JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 36 Number 2 June 2013 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[36巻 2号]

Japan Society of Nursing Research

黒田裕子の
看護研究 Step by Step
第４版

黒田裕子

今日の看護研究に求められる知識の全体像を、研究指導の経験が豊富な著者が語りかけるように解説！　一見「高度」と思われる内容でさえも、著者自らの体験や研究指導のなかで遭遇した事例をふんだんに用いながら解説しているため、初学者でも実際にイメージしながら理解できる点が大きな特徴。近年の急速な看護研究の進歩を反映し、質的研究、研究デザイン、研究計画、研究倫理、新しい研究の動向に関する記述が特に充実。

●B5　頁368　2012年　定価2,730円
（本体2,600円＋税5%）[ISBN978-4-260-01596-7]

≪JJNスペシャル≫
看護研究の進め方 論文の書き方
第２版

編著　早川和生

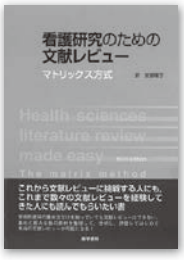
ベストセラーの第２版。「研究テーマを探す」「研究を実際に進める」「論文や口頭発表で成果をまとめる」という看護研究の一連のプロセスを、この１冊でしっかりサポート。カラー化し、理解を助ける図表・イラストも豊富に盛り込み、入門書として最適の１冊。基礎教育のテキストとしても活用しやすいよう、基本事項を網羅し、読者に語りかけるような解説で、親しみやすさをめざしました。

●AB判　頁192　2012年　定価2,520円
（本体2,400円＋税5%）[ISBN978-4-260-01683-4]

看護研究のための文献レビュー
マトリックス方式

著　Judith Garrard　　訳　安部陽子

学術的資料の集め方だけを知っていても文献レビューはできない。学術的資料の分析や評価の方法もわかっていないと、本当の文献レビューとは言えない。本書は、文献レビューにあたり膨大な学術的資料をどのように整理するのか、その整理法から集めた資料の分析や評価まで、文献レビューの基本について解説。



●B5　頁176　2012年　定価2,940円
（本体2,800円＋税5%）[ISBN978-4-260-01511-0]

APAに学ぶ
看護系論文執筆のルール

前田樹海／江藤裕之

“常識”としてこれまで明文化されることが少なかった、論文を書く者の心構え、投稿のルール、論文の種類と構成、引用の仕方、文献リストの作り方といった論文執筆から発表までの“お作法”を「基本」「原則」「例外」「提言」の形式に整理して提示。『APA論文作成マニュアル』の訳者が、APA方式の考え方を日本語の論文執筆に応用する場合の実践的ヒントをやさしく解説。看護学生や臨床看護師がすぐに使える１冊をめざした。

●A5　頁116　2013年　定価1,890円
（本体1,800円＋税5%）[ISBN978-4-260-01739-8]

質的統合法入門
考え方と手順

山浦晴男

質的データを統合し、現象の全体像を把握するための方法論である「質的統合法」の入門書。基盤となる考え方にふれながら、具体的な手順をステップごとに詳しく解説し、初学者にも使いやすい構成に。また、質的統合法を用いて研究を進める際のポイントや、パソコンを使って効率的に分析を進めるための方策も紹介。日々の臨床現場での問題解決から、質的研究による論文作成まで幅広く活用することができる１冊。

●B5　頁160　2012年　定価2,940円
（本体2,800円＋税5%）[ISBN978-4-260-01505-9]

質的研究の基礎
グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順
第３版

著　ジュリエット・コービン
　　アンセルム・ストラウス
訳　操　華子／森岡　崇

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

●A5　頁560　2012年　定価4,515円
（本体4,300円＋税5%）[ISBN978-4-260-01201-0]

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

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。

会　　告（1）

一般社団法人日本看護研究学会　平成25年度定時社員総会が平成25年５月12日（日）13時から，北里大学白金キャンパス　薬学部１号館1202講義室において開催され，以下について報告・審議・承認されましたので，お知らせいたします。

平成25年６月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長　黒　田　裕　子

記

報 告 事 項：１．会員数の動向について
２．評議員選挙（2013年）・役員選挙について
３．各委員会活動実績報告および平成25年度活動計画について
４．第39回学術集会について
５．第40回学術集会について
６．学会賞・奨励賞授賞論文について
７．学会誌CD化関連について
８．その他
・日本看護系学会協議会の活動について
・日本看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について
・地方会の活動について
・その他

審 議 事 項：１．平成24年度事業報告
２．平成24年度決算報告
１）会計報告
２）監査報告
３．理事長任期延長について
４．選挙管理委員会委員の互選について
５．将来構想委員会規程案について
６．第42回（平成28年度）学術集会会長について
７．その他

理事会報告：１．平成25年度事業案について
２．平成25年度予算案について
３．その他

以上

会　　告（2）

一般社団法人日本看護研究学会第3回評議員選挙（2013年）・役員選挙のため，本学会定款第4章第11条及び，評議員選出規程第8条に従って，平成25年度定時社員総会において，以下の3名が選挙管理委員として互選されました。

記

一般社団法人日本看護研究学会第3回評議員選挙（2013年）選挙管理委員会
　委員　神　田　清　子氏　群馬大学大学院保健学研究科
　委員　大　森　美津子氏　香川大学医学部看護学科
　委員　出　口　禎　子氏　北里大学看護学部

以上

平成25年6月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長　黒　田　裕　子

会　　告（3）

一般社団法人日本看護研究学会評議員選挙（2013年）選挙管理委員会　選挙管理委員長について評議員選出規程第8条2.により，委員長を下記のとおり委嘱しました。

記

委員長　神　田　清　子氏
　任期は，評議員選挙（2013年）に関する業務の完了までとする。

以上

平成25年6月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長　黒　田　裕　子

会　　告（4）

大規模災害支援事業　継続実施に伴う支援金ご寄附のお願い

拝啓　梅雨の候，会員の皆様にはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃より，一般社団法人日本看護研究学会の活動に，ご理解，ご協力を賜り有難うございます。

さて，平成23年３月11日に発生した東日本大震災から２年以上が経過しました。復興の便りが多く聞かれる一方で，今なお，被災生活を強いられている多くの方々，まだまだ日常を取り戻せずにいらっしゃる方々のお話もうかがいます。被災者の皆様に心からお見舞い申し上げます。

さて，本学会では，震災直後から学会としての支援のあり方について検討を重ね，一昨年来，大規模災害支援事業委員会による継続的な社会貢献事業を行ってまいりました。この２年間，趣旨にご賛同をいただきました皆様から，本当にたくさんの心温まる支援金をいただきましたことに，まずは心より感謝申し上げます。そのお志により，２年間で延べ116名の看護学生への支援を行うことができましたことをご報告させていただきます。皆様の思いを今年度も大切にして，活動を続けていきたいと思います。

さて，先の社員総会でお認めいただきましたが，平成25年度も昨年度と同様に，東日本大震災で被災された看護学生等への支援金の給付を行ないたいと思います。その詳細につきましては，裏面およびホームページをご覧いただきたいと存じますが，現在，看護を学んでいるわれわれの後輩に少しでも支援できたらと考えております。

払込書を同封させていただきますが，１口（2,000円～）でも結構ですので，皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

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

以上，会員の皆様のご理解，ご協力をなにとぞよろしくお願い申し上げます。

最後になりましたが，会員の皆様のますますのご健康とご活躍を祈念いたします。

敬　具

平成24年度大規模災害支援事業　実績報告

収　　入		支　　出			
		申請回	推薦会員数	申請件数	支援金総額
前年度繰り越し金	2,144,274	第１回目	4	47	3,400,000
会員からの支援金	2,000,000	振込手数料			63,260
一般会計からの繰り入れ（振込手数料）	200,000				
合　　計	4,344,274	合　計			3,463,260
平成25年３月31日残					881,014

平成25年７月５日

一般社団法人日本看護研究学会
大規模災害支援事業委員会
平成25年度委員長　山　口　桂　子

会　　告（5）

大規模災害支援事業　申請（推薦）書類に関するお知らせ
（平成25年度第１回本委員会審議結果より）

拝啓　梅雨の候，会員の皆様にはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

すでにお知らせしましたように，日本看護研究学会では，一昨年度，昨年度に引き続き平成25年度も，大規模災害支援事業として継続的に東日本大震災で被災された看護学生への支援を続けることになりました。会員の皆様におかれましては，身近にいらっしゃる被災された看護学生のご推薦をお願いいたします。

なお，今年度の選考に関しましては，第１回本委員会において，以下の方針に基づくことが確認されました。つきましては，昨年度，推薦をしていただいた方の中で，今年度も引き続き同じ学生の推薦を予定されている場合は，推薦時，下記のように申請書類を一部省略・変更することができます。詳細は，HPに掲載されます「平成25年度大規模災害支援事業実施要領」をご覧ください。

以上，会員の皆様のご理解，ご協力をなにとぞよろしくお願い申し上げます。

最後になりましたが，会員の皆様のますますのご健康とご活躍を祈念いたします。

敬　具

記

・できる限り広く支援金を支給したいと考えますが，過去２年間に支援金の受給を受けた学生であっても，今年度も推薦することは可能です。
・平成25年度の支給額は，今年度の応募状況や支援金の寄付額によって決定されますので，支援額は今年度の新たな基準で決定されます。（同じ学生でも，支給額が異なる場合があります。）
・添付書類について（太字は連続推薦の場合）
　⑴　在学（職）証明書……今年度のものが必要です。
　⑵　居住地証明書……今年度のものが必要です。
　⑶　罹災証明書または罹災届出証明書（保護者に関する証明書でも可）被災証明書または被災届出証明書でもよい。
　　……一昨年度・昨年度と同じ内容の場合は省略できます。ただし，様式１の７に１年間または２年間の状況と推薦する理由を具体的に記載してください。

平成25年７月５日

一般社団法人日本看護研究学会
大規模災害支援事業委員会
平成25年度委員長　山　口　桂　子

会　　告（6）

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**

期　日：平成25年８月22日（木），23日（金）
会　場：秋田県民会館
〒010-0875　秋田市千秋明徳町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：018－834－1141

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　一倫理学徒が考えていること」
銭谷　秋生（秋田大学教育推進総合センター　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　― 看護職の健康を守るために ―」

シンポジスト：佐々木　真紀子（秋田大学大学院医学系研究科　教授）
矢上　晶子（藤田保健衛生大学医学部皮膚科学講座　准教授）
三木　明子（筑波大学医学医療系　准教授）
伊丹　君和（滋賀県立大学人間看護学部　教授）
座長：西沢　義子（弘前大学大学院保健学研究科　教授）
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
― 専門分野でのパワフルな実践活動とその取り組みの姿勢から ―」

シンポジスト：村松　静子（在宅看護研究センター LLP　代表）
小山　珠美（東名厚木病院摂食嚥下療法部　部長）
遠藤　俊子（京都橘大学看護学部　教授）
座長：大島　弓子（京都橘大学看護学部　教授）
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）
佐々木　司（公益財団法人　労働科学研究所慢性疲労研究センター　センター長）
眞野　惠子（藤田保健衛生大学病院　副院長・看護部長）
小川　忍（公益社団法人　日本看護協会　前常任理事）
座長：田中　幸子（東京慈恵会医科大学　教授）
高島　幹子（秋田大学医学部附属病院　副病院長・看護部長）

交流集会Ⅰ：「口唇裂・口蓋裂児をもつ親への看護」

世話人：篠原　ひとみ（秋田大学大学院医学系研究科）
演者：中新　美保子（川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科）
松原　まなみ（聖マリア学院大学看護学部）
高橋　佳子（口友会岩手・秋田支部長）

交流集会Ⅱ：「高齢社会における地域ケアモデル確立の試みと地域実践科学としての課題
― 地域コミュニティを基盤としたサロンにおける健康支援活動の実際を通して ―」

世話人：真継　和子（大阪医科大学看護学部看護学科）
星野　明子（京都府立医科大学医学部看護学科）
伊藤　ちぢ代（前近大姫路大学看護学部看護学科）
臼井　香苗（京都府立医科大学医学部看護学科）
岡本　里香（岡山大学大学院保健学研究科博士課程）

交流集会Ⅲ：「Healthy Work Environmentとは何か？
マグネット病院特性・海外の取組・参加者の経験をヒントに考える」
演者：緒方　泰子（東京医科歯科大学）
勝山　貴美子（横浜市立大学）
田中　幸子（東京慈恵会医科大学）

交流集会Ⅳ：「看護学教育におけるFDマザーマップの開発と大学間共同活用の促進プロジェクト」
演者：北池　正（看護学教育研究共同利用拠点
千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター）
川島　啓二（国立教育政策研究所高等教育研究部）
遠藤　和子（山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科）
鈴木　友子（千葉大学大学院看護学研究科）

交流集会Ⅴ：「放射線看護の高度化・専門化に向けたIPEによる教育システムの構築
― 被ばく医療人材育成プロジェクトの経験から ―」
世話人：西沢　義子（弘前大学大学院保健学研究科）
野戸　結花（弘前大学大学院保健学研究科）
木立　るり子（弘前大学大学院保健学研究科）
井瀧　千恵子（弘前大学大学院保健学研究科）
冨澤　登志子（弘前大学大学院保健学研究科）
北宮　千秋（弘前大学大学院保健学研究科）
一戸　とも子（弘前大学大学院保健学研究科）

交流集会Ⅵ：「アディクション看護の事例研究を通じて，アディクション看護の原則を考える」
世話人：松下　年子（横浜市立大学医学部看護学科）
日下　修一（獨協医科大学大学院看護学研究科）
河口　朝子（長崎県立大学看護栄養学部看護学科）
原田　美智（九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科）

交流集会Ⅶ：「外来化学療法における経口抗がん剤の継続患者のチームワークアプローチの支援」
世話人：渋谷　優子（日本赤十字秋田看護大学）
演者：庄司　学（秋田大学附属病院薬剤部　がん化学療法専門薬剤師 ）
山田　みつぎ（千葉県がんセンター　がん看護専門看護師）

交流集会Ⅷ：「保健学科 ― 看護部連携による看護職のための健康生成の取り組み」

世話人：小板橋　喜久代（群馬大学大学院保健学研究科）
岩永　喜久子（群馬大学大学院保健学研究科）
柳　奈津子（群馬大学大学院保健学研究科）
桐山　勝枝（群馬大学大学院保健学研究科）
野本　悦子（元群馬大学医学部附属病院）
荻原　京子（群馬大学医学部附属病院）
塚越　聖子（群馬大学医学部附属病院）
佐藤　未和（群馬大学医学部附属病院）

特別交流集会Ⅰ：国際活動推進委員会企画
「グローバル化時代の看護と看護人材育成」
講師：喜多　悦子（公益財団法人笹川記念保健協力財団理事長，
日本赤十字九州国際看護大学名誉学長）
委員：井上　智子　他

特別交流集会Ⅱ：研究倫理委員会企画
「日本看護研究学会における研究倫理審査委員会の設置について」
委員：江守　陽子　他

奨学会研究発表：「綿か化繊か　― タオル素材の違いは清拭効果に影響するか」
松村　千鶴（香川県立保健医療大学看護学科）
座長：深井喜代子（岡山大学大学院保健学研究科　教授）

【平成25年度会員総会】
■ 日　時：平成25年 8 月22日（木）　16：30～17：30
■ 場　所：第一会場（秋田県民会館）

【ナーシング・サイエンス・カフェ】
「看護ってなぁに？」
■ 対　象：中・高校生
■ 日　時：平成25年 8 月22日（木）　16：30～18：00
■ 場　所：アトリオンB1F　多目的ホールB・C

【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
事前参加登録時に申し込みされた方は，懇親会会場の受付で領収書をお渡し致します。

【パイプオルガン演奏】

■ 日　時：平成25年８月23日（金）　12：10～12：30

■ 場　所：アトリオン 4F　音楽ホール

■ 演奏者：香取　智子（アトリオン音楽ホールオルガニスト）

【参加登録】

◆　事前参加申し込みは，事務処理上６月20日（木）で締め切りました。多数のご登録をありがとうございました。当日参加をご希望の方は，総合受付（秋田県民会館エントランスホール）においで下さい。皆様のご来場をお待ちしております。

◆　６月24日（月）迄に入金確認ができた非会員の方には参加証とプログラム・抄録集（CD-ROM）を郵送致します。会員の方には全員，プログラム・抄録集（CD-ROM）が郵送されますが，入金確認ができた会員の方には参加証も同封されます。

【当日参加費】

①　会員　11,000円

②　非会員（抄録集込み）　13,000円

③　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，総合受付において学術集会で作成した抄録集（プリント版）を1,000円程度（袋付）で販売します。ご活用下さい。

【学会前日：プレカンファレンスセミナー】　注）セミナーⅠとセミナーⅡは同時開催です。

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

会場：アトリオン４Ｆ　ミニコンサートホール

会費：3,000円

募集人数：100名

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４Ｆ　音楽ホール

会費：3,000円

募集人数：300名

＜申し込み方法・参加費について＞

◆　プレカンファレンスのみの参加も可能です。

◆　事前参加申し込みを締め切りましたが，プレカンファレンスⅠ・Ⅱとも座席にはまだ余裕があります。当日の参加申し込みを受け付けますので，ご希望の方は当日，会場受付に直接おいでいただき，申し込みと参加費のお支払いをお願い致します。

◆　事前に参加費をお支払いの方には，受付で領収書をお渡しします。

【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　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/

会　　告（7）

平成25年度　大規模災害支援事業実施要領

平成25年度は，委員会規程第４条（活動事項）１）２）に基づき，平成23年３月に発生した東日本大震災による被災者を対象に，大規模災害支援事業支援金給付について下記のとおり実施する。

◆実施要領

申請の方法

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

■　大規模災害支援事業支援金申請書（様式１／Word形式ファイル）
■　大規模災害支援事業支援金申請書（様式１／PDF形式ファイル）

添付書類

⑴　在学（職）証明書
⑵　居住地証明書
⑶　罹災証明書または罹災届出証明書（保護者に関する証明書でも可）被災証明書または被災届出証明書でもよい。
⑷　本学会平成25年度年会費，本学会第39回学術集会の参加費等については，支払いを証明する書類

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

支給額と申請の締め切り

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

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

受給者の選考と決定

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

支援金の受付

・支援金の受付は，下記のとおりです。ご協力を宜しくお願い致します。

⑴　下記口座への払い込み：口座への支援金の払い込みは１口1,000円以上，何口でも可能（払い込み料は本学会が負担します）。

■　口座番号：00150－５－362391

■　加入者名：日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会

⑵　第39回学術集会等の会場における募金によって受け付ける。

ホームページにおける情報提供

・この事業の詳細については，随時このホームページに掲載いたしますので，適宜ご参照ください。

・支援金申請書（様式１）は下のリンクからダウンロードができます。ご記入のうえ，印刷し，ご署名・押印して事務局まで郵送して下さい。

■　大規模災害支援事業支援金申請書（様式１／Word形式ファイル）

■　大規模災害支援事業支援金申請書（様式１／PDF形式ファイル）

目　　次

ー原　著ー

精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難 …… 1

国立精神・神経医療研究センター病院　川　内　健　三

国立看護大学校看護学部　天　谷　真奈美

母親の虐待傾向に与える母親の特性不安，うつ傾向，子どもへの愛着の影響

― 母子健康手帳交付時から 3 歳児健康診査時までの検討 ― …… 13

山形大学医学部看護学科　佐　藤　幸　子

山形県立保健医療大学　遠　藤　恵　子

山形大学医学部看護学科　佐　藤　志　保

急性白血病患者における臨床試験参加の意思決定プロセス …… 23

長野県看護大学看護学部　熊　谷　理　恵

前浜松医科大学医学部看護学科　野　澤　明　子

ー研究報告ー

看護学生の友人関係への動機づけと学習動機づけおよび自律性欲求・有能さの欲求との関連

― 自己決定理論の視点から ― …… 35

八戸学院光星高等学校専攻科　佐　藤　美　佳

薬物依存症患者の断薬に影響する要因

― QOL，自尊感情との関連 ― …… 47

岡山県立大学保健福祉学部看護学科　山　下　亜矢子

県立広島大学保健福祉学部看護学科　折　山　早　苗

岡山県立大学保健福祉学部看護学科　渡　邉　久　美

看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素 …… 59

大阪府立大学地域保健学域看護学類　隅　田　千　絵

大阪府立大学地域保健学域看護学類　細　田　泰　子

大阪府立大学地域保健学域看護学類　星　　和　美

脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における看護師の臨床判断

― 中堅看護師を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを通して ― …… 69

新潟県立看護大学　髙　柳　智　子

帝京科学大学医療科学部　泉　　キヨ子

進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討 …… 79
東京慈恵会医科大学医学部看護学科　瀬　山　留　加
群馬大学大学院保健学研究科応用看護学分野　武　居　明　美
群馬大学大学院保健学研究科応用看護学分野　神　田　清　子

看護ケアにおける手の触れ方と動作の関連 …… 87
久留米大学医学部看護学科　加　悦　美　恵
久留米大学医学部看護学科　平　原　直　子
順天堂大学保健看護学部　野　村　志保子

病院に勤務する専門看護師の職場環境の実態と職務満足との関連 …… 95
山形大学医学部看護学科　馬　場　　薫
山形大学医学部看護学科　齋　藤　深　雪
山形大学医学部看護学科　田　中　幸　子
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科　丸　山　幸　恵

訪問看護サービスにおける24時間の電話対応と緊急時対応の実態 …… 105
山梨県立大学看護学部　森　田　祐　代

日本語版The Patient Assessment of Constipation Quality of Life Questionnaireの信頼性と妥当性の検討 …… 119
大分大学医学部看護学科基盤看護学講座基礎看護学　吉　良　いずみ

CONTENTS

Original Papers

Difficulties Experienced by Ward Nurses in Psychiatric Home Visiting 1

National Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry：Kenzo Kawauchi

Faculty of Nursing, National College of Nursing, Japan：Manami Amagai

A Study on the Effects of Maternal Trait Anxiety, Depressive Tendency, and Attachment to the Child on Maternal Tendency toward Child Abuse
— From Issuance of Maternal and Child Health Handbook to 3-Year-old Infant Health Checkups Examination — 13

School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Yukiko Sato

Yamagata Prefectural University of Health Sciences：Keiko Endo

School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine：Shiho Sato

The Decision-Making Process for Acute Leukemia Patient Participation in Clinical Trials 23

School of Nursing, Nagano College of Nursing：Rie Kumagai

Formerly Department of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine：Akiko Nozawa

Research Reports

The Relationship between Friendship Motivation and Learning Motivation, Need for Autonomy, and Desire to Feel Competent among Student Nurses, from the Perspective of Self-Determination Theory 35

Hachinohe Gakuin Kosei High School Technical Diploma Course：Mika Sato

Factors that Influence the Drug Stopping of Patients with Drug Dependence: In Relation to their Quality of Life and Self-Esteem 47

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University：Ayako Yamashita

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima：Sanae Oriyama

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University：Kumi Watanabe

The Resilience Components of Undergraduate Nursing Students in Clinical Practicums 59

School of Nursing, College of Health and Human Sciences, Osaka Prefecture University：Chie Sumida

School of Nursing, College of Health and Human Sciences, Osaka Prefecture University：Yasuko Hosoda

School of Nursing, College of Health and Human Sciences, Osaka Prefecture University：Kazumi Hoshi

Clinical Judgment by Nurses to “Discontinue Observation” during Stroke Patients’ Movement
— Through Focus Group Interviews with Proficient Nurses — 69
Niigata College of Nursing：Tomoko Takayanagi
Faculty of Medical Science, Teikyo University of Science：Kiyoko Izumi

An Examination of the Pain Experienced by Family Members of Advanced Cancer Patients 79
The Jikei University School of Nursing：Ruka Seyama
Department of Nursing, Gunma University Graduate School of Health Sciences：Akemi Takei
Department of Nursing, Gunma University Graduate School of Health Sciences：Kiyoko Kanda

Relationship of Nurse’s Motion and Hand Pressure to Patient’s Experience when Being Repositioned 87
Kurume University School of Nursing：Mie Kaetsu
Kurume University School of Nursing：Naoko Hirahara
Juntendo University School of Health Science and Nursing：Shihoko Nomura

Relationship between Job Satisfaction and Work Environment of Certified Nurse Specialists
Working in Hospital 95
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University：Kaoru Baba
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University：Miyuki Saito
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University：Sachiko Tanaka
School of Nursing, Faculty of Health and Social Services,
Kanagawa University of Human Services：Yukie Maruyama

Study of Telephone Consultation and Pressing Visits as Around-the-Clock Services by Visiting Nurses 105
Basic Concept and Practice of Nursing Yamanashi Prefectural University：Sachiyo Morita

Validity and Reliability of a Japanese Version of the Patient Assessment of
Constipation Quality of Life Questionnaire 119
Oita University, Faculty of Medicine School of Nursing, Fundamental Nursing：Izumi Kira

－原　著－

精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難

Difficulties Experienced by Ward Nurses in Psychiatric Home Visiting

川　内　健　三[1)]　　天　谷　真奈美[2)]
Kenzo Kawauchi　　Manami Amagai

キーワード：訪問看護，精神障害者，看護師，ストレス，質的研究
Key Words：home visiting, mental disabilities, nurses, stress, qualitative research

緒　言

わが国の精神保健医療福祉は，入院医療中心から地域生活中心へと展開している。その流れとして，精神障害者の地域生活を支援するために精神障害者退院促進支援事業が2003年から始まった。そのなかで，精神障害者の病院から地域への移行に向けた退院支援であり，かつ地域生活の定着に向けた支援である看護師等が行う精神科訪問看護は，在宅医療サービスの１つとして重要性が増している。

現在，精神科訪問看護は精神科を掲げる病院の病棟，外来，訪問看護室，デイケアと訪問看護ステーションで実施されている。精神科訪問看護の援助内容は，生活技能のモニタリングや，精神症状の悪化を防ぐ予防的な支援，対人関係の維持・構築等の支援，エンパワメントに対する支援であり，看護師は対象者の地域生活の維持・拡大のために行っていた，と指摘されている（萱間，1999；瀬戸屋ほか，2008）。これら訪問看護の導入により，訪問看護利用者の入院日数の減少（萱間ほか，2005；右京・佐藤・茶谷・栗栖，1996），退院後１年の再発率の減少（緒方ほか，1997）など一定の成果は実証され，精神科訪問看護の有効性が客観的に認識されている。

このように精神科訪問看護の有効性が判明したことで利用拡大を推進する政策方針がある一方で，多くの訪問看護師は困難や不安や戸惑いを感じ，精神科訪問看護を積極的に行えていない，との報告がある（全国訪問看護事業協会，1998）。これについて，看護師の精神科訪問看護の困難に焦点をあてた研究が訪問看護ステーションの看護師を対象に行われてきた。訪問看護師が必要と考える支援と利用者が求める支援との間に違いが生じていること，さらに看護師が行った支援に対する利用者評価が得にくいこと，等に困難を抱えている（林，2009；飯村，2009；渡邉ほか，2009）。また，精神科経験のない訪問看護師を対象とした研究では，精神障害者へ手探りでの援助を行い（飯村，2009），訪問看護ステーションの管理者を対象とした研究では，看護実践に関する困難さだけでなく訪問看護導入および援助態勢の調整の困難を抱えている（新井・中野・梶原・大向，2011）ことが判明している。これらの研究結果から，訪問看護ステーションで行う精神科訪問看護の課題が明らかとなり，改善に向けた動きが加速されつつある。

一方，病院からの精神科訪問看護を行う看護師が感じる困難に関しては，2000年から2009年までの文献検索を行ったが，国内外において該当するものはほとんど見当たらなかった。精神科を掲げる病院が行う精神科訪問看護は，訪問看護ステーションで行う精神科訪問看護とは精神障害者の社会復帰を促す支援として共通している。だが，精神障害者の回復段階や生活場面での人間関係，地域生活移行状況が異なることから，精神科訪問看護で行う支援やその困難さに違いが生じていることが予測される。

以上のことから，病棟の看護師は精神科訪問看護を実施するうえで，訪問看護ステーションの看護師とは一部異なる困難を感じることが推察され，そのことが原因で病棟からの精神科訪問看護の実施に支障が生じていることも考えられる。しかし，現時点では明らかにされていない現状がある。

また，ストレス脆弱性が高く急激な変化についていけない特性のある精神障害者にとって，入院中から面識がある病棟の看護師から精神科訪問看護が受けられることは地域生活移行への不安が軽減でき（矢田部，2006），病院から地域への移行期の再発防止に役立つが，重要局面で援助者である病棟看護師自身がなかなか思うように援助できないと困惑している状況では効果を発揮し得ない。

そこで本研究の目的は，病棟の看護師が精神科訪問看護を行うなかで感じる困難を明らかにすることによって，精神障害者の地域移行支援への看護上の示唆を得ることとする。

１）国立精神・神経医療研究センター病院　National Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry
２）国立看護大学校看護学部　Faculty of Nursing, National College of Nursing, Japan

Ⅰ．用語の定義

困難とは，訪問看護の困難に関する先行研究の定義（飯村，2009）を参考に，「精神科訪問看護を実施してきたなかで看護師が遭遇した負担感や難しさ，ストレス」とする。

Ⅱ．研究方法

A．研究デザイン

病棟からの精神科訪問看護を行う看護師が感じる困難を明らかにする，探索的記述型の質的記述的研究デザインである。

B．研究対象施設

研究対象施設は以下の２施設とした。A病院は公立総合病院であり，精神病床が673床と約半数を占める。病棟からの精神科訪問看護は，退院支援を目的に退院前から退院直後までの短期間に行われている。B病院は民間精神科単科病院であり，500床ある。病棟からの精神科訪問看護は，病棟でのかかわりがある患者を対象に，地域生活が安定するまでの期間行われている。両施設は，精神科訪問看護の実施部署が病棟と外来訪問看護部門と複数を有する点で共通している。

C．研究参加者とデータ収集方法

精神科病棟で精神科看護を３年以上経験し，現在，精神科病棟に所属し，精神科訪問看護を行っている看護師15名を研究参加者とした。データ収集は，「病棟看護師が精神科訪問看護で感じる困難」についてインタビューガイドに沿って半構造化面接で聞き取った。インタビューは，これまで精神科訪問看護を実施してきたなかで困難を感じた出来事についてお話ししていただき，その出来事から「困難」の用語の定義をもとに，精神科訪問看護を行うなかでどのような負担を感じたか，どのような難しさを感じたか，どのようなストレスを感じたかについてインタビューした。

D．分析方法

本研究では，Berelson（1952/1957）の内容分析を用いた。具体的には，まず面接内容から逐語録を作成し，１例ごとの面接内容全体を文脈単位，精神科訪問看護において病棟看護師が感じた困難が表現された文章を記録単位とした。次に，記録単位を意味内容の類似性に基づき分類し，その記述を忠実に反映したカテゴリーネームをつけた。なお，本研究の明解性を確保するために，研究指導教員や質的研究のエキスパート，精神科の熟練看護師のスーパービジョンを受けた。また，分析結果の信頼性を確認するために，２名の研究者に分析を依頼し，Scott（1955）の式に基づく一致率を算出した。

E．倫理的配慮

研究参加者には，研究目的と意義，研究方法，研究に参加した場合の利益および不利益，自由意思に基づく同意と撤回権，個人情報の保護，研究成果の取扱いに関する説明を口頭および書面にて行った。なお，本研究は国立国際医療研究センター倫理委員会ならびに調査協力施設倫理委員会の承認に基づき実施した。

Ⅲ．結　　果

A．研究参加者の概要

研究参加者は15名で，インタビュー時間は１人あたり29分から58分であり，概要は**表１**に示した。性別は男性７名，女性８名で，年齢は20歳代が２名，30歳代が６名，40歳代が３名，50歳代が３名，60歳代が１名であった。職位はスタッフ13名，副看護師長・主任２名であった。また，精神科看護経験年数は10年未満が５名，10年以上20年未満が７名，20年以上が３名であり，精神科訪問看護経験年数は５年未満が13名，５年以上10年未満が１名，10年以上が１名であった。訪問看護の実施頻度は，１年間に10回未満が５名，10回以上50回未満が９名，50回以上が１名であった。

B．精神科訪問看護において病棟の看護師が感じる困難

研究参加者15名分の逐語録から，15文脈単位，238記録単位が抽出された。238記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果，最終的に８カテゴリーが形成された（**表２**）。２名の研究者によるカテゴリーへの分類の一致率は85.4％と75.6％となり，カテゴリーが信頼性を確保していることを示した。以下，これらのうち記録単位数の多いものから順に，カテゴリーの意味内容とサブカテゴリーごとに代表的な具体例を示していく。なお，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを《　》，研究参加者の発言を「　」，その末尾に研究参加者名を〈　〉の記号で表し，（　）内に補語を加えた。〔　〕内には，カテゴリーを形成した記録単位数とそれが記録単位総数に占める割合を表した。

表１　研究参加者の概要

研究参加者	年齢（歳）	性別	職位	精神科看護経験年数（年）	精神科訪問看護経験年数（年）	訪問看護の実施頻度（年／回）	訪問看護を行ったときの所属病棟
A	58	男性	スタッフ	20	5	24	急性期
B	40	男性	スタッフ	19	1	120	社会復帰
C	25	女性	スタッフ	3	1	24	急性期
D	30	男性	スタッフ	9	1	36	急性期
E	31	女性	主任	11	2	48	急性期
F	35	男性	スタッフ	10	2	12	社会復帰
G	40	女性	スタッフ	13	3	3	急性期
H	35	女性	スタッフ	8	4	36	亜急性期，慢性期，社会復帰
I	41	女性	スタッフ	16	1	12	急性期
J	29	男性	スタッフ	4	1	2	急性期
K	60	女性	副看護師長	23	1	12	亜急性期，依存症，てんかん
L	59	女性	スタッフ	17	1	6	社会復帰
M	53	男性	スタッフ	32	25	1	急性期
N	35	男性	スタッフ	5	2	12	急性期，社会復帰
O	35	女性	スタッフ	12	1	3	急性期

表２　カテゴリー一覧表

カテゴリー名	記録単位数（%）
1．病棟からの訪問看護を行う態勢が不十分ななかで訪問看護を行う困難感	65（ 27.3）
2．限られた時間や場所で対応しなければならない難しさ	36（ 15.1）
3．患者のペースや都合を優先しないと，支援を受け入れてもらえない負担感	36（ 15.1）
4．ストレスに弱く病状変動しやすい精神障害者への影響を考えながら，気をつけてかかわらなければならない難しさ	30（ 12.6）
5．患者の主体性を尊重する訪問看護へ切り替えられない難しさ	24（ 10.1）
6．問題の重大さに関係なく，課題解決を１人で行わなければならない負担感	22（ 9.2）
7．患者の変化が見えにくいため，支援の成果やゴールが明確にならない難しさ	20（ 8.4）
8．患者の背景の複雑さによって，社会資源を探す難しさ	5（ 2.1）
記録単位総数	238（100.0）

1．【病棟からの訪問看護を行う態勢が不十分ななかで訪問看護を行う困難感】〔65記録単位，27.3%〕

このカテゴリーは，病棟からの訪問看護を行うための実施態勢や心理的な支援態勢，教育態勢，多職種との連携が不十分なことで病棟の看護師が感じる困難を表していた。

a．《病棟からの訪問看護を行うための手順が整っていない》

病棟の看護師は，訪問看護を実施するシステムが病院で確立されていないために，自分で勤務表や患者の都合を確認し，日程を調整しなければならないことで困難を感じていた。「いまは，自分の判断で，自分の都合を見ながら（訪問看護に行く）という組み方じゃないですか。そうじゃなくて，きちんとしたものを確立していかないと，（訪問看護に）行きにくいっていうのは出てくるんじゃないですかね」〈M〉

b．《マンパワーの問題で訪問看護に行きにくい》

自分が病棟から離れることで病棟のマンパワーが少なくなり，病棟の他のスタッフにかかる負担が大きくなると思うことで，病棟の看護師は困難を感じていた。「出て行くということがね，他の人が忙しいんじゃないかって思ってしまったりしますよね。その訪問看護をするってことが確立されていないじゃないですか，病棟で」〈M〉

c．《病棟業務と訪問看護のバランスをとるのが難しい》

訪問看護で病棟から離れることで病棟での看護業務がたまってしまうことから，病棟での看護業務をこなしながら訪問看護を行うことに，病棟の看護師は困難を感じていた。「訪問する時間っていうのは限られてて，回数が増えると病棟から抜ける回数が増えてしまうので，そのバランスっていうのが困難だなあというのはあります」〈B〉

d．《訪問看護に行く交通手段が整っていない》

病院で用意されている訪問の交通手段が自転車しかないことで，訪問先が遠くても自転車を使うか徒歩で行くしかないために，病棟の看護師は困難を感じていた。「暑いなかに，歩いて行くってことかな。交通手段の補助がない」〈I〉

e．《困ったときに相談できる人や機会がない》

病棟の看護師は，訪問看護のなかで困ったことを解消したいと思っても，相談する人がいないことで困難を感じていた。「（訪問看護を行う看護師）お互いが相談しあうっていう場としてはそういう目的をもっているんですけど，実際，そのようなことは行われていない」〈C〉

f．《上司や同僚に訪問看護へ行くことに同意が得られない》

訪問看護に行き病棟のマンパワーが少なくなることで，上司に訪問看護の申し出を断られることや，病棟の他のスタッフの負担が多くなる状況のなかで訪問看護に行くことに困難を感じていた。「訪問に行きたいって（師長に）申し出ると，マンパワーがない，病棟はいま，タイトな状態だから（訪問看護に）出すことはできないと言われて」〈G〉

g．《外来，他のスタッフ，他職種，医師と連携をとることが難しい》

病棟の看護師は，看護師以外の医療スタッフの情報や判断の必要性を感じ他職種と訪問看護を行いたいと思っても，他職種も自分の業務で多忙なために，他職種と訪問看護のことで連絡，調整することに困難を感じていた。また，訪問看護に携わる他のスタッフそれぞれがもつケア方針が異なった状況で訪問看護に行かなければならないことに困難を感じていた。「他職種の人がいるとその人と（日程を）合わせるのは大変ですよね。ワーカーさんだってワーカーさんの日程で動いているし，そういう話をするのは大変かなあとか」〈I〉

h．《訪問看護を学ぶための機会がない》

病棟の看護師は，訪問看護の知識が少ないと感じ知識を学びたいと思っても，訪問看護での考え方やアドバイスを学ぶための機会がないことで，訪問看護での支援に困難を感じていた。「訪問看護っていうのをいっしょについていって見たり学んだりする機会もなく行ってるじゃないですか。病棟では，関係もとれてるし，話せると思っていても，緊張するから。やり方がわからないというか，戸惑うというか」〈O〉

2．【限られた時間や場所で対応しなければならない難しさ】〔36記録単位，15.1%〕

このカテゴリーは，訪問看護という限られた時間のなかで対応に迫られることで感じる難しさを表していた。

a．《限られた時間や場所で対応しなければならない》

病棟の看護師は，訪問看護という限られた時間や場所のなかで対応しなければならないことに訪問看護の難しさを感じていた。「病棟だったら気まずくなっても，次の患者さんのところに行って，ちょっと時間をおいてから来ようとかできるけど，訪問だったら，その決められた時間のなかで必要な情報をとって，状態を観察してってやらなきゃいけない」〈E〉

b．《当初予定していた介入よりも，その場で必要な介入に時間を費やす難しさ》

病棟の看護師は，訪問先でゴミの量があまりにも多いため家の片づけに長時間とられてしまい，訪問看護を行う前に計画していた支援が行えないことで訪問看護での支援に難しさを感じていた。「本来ならば，今後の服薬方法だったりとか，注意点だったりとか，こういうことに気をつけてください，入院中はこういう経過でしたというのを引き継ぐのが，訪問看護っていうか。でも，片づけにかなり時間をとられちゃって」〈I〉

3．【患者のペースや都合を優先しないと，支援を受け入れてもらえない負担感】〔36記録単位，15.1%〕

このカテゴリーは，看護の場が病棟から地域へ移るなかで，看護師から患者に時間や空間の主導権が移行する過程で患者の生活上のペースや都合にあわせられないために，患者や家族に支援を受け入れてもらえないことで病棟の看護師が感じる負担を表していた。

a．《妄想の悪化，患者の意に反するかかわり，交通費の負担によって支援やかかわりを受け入れてくれない》

事前に訪問看護を行う了解を得ていても，その後，患者の病状が悪化し，訪問看護での支援を受け入れてくれないことで病棟の看護師は負担を感じていた。また，患者のペースにあわせられなかった結果，患者に支援を拒否されたことで病棟の看護師は負担を感じていた。そして，診療報酬上，訪問看護では交通費が患者負担になることを説明すると，金銭的な負担を嫌い訪問看護を受け入れてもらえないことで病棟の看護師は負担を感じていた。「私がこうしたいから，こうしなさいみたいな感じで言っちゃったんですかね。そのときに，もういいよ来なくてみたいな感じで言われたときはありました」〈D〉

b．《怠薬や拒薬の可能性があっても，服薬状況の正確な把握や介入ができない》

患者が怠薬や拒薬など，服薬を正確にできていないのではないかと感じ服薬への介入が必要だと思っても，本人が服薬していると言っていることや，飲みたくないと言っているため服薬への介入ができないことで病棟の看護師は負担を感じていた。「病棟では必ず薬を確実に飲んでいるかどうか確認をする。でも訪問の場合は，薬のチェックと言うのはあちらが見せてくれるのを見るだけで，捨てているかもしれない」〈A〉

c．《患者の都合や生活のペースにあわせられない》

病棟の看護師は訪問看護の利用者に会おうと思っても，患者が地域生活を行うなかでの生活上の都合やペースにあ

わせることができずに目的を達成できなかったことで負担を感じていた。「ふらっと出かけちゃうので，午前中いちばんに行ってもいなくて，午後に行ってもやっぱりいなくて。結局，病棟に戻ってきて4時半終わるぎりぎりの時間に電話したら家に居て。あー，今日，訪問だったんだ，ごめんごめん，みたいなことはありましたね」〈E〉

d．《患者への支援を，家族に了解してもらえない》

患者に金銭管理や社会資源の導入などを行おうと思っても，家族に支援の必要性を理解してもらえず，支援の導入を了解してもらえないことで病棟の看護師は負担を感じていた。「お小遣い制の話をして，本人はいいわねえ見たいなことを言ってくれたんですけど。家族の人が電話をかけてきて，自分はそんなとこまで面倒見れないのに，なんでそんな話をするようになったんですか，みたいな感じで苦情がきちゃったり」〈E〉

e．《患者の住居スペースであるにもかかわらず，患者の意見を尊重しきれない》

訪問看護を行う場所は患者のスペースであり，患者に主導権があると感じているにもかかわらず，患者の意見を尊重できずに強引に片づけるように言ってしまったことで，病棟の看護師は負担を感じていた。「家だと，本人のすべてスペース。なのに，どっからがきれいで，どっからがきたないって線引きをしてしまって。まあ，こっちがしつこくというか，本人がそれ以上，望まないのに言ってしまったってことなんですかね」〈D〉

4．【ストレスに弱く病状変動しやすい精神障害者への影響を考えながら，気をつけてかかわらなければならない難しさ】〔30記録単位，12.6%〕

このカテゴリーは，訪問看護でかかわる精神障害者に特有の病状の不安定さやストレス脆弱性があるために，病棟の看護師が訪問看護での対応で感じる難しさを表していた。

a．《精神症状が悪い患者への対応で不安や恐怖を感じながら気をつけてかかわらなければならない》

病棟の看護師は，患者の精神症状が悪化したときに，訪問先での患者の様子をうかがいながら言葉遣いやかかわり方を変えるなど，注意しながら患者とかかわらなければならないことに難しさを感じていた。「（患者が）調子が悪くてイライラしている様子だとかいう情報が（外来から）あったので，（訪問看護では）注意して見てきてください，というような送りがあって，そのときに不安だなあと思いました」〈D〉

b．《自分の言動や存在が，患者に影響を与えてしまうと感じる》

訪問看護で支援を行った後，患者の病状が不安定になってしまうと，自分の言動が患者に悪影響を与えてしまったのではないかと感じることで，病棟の看護師は難しさを感じていた。「私が言った一言で，（患者は）落ち込んじゃったりするわけじゃないですか。そんなに自分，悪いのかなあって。思っちゃたりすると，すごい責任感じたりするし」〈H〉

c．《コミュニケーションをとることが難しい》

病棟の看護師が必要だと思う情報を収集するために質問ばかりしてしまうと，患者からも伝えたいことがあるにもかかわらず話をすることができないことで患者がストレスを感じてしまうために，病棟の看護師は訪問看護でコミュニケーションをとることに難しさを感じていた。「質問，質問ってなっちゃうと，患者さんのストレスになっちゃったり，こっち側もいやじゃないですか。コミュニケーションって難しいなあって」〈H〉

5．【患者の主体性を尊重する訪問看護へ切り替えられない難しさ】〔24記録単位，10.1%〕

このカテゴリーは，病棟で患者をとらえる視点や病棟での先入観，問題を探す姿勢をそのまま訪問看護に持ち込んでしまったことが訪問看護に適したものでないと感じたことで，病棟の看護師が感じる難しさを表していた。

a．《病棟での看護から訪問看護への切り替えが難しい》

病棟で治療を受けながら生活をしている患者と同じように考えて，地域で生活している精神障害者にも支援をし過ぎてしまうと，それは訪問看護の利用者の自立を妨げてしまうために，病棟の看護師は訪問看護での支援に難しさを感じていた。「そのとき，慢性期の病棟にいたので，病棟だと患者さんの生活を全部支援する人が多かったので。で，訪問看護に行くとある程度，自立した方がいて，あと家族との関係もあるなかで，自分が支援していいところのラインを超えてしまったりとかして」〈E〉

b．《自分の先入観，問題を探す姿勢がかかわりに影響してしまう》

病棟の看護師は，これまでの経験やかかわりから抱いてしまった先入観があり，訪問看護でもその先入観を基に支援を行ってしまった自分に気づいてしまったことで，訪問看護での支援に難しさを感じていた。「アルコールのありそうなところを見て掃除して。まあ，実際にはアルコールは出てこなかったんですけど。先入観で見ちゃってる自分がいやでしたよね」〈K〉

6．【問題の重大さに関係なく，課題解決を1人で行わなければならない負担感】〔22記録単位，9.2%〕

このカテゴリーは，解決すべき問題や対応に悩む問題があったり，精神症状の悪化によって入院・受診の判断をしなければならない場面に遭遇しても，1人で判断・対応し

なければならないことで病棟の看護師が感じる負担を表していた。

a．《自分１人で判断，対応しなければならない》

訪問看護のその場で患者から相談されたり，訪問看護に行ったときに緊急事態にあい，即座に対応しなければならない状況に遭遇しても，自分１人しかいないため１人で判断し対応しなければならないことに負担を感じていた。「病棟にいれば，ちょっと悩んでも（患者に）待ってくださいと言って看護室に戻って相談をして，自分のこの判断でよかったのかなって確認をして，自信をもって返すことができたりとか。訪問看護に行くとそれがなくて，その場で１人で判断しなくちゃいけない」〈E〉

b．《入院・受診の判断や対応をするのは難しい》

病棟の看護師は，患者の状態が思わしくなく入院あるいは受診させるかどうかの判断をしなければならない状況に遭遇するなかで，本当にその判断でよいのか，また，どうやって入院させればよいのか１人で判断することに負担を感じていた。「同居人がいなくなったと同時に（患者の病状が）悪化して，それを知らずに訪問に行ったら相当悪くて。それでドクターに電話して，どうしたらいいんですかと，じゃあ入院させくれと，それで，どうやって入院させればいいんだと困って」〈A〉

7．【患者の変化が見えにくいため，支援の成果やゴールが明確にならない難しさ】〔20記録単位，8.4%〕

このカテゴリーは，訪問看護のなかで患者に支援を行っても支援に対する変化が見えづらいために，訪問看護で成果を得たり目標を定める難しさを表していた。

a．《患者の変化や成果が見えにくいため，訪問看護に対する自信ややりがいがもてない》

病棟の看護師は，訪問看護のなかで支援を行っても変化や成果が見えづらいために，自分の行っている支援が意味があるのか自信がもてないことで訪問看護での支援に難しさを感じていた。「（患者の）状態が悪くなるその手前で，ちょっとサポートをしてあげる必要性が訪問看護の意味合いがすごく大きいと思うんです。そういうときに，うまい具合にコミュニケーションとれないときがあると，あれ，うまくいったかなっていう不安はあります」〈H〉

b．《訪問看護をいつまで続ければいいのか，ゴールがわからない》

病棟の看護師は，訪問看護を行うなかで支援に対する患者の変化が見えづらいことで，どこに訪問のゴールを定めればいいのかわからないために訪問看護での支援に難しさを感じていた。「病棟から訪問行き始めたら，いつまで行くのかってことですよね。患者さんはあくまで患者さんなわけで，生活の管理も必要だったりするけど」〈I〉

8．【患者の背景の複雑さによって，社会資源を探す難しさ】〔５記録単位，2.1%〕

このカテゴリーは，患者の地域生活安定のため退院後に利用できる社会資源を探そうと思っても，患者の過去のトラブルや退院先が遠いことで，病棟の看護師が社会資源を探すときに感じる難しさを表していた。

a．《家族や地域住民とのトラブルがあったなかで社会資源を探すことは難しい》

退院後，患者の希望どおりもとの家に戻ってもらいたいと思っても，精神症状の悪化から患者が入院前に近所に迷惑をかけていていたために，地域に受け入れられなかったことで，病棟の看護師は社会資源を探すことの難しさを感じていた。「その地域に本人が戻りたいとか，もともと家のあった人でも，なかなか受け入れられなかったり，近所に迷惑をかけて受け入れられなかったり，っていうのがありましたね」〈D〉

b．《退院先が遠いなかで社会資源を探すことは難しい》

措置入院などで入院した病院から遠い場所に住居がある患者に，退院後の住居や社会資源を探そうとしても，その場所にどのような社会資源があるのかわからないことで，病棟の看護師は社会資源を探すことの難しさを感じていた。「措置入院の患者さんで退院するときに，もともと住んでいた場所が遠かったりすると，再度，生活を建て直すのに家を借りたりとか通所を探したりとか，そういうのはちょっと大変かなあと思ったんですけど」〈D〉

Ⅳ．考　　察

本研究の結果，精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難を表す８カテゴリーを明らかにした。８カテゴリーは，①病棟看護師の病棟看護と訪問看護による発想の開きから生じる困難，②訪問看護に関する病院組織の不十分な実施支援態勢からくる困難，③限られた時間や空間で迅速な判断を１人で行う訪問看護の性質に基づく困難，および④精神障害者が地域生活をするうえでの特質に基づく困難，の４つに大別された。以下に，４つの特性ごとに説明，考察する。そして，困難を感じる特性を踏まえて，明らかにされた困難を軽減し，より質の高い精神科訪問看護を看護師が実践しやすくするための検討をする。

A．精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難の特性

1．病棟看護と訪問看護による発想の開きから生じる困難

まず，最初に着目した困難は，【患者のペースや都合を優先しないと，支援を受け入れてもらえない負担感】【患

者の主体性を尊重する訪問看護へ切り替えられない難しさ】である。

【患者のペースや都合を優先しないと，支援を受け入れてもらえない負担感】については，萱間（2009）が「地域で生活する患者をケアする場合は，時間や空間の主導権を握る主体も異なってくる。地域で生活を基本的に組み立てるのは患者自身であり，われわれ看護者が管理するのではない」と述べている。病棟の看護師は，病棟の患者の安全を第一に考えて，病棟の集団生活を安定させるために患者間でトラブルを起こさない，危険物の持ち込みをさせないなど，規則や日課，持ち物などの管理をする方向に動いてしまっていると推察される。そのような管理し過ぎる姿勢を地域で生活する精神障害者にも持ち込んでしまうために，病棟の看護師は訪問看護での支援に困難を感じていると考えられる。

また，病院からの精神科訪問看護は，医師の指示に基づく医療行為ではあるものの，退院の条件や医療スタッフの心配や懸念で開始されることが多い（三枝，2007）ことから，訪問看護の目的や具体的な支援内容の説明を十分に行なわないことや，患者や家族の訪問看護に対する理解の程度の把握を十分にしないままに訪問看護を導入してしまうことが推察される。このように，病棟の看護師が訪問看護導入時に患者や家族の主体性を尊重できず，説明や同意を十分に行わないことも，病棟の看護師に困難を生じさせている要因になっているのではないかと思われる。

【患者の主体性を尊重する訪問看護へ切り替えられない難しさ】については，萱間（2009）が「病院内で看護を行ってきた者が地域での看護を行うときに，発想の転換を迫られる」と述べている。病棟では，病気がどれだけよくなったかという面に目が向けられ，看護の視点も病状の回復過程や症状の程度をアセスメントしながら援助を検討することが多くなる（吉川，2007）。しかし，地域では精神障害者がどのようにすれば，周囲の支援者からサポートを受けながらも，その人らしく一人の人間として地域で安定して暮らしていけるのかという，地域の生活者としての視点（高橋，2000）が必要になる。この病棟と地域での視点の違いがあるにもかかわらず，病棟で日々看護を行っていくなかで，病棟での視点に慣れてしまっているが故に，病棟の看護師は発想の転換がしづらいと考える。

以上，【患者のペースや都合を優先しないと，支援を受け入れてもらえない負担感】【患者の主体性を尊重する訪問看護へ切り替えられない難しさ】は，いずれも日ごろ，病棟で入院加療中の患者への看護を提供している病棟の看護師が訪問看護に従事した際に，看護の場が病棟から地域へ移るなかで感じる地域看護の発想のギャップ，主導権が患者に移ったことへの心理的ストレスやそういう状況で精神障害者の生活のペースを尊重してかかわることの難しさを示している。これは，病棟看護と訪問看護の開きの大きさによるものであり，病棟の看護師に特有の困難と考える。

2．訪問看護に関する病院組織の不十分な実施支援態勢からくる困難

第2に着目した困難は，【病棟からの訪問看護を行う態勢が不十分ななかで訪問看護を行う困難感】である。訪問看護を行うための実施態勢や支援態勢，教育態勢，多職種との連携態勢が病院のなかで整っていない理由を次のように考える。

病院からの訪問看護は，精神科訪問看護が1986年に，精神科退院前訪問看護が1996年に初めて診療報酬点数化されたが，初めはどちらも週1回のみの算定であった。精神科訪問看護は1994年に週3回，精神科退院前訪問看護は2004年度に退院前1か月以内に限り週3回の算定が可能となっている。また，精神科訪問看護の支援内容が実際にどの範囲にわたっているのか，また有効性について明らかになったのはここ10年前後である（片倉・山本・石垣，2007；川口・西本・三木，2004；萱間，1999；瀬戸屋ほか，2008）。そのため，実際に地域支援の一方法として運用可能となったのがここ数年であり，制度としての定着が浅いこと，制度の変化が著しいことで病棟での訪問看護を行う実施態勢や支援態勢が追いつかず，実施者の個人的な調整力に委ねられている現状があるのではないかと考える。

以上，【病棟からの訪問看護を行う態勢が不十分ななかで訪問看護を行う困難感】は，精神科訪問看護の制度としての定着が浅いことから病棟での訪問看護を行う実施態勢や支援態勢，教育態勢，連携態勢が十分に整っていない，という病院の訪問看護に関するシステムの特性によって病棟の看護師は困難を感じていると考えられた。

3．限られた時間や空間で迅速な判断を1人で行う訪問看護の性質に基づく困難

第3に着目した困難は，【限られた時間や場所で対応しなければならない難しさ】【問題の重大さに関係なく，課題解決を1人で行わなければならない負担感】である。

【限られた時間や場所で対応しなければならない難しさ】については，病棟では複数の看護師の引き継ぎによって24時間患者の状態を把握して患者とかかわることができるが，訪問先では24時間利用者とかかわることができないために，限られた時間で支援や関係づくりをしなければならないこと，支援後に利用者をフォローできないことが病棟の看護師に困難を感じさせていると考えられる。入院中の看護と訪問看護の違いについて，玉置（2007）は「複数の

看護師が24時間，毎日病棟で患者に接し，状況を把握できる入院中の看護とは違い，訪問看護は利用者やその家族の状況に合わせて回数を決め訪問するという間歇的な看護である」と述べている。この病棟での連続的な看護と，地域での間欠的な看護の違いに戸惑うために病棟の看護師は困難を感じていると考えられる。

【問題の重大さに関係なく，課題解決を１人で行わなければならない負担感】については，自分の行っているケア内容への保証やフィードバックしてもらえないなど，訪問看護は基本的に１人職場である（萱間・林・沢田，2009）ことから困難を感じていると思われる。

以上，【限られた時間や場所で対応しなければならない難しさ】【問題の重大さに関係なく，課題解決を１人で行なわなければならない負担感】については，その場その場での迅速な判断を求められることや１人で対応するという訪問看護の特性によって病棟の看護師が困難を感じていると考える。

４．精神障害者が地域生活をするうえでの特質に基づく困難

第４に着目した困難は，【ストレスに弱く病状変動しやすい精神障害者への影響を考えながら，気をつけてかかわらなければならない難しさ】【患者の変化が見えにくいため，支援の成果やゴールが明確にならない難しさ】【患者の背景の複雑さによって，社会資源を探す難しさ】である。

【ストレスに弱く病状変動しやすい精神障害者への影響を考えながら，気をつけてかかわらなければならない難しさ】について，仲野（1998）が「精神障害者は，ストレス耐性が低いという特性をもっており，地域生活のなかで受けるストレスによって病状が不安定になる」と述べているように，精神障害者は一度，病状が寛解し退院した後に，日常生活のストレスにより再発を起こしやすい。病棟の看護師は，そのような弱さを理解できているが故に，不安になり慎重に接しようと考えるが，ともするとお互いの言動にイライラしたり，悲しくなるなど過剰に反応してしまう巻き込まれが生じる（永井，2002）。巻き込まれずに適度な距離を保つことの難しさを病棟の看護師は感じていると考えられる。

【患者の変化が見えにくいため，支援の成果やゴールが明確にならない難しさ】については，統合失調症など精神疾患が慢性疾患であり，精神症状が治まった後も生活障害が残る（安西，2003）という疾患の特徴から，訪問看護で精神障害者に支援を行っても短期間で状態が大きく好転することは少ないと感じるために，病棟の看護師は困難を感じていると思われる。

【患者の背景の複雑さによって，社会資源を探す難しさ】については，精神障害者が入院前の症状悪化から家族や地域住民との間でトラブルを起こし，地域社会での支援が得にくくなっている状況等，社会的な支援が必要な患者に社会資源を探すための情報や知識が少ないことが困難を感じさせていると考える。精神科に携わるスタッフがもつ社会資源の情報については，武政・藤井・岡浦（2010）が精神科病院，診療所に勤務するスタッフに対し，社会資源の認知度調査を行っている。その結果，診療所より精神科病院に勤務するスタッフはもっている社会資源の情報が少なく，さらに，病院のなかでも外来部門より病棟スタッフのほうがもっている社会資源の情報が少ないことを報告していた。精神科病院のスタッフのなかでも病棟のスタッフがもつ社会資源の情報量が少ないために，病棟の看護師は社会資源を探すことに困難を感じていると考えられる。

以上，【ストレスに弱く病状変動しやすい精神障害者への影響を考えながら，気をつけてかかわらなければならない難しさ】【患者の変化が見えにくいため，支援の成果やゴールが明確にならない難しさ】【患者の背景の複雑さによって，社会資源を探す難しさ】については，精神障害者特有の病状の不安定さやストレス脆弱性，支援に対する変化の見えづらさ，社会資源の情報不足という精神障害者が地域生活をするうえでの特質によって，病棟の看護師は困難を感じていると考えられる。

Ｂ．病棟の看護師が行う精神科訪問看護の実践上の示唆

まず，【患者のペースや都合を優先しないと，支援を受け入れてもらえない負担感】や【患者の主体性を尊重する訪問看護の視点に切り替えられない難しさ】に関しては，病棟の看護師が訪問看護で精神障害者の社会参加や地域生活定着に向けての看護支援を提供するにあたり，病院での看護とは質的に異なる地域看護に関する基本的な知識や技能の獲得が不十分であることが困難の一つに考えられる。こうした不十分さの解消には，患者の地域生活での課題に患者側の視点に立って気づくこと，自らの看護の技能として地域看護の視点を取り込んだ知識・技能を蓄積すること，訪問看護での患者のニーズは包括的であるがため病棟看護師に対応しきれない社会福祉領域や長期的な日常生活支援などの専門領域は連携していくことも視野に入れることを考慮することが大切と考える。具体的には，訪問看護でなくても精神障害者が生活しているグループホームなどに訪問し，実際に地域生活している精神障害者と交流する機会を設けられるよう病院，精神障害者双方が協力して行うことが病棟看護師の発想を転換するための一案になると思われる。実際の生活上の問題を知ることや精神障害者の

ペースを体験することによって，訪問看護では利用者である精神障害者の自己決定の尊重がケアの核になる（玉置，2007）ことを実感でき，精神障害者の立場に近づく一助になるのではないかと考える。

地域において精神障害者への支援をする機会が少ないことで感じる【限られた時間や場所で対応しなければならない難しさ】【ストレスに弱く，病状変動しやすい精神障害者への影響を考えながら，気をつけてかかわらなければならない難しさ】【問題の重大さに関係なく，課題解決を１人で行わなければならない負担感】【患者の変化が見えにくいため，支援の成果やゴールが明確にならない難しさ】を軽減するためには，病院の看護部門が主体となって地域での支援方法について学ぶ機会を設ける必要があると考える。具体的には，病院の看護部門が精神科訪問看護を行うなかで病棟の看護師が感じた困難や支援ニーズを理解したうえで，訪問看護の教育機会を提供するために病院で訪問看護の交流会を開催する。入院患者にかかわっている地域の保健師や訪問看護師に交流会に参加していただき，地域で支援をするなかでの困難事例について意見交換をしたり，精神障害者を支援するために病院サイドと地域サイドの要望や意見交換をすることで，地域での支援方法について学びを深めることができ，困難の軽減につながると考える。支援の成果やゴールが明確にならない難しさに関しては，訪問看護の費用対効果や患者満足度などの指標を用いて訪問看護を評価する試みを取り入れていくことで，病棟看護師と精神障害者がともに支援の成果を把握できると考える。また，精神科訪問看護上の問題解決への手助けとしてコンサルテーションを受けられる態勢を整えることは，精神科訪問看護を行う病棟の看護師への教育的支援になると同時に，心理的な支援にも役立つものと考える。

次に，【病棟からの訪問看護を行う実施態勢が整っていないなかで訪問看護を行う困難感】に関して，病棟からの訪問看護実施態勢を整えるためには，精神科訪問看護にかかわる病院組織全体で精神科訪問看護を行う病棟看護師を支援していく必要がある。具体的には，訪問看護を行うための余裕をもった人員配置，病院統一の実施手順づくり，公用車などの交通手段の確保，病院で患者にかかわるスタッフが定期的に集まりカンファレンスを行うなど，病棟からの訪問が行いやすくなるような実施態勢，支援態勢，連携態勢を精神科訪問看護にかかわる病院組織が連携して整備していく必要があると考える。

【患者の背景の複雑さによって社会資源を探す難しさ】を軽減するためには，病棟の看護師が地域の社会資源の実情を把握する必要があると考える。そのための一案として，退院前に精神障害者の地域移行のために精神障害者にかかわる関係者が集まって話し合うケア会議が考えられる。花光（2006）は，ケア会議によって患者像や具体的なケア内容などについて情報を共有することができ，退院後のフォロー態勢を関係者が共通認識できたと述べている。地域で精神障害者にかかわる行政，訪問看護ステーション，ボランティアなどさまざまな立場の人たちと病棟の看護師がケア会議で情報交換することで，その地域にある社会資源や，それぞれの役割や立場などについての理解が深まるのではないかと考える。また，精神障害者自身もケア会議に参加することで精神障害者の地域生活移行への思いを関係者が共有することでき（花光，2006），関係者が精神障害者を中心に据えた地域生活移行を推進できると考える。

また，精神障害者の支援は，ゴールがなかなか明確にならないなかで地域で生活している精神障害者を支援し続けるには，社会資源の不足がちな病棟の看護師が精神障害者を１人で抱え込まず，精神障害者にかかわる関係者の連携を円滑にするためのケアシステムの構築を行い，地域の機関や施設と連携して支援を継続すること（林，2009）が大切だと思われる。そこで，病棟からの精神科訪問看護を実施している精神障害者に対して，専門職者が定期的にケア会議を開き，退院後の地域生活定着の見通しなど一定の目標を達成した時点で，病棟から訪問看護ステーションに支援の提供の場をシフトすることも精神障害者の地域生活移行を推進するうえで重要と考える。

上記のような病棟看護師への支援を行うことで，精神科訪問看護を行う病棟の看護師が感じる困難を軽減できれば，病棟からの精神科訪問看護が円滑に行えるようになると考える。病棟からの精神科訪問看護は地域への移行を集中的に援助する役割が期待されており（萱間，2007），また，訪問看護ステーションからの精神科訪問看護は，地域生活安定のための具体的な生活支援が長期的に得られる（末安・岩下・杉田・五月・仲野，2004）。病棟と訪問看護ステーションが連携して地域で生活する精神障害者を支援することができれば，地域生活に移り変わっても生活障害が長期につきまとう精神障害者にとっては安心の得られる支援になると思われる。また，精神障害者の社会参加や地域生活を定着させるためには，生活のしづらさの改善，すなわち生活能力の改善のみならず主観的な自信の回復が必要である。そのためには，看護師などの医療的支援，すなわち訪問看護などをベースにして自尊心の回復や生活技能の獲得ができることが精神障害者の社会参加自己効力感を促進する一つの要因になる（天谷ほか，2008）。よって，精神障害者が病棟から安心して地域へ移行し，そして社会参加の実現や地域生活を安定して送れるようになるためにも，病棟からの精神科訪問看護を推進していく必要があると考える。

C．本研究の限界と今後の課題

本研究は対象施設が少ないことから，一般化するには限界がある。また，年齢や性別，精神科訪問看護の経験年数などは，病棟の看護師が感じる困難に影響を与えると考えられる。それらの要因ごとに詳細な分析をしていくことが，精神科訪問看護を行う病棟看護師へのさらなる支援の検討に向けて必要だと考える。

結　論

本研究の結果，病棟看護師は，病棟看護と訪問看護による発想の開きから生じる困難，訪問看護に関する病院組織の不十分な実施支援態勢からくる困難，限られた時間や空間で迅速な判断を１人で行う訪問看護の性質に基づく困難，精神障害者が地域生活をするうえでの特質に基づく困難という，さまざまな次元で困難を感じていた。このような困難をもつ看護師の支援には，精神障害者の地域生活に触れる機会を設ける，病院組織の看護部門主導の訪問看護実施態勢の確立，地域で精神障害者への支援を行う訪問看護ステーションの看護師，保健センターの保健師や多職種との交流・学習を行い地域での支援方法について学びを深めることで困難の軽減につなげることが必要と考える。

謝　辞

本研究にあたり，面接調査にご協力いただきました看護師の皆さま，病院関係者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

要　旨

研究目的は，精神障害者の療養生活を支援する病棟看護師が，地域への移行や地域生活の安定に向けた訪問看護を実施するなかで感じる困難について明らかにすることである。精神科病棟で３年以上経験し，かつ現在，精神科病棟に所属して精神科訪問看護を行っている看護師15名に対し半構造化面接を行い，Berelsonの内容分析にて分析した。

その結果，病棟看護師は病棟看護と訪問看護による発想の開きから生じる困難，訪問看護に関する病院組織の不十分な実施支援態勢からくる困難，限られた時間や空間で迅速な判断を１人で行う困難，精神障害者が地域生活をするうえでの特質に基づく困難を感じていた。

このような困難をもつ看護師の支援には，精神障害者の地域生活に触れ，地域での支援方法を学ぶ機会を設ける，病院組織の看護部門主導の訪問看護実施体制の確立等で困難の軽減につなげることが必要と考える。

Abstract

This study aimed to clarify the difficulties experienced by ward nurses when they provide home visiting services to people with mental disabilities to help them recuperate and improve their community life. Semi-structured interviews were conducted with 15 psychiatric ward nurses with more than 3 years of psychiatric ward experience, who provided psychiatric home visiting services. The data were analyzed by using Berelson's content analysis method.

The results showed that ward nurses experienced difficulties stemming from (a) the differences between ward nursing and home visiting, (b) an inadequate support system for home visiting nurses, (c) having to make many quick and independent decisions under time and space constraints, and (d) the effort required to improve the community life of people with mental disabilities.

To help nurses overcome these difficulties and to enable them to improve the community life of people with mental disabilities, nurses should be educated on how to support such people in the community. For this purpose, the nursing departments of the concerned hospitals should establish a support system for visiting nurses.

文　献

天谷真奈美，鈴木麻揚，柴田文江，阿部由香，田中留伊，大迫哲也，板山　稔（2008）．統合失調症者の社会参加自己効力感を促進する要因．国立看護大学校研究紀要，7(1)，1-8.

安西信雄（2003）．精神疾患のなりたちと理解のモデル．In 安西信雄，青木民子（編）：精神疾患の治療と看護．pp.3-7，東京：南江堂．

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.

Berelson, B.（1952）／稲葉三千男・金圭煥訳（1957）．内容分析．東京：みすず書房．

花光清司（2006）．高齢統合失調症患者が単身生活をする為の退院支援 ― 看護師がケア会議に積極的に参画する必要性 ―．日本精神科看護学会誌，49(2)，389-393.

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．日本看護研究学会雑誌，32(2)，23-34.

飯村麻紀（2009）．訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護に携わる精神科経験のない看護師の困難とニーズ．病院・地域精神医学，51(2)，145-146.

片倉直子，山本則子，石垣和子（2007）．統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究．日本看護科学会誌，27(2)，80-91.

川口優子，西本美和，三木智津子（2004）．単身の統合失調症者に対する訪問看護師の援助．日本精神保健看護学会誌，13(1)，45-52.

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，松下太郎，船越明子，栃井亜希子，沢田　秋，瀬戸屋希，山口亜紀，伊藤弘人，宮本有紀，福田　敬，佐藤美穂子，仲野　栄，羽藤邦利，大塚俊男，佐竹良一，天賀谷隆（2005）．精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 ― 精神科入院日数を指標とした分析．精神医学，47(6)，647-653.

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.

萱間真美（2009）．精神科訪問看護の始まりとその役割．In 坂田三允（編）：精神看護エクスペール 8 ― 精神科訪問看護（第 2 版）．pp.2-7, 東京：中山書店．

萱間真美，林亜希子，沢田　秋（2009）．訪問看護を支えるサポートシステム．In 坂田三允（編）：精神看護エクスペール 8 ― 精神科訪問看護（第 2 版）．pp.114-123, 東京：中山書店．

三枝美樹夫（2007）．退院支援から訪問看護への移行 ― 病院の取り組みから ―．In『実践精神科看護テキスト』編集委員会（編）：実践精神科看護テキスト第12巻 ― 精神科訪問看護．pp.197-208, 東京：精神看護出版．

永井優子（2002）．患者の病識，受容を支える技術．In 野嶋佐由美（編）：実践看護技術学習支援テキスト ― 精神看護学（第 1 版）．pp.56-84, 東京：日本看護協会出版会．

仲野　栄（1998）．現場レポート訪問看護ステーション：「契約」によって患者 ― 看護師関係が逆転する．精神看護，1(1)，25-28.

緒方　明，三村孝一，今野えり子，福田美香，山本哲生，藤田英介，平田耕一，樺島　智（1997）．精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討．精神医学，39(2)，131-137.

Scott, W.A. (1955). Reliability of Content Analysis: The case of normal scale cording. *Public Opinion Quarterly*, 19, 321-325.

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 ― 精神科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.

末安民生，岩下清子，杉田美佐子，五月女幸子，仲野　栄（2004）．精神科訪問看護の機能と役割 ― 病院の訪問看護と訪問看護ステーションとの比較調査から ―．精神科看護，31(10)，39-44.

高橋　忍（2000）．コミュニティーケア ― 病院と地域の連続性 ―．精神科看護，27(6)，36-43.

武政奈保子，藤井淳也，岡浦真心子（2010）．精神科病院スタッフの社会資源認知度調査．病院・地域精神医学，53(1)，60-61.

玉置夕起子（2007）．精神科訪問看護の定義・機能・特性．In『実践精神科看護テキスト』編集委員会（編）：実践精神科看護テキスト第12巻 ― 精神科訪問看護．pp.54-57, 東京：精神看護出版．

右京チヨ，佐藤三枝子，茶谷知代，栗栖瑛子（1996）．精神科訪問看護を受けた精神分裂病の予後について ― 再発・再入院・在宅期間・在宅率等の変化を中心に ―．*Quality Nursing*, 2(8)，700-707.

渡邉久美，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.

矢田部愛（2006）．長期入院患者に対する退院前訪問看護を通しての一考察 ― 受け持ち看護師の関わりが与える効果を考える．日本精神科看護学会誌，49(2)，213-217.

吉川隆博（2007）．精神科リハビリテーション論．In『実践精神科看護テキスト』編集委員会（編）：実践精神科看護テキスト第12巻 ― 精神科訪問看護．pp.35-43, 東京：精神看護出版．

全国訪問看護事業協会（1998）．訪問看護サービスにおける精神障害者・痴呆の対象者へのケア提供の在り方に関する調査研究事業報告書．東京：全国訪問看護事業協会．

［平成24年 7 月26日受　　付
平成25年 2 月 4 日採用決定］

－原　著－

母親の虐待傾向に与える母親の特性不安，うつ傾向，子どもへの愛着の影響

― 母子健康手帳交付時から 3 歳児健康診査時までの検討 ―

A Study on the Effects of Maternal Trait Anxiety, Depressive Tendency, and Attachment to the Child on Maternal Tendency toward Child Abuse
― From Issuance of Maternal and Child Health Handbook to 3-Year-old Infant Health Checkups Examination ―

佐　藤　幸　子[1)]　　遠　藤　恵　子[2)]　　佐　藤　志　保[1)]
Yukiko Sato　　Keiko Endo　　Shiho Sato

キーワード：母親，児童虐待，特性不安，うつ，愛着
Key Words：mother, child abuse, trait anxiety, depression, attachment

緒　言

厚生労働省（2010）の調査で，わが国の平成21年度中に全国201か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は44,210件で，これまでで最多の件数となり，前年度から1,546件の増加となっている。Schmitt & Kempe（1975）は虐待を「親や保護者や世話をする人によって引き起こされた，子どもの健康に有害なあらゆる状態」と定義しているが，子どもの健康に有害な状態として，子どもの身体的発達や言語発達，心理的な発達の遅れなどさまざまな影響が報告されており（Berlin, Appleyard, & Dodge, 2011；石，2006；伊東・犬塚・野津・西澤，2003；丹羽・宮本，2009；大原・楡木，2008；Schatz, Smith, Borkowski, Whitman, & Keogh, 2008），社会的スキルの未熟による社会的な不適応や問題行動等に進展しやすいことが報告されている（Schatz et al., 2008）。虐待を予防し子どもの健全育成をはかることは，子どもの権利を擁護する意味においても，また，少子高齢社会のなかで安定した次世代の社会形成にとっても真に重要な課題である。

子どもの虐待対策においては，早期発見・早期介入とともに予防的なかかわりが重要であり，それは地域システムとして考えられるべきであり，実際にさまざまな研究が行われている（Ammerman et al., 2009；新井，2010；板倉・小川，2003；佐藤・佐藤，2010）。しかし，それらは周産期以降に焦点を当てたものがほとんどであり，妊娠初期からの取り組みに関するものは少ない。妊娠初期から児童虐待のリスクを抱える母親を把握し，妊娠中から母親と看護職者との間で信頼関係を構築し，母親の相談しやすい存在となっておくことで，児童虐待にまで発展する以前に介入できる可能性があると思われ，妊娠早期からの取り組みが必要と考える。ここで，母子健康手帳交付という機会は地域と母子との関係をもち始める重要な場面であり，児童虐待の早期予防に役立たせることが可能と考える。妊娠初期に把握可能な虐待のリスク要因を母子健康手帳交付時にアセスメントできれば，母親学級や妊婦の家庭訪問事業などの地域で実施されている事業を通して，ハイリスクな妊婦と人間関係をつくり，産後の虐待予防のスムーズな支援が可能になると考えられる。さらに，妊娠中に起こりやすい不安に対応することで，信頼関係を構築しながら，出産に向けた支援も可能である。母子手帳交付時に虐待のリスクを的確にアセスメントするためには，妊娠初期に把握可能な予測因子が乳幼児期の母親の虐待傾向と関連があるのかを縦断的に調査したエビデンスが必要である。先行研究では，虐待の要因となる心的特性として不安やうつ傾向，子どもへの愛着などがあげられている（穴井・関野・佐野・松本・朝倉，2006；Choi et al., 2010；八重樫・小河・田口・下田，2008；Yoshikawa & Konno, 2008）。

著者らは，母子健康手帳交付から 3 歳児健康診査までの母親を対象に追跡調査を行い，母親の虐待傾向に及ぼす特性不安，うつ傾向，子どもへの愛着の経時的変化を明らかにしている（佐藤・遠藤・佐藤，2012）。そこで本研究では，同じ対象の調査結果から，リスク要因同士の関係性を明らかにし，縦断的に母親とかかわる際の虐待傾向に対する特性不安，うつ傾向，子どもへの愛着の影響を確認する

1）山形大学医学部看護学科　School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine
2）山形県立保健医療大学　Yamagata Prefectural University of Health Sciences

ことを目的とした。

Ⅰ．方　　法

A．対　　象

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

B．調査方法

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

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

C．調査期間

調査期間は2005年10月から2010年6月までとした。

D．母子健康手帳交付時の調査項目

1．対象者の属性

年齢，妊娠週数，職業の有無，治療している疾患の有無を調査した。

2．母親の特性不安，被養育態度

a．母親の特性不安

既存の尺度『State-Trait Anxiety Inventory』（以下，STAI）の“特性不安”の項目を用いて測定した。STAIはSpielbergerらによって開発された「一時的な情緒状態」である“状態不安”と「比較的安定した個人の性格傾向」を示す“特性不安”の両面から測定する不安尺度で，本研究では水口・下仲・中里（1991）が翻訳した『日本版STAI』を使用した。各項目に「いつもある：4点」から「ほとんどない：1点」の4段階で回答する。それぞれ合計は80点満点である。今回は，母親の比較的安定した性格傾向に関係する特性不安のみを用いた。得点が高いほど不安が高いことを示す。

b．被養育態度

『Parental Bonding Instrument』（以下，PBI）を使用した。PBIは，1979年にParker, Tupling, & Brown（1979）が作成した「子どもからみた親の養育態度の自覚的評価スケール」であり，本研究では小川（1991）が翻訳し，国内において信頼性，妥当性が確認されている『PBI日本版』を用いた。PBIは養護因子（care factor；以下CA因子）と過保護因子（overprotection factor；以下OP因子）の2つの下位尺度からなる。全25項目で，各質問に「非常にそうだ：3点」から「全く違う：0点」までの4段階で回答し，得点化する。

児童虐待のハイリスク要因の一つとして“世代間伝達”があげられており，とくに母親から受けた養育体験が大きく関係する，と報告されている。PBIのCA因子は対象の被養育体験を知るのに有効であると考え，CA因子を測定する12項目のみ抜粋して使用した。この12項目では愛情（affection），暖かさ（emotional warmth），共感（empathy），親密さ（closeness）などの度合いを測っており，得点が高いほど親からの愛情が深く，受容的な態度であったと子どもが評価していることを示す。

E．新生児訪問時以降の調査項目

1．出産，児に関する項目

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

2．愛着および抑うつのスクリーニング尺度

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

a．愛　　着

愛着の測定は，『赤ちゃんへの気持ち質問票』（以下，愛着質問票）を使用した。原著者はMarks, M.N.であるが，

未発表である。翻訳された『日本語版愛着質問票』については鈴宮・山下・吉田（2003）が臨床的妥当性を検討している。全10項目で「ほとんどいつも強くそう感じる：０点」から「全然そう感じない：３点」の４段階で回答し，それぞれ０～３点で得点化する。合計が30点満点で得点が高いほど児への否定的な感情が強いことを示す。

b．抑うつ

抑うつは『エジンバラ産後うつ病質問票』（Edinburgh Postnatal Depression Scale：以下，EPDS）を用いて測定した。Cox, Holden, & Sagovsky（1987）がイギリスで開発した産後うつ病のスクリーニングスケールであり，岡野ら（1996）が信頼性，妥当性を確認した『日本版EPDS』が国内で広く使用されている。全10項目からなり，各項目に４段階で回答し，それぞれ０～３点で得点化する。合計は30点満点であり，わが国では産後うつ病の判断基準である区分点を９点以上としている。児との相互作用の障害は産後うつ病がない場合にも存在しうるためEPDS単独では判断しかねるという問題が指摘されているが，EPDSで推測される産後うつ病が愛着障害とも関連があることが明らかにされており，児童虐待のスクリーニングの指標としても効果を期待されている。

３．子どもの行動

今回は，母親の要因だけでなく子どもの行動の特徴も虐待傾向に影響すると考え，子どもの行動についても調査した。１歳６か月健診時および３歳児健診時に測定した。Sato & Shiwaku（2002）が開発した『再接近危機尺度』を使用した。これは子どもの行動特徴を葛藤，しがみつき，不安定等の概念を測定する尺度で，13項目からなり「よくある：５点」から「全くない：１点」の５段階で評価する。得点が高いほど行動特徴が強いことを示す。

４．母親の虐待傾向

高芝・山下（1998）が開発し，中添・白石・舟越（1999）により信頼性・妥当性の確認された，母親のサポートおよび母親役割意識に関する質問紙のなかの『虐待傾向尺度』を使用した。「そのとおり：１点」から「違う：５点」の５段階評価で，得点が低いほど虐待傾向が強いことを示す。

Ｆ．分析方法

統計解析には統計ソフト『SPSS 18.0J for Windows』および『Amos 18.0』を使用した。それぞれの変数は単純集計を行い，PBI，特性不安，抑うつ，愛着，子どもの行動，虐待傾向を観測変数とし，パス解析を用いて母親の虐待傾向への影響要因を検討した。

Ｇ．倫理的配慮

所属施設の倫理審査委員会に研究計画書を提出し，承認を得た。対象者には市町の保健師が文書に基づき，研究の主旨について口頭で説明した。その際，調査者は対象者が断りにくい立場の者であることを配慮し，調査への協力は自由意思であること，途中でも放棄可能であること，協力の拒否による不利益は一切生じないこと，個人情報は確実に保護されること，調査内容は本研究のみに使用すること，研究結果を学会等で発表すること，ならびに研究者の連絡先を文書に明記し，参加の了承を得た者のみ同意書に署名を依頼した。回収した質問紙には調査者が記号および番号を付けて匿名化し，分析者に個人が特定できないように配慮した。

Ⅱ．結　　果

Ａ．母子健康手帳交付時の調査結果

１．対象の属性

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

２．特性不安，被養育態度

母子健康手帳交付時の特性不安の平均得点は45.5±8.7であり，最小値は25，最大値は72あった。PBIのCA因子は最小値５，最大値36で，平均値は28.6±6.0であった。

Ｂ．新生児訪問時の調査結果

１．出産，児，産後の環境に関する項目

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

児の出生時体重は最小値494ｇ，最大値4,826ｇで平均3,048.7±405.0ｇであった。疾患がない児は284名（90.2％），何らかの疾患がある児は24名（7.6％）で，無回答の児は７名（2.2％）であった。疾患の内容は，二分脊椎症，動脈管開存症，甲状腺機能低下症，高ビリルビン血症，陰嚢水腫，臍ヘルニア，右下肢血管腫，脂腺母斑，貧血，尿路

感染症，湿疹等であった。

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

２．愛着，抑うつ，子どもの特性，虐待傾向の記述統計

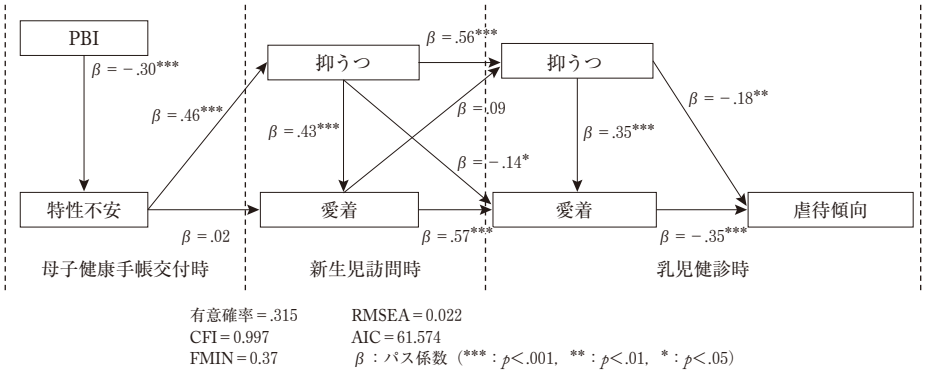
EPDSの平均得点については，新生児訪問時は4.8±3.6であり，乳児健診時は2.7±3.2，１歳６か月児健診時は2.9±3.7，３歳児健診時は3.4±4.1であった。愛着質問表の平均得点については，新生児訪問時は1.8±2.2であり，乳児健診時は1.7±2.1，１歳６か月児健診時は2.6±2.3，３歳児健診時は2.7±2.9であった。

子どもの行動特性の平均得点については，１歳６か月児健診時は44.2±6.6であり，３歳児健診時は40.88±6.2であった。母親の虐待傾向は乳児健診時は19.0±1.8，１歳６か月児健診時は27.1±2.9，3歳児健診時は25.7±3.0であった。

C．パス解析による母親の虐待傾向への影響要因の検討

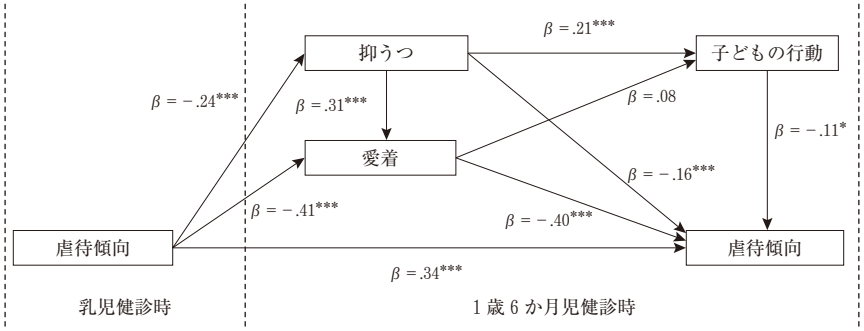
１．母子健康手帳交付時から乳児健診時まで（図１）

母子健康手帳交付時の母親のPBIから母親の特性不安へのパスが有意であり（$\beta = -.30$，$p < .001$），自分自身が温かく養護されて育ったと思っていない母親ほど特性不安が高かった。母子健康手帳交付時の特性不安から新生児訪問時の母親のうつへのパスが有意であり（$\beta = .46$，$p < .001$）母子手帳交付時の母親の特性不安が新生児訪問時の抑うつに影響していた。新生児訪問時の抑うつから愛着へのパスが有意であり（$\beta = .43$，$p < .001$），抑うつが高いほど愛着が低かった。また，新生児訪問時の抑うつから乳児健診時の抑うつおよび愛着へのパスが有意であり（$\beta = .56$，$p < .001$，$\beta = -.14$，$p < .05$）新生児訪問時の抑うつは乳児健診時の抑うつや愛着に影響していた。愛着においても新生児訪問時から乳児健診時のパスが有意であり（$\beta = .57$，$p < .001$）影響が見られた。しかし，愛着から抑うつへのパスは有意ではなかった。乳児健診時の抑うつから愛着および虐待傾向へのパスが有意であり（$\beta = .35$，$p < .001$）（$\beta = -.18$，$p < .01$），また愛着から虐待傾向へのパスも有意であった（$\beta = -.35$，$p < .001$）。抑うつが高いほど虐待傾向が高く，愛着が低いほど虐待傾向が強かった。モデルの適合度は，有意確率＝.315，CFI＝0.997，FMIN＝0.37，RMSEA＝0.022，AIC＝61.574とほぼ良好であった。



有意確率＝.315　RMSEA＝0.022
CFI＝0.997　AIC＝61.574
FMIN＝0.37　β：パス係数（***：$p<.001$，**：$p<.01$，*：$p<.05$）

図１　パス解析による母親の虐待傾向への影響要因の検討
（母子健康手帳交付時から乳児健診時まで）



有意確率＝.570　RMSEA＝0.000
CFI＝1.000　AIC＝38.323
FMIN＝0.001　β：パス係数（***：$p<.001$，**：$p<.01$，*：$p<.05$）

図２　パス解析による母親の虐待傾向への影響要因の検討
（乳児健診時から１歳６か月児健診時まで）

2．乳児健診時から1歳6か月児健診時まで（図2）

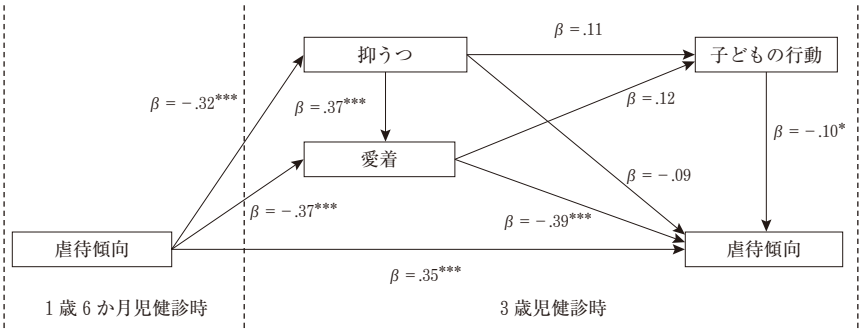
乳児健診時の虐待傾向から1歳6か月児健診時の抑うつ，愛着および虐待傾向へのパスが有意であった（$\beta=-.24$，$p<.001$）（$\beta=-.41$，$p<.001$）（$\beta=.34$，$p<.001$）。また，抑うつから愛着へのパスが有意であった（$\beta=.31$，$p<.001$）。1歳6か月児健診時の抑うつ，愛着および子どもの行動から1歳6か月児健診時の虐待傾向へのパスが有意であった（$\beta=-.16$，$p<.001$）（$\beta=-.40$，$p<.001$）（$\beta=-.11$，$p<.05$）。抑うつが高く，愛着が低く，子どもの葛藤などの行動特徴が強いほど虐待傾向が強かった。モデルの適合度は，有意確率＝.570，CFI＝1.000，FMIN＝0.001，RMSEA＝0.00，AIC＝38.323と良好であった。

3．1歳6か月児健診時から3歳児健診まで（図3）

1歳6か月児健診時の虐待傾向から3歳児健診時の抑うつ，愛着および虐待傾向へのパスが有意であり（$\beta=-.32$，$p<.001$）（$\beta=-.37$，$p<.001$）（$\beta=.35$，$p<.001$），また，抑うつから愛着へのパスが有意であった（$\beta=.37$，$p<.001$）。3歳児健診時の愛着および子どもの行動から3歳児健診時の虐待傾向へのパスが有意であった（$\beta=-.39$，$p<.001$）（$\beta=-.10$，$p<.05$）。愛着が低く，子どもの葛藤などの行動特徴が強いほど虐待傾向が強かった。3歳児健診時において，抑うつや愛着から子どもの行動へのパスは有意でなかった。モデルの適合度は，有意確率＝.770，CFI＝1.000，FMIN＝0.000，RMSEA＝0.000，AIC＝38.086と良好であった。

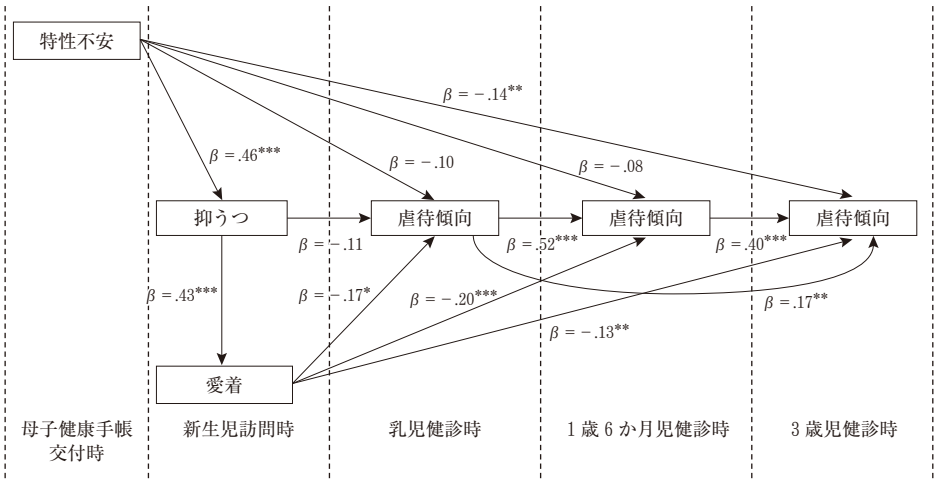
4．全期間における虐待傾向のパス図（図4）

母子健康手帳交付時の特性不安から新生児訪問時の抑うつへのパスが有意であり（$\beta=.46$，$p<.001$），新生児訪問時の抑うつから新生児訪問時の愛着へのパスが有意であった（$\beta=.43$，$p<.001$）。また，母子健康手帳交付時



有意確率＝.770　RMSEA＝0.000
CFI＝1.000　AIC＝38.086
FMIN＝0.000　β：パス係数（***：$p<.001$，**：$p<.01$，*：$p<.05$）

図3　パス解析による母親の虐待傾向への影響要因の検討
（1歳6か月児健診時から3歳児健診時まで）



有意確率＝.528　RMSEA＝0.000
CFI＝1.000　AIC＝50.222
FMIN＝0.007　β：パス係数（***：$p<.001$，**：$p<.01$，*：$p<.05$）

図4　パス解析による母親の虐待傾向への影響要因の検討
（全期間における虐待傾向のパス図）

の特性不安から3歳児健診時の虐待傾向へのパスが有意であった（$\beta=-.05$，$p<.01$）。

新生児訪問時の愛着から乳児健診時，1歳6か月児健診時および3歳児健診時の虐待傾向へのパスが有意であった（$\beta=-.17$，$p<.05$）（$\beta=-.20$，$p<.001$）（$\beta=-.13$，$p<.01$）。また，乳児健診時の虐待傾向から1歳6か月児健診時および3歳児健診時の虐待傾向へのパスが有意であり（$\beta=.52$，$p<.001$）（$\beta=.17$，$p<.01$），1歳6か月児健診時の虐待傾向から3歳児健診時の虐待傾向へのパスが有意であった（$\beta=.40$，$p<.001$）。モデルの適合度は，有意確率＝.528，CFI＝1.000，FMIN＝0.007，RMSEA＝0.000，AIC＝50.222と良好であった。

Ⅲ．考　　察

本研究は母子健康手帳交付から3歳児健康診査まで母親を対象に追跡調査を行い，母親の虐待傾向に及ぼす特性不安，うつ傾向，子どもへの愛着の影響を明らかにし，母親に対する予防的支援のためのアセスメント方法について検討することを目的とした。パス解析による母親の虐待傾向への影響要因について母子健康手帳交付時から順を追って考察する。

A．母子健康手帳交付時から乳児健診時まで

母子健康手帳交付時に，自分自身が温かく養護されて育ったと思っていない母親ほど特性不安が高く，それは新生児訪問時の抑うつに影響していた。小川（1994）は不安神経症患者にPBIを施行し，健常対照群と比較を行ったところ，不安神経症患者はPBIのCA因子が有意に低いことを報告しており，どのように養育されたかが「個人の不安が高い」という特性に関与していることを明らかにしている。この「個人の不安が高い」という特性は，妊娠前から持続していることが考えられる。これまで，妊娠中期や末期の不安の高さと産後のうつ状態との関連が示されてきたことも（小木曽，2007；佐藤・森岡・佐藤・生地・村田，2006a，2006b），この考えと矛盾しない結果である。また，佐藤ら（2006a）や佐藤ら（2003）は産後のうつ状態が持続した母親のPBIのCA因子が非うつ群に比べ低いことを報告し，及川・久保・刀根（2004）も同様の報告をしており，従来から自分自身が温かく養護されて育ったと思っていない母親にうつ傾向が多いことが明らかになっているが，本研究では，PBIが母親の特性不安の高さを介して産後のうつ状態に影響していることが明らかになった。特性としての不安の高さに加え，産後のホルモンの変動や育児に対する困難感などさまざまな要因が産後のうつ状態に関与していると考えられるが，特性不安の高さが影響要因として明確に示されたことから，母子健康手帳交付時には，被養育態度や特性不安をアセスメントするためのシートを作成し，個人と不安になりやすい特性を把握したうえで，妊娠中のマイナートラブルへの対処や分娩の準備等で高まる不安に対応する，家庭訪問や母親学級等での支援が重要と思われる。そのような支援を通して人間関係を形成し，産後の育児困難感やうつ傾向へのタイミングのよい支援につなげていくことが重要であると思われる。そのためには，これまでも母子健康手帳交付時に喫煙や飲酒など妊婦にアンケートを実施している自治体も多くみられることから，そのなかに，被養育態度や特性不安に関する項目を取り入れるように検討することが望ましいと考える。

また，新生児訪問時の抑うつが高いほど愛着が低く，抑うつや愛着は乳児健診時の抑うつおよび愛着に影響していた。しかし，愛着から抑うつへのパスは有意ではなかった。さらに乳児健診時の抑うつは直接的にも虐待傾向に影響していたが，愛着を介して虐待傾向に関与していた。これらの結果から，母親は抑うつを背景にした愛着障害のために，適切な養育態度がとれず，虐待傾向が高まることが考えられる。Choi et al.（2010）は乳児の母親に調査を行い，PBIのCA因子が子どもへの愛着困難やうつ傾向に影響しているが虐待行動に関与しているのはうつ傾向ではなく愛着困難であったこと，を報告している。このように，虐待行動の傾向が高まるメカニズムとして，特性不安やうつ状態だけでなく，それらを背景にした子どもへの愛着形成が促進されないことが大きな要因であると考えられた。

以上のような虐待傾向が高まるメカニズムを理解し，温かな被養育体験の低さから特性不安，うつ傾向，愛着形成の低さ，そして虐待傾向というプロセスのそれぞれに対応する介入が必要であることが考えられる。すなわち，母親の不安に寄り添うことや，うつの早期発見や必要な医療への結びつけ，愛着形成のための育児指導および支援者との温かな人間関係の形成，そして虐待予防にだけ焦点を当てるのではなく，日々の保健活動のなかで組織的に母親支援を展開することが重要と考える。

B．乳児健診時から1歳6か月児健診時までおよび1歳6か月児健診時から3歳児健診まで

乳児健診時の虐待傾向は1歳6か月児健診時の虐待傾向につながっていた。また，乳児健診時の虐待傾向は1歳6か月児健診時の抑うつ，愛着および子どもの行動から1歳6か月児健診時の虐待傾向へつながっていた。また，このプロセスは3歳児まで継続していた。すなわち，抑うつが高く，愛着が低く，子どもの葛藤などの行動特徴が強いほ

ど虐待傾向が強かった。温かな被養育体験の低さから不安傾向，うつ傾向，愛着形成の低さ，そして虐待傾向というこのプロセスはどこかで遮断されないかぎり，悪循環が継続していくことが考えられた。また，1歳6か月児健診時には子どもの行動の影響もみられた。この子どもの行動特徴は，1歳6か月児ごろから3歳時ごろに高まる，この時期の発達に特徴的に見られる葛藤や不安定さを表すもので，これらの行動特徴が強いと母親の育児困難感が高まることが明らかになっている（Sato & Shiwaku, 2002）。母親の特性不安が高く愛着形成が進まないところに，育児を困難にする子どもの要因が加わることが，虐待傾向を高めていることが実証されたものと考える。子どもの行動特徴に関連する育児困難に対する具体的な支援も，予防的観点から重要である。乳幼児期，とくに自己主張が強くなる時期の子どもの行動特徴や養育について保健指導内容に取り入れることも，今後検討する必要がある。

C．全期間における虐待傾向のパス図について

母子健康手帳交付時の特性不安から，新生児訪問時および3歳児の虐待傾向への影響が確認された。すなわち，これまでも述べたように，母子健康手帳交付時に特性不安が高いことが継続的に子どもへの虐待傾向に影響していることが確認された。また，新生児訪問時の愛着の低さが3歳児までの虐待傾向に影響しており，さらに乳児健診時から3歳児までの虐待傾向が継続していたことから，母親の虐待傾向は母子健康手帳交付時の特性不安の高さをアセスメントし，早期から継続的にかかわる必要性が示唆された。多くの市町村では，現在でも母子健康手帳交付時に簡単なアンケートを実施して，その後の妊娠出産への支援に役立てているところであるが，そのアセスメントのなかに特性不安や被養育態度に関する内容を盛り込み，システムとして機能するような取り組みが期待される。上別府・杉下・栗原・村山・山崎（2010）も，虐待予防のための妊娠期からの支援として母子健康手帳交付時の対応が最初のポイントであったことを報告しており，アセスメントをもとにハイリスク母子に対してどのようなサービスを行うかが重要である。先進保健所においては，そのシステムの構築もすでに取り組まれていることから（福田，2011），今後はエビデンスをもとにアセスメントを行い，その効果を検証していくことが必要である。

結　語

母子健康手帳交付から3歳児健康診査まで母親を対象に追跡調査を行い，母親の虐待傾向に及ぼす特性不安，うつ傾向，子どもへの愛着の影響を明らかにした。その結果，以下の4点が明らかになった。

1．母子健康手帳交付時の母親の特性不安は新生児訪問時の子どもへの愛着やうつ傾向に影響を及ぼし，また，母親のうつ傾向は子どもの愛着に影響していた。
2．さらに，乳児健診時の子どもの愛着やうつ傾向に影響し母親の虐待傾向に影響していた。
3．乳児健診時母親の虐待傾向は，1歳6か月児健診時のうつ傾向や子どもの愛着に影響し，子どもの行動とともに母親の虐待傾向に影響を及ぼしていた。
4．1歳6か月児健診時の虐待傾向は3歳児健診時のうつ傾向や子どもの愛着に影響し，母親の虐待傾向に影響を及ぼしていた。

以上の結果より，母子手帳交付時の母親の特性不安を子どもの虐待の予防的介入のためのアセスメントに活用できる可能性が示唆された。

また，本研究にご協力いただきました対象の皆さま，保健師の皆さまに心よりお礼申し上げます。

要　旨

母子健康手帳交付から3歳児健康診査まで母親315名を対象に追跡調査を行い，母親の虐待傾向に及ぼす特性不安，うつ傾向，子どもへの愛着の影響を明らかにした。母子健康手帳交付時の母親の特性不安は新生児訪問時の子どもへの愛着やうつ傾向に影響を及ぼし，また，母親のうつ傾向は子どもの愛着に影響していた。それが乳児健診時の子どもの愛着やうつ傾向に影響し，母親の虐待傾向に影響していた。乳児健診時母親の虐待傾向は，1歳6か月児健診時のうつ傾向や子どもの愛着に影響し，子どもの行動とともに母親の虐待傾向に影響を及ぼしていた。1歳6か月児健診時の虐待傾向は3歳児健診時のうつ傾向や子どもの愛着に影響し，母親の虐待傾向に影響を及ぼしていた。以上の結果より，母子手帳交付時の母親の特性不安の高さから継続的に子どもの虐待傾向に影響していることが示唆された。

Abstract

We followed up 315 mothers from the time of issuance of the maternal and child health handbook until the three-year-old infant health checkup to determine the effects of maternal trait anxiety, depressive tendency, and attachment to their child on maternal tendency toward child abuse. Results indicated that trait anxiety at the time of issuance of the maternal and child health handbook had an effect on their attachment to their child or depressive tendency at the time of home visit guidance for newborns, and that maternal depressive tendency also had an effect on maternal attachment to the child. Mothers' tendency to be abusive at the three- to four-month-old infant health checkup affected their depressive tendency or attachment to their child at the 18-month-old infant health checkup, resulting in an effect on maternal tendency toward child abuse. Maternal tendency toward child abuse at the 18-month-old infant health checkup affected maternal depressive tendency or attachment to the child at the three-year-old infant health checkup, leading to an effect on maternal tendency toward child abuse. These results suggested that trait anxiety experienced by mothers at the time of issuance of the maternal and child health handbook had a continued effect on child abuse.

文　献

Ammerman, R.T., Putnam, F.W., Aitaye, M., Chen, L., Holleb, L.J., Stevens, J., Short, J.A., and Van Ginkel, J.B.（2009）. Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 127-138.

穴井己理子，関野敬子，佐野　緑，松本葉子，朝倉幹雄（2006）. 虐待をする母親への治療的介入 ― FIS-Jを用いたチーム医療について ―. 子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 72-79.

新井陽子（2010）. 産後うつの予防的看護介入プログラムの介入効果の検討. 母性衛生, 51(1), 144-152.

Berlin, L.J., Appleyard, K., and Dodge, K.A.（2011）. Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention. *Child Development*, 82(1), 162-176.

Choi, H., Yamashita, T., Wada, Y., Narumoto, J., Nanri, H., Fujimori, A., Yamamoto, H., Nishizawa, S., Masaki, D., and Fukui, K.（2010）. Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(2), 120-127.

Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R.（1987）. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

福田ゆう子（2011）. 1週間健診とエジンバラ産後うつ病評価表で始まる「システム型」支援ネットワークの確立. 子どもの心とからだ, 20(1), 82-90.

板倉敬乃，小川雄之亮（2003）. 退院後の養育に問題が予想される母児との関わりについて：新生児科医の役割. 小児保健研究, 62(4), 496-500.

伊東ゆたか，犬塚峰子，野津いなみ，西澤康子（2003）. 児童養護施設で生活する被虐待児に関する研究(2) ― ケア・対応の現状と課題について. 子どもの虐待とネグレクト, 5(2), 367-379.

上別府圭子，杉下佳文，栗原佳代子，村山志保，山崎あけみ（2010）. 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究(1) ― 地域母子保健からの検討 ―. 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 61-68.

厚生労働省（2010）. 児童虐待相談対応件数等及び児童虐待等要保護事例の検証結果（第6次報告概要）. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000g6nl.html

水口公信，下仲順子，中里克治（1991）. 日本版STAI使用の手引き. 京都：三京房.

中添和代，白石裕子，舟越和代（1999）. 3歳児をもつ母親の子育てに関する意識調査：看護の視点から育児支援を考える. 香川県立医療短期大学紀要, 1, 87-94.

丹羽健太郎，宮本信也（2009）. 児童養護施設に在所する児童の認知特徴：WISC-Ⅲを用いた分析. 小児の精神と神経, 49(4), 307-316.

小川雅美（1991）. PBI（Parental Bonding Instrument）日本版の信頼性，妥当性に関する研究. 精神科治療学, 6(10), 1193-1201.

小川雅美（1994）. 不安神経症患者と両親の養育態度の関連. 東京女子医科大学雑誌, 64(5), 418-423.

小木曽加奈子（2007）. 母親の被養育体験と現在の育児負担感との関連性：子育て支援の連携を求めて. 小児保健研究, 66(5), 688-694.

及川裕子，久保恭子，刀根洋子（2004）. 乳幼児を持つ親の精神健康状態：GHQ調査（General Health Questionnaire）とPBI（Parental Bonding Instrument）の関連を通して. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 3, 79-86.

岡野禎治，村田真理子，増地聡子，玉木領司，野村純一，宮岡　等，北村俊則（1996）. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7(4), 525-533.

大原天青，楡木満生（2008）. 児童自立支援施設入所児童の行動特徴と被虐待経験の関係. 発達心理学研究, 19(4), 353-363.

Parker, G., Tupling, H., and Brown, L.B.（1979）. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.

佐藤　文，板垣由紀子，後藤道子，秋葉　裕，森谷香織，森岡由起子（2003）. 産後のうつ状態と母子相互作用についての縦断的研究（その1）：マタニティブルーズと産後のうつ状態の頻度と背景要因の検討. 母性衛生, 44(1), 51-56.

佐藤喜根子，佐藤祥子（2010）. 妊娠期からの継続した心理的支援が周産期女性の不安・抑うつに及ぼす効果. 母性衛生, 51(1), 215-225.

佐藤奈緒子，森岡由起子，佐藤　文，生地　新，村田亜美（2006a）. 産後うつ状態に影響を及ぼす背景因子についての縦断的研究（第一報）：母親自身の被養育体験・内的ワーキングモデルおよび児への愛着との関連. 母性衛生, 47(2), 320-329.

佐藤奈緒子，森岡由起子，佐藤　文，生地　新，村田亜美（2006b）. 産後うつ状態に影響を及ぼす背景因子についての縦断的研究（第二報）：産後うつ状態と対児感情・児への愛着との関連. 母性衛生, 47(2), 330-343.

佐藤幸子，遠藤恵子，佐藤志保（2012）. 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. 日本看護研究学会雑誌, 35(2), 71-77.

Sato, Y. and Shiwaku, H.（2002）. A Study of Difficulty in Child-care during Rapprochement Crisis. *International Journal of Nursing Study*, 39(1), 51-58.

Schatz, J.N., Smith, L.E., Borkowski, J.G., Whitman, T.L., Keogh, D.A.（2008）. Maltreatment risk, self-regulation, and maladjustment in at-risk children. *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 972-982.

Schmitt, B.D. and Kempe, C.H.(1975). The Pediatrician's Role in Child Abuse and Neglect. *Current Problems in Pediatrics*, 5(3), 1-47.

石　暁玲（2006）. 児童養護施設における子どもの情緒的・行動的問題アセスメント：被虐待児を中心とした治療的対応を巡って. 臨床教育心理学研究, 32(1), 1-8.

鈴宮寛子，山下　洋，吉田敬子（2003）. 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害 ― 自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討 ―. 精神科診断学, 14(1), 49-57.

高芝朋子，山下和夫（1998）. 1歳6か月健診からみる子ども虐待傾向. 第17回日本心理臨床学会集録, 420-421.

八重樫牧子，小河孝則，田口豊郁，下田　茜（2008）. 乳幼児を持つ母親の子育て不安に影響を与える要因 ― 子育て不安と児童虐待の関連性 ―. 厚生の指標, 55(13), 1-9.

Yoshikawa, N. and Konno, Y.（2008）. Reduction of Feelings of Insecurity about Pregnancy and Enhancement of Maternal-Fetal Attachment Through Perception of Fetal Movement During Dohsa-hou Relaxation. *The Japanese association of Special Education*, 45(6), 405-422.

［平成24年7月19日受　　付
平成25年2月5日採用決定］

－原　著－

急性白血病患者における臨床試験参加の意思決定プロセス

The Decision-Making Process for Acute Leukemia Patient Participation in Clinical Trials

熊谷理恵[1)]　野澤明子[2)]
Rie Kumagai　Akiko Nozawa

キーワード：急性白血病，意思決定，臨床試験
Key Words：acute leukemia, decision-making, clinical trial

はじめに

白血病は血液のがんであり，1975年と2002年を比較すると推定罹患率が約1.5倍に上昇しているがんの一種である（特定非営利活動グループ・ネクサス，2012）。また，他のがんと同様に年々死亡率が増加している疾患でもある。そして，人口の高齢化とともに今後もその死亡者数の増加が予測されている（宗野・今泉，2008）。白血病の死亡者数を減少させるためには，根治的な治療法を確立することが肝要であるが，白血病は難治性悪性腫瘍であるために治療法を確立するのは困難な状況にある。現在，大規模多施設共同研究グループの一つであるJapan Adult Leukemia Study Group（以下，JALSG）によって白血病に関する臨床試験が行われている。急性白血病の5年生存率は全体で32.9％であり（がんの統計編集委員会，2010），そのうち急性骨髄性白血病は35～40％，急性リンパ性白血病においては15～35％と他のがんと比較しても低く（神田，2008），根治的な治療法は未だ確立されていない状況である（直江・宮脇・大西，2010）。

平成10（1998）年4月より新Good Clinical Practice（以下，GCP省令）が完全施行されたことにより，臨床治験参加者の人権と安全の保護，臨床治験の倫理性などが示された。また，治験コーディネーター（Clinical Research Coordinator：以下，CRC）の役割は，インフォームド・コンセント，治験参加者の相談業務，他部門との調整や監査などであると明確化されたことで，CRCの存在や必要性が高まり（熊谷・東，2003；坂本，2004；田上，2009；富澤・伊藤，2006；弓削，2004，），2006年には4,500人のCRCが養成されている（文部科学省・厚生労働省，2007）。さらに2003年には，厚生労働省により臨床研究に関する倫理指針が制定され，臨床試験参加者への人間の尊厳や人権の尊重が謳われた（厚生労働省，2008）。これらにより，がんの臨床試験においてもCRCの必要性は高まってきており，2006年にはCRC全体の3割が臨床試験における何らかのサポートを行っている報告もされている（古川ら，2007）。これは，CRCの役割が臨床治験だけでなく，がんを含めた臨床試験に役割範囲が拡大してきていることを裏づけている。

臨床試験に関する研究では，参加者の理解度や参加の意思決定プロセスに関する研究が報告されている。臨床試験の参加者は，その目的を理解している割合が30～50％であったこと（Daugherty et al., 1995; Ito et al., 1997; Cox, 2000），臨床試験の参加者に看護師が補足説明などのかかわりをもったほうが臨床試験に対する理解度が高くなること（藤本・菅田・古屋・山中，2005；井上ら，2000；三浦ら，2010；Joffe, Cook, Cleary, Clark, & Weeks, 2001）が報告されている。また，乳がんの予防研究への参加者が，自分たちの過去の経験を振り返りながらさまざまな方法で可能性を熟考して臨床試験への参加の意思決定をしていること（Schaefer, Ladd, Gergits, & Gyauch, 2001），がんの臨床試験の意思決定時にはプレッシャーと時間的圧迫感を感じながら，他者に相談したり代替案を探索したりリスクについて熟考していること（Tabak, 1995），そしてCRCの補足説明は，参加者の意思決定に最も重要な要因であること（中村ら，2002；田中ら，2002）も報告されている。このように，臨床現場における看護師やCRCのサポートの重要性が，研究により明らかにされつつあるものの，乳がんの予防研究やがん治療への参加に関する研究であり，急性白血病患者に関するものではない。

白血病や悪性リンパ腫などの血液悪性腫瘍の患者を対象とした研究においては，入院直後の患者は治療・回復・再発に関することを知りたいと思い，医療者とのかかわりや補足説明を求めていることが明らかになっている（長谷・加藤・遠藤，2008）。また，病名告知後は精神的に不均衡

1）長野県看護大学看護学部　School of Nursing, Nagano College of Nursing
2）前浜松医科大学医学部看護学科　Formerly Department of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine

状態になっており（堀田ら，2009），病名告知による衝撃・混乱・死への不安・病気の理解の困難さを生じていることも明らかになっている（齋藤，2010）。入院状況や化学療法を受けることに対する心理状況においても，混乱，理解困難，再発や死に対する不安（藤井・児玉・岡田・宮腰，2003；初田・松村・石亀・三田，2003；志賀・西山・平山・尾澤・濵松，2004）が明らかにされており，入院後の白血病患者の置かれている状況とその際の患者のニーズは相互に強く関連していると考えられた。

以上のように，急性白血病患者の入院直後や病名告知後の心理変化や体験，臨床試験参加者の葛藤については研究されてはいるものの，急性白血病患者が臨床試験に参加する意思決定についての研究は行われてなかった。

そこで本研究の目的は，急性白血病患者における臨床試験の意味，臨床試験参加の意思決定のプロセスおよび意思決定に影響する要因とその構造を明らかにすることとした。これらのことを明らかにすることは，急性白血病患者が臨床試験の参加の意思決定をするうえでの看護支援の内容と方法を検討し，適切な時期での支援提供につながると考えた。

Ⅰ．研究方法

1．対　　象

対象者は，JALSGの臨床試験に参加している総合病院であるＡ病院またはＢ病院の血液内科に入院中で，JALSGのプロトコールに参加する初発の急性骨髄性白血病（以下，AML）および急性リンパ性白血病（以下，ALL）の患者である。また，認知機能やコミュニケーションに問題がなく，真実の病名告知が行われたと推測される20～60歳くらいまでの者とした。

対象者の抽出は，各施設ともに最初に診療科の責任者や看護部長へ研究の内容や方法を説明し，承諾を得た。次に主治医と病棟師長にも同様に本研究の概要を説明し，対象候補者の選定を依頼した。対象候補者には，事前に主治医または病棟師長から研究の概要を説明し，研究依頼の説明を受ける許可を得た。その後，研究者から研究依頼の説明を行い，研究協力の承諾が得られた者を対象とした。

2．データ収集方法

データの収集は，診療録からのデータと面接によるデータ収集を行った。

診療録からは，対象者の氏名，年齢，性別，職業，疾患名，臨床試験参加プロトコール名，家族構成などの基礎データとともに入院時の主治医からの説明内容とその反応について，対象者に説明を行い，同意を得た後に診療録からの情報収集を行った。

面接によるデータ収集は，インタビューガイドを用い半構成的面接法にて行った。主な質問内容は，主治医からの話を聞いてどう思ったか，臨床試験という言葉を聞いてどう思ったか，同意書を見てどう思ったか，入院・治療・疾患・予後に対する思いであった。

対象者への面接は１回で，面接する時期は極力入院直後や初回のがん化学療法後は避け，心身ともに状態の落ち着いているがん化学療法２回目以降の血球回復期に行った。面接内容はノートに書きとめ，対象者から同意が得られた場合はICレコーダに録音した。同意が得られなかった場合は，面接開始前に対象者に口頭にて説明を行い，了解を得た後に原則的に筆記者を１人加えて面接することにした。また，同意が得られていても筆記者が参加できない場合は，面接内容をていねいに繰り返すことで内容を確認し，研究者本人がノートに書きとめる方法を用いることにした。

3．データ収集期間

2003年４月～2003年12月

4．データ分析方法

本研究の分析は質的帰納的に行った。

データの分析において，最初に対象者から語られた内容を逐語録に起こした。１例目のデータ全体に目を通した後，臨床試験に対する思い，行動，臨床試験への参加の意思決定に関係する内容に注目しコード化した。そして，臨床試験に参加する患者の意思決定のプロセスの全体を見渡せるようにするために，臨床試験を肯定的にとらえていた１例目とは対照的な，臨床試験を否定的にとらえていたと思われる対象者（２例目）を抽出し，類似性，対極性，差異性の視点から分析を進めていった。その後，コードの類似性，差異性に基づいて検討し，サブカテゴリー化，カテゴリー化を行い，カテゴリー間の関係性を明らかにしていった。分析において１事例目の分析時にスーパーバイズを受けた。また，分析過程において，がん看護の経験ならびにがん看護の質的研究の経験を有する修士以上の学位を有する者からもスーパーバイズを受けながら修正を行い，信頼性・妥当性を確保した。そして，得られたデータを同様に分析して加えていきながらカテゴリー間の関係性をさらに検討し，そのカテゴリーの関連を図式化していった。このような分析を繰り返し行いながら，研究対象者がすべてのパターンに分類され，新たなカテゴリーが抽出されなくなった段階で分析を終了とした。

5．倫理的配慮

Ａ病院においては倫理委員会に申請し，倫理審査にて承

認を得て行った（承認番号52）。しかし，Ｂ病院では研究計画および実施の時点において研究に関する倫理審査が行われていなかった。そのため，当時必要であると考えられた以下の倫理的配慮を行うことにより，倫理的配慮に努めた。

Ａ・Ｂ病院ともに，事前に対象候補者へ主治医と病棟師長から研究の概要を説明し，面接の許可を得た後，研究者よりプライバシーの確保できる部屋にて研究の説明を行った。対象者へは説明文書を用い研究の目的・意義・方法について，研究への協力は自由意思であること，協力を拒否することや途中で取り止めることは自由であること，調査への協力を拒否しても診療の不利を被らないこと，調査内容は本研究以外では使用せず匿名であること，面接内容や秘密は厳守することを保障したうえで，研究成果の公表をすることを説明した。

以上の内容について同意を得てから面接を実施した。さらに，面接は個室または個室の病室を使用して対象者のプライバシー確保に努めた。

データは個人ごとに記号化し，個人情報とは別に保管することで個人が特定されないように配慮を行い，分析終了後に破棄した。

Ⅱ．結　　果

１．対象者の概要

対象者の概要を**表１**に示した。

対象者12名のうち男性は６名，女性は６名であった。面接調査時における対象者の年齢は，30歳～60歳代で平均52.1±9.9歳であった。疾病の内訳はAML・ALLともに６名であった。治療経過月数は，1.5～9.0か月で平均4.7±2.3か月である。１人あたりの面接所要時間は45～123分で，平均66.1分であった。

表１　対象者の概要

事例	年齢	性別	疾患名	治療経過月数	同居家族
A	30歳代前半	男	急性リンパ性白血病	2.5	あり
B	60歳代前半	女	急性リンパ性白血病	7.5	あり
C	50歳代前半	女	急性リンパ性白血病	9.0	あり
D	50歳代後半	男	急性骨髄性白血病	5.5	あり
E	60歳代前半	女	急性骨髄性白血病	4.5	あり
F	40歳代前半	女	急性リンパ性白血病	3.0	あり
G	60歳代前半	女	急性リンパ性白血病	5.0	あり
H	40歳代後半	男	急性骨髄性白血病	2.5	あり
I	30歳代後半	男	急性リンパ性白血病	6.5	あり
J	50歳代前半	男	急性骨髄性白血病	1.5	なし
K	50歳代前半	男	急性骨髄性白血病	2.5	あり
L	60歳代残半	女	急性骨髄性白血病	6.0	あり
平均	52.1±9.9			4.7±2.3	

２．臨床試験参加の意思決定までのプロセス

分析の結果，白血病を発病したことが発覚した時点から，対象者が臨床試験に何らかの意味や価値を見出し臨床試験の参加を決断するまでの過程には，白血病を自分なりに解釈しながら受け止め，生きよう・治療しようという希望を明確にしていく“状況把握と生への希望の明確化”と，希望を明確にした後自分自身を奮起させながら臨床試験に意味や価値を見つけ臨床試験参加を決断していく“臨床試験参加への葛藤”という２つのプロセスで構成されていた（**表１**）。また，２つのプロセスは11のカテゴリーで構成されていた。なお，文中ではカテゴリーを【　】で示した。

⑴　状況把握と生への希望の明確化

“状況把握と生への希望の明確化”は，【衝撃的な出来事に対する反応】【衝撃的な出来事に対する行動】【生存への希望の探求】【保有する白血病に対する認識】【生命を揺るがす緊迫感】【身近にいる献身的な存在】の６つのカテゴリーで構成されていた（**図１**）。

【保有している白血病に対する認識】に，自覚していない状況下での突然の急性白血病の発病から，緊急入院や苦痛を伴う諸検査を強いられること，病名告知や臨床試験という治療法の説明と臨床試験参加への決断が早期に迫られるという時間的要素も含んだ【生命を揺るがす緊迫感】が加わり，【衝撃的な出来事に対する反応】を示した。その後，いま置かれている状況の把握や家族的・社会的役割を果たす，自己のコントロールをするなどの【衝撃的な出来事に対する行動】を起こし，これからも生きていく，治療して治癒するなどの生きることへの【生存への希望の探求】をしていく。【衝撃的な出来事に対する行動】から生きることへの【生存への希望の探求】には，家族や主治医などの【身近にいる献身的な存在】が影響を与えていた。また，全く現実を直視することができないことにより，【衝撃的な出来事に対する行動】として自ら死を選択する場合では，【身近にいる献身的な存在】の医師や家族が強く介入することで，生きることへの【生存への希望の探求】に至り，その後はスムーズにサポートを利用するというパターンも見られた。

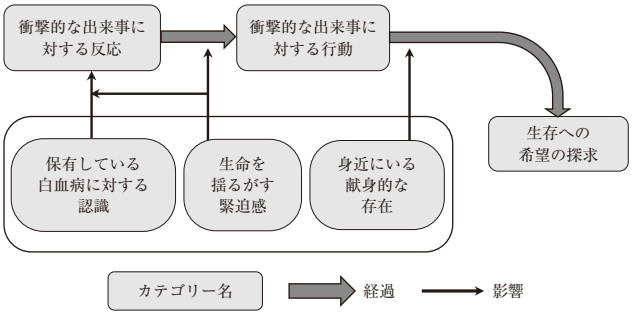


図１　現状把握と生への希望の明確化

表 2　臨床試験参加の意思決定プロセスを構成するカテゴリーとサブカテゴリー

プロセス		カテゴリー	サブカテゴリー
状況把握と生への希望の明確化		衝撃的な出来事に対する反応	死を予期する
			見通せないことへの困惑
			がんへの恐怖
			治療や再発に対する不安
			ショックを受ける
			無力感を感じる
			動揺する
			病名を疑う
			絶望感を感じる
			実感のないがんへの恐怖感の欠如
		衝撃的な出来事に対する行動	問いかける
			臓器がんと比較する
			最悪な事態と比較する
			白血病を実感する
			家族を心配する
			生活基盤を整理する
			人生を振り返る
			感情を抑制する
			自分を責める
			現実への直視を回避する
			自殺を企図する
	臨床試験参加の葛藤	生存への希望の探求	生存していく
			治癒する
		保有する白血病に対する認識	治療すれば治るという認識
			一般的ではない病気という認識
		生命を揺るがす緊迫感	予想外の説明内容
			時間的圧迫感
		身近にいる献身的な存在	共に苦渋する家族のサポート
			主治医の誠実な態度からのサポート
		意思決定への洞察行動	治療法を解釈する
			臨床試験の目的を理解する
			他の治療法と比較する
			質問する
			説明文書を読む
			身近な医療従事者へ相談する
			自主的に選択する
			誘導的な治療法を選択する
		臨床試験に対する肯定的認知	臨床試験の魅力
			抵抗感がない
			主治医の勧める治療
			人体実験ではない
			治療法の明示による安心感
			臨床試験のベースがあることの安心感
			危険性に対してフォローがある
			効果がわかっている
			患者の権利が保障されている
		臨床試験に対する否定的認知	危険性への引っ掛かり
			否定的なイメージ
			動物実験という疑心
			既存の治療法との相違の不明確性
			治療法が確立していない
			長期的な治療への引っ掛かり
			再発する可能性がある
			治療の選択肢を制限されることへの引っ掛かり
			臨床試験を選択することへの恐怖
			重責と感じる
		決断への奮起	あきらめる
			運にまかせる
			心服的に主治医を信頼する
			奮い起こす
			言われたまま受け入れる
			暗示をかけ納得させる
			思考内容を制限する
		臨床試験参加への処決	最良法と認める
			治る唯一の方法
			他者のために貢献できる

(2)　臨床試験参加への葛藤

“臨床試験参加への葛藤”は，【生存への希望の探求】【保有する白血病に対する認識】【生命を揺るがす緊迫感】【身近にいる献身的な存在】【意思決定への洞察行動】【臨床試験に対する肯定的認知】【臨床試験に対する否定的認知】【決断への奮起】【臨床試験参加の処決】の 9 つのカテゴリーで構成されていた（図 2）。

自分が置かれている状況を把握し，【生存への希望の探求】において，生きたい・治癒したいという意思が明確になった後，臨床試験参加への決断に向けての意思決定が進んでいた。しかし，自分では治療に対して何もできないために主治医に頼るしかなく，疾患や治療，治療効果に対してのあきらめや結局は自分自身が心の支えであるという思い【決断への奮起】を抱えながら，臨床試験を最良法や治癒する唯一の方法，他の人のためになる【臨床試験参加への処決】と認め，臨床試験参加を決定していた。

対象者のなかには「臨床試験は白血病を治す治療である」と理解しているが，「臨床試験は治療法を確立するために行われているシステムである」とは全く認識しない場合があり，その場合には臨床試験を肯定的にも否定的にも認知することがなかった。さらに，【意思決定への洞察行動】も行わずに主治医や家族が強くサポートすることのみで【決断への奮起】に至り，臨床試験参加を決定していく場合もみられた。臨床試験を肯定的または否定的に認知していた場合は，【決断への奮起】をする前に，臨床試験参加を決定する意思を明確にするための【意思決定への洞察行動】と【臨床試験に対する肯定的認知】または【臨床試験に対する否定的認知】において相互作用を起こしていた。相互作用のなかで【臨床試験に対する肯定的認知】が上まわるか【臨床試験に対する否定的認知】が上まわるかによって，【意思決定への洞察行動】の自主性に差が生じ

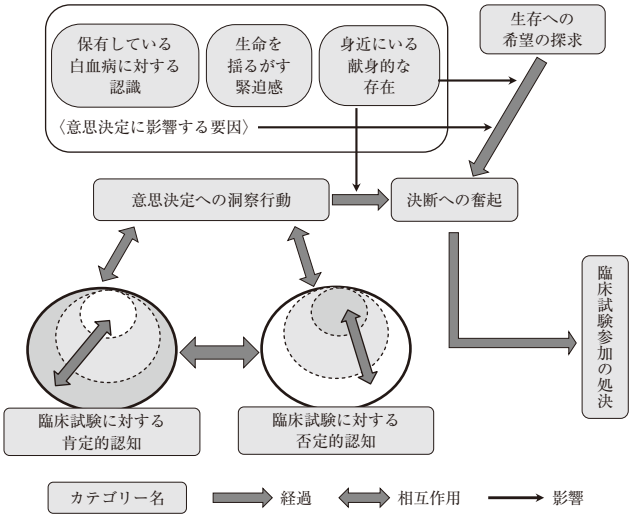


図 2　臨床試験参加の葛藤

ていた。また【臨床試験に対する肯定的認知】と【臨床試験に対する否定的認知】は，【意思決定への洞察行動】との相互作用によって，【臨床試験に対する肯定的認知】や【臨床試験に対する否定的認知】を強められたり弱められたりといった影響を受けていた。

【生存への希望の探求】から【決断への奮起】に至るまでには，意思決定に影響する要因を構成する【保有する白血病に対する知識】【生命を揺るがす緊迫感】【身近にいる献身的な存在】の３つのカテゴリーが関連していた。そのカテゴリーのなかでもとくに【身近にいる献身的な存在】は【決断への奮起】に至るまでに与える影響力は大きかった。さらに，意思決定に影響する要因は，【意思決定への洞察行動】においても影響を及ぼしていた。そして，対象者は【決断への奮起】を行いながら，臨床試験に対して何らかの意味を見出し，希望や期待，覚悟するような思いを抱え治療に臨んでいた。

３．臨床試験参加へのパターン

臨床試験参加へのパターンには，肯定的認知優位パターン，模索後肯定的認知優位パターン，否定的認知優位パターン，非認知パターンの４つが明確となった。これらのパターンには，【生存への希望の探求】【保有している白血病に対する認識】【生命を揺るがす緊迫感】【身近にいる献身的な存在】【意思決定への洞察行動】【臨床試験に対する肯定的認知】【臨床試験に対する否定的認知】【決断への奮起】【臨床試験参加への処決】が複雑に関連しあっていた。以下に各パターンのプロセスを記述し，そのパターンを説明するためにデータから内容を端的に示している個所を引用した。その説明文のなかで補足したほうが意味がわかりやすい部分は（　）で補足した。また，パターンの特徴がみえる個所には波線で示した。

⑴　肯定的認知優位パターン（図３）

これは臨床試験に対して否定的認知と肯定的認知の双方を持ち合わせて葛藤を起こしているが，主治医からの説明を受けた時点から肯定的認知のほうが強く，【意思決定への洞察行動】と【臨床試験に対する認知】との相互作用からの結果においても，肯定的認知のほうが強く【決断への奮起】に至っていた。その過程のなかの【意思決定への洞察行動】においては，【生命を揺るがす緊迫感】からの影響を受け，そして【決断への奮起】に至る過程でも【身近にいる献身的な存在】の介入が加わることで，よりスムーズに【臨床試験参加への処決】に到達していくパターンであった。このパターンは事例Ａ．Ｆの２人にみられた。

「そのとき（主治医から臨床試験の説明を受けているとき）に，完全な治療法はないというのは感じました。いまこれ（臨床試験）で研究している，っていうのははっきりわかりましたから。でも，やっぱりいま考えられるなかでいちばんいい治療方法だろうから，やっぱりそれを自分で選択しておくべきかなって思いますよね。逆に，いままでやっていた治療法がしんどいから，さらに研究を重ねていくのがやっぱり臨床試験っていう訳じゃないですか，その出来として。だったら，いまの治療よりも一歩進んだものがあるならば，そっちを選択しておくほうが賢いだろうな，っていうふうに思いますよね」（事例Ａ）

⑵　模索後肯定的認知優位パターン（図４）

このパターンは，肯定的認知優位パターンと同じく臨床試験に対する認知は双方あり，肯定的にも否定的にもほとんど差が見られないが，【意思決定への洞察行動】と臨床試験に対する肯定的認知と否定的認知の３つを相互に作用させ模索することにより，次第に肯定的認知が強化していったパターンである。臨床試験に対する肯定的認知が強化された後は“肯定的認知優位パターン”と同様に【臨床試験参加への処決】に至っていった。このパターンは事例Ｄ．Ｈ．Ｉ．Ｊ．Ｋの５人にみられた。

「新薬を使って治療のなかに（新薬が）入るんじゃな

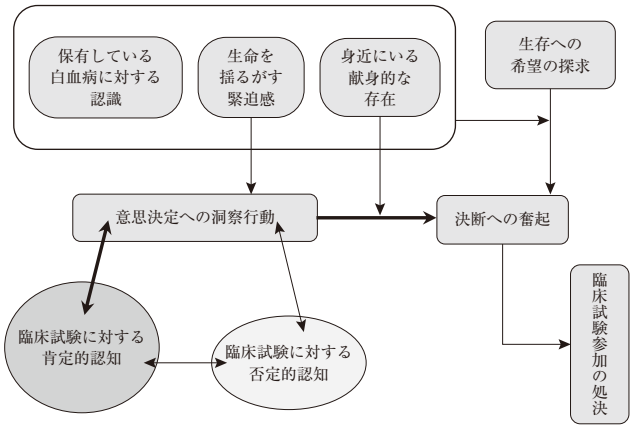


図３　肯定的認知優位パターン

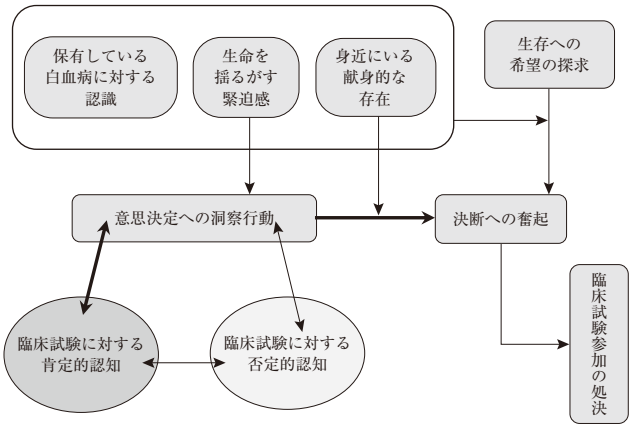


図４　模索後肯定的認知優位パターン

いかって。それが頭の中にパッといちばんにきたもんで。（先生に聞いたら）先生はそれはないよって言ったもんで。許可された治療薬，それで進んでいくって言ったけど，初めて聞く言葉だもんで，イメージ的にはやっぱり新薬の治療。やっぱりみんな（家族や親戚）もそうやって頭に入っていたもんで。娘の病院の院長も新薬の治療になるんじゃないかって。そうなると副作用が強くなる。それが含まれるんだったら同意ちょっと考える。そうでなければ，いままで使ってる薬だったら，副作用とかある程度つかめてるかなぁって，別に受けても問題はないかなって」（事例Ｄ）

「担当の先生が，単独で自分のやり方でやるって言って。まあ，それができるかどうかは知らんけどって言ったときにやっぱり，もし，どっちをとるかって言うと，やっぱり長年10年10何年，やっぱり経験とかデータを積んでる協会（臨床試験）のほうをとるかもしれん，俺としては。もし主治医が主治医のやり方でこれだと言ったとしても，もしやるとしたらやっぱり実績だとかそう言うのをとるかもしれん」（事例Ｈ）

「こういうの（臨床試験）が嫌な人の場合には，主治医の先生自身の個別の治療にした場合には，その経過をみながら，あの一その一，先生が経過をみながらその薬を投与していくと。ただそれによってデータがないもんだからっていう説明を聞いて。僕がニュアンス的にとるとこっち（主治医の独自の治療）は先生の当てずっぽうじゃないけど，当てずっぽう的な治療になっちゃうと。だけどこっち（臨床試験）はそのつど全国の系列の研究をしている，常時，検査結果とかそういう経過とかが入ってくるシステムになっていると聞けば，どうせんでもそっちを選びますよね」（事例Ｉ）

⑶　否定的認知優位パターン（図５）

これは“肯定的認知優位パターン”と同様に臨床試験に対する肯定的・否定的認知の双方をもちあわせているが，肯定的認知が強いパターンとは逆に説明を受けた時点から否定的認知が強く，【臨床試験への洞察行動】において相互に作用しても，否定的認知が強いままであった。さらに【生命を揺るがす緊迫感】が加わるためにスムーズに前に進むことができないが，【身近にいる献身的な存在】がより強く介入することで，【決断への奮起】を経過し【臨床試験参加への処決】に至っていくパターンであった。このパターンは事例Ｂ．Ｃの２人にみられた。

「（説明文書を読んでも）わからないことが多かった。矢印（矢印は治療方法の説明を表している）の意味もわからなかった。臨床試験というと実験台みたいな感じ。いままでにいっぱい臨床試験をしていて，そして，私にも行っているのかと思いました。同意書を見て本当にいいのかな，いままでの治療をやってもらったほうがいいのかなと思いました。先生がこれがいちばんいい方法と言うので，説明のその場でサインした。あとで考え直してやっぱりやめてもいいと言うことで，とりあえずサインした。夫が70～80％治る率があるならやってもらったほうがよいと言うので，自分でも治るならやってみようと思った」（事例Ｂ）

「すごくショックだった。でもすぐ（治療する）って感じだったから，お父さんも説明を受けたから，でも一瞬えーと思ったけどね。まあ先生も一生懸命思って言ってくれるしね。それでその治療法がいいって言ってくれるから。お父さんもそれでいいって言ったから。迷ったけどね。私としては治してくれればいいって思ったからね。迷ったのは自分が実験台みたいって。動物実験，言葉は悪いかもしれないけど。先生は結局ためを思って言ってくれるし，私もあとでまた同じような病気になった人に，いいかなと思って」（事例Ｃ）

⑷　非認知パターン（図６）

このパターンは臨床試験が急性白血病を治す治療法と認識はしているが，臨床試験に対して肯定的にも否定的にも

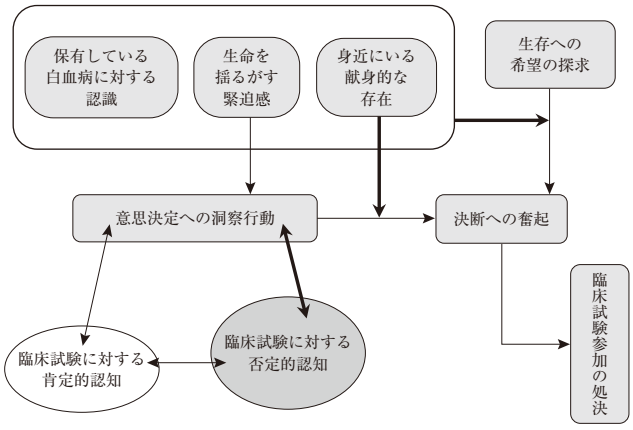


図５　否定的認知優位パターン

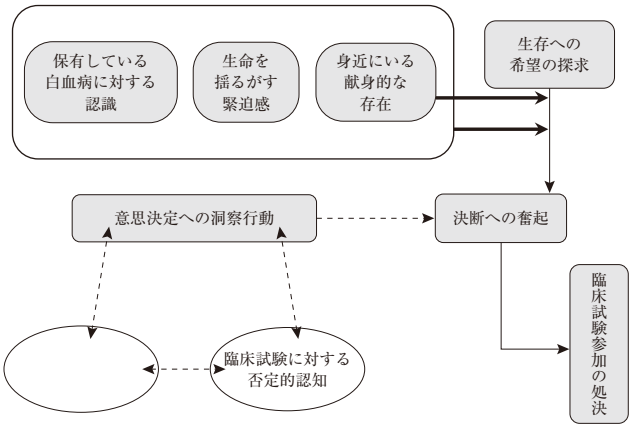


図６　非認知パターン

認知しないパターンである。このパターンがみられた事例Ｅ．Ｇ．Ｌの３人はともに急性白血病を罹患し入院することの衝撃から，自ら意思決定が行えず，【生存への希望の探求】から【決断への奮起】に至る過程で意思決定に影響する要因，とくに【身近にいる献身的な存在】からの影響を強く受けることで，【臨床試験参加への処決】に到達していた。

「（先生の話を聞いて）実験と思うことはなかった。そのときはもう，それこそなんて言うのかなショックっていうのか，もう先生のお願いするほかないってことしか頭になくて，よろしくお願いしますって言ったんですけど。実験とか考えることは全然なかった。もう先生にお任せするしかないと思って」（事例Ｌ）

「一応入院するときに，こういう紙（説明文書）だかをくださった。そのときに臨床試験のことが書いてあったもんで，これはどういう意味だかわからなかったわけ。……略……初めはわからなくて。それで段々やっていくうちに意味がわかってきた。だからやっていいのかなとは考えなかった。こういうことをここではやるんだなって。ここ病院はこういうことをしているんだなって，別に。説明文書を読んでわからないことが最初はあったけど，まあ，何しろこういうことをここではやるって，書いてあったもんですから。試験的なことって言うのはいまはわかりますけど」（事例Ｅ）

４．臨床試験参加への処決時の臨床試験の意味づけ

臨床試験参加への処決は，対象者が白血病に罹患したという大きな問題のなかで自分が置かれている状況を把握し，臨床試験の存在が自分にとってどのような意味があるのかと判断をすることであった。また，その判断をしたことに覚悟を決めるという要素も含んでいる対象者が多かった。

対象者にとって，臨床試験参加の処決時の臨床試験に対する意味づけは，“最良法と認める”，白血病が“治る唯一の方法”であること，今後，発症するかもしれない白血病患者と白血病が完治する治療法を確立するために日々研究している主治医に対して“貢献できる”ということであった。

Ⅲ．考　　察

１．臨床試験参加の意思決定

臨床試験参加の意思決定のプロセスにおいて，“状況把握と生への希望の明確化”と“臨床試験参加への葛藤”の２つのプロセスがあり，対象者は不安定な状況のなかで意思決定を行っていることが明らかとなった。また，臨床試験参加への葛藤において４つのパターンが抽出された。以下にそのパターンの特徴について考察する。

⑴　肯定的認知優位パターンと模索後肯定的認知優位パターンの共通性

肯定的認知が強いパターンを示した２名（事例Ａ．Ｆ）の対象者は，知識の量や理解の程度に差はあるが，白血病に罹患する以前から臨床試験に関する情報や知識があり，臨床試験に対して肯定的な印象をもっていたことが共通する特徴であった。臨床試験に対する肯定的な知識をもちあわせていたことによって，臨床試験参加の意思決定のプロセスにおいて臨床試験に対する肯定的認知を強化させるだけでなく，意思決定を促進させていたと考えられる。杉（1986）や宮本（1995）は，意思決定のプロセスには，事実前提の側面と価値前提の側面が関与している，と述べている。急性白血病の治療状況や治療成績などの事実前提は，客観的な方法で観察あるいは測定できるものであり，意思決定者の判断や希望によっては変えられない。しかし，臨床試験が対象者にとって有益か無益かなどで判断する価値前提は，意思決定者とその意思決定に関連する人々の判断や意思によって変更される可能性があることから，事例Ａ・Ｆが臨床試験に対する肯定的認知をより強め，臨床試験参加を自主的に決断していったと考えられた。

模索後肯定的認知優位パターン（事例Ｄ，Ｈ，Ｉ，Ｊ，Ｋ）では，事例Ａや事例Ｆのように，白血病に対する肯定的な認識であると考えられた治療すれば治るという認識や臨床試験に関する知識はもちあわせていなかったが，臨床試験に対する肯定的認知と否定的認知，および意思決定への洞察行動の相互作用により臨床試験に対する肯定的認知を強めたあとは，肯定的認知強化パターンと共通した経過をたどっていた。これは臨床試験に対する認知のなかの価値前提が相互作用中に変更されたと考えられる。つまり，臨床試験に対する肯定的認知と否定的認知，および意思決定への洞察行動との相互作用のなかで模索をすることは，臨床試験参加の意思決定に論理性をもたらし，建設的に意思決定するための方向づけをさせることができる可能性があったと思われる。明智（2003）は，意思決定を構成する能力は，選択を表明する能力，意思決定に関連する重要な情報を理解できる能力，自分自身の状況とその意思決定によって将来起こりうる結果に関する情報の重要性を認識する能力，関連する情報を基に論理的な過程で選択を比較考察する能力の４つがある，と述べている。肯定的認知優位パターンと模索後肯定的認知優位パターンにおいて，臨床試験に対する肯定的認知をより強めたことは，両パターンのなかで価値の転換が行われ，これらの意思決定能力を有効に活用することで柔軟性を高めることができていたからではないかと考えられた。これらは，野嶋・梶本・日野・松本・宮武（1997）の先行研究において，透析患者におけ

る建設的な自己決定では柔軟な選択肢の変更が行われていたという結果と一致しており，建設的な意思決定を行うためには，思考の柔軟性と意思決定能力は必要不可欠であることが示唆された。

臨床試験を実施する前には，参加候補者にインフォームド・コンセントは必須で行われる。その際には，病名や治療スケジュールが必ず説明されることになっている。これらの状況から，患者は精神的に不安定になりやすいと考えられる。しかし，血液疾患患者へ病名を告知した場合，時間の経過とともに不安が低下していく（白土・二宮・長谷川・長澤・阿部，1997）という結果から考えると，これらのパターンは，病名を告知されたことが他人事ではなく，自分自身に起こっている事実として現実的に向き合うことにつながり，臨床試験の参加を柔軟に思案するうえで精神的にプラスに働いた可能性もあると考えられた。

⑵ 否定的認知優位パターンと非認知パターンの共通性

否定的認知が強いパターンと認識しないパターンの共通点は，保有していた白血病に対する認識のうち，急性白血病がまれな病気であるために他のがんより情報が不足していたり，身近にモデルがおらず他人事のように感じたりするような一般的な病気ではないという否定的という認識が強く，サポートシステムに依存する傾向があることであった。これらのパターンを示した対象者は，サポートシステムのうち医療の専門家である主治医に依存していたため，臨床試験参加の決断を医師に任せるなどのように自立した建設的な意思決定が行われていなかった。また，意思決定において【決断への奮起】に至るまでの過程にも，双方のパターンにおいては家族という【身近にいる献身心的な存在】のサポート介入も強くあり，自主的な意思決定が行われていなかった。これらは突然の白血病罹患，緊急入院，時間的切迫感および白血病の確立した治療法がないなどの意思決定時の状況により，問題や状況の把握が現実に即して行えなかったからではないかと考えられた。しかし，このような状況のなかでサポートに依存しながらも意思決定を行うことができたのは，家族や医師の支援的介入があったためと思われる。したがって，【身近にいる献身的な存在】によるサポートは対象者が臨床試験参加の意思決定を行ううえで必要不可欠であり，意思決定の方向づけを支援する重要な役割があったと推察された。

⑶ 自主的に意思決定することの困難性

対象者は，医師より説明された臨床試験という治療を受けるかという問題に直面し，不確かさのなかで参加の意思決定を任されていた。そして，臨床試験の認知の仕方や臨床試験参加に至るまでの葛藤の相違によりパターンによる差も現れた。否定的認知優位パターンと非認知パターンは，意思決定において自主性を欠き【身近にいる献身的な存在】によるサポートに依存していることが明らかになった。先行研究では，対象者が治療の選択をする際に，意思決定に関する情報不足がある，治療決定の決断を医師に任せる，医療スタッフに依存するといった状況があると意思決定の困難さを示すということが明らかとなっている（藤野・林・前田・深川・大野，2000；国府・井上，2002；沖野，2002）。本研究の結果においても，限局された情報や時間や空間のなかで治療の選択を迫られたり，心服的に主治医を信頼していたりするような情報不足や医療従事者に依存しているという同様の状況があったため，臨床試験参加の意思決定は対象者にとって困難であったと考えられる。Hosaka, Aoki, & Ichikawa（1994）によれば，血液悪性疾患をもつ入院患者のうち，約3割が何らかの精神症状を示していることを明らかにしている。このような不安定な精神状態下でも臨床試験を実施するために病名告知や治療成績，および臨床試験の方法などについて説明が必然的に行われたことは，対象者にとっては衝撃的な事実に直面したことになり，より困難性を増強させた要因の一つであったと思われる。

今回の結果から，自主的に意思決定をするためには肯定的認知優位パターンや模索後肯定的認知優位パターンのように，臨床試験を肯定的に認知する，または，意思決定への洞察行動と臨床試験に対する認知の相互の模索のなかで，肯定的認知をより優位することが重要な要因であったと考えられる。しかし，この2つのパターンの対象者も，臨床試験参加への処決に至る前に，あきらめ，自分自身を奮い起こす，暗示にかけるなどの行動である【決断への奮起】を行っていることから，臨床試験を肯定的に受け止めながらも意思決定の困難さが存在していたと思われ，臨床試験参加の意思決定に伴う葛藤を最小限にする看護支援の必要性が示唆された。

2．臨床試験における不確かさと看護師の存在

本研究において，対象者たちは死を予期し，がんへの恐怖を感じ，動揺をするなかで人生を振り返り，家族や主治医からのサポートを得るなかで，臨床試験に対しての認知を変化させながら臨床試験参加の意思決定を行っていた。先行研究においてSchaefer et al.（2001）は，「臨床試験に参加する乳がん患者の意思決定プロセスは，人生を見直すこと，恐怖のなかで意思決定していること，自分の考え，家族や友人や看護師からのサポートなどを含んだ複雑な過程である」と報告している。これは，本研究においても同様な結果であると言える。意思決定の複雑さに影響している原因は，臨床試験による良い効果も悪い効果も不確かであることが大きいのではないかと考える。また，臨床試験

に対する認知にもこのことは影響を与えると考えられる。同時にSchaefer et al.（2001）は，「乳がん患者の意思決定プロセスにおいて最も強いサポートをしたのは，がんの専門看護師や研究のスペシャリストである」とも報告している。本研究においては，看護師のサポートに関する結果はほとんどなかったため単純に比較することはできないが，がん看護を専門に行っている経験豊かな看護師や臨床試験に携わった経験を有する看護師が，積極的に臨床試験参加の意思決定時に看護支援をしていくことが重要であると考える。しかし，臨床試験に対する一般看護師の意識は低く，臨床試験に携わっている看護師数からみても，臨床試験に関する教育や啓蒙，体制の整備が必要であると考えられる。

3．意思決定を促進するための看護支援

対象者は主治医から病名告知と臨床試験の説明を受けた後，さまざまなパターンを示しながらも臨床試験参加への処決を行っていた。これには臨床試験を肯定的に認知するか否定的に認知するか，または，全く認知しないかによって大きく異なっていた。この臨床試験に対する認知は，対象者の属性によって異なる可能性があるが，その背景は今回の結果からは明らかとなっていない。池田（2001）は，追い込まれたがん患者は，精神症状を表すか立ち向かうかの岐路に立たされたとき，現実を直視し，開き直り，負けないという思いがそのターニングポイントから前に向くエネルギーになっていた，と述べている。急性白血病患者の臨床試験参加の意思決定を促進させるためには，臨床試験に対する認知において，現実や事実に関する判断と対象者の人生観・価値観の双方から臨床試験を見極められるように支援する必要がある。また，白血病患者が臨床試験を見極めるようとする際には，置かれている状況や現実を冷静に見つめ，熟考し，前向きな思考ができるようなサポートが重要になってくる。したがって，看護者はまず急性白血病という疾患や臨床試験という治療法に関する情報提供を行う必要がある。視覚的な情報提供は臨床試験に参加する患者において，肯定的な判断をし，参加の意思決定における理解につながり，臨床試験に対する不安は軽減すること（Jensen, Madsen, Andersen, & Rose, 1993）が明らかにされていることからも有用であると考えられる。

また，それと同時に，対象者を1人の人間としてとらえ，対象者がどうなることを望んでいるのか，社会的・家族的背景やいままでの人生経験などを踏まえて情報を把握してサポートしていく必要があると考える。さらに，白血病患者は時間的制約のあるなかで白血病治療に対する価値を明確にしていかなければならないため，患者の精神状態，理解力，家族からの支援状況，判断材料になる知識や情報の程度なども把握しサポートをしていく必要がある。それらのサポートによって白血病患者が個々の価値を明確にできるようになることは，意思決定を自主的に行えるようになることにつながると考えられる。そのため，白血病患者がいままで築いてきた人生観や生活，価値観などを含めて臨床試験参加の意思決定が行えるように支援し，また，つらい状況に共感し，ともに熟考していくことや身体的のみならず精神的にも支援する姿勢を示すことが，看護職者の役割であり，重要なサポート支援であると思われる。

今回の結果より，4つのパターンすべてにおいて臨床試験参加への意思決定をするうえで【身近にいる献身的な存在】である家族の介入による影響が大きいことが明らかになった。

そのため，患者を支えている家族へのサポートは，建設的な意思決定を行うためにも家族の精神的なサポートをしていくためにも重要であると考える。

臨床試験におけるインフォームド・コンセントは医師・患者間の関係も強めること（Hatta, Murayama, Narita, Sumi, & Yokode, 2011）から考えると，患者に対して看護者が現状と向き合うかかわりをすることは，患者・看護者間の関係性を強められる可能性があると考えられる。どのような看護支援でも，患者・看護者間の信頼関係の構築から始まると考えられるため，このことにより，患者が安心できる関係性が築けることは，臨床試験参加の意思決定の場面においても重要である，と示唆された。

全国のCRCの約3割が臨床試験に関与している現状があるものの，永田ら（2002）によると，臨床試験は医師の業務であると認識している看護職者がほとんどであることを明らかにしていることから，CRCの養成のみならず，臨床で患者とかかわっている看護職者への臨床試験に関する情報提供や教育のなどの啓蒙が必要であると考えられた。

4．本研究の限界と今後の課題

今回の研究は2施設のみにおける調査であるため，今後は施設を増やして検討していく必要があると考える。急性白血病は事例自体が少ない疾患であり，対象者の抽出にも限界が生じている。今回の対象者は30歳～60歳代であったが，急性白血病の発病年齢の特徴やがん患者の高齢化の視点から考えると10～20歳代の対象者や60歳代以降も対象者に加える必要があり，これらを含めるとさらに新たな特性や知見が明確になる可能性もある。また，本研究は質的研究であるため，面接調査や分析において研究者のもちあわせる経験や知識からの主観，先入観が混在している可能性もある。さらに，対象者に行った面接は，入院時の状況や心境を振り返って語られているため，実際と対象者の記憶に差が生じている可能性もある。実際に臨床試験参加の意思決定を求められている状況において調査が行なわれれ

ば，より現実に即したプロセスが明らかになると思われるが，現実的には限界があるため，調査する時期の検討も今後の課題である。

今回は横断的調査であるために，対象者が行った臨床試験参加への処決や臨床試験参加への葛藤における４つのパターンが，入院中に対象者の白血病と臨床試験に対する受け止めや行動にどのように影響するのかは明らかにされていない。また，急性白血病患者の意思決定を焦点にしたため患者のみの調査であったが，臨床試験参加の意思決定には家族や主治医をはじめ看護職者などのサポートシステムの関わりの重要性が示唆されたため，家族や看護職者を対象に白血病患者の意思決定に与える影響を検討することも課題であると思われる。

結　論

本研究は，急性白血病患者が臨床試験に対して意味や価値を見出し，臨床試験参加の意思決定をしていくプロセスとその要因の構造を明らかにすることを目的した。主治医から病名告知と臨床試験の説明を受けた12名を対象に，インタビューガイドを用いて半構成的面接を行った。質的帰納的に分析をした結果，以下のような知見が得られた。

1．臨床試験参加の意思決定は，“状況把握と生への希望の明確化”と“臨床試験参加への葛藤”の２つのプロセスから構成されていた。

2．“臨床試験参加への葛藤”において，意思決定に影響する要因と臨床試験に対する認知の双方からの影響により，肯定的認知優位パターン，模索後肯定的認知優位パターン，否定的認知優位パターン，および非認知パターン４つのパターンに分類された。

3．“臨床試験参加への葛藤”のプロセスにおいて，建設的に意思決定が行われていたパターンは，肯定的認知優位パターンと模索後肯定的認知優位パターンであった。逆に，意思決定を建設的に行えず【身近にいる献身的な存在】からのサポートに依存傾向のパターンは，否定的認知優位パターンと非認知パターンであった。

4．臨床試験参加の意思決定を行うなかで急性白血病患者は，臨床試験に対して最良法と認める，治癒する唯一の方法，他者のために貢献できるという意味や価値を見出していた。

以上のことから，急性白血病患者が臨床試験参加の意思決定を建設的に行うためには，急性白血病患者の価値観や理解度，家族などのサポートの状況把握をするとともに，過不足ない情報提供と知り得た情報が誤って解釈されていた場合は情報の修正を行う必要がある。そして，急性白血病患者が現実に即した状況認識と価値観から検討し，柔軟性をもって価値の転換が行えるようにサポートすることの重要性が示唆された。

謝　辞

がん化学療法というつらい治療期間のなか，長時間にわたり貴重な体験を快くお話しくださった対象者の皆さま，ならびに研究の趣旨をご理解いただき，研究の場を提供していただいた医療施設の皆さまに心より感謝いたします。

この論文は，平成15年度浜松医科大学大学院医学系研究科修士課程に熊谷理恵が提出した修士論文（指導：野澤明子）の一部に加筆修正したものであり，第30回日本看護研究学会学術集会にて発表した。

要　旨

臨床試験に参加した12名の急性白血病患者を対象に，臨床試験の意味，臨床試験参加の意思決定プロセス，およびその要因と構造を明らかにする目的で，半構成的面接を実施し質的帰納的に分析した。

その結果，臨床試験参加の意思決定は【衝撃的な出来事に対する反応】【衝撃的な出来事に対する行動】【生存への希望の探求】【保有している白血病に対する認識】【生命を揺るがす緊迫感】【身近にいる献身的な存在】【意思決定への洞察行動】【臨床試験に対する肯定的認知】【臨床試験に対する否定的認知】【決断への奮起】【臨床試験参加への処決】の11のカテゴリーで構成されていた。また臨床試験参加の意思決定のなかで，対象者は臨床試験に対して最良法と認める，治癒する唯一の方法，他者のために貢献できるという意味や価値を見出していた。

急性白血病患者が置かれた状況を見つめ，臨床試験に対する価値の転換が行えるように看護支援することの重要性が示唆された。

Abstract

In order to clarify the meaning of participating in the clinical trial, the decision-making process of the clinical trial participation and the factors and structure of the process, we carried out semi-constitutive interviews with 12 acute leukemia patients who participated in clinical trials and performed qualitative inductive analysis.

As a result, the decision-making process for participate in the clinical trials was comprised of 11 categories : “reaction

to a shocking event", "action taken in response to a shocking event", "pursuit of hope of survival", "acknowledging of their leukemia", "having a life threatening feeling", "knowing that someone is devoted to you", "Insight into the decision-making process", "positive acknowledgement toward the clinical trial", "negative acknowledgement toward the clinical trial", "what motivated the decision", and "determination to participate in the clinical trial". In addition, the patients of this study had found out the meanings and the values which were accepted to be "the most excellent method", "only method to cure", and "for others it can contribute" in decision-making of the clinical trial participation.

These results were suggested it was important that the leukemia patients look at the situation has been placed in their own, and nursing support to shift value of clinical trial.

文　献

明智龍男（2003）．がん患者の意思決定能力に関する諸問題（サイコオンコロジーの現状と展望）．医学のあゆみ，205(12)，915-919.

Cox, K.（2000）．Enhancing Cancer Clinical Trial Management: Recommendations From A Qualitative Study of Trial Participants Experiences. *Psychooncology*, 9(4), 314-322.

Daugherty, C., Ratain, M.J., Grochowski, E., Stocking, C., Kodish, E., Mick, R., and Siegler, M.（1995）．Perceptions of Cancer Patients and Their Physicians Involved in Phase I Trials. *Journal of Clinical Oncology*, 13(5), 1062-1072.

藤井宝恵，児玉和紀，岡田浩祐，宮腰由紀子（2003）．無菌室管理下に置かれた急性骨髄性白血病患者のQOL．がん看護，8(2)，155-160.

藤本和美，菅田智子，古屋由加，山中恵子（2005）．専任治験コーディネーターの存在が患者満足度に与える影響 ― 患者アンケート結果の分析．日本看護学会論文集（看護管理），36，127-129.

藤野文代，林かおり，前田三枝子，深川ゆかり，大野絢子（2000）．患者の意思決定を支える看護の役割に関する研究．*The KITA-KANTO Medical Journal*, 50(1), 39-43.

古川裕之，井草千鶴，野村守弘，榎本有希子，大西純一，久保田篤司，澤村　正，寺田　淳，山崎三佐子，神谷　晃（2007）．治験コーディネーター配置および活動状況に関する調査報告2006．日本病院薬剤師会雑誌，43(1)，39-43.

がんの統計編集委員会（2010）．がんの統計'10．p.82，東京：公益財団法人がん研究振興財団．

特定非営利活動法人グループ・ネクサス（2012）．地域がん登録全国推計による血液がんの国内罹患率（2012.04.26確認）．Retrieved from http://www.group-nexus.org/file/file_statistics_15.pdf

長谷美幸，加藤順子，遠藤一江（2008）．血液疾患で化学療法を受ける患者の知りたいこと，求めていること．日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），39，62-64.

初田玲子，村松みね子，石亀悦子，三田恵子（2003）．血液疾患で化学療法を受けている患者の思い．日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），34，27-29.

Hatta, T., Maruyama, T., Narita, K., Sumi, E., and Yokode, M.（2011）．Trend Analysis of Research on Informed Consent in Clinical Trials: Comprehensive Retrieval via Electronic Databases. *Jpn J Clin Pharmacol Ther*, 42(1), 21-25.

Hosaka, T., Aoki, T., and Ichikawa, Y.（1994）．Emotional state of patients with hematologic malignancies: preliminary study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 186-190.

堀田直子，西林　愛，下野友紀，東條麻美，安部美里，向井理恵，合田治英子，山崎登志子（2009）．白血病患者の病名告知から治療時期における心理過程に影響を与える要因 ― アグィレラとメズイックの危機モデルを活用して．日本看護学会論文集（看護総合），40，45-47.

池田優子（2001）．がん体験を肯定的に受け止めるプロセスに関する質的研究．*Compr Med*, 4(1), 40-44.

井上裕美子，神谷詠子，立花　泉，山崎悦子，安宅信二，河原正明（2000）．肺癌臨床試験でのインフォームドコンセントにおけるナースの役割に関する検討．肺癌，40(7)，719-723.

Ito, K., Sasaki, Y., Fujii, H., Ohtsu, T., Wakita, H., Igarashi, T., and Abe, K.（1997）．Patients in phase I trial of anti-cancer agents in Japan: motivation, comprehension and expectations. *British Journal of Cancer*, 76(1), 107-113.

Jensen, A.B., Madsen, B., Andersen, P., and Rose, C.（1993）．Information for Cancer Patients Entering a Clinical Trial - an Evaluation an Information Strategy. *Eur J Cancer*, 29A(16), 2235-2238.

Joffe, S., Cook, E.F., Cleary, P.D., Clark, J.W., and Weeks, J.C.（2001）．Quality of informed consent in cancer trials: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358(9295), 1772-1777.

神田善伸（2008）．病気がみえる〈vol. 5〉血液．pp.84-95，東京：メディックメディア．

国府浩子，井上智子（2002）．手術療法を受ける乳がん患者の術式選択のプロセスに関する研究．日本看護科学会誌，22(3)，20-28.

厚生労働省（2008）．臨床研究に関する倫理指針．pp.2-20. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/rinsyo/dl/shishin.pdf

熊谷雄治，東　純一（2003）．治験の新しい動向．綜合臨牀，52(9)，2643-2644.

三浦和美，八田太一，村山敏典，秋山治彦，後藤公志，赤水尚史，中村孝志，横出正之（2010）．自主臨床試験に参加した被験者を対象としたCRCの貢献に関する質問票調査．臨床薬理，41(1)，53-57.

宮本真巳（1995）．看護相談を充実させるには？．看護学雑誌，59，690-695.

文部科学省・厚生労働省（2007）．新たな治験活性化5カ年計画．pp.12-16. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0330-5a.pdf

永田まなみ，前田ひとみ，嵯峨　忠，高宗和子，渡邉宣子，増本時子，中村久美子（2002）．投稿 看護職の臨床試験へのかかわりの現状と展望 ― 職業倫理の視点から．看護展望，27(11)，94-98.

中村直子，坂本照美，小原　泉，中尾みどり，森下典子，長前キミ子，江向洋子，高戸サチヱ，益子照江，内藤正子（2002）．資料 治験コーディネーターが治験内容の説明場面で用いたアプローチ．*Quality Nursing*, 8(7), 619-624.

直江知樹，宮脇修一，大西一功（2010）．Japan Adult Leukemia Study Group（JALSG）― 過去・現在・未来．腫瘍内科，6(4)，290-296.

野嶋佐由美，梶本市子，日野洋子，松本幸子，宮武陽子（1997）．血液透析患者の自己決定の構造．日本看護科学会誌，17(1)，22-31.

沖野良枝（2002）．インフォームド・コンセントに関する患者の認識と意思決定要因の分析．日本保健福祉学会誌．8(2)，29-39.

齋藤　梓（2010）．急性白血病の告知後，緊急入院し治療が開始となった患者の体験．日本赤十字看護大学紀要，24，34-43.

坂本照美（2004）．化学療法と治験コーディネーター．癌と化学療法，31(1)，22-26.

Schaefer, K.M., Ladd, E., Gergits, M.A., and Gyauch, L.（2001）. Backing and Forthing: The Process of Decision Making by Women Considering Participation in a Breast Cancer Prevention Trial. *Oncology Nursing Forum*, 28(4), 703-709.

白土佳代，二宮治彦，長谷川雄一，長澤俊郎，阿部　帥（1997）．造血器腫瘍患者に対する病名・予後の告知：告知内容の決定過程および告知後の患者の不安変化の解析．癌の臨床，43(1)，79-86.

志賀美香，西山久美子，平山百子，尾澤由美子，濵松良子（2004）．化学療法を受ける血液疾患患者の心理状況を知る ― インタビューによる調査を通して ―．日本看護学会論文集（看護総合），35，33-35.

宗野真弥，今泉洋子（2008）．わが国における白血病死亡率の統計的分析，1950～2006年．兵庫大学論集，13，41-51.

杉　正孝（1986）．意思決定：Decision-Making．看護MOOK，15，51-55.

Tabak, N.（1995）. Decision making in consenting to experimental cancer therapy. *Cancer Nursing*, 18(2), 89-96.

田上裕子（2009）．治験の進め方（血液がん患者の治療と看護 ― 看護師ががんチーム医療のレベルアップに貢献するために）．がん看護，14(2)，309-316.

田中理佳，小川　聡，飯塚祐子，大村美香，早勢伸正，大槻伸子，松原和夫（2002）．治験同意取得のプロセスにおける看護職治験コーディネーターの有用性 ― アンケートによる治験参加決定要因の分析．看護技術，48(7)，856-860.

富澤貴子，伊藤良則（2006）．治験におけるCRCの役割：概論 ― 現状と展望（あゆみ　治験とCRC）．医学のあゆみ，218(3)，191-194.

弓削　徹（2004）．治験をめぐる人的リソース ― CRCとSMOと被験者リクルート ―．臨床精神医学，33(3)，255-262.

［平成24年９月４日受　　付
平成25年４月26日採用決定］

－研究報告－

看護学生の友人関係への動機づけと学習動機づけおよび自律性欲求・有能さの欲求との関連

― 自己決定理論の視点から ―

The Relationship between Friendship Motivation and Learning Motivation, Need for Autonomy, and Desire to Feel Competent among Student Nurses, from the Perspective of Self-Determination Theory

佐　藤　美　佳
Mika Sato

キーワード：看護学生，友人関係，学習動機，自尊感情，仮想的有能感
Key Words：student nurse, friendship, learning motivation, self-esteem, assumed-competence

はじめに

近年の急激な医療の高度化・専門化に伴い，国民のヘルスケアニーズも多様化し，さまざまな専門職がヘルスケアの分野に参入している。そして看護基礎教育においても，対象となる人々に質の高い看護を提供できる看護者の育成が求められている。2007年の『看護基礎教育の充実に関する検討会報告書』に基づく新カリキュラムでは，“チーム医療”という共通の目標に関して，「保健・医療・福祉制度と他職種の役割を理解し，チーム医療を実践するとともに，人々が社会的資源を活用できるよう，それを調整するための基礎的能力を養う」と明記され，“患者中心の看護”から“患者中心の医療”へと視野を広げて，他職種との協働関係を築いていける人材の育成が求められている。

また，同時に，教育内容の充実と学生の実践能力の強化もあげられている。この実践能力は，看護専門職として，より患者の視点に立った質の高い看護を提供できる能力のことであり（川村・松尾・志自岐，2009），自律した看護者の育成も求められている。人間の本質としての理性に基づいて，規範に従った意思決定（行動，判断，選択）を自ら行い行動するという自律性の形成は，看護専門職の育成の基盤となるものであり，看護が専門職としての役割を果たすためにも重要といえる。

このような背景を踏まえ，看護基礎教育において，患者やチームとのコミュニケーションや関係性を構築していくうえで基盤となるものの一つに，友人関係の構築があげられる。一般に，ポジティブな友人関係を築いているものは，学習に対する意欲や学業達成が高いことが明らかにされており（Berndt, 1999; Guay, Boivin, & Hodges, 1999; Ide, Parlerson, Haertel, & Walberg, 1981），学習場面における友人関係の重要性が指摘されている（岡田，2008a，2008b）。友人関係に対して自律的な動機づけをもつものは，学習場面においても一人で課題を解決しようとするより友人との協同的な課題解決を好み，その結果として学習に対する充実感が高められることも報告されている（Okada，2007）。これらを踏まえた専門職的自律性を視野にいれた看護学生の自律性の支援，つまり自律的な動機づけを高めることは，学習意欲の向上はもとより，問題解決能力の形成，自己の価値観・看護観や倫理観の形成にも影響を与え，重要であると考える。

看護基礎教育における看護学生を対象とした，友人関係に対する自律的な動機づけに関する研究は見当たらない。また，自律性に関する研究は数少なく，香春（1990）は看護基礎教育課程の大学・短期大学・看護学校のそれぞれ最上級生を対象に，『PNQ日本語版』を用いて調査し，自律性は看護基礎教育により影響を受け看護系大学の学生の自律性が最も高かった，と報告している。しかし，測定尺度として用いたPNQは，看護師を対象とした専門職的自律性を測定する尺度であり，看護学生としての学びの段階での自律性を測定する尺度としては，回答しにくいものとなっている。この他，学習意欲や自己教育力の関連要因の一つとしての自律性をあげているものがほとんどであったが，佐藤（2012）は，看護学生の仮想的有能感と自律性欲求・学習動機づけとの関連について，４年制大学と３年制短期大学とを比較研究し，４年制大学より３年制短期大学の看護学生のほうが仮想的有能感および自律性欲求の独立が有意に高く，自尊感情は有意に低いことを明らかにした。この他看護学生の自律性に焦点をあてた研究は見当たらない。

看護以外の分野では，教育心理学や発達心理学におい

八戸学院光星高等学校専攻科　Hachinohe Gakuin Kosei High School Technical Diploma Course

て，動機づけを自律性の観点からとらえた自己決定理論（Self-determination theory）に基づいた研究が近年増えてきている（Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000）。自己決定理論では，従来，対立するものとして考えられることの多かった内発的動機づけと外発的動機づけを統合的にとらえ，自己決定性（あるいは自律性）という観点から動機づけを細分化し，連続性をもつものとしている。そして，「やりたくてやる」動機づけとされる内発的動機づけと「報酬があるからやる」動機づけとされる外発的動機づけ，そして動機づけの生じていない非動機づけ状態を含めて，さまざまな動機づけの状態を１次元上に統合し，連続性をもつものとしている。

代表的には次の４つの段階が想定されている。最も自己決定性（自律性）が低く，従来の外発的動機づけと一致する段階としての“外発的調整”から“取り入れ的調整”，そして“同一視化的調整”へと自己決定性（自律性）の程度は高まり，最後が“内発的動機づけ”に至る。適切な働きかけによって，より自己決定性（自律性）の程度の高い動機づけが形成されると仮定されている。さらに，動機づけのもととなる基本的な心理的欲求として，“自律性の欲求”“有能さの欲求”“関係性の欲求”の３つが仮定されている。この３つの基本的な心理的欲求の充足が心理的成長や統合，ウェルビーイング（well-being）に必要不可欠なものであり，これらの欲求が満たされると外的な価値が内在化され，より自己決定（自律性）の程度の高い動機づけをもつようになると仮定されている（上淵・長沼，2004）。自らが学習内容に興味や関心をもち，学習をすることでより深い知識を吸収することで喜びや価値を見出し，それにより学習が自発的に継続されるという自律的な動機づけをもつようにすることが，望ましい教育のあり方であり，教育場面においても重要な課題であるといえる。

この自己決定理論の枠組の“関係性の欲求”に着目して，岡田は友人関係への動機づけ尺度を作成し，友人関係への動機づけが自律的であるほど向社会的行動の生起頻度が高くなること（2005）や，友人関係に対する自己開示を促進すること（2006b）を示した。また，友人関係への自律的な動機づけは援助要請を介して友人関係に対する充実感を高めることや，援助提供は学習への自律的な動機づけおよび充実感と有意な関連を示すことを明らかにし（岡田，2008a），学習と友人関係に対する自律的な動機づけは友人との学習活動の生起に影響する可能性を示唆した。さらに岡田は，適応の支えとなる親密な友人関係が形成，維持されるプロセスを動機づけの観点からとらえるモデルを提唱し，友人関係への動機づけの側面に働きかけることで，親密な友人関係の形成を通して適応を支援し得る可能性があることを示唆している（2008b）。

そして，同じく自己決定理論の枠組において，動機づけのもととなる基本的な心理的欲求の一つである“自律性の欲求”に着目して，安藤は「自律性欲求尺度」を作成した（2007）。「自律性欲求尺度」は，個人の興味や価値を“反映”して行動を決定し，自己決定を求める“反映的自律性”を測定する自己決定因子と，他者から影響されることを拒否し，独立した個人であろうとする傾向である“反応的自律性”を測定する独立因子で構成されている。

そこで本研究では，看護教育研究においてはほとんど用いられたことのない，自己決定理論の枠組みに基づいた研究を礎に，看護学生の友人関係への動機づけの程度を明らかにするとともに，自律性の欲求・有能さの欲求との関連，および学習動機づけとの関連を明らかにすることで，動機づけをより自律的な動機づけへと高める教育方法の示唆を得ることを目的とした。

Ⅰ．用語の操作的定義

１．自律的動機づけ

友人関係形成や学習に対する興味や楽しさなどのポジティブな感情によって動機づけられ，自発的に行動が生起する「内発的動機づけ」と，友人関係形成や学習することに価値や重要性を見出して自発的に行動する「同一化的調整」とからなり，自律性（自己決定性）の高い動機づけである。

２．統制的動機づけ

外的な報酬や罰，他者からの働きかけによって友人関係を形成したり学習をする「外的調整」と，自発的にはするものの，自尊感情を保つために不安や義務感から友人関係を形成したり学習をする「取り入れ的調整」からなり，自律性（自己決定性）の低い動機づけである。

３．仮想的有能感（Assumed-Competence）

自己の直接的なポジティブ経験に関係なく，他者の能力を批判的に評価・軽視する傾向に付随して習慣的に生じる有能さの感覚をいう。現代の青年達に見られる傾向であり，中・高生が最も高く，その後は徐々に低くなり，25～34歳で最低となったあとは年齢とともに増大することが明らかとなっている。

４．看護学生

本研究の対象は，看護学生としての特徴と傾向を明確にするために，文部科学省管轄の学士課程の４年制大学および３年制短期大学の看護学生に限定し，厚生労働省管轄の看護専門学校等は含めないこととする。

Ⅱ．研究方法

1．研究対象者

東北地方のA県およびB県内の，看護系の4年制大学4校と3年制短期大学3校に在籍する看護学生1,691名を対象とし，質問紙調査を実施した。

2．調査内容

a．基本的属性

年齢，性別，所属する学校の種類，学年を尋ねた。

b．友人関係への動機づけについて：友人関係への動機づけ尺度（16項目）

岡田（2005）の作成した友人関係への動機づけ尺度で，自己決定理論に基づく4つの下位尺度（内発的調整，同一化的調整，取り入れ的調整，外的調整）について各4項目ずつ，合計16項目で構成されている。信頼性については，各下位尺度のCronbachのα係数が.68～.80の範囲であり，一定の信頼性を有するものであるといえる。「あてはまる」（5点）から「あてはまらない」（1点）までを5段階で回答を求めた。

c．自律性の欲求について：自律性欲求尺度（24項目）

安藤（2007）の作成した自律性欲求尺度で，信頼性・妥当性が検証された24項目を用いた。自己決定理論に基づく自律性の欲求について測定する尺度であり，自分で考え決定をしたいという“自己決定欲求尺度”14項目と，他の者に従いたくないという“独立欲求尺度”10項目の2つの下位因子より構成されている。信頼性は，“自己決定欲求尺度”のCronbachのα係数は.84，“独立欲求尺度”では.81と高い信頼性が得られている。「あてはまる」（5点）から「あてはまらない」（1点）までを5段階で回答を求めた。

d．自尊感情尺度（10項目）

有能さの欲求を測定するため，Rosenberg（1965）により作成された『自尊感情尺度』の山本，松井，山成（1982）の日本語版を用いた。安藤（2006）の自律性欲求との関連を検討する研究では，Cronbachのα係数が.80と高い信頼性が得られている。全10項目からなり，「あてはまる」（5点）から「あてはまらない」（1点）までを5段階で回答を求めた。

e．Assumed Competence Scale 2nd version：仮想的有能感尺度（ACS2）（11項目）

Hayamizu, Kino, Takagi, & Tan（2004）が作成した尺度で，仮想的有能感を測定する尺度であり，他者を軽視する傾向を表す11項目より構成されている。安藤（2006）の自律性欲求との関連を検討する研究では，Cronbachのα係数が.80と高い信頼性が得られている。各項目に対して，「よく思う」（5点）から「全く思わない」（1点）までを5段階で回答を求めた。

f．学習動機づけについて：学習動機づけ尺度（14項目）

安藤（2005）の作成した学習動機づけ尺度で，自己決定理論に基づく4つの下位尺度（内発的調整，同一化的調整，取り入れ的調整，外的調整）について各3～5項目ずつ，合計14項目で構成されている。各下位尺度のCronbachのα係数は.59～.83の範囲であり，一定の信頼性を有するものであるといえる。「あてはまる」（5点）から「あてはまらない」（1点）までを5段階で回答を求めた。

3．データ収集方法

質問紙作成者への「質問紙使用許可願い」を送付し，尺度使用承諾を得た後，A県およびB県内にある看護系の4年制大学4校と3年制短期大学3校の所属長に対して，研究の主旨を説明し同意を得た。調査票は自記式無記名の質問調査用紙を使用し，各校に直接持参し研究対象者の同意を得たうえで配布した。質問調査用紙には依頼文書と個々に密封できる封筒を付け，回答後に密封封筒に入れて回収箱に入れてもらい，学校単位で一括返送または直接回収を行った。調査期間は2010年4月から8月であった。

4．分析方法

対象者の属性について単純集計を行い，質問項目の分析として因子構造の妥当性を検討するために検証的因子分析を行った。これらの統計解析を行うソフトとして，尺度の信頼性の検討（Cronbachのα係数の算出），記述統計（平均値，標準偏差，χ^2検定，t検定）の算出には『SPSS 18.0J for Windows』を使用した。検証的因子分析および共分散構造分析には『AMOS 18.0J for Windows』を使用し，パラメータの推定法は最尤法とした。モデルの推定値には標準解を示し，有意水準は5％とした。

5．倫理的配慮

研究者が在籍していた大学院看護学研究科の研究倫理審査会から承認を受け，対象者には研究の主旨，研究で知り得た個人情報の守秘，データの匿名化処理，研究参加・不参加の自由などについて文書と口頭で説明し，研究参加の同意を得た。また，研究者が所属する短期大学においては，強制力の排除のために研究者以外の教員に調査を依頼し，依頼校においては，依頼校と相談のうえ，2校を除いては研究者自身が直接調査を行った。

Ⅲ．結　　果

調査協力の同意の得られた看護系の大学・短期大学計７校に在籍する，看護学生1,691名を対象に質問紙調査を行った結果，1,396名より回答を得られた（回収率82.6％）。そのうち，有効回答数は1,377名（98.6％）であった。

１．対象者の背景（表１）

対象者1,377名のうち，４年制大学が870名（63.2％），３年制短期大学が507名（36.8％）であった。平均年齢は19.73歳（SD＝2.27）で，女子学生が1,200名（87.1％），男子学生が177名（12.9％）であった。

表１　調査対象者の属性

		４年制大学	３年制短期大学	合　計
人　　数		870（63.2）	507（36.8）	1,377（100）
年代別（構成割合）	10歳代	372（42.8）	378（74.6）	750（54.5）
	20歳代	491（56.4）	119（23.5）	610（44.3）
	30歳代	6（ 0.7）	9（ 1.8）	15（ 1.1）
	40歳以上	1（ 0.1）	1（ 0.1）	2（ 0.1）
性別（構成割合）	男	127（14.6）	50（ 9.9）	177（12.9）
	女	743（85.4）	457（90.1）	1,200（87.1）
平均年齢		19.97歳	19.32歳	19.73歳

［注］（　）内は％

２．質問項目の分析

a．友人関係への動機づけ尺度

友人関係への動機づけ尺度について，因子構造の妥当性を検討するために『Amos 18.0J for Windows』を用いて検証的因子分析を行い，さらに「内発的調整」「同一化的調整」「取り入れ的調整」「外的調整」をそれぞれ潜在変数とした友人関係への動機づけ尺度モデル（図１）を作成した。その結果，χ^2＝886.23，GFI＝.926，AGFI＝.897，CFI＝.928，RMSEA＝.076と比較的良好なモデル適合度が示された。友人関係への動機づけ尺度の４つの下位尺度のそれぞれの平均値は，「内発的調整」が4.60（SD＝0.57），「同一化的調整」が4.45（SD＝0.65），「取り入れ的調整」が3.45（SD＝0.84），「外的調整」が2.20（SD＝0.68）であった（表２）。

次に友人関係への動機づけ尺度「内発的動機づけ」と「同一化的調整」の平均値の合計を【自律的動機づけ】，「取り入れ的調整」と「外的調整」の平均値の合計を【統制的動機づけ】の得点として扱うこととした。この得点化の方法は，動機づけの上位概念をとらえる指標として多くの研究で用いられており，動機づけの自律性を重視する自己決定理論の主張を検証するうえで有効となる。【自律的動機づけ】の平均値は8.05（SD＝1.13），【統制的動機づけ】の平均値は5.66（SD＝1.28）であった。

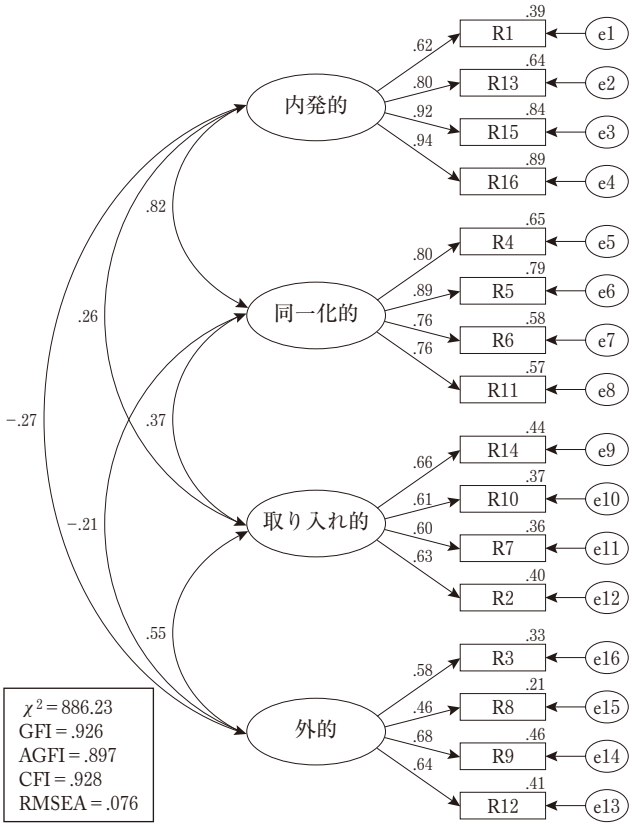


図１　友人関係への動機づけ尺度モデルの検証的因子分析

各尺度の信頼性の検討としてCronbachのα係数により内的整合性を求めたところ，「内発的調整」が.87，「同一化的調整」が.87，「取り入れ的調整」が.72，「外的調整」が.67であり，「外的調整」のα係数が若干低いものの，全体的に友人関係への動機づけ尺度は，内的整合性はある程度確保されているといえる。

尺度間の相関関係については，「内発的調整」と「同一化的調整」はr＝.80（p＜.01），「内発的調整」と「取り入れ的調整」はr＝.26（p＜.01），「同一化的調整」と「取り入れ的調整」はr＝.37（p＜.01），「取り入れ的調整」と「外的調整」はr＝.55（p＜.01）と正の相関が有意に認められた。そして，「内発的調整」と「外的調整」はr＝−.27（p＜.01），「同一化的調整」と「外的調整」はr＝−.21と負の相関が有意に認められた。自己決定理論では，概念的に隣接する尺度間には正の相関を示し，離れている尺度間には相関がないかあるいは負の相関を示すというようなシンプレックス（simplex）構造を認めることが示されたことから，動機づけ尺度の構成概念妥当性が検証できたといえる。

b．自律性欲求尺度

自律性欲求尺度について、友人関係への動機づけ尺度と同様に検証的因子分析を行い，さらに「自己決定」と

表２　友人関係への動機づけ尺度

			平均値（SD）			α係数
自律的動機づけ	内発的動機づけ	R１．友人と親しくなるのは，うれしいことだから	4.53（0.69）	4.60（0.57）	8.0（1.13）	0.87
		R13．友人と話すのは，おもしろいから	4.63（0.65）			
		R15．友人と一緒にいると，楽しい時間が多いから	4.60（0.68）			
		R16．友人と一緒にいるのは楽しいから	4.65（0.64）			
	同一視化的調整	R４．友人関係は，自分にとって意味のあるものだから	4.52（0.71）	4.45（0.65）		0.87
		R５．友人と一緒に時間を過ごすのは，重要なことだから	4.54（0.72）			
		R６．友人のことをよく知るのは，価値のあることだから	4.39（0.80）			
		R11．友人といることで，幸せになれるから	4.34（0.85）			
統制的動機づけ	取り入れ的調整	R２．友人がいないと，後で困るから	3.78（1.05）	3.45（0.84）	5.66（1.28）	0.72
		R７．友人がいないのは恥ずかしいことだから	2.58（1.18）			
		R10．友人とは親しくしておくべきだから	3.78（1.13）			
		R14．友人がいないと不安だから	3.66（1.19）			
	外的調整	R３．親しくしていないと，友人ががっかりするから	2.36（1.01）	2.20（0.68）		0.67
		R８．友人の方から話しかけてくるから	2.83（0.99）			
		R９．友人関係を作っておくように，まわりから言われるから	2.05（1.01）			
		R12．一緒にいないと，友人が怒るから	1.59（0.80）			

尺度間相関	内発的	同一化的	取り入れ的	外　的
内発的	－			
同一化的	.80***	－		
取り入れ的	.26**	.37**	－	
外的	－.27**	－.21**	.55**	－

［注］**：$p<.01$，***：$p<.001$

「独立」をそれぞれ潜在変数とした自律性欲求尺度モデル（**図２**）を作成した結果，$\chi^2=2121.46$，GFI = .850，AGFI = .816，CFI = .747，RMSEA = .086と比較的良好なモデル適合度が示され，尺度間相関は$r=.40$（$p<.001$）と有意に中程度の相関を認めた。各尺度の信頼性の検討としてCronbachのα係数により内的整合性を求めたところ，「自己決定」は.84，「独立」は.77であった（**表３**）。なお，自律性欲求尺度の下位尺度である「自己決定」の平均値は3.53（SD＝0.52）で，「独立」の平均値は2.99（SD＝0.57）であった。

ｃ．自尊感情尺度および仮想的有能感尺度

自尊感情尺度の合計平均値は28.44（SD＝6.37），Cronbachのα係数は.81で内的整合性が確保されているといえる（**表４**）。また，仮想的有能感尺度の合計平均値は28.38（SD＝7.72），Cronbachのα係数は.87で内的整合性が確保されているといえる。

ｄ．学習動機づけ尺度

学習動機づけ尺度について，自律性欲求尺度と同様に検証的因子分析を行い，「内発的動機づけ」「同一視化的調整」「取り入れ的調整」「外的調整」をそれぞれ潜在変数とした学習動機づけ尺度モデルを作成した（**図３**）。その結果，$\chi^2=445.352$，GFI = .956，AGFI = .935，CFI = .937，RMSEA = .062と比較的良好なモデル適合度が示された。

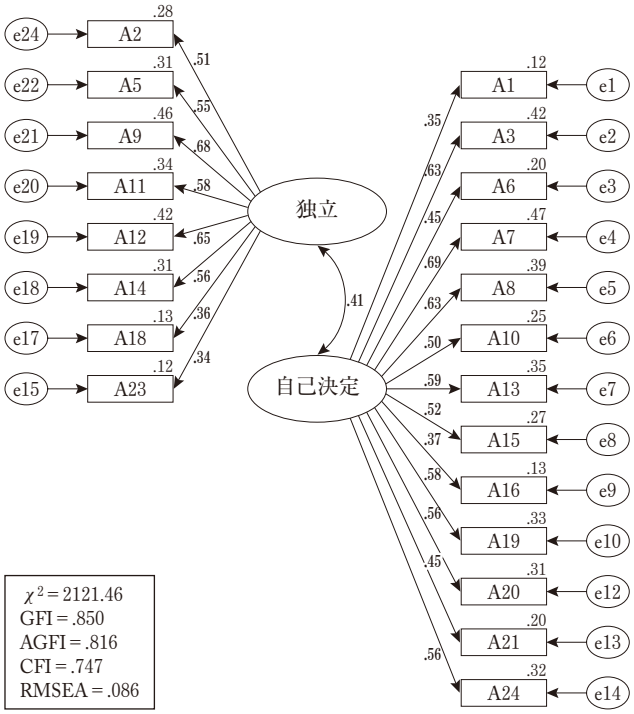


図２　自律性欲求尺度モデルの検証的因子分析

次に友人関係への動機づけ尺度と同様に，学習動機づけ尺度「内発的動機づけ」と「同一化的調整」の平均値の合計を【自律的動機づけ】，「取入れ的調整」と「外的調整」

表 3　自律性欲求尺度の平均値・α係数・尺度間相関

		平均値（SD）		α係数	尺度間相関
自己決定	A 1．自分で決めたことには，責任を持とうと思っている	4.50（0.59）	3.53（0.52）	.84	.40***
	◆A 3．他人に決めてもらった方が安心できる	2.93（1.02）			
	A 6．自分で決めたことをやる方が，やる気がでる	4.17（0.86）			
	◆A 6．楽なので，他の人の言うことを聞こうと思う	3.15（0.99）			
	◆A 8．大事なことは，だれか他の人に決めてもらいたいと思う	3.64（1.11）			
	◆A10．自分が何をしたらよいか考えるのは面倒だ	3.45（1.06）			
	◆A13．他の人の言うことに従うことが多い	3.01（0.89）			
	A15．常に自分自身の意見を持つようにしている	3.71（0.90）			
	A16．自分が興味を持ったことは，一生懸命やることができる	4.40（0.69）			
	◆A17．自分ひとりの判断でものごとを決めるのは好きではない	2.48（0.99）			
	◆A19．自分で何でも決めるよりも，他の人に考えてもらいたい	3.32（0.97）			
	A20．自分でいろいろ考えて行動する方が好きだ	3.60（0.93）			
	◆A22．何かをやるときには，他の人の意見に合わせようと思う	2.87（0.90）			
	A24．自分のことは，自分で決めたいと思う	4.16（0.79）			
独立	A 2．周りの人に合わせて自分の行動を変えたくない	3.41（1.02）	2.99（0.57）	.77	
	A 4．まわりから反対されても，自分がやりたいことをしたいと思う	3.56（0.91）			
	A 5．他の人と意見が対立したときには，自分の意見を通そうとする	2.75（0.89）			
	A 9．他人の指示に従うのは，好きではない	2.93（1.05）			
	A11．自分のことは，他人に決められたくない	3.69（1.04）			
	A12．他のだれかに指図されるのは嫌だ	3.27（1.12）			
	A14．自分と他人の考えが違うときは，自分の考えを通したい	2.82（0.86）			
	A18．自分でいいと思うのならば，他の人の意見は気にしない	2.37（0.99）			
	A21．他の人に対して，自分の意見をいつもはっきり言う	3.02（1.08）			
	A23．他の人の言うことがたとえ正しくても，反論したくなる	2.10（1.03）			

［注］◆：逆転項目，***：$p < .001$

表 4　自尊感情および仮想的有能感尺の平均値・合計平均値・α係数・尺度間相関

		平均値（SD）	合計平均値（SD）	α係数	尺度間相関
自尊感情尺度	P 1．自分に対して肯定的である	3.02（1.05）	28.44（6.37）	.81	−.03
	P 2．少なくとも人並みには，価値のある人間である	3.40（0.96）			
	◆P 3．もっと自分自身を尊敬できるようになりたい	1.87（0.93）			
	◆P 4．自分は全くだめな人間だと思うことがある	2.22（1.15）			
	P 5．色々な良い素質をもっている	3.06（0.96）			
	◆P 6．何かにつけて，自分は役に立たない人間だと思う	2.96（1.02）			
	P 7．物事を人並みには，うまくやれる	3.30（0.98）			
	◆P 8．自分には，自慢できるところがあまりない	2.63（1.07）			
	◆P 9．敗北者だと思うことがよくある	3.21（1.22）			
	P10．だいたいにおいて，自分に満足している	2.78（1.09）			
仮想的有能感尺度	ACS 1．自分の周りには気のきかない人が多い	2.29（0.95）	28.38（7.72）	.87	
	ACS 2．私の意見が聞き入れてもらえなかった時，相手の理解力が足りないと感じる	2.25（0.99）			
	ACS 3．自分の代わりに大切な役目をまかせられるような有能な人は，私の周りに少ない	2.06（0.91）			
	ACS 4．他の人の仕事を見ていると，手際が悪いと感じる	2.52（1.09）			
	ACS 5．世の中には，常識のない人が多すぎる	3.15（1.08）			
	ACS 6．話し合いの場で，無意味な発言をする人が多い	2.56（1.05）			
	ACS 7．知識や教養がないのに偉そうにしている人が多い	2.83（1.15）			
	ACS 8．世の中には，努力しなくても偉くなる人が少なくない	3.08（1.14）			
	ACS 9．他の人に対して，なぜこんな簡単なことがわからないのだろうと感じる	2.56（1.15）			
	ACS10．今の日本を動かしている人の多くは，たいした人間ではない	2.76（1.20）			
	ACS11．他の人を見ていると「ダメな人だ」と思うことが多い	2.31（1.08）			

［注］◆：逆転項目

の平均値の合計を【統制的動機づけ】の得点とした結果，【自律的動機づけ】の平均値は7.81（SD＝1.18），【統制的動機づけ】の平均値は5.81（SD＝1.34）であった（**表5**）。

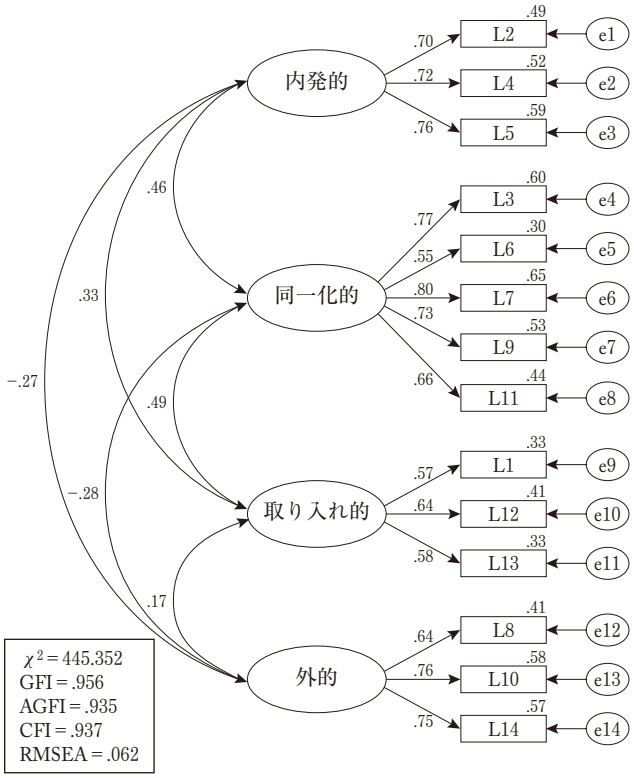


図3　学習動機づけ尺度モデルの検証的因子分析

尺度間相関については，「内発的動機づけ」と「同一化的調整」はr＝.35（p＜.01），「内発的動機づけ」と「取り入れ的調整」はr＝.23（p＜.01），「同一化的調整」と「取り入れ的調整」はr＝.39（p＜.01）と正の相関が有意に認められた。そして「内発的動機づけ」と「外的調整」はr＝−.22（p＜.01），「同一化的調整」と「外的調整」はr＝−.22（p＜.01）と負の相関が有意に認められた。自己決定理論における概念的に隣接する尺度間のシンプレックス（simplex）構造が認められたことから，動機づけ尺度の構成概念妥当性が検証できたといえる。

e．友人関係への動機づけと自律性欲求（自己決定および独立），自尊感情，仮想的有能感，学習動機づけとの相関係数

友人関係への動機づけの下位尺度と，自律性欲求の自己決定および独立，自尊感情，仮想的有能感，学習動機づけとの相関係数を算出した結果，友人関係への動機づけの【自律的動機づけ】と学習動機づけの【自律的動機づけ】（r＝.16，p＜.01），友人関係への動機づけの【自律的動機づけ】と学習動機づけの【統制的動機づけ】（r＝.33，p＜.01）に弱い正の相関が認められ，友人関係への動機づけの【自律的動機づけ】と【統制的動機づけ】（r＝.69，p＜.01）には強い正の相関が認められた（**表6**）。そして，友人関係への動機づけの【統制的動機づけ】と学習動機づけの【統制的動機づけ】（r＝.49，p＜.01）は中程度の正の相関が，学習動機づけの【統制的動機づけ】と「仮想的

表5　学習動機づけ尺度の平均値・α係数および尺度間相関

			平均値（SD）			α係数
自律的動機づけ	内発的動機づけ	L2．新しい知識を得るのが楽しいから	3.82（0.98）	3.30（0.87）	7.81（1.18）	.77
		L4．授業の内容が楽しいから	3.16（1.05）			
		L5．勉強することが楽しいから	2.93（1.13）			
	同一視化的調整	L3．勉強内容が将来役に立つと思うから	4.47（0.74）	4.50（0.54）		.83
		L6．今，勉強しておかないと後で困るから	4.43（0.73）			
		L7．自分のためになると思うから	4.52（0.66）			
		L9．勉強するべき大切な内容だと思うから	4.38（0.75）			
		L11．希望する職業に必要だから	4.71（0.62）			
統制的動機づけ	取り入れ的調整	L1．勉強しないと不安だから	3.80（1.09）	3.69（0.85）	5.81（1.34）	.62
		L12．良い成績を取りたいから	3.63（1.18）			
		L13．学生なので，勉強するのがあたりまえだから	3.63（1.11）			
	外的調整	L8．勉強しないと教師にしかられるから	2.20（1.14）	2.12（0.95）		.76
		L10．勉強しないと親がうるさいから	2.21（1.23）			
		L14．他人に勉強しろと言われるから	1.97（1.10）			

尺度間相関	内発的	同一化的	取り入れ的	外　的
内発的	−			
同一化的	.35***	−		
取り入れ的	.23**	.39**	−	
外的	−.22**	−.22**	.12**	−

［注］**：p＜.01，***：p＜.001

表 6　友人関係への動機づけと自律性欲求，自尊感情，仮想的有能感，学習動機づけとの相関係数

		友人関係への動機づけ		自律性欲求		学習動機づけ		自尊感情	仮想的有能感
		自律的動機づけ	統制的動機づけ	自己決定	独　立	自律的動機づけ	統制的動機づけ		
友人関係への動機づけ	自律的動機づけ	−							
	統制的動機づけ	.69**	−						
自律性欲求	自己決定	−.07**	−.26**	−					
	独　立	−.02	.03	.40**	−				
学習動機づけ	自律的動機づけ	.16**	−.03	.36**	.08**	−			
	統制的動機づけ	.33**	.49**	−.01	.02**	.04	−		
自尊感情		−.05	−.12**	.38**	.17**	.20**	−.15**	−	
仮想的有能感		−.01	.23**	.01	.33**	−.09**	.24**	.03	−

［注］*：$p<.05$，**：$p<.01$，***：$p<.001$

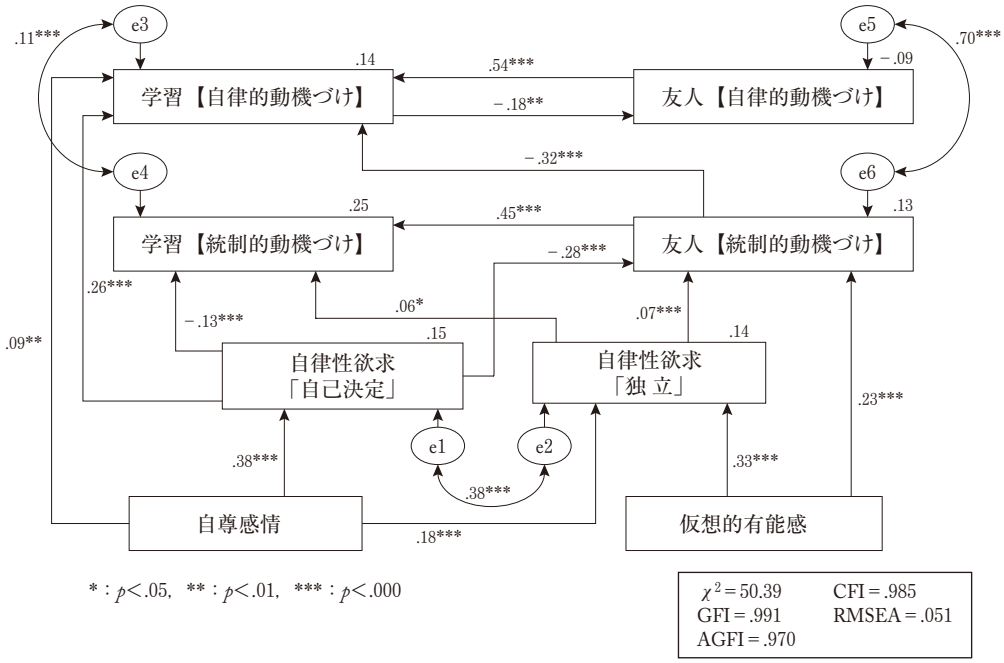


図 4　友人関係への動機づけと自律性欲求（自己決定および独立），自尊感情，仮想的有能感，学習動機づけとの因果関係

有能感」（r = .23，$p<.01$）には弱い正の相関が認められ，学習動機づけの【統制的動機づけ】と自律性欲求の「自己決定」（r = −.26，$p<.01$）には弱い負の相関が認められた。さらに「自尊感情」と学習動機づけの【自律的動機づけ】（r = .20，$p<.01$）には弱い正の相関を認めたが，「自尊感情」と学習動機づけの【統制的動機づけ】（r = −.15，$p<.01$）には弱い負の相関を認めた。

f．友人関係への動機づけと自律性欲求（自己決定および独立），自尊感情，仮想的有能感，学習動機づけとの因果関係

友人関係への動機づけの【自律的動機づけ】（友人【自律的動機づけ】と明記）および【統制的動機づけ】（友人【統制的動機づけ】と明記）と，自律性欲求の「自己決定」および「独立」，「自尊感情」および「仮想的有能感」，学習動機づけの【自律的動機づけ】（学習【自律的動機づけ】と明記）および【統制的動機づけ】（学習【統制的動機づけ】と明記）の平均値を観測変数とした因果モデルを作成した（図 4）。適合度は，GFI = .989，AGFI = .963，CFI = .980，RMSEA = .058で，CFIの値が高くRMSEAも比較的良好な値が得られ，統計的に採択されるモデルとして容認されたと考える。各観測変数へのパス係数は，−.28から.54を示し，そのなかでも「友人【自律的動機づけ】」から「学習【自律的づ動機づけ】」（β = .54，$p<.001$），「友人【統制的動機づけ】」から「学習【統制的動機づけ】」（β = .45，$p<.001$）へは有意な正のパス係数が認められた。そして，「自尊感情」から「自己決定」（β = .38，$p<.001$），「仮想的有能感」から「独立」（β = .33，$p<.001$），「自己決定」から「学習【自律的

動機づけ】」（β = .26, p＜.001），「仮想的有能感」から「友人【統制的動機づけ】」（β = .23, p＜.001）へは数値はやや低いが有意な正のパス係数を認めた。さらに，「友人【統制的動機づけ】」から「学習【自律的動機づけ】」（β = −.32, p＜.001），「自己決定」から「友人【統制的動機づけ】」（β = −.28, p＜.001）へは，有意な負のパス係数が認められた。このことから，「友人【自律的動機づけ】」は「学習【自律的動機づけ】」を促進し，また，「自尊感情」を先行要因とした「自己決定」も「学習【自律的動機づけ】」を促進することが示されたといえる。そして「仮想的有能感」を先行要因とした「友人【統制的動機づけ】」は，「学習【自律的動機づけ】」を抑制するとともに，「学習【統制的動機づけ】」を促進する要因となり，また，「自尊感情」そのものは「学習【自律的動機づけ】」を促進する要因とはならないことが示された。

Ⅳ．考　　察

1．友人関係への動機づけ尺度得点にみられる調査対象者の特徴

友人関係への動機づけの下位尺度得点について，岡田（2005）の研究と本研究を比較した結果，本研究のほうが【自律的動機づけ】の平均値が高値を示した。また尺度間相関は，概念的に隣り合う動機づけ間には正の相関，隔たるにつれて相関が低くなるもしくは負の相関になるという単純構造（simplex structure）を示しており，本研究でも同様の構造が示された。検証的因子分析の結果についても，先行研究と同様の適合度を示した。

本研究で下位尺度得点が高値であった要因として，本研究対象者である看護学生は，将来看護専門職につくという共通の目的をもって入学しており，また看護専門職には対人関係を主としたコミュニケーション能力が求められることから，友人関係への動機づけも高いことが予測される。一方，岡田・中山（2011）の研究と比較した結果，【自律的動機づけ】の平均値は低値を示し，【統制的動機づけ】の平均値は高値を示した。これは，岡田・中山（2011）の研究では，友人関係の初期場面における動機づけを調査するために，２人ずつペアになり課題に取り組むという方法であったため，互いに協力しなければならない状況にあり，必然的に動機づけも高まっていたことが予測され，本研究と比較することはできないと考える。

2．学習動機づけ尺度得点に見られる調査対象者の特徴

学習動機づけ尺度の下位尺度得点について安藤（2005）の研究と比較した結果，本研究のほうが【自律的動機づけ】の平均値がやや高い結果を示した。また，尺度間相関は概念的に隣り合う動機づけ間には正の相関，隔たるにつれて相関が低くなるもしくは負の相関になるというシンプレックス構造を示しており，本研究でも同様の構造が示され構成概念妥当性が検証された。

本研究で【自律的動機づけ】がやや高い結果を示した要因として，安藤の調査対象は４年制大学生および２年制短期大学生であるのに対し、本研究対象は４年制大学生と３年制短期大学生であり，母集団の学年構成で３年生の割合が異なることが考えられる。また石井・椎名・柳井（2003）は，看護学生の学習活動と学習意欲等に関する研究において，保健・看護学系の学生は他の学部の学生に比べ，講義によく出席するだけでなく自学・自習も行い，積極的に学習を行っていることを示している。これらのことから，本研究対象である看護学生は，将来看護職につくという明確な目的・目標をもって入学しているものが多くみられる可能性があるため，学習動機づけも高い結果を示したと言える。

3．自尊感情尺度および仮想的有能感尺度得点に見られる調査対象者の特徴

自尊感情尺度得点および仮想的有能感尺度得点について，速水（2012）や速水・小平（2006）の研究と比較した結果，ともに本研究のほうが低い傾向が示された。看護系以外の大学生と看護学生と比較した結果，看護学生のほうが自尊感情が低いことは，対象者個々の発達との関連や親の養育態度の影響，過去の成功体験などさまざまな要因が考えられ，本研究で推察するためにはデータ不足である。一方，仮想的有能感が低いことは，過去の成功体験や親への愛着や親からの受容不足等の要因が考えられる。仮想的有能感の高い人のパーソナリティ的特徴としてあげられている，周囲への信頼感が低く，協調性が低いこと，攻撃性が高いこと，不安定さの傾向は，看護系以外の大学生と比較して少ないことが看護学生の特徴として考えられるといえる。

4．友人関係への動機づけと自律性欲求（自己決定および独立），自尊感情，仮想的有能感，学習動機づけの因果関係

自己決定理論の視点に基づいて，看護学生における友人関係への動機づけと学習動機づけとの因果関係を検討した結果，友人関係への動機づけがより自律的であるほど，学習動機づけも高まることが示され，岡田（2008a）の研究と同様の結果が得られた。友人関係に対して自律的な動機づけをもつ者は，友人と協同的に学習する機会が多く，その結果として友人関係に対する充実感や満足感を高めている（岡田，2008a）ことが明らかとなっており，本研究対象である看護学生も，看護師になるという共通の目標をも

ち，友人と協同的に学習することで学習への動機づけも高まっていることが予測できる。

ここで着目したいのが，自己決定理論における「関係性の欲求」に属する“友人関係”への自律的動機づけは，自己決定理論における『有能さの欲求』や『自律性の欲求』とは直接的には関連が認められなかったことである。「自尊感情」や「自己決定」を先行要因としなくても，友人関係への自律的な動機づけをもつことのみでも，学習動機づけに大きな影響を及ぼすことが明らかとなったといえる。久木山（2010a）は，大学生を対象に自己およびまわりの友人のイメージと仮想的有能感の関連を調査した結果，まわりの友人を不親切な，自己中心的，プライドが高い，いいかげん，騒がしい，反発的，衝動的な，疑わしい，拒否的とイメージする者は，仮想的有能感が高いことを明らかにし，こうしたネガティブなイメージを友人に対してもつことと，仮想的有能感の高さの間には比較的強い関係があることを指摘している。本研究対象である看護学生は，看護系以外の大学生と比較して仮想的有能感は低い傾向を示していることから，友人に対してポジティブなイメージをもっていることが考えられ，そのことが友人関係への動機づけを高くしていることが考えられる。また，自己決定理論では，自律性支援的な教師行動や互いに発言しやすい等の教室環境が，学習への自律的な動機づけを高めることが述べられている（Soenens & Vansteenkiste, 2005）。教室環境の一つとして友人関係への自律的な動機づけを支援することで，学習への動機づけをより自律的な動機づけへと導くことができると考えられる。

さらに友人関係への動機づけとは無関係に，「自尊感情」を先行要因とした「自己決定」も学習動機づけを高める要因となることも示された。自らが学習内容に興味や関心をもち，学習することに価値を見出し，それにより学習が自発的に継続されるという自律的な動機づけを促進するためには，自己決定が重要であることも明らかとなったといえる。

そして，「仮想的有能感」が高くなると友人関係への動機づけや学習動機づけも低く（統制的に）なり，学習動機づけも低く（統制的に）なるという因果関係，つまり「仮想的有能感」は友人関係への動機づけや学習動機づけを低くする（自律性の低い動機づけにする）ことが示され，速水・小平（2006）の研究と同様の結果が得られ，因果関係も明らかとなった。また「仮想的有能感」は，他者から影響されることを拒否して独立した個人であろうとする傾向が高くなる「独立」の先行要因となることが示され，さらに，「独立」の傾向が高くなっても，友人関係への動機づけや学習動機づけへはほとんど影響を示さないという因果関係が示された。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

本研究の対象は，東北地方の2県に限定した異なる教育課程の4年制大学と3年制短期大学が混在しており，研究で用いた測定尺度に影響を与えていると推察できる。今後，教育課程による違いなどを検討する必要性がある。また，対象者の性別による割合として，男子学生対女子学生の割合は約1：9と女子学生が多く，偏りがみられたため，全体の結果にも影響が強く示されたと考える。性別に関しては，看護学生の母集団の特徴として容認可能かどうか今後も検討が必要であり，またその他の属性による影響も考慮したさらなる検討が必要であると考える。また，本研究の研究課題における自己決定理論の枠組みでは，動機づけへ影響を及ぼす基本的心理的欲求の，関係性の欲求のうちの友人関係への動機づけに着目したが，学習動機づけへは教員との関係性も影響を与えることも考えられるため，十分な結果が得られたとは言い難い。今後は，教員との関係性の欲求も含めた3つの基本的心理的欲求を踏まえた検討が必要と考える。

Ⅵ．看護教育への示唆

看護系大学への入学生は，看護本来の仕事の特性と自分の生き方を考慮して看護を選択し，看護することの意味を考えている者が多い傾向にある（竹本，2009；村中・浦島・青木・渋谷，2003）といわれており，多くの看護学生が「看護師になりたい」という看護師志望の自律的な動機づけをもって入学している。高橋・真部・武田（2009）の調査でも，看護職をやりがいがあり，人のためになる，社会の役に立つ職業としてとらえて志望している学生が多いことが示されている。本研究の結果においても，同様の目的意識をもって入学し，友人関係に対しても自律的な動機づけをもっている者が多く，それが学習への動機づけも高めていることが示された。学習場面においても一人で問題解決するより，友人との協同による問題解決を好む傾向が示され，今後のチーム医療を担う看護学生の好ましい特徴が明らかとなった。また，看護系以外の大学生と比較して低いことが示された仮想的有能感は，現代の人間が抱く感情の特徴の一つでもあるため，今後も仮想的有能感を高めないように，多くの人たちに直接触れ，実際に自由にコミュニケーションでき，感情を交流できる場を看護教育においても十分に配慮していく必要があると考える。さらに，看護学生の看護に対する興味・関心から，看護職を通しての自己の人間的な成長，専門職業人としてのキャリアアップ，そして社会貢献ができること等に価値を見出し，さらに講義・実習を通してよりその気持ちを高め，価値を

内在化できるような講義内容・実習内容などを計画することも重要であると考える。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，看護学生の友人関係への動機づけの程度を明らかにするとともに，自律性欲求・有能さの欲求および学習動機づけとの関連を明らかにするために，看護学生1,691名を対象に質問紙調査を行った。有効な回答のあった1,377名の看護学生の特徴は以下のとおりであった。

1．看護学生は，看護系以外の大学生と比較して友人関係への動機づけが高く，自律的な動機づけをもっている。
2．看護学生は，看護系以外の大学生・短大生と比較して学習動機づけが高く，自律的な動機づけをもっている。
3．友人関係への動機づけがより自律的であるほど，学習動機づけもより自律的になり，友人関係への自律的な動機づけをもつことは，学習動機づけを高める要因となる。
4．自尊感情を先行要因とした自律性欲求の自己決定は，学習動機づけを高める要因となる。
5．看護学生の友人関係への自律的な動機づけは，自尊感情や自律性欲求からは直接的に影響を受けないものである。
6．仮想的有能感は友人関係への動機づけを低く（統制的に）し，学習動機づけも低く（統制的に）する要因となる。
7．仮想的有能感は自律性欲求の独立の先行要因となる。

要　　旨

【目的】自己決定理論を礎に，看護学生の友人関係への動機づけの程度と自律性欲求，有能さの欲求，および学習動機づけとの関連を明らかにし，自律的動機づけを支援する教育方法の示唆を得る。

【方法】看護学生を対象に自記式質問紙調査を実施し，分析・考察した。

【結論】①看護学生は，看護系以外の大学生より自律的な友人関係への動機づけをもっている。②看護学生は，看護系以外の大学生・短大生より自律的な学習動機づけをもっている。③友人関係への自律的な動機づけは，自律的な学習動機づけの要因となる。④自尊感情を先行要因とした自律性欲求の自己決定は，自律的な学習動機づけの要因となる。⑤看護学生の自律的な友人関係への動機づけは，自尊感情や自律性欲求からは直接的に影響を受けない。⑥仮想的有能感は友人関係への動機づけ，および学習動機づけを低くする要因となる。⑦仮想的有能感は自律性欲求の独立の先行要因となる。

Abstract

Purpose: To show student nurses' level of motivation to start and maintain friendships based on self-determination theory, and to demonstrate the relationship between student nurses' need for autonomy, their desire become fully competent, and their motivation to learn, so as to gain ideas for educational methods that will stimulate their autonomous motivation.

Method: A self-report questionnaire survey was conducted among student nurses, and the results were analyzed and examined.

Conclusions:

1. Student nurses have more autonomous friendship motivation than university students other than student nurses.
2. Student nurses have more autonomous learning motivation than university students other than student nurses.
3. Autonomous friendship motivation is a factor in autonomous learning motivation.
4. A self-determined need for autonomy, with self-esteem as its antecedent, is a factor in autonomous learning motivation.
5. Autonomous friendship motivation among student nurses in not directly influenced by self-esteem or the need for autonomy.
6. Assumed competence is a factor in decreasing (controlling) both friendship motivation and learning motivation.
7. Assumed competence is an independent antecedent of the need for autonomy.

文　　献

安藤史高（2003）．自律性欲求とクリティカルシンキング志向性との関連．こころとことば，2，51-59.

安藤史高（2005）．大学コミットメントと自律性欲求・学習動機づけとの関連．一宮女子短期大学紀要，44，91-99.

安藤史高（2006）．自律性欲求と仮想的有能感との関連について．一宮女子短期大学紀要，45，121-128.

安藤史高（2007）．保育系短期大学生の就職動機づけに対して自律性欲求・進路変更が及ぼす影響．一宮女子短期大学紀要，46，71-78.

Berndt, T.J.（1999）．Friends' influence on students' adjustment to school, Educational Psychologist, 34, 15-28.

Deci, E.L. and Ryan, R.M.（1985）．*Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Guay, F., Boivin, M., & Hodges, E.V.E（1999）．Predicting change in academic achievement: Amodel of peer experiences and self-system processes, Journal of Educational Psychology, 91, 105-115.

速水敏彦（2012）．仮想的有能感の心理学 ― 他人を見下す若者を検証する ―．pp.12-15，京都：北大路書房．

Hayamizu, M., Kino, K., Takagi, K., and Tan, Eng-Hai.（2004）．

Assumed-competence based on under-valuing others as a determination of emotions: Focusing on anger and sadness. *Asia Pacific Education Review*, 5, 127-135.

速水敏彦，小平英志（2006）．仮想的有能感と学習観および動機づけとの関連．パーソナリティ研究，14, 171-180.

Ide, J.K., Parkerson, J., Haertel, G, D., & Walberg, H.J.（1981）．Peer group influence on educational outcomes: A quantitative synthesis, Journal of Educational Psychology, 73, 472-484.

石井秀宗，椎名久美子，柳井晴夫（2003）．看護大学生の学習活動と学習意欲等に関する研究．*Quality Nursing*, 9(11), 48-62.

香春知永（1990）．看護基礎教育課程における専門職的自律性に関する研究 ― 看護学校・短期大学・大学における専門職的自律性の相違 ―．看護研究，23(1), 78-84.

川村佐和子，松尾ミヨ子，志自岐康子（2009）．基礎看護学 ― 看護学概論（第 3 版）．p. iii，ナーシング・グラフィカ16，メディカ出版．

小平英志，小塩真司，速水敏彦（2007）．仮想的有能感と日常の対人関係によって生起する感情経験 ― 抑鬱感情と敵意感情のレベルと変動性に注目して ―．パーソナリティ研究，15(2), 217-227.

厚生労働省（2007）．看護基礎教育の充実に関する検討会報告書，厚生労働省（抄），1-23.

久木山健一（2010a）．自己および友人イメージと仮想的有能感・自尊感情の関連．日本心理学会第74回大会発表論文集，122.

村中洋子，浦島紀子，青木涼子，渋谷　栄（2003）．看護学科学生の入学時における看護専門職への志向と認識．東海大学健康科学部紀要，8, 105-113.

岡田　涼（2005）．友人関係への動機づけ尺度の作成および妥当性・信頼性の検討 ― 自己決定理論の枠組みから ―．パーソナリティ研究，14(1), 101-112.

岡田　涼（2006b）．自律的な友人関係への動機づけが自己開示および適応に及ぼす影響．パーソナリティ研究，15(1), 52-54.

岡田　涼（2007）．内発的動機づけ研究の理論的総合と教師 ― 生徒間の交互作用的視点，Bullein of the Graduate School of Education and Human Development, Nagoya University（Psychology and Human Development Sciences），Vol.54, 49-60.

岡田　涼（2008a）．友人との学習活動における自律的な動機づけの役割に関する研究．教育心理学研究，56, 14-22.

岡田　涼（2008b）．親密な友人関係の形成・維持過程の動機づけモデルの構築．教育心理学研究，56, 575-588.

岡田　涼，中山留美子（2011）．友人関係の形成初期場面における動機づけと親和傾向，感情との関連 ― 自己決定理論の枠組みから ―．感情心理学研究，19(1), 28-33.

Rosenberg, M.（1965）．*Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.

Ryan, R.M. and Deci, E.L.（2000）．Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinnsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

佐藤美佳（2012）．看護学生の仮想的有能感と自律性欲求・学習動機づけとの関連 ― 4 年制大学と 3 年制短期大学との比較 ―．八戸短期大学研究紀要，34, 87-109.

Soenens, B. and Vansteenkiste, M.（2005）．Antecedents and outcomes of self-determination in three life domains: The role of parents and teachers' autonomy support. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 589-604.

髙橋幸子，真部昌子，武田美和（2009）．看護学科に入学した学生の職業意識の変化（第 4 報）― 4 期生と 3 期生・ 2 期生・ 1 期生との比較 ―．共立女子短期大学看護学科紀要，4, 87-96.

竹本由香里（2009）．看護学生のキャリア発達支援に関する研究 ― キャリアセミナープログラムの構築に向けて ―．北日本看護学会誌，12(1), 1-11.

上淵　寿，長沼君主（2004）．動機づけ研究の最前線．p.49, 北大路書房．

山本眞理子，松井　豊，山成由紀子（1982）．認知された自己の諸側面の構造．教育心理学研究，30, 64-68.

山本将士（2007）．仮想的有能感からみた高校生のいじめ．名古屋市立大学大学院人間文化研究科 人間文化研究，8, 191-205.

［平成24年 4 月 2 日受　　付
平成25年 2 月 1 日採用決定］

－研究報告－

薬物依存症患者の断薬に影響する要因
― QOL，自尊感情との関連 ―

Factors that Influence the Drug Stopping of Patients with Drug Dependence:
In Relation to their Quality of Life and Self-Esteem

山　下　亜矢子[1)]　　折　山　早　苗[2)]　　渡　邉　久　美[1)]
Ayako Yamashita　　Sanae Oriyama　　Kumi Watanabe

キーワード：薬物依存症，QOL，回復，自尊感情
Key Words：drug dependence, QOL, recovery, self esteem

緒　　言

1．背　　景

薬物依存とは，薬物乱用つまり薬物を社会的許容から逸脱した目的や方法で自己使用する行為の繰り返した結果生じた状態であり，薬物摂取への渇望による薬物探索行動を認め，自己コントロールを喪失した状態のことである。現在，薬物乱用・依存症問題は人間の生命だけでなく，社会や国や安定を脅かすなど，深刻な社会問題の一つとなっている[1),2)]。このことは，2008年の『第三次薬物乱用防止五か年戦略』のデータでも明らかである。

わが国では，覚せい剤，麻薬・向精神薬，アヘン，大麻の検挙人員は15,175人（2007年）であり，６～７割を未成年と20歳代の若年層が占め，薬物依存症の低年齢化や覚せい剤汚染の急速な広がりを見せている[3)]。また，芸能人の薬物汚染などがメディア報道によって話題となっている。

こうした薬物依存症患者の増加に対し，わが国の薬物依存症治療施設はまだごく少数に過ぎず[4)]，未だ実証的根拠を有する薬物依存症回復プログラムは確立されていない状況[3)]である。また，看護においても薬物依存症回復を支援する援助方法や課題はまだ明らかになっていない[5)]。

薬物依存症治療の原則[6)]は「自己決定，自己責任」であるが，入院当初は急性の精神病状態に対する非自発的な治療が中心となり，患者の意思に基づかない入院治療がなされていることも多い。急性期の解毒治療終了後は，治療への参加について患者の意思を確認し，同意が得られた場合は依存症治療を開始することとなる。しかし，いったん同意が得られても，治療に対する動機づけが難しいため治療中断につがることもあり，治療の継続は決して容易でない。

薬物依存症治療プロセス[7)]での渇望期にみられる特徴として，依存薬物からの離脱に伴う焦燥感や不安，恐怖感，イライラ感が出現し，易刺激状態となり，攻撃性を示し，強い苦痛を伴う[8)]。患者は，この時期に退院を希望し，退院後すぐに薬物の再使用に走ることが多い[4)]状況にあるが，断薬３年以上になると，薬物依存症患者にとって比較的安定した時期であるといえる。

薬物依存症は「回復はあるが治癒はない」といわれており，慢性化し，断薬の期間が長くても再発する可能性を示している。しかし，再発は回復のチャンスとなることを考慮したうえで，長期的な視点でかかわっていくことが薬物依存症治療には必要となる。薬物依存症は意志の弱さや道徳観念の欠如の結果ではなく，多様な因子が絡み合って発症する。薬物を乱用・常用することによって，精神・身体・社会的にさまざまな問題が生じるようになるものの，回復可能な慢性疾患である。薬物依存症からの回復とは，依存性薬物に溺れていた生活から脱却し，それまでの自身の思考・行動パターンを修正することで，薬物による酔いを必要としない新たな生き方を身につけること[6)]である。単に薬物の使用を止めるだけでなく，薬を必要としない生活の仕方・生き方を獲得していくことが，回復につながっていくといえる。

薬物依存症の回復の段階では，保健福祉医療，司法，学校など包括的な支援が必要となる[9)]。とくに入院医療の場では，離脱期，渇望期などを主に看護師は支援を行う[8)]。薬物依存症にかかわる看護師は，薬物依存症の離脱症状に特有な症状などから，患者に心理的に巻き込まれて心理的距離の取り方がわからなくなり，患者の気持ちに共感できず，対応時の困難感を感じやすいとの報告[10)]もある。また，看護師は薬物依存症患者を看護するなかで，怒りや恐怖，無力感，不信感，寂しさ，諦め，罪悪感などネガティブな

１）岡山県立大学保健福祉学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University
２）県立広島大学保健福祉学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

感情を体験していたという報告[11]があり，感情労働としての薬物依存症看護の専門性も求められている。この専門性としては，複雑な健康問題をアセスメントし，ケアの方向性を見出していく必要がある。断薬継続のために環境調整を行い，自己決定の尊重と回復への支援を行うことが重要であり，そのためには再発も回復の過程ととらえる視点で依存症者の特性を理解しつつ，患者との信頼関係を築きながら支持的・教育的立場でかかわる能力が求められる。

以上より，薬物依存症患者の断薬継続には生活の仕方・生き方と密接に関係していることから，Quality of Life（以下QOL）と関連があると考える。また，薬物依存症患者は自尊感情の低下などの否定的感情が特徴的である[4]といわれていることからも，薬物依存症患者の断薬期間に伴うサポート態勢などの属性の影響，QOL，自尊感情の特徴と断薬継続に関する要因を明らかにすることで，薬物依存症看護についての一手段が得られると思われる。

2．先行研究の概要

薬物依存症の動向としては，和田らの薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査[12]や全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査[13]があり，中学生では，喫煙から有機溶剤乱用，大麻・覚せい剤乱用へという流れがあることを強く示唆する結果が報告されている。また，医療施設に入院中の患者が治療・回復において問題となる点として，「使用欲求・渇望のコントロール困難」が48％と最も高く，ついで「断薬への動機づけが希薄なこと」「精神科併存症の存在」がある。これらの結果から，「依存症」と「併存症」に焦点を当てた治療プログラムの充実や社会資源の整備が求められていることが明らかになっており，精神科医療現場における使用薬物の動向を把握しつつ，依存症と併存症に対する適切な治療的処遇の検討と実現が急務の課題，として述べられている。さらに，退院後の研究として，近藤らの中間回復施設における回復過程に関する研究[14]によると，薬物使用を止めて数か月以上が経過しても周囲の状況により容易に情動の安定が揺らぎ，ストレスが再発しやすいことがリスク要因である，と述べられている。中間施設の役割として，規則正しい生活リズムの獲得やプログラムへの取り組みなどにより社会生活への橋渡しを安全に行ってくことが重要な役割，と述べている。

患者の特徴として，自己愛人格傾向や境界性人格特性が高く，民間の薬物依存症回復施設のダルク（DARC：Drug Addiction Rehabilitation Center）などに入所または通所してもその傾向が容易に改善しないことにより看護の難しさを述べている[15]。そのため，薬物依存症患者にかかわる看護師は患者に対してネガティブな態度や感情を抱きやすいという，看護師の感情に着眼した報告[16]がある。

薬物依存症患者のQOLに関する研究では，アルコール以外の薬物依存症患者のQOLは深刻な慢性疾患を有する患者に匹敵するほど低く，著しく日常生活に影響を及ぼす[17),18]といわれている。そのため，QOLを改善するために薬物依存症回復プログラムが有効とされ[19]，薬物依存症回復施設の利用継続には，家族の面会が依存度やQOLに影響し，継続にかかわっている[20]との報告もある。

一方，薬物依存症患者の自尊感情については，自尊感情が低下している[4),5]と述べられている文献があるものの，実際に調査をされた研究はほとんどない。

以上より，実際の薬物依存症患者の断薬に影響する因子を，患者の性別や治療，サポート態勢などの属性の影響および断薬期間とQOL，自尊感情との関連を調べた研究は見当たらない。したがって，薬物依存症患者において断薬期間に関連したQOLおよび自尊感情は明らかになっていない。

3．研究目的

薬物依存症患者の断薬を可能とする援助のあり方について示唆を得るために，患者のQOL，自尊感情を分析し，コントロールと可能とする関連因子について明らかにすること，とした。

Ⅰ．研究方法

1．用語の定義

a．薬物依存症

本研究における“薬物依存症”とは，ある物質あるいはある種の物質使用が，その人にとって以前にはより大きな価値をもっていた他の行動より一群の生理的・行動的・認知的現象を有するというICD-10で示す薬物依存症候群[21]と定義した。また，依存状態を呈する薬物として，WHOでは①アルコールおよびバルビツール酸型依存，②モルヒネ型依存，③コカイン型依存，④アンフェタミン型依存，⑤カート型依存，⑥大麻型依存，⑦幻覚剤型依存，⑧有機溶剤型依存の８種に分類[22]されているが，本研究では「WHOの分類からアルコール依存を除いたもの」を薬物依存症と定義した。本研究で示す薬物依存症患者は，病院や治療共同体などで保護された環境にいる状態にある。

b．断薬期間

薬物依存症者が依存薬物を使用していない期間，とした。

c．自尊感情

自尊感情とは特別な対象（自己）に対する肯定的または否定的な態度であり，それは他の対象（自己以外のもの）

に対する態度と基本的には同じ性質をもつもの[23]と定義した。

2．研究対象

日本国内の精神科医療施設で入院および通院治療を行っている，もしくは薬物依存症回復施設に入所または通所している薬物依存症患者で，研究の趣旨を説明し，協力を得られたもの，とした。協力施設としては，全国にある10か所の薬物依存症専門医療施設に依頼し，病院4施設より承諾を得た。さらに，診療所は1か所からも協力を得た。全国にある50か所の薬物依存症回復施設のなかから無作為に抽出した3施設に依頼し，すべての施設より協力を得た。対象の選定は協力施設より紹介された薬物依存症患者とした。

質問票は，研究者が対象施設に研究協力に関する説明をしたうえで，対象施設に合計147部配布し，後日，対象者からの郵送により69部回収（回収率46.9％）した。

3．調査方法

a．調査時期および調査用紙の回収方法

調査は無記名自記式質問紙調査とし，2009年5月から11月の7か月とした。質問紙は，各調査実施医療施設の倫理委員会の承認を得た後，承諾の得られた施設代表者に一括して送付し，配布を依頼した。質問紙配布にあたっては，研究の目的，倫理的配慮，問合せ先について記載した説明文書を添付し，郵送にて回収した。

b．調査票の構成

①基本的属性は，年齢，性別，仕事の有無（非正規雇用や作業所利用も含む）を問う内容にした。

②治療状況については，定期的なミーティングや自助グループへの参加有無（現時点）と参加回数，現時点での入院または通院の有無，現時点までの断薬期間，薬物依存症による入院回数，薬物依存症発症年齢，精神科疾患の有無を問う内容にした。

③社会的支援については，配偶者またはパートナーの有無，家族との同居の有無，相談相手（自由記載）を問う内容にした。

c．自尊感情の測定尺度

本研究では自尊感情測定尺度として，『ローゼンバーグの尺度（宗像訳）』[24]を使用した。この尺度は質問項目数が少なく実施が容易であるうえ，国内外からの多くの研究によって一次元性や，妥当性，信頼性が確認されており，広く用いられている。10項目の質問について「そう」「ややそう」「ややちがう」「ちがう」の4段階評価を行う。個点数化されており合計点が10から40点となり，得点が低いほど，自尊感情が低いこと示す。臨床的には，得点20点以下は低い自尊感情，30点以上は高い自尊感情とみなす。

自尊感情が低いということは，自己否定，自己不満足，自己軽蔑を表し，自己に対する尊敬を欠いていることを意味するとしている。信頼性はCronbach α 係数を測定した。ローゼンバーグの尺度（宗像訳）10項目のCronbach α 係数は.793であり，信頼性が保たれた。

d．WHO QOL26

WHO QOL26は，WHO QOLの100項目の基本調査票をもとに，臨床用として簡便な26項目短縮版である『WHO QOL26日本語版』[25]の信頼性と妥当性，有用性が確認されている。WHO QOL26は身体的領域，心理的領域，社会的領域，環境の4分野の24項目に全体のQOLを問う2項目を加えた26項目で構成されており，反応尺度として5段階の順序尺度が与えられている。身体的領域については日常生活動作，医療品と医療への依存，活動と疲労，移動能力，痛みと不快，睡眠と休養，仕事の能力の項目が設定されている。心理的領域についてはボディ・イメージ，否定的感情，自己評価，精神性・宗教・信念，思考・学習・記憶・集中力の項目設定されている。社会的関係においては人間関係，社会的支え，性的活動の項目が設定されている。環境領域では金銭関係，自由・安全と治安，健康と社会的ケア（利用のしやすさと質），居住環境，新しい情報・技術の獲得の機会，余暇活動への参加と機会，生活圏の環境，交通手段の項目が設定されている。質問に対し過去2週間の生活を振り返ってもらい，被験者の望んだこと，喜んだこと，関心をもったことについて想起を促す。「まったく不満」「不満」「どちらでもない」「満足」「非常に満足」の5段階で回答し，得点が高いほどQOLが高いことを示す。

e．断薬期間の設定について

断薬してから少なくとも2～3年フラッシュバックが生じないようになれば，再燃する可能性は少ないといわれている。脱慣期には前期に離脱期，後期に渇望期がある。渇望期は易刺激的，易怒的，情動不安定で落ち着かないことが多く，治療的に慎重な対応を要す時期である。小沼は，薬物依存症治療プロセス[7]を治療の段階として導入期，脱慣期（1から3か月），断薬継続期（3年以上）と区分していることから，本研究においても同様に，断薬継続期を「断薬3年以上群」，断薬未継続期を「断薬3年未満群」とした。

4．倫理的配慮

本研究を実施するにあたっては，ヘルシンキ宣言における基本原則に準拠するとともに岡山大学大学院看護学専攻倫理審査委員会の承認（M09-03）を得た後，研究協力病院または施設より研究実施に関する同意を得，対象施設の

倫理審査委員会の審査承認を得て実施した。

研究対象者には研究の目的および主旨を文章で説明し，研究等の対象とする個人の人権擁護として調査票は，無記名で記入後，個人用に用意した回収用封筒に入れ，厳封するよう依頼した。研究の協力は強制ではなく中断したい場合にはそれができること，得られたデータは統計的に処理し，研究のみに使用とすること，並びに研究結果の公表を明示し，個人のプライバシーに配慮した。その際，研究者の連絡先を明記し，対象者の問い合わせに応じることを保証した。調査の同意については，調査票を投函したことで同意を得たこととした。

5．分析方法

断薬継続期を「断薬 3 年以上群」，断薬未継続期を「断薬 3 年未満群」とした 2 群に分類し，比較を行った。

基本属性における質的な要因はχ^2検定を使用し，年齢や入院回数，ミーティング参加回数などの量的な要因についてはMann-WhitneyのU検定を使用した。ローゼンバーグの自尊感情尺度（宗像訳）およびWHO QOL26の比較はMann-WhitneyのU検定を使用した。

統計解析には『SPSS 13.0J for Windows』を用い，いずれの検定も危険率 1 %，および 5 %未満を有意とし，10%未満を有意傾向ありとみなした。

Ⅱ．結　　果

1．基本属性の概要（表 1）

対象者69人のうち，断薬 3 年未満群が55人（79.7%），断薬 3 年以上群が14人（20.3%）であった。断薬継続期間は 0 か月から184か月に分布し，平均断薬継続期間は22.9±32.5か月であった。年齢は17歳から64歳に分布し，平均年齢は36.4±10.4歳であり，50歳未満が88.5%を占めていた。性別について男性は62人（89.9%），女性は 7 人（10.1%）であった。実際の相談相手として「自助グループ関係」が26人（56.6%）であり，「なし」が10人（14.5%），未記入が15人（21.7%）と相談相手が明らかでない人が36.2%を占めていた。

2．断薬 3 年未満群と断薬 3 年以上群の基本属性比較

断薬 3 年未満群と断薬 3 年以上群に分類し，基本属性における関連性を検討した。

表 1　基本属性の概要

変　数	カテゴリー	全体（n =69）		断薬 3 年未満群（n =55）		断薬 3 年以上群（n =14）		p-value
		人数	%	人数	%	人数	%	
年齢階級	20歳未満	2	2.9	2	3.6	0	0.0	.002**
	20～29歳	16	23.3	16	29.1	0	0.0	
	30～39歳	30	43.5	25	45.5	5	35.7	
	40～49歳	13	18.8	7	12.7	6	42.9	
	50～59歳	4	5.8	3	5.5	1	7.1	
	60～69歳	3	4.3	1	1.8	2	14.3	
	未記入	1	1.4	1	1.8	0	0.0	
平均値および標準偏差		36.4±10.4		34.4±9.5		44.1±10.7		
性別	男性	62	89.9	49	89.1	13	92.9	ns
	女性	7	10.1	6	10.9	1	7.1	
就業	あり	7	10.1	4	7.3	3	21.4	ns
	なし	62	89.1	51	92.7	11	78.6	
配偶者（パートナー）	あり	12	17.4	6	10.9	6	42.9	.024*
	なし	57	82.6	49	89.1	8	57.1	
世帯状況	家族との同居	11	15.9	9	16.4	2	14.3	ns
	独居	58	84.1	46	83.6	12	85.7	
相談相手	あり	44	63.8	33	60	11	78.6	
	なし	10	14.5	8	14.5	2	14.3	ns
	未記入	15	21.7	14	25.5	1	7.1	
断薬期間（単位：月）								
平均値および標準偏差		22.9±32.5		9.4±9.1		73.1±38.7		
精神科合併症	あり	33	47.8	29	52.7	4	28.6	
	なし	34	49.3	25	45.5	9	64.3	ns
	未記入・不明	2	2.9	1	1.8	1	7.1	

［注］χ^2検定（年齢はMann-WhitneyのU検定），*：$p<.05$，**：$p<.01$，ns：not significant

a．年齢・配偶者

年齢（$Z=3.12$，$p<.01$）は断薬３年以上群が断薬３年未満群より有意に年齢が高く，配偶者（パートナーも含む）（$\chi^2(1)=5.12$，$p<.05$）を有していた。その他の項目では差を認めなかった。

b．初診年齢

初診年齢は14歳から60歳に分布し，平均初診年齢は28.5±10.6歳であり，20歳未満が13人（18.8％），20歳代においては32人（46.4％）と，30歳未満が45人（65.2％）を占めていた。治療期間については０か月から43年であった。

断薬３年未満群と断薬３年以上群では，初診年齢に差を認めなかった。

c．治療状況

治療状況では，医療機関に入院または通院しているものが46人（66.7％）を占め，医療機関を利用せず薬物依存症回復施設で入所または通所しているものが23人（33.3％）を占めていた。断薬３年以上群は有意に通院治療を行っていた（$\chi^2(2)=6.06$，$p<.05$）。

d．薬物依存症による入院回数（表２）

入院回数は０回から15回に分布し，平均回数は3.1±4.6回であった。断薬３年以上群は断薬３年未満群より有意に入院回数が多くなっていた（$Z=2.20$，$p<.05$）。

e．ミーティング参加の有無と参加回数

ミーティング参加者の１週間の参加回数は１回から７回に分布し，平均回数は4.8±2.9回であった。１週間に７回参加（毎日参加）者は41人（68.4％）を占めた。

３．自尊感情の関連因子

対象者の69名のうち欠損値のある１名を除いた68名で分析を行った。

a．断薬期間と自尊感情得点（表３）

断薬３年以上群に自尊感情得点20点以下が３人（21.4％），断薬３年未満群に自尊感情得点20点以下が17人（31.5％）いた。ローゼンバーグの尺度（宗像訳）の平均得点は23.4±5.6点で12点から35点に分布していた。断薬３年未満群と断薬３年以上群では差を認めなかった。

b．基本属性と自尊感情得点

性別に差を認め，女性が男性より自尊感情が有意に低かった（$Z=2.04$，$p<.05$）。その他の項目については差を認めなかった。

c．自尊感情得点と断薬期間別属性比較

表４に自尊感情得点と群別の属性比較を示した。

４．WHO QOL26関連因子

対象者の69名のうち欠損値のある６名を除いた63名で分析を行った。WHO QOL26のCronbach α係数は.869であり，信頼性が保たれた。

a．断薬期間とWHO QOL26領域別得点

WHO QOL26の平均QOL総合得点は2.77±0.60で，1.42から4.46点に分布していた。平均身体的領域得点は2.83±0.76で，1.29から4.42点に分布していた。平均心理的領域得点は2.86±0.72で，1.50から4.83点に分布していた。平均社会的関係領域得点は2.68±0.78で，1.00から4.33点に分布していた。平均環境得点は2.72±0.70で，1.50から4.25点に

表２　薬物依存症による入院回数

変数	カテゴリー	全体（$n=69$）		断薬３年未満群（$n=55$）		断薬３年以上群（$n=14$）		p-value
		人数	%	人数	%	人数	%	
入院回数	無	20	29.1	18	32.7	2	14.3	.028*
	１回	13	18.8	12	21.8	1	7.1	
	２回	8	11.6	6	10.9	2	14.3	
	３～５回	15	21.7	12	21.8	3	21.4	
	６～９回	6	8.7	4	7.3	2	14.3	
	10回以上	7	10.1	3	5.5	4	28.6	
平均値および標準偏差		3.1±4.6		2.3±3.1		6.2±8.0		

［注］Mann-WhitneyのU検定，＊：$p<.05$

表３　断薬期間と自尊感情得点

変数	カテゴリー	全体（$n=69$）		断薬３年未満群（$n=55$）		断薬３年以上群（$n=14$）	
		人数	%	人数	%	人数	%
自尊感情得点	20以下	20	29.4	17	31.5	3	21.4
	21～29	41	60.3	32	59.3	9	64.3
	30以上	7	10.3	5	9.3	2	14.3
平均値および標準偏差		23.4±5.6		22.9±5.8		24.9±4.6	

表 4　自尊感情得点と断薬期間別属性比較

変　数	カテゴリー	全体（n ＝69）		断薬 3 年未満群（n ＝55）		断薬 3 年以上群（n ＝14）	
		人数	平均得点	人数	平均得点	人数	平均得点
性別	男性	61	23.8 ± 5.5	48	23.4 ± 5.7	13	25.3 ± 4.6
	女性	7	19.4 ± 4.6	6	19.3 ± 5.0	1	20.0 ± 0.0
就業	あり	7	25.7 ± 5.9	4	24.3 ± 6.9	3	27.7 ± 4.7
	なし	61	23.1 ± 5.5	50	22.8 ± 5.7	11	24.2 ± 4.5
配偶者（パートナー）	あり	11	24.6 ± 6.7	6	21.3 ± 6.5	5	28.4 ± 5.1
	なし	57	23.1 ± 5.4	48	23.1 ± 5.7	9	23.0 ± 3.0
世帯状況	家族と同居	11	24.2 ± 6.8	9	23.2 ± 9.1	2	28.5 ± 6.4
	独居	57	23.2 ± 5.4	45	22.9 ± 5.6	12	24.3 ± 4.3
相談相手	あり	43	23.8 ± 5.3	33	23.1 ± 5.4	10	26.0 ± 4.6
	なし	12	22.7 ± 6.1	9	19.4 ± 6.2	3	21.7 ± 4.5
	未記入	13					
精神科合併症	あり	32	22.9 ± 5.0	28	22.7 ± 5.1	4	24.5 ± 3.9
	なし	34	23.3 ± 5.9	25	22.7 ± 6.1	9	25.0 ± 5.3
	未記入	2					
ミーティング参加	している	59	23.2 ± 5.8	46	22.6 ± 6.0	13	25.0 ± 4.8
	していない	9	24.9 ± 3.1	8	25.0 ± 3.3	1	24.0 ± 0.0
治療状況	通院中またはその他	54	23.6 ± 5.4	40	23.1 ± 5.7	14	24.9 ± 4.6
	入院中	14	22.5 ± 7.8	14	22.5 ± 6.1	0	0

表 5　断薬期間とWHO QOL26下位項目得点

質　　問	全体（n ＝69）		断薬 3 年未満群（n ＝55）		断薬 3 年以上群（n ＝14）		p-value
	人数	%	人数	%	人数	%	
Q 1　全体的なQOL	2.62	0.93	2.55	0.91	2.93	0.92	ns
Q 2　全体的な健康状態	2.54	1.07	2.58	1.12	2.36	0.84	ns
Q 3　身体的領域：痛みや不快	3.29	1.31	3.36	1.35	3	1.11	ns
Q 4　身体的領域：医薬品と医療への依存	3.03	1.32	3.09	1.34	2.79	1.25	ns
Q 5　心理的領域：肯定的感情	2.86	1.05	2.84	1.07	2.93	0.1	ns
Q 6　心理的領域：精神性・宗教・信念	3.10	1.15	3.11	1.21	3.07	0.92	ns
Q 7　心理的領域：思考・学習・記憶・集中力	3.13	0.95	3.11	0.94	3.21	1.05	ns
Q 8　環境領域：自由・安全と治安	3.30	1.22	3.25	1.27	3.5	1.02	ns
Q 9　環境領域：生活圏の環境	3.32	1.18	3.36	1.22	3.14	1.03	ns
Q10　身体的領域：活力と疲労	3.06	1.15	3.05	1.18	3.07	1.07	ns
Q11　心理的領域：ボディ・イメージ	2.82	1.15	2.69	1.18	3.36	0.84	.041*
Q12　環境領域：金銭関係	1.97	1.15	2.02	1.21	1.79	0.89	ns
Q13　環境領域：新しい情報・技術の獲得の機会	2.55	1.12	2.25	1.1	2.93	1.07	.088
Q14　環境領域：余暇活動への参加と機会	2.61	1.03	2.49	0.98	3.07	1.14	.039*
Q15　身体的領域：移動能力	2.48	1.20	2.41	1.14	2.77	1.42	ns
Q16　身体的領域：睡眠と休息	3.01	1.32	3.04	1.32	2.93	1.39	ns
Q17　身体的領域：日常生活動作	2.83	1.22	2.78	1.2	3.00	1.36	ns
Q18　身体的領域：仕事の能力	2.47	1.11	2.4	1.12	2.77	1.09	ns
Q19　心理的能力：自己評価	2.46	1.14	2.35	1.2	2.86	1.17	ns
Q20　心理的能力：人間関係	2.68	1.18	2.62	1.19	2.93	1.14	ns
Q21　社会的関係：性的活動	1.97	1.15	1.96	1.19	2	1.04	ns
Q22　社会的関係：社会的支援	3.43	1.16	3.58	1.15	2.86	1.03	.046*
Q23　環境領域：住居環境	2.77	1.26	2.67	1.25	3.14	1.29	ns
Q24　環境領域：健康と社会的ケア：利用しやすさと質	2.90	1.31	2.78	1.33	3.36	1.15	.087
Q25　環境領域：交通手段	2.53	1.22	2.63	1.2	2.14	1.23	ns
Q26　心理的領域：否定的感情	2.79	1.16	2.7	1.09	3.15	1.41	ns

［注］Mann-Whitneyの U 検定，有意傾向あり：$p < .1$，＊：$p < .05$，ns：not significant

分布していた。平均全体得点は2.58±0.81で，1.50から4.50点に分布していた。

断薬3年未満群と断薬3年以上群において，WHO QOL26得点の領域別に検討したところ差を認めなかった。

b．基本属性とWHO QOL26得点

WHO QOL26得点と各属性の項目について差を認めなかった。

c．断薬期間とWHO QOL26下位項目得点（表5）

WHO QOL26得点と属性の群別比較で差を認めた下位項目はボディ・イメージ（心理的領域），余暇活動への参加と機会（環境領域），社会的支援（社会的関係）の3項目であった。ボディ・イメージ（心理的領域）（$Z=2.05$, $p<.05$），余暇活動への参加と機会（環境領域）（$Z=2.06$, $p<.05$）は断薬3年未満群より断薬3年以上群で有意に高くなっていた。社会的支援（社会的関係）（$Z=1.99$, $p<.05$）では断薬3年未満群より断薬3年以上群で低くなっていた。有意傾向を認めた下位項目は新しい情報・技術の獲得の機会（環境領域）（$Z=1.70$, $p<.1$），健康と社会的ケア・利用しやすさと質（環境領域）（$Z=1.71$, $p<.1$）の2項目であり，断薬3年未満群より断薬3年以上群で高い傾向であった。その他の項目については差を認めなかった。

Ⅲ．考　　察

1．対象者の属性および断薬期間の関連

a．性差と年齢について

先行研究によると，薬物依存症患者の女性の比率は約3割[6]といわれている。もともと男性より少ないものの，本研究対象者では1割と少数であった。このことより，医療機関や施設に通院あるいは通所することを困難にさせている要因が，女性に多くある可能性が示唆された。年齢では20歳代の患者が多く，全国の精神科医療施設の調査[13]と同様であった。本研究の対象者の平均年齢は36.4±10.4歳，初診年齢は平均28.5±10.6歳であり，対象者の年齢については先行研究[12]との大差は認められなかった。初診年齢で最も若い年齢は14歳であり，20歳未満が18.8％，20歳代においては46.4％を占め，30歳未満は65.2％と半数を占めていた。和田らによる全国中学生意識・実態調査[12]では，中学生の薬物乱用生涯経験率は1.6％と報告されている。本研究では薬物の開始年齢ではなく初診年齢を調査項目としているため，実際の薬物開始年齢は初診年齢よりも低い年齢であると考えられることから，薬物依存症の低年齢化が本研究からも明らかとなった。

b．就業について

対象者の失業率は89.1％と約9割が就業していなかった。平均年齢が36.4歳であり，この年齢層の2009年12月の完全失業率は4.7％[26]と対象者と大きな開きがあった。さらに，2000年度の精神障害者の失業率82.7％[27]と比べても薬物依存症患者の失業率は高率であるといえよう。働き盛りである薬物依存症患者が，社会とつながりをもつうえでも就労は重要である。職業支援においては『第三次薬物乱用防止五か年戦略』により就労支援の充実強化をはかることがあげられているが，薬物依存症に関する知識の普及を行い，回復可能な疾患であることから，回復過程に応じた雇用形態による職業支援態勢などが望まれる。

c．相談者および支援者について

本研究の対象者の，82.6％は単身で闘病中の患者であり，そのためか，相談相手は「なし」が14.5％，未記入が21.7％と相談相手が明らかでない人が36.2％を占め，相談相手がいる患者で最も多かったのが「自助グループ」であった。未記入の21.7％は相談相手を限定できない患者であり，気軽に相談できる人のいない孤独な状況にあると推察した。つまり，単身でありかつ，相談者がいない状況により孤独感はさらに強まると考えられる。

断薬継続している者は配偶者またはパートナーの存在があることから，身近な支援者の存在は断薬継続へ大きく影響していると推察される。相談者としては自助グループと回答する者が多かったことにより，パートナーが存在しても，薬物依存症についての相談者は同じ薬物依存症患者を選択している状況が明らかになった。病状悪化時には自ら病状の判断をすることが難しく，受診すら困難となる場合も考えられる。病院では医師，看護師も薬物依存症患者との信頼関係が築けるかかわりが必要と考える。しかし，入院治療では解毒目的の入院も多く，短期的なかかわりとなることが多く，信頼関係構築に至らない場合もある。短期入院となる解毒入院においても，ミーティングや外来などでつながりを保つことで回復への支援を行うことが望まれる。

相談相手として，56.6％を占めた「自助グループ関係」にはダルクのスタッフが26.1％存在している。ダルク[28]では薬物依存から回復した当事者（回復者）が回復の支援にあたっている。ダルクの活動の中心はグループミーティングであり，薬物依存症という共通の悩みをもつ者により回復を目指している。ダルクでは行き場をなくした薬物依存症患者がダルクにより回復したとの報告[29]があげられていることからも，薬物依存症患者の回復にはセルフヘルプグループが必要であることが実証されている。ダルクにおける回復の特徴は回復が直線的でなく，乱用期間の長い者が後退や失敗を繰り返しながら回復する可能性があるという報告[30]がある。ダルクの活動は現在，施設が増え，刑務所や青少年に対する薬物乱用防止活動まで幅広い範囲で

展開されており，現在約500名の利用者がいる。しかしながら，ダルクで公的な資金援助を受けている施設はごく一部であり，現在，活動資金の確保が課題となっている。女性の薬物依存症患者の増加に伴い，女性専用のダルクも設立されているものの，今後，薬物依存症患者の回復施設の公的な整備はわが国にとって重要な課題である。本研究においても，相談者およびミーティングに関することからも自助グループの存在は断薬に大きな影響を与えており，自助グループの有効性および必要性が明らかとなっている。

d．ミーティング参加について

本研究では，ミーティング参加では断薬を継続するなかで参加の有無に変化はないものの，参加回数が減少していた。ミーティングは病院やNA（Narcotics Anonymous），ダルクなどで開催されている。孤立しがちな依存症患者にとって，ミーティングは自分の思いを話せる場となり，大きな力を得る場になっている。実際に参加することで患者は普段とは違う表情を見せ，自分の薬物依存症について語っている姿から言葉では言い表せない力を感じることができる。ミーティングは状態により減少することはあっても，継続していることで断薬を可能としていると考えられた。

e．精神科合併症について

本研究では，精神科合併症についての診断名を調査項目としなかったため，精神科合併症の詳細は不明であるものの，対象者の47.8％と半数近くに精神科合併症が認められた。このことは，薬物依存症患者に高率に精神科合併症を有しているという報告[31]と同様の結果であった。さらに，医療機関との治療関係を長期間持続している特徴として，重複障害があげられている[6]ことからも，精神科合併症を有していることで，より医療機関へつながりやすい状況が推察された。精神科合併症を有していることにより，薬物依存症および精神科合併症の両者の特性をふまえた援助が求められる。一方，本研究では現在，医療機関につながっていないものが33.3％を占めていた。この約３割の患者にとって，医療機関に代わる支援の場として，薬物依存症回復施設が大きく関与していることが伺われた。

f．断薬継続を可能とする要因について

断薬継続を可能としている要因として，年齢と入院回数の関連が明らかとなった。年齢については，断薬継続しているものに年齢の高い患者が多い結果であった。このことは，断薬３年未満群と断薬３年以上群との２群間ですでに３年以上の開きがあるため，年齢が高くなるのは当然であるものの，２群間で9.7歳の差がある。今回，断薬継続と年齢との関係が示されたことにより，若年層は断薬継続がより困難であることが示唆された。今後は，若年層の断薬を困難にしている要因を明らかにし，教育治療プログラムの開発が望まれる。

断薬継続しているものに入院回数が多くなる傾向が認められた。このことは，入退院を繰り返し，治療を受けるなかで回復過程をたどることが示唆され，医療継続が必要であることが明らかとなった。薬物依存症は治癒することなく，再発を繰り返しやすいといわれている。再発を起こしたときを治療のチャンスととらえて援助を行うことで，断薬継続への新たな生活の確立が行われるともいえる。入院することで自らが不快な症状を自覚し，自らの希望により早期入院を行うことで断薬継続へつながっているものもいると思われる。入院治療が進むなかで依存症の特徴である否認が軽快すると，回復への手段となる。すなわち，入退院が医療継続へつながっていることを意味している。断薬３年以上群は，入院回数が増加していたものの，現在，通院治療または薬物依存症回復施設を利用しているものであった。回復過程のなかで，入院治療から通院治療，薬物依存症回復施設へとつながっていることが示唆された。渇望期の看護にかかわることの多い病棟看護師は，入院直後に患者の病状が悪化している場合が多いため，薬物依存症患者にネガティブな感情をもちやすい。しかしながら，薬物依存症患者にとって入院治療が断薬継続につながり，さらには入退院を繰り返すことが断薬継続のための回復過程の一部であるという特性を理解することで，ネガティブな感情を払拭し，依存症看護の必要性を再確認できると思われる。

本研究では断薬を３年以上継続できているものが全体の２割とごくわずかであった。断薬を継続するなかで入院回数も多く，年齢が高くなる傾向にあった。このことは，依存症治療を継続していても断薬継続がいかに困難であるかを示すものであるが，一方で２割は困難ながらも回復可能を示していた。

２．自尊感情得点について

本研究においては，断薬期間と自尊感情得点の関連では差を認めなかった。性別では男性より女性の自尊感情が低値であり，断薬継続の女性１人においても自尊感情得点が低い結果であった。このことは自尊感情得点に関係なく回復可能を示していた。女性の薬物依存症患者は進行が早く，重複障害をもちやすく，病態が重篤になりやすい。さらに，性的虐待も53％の割合[6]と半数以上にも及び，生活背景の問題があげられる。女性の依存症患者は家族に関連する問題をもつことも多く，筆者が行った女性依存症患者のミーティングについての調査[32]でも家庭に関する悩みを述べていた。女性の自尊感情得点の低値は女性特有の性に関するさまざまな問題が要因となっていると考えられることから，同性者の支援が欠かせない。しかし，実際に

医療機関や相談機関において女性の援助者を設定するといったことは，十分に整備されていない状況である。本研究は女性の対象者が７人（10.1％）とデータ数が少ないため結果に歪みがあることは否めないが，薬物依存症女性患者の自尊感情が低い，という特性をふまえた援助を行うことが必要である。

自尊感情得点の特徴として断薬継続で就業「あり」，配偶者「あり」，世帯状況「家族と同居」で高くなっていることから支援者の存在と就業の重要性が示唆された。

３．WHO QOL26得点について

薬物依存症患者のWHO QOL26得点（以下，QOL得点）の特徴としては，日本の一般人口データ[25]と比較すると断薬期間に関係なく全体的にQOL得点が低い結果であった。

日本人を対象にした大規模調査によると，一般人口のQOL平均値は3.29である。がん患者のQOL平均値3.3[33]，統合失調症患者QOL平均値2.69[34]，うつ病患者QOL平均値2.81[25]と比較すると，薬物依存症患者は精神科合併症の有無に関係なくQOL平均値2.77と同様に低値を示し，精神科慢性疾患と同様にQOL得点が低いことを示唆していた。QOL得点が低い要因として，WHO QOL26下位尺度の「仕事の能力」「人間関係」「社会的支え」が低い傾向にあった。つまりこのことは，高い失業率と配偶者やパートナーの不在や相談者の不在が影響していると考える。「仕事の能力」「人間関係」「社会的支援」を改善することが，薬物依存症患者のQOLを高めていくことにつながると考える。また，「余暇活動への参加と機会」や「新しい情報・技術の獲得の機会」などを改善することもQOLを高めていくことにつながると考える。「新しい情報・技術の獲得の機会」では教育治療プログラムなどへの参加が回復へと導いていることが考えられる。断薬継続を行っているものに高い結果となった「ボディ・イメージ」は今回の新しい知見であり，特徴があることから，今後，明らかにしていく必要がある。

依存症からの回復を考える場合，断薬が継続されていても“クロス・アディクション（複数の対象のある嗜癖）”という問題なども存在している。回復には薬物に依存していた生活から，薬物を使用しない新たな生活を確立する必要がある。新たな生活を確立するためには，医療継続が必要である。すなわち，今後も医療が継続して受けられるために，治療機関や相談機関の整備が望まれている。さらには，孤独になりやすい患者や薬物依存症問題で苦しんでいる家族のサポートを行い，回復へと導いていく人材の養成および回復施設の整備が望まれる。

Ⅳ．研究の限界と今後の課題

本研究では全国の薬物依存症患者から貴重なデータを得ることができたが，対象数が少なく，一般化するには限界があり，病院，診療所，回復施設を限定せず，協力施設ごとに分析していないため対象者の偏りは否定できない。横断的研究であるため，今後は利用施設を限定し，対象者数を増やし継続して研究を蓄積していく必要がある。

Ⅴ．結　　論

１．薬物依存症患者の属性では断薬３年未満群と断薬３年以上群の比較において，年齢，入院回数，配偶者およびパートナー，治療状況に関連があった。つまり，断薬継続には①年齢が高い，②入院回数が多い，③配偶者またはパートナーの存在，および④治療継続，の４点が明らかとなった。

２．薬物依存症患者は，男性より女性のほうが自尊感情得点の低下がみられた。断薬３年未満群と断薬３年以上群では，断薬期間と自尊感情得点においては関連を認めなかった。

３．薬物依存症患者のWHO QOL26得点は，一般の平均より低いという特徴がみられた。下位項目得点では，断薬３年以上群で「ボディ・イメージ」「余暇活動への参加と機会」が高く，「社会的支援」が低くなっていた。

以上より，薬物に依存していた生活からの脱却を行った後でも，生活のしづらさが継続していた。早期から疾患の受容を促進していくことと社会的支援の充実が，断薬継続には必要であることが示唆された。

謝　　辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。なお，本研究は山下亜矢子の岡山大学大学院修士論文（指導：折山早苗，渡邉久美）の一部を加筆修正したものであり，一部を第36回日本看護研究学会学術集会（2010年８月）で発表した。

要　　旨

本研究の目的は，薬物依存症患者の生活背景，QOL，自尊感情を分析することで，断薬継続を可能とする援助のありかたについて示唆を得ることである。研究方法は，薬物依存症患者69名を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し，郵便法による回収を行った。分析方法は断薬期間を 3 年未満群と 3 年以上群の 2 群に分類し，比較を行った。

その結果，断薬継続には年齢が高いこと，入院回数が多いこと，配偶者またはパートナーの存在があること，治療を継続していることが明らかとなった。WHO QOL26得点では，断薬に伴いQOL得点が高まっていなかった。下位項目得点では，断薬 3 年以上群で「ボディ・イメージ」「余暇活動への参加と機会」が高く，「社会的支援」が低くなっていた。以上より，薬物に依存していた生活からの脱却を行った後でも，生活のしづらさが継続していた。早期から疾患の受容を促進していくことと社会的支援の充実が，断薬継続には必要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to explore the relationships of stopping drug use to quality of life and self-esteem among patients with drug dependence and clarify their support needs. An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted with 69 patients with drug dependence. Questionnaires were sent to participants and returned by mail. Two groups: the 3 years or more of drug stopping group and the less than 3 years of drug stopping group were compared.

As a result, it was found that continuing drug stopping was associated with older age, more hospitalization times and having a spouse or partner. However, it was not positively correlated with scores in WHO-QOL26. The 3 years or more of drug stopping group was higher in scores of the following subscales: “body image,” “participation in leisure activities” and lower in “social aid”. This implied that patients had hard times even after deciding to stop drug use to emerge from drug dependence. Findings suggest that patients with drug dependence need to be accepted as they are and social support, from an early stage of drug use.

文　　献

1）和田　清：薬物乱用・依存の現状と鍵概念．こころの科学，111, 14-21, 2003.

2）The National Institute on Drug Abuse（2009-12-06）http://www.drugabuse.gov

3）薬物乱用対策推進本部：薬物乱用防止新五か年戦略．内閣府，2008. Retrieved from http://www.npa.go.jp/sosikihanzai/yakubutujyuki/yakujyuu/yakujyuu4/20080922yakujyuu.pdf

4）成瀬暢也，高澤和彦：薬物依存症の治療．こころの科学，111, 49-56, 2003.

5）宮本眞巳，安田美弥子 編：アディクション看護．19-101，東京：医学書院，2008.

6）松本俊彦：薬物依存症の理解と援助 —「故意に自分の健康を害する」症候群．126-170, 東京：金剛出版，2005.

7）小沼杏坪：シンナー乱用の治療と回復．32-47，東京：ヘルスワーク協会，1997.

8）萱間真美，櫻庭　繁，ほか：アルコール・薬物依存症の看護．90-115, 精神看護エクスペール14, 東京：中山書店，2005.

9）和田　清：薬物依存の最近の傾向と対策．日本醫事新報，3920, 25-32, 1999.

10）寳田　穂，須藤藍子，ほか：依存症専門病棟のない病院における薬物依存症患者の入退院状況 — 受け入れ初期の現状にみる看護への課題 —．病院・地域精神医学，46(3)，326-335, 2003.

11）寳田　穂：薬物依存症者への看護における無力感の意味：看護師の語りより．日本精神保健看護学会誌，18(1)，10-19, 2009.

12）和田　清，近藤あゆみ，ほか：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．7-87，厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」（主任研究者：和田　清）平成16 年度分担研究報告書，2005.

13）尾崎　茂，和田　清，ほか：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査．89-126，厚生労働科学研究費補助金医療品・医療機器等レギュラーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」（主任研究者：和田　清）平成16年度分担研究報告書，2005.

14）近藤あゆみ，和田　清：中間回復施設における薬物依存症者の回復過程に関する研究．精神保健研究，20(53)，65-76, 2007.

15）大澤　栄，石川到覚，ほか：薬物依存症者の人格傾向に関する実証研究．アディクションと看護，21, 304-311, 2004.

16）寳田　穂：サンパウロ市内の精神科施設における薬物依存症患者への看護 — エスノグラフィックスタディ．大阪市立大学看護短期大学部紀要，5, 1-9, 2003.

17）Smith, K.W. and Larson, M.J.: Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Am J Drug Alcohol abuse*, 29(2), 323-335, 2003.

18）Zhang, B., Yang, J., Luan, R., and Zhang, Y.: Study on the quality and its impact factors of drug users with opiate dependence in three cities in Sichuan. *Wei Sheng Yan Jiu*, 36(5), 591-595, 2007.

19）Stinchfield, R. and Owen, P.: Hazelden’s Model of Treatment and its Outcome. *Addictive Behaviors*, 23(5), 669-683, 1998.

20）近藤千春：ダルク利用者の予後に関する研究．アディクションと看護，24(3)，230-242, 2007.

21）融　道男，小見山実，大久保善朗，中根允文，岡崎祐士 訳：ICD-10精神および行動の障害 — 臨床記述と診断ガイドライン．81-94, 東京：医学書院，2009.

22）和田　清 訳：物質使用障害 ― アルコール，コカインとオピオイド（米国精神医学会治療ガイドライン）. 19-26, 東京：医学書院, 2000.
23）遠藤辰雄，蘭　千壽，井上祥治 編：セルフエスティームの心理学 ― 自己価値の探求. 26-36, 京都：ナカニシヤ出版, 2001.
24）宗像恒次：健康のセルフケア行動. 看護技術，34(9)，12-17, 1998.
25）田崎美弥子，中根允文：WHO QOL26手引改訂版. 10-33, 東京：金子書房, 2007.
26）総務省統計局：労働力調査長期系データ, 2009. http://www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/03roudou.htm
27）江本純子：精神障害者就業における根本問題. 佛教大学大学院紀要, 32, 307-318, 2004.
28）尾田真言：アパリ，ダルクが提供可能とする薬物自己使用事犯者に対する薬物依存症回復プログラム ― 米国ドラック・コート制度を参考にして ―. 犯罪と非行，141, 145-176, 2004.
29）岩井喜代二：茨城ダルクの活動を通して ― 自助的な治療共同体の正しい理解のために. 病院地域精神医学，43(3), 64-66, 2002.
30）近藤千春：薬物依存症者の回復におけるダルク利用の有効性. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 39(2), 118-135, 2004.
31）森田展彰：併在性障害を持つ薬物依存症患者へのアプローチ. 精神療法・心理社会療法ガイドライン，精神科治療学，24（増刊号), 254-256, 2009.
32）服部朝代，山下亜矢子，ほか：女性アルコール依存症者への関わりと今後の課題. 第19回アルコール看護研究会, 2009.
33）田崎美弥子，中根允文：がん患者のQOL. 心身医療，3, 323-332, 1998.
34）中根允文：精神障害者におけるQOL評価の研究. 平成11・12年度科学研究費補助金研究成果報告書, 143-147, 2004.

平成24年 8 月23日受　　付
平成25年 2 月12日採用決定

－研究報告－

看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素

The Resilience Components of Undergraduate Nursing Students in Clinical Practicums

隅　田　千　絵　　細　田　泰　子　　星　　和　美
Chie Sumida　　Yasuko Hosoda　　Kazumi Hoshi

キーワード：レジリエンス，看護大学生，臨地実習
Key Words：resilience, undergraduate nursing students, clinical practicum

Ⅰ．研究の背景

看護基礎教育において臨地実習は，学生の看護観を築く場であり（安藤・加世田・中越・中野，2007；前田・永田・大重・神谷・杉谷他，2000），看護技術習得の場（毛利・眞鍋，2008；二宮・野本，2009）となっている。しかし，臨地実習での体験が学生にもたらす影響は大きく，新卒看護師のリアリティショックや早期離職に関連することが指摘されている（福田・花岡・喜多・津田・村田他，2004；佐居・松谷・平林・松﨑・村上他，2007）。学生にとって臨地実習は，“新たな学習活動の場”（二宮・野本）であり，看護技術の実施や，患者とのコミュニケーション，指導看護師への報告やカンファレンスなど精神的緊張が高い（毛利・真鍋）ことが報告されており，学内の学習活動に比べて困難さが生じやすい状況にあると考えられる。しかし多くの学生は，臨地実習で生じる精神的な緊張や困難さを抱えながらも，教員や実習指導者の支援を受けつつ実習環境に適応する努力を行い学習している。

このように，困難さに向き合い，乗り越え，適応する力を表すものとして“レジリエンス”という概念がある。レジリエンスとは，1990年代から心理学領域で研究が進んだ概念であり（Herdman，2008／2009），同質のストレスフルな生活を経験しても，心理的・社会的に不適応な症状を示すものもいれば精神的健康を維持するものも存在する（Rutter，1990）という個人差に注目した概念である。レジリエンスは，困難で脅威的な状況にかかわらず，うまく適応する過程，能力，および結果（Masten, Best, & Garmezy, 1990）などと定義されており，心理的ストレス反応の低減を目的とする“ストレスコーピング”と違い，適応状態に至った結果を重視したもので（石井，2009），ストレスに対する柔軟性を示した概念である。当初，レジリエンスの研究は，非日常的なストレスからの立ち直りについて研究されたものが多かったが，最近では個人が日常的に果たす役割についても検討されるようになってきた（Klohnen, 1996）。近年の看護学分野において，レジリエンスの概念を用いた研究は増加しつつあり，なかでも小児看護学，家族看護学分野で，患者とその家族を対象にした研究が多い（石井・藤原・河上・西村・新家他，2007；小花和，2004；高辻，2002）。これは，レジリエンスの研究が心理社会的または生物学的に危険因子をもつ子どものなかに，健康で望ましい成長を遂げているケースが少なからず報告されたことに始まっている（小花和）ためと考えられる。現在では，レジリエンスはどの世代でも用いることのできる概念（Grotberg，2003, p.2）として，青年期や成人期，老年期へと対象が拡大しているが，これらの研究はまだ少ない状況にある。

看護基礎教育においてはレジリエンスを扱った研究は少なく，臨地実習で学生がもつレジリエンスはどのような要素によって構成されているのかについて，明らかにしたものは見られない。そこで今回，困難な出来事を多く体験すると考えられる臨地実習に焦点をあて，学生が困難な状況から回復し，実習環境に適応する際に発揮される力であるレジリエンスの構成要素を明らかにし，学生の実習指導を行うにあたっての示唆を得たいと考えた。

Ⅱ．研究目的

本研究は，看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素を明らかにすることを目的とする。

Ⅲ．用語の定義

a．レジリエンス

「困難で脅威的な状況にかかわらず，うまく適応する過程，能力，および結果」（Masten et al.，1990）と述べられていることを踏まえ，本研究では学生が臨地実習で生じた困

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

難な状況から回復し，実習環境に適応していく能力を指す。

b．指導担当看護師

平成22年度の『看護師等養成所の運営に関する指導要領』のなかで，実習指導者以外の指導にかかわる看護師を学生の指導を担当できる看護師（門脇・清水・森山，2010）と表現していることを踏まえ，本研究では実習期間中に学生の指導にかかわる実習指導者と看護師を指す。

c．臨地実習

平成８年の『看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告書』のなかで，病院のみならず看護が行われるあらゆる場で直接患者，家族等に接する実習を推進する（日本看護協会，1996）と説明していることを踏まえ，本研究では，病院・地域など学外のあらゆる看護の場で行われる実習を指す。

Ⅳ．研究方法

１．研究参加者

便宜的に抽出した看護系大学に依頼し，了解の得られた３大学で，臨地実習を終了した４年次の学生を対象とした。研究参加の依頼に際しては，レジリエンスについてRutter（1990）が，成長発達や時間の経過，および社会により変化し影響を受けると述べていることを踏まえ，①就業経験のないこと（アルバイト経験を除く），②編入学生でないこと，③婚姻・出産の経験のないことを条件とした。

２．データ収集方法

研究に参加した学生が所属する大学のプライバシーを確保できる個室で，半構成的インタビューを実施した。作成したインタビューガイドに基づき，臨地実習における困難な出来事について尋ねることから始め，「このような体験をしたからこそ，次からもがんばれると思ったこと」「どのようにしてその経験を乗り越えたのか，その具体的な内容」などを自由に語ってもらい，適宜内容を確認した。インタビューは対面式で１名１回とし，60分程度を要した。承諾を得たうえでインタビュー内容をICレコーダに録音し，必要時にメモをとる許可を得て，記録を行った。調査期間は，2010年６月１日～11月30日である。

３．データ分析方法

インタビューで得られたデータを，質的記述的に分析を行った。まず，録音したインタビュー内容をすべて逐語録に起こした。本研究でのレジリエンスの定義を踏まえ，学生のレジリエンスの促進に関連していると思われる語りの内容を取り出し，コード化を行った後，コードを比較し，類似するものを集めて“サブカテゴリー”とした。そして，サブカテゴリー間の関係性を類似性と相違性によって検討し，抽象度を上げ“カテゴリー”とした。さらに，抽出したカテゴリー間の関係性を吟味し，共通性により分類し，“カテゴリーグループ”（＝構成要素）を形成した。なお，すべての分析過程において，看護学教育の経験をもつ研究者間で検討を繰り返し，信頼性・妥当性を高めた。

４．倫理的配慮

学生へは，研究の概要と協力依頼の説明について書かれた掲示物を当該大学の掲示板に掲示し，研究への参加を募った。応募のあった学生に対し，教員－学生の関係をもたない研究者１名が連絡をとり，調査日時を相談して決定した。そして，同じ研究者が研究への参加は自由意志であることを再度説明し，同意の得られた学生に対してインタビューを実施した。その際，答えたくない質問には拒否できること，同意後であっても途中で辞退することができること，得られたデータは，個人が特定されないように加工し，データの機密性を保持したうえで廃棄することなどを口頭と書面で伝え，書面で同意を得た。なお，本研究は，大阪府立大学看護学部研究倫理委員会の審査を受け，承認された後に実施した（申請番号22-6）。

Ⅴ．結　　果

研究参加者は，女性11名，男性１名の計12名の学生であった。

233のコードから，45のサブカテゴリーと14のカテゴリーが抽出された。さらに，得られたカテゴリー間の関係を検討した結果，３つのカテゴリーグループが抽出された（**表１**参照）。

以下に，カテゴリーグループを【　】，カテゴリーを［　］，サブカテゴリーを《　》，コードを〈　〉，学生の語りは「　」，語りのなかにある会話の部分については『　』，研究者の加筆は（　）で表記する。

１．【信頼する他者から学生が受ける支援】

このカテゴリーグループは，22のサブカテゴリーと６つのカテゴリーから構成されていた。

a．［支援してくれる教員がいる］

このカテゴリーは，《相談しやすい教員がいる》《肯定的評価をする教員がいる》《助言をくれる教員がいる》《頼りにしている教員がいる》の４つのサブカテゴリーから構成されていた。《相談しやすい教員がいる》では，「実習中で，なんか味方じゃないけど，助けてくれるのって先生って思っています」という語りから，教員は学生にとって身近で理解してくれる存在であり，コミュニケーションの

表１　看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素

カテゴリーグループ	カテゴリー	サブカテゴリー
信頼する他者から学生が受ける支援	支援してくれる教員がいる	相談しやすい教員がいる
		肯定的評価をする教員がいる
		助言をくれる教員がいる
		頼りにしている教員がいる
	支援してくれる指導担当看護師がいる	話しやすい指導担当看護師がいる
		助言をくれる指導担当看護師がいる
		ともに考えてくれる指導担当看護師がいる
	ロールモデルの看護師がいる	目標となる看護師がいる
		理想とする看護師がいる
	支援してくれる仲間がいる	相談できる実習グループメンバーがいる
		アドバイスをくれる実習グループメンバーがいる
		思いを共感共有できる実習グループメンバーがいる
		助けあえる実習グループメンバーがいる
		関係のよい実習グループメンバーがいる
		話を聞いてくれる大学の友人がいる
	自分を受け入れてくれる患者がいる	患者からかかわりに対するフィードバックがある
		「ありがとう」と言ってくれる患者がいる
		かかわりを受け入れてくれる患者がいる
		思いを伝えてくれる患者がいる
	精神的に支えてくれる家族がいる	何もかも相談できる家族がいる
		助言してくれる家族がいる
		理解してくれる家族がいる
学生の内面的な強み	対人関係において協調性がある	人と接することが好きだ
		どのような人とでもうまく関係を築くことができる
	学ぶことに対して意欲がある	がんばって取り組もうと思う
		忍耐強く取り組む
		実習は楽しいと思う
		できることに達成感を感じている
		実習をやめたいとは思わない
		これから学びたいことがある
	感情の自己調整力がある	実習中，感情の調整ができる
		もともと感情的にはならない
	看護職者としての将来の目標がある	将来の夢の具体的な内容を語れる
		看護職につきたいと思って進学してきた
学生が主体的に実行すること	体調の自己管理ができる	体調管理に気をつけている
		心身の状況に応じて居住場所を選択している
	気持ちの切り替えができる	実習中の困難さを引きずることはない
		自分なりに，気持ちを発散させる方法がある
		つらいときは，人に話し思いを表出する
	自分で問題解決ができる	解決に向けて考えることができる
		解決するために自ら行動する
	他者へ自分の思いを伝えることができる	友人に相談する
		指導担当看護師に相談する
		教員に相談する
		相談できる人に相談する

とれる関係であったと考えられる。また，《肯定的評価をする教員がいる》では，「実習中に（自分が看護師に）向いているのか向いてないのかすごく考え出したりしたんです。でも先生から，記録を見てくださっているなかで，『ちゃんと（患者を）みれているよ』と言われると，あっ私できる，みたいな。それは結構単純に思えました」というように，学生の気持ちに不安が生じて心が揺れているときに，教員が学生の気持ちをくみとり，肯定的な評価を伝えていたことが語りのなかから導き出せた。

b．［支援してくれる指導担当看護師がいる］

このカテゴリーは，《話しやすい指導担当看護師がいる》《助言をくれる指導担当看護師がいる》《ともに考えてくれる指導担当看護師がいる》の３つのサブカテゴリーから構成されていた。《助言をくれる指導担当看護師がいる》では，「いままでずっと大人できていたので，言わなくてもわかるこもあるし，こういうときは１人にしておいたらいいのかな，と１人にすることもあると思うんですけど（中略），患児とのかかわり方っていうのが難しくて（中略）。初めのころは，『どうしたらいいんでしょう？』って指導者さんによく聞いていました。『バイタルサインとかはちゃんと（バイタルサインをとりに行きますと）言ってあげないとわからないよ』と言われると，『じゃあ，いついつ行くね』と（患児に伝えた）。『ちゃんと言って，約束守ってね』って言われていたので，時間などをそのように（言われるように）していくと，だんだんとコミュニケーションもとりやすくなりました」というように，学生の問いかけに対し，看護師が助言を行うことにより，患児とのコミュニケーションがはかれるようになっていった様子が語られていた。

c．［ロールモデルの看護師がいる］

このカテゴリーは，《目標となる看護師がいる》《理想とする看護師がいる》の２つのサブカテゴリーから構成されていた。《目標となる看護師がいる》では，「（その看護師さんは）患者さんにもすごく信頼されていました。学生担当の看護師さんだったんですが，何か患者さんとしゃべっていてわからないことがあって，『看護師さん，誰かに確認してきましょうか？』と言ったら，『じゃＡさんに聞いて』って。『Ａさんが言っていることやったら正しいし，絶対合っているやろうから，Ａさんに聞いて』と言っておられて，患者さんにも信頼されていてすごいなって。（その看護師を）目指したいです」というように，受け持ち患者の言動を聞いたことから，指導担当看護師が将来目指したいモデルとなっていった様子が語られていた。

d．［支援してくれる仲間がいる］

ここでいう仲間には，実習グループのメンバーと大学の友人が含まれる。このカテゴリーは，《相談できる実習グループメンバーがいる》《アドバイスをくれる実習グループメンバーがいる》《思いを共感共有できる実習グループメンバーがいる》《助けあえる実習グループメンバーがいる》《関係のよい実習グループメンバーがいる》《話を聞いてくれる大学の友人がいる》の６つのサブカテゴリーから構成されていた。《助けあえる実習グループメンバーがいる》では，「同じグループの子がみんな『大丈夫だよ』『さっきは大丈夫だった？』というように，いっぱい声をかけてくれて（いっしょに）考えてくれたので，自分としてはよかったです。それがなかったら，多分２日３日くらいで（実習に）来なかったと思うので」というように，学生が臨地実習に来られないと思うほどの困難さを抱えていたときにも，実習グループメンバーからの声かけやいっしょに考えてくれるなどの支えがあり，精神的にも心強い支援があったことが語られていた。

e．［自分を受け入れてくれる患者がいる］

このカテゴリーは，《患者からかかわりに対するフィードバックがある》《「ありがとう」と言ってくれる患者がいる》《かかわりを受け入れてくれる患者がいる》《思いを伝えてくれる患者がいる》の４つのサブカテゴリーから構成されていた。《患者からかかわりに対するフィードバックがある》では，「（受け持ち患者は）『リハビリ室で，リハビリをやっていたときは，やりなさいと言われてやらされているという気持ちがあったけれど，あなたと出会って，最初は新聞をたくさん毎日持って来るあなたを見て，何でもう，今日もたくさん持ってきてって思ったんだけど，それが徐々に自分からやりたいと思うようになってきたの。やりたいと思ってやったときに，リハビリでやっているのとは違う指の感覚が戻ってきたの』って言ってくださいました。（患者は）『手を開く感覚が初めてわかった』って，『本当にそれをわかったのはあなたに出会えたからやと思う』と言ってくださって。そのことが自分のなかで，すごく大きくて。その受け持ちの方との出会いが」というように，学生のかかわりに対する患者からの反応は，自分のかかわりについて振り返る機会を得ることができ，より学びや看護介入の意義や看護することへの喜びを深めていくことが語りのなかから導き出された。

f．［精神的に支えてくれる家族がいる］

このカテゴリーは，《何もかも相談できる家族がいる》《助言してくれる家族がいる》《理解してくれる家族がいる》の３つのサブカテゴリーから構成されていた。《助言してくれる家族がいる》では，「一人暮らししているんですけど，（実習）１週目の週末に帰って親に相談しました。（患者とのかかわり方に対して）『もう，どうしていいかわからない』って（お母さんに）言いました。それで，お母さんが『こうしたほうがいいんじゃない？』って言ってくれたので，それをやろうと思いました」というように，精神的につらい状況に陥っているときに，助言をくれる家族の存在が精神的な支えとなっていたことが語りから導き出された。

以上のように，［支援してくれる教員がいる］［支援してくれる指導担当看護師がいる］［ロールモデルの看護師がいる］［支援してくれる仲間がいる］［自分を受け入れてくれる患者がいる］［精神的に支えてくれる家族がいる］の６つのカテゴリーは，学生を支援する環境を表す内容で構成された。

2．【学生の内面的な強み】

このカテゴリーグループは，12のサブカテゴリーと4つのカテゴリーから構成されていた。

a．［対人関係において協調性がある］

このカテゴリーは，《人と接することが好きだ》《どのような人とでもうまく関係を築くことができる》の2つのサブカテゴリーから構成されていた。《どのような人とでもうまく関係を築くことができる》では，「人と話していたら，一つでも学べるところはあると思います。たとえば，その人がすごく嫌な人だったな，とか苦手な人だったなとか思っても，どこが苦手だったかを考えて，じゃ自分は次に人としゃべるときには，これはしないでおこうって思えるんです。すごくいい人だと思ったら，この人のこうやって話す姿はいいなって次に活かせるし」というように，人と接することで学生も学ぶことができる，という前向きな姿勢で他者とかかわりをもとうとしており，人とよい関係を築こうとする様子が語られていた。

b．［学ぶことに対して意欲がある］

このカテゴリーは，《がんばって取り組もうと思う》《忍耐強く取り組む》《実習は楽しいと思う》《できることに達成感を感じている》《実習をやめたいとは思わない》《これから学びたいことがある》の6つのサブカテゴリーから構成されていた。《できることに達成感を感じている》は，「達成感というんですかね。実習が終わった直後は，もう働きたいなって。すぐにでも働きたいって思いました」というように，臨地実習で学生はすぐにでも働きたいと思うほど，やりがいや達成感を感じたことが語られていた。

c．［感情の自己調整力がある］

このカテゴリーは，《実習中，感情の調整ができる》《もともと感情的にはならない》の2つのサブカテゴリーから構成されていた。《実習中，感情の調整ができる》では，「実習に行っているときは緊張しているのもあるし，それなりに（感情を）コントロールできているんです」というように，普段の生活で感情に起伏があっても，臨地実習中はコントロールできると語られていた。また，《もともと感情的にはならない》は，「（感情は）コントロールできるほうですね。人に当たることもないですね。『それはそれ，これはこれ』と割り切れます」というように，学生は実習中，感情的になることはなく，その場の状況に合わせた対応を行っていた様子が語りのなかから導き出された。

d．［看護職者としての将来の目標がある］

このカテゴリーは，《将来の夢の具体的な内容を語れる》《看護職につきたいと思って進学してきた》の2つのサブカテゴリーから構成されていた。《将来の夢の具体的な内容を語れる》では，「もともとやってみたいと思っていた精神的に（患者を）支えたいって気持ちは変わっていません。（就職して）患者さんを多く受け持っても，ちゃんとかかわっていくという気持ちはちゃんと大切にしたいと思います」というように，看護師となるということだけではなく，どんな看護師になりたいのかという思いをもちあわせていることが語られていた。

以上のように，［対人関係において協調性がある］［学ぶことに対して意欲がある］［感情の自己調整力がある］［看護職者としての将来の目標がある］の4つのカテゴリーは，学生の内面的な強さや特性を表す内容で構成された。

3．【学生が主体的に実行すること】

このカテゴリーグループは，11のサブカテゴリーと4つのカテゴリーから構成されていた。

a．［体調の自己管理ができる］

このカテゴリーは，《体調管理に気をつけている》《心身の状況に応じて居住場所を選択している》の2つのカテゴリーから構成されていた。《心身の状況に応じて居住場所を選択している》は，「（実習施設が）移動時間がすごくいるところになると，寝る時間が遅くて起きる時間が早いから，睡眠時間が短くなるっていうようになりました。（中略）私が工夫というか，下宿しているんですが，病院によっては実家からが近い場合と下宿から近い場合とあって。ちょっと下宿先から遠いかなという場合は実家から通っていました。そしたらご飯をつくる手間とかも省けるし。（中略）交通にかかる時間か，家事にとられる時間か，天秤にかけてどっちがいいのかなっていうのを考えました」というように，臨地実習中の体調に気を配りながら，実習期間を過ごしていた様子が語られていた。

b．［気持ちの切り替えができる］

このカテゴリーは，《実習中の困難さを引きずることはない》《自分なりに，気持ちを発散させる方法がある》《つらいときは，人に話し思いを表出する》の3つのサブカテゴリーから構成されていた。《つらいときは，人に話し思いを表出する》では，「そのときに思ったことは，全部言いました。なんかちょっとでも隠すと，その部分だけが解消されないから，たまっちゃう気がして。だから思っていることとか，こういうことがあったというだけじゃなくて。自分はこういうふうに思ったとかも言ったし」というように，学生がうっ積した気持ちを吐露し，気持ちを切り替えられるよう，自分の考えや思いをすべて他者に伝えることで，つらい思いを解決できるようにしていた様子が語られていた。

c．［自分で問題解決ができる］

このカテゴリーは，《解決に向けて考えることができる》《解決するために自ら行動する》という2つのサブカテゴリーで構成されていた。《解決に向けて考えることができる》では，「（困難に感じたことを）カンファレンスのテー

マにしました。人に言うことで，冷静になれる部分もあるし，そういう考え方もあったんだって思えるから」というように，カンファレンスという場を用いて，学生が他の学生や教員，指導者からさまざまな考えを引き出し，自ら問題解決に向けて行動したことについて語られていた。

d．［他者へ自分の思いを伝えることができる］

このカテゴリーは，《友人に相談する》《指導担当看護師に相談する》《教員に相談する》《相談できる人に相談する》の4つのサブカテゴリーから構成されていた。《相談できる人に相談する》では，「友だちと，あとは先生とかに『こういうことがあったんですけど』って。あと，担当の看護師さんとも，相談しやすい環境にあったので相談しました」というように，学生は自分が相談しやすい相手を考えて，相談できる相手に自分の思いを表出していた様子が語られていた。

以上のように，［体調の自己管理ができる］［気持ちの切り替えができる］［自分で問題解決ができる］［他者へ自分の思いを伝えることができる］の4つのカテゴリーは，個人の考え方や問題解決方法などを表す内容で構成された。

Ⅵ．考　　察

1．看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素について

本研究では，【信頼する他者から学生が受ける支援】【学生の内面的な強み】【学生が主体的に実行すること】の3つが，臨地実習におけるレジリエンスの構成要素として示された。

レジリエンスとは本来，人間が有し個人内で発達させることができ，人間の基本的な生きる力を強める機能である，と考えられている（石井・近森，2006）。Grotbergは，外的な支援を表す「I Have」，個人の内的な強さを表す「I Am」，人間関係と問題解決スキルを表す「I Can」の3つのレジリエンスの側面をあげ（1995，p.3），困難に対する向き合い方を学ぶことで，レジリエンスという許容をもつことができることを示唆した（p.3）。本研究では，学生が臨地実習における経験を語ったなかからレジリエンスを構成する要素が抽出された。このような学生のレジリエンスは，前述のようなレジリエンスの側面を指し示すものに類似性をもち，さらに学生の臨地実習におけるレジリエンスとして，以下に述べる独自の人的環境や個人特性にかかわる要因が明らかとなった。

学生は【信頼する他者から学生が受ける支援】により，実習の困難さを乗り越えていた。具体的には，話しやすい，相談しやすいなどの情緒的な支援やほめてくれるような評価的支援，助言をくれるなどの情報的支援やともに考えてくれるなどの道具的支援を，学生が教員や担当指導看護師，仲間や家族，患者などから受けていることである。学生が支援を受けたと感じている内容は，相談することや思いの表出などであり，これらはすべてコミュニケーションを通しての支援であった。Kumpfer（1999）が，レジリエンスの状態にある人の特徴として，言葉の技能が高いことなどをあげているように，他者とのコミュニケーションを成立させることは支援を受けるためには重要で，そのためには学生と支援者との間で信頼関係が形成されている必要があると考えられる。信頼についてGrotberg（2003，p.5）は，レジリエンスを促進する重要な鍵であり，他のレジリエンス要因の基盤となるものであると述べている。本研究では，学生が信頼に基づいて他者から支援を受けることで困難な出来事を乗り越え，実習環境に適応していくことが明らかとなった。さらに，信頼関係を築くことができると，【学生の内面的な強み】にあるような人間関係をうまく形成することや，【学生が主体的に実行すること】にあるような他者へ助けを求めるなどの主体的な行動へとつながっていくと推察される。

そして，学生には，困難な状況を乗り越えていくときに機能する【学生の内面的な強み】があり，本研究では感情の自己調整ができ，自分や相手を尊重するような真摯な姿勢をもち，将来の目標に向かって学びを得ようという強い意志をもって臨地実習に取り組んでいる学生の姿が明らかとなった。相川・津村（1996）によると，相手の対人反応を的確に解釈していると肯定的な感情をもつことが多く，過度に否定的な感情をもつことが少ないという。このことから，臨地実習における困難な出来事を乗り越えることができる学生は，自己の感情の調整ができ，対人反応を的確に解釈しているのではないかと推察される。また石井（2009）は，レジリエンスはストレスに対して柔軟に対応できる特性であると述べている。本研究でも，学生が意見や性格の異なる相手に遭遇した際に，自己の感情を調整しつつ相手を尊重し，真摯な姿勢で対応を行っていることが語られていたことから，ストレスに柔軟に対応できており，他者との関係性のなかで生ずるストレスを軽減することへとつながっていたといえる。さらに，困難な出来事があっても，乗り越えるために学ぼうとする姿勢をもち，学ぶことに対する楽しさやうれしさといった感情を述べている学生も多くいた。これは，学生が学びを得るために自己目的的に行動している状態（上淵，2005）にあり，学ぶことで楽しさや嬉しさを感じることが内発的動機づけとなっていたと考えられる。そして，臨地実習が必修科目であることが外発的動機づけとなり，将来への目標といった自己の追求によって学習意欲が発達している状況にあると推察される。このような内面的な強みを発揮することにより，学生は困難な出来事を乗り越えていることが明らかとなった。

また，臨地実習において【学生が主体的に実行すること】により，学生は困難な出来事があっても気持ちを切り替えられるという前向きな思考や環境への順応性を高め，問題解決を行うために自分の考えを他者に伝え，ときに話し合いの場をもつというように他者と協同できる能力があることを示していた。大竹（2008）は，ポジティブな感情を経験することで，さまざまなことに目を向け考えることができ，その結果として身体的・知的・社会的な個人資源を獲得し，形成することができるようになり，それらが対処能力やレジリエンスを高めると述べている。主体的に行動することのできる学生は，他者とのかかわりのなかでポジティブな感情を経験しており，その経験が主体性となって困難な出来事に対する対処行動へとつながっているものと考えられる。また一部の学生は，人と接することが好きであり，うまくかかわることができる，とも語っていた。これは，クリティカルな思考の要素の一つであるととらえられ，学生が人と接する際にその人について注意深く観察し，じっくり考えようとする態度（Zechmeister & Jonson, 1992/1996）をもつことにより，他者に対する理解が広がり，他者との関係を築くことができたものと推察する。こういった思考は，学生の主体的な実行として現れ，臨地実習における困難な出来事を乗り越えていたものと考えられる。

2．学生のレジリエンスをのばすかかわり方について

臨地実習では，学生は患者や看護師，教員や実習グループメンバーとなるべく早い時期に，人間関係を構築することが大切である。学生がこれらの人々との関係を築く過程において，自ら相手に向かうことができるように，実習指導では見守りや橋渡しが重要であり，必要なときには個々の状況を踏まえた支援が得られるようにかかわることが大切である。とくに，学生の指導に直接かかわる教員や指導担当看護師は，患者・家族を「熟慮して見る」ように，目の前にいる学生を「熟慮して見る」（大島，2003）ことが大切であるように考えられる。

また学生は，臨地実習で学習することに対する積極的な思いや，臨地実習を忍耐強くがんばり，患者とのかかわりを経験するなかで生じた楽しさや達成感といった学ぶことに対する前向きな気持ちや向上心を抱いていた。これらから，学生は困難な出来事に遭遇してもなお，達成感や楽しさといった喜びに似た感情を感じ，興味や関心を抱き学習活動が行えていたのではないかと推察される。鹿毛（1995）によると，内容，状況，自己といった3つが統合するプロセスが学習意欲の発達であり，それはこだわりを出発点として学習の対象に価値を感じ，さらにこころざしをもつことである，と述べている。この学習意欲の発達を支援するようなかかわりが指導する側には必要であり，学生が困難な出来事に対峙する状況をとらえながら，そのなかでも喜びや楽しさを感じ，気づきを得ることができるように動機づけていくことが大切である。

そして，学生は試行錯誤しながらも能動的に活動することで、その経験が自信や自尊感情を高めることにつながると推察される。指導担当看護師をはじめとした実習施設のスタッフは学生の成果に影響を与えることが報告されており（Tanda & Denham, 2009），彼らの職務レジリエンス（Grotberg, 1995, p.124）が学生の臨地実習におけるレジリエンスと互恵性をもつことが望ましいと考える。また教員は，実習において教育に携わる側の指導の質を一定に保証する責任があり（Rose, 2008），学生のレジリエンスを伸長する実効性のある働きかけや，必要な支援を得られる環境づくりに尽力していくことが必要である。本研究で明らかになったレジリエンスの構成要素は，教員や指導担当看護師が，学生の実習環境を理解したり，どのようなレジリエンスが機能するのかを予測して学習活動を支援するための手がかりとして活用できると考える。

Ⅶ．研究の限界と今後の課題

本研究では臨地実習を終えた学生に，経験を振り返って語ってもらうという手法であるため，実習期間中に調査した場合に比べ，時間的経過に伴う記憶の抜け落ちがある可能性があり，これが本研究の限界となる。これを踏まえ，研究方法や調査を行う時期を含め検討し，今後の研究に役立てたい。

また本研究では，臨地実習において困難な出来事に遭遇した際，どのように学生がその困難さと向き合い，乗り越え，適応しているのか学生のレジリエンスに注目し調査した結果，学生が他者からの支援を受けながら，内面的な強さを高め主体的に行動していることが示唆された。しかし，レジリエンスの構成要素間の関係については調査しておらず，この3つの関係によってレジリエンスがどのように変化するのか，レジリエンスの3つの構成要素の関係を明らかにする必要がある。また，困難な出来事に関して，その内容や個人のとらえ方によってもレジリエンスは異なることも考えられるため，高いレジリエンスをもつ人の特徴についても明らかにしていく必要がある。

謝　辞

本研究に際し，調査にご協力頂きました学生の皆さま，大学関係者の皆さまに深く感謝いたします。

なお，本研究は，隅田千絵の大阪府立大学看護学研究科博士前期課程修士論文（指導：細田泰子，星和美）の一部に加筆修正を加えたものである。

要　　旨

目的：看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素を明らかにする。

方法：臨地実習を終了した看護系大学４年次生12名に対し，半構成的面接を実施し，質的記述的に分析した。

結果：看護系大学生のレジリエンスとして【信頼する他者から学生が受ける支援】【学生の内面的な強み】【学生が主体的に実行すること】の３つの構成要素が抽出された。これらはGrotbergの示した外的サポートを表す「I Have」，内的強さを表す「I Am」，問題解決スキルを表す「I Can」の３つの側面に共通した結果となった。

結論：看護系大学生は信頼する他者からの支援を受け，学びを得るために意欲や目標をもって行動し，感情の自己調節を行いながら他者と協調することによって主体的に問題解決しており，臨地実習における困難を乗り越えていることが明らかとなった。学生のレジリエンスを引き出すためには，学習環境の調整の重要性が示された。

Abstract

Objective: The purpose of this study was to clarify the components of resilience in nursing practicums for undergraduate nursing students.

Methods: We conducted a semi-structured interview for 12 undergraduate nursing students who had completed nursing practicums, and we analyzed the data by using a qualitative descriptive method.

Results: The following 3 components for resilience in undergraduate nursing students were extracted from the interview data: students receive support from another reliable person, students possess inner strength, and students perform their duties independently. These results were common to the 3 factors described by Grotberg: “I HAVE” factor that expresses external support; “I AM” that expresses inner strength; and “I CAN” that expresses problem-solving skills.

Conclusion: This study revealed that the undergraduate nursing students were supported by another reliable person, acted with a motivation or goal to learn, and solved problems independently by self-regulating their feelings and cooperating with another person; thus, they overcame difficulties in nursing practicums. We found that it was important to coordinate the learning environment in order to cultivate resilience in nursing undergraduate students.

文　　献

相川　充，津村俊充（1996）．対人行動学研究シリーズ１：社会的スキルと対人関係 ― 自己表現を援助する．4-21，東京：誠信書房．

安藤詩乃，加世田有季，中越登子，中野正博（2007）．臨地実習前後における看護観の変化 ― 看護学生の捉え方に対する考え方の比較 ―．バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌，10，1-7.

福田敦子，花岡澄代，喜多淳子，津田紀子，村田恵子，矢田眞美子，中村美優，鶴田早苗，松浦正子，伊藤佳代子，古城門靖子（2004）．病院に就職した新卒看護職者のリアリティショックの検討 ― 潜在構造の分析を通して ―．神戸大学医学部保健学科紀要，20，35-45.

Grotberg, E.H.（1995）．*Tapping Your Inner Strength, How to find the Resilience to deal with Anything*. 1-3, Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Grotberg, E.H.（2003）．*Resilience for Today: gaining strength from adversity*. 2-12, Westport, CT: Praeger Publishers.

Herdman, H.（2008）／中木高夫訳（2009）．NANDA-I看護診断 ― 定義と分類2009-2011．324-329，東京：医学書院．

石井京子（2009）．レジリエンスの定義と研究動向．看護研究，42，3-14.

石井京子，近森栄子（2006）．高齢者の介護を行う家族のレジリエンスの構造要素分析．ヒューマン・ケア研究，7，64-72.

石井京子，藤原千恵子，河上智香，西村明子，新家一輝，町浦美智子，大平光子，上田惠子，仁尾かおり（2007）．患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析．日本看護研究学会雑誌，30(2)，21-29.

門脇豊子，清水喜与子，森山弘子 編（2010）．看護師養成所の運営に関する指導要領について．看護法令要覧〈平成22年版〉，102-113，東京：日本看護協会出版会．

鹿毛雅治（1995）．学習意欲再考．東洋 編：意欲，やる気と生きがい，現代のエスプリ，333，105-113.

Klohnen, E.C.（1996）．Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1067-1079.

Kumpfer, K.L.（1999）．Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M.D. Glantz, and J.L. Johnson（Eds.）, *Resilience and development: Positive life adaptations*. 179-224, New York: Plenum Publishers.

前田ひとみ，永田まなみ，大重和代，神谷文子，杉谷かおる，野田忍（2000）．臨地実習が看護学生の看護観に及ぼす影響．熊本大学医療技術短期大学紀要，10，11-19.

Masten, A.S., Best, K. and Garmezy, N.（1990）．Resilience and development: Contributions from the study of children who overcame adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.

毛利貴子，真鍋えみ子（2008）．臨地実習中の看護学生におけるストレスコーピングと臨地実習自己効力感との関係．京都府立医科大学看護学部紀要，17，65-70.

日本看護協会（1996）．看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告書．平成８年版看護白書，62-75，東京：日本看護協会出版会．

二宮寿美，野本ひさ（2009）．看護学生が臨地実習中に示す心理的・生理的ストレス反応と対人対応能力（EQS）との関連．日本看護学教育学会誌，19(2)，11-21.

小花和Wright尚子（2004）．幼児期のレジリエンス．10-13，京都：ナカニシヤ出版．

大島弓子（2003）．看護教育の対象の理解．小山眞理子（編）：看

護教育の原理と歴史，135-156，東京：医学書院．
大竹恵子（2008）．ポジティブ感情の機能と社会的行動．島井哲志（編），ポジティブ心理学21世紀の心理学の可能性，83-99，京都：ナカニシヤ出版．
Rose, S.R.（2008）．The utilization and role of the preceptor in undergraduate nursing programs. *Teaching and Leaning in Nursing*, 1(3), 105-107.
Rutter, M.（1990）．Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A.S. Masten, D. Chichetti, K.H. Nuechterlin, and S. Weintraub（Eds.）, *Resilience and protective Factors in the development of psychopathology*, 181-214, New York: Cambridge University Press.
佐居由美，松谷美和子，平林優子，松﨑直子，村上好恵，桃井雅子，高谷尚子，飯田正子，寺田麻子，西野理英，佐藤エキ子，井部俊子（2007）．新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方．聖路加看護学会誌，11(1)，100-108.
高辻千恵（2002）．幼児の園生活におけるレジリエンス ― 尺度の作成と対人葛藤場面への反応による妥当性の検討 ―．教育心理学研究，50，427-435.
Tanda, R. & Denham, A.S.（2009）．Clinical instruction and student outcomes. *Teaching and Leaning in Nursing*, 4, 139-147.
上淵　寿（2005）．動機づけ研究の最前線．30-60，京都：北大路書房．
Zechmeister, E.B. & Jonson, J.E.（1992）／宮本博章，道田泰司，谷口高士，菊池　聡 訳（1996）．クリティカルシンキング．2-24，京都：北大路書房．

［平成24年 8 月 2 日受　　付
平成25年 3 月 5 日採用決定］

－研究報告－

脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における看護師の臨床判断

― 中堅看護師を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを通して ―

Clinical Judgment by Nurses to “Discontinue Observation” during Stroke Patients’ Movement
― Through Focus Group Interviews with Proficient Nurses ―

高　柳　智　子[1)]　　泉　　キヨ子[2)]
Tomoko Takayanagi　　Kiyoko Izumi

キーワード：脳卒中，判断，移動，回復期，リハビリテーション看護
Key Words：stroke, judgment, locomotion, recovery, rehabilitation nursing

はじめに

回復期にある脳卒中患者に対する看護実践において，看護師は対象のセルフケアレベルに合わせて全面介助から部分介助，見守り，そして自立へとステップアップできるように働きかけを行っていく。見守りレベルの段階は，対象の能力を引き出す目的で安易な介助の手出しは行わずに，安全に配慮しつつ見守ることが必要となる。脳卒中患者は運動機能が回復しても，高次脳機能障害を伴っている患者に転倒が多く発生している（成田・横山，2010）。とくに，見守りレベルから軽介助レベルの患者において，ベッドサイドでの移乗時の転倒が多いと報告されており（工藤・下野・中村，2008），看護師は移乗時の見守りを解除することに慎重となりやすい。松本・菅原（2007）の調査では，人工股関節置換術後患者の車椅子移乗において，経験年数が少ない看護師ほど自立可能と判断することに抵抗を感じており，10年以上の経験を有する看護師であっても半数近くが抵抗感を抱いていた。脳卒中患者は運動器疾患患者以上にさまざまな後遺症が複雑に関与しており，見守り解除の判断はより困難感が大きいことが推察できる。

医療機関でのヒヤリハット事例を分析した川村（2006）によると，転倒・転落事例の3/4は看護師の介入がない状況で発生している。このことからも，回復期にある脳卒中患者の移乗時の見守りは転倒予防に大きな役割を果たしていると言える。

回復期にある脳卒中患者を対象とした先行研究において，回復期リハビリテーション病棟での転倒予測アセスメントシートの開発（Nakagawa et al., 2008）や，移乗動作能力の予測因子の抽出（武井・杉本・桒原・板子・潮見，2006）が報告されている。しかし，それらは転倒や移乗動作自立の予測のみであり，看護師が自立支援と転倒予防の両面を考慮しつつ，患者の何を手がかりに移乗時の「見守り解除」を判断しているのかをとらえた研究は見当たらない。加えて，回復期リハビリテーション病棟では，病棟専従の理学療法士と作業療法士が常時配置されることにより，職種間の情報共有をより密にとりながらケア提供できる反面，役割重複による職種間の葛藤が生じやすい（酒井ほか，2010），と言われている。

したがって，脳卒中リハビリテーション看護実践の経験豊富な看護師が，どのように移乗時「見守り解除」を判断しているのか，どのような場合に判断に迷い，その際にはどう意思決定していくのかを看護師の語りから抽出していくことで，リハビリテーションチームにおける看護職独自の臨床判断を見出すとともに，的確な「見守り解除」に向けた示唆を得ることができるのではないかと考えた。

Ⅰ．研究目的

本研究は，回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子間の移乗において，最小限の身体介助である見守りを解除し，自立へと移行してよいと看護師が臨床判断を行う際の手がかりを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．用語の定義

移乗時の見守り：ベッド・車椅子間の移乗において，移乗補助具の使用の有無を問わず，介助者は手を出さないが見守りおよび必要時の声かけを必要とする状態を指す。

臨床判断：Corcoran（1990）の定義を参考に，患者のデータ，臨床知識および状況に関する情報を考慮し，認知

1）新潟県立看護大学　Niigata College of Nursing
2）帝京科学大学医療科学部　Faculty of Medical Science, Teikyo University of Science

的な熟考や直感的な過程によって患者ケアについて決定を下すこととした。本研究では，とくに移乗時の「見守り解除」の臨床判断の過程において，看護師が判断の手がかりとして着目する情報に焦点をあてた。

Ⅲ．研究方法

1．データ収集期間

2009年1月～3月。

2．研究参加者

研究参加者は，北陸地域にあるリハビリテーション病院と総合病院，および関東地域にある脳血管専門病院，それぞれ1施設の回復期リハビリテーション病棟に勤務する，脳卒中リハビリテーション看護実践が通算5年以上の看護師17名であった。リハビリテーション病院は開設して約20年が経過しており，病床数の過半数が回復期リハビリテーション病棟であった。総合病院は二次医療圏の中核病院であり，回復期リハビリテーション病棟を開設して8年目であった。脳血管専門病院は，超急性期から回復期にかけての脳卒中治療を行う専門病院で，回復期リハビリテーション病棟を開設して3年目であった。

施設背景が異なる3病院で研究参加者を選定したのは，脳卒中患者の回復期リハビリテーション病棟への入院経路として，院内他病棟からの転棟と他病院からの転院で大半を占めているとの調査報告（全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部，2009）を参考にした。上記の報告を参考に，脳卒中急性期治療を行う病棟を併せ持つ2施設（総合病院，脳血管専門病院）と急性期病棟を持たない1施設（リハビリテーション病院）を選定した。加えて，回復期リハビリテーション病棟の全国調査（全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部，2009）によると，入院患者の原因疾患は脳血管系が半数を占め，ついで運動器系，廃用症候群の順に多いが，病院によって入院患者の差異も指摘されていることから，3施設のうち1施設は脳血管専門病院とした。

また，経験年数の設定は，類似の科の患者を3～5年ほどケアしてきた看護師にみられる中堅レベルでは，多くの属性や局面のなかから重要なものを見分ける大局観があり，考慮する選択肢を少数に絞って問題の核心部分に焦点をあてられるとBenner（1986/2005）が報告していることを参考にした。なお，本研究では脳卒中リハビリテーション看護実践とは，回復期リハビリテーション病棟に限らず，脳神経系の病棟での回復期にある脳卒中患者への看護実践も含めた。

3．リクルート方法

研究参加者のリクルート方法は，以下の手順で行った。まず，各施設の看護部管理者から参加者の条件に該当する看護師に対し，研究目的や方法および倫理的配慮を記載した説明文書を渡してもらった。ついで，研究参加に同意した看護師には，研究者に同意書を返信してもらった。

4．データ収集方法

同じ施設で勤務する5～6名を1グループとし，フォーカス・グループ・インタビューを実施した。フォーカス・グループ・インタビューを用いた理由は，参加者の相互作用によって各自の実践知を引き出す（Webb & Kevern, 2001）とともに，個別インタビューでは得ることが難しい発想の広がり（Holloway & Wheeler, 2002/2006）を期待したからである。

インタビューは，研究参加者が勤務する病院の一室で行い，ベッド・車椅子間の移乗時の見守りを行っている回復期にある脳卒中患者の看護において，①患者がどのような状態になれば見守りを解除して自立へと移行してよいと判断しているのか，②見守り解除の判断に迷うのはどのような患者でどう対応しているのか，の2点について自由に話しあってもらった。これらは，参加者全員の承諾を得てICレコーダに録音した。

5．データ分析方法

各グループの録音データから逐語録を作成し，以下の手順でカテゴリー化を行った。

①逐語録を繰り返し読み，質問項目ごとに看護師の臨床判断とそれに関連していると考えられる要因を表す言葉を取り出した（単位データの抽出）。

②抽出した単位データから，意味の類似したデータをひとまとめにしてサブカテゴリーとした。

③サブカテゴリーの情報から，さらに意味の類似性に基づき，カテゴリーを抽出した。

④フォーカス・グループ間での共通性および相違性を検討するために，それぞれのカテゴリーとサブカテゴリーについて，グループ別にマトリックスを作成し，整理した。

6．真実性の確保

データおよび分析結果の真実性を確保するために，逐語録の確認を希望者に行うとともに，研究参加者全員に分析結果を示し，インタビュー内容を適切に表現されていることを確認した。

7．倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理委員会の倫理審査承認を受けて実施した（受付番号08-11）。また，院内に倫理審査委員会がある対象病院においては病院での承認も受けた。研究参加者に，研究目的，方法，自由意志による参加であり辞退による不利益はないこと，プライバシーの保護，研究成果の公表予定について，文書と口頭にて説明を行い，書面にて同意を得た。

Ⅳ．結　　果

1．研究参加者の概要

フォーカス・グループの概要を**表1**に示した。3グループ全体の看護師経験年数は，21.8±7.9年で，1名を除き10年以上であった。脳卒中リハビリテーション看護実践は，リハビリテーション病院では全員が15年以上の経験を有していたが，他の2グループでは全員が5～9年の実践経験であった。インタビュー所要時間は62～81分であった。

表1　対象病院と参加者の概要

病　　院	参加者数（名）	脳卒中リハビリテーション看護経験年数(年)
リハビリテーション病院	6	18.7±1.6
総合病院	5	6.0±1.1
脳血管専門病院	6	7.3±1.5

2．回復期脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における臨床判断

分析の結果，回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子間移乗時の「見守り解除」を判断する類似した意味のデータとして，19のサブカテゴリーが抽出された。それらの情報から看護師は患者の何をアセスメントしているのかに着目してカテゴリー化した結果，【認知能力】【移乗動作能力】【移乗に対する患者の思い】【睡眠薬の内服状況】といった4つのカテゴリーに集約され，**表2**のとおり各グループであげられたサブカテゴリーを○で表示した。

本文中では，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉，研究参加者の語りの引用部分を「　」で示した。（　）内は，文脈を明らかにするための補足である。なお，フォーカス・グループ・インタビューにおいて研究参加者は，患者が看護師の見守りなしで単独で移乗することを「フリー」と表現していた。したがって，語りの引用部分では上記の意味で「フリー」を用いている。

(1)【認知能力】

移乗時の見守り解除を判断する際に，「高次脳（機能障害）が引っかかっていて，（安全な移乗を）習得できないということをすごく感じています」など，どのグループからも注意障害，記憶障害等の認知面の問題により，見守りを解除できない患者が多いことが語られた。

認知能力のサブカテゴリーとして，〈車椅子のブレーキ

表2　回復期脳卒中患者の移乗時「見守り解除」の臨床判断

カテゴリー	サブカテゴリー	リハビリ病院	総合病院	脳血管専門病院
認知能力	車椅子のブレーキをかけてから移乗できる	○	○	○
	車椅子のフットレストを上げてから移乗できる	○	○	○
	転倒したときの状況を他者に説明できる	○	○	○
	毎回一連の手順をふんで移乗できる	○	○	○
	移乗目的物が移乗可能な位置にあることを確認してから移乗できる		○	○
	指導を受けた内容を，それ以降の移乗で留意できる	○		○
	安全に移乗できない環境では，他者に援助を依頼できる	○	○	
	履物を履いてから移乗できる	○		○
	移乗動作を完結してから別の動作に移ることができる	○		
移乗動作能力	端座位がとれる		○	○
	立位保持ができる	○	○	○
	健側下肢に体重移動ができる		○	
	移乗目的物に身体を回旋できる		○	
	起立～着席までの一連の動作をふらつかずに遂行できる	○		○
	動作バランスをくずした際に自分で体勢を立て直すことができる			○
移乗に対する患者の思い	患者が見守りなしの移乗を望んでいる	○	○	○
睡眠薬の内服状況	睡眠薬を服用していない	○		
	睡眠薬の処方変更がない	○		
	睡眠薬を内服していても日中と同様の移乗動作を遂行できる		○	○

［注］各グループであげられたサブカテゴリーに○をつけた

をかけてから移乗できる〉〈車椅子のフットレストをあげてから移乗できる〉といった車椅子操作について，どのグループでも最初にあげられた。

さらに，〈毎回一連の手順をふんで移乗できる〉〈移乗目的物が移乗可能な位置にあることを確認してから移乗できる〉〈指導を受けた内容を，それ以降の移乗で留意できる〉〈移乗動作を完結してから別の動作に移ることができる〉といった内容を移乗場面で着目していた。〈履物を履いてから移乗できる〉についても，「あわてて靴下のまま移ろうとする患者さんは転倒する危険があるので，そういう患者さんには『(看護師を）呼んでね』と言います」と，認知面の情報としてとらえていた。

また，〈転倒したときの状況を他者に説明できる〉〈安全に移乗できない環境では他者に援助を依頼できる〉は，見守り解除後の重大な転倒事故を回避できる認知能力が備わっているのかを，これらの行動を手がかりに観察していた。とくに前者からは，「どうして転倒したのかを自分でちゃんとわかっていれば，たぶん次に活かせる。次はそういう失敗はしないと思うので，患者さんの理解や高次脳（機能）の障害がなければ，（移乗は）フリーでもいいと思うし」と，転倒発生が必ずしも見守りを外せない理由とはならないことが述べられていた。

⑵ 【移乗動作能力】

〈端座位がとれる〉〈立位保持ができる〉〈健側下肢に体重移動ができる〉〈移乗目的物に身体を回旋できる〉〈起立～着席までの一連の動作をふらつかずに遂行できる〉〈動作バランスを崩した際に自分で体勢を立て直すことができる〉の６つのサブカテゴリーがあげられた。

そのうち，３つのグループのすべてから抽出されたのは，〈立位保持ができる〉のみであった。「『麻痺が重い＝移乗動作が自立できない』ということではなく，麻痺が重くても健側で立位保持ができて，回転動作ができる，座るといったことができれば，（移乗を）自立できている患者さんもいるので」と，実際の移乗動作の観察からの臨床判断が述べられていた。

⑶ 【移乗に対する患者の思い】

全グループより〈患者が見守りなしの移乗を望んでいる〉ことが取り出され，「やっぱり，その患者さんの希望というか，そういうことによっても（移乗自立に移行できるかは）違ってくるかな」と述べられていた。また，「その人が見守られることでストレスを感じて，入院生活が嫌になっちゃったりしたら，皆と相談して，ある程度危険がないということであれば，フリーにした方がその人にいいのかなと思って，（見守り解除を）やりますけどね」など，見守りに強い拘束感を抱いた数事例が２グループにおいて語られた。

⑷ 【睡眠薬の内服状況】

転倒のリスクを高める薬剤として，看護師はとくに睡眠薬の服用に着目しており，１つのグループからは〈睡眠薬を服用していない〉〈睡眠薬の処方変更がない〉といった睡眠薬の服用や処方内容を問うサブカテゴリーがあげられた。しかし，これらは夜間帯の移乗に関する臨床判断であり，日中の移乗とは別にとらえられていた。一方，他の２グループからは，〈睡眠薬を内服しても日中と同様の移乗動作を遂行できる〉ことがあげられ，「年齢とか眠剤を飲む飲まないで判断していません。実際に見た状況で日中の評価の視点と大きくは変わりなく，安全に（移乗）できていれば眠剤を飲んでいようがいまいが，フリーにはしています」と，睡眠薬服用ではなく，実際の移乗動作の観察から夜間の見守り解除の臨床判断を行っていた。

３．移乗時の「見守り解除」の臨床判断に迷う患者とその対応

⑴ 移乗時の「見守り解除」の判断に迷う患者

【見守りに強いイライラ感を呈する患者】【スタッフ間で見守り解除の意見が分かれる患者】【見守り解除により移乗以外の行動も単独で行う心配がある患者】の３点があげられ，表３のとおり各グループであげられたカテゴリーを○で表示した。

【見守りに強いイライラ感を呈する患者】は，２つのグループからあげられ，「『絶対に見守り嫌だから自分はフリーになりたい』って希望の強い人で，注意障害や（患側）無視もあった人なんですが，『絶対転ばないから』と口で言うけど怖かったですね。見守るから呼んでと言っても，呼んでこなかったりしちゃいますから。あれは迷いましたね」など，患者本人の解除希望は強いものの，転倒が危惧される事例がいずれのグループからも語られた。

【スタッフ間で見守り解除の意見が分かれる患者】も２グループからあげられ，「看護師の間で意見が割れたとき。自分の目で見たときは安全と思ったけど，他のスタッフが見たときに『いやいや，ここでブレーキ忘れてたよ』っていう状況のとき。看護師は生活場面で見て問題ないけど，『訓練士の目から見たら危ないよ』と言われたとき。意見

表３　看護師が移乗時「見守り解除」の臨床判断に迷う回復期脳卒中患者

カテゴリー	リハビリ病院	総合病院	脳血管専門病院
見守りに強いイライラ感を呈する患者		○	○
スタッフ間で見守り解除の意見が分かれる患者	○		○
見守り解除により移乗以外の行動も単独で行う心配がある患者			○

［注］各グループであげられたカテゴリーに○をつけた

が違うんで，どうしようと思うことはありますよね」と，看護師間もしくは看護師・セラピスト間での見守り解除の意見が異なった場合の迷いが語られた。

【見守り解除により移乗以外の行動も単独で行う心配がある患者】は1グループのみであげられ，「ここまでしていいよというところを超えるおそれがあるんじゃないかなというときは迷います。トランス（ファー）だけならいいけど他のことまでやっちゃうんじゃないかなとか」と述べられ，具体的には「移乗動作はできるんだけど，トイレ動作はできないとかもあるので，一連の動作でフリーにもっていけないときは悩んだりします」と語られていた。

⑵ 臨床判断に迷う場面での対応

表4のとおり，各グループ別に抽出された対応を○で表示した。全グループにおいて，【迷うときは見守り続行】であり，それと同時に〈移乗環境の工夫で転倒を防げないか〉〈移動手段を歩行に変更できないか〉を考慮していた。

しかし【見守りに強いイライラ感を呈する患者】では，上記の対応以外に【転倒を想定した見守り解除】も行われ，〈転倒による外傷リスクの算定〉をしたのちに見守りを解除し，転倒を経験しながら移乗自立へと移行した事例が2グループより語られた。「ずっと見守りを嫌がっていて早く解除してほしいと言っていた患者さんがいて，『仕方ない。転ぶね』と言っていたら，フリーにして3回（転倒）。3回転んで，やっと学習したのかな」と語られた事例では，「転んだときの状況を判断すると，ブレーキのかけ忘れと腰回転が十分じゃなく滑ってしまったみたいな，さほど頭を打つような状況ではなかったこともあると思うんですけど」と判断根拠が述べられていた。

表4　回復期脳卒中患者の移乗時「見守り解除」の臨床判断に迷う場面での対応

対応 〈　〉内は対応時に考える内容	リハビリ病院	総合病院	脳血管専門病院
迷うときは見守り続行 〈移乗環境の工夫で転倒を防げないか〉 〈移動手段を歩行に変更できないか〉	○	○	○
転倒を想定した見守り解除 〈転倒による外傷リスクの算定〉		○	○

［注］各グループであげられた対応に○をつけた

Ⅴ．考　　察

本研究は，脳卒中リハビリテーション看護実践5年以上の看護師によるフォーカス・グループ・インタビューにより，実践的知識に基づく具体的な臨床判断の視点を抽出することができた。

1．回復期脳卒中患者の移乗時「見守り解除」に関する看護師の臨床判断の特徴

フォーカス・グループで多くあげられたのは，【認知能力】であった。見守りレベルでは移乗動作は患者自身の力のみで行える【移乗動作能力】があることが前提となるため，当然の結果とも言える。大平ら（2001）の研究においても機能的自立度尺度（Functional Independence Measure）の認知項目（理解，表出，社会的交流，記憶，問題解決）と移乗自立との有意な関連が報告されているが，本研究では看護師は何を手がかりに患者の認知能力をアセスメントし，見守り解除を判断しているのかを明らかにすることができた。

【認知能力】において，3つのフォーカス・グループで共通してあげられたのは，〈車椅子のブレーキをかけてから移乗できる〉〈車椅子のフットレストをあげてから移乗できる〉〈転倒したときの状況を他者に説明できる〉〈毎回一連の手順をふんで移乗できる〉であった。車椅子のブレーキやフットレスト操作は，多くの患者にとって発症後に新しく学習する課題であり，認知障害によりその学習には困難を伴う。三宅・柳原（1999）の研究においても，車椅子からベッドへの移乗を監視もしくは介助と判断された脳卒中片麻痺患者のうち，過半数は車椅子のブレーキやフットレスト操作に問題があった，と報告されている。また，転倒体験を安全な移乗に向けての学習へと転換できる患者なのかどうかの判断のために，看護師は〈転倒したときの状況を他者に説明できる〉認知能力に着目している。脳卒中患者は，まだできない動作を試験的に行おうとする行動である障害たしかめ体験（高山，1997）の結果，転倒に至ることがある。患者の動機やその後の受け止めを看護師が理解し生活の再構築に向けたケアに活かしていくことの重要性は，先行研究（百田・坂田・作田・高田・新井，2006；牧野・泉・平松，2010）でも指摘されている。〈毎回一連の手順をふんで移乗できる〉は，他のサブカテゴリーとは異なり，移乗動作全体を網羅した内容であった。記憶障害を呈している患者は，注意障害や遂行機能障害などの他の高次脳機能障害を合併している場合が多く，一連の動作としての移乗を手順どおりに遂行できない状態となる。また，このような認知障害を有する患者は，「見守り解除」の判断に迷う患者の【スタッフ間で見守り解除の意見が分かれる患者】にあるように，自分が見守ったときにはうまく移乗できても，次からも同様の手順で安全に移乗できるかどうかは不確かである。そのため，一連の手順として体得できているかの判断が重要になってくるものと推察される。

【移乗動作能力】において，〈立位保持ができる〉のみが3つのグループすべてから抽出された。宮田（1995）は，

移乗自立群と監視群との比較において，立位保持や立ち上がり動作に有意な差は認められなかった，と報告している。さらに，三宅・柳原（1999）の研究においても，車椅子からベッドの移乗を自立または要監視と判断された脳卒中患者全員が立位保持は可能であったことが報告されている。これらの報告では，理学療法場面での立位保持を評価しているが，看護師は生活場面での移乗において立位保持を観察しており，このことが両者の結果の相違となったことが考えられる。すなわち，生活場面での移乗は，移乗そのものが目的ではなく移乗した後の生活動作のための手段である。回復期リハビリテーション病棟では，排泄を行動起点とする転倒が多くを占めることは，梅津（2010）により報告されている。このように，トイレでの排泄を目的とした移乗では，切迫感を伴うなど訓練場面とは異なった状態となりやすい。加えて，病棟でのベッド・車椅子間移乗が自立すれば，次はトイレでの排泄自立に向けて，ズボンの上げ下ろしといった衣服操作のための立位保持が重要となってくる。看護師は，実際の生活場面での移乗を観察し，移乗自立の先にある日常生活動作も視野に入れながら，ベッド・車椅子間移乗の見守り解除も判断していることが推察された。

【移乗に対する患者の思い】も，３つのグループすべてから抽出された。酒井（2005）は，リハビリテーションチームのなかで看護職は，患者が何をできるようになったのかと同時に，患者はできるようになったと思えているのかを見ており，患者の主観的体験に価値を置く，と述べている。本研究においても，〈患者が見守りなしでの移乗を望んでいる〉ことが見守り解除の臨床判断の視点として抽出されたことは，上記の見解と同様に患者の思いを尊重する看護師の臨床判断の特徴と考えられる。一方で，加藤・泉・平松（2008）は，高齢者施設で高齢者自身がとらえている転倒・転落ハザードの要因の１つとして，高齢者の転倒・転落につながる思いをあげ，遠慮の思いとできる限り自分で行う思いの２つがあった，と述べている。後者のように，日常生活動作自立への意欲ともとれる思いであっても，転倒に至る可能性は存在する。そのため，移乗の見守り解除の臨床判断において看護師は，実際の移乗を他のカテゴリーを用いて転倒の危険性が低いことを判断したうえで，〈患者が見守りなしでの移乗を望んでいる〉ことを見守り解除の意思決定に用いている，と考えられる。

【睡眠薬の内服状況】は，〈睡眠薬を服用していない〉〈睡眠薬の処方変更がない〉といった睡眠薬の処方で判断するグループと，実際の移乗動作で判断するグループがあった。睡眠薬，抗精神薬をはじめとする中枢神経作用薬の使用が回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者の転倒発生との有意な関連が認められることは，渡邊ら（2009）により報告されている。本研究で中枢神経作用薬の中でも睡眠薬の服用があげられたのは，回復期リハビリテーション病棟や一般病棟に入院している脳卒中患者のうち30～40％は睡眠薬を服用しており（岡本・菅沼・鎌倉・十生，2000；佐藤・佐藤・佐藤，2010），服用患者が多いためと推察される。よって，実際の移乗動作を観察しての臨床判断は，睡眠薬の減量や中止の可能性の検討とともに重要と考えられる。

２．回復期脳卒中患者の移乗時「見守り解除」の臨床判断に迷う患者とその対応の特徴

【見守りに強いイライラ感を呈する患者】は，まだ転倒のリスクが高いことが危惧されるが，〈患者が見守りなしでの移乗を望んでいる〉ことを見守り解除の臨床判断で考慮している看護師にとって，患者の希望に沿えない状況は葛藤を感じやすいことが推察できる。さらに見守りは，自立支援よりもリスク回避の意味合いが強くなってしまうと，行動抑制につながり，患者の意欲までを奪う危険性がある（鳥越，2009）。本研究において，移乗時の見守り解除の臨床判断に苦慮する患者として抽出された３カテゴリーのうち，【見守りに強いイライラ感を呈する患者】では【迷うときは見守り続行】である他の２つとは対応が異なっていた。つまり，【見守りに強いイライラ感を呈する患者】に対しては，〈転倒による外傷リスクの算定〉を行い，重大な外傷を負う危険性が少ないと判断できれば，転倒からの学習を期待して【転倒を想定した見守り解除】をチームで意思決定していた。

中川・上田・渡邊（2007）の回復期リハビリテーション病棟20施設での転倒時の外傷状況の調査では，大腿骨頸部骨折や頭蓋内出血などの重大な外傷の発生率は0.5％と低いことが報告されている。また，坂本ら（2007）の回復期リハビリテーション病棟の入院患者の日常生活動作の改善度に関する研究において，入院中に転倒を発生した患者のほうが，転倒しなかった患者に比べて有意な日常生活動作の改善が認められている。これらの調査結果から，転倒発生は必ずしも日常生活動作拡大の障壁ではないことが推察できる。したがって，患者自身が移乗時の見守りを，見守られる安心感よりも拘束感としてストレスを感じている場合において，〈転倒による外傷リスクの算定〉を行い，【転倒を想定した見守り解除】を行う対応は，患者の自立心の尊重と安全確保の両面を考慮したアセスメントと言える。

さらに，【見守り解除により移乗以外の行動も単独で行う心配がある患者】も，生活の場で自立支援を行う看護師ならではのカテゴリーと言える。すなわち，生活場面での移乗は，排泄などの何らかの生活行動を行うための移動手段の一部であり，トイレ動作をはじめとする動作が次にあ

り，本来の目的が達成される。これらの生活動作を構成する各動作をできるようになったものから部分的に見守りを解除していくのか，すべてが自立して一気に解除するのかは，患者の認知能力や思いを考慮しながら判断していく必要がある。吉村ら（2007）は，高次脳機能障害を合併した脳卒中患者の転倒を調査し，適切な援助を求めずに行った排泄を目的とした移乗時に最多であったことを報告している。このことからも，回復期リハビリテーション看護において，患者の理解力や心理面を含めた見守り解除の進め方に苦慮し，検討を重ねていることが推察できる。

また，【スタッフ間で見守り解除の意見が分かれる患者】では，職種間や看護師間での意見の相違により，臨床判断に苦慮する状況が浮き彫りになった。津本ら（2002）は，療法士と看護師間で退院時の患者の日常生活動作評価の一致率を調査し，移乗に関連した項目では70％程度の一致率で他の項目と比較して低かったことを報告している。このことは，今回の職種間での見守り解除の意見の相違とも共通する結果であり，訓練場面での移乗状況との違いや各専門職の知識基盤から意見の相違は起因しているものと推察される。スタッフ間の見守り解除の意見の相違は，看護師間でも認められた。吉田・森上・倉本・本山（2009）は，整形外科病棟での高齢患者の車椅子・歩行器の自立判断に関するチェックリスト開発の研究において，チェックリスト導入後も自立判断に看護師が困った理由として，「そのときどきで患者の様子が違う」といった回答が最多であった，と述べている。脳卒中患者では，記憶障害や注意障害をはじめとする高次脳機能障害の合併により，そのときどきで患者の移乗状況が異なる可能性はさらに高いと推察でき，看護師間の見守り解除の意見の相違に影響していると考えられる。職種間であっても看護師間であっても，見守り解除に反対する意見があれば，【迷う時は見守り続行】を選択しており，チーム内での合意形成を重視して見守り解除の意思決定がなされていることが明らかとなった。

3．本研究の限界と今後の課題

本研究は，多彩な内容を幅広く得られることを期待して，施設背景が異なる3病院の看護師を対象としたが，カテゴリーすべてが3グループより抽出される結果となった。しかし，これらは3施設での研究結果であり，一般化には限界がある。

今後は，今回得られた成果を実際の事例で検証し，信頼性・妥当性のある臨床判断の指針へと精選していく必要がある。また，移乗時「見守り解除」の臨床判断に苦慮する状況下での意思決定の実際とその結果を分析し，的確な「見守り解除」に導く方略を検討していくことも重要と考える。

Ⅵ．結　　論

1．回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子間の移乗において，見守りを解除し自立に移行してよいと中堅看護師が臨床判断を行う際に用いる手がかりとして，19のサブカテゴリーが抽出され，【認知能力】【移乗動作能力】【移乗に対する患者の思い】【睡眠薬の内服状況】の4カテゴリーに分類できた。

2．看護師が移乗時の見守り解除の臨床判断に迷う患者として，【見守りに強いイライラ感を呈する患者】【スタッフ間で見守り解除の意見が分かれる患者】【見守り解除により移乗以外の行動も単独で行う心配がある患者】が抽出された。その際の対応は，【迷うときは見守り続行】が原則であった。しかし，【見守りに強いイライラ感を呈する患者】では〈転倒による外傷リスクの算定〉で重大な外傷を負うリスクが少ないと判断されれば，【転倒を想定した見守り解除】をチーム内で意思決定する場合もあり，他の2つとは対応が異なった。

以上より，看護師は生活の場で援助を行う看護独自の視点から，移乗時「見守り解除」の臨床判断を行っていることが明らかとなった。今後，これらの手がかりの洗練化や有用性の検討を進めていくことにより，的確な臨床判断へと導くアセスメントの視点として活用できる可能性が示唆された。

謝　　辞

本研究を進めるにあたり，ご協力いただきました3病院の看護部管理者の皆さまならびに看護スタッフの皆さまに深く感謝申し上げます。

要　　旨

本研究の目的は，回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子間の移乗において，見守りを解除し自立に移行してよいと看護師が臨床判断を行う際の手がかりを明らかにすることである。3施設の回復期リハビリテーション病棟に勤務する中堅看護師17名を対象にフォーカス・グループ・インタビューを実施し，質的帰納的に分析した。手がかりは，【認知能力】【移乗動作能力】【移乗に対する患者の思い】【睡眠薬の内服状況】の4カテゴリーに分類された。臨床判断に迷う患者は，【見守りに強いイライラ感を呈する患者】【スタッフ間で見守り解除の意

見が分かれる患者】【見守り解除により移乗以外の行動も単独で行う心配がある患者】であり，【迷うときは見守り続行】が原則であったが，【転倒を想定した見守り解除】も行われていた。看護師は，生活の場でリハビリテーションを展開する専門職として，独自の視点から臨床判断を行っていることが明らかとなった。

Abstract

This study aimed to identify clues that nurses can use to exercise clinical judgment regarding when/whether to discontinue the observation-only approach for stroke patients in recovery during bed/wheelchair transfer and allow patients to care for themselves. A qualitative and inductive approach was employed to analyze data collected through focus group interviews of 17 proficient nurses on convalescent rehabilitation wards. As a result, clues for deciding whether to cease observation during bed and wheelchair transfer were classified into 4 categories: “cognitive abilities”, “abilities to perform transfer activities”, “willingness and feelings about transfer”, and “the use of sleep medication”. These nurses had difficulties with clinical judgment in relation to patients who either “became quite frustrated about being observed”, “were likely to independently perform various activities including those other than bed/wheelchair transfer, once the observation had been discontinued”, or those for whom “nursing staff were divided over the cessation of observation”. These nurses, in principle, “continued with the observation-only approach when having difficulties with judgments”, but they also “discontinued the observation-only approach while assuming the occurrence of falls”. The findings revealed that nurses exercised clinical judgment from a unique standpoint as a professional providing rehabilitation care and services for real-life situations.

文　献

Benner, P.（1986）／井部俊子 監訳（2005）．ベナー看護論 新訳版 ― 初心者から達人へ．pp.23-26, 東京：医学書院．

Corcoran, S.A.（1990）．看護におけるClinical Judgmentの基本概念．看護研究，23, 351-359.

Holloway, I. and Wheeler, S.（2002）／野口美和子 監訳（2006）．ナースのための質的研究入門 ― 研究方法から論文作成まで（第2版）．東京：医学書院．

百田武司，坂田桃子，作田裕美，高田直子，新井　龍（2006）．脳卒中患者の回復過程における危険行動．日本脳神経看護研究学会誌，29(1)，85-88.

加藤真由美，泉キヨ子，平松知子（2008）．施設高齢者の捉える転倒・転落につながるハザード．日本看護管理学会誌，11(2)，47-58.

川村治子（2006）．2群ステップで考えよう 転倒・転落事故防止 ― 1,500事例の分析から．*Nursing Today*, 21(10)，18-19.

工藤しずか，下野　心，中村令子（2008）．転倒予防プログラム実施前後の看護師の意識変化．第39回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），358-360.

牧野真弓，泉キヨ子，平松知子（2010）．転倒に至る障害たしかめ体験を行った片麻痺患者の思考プロセス．金沢大学つるま保健学会誌，34(1)，59-67.

松本亜矢，菅原さとみ（2007）．THA術後患者の車椅子移動場面において自立可能と判断する際の看護師の意識調査．*Hip Joint*, 33, 7-10.

三宅直之，柳原幸治（1999）．脳卒中片麻痺患者の移乗動作の研究 ― 予備的研究．総合リハビリテーション，27(12)，1155-1158.

宮田昌司（1995）．右半球症状がTransferの自立に及ぼす影響について．理学療法科学，10(4)，179-183.

Nakagawa, Y., Sannomiya, K., Kinoshita, M., Shiomi, T., Okada, K., Yokoyama, H., Sawaguti,. Y., Minamoto, K., Ohmori, S., Watanabe, S., Harada, K., and Ueda, A.（2008）．Development of an assessment sheet for fall prediction in stroke inpatients in convalescent rehabilitation wards in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(3), 138-147.

中川洋一，上田　厚，渡邊　進（2007）．回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者のための転倒予測アセスメントシートの開発．全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会機関紙，6, 36-41.

成田友子，横山真由美（2010）．転倒数減少の要因を探る ― インシデント・アクシデント・クレーム報告の結果分析．第41回日本看護学会論文集（看護管理），270-273.

大平昌子，須藤三千代，下道寿恵，青山佳世子，中筋光子，広瀬令子，和島早苗（2001）．脳血管障害患者の移乗自立に関するFIM得点からの検討 ― 排泄自立支援と転倒事故予防のために．第32日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），206-208.

岡本五十雄，菅沼宏之，鎌倉嘉一郎，十生晃丈（2000）．脳卒中と睡眠薬．北海道勤労者医療協会雑誌，27, 19-22.

酒井郁子（2005）．援助の前提「私」を理解する ― 看護師となる「私」．酒井郁子（編）：超リハ学．pp.31-43, 東京：文光堂．

酒井郁子，湯浅美千代，島田広美，末永由理，遠藤淑美，綿貫成明，杉田由加里，山本雅子，染谷さち代，広瀬穂積，吉本照子，周　宇彤（2010）．脳卒中患者の自我発達を促進する看護援助理論を用いた看護師学習プログラムの開発と評価．文化看護学会誌，2(1)，27-39.

坂本　望，宮本裕子，崎本　充，森尾卓哉．山根直哉，平岡昌樹，安永彰子，茶川冶樹，飛松好子（2007）．当院の回復期リハビリテーション病棟における転倒患者のADL改善度．理学療法 ― 臨床・研究・教育，14, 16-20.

佐藤　武，佐藤和典，佐藤　暁（2010）．回復期リハビリテーション病棟における睡眠薬減量の取り組み．日本老年医学雑誌，47(5)，440-444.

高山成子（1997）．脳疾患患者の障害認識受容過程の研究 ― グランデッド・セオリー・アプローチを用いて．日本看護科学学会誌，17(1)，1-7.

武井圭一，杉本　諭，桒原慶太，板子伸子，潮見泰藏（2006）．脳卒中患者の移乗動作能力に対する予測因子の検討．理学療法科学，21(4)，369-374.

鳥越和哉（2009）．認知症の人を支える見守りを考える．認知症ケア事例ジャーナル，2(1)，17-21.

津本真美，西本加奈，山田麻和，小河原格也，友利幸之介，福江まさ江，瀬戸牧子，辻畑光宏（2002）．当院回復期リハビリテーション病棟入院患者における退院時のADL格差について．長崎理学療法，3, 40-45.

梅津博道（2010）．回復期リハビリテーション病棟の転倒・転落の状況．リハビリナース，3(5)，10-16.

渡邉　進，中川洋一，上田　厚，澤口由貴子，木下牧子，横山久代，塩見　努，岡田耕平，三宮克彦，岡田　茂，石川　誠（2009）．現状分析とアセスメントシートの開発 ― 脳卒中を中心に．臨牀看護，35(3)，313-323.

Webb, C. and Kevern, J. (2001). Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 798-805.

吉田美香，森山佳代，倉本勇太，本山美奈（2009）．車椅子・歩行器移動の見守りから自立への判断基準の統一 ― 車椅子・歩行器移動自立チェックリストの活用．第40回日本看護学会論文集（老年看護），60-62.

吉村　晋，吉本好延，浜岡克伺，明崎禎輝，中田裕士，香川宗祐，西村由佳（2007）．高次脳機能障害を合併した脳血管障害患者の転倒に関する研究．高知県理学療法，14，57-62.

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会，国立保健医療科学院施設科学部（2008）．回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書2008年度版．pp.27-31，東京：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会．

平成24年７月26日受　　付
平成25年３月７日採用決定

－研究報告－

進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討

An Examination of the Pain Experienced by Family Members of Advanced Cancer Patients

瀬山留加[1)]　武居明美[2)]　神田清子[2)]
Ruka Seyama　Akemi Takei　Kiyoko Kanda

キーワード：家族，苦しみ，がん患者，進行がん
Key Words：family members, pain, cancer patients, advanced cancer

緒　言

がん患者の家族は，患者に寄り添う療養過程のなかでさまざまな問題を抱えている。そのため，家族は第二の患者としてとらえられ，適切な支援提供の重要性が唱えられてきた（Clark & Stovall, 1996）。わが国においても治療期や終末期ごとに家族の体験が明らかにされており，がん患者の家族は困難な状況に苦しみを感じながらも，さまざまな対処方略により，成長や体験の意味づけといったプロセスをたどることが示されている（北野，2005；森本・井上，2006；篠塚・稲垣，2007）。

このような研究結果や家族ストレス対処理論の諸説から，がん患者の家族支援の焦点は「苦しみの軽減」と「対処方略の獲得」に大別することができる。とりわけ前者は，病名告知の衝撃に対しても必要となるため，看護師ががん患者の家族に対して最初に提供する支援である。また，その他の悪い知らせや患者の負の身体的・心理的変化によって生じる家族の揺らぎの場面においても，苦しみからの脱却が成長へとつながるため，その局面を支持することが重要になってくる。とくに進行がん患者の家族は，家族成員自身が身体感覚をもたないぶん，患者以上に不確実性を伴う生活のなかで苦しみを抱えながら過ごしていることが明らかにされている（Borneman et al., 2003）。また，全前立腺がん患者の家族を対象とした調査研究においても，最も多くの苦しみを抱えていた家族は確立された治療法のないホルモン耐性前立腺がん患者の家族であることが明らかにされている（Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe, & Neville, 2010）。研究者らが先行研究として行ったがん患者の家族の苦悩の概念分析（Seyama & Kanda, 2008）においても，前提として明らかになった要件は“患者の苦痛を認識する”“解決の見通しが立たない状況におかれる”であり，進行がん患者の家族はこのような境遇に陥りやすい。実際に，この問題を解決するための対話技術やリラクセーションなどを主とする支援の構築が進められている（McMillan & Small, 2007; McMillan et al., 2006）。しかしながら，支援者に必要な基本要素は，Wright（1996/2005）らが指摘するように家族が抱えるさまざまな苦しみを認知し，深い考察を促す能力であり，それを養うためには苦しみの本質を理解することが重要であると考える。

そこで本研究では，進行がん患者における家族の苦しみの本質を明らかにし，必要な看護支援の検討を行うこととした。

Ⅰ．研究目的

進行がん患者の家族の苦しみを明らかにし，必要な看護支援の検討を行う。

Ⅱ．言葉の定義

①苦しみ：患者が進行がんを患ったことで感じる不快な精神的つらさ（喪失感，罪悪感，無力感，無感覚，葛藤）や将来の不確実性に伴うつらさ。

②家族：血縁関係にかかわらず，診断前から患者との情緒的つながりをもち，入院生活を含めた療養生活の主介護者となる者。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

因子を探索する質的記述研究である。

2．研究参加者

進行がん患者の家族のうち，下記の条件を満たし，重篤

1）東京慈恵会医科大学医学部看護学科　The Jikei University School of Nursing
2）群馬大学大学院保健学研究科応用看護学分野　Department of Nursing, Gunma University Graduate School of Health Sciences

な健康問題がなく，言語的コミュニケーションが可能であり，本研究への参加の同意が得られた者とした。

①進行がんと診断されてから，少なくとも１か月以上経過し，重篤な副作用等の苦痛症状の出現や身体機能の低下がない，比較的病態の安定している進行がん患者の家族。

②医師より標準治療や期待される効果，統計学的な生存率の説明を受けている家族。

③患者とのコミュニケーションにおいて変化のない家族。

３．調査期間

2006年11月～2008年３月。

４．データ収集方法

本研究におけるデータ収集には半構成的面接を用いた。作成したインタビューガイドに基づき，「現在抱えているありのままの思い」「患者ががんと診断されてからつらいと感じた体験」「患者とともに生きるこれからに対して抱えている思い」などの３つの視点から語りを得た。面接回数は２回とし，患者が初回治療入院中と外来治療中とに分けることで，療養環境や時間による苦しみの変化にも留意した。なお，２回目の面接は，患者にさらなるがんの転移や増悪が生じる前のタイミングを設定した。語られた内容は同意を得てICレコーダに録音し，面接中に研究者が視覚的に得た情報はフィールドノーツに記述した。

５．分析方法

本研究では，患者の家族の苦しみという極めて主観的な内容を可視化することを目的とするため，表面的なもののみならず，語られたデータに包含された意味をも解釈する必要がある。そこで，データをもとにそれらが組み込まれた文脈に関して再現可能で妥当な推論を行うことでメッセージの象徴的な意味を探ることを特徴とするKrippendorff（1980/2006）の内容分析の手法を参考に質的帰納的分析を行った。手順は以下のとおりである。

①録音された語りから逐語録を作成，熟読し，苦しみに関する文脈を抽出した後，文脈上の言語表現が意味することについて，一般論やフィールドノーツの内容を考慮しながら妥当な推論を加え，解釈の結果を１つの意味内容ごとに文脈を分割して“記録単位”とした。

②各記録単位の文脈に留意しながら類似性に従いまとめ，意味内容を凝縮し，「文脈的表象」を抽出した。

③各文脈的表象が示す鍵となる意味を類似性に従いまとめ，それぞれの特徴を〈説明概念〉として類型化した。

④各説明概念が包含する内容を熟慮しながら類似性に従いまとめ，【概念】として導き出すことで，進行がん患者の家族が抱える苦しみを説明できるものとした。

６．真実性・妥当性の確保

真実性・妥当性を確保するため，分析方法を注意深く吟味し，複数の対象者から同一の意味をもつ記録単位が存在することを確認した。また，すべての研究過程においてがん看護分野の質的研究者によるスーパーバイズを得た。

７．倫理的配慮

研究実施に際し，データ収集施設の倫理委員会の審査を受け，承認を得た。研究参加者に対しては，文書および口頭にて本研究の目的，方法，プライバシーの保護等について説明を行い，書面にて参加の同意を得た。研究プロセスのすべての過程において倫理規範に基づき行動した。医療者のサポートの求めや必要性があった場合には適切な対応がはかれるよう，共同研究者である医師や看護師との連絡を密に行った。なお，本研究における面接の時期は，倫理的配慮として，明らかに患者の心身に変調をきたす時期（告知に伴う心理的苦痛や初期治療の合併症や急性の副作用が生じる時期）を終えた後とした。この判断は，これまでの研究結果（患者の家族の苦しみは，診断後に時間経過とともに減少するという報告（Hoskins, 1995），むしろさまざまな要因によって増加するとの報告（Given & Given, 1992），を参考にしたうえで研究者らが討議を行い，結果には大きく影響しないと判断し，設定した。

Ⅳ．結　　果

１．研究参加者の概要

研究参加者は23名（平均年齢50.8歳，標準偏差17.1歳）で，神経膠芽腫患者の家族が11名，非小細胞肺がん患者の家族が12名であった。患者との続柄は，配偶者が９名，子が８名，親が６名であった。インタビュー時間は，１回につき平均63.3分であった。なお，すべての患者が当該疾患における標準治療を受け（神経膠芽腫：初回治療は腫瘍摘出術＋全脳照射＋化学療法で，退院後は化学療法のみ。手術療法適応外のStage Ⅲ以上の非小細胞肺がん：初回治療は化学療法併用放射線療法で，退院後は化学療法のみ），１か月程度の入院期間を経て，２～３週ごとの外来通院を行っていた。

２．進行がん患者の家族が抱える苦しみの概念

苦しみを表す記録単位は317で，それらから43の文脈的表象，12の説明概念，４の概念が導き出された（**表１**）。

表１　進行がん患者の家族が抱える苦しみの概念

概　　念	説　明　概　念
患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ	患者が治らないがんに蝕まれていることへの衝撃的な苦悶
	患者を救う治療がないことへの絶望
迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ	患者に残された命の短さに対する絶望
	いつ襲われるかもわからない患者の死への戦慄
	患者との死別後の生活を想うことで生じる深い空虚感
	残り少ない人生を過ごしている患者を想うことで生じる悲哀
	余命いくばくもない患者のキーパーソンであるがゆえに抱える苦渋のジレンマ
太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ	がんであるがゆえに消えることのない患者の苦痛への苦悶
	余命いくばくもない健気な患者に何もできない自分への無力感
家族・社会システム内の不調和に伴う苦しみ	主介護者としての家族内役割以外で翻弄されるがゆえに生じるつらさ
	周囲の人々の無情の対応から受けるつらさ
	つらい現実を容認してくれない社会への絶望

以下に，概念ごとの説明を述べる。なお，文中の【　】は概念，〈　〉は説明概念，「　」は文脈的表象，“　”は記録単位を示すものとする。

a．【患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ】

この概念は，〈患者が治らないがんに蝕まれていることへの衝撃的な苦悶〉〈患者を救う治療がないことへの絶望〉の２つの説明概念から形成されていた。

〈患者が治らないがんに蝕まれていることへの衝撃的な苦悶〉は，“進行がんだと説明された後の話は覚えていません。家に帰っても眠れずに，他に治療法がないかとか，探す気持ちにもなれないほど，塞ぎ込みました”などからなる「患者が治らないがんを患ったことを現実的に受け入れられず，眠れなくなるほど激しく悲しむ」や「患者が治らないがんを患ったことを知り，人の話も耳に入らないほどひどく憂鬱になる」「治らないがんであることを知り，患者がこのまま生き永らえることはとても厳しい状況にあると考え込むことで，眠れなくなるほどの喪失感を覚える」「救いようのないがんであるにもかかわらず，目の前の患者は苦痛を訴えることなく生活できているため，悩ましい現実とのギャップを誰にも話せずに思い悩む」「患者が治らないがんであることは，身近な存在であった自分が早期に受診させられなかったことに原因があると感じ，自己否定と自責の念の気持ちに支配される」「健康に気を配って生きてきた患者を想起し，治らないがんに侵された現実を涙ながらに悲しむ」の６つの文脈的表象から抽出された。これらは，がんの診断にとどまらず，患者が予後不良の状態あることを知らされることで，家族は生理的反応を呈するほどに悶え苦しことを示していた。

〈患者を救う治療がないことへの絶望〉は，“手術だけでは駄目です，でも，他の治療も延命効果しかありませんって言われて，何の希望ももてず，涙が止まりませんでした”などからなる「患者が手術では取りきれないがんに侵された現実に強い喪失感を覚える」や「患者のがんを治す治療がないことを知り，死から免れることはできないと考えることで強い喪失感を覚える」「患者のがんを治す治療がないことを知り，自分が何をしたらよいのかわからずにひどく憂鬱になる」「患者のがんを治す治療はないと言われ，社会から見放されたような感覚に襲われひどく孤独を感じる」の４つの文脈的表象から抽出された。これらは，患者を救って欲しいと願う気持ちが治せる治療は全くない状況によって絶たれることで生じる苦しみを示していた。

b．【迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ】

この概念は，〈患者に残された命の短さに対する絶望〉〈いつ襲われるかもわからない患者の死への戦慄〉〈患者との死別後の生活を想うことで生じる深い空虚感〉〈残り少ない人生を過ごしている患者を想うことで生じる悲哀〉〈余命いくばくもない患者のキーパーソンであるがゆえに抱える苦渋のジレンマ〉の５つの説明概念から形成されていた。

〈患者に残された命の短さに対する絶望〉は，“まだまだ長生きして欲しかったのに，先の短い母を想うと涙が自然に流れるようになった。運転中にぼーっとしたり，自分は危ないなって感じることがあります”などからなる「患者が余命いくばくもない状況にあることを知り，何も手につかず，何も考えられなくなるほど憂鬱になる」や「患者が余命いくばくもない状況にあることを知り，眠れなくなるほど悲しみに暮れる」「患者が余命いくばくもない状況にあることを知り，他者と交流することが困難になるほど悲しみに暮れる」「患者が余命いくばくもない状況にあることを知り，いままでなら感動できたことにも心が反応しなくなるほど憂鬱になる」「患者が余命いくばくもない状況にあることを知り，自分の日常生活に支障をきたすほど気持ちがひどく不安定になる」「患者が余命いくばくもない

状況にあることを知り，傍にいなければ気が変になるほど追い込まれた気持ちになる」「患者が余命いくばくもない状況にあることを知り，常に死への不安や恐怖を考えることで，快の気持ちが芽生えなくなるほど荒む」「患者が余命いくばくもない状況にあることを知らされても，あまりの厳しい現実から他人事のように感じてしまうほど虚しい気持ちに苛まれる」の８つの文脈的表象から抽出された。これらは，長生きして欲しいと願う気持ちが患者に残された時間の短さを知ることで，長生きして欲しいと願う気持ちが絶たれたために生じる苦しみを示していた。

〈いつ襲われるかもわからない患者の死への戦慄〉は，“最初のころは，病院から急に連絡があって，到着したら息子の顔に白い布がかかっているという夢をよく見たりして，ノイローゼの様でした”などからなる「患者との永遠の別れを常に想うことで，死に脅えながら過ごす」や「患者の生が続くことのよりどころとなっている抗がん剤治療さえ，いつかは受けられなくなる日が訪れることを想い，ひどく脅える」「患者が苦しみながら死を迎えるかもしれないと常に脅え，日々重苦しい気持ちを抱える」「同病者の死に直面することで，患者も余命いくばくもない状況にあると痛感し，死に脅える」の４つの文脈的表象から抽出された。これらは，恐怖と緊張を伴いながら患者の死と隣り合わせで身震いするような状況に起因する苦しみを示していた。

〈患者との死別後の生活を想起することで生じる深い空虚感〉は，“外来通院になってからいっしょの時間は増えたけど，主人がいなくなった後のことを考えてしまうことはもちろんあるし，何とも言えない気持ちになりますよ”などからなる「患者が亡くなってしまった後の生活を考えざるを得ない状況にひどく虚しさを感じる」や「患者が亡くなってしまった後の世界を想うとひどい孤独感に襲われ，不安定な気持ちになる」「自然の摂理に従って，ただ漠然と自分のほうが患者よりも先に亡くなると思っていたために，このままがんが進行し，いずれは自分一人が取り残される日が来ることをひどく嘆く」の３つの文脈的表象から抽出された。これらは，患者との死別後に訪れるただ一人の人生を無意味に思うことに起因する苦しみを示していた。

〈残り少ない人生を過ごしている患者を想うことで生じる悲哀〉は，“所帯をもった大人だって言っても，親より先に死ぬなんてね。もっとやりたいことがあったはずだからね。それを想うとつらいですよ”などからなる「患者の夢やこれまでの人生を振り返ると，このまま治らずに亡くなってしまうことに後悔や心残りがあるのではないかと想い憂う」や「救いようのないがんであるにもかかわらず，患者が未来の夢や希望を語る様子をみることで，叶えられることなく亡くなる運命にあることを痛々しく想い，ひどく悲しい気持ちになる」の２つの文脈的表象から抽出された。これらは，志半ばで人生を終えてしまう患者へ慈悲に起因する苦しみを示していた。

〈余命いくばくもない患者のキーパーソンであるがゆえに抱える苦渋のジレンマ〉は，“先が長くないなら教えて欲しいと母に言われたことがいちばんの悩みです。元気なころから言っていたので本心だろうけど，余計につらい思いをさせることが，どうしてもできなくて。いまもまだ決められません”などからなる「余命いくばくもない状況にあることを患者に伝えるべきか否かについて激しく葛藤する」や「患者が余命いくばくもない状況にあることを他の家族成員に伝えるべきか否かについて深く葛藤する」の２つの文脈的表象から抽出された。これらは，患者や他の家族の自律性を大切にしたい気持ちと，残された命の短さを伝えることで受けるつらい衝撃を与えたくないと思いやる気持ちの狭間で思い悩むことに起因する苦しみを示していた。

c．【太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ】

この概念は，〈がんであるがゆえに消えることのない患者の苦痛への苦悶〉〈余命いくばくもない健気な患者に対して何もできない自分への無力感〉の２つの説明概念から形成されていた。

〈がんであるがゆえに消えることのない患者の苦痛への苦悶〉は，“元気そうだけどやせちゃってね。がんだから仕方ないけど，そんな妻を見るだけでもつらくて涙が出てくるときがある”などからなる「がんを患うことで人が変わったように弱弱しく見える患者を涙ながらに憂う」や「身体的苦痛を抱える患者を常に目の当たりにすることで，胸が締め付けられるほどつらくなる」「がんの進行に脅える患者を常に目の当たりにすることで，その恐怖を思うと自分も眠れないほど辛くなる」の３つの文脈的表象から抽出された。これらは，患者のさまざまな苦痛の認知をすることで，生理的反応を呈するほどに悶え苦しむことを示していた。

〈余命いくばくもない健気な患者に対して何もできない自分への無力感〉は，“あんなにやせちゃったのに，治療をがんばるっていつも話すんですよ。僕は何もしてあげられなくて，僕のほうが弱くて，本当に情けなくなる”などからなる「救いようのないがんと向き合う患者と比較して，いつまでも何もできない自分にひどく嘆く」や「救いようのないがんと向き合う患者に何かをしたいが，何をしたらよいかも分からずに自分への苛立ちを覚える」「患者の希望を知りながらも，それを叶えてあげられない自分をひどく情けない存在に思う」の３つの文脈的表象から抽出

された。これらは，残された時間を生きる患者に何かしてあげたい，しなければならないと感じながらも満足にできることがない不甲斐ない自己との対峙に起因する苦しみを示していた。

d．【家族・社会システム内の不調和に伴う苦しみ】

この概念は，〈主介護者としての役割以外で翻弄されるがゆえに生じるつらさ〉〈周囲の人々の無情の対応から受けるつらさ〉〈つらい現実を容認してくれない社会への絶望〉の3つの説明概念から形成されていた。

〈主介護者としての家族内役割以外で翻弄されるがゆえに生じるつらさ〉は，“息子がこうなってから，もう母親のほうがまいっちゃって。娘の介護も普通の家事も，全然できないときもあった。だから俺だって，身体も気持ちもまいっちゃうさ”などからなる「絶望的な患者の状況にひどく悲しむ他の家族成員を支えることに重苦しい疲労を感じる」や「残り少ない患者の人生を支える姿勢が他の家族成員と合わずに葛藤を覚える」「つらいライフイベントが他の家族成員にも生じることで，役割や負担が増え，身体的にも精神的にもひどくまいる」「残り少ない患者の人生をどのように支えるかを考えなければならないが，家族内役割に疲弊し，満足にできないことで心苦しくなる」の4つの文脈的表象から抽出された。これらは，患者以外の家族との関係性や役割に起因する苦しみを示していた。

〈周囲の人々の無情の対応から受けるつらさ〉は，“がんだって治るって励まされると，詳しく話しているわけじゃないから仕方ないけど頭にくる。結局，当事者じゃないとわからないよ。普通のがんじゃないんだから”などからなる「患者が救われることのない悲しい現実に対して，謂われない励ましを受けることで苛立ちを覚え，孤独感さえも抱く」や「患者ががんを患うことで表面的な憐れみを周囲から受けることに深く悲しむ」の2つの文脈的表象から抽出された。これらは，現実とそぐわない他者からの声を聞かされることで，改めて辛い状況に立たされている自己と対峙することに起因する苦しみを示していた。

〈つらい現実を容認してはくれない社会への絶望〉は，“抗がん剤を飲んでいるだけなのに，デイサービスを断られ，母は泣いていましたよ。いままでどおりの生活をさせてあげたかったので，私も本当にショックでした。ひどいですよ”などからなる「救いようのないがんであっても，いままでどおりの生活を患者に過ごしてほしいと思うが，社会の受け入れの悪さに失望する」や「いつ亡くなってしまうかもわからない患者の病態が理解されず，希望する公的サービスを得られないことで孤独感や無能力感に苛まれる」の2つの文脈的表象から抽出された。これらは，希望するサポートが社会から得られない状況に起因する苦しみを示していた。

V．考　察

進行がん患者の家族が抱える苦しみは，【患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ】【迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ】【太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ】【家族・社会システム内の不調和に伴う苦しみ】からなることが明らかとなった。これらの苦しみを看護への有用な手がかりにするために，前提となる要素から解釈し，構造化すると図1のようになり，「患者のがんは治らない」「患者の死が差し迫っている」といった受け入れ難い現実を意識することで生じる苦しみ，患者の傍に在るが故に生じる苦しみ，がん患者とともに生きる環境から受ける苦しみの3つに分類できると考えられた。そこで，分類ごとの考察，および看護への示唆を述べる。

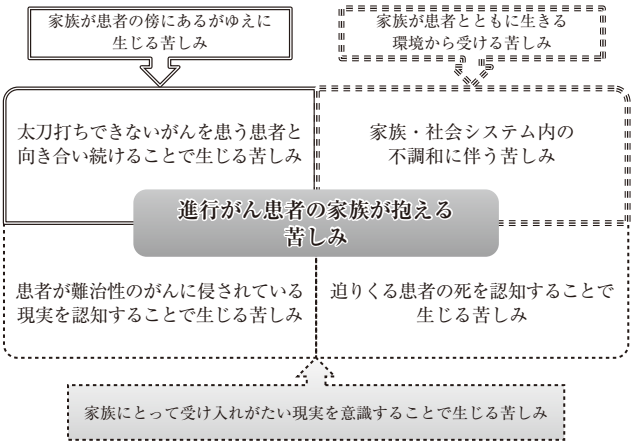


図1　進行がん患者の家族が抱える苦しみの分類

1．受け入れがたい現実を意識することで生じる苦しみ

【患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ】は，「患者が治らない」と「患者を治す治療がない」という類似の現実により構成されていた。しかし，家族が苦しみの前提となる本質を「患者の身体」と「がん医療」というそれぞれ異なる場に外在化していることに注目すると，問題解決のために視点や解釈を変えるといった対処が困難な状況にあるととらえられる。なぜなら，苦しみを緩和するためには好転されない客観的状況を受け入れたうえで主観的な想いを変えていく必要があるが（村田，2012），【迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ】も含めて，進行がん患者の家族は受け入れ難い状況が複数あるため，自身の想いを変えるという方向へ進むことが容易でないと考えられる。また，想いの変化については，記録単位や文脈的表象から解釈すると，患者に生きていて欲しいという希望を変化，あるいは新たな希望を見出すことに相当する。Robinson（2012）が，患者の家族

が最も強く願うことはたとえ進行がんであっても治癒である，と論じているように，根本的な想いの変化は生じ難いと推察される。したがって，進行がん患者の家族の苦しみは，その構造の基盤が強固であるがゆえに，家族は常に苦しみを引きずりながら生活をしている可能性があると示唆された。

2．患者の傍にあるがゆえに生じる苦しみ

がん患者の家族が抱える無力感や不全感は拭い去れない患者の苦痛に起因するため，終末期，あるいは在宅療養において支援すべき心理として注目されてきた（横田・秋元，2008）。本研究においても，【太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ】の説明概念で類似の心理が示された。Young & Hayes（2001/2008）が論じている自己効力感の欠如といえるこのような状況は，社会的関係性のなかで自身の居場所をコントロールできなくなることに一因がある。乳がん患者の家族の自己効力感と苦しみは負の相関があることが明らかにされているが（Northouse et al.，2002），本研究の参加者らは診断前から患者との情緒的つながりをもち，入院生活を含めた療養生活の主介護者であるため，まさに患者との物理的・情緒的距離を調整し難い状況にあった。

さらに，〈余命いくばくもない健気な患者に何もできない自分への無力感〉に示されるように，患者の苦痛が顕著となる以前から，寄り添えば寄り添うほどに苦しみから解放されることなく療養生活を過ごしていると推察された。Tangが，家族は患者のQOLを実際以上に低くとらえる傾向がある（2006）と明らかにしていることからも，がんとともに生きようと患者が前向きな姿勢をみせても，よりよい状況を目標として自身の役割について思い悩むと考えられた。しかしながら，具体的な行動がとれず，不甲斐ないと自身を評価することで，苦しみを抱えるようになっていた。

3．がん患者とともに生きる環境から受ける苦しみ

家族は家族内部のみならず，コミュニティなどの外部の環境からも影響を受けている。本研究においても，家族内のサブシステムと表される環境から生じた苦しみとして〈主介護者としての家族内役割以外にも翻弄されてしまうゆえに生じるつらさ〉が，周囲の人や社会の環境から生じた苦しみとして〈周囲の人々の無情の対応から受けるつらさ〉〈つらい現実を容認してくれない社会への絶望〉が明らかとなっている。文脈的表象から推察すると，前者は個々の家族が有する情緒関係や権威構造などに起因すると考えられた。また後者は，先述の【患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ】に苛まれている家族，あるいはわずかな希望を見出すことができた家族に対して，それらの本質にそぐわないメッセージが伝わってしまった際に生じていた。社会生活上，このようなずれは多々生じるが，家族成員の１人ががんに罹患したことで，医療者とのかかわりや情報収集に伴う活動などによる外部環境との境界の透過性がこれまで以上に増した結果，過敏な状態にあるがゆえの苦しみであると推察された。いずれの場合も，苦しみの起源は患者のおかれている厳しい現実のなかにあるのではなく，その他の家族成員同士，社会の間に存在していた。

4．看護への示唆

進行がん患者の家族は，患者がおかれている厳しい現実を知らされてから，絶え間ない苦しみとともに生きていた。それらは，時間の経過のなかで度合いの変化は生じても，まったく抱えずに過ごすことはできない状況にあった。つまり，認知的対処では処理しきれない問題を抱えることになり，苦しみを真に鎮めるためには，幾久しいときを必要とする可能性がある。ある時期に何らかの支援によって即座に結果が出ると予測できる事象ではない。しかしながら，苦しみからまったく逃れられずに，病的な抑うつや否定的な思考に囚われることがないよう，家族に寄り添うことが提供すべき支援の一つであると考える。実際にMcLeod & Wright（2008）は，家族を癒す方略として，いかなる苦しみも認め，それらを具体的に想像しながら傾聴を行うことの効果を明らかにしている。本研究で可視化された進行がん患者の家族の苦しみは，まさにそのようなかかわりをする際の意図的な対話の目安となり得ると考えられた。たとえば，オープンクエスチョンからさらに苦しみの表現を促し，引き出すきっかけとなる言葉を投げかけることは重要であるが，本研究結果をもとに家族が抱え得る苦しみの例を示すことで，そのようなかかわりが可能になる。また，明らかな苦痛が生じていなくても，患者の傍にあるがゆえに生じる苦しみや透過性の高まりゆえにがん患者とともに生きる環境から受ける苦しみについても想像できれば，家族が抱える苦しみを理解するために面談の機会を増やすなどのかかわりが提供できるようになる。家族の想いや意思を具現化するこのような支援は，家族とのパートナーシップが形成される際の必須の過程であることから（野嶋，2006），意図的なコミュニケーションが実施されれば，家族とのパートナーシップの形成時期を逃すこともないと推察された。さらに，環境から受ける苦しみについても診断初期から意識し，家族内のサブシステム等のメンバーを把握し，主介護者との関係性やコミュニケーションスタイルをアセスメントしながら看護の対象となる範囲を広げ，包括的な家族看護を提供する必要があると考える。

核家族化が進む現代において，家族の縮小化・家族機能

の弱体化・地縁や血縁関係の希薄化などの問題は常に存在している。進行がん患者の家族が，苦しみを苦しむことなく表出できる環境となり続けられるよう，その本質を理解し，想像しながら傾聴することが重要であると示唆された。

結　論

1．進行がん患者の家族が抱える苦しみは，【患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ】【迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ】【太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ】【家族・社会システム内の不調和に伴う苦しみ】からなることが明らかとなった。

2．「患者のがんは治らない」「患者の死が差し迫っている」といった受け入れ難い現実を意識することで生じる苦しみ，患者の傍にあるがゆえに生じる苦しみ，がん患者とともに生きる環境から受ける苦しみの3つに大別されると考えられた。

3．進行がん患者の家族が，苦しみを苦しみことなく表出できる環境となり続けられるよう，その本質を理解し，想像しながら傾聴することが重要であると示唆された。

研究の限界と今後の課題

進行がん患者の家族が抱える苦しみは，個々の家族機能に影響を受ける可能性があるため，今後は対象となる家族成員の役割などを統一して検討する必要がある。それらをふまえたうえで，傾聴のスキルを向上させる指標を導き出すことが今後の課題であると考える。

謝　辞

本研究にご協力頂きました対象者の皆さま，病院関係者の皆さまに心より感謝いたします。

要　旨

本研究の目的は，進行がん患者の家族が抱える苦しみを明らかにし，必要な看護支援の検討を行うことである。進行肺がんおよび悪性脳腫瘍患者の家族23名を対象として半構造的面接法によるデータ収集を行い，Krippendorffの手法を参考に質的帰納的分析を行った。その結果，進行がん患者の家族が抱える苦しみは，【患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ】【迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ】【太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ】【家族・社会システム内の不調和に伴う苦しみ】からなることが明らかとなった。進行がん患者の家族の苦しみは，受け入れがたい現実や逃れられない環境に起因するため認知的対処による処理が困難な苦痛であった。そのため，看護師は早期から家族とののパートナーシップを形成し，十分な傾聴によって苦しみを癒すことの必要性が示唆された。

Abstract

The present study aimed to clarify the pain experienced by family members of advanced cancer patients, and examine what sort of nursing support is necessary. Data were collected through semi-structured interviews with 23 family members of patients with advanced lung cancer and malignant brain tumors. The data were subjected to qualitative inductive analysis using Krippendorff's method. We found that the pain of family members of advanced cancer patients consists of "pain arising from recognizing the reality that the patient has intractable cancer," "the pain of facing the patient's impending death," "pain arising from having to continue to face a patient who is suffering from cancer they cannot fight," and "pain accompanying disharmony within the family or social system." The pain of family members of advanced cancer patients comprises suffering that is difficult to deal with by cognitive coping, as it arises from an unacceptable reality and an inescapable environment. Given the above, nurses must form partnerships with family members early on and relieve their pain by listening adequately to them.

文　献

Borneman, T., Chu, D.Z., Wagman, L., Ferrell, B., Juarez, G., McChahill, L.E., and Uman, G.（2003）. Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncol Nurs Forum*, 30(6), 997-1005.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., and Neville, A.J.（2010）. The supportive care needs of family members of men with advanced prostate cancer. *Can Oncol Nurs J*, 20(4), 166-176.

Clark, J. and Stovall, L.（1996）. Advocacy: The cornerstone of cancer survivorship, Cancer Practice, 4(5), 239-244.

Given, B. and Given, C.W.（1992）. Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *J Am Med Women's Ass*, 47, 201-206.

Hoskins, C.（1995）. Advocacy: Adjustment to breast cancer in couples. *Psychol Rep*, 77, 435-454.

北野　綾（2005）. ホスピス外来に通院するがん患者とともに生きる家族の体験の意味. 日本看護科学会誌, 25(2), 12-19.

Krippendorff, K.（1980）／三上俊治，椎野信雄，橋元良明（2006）.

メッセージ分析の技法．pp.21-39，東京：勁草書房．

McLeod DL., Wright LM.（2008）．Living the as-yet unanswered: spiritual care practices in family systems nursing, *J Fam Nurs*, 14(1), 118-141.

McMillan, S.C. and Small, B.J.（2007）．Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncol Nurs Forum*, 34(2), 313-321.

McMillan, S.C., Small, B.J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., and Haley, W.E.（2006）．Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer*, 106(1), 214-222.

村田久行（2012）．改訂増補 ケアの思想と対人援助．pp.43-60，東京：川島書店．

森本紗磨美，井上智子（2006）．手術を受けるがん患者の付き添う家族の体験と看護支援の検討．日本がん看護学会誌，20(2)，39-50.

野嶋佐由美（2006）．家族とのパートナーシップの構築と方略．家族看護，4(1)，6-13.

Northouse, L.L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., Galvin, E.,and Decker, V.（2002）．Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *J Clin Oncol*, 20(19), 4050-4064.

Robinson, C.A.（2012）．“Our best hope is a cure.” Hope in the context of advanced care planning. *Palliat Support Care*, 24, 1-8.

Seyama, R. and Kanda, K.（2008）．Suffering among the families of cancer patients; conceptual analysis. *Kita Kanto Igaku*, 58(1), 35-41.

篠塚裕子，稲垣美智子（2007）．病院で死を迎える終末期がん患者の家族の添う体験．日本看護科学会誌，27(2)，71-79.

Tang, C.T.（2006）．Concordance of quality-of-life assessments between terminal ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Cancer Nurs*, 29(1), 49-57.

横田美智子，秋元典子（2008）．在宅で終末期がん患者を介護した家族の体験．日本がん看護学会誌，2(1)，98-106.

Young, L.E. and Hayes, V.（2001）／嶋澤順子，高野順子，北山秋雄（2008）．ヘルスプロモーション実践の変革 ― 新たな看護実践に挑む．pp.458-459，東京：日本看護協会出版会．

Wright, L.M., Watson, W.L., and Bell, J.M.（1996）／杉山智子，真弓尚也，杉下和行，塩原真弓，南條裕子（2005）．ビリーフ ― 家族看護実践の新たなパラダイム．pp.51-53，東京：日本看護協会出版会．

［平成24年 7 月17日受　　付
平成25年 3 月11日採用決定］

－研究報告－

看護ケアにおける手の触れ方と動作の関連

Relationship of Nurse's Motion and Hand Pressure to Patient's Experience when Being Repositioned

加　悦　美　恵[1)]　　平　原　直　子[1)]　　野　村　志保子[2)]
Mie Kaetsu　　Naoko Hirahara　　Shihoko Nomura

キーワード：看護ケア，体位変換，手の圧力，動作解析，快適感
Key Words：nursing care, repositioning patient, hand pressure, motion analysis, patient comfort

はじめに

看護ケアにおいて看護者の手が心地よく触れるケアは，患者の不安を癒しぬくもりを与える，といわれる。看護者の触れる行為はタッチと呼ばれ，1970年代より研究が行われている[1),2)]。Estabrooks[3)]やPorter[4)]らは臨床場面を丹念に観察し，タッチのプロセスや種類を紹介した。日本では健常人を対象に，触れる部位や触れ方によって生理的・心理的変化をもたらすという報告がある[5)～8)]。また臨床では，苦痛や緊張を伴う患者や不安を訴える患者に対し，手で触れることで緊張の緩和やストレスの軽減に有効であることも検証されている[9)～12)]。さらに澤井[13)]や金澤ら[14)]は，下肢挙上時の看護者の手の使い方について圧力分布を計測し，熟練看護者は左右の手を同じように使う傾向にあり，さらに，手のみならず身体全体からみた姿勢やバランスが手の触れ方に関係している，と報告している。日常の看護場面では清拭や寝衣交換，オムツ交換，体位変換などのたびに看護者はその手で患者に触れている。このような看護ケアにおける看護者の心地よい手の触れ方を科学的に解析し，さらに患者の主観的な反応との関係性を検討した研究はあまり行われてこなかった。

このような現状を踏まえ，看護場面で頻繁に行われる仰臥位から側臥位への体位変換について，施行時の看護者の手の圧力と動作の関連，さらに体位変換した際の患者の主観的反応を明らかにして，看護ケアにおける心地よい手の触れ方の科学的・客観的な裏づけを検討することを目的に本研究を行った。

Ⅰ．研究方法

A．実験１：体位変換する看護者の手の圧力と動作の関連

１．対　　象

実験１の対象者は，看護者役は看護大学１，２年生の女子学生11名（18～20歳）で，看護基礎教育課程において，清拭やオムツ交換などの基本的日常生活援助の科目を履修している者とした。患者役は健康な女性１名とした。すべての対象者に研究目的や方法を説明し，同意を得たうえで実験を行った。

２．方　　法

a．実験条件

実験は，2010年６～８月に看護実習室において，室温23度，湿度65％下で行った。ベッドは病院の一般病室で使用されるパラマウント社製『KA-5000シリーズ』を使用し，マットレスは汎用性があり硬めでほどよいクッション性のある，厚さ8.0cmの『プレグラーマットレス（KE-561)』を用いた。看護者役11名の平均身長は1,567.0±38.8mm，体重50.1±4.5kg，全員右利きであった。ベッドの高さは先行研究[15)]を参考に，看護者役の身長対約45％高に毎回調節した。

看護者役の服装は，上衣にTシャツまたはポロシャツ，下衣にジャージ，靴はナースシューズを着用した。Tシャツはジャージのズボンに入れ，衣服をできるだけ体にフィットさせるよう指示した。患者役は身長1,620mm，体重58.0kgで和式寝衣を着用した。

b．体位変換の動作

通常，仰臥位から側臥位への体位変換では，まず患者を反対側の端に平行移動させ，さらに患者の両腕，両足を組んで身体を小さくまとめ，手前側へ回転させる。平行移動

１）久留米大学医学部看護学科　Kurume University School of Nursing
２）順天堂大学保健看護学部　Juntendo University School of Health Science and Nursing

させるのは，側臥位にしたときに患者の身体が端に寄りすぎて転落する危険があるからである。今回の実験では，これらの事前の動作を省略した。患者役に協力を求め，毎回，ベッド左側３分の１の同じ位置に臥床して，四肢を小さくまとめてもらった。看護者はこのような患者役の右側に立ち，手前に回転させるという体位変換の動作を１回ずつ実施した。

c．測定装置

⑴　手の圧力測定

体位変換における看護者の手の圧力測定には，面圧分布を可視化，定量化することができる圧力測定フィルム『プレスケール』（富士フィルム社製）を使用した。８種類あるフィルムから極超低圧用LLLWを選択した。このフィルムの測定可能圧力範囲は200～600kPaで，ＡとＣの２枚のフィルム全体が圧力検出センサとなる（**図１**）。Ａフィルムの発色剤がＣフィルムに吸着され，圧力の大きさに応じ赤い濃淡色が発現する仕組みである。『プレスケール』の一般的な用途は，医療関係では歯の噛み合わせ，義足の接触面の評価などである。『プレスケール』はわずかの圧力で発色するため，取り付けにあたっては発色しないよう２枚のフィルムをそれぞれカットし，体位変換直前に重ねて装着した（**図２**）。体位変換後に発色したＣフィルムは，専用スキャナ（『プレスケール圧力画像解析システムFPD-9270』）で読み取り，圧力値を得た。

今回は，手指の圧力分布の傾向を知るのに片手のみの計測とし，体位変換を実施する看護者役の右手掌に『プレスケール』を装着した。これにより，人の体重のうち44％を占める腰臀部を支えて手前に回転させたときの看護者の利き手にかかる圧力を数値化することができると考えた。右手全体にかかる圧力，第１～５の各指にかかる圧力，手掌にかかる圧力を数値化した。さらに，指関節ごとの圧力値として，末節骨付近すなわち指の先端部分（以下，指先という），中節骨付近すなわち指の中央部分（以下，指央という），基節骨付近すなわち指の付け根部分（以下，指根という）のそれぞれにかかる圧力値も得た。なお，『プレスケール』上では指関節を明確に判断できないため，便宜上，第１指以外は各指長を1/3ずつ区切って指先，指央，指根とし，第１指は1/2に区切って指先，指根とした（**図３**）。測定値はいずれも目的の面圧について平均圧力を算出した。

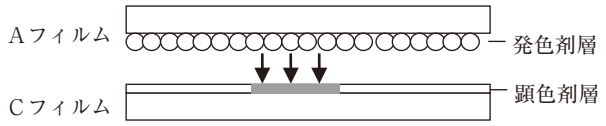


図１　『プレスケール』の構造

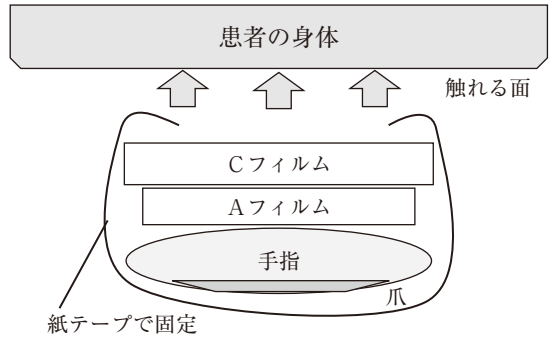


図２　『プレスケール』の取り付け

⑵　動作解析

体位変換の動作分析には，映像から距離，角度などの数値データを計測して画面上に表示できる『ダートフィッシュ・ソフトウェア』（DARTFISH社製）を用いた。方法は，体位変換する看護者をビデオカメラ（SONYデジタルビデオカメラレコーダー『DCR-PC300』）で右側面から固定撮影し，撮影した動画データを『ダートフィッシュ』で２次元的に分析した。看護者の体幹屈曲角度（θa），肘屈曲角度（θb），ならびに重心の変化として鉛直方向の動きの割合を計測した（**図４**）。体幹屈曲角度（θa）は，看護

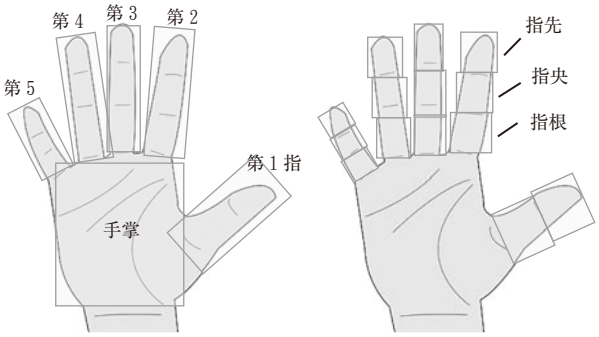


図３　手の圧力測定箇所

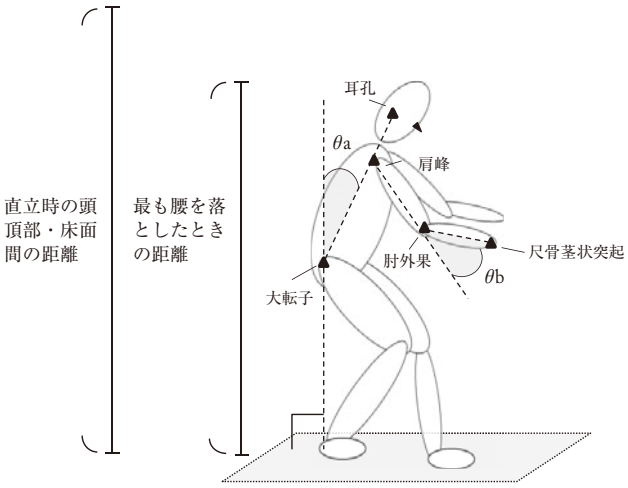


図４　動作計測箇所

θa：体幹屈曲角度（体幹を最も屈曲したとき）
θb：肘屈曲角度（肘を最も屈曲したとき）
ｃ：鉛直方向に動いた割合（直立時に対し，腰を最も落としたときの頭頂部から床面までの距離割合）

者役の体幹が最も前屈したときの，床・大転子を結ぶ垂線の延長線と大転子・耳孔を結ぶ線がつくる角度とした。すなわち，静止立位時は体幹屈曲角度は0度であり，前屈するにつれ角度が大きくなることを表す。肘屈曲角度（θb）は，看護者役が肘を最も屈曲させたときの，肩峰・肘外果を結ぶ延長線と肘外果・尺骨茎状突起を結ぶ線がつくる角度とした。すなわち，肘伸展時は屈曲角度は0度であり，屈曲に応じ角度が大きくなることを表している。鉛直方向の動きの割合は，直立時に対し看護者役が最も腰を落としたときの頭頂部から床面までの距離を，直立時を100として換算した。

3．分析方法

a．手指の圧力分布の傾向

手の圧力測定値は，第1～5指間の比較，指先，指央，指根間の比較ならびに各手掌との比較を行った。統計的手法には一元配置分散分析を用い，有意性が認められた場合はTukey法で水準間の差を検定した。

b．手の触れ方と動作の関連

手の圧力値と動作計測値の関連を見るのには，ピアソンの積率相関係数を用いた。有意水準はいずれもp値を.05未満とした。

さらに，計測した指先，指央，指根の圧力分布から3つのパターンに分類し，看護者の手の触れ方と動作の関連を分析した。触れ方のパターンの1つは，指先の圧力値が指央，指根の圧力値より高かったものである。2つ目は，指央または指根の圧力値が最も高かったパターンである。3つ目は，指先，指央，指根のいずれの圧力値も全体平均値に満たなかったパターンである。これら3つのパターンごとに，看護者の体幹屈曲角度（θa），肘屈曲角度（θb），鉛直方向の動きの割合の平均値を算出し，単純比較した。

B．実験2：体位変換を受ける患者役の主観的反応

1．対　　象

実験1の被験者となった看護者役のうち，指の付け根付近でケアしていた看護者役2名（以下，指根ケアと表し，対象者はa，bと表す）と，指先でケアしていた看護者役2名（以下，指先ケアと表し，対象者はc，dと表す）が，再度，体位変換を実施した。看護者役の身長と体重は，aは1,530.0mm，48.0kg，bは1,510.0mm，45.0kg，cは1,550.0mm，49.0kg，dは1,600.0mm，48.0kgであった。体位変換を受ける患者役は，健康な女子大学生10名（19～22歳）で，平均身長1,588.0±34.6mm，体重52.2±4.4kgであった。

2．方　　法

a．実験条件

実験1の条件に加え，実験2では患者役はアイマスクを着用して体位変換を受けた。また，看護者役は体位変換時に声を出さないようにし，掛け声等の合図は実験補助者が行った。これにより，主観的反応に影響する視覚・音声情報を排除した。なお，体位変換の動作は実験1と同様とした。

b．測定項目

主観的反応に関する測定項目は以下のとおりである。

(1) 快適感

Winslowら[16]が作成した感覚スケールの快適感尺度を用いた。一般的に温熱的快適性の評価指標として広く活用されている。今回は人の温かい手で触れるという点で評価可能と考え用いた。「非常に心地よい」「心地よい」「普通」「不快」「非常に不快」の5段階で評価した。

(2) 主観的作業強度

Borg[17]が作成した主観的作業強度測定尺度（主観的運動強度尺度，またはボルグスケールともいう）を用いた。ある運動負荷に対し運動者がどの程度の「きつさ」を感じているかを測定するものとされ，世界中で広く活用されている。今回は，ベッド上での体位変換動作であり身体的運動負荷は小さいが，看護者の援助に対し患者役が身体に受ける感覚として評価するために用いた。「非常にきつい」「かなりきつい」「きつい」「ややきつい」「楽である」「かなり楽である」「非常に楽である」の7段階で回答を得た。

(3) 安心・不安の感情

安心・不安の感情については，Visual Analogue Scale（視覚連続尺度，以下，VASと表す）を用いた。10.0cmの長さの直線の左端を「不安」，右端を「安心」として，自己評価で適当と思う線上にレ印を記載するものである。値が高くなるほど安心の度合いが高いことを表し，0.00～10.00で計測した値をデータとして扱った。

さらに，看護者の手の触れ方，体位変換に対して感じたことを自由記載で得た。

3．分析方法

快適感および主観的作業強度は，指先ケアと指根ケアで回答人数を単純比較した。安心・不安の感情（VAS）は，対応のあるt検定で統計処理した。有意水準はp値を.05未満とした。

C．倫理的配慮

被験者には事前に研究目的，方法を説明し，誓約書と同意書を交わした。研究への参加は自由意志であること，同

意後もいつでも参加を取りやめることができること，その際に不利益を被ることは決してないこと等について説明した。体位変換の実施場面では，転倒，転落のないよう安全に配慮して行った。なお，本研究は，久留米大学倫理委員会で承認を得て行った（研究番号10017）。

Ⅲ．結　　果

実験１および実験２より得られた結果を以下に述べる。

１．看護者の手にかかる圧力

実験１より，看護者役11名の体位変換時の手にかかる圧力は平均210±20kPaであった。第１～５指ならびに手掌にかかった圧力については**図５**に示す。５指のうち最も圧力が高かったのは，第３指の242±40kPaであった。次に高かったのは第４指241±34kPa，第２指228±29kPaであった。この第２，３，４指は手掌184±18kPaに対し有意に圧力値が高くなっていた（第３・４指：$p<.01$，第２指：$p<.05$）。被験者は第３指を中心に第２～４指に力を入れて体位変換していたといえる。

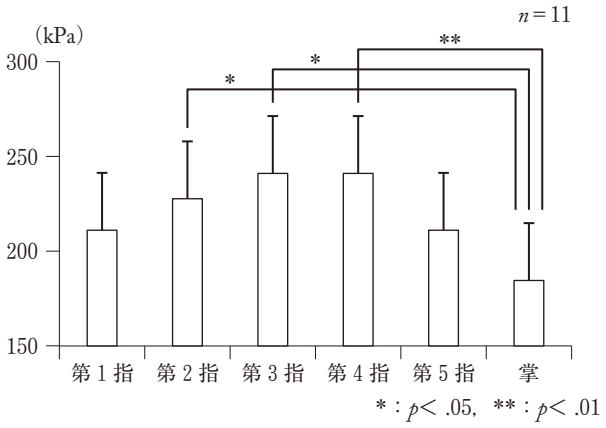


図５　指掌にかかる圧力
グラフの表示は平均圧力値

さらに，指の関節ごとに指先，指央，指根にかかる圧力を調べたところ，最も圧力値が高かったのは指先で239±40kPaであった。ついで指央220±28kPa，指根214±23kPaであった。指先は手掌に対し有意に圧力が高かった（$p<.05$）が，指央，手根には有意差は認められなかった。これらより，体位変換するのにやや指先に力が入りがちであったといえる。先の結果と合わせると，被験者は第２～４指の指先に力を入れて体位変換する傾向といえる。

２．看護者の動作

実験１より，体位変換時の被験者の体幹屈曲角度（θa）は，平均35.42±8.17度であった。肘屈曲角度（θb）は61.36±20.08度で，測定値にばらつきがあった。鉛直方向の動きの割合では，立位時に対し平均22.13±5.29％の割合で看護者は下方向に体を動かして体位変換を行っていた。

３．看護者の手の圧力と動作の関連

実験１より，体位変換時の看護者の手の圧力と身体の動かし方の関連をみた。手の圧力値と各動作計測値の相関関係では，指先の圧力値と体幹屈曲角度は負の関係（$r=-.548$，$p=.081$），鉛直方向の動きとには正の関係（$r=.533$，$p=.091$）となったが，有意性は認められなかった。次に，手の圧力分布から手の触れ方を３つのパターンに分け，動作との関連をみた。１つ目は指先の圧力値が高かったパターンで，指先に力を入れる触れ方といえる（以下，指先ケアと表す）。２つ目は指央または指根の圧力値が最も高かったパターンで，指の中央から付け根にかけて力を入れる触れ方である（以下，指根ケアと表す）。３つ目は指先，指央，指根のいずれの圧力値も全体平均に満たなかったパターンで，指や掌に偏った力をかけず，まんべんなく小さな力で触れる触れ方といえる（以下，手掌ケアと表す）。３つのパターンについて**図６**に表す。それぞれの人数分布は，指先ケア４名，指根ケア４名，手掌ケア３名であった。指先，指根，手掌ケアごとに看護者の体幹屈曲角度，肘屈曲角度，鉛直方向の動きの割合について平均値を算出し**表１**に示す。体幹屈曲角度が最も小さかったのは指先ケアで31.73±6.93度であった。最も大きかったのは手掌ケアで40.13±13.83度であった。肘屈曲角度が最も小さかったのは指先ケアで54.33±19.54度であった。最も大きかったのは手掌ケアで74.53±5.86度であった。鉛直方向の動きの割合が大きかったのは指先ケアのときで，身体を下方向に25.20±4.34％動かして体位変換していた。これらのことより，指先ケアの特徴として，体幹の屈曲は小さく鉛直方向に動く割合は大きい。かつ，肘は伸展しがちといえる。

４．体位変換を受ける患者役の主観的反応

実験２より，指根ケアを行っていた２名（ａ，ｂ）と指先ケアを行っていた２名（ｃ，ｄ）が患者役10名に対し体位変換を実施した際の，患者役の主観的反応の調査結果は以下のとおりである。

快適感については，指根ケアａ，ｂに対して不快と答えた患者役は１名であったのに対し，指先ケアｃ，ｄで不快と答えた患者役は８名いた（**図７**）。主観的作業強度では，非常にきつい，非常に楽であると回答した人はおらず，きついの回答が指先ケアｄに対してのみ４名いた（**図８**）。ややきついの回答はａ～ｄのどの看護者に対しても１～３名ずついた。安心・不安の感情（VAS）は，値が高くなるほど安心の度合いが高いことを表すが，全体のVAS

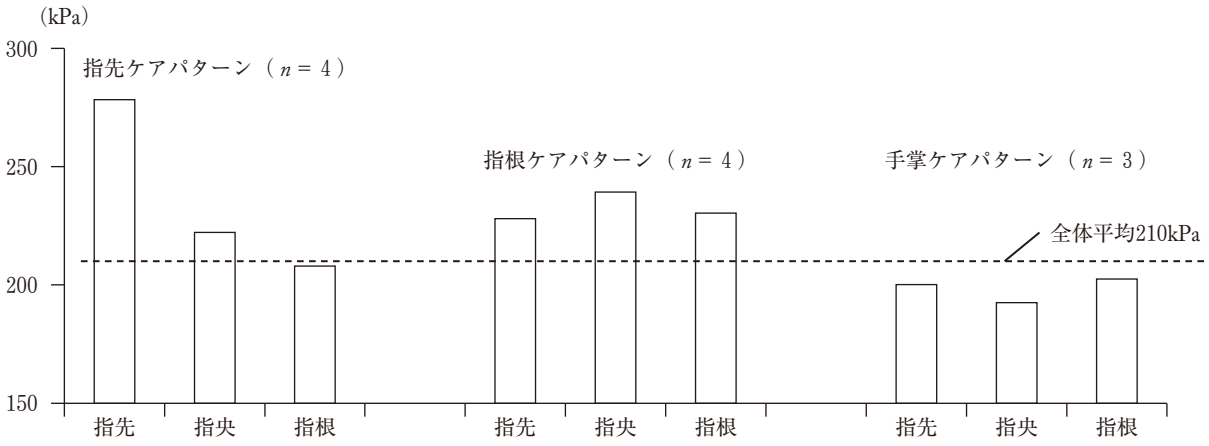


図6　圧力分布からみた手のふれ方の3つのパターン

グラフの表示は平均圧力値
指先ケアパターン：3つの値のうち指先の圧力値が高い
指根ケアパターン：3つの値のうち指央または指根の圧力値が高い
手掌ケアパターン：3つの値のいずれも平均値に満たない

表1　手の触れ方と動作の関連

（n＝11）

	体幹屈曲角度（θa）	肘屈曲角度（θb）	鉛直方向の動き（%）
指先ケア（n＝4）	31.73（6.93）	54.33（19.54）	25.20（4.34）
指根ケア（n＝4）	35.58（2.54）	58.53（26.25）	20.54（4.31）
手掌ケア（n＝3）	40.13（13.83）	74.53（5.86）	20.14（7.37）
全体	35.42（8.17）	61.36（20.08）	22.13（5.29）

［注］数値は平均（標準偏差）

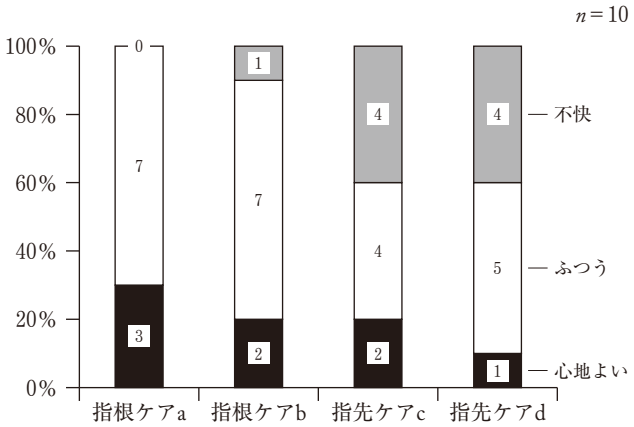


図7　快適感（数値：回答人数）

非常に不快，非常に心地よいはともに0人であった

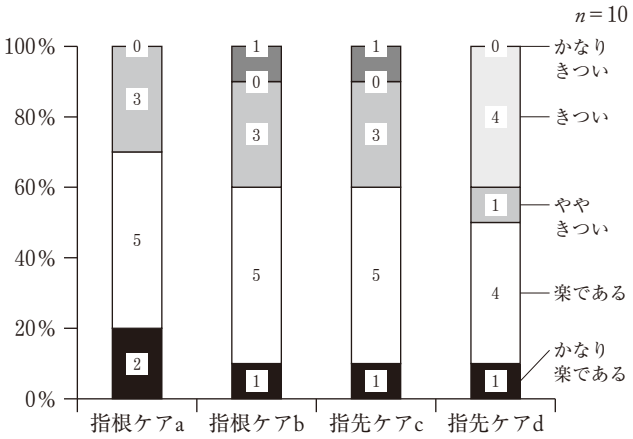


図8　主観的作業強度（数値：回答人数）

非常にきつい，非常に楽であるはともに0人であった

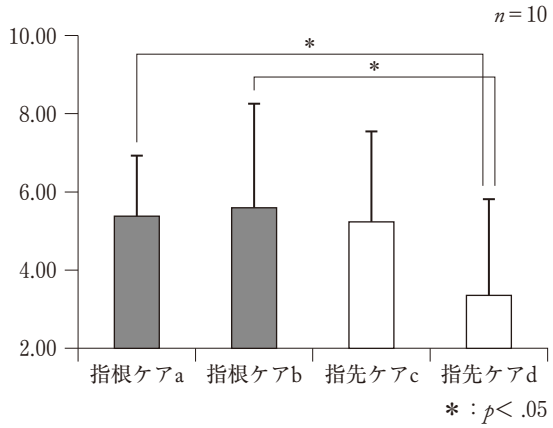


図9　安心・不安の感情

平均値は4.89±1.03であった。指根ケアaでは平均5.38±1.55，bでは5.59±2.66，指先ケアcでは5.23±2.31，dでは3.35±2.46であり，指先ケアより指根ケアの安心の度合いが高かった。統計的にみると，指先ケアdでは，指根ケアa，bに比べ有意に低く，安心の度合いが低かったといえる（$p<.05$）（**図9**）。指根ケアaに対する否定的な感想はなかったが，b，c，dには「早くて怖かった」「勢いがあった」「痛かった」等の意見と，「安心できた」「しっかり支えられていた」などの正負の意見が混在していた。指先ケアと指根ケアで特徴的な感想は見出せなかった。

Ⅳ．考　　察

実験１と実験２の結果をふまえ，体位変換時の看護者の動作と手にかかる圧力および患者の主観的反応の関連について考察を述べる。

看護ケアの際に，看護者は指先に力を入れて患者に触れているのではないかと経験的に感じてきたが，今回，体位変換時の看護者の手の圧力を測定した結果，平均して第２，３，４指の指先に力を入れて体位変換しがちであることが明らかとなった。圧力分布をみると，指先に力を入れる指先ケアの看護者の他に，指の付け根付近で触れる指根ケアの看護者，力を分散させて手掌全体で軽く触れる手掌ケアの看護者がいた。圧力を数値化することにより，看護者の触れ方に特徴が見出された。

看護ケアの動作については，骨格筋などの形態的特性をとらえた効率的で合理的な姿勢・動作がボディメカニクスとして推奨されている[19]。今回の結果，全体の傾向として指先ケアの人は体幹と肘の屈曲角度が手掌ケアの人たちに比べ小さく，身体を鉛直方向へ動かす割合は大きくなっていた。一般に，物を動かすときは物体に近づいて膝を曲げ，背をできるだけまっすぐ伸ばして持ち上げたほうが脊柱起立筋や椎間板にかかる重量を軽減できるといわれ，さらに，支点から作用点までの距離が短いほど作用する力は小さくなる[20]とも言われる。今回，指先ケアの体幹の屈曲角度が小さく鉛直方向に大きく重心を動かしていた点は，効率的で合理的であったと言える。しかし，肘の屈曲角度（74.53±5.86度）は，手掌ケア（54.33±19.54度）のそれよりも小さく，肘が伸展ぎみであったといえる．このことから，力が作用する手指までの距離が長くなり，作用点の手先に大きな力が加わっていた可能性が考えられた。看護者は患者から離れて腕を伸ばし，手先を患者の身体にひっかけるようにして触れたために，指先の圧力が高まったものと推測された。今回は，看護者の立つ位置について計測を行っていないが，看護者の立つ位置や肘の伸展具合は触れる手の力に関係している可能性があると考えられた。

患者役の主観的反応は，指先ケアと指根ケアで心地よさや安心の度合いといった肯定的評価に特徴的な違いはなかったが，不快や不安といった否定的評価は指先ケアのときに高まっていた。患者は病気による苦痛や心配事を抱えて生活しているため，日常生活援助の際に不快感や不安感を強める触れ方は避けるべきである。川嶋は，人間の手には人を癒しかかわりをもつ機能がある，触れる手は生きている，と述べている[21]。寝衣交換やオムツ交換といった患者の生活を整える一つ一つの看護ケアを実行するために触れるその手の触れ方によっては，患者に不快感や不安感を与えるものであることを意識し，ケアを行うことが大切と考える。

今回の結果を踏まえ，患者にとって心地よく安心できる体位変換の方法としては，看護者の体幹の屈曲は小さく，鉛直方向の重心移動を適度に行うボディメカニクスの基本動作を行うことはもちろん，患者に近づき看護者の肘関節を適度に屈曲させることで，指先が食い込むことなく指根から手掌に圧力を分散させられると示唆された。今後，体位変換を伴う寝衣交換やオムツ交換といった，日常生活の援助において患者に触れる際に実践していくことが望まれる。また，看護教育においても動作と手の圧力の関連について根拠を示し，看護技術教育に反映させたい。

Ⅴ．今後の課題

手の圧力については，面圧を数値化することで圧力分布の傾向をつかむことができ，心地よい手の触れ方の裏づけに近づいたといえる。しかし，動作解析は体幹や肘が最も屈曲した位置での画面上での計測となり，体位変換動作の速度までは測定できなかった。力と速度は関係が深い。ゆっくり体位変換すれば手の力は小さく，勢いよく体位変換すれば力が必要になる。今後は，加速度についても計測を行う必要がある。また，今回は看護者の動作を側面からのみ撮影し，映像を２次元解析したため，屈曲の方向が不明瞭であった。とくに，肘の屈曲角度については左右方向と前後方向の屈曲が複雑であった。肘の屈曲は，直接，手にかかる圧力に影響すると考えられるため，今後は，３次元的な動作解析を行い，先に述べた看護者の立つ位置や方向について明らかにする必要がある。また，対象者数が限られていたため，手の触れ方のパターンごとに身体の動かし方がどのように異なるか，今後は対象者数を増やし統計手法を用いて明らかすることも改善点と言える。

まとめ

看護ケアで頻繁に行われる仰臥位から側臥位の体位変換において，看護者の手の圧力と動作の関連を明らかにするために検討を行った。患者に触れる看護者の手指・手掌を面圧として可視化できるフィルムを用いて測定したところ，被験者の看護学生は第２，３，４指の指先に力を入れて体位変換する傾向がわかった。さらに圧力分布を詳しく解析すると，指先に力を入れる傾向の者と，指の付け根付近に圧力をかけて行う者，力を分散させて手指，手掌全体で軽く触れて行う者の３つのパターンが見出された。なかでも，指先に力を入れるパターンでは，体幹屈曲角度が小さく鉛直方向に大きく重心を落として効率的・合理的な動

作をしていたが，肘屈曲角度が他に比べ小さかったことから，看護者は患者に密着せず腕を伸ばして指先をひっかけるようにして手先に圧力が発生していた可能性が考えられた。患者役の主観的反応は不快感や不安感が強まっていた。

以上より，体位変換の際に指先に力が入りやすいことと，看護者の立つ位置や肘の伸展の度合いは関係し，患者を不快にさせる可能性が推測された。患者に心地よい触れ方で看護を提供できるよう，今後も検討を重ねる。

謝　辞

本研究に快くご協力くださいました被験者の皆さまに心より感謝申し上げます。また，実験の折々にご助言くださいました，久留米大学医学部 志波直人先生，東京医療学院大学 羽田圭宏先生に感謝申し上げます。

なお本研究は，文部科学省科学研究費補助金 若手研究（B）（課題番号22792165）を受けて遂行したことを付記します。

本論文の要旨は，第22回バイオメカニズムシンポジウムで報告した。

要　旨

本研究の目的は，看護ケアで頻繁に行われる仰臥位から側臥位への体位変換において，看護者の手の触れ方と動作の関連を明らかにすることである。被験者は女子看護学生11名で，方法は発色フィルムを用いて看護者の手の圧力を測定し，肘，体幹の屈曲角度ならびに鉛直方向の動きの割合を測定した。患者役の主観的反応も得た。結果，看護者は第３指を中心に指先に力を入れて体位変換していた。さらに，指関節ごとの圧力分布をみると指先に力を入れるパターン，指根に力を入れるパターン，手掌全体で触れるパターンがみられた。指先パターンでは，体幹屈曲角度および肘屈曲角度が他に比べ小さく，鉛直方向に重心を移動させる割合は高かったことから，看護者は患者に密着せず腕を伸ばして指先をひっかけるようにして手先に圧力が発生していた可能性が考えられた。患者役の主観的反応は指先パターンで不快感や不安感が強まっていた。以上より，看護者の体幹や肘を伸展させたまま体位変換すると指先に力が入りやすいことが推測された。

Abstract

This descriptive study aimed to elucidate the relationship between nurses' body movements, their method of using their hands when moving patients and patients' feeling of comfort when being repositioned from a supine to a lateral position. The subjects were 11 female nursing students. Measurements involved using pressure indicating sensor film to measure the pressure of the nurse's hands, and a measurement of the flexion angle of the nurse's elbow and trunk along with the proportion of their vertical movement. The subjective reactions of the patient role-player were also recorded and analyzed. The results showed that the students applied pressure primarily at the fingertip of the middle finger. Pressure distribution at the finger joints revealed three patterns: the fingertips, the base of the fingers, and the whole palm of the hand. The trunk flexion angle and the elbow angle were smallest for the fingertip pressure pattern compared to the others, but vertical movement was large. It may be that when changing the patient position, the student nurses extended their arms and applied pressure through their fingertips. The patients' subjective reaction exhibited more discomfort or anxiety for the fingertip pressure pattern. It was assumed that when a patient's position was changed with the nurse's elbow straightened, pressure was applied easily through the fingertips.

文　献

1）Barnett, K.: A Theoretical Construct of Concepts of Touch as They Relate to Nursing. *Nursing Research*, 21, 104-110, 1972.（遠藤敏子訳：看護に関するタッチの概念の理論的構成．看護研究，7, 379-389, 1974）
2）Krieger, D.: Theraputic touch: The imprimatur of nursing. *American Journal of Nursing*, 75, 784-787, 1975.
3）Estabrooks, C.A.: Touch: A nursing strategy in the intensive care unit. *Heart and Lung*, 18(4), 399, 1989.
4）Porter, L., Redfern, S., Wilson-Barnett, J., and Le, M.A.: The development of an observation schedule for measuring nurse-patient touch, using an ergonomic approach. *Int. J. Nurs. Stud.*, 23(1), 11-20, 1986.
5）森下利子，池田由紀，ほか：看護者のタッチに対する認識と実態に関する調査研究（第２報）．三重県立看護大学紀要，4, 99-105, 1999.
6）森下利子，池田由紀，ほか：意図的タッチによる心身への影響に関する研究．三重県立看護大学紀要，5, 9-14, 2000.
7）松下正子，森下利子：意図的タッチによる生理的変化と心理的評価に関する研究．三重県立看護大学紀要，7, 13-19, 2003.
8）金子有紀子，小板橋喜久代：健康女性への意図的タッチによって引き起こされる生理的・情緒的反応．看護研究，39(6), 23-34, 2006.
9）操　華子，川島みどり，菱沼典子 編：鎮静を促す技術 ― タッチングの効果・経験的知識．別冊『ナーシングトゥデイ』，No.9, 89-93, 1996.
10）野沢りかこ，畠中智代，ほか：術後の痛みのある患者の行動を拡大するタッチ ― タッチによる痛み認識の経時的変化 ―.

看護展望, 23(4), 80-86, 1998.
11) 土蔵愛子：検査や小手術を受ける患者の反応と援助としてのタッチ. 看護展望, 15(5), 92-104, 1990.
12) 加悦美恵, 井上範江：苦痛を伴う検査時の看護師の関わり ― 話しかける介入と話しかけながらタッチする介入の対比 ―. 日本看護科学会誌, 27(3), 3-11, 2007.
13) 澤井映美, 村本淳子, ほか：看護者による機能的で快適なタッチに関する研究（その１）― 下肢挙上時の手掌部及び指掌面にかかる圧力 ―. 東京女子医科大学看護短期大学部研究紀要, 18, 7-13, 1996.
14) 金澤トシ子, 村本淳子, ほか：看護者による機能的で快適なタッチに関する研究（その２）― 下肢挙上時の左右の手の使い方の特徴 ―. 東京女子医科大学看護短期大学部研究紀要, 19, 1-6, 1997.
15) 鈴木玲子, モハマド・ザイド, 原　孝介, 小川鑛一：作業効率を考えた体位変換の研究 ― 側臥位への体位変換の作業領域について―. 第21回バイオニズム学術講演会, 323-326, 2000.
16) Winslow, C.-E.A, Herrington, L.P., and Gagge, A.P.: Relations Between Atmospheric Conditions, Physiological Reactions and Sensations of Pleasantness. The American Journal of Hygiene, 26: 103-115, 1937.
17) Borg, G. and Linderholm, H.: Perceived exertion and pulse rate during graded exercise in various age groups. Acta Med Scand, 181(S472), 194-206, 1967.
18) 平田雅子：Newベッドサイドを科学する ― 看護にいかす物理学. 58-63, 東京：学研, 2002.
19) 阿曽洋子, 井上智子, 氏家幸子：基礎看護技術. 75-78, 医学書院, 2012.
20) 前掲18). 15-21.
21) 川嶋みどり：今だからこそ看護師の手の有用性を ― 癒し, 慰め, 励ます手の価値 ―. 日本看護協会 看護職賠償責任保険制度第５回特別講演会summary, 2008.

平成24年１月12日受　　付
平成25年２月29日採用決定

－研究報告－

病院に勤務する専門看護師の職場環境の実態と職務満足との関連

Relationship between Job Satisfaction and Work Environment of Certified Nurse Specialists Working in Hospital

馬　場　　薫[1)]　齋　藤　深　雪[1)]　田　中　幸　子[1)]　丸　山　幸　恵[2)]
Kaoru Baba　Miyuki Saito　Sachiko Tanaka　Yukie Maruyama

キーワード：専門看護師，職場満足，職場環境
Key Words：certified nurse specialist, job satisfaction, work environment

緒　言

質の高い医療・看護を提供するために，看護教育において大学・大学院が増加し，看護教育の整備および看護職養成課程の高学歴化が急速に進んでいる。1994年に専門看護師制度が発足し，2010年に専門看護師数は451名にのぼり（日本看護協会，2013），年々増加傾向にある。専門看護師は，看護現場において卓越した専門的能力をもつ実践者，スタッフナースへの相談者や教育者，研究者，ケア調整者，倫理的課題への調整者としての役割を果たし，チーム医療の推進に資する人材としても期待されている。近年では，専門看護師の活動成果が患者アウトカムや看護ケアの改善として数多く報告され（梅田・長谷川・吉田・小迫・田墨・山田，2009；古橋，2009；北村，2005；佐藤，2005；宇佐美・野末・福嶋・安藤・田中・佐藤・小山，2009；宇佐美・野末・片平・福田・住吉，2005；伊波・米田・馬場・添田，2005），専門看護師導入の有用性が示されている。さらに，『第七次看護職員需給見通しに関する報告書』（厚生労働省，2010）では，10.0％の施設が専門看護師を増員予定であることが報告され，専門看護師を雇用している看護管理者がその活動の成果を評価していることがうかがえる。

しかし，専門看護師がその役割を発揮することは必ずしも容易ではない。先行研究（山田・黒田・棚橋・津田，2010；奥ら，2009；千葉大学大学院看護学研究科，2010）は，専門看護師が抱える活動上の困難やその困難が生じる要因として，「管理業務やスタッフ業務の兼務」「ポジションパワーの不足」「活動時間の不足」「仕事の量的過重負荷」「学会参加や講演会の講師などの外部活動を週休や有給休暇を利用して行っている」「学会や研修への参加に経済的負担が伴う」「管理者の理解不足」「周囲の役割期待や役割認知の不足」「権限の不足」などを明らかにした。また，最も登録者数の多いがん看護専門看護師を対象にした研究（千﨑ら，2010）では，約24％の専門看護師がその活動に「やりがいを感じない」「あまり感じない」「どちらともいえない」と回答しており，このうち約21％が「困難感を大変感じる」「やや感じる」と回答していた。さらに，専門看護師の役割に対する看護師のニーズを調査した研究（奥ら，2009）では，約40％の看護師が専門看護師と認定看護師の役割を詳しく理解しておらず，活用方法も明確ではなかったことを報告している。これらのことから，専門看護師の役割発揮は個人の力量に委ねるだけでなく，看護管理者による活動環境の整備が必要と考えられる。一方，業務内容の負担から労務管理上の問題が推測される。しかし，専門看護師の処遇や職務状況に関する研究は少なく，その実態については十分に明らかにされていない。専門看護師のおかれている職場環境の実態を把握することは，人的資源管理の観点から意義深いと考える。

職務満足は，離職や欠勤の減少につながるとされ（加藤・尾﨑，2007），離職の予測因子の重要な要素として注目され，看護師の定着対策を検討する重要な指標として活用されている。さらに，職務満足は職員のパフォーマンスを高め，医療サービスの品質や患者満足に貢献し（藤村，1999），士気や業績の向上につながるとされ，人的資源の活用の課題を検討する指標としても活用されている。看護師の職務満足に関する研究は数多く行われ，経験年数や職位，資格，教育背景，仕事の条件や労働環境，充実感，burnoutなどとの関連が報告されている（岩本，1998；中

１）山形大学医学部看護学科　School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University
２）神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科
School of Nursing, Faculty of Health and Social Services, Kanagawa University of Human Services

川・林，2004；馬場・笹原・北岡・梅内・木澤，2010)。一般の看護師では，労働過多や役割を果たせないこと，組織風土が職務不満足やバーンアウトを介して離職願望に影響すること（土江・中村，1993；田尾，2001；塚本・野村；2007）が指摘されている。専門看護師の活動環境を整備するうえで，とくに組織における位置づけや処遇が重要である（濱口，2005；手島，2004）と言われている。先述のように整備されていない職場環境が専門看護師の不満足要因として職場への定着や役割発揮を阻害していることが推察できる。しかし，専門看護師が資格や役割に相応した待遇や活動の場を与えられ，組織の看護ケアの質の向上のために役割を発揮できることは職務に満足感をもたらすと考えられる。しかし，専門看護師の配置や待遇などの職場環境と，職務満足との関係は明らかにされていない。

他方，多くの研究で臨床経験年数に合わせた実践能力向上への支援の必要性が明らかにされている（山内・戸梶，2004)。専門看護師も養成教育修了のみでは実践能力は期待できず，臨床経験を積み，役割遂行能力を高める必要が指摘されている（手島，2004)。専門看護師の経験年数と職務満足との関連を明らかにすることで，経験年数に応じた役割発揮のための環境づくりのあり方について示唆が得られると考える。

以上から，本研究は病院に勤務する専門看護師の職場環境の実態を明らかにし，職場環境および経験年数と職務満足との関連を明らかにすることを目的とした。専門看護師の職務満足に関連する要因を明らかにすることは，職務満足を高めることにより，専門看護師の職場への定着や効率的な役割発揮につながる効果的な環境づくりに関する示唆を得ることができる。

Ⅰ．研究方法

A．用語の定義

①専門看護師：日本看護協会資格認定制度における専門看護師資格を有する看護師とする。

②職務満足：現職場での処遇や役割遂行に対して感じる満足感とし，本研究ではYamashita（1995）の看護職の職務満足尺度により，その構成要素である「自律性」「看護管理」「看護師間の相互関係」「医師・看護師間の関係」「看護職へのコミットメント」「昇進・自己成長」「身分の保証」という７つの側面に対する感情の度合いとする。

③職場環境：現職場での処遇や職務状況，専門看護師に対する周囲からの役割期待の度合い，職務上の裁量権限の度合いとした。

B．研究対象

2010年７月の時点で日本看護協会が氏名と所属施設を公表している専門看護師（日本看護協会，2010a）のうち，病院に勤務する375名を対象とした。

C．調査方法

調査前に，専門看護師が在職する病院の看護管理者宛に研究内容の説明，対象者への倫理的配慮等を記載した研究協力依頼書と研究協力の同意書を送付し，同意書の返送により研究への協力を確認した。協力が得られた病院には，在職する専門看護師数に基づいて必要な質問紙調査票部数を送付し，その配布を看護管理者に依頼した。質問紙調査票には，返信用封筒を添付し，記入後の質問紙調査票は直接研究者に返送されるものとした。

D．調査期間

2010年８月～９月。

E．質問紙調査票の作成および精錬

「専門看護師」をキーワードに，『医学中央雑誌Web版』（Ver. 4）にて，専門看護師の認定が開始された1996年から2010年までに発表された文献を検索した。そのうち症例報告や会議録を除き，専門看護師の雇用環境や活動状況に関する６文献（山田ら，2010；奥ら，2009；濱口，2005；廣瀬，2008；三上・周道・早津・早坂・長谷川，2010；孫・竹内，2003）を精読した。また，『専門看護師の育成に関する報告書』（千葉大学大学院看護学研究科，2009；2010）および『看護職員の労働実態調査・集計結果』（日本医療労働組合連合会，2006）を参考に，質問項目を抽出した。さらに，病院に勤務する専門看護師３名にインタビューを実施し，その結果をもとに専門看護師の活動状況や活動上の困難について要素を抽出し，質問項目を選定した。質問項目の内容の妥当性を検討するため，看護系大学教員３名とともに精錬を行った。その後，専門看護師３名を対象にプレテストを行い，その結果をもとに修正した。

F．調査内容

1．基本属性

性別，年齢，看護経験年数，専門看護師認定後の経験年数，専門分野，在職する病院の種類，病床数，自病院に在職する専門看護師数について尋ねた。

２．職場環境

処遇および職務状況については，職位，専門看護師職務規定の有無，配属部署とその決定について，専門看護師としての活動時間，普段１か月の時間外労働時間，休日労働した場合の代休取得状況，給与手当の有無，診療報酬加算対象の活動の有無について尋ねた。専門看護師としての活動時間については，「自由裁量で活動できる」「１週間に何時間か，専門看護師としての活動時間がある」「職位に伴う業務を優先しながら，勤務時間中の合間に専門看護師として活動する」「職位に伴う業務を優先し，勤務時間外に専門看護師として活動する」「職位に伴う仕事がほとんどである」「その他」から１つのみの回答を求めた。配属部署の決定については，「希望どおりである」「希望どおりではないが，納得している」「希望どおりではなく，納得できない」「その他」から１つのみの回答を求めた。休日労働した場合の代休取得状況については，「きちんととれている」「だいたいとれている」「あまりとれていない」「まったくとれていない」「申請することがない」「その他」から１つのみ回答を求めた。専門看護師に対する周囲からの役割期待の度合い（以下，専門看護師としての役割期待）と，専門看護師としての職務上の裁量権限の度合い（以下，専門看護師としての職務上の裁量権限）については，本研究独自に主観的評価を用いた。専門看護師としての役割期待は，「あなたには在職する病院で専門看護師としての役割がどの程度期待されていると思いますか」について「とても期待されている」から「全く期待されていない」，専門看護師としての職務上の裁量権限は，「あなたには専門看護師の役割を発揮するための裁量権限がどの程度与えられていると思いますか」について「十分与えられている」から「全く与えられていない」の４段階評価とした。

３．職務満足

日本における看護職を対象とした職務満足に関する研究では，Stampsらの職務満足度スケール（Stamps, Piedomont, Slvitt, & Hasse, 1978）を尾﨑らが翻訳・検証・訂正（尾﨑・忠政，1988,）した日本語修正版（以下，尾﨑修正版尺度とする）の使用頻度が高い。しかし，尾﨑修正版尺度の質問項目には，「看護業務において，私は管理の仕事としてのペーパーワークにたくさんの時間をかけるが，それは妥当なことであって，そのため患者に迷惑をかけているとは思わない」という複数の質問内容を含む項目があること，また「この病院で看護職員はかなりの給料をもらうようにする唯一の方法は組織をつくることであり，場合によってはストライキをすることであろう」という公務員には禁止されている項目も含んでおり，日本の看護職の社会的・文化的背景との適合性に問題があることが指摘されている（中川・林，2004）。そこで，本研究ではYamashita（1995）がStampsら（1988）による看護師の職務満足の質問紙に修正を加え，信頼性・妥当性が検証されている『看護師の職務満足尺度』の日本語訳（山下，1995）を使用した。この測定尺度は，看護師の職務満足を「自律性」「看護管理」「看護師間の相互関係」「医師・看護師間の関係」「看護職へのコミットメント」「昇進・自己成長」「身分の保証」の側面から測定し，その合計得点で看護師の職務満足を測定している。この測定尺度は25項目から構成され，各項目が「全くそうだと思う（５点）」から「全くそうは思わない（１点）」までの５段階リッカートスケールで得点化し，合計得点25点から125点を取り得る。点数が高いほど職務満足が高いことになる。なお，本研究では測定尺度の質問文中の「看護師」を「専門看護師」に，「病棟」を「所属部署」に変更し用いた。本研究におけるCronbachの α 係数は全体で.85であり，信頼性があることが確認された。なお，尺度の使用にあたっては開発者から許可を得た。

Ｇ．分析方法

職務満足を従属変数，経験年数と職場環境を独立変数とし，２群間の平均値の比較には t 検定，３群以上の多群間比較には一元配置分散分析，Kruskal-Wallis検定，TukeyのHDS法による多重比較を行った。職務満足と対象者の年齢および看護経験年数との関連にはPearsonの積率相関係数，専門看護師認定後の経験年数との関連にはSpearmanの順位相関係数を用いて検定を行った。専門看護師認定後の経験年数は５年未満（更新歴なし），５年以上（更新歴あり）で群分けして分析を行った。在職する病院で専門看護師としての役割が「とても期待されている」「まあ期待されている」と回答した者を「期待されている」群，「あまり期待されていない」「全く期待されていない」と回答した者を「期待されていない」群として，専門看護師としての職務上の裁量権限について「十分与えられている」「まあ与えられている」と回答した者を「与えられている」群，「あまり与えられていない」「全く与えられていない」と回答した者を「与えられていない」群として，職務満足の群間比較を行った。なお，少数の群は分析から除外した。統計的分析は，統計ソフト『SPSS（Version 18.0）』を用い，有意水準は５％未満とした。

Ｈ．倫理的配慮

研究協力病院の看護管理者に，研究の趣旨，研究方法，公表，対象者への倫理的配慮，質問紙調査票の配布方法な

どの説明を行い，調査協力への了承を得た。対象者への調査依頼書には，研究の趣旨とともに，研究への参加は任意であり，調査に協力しなくても個人は不利益を被ることがないこと，調査は無記名であり，個人が特定できないよう統計処理することについて明記した。また，研究参加への同意は，質問紙調査票の返送をもって同意とみなした。なお，本研究は山形大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅱ．結　　果

調査対象とした専門看護師 375名が在職する237病院のうち，調査協力の得られた90病院の専門看護師 148名に質問紙を配布し，121名（回収率81.8％）より回答があった。このうち基本属性および職場環境に関する項目，職務満足尺度の全項目に記入漏れがない102名を分析対象とした（有効回答率84.3％）。

A．基本属性

対象者の平均年齢は39.7歳（SD ＝5.5），看護師経験年数は平均15.4年（SD ＝5.0），専門看護師認定後の経験年数は平均2.0年（SD ＝2.7）であった。専門分野はがん看護45名（44.0％），ついで急性・重症患者看護15名（14.7％），精神看護14名（13.7％）であった。また，対象者が所属する施設は，総合病院42名（41.2％），専門病院33名（32.4％），大学病院24名（23.5％），病床数は500床以上が58名（56.9％），他分野を含め専門看護師を複数配置しているのは55施設（53.9％）であった（**表１**）。

B．専門看護師の職務満足に関連する要因

１．職務満足と経験年数との関連

職務満足の平均値は89.8±10.5点，中央値は91.0点（範囲63-116）であった。専門看護師認定後の経験年数が５年以上の専門看護師は，５年未満の専門看護師より職務満足が有意に高かった（$p<.05$）（**表２**）。職務満足と年齢，専門看護師認定後の経験年数との関連では，いずれも弱い正の相関が認められた（$r=.23$，$p<.05$；$r=.25$，$p<.01$）（**表３**）。

２．職務満足と職場環境との関連

職位が管理職の専門看護師は，スタッフナースよりも職務満足が有意に高かった（$p<.05$）。休日労働した場合に代休を取得できている専門看護師は，代休取得できていない専門看護師より職務満足が有意に高かった（$p<.05$）。組織から専門看護師としての役割を期待されていると認識する専門看護師は，期待されていないと認識する専門看護

表１　基本属性

（n ＝102）

		平均値 ± SD	中央値（範囲）
年齢（歳）		39.7 ± 5.5	40.0（30－56）
看護経験年数（年）		15.4 ± 5.0	15.1（ 7－28）
専門看護師認定後経験年数（年）		2.0 ± 2.7	1.0（ 0－14）
		人　数	（％）
性別	女性	100	(98.0)
	男性	2	(2.0)
年齢	30～39歳	48	(46.6)
	40～49歳	48	(46.6)
	50歳以上	6	(5.8)
看護経験年数	５年以上10年未満	13	(12.7)
	10年以上15年未満	34	(33.3)
	15年以上20年未満	34	(33.3)
	20年以上	21	(20.7)
専門看護師認定後の経験年数	５年未満	85	(83.3)
	５年以上10年未満	15	(14.7)
	10年以上	2	(2.0)
専門分野	がん	45	(44.0)
	精神	14	(13.7)
	急性・重症	15	(14.7)
	小児	7	(6.9)
	慢性疾患	11	(10.8)
	母性	1	(1.0)
	老人	5	(4.9)
	家族支援	2	(2.0)
	感染症	2	(2.0)
病院の種類	大学病院	24	(23.5)
	総合病院	42	(41.2)
	専門病院	33	(32.4)
	その他	3	(2.9)
病床数	199床未満	4	(3.9)
	200床～299床未満	9	(8.8)
	300床～399床未満	20	(19.6)
	400床～499床未満	11	(10.8)
	500床以上	58	(56.9)
自病院に在職する専門看護師数	１人	47	(46.1)
	２人以上	55	(53.9)

表２　職務満足と専門看護師経験年数との関連

（n ＝102）

		人数	（％）	平均値 ± SD	p 値
専門看護師経験年数	５年未満（認定更新歴なし）	85	(83.3)	88.7 ± 10.4	*
	５年以上（認定更新歴あり）	17	(16.7)	95.5 ± 9.4	

［注］t 検定，*：$p<.05$

表３　職務満足と経験年数との関連

（n ＝102）

	相関係数
年齢 †1	0.23*
看護経験年数 †1	0.18
専門看護師認定後経験年数 †2	0.25**

［注］†1：Pearson 相関係数，†2：Spearman 相関係数，
*：$p<.05$，**：$p<.01$

師より職務満足が有意に高かった（$p<.01$）。専門看護師として職務上の裁量権限が与えられていると認識する専門看護師は，与えられていないと認識する専門看護師より職務満足が有意に高かった（$p<.01$）。一方，専門看護師の職務規定の有無，夜勤の有無，配属部署，配属部署の決定，普段１か月の時間外労働時間，給与手当，診療報酬加算対象の活動，専門看護師としての活動時間の項目では，職務満足の合計点に有意差は認められなかった（**表４**）。

表４　職務満足と職場環境との関連

（$n=102$）

		人数	（%）	平均値±SD	p値
職位 †2	専従ポジション	34	(33.4)	87.9±10.0	
	スタッフナース	24	(23.5)	86.7±10.2	*
	管理職	44	(43.1)	93.0±10.5	
専門看護師の職務規定 †1	ある	40	(39.2)	91.6±12.1	n.s.
	ない	62	(60.8)	88.7± 9.3	
勤務形態 †1	夜勤あり	32	(31.4)	89.6± 9.5	n.s.
	夜勤なし	70	(68.6)	89.9±11.0	
配属部署 †2	専門看護師専門部署	3	(2.9)	78.3± 9.5	
	看護部	35	(34.3)	89.7±10.4	
	専門分野の病棟	30	(29.4)	88.8± 9.5	
	専門分野の外来	8	(7.8)	90.5±12.5	n.s.
	専門分野の部署	18	(17.6)	93.1±10.9	
	専門分野外の部署	2	(2.0)	82.0± 9.0	
	その他	6	(5.9)	93.8± 8.8	
配属部署の決定 †2	希望どおり	63	(61.8)	91.1±10.7	
	希望どおりではないが納得	34	(33.3)	88.1±10.5	n.s.
	希望どおりでなく納得できない	5	(4.9)	85.4± 8.3	
普段１か月の時間外労働時間 †2	０時間～10時間未満	9	(8.9)	97.4± 6.8	
	10時間～20時間未満	24	(23.5)	89.9±11.9	
	20時間～30時間未満	16	(15.7)	89.6±10.8	
	30時間～40時間未満	20	(19.6)	84.3± 8.6	
	40時間～50時間未満	13	(12.7)	91.4±11.8	n.s.
	50時間～60時間未満	6	(5.9)	94.2± 8.2	
	60時間～70時間未満	6	(5.9)	93.8± 7.7	
	70時間～80時間未満	3	(2.9)	84.7±13.7	
	80時間以上	5	(4.9)	87.8± 5.7	
休日労働した場合の代休の取得状況 †1 （申請する必要のない者を除く90名）	とれている	53	(58.9)	92.0±10.0	**
	とれていない	37	(41.1)	85.3±11.4	
給与手当 †2 （その他を除く98名）	専門看護師手当あり	16	(15.7)	90.4± 9.7	
	昇格手当あり	30	(29.4)	89.6±10.0	n.s.
	専門看護師手当と昇格手当あり	7	(6.9)	90.3±13.0	
	なし	45	(44.1)	89.3±11.5	
診療報酬加算対象の活動 †1	ある	48	(47.1)	90.8±10.6	n.s.
	ない	54	(52.9)	89.0±10.5	
専門看護師としての役割期待 †1	期待されている	87	(85.3)	91.3±10.3	**
	期待されていない	15	(14.7)	81.5± 8.2	
専門看護師としての職務上の権限 †1	与えられている	66	(64.7)	91.9±10.7	**
	与えられていない	36	(35.3)	86.0± 9.2	
		人数	（%）	中央値（範囲）	
専門看護師としての活動時間 †3	自由裁量で活動できる	39	(38.2)	91.0（63－116）	
	１週間のうち，専門看護師としての活動時間がある	25	(24.5)	91.0（75－107）	
	職位に伴う仕事を優先し，勤務時間の合間に活動	20	(19.6)	89.5（70－108）	n.s.
	勤務時間外に活動	8	(7.8)	96.0（77－102）	
	職位に伴う仕事がほとんど	10	(9.8)	83.0（71－ 94）	

［注］†1：t 検定，†2：一元配置分散分析，多重比較（TukeyのHDS法），†3：Kruskal-Wallis検定，
*：$p<.05$，**：$p<.01$，n.s.：not significant

Ⅲ．考　　察

A．専門看護師の基本属性

本研究対象の専門看護師の平均年齢は39.7歳，看護経験平均年数は15.4年であった。専門看護師認定後の経験年数の分布は５年未満が83.3％であり，専門分野はがん看護が44.1％，急性・重症患者看護14.7％，精神看護13.7％であった。2009年に専門看護師 140名を対象にした先行研究（黒田・山田・津田，2009）では，平均年齢は39.4歳，看護経験平均年数は17.2年であった。また，日本看護協会認定部における専門看護師認定者数推移（日本看護協会，2013）によると，2010年２月現在，専門看護師認定後の年数が５年未満の者は約70％を占め，専門分野はがん看護が42.8％，精神看護が15.1％，急性・重症患者看護が9.3％である。以上のことから，本研究対象の専門看護師は，先行研究や専門看護師の全登録者の分布と比較しても著しい偏りがなく，母集団を反映していると考える。

B．専門看護師の職場環境

職位は専従ポジションが約３割，配属部署の決定については「希望どおり」が約６割という結果が得られた。先行研究（千葉大学大学院看護学研究科，2009）と比較すると，本研究対象の専門看護師は独立した職位の割合が高く，専門看護師としての役割遂行が促進されていることが推測される。また，配属部署の決定は，看護部門のニーズと専門看護師が認識する役割の合致を示す指標の一つであり，この点に関しては管理者と専門看護師の連携がとれていると考えられる。一方，活動時間については「自由裁量で活動できる」が約４割を占めたものの，活動時間が限られている者のほうが約６割と多い結果であった。活動時間は管理者との交渉の結果決められるものであるが，本研究の対象者は専門看護師資格取得後の平均経験年数が約２年と専門看護師としての経験が浅いことや，管理者やスタッフナースとの兼務という職位が影響していることが考えられる。

普段１か月の時間外労働時間は50時間以上が約２割，代休を十分に取得できていない者は約３割，給与手当は「手当なし」が約４割，専門看護師職務規定は「ない（作成中を含む）」が約６割を占めた。この結果から，先行研究（千葉大学大学院看護学研究科，2009；山田ら，2010）の結果同様，専門看護師は他の役割との兼務や勤務時間内における活動時間の確保，とくに院外活動時間の確保，また専門看護師の活動に伴う経済的負担に苦慮していることが推測される。対象の専門看護師は99％が常勤で就労中であることから，パートで部分的に拘束されるのではなく，恒常的に病院の労働条件の影響を受けていることが伺われる。専門看護師は，他のスタッフナースや管理者と同様に「看護職」として病院に雇用される立場にあり，専門看護師独自の職務規定の内容はきわめて重要な意味をもつことになると思われる。職務規定は所属や権限，職務内容，職務範囲などを規定するものであり，院内活動に加え，学会や研究会，研修会等の院外活動をどこまで，どのように認めていくのかにもかかわってくる，専門看護師としての活動基盤の形成に大きな役割をもつものである。現在，約６割の専門看護師に独自の職務規定がないことは，院内での活動時間の確保や役割の周知，院外活動を困難にする要因となっていることが考えられる。今回の調査では職務規定の内容までは分析しておらず，今後は職務規定の内容を明らかにする必要があると思われた。また，いかにして専門看護師の資格や能力を給与に反映させていくのか，病院が高度な看護実践をどう評価していくのか，院内の看護組織を超えた課題といえる。

専門看護師の普段１か月の時間外労働時間は，50時間以上が19.6％，10時間未満が8.9％であった。日本看護協会の看護職員を対象にした調査（2009）では，50時間以上は8.6％，10時間未満は33.4％であり，本研究対象の専門看護師集団は先行調査における看護師集団と比較し，時間外労働時間に大幅な差があることが明らかとなった。さらに，専門看護師の時間外労働時間が過労死危険レベルとされる80時間を越える者は4.9％おり，専門看護師の労働環境は深刻な状況にあるといえる。平成22年４月１日より労働基準法が改正され，月60時間を超える時間外労働には50％の割増賃金を支払うか，あるいは支払いに代えて有給の休日付与も可能となった。専門看護師の労働契約がどうなっているか個別にみる必要はあるが，裁量労働制でないかぎり，管理者は専門看護師の労働時間に配慮し，60時間を超えるならば，有給の休日付与も検討する必要がある。また，本研究では有給休暇の取得状況までは調査していないが，残業時間が60時間を超える者が13.7％という結果を踏まえると，残業の処理の仕方も含めて検討する必要があると思われる。

C．専門看護師の職務満足に関連する要因

１．職務満足と経験年数

専門看護師認定後の経験年数が５年以上の者は，５年未満の者より職務満足が高く，専門看護師認定後の経験年数が長いほど職務満足も高かった。５年以上の経験のある者は，職務満足が高いため長く勤務していたことも考えられるが，５年以上に及ぶ専門看護師としての活動のな

かで組織に順応し，周囲からの期待に応え，さらに信頼関係や人脈を形成し，専門看護師としての活動基盤ができているために職務満足が高いことが考えられる。専門看護師も教育課程を修了し，その後認定を受けただけでは能力発揮は期待できないことは指摘されている（手島，2009）。Underwood, P.（1999）は「専門看護師は『オリエンテーション』『フラストレーション』『実行』『統合』の4段階を経て役割開発され，完全に機能できるには約5年かかる」そして，「専門看護師は最初の2年で臨床上の卓越性を発展させ，3年目に教育や調整の役割を発揮し4年目に統合段階に向かう」と述べている。このことから，管理者は専門看護師の成長過程のレベルを査定し，専門看護師認定直後にすぐに役割を求めるのではなく，専門看護師に経験を積んでもらい，統合段階に進めるような支援が重要と考える。

2．職務満足と職場環境

職位が管理職の専門看護師は，スタッフナースの専門看護師に比べて有意に職務満足が高かった。管理職を兼務する専門看護師は，所属部署を越えて活動する時間の確保や，ポジションパワーにより部門や階層を越えた組織横断的な活動が容易になり，職務満足を高めたことが考えられる。これに対し濱口（2005）は，「専門看護師の待遇として職位や給与を上げようとすると管理職としてのポストしかないため，専門看護師が管理職を兼ねることが多くなる」と述べ，そのことで本来の専門看護師の活動が制限されることを指摘している。しかし，本研究の結果では，本来の職務に専念できるとされる専従ポジション，および専門看護師としての活動時間と職務満足との関連は見られなかった。看護部門のニーズと専門看護師の役割が合致した場合に，専従ポジションが確保されると考えられるが，施設で前例がない場合あるいは施設に1人だけの在職の場合，過剰な責任感や業務量が伴うことも考えられる。梅田ら（2009）はがん専門看護師64名を対象に，ポジション別の活動時間を調査し，フリーポジションにある専門看護師は，勤務時間内に自由裁量で活動できる時間は管理職やスタッフより多かったものの，コンサルテーションの件数は管理職より少なく，所属機関内における会議時間は最も多かったことを報告している。このことから，職位や配置の仕方によって活動内容・範囲が変わってくることが考えられる。したがって，管理者は専門看護師をどこにどう使いたいのか，また専門看護師はどう活動したいのかをよく検討し，その専門看護師の専門性や強みを活かした職位や配置の仕方が必要になると思われる。加えて，職位および専門看護師としての活動時間と職務満足の関連については職務内容を含め，より詳細な調査が必要と思われた。

代休の取得状況が職務満足に関連していることが明らかとなった。専門看護師の活動は院内に留まらず，学会の講演や研修会への参加，外部講師など院外活動を行っている者も少なくない。院外活動は，新しい情報や幅広い人脈を獲得することができ，専門看護師の成長につながる一方，組織を越えた社会貢献活動につながり，専門看護師としての責務を果たすことにもつながる。したがって，前述したように職務規定の検討とともに，管理者は専門看護師を社会全体にも貢献する公共性の高い人材と考え，出張の取り扱いや外部から仕事の依頼を受けた場合の対応について検討し，休暇を確保しながら院外活動に取り組めるようにサポートする必要があると考える。

給与手当の有無によって職務満足に有意差は認められなかった。伊丹・加護野（2003）らは，組織が与えるインセンティブを金銭的報酬のような物質的インセンティブの他に，個人の行動を何らかのかたちで評価すること自体がもつ評価的インセンティブがあることを主張しており，評価的インセンティブが職務満足に影響していると考えられる。しかし，労働の対価として金銭的報酬を中心とした物質的インセンティブは客観的な評価となるため，専門看護師の活動成果を待遇に反映させる評価システムが重要と考える。

次に，診療報酬加算対象の活動の有無によって職務満足に有意差は認められなかった。ハーズバーグ（2003）は組織が与えることのできるインセンティブには「衛生要因」と「動機づけ要因」の2種類があると説明している。このうち「動機づけ要因」は，職務の内容，職務の達成，達成の評価などにあたり，これらの要因を与えることにより満足が高まるとしている。したがって，診療報酬と連動する活動は専門看護師のアウトカムにつながり，病院の経営にも貢献することから職務満足を高めることが予測されたが，本研究ではそれを覆す結果が得られた。専門看護師の活用が診療報酬と連動しやすい分野としては，がん看護，慢性疾患看護，急性・重症患者看護，感染症看護などがあげられる（2010年9月時点）。現在の診療報酬制度では，専門看護師だからという理由で，診療報酬が上乗せされることは期待できず，専門看護師が行う看護行為・技術がどのように優れているのかを明らかにする必要がある。診療報酬と連動しない分野の専門看護師は，その連動の確立の前提条件となる活動の成果を施設内外に示していくために，専門看護師として本来の職務に専念できる立場で雇用されている可能性が高く，そのことが「動機づけ要因」として影響したことが考えられる。

組織から専門看護師としての役割を期待されている者，職務上の裁量権限が与えられている者は有意に職務満足が高い結果であった。専門看護師としての役割を期待されることは，専門看護師として認められると同時に，専門看護師としての役割が明確になること，職務上の裁量権限が付

与されることにつながり，専門看護師として働きやすくなり，役割を発揮できることから職務満足が高まったと考えられる。ただし，専門看護師への過剰な期待や権限の付与は，専門看護師の業務量の増大を伴う恐れがある。一般企業の従業者を対象にした調査（藤本・脇坂，2008）において，仕事が多忙で過重な負担であっても，仕事の配分や時間の割り振りを自らの裁量でコントロールすることが可能であれば，職務満足が高まることを示している。本研究の結果において，過重労働にある専門看護師の存在が認められたことから，時間外労働を軽減すると同時に，専門看護師の仕事の配分や時間の割り振りに関する裁量を付与することも，専門看護師の役割発揮をはかるうえで有効な対策になり得ると考える。

Ⅳ．結　　論

病院に勤務する専門看護師 102名を対象に，職場環境の実態と職務満足を分析した結果，以下のことが明らかとなった。

1．専門看護師認定後の経験年数が 5 年以上の者は，5 年未満の者より有意に職務満足が高かった。
2．管理職を兼務する者，代休を取得できている者は有意に職務満足が高かった。
3．専門看護師としての役割が期待されている者，職務上の権限が与えられている者は有意に職務満足が高かった。

以上のことから，専門看護師の職務満足を向上するための組織的な支援として，専門看護師の位置づけや役割の明確化，権限の付与や代休の確保の必要性が示唆された。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

本研究は看護管理者から調査協力に同意の得られた施設に所属する専門看護師を対象にした調査であり，組織特性が結果に反映されることが予測される。また，本研究は横断的研究であり，調査時点での専門看護師の職場環境と職務満足から分析を行ったが，専門看護師が職場に定着し，その能力を発揮していく過程において，職務満足は変化していることが推測される。そのため，今後の研究の課題として，職場環境と職務満足を経時的に捉え，具体的支援方法を展開していく必要があると考える。

謝　　辞

本研究を実施するにあたり，調査にご協力いただきました病院の看護部の方々，専門看護師の方々に厚くお礼申し上げます。

なお，本論文は平成22年度山形大学大学院医学系研究課看護学専攻に提出した馬場薫の修士論文（指導：田中幸子，齋藤深雪，丸山幸恵）の一部に加筆・修正したものであり，本論文の一部は，第37回日本看護研究学会学術集会（2011年 8 月）にて発表しております。また，本研究は文部科学省科学研究費補助金若手研究（B）の助成により行われた研究の一部である。

要　　旨

【目的】本研究の目的は，専門看護師の職場環境の実態と，経験年数および職場環境と職務満足との関連を明らかにすることである。

【方法】2010年に病院に勤務する専門看護師を対象とし，職場環境と職務満足，基本属性をたずねる項目からなる質問紙調査票を実施し，専門看護師102名を分析対象とした。

【結果】職位は管理職が43.1%，普段 1 か月の時間外労働時間は50時間以上が19.6%であった。職務満足の平均点は89.8±10.5点であった。専門看護師認定後の経験年数が 5 年以上の者は，5 年未満の者より有意に職務満足が高かった。また，管理職を兼務する者，代休を取得できている者，専門看護師としての役割が期待されている者，職務上の権限が与えられている者はそうでない者より有意に職務満足が高いことが明らかとなった。

【結論】専門看護師の職務満足を高めるために，組織的位置づけや役割の明確化，権限の付与や代休の確保の必要性が示唆された。

Abstract

The objective of this research was to clarify the relationship between certified nurse specialists（CNS）work environments and their job satisfaction.

A questionnaire survey was conducted on 102 CNSs who were working in hospitals in 2010. The questionnaire included questions on work environment, job satisfaction, and basic attributes.

Analysis of the answers collected on job position showed that the percentage of managers was 43.1%; the percentage of nurses who normally worked overtime for more than 50 hours a month was 19.6%. The average number of points for job

satisfaction was 89.8 out of 125, with a range of plus or minus 10.5 points. Nurses with 5 years' or more experience after being CNS had significantly higher job satisfaction than those with less than 5 years of experience. Those nurses who were also hospital managers, were given time off in lieu, were expected to perform as CNS, or were given sufficient power to perform their duties had significantly higher job satisfaction than those without these characteristics.

These findings indicate that clarification of their position and roles within an organization, together with delegation of power and securing of time off in lieu, is essential for increasing job satisfaction among CNSs.

文　献

馬場玲子，笹原朋代，北岡和代，梅内美保子，木澤義之（2010）．緩和ケア認定看護師の職務満足およびバーンアウトの実態と関連要因．*Palliative Care Research*, 5(1), 127-136.

千葉大学大学院看護学研究科（2009）．調査報告：専門看護師および専門看護師教育課程修了者の教育ニーズとサポートニーズ．専門看護師育成・強化プログラム 国際シンポジウム 専門看護師をめぐる展望, 17-28.

千葉大学大学院看護学研究科（2010）．「専門看護師および専門看護師教育課程修了者の教育ニーズとサポートニーズ」に関する研究．専門看護師育成・強化プログラム成果報告書, 98-104.

藤本哲史，脇坂　明（2008）．従業者のワーク・ライフ・バランス意識：仕事要求度 ― コントロールモデルに基づく検討．学習院大学経済論集, 45(3), 223-267.

藤村和宏（1999）．職員の満足はなぜ重要か．*Nursing Today*, 14(3), 12-15.

古橋知子（2009）．小児看護専門看護師による現場支援．小児看護, 32(2), 205-210.

濱口恵子（2005）．専門看護師の現状と課題．臨牀看護, 31(11), 1588-1592.

ハーズバーグ・F（2003）．二要因理論：人間には二種類の欲求がある ― モチベーションとは何か．DIAMONDハーバード・ビジネス・レビュー, 28(4), 44-58.

廣瀬千也子（2008）．専門看護師・認定看護師における現状と課題．病院, 67(4), 307-311.

伊波早苗，米田昭子，馬場敦子，添田百合子（2005）．成人看護（慢性）専門看護師の活動アウトカム．臨床看護, 31(11), 1639-1643.

伊丹敬之，加護野忠雄（2003）：ゼミナール経営学入門（第3版）．pp.297-322, 東京：日本経済新聞社．

岩本幹子（1998）．看護婦の職務満足：いかに組織は看護婦を定着させるか．北海道医療技術短期大学部紀要, 11, 69-77.

加藤栄子，尾﨑フサ子（2008）．看護職の職務継続意思と職務満足に対する関連要因：1997～2006年の文献検討．新潟大学医学部保健学科紀要, 9(1), 215-225.

北村愛子（2005）．急性看護領域：クリティカルケア看護専門看護師としての活動と評価．臨牀看護, 31(11), 1650-1655.

厚生労働省（2010）．第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書．2012-12-21. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000z68f-img/2r9852000000z6df.pdf

黒田裕子，山田紋子，津田泰伸（2010）：わが国における専門看護師と認定看護師の役割期待認知，役割遂行認知，役割遂行能力評価の実態．北里看護学誌, 12(1), 1-10.

三上ちづ子，周藤和美，早津絹子，早坂百合子，長谷川幸子（2010）．CNS教育課程修了者の採用から定着に向けて ― CNSへの組織的サポートの実際．看護, 62(2), 96-100.

中川典子，林　千冬（2004）．日本における看護職者に関する職務満足度研究の成果と課題 ― 過去15年間のStamp-尾﨑翻訳修正版尺度を用いた研究の文献レビュー ―．日本看護管理学会誌, 8(1), 43-57.

日本医療労働組合連合会（2006）．看護職員の労働実態調査・集計結果．2006-1-20. Retrieved from http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/20060120-kangojittai-tanjun.pdf

日本看護協会（2009）．2008年『時間外勤務，夜勤・交代制勤務等緊急実態調査』結果概要．Retrieved from http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0424- 2 .pdf

日本看護協会（2013）．都道府県別認定者推移．2013-06-25. Retrieved from http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns

奥　朋子，中村伸枝，大野朋子，阿部恭子，神津三佳，藤澤陽子，石橋みゆき，菅原聡美，光多恵子，松本ゆり子，千葉　均，森かずえ（2009）．専門看護師・認定看護師の役割に対する看護師のニーズ ― 高度先進医療を提供する大学病院（一施設）における質問紙調査 ―．千葉看護学会誌, 15(1), 43-50.

尾﨑フサ子，忠政敏子（1988）．看護婦の職務満足質問紙の研究 ― Stampsらの質問紙の日本での応用 ―．大阪府立看護短期大学紀要, 10(1), 17-24.

佐藤奈々子（2005）．大学病院における小児看護専門看護師が協働するチーム医療と看護サービスの質の変化．臨牀看護, 31(11), 1634-1638.

千﨑美登子，佐藤禮子，小松浩子，濱口恵子，小迫冨美恵，高橋美賀子，角田直枝，射場典子，高山京子，細矢美紀，長谷川久巳，小島操子（2010）．平成18年がん看護に携わる専門看護師の活動状況調査報告．日本がん看護学会誌, 24(2), 41-48.

孫　継紅，竹内登美子（2003）．日本の認定看護師と専門看護師に関する文献研究．臨牀看護, 29(11), 1726-1782.

Stamps, P.L., Piedomont, E.B., Slavitt, D.B., and Hasse, A.M（1978）．Measure of work satisfaction among health professionals. *Medical Care*, 16(4), 337-352.

田尾雅夫（2001）．組織の心理学．pp.72-82, 東京：有斐閣．

手島　恵 編，井部俊子，中西睦子 監修（2004）．看護における人的資源活用論．看護管理学習テキスト第1版：第4巻, pp.81-92, 東京：日本看護協会出版会．

土江淳子，中村弥生（1993）．看護婦の職務意識とストレス，バーンアウトとの関係．日本看護研究学会雑誌, 16(4), 9-20, 1993.

塚本尚子，野村明美（2007）．組織風土が看護師のストレッサー，バーンアウト，離職意図に与える影響の分析．日本看護研究学会雑誌, 30(2), 55-64.

梅田　恵，長谷川久巳，吉田智美，小迫冨美恵，田墨恵子，山田雅子（2009）．日本におけるがん看護専門看護師の活動状況調査報告〈第1報〉．がん看護, 14(5), 595-598.

Underwood, P.（1999）／中内園恵（1999）．専門看護師の導入に向けて：組織の準備，役割開発とその評価，看護, 51(1), 128-133.

宇佐美しおり，野末聖香，福嶋好重，安藤幸子，田中美恵子，佐藤寧子，小山達也（2009）．慢性の身体疾患を有する患者の精神状態を改善するリエゾン精神看護技術．EBNursing, 9(1), 34-42.

宇佐美しおり，野末聖香，片平好重，福田紀子，住吉亜矢子

(2005). 精神看護専門看護師の活動成果に関する研究. 臨牀看護, 31(11), 1622-1631.

山田紋子, 黒田裕子, 棚橋泰之, 津田康伸 (2010). 専門看護師と認定看護師が自己報告した役割を遂行する上での困難さに関する質的分析. 北里看護学誌, 12(1), 18-29.

Yamashita, M. (1995). Job satisfaction in Japanese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 158-164.

山下美根子 (1995)：看護婦の職務満足度に関する研究. 看護管理, 5(3), 191-195.

山内京子, 戸梶亜紀彦 (2004). 看護職のキャリア形成と自己概念に関する研究. 看護学総合研究, 5(2), 6-17.

[平成24年 6 月 7 日受　　付
平成25年 4 月12日採用決定]

－研究報告－

訪問看護サービスにおける24時間の電話対応と緊急時対応の実態

Study of Telephone Consultation and Pressing Visits as Around-the-Clock Services by Visiting Nurses

森　田　祐　代
Sachiyo Morita

キーワード：訪問看護，電話対応，緊急時訪問
Key Words：visiting nurses, study of telephone consultation, pressing visits

はじめに

日本における訪問看護は，一部の病院による訪問看護や保健師の訪問指導が実施されていたが，老年人口が７％を超え高齢化社会を迎えた1970年代に入り，高齢者の医療費および在宅療養の問題の深刻さから注目されるようになった。1982年に老人保健法の制定により，保健事業としての機能訓練や訪問指導，および退院患者の継続看護や指導料が加算されるようになった。1992年の老人保健法の改正により，在宅の寝たきり老人等への訪問看護を拡大し，福祉との連携の下に在宅医療の推進をはかることを目指し，老人訪問看護ステーションによる老人訪問看護制度が発足した。この訪問看護制度は，医師以外の職種である看護師が管理者の独立した事業所の社会保険財源による報酬が配分される新たな医療の仕組みとして創設された歴史的な制度となっている（全国訪問看護事業協会，2007a）。1996年の診療報酬改正時に「24時間連絡体制加算」が新設された。この制度は2000年の介護保険制度で「緊急時訪問看護加算」として位置づけられている。しかし，報酬単価が高く，必要なケースが少なかったことなどから2003年の改定で介護報酬が減額された（村嶋・田口・近藤，2005）。2006年の「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定に関する基準の施行について」の改正に伴い，訪問看護の24時間対応体制の強化の観点から24時間連絡体制加算や緊急時訪問看護加算などが見直された（厚生労働省，2006）。現在，訪問看護を提供している事業所の８割以上は24時間連絡体制加算，緊急時訪問看護加算の届出があり，定期訪問以外の電話相談や緊急訪問などの対応を実施しており，利用者の医療依存度は高くなっている（伊藤ら，2007；松坂ら，2005）。

2008年には訪問看護開設事業者数は5,407事業所であり，うち約８割の訪問看護ステーションが24時間対応を行っていることが報告されている（全国訪問看護事業協会，2009a）。全国の3,013か所の訪問看護ステーションのサービス提供の実態を調査した内容によると，勤務する看護職は常勤が平均3.6人，非常勤が平均3.0人であった。訪問看護体制については土曜日の昼間に「通常勤務をしている」のは27.2％，日曜・祭日の昼間に「通常勤務している」は4.7％であった。準夜・深夜・早朝帯の体制において，「１日を３交代または２交代で訪問している」のはわずか0.3％のみであり，多くのステーションが「電話対応・緊急時は訪問する」（88.0％）ことで対応していた。

訪問看護ステーションにおける24時間電話対応調査（n = 1,357）（全国訪問看護事業協会，2009a）によると，対応の時間帯では「日中（8:00～18:00）」が85.2％と最も多く，「夜間・深夜・早朝（18:00～8:00）」は14.0％となっている。連絡者は「利用者の家族」（29.2％）が最多であり，ついで「ケアマネジャー・地域包括支援センター」（22.1％）となっている。電話連絡内容では「医療処置に関すること」が夜間・深夜・早朝と合わせて35.2％であり，夜間・深夜・早朝の対応は「スタッフのみで対応」した件数が最も多く，電話相談での対応は「主治医に報告」「救急に搬送・受診を指導」「臨時で訪問看護を実施」であった。

計画的訪問看護を実施しているステーション（n =117）と実施していないステーション（n =1,585）の比較調査（全国訪問看護事業協会，2003）によると，実施しているステーションは，「カテーテル管理」「気管切開の処置」「点滴の管理」「中心静脈栄養」を有意に多く実施し，医療処置を必要とする患者をより多く看護していることが明らかになった。また，夜間・早朝の計画的訪問を実施しているステーションでの医療処置としては，経管栄養，吸引・吸入，酸素療法，疼痛の看護，浣腸・摘便などが報告され

山梨県立大学看護学部　Basic Concept and Practice of Nursing Yamanashi Prefectural University

ている。

また，106事例における緊急訪問の実態調査（田中・熊谷・伊藤・渡部・皆川，2006）によると，緊急訪問で多いのは医療処置に関するトラブルであり，高齢の介護者が介護度の高く医療処置の多い利用者を介護していたことが明らかになった。また，時間外電話相談の実態調査（大須賀ら，2005）によると，家族形態は全体では3人以上が7割を占め，対象者の主な疾患は脳・神経疾患と悪性新生物が全体の7割を占めていた。電話相談内容では身体症状に関すること（45.3%）が最も多く，ついで多かったのが医療処置に関すること（16.5%）であり，電話相談に対する対応は，訪問に至ったケースは約3割，電話での指導・指示を行ったものは約4割であったことが報告されている。

以上の背景から，今後，高齢者の単独世帯や夫婦のみ世帯の増加に伴う家族介護力の低下，疾病の慢性化と入院期間短縮に伴う医療依存度の増大と長期化，在宅での看取り希望の増加などのニーズの多様化などが予測されていることから，24時間にわたる訪問看護の機能充実が求められている。そこで，本研究では訪問看護サービスの充実を図るための資料を得るために，24時間対応による訪問看護の現状と課題を明らかにすることを目的とした。

Ⅰ．研究目的

24時間対応型訪問看護を提供している訪問看護ステーションにおける電話等の対応と緊急時訪問の実態を明らかにする。

Ⅱ．用語の操作的定義

本研究における『24時間対応型訪問看護』とは，介護保険の「緊急時訪問看護加算」届出および医療保険の「24時間連絡体制加算」「重症管理加算」の届出によって実施されている，訪問看護師による24時間の電話等による対応と緊急時の訪問とした。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

本研究では，変数間の関連をみる相関研究デザインを使用した。

2．研究対象

A県内の24時間対応を実施している2つの訪問看護ステーションにて，緊急時訪問加算・24時間連絡体制加算をしている利用者の過去3か月分の訪問看護指示書・計画書・報告書・訪問（対応）記録。

3．倫理的配慮

データ収集にあたり，B大学倫理審査委員会の承認，およびデータ収集施設の管理責任者からの承認を受けた。本調査では，対象事例の同意を得ないが，事例を番号表記し，匿名連結可能性を記したデータ収集用番号と事例の氏名一覧は，書類戸棚に施錠して匿名性を保持した。

4．調査期間

2010年7～9月に，訪問看護ステーションで訪問看護指示書・訪問計画書・報告書および訪問（対応）記録のデータを調査用紙に転記した。

5．調査内容

①訪問看護ステーション概要：設置主体，開設年，職員数・看護職員数（常勤・非常勤），勤続年数，時間外対応体制，利用者数，加算届け出状況（緊急時訪問加算・24時間連絡体制加算・特別管理加算・重症者管理加算・難病等複数回訪問加算）

②訪問看護申込書：性別，年齢，家族状況，訪問開始日

③訪問看護指示書：傷病名，医療保険・介護保険，病状・治療状態，指示事項

④訪問看護計画書・報告書：要介護度，寝たきり度，ADL，認知症ランク，訪問頻度，看護問題

⑤緊急訪問（対応）記録：期日，時間，相談・対応内容・結果

6．データ収集方法

訪問看護ステーション調査対象期間の利用者全員の訪問看護指示書・訪問計画書・報告書および訪問（対応）記録のデータを調査用紙に転記することでデータ収集を行った。データ収集に先駆け，研究者と他の看護職者1名との1事例における転記の一致率91.7%を確認している。

7．データ分析

施設概要および対象者概要について記述統計量を算出し，2つの訪問看護ステーションの比較，時間帯別の比較等にはt検定，χ^2検定にて変数間の関連を検定した。

Ⅳ．結　　果

A県内の開設主体が異なる2つの訪問看護ステーションにおける，夜間・早朝の電話対応・緊急訪問などの24時間対応の取り組みの実態は下記のとおりである。

1．訪問看護ステーション概要

対象者のデータを収集した訪問看護ステーションの概要は**表1**に示すとおりであった。C訪問看護ステーション（以下，Cステーションとする）は1997年に医療法人が開設し，D訪問看護ステーション（以下，Dステーションとする）は1994年に看護協会が開設している。職員数は，常勤と非常勤はほぼ同数で有意差はみられていないが，常勤換算人数は平均19.7±0.5人で，DステーションがCステーションより有意に多かった（t＝19.042，p＝.0008）。職員の勤続年数は，10年以上が最多の12名（54.5％），1年以上3年未満が6名（27.3％）であり，ステーション間では，3年以上5年未満はCステーションにおいて有意に多く（χ^2＝6.079，p＝.014），10年以上ではDステーションがCステーション（n＝1,12.5％）より有意に多かった（χ^2＝8.964，p＝.003）。

訪問看護利用者数は平均256.3±9.5で，Dステーション

表1　訪問看護ステーション概要

項　　目	全　体	Cステーション	Dステーション	χ^2値	t値
	n　（％）	n　（％）	n　（％）		
設置主体（開設年）		医療法人（1997）	看護協会（1994）		
職員数					
常　勤	10　（45.5）	5　（62.5）	5　（35.7）	1.473	
非常勤	12　（54.5）	3　（37.5）	9　（64.3）		
常勤換算人数（平均）	19.7±0.5	7.1±0.4	12.6±0.2		19.042 **
5月	19.0（86.4）	6.6（82.5）	12.4（88.6）		
6月	20.2（91.8）	7.5（93.8）	12.7（90.7）		
7月	20.0（90.9）	7.2（90.0）	12.8（91.4）		
勤続年数					
1年以上3年未満	6　（27.3）	3　（37.5）	3　（21.4）	11.557	**
3年以上5年未満	3　（13.6）	3　（37.5）			
5年以上10年未満	1　（4.5）	1　（12.5）			
10年以上	12　（54.5）	1　（12.5）	11　（78.6）		
利用者数（平均）	256.3±9.5	104.0±3.6	152.0±6.7		9.062 **
5月	244	101	143		
6月	258	102	156		
7月	267	109	158		
24時間連絡体制加算（平均）	43.3±3.7	17.7±1.2	25.7±2.5		4.057 *
5月	39　（16.0）	16　（15.8）	23　（16.1）		
6月	43　（16.7）	18　（17.6）	25　（16.0）		
7月	48　（18.0）	19　（17.4）	29　（18.4）		
重症管理加算（平均）	19.3±2.5	10.3±1.7	9.0±0.8		1.000
5月	16　（6.6）	8　（7.9）	8　（7.9）		
6月	20　（7.8）	11　（10.8）	9　（5.8）		
7月	22　（8.2）	12　（11.0）	10　（6.3）		
ターミナルケア加算（医療）					
7月	1　（0.4）	1　（0.9）			
難病等複数回答回訪問加算（平均）	31.7±1.2		31.7±1.2		
5月	33　（13.5）		33　（32.7）		
6月	32　（12.4）		32　（20.5）		
7月	30　（11.2）		30　（19.0）		
緊急時訪問加算（平均）	138.7±4.6	73.0±2.9	65.7±2.6		2.630
5月	134　（54.9）	72　（71.3）	62　（61.4）		
6月	137　（53.1）	70　（68.6）	67　（42.9）		
7月	145　（54.3）	77　（70.6）	68　（43.0）		
特別管理加算（平均）	51.3±0.5	24.7±0.5	26.7±0.9		2.683
5月	51　（20.9）	25　（24.8）	26　（25.7）		
6月	52　（20.2）	24　（23.5）	28　（17.9）		
7月	51　（19.1）	25　（22.9）	26　（16.5）		

［注］*：p＜.05，**：p＜.01

がCステーションより有意に多くなっていた（t＝9.062，p＝.0008）。５～７月の加算届出状況は，「24時間連絡体制加算」は平均43.3±3.7で，ＤステーションがＣステーションより有意に多く（t＝4.057，p＝.015），「重症管理加算」は平均19.3±2.5，「ターミナルケア加算」はＣステーションで１名，「難病等複数回訪問加算」はＤステーションのみで実施され平均31.7±1.2，「緊急時訪問加算」は平均138.7±4.6名，「特別管理加算」は平均51.3±0.5でいずれも有意差はなかった。

２．対象者概要

表２は３か月間の緊急訪問，電話対応を行った対象者の概要を示したものである。対象者の平均年齢は80.4±12.6歳で，性別は男性19名（36.5％）と女性33名（63.5％）であり，家族構成は，子ども（n＝41，78.8％）がいる者が最も多く，ついで配偶者（n＝27，51.9％）とその他（n＝23，44.2％）であった。主たる同居者は，配偶者（n＝26，50.0％）または子ども（n＝25，48.1％），同居人数は１人（n＝19，36.5％）が最も多く，ついで同居人のいない単独世帯（n＝12，23.1％）であった。主介護者ありは88.5％（n＝46），主介護者の続柄は，子ども（n＝19，36.5％）と配偶者（n＝22，42.3％）が最も多かった。訪問看護申込みの主な理由としては，健康相談（n＝40，76.9％）が最も多く，ついで日常生活の看護（n＝30，57.7％），装着医療機器などの管理・指導（n＝21，40.4％），リハビリテーション（n＝16，30.8％），介護相談（n＝11，21.2％）等であった。

表２　相談対象者概要

（n＝52）

項　　目	n	（％）
年齢（平均）	80.4±12.6	
性別		
男性	19	（36.5）
女性	33	（63.5）
家族構成（重複回答）		
母	1	（1.9）
配偶者	27	（51.9）
子ども	41	（78.8）
その他	23	（44.2）
同居者		
配偶者	26	（50.0）
子ども	25	（48.1）
その他	12	（23.1）
同居者数		
0人	12	（23.1）
1人	19	（36.5）
2人	8	（15.4）
3人以上	12	（23.1）
主介護者		
なし	6	（11.5）
あり	46	（88.5）
主介護者続柄		
夫	9	（17.3）
妻	13	（25.0）
息子	7	（13.5）
娘	12	（23.1）
嫁	3	（7.7）
その他	2	（3.8）
訪問看護申込理由（複数回答）		
健康相談	40	（76.9）
リハビリテーション	16	（30.8）
装着医療機器などの管理・指導	21	（40.4）
褥瘡の予防・処置	10	（19.2）
日常生活の看護	30	（57.7）
認知症の看護	1	（1.9）
介護相談	11	（21.2）
その他	9	（17.3）

３．相談対象者における訪問看護指示内容と訪問状況

訪問看護対象者の主な疾患は，脳・神経疾患（n＝19，36.5％）と循環器疾患（n＝14，26.9％）であり，その他，呼吸器疾患，消化器疾患，精神疾患などであった。

医療処置・指示の内容については，リハビリテーション（n＝30，57.7％）が最も多く，ついで留置カテーテル（n＝13，25.0％），経管栄養（n＝13，25.0％），褥瘡処置（n＝11，21.2％）などである。

訪問看護において使われている保険・認定の種類は，介護保険が73.1％（n＝38），医療保険が15.4％（n＝８），難病認定が11.5％（n＝６）となっている。訪問頻度は，週１回の訪問が38.5％（n＝20）と週２回が30.8％（n＝16），１回の訪問時間は，60分が67.3％（n＝35）である。ADLの介助状況は，食事のみは自立の者が半数であり，それ以外のADL項目は全介助者が約半数となっていた（**表３**）。

４．相談対象者への相談・対応内容の延べ件数

電話相談対象者は調査期間中に延べ119名であり，時間帯は日中が最も多く48.5％（n＝58），夜間・深夜が23.5％（n＝28），最終訪問日から平均3.6±6.3日後であった。電話相談をしてきた者は，本人が68.9％（n＝82）で家族が41.2％（n＝49.2％）であり，相談者の記載なしは8.4％（n＝10）みられた。相談の内容は，身体症状に関すること（n＝82，68.9％）が最も多く，ついで医療処置に関すること（n＝15，12.6％）である。

電話相談に対する対応内容については，緊急訪問（n＝88，73.9％）が最多であり，ついで電話での指導（n＝15，12.6％）となっている。電話相談に対する対応の記

表３　相談対象者における訪問看護指示内容と訪問状況

（n ＝52）

項目（訪問看護指示内容）	n	（　%　）
主たる傷病名（複数）		
脳・神経疾患	19	（ 36.5 ）
循環器疾患	14	（ 26.9 ）
呼吸器疾患	9	（ 17.3 ）
消化器疾患	9	（ 17.3 ）
精神疾患	8	（ 15.4 ）
骨・関節疾患	7	（ 13.5 ）
認知症	7	（ 13.5 ）
皮膚疾患	6	（ 11.5 ）
神経難病	5	（ 9.6 ）
糖尿病	5	（ 9.6 ）
がん末期	4	（ 7.7 ）
脱水・栄養障害	4	（ 7.7 ）
急性炎症	2	（ 3.8 ）
肝臓疾患	1	（ 1.9 ）
寝たきり度		
Ｊ１	3	（ 5.8 ）
Ｊ２	5	（ 9.6 ）
Ａ１	4	（ 7.7 ）
Ａ２	5	（ 9.6 ）
Ｂ１	4	（ 7.7 ）
Ｂ２	10	（ 19.2 ）
Ｃ１	7	（ 13.5 ）
Ｃ２	14	（ 26.9 ）
認知症の日常生活自立度		
Ⅰ	15	（ 28.8 ）
Ⅱａ	1	（ 1.9 ）
Ⅱｂ	5	（ 9.6 ）
Ⅲａ	5	（ 9.6 ）
Ⅲｂ	3	（ 5.8 ）
Ⅳ	11	（ 21.2 ）
Ｍ	1	（ 1.9 ）
記載なし	9	（ 17.3 ）
要介護認定の状況		
なし	2	（ 3.8 ）
申請中	1	（ 1.9 ）
要支援１	2	（ 3.8 ）
要支援２	3	（ 5.8 ）
要介護１	2	（ 3.8 ）
要介護２	6	（ 11.5 ）
要介護３	9	（ 17.3 ）
要介護４	9	（ 17.3 ）
要介護５	17	（ 32.7 ）
医療処置・指示事項（複数回答）		
リハビリテーション	30	（ 57.7 ）
留置カテーテル	13	（ 25.0 ）
経管栄養	13	（ 25.0 ）
褥瘡処置	11	（ 21.2 ）
病状観察	4	（ 7.7 ）
服薬管理	4	（ 7.7 ）
皮膚観察	4	（ 7.7 ）
転倒予防	3	（ 5.8 ）
脱水予防・栄養管理	3	（ 5.8 ）
創傷処置	3	（ 5.8 ）
メンタルケア	3	（ 5.8 ）
酸素療法	3	（ 5.8 ）
吸引器	2	（ 3.8 ）
廃用予防	2	（ 3.8 ）
気管カニューレ	1	（ 1.9 ）
人工肛門	1	（ 1.9 ）
透析液供給装置	1	（ 1.9 ）
その他	4	（ 7.7 ）

項目（訪問看護状況）	n	（　%　）
保険・認定		
医療保険	8	（ 15.4 ）
介護保険	38	（ 73.1 ）
難病認定	6	（ 11.5 ）
訪問頻度		（
週１回	20	（ 38.5 ）
週２回	16	（ 30.8 ）
週３回	7	（ 13.5 ）
週４回	2	（ 3.8 ）
週５回	1	（ 1.9 ）
毎日	1	（ 1.9 ）
２週間１回	2	（ 3.8 ）
月１回	3	（ 5.8 ）
１回訪問時間		
30分	7	（ 13.5 ）
30～60分	3	（ 5.8 ）
60分	35	（ 67.3 ）
60～90分	3	（ 5.8 ）
90分	3	（ 5.8 ）
記載なし	1	（ 1.9 ）
ADL介助状況		
（移動）		
自立	12	（ 23.1 ）
一部介助	14	（ 26.9 ）
全介助	26	（ 50.0 ）
（排泄）		
自立	13	（ 25.0 ）
一部介助	13	（ 25.0 ）
全介助	26	（ 50.0 ）
（更衣）		
自立	14	（ 26.9 ）
一部介助	15	（ 28.8 ）
全介助	23	（ 44.2 ）
（食事）		
自立	26	（ 50.0 ）
一部介助	10	（ 19.2 ）
全介助	16	（ 30.8 ）
（入浴）		
自立	6	（ 11.5 ）
一部介助	16	（ 30.8 ）
全介助	28	（ 53.8 ）
記載なし	2	（ 3.8 ）
（整容）		
自立	16	（ 30.8 ）
一部介助	13	（ 25.0 ）
全介助	21	（ 40.4 ）

表４　相談対象者への相談・対応内容の延べ件数

（n ＝119）

	n	（　％　）
相談の時間帯		
日中（9:00～17:59）	58	（ 48.7 ）
夜間・深夜（18:00～5:59）	28	（ 23.5 ）
早朝（6:00～8:59）	19	（ 16.0 ）
記載なし	14	（ 11.8 ）
最終訪問経過日数（平均）	3.6±6.3	
相談者の続柄		
本人	50	（ 42.0 ）
家族	49	（ 41.2 ）
その他	10	（ 8.4 ）
記載なし	10	（ 8.4 ）
相談内容		
身体症状に関すること	82	（ 68.9 ）
医療処置に関すること	15	（ 12.6 ）
薬に関すること	9	（ 7.6 ）
介護に関すること	1	（ 0.8 ）
その他	6	（ 5.0 ）
記載なし	6	（ 5.0 ）
対応内容（複数回答）		
電話での指導	15	（ 12.6 ）
電話での指示	4	（ 3.4 ）
電話での受診奨励	2	（ 1.7 ）
関係機関に連絡	9	（ 7.6 ）
緊急訪問	88	（ 73.9 ）
その他	3	（ 2.5 ）
記載なし	7	（ 5.9 ）
緊急訪問の内容（複数回答）		
処置	62	（ 70.5 ）
指導	2	（ 2.3 ）
相談	11	（ 12.5 ）
受診奨励	2	（ 2.3 ）
緊急受診	5	（ 5.7 ）
その他	11	（ 12.5 ）
対応時間（平均）	52.0±26.7	
対応結果		
安定	77	（ 64.7 ）
入院	8	（ 6.7 ）
その他	13	（ 10.9 ）
記載なし	21	（ 17.6 ）

載なしは13.7％（n ＝ 7 ）みられた。緊急訪問の具体的内容では，処置（n ＝62，70.5％）が最も多く，対応時間は平均52.0±26.7分であり，対応の結果は，安定（n ＝77，64.7％）が最も多くなっている。対応結果の記載なしは17.6％（n ＝21）みられた（表４）。

５．時間帯別にみた相談・対応内容の延べ件数比較

いずれの時間帯でも対応内容としての緊急訪問を多く実施し，とくに日中では夜間・深夜，早朝より有意に多くなっている（χ^2 ＝4.714，p ＝ .030）。また，電話での指導は，早朝で有意に多く（χ^2 ＝6.207，p ＝ .045），対応内容の記載なしも早朝で有意に多くみられた（χ^2 ＝7.676，p ＝ .022）。緊急訪問内容では，緊急受診が早朝で有意に多くなっていた（χ^2 ＝15.408，p ＝ .0005）。対応結果では，安定（日中n ＝46，63.9％；夜間・深夜n ＝17，23.6％；早朝n ＝9，12.5％）が日中で最も多く，時間帯と対応結果に有意差がみられた（χ^2 ＝7.869，p ＝ .020）。なお，時間帯と相談者の続柄，相談内容には，有意な差は見られなかった（表５）。

６．相談者別にみた相談・対応延べ件数比較

ａ．相談者別にみた対象者概要の比較

同居者のいない単独世帯では本人からの相談が，同居者３人以上では家族からの相談が多くみられ，相談者の続柄と同居者数との関係に有意差がみられた（χ^2 ＝40.976，p＜.0001）。対象者の主な疾患との比較では，神経難病を有する本人からの相談が有意に多く（χ^2 ＝6.440，p ＝ .040），がん末期では家族からの相談が有意に多くなっている（χ^2 ＝7.541，p ＝ .0230）。

ｂ．使用している保険・認定の種類

介護保険では相談者による偏りはなかったが，医療保険では家族からの相談が，難病認定では本人からの相談が多かった（χ^2 ＝10.243，p ＝ .037）。要介護認定の状況では，要支援１～要介護１と要介護度２・３では本人からの相談が多く，要介護度４・５では家族からの相談が多くみられ，要介護認定の状況と相談者との関係に有意差がみられた（χ^2 ＝10.243，p ＝ .036）。寝たきり度では，比較的自立度の高いＪ１・Ｊ２は本人からの相談が多く，重度の寝たきりを示すＣ１・Ｃ２は家族からの相談が大半を占めており，寝たきり度と相談者との関係にも有意差がみられた（χ^2 ＝43.749，p＜.0001）。認知症の日常生活自立度ではⅠ・Ⅱａ・Ⅱｂは本人からの相談が多く，重度の認知症のⅢａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍは家族からの相談が多くみられ，認知症状況と相談者との関係にも有意差がみられた（χ^2 ＝43.749，p＜.0001）。

ｃ．相談者別にみた医療処置・指示の内容

経管栄養を実施している家族からの相談が有意に多くみられている（χ^2 ＝12.750，p ＝ .047）が，他の内容には有意差がみられていなかった。訪問頻度では，週１回の本人からの相談が多く，週３回以上では家族からの相談が最も多くみられ，訪問頻度と相談者との関係に有意差がみられた（χ^2 ＝12.750，p ＝ .047）（表６）。

７．相談内容別にみた相談・対応延べ件数比較

相談内容別の対象者概要の比較では，同居者人数にかか

表５　時間帯別にみた相談・対応内容の延べ件数比較

（n ＝105）

相談・対応内容		日中（n ＝58）		夜間・深夜（n ＝28）		早朝（n ＝19）		χ^2 値
	n	n	（　%　）	n	（　%　）	n	（　%　）	
相談者の続柄								
本人	45	29	（ 64.4 ）	7	（ 15.6 ）	9	（ 20.0 ）	10.218
家族	46	23	（ 50.0 ）	16	（ 34.8 ）	7	（ 15.2 ）	
その他	7	5	（ 71.4 ）	1	（ 14.3 ）	1	（ 14.3 ）	
記載なし	7	1	（ 14.3 ）	4	（ 57.1 ）	2	（ 28.6 ）	
相談内容								
身体症状に関すること	74	42	（ 56.8 ）	19	（ 25.7 ）	13	（ 17.6 ）	15.254
医療処置に関すること	14	8	（ 57.1 ）	6	（ 42.9 ）			
薬に関すること	7	3	（ 42.9 ）	1	（ 14.3 ）	3	（ 42.9 ）	
介護に関すること	2	1	（ 50.0 ）	1	（ 50.0 ）			
その他	5	4	（ 80.0 ）			1	（ 20.0 ）	
記載なし	3			1	（ 33.3 ）	2	（ 66.7 ）	
対応内容（複数回答）								
電話での指導	11	4	（ 36.4 ）	2	（ 18.2 ）	5	（ 45.5 ）	6.207 *
電話での指示	3	2	（ 66.7 ）	1	（ 33.3 ）			0.683
電話での受診奨励	1					1	（ 100.0 ）	4.570
関係機関に連絡	8	4	（ 50.0 ）	2	（ 25.0 ）	2	（ 25.0 ）	0.280
緊急訪問	81	48	（ 59.3 ）	23	（ 28.4 ）	10	（ 12.3 ）	4.714 *
その他	3	2	（ 66.7 ）			1	（ 33.3 ）	1.293
記載なし	7	3	（ 42.9 ）	2	（ 28.6 ）	2	（ 28.6 ）	7.676 *
緊急訪問の内容（複数回答）								
処置	58	35	（ 60.3 ）	18	（ 31.0 ）	5	（ 8.6 ）	2.837
指導	2	1	（ 50.0 ）			1	（ 50.0 ）	2.967
相談	10	4	（ 40.0 ）	3	（ 30.0 ）	3	（ 30.0 ）	3.605
受診奨励	2	2	（ 100.0 ）					1.410
緊急受診	4	1	（ 25.0 ）			3	（ 75.0 ）	15.408 ***
その他	9	5	（ 55.6 ）	2	（ 22.2 ）	2	（ 22.2 ）	0.959
対応結果								
安定	72	46	（ 63.9 ）	17	（ 23.6 ）	9	（ 12.5 ）	17.675 **
入院	6	1	（ 16.7 ）	2	（ 33.3 ）	3	（ 50.0 ）	
その他	10	4	（ 40.0 ）	6	（ 60.0 ）			
記載なし	17	7	（ 41.2 ）	4	（ 23.5 ）	6	（ 35.3 ）	

［注］*：p＜.05，**：p＜.01，***：p＜.005

わらず身体症状に関する相談が最も多く，相談内容と同居者数との関係に有意差がみられた（χ^2＝26.381，p＜.001）。主な疾患との関係では，いずれの疾患においても身体症状に関する相談が多くみられ，脳・神経疾患では身体症状に関することが多く（χ^2＝10.113，p ＝ .006），がん末期では身体症状に関することと医療処置に関することが有意に多くなっていた（χ^2＝11.778，p ＝ .003）。使用している保険・認定の種類では，いずれも身体症状に関することが多く，難病認定では８割以上，医療保険では７割以上と大半を占め，相談内容と保険・認定種類に有意差がみられた（χ^2＝10.332，p ＝ .035）。

対象者の状態を示す要介護認定の状況（χ^2＝13.444，p ＝ .009），寝たきり度（χ^2＝41.880，p＜.0001），認知症日常生活自立度（χ^2＝16.434，p ＝ .002）のいずれも身体症状に関する相談が有意に多くなっていた。医療処置・指示の内容では，留置カテーテル処置を受けている対象では身体症状に関する相談が多く（χ^2＝13.481，p ＝ .001），リハビリテーション指示を受けている対象では身体症状に関する相談が有意に多い（χ^2＝8.065，p ＝ .018）。また，訪問頻度との関係にも有意差がみられ（χ^2＝20.627，

表 6　相談者別にみた相談・対応延べ件数比較

（n ＝119）

対象者概要		相談者（n ＝109）			
		本人（n ＝50）	家族（n ＝49）	その他（n ＝10）	χ^2 値
	n	n （ % ）	n （ % ）	n （ % ）	
同居者数					
0 人	33	27 （ 81.8 ）	2 （ 6.1 ）	4 （ 12.1 ）	40.977 ***
1 人	37	9 （ 24.3 ）	25 （ 67.6 ）	3 （ 8.1 ）	
2 人	26	14 （ 53.8 ）	11 （ 42.3 ）	1 （ 3.8 ）	
3 人以上	13		11 （ 84.6 ）	2 （ 15.4 ）	
主たる傷病名（複数）					
脳・神経疾患	35	16 （ 45.7 ）	15 （ 42.9 ）	4 （ 11.4 ）	0.336
神経難病	29	19 （ 65.5 ）	9 （ 31.0 ）	1 （ 3.4 ）	6.440 *
循環器疾患	20	8 （ 40.0 ）	8 （ 40.0 ）	4 （ 20.0 ）	3.447
がん末期	8		7 （ 87.5 ）	1 （ 12.5 ）	7.541 *
その他	66	31 （ 47.0 ）	28 （ 42.4 ）	7 （ 10.6 ）	0.656
保険・認定					
介護保険	63	27 （ 42.9 ）	28 （ 44.4 ）	8 （ 12.7 ）	10.243 *
医療保険	17	4 （ 23.5 ）	12 （ 70.6 ）	1 （ 5.9 ）	
難病認定	29	19 （ 65.5 ）	9 （ 31.0 ）	1 （ 3.4 ）	
要介護認定の状況					
要支援 1 ～要介護 1	17	11 （ 64.7 ）	5 （ 29.4 ）	1 （ 5.9 ）	10.398 *
要介護 2 ・ 3	29	19 （ 65.5 ）	8 （ 27.6 ）	2 （ 6.9 ）	
要介護 4 ・ 5	57	19 （ 33.3 ）	31 （ 54.4 ）	7 （ 12.3 ）	
寝たきり度					
Ｊ１・Ｊ２	24	18 （ 75.0 ）	4 （ 16.7 ）	2 （ 8.3 ）	43.794 ***
Ａ１・Ａ２	19	8 （ 42.1 ）	9 （ 47.4 ）	2 （ 10.5 ）	
Ｂ１・Ｂ２	37	24 （ 64.9 ）	9 （ 24.3 ）	4 （ 10.8 ）	
Ｃ１・Ｃ２	29		27 （ 93.1 ）	2 （ 6.9 ）	
認知症の日常生活自立度					
Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb	52	27 （ 51.9 ）	19 （ 36.5 ）	6 （ 11.5 ）	31.016 ***
Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	27	1 （ 3.7 ）	23 （ 85.2 ）	3 （ 11.1 ）	
記載なし	30	22 （ 73.3 ）	7 （ 23.3 ）	1 （ 3.3 ）	
医療処置・指示事項（複数）					
リハビリテーション	53	21 （ 39.6 ）	26 （ 49.1 ）	6 （ 11.3 ）	1.782
留置カテーテル	34	18 （ 52.9 ）	15 （ 44.1 ）	1 （ 2.9 ）	2.639
経管栄養	19	3 （ 15.8 ）	14 （ 73.7 ）	2 （ 10.5 ）	8.811 *
褥瘡処置	16	5 （ 31.3 ）	10 （ 62.5 ）	1 （ 6.3 ）	2.333
訪問頻度					
週 1 回	35	20 （ 57.1 ）	12 （ 34.3 ）	3 （ 8.6 ）	12.750 *
週 2 回	36	16 （ 44.4 ）	16 （ 44.4 ）	4 （ 11.1 ）	
週 3 回以上	25	5 （ 20.0 ）	18 （ 72.0 ）	2 （ 8.0 ）	
その他	13	9 （ 69.2 ）	3 （ 23.1 ）	1 （ 7.7 ）	

［注］*：p＜.05，**：p＜.01，***：p＜.005

p ＝ .002），対応内容の緊急訪問では身体症状に関する相談で有意に多く実施していた（χ^2 ＝10.277，p ＝ .006）（**表 7**）。

8．対応結果別にみた対応内容の延べ件数比較

対応結果による対応内容の比較で，緊急訪問による対応では安定が有意に多く（χ^2 ＝7.393，p ＝ .025），関係機関に連絡では安定とその他が多かった（χ^2 ＝8.837，p ＝ .0121）（**表 8**）。

表７　相談内容別にみた相談・対応延べ件数比較

対象者概要		相談内容（n ＝113）						χ^2 値
		身体症状（n ＝82）		医療処置（n ＝15）		その他（n ＝16）		
	n	n	（　％　）	n	（　％　）	n	（　％　）	
同居者数								
0 人	33	20	（ 60.6 ）	1	（ 3.0 ）	12	（ 36.4 ）	26.381 **
1 人	39	30	（ 76.9 ）	7	（ 17.9 ）	2	（ 5.1 ）	
2 人	26	22	（ 84.6 ）	2	（ 7.7 ）	2	（ 7.7 ）	
3 人以上	15	10	（ 66.7 ）	5	（ 33.3 ）			
主たる傷病名（複数）								
脳・神経疾患	33	20	（ 60.6 ）	3	（ 9.1 ）	10	（ 30.3 ）	10.113 **
神経難病	30	25	（ 83.3 ）	3	（ 10.0 ）	2	（ 6.7 ）	2.602
循環器疾患	20	16	（ 80.0 ）	1	（ 5.0 ）	3	（ 15.0 ）	1.451
がん末期	11	6	（ 54.5 ）	5	（ 45.5 ）			11.778 **
その他	60	41	（ 68.3 ）	7	（ 11.7 ）	12	（ 20.0 ）	3.647
保険・認定								
介護保険	65	44	（ 67.7 ）	7	（ 10.8 ）	14	（ 21.5 ）	10.332 *
医療保険	18	13	（ 72.2 ）	5	（ 27.8 ）			
難病認定	30	25	（ 83.3 ）	3	（ 10.0 ）	2	（ 6.7 ）	
要介護認定の状況								
要支援１～要介護１	17	11	（ 64.7 ）	1	（ 5.9 ）	5	（ 29.4 ）	13.444 **
要介護２・３	31	22	（ 71.0 ）	1	（ 3.2 ）	8	（ 25.8 ）	
要介護４・５	58	44	（ 75.9 ）	11	（ 19.0 ）	3	（ 5.2 ）	
寝たきり度								
Ｊ１・Ｊ２	24	12	（ 50.0 ）			12	（ 50.0 ）	41.880 ***
Ａ１・Ａ２	20	15	（ 75.0 ）	2	（ 10.0 ）	3	（ 15.0 ）	
Ｂ１・Ｂ２	38	33	（ 86.8 ）	4	（ 10.5 ）	1	（ 2.6 ）	
Ｃ１・Ｃ２	31	22	（ 71.0 ）	9	（ 29.0 ）			
認知症の日常生活自立度								
Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ	53	36	（ 67.9 ）	3	（ 5.7 ）	14	（ 26.4 ）	16.434 ***
Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ	28	20	（ 71.4 ）	7	（ 25.0 ）	1	（ 3.6 ）	
記載なし	32	26	（ 81.3 ）	5	（ 15.6 ）	1	（ 3.1 ）	
医療処置・指示事項（複数）								
リハビリテーション	57	47	（ 82.5 ）	7	（ 12.3 ）	3	（ 5.3 ）	8.065 *
留置カテーテル	33	24	（ 72.7 ）	9	（ 27.3 ）			13.481 ***
経管栄養	19	15	（ 78.9 ）	4	（ 21.1 ）			4.403
褥瘡処置	17	15	（ 88.2 ）	1	（ 5.9 ）	1	（ 5.9 ）	2.469
訪問頻度								
週１回	36	23	（ 63.9 ）	2	（ 5.6 ）	11	（ 30.6 ）	20.627 ***
週２回	36	28	（ 77.8 ）	5	（ 13.9 ）	3	（ 8.3 ）	
週３回以上	27	18	（ 66.7 ）	8	（ 29.6 ）	1	（ 3.7 ）	
その他	14	13	（ 92.9 ）			1	（ 7.1 ）	
対応内容（複数）								
電話での対応	20	15	（ 75.0 ）			5	（ 25.0 ）	5.263
関係機関に連絡	10	6	（ 60.0 ）	2	（ 20.0 ）	2	（ 20.0 ）	0.877
緊急訪問	85	65	（ 76.5 ）	13	（ 15.3 ）	7	（ 8.2 ）	10.277 **
その他・記載なし	8	3	（ 37.5 ）	1	（ 12.5 ）	4	（ 50.0 ）	9.274 **

［注］*：p＜.05，**：p＜.01，***：p＜.005

表８　対応結果別にみた対応内容の延べ件数比較

（n ＝98）

対応内容（複数）		安定（n ＝77）	入院（n ＝8）	その他（n ＝13）	χ^2 値
	n	n （ % ）	n （ % ）	n （ % ）	
電話での指導	10	7 （ 70.0 ）		3 （ 30.0 ）	3.364
電話での指示	3	1 （ 33.3 ）	1 （ 33.3 ）	1 （ 33.3 ）	4.147
電話での受診奨励	1		1 （ 100.0 ）		11.366 ***
関係機関に連絡	9	4 （ 44.4 ）	1 （ 11.1 ）	4 （ 44.4 ）	8.837 *
緊急訪問	83	69 （ 83.1 ）	6 （ 7.2 ）	8 （ 9.6 ）	7.393 *
その他	2	2 （ 100.0 ）			0.557

［注］*：p＜.05，**：p＜.01，***：p＜.005

Ⅴ．考　　察

１．訪問看護ステーション概要

本研究対象となった訪問看護ステーションに勤務する職員数の常勤5.0人は，全国調査（全国訪問看護事業協会，2009b；日本看護協会，2004）の平均3.6人より多く，常勤換算（19.7±0.5）も全国平均（7.7）より多く，勤続年数は全国平均の5.4年（日本看護協会，2004）より長い10年以上の者が最多となっている。この職員数の充足と訪問看護師の定着率の高さは，経営状況の良好さ（全国訪問看護事業協会，2007b）を示唆しているととらえられる。利用者の保険別割合は，全国の状況（厚生労働省，2007）と大差はみられないが，加算届け出，特別管理加算および24時間対応体制加算はいずれも８割以上となっている全国の実態（全国訪問看護事業協会，2009b）よりも低い割合であったと言える。

対象となった２つのステーションの概要比較では，Ｄステーションの訪問看護師の常勤換算割合が高く，勤続年数も有意に長くなっている。これは，Ｄステーションの訪問看護利用者数および24時間連絡体制加算の多さに反映されていると推察される。

２．訪問看護ステーションにおける電話等の対応と緊急訪問の実態

ａ．対象者概要

本研究の訪問看護ステーションの利用者の大半は高齢者であり，介護保険割合は７割以上と全国調査（厚生労働省，2007）とほぼ同程度になっている。家族構成では子どもがいる者と配偶者のいる者が多く，在宅で家族からの介護が得られやすい状況であるととらえられる。しかし，同居者１人が約４割，単独世帯が２割であることから，24時間安心して在宅生活を継続するうえでは，訪問看護ステーションの介入が必要であることが推察される。要介護度と認知症の状況は全国調査（厚生労働省，2007）と同様に，訪問看護利用者の約７割が要介護３以上であり，重度の認知症を示すランクⅢ以上が３割以上であった。利用者の主な疾患は脳血管疾患と循環器疾患，申込み理由は健康相談，日常生活の看護，装着医療機器などの管理・指導の順となっていた。

ｂ．時間帯別にみた相談・対応内容

本研究調査期間中の電話相談者は延べ119名であり，相談時間帯では日中が約５割，夜間・深夜と早朝が４割という割合は，文献（大須賀ほか，2005）にみられる相談割合と大差はみられず，夜間・深夜，早朝の時間外相談件数の多さがうかがえる。時間帯別にみた相談者の続柄では，先行研究（大須賀ら，2005）と同様に，日中は本人，夜間・深夜は家族が多いことは，同居家族が１人または単独世帯割合が多いことに伴う本人または家族の不安や介護負担の多さが反映されている結果と考えられる。

相談内容では，どの時間帯でも最も多かったのは身体症状に関することであり，夜間・深夜の割合が多い医療処置に関することを合わせると８割以上を占めており，先行研究（大須賀ら，2005）の６割よりも高い割合であった。相談への対応では，どの時間帯でも緊急訪問が最多であり，日中と夜間・深夜では８割以上であった。これも先行研究の約３割（大須賀ら，2005）と約５割（田口・村嶋・本田・島田・川越，2004）の実施より非常に高い割合になっている。これは，緊急訪問に至ったケースでは留置カテーテル・胃瘻のトラブルが全体の６割を占めていたとする報告（大須賀ら，2005）にあるように，医療処置の有無と緊急訪問とは密接に関連しており，本研究対象の訪問看護ステーションにおいても，留置カテーテル，経管栄養，褥瘡処置などの訪問看護指示が全体の７割を占めているため，とくに夜間・深夜は介護者だけでは解決できない問題が生じ，訪問看護師による緊急訪問以外の対処方法がなかったことが推察される。また褥瘡に関しては，先行研究では電話での指導・指示での対応が多かったのとは対照的に，本研究対象では緊急訪問に至るケースが多かったことが全体の緊急訪問割合を引き上げていると考えられる。

夜間・深夜を安心して在宅で生活できるよう支援するた

めには，起こりうるトラブルや不安を日中の定期訪問のなかで予測し事前に予防することや，家族に対する医療処置に関連する知識・技術の指導を行うことが必要である。また，定期訪問の時間帯や１回の訪問時間，訪問回数など利用者および介護者のニーズに応じて随時検討し，的確に対応していくことが求められる。

さらに，相談対応結果では安定が全体の６割以上であったが，対応結果の記載なしがみられることはこのなかに安定結果が含まれていると推察される。対応結果を記載することは，時間外の電話相談や緊急訪問の根拠の分析，現行の看護問題や計画の見直し，充実した夜間・深夜，早朝の訪問看護体制整備をすすめていくうえでは，記入漏れのない適切な記録を徹底していくことは不可欠であり，今後の重要課題と言えよう。

c．相談者別・相談内容別にみた対象者概要との関係

相談対象者は，家族からの相談が７割とする文献（大須賀ら，2005）報告とは異なり，本研究対象者では本人からの相談件数が５割と多かった。これは，単独世帯からの相談件数の多さ，難病認定を受けている神経難病を有する者からの相談件数の多さが関連していると考えられる。また，本人からの相談では，主として同居家族のいない対象者からの相談割合が高かったことから，比較的自立度が高く，認知症のレベルも軽度である独居の本人が，自己の状況を判断し，自ら訪問看護ステーションに相談する行動がとれていたことが考えられる。

一方，家族からの相談では医療保険利用のがん末期の対象を介護している者からの相談が多かったことは，同居している家族の不安の大きさが反映されている結果と考えられる。また，家族からの相談では，被介護者の要介護度も高く，重度の寝たきり・認知症の症状があることから，家族にかかる介護量の多さから相談に至るケースが多いと推察される。さらに，医療処置・指示内容では経管栄養を実施している家族からの相談件数が多いことは，経管栄養に伴うトラブルの多さが反映されていると推察されるため，訪問看護師によるトラブルへの対処法を含む経管栄養に関する指導が重要な課題と思われる。

相談内容別では，脳神経疾患とがん末期の対象者で身体症状に関することの相談が最多となっていることは，病状の不安定さや本人・家族の不安の大きさが関係していると推察される。加えて，がん末期では医療処置に関することの相談も多かったことは，終末期における疼痛管理や状態の不安定さなどが反映している結果と考えられる。また，医療処置・指示内容では，リハビリテーションを実施し，留置カテーテル処置を受けている者の身体症状に関することの相談件数の多さは，医療処置に伴い生ずる日常生活の障害，心身の苦痛やトラブルなどに対処できず，相談に至っていると考えられる。身体症状に関することの相談では，訪問看護師自らが観察し判断する必要性を感じていることが，緊急訪問の多さに反映していると言える。

３．24時間対応における訪問看護サービス充実に向けた課題

全国訪問看護事業協会では，「国民が最期まで安心して療養生活を送れるよう，他機関・多職種と連携し，24時間365日にわたり療養生活と在宅看取りの支援を行う」ことの実現に向け，在宅療養者が利用しやすい訪問看護の態勢づくり，サービスの質向上，事業経営の安定化を目標として取り組んでいる（全国訪問看護事業協会，2009b）。しかし，９割近くの訪問看護ステーションが，24時間対応として緊急時のみ訪問しており，日曜・祭日の訪問や１日を２交代もしくは３交代で訪問しているところは１割に満たない現状にある（全国訪問看護事業協会，2003）。

訪問看護サービスの充実に向けて，先行研究（大須賀ら，2005）で提言しているように，それぞれの訪問看護ステーションで時間外相談・緊急訪問の実態とその原因や結果を分析し，課題を明確化していくことが急務であると言える。加えて，定期的に利用者および介護者のニーズの把握と看護計画の見直しを行い，利用者および介護者の夜間・深夜，早朝の訪問看護ニーズを的確に把握することが，訪問看護活動をより効率的に実施できることにつながると言える。また，記録の記載漏れや業務負担の軽減，超過勤務削減のためにも訪問看護記録の見直しとスリム化の検討，記録記載の徹底に向けた教育の充実，関連部門をはかることの重要性があげられる。さらに，病院退院調整部門との連携をはかり，在宅関連機関・他職種，地域との円滑な情報交換と連携強化をはかることが課題である。

訪問看護を利用する在宅療養者数の増加に比して訪問看護ステーションの数は伸び悩んでいる現状下（厚生労働省，2007）で，24時間対応の訪問看護サービスの整備を進めていくには，経営状況につながる利用者の確保とともに，ニーズに対応できる安定した職員の確保が重要になる（村嶋ら，2005；小野，2006）。しかし，全国5,400か所以上の訪問看護ステーションの平均的規模からみても単独で展開することは困難な状況であるため，同じ地域に開設する複数の訪問看護ステーションが連携し協働することで職員数の確保や経済的負担の軽減にもつながり，24時間いつでも対応できる訪問看護ステーションの態勢づくりを実現させうると考えられる。

Ⅵ．結　　論

１．緊急時訪問加算等による訪問看護は主として家族と同

居している介護保険利用の高齢者で，健康相談を申込み理由とし，リハビリテーションの指示を受けている。

2．緊急時電話相談は，主として日中の本人からの身体症状に関する相談であり，緊急訪問で処置を実施している。

3．時間外の対応は日中と夜間・深夜に，時間外の電話指導は早朝に多く，いずれも主として処置を実施し安定という結果を得ている。

4．緊急時電話相談は，脳・神経疾患またはがん末期で医療処置を必要とする利用者，難病指定者，寝たきり度が高い，認知症がみられる利用者の家族からの身体状態に関する相談が多い。

Ⅶ．本研究の限界と課題

本研究は，便宜的に選択した2施設における対象の3か月間の記録からデータを収集していることから，結果の一般化には限界がある。今後，24時間対応可能な訪問看護システム整備を推進していくには，施設数の増加，調査期間の延長，記載漏れの分析などが課題である。

謝　辞

本研究を行うにあたり，調査にご協力を頂きました訪問看護ステーション所長，スタッフの皆さまには心より感謝申し上げます。また，調査に至る準備から論文作成にあたり，最後までごていねいにご指導くださいました山梨大学大学院医学工学総合教育部の新田静江教授には深謝いたします。

なお，本論文は平成22年度山梨大学大学院医学工学総合教育部修士課程の学位論文の一部であり，第38回日本看護研究学会学術集会（2012年7月，沖縄）にて発表した。

要　旨

本研究では，24時間対応型訪問看護を提供している訪問看護ステーションにおける電話等の対応と緊急時訪問の実態を明らかにすることを目的とした。24時間対応を実施している2つの訪問看護ステーションにて3か月間の記録（訪問看護申込書・指示書，看護計画書・報告書，緊急時対応・訪問記録）からデータ収集と分析をした。緊急時訪問は述べ119件であった。対象者の7割が配偶者または子どもと同居，介護保険利用で健康相談を申込み理由とし医療処置の指示を受けていた。緊急時電話相談は主として日中の本人からの身体症状に関する相談であり緊急訪問で処置を実施し安定という結果を得ている。また，脳血管疾患またはがん末期で医療処置を必要とする家族からの身体症状に関する相談が多い。安心して在宅で生活できるよう支援するためには起こりうるトラブルや不安を予測し事前に予防することや，家族に対する指導を行うことが必要であることが示唆された。

Abstract

The objective of this study was to clarify the actual activity of telephone consultation and pressing visits performed by visiting nurse stations offering around-the-clock services. Data from the 3-month records (applications for and instructions for in home-visit nursing, nursing plans and reports, and pressing visit records) of 2 visiting nurse stations were collected and analyzed. There were 119 cases of pressing visit in total. Seventy percent of the treated persons lived with their spouses or children and used nursing care insurance. The reason for the application was health consultation, and they were instructed in the medical treatments required. Emergency telephone consultations mainly concerned the daytime physical symptoms of the consulters themselves, and the conditions were stabilized by treatment during pressing visits. Family members of patients with cerebrovascular disorders and terminal cancer requiring medical treatment frequently had consultations concerning the patients' physical symptoms. The results suggested that it is necessary to predict problems and stressful situations that may occur and instruct family members in order to support their lives at home.

文　献

伊藤文子，菅　康子，菊池芳子，金子京美，宝金正江，小畑亜由美，平野和代，向原尚子，小田原恵子，井上京子（2007）．難病患者への日中・夜間・休日の長時間訪問看護の実際 ― 24時間看護提供モデル事業の経験から ―．訪問看護と介護，12(2)，102-110.

厚生労働省（2006）．「「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定に関する基準」の施行について」の改定について．pp.1-6. 2006-3-6. Retrieved from http://www.jmha.or.jp/houmonpdf/12.pdf

厚生労働省（2007）．平成19年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況．2010-3-25. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka5.html

松坂由希子，中出千晶，中村美智子，川畑香奈子，辻　尚子，上野みえ，白樫淳子，出水　明，藤本和恵，豊田幸子，出水智子（2005）．訪問看護師からみた在宅における対応困難事例の分析．ホスピスケアと在宅ケア，13(2)，85.

村嶋幸代，田口敦子，近藤由生子（2005）．夜間・早朝のケアを支えるために ― 24時間訪問看護・介護の提供方策．保健の科学，47(1)，19-25.

日本看護協会（2004）．2003年「訪問看護ステーション及び併設居宅介護支援事業所に関する実態調査」．ニュースリリース，1-5.

小野ミツ（2006）. 病院・診療所における訪問看護の実態・ニーズについて. 広島医学, 59(12), 908-916.

大須賀惠子, 河崎文子, 水野多喜子, 菅沼徳子, 太田靖子, 岩村さより, 渡邊美穂, 藤原紀代, 古賀智美, 多賀恵美, 大澤　功, 押田芳治（2005）. 時間外電話相談充実のための効果的な対応方法の検討 ― K訪問看護ステーションにおける時間外電話相談の実態から考える ―. 訪問看護と介護, 10(8), 695-665.

田口敦子, 村嶋幸代, 本田亜紀子, 島田千穂, 川越博美（2004）. 訪問看護ステーションにおける夜間・早朝の電話対応の調査. 日本看護科学学会学術集会講演集, 24, 506.

田中みね子, 熊谷憲子, 伊藤敏子, 渡部利恵子, 皆川美和子（2006）. 当訪問看護ステーション緊急訪問の実態 ― 緊急訪問者106事例より ―. 秋田農村医会誌, 52(1), 31.

全国訪問看護事業協会（2003）. 訪問看護ステーションにおける24時間ケアの取り組み. pp.1-48.

全国訪問看護事業協会（2007a）. 改定訪問看護実務相談Q & A. pp.1-26, 中央法規.

全国訪問看護事業協会（2007b）. 訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究：訪問看護サービスの需要と供給に関する研究報告書. pp.1-49.

全国訪問看護事業協会（2009a）. 訪問看護事業所の機能集約及び基盤強化促進に関する調査研究事業報告書. pp.1-5.

全国訪問看護事業協会（2009b）. 訪問看護10ヵ年戦略報告書. pp.1-19.

平成24年11月26日受　　付
平成25年４月11日採用決定

－研究報告－

日本語版The Patient Assessment of Constipation Quality of Life Questionnaireの信頼性と妥当性の検討

Validity and Reliability of a Japanese Version of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life Questionnaire

吉　良　いずみ
Izumi Kira

キーワード：便秘，QOL，信頼性，妥当性
Key Words：constipation, QOL, reliability, validity

はじめに

排泄は，人間にとって重要な心理的意義社会的意義をもつ日常生活行動である。排泄障害の１つである便秘症状は，一般の成人では12～19％が有している（Higgins & Johanson，2004）とされる。便秘症状は一般的に広く認知されてはいるが，個々人の主観的な要素がかかわることから明確な判断基準を設けることは難しく，適切な判断基準は未だ検討段階にある。

便秘症状は急性便秘および慢性便秘に分類され，慢性便秘のうち一般的な機能性便秘は，機能性消化管障害全体の医学的診断基準として1992年にRome Ⅰ基準，1999年にRome Ⅱ基準，2006年にRome Ⅲ基準が発表されている。Rome Ⅲ基準は，症状が少なくとも６か月以上前から出現し，最近３か月は診断基準を満たす必要があることから，長期的な便秘症状の経過により医学的診断を行うには適している。しかし，看護においてはより日常的な便秘症状に対応することが求められ，自覚的な便秘評価尺度として妥当性が検証されている日本語版便秘評価尺度（The Japanese Version of the Constipation Assessment Scale：以下，CASとする）（深井・杉田・田中，1995；深井・塚原・人見，1995；深井，2006；深井，2007）が用いられている。これまで，便秘に対するケアの評価は便秘症状そのものの改善が指標として用いられ，そこでもCASが使われてきたが，便秘でおなかが苦しい，便が出ないといったことは日常生活にも影響すると考えられ，QOLへの影響も評価すべきであろう。われわれ看護者が注目する，対象者自身の自覚的な便秘症状とそれに伴う日常生活への影響を測定するためには，どのような測定尺度が適切だろうか。

海外で開発されたものには，イギリスで開発されたThe Patient Assessment of Constipation Quality of Life（以下PAC-QOLとする）がある（Marouis, Loge, Dominique, McDermott & Chassany，2005）。PAC-QOLは患者報告型のQOL測定用具であり，対象者本人の客観的な便秘症状に伴うQOLの状態を測定することができる簡便な質問紙である。原版は英語で開発され日本語にも翻訳されているが，実際に便秘症状を有する日本人に対する使用における信頼性と妥当性の報告はない。

そこで，本研究では便秘症状によるQOLへの影響を測定するための疾患特異的尺度であるPAC-QOLについて，日本語版の信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

Ⅰ．方　　法

A．調査施設

調査期間は平成23年６月～９月で，調査対象施設は，首都圏近郊の便秘外来，排便機能外来および胃腸科，消化器科，肛門科を公表している医療機関とした。

インターネット検索による便宜的サンプリングにより施設を選定したのち，施設管理者に調査協力を依頼した。まず文書を送付し，その後，電話で調査協力が得られるかを確認し，調査協力が得られた施設には研究に関する説明文書，調査協力への同意書，調査対象者に渡す質問紙一式を送付し，後日訪問して説明した。

B．調査対象者

対象者の人数については，尺度分析においては100以上の標本数を得ることが望ましいとするもの（Fayers & Machin，2000），項目数の５～10倍とする項目数に基づく

大分大学医学部看護学科基盤看護学講座基礎看護学　Oita University, Faculty of Medicine School of Nursing, Fundamental Nursing

方法がある（石井，2005）。項目数に基づく方法では，PAC-QOLは28項目であることからサンプル数は140～280名と算出できる。項目数が少ない場合でも100名では十分でなく，できるだけ多くの人数が必要であるとされる（石井，2005）ことから，本研究では最低限の有効回答を140名とし，脱落率を20％と考えると168名以上が必要であることから，168名～200名程度への調査票の配布を目標とした。

採用基準としては，①CAS 5点以上，②先行研究（Marouis et al., 2005）で使用されていた採用基準（**表1**）を満たす，のいずれかまたは両方に当てはまる対象者を分析対象者とした。採用基準の内容は質問紙のフェイスシートに含め，対象者からの回答で直接確認した。

表1　対象者の採用基準と除外基準

採用基準	少なくとも，次の症状の2つ以上の便秘の経過があることが必要 ・排便回数は週に3回未満である。 ・便の25％以上は兎糞状または硬便である。 ・排便の25％以上は残便感がある。 ・排便の25％以上の時間，いきんでいる。
除外基準	・薬剤内服による便秘である。 ・便秘の原因が突発性である。 ・患者の信頼性や身体的状態が不明瞭である。 ・精神疾患により，質問紙を完成させることが困難である。 ・日本語を読むことが出来ないまたは話すことができない。 ・研究前の3か月に家族の急死など，重大なライフイベントがあった。

C．測定用具

1．PAC-QOL

PAC-QOLは便秘に関連したworries/concerns，physical discomfort，psychosocial discomfort，satisfactionの4つの下位尺度からなる28項目の尺度で，過去2週間の便秘に関連した日常生活行動および治療について問うものである（Marouis et al., 2005）。得点は，「0：全然ない」から「4：極度に」の5件法であり，スコアが高いほどQOLが低いことを表す。原版は英語で開発され，2006年の段階で42か国語に翻訳されている。日本語への翻訳にあたっては，forward translation，back translation，cognitive debriefingが確保されているが，臨床利用に関する信頼性と妥当性の検討は報告されていない。回答には，10～14分の時間がかかるとされ（Khoury, Staniek & Dubis，2006），開発者から使用の許可を得た。

2．便秘に関するQOL評価指標Constipation QOL15（CQ15）

CQ15は，便秘患者のQOLを測定するために，Gatrointestinal Symptom Rating Scale（GSRS）とHospital Anxiety Depression Scale（HADS），および複数の医師，看護師の意見を参考に日本で開発された尺度である（品川ら，2005）。最近1週間の便秘症状について問うものであり，身体的側面，精神的側面の2つの下位尺度からなる15項目の尺度である。得点は，「1：よく当てはまる」から「4：まったく当てはまらない」までの4段階で点数が低いほうが便秘に関するQOLが高いことを示す。一般の健常成人2名による回答では3～4分を要した。開発者から使用の許可を得た。今回はPAC-QOLの併存妥当性の検討のために使用した。

3．日本語版便秘評価尺度（CAS）

CASは，1989年にモルヒネの副作用による便秘患者のケアを目的として看護師により開発されたもの（McMillan & Williams，1989）で，自覚的な便秘症状についてを8項目で測定する尺度である。日本語版では，評価期間が当日または過去数日間（short term：ST版），過去1週間（middle term：MT版），過去1か月間（long term：LT版）の3とおりの質問紙が作成されている（深井・杉田・田中，1995；深井・塚原・人見，1995；深井，2006；深井，2007）。この尺度は，回答に要する時間は児童や高齢者でも3分程度で，おおむね5点以上の高得点者は便秘傾向があると判断される（深井，2007）。今回は，過去1週間のMT版を使用する。開発者から使用の許可を得た。

D．データ収集方法

外来の患者数を確認し，必要な質問紙部数を送付した。外来を受診した患者のうち，調査施設の医師または看護師および研究者により除外基準にあてはまらないと判断され質問紙の受け取りを承諾した全員に，外来受診前または受診後に医師または看護師および研究者から調査票一式を手渡した。

調査票は無記名とし，対象者は外来受診後に1回目，1回目の記入後8時間後に再テストとして2回目の記入を行ってもらった。今回の調査では，外来受診により新たな便秘薬の内服による便秘症状への影響や，それによる日常生活行動への影響は経時的に変化することを考慮して，午前中または午後の外来受診であっても，その日のうちに記入できるように再テストの時間を設定した。調査票の回収は対象者が個別に封をしたものを，1週間以内に直接研究者へ返送してもらうようにし，調査票の返答をもって調査参加への同意とみなした。

E．分析方法

1．信頼性の検討

a．内的整合性

日本語版PAC-QOLの項目が相互に関連している程度を検討するため，Cronbach's α係数を算出し信頼性を推定した。

b．再現性

再テストの回答が得られた対象者の得点について，日本語版PAC-QOL合計スコアおよびCQ15合計スコアは，級内相関係数（intraclass correlation coefficient: ICC）を算出し，各項目についてはκ係数を算出した。

2．妥当性の検討

a．項目内容妥当性

項目内容妥当性は，すでに原版（Marouis et al.，2005）の開発時に検討されていることから今回は行わなかった。

b．表面的妥当性

表面妥当性は，すでに原版（Marouis et al.，2005）で専門家により検討されているが，日本語版PAC-QOLは，臨床での使用による信頼性と妥当性に関する報告は発表されていない。表面妥当性を高めるためには，「専門家（たとえば医師，看護師，社会学者など）に意見を求めるべきであるし，患者にもその測定尺度がしっくりくるものかどうかを尋ねるべきである」（Fayers & Machin，2000）とされていることから，質問紙の回答が得られた対象者全員に，質問項目の用語の理解のしやすさや回答のしやすさについて，自由記述で回答してもらった。

c．基準関連妥当性

併存的妥当性は，PAC-QOLとCQ15において相関係数を算出し，2つの尺度における便秘症状を有する対象者のQOLの一致の度合いを比較した。

d．構成概念妥当性

構成概念妥当性は，日本語版PAC-QOLとCQ15の因子妥当性を検討した。因子的妥当性の検討には，探索的因子分析を行った。統計ソフトは『Windows SPSS version 17.0』を用いた。

F．倫理的配慮

対象者は，医療施設の医師または看護師および研究者から直接研究に関する説明を受け，質問紙の返信をもって研究参加への同意があるとみなした。本研究は，聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号10-050）。すべての尺度は，開発者から使用の許可を得た。

Ⅱ．結　　果

研究協力への承諾が得られた17施設において，調査票394部が配布され180部が回収された（回収率45.7％）。回収された回答のうち，先行研究の採用基準（**表1**）またはCAS 5点以上のいずれかを満たし，そのうち，各尺度の回答漏れが15％以上のものを除外した結果得られた140部（有効回答率77.8％）を分析対象とし，逆転項目である問25，26，27，28は，逆転処理を行った。

A．対象者の概要

対象者の年齢は21歳から96歳であり，平均年齢は52.5（SD＝18.3）であった。性別は男性22名（15.7％），女性118名（84.3％）であった。先行研究の便秘症状の採用基準（**表1**）のみに該当するものは16名（11.4％），CASのみを満たすものは46名（32.9％），先行研究の採用基準及びCASの両方に該当するものは78名（55.7％）であった。便秘期間は1か月～55年で平均値14.1年（中央値10.0，SD＝13.6）であった。また，1週間の排便回数は0～30回で平均値5.4回（中央値5.0，SD＝4.0）であった。CASの得点は，2点から15点で平均6.9点（中央値7.0，SD＝2.2）であった。

B．調査結果の概要

PAC-QOLの項目別平均点と標準偏差，および信頼性については**表2**に示す。PAC-QOLは，8項目でフロア効果が見られ，下位尺度のpsychosocial discomfortに8項目中6項目が集中して見られた。天井効果のある項目はなかった。今回は尺度を構成するすべての項目の信頼性と妥当性を確認するため，項目の削除は行わなかった。

C．信頼性の検討

1．Cronbach's α係数

尺度全体のCronbach's α係数は.923，各因子ではphysical discomfort: .791，psychosocial discomfort: .804，worries/concerns: .894，satisfaction: .721であり，内的整合性は確認できた（**表2**）。

2．再現性

尺度全体の級内相関係数は.907，各因子ではphysical discomfort: .817, psychosocial discomfort: .888，worries/concerns: .88，satisfaction: .811であり，再検査信頼性が得られた。各項目についてはκ係数を算出したところ，4項

表２　PAC-QOLの項目別平均点と信頼性係数

（N = 140）

		平均値（SD）	Kappa Coefficient	Cronbach's α	ICC
PAC-QOL	総得点	43.83（18.2）		.923	.907
Physical discomfort	総得点	6.44（3.63）		.791	.817
	項目平均値	1.61（0.91）			
１．腹部がはちきれそうなくらい張っていると感じましたか？		1.21（1.17）	.487		
２．便秘のせいで体が重くなったように感じましたか？		1.25（1.18）	.552		
３．体に不快を感じましたか？		1.83（1.12）	.388		
４．排便しなければと思ったのに，出ないことがありましたか？		2.16（1.16）	.344		
Psychosocial discomfort	総得点	7.86（5.66）		.804	.888
	項目平均値	0.98（0.71）			
５．他の人といっしょにいて，恥ずかしいと感じることがありましたか？		0.86（1.10）	.437		
６．排便できないために食べる量が徐々に減ってくることがありましたか？		0.80（1.05）	.608		
７．食べるものに気をつける必要がありましたか？		1.68（1.17）	.445		
８．食欲が落ちましたか？		0.62（0.93）	.5		
９．（例えば友人宅などで）自分が食べる物を選ぶことができないと心配に感じたことはありましたか？		0.53（0.98）	.606		
10．外出中に，トイレに長時間入っていることで恥ずかしい思いをしたことはありますか？		0.91（1.12）	.608		
11．外出中に，トイレに何度も行くことで恥ずかしい思いをしたことはありますか？		0.71（0.95）	.512		
12．旅行中や外出中に，生活のリズムが変わってしまうことで心配になることがありましたか？		1.76（1.35）	.4		
Worries/concerns	総得点	16.43（9.09）		.894	.880
	項目平均値	1.49（0.83）			
13．便秘のせいでイライラすることがありましたか？		1.36（1.08）	.499		
14．便秘のせいで気持ちの動揺がありましたか？		1.26（1.16）	.403		
15．便秘のことで頭がいっぱいになることがありましたか？		1.22（1.26）	.432		
16．便秘によるストレスを感じることがありましたか？		1.68（1.25）	.472		
17．便秘のせいで自分に自信を持てなくなることがありましたか？		0.95（1.16）	.569		
18．自分がおかれている状況をコントロールできていると感じましたか？		2.73（1.20）	.387		
19．いつ便意を催すかわからないので，心配でしたか？		1.18（1.13）	.404		
20．排便する必要があるときにできないかもしれないと心配でしたか？		1.46（1.18）	.493		
21．排便できないことでますます心配になることがありましたか？		1.46（1.15）	.398		
22．症状が悪化するのではないかと不安になりましたか？		1.56（1.18）	.498		
23．体が正常に機能していないと感じましたか？		1.58（1.30）	.425		
Satisfaction	総得点	13.10（3.77）		.721	.811
	項目平均値	2.61（0.75）			
24．自分が期待したより排便の回数が少ないと感じましたか？		1.80（1.28）	.475		
25．排便の回数について満足していますか？		2.94（1.12）	.544		
26．自分の排便の周期に満足していますか？		3.21（1.04）	.59		
27．腸の働きに満足していますか？		3.49（0.81）	.452		
28．受けた治療に満足していますか？		1.65（1.18）	.639		

［注］ICC：intraclass correlation coefficient

目で.41以下でありおおむね中程度以上の一致度が得られた（表２）。

D．妥当性の検討

１．表面妥当性

PAC-QOLに関する自由記載は表３に示す。PAC-QOLは「内容が具体的でイメージしやすかった」「スムーズに質問が読めた」という意見もあったが，設問部分の「主語と述語の関係が見えにくい」「言っていることがよくわからないものがあり，答えにくいと感じた」「文章の前半部と後半部が分かれているので答えにくい」といった，設問方法や内容について回答が困難であったとする意見があった。

２．基準関連妥当性

PAC-QOLとCQ15の尺度間の相関と，下位尺度間のピアソンの相関係数は表４に示す。

ａ．PAC-QOLの総得点とCQ15

PAC-QOLの総得点とCQ15の総得点および身体的側面，精神的側面では１％水準で有意な負の相関がみられた。

ｂ．PAC-QOLのphysical discomfortとCQ15

PAC-QOLのphysical discomfortとCQ15総得点および身体的側面，精神的側面では１％水準で有意な中程度の負の相関がみられた。

表3　PAC-QOLとCQ15に対する自由記載

項　目	PAC-QOL	CQ15
設問形態	・「程度」や「回数」などの表現より「一番当てはまるもの」という表現のほうがわかりやすく答えやすい。 ・「あてはまる」という言い表し方がちょっと表現しにくい。 ・主語と述語の関係が見えにくい ・文章の前半部と後半部が分かれているので答えにくい。 ・文章が長くて，よく考えないとわからない場合がある。 ・各質問の項目のパートの最初のくくりの文章は，かえってわかりにくい気がする。	・表や設問が見やすかった。 ・文章が短く簡潔で，わかりやすかった。 ・質問項目の行間，文字数，文字の大きさ・太さ・色の濃さが見やすかった。 ・チェックの仕方が簡単だった。 ・「～だ」という質問に対してあてはまる，あてはまらないというような形のほうが答えやすい。
質問内容	・内容が具体的でイメージしやすかった。 ・スムーズに質問が読めた，わかりやすい。 ・「気分」や「満足度」など，主観的な質問が多かったので少し考える必要があった。 ・言っていることがよくわからないものがあり，答えにくいと感じた。	・質問が具体的で理解しやすく，答えやすかった。 ・考える必要がなく，直接的に答えられた。 ・自分の便秘と照らし合わせて答えやすい。 ・不安な点がよく問題が表現されている。 ・実際の状況の質問項目と，気持ちを聞く項目を分けてくれると混同しない。 ・QOL評価指標という表題と質問項目がよくあっていた。 ・「便が出やすい」とか，「力む力がかなり強く必要」とか，「硬すぎて指でかき出す」とか，より具体的な表現でもよい。
選択肢の数	・５項目に分かれており，回答が細かいためわかりやすい。 ・５段階だがそれぞれの頻度となるとその項目にあてはまるものなのかわかりづらい。 ・「どちらともいえない」「わからない」などの選択肢がない。 ・「全然ない」⇔「いつも」が少しわかりにくい。 ・「少し」「少々」「まあまあ」の判断に迷う。	・選択肢の段階の表現が理解しやすい。 ・５段階にすると，曖昧な部分もあるので５段階より４段階のほうが応えやすい。
質問項目数		・質問数が少なく，答えやすかった。
設問の期間	・２週間前のことを覚えていない。この2週間に限定して応えるのが難しかった。 ・ここ２週間の様子となると，メンタル面については日々変化するので何ともいえないところがあった。	・１週間以内のことなので，答えやすかった。

表4　PAC-QOLとCQ15のPearsonの相関係数

（N = 140）

尺　度	相関係数							
	PAC-QOL					CQ15		
	PAC-QOL 総得点	phisical	psychosocial	worries/ concerns	satisfaction	CQ15 総得点	身体的 側面	精神的 側面
PAC-QOL								
1．PAC-QOL総得点	1							
2．phisical	.775**	1						
3．psychosocial	.834**	.542**	1					
4．worries/concerns	.927**	.621**	.705**	1				
5．satisfaction	.596**	.465**	.302**	.404**	1			
CQ15								
6．CQ15総得点	−.783**	−.664**	−.635**	−.737**	−.409**	1		
7．身体的側面	−.62**	−.629**	−.475**	−.539**	−.373**	.895**	1	
8．精神的側面	−.779**	−.553**	−.66**	−.779**	−.356**	.888**	.589**	1

［注］**：p < .01

c．PAC-QOLのpsychosocial discomfortとCQ15

PAC-QOLのpsychosocial discomfortとCQ15総得点および身体的側面，精神的側面では１％水準で有意な中程度の負の相関がみられた。

d．PAC-QOLのworries/concernsとCQ15

PAC-QOLのworries/concernsとCQ15総得点および身体的側面，精神的側面では１％水準で有意な中程度の負の相関がみられた。

表５　PAC-QOL27項目における因子分析結果と下位尺度

原版の下位尺度	項目		因子 1	因子 2	因子 3	因子 4
psychosocial	PAC6	排便できないために食べる量が徐々に減ってくることがありましたか	**.760**	−.152	.042	.000
psychosocial	PAC9	（例えば友人宅などで）自分が食べ物を選ぶことができないと心配に感じたことはありましたか	**.746**	−.367	.292	.012
worries/concerns	PAC13	便秘のせいでイライラすることがありましたか	**.694**	.196	−.034	.023
worries/concerns	PAC14	便秘のせいで気持ちの動揺がありましたか	**.685**	.213	.020	.121
worries/concerns	PAC15	便秘のことで頭がいっぱいになることがありましたか	**.641**	.211	.071	.124
psychosocial	PAC8	食欲が落ちましたか	**.611**	−.078	.033	−.002
psychosocial	PAC7	食べるものに気をつける必要がありましたか	**.544**	−.033	.055	.100
worries/concerns	PAC17	便秘のせいで自分に自身をもてなくなることがありましたか	**.542**	−.009	.265	−.101
worries/concerns	PAC16	便秘によるストレスを感じることがありましたか	**.536**	.363	.060	.032
phisical	PAC2	便秘のせいで体が重くなったように感じましたか	**.492**	.329	−.289	−.093
phisical	PAC3	体に不快を感じましたか	**.480**	.414	−.201	−.117
psychosocial	PAC12	旅行中や外出中に生活のリズムが変わってしまうことで心配になることがありましたか	**.384**	−.023	.339	.045
phisical	PAC1	腹部がはちきれそうなくらい張っていると感じましたか	**.363**	.332	−.158	.024
psychosocial	PAC5	他の人といて恥ずかしいと感じることがありましたか	**.307**	.256	.032	−.179
worries/concerns	PAC22	症状が悪化するのではないかと不安になりましたか	−.103	**.825**	.133	.097
worries/concerns	PAC23	体が正常に機能していないと感じましたか	−.088	**.788**	.158	−.014
satisfaction	PAC24	自分が期待したより排便の回数が少ないと感じましたか	−.066	**.780**	.044	−.084
phisical	PAC4	排便しなければと思ったのに出ないことがありましたか	.090	**.465**	.032	−.218
worries/concerns	PAC20	排便する必要があるときにできないかもしれないと心配でしたか	−.176	.418	**.664**	.046
psychosocial	PAC11	外出中にトイレに何度も行くことで恥ずかしい思いをしたことはありますか	.148	−.098	**.589**	−.101
worries/concerns	PAC19	いつ便意を催すかわからないので心配でしたか	−.028	.213	**.581**	.099
psychosocial	PAC10	外出中にトイレに長時間入っていることで恥ずかしい思いをしたことはありますか	.197	−.015	**.493**	−.145
worries/concerns	PAC21	排便できないことでますます心配になることがありましたか	.099	.442	**.451**	.024
satisfaction	PAC26	自分の排便の周期に満足していますか	.061	−.069	−.011	**.906**
satisfaction	PAC25	排便の回数について満足していますか	.085	−.063	.037	**.857**
satisfaction	PAC27	腸の働きに満足していますか	.048	−.054	−.090	**.636**
satisfaction	PAC28	受けた治療に満足していますか	−.061	.234	−.331	**.362**
	回転後の負荷量の平方和		7.889	6.971	4.416	3.389

［注］因子抽出法：主因子法，回転法：プロマックス回転

e．PAC-QOLのsatisfactionとCQ15

PAC-QOLのsatisfactionとCQ15総得点では，総得点で１％水準で有意な中程度の負の相関がみられたが，身体的側面，精神的側面では１％水準で有意な弱い負の相関がみられた。

３．構成概念妥当性

因子構造を確認するためにプロマックス回転を用いて因子分析を行った結果，８回の反復で回転が収束し８個の因子が抽出された。worries/concernsに属する項目18は，いずれの因子にも .3 以下と因子負荷量が低かったため，１項目を削除し再度プロマックス回転を行った結果，11回の反復回転で７個の因子が抽出された。いずれの分析においても，原版でのphysical discomfort，psychosocial discomfort，worries/concerns，satisfactionの４つの下位尺度が混在する構造になっており，原版と同じ４因子として項目18を削除し再度プロマックス回転を行った。その結果，９回の反復で回転が収束し，いずれの項目でも因子負荷量は .3 以上であった（表５）。

第１因子から第３因子までは，原版の４つの下位尺度項目が複数混在し，原版とは因子構造および因子を構成する項目が異なる結果となった。第４因子は，原版の下位尺度satisfactionの５項目のうち４項目で構成されていた。

Ⅲ．考　　察

A．対象者の代表性

本研究における研究協力施設は，首都圏近郊の消化器科，胃腸科，肛門科，便秘外来の設置を公表している一般

の施設であり，採用基準を満たした便秘症状を有する対象者の選定が行われたことから，便秘症状を有する対象者の代表性は確保されたと考える。

開発時に報告されているPAC-QOLの下位尺度得点の項目平均は，worries/concerns: 1.69，physical discomfort: 2.09，psychosocial discomfort: 0.93，satisfaction: 3.49であり，またフランス（30名），イギリス（74名），ベルギー（20名），カナダ（55名），オーストラリア（33名）の対象者への実施による報告ではworries/concerns: 1.80，physical discomfort: 2.03，psychosocial discomfort: 1.30，satisfaction: 2.97であった。これらの調査結果と比較すると，今回の調査結果では，psychosocial discomfortの平均得点が原版の値より0.05高かった以外は，すべての下位尺度で点数が低かった。PAC-QOLでは点数が低いほうがQOLが高いことを表すことから，諸外国に比較して日本の対象では，便秘症状を有する対象者のQOLが高い傾向にあることが示唆された。今回の対象者の採用基準のうち，PAC-QOLの開発時の採用基準のみに該当するものは16名（11.4％）であり，CAS 5点以上のみを満たすものは46名（32.9％），PAC-QOLの開発時の採用基準およびCAS 5点以上の両方に該当するものは78名（55.7％）であった。CASのみを満たし，PAC-QOLの開発時の採用基準に該当しないものが32.9％であったことから，諸外国で実施されたPAC-QOLの信頼性と妥当性の検討における対象者に比較して，今回の対象者は便秘症状の程度が低い対象であった可能性も考えられた。

しかしながら，psychosocial discomfortが他の下位尺度に比較して得点が低く，他の下位尺度に比較してQOLが高い傾向にあることがわかった。

B．PAC-QOLの信頼性と妥当性

Cronbach's α係数はPAC-QOLの総得点で.92，下位尺度でも.72以上であり，内的整合性が確認された。また，ICCでは尺度の総得点および下位尺度得点においていずれも.8以上であり，再テスト信頼性も確認された。フランス語，ドイツ語，英語版では，尺度全体のα係数は.94で，下位尺度.81以上であったこと（Marouis et al., 2005）が報告されており，他の言語に比較して下位尺度では信頼性係数がやや低いものの，日本語版でも他の言語と同様に内的整合性が確保されているといえる。

妥当性の検討では，PAC-QOLの下位尺度のうちsatisfactionはCQ15の総得点および2つの下位尺度と弱い相関であったが，それ以外の下位尺度で中程度以上の相関が認められ基準関連妥当性は確認された。Satisfactionは構成概念妥当性の検討においても，原版のsatisfactionの下位尺度を構成していた5項目のうちの4項目を有した第4因子として抽出され，他の因子に属す下位尺度項目が混在していなかった。これらのことから，satisfactionはPAC-QOLの他の下位尺度である，physical discomfort，psychosocial discomfort，worries/concernsなどとは異なる関連のある概念であり，便秘症状に関するQOLの概念に含まれるのか，構成概念を再検討する必要性がある。

その他の因子分析による構成概念妥当性の結果については，原版と同様の4因子により因子分析を行った結果，因子を構成する項目は，satisfactionを除いて原版の下位尺度であるphysical discomfort，psychosocial discomfort，worries/concernsが混在しており，原版とは大きく異なる項目構成であった。これらについては，表面妥当性について，PAC-QOLの質問項目は，設問項目の文章の意味が理解しにくい，回答しにくいとした対象者がおり，質問項目の意図が対象者に十分に伝わっていない状況で回答がなされたことによる影響がある可能性が考えられた。原版では，各項目の因子負荷量については言及されていない（Marouis et al., 2005）。また，他国での信頼性と妥当性の検討に関する報告（Marouis et al., 2005）でも構成概念妥当性についての検討は報告されていないことから，異なる文化や人種において，この構成概念が妥当であるのかについては今後の検討が必要であり，日本の対象者に使用する場合には，設問の表現方法を検討し，内容について説明したうえで使用する必要があると考えられた。

C．PAC-QOLと便秘の重症度

便秘症状の重症度は対象のQOLへ影響することが報告されおり，便秘症状が重症である対象者ほどQOLが低い傾向にあると報告されている（Gliav & Lindberg, 1997）。PAC-QOLは，便秘症状の重症度による点数の区分については検討されていない。

原版の尺度開発が行われた対象と比較すると，今回の調査は対象者の採用基準，対象の週の排便回数が異なる。原版およびその後にイギリス，フランス，ニュージーランド等で行われた異なる国および言語での対象の採用基準は，3か月以上の慢性便秘症の対象者であったが今回の調査では1か月以上であった。また週の排便回数は原版では1.2（SD＝0.7），イギリス，フランス，ニュージーランド等で行われた異なる国および言語での妥当性の検討では1.5（SD＝1.5）であったが，今回の調査では5.4（SD＝4.0）と多かった。今回の対象者には便秘薬の使用の有無については問うておらず，便秘薬を内服している対象者の排便回数も含まれていたことから，排便回数に影響したことが考えられた。

PAC-QOLの尺度得点では，尺度の総得点および下位尺度のうち，psychosocial discomfortが低いことは同様の傾向であったが，尺度の総得点および下位尺度のphysical discomfort，psychosocial discomfort，worries/concerns，satisfactionにおいて，本研究での得点は，アメリカおよび他国での調査に低い傾向があった。PAC-QOLでは尺度得点が低ければQOLが高いことを示すことから，日本の対象では欧米の便秘症状を有する対象者に比較してQOLが高いことが考えられた。PAC-QOLの施行においては，便秘症状の重症度の測定のために開発された12項目からなる，Patient Assessment Constipation of symptom（PAC-SYM）（Khoury, 2007）を併用することで，慢性的な便秘症状に関連した影響の重要性や程度を評価することができるとされる（Marquis et al., 2005）。今回の調査では対象の採用基準は設けていたが，便秘症状の重症度は調査していなかったことから，対象の重症度が開発時の対象に比較して低かった可能性があったことが考えられた。以上のことから，便秘症状を有する対象者の便秘症状に関連したQOLの測定には，便秘症状の重症度を併用して測定し，介入前後の便秘症状の程度によるQOLへの影響を検討する必要があるといえる。

D．研究の限界と今後の課題

本研究は，対象者の選定基準を複数設けており，便秘症状の程度が統一されていなかった。また，開発時の対象者に比較して便秘症状が軽度である対象者がリクルートされた可能性がある。今後は，主観的および客観的な便秘症状の程度とQOLの状態について，あわせて検討していく必要がある。

結　論

便秘症状を有する対象者のQOLを測定する疾患特異的尺度である日本語版PAC-QOLについて信頼性と妥当性を検討した。その結果，内的整合性および再テスト信頼性が確認でき尺度の信頼性は認められた。一方，妥当性では因子構造および因子を構成する項目が原版と異なる結果となったことに加え，対象者の質問項目の理解に課題が残った。以上のことから，日本人を対象としたPAC-QOLの使用に際しては，日本語版の質問項目を修正する必要性がある。

謝　辞

研究に参加くださった17施設の医師，看護師のスタッフの皆様および対象者の皆さま，ご指導いただきました聖路加看護大学 菱沼典子教授，柳井晴夫教授に心から感謝申し上げます。本研究は第21回（平成23年度）公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金の研究助成を受け実施した。

要　旨

目的：便秘症状によるQOLへの影響を測定する疾患特異的尺度である，日本語版The Patient Assessment of Constipation Quality of Life（PAC-QOL）の信頼性と妥当性の検証を目的とする。

方法：17の医療機関を受診した便秘症状を有する20歳以上の男女394名に質問紙を配布し，得られた180名の回答のうち有効であった140名の回答を分析対象とした。

結果：Cronbach's α 係数は0.92であり，各項目の κ 係数も概ね0.41以上であった。構成概念妥当性の検討では，因子分析の結果，原版とは異なる因子構造がみられ，表面妥当性の検討では質問項目の理解や回答に困難があったとする意見が多かった。

結論：日本語版PAC-QOLは，信頼性は認められたが妥当性には課題が残った。日本語版PAC-QOLの使用に際しては，質問項目の記載内容を検討する必要がある。

Abstract

Background: The purpose of this study was to examine the reliability and validity of the forward and back-translated final Japanese version of the Patient Assessment of Constipation and Quality of Life questionnaire（PAC-QOL）, a disease-specific scale for measuring the influence of constipation on QOL.

Methods: A total of 394 questionnaires were distributed at 17 Japanese hospitals and clinics, and 180 were returned by mail with valid responses from 140 participants. The 28-item PAC-QOL has four dimensions: worries and concerns, physical discomfort, psychosocial discomfort, and satisfaction. Data were analyzed to evaluate the internal consistency, test-retest reliability and validity.

Results: Cronbach's α was 0.92 in the overall scale. The kappa coefficient was over 0.41. Factor analysis indicated a

Japanese version of the PAC-QOL had the different dimensions as the original version except the dimension of satisfaction. In addition, respondents commented that it was difficult to understand question items.

Conclusion: The Japanese version of the PAC-QOL while brief and reliable, is too difficult for participants to easily answer and lacks robust validity to measure the impact of constipation on QOL. Prior to using the Japanese version of the PAC-QOL, it is necessary to revise the questions.

文　献

深井喜代子（2006）．便秘ケアのエビデンス．In 深井喜代子 監修：ケア技術のエビデンス．pp.268-279, 東京：へるす出版．

深井喜代子（2007）．第 8 章　便秘のケア．In 菱沼典子，小松浩子 編：看護実践の根拠を問う（改訂第 2 版）．pp.103-119, 東京：南江堂．

深井喜代子，塚原貴子，人見裕江（1995）．日本語版便秘評価尺度を用いた高齢者の便秘評価．看護研究，28(3)，33-40.

深井喜代子，杉田明子，田中美穂（1995）．日本語版便秘評価尺度の検討．看護研究，28(3)，25-32.

Fayers, P.M. and Machin, D.（2000）／福原俊一，数間恵子 監訳（2005）．QOL評価学 ― 測定，解析，解釈のすべて．pp.70-86, 東京：中山書店．

Gliav, A. and Lindberg, G.（1997）．Quality of Life Patients with Different Types of Functional Constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32(11), 1083-1089.

Higgins, P.D.R. and Johanson, J.F.（2004）．Epidemiology of Constipation in North America: A Systematic Review. *American Journal of Gastroenterology*, 99(4), 750-759. doi:10.1111/j.1572-0241.2004.04114.x

石井秀宗（2005）．統計分析のここが知りたい ― 保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方．pp.44-66, 東京：文光堂．

Khoury, V., Staniek, V. and Dubois, D.（2006）．Patient-Assessment of Constipation Quality of Life. Information booklet 1st Edition, Mapi Research Trust.

Marouis, P., Loge, C.D.L., Dominique, D., McDermott, A., and Chassany, O.（2005）．Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 40, 540-551.

McMillan, S.C. and Williams, F.A.（1989）．Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale. *Cancer Nursing*, 12(3), 183-188.

品川丈太郎，王　露萍，山田雅之，加藤政春，淀　和弘，進士恵実，野澤健二，國分　覺，五代博子，澤本泰治，島内順一郎，平田篤由，高田康行（2002）．便秘に関するQOL評価指標“CQ15”の開発．薬剤疫学，7, 44-45.

平成24年 8 月17日受　　付
平成25年 4 月21日採用決定

一般社団法人
日本看護研究学会
会報
第　90　号
（平成25年６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
平成24年度第３回理事会議事録……1
一般社団法人日本看護研究学会
平成25年度第１回理事会議事録……7
一般社団法人日本看護研究学会
平成25年度第２回理事会議事録……11
平成25年度定時社員総会議事録……13

一般社団法人日本看護研究学会
平成24年度第３回理事会議事録

日　　時：平成24年12月９日（日）13：00～14：40
場　　所：北里大学白金キャンパス　生命科学研究所　211・212会議室
出　　席：黒田裕子，良村貞子，山田律子，工藤せい子，叶谷由佳，小板橋喜久代，江守陽子，
中木高夫，林みよ子，泊祐子，近田敬子，小山眞理子，祖父江育子，宇佐美しおり，
川本利恵子（各理事）
金井一薫，道重文子（各監事）
渉外・広報（HP担当）　塩飽仁委員
第39回学術集会　石井範子会長
欠　　席：中村惠子，井上智子，小西恵美子，新道幸惠，鈴木みずえ，高田早苗，深井喜代子各理事
書　　記：林みよ子（庶務担当理事）

【配布資料】

資料１：一般社団法人日本看護研究学会・平成24年度第３回理事会報告事項
資料２：一般社団法人日本看護研究学会・平成24年度事業報告
一般社団法人日本看護研究学会・一般会計各種報告および学術集会収支決算書
資料３：編集委員会・日本看護研究学会雑誌掲載論文および原稿受付状況
資料４：日本看護系学会協議会「科研費助成事業・看護学分科会キーワーズ等検討会」報告
資料５：大規模災害支援事業・平成24年度報告
資料６：日本看護系学会等社会保険連合報告
資料７：新公益法人法への対応および学協会の機能強化のための学術団体調査票
資料８：事務局事務員の交代

資料９：理事長の任期延長に伴う定款改正
資料10：国際活動推進委員会・第39回学術集会特別交流集会企画案／日本看護研究学会誌掲載済論文の英語訳版のWebでの公開
研究倫理委員会・平成25年度年間活動計画／一般社団法人日本看護研究学会・研究倫理原則および関連文書案
資料11：学会誌CD化にかかわる見積書
資料12：一般社団法人日本看護研究学会・平成25年度事業（案）
資料13：平成25年度会費改正と生年月日のご登録についての会員宛依頼文等
資料14：パートタイム労働者就業規則（案）／パートタイム労働者賃金・賞与規則（案）
当日配布資料：Yearbook of the Journal of the Japan Society of Nursing Research発行の提案
当日配布資料：オンライン投稿査読システム・ScholarOne Manuscripts（（株）杏林舎）

黒田裕子理事長より，挨拶があった。
定款第６章第21条にのっとり，理事長が議長となって議事が開始された。

報告事項

１．会員数の動向　（資料１）

理事長より，資料に基づいて会員数および会費納入状況が報告された。平成24年12月７日現在の会員総数は6,361名，名誉会員11名と報告された。

２．平成24年度事業報告および上半期会計報告・監査報告　（資料２）

１）事業報告

理事長より，資料に基づいて平成24年度に実施された事業が報告された。

２）上半期会計報告・会計監査報告

⑴　上半期会計報告

会計担当・叶谷理事より，資料に基づいて平成24年度上半期の会計が報告された。特に，「収支予算管理月報（税込）」の予算執行率を中心に報告され，主な内容は以下のとおりである。

事業活動収入の部では，会費未納入者が506名で納入率は約83％である。納入率を上げるために，例年とおりに督促する予定である。その他は，ほぼ予算案に基づく。

事業活動支出の部では，今年度から学会誌等の配送手段を変更したことから，通信費増額を予測した予算を立てたが，上半期の使用率が93％と予想を遥かに超える支出率である。また，これまでヤマト運輸では発送ラベルは不要であったが，現在は事務局でラベル作成をすることになったことでラベル費用として消耗品費の支出率が高くなっている。

⑵　第38回学術集会会計報告

会計担当・叶谷理事より，資料に基づいて第38回学術集会会計が報告された。主な内容は，以下のとおりである。

学会員1,044名，非学会員255名の参加者があり，特に非会員参加が多かったことおよび販売収入や寄付が多かったことから，予算以上の収入があった。臨時雇用の費用が少なく，学術集会会長所

属の琉球大学の協力により講師謝金が抑えられたため，支出が少なくなった。運営費は，人件費を含めたパッケージ料金となっていることから支出が多く見えるが，全体としてみれば少なくなっている。収支は98万円の黒字であった。

⑶　会計監査

金井監事より，会計監査が問題なく終了したことが報告された。

3．委員会報告

1）編集委員会　（資料３）

委員長・中木理事より，資料に基づいて学会誌発刊と論文投稿状況が報告された。

現時点で合計63編が投稿され昨年度より多い傾向にあることが報告された。

2）奨学会委員会

委員長不在であり，代理で理事長より，これまで採用になった奨学研究の論文投稿が滞っていることから，今後支援するように検討していく予定である旨が報告された。

3）学会賞・奨励賞委員会

委員長不在であり，代理で理事長より，次回理事会で審査結果を報告する予定である旨が報告された。

4）研究倫理委員会　（資料10）

委員長・江守理事より，資料に基づいて研究倫理審査委員会立ち上げに向けて規程案を検討中であることが報告された。

理事長より，今回提示された委員会規程案は，次回理事会で審議することが説明され，本日配布した研究倫理審査委員会規程案の資料は次回持参するように指示があった。

4．第39回学術集会進捗状況

第39回学術集会会長・石井範子氏より，進捗状況が報告された。

次回学会誌に演題登録等の会告を掲載する予定であること，参加登録振込用紙も年会費振込用紙と一緒に送付予定であることが報告された。

5．関連会議

1）日本看護系学会協議会　（資料４）

担当・泊理事より，資料に基づいて日本看護系学会協議会・科研費助成事業看護学分科会キーワーズ等検討会の概要が報告された。また，今後，平成30年の改定に向けて平成27年11月から検討に入るため各学会からの意見がほしいという依頼があったことが報告された。

2）日本看護系学会等社会保険連合　（資料６）

担当・小板橋理事より，資料に基づいて関連会議について報告があった。

⑴　看護技術に関する意向調査

本学会は，さまざまな領域を包括するために，他学会と連携する旨の回答をしたことが報告された。看護ケア技術調査では，評議員から合計13件の意見が寄せられ，この中から５件を本学会の意見として報告した。今後，平成25年３月を目処に提案書を完成させるようにする。今回他学会から出された看護ケア技術のうち，本学会はどの学会と連携していくのかを将来構想検討委員会で検討

することが説明された。

(2)　臨時総会

定款施行細則修正案が承認されたこと，そして会員数区分による年会費の見直し案が提案され，今後検討される予定であることが報告された。

(3)　三保連シンポジウム

厚労省担当官より，診療報酬の視点に偏りがあったために，今後は技術の質や価値を評価する方向であることが説明された。

3）日本看護系学会協議会からの看護・新公益法人制度への移行状況等に関するアンケート

担当・小板橋理事より，公益法人への対応に関するアンケートについて，本学会では公益法人化の意向はない旨の回答をした。

6．大規模災害支援事業委員会・社会貢献事業結果　（資料5）

理事長より，平成24年度の申請および支援状況が報告された。

340万円を支援し，約28万円の残金があること，今後も継続するため支援事業案内を出す予定であることが報告された。

7．事務局事務員の交代

理事長より，事務局の事務員の交代について説明があった。新たに3名雇用したが，そのうち2名は勤務態度から解雇し1名のみ（島田五月氏）残り，加えて新たに1名（御代睦子氏）を雇用した旨が報告された。解雇した2名には解雇予告手当として24万円支払った旨の説明もあった。

審議事項

1．理事長の任期延長　（資料9）

提案者・中木理事より，提案の趣旨が説明された。概要は，以下のとおりである。

黒田理事長は2年前に理事長に推薦されたが，理事と同時の理事長は難しいことから，移行措置として2年間で副理事長を担い，今年度から理事長となった。このような経緯を考えると，2年延長してもらえないかと考えた。

理事長より，今期初めて理事着任になった方が多く，理事長就任は難しい状況であることもある。この申し出を定款と照合したところ，第11条と第14条の規定に抵触することから，今期のみに限定的な措置とするように附則を設けてはどうかと，弁護士の助言を受けたという説明があった。

審議の結果，理事長の任期を今回特別に2年間延長することがわかる文言に修正することを条件に，提案は承認された。

2．平成25年度第1回理事会準備

理事長より，平成25年度定時社員総会は5月12日に開催することとし，その前に予算案等に関する審議をするために，平成25年4月14日に理事会を開催したいことが説明された。

これについて異議なく，承認された。

3．Yearbook of the Journal of the Japan Society of Nursing Research 発刊　（資料10および当日配布資料）

提案者・中木理事より，資料に基づいて発刊提案の趣旨等について説明があった。

理事会において，日本語論文を翻訳してWebに掲載することは承認されており，この翻訳するための支援を本学会が行ってはどうかと考えた旨の説明があった。

また，理事長より，資料では奨学会助成に充てている資金を翻訳支援に回してはどうかという案が提案されているが，常任理事会において，奨学会支援は従来通りとし，本学会では翻訳のための資金援助はしない考えでまとまったことが追加説明された。

さらに，国際活動推進委員会の見解について，委員長代理・小山理事より，資料に基づいて，会員への周知のためにHPに趣旨を掲載することや翻訳支援はしないこと，また著者全員の同意書の添付を義務付けるなど留意点を徹底する必要があると考えて明文化したことが追加説明された。

審議の結果，提出する論文の書き方など執筆要領を作成することを条件に，常任理事会承認案が承認された。なお，今後は，執筆要領作成など編集に関しては編集委員会，論文を掲載するまでの支援は国際活動推進委員会，HP掲載は広報委員会，と３つの委員会で役割分担して進めることとなった。

4．電子査読システム導入　（当日配布資料）

理事長より，資料に基づいて査読システム導入のメリットと概要，そして，費用について，システム構築費用として初年度に40万円，維持費用として年間30万円程度であることも追加説明された。

審議の結果，次年度からの電子査読システム導入について承認が得られた。

5．学会誌CD化　（資料11）

会計担当・叶谷理事より，CD化に関する見積もりについて説明があった。概要は以下のとおりである。

CD化とした場合もケースの重さによって費用が異なること，図書館蔵書用の冊子体を作成する必要があること，抄録集号のプログラムの冊子体を作成する必要があることが説明され，昨年度の年間2,600万円と比べると，数100万円の費用削減になると予測されることも説明された。また，学会誌冊子の紙を薄くしたところ単価76円の送料で，CDのハードケースと同じになり，ケース形態によっては紙冊子と変わらず，別の方法を考える必要があるということも説明された。さらに，理事長より，正文社への説明は既に終了しており，了解が得られている旨が報告された。

審議の結果，提案どおり承認された。

6．平成25年度定時社員総会準備

1）平成25年度事業案（評議員・役員選挙実施年度）　（資料12）

研究倫理委員長・江守理事より，これまでの「よろず相談」の結果から研究倫理審査委員会立ち上げを検討していることから，よろず相談は第38回学術集会をもって終了することとしたことが報告された。

その他については，次回理事会で審議することとなった。

2）平成25年度予算案

予算案は，事業計画確定後に作成し，次回理事会で審議することとなった。これに関連して，予算案作成のために各委員会の活動案を１週間以内に叶谷理事までメール報告いただくこととなった。

7．平成28年度　第42回学術集会会長推薦

理事長より，第42回学術集会会長として，川口孝泰氏が推薦された。

これに対して異議はなく，承認された。

8．会員データ登録に生年月日未登録会員への対応　（資料13）

理事長より，会員データへの生年月日登録への対応について説明があった。

評議員の定年制をとることによって入会申込書に年月日を記載してもらっているが，その他の会員については年月日を年会費支払い用紙に記載していただきたい旨の依頼をしたいことが説明された。

9．その他

1）入会申し込み理事会承認

理事会開始後すぐに9月24日から12月7日までの入会申込書を回覧し，異議の申し出はなく，常任理事会では承認された。

2）事務局事務員雇用に際しての就業規則案および賃金・賞与規則案　（資料14）

会計理事・叶谷理事より，趣旨が説明された。

これまで，事務員の賞与や退職金等，その都度に理事会審議をしてきたが，就業規則と賃金の支払い額などを規定しておいたほうがよいと考えた。そこで，就業規則では大きな枠組みを規定し，賃金に関しては，賃金・賞与規定として別に設けるようにした。今後は会計士と相談して決定したいと考えている。

これに対して異議はなく承認された。

3）その他

⑴　HP掲載の定款の修正

塩飽委員より，HP上の定款に文言の誤りがあるという指摘を受けて修正したが，昨今の年会費の値上げなどの変更も反映させた内容には修正していないがどうすればよいかと確認があった。これについては，最終版を事務局から塩飽委員に送付することとなった。

一般社団法人日本看護研究学会
平成25年度第１回理事会議事録

日　　時：平成25年４月14日（日）15：00～16：10
場　　所：北里大学白金キャンパス　本館２階大会議室
出　　席：良村貞子，山田律子，中村惠子，工藤せい子，叶谷由佳，江守陽子，小板橋喜久代，
中木高夫，黒田裕子，林みよ子，泊祐子，井上智子，近田敬子，深井喜代子，新道幸惠，
鈴木みずえ，祖父江育子，宇佐美しおり，川本利恵子（各理事）
道重文子（監事）
渉外・広報（HP担当）　塩飽仁委員
第39回学術集会　石井範子会長
欠　　席：小西恵美子，小山眞理子，高田早苗理事，金井一薫監事
議　　長：黒田裕子（理事長）
書　　記：林みよ子（庶務担当理事）

配布資料

１．会員動向・評議員退会希望
２．平成24年度一般会計収支計算等
３．編集委員会報告
４．研究倫理審査委員会規程案
５．第39回学術集会プログラム等
６．看保連報告
７．大規模災害支援事業報告
８．新公益法人への対応および学協会の機能強化のための学術団体調査結果
９．東日本大震災にかかる協力学術研究団体の活動の調査（第２回）
10．学会誌広告掲載年間予約に関するお願い／有料購読者・会員への学会誌CD化通知文書
11．平成25年度事業計画案
12．平成25年度一般会計予算書案等
13．学会賞・奨励賞候補者推薦
14．学会誌在庫一覧表
15．パートタイム労働者就業規則案
16．選挙管理委員会委員案
17．今後の予定

報告事項

１．会員数の動向および任期途中評議員の退会
総務・中村理事より，まず，会員数の動向について，４月１日現在の会員総数6,165名（名誉会員13名，評議員116名，一般会員6,037名），４月11日現在の会員総数6,190名（名誉会員13名，評議員115名，一般

会員6,062名）と報告があった。なお，平成24年12月から現在までの入会申込書を回覧し確認いただいた。

続いて中村理事より，任期途中の評議員４名から退会希望があったことが報告され，理事長より，本来は評議員の任期中の退会は認められないがやむない事情であったことから承認ことが説明され，退会希望理由書を回覧し確認いただいた。

２．平成24年度会計報告（第38回会計報告含む）について

会計・叶谷理事より，資料に基づいて，会計監査前の暫定収支報告であることが説明された上で，資料に基づいて平成24年度収支が報告され，黒字決算になっているが，500万円を切りくずしていること，年会費未収金が約150万円含まれていることから，厳しい財政状況であることが説明された。また，第38回学術集会会計は，既に報告されているが，改めて約100万円の黒字で終了しこれを一般会計に組み入れたことが説明された。

３．委員会報告について

１）編集委員会

委員長・中木理事より，資料に基づいて，平成24年度の投稿論文87編のうち，採用53件・不採用27件であったことと査読の進捗状況が報告された。

２）奨学会委員会

委員長・深井理事に代わって理事長より，平成25年度奨学会を募集したが応募がなかったことが報告された。

３）学会賞・奨励賞委員会

委員長・新道理事より，学会賞・奨励賞を審議し，学会賞２名・奨励賞４名を候補者として推薦することが報告された。

４）研究倫理委員会

委員長・江守理事より，研究倫理審査委員会規程案について検討中であることが報告された。

５）国際活動推進委員会

委員長・井上理事より，学術集会で交流集会を開催したこと，Year Bookの平成25年度実施に向けて準備中であることが報告された。

４．第39回・第40回学術集会について

１）第39回学術集会進捗状況

石井範子学術集会会長より，例年よりも演題数が少なかったが，評議員に協力いただき最終的に421演題登録があり査読が終了したこと，現時点の事前参加登録約140名であることが報告された。理事長より，学術集会時の宿泊希望を提出すれば，集会側で確保くださることが説明され，希望者は宿泊申込書を提出するよう指示があった。

２）第40回学術集会進捗状況

中木学術集会会長より，テーマを「素晴らしき哉『看護研究』！」としたこと，平成26年８月23日・24日に奈良県立文化会館において開催予定であることが報告された。

5．日本看護系学会協議会関連会議

渉外担当・泊理事より，チーム医療推進会議の看護師特定能力認証についての検討経過と特定行為にかかわる看護師の研修制度案の報告があったこと，専門看護師制度の26単位と38単位の相違の説明があったことが報告された。

6．日本看護系学会等社会保険連合（看保連）関連会議

渉外担当・小板橋理事より，資料に基づいて，看保連の合同シンポジウム，技術検討委員会，役員公募について概要が報告された。また，今年度本学会から技術検討委員会に提案していないが，現状を把握するために参加していること，あり方検討委員会への参加を検討していることが説明された。

7．その他

1）大規模災害支援事業委員会・社会貢献事業について

理事長より，平成24年度は47件に340万円を支援し約90万円の残金を継続して支援することが報告された。

2）新公益法人制度への移行状況に関するアンケート調査結果等について

理事長より，新公益法人制度に関するアンケート結果および東日本震災にかかわる協力学術研究団体の研究調査回答について報告があったと報告があった。

審議事項

1．平成25年度定時社員総会

理事長より，５月12日（日）13時～16時予定で定時社員総会（北里大学白金キャンパス・薬学部1202講義室）を開催することが説明された。これに先立って，常任理事会（10時～11時，生命科学研究所211・212）と理事会（11時～12時，生命科学研究所211・212）を開催することが説明された。

2．各委員会年間計画

1）編集委員会

委員長・中木理事より，学会誌の発行を行うが，今年度からCD化をすること，電子査読システム導入を計画していることが説明された。加えて，理事長より学会誌第１号の発行が遅延するが，会員にはHPに掲載して周知することが説明された。

2）奨学会委員会

代理・新道理事より，平成26年度も奨学会を募集し審議する予定であると説明があった。

3）学会賞・奨励賞委員会

委員長・新道理事より，平成25年度も学会賞・奨励賞の審査を行うと説明があった。

4）研究倫理委員会

委員長・江守理事より，交流集会において研究倫理審査委員会立ち上げの経緯と広報をすると説明があった。

5）国際活動推進委員会

委員長・井上理事より，学術集会において交流集会を開催すると説明があった。

以上，各委員会活動計画について異議なく承認された。

3．学会誌CD化について・広告掲載について

理事長より，学会誌のCD化と冊子体の年間発行部数の減少に伴い，学会誌に掲載していた広告をどうするか検討した結果，CDにも広告を掲載することとなったと説明があった。

学会誌CD化に伴い，学会誌３号もCD化することが確認された。これに関連して，理事長より，プログラム集作成について確認されたところ，学術集会会長より，抄録をCDに保存して事前に送付するためプログラム集作成の予定はないと回答された。

4．平成25年度定時社員総会準備について

1）平成25年度事業案（評議員・役員選挙実施年度）

総務・中村理事より，資料に基づいて，平成25年度事業案が説明された。

事業計画案は，異議なく承認された。

2）平成25年度予算案

会計・叶谷理事より，資料に基づいて平成25年度予算案が説明された。一般会計については，年会費8,000円と値上げすることから約500万円の収入増としたこと，学会誌冊子体数減少に伴って広告掲載費を収入源としたこと，査読システム導入に伴う開発費とシステム利用料で支出増としたこと，学会誌のCD化に伴う印刷製本費と通信運搬費の支出減としたことが説明された。

予算案について異議はなく，一部修正することとして予算案は承認された

説明の後，第39回学術集会会長より，プログラム集作成の是非と支払について質問があり，会計より，どうするか決定いただければ支払う予算を立てていると回答があった。これを受けて意見交換の結果，当日の非会員参加者用として学術集会側がプログラム集を作成し有料で提供することが確認された。なお，総会資料は，CD作成までに資料作成が間に合わないためにCDには入れず，冊子を作成して学会が支払うことが確認された。

5．平成24年度学会賞・奨励賞候補について

委員長・新道理事より，資料に基づいて，学会賞２名と奨励賞４名を候補者として推薦することが説明された。

これに対して異議はなく，学会賞・奨励賞の候補者に授与することが承認された。

6．その他

1）入会申込

会議中に回覧した入会申込書について，異議はなく全員の入会が承認された。

2）事務局事務員雇用に際しての就業規則案について

会計・叶谷理事より，本日配布資料は修正前のものであって，この後に社労士の指導を受けて修正し，その最終版に基づいて現在の事務員との契約を交わしていることが報告された。理事長より，５月理事会において最終版を配布することが報告された。

3）選挙管理委員の候補者

理事長より，３名（神田清子先生，大森美津子先生，出口禎子先生）が推薦された。

これに対して異議はなく，選挙管理委員は承認された。

一般社団法人日本看護研究学会
平成25年度第２回理事会議事録

日　　時：平成25年５月12日（日）　11：00～11：45
会　　場：北里大学白金キャンパス　生命科学研究所講義室211・212講義室
出　　席：良村貞子，中村惠子，叶谷由佳，工藤せい子，小板橋喜久代，江守陽子，中木高夫，
黒田裕子，高田早苗，小山眞理子，鈴木みずえ，井上智子，近田敬子，泊祐子，新道幸惠，
祖父江育子，川本利恵子，林みよ子，山田律子　各理事
金井一薫，道重文子各監事
HP担当　塩飽仁委員
欠　　席：宇佐美しおり，小西恵美子，深井喜代子各理事
第39回学術集会　石井範子会長
議　　長：黒田裕子理事長
書　　記：庶務担当　林みよ子理事

【配布資料】
・一般社団法人日本看護研究学会平成25年度定時社員総会（資料）
・一般社団法人日本看護研究学会将来構想委員会議事録
・一般社団法人日本看護研究学会将来構想委員会規程（案）
・予算（案）について
・一般社団法人日本看護研究学会平成25年度第１回理事会議事録
・各地方会からの事業報告および会計報告，地方会名簿

審議事項
１．前回議事録（稿）の確認
理事長より，確認のうえ，修正箇所は会議終了後に申し出ることが指示された。

２．定時社員総会に向けて
理事長より，定款第27条の規程に基づく社員過半数の出席があると報告があった。
報告事項については，定時社員総会資料に基づいて，各担当より報告があった。その後，地方会会計に関して，近畿・北陸地方会は，次年度繰越はできないと説明されたことから使い切っているが，他の地方会は繰越金があって齟齬が発生していることが指摘され，対応の質問があった。これについて，会計より，法人化後に公認会計士からの説明が変化していることがあるため，公認会計士に確認して対応を決定すると回答があった。
審議事項については，前回理事会で承認された理事長の任期延長，選挙管理委員候補者について改めて説明された。

3．平成24年度会計決算監査報告

監事・金井監事より，税理士法人大嶋会計・大嶋良弘氏の会計監査報告書が代読され，また監事・道重監事より，監査報告がなされた。

これに対して異議はなく，会計監査報告は承認された。

4．将来構想委員会規程案について

理事長より，将来構想委員会規程案作成の趣旨および規程案が説明された。また，提示した規程案を常任理事会で検討した結果，第2条の目的を本委員会の検討事項を明確にする文言に変更するとしたことも追加説明された。

これについて異議はなく，将来構想委員会規程案は承認された。

5．平成25年度予算案について

会計・叶谷理事より，前回理事会審議を受け，以下の点を踏まえて予算案を修正したことが説明された。

・査読システム導入の2社の見積書からを価格の低い見積書に基づいて修正した。
・学術集会時に配布するプログラム集の印刷費を含めた。
・年会費と事務局経費の割合を他学会と比較した結果から本学会の事務局職員の給料増額および1名増員できるようにした。
・選挙に関連して，前回選挙管理委員と今回選挙管理委員の所属を見据えた交通費の増額をした。
・特定資産取得支出の積立金は，平成24年度取り崩し分を取り返せる金額とした。
・事務局のPCが古くなっているため，新しく購入するために追加した。

これについて異議はなく，修正予算案は承認された。

平成25年度定時社員総会議事録

日　　時：平成25年５月12日（日）　13：00～14：30
会　　場：北里大学白金キャンパス　薬学部１号館　1202講義室
書　　記：グライナー智恵子評議員（日本赤十字看護大学）
　　渡邉順子評議員（聖隷クリストファー大学）
議　　長：黒田裕子理事長

配布資料

１．平成25年度定時社員総会（資料）
２．審議事項３　理事長任期延長（案）について
３．一般社団法人日本看護研究学会将来構想委員会規程（案）

定款27条により理事・監事含む評議員の社員出席43名，委任状71名であることから定時社員総会は成立することが確認された。

理事長挨拶：黒田裕子理事長

報告事項：

１．会員数の動向について（中村惠子副理事長）総会資料２頁
平成25年４月１日現在，会員総数6,165名，名誉会員13名，評議員116名，理事21名・監事２名と報告された。なお，一般会員総数は，現時点で6,036名と訂正された。

２．社員（評議員）選挙（2013年）・役員選挙について（黒田裕子理事長）
今年度，選挙を実施するために選挙管理委員会を組織することが報告された。

３．各委員会活動実績報告および平成25年度活動計画について
１）編集委員会報告（中木高夫理事）定時社員総会資料３頁
・35巻１号～５号を発刊し，合計53編を掲載した。
・平成25年度は昨年同様に５冊発刊予定である。
・雑誌の電子化およびCD化により経費節約を検討する予定である。
・電子査読システムの導入計画を今年度進めていく。
２）奨学会事業報告（良村貞子理事）総会資料１頁
・平成24年度では奨学金授与は２名あったが，平成25年度では該当者はなかった。
・平成26年度にむけてPR活動を進めていく。
３）学会賞・奨励賞事業（新道幸惠理事）定時社員総会資料１頁，４頁
・平成23年度学会賞について該当者は無かった。奨励賞は４名に授与した。
・平成24年度は学会賞候補者２名，奨励賞候補者４名の推薦をした。

・今年度も過去３年間の掲載論文から学会賞および奨励賞を選考する予定である。

４）研究倫理委員会（江守陽子理事）

・研究倫理に関する啓発事業として，第38回学術集会開催中によろず相談コーナーを設置し，10名程度，交流集会は30名以上の参加がみられた。

・今年度は，研究倫理審査を申請することができない会員を対象に学会で倫理審査ができるよう第39回学術集会中に交流集会で説明したい。審査規定等を検討予定である。

５）国際活動推進委員会（井上智子理事）総会資料１頁，38頁

・喜多悦子氏の講演を第39回学術集会にて開催予定である。

・イヤーブック（年報）を英文で平成25年度中にHP上に掲載する予定である。

2000年以降に掲載された原著・研究報告に限り，翻訳は著者自身が行い翻訳助成はしない。編集委員会と広報担当者と協力して進める。

４．第39回学術集会について（石井範子学術学術集会会長）

８月22日～23日，秋田市にて開催。一般演題419題が発表予定である。テーマは，「看護の質を支える看護職の健康」である。

詳細は36巻１号で会告を掲載し，HP上ではすでに公表されている。

５．第40回学術集会について（中木高夫学術学術集会会長）

2014年８月23（土）～24日（日）に奈良県立文化会館にて開催予定である。テーマは，「素晴らしき哉「看護研究」！」とした。

６．学会賞・奨励賞受賞論文の推薦について（新道幸恵理事）定時社員総会資料４頁

学会賞２名，奨励賞４名を理事会で承認し，会員総会にて審議する。

７．学会誌CD化関連について

平成25年４月20日に１号発刊予定だったが遅れており５月には発刊する。

CDにも企業広告を掲載する。

図書館等の要望により200部は冊子体を作成する予定で予算化されている。

８．その他

１）日本看護系学会協議会の活動について（泊　祐子理事）

特定領域看護師および看護師特定領域研修制度に変更された。

11月20日に科研費助成事業分科会にて，地域看護・高齢者看護（在宅・精神を含む）に分類されたが，平成30年度改定にむけて平成27年11月までに各学会の意見をまとめる。

２）日本看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について（小板橋喜久代理事）

一般社団法人化から25年度から社団法人化で活動している。

ケア技術の評価のアンケートを提出した。内科系・外科系診療報酬の適正化，看護技術の適正化について継続検討している。

3）地方会の活動報告について

①　北海道地方会（良村貞子理事）

学術集会：平成24年6月2日，上田順子学術学術集会会長「多職種によるチーム医療の推進」，216名参加。12月4日特別講演会を開催。ニュースの発行。

学術集会（予定）：平成25年6月15日（土）北海道文教大学　林恵子「看護職における新人教育の展望」を開催する。

②　東海地方会（天野瑞枝評議員）

学術集会：平成25年3月，北里大学（城戸先生）206名参加。

セミナー：平成24年9月，名古屋ウィンクあいち（大村），47名参加。

③　近畿・北陸地方会（上野栄一評議員）

学術集会：初めて和歌山（山田先生）にて開催43演題，150名参加。

セミナー：21名参加。近畿セミナー：21名参加。

学術集会（予定）：天理医療大学にて開催予定。

④　中国・四国地方会（掛田崇寛評議員）

学術集会：25年3月3日　鳥取大，200名参加。

学術集会（予定）：26年3月9日　愛媛大学

第41回全国大会（広島）の企画委員会が立ち上がった。

⑤　九州・沖縄地方会（川本利恵子理事）

857名の会員。ニュースレターを発行した。

学術集会：24年11月17日　長崎にて開催。

役員の交代が評議員の変更によりあった。

以上，報告事項についての意見等はなかった。

審議事項：

1．平成24年度事業報告（中村恵子副理事長）定時社員総会資料1頁

定時社員総会資料に沿って，平成24年度の事業報告が成された。委員会報告の追加として，大規模災害支援事業の平成24年度報告が，定時社員総会資料5頁に沿って黒田裕子理事長より報告された。

上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。

2．平成24年度決算報告（叶谷由佳理事）定時社員総会資料6～35頁

1）会計報告

定時社員総会資料に沿って，平成24年度決済報告が説明された。

2）監査報告　定時社員総会資料36～37頁

定時社員総会資料に沿って，監査報告が行われた。

・会計監査報告書（道重文子監事）

・監査報告書（道重文子監事）

上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。

3．理事長任期延長について（中木高夫理事）　当日配布資料：審議事項3

黒田裕子理事長が，平成22年度に副理事長となり平成24年度に理事長となるまでの経緯が説明された。これと現理事の理事長就任が難しい状況も鑑み，黒田裕子理事長の任期2年延長が提案された。また，本提案は定款第11条と第14条に抵触することから，今期のみの付則として上記定款を適用応しない社員議決の規定を設けることが提案された。

上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。

黒田裕子理事長より，本件は2年に1回選挙をしている本学会では継続的に浮上する問題であるため，今後将来構想委員会等で検討していく旨補足があった。

4．選挙管理委員会委員の互選について

評議員選出規定第8条により選挙管理委員3名が互選され，理事長の委嘱により選挙管理委員会が組織された。

選挙管理委員長　神田　清子 先生　　群馬大学大学院保健学研究科
選挙管理委員　　大森美津子 先生　　香川大学医学部看護学科
選挙管理委員　　出口　禎子 先生　　北里大学看護学部

上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。

神田清子選挙管理委員長，大森美津子選挙管理委員より円滑な運営を心がける旨挨拶があった。

5．将来構想委員会規程案について（中村恵子副理事長）

当日配布資料：一般社団法人日本看護研究学会将来構想委員会規定（案）

これまで将来構想委員会には規程がなかったため規程案を作成した旨説明があった。中村恵子理事より配布資料に沿って規程案の説明が行われた。理事会からの意見により，下記の点について修正があった。

第2条（目的）

修正前「当法人の目的を達成するために必要な事項を検討することを目的とする。」

修正後「<u>将来構想に</u>必要な事項を検討することを目的とする。」

第3条（委員の構成）

修正前「委員の任期は，役員任期期間とし，再任は妨げない。」

修正後「委員の任期は，役員任期期間とし，再任<u>を</u>妨げない。」

本学会の他の規程をみると，第3条と第4条は分かれていないため，他の委員会と同一にしてはどうかとの意見が出された。しかし，条項が増えることやわかりやすさ等の点から，現状のままでいくことが提案され，挙手をもって賛成多数で承認された。

6．第42回（平成28年度）学術集会会長について

理事長より，第42回学術集会会長に筑波大学の川口孝泰氏が推薦された。

上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。

7．その他
　なし

理事会報告：

1．平成25年度事業案について（中村惠子副理事長）　定時社員総会資料38頁
　定時社員総会資料に沿って，平成24年度事業案の説明がされた。

2．平成25年度予算案について（叶谷由佳理事）　定時社員総会資料39～44頁
　定時社員総会資料に沿って，平成24年度予算案が説明された。
　定時社員総会資料40頁の一般会計収支予算書において，印刷製本費支出が約1,500万円となっているが，CD化してもこれだけの費用を必要とすることに疑問が出された。これに対し，正文社の見積もりを基に算出したこと，プログラム集の印刷代も含まれていることについて説明があった。しかし，説明内容を加味しても金額が高いので，数社の見積もりをとってはどうかとの意見が出された。正文社とのこれまでの関係性もあるが検討していくとの回答があった。

3．その他
　なし

MW 9 点滴静注シミュレータ“Vライン”

―― 静脈留置針・フルトレーニングモデル ――

新製品

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。

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
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

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

静脈留置針刺入部の固定

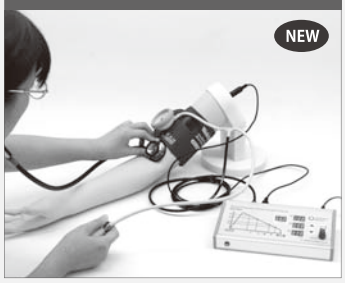
あらかじめ血管の怒張を表現

取扱いが簡単なパッド構造

MW 2 導尿・浣腸シミュレータ 男性・女性

新開発の導尿用弁で耐久性が向上、
交換も簡単に

MW 7 血圧測定トレーナ ” あつ姫 ”



習熟度に応じたモード変更で効果的
に学習が可能

MW 8 経管栄養シミュレータ

経管栄養法の手順を総合的にトレー
ニング

US-7 胎児超音波診断ファントム “SPACEFAN-ST”

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）

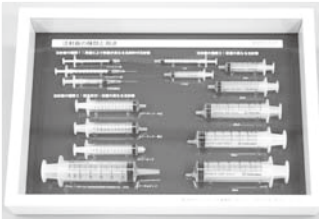
KNG-2 12023-200
実習用アンプル 5mL
（注射用蒸留水タイプ）
￥25.000（税込￥26.250）

KNG-3 12023-300
実習用バイアル
（注射液タイプ）
￥30.000（税込￥31.500）

KNG-4 12023-400
実習用バイアル
（溶解薬剤タイプ）
￥30.000（税込￥31.500）

注射針 / 注射器の実習用サンプルセット 新製品

MY-5 12022-500 ￥110.000（税込￥115,500）
注射法の学習用に注射関連器具の実習用サンプルセットを製品化！



● セットの構成
- No. 1 注射器の種類と用途
- No. 2 注射針の種類と用途
- No. 3 輸液ラインの取り扱い
- No. 4 注射針 / 注射器 使用方法確認セット

2012-13 総合カタログ・単品パンフレットがございます。オンラインカタログから検索・ダウンロードしていただけます。 ● http://www.kyotokagaku.jp

株式会社 京都科学
URL ● http://www.kyotokagaku.com
e-mail ● rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社・工場 〒612-8388 京都市伏見区北寝小屋町15番地
TEL.075-605-2510（直通） FAX.075-605-2519

東京支店 〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目26番6号
NREG本郷三丁目ビル 2階
TEL.03-3817-8071（直通） FAX.03-3817-8075

日本学術会議の動き

幹事会報告

第172回幹事会

日時　平成25年4月23日(火)

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。

○科学者委員会運営要綱の一部改正について承認されました。

○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。

○移転検討委員会の委員の決定について承認されました。

○東日本大震災にかかる学術調査検討委員会の委員の決定について承認されました。

○科学者に関する国際人権問題委員会の委員の決定について承認されました。

○日本学術会議改革検証委員会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委員及び分科会委員の決定について承認されました。

○選考委員会委員の決定について承認されました。

○若手アカデミー委員会分科会委員の決定について承認されました。

○提言「災害に対する社会福祉の役割－東日本大震災への対応を含めて－」を日本学術会議会則第2条第4号の「提言」として取り扱うことについて承認されました。

○スウェーデン若手アカデミーとの交流（Sweden-Japan National YoungAcademy Meeting in Stockholm）へ若手アカデミー委員会委員を派遣することについて承認されました。

○“Global Platform for Disaster Risk Reduction”会議へ会長を派遣することについて承認されました。

○第13回アジア学術会議（13th Science Council of Asia Conference）へ会員を派遣することについて承認されました。

○ラオスのアジア学術会議（Science Council of Asia）への新規加盟について推薦国となることについて承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体として5団体を指定することについて承認されました。

○平成25年度各地区会議事業計画案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を決定することについて承認されました。

○シンポジウム等18の開催及び国内会議1件・国際会議2件の後援について承認されました。

○野口英世アフリカ賞受賞記念講演会の開催について承認されました。

○外部委員候補者を推薦することについて承認されました。

平成25年6月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

日本学術会議の動き

Information Plaza
情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成25年6月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「学士課程教育における機械工学分野の参照基準案」

日時　平成25年6月15日(土)13時00分～17時00分
場所　東京工業大学 大岡山キャンパス 西9号館
次第　「大学教育の分野別質保証と参照基準」北原和夫
「機械工学分野の参照基準案」北村隆行
「技術者教育プログラムの認定制度」岸本喜久雄
「大学における人材育成への期待」有信睦弘

◆「科学・公益・社会―情報発信のあり方を考える」

日時　平成25年6月21日(金)10時00分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「学術会議小委員会の議論を踏まえて：問題提起」今田正俊
「エネルギー・原子力分野からの情報発信」田中 知
「不確実性を含む予測情報を原子力防災にどのように役立てるか？」岩崎俊樹
「カウントダウン・メルトダウンな日本」船橋洋一
「大気海洋拡散シミュレーションと情報発信問題―現場科学者からの問題提起」高橋桂子
「科学社会学の観点から構造災を問う―制度化された不作為」松本三和夫
「学術会議の取り組み」大西 隆

◆「東日本大震災から二年、資料の救済・保全のこれから」

日時　平成25年6月22日(土)13時30分～17時30分
場所　駒澤大学 駒沢キャンパス1号館
次第　「被災公文書等修復支援事業の実施について」荒木一彦
「東日本大震災被災資料保全活動の成果と課題」高橋 修
「文化財保全活動とその前提」白水 智

◆「リスクマネジメント研究の過去・現在・未来」

日時　平成25年6月28日(金)13時30分～16時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　「現代的リスクマネジメント論の視点から」上田和勇
「経済学の視点から」川本明人
「生活科学の視点から」奈良由美子
「社会福祉学の視点から」菅原好秀
「経営学の視点から」白田佳子

◆「親密圏と家族」

日時　平成25年7月6日(土)13時00分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「近代日本における『親族』概念と家族」村上一博
「世代間関係の変容と親密圏」田淵六郎
「親密圏の多様性と家族法」大島梨沙
「ポスト生殖革命時代の親子と家族」上杉富之
「サヴァイヴィング・ファミリィズ」那須耕介

◆「アンダークラス化する若年女性：労働と家庭からの排除」

日時　平成25年7月13日(土)13時30分～17時30分
場所　東京国際交流館国際会議場

次第　「女性労働の家族依存モデルの崩壊（仮）」
山田昌弘
「非正規問題とジェンダーの関連（仮）」
江原由美子
「不可視化される女性の＜若者問題＞（仮）」
金井淑子
「若年女性の貧困問題の現場（仮）」山口恵子

◆日本学術会議中部地区会議主催
「応用を拓く基礎科学の新展開―化学と医学の分野から」

日時　平成25年7月12日(金)13時00分～16時00分
場所　信州大学
次第　「講演」大西 隆／英 謙二／河合佳子

◆「学士課程教育における土木工学・建築学分野の参照基準案」

日時　平成25年7月13日(土)14時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演／分科会報告／パネルディスカッション

◆「昆虫分類学の新たな挑戦」

日時　平成25年7月20日(土)13時00分～17時45分
場所　九州大学 箱崎旧工学部本館大講義室
次第　「Revealing Insect Diversity with DNA Barcodes」
Paul D. N. Hebert
「捕食・被食系分析ツールとしてのDNAバーコーディングの可能性」前藤 薫
「遺伝子診断法の微小農業害虫同定への利用」
土田 聡
「病害昆虫の侵入と蚊媒介性感染症流行の可能性について」比嘉由紀子
「生物多様性情報の収集、共有と活用」
伊藤元己
「日本の基盤資源としての昆虫標本の収集・修三とデータベース構築の現状」多田内 修
「博物館標本を基軸とした分類学人材養成」
大原昌宏
「昆虫分類学の出口としてのバイオミメディクス」野村周平
「生物画像から工学的『きづき』を生み出すバイオミメディクス・データ検索」長谷山美紀

◆「持続可能社会における国土・地域の再生戦略―東日本大震災からの地域復興に学ぶ、国土再生への教訓と示唆―」

日時　平成25年7月31日(水)13時30分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「基調講演」大西 隆
「趣旨説明」嘉門雅史
「パネルディスカッション」
小林潔司／八木信行／望月明彦／羽藤英二

◆「モダニティの再規定―ポスト近代を超える時代認識」

日時　平成25年10月12日(土)13時00分～16時30分
場所　慶應義塾大学
次第　「哲学のサブジェクト転換」斎藤直子
「内から観る近代」佐藤俊樹
「ロスト近代の時代認識とその思想資源」
橋本 努
「経済学の視点から」川本明人

日本学術会議の動き

幹事会報告

第173回幹事会（メール会議）

日時　平成25年5月20日（月）

会議の概要

審議事項

○IAC理事メンバーへの日本学術会議からの立候補について承認されました。

第174回幹事会

日時　平成25年5月31日（金）

会議の概要

審議事項

○若手アカデミー委員会運営要綱の一部改正並びに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。

○機能別委員会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。

○医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会設置要綱の一部改正及び委員の任期の延長の決定について承認されました。

○国際リニアコライダー計画に関する検討委員会の設置、設置要綱の決定及び委員の決定について承認されました。

○高レベル放射性廃棄物の処分に関するフォローアップ検討委員会の設置及び設置要綱の決定について承認されました。

○提言「原発災害からの回復と復興のために必要な課題と取り組み態勢について」について日本学術会議会則第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の一部改正について承認されました。

○G8科学技術担当大臣及びG8科学アカデミー会長会合へ会長を派遣することについて承認されました。

○平成25年度代表派遣について、実施計画基づく7-9月期の会議派遣者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について承認されました。

○2014年ロレアル・ユネスコ女性科学賞受賞候補者を推薦することについて承認されました。

○シンポジウム等16件の開催及び国内会議3件・国際会議2件の後援について承認されました。

平成25年7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25年7月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆日本学術会議中部地区会議主催

「応用を拓く基礎科学の新展開―化学と医学の分野から」

日時　平成25年7月12日(金) 13時00分～16時00分
場所　信州大学理学部C棟
次第　「科学者の活動と社会」大西 隆
「低分子化合物によるゲル化機構の解明とゲル化剤の開発に関する研究」英 謙二
「流れ刺激による肺の炭酸ガス排出機構における新しい概念」河合佳子

◆「気候変動がもたらす農林業への影響とその対策を考える」

日時　平成25年7月12日(金) 13時00分～17時00分
場所　東京大学大学院農学生命科学研究科中島董一郎記念ホール
次第　「最近の世界の影響評価研究の動向と農林業研究への期待」高橋 潔
「農業分野での適応の方向性と学際的研究連携の重要性」長谷川利拡
「森林管理分野における対応と気候変動緩和への期待」松本光朗
「中国黄土高原における環境ストレス耐性育種」武田和義
「水稲の登熟期における高温耐性育種研究の現状と未来」小林麻子
「気候変動に適応した果樹品種開発の目標と現状について」山本俊哉

◆「機械工学のミッションと将来展望」

日時　平成25年7月13日(土) 13時00分～17時00分
場所　東京工業大学 大岡山キャンパス 南2号館
次第　「応用力学分野の課題」藤井孝藏
「生産科学の新展開」木村文彦
「ロボット研究の新展開」佐藤知正
「グリーンイノベーションにおける技術革新と国際展開」岡崎 健
「ライフ・イノベーションと革新的医療機器の開発」松本洋一郎
「科学者からの自律的な情報発信のあり方」萩原一郎
「機械工学の参照基準について」北村隆行

◆日本学術会議第一部主催

「3.11後の科学と社会―福島から考える」

日時　平成25年7月13日(土) 13時30分～17時30分
場所　福島銀行本店地下会議室
次第　第1部「福島で何が問われているか」
後藤弘子／島薗 進／丹波史紀／広渡清吾
第2部「福島で何ができるか」
杉田 敦／船橋晴俊／小山良太／今井 照
「総合討論」大沢真理／大西 隆／小林良彰／鬼頭秀一／舩橋晴俊／中井勝己

日本学術会議の動き

◆「アンダークラス化する若年女性：労働と家庭からの排除」

日時　平成25年7月13日(土) 13時30分～17時30分
場所　東京国際交流館 国際会議場
次第　「女性労働の家族依存モデルの限界」山田昌弘
「非正規問題とジェンダーの関連性」江原由美子
「生産／再生産から排除される、女性の内面へ」金井淑子
「若年女性の貧困問題」山口恵子

◆「学士課程教育における土木工学・建築学分野の参照基準」

日時　平成25年7月13日(土) 14時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「基調報告」北原和夫
「分科会報告」嘉門雅史
「パネルディスカッション」吉野 博／朝倉康夫／天野玲子／小松利光／花木啓祐／古谷誠章／望月常好／依田照彦

◆「医療被ばくを考える―エックス線CTによる被ばくの現状とその軽減のために―」

日時　平成25年7月20日(土) 14時00分～16時30分
場所　東京大学 山上会館
次第　「医療被ばくの健康リスク」甲斐倫明
「日本におけるCT被ばくの現状」対馬義人
「米国におけるCT線量管理の現状」伊藤友洋
「日本におけるCT線量管理技術の開発」赤羽恵一／村松禎久
「低線量高画質CT装置の開発」柳田祐司
「マスコミから」大岩ゆり

◆「昆虫分類学の新たな挑戦」

日時　平成25年7月20日(土) 13時00分～17時45分
場所　九州大学箱崎旧工学部本館大講義室
次第　「Revealing Insect Diversity with DNA Barcodes」Paul D. N. Hebert
「捕食・被食系分析ツールとしてのDNAバーコーディングの可能性」前藤 薫
「遺伝子診断法の微小農業害虫同定への利用」土田 聡
「病害昆虫の侵入と蚊媒介性感染症流行の可能性について」比嘉由紀子
「生物多様性情報の収集、共有と活用」伊藤元己
「日本の基盤資源としての昆虫標本の収集・修三とデータベース構築の現状」多田内 修
「博物館標本を基軸とした分類学人材養成」大原昌宏
「昆虫分類学の出口としてのバイオミメディクス」野村周平
「生物画像から工学的『きづき』を生み出すバイオミメディクス・データ検索」長谷山美紀

◆「持続可能社会における国土・地域の再生戦略―東日本大震災からの地域復興に学ぶ、国土再生への教訓と示唆―」

日時　平成25年7月31日(水) 13時30分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「基調講演」大西 隆

「趣旨説明」嘉門雅史
「パネルディスカッション」小林潔司／八木信行／望月明彦／羽藤英二

◆日本学術会議第三部主催
「科学・技術と現代社会」
日時　平成25年8月1日(木) 15時00分～17時00分
場所　名古屋大学東山キャンパス野依記念学術交流館
次第　「ヒューマノイド・サイエンスの最前線：ロボティクスによる人間知能の発生原理解明」國吉康夫
「現代社会と科学：高校生との懇談」益川敏英

◆日本学術会議第二部主催
「未来社会を築く生命科学と医療のフロンティア」
日時　平成25年8月3日(土) 13時00分～15時45分
場所　京都大学薬学部記念講堂
次第　「ヒト生命情報総合研究の拠点構築」本庶 佑
「iPS細胞研究が切り開く未来の医療」中畑龍俊
「オールジャパンのアカデミア創薬研究」長野哲雄

◆「明日のために、新しい展開を求めて」
日時　平成25年8月11日(日) 13時00分～17時30分
場所　千葉県銚子市商工会議所5階
次第　「日本の農業のあり方」生源寺眞一
「新しい農畜産業の展開」野口 伸
「水産業の課題と展望」渡部終五
「自然エネルギー開発」荒川忠一

◆「総合工学シンポジウム―社会が受け入れられるリスクとは何か」
日時　平成25年9月5日(木) 13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　「安全目標の構築（仮）」松岡 猛
「食品安全基準について（仮）」中西準子
「チェルノブイリ事故後20年の経験から（仮）」柴田徳思
「原子力過酷事故リスクについて（仮）」松浦祥次郎

◆日本学術会議東北地区会議主催
「サイエンストーク『宇宙ファミリー』」
日時　平成25年9月14日(土) 13時30分～16時45分
場所　八戸市総合福祉会館「はちふくプラザねじょう」(予定)
次第　「太陽系大航海時代の幕開け」川口淳一郎
「もうひとつの地球の色は何色？」須藤 靖
「未来の有人宇宙旅行―宇宙兄弟のお話―（仮）」向井万起男

◆「モダニティの再規定―ポスト近代を超える時代認識」
日時　平成25年10月12日(土) 13時00分～16時30分
場所　慶應義塾大学
次第　「哲学のサブジェクト転換」斎藤直子
「内から観る近代」佐藤俊樹
「ロスト近代の時代認識とその思想資源」橋本 努
「経済学の視点から」川本明人

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1．投　稿　者

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

2．著者資格および研究貢献者

1）著者資格

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

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

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

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

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

2）研究貢献者

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

3．投稿の内容と種別

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

投稿者は，投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。

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

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

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で，前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが，早く発表する価値があるもの。

---

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

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で，その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総　説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。メタシンセシスやシステマティックレビューは，そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが，公表する価値がある。

4．研究倫理

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

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

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

5．原稿の送付

投稿原稿は，Microsoft社のWord，Excel，およびPowerPointを使用して作成し（ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は，JPEGまたはPDF形式でのみ受領可能），所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等を綴じたオリジナル原稿，および（著者が特定できる部分〔謝辞も含む〕を削除した）オリジナル原稿のコピー3部，および電子媒体（フラッシュ・メモリー，CD-R（RW），DVD-R（RW），のいずれかで保存し，ラベル（面）には著者氏名，論文表題を明記する）を添えて下記に送付する。

なお，図表については以下の点に留意されたい。

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

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

PDF …… パスワードはかけず，フォント埋め込みの状態で提出すること

〒260-0015　千葉市中央区富士見２－22－６　富士ビル６階
一般社団法人日本看護研究学会　編集委員会　委員長　中木高夫　宛

封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便もしくはレターパックで郵送すること。

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し，形式が整った時点を受付日とする。

６．英文抄録のネイティブ・チェック

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

７．投稿前チェックリスト

投稿する前には，投稿論文チェックリスト（学会ホームページから入手可）で「投稿規程」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，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

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A 4判白色用紙にプリントアウトしたハードコピーの両方を投稿する（ハードコピーの部数は「投稿規程」に示してある）。

2）本文はMicrosoft社のWordを使用し，図はWord・Excel・Power Pointのいずれか，表はWord・Excelのいずれかで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は，JPEGまたはPDF形式で保存する。

なお，図表については以下の点に留意されたい。

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

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

PDF……パスワードはかけず，フォント埋め込みの状態で提出すること

3）本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し，書式は左右余白30mm，上下余白50mm，文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると，10.5ポイントの場合，1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので，実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。

4）本文には必ずページ数を中央下に挿入する。

5）1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し，1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

2．文体ならびに句読点について

1）文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが，文体は「である調」を基本とする。

2）論文は横書き2段組で印刷するため，読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし，句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。

3）漢字の使用については，原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお，専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし，接続詞や副詞の多くと名詞や動詞，助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。

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

4）本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については，原則として半角文字を使用する。ただし，1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設，B氏，方法X，など）の場合は全角文字とする。また，量記号（サンプル数のnや確率のpなどの数値すなわち量を表す記号）に対しては，欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。

5）整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は，例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し，縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3．見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを効果的につける。

1）見出しは「MSゴシック」体を用い，外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。

2）見出しのレベルは第1レベルから第7レベルまでとする。

3）第1レベルは論文タイトルで，見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。

4）本文の見出しは，以下に示す第2レベルから第7レベルまでの6つのレベルから構成する。見出しに付ける数字・記号，およびピリオドは全角を使用する。

第2レベル：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……：中央揃え
第3レベル：Ａ．Ｂ．Ｃ．……：左端揃え
第4レベル：１．２．３．……：左端揃え
第5レベル：ａ．ｂ．ｃ．……：見出しのみ，本文左端より1字下げる
第6レベル：（１）（２）（３）……：上位の見出しより1字下げる
第7レベル：（ａ）（ｂ）（ｃ）……：上位の見出しより1字下げる

5）「はじめに」や「序論，序説または緒言」および「おわりに」や「結語」，「謝辞」を使用する場合は第2レベルではあるが，本文中では見出し数字・記号は使用せず，単に中央揃えとする。

6）論文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

	若年者			高齢者		
課題の困難さ	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，原作出版年／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編者（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。

事　務　局　便　り

1．平成25年度会費納入のご案内について

平成25年度年会費をお納めいただいた会員，および平成24年度会費をお納めの上，平成25年３月31日までに，平成25年度からの「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌（CD）36巻１号・２号・３号を送付いたしております。

２号の発行が遅れましたが，今回お届け致します。３号はすでに発行しております。

2．平成25年度会費納入のご案内について

平成25年度会費未納の方は，お早めに振込用紙または，下記の納入方法でお振込み下さいますようお願いいたします。

記

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)(2012)
平成25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。

また，平成25年度より評議員の定年制が定められ，生年月日のご登録をお願いしております。会費振込用紙記入欄にご記入よろしくお願いいたします。

ATMにによるお振込の場合，お名前，ご連絡先の記述がない場合があります。

必ずご記入の上，お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は，CD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（CD）巻末の「変更届」を印刷し，新しい送付先等を楷書でお書きいただき，難しい読みの場合は，フリガナを付記の上，FAX（043－221－2332）またはメール（info@jsnr.jp）でお知らせ下さい。

4．CD送付について

平成25年度学会誌36巻１号よりCD化を開始いたしました。

CD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（CD）36巻１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。

い1111　井川　梨恵　い1131　伊藤　渚咲　こ0546　合田　晴奈　た0831　田久保玲子　た0903　安里明友美　ち0064　千葉　淑恵
つ0052　塚越フミエ　な0723　永島すみえ　に0303　西地　令子　ふ0373　小玉　恵利　ふ0527　藤原　真希

事務所の開所曜日と開所時間

開所曜日	月・火・木・金	電　話	043－221－2331
開所時間	10：00～15：00	ＦＡＸ	043－221－2332

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第36巻　2号

会員無料配布

平成25年６月20日　印刷

平成25年６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）公益社団法人日本看護協会
北　　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）埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
柴山　健三（会　員）愛知医科大学看護学部
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

発行責任者　黒　田　裕　子

印刷所　（株）正　文　社
〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

入会を申し込まれる際は，以下の事項にご留意下さい。（ホームページ上において入会申込書を作成し，仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。）

1．**大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません。**なお，前述の身分に該当する方で，学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は，発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2．入会を申し込まれる場合は，評議員の推薦，署名，捺印，入会申込み本人氏名，捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

3．入会申込書の送付先：〒260-0015　千葉市中央区富士見２丁目22番６号　富士ビル６階
一般社団法人日本看護研究学会

4．理事会承認後，その旨通知する際に入会金３，０００円，年会費７，０００円，合計１０，０００円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日（２週間）以内にお振込み下さい。

5．専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚，その他の場合は，（　）内に専門の研究分野を記入して下さい。

6．送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7．地区の指定について：勤務先と，自宅住所の地区が異なる場合，希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚，地区の指定がない時は，勤務先の地区への登録とさせていただきます。

8．会員番号は，会費等の納入を確認ののち，お知らせいたします。

＊個人情報の管理について
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については，慎重に取り扱い，本会運営の目的のみに使用しております。

（切り取り線より切ってお出しください）

入　会　申　込　書

一般社団法人日本看護研究学会理事長　殿　　申込年月日　　年　　月　　日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦＿＿＿＿年度より入会を申し込みます。（入会年度は，必ずご記入下さい。）

フリガナ		専門区分	看護学・医学・その他（　　）
氏名	印	生年	西暦　　年　　月　　日　性別　男・女
所属			
	TEL	FAX	
送付先住所	自宅・所属（いずれかに○）	〒	
E-mail			
自宅	TEL	FAX	
評議員推薦者氏名	印	会員番号	
推薦者所属			
事務局記入欄	理事会承認年月日		
	受付番号	年度入会会員番号	
	受付日	巻　　号～	
	通知番号	送付日	

地区割

地区名		都道府県名
1	北海道	北海道
2	東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
3	関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
4	東京	東京，埼玉，山梨，長野
5	東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
6	近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
7	中国・四国	島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
8	九州・沖縄	福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄

変　更　届

一般社団法人日本看護研究学会事務局　宛（ＦＡＸ　０４３－２２１－２３３２）
下記の通り変更がありましたので，お届けいたします。

年　　月　　日

会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒　　－

電話及びＦＡＸ

ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－

勤務先の変更

所 属 名：

所属住所

〒　　－

電話及びＦＡＸ

ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－

Ｅメール：

フ リ ガ ナ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名の変更＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

地区の変更

地 区 割

地区名		都道府県名	地区名		都道府県名
1	北海道	北海道	5	東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
2	東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島	6	近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
3	関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟	7	中国・四国	島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
4	東京	東京，埼玉，山梨，長野	8	九州・沖縄	福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄

地区の指定について：勤務先と，自宅住所の地区が異なる場合，希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚，地区の指定がない時は，勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について，どちらかに○をご記入の上，ご指定ください。

勤務先（　　）　　自　宅（　　）

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合，ご自宅住所は会員データに登録しておりません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は，ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について：一般社団法人日本看護研究学会では，ご登録の個人情報を慎重に取扱，本会の運営目的のみに使用いたしております。

一般社団法人日本看護研究学会　投稿原稿表紙

原稿種別 （番号に○）	1．原著（a. カテゴリーⅠ，b. カテゴリーⅡ，c. カテゴリーⅢ）　2．研究報告 3．技術・実践報告　　4．総　説　　5．資料・その他（　　）
原稿投稿年月日	年　　月　　日

和文題目

英文題目

キーワード（5語以内，日本語／英語）		
1．　　／	2．　　／	3．　　／
4．　　／	5．　　／	

原稿枚数			
本文：　　枚	図：　　枚	表：　　枚	写真：　　点

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

Japan Society of Nursing Research