

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 37 Number 2 June 2014 ISSN 2188-3599

## 日本看護研究学会雑誌

[37巻2号]

# 会 告 ( 1 )

平成25年度事業 評議員 ( 社員 ) ・理事選挙の結果, 下記の方々が選出されました。

任期は, 平成26年定時社員総会の日より平成30年社員総会の前日まで ( ただし, 理事として選出された評議員の任期は, 平成30年社員総会終結のときまで ) 。

平成26年 5 月18日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 黒 田 裕 子

## 記

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

## 評 議 員 地 区 別 名 簿

( 敬称略 )

### 北海道地区 ( 5 名 )

氏 名	所 属	氏 名	所 属
岩本 幹子	北海道大学保健科学研究所	平 典子	北海道医療大学看護福祉学部
上田 順子	旭川医科大病院	三国 久美	北海道医療大学看護福祉学部
桑原 ゆみ	北海道医療大学看護福祉学部		

### 東北地区 ( 6 名 )

氏 名	所 属	氏 名	所 属
石井 範子	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻	塩飽 仁	東北大学大学院医学系研究科
角濱 春美	青森県立保健大学	武田 利明	岩手県立大学看護学部
小林 淳子	山形大学医学部看護学科	布施 淳子	山形大学医学部看護学科

### 関東地区 ( 7 名 )

氏 名	所 属	氏 名	所 属
青木きよ子	順天堂大学大学院医療看護学研究科	二渡 玉江	群馬大学大学院保健学研究科
川口 孝泰	筑波大学医学医療系	森 千鶴	筑波大学医学医療系
定方美恵子	新潟大学医学部保健学科	渡邊タミ子	新潟大学医学部保健学科
行田 智子	群馬県立県民健康科学大学		

東京地区 (12名)

氏名	所属	氏名	所属
遠藤 英子	東邦大学看護学部	松田たみ子	茨城県立医療大学
鈴木 玲子	埼玉県立大学保健医療学部	堀内 ふき	佐久大学看護学部
高島 尚美	東京慈恵会医科大学医学部看護学科成人看護学	松下由美子	山梨県立大学看護学部
塚本 尚子	上智大学総合人間科学部看護学科	安酸 史子	防衛医科大学校
野崎真奈美	東邦大学看護学部	小竹久実子	順天堂大学医療看護学部
本田 彰子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科総合保健看護学専攻在宅ケア看護学	谷津 裕子	日本赤十字看護大学

東海地区 (14名)

氏名	所属	氏名	所属
足立 久子	岐阜大学医学部看護学科	片岡 純	愛知県立大学看護学部
浅野みどり	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻	小松万喜子	愛知県立大学看護学部
荒木田美香子	国際医療福祉大学小田原保健医療学部公衆衛生看護学領域	白尾久美子	日本福祉大学
稲吉 光子	北里大学看護学部臨床看護学	服部 淳子	愛知県立大学看護学部小児看護学
市江 和子	聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部	藤井 徹也	聖隷クリストファー大学看護学部
太田 勝正	名古屋大学医学部保健学科基礎看護学講座	宮脇美保子	慶應義塾大学看護医療学部
鎌倉やよい	愛知県立大学看護学部	箕浦 哲嗣	愛知県立大学看護学部

近畿・北陸地区 (22名)

氏名	所属	氏名	所属
青山ヒフミ	甲南女子大学看護リハビリテーション学部	竹村 節子	千里金蘭大学看護学部
阿部 祝子	京都橘大学	登喜 和江	梅花女子大学看護学部
荒木 孝治	大阪医科大学看護学部	新田 紀枝	佛教大学保健医療技術学部
稲垣美智子	金沢大学医薬保健研究域保健学系	藤原千恵子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
岡山 久代	滋賀医科大学医学部看護学科	細田 泰子	大阪府立大学看護学部
河原 宣子	京都橘大学看護学部	法橋 尚宏	神戸大学大学院保健研究科家族看護学分野
北岡 和代	金沢大学保健研究域保健学系	松田 宣子	神戸大学大学院保健学研究科
北村 愛子	りんくう総合医療センター府立泉州救命救急センター	町浦美智子	大阪府立大学看護学部
小西美和子	兵庫県立大学看護学部	水田真由美	和歌山県立医科大学保健看護学部
河野あゆみ	神戸常盤大学	山本 恭子	園田学園女子大学人間健康学部
鈴木 幸子	和歌山県立医科大学保健看護学部	若村 智子	京都大学医学研究科人間健康科学系専攻

中国・四国地区 (14名)

氏名	所属	氏名	所属
秋元 典子	岡山大学大学院保健学研究科	竹田 恵子	川崎医療福祉大学保健看護学科
猪下 光	岡山大学大学院保健学研究科	高嶋 伸子	香川県立保健医療大学
伊東美佐江	川崎医療福祉大学	中西 純子	愛媛県立医療技術大学
内田 宏美	島根大学医学部看護学科	名越 民江	香川大学医学部看護学科
越智 百枝	愛媛県立医療技術大学	深田 美香	鳥取大学医学部保健学科
大西美智恵	香川大学医学部看護学科	舟越 和代	香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科
榮 玲子	香川県立保健医療大学	南 妙子	香川大学医学部看護学科

## 九州・沖縄地区（14名）

氏名	所属	氏名	所属
荒尾 博美	熊本保健科学大学保健科学部	東 サトエ	宮崎大学医学部看護学科
井手知恵子	大分大学医学部看護学科	藤崎 郁	長崎大学大学院
浦田 秀子	長崎大学大学院医歯薬総合研究科保健学専攻	福井 幸子	福岡女学院看護大学
大池美也子	九州大学大学院医学研究院	前田ひとみ	熊本大学大学院生命科学研究部
小野 ミツ	九州大学大学院医学研究院	三重野英子	大分大学医学部看護学科
小湊 博美	鹿児島純心女子大学	村嶋 幸代	大分県立看護科学大学
堤 由美子	鹿児島大学医学部保健学科臨床看護学講座	山勢 善江	日本赤十字九州国際看護大学

(合計 94名)

## 理事地区別名簿

(敬称略)

地区	氏名
北海道	岩本 幹子
東北	石井 範子
関東	川口 孝泰
東京	本田 彰子
東海	荒木田美香子
近畿・北陸	青山 ヒフミ
近畿・北陸	法橋 尚宏
中国・四国	中西 純子
九州・沖縄	前田 ひとみ
九州・沖縄	村嶋 幸代

## 会 告 ( 2 )

一般社団法人日本看護研究学会平成26年度定時社員総会が平成26年5月18日(日)13時から、北里大学白金キャンパス薬学部1号館2階1202講義室において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

平成26年5月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒田裕子

### 記

- 報告事項：1. 会員数の動向について
2. 第3回評議員・役員選挙(2013年)について
  3. 各委員会平成25年度活動実績報告および平成26年度活動計画について
  4. 第40回学術集会について
  5. 第41回学術集会について
  6. その他
    - ・日本学術会議について
    - ・日本看護系学会協議会の活動について
    - ・看護系学会社会保険連合(看保連)の活動について
    - ・地方会の活動について
    - 北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄
    - ・その他

- 審議事項：1. 定款・規程改正案について
- 定款 第1章第2条(事務所)
  - 第5章役員 第12条(役員)4) 理事22名以内
  - 第7章第29条2. 改正(案)について
  - 学会賞・奨励賞規程第8条の改正(案)について
2. 平成25年度事業報告について
  3. 平成25年度一般会計・特別会計決算報告について
  4. 監査報告について
    - 1) 税理士法人大嶋会計監査報告
    - 2) 監事監査報告
  5. 奨励賞推薦について
  6. 新理事候補者について新理事任期：2014年(平成26年)定時社員総会～  
2018年(平成30年)定時社員総会まで
  7. 定款第5章第13条役員の選任 2. 理事長推薦理事について
  8. 監事(任期：2018年(平成30年度)選出について

9. 研究倫理審査委員会規程案について
10. その他

- 理事会報告：
1. 平成26年度事業案について
  2. 平成26年度予算案について
  3. 奨学会研究費授与について
  4. 名誉会員の推薦について
  5. 第43回（平成29年）学術集会会長推薦について
  6. 将来構想検討委員会提案：地方会施行細則案について
  7. 各種文書の取り扱いに関する申し合わせ事項（案）について
  8. 事務局業務委託について
  9. その他
    - 1) 大規模災害支援金お礼状について
    - 2) 電子投稿者用マニュアルについて
    - 3) その他

## 会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則附則 5 により、理事長延長の理事長として黒田裕子氏が決定いたしました。

任期は、平成26年定時社員総会の日より平成28年社員総会まで。

平成26年 5 月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

## 会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会定款第 5 章役員第12条（役員）第13条（役員の選任） 2. により、理事長指名理事に、塩飽仁氏、叶谷由佳氏が決定いたしました。

任期は、平成26年定時社員総会の日より平成28年社員総会まで。

平成26年 5 月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

## 会 告 (5)

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

任期は、平成26年定時社員総会の日より平成30年社員総会まで。

平成26年 5 月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

記

監事 松田たみ子 氏

## 会 告 (6)

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

平成26年5月18日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 黒田裕子

### 記

理事役職名	氏名
理事長	黒田裕子
副理事長	中村恵子
副理事長	川口孝泰
理事	工藤せい子
理事	江守陽子
理事	小西恵美子
理事	高田早苗
理事	小山真理子
理事	鈴木みづえ
理事	泊祐子
理事	祖父江育子
理事	川本利恵子
理事	岩本幹子
理事	石井範子
理事	本田彰子
理事	荒木田美香子
理事	青山ヒフミ
理事	法橋尚宏
理事	中西純子
理事	村嶋幸代
理事	前田ひとみ
理事	塩飽仁
理事	叶谷由佳
監事	道重文子
監事	松田たみ子

## 会 告 ( 7 )

一般社団法人日本看護研究学会定款第10章 第33条（委員会）により下記の通り委員会を構成しました。  
平成26年 5 月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

### 記

理事役職名・委員会名	氏 名
理 事 長	黒 田 裕 子
副理事長・総務担当理事（長）〈兼任〉	中 村 恵 子
総務担当理事	本 田 彰 子
副理事長・渉外担当理事（長）〈兼任〉	川 口 孝 泰
渉外担当理事	泊 祐 子
渉外・広報（ホームページ）担当委員	塩 飽 仁
会計担当理事（長）	鈴 木 みずえ
会計担当理事	叶 谷 由 佳
会計担当理事	岩 本 幹 子
編集委員会委員（長）	法 橋 尚 宏
編集委員会委員	中 西 純 子
編集委員会委員	川 本 利 恵子
編集委員会委員	若 村 智 子
編集委員会委員	小 西 美和子
編集委員会委員	内 田 宏 美
編集委員会委員	高 山 成 子
編集委員会委員	秋 山 智
編集委員会委員	高 島 尚 美
編集委員会委員	荒 木 孝 治
編集委員会委員	河 原 宣 子
編集委員会委員	猪 下 光
編集委員会委員	市 江 和 子
編集委員会委員	定 方 恵美子
奨学会委員会委員（長）	祖父江 育 子
奨学会委員会委員	工 藤 せい子

理事役職名・委員会名	氏 名
奨学会委員会委員	荒木田 美香子
奨学会委員会委員	石 井 範 子
奨学会委員会委員	村 嶋 幸 代
学会賞・奨励賞委員会委員（長）	工 藤 せい子
学会賞・奨励賞委員会委員	祖父江 育 子
学会賞・奨励賞委員会委員	荒木田 美香子
学会賞・奨励賞委員会委員	石 井 範 子
学会賞・奨励賞委員会委員	村 嶋 幸 代
将来構想検討委員会委員（長）	黒 田 裕 子
将来構想検討委員会委員	中 村 恵 子
将来構想検討委員会委員	川 口 孝 泰
将来構想検討委員会委員	本 田 彰 子
将来構想検討委員会委員	泊 祐 子
将来構想検討委員会委員	塩 飽 仁
将来構想検討委員会委員	鈴 木 みずえ
研究倫理委員会委員（長）	江 守 陽 子
研究倫理委員会委員	高 田 早 苗
研究倫理委員会委員	小 西 恵美子
研究倫理委員会委員	青 山 ヒフミ
国際活動推進委員会委員（長）	前 田 ひとみ
国際活動推進委員会委員	小 山 眞理子
医療技術評価ワーキング委員会委員（長）	黒 田 裕 子
医療技術評価ワーキング委員会委員	泊 祐 子
医療技術評価ワーキング委員会委員	叶 谷 由 佳
大規模災害支援事業委員会（長）	黒 田 裕 子
大規模災害支援事業委員会	叶 谷 由 佳
大規模災害支援事業委員会	中 西 純 子
大規模災害支援事業委員会	宮 腰 由紀子
大規模災害支援事業委員会	山 口 桂 子
監 事	道 重 文 子
監 事	松 田 たみ子

## 会 告 ( 8 )

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り平成26年度奨学会研究が決定いたしました。

平成26年 5 月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒 田 裕 子

### 記

1. 藤野ユリ子 氏 九州大学薬学研究院  
研究課題「看護院内研修におけるeラーニング活用に影響を与える要因の検討」
2. 柳 奈津子 氏 群馬大学大学院保健学研究科  
研究課題「リラクセーション外来受診者の継続受診による技法の習得状況と行動変容の実際」

## 会 告 ( 9 )

一般社団法人日本看護研究学会定款第7章 会員総会 2. の一部改正に伴い、学会賞・奨励賞規第8条の改正により、社員総会において、平成25年度奨励賞が決定いたしました。

平成26年5月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒田裕子

### 記

受賞対象論文：前頭側頭型認知症の特徴を活かした構造化プログラムの有用性に関する研究  
Study Regarding the Usefulness of Structured Program that Made Use of the Characteristics of Frontotemporal Dementia  
日本看護研究学会雑誌35巻4号, pp.13-24, 2012

筆頭著者名：竹内 陽子

共同著者名：長谷川 雅美

受賞対象論文：日本の一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の「口を閉ざす行動」の背景にある文化  
Culture Behind “Clam Up Behavior” among Donors Who Received Living Liver-Transplantation at a Hospital in Japan  
日本看護研究学会雑誌35巻5号, pp.13-24, 2012

筆頭著者名：永田 明

共同著者名：長谷川 雅美

受賞対象論文：「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  
日本看護研究学会雑誌36巻1号, pp.49-59, 2013

筆頭著者名：今井 多樹子

共同著者名：宮腰 由紀子, 高瀬 美由紀

## 会 告 (10)

一般社団法人日本看護研究学会定款改正及び委員会規程改正、倫理審査規程・地方会施行細則について、以下の通り決定いたしました。

平成26年5月18日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 黒田裕子

記

### 一般社団法人日本看護研究学会定款改正及び委員会規程改正

#### 第1章 名称及び事務所

#### 第2条 (事務所)

##### 【現行】

本法人は、事務所を千葉市内に置く。

##### 【改正案】

本法人は、事務所を東京都豊島区内に置く。

#### 第5章 役員

#### 第12条 (役員)

##### 【現行】

4) 理事 22名以内 (理事長、副理事長及び常任理事を含む)

##### 【改正案】

4) 理事 25名以内 (理事長、副理事長及び常任理事を含む)

#### 第7章 会員総会

#### 第29条 (会員総会)

##### 【現行】

2. 会員総会では、学会賞・奨励賞の承認、名誉会員の承認及び学術集會長の選出に関する事項について審議する。

##### 【改正案】

2. 会員総会では、名誉会員の承認及び学術集會長の選出に関する事項について審議する。

### 一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則

#### 附則

7. 第1章第2条及び第7章第29条の規定を改正する。

8. 本細則は、平成26年5月18日から施行する。

## 一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程

### 第8条（表彰の決定）

#### 【現 行】

前条により推薦された表彰候補者，表彰候補論文について理事会で審議し，会員総会で承認を受ける。

#### 【改正案】

前条により推薦された表彰候補者，表彰候補論文について理事会で審議し，社員総会で承認を受ける。

#### 附則の追加

この規程は，平成26年5月18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研究倫理審査委員会規程

## (前 文)

一般社団法人日本看護研究学会（以下「本学会」という。）定款第4条6項に基づき、本学会会員で研究を実施する者（以下「研究者」という。）は、人を対象とする研究については「ニュルンベルグ綱領」、「ヘルシンキ宣言」、「臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）」、「看護研究における倫理指針（日本看護協会）」、ほかに、疫学研究については「疫学研究に関する倫理指針（厚生労働省）」等の趣旨に基づいて実施しなければならない。また、本学会は適正かつ円滑に、研究の科学的妥当性と研究実施上の倫理的適合性についての審査を実施するために、本学会に研究倫理審査委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

## (目 的)

第1条 委員会は、本学会会員が行う人を対象とした看護研究が人権に配慮し、安全で、かつ自由意思による参加の基に行なわれるか否かについて審査することを目的とする。

## (委員会の位置づけ)

第2条 委員会は、研究計画の実施等の適否及びその他の事項について、学会理事長（以下「理事長」という）から意見を求められた場合には、その研究計画等の倫理上の妥当性について審査を行い、理事長に文書により意見を述べなければならない。

なお、審査を行うに当たっては、次の各号に掲げる点を特に留意する。

- 1) 研究対象者に対する人権の保護、権利擁護、および安全の確保
- 2) 研究対象者に対するインフォームドコンセント
- 3) 研究によって生ずるリスクと科学的な成果への理解と判断
- 4) 利益相反に関する事項

## (審査を申請する者の条件)

第3条 本委員会の審査対象は、申請者が会員であること、かつ申請者が所属する機関に研究倫理審査を行う組織が設置されていない、あるいは、やむを得ない理由で研究倫理審査を受けることができない場合であって、なおかつ、申請者の所属している所属長の承諾を得ている者とする。

## (委員会の構成)

第4条 委員会は、理事長の下に置く。委員の構成は10人以内とし、次に掲げる者の中から各1名以上を理事長が選び、委嘱する。

- 1) 保健医療・看護学分野を専門領域とする者
- 2) 医学等他分野を専門領域とする者
- 3) 大学または研究機関等の研究倫理審査委員会に所属した経歴を持ち、審査委員の経験のある者
- 4) 市民の立場の者

なお、以下については必要に応じて委嘱する。

- 5) 実験研究を主に専門とする者
  - 6) 心理・社会学分野を専門とする者
  - 7) その他の分野を専門とする者
2. 委員会は、学会員以外の者を含み、かつ男女両性で構成されなければならない。
  3. 委員の任期は2年とし、再選を妨げない。ただし、最長3期までとする。  
委員の退任等により後任者を補充する必要がある場合には、その任期は前任者の残任期間とする。
  4. 委員は18歳以上、75歳未満である者とする。

## (委員会の運営)

第5条 委員会に、委員長及び副委員長を置く。

- 1) 委員長および副委員長は、委員の互選によりこれを定める。
- 2) 委員長は、会務を統括する。
- 3) 副委員長は、委員長の職務を補佐する。
- 4) 委員長に事故があるときには、副委員長がその職務を代行する。

(議 事)

第6条 委員会は、委員長が必要に応じて招集する。

- 1) 委員会は、本学会に所属しない委員1人を含む過半数の出席がなければ議決することはできない。
- 2) 委員長が必要と認めるときは、案件ごとに委員以外の者の出席を求め、その意見を聞くことができる。
- 3) 審査の判定は、出席委員の合意を原則とする。ただし、委員長が必要と認める場合は、議決をもって判定する。議決は過半数をもって決し、同数の場合には委員長が決定する。
- 4) 実施状況報告書を1年に1度、理事会に報告する。
- 5) 委員が審査を申請している場合（共同研究者も含む）には、その者は当該研究の審査を行うことはできない。

(申請手続、判定の通知)

第7条 審査を申請する研究者は、所定の様式による申請書に必要事項を記入し、必要な資料を添えて、理事長に提出しなければならない。理事長は、申請に対して速やかに委員会に意見を求めなければならない。

- 1) 申請者は、研究計画書に関する説明を委員長から求められた場合には、委員会に出席し、研究計画等を説明しなければならない。
- 2) 理事長は委員会の意見を尊重し、当該申請のあった研究計画等の可否を裁定し、その判定結果を申請者に通知しなければならない。
- 3) 前2項の通知に対して、申請者は書面をもって、理事長に不服申立てをすることができる。理事長は、提出された不服申立てについて、委員会に意見を求めなければならない。
- 4) 申請者は、承認された研究計画等による研究成果を公表した場合には、理事長に所定の様式により報告しなければならない。

(委員の守秘義務)

第8条 委員会の委員は、審査等を行う上で知り得た個人及び研究計画等に関する情報を、法令に基づく場合など正当な理由なしに漏らしてはならない。

(事務局)

第9条 委員会事務局（以下「事務局」という。）を学会事務局に置く。

(申請に係る経費)

第10条 審査に必要な経費として、学会が定める金額を納める。

2. 通信費、資料作成費として、15,000円を前納する。

(規程の改正等)

第11条 この規程の改正等については、委員会及び理事会の議決を経て定める。

(運営要領)

第12条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮り、かつ、学会理事会の承認を得て別に定める。

(施行日)

第13条 この規程は、平成26年5月18日に社員総会において決定し、同日から施行する。

# 地方会施行細則

本細則は、一般社団法人日本看護研究学会（以下、「本会」とする）定款第32条第4項の規定に基づき、定めるものである。

## 1. 地方会会則

本会定款および本細則に基づき地方会ごとに会則を定める。会則には、以下の事項を規定する。

- 第1条 名称
- 第2条 目的および活動
- 第3条 会員
- 第4条 組織
- 第5条 役員
- 第6条 総会
- 第7条 地方会学術集会等
- 第8条 会計
- 第9条 改廃

## 2. 地方会組織と役員の役割

1) 各地方会には、以下の役員もしくは世話人を置く。

- 会長1名
- 副会長1名
- 会計1名
- 監事2名

2) 役員は、当該地方会会員による選挙で選出する。役員には、当該地方会に所属する本会の理事を1名以上含めなければならない。

3) 会長は地方会を代表して会務を統括し、本会の定時社員総会に出席して本会との調整を行う。

4) 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときはこれを代行する。

5) 会計は地方会の会計管理を行う。

6) 監事は、地方会の会務を監査すると共に会計年度終了後に会計監査を行う。

## 3. 事業・活動

1) 各地方会で実施する活動は、定款および定款施行細則および本細則に従って行うものとし、活動内容や運営方法は、各地方会に一任する。

2) 事業・活動期間は4月1日から翌年3月31日までとする。

3) 4月末までに、前年度活動報告書および決算報告、当年度の活動計画案を作成して本会事務所に送付し、理事会の承認を得たのち、定時社員総会で報告する。

## 4. 会計

1) 本会会計は、当該年度4月1日の各地方会に所属する会員数に応じて、一人あたり500円の補助金を、4月中に各地方会会計口座に振り込む。

2) 会計年度は、事業・活動年度と同一期間とする。

3) 4月末までに、決算報告書、会計監査報告書、当年度予算案を作成して本会事務所に送付し、理事会の承認を得たのち、定時社員総会で報告する。

4) 決算後に、本会からの補助金に残金がある場合は、本会に返還する。

## 5. 附 則

- 1) 本細則が承認された時点で、全ての地方会は本細則に基づく地方会会則を作成しなければならない。すでに会則を規定している地方会も同様とする。
- 2) 地方会学術集会等発表時に看護学生である者の研究発表の可否は、本会定款・定款施行細則に関わらず各地方会の決定に委ねる。ここでいう看護学生とは、看護基礎教育機関に在籍する学生とする。
- 3) 本細則は平成26年5月18日から施行する。

# 会 告 (11)

平成26年 6 月10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 助教）  
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何？ ― 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）

#### 【平成26年度会員総会】

- 日 時：平成26年 8月23日（土） 13：00～13：50
- 場 所：第一会場（奈良県文化会館 1階国際ホール）

#### 【Nursing Science Café】

- 対 象：中高生
- 日 時：平成26年 8月24日（日） 14：30～16：10
- 場 所：地下1階多目的室（奈良県文化会館）

### 【一般社団法人日本看護研究学会第40周年記念奏楽】

天理大学 雅楽部

■ 日 時：平成26年8月23日（土） 18：00～18：30

■ 場 所：奈良県新公会堂 能楽堂

### 【懇親会】

■ 日 時：平成26年8月23日（土） 18：45～20：30

■ 会 場：奈良県新公会堂 レセプションホール

■ 会 費：5,000円

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

### 【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よりご登録ください（<http://www.c-linkage.co.jp/jsnr40/>）。登録時に表示されます参加登録番号は、参加費払い込みの際に必要なになりますので、印刷するか、メモに書き記してお控えください。

参加費のお支払い方法は、「郵便局払い込み」となります。

### 【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

# 目 次

## —原 著—

救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験

— 実践共同体における相互作用に焦点をあてて — ..... 1

大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程 鈴木 亜衣美

大阪府立大学地域保健学域看護学類 細田 泰子

慢性閉塞性肺疾患患者の感染予防に関する認識と行動

— 急性増悪との関連 — ..... 13

大阪市立大学大学院看護学研究科 山本 かおり

大阪市立大学大学院看護学研究科 秋原 志穂

ACTプログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの変化 ..... 25

岡山大学大学院保健学研究科 岡本 亜紀

岡山大学大学院保健学研究科 谷垣 静子

千葉大学大学院看護学研究科 長江 弘子

精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくプロセス

— 看護管理者が周囲との調整をはかりながら自殺に遭遇した看護師の支援を構築していく体験 — ..... 35

元活水女子大学看護学部 寺岡 貴子

産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」を

他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス

— 乳幼児虐待の発生予防を目指して — ..... 49

西武文理大学看護学部 唐田 順子

聖隷クリストファー大学看護学部 市江 和子

常葉大学健康科学部 濱松 加寸子

## —研究報告—

C型慢性肝炎患者の疲労感、QOLと身体活動量に関する研究 ..... 63

自由ヶ丘高等学校看護専攻科 清原 智佳子

佐賀大学医学部看護学科 古賀 明美

佐賀大学医学部看護学科 藤田 君支

大卒新人看護師のリアリティ・ショック

— スムーズな移行を促す新たな教育方法の示唆 — ..... 71

九州大学大学院医学研究院保健学部門 谷口 初美

九州大学大学院医学研究院保健学部門 山田 美恵子

京都大学医学部附属病院 内藤 知佐子

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系 内海 桃絵

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系 任 和子

一技術・実践報告一

院内感染対策の包括的な支援プログラムによる中規模病院への支援とその評価 ..... 81

愛知医科大学看護学部 土 井 まつ子  
愛知医科大学看護学部 篠 田 かおる  
半田市立半田病院 橋 本 真紀代  
愛知医科大学病院 高 橋 知 子

一総 説一

全身性エリテマトーデス患者のボディイメージに関する文献レビュー ..... 91

和歌山県立医科大学保健看護学部 前 田 祥 子  
和歌山県立医科大学保健看護学部 鹿 村 真理子  
和歌山県立医科大学保健看護学部 水 田 真由美  
和歌山県立医科大学保健看護学部 岩 根 直 美  
和歌山県立医科大学保健看護学部 坂 本 由希子  
和歌山県立医科大学医学部皮膚科学教室 池 田 高 治  
和歌山県立医科大学医学部皮膚科学教室 古 川 福 実

# CONTENTS

## Original Papers

Experiences that Affect Nursing Skill Acquisition of Novice Nurses Working in the Emergency Field: Focusing on the Interaction within Communities of Practice .....	1
Doctoral Courses, Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University : Aimi Suzuki School of Nursing, College of Health and Human Sciences, Osaka Prefecture University : Yasuko Hosoda	
Recognition and Behavior of Infection Prevention and Control in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Association with an Acute Exacerbation of the Disease .....	13
Osaka City University Graduate School of Nursing : Kaori Yamamoto Osaka City University Graduate School of Nursing : Shiho Akihara	
Changes in the Mindset of Family Members with Regard to Mentally Ill Individuals Living at Home under the ACT Program .....	25
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Aki Okamoto Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Shizuko Tanigaki Graduate School of Nursing, Chiba University : Hiroko Nagae	
The Process by which Managers Support Nurses who Have Encountered Patient Suicide Mental Hospital: A Nursing Manager's Experience in Building Support for Nurses who Have Encountered Suicide while Interacting with their Environment .....	35
Faculty of Nursing, Kwassui Women's University : Takako Teraoka	
The Process by which Nurses at Maternity Hospitals Recognize "Patients and Children of Concern" and Decide to Pass on this Information to Other Institutions for Child Abuse Prevention .....	49
Bunri University of Hospitality : Noriko Karata Seirei Christopher University : Kazuko Ichie Tokoha University : Kazuko Hamamatsu	
<b>Research Reports</b>	
Research of Chronic Hepatitis C Patient's Feeling of Fatigue, QOL, and Physical Activity .....	63
Jiyugaoka High School Nursing Advanced Courses : Chikako Kiyohara Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Akemi Koga Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Kimie Fujita	

<b>The Reality Shock Experienced by Recent Nursing School Graduates:</b>	
<b>A Suggestion for a Smoother Transition Using Real-World Educational Methods .....</b>	<b>71</b>
Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University : Hatsumi Taniguchi	
Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University : Mieko Yamada	
Kyoto University Hospital : Chisako Naito	
Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University : Momoe Utsumi	
Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University : Kazuko Nin	
 <b>Technical Report</b>	
<b>Evaluation of External Support by a Comprehensive Support Program to</b>	
<b>Improve Infection Control Practices in a Medium-Sized Hospital .....</b>	<b>81</b>
Aichi Medical University College of Nursing : Matsuko Doi	
Aichi Medical University College of Nursing : Kaoru Shinoda	
Handa City Hospital : Makiyo Hashimoto	
Aichi Medical University Hospital : Tomoko Takahashi	
 <b>General Remark</b>	
<b>Literature Review of Body Image in Patients with Systemic Lupus Erythematosus .....</b>	
	<b>91</b>
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Sachiko Maeda	
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Mariko Shikamura	
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Mayumi Mizuta	
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Naomi Iwane	
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Yukiko Sakamoto	
Department of Dermatology, School of Medicine, Wakayama Medical University : Takaharu Ikeda	
Department of Dermatology, School of Medicine, Wakayama Medical University : Fukumi Furukawa	

## 救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験

### — 実践共同体における相互作用に焦点をあてて —

Experiences that Affect Nursing Skill Acquisition of Novice Nurses Working in the Emergency Field:

Focusing on the Interaction within Communities of Practice

鈴木 亜衣美<sup>1)</sup>

Aimi Suzuki

細田 泰子<sup>2)</sup>

Yasuko Hosoda

キーワード：救急領域，新人期看護師，技能習得，実践共同体

Key Words：emergency field, novice nurses, nursing skill acquisition, community of practice

### 緒 言

救急領域では、身体的侵襲を伴う看護技術が即時的に求められ、新卒看護師の離職願望が他領域に比べ長く続く（神島・中村・須田・平尾・三浦，2009），と言われている。身体的侵襲を伴う看護技術は、看護基礎教育だけで習得することが困難（日本看護協会，2003）な状況にあり、救急領域の新卒看護師のストレス要因として、能力不足の実感があげられ（中山，2006），また看護技術・知識の不足はストレスサーとして最も高いことが明らかにされている（森田・竹原・山勢・梅野・鈴木他，2003）。全診療科の救急患者を対象とする救急領域の環境特徴は、技能不足の新卒看護師に大きなストレスを与えている。

看護技術（nursing art）は、看護の目的を達成するための手段（滝島，2010）であり、新卒看護師が看護技術を安全に提供でき、一人前になるためには、科学的根拠に裏付けられた客観的知識としての“technique”に加え、“skill”つまり技能を身につけること（滝島，2010；氏家，2004）が重要である。しかし技能は、主観的な感覚で捉えられ、身体を媒介にして理解され表現される能力（川島，2010）であり、暗黙知（Polanyi, 1958/1985）を含んでいるため、言語化や伝達が困難（滝島，2010）で、学習者自身の実践が不可欠である。救急患者は重症度が高く、いつ急変するかわからない状態であり、さらに緊急度も高いため、より高い技能が求められる。そのため、新卒看護師としての1年間では一人前レベルの技能習得が困難である。Benner（2001/2005）によれば、一人前レベルは、似たような状況で2，3年働いたことのある看護師であるが、先述のような日本での看護技術教育の現状を鑑みると、救急領域での技能習得は3年間を新人期と捉えることができる。

Benner, Sutphen, Leonard & Day（2010/2011）は、臨床は不確実な状況にあり、それに対応できる能力は経験学習を通じてのみ獲得できる、と述べている。Dewey（1938/2004）は、“為すことによって学ぶ”という経験学習を提唱し、経験に連続性と相互作用の原理が存在することを明らかにした。技能習得においてもこの経験学習が重要であり、それを可能にするのがLave & Wenger（1991/1993）による「正統的周辺参加論」で提唱された、実践共同体への参加である。実践共同体とは、知識や技能などの習得が可能となる社会文化的実践が繰り広げられる場（Lave & Wenger, 1991/1993）であり、現場に関与する人、現場を取り巻く環境、具体的な活動が存在する（鳥海，2007）。つまり、救急領域における学習としての技能習得は、看護実践を行っている“救急領域”という実践共同体に“参加”し、その“状況”という他者を含んだ外部環境との相互作用によって行われていると考えられる。

新人期看護師の技能習得に関連した研究においては、気管吸引技術（安森・中岡・前田，2010）や点滴静脈注射技術（豊島・萩・伊藤・西堀，2009）などの特定された技能習得に焦点をあてた研究や、看護実践能力の獲得プロセスの研究（藤好・藤丸・納富・兒玉・奥野，2008）などがみられた。また、実践共同体に関連した研究においては、奥野（2013）が新卒看護師の実践共同体への参加過程における学びの経験を明らかにしているほか、山田と齋藤（2009）は、新人看護師が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程について、正統的周辺参加論の視点で明らかにしている。

しかし、救急領域において、新人期看護師の技能習得にどのような経験が重要であり、また、技能習得を促すような実践共同体における相互作用については明らかになって

1) 大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程 Doctoral Courses, Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University

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

いない。したがって、本研究では実践共同体における相互作用に焦点をあて、救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験のプロセスを明らかにし、今後の臨床現場における看護技術教育への示唆を得たいと考えた。

## I. 研究目的

救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験のプロセスを、実践共同体における相互作用に焦点をあて明らかにする。

## II. 用語の操作的定義

① 新人期看護師：Benner (2001/2005) の定義を参考に、「新卒時から救急領域へ配属された、新人期1～3年目の看護師」とする。

② 看護技術：氏家 (2004)、滝島 (2010) の定義を参考に、「看護の目的を達成するための手段であり、科学的根拠に裏付けられた客観的知識としての“technique”と、技能としての“skill”を統合したもの」とする。

③ 技能習得：Polanyi (1958/1985)、川島 (2010) の定義を参考に、「物事をうまく処理する要領であるコツを含み、主観的な感覚で捉えられ、身体を媒介にして理解され表現されるという、看護技術を実践するために必要な技能を身につけること」とする。

④ 実践共同体：Lave & Wenger (1991/1993) の定義を参考に、「知識や技能などの習得が可能となる社会文化的実践が繰り返し広げられる場」とする。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、木下 (1999, 2003) の修正版 Grounded Theory Approach (以下、M-GTA と略す) を用いた質的帰納的研究である。

### 2. 研究対象者

近畿圏内の7つの第三次救急医療施設の救命救急センターに勤務している看護師で、次の①～③のすべての条件を満たす者15名。

- ① 卒後4年目の者
- ② 看護基礎教育前後で職業経験のない者
- ③ 新卒時から卒後4年目まで継続して救急領域に勤務している者

### 3. データ収集期間

2012年6月～9月。

### 4. データの収集方法

データ収集は半構成的面接によって行った。研究の趣旨について研究対象者に文書および口頭で説明し、同意を得た。面接は1人1回とし、研究対象者が勤務する病院内のプライバシーが保護できる個室を借りたうえで、1対1で行った。

インタビュー内容は、就職直後からこれまでの3年間の経験で、技能習得のきっかけとなった場面や出来事、またそれまでの経験を生かせたと感じている場面や、実践共同体内のメンバーとのかかわりで印象に残っている技能習得に関連した出来事を中心に聴取した。その際、研究対象者の承諾を得て、ICレコーダーによる録音を行った。

### 5. 分析方法

本研究ではM-GTAを用いた。M-GTAは社会的相互作用に関係し、人間行動の予測と説明に優れた理論を提示できることに加え、プロセス的性格をもつ現象に適しており、方法論的限定という独自の考え方を導入し、“研究する人間”の視点を重視している。本研究がプロセスを明らかにする目的をもつこと、相互作用に焦点をあてること、インタビューによるデータ収集であること、さらに分析の対象者を救急領域の新人期看護師に限定していることを鑑み、データの分析にはM-GTAが適すると判断し、以下の手順で分析した。

- ① 逐語録を作成し、分析焦点者を「救急領域に新卒時から配属された新人期看護師」と設定した。数名のデータに目を通した後、分析テーマを「救急領域という実践共同体に参加した新人期看護師にとって、どのような相互作用が技能習得につながっていたのか、その経験学習のプロセス」と設定した。
- ② 分析焦点者と分析テーマに照らして、技能習得に影響を及ぼしていると解釈できるデータを選び、データの関連箇所に着目しながらそれを1つの具体例（ヴァリエーション）とした。その具体例が他の類似具体例も説明できる、と考えられた場合に概念を生成した。
- ③ 概念は分析ワークシートを用いて作成し、概念名、定義、最初の具体例を記入した（表1参照）。データ分析を進めるなかで新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成した。
- ④ 同時並行で、他の具体例をデータから探し、ワークシートのヴァリエーション欄に追加記入していった。生成した概念の完成度は、類似例の確認だけでなく、対極例について比較の観点からデータを見ていくこと

により、解釈が恣意的に偏る危険を防ぎ、その結果を理論的メモ欄に記入していった。

- ⑤ 概念を分析の最小単位とし、他の概念との関係を個々の概念ごとに検討した。
- ⑥ ベースデータ13名で分析し、それ以降は新たな概念は生成されなかったため、15名のデータ分析でプロセスの構造を説明できると判断した。
- ⑦ 複数の概念からなるサブカテゴリーを生成し、さらに複数のサブカテゴリーからカテゴリーを生成した。その際、概念自体がサブカテゴリーとしての説明力をもつものはサブカテゴリーとして表した。
- ⑧ カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化し（ストーリーライン）、さらに結果図を作成した。

## 6. 分析の妥当性・信頼性の確保

分析結果の妥当性については、研究対象者13名にメンバー・チェックを依頼した。面会のうえ、分析結果を提示したところ、13名全員が結果の解釈とプロセスに同意した。分析によって行ったカテゴリー化の信頼性については、すべての分析過程において研究者間で検討を繰り返し、「看護技術学」を専門とする研究者に確認を受けた。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学看護学研究倫理委員会の承認と、必要時には研究対象者が所属する施設の研究倫理委員会の審査を受け、承認を得て実施した。看護部長の同意が得られた7施設を選定した。研究対象者には文書と口頭で研究内容と倫理的配慮について説明を行い、同意書への署名をもって研究協力の承諾とした。

研究対象者へは研究目的、方法、研究協力の自由意思、同意・参加後であっても辞退可能であること、また、研究への協力や拒否により不利益は生じないことなどを説明した。さらに、プライバシー保護のための配慮として、個室でのインタビューを保証すること、録音されたデータおよび逐語録は研究のみに使用し、個人の秘密は厳守されることなどを説明し、同意を得て行った。

## IV. 結果

研究対象となった卒後4年目の看護師15名は全員女性で、平均年齢25.4歳であった。面接時間は平均51分24秒であった。分析ワークシートの例を表1に示す。

分析の結果、救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験のプロセスは、30概念、11サブカテ

表1 分析ワークシート（例）

概念名：1	技能不足を痛感する
定義	先輩や医師から自分の看護技術に対する注意を受けたり、患者に負担をかけてしまうことで、自分の技能不足を強く思い知らされること
ヴァリエーション	<p>B：「心不全の患者さんに何回も横向かせたりして、心負荷がかかるっていうことを、いっしょに考えられてなくて、清拭をする！着替える!!服を着せる!!ってということだけに集中して、しないといけない!!ってなっちゃって。患者さんに負荷がかかってた、っていうのを後から先輩に言われて、あ、ほんとだ!!って思って、そんときに初めて気づきました。1年目のいちばん初めのころとか」</p> <p>E：「全部穴があって、先輩に、できてないやんって全部言われたのがびっくりしたんです。そこまで気づけてなかったようなことを突かれた感じ。言われてハッとした。で、家帰って吐きました。なんかもう、いろんなことがわあ〜ときたから。それほど、大きな出来事でしたね」</p> <p>G：「いちばん初めに、なんか、清拭をするときに、あの、ニップ（NIPPV）つけてる患者さんが、けっこう臥位になつたらしんどい、って言うってはる患者さんだったんですけど、自分の頭の中では、清拭のときは、こう、いっぺんにするために臥位にして、こうローリングして、横向いたときに背中も拭いて、服を着せて、っていうイメージでいまままで来てたから、それやってしまった。(中略)よっしゃ、終わった〜って思ってたけど、その後患者さんに筆談で患者さんにしんどかった〜！みたいなん書かれて。患者さんにそんなん言われて、すごいショックで、全然自分は患者さんのこと見れてなかったなと思って、自分に必死で。技術をやるのに必死で、患者さんのことを全然見れてなかったのがショックで」</p> <p>L：「清拭が、うまくできないというか……(中略)学校で習ってる時は患者さんの苦痛とか、やってる時間帯とかっていうのも考えずにしたりとか。ただ拭けばいいとかっていう考えていうのとか、軽く考えてたっていう部分もあったので。先輩に、いっしょに入ってる先輩とかに、言われて。言われたときには、何も考えずにやってるな、っていうのがありましたね。自分のなかでその、学校で習ったとおり、っていう頭があったので、う〜ん、気持ちよく思ってるやろうな、って思ってたけど、実は終わったあとにはあはあはあはあなってるやろ?って言われて。あっ、ちゃんとバイタルとかも見れてなかったな、っていうのとか、気づく視点が、見れてなかったのとかで。あ、こんなところも見れてないとダメなんや、とか」</p> <p>……その他のヴァリエーションは省略</p>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分では、うまくとは言えなくても、そこそこできていると認識していたにもかかわらず、先輩からの注意や指摘を受けて初めて、自分の技能不足を自覚させられる。先輩の注意がなければ、そのまま同じようにしたであろう、という特徴があると考える。基礎教育で学んだ基本的な看護技術が救急患者には通用しない。</li> <li>・対極例のチェック。先輩からの注意を受けて、技能不足を感じないという例はなし。類似例として【概念6：患者の悪化による技能不足の被自覚化】が別概念として生成されている。</li> <li>・【概念6：患者の悪化による技能不足の被自覚化】【概念10：医師の指摘による技能レベルの被自覚化】と統合。うまくいかないことによって自分の技能不足を思い知らされる出来事であるため、具体的な出来事としてメンバーの差別をなくしても良いのではないかと考えた。概念10に関してはヴァリエーションのなかで、指摘や注意をされて技能不足を自覚させられるデータのみ抽出した。概念名は【技能不足を痛感する】に変更する。……以下省略</li> </ul>

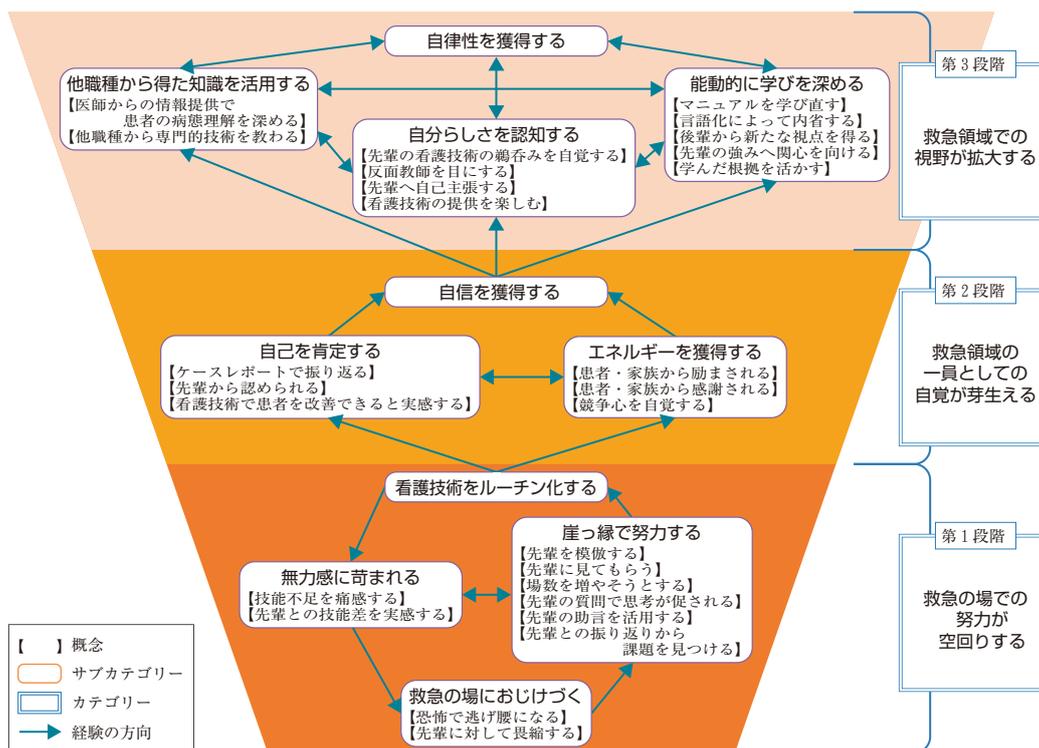


図1 救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験のプロセス

ゴリーが生成され、《救急の場での努力が空回りする》《救急領域の一員としての自覚が芽生える》《救急領域での視野が拡大する》をそれぞれカテゴリーとする3つの段階で構成された。以下、カテゴリーは《 》で、サブカテゴリーは〈 〉で、概念は[ ]で表記する。結果図を図1に示す。

### 1. ストーリーライン

救急領域に配属された新人期看護師は、恐怖で〈救急の場におじけづく〉状態となり、そのままでは居続けられずに〈崖っ縁で努力する〉が、技能不足のために〈無力感に苛まれる〉経験をしていた。そしてまた〈崖っ縁で努力する〉ことを続けるが、精神的・時間的余裕の不足から〈看護技術をルーチン化する〉ようになり、患者の状態を考慮した看護技術の提供には至らず、再び〈無力感に苛まれる〉ため、《救急の場での努力が空回りする》経験をしていた。新人期看護師は〈エネルギーを獲得する〉ことと〈自己を肯定する〉ことによって〈看護技術をルーチン化する〉ことから脱し、〈自信を獲得する〉に至っていた。それらは《救急領域の一員としての自覚が芽生える》経験であった。新人期看護師は〈自信を獲得する〉経験を経て、〈能動的に学びを深める〉〈他職種から得た知識を活用する〉〈自分らしさを認知する〉ようになり、それらが〈自律性を獲得する〉ことにつながっていた。これらの《救急領域での視野が拡大する》経験が、新人期看護師

から脱し、一人前の看護師としての技能に影響する経験となっていた。

### 2. カテゴリー・サブカテゴリー・概念の説明

カテゴリー・サブカテゴリー・概念の説明と、概念に含まれている代表的なヴァリエーションとして研究対象者の語りを「 」で表記する。( )は意味の補足とする。

#### a. 第1段階《救急の場での努力が空回りする》カテゴリー

このカテゴリーは、〈救急の場におじけづく〉〈崖っ縁で努力する〉〈無力感に苛まれる〉〈看護技術をルーチン化する〉の4つのサブカテゴリーから構成された。

救急領域に配属された新人期看護師は、恐怖によって救急領域という実践共同体を見渡す余裕がもてず、重症で急変しやすい救急患者を目の前にし、自分の技能不足が患者を傷つけるのではないかと、急変が起きても対応できないなど、看護技術を提供する対象である救急患者や、危機的状況に置かれている家族とかかわることに対し、[恐怖で逃げ腰になる]。ある看護師は、「なんか怖かった。それで何か、あんまりそういう(家族とかかわる)場面が苦手で、避けてた部分があった。その場にいるのが嫌だから、短時間でこう、切り上げようとか、正直思ったところがあった」と語った。また、患者の生死にかかわることの多い救急領域として、新人期看護師に緊張感をもって指導しようとする[先輩に対して畏縮する]など、自己を取り巻く実

実践共同体という〈救急の場におじけづく〉状態となっていた。[先輩に対して畏縮する]では、「怖いから、ビクビクしてできない、できなかったら言われる、言われて凹む。私やっぱ(看護師という仕事が)合っていないや、みたいな。できひんわ、どん底。先輩が見てるからこうしないとイケないとか、先輩が見てるからここ気をつけてって感じで。常に先輩の目があった」と語られた。

新人期看護師は、[先輩を模倣する]ことで、現場で先輩が行っている看護技術を身につけようとし、[先輩に見てもらう]ことで、患者へ看護技術を提供してよいかどうかの許可を求めている。また、多くの技術提供の経験を積みまなければならないと考え[場数を増やそうとする]ことや、先輩に指導を受け[先輩の質問で思考が促される][先輩の助言を活用する][先輩との振り返りから課題を見つける]など、まさに崖っ縁に立たされ、前に進むしかないとの思いで技能習得に向けて努力を重ねていた。[場数を増やそうとする]ことについて、ある看護師は「採血室に、助勤に行かせてもらってもいいですか、みたいな。採血室やったら、1日200人とかたらなきやいけないんで、それですかね、苦手やから行こうって」と語った。また、[先輩の質問で思考が促される]では、「今の循環動態どうやろって声かけてもらって、そっか、血圧が低いなって。声かけてもらって初めて、こうした時にこうなるかもしれないってことを考えるようになって」と語られた。

新人期看護師は〈崖っ縁で努力する〉なかで、先輩に注意されたり、急変しやすい患者の状態が考慮できなかったことで負担を与えてしまうことによって、[技能不足を痛感する]。ある看護師は「全部穴があって、先輩に、できてないやんって全部言われたのがびっくりしたんです。そこまで気づけてなかったようなことを突かれた感じ。言われてハッとした。で、家帰って吐きました。なんかもう、いろんなことがわあ〜ときたから。それほど、大きな出来事でしたね」と語った。また、先輩と同じ方法で看護技術を提供しているにもかかわらず、先輩と同じ成果が得られないなど、[先輩との技能差を実感する]出来事も加わり、〈無力感に苛まれる〉ようになっていた。その無力感を〈崖っ縁で努力する〉方向に再び向かうことで解消しようとする場合もあれば、無力感が続くことで〈救急の場におじけづく〉方向に戻ってしまうこともあった。しかし、おじけづいたままでは日々の看護技術は提供できないため、結局〈崖っ縁で努力する〉方向に再び向かっていた。

新人期看護師は〈崖っ縁で努力する〉うちに、徐々に看護技術を先輩看護師の指導を必要とせずに行うようになっていた。しかし、救急患者に看護技術を提供できるだけの技能が十分になく、また時間的・精神的に余裕がないために、適切なタイミングや方法について考えられず、決まり

きった業務のように〈看護技術をルーチン化する〉ようになっていた。ある看護師は「吸引をね、2時間ごとにやってたけど、なんかもうそれが、知識もないし、何もわかれへんし、ただの業務で。口腔ケアとかも4時間ごとにしてるんですけど、ただの業務やったんです」と語った。先輩看護師の指導を必要としなくなっても、このような患者のアセスメントが不十分な看護技術の提供によって、重症で急変しやすい状態の救急患者に負担を与えてしまうなどからまた〈無力感に苛まれる〉ようになってしまい、新人期看護師は《救急の場での努力が空回りする》状態に陥っていた。

#### b. 第2段階《救急領域の一員としての自覚が芽生える》カテゴリ

このカテゴリは、〈エネルギーを獲得する〉〈自己を肯定する〉〈自信を獲得する〉の3つのサブカテゴリから構成された。

新人期看護師の〈崖っ縁で努力する〉姿は患者・家族へ伝わり、[患者・家族から励まされる]ようになっていた。ある看護師は「患者さんが、なんか突然すごい自分への思いを言ってくれることがあって。まだ1年目で、技術とかは先輩に比べて全然できひんとは思いますが、すごい落ち着くし、そういう気持ちをずっと大切にしたいって言ってはって。その時に、自分は何もできひんけど、そういう患者さんからの発言とかで、もっとこんなんしてあげたいとか、してあげたらいいんかなとか思うようになりましたね、その時」と語った。また、自分の看護技術へのフィードバックとして、[患者・家族から感謝される]ことで喜びの感情が生まれ、技能習得に前向きになっていた。ある看護師は、「看護ケアとか技術を患者さんに提供した時に、その患者さんから、ありがとうとか聞いた時に、もうちょっとがんばろうかなと思ったりします」と語った。さらに、同期と自分の技能を比較したり、後輩看護師が新たに参入してくることによって、[競争心を自覚する]ことも重なり、これらの出来事が、もう辞めたい、自分は看護師に向いていないかもしれないと自己嫌悪に陥り《救急の場での努力が空回りする》状態から新人期看護師を救っていた。このような〈エネルギーを獲得する〉出来事が新人期看護師の技能習得への意欲に影響をもたらしていた。

新人期看護師は、文献や先輩からの助言によって、看護技術の根拠や意味を捉え直すなど、自分の看護技術について[ケースレポートで振り返る]機会を得ていた。また、自分の看護技術を見ていた[先輩から認められる]ことで、肯定的な自己評価ができるようになっていた。[先輩から認められる]について、ある看護師は「先輩たちの声かけですかね。できてるよ、大丈夫って声かけられることによって、そうなんだなって思うことができるし、自

己評価するのも大事なんですけど、なかなかできてるって思うことがなかったの。やっぱり周りの人からそう言われることで、そうなのかなって思えたことが、克服できたきっかけになったと思います」と語った。さらに、それまでは救急領域での看護技術は医師の介助が主という認識であったり、先輩に言われるがまま提供することであったのが、[看護技術で患者を改善できると実感する]ことで、自分の技能が患者の状態改善に役立つと思えるようになっていた。ある看護師は「誤嚥性肺炎で、すごい痰が多かった人で、でも鎮静かけてるからバッキングがあんまりない人で、体位を管理していったら痰がめっちゃ出るようになったとか、そういうのが何回かあって。これって意味あるんやなってすごい思って」と語った。これらの〈自己を肯定する〉出来事によって、救急領域に看護師としての居場所をもてるようになっていた。

〈自信を獲得する〉ことについてある看護師は、「できる！自分は大丈夫や！っていうふうに、確信というか、うん、自信もって、ひとりでも大丈夫だっていう自分の、まあ言い聞かせみたいなの感じにもなるんですけど。でもそれが今まででなかったのが、もてるようになったって」と語った。

〈エネルギーを獲得する〉こと、〈自己を肯定する〉ことによって、技能習得への意欲が向上し、患者を安楽にしたり、患者の状態改善に貢献するなど、自分の看護技術によって患者を看護できるのだという〈自信を獲得する〉ことにつながり、看護師として認められることによって、《救急領域の一員としての自覚が芽生える》経験となっていた。この段階で、自分は救急領域という実践共同体に参加するメンバーの一員であるという自覚が芽生え、技能習得の実感が得られ始めていた。

### c. 第3段階《救急領域での視野が拡大する》カテゴリ

このカテゴリは、〈能動的に学びを深める〉〈他職種から得た知識を活用する〉〈自分らしさを認知する〉〈自律性を獲得する〉の4つのサブカテゴリから構成された。

新人期看護師は、経験年数を重ねたことで後輩看護師に対し看護技術を指導する役割を与えられ、そのなかで「マニュアルを学び直す」ことや、後輩看護師に対して自分の看護技術の「言語化によって内省する」こと、[後輩から新たな視点を得る]ことなど、教えるという行為のなかで学んでいた。[言語化によって内省する]ことについて、ある看護師は「1年生を教える立場になって、自分は、まあできてなかったって思ってたんですけど、それは教わる人にとってはすごい新しいことだったり、すごいって思えることだったりしてるんだっていうのを、教えていくなかで実感できたことが、できてないってところから、でき

てるって思えるようになってきたきっかけになったと思います」と語った。また、先輩看護師が、さまざまなこだわりや1つの看護技術を深く学ぶ姿勢を目にし、[先輩の強みへ関心を向ける]ようになっていた。ある看護師は「やっぱり、得意分野っていうか、(その先輩が)力を入れてる部分とかあると思うので。こういうのが得意な人に、こういうことを聞いたら、もっと自分の知識が深まるだろうな、とか思います」と語った。さらに、学会へ行くことや雑誌などから新たに「学んだ根拠を活かす」など、自分から〈能動的に学びを深める〉ようになっていた。

新人期看護師は、急変しやすい救急患者に対し、安全に看護技術を提供するためには、患者の病態理解が不可欠だと感じ[医師からの情報提供で患者の病態理解を深める]ようになっていた。また、患者の回復には医師と看護師以外のさまざまな職種がかかわっていると認識できるようになることで、[他職種から専門的技術を教わる]ようになり、それを自分の看護技術に活かそうとするなど、技能を向上させるために〈他職種から得た知識を活用する〉ようになっていた。[他職種から専門的技術を教わる]について、ある看護師は、「食事介助とか。ちょっとムセそうな人とかは、嚥下訓練のリハビリさんにちょっとアドバイスをもらって、食べる時はちょっとこうしたほうがいいんだよってアドバイスもらったら、ムセやすい人にはじゃあこういうご飯が良いから、スプーンのこっちからいくよりこっちからいくほうがいいとか。技術は、変わるといって、幅が広がるというか、ありますね」と語った。

新人期看護師は、〈自信を獲得する〉ことで、患者の状態に合わせた看護技術について考えることから、先輩看護師の形だけの模倣でしかなかった自分の看護技術に対して[先輩の看護技術の鵜呑みを自覚する]ようになっていた。ある看護師は「1年生のころはほんと、言われるがままにしてたと思うんですけど。1人で見るようになって、自分で考えて判断しないといけないうって思いが前よりも強くなって。患者さんを1人でしっかり良くなるようにちゃんと見ようとか、安全に見ようっていう意識は前よりも強くなったのかなっていうのはあるんです」と語った。

そして、[反面教師を目にする]ことや[先輩へ自己主張する]ことで、自分の看護観を自覚し、自分なりに考えたうえでの[看護技術の提供を楽しむ]など、先輩看護師と協働ができるようになり、〈自分らしさを認知する〉ようになっていた。[先輩へ自己主張する]ことについて、ある看護師は「自分が、やっぱり知識つけてきて、1年目、2年目とかは無理やったけど、先輩の性格とかもわかってくるし、普通に仲良くしゃべったりとかご飯行ったりとかもするようになって。いろいろな視点が看護にはあるから、その人はそう思っても、私はこう思うんですって議論。

昔は指導やったけど、今は議論になってる」と語った。また、[看護技術の提供を楽しむ]では、「リハビリとかも、やらないとダメじゃないですか。でもその人なんか痛いからいらん、とか言ってて。必要性を説明して、初めはいらんからやってなかったんですけど、私が何回も言うから、何回もうるさいからやるわ、みたいな感じで、なんかやってくれて。なんかそれがうれしくて。患者さんとかかわって、しゃべって、看護過程を展開していくっていうのが、楽しさを感じられたんですよ」と語られた。

〈自律性を獲得する〉について、ある看護師は「自分の仕事がちょっとこう、慣れてきて、落ち着いて、患者さん全体を見れるようになった。この患者さんはここで寝てるだけだけど、8時間で自分の(受け持っている)時間で、何か、自分がこう援助することで、ちょっとでも状態がよくなるんじゃないかなと、思えるようになった気がする」と語った。

新人期看護師は〈能動的に学びを深める〉ようになり、〈他職種から得た知識を活用〉し、〈自分らしさを認知する〉ことから、患者の状態を適切に把握し、その状態に合わせた看護技術について考え、〈自律性を獲得する〉ようになっていた。そして、〈自律性を獲得する〉ことができているからこそ、〈能動的に学びを深める〉ことや〈他職種から得た知識を活用する〉〈自分らしさを認知する〉ことにさらにつなげており、これらの経験は相互に影響しあっていた。これらの《救急領域での視野が拡大する》経験が、新人期を脱し、一人前の看護師としてもつ技能に影響する経験となっていた。この段階では、救急領域という実践共同体での視野が拡大し、他職種と協働する存在として、救急看護師としての自分を位置づけられるようになっていた。

## V. 考 察

### 1. 救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験プロセスの様相

新人期看護師を取り巻く救急領域という実践共同体には、現場に関与する人として、救急医を含めた多くの医師、チーム医療を展開するために必要なコメディカル、全診療科にわたる重篤な疾患や交通外傷などで突然生命の危機に陥ってしまった救急患者、その状況に混乱している家族、その救急患者・家族を看護する先輩看護師や同期看護師が存在していた。そして、新人期看護師が2年目になり、自然と後輩看護師が新たに実践共同体に参加してくるという状況であった。新人期看護師の周りには、救急医療に不可欠なME機器が多数置かれ、患者の異常を知らせるアラーム音が鳴り響き、救急領域特有の緊迫感が漂う空間

が存在していた。

新人期看護師は、《救急の場での努力が空回りする》段階で、技能習得に向けて努力してもなかなか救急領域の一員として認められない、苦しい思いを抱く経験をしている。自分の技能不足に意識が向くため、実践共同体はその場その場としての“救急の場”であり、“救急領域”全体を認識できていなかった。しかし、《救急領域の一員としての自覚が芽生える》段階を境にして、《救急領域での視野が拡大》し、“救急領域”全体が見渡せるようになることで、患者・家族、先輩看護師や後輩看護師、他職種とのつながりを意識して技能習得をするようになっていた。松尾(2011)は、看護師を含むさまざまなプロフェッショナルの成長と思いの変化について、若いうちは、“認められたい、力をつけたい”という自分への思いが強く自己中心的であるが、経験を積むに従い、仕事への思いが他者や社会とのつながりを意識した思いに変化していく、と述べている。〈救急の場におじけづく〉から〈自信を獲得する〉〈自律性を獲得する〉などのすべての段階で、思いの変化が技能習得に影響を及ぼしていたと考えられる。とくに《救急領域の一員としての自覚が芽生える》経験は、新人期看護師にとって重要な経験であった。山田と齋藤(2009)は、新人看護師が一人前の看護師になるまでの学習過程において、先輩との対話により意味づけや承認がなされる場合に学習が促されていたことを明らかにしている。〈自己を肯定する〉経験には、[先輩から認められる]経験が存在しており、それが思いの変化となって技能習得に影響を及ぼしたと解釈できる。さらに本研究では、[患者・家族から励まされる][患者・家族から感謝される]などの〈エネルギーを獲得する〉経験が存在し、〈自信を獲得する〉経験に至るには、先輩看護師だけでなく、患者・家族からの承認も含まれていたことが明らかとなった。自分への思いだけでは《救急の場での努力が空回り》し続けるが、実践共同体にいるさまざまなメンバーからの承認が得られ、《救急領域の一員としての自覚が芽生える》ことによって、他者とのつながりを考えるようになり、《救急領域での視野が拡大》して、技能習得が進んでいくと考える。

さらに本研究では、新人期看護師と実践共同体としての救急領域との関係の変化が、技能習得に影響を及ぼしていた。神島ら(2009)は、救急部門に勤務する卒後3年目までの看護師の職場適応の段階に関する体験として、《居場所がないとまどいとつらさ》《居場所をみつけ役割をみつける》《役割を拡大する》の3段階に《救急の特殊性との折り合い》が関連することを明らかにした。本研究での《救急の場での努力が空回りする》《救急領域の一員としての自覚が芽生える》《救急領域での視野が拡大する》経験は、この3段階に類似しており、職場適応が技能習得に影

響を及ぼしていると解釈できる。《救急領域の一員としての自覚が芽生える》経験は、救急領域という実践共同体に自分の居場所をもてるようになったことでもあり、実践共同体との関係が大きく変化し、メンバーシップの発揮につながっていた。〈自信を獲得する〉経験によって、《救急領域での視野が拡大する》段階に進み、初めは恐怖しかもたらさなかった実践共同体に存在する人・ものを、学習資源として捉えられるようになり、それが技能習得に能動性をもたらしたと解釈できる。

以上のことから、救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼした経験は、思いの変化と職場適応であったと解釈した。「正統的周辺参加論」(Lave & Wenger, 1991/1993)では、「学習者の知識・技能」「学習者のアイデンティティ」「学習者と他者・ツールとの関係」の3つが同時に変化することを学習と捉える。本研究において、技能習得に影響していた思いの変化とは「学習者のアイデンティティ」の変化であり、職場適応は「学習者と他者・ツールとの関係」の変化であると考え、本研究においても「正統的周辺参加論」と同様の変化を確認したと言える。さらに本研究では、技能習得に影響を及ぼす経験のプロセスを示したことで、「学習者のアイデンティティ」と「学習者と他者・ツールとの関係」が実践共同体でどのように変化したのかを示すことができたと考えられる。

また、本研究で新たに示したのは、技能習得に影響を及ぼした経験において、非段階的学習としての即興の徒弟制(福島, 2001)が存在しており、先輩看護師だけを技能習得の師匠としていない点である。[先輩を模倣する][先輩の質問で思考が促される]などの経験は、徒弟制の先行研究(生田, 1987)にもあるように、師匠の模倣から始まる学びであり、先輩看護師を師匠として認識している経験であった。徒弟制とは、師匠が熟練の技能をもっていることを前提に成り立つ。模倣する対象や環境への価値的なコミットメント、つまり学習者が「わざ」としての技能を取り巻く環境を「善いもの」と納得し、身体全体を潜入させることが重要であり、このコミットメントを欠くと、技能習得は困難となり、模倣は単なる真似で終わってしまう(工藤, 2007)。《救急領域の一員としての自覚が芽生える》経験を経た新人期看護師は、《救急領域での視野が拡大する》段階で、自分の看護技術が単なる真似だったことに気づき[先輩の看護技術の鵜呑みを自覚する]こと、[反面教師を目にする]など先輩看護師の技能をマイナスに評価すること、先輩の技能にコミットメントしている[先輩の強みへ関心を向ける]ことに加え、自分の看護師としての技能習得において、看護師ではない〈他職種から得た知識を活用する〉という経験など、即興的にその時その場で、自分の技能に影響を及ぼす師匠を見極め、取捨選択し

ながら技能習得を行っていたと解釈できる。とくに、救急領域という実践共同体は、チーム医療が重視される環境であり、他職種が学習資源になったため、〈他職種から得た知識を活用する〉経験が存在したと考える。さらに、新人期看護師は、[後輩から新たな視点を獲得]など、後輩看護師との相互作用も技能習得につながる学習資源として捉えていた。高橋(2011)は、学ぶ意欲とは、学ぶ立場から教える立場への転換という時に高まる、と述べている。後輩看護師との相互作用は〈能動的に学びを深める〉経験にあり、後輩看護師の存在が学ぶ意欲を刺激していたと考える。福島(2001)は、精神看護の現場において、徒弟制が即興的であり、現場での教授-学習関係が有効に機能しないことを指摘している。本研究の《救急の場での努力が空回りする》段階においては、教授-学習関係が有効に機能していない〈看護技術をルーチン化する〉などの経験をしていたが、《救急領域の一員としての自覚が芽生える》経験を機に、先輩看護師以外にも実践共同体のメンバーすべてを技能の師匠として見極めて学ぶ、非段階的学習としての即興の徒弟制が存在していた。

## 2. 救急領域に勤務する新人期看護師に対する看護技術教育への提言

臨床現場における看護技術教育は、集合研修のみでなく、習得に時間がかかる技術や経験を重ねることによりスムーズに対応することができるようになることを共通認識して、OJT(On-the-Job Training)を通して支援することが医療安全上、重要な課題である(上泉・羽生田・西澤・小松・坂本他, 2010)。

救急領域に配属されてすぐの新人期看護師は、《救急の場での努力が空回りする》という辛い経験をしていた。島原と中西(2008)は、救命救急センターの看護師が離職を考える契機として、[知識/技術習得困難]が存在することを明らかにしている。新人期看護師は《救急の場での努力が空回りする》段階で、技能不足によるストレス(森田ら, 2003; 中山, 2006)にさらされるが、技能不足だけでなく、技能習得の困難さもストレスであったと考えられる。新人期看護師は、技能習得の困難さによって救急領域で役に立たない存在であると感じ続け、そのストレスが離職願望を引き起こす可能性をはらんでいると考えられる。加えてこの段階は、時間が経過すれば自然に脱することができるものではなく、長期化するリスクをはらんでおり、その原因が〈看護技術をルーチン化する〉経験にあると推察される。Kolb(1984)の「経験学習モデル」では、具体的な経験(concrete experience)、内省的な観察(reflective observation)、抽象的な概念化(abstract conceptualization)、能動的な試み(active experimentation)のサイクルが学習

につながることを示す。看護技術の提供には、全身状態のアセスメントが必要不可欠であるが、救急患者は全診療科の疾患や外傷など病態が複雑で、かつ重症であり、病態に対する知識を含めた高い技能が求められる。知識不足の新人期看護師は、具体的な経験として看護技術を提供していても、先輩看護師からの助言や支援などの相互作用が不足すると内省的な観察が行われず、学習としての技能習得につながらないため、〈看護技術をルーチン化する〉から〈無力感に苛まれる〉経験へ戻り、なかなか《救急の場での努力が空回りする》段階から脱出できないのだと考えられる。

新人期看護師は、《救急の場での努力が空回りする》段階が長期化すればするほど、徐々に努力を継続することに疲弊し、技能習得に向けた努力ができなくなっていく。人は、他人の行動の原因、理由を考える時に、その人を取り巻く周囲の状況からの影響を軽視し、個人的な性質（性格や能力など）の影響を重視しがちである（Zechmeister & Johnson, 1992/1996）。看護技術教育を行う先輩看護師は、〈救急の場におじけづく〉〈無力感に苛まれる〉経験のなかにいる新人期看護師に対して能力や性格を問題にするのではなく、新人期看護師との相互作用を活発にして反省的思考を促し、〈崖っ縁で努力する〉方向へ導くことが必要である。そして、〈看護技術をルーチン化する〉経験をなくし、早期に《救急の場での努力が空回りする》段階から脱出できるよう新人期看護師を支援することが重要であると考えられる。

本研究において、救急領域における新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験には、即興の徒弟制が存在していることが明らかとなった。下野と大津（2010）は、看護技術における技能の熟練形成が経験年数とともに上がらないことを指摘する。徒弟制においては、師匠が熟練の技能をもたなければ、実践共同体のサイクルによって、技能不足が再生産されることになる。新人期看護師は《救急領域での視野が拡大する》段階で、実践共同体に学習資源を見出す経験をしているが、熟練の師匠が存在しなければ、新人期看護師の技能習得はより困難となる。よって、先輩看護師が師匠として技能の熟練を目指さなければならないと言える。

救急領域に勤務する新人期看護師の看護技術教育においては、新人期看護師が《救急の場での努力が空回りする》経験をしていることを先輩看護師が認知し、《救急領域の一員としての自覚が芽生える》よう支援し、《救急領域での視野が拡大する》段階で能動的に学びを深めさせていくと同時に、内省的思考を促す相互作用が積極的にもたらされる学習環境として、学び合い、学び続ける発達サイクルをもった実践共同体づくりが求められる。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究では、7施設の救急領域から研究対象者を選出しており、研究対象者が勤務する実践共同体にそれぞれの組織文化が存在し、経験に影響を与えていると考えられるため、本研究の転用可能性に関しては限界があると考えられる。今後は、救急領域の新人期看護師が認知した経験だけでなく、看護技術教育を行う教育担当者の視点からも、新人期看護師の技能習得に影響を及ぼしていると考えられる経験を明らかにし、より多角的な視点で技能習得を捉えることを課題とする。

## 結 論

1. 救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験のプロセスは、《救急の場での努力が空回りする》《救急領域の一員としての自覚が芽生える》《救急領域での視野が拡大する》をそれぞれカテゴリーとする3つの段階で構成された。
2. 救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得には、思いの変化と職場適応を示す経験が影響を及ぼしており、また《救急領域の一員としての自覚が芽生える》経験を機に、先輩看護師以外にも実践共同体のメンバーすべてを技能の師匠として見極めて学ぶ、非段階的学習としての即興の徒弟制が存在していた。
3. 救急領域の新人期看護師にとっては、技能不足だけでなく、技能習得の困難さもストレスであり、《救急の場での努力が空回りする》段階が長期化するリスクをはらんでいるため、早期にこの段階から脱出できるよう新人期看護師を支援することが重要である。
4. 救急領域に勤務する新人期看護師の看護技術教育においては、先輩看護師が師匠としての技能の熟練を目指すと同時に、新人期看護師の内省的思考を促す相互作用が積極的にもたらされる学習環境として、学び合い、学び続ける発達サイクルをもった実践共同体づくりが求められる。

## 謝 辞

本研究に快くご協力くださいました看護師の皆さま、第三次救急医療施設の関係者の皆さまに厚くお礼申し上げます。また、本研究にご指導くださいました、前大阪府立大学 星和美教授に深く感謝いたします。

本稿は、鈴木亜衣美が大阪府立大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文（指導：細田泰子）の一部に加筆・修正を施したものである。

## 要 旨

本研究の目的は、救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験のプロセスを、実践共同体における相互作用に焦点をあて明らかにすることである。救急領域に新卒時から継続して勤務しており、看護基礎教育前後で職業経験のない卒後4年目の看護師15名に対し半構成的面接を行い、修正版Grounded Theory Approachで分析を行った。

救急領域に勤務する新人期看護師は、恐怖や技能不足から《救急の場での努力が空回りする》が、〈エネルギーを獲得する〉ことと〈自己を肯定する〉ことで空回りから脱出し、〈自信を獲得する〉ことで《救急領域の一員としての自覚が芽生える》ようになっていた。そして《救急領域での視野が拡大する》経験で、技能習得に能動性が生まれていた。

救急領域での新人期看護師に対する看護技術教育は、相互作用が積極的にもたらされる実践共同体づくりが重要であると示唆された。

## Abstract

The purpose of the present study was to elucidate the experience processes that affect nursing skill acquisition of novice nurses working in the emergency fields, with a focus on the interactions within communities of practice. Semi-structured interviews were conducted with 15 nurses in their 4th year of experience in the emergency field. The participants were employed directly after graduating from the basic nursing education program to work in the emergency field. Analysis was performed using the modified grounded theory approach. Novice nurses assigned to the emergency field are afraid and lack adequate nursing skills. Their fears and inexperience caused the perception that their “efforts become ineffective at the site of an emergency”; however, by “gaining energy” and “affirming oneself”, they escaped from such perceptions of fruitless effort, “gaining confidence” so that the “awareness of being a member of the emergency field developed” within them. In addition, their nursing skill acquisition became active through their experiences such that they had “expanding perspective of the emergency field”. It was suggested that building positive interactions within the communities of practice is important in the teaching of nursing art for novice nurses employed in emergency fields.

## 文 献

- Benner, P. (2001) / 井部俊子 監訳 (2005). ベナー看護論新訳版：初心者から達人へ. 11-32, 東京：医学書院.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., and Day, L. (2010) / 早野ZITO 真佐子 訳 (2011). ベナー：ナースを育てる. 58-87, 東京：医学書院.
- Dewey, J. (1938) / 市村尚久 訳 (2004). 経験と教育. 42-76, 東京：講談社文庫.
- 藤好貴子, 藤丸千尋, 納富史恵, 兒玉尚子, 奥野由美子 (2008). 大学病院小児科病棟新人看護師の臨床実践能力獲得への3ヶ月間の経験. 日本小児看護学会誌, 17(2), 9-15.
- 福島真人 (2001). 暗黙知の解剖 — 認知と社会のインターフェイス —. 68-80, 東京：金子書房.
- 生田久美子 (1987). 「わざ」から知る. 9-21, 東京：東京大学出版会.
- 上泉和子, 羽生田俊, 西澤寛俊, 小松 満, 坂本すが, 福井トシ子 (2010). 新人看護職員研修のあり方に関する研究. 平成21年度厚生労働科学研究補助金 (特別研究事業) 報告書.
- 神島滋子, 中村恵子, 須田恭子, 平尾明美, 三浦博美 (2009). 救急部門に勤務する卒後3年目までの看護師の職場適応構造 — インタビューの分析より. 日本救急看護学会誌, 11(1), 1-11.
- 川島みどり (2010). 看護技術の基礎理論. 25-78, 横浜：ライフサポート社.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ — 質的実証研究の再生. 東京：弘文堂.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 東京：弘文堂.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning — Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- 工藤直志 (2007). 「現場力」研究術語集-4「わざ」の習得. 西村ユミ, 本間直樹, 志賀玲子, 鳥海直美, 池田光穂, 工藤直志, ほか編：Communication-Design, 0, 223.
- Lave, J. and Wenger, E. (1991) / 佐伯 胖 訳 (1993). 状況に埋め込まれた学習 — 正統的周辺参加. 東京：産業図書.
- 松尾 陸 (2011). 職場が生きる, 人が育つ：「経験学習」入門. 123-137, 東京：ダイヤモンド社.
- 森田晃美, 竹原典子, 山勢博彰, 梅野奈美, 鈴木良子, 稗田多恵, 大竹仁実, 佐藤憲明, 早坂百合子 (2003). 多角的かつ縦断的調査による高度救命救急センターの新人看護師のストレスに関する研究. 日本救急看護学会雑誌, 4(2). 65-72.
- 中山由美 (2006). 救命救急センターに就職した新卒看護師が感じているストレス要因. 藍野学院紀要, 20, 41-51.
- 日本看護協会 (2003). 新卒看護師の『看護基本技術』に関する実態調査報告書 (2002年度). 日本看護協会.
- 奥野信行 (2013). 新卒看護師の看護実践コミュニティへの参加過程における学びの経験 — 正統的周辺参加論の視点によるエスノグラフィック・ケーススタディー —. 京都橘大学研究紀要, 39, 241-265.
- Polanyi, M. (1958) / 長尾史郎 訳 (1985). 個人的知識 — 脱批判哲学をめざして —. 東京：ハーベスト社.
- 島原真紀子, 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.
- 下野恵子, 大津廣子 (2010). 看護師の熟練形成 — 看護技術の向上を阻むものは何か. 39-54, 名古屋：名古屋大学出版会.

- 高橋 満 (2011). 看護の力をどのように育むのか：労働の場における学びの方法と構造. 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 60(1), 143-168.
- 滝島紀子 (2010). 看護技術. 和田 攻, 南 裕子, 小峰光博 編：看護大事典 (第2版). 592, 東京：医学書院.
- 鳥海直美 (2007). 「現場力」研究術語集－1 学習の場としての実践現場. 西村ユミ, 本間直樹, 志賀玲子, 鳥海直美, 池田光穂, 工藤直志, ほか編：Communication-Design, 0, 220.
- 豊島由樹子, 萩 弓枝, 伊藤ふみ子, 西堀好恵 (2009). 新人看護師における点滴静脈注射技術の習得に関する体験の認識. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 17, 61-68.
- 氏家幸子 (2004). 看護基礎論. 130-143, 東京：医学書院.
- 山田 香, 齋藤ひろみ (2009). 新人看護師が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程－正統的周辺参加論 (LPP) の視点から－. 山形保健医療研究, 12, 75-87.
- 安森由美, 中岡亜希子, 前田勇子 (2010). 看護師の気管内吸引技術の獲得過程の分析：看護師19名のインタビューから. 甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編, 4, 247-253.
- Zechmeister, E.B. and Johnson, J.E. (1992) / 宮元博章, 道田泰司, 谷口高士, 菊池 聡 訳 (1996). クリティカルシンキング (入門篇). 2-24, 京都：北大路書房.

[平成25年7月29日受 付]  
[平成26年2月6日採用決定]

## 慢性閉塞性肺疾患患者の感染予防に関する認識と行動

### — 急性増悪との関連 —

Recognition and Behavior of Infection Prevention and Control in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Association with an Acute Exacerbation of the Disease

山本 かおり 秋原 志穂  
Kaori Yamamoto Shiho Akihara

キーワード：慢性閉塞性肺疾患，急性増悪，感染予防，認識，行動

Key Words：COPD, acute exacerbation, infection prevention and control, recognition, behavior

### 緒 言

#### A. 背 景

慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD）患者数は年々増加の一途をたどっている。2001年のWHOの調査では、高所得国における死因の第5位、低・中所得国では第6位に位置づけられ、今後も増加すると予測されている（日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会，2010，p.6）。潜在的な患者も多いといわれ、わが国においては、診断された傷病名に基づき把握された厚生労働省の1999年度の調査によると、COPD患者数は約21万人とされていたが、無作為に抽出された一般住民を対象とした2001年の疫学調査 NICE Study（Fukuchi, et al., 2004）で、患者数は約530万人と推測され、適切に診断されていない患者の多さが浮き彫りとなった（日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会，2010，pp.6-8）。

慢性の経過をたどるCOPD患者において、急な病状の悪化である急性増悪は、患者のQOLや呼吸機能を低下させ、生命予後を悪化させる大きな問題である（日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会，2010，p.125）。急性増悪による1回当たりの平均入院費用は約69万円との報告（茂木・山田・木田，2006）もあり、医療経済にも悪影響を与えている。急性増悪の原因の多くは細菌やウイルスによる気道感染といわれており、感染を契機とした発症が多いとされる（日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会，2010，p.125）。COPDは別名「タバコ病」ともいわれ、発症には年齢や喫煙量が関連し、患者は高齢者に多い（日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会，2010，p.10）。COPD患者の多くに気道分泌物の増加が認められるが、呼吸機能および線毛運動能の

低下に伴い気道クリアランス機能が低下している病態に加え（高橋，2010）、嚥下機能の低下を認める高齢者は誤嚥の危険性も高く（力富，2008）、総じてCOPD患者は気道感染へのリスクが高いといえる。

慢性疾患であるCOPD患者は、病気とともに生きる生活を余儀なくされ、安定した療養生活を送るために患者自身のセルフマネジメントが重要な役割を担う。セルフマネジメントには、疾患についての知識の習得、生活習慣の改善、自己管理能力の習得があげられ、感染予防もそのなかに含まれる。COPDにおいて、感染予防は急性増悪の予防として、患者自身が病気をコントロールしていくうえで重要な項目とされている。患者のセルフマネジメントについては、看護師をはじめとした医療者による患者教育が行われているが、その効果や方法論についてのエビデンスはいまだ十分でない。現在のところ、医療者によるセルフマネジメント教育は呼吸器に関連した入院や急性増悪による入院を減少させたとの報告（Bourbeau, et al., 2003；Effing, et al., 2007；Gadoury, et al., 2005）があり、一定の効果が示されている。しかし、それらの教育プログラムの内容は研究によって異なっており、評価はプログラム全体の比較が中心で、教育項目ごとの効果については検証されていない。したがって、セルフマネジメント教育の一環として位置づけられる感染予防であるが、その教育効果を直接的に測定した研究については見当たらず、感染予防の教育効果については明らかでないままである。

わが国においてCOPDのセルフマネジメント教育は、一般に呼吸リハビリテーションの際に運動療法とあわせて行われているが、内容についてマニュアルはあるものの（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会呼吸リハビリテーション委員会ほか，2007）、臨床においてどのように実践されているか実態は明らかではない。とくに感染予防に関し

ては、マニュアルに記載されている事項も具体的ではなく、臨床でどのような教育的かわりが行われているかは明らかになっていない。2010年に呼吸器疾患患者を対象に行われた『在宅呼吸ケア白書2010』（日本呼吸器学会肺生理専門委員会在宅呼吸ケア白書ワーキンググループ，2010）によると、呼吸リハビリテーション教育入院で指導を受けた内容について「感染予防」と答えた人は16%にとどまった。

これらが示すように、COPD患者の感染予防に関する教育は十分でない可能性が考えられ、認識や行動も患者によって異なることが予想される。急性増悪の主要因である感染に対し直接的に働きかける感染予防は急性増悪の予防につながると考えられ、患者のQOL維持や医療経済への効果にも期待がもてる。医療において、予防への働きかけは看護に期待される役割は大きい。増悪予防を目指した効果的なセルフマネジメント教育の示唆を得るため、COPD患者の感染予防の認識と行動を調査し、感染予防行動と急性増悪に影響する要因を分析することを目的に本研究を行った。

## B. 用語の操作的定義

### 1. 急性増悪

『COPDの診断と治療のためのガイドライン第3版』（以下、『COPDガイドライン』（日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会，2010，p.125）を参考に、「呼吸困難，咳，喀痰などの症状が日常の生理的変動を超えて急激に悪化し，安定期の治療内容の変更を要する状態。ただし，他疾患（心不全，気胸，肺血栓塞栓症など）の合併による増悪を除く」とした。

### 2. 感染予防行動

COPD患者に必要とされる感染を予防するための行動で、具体的には、手洗い，うがい，口腔内の清潔（歯磨き・義歯洗浄），排痰法，インフルエンザ・肺炎球菌ワクチンの接種，人ごみ・カゼをひいている人を避ける，人ごみでのマスクを着用，とした。

### 3. 感染予防の認識

認識とは、国語辞典によると「ある物事を知り，その本質・意義などを理解すること，また，そういう心の働き」である（松村ら，2013）。本研究では，COPD患者の感染予防の認識が，患者個々の感染予防行動に影響を与えている可能性を考えている。個人の行動変容のためには，必要な知識の習得と理解，ならびに望ましい態度の形成が必要とされ，この関係は，知識（knowledge）の習得が態度（attitude）の変容をもたらし，結果として行動（behavior）が変容する，KABモデルという理論として示されている

（宮坂・吉田・川田，2006，p.106；武見，2000）。この理論に基づくと，行動に至るには知識と態度が必要とされるため，本研究での認識とは「ある物事を知ること」を知識，「本質・意義などの理解や心の働き」を態度と解釈し，感染予防の認識は「感染予防に関する知識と態度」と定義づけ，両者を下位概念とした。

#### a. 知識

COPDに関連した感染予防の知識とする。

#### b. 態度

COPDに関連した感染予防の態度とする。態度とは、現実にとられる行動ではなく，行動を説明，予測するための概念である。態度には「認知」「感情」「行動」成分が含まれ（池上・遠藤，1998；宮坂ら，2006，p.89；鈴木，1997），感染予防の態度とは，感染予防の理解や判断（認知成分），感染予防に対する心情や好き嫌い，快・不快（感情成分），感染予防行動への積極性や行動の習慣（行動成分）を含むものとした。

## I. 方法

### A. 研究対象者

対象者は，近畿圏の2施設に通院中の呼吸機能の1秒率が70%未満のCOPD患者で，状態の安定している外来患者とした。また，本研究では急性増悪の回数を調査することから，3年以上継続して研究協力施設を受診しているCOPD患者とした。認知症や精神疾患，コミュニケーションに困難がある者，全身状態不良の患者は除外した。

### B. 調査期間

2011年6月から2011年10月。

### C. 調査方法

データは，研究協力施設のカルテ記録と独自に作成した質問紙から収集した。

### D. 調査内容

#### 1. カルテからのデータ収集

COPDの病期分類および急性増悪についてのデータを収集した。急性増悪は，カルテを過去3年間さかのぼって回数のデータを収集した。増悪かどうかの判断は，定義に基づき医師とともに確認した。

## 2. 質問紙調査

質問紙は、独自に作成した質問と既存のスケールを用いて構成した。調査内容は大きく分けて、対象者の特徴、感染予防の認識（知識と態度）、感染予防行動とした。

### a. 対象者の特徴

基本的属性である年齢、性別、世帯構造に加え、急性増悪のリスクファクターとされるBMI (Garcia-Aymerich, et al., 2001), 喫煙歴 (Kanner, et al., 2001), 在宅酸素療法 (以下: HOT) (Law, Yam, & Poon, 2001; Wang, Bourbeau, 2005) の使用の有無, 呼吸困難 (Hurst, Vestbo, Anzueto, Locantore, Müllerova, et al., 2010), ADL (Law, Yam, & Poon, 2001), 入院回数や日数の短縮効果があるとされる呼吸リハビリテーション (以下: 呼吸リハビリ) の実施 (日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会, 2010, p.87) の有無を調査項目とした。また、感染予防行動における心理的な要素測定のため Health Locus of Control (HLC), 急性増悪と患者自身のセルフマネジメントの関連性を明らかにするために、感染予防に関する教育・指導の有無, 服薬コンプライアンス, 運動習慣についても調査した。

呼吸困難, ADL, HLC については、既存のスケールを用いて測定した。呼吸困難は British Medical Research Council (MRC) 質問票を使用した (日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会, 2010, p.37)。呼吸困難の程度を 0～4 のグレードに分類し、数字が大きいくほど呼吸困難の程度が強まる。ADL は日常生活活動息切れスケール (Activity of Daily Living Dyspnea scale: ADL-D) (興座・有吉・木田・谷口・千住, 2009) を使用した。COPD の疾患特異的なスケールで、呼吸困難による ADL の障害を反映できる。得点は 0～60 点の範囲で、得点が低いほど ADL の障害が高いことを示す。HLC は、渡邊の Health Locus of Control 尺度 (渡邊, 1985) を使用した。HLC は保健行動を説明する概念で、健康管理の主体を自分自身と認めやすい人 (内的統制) と外在的などころにあると認めやすい人 (外的統制) の 2 つに分類される (高江洲, 2002; 松本, 2006; 宗像, 1990)。得点範囲は 14～56 点で、得点が高いほど内的統制に帰属する傾向が強いことを示す。

### b. 感染予防の認識

認識の下位概念である知識と態度について独自に作成した。質問は『COPD ガイドライン』(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会, 2010, p.140), 『呼吸リハビリテーションマニュアル — 患者教育の考え方と実践 —』(日本呼吸ケア・リハビリテーション学会呼吸リハビリテーション委員会ほか, 2007) と、文献 (明田・岡本・奥田・外山・山口, 1994; Askarian, Shiraly, Aramesh, & McLaws, 2006; Chan, et al., 2002; 土橋・内海, 2008; Larson & Killien, 1982; Sax, et al., 2005; White, Walker, Roberts,

Kalisky, & White, 2006; 山本・千田, 2006; 矢野・石黒・広瀬・小玉, 2001) を参考に作成した。態度の質問は臨床看護師の意見も参考に作成した。

#### (1) 知識

質問内容は、急性増悪の原因・身体に与える影響・症状・予防法について、および感染予防の具体的な方法・効果的な感染予防法・手洗いの方法・手洗いのタイミング・口腔内の清潔の効果・インフルエンザの予防接種の効果の 10 項目について聞き、複数の候補から正しい答えを選択する回答形式で行った。得点は正誤を採点し 0 点～30 点の範囲とした。

#### (2) 態度

具体的な質問内容は、増悪予防に対する患者の効力、手洗い・うがい・口腔ケア・排痰法・インフルエンザワクチンについての効果の認識と行動の面倒さについて、手洗い・うがい・口腔ケア・排痰法の実施の際の身体的苦痛と行動の習慣性、インフルエンザワクチン接種に対する積極性の計 20 項目について質問した。回答形式は「全く思わない」「あまり思わない」「どちらでもない」「ややそう思う」「非常にそう思う」の 5 段階リッカートスケールを用いて、1 問に 0～4 点を付与し合計点を態度得点とした。得点の範囲は 0 点～80 点で、得点が高いほど態度が高いものとした。

### c. 感染予防行動

COPD 患者に必要なとされる感染予防行動の実施について質問した。質問は、『COPD ガイドライン』および『呼吸リハビリテーションマニュアル — 患者教育の考え方と実践 —』, 文献 (Askarian, et al., 2006; Chan, et al., 2002; 土橋・内海, 2008; Larson & Killien, 1982; 山本・千田, 2006; 矢野ら, 2001) を参考に作成した。具体的な質問内容は、手洗いの実施 (食事前・トイレ後・帰宅時), うがいの実施 (食事前・帰宅時), 口腔内の清潔 (歯みがきまたは入れ歯の洗浄) 実施, 排痰の実施, 人ごみを避けるようにしているか, カゼをひいている人を避けるようにしているか, 人ごみへ行くときにマスクを着用しているか, についての 10 項目を質問した。回答形式は「しない」「めったにしない」「時々する」「ほとんどする」「いつもする」の 5 段階リッカートスケールを用いて 1 問につき 0～4 点を付与し得点化した。総得点を感染予防行動合計得点 (得点範囲 0 点～40 点) とし、それぞれの行動に分けた得点も算出した。得点が高いほどよく行動をとっていることを示す。

## 3. 質問紙調査の方法の選択

対象者は高齢者が多いため、視力や ADL に問題のない 75 歳未満の患者は自記式質問紙調査とし、75 歳以上の患者および 75 歳未満の視力障害および ADL 低下患者は個別面接し聞き取りによる他記式質問紙調査とした。

## E. 信頼性と妥当性

独自に作成した質問紙は、大学教員、臨床の医師および看護師によるスーパーバイズを受け、COPD患者に対するプレテストを実施し意見を反映させた。信頼性に関しては、感染予防の態度のCronbach's  $\alpha$  係数は .791、感染予防行動は .724で、いずれも高い内的整合性が認められた。MRC、ADL-D、HLCは、開発者により信頼性および妥当性が証明されている。

## F. データ分析

尺度水準が間隔尺度以上であるデータ（年齢、BMI、ADL-D、知識・態度・行動得点など）は、Shapiro-Wilk検定を用いて正規性を確認し、記述・分析方法を選択した。

感染予防行動の要因分析については、まず感染予防行動に関連する変数を単変量解析にて確認し、関連のあった変数を多変量解析にて分析した。詳細は、以下のとおりである。

感染予防行動に関連する変数については、感染予防行動合計得点に対し、対象者の特徴の各項目、感染予防の知識得点、態度得点との関連を尺度水準に応じて分析した。間隔尺度および順序尺度の変数はPearsonの積率相関係数およびSpearmanの順位相関係数を用いて、名義尺度の変数は $\chi^2$ 検定およびFisherの直接法を用いた。 $\chi^2$ 検定およびFisherの直接法では、行動合計得点は平均値で2値化し、23点以下（低群）と24点以上（高群）に分けて分析した。

次に、多重ロジスティック回帰分析の変数増加法（尤度比）にて検討を行った。従属変数の感染予防行動合計得点は、平均値で2値化した。モデルに投入する独立変数は、前述した相関および $\chi^2$ 検定において $p < .2$ であった変数（年齢、独居の有無、現在の喫煙の有無、MRC、知識得点、態度得点）とした。

急性増悪の要因の分析については、感染予防行動同様に、急性増悪に関連する変数の確認を単変量解析にて行ったのち、多変量解析にて分析した。

関連する変数の確認については、3年間の急性増悪に対し、対象者の特徴の各項目、感染予防行動合計得点、各行動得点について、間隔尺度および順序尺度の変数はSpearmanの順位相関係数を、名義尺度の変数は $\chi^2$ 検定およびFisherの直接法を用いて分析した。 $\chi^2$ 検定およびFisherの直接法では、急性増悪を0回（なし）と1回以上（あり）で2値化し分析した。

次に、多重ロジスティック回帰分析の変数増加法（尤度比）にて分析を行った。従属変数には3年間の急性増悪回数をおき、0回（なし）と1回以上（あり）で分け2値化した。独立変数には、前述したSpearmanの順位相関係数、

$\chi^2$ 検定において $p < .2$ であった変数である、年齢、病期、BMI、HOTの有無、MRC、ADL-D、手洗い、排痰、人ごみを避ける、をおいた。独立変数間の相関を確認すると、MRCとADL-Dとの間で $r = -.889$ 、 $p = .000$ の強い相関が認められたため「多重共線性あり」と判断し、MRCを独立変数から除外した。

データ解析には、統計ソフト『SPSS ver.20.0 for Windows』を使用した。

## G. 倫理的配慮

研究協力施設より患者の紹介を受け、受診日に研究の説明を行い、研究参加およびカルテ閲覧の同意を得たのちに調査を実施した。質問紙調査は無記名で実施し、質問紙データとカルテデータはIDを用いて管理を行い、連結可能匿名化した。

質問紙調査の実施にあたっては、対象者の状態を病院看護師に確認しながら進めた。対象者にはいつでも中止可能であることを説明し、実施中の状態にも注意を払った。なお、本研究は、大阪市立大学大学院看護学研究科の倫理審査委員会で承認を得て実施した。

## II. 結果

### A. 対象者の特徴（表1）

条件に該当するCOPD患者79名に質問紙調査を依頼し、そのうちの77名より回答を得た（回収率97.5%）。対象者の特徴を表1に示す。なお、量的データについては、正規性が確認された変数は平均値（標準偏差）で、正規分布していないものに関しては中央値（範囲）で表記した。

#### 1. 基本的属性と身体的状態

対象者の平均年齢は74.0歳（ $\pm 7.8$ ）で、75歳以上は58.4%であった。性別は男性90.9%、女性9.1%であった。世帯構造は、2人暮らしが最も多く59.7%、次いで独居が20.8%であった。HOTについては、現在使用中の患者が26.0%であった。COPDの病期分類は、I期37.7%、II期39.0%と比較的軽症に分類される患者が多く、IIIおよびIV期は23.4%であった。呼吸困難の程度は、MRCのグレード分類0が20.8%、1が28.6%、2が13.0%、3が15.6%、4が22.1%で、呼吸困難の強さはそれぞれに分かれていた。ADL-D得点は中央値54点（6～60）であった。ADLに問題のない60点の人も5.2%いたが、ほとんどの患者はADLに何らかの支障をきたしていた。

表1 対象者の特徴

(n = 77)

属性	平均値および中央値	人数 (%)
年齢 (歳)		
全体	74.0 (±7.8) <sup>†1</sup>	77 (100.0)
男性	74.1 (±7.5) <sup>†1</sup>	70 (90.9)
女性	73.1 (±11.3) <sup>†1</sup>	7 (9.1)
病期 <sup>a</sup>		
I期		29 (37.7)
II期		30 (39.0)
III, IV期		18 (23.4)
世帯構造		
独居		16 (20.8)
2人暮らし		46 (59.7)
3人暮らし以上		15 (19.5)
喫煙歴		
なし		2 (2.6)
現在喫煙		14 (18.2)
過去に喫煙		61 (79.2)
HOT使用患者		20 (26.0)
MRC <sup>b</sup>		
0		16 (20.8)
1		22 (28.6)
2		10 (13.0)
3		12 (15.6)
4		17 (22.1)
BMI	21.8 (±4.0) <sup>†1</sup>	
ADL-D <sup>c</sup>	54 (6~60) <sup>†2</sup>	
HLC <sup>d</sup>	39.9 (±5.9) <sup>†1</sup>	
呼吸リハ実施経験		
あり		37 (48.1)
感染予防に関する教育・指導について		
詳しい説明を受けた		2 (2.6)
簡単な説明を受けた		18 (23.4)
受けていない及び不明		57 (74.0)
内服コンプライアンス		
確実に飲んでいる		56 (72.7)
ほとんど飲んでいる		10 (13.0)
時々忘れる		9 (11.7)
飲んでいない		0 (0.0)
処方されていない		2 (2.6)
運動習慣 (頻度)		
毎日		26 (33.8)
2~3日に1回		13 (16.9)
週に1回以下		17 (22.1)
していない		21 (27.3)
3年間の増悪回数	1 (0~8) <sup>†2</sup>	
0回		34 (44.2)
1回		24 (31.2)
2回		7 (9.1)
3回		4 (5.2)
4回		5 (6.5)
5回以上		3 (3.9)

[注] <sup>†1</sup>: 平均値 (±標準偏差), <sup>†2</sup>: 中央値 (範囲)<sup>a</sup>: 『COPDガイドライン』の病期分類による分類<sup>b</sup>: British Medical Research Council (MRC) 質問票による分類<sup>c</sup>: 日常生活活動息切れ (ADL-D) スケールによる測定値<sup>d</sup>: Health Locus of Control (HLC) 尺度による測定値

## 2. COPDセルフマネジメント

呼吸リハビリ実施経験については、約半数の48.1%が実施を経験していた。感染予防に関する教育または指導を受けた経験については、「詳しい説明を受けた」「簡単な説明を受けた」人が20名 (26.0%) に対し、「受けていない」「わからない」が57名 (74.0%) で、4分の3が感染予防教育を受けていない結果であった。「詳しい説明を受けた」人に限っては2名 (2.6%) と非常に少数であった。呼吸リハビリ実施経験と感染予防の教育・指導との関連についてみると、呼吸リハビリ実施経験のある人のほうが感染予防に関する教育・指導を受けている傾向にあった ( $\chi^2$ 検定,  $p < .01$ )。感染予防に関する教育・指導を受けた経験の有無別による感染予防の知識得点には有意な差は認められなかった ( $t$ 検定,  $p \geq .05$ )。呼吸リハビリ実施経験の有無別にみた感染予防の知識得点にも、同様に有意差は認められなかった ( $t$ 検定,  $p \geq .05$ )。

## 3. 急性増悪

過去3年間の増悪回数は、正規分布しておらず中央値1 (0~8) であった。0回が44.2%と、3年間一度も増悪を起こしていない人が最も多く、次いで1回が31.2%、2回9.1%、3回5.2%と減少し、頻回に増悪を起こしている対象者は少なかった。

## B. 感染予防の認識

### 1. 感染予防の知識

感染予防の知識得点は正規分布しており、得点範囲0~30点中、平均値は16.1 (±5.2) 点であった (正解率53.7%)。

内容については、急性増悪の主な原因を聞いた質問の正解率は48.1%で、急性増悪を起こした場合の影響については正解率39.0%であった。急性増悪時の痰の色については正解率54.5%であった。「手洗い」「うがい」「マスク」のうち感染予防に最も効果があると思うものを聞いた質問では、正答に設定した「手洗い」と答えた人は17名 (22.1%) と、最も少ない結果であった。回答は「うがい」と答えた人が過半数の39名 (50.6%) で、次いで「マスク」が20名 (26.0%) であり、COPD患者の認識の一端がうかがえた。

### 2. 感染予防の態度

感染予防の態度得点は正規分布しており、得点範囲0~80点中、平均値は56.9 (±11.4) であった。

急性増悪の予防は患者が行ってもあまり効果がないと思うか聞いた質問には、「全く思わない」「あまり思わない」と答えた人が42名 (54.5%) であった。感染予防の有効性については、「非常にそう思う」「ややそう思う」と答えた

人が最も多かったのは「うがい」で92.3%、次いで「インフルエンザの予防接種」(84.5%)、「手洗い」(74.1%)、「口腔内清潔」(66.3%)、「排痰」(48.1%)の順であった。面倒さについては、「非常にそう思う」「ややそう思う」と答えた人は、「うがい」(32.5%)、「手洗い」(29.9%)、「インフルエンザの予防接種」(28.6%)、「口腔内清潔」(26.0%)、「排痰」(22.1%)の順であった。身体的な苦痛については、「非常にそう思う」「ややそう思う」は、排痰が31.2%で最も多く、次いで「うがい」(13.0%)、「口腔内清潔」(13.0%)、「手洗い」(7.8%)であった。習慣化しているかについては、「非常にそう思う」「ややそう思う」と答えた人は、「口腔内清潔」が最も多く85.7%で、次に「手洗い」(75.4%)、「うがい」(68.9%)、「排痰」(44.2%)であった。「インフルエンザの予防接種」を積極的に受けようと思うか聞いた質問では、「非常にそう思う」「ややそう思う」は77.9%であった。

### C. 感染予防行動

感染予防行動合計得点は正規分布しており、0～40点の得点範囲中、平均値は23.9(±6.9)であった。

各行動の得点はすべて正規分布していなかった。「手洗い」項目に関する質問は0～12点の得点範囲中、中央値は10(2～12)であった。食事前の手洗いについて「いつもする」「ほとんどする」と答えた人は46名(59.8%)で、トイレの後は74名(96.1%)、帰宅時は59名(76.6%)であった。「うがい」項目に関する質問は0～8点の得点範囲中、中央値は4(0～8)であった。「いつもする」「ほとんどする」と答えた人は、帰宅時で48名(62.4%)、食事前については11名(16.9%)であった。「口腔内清潔」に関する質問は0～4点の得点範囲中、中央値4(0～4)で、「いつもする」「ほとんどする」と答えた人はそれぞれ63名(81.8%)、10名(13.0%)であった。「排痰」についての質問は0～4点の得点範囲中、中央値は2(0～4)であった。「いつもする」「ほとんどする」と答えた人が34名(44.2%)であった。「人ごみを避けるか」についての質問は0～4点の得点範囲中、中央値は1(0～4)で、「いつもする」「ほとんどする」と答えた人は22名(28.6%)であった。「カゼをひいている人との接触を避ける」ようにしているか聞いた質問は0～4点の得点範囲中、中央値は2(0～4)で、「いつもする」「ほとんどする」と答えた人が26名(33.8%)であった。「人ごみでマスク着用」しているかについて聞いた質問は0～4点の得点範囲中、中央値は1(0～4)で「いつもする」「ほとんどする」と答えた人は12名(15.6%)であった。「インフルエンザの予防接種」は「毎年行う」人が55名(71.4%)であった。

### D. 感染予防行動との関連

感染予防行動合計得点と、対象者の特徴および感染予防の知識得点、態度得点との関連性について検討した(表2, 表3)。

その結果、相関分析において態度得点との間に $r = .444$ ,  $p = .000$ で正の相関が認められた。行動合計得点と知識得点には有意な関連は認められなかった(表2)。 $\chi^2$ 検定では、「独居の有無」( $p = .008$ )と「現在の喫煙の有無」( $p = .006$ )で有意な関連が認められた。(表3)。

表2 感染予防行動合計得点と対象者の特徴、感染予防の認識の相関

(n = 77)		
	相関係数	p 値
対象者の特徴		
年齢	.150	.194
病期	.039	.739
BMI	-.059	.611
MRC	-.151	.190
ADL-D	.102	.377
HLC	.044	.702
感染予防の認識		
知識得点	.151	.190
態度得点	.444	.000

[注] Pearson の積率相関係数, Spearman の順位相関係数

表3 感染予防行動合計得点と対象者の特徴の関連

(n = 77)				
	23 点以下 n = 35 (%)	24 点以上 n = 42 (%)	$\chi^2$ 値	p 値
性別				
男	32 (91.4)	38 (90.5)	0.021	.603
女	3 (8.6)	4 (9.5)		
世帯構造 (独居の有無)				
独居	12 (34.3)	4 (9.5)	7.111	.008
誰かと同居	23 (65.7)	38 (90.5)		
現在の喫煙				
あり	11 (31.4)	3 (7.1)	7.569	.006
なし	24 (68.6)	39 (92.9)		
HOT 使用				
あり	7 (20.0)	13 (31.0)	1.191	.275
なし	28 (80.0)	29 (69.0)		
呼吸リハを受けた経験				
あり	18 (51.4)	19 (45.2)	0.293	.558
なし	17 (48.6)	23 (54.8)		
感染予防教育を受けた経験				
あり	9 (25.7)	11 (26.2)	0.002	.962
なし	26 (74.3)	31 (73.8)		
内服コンプライアンス <sup>†</sup>				
良好	12 (34.3)	9 (21.4)	1.591	.207
不良	23 (65.7)	33 (78.6)		
運動習慣				
毎日か2, 3日に1回	17 (48.6)	22 (52.4)	0.111	.739
週1回以下	18 (51.4)	20 (47.6)		

[注]  $\chi^2$  検定および Fisher の直接法

<sup>†</sup>: 良好 = 「確実に飲んでいる」, 不良 = 「ほとんど飲んでいる」「時々忘れる」「たまにしか飲んでいない」「飲んでいない」

## E. 感染予防行動に影響する要因

次に、感染予防行動に影響する要因について分析するため、多重ロジスティック回帰分析を用いて検討した。結果を表4に示す。

感染予防行動に有意に影響を与えていた変数は、「独居」であることのオッズ比 (odds ratio: OR) が0.15 (95%信頼区間: 0.04~0.61,  $p = .008$ ) と、「態度得点」のORが1.07 (95%信頼区間: 1.02~1.13,  $p = .005$ ) であった。すなわち、感染予防行動の影響要因は「独居」と「態度得点」で、独居である人は感染予防行動をよくとる確率が0.15倍に低くなり、態度得点は1点向上するごとに感染予防行動をよくとる確率が1.07倍に高まる結果が明らかになった。

## F. 急性増悪との関連

過去3年間の急性増悪と対象者の特徴、および感染予防行動との関連性について検討した。結果を表5、表6に示す。

Spearmanの順位相関係数を用いて検討した結果は、急性増悪との間に、年齢 ( $r = .264$ ,  $p = .02$ )、病期 ( $r = .315$ ,  $p = .005$ )、MRC ( $r = .433$ ,  $p = .000$ )、ADL-D ( $r = -.371$ ,  $p = .001$ )、「手洗い」( $r = -.263$ ,  $p = .021$ )、「人ごみを避ける」( $r = .246$ ,  $p = .031$ )で有意な相関が認められた。感染予防行動合計得点との間には相関は認められなかった(表5)。

$\chi^2$ 検定では、「HOT使用」の有無 ( $p = .002$ )とに有意な関連が認められた(表6)。

表4 多変量解析による感染予防行動に影響する要因

	オッズ比 (OR) (95%信頼区間)	$p$ 値
独居	0.15 (0.04 ~ 0.61)	.008
態度得点	1.07 (1.02 ~ 1.13)	.005

[注] ロジスティック回帰分析の変数増加法 (尤度比) にて分析  
従属変数を感染予防行動合計得点とし、平均値で以下の2値に分けた。  
感染予防行動合計得点 24点以上: 1, 23点以下: 0  
投入した独立変数: 年齢, 独居の有無, 現在の喫煙の有無, MRC, 知識得点, 態度得点  
独立変数の名義尺度は以下のダミー変数とした。  
独居: 1, 誰かと同居: 0  
現在の喫煙あり: 1, 現在の喫煙なし: 0  
独居: 同居と比較して独居であった場合のOR  
態度得点: 態度得点が1点増加したときのOR

表5 急性増悪の回数と対象者の特徴、感染予防行動の相関

項目	相関係数	$p$ 値
対象者の特徴		
年齢	.264	.020
病期	.315	.005
BMI	-.204	.075
MRC	.433	.000
ADL-D	-.371	.001
HLC	-.141	.220
感染予防行動		
行動合計得点	-.029	.802
手洗い	-.263	.021
うがい	-.092	.428
口腔内清潔	-.132	.251
排痰	.196	.087
人ごみを避ける	.246	.031
カゼをひいている人との接触を避ける	.084	.467
人ごみでのマスク着用	.009	.937

[注] Spearmanの順位相関係数

表6 急性増悪の有無と対象者の特徴の関連

	増悪0回 $n = 34$ (%)	1回以上 $n = 43$ (%)	$\chi^2$ 値	$p$ 値
性別				
男	31 (91.2)	39 (90.7)	0.005	.631
女	3 (8.8)	4 (9.3)		
世帯構造 (独居の有無)				
独居	7 (20.6)	9 (20.9)	0.001	.971
誰かと同居	27 (79.4)	34 (79.1)		
現在の喫煙				
あり	7 (20.6)	7 (16.3)	0.237	.626
なし	27 (79.4)	36 (83.7)		
HOT 使用				
あり	3 (8.8)	17 (39.5)	9.314	.002
なし	31 (91.2)	26 (60.5)		
呼吸リハを受けた経験				
あり	16 (47.1)	21 (48.8)	0.024	.877
なし	18 (52.9)	22 (51.2)		
感染予防教育を受けた経験				
あり	8 (23.5)	12 (27.9)	0.189	.664
なし	26 (76.5)	31 (72.1)		
内服コンプライアンス <sup>†</sup>				
良好	9 (26.5)	12 (27.9)	0.02	.888
不良	25 (73.5)	31 (72.1)		
運動習慣				
毎日か2, 3日に1回	15 (44.1)	24 (55.8)	1.039	.308
週1回以下	19 (55.9)	19 (44.2)		

[注]  $\chi^2$ 検定および Fisherの直接法

<sup>†</sup>: 良好 = 「確実に飲んでいる」, 不良 = 「ほとんど飲んでいる」「時々忘れる」「たまにしか飲んでいない」「飲んでいない」

## G. 急性増悪に影響する要因

次に、急性増悪に影響を与えている要因を分析するために、多重ロジスティック回帰分析を行った。結果を表7に示す。

急性増悪に有意に影響を与えていた変数は、年齢 (OR = 1.12, 95%信頼区間: 1.02~1.22,  $p = .013$ ), ADL-D (OR = 0.93, 95%信頼区間: 0.88~0.99,  $p = .018$ ), 「手洗い」 (OR = 0.72, 95%信頼区間: 0.55~0.96,  $p = .025$ ) であった。年齢は1歳増加するごとに増悪を起こすリスクは1.12倍に高まり、ADL-Dは1点増加するごとに増悪を起こすリスクは0.93倍に減少し、手洗いは1点増加するごとに増悪を起こすリスクは0.72倍に減少することが明らかになった。

表7 多変量解析による急性増悪に影響する要因

( $n = 77$ )

	オッズ比 (OR) (95%信頼区間)	$p$ 値
年齢	1.12 (1.02 ~ 1.22)	0.013
ADL-D	0.93 (0.88 ~ 0.99)	0.018
手洗い	0.72 (0.55 ~ 0.96)	0.025

[注] ロジスティック回帰分析の変数増加法 (尤度比) にて分析従属変数を3年間の増悪回数とし、以下の2値に分けた。  
3年間の急性増悪1回以上: 1, 増悪0回: 0  
投入した独立変数: 年齢, 病期, BMI, HOTの有無, ADL-D, 手洗い, 排痰, 人ごみを避ける  
独立変数の名義尺度はダミー変数を用い, HOTの有無は, HOTあり: 1, なし: 0とした。  
年齢: 1歳増加したときのOR  
ADL-D: ADL-Dスケールの得点が1点増加したときのOR  
手洗い: 手洗い項目の得点が1点増加したときのOR

## Ⅲ. 考 察

### A. COPD患者の感染予防の認識

まず、本研究の対象者については、厚生労働省の患者調査によれば、2005年度の75歳以上のCOPD患者の割合は53.4% (日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会, 2010, p.7) で、本調査と近い割合であった。男女比は、1999年度以降ほぼ横ばいの約65%と35% (日本呼吸器学会COPDガイドライン第3版作成委員会, 2010, p.7) であったが、本研究では男性が約9割と、母集団と比較して男性が多い集団であったと考えられる。

『在宅呼吸ケア白書2010』によると、呼吸リハビリで指導を受けた内容に「感染予防」と答えた人は16%にとどまっている (日本呼吸器学会肺生理専門委員会在宅呼吸ケア白書ワーキンググループ, 2010)。本研究の対象者においても、感染予防教育を受けた経験があると答えた人は4分の1程度で、「詳しい説明を受けた」人については2.6%と非常に少ない結果であった。また、感染予防教育を受け

たと答えた人でも、知識得点に有意差は確認されなかった。この結果から、COPD患者は感染予防教育を受ける機会が少なく、受けている場合でも知識の向上には至っていないことがいえる。COPD患者における感染予防教育は十分でない現状が懸念される。

知識の設問では、「感染予防に最も効果があると思うもの」について、「手洗い」の選択率が「うがい」「マスク」に比べ低い結果となっていた。COPDを含む慢性呼吸器疾患患者に感染予防の認識を聞いた池田 (2010) の質的研究においても、「うがい」「マスク」に関する発言は聞かれていたが「手洗い」については認められなかった。わが国においては、うがい・マスクの両者とも感染予防法として位置づけられているが、それらの有効性に関する研究はほとんど見当たらず、効果についてのエビデンスは明らかでない (今泉, 2010; 菊池・松村, 2006; 松村, 2003)。一方で、手洗いは感染管理上、最大最良の戦略とされており、現在に至るまでさまざまなエビデンスの蓄積がある (岩田, 2008; 大久保・小林, 2003; 桑原・平岡, 2001)。感染が増悪と密接に関わるCOPDにおいては、より効果のエビデンスが高い手洗いを優先的に行うことが効率的と考えられる。感染予防における手洗いの認識を高めるべく、有効性についてさらに伝えていく必要がある。

### B. 感染予防行動の関連要因について

本研究において、感染予防行動に影響を与えている因子には、感染予防の態度と独居の2つが確認された。つまり、知識と行動には関連がみられなかったが、態度と行動は関連を示す結果が得られた。個人の行動変容のためには、必要な知識の習得と理解、ならびに望ましい態度の形成が必要とされる。この関係は、知識 (knowledge) の習得が態度 (attitude) の変容をもたらし、結果として行動 (behavior) が変容する、KABモデルという理論によって示されており (武見, 2000)、本結果はこの理論に一部一致すると考えられた。しかしその一方で、知識単独では行動まで結びつかず、態度を高めるための働きかけが必要であることが考えられた。これらのことから、COPD患者の感染予防は良好な態度が行動を促進し、行動のためには知識の向上に加えて態度形成のための独立した取り組みが重要であることが示唆された。

独居であることは感染予防行動を低下させる結果であった。谷垣・乗越・仁科 (2007) は在宅高齢者の検診行動についての調査で、一人暮らし高齢者は同居世帯の高齢者に比べ、有意に検診を受診しなかった、と報告している。その要因として、独居者は健康を気づかう存在や、移動手段を手伝う同居人がいない可能性を指摘している。また、独

居の高齢男性は女性に比較して社会的に孤立する傾向がある（小谷，2010），といわれている。これらのことから，独居患者，特に本研究の対象者の特徴である高齢男性患者の場合，健康を気づかう家族などの存在がなく，感染予防行動の促しや介助のサポートが得られないことが影響しているのではないかと推察する。これらを踏まえ，独居患者には十分な感染予防教育の提供と，ADLや性別を考慮した生活実態を把握し，実践可能な行動計画の立案や感染予防面においてもソーシャルサポートを活用していくことが重要であると考え。一緒に暮らす支援者が不在であることを念頭に，対象者に合わせた工夫を取り入れた計画が必要である。

### C. 急性増悪との関連要因について

急性増悪に影響を与えている要因には，年齢，ADL，手洗いが確認された。年齢とADLについては，先行研究で増悪との関連が報告されている。COPD患者の感染症による入院リスクについて調査した研究（Benfield, Lange, & Vestbo, 2008）や，欧米での大規模観察研究において増悪の発生活因子に年齢が報告（Hurst, et al., 2010）されている。加齢に伴い呼吸器および免疫は形態的・生理的に衰退し，感染防御機構の機能低下をきたす。嚥下機能の低下もまた要因として加わり，感染リスクが高まる。さらに，COPDは気道の慢性的な炎症や肺胞の破壊など肺に病理学的な変化をもたらし，さらなる感染防御機構の低下を招いている（三木・渡辺，2007）。これらのことから高齢COPD患者は気道感染を起こしやすい状況にあって，増悪につながりやすく，その結果，年齢が増悪の一因となっていることが考えられる。

ADLについては，急性増悪入院後の再入院に関する研究で，低ADLは再入院までの時間を短縮する要因であったことが報告（Law, et al., 2001）されている。本研究でもADLの低さは急性増悪の頻度と関連しており，同様の結果を得ている。

手洗いに関しては，手洗いを実施する人ほど増悪のリスクが減少するとの結果であった。手洗いは，150年以上前にゼンメルワイスによって，手指を介する接触感染の事実が明らかにされ，その防止のための手洗いの有効性が実証されてから，感染予防において最も重要な行為といわれている（岩田，2008；大久保・小林，2003；桑原・平岡，2001）。Aiello, Coulborn, Perez, & Larson（2008）は地域における手指衛生の効果について検討したメタ解析で，手洗いと手指衛生教育を組み合わせた介入は呼吸器感染症の発生率を大きく減らした，と報告している。急性増悪の原因は呼吸器感染症が多いとされ，国内の調査でも，増悪入院したケースの原因の8割近くが呼吸器感染であったことが報

告（茂木ら，2006）されている。以上のことから今回の報告は，手洗いが呼吸器感染症を予防し，その結果が，急性増悪の回避につながった機序を示すのではないかと考察する。

Hurst, et al.（2010）の研究では，増悪の発生活因に重症度とは独立して過去の増悪歴が確認されており，増悪を起こしやすい人，増悪のフェノタイプが存在するとして報告している。そのなかで，重症度の高い患者でも増悪を起こさない人が存在すること，軽症の患者でも増悪を繰り返す例が認められたことに着目しているが，その要因については今後の報告が待たれる。今回の研究は横断的に行っており，因果関係について述べることは困難であるが，手洗いをしている患者ほど増悪リスクが低くなる結果が得られた。したがって，増悪の発生活因には，環境要因である患者自身の手洗い行動が関連している可能性も考えられる。この結果は今後，前向きに調査していく必要があると考える。

感染予防において重要と位置づけられ，本研究においても増悪との関連が示された手洗いであるが，COPD患者の手洗い効果の認識は他の感染予防行動に比べ低いことも明らかになった。そして，COPD患者は感染予防の教育を受ける機会も少ない現状が確認された。手洗いは，患者自身の努力や周囲のサポートによって変容させることが可能な因子である。この結果は，急性増悪予防を目指していくうえで明るい材料といえる。

今回，感染予防行動に影響を与える因子に独居と感染予防の態度が，急性増悪の有無に影響を与える要因に年齢，ADL，手洗いが認められた。本研究の対象者は高齢男性が多く，これらの結果から高齢でADLの低い独居男性患者に感染予防，特に手洗いに関する教育を強化し，態度向上への取り組みや実践のサポートを重点的に行っていくことが，急性増悪の予防に効果的である可能性が考えられる。

急性増悪と密接なかかわりをもつ感染の予防は，COPD患者にとって重要な課題である。今後，手洗いを含め，COPDに特化した感染予防の積極的な啓発が，より一層すすめられることが求められる。

### D. 研究の限界

本研究は横断的に調査を行っており，増悪は過去3年を振り返ったデータを使用している。そのため，増悪の発生活時期と感染予防の調査時点とに時間的なずれが存在する。行動変容は容易に起こらず，感染予防行動は基本的には変わらないものと仮定し分析を進めたが，本研究で因果関係について明らかにするには限界がある。今後は得られた結果について，前向きに調査し検証していく必要があると考える。

また，急性増悪のデータは，かかりつけである研究協力施設のカルテに記載された情報をもとに収集している。し

たがって、他院を受診し報告していない場合や、受診せず自然治癒したケースについては本研究の急性増悪には含まれていない。そのため、増悪のデータは真に発生している数より少ない可能性がある。

## 結 語

- A. COPD患者は、感染予防教育を受ける機会が少ないことが明らかになった。
- B. COPD患者の手洗いの有効性に対する認識は、他の感染予防行動に比べて低かった。
- C. 感染予防行動に影響する要因に感染予防の態度と独居が関連しており、高い態度は感染予防行動を促進し、独居であることは感染予防行動を低下させていた。

D. 急性増悪に影響する要因に年齢、ADL、手洗いが関連しており、年齢が上がるほど、ADLが低下するほど増悪を起しやすく、手洗いを実施する人ほど増悪を起すリスクが低下した。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆さまに厚くお礼申し上げます。調査のために多大なご協力をいただきました対象施設の関係者の皆さまに深く感謝いたします。なお、本論文は山本かおりが平成23年度大阪市立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文（指導：秋原志穂）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會にて発表いたしました。

## 要 旨

COPDの急性増悪の多くは上気道感染が原因となっていることから、COPD患者の感染予防行動と急性増悪の関連、およびそれらに影響する要因を明らかにすることを目的に研究を行った。2011年に関西圏の2施設に通院するCOPD患者77名を対象に質問紙と診療記録よりデータ収集を行った。その結果、感染予防教育を受けた経験のある患者は全体の約4分の1であり、教育機会の少なさが懸念された。感染予防行動に影響する要因には独居と感染予防の態度が確認され、独居は感染予防行動の阻害因子であった。良好な態度は行動を促進する因子で、態度を高めることが感染予防行動を導くと考えられた。急性増悪に影響する要因には年齢、ADL、手洗いが確認された。手洗いをしている人ほど増悪リスクが低く、手洗い実践が増悪予防につながる可能性が示唆された。COPD患者に対して、手洗いを含めた感染予防教育のより一層の充実と実践の推進が求められる。

## Abstract

**Aim:** Because an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is often caused by upper respiratory infections, we studied the relationship between the infection prevention and control behaviors of COPD patients and their acute exacerbations, and identified the factors that influenced them.

**Subjects:** The data were collected using a questionnaire and the medical records of 77 COPD outpatients.

**Results and Discussion:** Only about a quarter of the patients received education about infection prevention and control. Living alone and the attitude about infection prevention and control affected the behaviors employed for infection prevention and control, and living alone was identified as a specific factor negatively affecting such behaviors. A good attitude promoted good behavior, and therefore, improving the patients' attitude is considered to improve their infection prevention and control behavior. The patients' age, Activities of daily living (ADL) and hand washing affected the acute exacerbations. Hand washing might prevent acute exacerbations. We should therefore encourage the development of education programs regarding infection prevention and control, including hand washing, for COPD patients.

## 文 献

- Aiello, A.E., Coulborn, R.M., Perez, V., and Larson, E.L.(2008). Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: a meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 98(8), 1372-1381.
- 明田芳久, 岡本浩一, 奥田秀宇, 外山みどり, 山口 勲 (1994). ベーシック現代心理学社会心理学. 57-73, 東京: 有斐閣.
- Askarian, M., Shiraly, R., Aramesh, K., and McLaws, M.(2006). Knowledge, attitude, and practices, regarding contact precautions among Iranian physicians. *Infection control and hospital epidemiology*, 27(8), 868-872.
- Benfield, T., Lange, P., and Vestbo, J.(2008). COPD stage and risk of hospitalization for infectious disease. *Chest*, 134(1), 46-53.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupré, A., Bégin, R., Renzi, P., Nault, D., Borycki, E., Schwartzman, K., Singh, R., and Collet, J.P.(2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives of Internal Medicine*, 163(5) 585-591.
- Chan, R., Molassiotis, A., Chan, E., Chan, V., Ho, B., Lai, C.Y., Lam, P., Shit, F., and Yiu, I.(2002). Nurses' knowledge of and compliance with universal precautions in an acute care hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 157-163.
- 土橋ルミ子, 内海文子 (2008). 標準予防策における看護師の知識・態度・実践に関する調査. 日本環境感染学会誌, 23(5), 338-341.

- Effing, T., Monninkhof, E.M., van der Valk, P.P., Zielhuis, G.A., Walters, E.H., van der Palen, J., and Zwerink, M. (2007). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of systematic Reviews* 4, 1-65.
- Fukuchi, Y., Nishimura, M., Ichinose, M., Adachi, M., Nagai, A., Kuriyama, T., Takahashi, K., Nishimura, K., Ishioka, S., Aizawa, H., and Zaher, C. (2004). COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study. *Respirology*, 9(4), 458-465.
- Gadoury, M.A., Schwartzman, K., Rouleau, M., Maltais, F., Julien, M., Beupré, A., Renzi, P., Bégin, R., Nault, D., and Bourbeau, J. (2005). Self-management reduces both short- and long-term hospitalization in COPD. *European Respiratory Journal*, 26(5), 853-857.
- Garcia-Aymerich, J., Monsó, E., Marrades, R.M., Escarabill, J., Félez, M.A., Sunyer, J., and Antó, J.M. (2001). Risk factors for hospitalization for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. EFRAM study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164(6), 1002-1007.
- Hurst, J.R., Vestbo, J., Anzueto, A., Locantore, N., Müllerova, H., Tal-Singer, R., Miller, B., Lomas, D.A., Agustí, A., Macnee, W., Calverley, P., Rennard, S., Wouters, E.F., and Wedzicha, J.A. (2010). Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 363(12), 1128-1138.
- 池田由紀 (2010). 慢性呼吸器疾患患者の呼吸器感染予防の認識についての検討. *日本感染看護学会誌*, 6(1), 27-35.
- 池上知子, 遠藤由美 (1998). *グラフィック社会心理学*. 58, 東京: サイエンス社.
- 今泉隆志 (2010). うがいと感染防止に有効ですか?. *治療*, 92(6), 1692-1693.
- 岩田健太郎 (2008). 感染症: 看護を学ぶにあたって. 成人看護学 [11] アレルギー・膠原病・感染症. 174, 系統看護学講座専門15, 東京: 医学書院.
- Kanner, R.E., Anthonisen, N.R., Connett, J.E., and Lung Health Study Research Group. (2001). Lower respiratory illness promote FEV<sub>1</sub> Decline in current smokers but not ex-smokers with mild chronic obstructive pulmonary disease: results from the Lung Health Study. *American Journal of respiratory and Critical Care Medicine*, 164(3), 358-364.
- 菊池涼子, 松村真司 (2006). “かぜ”の予防にうがいとマスク?. *レジデントノート*, 7(10), 1397-1400.
- 小谷みどり (2010). 孤立する男性独居高齢者. *Life Design REPORT*, 2010(10), 42-44.
- 桑原正雄, 平岡徹朗 (2001). 病院感染における手洗いの歴史と意義. *Infection Control*, 9(4), 16-21.
- Larson, E. and Killien, M. (1982). Factor influencing handwashing behavior of patient care personnel. *American Journal of INFECTION CONTROL*, 10(3), 93-99.
- Law, A.C., Yam, L.Y., and Poon, E. (2001). Hospital re-admission in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 95, 876-884.
- 松本千秋 (2006). 保健医療スタッフのための健康行動理論の基礎. 75-76, 東京: 医歯薬出版.
- 松村 明, 池上秋彦, 金田 弘, 杉崎一雄, 鈴木丹士郎, 中嶋尚, 林 巨樹, 飛田良文 (編) (2013). *デジタル大辞泉*. 東京: 小学館.
- 松村榮久 (2003). カゼ, インフルエンザの一般的予防法. *治療*, 85(12), 125-130.
- 三木 誠, 渡辺 彰 (2007). 老化と呼吸器感染症. *THE LUNG perspectives*, 15(2), 44-50.
- 宮坂忠夫, 吉田 亨, 川田智恵子 (2006). *健康教育論*. 89, 106, 東京: メヂカルフレンド社.
- 茂木 孝, 山田浩一, 木田厚瑞 (2006). 慢性閉塞性肺疾患の急性増悪による入院医療費とこれに関する因子の検討. *日本呼吸器学会誌*, 44(11), 787-794.
- 宗像恒次 (1990). 行動科学からみた健康と病気. 110-111, 東京: メヂカルフレンド社.
- 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会呼吸リハビリテーション委員会, 日本呼吸器学会ガイドライン施行管理委員会, 日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・呼吸リハビリテーションガイドライン策定委員会, 日本理学療法士協会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会 (編) (2007). *呼吸リハビリテーションマニュアル — 患者教育の考え方と実践 —*. 81-89, 東京: 照林社.
- 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会 (編) (2010). *COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第3版*. 6-8, 10, 37, 87, 125, 140, 東京: メディカルレビュー社.
- 日本呼吸器学会肺生理専門委員会在宅呼吸ケア白書ワーキンググループ (編) (2010). *在宅呼吸ケア白書2010*. 68-71, 千葉: 日本呼吸器学会.
- 大久保 憲, 小林寛伊 (2003). 医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン. 12-13, 大阪: メディカ出版.
- 力富直人 (2008). 予防と感染対策 3 呼吸リハビリテーションによる高齢者呼吸器感染 (肺炎) の予防. *治療学*, 42(11), 55-60.
- Sax, H., Perneger, T., Hugonnet, S., Herrault, P., Chraïti, M.N., and Pittet, D. (2005). Knowledge of standard and isolation precautions in a large teaching hospital. *Infection control and hospital epidemiology*, 26, 298-304.
- 鈴木 清 (1997). 人間理解の科学 — 心理学への招待. 118-120, 京都: ナカニシヤ出版.
- 高江州義矩 (2002). 保健医療におけるコミュニケーション行動科学. 125-126, 東京: 医歯薬出版.
- 高橋敬治 (2010). COPD の疾患概念と病態生理. 福地義之助 (編): *COPD 慢性閉塞性肺疾患 — 病態解明と治療の進歩 —*. 33, 東京: アルタ出版.
- 武見ゆかり (2000). 「知識・態度・行動レベル」目標値. *臨床栄養*, 96(7), 815-821.
- 谷垣静子, 乗越千枝, 仁科祐子 (2007). 在宅高齢者の検 (健) 診行動に関連する要因. *日本看護研究学会雑誌*, 30(4), 67-73.
- Wang, Q. and Bourbeau, J. (2005). Outcomes and health-related quality of life following hospitalization for acute exacerbation of COPD. *Respirology*, 10, 334-340.
- 渡邊正樹 (1985). Health Locus of Control による保健行動測定を試み. *東京大学教育学部紀要*, 25, 299-307.
- White, R., Walker, P., Roberts, S., Kalisky, S., and White, P. (2006). Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ) testing what we teach patients about COPD. *Chronic Respiratory Disease*, 3, 123-131.
- 山本満寿美, 千田好子 (2006). 新人看護師に対する擦式手指消毒教育の実施と評価. *日本環境感染学会誌*, 21(1), 51-55.
- 矢野久子, 石黒千恵子, 広瀬幸美, 小玉香津子 (2001). 感染防止のための手洗いに関する病院清掃受託責任者の意識・行動について. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 1, 55-61.
- 與座嘉康, 有吉紅也, 木田純久, 谷口博之, 千住秀明 (2009). COPD 患者のための日常生活活動スケールの開発: 日常生活活動息切れスケール. *日本呼吸器学会誌*, 47(10), 858-864.

[平成25年2月1日受 付]  
[平成26年2月7日採用決定]

# 産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」を 他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス

— 乳幼児虐待の発生予防を目指して —

The Process by which Nurses at Maternity Hospitals Recognize “Patients and Children of Concern” and  
Decide to Pass on this Information to Other Institutions for Child Abuse Prevention

唐 田 順 子<sup>1)</sup>  
Noriko Karata

市 江 和 子<sup>2)</sup>  
Kazuko Ichie

濱 松 加 子<sup>3)</sup>  
Kazuko Hamamatsu

キーワード：児童虐待，発生予防，周産期，産院，スクリーニング

Key Words：child abuse, prevention, perinatal period, maternity hospital, screening

## 緒 言

児童虐待は虐待時の身体・心理的侵襲だけでなく、その後の身体発育の阻害、知的発達の阻害、情緒面の問題、非行・犯罪への移行と子どものその後の人生に大きな影響を及ぼす（西澤，1994；友田，2011）。また、虐待を受けて育った子が成長後に親として自分の子どもを虐待するという「虐待の世代間連鎖」を引き起こすとされている（Oliver, 1993; Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005; Dixon, Hamilton-Giachritsis, & Browne, 2005）。子どものみならず、犯罪等の社会への影響を考えると、児童虐待は予防されることが最も望ましい。

児童虐待相談対応件数は年々増加し（厚生労働省，2012a），2011年度の児童虐待による死亡事例は51人が報告され、その数は横ばいである。0歳児の死亡事例が23人で全体の45.1%であり、特に1か月未満の児が12人と最多であった（厚生労働省，2012b）。

児童虐待に対して、わが国では2000年に「児童虐待防止法」が施行され、これまで3度の法改正を行いながら防止対策を推進してきた。2007年の「児童虐待防止法」の改正に伴う2008年の「児童福祉法」の改正では、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）、要保護児童対策地域協議会の機能強化等が改正された。また、出産後の養育について、出産前において特に支援が必要と認められる妊婦を「特定妊婦」とし、要保護児童対策の対象者として明記された。これらの改正により、児童虐待の発生予防に向けた対策が本格的にスタートした。しかしその後も、乳児の死亡事例は減少をみせなかったため、厚生労働省は2011

年7月、2012年11月と2度にわたる通知を発令し（厚生労働省，2011；2012c），医療機関におけるリスク妊婦の発見と保健・福祉機関への情報提供の強化が促された。

英国では、産後10日間に3回家庭訪問しケアが提供される。この出産直後の家庭訪問やその後の定期的な訪問をおして、支援を必要としている親子を発見し必要なサービスを提供し、児童虐待の発生予防のための取り組みが行われている（Browne, Douglas, Hamilton-Giachritsis, & Hegarty, 2006/2012）。

わが国では英国と異なり、ほぼ全例が妊娠・出産管理を産科医療施設で行う。妊娠期から親子にかかわり、時には直接肌に触れケアを提供していく看護職者は、妊婦健診や産後の入院期間のなかで信頼関係を構築し、母乳保育や育児という新たな課題に母親が適応するのを援助している。小林（2010）は乳幼児の虐待死亡事例において、死亡までにかかわった機関として保健機関と医療機関が多いことを示し、乳児期初期の死を防ぐには虐待が起きる前にハイリスク児を把握することが重要であり、それが行えるのは産院しかないとし、医療と保健の連携の重要性を述べている。このように、乳幼児虐待の発生予防のために「気になる親子」に気づき、保健・福祉機関と連携することは、産科医療施設にとって重要な役割であるといえる。

児童虐待の発生予防に関しては、児童虐待事例の背景要因を検討した研究がある。保健機関・児童相談所・小児科の事例を分析した研究（小林，1997；下泉・宮本・柳澤1997），児童養護施設に入所した被虐待児の分析による研究（齋藤，2001），医療機関の事例を分析した研究（松井・谷村，2000）等があり、その背景には、親の要因、子どもの

1) 西武文理大学看護学部 Bunri University of Hospitality

2) 聖隷クリストファー大学看護学部 Seirei Christopher University

3) 常葉大学健康科学部 Tokoha University

要因、経済問題を含む養育環境の要因、周産期の要因等があげられる。これらの研究成果をふまえたリスクアセスメント指標を保健機関で使用し、効果的に援助が行われた活動が報告されている（佐藤，2008）。児童虐待事例には母親の精神疾患罹患者が多かったこと等から、母親のうつ病傾向の把握により乳幼児の虐待予防を目指した研究が進み、妊娠期から産後まで、「エジンバラ産後うつ病質問票」（以下、EPDS）の使用の有用性及び支援方法が示され（中板・佐野，2012；山下・吉田，2004），周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システムが地域母子保健・医療機関双方の視点から検討されている（上別府・杉下・栗原・村山・山崎，2010；栗原ら，2010）。

周産期医療分野の児童虐待発生予防の取り組みについては、院内の虐待対応組織の活動報告により養育困難事例の早期発見、チェックリストを用いたリスク把握のシステム化、保健機関との連携の促進等の有用性が示されている（平岡ら，2006）。しかし、院内の虐待対応組織の設置は、2008年の周産期母子医療センター全国調査では18%と低く、組織への産婦人科医師の参加の低さが指摘されている（上別府ら，2008）。2012年の東京都の小児科148施設の調査では院内虐待対応組織の設置が33%と増加をみせ、組織を設置している施設の児童虐待対応件数が多い傾向があり、特に小児科以外で対応した件数には明らかな差が認められ、組織の有用性が示唆された。また、課題として「児童虐待かどうかの判断」や「行政機関との連携」が認識され、市区町村の医療機関への積極的な働きかけと関係性づくりの必要性が指摘されている（宮本・中板・曾根，2012）。日本医師会（2002）、日本看護協会（2003）では対応マニュアルを作成し知識の普及活動を行っているが、児童虐待に関心のある看護師は8割を超えるが、知識・技術がある者は2%とその実態が伴っていない（上野・長尾，2010）。施設勤務助産師を対象とした調査（福島，2006）では、勤務のなかで「何かおかしい」と感じ関係機関に必ず連絡している施設は約半数で、その後の予後を知らない助産師が多いという結果が示された。妊娠・分娩リスクの高いケースを取り扱う周産期母子医療センター、NICUにおいては、児入院中から養育に関するハイリスク要因の把握と親への育児支援、保健・福祉機関と連携し支援する有効性が実践報告されている（板倉，2005；本澤ら，2004；永野・星野・稗田・渡辺，2013）。日本産婦人科医学会（2011）は、乳児の虐待死亡事例減少を目指し、妊娠について悩む女性への相談援助の強化をはかっている。大友・麻原（2013）は、助産師と保健師の連携は、助産師と保健師が母子へ継続した安心を提供することを目的に、双方で母親と信頼関係をつくり、支援の必要な母子を漏らさない網目をつくる支援であるとし、文書だけではない情報

の交換が重要であると指摘した。

以上のように、児童虐待の発生予防には周産期医療機関、特に産科医療施設でのリスクをもつ親子の把握、産科医療施設と保健・福祉機関の連携が重要であることが示されている。しかし、産科医療施設でリスクをもつ親子、すなわち「気になる親子」がどのように発見され、他機関へ連携されるケースとして確定していくのかを明らかにした研究はみられない。それらを明らかにすることで、産科医療施設で「気になる親子」を発見するための有効な具体策を検討し、乳児の虐待発生予防に貢献することができる。本研究では、産科医療施設のなかでも周産期母子医療センターを含む総合病院（以下、総合病院）に焦点をあて論じる。焦点をあてることで、施設の特徴にあわせた分析結果や課題を導き出せると考えたからである。

## I. 研究目的

産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者が妊婦健診や分娩前後の入院期間中に、どのように「気になる親子」に気づき、情報提供ケースとして確定していくのか、そのプロセスを明らかにする。

## II. 用語の定義

「気になる親子」について、現在のところ明らかな虐待の所見はないが児童虐待のリスク因子が存在し、親子の様子に違和感や不自然さを感じ他機関へ情報提供したいと感じる親子、とする。

「産科医療施設（総合病院）」について、医療法による20床以上の病院であり、複数の診療科目を有する施設で、診療科目のなかに産科のある施設、とする。ハイリスクな母子の治療を行う「周産期母子医療センター」を厚生労働省から指定されている施設も含める。新生児を中心に治療・看護するNICUは含めない。

「援助」について、対象者のニーズを満たす、あるいは看護の目標を達成するために行う行為であり、対象者の観察やモニタリング、見守りを含める。

「支援」について、対象者のニーズを満たすため、あるいは対象者を望ましい状態にするために行う直接的・間接的な行為、とする。援助より広い概念であり、多職種・組織間の連携を含める。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

M-GTAによる質的記述研究。

## 2. 研究参加者

研究参加者は、産科医療機関（総合病院）に勤務する「気になる親子」を支援した経験をもつ、産科経験年数3年以上の看護職者（助産師、看護師）で、施設の看護管理者の推薦を受けた人とした。産科経験3年以上とした根拠は、Benner（1984/2005）の中堅看護師の定義を参考に、「気になる親子」に気づき、他機関との連携に向けた行動ができるのは、親子の子育てという長期目標をふまえて状況の意味を知覚できる中堅看護職者であると考えたからである。

産科医療保障制度に加入している、関東1都6県および東海4県の総合病院、周産期母子医療センターのなかから、施設を無作為に選定し、看護管理者に依頼文・調査協力者選定依頼文を送付し、調査協力者を推薦可能な場合はハガキの返信を依頼した。合計173通の依頼文を送付した。推薦可能との意思を示した施設の看護管理者へ、調査協力候補者宛ての依頼文・インタビュー内容・返信ハガキを送り、調査協力候補者への配布を依頼した。協力可能な候補者には希望連絡先・日時をハガキに記入したうえで返信を依頼した。返信のあった候補者に希望された連絡方法で連絡をとり、インタビュー日時を決定した。

## 3. データ収集方法

データは2011年9月から2012年7月にかけて収集した。インタビューは半構造化面接により行った。面接は、各施設内でプライバシーの保たれる個室で実施した。主なインタビュー内容は、①気になる親子に気づいたのはどのようなことからか、②気になる親子を他機関に情報提供しようと思った理由やきっかけ、③実際にはどのような手順を経て情報提供が行われたのか、等であるが、できるだけ調査協力者の語りをささげらず自由に語ってもらえるように配慮した。インタビュー内容は調査協力者の許可を得て録音した。インタビュー時間は51～107分で、平均75分（1時間15分）であった。

## 4. 倫理的配慮

インタビュー実施前に調査協力者に対して協力依頼説明書を用いて、調査の目的、調査方法・所要時間、自由意思による協力であること、途中辞退を含む辞退する権利があること、得たデータは研究目的以外には使用しないこと、プライバシーへの配慮を行うこと、答えたくない質問には答えなくてもいいこと、研究結果の公表の了解等の倫理的配慮を説明し、同意書への署名を得た。研究計画書は聖隷クリストファー大学研究倫理審査委員会の承認を得た（認証番号1104）。

## 5. 分析方法

本研究は「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」（以下、M-GTA）を用いて分析を行った。M-GTAは、データを切片化せず、データのなかに表現されている文脈の理解を重視し、データの深い解釈を重視するという特徴がある。適している研究として、人間と人間が直接的にやりとりをする社会的相互作用にかかわる研究であること、研究対象とする現象がプロセス的特性をもち、研究結果が実践的に活用されることがあげられている（木下、2003）。本研究は看護職者が、「気になる親子」にどう気づき、それを「情報提供ケースとして確定する」に至るまでにどのような行動や判断を伴うのかを明らかにするものであるが、この行為はプロセス的性格をもっている。また看護職者と対象の親子・看護職者・他職種者との社会相互作用性の要素が強い。また得られた結果を看護実践に活用できる。これらのことから、M-GTAが本研究の分析に適していると判断した。

M-GTAでは、分析に際して分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマとは、データを分析する際、データに密着した解釈ができるようなレベルまで絞り込んだテーマのことである。本研究の分析テーマは、『産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス』とした。分析焦点者は分析結果の中心に位置する人間であり、分析の焦点が明確になり、研究の目的に沿う分析になることを助ける。本研究の分析焦点者は、『産科医療施設（総合病院）に勤務し「気になる親子を」支援する看護職者』とした。

具体的な分析手順は次のとおりである。

- ①録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。1例目の分析として、ディテールが豊富で多様な具体例がありそうなものから分析を開始した。逐語を熟読し、分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、なぜそこに注目するのか、その部分の意味は何かなどの問いかけをし解釈した。それを1つの具体例とし、説明概念を生成した。概念の生成には、分析ワークシートを使用し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載した。
- ②データ分析を進めるなかで新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成した。概念名や定義は、追加される具体例を的確に表現できるように見直し修正した。
- ③解釈が恣意的に進まないよう、生成した概念の定義に照らしあわせてデータを継続比較分析し、類似例だけでなく対極例を探し、分析ワークシートに加えた。対極例は理論的メモに記載し、その解釈を行った。

④概念を数個生成した時点から、常に概念と他の概念との関係性を検討し、理論的メモ・理論ノートに記載した。複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、そのプロセスを説明する結果図と文章化したストーリーラインを作成した。

概念の生成から結果図、ストーリーラインの作成までの過程において、M-GTAに精通した質的研究者のスーパービジョンを受けた。また分析過程において、小児看護、助産、母子保健を専門とする研究者と定期的に検討した。

## IV. 結 果

### 1. 研修参加者の概要

25人の看護職者（総合病院9，周産期センター指定総合病院16）から本研究への同意が得られ、インタビューを行った。研究参加者はすべて女性であった。年齢は28～57歳で、平均年齢43.0歳であった。経験年数は6～31年で、

表1 研究参加者の概要

事例	年齢	職種	経験年数(年)	病院区分	インタビュー時間(分)	院内虐待防止委員会設置の有無
1	40歳代前半	助産師	16	周産期センター	104分	有
2	30歳代後半	助産師	12	総合病院	68分	無
3	50歳代後半	助産師	11	周産期センター	97分	無
4	30歳代前半	助産師	6	周産期センター	88分	無
5	20歳代後半	助産師	5	周産期センター	74分	有
6	30歳代前半	助産師	11	周産期センター	84分	無
7	40歳代前半	助産師	7	周産期センター	76分	有
8	40歳代前半	助産師	17	周産期センター	58分	有
9	50歳代後半	助産師	30	周産期センター	76分	有
10	40歳代前半	看護師	5	周産期センター	66分	有
11	40歳代後半	助産師	19	総合病院	73分	無
12	30歳代前半	助産師	7	総合病院	69分	無
13	30歳代後半	助産師	15	周産期センター	67分	有
14	40歳代前半	助産師	16	総合病院	51分	無
15	40歳代後半	助産師	23	総合病院	103分	無
16	20歳代後半	助産師	5	周産期センター	67分	無
17	40歳代後半	助産師	10	周産期センター	56分	無
18	50歳代前半	助産師	20	周産期センター	76分	無
19	30歳代後半	助産師	6	総合病院	94分	無
20	50歳代前半	助産師	28	周産期センター	80分	有
21	40歳代前半	助産師	16	周産期センター	56分	有
22	50歳代前半	助産師	22	周産期センター	69分	無
23	40歳代前半	助産師	15	総合病院	52分	無
24	50歳代前半	助産師	31	総合病院	107分	無
25	50歳代前半	助産師	27	総合病院	66分	無

平均15.2年であった。職種は助産師が24人、看護師が1人であった。院内に虐待防止委員会が設置されていたのは9施設であった（表1）。看護師1人のデータを含め分析した理由は、看護師から得られたデータが他の助産師のデータとの差がなく、どのように親子に対して「気になる」と感じ他機関に情報提供するのが豊かに語られていたからである。

### 2. 分析結果

分析の結果、37の概念、8つのサブカテゴリー、6つのカテゴリーが生成された。M-GTAによる分析結果を文章化したストーリーラインと、それを説明する結果図を示す（図1）。〈 〉は概念、《 》はサブカテゴリー、【 】はカテゴリーを表す。

#### a. ストーリーライン

産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供ケースとして確定するプロセスは、産科外来や病棟での多様な場面での親子との出会いから始まる。看護職者は出会いに際して、あらかじめ児童虐待の要因である〈定型因子を念頭におく〉という準備をし、問診や妊婦健診、授乳等の援助を行いながら、〈生活の視点で聞く〉〈ケアの中で観察する〉〈問診を掘り下げる〉といった《ルーチンワークをリスク探索行動に変える》。また、病院独自のチェックリストを用いるといった〈ツールを使ってリスクを探る〉〈有効な外来の場を活かす〉ことを行い、【多様な場面や方法でリスクを探る】。それにより《母親の行動が気になる》、《家族の状況が気になる》と感じ、【気になるサインに気づく】ことができていた。

「気になる」と感じても、具体的な親子の状況は不明のことが多く、〈手がかりをもとに関連情報を得る〉ことで《気になる状況を具体化する》。これは〈妊娠期から産後まで追って観る〉ことで、継続的に実施されていた。〈気持ちを引き出す技を使う〉ことで、情報収集は促され、得られた情報により複合的なリスク因子の存在や、〈緊迫した状況と認識する〉状況に至っていないか、【リスク状況を明確にする】。明確化したリスクが〈緊迫した状況と認識する〉場合は、直ちに次のプロセスに進んでいた。

外来も病棟も多くの看護職者が交代で勤務しているため、〈一人ひとりの気づきの違いを認識する〉ことを前提に、〈複数の目で観る〉ことで〈情報が集まる〉。集まった情報は、申し送りやノートの活用等〈情報を伝えるための工夫〉をし、《チームで情報を共有する》【チーム・交替制での看護の困難を乗り越える方略】がされていた。このためには、〈相談しやすい環境〉が必要であった。

リスクの状況が明確にされると看護職者は、入院中の

〈母親の仮の姿だと認識する〉ことを前提に、〈母親自身の子育て力を見極める〉、〈サポート力を見極める〉と2つの力を見極め、〈危険を予測する〉ことで、《退院後の子育てを見極める》。その状況をもとに、情報提供すべき「気になる親子」なのか否かの〈チームで結論を出す〉。〈他機関の支援内容を知る〉ことは、〈つなぐ目的を意識する〉こと、すなわち「気になる親子」に対して、何のために、どのような支援が必要なのかを認識させ、情報提供への動機づけとなっていた。この《地域での支援の必要性を認識する》ことは、「気になる親子」と〈チームで結論を出す〉ことに影響していた。これらのプロセスは長く続く子育てという〈子育ての特性を認識する〉ことが基盤となり、【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことを可能にしていた。病院によって〈気になればつなぐスタンス〉や、逆に大きな問題がなければつながないといったスタンスが存在し、情報提供への容易さに影響していた。

気になる親子の情報提供をするためには、【同意のハードルを越える】必要があり、〈同意を得るのが大前提という認識〉のうえで、母親・家族の状況に応じて、〈メリットを強調し同意を得る〉〈全員必須と同意を得る〉〈タイミングや人を変え再トライ〉と〈戦略的に同意を得る〉。同意が得られない場合は情報提供できないことがあった。しかし、同意が得られていないことを明示したうえで情報提供するという〈奥の手を使う〉場合もあった。【同意のハードルを越える】ことで、最終的な情報提供ケースと確

定していた。

### b. 各カテゴリと概念

以下に1つ1つのプロセスとしてのカテゴリを、サブカテゴリ、概念、研究参加者の語りをを用いて説明する。語りは『ゴシック体』で示し、( )は文脈を明確にするために研究者が補った。

#### (1) 【多様な場面や方法でリスクを探る】

看護職者が産婦人科外来や病棟の分娩室、病室、新生児室で親子に出会い、妊婦健診や保健指導、授乳・育児への援助を行う。このような多様な場面と方法で、リスクの探索を行うことである。1つのサブカテゴリ、6つの概念からなる。

母親や家族から情報を集めリスクを探るために、看護職者がこれまでの経験や学習で得た児童虐待の〈定型因子を念頭におく〉ことで、情報収集前の準備をしていた。これにより得た情報を、頭の中のリスク因子と照らしあわせることが可能となる。

『離婚しているとか、シングルとかというような、まず最初のその辺のリスク、ハイリスクといわれる、リスクの表がありますよね、ああいうのにひっかかるような人たちに関しては、ちょっと要注意だというような目線はもちます』（事例24）

問診や保健指導、病棟での授乳援助や育児援助等をとおして、より具体的な家族の生活状況を聞く〈生活の視点で聞く〉こと、親子に何か気になる点はないか、育児は順調

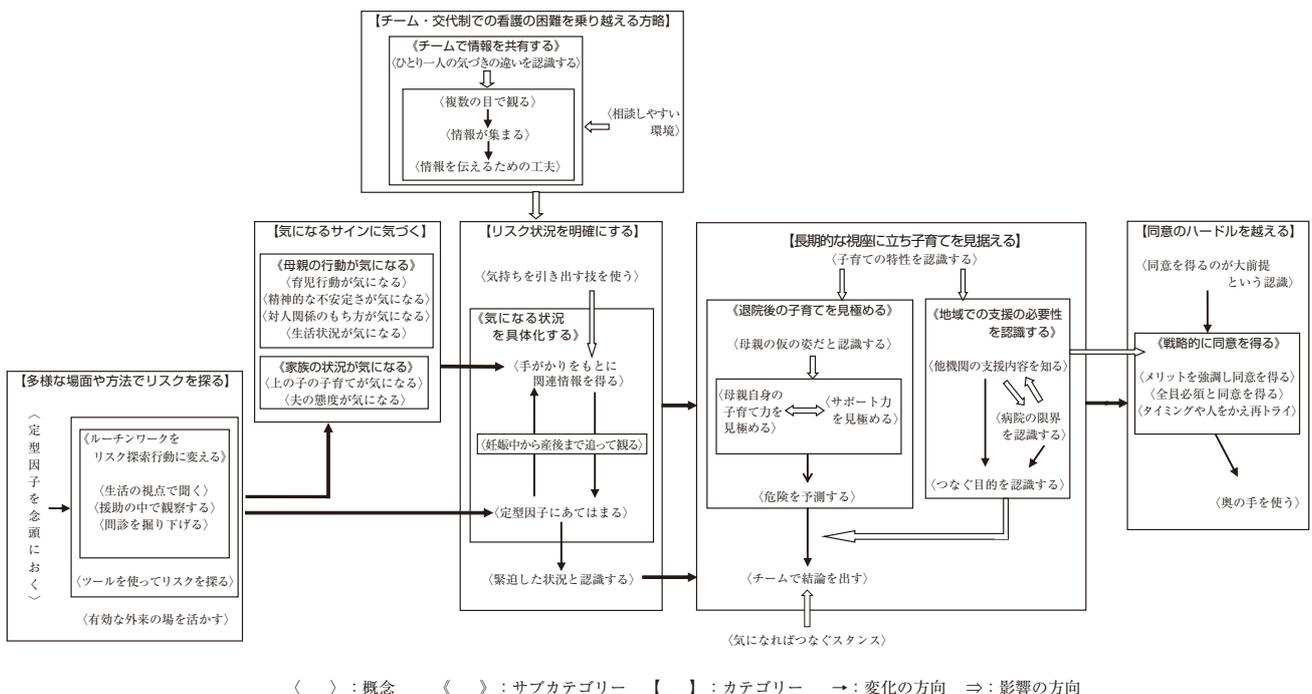


図1 産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者が親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス

か、等を観察する〈援助のなかで観察する〉こと、問診票を活用し情報を掘り下げて収集する〈問診を掘り下げる〉ことで、日常援助をリスク探る行動に変える《ルーチンワークをリスク探る行動に変える》が行われていた。

『看護の視点というと、生活、暮らし。この人が、妊娠中の生活と暮らしが成り立つようにというのと、生まれた後は育児、子育ての、子どもが生まれたなかでの生活、暮らしが成り立っていつているのか。衣食住含めて。そういう視点で（観ています）』（事例9）

『（妊婦健診の問診で）まず情報をとるんですね。そのなかで、経済的な問題がありそうだなとか、実は夫婦の仲に問題がありそうだなとか、そういったことを発見してしまったときに、さらに突っ込んで聞いたりとかしています』（事例12）

日常援助の場面でリスクを探る以外に、病院独自のハイリスクチェックリストやEPDS、DVスクリーニング等の〈ツールを使ってリスクを探る〉ことを行っていた。

リスクを探る場は多くあるが、なかでも外来は母親自身が背負っている日常生活を観察しやすく有用な場として認識し〈有効な外来の場を活かす〉ことを行っていた。

『外来で接するっていうのは、自分の生活のなかで外来に来ていらっしやるので、自分の背負っている日常生活をくっつけて外来にいらっしやるので、外来で接することでキャッチするのが、しやすいかもしれないなというふうには思います』（事例11）

## (2) 【気になるサインに気づく】

外来や病棟でリスクを探っている際に、母親や家族の小さなサインに対して「気になる」と感じている状況である。2つのサブカテゴリー、6つの概念からなる。

妊婦健診や入院中の生活のなかで、看護職者が母親の行動に対して「気になる」と感じている状況である《母親の行動が気になる》は、具体的には以下の4つのサインであった。育児場面で母親の言動や行動に対して〈育児行動が気になる〉。たとえば、1回指導すれば通常1～2回の体験でできるようになるオムツ交換の習得に3日間かかったり、母親自身の行動を優先し赤ちゃんを預けることが多い、等である。相談・指導場面で質問が多く不安が強い言動や、うつ的な言動や行動に対する〈精神的な不安定さが気になる〉。たとえば、会話の際にじっとして落ち着いて話ができない、目をあわせられない、育児不安が産後日数が経つにつれ増えてくる、等である。母親の他人と交流できない、依存的・攻撃的な態度、等に対する〈対人関係のもち方が気になる〉。母親や家族の衣食住等の暮らしぶりに対する〈生活状況が気になる〉。たとえば、身体がタバコ臭い、妊娠中にもかかわらず睡眠時間が短い、ベッドサイドが汚い、等である。

『赤ちゃんに集中してないというか。（赤ちゃんを）預けるとか、あとはそこにいるけど手も出てないし、たとえば携帯をやってて、視線を送ってないとか、触れてないとか（が気になります）』（事例21）

『他のみんなで授乳しているときに、そこだけポツンとお母さん違う、異様な、あんまりかかわらないみたいな、赤ちゃんのことで、他の方と、かかわらない、話をしないみたいな感じです』（事例18）

看護職者が家族の状況が気になると感じている《家族の状況が気になる》は、具体的には以下の2つサインであった。母親が直接上の子に接している場面や母親の語った子育ての様子から、看護職者が「気になる」と感じる〈上の子の子育てが気になる〉。たとえば、上の子に厳しい、上の子を激しく怒鳴る、上の子が落ち着きがない、等である。母親や医療者に対する夫の非常識な態度に対して「気になる」と感じる〈夫の態度が気になる〉。たとえば、母親に執拗につきまとう、医療者にクレームをつける、等である。

『お子さんをお連れになってたんです、健診のときに。初診で9月3日、新学期が始まったばかりなんです、なぜか、小学校中学年と思われる子どもをいっしょに連れてるんですよ。それで、「あれっ？」って思ったんです』（事例6）

『旦那さんが必要以上に、妊婦健診についてきたり。健診をする医者に食ってかかるような感じの態度だったり。あとは、内診台とかのほうにまで入りたがる』（事例4）

## (3) 【リスク状況を明確にする】

気になるサインに気づいたり定型因子に合致した情報を得た場合、具体的な追加情報を得てリスクの状況を明確にすることである。1つのサブカテゴリー、5つの概念からなる。

気になるサインはリスク因子にあてはまらない気づきのレベルであり、さらなる情報を必要とする状況である。そのため、気になるサインの〈手がかりをもとに関連情報を得る〉。状況が具体化すると、気になるサインは〈定型因子にあてはまる〉場合が多い。たとえば〈夫の態度が気になる〉はDVであることが判明したり、〈精神的な不安定さが気になる〉は母親の精神疾患が判明したりする。また、リスクを探るすぐに〈定型因子にあてはまる〉場合も、追加情報を得てみると、複数のリスク因子の存在が明らかになることがある。外来の妊婦健診で気になるサインやリスク因子を発見した場合は、産後の入院期間や退院後の健診まで継続的に状況を具体化する〈妊娠中から産後まで追って観る〉ことで、《気になる状況を具体化する》。母親の気持ちを引き出すために、看護職者は話をよく聞く、さりげなく気づかう、予測をして引き出す、時や場をつくる、等の〈気持ちを引き出す技を使う〉ことで、関連情報

を得ていた。

『自分も親から虐待というか、あの（援助した母親）の場合はほったらかされたと言っていたかな』（事例22）

『産まれる前から問題がありそうな人は、外来に出てる（病棟）スタッフが受け持ちをして、こっち（病棟）に入院してからも（継続して）みてあげられるような感じにしていこう』（事例16）

『答えを出そうとしないで、話をよく聞くと、「ああこういうことが言いたかったんだ」というのがわかると、言葉で言わなくても、相手が安心していろいろ話してくれるから。話しやすい（ように）場をつくる、雰囲気をつくったり（しています）』（事例17）

初期の観察や問診、追加で得た情報により複数のリスク因子の存在が確認され、すぐに地域の支援を思いめぐらせるほど深刻な問題状況を確認する（緊迫した状況と認識する）は、たとえば妊婦健診未受診で飛び込み出産、父親が不明で路上生活で住所をもたない、上の子が不審死を遂げている、等であり、直ちに次のプロセスに進んでいた。

『今度3人目の子どもさんだったんです。上2人は全部お父さんが違う。その子たちは自分の実母に預けている。その男性（胎児の父親）が虐待をする、DVで逃げてきましたと』（事例3）

#### (4) 【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】

新人・ベテランの混在チームで看護を提供する、日勤・夜勤の交代勤務で看護を提供する、妊娠期から分娩期への移行で外来から病棟へ看護提供の場や提供者が変わる、という病院の体制において、情報の伝達が途切れ、情報の共有化がされないことを防ぐための方略である。1つのサブカテゴリー、5つの概念からなる。

病院ではチームで医療や看護が提供される。このような環境のなか、親子のリスク状況を明確にするために《チームで情報を共有する》。看護チームには新人からベテランまで混在する。当然「気になる」と感じる部分や感度が異なる。〈一人ひとりの気づきの違いを認識する〉ことを前提に、看護職者が得た気づきやリスク因子を、他の看護職者に共有・確認してもらうために、カンファレンスや申し送りというチームの場にもっていき、〈複数の目で観る〉ことで継続的に観察・確認し、〈情報が集まる〉。その情報を他の看護職者や医師等に伝えるため、または外来から病棟に伝えるため、申し送りやノート等を活用し、〈情報を伝えるための工夫〉をしていた。このためには、気軽に相談できる人間関係や相談窓口となる人・システム等〈相談しやすい環境〉が必要であった。

『観る人が違ったら視点も変わるというのもあって、私は問題だと思わなくても次に観た人は問題だと思うこともある

ので』（事例8）

『声を出して、「私こう思うんだけどどうかな？」って言うと、「そういえばね」みたいなことを、言ってくれたりとか、そういうのがありました』（事例18）

『気になるケースを上げるリストってというのがあって。そういうのに情報を載せて、みんなで共有できるようにしています』（事例20）

#### (5) 【長期的な視座に立ち子育てを見据える】

これからスタートする生活のなかで繰り返される長い子育てを、母親自身の力や周囲のサポートを受けながら行っていけるかを、看護職チームとして判断することである。全体のプロセスのコアカテゴリーである。2つのサブカテゴリー、10の概念からなる。

妊婦健診や入院中の生活のなかで、赤ちゃんに愛情を示したり、医療者に従順である母親の姿は地域生活のなかでの普段の姿とは異なり、家事や子育てに追われない日常から切り離された環境のなかで見せる〈母親の仮の姿だと認識する〉ことを前提に、《退院後の子育てを見極める》ことが行われていた。具体的には、退院後の地域での生活スタイルや心身の状態、育児技術、経済・社会的状況等をふまえて〈母親自身の子育て力を見極める〉こと、家族や周囲のサポートで子育ての環境を整えられるか、サポートの量や質等の〈サポート力を見極める〉こと、その2つのバランスから〈危険を予測する〉ことであった。それらをもとに、情報提供すべき「気になる親子」か否か〈チームで結論を出す〉。〈母親の仮の姿だと認識する〉ことができない場合は、

『（飛び込み出産でも）入院中あんなに頑張っているいろいろやって、愛着もあるし、育児技術も習得してある一定のこともちろんとできていたのに。どうやら子どもを置いて遊びに行っちゃったとか（後で聞いて）』（事例1）

と語られるように情報提供に至らず、その後、他機関からの情報提供により虐待状況が確認されることがあった。

『入院中って、ご飯の用意もしなくてもいい、赤ちゃんしか見なくてもいいっていう状況では、すごく子どもに対して愛情をもって接している方でも、うーん』（事例11）

『最低限これだけができてれば、赤ちゃん大丈夫、育っていくよね、みたいな感じのことができないくらいな方だと、「サポート誰だろう、実家のお母さん来てくれるのかな」とか、それすらない、「旦那さんもちょっとねえ」みたいな感じだと、「ちょっと訪問で保健師さんにみてもらったほうが、いいんじゃないかなあ」と思う』（事例18）

『疲れたから今日はミルクをやるのをやめる、おむつを替えるのをやめてしまうとかっていうことも考えられたので。そうなってくると、ネグレクトの可能性があるから』（事例23）

看護職者が〈他機関の支援内容を知る〉ことは、他機関から必要な支援を受けて親が子育てできるためだと〈つなぐ目的を認識する〉ことにつながっていた。一方、病院の援助期間だけで、退院後の子育てを支えるのは無理であると〈病院の限界を認識する〉ことと相互に影響しあい、それが〈つなぐ目的を認識する〉ことを高めていた。《地域での支援の必要性を認識する》ことは、〈チームで結論を出す〉ことに影響していた。

『保健センターは、連絡をもらったら（訪問に）行ってくるので。福祉にもつなげてくれるし、そういうことができる場所なので、そこへつなげるしかないと思います』（事例24）

『（サポートが得られない母親に）そういうときに、ちょっと相談できる場所をつくっておく。困ったときに、困ったと言える場所につなげておくことしかできないと思っています』（事例24）

『私たちもなかなか、白衣を脱いで外に行くってところまで難しい。だから、これはもう（保健センターに）ボタンタッチが必要だととなります』（事例15）

病院によっては、「気になる」と感じた親子はそのままにせず、退院後も他機関にフォローしてもらうために情報提供するという〈気になればつなぐスタンス〉があり、チームで結論を出す際に、情報提供する方向に影響を与えていた。逆に、大きな問題がなければつながないというスタンスも存在し、それは情報提供しない方向へ影響していた。

『どちらかという（情報提供）する方向にありますね。念のためなんて言って』（事例13）

《退院後の子育てを見据える》《地域での支援の必要性を認識する》には、地域生活のなかで長期的に続くという〈子育ての特性を認識する〉ことが基盤になっていた。子育ての特性が認識できることは、長期的な視座に立ち判断することを促していた。

『もともと子育てって、いつまでも子育てって終わりがなし、正しいとか正しくないもないし、って思っているんです。だから、子育ては、もう本当にスタンスが長いから、いまのここだけを見ていてもだめなんだって思います』（事例10）

#### （6）【同意のハードルを越える】

「気になる親子」として情報提供するという結論を出しても、それがすなわち情報提供ケースとはならない。チームで「気になる親子」と結論を出した後、母親や家族から情報提供に対する同意を得ることが必要である。このカテゴリーは同意というハードルを越え、情報提供ケースとして確定することである。1つのサブカテゴリー、5つの概念からなる。

看護職者が他機関に情報提供する際は、〈同意を得るのが大前提という認識〉をもち、《戦略的に同意を得る》。具体的には、看護職者が母親・家族に対し他機関の支援のメリットの部分を強調し意図的に同意を得る〈メリットを強調し同意を得る〉や、同意を拒否しそうな母親・家族に対し、「あなたが特別なのではなく、全員やっているから」と、相手の警戒心を軽減させ同意を得る〈全員必須と同意を得る〉や、一度断られても母親が不安を自覚するタイミングをはかたり、説明する看護職者を代えて再度試みる〈タイミングや人をかえ再トライ〉と、さまざまな戦略で同意を得ていた。

『育児をするうえで手助けになると思うから、保健師さんに早めに家庭訪問に来てもらいませんか？ って言って、そうすると、「いいですよ」って、言い方次第ではOKをいただけます』（事例12）

『その相手の状況にもよるんですけど、「皆さん送らせていただいていますのでね」、なんていう感じで軽くお話をして、もうそれで同意を得たという方向にさせていただきます』（事例13）

戦略的に同意を得ようと試みても拒否される場合がある。病院によっては、同意が得られない場合は情報提供しないということが取り決められていた。たとえば、

『一切情報も送ってほしくないって、もうきっぱり言われてしまったので。こちらとしては、支援を受けてほしかったんですけど、（同意を）断られたので』（事例1）

という語りのように、情報が提供できないことは看護職者にとって、支援が閉ざされたと感じることであった。一方、同意を得られなくても、それを明示したうえで情報提供する〈奥の手を使う〉場合もあった。自治体によっては情報提供用紙の同意の確認欄に、「同意は得られていないが情報提供する」という選択肢で、情報提供を可能にしていた。このようにさまざまな方略で【同意のハードルを越える】ことで、最終的に情報提供ケースと確定していた。

『お母さんがうつ病か何かで、赤ちゃんも見てもらいたかったので、早々に入って（訪問して）もらってもいいですかとお母さんに聞いたんですけど、拒否をされて。旦那さんもちょっと精神疾患があったので、ちょっと放っておけないなと思って。で、本人には了承を得ていませんという一文を添えて（情報提供用紙を）出した人がいます』（事例25）

『そういった（同意を拒否する）ケースは、この（情報提供）用紙に、同意がないっていうふうに書ける、そういう選択肢もついているので』（事例11）

## V. 考 察

### 1. 産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス

産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者は、病院を訪れるすべての親子に対し、多様な場面においてさまざまな方法でリスクを探ることで、リスク因子や「気になるサイン」に気づき、追加情報を得てリスク状況を確認し、その状況でこれから長く続く子育てを母親がどの程度行えるか周囲のサポートを含め予測し、チームで結論を出し、最後に家族に同意を得て情報提供ケースと確定することが明らかにされた。

栗原ら（2010, p.73）は、周産期のメンタルヘルスと児童虐待予防に関し先駆的な取り組みを行っている9医療施設へのインタビュー調査を行い、児童虐待予防システムの基本構造を明らかにした。基本構造は、「疑いをもつ」→「情報を収集する」→「複数で検討する」→「専門職へ連携する」→「支援を継続する」というプロセスであり、これが循環しているとした。本研究で得られたプロセスは、栗原らの示したこの基本構造に類似しており、虐待発生予防のための基本的なプロセスをふまえているといえるだろう。栗原らはこの基本構造1つ1つのプロセスがシステムとしてどのように構築化されるかを考察しており、基本構造の1つ1つのプロセスの具体的な内容は示していない。本研究は、児童虐待発生予防のための基本的なプロセスの具体的な内容、すなわちどのように看護職者が行動するかを明らかにしたといえる。

以下に、プロセスの考察とプロセスを促進させるために必要なことを検討する。

### 2. どのようにして「気になる親子」に気づくのか

#### a. ルーチンワークを活かすために必要な児童虐待の視点

産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者は、外来や病棟で日ごろ行われるさまざまな援助を単なる援助に終わらせず、リスクを探る行動に変えていた。それを可能にしていたのは、〈定型因子を念頭におく〉という看護職者の準備であった。虐待対応組織を有する施設は院内教育が活発である（栗原ら, 2010, p.74）とされており、研究協力者25人のうち9人の勤務施設は院内に虐待防止委員会が設置されていた。また、研究協力者は「気になる親子」を支援した経験をもっていた。このことから、研修や経験によって児童虐待に関する知識を有していたことが、〈定型因子を念頭におく〉ことを可能にしたのだと考える。このように、日々の援助のなかで「気になる親子」に気づくた

めには、児童虐待に関するリスク因子をはじめとした知識が必要である。栗原ら（2010, p.74）は、児童虐待予防システムの基本構造の第1段階である「疑いをもつ」ためには虐待の視点をもつことが必要であるとしており、〈定型因子を念頭におく〉必要性が裏づけられたといえる。〈ツールを使ってリスクを探る〉ことは、児童虐待の視点をもちこむための手段であるといえる。このようにリスクを探るためには、児童虐待の視点であるハイリスクの〈定型因子を念頭におく〉こと、アセスメント〈ツールを使ってリスクを探る〉ことの有用性が示唆された。

#### b. リスクを探るために有効な外来という場を活かす

リスクを探る場として、外来が有効であることが本研究で明らかになった。一定期間かかわることのできる入院生活と異なり外来の妊婦健診では短時間のかかわりであり、リスクを探ることは困難ではないかと予想していたが、『親子の背負っている日常生活をくっつけて外来に来るからキャッチしやすい』と語られるように、親子の日常生活を把握しやすい外来の有効性が示された。看護職者は、来院時の服装や匂い、医療者に対する態度、上の子への接し方、夫の母親への態度などから「気になる」サインを感じとっていた。近年では、助産師外来の設置が増えており（日本看護協会, 2011）、外来でゆっくりと妊婦にかかわることができるようになってきていることが、外来が有効なリスク探索の場になりうる要因であると推察する。外来で親子の日常生活を推察し、リスクを探る場として有効に活用していく必要がある。

#### c. リスク因子にあてはまらない小さなサインに気づくためには

気になるサインはリスクの定型因子にはあてはまらない気づきのレベルであり、さらなる情報を必要とする。小さなサインに対して「気になる」と感じることができるのは、看護職者が自分自身のなかに規準となる親子の姿を内在させ、それと照らしあわせ違和感をもつことができるからだろう。渡辺（2001）は、患者の様子が「何か変」という感覚から始まる看護師の臨床判断の1つには、「通常とは異なるという感覚」があり、「何か変」と感じたら、その「何か」の裏づけを求める行動をとることを明らかにした。本研究における「気になる」という感覚は親子との出会いの初期に感じられ、その後、それを手がかりに関連情報と得るというプロセスへ移行していた。これは渡辺のいう「通常とは異なるという感覚」、すなわちこれまでの経験則において規準とされている範囲からの逸脱感により、「気になる」と感じることで、「何か」の裏づけを求める行動だといえる。このような行動がとれたのは、研究協力者の臨床経験が平均15.2年であり、かつ「気になる親子」を支援した経験があり、経験のなかで培った規準と照らしあわ

せることができたからではないかと推察する。

### 3. 長期的な視座に立ち子育てを見据えるためには

#### a. 〈子育ての特性を認識する〉〈母親の仮の姿だと認識する〉ことの重要性

産科医療施設では妊娠診断から始まり、分娩を経て、産後4～5日で退院する対象者が次から次へと入院し退院していく。多くの場合、産後1か月健診で親子との関係は最終する。個別性はあるものの、妊産褥婦という母子と家族に対し同様の援助が繰り返される。自ら関心をもち情報を得なければ退院後の親子の成長を知る機会はほとんどなく、長期的な視座をもつことは困難である。病産院の援助は入院中の母子の状況を中心に実施され、子育てを見据えた支援とはいいがたいと指摘（唐田，2008）され、産科医療施設は長期的な視座をもちにくい環境であるといえる。その困難の克服を可能にしていたのが、〈子育ての特性を認識する〉であった。子育てが地域の生活のなかで長期的に継続するという認識であるが、これは退院後の親子の成長の事例を知ることで可能になる。そのためには他機関から退院後の親子の情報を得る、産科医療施設の看護職者が新生児・乳児の家庭訪問を実施できるシステムを構築すること、等が必要である。

退院後の子育てを見極めるためには、入院中の「<sup>いま</sup>現在の状態」の母親の姿は、家事や上の子の世話がないう非日常環境で見せる「仮の姿」だと認識する重要性が明らかになった。「仮の姿」に惑わされた場合は、情報提供に至らないこともわかった。情報提供に至らなかったケースのなかには、その後、虐待状況の出現もあり、この認識の重要性がわかる。入院期間の親子の姿が「仮の姿」であったことが判明するためには他機関からの退院後の親子の情報提供が必要であり、入院中と退院後のギャップが確認されることで、入院中の母親の姿は「仮の姿」という認識が看護職者のなかに根づくことと推察する。Benner（1984/2005）は、臨床知識はある特別な経験が範例となり高まることを示している。退院前後の親子の姿のギャップは、これまでの経験による状況判断のための予備知識を反証する範例となりえたといえる。

#### b. 他機関の支援内容を知ることの重要性

〈他機関の支援内容を知ること〉〈病院の限界を認識すること〉は相互に影響し、〈つなぐ目的を認識すること〉に向かい、情報提供の動機づけになっていた。山中（2003）は連携の前駆条件として、「援助者自身の限界の認識」「他の援助者に関する情報の接触」の2点をあげ、それが連携の初期段階である「援助者間の目標の共有」に進むことを示した。〈他機関の支援内容を知ること〉〈病院の限界を認識すること〉は山中のいう連携の前駆条件となり、〈つなぐ目的を

認識すること〉につながり、連携促進という方向で〈チームで結論を出す〉ことに影響するということが明らかになった。〈他機関の支援内容を知る〉ことは、連携を促進するために必要であることが示された。

#### c. 他機関からの情報提供の必要性

以上、a, bで述べた長期的な視座に立ち子育てを見据えるために必要な〈子育ての特性を認識する〉〈母親の仮の姿だと認識する〉〈他機関の支援内容を知る〉ためには、他機関から情報提供されることが必要不可欠であった。他機関からの情報提供が産科医療施設にとってどのように有効であるか、具体的なプロセスで明らかになった。産科医療施設と他機関の相互の情報交換の重要性が再確認された。

### 4. 同意のハードルを越えるためには何が必要か

#### a. 戦略的に同意を得る

〈同意のハードルを越える〉ことが、情報提供ケースとして確定する最後のプロセスであった。そして、同意が得られなければ情報提供できないと取り決められている施設もあり、そのハードルは高いことが明らかになった。看護職者は母親や家族から同意を得ることが情報提供のための大前提であることを、個人情報保護という観点から強く認識していた。だからこそできるだけ同意が得られるよう、さまざまな工夫を凝らし戦略的に同意を得ていた。同意を得るために行われていた戦略は、〈メリットを強調し同意を得る〉〈全員必須と同意を得る〉〈タイミングや人を代え再トライ〉であった。他機関の支援の〈メリットを強調し同意を得る〉ことは、他機関の支援内容を知らなければできないことであり、それを具体的に知ることが必要である。そしてそのサービスを受けることは母親や家族にとってどのように助けになるのか、具体的に説明する必要がある。〈全員必須と同意を得る〉は、同意を拒否しそうな母親や家族に対して用いられていた。このように誰にでも同じ戦略で同意を得るのではなく、母親や家族の特徴にあわせて同意を得る方法を変えていく必要がある。また、一度断られたからとあきらめるのではなく〈タイミングや人を代え再トライ〉する粘り強さで試みることも必要である。

#### b. 児童虐待予防のための情報提供が違法にならないことを知る

上述したように、母親や家族から同意が得られなければ情報提供しない場合があり、看護職者は支援が閉ざされたと感じる実態があることが本研究で明らかとなった。厚生労働省は、医療機関におけるリスク妊婦の発見と保健・福祉機関への情報提供の強化のため2度の通知を発令し、児童相談所・市町村と医療機関との相互の情報提供による情報共有の重要性を説明し、母親や家族の同意が得られなく

ても情報提供が違法にはならないことを示した（厚生労働省，2011；2012c）。本研究の調査期間は2011年9月からであり，2011年7月の通知が出された直後であった。しかしインタビューした医療機関では，同意が得られなくても情報提供が可能であるという認識はなかった。これは，通知が出されてもすぐに医療現場には浸透しない，という実態を示している。宮本（2008）によると，医師は通告義務を知っているが，実際に通告することについて60%前後は抵抗があるとし，その理由の1つに家族とのトラブルの心配をあげている。2012年11月の通知は，このような医師の心配にも対応するためであるといえよう。通知を根拠に，チームで情報提供するという結論に至っても同意を得られず断念するというケースがないよう，児童虐待の発生予防のための情報提供が，守秘義務・個人情報保護義務違反にならないことを周知していく必要がある。

### c. 第3の選択肢を選べる情報提供用紙の工夫

〈同意を得るのが大前提という認識〉を軽減できる具体策として，本研究のインタビュー事例で紹介された，情報提供用紙の同意確認欄の選択肢に「同意は得ていないが情報提供する」を示しておくという方法がある。この選択肢があることで，看護職者に同意を得なくても情報提供ができる場合があることを示すこととなり，情報提供するか否かの選択肢から，第3の選択肢を得ることができる。そうすることで，情報提供のハードルは低くなるのではないだろうか。

## VI. 本研究の限界と課題

本研究では，研究参加者を無作為に選んだ病院に調査依頼を送付し条件に合う看護職者を看護管理者の推薦を受け選定したため，理想的な理論的サンプリングにはならなかった。しかしデータを分析する際，それまでの分析結果が広がる可能性のあるデータを選択し分析したこと，研究協力者が25人で豊富なデータが得られことで，データから概念がこれ以上生成できない状況に至れたと考えている。また，25人のデータを看護職者のデータとして分析したが，看護師の研究参加者は1人のみであった。この1人の看護師の語りは豊かで本研究の結果は支持されているが，多くの病院の産婦人科病棟・外来で看護師が勤務している実態を鑑みると，「気になる親子」への支援の経験豊富な看護師のデータを増やし検証する必要がある。

本研究で得られた結果は，産科医療施設のなかでも周産期母子医療センターを含めた総合病院に限定されたものである。今後は情報提供以降の連携の発展のプロセスを明らかにすることが課題である。また産科単科病院や産科診療所においてのプロセスは，新たに調査を行い理論の究明に

あたる必要がある。そのうえで総合病院と単科病院・診療所の差異を明らかにし，施設の特徴にあわせた連携促進のための方略を検討していきたい。

## 結 論

1. 産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者が，親子に対して「気になる」と感じ，他機関に情報提供するケースとして確定するプロセスは，看護職者が親子に対し，【多様な場面や方法でリスクを探る】ことで，リスク因子や【気になるサインに気づき】，継続的に情報を得て【リスク状況を明確にする】。その際，【チーム・交代制での看護の困難を乗り越える方略】により，《チームで情報を共有する》。リスクの状況から長く続く子育てを母親がどの程度行えるか周囲のサポートを含め予測し【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことで「気になる親子」と特定し，【同意のハードルを越える】ことで情報提供ケースと確定するプロセスであった。
2. 気づきの段階には日常業務のなかに児童虐待の視点を持ち込む，「通常とは異なるという感覚」を働かせるため看護者自身の規準となる親子の姿を内在化させる，親子の日常生活を把握しやすい外来の場を活用する必要性がある。
3. 産科医療施設は長期的視座をもちにくい特徴があり，「気になる親子」と判断するためには長期的に続く子育ての特性を認識したうえで，入院中の母親を仮の姿だと認識し退院後の子育てを見極めることが重要である。
4. 他機関の支援内容を知ることは病院の限界を認識させ，連携の前駆条件となり，連携の目的を認識することへとつながり，連携を促進させていた。
5. 長期的な視座に立ち子育てを見据えるために必要な〈子育ての特性を認識する〉〈母親の仮の姿だと認識する〉〈他機関の支援内容を知る〉ためには，他機関から退院後の親子の状況や支援内容を情報提供されることが必要不可欠である。上述したように他機関からの情報提供が産科医療施設にとってどのように有効であるか，具体的なプロセスで明らかになった。産科医療施設と他機関の情報交換の重要性が再確認された。
6. 母親・家族から情報提供の同意の得るためには，母親・家族の特徴にあわせた同意の取り方で戦略的に同意を得る，同意がなくても児童虐待予防のための情報提供は違法ではないことを知る，情報提供用紙の工夫をすることの重要性が示された。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたりご協力くださいました助産師・

看護師の皆さま、M-GTA研究会の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究は、平成24～26年度文部科学省科学研

究費基盤研究C（課題番号：24593458）の助成を受けて行った研究の一部である。

## 要 旨

本研究は乳幼児虐待の発生子防のために、産科医療施設（総合病院）に勤務する看護職者がどのように「気になる親子」に気づき、情報提供ケースとして確定していくのか、そのプロセスを明らかにすることを目的とした。看護職者25人を対象としたインタビューで得られたデータを、M-GTAの手法で分析した。結果、プロセスは、看護職者が病院を訪れるすべての親子に対し【多様な場面や方法でリスクを探る】ことで、リスク因子や【気になるサインに気づく】。さらに、継続的に情報を得て【リスク状況を明確にする】。長く続く子育てを認識し、【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことで「気になる親子」として〈チームで結論を出す〉。最後に【同意のハードルを越える】ことで情報提供ケースと確定する。「気になる親子」の判断には【長期的な視座に立ち子育てを見据える】必要があり、看護職者が長期的な視座をもつためには他機関からの情報提供が不可欠である。

## Abstract

This study aimed to elucidate the process by which nurses working at maternity hospitals recognize “parents and children of concern” and decide to pass on the information on these cases to prevent child abuse. We interviewed 25 nurses to obtain data. These data were then analyzed using the modified grounded theory approach (M-GTA). We found that the process involved nurses “ascertaining risks in various settings and using a number of methods” for all parents and children who visit the hospital and “recognizing signs of trouble” as well as risk factors. In addition, nurses continuously obtain additional information to “clarify risk situations”. With the awareness of long-lasting child rearing as a basis, nurses draw conclusions on “parents and children of concern” as a team by “ascertaining child rearing from a long-term perspective.” Finally, nurses confirm whether to pass on the information on a case by “overcoming the hurdle of consent”. To recognize “parents and children of concern”, nurses must “assess child rearing from a long-term perspective”, for which the provision of information by other institutions is essential.

## 文 献

- Benner, P. / 井部俊子 (1984/2005). ベナー看護論：初心者から達人へ. 東京：医学書院.
- Browne, K.D., Douglas, J., Hamilton-Giachritsis, C., and Hegarty, J. (2006) / 上野昌江, 山田和子, 和泉京子, 浦田民恵, 郷良淳子, 能仁悦子, 松尾理恵, 山中久美子 (2012). 保健師・助産師による子ども虐待予防「CAREプログラム」—乳幼児と親のアセスメントに対する公衆衛生的アプローチ—. 31-55, 東京：明石書店.
- Dixon, L., Browne, K., and Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (part I). *J Child Psychol Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., and Browne, K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (part II). *J Child Psychol Psychiatry*, 46(1), 58-68.
- 福島富士子 (2006). 子ども虐待予防, 早期発見における助産師の役割. 周産期医学, 979-982.
- 平岡えり子, 大竹静香, 鈴木律子, 森本俊子, 堀 雅弘, 松林 正 (2006). 周産期からの児童虐待防止システム構築への取り組み—周産期チェックリストの作成—. 子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 119-124.
- 板倉敬乃 (2005). 虐待の発生子防へのチャレンジ周産期からの育児支援. 母子保健情報, 50, 88-93.
- 上別府圭子, 山崎あけみ, 杉下佳文, 山本弘江, 山下 洋, 栗原

- 佳代子, 古田正代, 池田真理, 大塚寛子 (2008). 周産期のメンタルヘルスと育児支援のシステム構築に関する研究 (平成19～平成20年度). 児童関連サービス調査研究等事業報告書, こども未来財団.
- 上別府圭子, 杉下佳文, 栗原佳代子, 村山志保, 山崎あけみ (2010). 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究 (1) —地域母子保健からの検討—. 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 61-68.
- 唐田順子 (2008). 病産院における子育てを見据えた産褥期の支援の実態と助産師の役割認識. 母性衛生, 49(2), 357-365.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い—. 東京：弘文堂.
- 栗原佳代子, 杉下佳文, 池田真理, 山崎あけみ, 古田正代, 山本弘江, 大塚寛子, 上別府圭子 (2010). 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究 (2). 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 69-77.
- 厚生労働省 (2011). 妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について. 雇児総発0727第4号/雇児母発0727第3号 (平成23年7月27日). <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv110805-3.pdf>
- 厚生労働省 (2012a). 児童相談所での児童虐待相談対応件数. 報道発表資料別添2 (平成24年7月26日). <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002fxos-att/2r9852000002fy23.pdf>
- 厚生労働省 (2012b). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の

- 検証に関する専門委員会第8次報告（平成24年7月）.  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/dl/8-2.pdf>
- 厚生労働省（2012c）. 児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について. 雇児総発1130第2号／雇児母発1130第2号（平成23年11月30日）.  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv121203-1.pdf>
- 小林美智子（1997）. 児童虐待の実態と対応. 小児看護, 20(7), 852-859.
- 小林美智子（2010）. 虐待問題が日本の社会に鳴らした警告—虐待防止法までの10年, その後の10年, そしてこれからの10年. 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 8-24.
- 松井一郎, 谷村雅子（2000）. 児童虐待と発生予防. 母子保健情報, 42, 59-68.
- 宮本謙一, 中板育美, 曾根智史（2012）. 都内医療機関における児童虐待対応の現状と院内対応組織の有用性. 子どもの虐待とネグレクト, 14(3), 359-372.
- 宮本信也（2008）. 医療現場における実態：小児医療からのレポート. 津崎哲郎, 橋本和明（編）. 児童虐待はいま—連携システムの構築に向けて—. 129-139, ミネルヴァ書房.
- 本澤志方, 古庄知己, 森 和広, 福家智子, 市川知則, 佐藤清二, 土屋貴義, 前山克博（2004）. 周産期医療施設における養育困難家庭への支援と介入の試みに関する現状と課題. 日本小児科学会雑誌, 108(11), 1398-1403.
- 永野玲子, 星野裕子, 稗田 潤, 渡辺とよ子（2013）. 出産後虐待予想ケースの介入について. 精神科治療学, 28(6), 739-746.
- 中板郁美, 佐野信也（2012）. 産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究：子ども虐待防止の視点から. 小児保健研究, 71(5), 737-747.
- 日本医師会監修（2002）. 児童虐待の早期発見と防止マニュアル—医師のために—. 62, 東京：明石書店.
- 日本看護協会編（2003）. 看護職のための子どもの虐待予防&ケアハンドブック. 97, 東京：日本看護協会出版会.
- 日本看護協会（2011）. 平成22年度版院内助産システム推進プロジェクト委員会答申.（平成23年3月14日）.  
<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/pdf/toshin22.pdf>
- 日本産婦人科医会（2011）. 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル（平成23年10月）.  
[http://www.jaog.or.jp/sep2012/News/2011/soudan/manual\\_2011.pdf](http://www.jaog.or.jp/sep2012/News/2011/soudan/manual_2011.pdf)
- 西澤 哲（1994）. 子どもの虐待—子どもと家族への治療的アプローチ—. 19-53, 東京：誠信書房.
- Oliver, J.E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: rates, research, and clinical implications. *Am J Psychiatry*, 150(9), 1315-1324.
- 大友光恵, 麻原きよみ（2013）. 虐待予防のために母子の継続支援を行う助産師と保健師の連携システムの記述的研究. 日本看護科学会誌, 33(1), 3-11.
- 下泉秀夫, 宮本信也, 柳澤正義（1997）. 地域を対象とした小児虐待実態調査—栃木県・大阪府・和歌山県の比較—. 小児の精神と神経, 37(2), 131-135.
- 齋藤 学（2001）. 全国養護施設に入所してきた被虐待児とその親に関する研究. 子どもの虐待とネグレクト, 3(2), 332-360.
- 佐藤拓代（2008）. 保健分野における乳幼児虐待リスクアセスメント指標の評価と虐待予防のための体系的な地域保健活動の構築. 子どもの虐待とネグレクト, 10(1), 66-73.
- 友田明美（2011）. 児童虐待が脳におよぼす影響. 小児の精神と神経, 51(1), 38-42.
- 上野加央里, 長尾光城（2010）. 看護師の児童虐待認識に関する研究—虐待発見に必要な対策—. 川崎医療福祉学会誌, 19(2), 379-385.
- 渡辺かづみ（2001）. 患者の様子が『何か変』という看護師の感覚から始まる臨床判断のプロセス. 平成23年度兵庫県立看護大学大学院博士論文.
- 山中京子（2003）. 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成. 社会問題研究, 53(1), 1-22.
- 山下 洋, 吉田敬子（2004）. 自己記入式質問紙を活用した産後うつ病の母子訪問地域支援プログラムの検討—周産期精神医学の乳幼児虐待発生予防への寄与. 子どもの虐待とネグレクト, 6(2), 218-231.

〔平成25年8月19日受付〕  
 〔平成26年3月6日採用決定〕

## ACTプログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの変化

Changes in the Mindset of Family Members with Regard to Mentally Ill  
Individuals Living at Home under the ACT Program

岡本 亜紀<sup>1)</sup> 谷垣 静子<sup>1)</sup> 長江 弘子<sup>2)</sup>  
Aki Okamoto Shizuko Tanigaki Hiroko Nagae

キーワード：包括型地域生活支援プログラム，家族，思い

Key Words：assertive community treatment, family member, mind set

### はじめに

近年、精神疾患を有する人（以下、本人とする）の長期入院の解決策として、「リカバリー」を目的とした包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：以下、ACTプログラム）が注目を集めている。ACTプログラムは、本人とその家族を対象とした、少人数の多職種チーム（以下、ACTチーム）の積極的訪問（assertive outreach）による包括的支援サービスであり（西尾，2004）、病気の回復のみではなく、病気でありながらも、かけがえのない命を生き、社会に生活し、再起して、自分の人生を歩むリカバリー（Ragins, 2002/2005；野中，2005）を支援している。このため、医療モデルによる症状観察や再燃予防、薬物療法の支援などの医療や保健の範囲にとどまらず、生活モデルをより重視した福祉や就労、教育、家族支援、レクリエーションなど、生活上のあらゆる支援が生活の場で実施されている（西川，2012）。本人の個別ニーズに合わせて24時間365日の訪問が可能であり、病状が不安定なときの危機介入や緊急対応、住居環境の調整や地域住民への働きかけ、買い物や銀行など外出への付き添い、庭の草刈りの手伝い、入院中の外出や外泊の付き添いなど、重い精神障害のある人が地域のなかで生活できるようにあらゆる支援がオーダーメイドされ、提供されている（高木・藤田，2011）。ACTプログラムはアメリカで開発されたシステムであるが、わが国では2003年に導入された市川モデル（伊藤・塚田・大島・西尾・鈴木，2008）、岡山モデルを始め、初の民間実施主体である京都モデルなどが誕生し、その後、全国各地で展開されている（厚生労働省，2009）。また、その実践効果には、利用する本人の入院期間の短縮や、その人らしい地域生活の質の向上や安定などが報告されている（三品，2010）。

他方、わが国の精神科地域医療の充実においては、ACTプログラムのような地域生活支援とともに、家族の存在が重要な役割としてとらえられている。家族は、本人との生活にさまざまな生活困難を感じており（大島，1987）、ストレス反応として否定的・拒否的な感情や態度を表出することがあり、このような家族の態度が精神疾患の再発率に影響するとされている（Leff & Vaughn, 1985/1991）。また、家族の状況において、高齢化、年収の低さ、健康状態の悪化、相談相手がいないなどでは、家族は本人の地域生活に協力することが困難となり、精神科入院患者の長期入院を引き起こす要因になるとされている（岡上・大島・荒井，1988）。

このような背景から、ACTプログラムにおいても、わが国の家族の生活を考慮した個別支援の重要性が指摘されている（Sono, Oshima, & Ito, 2008）。家族に関することでは、生活上の困難を増大させることなく、本人の病気の安定や地域生活に協力できるように、必要な知識・情報の提供、対処技能の教育、心理的社会的サポート、家族教室による心理教育的介入などが多く研究されている（後藤，2012；奥野，2008；沼口，2007）。しかし、ACTプログラムを受けた本人や本人との生活について、家族がどのように思い、考え、感じているかなどの家族への影響はこれまで明らかにされておらず、ACTプログラムと家族に関する知見は少ない。そこで本研究の目的は、ACTプログラムを受けた本人の家族の思いについて明らかにすることとする。わが国の精神科地域医療において、本研究の家族の思いが明らかとなれば、ACTプログラムの評価において特に家族への支援の手がかりとして役立つだけでなく、本人のリカバリーを目的とした、精神科病院からの早期退院、社会復帰への支援としてなど、本研究結果の有用性は高いと考える。

1) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Okayama University

2) 千葉大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Chiba University

なお、本研究における家族の思いとは「本人、本人の病気、ACTチーム、ACTプログラムを含めた医療、本人と家族の生活に関して、心を働かせること、すなわち、思う、考える、感じる」とし、それらの内容」と定義した。

## I. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は質的記述的研究である。質的記述的研究とは、ある出来事を包括的に要約し、かつ、それらの出来事を日常的な用語で記述することを目的とする、学問的基礎によらない自然的探求である (Polit & Beck, 2004/2010)。この方法は、研究しようとする領域、特にある出来事に対する人々の反応が複雑であり、ほとんど明らかにされていない現象を明らかにしようとする研究に適している (グレッグ・麻原・横山, 2007)。本研究は、ACTプログラムというわが国では新しい精神科地域医療を受けた本人に対する家族の思い、考え、感情とはどのようなものかを明らかにする基礎的研究である。本研究の参加者一人ひとりの体験が真実であり、かつ現実であるという前提に基づき (Sandelowski, 2000)、できる限りデータの文脈を壊すことなく、家族の言葉を用いて具体的に記述することで家族の思いを明らかにしたいと考えた。

以上のことから、本研究の研究デザインとして、最も適切な方法として質的記述的研究を用いることとした。

### 2. データ収集方法

#### (1) 研究参加者

本研究では研究参加者を、岡山県で展開されているACTプログラムを受けている、あるいは受けたことのある本人の生活に多くかかわる家族とし、ACTチームの代表者から研究概要の説明を受けた後、研究者との面接に応じ、かつ、研究者から本研究についての説明を受け参加同意が得られた家族とした。なお、研究参加者のバリエーションが最少とならないよう、本研究では家族の思いを多角的にとらえるために属性等の条件は設定しなかった。以上のことから、選定された本研究参加者は9名であった。

#### (2) データ収集方法

データ収集期間は、2010年1月から2011年2月であった。データ収集方法には半構造化面接法を用いた。面接は研究者と家族の1対1で実施することとしたが、本人や家族の希望に応じ、本人またはACTチームの支援者にも同席していただいた。日時と場所は家族に指定してもらい、家族の自宅かACTチームの事務所にて面接を実施した。面接時間は60～90分とした。面接中の内容は、家族と

同席者の許可を得てICレコーダにて記録し、後日、研究者自身が文章に起こした。面接中は、質問はできる限り参加者の話したい内容を妨げないように努めた。具体的には「ご本人が病気になったところの様子はいかがでしたか」「そのときのご自身の気持ちはどのようなものでしたか」「いまのご本人の様子はいかがですか」などの質問とし、以後は、研究者からはACTプログラム、世話、支援、協力といった言葉は使わないようにして、家族が話したい内容を自由に語ってもらった。

#### (3) データ分析方法

本研究では、文章に起こした内容を生データとした。データ分析に際し、録音記録を聴きながらすべての生データを十分に繰り返し読み込んだ後、継続的比較的にコード化、カテゴリー化を行った。最後に、ACTプログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの変化として、その全体像を図式化した。以下、具体的に説明する。

まず、コード化に際し、家族の生データを別々に扱い、それぞれの家族がどのような思いを語っているかについて、本研究の思いの定義を基準としたアウトラインを考えた。次に、すべての家族の生データからこれらのアウトラインを含んだコードを抜き出していった。コード化には、文脈の意味が損なわれないとままとし、また、可能な限り家族の言葉を用いた。

次に、抜き出したコードを、すべての家族の生データの間で繰り返し立ち返らせ、文脈の意味や内容を解釈しながら相違点、類似点により分類し、これらをサブカテゴリーとした。

分類されたサブカテゴリーとコード、生データの間で繰り返し立ち返らせ、相違点、類似点による分類と、さらに原因、文脈、帰結に基づいた共通の関係性からまとまりを作った。それぞれのまとまりに最もわかりやすく説明できる名前を付け、これをカテゴリーとした。

最後に、家族の思いの変化の全体像として、サブカテゴリーとカテゴリーの間関係性について、原因、文脈、帰結に基づいて図式化した。

### 3. 研究の信用性の確保

本研究の信用性において、すべての研究過程を通じ、質的研究方法および在宅看護学と家族看護学を専門とする研究者2名から、定期的にスーパーバイスを受けた。特にデータの分析においては、生データの抽出からカテゴリー名の決定に至るまで何度も話し合い、スーパーバイザーとの解釈が一致するまでディスカッションを重ねた。さらに、実践経験の豊富なACTチームメンバー2名にデータの解釈について説明し、「この分析結果は、あなた自身や同僚の経験を思い起こしたときに、家族が本人に対して抱

いている思いや態度として、納得できますか」と確認したところ、家族の思いの変化として納得が得られ、同意が確認された。また、本研究における全過程のプロセスを詳細に説明、記述することで、質的研究方法の一貫性に努めた。以上の方法により、結果の信頼性と妥当性、および一貫性を確保した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究の実施に際し、岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査会の承認（D09-02）を得た後、ACTプログラム実施主体の長、およびACTチーム代表者に調査目的と方法を説明し、本研究参加者として家族の選定と紹介への協力を依頼し、快諾を得た。本人と家族には、ACTチーム代表者から事前説明をしてもらい、参加意思のある家族に対して引き続き研究者から調査目的と方法、個人情報への遵守、調査協力に関して不利益はないことなどについて説明を行い、同意書を得た。

## II. 結 果

### 1. ACTプログラムを受けた本人と家族の基本属性等

本人からみた家族の続柄は、父親2名、母親4名、娘1名、妹1名、叔母1名であった。年齢は、30歳代1名、50歳代1名、60歳代1名、70歳代3名、80歳代2名、90歳代1名であった。家族からみた本人の続柄は、息子1名、娘5名、母親1名、姉1名、姪1名であった。年齢は、20歳代1名、40歳代1名、50歳代3名、60歳代3名であった。生活形態は、本研究参加者の家族と同居が6名、他の家族と同居が1名、アパートで独り暮らしが1名、自宅で独り暮らしが1名であった。診断名は、統合失調症が7名、双極性障害が2名であった。

ACTプログラムを受けたきっかけは、入院していた病院の閉院など病院側による事情や本人または親の退院希望に対する退院支援、本人の未治療に対する危機介入などで

あった。本研究の面接時の訪問状況は、継続中が8名、終了が1名であった。ACTプログラムを終了していた1名は、他機関の精神科病院への外来通院と民間のホームヘルパーを利用していた（表1）。

### 2. ACTプログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの全体像

本研究による分析の結果、家族の思いは、[忘れられない苦しみ]や[老いていくことの不安]がありながらも、[寄り添う人々がいることを感じる]ことをきっかけとして、[ありのままでいよう]と変化した。また、家族が[ありのままでいよう]と思う過程には、[誰にも言わずに耐えてきた本人の悲しみを感じる]こと、[こころの病気だからと理解していく]こと、[こころの病気に諦めをつけていく]ことが相互に影響し合っ、本人の[生活のための薬を続けてほしい]という期待と、[こころの病気の人と在る]という自信と信頼があった。この家族の思いは、本人の発病を起点とし、病気や治療に関する出来事の時間的変化を横軸、こころの開放を縦軸として変化することが示された。そして、ある時点から家族のこころは開放に向かっていった。ある時点とは、家族のこころを開放に向かわせた出来事、すなわち、ACTチームとの出会であった（図1）。

以下に、カテゴリーは[ ]、サブカテゴリーは〈 〉で、また、家族の思いが具体的にイメージできる生データは「 」で引用し、9つのカテゴリーの内容を記述した（表2）。なお、誌面の関係上、サブカテゴリーは2つまであげ、生データは文脈を損なわない範囲で中略して記述している。

#### (1) 忘れられない苦しみ

このカテゴリーは、〈こころの病気を知らないころに感じた恐怖は忘れられない〉〈症状や考えていることがわからない困惑と苦勞のなかで生活してきた〉など、3つのサブカテゴリーで構成された。これは、精神疾患と本人に長

表1 本人と家族の基本属性等

家 族			本 人					
ID	続柄	年齢	続柄	年齢	生活形態	診断名	最後の入院期間	ACTの利用期間
1	母	80代	息子	60代	同居	統合失調症	H16年7月～H17年1月	H21年4月～継続中
2	母	70代	娘	50代	同居	統合失調症	H22年3月～H22年5月	H21年4月～継続中
3	父	70代	娘	50代	同居	統合失調症	H22年3月～H22年5月	H21年4月～継続中
4	娘	30代	母	60代	アパート単身	統合失調症	S58年5月～H21年1月	H21年1月～継続中
5	妹	60代	姉	60代	別居	双極性障害	H21年6月～H22年3月	H21年6月～継続中
6	母	90代	娘	60代	同居	双極性障害	H21年6月～H22年3月	H21年6月～継続中
7	叔母	70代	姪	40代	自宅単身	統合失調症	入院歴なし	H21年7月～継続中
8	父	80代	娘	50代	同居	統合失調症	H11年5月～H21年1月	H19年9月～H21年9月
9	母	50代	娘	20代	同居	統合失調症	H15年11月～H16年1月	H21年～継続中

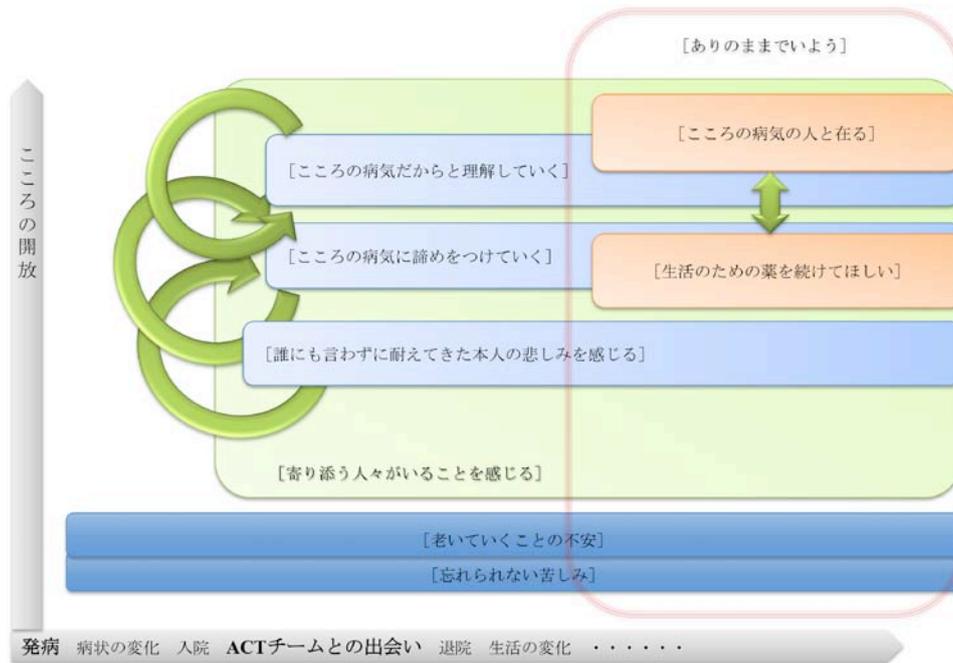


図1 家族の思いの変化の全体像

表2 家族の思いの変化のカテゴリーとサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
忘れられない苦しみ	こころの病気を知らないころに感じた恐怖は忘れられない 症状や考えていることがわからない困惑と苦勞のなかで生活してきた こころの病気のせいで辱められ苦しみ続けた
老いていくことの不安	本人の病気が悪くなり、私（家族）もみれなくなったら、本人は1人では生活していけないだろう 私（家族）の身体が悪いときは、本人の面倒をみることは身体がしんどい腹も立つ
寄り添う人々がいることを感ずる	本人が信頼しているDr、OTたちが生活をみてくれているので、私（家族）も助かる 家に来てくれるNs、PSW、Drたちが、私（家族）のためにも来てくれることがありがたい PSW、Dr、が家に来てくれて、家で診察を受け薬をもらい、さまざまな手続きもできるようになった 病気になったのは、苦しくて耐えられない出来事が本人に重なって起こったことが原因だろう
誰にも言わずに耐えてきた本人の悲しみを感ずる	私（家族）にわかってもらえない怒り、憎しみ、悲しみ、寂しさがあるのだろう 病気で苦しんでいるときに、何もしてあげられなかったことを可哀想に思う 病気とわからず、治療が遅れたり悪くさせてしまったことを申し訳ないと思う
こころの病気だからと理解していく	気分や生活行動が病気に影響されているのかどうかわからない 様子がおかしいときは、それが病気の影響だということがわかり始めた
こころの病気に諦めをつけていく	本人の仕事や趣味や生活習慣で、病気のためにできないものはどうしようもない 本人はこころの病気という自覚がないので、私のほうががまんしていくほかないだろう 本人は外出できないことと対人関係を築けないことがあるので、1人で生活していくことはできないだろう
生活のための薬を続けてほしい	薬が必要なのに自分で飲まないから困る 本人が生活していくための最もよい、できるだけ少ない量の薬で治療して欲しい 本人にはよい状態でいられるように薬を続けて欲しい
こころの病気の人と在る	病気だからできないと決めずに、本人のしたいと思うことをしてほしい 病気でも、本人による健康管理、趣味、したいことは、その気になればできると思える 本人が家で生活を始めたことで、私（家族）も自信がもてるようになった 本人が家で生活をするので、私（家族）の生活が助けられていることがわかった
ありのままでいよう	本人のために私（家族）の生活は変えられない 本人のよい状態が長続きするように、本人のために私（家族）ができることはしてあげたい

い間苦しみ、限界まで耐え抜いてきた過去の経験として、なくすことはできない普遍的事実であり、いままでもこれからも忘れることはないだろう、という家族の思いである。

「いっしょに暮らし始めて、また病気になったんですよ、すごいイライラしてたり、部屋の中に排泄をしてたりしてたんです、家の中を汚してたりするのを覚えてるんですよ、すごい大きな声を出せば一と外へ飛び出て、走って出たりしたような行動があって、それを見たときはすごく怖くて、すごい暴れたりしたのを見て、それがすごく印象に残って、それがすごいもう怖かった」

「それは困るの一言ですな、お金を出せと、お金がない言うたら、ないとはいわせん、どこぞ売ってこいですからな、ですけれども私は先生から、躁は短いと聞いておりましたからな、(中略)、もうしばらくの辛抱じゃ、もうしばらくの辛抱じゃと思ってな、長かったです、本当に辛抱しました、辛抱がよかったのか悪かったのかわかりませんけどな、長かったです」

## (2) 老いていくことの不安

このカテゴリーは、〈本人の病気が悪くなり、私(家族)もみられなくなったら、本人は1人では生活していけないだろう〉〈私(家族)の身体が悪いときには、本人の面倒をみることは身体がしんどいし腹も立つ〉という2つのサブカテゴリーで構成された。本人、家族とも、お互いに歳を重ねていくことは決して避けられない事実である。家族には、本人の病気が悪化することだけでなく、身体的な病気が起こるかもしれないということに加えて、家族自身も歳をとることや病気になるかもしれないことから、本人の世話ができにくくなるような、いまの生活に限界が生じるような出来事が起こりうるかもしれない、という不安がある。このような状況が現実にも起こるかもしれず、そのとき本人は一人でどうなるのだろう、という家族の思いである。

「うちにおっても、歳とって親が亡くなって、どういふふうに住まわすか、それが心配じゃなあ、病院で悪いときは診てもら、よいときは外泊するようにして、いずれは親が先あの世へ行くから、そしたら病院で一生活してもらつつもりじゃったのが、こういう状態(退院)になっただしょう、私らがいよいよしてやれんようになったらどうか、ここではおおかた、4、5年のうちに決めておかんといけん、自分で1人では生活できんものだから、親の傍におった者が急に1人になったらようやっていくなと思うてな、それが心配じゃ」

「今後の不安っていうこともないことはないんだけど、今度は歳をとっていくから、精神的な部分だけじゃなくってね、身体のほうはね、動けなくなったりとか、そういう

ようなことが今後起きてくるんだろうなあと思う」

## (3) 寄り添う人々がいることを感じる

このカテゴリーは、〈本人が信頼している医師や作業療法士たちが生活をみてくれているので私(家族)も助かる〉〈家に来てくれる看護師、精神保健福祉士、医師たちが私(家族)のためにも来てくれることがありがたい〉など、3つのサブカテゴリーで構成された。これは、本人のことをよく理解し、本人からの信頼を獲得している医師、作業療法士、精神保健福祉士、看護師らが、自分を理解してくれ、助けてほしいことに対していつでも来てくれる、という家族の思いである。

「いろいろ平静の様子もみてもらえるし、薬もね、助かる、いちいち自分が行かなくてもいい、それからいろんな手続きもしてくださるでしょうこちらで、そんなことが全部していただける、それは家族としてすごく助かるところだし何といっても本人をみてもらえる時間が長い、本人自身については自分のこころのなかのことが少しずつも言えられるんじゃないかと思う」

「先生がお優しいのに、精神保健福祉士さんや、本当にいい人ばかりおられるんじゃないかと思いました、本当に優しい人、私は、あの先生の患者ではないけれど、家族のことまで心配してくださって、私のことを訊ねてくださるんです、本当にありがたいと思っているんです、(中略)、ときどき私があ、死にたい思うたらバチが当たる、皆でよいようにしてくださるのにな」

## (4) 誰にも言わずに耐えてきた本人の悲しみを感じる

このカテゴリーは、〈病気になったのは、苦しくて耐えられない出来事が本人に重なって起こったことが原因だろう〉〈私(家族)にわかってもらえない怒り、憎しみ、悲しみ、寂しさがあるのだろう〉など、4つのサブカテゴリーで構成された。これは、これまで本人に無理を強いてきたことを振り返りながら、病気であることや病状が影響することを家族にさえ理解されずに苦しんだ本人の思いを感じる、家族の思いである。

「高校時分からちょっとおかしいと思って、いっしょに食事をしたがらんとか、親バカじゃから私はそうとは思わずに、ちゃんとした大学に入れなけん、勉強させに、学校の勉強だけじゃなしに、それから大学行って、大学出たら就職、でもそのころからいろいろおかしいこともあって、引き込みがちじゃったから、私らもわからん、親としては結婚もということになる、そういうこともごちゃごちゃしたんです、(中略)、親は最初馬鹿じゃからわからない、そういう経験がないから病気があることも知らん、対応の仕方わからん、親の罪ですな」

## (5) こころの病気だからと理解していく

このカテゴリーは、〈気分や生活行動が病気に影響され

ているのかどうか分からない)〈様子がおかしいときはそれが病気の影響だということがわかり始めた〉という2つのサブカテゴリーで構成された。これは、ACTプログラムによる支援を受け生活している本人の様子をみることで、本人の言動には病状が影響するとともに、それを受け入れていこうとする、家族の思いである。

「本人はこんなかったんだと思うようになったのは本当にごく最近ですね、それはやっぱりもうちょっと早く病院へやっというたらよかったないうところからね、結局、本人がああ言うこう言うのは結局は病気が言わせていたと家族も冷静なときはそれ言うんですよ、普通は優しい子なんだからそうよねと言うんだけど土壇場になるとやっぱりいかん、結局本人は、思い出したのはまだ本当にごく最近、やっぱりあれは病気じゃったんよね」

#### (6) こころの病気に諦めをつけていく

このカテゴリーは、〈本人の仕事や趣味や生活習慣で、病気のためにできないものはどうしようもない〉〈本人はこころの病気という自覚がないので、私(家族)のほうががまんしていくほかないだろう〉など、3つのサブカテゴリーで構成された。これは、病状が本人の言動に影響することがあるために、本人にはむずかしく、できない生活があるということを受け入れようとする、家族の思いである。

「何かしようとは思いますが、大儀なんじゃなあ、可哀想な子じゃなあと思う、病気の子抱えとる人は皆そう思っているじゃろうと思うけど、(中略)、最初は本気のところで働らきよったからな、やっぱりいろいろあっていやになった、続かんわなあ仕事、続けられたらがんばるんですけどな、運命なんじゃろう」

#### (7) 生活のための薬を続けてほしい

このカテゴリーは、〈薬が必要なのに自分で飲まないから困る〉〈本人が生活していくための最もよいできるだけ少ない量の薬で治療して欲しい〉など、3つのサブカテゴリーで構成された。これは、病気がよくなったり悪くなったりしながらも生活している本人の様子をみて服薬や注射の効果も実感でき、薬は本人の生活をよくするためのものであり、本人に合う適切な薬を続けてほしい、という家族の思いである。

「(薬を)全部止めるつもりはないんです、少なくしていただけるのはありがたい、本人にとっても多分ありがたいことだとは思いますが、本人が普通の生活をできるようにできたらそれはそれでいいと思ってます、何十年前の話かわかんけど、飲んでると頭がおかしくなったりするんだとか、社会復帰できんような身体になるんだとかいうふうなことを聞くとすごいね、心配なことはあるんだけど、(中略)、でもいまはいいかな、本人もいまのところ薬

を飲むことに抵抗を感じていないので」

「社会復帰するにはどうしたらええかいうことを考えにゃあいきません、正常な生活ができるように、(中略)、そういう病気じゃったら、脳ですもの、その程度のきつきによっては、とても大事になる、もう一生、治らんことになってしまうこともある、かえってそういう薬漬けにして、きつい薬でアウトにしてしまう場合もあると思う、本当にその人にもっともよい、薬を考えられる医者がどれだけあるか、自分の娘じゃもの、一生懸命になる」

#### (8) こころの病気の人と在る

このカテゴリーは、〈病気だからできないと決めずに、本人のしたいと思うことをしてほしい〉〈本人が家で生活を始めたことで、私(家族)も自信がもてるようになった〉など、4つのサブカテゴリーで構成された。これは、本人が自分の生活のために必要な行動を本人なりに努力していることや、本人が家で生活していることが家族の役に立ち助けとなることで、こころの病気の人の生きる力を感ぜられるようになり、こころの病気の人が自分自身の生活の励みや自信につながる、かけがえのない存在、という家族の思いである。

「やっといま自分の生活ができてるんじゃないかと思う、生活らしい生活いうか、曲りなりにでも家計簿つけたりとか、すごいなあと思って、この1年で悪い時期はあったけれども、すごく生活しているなって感じ、生活しているなって感じがする、でもうまくできなくて足りないとかよく言うんですけど、でも、やっといま何かこう、入院生活から少し脱出できて、生活ができたかなって感じる、いまは」

「本人も私より早く起きて、食事から毎日してくれとる、私の家内も据え膳で、片づけて洗い物してくれて、外へ出て行っても安心しておれる、(中略)、なんやかんやが助かるんです、そういうようなほうが本人にもいいんです、家も家族にもいいんです、それから世間から、社会的に、世間から見るとここへ帰って来て何(生活)しているんじゃないと、自然にそれが定着してくる」

#### (9) ありのままにしよう

このカテゴリーは、〈本人のために私(家族)の生活は変えられない〉、〈いまのよい状態が長続きするように、本人のために私(家族)ができることはしてあげたい〉の2つのサブカテゴリーで構成された。これは、自分を犠牲にすることはできないけれど、それでもいまの生活が少しでも長く続くことを願いながら、家族として本人が望む生活のためにできることはしてあげたいと、本人のためと自分自身のためにできることをし、できないことは受け入れていこう、という家族の思いである。

「まだまだ、薬だけは飲んでもらって、家である程度は

筋力つけてもらって、週に1回くらいは誰か家族が訪問するあれがずっと続くのかなと思います、できるだけお金がかからないような状態で長続きせないけませんからね、(中略)、本人に対する気持ちはやっぱり、本人も腹の中から自分の気持ちをしゃべる言うこともないですしね、家族も世間話のところから入っているけど、やっぱり、あの歳でね、家族も、いずれいなくなつてね、1人になるでしょう、そしたら仲良くしていかないと、本人が気になるから、何かあるとやっぱり不安でしょうから、という気になっております」

「自分が恥ずかしげに本人の病気を隠していたり、失礼な話と思って、もっと受け入れようと思ったし、もう助けてもらえるっていう安心感もあったり、そういう周囲の人たちの協力、それが自分の気持ちも変わっていく要因になったんだと思う、(中略)、何かこう、本人には本人の人生があるから、自分の思いだけで決めちゃいけないというのがすごく、とは言っても私ができるところだと、ただでも私ができるところだけだったら多分本人の一人暮らしは無理だったと思うけど、助けてくださる人たちがいるから、ありがたいことにできてるなって思う」

### Ⅲ. 考 察

本研究では、ACTプログラムを受けた精神疾患を有する本人の家族を対象とし、本人や本人との生活などについての家族の思いを自由に語ってもらった。その内容を継続的比較的にコード化およびカテゴリー化した後、カテゴリー間の関係性を見出しながら思いの全体像を示した。その結果、家族の思いは、本人がこころの病気になったことへの「忘れられない苦しみ」や「老いていくことの不安」があり続けていることが示された。しかしながら、家族は自分自身に「寄り添う人々がいることを感じる」ようになることで、「誰にも言わずに耐えてきた本人の悲しみを感ずる」ことが示され、さらに、「こころの病気だからと理解していく」こと、「こころの病気に諦めをつけていく」ことで、「生活のための薬を続けてほしい」という期待と、「こころの病気の人と在る」という自信と信頼を獲得し、「ありのままによう」と思うことが示された。

精神疾患のある人の家族に関する先行研究は、本人を世話することによる生活上の困難や批判的態度に言及された内容がほとんどである。しかし、本研究の全体像に示された思いは、「生活のための薬を続けてほしい」という期待と、「こころの病気の人と在る」という自信と信頼のうえに、「ありのままによう」とする肯定的な過程であった。中坪(2010)によると、家族は、本人が精神疾患を発症したことでさまざまな体験をもつが、そこから内省すること

で価値観の転換を行い、肯定的な思いをもつようになるとされている。しかしながら先行研究では、家族の肯定的変化について、第三者による関与の影響は明らかにされていない。本研究結果では、家族は「忘れられない苦しみ」や「老いていくことの不安」がありながらも、「寄り添う人々がいることを感じる」第三者とのかかわり、すなわちACTチームとの出会いのなかで、「ありのままによう」と変化していく過程が示された。このことは本研究による新たな発見であり、家族の思いを肯定的に変化させるための具体的な援助方法として、有用性の高い示唆が得られたと考える。

#### 1. 家族のこころを開放する人間関係

先行研究では、精神疾患のある人の家族は、症状への対応、治療継続への苦勞、将来の不安、家族関係や近所との社会的つきあいがうまくいかない悩みなど、さまざまな生活上の困難があり(岡上ら, 1988; 岡本・國方・茅原・渡邊・折山, 2008)、家族が相談したり助けを求めたりできる支援はほとんどないと感じながら(半澤ら, 2008)、苦悩を抱えているとされる(藤野・山口・岡村, 2009)。本研究の家族も、「忘れられない苦しみ」と「老いていくことの不安」を抱え、「症状や考えていることがわからない困惑と苦勞のなか」で、「こころの病気のせいで辱められ苦しみ続けた」生活を送ってきた。家族は、本人が病気になったことは「悲しかったです、(中略)、心の中じゃ、寂しいというか、顔には出せんから、本心は影があった」「自分自身が受け入れてなかったから、絶対言いたくないと思っていた、(中略)、助けてもらえないというのがあった」と語っていた。Rogers(1970/2007)は、苦悩している人びとの人との関係において、自己の体験をありのままに伝えることができ、それを受け入れてくれる人間関係がない状況は孤独であり、それは絶望に近いとしている。本研究の家族にとっても、誰にも相談することなく助けてもらうこともできなかった境遇での「忘れられない苦しみ」と「老いていくことの不安」とは、われわれには理解しがたい孤独と絶望であったと考える。

しかし、本人がACTプログラムを利用するようになってから、「本人が信頼している医師、作業療法士たちが生活を見てくれるので家族も助かる」ようになり、「精神保健福祉士、医師たちが家に来てくれて、家で診察を受け薬をもらい、さまざまな手続きもできるようになった」。家族は、ACT支援者から自分自身が「助けてもらえるという安心感」や「本人のためだけでなく私(家族)のためにも来てくれて話を聞いてくれる」と語っていた。Rogers(1970/2007)はまた、人が孤独である要因の一つには、あるがままの自分では受け入れられないと感じるからであ

り、故に人は、あるがままの自分が尊重され、受容され、共感されることで信頼を獲得し、内面の変化と人間関係の変化が起こるとしている。本研究の家族も、自分を助けてくれる人の存在を知り、ありのままに受け入れられ、理解してもらえたと感じられたことにより、孤独で絶望的な思いから開放されていったのではないだろうか。そして、家族は、自分のところが孤独から開放されたことで、本人に対しても「誰にも言わずに耐えてきた本人の悲しみを感じる」という共感的な思いをもつように変化していき、「生活のための薬を続けてほしい」という期待や「こころの病気のひとと在る」という自信と信頼を獲得していったと考える。さらに、家族は、受け入れられ、受け入れた思いの変化のなかで、本人も私（家族）も「ありのままによう」と思うようになるのではないだろうか。すなわち、本研究の家族を「ありのままによう」と変化させたものは、孤独と絶望を抱えてきた家族のありのままを受け入れ、共感的に理解し、孤独からの開放と、期待と、自信と信頼を獲得させた、ACT支援者の「寄り添う人々がいると感じる」援助関係にあったと言えよう。このような人間関係を形成させるものは、ACT支援者の家族への一対一のコミュニケーションに留まらず、家族の思いを共有し内面から支えていくことが可能なチームアプローチによるダイナミックなコミュニケーションと、家族の身体的問題も含めた生活にタイムリーかつ積極的、個別的に訪問し、かわり続けることが可能な多様性と柔軟性に富んだ支援力が影響していたと考える。

## 2. 本人のリカバリーを目的とした家族の位置づけと支援の方向性

先行研究によると、家族が本人の病気や生活上の困難などに対する思いを肯定的に変化させる過程において、家族のさまざまな体験を家族自身が内省することで価値観を転換していくとされる（中坪，2010）。しかし、本研究の家族の思いから、家族が「ありのままによう」と変化する過程には、「本人が信頼している医師や作業療法士たちが生活をみてくれているので私（家族）も助かる」とし、「家に来てくれる看護師、精神保健福祉士、医師たちが私（家族）のためにも来てくれる」ことなど、第三者によるかわりの影響が明らかにされた。加えて、家族は、この第三者であるACT支援者とは、家族にとって自分自身が「助けてもらえる人」であり、「支えてくれる人たちがいることが心強い」と思える、「私（家族）のことまで心配してくれる、私のことを訊ねてくれる」存在である、と語っていた。

ACT支援者は、病気がありながらも自分の人生に主体性をもって歩むことができるよう本人を支援するとともに、

本人が家族との絆や家族内での役割を取り戻せるよう家族も含めて支援している（Ragins, 2002/2005）。このようなりカバリー支援には、信頼関係を基盤とする的確な共感、無条件の肯定的配慮、誠実性が必要とされている（Rapp & Goscha, 2006/2008）。他方、わが国の精神科医療は入院が中心とされており、医学モデルによる治療が優先されやすい。その閉鎖的な入院環境は、本人のリカバリーを阻害する要因とさえ言われている（Rapp & Goscha, 2006/2008）。また、入院医療における主だった看護は、薬物治療に伴う服薬援助とその他全般の限られた環境のなかでのセルフケア行動への援助であり、家族支援の具体的方法はいまだ手探りの状態である。病棟看護師が家族とかわることには限界もあり、患者が家族との絆や家族内での役割を取り戻すために積極的かつ個別にかかるとは困難な状況下であろう。しかしながら、本研究で明らかにされた家族との「寄り添う人々がいると感じる」援助関係を形成し、家族が「ありのままによう」と変化した過程に基づくことで、家族が患者との絆や家族内での役割を取り戻すための方法を探り実現させる可能性は、皆無ではない。患者の早期リカバリーのため、看護師には入院初期から家族と積極的にかかわり合い、家族を支援の対象に位置づけた人間関係の形成が特に重要であると考えられる。

今後は、家族を支援の対象として位置づけ、家族の力を信じた信頼関係の基盤をつくること、家族のありのままに心を寄せ尊重すること、家族の体験している感情や意味づけを感じ伝えることなどによる家族との援助関係の形成について、いま一度見直していくことが必要となる。そのための具体的方法は、看護師は家族と積極的に会話し、家族自身の生活、仕事や余暇、健康状態、本人に対する気持ち、何を望んでいるかなど、目の前にいる家族がどのような思いを抱えているのかを知ること、そして、家族のありのままに心を寄せ尊重すること、共感的理解を示すことであり、家族の思いに近づいていくことと考える。その効果はすなわち、家族のこころを開放に向かわせ、本人のリカバリーに協力していく変化を起こす人間関係の形成である、と考える。

本研究の限界と今後の課題について、本研究の参加者は、1県内で展開されているACTプログラムのみ利用者として家族である。分析に際しては可能な限り家族の言葉を用い詳しい記述に努めたが、本研究結果が他の状況や集団において適用可能かどうかの判断には限界がある。今後、本研究により明らかにされた家族の思いを家族とかわり合える看護師など医療者に伝えていくことで、入院中からの家族支援として、「寄り添う人々がいると感じる」家族との関係形成に基づいたリカバリーモデルを構築していくこととし、その際には、本研究結果を入院治療へ適用する

ことについての厳正なる判断と検討を課題とする。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、インタビューにお応えいただきご協力くださいましたご本人とご家族、ならびに参加者紹介にご支援くださいました大和診療所 ACT-Zero の藤田大

輔先生、岡山県精神保健福祉センターの野口正行先生をはじめ、支援者お一人おひとりに、また、精神看護学の観点からご示唆くださいました県立広島大学の折山早苗先生に、心より深謝申し上げます。

また、本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金（若手研究（B））課題番号21792333の助成を受けて行いました。

## 要 旨

本研究では包括型地域生活支援プログラム（ACT）を受けた精神疾患を有する本人の家族を対象に、半構造化面接法によるインタビューを行った。質的記述的研究デザインを用いた縦続比較的コード化とカテゴリー化を行い、家族の思いの全体像を示した。結果、[寄り添う人々がいることを感じる] ことにより [ありのままのよう] と変化する過程が明らかにされた。その具体的な変化は、[忘れられない苦しみ] や [老いていくことへの不安] がありながらも、家族自身に [寄り添う人々がいることを感じる] ことで、[誰にも言わずに耐えてきた本人の悲しみを感じる] 共感的な思いが生じ、さらに [こころの病気だからと理解していく]、[こころの病気に諦めをつけていく] ことで、[生活のための薬を続けてほしい] という思いや [こころの病気の人と在る] という思いの過程であった。家族支援として、家族の思いを肯定的に変化させる関係形成への示唆が得られた。

## Abstract

In this study, we conducted semi-structured interviews of family members of mentally ill individuals who underwent an Assertive Community Treatment program (ACT). We used a qualitative, descriptive study design to codify and categorize data with continuous comparative analysis, which provided an overall picture regarding the thoughts of family members. Our results revealed a transition process in family members' mindset to "I want to leave things as we are, and I become self-congruent" because "I feel like there are people to support us." Although they continued to have "unforgettable suffering" and "anxiety about the mentally ill individual and I getting old", specific changes in the thoughts of family members included a transition to thoughts of empathic understanding such as "I feel the sadness they hold in without telling anyone" from "I feel like there are people to support us". In addition, by thinking "I understand that it is so because they have a mental illness" and "I am accepting that it is so because they have a mental illness", family member-s progressed to think "I want them to continue medications to maintain their lifestyle" and "I exist with people with mental illnesses".

## 文 献

- 藤野成美, 山口扶弥, 岡村 仁 (2009). 統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 35-43.
- 後藤雅博 (2012). 家族心理教育から地域精神保健福祉まで—システム・家族・コミュニティを診る—. 77-174, 東京: 金剛出版.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2007). よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして—. 54-72, 東京: 医歯薬出版.
- 半澤節子, 田中悟郎, 後藤雅博, 永井優子, 関井愛紀子, 田上美千佳, 新村順子, 稲富宏之, 太田保之 (2008). 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因—家族内外の支援状況と家族機能の関連—. 日本社会精神医学会雑誌, 16(3), 263-274.
- 伊藤順一郎, 塚田和美, 大島 巖, 西尾雅明, 鈴木友理子 (2008). 厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究. 平成19年度総括研究報告書.
- 厚生労働省 (2009). ケアマネジメント・ACTについて. 第15回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料 3. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0326-8d.pdf>
- Leff, J. and Vaughn, C. (1985) / 三野善央, 牛島定信 (1991). 分裂病と家族の感情表出. 121-136, 東京: 金剛出版.
- 三品桂子 (2010). 他職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究—新たな地域精神保健システムの構築—報告書. 京都メンタルケア・アクション.
- 中坪太一郎 (2010). 統合失調症患者の家族の心理的プロセス—「期待」と「不安」を繰り返す構造に着目して—. 家族心理学研究, 24(1), 1-15.
- 西川里美 (2012). 地域移行・地域定着支援におけるACT-Zero岡山の取り組み: アウトリーチ支援の可能性と課題. 保健師ジャーナル, 68(4), 298-305.
- 西尾雅明 (2004). ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—. 13-64, 東京: 金剛出版.
- 野中 猛 (2005). リカバリー概念の意義. 精神医学, 47(9), 952-961.
- 沼口亮一 (2007). 統合失調症当事者を含めた単一家族への心理教育の試み. 日本社会精神医学会雑誌, 15(2), 175-183.
- 岡本亜紀, 國方弘子, 茅原路代, 渡邊久美, 折山早苗 (2008). 精神疾患患者を支える家族員の批判的態度に関する因果分析.

- 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 79-87.
- 岡上和雄, 荒井玄傳, 大島 巖 (1988). 日本の精神障害者—その生活と家族—. 88-109, 京都: ミネルヴァ書房.
- 奥野大地 (2008). 精神科診療所における心理教育の意義と効果—家族教室と複合家族教室の効果比較. 臨床心理学研究, 6, 51-65.
- 大島 巖 (1987). 精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. 精神神経学雑誌, 89(3), 204-241.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004) / 近藤潤子 (2010). 看護研究—原理と方法 (第2版). 250-279, 東京: 医学書院.
- Ragins, M. (2002) / 前田ケイ (2005). ビレッジから学ぶリカバリーへの道—精神の病から立ち直ることを支援する. 東京: 金剛出版.
- Rapp, C.A. and Goscha, R.J. (2006) / 田中秀樹 (2008). ストレングスマodel—精神障害者のためのケースマネジメント (第2版). 41-43, 東京: 金剛出版.
- Rogers, C.R. (1970) / 畠瀬 稔, 畠瀬直子 (2007). エンカウンター・グループ—人間信頼の原点を求めて. 131-143, 東京: 太洋社.
- Rogers, C.R. (1989) / 伊東 博, 村山正治 (2001). ロジャーズ選集 (上). 162-185, 東京: 誠信書房.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*, 23(4), 334-340.
- Sono, T., Oshima, I., and Ito, J. (2008). Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(5), 584-590.
- 高木俊介, 藤田大輔 (2011). こころの科学増刊: 実践! アウトリーチ入門. 60-64, 東京: 日本評論社.

[平成25年6月28日受 付]  
[平成26年2月28日採用決定]

## 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を 看護管理者が支援していくプロセス

— 看護管理者が周囲との調整をはかりながら  
自殺に遭遇した看護師の支援を構築していく体験 —

The Process by which Managers Support Nurses who Have Encountered Patient Suicide Mental Hospital:  
A Nursing Manager's Experience in Building Support for Nurses who Have Encountered Suicide  
while Interacting with their Environment

寺岡 貴子  
Takako Teraoka

キーワード：精神科病院, 自殺, 看護管理者, 支援, プロセス

Key Words : psychiatric hospital, suicide, nurse manager, support, process

### はじめに

日本医療機能評価機構の調査によると、過去3年以内に入院患者の自殺を経験した医療機関の割合は、一般病院の場合は29%、精神科病床を有する病院の場合は66%に及ぶと報告されている(南・岩下・河西, 2006)。自殺の実態調査によると、自殺既遂者の約9割(89.2%)が、死亡時点で何らかの精神疾患に罹患していた可能性がある(加我, 2010)と指摘され、自殺は精神疾患と密接に関連していることが知られている。このような背景から、精神科医療機関では自殺の問題をもつ患者と出会う機会が多く、患者の自殺予防へのさまざまな取り組みがなされている。しかし、最善の医療や看護を提供したとしても自殺を予防できない場合がある。

病院内における自殺は重大事故として処理されるが、自殺に遭遇した医療従事者のストレスははかり知れず、精神科病院で働く看護師の脅威体験についてインタビューした調査では、看護師が脅かされた体験の一つとして患者の自殺があげられている(富川, 2008)。実際に、患者の自殺に遭遇した体験のある精神科看護師の割合は55.0%を占め、それらの看護師のうち、「Impact of Event Scale-Revised」(以下、IES-R)の得点が88点中25点以上であり、心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder: PTSD)のリスクが高いとされる看護師の割合は13.7%を占めているという報告(Takahashi, et al., 2011)もある。さらに、患者の自殺・自傷に遭遇した経験が精神科看護師のストレッサーであることを明らかにした調査(山崎・齋・

岩田, 2002)もある。ほかにも、患者の自殺に直面した精神科看護師が自責感や緊張、不安、無気力といった心理的反応を示すことや、なかには10年以上もの間、自責感、無気力を抱き続ける看護師が存在することを示すとともに、男性は「嗜好品(飲酒・喫煙)」、女性は「人に話を聞いてもらう」といった対処行動をとる傾向にあったことを示す調査(折山・渡邊, 2009)もみられる。

筆者が行った患者の自殺に遭遇した精神科看護師の反応とプロセスの研究では、精神的衝撃が持続し、直面化を回避する傾向にある様相を示した看護師は、患者の自殺を受け入れられずに自殺現場を避けることや、考えないようにするなどの行動をとっていた(寺岡, 2010)。これらは回避的な行動でもあったが、看護師が患者の死を受け入れ、時間をかけて悲嘆のプロセスをたどっていくためには必要な行動であることを示唆する研究調査(Valente & Saunders, 2002)もある。また、患者の自殺が看護師に与える影響として、心理的影響、生活面での影響、職務への影響を明らかにした調査(坂田, 2013)や、自殺に遭遇した看護師の示す反応に対する影響要因として、看護師の背景、周囲からの支援、対処行動などについて調査したものがある。この調査では、自殺に遭遇した看護師の示す反応に対する影響要因には、上司に対して素直に感情を表出したことによって、自身の恐怖感が緩和した体験(寺岡, 2013)が述べられており、上司である看護管理者の支援の重要性が示唆されている。加えて、病棟内で起こった自殺は、医療事故として取り上げられ、「看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」が作成され、医療事故

発生時の対応が示されている（日本看護協会，2002）。しかし，病棟の管理者である看護師長は，事故後に過負荷になっており，部下の指導や入院患者への対応に困難を感じている（山内・高木，2004）ことや，看護師長が医療事故後の対応に困難を抱えていることを報告している。この報告では，看護師長が体験している困難さは，事故後の対応における組織の課題を反映したものであり，危機管理に向けたコミュニケーションの質を高めること，事故後の患者や家族への倫理的対応，看護師長を側面から支える支援体制づくりの必要性が示唆されている（福田，2009）。このように，患者の自殺に遭遇した看護師の反応や対処行動，影響，看護管理者のリスクマネジメントやその困難さについては少しずつ明らかになってきているが，精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師に対する看護管理者の支援に特化した研究は見当たらなかった。そのため，本研究では精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師に対して，看護管理者が支援を構築していくプロセスを明らかにする。本研究を通して，看護管理者が自殺に遭遇した看護師の支援をするための基礎資料になると考える。

## I. 用語の操作的定義

「患者の自殺に遭遇した看護師」とは，患者の自殺を発見した，あるいは自殺の場面に居合わせ，直接的に自殺の場面を目の当たりにした看護師のことを示す。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的帰納的研究とする。

### 2. 研究対象

精神科病院で自分の部下である看護師が自殺に遭遇したときに，看護管理者としてその看護師を支援した経験をもつ者とした。また，そのときに看護師長以上の職階をもち，なおかつ直接的にその自殺の場面を「目の当たりにしなかった」看護管理者を対象とした。自殺を「目の当たりにしなかった」看護管理者を選定したのは，部下である看護師に対する支援の内容を客観的に想起しやすいのではないかと考えたためである。また，インタビューから逆算し，過去3年以内に自殺に遭遇した者とした。それは，記憶に新しいエピソードのほうが，支援の内容を詳細に語るができると考えたためである。

### 3. データ収集方法

対象者には，半構造的質問項目に基づいて面接調査を実

施した。質問内容は，自殺の起きた状況，自殺に遭遇した看護師への対応，かかわり，配慮した点とそれらの言動の意味などを問うもので，対象者には経過を追って極力自由に語ってもらうように配慮した。また，面接内容は，対象者の同意を得たうえでICレコーダに録音した。録音の同意が得られなかった1名の対象者には，話の流れを止めないように配慮しながら，同意を得たうえでインタビュー内容を研究者が記述した。面接は1人1回実施し，1人あたりの平均面接時間は65分であった。調査期間は2011年1月～11月であった。

## 4. 分析方法

分析はアメリカの社会学者GlaserとStraussによって開発された「グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach)」をより実証的に開発された「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA)」(木下，1999；2003)を用いた。M-GTAは，限定された範囲内において人間の行動の変化と多様性を説明でき，実践的活用が可能である。本研究の対象者が限定された関係にあること，その関係性におけるプロセスに着目した分析を行うことから，M-GTAが分析に適していると判断した。

分析は以下の手順で行った。本研究では，分析焦点者は「患者の自殺に遭遇した看護師を支援する看護管理者」，分析テーマは「看護管理者が周囲との調整をはかりながら自殺に遭遇した看護師の支援を構築していく体験」とした。次に，自殺に遭遇した看護師とかかわる看護管理者の逐語録を繰り返し読み，分析焦点者と分析テーマに焦点を当てて検討し，分析ワークシートを作成した。ワークシートには，概念名，定義，具体例であるヴァリエーション，理論的メモを概念ごとに作成した。具体例の欄には，データのなかで着目した文脈，定義欄には，検討したうえで，採用した具体例に対する解釈，理論的メモの欄には，重要な解釈案，そして，概念名の欄には，定義を凝縮した言葉を記入した。分析は，最も多くの概念が含まれていると思われる看護管理者のデータから分析をはじめ，順次分析を進めていった。概念の生成は，類似と対極の2方向で比較検討を行い，類似例に関しては具体例を追加し，対極例に関しては新たな概念を生成し，類似例が出尽くしたところで理論的飽和と判断した。概念を生成するのと同時並行で概念間の関係を検討し，カテゴリー，コアカテゴリーを生成し，結果図を作成し，ストーリーラインを示した。なお，一連の分析過程においては，精神看護の研究者と九州「M-GTA研究会」のスーパーヴァイズを受けた。

## 5. 倫理的配慮

本研究は活水女子大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究参加を確認する際に自由意思での参加であること、研究参加の拒否・撤回ができること、その際、不利益は被らないこと、個人情報保護の厳守、結果の公表方法などを文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。また、自殺が発生したときのことを想起することによって、対象者が必要以上に心理的な苦痛を感じないように配慮するとともに、いつでもインタビューの中断が可能であることを十分に保障した。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 看護管理者の背景

対象者は10名（男性4名、女性6名）で、平均年齢は50.8歳（SD = 5.4）、平均看護経験年数は29.4年（SD = 5.3）、平均精神科看護経験年数は20.7年（SD = 9.6）、平均師長以上の看護管理経験は11.3年（SD = 6.5）であった。対象者は看護部長が2名、副看護部長が2名、看護師長が6名であった。これまでの看護経験において、直接的に患者の自殺に遭遇した経験がある者は7名、自殺に遭遇した経験がない者は3名であった。

### 2. ストーリーライン

【誠実に向き合う姿勢】【感情の和みへの導き】【自殺による影響の見極めと管理的な対応】【戸惑いながら支援に向かう】【自殺の再発予防に向けたシステムの改善】【看護師の成長の促進】の6つのコアカテゴリーで構成された（図1）。まず、結果図全体の説明をストーリーラインとして述べ、次に、概念とカテゴリーについて具体例をあげて説明する。なお文中では、コアカテゴリーは【 】, カテゴリーは《 》, 概念は〈 〉, 具体例は「ゴシック体」で示す。また、文脈を理解しやすくするために研究者が補った部分を（ ）で示す。さらに、自殺の方法など、個人や施設が特定されないように最小限の加筆修正をした。

看護管理者は《遺族への対応》として看護師とともに遺族に会い、遺族が患者の自殺を受け止めることができるように支援しようとしていた。さらに、患者の自殺に遭遇した看護師だけではなく、看護チーム全体に対して、患者の自殺の状況に関する《正確な情報提供》を行い、誤解が生じないように配慮していた。看護管理者の【誠実に向き合う姿勢】がこれらの配慮の基盤にあり、これは看護チーム全体の不安を緩和することにつながっていた。さらに、看護管理者は自殺に遭遇した看護師の《心理的負担の緩和》に努め、その看護師の心情を受け止め、心のよりどころに

なろうとしていたが、そこには看護管理者が看護師へ強く《関心を寄せる》様相があった。また、看護管理者は自身の長い精神科看護の体験を引き合いに出し、自己の体験を語り自自殺に遭遇した後にみられる心理的な反応について説明することによって、看護師がたどるであろう筋道を示そうとしていた。同時に、看護管理者は自殺に遭遇した看護師に対する期待や励ましを伝えることで、【感情の和みへの導き】を意図したかわりをもとうとしていた。さらに、自殺に遭遇した看護師が複雑な感情を呈していることを十分に理解したうえで、看護師が支援を受けていると実感でき、また安心感を抱くことができるように、時間をかけて《絶え間ない支援》を行っていた。同時に、看護管理者は自殺に遭遇した看護師の《日常生活への影響を把握》し、看護師がおかれている状況を多角的に理解しようと努めていた。また、患者の自殺を自責的に受け止めている看護師には、患者の自殺という事故が生じた管理責任の一端が看護管理者にあることを説明し、自責的な思いを増幅させないようにしていた。ほかにも、自殺に遭遇した看護師が、看護チーム内で孤立感を強め、病棟内で居心地の悪い思いをしなくても済むように、《周囲の人とのあいだに立つ》ことで相互のコミュニケーションを促進していた。さらに、自殺に遭遇した看護師の心理的反応が強い場合には、勤務につけるかどうかを判断し、状況に応じて積極的に勤務調整を行うなどの対策を講じていた。さらに、患者が自殺した現場での勤務の継続が困難な場合には、看護師の意向を確認しながら人事異動による勤務場所の変更が可能であることを説明していた。このような管理的な支援は、《自殺による余波への対応》としての意味合いが強かった。看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の立場や状況を把握するとともに、積極的に支援のあり方を模索していたが、看護師にとっていちばん支えになる人との結びつきこそが重要な要素であると考えられていた。特に過剰なストレスに曝され、身体的にも精神的にも変調をきたしている看護師には、看護管理者が一人でその局面へ介入しようとはせず、《人的資源の活用》を念頭において看護師への支援体制を整えようとしていた。このような【自殺による影響の見極めと管理的な対応】への取り組みは、特に看護管理者として欠くことができない視点として語られていた。

しかし、自殺に遭遇した看護師に誠実に向き合い、感情の和みへの導き、個々への影響をていねいに見極めて対応していくという流れのなかで、看護管理者は常に葛藤を抱えていた様相が語られた。それは、自殺に遭遇した看護師への支援の適切性や、自分自身が管理者として役割を果たしているのかどうかを自問自答するようなものだったが、このような状況のなかでも、看護管理者には【戸惑いながら

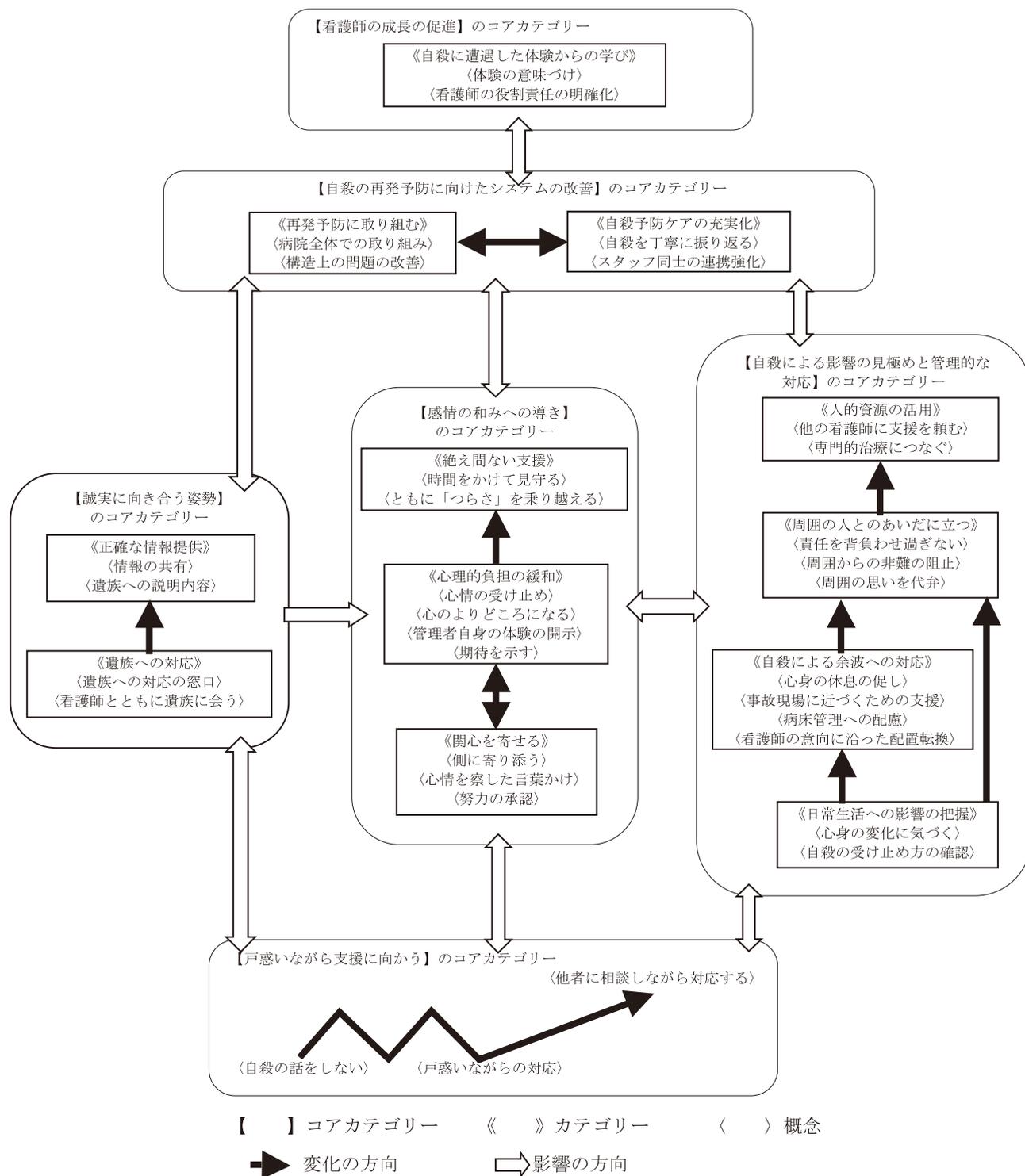


図1 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくプロセス

支援に向かう」という行動が求められていた。さらに看護管理者は、自殺に遭遇した看護師への支援と同時に、《再発予防に取り組む》ことや《自殺予防ケアの充実化》を目指すといった、【自殺の再発予防に向けたシステムの改善】にも取り組んでいた。これには、自部署のみならず、組織全体に自殺の手段となった構造上の問題点とその改善策について進言し、看護師が安心して働くことができるような

環境調整に力を入れていくという意味合いが含まれていた。そして、最終的には自殺に遭遇した看護師が、《自殺に遭遇した体験からの学び》を感じ取り、それが【看護師の成長を促進】するものとなるように、看護管理者は意図的なかわりをもとうとしていた。これは、自殺に遭遇した看護師への支援の着地点として語られていた。

### 3. コアカテゴリーごとのカテゴリー、概念の説明

#### (1) 【誠実に向き合う姿勢】

このコアカテゴリーは、看護管理者が試行錯誤しながらも自殺に遭遇した看護師やその周囲のスタッフ、遺族に真摯に向き合うことで、看護師を労い、また不安を軽減しようと働きかけることを含んでいる。看護管理者が《遺族への対応》の窓口となり、同時に、自殺に遭遇した看護師やその周囲のスタッフへ《正確な情報提供》を意識的に行うことである。

《遺族への対応》とは、自殺に遭遇した看護師とともに遺族が患者の自殺を受け入れられるように支援を行うことである。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

〈遺族への対応の窓口〉の定義は、遺族が自殺を受け止められるように、遺族とともに過ごす時間をもつことである。「(自殺をした患者の) 家族が月に1~2回、病院の自殺した場所に来ていたのですが、いまは新しい患者さんがいるので、病棟を見ていくことは断りました。親族は命日に病院のほうに必ず来ていたので、気がついたときには行くようにしていました」と語ったA看護管理者は、遺族の要望に応え、「(自殺をした) 患者の家族が自殺を現実と受け止められずに困惑していたので、自殺当時に担当だった看護師が何とも言えない表情をしていたので、私が家族を別室に呼んで話を聞くようにしました」と語ったH看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の負担にならないように配慮しながら、遺族が自殺を受け止めていけるように支援を継続していた。

〈看護師とともに遺族に会う〉の定義は、自殺に遭遇した看護師と一緒に葬儀に参列し、遺族に会うことである。これには、遺族の対応によって自殺に遭遇した看護師の感情の変化が起こることが含まれている。「師長と主任と当事者(自殺に遭遇した看護師)とお通夜とお葬式に行ったときは辛かったです。行ってよかったのは、家族がスタッフとわかって『お忙しいのにありがとうございます』とってくれました。家族に対して申し訳ないという気持ちがあったので、当事者も少し楽になったのではないかと思います。(中略) 家族はスタッフとわかって自分から言ってくれました。大きな祭場ではなかったので、お通夜に行くのは緊張しますね。家族から言われてしまうこともあるので、そのときは謝るしかないけど……家族の辛さを感じることができると思うので、当事者はそのことを考えないといけないと思います。でも、自分を追い込んでしまうこともあるので、将来に影響すると思うので、そこは気をつけていかなければならないですね」と語ったA看護管理者は、自殺をした患者の葬儀に看護師と一緒に参列し、遺族からの言葉を受ける機会でもあった。

《正確な情報提供》とは、患者の自殺に関する誤った情

報や思い込みによって、自殺に遭遇した看護師を含むチーム全体が過剰な不安をきたさないように、患者の自殺前後の正確な情報を公開し、共有化をはかることである。これには、自殺に遭遇した看護師の不安を軽減させることが含まれている。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

〈情報の共有〉の定義は、把握している患者の自殺に関する情報を積極的に公開し、それをチーム全体で共有していくことである。「患者の自殺の情報を、そのときにわかっている範囲でスタッフにも伝えていきました。何も話さないと推測したことが噂で流れていくので、自殺に遭遇した看護師、スタッフにとってもよいことではないと思います。また、今後の自殺を予防することにもつながるので、チームとして勤務をしていくうえで必要な情報は流すようにしました」と語ったH看護管理者は、患者の自殺の状況やその後の対応などの情報を共有することに努めていた。

〈遺族への説明内容〉の定義は、自殺に遭遇した看護師が気がかりに思う遺族の反応や、遺族と病院側との話し合いの内容を伝えることで、看護師の緊張状態を緩和しようとする試みである。「家族によっては、病院側の過失じゃないのかと言われかねないからですね。その辺はきちんと家族に説明をしています。(今回、自殺をした人は) 数回目の入院だったので、『お世話になりました。ご迷惑をかけてすみませんでした』と言ってもらえたので、自殺に遭遇した看護師には、『家族とは特に問題になりそうもないから』と伝えました。本人たち(自殺に遭遇した看護師)はほっとした表情をしていました」と語ったD看護管理者は、遺族の反応は自殺に遭遇した看護師の気持ちを左右するものであるが、そのような看護師の心情を察しながら、遺族の反応や遺族との話し合いの内容をそのつど看護師に説明しようとしていた。

#### (2) 【感情の和みへの導き】

このコアカテゴリーは、看護管理者が自殺に遭遇した看護師が抱える身体・精神的な負担を把握したうえで、感情の吐露を促進し、心理的な負担を軽減させようと試みていくことである。自殺に遭遇した看護師は複雑な感情を呈していることから、看護管理者は患者の自殺の連絡を受けるとすぐに駆けつけて、自殺に遭遇した看護師へ《関心を寄せる》とともに《心理的負担の緩和》をはかっていくという流れがあった。また、自殺に遭遇した看護師は複雑な感情を呈していることから、時間をかけて《絶え間ない支援》を行うことでもある。

《関心を寄せる》とは、看護管理者が周囲の状況を把握すると同時に、自殺に遭遇した看護師に関心を寄せ、看護師の状態に呼応した支援を行うことである。このカテゴリーは、以下の3概念で構成される。

〈側に寄り添う〉の定義は、患者の自殺後にすぐに駆けつけて、患者の自殺の状況を確認し、動揺している自殺に遭遇した看護師に寄り添うことである。「当日にかかわっていた看護師さんから直接電話をいただいて、患者さんが自殺したことを聞いた後、すぐに病院に行きました。自殺だったのですぐに行って、一緒にかかわっていきました」と語ったF看護管理者は、看護師が自殺に遭遇することの衝撃を予想し、勤務時間外でもすぐに駆けつけ、近くにいることで少しでも支えになりたいと願っていた。

〈心情を察した言葉かけ〉の定義は、自殺に遭遇した看護師の心情を十分に汲み取りながら行う声かけのことである。「若い人や女性だったらまた違ったのかもしれないですけどね。ある程度しっかりされていて、経験もあるし、何回か遭ったと言われるけれど、でも、そういう人たちでもやはり辛いなと思って、そのときには『きつかったね』と声をかけましたね」と語ったF看護管理者は、自殺に遭遇した看護師が表現しきれない心情を推察しながら声をかけていた。

〈努力の承認〉の定義は、自殺に遭遇した看護師の対応を認め、労いの言葉をかけることである。「本人（自殺に遭遇した看護師）たちは、精神的にかなりきつかったようでした。だから、少しでも楽になればいいなと思って『本当に大変だったね。その後の対応もしっかりやってくれたね……』と伝えました」と語ったI看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の自殺前後の対応に対する肯定的評価を伝えていた。

〈心理的負担の緩和〉とは、自殺に遭遇した看護師が思いを吐露できるような環境を整えていくことである。このカテゴリーは、以下の4概念で構成される。

〈心情の受け止め〉の定義は、患者の自殺によって生じた看護師の複雑な思いを無条件に受け止めることである。「（自殺に遭遇した看護師は）淡々として、ちゃんとお見送りもして。でも最後はやはり、多分ぐっときたものがあって。患者の死化粧をしたあとに、それを見て自殺に遭遇した看護師がどっと泣いていたので、泣けるというのはいいいのかなと思って、しばらく近くにいました」と語ったF看護管理者は、溢れ出す感情表出を支持していた。

〈心のよりどころになる〉の定義は、自殺に遭遇した看護師が援助を求めたいときにいつでも頼れる存在になることである。「私も（自殺に遭遇したときに）そういうふうに他の先輩からとか上司からいつでも話せる場というか頼れる場があったから助かったし、人に話すことで自分が楽になることもあるから、話してみてもいいかたちで声をかけましたね」と語ったC看護管理者は、話しやすい雰囲気をつくり、看護管理者をいつでも頼って構わないと保障していた。

〈管理者自身の体験の開示〉の定義は、看護管理者が患者の自殺に遭遇した体験を開示することによって、より共感的に自殺に遭遇した看護師の体験を受け止めようと働きかけていくことである。「『自殺が起こるなんて全く予測していなかったので、気が動転していて目の前で起こっていることと認識できずに、遠くで起こっているような感覚になってしまって。いつもどおりに動けなくて後悔したり、家に帰ってからも自殺の光景が思い浮かんできて怖くてたまらなかった。看護経験がある程度あってもこんな状態になるんだ、と正直自分でも驚いたね。だから、あなたにいま、起きてる反応って正常な反応なんだよ。（中略）いまは、苦い体験を活かして、患者さんの自殺を防いでいくことが亡くなった患者さんへの報いと考えられるようになったけど、それには、かなり時間がかかったかな』（自殺に遭遇した看護師は）『自殺にあたった人にしかわからないと思ってしまって、仕事も続けられるか心配だったけど、少しわかった気がする』と話していたので、自分の体験を話すことは必要なことだと実感しましたね」と語ったI看護管理者は、自殺に遭遇した体験を開示することによって自殺に遭遇した看護師の体験に近づこうとし、看護師の体験を支持するように働きかけていた。

〈期待を示す〉の定義は、患者の自殺というつらい出来事に遭遇した看護師に対して、看護管理者が期待や希望を伝えることである。これには、患者の自殺を乗り越えて、看護師を継続して欲しいという思いが含まれている。「『多分、いまがいちばんつらいだろうけれど、これを乗り越えたらすぐぐよ看護師さんになると思う』と言いました。それは結構、彼の心に残ったみたいで、『そう言ってくれているのでよ看護師になれるように、ここは乗り越えていきたい』と言ってくれました」と語ったG看護管理者は、自殺に遭遇した看護師を励まし、そして力づけていた。

〈絶え間ない支援〉とは、自殺に遭遇した看護師は複雑な感情を呈していることから、長期的な支援を行うことである。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

〈時間をかけて見守る〉の定義は、自殺に遭遇した看護師に生じている複雑な感情に対して、時間をかけて支援を行っていくことである。「本人たちがニコニコしていればいいですけど、あまり笑っていなかったらこちらから『どう？』という感じで声をかけていますね。他の人に比べて気にかけているというのはあります。事故とか自殺に遭遇したスタッフには、『あのときは大変だったね』とか、継続して見守っている部分はありますね」と語ったC看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の状態や反応を注意深く見守りながら、自殺直後だけではなく、その後も長期的な支援を行っていた。

〈ともに「つらさ」を乗り越える〉の定義は、自殺に遭

遇した看護師とともにつらい状況を進んでいくことである。「『私もきついけど、師長さんも同じくらいきついと思います』と本人が言ってくれたので。(中略)『お互いに乗り越えていきましょうね』というのは、会話のなかで何回も出た言葉だと思います。多分〇〇さんから言われたんじゃないかな」と語ったG看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の心情に共感を示していた。自殺に遭遇した看護師は看護管理者も同様につらい状況であることを理解し、双方で支え合っていた。

### (3) 【自殺による影響の見極めと管理的な対応】

このコアカテゴリーは、自殺に遭遇した看護師への影響を見極め、勤務の負担を軽くしたり、必要な支援が行き届くように看護管理者が配慮していたものである。看護管理者は自殺に遭遇した看護師の身体的・精神的な負担や《日常生活への影響の把握》に努めるとともに、自殺に遭遇した看護師の状態に応じて、《自殺による余波への対応》がどの程度必要かを判断していた。それには、勤務形態への考慮や自殺に遭遇した看護師と周囲のスタッフとの関係性の把握、さらには、周囲のスタッフに事情を説明し、自殺に遭遇した看護師が安心して働けるように《周囲の人とのあいだに立つ》ことである。さらに、自殺に遭遇した看護師が適切な時期に支援を受けられるように《人的資源の活用》を積極的に行うことである。

《日常生活への影響の把握》とは、看護管理者が自殺に遭遇した看護師の身体的・精神的な負担を把握していくことである。これには、看護師の自殺に対する受け止め方が日常生活に大きく影響していることが含まれている。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

〈心身の変化に気づく〉の定義は、自殺に遭遇した体験が看護師の日常生活に影響を及ぼしていないか、身体面や精神面を注意深く観察することである。「本人は、夜、電気を消して眠れないとか、患者の自殺を思い出すというフラッシュバックみたいな現象があるので、できるだけ1人にならないようにしているとっていました」と語ったG看護管理者は、会話のなかから自殺に遭遇した看護師の体験を把握し、身体面や精神面に変化がないかを気にかけていた。

〈自殺の受け止め方の確認〉の定義は、自殺に遭遇した看護師が患者の自殺をどのように捉えているかを確かめていくことである。「今回の自殺のことを本人自身がどのように思っているかが気になったので、自殺があってから数日後に個人面接をしました。そこで、『巡回をもう少し密にして、多少でも息があるときに気づければよかった』と知っていることを知りました。(中略)最後に、本人には、『つらいときや何か話したいときにはいつでも言ってね』と伝えました」と語ったI看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の後悔や

自責の念を受け止めていた。

《自殺による余波への対応》とは、自殺に遭遇した看護師が抱く複雑な感情に配慮しながら職場環境を調整していくことである。このカテゴリーは、以下の4概念で構成される。

〈心身の休息の促し〉の定義は、自殺に遭遇した看護師の状態に応じて看護管理者が勤務形態を考慮して、看護師の心身の休息を促していくことである。「夜間帯は少ない人数で勤務をしているので、自殺現場の巡視を変ってもらいにくいので、『夜勤どう? もしつらかったら回数を減らしてもいいよ』と話しましたね。また、相手のほうをベテランの男性にしたり、管理夜勤の師長の配置を考えました」と語ったC看護管理者や、「その人の状態によってですが、自殺の後、数日間は休暇をとってもらいました。その後、仕事に出てきてもらって、いつもと様子が違う場合には、本人と相談して半日勤務にしたり、『夜勤で巡視に行くのが怖い……』ということだったので、夜勤の回数を少なくするようにしました」と語ったJ看護管理者は、自殺に遭遇した看護師のニーズを確認しながら、休息を優先できるように勤務体制を整えていた。

〈事故現場に近づくための支援〉の定義は、患者の自殺に遭遇した看護師が自殺現場に近づけなくなっていることに気づき、周囲のスタッフへ協力を求めながら、看護師が少しずつ近づいていけるように支えていくことである。患者の自殺後から「(自殺に遭遇した看護師が)亡くなった患者さんがいた部屋に行けなくなっていたので、ベテランの看護師に依頼して、しばらくは一緒に行ってもらおうようにして、徐々に見守りに変えてもらうようにしました。みんな忙しいのに快く引き受けてくれたので、本当にありがたかったです」と語ったI看護管理者は、自殺に遭遇した看護師が自殺現場となった病棟内でも少しずつ安心して働けるように、周囲の協力が得られるように働きかけていた。

〈病床管理への配慮〉の定義は、患者の自殺の起きた部屋に新しい患者を入室させる際には、自殺した患者と症状や面影が似ている患者を選択しないように配慮することである。「(患者の自殺の起きた部屋に)最初に入れる患者さんには気を遣いました。最初に入る人は、自殺した人と似た人じゃない人を選ぶようにしました。そこら辺はやはりきついなと思ったので、慎重に選びました」と語ったF看護管理者は、自殺した患者のいた部屋に新たな患者を入室させる場合には、看護師の負担にならないように十分な配慮を行っていた。

〈看護師の意向に沿った配置転換〉の定義は、自殺に遭遇した看護師の勤務状況を把握し、看護師と相談しながら、病棟異動を検討していくことである。「ちょうど異動の時期だったので、自殺に遭遇した人のことを副院長や産業

医に相談をして。ずっと夜勤も外して、やっと夜勤ができるようになってきたけど、やはり事故のあったエリアにはまだ入れないという状態だったので、この先ずっと入らないと仕事はできないだろうし、しばらく全く違う環境に勤務してもらったほうがいいんじゃないかということで、最終的には本人と相談して配置を決めたんですよ」と語ったH看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の状態を見極め、本人と確認し合いながら配置転換を行っていた。

《周囲の人とのあいだに立つ》とは、自殺に遭遇した看護師の人間関係を的確に見極め、職場で孤立しないように、周囲のスタッフに現状を説明し、職場の対人関係を調整していくことである。このカテゴリーは、以下の3概念で構成される。

《責任を背負わせ過ぎない》の定義は、自殺に遭遇した看護師の自責感や負担感などの精神的な負担感を必要以上に強めないように、看護管理者が責任の一部を肩代わりすることをはっきり伝えることである。「自殺に遭遇した看護師1人の責任ではなく、私にも責任があるからと話をしました。それは、本人が10責任を感じていたら6ぐらいは私に責任があるよという気持ちで言いました。本人は『ありがとうございます』と言っていました」と語ったA看護管理者は、自殺に遭遇した看護師だけの責任ではないことを明確に説明することで看護師が過度の責任を感じることを防ごうとしていた。

《周囲からの非難の阻止》の定義は、自殺に遭遇した看護師が患者の自殺によって生じた他者からの批判を受けることを防いでいくことである。「看護部長までは私たちの気持ちわかりますが、他の人は事故処理、家族の反応、家族が何か言ってきてないか、と体裁が先にくるので、自殺に遭遇した看護師が責められないように配慮しました」と語ったI看護管理者は、自殺に遭遇した看護師が他者から責められることがないように、周囲の動向に関心を寄せながら看護師を守ろうとしていた。

《周囲の思いを代弁》の定義は、看護管理者は自殺に遭遇した看護師が視野狭窄に陥り、周囲に敏感になっていることに気づき、職場の対人関係を調整していくことである。「休暇をとってもらっている間は、1日1回は電話をして話を聴くようにしていました。そこでわかったのは、まわりの人たちが（自殺に遭遇した看護師に）どういう声かけをしたらいいのかわからなかったようで。それで、その雰囲気『自分はどう見られているんだろう』と本人（自殺に遭遇した看護師）はとったみたいで、『みんな心配はしているんだけど、みんな、かける言葉を見つけきれないでいるんだろうね』と伝えるようにしました」と語ったG看護管理者は、自殺に遭遇した看護師が周囲の状況を敏感に感じていたことに気づき、周囲のスタッフの思いを伝える役割

を担っていた。

《人的資源の活用》とは、自殺に遭遇した看護師が通常の生活を取り戻せるように、適切な時期に適切な支援が受けられるように調整していくことである。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

《他の看護師に支援を頼む》の定義は、自殺に遭遇した看護師への支援を他の看護師に依頼、調整していくことである。「過去に患者の自殺にあたった看護師には、『あなたも〇年前に患者さんの自殺にあったことがあるから、今回、自殺にあたった人の気持ちをわかってあげられると思うから、サポートしてあげてね』と伝えと、その後、夜勤のときに話してくれたようです」と語ったI看護管理者は、自殺に遭遇した看護師に対して支持受容的なかわりができそうな看護師へ支援を依頼していた。

《専門的治療につなぐ》の定義は、自殺に遭遇した看護師の精神的な動揺が著しい場合には、精神保健専門家への相談や、専門医療機関への受診を勧めていくことである。「あまり不眠が続くのであれば、『産業医の先生に診てもらったらどうかな』と言いました。先生にも『患者さんの自殺に遭遇したことを気にしているみたいです』と言ったら、先生も結構気にかけて下さって、本人といろいろ話をしてくれました」と語ったF看護管理者は、自殺に遭遇した看護師を身近な産業医につなぐように橋渡しを行っていた。また、「日に日に自殺に遭遇した看護師の元気がなくなっていたので、事前に精神科医に患者の自殺にあたった後から食事や睡眠がとれなくなってきたことを説明してから、看護師に受診を勧めました。1週間後には『少しずつ眠れるようになってきました』と報告してくれたので、早目に受診させてよかったと思っています」と語ったJ看護管理者は、自殺に遭遇した看護師の精神的負担の程度を見極めながら、適切な時期に受診できるように調整をはかっていた。

#### (4) 【戸惑いながら支援に向かう】

このコアカテゴリーは、病棟内で患者の自殺が起こったときの対応や、自殺に遭遇した看護師の支援に苦慮しながらも、管理者として取り組むべきことを見失わずに、戸惑いながらも支援を継続しようとすることである。このコアカテゴリーは、以下の3概念で構成される。看護管理者は、自殺に遭遇した看護師が必要以上に自殺のことを追想することによる負担を軽減するために〈自殺の話をしないう〉ことや、自殺に遭遇した看護師を含むスタッフに管理者としてどのような対応が望ましいのか〈戸惑いながらも対応〉したり、看護管理者の役割を模索しながらも〈他者に相談しながら対応する〉というような【戸惑いながら支援に向かう】という様相のことである。

〈自殺の話をしないう〉の定義は、看護管理者は自殺に遭遇した看護師が患者の自殺を想起させることを避けた

めに、配慮することである。「直接そのこと（患者の自殺）にふれるというのは、なかなかこちらにも勇気がいることだし、相手（自殺に遭遇した看護師）にそれを思い出させる場面も出てくるだろうから、ちょっと躊躇するんですけど……。（中略）何だろう……また同じようなことを問かけるとフラッシュバックするんじゃないかなというのものもあるし」と語ったE看護管理者は、自殺に遭遇した看護師が患者の自殺を思い出すのではないかと考え、自殺の話題をすることに躊躇していた。

〈戸惑いながらの対応〉の定義は、看護管理者は自殺に遭遇した看護師にどのようにかかわっていったらよいか、わからないながらも対応を見出していくことである。「私たちがどれだけそのスタッフに対して援助できるかというのがちょっとわからないというか。何か未知の部分があって、もし質問じゃないですけど、いろいろとば一つと言われたときにどう対処したらいいかわからない。対処の仕方も私はわからないし、日常生活面とかそういうことを聴くだけだったら、どうにか受け止められるかなとか、これでいいのかなと思いつながら」と語ったB看護管理者は、患者の自殺が起こったことで、自殺に遭遇した看護師を含むスタッフに対応しきれないと感じていた。

〈他者に相談しながら対応する〉の定義は、看護管理者は自身の対応や支援に自信をもつことができないため、管理者同士や医療従事者に相談しながら対応を構築していくことである。「私だけではみれないこともあるので、主任に自殺後の状況や当事者、スタッフの状態を確認したり、どのように対応していくかを医師に相談し合いながら、どのような方法がその人に合っているのか、一緒に考えながら進めていきましたね」と語ったI看護管理者は、スタッフ同士で検討しながら適切な対応を見出そうとしていた。

#### (5) 【自殺の再発予防に向けたシステムの改善】

このコアカテゴリーは、患者の自殺から組織全体で自殺予防ケアについて検討し、看護実践につなげていくことである。看護管理者は患者の自殺に遭遇するという体験を苦痛な体験だけにとどめず、《再発予防に取り組む》ことで《自殺予防ケアの充実化》をはかり、意図的に自殺に遭遇した【看護師の成長の促進】のコアカテゴリーにつなげていくことである。

《再発予防に取り組む》とは、患者が自殺したことを組織全体の問題として取り上げ、対応措置を検討していくことである。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

〈病院全体での取り組み〉の定義は、患者の自殺をその場で遭遇した看護師だけの問題としてとらえるのではなく、病院全体で検討し、対応策を講じていくことである。「事故処理や家族の反応などは自殺に遭遇した人だけの問題

ではなく、病院全体の問題なので病棟で話し合いをしました。大事なのは事故を起こさないことだけど、事故があったのは事実であって避けて通ることはできない。だから、起こったときのことを考えて対処の仕方を全体で考えていきました」と語ったI看護管理者は、自殺を事故としてとらえ、系統的な再発予防策の必要性を実感していた。

〈構造上の問題の改善〉の定義は、患者の自殺を振り返り、システムや構造上の問題を同定し、改善していくことである。「事実は事実として、もちろん夜勤者の責任だというふうなことではなくて、その辺はちょっと気をつけて。（患者の自殺は）誰のときでも起こりうることなので、自殺に遭遇した看護師だけを責めることはせずに、みんなで考えて今後の対応を話し合っ、ベランダの死角部分の改善はすぐしてもらいました」と語ったD看護管理者は、自殺の危険箇所を同定し、修繕に取り組んでいた。

《自殺予防ケアの充実化》とは、患者の自殺に遭遇した体験の後に、学習を積み重ねて自殺予防策を検討し、具現化し、看護実践につなげていくことである。これは、自殺に遭遇した看護師に対する間接的な支援にもつながる。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

〈自殺を丁寧に振り返る〉の定義は、自殺した患者の病状、症状、背景を確認し、患者の査定や対応などを振り返り、患者の自殺から学びとれることがないか、検討することである。「カンファレンスのなかで、自殺した患者の自殺企図歴、希死念慮の有無、精神症状の変化、家族状況を含めた社会的背景を踏まえて、みんなで意見を出し合っ、対応を検討していくことで学習を深めていきました」と語ったI看護管理者は、患者の自殺を丁寧に振り返り、そこから次の自殺予防に向けて学習を広げていた。

〈スタッフ同士の連携強化〉の定義は、自殺予防ケアは1人の看護師で実践できるものではなく、スタッフ同士が連携しながら取り組むべき問題であることを再確認することである。カンファレンスの場面で「確かにきつけれど、悪いところは悪いとちゃんと認めて今後の対策をという感じで話し合っていきましたけど。巡回方法とか、危険物についてどこまで制限をするかは先生から指示が出ますので、すべきことをきちんとするというを確認し合いました。巡回は部屋の中に入って確認するんですけど、患者さんがゴソゴソされているときには、入口から見たり、睡眠を音で確認する人もいるので、自殺があったので、必ずそばに行っ確認しようということになりましたね」と語ったF看護管理者は、患者の危険物の管理方法や看護師の巡回方法を話し合っっていた。また、「今回の自殺があっ、カンファレンスのなかでスタッフ全員で話し合っっていくことで、希死念慮のある人や抑うつ的な患者に対しては自殺のリスクを観察し、希死念慮を確認して、行動化する前に看護師に相談するよう

に伝えていくことなどの基本的な観察ポイントや援助を看護計画に入れていき、継続的な援助が必要ということを共有し、つなげられるようになりました。患者さんの命を救えなかったのは、自殺にあたった看護師だけでなく、スタッフ全員の悔しさにもなっているので、自殺予防に対する意識がより高まったのだと思います」と語ったI看護管理者は、患者の自殺によって、スタッフ全員の自殺予防ケアの意識が高まっていた。

#### (6) 【看護師の成長の促進】

このコアカテゴリーは、看護管理者が自殺に遭遇した看護師と共に患者の自殺を受け止め、専門職看護師として成長していけるように導くことである。看護管理者は自殺に遭遇した看護師が患者の自殺を貴重な体験としてとらえられるように〈体験を意味づけ〉し、自殺予防に向けて〈看護師の役割を明確化〉していけるように《自殺に遭遇した体験からの学び》につなげていくことである。

《自殺に遭遇した体験からの学び》とは、患者の自殺の体験を受け止め、看護師としての役割を考え、次の看護につなげていけるように支援することである。このカテゴリーは、以下の2概念で構成される。

〈体験の意味づけ〉の定義は、自殺に遭遇した看護師が、その体験から何を学べたのかを一緒に探索し、意味ある体験として受け止めることができるように支援することである。「(自殺に遭遇した看護師が)『患者さんはたくさんサインを送っていたのに、私は気づいてあげられなかったんです。記録を読み返すと毎日のように退院後の不安を訴えていたのに、食事や睡眠もとれなくなっていたのに……患者さんの気持ちをわかってあげられていなかったかもしれない……』と話してきたときに『いまだったらどうしたらいいと思う?』と聞いたところ『患者さんの不安に思っていることを家族に伝えたり、家族の思いを聞いて、もっと退院後の生活を具体的に考えることが必要だったと思います』と答えていたので、『介入の仕方がわかっただけでも意味があることだと思うよ』と伝えました」と語ったI看護管理者は、患者の自殺から自殺に遭遇した看護師が自殺予防ケアの必要性を実感していたことに気づき、ケアにつなげられるように導いていた。

〈看護師の役割責任の明確化〉の定義は、看護管理者は患者の自殺予防における看護師の役割責任を明確に示し、自殺リスクアセスメントに関する知識を高めていけるように働きかけるという意味合いが含まれている。「私も過去に患者さんの自殺の経験があったので、自殺のことは忘れてはいけないという話をしました。(中略)私たちは看護師なので、患者さんがいつもと違う服装や靴を履いているなど、患者の状態の変化に目を向けるようにしていくことが必要だと思う。私は自殺にあたって、いままで気がつかなかったこ

とに気づけるようになったので、あなたにもそうなってほしいと話しました」と語ったA看護管理者は、自殺に遭遇した看護師が観察能力を向上できるように教育していた。

## IV. 考 察

### 1. 看護管理者が周囲との調整をはかりながら自殺に遭遇した看護師の支援を構築していく体験

自殺に遭遇した看護師に対する看護管理者の支援は、【誠実に向き合う姿勢】を保ちながら、看護師の【感情の和みへの導き】を意図したかわりや【自殺による影響の見極めと対応】を模索するという側面があり、それと並行して【自殺の再発予防に向けたシステムの改善】に取り組み、最終的には【看護師の成長の促進】をはかることが示された。しかし、一方では、自殺に遭遇した看護師や周囲のスタッフに対して十分に管理的支援を提供できないことに葛藤を抱き、【戸惑いながら支援に向かう】という様相が語られていた。このようなプロセスは、一貫して自殺に遭遇した看護師に対する支持的な対応によって構成されていた。

自殺に遭遇した看護師のなかには、孤立感を強め、周囲の看護師とのかかわりにストレスを抱くようになる場合がある。これは遺族が体験する感情と似た部分であり、身近な人を自殺で失った者の多くが体験するといわれる一種の反応である。また、この反応は特別なものでもない。看護管理者はこのような反応が出ることを当然だと理解し、看護師の〈心情を受け止め〉ることに専心していた。同時に、自殺に遭遇した看護師の心理的な負担が著しい場合には〈心身の休息を促し〉、さらには、看護師個々の状況に応じた支援を行っていた。それは、たとえば自殺に遭遇した後、休暇をとっている看護師には定期的に電話をかけて看護師の状況を確認し、必要な支援をタイミングよく提供することであり、非常に細やかな配慮のうえに成り立つ支援であった。

しかし、このような支援が必ず功を奏するともいえず、フラッシュバックや不眠が遷延し、精神的変調をきたす看護師に対峙しなければならない場合もある。このフラッシュバックや不眠は、急性ストレス反応の一部だと考えられるが、時には意識狭窄や逃避反応、自律神経症状、抑うつ、不安などの症状として顕在化することもある。狭窄はPTSDの主要症状として知られるものだが、知覚変化と感情的変化が起こり(Herman, 1992/2010)、当事者の苦痛も非常に強いものである。また、釜(2008)は、自殺事故に遭遇した職員へのこころのケアとは、こころのエネルギーを充足する行為であり、できるだけ早期に介入していくことが必要と述べており、その理由を、精神および身体

症状が続くことで正常な判断ができにくくなることが懸念されるからである、としている。

本研究においても、看護管理者は、まず初期の段階で〈心身の休息を促し〉ており、他の急性ストレス反応の症状が出ていないことを確認しながら、看護師の居場所づくりや、孤立感を和らげるために周囲のスタッフとの関係を保持できるように支援をしようとしていた。それは、自殺に遭遇した看護師がおかれている状況を十分に察するだけではなく、急性ストレス反応の遷延化を予防するうえでも重要であり、それらが《絶え間ない支援》として提供され続けることに意義があると考えられる。

管理的側面においては、どの看護管理者も、自殺に遭遇した看護師が通常どおりに仕事を再開していけるように職場環境を調整するというに着目していた。通常、自殺に遭遇した看護師はその衝撃的な体験から自殺現場に近づくことに葛藤を抱きやすく、業務に支障をきたすこともある。看護管理者はそのような事情を十分に汲み取りながら、看護師に〈心身の休息を促し〉、休暇を与えることや勤務時間を短縮することで、看護師がゆっくり通常業務を再開していけるように便宜をはかっていた。また、自殺の起きた部屋に自殺した患者と似た症状や面影のある患者を入室させないなどの〈病床管理への配慮〉を通して、看護師のストレスを低減させようとする試みがなされていた。このような調整や配慮は、看護師に対する管理的支援として看護管理者は認識しており、自殺に遭遇した看護師に対する支援に欠くことのできない視点ではないかと考えられる。さらに、看護管理者は自殺に遭遇した看護師が自殺現場に少しずつ足を運び、自殺現場に近づけるように周囲のスタッフに協力を要請したり、看護師へこまめに声をかけながらそのタイミングを推し量っていた。これらは、看護管理者による細やかな調整であり、この調整能力は自殺に遭遇した看護師に対する支援の軸になっている部分でもある。さらに、このように細やかな調整がはかられるためには、看護管理者自身が自殺に遭遇した看護師がたどるであろう心理のプロセスやさまざまな影響について、適切に認識できていることが条件であるように推察される。しかしながら、看護管理者自身もポストベンションについて、その必要性は認識しながらも十分に対応しうる準備が整っていないという状況があるため、患者の自殺に遭遇した看護師に対する具体的な心理的支援ならびに管理的支援のあり方について、より検討を深めていく必要がある。

## 2. 自殺に遭遇した看護師を支援する看護管理者の葛藤

本研究では、看護管理者が自身のとった行動や看護師への支援が適切だったかどうか【戸惑いながら支援に向かう】様相が、1つのコアカテゴリーとして抽出された。看

護管理者は自殺に遭遇した看護師に対し、常に支持的であろうとする一方、自殺に遭遇した看護師の感情的な反応への対応に戸惑い、看護管理者として十分な調整や配慮ができていないのではないかという思いを抱いていた。それらは看護管理者の葛藤として語られていたが、この葛藤には、看護管理者自身の管理者としての経験の程度だけではなく、管理者自身がスタッフ時代に患者の自殺に遭遇した経験が影響しているように考えられる。つまり、看護管理者自身がかつて経験した患者の自殺や、その後に周囲から受けた支援のあり方が、実際に患者の自殺に遭遇した看護師を支援する際に活かされているようであった。このように、看護管理者による支援は、自身の体験に依拠する側面が強いと推察できるが、その背景には、かつて自身が自殺に遭遇した際に抱いた複雑な心情の追想や、精神科看護師としてアイデンティティが揺さぶられた体験にも関連していると考えられる。さらに、看護管理者の葛藤には、これまで自殺予防教育が系統的に実施されてこなかったという事情も関連しているかもしれない。一部の医学教育においては、医学生に対する自殺予防教育が行われている（河西・須田，2008）が、自殺予防に関する十分な教育システムが整備されているとは言いがたい。看護教育においても、自殺予防やメンタルヘルスケアに関する院内セミナーなどに参加した経験がある看護師の割合が少ないという報告（Takahashi, et al., 2011）があり、自殺予防をはじめ自殺関連問題に関する学習の機会は多くはない。特に、自殺が生じた後の対応や遭遇した医療従事者に対する支援をテーマにした研修会は少ないのが現状である。そのため、看護管理者の多くは自身の対応や支援が適切なものかどうか戸惑いながらも、自身の体験を引き合いに出し、自殺に遭遇した看護師に真摯に向き合っていた。もちろん患者の自殺を未然に防ぐことが望ましいが、予防しきれない自殺に遭遇する可能性は否定できない。自殺が生じた後の対応や遭遇した医療従事者に対する支援のあり方について事前学習の機会をもつことは、看護管理者自身の準備性を高めていくうえで重要な視点と考えられる。さらに、患者の自殺は、看護管理者自身が目の当たりにしなかったとしても、衝撃的な体験であることには違いなく、看護管理者自身も自殺に遭遇した看護師と同様に傷ついている可能性がある。本研究では、看護管理者を自殺に遭遇した看護師を支援する立場にあるものとしてとらえたが、看護管理者自身に対する支援についても明らかにしていく必要があるだろう。

## 3. 自殺に遭遇した看護師の成長を促進することの重要性

今回、研究対象者となった看護管理者の勤務する施設では、患者の自殺によって生じるさまざまな影響への対応を

組織的に検討したというプロセスが語られた。それは、精神科病院では患者の自殺の問題に向き合う機会が多いという背景によるものかもしれないが、看護管理者は、特に自殺に遭遇した看護師やその体験を共有している看護師たちに対して【看護師の成長の促進】の必要性を強く感じていた。先行研究では、患者の自殺後に精神的衝撃が緩和された様相を示した看護師たちは、自分自身の力でその衝撃から回復していこうとするセルフケアと同時に、周囲のスタッフや家族、友人、病棟全体からのサポートを受けることができたという体験が衝撃の緩和に有効であった（寺岡、2010）と述べられている。その背景には、組織全体で自殺にかかわっていた医療従事者を支援していこうとする風土が育まれていることが前提にあるように思われる。このような組織風土は、看護管理者が安心して、または確実に、自殺に遭遇した看護師を支援していくためには必要なものであり、それがあからこそ、自殺に遭遇した看護師と〈ともに「つらさ」を乗り越える〉というスタンスの維持が可能となる。これは自殺に遭遇した看護師だけではなく、その周囲のスタッフたちにも影響をもたらすものであり、特に患者の自殺後に開かれるカンファレンス等のオフィシャルな場を通して、看護管理者は、患者の自殺に遭遇するという体験を何かしらの成長の機会につなげよう意識していた。たとえば、カンファレンスでは患者の自殺、死にまつわる話題をすることで、看護師たちの死生観を刺激するといった内容が考えられる。岡本・石井（2005）は、死別体験のような死をめぐる体験の有無だけが死生観に影響を及ぼすのではなく、その死をみつめ、生と死について考えていく過程が大切であり、それによって看護師の死生観が生成される、と述べている。看護管理者は、精神科病院で患者の自殺に遭遇するという衝撃的な体験によって看護師が傷つくだけではなく、患者の自殺を受け止めながら〈体験を意味づけ〉し、専門職看護師として自殺のリスクをアセスメントし、介入できるように知識・技術を高めていけるように働きかけていた。このように【看護師の成長の促進】につなげることは、看護管理者が自殺に遭遇した看護師へ支援していくプロセスの核となる部分であると考えられる。

## 要 旨

本研究の目的は、精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師に対して看護管理者が支援を構築していくプロセスを明らかにすることである。10名の看護管理者を対象に、半構造的面接を実施した。面接内容をデータとし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにて分析を行った。自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくプロセスには、【誠実に向き合う姿勢】を保ちながら、看護師の【感情の和みへの導き】を意図したかわりや、【自殺による影響の見極めと管理的な対応】を模索するという側面があり、それと並行して【自殺の再

## V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくことに限定した範囲でのみ説明力をもつ方法論の限定性がある。そのため、自殺に遭遇した看護師に対する支援においてのみ応用できる知見であると考えられる。記憶に新しい過去3年以内の体験を語ってもらうようにしたが、体験の衝撃の大きさから記憶に曖昧な部分があったことは否めない。今後、精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していく際の支援者側の葛藤の全容を明らかにし、自殺に遭遇した看護師に対する支援体制の整備を進めていくことが課題である。

## 結 論

1. 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくプロセスは、【誠実に向き合う姿勢】【感情の和みへの導き】【自殺による影響の見極めと管理的な対応】【戸惑いながら支援に向かう】【自殺の再発予防に向けたシステムの改善】【看護師の成長の促進】の6つのコアカテゴリーで構成された。
2. 看護管理者は自殺に遭遇した看護師と同様に傷ついている様相があり、看護管理者としての責務を十分果たせないことに葛藤を抱いていた。
3. 看護管理者は、患者の自殺に遭遇するという衝撃的な体験によって看護師が傷つくだけではなく、〈体験の意味づけ〉を通して【看護師の成長の促進】につなげることを意識していたが、これは看護管理者が自殺に遭遇した看護師へ支援していくプロセスの核となる部分であった。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました看護管理者、関係者の方々に心よりお礼申し上げます。また、本研究をご指導下さいました九州「M-GTA研究会」の皆さまに心より感謝申し上げます。

発予防に向けたシステムの改善】に取り組み、最終的には【看護師の成長の促進】をはかることが示された。しかし、一方では、自殺に遭遇した看護師やその周囲のスタッフに対して十分に管理的支援を提供できないことに葛藤を抱き、【戸惑いながら支援に向かう】という様相も語られていた。

## Abstract

The purpose of this research is to clarify the process by which nursing manager's support nurses encountering patient suicide in mental hospitals. A semi-structured interview was implemented in regard to 10 nursing managers. The details of the interviews were recorded as data, and analyzed using the revised grounded theory approach. The process of a nursing manager supporting nurses who have encountered suicide comprises aspects such as relations intended for *guidance for feeling calm* while maintaining a *stance of faithfully facing each other*, searching to *ascertain the effects of suicide and its correspondence*, in addition to making efforts to *improve the system for preventing a recurrence of suicide* and finally striving to *promote the development of nurses*. However, on the other hand, conditions were expressed of *seeking support while feeling bewildered* when feeling conflicted regarding not being able to provide sufficient administrative support to nurses who have encountered suicide along with the surrounding workers.

## 文 献

- 福田紀子 (2009). 看護師長が体験している医療事故後対応の難しさ. 日本看護管理学会誌, 12(2), 12-21.
- Herman, J.L. (1992) / 中井久夫 (2010). 外傷と回復 (増補版). 61-69, 東京: みすず書房.
- 加我牧子 (2010). 平成21年厚生労働科学研究「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」心理学的剖検における精神医学的診断の妥当性と数量的分析に関する研究 (3) 精神科治療の有無からみた検討. 95-109.
- 釜 英介 (2008). 自殺事故に遭遇した職員のこころのケア. 医学のあゆみ, 227(11), 995-997.
- 河西千秋, 須田 顕 (2008). 特集: すべての医療者は自殺防止のゲートキーパーである—医学生のための自殺予防教育. 週刊医学界新聞, 2808.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 131-143, 東京: 弘文堂.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生. 80-94, 東京: 弘文堂.
- 南 良武, 岩下 覚, 河西千秋 (2006). 精神科領域における医療安全の検討 その1: 病院内における自殺に関するアンケート. 患者安全推進ジャーナル, 13, 64-69.
- 日本看護協会 (2002). 医療事故発生時の対応—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン. 7-23, 東京: 日本看護協会出版会.
- 岡本双美子, 石井京子 (2005). 看護師の死生観尺度作成と尺度に及ぼす要因分析. 日本看護研究学会雑誌, 28(4), 53-60.
- 折山早苗, 渡邊久美 (2009). 患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師の心的ストレス反応とその経過に関する研究. 日本看護科学会誌, 29(3), 60-67.
- 坂田真穂 (2013). 患者の自殺が看護師に与える心理的影響と臨床心理士による心理的支援の検討. 京都大学大学院教育学研究科紀要, 59, 485-497.
- Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., and Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, 11: 38.
- 寺岡貴子 (2010). 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師に生じる反応とそのプロセス. 日本精神保健看護学会雑誌, 19(1), 1-11.
- 寺岡貴子 (2013). 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師の示す反応に対する影響要因. 活水論文集看護学部編, 1, 9-21.
- 富川明子 (2008). 精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験. 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 72-81.
- Valente, S.M. and Saunders, J.M. (2002). Nurse's grief reactions to a patient's suicide. *Perspect Psychiatr Care*, 38(1), 5-14.
- 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, 14(1), 37-46.
- 山崎登志子, 齋二美子, 岩田真澄 (2002). 精神科病棟における看護師の職場環境ストレスとストレス反応との関連について. 日本看護研究学会雑誌, 25(4), 73-84.

[平成25年7月26日受 付]  
[平成26年2月28日採用決定]

## C型慢性肝炎患者の疲労感, QOLと身体活動量に関する研究

Research of Chronic Hepatitis C Patient's Feeling of Fatigue, QOL, and Physical Activity

清原 智佳子<sup>1)</sup> 古賀 明美<sup>2)</sup> 藤田 君支<sup>2)</sup>  
Chikako Kiyohara Akemi Koga Kimie Fujita

キーワード：疲労感, QOL, 身体活動量, C型慢性肝炎

Key Words : fatigue, quality of life, physical activity, chronic hepatitis C

### 緒 言

C型慢性肝炎は、インターフェロンによってC型肝炎ウイルス (hepatitis C virus: HCV) が陰性化しない場合、長期にわたり付き合っていかなければならない慢性疾患である (泉・木田・佐々木・小橋・山田, 2008)。近年、C型慢性肝炎患者は疲労を感じていることが明らかとされている (河田・石井・柄沢・芳賀・小野, 2006; Gutteling, et al., 2006; Lengyel, Aszalós, & Tulassay, 2007; Swain, 2000) が、疲労感は主観的なもので周囲に気づかれにくい傾向にあり、苦痛を訴えにくく、慢性的な疲労感はC型慢性肝炎患者の身体的特徴であると報告 (堀内・片平・山本, 2010) されている。疲労感の結果として、身体活動の低下 (Kallman, et al., 2007)、物忘れなどの認知機能の低下、活力の低下 (Bailey, et al., 2009) などが明らかにされている。また、C型慢性肝炎患者は将来の病気の進行に対し不安や不確かさを感じているとされている (松田・斉藤・山田・沼沢・伊藤, 2007; Glacken, Coates, Kernohan, & Hegarty, 2003)。

C型慢性肝炎における疲労感は、患者のQOLを考えるうえで重要な課題であるが、従来あまり検討されてこなかった。HCVの排除を目的とするインターフェロンによる治療は、治療後も患者の半数はHCVを排除できないのが現状であり、治療効果の向上が優先されてきたともいえる。疲労感のメカニズムとして免疫系の異常や神経認知機能の障害など肝障害以外の要因の関与も報告され、これらの研究がC型慢性肝炎患者にとってQOLを改善することにつながると報告されている (河田, 他, 2006)。また、病態の進行が患者のQOLを低下させていることが報告 (Gutteling, et al., 2006) されている。

さらに、これまで肝疾患の治療は肝庇護目的から安静療法が基本とされてきたが、近年、肝疾患の原因・病態が

明らかとなるにつれ、慢性肝炎患者の運動療法の意義が注目されている (白木・森脇, 2009; Hickman, et al., 2004; Zucker, 2009)。C型慢性肝炎患者は代謝性疾患としての性質をもち、脂肪代謝異常、インスリン抵抗、糖代謝異常を起こしやすい (桑代・水野・尾崎・江口, 2009; 原田・成田, 2009)。そこで、適度な運動が必要とされている。

代償期にある肝硬変患者を対象とした運動療法では、慢性肝炎患者と同様、運動負荷などに十分耐えられると報告 (Vázquez-Vandyck, et al., 2007) されている。しかし、C型慢性肝炎患者の疲労感およびQOLと身体活動量の3点について明らかに調査した研究は報告されていない。C型慢性肝炎患者の疲労感およびQOLと身体活動量の実態を把握することは、個々の患者の疲労感の有無や程度に応じた看護介入を行うことができ、患者のQOLの向上につながると考える。

そこで、本研究の目的は、C型慢性肝炎患者の疲労感および肝疾患特異的QOLを明らかにする。さらに、加速度計を用いて身体活動量 (運動量, 歩数, METS) を測定し、疲労感および肝疾患特異的QOLとの関連を検討することである。

### I. 研究方法

#### 1. 対象者

本研究の調査対象者は、2010年6月から2010年9月までの期間、S県内2か所の病院の外来にC型慢性肝炎で通院する主治医の承諾を受けた患者である。病院の特徴としては、C型慢性肝炎患者の治療を積極的に行っており、うち1か所は特定機能病院評価に指定され、肝炎患者の新しい治療開発の研究を行っている。対象の選択基準は、質問紙の内容を理解している者、加速度計の管理が可能である者とした。除外基準は、抑うつ傾向にある者、歩行障害があ

1) 自由ヶ丘高等学校看護専攻科 Jiyugaoka High School Nursing Advanced Courses

2) 佐賀大学医学部看護学科 Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

る者、罹患6か月以内の急性期のC型肝炎患者とした。調査に同意が得られた83名のうち、データ欠損5名、加速度計未返却1名、調査拒否2名を除く75名を分析対象者とした。なお、本調査においては、患者の疲労感、QOL、活動を幅広く把握するため肝硬変・肝がんを合併した患者を含んでいる。

## 2. 調査方法

研究者が本研究の主旨を文章および口頭で説明し、同意が得られた対象者に対して、A、B病院ともに、外来の待ち時間を利用し、疲労評価尺度、肝疾患特異的QOL尺度を含む質問紙の調査と身体活動量の説明を行った。身体活動量調査は、万歩計型の加速度計（スズケン製生活習慣記録機『ライフコーダEX』。以下、ライフコーダ）を用い、使用方法の説明を行い、在宅で7日間以上の装着を依頼した。その後、ライフコーダは郵送にて回収を行った。

## 3. 調査項目

### a. 疲労評価尺度：FIS (Fatigue Impact Scale) 日本語版

疲労評価尺度であるFISは、Fisk, et al. (1994)が開発した尺度で40項目からなり、回答は「全くない：0」～「常にある：4」の5段階で、過去1か月の間の症状を評価する。「認知領域」10項目、「身体領域」10項目、「社会領域」20項目の3つ下位尺度で構成される。本調査では、FISの日本語版（田中、他、2009）を用いた。日本語版は、原発性胆汁性肝硬変患者において、3つの下位尺度すべてのCronbachの $\alpha$ 係数が.90以上で、内的整合性は高いと考えられる。FISは、得点が高いほど疲労感が高いことを示す。本調査でのCronbachの $\alpha$ 係数は.86～.93であった。

### b. 肝疾患特異的QOL尺度：CLDQ (Chronic Liver Disease Questionnaire) 日本語版

肝疾患に特異的なQOL尺度であるCLDQは、Younossi, Guyatt, Kiwi, Boparai, & King (1999)が開発した尺度で29項目からなり、回答は「常にある：1」～「全くない：7」の7段階で、過去2週間のQOLを評価する。下位尺度は、「腹部症状」3項目、「疲労」5項目、「全身症状」5項目、「活動」3項目、「感情機能」8項目、「心配」5項目の6つで構成されている。日本語版は木田ら（2008）により翻訳され、Cronbachの $\alpha$ 係数は.93と信頼性は高かった。CLDQは、得点が高いほどQOLが高いことを示す。今回の調査でのCronbachの $\alpha$ 係数は.81～.87であった。

### c. 身体活動量調査

身体活動量は、ライフコーダを用いて歩数、運動量、身体活動強度 (METs) を測定した。ライフコーダの測定する運動強度とMETsには強い相関関係があることが報

告 (Kumahara, et al., 2004) されており、下記の計算式でMETsを算出できる。データは7日間分を使用し、1日あたりの身体活動量を算出した。

$$\text{身体活動強度 (METs)} = \frac{\text{運動量 (kcal)}}{1.05 \times \text{体重 (kg)}}$$

### d. 属性と疾患関連要因

年齢、性別、就業、喫煙、飲酒に関する情報は対象者本人より聴取し、疾患に関する情報は診療録から診断名、Child-Pugh分類、HCV-RNAの有無、インターフェロン治療中の有無、血液検査データ (AST, ALT, Alb, Plt, グルコース, T-Cho) により調査した。血液検査数値の評価にはA大学病院の基準値を用いた。

## 4. 分析方法

統計的分析方法として、すべての変数を得点化し、各変数の記述統計を行った。FISは総得点と3つの下位尺度について、CLDQは総得点と6つの下位尺度について、さらに身体活動量を含め、それぞれ相互にSpearmanの順位相関係数を求めた。また、属性要因および病態の進行に関してMann-WhitneyのU検定を行った。統計分析ソフトは『SPSS Windows版ver.17』を用いた。有意水準は5%とした。

## 5. 倫理的な配慮

本研究は、2010年6月にA大学医学部倫理審査委員会承認を得たうえで実施した。調査対象者に研究目的、研究の概要、任意であること、研究を拒否しても診療に不利益をもたらすことはないこと、同意後も取り消しを行う権限があること、個人情報保護されていることを説明した。以上の説明を受けて同意が得られた対象者に対し、同意文書を交わした。

## II. 結 果

### 1. 属性 (表1)

分析対象者75名の年齢範囲は、28から86 (平均60.9±12.7) 歳であり、男性38名 (50.7%)、就業者36名 (48%)、飲酒者19名 (25.3%)、喫煙者18名 (24.0%) であった。さらに、C型慢性肝炎に加え、肝硬変12名 (16.0%)、肝がん9名 (12.0%) であった。HCV-RNA陽性者27名 (36.0%)、インターフェロン治療中の者29名 (38.7%) であり、血液検査データ (AST, ALT, Alb, Plt, グルコース, T-Cho) は、およそ半数以上の対象が正常範囲内であった。

### 2. C型慢性肝炎患者の病態別の疲労感、QOL、身体活動量の程度 (表2)

FISの総点の平均値は1.08±.65であった。3つの下位尺

表1 対象者の基本属性

(N = 75)

項目	区分	人数	%	平均 ± SD	範囲	中央値
年齢	65歳未満	42	56	60.9 ± 12.7	28~86	60
	65歳以上	33	44			
性別	男	38	50.7			
	女	37	49.3			
就業	あり	36	48			
	なし	39	52			
飲酒	あり	19	25.3			
	なし	56	74.7			
喫煙	あり	18	24			
	なし	56	74.7			
	欠損	1	1.3			
診断名	C型慢性肝炎	75	100			
	肝硬変	12	16			
	肝がん	9	12			
肝硬変または肝がんの Child-Pugh分類 (n = 20)	Grade A	12	60			
	Grade B	7	35			
	Grade C	1	0.05			
HCV-RNA	陽性	27	36	1.36 ± 0.48		
	陰性	48	64			
インターフェロン治療中	あり	29	38.7			
	なし	46	61.3			
AST (IU/L)	36未満 (正常)	43	57.3	39.5 ± 27.4	3~165	30.0
	36以上 (高値)	32	42.7			
ALT (IU/L)	5~40 (正常)	52	69.3	38.2 ± 31.6	7~166	27.0
	41以上 (高値)	23	30.7			
Alb (g/dL)	3.8未満 (低値)	26	34.2	3.96 ± 1.26	2.7~13.7	3.95
	3.8以上 (正常)	49	52.6			
Plt (×10 <sup>3</sup> /μL)	13.1未満 (低値)	38	50.7	13.5 ± 6.22	1.7~31.5	12.9
	13.1~36.2 (正常)	37	49.3			
グルコース (mg/dL)	70~110 (正常)	51	68	106 ± 21.2	70~205	102
	111以上 (高値)	24	32			
T-Cho (mg/dL)	130未満 (低値)	13	17.3	161 ± 41.6	53~268	160
	130~220 (正常)	43	57.3			
	221以上 (高値)	19	25.3			

度得点の平均値は、高い順に「身体領域」1.49 ± 0.93, 「認知領域」0.95 ± 0.68, 「社会領域」0.94 ± 0.66であり、身体領域の疲労が高いことが示された。

肝疾患特異的なQOLの程度を表すCLDQの総点の平均値は、4.98 ± 1.00であった。6つの下位尺度得点の平均値は、高い順に「腹部症状」5.33 ± 1.40, 「感情機能」5.08 ± 1.21, 「心配」4.97 ± 1.32, 「全身症状」4.96 ± 1.18, 「活動」4.90 ± 1.53, 「疲労」4.56 ± 1.23で、「腹部症状」や「感情機能」より「疲労」や「活動」に関するQOLが低かった。

ライフコーダによる1日あたりの平均歩数は6,479 ± 3,719歩 (786~16,468), 運動量は160 ± 112kcal/day (13~640), 運動強度は2.6 ± 1.7METs/day (0.2~8.3)であり、歩数および運動強度ともに身体活動の個人差があった [( )内は(最小値~最大値)]。さらに、運動強度を強度別に3分類した割合では3 METs未満は80.1%を占め、本対象者は

弱い運動強度を示す者が大半を占めた。

C型慢性肝炎のみの患者55名と肝硬変もしくは肝がんを合併している20名の患者の疲労感とQOLを比較すると、ともに有意な差があった。病態の進行が疲労感の増強やQOLの低下に関連していることが示された。身体活動量では、歩数や運動量には2群間で有意な差を示さなかったが、最も強い6 METs以上の運動強度に有意な差があり、病態の進行した肝硬変もしくは肝がんを合併した群で活発な活動が少ないことが示された。年齢別に50歳未満と50歳以上の2群で比較したところ、両者に有意な差はなかった。しかし、両者ともに「身体領域」の「疲労」が高かった(表3)。

### 3. 疲労感およびQOLと身体活動量の関連(表4)

FIS総得点および3つの下位尺度得点は、CLDQ総得点

表2 C型慢性肝炎患者の病期別の疲労感、QOL、身体活動量の程度

項目	全体 (N = 75)	C型慢性肝炎のみ (n = 55)	肝硬変もしくは肝がん (n = 20)	p
	平均 ± SD (中央値)	平均 ± SD (中央値)	平均 ± SD (中央値)	
FIS 下位尺度				
認知領域	0.95 ± 0.68 (0.90)	0.86 ± 0.65 (0.80)	1.48 ± 0.69 (1.20)	.051
身体領域	1.49 ± 0.93 (1.40)	1.26 ± 0.83 (1.10)	2.13 ± 0.90 (2.10)	.001
社会領域	0.94 ± 0.66 (0.82)	0.83 ± 0.62 (0.70)	1.29 ± 0.66 (1.40)	.007
FIS 総得点	1.08 ± 0.65 (1.00)	0.95 ± 0.64 (0.80)	1.48 ± 0.69 (1.50)	.003
CLDQ 下位尺度				
腹部症状	5.33 ± 1.40 (5.70)	5.75 ± 1.08 (5.80)	4.91 ± 1.25 (4.80)	.005
疲労	4.56 ± 1.23 (5.20)	4.65 ± 1.22 (4.80)	3.76 ± 1.25 (3.70)	.007
全身症状	4.96 ± 1.18 (5.80)	5.30 ± 1.08 (5.50)	4.03 ± 0.91 (3.90)	.000
活動	4.90 ± 1.53 (5.00)	5.32 ± 1.41 (5.60)	3.94 ± 1.56 (4.10)	.001
感情機能	5.08 ± 1.21 (4.40)	5.28 ± 1.17 (5.30)	4.51 ± 1.20 (4.07)	.012
心配	4.97 ± 1.32 (4.80)	5.19 ± 1.29 (5.20)	4.32 ± 1.33 (4.50)	.015
CLDQ 総得点	4.98 ± 1.00 (4.90)	5.20 ± 0.93 (5.10)	4.51 ± 1.00 (4.20)	.000
身体活動量				
歩数 (day)	6,479 ± 3,719 (6,205)	6,892 ± 3,600 (6,882)	6,275 ± 4,219 (5,316)	.142
運動量 (kcal/day)	160 ± 112 (148)	170 ± 117 (158)	132 ± 97 (106)	.187
運動強度 (METs/day)	2.64 ± 1.70 (2.6)	2.77 ± 1.67 (2.67)	2.27 ± 1.80 (1.94)	.151
3未満	80.1 ± 1.45 (84)	79.38 ± 13.5 (84.14)	82.08 ± 17.37 (88.72)	.092
3～6	18.7 ± 13.8 (15)	18.93 ± 12.65 (15.8)	17.20 ± 16.98 (10.45)	.127
6以上	1.34 ± 3.69 (0.5)	1.69 ± 4.24 (0.66)	0.73 ± 1.15 (0.26)	.038

表3 C型慢性肝炎患者の年齢別の疲労感の程度

(N = 75)

項目	50歳未満の患者 (n = 15)	50歳以上の患者 (n = 60)	p
	平均 ± SD (中央値)	平均 ± SD (中央値)	
FIS 下位尺度			
認知領域	0.80 ± 0.53 (0.50)	0.99 ± 0.71 (0.90)	NS
身体領域	1.14 ± 0.82 (0.90)	1.57 ± 0.94 (1.55)	NS
社会領域	0.73 ± 0.61 (0.55)	1.00 ± 0.66 (0.92)	NS

表4 疲労感およびQOLと身体活動量、疾患関連要因の関連

(N = 75)

	FIS				CLDQ						
	FIS 総得点	認知領域	身体領域	社会領域	CLDQ 総得点	腹部症状	疲労	全身症状	活動	感情機能	心配
CLDQ 総点	-.81**	-.68**	-.80**	-.77**							
腹部症状	-.34**	-.27**	-.32**	.37**							
疲労	-.83**	-.83**	-.83**	-.76**							
全身症状	-.67**	-.54**	-.69**	-.63**							
活動	-.65**	-.44**	-.70**	-.61**							
感情機能	-.78**	-.78**	-.68**	-.77**							
心配	-.50**	-.46**	-.45**	-.50**							
身体活動量											
運動量	-.47**	-.37**	-.52**	-.41**	.39**	.13	.38**	.31*	.32**	.25*	.38**
歩数	-.41**	-.31**	-.46**	-.34**	.32**	.11	.32**	.26*	.30**	.20	.33**
METs	-.42**	-.33**	-.47**	-.35**	.35**	.13	.35**	.23*	.25*	.22	.35**

[注] FIS：疲労評価尺度、CLDQ：肝疾患特異的QOL尺度、数値はSpearman順位相関係数、\*\*：p < .01、\*：p < .05

表5 疲労感およびQOL、身体活動量と関連要因別比較

FIS尺度・運動量	FIS総得点		認知領域		身体領域		社会領域		運動量		歩数		METs			
	n	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	
年齢	65歳未満	42	0.96 ± 0.68 (0.71)	.5	0.85 ± 0.63 (0.73)	NS	1.27 ± 0.88 (1.0)	.02	0.87 ± 0.67 (0.69)	NS	189 ± 124 (170)	.01	7,464 ± 3,739 (7,964)	.01	3.03 ± 1.75 (2.95)	.02
	65歳以上	33	1.25 ± 0.67 (1.3)		1.10 ± 0.74 (0.98)		1.76 ± 0.93 (1.8)		1.07 ± 0.64 (1.3)		124 ± 85 (102)		5,455 ± 3,428 (5,187)		2.15 ± 1.55 (1.85)	
就業	あり	39	0.89 ± 0.69 (0.69)	.01	0.81 ± 0.66 (0.65)	.04	1.18 ± 0.87 (1.0)	.01	0.79 ± 0.68 (0.57)	.02	181 ± 103 (166)	.03	7,411 ± 3,491 (7,645)	.03	2.96 ± 1.60 (2.80)	.04
	なし	36	1.29 ± 0.63 (1.4)		1.11 ± 0.69 (0.98)		1.82 ± 0.89 (1.8)		1.13 ± 0.60 (1.3)		137 ± 120 (113)		5,678 ± 3,796 (4,761)		2.28 ± 1.70 (1.90)	
Alb (g/dL)	3.8未満	26	1.34 ± 0.60 (1.5)	.01	1.17 ± 0.67 (1.1)	.03	1.86 ± 0.85 (1.9)	.01	1.16 ± 0.58 (1.3)	.02	131 ± 113 (80)	.03	5,453 ± 4,368 (3,479)	.03	2.13 ± 1.88 (1.24)	.02
	3.8以上	49	0.96 ± 0.71 (0.73)		0.84 ± 0.67 (0.70)		1.29 ± 0.92 (1.1)		0.85 ± 0.68 (0.68)		176 ± 110 (160)		7,178 ± 3,215 (7,065)		2.91 ± 1.56 (2.76)	
Plt (×10 <sup>3</sup> /μL)	13.1未満	38	1.23 ± 0.65 (1.3)	.03	1.05 ± 0.69 (1.0)	NS	1.76 ± 0.89 (1.7)	.01	1.07 ± 0.63 (1.2)	NS	141 ± 97 (129)	NS	5,998 ± 3,701 (5,796)	NS	2.33 ± 1.58 (2.24)	NS
	13.1~36.2	37	0.94 ± 0.71 (0.70)		0.86 ± 0.68 (0.75)		1.22 ± 0.91 (1.0)		0.84 ± 0.68 (0.66)		180 ± 125 (171)		7,176 ± 3,693 (7,917)		2.95 ± 1.79 (3.00)	
CLDQ尺度	CLDQ総得点		腹部症状		疲労		全身症状		活動		感情機能		心配			
	n	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	平均±SD(MD)	p	
年齢	65歳未満	42	5.22 ± 0.96 (5.3)	.04	5.48 ± 1.21 (5.6)	NS	4.74 ± 1.23 (5.0)	.01	5.23 ± 1.10 (5.6)	.01	5.45 ± 1.35 (5.8)	.00	5.21 ± 1.22 (5.3)	NS	5.19 ± 1.31 (5.5)	NS
	65歳以上	33	4.67 ± 0.68 (4.9)		5.60 ± 1.17 (5.8)		4.00 ± 1.26 (4.0)		4.55 ± 1.17 (4.7)		4.32 ± 1.62 (4.7)		4.91 ± 1.22 (5.2)		4.67 ± 1.37 (4.7)	
就業	あり	36	5.22 ± 1.01 (5.3)	.02	5.46 ± 1.34 (5.7)	NS	4.67 ± 1.37 (5.0)	.04	5.32 ± 1.14 (5.6)	.01	5.48 ± 1.32 (5.8)	.01	5.28 ± 1.20 (5.5)	NS	5.15 ± 1.35 (5.2)	NS
	なし	39	4.71 ± 0.93 (4.6)		5.60 ± 1.00 (5.7)		4.14 ± 1.15 (4.6)		4.58 ± 1.12 (5.4)		4.38 ± 1.64 (5.1)		4.85 ± 1.22 (5.4)		4.75 ± 1.34 (4.8)	
Alb (g/dL)	3.8未満	24	4.45 ± 0.86 (4.6)	.01	5.36 ± 1.13 (5.3)	NS	3.91 ± 1.19 (3.8)	.01	4.34 ± 1.08 (4.2)	.01	4.07 ± 1.71 (4.6)	.01	4.80 ± 1.11 (5.0)	NS	4.26 ± 1.14 (4.1)	.01
	3.8以上	49	5.26 ± 0.97 (5.6)		5.62 ± 1.21 (5.8)		4.69 ± 1.27 (4.9)		5.30 ± 1.11 (5.6)		5.42 ± 1.27 (5.7)		5.23 ± 1.26 (5.5)		5.33 ± 1.32 (5.0)	
Plt (×10 <sup>3</sup> /μL)	13.1未満	38	4.77 ± 0.95 (4.6)	.04	5.59 ± 1.13 (5.7)	NS	4.13 ± 1.18 (3.9)	.03	4.70 ± 1.17 (4.6)	.04	4.63 ± 1.71 (5.0)	NS	4.82 ± 1.27 (5.1)	NS	4.77 ± 1.27 (4.8)	NS
	13.1~36.2	37	5.19 ± 1.02 (5.3)		5.46 ± 1.25 (5.7)		4.71 ± 1.34 (5.0)		5.24 ± 1.15 (5.4)		5.28 ± 1.36 (5.7)		5.34 ± 1.12 (5.4)		5.16 ± 1.42 (5.6)	

[注] Mann-WhitneyのU検定。SD：標準偏差。MD：中央値。FIS：疲労感尺度。CLDQ：肝特異的疾患QOL尺度

および6つの下位尺度得点のすべてと有意な負の相関を示し ( $r: -.27 \sim -.83$ )、特に下位尺度の「疲労」とは最も強い相関を認めた。

身体活動量との関連では、FIS総得点および3つの下位尺度得点は身体活動量の歩数・運動量・運動強度との間ですべて有意な負の相関 ( $r: -.31 \sim -.52$ ) を示し、特にFISの下位尺度の「身体領域」が身体活動量との相関係数が高い傾向にあった。また、CLDQについては、「腹部症状」を除く5つの下位尺度は身体活動量との間で有意な相関 ( $r: .25 \sim .39$ ) が示され、身体活動量が増加するほどCLDQは高かった。つまり、疲労感が強くなるほど、身体活動量が減少し、QOLが低下する傾向が示された。

#### 4. 疲労感およびQOL、身体活動量と属性・疾患関連要因の関連 (表5)

疲労感およびQOL、身体活動量と有意な相関を示した要因について、属性要因および疾患関連要因の血液正常値を基準とした2群間で比較したところ、FISの総得点において、「65歳以上群」「就業なし群」「Alb値3.8未満群」「Plt値13.1万未満群」は有意に高値を示した。疲労感をより感じることに関係していたのは「高齢であること」「就業していないこと」「Alb値やPlt値が低いこと」であった ( $p < .05$ )。

CLDQの総得点においても、「65歳以上群」「就業なし群」「ALB値3.8未満群」「PLT値13.1万未満群」は有意に低く、「高齢である」「就業していない」「ALB値やPLT値が低い」者はQOLが低かった ( $p < .05$ )。CLDQの下位尺度別では「全身症状」および「疲労」ではCLDQ総得点と同様であったが、「感情機能」や「腹部症状」は属性要因による差がほとんどなかった。

身体活動量では、「65歳以上群」「就業なし群」「Alb値

3.8未満群」は有意に低値を示した。身体活動量に関係していたのは「高齢であること」や「就業していないこと」「Alb値が低いこと」であった ( $p < .05$ )。

その他の性別、飲酒、喫煙、HCV-RNAが陽性であるか否か、インターフェロン治療中の有無、血液検査データのAST値、ALT値、グルコース値、T-Cho値には有意な差がなかった。

### Ⅲ. 考 察

#### 1. 疲労感、QOL、身体活動量と関連要因について

75名のC型慢性肝炎患者の疲労感およびQOLと身体活動量の程度について調査を行った。本調査の結果を、C型慢性肝炎患者を対象とした先行研究 (Hassoun, Willems, Deslauriers, Nguyen, & Heut, 2002) が示す疲労感 (FIS) の得点と比較した。この研究の下位尺度それぞれのFIS得点の平均値は「認知領域」0.9、「身体領域」0.9、「社会領域」0.8であるのに対し、本研究では「認知領域」0.95、「身体領域」1.49、「社会領域」0.94であった。「認知領域」「社会領域」の得点に差がなかったのに比べ、本研究における「身体領域」は高値を示した。先行研究との年齢の差があったため、50歳未満群15名で再集計したが、やはり身体領域は高値のままであった。Losonczy, et al. (2011) の研究も先行研究と同様の結果であった。疲労感、年齢、病態の進行、Alb値やPlt値の低下と関連していることが示された。これらのことから、病態の進行 (肝硬変・肝がん) により肝細胞の蛋白合成能力の低下により血清アルブミンが低下し、脾機能亢進およびトロンボプラスチンの低下により血小板減少が起こっていること、また、加齢 (高齢者) は療養期間が長く、病態が進行している可能性が若年者と比較し高い可能性がある。

本研究のうち、肝硬変もしくは肝がんを合併していない55名のCLDQの平均値を先行研究 (Younossi, et al. 1999) の肝硬変がない肝疾患患者と比較すると、本研究のCLDQの総点5.20に対し5.14であり、ほぼ同様であった。また本研究においても、C型慢性肝炎のみの患者と肝硬変もしくは肝がんを合併した患者との間のCLDQ得点には有意な差があり、先行研究と同様であった。CLDQの総点において、年齢、病態の進行、Alb値やPlt値の低下は、QOLの程度に有意な差があった。QOLでも疲労感と同様の要因が関連しているものと推察された。

身体活動量の程度は、7日間の平均歩数 $6,479 \pm 3,719$ 歩、運動量の平均 $160 \pm 112$ kcal、身体活動強度平均 $2.64 \pm 1.70$ METsであった。65歳未満が $7,464$ 歩、 $3.0$ METsであるのに対し、65歳以上が $5,455$ 歩、 $2.2$ METsと有意に身体活動量が少なかった。また、慢性疾患患者を対象とした調査では65歳未満が $7,789$ 歩、 $3.0$  METs、65歳以上が $6,293$ 歩、 $2.5$  METsであった (松藤・藤田・安田, 2009)。松藤ら (2009) の調査した慢性疾患患者のうち糖尿病患者は約4割であることから、このなかには運動療法の指針をもとに積極的に運動を行っている患者が含まれていたと考えられる。また、健診受診者 $1,878$ 名を対象にした平均年齢63歳の1日の平均歩数は $6,061 \sim 6,499$ 歩、歩行による1日の平均運動量は $115 \sim 201$ kcal/day (岸本, 他, 2010) であり、本研究の対象者とほぼ同じ身体活動量であった。これらのことから、高齢であることが身体活動量の差に関連していたと思われる。先行研究 (Aung, et al., 2011) では、在宅高齢者の血清アルブミンが低い場合は身体機能 (移動能力、膝伸展力、IADL) が低いことを示唆している。本研究においてもアルブミンの低下と身体活動量 (運動量、歩数、METs) の低下を認めたことから、栄養状態と身体活動量は影響があると考えられる。

## 2. 疲労感およびQOLと身体活動量の関連について

本研究の疲労感およびQOLと身体活動量の3つの間には有意な相関が示された。疲労感とQOLには有意な負の相関があり、QOLに最も強い相関を示したのは「身体領域」の疲労感であった。疲労感に最も強い相関を示したのはQOL尺度の下位尺度の「疲労」であった。加齢や病態の進行、Alb値やPlt値の低下は、疲労感とQOLの両者に有意な関連があり、加齢や病態の進行に伴う肝機能低下が影響していると推察される。C型慢性肝炎患者の疲労感「身体領域」が最も高く、次いで病態の進行に伴い「社会領域」よりも「認知領域」の疲労感が強くなった。

身体活動量は「身体領域」の疲労感と最も強い負の相関を示し、身体的な疲労感の程度と活動量に関連があった。また、身体活動量とQOLの間には有意な相関があり、

身体活動量が高いこととQOLが高いことに関連があった。身体活動量が高くなることは、「心配」「疲労」「活動」「全身症状」といった下位項目のQOLを高めることになるため、疲労の程度に応じた身体活動量を高めることはC型慢性肝炎患者の看護に必要であると考えられる。Vázquez-Vanduyck, et al. (2007) は、肝機能障害患者においては社会復帰の遅延、QOLの低下、運動耐容能の低下があり、必要以上の安静を解除し、社会復帰に向けた運動の重要性を報告している。また、Breathwalk (ヨガ式ウォーキング法) の介入によりALT、ALT/AST比および総ビリルビンの減少、7人の患者のうちの4人にウイルス量の減少を認めたと報告 (Vázquez-Vanduyck, et al., 2007) し、インスリン抵抗性、肝臓線維化予防のための運動介入の必要性を指摘している。C型慢性肝炎患者の身体活動量が高いこととQOLが高いことに関連があることから、疲労感、検査値、病態の進行を考慮しながら運動療法を取り入れることが患者のQOLの向上につながると考える。

## IV. 研究の限界と今後の課題

1. 今回の調査に使用した『ライフコーダEX』は、自転車での運動に関してはカウントされないこと、水の中では使用できないため水泳や入浴中のカロリー計算はできないことが問題とされる。
2. ライフコーダをつけることで身体活動に対するモチベーションが上がり、普段の自然の運動量に比べ意識的に活動してしまう傾向がある。また、身体活動量の測定に興味のある対象者が集中した可能性がある。
3. 患者の環境要因調査 (経済面、家族構成、仕事内容)、肝機能調査、睡眠状態、うつ症状に関する調査などの要因に対する調査には及ばず、基本的な調査にとどまった。今後さらなる調査が必要である。

## 結 語

C型肝炎患者の疲労感、QOL、身体活動量の程度と関連について、以下の結果を得た。

1. 疲労感が高い患者は「身体領域」の疲労を強く感じ、病態の進行により「社会領域」よりも「認知領域」の疲労感を強く感じるようになった。
2. 病態の進行によりQOLが低下することが示唆された。
3. 身体活動量は一般住民と同等であったが、病態の進行により活発な活動の割合が少なくなった。
4. 疲労感とQOLおよび身体活動量には強い関連があり、疲労感が強いほどQOLが低く、身体活動量が少なかった。

5. 疲労感を高めQOLを低下させることに関連していたのは、「65歳以上」「就業なし」「Alb値3.8未満」「Plt値13.1万未満」であった。

## 要 旨

本研究はC型慢性肝炎患者の疲労感とQOLを明らかにし、身体活動量や関連要因の検討を行った。C型慢性肝炎患者75名を対象に、疲労感尺度(FIS)、肝疾患特異的QOL尺度(CLDQ)の質問紙調査と身体活動量を測定した。疲労感が強い者は身体領域の疲労が強く、病態の進行によりQOLが低下した。FIS、CLDQはともに有意な相関を示し、身体活動量は平均歩数6,479歩、運動量 $160 \pm 112$  kcal/day、運動強度 $2.6 \pm 1.7$  METs/dayであった。身体活動量は、3 METs未満が80%と運動強度は多くが低値を示した。関連要因は、「65歳以上群」「就業なし群」「Alb値3.8未満群」「Plt値13.1万未満群」がFISは高値を示し、CLDQは低値を示した( $p < .05$ )。C型慢性肝炎患者では、疲労や病態の進行を考慮しながら身体活動を高めることが重要であることが示唆された。

## Abstract

The objective of the present study was to clarify fatigue among patients with chronic hepatitis C (HCV), along with liver disease-specific quality of life (QOL). In addition, an accelerometer was used to measure levels of physical activity and investigate relationships to fatigue and liver disease-specific QOL. The Fatigue Impact Scale (FIS) and a liver disease-specific QOL scale (Chronic Liver Disease Questionnaire; CLDQ) were assessed through a questionnaire, and studied in combination with levels of physical activity. A total of 75 subjects were analyzed. Subjects displayed severe fatigue in terms of physical functioning on the FIS, and those with advanced disease exhibited low CLDQ scores. Mean values for levels of physical activity were 6,479 steps,  $160 \pm 112$  kcal/day for amount of exercise, and  $2.6 \pm 1.7$  Mets/day for exercise intensity. FIS and CLDQ correlated significantly with levels of physical activity, and more severe fatigue corresponded to lower QOL and lower levels of physical activity ( $p < .05$ ). Mean number of steps for patients with HCV was comparable to that of the general population, but patients showed lower exercise intensity. It's been suggested it is important for patients with HCV to increase physical activities while considering fatigue level and the progress of clinical condition.

## 文 献

- Aung, K.C., Feng, L., Yap, K.B., Sitoh, Y.Y., Leong, I.Y., and Ng, T.P. (2011). Serum albumin and hemoglobin are associated with physical function in community-living older persons in Singapore. *J Nutr Health Aging* 15(10), 877-882.
- Bailey, D.E. Jr, Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M.H., Muir, A.J., Strickland, L., and Clipp, E. (2009). Uncertainty symptoms and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics* 50(2), 138-146.
- Fisk, J.D., Ritvo, P.G., Ross, L., Haase, D.A., Marrie, T.J., and Schlech, W.F. (1994). Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the fatigue impact scale. *Clin Infect Dis* 18(1), S79-83.
- Glacken, M., Coates, V., Kernohan, G., and Hegarty, J. (2003). The experience of fatigue for people living with hepatitis C. *J Clin Nurs* 12(2), 244-252.
- Gutteling, J.J., de Man, R.A., van der Plas, S.M., Schalm, S.W., Busschbach, J.J., and Darlington, A.S. (2006). Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Aliment Pharmacol Ther* 23(3), 1629-1635.
- 原田 大, 成田竜一 (2009). C型肝炎ウイルス感染とインスリン抵抗性. *医学のあゆみ* 229(12), 1131-1135.
- Hassoun, Z., Willems, B., Deslauriers, J., Nguyen, B.N., and Heut, P.M. (2002). Assessment of fatigue in patients with chronic hepatitis C using the Fatigue Impact Scale. *Dig Dis Sci* 47(12), 2674-2681.
- Hickman, I.J., Jonsson, J.R., Prins, J.B., Ash, S., Purdie, D.M., Clouston, A.D., and Powell, E.E. (2004). Modest weight loss and physical activity in overweight patients with chronic liver disease results in sustained improvements in alanine aminotransferase fasting insulin, and quality of life. *Gut* (53), 413-419.
- 堀内龍也, 片平洸彦, 山本由美子 (2010). 薬害肝炎被害者実態調査結果報告. 3.
- 泉 明佳, 木田民子, 佐々木千枝, 小橋晴彦, 山田剛太郎 (2008). 肝胆膵疾患とQOL 肝疾患特異的尺度 (CLDQ). *肝胆膵* 57(6), 1137-1146.
- Kallman, J., O'Neil, M.M., Larive, B., Boparai, N., Calabrese, L., and Younossi, Z.M. (2007). Fatigue and health-related quality of life (HRQOL) in chronic hepatitis C virus infection. *Dig Dis Sci* 52, 2531-2539.
- 河田純男, 石井里佳, 柄沢 哲, 芳賀弘明, 小野寺 滋 (2006). C型肝炎における疲労感・倦怠感. *総合臨牀* 55(1), 93-96.
- 岸本裕代, 大島秀武, 野藤 悠, 上園慶子, 佐々木 悠, 清原 裕, 熊谷秋三 (2010). 日本人一般住民における身体活動量の実態: 久山町研究. *健康科学* 32, 97-102.
- 木田民子, 泉 明佳, 佐々木千枝, Mahmood, S., 岡本華枝, 小橋春彦, 山田剛太郎 (2008). C型およびB型慢性肝疾患におけるCLDQを用いた健康関連QOLの評価. *医学と薬学* 59(4), 545-553.
- Kumahara, H., Schutz, Y., Ayabe, M., Yoshioka, M., Yoshitake, Y., Shindo, M., Ishii, K., and Tanaka, H. (2004). The use of uniaxial accelerometry for the assessment of physical-activity-related energy expenditure: a validation study against whole-body indirect

- calorimetry. *Br J Nutr* 91(2), 235-243.
- 桑代卓也, 水野敏彦, 尾崎岩太, 江口有一郎 (2009). C型慢性肝炎患者のQOLに寄与する因子の検討. 日本消化器病学会雑誌, 106巻 suppl-(1.2) 279(520).
- Lengyel, G., Aszalós, Z., and Tulassay, Z. (2007). Hepatitis C virus infection and depression. *Orv Hetil* 148(1), 11-15.
- Losonczy, E., Bencsik, K., Rajda, C., Lencsés, G., Török, M., and Vécsei, L. (2011). Validation of the Fatigue Impact Scale in Hungarian patients with multiple sclerosis. *Qual Life Res* 20(2), 301-306.
- 松藤 彩, 藤田君支, 安田加代子 (2009). 慢性疾患患者の主観的健康観と身体活動量の関連. 日本看護研究学会雑誌 32(3), 186.
- 松田悦子, 斉藤亮子, 山田皓子, 沼沢さとみ, 伊藤直子 (2007). HCV由来の肝臓疾患患者の日常. 山形保健医療研究 10, 41-53.
- 白木 亮, 森脇久隆 (2009). 慢性疾患と運動療法: 慢性肝疾患. 日本臨牀増刊号 954, 406-409.
- Swain, M.G. (2000). Fatigue in chronic disease. *Clin Sci* 99, 1-8.
- 田中 篤, 高橋宏樹, 根津佐江子, 上野義之, 菊池健太郎, 渋谷明隆, 大平弘正, 銭谷幹男, Montali, L., Invernizzi, P., 滝川 一 (2009). 日本人PBC患者における Fisk Fatigue Severity Scale (FFSS) 日本語版の妥当性の検証. 肝臓 50(2), 51-59.
- Vázquez-Vandyck, M., Roman, S., Vázquez, J.L., Huacuja, L., Khalsa, G., Troyo-Sanromán, R., and Panduro, A. (2007). Effect of breathwalk on body composition, metabolic and mood state in chronic hepatitis C patients with insulin resistance syndrome. *World J Gastroenterol* 13(46), 6213-6218.
- Younossi, Z.M., Guyatt, G., Kiwi, M., Boparai, N., and King, D. (1999). Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut* 45(2), 295-300.
- Zucker, D.M. (2009). An intervention to prevent symptom associated with hepatitis C: a pilot study. *Applied Nursing Research*, University of Massachusetts School of Nursing.

[平成25年4月11日受 付]  
[平成26年2月13日採用決定]

## 大卒新人看護師のリアリティ・ショック

— スムーズな移行を促す新たな教育方法の示唆 —

The Reality Shock Experienced by Recent Nursing School Graduates:  
A Suggestion for a Smoother Transition Using Real-World Educational Methods

谷口 初美<sup>1)</sup>      山田 美恵子<sup>1)</sup>      内藤 知佐子<sup>2)</sup>  
Hatsumi Taniguchi      Mieko Yamada      Chisako Naito  
内海 桃絵<sup>3)</sup>      任 和子<sup>3)</sup>  
Momoe Utsumi      Kazuko Nin

キーワード：新人看護師，リアリティ・ショック，看護教育

Key Words：recent graduate, reality shock, nursing education

### はじめに

現在，看護系大学は平成3年度の11校から平成22年度では188校に急増し，看護師国家試験合格者のうち学士課程修了者は2割を超すようになった（日本看護協会，2010b）。その背景には，少子・超高齢化社会の到来と医療の高度化における質のよい看護ケアの提供が求められている。しかしながら，看護学生の臨地実習では高度医療機器とハイリスク患者が多く，基礎実習はかなり制約され，学校で学んだ看護行為を思うように生かせない現状があり，それとともに現代の多様化された学生の特徴として医療職としての目的意識の希薄化，学習意欲の低下が指摘され，学士課程で学生が身につけるべき学習成果が課題とされてきている（日本看護系大学協議会，2010）。

日本看護協会（2010a）の調査においては，新卒看護職者の1年以内の離職率は2004年度から2009年度にかけて9.3～8.9%を示している。またこの調査（2009年看護職員実態調査）では，職場における悩みや不安として，20～24歳という新卒者の年齢層では「医療事故を起こさないか不安である」が81.1%（全年齢層では61.6%）を占めていた。この主な要因に，「（看護）基礎教育終了時点の能力と看護現場で求められる能力とのギャップ」（日本看護協会，2010a）が取り上げられており，新卒看護師は看護基礎教育終了時点の自己の能力と現場で求められる能力にギャップ感じ，ハイリスクの患者をケアするにあたり，高度医療機器に囲まれた医療環境に身を置いている自己に対して危機感を抱いている現実がある。このような反応を，Kramerは1974年にリアリティ・ショックについて「数

年間の専門教育と訓練を受け，卒業後の実社会での実践準備ができていないと感じる新卒専門職者の現象，特定のショック反応である」と定義づけている（Kramer & Schmalenberg, 2004）。日本においても「現実と理想のギャップ」や「バーンアウト」現象としてとらえており，平賀・布施（2007）は，この現実と理想と間のギャップを感じることで生じる身体的・精神的・社会的な総合事象としてとらえている。また，新人看護師のリアリティ・ショックの対策として，クリニカルコーチ，プリセプター，相談役等の配置，新人看護師のための特別教育プログラム，指導方法等の新卒看護師のリアリティ・ショック予防に関する報告（糸嶺・鈴木・叶谷・佐藤，2006；喜多・村上，2005；森田，2009；竹原，2011）が数多くされてきている。日本看護協会の新人看護師職場定着促進の調査（2010a）においては，①教育研修体制が十分整備している病院では新卒看護職員の離職率が低い，②看護部に教育研修責任者が配置されている病院では離職率が低い，③責任者を専従で配置したほうが離職率は低くなる。という報告がされている。

各病院施設での新卒看護師の教育体制の重要性が指摘されるが，新人教育の問題は臨床サイドだけでなく，むしろ教育サイドにも大きな問題である。教育機関のカリキュラムと日々進歩している臨床現場での看護ケアには常に時間的なギャップが存在しており，即，カリキュラムに取り入れることがなかなか困難な現状がある。これが新人看護師を臨床でつまづかせる一原因となっているともいえる。1960年代米国での看護教育が大学教育に移行したときに，臨床と教育の乖離の問題（亀岡・竹尾，2003）に関し

1) 九州大学大学院医学研究院保健学部門 Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

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

3) 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系 Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University

て、ユニフィケーションモデル (unification model)、つまり看護教育・実践・研究の有機的一体化とした取り組みが1980年代日本に紹介され、現在、各施設でのスタッフ間の人事交流の取り組みがされている(亀岡・竹尾, 2003; 作田, 2008; 田代・鶴田, 2000)。しかしながら、臨床と基礎教育のギャップを解決するために、新人看護師サイドから取り組みとして、看護学生のスムーズな臨床への移行に取り組んでいる研究は数少ない。「実際、新人看護師が卒業後臨床でどのようなことにギャップを感じ、それに対してどのように対処しようとしているのか」という research question をもとに、このギャップを少しでも緩和しスムーズな移行を促す新たな教育方法の探究が喫緊の課題である。そこで本研究の目的は、新人看護師のリアリティ・ショックの現状を理解し、大学から臨床へのスムーズな移行を促す看護基礎教育のあり方を探ることとした。

## I. 研究方法

### 1. 研究デザイン

この研究方法は、research question を満たすため質的研究の記述的現象学を用いた。記述的現象学の特徴は、その現象にいる対象者の生きた経験の意味を理解することで、対象者の主観的な意識に焦点を当てる研究方法である。この方法によって、新人看護師の経験を網羅的に理解することができる。

### 2. 研究対象者

A 大学を卒業後、同大学の附属病院に就職した新人看護師を対象とした。ただし、①オペ室勤務の看護師、②産科病棟、NICU 勤務の助産師、のいずれかに該当する勤務者は、一般病棟勤務の看護業務に比べ「病棟の特殊性によりリアリティ・ショックの影響を受けやすい」という先行研究(芳賀ら, 1999)の結果から、この研究の対象から除外することとした。

### 3. 倫理的配慮

この研究を実施するにあたり、A 大学医学部医の倫理委員会の承認(2011年8月11日)、A 大学附属病院看護部倫理委員会の承認(2011年8月29日)を受け開始した。データ収集期間は平成23年11月から平成24年1月にかけて看護部からの紹介後、電話で内容の説明と業務との利害関係はなく、研究参加は自由意志であることを伝え同意を得た。インタビュー前に、研究の趣旨、研究方法、逐語録のため録音の同意、自由意思による参加、中途辞退の保障、プライバシーの保護、研究成果の公表について文章と口頭で説明して同意のうえで実施した。

### 4. データ収集

インタビューは研究グループのなかでも新人看護師と面識のない研究者によって open-end インタビューで実施した。現象学的アプローチでは、本来の意味を明らかにするために研究者の先入観を伏せて、また brackets (先入観を封じ込めること)によって、より対象者の思いを引き出す方法をとることが特徴である。このことは、対象者の思いにバイアスをかけることを防ぎ、より信頼性の高い情報を得ることになる(Moustakas, 1994)。インタビューは1~1時間半、対象者のいちばん都合のよい時間帯の看護部の小会議室を設定した。質的研究におけるサンプルサイズは量的研究に比べると一般に少なく、現象学では、対象者の思いやその現象に関する考え、それに関する人生の意味をより深く見つめることができるように時間をかけてインタビューが行われる。この形式は、一般に質的研究では深層インタビューとよばれている。この深層インタビューは、継続的なかわりのため、通常6~8名といわれている(Morse & Richards, 2002)。本研究過程で8名のインタビューを終了した時点で、いままでの内容に新規性が乏しい状態であるデータの飽和を感じた。データの飽和を確認するためさらに続け、10名の時点でデータ収集終了とした。

現象学的なインタビューの質問は、現象に対する生きた経験(lived experience)を含んだ最小限の質問となる(Moustakas, 1994)。本研究では「入職して、いまどのように感じていますか? 期待すること不安に思うことは何ですか?」とし、さらに深層インタビューとして「よろしかったら、そのことについて、もっと詳しく述べていただけますか?」「そのことは、あなたにとってどのような意味をもたらしたのですか?」と促し、場面の描写を明らかにして理解を深めるように試みた。インタビュー終了時点で基本データの収集を実施した。

### 5. 用語の定義

「リアリティ・ショック」について、平賀・布施(2007)がKramerの定義を基本にした次の操作的定義を用いることにした。すなわち「リアリティ・ショックとは、就職後に看護基礎教育で形成された看護の理想と現実の間にギャップを感じることによって生じる身体的・精神的・社会的なものを含む総合的な現象」(平賀・布施, 2007)である。

### 6. データ分析

現象学で一般に使用される Colaizzi (1978) の分析方法を用いた。この分析方法は、以下のようなステップからなる。

- ①逐語録（プロトコール）を読みながら録音を聴き対象者の語りの世界を思いめぐらす
- ②プロトコールからresearch questionに関する重要発言を抽出する
- ③抽出した重要発言に「意味づけ」をする。意味づけが不明確な場合は、再度対象者に確認をとる
- ④意味づけした内容に適したテーマを設定する。これを繰り返す
- ⑤類似のテーマを意味に適したクラスター、およびより大きい最終カテゴリーに分類する
- ⑥この研究で得られた現象を詳細に記述する
- ⑦最終段階として、この研究で得られた結果をそれぞれの研究対象者へフィードバックし内容の正確さを検証する

この最終段階で新しいデータがあれば最終結果に追加する。プロトコールの分析には、質的研究コンピュータソフトウェア『NVivo 9』をColaizziの分析の⑤の段階まで使用した。

### 7. 科学的正確さ (trustworthiness, rigor) 確立のためのプロセス

質的研究の科学的正確さは、credibility (信憑性), transferability (移転性), dependability (信頼性), confirmability (確証性) が提唱されている (Lincoln & Guba, 1985)。科学的正確性を高めるための技法として、対象者との継続性、詳細な観察とフィールドノートへの記載がある。本研究ではこれらを triangulation (3方向からの取り組み) とした。また、すべての分析過程は研究メンバー2名以上で実施し、データ (逐語録, インタビュー録音), データ追跡記録 (audit trail), フィールドノート, 最終段階の参加者による内容の同意によって信頼性・確証性が立証された。

## II. 結 果

### 1. 参加者の概要

本研究の参加者は女性8名, 男性2名の合計10名の新人看護師で, 平均年齢 $23.4 \pm 0.67$ 歳であった。配属は内科系3名, 外科系7名で, インタビューの時期は入職後7~9か月であった。

### 2. インタビュー内容の分析の結果 (表1)

4つのカテゴリー〈①学生時代を顧みて〉〈②新しい環境での葛藤とチャレンジ〉〈③新人が育つ理想的な教育環境〉〈④プロフェッショナルへのステップ〉に集約された。おのおののカテゴリーのなかから、新卒看護師が感じてい

るリアリティ・ショックを最も表しているテーマとそのテーマとなった参加者の重要発言を示しながら述べる。

カテゴリー〈①学生時代を顧みて〉では、クラスター「不十分な学生時代の臨床実習」が取り上げられる。このクラスターのテーマのなかでいちばん重要発言が多かったのが「学生時代の学びと臨床のギャップ」であった。

P5: 実際, 実習に行ったからといってそんな何もできないし, バイタルサインを測るくらいしかできないんで……。コミュニケーションをとりに行ったらぐらいしか印象にないですね。

P7: 学生のときはできることが限られていたんで, 実際, 入ってから一から身につけることが多いですね。

学生時代はlow riskの患者のバイタル測定とコミュニケーションが主で, なかなか患者の治療のなかに踏み込

表1 入職から半年: 新人看護師の振り返り

カテゴリー	クラスター	テーマ
学生時代を顧みて	看護師を目指したきっかけ	看護師となった理由 国家資格の安心感
	不十分な学生時代の臨床実習	学生時代の学びと臨床のギャップ 臨床実習での経験不足 今後の理想的な実習形態 実習に臨む姿勢 実習で学んだことを業務で応用することのむずかしさ 卒業前の1年間のブランク
新しい環境での葛藤とチャレンジ	先輩ナースとの関係	大きなプレッシャーとなっている先輩看護師 恐怖体験となる先輩からの叱咤 肩身の狭い職場環境
	新しい環境へのコーピング	入職後の緊張した日々 入職時に比較されることへの気まずさ 看護師役割がとれない自分 めまぐるしく変化する臨床への不適応 理想の看護と現実のギャップ 理想の成長曲線が描けないもどかしさ 初めてのターミナルケアへの衝撃 新人看護師という甘えと葛藤 看護師としての生活のリズムへの不適応 入職前の技術の不安を払拭した卒業研修 職場環境への慣れ
	新人としての日々のプレッシャーへの対処	日々の努力と勉学の必要性 人と話すことでの心の整理 仕事に対するスタンス 自分への励まし
新人が育つ理想的な教育環境	容易な職場への移行	先輩からの適切なフィードバック 習得が容易な技術 臨床へのスムーズな移行
	理想的な職場環境	新人を受け入れる病棟の雰囲気 安心できる新人育成の環境 チーム医療としての連帯意識
プロフェッショナルへのステップ	専門職としての自覚の高まり	新人看護師が描く一人前の姿 看護職の重責への気づき 患者さんに寄り添えるきめ細やかな看護の必要性 患者さんに役に立ちたいという切なる思い 理想とする看護師像 看護の視点のめばえ 将来の看護領域への興味 状況判断能力の習得
	看護師としての自己の成長の喜び	臨床を通しての自己の成長 看護師としての充実感と喜び 生きることへの再認識

[注] ■■■ はリアリティ・ショックに関連するテーマ

んでいけなかった。しかし、入職すると high risk の患者の受け持ちとなり、学生時代の受け持ちとレベルが違いすぎ、ケアの差に戸惑いを訴えた。このような学生時代とのギャップを埋めるために「実習の時間をもっと長くしたほうがいいのか」、不安が大きかった技術面に関しては「一つひとつの技術を評価して、合格してから臨床実習に出す必要性」、そして、実際に看護師はどのような勤務をしているのかを知るために「看護業務のスケジュールを知り、一人の看護師のシャドウとして実習すると仕事全体を理解することができ、充実した実習ができるのではないか」、また、自分の実習態度を顧みて「実習生は、実習に対する目的意識の違いが実習態度に現れているので、臨床実習にあたるには目的意識をはっきりとをもって実習に臨んでほしい」といった意見が出された。

カテゴリ 〈(2)新しい環境での葛藤とチャレンジ〉においては、先輩との対人関係の問題が述べられた。クラスター {先輩ナースとの関係} において最も多くの重要発言が集中しているテーマは「大きなプレッシャーとなっている先輩看護師」であった。

P6：ナースって怖いイメージがあって、女性が多い職場ですし……。

P2：上下関係もしっかりしてますし、言葉づかい一つでも指導を受けますし、そういうなかでなかなか、働くというか、人間関係的にもなかなかつらいなっているのがありますね。

いままでの臨床実習でのナースのイメージが潜在的な恐怖感にもつながって、先輩に声もかけられない面がみられていた。そのうえ、学生時代と全く異なり、実社会での縦の関係にどのように対処してよいかわからず戸惑いをみせていた。

クラスター {新しい環境へのコーピング} において多くの重要発言を占めていたのは、テーマ「入職後の緊張した日々」と「入職時に比較されることへの気まずさ」であった。

P3：仕事でも緊張して、休憩も全然、ご飯が美味しくなくて、家に帰ってもうほぼ寝るだけの生活が最初続いたので、働くのが本当にしんどくなりました。これが社会人かって思いました。

P5：本当に何もわからなかったので、多分、わからな過ぎて、その場にいるのがつらかったと思うんです。

そして、「入職時に比較される事への気まずさ」における重要発言では、

P1：恥ずかしいというか、早く追いつかないといけなくなっているのがまずは出てくるので、少しでもがんばらないと、情けないなっているのがあった。

と、同僚と看護技能面で比較されること、多重業務と業務

のスピードについていけないこと、実習のときとは異なりゆっくり患者と向かい合う時間がとれないこと、初めてのターミナルケアでの衝撃など、日々緊張した状況であり、理想とした自己成長曲線が描けない焦りが語られた。

P2：他の同期の方がうまくできているのに自分はなんでできないのかとか、患者さんのこと本当にみれてないのかな……。処置に一杯一杯で……。つらいというか……。本当に不甲斐ない感じがしました。

P6：とにかく業務が多いので、間に合わないというのが、もう一杯一杯なので、初めは1人しか持たないが、そのうち2人3人、深夜だともっと人数が増えますし……。頭のなかがグヤグヤで、ポンポン抜けてったっていうのがあり、それがいちばん不安でした。

このクラスターを占める重要発言は「つらい」「情けない」という言葉が多く出てくる。入職前に描いていた自己の理想像とはかけ離れた自己を惨めに思っていた。

このようなプレッシャーへの対処として、クラスター {新人としての日々のプレッシャーへの対処} において「日々の努力と勉学の必要性」「人と話すことでの心の整理」「仕事に対するスタンス」のテーマに多くの重要発言を集めていた。

P1：大学よりも勉強するようになりました。

また、先輩のアセスメントを間近に見て自分のものにしてしている新人や、日々の指導を受けた事柄をノートに記載することで不安が解消していったと話した新人もいた。また、同期や親友、母親等と話することでストレスを発散していた。

P6：社会人なんだし、甘えは許されない。

など、入職後7か月経った責任感と自省の念も出ていた。

カテゴリ 〈(3)新人が育つ理想的な教育環境〉において、リアリティ・ショックの緩和のためにクラスター {容易な職場への移行} {理想的な職場環境} が提案された。{容易な職場への移行} においては、テーマ「先輩からの適切なフィードバック」が多くの重要発言を占めていた。このなかには適切なフィードバックと不適切なフィードバックが存在していた。

P7：最初、緊張ばかりだったんですけど、「ていねいに患者さんとかかわれていますね」とかそういうのを書いてもらおうと、そうやって見てくれている先輩がいるんだなっていうのがうれしかったりしました。また、がんばろうと。

P2：マイルドに言ってほしかったなっていうのが……。いまはだいが優しく教えていただいているのですが……。報告一つでも先輩に対してなかなか躊躇してしまったりとか、怖くてまた怒られるんじゃないかって錯覚を覚えたり……。

クラスター「理想的な職場環境」では、テーマ「新人を受け入れる病棟の雰囲気」に多くの重要発言が寄せられていた。それには、入職当初なかなか病棟に馴染めないためにスタッフのなかに入れなく、居場所のない状況が続き、ともすれば無視されたような孤立した状況に陥っていた。このような職場を新人は、理想とする職場であれば自分たちの能力がいまより発揮できるのではないかと期待していた。

P3：言いやすい環境をつくって……。相談しやすい環境……。そういうのって、ひとりじゃなく全員で整えていかないといけないし……。

テーマ「安心できる新人育成環境」においては、理想とする新人が馴染める病棟の指導体制が語られた。

P1：不安はありましたが、フォローさんがいてくれるので……。ちょっと困ったらすぐに声をかけてくれるので、すごくありがたいです。なので技術の面に関しては、全く不安はなくなりつつあります。

この他、先輩から励ましのコメントを週の終わりにもらったり、スタッフ全員で取り組む姿に一人ではないチーム医療の一員であるという認識に目覚め、それがモチベーションにつながった者もいた。新人は当初の困難を克服しつつ、自己のプロフェッショナルとしての認識をつかみつつあった。

最後のカテゴリー〈④プロフェッショナルへのステップ〉は、2つのクラスター「専門職としての自覚の高まり」「看護師としての自己の成長の喜び」に集約された。「専門職としての自覚の高まり」のなかのテーマ「看護職の重責への気づき」のなかでリアリティ・ショックに直面していた。

P2：やっぱり華やかなイメージが入ってきてしまっていたので、もうちょっと、患者さんの命を預かっているってことを考えたときに、そこに求められる責任感とか、実際に自分のやったことが患者さんに影響するので、その責任の重さが、厳しさとか、一つ一つ正確にやらなきゃいけなかったりとか、そういうところに表れてくるのかなって思うので、いま進めなくて、思ったように。

P6：自分のミスが自分だけのミスじゃなくて、上のほうのミスってことにもなるってということで、やっぱり連帯責任が大きいかなってというのは、学生のときとはすごい大きな違いかなと思います。

臨床の第一線で看護職として働くということが、人の命に直接結びつく重要な仕事であることを認識し、学生時代以上に勉学に勤しんでいた。また、テーマ「生きることへの再認識」に新人看護師のリアリティ・ショックが表れていた。それは、人の死に初めて直面したショックであった。

P1：（がんを告知された患者さんとの会話の後）自分の人生について考えたことがなかったので、本当に残された時間が短くなったときに考えることってすごく多くなって……。本当に直面したら、自分の人生考えないといけないんだなって。まだ長いと思わず、人生をいろいろ考えなければいけないのかなって思いました。

人の死に直面したことがなかったゆえに大きなショックを受け、死にゆく患者さんから命とはどういうことなのかを教えられ、命の尊さを考えさせられた。普段何気なく生きている自分を顧み、自分の人生をもっと大切にして日々生きなければと自己の生きる姿勢を悔い改めていた。

入職して新人看護師は、学生時代には想像もしていない現実に直面し、悩み、苦悩しながらも7か月が経つと、いままでの自分のケアを顧みて本当の看護とは何かを追求しようとする姿勢をみせていた。

P2：本当に患者さんのことを考えて働いていたかっていうところですね。自分は清拭だったら、清拭をすればいいやって感覚で一時期いたので、それもただの処置とか業務であって、清拭って何のためにするのかとか……。それを考えずにやっていたこともあったので、それって看護じゃないなって思って……。

また、いままで見えていなかったことが見えてくるようになり、もっとじっくり患者さんにかかわり家族を含めたトータルケアの必要性を感じ、ケアの視点が広がってきていた。

P7：7か月たって、できてきていることは多くなってきていると思うのですが、できていないこと、いままで気づかなかったできていないことがどんどん目につくようになって……。

自分の成長に喜びを感じるとともに、いちばんのうれしい評価は患者からの「ありがとう！」の感謝の言葉であり、また、先輩からの評価であり、それらは彼らの大きな励みとなっていた。目下、彼らの目標は一日でも早く一人前の看護師になることであった。自立して看護業務の最低限のケアをできるようになり、患者さんとの信頼関係が築け、患者さんの立場で考えられるケアができるようになること。そして、チームのスタッフをサポートできるような看護師を目標としていた。

### Ⅲ. 考 察

#### 1. 大卒新人看護師のリアリティ・ショックの現状の理解

平賀・布施（2007）は、リアリティ・ショックの構成8因子（職場の人間関係、看護実践能力、身体的要因、精神的要因、業務の多忙さと待遇、仕事のやりがいと楽しさ、業務への責任感、患者の死に関する対応）を報告して

いる。今回のわれわれがインタビューした新人看護師の6か月間の経験の結果も、ほぼこの構成要因に網羅されていた。そのなかでもクローズアップされるのが、①看護師として求められる能力のハードルが高すぎ、何もできない自己に対するショック、と②職場における先輩との人間関係に社会的なパワーを感じ馴染めない現実、であった。看護大学で学際的に多方面から学ぶことができて、実際の臨床看護実習においては、十分な臨床実習ができていなかったのが現状であった。

「実習計画を立てても、実習生だからできないんですよ……。普通に自分が看護師だったらっていう計画。それを考えるだけで実際、実践ができなかったから……。(P8)」という重要発言からみられるように、学生は真剣にクラスで学んだことを実践しようとするが、臨床では看護学生ということでケアを制限される場合も現在のhigh risk患者の多い臨床現場では多々あり、看護学生の自分を生かす場が臨床現場にないことで期待していた臨床実習への失意と最低限のケア（バイタル測定とコミュニケーション）に不満すら感じており、また、忙しくしている看護師にも声をかけられず、疎外感さえ感じていた。この現象は、ただ単に現代の学生たちの目的意識の希薄化や学習意欲の低下だけではなく、実習場の提供ができない臨床実習環境にも問題が多くある。実際に、新人看護師となって入職してみると「学生時代、もっと実習を長く、high riskのケアや診療のなかまで深く入ってやっておけばよかった」「清拭とか一つとっても、あれって試験あったかなって、総合評価だったり、お互い評したりとかと思うんですけど、そういうのをしっかりやって、ちゃんと合格してから臨床にきたほうがいいかなと……。」というような、大学のカリキュラムや看護技術習得のためのOSCEにあたる評価の必要性等が述べられたことは大学側として考慮していくべき要因である。

新人看護師の職場における悩み・不満の最上位は「医療事故を起こさないか不安である(81.1%)」とされる(日本看護協会, 2010a)。この背景にあるのは、「専門能力不足で自信がない」「これでよいのか不安になる」という思いである。また、新人看護師は受け持ち患者が多くなると多重業務の優先順位をつけられなくなり、「深夜だともっと人数が増えますし……。頭のなかでグヤグヤで、ポンポン抜けてったっていうのがあり、それがいちばん不安でした」と述べている。

欧米諸国では、リアリティ・ショックという言葉よりtransition shockという言葉が多く使用されている(Hatler, Stoffers, Kelly, Redding, & Carr, 2011; Lee, Hsu, Li, & Sloan, 2012; Parker, Giles, Lantry, & McMillan, 2014; Wu, Fox, Stokes, & Adam, 2012)。Transition period(移行期間)は、「専門看

護職としての知識・技術・価値観が要求される職業的社会化のプロセス」と定義(Mooney, 2007; Duchscher, 2009)づけられている。入職後の最初の12か月から24か月が最も不安定な時期で、専門職としてまたはその施設で勤務するかどうかの決定を促す大切な時期であるとも報告(Price, 2009)されている。この時期は新人看護師にとって、新しい環境で専門知識・技術・責任・新たな役割、そして人間関係に直面するため、身体的にも精神的にも、そして知的にも大いなるチャレンジが求められ、ストレスフルで不安定で刺激を受けやすい時期である。本研究においても、毎日緊張の連続、食事さえ喉を通らず、ただ帰って寝るだけの生活が続いていた。あまりにも学生時代と異なる現実についていけなくなると、欠勤が目立ち始め離職につながるプロセスとなっている(Parker, et al., 2014)。このtransition shockは欧米諸国においては新卒者の離職率に大きく影響を示している報告(Hatler, et al., 2011; Lee, et al., 2012; Parker, et al., 2014; Wu, et al., 2012)が多くされている。新人看護師にとってこのtransition period(移行時期)は、専門的能力の開発と自己イメージ確立のためのきわめて重大なターニングポイントとなる(Lee, et al., 2012; Welding, 2011)と述べられている。本研究においても、約7か月後には自分が行っている看護ケアの本質に着目することができるようになってきており、1日も早く先輩のような一人前の看護師をめざし、ともに働く先輩看護師達を一人前看護師としてのロールモデルとして見つめ、彼らから学び、そしてあこがれていた。これらは、彼らのプロフェッショナル意識を掻き立て次に進むキャリアパスへの礎になっていた。Kramer & Schmalenberg (2004)は、「看護師の仕事に対する満足度は、臨床判断にもとづいて質の高いケアの提供できた時の自己の能力に結びついている」といっている。この専門職としての自信が患者からの感謝の言葉であり、先輩からの評価であった。それが励みとなっていることは本研究においても示された。

## 2. 新卒看護師のリアリティ・ショック緩和のための看護基礎教育の内容

看護系大学の人材育成は、日々高度化する医療技術のもとでますます複雑になる患者や家族の多様なニーズを適確にとらえ、科学的に理論的にアセスメントし、その個人にとって適切なケアを提供でき、将来を担う専門職を育成することとされている(日本看護系大学協議会, 2008)。今回の質的研究方法で新人看護師の半年を顧みることで、彼らが感じ、経験した現実の臨床現場でのリアリティ・ショックを少なからず理解できたように思う。今後、この結果を根拠とする実際の臨床実習時間、実習内容、卒業時の看護学生の看護技能習得状況、臨床側が期待する看護学

生の入職時の看護技能等を調査したうえで、理想とするリアリティ・ショック対策を考案し、日本看護系大学協議会が期待する将来を担う専門職を育成する看護教育に貢献するプログラムの開発が課題である。

先進国でのこの問題の取り組みを交えながら、将来構想を示唆してみたい。新人看護師にリアリティ・ショックの経験を軽減させ、high riskケアや高度医療機器の操作等を実際に学生時代に学ぶ方法として、先進国では学生時代から学内演習でhigh riskのケアをシミュレーション学習として臨床実習の20～50%に実施している。全米看護連盟 (National League of Nursing; NFL) は、看護学生のクリティカルシンキング (批判的思考)、振り返りを促進する環境づくりを奨励しており、複雑で変化に満ちた医療環境に対応できる新人看護師の養成が提唱され、その方策としてシミュレーション教育の臨床演習の増加が求められている (Jeffries, 2012)。シミュレーション教育デザインの基本コンセプトは、できるだけ本番に近い (authentic) ものが望ましく、基礎医学・臨床医学と関連づけられた統合的 (integrated) なものでとされ、①医療の高度化に伴う医療事故防止、②質の高い安全な医療サービスのニーズ、によってますます需要が高くなってきている (McNeal, 2010; Nehring, 2008)。このシミュレーション教育を看護学部の教員と病院看護部の臨床指導者との協働で現実に近い状況設定のシナリオを開発し、看護基礎教育のなかで実施することができるようになれば、現在の不十分な臨床実習の問題を解決する手立てとなるのではないだろうか。まさしくユニフィケーションというかたちの看護学生から新人教育までの一貫した教育連携をとることができ、現在のリアリティ・ショックを軽減または緩和に対する必須策のように思われる。また、医療事故の原因の70%以上はコミュニケーションの問題であるといわれている。特に、今回の研究にも取り上げられた新人看護師の先輩との関係に関して、わからないのに尋ねられない現状があった。いまやシミュレーション教育は、単なる技術能力の演習としてだけでなく、コミュニケーション能力をはじめとする対人技術や医療者に求められる基本的な態度までのすべてが包含されている (神津, 2011)。スタッフ間のコミュニケーションを密にすることが、職場環境を改善する一つの方法

でもある。働きやすい職場環境を新人は「言いやすい環境をつくって……。相談しやすい環境……」と望んでいた。大学基礎教育からシミュレーション教育を導入した研究は数多く報告され、その有益性が期待されている (Grantt, 2010; Guhde, 2011; Lee, Lee, Wong, Tsang, & Li, 2010; Moule, Wilford, Sales, & Lockyer, 2008)。

新人看護師のリアリティ・ショックを軽減または緩和するための教育方法として、看護大学と臨床指導者が看護学生から新人看護師の期間を協働して学生指導にかかわり、基礎看護教育時代から臨床に即した事例やhigh risk症例のケアができるよう状況設定のシナリオベースのシミュレーション教育のプログラムを開発して、看護学生の臨床実習を補い、安全な質の高い臨床実習を保障する必要性があるのではなかろうか。このことは看護大学と臨床看護のギャップ (乖離) のなかに新人看護師を陥らせることなく、スムーズに次の段階に導くブリッジとしての機能を果たしうるかもしれない。

## 結 語

今回の研究結果から、新人看護師のリアリティ・ショックの要因に、①求められる能力のハードルが高すぎ、何もできない自己に対するショック、と②職場における先輩との人間関係、がクローズアップされた。看護師としてのfirst stepの大切な時期に遭遇するリアリティ・ショックを緩和するためにも、基礎看護教育時代から臨床に即した事例やhigh risk症例のケアができるよう、看護大学と臨床指導者が協働して学生指導にかかわり、状況設定のシナリオベースのシミュレーション教育のプログラムを開発して、看護学生の臨床実習のニードを補い、安全で質の高い臨床実習を保障する必要性が明らかとなった。

## 謝 辞

この研究にご協力をいただいた新人看護師の皆さまに心より感謝申し上げます。この研究は文部科学省研究費助成金基盤研究C「今、ホットなシミュレーション教育で繋ぐ大学から臨床への看護教育一貫システムの構築」(平成23年～25年)の助成を得て取り組んだ研究の一つである。

## 要 旨

**【目的】** 新人看護師のリアリティ・ショックの現状を理解し、大学から臨床へのスムーズな移行を促す看護基礎教育のあり方を探ること。

**【研究方法】** A大学を卒業後、A大学の附属病院に就職した新人看護師10名を対象に、質的研究の記述的現象学を用い実施した。本研究はA大学医学部とA大学病院看護部の倫理委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 新人看護師のリアリティ・ショックの要因として、①求められる能力のハードルが高すぎ、何もできな

い自己に対するショック、②職場における先輩との人間関係がクローズアップされ、基礎教育のときから臨床現場に即した看護ケア、high riskケアと接遇の必要性が明らかになった。

【考察】安全で質の高い臨床実習を保障するため先進国が実施している大学と臨床が協働で取り組むシミュレーション教育のシステム構築の必要性が示唆された。

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to understand the reality shock experienced by recent nursing school graduates and to explore ideal nursing educational methods that allow for a smoother transition from schools to clinics.

**Methods:** The participants were 10 nurses who worked for university hospital "A" following their graduation from university "A". The Phenomenological qualitative method was conducted using depth-interview after the ethical approval of IRB of university "A" and university hospital "A".

**Results:** Interview analyses shows that recent nursing school graduates believed themselves to be inadequately prepared for the unexpectedly high demands of clinical work, including both medical practices and the ability to effectively interact with senior colleagues. It has become clear that nursing students need to have real high-risk care clinical practice and to brush up non-technical skills.

**Discussion:** It is suggested that to support high-quality clinical practice, there needs to be a coherent educational system that includes scenario-based high-risk nursing care simulation learning methods as practiced in industrialized countries.

### 文 献

- Colaizzi, P.F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle, R.S. and King, M. (eds), *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*. 48-71, New York: Oxford University Press.
- Duchscher, J.E. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *J Adv Nurs*. 65(5), 1103-1113.
- Grantt, L.T. (2010). Strategic planning for skills and simulation labs in colleges of nursing. *Nurs Econ*, 28(5), 308-313.
- Guhde, J. (2011). Nursing students' perceptions of the effect on critical thinking, assessment, and learner satisfaction in simple versus complex high-fidelity simulation scenarios. *J Nurs Educ*, 50(2), 73-78.
- Hatler, C., Stoffers, P., Kelly, L., Redding, K., and Carr, L.L. (2011). Work unit transformation to welcome new graduate nurses: using nurse's wisdom. *Nurs Econ*, 29(2), 88-93.
- 糸嶺一郎, 鈴木栄子, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2006). 大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショックに関与する要因. *日本看護研究学会雑誌*, 29(4), 63-70.
- Jeffries, R.P. (2012). *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation*. 2nd ed., 1-7, New York: National League for Nursing.
- 亀岡智美, 竹尾恵子 (2003). 米国における看護実践・教育・研究のユニフィケーションに関する文献の概観. *国立看護大学校研究紀要*, 2(1), 2-9.
- 喜多里己, 村上明美 (2005). 赤十字関連施設における新人助産師のリアリティショックの実態と助産教育背景および現任教育における指導体制との関連. *日本赤十字看護大学紀要*, 19, 35-44.
- 神津忠彦 (2011). シミュレーション教育のあるべき姿—教育プログラムを構築しよう. *日本医学教育学会教材開発SP小委員会 (編), シミュレーション医学教育入門*. 35-44.
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007). 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティ・ショックの構成因子とその関連要因の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 30(1), 97-107.
- 芳賀久美代, 鈴木幸子, 河野順子, 荒井悦子, 三森郁子, 小川京子, 池永克世, 江崎 誠 (1999). *新卒看護師のリアリティ・ショック—病棟の特殊性によるショックの程度と要因の違い*. *日本看護学会論文集 (看護総合)*, 30, 106-108.
- Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essential of magnetism tool. *J Nurs Adm*, 34(7-8), 365-378.
- Lee, H.Y., Hsu, M., Li, P., and Sloan, R.S. (2012). 'Struggling to be an insider': a phenomenological design of new nurses' transition. *J Clin Nurs*, 22(5-6), 789-797.
- Lee, L.Y., Lee, J.K., Wong, K.F., Tsang, A.Y., and Li, M.K. (2010). The establishment of an integrated skills training center for undergraduate nursing education. *Int Nursi Rev*, 57(3), 359-364.
- Lincoln, Y.S., and Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. CA: SAGE Publications.
- McNeal, G.J. (2010). Simulation and nursing education. *ABNFJ*, 21(4), 78.
- Mooney, M. (2007). Professional socialization: the key to survival as a newly qualified nurse. *Int J Nurs Pract*, 13(2), 75-80.
- 森田 文 (2009). 新卒看護職員の早期離職防止の取り組み. *医療 (12)*, 63, 797-801.
- Morse, J.M. and Richards, L. (2002). *Readme First for a user's guide to qualitative methods*. CA: SAGE Publications.
- Moule, P., Wilford, A., Sales, R., and Lockyer, L. (2008). Student experiences and mentor views of the use of simulation for learning. *Nurse Educ Today*, 28(7), 790-797.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. CA: SAGE Publications.
- Nehring, W.M. (2008). U.S. board of nursing and the use of high-fidelity patient simulations in nursing education. *J Prof Nurs*, 24(2), 109-117.
- 日本看護協会 (2010a). 「2009年看護職実態調査」「2009年病院における看護職需要供給状況調査」から見る看護の現状と課題: 看護職の離職防止には「教育研修体制の整備」「ワークライフバランスの推進」「労働条件の改善」を. News Release, 2010年3月16日.  
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0316-1.pdf>
- 日本看護協会 (2010b). 23年度予算編成に向け文科省・厚生省への要望書を提出: 看護基礎教育の充実, 特定看護師 (仮称) の養成, 仕事と家庭の両立支援を訴え. News Release, 2010年

- 6月3日. [http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20120704124053\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20120704124053_f.pdf)
- 日本看護系大学協議会 (2008). 看護職の教育に関する声明.  
<http://www.janpu.or.jp/umin/kenkai/seimei.html>
- 日本看護系大学協議会 (2010). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告.  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921\\_1\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf)
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., and McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Educ Today*, 34(1), 150-156. doi: 10.1016/j.nedt.2012.07.003. Epub 2012 Jul 31
- Price, S.L. (2009). Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *J Adv Nurs*, 65(1), 11-19.
- 作田裕美 (2008). 看護学研究と臨床実践のユニフィケーションがもたらす価値—リンパ浮腫外来開設を一例として—. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 6(1), 4-8.
- 竹原 歩 (2011). 循環器専門施設で行われているメンタルヘルス支援. *HEART nursing*, 24(4), 93-97.
- 田代順子, 鶴田恵子 (2000). 「ユニフィケーションの“今”そして……」 Unification in Nursing Now and Future. 聖路加看護学雑誌, 4(1), 67-70.
- Welding, N.M. (2011). Creating a nursing residency: decrease turnover and increase clinical competence. *Medsurg Nurs*, 20(1), 37-40.
- Wu, T.Y., Fox, D.P., Stokes, C., and Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Educ Today*, 32(6), 669-674.

〔平成25年2月22日受 付〕  
 〔平成26年2月28日採用決定〕

## 院内感染対策の包括的な支援プログラムによる 中規模病院への支援とその評価

Evaluation of External Support by a Comprehensive Support Program to  
Improve Infection Control Practices in a Medium-Sized Hospital

土井 まつ子<sup>1)</sup> 篠田 かおる<sup>1)</sup> 橋本 真紀代<sup>2)</sup> 高橋 知子<sup>3)</sup>  
Matsuko Doi Kaoru Shinoda Makiyo Hashimoto Tomoko Takahashi

キーワード：感染予防対策，支援，支援プログラム，病院  
Key Words：infection control practices, support, support program, hospital

### はじめに

わが国では、無床診療所を含むすべての医療機関等において院内感染対策のための体制の整備が求められている。医療機関等における感染対策の整備は、これまで総合病院や特定機能病院などの大規模病院等から進められてきたが、中小規模病院や老人保健施設等では、人的・経済的資源の確保や最新情報へのアクセスなどの困難さから、整備はなかなか進展してこなかった（宮崎・切替，2009；境・長谷・吉井，2010）。2002年7月には厚生労働省技術総括審議官の下に「院内感染対策有識者会議」が設置され、中小規模病院に対する支援体制の整備をはかるための体制整備の必要性が議論されてきた。これにより、2004年からは院内感染対策支援ネットワークの整備が厚生労働省のモデル事業として展開されてきた。この事業は、経済的支援が時限であることや限られた道府県にあり、地域に散在する多くの中小規模医療施設がネットワークにアクセスすることには限界があった。また、資源の豊富な大規模病院で実施されている内容を中小規模病院等で導入しようとしても、個々の病院が抱えるさまざまな状況から実現が困難であり、施設の特長やニーズに応じた支援のあり方や支援体制の整備が課題となっている（金光，2012；宮崎・切替，2009；南家ほか，2012；境ほか，2010；宇佐美，2007）。このような背景から、平成24年度には診療報酬制度の改定によって、「感染防止対策加算1」を取得する大規模病院と、中小規模病院との共同カンファレンスによる連携活動の実施が一定の施設基準を満たすことで加算されるようになった。しかし、これに参加できる中小規模病院は少ない現状にある（大久保，2012）。中小規模病院に対しては、

感染対策の実践力の向上とそのための人材育成や組織化への支援が重要と考えられる。

感染対策の構築には、職種、性別、教育背景、経験などの医療スタッフの個人的要因と、感染対策のための仕事量と人員配置、モデルやキーとなるスタッフの存在などの人材に関する要因、ガイドラインやマニュアルの整備、結果のフィードバック態勢などの感染対策の実施、さらには、経営方針、組織文化、患者・スタッフ関係等の組織的要因に介入する包括的な支援の必要性が指摘されている（Kretzer & Larson, 1998; Moongtui, Gauthier, & Turner, 2000; Pittet, 2001; Pittet, et al., 2000; Takahashi, Osaki, Okamoto, Tahara, & Kishimoto, 2009）。これまでわれわれは、中小規模の病院や老人保健施設の感染対策の向上を目的に、組織的要因と個人的要因の両方に介入する包括的な支援プログラムを作成し、このプログラムによって支援を行ってきた。今回は、中規模病院1施設に対して感染対策の包括的な支援プログラムによる支援を実施し、支援後の感染対策組織や感染対策実施状況の変化、被支援者の変化、感染予防行動の変化から、支援の効果を評価したので報告する。

### I. 用語の定義

本研究では、以下の用語について定義した。

#### 1. 支援

今田（2000）は、「支援とは、何らかの意図をもった他者の行為に対する働きかけが前提となっており、支援者と被支援者というセットで意味をなす行為である」と定義している。本研究においては、今田（2000）による定義を活

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

2) 半田市立半田病院 Handa City Hospital

3) 愛知医科大学病院 Aichi Medical University Hospital

用して、支援者は被支援者の感染対策活動の向上への意図を理解し、感染対策活動の質の改善・維持・達成を目指し、被支援者と協働すること、とした。

## 2. 包括的支援プログラム

本プログラムは、支援者が施設の感染対策組織や感染対策活動の向上（期待される変化）を目指して、施設の組織的要因と医療スタッフの個人的要因の双方に対して働きかける（支援する）ための方策を研究者らが網羅的に編成したものである。

## II. 研究方法

### 1. 研究期間と対象

本研究では、2008年11月から2011年2月までの期間に、N市内の440床の総合病院1施設（以下、A病院とする）の感染対策の担当者と医療スタッフに対して感染対策の包括的な支援プログラム（以下、支援プログラムと略す）による介入を支援として実施し、その評価を行った。対象施設の概要を表1に示す。本研究における支援者は、感染管理認定看護師と感染看護を専門とする研究者であり、直接的な支援の対象者は、施設の管理者から任命された8名の医療スタッフ（看護師、薬剤師、臨床検査技師、医師、事務職員、看護管理者）であった（以下、担当者とする）。

表1 対象施設の概要

診療科	内科, 外科, 脳外科, 整形外科, 産婦人科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科眼科, 小児科, 皮膚科
病床数	440床 (緩和ケア病棟を含む)
職員数	483名
職種	医師: 77名
	看護職 (看護師・准看護師, 助産師, 看護助手): 310名
	薬剤師: 13名
	臨床検査技師: 11名
	その他の医療職 (診療放射線技師, 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士, 視能訓練士, 臨床工学士, 管理栄養士): 49名
事務職: 23名	
平均在院日数	17日程度
院内感染対策委員会	あり
院内感染対策チーム	院内感染対策委員が兼務
感染対策マニュアル	あり

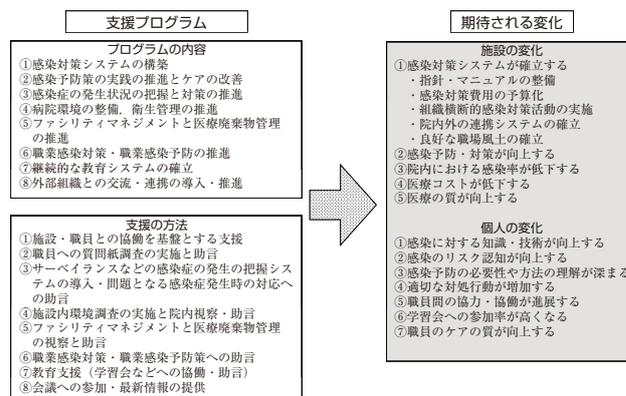
[注] 2008年11月25日の調査による数値を示す。

### 2. 支援方法

#### (1) 感染対策の包括的支援プログラム

本研究では、支援を受ける施設側の状況や要望に応じた

支援を提供するために、研究者らが、必要と考えた支援内容を網羅して編成した感染対策の包括的な支援プログラムを作成した。支援プログラムの概要を図1に示す。プログラムの内容のうち、感染対策システムの構築、感染予防策の実践の推進とケアの改善、感染症の発生状況の把握と対策の推進、病院環境の整備・衛生管理の推進、ファシリテータマネジメントと医療廃棄物管理の推進は主として組織的要因への支援と位置づけ、職業感染対策・職業感染予防の推進と継続的な教育システムの確立、外部組織との交流・連携の導入は主として個人的要因への支援と位置づけた。担当者は、これらの内容から支援者の説明や助言を受けて希望するプログラムを選択することとした。



[注] 「プログラムの内容」のうち、①②③④⑤は組織的要因、⑥⑦⑧は個人的要因に該当する。

図1 感染対策の包括的支援プログラムの概要

#### (2) 支援方法

支援プログラムの方法（図1参照）に基づき、研究者は支援者として、支援期間中に定期的に開催された担当者会議に参加し、担当者とともに感染対策の課題を明確にして課題解決に向けた対策を検討すること、感染対策活動への助言、情報の提供、担当者の企画した対策に協働するなどの方法により、支援を実施した。支援の開始時には、支援者と被支援者それぞれの役割について説明し、支援者・被支援者の役割を明確にした。会議では、担当者が会議を運営し、支援者はスーパーバイザーとしてかかわることとした。また、支援期間中に支援者が重要と考えるデータや最新情報などを担当者に提供した。担当者会議で決定した内容や討論した内容は、担当者のリーダーと支援者がそれぞれ議事録を作成して、会議の参加者全員で内容を確認し共有するようになった。

### 3. データ収集と分析方法

#### (1) 会議録の分析

担当者会議で了解された会議録の分析を、以下のような手順で行った。記録された文章の意味内容を、各回の担当

者会議の直後と1か月後に会議に参加した研究者間で検討し、合意が得られた内容をデータとした。合意が得られない場合には繰り返し話し合い、合意が得られるまで検討した。支援の効果については、施設の感染対策組織や感染対策の変化、担当者の感染対策への取り組みや言動の変化、医療スタッフの感染予防行動の認識の変化、環境改善への変化から、「施設の感染対策組織の構築・強化ができたか」「感染対策の向上と感染予防行動の向上ができたか」の視点で分析した。

#### (2) 現場視察の分析

支援期間中に、支援者と担当者が病院内を視察し、注射薬の混合・輸液の取り扱い、消毒薬の使用法、医療器具の取り扱いと管理、リネン類の管理、医療廃棄物の管理、手洗い場などの水まわりの管理の実施状況を観察した。『医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き』（武澤ほか、2007）で推奨されている方法を基準に、適切な方法で実施しているかを視察に参加した研究者間で評価した。

#### (3) 環境調査の分析

感染対策上で問題となる微生物による環境中の汚染状況を調べるために、環境から検体採取を行った。原則として対象個所の100cm<sup>2</sup>を10 mL滅菌水に浸した綿棒『ふきふきチェック』（栄研化学）で拭き取り、普通寒天培地、マンニト食塩培地、NAC培地、マッコンキー培地、YPD培地に接種して、発育する菌数を調べた。菌種の同定はグラム染色、各種APIキットの結果に基づく『API web』（シスメックス・ビオメリュー）により行った。また必要に応じて16SリボソームRNAの一部領域をPCRにて増幅したDNAの塩基配列を決定することにより菌種の同定を行った。汚染状況の評価は、分離されたコロニー数と菌種によって行った。

#### (4) 感染予防行動に関する質問紙調査の評価

医療スタッフの感染予防行動の変化を評価するために、介入前と介入終了から1年後に看護ケアの中心的な担い手である勤務経験10年未満の20歳代から30歳代の常勤看護職員を対象に、感染予防行動の実施状況を質問紙によって調査した。質問項目は、『医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き』（武澤ほか、2007）に推奨された項目から最も推奨度の高いAランクの項目を抽出し、医療機関と保健施設等に共通に使用できるように研究者が改変して作成した。調査内容は、《手指衛生》《個人用防護具（personal protective equipment: PPE）の使用》《鋭利器材の取り扱い》《リネン類の取り扱い》《トイレ・汚物処理室の管理》《病棟における薬剤混合》《医療廃棄物の取り扱い》《職業感染予防》のカテゴリに分類される56項目の感染予防策と回答者の背景に関する4項目（年齢、看護職

としての経験年数、入職時期、教育）とした。質問紙調査の分析は、支援開始前と支援終了から1年後の感染予防行動の実施に対する回答を比較し、予防行動の認識の変化を調べた。各質問項目に対して「80%以上実施する（いつも実施する）」と回答したものを実施群、それ以外の「ときどき実施する」「まれに実施する」「実施しない」と回答したものを非実施群として、実施状況と回答内容を分析した。全回答数に対する実施群の割合を実施率として示した。統計解析は『SPSS 16.0J for Windows』を使用し、2群比較はカイ2乗検定を行い、有意水準を両側5%未満とした。

#### 4. 倫理的配慮

研究者の所属機関の倫理委員会による承認を得た。倫理申請書の記載に基づいて、研究開始前に対象施設の施設長に説明し研究協力への承認を得た。研究対象者である感染対策の担当者に対しては、実際の支援や調査を行う前に、文書と口頭で協力を得る内容や研究成果の取り扱いなどに関して研究対象者に説明し、了解を得た。医療スタッフを対象とした質問紙調査は、調査用紙と回収袋を病棟内の指定された場所に留め置き、質問紙の提出をもって研究協力の同意とした。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 担当者会議における支援

担当者会議の会議録を分析し、以下の結果を得た。

##### (1) 担当者会議における支援者と担当者の役割・会議の方針について

支援者は、2008年12月から2010年3月までの期間に12回の担当者会議（表2参照）に参加して、A病院の感染対策上の課題とその対策を担当者とともに検討した。

支援開始初期（第2回の会議）において、会議の運営方針、支援者と担当者の役割について検討した。その結果、担当者の役割については①会議での検討事項は施設の担当者が決定する、②主体者は担当者であり、会議の運営は担当者のリーダーが行う、③会議は参加者全体の合意で進める、④各担当者の職種や専門性に応じて役割を分担する、⑤検討課題は、院内で共通する感染対策上の課題を取り上げる、⑥会議録を担当者と支援者がそれぞれ作成し会議で確認することを決定した。一方、支援者の役割は、①スーパーバイザーとして必要な情報を提供する、②担当者が方向性を見失いズレが生じた場合に助言する、③担当者の要請に応じて計画に参加・協力する、④会議録を作成し、会議で報告するとした。さらに、検討した内容や決定事項を次回の担当者会議で担当者と支援者がそれぞれ作成

表2 担当者会議における検討内容

会議回数	検討した課題・感染対策活動
1回	・研究の説明と承諾の手続き ・事前調査依頼
2回	・支援方法・支援者の役割の説明 ・感染対策組織の検討(現状の問題点) ・視察結果の報告
3回	・事前調査結果のフィードバック ・視察結果の検討 ・担当者間で役割分担を決定 ・支援終了時におけるゴールの設定
4回	・事前調査結果のフィードバック ・マニュアル・感染対策組織の検討 ・抗菌薬の適正使用の検討
5回	・事前調査結果のフィードバック ・感染対策チーム(ICT)などの組織づくり ・サーベイランスの導入について検討 ・抗菌薬使用状況調査の実施
6回	・学習会年間計画の作成, 第1回学習会実施 ・CR-BSIサーベイランス実施の決定 ・ICTの発足について(報告)
7回	・抗菌薬使用の届出制導入以降の状況の検討 ・学習会(5月~10月) ・ICT活動開始
8回	・環境調査場所の検討 ・サーベイランス(9月開始)実施状況の検討
9回	・環境調査実施(44か所) ・サーベイランス実施状況の検討 ・マニュアルの修正
10回	・環境調査のフィードバック ・環境汚染に対する改善策の検討
11回	・改善策の実施と2回目の環境調査結果の報告 ・サーベイランス結果のまとめ
12回	・支援のまとめ ・事後調査の依頼

[注] 支援期間は2008年12月~2010年3月である。

した会議録を報告し、参加者全員で確認することを決定した。

このように支援の初期の段階で担当者会議の運営方針の合意を得て進めた結果、3回から12回までの会議は担当者が主体的に会議を運営し、参加者全員が発言するようになった。また、担当者間での役割分担が決定された3回以後からは、各自が分担した対策に自発的に取り組むようになり、各回の担当者会議において取り組みの状況や結果が報告されるようになった。

## (2) 担当者会議の検討内容と経過

担当者会議で検討した内容を表2に示した。

第1回の会議においては、研究について担当者に説明し同意を得た。また、医療スタッフの感染予防行動についての実態を把握するために、質問紙調査を依頼した。第2回の会議では、視察結果の報告を行った。第3回の会議では、担当者たちは「組織横断的な感染対策システムの構築」が緊急で重要な課題であると考え、感染対策チームの

組織的な位置づけをすること、感染対策マニュアルを修正することを支援終了時までのゴールとして決定した。第3回から5回までは、支援者は質問紙調査の結果を担当者会議で報告し、その結果をもとに、具体的な感染対策上の課題を明らかにしていった。担当者は支援プログラムによる支援の内容から、サーベイランスの導入、施設内環境調査、教育支援(学習会)、最新情報の提供も追加していった。

第6回会議において、感染対策の組織の変更について報告があった。これまでは感染対策委員会(以下、ICCと略す)のメンバーが感染対策チーム(以下、ICTと略す)を兼任していたが、ICTが組織横断的な感染対策活動を実施する役割を担う独立した組織として位置づけられ、8名の担当者が正式にICTのメンバーとして任命された。また、ICCはICTからの報告・提案を受けて決定する役割として位置づけられたことになった。

第7回から11回までの会議では、ICTメンバーが主体的に会議と感染対策活動を計画し進めていった。この間には、職員を対象とした学習会(表3)、カテーテル関連血流感染(catheter related blood stream infection: CR-BSI)のサーベイランスの経過報告(第8回)、環境調査(第9回)、環境調査結果報告(第10回)、サーベイランス結果の報告(第11回)が実施された。その結果、ICTを中心に課題に取り組み、清掃方法、静脈留置カテーテルの挿入時のケア、血液培養時のケアなどが検討され、各種のマニュアルが修正された。

担当者会議の最終回(第12回)では、1年間の支援プログラムによる支援の総括を行った。支援の対象者である8名のメンバーからは、「これまで個人として感染対策上の意見を出してもなかなか取り上げられることがなかったが、ICTのメンバーになってからは意見が取り入れられるようになった」「ICTが独立してからは感染対策が進むこ

表3 感染管理セミナーの実施状況

回数	内 容	参加者数
1	サーベイランスについて	感染対策委員限定
2	標準予防策と個人防護具の使い方	52名
3	感染経路別予防策	42名
4	サーベイランスとは —CR-BSIサーベイランスを中心に—	33名
5	洗浄・消毒・滅菌、ス波尔ディングの分類	41名
6	抗菌薬の適正使用・血液培養検査	44名

[注] 2009年5月29日~10月8日の期間に6回実施した。2~6回の学習会の対象者は全職員である。

とを実感した」「今後も困ったときには支援者に相談をしたい」などの発言があった。

### (3) 現場視察によって明らかになった課題への取り組み

支援初期において実施した現場視察の結果、消毒薬の作成や保存方法、医療器具の洗浄・消毒・滅菌方法、リネン類の管理、院内の定期清掃の実施は病棟によって異なり、必ずしも適切に実施されていないことが明らかになった。その要因としては、標準化された感染対策マニュアルが不十分であったことが確認された。また、抗菌薬の届出制や職員教育が不十分であることも明らかになった。担当者会議において、これらの課題について取り組む必要性が確認された。

ICT発足後には、消毒薬の作成や保存方法の改善、医療器具の洗浄・消毒・滅菌方法の見直し、抗菌薬の届出制、自主学習会、感染対策マニュアルの定期的な見直しが開始された。今後継続する感染対策として、病棟ごとに期間限定のサーベイランスの導入、感染対策の指針とマニュアルの定期的見直し、定期的な手洗いキャンペーンの実施、ICTニュースなどを活用した手指衛生教育の継続、おむつ交換・陰部洗浄のマニュアル作成、職業感染予防対策の導入が担当者会議において確認された。

### (4) 教育支援（学習会の開催）

担当者や職員を対象とする学習会は、担当者であるICTが計画し、支援者がその一部を分担した。学習会の内容を表3に示した。1回から5回までの学習会は支援者が講師となって実施したが、第6回学習会からはICTメンバーである担当者が講師を担当した。学習会の参加者はのべ224名であり、参加者へのアンケート調査では、標準予防策の実施の必要性や使用した器具の消毒方法、サーベイランスの必要性などについて理解できたという意見が、各回ともに参加者の8割以上を占めた。

### (5) CR-BSIサーベイランス導入への支援

2009年9月～2010年1月の期間に内科系の2病棟でCR-BSIサーベイランスを実施し、その結果を米国のサーベイランスシステムであるNNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System) およびNHSN (National Healthcare Safety Network, 2006年以降) の報告と比較した。その結果、カテーテル使用比は0.024と0.07で、この数値は10パーセント未満であった。感染率は、12.8と6.7で、いずれも90パーセント以上であり、カテーテルの使用が少ないにもかかわらず感染率が高いことが明らかになった。2010年3月15日に、その結果を担当者会議で報告し、CR-BSIの低減への対策を検討した。CR-BSIに関する対策として、血液培養手順の見直しや中心静脈内カテーテル (central venous catheter: CVC) 管理の課題を明らかにし、看護ケア方法、CVC挿入時の手順について改善策を検討した。今

後、施設のCR-BSIのベースラインを把握するために、必要な病棟に対して期間を限定してサーベイランスを実施することになった。

## 2. 感染予防行動に関する質問紙調査

感染予防行動の実施状況に関する調査は、支援プログラムの開始前の調査（事前調査と略す）を2008年11月4日から12月5日までの期間に実施し、支援終了から1年を経過した時点の調査（1年後調査と略す）を2011年11月26日から12月3日までの期間に実施した。調査用紙の回収は、事前調査は205名中102名（50%）、1年後調査は202名中139名（69%）であり、有効回答率はそれぞれ90%、97%であった。

全調査項目のうち56項目について、項目別に比較した結果を表4に示した。支援から1年後の時点で、有意差の有無にかかわらず実施しているという回答が増加した項目は、56項目中50項目（89.3%）であった。そのうちの有意差がみられた項目は、《手指衛生》が3項目、《PPE：手袋の使用》が6項目、《その他のPPEの使用》が6項目、《トイレ・汚物処理室の管理》が4項目、《薬剤混合》が3項目、《鋭利器材の取り扱い》が2項目、《職業感染対策》が2項目、《教育》が4項目の計30項目（53.6%）であった。80%以上の実施率であると回答した項目は、支援前には56項目中9項目（16%）であったが、1年後には17項目（30.4%）に増加した。一方、実施者が減少した項目が6項目あり、そのうち廃棄物の取り扱いに関する1項目「密閉できる廃棄物の使用」は実施と回答した割合が有意に低下していた。支援1年後に実施しているという回答が50%以下の項目は、支援前が31項目（55.4%）で、支援後17項目（30%）と減少していたが、特に《手指衛生》群、《リネン類の管理》群、《トイレ・汚物処理室の管理》群、《廃棄物の取り扱い》群のなかには実施率が40%以下の低い項目がみられ、1年後にも改善がされていなかった。

## 3. 環境調査

環境調査は、2009年10月28日の前日から清掃が行われていない午前11時から12時までの時間帯に実施した。調査場所の選定は、担当者が必要と考える場所に加えて支援者が汚染可能性の高い場所を助言し、最終的には担当者が調査場所を決定した。調査した場所は、手術室、食堂、各病棟内の、高頻度接触環境表面（電話、コンピュータ・キーボード、ナースコール、ベッド柵、車椅子など）手洗い場のシンクや浴槽などの水まわり、薬剤や経管栄養の調製場所、トイレと排泄物の処理室、患者のベッド周囲、呼吸器などの医療器具、器具の消毒・洗浄室などで、計43か所から細菌と真菌を分離し、コロニー数と菌種を調べた。病棟

表4 事前調査と1年後調査の感染予防行動の実施状況

項目群	各項目の内容	事前調査 実施率 (%)	1年後調査 実施率 (%)	有意確率
手指衛生	① ケア前の手指衛生	25	48	.001*
	② 異なる処置間の手指衛生	8	35	.000*
	③ 手袋着用前の手指衛生	26	32	.454
	④ 手袋着用後の手指衛生	68	76	.289
	⑤ ケア後の手指衛生	34	52	.001*
	⑥ 腕時計・指輪をはずす	45	57	.097
手袋使用 (PPE)	① おむつ交換時の手袋使用	91	94	.559
	② トイレ介助時の手袋使用	41	61	.004*
	③ 創傷ケア時の手袋使用	21	60	.000*
	④ 使用後の手袋交換	88	91	.506
	⑤ 手指に創があるときの手袋使用	49	77	.000*
	⑥ 処置ごとの手袋交換	26	58	.000*
	⑦ 体液に接触可能性時の手袋使用	78	89	.042*
	⑧ 採血時の手袋使用	1	15	.000*
その他 (PPE)	① ケア前のビニールエプロン着用	12	47	.000*
	② 使用後直ちにエプロンを外す	55	83	.000*
	③ エプロンは単回使用する	51	82	.000*
	④ 体液の飛散時マスクを使用する	34	60	.000*
	⑤ 体液の飛散(予測)時はゴーグルを使用する	9	27	.001*
	⑥ PPE除去後手指衛生をする	42	68	.000*
リネン類	① 清拭用タオルの使用直前の加湿・加温	63	76	.054
	② 汚染リネンは他のリネンと区別する	82	87	.347
	③ 汚染リネン処理時はエプロンを着用する	30	36	.389
	④ 汚染リネンを床やテーブルに置かない	17	24	.236
	⑤ 使用後シーツの搬送時、汚染を避ける	56	60	.574
	⑥ 使用後シーツは指定場所に保管する	79	81	.734
	⑦ 便器は使用ごとに洗浄・消毒する	60	70	.180
トイレ、汚物室	② 尿器は使用ごとに洗浄・消毒する	66	70	.656
	③ 便器洗浄時マスク・手袋・エプロンを使用	7	22	.003*
	④ 尿器洗浄時マスク・手袋・エプロンを使用	6	19	.006*
	⑤ 汚物室作業前、手指衛生を実施する	26	49	.001*
	⑥ 汚物室作業後、手指衛生を実施する	91	92	.999
	⑦ 汚物処理室内にPPEが設置されている	27	63	.000*
	薬剤混合	① 薬剤混合は専用スペースで行う	31	85
② 薬剤混合時、マスク・手袋を着用する		31	25	.554
③ 手指衛生後に手袋を着用する		30	32	.768
④ 高カロリー輸液は28時間以内に投与終了		83	87	.533
⑤ 混合薬剤は使用時に調製する		8	78	.000*
⑥ 混合した薬剤は冷蔵庫で保管する		15	75	.000*
鋭利器材	① 注射針はリキャップをしない	25	38	.050
	② 鋭利器材は使用後専用容器に廃棄する	85	86	.847
	③ 廃棄容器は8分目で交換する	20	37	.007*
	④ 注射針の廃棄容器は蓋をして移動する	58	84	.000*
廃棄物	① 廃棄した物は容器から取り出さない	48	38	.149
	② 廃棄物は圧縮や移し変えをしない	45	31	.052
	③ 滅菌バッグの汚染がないか確認する	76	72	.625
	④ 廃棄容器は密閉できるものを使用する	73	58	.029*
職業感染	① 体液に暴露された場合、すぐに報告する	56	89	.000*
	② インフルエンザワクチンを毎年受ける	58	94	.001*
	③ B型肝炎ワクチンを接種している	93	98	.555
教育	① PPE使用方法の教育を受けた	51	77	.000*
	② 安全装置器材の研修を受けた	46	64	.008*
	③ 鋭利器材の取り扱いの教育を受けた	71	73	.759
	④ 輸液ケア・器具の取り扱い教育を受けた	84	76	.274
	⑤ 手指衛生の方法について教育を受けた	87	99	.002*
	⑥ PPE使用基準について教育を受けた	42	87	.000*

[注] 事前調査n=92, 1年後調査n=135, \*: p<.05未満を有意差ありとした。

別の調査結果を表5に示す。病院内の環境43か所中、7か所から細菌が分離された。そのうち、器材洗浄用シンク、経管栄養器具洗浄用シンクの水洗レバー、車椅子用トイレの手すり、病室ベッド柵の4か所からは1,000 CFU以上の細菌が分離された。これらの細菌の主な菌種は、

*Acinetobacter*属, *Corynebacterium*属, *Pseudomonas*属, *Bacillus*属, *Staphylococcus*属, 真菌類等であった。環境調査の結果をICTにフィードバックし、細菌が多数(100 CFU以上)分離された場所や高頻度接触環境表面を含めて、病棟内の清掃を定期的実施することになった。定期的な清掃実施の導入後に実施されたICTによる細菌検査の結果、多数(100 CFU以上)の細菌が分離された場所においても菌数が10 CFU以下に減少したことが報告された。これらの結果から、清掃マニュアルの修正が行われた。

#### IV. 考 察

今田(2000)による支援の定義では、「何らかの意図をもった他者の行為に対する働きかけであり、その意図を理解しつつ、行為の質を維持・改善する一連のアクションのことをいい、最終的に他者のエンパワーメントをはかる(事柄をなす力をつける)ことである」としている。本研究は、今田(2000)のいう支援の定義に基づき、A病院において組織横断的な感染対策活動を実施するシステムの確立を目指し、感染対策の担当者8名をとおして支援を行った。1年間の支援のなかで、院内にICTが発足して組織横断的な活動が実施されるようになり、消毒薬の作成・保存方法の改善、医療器具の洗浄・消毒・滅菌方法の改善、抗菌薬の届出制の開始、学習会の開催、環境清掃の定期的な実施、さらにサーベイランスの導入によるケア方法の改善と感染対策マニュアルの修正が行われるようになった。これらの変化は、A病院の感染対策組織の確立と感染対策活動の向上を示すものであり、今回の支援によって「行為の質の改善」をもたらすことができたと考えられた。

支援のあり方について、今田(2000)は「外部からの支援を実施する場合には、被支援者がどういう立場におかれており、支援行為がどう受けとめられているかを常にフィードバックして、被支援者の意図に沿うように自分の行為を変える必要がある」と述べている。また、岩永(2010)は、住民が主体となって地域の保健活動に参加する支援のあり方を提案し、支援者はスーパーバイザーとして最初は方向性を示す役割をとること、話し合いが順調にできることを確認して、流れを見守りながらスーパーバイザーとしての役割が不要になることを目指す支援を推奨している。

われわれは、今田(2000)、岩永(2010)が提唱する支援のあり方を踏まえ、被支援者が主体となって参加する場として担当者会議をとらえ、被支援者の意図を尊重して進めるという方針で支援を行った。支援の開始にあたり、支援者はスーパーバイザーとして担当者の決定や実施を側面から支援する立場をとり、必要に応じて情報の提供や助言

表5 病院内の環境調査

調査場所 N=43	培地の種類				
	普通寒天培地	マッコンキー培地	マンニット食塩培地	NAC培地	YPD培地
手術室	—	—	—	—	—
病棟A	>1,000 ①② (器材洗浄シンク)	>1,000 ①② (器材洗浄シンク)	139 (器材洗浄シンク)	20 (器材洗浄シンク)	885 (器材洗浄シンク)
病棟B	—	—	—	—	—
病棟C	>1,000 ③ (経管用水洗レバー)	>1,000 ③ (経管用水洗レバー)	1 (経管用水洗レバー)	44 (経管用水洗レバー)	55 (経管用水洗レバー)
病棟D	—	—	—	—	—
病棟E	50 (手洗用水洗レバー)	4 (手洗用水洗レバー)	—	—	—
	100 (病室ナースコール)	—	—	—	—
病棟F	—	—	—	—	—
病棟G	20 (トイレドアノブ)	15 (椅子トイレ手すり)	—	—	—
病棟H	>1,000 ④⑤ (車椅子トイレ手すり)	15 (トイレドアノブ)	—	—	—
	>1,000 ④⑤ (ベッド柵)	—	—	—	—

[注] 表中の数字は、懸濁液1 mL中のコロニー数(分離場所)を示す。表中の—は、菌が分離されなかったことを示す。①から⑤は分離菌の属名を示す(①: *Acinetobacter*属, ②: *Corynebacterium*属, ③: *Pseudomonas*属, ④: *Bacillus*属, ⑤: *Staphylococcus*属)。

をすること、担当者から求めがあった場合に活動に参加し協働した。また、担当者の役割は、支援プログラムのなかから支援を受ける内容を担当者自身が選択すること、支援者による情報や助言を採用するかどうかは担当者が決定するように助言した。さらに、担当者が自分たちの目指す方向性や目標を明確にするために、支援開始早期から、支援終了時点のゴールを設定することについても助言した。これらは、被支援者の目標の明確化を促し、支援者と被支援者(担当者)の役割を両者で共通理解するための支援と位置づけて行った。このような初期の段階における支援は、その後の被支援者の主体的な行動を支えるうえで重要であり、今田(2000)のいう「被支援者の意図に即した支援」につながっていったと考えられた。

次に、A病院の感染対策上の課題を明確にするための支援として、支援前に調査した職員の感染予防行動の実施状況を担当者に報告した。この報告によって担当者が自施設で取り組む必要がある課題を明らかにしていき、同時に担当者達は職種を越えた役割の分担と協働を経験していった。また、担当者はこれまでは個人的な見解として取り上げられなかった自分の意見が、この会議においては取り上げられることも経験していった。これらの経験をとおして、担当者は組織的に感染対策に取り組む必要性を認識し、担当者会議が協働するチームへと変化していったこと

が、担当者の言動の変化から示唆された。このような活動を経て、支援開始3か月後にはICCから独立した組織としてICTが正式な感染対策の実施をする組織として位置づけられ、8名の担当者がメンバーとなってICT活動が展開されていった。

A病院の感染対策活動を評価するために、支援終了から1年後(1年後調査)に職員の感染予防行動の実施状況を調査した。支援終了から1年後調査の時点では、89%(56項目中50項目)の項目において感染予防を実施するという回答が増加し、53.6%の項目で有意差が認められた。また、80%以上の実施率を示した項目は、支援前には16%であったが、1年後には30.4%に増加していた。これらの結果は、支援終了から支援1年後においても職員の感染予防行動がさらに向上しており、支援後にも継続された組織横断的な感染対策活動が感染対策を推進させたことを示唆するものと思われた。

一方、実施者が減少した項目は6項目で、そのうち廃棄物の取り扱いに関する1項目「密閉できる廃棄容器を使用する」は実施率が有意に低下していた。また、実施率が50%以下の項目が30%(17項目)にみられ、特に《手指衛生》《廃棄物の取り扱い》《リネン類の管理》《トイレ・汚物処理室の管理》のうちの特定の項目で、改善が認められなかったものがあつた。手指衛生と廃棄物の取扱いは、

他施設調査（森，2010；大須賀，2005）においても実施率が低いという報告がある。A病院では、これに加えて手指衛生のタイミングやPPEの使用率を上げる対策が今後取り組む必要がある課題と考えられた。以上から、本研究で作成した質問紙は、A病院のもつ固有の感染対策上の課題を明らかにするうえで有用な指標であることが示唆された。

地域にある医療施設に対する感染対策への支援は、平成16年からは「院内感染対策支援ネットワーク」の整備が厚生労働省のモデル事業として展開され、その後も大規模病院を中心とする医療施設が中小規模の医療施設に対して支援を行ってきた。従来の外部支援では、各施設が地域ネットワークに参加して、感染対策のための費用や専門家が配置されている大規模医療施設などで実施されている先進的な感染対策を踏襲することになりがちであり、いわば一方方向で受け身の支援方法で展開されてきた傾向が否めない。そのため、資源に限りがある中小規模医療施設では施設に応じて感染対策を構築することが困難であり、従来の地域ネットワーク体制による支援には限界があった（境・長谷・吉井，2010）。また、平成24年度から実施されている、300床未満の病院を標準とする「感染防止対策加算2」を申請する医療施設には、感染防止に係る日常業務を行い、医師や看護師、薬剤師、臨床検査技師による「感染防止対策チーム」を組織していることが施設基準として求められ

ている。しかし、中小規模医療施設では「感染防止対策加算2」への申請率は低いことが指摘されており（大久保，2012），その背景には施設基準を満たすことができない状況にあることが推測される。中小規模の医療施設が感染防止対策加算の取得を可能にするためには、感染対策活動を実践する人材の育成と感染対策組織の確立が鍵となる。

本研究では、「感染防止対策加算」の取得が困難な中規模病院1施設を対象に1年間の支援を実施した。その結果、感染対策組織が確立し、組織横断的な感染対策活動が継続して実施されるようになり、当該施設が感染防止対策加算の取得へ向けて一歩前進できたのではないかと考えられた。今後は、感染防止対策加算の取得へ向けた支援を検討するとともに、国内に多数存在する中小規模医療施設への支援を推進するシステムの構築が必要と考えられた。

今回、われわれが作成した包括的な支援プログラムは、各施設が必要とする支援を提供するために、重要な感染対策で必須の方策を支援できるように網羅的に設計している点、さらに支援の方法も双方向性であり、支援を受ける施設の主体性を重視している点に特徴がある。これらの支援プログラムの特徴も、支援の効果を上げた要因の一つと考えられた。今後は施設数を増して支援プログラムの有効性を検証していくことが必要である。

本研究は、平成20年度から25年度科学研究費補助金基盤B（20390578）の研究の一部である。

## 要 旨

**【目的】** 本研究の目的は、感染対策の向上を目指した包括的な支援プログラムによる支援を中規模の医療機関1施設に対して実施し、支援の効果を評価することである。

**【方法】** 支援時の会議録と視察記録、環境調査、看護職に対する質問紙調査の結果を分析して、支援の効果について評価した。

**【結果・考察】** 1年間の支援により、院内に感染対策チーム（ICT）が発足して組織横断的な活動が実施されるようになり、A病院の看護職の感染予防行動実施への意識が高められた。これらの結果から、われわれが考案した支援プログラムによる支援の効果が明らかになり、調査用紙の質問項目が支援や感染対策の評価指標として有用であることが示唆された。今後は施設数を増して検討し、支援プログラムと評価指標の有効性を検証していくことが必要である。

## 文 献

今田高俊（2000）. 第1章支援型の社会システムへ。支援基礎論研究会（編）：支援学（Supportology）管理社会をこえて，9-28，大阪：東方出版。  
 岩永俊博（2010）. 統合的協働型健康づくり。畠 栄一，土井由利子（編）：行動科学健康づくりのための理論と応用。119-136，東京：南江堂。  
 金光敬二（2012）. 感染管理における地域医療連携の歴史。感染対策ICTジャーナル，7(3)，181-186。  
 Kretzer, E.K. and Larson, E.L. (1998). Behavioral interventions to improve infection control practices. *Am J Infect Control*, 26, 245-253.

宮崎久義，切替照雄（2009）. 医療施設における感染制御の組織化の現状。日本医事新報，4440，85-88。  
 Moongtui, W., Gauthier, D.K., and Turner, J.G. (2000). Using peer feedback to improve handwashing and glove usage among Thai healthcare workers. *Am J Infect Control*, 28, 365-369。  
 森みずえ（2010）. 日本における標準予防策遵守の現状について，一調査文献のレビューから一。感染制御，6(1)，56-61。  
 南家貴美代，前田ひとみ，藤本陽子，石井美奈，家入裕子，東陽子，本田法子（2012）. ある地域の医療施設における感染管理の課題と看護師による感染管理ネットワークへのニーズ調査。環境感染，27，206-214。

- 大久保憲 (2012). 診療報酬改定を考える—感染防止対策加算の改定への道のり. 感染対策ICTジャーナル, 7(3), 222-228.
- 大須賀ゆか (2005). 看護師の手洗い行動に関する因子の検討. 日本看護科学会誌, 25(1), 3-12.
- Pittet, D. (2001). Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerg Infect Dis*, 7, 234-240.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., and Perneger, T.V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, 356, 1307-1312.
- 境美代子, 長谷奈緒美, 吉井美穂 (2010). 小規模病院, 診療所における感染対策の現状—改正医療法後における感染管理体制の実施調査より—. 環境感染, 25, 295-301.
- Takahashi, I., Osaki, Y., Okamoto, M., Tahara, A., and Kishimoto, T. (2009). The current status of hand washing and glove use among care staff in Japan: its association with the education, knowledge, and attitudes of staff, and infection control by facilities. *Environ Health Prev Med*, 14, 336-344.
- 武澤 純, 荒川宣親, 井上善文, 印田宏子, 小野寺睦雄, 金光敬二, 工藤友子, 洪 愛子, 鈴木里和, 土井まつ子, 土手健太郎, 朝野和典, 鳥居啓三, 仲井美由紀, 西村匡司, 平湯洋一, 宮里明子, 山根一和, 脇本寛子 (2007). 医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 (新興・再興感染症研究事業) 「薬剤耐性菌などに関する研究」 (主任研究者: 荒川宣親) 分担研究報告書, 1-57.
- 宇佐美恵 (2007). 看護ケアにおける手指衛生行為改善を目的とした教育プログラムの効果の検討. 環境感染, 22, 46-51.

[平成24年12月28日受 付]  
[平成26年2月25日採用決定]

## 全身性エリテマトーデス患者のボディイメージに関する文献レビュー

### Literature Review of Body Image in Patients with Systemic Lupus Erythematosus

前田 祥子<sup>1)</sup> 鹿村 真理子<sup>1)</sup> 水田 真由美<sup>1)</sup> 岩根 直美<sup>1)</sup>  
Sachiko Maeda Mariko Shikamura Mayumi Mizuta Naomi Iwane  
坂本 由希子<sup>1)</sup> 池田 高治<sup>2)</sup> 古川 福実<sup>2)</sup>  
Yukiko Sakamoto Takaharu Ikeda Fukumi Furukawa

キーワード：全身性エリテマトーデス，ボディイメージ，文献レビュー

Key Words：systemic lupus erythematosus, body image, literature review

### 緒 言

全身性エリテマトーデス (Systemic lupus erythematosus, 以下SLE) は、多臓器が障害される原因不明の慢性炎症性疾患で、自己免疫疾患の代表的疾患である。男女比1：9と女性に多く、発症年齢10～60代のなかでもとくに妊娠可能な年代の女性に好発する。わが国の有病率は人口10万人に33人と少ないが、罹患者数は近年増加傾向にある(難病情報センター, 2012; 橋本, 2012, pp.9-10)。SLEは、政府の「定疾患治療研究事業対象疾患」に含まれ、難治性疾患として「難病対策要綱」に規定されている(難病情報センター, 2012; 橋本, 2012, p.6)。現在では早期診断が可能となり、治療法も改善されたため、1950年代に50%だった5年生存率が、現在は90%以上と予後は改善している(橋本, 2012, pp.10-15)。

予後が改善してきたとはいえ、SLEは寛解と再燃を繰り返しながら慢性的な経過をたどり進行していく疾患であるため、SLE患者はその療養生活で身体的・心理的・社会的な問題を多く抱えており(鶴田, 2008)、Quality of Life(生活の質、以下QOL)が低い状態であることが報告されている(McElhone & Castellino, et al., 2010)。

米国のSLE患者特異的QOL調査では、SLE患者のQOLは「身体的健康」「心理的健康」「ボディイメージ」「痛み」「人生設計」「倦怠感」「人間関係」「その他の苦痛」の8つの上位概念からなっており、そのうち「倦怠感」を除いたすべての項目において、より低値を示していた(McElhone, et al., 2007)。「」は文献内での言語的要約やコードを示す)。同様のQOL調査票を用いた英国の調査では、QOLがもっとも低かったのは「ボディイメージ」で、次いで「倦怠感」であった(Jolly, Pickard, Mikolaitis,

& Rodby, et al., 2010)。ボディイメージは北米看護診断協会(North American Nursing Diagnosis Association International, 以下NANDA-I)が出版する「NANDA-I看護診断：定義と分類 2012-2014」において「ボディイメージ混乱(=自分の身体的自己に関する心象の混乱)」と定義され(Herdman, 2012/2012, pp.336-337)、看護診断学上看護介入の必要がある概念として認知されている。このボディイメージについて、青木・高谷・田邊・高崎(2009)は、SLE患者の療養生活を困難にさせる原因であると報告している。

ボディイメージがSLE患者の療養を困難にさせ、QOLを下げる理由として、SLE患者の特徴的な皮膚症状がある。蝶形紅斑とよばれる特徴的紅斑、斑点状丘疹、慢性円板状紅斑、脱毛やレイノー症状、皮膚潰瘍などさまざまな皮膚症状がみられるほか、ステロイド薬の副作用として、満月様顔貌(ムーンフェイス)や中心性肥満、皮膚線条、多毛などの外見変化がある(橋本, 2012, pp.74-79)。SLEは、若い女性に好発することから蝶形紅斑やステロイドの影響による満月様顔貌、中心性肥満などの外観上の変化に対して苦悩する人が多く(Alparslan & Kapucu, 2010)、美容上の影響を重要視している(Hale, et al., 2006)といえる。

このように、看護者のなかでもSLE患者のボディイメージに関する認識は、看護者が患者の認知的健康状態、QOLを知るうえで重要な概念であると認知されてきている一方、これらの既存知を統合し、概念を生成、構造化した文献は見当たらない。今後、看護ケアをより効果的に展開、発展させていくためには、SLE患者のボディイメージに関する概念を生成し、構造化することで、ボディイメージに関する認識や問題を認知、共有していく必要がある。

そこで本研究では、概念生成、構造化の前段階とし

1) 和歌山県立医科大学保健看護学部 School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University

2) 和歌山県立医科大学医学部皮膚科学教室 Department of Dermatology, School of Medicine, Wakayama Medical University

て、看護におけるSLE患者のボディイメージに関する知見を明らかにすることを目的に、Cooperの「統合的文献レビュー」の方法論（Cooper, 2010, pp.5-21）を用いた先行文献レビューを行った。統合的文献レビュー（research synthesis）とは、文献レビュー（literature review）のなかでも科学的文献に類出している焦点や目標をあわせもった研究であり、実証的研究に焦点を当て、多くの独立した研究から全体的な結果を記述することで先行研究を要約しようと努めるものである（Cooper, 2010, p.5）。研究者にとっての到達目標は、研究主題に関係のあるものに重要な意味をもつ知識の状態を示すこと、先行研究では未解決のままになっている重要な問題にハイライトを当てることである（Cooper, 2010, p.5）。また、ボディイメージに類似、または関連する概念として“Appearance” “Body Change”があるが、本研究では、NANDA-Iで定義されているボディイメージという看護概念が明確に使用されている研究論文に焦点化し、その他の類似概念、関連概念は除外した。

## I. 目的

文献レビューを通して、看護におけるSLE患者のボディイメージに関する知見を明らかにする。

## II. 方法

本文献レビューは、Cooperの「統合的文献レビュー」の方法論（Cooper, 2010, pp.5-21）に基づいて実施した。文献レビューは7つのステップに分かれ、それぞれのリサーチクエスチョンをもとに分析を実施する（表1）。

### A. 文献検索

#### 1. データベース

検索方法は、Cooperが提唱する5つの検索方法（ポーリット&ベック, 2004/2010, p.711）のうち、文献目録データベースでの文献検索、引用文献の検索の2つの方法を用いて実施した。まず文献目録データベースとして、「CINAHL（EBSCO版）」、「MEDLINE（EBSCO版）」、「PsycINFO（EBSCO版）」を用いて文献検索を行い（2011年8月～2012年8月）、そこから得られた文献に記載された引用文献を検索した。

#### 2. 文献検索時のキーワードと条件設定

「systemic lupus erythematosus」と「SLE」をキーワードとして、年数を指定せずにそれぞれ全文検索を実施（結果①）。次に「body image」をキーワードとして、「年数」を指定せずに全文検索を実施（結果②）。結果①と②のAND

表1 Cooperの「統合的文献レビュー」のための7ステップ

分析のための各ステップ	リサーチクエスチョン	分析内容	本論文
ステップ1 問題の明確化	関心のある問題や仮説に、どのような研究成果が関連するか？	以下について定義する (a) 変数 (b) 関連のある研究とそうでない研究を見分けることができるように、興味のある領域についての関連性	緒言
ステップ2 文献検索	関連のある研究を見つけるために、どのような手続きが用いられるべきか？	以下について認定する (a) 情報源（例えば、引用文献、データベース、学術雑誌） (b) 関連研究を検索するために使用される用語	II. 方法-A
ステップ3 研究からの情報収集	各研究の中のどのような情報が、関心のある領域の問題、仮説に関連するか？	信頼できる方法で研究についての関連のある情報を選択する	II. 方法-B
ステップ4 研究の質の評価	疑問を調査するうえで、(a) 方法論上の問題、(b) 実施上の問題について、どのような研究成果が統合研究に含まれるか？	リサーチクエスチョンに一致する方法で行われている研究と、そうでない研究を区別する基準を定義し、適用する	II. 方法-C
ステップ5 研究成果の分析、統合	研究成果を要約、統合するために、どのような手続きが用いられるべきであったか？	(a) 研究に交差する結果を結合させる (b) 研究間の結果における差を調べるための手続きを認定し、適用する	II. 方法-D
ステップ6 エビデンスの解釈	研究成果の累積的な状態について、どのような結果が記述されていたか？	影響力、不偏性、限界について、累積的な研究成果を要約する	IV. 結果 V. 考察 VI. 結論
ステップ7 結果の提示	統合的文献レビューにどのような情報が含まれるべきか？	統合的文献レビューの読者が知りたいであろう方法と結果を決定するための編集に関するガイドラインと見解を認定し、適用する	

検索を実施し、条件設定を言語は「英語」、出版形式は「定期刊行物OR学術専門誌OR学位論文」に限定すると、33件の文献が選出された（文献リストA）。

次にCINAHLで「systemic lupus erythematosus」をシソーラス統制語として、「年数」を指定せずに検索を実施（結果③）。結果②と結果③のAND検索を行い、前述と同じ条件設定に限定すると25件の文献が選出された（文献リストB）。同様に、MEDLINEにおいて「systemic lupus erythematosus」をシソーラス統制語として検索を実施すると、文献リストBと同様の結果が得られた。PsycINFOでは、「systemic lupus erythematosus」はシソーラス統制語に含まれなかった。

また、文献リストA、Bの引用文献で、繰り返し引用されている11件の文献を抽出し、文献リストA、B、および引用文献を合わせて69件の文献が選出された。

## B. 研究からの情報収集

文献検索により得られた文献を精読し、「研究の質の評価」にかかわる項目（次項「C」参照）、SLE患者のボディイメージに関する記述についての情報を収集した。

## C. 研究の質の評価（分析対象となる文献の選定）

文献リストA、B、および引用文献に対し、要旨の記載の有無、研究の目的や方法などが原著論文の形式をなしているか否か、発表媒体が学術雑誌であるかどうか、ボディイメージに関する知見が得られるかどうかについて、研究の質の評価を行った。その結果、文献リストAからは18件、文献リストBでは3件、引用文献では3件の合計24件の文献が選定された。

## D. 研究成果の分析、統合

統合方法として、研究成果の言語的要約と単純なコードによる分類（ポーリット&バック、2004/2010、p.712）を行った。『ボディイメージに関するトピックス（以下、トピックス）』『著者』『発表年』『調査国』『研究方法』『研究目的』『研究成果』（『』は、本研究におけるコードを示す）からなるコード表を作成し、対象となる24件の文献データの分類と統合を実施し、要約表を作成した。そのうち、『研究成果』を除く6つのコードを表2に示す。『トピックス』は、各文献のなかでボディイメージに関して得られた知見のなかでの主な研究成果とし、研究者が認定した。『トピックス』の妥当性については、Cooperの「統合的文献レビュー」の経験がある質的研究者にスーパーバイズを依頼した。

## Ⅲ. 用語の定義

ボディイメージ（body image）について「心のなかに描き出される自分の姿・形」（Herdman, 2012/2012, pp.336-337）とした。

## Ⅳ. 結果

### A. 著者

『著者』では、筆頭著者で最も多いのが「Jolly, M.」の5件、次いで「McElhone, K.」の3件、「Curry, S.L.」の2件である。その他の筆頭著者はすべて1件である。「Jolly」や「McElhone」による重要概念の質的調査と疾患特異的QOL調査が多い（表2）。

### B. 発表年

『発表年』は、1981年1件、1989年1件、1990年1件、1993年1件、1994年1件、2002年1件、2003年1件、2005年1件、2006年3件、2007年3件、2009年1件、2010年5件、2012年4件であり、2006年から増加している（表2）。

### C. 研究方法

『研究方法』は、量的研究12件、質的研究6件、質的研究と量的研究3件、文献レビュー2件、症例研究1件であり、量的研究が最も多い。尺度開発の際には、質的研究と量的研究の両方が実施されている（表2）。

### D. 調査国

『調査国』は、米国14件、英国4件、豪州2件、オーストリア1件、トルコ1件、メキシコ1件、ブラジル1件であり、米国が最も多い（表2）。

### E. 研究成果と区分

#### 1. 療養体験

Stammらは、SLE患者を対象としたフォーカスグループインタビューの調査から、「病状経過」「ボディイメージ」「自信」などからなる92の概念項目と、International Classification of Functioning (ICF) のカテゴリ分類に沿って考えられた「身体の構造と機能」「活動と参加」「環境要因」の3領域を導き出している（Stamm, et al., 2007）。3領域に分類されなかった概念は、その内容から「健康状態」「個人要因」「未分類」の3領域に分類している（Stamm, et al., 2007）。結果、92概念を「身体の構造と機能」28概念、「活動と参加」24概念、「環境要因」25概念、「健康状態」2概念、「個人要因」6概念、「未分類」7概念に分類し、SLE患者における重要概念と、それらが現在使用されている

表2 SLE患者におけるボディイメージに関する文献レビュー

ボディイメージに関するトピックス	著者	発表年	研究方法	調査国	研究目的	
療養体験	Mattje and Turato	2006	質的研究	ブラジル	外来に通院するSLE患者の生活体験について明らかにする	
	Stamm, et al.	2007	質的研究	オーストリア	SLE患者にとっての重要な概念の調査。またそれらの概念と疾患活動性、ダメージ、健康状態などの測定ツールとの概念の比較	
	McElhone & Abbott, et al.	2010	質的研究	英国	SLE患者の生きられた体験の記述をし、SLE患者にとっての健康関連QOLの展望について明らかにする	
H R Q O L	尺度開発	Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Rodby, et al.	2010	量的研究	米国	「LupusQoL」(英国)の米国における適合(「LupusQoL-US」の作成)と、有効性と信頼性の評価
		Jolly, Pickard, & Block, et al.	2012	量的研究	米国	疾患特異的的患者レポートアウトカムツール(「LupusPRO」)の開発
		Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al.	2012	質的研究 量的研究	米国	「Body Image Lupus Scale: BILS」の開発
	QOL低下	McElhone, et al.	2007	質的研究 量的研究	英国	SLE患者疾患特異的健康関連QOL尺度(「LupusQoL」)の開発と評価
		McElhone & Castellino, et al.	2010	量的研究	英国	SLE患者における、QOLと統計学的データと臨床データの関連性を明らかにする
		Jolly, Pickard, & Wilke, et al.	2010	量的研究	米国	「LupusQoL-US」調査票を用いたSLE患者のQOL評価
		Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Cornejo, et al.	2012	量的研究	米国	SLE患者、対照群のボディイメージ関連QOLを調査し、関連性を明らかにする
Harrison, et al.	2012	量的研究	米国	SLE患者における「SF-6D」尺度の構成概念妥当性と基準関連妥当性の検討		
外見	外見変化	Bauman	1989	量的研究	豪州	SLE患者における潜在的ニードを明らかにする
		Danoff-Burg & Friedberg	2009	量的研究	米国	SLE患者の潜在的ニードについて明らかにする
		Alparslan & Kapucu	2010	量的研究	トルコ	ステロイドの副作用により患者が経験する変化や困難さ、生活様式への影響について明らかにする
	外見懸念	Hale, et al.	2006	質的研究	英国	SLE患者の外見懸念について明らかにする
Monaghan		2007	量的研究	豪州	リウマチ性疾患患者(RA, SLE)の外見と心理的苦痛の関連を明らかにする	
セクシュアリティ	Curry, et al.	1993	量的研究	米国	女性SLE患者における性的な調整と、統計学的・医学的・心理学的変数の関係性を明らかにする	
	Curry, et al.	1994	質的研究 量的研究	米国	女性の性的調整に対するSLEの影響と心理・社会的要因の影響を明らかにする	
	Karlen	2002	症例研究	米国	非誘導的面接を通して、女性のセクシュアリティに対してSLEが与える影響を明らかにする	
	Seawell & Danoff-Burg	2005	量的研究	米国	ボディイメージとセクシュアリティに対するSLEの影響について明らかにする	
療養と支援	治療効果	Cornwell & Schmitt	1990	量的研究	米国	関節リウマチ(RA)女性患者、SLE女性患者、健康女性の、認知的健康状態、自尊心、ボディイメージの違いについて明らかにする
	ソーシャルサポート	Mendelson	2003	質的研究	メキシコ	SLE患者に対するサポート情報を提供している「リストサーブ」を調査し、どのようなサポートが提供されているかを質的に明らかにする
	プライマリ・ケア	Pongmarutani, et al.	2006	文献レビュー	米国	小児SLE患者プライマリ・ケアにおける処置上の問題、その注意点を明らかにする
	発達段階	Ascheim	1981	文献レビュー	米国	青少年の発達にかかわる3つの構成要素に対してSLEが与える影響について明らかにする

SLE患者の疾患特異的質問紙表で測定可能かどうかを明らかにしている (Stamm, et al., 2007)。比較に用いられた測定ツールとして、「British Islands Lupus Assessment Group index: BILAG」「European Consensus Lupus Activity Measure: ECLAM」「SLE Index Scores: SIS」「Systemic Lupus Activity Measure: SLAM」「SLE Disease Activity Index: SLEDAI」「Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Disease Index: SDI」「Short Form 36 Health Survey: SF-36」の7ツールがある (Stamm, et al., 2007)。SLE患者にとって重要概念であり、「身体の構造と機能」に含まれる「ボディイメージと外見」「自信」は、このなかのどの測定ツールにも含まれていない (Stamm, et al., 2007)。

SLE患者の生活体験について調査が報告されている (Mattje & Turato, 2006; McElhone, & Abbott, et al., 2010)。Mattje & Turato (2006) は、患者の生活体験について「疾患体験」「SLEとともに生きる人生」「自己概念との関連」

に分かれる、と述べている。「自己概念との関連」では、SLE患者は鏡の中の新しい自己像に対して日々和らぐことができない体験をしており、自己概念やセルフイメージの再構築が必要不可欠であることの重要性を述べている (Mattje & Turato, 2006)。また、McElhone, & Abbott, et al. (2010) のSLE患者の生きられた体験についての研究では、SLE患者の体験は「疾患の予後と経過」「ボディイメージ」「治療の効果」「感情的な困難さ」「疾患の予測不可能性」「倦怠感」「痛み」「職業の展望と収入の損失」「記憶力、集中力の欠如」「他者への依存」「妊娠の問題」の11因子で構成されていることが明らかにされている。「ボディイメージ」は主に皮膚症状と関連し、ステロイド治療の結果として起こる体重増加、肌の皮疹、脱毛、腫脹なども関連している (McElhone, & Abbott, et al., 2010)。患者の悩みで最も多いのは、ステロイド薬に伴う体重増加である (McElhone, & Abbott, et al., 2010)。

Stamm, et al. (2007), Mattje & Turato (2006), McElhone,

& Abbott, et al. (2010) は、SLE 患者の生活や療養上の体験から重要概念を導き出しており、これらの『トピックス』を「療養体験」とする。

## 2. HRQOL

疾患特異的 QOL 尺度として、McElhone, et al. (2007) は「LupusQoL」を、Jollyらは「LupusPRO」と「Body Image Lupus Scale (BILS)」を開発し、信頼性・妥当性が評価された (Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012; Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al., 2012)。「LupusQoL」は、「身体的健康」「心理的健康」「ボディイメージ」「痛み」「人生設計」「倦怠感」「人間関係」「その他の苦痛」の 8 概念から構成され (McElhone, et al., 2007)。「LupusPRO」は、「症状」「治療」「身体的健康」「心理的健康」「痛み」「活力」「出産」「認知」「ボディイメージ」「一般的健康」の 10 概念から構成されている (Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012)。また、Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al. (2012) は、ボディイメージスケールとして、「私は自分の外見が好きではなかった」「私は自分を低く見ていた」「私は自分の身体や外見がコントロールできていなかった」「私は自分の外見を気にしていた」「私は他人が自分のことをどう認識しているか考えると恥ずかしい」の 5 つの質問項目から構成されている「Body Image Lupus Scale: BILS」を開発している。これら尺度開発に関する McElhone, et al. (2007), Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Rodby, et al. (2010), Jolly, Pickard, & Block, et al. (2012), Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al. (2012) の文献の『トピックス』を「尺度開発」とする。

その他の HRQOL に関する調査では、実際に QOL 尺度を用いた評価が行われている。McElhone, et al. (2007) と McElhone, & Castelino, et al. (2010) は「Lupus QoL」を、Jollyらは「LupusQoL-US」(Jolly, Pickard, & Wilke, et al., 2010) および「BIQLI」(Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Cornejo, et al., 2012) を、Harrison, et al. (2012) は「Lupus QoL」と「Short Form-6D (SF-6D)」を用いた調査を行っている。その結果は、SLE 患者のほとんどの QOL 項目は負の相関関係を示しており (McElhone, et al., 2007; Jolly, Pickard, & Wilke, et al., 2010), そのなかで最も低い QOL は「ボディイメージ」である (McElhone, & Castelino, et al., 2010)。「ボディイメージ」の QOL は「年齢」「性別」「婚姻の状態」と相関関係があり、年齢が若く未婚の女性がより「ボディイメージ」の QOL が低い (Jolly, Pickard, & Wilke, et al., 2010)。また、「身体的健康」「痛み」(Jolly, Pickard, & Wilke, et al., 2010), 「全身症状」「不可逆性の皮膚症状」「脱毛症」「うつ状態自己記録」「うつ状態指数」(Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Rodby, et al., 2012) と負の相関関係があることから、全身症状、皮膚症状、脱毛症、うつ症状がより強い者は、QOL がより

低いことが明らかになっている。これら QOL 尺度を用いて調査を行なっている McElhone, & Castelino, et al. (2010), Jolly, Pickard, & Wilke, et al. (2010), Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Cornejo, et al. (2012), Harrison, et al. (2012) の『トピックス』をその研究成果から「QOL 低下」とする。また、「尺度開発」と「QOL 低下」を合わせた『トピックス』を「HRQOL」とする。

## 3. 外見

Bauman, Barnes, Schrieber, Dunsmore, & Brooks (1989) と Danoff-Burg & Friedberg (2009) は、SLE 患者の潜在的ニードについて調査している。

Bauman, et al. (1989) の調査では、SLE 患者の半数以上が「外見の変化」が「ある」と答え、「外見の変化」に「困難」を感じている。また、Danoff-Burg & Friedberg (2009) の調査では、SLE 患者は高い割合でニードを訴えており、最も記述の頻度が高かったのは「身体的徴候」の項目である。また、ステロイド薬の影響について調査した Alparslan & Kapucu (2010) は、対象者の半数以上が「外見の変化」が「ある」と答え、「外見の変化」に「困難」を感じていた、と述べている。このように、Bauman, et al. (1989), Danoff-Burg & Friedberg (2009), Alparslan & Kapucu (2010) の調査は、SLE 患者のニードとして外見変化を有している実態を明らかにしている。そのため、これらの『トピックス』を「外見変化」とする。

Hale, et al. (2006) は、外見懸念は SLE 患者のボディイメージに関する重要な概念であると考え、外見懸念を概念的に明らかにしている。その調査によると、外見懸念は「公的自意識があること、外見を調整しようとすること」「社会的・物理的孤立」「SLE を理解すること」の 3 つの上位概念と、「変化した身体の社会における可視性」「化粧で隠すこと」「洋服で覆い隠すこと」「社会的引きこもり」「家族活動」「SLE に関する社会的理解」「疾患の情報と説明」の 7 つの下位概念から構成されている (Hale, et al., 2006)。さらに、SLE に伴う目に見える外見上の徴候として、顔面発疹、脱毛症、体重増加があるため、SLE 患者は SLE 発症後公的自意識を表出するようになり、年齢を問わず外見を心配し大きな不安を抱えている (Hale, et al., 2006)。そして、化粧品や衣類を用いて巧みに正常のように見せており、他者との差異と孤立の感情が増加する一方で、自己を隠し、自分を強引にコントロールしようとしている (Hale, et al., 2006)。発疹や傷、肌の色素沈着の変化を隠すために化粧品を使用することは、女性にとって重要な関心事である (Hale, et al., 2006)。外見懸念については Monaghan, et al. (2007) は、SLE 患者は「外見懸念」による心理的苦痛があり、「外見懸念」は「身体症状」と「う

つ」に影響を与える、と述べている。このように「外見懸念」について述べているHale, et al. (2006) と Monaghan, et al. (2007) の文献の『トピックス』を「外見懸念」とし、「外見変化」と「外見懸念」を合わせた『トピックス』を「外見」とする。

#### 4. セクシュアリティ

Curryらは、1993年と1994年に性的調整に関する調査を行っている (Curry, Levine, Jones, & Kurit, 1993; Curry, Levine, Corty, Jones, & Kurit, 1994)。それらの調査では、セクシュアリティは、ボディイメージ、うつ状態と明らかな関連性を認めない (Curry, et al., 1993) が、多くの女性患者は体重増加に懸念を抱えていることが明らかになっている (Curry, et al., 1994)。また、Karlen (2002) の調査では、SLEによるセクシュアリティへの影響について、女性SLE患者は、SLEが彼女たちの外見を「愛を拒絶」したり、「セックスを退けてしまう」ほどひどく嫌な気分させるような状態に変えてしまったと感じている、と述べている。Seawell & Danoff-Burg (2005) は、ボディイメージの4つの変数、「外見評価」「外見志向」「体重増加ばかりに気をとられること」「理想体重」を明らかにし、セクシュアリティとの関連性について述べている。すなわち、セクシュアリティはSLEによる「疲労」や「抑うつ症状」から影響を受ける、「性的不満」は「外見評価」「痛み」「倦怠感」「症状」「抑うつ症状」と負の相関し、「体重増加」「理想体重」と正の相関を示す、また「理想体重」は「抑うつ症状」と負の相関関係を示す (Seawell & Danoff-Burg, 2005)。Curryらの性的調整に関する研究 (1993; 1994) と、Kalren (2002), Seawell & Danoff-Burg (2005) のセクシュアリティに関する研究を合わせて、『トピックス』を「セクシュアリティ」とする。

#### 5. 療養支援

##### a. 治療効果

Cornwell & Schmitt (1990) は、関節リウマチ女性患者、SLE女性患者、健常女性を対象に認知的健康状態、自尊心、ボディイメージの違いについて調査している。結果、「ボディイメージ」は、「認知的健康状態」と「自尊心」との相関関係は認めないが、「ボディイメージ」「認知的健康状態」はSLE患者においてより低値を示している (Cornwell & Schmitt, 1990)。また、SLE患者におけるボディイメージの低下は、「疾患の経過」よりもむしろ「治療効果」に関連している (Cornwell & Schmitt, 1990)。これらのことから、『トピックス』を「治療効果」とする。

##### b. ソーシャルサポート

Mendelson (2003) は、ソーシャルサポートとして「リストサーブ」(メールングリスト管理ソフトの1つで、メー

ルを同時に複数の人に送信する際、アドレスの宛先に「Bcc」や「Cc」を用いずに「To」を使って一人ずつメールが配信される仕組み)の活用について述べている。「リストサーブ」は、SLE患者に対して5項目(①「アドバイスと情報の交換」、②「病いと共に生きること」、③「(何が起ころうとも)人生は続く」、④「サイバースペースのなかでの生」、⑤「お互いのためにそこにいるということ」)に関する情報提供とサポートを行っている (Mendelson, 2003)。5項目それぞれの内容として、①は「論文と論文に関する議論」「アドバイスや情報に関する要望」「情報の共有」、②は「調整すること」「ヘルスケア」「症状とともに生きること」「他者の反応に対処すること」、③は「友人と話しをすること」「～について誰か一人にでも聞いたことがあるか」「分かちあうとき、人生は最も素晴らしい」、④は「グループに参加すること」「テクノロジーを通じたコミュニケーション」、⑤は「サポート」「グループについて」「感謝の表出」である (Mendelson, 2003)。このなかで、「症状とともに生きること」に対する最も多い意見は、痛み、倦怠感、発疹や脱毛のようなボディイメージの変化、薬の副作用の調整(特にステロイド治療による体重増加)、疾患の予測不可能な病態像に伴う日々の課題であった (Mendelson, 2003)。情報提供サービスに関するこの文献の『トピックス』を「ソーシャルサポート」とする。

##### c. プライマリ・ケア

Pongmarutani, Alpert, & Miller (2006) は、ボディイメージを心配する多くの若いSLE患者にとって、ステロイド療法による外見変化は特に苦痛をもたらすということから、小児プライマリ・ケアの重要性について述べている。小児プライマリ・ケアについて述べたこの文献の『トピックス』は「プライマリ・ケア」とし、「治療効果」「ソーシャルサポート」と合わせたトピックスを「療養と支援」とする。

#### 6. 発達段階

Ascheim (1981) は、ボディイメージが青少年期の発達段階に影響することを明らかにしている。SLEは、青少年期の発達段階において「ボディイメージの発達」「自律性の発達」「将来設計」「自己同一性の形成」に対して影響を与えていると考えられ、青少年期～成人前期における問題として「ボディイメージの問題」「将来設計の困難さ」がある (Ascheim, 1981)。よって、この文献の『トピックス』を「発達段階」とする。

## V. 考 察

### A. 療養体験

Stamm, et al. (2007) の調査では、「ボディイメージと外見」、「自信」の2概念はどの測定ツールにも含まれないことが明らかになった。しかし、これらは「BILAG」「ECLAM」「SIS」などのSLE疾患活動性スコアで評価されている皮膚問題に対して影響を及ぼしている可能性がある (Stamm, et al., 2007) ことから、「ボディイメージと外見」「自信」の2概念は測定ツールとして検討されるべき重要な概念であるといえる。ボディイメージ測定ツールについて、Stamm, et al. (2007) は、臨床診療と研究分野において、皮膚症状を伴うSLE患者のために皮膚症状を評価するための測定ツールが必要である、と述べている。このStamm, et al. (2007) の研究を資料としてMcElhone & Abbott, et al. (2010) による詳細な療養体験の調査が行われ、この調査を発展させるかたちで「LupusQoL-US」(Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Rodby, et al., 2010), 「LupusPRO」(Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012), 「BILS」(Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al., 2012) など、ボディイメージが評価できる測定ツールの開発が行われてきた。このように、Mattje & Turato (2006), Stamm, et al. (2007), McElhone & Abbott, et al. (2010) などの療養体験に関する研究は、SLE患者のボディイメージのQOL評価、ボディイメージの評価の発展に直接的・間接的に大きく貢献してきたと考えられる。

Stamm, et al. (2007) が導き出した概念は92と多いが、概念枠組みは「身体の構造と機能」「活動と参加」「環境要因」と抽象的かつ広義的である。また、Mattje & Turato (2006) も「疾患体験」「SLEとともに生きる人生」「自己概念との関連」と抽象的かつ広義的である。一方、McElhone & Abbott, et al. (2010) の概念枠組みは「疾患の予後と経過」「ボディイメージ」「治療の効果」「感情的な困難さ」などのように具体的かつ狭義的である。これらの療養体験に関する概念項目は患者にとってのQOLの展望を示し、実際にQOLの構成概念と共通している項目が多い。そのため、今後、既存の研究成果の検討と発展的調査を行い、概念枠組みの構造化をはかっていく必要がある。

彼らの調査は「ボディイメージと外見」(Stamm, et al., 2007), 「鏡のなかの新しい自己像」(Mattje & Turato, 2006), 「ボディイメージ」(McElhone & Abbott, et al., 2010) のように、SLE患者の療養生活においてボディイメージが重要な概念項目であることを示しているという点で意義がある。療養体験は、患者の生活体験は風習や慣習など文化的背景による差異も考えられる。そのため、今後、これらの調査国以外の国々でも同様にSLE患者の生活体験に焦点を当

てた研究を実施していく必要がある。

### B. 「HRQOL」

SLE患者特有の「HRQOL」評価尺度は、英国で「LupusQoL」(McElhone, et al., 2007), 米国で「LupusPro」(Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012) が開発されている。のちに「LupusQoL」(McElhone, et al., 2007) の米国での有効性が検証され、「LupusQoL-US」(Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Rodby, et al., 2010) とされている。「LupusQoL」(McElhone, et al., 2007) と「LupusPro」(Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012) の違いとして、開発国の違いのほかにQOLを構成する概念の違いがみられる。共通概念として、「身体的健康」「心理的健康」「ボディイメージ」「痛み」がある (McElhone, et al., 2007; Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012)。異なる概念として「LupusQoL」に「倦怠感」「人生設計」「人間関係」「その他の苦痛」があり、社会的側面である「人間関係」が入っている (McElhone, et al., 2007) のに対し、「LupusPRO」は「症状」「治療」「活力」「出産」「認知」「一般的健康」があり、女性のライフイベントである「出産」が入っていることが特徴的である (Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012)。

QOL尺度が開発される過程で、McElhone, et al. (2007) や Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al. (2012) により、SLE患者のQOLを構成する概念の抽出と生成が行われたことは、SLE看護研究において大変意義のあることである。特に、McElhone, et al. (2007) の調査は、「HRQOL」尺度開発において重要な知見と成果を示している。

「LupusQoL」を用いた英国のSLE患者のQOL調査で、8概念のなかで最もQOLが低い項目は「ボディイメージ」である (McElhone, et al., 2007) ことから、SLE患者のQOLにボディイメージが強く影響することがいえる。この結果を背景に「BILS」の開発が行われ、簡易的にSLE患者のボディイメージの認識を調査することが可能になっている (Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al., 2012)。しかし、これだけではボディイメージの概念構造を十分に表しているとはいえない。また、これらの調査では、「SF-36」などの一般的健康関連QOL尺度を用いて基準関連妥当性の検証が行われている (Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al., 2012; Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Cornejo, et al., 2012) が、「SF-6D」を用いた調査では「LupusQoL」の「人間関係」と「ボディイメージ」の項目は相関関係を示さない (Harrison, et al., 2012) ため、SLE患者のQOLを調査するうえで「SF-6D」の使用は再検討が必要である。今後、開発国である米国や英国以外で「LupusQoL」や「LupusPro」, 「BILS」の有効性の検討が進められていく必要がある。また、現在、明らかになっているボディイメージのQOLに影響を及ぼす関連因子についても同様の調査を行い、検証

を重ねていく必要がある。

## C. 外見

### 1. 外見変化

Bauman, et al. (1989), Danoff-Burg & Friedberg (2009), Alparslan & Kapucu (2010) によって、SLE患者が外見に変化を感じており、潜在的ニードを有していることが明らかになっている。患者は、ボディイメージの変化に対する援助を必要としている (Danoff-Burg & Friedberg, 2009)。そのため、ボディイメージやフェイシャルイメージに関する問題や自尊心に対する療養支援として、ヘアケアや化粧方法を指導する必要がある (Bauman, et al., 1989)。

今後、外見変化に対する潜在的ニードの高さとQOLの関連性を明らかにするとともに、療養生活に与える影響についても調査する必要がある。また、具体的な看護支援につながるように、潜在的ニードに関する詳細な調査を行っていく必要がある。

### 2. 外見懸念

Hale, et al. (2006), Monaghan, et al. (2007) によってSLE患者が「外見懸念」を有し、「外見懸念」が身体的・心理的に影響を与えることが明らかになっている。これは、女性はより細い体型を理想とし (Wiederman, 2012)、もともと身体的満足度が低い (小笠原, 2005) うえに、SLE患者は蝶形紅斑、ムーンフェイス、脱毛症、体重増加などの明らかな可視徴候が現れる (橋本, 2012, pp.74-79) ためと考えられる。外見懸念に対して、ヘルスケアチームがより感受性を高くすることで、人生を変えるような皮膚病変を有するSLE患者の心理的懸念についての認識を察知し、SLE患者の身体的・心理的ニードを確認することで、実質的なサービスを提供することを可能にする (Hale, et al., 2006)。また、SLE患者の外見懸念に対する、家族、友人、同僚と保健医療提供者の理解も重要である (Hale, et al., 2006)。今後、どのような可視徴候がより外見懸念を強くするか詳細な調査を行い、患者の認知の変化をモニタリングできるようスケール化し、療養支援に活かしていく必要がある。

Hale, et al. (2006) の「外見懸念」に関する調査結果は、疾患特異的QOL尺度の開発 (Jolly, Pickard, Mikolaitis, & Rodby, et al., 2010; Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012; Jolly, Pickard, Sequeira, & Wallace, et al., 2012) や療養体験の調査 (McElhone, Pickard, & Wilke, et al., 2010) に多く引用されている。このことから「外見懸念」は、SLE看護研究においてボディイメージが患者の療養生活とQOLに影響を与えていることを明らかにするうえで、その問題を示した重要な概念であると認知されてきたといえる。

## D. セクシュアリティ

セクシュアリティは、先行研究ではボディイメージとの関連性は認められていない (Curry, et al., 1993)。しかし、セクシュアリティの一側面である「性的不満」は、「理想体重」や「体重増加」が高まるほど高い (Seawell, et al., 2005)。「理想体重」と「体重増加」は、ボディイメージの4つの変数に含まれているため (Seawell & Danoff-Burg, 2005)、「体重増加」に対する懸念はセクシュアリティがうまくいっていないことを予見する可能性があり (Curry, et al., 1994)、ボディイメージがセクシュアリティに影響を与えている可能性が考えられる。

また、「性的不満」の強い女性SLE患者は、「外見評価」が低い (Seawell & Danoff-Burg, 2005)。「外見評価」がボディイメージの4つの変数のうちの1つであることから (Seawell & Danoff-Burg, 2005)、「外見評価」が低い患者はボディイメージが低く、さらにセクシュアリティにも影響を与えている可能性がある。ボディイメージは「婚姻の状態」と有意差がある (Jolly, Pickard, & Wilke, et al., 2010) が、ライフパートナーの存在は、ボディイメージに抵抗する動機づけとなりうる (Curry, et al., 1994)。

そのため、ボディイメージが低い患者に対して、療養生活上の人間関係やパートナーシップ、心理学的・医学的状态を総合的に考慮しながら、必要であればカウンセリングの機会を設けるなどの支援が必要である (Curry, et al., 1993)。

今後、セクシュアリティに関する質的研究を積み重ね、概念の生成と構造化をより発展させていく必要がある。そして、QOL尺度に「人生設計」(McElhone, et al., 2007) や「出産」(Jolly, Pickard, & Block, et al., 2012) の項目があることから、女性の結婚、妊娠、出産なども含め、セクシュアリティとボディイメージの関連性を明らかにしていく必要がある。

## E. 療養支援

### 1. 治療効果

SLE患者のボディイメージは「疾患の経過」よりも「治療効果」に関係性があることが明らかになっている (Cornwell & Schmitt, 1990)。これは、主な治療薬であるステロイド薬にムーンフェイスや体重増加などの副作用がある (橋本, 2012, pp.74-79; Alparslan & Kapucu, 2010) ため、ステロイド薬の服薬によりボディイメージが低くなる (Alparslan & Kapucu, 2010) ことがあげられる。また、ステロイド薬の服薬を中断する理由として、薬効を感じないと答える人がいる (Garcia-Gonzalez, et al., 2008) ことから、治療効果とステロイド薬の服薬に関係性がある可能性

がある。今後、ステロイドの服薬とボディイメージ、ステロイドの服薬と治療効果、治療効果とボディイメージの関連性をより詳細に検討していく必要がある。

## 2. ソーシャルサポート

SLE患者に対するソーシャルサポートとして、「リストサーブ」がさまざまな情報提供とサポートを提供していることが明らかになっている (Mendelson, 2003)。

SLE患者が症状を抱えて生きることに對して最も意見が多かったのは、痛み、倦怠感、発疹や脱毛のようなボディイメージの変化、薬の副作用の調整 (特にステロイド治療による体重増加)、疾患の予測不可能な病態像に伴う日々の課題についてである (Mendelson, 2003)。これらはSLE患者が、身体症状 (Danoff-Burg & Friedberg, 2009)、ボディイメージ (Alparslan & Kapucu, 2010; Bauman, et al., 1989)、療養支援 (Bauman, et al., 1989) に対して多くのニーズを有していることと矛盾しない。SLE患者のニーズに対して、ヘルスケアチームによる支援、家族による支援が必要である (Hale, et al., 2006) とともに、「リストサーブ」のようなソーシャルネットワークシステムも社会的支援の一つとして有効活用されていく必要がある。

## 3. プライマリ・ケア

SLE患者は男女比1:9と圧倒的に女性が多い疾患であり (橋本, 2012, p.10)、思春期以降の健常女性は健常男性よりも身体満足度が低く (小笠原, 2005)、SLEにおいては年齢の若い未婚の女性がよりボディイメージQOLが低い (Jolly, Pickard, & Wilke, et al., 2010)。また、ボディイメージは「青少年期の発達」にも影響する (Ascheim, 1981)。よって医療従事者は、患者の年齢や性別、年齢に応じた発達段階を意識したプライマリ・ケアの導入が必要である。プライマリ・ケアでは、ボディイメージの認知の変化をモニタリングし、患者がこれらの変化に適応するのを援助するために、早期にカウンセリングの機会を設けるなど必要な看護援助を提供するべきである (Pongmarutani, et al., 2006)。

## F. 発達段階

Ascheim (1981) は、SLEは青少年期の発達段階におい

て「ボディイメージの発達」に影響を与えており、患者は問題を抱えている、と述べている。このことは、青少年期の女性はより細い体型であることが彼らをより幸福な気持ちにさせ、健康的に見せ、よりよい外見に見えるようにすると考えている (Wertheim & Paxton, 2012) ことや、年齢の若い未婚の女性患者がよりボディイメージQOLが低く (Jolly, Pickard, & Wilke, et al., 2010)、日常的に身体的不満足を感じている (Wertheim & Paxton, 2012) ことから考えられる。青少年期の発達段階は、ほかに「自律性の発達」や「将来設計」「自己同一性の形成」があるように (Ascheim, 1981)、その後の人生や人間関係、社会生活に影響を与える可能性がある。今後、「ボディイメージの発達」についてより詳細に明らかにしていくとともに、療養生活への影響について明らかにしていく必要がある。

## VI. 結 論

SLE患者のボディイメージに関して記述のある24文献は、「療養体験」3件、「HRQOL」8件、「外見」5件、「セクシュアリティ」4件、「療養と支援」3件、「発達段階」1件の計6項目に分類された。SLE患者はボディイメージやボディイメージQOLが低く、外見上の問題に多くの困難さやニーズがある。また、ボディイメージは療養生活だけでなく、セクシュアリティや発達面でも影響を及ぼすことが示唆された。今後、SLE患者のボディイメージ低下に関連する要因の詳細な検討が必要である。また、外見上の問題に対する支援として、ヘルスケアチームによる継続的観察やカウンセリングの実施、化粧品等の対処方法の指導、ソーシャルネットワークシステムの活用を推進していく必要性が示唆された。

## 謝 辞

本文献レビューを実施するにあたり、和歌山県立医科大学三葛キャンパス図書館三葛館司書の志茂淳子女史、内原佳代女史には大変お世話になりました。感謝申し上げます。

本研究は、平成23年～26年度独立行政法人日本学術振興会科学研究費助成事業・若手研究B (課題番号23792611) を受けて行った研究の一部である。

## 要 旨

【目的】 SLE患者のボディイメージに関する知見を明らかにする。

【方法】 Cooperの「統合的文献レビュー」の方法論を用いた文献レビュー。「SLE」「systemic lupus erythematosus」「body image」を含む文献を検索し選定。文献は言語的要約と単純なコード分類を実施した。

【結果】 ボディイメージに関する記述のある文献は24件であった。選定文献はそれぞれ「療養体験」3件、

「HRQOL」8件、「外見」5件、「セクシュアリティ」4件、「療養と支援」3件、「発達段階」1件の6項目に分類された。「HRQOL」は尺度開発に関するものとQOL低下に関するものが多く、「外見」は外見変化と外見懸念、「療養と支援」は治療効果、ソーシャルサポート、プライマリ・ケアに関するものがあった。

【結論】SLE患者は外見上の問題に多くの困難さやニーズがあり、ボディイメージが療養生活に及ぼす影響が示された。

### Abstract

【Objective】 This study aimed to clarify the findings of studies on body image in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) through a research synthesis.

【Method】 The research synthesis method proposed by Cooper was used to conduct a literature review. Publications suitable for review were identified using the keywords “SLE”, “systemic lupus erythematosus”, and “body image”. The publications were classified using simple codes and a table of philological summary data was created.

【Results】 Twenty-four publications were identified. In the table, the publications were classified according to the following 6 themes: “Life Experience” (3 publications), “HRQOL” (8 publications), “Appearance” (5 publications), “Sexuality” (4 publications), “Medical Treatment and Support” (3 publications), and “Developmental Stage” (1 publication). “Scale development” and “QOL decline” were included in many publications with the theme of “HRQOL”. “Appearance change” and “appearance concern” were included in publications with the theme of “Appearance”. “Effects of treatment”, “social support” and “primary care” were included in publications with the theme of “Medical Treatment and Support”.

【Conclusions】 The results of this study on body image in patients with SLE indicate that these patients face many difficulties, have various needs regarding problems with their appearance, and their body image influenced their medical treatment.

### 文 献

- Alparslan, G.B. and Kapucu, S.S. (2010). The changes and difficulties experienced by patients using steroids. *J Ren Care*, 36(2), 81-89.
- 青木きよ子, 高谷真由美, 田邊雅美, 高崎芳成 (2009). 外来通院中の全身性エリテマトーデス患者の認知する療養上の困難と関連要因. *医療看護研究*, 5(1), 30-39.
- Ascheim, J.H. (1981). The adolescent and systemic lupus erythematosus: A developmental and educational approach. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 5(5-6), 293-307.
- Bauman, A., Barnes, C., Schrieber, L., Dunsmore, J., and Brooks, R. (1989). The unmet needs of patients with systemic lupus erythematosus: Planning for patient education. *Patient Education and Counseling*, 14(3), 235-242.
- Cooper, H. (2010). Research synthesis and meta-analysis: a step-by-step approach. 4th ed., 5-21, California: SAGE Publications.
- Cornwell, C.J. and Schmitt, M.H. (1990). Perceived health status, self-esteem and body image in women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. *Res Nurs Health*, 13(2), 99-107.
- Curry, S.L., Levine, S.B., Corty, E., Jones, P.K., and Kurit, D.M. (1994). The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Rheumatol*, 21(12), 2254-2260.
- Curry, S.L., Levine, S.B., Jones, P.K., and Kurit, D.M. (1993). Medical and psychosocial predictors of sexual outcome among women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res*, 6(1), 23-30.
- Danoff-Burg, S. and Friedberg, F. (2009). Unmet needs of patients with systemic lupus erythematosus. *Behav Med*, 35(1), 5-13.
- Garcia-Gonzalez, A., Richardson, M., Garcia Popa-Lisseanu, M., Cox, V., Kallen, M.A., Janssen, N., Ng, B., Marcus, D.M., Reveille, J.D., and Suarez-Almazor, M.E. (2008). Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*, 27, 883-889.
- Hale, E.D., Treharne, G.J., Norton, Y., Lyons, A.C., Douglas, K.M., Erb, N., and Kitas, G.D. (2006). 'Concealing the evidence': the importance of appearance concerns for patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 15(8), 532-540.
- Harrison, M.J., Ahmad, Y., Haque, S., Dale, N., Teh, L-S., Snowden, N., Ho, P., Gorodkin, R., and Bruce, I.N. (2012). Construct and criterion validity of the short form-6D utility measure in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 39(4), 735-742.
- 橋本博史 (2012). 全身性エリテマトーデス 臨床マニュアル (第2版). 6-79, 東京: 日本医事新報社.
- Herdman, H.T. (2012) / 日本看護診断学会 (2012). NANDA-I看護診断: 定義と分類 2012-2014. 336-337, 東京: 医学書院.
- Jolly, M., Pickard, A.S., Block, J.A., Kumar, R.B., Mikolaitis, R.A., Wilke, C.T., Rodby, R.A., Fogg, L., Sequeira, W., Utset, T.O., Cash, T.F., Moldovan, I., Katsaros, E., Nicassio, P., Ishimori, M.L., Kosinsky, M., Merrill, J.T., Weisman, M.H., and Wallace, D.J. (2012). Disease-specific patient reported outcome tools for systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum*, 42(1), 56-65.
- Jolly, M., Pickard, A.S., Mikolaitis, R.A., Cornejo, J., Sequeira, W., Cash, T.F., and Block, J.A. (2012). Body image in patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Behav Med*, 19(2), 157-164.
- Jolly, M., Pickard, A.S., Mikolaitis, R.A., Rodby, R.A., Sequeira, W., and Block, J.A. (2010). LupusQoL-US benchmarks for US patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 37(9), 1828-1833.
- Jolly, M., Pickard, A.S., Sequeira, W., Wallace, D.J., Solem, C.T., Mikolaitis, R.A., Fogg, L., Weisman, M.H., Block, J.A., and Cash, T.F. (2012). A brief assessment tool for body image in systemic lupus erythematosus. *Body Image*, 9(2), 279-284.
- Jolly, M., Pickard, A.S., Wilke, C., Mikolaitis, R.A., Teh, L-S., McElhone, K., Fogg, L., and Block, J. (2010). Lupus-specific health outcome measure for US patients: the LupusQoL-US version. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(1), 29-33.
- Karlen, A. (2002). Positive sexual effects of chronic illness: case studies of women with lupus (SLE). *Sexuality and Disability*, 20(3), 191-208.
- Mattje, G.D. and Turato, E.R. (2006). Life experiences with systemic lupus erythematosus as reported in outpatients' perspective: a

- clinical-qualitative study in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*, 14(4), 475-482.
- McElhone, K., Abbott, J., Gray J., Williams, A., and Teh, L-S. (2010). Patient perspective of systemic lupus erythematosus in relation to health-related quality of life concepts: a qualitative study. *Lupus*, 19(14), 1640-1647.
- McElhone, K., Abbott, J., Shelmerdine, J., Bruce, I.N., Ahmad, Y., Gordon, C., Peers, K., Isenberg, D., Ferenkeh-Koroma, A., Griffiths, B., Akil, M., Maddison, P., and Teh, L-S. (2007). Development and validation of a disease-specific health-related quality of life measure, the LupusQoL, for adults with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 57(6), 972-979.
- McElhone, K., Castelino, M., Abbott, J., Bruce, I.N., Ahmad, Y., Shelmerdine, J., Peers, K., Isenberg, D., Ferenkeh-Koroma, A., Griffiths, B., Akil, M., Maddison, P., Gordon, C., and Teh, L-S. (2010). The LupusQoL and association with demographics and clinical measurements in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 37(11), 2273-2279.
- Mendelson, C. (2003). Gentle hugs: Internet listservs as sources of support for women with lupus. *ANS Adv Nurs Sci*, 26(4), 299-306.
- Monaghan, S.M., Sharpe, L., Denton, F., Levy, J., Schrieber, L., and Sensky, T. (2007). Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*, 57(2), 303-309.
- 難病情報センター. 全身性エリテマトーデス. Retrieved from <http://www.nanbyou.or.jp/entry/53> (2012-08-22)
- 小笠原サキ子 (2005). 青年期以降の健常者における身体満足度の年代間差と性差. *老年看護学*, 10(1), 134-141.
- ポーリット, D.F. & ベック, C.T. (2004) / 近藤潤子 (2010). 看護研究—原理と方法 (第2版). 711-712, 東京: 医学書院.
- Pongmarutani, T., Alpert, P.T., and Miller, S.K. (2006). Pediatric systemic lupus erythematosus: management issues in primary practice. *J Am Acad Nurse Pract*, 18(6), 258-267.
- Seawell, A.H. and Danoff-Burg, S. (2005). Body image and sexuality in women with and without systemic lupus erythematosus. *Sex Roles*, 53(11/12), 865-876.
- Stamm, T.A., Bauernfeind, B., Coenen, M., Feierl, E., Mathis, M., Stucki, G., Smolen, J.S., Machold, K.P., and Aringer, M. (2007). Concepts important to persons with systemic lupus erythematosus and their coverage by standard measures of disease activity and health status. *Arthritis Rheum*, 57(7), 1287-1295.
- 鶴田明美 (2008). 成人看護学 [11] アレルギー・膠原病・感染症. 82, 系統看護学講座専門15, 東京: 医学書院.
- Wertheim, E.H. and Paxton, S.J. (2011). Body Image Development in Adolescent Girls. In: Cash, T.F. and Smolak, L. (ed), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed., 76-77, New York: Guilford Press.
- Wiederman, M.W. (2011). Body Image and Sexual Functioning. In: Cash, T.F. and Smolak, L. (ed), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed., 271, New York: Guilford Press.

[平成25年3月7日受付]  
[平成26年2月7日採用決定]

一般社団法人  
**日本 看護 研究 学会**  
**会報**

第 94 号

(平成26年 6月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度第1回理事会 議事録(稿).....	1
一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度第2回(新・旧)理事会 議事録(稿).....	8
一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度定時社員総会 会議録.....	13

一般社団法人日本看護研究学会  
 平成26年度第1回理事会 議事録(稿)

日 時：平成26年 5月11日(日) 13:00~15:05  
 場 所：北里大学白金キャンパス 本館4階 役員会議室  
 出 席：良村貞子, 中村恵子, 叶谷由佳, 小坂橋喜久代, 江守陽子, 中木高夫, 小西恵美子,  
 黒田裕子, 小山真理子, 井上智子, 泊 祐子, 深井喜代子, 新道幸恵, 祖父江育子,  
 川本利恵子, 山田律子, 林みよ子 各理事  
 金井一薫, 道重文子 各監事  
 塩飽 仁HP担当委員  
 第41回学術集会 宮腰由紀子集会長  
 欠 席：工藤せい子, 高田早苗, 鈴木みずえ, 近田敬子, 宇佐美しおり 各理事  
 陪 席：福田和明, (北里大学) (株)ガリレオ・山田淳一氏, 海老根潤氏  
 議 長：黒田裕子理事長  
 書 記：林みよ子理事

配布資料：

1. 会員数の動向
2. 編集委員会論文受付・査読状況
3. 平成25年度大規模災害支援事業報告
4. 平成25年度看護系学会等社会保険連合会活動報告
5. 平成26年度第1回将来構想委員会議事録
- A. 定款および委員会規程の改正案
- B. 平成25年度事業報告書
- C. 平成25年度決算報告書

- D. 平成25年度監査報告書
- E. 平成26年度事業案
- F. 平成26年度予算案
- G. 平成26年度奨学会研究選考経過および授与候補者
- H. 奨励賞の候補者の推薦
- I. 平成26年度新理事候補者名簿
- J. 奨学会研究発表者発表延期願
- K. 一般社団法人日本看護研究学会学術集会長一覧
- L. 一般社団法人日本看護研究学会名誉会員推薦内規
- M. 一般社団法人日本看護研究学会・研究倫理審査委員会規程案
- O. 平成25年度評議員選挙選出評議員名簿（任期2014年～2018年）
- P. 一般社団法人日本看護研究学会・地方会運営細則案
- Q. 一般社団法人日本看護研究学会・各種文書の取り扱いに関する申し合わせ事項案
- R. 一般社団法人日本看護研究学会・委員会名簿

日本看護系学会協議会ニュースレター

#### 理事長挨拶：

定款第19条の規定にしたがって、本会が成立して開催することが確認され、理事長を議長として会議が開始された。

次に、新理事体制において議事録作成を依頼する福田氏、事務局移行を依頼する(株)ガリレオから担当者（山田氏・海老根氏）が陪席することが説明され、三氏の挨拶があった。また、会議中に、新規入会申込書と大規模災害支援金のお礼状を回覧すると説明された。

なお、今回から配布資料にナンバー（報告事項資料は数字、審議事項資料はアルファベット）が付されたと説明された。

会議開催に先立ち、(株)ガリレオ・山田氏から、会社概要と新事務局体制および管理システム SOLTI の説明があった。これを受けて、塩飽HP担当より、SOLTI の詳細が確認された。第41回学術集会長より、学術集会のサポートはどこまでしてもらえるのかと質問があった。これに対して、演題登録、抄録のエントリーから版下まで作成すること、参加登録全般の支援が可能であると、具体例を挙げて説明が追加された。

#### 報告事項：

##### 1. 会員数の動向

総務担当・中村理事より、資料に基づいて、会員数は、平成26年4月1日時点で6,112名、5月8日時点で6,181名であること、会費納入状況は2014年度分まで完納している者が3,306名・約54%であることが説明された。また、発足以来の会員数動向の推移も説明された。

##### 2. 各委員会の平成25年度活動報告

報告事項として特記事項のある委員会のみ活動報告がなされた。

## 1) 編集委員会

委員長・中木理事より、資料に基づいて、2013年度の学会誌掲載論文数、現在の論文投稿状況が報告された。また、準備を進めてきた投稿および査読システムを社員総会終了後より開始予定であること、投稿者自身が情報を入力し原稿をアップし、その後オンラインで査読が開始されることが説明された。

## 2) 大規模災害支援事業委員会

委員長代理として、理事長より、資料に基づいて、平成25年度の支援状況と、平成26年度まで寄付を募り、助成を終了することが報告された。

## 3. 第40回学術集会進捗状況

第40回学術集会・中木集会長より、一般演題の査読が終了し、座長依頼を始めていることが報告された。

## 4. 第41回学術集会進捗状況

第41回学術集会・宮腰集会長より、平成27年8月22日(土)・23日(日)に広島国際会議場で実施すること、「日本から世界へ 看護、発信! ~和と輪と環と話~」をテーマにしていること、招聘講演等のプログラムを検討中であること、参加者1,200名見込みで予算たてをしていることが報告された。

## 5. 将来構想委員会報告

総務担当・中村理事より、業務委託内容の確認と検討、地方会運営の見直し、現事務所保管文書の処理方法、看保連診療報酬改訂に関するケア技術検討の本学会の方向性、本学会運営に関する今後の方向性について検討した旨が報告された。

## 6. 看護系学会社会保険連合(看保連)の活動

渉外担当・小板橋理事より、資料に基づいて、看保連の看護技術体系化における本学会の取り組みの経緯と今後の対応、平成26年度社員総会の概要、が報告された。

**審議事項：**

## 1. 定款および学会賞・奨励賞規程の改正案

理事長より、事務局移転、理事長任期延長、実際の運営との齟齬があり、定款の改正の必要が出てきたことから、事務所を(株)ガリレオの所在地とする、理事数を25名以内とする、学会賞・奨励賞は社員総会で承認することとする、と変更することとなったと説明された。

これに対して異議はなく、承認された。

## 2. 平成25年度事業報告

総務担当・中村理事より、資料に基づいて、平成25年度事業活動が報告された。

これに対して異議はなく、承認された。

### 3. 平成25年度決算報告

会計担当・叶谷理事より、資料に基づいて、説明された。

まず、一般会計について説明があった。一般会計貸借対照表のうち、前年度と大きく異なる点として棚卸資産について、学会誌CD化に伴い、紙媒体での印刷費用が大幅に高くなったことが原因であることが説明された。一般会計収支計算書に基づいて収支の概要が説明され、委員会活動の支出が全体に抑えられたこと、学会誌CD化に伴って通信運搬費および印刷製本費が抑えられたことから、ほぼ予算どおりの執行であったと説明があった。

次に、特別会計について説明があった。奨学会は対象者がいなかったこと、選挙はやり直したが費用は抑えられたこと、第39回学術集会は収支差額ゼロであったこと、災害支援は約40万円の残金であることが説明された。

これに対して異議はなく、承認された。

### 4. 平成25年度監査報告

金井監事より、資料に基づいて、大嶋会計士の会計監査報告が代読された。また、道重監事より、資料に基づいて、平成25年度決算の会計監査の結果が報告され、年会費の未回収への努力勧告がなされた。

これに対して異議はなく、承認された。

### 5. 平成26年度事業案

総務担当・中村理事より、資料に基づいて、平成26年度事業案が説明された。

これに対して異議はなく、承認された。

### 6. 平成26年度予算案

会計担当・叶谷理事より、資料に基づいて、収支予算書案が説明された。収入については、入会者の年会費収入分を例年よりも少なく見積もったこと、支出については、事務局移行に伴って現事務局借用費の7月分までの支払いを要すること、コピー機レンタルが平成27年度までの契約であるために費用が発生すること、新事務局委託費が発生することが説明され、これらを踏まえて予算立てしたことが説明された。災害支援は平成26年度まで継続するため、残額がないように予算たてしていることが説明された。

これに対して、公認会計士の顧問料がなくなっているが、今後はどのようにするのかという質問があり、会計より、大嶋会計事務所と(株)ガリレオの両者の希望により、事務局移行と同時に大嶋会計事務所との顧問契約は解約したこと、弁護士顧問契約費用には会計士費用も含まれていることが説明された。また、事務員の退職金額が少なく功労金を含めてもう少し支払えないかと質問があり、会計より、退職金に対する規程に基づいて理事長を含めて検討したが、その中でももう少し支払いたいと考えていると回答があった。

このほかに異議はなく、承認された。

なお、一般会計収支予算書に、誤植があり（管理費支出の奨学会事業／学会賞・奨励賞事業は、福利厚生の間違い）、修正してほしいと説明があった。

## 7. 平成26年度奨学金授与者推薦

奨学会委員長・深井理事より、資料に基づいて、平成26年度奨学会研究の選考経緯が報告され、2名を推薦すること、両者ともに要件を満たしたことから、両者に授与したいと説明があった。

これに対して異議はなく、承認された。

## 8. 奨励賞推薦について

奨励賞・学会賞委員長・新道理事より、資料に基づいて、学会賞は該当なし、奨励賞3名を推薦すると説明があった。

これに対して異議はなく、承認された。

## 9. 新理事候補者

理事長より、資料に基づいて、新理事体制について説明があった。

これに対して異議はなく、承認された。

## 10. 奨学会研究発表者発表延期

奨学会委員長・深井理事より、資料に基づいて、発表予定者の山下氏より、体調不良によって1年間の発表猶予を希望する旨の依頼があり、委員会として承認したい旨の説明があった。

これに対して異議はなく、承認された。

## 11. 第43回（平成29年度）学術集会会長

理事長より、第43回学術集会会長として、山口桂子先生に依頼したい旨の説明があった。

これに対して異議はなく、承認された。

## 12. 名誉会員の推薦

理事長より、名誉会員推薦内規に基づいて、大串靖子先生、近田敬子先生を推薦したい旨の説明があった。

これに対して異議はなく、承認された。

## 13. 研究倫理審査委員会規程案

研究倫理委員長・江守理事より、研究倫理審査委員会規程検討の経緯が説明された上で、今回の主な修正案として、必ずしも法律の専門家に依頼することが難しいことに加え、弁護士が研究倫理に精通しているわけではないと考え、「大学または研究機関等の研究倫理審査委員会に所属した経歴を持ち、審査委員の経験のある者」と変更したこと、倫理委員を18歳から75歳という規定を追加したこと、種々の手続きに費用を要すること15,000円を徴収してはどうかと考えたことが説明された。

これに対して、「同意書」というよりも、「承諾書」の方が妥当ではないかという意見が出され、委員長も承諾した。このほかに異議はなく、一部修正するとして承認された。

## 14. 理事長推薦理事

理事長より、定款13条に基づき、理事長推薦理事として、新理事体制では、叶谷現会計担当理事と塩飽現ホームページ担当者を指名したい旨の説明があった。

これに対して異議はなく、承認された。

## 15. 理事会推薦監事候補者

理事長より、理事選出規程第9条に基づき、新評議員のうち、松田たみ子新評議員を推薦したいと説明された。

これに対して異議はなく、承認された。なお、万一ご本人に承諾いただけない場合は、再審議すると追加説明された。

## 16. 地方会運営細則案

総務担当・中村理事より、これまで各地方会に任せてそれぞれに運営してきたものを一本化することを目指して規程を設けたい旨の説明があった上で、資料に基づいて概要が説明された。資料について、タイトルは「地方会運営細則」を「地方会施行細則」、附則の「看護学部生」を「看護学生」と修正することが追加された。

これに対して、地方会の会計は毎年ゼロにするのかという質問があり、中村理事から学会の傘下にあることを考えるとすべてを返還してもらいたいと考えていると回答した。これに対して、会員数が少ない場合は翌年度の活動に影響が出る可能性があるという指摘があった。これを受けて、中村理事より、地方会運営を円滑にし、活動を活発化するための規程とできるような意見を頂戴したいと依頼があった。また、中村理事より、赤字になった場合の補填について常任理事会でも意見があったが、この規程を設けるとなれば予算案から本会が関与し、赤字補填をすることも検討したいと説明があった。

また、中村理事より、実際の運営を考えると、第7条を地方会学術集会としているが、「地方会学術集会等」と修正し、活動しやすいように修正したいと説明があった。

このほかに異議はなく、一部修正するとして承認された。

## 17. 各種文書の取り扱い方法

理事長より、これまで学会開設以来40年にわたる文書が多く保管されているために、事務局を閉じることも関連して、これらをどのように処理するかを検討したと趣旨が説明された。続いて、総務担当・中村理事より、一般社団法人および一般財団法人に関する法律に基づいて、本文書取り扱いに関する申し合わせ案を検討した旨の説明があった上で、処理概要が説明された。

これに対して、「文書」となると「電子データ」は含まれるのか、電子データは保管する必要があるのではないかと質問があり、中村理事からは電子データもすべて含むと解釈していると説明された。これを受けて、今後本学会の歴史をたどる必要があった場合にはPDFなど何らかの手がかりが必要ではないかという意見があり、学会誌にはすべて議事録も保管されているために、歴史をたどる手がかりは得られるという回答があった。

このほかに異議はなく、一部修正するとして承認された。

18. 新旧理事会開催準備

理事長より、新旧理事会および社員総会の開催予定が確認された。

5月18日 10時から11時 新理事会

11時から12時 新旧理事会

任期2014までの理事・監事は11時30分から出席

13時から16時 定時社員総会

なお、資料Rのうち、任期2014年の委員名は、誤植があるため削除することとなった。

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度第2回（新・旧）理事会 議事録（稿）

日 時：平成26年5月18日（日）10：00～11：15

場 所：北里大学白金キャンパス・薬学部1号館2階・1202講義室

出席者：黒田裕子，中村恵子，良村貞子，叶谷由佳，江守陽子，工藤せい子，小西恵美子，  
泊 祐子，小山真理子，鈴木みずえ，井上智子，近田敬子，新道幸恵，祖父江育子，  
中木高夫 各理事  
青山ヒフミ，荒木田美香子，石井範子，川口孝泰，塩飽 仁，岩本幹子，中西純子，  
法橋尚宏，本田彰子，前田ひとみ，村嶋幸代 各理事  
金井一薫，道重文子 各監事

欠 席：小坂橋喜久代，高田早苗，深井喜代子，宇佐美しおり，川本利恵子，山田律子，林みよ子理事  
議 長：黒田裕子理事長

陪 席：宮腰由紀子（第41回学術集会長）

陪席・書記：福田和明（北里大学）

### 配布資料：

1. 平成26年度 第1回理事会議事録（稿）
2. 「一般社団法人 日本看護研究学会 平成26年度定時社員総会（資料）」
3. 日本看護研究学会 委員会名簿
4. 日本看護研究学会 平成26年度定時社員総会 議事次第
5. 日本看護研究学会 地方会施行細則（案）
6. 日本看護研究学会 各種文書の取り扱いに関する申し合わせ事項
7. 日本看護研究学会奨学会委員会伝達ならびに新・事務局委託事項
8. 日本看護研究学会 平成26年度予定表（案）

### 理事長挨拶：

定款第22条の規定にしたがって，理事長より開催の挨拶のあと，理事長を議長として会議が開始された。

会議開催に先立ち，理事長より，本日の理事会ならびに社員総会においては，本学会開設以来長年にわたり事務業務を担ってきた事務局を平成26年6月末までに閉じ，新事務局業務を(株)ガリレオ社に移行すること，新旧の理事の交代があること，Webによる査読システムを導入予定であることから，大きな変化の時期を迎えていると説明があった。

まず，議事の冒頭で新理事（任期：2014年～2018年）および旧理事の自己紹介があった。

理事長より，本日の社員総会は86名の社員の出席を予定しており，定款第27条の規定にしたがって，社員総会は成立する見込みであることの確認があり，議事録作成は谷津裕子氏と藤井徹也氏に依頼したと説明があった。

## 報告事項：

## 1. 会員数の動向について（配布資料2の3～4頁）

総務担当・中村理事より、資料に基づき、会員数の動向について報告があった。

## 2. 各委員会 平成25年度活動実績報告および平成26年度活動計画について

## 委員会報告：

## 1) 電子査読システム導入について（配布資料2の86～110頁）

編集委員長・中木理事より、実施が遅れているが社員総会終了後より実施予定であること、HPの投稿ページからログインしてもらい、投稿者が自分で投稿者情報を入力しWORDあるいはPDFで論文をアップしてもらおうという投稿方法となること、その後の事務手続きや査読もマニュアルに従って簡単に進めることができることが説明された。

## 2) 奨励賞受賞論文の推薦について（配布資料2の63頁）

学会賞・奨励賞委員長 新道理事より、学会賞はなし、奨励賞3名を推薦されたと報告があった。

## 3. 第40回学術集会について

第40回学術集会・中木高夫集会長より、平成26年8月23日（土）・24日（日）に奈良県文化会館において開催すること、学術集会の進捗状況について報告があり、多くの方々の参加をお願いしたいと説明があった。

## 4. 第41回学術集会について

広島大学の宮腰由紀子氏（第41回学術集会長）より挨拶があり、平成27年8月22日（土）・23日（日）に広島国際会議場において、「日本から世界へ看護、発信！～和と輪と環と話～」をテーマに開催すること、参加者は1,200名を見込み、1,900万円の予算立てをしていると報告があった。

## 5. 各種文書の取り扱いに関する申し合わせ事項（案）について（配布資料6）

理事長より、これまで学会開設以来40年にわたる文書が多く保管されているために、事務局を閉じることも関連して、これらをどのように処理するかを検討したと主旨が説明された。続いて、総務担当・中村理事より、一般社団法人および一般財団法人に関する法律に基づいて、本文書取り扱いに関する申し合わせ案を検討した旨の説明があった上で、処理概要が説明された。

## 6. その他（配布資料2の13～15頁）

## 1) 日本学術会議について

## 2) 日本看護系学会協議会の活動について

## 3) 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について

渉外担当・泊理事より、資料に基づき、上記内容について報告があった。

**審議事項：**

## 1. 平成25年度事業報告（配布資料2の28頁）

総務担当・中村理事より、資料に基づき、平成25年度事業活動について報告された。これに対して異議はなく、承認された。

## 2. 平成25年度一般・特別会計決算報告（配布資料2の29～60頁）

## 1) 会計報告（一般・特別）

会計担当・叶谷理事より、資料に基づいて説明があった。

まず、一般会計について説明があった。一般会計貸借対照表のうち、前年度と大きく異なる点として棚卸資産があり、学会誌CD化に伴い紙媒体での印刷費用が大幅に高くなったことが原因であると説明があった。一般会計収支計算書に基づいて収支の概要が説明され、委員会活動の支出が全体に抑えられたこと、学会誌CD化に伴って通信運搬費および印刷製本費が抑えられたことから、ほぼ予算どおりの執行であったと説明があった。

次に、特別会計について説明があった。奨学会は対象者がいなかったこと、選挙はやり直しをしたが費用は抑えられたこと、第39回学術集会は収支差額ゼロであったこと、災害支援は40万円の残金であることの説明があった。

これに対し異議はなく、承認された。

## 2) 会計監査報告（配布資料2の62頁）

金井監事より、資料に基づいて平成25年度決算の会計監査の結果が報告され、年会費の未収会費の会費徴収の努力勧告がなされた。これに対し異議はなく、承認された。

## 3) 監査報告（配布資料2の61頁）

金井監事より、資料に基づいて、大嶋公認会計士の会計監査報告書が代読された。これに対し異議はなく、承認された。

## 3. 定款・規程改正案について

理事長より、定款については、法人事務局の所在と理事数の変更、学会賞・奨励賞の会員総会承認の削除、それに伴う附則の追記、学会賞・奨励賞規程の承認を会員総会から社員総会へ変更、の説明があった。これに対し異議なく、承認された。

## 4. 新役員役割分担について（資料3）

## 1) 理事長指名理事

理事長より、新理事体制から指名理事として、叶谷由佳・現会計担当理事と塩飽 仁・ホームページ担当者を指名したいと説明があった。これに対し異議なく、承認された。

## 2) 監事（任期2018年まで）理事会推薦（社員総会にて信任決議）

理事長より、新理事体制における監事として松田たみ子・新評議員が理事会にて推薦されたと説明があった。これに対し異議なく、承認された。

## 3) その他の新役員役割分担

新役員の役割分担について検討し、下記のように決定し、異議なく承認された。なお、理事長よ

り、本日の社員総会で承認された後、事務局より委嘱状を発行すること、理事長・副理事長・渉外担当理事・総務担当理事・監事・各委員長は常任理事会構成メンバーである旨の説明があった。

川口 孝泰氏：副理事長・渉外担当理事（長）、将来構想検討委員

本田 彰子氏：総務担当理事

岩本 幹子氏：会計担当理事

中西 純子氏：編集委員

法橋 尚宏氏：編集委員・委員長

荒木田美香子氏、村嶋 幸代氏、石井 範子氏：奨学会委員、学会賞・奨励賞委員

青山ヒフミ氏：研究倫理委員

前田ひとみ氏：国際活動推進委員・委員長

上記委員長のほか、会計担当責任者に鈴木みずえ理事、奨学会委員会委員長に祖父江育子理事、学会賞・奨励賞委員会委員長に工藤せい子理事、研究倫理委員会委員長に江守陽子理事、医療技術評価ワーキング委員会委員長に黒田理事長、と決定した。

#### 5. 事務局業務委託について

理事長より、平成26年6月末をもって学会事務局業務を㈱ガリレオ社に委託し、事務局の所在地が現在の千葉市から東京・巣鴨に移転する旨の説明があった。また、事務局業務移行に伴い、7月初旬から会員管理システムを導入予定であるが、会員番号およびパスワードを新たに発行し、会員全員へ配送予定であると説明があった。

#### 6. 平成26年度事業案について（配布資料2の75頁）

総務担当・中村理事より、資料に基づいて、平成26年度事業案が説明された。これに対し異議なく、承認された。

#### 7. 平成26年度予算案について（配布資料2の76～81頁）

会計担当・叶谷理事より、資料に基づき、収支予算案の説明があった。

収入については、入会者の年会費収入分を例年より少なく見積もったこと、支出については、事務局移行に伴い現事務局借用費の7月分までの支払いを要すること、コピー機レンタルが平成27年度までの契約であるために費用が発生すること、新事務局委託費が発生することが説明され、これらを踏まえて予算立てしたことが説明された。災害支援は平成26年度まで継続されるため、残額がないように予算立てをしていると説明があった。

これに対して異議なく、承認された。

#### 8. 平成26年度奨学会研究助成について

奨学会委員長の深井理事の代理として、奨学会、学会賞・奨励賞委員である良村理事より、資料に基づき、平成26年度奨学会研究の選考経緯が報告され、2名を推薦し、両者ともに要件を満たしたことから、両者に授与したいと説明があった。これに対し異議はなく、承認された。

## 9. 奨学金授与者の発表延期願いについて

奨学会委員長の深井理事の代理として、良村理事より、発表予定者の山下氏より体調不良にて1年間の発表猶予を希望する旨の依頼があったと説明があり、これに対し異議なく、承認された。

## 10. 第43回学術集会会長について（配布資料2の85頁）

理事長より、第43回学術集会の集会長として長く学会に貢献され前理事長である山口桂子氏に打診したところ、ご本人より快諾いただけたため、理事会で審議いただく旨の説明があった。

これに対し異議なく、承認された。

## 11. 名誉会員推薦について（配布資料2の83～84頁）

理事長より、名誉会員として、大串靖子氏と近田敬子氏を推薦したい旨の説明があり、これに対し異議なく、承認された。

## 12. 地方会施行細則（案）について（配布資料5，配布資料2の116頁）

総務担当・中村理事より、定款第9章に「地方会」の規定はあるが細則がなかったため、社団法人化を受けて地方会施行細則を作成した旨の説明があった。

「会計」は地方会も含めるのではないかと、地方会の収益金の取り扱いが社団法人として問題はないのかと質問があったが、公認会計士に相談した結果、地方会事業活動に伴う収益金は本会の会計とは異なるため、各地方会で会計監査を実施すれば問題がないと指導を受けた旨の回答があった。

会計担当・叶谷理事より、元々地方会に対しては本会より資金を「補助する」という位置づけであり、補助金については収支ゼロにして本会に返還する処理が望ましいと公認会計士の指導を受けたと説明があった。

すでに終了した地方会の昨年度会計決算の再報告の必要性の有無に関する質問に対し、会計担当・叶谷理事より、本会からの補助金の残金状況のみを本会会計担当者に報告してほしいと回答があった。

このほかに異議はなく、承認された。

## 13. その他

## 1) 大規模災害支援金お礼状（回覧）

大規模災害支援金に対するお礼状について回覧がなされた。

## 次回理事会

次回理事会（予定）

日 時：平成26年10月25日（土）13時～16時

場 所：北里大学 白金キャンパス 本館2階大会議室

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度定時社員総会 会議録

日 時：平成26年5月18日（日）13：00～15：00

会 場：北里大学白金キャンパス 薬学部1号館 2階1202講義室

社員（評議員）161名のうち、出席89名、欠席委任状49名で、定款第27条により本会は成立することが確認された。

議 長：黒田裕子理事長

書記の任命

会議の開始に伴い、理事会から推薦された書記が拍手で承認された。

書記：藤井徹也（聖隷クリストファー大学）

谷津裕子（日本赤十字看護大学）

報告事項：

1. 会員数の動向について（中村恵子副理事長）社員総会資料3～4頁

社員総会資料に沿って、平成26年4月1日現在、会員総数6,112名（名誉会員12名、評議員115名、一般会員5,985名）であること、平成25年度会費が8,000円に変更になったこと、会費回収率が96.04%であったことが報告された。また、平成25年度新入会者が474名、退会者が322名あったことが報告された。

2. 第3回評議員・役員選挙（2013年）について（黒田裕子理事長）社員総会資料5～9頁

社員総会資料に沿って、第3回評議員・役員選挙の結果が報告された。

3. 各委員会平成25年度活動実施報告および平成26年度活動計画について

1) 編集委員会報告（中木高夫理事）社員総会資料10～11頁

- ・36巻1～5号をCD-ROMとして発刊し、合計41件を掲載した。
- ・Webでの公開を開始した。
- ・2013年度の投稿数は84編、2014年度投稿数は5月9日現在11編。
- ・電子査読システムを業者に依頼し、構築中である。

以上のことが社員総会資料に沿って報告された。

2) 将来構想委員会について（中村恵子副理事長）社員総会資料129頁

規程の整備、事務局の移転、業務内容の整理、業務依頼業者の選定（委託業者：ガリレオ）を実施したことが報告された。

3) ホームページの管理について（塩飽 仁理事）

ホームページの管理の管理状況、地方会へのサポートについて報告がされた。

## 4) 大規模災害支援事業について (中村恵子副理事長) 社員総会資料12頁

- ・平成25年度の収入と支出 (推薦会員 3 名, 看護学生36名に支援)。
- ・平成26年度迄継続する。

## 4. 第40回学術集会について (中木高夫学術集会長)

2014年 8 月22日~23日に奈良県立文化会館で開催予定であることと, 進捗状況が報告された。

## 5. 第41回学術集会について (宮腰由紀子学術集会長)

2015年 8 月22日~23日に広島国際会議場で開催予定。テーマ「日本から世界へ看護を発信」であることが報告された。

## 6. その他

## 1) 日本学術会議について (報告なし)

## 2) 日本看護系学会協議会の活動 (泊 祐子理事) 社員総会資料13頁

社員総会資料に沿って, 「看護師特定行為への対応」の看護系学会を対象とした意見募集と説明会について報告された。

## 3) 看護系学会等社会保険連合会 (看保連) の活動について (泊 祐子理事) 社員総会資料13~15頁

- ・会費徴収のアンケート結果を受け, 会費が70,000円に下がった。
- ・看護技術の体系化に向けた本学会の取り組み。
- ・介護報酬ワーキンググループの発足。
- ・平成26年度の社員総会。

以上のことが社員総会資料に沿って報告された。

## 4) 地方会について

## ・北海道地方会 (良村貞子理事) 社員総会資料16~17頁

総会:平成25年 6 月15日, 学術集会:平成25年 6 月15日 (辻 恵子学術集会長), 地方会ニュースレターの発行, 決算報告が報告された。

## ・東海地方会 (鈴木みずえ理事) 社員総会資料18~19頁

学術集会:平成26年 3 月15日 (岡田由香学術集会長), 総会の開催, セミナー開催, ニュースレターの発行, 世話人会開催 (2回), 会計報告が報告された。

## ・近畿・北陸地方会社員総会資料20~21頁

セミナー開催 (第17回・18回), ホームページ, ニュースレターの発行, 地方会活性化に関するアンケート調査の実施, 総会の開催, 学術集会:平成26年 3 月 1 日 (中木高夫学術集会長), 会計報告が報告された。

## ・中国・四国地方会 (大森美津子評議員) 社員総会資料22~23頁

学術集会:平成26年 3 月 9 日 (中西純子学術集会長), 総会の開催, 委員会活動, 会計報告が報告された。

## ・九州・沖縄地方会 (東サトエ評議員) 社員総会資料24~25頁

会員数888名, 地方会ニュースレターの発行, ホームページの更新, 役員会の開催, 学術集会:

平成25年11月2日（小湊博美学術集会長），助成金の授与，会計報告が報告された。

報告事項について，質疑なし。

**審議事項：**

1. 定款・規程改正案（黒田裕子理事長）社員総会資料27頁  
社員総会資料に沿って，定款改正案，規程改正案および学会賞・奨励賞規定（程）の改正案について説明された。  
上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。
2. 平成25年度事業報告（中村恵子副理事長）社員総会資料28頁  
社員総会資料に沿って，平成25年度の事業報告が成された。  
上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。
3. 平成25年度決算報告（叶谷由佳理事）社員総会資料29～60頁  
社員総会資料に沿って，平成25年度決算報告が説明された。  
上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。
4. 平成25年度監査報告（金井一薫監事）社員総会資料61～62頁  
社員総会資料の下記報告書に沿って，監査報告が行なわれた。
  - ・監査報告書
  - ・会計監査報告書上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。
5. 奨励賞推薦について（新道幸恵理事）社員総会資料63～69頁  
学会賞・奨励賞委員会より，奨励賞候補者3名がその推薦理由とともに紹介された。
  - ・学会賞候補者 該当者なし
  - ・奨励賞候補者 竹内 陽子氏 第35巻4号掲載論文  
永田 明氏 第35巻5号掲載論文  
今井多樹子氏 第36巻1号掲載論文上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。
6. 新理事候補者について（黒田裕子理事長）社員総会資料70頁  
社員総会資料に沿って，新理事候補者が紹介された。任期は2014年（平成26年）定時社員総会～2018年（平成30年）定時社員総会までである。  
上記について異議なく，挙手をもって賛成多数で承認された。

7. 理事長推薦理事について（黒田裕子理事長）社員総会資料71頁

定款第5章第13条役員を選任2. 理事長推薦理事に定められた推薦理事候補者として、以下2名が紹介された。任期は2016年（平成28年）定時社員総会までである。

- ・塩飽 仁先生（渉外広報ホームページ担当理事）
- ・叶谷由佳先生（会計担当理事）

上記について異議なく、挙手をもって賛成多数で承認された。

8. 監事について（黒田裕子理事長）社員総会資料71頁

新監事として、以下1名が推薦された。任期は2014年（平成26年）定時社員総会～2018年（平成30年度）定時社員総会までである。

- ・松田たみ子先生 社員（評議員）

上記について異議なく、挙手をもって賛成多数で承認された。

9. 研究倫理審査委員会規程案について（江守陽子理事）社員総会資料72～74頁

学会員の研究活動を支援・促進する目的で本学会に研究倫理審査委員会を設置すべく検討を進めてきた旨の説明があり、社員総会資料に沿って当委員会規程案の説明が行なわれた。

上記について異議なく、挙手をもって賛成多数で承認された。

10. 将来構想委員会提案：地方会施行細則案について（中村恵子理事）

当日配布資料：一般社団法人日本看護研究学会・地方会施行細則（案）

一般社団法人化に伴い地方会施行細則の整理が必要となり、定款第32条第4項の規定に基づき本案が作成された旨が説明された。

上記について異議なく、挙手をもって賛成多数で承認された。

11. その他

なし

**理事会報告：**

1. 平成26年度事業案について（中村恵子副理事長）社員総会資料75頁

社員総会資料に沿って、平成26年度事業計画が説明された。大規模災害支援事業の運営は、平成26年度迄継続する。

2. 平成26年度予算案について（叶谷由佳理事）社員総会資料76～81頁

社員総会資料に沿って、平成26年度予算案が説明された。

平成25年度の会計を基に予算立てした。収入については、平成25年度入会者数が少なかったことを基に予算立てした。支出については、消費税3%増を考慮した。災害支援事業特別会計は、平成26年度末で一旦閉じることとする。

3. 奨学会研究費授与について（祖父江育子理事）社員総会資料82頁  
社員総会資料に沿って、応募のあった2名に授与が決定したと説明された。
4. 名誉会員の推薦について（黒田裕子理事長）社員総会資料83～84頁  
社員総会資料に沿って、推薦内規の説明後、大申靖子氏、近田敬子氏の推薦がされた。  
拍手で承認され、今年度会員総会で承認を受ける。
5. 平成43回（平成29年）学術集會会長推薦について（黒田裕子理事長）社員総会資料85頁  
山口桂子氏が推薦され、拍手で承認された。今年度会員総会で承認を受ける。
6. 各種文章取扱いに関する申し合わせ事項（案）について（中村恵子副理事長）
  - ・議事録は、10年間保管する。
  - ・会計関連書類は、10年間保管する。
  - ・事務関連書類は、事務処理終了後5年保存する。
  - ・学会誌は1部を永久保存、その年度の残部は1年間保存する。
  - ・書類の処理は、機密書類処分業者に依頼し処分する。以上について、説明された。

宮腰由紀子第41回学術集會会長より、学会発足の初期のデータをデジタル化し保存する案が出され、可能なかぎり、デジタル化することとなった。

大森評議員から、地方会の役員の選挙に費用がかかることについて、本会からの補助の有無について問われた。黒田理事長から、現在の金額は変更できないため、選挙方法を工夫して行うように回答がなされた。

7. 事務局事業移転について（黒田裕子理事長）  
事務局業務について、6月末をもって委託業者のガリレオに移行する。
8. その他
  - 1) 大規模災害支援金お礼状について（黒田裕子理事長）  
お礼状を回覧することが説明された。
  - 2) 電子投稿者用マニュアルについて（中木高夫理事）社員総会資料86～110頁  
社員総会資料に沿って、説明がされた。
  - 3) その他（黒田裕子理事長）
    - ・本日まで理事・監事を担当してもらった理事・監事の紹介とお礼が伝えられた。
    - ・事務局員の高橋氏、石川氏にお礼が伝えられ、両氏から挨拶が述べられた。

# 一般社団法人日本看護研究学会 第28回 近畿・北陸地方会学術集会

## テーマ：患者の看護に立ち戻る研究への挑戦

◆会 期：平成27年3月7日（土）10：00～16：30（受付9：30～）

◆会 場：金沢大学保健学類校舎（金沢市小立野5-11-80）

### ◆プログラム

◇会長講演「看護における対象理解」

加藤真由美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

◇交流集会「生活機能を維持・拡大する看護研究」

老年リハビリテーション看護学分野会

泉 キヨ子（帝京科学大学医療科学部看護学科）

正源寺美穂（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

相川みづ江（金沢医療技術専門学校）

◇地方会総会

◇シンポジウム「一人の大切な人のための看護研究」

「看護実践力を育む！ 事例検討を素材にした看護研究を通して」

川島 和代（石川県立看護大学 教授）

「排泄ケアを通じた個別性ある看護の価値」

湯野智香子（国民健康保険小松市民病院 看護師長）

「ナラティブから生まれる力 — 精神に病いをもちながら生きる人の体験に添って」

田中 浩二（金沢医科大学看護学部 講師）

◇教育講演「ナラティブに基づいた研究法」

宮坂 道夫（新潟大学医歯学系 教授）

◇一般演題発表

### ◆事務局

金沢大学医薬保健研究域保健学系 正源寺美穂

電話：076-265-2570 メール：shogen@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

### ◆交通アクセス



### 交通アクセス(北陸鉄道バス)

- 金沢駅東口3番乗り場から  
「金沢学院大学」「金沢東高校」「東部車庫」「北陸大学」  
「湯涌温泉」「上辰巳」「駒帰」行き
  - 金沢駅東口6番乗り場から  
「医王山」「田上住宅」行き
  - 金沢駅西口5番乗り場から  
「金沢学院大学」「金沢東高校」「東部車庫」行き
- 上記のいずれかに乗車し、小立野(こだつ)の下車【約20分】  
▶徒歩【約5分】



会長からの  
メッセージ

## 大衆化、少子高齢化そして 国際化の中の大学

— 日本学術会議会長 大西 隆

この4月から、ある国立大学法人の学長に就任し、国立大学の運営について日々考えることになりました。これまで、もちろん、学術研究の主たる現場が大学であり、中でも国立大学には会員・連携会員の多くが所属しており、自分自身も勤務していたことがあるので、身近で、かつ重要な存在として認識していました。しかし、学長として考えると少し異なる側面が浮かび上がります。

まず改めて気づかされたのは、日本の大学の大量化です。教育について考えると、人はどうしても自分の体験を基準にしがちといわれます。私は、1967年大学入学ですが、当時の18歳人口は約250万人、そのうち高卒者は63%程度、大学の入学定員は19.5万人、ただし、入学者は定員よりかなり多く29.3万人でした（数値は18歳人口最多の1966年のもの、文部科学省資料）。それが最新の2013年では、18歳人口123万人、高卒者の割合は89%、大学入学定員は58.4万人、入学者は61.4万人になりました。1967年には、12%程度であった大学進学率が、2013年には50%になったのですから、大学進学は広き門となり、いわば大学生の大量化が進んだのは間違いありません。その中で国立大学は入学者の17%程度を占める存在です。進学率の上昇は、大卒の位置づけが社会のエリートから中堅層へと広がり、大学教育においても、多様性や汎用性が期待されるという変化を生んでいます。私の勤務する大学は、やや特殊で、高専の卒業生が編入学者の大半を占めます。そこでも同様に、高専を卒業して大学に編入したり、高専に新たにできた専攻科へ進学する学生が増加し、高専卒業生＝即戦力の中堅技術者、というイメージは変化しています。

そして、こうした大量化に対応して規模を拡大した大学にとっては、既に始まっている少子化が厳しい試練となります。2030年代早々には18歳人口が

100万人を切ることになるので、進学率がさらに大幅に増えない限り、大学進学者数も減少します。その分を、留学生によって埋めるか、社会人学生を増やすのか、あるいは規模縮小を図るのか等が問われます。

他方で、大学・大学院は我が国の研究活動の最も重要な現場です。大学院で研究の面白さに目覚めた学生が、博士課程に進学し、さらに母校や同じような環境にある大学研究室で研究を続けようとするのはごく自然のパターンであることは恐らく将来もそう変わらないでしょう。もちろん博士課程修了者の進路が、官公庁や企業の、研究職だけではない分野へと広がっていくことが期待されますし、一旦社会に出てから大学院に戻る人が増えることも期待されますが、研究者の主要輩出経路が大学⇒大学院⇒大学研究室であることは変わらないと思います。そうであれば、我が国の学術の持続発展を図るには、人材育成におけるこのメインルートを強化して、より一層国際競争力のあるものとしていかなければなりません。学長として改めてこのことを強く感じているのですが、同時に、日本学術会議にとっても科学研究の基盤を強化するという意味で、最重要課題のひとつです。特に、定年延長で、若手研究職の任期制が広がったことを契機に、テニュアトラック制度の導入等を含んだ若手研究者の育成制度が、未だ最善の方法が定まらないままに模索されています。また、基礎研究から応用研究に至る研究段階のどの部分を大学が担うべきかについても研究費供給のあり方にも及び議論が続いています。大量化、少子高齢化、そして国際化や国際競争激化の中で、日本の大学が従来のものでいることはあり得ません。変化を先取りしてどこへ向かうべきか、学長としての立場と会長としての立場を重ねて考察していくべき課題と考えています。

## 幹事会報告

### 第190回幹事会

日時 平成26年3月20日(木)

#### 会議の概要

#### 審議事項

- 若手アカデミー委員会運営要綱の一部改正(設置期限の延長1件)及び分科会委員の任期の延長の決定について承認されました。
- 科学と社会委員会運営要綱の一部改正(新規設置1件)及び小委員会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱一部改正(設置期限の延長1件)及び分科会委員の決定について承認されました。
- 提言「緊急被ばく医療に対応できるアイソトープ内用療法拠点の整備」について、所要の修文をすることを条件に承認されました。
- 「日本学術会議の運営に関する内規」及び「部が直接統括する分野別委員会合同分科会について」の一部を改正することの決定について承認されました。
- 平成27年度共同主催国際会議候補の追加について承認されました。
- 平成28年度共同主催国際会議候補及び保留会議の決定について承認されました。
- 平成26年度の代表派遣実施計画及び実施計画に基づく4-6月期の会議派遣者の決定について承認されました。
- 国際社会科学評議会(ISSC)理事会に会員を派遣することについて承認されました。
- 定年により退任する会員の連携会員への就任について承認されました。
- シンポジウム等9件の開催及び国内会議2件の後援について承認されました。

### 第191回幹事会

日時 平成26年4月10日(木)

#### 会議の概要

#### 審議事項

- 「委員会及び分科会等に係る特任連携会員の選考の

在り方について」の一部改正について承認されました。

- 東日本大震災復興支援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。
- 国際委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 選考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、分科会及び小委員会委員の決定について承認されました。
- 韓国学術院(The National Academy of Sciences)及び韓国科学技術アカデミー(Korean Academy of Science and Technology)との今後の交流に関する打ち合わせ会議に会員を派遣することについて承認されました。
- 平成26年度各地区会議事業計画の決定について承認されました。
- シンポジウム1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26年5月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

## 日本学術会議ニュース

日本学術会議第166回総会が、平成26年4月10日(木)～12日(土)の三日間にわたり開催されました。今回の総会では、初日の10日に、山本一太内閣府特命担当大臣(科学技術政策担当)がご出席され、ご挨拶をいただきました。

また、吉川弘之先生(科学技術振興機構研究開発戦略センター長、日本学術会議榮譽会員)が「科学者の助言(Policy for ScienceとScience for Policy)」と題して特別講演を行いました。



山本一太内閣府特命担当大臣



吉川弘之先生

## 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26年5月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆「パラダイムシフト時代の国土論」

日時 平成26年5月23日(金)13時30分～16時30分  
場所 日本学術会議 会議室  
次第 「国土の中長期的ガバナンス」植松浩二  
「人材育成と技術界からの支援」内村 好  
「継続的防災訓練の事例」谷口栄一

#### ◆「学士課程で身につけるべき心理学的素養に向けて」

日時 平成26年5月25日(日)13時30分～16時00分  
場所 東京大学文学部2番大教室  
次第 「心理学とはどのような学問か」佐藤隆夫  
「心理学固有の特性とは何か」長田久雄  
「心理学を学ぶ全ての学生が身につけることを目指すべき基本的素養とは」長谷川寿一  
「心理学分野の学びを通して獲得すべき基本的な能力とは」箱田裕司  
「市民性の涵養をめぐる心理学的教養と心理学の専門教育」安藤清志

#### ◆「東京電力福島第一原子力発電所事故による放射線被ばくと健康管理」

日時 平成26年5月25日(日)16時00分～18時00分  
場所 岡山コンベンションセンター  
次第 「水産物の放射能汚染状況」森田貴己  
「染色体解析による福島県浪江町被災住民の初期被ばく検査」吉田光明  
「福島県民の健康状態－福島県「県民健康管理調査」結果もふまえて」安村誠司  
「リスク・コミュニケーションをめぐる現状と課題」青柳みどり

#### ◆「男女共同参画は学問を変えるか」

日時 平成26年5月31日(土)10時00分～18時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「学術分野における男女共同参画のこれまでの取り組み状況」小館香椎子  
「学協会における男女共同参画の現状－大学の調査結果から」有信陸弘  
「学術における男女共同参画の現状－学協会調査結果から」新井民夫・島直子  
「学術分野における男女共同参画の現状とその評価」江原由美子  
「男女共同参画は社会科学を変えるか？」岡野八代  
「男女共同参画は人文科学を変えるか？」和泉ちえ  
「男女共同参画は生命科学を変えるか？」桃井真理子  
「男女共同参画は人工物科学を変えるか？」中西準子

#### ◆「大型レーザーによる高エネルギー密度科学研究の新展開」

日時 平成26年6月2日(月)10時00分～17時30分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「NIFレーザープロジェクトの現状と展望」Jeffrey Wisoff  
「我が国のレーザー核融合研究の在り方」疇地 宏  
「ヨーロッパにおけるレーザー核融合と大型レーザー施設の現状と展望」François Amiranoff  
「光科学と我が国の高エネルギー密度科学研究」兒玉了祐  
「米国における高エネルギー密度科学研究の展開」Riccardo Betti  
「欧州における高エネルギー密度科学研究の展開」Justin Wark

「原研機構関西光学科学研究所における高強度レーザープラズマ科学と応用」 Paul R. Bolton  
 「地球惑星科学と大出力レーザー」 松井孝典

「大量 seeding によるレーダーエコーの減衰」  
 遠峰菊郎／脇水健次／西山浩司／鳥田正樹  
 「異常気象をもたらす気候変動現象の発見とその予測」 山形俊男

◆「高校地理歴史教育に関するシンポジウム」

日時 平成26年6月14日(土)13時00分～17時00分  
 場所 東京大学駒場キャンパス 21KOMCEE  
 レクチャーホール  
 次第 「再び高校歴史教育について」 久保 亨  
 「グローバル化時代の高校歴史教育とB科目の改革」 油井大三郎  
 「高校地理教育について」 井田仁康  
 「高校選択科目“地理”の内容」 秋本弘章  
 「京都府立西乙訓高校における地歴融合科目の実践」 須原洋次  
 「日本橋女学館高校における地理基礎、歴史基礎の実践」 揚村洋一郎  
 「神戸大学付属中等学校における地理基礎・歴史基礎の実践」 山崎 健

◆「航空宇宙、船舶海洋分野等における、研究開発と利用応用の橋渡しとバランス～双方向の流れをめざして～」

日時 平成26年6月27日(金)10時00分～17時30分  
 場所 日本学会議講堂  
 次第 「基調講演」  
 「一般講演」

◆「昆虫における刺激の受容とその反応」

日時 平成26年7月26日(土)13時00分～16時55分  
 場所 日本学会議講堂  
 次第 「ショウジョウバエ視細胞の明暗順応をつかさどる色素顆粒運動の分子機構」 佐藤明子  
 「昆虫に学ぶ匂いバイオセンサの開発」  
 光野秀文、櫻井健志、神崎亮平  
 「農薬の作用点から見た昆虫の化学物質の受容と反応」 太田広人  
 「昆虫の摂食行動の内分泌制御」 永田晋治  
 「昆虫における表現型可塑性：環境依存的な発生改変機構とその進化」 三浦 徹

◆「アンダークラス化する若年女性(2)：支援の現場から」

日時 平成26年6月21日(土)13時30分～17時30分  
 場所 JA 共済カンファレンスホール  
 次第 「現場からの報告」 遠藤智子／白水崇真子／小園弥生  
 「女性の貧困問題の構造(仮)」 丸山里美

◆「人工降雨による渇水・豪雨軽減と水資源」

日時 平成26年6月26日(木)13時00分～17時00分  
 場所 日本学会議講堂  
 次第 「液体炭酸散布による人工降雨実験」  
 守田 治／真木太一／鈴木義則／脇水健次  
 「液体炭酸人工降雨実験に対する数値シミュレーション」 J. Ventaka Ratnam／大西 領  
 「液体炭酸散布による人工降雨実験」  
 真木太一／守田 治／鈴木義則／脇水健次／西山浩司

# 日本学術会議の動き



会長からの  
メッセージ

## IAP/IAC/IAMPの

## 統合の動きについて — 日本学術会議会長 大西 隆

5月の半ばにローマで、IAP/IAC/IAMPの合同理事会が開催されました。これらは、

IAP the Global Network for Science Academies

IAC InterAcademy Council

IAMP InterAcademy Medical Panel

という組織で、IAPとIAMPはイタリアのトリエステに事務局が置かれ、IACはアムステルダムに事務局があります。このうちで、最初にできたのはIAPで、1993年に各国科学アカデミー代表からなる組織として形成されました。IACはそのシンクタンク的な存在として、もっぱら地球規模の問題を取扱い、個別テーマの委員会を設立し、国際レビューを経て科学者の見解などを発する機能を持つ組織として2000年のIAP東京総会において設立され、IAMPはその名の通り、医学関係の科学アカデミーの国際組織として2000年に設立されました。科学アカデミーの国際組織としては、この他に歴史の古いICSU (International Council for Science パリに事務局) があります。ICSUは、もともと分野別学会連合 (Unionと呼ばれます) の国際組織として発足し、その後、国別科学アカデミーが加わった組織であるのに対して、特にIAPとIACは国別科学アカデミーによって構成される組織として作られました。

日本学術会議は、これらの全ての国際組織と関係がありますが、特にIAPとIACは理事国に選ばれています。実は、欧米あるいは途上国の主要科学アカデミーには、日本学術会議と同じように、これらの組織の有力メンバーとなっているところが多く、理事会、総会などの機会に同じようなメンバーが顔を合わせるようになります。そうした中で、国際科学アカデミー組織を集約した方がいいのではないかという意見が次第に強まってきたというわけです。ただ、ICSUは組織形態が他と異なって、前述のようにUNIONが含まれているので、アカデミーの意向だけでは議論は進みませんから、この再編統合論議には今のところ公式には加わっていません。

私が科学アカデミーの国際会合に出席するようになったのは、会長になった後、2012年からです。既にその頃には、3機関を統合した方がいいのではないかという議論は始まっていたと記憶しています。それがより鮮明になったのは昨年(IAP総会(2月))以降でした。その理由は、

- ① ひとつの声が必要。世界の科学アカデミーが、統一した意見を表明することによって、科学を基礎においた国際政治、各国の科学技術政策などにより大きな影響力を与え得るのではないか。
- ② 財政基盤の強化。国際科学アカデミー組織で会費制となっているのはICSUだけで、他は後発であることもあって、会費制をとっていません。IAPはイタリア政府、IACはオランダ政府の大きな支援で活動しているものの財政的基盤には不安があります。今後、様々なルートで新たな資金を獲得していくに当たって、組織統合は有利に働くと考えられています。
- ③ 活動の合理化。事務局、HP等の日常的活動に係る経費を、組織の統合によって合理化することができるといふ点も重要です。

今回のローマの会議では、これら3組織の理事会が合同会議を開催し、統合の機運を一気に盛り上げました。もっとも統一といっても、まず、新IAP (InterAcademy Partnership) というひとつの組織をつくり、その下に、IAP for Science, IAP for Research, IAP for Health (いずれも暫定名称) として現在の3組織を位置づけ、統合と従来の活動の継続の両方を果たそうというのが結論でした。日本学術会議も当初から、活動の統合を主張していたので、こうした議論に積極的に賛成してきました。各組織のこれまでの活動を継続しつつ、一つの傘の下に入るという当面の方針は妥当なものと思います。今後も、国際科学アカデミーの活動を強化するとともに、組織の合理化を図る立場を堅持していきたいと思っています。

## 幹事会報告

### 第192回幹事会

日時 平成26年4月25日(金)

#### 会議の概要

#### 審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会分科会委員(新規1件)の決定について承認されました。
- 選考員会分科会委員(追加1件)の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱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。
- 提言「我が国の学術情報基盤の在り方について—SINETの持続的整備に向けて」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。
- 提言「物性物理学・一般物理学の学術研究のさらなる振興のために」について、日本学術会議会則第2条第3号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- 日本学術会議協力学術研究団体規定の一部を改正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次の9団体が指定されました。
  - (1) 日本子ども家庭福祉学会
  - (2) 音楽学習学会
  - (3) 数理経済学会
  - (4) 日本ヘルスプロモーション理学療法学会
  - (5) 日本核磁気共鳴学会
  - (6) 東海社会学会
  - (7) 観光学術学会
  - (8) 関東森林学会
  - (9) 日本情報考古学会
- 地区会議運営協議会委員の追加について承認されました。
- 韓国行政研究院(KIPA)に講演者として会員を派遣することについて承認されました。
- 第14回アジア学術会議(14th Science Council of Asia

Conference)への会員の派遣及び外国人を招聘することについて承認されました。

- 国際業務に参画するための特任連携会員の任命について承認されました。
- 外部委員候補者の推薦について承認されました。
- シンポジウム12件の開催及び国際会議1件、国内会議1件の後援について承認されました。

平成26年6月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

## 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26年6月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆「高校地理歴史教育に関するシンポジウム」

日時 平成26年6月14日(土) 13時00分～17時00分  
場所 東京大学駒場キャンパス 21KOMCEE レクチャーホール

- 次第 「再び高校歴史教育について」久保 亨  
「グローバル化時代の高校歴史教育とB科目の改革」油井大三郎  
「高校地理教育について」井田仁康  
「高校選択科目“地理”の内容」秋本弘章  
「京都府立西乙訓高校における地歴融合科目の実践」須原洋次  
「日本橋女学館高校における地理基礎、歴史基礎の実践」揚村洋一郎  
「神戸大学附属中等学校における地理基礎・歴史基礎の実践」山崎 健

◆「科学技術者と考えるこれからのエネルギー～化学の夢を明日のエネルギーと社会につなげる工学～」

日時 平成26年6月20日(金) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「日本のエネルギー戦略における技術革新と国際展開」岡崎 健

「化学と工学の視点から考える研究シーズと社会実装」松方正彦

「次世代エネルギー社会における科学技術の役割と政策の役割」植田和弘

「次世代エネルギー社会に向けた根拠に基づく議論と技術実装への挑戦」古山通久

◆「アンダークラス化する若年女性 Part 2：支援の現場から」

日時 平成26年6月21日(土) 13時30分～17時30分

場所 JA共済カンファレンスホール

次第 「労働と家庭からの排除～アンダークラス化する若年女性問題」宮本みち子

「『よりそいホットライン』の活動を通じて」

遠藤智子

「豊中におけるパーソナルサポート事業の活動を通じて」白水崇真子

「若年女性の就労体験カフェの活動を通じて」

小園弥生

「女性の貧困問題の構造」丸山里美

◆「国際リニアコライダー (ILC) 計画」

日時 平成26年6月23日(月) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「はじめに」家 泰弘

「ILCでのサイエンス」村山 斉

「ILC 加速器」山下 了

「ILC 計画推進の国際体制」駒宮幸男

「近傍の科学者として」橋本和仁

「人文社会学の観点から」今田高俊

「地域・環境の観点から」石川幹子

◆「人工降雨による渇水・豪雨軽減と水資源」

日時 平成26年6月26日(木) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「液体炭酸散布による人工降雨実験」

守田 治/真木太一/鈴木義則/脇水健次

「液体炭酸人工降雨実験に対する数値シミュレーション」J. Ventaka Ratnam/大西 領

「液体炭酸散布による人工降雨実験」

真木太一/守田 治/鈴木義則/脇水健次/

西山浩司

「大量seedingによるレーダーエコーの減衰」

遠峰菊郎/脇水健次/西山浩司/島田正樹

「異常気象をもたらす気候変動現象の発見と

その予測」山形俊男

◆「航空宇宙、船舶海洋分野等における研究開発と利用応用の橋渡しとバランス～双方向の流れをめざして」

日時 平成26年6月27日(金) 9時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」家 泰弘/久間和生/西本淳哉/長田 太/奥村直樹/平 朝彦

「一般講演」藤井孝藏/中原裕幸/坂本尚義/中橋和博/佐宗章弘/牛尾知雄/今村 努/

小川真司/中谷和弘

◆「法の世界とジェンダー司法と立法を変えることはできるのか？」

日時 平成26年6月28日(土) 13時00分～17時00分

場所 早稲田大学9号館5階第一会議室

次第 「法の世界におけるジェンダー主流化」

後藤弘子

「セクシュアル・ハラスメントをめぐる法の動向」武田万里子

「婚外子差別をめぐる裁判」吉田克己

「法科大学院におけるジェンダー法講義の経験から」角田由紀子

「ジェンダー法学教育の現状と可能性」

二宮周平／三成美保

「コメント」井上達夫／辻村みよ子

◆「アーキビスト認定制度をめぐる現状と公文書管理制度」

日時 平成26年6月28日(土) 13時30分～17時30分

場所 駒澤大学 駒沢キャンパス1号館 1-204 教場

次第 「学会登録アーキビスト制度について」

石原一則

「地方自治体における公文書館政策の動向」

富田健司

「特定秘密保護法と公文書管理制度」 瀬畑 源

「全体コメント」 高埜利彦

◆日本学術会議中部地区会議主催

「地方から世界を目指す先端研究—分子イメージングと遠赤外光」

日時 平成26年7月4日(金) 13時00分～16時00分

場所 福井大学

次第 「革新的な分子イメージング技術による臨床画像診断」 岡沢秀彦

「未開の電磁波—遠赤外光源—の開発と新しい研究の開拓」 齊藤輝雄

◆「立法システム改革と立法学の再編」

日時 平成26年7月6日(日) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「立法システム改革と立法学の再編」

井上達夫

「立法システムの基盤変動とその問題点」

川崎政司

「議会民主政の変動と立憲主義の危機」

西原博史

「熟議民主主義と立法システム改革」

齋藤純一

「コメント」 鈴木 寛／高見勝利

◆「減災の科学を豊かに」

日時 平成26年7月20日(日) 13時00分～16時45分

場所 日本学術会議講堂

次第 「災害とジェンダー研究の貢献と展望」

Elaine Enarson

「多様性・ジェンダーの視点で見た東日本大震災」 今井 照／李 善姬

◆「昆虫における刺激の受容とその反応」

日時 平成26年7月26日(土) 13時00分～16時55分

場所 日本学術会議講堂

次第 「ショウジョウバエ視細胞の明暗順応をつかさどる色素顆粒運動の分子機構」 佐藤明子

「昆虫に学ぶ匂いバイオセンサの開発」

光野秀文、櫻井健志、神崎亮平

「農薬の作用点から見た昆虫の化学物質の受容と反応」 太田広人

「昆虫の摂食行動の内分泌制御」 永田晋治

「昆虫における表現型可塑性：環境依存的な発生改変機構とその進化」 三浦 徹

◆「研究倫理教育プログラム」

日時 平成26年7月29日(火) 14時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「報告」 渡邊淳平／小林良彰／市川家國／

笠木伸英

# 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. 著者および研究貢献者

### 1) 著者

「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①から④の四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\*。

- ① 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
- ② 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
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

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かかわっていた場合、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記することを推奨する。

## 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、看護にかかわる教育・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理しない場合がある。

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。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

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、したがって、所属機関のリポジトリへの掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

\* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のものであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

\*\* 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。

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、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

#### ■原著論文

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。  
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

#### ■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。

#### ■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内外の文献を網羅的に集めて分析・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、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(2008)、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(2008)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<sup>ねつぞう</sup> (Fabrication)、改竄<sup>かいざん</sup> (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

#### ■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿(こま切れ投稿)は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文に明確に示さなければならない。

#### ■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、編集委員長宛に願出しなければならない。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. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel、PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

## 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

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「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理できない。

## 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、著者による論文内容に関す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枚が目安〔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1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

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。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。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。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する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、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。著作権に他者に帰属する資料を転載する際は、著者がその転載許可についての申請手続きを行う。

当該論文を所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、その都度、理事長の許諾を必要とする。

## 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。
- 10) 平成25年12月15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、看護にかかわる教育・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理しない場合がある。

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, 6<sup>th</sup> ed.』(2010)／『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、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。  
なお、図表については以下の点に留意されたい。  
Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること  
JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること  
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 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、入稿とし、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、たとえば、相関係数 $r$ やCronbach's  $\alpha$ では「.68」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階層化する。

- 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) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、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階層から第7階層までの6つの階層から構成する。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階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(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階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

### 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、そのあとに全角スペース分空けてから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。縦罫線かわりに十分な空白を置く。

### 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、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

### 6. 引用について

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

## 著作権法

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

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

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

## 7. 引用形式について

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

### ■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 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の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 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姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(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姓を列記する。

— 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・宮崎ほか, 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)。

※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 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。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

\* 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。

— 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)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

## ■本文末の文献リスト

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

- 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。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 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。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

### ① 雑誌の場合:

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

— 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, 出版地: 出版社名.

— 例 —

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

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

### 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). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地: 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. (pp.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 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地: 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 (pp.123-146). 東京: 研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名（pp. xxx-xxx）. 出版社名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名（pp. xxx-xxx）. 出版社名. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

－著者名（投稿・掲載の年月日）. Webページの題名. Webサイトの名称. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 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。
- 2) 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）を入力する。

9. 抄録について

- 1) 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。

2) 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概ね以下のとおりである。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。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。

# 事務局便り

## 1. 平成26年7月より、事務局業務を外部委託することとなりました。

7月1日より新事務所に移転いたします。現在の事務局は、平成26年6月30日（月）をもって閉鎖となります。

### 新しい事務局住所

〒170-0002

東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4階

株式会社 ガリレオ 学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会事務局

TEL: 03-3944-8236 (直通)

FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

事務局移転に伴い、会員管理システムが更新となり、これまでの会員番号・ID・パスワードが変更となります。新事務所から、会員各位宛に封書で郵送予定です。

## 2. 平成26年度学会誌（CD）送付について

今年度より、平成当該年度年会費をお納めいただいた方から随時、当該年度発行雑誌をお送りしております。37巻1号の事務局便りでは、「平成26年3月31日までに、平成26年度からの「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌（CD）37巻1号を送付いたしております。」と掲載しておりました。体制がかわりましたこと、お知らせいたします。

## 3. 平成26年度会費納入のご案内について

平成26年度会費未納の方は、お早めに振込用紙または、下記の納入方法でお振込み下さいますようお願いいたします。第40回学術集会演題発表（共同研究含む）の方は、学術集会開催までに必ず平成26年度会費をお納め下さい。未納の場合は発表できませんのでご注意ください。

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

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送付封筒のラベルに明記してあります。

ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記入の上、お振込み下さいますようお願いいたします。

## 4. 変更届についてのお願い

送付先やご所属の変更がある場合は、本誌（CD）巻末の変更届を出力していただき、会員番号、氏名（フリガナ）、変更箇所を記入していただき、新しい連絡先（電話・FAX・メール等）にお知らせ下さい。

## 日本看護研究学会雑誌

### 第37巻 2号

会員無料配布

平成26年6月20日 印刷

平成26年6月20日 発行

### 編集委員

委員長	中木 高夫 (理事)	天理医療大学
委員	浅野 美礼 (会員)	筑波大学医学医療系
	井手知恵子 (会員)	大分大学医学部看護学科
	宇佐美しおり (理事)	熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学
	片岡 純 (会員)	愛知県立大学看護学部
	勝山貴美子 (会員)	横浜市立大学医学部看護学科
	川口 孝泰 (会員)	筑波大学医学医療系
	川本利恵子 (理事)	公益社団法人日本看護協会
	北 素子 (会員)	東京慈恵会医科大学医学部看護学科
	佐藤 政枝 (会員)	埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
	柴山 健三 (会員)	愛知医科大学看護学部
	杉浦 太一 (会員)	岐阜大学医学部看護学科
	谷津 裕子 (会員)	日本赤十字看護大学

(五十音順)

### 発行所

一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1

第2ユニオンビル4階

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.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

# 変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 03-5981-9852)  
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 \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

## 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。

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東郷1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学会業務情報化センター内  
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8,000円、合計11,000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かに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、( )内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかかに○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。

( 切り取り線より切り取ってお出しく下さい )

## 入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	専門区分		看護学・医学・その他 ( )	
氏名	生 年 月 日	西 暦	年 月 日	性 別
				男 ・ 女
所 属	TEL	FAX		
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかか○)	〒		
E - m a i l	TEL	FAX		
自 宅 住 所	TEL	FAX		
評 議 員 推 薦 者 氏 名	会員番号			
推 薦 者 所 属	印			
事 務 局	理事会承認年月日			
記 入 欄	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

『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

●A5判上製 360頁 定価3,888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)

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。

目次

序  
第1章 学習理論の世界の探求へ  
第2章 学習の理論  
第3章 成人学習論のひとつの理論

第4章 教授の諸理論  
第5章 学習理論と教授理論の人的能力開発への適用  
● 解説 堀 薫夫

## 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 372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

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。

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 駆血帯を巻く</li> <li>2. 刺入部位の確認</li> <li>3. 刺入部位の消毒</li> <li>4. 静脈留置針の刺入</li> <li>5. 刺入時の逆血の確認</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. 静脈圧迫操作と内針の抜去</li> <li>7. 輸液チューブの接続</li> <li>8. 輸液の自然滴下確認</li> <li>9. 静脈留置針刺入部の固定</li> <li>10. 側注管からの薬液投与</li> </ol> |
|--|---|

手背静脈  
(背側中手静脈)  
逆血の確認

**特長 2** 前腕正中皮静脈と手背静脈(背側中手静脈)の2か所の部位で実習できます。

**特長 3** 静脈留置針で行う穿刺手技に適したパッドを実現、耐久性も向上しました。



皮膚を伸展しながらの刺入が可能



静脈の圧迫操作による内針の抜去



前腕正中皮静脈  
静脈留置針刺入部の固定



あらかじめ血管の怒張を表現



取扱いが簡単なパッド構造

MW 2 導尿・浣腸シミュレータ 男性・女性



新開発の導尿用弁で耐久性が向上、交換も簡単に

MW 7 血圧測定トレーナ“あつ姫”



習熟度に応じたモード変更で効果的に学習が可能

MW 8 経管栄養シミュレータ



経管栄養法の手順を総合的にトレーニング

US-7 胎児超音波診断ファントム “SPACEFAN-ST”



胎児超音波スクリーニングモデル登場!

### 実習用アンプル・実習用バイアル

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)



KNG-2 12023-200  
実習用アンプル 5mL  
(注射用蒸留水タイプ)

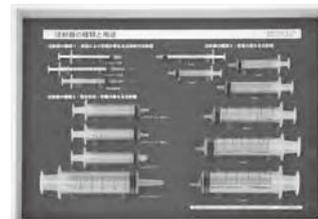
KNG-3 12023-300  
実習用バイアル  
(注射液タイプ)

KNG-4 12023-400  
実習用バイアル  
(溶解薬剤タイプ)

### 注射針 / 注射器の実習用サンプルセット

MY-5 12022-500

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

2014-15 総合カタログ・単品パンフレットがごさいます。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](mailto: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  
名古屋営業所 〒451-0045 名古屋市西区名駅3丁目9番37号  
48 KTビル 3階 303号  
TEL.052-533-2985 FAX.052-533-2986

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

