

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

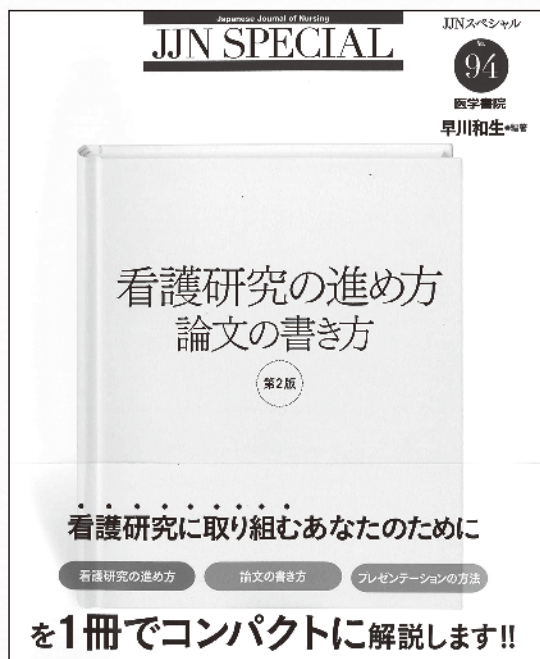
Volume 36 Number 5 December 2013 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[36巻 5号]

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

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



目次

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

JJNスペシャル

No.
94

看護研究の進め方 論文の書き方

第2版

編著 早川和生 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻・教授

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



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

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

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

携帯サイトはこちら



会 告（１）

かねてから電子投稿システムへの移管を検討してまいりましたが，2014年度（平成26年4月1日）から全面的に切り替える予定です。

なお，事前のテスト運用につきましては，ホームページ上でお知らせいたします。

平成25年12月20日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 黒 田 裕 子

会 告（2）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成26年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。（第2回公告）

平成25年12月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名 称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条（目 的）

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

第3条（資 金）

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条（対 象）

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

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

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

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

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

第5条（義 務）

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

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

第6条（授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第7条（罰 則）

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

第8条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 平成26年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

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

2. 応募資格

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

3. 応募期間

平成25年11月1日から平成26年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

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

6. 奨学金の交付

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

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

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

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

会 告 (3)

平成25年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第40回学術集会

会長 中 木 高 夫

記

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会

メインテーマ：素晴らしき哉「看護研究」!?

会 場：奈良県文化会館

〒630-8213 奈良県奈良市登大路町 6 - 2

URL：http://www.pref.nara.jp/1717.htm

奈良県新公会堂

〒630-8212 奈良県奈良市春日野101

URL：http://www.shinkokaido.jp/

会 期：平成26年 8 月23日（土），24日（日）

会長講演：日本看護研究学会とともに歩んだ30年

中木 高夫（天理医療大学 教授）

座長：石井 範子（秋田大学大学院 教授）

教育講演Ⅰ：看護研究を教える

黒田 裕子（北里大学 教授）

座長：任 和子（京都大学大学院 教授）

教育講演Ⅱ：質的研究を教える

谷津 裕子（日本赤十字看護大学 教授）

座長：本田 育美（名古屋大学大学院 教授）

教育講演Ⅲ：量的研究を教える

柏木 公一（国立看護大学校 准教授）

座長：西田 直子（京都府立医科大学 教授）

特別講演：看護の専門性とは何か？ ― 医療と介護のはざまで

上野 千鶴子（立命館大学 招聘教授）

座長：屋宜 譜美子（天理医療大学 教授）

シンポジウムⅠ：「看護研究」の落とし穴

川口 孝泰（筑波大学大学院 教授）

北 素子（東京慈恵会医科大学 教授）

林 みよ子（天理医療大学 教授）

座長：末安 民夫（天理医療大学 教授）

茂野 香おる（天理医療大学 教授）

シンポジウムⅡ：医療権力論「医療者の言説が患者を困らせるとき」

深谷 基裕（名古屋第二赤十字病院 看護師）

濱田 真由美（日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程）

永田 明（天理医療大学 講師）

座長：中木 高夫（天理医療大学 教授）

谷津 裕子（日本赤十字看護大学 教授）

特別交流集会Ⅰ：国際活動推進委員会企画

「グローバル人材ってなに？ ― 足もとのグローバル化を考える」

講師：大橋 一友（大阪大学大学院 教授）

特別交流集会Ⅱ：編集委員会企画 看護研究における「概念相」への取り組み方

世話人：佐藤 政枝（埼玉県立大学 教授）

片岡 純（愛知県立大学 教授）

特別交流集会Ⅲ：編集委員会企画 APA方式の何が優れているのか？

世話人：前田 樹海（東京有明医療大学 教授）

江藤 裕之（東北大学大学院 教授）

Nursing Science Café

【参加費】

- | | |
|-------------------------|---------|
| ① 事前参加登録（7月10日（木）まで）会員 | 10,000円 |
| ② 事前参加登録（7月10日（木）まで）非会員 | 11,000円 |
| ③ 当日 会員 | 11,000円 |
| ④ 当日 非会員（抄録代を含む） | 12,000円 |
| ⑤ 学生 | 3,000円 |

★学生は、当日のみの受け付けです。

なお、大学院生及び看護師資格を有する研修学校生などは学生に含まれません。

★会員の方全員に抄録集（CD-ROM）が郵送されます。

★事前登録され、入金確認ができた方には参加証を郵送いたします。

〈事前参加登録方法〉

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会ホームページの事前参加登録フォームよりご登録ください（<http://www.c-linkage.co.jp/jsnr40/>）。「事前参加登録フォーム」にご登録いただいたメールアドレスに「事前参加登録仮受付メール」が自動返信されます。「事前参加登録仮受付メール」に記載された「振込先口座情報」および、Rで始まる「オンライン登録番号」は、参加費振込の際に必要となりますので、こちらのメールは必ず保存してください。

参加費のお支払い方法は、「郵便局払い込み」となります。

事前参加登録期間：2014年1月28日（火）～ 2014年7月10日（木）

事前参加登録入金締切：2014年7月10日（木）

※ ご宿泊は、一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会ホームページがご案内しております宿泊施設をご利用いただきますようお願いいたします。お申し込みは、一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会ホームページ（<http://www.c-linkage.co.jp/jsnr40/>）の宿泊案内からご登録ください。

【一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会運営事務局】

〒531-0072 大阪市北区豊崎3-19-3 PIAS TOWER 11F

(株)コンベンションリンクージ内

TEL：06-6377-2188 / FAX：06-6377-2075

E-mail：jsnr40@c-linkage.co.jp

以上

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会 一般演題の募集

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会一般演題を下記の要領で募集いたします。

開催地は奈良市で、開催日は平成26年8月23日（土）～24日（日）です。発表形式は口演、または示説です。

多数の方々のご応募をお待ちしております。

平成25年12月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第40回学術集会
会長 中 木 高 夫

[一般演題募集要項]

■募集期間

平成26年1月28日（火）～2月28日（金）正午まで

■演題募集の受付

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

■演題登録資格

- ・筆頭発表者、共同研究者を含め、すべて本学会会員であることが必要です。
- ・発表者の方は、発表者自身を含め共同研究者全員の会員番号および平成26年度の会費納入をご確認ください。未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続き（入会金の納入）と発表年度（平成26年度）年会費の納入を済ませてください。なお、会員であっても、学会発表時までに平成26年度会費未入金の方がおられますと発表できません。

■入会申し込み方法

会員番号の問い合わせ及び入会申し込み等に関しましては、一般社団法人日本看護研究学会事務局に願います。（Tel:043-221-2331／Fax:043-221-2332）

■演題登録方法

- ・一般社団法人日本看護研究学会 第40回学術集会ホームページ（<http://www.c-linkage.co.jp/jsnr40/>）の『演題登録・交流集会』ページからご登録ください。
- ・筆頭発表者の他に共同研究者は10名まで掲載できます。共同研究者の所属機関は最大5機関までとします。

■発表形式

- ・演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重発表は認められません。
- ・筆頭発表者としての申し込みはお1人様1演題に限ります。
- ・発表形式は口演、示説のいずれかを選択して下さい。なお、発表形式の決定は学術集会事務局に一任願います。ご希望に添えない可能性もありますことをあらかじめご了承ください。
- ・口演：発表時間は1演題10分（発表7分、質疑3分）を予定しております。

会場に準備するPCのOSは、Windows 7。アプリケーションソフトは、「Windows版PowerPoint 2003/2007/2010/2013」となります。USBフラッシュメモリーを持参し、PC受付でご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。

動画及び音声は使用できません。

- ・示説：一定時間を設け、討論のみとします。座長はおかず、発表者を中心にポスターを囲んで自由に討論して頂きます。発表者は準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示してください。パネル上でポスターが貼れる範囲は、縦210cm×横90cm（A3版横の用紙なら10枚程度入ります）です。パネル左上のスペース（20×20cm）は空けておいて下さい。事務局サイドで演題番号を貼っておきます。

■抄録本文の記載項目

本文には【目的】、【研究方法】、【結果】、【考察】を記述し、研究方法には研究対象に対する倫理的配慮を必ず記載してください。

■文字数制限

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

■登録可能な所属機関数、共著者の数

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

■演題区分

- ・申込み演題の区分を以下から選択してください。（第2希望まで）

- | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------|----------------|
| 1. 基礎看護・看護技術 | 2. 看護教育（学生の特性） | 3. 看護教育（基礎教育） | 4. 看護教育（継続教育） |
| 5. 看護教育（その他） | 6. 看護管理（病院管理） | 7. 看護管理（医療安全） | 8. 看護管理（新人教育） |
| 9. 看護管理（その他） | 10. 急性期看護 | 11. リハビリテーション看護 | 12. 慢性期看護 |
| 13. 外来看護 | 14. 老年看護 | 15. 精神看護 | 16. 小児看護 |
| 17. 母性看護 | 18. 家族看護 | 19. 在宅看護 | 20. 地域看護 |
| 21. 健康増進・予防看護 | 22. 感染看護 | 23. がん看護 | 24. 終末期ケア・緩和ケア |
| 25. 看護理論・看護診断・看護過程 | 26. 看護情報 | 27. 看護倫理 | 28. 災害看護 |
| 29. 国際看護 | 30. 看護史 | 31. その他 | |

■図表の挿入

- ・図、表、図版。写真は1つのみ掲載できます。図表がある場合は本文の文字数は840字になります。
- ・図表のフォーマットは、JPEGまたはGIFに限ります。ExcelやWordで作成した図表は、登録前に指定のフォーマットにご変換ください。図表のサイズは10MBまでとなります。
- ・抄録集に載る図表は、最大でA 7 版（7.4cm × 10.5cm）となります。大きさを考慮の上、読めるようご作成ください。
- ・図表の登録は、抄録本文などを入力後のアップロード画面でご登録ください。抄録本文には図表を入れないようにご注意ください。
- ・演題登録に関するお問い合わせは、運営事務局にお問い合わせください。

■登録番号

- ・演題登録完了の際に発行される登録番号を必ず控えてください。
- ・オンラインの演題登録をした後は、確実に登録されているか、確認修正画面にて登録番号を用いてご確認ください。

■登録内容の確認・修正

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

■採否の通知

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

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また、ご入力いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

■演題登録のお問い合わせ

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会運営事務局 株式会社コンベンションリンクージ内
〒531-0072 大阪市北区豊崎3-19-3 PIAS TOWER 11F
TEL：06-6377-2188 / FAX：06-6377-2075
E-mail：jsnr40@c-linkage.co.jp

[交流集会募集要項]

■募集期間

平成26年 1 月28日（火） ～ 2 月28日（金）正午まで

■応募資格

- ・本学会会員であること

■演題申し込み方法

- ・交流集会の主題、発表者全員の氏名（所属、会員番号）、1,200文字以内の抄録のすべてをWindows版 Word 2003/2007/2010で作成した文書A4版1枚に納めて、下記運営事務局宛にE-mailで送付してください。なおファイル名は「JSNR40交流集会応募_代表者氏名」としてください。

■交流集会申し込み先

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会運営事務局

E-mail : jsnr40@c-linkage.co.jp

■実施方法

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

■採否の結果

- ・申込み受付後、採否結果、日時等の連絡は、全て代表者のE-mail宛に送付いたします。
- ・E-mailアドレスが変更になった場合は、運営事務局までE-mail（jsnr40@c-linkage.co.jp）にてご連絡ください。

目 次

－原 著－

「待機手術患者用心配事アセスメントツール」の開発と信頼性・妥当性の検討	1
---	---

香川大学医学部看護学科 小 笠 美 春

香川大学医学部看護学科 當 目 雅 代

摂南大学看護学部 竹 下 裕 子

高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス	13
---	----

福岡大学医学部看護学科 石 飛 マリコ

香川大学医学部看護学科 越 田 美穂子

福岡県立大学看護学部 尾 形 由紀子

－研究報告－

看護師の Sense of Coherence とストレス反応との関連	25
---	----

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科, 藍野大学短期大学部 吉 田 え り

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 山 田 和 子

和歌山県立医科大学附属病院 芝 瀧 ひろみ

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 森 岡 郁 晴

在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握に訪問看護師が必要とする情報	35
---	----

宮城大学看護学部 高 橋 方 子

山形大学医学部看護学科 布 施 淳 子

精神科病院認知症専門病棟における認知症高齢者の過去 6 か月間の転倒経験と

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の関連	49
---	----

名古屋市立大学大学院看護学研究科 三 林 聖 司

名古屋市立大学看護学部 山 田 紀代美

－資料・その他－

インシデントやアクシデントを経験した看護職者の安全学習に関連する要因	57
--	----

JA北海道厚生連遠軽厚生病院 小 林 順 子

日本赤十字北海道看護大学 山 本 美 紀

亀田医療大学 休 波 茂 子

第38回学術集会 国際活動推進委員会企画 特別交流集会 I

日本の看護を伝える方策－実践者・研究者の立場から	67
--------------------------------	----

JICA 派遣専門家（チーフアドバイザー）/ 聖マリア学院大学非常勤講師 小 川 正 子

CONTENTS

Original Papers

- A Study for Development of the “Elective Surgery Worry Assessment Tool”, Reliability and Validity 1
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Miharuru Ogasa
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Masayo Toume
Faculty of Nursing, Setsunan University : Hiroko Takeshita
- The Process by Which Male Patients with Schizophrenia Living with
Their Elderly Parents Attain “Independence” 13
School of Nursing, Faculty of Medicine, Fukuoka University : Mariko Ishitobi
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Mihoko Koshida
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Yukiko Ogata

Research Reports

- Relationship between Sense of Coherence and Stress Reactions among Nurses in a Hospital 25
Graduate School of Health and Nursing Science,
Wakayama Medical University, Aino University Junior College : Eri Yoshida
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Kazuko Yamada
Wakayama Medical University Hospital : Hiromi Shibataki
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ikuharu Morioka
- Information Required by Visiting Nurses to Respect the Wishes of Elderly People
Being Cared for at Home Regarding End-of-Life Care 35
Miyagi University School of Nursing : Masako Takahashi
Yamagata University faculty of Medicine, School of Nursing : Junko Fuse
- Relation between Fall Experience during the Prior Six Months and Behavioral and
Psychological Symptoms of Dementia among Elderly People with Dementia
in a Dementia-specialized Unit of a Psychiatric Hospital 49
Nagoya City University Graduate School of Nursing : Seiji Mitsubayashi
Nagoya City University School of Nursing : Kiyomi Yamada

Preliminary Session

- Related Factors Influencing Medical Safety Learning of Nurses who Have Experienced Incidents and Accidents 57
Hokkaido P.W.F.A.C Engaru-Kosei General Hospital : Junko Kobayashi
The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Miki Yamamoto
Kameda College of Health Sciences : Shigeko Yasunami

「待機手術患者用心配事アセスメントツール」の 開発と信頼性・妥当性の検討

A Study for Development of the “Elective Surgery Worry Assessment Tool”, Reliability and Validity

小 笠 美 春¹⁾ 當 目 雅 代¹⁾ 竹 下 裕 子²⁾
Miharu Ogasa Masayo Toume Hiroko Takeshita

キーワード：全身麻酔，待機手術，心配事，アセスメント，ツール

Key Words：general anesthesia, elective surgery, worry, assessment, tool

緒 言

手術患者を取り巻く医療環境は、医療制度改革や医療技術の進歩により大きく変化している。患者調査の概況（厚生労働省，2009）によると，平成20年9月の手術前平均在院日数は5.8日，術後平均在院日数は14.5日であり，在院日数は短縮傾向にある。同年の「患者調査」によれば，近年では身体的侵襲が少なく，手術後のQOLを維持できる腹腔・胸腔鏡下手術や内視鏡下手術が増加しており（総務省統計局，2013），今後さらに周手術期における在院日数の短縮が予測される。

入院期間の短縮は，看護師が手術や術後の療養生活に適応するための患者の看護にかかる時間を削減した。手術を意思決定した患者は，入院までに来院することはほとんどなく，看護師が時間をかけて患者の個別的ニーズをアセスメントし，患者教育を提供することが困難な状況にある。待機手術患者は，入院前に医療者とのかわりが少なく，不確かな状態におかれ，高い不安状態にあることが明らかにされている（上妻・福満・山本，2001）。近年，患者の入院は手術の1～2日前となり，看護師が入院後開始するオリエンテーションは身体的な準備性を高めることに重点がおかれる。また，手術前日や手術直前の患者は不安が高く，学習には不適切な時期に準備教育が開始されている（Haines & Viellion，1990）。さらに，看護師が伝えたいことと患者が知りたいことには“ずれ”が生じており（四宮・田子田・内藤，2001），患者個々のニーズに沿った内容や方法による術前オリエンテーションの必要性が指摘されている（江川・佐々木・米山・高柳，2009；斎藤・寺島・小林・荻野，2005）。つまり，入院期間が短縮されても変わることのない患者が抱く手術に対する期待や不安への個別的ケアが，現在の周手術期看護の重要な課題となっ

ている。

待機手術患者に対する介入として，外来で行う術前オリエンテーションや集団教育が，患者の情報欲求や不安軽減に効果があることが報告されている（臼田・土肥・田中・杉本・高野，2008；当日，2004；平山・斎藤・西，2010）。これらの介入評価は，STAI（State-Trait Anxiety Inventory-Form）やPOMS（Profile of Mood States）などの心理尺度を使用しており，介入による心理状態の変化を検証している。待機手術患者の入院前患者教育効果を検証している当日（2004）は，抑うつや不安の気分レベルは患者教育によって影響を受けるものではなく，気分状態は実際に手術の過程のなかで変化していくものである，と述べている。つまり，患者のニーズに応じた教育内容を検討し，さらに介入効果を評価するためには，時間の経過で変化する心理状態をアセスメントするだけでは十分でないと考えられる。

これまで待機手術患者の心理については，「思い」や「ストレス・コーピング」などの視点で明らかにされている。しかし，大半は患者の心理を「不安」ととらえて分析している（岡本，2010）。「不安」は，あいまいで不確実なためその内容は幅広く，研究者で定義が異なっている（村川・池松，2011）。Lazarus（1999/2004）によると，ストレスはストレスラーを受けたときに個人が認知する害，脅威，怒り，苦悩，不安などの情動的な反応によって表現されるものであり，不安はストレス反応をもたらしている情動，ととらえている。また，不安は認知・行動・生理という要素で構成され，心配はそのうちの認知的要素に関するものであり（Lang，1971），心配が不安に影響を及ぼしている。さらに，心配は「危険性のある状況に対するストレスラーへの対処方略である」と定義され（Wells，1999），状態を表すストレスや不安とは区別される。そこで，待機手術患者の個々の術前のニーズをアセスメントし，手術や

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

2) 摂南大学看護学部 Faculty of Nursing, Setsunan University

術後の療養生活に対する準備性を高めるための患者教育を実施していくためには、患者にストレス反応をもたらす不安のなかでも、対処可能な明確で具体的な内容である「心配事」をアセスメントすることが必要であると考えられる。患者の心配事の評価尺度には、がん患者の心配評価尺度のBrief Cancer-Related Worry Inventory (Hirai, Shiozaki et al., 2008) や妊婦の心配評価尺度のCambridge Worry Scale (Petersen, Paulitsch, Guethlin, Gensichen, and Jahn, 2009) などが開発されている。しかし、国内外において待機手術患者の心配事をアセスメントする尺度は認められなかった。

以上のことより、待機手術患者を不安定にしている原因のうち、対処可能な明確で具体的な内容である心配事を測定するアセスメントツールを開発することで、患者の個別的なニーズを簡便に把握することができると考える。本研究のアセスメントツールを活用することにより、短い入院期間であっても患者のニーズに応じた個別的・継続的患者教育を可能にする。さらには、患者教育実施前後にアセスメントツールを実施することで、看護介入の評価を行うこともできると考える。

I. 研究目的

全身麻酔で手術を受ける患者を対象とした「待機手術患者用心配事アセスメントツール (Elective Surgery Worry Assessment Tool)」(以下、ESWATとする)を開発し、信頼性と妥当性を検証する。

II. 用語の操作的定義

- ①「心配事」とは「患者自身が心配している事柄であり、困っている事柄、気がかり」(広辞苑, 1998)をさす。
- ②「不安」は、侵入的で不快な不安思考が、患者の集中力・意思決定・睡眠・社会機能に多大な影響を及ぼしている状態である (Stark & House, 2000)。すなわち「不安」は状態を表す概念である。
- ③「心配」は、主に言語的な活動で、潜在的に危険な状況についての熟考やコーピング方略から構成される破局的な思考の連鎖である (Wells, 1999)。そのため、「心配」は不安状態をもたらす言語化可能な具体的な内容を示すものである。本研究では、待機手術患者の心配事を、患者を不安状態にしている事柄のうち、手術を受けることに関連して生じる具体的に言語化可能な事柄、と定義する。

III. ESWATの項目作成

1. 測定内容の明確化

手術を受ける患者の身体侵襲に対する恐れについて、①手術がうまくいかないのではないかと生命の脅かし、②手術を受けても、その後の経過や治療がうまくいかないかもしれない恐れ、③手術後に激しい痛みなどの耐えがたい苦痛が生じる不安、④機能障害により食事や運動・余暇の制限が生じる恐れ、心理面への脅かしとして、⑤身体の一部喪失や機能喪失の可能性への不安・恐れ、⑥自分の生活や人生をコントロールしてきた自負とそれができないかもしれないという自信喪失、⑦将来設計の変更を迫られるストレス、⑧希望の喪失、社会的変化への恐れとして、⑨職場に対する義務が果たせないかもしれない恐れ、⑩家族に対する義務が果たせないかもしれない恐れ、⑪友人や家族との人間関係の変化に対する戸惑いや悲しみ、というように栗原 (2009) や山田 (2000) は分類している。

そこでESWATでは、これらの不安や恐れ・ストレスを表すより具体的な内容である心配事とその程度を測定する。

2. 質問項目の作成

本研究では、待機手術患者の心配事を網羅するために、先行研究の質的調査および過去10年間の当該領域の文献調査を基に、質問項目を作成した。

竹下・當日 (2010) は、外科系および手術室・集中治療室看護師へのアンケート調査と、呼吸器・内分泌外科の待機手術患者10名への面接調査から、待機手術患者の心配事の5つの構成要素を抽出している。それは、「手術を受けるまでの自己を思い描いて生じる心配」「手術にある自己を思い描いて生じる心配」「手術直後の自己を思い描いて生じる心配」「ある程度回復してからの自己を思い描いて生じる心配」「つねに纏いつく心配」であった。本研究では質問項目作成のために、これらの構成要素を構成するオープンコード化されたデータを心理学の専門家2名と看護学の専門家2名で、疾患や個人に特異的な心配内容を表す項目、局所・腰椎麻酔手術に関する項目、患者の状態を表している項目を確認しながら削除し、内容が類似したものを集めカテゴリー化した。そして最終的に、全身麻酔で手術を受ける患者に共通する心配内容として53項目を抽出した。

次に、『医学中央雑誌Web版』(Ver. 4)において、2000年～2010年までの看護領域における原著論文を検索し、全身麻酔で手術を受ける患者の不安や心配事が記されている28文献より、手術を受けることに関連した心配や、具体的に言語化された不安内容を抽出した。抽出した243項目について内容が類似したものを集めカテゴリー化し、待機手

術患者に共通する心配内容として、46項目を抽出した。

そして、質的調査から抽出された53項目に文献調査から抽出された46項目を照らし合わせながら、類似したものを統合させる作業を行った。質的調査からは質問項目として抽出されなかったが文献調査から抽出された質問項目については、看護の専門家4名で質問項目としての妥当性を検討し、最終的に36項目に集約した。この36項目は、①手術までの経過に関する心配、②生命が脅かされるのではないかと心配、③手術や麻酔に関する心配、④術後の状態や経過に関する心配、⑤手術後の身体の回復に関する心配、⑥経済的な心配について問うものであり、待機手術患者の心配事を網羅する内容で構成された。

3. 質問項目の尺度化

質問項目36項目について、回答者の理解のしやすさ、回答のしやすさを考慮し、語句と構文の表現を検討し成文化した。ESWATは、高齢者を含む待機手術患者に対する尺度であり、回答が簡便で得点化が容易なリッカート法が適していると判断した。リッカート法は3件法から7件法がよく用いられ、選択肢数は段階が少ない場合は回答者の負担を減らすことができるが、得られる情報が少なくなる（脇田，2007）。また、日本人は中性カテゴリーに反応することが多い（脇田，2007）。そこで、選択肢数は中性カテゴリーの使用を避け、36項目について心配の程度を4点（心配である）、3点（どちらかという心配である）、2点（どちらかという心配でない）、1点（心配でない）で回答する4件法を採用した。

4. 質問項目の内容妥当性の検討

作成された質問項目について、尺度開発の専門家にスーパーバイズを受け、心理学の専門家2名と看護学の専門家2名で内容妥当性を検討した。検討内容は、①作成された質問項目が待機手術患者の心配事を確実に反映しているか、②36項目の質問内容で待機手術患者の心配事が網羅できているか、③尺度は臨床活用の妥当性があるか、④患者が回答しやすい表現になっているか、⑤答えにくい項目はないか、であった。さらに、研究者、教育者、10年以上の臨床経験がある看護師からなる看護学の専門家5名で、再度、質問項目の妥当性について検討した。作成した各項目が待機手術患者の心配事の定義に合致しているか否かについて、5名中4名以上の一致をもって項目選定の基準とした。そして、質問項目の表現を一部修正し、36項目からなる4段階リッカート尺度のESWAT原案を作成した。

5. プレテストの実施

ESWAT原案を精練するためにプレテストを実施し、

①回答者が理解できる内容か、②回答者が抵抗感や不快感を抱く質問がないか、③目的にあった尺度となっているか、④回答に要する時間は適切か、⑤変動のあるデータを得ることができるか、について評価した。

(1) 対象者

A県内のB病院において全身麻酔で手術を受ける入院前待機手術患者で、認知機能に問題のない18歳以上の患者とした。入院前麻酔科術前診察に来院した際に調査の趣旨について口頭で説明し、プレテスト参加への同意が得られた患者11名を対象とした。対象者は男性7名、女性4名、平均年齢は65.6±11.7歳であった。

(2) データ収集方法

ESWAT原案を用いて自記式質問紙調査を実施した。調査終了後に、わかりにくい項目や答えにくい項目はなかったかを口頭で確認した。また、回答にかかる時間を観察した。

(3) データの分析方法

ESWAT原案が、待機手術患者の心配事の内容と程度のばらつきを測定できる尺度となっているかどうか、『PASW Statistics 18』を用いて記述統計量を算出した。ESWAT原案の各質問項目において、データに歪みが生じていないか、天井効果と床効果を確認した。

(4) プレテストの結果と専門家での検討による尺度の修正

プレテストの結果をもとに、ESWAT原案を心理尺度開発の専門家1名と看護学の専門家2名で検討した。対象者から回答のしづらさの指摘があった2項目と、専門家で検討した結果、回答のしづらさが予測される11項目について、文言を修正した。また、プレテストの結果から17項目に床効果が認められた。床効果が生じた原因は、質問項目の表現が不十分で回答しづらかったこと、ばらつきが測定できるような評定段階数でなかったことが考えられた。そこで、評定段階数を増やすことで、待機手術患者の心配事の程度の個人差をアセスメントできるよう修正した。専門家で検討を重ね、心配の程度を0点（全く心配がない）から100点（非常に心配である）で回答する11件法に変更し、「ESWAT試作版」とした。

IV. 研究方法

ESWAT試作版36項目の信頼性と妥当性を検討するため、質問紙調査を実施した。

1. 対象者およびデータ収集期間

B病院において全身麻酔で手術を受ける入院前待機手術患者で、認知機能に問題のない18歳以上の患者に対し、入

院前麻酔科術前診察の際に文書に基づき研究の趣旨を説明し、参加の同意を得た。本研究の目的はESWATの開発であり、因子分析を行う。因子分析では項目数の2～5倍の被験者を必要とする（田中，2008）。つまり、本研究では72～180人の対象者が必要となる。本調査で研究参加に同意し、質問紙票に回答が得られたのは201名であった。また、データ収集期間は平成22年9月中旬から平成22年11月下旬であった。

2. データ収集方法

内容妥当性を確保した「ESWAT 試作版」を測定用具とし、自記式質問紙調査を実施した。

3. 質問紙票の構成

質問紙票は、基準関連妥当性を検討するため、「MOS 8-item Short-Form Health Survey (SF-8) 日本語版」と「Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 日本語版」「ESWAT 試作版」、患者の属性から構成した。

SF-8（福原・鈴鴨，2004）は、健康関連QOL尺度であるSF-36v2（福原・鈴鴨，2011）の8つの概念の身体機能（PF）、日常役割機能－身体（RP）、体の痛み（BP）、全体的健康感（GH）、活力（VT）、社会生活機能（SF）、日常役割機能－精神（RE）、心の健康（MH）をそれぞれ1項目で測定する尺度である。疾患そのものや治療、ケアから影響を受ける身体的・心理的・社会的健康を測定できる。また、質問項目が少なく1～2分で回答でき、回答者の負担が少ない。待機手術患者の心配事は精神的QOLに関連していると考えられ、本研究のESWATと「SF-8日本語版」の精神的サマリースコア（MCS）には、負の相関関係が予測される。

HADSは、身体症状をもつ一般外来患者の不安と抑うつ状態を評価するために開発された尺度である。不安と抑うつを各7項目から測定し、あてはまる項目を4段階（0点～3点）で自己評価する。記入に要する時間は約5分と短く、時間的制約のある外来での使用に適している。得点範囲は両因子ともに0点～21点で、各因子ともに、0～7点は「不安または抑うつなし」、8～10点は「疑診」、11点以上は「確診」と分類される。「HADS日本語版」（北村，1993）は、従来の一般外来患者以外にも幅広い領域の成人に対して使用することができる（荒井・中村・木内・浦井，2005；八田ら，1998）。本研究では、八田ら（1998）が翻訳した「HADS日本語版」を使用した。周手術期患者の術前不安には、具体的な内容の心配のレベルから病的なレベルまでの不安が含まれており、ESWATと「HADS日本語版」には、正の相関関係が予測される。

内容妥当性が確保された「ESWAT 試作版」は、36項目について心配の程度を0点（全く心配がない）から100点

（非常に心配である）で回答する11件法のリッカート尺度である。

対象者の属性は、患者の不安や心配に関連することが予測される性別、年齢、職業、診療科、全身麻酔の経験、手術までの期間を質問項目とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、香川大学医学部倫理委員会の承認を得た（承認番号：平成22-46）。対象者には、研究目的・方法、プライバシーや個人情報保護の厳守、研究の同意をいつでも撤回でき、撤回しても不利益を受けないこと等を口頭と文書で説明したうえで、質問紙票への回答をもって同意とした。また、質問紙票は無記名とし、連結不可能匿名化でデータ処理した。

5. 分析方法

ESWATの信頼性と妥当性を検討するため、収集したデータについて『PASW Statistics 18』と『Amos 19』を用いて、以下に示す統計的分析を行った。

(1) 記述統計量

「ESWAT 試作版」の各質問項目に関する記述統計量を算出し、天井効果・床効果を確認した。また、各質問項目においてPearsonの積率相関係数を算出し、項目間相関分析（I-I相関）を行った。相関係数が.08以上のものは、ESWATを構成する項目とするか否か検討した。

(2) 因子分析

「ESWAT 試作版」の因子構造の確認と、構成概念妥当性を検討するために、主因子法によるプロマックス回転を用いた探索的因子分析を行った。因子数の決定には、研究者の仮説から決定する方法、固有値やスクリープロットの落ち込みにより決定する方法、固有値が1以上の因子数を採用する方法、累積寄与率が50%を超える因子数を採用する方法、因子の解釈妥当性から判断する方法などがある（小塩，2009）。本研究においては、因子の解釈妥当性を重視した。質問項目において、共通性が.5未満の項目は待機手術患者の心配事で説明できる部分が小さいと判断し、削除を検討した。また、因子負荷量が.3未満の項目は待機手術患者の心配事の構成概念との関係が低いものと判断し、削除を検討した。

次に、探索的因子分析により検出された因子数が、待機手術患者の心配事のモデルに適合するか確認するため、『Amos 19』を用いて確証的因子分析を行い、適合度指標（Goodness of Fit Index：GFI） $\geq .9$ 、自由度修正済み適合度指標（Adjusted Goodness of Fit Index：AGFI） $\geq .9$ 、比較適合度指標（Comparative Fit Index：CFI） $\geq .9$ 、残差平方平均平方根（Root Mean Squares Error of Approximation：RMSEA） $< .1$

を基準に適合性を検討した。

(3) 信頼性分析

信頼性は安定性、等価性、内的一貫性の3つの観点から測定することができ、安定性の査定には再テスト法、等価性の査定には平行検査法を用いる（東條，2008）。しかし、本研究は、ESWATという新しい尺度を開発することであり、対象者が患者であるため、同一対象者に2回の調査を実施する方法は負担となり、厳密性が損なわれるため、不適切であると判断した。そこで、1回のテストで査定できる内的一貫性により、尺度の信頼性を検証した。

内的一貫性の査定には、1つの尺度を2群に分け、2群の得点の相関関係を算出する折半法がある。しかし、折半法は折半の仕方により信頼性の推定が異なる（Polit & Bech, 2004/2010, p.434）という問題があり、厳密性に欠ける。そこで、可能な限りあらゆるやり方で尺度を2群に折半して相関を推定するCronbach's α 係数を算出する方法を採用した。尺度の内的一貫性を検討するために、因子分析によって抽出された各下位尺度と尺度全体でCronbach's α 係数を算出した。信頼性の検討は、Cronbach's α 係数が.8以上を基準（鎌原，2008）とした。

また、各項目とその項目以外の合計得点との相関（I-T相関）を算出した。I-T相関が.3未満の項目は尺度の信頼性を低下させる項目であると判断し、削除を検討した。

(4) 妥当性分析

尺度の妥当性を吟味するために、①内容妥当性、②基準関連妥当性、③構成概念妥当性の視点から検証した。内容妥当性は、待機手術患者の心配事が網羅されたツールになったかどうか、項目作成過程の適切さを検討した。基準関連妥当性は、測定用具と外的基準との関係を判断することで判断でき、「ESWAT」と「SF-8」、「ESWAT」と「HADS日本語版」でPearsonの積率相関係数を算出し、検討した。構成概念妥当性の検証は、因子分析を用いた。また、本研究で抽出された待機手術患者の心配事の因子と、竹下・當日（2010）が抽出した心配事の構成内容、消化器疾患手術患者の手術前後の心配内容（城丸ら，2007）とを比較検討した。

表1 対象者の概要

($n = 192$)

	人数	(%)
性別		
男性	92	(47.9)
女性	100	(52.1)
年齢		
10歳代	2	(1.0)
20歳代	12	(6.3)
30歳代	21	(10.9)
40歳代	16	(8.3)
50歳代	33	(17.2)
60歳代	52	(27.1)
70歳代	41	(21.4)
80歳代	14	(7.3)
90歳代	1	(0.5)
職業		
無職	56	(29.2)
農業・漁業	17	(8.9)
公務員	7	(3.6)
会社員	53	(27.6)
自営業	11	(5.7)
専業主婦	28	(14.6)
その他	20	(10.4)
診療科		
整形外科	57	(29.7)
消化器外科	23	(12.0)
泌尿器科	40	(20.8)
乳腺・内分泌外科	2	(1.0)
女性診療科	25	(13.0)
形成外科	7	(3.6)
耳鼻咽喉科	24	(12.5)
歯科口腔外科	14	(7.3)
手術待機期間		
1週間未満	22	(11.5)
1週間～2週間未満	30	(15.6)
2週間～3週間未満	27	(14.1)
3週間～1か月未満	22	(11.5)
1か月以上	29	(15.1)
未定	62	(32.3)
手術経験（全身麻酔）		
なし	89	(46.4)
1回	47	(24.5)
2～4回	45	(23.4)
4回以上	11	(5.7)

V. 結 果

1. 対象者の概要

本研究の基準を満たし同意が得られ、回答が得られたのは201件であった。「ESWAT 試作版」の記述統計量・因子分析・信頼性係数の算出に関する分析対象者は、「ESWAT 試作版」に欠損値のない192名であった。分析対象者の内訳は、男性92名（47.9%）、女性100名（52.1%）で、平均年齢は58.3±16.8歳であった。対象者の概要を表1に示す。

2. 「ESWAT 試作版」の記述統計量

36項目のうち平均点が最も高かった項目は、「手術の後は痛いのか（50.1点）」で、ついで「いつごろに仕事や家のことがもとどおりにできるようになるのか（49.3点）」「手術の後に合併症が起らないか（44.1点）」「退院してもいまままでおりの生活ができるのか（44.0点）」「退院はいつごろになるのか（39.8点）」であった。平均点が最も

低かった項目は「手術の日にいつも飲んでる薬が飲めるのか (15.7点)」で、ついで「手術の傷は人から見えるのか (20.7点)」「手術の後、いつでも面会ができるのか (22.3点)」「入院や手術によって自分が加入している保険金が支払われるのか (24.0点)」「手術までにどのようなものを用意すればよいのか (24.2点)」であった。

床効果が生じた15項目について検討し、削除した。天井効果が生じた項目は認められなかった。床効果を削除した残り21項目において、I-I相関を算出した結果、相関係数が.80以上の項目は認められなかった。

3. 「ESWAT 試作版」の因子構造

21項目において、主因子法によるプロマックス回転を用いた探索的因子分析を行った。各因子を構成する質問項目の検討は、共通性が.5以上、因子負荷量が.3以上の項目とし、さらに各因子に対して最も高い因子負荷量を示していることを基準に行った。その結果、共通性の低かった1項目が削除され、因子の解釈妥当性を重視し、5因子20項目が抽出

された。最終的な因子パターンと因子間相関を表2に示す。

第1因子は、「いつごろに仕事や家のことがもとどおりにできるようになるのか」、「退院はいつごろになるのか」「退院してもいままでもどおりの生活ができるのか」などの6項目で構成され、『不確実な身体の変化』と命名した。第2因子は、「入院から手術までどのような経過をたどるのか」「手術の前にどのような検査をするのか」、「何がわからないのか」の3項目で構成され、『手術までの経過』と命名した。第3因子は、「麻酔から目が覚めるかどうか」「麻酔はどうやってされるのか」「手術の後、身体にはどのような管（チューブ）がついているのか」などの5項目で構成され、『麻酔や手術への脅威』と命名した。第4因子は、「手術をした後、いつまでベッド上で安静にしているのか」「手術の後は自分で身のまわりのことができるようになるのか」「手術の後は痛いのか」の3項目で構成され、『術後の身体的苦痛』と命名した。第5因子は、「手術室はどのようなところか」「手術中に痛みを感じるのか」「手術はどのような方法で行われるのか」の3

表2 ESWAT 試作版の探索的因子分析結果

質問項目および因子名	因子負荷量				
	F1	F2	F3	F4	F5
第1因子：不確実な身体の変化					
16. いつごろに仕事や家のことがもとどおりにできるようになるのか	.948	.057	-.167	.057	-.024
17. 退院はいつごろになるのか	.872	.000	-.016	-.109	.113
18. 退院してもいままでもどおりの生活ができるのか	.757	.013	.031	.156	-.137
15. 手術の時間はどれくらいかかるのか	.443	.073	.269	-.019	.172
25. 手術の後、どのような経過をたどるのか	.397	.126	.040	.394	.031
2. 手術の前の日に十分眠れるか	.306	.297	.288	-.189	.065
第2因子：手術までの経過					
4. 入院から手術までどのような経過をたどるのか	.146	.918	-.124	.011	-.009
3. 手術の前にどのような検査をするのか	.002	.750	.181	.008	-.077
5. 「何がわからないのか」わからない	-.179	.741	-.050	.153	.222
第3因子：麻酔や手術の脅威					
21. 麻酔から目が覚めるかどうか	-.008	.013	.952	.010	-.064
20. 麻酔はどうやってされるのか	-.174	.105	.661	-.010	.322
22. 手術の後、身体にはどのような管（チューブ）がついているのか	-.091	.224	.513	.222	-.005
26. 手術の後に合併症が起こらないか	.286	-.128	.433	.305	-.059
6. 何か悪いことが起こるのではないか	.198	.390	.397	-.075	-.057
第4因子：術後の身体的苦痛					
29. 手術をした後、いつまでベッド上で安静にしているのか	.000	.160	-.032	.856	-.040
30. 手術の後は自分で身のまわりのことができるようになるのか	.269	-.123	.028	.661	.072
27. 手術の後は痛いのか	.240	-.073	.269	.344	.132
第5因子：手術室での体験					
10. 手術室はどのようなところか	-.082	.094	.040	-.001	.845
11. 手術中に痛みを感じるのか	.157	.159	-.030	-.032	.600
9. 手術はどのような方法で行われるのか	.181	.014	.033	.187	.541
因子相関行列					
F1	—	.637	.721	.744	.676
F2	.637	—	.710	.562	.733
F3	.721	.710	—	.728	.770
F4	.744	.562	.728	—	.703
F5	.676	.733	.770	.703	—

項目で構成され、『手術室での体験』と命名した。

次に、相関の認められた5因子間に『手術に対する心配』という高次因子を仮定し、確証的因子分析を行った。その結果、適合度指標は χ^2 ($df=165$) = 469.559 ($p < .001$), GFI = .790, AGFI = .733, CFI = .910, RMSEA = .098で妥当な適合度が得られ、20項目と5因子で2次因子構造を採用し、ESWATとした(図1)。

4. 信頼性の検討

内的一貫性を検討するために、ESWATの各下位尺度と尺度全体でCronbach's α 係数とI-T相関を算出した(表3)。その結果、尺度全体のCronbach's α 係数は.967、I-T相関は.665～.842であった。各項目が削除された場合のCronbach's α 係数は.964～.965であり、尺度全体の α 係数より大きい項目は認められなかった。また、各下位尺度のCronbach's α 係数は.871～.915で、下位尺度の各項目が削除された場合のCronbach's α 係数が下位尺度全体の α 係数より明らかに大きい項目は認められなかった。

5. 妥当性の検討

基準関連妥当性を検討するために、SF-8、HADS、「ESWAT試作版」のすべての回答に欠損値のない188名を対象に、ESWATとHADSおよびSF-8との相関係数を算出した。

(1) ESWAT得点

分析対象者188名のESWATの項目平均得点は 37.8 ± 24.8 点であった。

(2) 対象者のHADS、SF-8得点

不安得点の平均値は 5.7 ± 4.1 点、抑うつ得点の平均値は 5.9 ± 3.8 点であった(表4)。

SF-8は、すべてのスコアにおいて日本国民標準値より

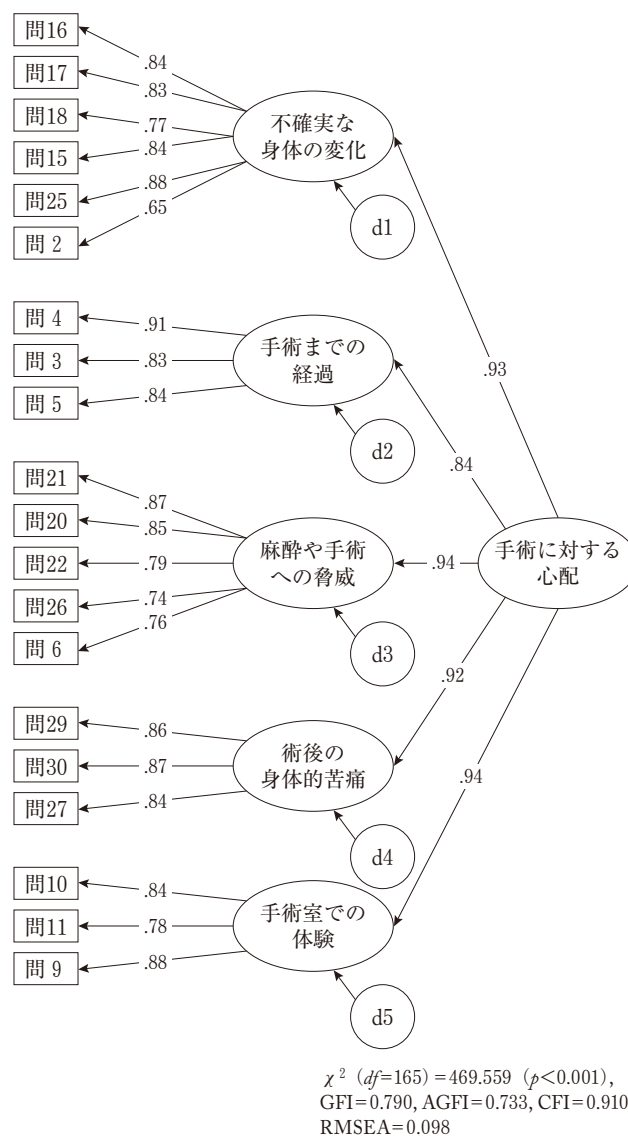


図1 ESWATの2次因子構造モデル

表3 ESWAT信頼性分析結果

	Cronbach's α 係数	I-T相関	各項目が削除された場合の Cronbach's α 係数
ESWAT 尺度全体	.967	.665～.842	.964～.965
下位尺度 『不確実な身体の変化』	.915	.594～.825	.890～.922
下位尺度 『手術までの経過』	.892	.768～.833	.807～.865
下位尺度 『麻酔や手術への脅威』	.897	.672～.840	.852～.891
下位尺度 『術後の身体的苦痛』	.888	.744～.823	.805～.875
下位尺度 『手術室での体験』	.871	.718～.786	.790～.852

表4 待機手術患者のHADS記述統計量

($n=188$)

不安	平均値 ± 標準偏差	不安なし	不安疑い	不安あり
	5.7 ± 4.1	135人 (71.8%)	35人 (18.6%)	18人 (9.6%)
抑うつ	平均値 ± 標準偏差	抑うつなし	抑うつ疑い	抑うつあり
	5.9 ± 3.8	133人 (71.7%)	28人 (14.9%)	27人 (14.4%)

低い得点を示していた（表5）。

(3) ESWATとHADS・SF-8の関連（表6）

ESWAT得点とHADSの不安得点では、正の相関が認められた（ $r = .472$, $p < .01$ ）。また、ESWAT得点とHADSの抑うつ得点では、弱い正の相関が認められた（ $r = .341$, $p < .01$ ）。

ESWAT得点とMCSでは、 $r = -.385$ （ $p < .01$ ）と弱い負の相関が認められた。

表5 待機手術患者のSF-8記述統計量

	待機手術患者（ $n = 188$ ）			日本国民標準値
	平均値 ± 標準偏差	最小値	最大値	
PF	46.9 ± 8.4	13.5	53.6	50.9 ± 4.8
RP	45.4 ± 10.5	15.7	53.9	50.7 ± 5.2
BP	48.4 ± 10.7	28.1	60.2	51.4 ± 8.4
GH	47.6 ± 7.0	30.4	61.3	51.0 ± 7.0
VT	49.5 ± 7.2	28.3	59.6	51.8 ± 6.0
SF	46.2 ± 9.2	20.5	54.7	50.1 ± 6.9
RE	46.6 ± 8.7	13.5	54.3	50.9 ± 5.1
MH	48.3 ± 7.6	28.8	57.5	51.0 ± 6.5
PCS	45.8 ± 9.2	9.5	62.2	49.8 ± 6.0
MCS	47.4 ± 8.2	18.5	64.0	50.1 ± 6.0

表6 ESWATとHADS・SF-8の関連

	HADS		SF-8	
	不安	抑うつ	PCS	MCS
ESWAT	.472**	.341**	.024	-.385**

[注] 数値はいずれも Pearson の積率相関係数。 ** : $p < .01$

VI. 考 察

1. 対象者の属性

ESWATの因子分析・信頼性分析における対象者192名において、平均年齢は58.3 ± 16.8歳であった。また、年代別の割合は、平成20年患者調査（厚生労働省, 2009）の病院で手術を受けた20歳以上の患者の年代別割合に比べ、本研究の対象集団は50歳代と60歳代の患者がやや多く、70歳代と80歳代の患者がやや少ないといえる。しかし、全国調査と概ね一致する年代分布となった。性別については、本研究の対象者と平成20年患者調査（厚生労働省, 2009）における男女の比率の差はほとんど認められなかった。

診療科においては、本研究の対象者では脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科の患者はいなかった。これは、本調査は入院前麻酔科術前診察時に実施したため、入院前に麻酔科診察がない診療科の患者は含まれなかったためである。しかし、ESWATの質問項目の作成において、文献調査、患者調査、看護師調査では全診療科を対象としており、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科も含まれて

いる。今回の対象者に含まれなかった診療科の患者の心配内容も網羅した質問紙を使用し、調査を行ったことで、ESWATの診療科における汎用性は妥当であると考えられる。

以上の結果から、本研究の対象者は、ESWATを開発し信頼性・妥当性を検証するうえで、おおむね妥当な集団であったと判断できる。

2. ESWATの因子構造

探索的因子分析と確証的因子分析を行った結果、『手術に対する心配』を高次因子とする20項目5因子の2次因子構造モデルが抽出された。このモデルは χ^2 適合度検定で棄却されたが、本研究は $n = 192$ の中標本であり、 χ^2 検定で棄却されるモデルであっても適合度指標が良好であればよい（朝野, 2005）と判断できる。ESWATの2次因子構造モデルは、GFI（= .790）やAGFI（= .733）でやや低い値を示したもののGFIに比べてAGFIが著しく低下しているモデルではなく、RMSEA（= .098） $\leq .1$ であり、モデルへのあてはまりは妥当であると判断できる。CFIにおいては.9以上の値を得ており、妥当な適合度が得られた。ESWATは臨床で活用するツールであり、尺度全体および各下位尺度得点の算出が容易な2次因子構造モデルであることは、臨床での活用ツールとして妥当であると考えられる。

3. ESWATの信頼性

ESWATのCronbach's α 係数は尺度全体で.967、各下位尺度で.871～.915の範囲であり、また、I-T相関が.3未満の項目も認められなかったため、ESWATは十分な内的一貫性を確保していると考えられる。

4. ESWATの妥当性

(1) 内容妥当性

乳腺・内分泌外科手術を受ける患者の面接調査、外科系病棟、手術部・集中治療部看護師への質問紙調査、全身麻酔で手術を受ける患者の心配や不安に関する文献調査から、患者の手術に関する心配内容を抽出し、専門家で検討を重ね質問項目を検討した。さらに、質問項目の妥当性を検討するためプレテストを実施し、専門家で質問項目の検討・修正を行った。看護師・患者・文献の3側面から患者の心配内容を網羅したこと、専門家で質問項目が手術に関連する心配を表しているか検討を重ねたことで、ESWATは待機手術患者の心配内容を網羅できたと考える。また、質問項目の妥当性についてI-I相関分析を行い、項目間の関係を検討した。Pearsonの積率相関係数が.8以上の強い相関関係の質問項目はなく、同じ心配事内容を複数の質問項目

で測定している尺度ではないと判断できる。

以上の結果から、ESWATは待機手術患者の心配事の内容を網羅し、適切な質問項目で測定することができる尺度であると判断でき、内容妥当性は確保できたと考える。

(2) 基準関連妥当性

WHOはQOLを「個々人が生活する文化・価値背景のもとで、人生の目標や期待、生活水準や心配に照らした自己の位置づけに関する評価・認識」と定義している（佐藤, 2005）。また、健康関連QOLは「身体機能、メンタルヘルス、社会生活・役割機能という3要素が基本となる」と定義される（竹上・福原, 2009）。すなわち、ESWATは待機手術患者の心配事を把握するための尺度であり、心配事得点が高いと精神的QOLが低いと予測した。また、ESWATで測定している心配は、不安状態をもたらす具体的な内容であり、ESWATの得点が高いとHADS不安得点も高くなると予測した。さらに、手術に対する心配や不安、治療環境などのストレスは、患者の抑うつ状態の原因となるため、ESWATの得点が高いとHADS抑うつ得点も高くなると予測した。

ESWATとSF-8のMCSと相関分析を行った結果、 $r = -.358$ と弱い負の相関が認められた。また、ESWATとHADSと相関分析を行った結果、不安得点と $r = .472$ の正の相関、抑うつ得点と $r = .341$ の弱い正の相関が認められた。

以上の結果より、ESWATとHADS不安得点との基準関連妥当性が確認された。相関関係が認められると予測したMCSとHADS抑うつ得点とは基準関連妥当性があるとは判断できず、待機手術患者の心配事とこれらの関係性については、今後の継続課題である。

(3) 構成概念妥当性

ESWATの5因子と竹下・當目（2010）が抽出した5因子を比較すると、『手術室での体験』は「手術中にある自分を思い描いて生じる不安」の内容と一致した。また、竹下・當目が抽出した「つねに纏いつく心配」の「漠然とした不安と死への恐怖があることへの心配」「手術をするには腑に落ちないところがあることへの心配」「病気そのものの悪性度や今後の見通しが心配」「経済面の心配」などの内容は、ESWATの作成過程において専門家で検討した結果、患者教育介入が困難な内容や、待機手術患者に共通して「心配がない」ために床効果を生じ、削除された項目であった。そのため、ESWATにおいて「つねに纏いつく心配」と一致する因子が抽出されなかったと判断できる。

術前不安をストレス反応の一つとしてとらえた村川・池松（2011）が抽出した手術に直接関連する術前不安の素因7カテゴリーと、ESWATの5因子20項目を比較すると、不安素因のカテゴリーを構成する具体的内容とESWATの

質問項目はほぼ一致していた。しかし、不安素因として抽出された『ボディイメージの変化への懸念』に含まれる「傷跡への心配」に一致する項目は、ESWATでは床効果が生じ削除された。これは、「傷跡への心配」が抽出されたのは婦人科や乳房手術の患者さんに限った文献であり、全身麻酔手術患者を対象としたESWATでは共通する心配内容とならず、床効果が生じたと判断できる。

また、腹部手術患者の手術前後における心配の内容と程度（城丸ら, 2007）では、患者は手術前は心理・社会面より手術・麻酔侵襲の直接的な脅威、あるいは直近する脅威として身体的な苦痛を感じており、「ESWAT試作版」の項目得点も一致する結果が得られた。

探索的因子分析の5因子構造の適合性を確認した因子分析により検討した結果、ESWATの2次因子構造モデルは妥当な適合度が得られた。

ESWATは、不安状態をもたらす具体的な内容である心配事を測定する尺度である。ESWATとHADS得点との相関は、不安得点と $r = .472$ の正の相関、抑うつ得点と $r = .341$ の弱い正の相関であった。そのため、ESWATで測定している心配は、不安・抑うつと関連している内容を測定できていると考えられる。待機手術患者の心配事と不安・抑うつの概念における関連性については、今後HADS以外の尺度を用いて検証を重ねていくことが必要である。

5. 看護実践への示唆

本研究で開発したESWATの質問項目は、待機手術患者の心配の内容を表している。また、質問項目の得点は心配の程度を示しており、得点が高いほど該当項目に対する介入ニーズがあることを意味する。ESWAT合計得点は、待機手術患者の手術に対する全体的な心配の傾向を表している。ここでは、ESWATの臨床における活用可能性について検討する。

(1) ESWATの活用

がん患者の心配内容を測定する尺度（BCWI）を開発したHirai et al.（2008）は、心配を測定することで心理的なサポートが必要な患者を特定し、効果的な介入を行うことができる、と述べている。このことから、全身麻酔で手術を受ける患者の心配事の程度と内容をアセスメントするESWATも、待機手術患者の心配の程度を測定することができると同時に、患者個々の看護介入のニーズの診断が可能であり、高い活用可能性を備えていると考えられる。

入院期間が短縮されるなか、看護師が短い期間で患者の手術に対する準備性と予測性を高めるためには、外来と病棟のシームレスな周手術期看護が重要となってくる。そこで、ESWATを用いて、入院前の外来受診時に待機手術患者の心配事のアセスメントを行う。その結果から、患者

個々のニーズに応じた患者教育プログラムを構成する。そして、患者の個別的ニーズに応じた患者教育を外来から病棟に継続することで、短い入院期間であっても患者の満足度の高い周手術期看護を行うことができると考える。また、ESWATは患者の心配事の内容と程度を測定できるため、患者教育介入前後でESWATを実施することにより、患者教育介入の評価を行うことができる。患者教育後のESWAT得点に基づき、継続や強化が必要な患者教育を検討、実施することができる。

(2) 入院前待機手術患者への患者教育

ESWATを実施した結果に基づき、患者教育を実施する。『不確実な身体の変化』『手術までの経過』『術後の身体的苦痛』の得点の高かった患者においては、クリティカルパス等を使用し、入院から退院までの経過をオリエンテーションしていくことが必要である。また、『麻酔や手術への脅威』や『手術室での体験』については、麻酔科の術前診察や主治医からのインフォームドコンセントが重要であり、看護師による事後支援や医師との連携により、患者の心配事を軽減できるよう介入する必要がある。『手術室での体験』については、術前の手術室看護師による手術室オリエンテーションが効果的であると考えられる。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の調査対象者には、呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科の患者は含まれなかった。そのため、全診療科におけるESWATの汎用可能性については検証が不十分である。今後は、呼吸器外科や心臓血管外科の患者を含む全身麻酔で手術を受ける予定の患者に活用していくことで、

信頼性と妥当性の精度を高め、汎用妥当性を検証していきたい。

VIII. 結 論

1. ESWATは『手術に対する心配』を高次因子とする20項目5因子の2次因子構造モデルとなった。5因子は、『不確実な身体の変化』『手術までの経過』『麻酔や手術への脅威』『術後の身体的苦痛』『手術室での体験』であった。
2. ESWATの尺度全体と各下位尺度において内的一貫性が認められた。
3. ESWATは、HADS不安得点との基準関連妥当性が確認された。
4. ESWATは妥当な適合度が得られ、内容妥当性と構成概念妥当性が確認された。
5. 継続して信頼性・妥当性を検証することで、精度の高いESWATを開発する必要がある。

謝 辞

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆さま、調査対象機関のスタッフの皆さまに心より感謝申し上げます。また、尺度開発全般・分析においてご指導いただきました大阪大学大型教育研究プロジェクト支援室の平井啓先生に心より感謝申し上げます。なお、本論文は小笠美春の平成23年度香川大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文（指導：當日雅代・竹下裕子）として提出したものの一部に加筆修正したものであり、第38回日本看護研究学会学術集会で発表しました。

要 旨

目的：本研究は、全身麻酔で手術を受ける患者に対して「待機手術患者用心配事アセスメントツール(ESWAT)」の開発と、信頼性と妥当性の検討を目的とする。

方法：ESWATの質問項目は、待機手術患者への質的研究と外科系看護師への質問紙調査の結果、および手術に対する不安・心配に関する文献レビューにより抽出した。そして、内容妥当性が確認された36項目で構成される「ESWAT試作版」を用いて、質問紙調査を実施した。対象者は研究の同意を得た192名であった。

結果：探索的因子分析と確証的因子分析の結果、ESWATは『手術に対する心配』を高次因子とした20項目5因子の2次因子構造モデルで妥当な適合度が確認された。また、ESWATのCronbach's α 係数は.967で内的一貫性が確認された。さらに、ESWATの基準関連妥当性はHADSとSF-8とで検討し、HADS不安得点で有意な相関が確認された。

結論：ESWATは信頼性と妥当性が確認され、待機手術患者の準備教育へのニーズアセスメントおよび看護介入の評価尺度として活用できる。

Abstract

Objective: To develop an “Elective Surgery Worry Assessment Tool” (ESWAT) for patients undergoing surgery under general anesthesia and to investigate its reliability and validity.

Methods: The question items were selected based on the results of a qualitative study on elective surgery patients and a questionnaire survey on surgical nurses as well as a literature review of anxiety and concerns regarding surgery. A questionnaire survey was then conducted using a 36-item trial version of ESWAT for which content validity had been confirmed. Subjects comprised 192 individuals.

Results: Based on the results of exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis, an acceptable fit was confirmed for ESWAT as a second-order factor structural model consisting of 20 items and five factors with “anxiety regarding surgery” as a higher-order factor. Cronbach’s α of ESWAT was .967, indicating internal consistency. Moreover, the criterion-related validity of ESWAT was investigated in comparison with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Short Form-8, and a significant correlation was observed for the HADS anxiety score.

Conclusion: The reliability and validity of ESWAT were confirmed, and ESWAT was considered useful as an assessment scale for assessing needs in preparatory education for elective surgery patients as well as nursing intervention.

文 献

- 荒井弘和, 中村友浩, 木内敦詞, 浦井良太郎 (2005). 男子大学生における身体活動・運動と不安・抑うつ傾向との関係. 心身医学, 45(11), 866-871.
- 朝野熙彦, 鈴木督久, 小島隆矢 (2005). 入門 共分散構造分析の実際. pp.118-122, 東京: 講談社.
- 江川樹美子, 佐々木京子, 米山陽子, 高柳恵子 (2009). 術後のイメージ化を図る術前オリエンテーションの取り組み — 写真を用いた術前オリエンテーションの効果 —, 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 40, 166-168.
- 福原俊一, 鈴鴨よしみ (2004). SF-8 日本語版マニュアル. 京都: 健康医療評価研究機構.
- 福原俊一, 鈴鴨よしみ (2011). SF-36v2 日本語版マニュアル. 京都: 健康医療評価研究機構.
- Haines, N. and Viellion, G. (1990). A successful combination: preadmission testing and preoperative education. *Orthopaedic Nursing*, 9(2), 53-57.
- 八田宏之, 東あかね, 八城博子, 小笹晃太郎, 林 恭平, 清田啓介, 井口秀人, 池田順子, 藤田きみゑ, 渡辺能行, 川井啓市 (1998). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討 — 女性を対象とした成績 —. 心身医学, 38(5), 309-315.
- Hirai, K., Shiozaki, M., Motooka, H., Arai, H., Koyama, A., Inui, H., and Uchitomi, Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a Brief Cancer-Related Worry Inventory. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1172-1179.
- 平山百子, 斎藤上子, 西 洋子 (2010). 手術前日入院患者の外來での術前オリエンテーション効果 — 術前不安を STAI で評価して —. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 40, 9-11.
- 鎌原雅彦 (2008). 心理尺度の作成. 鎌原雅彦, 大野木裕明, 宮下一博, 中澤 潤 (編著): 心理学マニュアル — 質問紙法. p.68, 京都: 北大路書房.
- 上妻あい, 福満えり子, 山本理加 (2001). 乳房の手術を受けた患者の不安の経時的変化 — STAI を用いた分析. 日本看護学会論文集 (成人看護 II), 32, 342-344.
- 北村俊則 (1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度), 精神科診断学, 4, 371-372.
- 栗原弥生 (2009). 術前の看護. 中島恵美子, 山崎智子, 竹内佐智恵 (編): 周手術期看護. p.40, ナーシング・グラフィカ EX5. 大阪: メディカ出版.
- 厚生労働省 (2009). 平成20年 (2008) 患者調査の概況: 退院患者の平均在院日数等. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/dl/03.pdf>
- Lang, P.J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Lazarus, R.S. (1999) / 本間 寛 監訳 (2004). ストレスと情動の心理学 — ナラティブ研究の視点から —. 41-44, 東京: 実務教育出版.
- 村川由加理, 池松裕子 (2011). 我が国における術前不安の素因と影響要因および看護援助に関する文献考察. 日本クリティカルケア看護学会誌, 7(3), 43-50.
- 岡本佐智子 (2010). 手術患者の心理に関する看護研究の動向 — 1983~2009年 —. 埼玉県立大学紀要, 12, 7-15.
- 小塩真司 (2009). SPSS を使って分析する. 小塩真司, 西口利文 (編): 質問紙調査の手順. p.100, 京都: ナカニシヤ出版.
- Petersen, J.J., Paulitsch, M.A., Guethlin, C., Gensichen, J., and Jahn A. (2009). A survey on worries of pregnant women — testing the German version of the Cambridge Worry Scale, *BMC Public Health*, 9, 490.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004) / 近藤潤子 監訳 (2010). 看護研究 — 原理と方法 (第2版). 東京: 医学書院.
- 斎藤祐子, 寺島美貴, 小林一二美, 荻野順子 (2005). 入院患者の術前オリエンテーションの検討 — 情報提供内容と方法についての質問紙調査. 日本手術医学会誌, 26(1), 76-78.
- 佐藤 元 (2005). 医療分野における生活の質 (QOL) 測定. 医学の歩み, 213(2), 113-117.
- 四宮知子, 田子田鶴, 内藤久恵 (2001). 術前オリエンテーションに対する術後患者の認識. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 32, 98-100.
- 城丸瑞恵, 下田美保子, 久保田まり, 山口知子, 宮坂真紗規, 堤千鶴子, 伊藤武彦 (2007). 腹部の手術を受ける患者の手術前後の不安と具体的な心配の構造. 昭和医学会雑誌, 67(5), 435-443.
- 総務省統計局 (2013). 平成20年患者調査上巻. e-Stat 政府統計の総合窓口. Retrieved from <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001060228>
- Stark, D.P. and House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267.
- 竹上未紗, 福原俊一 (2009). 誰も教えてくれなかった QOL 活用方法 — 測定結果を研究・診療・政策につなげる: SF-36 活用編 (第2版). p.4, 京都: 健康医療評価研究機構.
- 竹下裕子, 當目雅代 (2010). 手術待機中にある患者用心配事尺度

- の開発 — 構成要素の抽出 —. 香川大学看護学雑誌, 14(1), 9-18.
- 田中佑子 (2008). 質問紙法の実施方法. 鎌原雅彦, 大野木裕明, 宮下一博, 中澤 潤 (編著): 心理学マニュアル — 質問紙法. p.42, 京都: 北大路書房.
- 東條光彦 (1998). 心理尺度の作成. 鎌原雅彦, 大野木裕明, 宮下一博, 中野 潤 (編著): 心理学マニュアル — 質問紙法, p.106, 京都: 北大路書房.
- 当目雅代 (2004). 人工股関節全置換術における入院前患者教育の実施と評価. 日本看護科学学会誌, 24(2), 24-32.
- 白田喜美子, 土肥テルミ, 田中順子, 杉本理恵子, 高野悦子 (2008). 人工股関節全置換における入院前小集団教室の効果の検討. *Hip Joint*, 34, 57-60.
- 脇田貴文 (2007). 尺度項目を作る. 小塩真司, 西口利文 (編): 質問紙調査の手順. p.49-53, 京都: ナカニシヤ出版.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior modification*, 23(4), 526-555.
- 山田尚子 (2000). 入院前の患者心理に対する看護. 竹内登美子 (編著): 外来／病棟における術前看護 (周手術期看護 1). pp.52-55, 東京: 医歯薬出版.

〔平成25年 2 月25日受 付〕
〔平成25年 9 月10日採用決定〕

高齢な親と同居している男性統合失調症患者が 「自立」に向かうプロセス

The Process by Which Male Patients with Schizophrenia Living with
Their Elderly Parents Attain “Independence”

石 飛 マリコ¹⁾ 越 田 美穂子²⁾ 尾 形 由起子³⁾
Mariko Ishitobi Mihoko Koshida Yukiko Ogata

キーワード：男性，統合失調症患者，自立，高齢な親，プロセス

Key Words：male, patients with schizophrenia, independence, elderly parents, process

緒 言

わが国では平成16年に精神保健医療福祉の改革ビジョンが取りまとめられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策が推し進められている（揚野，2006）。精神障がい者が地域生活を維持・促進する支援として、デイケア利用が再入院を予防し（半田・日下・叶谷・佐藤，2004）、萱間（1999）は保健師の訪問ケア技術を報告している。しかし、嶋澤（2009）は、障がい者個々のライフサイクルに応じたきめ細やかな生活支援の充実に向けては、住居や就労の場の確保やサービスの不足など課題が山積していると述べている。また、精神保健福祉白書（精神保健福祉白書編集委員会，2012）によると、障害者総合支援法が成立し総合的な支援がもりこまれているが、他の障がい者施策より精神障がい者の地域生活支援は立ち遅れており、新たな地域生活支援体制の構築が望まれる。

一方、統合失調症患者の多くは長期間の経過をたどり、南山（2006）は患者の親の高齢化は精神障害者家族の実情を考えるうえで重要な視点であると述べている。精神障害を有していない男性介護者の特徴では、要介護者の要望にすべて自分で応えようとし精神的負担が増加すると青木ら（2003）は報告し、女性介護者よりストレスへの対処方略の種類が少ない（杉浦・伊藤・三上，2004）。これらのことから、近年は介護を行っている男性への支援も重要視されている。

統合失調症患者の性差に関する先行研究では、身だしなみと日常生活に必要なスキルはいずれも女性統合失調症患者のほうが男性統合失調症患者より障害は軽く（池淵・岩崎・杉本・宮内，1998）、男性統合失調症患者は女性統合失調症患者より母親とのコミュニケーションが乏しくなりや

すい（半澤・田中・稲富・太田，2009）。男性統合失調症患者では就労にこだわり、自分の病気についての家族の理解を求め、日常生活を親に依存し、期待される社会的役割と自分自身の能力との隔たりが葛藤状況をつくりやすい傾向にあることが予想され、社会生活を支援するための介入方法の検討が必要である（築瀬・田中・榎本・佐藤，1999）。また、男性統合失調症患者は母親から威圧される可能性が高いという報告もあり（半澤ら，2009）、女性統合失調症患者より精神症状の悪化をきたす恐れが高いことが予測される。さらに、男性統合失調症患者は女性統合失調症患者より陰性症状を示す傾向があり、陰性症状や病前の社会機能の低さは予後不良と関連し、女性のほうが予後がよいと報告されている（橋本ら，2011）。これらのことから、統合失調症患者は、外見から機能障害は目立たない、予測がつかない症状の悪化の恐れがあり、臺・湯浅（1987）が述べている「生活のしづらさ」も抱えるなかでとくに男性統合失調症患者は自立する困難さが示される。高齢者と精神障がい者との関係については「暴言暴力」「介護放棄」「精神障がい者の症状の悪化」などの課題があり、精神障がい者が孤立した状況のなかで親を介護していると関口・高橋は報告している（2005）。また関口・高橋は、介護する精神障がい者に男性が多く、精神障がい者としての特性のみならず男性介護者としての特性を踏まえる必要がある、とも述べている（2005）。

しかしながら、地域で親と同居している男性統合失調症患者がどのような親子の関係をもちながら生活しているのか、将来の自立に向けて親とどのように生活しているのかをプロセスを追って調査したものは見当たらない。

そこで、本研究は、親と同居している男性統合失調症患

1) 福岡大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Fukuoka University

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

3) 福岡県立大学看護学部 Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

者が「自立」に向かうプロセスを明らかにすることを目的とする。本研究の意義としては、地域で生活を維持している男性統合失調症患者と親との関係の形成において、どのようなプロセスをたどるのかを把握することで親子の関係を維持し強め、親との関係で生じる問題を予測し支援を行うことが可能になる。また、親の他界によって单身となっても将来のことを考え、できるかぎり地域での生活が継続できるような支援の方向性を見出す示唆が得られる。また、そのことは男性統合失調症患者の自立を支援することにも効果があると考えられる。

なお、本研究においては、統合失調症患者とは「受診している病院で統合失調症患者と診断されている者」とし、親とは「統合失調症患者を子にもつ65歳以上の親」、自立とは「社会資源を活用しながら本人らしい生活がその意思によって営めるようになる状態」と定義した。

I. 研究方法

1. 対象

A県内の病院に通院しており、デイケア利用中で、入院歴はあるが再入院が1年以上なく地域で生活を継続している40歳以上65歳未満の男性統合失調症患者で、高齢な親と同居し精神症状が安定していると主治医が判断している者とした。

2. 調査期間

平成21年8月から平成22年2月。

3. データ収集方法

データ収集のためのインタビューは、インタビューガイドに沿って行った。対象者のデイケア参加日に病院で行い、できるかぎり静かな場面を設定した。面接時間は1回60分程度とした。質問には半構成的面接により、質問以外には対象者に自由に語ってもらえるよう配慮した。主なインタビューガイドの内容は、「親との生活をどのように感じて過ごしているのか」「生活の中で困難が生じたときの対処」とした。

4. データ分析方法

データの分析は、木下が開発した『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』（以下M-GTA）を用いた。M-GTAは、継続的比較分析をしつつ、データに密着した分析から独自の説明概念を生成し、それらによって総合的に構成された説明できる優れた理論である。また、社会的相互作用に関係し、人間の行動の説明と予測に有効であり、現象をプロセス的に分析するのに適しているといわれ

ている理論である（木下、2008）。本研究に関しては男性統合失調症患者を対象とし、自立に向かうプロセスを明らかにするため、M-GTAを採用した。

M-GTAでは、分析焦点者と分析テーマを設定する。本研究の分析焦点者は「男性統合失調症患者」である。分析テーマは「親と同居している男性統合失調症患者が病を抱えながら親子関係をどのようにとらえ、将来の自立に向けて親とどのように生活しているのか」とした。

分析の手順は以下のとおりである。

- ①面接の録音内容を対象者ごとに逐語録を作成し、データ全体に目を通した。ディテールが豊富で多様な具体例（ヴァリエーション）がありそうな1例目のデータを選んだ。
- ②分析テーマと分析焦点者、目的に照らして関連個所に着目し、男性統合失調症患者にとって意味するものは何かを解釈し、その部分を具体例とする概念を生成した。概念をつくる際には分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記入した。
- ③同時並行で、②で生成した概念の具体例となるものを他のデータから探し、分析ワークシートに追加記入した。具体例が豊富に出てこなければ、その概念は有効でないと判断した。
- ④概念の生成では、概念の完成度をあげ恣意性を防ぐために、類似例のチェックと並行して対極比較でデータのチェックを行い、その結果を理論的メモに記入した。
- ⑤概念生成と同時並行で概念間の関係を図にしながらカテゴリーを生成し、分析結果を文章化し、相互関係を表す結果図を作成した。

5. 本研究における真実性の確保

データ分析の過程では、M-GTAを用いた質的研究に精通した研究者に継続的にスーパーバイズを受けながら、2名の研究者とともに継続的に検討を行った。また、研究協力施設の関係スタッフに結果を報告し、分析結果について臨床現場での対象者の状況と結果に乖離がないか確認を行った。さらに、データ収集、分析、解釈、執筆の期間を通して継続比較を行い、真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

福岡県立大学研究倫理委員会の承認後、施設長に書面で本研究の内容を説明し承諾を得、対象者の主治医よりインタビューの許可を得た。本研究の説明を口頭と書面で行い、研究の参加は自由であり中断できること、拒否しても不利はないこと、データは匿名性に配慮し、厳重に保管することを対象者に伝え同意を得た。インタビューでは、対象者が親の言動に対する感情を表出することによって、イン

インタビュー後に親への思いが顕在化し親子の関係が悪くならないよう配慮し、対象者の表情や言動に細心の注意を払った。精神症状の悪化などの悪影響を及ぼした場合は、研究者および受診している病院へ連絡してもらい対応することも対象者に説明し、施設へも支援の承諾を得て実施した。

Ⅱ. 結 果

1. 対象者の背景

対象者の背景は、表1に示すとおりである。対象者の平

均年齢は52歳（SD±6.6）、最終退院後からの地域生活維持期間は、1年11か月から16年とばらつきがあった。インタビュー時間は約33～81分で、平均57.8分であった。親の平均年齢は80.5歳（SD±5.8）であった。

2. 分析結果

22の概念が生成され、そのうちから意味的まとまりにおいて、5つのサブカテゴリーと8つのカテゴリーを見出した（表2）。

概念間の意味合いを検討し、類似する概念をサブカテゴ

表1 対象者の背景

事例	年齢	入院回数	地域生活維持期間	親の年齢	サービス活用	同居
1	57	6	5年7か月	父：88歳 母：79歳	デイホスピタル：2回／週	両親 弟
2	44	2	3年9か月	母：84歳	デイホスピタル：2回／週 訪問看護：1回／週	母 兄
3	42	5	1年11か月	父：74歳 母：69歳	デイホスピタル：4回／週 訪問看護：1回／週	両親 弟2人
4	61	8	8年	父：88歳 母：82歳	デイケア：5回／週	両親・妹 (母：入院中)
5	50	2	5年	母：80歳	デイケア：5回／週 ヘルパー：1回／2週	母
6	57	3	16年	母：86歳	デイケア：1回／週 授産施設：4回／週	母 妹家族
7	53	3	3年	父：81歳 母：75歳	デイケア：3回／週 訪問看護：1回／週	両親 妹

表2 男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス

カテゴリー	サブカテゴリー	概 念
頼みの綱は親の支え		老親以外の家族との不調和 人付き合いの苦手感
ケアされる側から ケアする側への 行きつ戻りつの逆転	老親へのケア	親の姿を見て親の老いを感じる 老いていく親への気づかい 老いていく親へのケア提供
親のかかわり変化の気づき		親の病気への受容に対する受け止め 親のかかわり方の変化
親への依存と自立の 混在からの葛藤	いままでを整理する	過ぎ去ってしまったいままでの自分自身を引き受ける 病気をもっている自分と折り合う
	自立への一歩	自分のことは自分です 就職への意欲
	親からのケアを期待し続ける	親が亡き後の支援を用意している 病をもちながらの老親へのケアや家事の負担感
気負わない親子関係		いつものことと親から一歩引く 和気あいあいの関係
つきまとう病の存在	親のいない将来への焦り	なんとかしなきゃ、でも足踏み 病を抱えているなかで老親が他界することへの不安 治ったと思っても治っていない
社会のなかの 居場所の獲得		社会とのつながりによる自信の芽生え 家族以外の相談者の存在
親が他界することへの 前準備		日ごろから薬を活用し生活の安定をはかる 親亡き後の生活の方法を模索する

リーとした。さらにサブカテゴリーの意味が共通しているものを合わせて抽象度を上げ、カテゴリーとして表示した。カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは[], 概念は〈 〉, 代表するヴァリエーションは“ ”で表した。概念間の意味合いを検討しカテゴリーへと抽象度を上げる際に、先行研究（香川・越田・大西, 2009）の方法を用いて概念間の関係や概念がどのカテゴリーに位置するのかをいねいに検討を行うために、必要時にサブカテゴリーを作成した。

また、7例目の分析で新たな概念が見られず、すべてのデータを再度見直したが、新たな概念は生成されなかった。

3. 地域で親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス

結果を図1に示した。横軸は時間の経過を表し、縦軸では下方に位置するカテゴリーが依存の程度が大きく、上方に位置するカテゴリーは自立の程度が高いことを示している。

高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセスに対するストーリーラインを、以下のよう

に表現した。
男性統合失調症患者は、発症当初は病気をもったことや自信の喪失、コミュニケーション能力の低さから〈人付き合いの苦手感〉を抱き【頼みの綱は親の支え】であった

が、時間が経過するなかで親が病気について理解するようになり【親のかかわり変化の気づき】を感じるようになっていた。また、高齢になっていく親に対して「老親へのケア」を提供するようになり、【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】が起こっていた。このように、親のかかわり方の変化や立場の行きつ戻りつの逆転が影響し、【いままでを整理する】ことで依存から自立への変化のきっかけとなり、【自立への一歩】が現れていた。しかし、統合失調症という病から〈治ったと思っても治っていない〉怖れを抱え【つきまとう病の存在】が自立へ向かううえで阻害要因となる可能性があった。【親からのケアを期待し続ける】ことから【親への依存と自立の混在からの葛藤】が生じていた。一方では、男性統合失調症患者は親の言動に対して〈いつものことと親から一歩引く〉対処を用いて【気負わない親子関係】を築くことができていた。さらに、デイケアや就職の場等の【社会のなかの居場所の獲得】によって自信が芽生え、〈家族以外の相談者の存在〉に頼りながら〈親亡き後の生活の方法を模索する〉ことができていた。【親への依存と自立の混在からの葛藤】を体験し「自立」の方向に行き来しながら【親のかかわり変化の気づき】や【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】【社会のなかの居場所の獲得】が自立に向かう条件として影響していた。そして、【親が他界することへの前準備】という「自立」の方向に向かっていた。

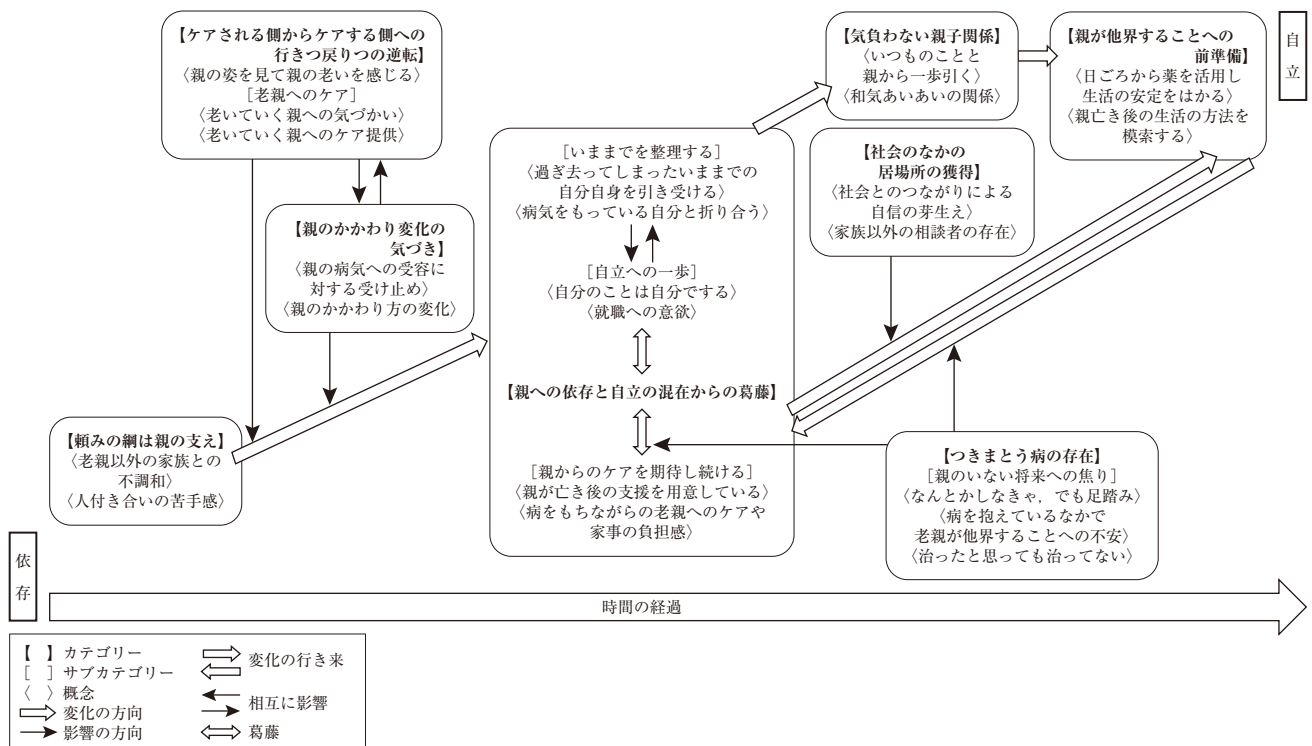


図1 高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス

4. カテゴリーの説明

a. 【頼みの綱は親の支え】

このカテゴリーは、疾患のことや親子関係で生じる辛さがあるが、自分のことを支えてくれるのは親しかいないという切実な思いを抱いていることを示す。〈老親以外の家族との不調和〉と〈人付き合いの苦手感〉という2つの概念で構成されていた。

〈老親以外の家族との不調和〉は、親以外の家族とは関係性が悪く、頼ることが困難な状況のこと、と定義した。

“妹はもう全然話にならんから。仲が悪いんですよ（事例6）” “妹もあまりめだったあれ（頼れる人）やない（事例7）” と、親以外の家族との折り合いが悪い状況を語っている男性統合失調症患者が多かった。

〈人付き合いの苦手感〉は、病によって人間関係を築くことが困難で、親を頼り生活していること、と定義した。

“人付き合いがあんまり上手じゃないから、長く話したりするのが得意じゃない（事例1）” “親しいちいうたらどんな関係、やっぱ会社勤めの人たちやろうね。このデイケアとかいうのは違うけね。患者の集まりやから（事例7）” と、同じ精神疾患を持つ者同士でも、人付き合いに関して一定の距離をもって接し、“両親が亡くなったらどんな……いままでいろいろ手続きとかしてくれて（事例6）” と、最も身近な親が唯一の頼れる存在であった。

b. 【親のかかわり変化の気づき】

このカテゴリーは、疾患の発症から親に支援を受けてきたが、発症時に比べて現在は親の自分に対するかかわり方が肯定的に変化していることを感じている。それは、親の病気への理解について冷静に受け止めていることである。

〈親のかかわり方の変化〉と〈親の病気への理解に対する受け止め〉の2つの概念で構成されていた。

〈親のかかわり方の変化〉は、親が精神疾患、病気のことを理解してきたことで苦痛を感じるものが少なくなっていること、と定義した。

“やっぱ両親の病気に対する理解がなかったから、しっかりせんねと励ましてあるのが自分にとって負担だった。いまは、（親は）あんまり無理なことは言わないし、できることはしてくださいという感じ（事例1）” と、親は病気に対する理解が高まり、男性統合失調症患者への接し方を変化させていることがうかがえた。

〈親の病気への理解に対する受け止め〉は、精神疾患を発症し、時間の経過とともに病気を受容している親もいれば完全に受け入れていないこと、と定義した。

“何をどこまで理解しているのかようわからないけど、前から見たらましになりましたよね。薬飲めば大丈夫大丈夫とね？ みたいな、で治るとね？ まあだから、それはお袋なりの理解だって思うんですけど……（事例3）” “幻

聴のことはあまり理解してくれてない（事例2）”

c. 【親への依存と自立の混在からの葛藤】

自分の立場の逆転や親のかかわり変化の気づきから自立の一步が生じるが、親からの支援を期待する依存とが混在し葛藤していることを示すカテゴリーである。6つの概念から構成され、[今までを整理する][自立への一步][親からのケアを期待し続ける]という3つのサブカテゴリーに集約された。

(1) 【いままでを整理する】

〈病気をもっている自分と折り合う〉と〈過ぎ去ってしまったいままでの自分自身を引き受ける〉の2つの概念で構成されていた。

〈病気をもっている自分と折り合う〉は、精神疾患は長期にわたり経過するが、ときに精神症状が出現しても自分なりの対処方法で症状とうまく付き合っていること、と定義した。

“妄想めいたこととかですね、そういうことは1割くらい考えることがありますね、そのうちいろいろ考えて収まるんですよ。これは空振りしたみたいで収まるんですよ。それを待ってるみたいな感じなんですよ（事例3）” と、自分の精神症状を客観的に把握して、自分自身のやり方で落ち着かせていた。

〈過ぎ去ってしまったいままでの自分自身を引き受ける〉とは、過去の状況を振り返り後悔の思いはあるが心の整理をつけていること、と定義した。

“放火したときにですね、人を殺さなくてよかったなと思いますね、万が一、人を殺したらこんなんのんべんだらりとやってられなかったと思うんですよ（事例3）” と、病気によって起こしてしまった行動を思い起こし、過去の整理をしていた。

(2) 【自立への一步】

〈自分のことは自分でする〉と〈就職への意欲〉の2つの概念で構成されていた。

〈自分のことは自分でする〉は、親から保護されているなかでも自分の力で生きていけるという思い、と定義した。

“1人暮らしがしたい……自分のことは自分でする。……自分のことは自分でするから（事例2）”

〈就職への意欲〉は、以前働いていたがいまは仕事をしておらず、できることならまた働きたいと意欲をもっていること、と定義した。

“う～ん、できたら就職もういっぺん就職して、働いてみたい（事例5）”

(3) 【親からのケアを期待し続ける】

〈親が亡き後の支援を用意している〉と〈病をもちながらの老親へのケアや家事への負担感〉の2つの概念で構成

されていた。

〈親が亡き後の支援を用意している〉は、親が病気をもつ自分の将来のことを心配し経済的な支援を準備していることを頼りにしていること、と定義した。

“お袋はあんたはもう働く必要はないよって言うんですよ。あんたが死ぬまで食っていくぐらいの金は家にあるからって言うんですよ。（中略）でもお袋にしてみたらあれですね、やっぱり（病気を）代わりたくても代われないうって感じじゃないんですかね（事例3）”と語っていた。

〈病をもちながらの老親へのケアや家事への負担感〉は、精神疾患をもちながら老親をケアすることに対して負担を感じていること、と定義した。

“親もいまよりもっと歳がいけば、こっちの手をあのう手をとるようになるやろうしですね。う～ん、やっぱり憂鬱になりますね（事例3）”と、病気によってストレス対処能力が低い傾向にあるため、日常と異なることを行うことがストレスとなっていた。

d. 【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】

親から支援されることが多かった立場から、親の老いを感じ、親へケアを行うことで自分の立場が変化したことを示すカテゴリーである。

〈親の姿をみて親の老いを感じる〉と〈老いていく親への気づかい〉〈老いていく親へのケア提供〉の2つの概念での「老親へのケア」というサブカテゴリーで構成されていた。

(1) 〈親の姿をみて親の老いを感じる〉

親の老いを親の言動や外見から感じ取っていること、と定義した。

“身体があまり動かないという、ゆっくりしか動かない。同じことを昔の同じこと話をする。やっぱり長く続けて仕事ができない。歳やなって（事例1）”と、親の言動から親の老いを感じ取っていた。

(2) 【老親へのケア】

〈老いていく親への気づかい〉と〈老いていく親へのケア提供〉の2つの概念で構成されていた。

〈老いていく親への気づかい〉は、親とのかかわりを穏やかにもつ心がけをし、老親の身体のことを心配し配慮していること、と定義した。

“（認知症の母親の言動に）怒ったりしても治らないですからですね。だからもう忘れるなあって思って。何回でも言うように心がけていますね。でもその何回も聞き返されてももう面倒くさからずにちゃんと答えるようにしとかんと、もうそれが病気なんだから仕方ないなという感じは思ってますね（事例6）”と男性統合失調症患者は、親の

老いから生じるさまざまな精神的・身体的変化に対応していた。

〈老いていく親へのケア提供〉は、親へ実際にケアをしていること、と定義した。

“（老いた）両親に無理させたくないって……できることは自分からしようと。家庭菜園を耕したり、たまにはできる料理はかわってしたり（事例1）”と、自らが親の負担を軽減するための行動をとっていた。親から支援されることが多かった立場から、親の老いを感じ、親へケアを行うことで、自分の立場が逆転していたことが明らかになった。

e. 【気負わない親子関係】

親子お互いが、少しずつ病気を受け止め、それぞれのありのままを認め合い親子の自然な関係が築けていることを示すカテゴリーである。〈いつものことと一歩引く〉〈和気あいあいの関係〉の2つの概念で構成されていた。

〈いつものことと一歩引く〉は、親の言動・状況に対して反抗するのではなくありのままの親を受け入れ、親子関係を良好に保つ対処を行っていること、と定義した。

“気が短いからですね。ポンポンって言いかえしたらそれでももう終わりなんですよ。あともうこっちがなんか言っても黙って。もうそのまま二階に上がりますね。（中略）あのう父親とはしゃべらないですね、ほとんどしゃべらないですね。価値観が違うからですね。わからなかったら（母親は）黙ってます。お袋はこんな感じやけん、しか思わないんですけどね（事例3）”と、親のありのままを受け入れる姿勢をもつことができていた。しかし、一方で父親との会話がほとんどないことも語っていた。

〈和気あいあいの関係〉は、親子ともに互いに信頼し合い気を使わず自然な関係を築いていること、と定義した。

“顔合わせとったら、たまに会うんだったら話したいけどずっと一緒一日おるから顔見とったらわかるような感じで（事例1）”と、いままで長い間過ごしてきたことから雰囲気での親の気持ちを読み取ることができていた。

f. 【つきまとう病の存在】

統合失調症という病をもつために社会的な制限を受け生活するうえで困難が生じ、また疾患が慢性的で、ストレスがかかると症状が悪化し、なんらかの支援で安定するという非一貫性のある経過をたどっていることを示すカテゴリーである。

〈治ったと思っても治ってない〉と「親のいない将来への焦り」というサブカテゴリーで構成されていた。

(1) 〈治ったと思っても治ってない〉

精神薬を内服し、生活を送るが病状の悪化・再燃を繰り返し、一定した病状ではないこと、と定義した。

“もうこれくらいで治ったんやろうというくらい……た

ら治ってなかったっちいうことやね、いまでも完全じゃないね（事例7）」と、精神疾患は長期慢性的に経過している様子が語られており、その辛さが表現されていた。

(2) 【親のいない将来への焦り】

〈なんとかしなきゃ、でも足踏み〉と〈病を抱えているなかで老親が他界することへの不安〉の2つの概念で構成されていた。

〈なんとかしなきゃ、でも足踏み〉は、親が他界すると経済的に困窮し仕事をしたいと言う気持ちはあるが、社会状況や病気のために自分の自己決定力や一歩踏み出せない自信のなさが表されていること、と定義した。

“仕事ができるかできないか（が不安）（仕事に就けない状況は）……むずむずするたぶん仕事してると思うけど。（将来）仕事はちゃんとできるかなと……仕事ができるかできないか。過去は、（仕事を）もうちょっとがんばればよかったなと（事例2）”

〈病を抱えているなかで老親が他界することへの不安〉は、親がいなくなった場合の生活の助けを失うことや今後どうなっていくのかわからない見えない不安を抱えていること、と定義した。

“う～ん、母ちゃんが死んだらどうしようかなとか思うけど、どうなるかわからん、俺にも（事例5）”と、親が他界することに対してほとんどの対象者が不安を語っていた。

g. 【社会のなかの居場所の獲得】

デイケアや就職の場などの居場所をもてるようになり、家族以外にも相談できる他者の存在があることを示すカテゴリーである。

〈社会とのつながりによる自信の芽生え〉と〈家族以外の相談者の存在〉の2つの概念で構成されていた。

〈社会とのつながりによる自信の芽生え〉は、家庭内の役割や現在の自分の状況から自分の存在価値を感じることができていること、と定義した。

“食堂で一時間過ごす時間が一日でいちばん楽しみです。話しながら食事してなんのかんの話しながら、いろんな職員もおるし、ボランティアもおるし、仕事っていうほどの仕事はしてないけど仕事もしてるし、充実っていうのがいちばんいいんじゃないんですかね（事例6）”

〈家族以外の相談者の存在〉は、地域のなかで家族以外に頼る存在があること、と定義した。

“家族以外だったら、（頼りにできるのは）近所の人とか、基本的にはなんかあったら近所の人ですよ（事例3）”と語っていた。

h. 【親の他界することへの前準備】

老親が他界することを想定し、なんらかの備えを検討していることを示すカテゴリーである。

〈日ごろから薬を活用し生活の安定をはかる〉と〈親亡き後の生活の方法を模索する〉の2つの概念で構成されていた。

〈日ごろから薬を活用し生活の安定をはかる〉とは自分の精神症状悪化のサインを自覚し、納得して薬の助けを借りて生活の安定をはかっていること、と定義した。

“薬を飲めば結構そういうことがないっていうことが頭で考えるよりは身体でわかるしかないですよ。一つはやっぱ睡眠が自分の場合は薬がないとどうしてもうまくいかないからですね。飲めば眠れるからですねよく（事例3）”

〈親亡き後の生活の方法を模索する〉とは、親が他界した後の生活を予測しどのようにしていくかを検討していること、と定義した。

“一回きょうだいで話したいって思うことがあるんですよ。親のことについてですね（事例3）”と、周囲の人からの助言をもとに親が他界するときのことを考えようとしていた。また、“独りになっても生きて、安いアパートでも借りて。お金は何か母が簡易保険に入っているらしいからある程度お金はあるらしいから……（事例6）”と、親亡き後の自分の居場所や生活の方法を模索していた。

Ⅲ. 考 察

1. 男性統合失調症患者の「自立」について

本研究の結果から、統合失調症という病をもちながらも、【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】が「自立」へ向かうきっかけとなっていた。

親の姿を見て高齢となっていく親の老いを感じ、支援されることが多かった男性統合失調症患者は、逆に親へケアする立場となっていた。病をもちながらも、健常者と同様に親へケアする立場への逆転が起こっていることが明らかになった。立場の逆転が、これまでの人生を整理し、病気をもっている自分と折り合うことへつながり、[自立への一歩]を生じさせていた。南山（2006）が、障害者は自らをケアの受け手として位置づけ、家族との関係をケアの受け手・ケア提供者の関係としてとらえていると述べていることから、潜在的に両者に役割意識が存在していたと考えられる。

また、「自立」への志向を高める背景要因は、性別役割規範・就労役割の獲得を中核とする「自立」観の影響があり、介護という役割でケアする・ケアされる関係が変容していく、と南山は報告している（2006）。本研究では、対象者のインタビューで語られた内容から推測すると、親は心身ともに生活に支障が及ぶような障害のある状態ではなかったが、日常生活のなかで親へケアを提供する【ケアさ

れる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】が自立へと向かわせる第一歩の要因であったことが特徴的であると考えられる。南山（2006）によると、精神障がい者がとらえる「自立」は身辺自立や経済的自立のイメージであり、本研究でも同様に「自分のことは自分でする」「就職したい」という語りが多くみられた。しかし、自立志向群は家族関係が良好でないために「自立」を志向することや「近隣」のソーシャルサポート保有割合が低い傾向にあると報告されており（南山，2006），本研究の対象者は家族と【気負わない親子関係】を築き、さらに【社会のなかの居場所の獲得】が自立に向かうプロセスに影響していたことは先行研究と異なる結果であった。

一方、青木（2005）は、精神障がい者が地域で主体的に生活していくにはある程度障害を認識し、上手に付き合うことと述べており、本研究でも同様に〈病気をもっている自分と折り合う〉ことが自立への一歩に影響していた。また嶋澤は、疾病や健康および日常生活の維持・管理と他者との関係性に関するセルフケア行動が在宅精神障害者の自立を継続させると述べ、家事や手続きの実施方法や経済面の管理についての将来の生活の様子を予測する行動を見出している（2009）。本研究では、将来の生活については親の亡き後の生活を模索しており、中年期男性統合失調症患者の自立に向かうプロセスにおける特徴的な内容が明らかになった。さらに、統合失調症という病の存在は〈治ったと思っても治ってない〉という慢性的で不安定な経過をたどることを意味し、男性統合失調症患者が自立に向かうプロセスを阻害する要因となる可能性があることが本研究で明らかになった。

一方、経済的な支援や日常生活の世話を受けることを期待し続ける語りもあり、【親への依存と自立の混在からの葛藤】が生じていることが明らかになった。しかし、対象者NO.6は、主治医に8時間労働の就労について相談したところ難しいであろうと助言を受け、自分でも8時間労働は難しいと改めて自覚し、自分に合った短時間の仕事に就き充実した生活を送っていた。男性統合失調症患者の「自立」の認識を確認しつつ、自分一人だけの力ですべて行うことが自立ではなく、必要なときに助けを求め、地域で生活を維持できることが重要であることを説明することが重要である。

さらに、自立のステップアップの際や環境が変化した後などは、本人が気持ちを話せるよう看護職はかわりをもつことが重要である。看護職は、統合失調症患者の困惑や痛みを理解し、タイミングよく社会参加に向けて導いていくことが大切で、統合失調症患者は自分にできることから一つずつ体験し、自信をつけていく過程により主体的な存在として、自分らしい力を発揮できるのではないだろうか

（奥村ら，2005）。

2. 親と同居している男性統合失調症患者の親子関係について

親の病気への受容が高まりかわり方が変化してきたことを男性統合失調症患者は感じ、苦しみが軽減したことを語っていた。しかし、いまだに親が幻聴を理解してくれないこともあり、辛さを訴える男性統合失調症患者もいた。家族は、病気を受け入れようとする気持ちとすべてを受け入れられない葛藤、怒りを抱いている（堂下・一瀬・日出野・深堀・松武，2004）という先行研究と同様の関係がうかがえた。しかし本研究では、男性統合失調症患者は次第に親の言動の特徴や意味をとらえて〈いつものことと親から一歩引く〉対処を身につけ【気負わない親子関係】を築いていたことが明らかになった。

また、本研究の対象者はD.レビンソン（1978/1992）によると「中年期」にあたる（岡本，2005）。家庭が生活構造の中心となり、職場では自分の場所を獲得し仕事や社会への貢献から本来の満足感を得られるようになる時期である、と舟島は述べている（2005）。また、湯川・千原・石飛（2005）は、中年期は人生の終わりを意識し、残りの人生で何をするかが問われる時期であると述べている。しかし本研究では、男性統合失調症患者は前述のように就職への思いが強く、病によって達成されなかったことをもう一度やり直したいという希望を抱いていることが特徴的であった。

一方、法橋（2010）は、家族の発達課題として親の視点からみると「満足できる生活状態を維持し、減少した収入での生活に適応していくこと、家族のきずなを統合させたものとして維持する」とあり、男性統合失調症患者の視点からみると「年老いた両親や孫と有意義な関係を維持する」「夫婦関係を強固なものにする」などがあげられる、と述べている。男性統合失調症患者と家族の家族発達について検討してみると、親は自分の亡き後のことを考えて子のためにお金を準備している様子が見受けられた。おそらく、自分たちの少ない収入を切り詰めて金銭的な支援を行おうとしているのであろう。精神障がい者が「自立」を可能とする条件は、経済面の安定や仕事をもつこと、自立への意思や意欲と述べているが、統合失調症という病を抱えることで就職が困難で経済的安定がはかれず、自信や意欲が低下し、また精神障がい者は家族からの「自立」を希求しつつも、家族への「依存」を余儀なくされており（南山，2006）、男性統合失調症患者は「依存と自立の混在からの葛藤」を感じていた。病によって自立と依存を行き来するような状況で、家族発達の側面としては適応しているとは言い難い。男性統合失調症患者の親は、子が

病気をもったことへの罪悪感をもち、自分たちの亡き後の将来、子が困らないようにと経済的な支援を準備していた。「この子は病気だから何もできない」というとらえ方ではなく、自立したいという希望をもっていることを共有し合い、どのように日常生活を過ごしていくかを話し合う機会をもつことの重要性を親に対して説明する必要があると考える。とくに家族の発達段階における移行期には、家族は新たな発達課題に直面し危機に陥りやすいことが予測される、とも法橋は主張している（2010）。「親が他界した際の移行期」には男性統合失調症患者は危機状態に直面するであろう。看護職は自立へと向かうときの家族の発達課題に対する準備性や予測される危機状態を観察し、状況に応じた看護介入を行うことが求められると考える。

3. 社会とのつながりの重要性

男性統合失調症患者は、自分に必要な向精神薬について確実に理解して服用し生活を安定させ、働くことや近所の人たちとのつながりをもつことが自信につながっていた。老親へのケアの必要性や他界することに関する話題を周囲から聴き、きょうだい間での話し合いを設けようとすることや親が他界した場合の自分の身の振り方を考え、将来を見据え、【親が他界することへの前準備】を行っていた。また困ったときに家族以外を頼れる人は、近所の人という、広い範囲のサポートをもっていたことが特徴的であった。同居者や相談相手がいる人、相談相手に家族やクリニック以外の友人が含まれている人のほうが、社会生活技能と対人交流領域で生活満足度が高く、生活満足度が高いと相談行動をとることができ、両者には相乗効果があることが明らかになっている（半田ら、2004）。統合失調症患者は家族だけでなく社会とのつながりが重要で、地域のサポートが必要であることが再確認できた。

しかし、病気をもつことで、何かをしたいという希望があっても足踏みしてしまうことがある。田中（2000）によると精神障害のライフヒストリーのなかで、当事者の立ち直り過程のなかでの困難さが語られている。さらに、対人関係の障害や集中力が持続しないこと、疲れやすいが限界まで無理をしてしまい再発し、フルタイムの仕事をするのが困難であり経済的不安を抱くことが多い（川口・松田・奥田、2001）。男性統合失調症患者は、親の老いを感じ親が他界することに対して不安を語る場面が多くみられ、【つきまとう病の存在】が自立に向かううえで阻害要因となる可能性があった。山元（2009）が述べているように、居場所と生きがいの発見をし、それらを確かなものとして獲得することが病気からの避難所となると報告されているように、地域のなかの居場所の獲得が病とうまくつきあう一手段ともいえる。病状を考慮し、親のいない将来へ

のあせりを汲み取りながら、どうしていけばよいのか、一人ひとりの背景を踏まえ男性統合失調症患者とともに将来を考えていく支援を行うことが重要であると考ええる。

4. 男性統合失調症患者について

本研究では、父親との会話が母親との会話に比較して非常に少なく、ほとんどが親と特別会話することはないと語っていた。患者の性別による比較において、母親の負担感に関する比較研究でも、本研究と同様に娘が統合失調症患者であるより息子が統合失調症患者であるほうが、母親とのコミュニケーションが乏しくなりやすい可能性を示唆している（半澤ら、2009）。その理由は、元来の男性の特徴としてあまり親と話さないことが関係しているのではないかと考えられるが、性差をみるためには、今後は女性を対象にした調査を行い比較検討していく必要がある。さらに、男性介護者の特徴について、青木ら（2003）はすべて自分で対応しようとし精神的負担が増加する、杉浦ら（2004）はストレス対処方略が少ない傾向にある、と述べている。疾患の特徴から統合失調症患者は、より孤立しやすくストレスに対して脆弱であり、“親もいまよりもっと歳がいけば、こっちの手をあのう手をとるようになるやろうしですね。う～ん、やっぱり憂鬱になりますね”という語りにもあったように、親へのケアが負担になり精神症状の悪化につながる可能性があると考えられた。

看護職は、男性に対してはとくに、効果的なコミュニケーションをとり、精神症状の把握とともに対人関係スキルが向上するための具体的な助言などの支援が必要である。また、地域で生活するうえで困ったときにどのように支援を求めるのか、どのような支援を活用すればよいのかをタイムリーに考えることが必要であると考ええる。

一方、男性は外見的身なりより、気力や体力が充実し、仕事ができ、さらに満足できる食事がとれるなど、実質的で社会との関連の強い事柄に価値をおき、それらが満たされることが生きがいにつながると述べられている（築瀬ら、1999）。本研究においても、社会とのつながりをもつことで自信をもつことにつながっていたことから、受診を中断しないことや、デイケアや地域の社会復帰施設などを利用し社会とのつながりをもてるような働きかけが重要になると考えられる。

また、男性統合失調症患者では、期待される社会的役割と自分自身の能力との隔たりが葛藤状況をつくりやすい傾向にある、就労に固執し、自分の病気についての家族の理解を求め、さらに、日常生活を親に依存している状況を示し、社会生活支援においては、この点についての十分な配慮が必要になると考えられる、といわれている（築瀬ら、1999）。ジェンダーの視点でも男性の役割とは基本的に

「経済力」といわれており（湯川ら，2012），本研究の結果においても就労を希望するものがほとんどであったが，多くは仕事に就くことができない状況であった。【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】によって，これまで依存してきた自分が親をケアするという立場の逆転が起こり，役割をもつようになっていくことを肯定的にフィードバックし，自信につなげていくことが重要である。

IV. 看護への示唆

地域で親と同居している男性統合失調症患者が自立に向かうプロセスを明らかにすることによって，介入の示唆が得られた。自立に向かう条件として【親のかかわり変化の気づき】や【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】【社会のなかの居場所の獲得】が影響していることが視点として見出された。

【親のかかわり変化の気づき】では，男性統合失調症患者自身が親に病気のことを理解してもらえるような方法を看護職と一緒に考えて，家族に対する病気への理解を深められる環境を整えることが必要である。

【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】では，親へのケアを提供することによって立場の逆転が生じていることを，男性統合失調症患者とともに肯定的にフィードバックし，自信や意欲の向上につなげることが必要であることが示唆された。男性統合失調症患者のペースに合わせて「自立」の方向へ導き，主体的に将来を見据えて生活できるよう支援を行うことが必要である。

【社会のなかの居場所の獲得】では，社会とのつながりをもつことが自信につながっていたことが明らかになった。居場所の獲得を支援するうえで，看護職と他職種が連携をとり，制度や地域生活支援に関するサービスの充実を視野に入れた地域の支援システムをつくっていくことが必要である。

また，孤立しやすいことやストレス対処方略が少ない，コミュニケーションが乏しいという男性の特徴や，統合失調症患者という特徴を踏まえ家族を含めた支援が必要であることが示唆された。

V. 結 論

本研究では，地域で親と同居している男性統合失調症患者が自立に向かうプロセスが明らかになった。

1. 男性統合失調症患者は，発症当初は親から支えられる側であったが，親の老いを感じとり老親へのケアを提供し【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆

転】が生じていた。また，親が自分の病気を理解しつつあることで，過去の出来事を後悔しつつも病気をもつ自分と折り合いをつけ【自立への一歩】が現れていた。

2. 統合失調症という病から〈治ったと思っても治っていない〉怖れを抱え，【つきまとう病の存在】が自立に向かううえで阻害要因となる可能性があった。また，親から親亡き後の経済的準備をしていることを知らされ，【親からのケアを期待し続ける】ことから自立したいと思いつつも依存できる環境があり，アンビバレントな状態が生じていた。
3. 親の言動の特徴や意味をとらえ，対応策を獲得し，【気負わない親子関係】を築くことができていた。さらに，デイケアや就職の場合の【社会のなかの居場所の獲得】によって自信が芽生え，ソーシャルサポートを活用し〈親亡き後の生活の方法を模索する〉ことができていた。
4. 【親への依存と自立の混在からの葛藤】を体験し「自立」の方向に行き来しながら【親のかかわり変化の気づき】や【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】【社会のなかの居場所の獲得】が自立に向かう条件として影響していた。そして【親が他界することへの前準備】という「自立」の方向に向かっていた。

VI. 本研究の限界

今回対象としたのは，男性統合失調症患者であり，親と同居，地域生活維持期間1年以上，40歳以上65歳未満，デイケア利用中という条件を満たす対象者としたため，選定が難しく，対象者の背景を調整することや対象者の確保が困難であった。したがって，研究結果の適応範囲には限界がある。今後は，できるかぎり対象者を増やし，女性への調査や就労している人，親と別居している人を対象者に調査し特徴をさらに探求していく必要がある。さらに，老親へのインタビューを行い，統合失調症患者からみた親への認識と親の視点からの統合失調症患者との認識の相違を確認することも必要であると考えられる。

謝 辞

本研究に対しご協力いただきました関係医療機関の皆さま，インタビューにおいて貴重な体験を語ってくださいました対象者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

また，ご指導くださいました安酸史子先生，松浦賢長先生，松枝美智子先生に深く感謝申し上げます。

本論文は，石飛マリコの福岡県立大学大学院看護学研究科修士論文（2010）（指導：尾形由起子）を一部加修正したものである。

要 旨

本研究は、高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセスを明らかにすることを目的とした。男性統合失調症患者7名に半構成的面接を行い、M-GTAを用いた分析の結果、【頼みの綱は親の支え】【親のかかわり変化の気づき】【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】【親への依存と自立の混在からの葛藤】【つきまとう病の存在】【気負わない親子関係】【社会のなかの居場所の獲得】【親が他界することへの前準備】の8つのカテゴリーが生成された。【親のかかわり変化の気づき】【ケアされる側からケアする側への行きつ戻りつの逆転】【社会のなかの居場所の獲得】が「自立」に影響していた。

男性統合失調症患者と親との立場の逆転が生じていることを肯定的に受け止め、自信や意欲の向上につなげることで、社会から孤立しコミュニケーションが乏しく、ストレス対処方略が少ない男性統合失調症患者の特徴を踏まえた支援が必要である。

Abstract

The purpose of this study was to reveal the process of attaining “independence” among male patients with schizophrenia living with their elderly parents. Semi-structured interviews were conducted on seven male patients with schizophrenia, and the following eight categories were identified based on analysis using the modified grounded theory approach (M-GTA): “parental support is my only recourse”, “realization of changes in interaction with parents”, “switching back and forth between being the recipient and provider of care”, “conflict between dependence on parents and independence”, “persistence of illness”, “tension-free parent-child relationship”, “finding one’s place in society”, and “advance preparation for death of parents”. The categories “realization of changes in interaction with parents”, “switching back and forth between being the recipient and provider of care”, and “finding one’s place in society” were associated with “independence”.

It is necessary to promote confidence and motivation by taking a positive view of the reversal of roles between male patients with schizophrenia and their parents. The need for support that considers the characteristics of male patients with schizophrenia, specifically their tendency to become isolated from society, poor communication skills, and lack of stress-coping strategies, was also suggested.

文 献

- 揚野裕紀子 (2011). 精神保健医療福祉の沿革・歴史. 吉松和哉, 小泉典章, 川野雅資 (編): 精神看護学〈I〉精神保健学. p.270, 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 青木聖久 (2005). 地域で暮らす精神障害者の自立について — 社会との関係性を中心に —. 福祉臨床学科紀要, 2, 1-13.
- 青木頼子, 山田美紀, 松元祐美, 川村知也, 中口恵子, 塚崎恵子, 長沼理恵, 高崎郁恵 (2003). 痴呆性高齢者の男性介護者の介護負担感の特徴 — 女性介護者の介護負担感と関連要因および対処行動との関連性を比較分析して —. 北陸公衛誌, 30(1), 6-11.
- Daniel J. Levinson (1978) / 南 博 訳 (1992). ライフサイクルの心理学 (上). 45-72, 東京: 講談社.
- 堂下陽子, 一瀬豊子, 日野出悦子, 深堀瑞佳, 松武麻紀 (2004). 精神障害者家族が経験する困難に対する対処行動に関連する要因. 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要, 5, 61-70.
- 舟島なをみ (2005). 看護のための人間発達学 (第3版). 東京: 医学書院.
- 橋本亮太, 大井一高, 安田由華, 福本素由己, 梅田知美, 山森英長, 武田雅俊 (2011). 性差からみた統合失調症. 臨床精神医学, 40(2), 163-166.
- 半田美織, 日下和代, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2004). デイケアに通所する精神障害者の生活満足感に関する研究. 日本看護学会誌, 23(4), 20-30.
- 半澤節子, 田中悟郎, 稲富宏之, 太田保之 (2009). 統合失調症者の母親の介護負担感に関連する要因, 患者の性別による比較. 精神リハビリテーション学会誌, 13(1), 79-87.
- 法橋尚宏 (2010). 新しい家族看護学 — 理論・実践・研究. 東京: メディカルフレンド社.
- 池淵恵美, 岩崎晋也, 杉本豊和, 宮内 勝 (1998). 精神分裂病の障害構造 — LASMIにおける生活障害評価のクラスター分析 —. 臨床精神医学, 27(2), 193-202.
- 香川里美, 越田美穂子, 大西美智恵 (2009). 長期入院統合失調症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセス, 同居と別居の差異: 日本看護学会誌, 29(4), 88-97.
- 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.
- 川口優子, 松田宣子, 奥田博子 (2001). 地域に住む精神障害者の生活と意見. 神戸大学医学部保健学科紀要, 17, 25-32.
- 木下康仁 (2008). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 — 質的研究への誘い. pp.25-30, 東京: 弘文堂.
- 南山浩二 (2006). 精神障害者 — 家族の相互関係とストレス. 京都: ミネルヴァ書房.
- 奥村太志, 河合洋子, 渋谷菜穂子, 石井文康, 山田浩雅, 加藤雄一 (2005). 統合失調症者の障害認識・受容と社会復帰後の生活についての検討 — デイケア通所者の面接を通して —. 名古屋市立大学看護学部紀要, 5, 1-10.
- 精神保健福祉白書編集委員会 編 (2012). 精神保健福祉白書2013年版: 障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方. 東京: 中央法規.
- 関口和子, 高橋正雄 (2005). 高齢の親をケアする精神障害者 — 地域精神保健活動の現場から —. 保健の科学, 47(3), 192-197.
- 嶋澤順子 (2009). 在宅精神障害者の自立を促す行政保健師の援助の構造. 千葉看会誌, 15(1), 35-42.

- 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上 洋 (2004). 在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討. 日本公衆衛生雑誌, 51(4), 240-251.
- 田中美恵子 (2000). ある精神障害 当事者にとっての病の意味 — 地域生活を送るNさんのライフヒストリーとその解釈 —. 看護研究, 33(1), 37-59.
- 臺 弘, 湯浅修一 (1987). 統合・分裂病の生活臨床. 東京: 創造出版.
- 山元恵子 (2009). ライフワーク活動をしている統合失調症者の回復過程 — 自己統合力の発揮と居場所・生きがいの発見 —. 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 104-113.
- 築瀬 誠, 田中ゆき子, 榎本貞保, 佐藤陽彦 (1999). 精神分裂病通院患者の生活上のニーズと生きがい感 — 性による違いを中心に —. 作業療法, 18(4), 305-314.
- 湯川千尋, 千原雅代, 石飛和彦 (2005). 家族とところ — ジェンダーの視点から. 京都: 世界思想社.

〔平成25年3月11日受付〕
〔平成25年9月17日採用決定〕

看護師の Sense of Coherence とストレス反応との関連

Relationship between Sense of Coherence and Stress Reactions among Nurses in a Hospital

吉 田 え り^{1), 2)}

Eri Yoshida

山 田 和 子¹⁾

Kazuko Yamada

芝 瀧 ひろみ³⁾

Hiromi Shibataki

森 岡 郁 晴¹⁾

Ikuharu Morioka

キーワード：首尾一貫感覚，ストレス反応，看護師，職業性ストレス，重回帰分析

Key Words：sense of coherence: SOC, stress reaction, nurse, job stress, multiple regression analysis

はじめに

ストレス反応は、ストレッサーの持続や個々人の適応力との均衡が崩れたときに生じるが、ストレッサーの認知に基づくストレス対処で軽減できる (Lazarus & Folkman, 1984/1991, pp.14-24; 坂野, 2007)。ストレッサーの認知は、自分の周辺にある出来事をストレッサーとみなし、ストレッサーに曝されていると判断する段階と、曝されているストレッサーに対して自分には何ができるかといった課題を見出す段階の2段階がある。とくに後者の認知は、どのようにストレスへ対処するかを規定する重要な段階となる (Lazarus & Folkman, 1984/1991, pp.25-51; 坂野, 2007)。

ストレス対処の原動力には、金銭、道具、援助者、制度、組織などの直接利用可能な人的・物的な資源と、それらを見つけ出し利用していく個人的な資質がある。この個人的な資質として、首尾一貫感覚 (Sense of Coherence, 以下 SOC とする) が Antonovsky (1987/2001, pp.19-39) により提唱され、自己効力感と同様に健康教育などで着目されている。SOC は、ある環境のなかでの自己に対する信頼であり、課せられたことの理解 (把握可能感覚)、解決への確信 (処理可能感覚)、価値あるものとしての意味づけ (有意味感覚)、といった3つの感覚より成り立つ。SOC を高く保つことができれば、どのような状況に遭遇してもおかれた状況のなかで自分のすべきこと、できること、生きがいを見出して前向きに生き、身体的にも精神的にも健康を保つことが可能となる (戸ヶ里, 2008a)。よって、SOC が高ければ、ストレッサーがあっても適切なストレス対処を行い、ストレス反応は少ないことが期待できる。

ところで、看護師は人々の生命・健康にかかわる専門性の高い対人支援サービス提供者であり、数ある職業のなか

でもストレス反応が多くなりやすい。看護師が心身の自覚症状を多く訴え、精神的疲弊状態にあり、精神的健康状態が低いことは、先行研究からも報告されている (森・影山, 1995; 影山・錦戸・小林・大賀・河島, 2003; 宇田・森岡, 2011)。一方、看護師のストレス対処特性をとらえ、ストレス対処特性に応じた方法でストレス反応を軽減させるといった報告 (梶原・八尋, 2002; 清水, 2006; 中島, 2008) もあるが、勤務中の仕事量の多さ、常に注意や集中力を求められること、高度な知識や技術を使うこと、自分で業務の順番を決めることや自分のペースで進めていくことが難しいといった看護業務の特徴から、ストレッサーの操作が難しく、看護師のストレスマネジメントは困難な現状にある (川口, 2004; 中島, 2008)。

看護師の SOC に注目した文献では、クリティカルケア領域 (岩谷・渡辺・國方, 2008)、救命救急センター (枝・辰巳・野村, 2007)、訪問看護 (小林・乗越, 2005) など、特定の勤務部署の看護師を対象として、一般的なストレス反応 (岩谷ら, 2008)、バーンアウト (枝ら, 2007)、精神健康度 (小林・乗越, 2005) との関連性を明らかにしている。一般病棟に勤務する看護師においても、SOC が高ければ適切なストレス対処を行い、ストレス反応は低いことが考えられるが、これらを明らかにした研究は見当たらない。看護師のストレス反応は離職要因にもなる (松浦, 2009; 宇田・森岡, 2011; 井奈波・井上, 2001) ことから、SOC とストレス反応の関連を明らかにすることで SOC からみたストレス反応の軽減について示唆を得る研究は、看護師の離職予防の面からも意義があると考ええる。

そこで、本研究は、看護師の SOC とストレス反応との関連、さらにストレス反応に影響する要因との関連を明らかにし、SOC からみたストレス反応を軽減させる職場支援の示唆を得ることにした。

1) 和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University

2) 藍野大学短期大学部 Aino University Junior College

3) 和歌山県立医科大学附属病院 Wakayama Medical University Hospital

I. 研究方法

1. 対象者

調査対象施設はA公立医科大学附属病院で、病床数800床、設置されている地方自治体のなかでは中核医療機関として、地域の病院、診療所と連携をとりながら、高度で専門的な医療を提供する特定機能病院である。今回は、就業支援や教育などSOCに関連すると考えられる就業要因をできるだけそろえるように、1施設で実施することにした。対象者は、A公立医科大学附属病院に勤務する全看護職員のうち調査期間に勤務していた常勤職員622名であった。

質問紙の回収数は、536（回収率86.2%）であった。臨床経験年数の記載のないもの、1下位尺度あたり過半数を超える欠損値のあるものは除外したので、有効回答数は517（有効回答率83.1%）であった。

2. 調査方法

調査は郵送自記式質問紙法で行った。人数分の質問紙を一括して施設の担当者に郵送し、対象者への配布を依頼した。対象者が無記名で質問に回答後、添付してある返信用封筒に質問紙を厳封し、投函する方法で回収した。

調査期間は平成24年2月で、人事異動や役割変更などによる影響が少なくと予測される時期に行った。

調査内容は、SOC、ストレス反応、ストレス対処特性、属性であった。

SOCは、Antonovsky (1987/2001, pp.221-225) が作成した首尾一貫感覚尺度の日本語版SOC-13で測定した（戸ヶ里・山崎，2009）。SOC-13は3下位尺度で構成され、個人のストレス対処能力と健康保持能力の高低を測定するための質問である。下位尺度の「把握可能感」には「あなたは、これまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？」などの5問、「処理可能感」には「あなたは、あてにしていた人がっかりさせられたことがありますか？」などの4問、「有意義感」には「あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか？」などの4問が設定されており、各問いには指示された回答があり1から7点（反転項目では7点から1点）を付与した。点数が高いと、ストレス対処能力や健康保持能力が高いと評価されたことを意味する。本研究において、13項目を合わせた得点の分布には正規性があり、Cronbachの信頼性係数 α は.832であったため、分析にはそれぞれの項目の得点を使用した。

ストレス反応は、「職業性ストレス簡易調査票」（下光ら，2005）で測定した。この調査票は、職場で簡便に使用できる自己記入式のストレス調査票で、ストレス反応だけ

でなく仕事上のストレス要因、修飾要因も同時に測定できること、ストレス反応では心理的反応ばかりでなく身体的反応も測定できること、心理的ストレス反応ではネガティブな反応だけでなく、ポジティブな反応も評価できること、質問紙の開発過程で行った大規模調査による代表的な職種別と性差の基準値があることから、本研究で用いることにした。

調査票は、「ストレスの原因と考えられる因子」17項目、「ストレスによって起こる心身の反応」29項目、「ストレス反応に影響を与える他の因子」11項目で構成されている。「ストレスの原因と考えられる因子」は、「心理的な仕事の負担（量）」「心理的な仕事の負担（質）」「自覚的な身体的負担」「職場の対人関係上のストレス」「職場環境によるストレス」「仕事の裁量度」「技能の活用度」「自覚的な仕事の適性度」「働きがい」の9つの因子、「ストレスによって起こる心身の反応」は、「活気」「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」「身体愁訴」の6つの因子、「ストレス反応に影響を与える他の因子」は、「上司からの支援度」「同僚からの支援度」「家族や友人からの支援度」「仕事や生活の満足度」の4つの因子で構成される。

回答は「そうだ」は1点、「まあそうだ」は2点、「ややちがう」は3点、「ちがう」は4点の4件法で測定され、下光ら（2005）の開発したソフトヘデータを入力することで5段階の標準化得点が付与される。点数が高いとストレスに対して良好であることを示すことから、「ストレスの原因と考えられる因子」と「ストレスによって起こる心身の反応」は低く、「ストレス反応に影響を与える他の因子」は高いと評価される。本研究において、57項目を合わせた得点の分布には正規性があり、Cronbachの信頼性係数 α は.806であったため、分析にはそれぞれの項目の得点を使用した。

ストレス対処特性は「勤労者のためのコーピング特性簡易尺度」（Brief Scales for Coping Profile, 以下BSCPとする）（影山・小林・河島・金丸，2004）で測定した。この尺度は、勤労者のコーピング特性を産業精神保健の領域で簡便に測定できるように開発されたものであり、少ない質問項目でコーピング特性をもれなく測定できる利点があること、性別に関係なく測定できること、一般的な職種の勤労者とともに看護師も対象としていることから、本研究で用いることにした。BSCPは、「気分転換」3問、「積極的問題解決」3問、「他者への情動発散」3問、「問題解決のための相談」3問、「視点の転換」3問、「回避と抑制」3問の6下位尺度18問で構成される。各質問に、「よくある」は4点、「ときどきある」は3点、「たまにある」は2点、「ほとんどない」は1点を付与した。点数が高いと、用いることが多いと評価される。本研究において、18項目を合わせた得点の分布には正規性があり、Cronbachの信頼性

係数 α は .735であったため、分析にはそれぞれの項目の得点を使用した。

属性では、性別、年齢、配偶者の有無、子供の有無、臨床経験年数、役職の有無、勤務部署、資格の種類を尋ねた。

3. 解析方法

SOCには性差がある〔津野（住川），2008〕。本研究の対象者においても、「職業性ストレス簡易調査票」では8因子に、BSCPでは8項目に性差を認めたため、男性54名を解析対象から除外することにした。その結果、本研究の解析対象者は463名（有効回答率74.4%）となった。

「ストレスによって起こる心身の反応」は、「活気」「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」の5因子を合わせて「心理的ストレス反応」とし、「身体愁訴」を「身体的ストレス反応」とした。

SOCは年齢とともに緩やかに発達するため（戸ヶ里，2008b），年齢の影響を受けていると考え、SOCと「職業性ストレス簡易調査票」の各因子、BSCPの下位尺度との関連では、年齢を制御変数として偏相関係数を求めた。

SOCと心理的あるいは身体的ストレス反応との関連は、SOCが複数の要因があるなかでも独立して心理的あるいは身体的ストレス反応に関連することを明らかにするために、重回帰分析（強制投入法）で検討した（図1）。回帰モデル1では、目的変数を心理的ストレス反応と身体的ス

トレス反応とし、説明変数をそれぞれSOC-13の総得点、「ストレスの原因と考えられる因子」9因子、「ストレス反応に影響を与える他の因子」4因子、BSCP 6下位尺度、年齢、役職の有無とした。回帰モデル2では、目的変数を心理的ストレス反応と身体的ストレス反応とし、説明変数をそれぞれSOC-13の3下位尺度、「ストレスの原因と考えられる因子」9因子、「ストレス反応に影響を与える他の因子」4因子、BSCP 6下位尺度、年齢、役職の有無とした。役職による影響も大きいと推察される（戸ヶ里，2008a）ため、役職の有無をモデルの説明変数に加えた。

本研究と先行研究における各尺度の平均値の比較には t 検定を行い、1%未満を有意と読み取った。

解析は、統計解析ソフト『SPSS Statistics 19.0』で行った。

4. 倫理的配慮

質問紙は、「職業性ストレス簡易調査票」に関する結果報告を個別に希望する者以外は無記名であり、本研究に同意しない場合であっても不利益を受けないこと、本調査への参加は自発的意思で行われること、また、入力データの保存・保管の方法などを文書で説明し、質問紙の返送をもって研究対象者から同意を得たものとした。

なお、本研究は和歌山県立医科大学倫理委員会の承認後開始した。

II. 結 果

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。年齢の平均値は32.3（標準偏差： ± 9.4 ）歳であった。年齢24歳までが21.4%，25～29歳が32.0%であり、合わせて5割を超えていた。「配偶者あり」と回答した者の割合は25.7%であった。「子供あり」と回答した者の割合は21.2%であった。

臨床経験年数の平均値は9.3（ ± 8.6 ）年であった。臨床経験年数4年までが39.1%，5～9年までが24.8%であり、合わせて6割を超えていた。「役職なし」と回答した者の割合は84.7%であった。

勤務部署（複数回答可）では、主に外科系の病棟（以下、外科系病棟とする）が31.7%でもっとも多く、ついで主に内科系の病棟（以下、内科系病棟とする）が24.4%であった。資格の種類（複数回答可）では、保健師の資格を24.2%の者がもっていた。

2. 対象者の特性

(1) SOC

SOC-13の総得点および3下位尺度の測定結果を表2に

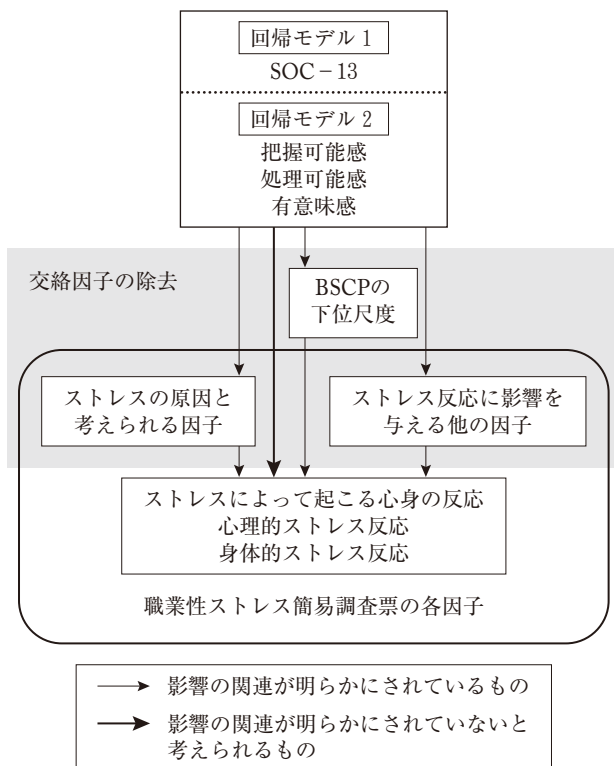


図1 本研究における分析枠組み

表1 対象者の属性

(n = 463)

カテゴリー 項目	例数	%
年齢		
～24歳	99	21.4
25～29歳	148	32.0
30～34歳	58	12.5
35～39歳	54	11.7
40～44歳	41	8.9
45～49歳	27	5.8
50～54歳	19	4.1
55～59歳	12	2.6
60～64歳	3	0.6
無回答	2	0.4
配偶者の有無		
配偶者あり	119	25.7
配偶者なし	344	74.3
子供の有無		
子供あり	98	21.2
子供なし	358	77.3
無回答	7	1.5
臨床経験年数		
～4年	181	39.1
5～9年	115	24.8
10～14年	55	11.9
15～19年	49	10.6
20～24年	31	6.7
25～29年	12	2.6
30～34年	13	2.8
35～39年	7	1.5
役職の有無		
役職あり	64	13.8
役職なし	392	84.7
無回答	7	1.5
勤務部署（複数回答可）		
主に内科系の病棟	113	24.4
主に外科系の病棟	147	31.7
周産期病棟（NICUを含む）	69	14.9
精神科病棟	24	5.2
救急（ICU・CCU・HCUなど）	71	15.3
混合病棟	50	10.8
外来	45	9.7
手術室	33	7.1
その他	8	1.7
資格の種類（複数回答可）		
看護師	463	100.0
保健師	112	24.2
助産師	25	5.4
その他	5	1.1

表2 対象者の特性

(n = 463)

項目 要因	平均値	標準偏差
SOC-13		
総得点	51.9	10.9
把握可能感	19.4	5.0
処理可能感	15.1	4.1
有意味感	17.4	3.9
ストレスの原因と考えられる因子		
心理的な仕事の負担（量）	2.4	0.8
心理的な仕事の負担（質）	1.7	0.8
自覚的な身体的負担度	1.8	0.7
職場の対人関係上のストレス	3.1	0.9
職場環境によるストレス	3.1	1.1
仕事の裁量度	3.0	0.7
技能の活用度	3.1	0.6
自覚的な仕事の適性度	2.7	0.9
働きがい	3.2	1.0
ストレスによって起こる心身の反応		
活気	2.5	1.1
イライラ感	2.8	0.8
疲労感	2.5	0.9
不安感	2.9	1.0
抑うつ感	2.9	1.1
心理的ストレス反応	13.5	3.6
身体愁訴（身体的ストレス反応）	3.1	1.1
ストレス反応に影響を与える他の因子		
上司からの支援度	3.4	0.9
同僚からの支援度	3.2	1.1
家族や友人からの支援度	3.8	1.2
仕事や生活の満足度	2.9	0.7
BSCP		
気分転換	8.0	2.5
積極的問題解決	9.1	2.0
他者への情動発散	4.7	1.7
問題解決のための相談	9.1	2.0
視点の転換	7.1	2.1
回避と抑制	6.5	2.0

示す。SOCの総得点の平均値は51.9（±10.9）点であった。3下位尺度の項目平均値をみると、有意味感（項目平均値：4.4点）、把握可能感（3.9点）、処理可能感（3.8点）の順に高かった。

(2) 「職業性ストレス簡易調査票」の各因子

「ストレスの原因と考えられる因子」の因子別の平均値をみると（表2）、心理的な仕事の負担（質）1.7（±0.8）

点、自覚的な身体的負担度1.8（±0.7）点、心理的な仕事の負担（量）2.4（±0.8）点の順に得点が低かった。

「ストレスによって起こる心身の反応」の因子別の平均値をみると、活気の得点が2.5（±1.1）点、疲労感の得点が2.5（±0.9）点ともっとも低く、ついでイライラ感の得点が2.8（±0.8）点であった。心理的ストレス反応の平均値は13.5（±3.6）点であった。身体的ストレス反応の平均値は3.1（±1.1）点で、心理的ストレス反応を構成する各因子より得点が高かった。

「ストレス反応に影響を与える他の因子」の因子別の平均値をみると、家族や友人からの支援度の得点が3.8（±1.2）点ともっとも高く、ついで上司からの支援度の得点が3.4（±0.9）点であった。

(3) BSCPの下位尺度

下位尺度別の平均値をみると（表2）、積極的問題解決、

問題解決のための相談の得点が9.1 (±2.0) 点と最も高く、ついで気分転換の得点が8.0 (±2.5) 点であった。

3. SOCと「職業性ストレス簡易調査票」の各因子、BSCPの下位尺度との偏相関係数

「ストレスによって起こる心身の反応」において、SOCの総得点、把握可能感、処理可能感、有意味感と心理的ストレス反応との偏相関係数は、順に .628, .525, .547, .515 であり、かなりの正の相関を認めた。同様に身体的ストレス反応との偏相関係数は、順に .368, .337, .317, .269 であり、やや正の相関を認めた。

「ストレスの原因と考えられる因子」の場合、SOCの総得点、把握可能感、処理可能感、有意味感と職場の対人関係上のストレスとの偏相関係数は、順に .371, .303, .354, .279, 同様に仕事の裁量度との偏相関係数は、順に .290, .224, .279, .233, また自覚的な仕事の適性度との偏相関係数は、順に .311, .209, .213, .384 であり、やや正の相関を認めた。SOCの総得点と心理的な仕事の負担(量)との偏相関係数は .202 であり、やや正の相関を認めた。SOCの総得点、有意味感と働きがいとの偏相関係数は、順に .253, .378 であり、やや正の相関を認めた。

「ストレス反応に影響を与える他の因子」の場合、SOCの総得点、把握可能感、処理可能感、有意味感と上司からの支援度との偏相関係数は、順に .297, .206, .286, .269 であり、やや正の相関を認めた。SOCの総得点、有意味感と仕事や生活の満足度との偏相関係数は、順に .432, .419 であり、かなりの正の相関を、家族や友人からの支援度との偏相関係数は、順に .235, .286 であり、やや正の相関を認めた。把握可能感、処理可能感と仕事や生活の満足度との偏相関係数は、順に .353, .326 であり、やや正の相関を認めた。

BSCPの場合、SOCの総得点、有意味感と積極的問題解決との偏相関係数は、順に .243, .291, 同様に問題解決のための相談との偏相関係数は、順に .247, .295, また視点の転換との偏相関係数は、順に .240, .249 であり、やや正の相関を認めた。SOCの総得点、把握可能感、処理可能感と他者への情動発散との偏相関係数は、順に -.269, -.291, -.236 であり、やや負の相関を認めた。SOCの総得点、把握可能感、有意味感と回避と抑制との偏相関係数は、順に -.266, -.235, -.267 であり、やや負の相関を認めた。

4. 心理的あるいは身体的ストレス反応に対する重回帰分析

重回帰分析の結果を表3に示す。説明変数にSOCの総得点を含む場合(回帰モデル1)、心理的ストレス反応に

ついては、SOCの総得点、「ストレスの原因と考えられる因子」の心理的な仕事の負担(量)が有意な正の説明変数であった。身体的ストレス反応については、SOC総得点、「ストレスの原因と考えられる因子」の心理的な仕事の負担(量)が有意な正の説明変数で、年齢が有意な負の説明変数であった。

説明変数にSOCの3下位尺度である把握可能感、処理可能感、有意味感を含む場合(回帰モデル2)、心理的ストレス反応については、把握可能感、処理可能感、有意味感、「ストレスの原因と考えられる因子」の心理的な仕事の負担(量)が有意な正の説明変数であった。身体的ストレス反応については、SOCの把握可能感、「ストレスの原因と考えられる因子」の心理的な仕事の負担(量)が有意な正の説明変数で、年齢が有意な負の説明変数であった。

Ⅲ. 考 察

1. 対象者の属性

年齢では、29歳以下の対象者が5割を超えていた。経験年数では、9年以下の対象者が6割を超えていたことから、対象者は比較的若く、職業経験の少ない看護師が多いと考える。勤務部署(複数回答可)では、対象者の3割程度が一般的な看護の知識や技術を活かして勤務が可能な内科系病棟や外科系病棟で職業経験を得ていたと考える。しかし、高度で専門的な医療を提供するといった勤務施設の特性を考えると、看護の対象となる患者の病態は複雑で、ケアのアウトカム予測が困難な場合が多いことから、自分で業務の順番を決めることや自分のペースで進めていくことが難しく(川口, 2004; 中島, 2008)、ストレス反応が出やすい状況にあった。

2. SOCの状況

眞鍋ら(2012)が大学附属病院の看護職509名を対象にSOC-13を測定した結果では、下位尺度の「有意味感」は4項目、「把握可能感」は6項目、「処理可能感」は3項目となっており、これはAntonovsky(1987/2001, pp.221-225)が示している下位尺度の項目数と異なるため、下位尺度ごとの比較検討はできなかった。そこで、総得点を算出し比較すると、眞鍋ら(2012)の対象者の総得点は、本研究の対象者と比べ有意に高かった。彼らの対象者は、平均年齢が34.9 (±9.5) 歳と高く、臨床経験年数が13.2 (±9.7) 年と長かったことから、このような差がみられたと考える。

竹内・戸ヶ里・山崎(2009)およびTakeuchi & Yamazaki(2010)が首都圏3病院に勤務する女性看護師138名を対象に行なった結果と比較すると、竹内ら(2009)とTakeuchi & Yamazaki(2010)の対象者は本研究の対象者と比べ、SOC

表 3 重回帰分析（強制投入法）による標準化回帰係数（ β ）($n = 463$)

	回帰モデル 1		回帰モデル 2	
	心理的 ストレス反応	身体的 ストレス反応	心理的 ストレス反応	身体的 ストレス反応
SOC-13				
総得点	.424 ***	.305 ***		
把握可能感			.141 **	.192 **
処理可能感			.210 ***	.088
有意味感			.155 **	.070
ストレスの原因と考えられる因子				
心理的な仕事の負担（量）	.235 ***	.116 *	.236 ***	.115 *
心理的な仕事の負担（質）	.045	.035	.046	.035
自覚的な身体的負担度	.043	.028	.041	.032
職場の対人関係上のストレス	.058	-.009	.056	-.008
職場環境によるストレス	.049	.067	.049	.066
仕事の裁量度	.032	-.015	.029	-.015
技能の活用度	-.049	-.020	-.049	-.020
自覚的な仕事の適性度	.071	.020	.072	.022
働きがい	.049	.024	.046	.033
ストレス反応に影響を与える他の因子				
上司からの支援度	.052	.098	.047	.103
同僚からの支援度	.033	-.060	.034	-.065
家族や友人からの支援度	.025	.053	.024	.058
仕事や生活の満足度	.063	.003	.066	.002
BSCP				
気分転換	.056	.032	.058	.035
積極的問題解決	.029	-.015	.032	-.016
他者への情動発散	-.021	-.006	-.024	-.001
問題解決のための相談	.008	-.096	.007	-.093
視点の転換	.048	.036	.049	.037
回避と抑制	-.030	-.052	-.033	-.054
年齢	-.009	-.154 *	.000	-.156 *
役職の有無	.027	.062	.024	.063
調整済み R^2	.513	.145	.513	.143

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$

の総得点、把握可能感、処理可能感、有意味感のいずれも有意に高かった。彼らの対象者が平均年齢36.2（ ± 8.0 ）歳と高く、平均臨床経験年数が12.5（ ± 8.3 ）年と本研究の対象者より長く、役職ありの者は23.9%であること、さらに彼らの対象者は、研究目的に合わせ、仕事以外に家庭生活での母親または妻としての役割を日常的に有する者が選定されていることを反映して、配偶者ありのものが87.0%、子供ありのものが71.0%と多数を占めていたことから、仕事上の役職、あるいは家庭生活での母親または妻としての役割がSOCを高くしたと考える。

3. 「職業性ストレス簡易調査票」の各因子の状況

吉田・山田・森岡（2011）が2公立医科大学附属病院に勤務する卒後2～5年目の看護師199名を対象に行った調査結果と比較すると、本研究における看護師は、卒後2～5年目の看護師に比べ、「ストレスの原因と考えられる因

子」では心理的な仕事の負担（量）、自覚的な身体的負担度、技能の活用度の平均値が有意に高く、これらの要因はストレスの原因になっていなかった。「ストレスによって起こる心身の反応」では不安感の平均値が有意に高く、ストレス反応は低かった。

さらに、大野・下光・中村・横山（2000）が21企業・団体に勤務する成人女性2,185名、平均年齢35.3（ ± 10.2 ）歳を対象に行った結果と比較することにした。ここでは大野ら（2000）が用いている素点換算票を用い、「ストレスの原因と考えられる因子」の場合、「そうだ」1点、「まあそうだ」2点、「ややちがう」3点、「ちがう」4点、「ストレスによって起こる心身の反応」の場合、「ほとんどなかった」1点、「ときどきあった」2点、「しばしばあった」3点、「いつもほとんどあった」4点、「ストレス反応に影響を与える他の因子」の場合、「非常に」1点、「かなり」2点、「多少」3点、「全くない」4点、満足度の場合、「満

足」1点,「まあ満足」2点,「やや不満足」3点,「不満足」4点として得点化し,因子ごとに平均値を求め直した。

本研究の看護師は,一般成人女性に比べ「ストレスの原因と考えられる因子」では心理的な仕事の負担(量)・(質),自覚的な身体的負担度,職場の対人関係上のストレス,働きがいの項目平均が有意に低く,これらの因子がストレスの原因になっていた。一方,職場環境によるストレス,仕事の裁量度,技能の活用度,自覚的な仕事の適性度の項目平均が有意に高く,これらの因子はストレスの原因になっていなかった。「ストレスによって起こる心身の反応」では活気の項目平均が有意に低く,活気は低くなっていた。また,イライラ感,疲労感,不安感,抑うつ感,身体愁訴の項目平均は有意に高く,症状は強く表れていた。「ストレス反応に影響を与える他の因子」では上司・同僚からの支援度の項目平均が有意に低く,支援度は高くなっていた。一方,家族や友人からの支援度,仕事や生活の満足度の項目平均は有意に高く,満足度は低かった。

これらの結果からみると,本研究の対象者は,卒後年数の少ない看護師より技能を活用しているため,心理的な仕事の負担(量)や自覚的な身体的な負担度,不安感は少ないが,一般的な職業についている女性よりストレス要因・ストレス反応は多いと考える。

4. BSCPの下位尺度の状況

上田・古川・小林(2006)は,平均年齢29.4(±7.4)歳,平均在職年数6.9(±5.7)年のスタッフナース422名を対象に行った調査のなかで,コーピング尺度の測定結果を報告している。下位尺度から判断して,この尺度はBSCPと考えられる。そこで,この報告結果と比較すると,本研究の対象者は積極的問題解決,問題解決のための相談は有意に高く,視点の転換は有意に低かった。このことから,本研究の対象者は,ストレスを認知したときに視点を変えることは少ないが,問題解決に積極的に取り組み,相談しようとする特徴があった。本研究の対象者は,上田ら(2006)の対象者と比べて年齢や臨床経験年数にほとんど差はない。しかし,内科系病棟や外科系病棟で働いている者が多いことから,看護師として一般的な看護の知識や技術を活かして勤務が可能であり,時間的にも余裕が生まれ,問題解決への取り組む姿勢も積極的になり,積極的な問題解決や相談行動につながりやすいと考える。この職業経験の差が問題解決への取り組み方に差を与えたと考える。

5. 偏相関係数からみたSOCと「職業性ストレス簡易調査票」の各因子・BSCPの下位尺度との関連

偏相関係数からSOCと「ストレスによって起こる心身の反応」との関連をみると,心理的ストレス反応にかなり

の正の相関を,身体的ストレス反応にやや正の相関を認めた。この結果は,SOCがストレス反応を下げるとする報告(Antonovsky, 1987/2001, pp.19-39)を支持していた。

一方,SOCが高いと「ストレスの原因と考えられる因子」の心理的な仕事の負担(量),職場の対人関係上のストレスは少なく,仕事の裁量度,自覚的な仕事の適性度,働きがいは多かった。そして,SOCが高いと「ストレス反応に影響を与える他の因子」の上司や家族や友人からの支援度,仕事や生活の満足度は高かった。さらに,SOCが高いとストレス対処として情動の発散や回避と抑制を用いることが少なく,積極的問題解決,問題解決のための相談,視点の転換を用いることが多い,すなわち適切なストレス対処が行われていた。これらの結果は,Antonovsky(1987/2001, pp.103-148)が一般成人を対象者として述べているように,看護師においても,SOCが高いと,ストレスに遭遇したとき,人的・物的資源を動員し,ストレスを認識・処理し,ストレスに立ち向かい,ストレスを少なくしていると考えられる。

6. 重回帰分析によるSOCと心理的あるいは身体的ストレス反応との関連

SOCは「ストレスの原因と考えられる因子」の心理的な仕事の負担(量),年齢と同様に,心理的ストレス反応,身体的ストレス反応と有意に関連していた。すなわち,「ストレスの原因と考えられる因子」9因子,「ストレス反応に影響を与える他の因子」4因子,BSCP 6下位尺度,年齢,役職の有無で補正しても,SOCは独立して「ストレスによって起こる心身の反応」に関連する要因であった。先行研究の多くは,SOCとストレス反応の関連性を検討しているが,交絡因子が十分補正されておらず,本研究のようにSOCとストレス反応との関連を多くの交絡因子で補正を行った検討は見当たらない。今回の結果から,SOCがこれまで関連していると明らかになっている要因と独立してストレス反応に関連する要因であることは,SOCが直接ストレス反応を少なくする可能性を示している。

今回は,心理的ストレス反応を低くする要因として,把握可能感,処理可能感,有意味感の3下位尺度すべてが関連していたことから,把握可能感,処理可能感,有意味感それぞれあるいはいずれかを高めることでストレス反応を少なくできる可能性がある。把握可能感は一貫性のある体験から育まれるため(戸ヶ里, 2008b),上司・同僚などより適切なフィードバックが受けられる職場支援の継続が望まれる。処理可能感は人的・物的資源をうまく使いこなす体験から育まれるため(戸ヶ里, 2008b),安心感のある職場環境のなかで業務に臨めるような職場支援が望まれる。

有意味感、自ら考え結果を導く体験から育まれるため (戸ヶ里, 2008b), 看護師が目標達成を積み重ねていけるような職場支援の継続が望まれる。

7. 本研究の限界

本研究の限界として、第一に、今回の調査は1公立医科大学附属病院に勤務する女性看護師を対象とした調査であり、看護師すべての特徴を網羅しているとはいえない。よって、同様の調査を他施設の看護師に対しても行い、汎化する必要がある。第二に、今回の研究は1時点をとらえた横断研究であり、SOCの研究で課題になっている“SOCの発達”は問えない。成人期のSOCの発達には職業要因が関与することから (Antonovsky, 1987/2001, pp.103-148), 看護師のSOCの発達と職業経験との関連を考えるためには、縦断研究により経年で集団を追跡し、看護師のSOCの発達にかかわる職業要因を明らかにする必要がある。

結 語

本研究では、1公立医科大学附属病院に勤務する女性看護師463名を対象に、SOCとストレス反応との関連、さらにストレス反応に影響する要因との関連を検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. SOCは「ストレスによって起こる心身の反応」の心理的・身体的ストレス反応と有意に関連していた。
2. SOCは、「ストレスの原因と考えられる因子」の心理的な仕事の負担 (量)、職場の対人関係上のストレス、仕事の裁量度、自覚的な仕事の適性度、働きがいとは正の関連性、「ストレス反応に影響を与える他の因子」の上司や家族や友人からの支援度、仕事や生活の満足度とは正の関連性、ストレス対処の情動発散や回避と抑制とは負の関連性、積極的問題解決、問題解決のための相談、視点の転換とは正の関連性を示していた。
3. 「ストレスの原因と考えられる因子」9因子、「ストレス反応に影響を与える他の因子」4因子、BSCP 6下位尺度、年齢、役職の有無で補正しても、SOCは心理的な仕事の負担 (量)、年齢と同様に、心理的・身体的ストレス反応と有意に関連していた。

以上のことから、看護師のSOCは、ストレス反応に影響する要因とは独立してストレス反応を少なくする要因の一つと考えられた。

謝 辞

本研究にご理解・ご協力いただきました看護部長をはじめとして、看護師の皆さまに深謝いたします。

要 旨

目的: 看護師のSOCとストレス反応との関連、さらにストレス反応に影響する要因との関連を検討した。

方法: 病院に勤務する女性看護師463名に、無記名自記式質問紙法でSOC, 「職業性ストレス簡易調査票」, ストレス対処特性, 属性を尋ねた。SOCとストレス反応, ストレス反応に影響を与える要因との関連性は年齢を制御変数とした偏相関係数で検討した。さらに、目的変数をストレス反応とし、説明変数をSOC, ストレス反応に影響する19項目、年齢、役職の有無とした重回帰分析で、SOCとストレス反応の関連を検討した。

結果: SOCはストレス反応, ストレス反応に影響する要因と有意に関連していた。さらにSOCは、ストレス反応に影響する要因、年齢と役職の有無で補正しても、ストレス反応と有意に関連していた。

考察: 看護師のSOCは、ストレス反応に影響する要因とは独立してストレス反応を少なくする要因の一つと考えられた。

Abstract

To clarify a possible association of Sense of Coherence (SOC) with stress reactions and their related factors, this study incorporated an anonymous questionnaire survey on 463 female nurses (average age 32.3 years) in a hospital in Japan.

The questionnaire consisted of SOC, Brief of Job Stress Questionnaire, Brief Scales for Coping Profile and characteristics. Judging from partial correlation coefficient corrected for age, SOC was significantly related to stress reactions (psychiatric symptoms and somatic symptoms) and their related factors (stressors and influential factors of Brief of Job Stress Questionnaire, and subscales of Brief Scales for Coping Profile). Multiple linear regression analysis was used to find factors relevant to stress reactions. The dependent variable was set to the points of the stress reactions. The independent variables were set to the scores of SOC and 19 factors related to stress reactions, age and appointment.

The results showed that SOC had a significant association with stress reactions along quantitative overload, one of the factors related to stress reactions, and age. It follows that SOC could possibly be an independent factor to decrease the stress reactions of nurses.

文 献

- Antonovsky, A. (1987)／山崎喜比古, 吉井清子 監訳 (2001). 健康の謎を解く ― ストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京: 有信堂高文社.
- 枝さゆり, 辰巳有紀子, 野村美紀 (2007). 救急看護師のSense of Coherenceとストレスのバーンアウトとの関連. 日本救急看護学会雑誌, 8(2), 32-42.
- 井奈波良一, 井上真人 (2011). 女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係. 日本職業・災害医学会会誌, 59(3), 129-136.
- 岩谷美貴子, 渡邊久美, 國方弘子 (2008). クリティカルケア領域の看護師のメンタルヘルスに関する研究 ― 感情労働・Sense of Coherence・ストレス反応の関連 ―. 日本看護研究学会雑誌, 31(4), 87-93.
- 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子 (2003). 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連. 大分看護科学研究, 4(1), 1-10.
- 影山隆之, 小林敏生, 河島美枝子, 金丸由希子 (2004). 勤労者のためのコーピング特性簡易尺度(BSCP)の開発 ― 信頼性・妥当性についての基礎的検討. 産業衛生学雑誌, 46, 103-114.
- 梶原睦子, 八尋華那雄 (2002). 看護師のストレスとストレス対処の特徴. 山梨医大紀要, 19, 65-70.
- 川口貞親 (2004). 職場領域におけるストレスマネジメント(2). 坂野雄二 (監), 嶋田洋徳, 鈴木伸一 (編): 学校・職場・地域におけるストレスマネジメント実践マニュアル. pp.113-134, 京都: 北大路書房.
- 小林裕美, 乗越千枝 (2005). 訪問看護師のストレスに関する研究 ― 訪問看護に伴う負担と精神健康状態 (GHQ) および首尾一貫感覚 (SOC) との関連について. 日本赤十字九州国際看護大学Intramural Research Report, 4, 128-140.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984)／本明 寛, 春木 豊, 織田正美 (1991). ストレスの心理学 ― 認知的評価と対処の研究. 東京: 実務教育出版.
- 眞鍋えみ子, 小松光代, 和泉美枝, 倉ヶ市絵美佳, 橋元春美, 北島謙吾, 岡山寧子 (2012). 大学附属病院の看護師におけるSense of Coherenceと労働環境満足度・看護臨床能力との関連. 日本看護研究学会雑誌, 35(2), 19-25.
- 松浦和代 (2009). 新人看護師の職業性ストレス反応と「自己決定型学習の準備性」に関する検討. 北海道大学大学院教育学研究紀要, 109, 93-107.
- 森 俊夫, 影山隆之 (1995). 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査. 産業衛生学雑誌, 37, 135-142.
- 中島正世 (2008). 看護師のストレス対処法に関する検討. 横浜創英短期大学紀要, 4, 41-48.
- 大野 裕, 下光輝一, 中村 賢, 横山和仁 (2000). 「ストレス測定」研究グループ報告. 加藤正明, 下光輝一 (編): 労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書, 126-139.
- 坂野純子 (2007). ストレスと対処. 山崎喜比古, 朝倉隆司 (編): 生き方としての健康科学 (第4版). pp.22-29, 東京: 有信堂高文社.
- 清水晶子 (2006). 看護師のユーモアと笑い及びユーモアを用いたストレスコーピングに関する考察. 笑い学研究, 13, 85-90.
- 下光輝一 (主任研究者) (2005). 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル ― より効果的な職場環境等の改善のために ―. 平成14～16年度厚生労働省科学研究費補助金労働安全衛生総合研究【職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究】総合報告書, pp.93-133.
- 竹内朋子, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2009). 看護師のSOCと職場のあり方 ― いきいきとした看護師を支える職場要因の検討 ―. 看護研究, 42(7), 517-526.
- Takeuchi, T. and Yamazaki, Y. (2010). Relationship between work-family conflict and sense of coherence among Japanese registered nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(2), 158-168.
- 戸ヶ里泰典 (2008a). SOCの形成要因. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編): ストレス対処能力SOC. pp.39-53, 東京: 有信堂高文社.
- 戸ヶ里泰典 (2008b). 成人のSOCは変えられるか. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編): ストレス対処能力SOC. pp.55-67, 東京: 有信堂高文社.
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2009). SOCスケールとその概要 ― SOCスケールの種類と内容・使用上の注意点・課題 ―. 看護研究, 42(7), 505-516.
- 津野 (住川) 陽子 (2008). SOCと社会. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編): ストレス対処能力SOC. pp.91-99, 東京: 有信堂高文社.
- 宇田賀津, 森岡郁晴 (2011). 救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因. 産業衛生学雑誌, 53(1), 1-9.
- 上田恵美子, 古川文子, 小林敏生 (2006). スタッフナースの健康関連QOLに職業性ストレス要因, 緩衝要因, 個人要因が及ぼす影響. 日本看護研究学会雑誌, 29(5), 39-47.
- 吉田えり, 山田和子, 森岡郁晴 (2011). 卒後2～5年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 65-72.

〔平成24年11月15日受 付〕
〔平成25年10月3日採用決定〕

在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握に 訪問看護師が必要とする情報

Information Required by Visiting Nurses to Respect the Wishes of Elderly People
Being Cared for at Home Regarding End-of-Life Care

高橋 方子¹⁾ 布施 淳子²⁾
Masako Takahashi Junko Fuse

キーワード：訪問看護師，高齢者，終末期医療，意思，情報

Key Words：visiting nurse, elderly people, end-of-life care, will, information

緒 言

高齢化社会を迎えつつあるわが国において、終末期医療のあり方については長きにわたり議論が繰り広げられ、厚生労働省においては1987年から2007年までに計4回の終末期医療に関する検討会が開催され、また1993年、1998年および2007年には終末期医療に関する国民の意識調査が行われてきた（厚生省・日本医師会，1989；厚生省健康政策局総務課，2000；厚生労働省，2004；永池，2008；日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会，2006）。これらの検討会や意識調査結果から、2007年9月には国レベルで初めて「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が作成された（永池，2008；厚生労働省，2007；日本医師会第Ⅹ次生命倫理懇談会，2008）。このガイドラインには、終末期医療の決定は患者の意思を基本とすることが明記されており、終末期医療における意思の尊重がきわめて重要であることが示された。しかし、高齢者は自分の意思を十分表現できないことも多く（日本老年医学会，2001）、超高齢社会を迎えつつあるわが国において、今後増加が予測される在宅療養高齢者の意思を尊重する方策については早急に検討すべき課題であると考えられる。

終末期医療に対する意思を尊重するうえではその意思の把握が当然必要となるが、本人の意思を把握するための方策として米国においては“バリューズヒストリー（values history）”が用いられている。このバリューズヒストリーは終末期医療の意思決定の根拠となる価値観を示すものであり、その内容は自分の健康に対する考え方担当医や介護者の役割に関する考え、個人的な人間関係および人生に対する姿勢などの計10分野から構成される（Lambert, Gibson, & Nathanson, 1990）。バリューズヒストリーの

開発にあたっては、患者が事前に終末期医療に対する自分の意思を示す方法であるアドバンスディレクティブ（advanced directive, 事前指示）の問題点が契機となった。それは、アドバンスディレクティブは早い段階での意思の表明は実際には役に立たないということや意思決定に至ったプロセスが不明瞭ということであり、また法制化されているにもかかわらず実際アドバンスディレクティブを残していない人が多い（Peters & Chiverton, 2003）という指摘である。これらの改善策として開発されたバリューズヒストリーは、そこに提示されている質問内容に回答することで、自分が意思決定をする際に重要としている価値観を顕在化させ意思決定を促し、また本人以外の代理人でも示された価値観を用いて本人が望むと思われる選択が可能となっている（Lambert et al., 1990）。

一方、わが国においては在宅療養高齢者のなかでアドバンスディレクティブを残している人は少なく、最近の全国訪問看護ステーションを対象とした調査でも在宅死に関する意向は本人による文書での表明は0.5%ときわめて少なく、口頭での表明でも24.1%であったと報告されている（近藤，2004）。在宅療養高齢者の場合、終末期がいつからかが不明瞭で、さらに在宅療養高齢者自身に終末期という見通しが立たないことも多く（西浦ら，2005）、またコミュニケーション能力の有無にかかわらず本人が意思表示をすることも少なく（高橋・布施，2012）、現状では意思把握の実践は比較的困難であると考えられる。

しかし、このような状況においても訪問看護師は日々の在宅療養看護のなかで在宅療養高齢者の思いや考えを把握し自己決定ができるような支援をしているとの報告（村松・川越，2001；園田・石垣，2007；2009）が散見される。とくに意思表示をしない患者の意思を訪問看護師が顕

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

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

在化したり意思を推しはかる場合は、バリューズヒストリーで示されるような意思把握に必要な意思決定の根拠となる情報を訪問看護師は巧まずして日常経験的に把握していると推測されるが、そのような情報収集に関する研究はほとんど行われていない。したがって、意思把握に必要な情報を明らかにすることは訪問看護師の情報収集の標準化となり、さらには在宅療養高齢者の意思把握が促進され、かつ定着し、本人の意思を尊重した在宅医療の提供に貢献できると考えられる。

I. 研究目的

本研究は、本人の意思に添う終末期医療の提供ができたと訪問看護師が判断した事例から、訪問看護師が在宅療養高齢者の終末期医療の意思把握に必要な情報を抽出することを目的とした。

II. 用語の定義

1. 終末期

病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態（日本老年医学会、2001）。

2. 終末期医療

痛みやその他の身体的症状を和らげるのみならず、患者の心理的・精神的な要求を真摯に受け止め、援助し、患者のQOLを維持・向上させる医療（日本老年医学会、2001）。

3. 終末期医療に対する意思

自分の理解力と思考能力、考え方に基づいて回復が望めない状態になったときの治療方針や医療処置、臨終を迎える場所、医療代理人に関してどうしたいと思うこと（Hackethal, 1988/1996；田中、2008）。

III. 研究方法

1. 対象者

意思把握に必要な情報を抽出するにあたり、その対象には在宅療養高齢者の終末期医療に直接携わり、とくに看取りに力を入れている訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師が適切と考え、A市の在宅療養支援診療所の医師に研究の主旨を説明し、同医師から紹介された訪問看護ステーション（4機関）の訪問看護師5名を対象とした。訪問看護ステーション所長に許可を得たうえで、訪問看護師

に研究の趣旨を説明し、自由意思で研究参加を表明した看護師を対象とした。

2. データ収集

データ収集期間は2010年4月から6月で、データ収集は非構造化面接により行った。面接に際しては、前もって各訪問看護師に面接日から過去1年以内に死亡した患者に対して、本人の意思に添う終末期医療の提供ができたと認識した1事例を選択してもらった。そして、面接時にその事例に関する終末期医療の提供に必要な情報について説明してもらうことをあらかじめ依頼しておいた。

面接の実施にあたっては、初めにその事例の基本情報として性別、年齢、障害のある高齢者の日常生活自立度判断基準による寝たきり度（高橋、2008）、認知症の有無、訪問看護開始時に罹患していた疾患、医療処置の内容、主介護者や家族構成、訪問看護ステーションとしてかかわった期間および死亡場所の事例の状況を確認し、本人の意思に添う終末期医療の提供ができたかと判断した理由を質問した。そして訪問看護師がどのような情報から本人の意思に添う終末期医療の提供を考えたかを自由に語れるように、「本人の意思に添う終末期医療の提供に必要な情報についてのあなたの考えを聞かせてください」という質問から始め、訪問看護師の語りに合わせて不明な個所を質問や確認をする形式で行った。なお、平均面接時間は54.2±8.3分であった。

3. 分析方法

訪問看護師による語りを逐語録に起こし、質的記述的研究方法（Polit & Beck, 2004/2010；グレッグ、2007；谷津、2010）により分析し意思把握に必要な情報を抽出した。訪問看護師が認識したこれらの情報を、その記述の意味を損なわない範囲内で区切り、抽出し、要約した。要約した内容は、終末期医療の意思把握に必要な情報という視点から類似点と相違点を比較しながら類型化し、サブカテゴリー化した。さらに、サブカテゴリーを内容別に類型化して抽象度を高めカテゴリー化し、ラベリングを行った。なお、この類型化やラベリングにおいてはバリューズヒストリーの内容も参考にした。また、分析のすべての過程で随時逐語録に戻り検討を繰り返すことで、分析内容の適切性を高めた。さらに、データ分析の信頼性・妥当性を高めるために、要約やカテゴリー化およびラベリングなどが適切に行われているかどうかについて、質的研究に精通した研究者から一連の分析過程に対するスーパーバイズを受けた。分析した結果は対象者に提示して、語られた意図と異なっていないかを分析過程および分析終了後の2回の確認を行い、再度分析結果の見直しを行った。

また、本研究から抽出された情報とバリューズヒスト

リー（Lambert et al., 1990）の内容との類似性についても比較検討を行った。なお、比較検討にあたっては、本研究から抽出された意思把握に必要な情報は訪問看護師を対象としたものであり、一方、パリューズヒストリーは自分が判断力を失った状況を想定し本人が考えるものであるため、両者間で視点が若干異なるという点を考慮し、内容が類似していると考えられる範囲内で検討した。

4. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号118号）。研究者は訪問看護ステーション管理者および対象者に、研究目的や研究方法等の研究内容、研究参加を拒否する権利、そして研究に参加による不利益を書面にて説明し、参加者の自由意思で研究参加を決定できるように配慮した。対象者には同意書に署名をしてもらうことで、説明内容の理解を含め、研究協力・参加の意思を確認した。面接内容はICレコーダに録音する許可をあらかじめ得た。なお、対象者が特定されないように、逐語録作成段階から固有名詞は匿名化し、録音内容は逐語録作成後に消去した。また、対象者の属性は研究に必要な最小限の内容を用い、個人情報およびプライバシーの保護に努めた。

IV. 結 果

1. 対象者の属性および事例の状況

対象である訪問看護師の属性および事例の状況については表1に示した。5名の訪問看護師の性別は全員女性で、

平均年齢 $\pm$ SDは45.4 $\pm$ 5.4歳、平均訪問看護経験年数 $\pm$ SDは8.8 $\pm$ 5.3年であった。事例については、このうち2名の対象者が重複して語っていたため最終的には4事例となった。事例の性別は4事例とも男性で、平均年齢ISDは77.6 $\pm$ 8.2歳だった。4事例全例に認知症はみられず、厚生省による「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」（1991年）ではJ1が2名、A2が2名で全例ほぼ自立していた。4事例とも何らかのがんに罹患しており、医療処置の内容については事例1は末梢点滴、事例2は人工肛門、事例3は酸素マスクを認めたが、事例4では医療処置はなかった。終末期であることの告知は、4事例ともに明確には伝えられていなかった。なお、訪問看護師がかかわった期間は事例1および事例3が2週間、事例2は1年間、事例4は4年間であった。

2. 終末期医療の意思把握に必要な情報

意思決定能力のある在宅療養高齢者の場合、訪問看護師は本人の特徴に関する情報、健康管理に関する情報、終末期医療に対する意思に関する情報の3つの視点から終末期医療の意思把握に必要な情報を認識していた。また、意思把握に必要な情報としては8カテゴリーが抽出された。結果は表2～表4に示した。[] はカテゴリーを、〈 〉 はサブカテゴリーを、『 』 はコードを、「 」 はデータを示す。以下、それぞれの視点ごとに説明を加える。

a. 本人の特徴に関する情報（表2）

本人の特徴に関する情報は、[生き方][意思決定][宗教・葬式]の3つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容は以下のとおりである。

表1 対象者の属性および事例の状況

	対象者	a	b	c	d	e
訪問看護師	年齢	40代	40代	40代	50代	30代
属性	訪問看護師経験年数	6年	6年	17年	11年	4年
	看護師経験年数	19年	18年	4年	20年	11年
語られた事例		事例1	事例1	事例2	事例3	事例4
性別		男	男	男	男	男
年齢		72	72	72	82	90
寝たきり度*		J1	J1	J1	A2	A2
認知症		なし	なし	なし	なし	なし
主な疾患		肝細胞がん C型肝炎 糖尿病 食道静脈瘤	肝細胞がん C型肝炎 糖尿病 食道静脈瘤	大腸がん 腎不全 躁病 心疾患	食道がん 肺転移	大腸がん 誤嚥性肺炎
主な医療処置		末梢点滴	末梢点滴	人工肛門	酸素マスク	なし
主介護者		次女	次女	ヘルパー	妻、長女、次女	妻
家族構成		妻、次女夫婦、孫	妻、次女夫婦、孫	一人暮らし	妻、長男、孫	妻
関った期間		2週間	2週間	1年	2週間	4年
死亡場所		自宅	自宅	自宅	自宅	自宅

*障害のある高齢者の日常生活自立度判断基準による寝たきり度（厚生省による）

表2 本人の特徴に関する情報

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
生き方	ともに過ごしたい人	家族と過ごす (a) (d)
		仕事仲間と過ごす (d)
		信頼しているヘルパーに支えられる (c)
	安心できる環境	家族の気配を感じる事の出来る環境 (e) (d)
		家族と居られる環境 (d)
		今まで自分が過ごしてきた歴史のある環境 (e) (d)
	その人が望む生活	自分の好きなように暮らす (e) (c)
		普通に暮らす (c)
	大事にしたい事	自分の家に対する愛着 (c) (d)
		家族が悲しまない事 (d)
		家族が困らない事 (d)
	責任を果たしたい事	妻の介護に対する責任 (a) (b)
		患者家族会に対する責任 (a) (b)
		祖父の役割 (a)
		父親の役割 (d)
		長男の役割 (c)
	好きな活動	趣味 (d)
		楽しみ (d)
意思決定	意思の強さ	意思の明確さ (a) (c)
		家で暮らす事へのこだわり (c)
		自分の意思を通す状況 (c)
		意思の一貫性 (e)
		意思のゆるぎなさ (e)
	意思決定の特徴	夫婦で相談して決める (e)
		父の意思を尊重する (b)
		本人の意思が最優先 (a)
	コミュニケーションの特徴	コミュニケーション能力の高さ (e)
		自分からは意思表示をしない (d)
宗教・葬式	宗教による影響の有無	宗教による影響の有無 (e) (d)
	葬式の準備	葬式の段取り (d) (e)
		葬式の希望 (d)
		戒名についての希望 (d)
	墓の準備	墓の購入 (d)
		墓地の選択理由 (d)

[注] () は対象者

(1) 【生き方】

「生き方」は〈ともに過ごしたい人〉〈安心できる環境〉〈その人が望む生活〉〈大事にしたいこと〉〈責任を果たしたいこと〉および〈好きな活動〉の6のサブカテゴリーから構成された。以下、各サブカテゴリーの内容を示す。

(a) 〈ともに過ごしたい人〉

訪問看護師は「天井だけでなく庭を見ながら、介護が必要な妻の様子もわかり、孫たちをはじめ大事な家族といっしょに生活できることがうれしい、と言っていた。(a)」 「家族といる事が好きで、本人にとってはいちばん。(d)」ということから『家族と過ごす』こと、「仕事仲間がいっしょの地域に住んでいて皆でいっしょにお墓も見に行った(d)」という内容から『仕事仲間と過ごす』こと、そして「介護者のヘルパーとの関係も穏やかで、リングをすって食べさせてもらい、冗談を言ったり、家族といるようだった(c)」ということからは『信頼しているヘルパーに支えられる』というように〈ともに過ごしたい人〉を把握していた。

(b) 〈安心できる環境〉

同様に看護師は「夫婦二人暮らしで、平屋建てで、どこにいても声の届くような家だった(c)」 「自分が育てた孫の、朝、行ってくるねという声が聞こえるだけでも安らぎの場となる(d)」ということから『家族の気配を感じる事のできる環境』、「自宅であれば家族が24時間傍にすることが出来る(d)」という内容から『家族と居られる環境』、そして「母親が使っていたポータブルトイレが残っているなど、自宅で過ごした母親のことが感じられる家だった。(e)」 「何十年も家族と住んできた家(d)」ということからは『いままで自分が過ごしてきた歴史のある環境』を認識していた。

表3 健康管理に関する情報

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
健康	ADLの状態	食事の様子 (a)
		排泄の方法 (b)
		清潔ケアの方法 (b)
		歩行のレベル (b)
		徐々に低下していく日常生活動作 (d)
	現病歴	罹患している病気とその程度 (c) (e)
		罹患している疾患が発見されるにいたった経過 (c)
		治療内容の変遷 (d)
	自覚症状	自覚症状の有無 (e)
		本人が感じている苦痛の程度 (b) (e)
	病気との向き合い方	苦しい症状と向き合う患者の姿勢 (b)
		薬の管理方法 (d)
	病気に対する認識	治療に対する本人の認識 (c)
		実際の病状と本人の認識の違い (c)
		本人の健康観 (d)
余命	告知をされていない状況	本人に告知されていないという事実 (c)
		本人ではなく家族に事実が説明される状況 (c)
	余命に対する認識	死亡時期の予測 (a)
		終末期について話合った時期 (b)
	亡くなるとわかっていたと思う根拠	ADLの低下の自覚 (d)
		治療の効果がなく悪化していく自覚 (a) (b)
		退院は無理という主治医の話 (b)
		治療がないと伝えられたこと (d)
介護費用	介護にかかる費用の方針	介護にかかる費用の方針 (e) (c)
	介護費用の負担者	年金からの負担 (a)
		親族からの援助 (c)
医療・ケアチームとの関係	受診状況	在宅往診医の診療と病院診療の両方を選択する (a)
		疾患ごとに通院する (c)
		病態変化時の受診が困難 (c)
	主治医の選択理由	疾患ごとの担当医の中でひとりの医師を主治医と決めていた状況 (c)
		往診医を断る患者の意思 (c)
		往診医を受け入れた経過 (c)
	主治医に対する信頼	本人が最も信頼を寄せる主治医の存在 (c)
		主治医の対応に対する満足 (e)
	訪問看護に求める役割	医療処置や夜中の対応に対する安心 (a)
		人工肛門の管理 (c)
	他のケアチームとの関係	ケアチームの担当者に対する満足 (e)
		ケアマネージャーが担当になった経緯 (d)
		本人に対するケアマネージャーの役割の説明 (d)

[注] () は対象者

表4 終末期医療の意思に関する情報

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
終末期医療に対する意思	治療に対する本人の意思	本人の医療に対する方針 (c) (e)
		本人の希望を上回る治療の必要性 (c) (e)
	自宅で過ごしたいという本人の意思	治療よりも自宅に帰りたいという本人の意思 (d)
		どんなことがあっても自宅にいる (c)
		自宅で療養したい気持ちの背景 (e) (d)
	医療処置についての本人・家族の同意	医療者に判断してほしい内容 (a) (b)
		家族による医療処置の選択 (d)
		医療処置に対する本人・家族の納得 (a) (b)

[注] () は対象者

(c) 〈その人が望む生活〉

訪問看護師は「むせるようになっていたが好きなビールはどうしても飲みたいというし、食事がとれなければアイスなど好きなものを食べていた (e)」「食事療法などの制限をしないで、自分の好きなように暮らす (c)」ということから『自分の好きなように暮らす』ことや、「自分の家の風呂に入り普通に生活したいと話していた (c)」という内容からは『普通に暮らすこと』というように〈その人が望む生活〉について把握していた。

(d) 〈大事にしたいこと〉

訪問看護師は「はってでもトイレに行く様子から、自分の家のトイレに入りたいという自分の家に対する愛着を感じた (c)」「どんな立派な部屋よりも住み慣れた自分の家のベッドに寝ることができるのがいちばん、と話していた (d)」という内容から『自分の家に対する愛着』、「最期の別れが近くなっても家族に何で泣くのといい、皆で酒を飲んだ (d)」ということから『家族が悲しまないこと』、そして「葬式や墓のことまで段取りがしてあって、家族がそのなかから選択すればいいように本人が準備してあった (d)」という内容からは『家族が困らないこと』を認識していた。

(e) 〈責任を果たしたいこと〉

同様に、看護師は「病気の妻の介護をしたいということから退院の大きな理由だった (a)」「退院は無理だといわれても、妻を看たいという気持ちが強く退院してきた (b)」ということから『妻の介護に対する責任』、「妻の病気の会の会長だった (a)」「患者家族会に出席できない自分の状況を連絡し最期まで仕事の責任を果たそうとしていた (b)」という内容からは『患者家族会に対する責任』、「就職する孫にスーツを買ってあげることやいっしょに買い物することなど、退院したらしようと思ったことがほとんどやれた (a)」ということから『祖父の役割』、「お舅の見舞いに酸素をしながらも起きて茶の間に行き挨拶をした (d)」ということからは『父親の役割』、そして「独身ではあったが、長男として家を守ってきた (c)」という内容からは『長男の役割』というように、本人の〈責任を果たしたいこと〉の内容を把握していた。

(f) 〈好きな活動〉

訪問看護師は「82歳まで山菜を採りに行くなど、山歩きをしていた (d)」「洋画のビデオが好きでだいたいの時間は洋画のビデオを見ていた (d)」という内容からはその人の『趣味』や、「お酒が好きで宴会するのが大好きな人だった (d)」ということからは『楽しみ』のように、その人にとって〈好きな活動〉を把握していた。

(2) [意思決定]

[意思決定] は〈意思の強さ〉〈意思決定の特徴〉および

〈コミュニケーションの特徴〉の3つのサブカテゴリーから構成された。各サブカテゴリーの内容は以下のとおりである。

(a) 〈意思の強さ〉

訪問看護師は「自宅で暮らしたいという意思がとてものはっきりしていた (c)」「意思がはっきりしていたので、かわりやすかった (a)」という内容から『意思の明確さ』、「とにかく家で暮らしたい (c)」ということから『家で暮らすことへのこだわり』、「病状の悪化に伴い入院を勧めても聞き入れず自宅がいいという意思があった (c)」という内容からは『自分の意思を通す状況』、「悪化したときの状況を仮定して質問しても、毎回同じ意思を示す答えが返ってきた (e)」ということからは『意思の一貫性』、そして「いろいろな質問をしても絶対に何もしないと思いは揺るがなかった (e)」ということからは『意思のゆるぎなさ』について認識していた。

(b) 〈意思決定の特徴〉

同様に、看護師は「夫婦で何年も前から終末期の過ごし方を相談していたと思う (e)」ということからは『夫婦で相談して決める』、「介護者 (娘) は、父がそういつているからとしょっちゅう口にし、父親の意思を尊重していた (b)」という内容から『父の意思を尊重する』、そして「病気に関する決定は本人の決定がいちばんだったので、本人が余命を聞かないので家族も聞かなかった (a)」ということからは『本人の意思が最優先』であることを把握していた。

(c) 〈コミュニケーションの特徴〉

訪問看護師は「しっかりした人で、問えば自分の意思が返ってくる (e)」というように『コミュニケーション能力の高さ』や「聞けば話すが、自分からはあまり話をしない口数の少ない方だった (d)」というように『自分からは意思表示をしない』ことを把握していた。

(3) [宗教・葬式]

[宗教・葬式] は〈宗教による影響の有無〉〈葬式の準備〉および〈墓の準備〉の3つのサブカテゴリーから構成された。以下、各サブカテゴリーの内容を示す。

(a) 〈宗教による影響の有無〉

訪問看護師は「宗教や信仰で何か特別なことはなかった (e)」「(宗教や信仰は) 何にもないですね (d)」ということから〈宗教による影響の有無〉を認識していた。

(b) 〈葬式の準備〉

訪問看護師は「墓を購入し葬式会社も決めておき、残された家族は選択をするだけでいいように本人が準備をしていた (d)」「本人と妻で、葬式を含め死を迎えていくことについて話合うことができていた (e)」ということから『葬式の段取り』、「家族と近い親族だけで葬式をしてほしいと長男に伝えていた (d)」ということからは『葬式の

希望』,そして「本人が残された家族の大変さを考えて戒名についての希望を息子に伝えていた (d)」という内容からは『戒名についての希望』というように、〈葬式の準備〉について把握していた。

(c) 〈墓の準備〉

同様に、看護師は「先祖代々の墓はないので、自分たちが最初だと思い購入していた (d)」ということから『墓の購入』や「昔の仕事仲間が同じ地域に土地を買い住んでいるので、お墓もみんなで見に行き買って買っていたと思う (d)」ということからは『墓地の選択理由』のように〈墓の準備〉について認識していた。

b. 健康管理に関する情報 (表3)

健康管理に関しては「健康」「余命」「介護費用」および「医療者・ケアチームとの関係」の4カテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容は以下のとおりである。

(1) 「健康」

「健康」は〈ADLの状態〉〈現病歴〉〈自覚症状〉〈病気との向き合い方〉,そして〈病気に対する認識〉の5つのサブカテゴリーで構成された。以下、各サブカテゴリーの内容を示す。

(a) 〈ADLの状態〉

訪問看護師は「自宅に戻ってからは食欲が出て、補液をしないですんだ (a)」ということから『食事の様子』や「ADLが低下し、動けなくなってからは安楽尿器とオムツで排泄を行った (b)」ということからは『排泄の方法』,「入浴ができるあいだは、仕事から帰ってきた娘が背中を流していた (b)」ということから『清潔ケアの方法』や「訪問看護を始めたころは自分で歩いていた (b)」ということから『歩行のレベル』,そして「日常生活は最初自立していたが段々と動けなくなっていった (d)」という内容からは『徐々に低下していく日常生活動作』を認識していた。

(b) 〈現病歴〉

「命を脅かすような複数の疾患をもち、かつ精神疾患もあった (c)」,「大腸がんにより体力が落ち、嚥下機能も低下して肺炎になった (e)」ということから『罹患している病気とその程度』,「心疾患で入院中にがんが発見され人工肛門をつくった (c)」という内容からは『罹患している病気が発見されるに至った経過』,そして「化学療法と放射線療法を行っていたが転移が見つかり緩和療法となった (d)」ということからは『治療内容の変遷』を訪問看護師は把握していた。

(c) 〈自覚症状〉

訪問看護師は「高齢だったので病状の進行は穏やかで、眩暈もなく車椅子に乗ることができていた (e)」ということから『自覚症状の有無』や「腹水が貯まって苦しいはずだが、本人は苦しくないといっていた (b)」,「最後の1週

間ぐらいは熱が出たりしたが、それほど苦しそうな様子はなかった (e)」という内容からは『本人が感じている苦痛の程度』を把握していた。

(d) 〈病気との向き合い方〉

同様に、看護師は「腹水が取りきれず吐き気もあってかなり苦しいと思われたが、全く弱音を吐かなかった (b)」ということから『苦しい症状と向き合う患者の姿勢』や「痛み止めの薬を間違わないように、その管理を妻ではなくしっかりした息子に本人が頼んでいた (d)」というように『薬の管理方法』を認識していた。

(e) 〈病気に対する認識〉

「大腸がんのため人工肛門を造設したが、本人は何の説明もなく造られたことに納得していなかった (c)」ということから『治療に対する本人の認識』,「実際にはがんは取れていなかったが、本人は取れたと思っていた (e)」ということからは『実際の病状と本人の認識の違い』,そして「とくに病弱だと思っていたが、籠をかついで山に入れなくなってから妻にだめだ、だめだと話していた (d)」という内容からは『本人の健康観』について訪問看護師は認識していた。

(2) 「余命」

「余命」は〈告知をされていない状況〉〈余命に対する認識〉および〈亡くなるとわかっていたと思う根拠〉の3つのサブカテゴリーから構成された。以下、各サブカテゴリーを説明する。

(a) 〈告知をされていない状況〉

訪問看護師は「がんということは知っていたが、余命については伝えられていない (c)」というように『本人に告知されていないという事実』や「本人ではなく、妹に病院の主治医からがんの再発や亡くなることもあり得ると話されていた、と思われた (c)」という内容から『本人ではなく、家族に事実が説明される状況』について把握していた。

(b) 〈余命に対する認識〉

同様に「亡くなる時期は本人も家族も、もう少し先だと思っていた (a)」ということから『死亡時期の予測』や「終末期の話は亡くなる半年から1年くらい前にしていたかもしれない (b)」という内容からは『終末期について話しあった時期』を訪問看護師は認識していた。

(c) 〈亡くなるとわかっていた根拠〉

訪問看護師は「自分が動けなくなってきて、自分は長くないと自然に察知した (d)」ということから『ADLの低下の自覚』,「治療を受けていても病状が悪化し腹水も貯まるようになり、だんだんと本人が死期を感じていたと思う (a)」,「腹水が貯まる症状などから、自分でわかっていたと思う (b)」という内容からは『治療の効果がなく悪化していく自覚』,「病院の主治医からは退院は無理だと言われ

ていたが、退院してきたこともあり、あえて余命は聞かなかったと思う (b)」ということから『退院は無理という主治医の話』、「治療がないと病院で伝えられ、もう治療はないのだと思ったようだった (d)」というように『治療がないと伝えられたこと』、そして「主治医を病院の医師から在宅診療の医師に変更し訪問看護を依頼したことから、在宅で亡くなることもあり得ると覚悟をしていると受け止めた (a)」という内容からは『主治医の変更や訪問看護の依頼』を認識していた。

(3) 【介護費用】

「介護費用」は〈介護にかかる費用の方針〉と〈介護費用の負担者〉の2つのサブカテゴリーから構成された。以下、各サブカテゴリーの内容を示す。

(a) 〈介護にかかる費用の方針〉

訪問看護師は「2人で暮らすことを決めていたので、そのために必要な介護にはお金を惜しまなかった (a)」 「介護保険によるサービスだけでは足りないの、お金をかけて必要な介護を受けていた (c)」 「介護保険によるサービスだけでは足りないの、お金をかけていた (c)」ということからは〈介護にかかる費用の方針〉を把握していた。

(b) 〈介護費用の負担者〉

「夫婦ともに年金があり、介護はまかなえていた (a)」ということから『年金からの負担』や「介護保険でまかなえない介護の料金を姉弟が援助していたし、それがなければ家で暮らせなかった (c)」という内容からは『親族からの援助』があったことを認識しており、〈介護費用の負担者〉に関しての情報を訪問看護師は認識していた。

(4) 【医療・ケアチームとの関係】

「医療・ケアチームとの関係」は〈受診状況〉〈主治医の選択理由〉〈主治医に対する信頼〉〈訪問看護に求める役割〉および〈他のケアチームとの関係〉の5つのサブカテゴリーから構成された。各サブカテゴリーの内容を以下に示す。

(a) 〈受診状況〉

訪問看護師は「通院していた病院は在宅支援態勢がなかったので、妻が診てもらっていた在宅往診医に変更した。2週間に1回は病院に通院する予定だったが、亡くなるまでに一度も行くことはなかった (a)」という内容から『在宅往診医の診療と病院診療の両方を選択する』状況、「疾患ごとにそれぞれの主治医がおり、それぞれの病院に通院したいという本人の希望があった (c)」ということからは『疾患ごとに通院する』状況、そして「通院で管理していたため在宅で病態が変化してもなかなか診てもらえない (c)」という内容からは『病態変化時の受診が困難』について把握していた。

(b) 〈主治医の選択理由〉

同様に、看護師は「心疾患、腎疾患、大腸がん、精神疾

患と疾患ごとに主治医がいたが、本人は自分の主な疾患は精神疾患であり、主治医は精神科の医師であり、在宅往診を頼むつもりはないと考えていた (c)」という内容から『疾患ごとの担当医のなかで1人の医師を主治医と決めていた状況』、「2回目の入院の際に退院時には往診の医師を紹介してほしいと訪問看護師が依頼したが、本人がいらないと断ってしまった (c)」という内容からは『往診医を断る患者の意思』、そして「本人がいちばん信頼を寄せている精神科の主治医から在宅往診医に主治医になってもらうよう言ってもらった (c)」ということからは『往診医を受け入れた経過』を認識していた。

(c) 〈主治医に対する信頼〉

訪問看護師は「自分の主治医は長年診てもらっている精神科の先生だと信頼を寄せていた (c)」ということから『本人がもっとも信頼を寄せる主治医の存在』や「医師が治療を提案したうえで本人の希望も確認したので、その対応に本人は満足していたと思う (e)」という内容からは『主治医の対応に対する満足』というように〈主治医に対する信頼〉について把握していた。

(d) 〈訪問看護に求める役割〉

「自宅でも医療処置ができ、夜中の対応もあるということで訪問看護に安心感があった (a)」という内容から『医療処置や夜中の対応に対する安心』や「人工肛門の管理ができないので、退院時に訪問看護が依頼された (c)」ということからは『人工肛門の管理』が期待された役割であることを訪問看護師は認識していた。

(e) 〈他のケアチームとの関係〉

訪問看護師は「訪問マッサージや訪問入浴の担当者と日常会話を楽しみ満足していた様子だった (e)」という内容から『ケアチームの担当者に対する満足』、「訪問看護師が往診の医師以外にケアマネジャーを紹介した (d)」ということから『ケアマネジャーが担当になった経緯』、そして「妻の代わりに書類の手続きをし、妻の負担を軽くしてくれる役割としてケアマネを依頼しておくことを説明した (d)」ということからは『本人に対するケアマネジャーの役割の説明』について把握していた。

c. 終末期医療の意思に関する情報 (表4)

終末期医療の意思に関する情報は「終末期医療に対する意思」というカテゴリーが抽出され、これは〈治療に対する本人の意思〉〈自宅で過ごしたいという本人の意思〉そして〈医療処置についての本人・家族の同意〉の3つのサブカテゴリーから構成された。各サブカテゴリーの内容は以下のとおりである。

(1) 〈治療に対する本人の意思〉

訪問看護師は「病状は悪化していったが、本人は食事療法の制限等までして治す意思がなかった (c)」 「医師から

は手術を勧められたが、十分長生きをしたので切ったりしたくないという意思がはっきりしていた (e)」「苦しくなくて家で死ねて皆に迷惑がかからなければいい、と意思がはっきりしていた (e)」という内容からは『本人の医療に対する方針』や、また「治療の必要性が高く、本人の希望ではなかったが入院となった (c)」「食べるために排便を促す浣腸と肺炎のときの抗生剤投与は、本人を説得して行った (e)」ということからは『本人の希望を上まわる治療の必要性』を認識していた。

(2) 〈自宅で過ごしたいという本人の意思〉

「これ以上入院してたくない、とにかく連れて帰ってほしい、という本人の強い希望があった (e)」ということから『治療よりも自宅に帰りたいという本人の意思』、「どんなことがあっても病院には行かないと毎回同じ答えが返ってきた (c)」ということからは『どんなことがあっても自宅にいる』、そして「自宅で過ごしたいという意思は自分の母親を介護した経験が影響していると思う (e)」「本人にとって入院して、住み慣れた家や家族と離れていることは大変つらいことだったと推測される (d)」という内容からは『自宅で療養したい気持ちの背景』を訪問看護師は把握していた。

(3) 〈医療処置についての本人・家族の同意〉

訪問看護師は「医療的な判断にかかわることは医師と看護師で判断して欲しい、という本人の希望があった (a)」「腹水を抜くことについての判断は医療者側に任せられていた (b)」という内容からは『医療者に判断して欲しい内容』、「点滴をしてもそれほど延命効果は期待できず、針を刺すと痛いので酸素投与だけを家族が選択した (d)」ということからは『家族による医療処置の選択』、また「家族がチェックした食事の摂取量、飲水量をもとに主治医に報告し補液をするかどうかが決められた (a)」「病状とそれに合わせた処置内容を本人に説明し、同意を得たうえで

実施していった (b)」という内容からは『医療処置に対する本人・家族の納得』について認識していた。

3. 本人の意思に添う終末期医療の提供ができたと訪問看護師が判断した理由 (表5)

このように訪問看護師が判断した理由としては「自分の意思が明確だった」「信頼している人と過ごせた」および「本人のしたいことができた」の3つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容は以下のとおりであった。

a. [自分の意思が明確だった]

訪問看護師は「なかなか伝えられない自己決定できない方もなかにはいらっしゃると思うので、まずむずかしいなかで意思もはっきりされた方だったのでねえ (a)」という内容からは〈自分の意思がはっきりしていた〉こと、「とにかく家で暮らしたいという方だったので、どんな状態になっても入院は嫌だという方だったので (c)」ということからは〈自宅にいたいという意思がはっきりしていた〉こと、そして「私はがんの手術はしません。それでいいのですというふうに、はっきりおっしゃってきた方がいたのです (e)」ということから〈治療をしないと本人が決めた〉というように「自分の意思が明確だった」ことを理由としてあげていた。

b. [信頼している人と過ごせた]

同様に、看護師は「要介護の奥さんがいるので。その方と一緒にいたほうが安心感があって、うちで亡くなる、うちで過ごさせるのがいちばんいいのだろうなというふうに思った事例ではありました (a)」という内容からは〈妻とともに過ごせた〉こと、「私もその場にいて、もう、ヘルパーさんが、家族以上にね、もう、ずーっとついて見守ってくれてたので。妹さんも亡くなる2日前くらいにちょうど来て、まもなくいっしょに看取って亡くなったので (c)」という内容からは〈信頼していた人に囲まれて亡

表5 本人の意思に添う終末期医療の提供ができたと判断した理由

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
自分の意思が明確だった	自分の意思がはっきりしていた	自己決定ができない人も多い中、自分の意思がはっきりしていた (a)
	自宅にいたいという意思がはっきりしていた	自宅にいたいという気持ちがはっきりしていた (c)
	治療をしないと本人が決めた	がんの手術をしないという選択を自分で決断した (e)
信頼している人と過ごせた	妻と共に過ごせた	要介護の妻と共に過ごすことが安心感があって一番いいと思った事例だった (a)
	信頼している人に囲まれて亡くなった	信頼していたヘルパーと妹に見守られて亡くなった (c)
		皆が集まった日で、お昼ご飯を食べている間になくなって見事だと思った (e)
本人のしたいことができた	妻の介護をやり遂げた	妻の介護をやり遂げた (b)
	好きな宴会を最期まで楽しめた	お酒が好きで賑やかなのが好きなお父さんだったので、亡くなる前も皆で宴会し、お父さんらしく見送れた (d)

[注] () は対象者

くなった〉こと、そして「みんなでお昼ご飯食べて、で、ベッドに横になってもらって、ふっと見たら亡くなっていたのですって。だから、皆がいるときに、うん、本当に、ああ、もう、見事だと思いましたね (c)」という内容から〈本人の希望どおり家族に囲まれ亡くなった〉というように「信頼している人と過ごせた」ことを理由としていた。

c. [本人のしたいことができた]

訪問看護師は「最期まで奥様のために尽くしたいという思いが強いご主人でしたね。もう腹水とかもかなり貯まっていたのだけでも、私は大丈夫です、家内をお願いしますとおっしゃっていて、実際に奥さまを看取ってから本人は亡くなったんです (b)」という内容からは〈妻の介護をやり遂げた〉ことや、「3日間親戚で毎日ほら、宴会

しながらにぎやかにして、おかしなうちだなど思われただらうねって。でもね、本人にとってはそれがいちばん、あの、お酒の好きなお父さんで、にぎやかなのが好きなので、そうやってみんなでこう見送れたっていうのはすごくよかったって (d)」という内容から〈好きな宴会を最期まで楽しめた〉ことのように「本人のしたいことができた」ことも理由としていた。

4. 研究1から抽出された情報とバリュースヒストリーとの比較 (表6)

本研究結果から、本人の特徴に関する情報として「生き方」[宗教・葬式]などが抽出された。「生き方」については〈ともに過ごしたい人〉〈責任を果たしたいこと〉〈好き

表6 本研究から抽出された情報とバリュースヒストリーの内容の比較

本研究から抽出された情報	バリュースヒストリー
[生き方] 共に過ごしたい人、責任を果たしたい事 好きな活動、その人が望む生活、大事にしたい事 安心できる環境	D 個人的な人間関係 家族の価値、やり残したこと E 人生に対する姿勢 好きなこと、生きることに対する幸福感 人生に対する満足感・姿勢、将来の目標 H 生活環境 過去10年間の生活環境、安心して暮らせる環境
[宗教・葬式] 宗教による影響の有無 葬式の準備、墓の準備	G 宗教的背景と信仰 信仰する宗教の内容 死や病気の考え方に対する宗教の影響 宗教的儀式に対する考え方 J 葬式に関する希望 自分の葬式についての希望、葬式の手配、相談者
[健康] 病気に対する認識、病気との向き合い方 ADLの状態、現病歴、自覚症状	A 自分の健康に対する考え方 健康状態に対する認識 健康上の問題が日常生活や身体機能に及ぼす影響
[余命] 余命に対する認識 亡くなるとわかっていたと思う根拠 告知をされていない状況	F 病気や臨終、死ぬことに対する姿勢 死に対する考え方
[介護費用] 介護費用の負担者、介護にかかる費用の方針	I 財政に対する考え方 介護費用の心配、介護費用の方針
[医療・ケアチームとの関係] 受診状況、主治医の選択理由 主治医に対する信頼 訪問看護に求める役割 他のケアサービスとの関係	B 担当医や他の介護者の役割に関する意見 主治医に対する好意 看護師、ヘルパーのかかわり方
[終末期医療に対する意思] 治療に対する本人の意思 自宅で過ごしたいという本人の意思 医療処置についての本人・家族の同意	F 病気や臨終、死ぬことに対する姿勢 臨終の際の治療の希望 臨終場所の希望、延命処置に対する希望 D 個人的な人間関係 本人が希望する終末期医療に対する家族等の同意
[意思決定] 意思の強さ、意思決定の特徴 コミュニケーションの特徴	
	C 自立と自己管理 人の世話になることの考え方

な活動〉〈その人が望む生活〉〈大事にしたいこと〉そして〈安心できる環境〉から構成され、これらはバリューズヒストリーでの家族の価値、やり残したこと、好きなこと、生きることに対する幸福感や人生に対する満足感、将来の目標、安心して暮らせる環境などの内容と類似していた。[宗教・葬式]についても〈宗教による影響の有無〉〈葬式の準備〉〈墓の準備〉がその情報内容であったが、これらもバリューズヒストリーでの信仰する宗教の内容や自分の葬式の希望やその手配と類似の内容と思われた。

健康管理に関する情報では[健康][余命][介護費用]および[医療者・ケアチームとの関係]が抽出され、[健康]については〈ADLの状態〉〈現病歴〉〈自覚症状〉そして〈病気との向き合い方〉などがその情報内容であったが、バリューズヒストリーでの健康状態に対する本人の認識や健康上の問題が日常生活や身体機能に及ぼす影響などの質問内容と類似していた。また[余命]については〈余命に対する認識〉や〈亡くなるとわかっていた根拠〉などが情報内容であり、これらはバリューズヒストリーにおける「病気や臨終、死ぬことに対する姿勢」と類似の内容と思われ、また[介護費用][医療・ケアチームとの関係]についても、バリューズヒストリーでの「財政に対する考え方」や「担当医や他の介護者の役割に関する意見」と同様の内容と考えられた。

終末期医療に対する意思に関する情報についても、本研究では〈治療に対する本人の意思〉〈自宅で過ごしたいという本人の意思〉が抽出され、これらはバリューズヒストリーにおける臨終の際の治療の希望や臨終場所の質問内容と類似性を認めた。また〈医療処置についての本人・家族の同意〉でも同様に、バリューズヒストリーでの「個人的な人間関係」における本人が希望する終末期医療に対する家族の同意がこれに相当すると思われた。

しかし、本研究で抽出された[本人の意思決定能力]に相当する内容はバリューズヒストリーには見られず、またバリューズヒストリーにある「自立と自己管理」に関する内容は本研究からは抽出されなかった。

IV. 考 察

在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握に関して、本人の意思に添う終末期医療の提供ができたという訪問看護師が判断した事例における本研究結果から、訪問看護師は本人の特徴に関する情報、健康管理に関する情報、および終末期医療に対する意思に関する情報の3つの視点から情報を把握していたことが明らかとなった。

本人の特徴に関する情報については、訪問看護師は[生き方][意思決定][宗教・葬式]から情報を把握してお

り、これらの情報は本人が誰と過ごしたいか、責任を果たしたいことの内容、最期をどのように締めくくのかなど、その人が自分らしく過ごすためのものだと考えられた。また、訪問看護師がその人の望む終末期医療を行い得たと判断した理由として、本人が自分の意思を示すことができたことの他にも[信頼している人と過ごせた][本人のしたいことができた]ことを示していた。これら本人の特徴に関する情報やその人が望んだ終末期医療だと判断できた理由については、その内容はマズローの欲求階層論と関連づけられる。マズローはこの欲求階層論のなかで「高次の欲求は低次の欲求の基礎の上のみ発達するものであるが、安全欲求を満足しても安心感やリラクセス感をもたらし過ぎず、高次の欲求を満足することが真の幸福、平静さ、内的生活の豊かさをもたらす」(マズロー, 1970/1987)と指摘しているが、訪問看護師も同様に終末期医療の選択が高次の欲求を満たし、その人が望むような最期を過ごすことができるように考えていると推察された。以上のことから、終末期医療の意思把握には本人の特徴に関する情報はとくに重要であると考えられた。

また健康管理に関する情報に関しては、訪問看護師は[健康][余命][介護費用]および[医療・ケアチームとの関係]から構成された情報を把握していた。これらは本人の健康に対する考え方や死期の予測、自分の健康管理に携わる人との関係など、その人の健康や医療に対する考え方を示す情報である。健康や医療に対する考え方については、Hackethal (1988/1996)は終末期医療の方針は本人が自分の考え方で自分のためになっているかどうかを基準にすべきであると述べている。このことから、訪問看護師の終末期医療の意思把握には医療処置等に対する直接的な意思だけでなく、その人の健康や医療に対する考え方も重要であることが示唆された。

このように、終末期医療の意思把握には、終末期医療そのものに対する意思は当然のことながら、その人らしい生き方が分かるような日常生活の価値観に対する情報や本人の健康や医療に対する考え方も必要であると考えられた。これらの内容はバリューズヒストリーの内容と類似性を認め、わが国でも終末期医療の意思を把握する際には終末期医療に対する意思とともに上記の内容を把握することが望ましいと推測された。

一方、本研究では本人の特徴として〈意思の強さ〉〈意思決定の特徴〉〈コミュニケーションの特徴〉をサブカテゴリーとした[意思決定]が抽出されたが、これに相当する項目はバリューズヒストリーには認めなかった。また、バリューズヒストリーでは「自立と自己管理」の項目がみられたが、本研究ではその項目に相当するカテゴリーは見当たらなかった。この点に関しては、西洋とわが国の文化の相

違が考えられる。つまり、わが国においては、在宅生活では療養者と家族がそれぞれ分離するものではなく、両者が融合しあった生活者としての全体構造を呈していること（川島，2003）や、日本人の意思決定は相手との関係性が強いほど自分の意向を示さず、相手に任せることによって安心し、任された相手は保護的直感的にその意向を推しはかって配慮すること（相羽・デービス・小西，2002）などの特徴があるとされる。したがって、バリュースヒストリーにおける自立や自己管理に関する項目については、わが国の文化に馴染まず、意思決定の方法やコミュニケーションの特徴に関する情報をより重視する必要があると考えられた。

以上のように、訪問看護師が意思把握に必要として示した情報は、本研究で8カテゴリーが抽出され、終末期医療に対する意思とともに本人の特徴に関する情報や健康管理に関する情報が含まれていた。これらは項目立てや細目は異なるものの、その多くはバリュースヒストリーと類似していた。米国と同様にわが国においても、意思把握にはバリュースヒストリーのようなその人の特徴や考え方を表す情報が必要であることが示唆されたが、その情報の内容についてはわが国の文化に合わせて検討し構築する必要性が明らかとなった。

V. 結 論

1. 訪問看護師は、本人の特徴に関する情報、健康管理に

関する情報、および終末期医療に対する意思に関する情報の3つの視点から情報を把握していたことが明らかとなった。

2. 本人の特徴に関する情報は「生き方」「意思決定」および「宗教・葬式」の3カテゴリーから構成された。
3. 本人の健康管理に関する情報は「健康」「余命」「介護費用」および「医療・ケアチームとの関係」の4カテゴリーから構成されていた。
4. これらの情報は、その多くはバリュースヒストリーと類似性を認め、わが国においても米国と同様に意思把握にはバリュースヒストリーでも指摘されたようなその人の特徴や考え方を表す情報が必要であることが示唆された。しかし、「自立と自己管理」などバリュースヒストリーと類似性がみられない項目もあることから、その意思把握に不可欠な情報の内容についてはわが国の文化に則して検討し構築する必要がある。

謝 辞

本研究にあたり、ご多忙のなか、調査にご協力いただきました医療機関の皆さま方、また貴重な体験を語っていただきました訪問看護師の皆さま方、そしてご指導を賜りました諸先生方に深く感謝いたします。本研究論文は高橋方子が山形大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程に提出した論文（指導：布施淳子）の一部を修正したものである。

要 旨

目的：訪問看護師が在宅療養高齢者の意思に添った終末期医療の提供ができたと判断した事例から、終末期医療の意思把握に必要な情報を明らかにすることを目的とした。

方法：訪問看護師5名を対象に非構造化面接を行い逐語録を作成し、質的記述的研究方法を用いて意思把握に必要な情報を抽出した。さらに、抽出された情報とLambertらによる終末期医療の意思決定の根拠となるバリュースヒストリーの内容との類似性を検討した。

結果：意思把握に必要な情報として「生き方」「意思決定」「宗教・葬式」「健康」「余命」「介護費用」「医療・ケアチームとの関係」「終末期医療に対する意思」の8カテゴリーが抽出され、この抽出された情報の多くは一部を除きバリュースヒストリーの内容と類似していた。

結論：わが国においても米国と同様に終末期医療に対する意思把握には、バリュースヒストリーで指摘されたようなその人の特徴や考え方を表す意思決定の根拠となる情報が必要であることが示唆された。

Abstract

Aim: The study aimed to clarify information required by visiting nurses to respect the wishes of elderly people being cared for at home regarding end-of-life care, through case studies where it was judged that end-of-life care in accordance with the wishes of the elderly person had been provided.

Methods: Unstructured interviews conducted with 5 visiting nurses were transcribed verbatim, and the interview data were analyzed using qualitative descriptive methods to elicit information required for determination of wishes. In addition, similarity of the elicited information to the content of Lambert et al.'s values history, which forms the basis of decision-making for end-of-life care, was examined.

Results: The following 8 categories were elicited as information required to respect wishes: “Way of living”, “Decision-making”, “Religion/funeral”, “Health”, “Life expectancy”, “Costs of care”, “Relationship with medical and care teams” and “Wishes regarding end-of-life care”. With a few exceptions, most of the information elicited was similar to the content of the values history.

Conclusion: The study suggests that in Japan, as in the USA, information that forms the basis of decision-making, shown through ways of thinking and characteristics of the individual as specified in the values history, is necessary to respect wishes regarding end-of-life care.

文 献

- 相羽利昭, デービス アンJ, 小西恵美子 (2002). 家族が捉えた死の迎え方の倫理的意思決定の過程とその要因の探索. 生命倫理, 12(1), 84-91.
- グレッグ美鈴 (2007). 質的記述的研究. グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (編): 質的研究の進め方・まとめ方 — 看護研究のエキスパートをめざして. pp.55-71, 東京: 医歯薬出版株式会社.
- Hackethal, J. (1988)/関田淳子, 柳沢ゆりえ, 岩切千代子 (1996). 最後まで人間らしく — 患者の自己決定権について. pp.220-222, 東京: 未来社.
- 川島孝一郎 (2003). 「意思決定とは何か」から考える. 訪問看護と介護, 8(4), 300-305.
- 近藤克則 (2004): 全国訪問看護ステーション調査の枠組みと主な知見. 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子 (編): 在宅高齢者の終末期ケア — 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ. pp.8-49, 東京: 中央法規出版.
- 厚生労働省 (2004). 終末期医療に関する調査等検討会報告書 — 今後の終末期医療の在り方について —. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html#mokuji>
- 厚生労働省 (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 厚生省・日本医師会 編 (1989). 末期医療のケア — その検討と報告. pp.3-16, 東京: 中央法規出版.
- 厚生省健康政策局総務課 監 (2000). 21世紀の末期医療. pp.8-106, 東京: 中央法規出版.
- Lambert, P., Gibson, J.M., and Nathanson, P. (1990). The values history: an innovation in surrogate medical decision-making. *Law Med Health Care*, 18(3), 202-212.
- マズロー・A.H. (1970)/小口忠彦訳 (1987). 人間性の心理学 — モチベーションとパーソナリティ (改訂新版). pp.147-155, 東京: 産業能率大学出版部.
- 村松ちづか, 川越博美 (2001). 熟練訪問看護者の意思決定の構造. 日本地域看護学会誌, 3(1), 19-25.
- 永池京子 (2008). 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が語るもの. *インターナショナルナursing・レビュー*, 31(2), 16-20.
- 日本医師会第IX次生命倫理懇談会 (2006). ふたたび終末期医療についての報告. 平成16・17年度生命倫理懇談会答申. Retrieved from <http://www.med.or.jp/nichikara/seirin17.pdf>
- 日本医師会第X次生命倫理懇談会 (2008). 終末期医療に関するガイドラインについて. 平成18・19年度生命倫理懇談会答申. Retrieved from http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf
- 日本老年医学会 (2001). 「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」. 日本老年医学会誌, 38(4), 582-586.
- 西浦郁絵, 能川ケイ, 服部素子, 大野かおり, 森田愛子, 藤原智恵子, 井出通子, 甲斐年美 (2005). 在宅ターミナルケアに関する研究 (その3): 在宅ターミナルケアの諸相における看護判断と実践. 神戸市看護大学短期大学紀要, 24, 17-25.
- Peters, C. and Chiverton, P. (2003). Use of a values history in approaching medical advance directives with psychiatric patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 41(8), 28-36.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004)/近藤潤子 監訳 (2010). 看護研究: 原理と方法 (第2版). pp.191-194, 東京: 医学書院.
- 園田芳美, 石垣和子 (2007). 癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調整に関する質的研究 — 終末期の療養場所選択に焦点をあてて. 千葉看護学会会誌, 13(1), 102-110.
- 園田芳美, 石垣和子 (2009). 明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルにおける意思決定に関する訪問看護支援. 日本老年看護学会誌, 13(2), 72-79.
- 高橋方子, 布施淳子 (2012). 訪問看護師による在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握の方法. 日本看護研究学会雑誌, 35(1), 99-105.
- 高橋信子 (2008). 身体可動性障害のある人の看護. 堀内ふき, 大淵律子 (編): 高齢者の健康と障害, pp.276-278, ナーシンググラフィカ26, 大阪: メディカ出版.
- 田中まゆみ (2008). Advanced Directive (事前指示書) と Living Will (生前遺言). *Medicina*, 45(7), 1308-1313.
- 谷津裕子 (2010). Start Up 質的看護研究. pp.67-72, 東京: 学研メディカル秀潤社.

〔平成25年5月2日受付〕
〔平成25年7月12日採用決定〕

精神科病院認知症専門病棟における認知症高齢者の 過去 6 か月間の転倒経験と Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の関連

Relation between Fall Experience during the Prior Six Months and Behavioral and
Psychological Symptoms of Dementia among Elderly People with Dementia
in a Dementia-specialized Unit of a Psychiatric Hospital

三 林 聖 司¹⁾
Seiji Mitsubayashi

山 田 紀代美²⁾
Kiyomi Yamada

キーワード：転倒, BPSD, 認知症, 精神科病院
Key Words : fall, BPSD, dementia, psychiatric hospital

はじめに

わが国における高齢者の年間転倒発生率は、地域在住高齢者で約20%（加藤・泉・平松・正源寺，2006；宮原・佐藤・佐竹，2005），高齢者入所施設で約40%（新野・中村，1996；白井・林・廣田，1998）である。高齢者の転倒要因は身体的疾患，薬物使用，加齢変化などの内的要因，および室内段差，履物，滑りやすい床，照明不良，不慣れな環境などの外的要因とに大別される（鈴木，2003）。転倒は多種多様な転倒要因が複雑に関連し，これらを複数所有することで転倒リスクが増加する（Tinetti, Inouye, Gill, & Doucette, 1995）。

認知症高齢者は，一般高齢者が所有する転倒要因に加えて，危険な状態を察知し回避する注意能力障害やレビー小体型認知症のパーキンソニズムによる歩行障害，脳血管性認知症の麻痺症状などの運動障害，不眠・幻覚・焦燥などの Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（以下，BPSD）治療に使用される向精神薬使用による眠気やふらつきなどの副作用が重なり，転倒リスクが非常に高いとされている。なかでも認知症の症状であるBPSDと転倒の関係が示唆されている。わが国において，平均年齢85歳前後，Mini Mental State Examination（以下，MMSE）7.5点前後，Barthel Index（以下，BI）45点前後の介護老人保健施設入所者39名を対象にした研究では，過去1年間の転倒経験の保有と暴力行為，複数回転倒者率と夜間浅眠に有意な関係があったことが報告されている（村山ら，2008）。また三谷・太田・小松は，平均年齢85歳前後，MMSE10点

前後の介護老人保健施設入所者45名を対象にした研究において，過去6か月間の転倒経験の保有と攻撃性が有意な関係があったことを報告した（2009）。

近年，精神科病院への認知症高齢者の入院数が，平成11年の約3.7万人から平成20年の約5.2万人に増加したとされる。大阪府の高齢者入所施設401か所を対象にした研究では，専門医療機関に入院依頼を検討するBPSDの上位項目は興奮・食欲と食行動の変化・脱抑制であった（矢山・繁信・山川・牧本・田伏，2011），と報告している。また，長野県の高齢者入所施設において認知症の症状を理由に利用や入所を断ったことのある施設は17.9%，その症状は上位から暴力・徘徊・暴言・不眠・妄想であった（五十嵐ら，2011），と報告されている。精神科病院入院中の認知症高齢者は在宅や高齢者入所施設での対応が困難なBPSDをもっていることから，転倒要因が他の高齢者入所施設とは異なる可能性がある。さらに，認知症の原因疾患を明確にすることで認知症に関連した転倒要因が明確になることが考えられる。そして，転倒関連要因のなかで注意能力障害のような中核症状に対して，ドネペジル塩酸塩やメマンチン塩酸塩のような進行を遅延させる薬剤はあるものの，根本的な治療方法はなく介入は困難である。一方，BPSDは環境や心理的变化で生じるとされ，介入可能な症状であると考えられる。そのため，転倒に関連があるとされるBPSDを明確にすることで，認知症高齢者の転倒を減少させることが可能であると考えた。先行研究において，精神科病院認知症専門病棟での転倒やBPSDの実態調査，転倒とBPSDとの関連を検討した研究は，筆者らが検索したか

1) 名古屋市立大学大学院看護学研究科 Nagoya City University Graduate School of Nursing

2) 名古屋市立大学看護学部 Nagoya City University School of Nursing

ぎりでは皆無であった。

本研究は、精神科病院認知症専門病棟に入院中の認知症高齢者の転倒防止対策構築の第一歩として、認知症高齢者の転倒とBPSDとの関係を検討する。

I. 研究目的

精神科病院認知症専門病棟入院患者の過去6か月間の転倒経験・BPSDの有無と内容を記述し、転倒経験有無別による基本属性・BPSDの相違を検討する。

II. 用語の操作的定義

- ①転倒：自分の意志ではなく地面またはより低い場所に身体が接触すること。
- ②BPSD：認知症でみられる行動・心理症状で、知覚・思考内容・気分または行動の障害による症状（国際老年精神医学会，2003/2005）。各症状の定義は国際老年精神医学会のBPSD分類の定義を参考に表1のように整理した。

表1 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの定義

Group 1 *1	
妄想	非合理的かつ訂正不能な思いこみを話す
幻覚	対象なき知覚を話す
抑うつ	意欲が減退している状態や発言
不眠	PM23時以降の入眠（消灯 PM 21時） 睡眠中 2 回以上の覚醒 AM 4 時以前の覚醒（点灯 AM 6 時）
不安	心配事を頻回に発言する
身体的攻撃性	他者に対する暴力行為
徘徊	過剰に歩き続ける行動
不穏	緊張感が高まり落ち着かない状態
Group 2 *2	
誤認	他者を間違える言動
焦燥	落ち着きのない言動
性的脱抑制	他者に抱きついたり、触り続けたりする行動
部屋内の行き来	部屋の中を行ったり来たりする行動
喚声	大声で叫ぶことを繰り返す
Group 3 *3	
泣き叫ぶ	泣き叫ぶ行動
ののしる	他者を罵倒する発言
無気力	何もせず行動が静止している状態
繰り返し尋ねる	同じ質問を繰り返す言動
シャドーイング	他者につきまとう行動

[注] 国際老年精神医学会によるBPSD分類

*1：Group 1：厄介で対処が難しい症状

*2：Group 2：やや処置に悩まされる症状

*3：Group 3：比較的処置しやすい症状

III. 研究方法

1. 研究デザイン

横断的研究デザインである。

2. 研究対象施設

A精神科病院の認知症専門病棟（60床）

3. 研究対象者

平成23年11月15日時点で、対象施設となった精神科病院認知症専門病棟に入院していた患者のうち、65歳以上、入院期間6か月以上、独歩の者を研究対象とした。

4. 研究実施期間

平成23年11月15日から平成24年3月31日

5. 調査方法と調査項目

選択基準に適合した研究対象者を病院長から推薦を受け、保護義務者の同意が得られた研究対象者に対して、調査日（平成23年11月15日）にBPSDの有無・内容を表1の定義に基づき記録した。また、同日に認知機能テストとしてMini Mental State Examination（Folstein, Folstein, & McHugh, 1975）を実施し、日常生活動作についてはBarthel Index（Mahoney & Barthel, 1965）を評価した。その後、平成23年11月時点での基本属性〔年齢、性別、身長、体重、Body Mass Index（以下、BMI）、移動手段〕、過去6か月間の転倒歴（転倒時間・回数）、薬剤使用の有無・内容、既往歴について、診療記録と看護記録から収集した。

6. 分析方法

①研究対象者の基本属性、転倒歴（転倒時間・回数）、BPSDの有無・内容を記述し、過去6か月間の転倒経験の有無別に基本属性およびBPSDとの関係を検討した。

②それぞれの要因が過去6か月間の転倒経験の有無にどの程度関連しているのかを個別に検討するために、過去6か月間の転倒経験の有無を従属変数とし、年齢・性別・MMSE・BI・向精神病薬内服（有／無）・BPSD（有／無）・BPSD個数・不眠（有／無）・徘徊（有／無）の各要因をそれぞれ独立変数として、単変量ロジスティック回帰分析を実施しオッズ比と95%信頼区間を算出した。

③BPSDの徘徊・不眠の各要因が過去6か月間の転倒経験の有無にどの程度関連しているのかを検討するために、過去6か月間の転倒経験の有無を従属変数、徘徊（無／有）、不眠（無／有）の各要因を独立変数、年齢・性別・MMSE・認知症原因疾患を調整した多重ロジスティック回帰分析を実施した。

④不眠と徘徊を合わせもったときの過去6か月間の転倒経験の有無との関連を検討するために、徘徊の有無、不眠の有無で2値化し、過去6か月間の転倒経験保有割合を算出した。

以上の解析には統計解析ソフト『SPSS for Mac OSX ver.18』を使用し、すべての有意水準を5%とした。

7. 倫理的配慮

研究対象施設の病院長、看護部長、および研究対象者の保護義務者に口頭と文書で研究内容を説明し、研究協力の同意を得た。研究対象者に判断能力がある場合は、研究対象者にも口頭・文書で説明し、同意を得た。説明内容は、研究参加は自由意志であること、参加拒否の権利を有すること、研究参加後でも随時参加をとりやめることができること、個人名が特定されないこと、診療録・看護記録の閲覧について、データ管理について、プライバシーを配慮したうえで論文として発表すること、とした。本研究は研究開始前に名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得た（承認番号11018）

IV. 結 果

1. 研究対象者の概要

対象施設はA精神科病院認知症専門病棟（60床）。平成23年11月15日時点で精神科病院認知症専門病棟に入院していた患者のうち、65歳以上、入院期間6か月以上、独歩の者40名を研究対象とした。対象者の年齢は 79.8 ± 6.2 歳で、性別は女性が約8割を占めていた。身長は 151.2 ± 9.1 cm、体重は 46.0 ± 7.6 kg、BMIは 20.2 ± 3.3 kg/m²、MMSE得点は 7.7 ± 5.7 点、BI得点は 59.9 ± 16.5 点だった。対象者の日常生活レベルは全体の85%が独歩で、残りは何らかの歩行補助具を使用していた。認知症原因疾患はアルツハイマー型67.5%、前頭側頭葉型5.0%、レビー小体型2.5%、脳血管性2.5%、混合型10.0%、その他12.5%だった。対象者中の約3割が高血圧、約1割が下肢骨折の既往歴をもっていた。そして、対象者中の5割が向精神病薬、約3割が降圧・利尿剤を服用していた（表2）。

過去6か月間の転倒経験者は17名（42.5%）で、転倒経験1回が11名（27.5%）、2回以上の複数回の転倒経験者が6名（15.0%）だった（表3）。転倒時間は、6時から21時の点灯時間帯が16件（57.2%）、21時から6時までの消灯時間帯が10件（35.7%）、不明が2件（7.1%）だった（表4）。

BPSDを有している者は34名（85.0%）、BPSD平均出現個数は 1.8 ± 1.3 個、BPSD出現個数は1個27.5%、2個30.0%、3個以上は27.5%だった（表5）。BPSDの出現

表2 対象者基本属性

(n = 40)

年齢（歳）	79.8 ± 6.2
性別（女性）	31 (77.5)
身長（cm）	151.2 ± 9.1
体重（kg）	46.0 ± 7.6
BMI*1（kg/m ² ）	20.2 ± 3.3
MMSE*2（点）	7.7 ± 5.7
BI*3（点）	59.9 ± 16.5
移動手段	
独歩	34 (85.0)
歩行器	3 (7.5)
杖	2 (5.0)
シルバーカー	1 (2.5)
認知症原因疾患	
アルツハイマー型	27 (67.5)
前頭側頭葉型	2 (5.0)
レビー小体型	1 (2.5)
脳血管性	1 (2.5)
混合型	4 (10.0)
その他	5 (12.5)
既往歴	
高血圧	13 (32.5)
骨折（下肢）	5 (12.5)
内服種類	
向精神病薬	20 (50.0)
降圧・利尿剤	13 (32.5)

[注] 連続量：平均 ± 標準偏差，離散量：人（%）

*1：BMI：Body Mass Index

*2：MMSE：Mini Mental State Examination

*3：BI：Barthel Index

表3 転倒の有無および転倒回数

(n = 40)

転倒なし	23 (57.5)
転倒あり	17 (42.5)
1回	11 (27.5)
2回	3 (7.5)
3回以上	3 (7.5)

[注] 離散量：人（%）

表4 転倒件数と時間帯

(n = 28)

転倒件数	28 (100.0)
点灯時間（6～21時）	16 (57.2)
消灯時間（21～6時）	10 (35.7)
不明	2 (7.1)

[注] 離散量：件（%）

項目は、妄想20%、不眠40%、不安30%、徘徊47.5%、不穏2.5%、焦燥15%、喚声2.5%、のしる12.5%、無気力2.5%、繰り返し尋ねる7.5%、そして幻覚、抑うつ、身体的攻撃性、誤認、性的脱抑制、部屋内の行き来、泣き叫ぶ、シャドーイングはどれも0%だった（表6）。

表5 BPSDの出現回数

(n = 40)

BPSD平均出現回数	1.8 ± 1.3
BPSDなし	6 (15.0)
BPSDあり	34 (85.0)
1個	11 (27.5)
2個	12 (30.0)
3個	7 (17.5)
4個	3 (7.5)
5個	1 (2.5)

[注] 連続量：平均 ± 標準偏差
離散量：人 (%)

表6 BPSDの内容

(n = 40)

Group 1 *1	
妄想	8 (20.0)
幻覚	0 (0.0)
抑うつ	0 (0.0)
不眠	16 (40.0)
不安	12 (30.0)
身体的攻撃性	0 (0.0)
徘徊	19 (47.5)
不穏	1 (2.5)
Group 2 *2	
誤認	0 (0.0)
焦燥	6 (15.0)
性的脱抑制	0 (0.0)
部屋内の行き来	0 (0.0)
喚声	1 (2.5)
Group 3 *3	
泣き叫ぶ	0 (0.0)
ののしる	5 (12.5)
無気力	1 (2.5)
繰り返し尋ねる	3 (7.5)
シャドーイング	0 (0.0)

[注] 離散量：人 (%)

国際老年精神医学会によるBPSD分類

*1：Group 1：厄介で対処が難しい症状

*2：Group 2：やや処置に悩まされる症状

*3：Group 3：比較的処置しやすい症状

2. 基本属性および過去6か月間の転倒経験の有無とBPSDとの関連

最初に、過去6か月間の転倒経験有無別に基本属性の相違を検討した。結果、年齢、性別、身長、体重、BMI、MMSE、BI、移動手段、認知症原因疾患、既往歴、内服種類とは群間に有意差を認めなかった(表7)。そして、過去6か月間の転倒経験有無別にBPSD内容の相違を検討した結果、BPSD平均出現回数および不眠とに群間の有意差を認めた(表8)。

次に、過去6か月間の転倒経験の有無を従属変数、基

表7 過去6か月間の転倒経験有無による基本属性の相違

(n = 40)

	過去 6 か月間の転倒経験		
	転倒者 (<i>n</i> = 17)	非転倒者 (<i>n</i> = 23)	<i>p</i> 値 ^{*1}
年齢 (歳)	81.8± 5.7	78.3± 6.3	0.084
性別 (女性)	13 (32.5)	18 (45.0)	0.594
身長 (cm)	150.0± 9.4	152.1± 9.1	0.511
体重 (kg)	45.4± 6.8	46.3± 8.2	0.318
BMI ^{*2}	20.3± 3.0	20.2± 3.5	0.978
MMSE ^{*3} (点)	6.5± 6.4	8.6± 5.1	0.080
BI ^{*4} (点)	54.7±13.6	63.7±17.7	0.223
移動手段			
独歩	15 (37.5)	19 (47.5)	0.819
歩行器	1 (2.5)	2 (5.0)	
杖	1 (2.5)	1 (2.5)	
シルバーカー	0 (0.0)	1 (2.5)	
認知症原因疾患			
アルツハイマー型	12 (30.0)	15 (37.5)	0.503
レビー小体型	0 (0.0)	1 (2.5)	
前頭側頭葉型	1 (2.5)	1 (2.5)	
脳血管性	0 (0.0)	1 (2.5)	
混合型	3 (7.5)	1 (2.5)	
その他	1 (2.5)	4 (10.0)	
既往歴			
高血圧	4 (10.0)	9 (22.5)	0.298
骨折 (下肢)	3 (7.5)	2 (5.0)	0.354
内服種類			
向精神病薬	9 (22.5)	11 (27.5)	0.749
降圧・利尿剤	4 (10.0)	9 (22.5)	0.298

[注] 連続量：平均 ± 標準偏差、離散量：人 (%)

*1：連続量：Wilcoxonの順位和検定、離散量： χ^2 検定(Fisherの正確確率検定)

*2：BMI：Body Mass Index

*3：MMSE：Mini Mental State Examination

*4：BI：Barthel Index

本属性とBPSD内容を独立変数として単変量ロジスティック回帰分析を実施し、それぞれのオッズ比と95%信頼区間を算出した。その結果、不眠(有/無)が過去6か月間の転倒経験とのあいだに正の関連を示した(表9)。さらに、過去6か月間の転倒経験の有無を従属変数、不眠(有/無)・徘徊(有/無)を独立変数とし、年齢、性別、MMSE、認知症原因疾患を調整変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施し、それぞれのオッズ比と95%信頼区間を算出した。その結果、転倒経験オッズ比([]内は95%信頼区間)は不眠(有/無) 7.370 [1.198-45.336]、徘徊(有/無) 4.845 [0.868-27.055]であった(表10)。

最後に、不眠ありと徘徊ありを合わせもったときの過去6か月間の転倒経験の有無との関連を検討するために、不眠と徘徊をそれぞれの症状の有無で2値化し、過去6か月間の転倒経験保有割合を算出した。結果、転倒経験保有割合

表8 過去6か月間の転倒経験有無別によるBPSD内容の相違
($n = 40$)

	過去6か月間の転倒経験		
	転倒者 ($n = 17$)	非転倒者 ($n = 23$)	p 値 ^{*1}
BPSDあり	15 (37.5)	19 (47.5)	0.489
BPSD平均出現個数	2.3 ± 1.4	1.5 ± 1.1	0.044
Group 1 ^{*2}			
妄想	2 (5.0)	6 (15.0)	0.239
不眠	11 (27.5)	5 (12.5)	0.006
不安	6 (15.0)	6 (15.0)	0.530
徘徊	11 (27.5)	8 (20.0)	0.061
不穏	0 (0.0)	1 (2.5)	0.575
Group 2 ^{*3}			
焦燥	3 (7.5)	3 (7.5)	0.511
喚声	1 (2.5)	0 (0.0)	0.425
Group 3 ^{*4}			
ののしる	4 (10.0)	1 (2.5)	0.646
無気力	1 (2.5)	0 (0.0)	0.425
繰り返し尋ねる	2 (5.0)	1 (2.5)	0.385

[注] 離散量：人（%），連続量：平均 ± 標準偏差

^{*1}：離散量： χ^2 検定（Fisherの正確確率検定）

国際老年精神医学会によるBPSD分類

^{*2}：Group 1：厄介で対処が難しい症状^{*3}：Group 2：やや処置に悩まされる症状^{*4}：Group 3：比較的処置しやすい症状表9 各転倒要因による過去6か月間の転倒経験保有の
オッズ比および95%信頼区間

	(単変量ロジスティック回帰分析)	
	オッズ比	95%信頼区間
年齢（1歳ごと）	1.108	0.986 – 1.245
性別（女性／男性）	0.903	0.202 – 4.029
MMSE ^{*1} （1点ごと）	0.930	0.819 – 1.056
BI ^{*2} （1点ごと）	0.965	0.925 – 1.006
向精神薬内服（有／無）	1.227	0.350 – 4.307
BPSD ^{*3} （有／無）	1.579	0.254 – 9.817
不眠（有／無）	6.600	1.621 – 26.871
徘徊（有／無）	3.437	0.924 – 12.787

[注] 従属変数：転倒経験あり（1） $n = 17$ ，転倒経験なし（0） $n = 23$ ^{*1}：MMSE：Mini Mental State Examination^{*2}：BI：Barthel Index^{*3}：BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

合は不眠あり群が約7割（11/16人），不眠なし群が2.5割（6/24人），徘徊あり群が約6割（11/19人），徘徊なし群が約3割（6/21人）だった。そして，対象者を不眠の有無と徘徊の有無を組み合わせで4群に分け，それぞれの過去6か月間の転倒経験保有割合を算出した。結果，過去6か月間の転倒経験保有割合は不眠あり＆徘徊あり群は約8割（9/11人），不眠あり＆徘徊なし群は4割（2/5人），不眠な

表10 不眠・徘徊による過去6か月間の転倒経験保有の
オッズ比および95%信頼区間

	(多重ロジスティック回帰分析)	
	オッズ比	95%信頼区間
不眠（有／無）	7.370	1.198 – 45.336
徘徊（有／無）	4.845	0.868 – 27.055

[注] 従属変数：転倒経験あり（1） $n = 17$ 転倒経験なし（0） $n = 23$

調整変数：年齢，性別，MMSE，認知症原因疾患

表11 不眠および徘徊と転倒との関連

($n = 40$)

	不眠あり			不眠なし		
	全体	徘徊あり	徘徊なし	全体	徘徊あり	徘徊なし
人数（人）	16	11	5	24	8	16
転倒経験者（人）	11	9	2	6	2	4
割合（%）	68.8	81.8	40.0	25.0	25.0	25.0

し＆徘徊あり群は2.5割（2/8人），不眠なし＆徘徊なし群は2.5割（4/16人）だった（表11）。

V. 考 察

1. 認知症高齢者の転倒に関する検討

本研究対象者の42.5%が，過去6か月間の転倒経験を保有していた。わが国の高齢者入所施設での転倒率は年間約40%（新野・中村，1996；臼井ら，1998）とされ，調査期間を考慮に入れると，本研究対象者は先行研究の対象者より高い転倒経験の保有が認められた。本研究対象者はBIが59.9 ± 16.5点，MMSEが7.7 ± 5.7点であることから，身体機能が低く認知機能が著しく障害されている。この身体機能低下や認知機能低下により，転倒リスクを把握し回避することが困難であることから，本研究対象者は一般高齢者より転倒しやすい状況にあると考えられる。以上より，本研究対象者は転倒予防対策が必要な集団であると考ええる。

転倒の時間帯は点灯時間帯（6時～21時）が57.2%，消灯時間帯（21時～6時）が35.7%だった。臼井らは介護老人保健施設での研究で，21時から5時に全体の18.1%，21時から9時に37.5%が転倒していたことを報告している（1998）。調査時間を考慮に入れると，本研究結果では先行研究より夜間において高い転倒割合となった。本研究対象者の4割にBPSDの不眠がみられ，夜間も覚醒している高齢者も多いことから，夜間の転倒が多いと考える。このように，転倒発生時間は対象者の生活習慣やBPSDの有無に起因すると考える。

2. BPSDに関する検討

BPSDを有している者は全体の85%，BPSD平均出現個

数は 1.8 ± 1.3 個だった。村山らは、介護老人保健施設入所者のBPSD出現個数は平均2.8個と報告している(2008)。本研究結果はそれより低いBPSD出現個数となった。本研究は国際老年精神医学会のBPSD分類(2003/2005)を使用しているが、三谷ら(2009)は過去2年間の転倒報告書から転倒に関連したBPSDを8項目(徘徊、多動、攻撃性、介護拒否、焦燥、放尿、排便、不眠)、村山ら(2008)は7項目(徘徊、夜間浅眠、大声、暴力行為、不安、妄想、性的行為)を使用し分析している。このようにBPSDの範疇が研究者によって異なり、また各BPSDの定義が明確にされていない。したがって、BPSDの平均出現個数や内容を研究論文間で単純に比較することは困難である。

研究対象者の10%以上に出現したBPSDは、徘徊47.5%、不眠40%、不安30%、妄想20%、焦燥15%、のしる12.5%だった。国際老年精神医学会のBPSD分類(2003/2005)において、「厄介で対処が難しい症状」(Group 1)と「やや処置に悩まされる症状」(Group 2)が出現している。高齢者入所施設(特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービス、など8種類736か所)において利用や入所を断る理由になった症状として、上位から暴力、徘徊、暴言、不眠、妄想であったと報告されている(五十嵐ら, 2011)。精神科病院認知症専門病棟入院中の認知症高齢者のBPSDは在宅や施設での対処が困難とされるBPSDが多く、このようなBPSDの出現は介護者や同居家族の負担を増大させる。その結果、在宅や施設での生活を困難にさせ、精神科病院への入院治療につながっていくと考えられる。

3. 過去6か月間の転倒経験とBPSDとの関連

本研究対象者のBPSDと過去6か月間の転倒経験の有無との関連を検討した結果、不眠の有無で群間の有意差を認めた。そして年齢、性別、MMSE得点、認知症原因疾患を調整し、不眠(有/無)と過去6か月間の転倒経験との関連を検討した結果、不眠(有/無)の転倒経験オッズ比は7.370(95%信頼区間[1.198-45.336])だった。さらに、不眠と徘徊の2要因と過去6か月間の転倒経験との関連を検討した結果、不眠あり&徘徊あり群は不眠なし&徘徊なし群の約3倍の転倒経験保有割合があった。

夜間の睡眠障害は睡眠・覚醒リズムに変調をきたし、日中の覚醒状態を悪化させる。このような不安定な覚醒状態での排泄や飲水行為などの活動が転倒を引き起こす要因の一つになり、さらに運動量の多い徘徊が加わることで転倒のリスクが増加すると考える。また夜間の間接照明だけの照度では、白内障や生理学的視力低下がある高齢者には外界が非常に見えにくい状況となる。そして、研究対象施設

の夜間帯(17時~翌9時)はスタッフの人員配置が3名(うち、看護師1~3名)と日中の平均人員配置16名より少なく、申し送りや食事介助、排泄介助、薬剤投与、入床誘導、ターミナルケア、重症患者の看護などの業務が多忙で、夜間に活動する認知症高齢者に対する看護が十分に行き届かないことや、夜間に活動する認知症高齢者に対しての明確で有効な対処方法が少なく、追加の薬剤(催眠薬)投与は転倒の危険性が高まるため使用することに躊躇する看護師が多いことが考えられる。したがって、過去6か月間の転倒経験と不眠との関連、および転倒経験の保有に対する不眠と徘徊の相乗効果が認められたと考える。

本研究結果において徘徊は明確な転倒要因とはならなかった。村山ら(2008)は、介護老人保健施設入所者39名を対象にした研究において過去1年間の転倒経験の有無別では徘徊に有意差は認められなかった、と報告している。一方、米国におけるナースিংホーム入所者を対象にした研究では、徘徊が転倒と有意な関連があると報告している(French et al., 2007)。本研究結果でも、転倒経験のある認知症高齢者の約6割に徘徊が出現している。一方、転倒経験のない認知症高齢者も約3割に徘徊が出現している。このように、転倒経験の有無にかかわらず徘徊が出現することから、徘徊をする認知症高齢者の転倒原因には、先行研究でも指摘されている下肢筋力低下やバランス機能低下などの他の転倒要因が関与している可能性がある。

VI. 結 論

本研究対象者の約4割が過去6か月間の転倒経験を保有し、BPSDを有している者は全体の85%、BPSDの平均出現個数は 1.8 ± 1.3 個だった。そして、精神科病院認知症専門病棟入院中の認知症高齢者40名のBPSDと過去6か月間の転倒経験の有無との関連を検討した結果、不眠を有する者は過去6か月間の転倒経験の保有割合が多かった。さらに、不眠と徘徊の2要因と過去6か月間の転倒経験との関連を検討した結果、不眠あり&徘徊あり群は不眠なし&徘徊なし群の約3倍の転倒経験保有割合があり、転倒経験の保有に対する不眠と徘徊の相乗効果が認められた。

VII. 本研究の限界

本研究は断面的研究であり、調査時点の過去6か月間の転倒経験とBPSDの有無との関連を評価したため、因果関係の確証を得ることは困難である。そして、過去6か月間の転倒経験を診療記録と看護記録から転記しているが、すべての転倒が記録されているとはいえない。

要 旨

本研究は、認知症高齢者の転倒予防対策構築の示唆を得るため、精神科病院認知症専門病棟に入院中の認知症高齢者40名の過去6か月間の転倒経験とBPSDとの関連を検討した。本研究対象者の約4割が過去6か月間の転倒経験をもち、BPSDを有している者は全体の85%、BPSDの平均出現個数は 1.8 ± 1.3 個だった。BPSDと過去6か月間の転倒経験との関連を検討した結果、不眠を有する者は過去6か月間の転倒経験の保有割合が多かった。さらに、不眠と徘徊の2要因と過去6か月間の転倒経験との関連を検討した結果、不眠あり&徘徊あり群は不眠なし&徘徊なし群の約3倍の転倒経験保有割合があり、転倒経験の保有に対する不眠と徘徊の相乗効果が認められた。このことから、認知症高齢者の転倒予防のためには不眠の症状に対する看護介入構築の必要性が示唆された。

Abstract

To elicit suggestions to create fall prevention measures for elderly people with dementia, this study investigated the relation between fall experience during the prior six months and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) among 40 elderly people with dementia who had been admitted to a dementia-specialized unit of a psychiatric hospital. Of all subjects in the study, approximately 40% had a fall experience during the prior six months and 85% had BPSD. The average number of occurrences of BPSD was 1.8 ± 1.3 . Examination of the relation between BPSD and fall experience during the prior six months revealed that those who had insomnia were more likely to have had a fall experience during the prior six months. Furthermore, an examination of the relation between two factors, insomnia and wandering, and fall experience during the prior six months revealed that the group of people with insomnia and wandering had an approximately three times higher rate of fall experience than a group of people without insomnia and wandering; a synergetic effect of insomnia and wandering was observed for fall experience. Results suggest the necessity of developing nursing intervention for insomnia symptoms to prevent falling by elderly people with dementia.

文 献

- Folstein, M.F., Folstein, S.E., and McHugh, P.R. (1975). "MINI-MENTAL STATE": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- French, D.D., Werner, D.C., Campbell, R.R., Powell-Cope, G.M., Nelson, A.L., Rubenstein, L.Z., Bulat, T., and Spehar, A.M. (2007). A multivariate fall risk assessment model for VHA nursing homes using the minimum data set. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(2), 115-122.
- 五十嵐裕, 佐古泰司, 飯島裕一, 千野雅樹, 小松恵永, 東条勝洋, 園田清佳, 半田茂久, 河原千春, 長戸文秀 (2011). 認知症介護長野県内施設アンケートの結果から. *日本認知症ケア学会誌*, 10(3), 379-384.
- 加藤真由美, 泉キヨ子, 平松知子, 正源寺美穂 (2006). 健康教室に参加している地域高齢者の転倒要因. *北陸公衆衛生学会誌*, 33(1), 9-14.
- 国際老年精神医学会 (2003) / 日本老年精神医学会 (2005). 痴呆の行動と心理症状. pp.29-39, アルタ出版.
- Mahoney, F.I. and Barthel, D.W. (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: The BARTHEL INDEX. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- 三谷 健, 太田恭平, 小松泰喜 (2009). 認知機能障害を呈する介護老人保健施設入所者の転倒の特徴について. *理学療法学*, 36(5), 261-266.
- 宮原洋八, 佐藤由紀恵, 佐竹雅子 (2005). 地域高齢者の転倒における関連要因について. *理学療法科学*, 20(4), 259-262.
- 村山明彦, 上内哲男, 小松泰喜, 三谷 健, 富樫早美, 緑川 亨, 米波浩二, 波多野義郎 (2008). 介護老人保健施設認知症棟における転倒予防マネジメント構築のための研究. *総合リハビリテーション*, 36(12), 1193-1197.
- 新野直明, 中村健一 (1996). 老人ホームにおける高齢者の転倒調査: 転倒の発生状況と関連要因. *日本老年医学会雑誌*, 33(1), 12-16.
- 鈴木隆雄 (2003). 転倒の疫学. *日本老年医学会雑誌*, 40(2), 85-94.
- Tinetti, M.E., Inouye, S.K., Gill, T.M., and Doucette, J.T. (1995). Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(17), 1348-1353.
- 臼井キミカ, 林 裕子, 廣田四郎 (1998). 老人保健施設における前向き調査による転倒実態と要因分析. *大阪府立看護大学紀要*, 4(1), 63-71.
- 矢上 壮, 繁信和恵, 山川みやえ, 牧本清子, 田伏 薫 (2011). 入所施設の認知症の行動心理学的徴候 (BPSD) で入院を依頼する要因の実態調査. *老年精神医学雑誌*, 22(12), 1413-1421.

〔平成25年5月7日受付〕
〔平成25年10月7日採用決定〕

インシデントやアクシデントを経験した看護職者の 安全学習に関連する要因

Related Factors Influencing Medical Safety Learning of Nurses who
Have Experienced Incidents and Accidents

小 林 順 子¹⁾ 山 本 美 紀²⁾ 休 波 茂 子³⁾
Junko Kobayashi Miki Yamamoto Shigeko Yasunami

キーワード：医療事故，インシデント，学習，経験，看護職者

Key Words：medical accident, medical incident, learning, experience, nurses

はじめに

患者取り違い，薬剤誤注入といった重大事故は医療事故に対する注目を高め，わが国における医療安全への取り組みの契機になった。各医療機関は厳しい世論と厚生労働省主導のもと，安全確保のためのシステムの見直しや体制の整備に取り組んでいる。日本医療機能評価機構医療事故防止事業部（2012）の報告によると，2011年の義務対象医療機関による事故情報の報告件数は2,483件と過去最多であった。この結果について，同事業部は事故報告が定着するようになったとの見方を示しているが，事故自体が減少していないことも推察される。看護職者は行為の最終実行者となることが多い，という特徴から医療事故発生リスクが高い職種であり（山内・山内，2005；八代・松成・梯，2004），事故防止に取り組むことは安全な医療を提供するうえできわめて重要な課題である。

事故の原因の80～90％は“ヒューマンエラー”とされる（Reason, 1997/1999）。人が失敗を犯すことを避けられないのであれば，そこから学ぶことが重要となる。近年，失敗の特性を理解し，再発を防ぐとともに個人を成長させ，新たな知識を学ぶ「失敗学」（畑村，2005，p.28）が提唱されるなど，失敗から学ぶことの重要性が認識されている。失敗とは「人間がかかわってひとつの行為を行ったとき，望ましくない，予期せぬ結果が生じること」（畑村，2005）であり，医療における失敗はインシデントやアクシデントとして扱われる。林・鈴木・山本・横手（2010）が，インシデントやアクシデントの経験は当事者の心理的負担が大きく衝撃的であるものの，問題解決への具体的方略を打ち出す学習の機会となるばかりでなく，看護専門職者として

成長を促す経験となりうる，と述べているように，このつらい経験を乗り越え，学びに変えていくことは，再発防止のみならず個人の成長にとっても重要であると考ええる。

インシデントやアクシデント経験から得る学びについては，林ら（2010）がインシデントやアクシデントの経験に基づいて身についた変化を「安全学習」と命名し，これを評価する「医療事故当事者（看護職者）の安全学習尺度」を開発している。この報告によって，安全学習は「事故防止スキルの学習」「看護判断力の獲得」「安全態度の学習」「自己モニタリングの習得」「組織安全の学習」「看護価値の獲得」から構成されることが明らかにされた。しかし，インシデントやアクシデントを経験した看護職者が，必ずしもこのような安全学習を身につけることができるわけではない。看護職者のなかには，その経験を教訓としていくものや，事故への不安に悩まされ続けるものなど，反応はさまざまである。このことから，安全学習には何らかの要因が関与しているのではないかと考えた。

これまで行われてきた研究では，看護師長や先輩のかかわり方がインシデントやアクシデント経験を学びにとらえ直すことに影響する（奥田，2006）ことや，インシデントやアクシデント経験後の看護職者の行動変容に管理者の反応が関連する（Meurier, Vincent, & Parmar, 1997；鈴木・宮下・数間，2004）ことは明らかにされているものの，安全学習に関連する要因については検討されていない。これを明らかにすることは，看護職者がインシデントやアクシデントの経験から学びを得，再発防止や看護専門職として成長するための重要な手がかりになると考える。

そこで本研究は，インシデントやアクシデント経験後の看護職者の安全学習に関連する要因を明らかにすることを

1) JA北海道厚生連遠軽厚生病院 Hokkaido P.W.F.A.C Engaru-Kosei General Hospital

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

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

目的とし、インシデントやアクシデント経験を学びにつなげるための示唆を得ることとした。

I. 用語の操作的定義

1. インシデントとアクシデント

「インシデント」は誤った医療行為が未然に防止された事例や、誤った医療行為が実施されたが結果として患者に影響を認めなかった事例とし、その後の観察を要した事例も含む。「アクシデント」は患者に治療や処置を要した事例、もしくは後遺症の残存や死亡に至った事例とした。

2. 安全学習

インシデントやアクシデント当事者としての経験に基づいて身につけた変化。当該するインシデントやアクシデント経験による知識獲得やスキルの修正など問題解決行動、専門職アイデンティティの獲得、今後の安全行動において基盤となる信念を確立すること。

3. Locus of Control

自分自身の行動と原因の生起が随伴しており、原因の統制が可能であるという信念をもっているかどうかという性格特性。

II. 方 法

1. 対象者

北海道内の総合病院10施設に勤務する看護職者500名を、年齢、経験、職位にかかわらず対象とした。

2. 調査期間

2011年7月12日から9月20日。

3. 調査方法

調査は無記名自記式質問紙を用いた郵送調査法とした。承諾が得られた施設の担当者に対象者への依頼書、質問紙などを郵送し、配布を依頼した。回収は対象者が個別に研究者に返送することとし、調査への同意は質問紙の回答をもって得られたものとした。

4. 本研究における調査の枠組み

本研究における調査の枠組みを図1に示す。インシデントやアクシデントを経験した看護職者の安全学習に関連する要因として「組織の特性」「個人の特性」「インシデント／アクシデント経験の特性」を想定した。

組織の特性は、先行研究（山崎，2000；尾崎，2003；綿貫，2004；金子・濃沼，2005；奥田，2006；鳥原・中西，2008）を参考に「インシデント／アクシデント後の職場内のかかわり」「インシデント／アクシデントに対する職場の取り組み」「所属部署における医療事故に関する勉強会頻度」「報告システム」「組織属性」で構成した。

個人の特性にはLocus of Control（以下、LOC）を用いた。LOCは、自分自身の行動と原因の生起が随伴しており、原因の統制が可能であるという信念をもっているかである（Rotter, 1966）。自分の努力によって原因を統制されているという信念をもつことは、事象の再発を自身の努力によって防ぐ姿勢となり、安全学習につながると考えた。

インシデント／アクシデント経験の特性は経験学習の前提にあるとらえ、安全学習との関連を想定した。

5. 調査内容

対象者にインシデント／アクシデント経験の有無を尋ね、経験があると回答した者に、過去に経験した最も印象に残る事象を想起したうえで回答するよう求めた。

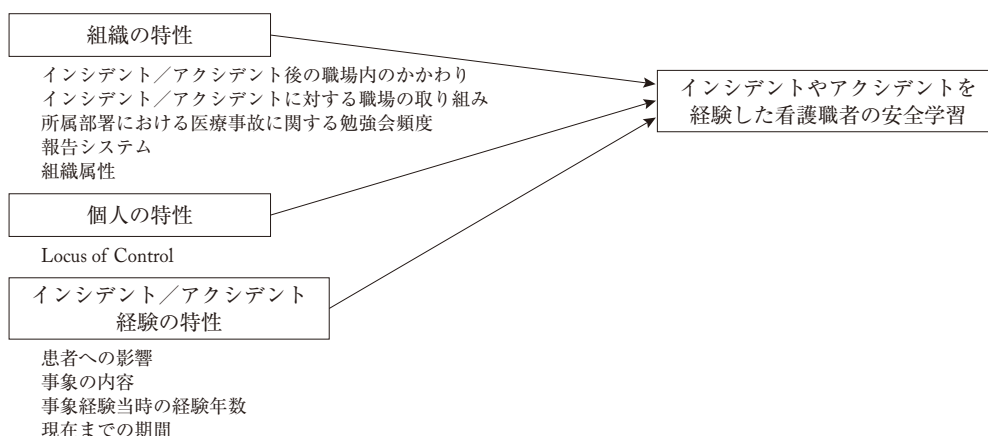


図1 本研究における調査の枠組み

(1) インシデントやアクシデントを経験した看護職者の安全学習

林ら(2010)によって開発された「医療事当事者(看護職者)の安全学習尺度」を用いた。尺度はインシデントやアクシデント経験に基づいて身についた変化として、「事故防止スキルの学習」3項目、「看護判断力の獲得」4項目、「安全態度の学習」5項目、「自己モニタリングの習得」3項目、「組織安全の学習」3項目、「看護価値の獲得」4項目の6因子22項目から構成される。設問中の「病棟」は「部署」に修正して用いた。各設問は5段階(「かなりある」5点～「全くない」1点)で得点化し、安全学習尺度総得点を安全学習の指標とした。本調査におけるCronbach's α 係数は.90であった。尺度の使用、修正については著作者から許可を得た。

(2) 組織の特性

組織の特性に関する各設問は、半構造化面接と関連文献(Wakefield, Wakefield, Uden-Holman, & Blegen, 1996; 山崎, 2000; 山内・高木, 2004; 綿貫, 2004; 金子・濃沼, 2005; 奥田, 2006; 山岸・宮腰・小林, 2007; 種田・奥村・相澤・長谷川, 2009)を参考に、以下のように自作した。

①インシデント／アクシデント後の職場内のかかわり

「振り返り」「責めた」「再発防止の具体的アドバイス」「気をつけようとだけ声かけ」の4項目を「看護師長から受けた」「スタッフから受けた」おのおのについて、5段階評価(とてもそうだ～全くそうでない)で尋ねた。

②インシデント／アクシデントに対する職場の取り組み

「部署で発生したインシデント／アクシデントの共有」「再発防止のための話し合い」「スタッフ間で事故の危険がある患者の注意を促す」の3項目について、5段階評価(とてもそうだ～全くそうでない)で尋ねた。

③所属部署における医療事故に関する勉強会頻度

「月に1回以上、2～3か月に1回、半年～1年に1回、数年に1回、全くなし」のいずれかを尋ねた。

④報告システム

事象経験当時の職場の「報告方法」と「報告する相手」について尋ねた。「報告方法」は、「紙面または電子媒体のみで報告、紙面または電子媒体に加え口頭でも報告、口頭のみで報告、その他」のいずれに該当するかを尋ねた。「報告する相手」は、「看護師長、主任・副主任・師長補佐・係長(以下、主任)、部署専任リスクマネージャー(Risk Manager, 以下、RM)、先輩看護師、その他」のいずれかを尋ねた。

⑤組織属性

事象を経験した当時勤務していた「病院の規模」について、「500床以上、300～499床、299床以下」のいずれかを

尋ねた。

(3) LOC

鎌原・樋口・清水(1982)の「成人用一般的Locus of Control尺度」を用いた。尺度は18項目(内的統制項目10項目、外的統制項目8項目)で構成され、それぞれ4段階評価である。内的統制項目は「そう思う」を4点、「そう思わない」を1点とし、外的統制項目は得点が逆転する。点数が高いほど内的統制傾向が強いことを示す。本研究におけるCronbach's α 係数は.73であった。尺度の使用については著作者から許可を得た。

(4) インシデント／アクシデント経験の特性

過去に経験した最も印象に残る事例に関し、患者への影響(影響なし、要観察、要治療、軽度の後遺症残存、重度の後遺症残存、死亡)、事象の内容、事象経験当時の経験年数、現在までの期間について尋ねた。

(5) 基本属性

年齢、性別、経験年数、職位、資格を尋ねた。

6. 分析方法

一次分析として各変数の基本統計量の算出、正規性の検定を行った。二次分析としてインシデント／アクシデントを経験した看護職者の安全学習の関連要因を抽出するために、安全学習を従属変数、組織の特性の各変数、LOC、インシデント／アクシデント経験特性の各変数を独立変数とし、相関係数の算出、あるいは群間の有意差を検討した。

具体的には、職場内のかかわりと職場の取り組みの各変数、所属部署における医療事故に関する勉強会頻度、LOCは相関分析、報告方法、事象経験当時の経験年数、現在までの期間、事象の内容については一元配置分散分析を行った。報告する相手については報告あり群となし群に分け、群間の差を t 検定で検討した。患者への影響については、安全学習との関連を探索するために、事象レベルとしてインシデント群(影響なし～要観察)とアクシデント群(要治療～死亡)、影響の有無として影響なし群(影響なし)と影響あり群(要観察～死亡)に分類し、それぞれ2群の差を t 検定で検討した。三次分析として二次分析で有意な関連を認めた変数を説明変数、安全学習を目的変数とし、重回帰分析(変数増減法)を行った。なお、報告する相手、事象レベル、影響の有無についてはダミー変数を与えた。統計分析には『SPSS Statistics 17.0』を用い、有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

対象者に研究目的と方法、調査は無記名かつ回答はデータ化し、施設や個人を特定することはないこと、調査に

よって得られた情報は本研究以外の目的で使用するのではないこと、研究結果は学会等で発表する可能性があるがその際も個人情報厳守すること、研究への参加・中断は自由であり不参加による不利益は被らないことを書面で説明した。また、研究参加の同意は署名ではなく、質問紙への回答をもって同意を得られたものとする事で個人が特定されないよう配慮した。回収された質問紙は鍵のかかる場所で保管し、研究終了後、シュレッダーにて破棄した。なお、本研究は日本赤十字北海道看護大学倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅲ. 結 果

500名に質問紙を配布し、316名（回収率63.2%）から回答を得た。そのうち、「インシデントやアクシデントの経験がない」と回答した6名と、安全学習尺度項目での無回答、複数の設問に無回答がある13名を除き、297名を分析対象とした（有効回答率94.0%）。

1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性を表1に示す。対象者の資格は看護師が9割弱と大部分を占め、職位はスタッフ看護師が約8割であった。対象者の年齢は 34.3 ± 8.9 （平均値 $\pm$ 標準偏差、以下同）歳、経験年数は平均 11.8 ± 8.6 年であった。

表1 対象者の属性

		(n = 297)	
		度数	割合 (%)
性別	女性	281	94.6
	男性	16	5.4
資格	看護師	262	88.2
	准看護師	15	5.1
	保健師・助産師	17	5.7
	無回答	3	1.0
職位	スタッフ	249	83.8
	主任	36	12.1
	師長	10	3.4
	その他	2	0.7
年齢	21～29歳	108	36.4
	30～39歳	104	35.0
	40～49歳	67	22.5
	50歳以上	18	6.1
	平均値 $\pm$ SD	34.3 ± 8.9 歳	
	最小値：21歳	最大値：60歳	
経験年数	1年未満	5	1.7
	1年～5年未満	76	25.6
	5年～10年未満	62	20.9
	10年以上	154	51.8
	平均値 $\pm$ SD	11.8 ± 8.6 年	
	最小値：0.3年	最大値：38年	

2. インシデント／アクシデント経験の特性

インシデントやアクシデント経験をした当時の経験年数は平均 6.6 ± 7.2 年（範囲0.1～32年）であった。事象レベルはインシデントが244名（82.2%）、アクシデントが52名（17.5%）で、患者への影響は影響なしが123名（41.4%）、要観察121名（40.8%）、要治療43名（14.5%）、軽度の後遺症残存、重度の後遺症残存、死亡は各3名（各1.0%）であった。事象の内容は、薬剤が最も多く、138名（46.5%）、ついで、療養上の世話44名（14.8%）であった（表2）。

3. 対象者の安全学習尺度得点

安全学習尺度総得点は、平均 82.5 ± 12.8 点、中央値（25%点、75%点、以下同）84（74, 91）、範囲は44～110であった。

4. 安全学習尺度得点と各変数の関連

(1) 組織の特性

安全学習尺度得点において関連を認めた組織の特性は、

表2 インシデント・アクシデント経験の特性

		(n = 297)	
		度数	割合 (%)
事象のレベル	インシデント	244	82.2
	アクシデント	52	17.5
	無回答	1	0.3
患者への影響	影響なし	123	41.4
	要観察	121	40.8
	要治療	43	14.5
	軽度の後遺症残存	3	1.0
	重度の後遺症残存	3	1.0
	死亡	3	1.0
	無回答	1	0.3
事象の内容	薬剤	138	46.5
	療養上の世話	44	14.8
	ドレーン・チューブ	42	14.1
	治療・処置	31	10.4
	検査	17	5.7
	輸血	5	1.7
	医療機器など	5	1.7
	その他	15	5.1
当時経験年数	1年未満	63	21.2
	1年～5年未満	102	34.4
	5～10年未満	53	17.8
	10年以上	79	26.6
	平均値 $\pm$ SD	6.6 ± 7.2 年	
	最小値：0.1年	最大値：32年	
現在までの期間	1年未満	29	9.8
	1年～5年未満	149	50.2
	5年～10年未満	61	20.5
	10年以上	58	19.5
	平均値 $\pm$ SD	5.2 ± 5.6 年	
	最小値：0年	最大値：34年	

「職場内のかかわり」との関連では「再発防止の具体的アドバイス（スタッフから）」（ $\rho = .53, p < .01$ ）, 「振り返り（スタッフから）」（ $\rho = .48, p < .01$ ）, 「再発防止の具体的アドバイス（看護師長から）」（ $\rho = .43, p < .01$ ）, 「振り返り（看護師長から）」（ $\rho = .37, p < .01$ ）, 「職場の取り組み」との関連では「再発防止の話し合い」（ $\rho = .42, p < .01$ ）, 「スタッフ間で事故の危険がある患者の注意を促す」（ $\rho = .36, p < .01$ ）, 「部署で発生したインシデント／アクシデントの共有」（ $\rho = .35, p < .01$ ）, 勉強会頻度（ $\rho = .23, p < .01$ ）であった。「報告する相手」との関連では「主任」および「先輩看護師」への報告あり群は、なし群に比べて安全学習尺度得点が有意に高い結果であった（ $p < .05, p < .01$ ）（表3）。

(2) LOC

LOC尺度得点は平均 48.7 ± 6.3 点, 中央値49 (45,52),

範囲は29～68であった。安全学習尺度得点とLOCの相関係数は $r = .12$ （ $p < .05$ ）であり、関連は認められなかった（表4）。

(3) インシデント／アクシデント経験の特性

患者への影響は、インシデント群（影響なし～要観察）とアクシデント群（要治療～死亡）では安全学習に差を認めなかったものの、患者への影響あり群（要観察～死亡）はなし群（影響なし）に比べ安全学習尺度得点は有意に高かった（ $p < .05$ ）（表5）。

表4 安全学習尺度得点とLocus of Controlの関連
($n = 293$)

	相関係数
Locus of Control	.12*

[注] Pearsonの積率相関係数, *: $p < .05$

表3 安全学習尺度得点と組織の特性との関連

($n = 297$)

変数	相関係数or Mean ($\pm$ SD)	p値
職場内のかかわり ^{a)}		
振り返り	.37	**
看護師長から受けた責めた	.01	n.s.
かかわり 再発防止の具体的アドバイス	.43	**
気をつけようとだけ声かけ	-.18	n.s.
振り返り	.48	**
スタッフから受けた責めた	.05	n.s.
かかわり 再発防止の具体的アドバイス	.53	**
気をつけようとだけ声かけ	-.07	n.s.
職場の取り組み ^{a)}		
部署で発生したインシデント・アクシデントの共有	.35	**
再発防止の話し合い	.42	**
スタッフ間で事故の危険がある患者の注意を促す	.36	**
所属部署における勉強会頻度 ^{a)}	.23	**
報告システム		
報告方法 ^{b)}		
紙面または電子媒体のみ	82.1 (± 12.4)	
紙面または電子媒体に加え口頭	83.0 (± 12.5)	n.s.
口頭のみ	77.6 (± 15.1)	
報告する相手 ^{c)}		
看護師長		
あり	82.3 (± 12.9)	n.s.
なし	84.7 (± 11.0)	
主任		
あり	85.5 (± 12.4)	*
なし	81.5 (± 12.7)	
部署専任RM		
あり	87.9 (± 11.9)	n.s.
なし	82.1 (± 12.7)	
先輩看護師		
あり	85.7 (± 12.3)	**
なし	81.2 (± 12.7)	
その他		
あり	83.5 (± 12.2)	n.s.
なし	82.3 (± 12.9)	
組織属性		
病院の規模 ^{b)}		
500床以上	82.9 (± 13.9)	
300～499床	81.2 (± 13.1)	n.s.
299床以下	83.5 (± 11.2)	

[注] a) : Spearmanの順位相関係数

b) : 一元配置分散分析

c) : t 検定

* : $p < .05$, ** : $p < .01$, n.s.: not significant

表5 安全学習尺度得点とインシデント／アクシデント経験特性の関連

		(n = 297)	
変数		Mean (±SD)	p値
現在までの期間 ^{a)}	1年未満	85.9 (±11.9)	n.s.
	1年～5年未満	82.1 (±12.1)	
	5年～10年未満	81.7 (±11.0)	
	10年以上	82.7 (±16.1)	
当時の経験年数 ^{a)}	1年未満	84.5 (±12.2)	n.s.
	1年～5年未満	81.9 (±12.4)	
	5年～10年未満	82.1 (±12.5)	
	10年以上	81.9 (±13.9)	
事象レベル ^{b)}	インシデント (影響なし～要観察)	81.9 (±13.0)	n.s.
	アクシデント (要治療～死亡)	85.1 (±11.7)	
影響の有無 ^{b)}	影響なし (影響なし)	80.5 (±13.2)	*
	影響あり (要観察～死亡)	83.9 (±12.3)	
事象の内容 ^{a)}	薬剤	81.9 (±12.7)	n.s.
	治療・処置・検査	86.3 (±11.5)	
	ドレーン・チューブ	83.4 (±13.0)	
	療養上の世話	80.9 (±13.8)	
	その他	80.0 (±12.7)	

[注] a) : 一元配置分散分析

b) : t検定

* : $p < .05$, n.s.: not significant

表6 安全学習に対する重回帰分析(回帰式に含まれる変数と精度)

		(n = 297)	
変数		偏回帰係数	標準偏回帰係数(β)
再発防止の具体的アドバイス； 看護師長から受けた		2.324**	.215
再発防止の具体的アドバイス； スタッフから受けた		3.280**	.346
再発防止の話し合い		1.866**	.179
影響の有無		1.973	.076
定数項		55.300	
精度	重相関係数R	.594	
	決定係数R ²	.353	

[注] ** : $p < .01$

なることを示すものとなった。「振り返り」は学びを深めるプロセスとされるように、他者との語り合いによって事象を思い起こし、整理し、何が原因であったか掘り下げることとなると考えられる。その結果、安全学習につながると考えられ、振り返りの機会を設けることが重要となることが示唆された。

一方、「責めた」「気をつけようとして声かけ」は「看護師長から受けた」「スタッフから受けた」のいずれにおいても安全学習との関連を認めなかった。事故を個人の責めに帰しても要因をなくせなければ再発は防ぐことができない(Cohn, 1999/2000)とされるように、「責めた」は当事者とともに考える機会にはならず、要因を明らかにすることができない。「気をつけようとして声かけ」はその場だけの表面的なかかわりであり、当事者とともに考え、要因を明らかにするかかわりではない。それゆえに安全学習と関連しなかったのではないかと考える。前述した「振り返り」が安全学習と関連し、「責めた」「気をつけようとして声かけ」が安全学習との関連を認めなかったことから、個人が事象と向き合い、要因を明らかにできるようなかかわることが安全学習を高めるうえで重要であると考えられる。

「再発防止の具体的アドバイス」は「看護師長から受けた」「スタッフから受けた」のいずれにおいても、かかわりを受けたほど安全学習は高くなる傾向にあった。山本・天野・入江(2009)は、事象後、当事者はパニックになり思考や判断ができない状況に陥るため、他者からアドバイスを受けることは自分のとるべき行動の理解につながる、と述べている。再発防止の具体的アドバイスが安全学習と関連があったことは、アドバイスを受けることは自分自身が今後、どのように行動するかを理解することを助けるかわりになり、その結果、安全学習を高めることにつながったと考える。したがって、職場においては当事者が今後の行動を具体的にイメージできるようアドバイスを行う

IV. 考 察

1. 安全学習と組織の特性との関連

職場内のかかわりとして、「振り返り」は「看護師長から受けた」「スタッフから受けた」のいずれにおいても、かかわりを受けたほど安全学習は高くなる傾向にあった。松永・岡本(2009)は、医療事故模擬体験後の振り返りが自己の特性を知り、行動変容につながった、と報告している。松永らの報告は看護学生を対象としていたが、本研究の結果は、事象発生の場面においても振り返りが重要と

ことが重要と考える。

インシデント／アクシデントに対する職場の取り組みは、想定した3変数すべてにおいて取り組みが行われるほど安全学習は高くなる傾向にあった。今回想定した変数のうち、「再発防止の話し合い」「部署で発生したインシデント／アクシデント情報の共有」は事象発生後の職場の取り組みである。部署で発生した事象の共有を行うことは、他者が経験した事象や部署で起こりやすい事象を知ることになる。これにより、個人は他者の起こした事象を教訓とし、何に注意すべきかを考え、行動することにつながったと考える。

「スタッフ間で事故の危険がある患者の注意を促す」は、事象が起きる前、すなわち、事故防止を目的に行われる取り組みである。山下ら（2007）は、転倒・転落に関する患者の危険度をスタッフで共有することで転倒・転落防止策がすみやかに実施できる、と述べている。スタッフ間で事故の危険がある患者の注意を促すことは、情報を共有することとなり、対策を実施し、事故防止につながると考えられる。安全学習と関連を認めたことは、当該患者の事故防止のみならず、他の患者にも応用するといったリスクへの感性を高め、安全学習を高めることにつながることが示唆された。

所属部署における勉強会頻度では、医療事故に関する勉強会頻度が高いほど安全学習は高くなる傾向にあった。勉強会頻度は看護職の法的責任認識との関連（綿貫，2004）も報告されており、本研究の結果と合わせ、個人に影響を及ぼしていることが明らかになった。医療事故に関する勉強会頻度が高いということは医療安全に対する関心が高い職場であると考えられ、このような職場環境が個人の安全学習に関与していると推測される。また、事故防止意識の習得には病棟内の勉強会から影響を受ける傾向にあるとの報告（山口，2007）もあり、勉強会によって事故防止意識が高まり、安全学習を高めることにつながっていることも考えられる。したがって、部署においては部署内で勉強会の機会を設ける必要があることが示唆された。

報告システムでは、報告方法の「紙面または電子媒体のみ」「紙面または電子媒体に加え口頭」「口頭のみ」間のいずれにおいても、安全学習に差は認められなかった。前述した「職場内のかかわり」における「振り返り」や「再発防止の具体的アドバイス」が安全学習と関連し、報告方法に関連を認めなかったことは、報告方法自体が問題なのではなく、個人とどのようにかかわるかが重要となると考えられる。報告する相手では、「主任」および「先輩看護師」への「報告あり」は「なし」に比べ安全学習は有意に高かった。主任や先輩看護師は当事者にとって実践における身近な存在であり、報告の際、実践に合わせた具体的なか

かわりが行われていることが推察される。安全学習を高めるには報告時、当事者とどのようにかかわるかが重要となることが考えられる。

組織属性では、「病院の規模」と安全学習に関連は認められなかった。先行研究では、バーンアウト傾向や倫理的問題の解決と病院の規模が関連していたことが明らかにされており、（山崎，2000；水澤，2009），関連を認めた理由として、病院の機能、病棟態勢、看護職員配置の相違があげられている。本研究では病院の機能や看護職員態勢は調査しておらず、病院の規模のみを比較したため、安全学習と関連を認めなかったのではないかと考える。

2. 安全学習とLOCの関連

対象者のLOC得点は平均 48.7 ± 6.3 点であった。看護師を対象とした先行研究と比較すると、綿貫（2004）の研究では平均 50.1 ± 6.7 点、岡本・長谷川・今川（2001）の研究では 50.4 ± 6.0 点であり、やや低い傾向にあったものの、大きな差はなかった。このことから、本研究対象者のLOCは看護師として平均的な集団であると考えられる。

LOCは、看護師の法的責任認識（綿貫，2004）といった個人の認識と関連することが明らかにされているが、安全学習との関連は認められなかった。安全学習はインシデントやアクシデント経験に基づいて身についた問題解決行動や専門職アイデンティティの獲得、安全行動における信念を確立すること（林ら，2010）であり、認識に留まらず、個人の行動に影響を及ぼすレベルにある。このような違いが、LOCが安全学習とは関連を認めない結果となったと考える。個人の認識のみならず、行動に影響を及ぼす安全学習はLOCに左右されるものではないことが示唆された。

3. 安全学習とインシデント／アクシデント経験特性の関連

インシデント群とアクシデント群では安全学習に差を認めなかったものの、患者への影響あり群はなし群に比べ安全学習尺度得点は有意に高かった。Meurier, et al. (1997) は、患者に影響がなければ看護師の建設的な変化につながらない傾向にあることを報告しており、本研究の結果を支持する結果といえる。患者への影響のなかでも「要観察」が安全学習を左右することは新たな発見である。患者に実害はなくとも、観察を要するといったなんらかの影響を及ぼしたかは当事者にとって心に残る事象となり、再発を防ぐことへの意識づけとなることが考えられる。瀬川・種田・後藤・高植・清水（2009）が、新人にとって自分自身や他者のインシデント体験は二度と起こしたくないとの強い決意や危機意識につながると報告しているように、これ

らの体験は再発防止への認識を高めることが考えられる。しかし、影響なし群が影響あり群に比べ安全学習が有意に低かったことは、患者への影響がなかったことにより危機意識につながらず、再発防止への認識に至らない可能性もある。したがって、影響なしの場面において再発防止や今後の教訓とするかわりを強化する必要があると示唆される。

「事象の内容」「事象経験当時の経験年数」「現在までの期間」は安全学習との関連を認めず、安全学習はこれらに左右されるものではないことが示唆された。事象の内容や経験年数、現在までの期間にかかわらず、当事者の学習を支援するかわりが必要であると考えられる。

4. 安全学習の関連要因

安全学習を目的変数とし、安全学習と統計学的に有意な関係が認められた11変数を説明変数として分析した結果、「再発防止の具体的アドバイス（スタッフから）」「再発防止の具体的アドバイス（看護師長から）」「再発防止の話し合い」が安全学習の関連要因として抽出された。安全学習に最も影響を与えた要因は「再発防止の具体的アドバイス（スタッフから）」であり、ついで「同（看護師長から）」であった。抽出された3要因のうち、2つが「再発防止の具体的アドバイス」であったことから、安全学習の鍵を握るといえる。

鈴木ら（2004）は、インシデントやアクシデントを経験した看護師の建設的行動変容と管理者の支持的な反応に関連があった、と報告している。今回、関連要因として認められた「再発防止の具体的アドバイス」は、当事者をサポートするような支持的なかかわりの一つである。鈴木ら（2004）の研究は本研究の結果を裏づける結果といえるが、その具体的なかわりは明らかにされていなかった。本研究の結果で支持的なかかわりのなかでも「再発防止の具体的アドバイス」が重要であることが明らかになり、支持的なかかわりが具体化されたことは新たな発見である。具体的なアドバイスを受けることは前述したように、自分自身がどのように行動するかを理解することを助けるかわりになり、その結果、安全学習に影響を与えられられる。かわりをもつ相手は「看護師長」より「スタッフ」のほうが影響は強くみられた。上司である看護師長よりも、身近な存在である同僚や先輩看護師のほうが実践に近く、より具体的なアドバイスが得られるためであると考えられる。看護師長よりもスタッフのかわりのほうが影響は強かったものの、ともに関連要因となったことから、双方のかわりが重要といえる。インシデントやアクシデント後、「再発防止の具体的アドバイス」を行うことが重要であり、当事者がスタッフや看護師長に相談する機会を設け

ることが出発点にあると考える。したがって、職場内においては、相談する機会を設ける必要があると考える。

職場における「再発防止の話し合い」も安全学習に影響を与えていた。喜多・谷津・新田・神谷・平澤（2007）は、事例検討会に継続的に参加する効果について「自分で考え他参加者と議論し、さらに自分で考えるという反復を生じさせ、事例への実用を行いながら理解をさらに深める効果をもたらした」と述べている。職場において「再発防止の話し合い」の機会があるということは、再発を防ぐことができるかを自分の考えだけでなく、他者の意見も取り入れ、理解を深めることにつながり、その結果、安全学習に影響を与えたと考える。したがって、職場においては事象発生後、再発防止への話し合いが行える場を設けることが必要であることが示唆される。

安全学習の関連要因として、組織特性と個人特性（LOC）、インシデント／アクシデント経験の特性を想定したが、関連要因として抽出されたのは組織特性における変数であり、安全学習は自分の努力によって状況を変えようとする個人の傾向やどのようなインシデント／アクシデント経験をしたかではなく、組織としての特性に影響を受けることが明らかになった。関連要因になった「再発防止の具体的アドバイス」と「再発防止の話し合い」はいずれも他者とのかわりを示す変数であり、安全学習を高めるには当事者とのかわりについて組織的に取り組む必要があると考えられる。

5. 研究の限界と課題

本研究によってこれまで明らかにされていなかった安全学習に関連する要因が明らかにされ、結果は当事者支援として応用が可能であることから、意義があると考えられる。今回明らかになった要因をより詳細に分析し、具体化することが今後の課題である。また、本研究では対象者が経験した事象を患者への影響で分類し検討したが、患者に具体的にどのような影響を及ぼしたのかといった経験の違いが学習に影響することも考えられる。今後、継続して研究を蓄積し、明らかにしていくことが課題である。

研究に参加した対象者が医療安全に関心の高い集団である可能性は否定できず、すべてを反映しているとはいえない。また、対象機関を調査協力が得られた北海道内の10施設に限定していることから結果に偏りが生じる可能性は否めず、一般化には限界がある。

V. 結 論

本研究は、インシデントやアクシデントを経験した看護職者の安全学習に関連する要因について検討した。その結

果、組織の特性では再発防止の具体的アドバイスを看護師長やスタッフから受けていることが安全学習の関連要因として認められた。個人の特性として想定したLOC、インシデント／アクシデント経験の特性は関連要因とは認められなかった。

以上のことから、インシデントやアクシデントを経験した看護職者が安全学習を高めるには他者とのかかわりが重要であり、当事者とのかかわりについて組織的に取り組む必要があることが示された。

謝 辞

本研究にあたり、ご多忙にもかかわらず調査を快く承諾してくださった看護部長の皆さま、調査にご協力いただいた看護師の皆さまに心から感謝いたします。なお、本稿は小林順子の平成23年度日本赤十字北海道看護大学大学院看護学研究科修士論文（指導：休波茂子・山本美紀）に加筆、修正を行ったものであり、その一部は第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会、第16回日本看護管理学会年次大会において報告した。

要 旨

本研究の目的は、インシデントやアクシデントを経験した看護職者の安全学習に関連する要因を明らかにすることである。北海道内の総合病院に勤務する看護職者に無記名自記式質問紙調査を行った。対象者に最も印象に残るインシデント／アクシデント経験を想起したうえで回答を求め、安全学習と組織の特性（職場内のかかわり、職場の取り組み、報告システム、所属部署における医療事故に関する勉強会頻度、組織属性）、個人の特性（Locus of Control）、インシデント／アクシデント経験との関連について検討した。分析対象は、有効回答が得られた297名（平均年齢 34.3 ± 8.9 歳）とした。重回帰分析の結果、組織特性の看護師長・スタッフからの再発防止の具体的アドバイス、職場における再発防止の話し合いが安全学習の関連要因として認められた。以上のことから、安全学習を高めるには他者とのかかわりが重要であり、当事者とのかかわりについて組織的に取り組む必要があることが示唆された。

Abstract

The purpose of the present study is to examine related factors influencing medical safety learning of nurses who have experienced medical incidents and accidents. An anonymous-based, self-completed questionnaire survey was conducted among nurses working in general hospitals in Hokkaido. The subjects were asked to complete the questionnaire while recalling the most memorable medical incidents and accidents they have experienced and the relationships among medical safety learning, the organizational characteristics (involvements and approaches in the workplace, reporting system, frequency of study meeting regarding medical accidents in the attending unit, organizational attributes), personal characteristics (Locus of Control) and experiences with medical incidents and accidents were examined. Valid responses, obtained from 297 nurses (mean age: 34.3 ± 8.9 years old), were analyzed. As a result of multiple linear regression analysis, specific advice from the nurse manager/staff and discussions within the workplace about preventing recurrence of medical incidents and accidents were found in the organizational characteristics to be related factors for medical safety learning. The result suggests that involvement of others is important to enhance medical safety learning and it is necessary for the organization to involve systematically with the persons concerned.

文 献

- Cohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (1999)／医学ジャーナリスト協会 (2000). 人は誰でも間違える — より安全な医療システムを目指して. pp.59-65, 東京：日本評論社.
- 畑村洋太郎 (2005). 失敗学のすすめ. pp.25-29, 東京：講談社.
- 林千加子, 鈴木千絵子, 山本奈奈, 横手芳恵 (2010). 医療事故当事者（看護職者）の安全学習尺度の開発. 医療の質・安全学会誌, 5(3), 201-212.
- 鎌原雅彦, 樋口一辰, 清水直治 (1982). Locus of Control尺度の作成と, 信頼性, 妥当性の検討. 教育心理学研究, 30(4), 302-307.
- 金子さゆり, 濃沼信夫 (2005). 院内報告制度に関する個人認識と影響要因の関係モデル. 病院管理, 42(3), 255-265.
- 喜多里己, 谷津裕子, 新田真弓, 神谷 桂, 平澤美恵子 (2007).

- 周産期医療における倫理的問題に関する看護者の学習体験：継続的なグループディスカッションを通して. 日本赤十字看護大学紀要, 21, 14-23.
- 松永三千代, 岡本良子 (2009). 看護教育研究レポート：「誤薬」シミュレーション体験・リフレクション体験授業の報告 — 5年間の実践からみえてきた効果と課題. 看護展望, 34(4), 434-443.
- Meurier, C.E., Vincent, C.A., and Parmar, D.G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 111-119.
- 水澤久恵 (2009). 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因. 生命倫理, 19(1), 87-97.
- 日本医療機能評価機構医療事故防止事業部 (2012-09-06). 医療事故情報収集等事業平成23年年報. Retrieved from <http://www.>

- med-safe.jp/pdf/year_report_2011.pdf
- 岡本佐智子, 長谷川真美, 今川詢子 (2001). Locus of Controlと短期大学看護学科卒業生の就業状況との関連の検討. 埼玉県立大短大部紀要, 3, 51-59.
- 奥田清子 (2006). インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験. 日本赤十字看護大学紀要, 20, 43-53.
- 尾崎フサ子 (2003). 看護職員の職務満足に与える看護師長の承認行為の影響. 新潟医学会雑誌, 117(3), 155-163.
- Reason, J.T. (1997) / 塩見 弘 監訳 (1999). 組織事故: 起こるべくして起こる事故からの脱出. p.91, 東京: 日科技連出版社.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- 瀬川雅紀子, 種田ゆかり, 後藤姉奈, 高植幸子, 清水房江 (2009). 新卒看護師の職業継続意識に影響を与えた体験. 日本看護管理学会誌, 13(2), 41-49.
- 鈴木琴江, 宮下光令, 数間恵子 (2004). ミスを経験した看護職者の行動変容とその要因. 看護管理, 14(5), 401-406.
- 種田憲一郎, 奥村泰之, 相澤裕紀, 長谷川敏彦 (2009). 安全文化を測る — 患者安全文化尺度日本語版の作成 —. 医療の質・安全学会誌, 4(1), 10-24.
- 鳥原真紀子, 中西睦子 (2008). 救命救急センター看護師の離職願望と職務満足, 組織コミットメントとの関係. 国際医療福祉大学紀要, 13(2), 16-24.
- Wakefield, D.S., Wakefield, B.J., Uden-Holman, T., and Blegen, M.A. (1996). Perceived Barriers in Reporting Medication Administration Errors. *Best Practices and Benchmarking in Healthcare*, 1(4), 191-197.
- 綿貫恵美子 (2004). 看護職の法的責任認識とその関連要因に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 51-58.
- 山岸まなほ, 宮腰由紀子, 小林敏生 (2007). 病院職員の安全風土とインシデントレポートの提出に影響する要因. 日職災医誌, 55, 194-200.
- 山口智美 (2007). 複雑に重複する業務状況下における看護師の問題解決意識及び事故防止意識. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録, 32, 15-22.
- 山本君子, 天野雅美, 入江慎治 (2009). 看護師が医療事故を起こしたとき上司に望むサポート. 看護教育研究学会誌, 1(1), 25-44.
- 山下茂子, 井坂茂夫, 田中美代子, 藤田敬子, 松田浩子, 山本利子, 市村小百合, 中村早苗, 秋元恵子 (2007). 転倒転落防止に対する看護師の意識調査. 日本農村医学会雑誌, 55(5), 472-479.
- 山内桂子, 高木安雄 (2004). 医療事故に関わった看護師の業務継続に伴うストレスとサポートの検討. 病院管理, 41(1), 37-46.
- 山内桂子, 山内隆久 (2005). 医療事故 なぜ起こるのか, どうすれば防げるのか. pp.113-118, 東京: 朝日新聞社.
- 山崎登志子 (2000). パーミアウト傾向と性格特性, ソーシャル・サポートとの関係 — 病院規模による比較 —. 日本看護研究学会雑誌, 23(2), 29-41.
- 八代利香, 松成裕子, 梯正行 (2004). 看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因 — 国内外の研究動向と今後の課題 —. 日職災医誌, 52, 299-307.

〔平成24年11月26日受 付〕
〔平成25年10月15日採用決定〕

日本の看護を伝える方策—実践者・研究者の立場から

JICA 派遣専門家（チーフアドバイザー）/聖マリア学院大学非常勤講師 小川 正子

講師紹介

国際看護の専門家。京都の看護学校を卒業後、大阪府の病院に勤務。その後、厚生省看護研修研究センターで1年間の看護教員養成課程を経て、大分で看護学校の教職に就く。35歳の時に看護教育分野の青年海外協力隊員としてパラグアイへ、帰国後、ホンジュラスでの看護プロジェクト専門家を経て、エルサルバドルの看護教育強化プロジェクトにチーフアドバイザーとして関与する。2003～2006年はパラグアイの「看護・助産継続教育強化プロジェクト」のチーフアドバイザーを務め、2007年より国際協力機構プライマリヘルスケア体制強化プロジェクトチーフアドバイザーを担う。

2007年から2011年にかけて、チーフアドバイザーとして携わった、「中米カリブ地域／看護基礎・継続教育強化プロジェクト（通称：天使のプロジェクト）」での活動などが評価され、2010年には国際協力機構（JICA）・国連開発計画（UNDP）共催の「南南協力ハイレベル会合」で南南協力の好事例として「優秀賞」を受賞し、2012年には第40回医療功労賞、JICA理事長賞を受賞する。

現在は、プライマリヘルスケア体制強化プロジェクトの責任者としてパラグアイに居を構え、パラグアイの保健政策・地域保健医療サービス改善にむけて総局長5名を現地の受け入れ担当者（カウンターパート）として保健省内でプロジェクトの推進を指揮している。

著書に「中米カリブ地域 看護基礎・継続教育強化プロジェクト」のチーフアドバイザー。執筆図書に『看護とはどんな仕事か—7人のトップランナーたち』（勁草書房、2004年、共著）、『大学テキスト 国際協力論』（古今書院、2006年、共著）、『国際看護学（新大系看護学全書シリーズ）』（メヂカルフレンド社、2009年、共著）、『地域看護学（新大系看護学全書シリーズ）』（メヂカルフレンド社、2013年、共著）がある。



はじめに

日本の看護を伝える方策ということで、これまでに私が国際協力に取り組んできたことを、経験を含めて、今後ともこうあるべきじゃないかと、こうあってほしいと思うことお伝えしたいと思います。今日の話の展開は、まず日本の国際協力について少し話させていただき、それから看護領域における国際協力、技術移転手法、そして最後に国際協力の課題と対策についてお話させていただきます。

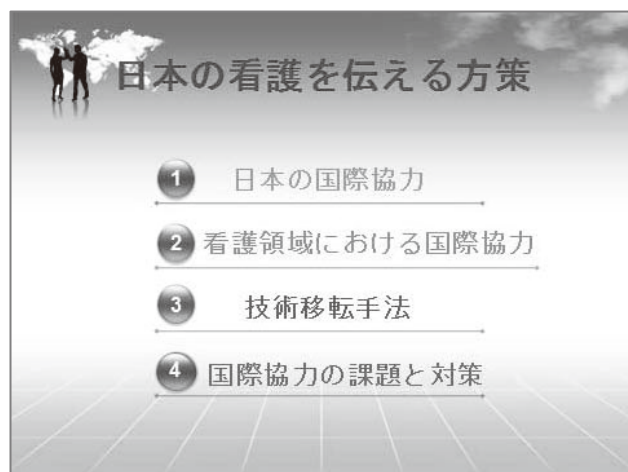
自己紹介を含めた私のこれまでの国際看護協力の経験ですが、1988年に南米のパラグアイで青年海外協力隊員として2年間活動しました。その当時、パラグアイには国立看護大学とカトリックの大学の2つがあり、国立看護大学で外科看護の先生といっしょになって講義と実習指導を行っていました。それが終わってすぐ中米のホンジュラスで、今度はJICAの専門家として看護教育強化プロジェクトの仕事をしました。これは5年間のプロジェクトで、私が実際に関わったのは3年と7か月位ですが、純粋に看護教育、つまり教授法とか教材作成に携わりました。それが終了した直後に隣の国のエルサルバドルで同様の看護教育強化プロジェクトが行われ、そのプロジェクトの中で3年目からの3年間はリーダー、今でいうとチーフアドバイザーを担いました。これが終わってまたパラグアイに戻り、すでに2年間進んでいたプロジェクトでしたが、5年のうちの残りの3年間で、パラグアイの看護助産継続教育強化プロジェクトのチーフアドバイザーとして、今度は看護と助産の継続教育を目的とした事業の運営管理を行いました。このプロジェクトと並行して、JICAでは医療・看護で初めて取り組むことになった、エルサルバドルを中心としてガテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国の5か国を対象とした広域プロジェクトが計画されていました。このプロジェクトにも計画段階から関わっていたので、看護助産継続教育強化プロジェクトが終わると、この5か国を対象とした広域プロジェクト「中米カリブ地域看護基礎継続教育強化プロジェクト」、長いので「天使のプロジェクト」と称し、現在では中南米でもちょっと有名なプロジェクトの責任者となりました。

それが終わって現在またパラグアイに戻り、プライマリヘルスケア体制強化プロジェクトの責任者となっています。



このプロジェクトまでの5つのプロジェクトは看護教師や臨床の看護師・助産師を対象とした看護教育の充実を目的とするものでしたが、今回は地域医療のプロジェクトで、私のカウンターパートが保健省のプライマリヘルスケアに関わっている5人の総局長のため、かなりの配慮も必要で、違った戦略・手法を使わないと、このプロジェクトは上手く活動しないと考えています。もう一つ大変なのはこのプロジェクトは2月から始まりましたが、私がシャトル型のリーダー^注として日本で仕事をしながら定期的に現地に行ってプロジェクトの運営管理をするという、私にとっても初めての経験のため、中々難しいところがあります。例えば広域協力プロジェクトのときであれば、エルサルバドルが拠点でエルサルバドルにずっと住んでいましたので、ホンジュラスで問題が起きれば、すぐにその朝、飛行機に乗り現地に入って、大臣と交渉したりして問題を解決することができます。土・日でも大臣の携帯に電話して、大臣の自宅に話に行くという方法で即、問題を解決していました。今回は日本にいながらプロジェクトの運営管理をするため、問題をすぐに解決できないこともあり、それはプロジェクトの進展に大きな影響を及ぼします。そこは大変ですが面白いプロジェクトです。

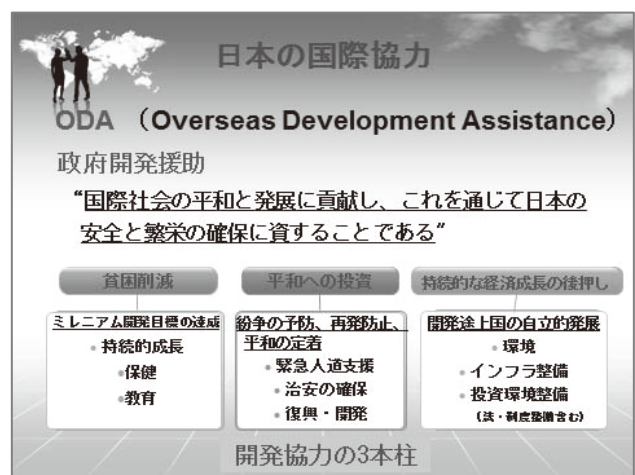
(注 講演当時は、シャトル型のリーダーとして日本で看護大学の教員の仕事をしながら定期的に現地に行ってプロジェクトの運営管理を行っていた。)



1. 日本の国際協力

1) 政府開発援助の意味と内容

日本の国際協力は実際にどのようなものであるかを見ていきたいと思います。みなさんご存知の政府開発援助(ODA)は、日本の安全と繁栄の確保のために大金を使っています。国際協力は何のためにやっているかという、最終的には日本の安全と繁栄のためです。けれども日本の安全と繁栄を考えた時に、世界を考えないと、世界の平和や発展なしには、日本の安全と繁栄もありえないのです。昔と違い、今はあまりにも相互に影響を及ぼしすぎているので、日本の安全・繁栄を考えた時に、当然、世界の平和と発展を考えなければなりません。世界の平和と発展を考え、世界に対して国際協力を行わない限りは、日本の安全、日本の繁栄はありません。

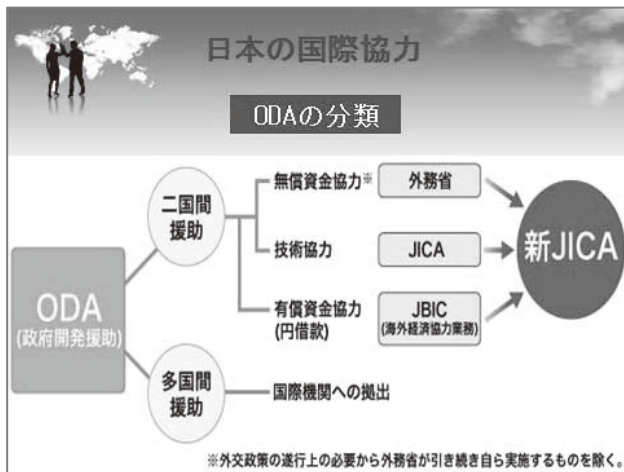


政府開発援助の中には開発協力の3本柱といって3つの大きなテーマ、「貧困削減」「平和への投資」「持続的な経済成長の後押し」があります。「貧困削減」はミレニアム開発目標の達成ですが、これは2015年までにどの国も達成できないであろうというのはほぼ確定しています。各国、国連共に大金をつぎ込んでいますが達成は困難であると言わざるを得ません。持続的成長を遂げない限りは、貧困削減にはつながらないので、それへの援助と、その分野でも特に保健、教育に力を入れない限りは、貧困削減は難しいだろうといわれています。「平和への投資」でみてみますと、当然のことながら紛争の予防、再発防止、平和の定着です。日本が行っているのは緊急人道支援、治安の確保、復興・開発で、復興・開発に一番力を入れて、得意分野として実際に行っています。「持続的な経済成長の後押し」でみてみますと、開発途上国の自立的発展、これをしないといつまでもたっても援助が必要となります。そのために何をやるかという環境、インフラ整備、投資環境整備（法・制度整備含む）となります。

2) 政府開発援助の分類

政府開発援助は二国間援助と多国間援助に大別できます。いまは二国間援助に加え、冒頭の南南協力、広域協力もあります。多国間援助は国際機関への拠出として、日本からは国連などに多くのお金を出しています。長年、日本はトップでしたが、9年前から随分順位が落ちてきています。

二国間援助はもともと JICA が国際協力事業団であったときには技術協力が中心で、それをメインで行っていました。現在は、外務省が担っていた無償資金協力和 JBIC が担っていた有償資金協力、これをすべて担う新 JICA（独立行政法人国際協力機構）として誕生しました。新 JICA になったために、プロジェクトも効果的な活用ができるようになり、世界中のこのような援助機関の中で一番大きな機関になって、お金も人もプロジェクトの数も現時点ではトップになっています。



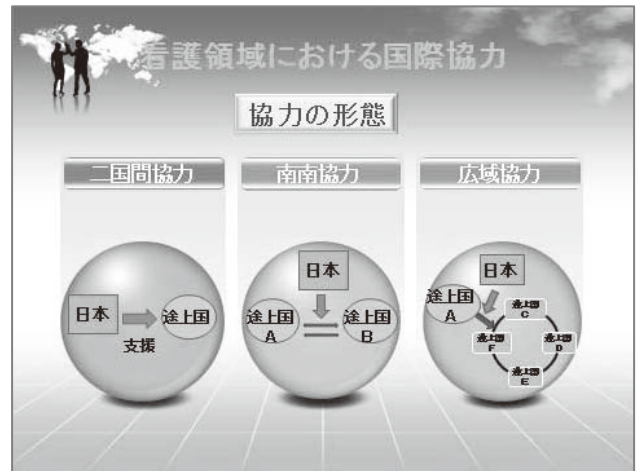
2. 看護領域における国際協力

1) 協力の形態

看護の分野では、広域協力は先に紹介した天使のプロジェクトしかありませんし、南南協力も私に関わってきたエルサルバドルとパラグアイのプロジェクトだけです。ほかの医療分野や農業、教育の分野、特に教育では広域協力も盛んに行われています。

二国間協力とは日本と相手国、日本が開発途上国に支援をする形です。南南協力は三角協力ともいわれます。途上国の中でもある一部の領域はとても秀でたところをもっている国があります。そのような場合、その秀でた領域をもつ国が助言を必要としている他の途上国の指導を行います。その時の資金は日本が援助する、プラス日本も技術援助を行うというものです。広域協力とは例えば天使のプロジェクトのようなものですが、途上国 A はエルサルバドルで、その前の同国のプロジェクトで育てた人材を使って、他の

途上国にエルサルバドルの人材が専門家となって指導に入るという形態です。



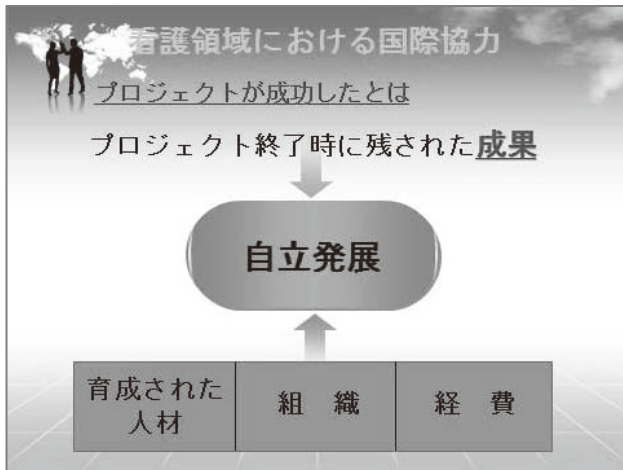
2) プロジェクトの成功

まずプロジェクトで成果を出すこと、これはプロジェクト評価の大前提です。ただ成果を出しただけでプロジェクトが成功したといえるか、というとそうではなくて、プロジェクトの成功は相手国の自立発展、つまり成果を持続させることにあります。成果を持続させない限りは、「プロジェクトが終わりました」、「成果が出ました」、それで終わってしまいます。それがほとんどのプロジェクトです。悲しいかな日本はすごいお金をつぎ込んでいますが、ほとんどのプロジェクトは、「終わりました」「成果が出ました」「ここまですごく上ってきました」、でも、そこからは落ちていくだけです。それではいくらお金をつぎ込んで、いくら技術を移転したところでプラスにはなりません。ですから自立発展が非常に重要です。

人材育成と組織運営はプロジェクトの期間中に達成できます。けれども経費、つまりお金がないと、どんなに良いものが残ったとしてもそれを続けさせることはできないのです。自立発展させるためには何が必要なのかというと、ないお金、少ないお金の中で、いかに事業を行うのか、たとえばお金がゼロで研修を行うにはどうしたらいいのか、そこまで話し合う、そこまで指導しておく、自立発展につながります。

エルサルバドルをはじめ私に関わった国のカウンターパートたちは、「マサコ気にするな、私たちはプロジェクトというのは JICA が終わった時から、私たちのプロジェクトが始まるんだと思って、それでみんなでやっているから心配するな」と言ってくれるぐらいに今は、随分わかってきてもらえています。「何のために JICA が、日本があなたたちの援助をしているのか、それは本当の意味で世界の看護をよくしたいんだよ」とよく言うのですが、その気持ちが専

門家にないと、単に技術を伝えて技術を残してきたというのでは発展はしません。自立発展は難しいので、そこまで踏み込んで行って、その国と一緒にあって愛して、「世界の人々、健康に関わっている私たちだから、それを守っていききたいね」という同じ考え方をもちて取り組んでいくのが大事ではないかと思っています。



3) 人間関係の構築と異文化理解

(1) 従うけれど履行せず

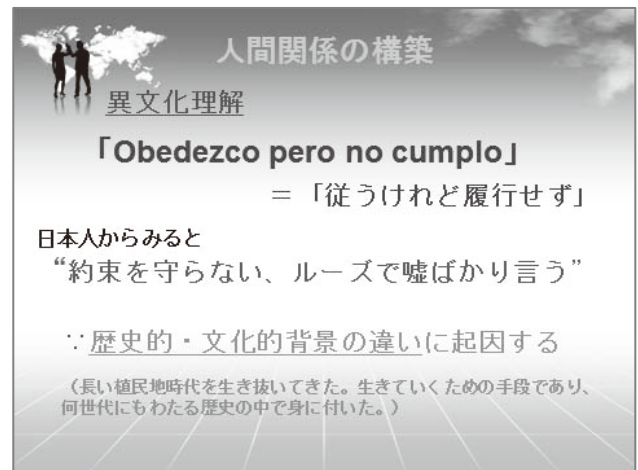
次に成果を出すために何が必要かという、人間関係の構築と異文化理解です。異文化理解と簡単に言いますが本当に難しいのです。スペイン語で「Obedezco pero no cumplo」という言葉があります。その意味は「従うけれど履行せず」です。日本人から見るとラテンの人って、約束を守らなくて、ルーズで、嘘ばかりいっているよね、となるのです。

まず約束を守らないというのは、例えば、じゃ来週までに、これとこれ、やってきてね、と何回も同じことを繰り返すのですが、何回も同じようにやってきません。どうしてやってこないの、すすまないじゃないの、といってもやってきません。そして、いろいろな言い訳をします。

次に嘘ばかりいうというのは、例えば、日本人が道をたずねます。私は〇〇まで行きたい、それはどう行ったらいいの、と聞きます。すると、あ、それはね、ここをまっすぐ行って、2ブロック先のところを右に曲がって突き当たったら左に行つてね、それから何個目の先にあるから、という風にすごく詳しく説明してくれるのです。でも、全くのでたらめです。もう一度尋ねても嘘をつかれて、結局ウロウロして着かないのです。そこで、それをカウンターパートナーたちに、「どうしてあなたたちって嘘ばかり言うのよ」というと、「マサコ、そんな、私たちは親切で言うのよ」というのです。「知らないって言ったらかわいそうでしょ、申し訳ないでしょ、折角私に道を尋ねてくれたのよ、尋ねてくれたら私は答えてあげなきゃ」と。えつ、

それで嘘をつかれて何回もぐるぐる回って……。それはそうよ、わたし知らない、ノーとはいえない、そういう感覚です。

その感覚はどこからきているかというと、歴史的文化的背景の違いに起因しています。つまり長い、500年ほど続いた植民地時代、その時代を生き抜くための手段として、何世代にもわたった歴史の中で身に付いたものなのです。だからノーといえないのです。ノーといったら何が起こるかということ、その日の食事はなくなるのです。植民地時代ですから奴隷です。奴隷はノーといった途端に、食事がなければ、叩かれるか、最悪、殺されます。それでノーとは絶対にいいません。すべてイエスです。「はい、わかりました」というのです。たとえやれなくても「私はやれない」とは言わないのです。「わかった、やってくる」なのです。いろいろな例はありますが、ひとつにはこのような背景で、そういった現象が起きているということの理解が必要です。



(2) あなたならどのように対応しますか？

① セミナー講師（日本人）の一言で、230名のセミナー参加者全員が退場した。

あなたならどうされますか、ということでセミナー講師の一言で、230名のセミナー参加者全員が退場した事例を紹介したいと思います。これはあるセミナーで日本人の有名な先生を講師として招いた時のことです。約230名のセミナー参加者全員が、その一言によって自分たちが理解されていないと捉えて、一斉に立ち上がって全員が会場を出て行ったのです。どのような一言かと申しますと、参加者はみんなきれいにしていたので「あなたたちね、それだけきれいにしてマニキュアをきれいに塗る、そのお金があったら本が同じようなお金で買えるから、本をかったらどうですか」と言われたのです。彼女たちがマニキュアや香水にかけると、その感覚というのは私たちでは本当に理解できないくらいで、ストリートチルドレンも剥げてはいるのですが、マニキュアとペディキュアはしているのです。

その国で同じ空気を吸わないと、その感覚というのは理解しづらいとは思います。私はそこに長年住んでいましたので、その一言を聞いた時に、「あー、まずい」と思いました。けれども通訳はそこで生活していた方でしたので、「参加者の感覚はわかってらっしゃるだろうから、変な通訳ではなくきれいにまとめてくれるだろう」と思っていたら、ダイレクトに伝えてしまったのです。結果として全員退室という行動が引き起こされたのです。

- ② 限られた時間内での研修において、1時間近く遅れて開始したにもかかわらず、参加者全員でのお祈りが始まった。

もう一つ、あなたならどうされますか、という場面を紹介します。限られた時間内での研修において、1時間近く遅れて開始したにもかかわらず、参加者全員でのお祈りが始まった、というものです。限られた時間の研修なのに、毎回、1時間遅れて開始するのです。毎回です。1時間遅れているにもかかわらず、始まりには必ず皆でお祈りをするのです。手をつないで神様にお祈りするのです。このことを私が受け入れられるまでに、完全に受け入れて、いっしょになって手をつないで、私はキリスト教ではありませんので、目を閉じて下を向いているだけですが、そのように受け入れられるまでには1年半かかったのです。すごいストレスです。なぜかという私は教授法作成で時間ごとの展開について教えているのです。例えば、導入のところで10分、展開1と展開2を合わせて150分ぐらい、という風に、それを教えたので彼女たちはそのように計画して書いて、それを使って授業をしている、その本人がセミナーのときに1時間遅れてくるのです。「なぜセミナーのときに1時間遅れてくるのよ、スペイン語に『時は金なり』という言葉はないの」って聞いたら、「いやあるよ、マサコ」と、「その言葉の意味、わかってる」って聞いたら、「もちろんわかってる」と答えるのです。けれども現実としては、このような形で起こってしまうのです。でも慣れてきて、それも楽しめるようになるのですが、一緒に仕事をするというのは、いろいろと大変です。

- ③ ラテンの人々は、修飾語の多いスペイン語で毎日の仕事をし、本音の意見交換が出来ない。

他には、ラテンの人々は修飾語の多いスペイン語で毎日の仕事をしていますので、本音のところでの意見交換が中々出来ません。「きれいにしていきたい」「人間関係も壊したくない」ので、たとえば私が「その意見には私は違った考えをもっていて、このように思うわ」というと、次の日から来ないのです。「マサコが私を否定した」みたいになるのです。「否定じゃなくて、あなたのような考え方もあるかもしれないけれど、こうもとれるのじゃないの」って言っている、それが彼女を否定したということになるようです。ですから、この点も難しいのですが、完全にお友達になっ

たり、もう私などは姉妹だと呼び合っている仲間がたくさんいます。そうなると全く問題なく、毎日みたいに喧嘩しながら良いものをつくりあげていきます。そこまでするにはやはり経験が必要だと思います。

- ④ 個を大切にし、集団での活動が苦手な人が多い。

個を大切にし、集団での活動が苦手な人が多い、これはラテンの特徴です。サッカーとか音楽でもそうですが、サッカーはヨーロッパとか日本もそうですが、組織として動いて点をゴールする。連携プレーですよね。で、ゴールするっていうのが普通の勝ち方ですよね。そうじゃなくてラテンの場合は、個を大切にしますので一人で華麗なサッカー、華麗に人を抜いて、抜いて、抜いていって、最後に自分でゴールする。これがワーって、すごい、さすが〇〇だね、という感じのほめ方です。そのグループを褒めるのではなくて個を褒めます。個人を大切にすることなのですけど、ラテンの特徴だと思います。

踊りにしてもそうですが、日本は集団で、例えば盆踊りのように、きれいにまとまって踊るじゃないですか。でも、リオのカーニバルでは、基本は同じなので、同じ踊りをしているように見えますが、個人個人、一人ひとりずつ腰の振り方が違います。ですから、みんな一緒にエアロビクスなどをさせたら全然できません。ひとりひとり勝手に踊って、と言うものすごく上手に踊ります。そういう特徴がラテンの人たちです。

- ⑤ よく言われる言葉「それは日本だから出来るのであって、私たちには・・・」

これ、本当によく言われます。「それはねマサコ、日本だから出来るのであって、私たちには、この国ではできないよ、そういうことって」、「『日本だからね、日本は違うのよ』じゃないでしょ、ずっと、いろんなことを今まで出来てきてやってきたじゃないの」って言っても、「あ、日本はお金があるからね」、「だったらお金のないやり方で考えてみよう」、とこのような具合です。すぐに「それは日本だから、私たちにはできない」っていいいます。ここも特徴的なところかなと思います。



人間関係の構築

異文化理解

あなたならどのように対応しますか？

① セミナー講師（日本人）の一言で、230名のセミナー参加者全員が退場した。

② 限られた時間内での研修において、1時間近く遅れて開始したにもかかわらず、参加者全員でのお祈りが始まった。

③ ラテンの人々は、修飾語の多いスペイン語で毎日の仕事をし、本音の意見交換が出来ない。

④ 個を大切にし、集団での活動が苦手な人が多い。

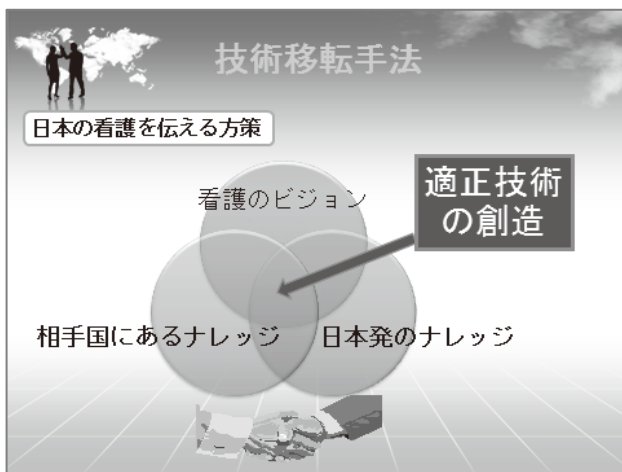
⑤ よく言われる言葉「それは日本だから出来るのであって、私たちには・・・」

3. 技術移転手法

1) 技術移転の考え方

技術移転の手法として、日本の看護を伝える方策を考えてみますと、そもそも技術移転とは何か、ということを考えなくてはなりません。人間関係がしっかりできてないと、いくら技術を移転したところで、継続されません。人間関係ができていると、その後も常に見ているということになり、「日本人がこれだけのことを教えてくれた」、「後輩に伝えないと」という思いをもってくれるようです。

私の考え方ですが、日本発のナレッジを相手国にかぶせてしまうのではなく、相手国のナレッジと一緒に重なった部分を造り上げながら、看護の分野では特に、その国の看護のビジョン、ICN などの世界の看護のビジョンを考えに入れながら、それらの重なりあった部分が本当の意味での適正技術だと考えております。日本の技術をそのまま移転することが技術移転だと思われがちですが、その国に合った、これから発展していく部分を目標にしながら創り上げていく、そして、個の技術を定着させて発展させていくことが大切なことだと考えています。



2) 技術移転における協働作業

適正技術の創造、定着、普及をプロセスに沿って行っていくのが協働作業ということになります。この時、人材育成として企画から研修として組み込み、モニタリングを重ねながら一緒に作業していきます。これまでに成功したプロジェクトで取り入れてきたのは委員会活動です。エルサルバドルでは1997年に8つの委員会を作り、週に1回会議を開いて、物事を企画、普及、発展させていく方法をとりました。この8つの委員会は、委員会の数を彼らだけで14に増やし、10年後の今もその活動が続いていいいます。プロジェクトが終わった後は、自分たちで継続・発展させ、成果を出している。これだけ続くとまさに「継続は力なり」です。このように委員会活動を取り入れると自立・発展に

つながるので、どのプロジェクトにも委員会活動を取り入れ、委員会には医師も参加するようになっていきます。

カスケード方式での展開とは、研修のあり方を委員会の活動を中心に、段階的に繋がっていく活動方式をとることを意味します。まず中央委員会を作る、これは全国レベル。次に地方委員会を作る、これは県レベル。次に各県から各施設へと下していきます。たとえば看護中央倫理委員会は108の地方委員会をもっており、これが毎週活動しています。

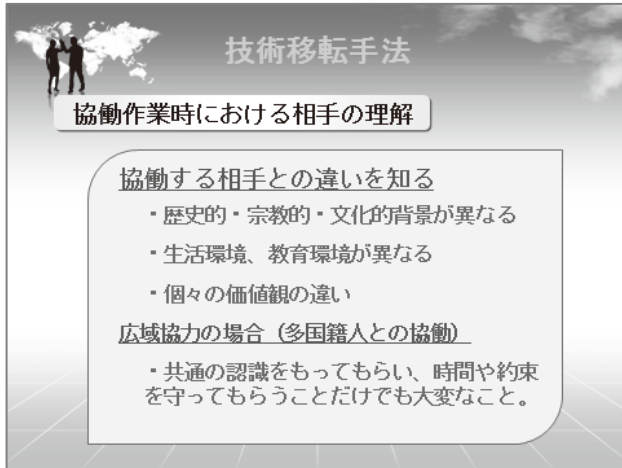
成果の見える化とは、少しでも成果が出たらモチベーション上げるために評価を行うということです。まず、第一段階の目標を設定し、目に見える成果物が出る。次の少し上の目標を設定し成果物が出る、これを繰り返して目標達成を行っていきます。具体的にどのように「見える化」を行ったかということ、教本作成の場合、作成者にセレモニーで壇上に上がってもらい、まず私が受け取り、次に所長、保健大臣、大統領、看護課長、大学学長、学生という風に、どんどん受け渡しが行われ、最後到大統領からお祝いの言葉をもらうというセレモニーを行うと、メディアが集まり、国中に広まっていく。著者もモチベーション上がり、国民も看護教師に憧れをもつ。どんどん教本作成が速くなっていく。このように、モチベーション上げるための戦略をとりました。



3) 協働作業における理解

一緒に仕事をするためには相手を理解することが必要で、相手を理解するためには相手をよく知らないといけません。歴史的、宗教的、文化的背景が異なるということ、特に宗教的背景の違いは大きな問題です。また、生活環境、教育環境が異なり、個々の価値観も違います。教育環境を例にあげますと、こちらでは全員が丸暗記をします。ですから、物事の根拠を理解しているとは言えない場合があります。これらの違いを知ることが、協働する相手への理解につながります。

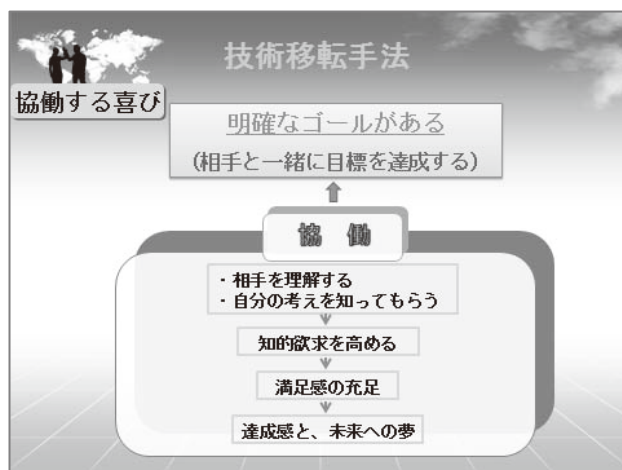
広域協力の場合には、異文化の人々が大勢いるということが特徴的です。中米の国々は、同じような言語、歴史、習慣で、ほとんど同じではないかとエルサルバドルの専門家に尋ねると、それぞれの国により全く異なると認識をもっています。多国籍での協働は、個々の国々を異文化として捉え、共通の認識をもってもらうことが大切です。



4) 協働の喜び

日本人から見て、多国籍の人々と仕事をすることは大きなストレスとなります。共通の認識をもって、時間や約束を守ってもらわなければ、計画などは上手くすすめられません。大変なことも多いのですが、一緒に働く喜びもたくさんあります。プロジェクトには目標があり、その目標に向かって一緒に協力しながら働きます。

協働の基礎となるのは、相手に理解してもらう、自分の考えを知ってもらうことが必要です。そのために、語学を覚えます。そうすると相手のことをもっと知りたいという思いとともに、知的欲求が高まります。それを、成果として評価し、達成感や満足感を得て、未来への夢が広がります。地域の人々が成長していく、それが一番の喜びとなり、成長してきた人々は、そのことに満足して、どんどん学んだことを繋いでいきたいという欲求へと高まっていきます。



5) 写真で見る協働の現場

これから写真で、協働の現場を見ていただきます。

写真①

試験風景は23年ほど前のもので、パラグアイの国立アスンシオン大学での様子です。教室が狭いため、試験の時は、中庭に各自椅子を持って出て受験しています。

乳幼児健診実習、これは乳幼児健診の実習風景です。いま様々な国がドナーとして援助を行っています。JICAのプロジェクトでは実習に重きを置いているところが、私は成果を上げている要因だと思っています。多くのドナーは理論だけを教えていきます。それでは次につながりません。JICAの研修は理論4割、実習6割で、次につながることを必ず教えています。他国からは「日本のプロジェクトはすごい」という声が聞かれます。器具を触ったことすらない人々に対して、一から実習を行うのは本当に大変です。しかし、その結果、研修生たちは、次の日からつかえる技術を得て帰っていくことができます。



写真②

上の2つは21年ほど前の、ビデオ教材の作成を指導している様子です。彼らはビデオカメラを触ったこともありませんでした。それでもビデオ教材は出来上がっていき、発表会をし、評価をしました。

左下は、シミュレーションを教えているところです。実習室はなく、古いマネキンが1体、古いベッド1つがあり、そこでデモンストレーションをします。筋肉内注射はお肉を買ってきて練習します。右下の写真は、エルサルバドルでの研修で、研修を受けた人々が自国でファシリテーターを養成する研修を行っているところです。

写真で見る協働の現場



写真③・写真④

これは広域のプロジェクトの中のカリキュラムの研修の様子です。その他の研修内容は教育・臨地連携の計画、地域看護、リプロダクティブヘルス、看護過程についてです。

写真③

写真で見る協働の現場

エルサルバドルにおける研修



各々の国に帰ってこれらを普及していきます。ドミニカ共和国は経済的に豊かでしたので、特に進捗状況が良好で、プロジェクトの活を継続発展させていきました。

写真④

写真で見る協働の現場



写真⑤

左上は UNDP（国連開発計画）から南南協力優秀賞として頂いた楯です。後ろにいる人々が、私が「エルサル専門家」と呼んでいる人々で、各国の技術移転に協力してくれた人々です。JICA の中にも登録し、彼女たちの名前は専門家として検索できるようにし、他の国の人々がこの分野のこの人を呼びたいという時には、JICA を通して連絡できるようになっています。

中央は、途中でお話した、5 カ国の大臣、所長を集めての会議の写真です。日程調整があまりにも大変で4年間で2回しか開催できませんでした。広域のプロジェクトでは、実際の運営管理はなかなか大変です。全員の気持ちを一つにするために、いろいろな手段を使ってみました。その1つであるビデオ会議が右下です。

左下はパラグアイのプロジェクト事務所がある場所で、日本のお金で建てたものですが、研修の際にホテルを使用しなくてよくなり、経費が削減できるようになりました。保健省の中には看護課、助産課があるのですが、“局”ではないため予算が取れず、研修やモニタリングの経費が出ません。そこで、プロジェクト名が看護助産継続教育強化プログラムであるため看護教育継続局を作らなければプロジェクト終了後の自立発展はない、と大臣交渉を経て国会で説明し、大統領に3回お会いして大臣署名で公布されたことにより、今でも予算をもつことができています。そして建物は、看護教育継続局として医師にとられることなく、看護継続教育の機能を果たしています。

写真⑤

写真で見る協働の現場



写真⑥

これが、現在私がかかわっている、パラグアイのプライマリヘルスケア体制強化プロジェクトでの様子です。国土の2%しか舗装されておらず、雨が降ったら救急車も通れません。乾燥すると、これまた乾燥による土埃で大変です。そのような状況の中に第一次医療である家族保健ユニット(Unidad de Salud de la Familia)があります。ここが私の今回のフィールドです。原住民が多く、言葉も異なる中でやっていかなければなりません。



4. 国際協力の課題と対策

1) プロジェクト活動の効果と援助協調

どの援助国もお金にはありませんので、一国やひとつの援助団体では、効果的な援助協力は難しいのが実情です。そのような状況ですので、技術協力活動も、他の国際機関やNGOとの援助協調によって効果的に展開する必要があります。色々な援助団体が1つの地域に同じようなプロジェクトを展開し援助を行っています。その結果、同じ現場に全く違う方向が示されるということが起ってきます。それを援助協調によって調整しないといけないのではないか、プロジェクト終了後の自立発展(プロジェクトの成功基準)を考慮しながら、長期的な視野に立った費用対効果を見据えながらの援助が必要なのではないかと考えています。また、より広い視野で開発課題を検討し、お金がない中でどのように活動を展開していくのが一番良いのか、と考えながら複数の国を対象とした国際協力に取り組む必要があると考えております。

日本ODAの経費削減や困難な専門家の人材確保等を考慮すると、各国がそれぞれ違うプロジェクトを起すのではなく、NGOを含め何カ国かが一緒になった協力を考えていかなければ今後はやっていけないのではないかと思います。

南南協力や三角協力の促進も、経済的な視点から取り組んでいかなければなりません。結果として、開発途上国と

いわれている国々の人材を有効活用するところにもつながります。

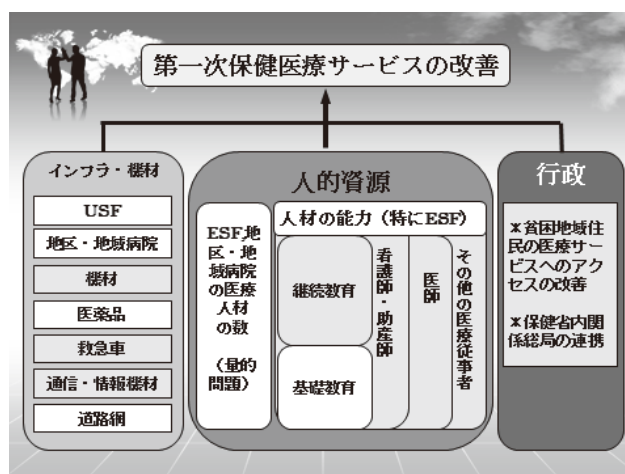
国際協力の課題と対策

- * 他の国際機関やNGOとの援助協調によるプロジェクト活動の効果的展開。
- * プロジェクト終了後の自立発展を考慮し、長期的視野にたった費用対効果も見据えながらの援助。
- * より広い視野で開発課題を検討し、複数の国を対象にした国際協力に取り組む。
- * 南南協力・三角協力の促進

2) プライマリヘルスケアの改善

これはパラグアイのことですが、医療サービスの改善について私たちが課題として行っていることは、人的支援を数ではなく質で、それも継続教育を通して医療従事者の人材を育成しています。行政においても法整備やシステムを作っておかなければ、いくら現場で医療従事者の質の向上を行っても、それが続かないということになるので「行政に関する活動もやりましょう」と取り組んでいます。

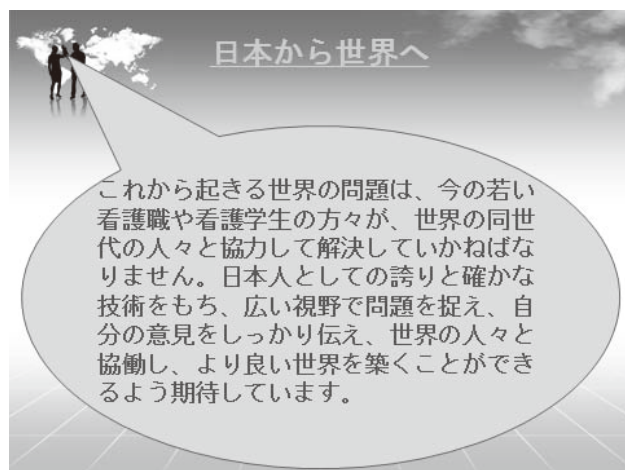
機材、救急車、通信情報機材も導入します。他に、医療サービスの改善に必要なものは、USF (Unidades de Salud de la Familia: 家族保健ユニット) の施設数、地区・地域病院数、インフラの整備、医薬品の補充、道の建設・舗装、人材の数などです。基礎教育に関しても医師を導入して力を入れていき、ドナー会議を開催したいと考えています。ドナー会議を行い、色々な国のドナーと一緒に話し合いをもち、各国の強みを生かして課題の振り分けをやっていかなければいけないと考えています。ドナー会議全体はJICAが行いますが、保健分野のプロではないため実際にかかわっている私も参加する予定です。



さいごに

最後に、私のメッセージというか、期待と希望をお話します。今後起きる世界の問題は、今の若い看護師さん、看護学生の方々が、世界の同世代の人々と協力して解決していかなければならないのではないか、解決していく必要があるのではないか、と考えています。それは、新型インフルエンザなどをはじめいろんな問題が、一カ国、一地域だけの問題ではなくなってきており、解決するためには一緒に協力する必要があります。その時に、日本人としての誇りと確かな技術、広い視野を持って、そして世界に打って出るには自分の意見をもつだけでなくしっかりと伝えていかなければなりません。そして理解してもらい、世界の人々と一緒に働きながら、よりよい世界を築くことができることを期待しています。

ご清聴ありがとうございました。



一般社団法人
日本看護研究学会
会報

第 92 号

(平成25年12月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会を終えて	1
一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会印象記	3
第39回学術集会印象記	5
一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会に参加して	7
一般社団法人日本看護研究学会 平成25年度第3回理事会議事録(稿)	11
一般社団法人日本看護研究学会 平成25年度会員総会 議事録(案)	15

一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会を終えて

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

(秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授)

第39回学術集会は平成25年8月22日(木)・23日(金)に、秋田市の秋田県民会館、アトリオンを会場に開催され、盛会の裡に終了することができました。琉球大学の宇座美代子教授のもとで開催されました第38回学術集会は、台風の影響を懸念し7月に開催されました。東北の地にある秋田といえども、8月・9月は台風が心配される月です。「台風の到来がありませんように」と祈りながら準備を進めてまいりました。台風ではありませんが、8月9日に秋田県は豪雨に見舞われ、田沢湖地域で数名が亡くなるという惨事がありました。それ以降、秋田新幹線は一部で徐行運転となり、本学術集会に参加された方々にも少なからずの影響があったことと思います。学術集会当日は晴天に恵まれ、会場間の往来がスムーズにできたことは嬉しいことでした。

参加者は1,050名で、プレカンファレンスのみの参加者を含めると総数約1,200名の方々が集って下さったこととなります。

学術集会に先立って行われたプレカンファレンスセミナーでは、藤井徹也先生(聖隷クリストファー大学教授)と秋山典子先生(岡山大学大学院教授)を講師にお迎えし、看護研究に関する講義が行われました。どちらの会場でも研究について学びたいという多くの参加者が熱心に聞き入っておりました。

本学術集会は、『よい看護サービスを提供するためには看護職が健康であることが大前提である』と考え、メインテーマを「看護の質を支える看護職の健康」と設定しました。会長講演、特別講演Ⅰ、教育講演Ⅰ、シンポジウム2題では、看護職にとっての健康リスクを取り上げました。職場環境の整備、健康リスクの少ない勤務体制づくり、危険因子の認識の必要性、疫学研究の結果をふまえた健康管理のあり方などが説かれました。参加者の方々からは、「珍しいテーマで、大切なこと」、「看護職の健康リスクについて

て知らないことが多かった」というようなお言葉をいただきました。本学術集会が、看護の職場を健康リスクの少ない場に変化させる契機になることを願っております。

一般演題は415題で、各会場で活発な議論が交わされました。

日本看護研究学会の学会誌は今年度発行の第36巻1号から、冊子体ではなくCD ROMに変わりました。CD化されて初めての本学術集会としましては、既にCD化となっている他の学会の様子も窺いながら、混乱のないように方策を検討しました。当日参加の非会員の方々には受付でお渡しするCD ROMしかないことになりますから、会場で抄録が見られるようにする必要性がありました。また、事前参加申し込み者や学会員でもタブレット端末を持参できない場合や、抄録をプリントアウトできなかった場合に不便のないようにすることも必要でした。そこで、学術集会として抄録集を作成し、当日参加の非会員の方々以外には有料で販売することと致しました。289名から購入していただいております。黒田裕子理事長のご理解をいただき、第36巻3号のCD ROMとともに冊子体のプログラム集が、学会員と事前申込みの非会員に送付されていたことも混乱を防ぐ要因であったと感謝いたしております。

約3年前に本学術集会の開催をお引き受けしました。その1年後に東日本大震災が発生し、未曾有の被害に見舞われた東北です。被害の小さかった秋田市にあって、「学術集会をしっかりとやらなければ」と意識を新たにして準備をしておりました。メイン会場の秋田県民会館は古い建物ですから、耐震策の確認や非常時の対応について気を遣いました。当日は地震に見舞われることもなく、胸をなでおろしております。

本学術集会の開催に当り、山口桂子前理事長、黒田裕子現理事長、会員の皆さまの温かいご支援をいただきまして、深く感謝申し上げます。

学術集会の企画・運営には秋田大学大学院保健学専攻教授の佐々木真紀子事務局長を中心に、秋田大学内外の企画委員、実行委員の方々にご尽力をいただきました。

学術集会にご参加下さった皆さま、企画委員や実行委員の皆さま、関係者の皆さまに心から感謝申し上げます。また、皆さまのご発展とご健康を祈念申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会印象記

岐阜大学医学部看護学科

岡 本 千 尋

平成25年8月22・23日の両日、秋田市内の秋田県民会館・アトリオンにて第39回日本看護研究学会学術集会が開催されました。

秋田には学術集会前日に到着しましたが、暑い最中に出発した中部国際空港より10℃近く気温は低く、心地良い風が吹いていたので、秋田での滞在はとても快適でした。さらに、あきたこまちをはじめ、きりたんぼやしょつつる、いぶりがっこ、稲庭うどん、比内地鶏等々、秋田を代表する味覚を堪能できたことも、今回の学術集会参加の良い思い出です。

初日の朝、会長講演が行われる第1会場に向かう際、千秋公園のお堀には、蓮が水面を覆うように群生し、見ごろを迎えていました。高く伸びた茎の先に淡いピンク色をした花を咲かせ、通る人々は足を止め、写真を撮ったり覗き込んだりしており、大変見応えのある風景でした。

今回の学術集会のテーマは「看護の質を支える看護職の健康」でした。その幕開けとなる石井範子大会長の講演テーマは「看護職の健康管理を研究の視点から探る」であり、看護職の職業的曝露について、認識不足が看護職の健康を脅かすことに脅威を感じました。特に石井先生が取り組まれている、化学療法中及び治療後の看護における職業的曝露については、ルート交換の際だけでなく、抗癌剤を投与された患者の48時間以内の排泄物、血液、分泌物等の取り扱いも含めて具体的に提示してくださいました。またアメリカと日本のスタンダードプリコーションの違いを示し、さらに曝露防止に有用な病院の設備やベッドサイドでの援助をより安全に行うための物品などを実際にアメリカの4つの病院を視察し得た情報を基に私たちに提示してくださいました。常に探求心を持ち現場に足を運ぶ研究者としてのバイタリティーを見習わなければならないと強く感じました。そして、終始丁寧にお話をされる中、当日発売になる石井先生の著書「看護師のための抗癌剤取り扱いマニュアル」の宣伝も盛り込まれ、ユーモアのあふれる講演でした。

次に教育講演Ⅰ「疫学研究からみた女性看護職の健康」と題した林邦彦先生の講演を拝聴しました。林先生が手掛ける医療従事者からなる大規模女性コホート研究（JNHS）は、世界の女性コホート研究の中でも有数の調査年数の長さと調査人数の多さを誇る研究です。追跡調査で苦労したエピソードを交えながら、女性看護職における生活習慣・食生活と疾病との関係は、人種・文化によって異なる傾向を示すことを報告されました。また人々の健康を守るためには、看護職自身が健康で、質の高い看護を提供することが不可欠だと認識していても、世界と比較すると日本の女性看護職は検診を受ける割合が圧倒的に低いという統計結果を示され、驚きました。このように今回の学術集会は、看護職である自らの健康を一人一人が見つめ直す機会を与えてくれるテーマであったと感じます。

また、ポスター発表についても述べたいと思います。開催地が秋田であることから、ポスターの背景に竿灯まつりが描かれたものなど、華やかなポスターがたくさん並んでいました。ポスター展示場では、毎年どんなポスターが見やすく伝わりやすいのか、多くのポスターを目にしながら勉強させていただいています。今年のポスター発表は座長のいないフリーディスカッションでしたが、多くの先生方に質問をしていただいて交流をもてたことが私の実りでした。そして、関心がある看護教育のポスターを見てまわりましたが、今年はポートフォリオに取り組まれている研究が多いと感じました。看護学基礎カリキュラムで提示された看護専門職者としての能力の1つに「生涯にわたり継続して専門的能力を向上させる能力」があります。具体的には、①リフレクションによる自己の課題に取り組むこと、②生涯にわたり学習し続け、成長していくために自己を評価することが求められており、その具体的手法としてポートフォリオの導入に取り組まれている研究等、看護教育の動向を探ることができました。

最後に、会場は2ヶ所に離れていましたが、そのため多くの学生が動員されており、挨拶はもちろん「何かお探しですか？」と声をかけていただき、その心遣いにとても心が温まりました。このような至るところに心配りが溢れる学術集会の企画・運営に携わってくださった石井範子大会長をはじめ、企画委員・運営委員の皆さまに心より感謝を申し上げます。

第39回学術集会印象記

愛知県立大学看護学部

曾 田 陽 子

私が抗がん剤を取り扱う看護師の職業的曝露について知ったのは、第30回学術集会（竹尾恵子会長，さいたま市）において，今回の学術集会長である石井範子先生と秋田大学の研究グループのご発表を聞いた時でした。当時，抗がん剤の準備はそのほとんどが看護師によって行われているのにもかかわらずガイドラインや取り扱いのための教育が十分に行われておらず，職業的曝露についての啓蒙の必要性和，曝露を避けるための組織的な教育と防御策の迅速な導入の必要性を訴えられるそのご発表に，私は衝撃を受けました。それ以後，先生方の研究に関心を寄せ続けてきました。その石井先生が学術集会長を務められ，「看護の質を支える看護職の健康」をメインテーマに開催される第39回学術集会にわくわくしながら参加したのは言うまでもありません。魅力的なプログラムが満載でどれに参加しようか大いに悩み，複数の会場をいかに効率よく移動するか知恵を絞りながら参加したプログラムの中から，3つについて書かせていただきます。

会長講演「看護職の健康管理を研究の視点から探る」では，石井先生が長年取り組んでこられた研究，つまり，抗がん剤をはじめ交替勤務など看護師の仕事に直結した健康影響因子の研究について拝聴させていただきました。そしてその研究成果は，いずれも現在の看護職の健康管理に寄与するものであることを改めて知りました。第30回学術集会の発表当時（2004年）は低かった抗がん剤曝露の危険性認知が，2012年の調査では98%の看護師が認知するようになり，ガイドラインの活用が増えたことはその証と言えるでしょう。講演の最後に紹介されたアメリカの安全対策はさらに先をいくものであり，もっと先生のお話を伺いたいと思うご講演でした。

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 ―」はサブタイトルそのままに，パワフルなシンポジストから強烈なメッセージをいただきました。例えば，「1人になっても10年続ける」「リスク“回避”ではなく，リスクを“減らして”前に進む」「しがみつかない。弱さとつきあう」等々。「成果の他にそのパワーを維持するのに心がけていることは？」というフロアからの質問に対して「自分の健康，家族の健康」そして「切り替え」。実践者から発せられるお言葉は，経験に裏打ちされ，どれもずしりと重く胸に迫るものでした。

ポスターセッションでは自らも共同研究者としてポスター前に立ち，また臨床看護師と大学との協働による看護技術教育に関する発表者や，看護技術教育のエビデンスに関する発表者と意見交換を行いました。ポスターセッションは発表者と参加者がざくばらんに意見交換できることが魅力です。熱気で満ちた会場で，1時間があっという間に過ぎてしまいました。

以上のように充実した2日間でしたが，ひとつ残念だったことがあります。それは，抄録集や場内アナウンスで注意喚起されているのにもかかわらず，講演中に携帯電話が鳴り響いたことです。そして鳴り響

いたその携帯電話で、数分後にはスライドの写真撮影が始まりました。演者自ら撮影の自粛を求められており、同じ場にいる者として胸痛む思いでした。参加者の一人ひとりが参加マナーを今一度問い直す必要性を強く感じました。

最後になりましたが、もうひとつ忘れられないことがあります。猛暑の今夏、連日の35℃越えに慣れた体には、30℃の秋田は涼しくさえ感じられました。とは言えやはり夏。強い陽射しが照りつける中で、笑顔で道案内をしてくださる方や会場できびきびと対応をしてくださる方々のすがすがしさに感激しました。学術集会長から学生ボランティアにいたる全ての方々が一丸となって創りあげられた学術集会という印象を強くもつとともに、関係者の皆様のお陰で、参加者にとって有意義な学術集会となりましたことに心から感謝申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会に参加して

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻教授

浅 沼 義 博

本学の石井範子教授が会長となって開催された学術集会に、共同演者（示説と口演）として、また特別講演の座長として参加させていただき、また初日夜の懇親会にも参加したので、それらの感想を記す。

示説は、第7会場で2日間にわたり行なわれた。私は、第1日目に、指定された質疑応答時間に共同演者としてポスターの前にいた。会場内には大勢の参加者がいたが、演者（小松）が質問を受けたのは1名からのみであった。周りのポスターでも状況は同様であった。折角の機会なので、演者には短時間でも良いので（3分+1分）、ポスターを説明させる機会があるとよいと感じた。しかし、これには、会場の広さ、演題数、音響問題、座長数などに係る隘路があり、解決するのはなかなか難しい問題である。口演は、第2～6会場で2日間にわたり行なわれた。口演の演題数は131題であり、それが1～28群に分類され、各群4～5題の演題を60分で行なうことになっている。つまり、発表は（7分+3分）であるが、それ以上に討論できる時間が始めから用意されており、医学系学会には見られない形式である。私は、第2日目に第4会場で演者（瀬田川）の発表を聴講した。会場からの質問も座長からの質問も適切なものであり、他の発表でも同様であり、本学会のレベルの高さを実感した。

第1会場で2日目の午前中に行なわれた特別講演Ⅱ／市民公開講座「入院して知った看護師の力」内館牧子氏の座長をさせていただいた。内館氏はNHKの朝のドラマ「ひらり」や大河ドラマ「毛利元就」などを書いた著名な脚本家（ご本人からいただいた名刺の肩書きは、東北大学相撲部総監督であった）であるが、秋田市土崎のご出身でもあり、学会会員の他に秋田市民も多数参加して下さった。市民公開講座としても有意義であったと思う。講演は、5年前に盛岡市で倒れ2回の手術とICUを含めた4ヶ月間にわたる厳しい闘病体験に基づくものであった。自分が回復できたのは、自分に係わってくれたすべての看護師のすばらしい知識と技術と熱意に溢れた言動であったと熱く語ってくれた。看護職者がこれからも生き生きとして凛と生きよう、そして患者さんのためにまた頑張ろうという勇気と希望を与えてくれるものであり、本学会のテーマである「看護の質を支える看護職の健康」に誠に相応しい内容であったと感じた。

最後に、懇親会について触れてみたい。石井範子会長、黒田裕子理事長、田島桂子名誉会員、石川稔生名誉会員の諸先生のご挨拶は、この学会の新参者である私にとっては新鮮であり学会創成期の話などは実に興味深いものであった。そして、その次に出演した男鹿のなまはげ太鼓となまはげには、手前味噌ながら秋田の芸能もすてたもんじやないと感動した。今まで何度も観たはずなのに、いつもお酒が入っていたのでちゃんと素面で観ていなかったのだと思う。リーダーは熊のようにがっしりとした面相と体格でかつハンサムだったし、3人のチームワークも抜群であった。学会1日目の疲れをとり、2日目への英気を養うに相応しい出し物であり、これを選んだ学会事務局の感性に敬意を表したい。懇親会のヒトコマとこの出し物の写真を皆様にもみていただき少しでも雰囲気味わっていただければ幸いです。石井会長と学術集会事務局各位の3年間にわたるご努力に心より敬意を表します。



シンポジウム



会場 秋田県民会館



受付



アトリオン会場



プレカンファレンスセミナー



口演会場



ナーシングサイエンスカフェ



示説会場



企業展示コーナー



懇親会にて
石川稔生名誉会員



懇親会にて
田島桂子名誉会員



懇親会にて
右から 石井範子会長、黒田裕子理事長、泊 祐子理事



懇親会にて
男鹿なまはげ太鼓

一般社団法人日本看護研究学会 平成25年度第3回理事会議事録（稿）

日 時：平成25年8月21日（水）15：40～17：00
会 場：秋田キャッスルホテル・3階・平安の間
出席：良村貞子，叶谷由佳，工藤せい子，小板橋喜久代，中木高夫，小西恵美子，黒田裕子，
鈴木みずえ，井上智子，近田敬子，泊 祐子，深井喜代子，新道幸恵，祖父江育子，
山田律子，林みよ子 各理事
金井一薫，道重文子 各監事
HP担当 塩飽仁委員
第39回学術集会 石井範子会長
欠席：中村恵子，江守陽子，高田早苗，小山真理子，川本利恵子，宇佐美しおり 各理事
司 会：黒田裕子
書 記：林みよ子

配付資料

1. 第3回理事会議題
2. 会員総会議事事項
3. 会員数の動向
4. 委員会報告
編集委員会 論文査読状況
5. 看保連からの報告
6. 日本看護研究学会に依頼された原稿について
看護学に置いて若手研究者をどう育てるか？（仮）
7. 厚生労働省 診療の補助における特定行為（案）及び指定研修における行為群（案）に関する意見（回答）
8. 医学書院からの依頼事項：看護系論文のデータベースの件
9. 採用論文掲載予定の対応について
10. 電子査読システム 確認書
11. 評議員選挙（2013年）委員会報告・評議員定数について
12. イヤーブック 会員へのご案内（案）

冒頭、黒田裕子理事長より挨拶があった。加えて、名誉会員・松岡淳夫先生の訃報について報告があった。

1. 報告事項

1) 会員数の動向

理事長より、資料に基づいて会員動向の報告があった。平成25年8月19日現在、会員総数6,267名、名誉会員12名、評議員115名、一般会員6,140名である。

2) 委員会報告

(1) 編集委員会

中木委員長より、CD化第1号の発行および第2号の発行の遅延、第4号の編集状況について報告があった。

(2) 奨学会委員会

深井委員長より、平成25年度は奨学会の応募がなかったとの報告があった。

(3) 学会賞・奨励賞委員会

新道委員長より、平成23年度は学会賞の該当はなく、奨励賞4名を推薦し、平成24年度会員総会で決定したこと、また、平成24年度は学会賞2名・奨励賞4名を推薦し平成25年度会員総会で審議する旨の報告があった。

(4) 将来構想委員会

理事長より、将来構想委員会規程を決定したことが報告され、今後の活動計画予定について報告があった。

(5) 研究倫理委員会

江守委員長代理として近田理事より、会員を対象とした研究倫理審査について検討していること、第39回学術集会第2日目に会員とのディスカッションを行う予定であるとの報告があった。

(6) 国際活動推進委員会

井上委員長より、昨年度の特別交流集会の講演内容をまとめ、第4号への掲載準備中であること、今年度の特別交流集会の講演について説明があった。また、イヤブックス発刊に関する会員に向けたHP掲載文案の説明があった。

イヤブックスに関して、理事長名ではなく「役員」に修正する、PDFで掲載すると追加する、募集受付日の掲載をする必要があること、元論文への付記は可能とできることを追加することとなった。なお、募集に関して、掲載論文の著者宛にもメールで案内をすることとなった。また、理事長から、今年度事業であることから、2014年3月31日までに発行するよう要請があった。

(7) 大規模災害支援事業委員会

山口委員長代理として理事長より、1名の申請があることから継続して寄付金を募るとの報告があった。

(8) 渉外・広報（ホームページ）

塩飽担当委員より、ホームページの掲載内容の追加や修正を行ったこと、地方会からの要望への対応を行ったとの報告があった。

3) 看護系学会等社会保険連合について

小坂橋渉外担当理事より、看保連から会費の公平性を保つために会費の見直し検討が提示され、本学会では案1（一律7万円）として回答したとの報告があった。また、本学会は、これまで診療報酬改訂に参加していないが、より貢献するために次回診療報酬改訂申請に向けて、会員や地方会に働きかけるといった積極的活動をするとの報告があった。

4) 第39回学術集会について

石井集会長より、開催の挨拶と39回集会の進捗状況の報告（事前参加登録687名、演題登録約420演題）があった。

5) 第40回学術集会について

中木集会長より、第40回集会の日程・プログラム等概要の報告（2014年8月23日・24日、奈良県文化会館・奈良県新公会堂）があった。

6) 会員総会について

理事長より、会員総会の資料と役員選挙の進捗状況の説明があり、会員総会の進行について打ち合わせを行った。これに関して、報告事項と審議事項の進行は集会長が行い、その前後の進行は副理事長・小坂橋理事が行うことが確認された。なお、会員総会の議事録および議事録署名人の是非を検討しなければならないのではないかと意見が出され、今後、定款の検討をすることとなった。

また、理事長より、現在は学会賞受賞者の承認は会員総会となっているが、受賞者への案内や準備の関係から事前の決定が必要であると考えられ、今後定款29条の規定を変更することとなった。加えて、今回学会賞受賞者には贈呈後にご挨拶いただくことも説明があった。

7) 日本看護研究学会に依頼された原稿について

理事長より、医学書院の雑誌「看護研究」から「看護学において若手研究者をどう育てるか」という執筆依頼が学会宛に依頼があったとの説明があり、若手研究者育成に携わる理事に執筆いただけないかとの申し出があり、常任理事会で検討し、中木理事に依頼するとの報告があった。

8) その他

- (1) 厚生労働省 診療の補助における特定行為（案）及び指定研修における行為群（案）に関する意見
泊渉外担当理事より、本件の経緯が説明され、特定行為案と指定研修行為群案についての厚労省への回答について緊急理事会を開催して意見をとりまとめ、厚労省の回答フォーマットについての意見とこの回答項目以外の事項に関する意見にまとめたとの報告があった。

2. 審議事項

1) 医学書院からの依頼事項：看護系論文データベースの件

理事長より、医学書院から看護系論文データベース構築への参加について再度依頼があったことが説明され、この点は以前にも検討したが、その際は一部反対意見があったために再検討をいただきたいが、本学会でのデメリットはないのではないかと提案があった。これに対して、反対意見はなく、契約することとなった。

2) 採用論文掲載予定の対応について（メール会議第1号2012-6 論文について）

中木編集委員長より、本論文に関する経緯と、資料にある1～4の意見を本人に回答してはどうかとの提案があった。これに対して、日本小児看護学会誌への投稿を勧める文面は不要ではないか、既に日本小児看護学会誌に掲載されているため同じ学会誌への投稿が望ましいのではないかと、類似する4つの論文の参考文献からもう1本の論文があることも問題ではないか、日本小児看護学会誌への事実確認の必要があるのではないかと、また、学会ごとに掲載に関する対応が異なるのは当然であるために本学会として対応できないとだけ回答してはどうか、といった意見があった。

これらの意見交換の結果、今回提示した文書案を理事長名で通知することとなった。

3) 電子査読システム

理事長より、社員総会において杏林社への委託が承認された後、理事長・会計が先方の担当者と面談したこと、運用にあたって選任オペレーター雇用（年間170万円程度）の必要があること、運用の

詳細については編集委員長と先方の担当者のヒヤリングを行うことの説明があった。これに対して、編集委員長から、現テクニカルエディターとの役割分担についての調整したい旨が申し出られ、承認された。

4) 評議員選挙地区毎の定数（選挙管理委員会）

理事長より、次回評議員選挙について説明があり、意思確認のための郵送料等に費用がかさむことからWEBのみにしたいことの説明があった。これについて、異議はなく承認された。次に、理事長より、地区ごとの評議員定数（会員の約3%）について説明があった。これについて異議はなく、承認された。

5) その他

(1) 入会申込理事会承認一覧

新規入会申込書を会議中に回覧し、承認された。

以上

一般社団法人日本看護研究学会 平成25年度会員総会 議事録（案）

平成25年 8 月22日（木）

16：30～17：30

於 秋田県民会館

第一会場

定款第7章 会員総会 第29条（会員総会）

4. 会員の10分の1以上の出席（委任状含む）

会 員 総 数：6,255名 8/20日現在

出 席 回 答： 102名 8/20日現在

欠席委任状：1,957名 8/20日現在

当日出席者：55名、会員の10分の1以上の出席（欠席委任状含む）があり会員総会が成立することが確認された。

書記の任命：乗松貞子 評議員

深田順子 評議員

議長：定款第7章 会員総会 第29条（会員総会）

3. 議長は、その年度の学術集会長が当たる。

第39回学術集会 石井範子会長

理事長挨拶 黒田裕子理事長

総会に先立ち、名誉会員 松岡淳夫先生 平成25年7月24日ご逝去されたことについて報告され、出席者全員でご逝去を悼み1分間の黙祷。

5月12日社員総会の報告として、平成25年度より会費8,000円に値上げ、学会誌のCD化、郵送料の軽減、イヤブックスの発行などが報告された。

議事事項

報告事項

1. 会員数の動向について

黒田裕子理事長より8月20日現在、会員6,255名、名誉会員12名、評議員115名（理事21名、監事2名）、平成25年度新入会員309名、平成26年度退会希望29名であることが報告された。

2. 平成24年度事業報告

黒田裕子理事長より会員総会議事事項376ページについて報告された。

3. 平成24年度決算報告

1) 会計報告

叶谷由佳会計理事より資料377～405ページについて報告された。

2) 監査報告

金井一薫監事・道重文子監事より、会計監査および監査報告 資料406ページ～407ページがなされた。

報告事項1～3について質問もなく、承認された。

4. 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

中木高夫委員長より学会誌36巻からCD化され、1号と3号が既に発行され、2号は8月30日に発行予定であることが報告された。

2) 奨学会委員会

深井喜代子委員長より本日学術集会で平成24年度奨学会研究として松村千鶴氏の発表がなされたことが報告された。

3) 学会賞・奨励賞委員会

新道幸恵委員長より平成24年度学会賞2名、奨励賞4名の推薦について報告された。

4) 国際活動推進委員会

黒田裕子理事長より38回学術集会および39回学術集会で特別交流集会被行われたことが報告された。

イヤーブックとして、本年度より学会誌に公開された研究成果を英語でHP上に掲載することが報告された。掲載論文は2000年度以降に学会誌に掲載された原著と研究報告とし、著者が希望した場合で、著者自身で翻訳することが報告された。

5) 研究倫理委員会

江守陽子委員長より38回学術集会で研究についてのよろず相談、特別交流集会被を、39回学術集会被で特別交流集会被を行ったこと、学会研究倫理審査委員会の規程（資料431ページ）が作成されたことが報告された。

6) 将来構想委員会

黒田裕子理事長より将来構想委員会規程が作成（資料433ページ）されたことが報告された。

5. 評議員選挙・役員選挙（2013年）の実施について

黒田裕子理事長より、評議員の半数改選（任期期間26～30年度）に伴う評議員選挙を11月1日から11月30日にwebを使用して行うことが報告された。また、今回は郵送による選挙は行わないことも報告された。会員に9月20に案内を、10月15日にIDとパスワードを発送する予定であることが報告された。

6. 大規模災害支援事業について

山口桂子委員長より大規模災害支援事業として、今までにのべ116名に看護学生の支援を行い、平成24年度は47名の看護学生に対して約340万円の給付が実施されたことが報告された。今年度は、現在、会員による看護学生推薦・申請、会員からの支援金の募集を行っており、8月17日までに約169万円支援金があり、8月30日までに、支援金を募ることが報告された。

7. 平成25年度事業案について

黒田裕子理事長より資料408ページについて報告された。

8. 平成25年度予算案について

叶谷由佳会計理事より資料409～414ページについて報告された。

特に、収入については会費が8,000円になったことによる増額、支出については電子査読のシステムなどを含めたホームページ関連経費、評議員選挙のための選挙事業積立金特別会計繰入金、会員増加に伴う業務増加により常雇用者の給料手当などが、昨年度と比較して増額となっていることなどが報告された。

9. 学会誌CD化関連について

黒田裕子理事長よりコスト削減、収納面積の縮小の必要から学会誌のCD化を行ったことが報告された。

10. 将来構想検討委員会規程について

黒田裕子理事長より将来構想検討委員会規程が作成されたことが報告された。

11. 理事長任期延長について

黒田裕子理事長より定款（資料416ページ～422ページ）11条、14条では社員・役員の任期は4年であるが、定款施行細則附則5項に基づき、理事長任期が延期されることが社員総会で承認されたことが報告された。

12. 第39回学術集会について

石井範子学術集会会長より事前参加・本日参加を含め、約1,200名の参加があったことが報告された。

13. 第40回学術集会について

黒田裕子理事長より第40回学術集会を平成26年8月23日・24日に学術集会会長を中木高夫氏（天理医療大学）として奈良県において行うことが報告された。

14. その他

・日本看護系学会協議会の活動について

泊祐子理事より特定看護師について研究学会としての意見を取りまとめて厚生労働省に提出されたことが報告された。

・看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について

小板橋喜久代副理事長より、日本看護研究学会が看保連の技術検討委員会に所属し、今後、医療技術評価ワーキングで継続的な活動をしていく予定であること、会員へ検討すべき技術についての提案を募集する予定であることが報告された。

- ・ 地方会の活動について

黒田裕子理事長より地方会について昨年度と同様に活動が続けていくことが報告された。

- ・ その他

特になし

報告事項 4～14について質問がなく、承認された。

審議事項

1. 学会賞・奨励賞授賞論文について

学会賞：門田耕一氏，林 智子氏

奨励賞：田口豊恵氏，田甫久美子氏，佐藤志保氏，田丸朋子氏

上記について承認された。

2. 第42回（平成28年度）学術集会会長について

黒田裕子理事長により，第42回（平成28年度）学術集会会長として 筑波大学 川口孝泰氏が推薦され，承認された。

3. その他

特になし

総会終了後に以下のことが行われた。

- ・ 平成24年度奨学金授与 平成25年度研究発表表彰 松村千鶴氏

- ・ 平成24年度学会賞・奨励賞表彰

学会賞：門田耕一氏，林 智子氏

奨励賞：田口豊恵氏，田甫久美子氏，佐藤志保氏，田丸朋子氏

表彰後学会賞の門田氏，林氏から授賞論文のことや，感想について短いスピーチがあった。

- ・ 第40回（平成26年度2014年）学術集会会長挨拶

中木高夫氏（天理医療大学）により平成26年 8 月23日，24日に奈良県立文化会館にてメインテーマ：素晴らしき哉「看護研究!？」および教育講演，シンポジウムなどプログラムについて説明された。

一般社団法人日本看護研究学会 平成25年度 北海道地方会特別講演会のご案内

テーマ：病院・地域を元気にする新しい看護師の登場
－特定行為に係る看護師の研修制度（案）から読み解く－

今年度の北海道地方会では、特別講演会『病院・地域を元気にする新しい看護師の登場－特定行為に係る看護師の研修制度（案）から読み解く－』を企画いたしました。多くの皆様のご参加をお待ちいたしております。

北海道地方会会長 良村 貞子

特別講演会 病院・地域を元気にする新しい看護師の登場
－特定行為に係る看護師の研修制度（案）から読み解く－

講 師：北海道医療大学看護福祉学部 教授 野川 道子 氏
日 時：2014年2月14日（金） 18：00～20：00（17：30から受付）
場 所：北海道大学 学術交流会館 1階会議室（札幌市北区北8条西5丁目）
定 員：50人
参 加 費：会 員 1,000円 非会員 1,500円
学部生 500円（当日、受付で学生証をご提示ください）

<申し込み方法>

- ◆E-mailまたはFAXにて、下記宛に事前申し込みをお願い致します。
- ◆締め切りは、2月7日（金）です。
- ◆申し込みの際は、お名前（フリガナ）、会員・非会員・学部生の別をお知らせください。
- ◆参加費は当日受付にてお支払いください。

<申し込み・問い合わせ先>

北海道地方会事務局：北海道大学 下田 智子
E-mail：h-chihoukai@hs.hokudai.ac.jp
FAX：011－706－3713

一般社団法人日本看護研究学会 第27回 中国・四国地方会学術集会

テーマ：今だからこそ看護の原点を振り返る

今回の学術集会は、昨今、多くの看護師が疲弊していると言われるなか、もう一度、看護の原点に立ち返り、現代の医療においても、人々との相互作用のなかで相手の痛みや苦悩あるいは希望に寄り添う本来の看護を実践する看護マインドと方法論を、研究と実践の両面から探りたいと考え企画致しました。

おかげさまで多くの演題申し込みをいただきました。当日は、熱心な議論が交わされますことを期待しております。是非とも、愛媛・砥部の里に足をお運びください。お待ちしております。

実行委員長 中西 純子
(愛媛県立医療技術大学)

日 時：平成26年3月9日(日)

会 場：愛媛県立医療技術大学(愛媛県伊予郡砥部町)

特別講演 時代が変わっても見失わない看護の原点

川嶋 みどり 氏(日本赤十字看護大学名誉教授・健和会看護研究所所長)

教育講演 その人の立場から世界をみる質的研究方法 ― ライフストーリー研究に焦点をあてて ―

山田 富秋 氏(松山大学副学長・人文学部社会学科教授)

リレートーク 看護の力：対象者のニーズを叶えるために in 愛媛

1. 外来で発揮する看護の力

山木 一恵氏(松山赤十字病院 看護係長・皮膚排泄ケア認定看護師)

2. 緩和ケアにチームの力を結集させる看護の力

吉田 美由紀氏(医療法人聖愛会在宅診療部ベテル在宅療養支援センター所長

地域看護専門看護師)

3. 資源を開発しシステムを改革していく看護の力

安藤 眞知子氏(一般社団法人在宅ケアセンターひなたぼっこ代表理事・統括所長)

特別セミナー 研究支援：文献の読み方(地方会学術委員会企画)

一般演題(口演・示説) 56題

学会事務局：

愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科成人・老年看護学講座内(担当：西田・松井)

Tel：089-958-2111(代表) E-mail：kenkyu27@epu.ac.jp

HP：<http://www.jsnr.jp/district/chugoku-shikoku/> もしくは、[HPhttp://www.epu.ac.jp/](http://www.epu.ac.jp/)

一般社団法人日本看護研究学会 第18回 東海地方会学術集会のご案内

テーマ：「チャレンジしよう 看護研究 — 実践から研究へ そして実践へ —」

このたび一般社団法人日本看護研究学会 第18回東海地方会学術集会プランナーを務めさせていただくことになりました岡田由香（岐阜医療科学大学）でございます。

今回のテーマである『看護研究』は、著しい進歩がみられ、抵抗なく、馴染のある言葉になってきました。

しかし、実際には、まだまだ敷居が高く、研究したいという意欲はあってもなかなか取り組むことがむずかしい、あるいは取り組んだものの納得できるようなプロセスをふむことができないとよく耳にします。

そこで、これから研究を手がけようとしている看護者や看護研究を学ぼうとする初学者の方々にとって、もっと基本的な研究方法を知るために、また今まで研究を行ってきた経験者の方々にとって、研究のステップを着実に踏んでいくためのヒントを得る機会になればと思い、今回学術集会を企画しました。

現場で疑問に思ったことをどのようにして研究としての目的にすればよいのか、その目的を達成するためにどの方法で研究を行い、結果を導き出すのか、そして苦労して得た結果をどのように看護実践に役立てるのかについて、わかりやすく具体的にお伝えすることができればと考えています。

研究を進めるうえでポイントとなるステップに焦点を当てて、プログラムを組んでいます。さらに、交流セッションの最後では、看護研究の問題点について、参加者とともに掘り下げていけたらと考えています。

一般演題の募集も開始したいと思います。下記の内容をご確認いただき、一人でも多くの方々にご参加いただければと願っております。

第18回一般社団法人日本看護研究学会
東海地方会学術集会プランナー 岡田 由香

◆日 時：平成26年 3月15日（土）

◆会 場：ウインクあいち（愛知県産業労働センター）10階
〒450-0002 名古屋市東区名駅4丁目4-38 (<http://www.winc-aichi.jp/>)
アクセス
JR・地下鉄・名鉄・近鉄）名古屋駅より
◎JR名古屋駅桜通口からミッドランドスクエア方面 徒歩5分
◎ユニモール地下街 5番出口 徒歩2分

◆プログラム

- 11:00～12:30 基調講演
「実践から研究計画へ」 山口桂子氏（愛知県立大学看護学部 教授）
- 13:30～16:30 交流セッション
「研究計画から実践へ」
コーディネーター 浅野みどり氏（名古屋大学医学部保健学科 教授）
 1. 質的研究のポイント 片岡 純氏（愛知県立大学看護学部 教授）
 2. 量的研究のポイント 藤井徹也氏（聖隷クリストファー大学看護学部 教授）
 3. 研究結果を実践に生かすために 澤井美穂氏（公立学校共済組合東海中央病院 副看護部長）
 4. ディスカッション
- 12:00～14:00 一般演題（示説のみ）

一般社団法人日本看護研究学会 第18回 東海地方会学術集会のご案内および演題申し込み方法、申し込み用紙、抄録原稿のフォーム、学術集会参加申し込み方法については、ホームページにも掲載しております。

日本看護研究学会東海地方会ホームページ
<http://www.jsnr.jp/district/tokai/meeting/>

1. 示説演題の募集について

1) 申し込み期限：平成25年10月15日（火）～平成26年1月14日（月）必着

2) 申し込み方法

以下の書類を揃え、「示説演題抄録在中」と朱書きし、末尾の東海地方会学術集会事務局あてへ郵送してください。審査の上、折り返し採否等について通知いたします。

- ① 示説演題申込書 1枚
- ② 抄録原稿 3部
 - ・厚紙やクリアフォルダー等で保護し、折らないでください。
 - ・原稿は、A4判1枚、見本に従いワープロ・パソコン等を用いて作成してください。
 - ・提出された原稿はそのまま印刷原稿となります。鮮明なものをお送りください。
- ③ 官製はがき 1枚
 - ・宛名に発表代表者の住所・氏名を明記し、裏は白紙のままにしてください。

3) 発表形式

- ・すべて示説（ポスターセッション）による発表です。
- ・ポスターの掲示面は、幅85cm×高さ165cm（左上に、15cm×15cmの演題番号が入ります）を予定しております。

4) 演題発表者と共同研究者について

- ・発表者および共同研究者は、全て日本看護研究学会員に限ります。
- ・非会員の方は、一般社団法人日本看護研究学会 学会事務所（千葉市）にて入会手続きを完了してからご応募ください。
- ・本地方会学術集会は、参加費で運営されています。当日に参加できない共同研究者の方も、全員参加費を事前にお支払い下さい。

2. 演題の郵送先・学術集会に関するお問い合わせ先

〒501-3892 岐阜県関門市平賀字長峰795-1

岐阜医療科学大学 保健科学部看護学科内

第18回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

FAX：0575-23-0884

E-mail：gakkai-n2013@u-gifu-ms.ac.jp

3. 学術集会参加申込について

1) 事前参加申し込み期限：平成25年10月15日（火）～平成26年2月28日（金）

2) 参加申し込み方法

- ・事前申し込み方法：郵便局の振込用紙にて参加費をお支払いください。
- ・会員の方は、通信欄に必ず会員番号をご記入ください。
- ・事前申し込みの方には順次抄録集をお送りいたします。
- ・当日の参加も可能です。会場にて参加費をお支払いください。抄録集は当日お渡しいたします。
- ・当日は混雑が予想されます。極力事前申し込み、期日厳守をお願いいたします。
- ・納入された参加費は返却されません。

3) 参加費と振込先

参加費：会員4,000円 非会員5,000円 学生1,000円（学生に大学院生は含まない）

振込先：郵便振込口座

口座番号： 00850-7-142916

加入者名： 日本看護研究学会東海地方会

4. 学術集会参加に関するお問い合わせ先

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

藤田保健衛生大学医療科学部看護学科内 日本看護研究学会東海地方会事務局

TEL：0562（93）2613（此島）、Mail：yumiya@fujita-hu.ac.jp（此島）

『成人教育の現代的実践』に次ぐノールズのベストセラー、待望の翻訳成る！

新刊 成人学習者とは何か

——見過ごされてきた人たち

7版を重ねた、ノールズ最晩年の大ベストセラー。5版以降は共著のため、今回はノールズのみ執筆の4版を翻訳。成人学習者や成人の学習の特性を明らかにし、人的能力開発の実践を見据えつつ編まれた大著で、解説(堀薫夫)も充実している。

●A5判上製 360頁 定価3,780円(本体3,600円+税)
■著者 マルカム・ノールズ
■監訳者 堀 薫夫(大阪教育大学)／三輪 建二(お茶の水女子大学)

近刊 省察的実践者の教育(仮)

『省察的実践とは何か』で実践の認識論を問うた著者は本書では、行為の中の省察に基づく実践の認識論にふさわしい専門職教育のあり方について、豊富な事例の検討を通して、明らかにしている。

●A5判上製 470頁 予価5,250円(本体5,000円+税)
■著者 ドナルド・ショーン
■監訳者 柳沢昌一(福井大学)／三輪 建二(お茶の水女子大学)

好評発売中

●優秀な成人教育研究に贈られる Imogene Okes 賞を受賞。

おとなの学びと変容 ——変容的学習とは何か

ジャック・メジロー著
金澤 陸／三輪 建二 監訳
A5判上製 324頁 本体3,600円

●企業・自治体・看護等の研修担当者に最適の書。

変革を生む研修のデザイン ——仕事を教える人への活動理論

ユーリア・エンゲストローム著
松下 佳代／三輪 建二 監訳
A5判上製 224頁 本体2,500円

●女性問題学習・生涯学習・看護教育に携わる人の必読書。

成人女性の学習 ——ジェンダーの視点からの問い直し

E.ヘイズ／D.D.フラネリー著
入江 直子／三輪 建二 監訳
A5判上製 370頁 本体3,000円

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

省察的実践とは何か ——プロフェッショナルの行為と思考

D.ショーン著
柳沢 昌一／三輪 建二 監訳
A5判上製 454頁 本体4,000円

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかす格好の書。

おとなの学びを拓く ——自己決定と意識変容をめざして

P.クラントン著
入江 直子／豊田 千代子／三輪 建二 監訳
A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった必要性と具体例を示す。

おとなの学びを支援する ——講座の準備・実施・評価のために

K.マイセルほか著
三輪 建二 訳
A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践 ——ペダゴジーからアンドラゴジーへ

M.ノールズ著
堀 薫夫／三輪 建二 監訳
A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめ専門職の研修用に最適の書。

おとなの学びを創る ——専門職の省察的実践をめざして

P.クラントン著
入江 直子／三輪 建二 監訳
A5判上製 356頁 本体3,000円

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

成人期の学習 ——理論と実践

S.B.メリアム／R.S.カファレラ著
立田 慶裕／三輪 建二 監訳
A5判上製 592頁 本体5,000円

●看護職の研修や能力開発に最適の書。

看護における実践と研究 ——看護科学研究学会の省察的実践

嶋山 委都子著
A5判上製 280頁 本体3,000円

●成人教育者の能力開発の理論と実践の書。

成人教育者の能力開発 ——P.クラントンの理論と実践

渋江 かさね著
A5判上製 300頁 本体3,000円

●おとなの学びの新しいパラダイムを示す書。

おとなの学びを育む ——生涯学習と学びあうコミュニティの創造

三輪 建二著
A5判上製 352頁 本体6,000円

●企業内教育担当者をはじめ、学習支援者必携の書。

学習する組織とは何か ——ピーター・センゲの学習論

中村 香著
A5判上製 304頁 本体3,000円

●実践から学ぶ看護理論の意義を解く画期的な書。

実践から学ぶ看護職 ——科学的看護論と省察的実践論

嶋山 委都子著
A5判上製 184頁 本体2,300円

鳳書房

〒157-0071 東京都世田谷区千歳台 1-30-13 TEL/FAX.03-3483-3723

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

手背静脈
(背側中手静脈)
逆血の確認

特長 2 前腕正中皮静脈と手背静脈(背側中手静脈)の2か所の部位で
実習できます。

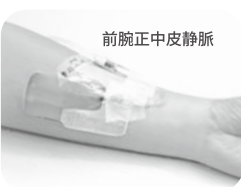
特長 3 静脈留置針で行う穿刺手技に適したパッドを実現、耐久性も
向上しました。



皮膚を伸展しながらの刺入が可能



静脈の圧迫操作による内針の抜去



前腕正中皮静脈



静脈留置針刺入部の固定



あらかじめ血管の怒張を表現

MW 2 導尿・浣腸シミュレータ 男性・女性



NEW
新開発の導尿用弁で耐久性が向上、
交換も簡単に

MW 7 血圧測定トレーナ“あつ姫”



NEW
習熟度に応じたモード変更で効果的
に学習が可能

MW 8 経管栄養シミュレータ



NEW
経管栄養法の手順を総合的にトレ
ーニング

US-7 胎児超音波診断ファントム “SPACEFAN-ST”



NEW
胎児超音波スクリーニングモデル登場！

実習用アンプル・実習用バイアル **新製品**

KNG-1~KNG-4 12023-100~400 (1セット各100本入り)
注射法の実習に必要な模擬アンプルと模擬バイアルを製品化！



KNG-1 12023-100
実習用アンプル 2mL
(注射液タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)

KNG-2 12023-200
実習用アンプル 5mL
(注射用蒸留水タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)



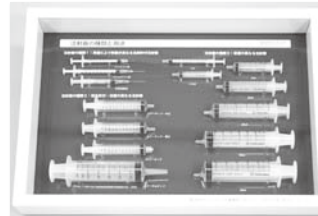
KNG-3 12023-300
実習用バイアル
(注射液タイプ)
¥30,000 (税込 ¥31,500)

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

日本学会議の動き



会長からの
メッセージ

メール審議

会長 大西 隆

今回は少し運営上のテクニカルな話題です。しかし、日本学会議のスムーズな運営には欠かせません。

去る9月の幹事会で、メール審議に関するルールを決めました。会員・連携会員の皆さんのほとんどは日常的な通信手段として電子メールを活用されていることと思います。面談のように時間を決めて集まる必要はない、電話と違って、相手が不在や、取り込み中であっても用件を送っておけば、いずれ返事をもらえること、手紙のように悪筆を気にする必要もないし、時候の挨拶に拘る習慣もない等、簡単便利な通信方法です。もちろん、日本学会議の種々の委員会でも最重要の通信手段として活用されてきました。しかし、一般的な意見交換等に使う場合はともかく、電子メールを使って委員会等の意思決定を行おうとする場合には、それなりにルールが決まっていないと、賛否が分かれたり、議決に当たっての情報共有が必要な場合などに、不明朗な問題が生じる恐れがあります。

実は、今年4月に調べたところ、日本学会議の諸委員会については、統一したルールはもちろん、明文化されたルールなしに、したがって、細部においてはばらばらなやり方で電子メールが意思決定手段に使われてきました。直接的には、幹事会でも問題にされた不適切なメール審議が行われていたことが分かったことがきっかけで、日本学会議全体で適用すべきメールでの意思決定に係るルールを決めることになり、原案に対して会員・連携会員の皆さんからの意見募集も行い、このほど幹事会で決定されたのです（内容は日本学会議HPの関連法規集参照）。

ポイントの第一は、メール審議を、掲示板による意見交換と、電子メールによる議決から構成されるとして、議題に関する意見交換を行った上で、概ね意見が収斂したり、疑問が解消されてから、電子メールを通じて議決するとしたことです。

ポイントの第二は、メール審議は、緊急性のある議題について行うのが通常ですが、同時に一般にあまり意見が分かれず、時間をそう要しないで審議されているようないわば定型的な議題について行うとしています。

ポイントの第三は、メール審議に当たっては、各委員が委員会等の中で共通情報とされるメールアドレスを申告して、BCCではなく宛名やCCの形でそのアドレスを明示して意思表示することを可能とします。掲示板も関係者にはオープンなので、審議過程の見える化を図ろうというものです。

なお、メール審議そのものを行う根拠は、既に、日本学会議会則第22条に「・・・部長が各会員の賛否を確認した上で、部会又は連合部会の議決とすることができる」として存在し、他の委員会等にも準用され得るとなっています。したがって、今回のルール策定は、面談会議以外の方法での意思決定がこのように認められている中で、具体的な方法の一つとして掲示板と電子メールの組合せによるメール審議を実施する手順を定めたこととなります。日本学会議も法定組織で、国の予算で運営されているので、意思決定については当然ながらきちんとした明文規定に基づいてなされる必要があります。

もちろん、こうしてルールを定めたといっても、そう特別なことを求めているわけではありません。議題に対して、質疑応答や意見交換があって議決に至るという通常の審議過程を、掲示板と電子メールという比較的普及した手段（掲示板は電子メールほど普及していないという問題はありますが）を使って遠隔で実践しようというものです。運営には事務局が当たることにも明記しました。会員・連携会員の皆さんにおかれてはメール審議ルール制定の背景についてもご理解の上、ご協力頂くようお願いします。

幹事会報告

第177回幹事会

日時 平成25年8月22日(木)

会議の概要

審議事項

- 科学研究における健全性の向上に関する検討委員会運営要綱の一部改正の決定について承認されました。
- 東日本大震災復興支援委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 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。
- 人口減少が社会の諸システムに及ぼす影響に関する長期展望委員会委員の決定について承認されました。
- 我が国の研究力強化に資する研究人材雇用制度検討委員会委員の決定について承認されました。
- 科学者からの自立的な科学情報の発信の在り方検討委員会委員の決定について承認されました。
- 日本学術会議の第三者評価機能に関する検討委員会委員の決定について承認されました。
- 報告「我が国における歯科医学の現状と国際比較2013」について日本学術会議会則第2条第4号の「報告」として取り扱うことについて承認されました。
- 提言「無煙たばこ製品（スヌースを含む）の蔓延による健康被害の防止に向けて」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。
- 報告「全員加盟制医師組織による専門職自律の確立—国民に信頼される医療の実現のために—」について日本学術会議会則第2条第4号の「報告」として取り扱う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、実施計画に基づく10-12月期の会議派遣者を決定することについて承認されました。

- 第6回世界科学フォーラムに会員を派遣す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。
- シンポジウム等16件の開催について承認されました。
- 国際会議2件及び国内会議4件の後援について承認されました。
- フューチャーアース事務局の誘致について承認されました。
- 第11回産学官連携功労者表彰授賞式を主催することについて承認されました。
- 国際学術団体への加入及び国際学術団体からの脱退について承認されました。

平成25年10月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成25年10月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「情報学による未来社会のデザインシンポジウム」

日時 平成25年10月15日(火)10時00分～18時30分

場所 学術総合センター 一橋記念講堂

次第 「福祉工学が導く超高齢社会のパラダイムシフト」

伊福部 達

「Innovation in Healthcare」 Dave Blakely

「デンマークと日本における存在感対話メディアの実証的研究」 石黒 浩

「健康長寿高齢者の会話に学ぶ認知活動支援」

大武美保子

「ハンガー反射現象の癡性斜頸患者への医療応用」

梶本裕之

「介護福祉施設における快眠支援」高玉圭樹

「ヘルス&ウェルネスを拓くためのブレイクスルーはなに？」石田 亨／廣瀬通孝／中島秀之／徳田英幸

◆「2nd G-EVER International Symposium and the 1st IUGS & SCJ International Workshop on Natural Hazards」

日時 平成25年10月19日(土)～20日(日)

場所 宮城県仙台市情報・産業プラザ

次第 Session 1: Scientific challenges for risk reduction of natural disasters: Overview

Session 2: Volcanic activities, landslides and seismic hazards

Session 3: 2011 Tohoku-oki earthquake, seismic hazards and subduction tectonics

Session 4: 2011 Tohoku-oki earthquake and tsunamis

◆「認知心理学における事実と虚構の打開」

日時 平成25年10月19日(土)13時30分～16時30分

場所 京都大学百周年時計台記念館

次第 「認知心理学に関する市民の知識とニーズ」

楠見 孝

「好きと嫌いの在処」山田祐樹

「高次認知機能にも運動制御機能が重要」

乾 敏郎

◆「ナショナリズムと歴史教育—東アジアを中心として」

日時 平成25年10月19日(土)13時30分～17時30分

場所 駒沢大学 駒沢キャンパス1号館

次第 「逆説的な愛国心—戦時期自由主義者の場合」

上田美和

「五四運動からみる中国ナショナリズム」

吉澤誠一郎

「韓国の歴史教育と“東アジア史”教科書」

君島和彦

◆「医療現場における心理学」

日時 平成25年10月20日(日)14時00分～17時00分

場所 東京大学工学部駒場キャンパス21KOMCEEレクチャーホール

次第 「子どもと若者の領域における認知行動療法」

下山晴彦

「内科領域における認知行動療法」鈴木伸一

「司法精神科における認知行動療法」

菊池安希子

◆「自然共生社会をめざそう—共生の科学・生物多様性・レジリエンス・文化を考える」

日時 平成25年10月21日(月)13時30分～16時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 第1部「共生」、科学から社会へ

「マツとマツタケの共生科学」鈴木和夫

「サクラソウとマルハナバチの共生科学」

鷲谷いづみ

「震災復興と自然共生」石川幹子

「日中韓／文化としての共生学の創成を」

原 剛

第2部 パネル討論「自然共生社会」実現に向けて

◆「学協会の新公益法人法への対応の現状と展望」

日時 平成25年10月22日(火)13時00分～16時40分

場所 日本学術会議講堂

次第 「学協会の法人化の現状」太田達男

「学協会の機能強化方策検討等分科会が行ったアンケート調査の報告」石原 宏

「公益社団法人を選択した中規模学会の現状」

細田衛士

「一般社団法人を選択した小規模学会の現状」

太田成男

「公益法人・一般法人制度と小規模学会」

小幡純子

「学会連合体による対応」佐藤 学

「移行期間終了後に想定される諸問題」

池田駿介

「学協会法人化の今後の展望」恵 小百合

◆「超高齢化社会における運動器の重要性」

日時 平成25年10月24日(木)10時00分～11時50分

場所 三重県総合文化センター

次第 吉村典子／藤原佐枝子／宮地元彦／渡辺博史

◆「材料の創製と高機能化を極める」

日時 平成25年11月1日(金)13時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「ナノマテリアルから広がる医療イノベーション—高分子ミセルによるがんの標的治療」

片岡一則

「シリコンフォトニクス—電子と光の走る集積回路を目指して」和田一実

「永久磁石材料の高性能化を極める」佐川真人

「長周期積層構造型マグネシウム合金による構造材料イノベーション」河村能人

「新日鐵住金のものづくりについて—新日鐵住金のMOT」友野 宏

◆「裁判員制度をめぐる心理学的諸問題」

日時 平成25年11月9日(土)14時00分～16時30分

場所 同志社大学烏丸キャンパス 至高館

次第 「裁判員制度をめぐる法手続きの問題」

杉田宗久

「裁判員制度の判断に及ぼす社会心理学的要因」唐沢 穰

◆「地域研究の「粋」を味わう—現地から中央アジア、オセアニア、EU、東南アジアを読む」

日時 平成25年11月16日(土)13時00分～17時00分

場所 青山学院大学講堂

次第 「中央アジア地域研究の試み—ソ連時代の記憶を中心に」小松久男

「オセアニア（オーストラリア）の国際移民と多文化共生」関根政美

「グローバル時代におけるEUの境界線とナショナリズム」羽場久美子

「グローバル化とネット情報は地域研究を無用にしたか？タイ研究者の視点から」末廣 昭

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議主催

「かごしまの水を考える—鹿児島大学水研究最前線」

日時 平成25年11月18日(月)14時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「いのち育む水資源と水循環—池田湖の水利用と島嶼の地下水資源について」初井和朗

「水と災害—火山地域の水の流れと土砂災害について」地頭蘭 隆

「水と生活—南九州における赤潮およびアオコ等による水環境汚染について」前田広人

◆「持続可能で安心安全な社会の実現に向けた電気電子工学の人材とグローバル化」

日時 平成25年11月20日(水)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「東大の教養課程の学生を電気に振り向かせる」保立和夫

「電気系を希望する受験生を増やすには」

為近和彦

「機械系企業が期待する電気系のグローバル人材とは」前川 篤

「電気系企業からみたグローバル人材」

西野壽一

◆「新たな統治機構改革―道州制をめぐる」

日時 平成25年11月23日(土)13時30分～16時45分

場所 日本学術会議講堂

次第 「道州制と大都市のあり方」佐々木信夫

「道州制と日本経済の今後」林 宜嗣

「東日本大震災と道州制」村井嘉浩

◆「第57回日本学術会議材料工学連合講演会」

日時 平成25年11月25日(月)～26日(火)

場所 京都テルサ

次第 一般講演、オーガナイズドセッション(含基調講演)、特別講演

◆「ICTを生かした社会デザインと人材育成(実践編)」

日時 平成25年11月27日(水)13時30分～17時40分

場所 日本学術会議講堂

次第 「東京大学リーディング大学院における現状の取り組み」國吉康夫

「京都大学リーディング大学院における現状の取り組み」石田 亨

「大阪大学リーディング大学院における現状の取り組み」西尾章治郎

「enPiTにおける取り組み」井上克郎

「EMP東大における取り組み」

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議主催

「地球市民としてのあなたへ～フクシマの復興に向けた長崎大学の挑戦」

日時 平成25年11月29日(金)14時00分～17時00分

場所 長崎大学医学部良順会館ボードインホール

次第 「放射線健康リスク科学のこれから:長崎、チェルノブイリから福島へ」高村 昇

「原発事故後の現況と健康への取り組み」

大津留 晶

「緊急被ばく医療の国際的取り組みと国際原子力機関の緊急時対応援助ネットワーク」

Elena Buglova

「福島の歴史的予見の視点から:日本と自然災害」Greg Clancy

◆日本学術会議中国・四国地区会議主催

「大災害への備え―いのちと暮らしを守るために」

日時 平成25年12月7日(土)13時30分～17時00分

場所 かがわ国際会議場

次第 「強靱な国土創成と国土管理」大西 隆

「巨大災害から生命と国土を守る」和田 章

「災害復興と地方再生」米田雅子

「地域の災害への備え(DCM)」白木 渡

◆「人口減少と日本社会―ライフコース・地域経済・社会保障の行方」

日時 平成25年12月20日(金)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 金子隆一/深尾京司/岩本康志/翁 百合

◆「薬を生み出すシグナル生物学」

日時 平成26年1月10日(金)13時00分～17時10分

場所 日本学術会議講堂

次第 「免疫疾患と創薬」吉村昭彦

「アルツハイマーと創薬」西道隆臣

「骨疾患と創薬」田中 栄

「タンパク質と化合物の相互作用」津本浩平

「卵巣がん創薬」目加田英輔

「肺がん創薬」間野博行

「バイオインフォマティクスと創薬」宮野 悟

日本学術会議の動き

幹事会報告

第178回幹事会

日時 平成25年9月24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。
- 科学研究における健全性の向上に関する検討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。
- 日本学術会議会則の一部を改正する規則について総会の議決を求めることを決定しました。
- 日本学術会議の運営に関する内規等の一部を改正することを決定しました。
- 「メール審議の実施について」を決定し、関連する規定を改正することを決定しました。
- 回答「国際リニアコライダー計画に関する所見」について承認されました。
- 提言「研究用原子炉のあり方について」について承認されました。
- 第5回ICSU地域コンサルテーション会合「アジア・太平洋地域におけるフューチャー・アース」に会員等を派遣することを決定しました。
- 日本学術会議協力学術研究団体として次の4団体を指定することについて承認されました。
 - ①日本海洋政策学会
 - ②芸術科学会
 - ③日本中間子科学会
 - ④地理空間学会
- シンポジウム等11件の開催について承認されました。
- 国際会議1件及び国内会議2件の後援について承認されました。
- 外部委員候補者の推薦について決定しました。
- 日本学術会議の活動状況等に関する年次報告書

(平成24年10月～平成25年9月)を決定しました。

第179回幹事会

日時 平成25年10月2日(水)

会議の概要

審議事項

- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び小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。
- 東日本大震災復興支援委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 日本学術会議の第三者評価機能に関する検討委員会委員の決定について承認されました。
- 第29回ISSC年次総会に会員を派遣す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、日本大気電気学会を指定することについて承認されました。
- シンポジウム等5件の開催について承認されました。
- 国内会議1件の後援について承認されました。

平成25年11月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成25年11月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「地殻災害の軽減と学術・教育」

日時 平成25年11月16日(土)10時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「歴史地震・津波の研究と大地震の長期予測」

佐竹健治

「低頻度大規模噴火に備えた研究のあり方」

中田節也

「地殻災害軽減にむけた地理学の役割」熊木洋太

「地殻災害軽減の基礎を担う地質学」伊藤谷生

「地震・津波に関する歴史研究と災害科学研究のあり方」平川 新

「弘仁地震の被害と復興、そして教訓」田中広明

「地殻災害軽減のための防災研究の枠組み」

林 春男

「東日本大震災におけるハザードマップとGISを利活用した自然地理・防災教育の実践」

宮城豊彦

◆「新しい植物保護技術の展望」

日時 平成25年11月16日(土)13時00分～17時00分

場所 東京大学農学部1号館

次第 「総合科学としての農業を支える低分子・遺伝子統合技術」浅見忠男

「トマトかいよう病の疫学的解析による伝染源の解明とその根拠に基づいた防除」川口 章

「炭疽病の分泌戦略を標的とする作物保護技術の基盤開発」白須 賢

「天敵利用による新たな害虫制御技術の開発について」後藤千枝

「雑草管理の将来展望と遺伝子組換え作物」

與語靖洋

「植物保護科学連合の活動と今後の研究の方向性の検討について」松本 宏

◆「地域の『粋』を味わうー現地から中央アジア、オセアニア、EU、東南アジアを読む」

日時 平成25年11月17日(日)13時00分～17時00分

場所 青山学院大学総研ビル12階

次第 「中央アジア地域研究の試みーソ連時代の記憶を中心に」小松久男

「オセアニア（オーストラリア）の国際移民と

多文化共生」関根政美

「グローバル時代におけるEUの境界線とナショナリズム」羽場久美子

「グローバル化とネット情報は地域研究を無用にしたか? タイ研究者の視点から」末廣 昭

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議主催

「かごしまの水を考えるー鹿児島大学『水』研究最前線」

日時 平成25年11月18日(月)14時30分～17時00分

場所 鹿児島大学稲盛会館

次第 「いのち育む水資源と水循環ー池田湖の水利用と島嶼の地下水資源について」柁井和朗

「水と災害ー火山地域の水の流れと土砂災害について」地頭蘭 隆

「水と生活ー南九州における赤潮およびアオコ等による水環境汚染について」前田広人

◆「東日本大震災に係る食料の安全・安心を担保する生産・流通システム」

日時 平成25年11月18日(月)13時00分～17時40分

場所 日本学術会議講堂

次第 「農地の除染技術と精密復興農業のスキーム」
洪澤 栄

「低汚染土壌の放射性核種濃度と農作物への移行」大下誠一

「食品の安全性確保に向けた農業生産工程管理(GAP)／ITの活用」齊賀大昌

「東日本大震災に学ぶフードセーフティチェーンの必要性」松田友義

「大規模災害時の食料供給の課題と復興支援」
藤井滋生

◆「科学者が語る エネルギーの光と影」

日時 平成25年11月19日(火)13時30分～17時10分

場所 日本学術会議講堂

次第 「エネルギー選択ー経済、リスクと国民の矜持」
北澤宏一

「期待される再生可能エネルギーの今後の展望」大和田野芳郎

「非在来型化石燃料の将来性」松岡俊文

◆日本学術会議中部地区会議主催

「大学からの知の発信～文理融合の視点から」

日時 平成25年11月20日(水)13時00分～16時00分

場所 名古屋大学物質科学国際研究センター 2階

次第 「磁石、磁力、磁場—魔術から現代科学への道程」家 泰弘

「フランスにおける自由主義の系譜」安藤隆穂

「創薬とヒトの分子レベルからの理解を目指して」藤吉好則

「言語の意味と構造」町田 健

◆「イノベティブな社会の実現に向けた電気電子工学のグローバル人材」

日時 平成25年11月20日(水)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「電気電子工学の重要性とイノベーション人材の育成」保立和夫

「電気系を希望する次世代人材を増やすには」為近和彦

「グローバルなエネルギー・環境ビジネスについて」前川 篤

「電気系企業からみたグローバル人材」西野壽一

◆「グローバル化社会における伝統知と古典教育の意義を探る」

日時 平成25年11月23日(土)13時00分～17時30分

場所 島根県・中村元記念館

次第 「東洋の伝統知とその現代性」土田健次郎

「古典教育のなかの記紀」小島 毅

「公共哲学から伝統知の意味を考える」

小松優香

「ジェネラリスト養成における古典教育の役割」葛西康徳

「コメント」谷川多佳子／石崎嘉彦

◆「新たな統治機構改革—道州制をめぐる」

日時 平成25年11月23日(土)13時30分～16時45分

場所 日本学術会議講堂

次第 「道州制と大都市のあり方」佐々木信夫

「道州制と日本経済の今後」土居丈朗

「東日本大震災と道州制」村井嘉浩

◆「第57回日本学術会議材料工学連合講演会」

日時 平成25年11月25日(月)～26日(火)

場所 京都テルサ

次第 「日本学術会議材料工学委員会活動状況報告」

吉田豊信

「バルク金属ガラスの熱力学特性」春山修身

「木材の横方向弾性率と細胞配列の粗視化」

中野隆人

「構造材料の新たなフロンティア：壁を超える

微視組織と材料特性」津崎兼彰

他、一般講演、オーガナイズド・セッション

◆「ICTを生かした社会デザインと人材育成(実践編)」

日時 平成25年11月27日(水)13時30分～17時40分

場所 日本学術会議講堂

次第 「東京大学ソーシャルICTグローバル・クリエイティブリーダー育成プログラムの取り組み」

國吉康夫

「第三のウェア、ヒューマンウェアによりパラダイムシフトを創起する博士人材育成」

西尾章治郎

「京都大学デザインスクール

—Science-Engineering-Designの循環を目指して」

石田 亨

「実践的情報教育協働ネットワークenPiTの取り組み」井上克郎

「EMP東大における取り組み」大沢 幸弘

◆「未来を担う低炭素コミュニティの構築」

日時 平成25年11月28日(木)13時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「低炭素建築・都市の関連制度とその課題」

浅見泰司

「都市スケールでの低炭素とレジリエンスの達成：スマートシュリンク」林 良嗣

「都市コミュニティの再生可能エネルギー導入と課題」 柏木孝夫

「地方都市における交通と市街地再編問題」

羽藤英二

「市街地再編成を実現する上での法制上の課題」

福井秀夫

「低炭素社会における見えない価値の見える化」

伊香賀俊治

◆「東日本大震災からの水産業および関連沿岸社会・自然環境の復興・再生に向けて」

日時 平成25年11月29日(金)10時00分～17時20分

場所 日本学術会議講堂

次第 「水産・海洋科学研究連絡協議会について」

竹内俊郎

「第21期提言『東日本大震災からの新時代の水産業の復興へ』の見直しについて」 八木信行

「震災後の沿岸漁業の現状と日本水産学会の対応」 黒倉 壽

「東日本大震災に関する水産海洋学会の取組と今後の課題」 後藤友明

「東北沿岸の水産増養殖の復興に向けた取り組みとこれから」 尾定 誠

「福島第一原子力発電所事故に伴う沿岸環境汚染」 神田稯太

「東日本大震災が潮間帯生物の多様性に与えた影響とその評価」 加戸隆介

「数100年おきに繰り返す大津波と地盤沈下」

大越健嗣

「日仏海洋学会・仏日海洋学会による震災から

のカキ養殖復興に向けた取り組み」 小松 輝久

「貝類養殖の復興のための疾病侵入防止の取り組みと今後へ向けた提言」 良永知義

「『減災』からみつめる漁業地域」 林 紀代美

「水産流通加工業が被災地の漁業復興に果たす役割」 有路昌彦

「魚類標本のレスキュー活動から得た教訓と自然史標本の管理・活用の改善を目指して」

松浦啓一

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議主催

「地球市民としてのあなたへ～フクシマの復興に向けたアカデミアの挑戦」

日時 平成25年11月29日(金)14時00分～17時00分

場所 長崎大学医学部良順会館

次第 「緊急被ばく医療の国際的取り組みと国際原子力機関の緊急時対応援助ネットワーク」

Eduardo Daniel Herrera Reyes

「原発事故後の現況と健康への取り組み」

大津留 晶

「放射線健康リスク科学のこれから：長崎、チェルノブイリから福島へ」 高村 昇

「福島の歴史的予見の視点から：日本と自然災害」 Gregory K. Clancey

◆「南海トラフ地震に学界はいかに向き合うか」

日時 平成25年12月2日(月)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「南海トラフ巨大地震の被害想定と対策について」

日原洋文

「ディスカッション」

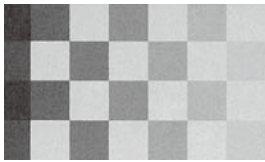
◆「第3回計算力学シンポジウム」

日時 平成25年12月3日(火)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「様々な加速度環境における自由表面流」

姫野武洋



「折紙の数理とその工学応用」石田祥子
 「TSUBAMEのGPUを用いた格子ボルツマン法による流体構造連成のラージエディ・シミュレーション」
 小野寺直幸
 「京コンピュータにより実現された磁場閉じ込めプラズマにおける電子／イオン系乱流シミュレーション」
 前山伸也
 「数値解析学と多倍長計算による高精度・高信頼な数値計算の実現」藤原宏志
 「金属材料の強化機構に関する離散転位動力学解析」高橋昭如
 「マルチスケールシミュレータの実現と解析事例」
 渡邊正宏
 「回転球に作用する負のマグナス力の数値解析」
 武藤昌也

◆「大学で学ぶ経済学とは—学士課程教育における参照基準を考える」

日時 平成25年12月4日(水)14時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「大学教育の分野別質保証と参照基準」北原和夫
 「経済学分野の参照基準案について」岩本康志

◆「増大する災害と地球環境問題に地球人間圏科学はどう取り組むか？」

日時 平成25年12月5日(木)13時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「Geographical Contributions to the Future Earth Initiative」Ronald Abler
 「21世紀—人類史のターニングポイント—世界人口、国際社会変動、環境問題と巨大都市化をどのように潜り抜けるか？」丸山茂徳
 「Infrequent Natural Hazards: the 2004 Indian Ocean and 2011 Tohoku Japan Tsunamis」
 佐竹健治
 「Indonesian Experience in Dealing with Increasing Local and Global Disasters Risk」

Ernan Rustiadi
 「高レベル放射性廃棄物の地層処分」
 千木良雅弘
 「Global Environmental Change and Increasing Disasters in India: Implications for Human Geoscience and Future Earth」R.B. Singh
 「Climate Changes in Monsoon Asia and Human Geoscience」松本 淳

◆日本学術会議中国・四国地区会議主催

「大災害への備え—いのちと暮らしを守るために」

日時 平成25年12月7日(土)13時30分～17時00分
 場所 かがわ国際会議場
 次第 「強靱な国土創成と国土管理」大西 隆
 「巨大災害から生命と国土を守る」和田 章
 「災害復興と地方再生」米田雅子
 「地域の災害への備え (DCM)」白木 渡

◆「3・11後の『いのち』を語る言葉を考える」

日時 平成25年12月7日(土)14時00分～17時30分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「死者、自然、時間」末木文美士
 「語りの配置と言葉の場所」影浦 映
 「物語に何ができるの」田口ランディ
 「『いのち』に寄り添う宗教」谷山洋三

◆「我が国における高度実践看護師のグランドデザイン Part II」

日時 平成25年12月7日(土)17時00分～19時00分
 場所 大阪国際会議場 特別会議室
 次第 「米国における高度実践看護師の最新動向」
 Kathy Magilvy
 「日本看護系大学協議会が考える『高度実践看護師』と教育」田中美恵子
 「高度実践看護師検討委員会が考える『高度実践看護師』と教育」内布敦子

◆「多文化共生社会の現在と在日外国籍女性」

日時 平成25年12月8日(日)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「改定入管法と外国籍女性(仮)」 鄭 映恵
「被災地における多文化共生(仮)」 大村昌枝
「外国籍女性の就労と格差(仮)」 イシカワ・エウニセ
「外国籍女性と家族形成の現状(仮)」 嘉本伊都子

◆「神宮の森・これまでとこれからの100年」

―鎮座百年記念・第二次明治神宮境内総合調査から―

日時 平成25年12月12日(木)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「鎮座百年の明治神宮」 中島精太郎
「人のつくった森の科学と技術」 進士五十八
「新発見データの発表―第二次総合調査から」
新里達也
「映像―生命を育む神宮の杜」 伊藤弥寿彦

◆「気候変動に対応した作物栽培技術の現状と展望」

日時 平成25年12月13日(金)13時00分～16時30分

場所 東京大学弥生講堂セイホクギャラリー

次第 「温暖化に対応したイネの栽培技術改変」 森田 敏
「園芸作物栽培に及ぼす気候変動の影響と対策(仮)」 米森敬三
「作物病害における温暖化の影響と対策技術(仮)」 白石友紀
「画像情報等の作物生産における温暖化対応技術への応用」 大政謙次

◆「東洋学・アジア研究の新たな振興をめざして」

日時 平成25年12月14日(土)13時30分～17時00分

場所 東京大学法文2号館1番大教室

次第 「和漢比較文学研究の現状と課題」 村尾誠一
「『東西回廊』再考―東南アジア大陸部における文化交流の歴史的動態をよむ」 柴山 守
「東アジア近代史の可能性」 井口和起
「仏教思想は甦るか」 斎藤 明

「文化交渉学と言語文化接触研」 内田慶市

◆日本学術会議近畿地区会議主催

「環境といのち―智慧なすわざの再生へ」

日時 平成25年12月15日(日)14時00分～17時30分

場所 京都大学芝蘭会館稲盛ホール

次第 「人間にとって地球とは何だろうか？」

安成 哲三

「草木国土の声を聴く」 岡田真美子

「『自然・人間・文化』と薬」 伊藤美千穂

◆「人口減少と日本社会―ライフコース・地域経済・社会保障の行方」

日時 平成25年12月20日(金)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 金子隆一／深尾京司／岩本康志／翁 百合

◆「これからのくらしに家政学が果たすべき役割」

―家庭科教員養成の観点から―

日時 平成25年12月24日(火)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「今こそ本物の“生きる力”が大切」 上野通子

「家庭科教育の果たしてきた役割と現状」

河野公子

「家庭科教育の可能性」 石島恵美子

「家庭科担当教員の現状分析」 上野耕史

◆「薬を生み出すシグナル生物学」

日時 平成26年1月10日(金)13時00分～17時10分

場所 日本学術会議講堂

次第 「免疫疾患と創薬」 吉村昭彦

「アルツハイマーと創薬」 西道隆臣

「骨疾患と創薬」 田中 栄

「タンパク質と化合物の相互作用」 津本浩平

「卵巣がん創薬」 目加田英輔

「肺がん創薬」 間野博行

「バイオインフォマティクスと創薬」 宮野 悟

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

国連防災戦略

会長 大西 隆

11月の最後の週は慌ただしい日々でした。リオ(ブラジル)でのWSF(World Science Forum)、ジュネーブ(スイス)でのUNISDR、そして関空(大阪)内での京都大学原子炉実験所創立50周年の催しをちょうど1週間で周ったからです。南半球を経つつ、東方向に地球を一回りする旅でした。これらのうち、WSFは、企画者の一員として活躍された春日副会長から皆さんへ報告する機会があると思います。また、京都大学原子炉実験所創立50周年については、同実験所のHPのほか、日本学術会議のHPに当日の私の祝辞をアップしていますので、ご覧いただければ幸いです。

スイスにある国連組織群の一つが、ISDR(International Strategy for Disaster Reduction)です。発足したのは1999年で、当面の最大のテーマは、2015年3月に仙台で開催されることが決まっている第3回国連防災世界会議を成功させることです。

実は、防災に関する国連の重要会議は、これまで全て日本で開催されてきました。勿論、招致した日本政府が力を入れてきたからですが、その背景には、地震、台風、津波、火山噴火、原発事故等、自然災害と人為災害を含めて、災害や事故の多い日本の特性があることはいまでもありません。国連の防災への取組は、1990年代を「国際防災の10年」と定めたことから本格化しました。半ばの1994年に、第1回国連防災世界会議が横浜で開催され、「より安全な世界に向けての横浜戦略」を策定しました。ちょうど、環境問題で、持続可能な開発が世界的な目標になったこともあって、持続可能な経済成長には、災害に強い社会を構築することと、事前の備えによる被害軽減が不可欠という点、つまり、災害が起こったからの対策ではなく、予防が重要という観点が強調されたのです。

第2回国連防災世界会議が開催されたのは神戸(2005年)です。ちょうど前年末にインド洋大津波

で20万人を超える人々が犠牲になったこともあって、約4万人が参加する大きな会議になりました。会議では2005年から2015年の間の行動枠組(HFA: Hyogo Framework for Action)が採択されました。国や地域社会が災害に対する復元力を構築することがメインスローガンに掲げられ、災害に際して、人的、社会的、経済的、環境的な被害を減少することが期待される成果として掲げられました。日本で東日本大震災からの復興計画において頻繁に使われるようになった災害復元力(the resilience of communities to disasters)といった概念はここで使われ、定着していきました。

HFAが2015年で切れるので、それ以降の行動枠組を決めるべく開催されるのが2015年3月の仙台における第3回国連防災世界会議です。兵庫行動枠組を継承しつつ、さらに拡充することが議論される見込みです。また、世界的に定着した感のある持続可能な開発という地球環境問題に根差した概念と防災・減災の統合を図ることも課題となります。災害によって持続可能性が危機に瀕するのは実感できることなので、統合は不思議ではありませんが、持続可能性が人間活動起源の地球環境の変化を阻止する発想に基づいているのに対して、災害の縮小については、そのすべてを人間活動の抑制に結び付けられる訳ではありません。こうした違いを認識しつつ、両者の統合を図ることが、人類の行動枠組としての意義を強めるのは言うまでもありません。私が属しているSTAG(Scientific and Technical Advisory Group)は科学技術の観点から防災・減災に如何に貢献できるかを提案することになっています。

2015年には、同じく国連で、持続可能な開発に関して新たな国際目標が設定されることになっており、防災・減災、環境問題と人間活動のあり方を巡る重要な年になりそうです。

幹事会報告

第180回幹事会（メール会議）

日時 平成25年10月15日（火）

会議の概要

審議事項

- シンポジウム1件の開催について承認されました。

第181回幹事会（メール会議）

日時 平成25年10月21日（月）

会議の概要

審議事項

- 国内会議1件の後援について承認されました。

第182回幹事会

日時 平成25年10月25日（金）

会議の概要

審議事項

- 平成26年10月に行われる会員及び連携会員の改選に係る基本的事項の決定について承認されました。
- 会員候補者・連携会員候補者の推薦書様式の決定について承認されました。
- 選考委員会運営要綱の一部改正の決定について承認されました。
- 東日本大震災復興支援委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正並びに委員会、分科会委員及び小委員会委員の決定について承認されました。
- 科学者からの自立的な科学情報の発信のあり方検討委員会の委員の決定について承認されました。
- “Future Earth Bidders Conference”に会員を派遣することを決定しました。
- “Joint meeting of Advisory Group members”会議に会員を派遣することを決定しました。
- シンポジウム等12件の開催及び国内会議1件の後援について承認されました。

平成25年12月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成25年12月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「神宮の森・これまでとこれからの100年—鎮座百年記念・第二次明治神宮境内総合調査から」

日時 平成25年12月12日（木）13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「鎮座百年の明治神宮」中島精太郎

「人のつくった森の科学と技術」進士五十八

「新発見データの発表—第二次総合調査から」

新里達也

「映像—生命を育む神宮の杜」伊藤弥寿彦

◆「気候変動に対応した作物栽培技術の現状と展望」

日時 平成25年12月13日（金）13時00分～16時30分

場所 東京大学弥生講堂セイホクギャラリー

次第 「温暖化に対応したイネの栽培技術改変」

森田 敏

「園芸作物栽培に及ぼす気候変動の影響と対策」米森敬三

「作物病害における温暖化の影響と対策技術」

白石友紀

「画像情報等の作物生産における温暖化対応技術への応用」大政謙次

◆「東洋学・アジア研究の新たな振興をめざして」

日時 平成25年12月14日（土）13時30分～17時00分

場所 東京大学法文2号館1番大教室

次第 「和漢比較文学研究の現状と課題」村尾誠一



「『東西回廊』再考—東南アジア大陸部における文化交流の歴史的動態をよむ」柴山 守
「東アジア近代史の可能性」井口和起
「仏教思想は甦るか」斎藤 明
「文化交渉学と言語文化接触研」内田慶市

◆日本学術会議近畿地区会議主催

「環境といのち—智慧なすわざの再生へ」

日時 平成25年12月15日(日)14時00分～17時30分

場所 京都大学芝蘭会館稲盛ホール

次第 「人間にとって地球とは何だろうか？」

安成哲三

「草木国土の声を聴く」岡田真美子

「『自然・人間・文化』と薬」伊藤美千穂

◆「人口減少と日本社会—ライフコース・社会保障・地域経済の行方」

日時 平成25年12月20日(金)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「わが国の将来人口推計」金子隆一

「人口変動と社会保障」岩本康志

「人口高齢化と地域経済」深尾京司

◆「これからのくらしに家政学が果たすべき役割

—家庭科教員養成の観点から—」

日時 平成25年12月24日(火)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「今こそ本物の“生きる力”が大切」上野通子

「家庭科教育の果たしてきた役割と現状」

河野公子

「家庭科教育の可能性」石島恵美子

「家庭科担当教員の現状分析」上野耕史

◆「薬を生み出すシグナル生物学」

日時 平成26年1月10日(金)13時00分～17時10分

場所 日本学術会議講堂

次第 「免疫系シグナルを標的とした創薬」吉村昭彦

「アルツハイマー病の治療標的：アミロイド前とアミロイド」西道隆臣

「骨代謝疾患における創薬の最前線」田中 栄

「蛋白質相互作用解析と創薬」津本浩平

「細胞増殖因子HB-EGFを分子標的とする抗癌剤の開発」目加田英輔

「肺がんの本質的原因発見がもたらすがん医療の革新」間野博行

「スパコンによる大規模生体分子ネットワークの解析と創薬への応用」松田秀雄

◆「アジアの経済発展と地球環境の将来

—人文・社会科学からのメッセージ—」

日時 平成26年1月11日(土)13時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「アジア経済と地球環境—長期的展望」

植田和弘

「モンスーンアジアの生態と生存基盤—歴史的展望」田中耕司

「資源問題と政府の役割—長期の課題への行政の対応をめぐる」佐藤 仁

「人間開発指数から生存基盤指数へ—地球環境の持続的評価」佐藤孝弘／峯 陽一

◆「大学学部教育における地理学参照基準について」

日時 平成26年1月12日(日)10時00分～12時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「大学教育の分野別質保証と参照基準（仮）」

北原和夫

「大学地理教育の質保証に関する教育課程編成上の参照基準案」戸所 隆

◆「地域の再生と国のかたち

—東日本大震災の教訓を活かす—」

日時 平成26年1月12日(日)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「地域の再生と地理学の役割」山川充夫

「地域の再生とGIS」高阪宏行
 「地域の再生と人口問題」大江守之
 「地域の再生と国のかたち」戸所 隆
 「地域の再生と地域イノベーション」松原 宏

太郎丸 博
 「社会保障制度における「若者」の位置（仮）」
 阿部真大
 「融解する『世代』論（仮）」仁平典宏

◆「都市農業の再構築における養液栽培と施設園芸の役割」

日時 平成26年1月20日(月)13時00分～17時30分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「対外報告（2007年）：魅力ある都市構築のための空間緑化」鈴木義則
 「東京農業における施設園芸」望月龍也
 「都市農業における養液栽培」篠原 温
 「施設園芸におけるLCA」椎名武夫
 「高齢化と都市農業」岸田義典
 「世界の都市に見る施設園芸の試み」松田誠司
 「再構築都市農業の未来像と課題」古在豊樹

◆「野生動物の保全と共存へ向けて」

日時 平成26年2月9日(日)14時00分～17時30分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「日本の哺乳動物の現状と保全対策（仮）」
 三浦慎悟
 「人獣共通感染症の脅威とその対策（仮）」
 吉川泰弘
 「世界の野生動物保全とフィールドミュージアム（仮）」幸島司郎
 「野生動物の生態と人間圏（仮）」長谷川真理子

◆「世界結晶年（IYCr2014）オープニングシンポジウム」

日時 平成26年1月23日(木)13時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「高温超伝導の発見と結晶学が果たした役割」
 秋光 純
 「光に応答する分子結晶」入江正浩
 「氷の新しい融け方を発見：ゼロ度以下で現れる2種類の液体について」佐崎 元
 「地球深部物質の結晶構造」廣瀬 敬
 「ヒトの分子レベルからの理解と創薬を目指す結晶学」藤吉好則

◆「若手科学者アジア会議」

日時 平成26年2月13日(木)～14日(金)
 場所 日本学術会議6階

◆「福島第一原発事故にともなう放射線健康不安の精神的影響の実態と地域住民の支援」

日時 平成26年2月15日(土)13時00分～17時00分
 場所 福島県立医科大学大講堂
 次第 「福島第一原発事故に対する日本学術会議の活動」春日文子
 「原子力発電所事故がもたらす精神的影響」
 Evelyn Bromet
 「3.11後の放射線健康影響情報への不信とその要因」島蘭 進
 「県民健康管理調査からみた避難者のこころの健康問題」矢部博興
 「福島プロジェクト：放射線ストレスへの心理支援」秋山 剛
 「地域の現場からみた福島県被災者の多様な不安と困難」草野つぎ

◆「高齢化社会の若者論—労働・福祉・コミュニティを考える」

日時 平成26年1月26日(日)14時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「若者論の物質的基礎（仮）」武川正吾
 「高齢化と若者の就業・職業観（仮）」

◆「ケアサイエンスの必要性和看護学の役割」

日時 平成26年3月1日(土)14時00分～16時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「いのちへのケア 植物学から見るケア」

古在豊樹

「ケアサイエンスの広がり」と市民参加」

中岡成文

「ケアの直接的実践としての看護」

川島みどり

「骨格筋などの組織特異的幹細胞の分化決定機構」山内啓太郎

「食肉の量と質を決定する肉用牛のインブリンティング機構」後藤貴文

◆「安全な原子力であることの要件—福島原子力事故の教訓—」

日時 平成26年3月5日(水)13時30分～17時40分

場所 日本学術会議講堂

次第 「東日本大震災と福島原子力事故の発生」

澤田 隆

「発電用原子炉の開発と日本の取組み、顕在化した課題とその背景」成合英樹

「原子力安全に関する具体的課題」関村直人

「放射線被ばくの現状と人体影響」柴田徳思

「原子力の安全とリスクの考え方」松岡 猛

◆「食肉をつくる細胞とその制御機構—筋肥大と脂肪蓄積のメカニズム解明に向けた新展開」

日時 平成26年3月26日(水)13時30分～18時00分

場所 つくば国際会議場

次第 「Skeletal muscle hypertrophy and regeneration regulated by myogenic stem cell dynamics (仮)」RE Allen

「Role of myostatin in myogenesis and adipogenesis (仮)」Ravi Kambadur

「筋幹細胞・神経細胞末端・マクロファージの細胞間コミュニケーション」辰巳隆一

「筋原線維の形成・維持機構」尾嶋孝一

「幹細胞からの脂肪細胞への分化と細胞外マトリックス」保坂善真

「骨格筋内脂肪形成のメカニズム」上住聡芳

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投 稿 者

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

2. 著者資格および研究貢献者

1) 著者資格

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。

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

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

■原著論文 (カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリーⅢ：その他)

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

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

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

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

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

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

■ミスコンダクト

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

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

5. 原稿の送付

投稿原稿は、Microsoft社のWord、Excel、およびPowerPointを使用して作成し（ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式でのみ受領可能）、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等を綴じたオリジナル原稿、および（著者が特定できる部分〔謝辞も含む〕を削除した）オリジナル原稿のコピー3部、および電子媒体（フラッシュ・メモリー、CD-R（RW）、DVD-R（RW）、のいずれかで保存し、ラベル（面）には著者氏名、論文表題を明記する）を添えて下記に送付する。

なお、図表については以下の点に留意されたい。

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

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

PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること

封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便もしくはレターパックで郵送すること。

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

8. 原稿の受付

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

9. 投稿論文の採否

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

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

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

10. ゲラ刷りの校正

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

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

11. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実

費)とする。

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

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

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

12. 著作権

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

所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、その都度理事長の許諾が必要である。

13. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

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

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

1. 投稿の際の電子書式等について

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

なお、図表については以下の点に留意されたい。

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

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

PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること

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

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「,（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設, B氏, 方法X, など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを効果的につける。

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

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1.」のように通し番号を振り、そのあとにタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

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

著作権法

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

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

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

7. 引用形式について

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

■本文中の引用

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

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

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

— 例 —

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

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

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

— 例 —

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

7) 翻訳本を引用した場合には、原出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

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

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

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

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

① 雑誌の場合:

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

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

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

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

② 書籍の場合:

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

— 例 —

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

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

③ 翻訳書の場合:

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

— 例 —

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

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (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。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴシック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第 36 巻

〔原著〕

永田倫人, 水野恵理子: 胃がん術後患者の症状と家族のQOLおよび不安との関連, The Relationship between Gastric Cancer Patient's Postoperative Symptoms and Families' QOL and Anxiety, 36(1), 39-48, 2013.

今井多樹子, 宮腰由紀子, 高瀬美由紀: 「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の知識の概念化, Conceptualization of Nursing Knowledge Required of Newly Graduated Nurses in Intensive Care Units, 36(1), 49-59, 2013.

本村美和, 川口孝泰: 中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発, Development of a Nursing Administrator's Competency Assessment Scale (NACAS) for Nursing Administrator in Mid-Size Hospitals, 36(1), 61-70, 2013.

川内健三, 天谷真奈美: 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, 36(2), 1-11, 2013.

佐藤幸子, 遠藤恵子, 佐藤志保: 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 —, 36(2), 13-21, 2013.

熊谷理恵, 野澤明子: 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, 36(2), 23-34, 2013.

山崎松美, 稲垣美智子: 運動療法を継続できる『2型糖尿病患者の運動療法とらえ方分類ツール』の作成, Preparation of Tool to Classify Type 2 Diabetes Patients by Significance Accorded to Therapeutic Exercise, to Facilitate Therapeutic Exercise Continuation, 36(4), 1-10, 2013.

武田江里子, 小林康江, 弓削美鈴: 産後の母親の不安に対する看護者の意識的かわり — 看護者は産後の母親に対して不安に関する何を話しているのか —, The Intentional Interaction of Nurses to Allay Anxiety in Postpartum Mothers: What Nurses Say to Postpartum Mothers about Anxiety, 36(4), 11-18, 2013.

小笠美春, 當目雅代, 竹下裕子: 「待機手術患者用心配事アセスメントツール」の開発と信頼性・妥当性の検討, A Study for Development of the “Elective Surgery Worry Assessment Tool”, Reliability and Validity, 36(5), 1-12, 2013.

石飛マリコ, 越田美穂子, 尾形由紀子: 高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス, The Process by Which Male Patients with Schizophrenia Living with Their Elderly Parents Attain “Independence”, 36(5), 13-24, 2013.

〔研究報告〕

柴田裕子, 杉田 聡: 精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度の開発, Development of An Intervention Scale Measuring Psychiatric Patient-Nurse Relationship, 36(1), 71-80, 2013.

水野暢子：看護中間管理者のキャリア発達過程とそれに関連する要因, Developmental Stages and Factors Associated with Mid-Level Management Careers in Nursing, 36(1), 81-92, 2013.

國方弘子：地域で生活する精神障がい者に対する『自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム』実施前後の変化, Changes after “Nurse-Led Group Cognitive Behavioral Therapy Program for the Recovery of Self-Esteem” among Community-Dwelling Persons with Mental Illnesses, 36(1), 93-102, 2013.

谷多江子, 安藤満代：ホスピス実習における看護学生の終末期ケアのとらえ方の変化 — 看護師からのOKサインにより寄り添う看護発見 —, The Process of Change in Nursing Students’ Perceptions of Terminal Care during Hospice Nursing Practicum, 36(1), 103-112, 2013.

千田 操, 角田真由美, 柿川房子：一般病棟における終末期がん患者の生きがい, Reasons for Living of Terminal Cancer Patients on General Hospital Wards, 36(1), 113-121, 2013.

北尾良太, 鈴木純恵, 土井 香, 清水安子：回復期リハビリテーション脳卒中者が語る病い経験に関する研究 — 医療者とのかかわりから “あとから病いがわかっていく” こと —, Illness Experiences of Stroke Survivors during Rehabilitation — Later, Stroke Survivors Sensed the Significance of Their Illness through Interaction with Medical Personnel —, 36(1), 123-133, 2013.

藤田 愛, 山口咲奈枝, 宇野日菜子, 佐藤志保, 佐藤幸子：妊娠期の体重増加量別における栄養摂取所要量とPFCバランス, The Nutritional Status and PFC Balance in Japanese Pregnant Women: A Comparison with Weight Gain during Pregnancy, 36(1), 135-140, 2013.

佐藤美佳：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, 36(2), 35-46, 2013.

山下亜矢子, 折山早苗, 渡邊久美：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, 36(2), 47-57, 2013.

隅田千絵, 細田泰子, 星 和美：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, The Resilience Components of Undergraduate Nursing Students in Clinical Practicums, 36(2), 59-67, 2013.

高柳智子, 泉キヨ子：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 —, 36(2), 69-77, 2013.

瀬山留加, 武居明美, 神田清子：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, 36(2), 79-86, 2013.

加悦美恵, 平原直子, 野村志保子：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, 36(2), 87-94, 2013.

馬場 薫, 齋藤深雪, 田中幸子, 丸山幸恵: 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, 36(2), 95-104, 2013.

森田祐代: 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, 36(2), 105-117, 2013.

吉良いずみ: 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, 36(2), 119-127, 2013.

土田敏恵, 荻野待子, 竹田千佐子: 3軸加速度センサを利用したゲーム性のある新しい手洗い学習システムの学習効果の検証, A Study of Verification for Learning Effects of a New Hand Washing Learning System with Gamification Using a Three-Axis Acceleration Sensor, 36(4), 19-27, 2013.

河野由美子, 小泉由美, 酒井桂子, 久司一葉, 岡山未来, 坂井恵子, 坪本他喜子, 橋本智美, 北本福美: 更年期女性へのタクティールケア介入における生理的・心理的效果, Physiological and Psychological Effects of Tactile Care in Postmenopausal Women, 36(4), 29-37, 2013.

土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子, 鈴木育子, 細谷たき子, 小林淳子, 叶谷由佳, 佐藤千史: 医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践, The Discharge Supporting System of Hospital and Nursing Practices Associated with Providing Support for Patients Who Need Medical Treatment after Discharge, 36(4), 39-46, 2013.

大村光代: 特別養護老人ホームの看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造, The Structural Factors behind Nurses' Skills for Working in Conjunction with Careworkers to Provide End-of-Life Care in Nursing Homes, 36(4), 47-53, 2013.

犬飼智子, 兵藤好美: 急性期病院における転倒の発生と予防に影響する要因, Factors Influencing the Occurrence and Prevention of Falls in Acute-Care Hospitals, 36(4), 55-64, 2013.

高取朋美, 秋元典子: 手術を受けた初発乳がん患者のresilience (レジリエンス)を支える要因, The Factors Supporting the Resilience of Primary Breast Cancer Patients Who Had Undergone Surgery, 36(4), 65-74, 2013.

廣松美和: 周手術期実習における看護学生と患者の援助関係の形成要因, Factors in Interpersonal Relationships between Nursing Students and Patients in Surgical Nursing Practice, 36(4), 75-85, 2013.

佐藤千夏, 布施淳子: がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデル, A Factor Structure Model for the Advocacy Provided by Nurses in Setting in Which Cancer Patients Determine their Own Treatment Method, 36(4), 87-97, 2013.

高橋方子, 布施淳子: 在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握に訪問看護師が必要とする情報, Information Required by Visiting Nurses to Respect the Wishes of Elderly People Being Cared for at Home Regarding End-of-Life Care, 36(5), 35-47, 2013.

三林聖司, 山田紀代美: 精神科病院認知症専門病棟における認知症高齢者の過去 6 か月間の転倒経験と Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の関連, Relation between Fall Experience during the Prior Six Months and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia among Elderly People with Dementia in a Dementia-specialized Unit of a Psychiatric Hospital, 36(5), 49-55, 2013.

吉田えり, 山田和子, 芝瀧ひろみ, 森岡郁晴: 看護師の Sense of Coherence とストレス反応との関連, Relationship between Sense of Coherence and Stress Reactions among Nurses in a Hospital, 36(5), 25-33, 2013.

[技術・実践報告]

中村和代: 新人看護師の職場適応に向けた精神的支援策の検討 — 臨床心理士によるグループカウンセリングを実施して — , Examination of Mental Support Methods to Help Novice Nurse Adopt to Their Work Environments — Group Counseling by Clinical Psychologists — , 36(1), 141-148, 2013.

[資料・その他]

阿部智美: 患者とのコミュニケーション困難場面における看護学生の「解説, 問題解決, 感情」との関連, The Relationship between “Decoding, Problem Solving, and Affect” among Nursing Students Facing Communication Problem with Patients, 36(1), 149-156, 2013.

小林順子, 山本美紀, 休波茂子: インシデントやアクシデントを経験した看護職者の安全学習に関連する要因, Related Factors Influencing Medical Safety Learning of Nurses who Have Experienced Incidents and Accidents, 36(5), 57-66, 2013.

2. 論文著者検索

あ

秋 元 典 子 36(4) 65
阿 部 智 美 36(1) 149
天 谷 真奈美 36(2) 1
安 藤 満 代 36(1) 103

い

石 飛 マリコ 36(5) 13
泉 キヨ子 36(2) 69
稲 垣 美智子 36(4) 1
犬 飼 智 子 36(4) 55
今 井 多樹子 36(1) 49

う

宇 野 日菜子 36(1) 135

え

遠 藤 恵 子 36(2) 13

お

大 竹 まり子 36(4) 39
大 村 光 代 36(4) 47
尾 形 由紀子 36(5) 13
岡 山 未 来 36(4) 29
小 笠 美 春 36(5) 1
萩 野 待 子 36(4) 19
折 山 早 苗 36(2) 47

か

加 悦 美 恵 36(2) 87
柿 川 房 子 36(1) 113
角 田 真由美 36(1) 113
叶 谷 由 佳 36(4) 39
川 内 健 三 36(2) 1
川 口 孝 泰 36(1) 61
神 田 清 子 36(2) 79

き

北 尾 良 太 36(1) 123
北 本 福 美 36(4) 29
久 司 一 葉 36(4) 29
吉 良 いずみ 36(2) 119

く

國 方 弘 子 36(1) 93
熊 谷 理 恵 36(2) 23

こ

小 泉 由 美 36(4) 29
河 野 由美子 36(4) 29
越 田 美穂子 36(5) 13
小 林 淳 子 36(4) 39
小 林 順 子 36(5) 57
小 林 康 江 36(4) 11

さ

齋 藤 深 雪 36(2) 95
酒 井 桂 子 36(4) 29
坂 井 恵 子 36(4) 29
佐 藤 志 保 36(1) 135, 36(2) 13
佐 藤 千 夏 36(4) 87
佐 藤 千 史 36(4) 39
佐 藤 美 佳 36(2) 35
佐 藤 幸 子 36(1) 135, 36(2) 13

し

芝 瀧 ひろみ 36(5) 25
柴 田 裕 子 36(1) 71
清 水 安 子 36(1) 123

す

杉 田 聡 36(1) 71
鈴 木 育 子 36(4) 39
鈴 木 純 恵 36(1) 123
隅 田 千 絵 36(2) 59

せ

瀬 山 留 加 36(2) 79

た

高 瀬 美由紀 36(1) 49
高 取 朋 美 36(4) 65
高 橋 方 子 36(5) 35
高 柳 智 子 36(2) 69
武 居 明 美 36(2) 79

竹 下 裕 子 36(5) 1
武 田 江里子 36(4) 11
竹 田 千佐子 36(4) 19
田 中 幸 子 36(2) 95
谷 多江子 36(1) 103

ち

千 田 操 36(1) 113

つ

土 田 敏 恵 36(4) 19
土 田 美 樹 36(4) 39
坪 本 他喜子 36(4) 29

と

土 井 香 36(1) 123
當 目 雅 代 36(5) 1

な

永 田 倫 人 36(1) 39
中 村 和 代 36(1) 141

の

野 澤 明 子 36(2) 23
野 村 志保子 36(2) 87

は

橋 本 智 美 36(4) 29
馬 場 薫 36(2) 95

ひ

兵 藤 好 美 36(4) 55
平 原 直 子 36(2) 87
廣 松 美 和 36(4) 75

ふ

藤 田 愛 36(1) 135
布 施 淳 子 36(4) 87, 36(5) 35

ほ

星 和 美 36(2) 59
細 田 泰 子 36(2) 59

細 谷 たき子 36(4) 39

ま

丸 山 幸 恵 36(2) 95

み

水 野 恵理子 36(1) 39

水 野 暢 子 36(1) 81

三 林 聖 司 36(5) 49

宮 腰 由紀子 36(1) 49

も

本 村 美 和 36(1) 61

森 岡 郁 晴 36(5) 25

森 鍵 祐 子 36(4) 39

森 田 祐 代 36(2) 105

や

休 波 茂 子 36(5) 57

山 口 咲奈枝 36(1) 135

山 崎 松 美 36(4) 1

山 下 亜矢子 36(2) 47

山 田 和 子 36(5) 25

山 田 紀代美 36(5) 49

山 本 美 紀 36(5) 57

ゆ

弓 削 美 鈴 36(4) 11

よ

吉 田 え り 36(5) 25

わ

渡 邊 久 美 36(2) 47

3. 事 項 索 引

あ			看護ケア	36(2)	87
愛着	36(2)	13	看護師	36(2)	1, 36(4) 55,
アセスメント	36(5)	1		36(4)	87, 36(5) 25
アドボカシー	36(4)	87	看護実践	36(4)	39
ICU	36(1)	49	看護者	36(4)	11
い			看護職	36(4)	47
生きがい	36(1)	113	看護職者	36(5)	57
意思	36(5)	35	看護大学生	36(2)	59
意識のかかわり	36(4)	11	看護知識	36(1)	49
意思決定	36(2)	23	看護中間管理者	36(1)	81
移動	36(2)	69	患者・看護師関係	36(1)	71
医療事故	36(5)	57	患者教育	36(4)	1
医療処置	36(4)	39	感情	36(1)	149
インシデント	36(5)	57	関連要因	36(1)	81
う			き		
うつ	36(2)	13	技術習得	36(4)	19
運動療法	36(4)	1	キャリア発達過程	36(1)	81
え			急性期病院	36(4)	55
栄養	36(1)	135	急性白血病	36(2)	23
援助関係	36(4)	75	緊急時訪問	36(2)	105
か			QOL	36(2)	47, 36(2) 119
介護職	36(4)	47	く		
快適感	36(2)	87	グループカウンセリング	36(1)	141
回復	36(2)	47	グループ療法	36(1)	93
回復期	36(2)	69	苦しみ	36(2)	79
学習	36(5)	57	け		
学習継続性	36(4)	19	経験	36(5)	57
学習動機	36(2)	35	現象学	36(1)	123
仮想的有能感	36(2)	35	こ		
家族	36(1)	39, 36(2) 79	構成概念	36(1)	49
がん患者	36(1)	39, 36(2) 79,	更年期女性	36(4)	29
	36(4)	87	高齢者	36(5)	35
看護	36(1)	123	高齢な親	36(5)	13
看護学生	36(1)	103, 36(1) 149,	コミュニケーション	36(1)	149
	36(2)	35, 36(4) 75	さ		
看護管理	36(1)	81	産後の母親	36(4)	11
看護管理者	36(1)	61	3軸加速度センサ	36(4)	19
看護管理者のコンピテンシー	36(1)	61			

し

自己決定	36(4)	87
自尊感情	36(2)	35, 36(2) 47
自尊心	36(1)	93
質的研究	36(1)	81, 36(2) 1
児童虐待	36(2)	13
尺度開発	36(1)	71
重回帰分析	36(5)	25
終末期医療	36(5)	35
終末期がん患者	36(1)	113
終末期ケア	36(1)	103
手術	36(4)	65
首尾一貫感覚	36(5)	25
症状	36(1)	39
情報	36(5)	35
職業性ストレス	36(5)	25
職場環境	36(2)	95
職場満足	36(2)	95
自立	36(5)	13
進行がん	36(2)	79
新人看護師	36(1)	49, 36(1) 141
心配事	36(5)	1
信頼性	36(2)	119

す

ストレス	36(2)	1
ストレス反応	36(5)	25
スピリチュアルケア	36(1)	113

せ

生活の質	36(1)	39
精神科病院	36(5)	49
精神障がい者	36(1)	93
精神障害者	36(2)	1
精神的支援	36(1)	141
生理的効果・心理的効果	36(4)	29
全身麻酔	36(5)	1
専門看護師	36(2)	95

そ

組織的	36(4)	39
-----	-------	----

た

体位変換	36(2)	87
------	-------	----

退院支援	36(4)	39
------	-------	----

待機手術	36(5)	1
------	-------	---

体重増加	36(1)	135
------	-------	-----

タクティールケア	36(4)	29
----------	-------	----

妥当性	36(2)	119
-----	-------	-----

男性	36(5)	13
----	-------	----

ち

中規模病院	36(1)	61
-------	-------	----

治療方法	36(4)	87
------	-------	----

つ

ツール	36(5)	1
-----	-------	---

て

手洗い技術	36(4)	19
-------	-------	----

テキストマイニング	36(1)	49
-----------	-------	----

手の圧力	36(2)	87
------	-------	----

転倒	36(4)	55, 36(5) 49
----	-------	--------------

電話対応	36(2)	105
------	-------	-----

と

統合失調症患者	36(5)	13
---------	-------	----

動作解析	36(2)	87
------	-------	----

糖尿病	36(4)	1
-----	-------	---

特性不安	36(2)	13
------	-------	----

特別養護老人ホーム	36(4)	47
-----------	-------	----

な

内容分析法	36(4)	75
-------	-------	----

に

乳がん	36(4)	65
-----	-------	----

妊娠	36(1)	135
----	-------	-----

認知行動看護療法	36(1)	93
----------	-------	----

認知症	36(5)	49
-----	-------	----

の

脳卒中	36(1)	123, 36(2) 69
-----	-------	---------------

は

母親	36(2)	13
----	-------	----

判断	36(2)	69
----	-------	----

ひ

PFC バランス	36(1)	135
評価尺度	36(1)	61
病棟看護職	36(4)	39
BPSD	36(5)	49

ふ

不安	36(1)	39, 36(4)	11
プロセス	36(5)	13	

へ

ペプロウ看護論	36(1)	71
便秘	36(2)	119

ほ

訪問看護	36(2)	1, 36(2)	105
訪問看護師	36(5)	35	
ホスピス	36(1)	103	

み

看取り	36(4)	47
-----	-------	----

も

問題解決	36(1)	149
------	-------	-----

や

薬物依存症	36(2)	47
病い経験	36(1)	123

ゆ

友人関係	36(2)	35
------	-------	----

り

リスク要因	36(4)	55	
リハビリテーション	36(1)	123	
リハビリテーション看護	36(2)	69	
臨床試験	36(2)	23	
臨床実習	36(4)	75	
臨床心理士	36(1)	141	
臨地実習	36(1)	149、36(2)	59

れ

レジリエンス	36(2)	59, 36(4)	65
連携	36(4)	47	

欧文

A

acute hospitals	36(4)	55
acute leukemia	36(2)	23
advanced cancer	36(2)	79
advocacy	36(4)	87
affect	36(1)	149
anxiety	36(1)	39, 36(4) 11
assessment	36(5)	1
assessment scale	36(1)	61
associated factors	36(1)	81
assumed-competence	36(2)	35
attachment	36(2)	13

B

BPSD	36(5)	49
breast cancer	36(4)	65

C

cancer patient	36(4)	87
cancer patients	36(1)	39, 36(2) 79
career development stages	36(1)	81
careworkers	36(4)	47
certified nurse specialist	36(2)	95
child abuse	36(2)	13
clinical practice	36(4)	75
clinical practicum	36(2)	59
clinical psychologist	36(1)	141
clinical training	36(1)	149
clinical trial	36(2)	23
communication	36(1)	149
conceptualization	36(1)	49
conjunction	36(4)	47
constipation	36(2)	119
content analysis	36(4)	75

D

decision-making	36(2)	23
dementia	36(5)	49
depression	36(2)	13
diabetes	36(4)	1
discharge support	36(4)	39
drug dependence	36(2)	47

E

elderly parents	36(5)	13
elderly people	36(5)	35
elective surgery	36(5)	1
end-of-life care	36(4)	47, 36(5) 35
exercise	36(4)	1
experience	36(5)	57

F

fall	36(4)	55, 36(5) 49
family	36(1)	39
family members	36(2)	79
friendship	36(2)	35

G

general anesthesia	36(5)	1
group counseling	36(1)	141
group therapy	36(1)	93

H

hand pressure	36(2)	87
hand washing	36(4)	19
home visiting	36(2)	1
hospice	36(1)	103

I

illness experience	36(1)	123
independence	36(5)	13
information	36(5)	35
intensive care unit	36(1)	49
intentional interaction	36(4)	11
interpersonal relationships	36(4)	75

J

job satisfaction	36(2)	95
job stress	36(5)	25
judgment	36(2)	69

L

learning	36(5)	57
learning motivation	36(2)	35
locomotion	36(2)	69

M

male	36(5)	13
medical accident	36(5)	57
medical incident	36(5)	57
medical treatment	36(4)	39
mental disabilities	36(2)	1
mental support	36(1)	141
mid-level nurse managers	36(1)	81
mid-size hospitals	36(1)	61
mother	36(2)	13
motion analysis	36(2)	87
multiple regression analysis	36(5)	25

N

newly graduated nurses	36(1)	49
novice nurse	36(1)	141
nurse	36(4)	87, 36(5) 25
nurse in the units	36(4)	39
nurse-led cognitive behavioral therapy	36(1)	93
nurses	36(2)	1, 36(4) 11, 36(4) 47, 36(4) 55, 36(5) 57
nursing	36(1)	123
nursing administrator	36(1)	61
nursing administrator's competency	36(1)	61
nursing care	36(2)	87
nursing homes	36(4)	47
nursing knowledge	36(1)	49
nursing management	36(1)	81
nursing practices	36(4)	39
nursing student	36(1)	149
nursing students	36(1)	103, 36(4) 75
nutrition	36(1)	135

P

pain	36(2)	79
patient comfort	36(2)	87
patient education	36(4)	1
patient-nurse relationship	36(1)	71
patients with schizophrenia	36(5)	13
people with mental illnesses	36(1)	93
Peplau's nursing theory	36(1)	71
PFC balance	36(1)	135
phenomenology	36(1)	123

physiological and psychological effects	36(4)	29
postmenopausal women	36(4)	29
postpartum mothers	36(4)	11
pregnancy	36(1)	135
pressing visits	36(2)	105
problem solving	36(1)	149
process	36(5)	13
psychiatric hospital	36(5)	49

Q

QOL	36(2)	47, 36(2) 119
qualitative research	36(2)	1
qualitative study	36(1)	81
quality of life	36(1)	39

R

reasons for living	36(1)	113
recovery	36(2)	47, 36(2) 69
rehabilitation nursing	36(2)	69
reliability	36(2)	119
repositioning patient	36(2)	87
resilience	36(2)	59, 36(4) 65
rihabilitation	36(1)	123
risk factors	36(4)	55

S

scale development	36(1)	71
self esteem	36(2)	47
self-determination	36(4)	87
self-esteem	36(1)	93, 36(2) 35
sense of coherence: SOC	36(5)	25
skill acquisition	36(4)	19
skill continuity	36(4)	19
spiritual care	36(1)	113
stress	36(2)	1
stress reaction	36(5)	25
stroke	36(1)	123, 36(2) 69
student nurse	36(2)	35
study of telephone consultation	36(2)	105
surgery	36(4)	65
symptoms	36(1)	39
system of hospital	36(4)	39

T

tactile care	36(4)	29
terminal cancer patient	36(1)	113
terminal care	36(1)	103
text mining	36(1)	49
three-axis acceleration sensor	36(4)	19
tool	36(5)	1
trait anxiety	36(2)	13
treatment method	36(4)	87

U

undergraduate nursing students	36(2)	59
--------------------------------	-------	----

V

validity	36(2)	119
visiting nurse	36(5)	35
visiting nurses	36(2)	105

W

weight gain	36(1)	135
will	36(5)	35
work environment	36(2)	95
worry	36(5)	1

事務局便り

1. 学会誌について

今回は、学会誌36巻1～5号をまとめたCDをお送りしております。

2. 平成26年度会費のご案内について

今回お送りしました学会誌36巻1～5号CDとは別に、平成26年度会費振込用紙と併せて第40回学術集会のご案内もお送りいたしました。皆様には平成26年度も会費を継続していただきますようお願い申し上げます。平成26年度会費8,000円をお納めくださいますようお願いいたします。

3. 平成25年度会費未納の方へのお願い

平成25年度会費納入が未だお済でない会員の場合は、平成25年度・26年度会費と合わせた16,000円をお振込みくださいますようお願いいたします。

すでに、平成25年度学会誌（CD）36巻1号～4号、本日、1～5号まとめたCDをお手元へお送りいたしております。これらの経費は会員の皆様の年会費で賄われておりますので、お早目にお振込みくださいますようお願いいたします。

尚、平成26年度から「退会希望」がある場合は、別途送付しております振込用紙の「A. 平成26年度 2. 退会の場合」に○を記入の上、平成25年度内（平成26年3月31日まで）に平成25年度会費8,000円をお振込み下さい。

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)() () 平成 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。会員番号は、CD送付封筒等のラベルに明記してあります。

ATMによるお振込の場合、必ずお名前、ご連絡先は、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。

4. 変更届・退会届について

送付先やご所属等の変更・また退会をお申し出になる場合は、本誌（CD）巻末の「変更届」を出力していただき、会員番号、氏名、変更箇所を記入していただき（退会の場合は「変更届」を「退会届」に訂正し、余白に「平成□年度から退会」と付記してください。）、FAX（043-221-2332）または郵送でお知らせ下さい。

本会ホームページのお問合せ（info@jsnr.jp）からのお申し出も可能です。

平成26年度から退会を希望される場合は、平成25年度内（平成26年3月31日まで）にお知らせください。（平成25年度会費が未納の場合は上記3.をご覧ください。）また、電話による「退会のお申し出」は、受理できませんので、よろしくお願いいたします。

5. 送付先不明者のご確認

学会誌36巻4号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

い1026 黒田 充里 お1088 小田桐拓志 こ289 黄田 美香 す0484 須見なつき な0684 中筋 和美
に0208 西村はるよ に0249 西谷内雅統 に0308 西田 涼香 は0582 濱本 早希

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 5号

会員無料配布

平成25年12月20日 印刷

平成25年12月20日 発行

編集委員

委員長	中木 高夫（理事）	天理医療大学
委員	浅野 美礼（会員）	筑波大学医学医療系
委員	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

発行者 黒田 裕子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそらをご利用下さい。)

1. 大学, 短期大学, 専修学校在学中の学生は入会できません。なお, 前述の身分に該当する方で, 学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は, 発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2. 入会を申し込まれる場合は, 評議員の推薦, 署名, 捺印, 入会申込み本人氏名, 捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。

3. 入会申込書の送付先: 〒260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22番6号 富士ビル6階
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後, その旨通知する際に入会金3,000円, 年会費7,000円, 合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について: 専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚, その他場合は, () 内に専門の研究分野を記入して下さい。

6. 送付先について: 送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7. 地区の指定について: 勤務先と, 自宅住所の地区が異なる場合, 希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚, 地区の指定がない時は, 勤務先の地区への登録とさせていただきます。

8. 会員番号は, 会費等の納入を確認ののち, お知らせいたします。
- * 個人情報の管理について
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については, 慎重に取り扱い, 本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

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。)

申込年月日 年 月 日

フリガナ	氏名	専門区分	看護学・医学・その他 ()
氏		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 - m a i l			
自 宅	TEL	FAX	
評 議 員	会員番号		
推 薦 者 氏 名			
推 薦 者 所 属			
事 務 局	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		都 道 府 県 名
1 北 海 道	北海道	
2 東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	
3 関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	
4 東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	
5 東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重	
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川	
7 中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知	
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄	

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 043-221-2332)

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

勤務先の変更

所 属 名 :

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

Eメール :

フリガナ _____

氏名の変更 _____

地区の変更

地 区 割

地 区 名		都 道 府 県 名	地 区 名		都 道 府 県 名
1	北 海 道	北海道	5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7	中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自 宅 ()

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録していません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について：一般社団法人日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

一般社団法人日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿投稿年月日	_____年_____月_____日		
和文題目			
英文題目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1. _____/	2. _____/	3. _____/	
4. _____/	5. _____/		
原稿枚数			
本文: _____枚 図: _____枚 表: _____枚 写真: _____点			
和文抄録文字数		英文抄録使用語数	
_____字		_____語	
著者			
会員番号	氏名 (日本語/ローマ字)	所属 (日本語/英語)	
連絡先住所・氏名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____			

*受付年月日: _____年_____月_____日

