

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 37 Number 4 September 2014 ISSN 2188-3599

日本看護研究学会雑誌

[37巻4号]

一般社団法人日本看護研究学会平成26年度会員総会において、次の事項 会告（1）1. ～2. について提案のとおり決定されましたのでお知らせいたします。

平成26年 8 月23日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

会 告（1）

1. 一般社団法人日本看護研究学会定款第3章第6条3）により、以下の2名が名誉会員として承認され、会員総会終了後、名誉会員の証、および記念品の授与が行われた。

第十八号 大串 靖子氏

第十九号 近田 敬子氏

2. 第43回（平成29年度）学術集会会長は、愛知県立大学 山口桂子氏に決定した。

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成27年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請してください。

平成26年 9 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会規程

第1条（名 称）

本会は一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会（以下、研究奨学会委員会）とする。

第2条（目 的）

本会は、一般社団法人日本看護研究学会定款（以下、定款）第4条1号の4による事業として、優秀な看護学研究者の育成の為に、研究費用の一部を授与する者を選考・推薦することを目的とする。

第3条（委員会）

定款第33条に基づいて、本会をおく。

2. 本会の運営は、一般社団法人日本看護研究学会理事の中から若干名の委員を選出して行う。委員の任期は役員任期期間とし、再任を妨げない。
3. 委員長は委員の中からの互選とする。委員長は本会を総務する。

第4条（活動事項）

本会は、前条の目的を達成するために、次に掲げる活動を行う。

- 1) 奨学金授与者の募集、選考し理事会に推薦する。
- 2) 授与者の義務履行の確認、及び不履行の査問等につき結果を理事長に報告を行う。
- 3) その他、必要な事業を行う。

第5条（施行細則）

本会規定についての具体的な活動、運営に関する必要な事項は細則として別に定める。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より施行する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 平成27年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。または、申請用紙は返信用切手82円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

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

3. 応募期間

平成26年11月4日から平成27年1月23日の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

- | | | | |
|-----|---------|----|------------------------------|
| 委員長 | 祖父江 育子 | 理事 | （広島大学大学院医歯薬保健学研究院） |
| 委員 | 工藤 せい子 | 理事 | （弘前大学大学院保健学研究科） |
| | 荒木田 美香子 | 理事 | （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） |
| | 石井 範子 | 理事 | （秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻） |
| | 村嶋 幸代 | 理事 | （大分県立看護科学大学） |

6. 奨学金の交付

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

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4階
（株）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
奨学会委員会 委員長 祖父江 育子

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

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会を、下記のとおり広島市において開催いたしますので、お知らせいたします。

一般社団法人日本看護研究学会
第41回学術集会

会長 宮 腰 由紀子
(広島大学 教授)

記

メインテーマ：日本から世界へ 看護，発信！

— いのちと暮らしを支える 和と輪と環と話 —

会 期：平成27年 8 月22日（土），23日（日）

会 場：広島国際会議場

〒730-0811 広島市中区中島町1番5号（平和記念公園内）

第41回日本看護研究学会学術集会 事務局

企画運営本部

〒734-8551 広島市南区霞1丁目2番3号

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 基礎看護開発学研究室内

第41回日本看護研究学会学術集会 事務局

TEL：082-257-5555 内線 6326

E-mail：jsnr41@hiroshima-u.ac.jp

運営事務局

〒730-0032 広島市中区立町1番24号

株式会社 近畿日本ツーリスト中国四国

TEL：082-502-0909

FAX：082-221-7039

E-mail：jsnr41-hiro@or.kntcs.co.jp

一般社団法人日本看護研究学会入会申し込み等

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨 1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)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

FAX : 03-5981-9852

E-mail : g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

会 告 (4)

日本看護研究学会雑誌37巻2号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P25 原稿種別

誤

—原 著—

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¹⁾ 谷 垣 静 子¹⁾ 長 江 弘 子²⁾
Aki Okamoto Shizuko Tanigaki Hiroko Nagae

正

—研究報告—

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¹⁾ 谷 垣 静 子¹⁾ 長 江 弘 子²⁾
Aki Okamoto Shizuko Tanigaki Hiroko Nagae

(2) 以下の通り訂正いたします。

P35 原稿種別

誤

—原 著—

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

正

—研究報告—

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

会 告 (5)

日本看護研究学会雑誌37巻3号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P14 座長

| | | | |
|---|------------------|---|------------------|
| 誤 | 11:00~11:50 | 正 | 11:00~11:50 |
| | 口演・第1群 | | 口演・第1群 |
| | 看護技術1 | | 看護技術1 |
| | 座長: <u>佐伯 由香</u> | | 座長: <u>藤井 徹也</u> |

(2) 以下の通り訂正いたします。

P15 座長

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|------------------|---|------------------|---|------------------|
| 誤 | 11:00~11:50 | 正 | 11:00~11:50 | 誤 | 14:00~14:50 | 正 | 14:00~14:50 |
| | 口演・第4群 | | 口演・第4群 | | 口演・第8群 | | 口演・第8群 |
| | 精神看護1 | | 精神看護1 | | 看護技術2 | | 看護技術2 |
| | 座長: <u>北島 謙吾</u> | | 座長: <u>長谷川雅美</u> | | 座長: <u>泉 キヨ子</u> | | 座長: <u>若村 智子</u> |
| 誤 | 15:00~15:50 | 正 | 15:00~15:50 | 誤 | 16:00~16:50 | 正 | 16:00~16:50 |
| | 口演・第10群 | | 口演・第10群 | | 口演・第14群 | | 口演・第14群 |
| | 急性期看護1 | | 急性期看護1 | | 老年看護1 | | 老年看護1 |
| | 座長: <u>石井智香子</u> | | 座長: <u>山勢 博彰</u> | | 座長: <u>多田 敏子</u> | | 座長: <u>片岡 万里</u> |

(3) 以下の通り訂正いたします。

P16 座長

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|------------------|---|------------------|---|------------------|
| 誤 | 9:30~10:20 | 正 | 9:30~10:20 | 誤 | 10:30~11:20 | 正 | 10:30~11:20 |
| | 口演・第18群 | | 口演・第18群 | | 口演・第20群 | | 口演・第20群 |
| | 急性期看護2 | | 急性期看護2 | | 看護教育(基礎教育)2 | | 看護教育(基礎教育)2 |
| | 座長: <u>千田 好子</u> | | 座長: <u>浦田 秀子</u> | | 座長: <u>岡崎美智子</u> | | 座長: <u>岡崎美智子</u> |
| 誤 | 14:00~14:50 | 正 | 14:00~14:50 | | | | |
| | 口演・第27群 | | 口演・第27群 | | | | |
| | リハビリテーション看護1 | | リハビリテーション看護1 | | | | |
| | 座長: <u>旗持知恵子</u> | | 座長: <u>旗持知恵子</u> | | | | |

(4) 以下の通り訂正いたします。

P17 座長

| | | | |
|---|------------------|---|------------------|
| 誤 | 14:00~14:50 | 正 | 14:00~14:50 |
| | 口演・第28群 | | 口演・第28群 |
| | 災害看護1 | | 災害看護1 |
| | 座長: <u>工藤 美子</u> | | 座長: <u>酒井 明子</u> |

(5) 以下の通り訂正いたします。

P17 示説番号

| | | | | | | | |
|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|
| 誤 | 11:00~11:50 | 正 | 11:00~11:50 | 誤 | 11:00~11:50 | 正 | 11:00~11:50 |
| | 示説 310~330 | | 示説 310~332 | | 示説 377~404 | | 示説 379~404 |
| 誤 | 13:00~13:50 | 正 | 13:00~13:50 | 誤 | 14:00~14:50 | 正 | 14:00~14:50 |
| | 示説 331~351 | | 示説 333~353 | | 示説 352~376 | | 示説 354~378 |

(6) 以下の通り訂正いたします。

P20 発表者・所属

- 誤 26 上肢リンパ浮腫における水分の分布 - MR画像を用いて -
○谷保 由依子¹, 間脇 彩奈¹, 竹野 ゆかり², 大島 千佳¹, 安藤 詳子¹, 藤本 悦子¹
¹名古屋大学大学院医学系研究科, ²愛知県立大学看護学部
- 正 26 上肢リンパ浮腫における水分の分布 - MR画像を用いて -
○谷保 由依子¹, 間脇 彩奈¹, 大島 千佳¹, 安藤 詳子¹, 藤本 悦子¹
¹名古屋大学大学院医学系研究科

(7) 以下の通り訂正いたします。

P21 発表者・所属

- 誤 34 小児看護学実習を終えた看護学生が語る幼児後期の子ども
○杉野 耕太郎¹, 竹内 詩織², 酒井 千沙都³, 村上 友紀⁴, 伊藤 詩おり⁵, 山元 利紗⁴, 堀田 昇吾⁶,
佐藤 朝美⁶, 小村 三千代⁶
¹千葉大学大学院, ²日本赤十字看護大学大学院, ³東京都立小児総合医療センター, ⁴国立病院機構東京医療センター,
⁵順天堂大学医学部附属順天堂医院, ⁶東京医療保健大学東が丘看護学部
- 正 34 小児看護学実習を終えた看護学生が語る幼児後期の子ども
○杉野 耕太郎¹, 村上 友紀², 堀田 昇吾³, 佐藤 朝美³, 小村 三千代³
¹千葉大学大学院, ²国立病院機構東京医療センター, ³東京医療保健大学東が丘看護学部

(8) 以下の通り訂正いたします。

P22 発表者・所属

- 誤 45 胃切除術を受けた患者の術前・術後の食生活に対する認識
○井上 奈々¹, 松本 智晴¹, 黒川 通典², 阪本 美奈³, 梶尾 智子³, 柴口 秀子⁴, 鈴江 朋子⁵,
石山 智香子⁵, 古吉 めぐみ⁵, 宇都 由美子⁶
¹大阪府立大学看護学部, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部,
⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部, ⁶鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

正 45 胃切除術を受けた患者の術前・術後の食生活に対する認識

○井上 奈々¹, 松本 智晴¹, 黒川 通典², 阪本 美奈³, 梶尾 智子³, 栄口 秀子⁴, 鈴江 朋子⁵,
石山 智香子⁵, 古吉 めぐみ⁵

¹大阪府立大学看護学部, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部,
⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部

(9) 以下の通り訂正いたします。

P23 発表者・所属

誤 46 胃切除術を受けた患者の退院後1ヶ月の食生活に対する認識

○松本 智晴¹, 井上 奈々¹, 黒川 通典², 阪本 美奈³, 梶尾 智子³, 栄口 秀子⁴, 鈴江 朋子⁵,
石山 智香子⁵, 古吉 めぐみ⁵, 宇都 由美子⁶

¹大阪府立大学看護学類, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部,
⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部, ⁶鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

正 46 胃切除術を受けた患者の退院後1ヶ月の食生活に対する認識

○松本 智晴¹, 井上 奈々¹, 黒川 通典², 阪本 美奈³, 梶尾 智子³, 栄口 秀子⁴, 鈴江 朋子⁵,
石山 智香子⁵, 古吉 めぐみ⁵

¹大阪府立大学看護学類, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部,
⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部

(10) 以下の通り訂正いたします。

P23 発表者

誤 50 産婦による分娩環境の情報の抽出と活用

○谷津 裕子¹, 佐々木 美喜¹, 山本 由香¹

¹日本赤十字看護大学

正 50 産婦による分娩環境の情報の抽出と活用

○佐々木 美喜¹, 谷津 裕子¹, 山本 由香¹

¹日本赤十字看護大学

(11) 以下の通り訂正いたします。

P27 発表者

誤 82 救命救急センターにおけるDNAR患者の家族援助に対する看護師の認識

○黒田 裕子¹, 樽松 久美子², 佐藤 憲章³, 榊 由里³, 福田 和明¹, 榎本 茜³

¹北里大学看護学部, ²北里大学病院救命救急センター, ³日本医科大学高度救命救急センター

正 82 救命救急センターにおけるDNAR患者の家族援助に対する看護師の認識

○榎本 茜³, 樽松 久美子², 榊 由里³, 福田 和明¹, 黒田 裕子¹

¹北里大学看護学部, ²北里大学病院救命救急センター, ³日本医科大学高度救命救急センター

(12) 以下の通り訂正いたします。

P31 演題・所属

誤 119 患者ロボットへの寝衣交換：患者の条件を同一にするメリット

○中村 充浩¹，前田 樹海¹，北島 泰子¹，金井Pak雅子¹

¹東京有明医療大学看護学部

正 119 患者ロボットへの寝衣交換：同一条件の患者から得る学生の学び

○中村 充浩¹，前田 樹海¹，北島 泰子¹，金井Pak雅子¹

¹東京有明医療大学

(13) 以下の通り訂正いたします。

P31 演題

誤 120 患者ロボットへの寝衣交換：看護学生が持つ「痛み」への感覚

○北島 泰子¹，中村 充浩¹，前田 樹海¹，金井Pak雅子¹

¹東京有明医療大学

正 120 患者ロボットへの寝衣交換：看護学生が持つ他者に起こっている「痛み」への感覚

○北島 泰子¹，中村 充浩¹，前田 樹海¹，金井Pak雅子¹

¹東京有明医療大学

(14) 以下の通り訂正いたします。

P35 発表者

誤 155 看護職員のキャリア発達・支援に関する基礎調査 第1報 キャリア計画・支援の実態

○菊地 沙織¹，神田 清子¹，藤本 桂子¹，二渡 玉江¹，岩永 喜久子¹，佐光 恵子¹，常盤 洋子¹，
荻原 京子¹，佐藤 美和¹，塚越 聖子¹，大谷 忠広¹

¹群馬大学

正 155 看護職員のキャリア発達・支援に関する基礎調査 第1報 キャリア計画・支援の実態

○菊地 沙織¹，神田 清子¹，藤本 桂子¹，二渡 玉江¹，岩永 喜久子¹，常盤 洋子¹，荻原 京子¹，
佐藤 美和¹，塚越 聖子¹，大谷 忠広¹

¹群馬大学

誤 157 看護職員のキャリア発達・支援に関する基礎調査 第3報 病院におけるクリニカルキャリアパス

○大谷 忠広¹，佐藤 未和¹，塚越 聖子¹，荻原 京子¹，神田 清子¹，藤本 桂子¹，菊地 沙織¹，
堀越 政孝¹，塚越 徳子¹，恩幣 宏美¹，佐光 恵子¹

¹群馬大学

正 157 看護職員のキャリア発達・支援に関する基礎調査 第3報 病院におけるクリニカルキャリアパス

○大谷 忠広¹，佐藤 未和¹，塚越 聖子¹，荻原 京子¹，神田 清子¹，藤本 桂子¹，菊地 沙織¹，
堀越 政孝¹，塚越 徳子¹，恩幣 宏美¹

¹群馬大学

誤 160 看護学生からの実習環境に対する満足の評価

○佐藤 未和¹, 塚越 聖子¹, 荻原 京子¹, 柳 奈津子², 恩幣 宏美², 國清 恭子², 金泉 志保美²,
常盤 洋子², 佐光 恵子², 岩永 喜久子²

¹群馬大学医学部附属病院, ²群馬大学大学院保健学研究科

正 160 看護学生からの実習環境に対する満足の評価

○佐藤 未和¹, 塚越 聖子¹, 荻原 京子¹, 柳 奈津子², 恩幣 宏美², 國清 恭子², 常盤 洋子²,
岩永 喜久子²

¹群馬大学医学部附属病院, ²群馬大学大学院保健学研究科

(15) 以下の通り訂正いたします。

P43 発表者

誤 241 九州沖縄看護系大学 8 大学の単位互換に向けた科目の統一コード化

○山名 栄子¹, 田中 美智子¹, 永嶋 由理子¹, 照屋 典子², 當山 裕子², 清水 かおり³, 中嶋 恵美子⁴,
斉藤 ひさ子⁴, 末永 陽子⁴, 日高 艶子⁵, 石橋 通江⁶

¹福岡県立大学, ²琉球大学, ³名桜大学, ⁴国際医療福祉大学, ⁵聖マリア学院大学,

⁶日本赤十字九州国際看護大学

正 241 九州沖縄看護系大学 8 大学の単位互換に向けた科目の統一コード化

○山名 栄子¹, 田中 美智子¹, 永嶋 由理子¹, 照屋 典子², 當山 裕子², 清水 かおり³, 中嶋 恵美子⁴,
斉藤 ひさ子⁴, 日高 艶子⁵, 石橋 通江⁶

¹福岡県立大学, ²琉球大学, ³名桜大学, ⁴国際医療福祉大学, ⁵聖マリア学院大学,

⁶日本赤十字九州国際看護大学

(16) 以下の通り訂正いたします。

P44 発表者

誤 248 看護基礎教育においてデジタル教科書を収めたタブレットPC運用に対する学生の意識調査

○本田 可奈子¹, 伊藤 恒子¹, 栗田 孝子¹, 林 由美子¹, 渡邊 清美¹, 武藤 英理¹, 石黒 なぎさ¹,
神谷 美香¹, 清水 八恵子¹, 大澤 伸治¹

¹大垣女子短期大学看護学科

正 248 看護基礎教育においてデジタル教科書を収めたタブレットPC運用に対する学生の意識調査

○本田 可奈子¹, 伊藤 恒子¹, 栗田 孝子¹, 林 由美子¹, 渡邊 清美¹, 武藤 英理¹, 神谷 美香¹,
清水 八恵子¹, 大澤 伸治¹

¹大垣女子短期大学看護学科

誤 250 基礎看護学実習前の模擬患者活用演習の効果

○井上 都之¹, 鈴木 美代子¹, 高橋 有里¹, 及川 正広¹, 平野 昭彦¹, 菊池 和子¹

¹岩手県立大学看護学部看護学科

- 正 250 基礎看護学実習前の模擬患者活用演習の効果
○井上 都之¹, 鈴木 美代子¹, 高橋 有里¹, 及川 正広¹
¹岩手県立大学看護学部看護学科

(17) 以下の通り訂正いたします。

P47 発表者・所属

- 誤 272 臨床看護師のキャリアアップに関する研究
○長谷川 幹子¹, 楠本 昌代¹, 森山 浩司²
¹太成学院大学看護学部, ²近代姫路大学看護学部

- 正 272 臨床看護師のキャリアアップに関する研究
○長谷川 幹子¹, 楠本 昌代¹
¹太成学院大学看護学部

(18) 以下の通り訂正いたします。

P50 発表者

- 誤 305 ダウン症者の養育者における睡眠呼吸障害の認識
○黒田 裕美¹, 小野 淳二², 澤渡 浩之^{2, 6}, 宮園 真美², 橋口 暢子², 大草 知子⁵, 西坂 麻里^{3, 4},
樗木 晶子²
¹長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, ²九州大学大学院医学研究院保健学部門,
³九州大学病院睡眠時無呼吸センター, ⁴九州大学大学院医学研究院循環器内科,
⁵九州大学病院きらめきプロジェクトキャリア支援センター, ⁶日本学術振興会特別研究員

- 正 305 ダウン症者の養育者における睡眠呼吸障害の認識
○黒田 裕美¹, 小野 淳二², 澤渡 浩之^{2, 6}, 宮園 真美², 大草 知子⁵, 西坂 麻里^{3, 4}, 樗木 晶子²
¹長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, ²九州大学大学院医学研究院保健学部門,
³九州大学病院睡眠時無呼吸センター, ⁴九州大学大学院医学研究院循環器内科,
⁵九州大学病院きらめきプロジェクトキャリア支援センター, ⁶日本学術振興会特別研究員

(19) 以下の通り訂正いたします。

P54 発表者・所属

- 誤 345 1歳8か月児を持つ母親の育児支援に関するニーズ
○松岡 知子¹, 岩脇 陽子¹, 滝下 幸栄¹, 中島 奈美²
¹京都府立医科大学医学部看護学科, ²京都府立医科大学附属病院

- 正 345 1歳8か月児を持つ母親の育児支援に関するニーズ
○松岡 知子¹, 岩脇 陽子¹, 滝下 幸栄¹
¹京都府立医科大学医学部看護学科

(20) 以下の通り訂正いたします。

P55 発表者・所属

誤 357 在宅緩和ケアに「電子連絡ノート」が果たした役割 –療養者の安心感とケアスタッフのチーム力向上–
○錦織 広江¹, 内海 桃絵¹, 長澤 瑠海¹, 笹山 哲¹, 出木谷 寛², 野本 慎一¹
¹京都大学医学部人間健康科学科, ²出来谷医院

正 357 在宅緩和ケアに「電子連絡ノート」が果たした役割 –療養者の安心感とケアスタッフのチーム力向上–
○錦織 広江¹, 内海 桃絵¹, 笹山 哲¹
¹京都大学医学部人間健康科学科

(21) 以下の通り訂正いたします。

P59 発表者・所属

誤 396 精神科看護師が意図的に用いる触れるケアの実際 –精神科看護師への面接調査を通して–
○小濱 大紀¹, 中田 純司², 鈴木 啓子³
¹社会医療法人高国会高井病院, ²駒木野病院, ³名桜大学

正 396 精神科看護師が意図的に用いる触れるケアの実際 –精神科看護師への面接調査を通して–
○小濱 大紀¹, 鈴木 啓子²
¹社会医療法人高国会高井病院, ²名桜大学

(22) 以下の通り訂正いたします。

P60 発表者・所属

誤 406 再発した婦人科がん患者の配偶者の体験に沿った思い
○青池 智小都¹, 横井 真弓¹, 若島 貴恵¹, 山越 節子¹, 繁田 里恵²
¹福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門,
²福井大学医学部看護学科

正 406 再発した婦人科がん患者の配偶者の体験に沿った思い
○青池 智小都¹, 若島 貴恵², 山越 節子²
¹福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門,
²福井大学医学部附属病院

(23) 以下の通り訂正いたします。

P60 発表者

誤 411 婦人科がんリンパ郭清術後の下肢リンパセルフマッサージの効果
○蒔田 侑子¹, 横井 真弓¹, 石川 智尋¹, 青池 智小都¹, 山越 節子¹, 上澤 悦子²
¹福井大学医学部附属病院, ²福井大学医学部看護学科

正 411 婦人科がんリンパ郭清術後の下肢リンパセルフマッサージの効果
○蒔田 侑子¹, 石川 智尋¹, 青池 智小都¹, 山越 節子¹, 上澤 悦子²
¹福井大学医学部附属病院, ²福井大学医学部看護学科

(24) 以下の通り訂正いたします。

P61 発表者

誤 416 がん治療に伴う続発性リンパ浮腫に関して看護師が抱える課題と意思の実際

○中尾 富士子¹, 梅木 彰子¹, 谷口 まり子¹ 1名追加

¹熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座

正 416 がん治療に伴う続発性リンパ浮腫に関して看護師が抱える課題と意思の実際

○中尾 富士子¹, 梅木 彰子¹, 谷口 まり子¹, 樋口 有紀¹

¹熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座

(25) 以下の通り訂正いたします。

P61 発表者・所属

誤 418 看護師のターミナル患者へのケア態度に関する調査

○宮良 淳子¹, 早川 真奈美¹, 伊藤 香代², 久米 淳子³

¹中京学院大学看護学部看護学科, ²津島市民病院, ³常滑市民病院

正 418 看護師のターミナル患者へのケア態度に関する調査

○宮良 淳子¹, 早川 真奈美¹, 伊藤 香代²

¹中京学院大学看護学部看護学科, ²津島市民病院

(26) 以下の通り訂正いたします。

P135 発表者・所属

誤

26) 上肢リンパ浮腫における水分の分布 – MR画像を用いて–

○谷保由依子¹, 間脇彩奈¹, 竹野ゆかり², 大島千佳¹, 安藤詳子¹, 藤本悦子¹

¹名古屋大学大学院医学系研究科, ²愛知県立大学看護学部

正

26) 上肢リンパ浮腫における水分の分布 – MR画像を用いて–

○谷保由依子¹, 間脇彩奈¹, 大島千佳¹, 安藤詳子¹, 藤本悦子¹

¹名古屋大学大学院医学系研究科

(27) 以下の通り訂正いたします。

P139 発表者・所属

誤

34) 小児看護学実習を終えた看護学生が語る幼児後期の子ども力

○杉野耕太郎¹, 竹内詩織², 酒井千沙都³, 村上友紀⁴, 伊藤詩おり⁵, 山元利紗⁴, 堀田昇吾⁶, 佐藤朝美⁶, 小村三千代⁶

¹千葉大学大学院, ²日本赤十字看護大学大学院, ³東京都立小児総合医療センター, ⁴国立病院機構東京医療センター, ⁵順天堂大学医学部附属順天堂医院, ⁶東京医療保健大学東が丘看護学部

正

34) 小児看護学実習を終えた看護学生が語る幼児後期の子ども力

○杉野耕太郎¹, 村上友紀², 堀田昇吾³, 佐藤朝美³, 小村三千代³

¹千葉大学大学院, ²国立病院機構東京医療センター, ³東京医療保健大学東が丘看護学部

(28) 以下の通り訂正いたします。

P146 発表者・所属

誤

45) 胃切除術を受けた患者の術前・術後の食生活に対する認識

- 井上奈々¹, 松本智晴¹, 黒川通典², 阪本美奈³, 梶尾智子³, 栄口秀子⁴, 鈴江朋子⁵, 石山智香子⁵, 古吉めぐみ⁵, 宇都由美子⁶
¹大阪府立大学看護学部, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部, ⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部, ⁶鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

誤

46) 胃切除術を受けた患者の退院後1ヶ月の食生活に対する認識

- 松本智晴¹, 井上奈々¹, 黒川通典², 阪本美奈³, 梶尾智子³, 栄口秀子⁴, 鈴江朋子⁵, 石山智香子⁵, 古吉めぐみ⁵, 宇都由美子⁶
¹大阪府立大学看護学類, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部, ⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部, ⁶鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

(29) 以下の通り訂正いたします。

P149 発表者

誤

50) 産婦による分娩環境の情報の抽出と活用

- 谷津裕子¹, 佐々木美喜¹, 山本由香¹
¹日本赤十字看護大学

(30) 以下の通り訂正いたします。

P168 発表者

誤

82) 救命救急センターにおけるDNAR患者の家族援助に対する看護師の認識

- 黒田裕子¹, 榎松久美子², 佐藤憲章³, 榎 由里³, 福田和明¹, 榎本 茜²
¹北里大学看護学部, ²北里大学病院救命救急センター, ³日本医科大学高度救命救急センター

正

45) 胃切除術を受けた患者の術前・術後の食生活に対する認識

- 井上奈々¹, 松本智晴¹, 黒川通典², 阪本美奈³, 梶尾智子³, 栄口秀子⁴, 鈴江朋子⁵, 石山智香子⁵, 古吉めぐみ⁵
¹大阪府立大学看護学部, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部, ⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部

正

46) 胃切除術を受けた患者の退院後1ヶ月の食生活に対する認識

- 松本智晴¹, 井上奈々¹, 黒川通典², 阪本美奈³, 梶尾智子³, 栄口秀子⁴, 鈴江朋子⁵, 石山智香子⁵, 古吉めぐみ⁵
¹大阪府立大学看護学類, ²大阪府立大学総合リハビリテーション学研究所, ³NTT西日本大阪病院看護部, ⁴市立池田病院看護部, ⁵大阪府立急性期総合医療センター看護部

正

50) 産婦による分娩環境の情報の抽出と活用

- 佐々木美喜¹, 谷津裕子¹, 山本由香¹
¹日本赤十字看護大学

正

82) 救命救急センターにおけるDNAR患者の家族援助に対する看護師の認識

- 榎本 茜³, 榎松久美子², 榎 由里³, 福田和明¹, 黒田裕子¹
¹北里大学看護学部, ²北里大学病院救命救急センター, ³日本医科大学高度救命救急センター

(31) 以下の通り訂正いたします。

P189 演題・所属・本文

誤

119) 患者ロボットへの寝衣交換：患者の条件を同一にするメリット

○中村充浩¹，前田樹海¹，北島泰子¹，金井Pak雅子¹
¹東京有明医療大学看護学部

【はじめに】

看護技術習得のための学内演習では、看護学生が患者役や看護師役となり対人援助を習得する。この時、看護師役の学生の学びは様々で一様ではないことが多く、これをもって学生の学びの多様性を示した研究が多い。しかし、学生が患者役となっている場合では、性別、身長や体重はもちろん学生間で差異があり、患者役の条件が異なることによって看護師役の学生の学びに差異が生じている可能性が否定できない。これを検証するために、患者ロボットを被介助者として患者の条件を同一とし、看護師役の学生の学びに差異があるのかを明らかにした。

【研究方法】

【研究目的】追加

対象者は看護系大学に所属する看護学生6名。四肢が完全に脱力し、コミュニケーションが全くできない患者ロボットに対して寝衣交換を行う。援助開始から40分経過するか、寝衣交換を4回実施した時点で援助終了とし、援助を通して考えた患者の安全、安楽について対象者にインタビューを行う。インタビュー内容は録音して逐語録を作成し、安全、安楽についての語りを抽出した。本研究は、東京有明医療大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果と考察】

安全については、「安全はやはり、転落しないことです。(学生1)」と、転倒しないこと事を安全と考えたり、「今回ベッド柵がなかったんですけど、(中略)頭の方のベッド柵はあった方が安全なのかなという風に思いました。(学生5)」と、転倒しないための具体的な方策をあげた学生がいた。また、「(側臥位をとった時に)腰を引いたのはありました。(学生2)」と、患者の側臥位の不安定さに着目した学生や、「(寝衣を)脱ぐ時も、ちょうど裾の部分が肘のところに引っかかったので、その引っかかったままで私が気づかないで伸ばしたりすると絶対痛いので、その時は特に気をつけないと思いました。(学生4)」と、寝衣の着脱に着目した学生、「褥瘡に気をつけてシワを伸ばしたり。(学生6)」と、褥瘡に着目した学生がいた。さらに、「安全は、あんまり考えないでやりました。(学生3)」と、安全についてそもそも考えずに援助をしたという学生もいた。安楽については、患者の身体的負担を安楽と考えた学生や、看護師の安楽に着目した学生がいた。また、患者が転落しないことが安楽であると考えた学生もいた。

安全についても安楽についても、対象者によってその学びに差異があり、一意的な収束は得られなかった。本研究によって、患者の条件が完全に一致していても、学生の学びは多様性を持つことが明らかになった。これによって、患者の条件が一定でない環境で学びが異なることを「学びの多様性」と帰結することが、重大な過誤となる可能性が示唆された。

正

119) 患者ロボットへの寝衣交換：同一条件の患者から得る学生の学び

○中村充浩¹，前田樹海¹，北島泰子¹，金井Pak雅子¹
¹東京有明医療大学

【はじめに】

看護技術習得のための学内演習では、看護学生が患者役や看護師役となり対人援助を習得する。この時、看護師役の学生の学びは様々で一様ではないことが多く、これをもって学生の学びの多様性を示した研究が多い。しかし、患者役の身長や体重は学生間で差異があり、患者役の条件が異なることによって看護師役の学生の学びに差異が生じている可能性が否定できない。これを検証するために、患者ロボットを被介助者として患者の条件を同一とし、看護師役の学生の学びに差異があるのかを明らかにした。

【研究目的】

本研究は、看護学生が患者ロボットに看護援助を行い、これによる学びに差異があるのかを明らかにすることである。

【研究方法】

対象者は看護系大学に所属する看護学生6名(1年生3名、2年生3名)。四肢が完全に脱力し、コミュニケーションが全くできない患者ロボットに対して寝衣交換を行う。援助開始から40分経過するか寝衣交換を4回実施した時点で援助終了とし、援助を通して考えた患者の安全、安楽について対象者にインタビューを行う。インタビュー内容は録音して逐語録を作成し、安全、安楽についての語りを抽出した。本研究は、東京有明医療大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果と考察】

安全については、「安全はやはり、転落しないことです。(学生1)」と、転倒しないこと事を安全と考えたり、「今回ベッド柵がなかったんですけど、(中略)頭の方のベッド柵はあった方が安全なのかなという風に思いました。(学生5)」と、転倒しないための具体的な方策をあげた学生がいた。また、「(側臥位をとった時に)腰を引いたのはありました。(学生2)」と、患者の側臥位の不安定さに着目した学生や、「(寝衣を)脱ぐ時も、ちょうど裾の部分が肘のところに引っかかったので、その引っかかったままで私が気づかないで伸ばしたりすると絶対痛いので、その時は特に気をつけないと思いました。(学生4)」と、寝衣の着脱に着目した学生、「褥瘡に気をつけてシワを伸ばしたり。(学生6)」と、褥瘡に着目した学生がいた。さらに、「安全は、あんまり考えないでやりました。(学生3)」と、安全についてそもそも考えずに援助をしたという学生もいた。安楽については、患者の身体的負担を安楽と考えた学生や、看護師の安楽に着目した学生がいた。また、患者が転落しないことが安楽であると考えた学生もいた。

安全についても安楽についても、対象者によってその学びに差異があり、一意的な収束は得られなかった。看護師役の体格の差異に起因するものである可能性は否定できないが、本研究によって、患者の条件が完全に一致していても学生の学びは多様性を持つことが示唆された。

(36) 以下の通り訂正いたします。

P213 発表者

誤

160) 看護学生からの実習環境に対する満足の評価

○佐藤未和¹, 塚越聖子¹, 萩原京子¹, 柳奈津子²,
恩幣宏美², 國清恭子², 金泉志保美², 常盤洋子²,
佐光恵子², 岩永喜久子²

¹群馬大学医学部附属病院, ²群馬大学大学院保健学研究科

正

160) 看護学生からの実習環境に対する満足の評価

○佐藤未和¹, 塚越聖子¹, 萩原京子¹, 柳奈津子²,
恩幣宏美², 國清恭子², 常盤洋子², 岩永喜久子²

¹群馬大学医学部附属病院, ²群馬大学大学院保健学研究科

(37) 以下の通り訂正いたします。

P227 本文・図

誤

185) 身体論を用いた看護基礎技術習得のための自己学習支援教育ツールの開発

○鮫島輝美¹, 井川 啓²

¹京都光華女子大学健康科学部看護学科, ²京都光華女子大学短期大学部ライフデザイン学科

【背景】

看護技術の習得は看護教育の中核である。看護教育は、実習中心の職業訓練から学問の体系化を目指した高等教育へと発展した。また看護技術教育も、看護手順の習得から、科学的根拠を明確化する教育へと変化した。その結果、学内実習時間は減少傾向にあり、臨床現場から学生の技術能力の低下を指摘され続けている。学生の学びが進まない原因として、日常生活能力の低下や体験不足・不器用さが挙げられることも多い。そのため補助教材が多様化しているが、十分な効果が得られているとは言い難い。

【目的】

本研究は、看護技術の基盤概念を〈相互身体的〉な関わりとし、この〈相互身体的〉な関わりが起きる機序を精緻化した大澤の〈身体論〉を採用し、技術習得の理論として「状況論」を採用した。これらの理論を背景とし、基礎看護技術習得のための自己学習支援教育ツール開発を目的とした。具体的には、半強制的に〈相互身体的〉状況を作り出すことで、学習者の身体性を高め、看護技術習得を促進するために、学習者が複数の視点を能動的に変更できるタブレット用視覚教材(図)を開発し、その有効性を検証することである。今回は、第1段階である「視覚教材の制作」について報告する。

【方法】

教材作成にあたり、既存の教材との変更点は、撮影視点の複数性にある。本研究では、撮影の視点を4点、1) 当事者の視点、2) 3) 共視関係にある視点(左右) 4) 第三者の視点、をおいた。次に重要となったのが、学習者がこの視点を能動的に変更できる点である。技術上の問題が2点あった。撮影用カメラや影が映り込まない工夫と、プログラム上の問題であった。解決方法は当日提示する。

【結果】

当日は実際に作成した教材ビデオを見ていただく。本研究は、JSPS 科研費、挑戦的萌芽研究 25670934の助成を受けたものである。



正

185) 身体論を用いた看護基礎技術習得のための自己学習支援教育ツールの開発

○鮫島輝美¹, 井川 啓²

¹京都光華女子大学健康科学部看護学科, ²京都光華女子大学短期大学部ライフデザイン学科

【背景】

看護教育は、実習中心の職業訓練から学問の体系化を目指した高等教育へと発展した。また看護技術教育も、看護手順の習得から、科学的根拠を明確化する教育へと変化した。結果、学内実習時間は減少し、学生の技術能力低下を指摘されている。原因として、日常生活能力の低下や体験不足・不器用さが挙げられ、映像などの補助教材が多様化しているが、効果が得られているとは言い難い。

【目的】

本研究は、看護技術の基盤概念を〈相互身体的〉な関わりとした大澤の「身体論」(1990)、技術習得の理論として「状況論」を採用し、基礎看護技術習得のための自己学習支援教育ツール開発を目的とした。

【方法】

ツール開発の活動を「新しい活動の創造」と捉え、活動そのものをエスノメソドロジーにて分析する。分析には、活動理論(エンゲストローム, 1999)を用いる。

【結果】

既存教材との変更点は、撮影視点の複数化にある。作成にあたり、問題が2点あった。①技術上の問題 a) 撮影用カメラや人物の影が映り込まない工夫、b) タブレット上での動作の円滑化、②コストの問題である。a) は、撮影専門業者に相談し、機材協力を得ることができた。また、撮影スタジオを多角形とし、撮影美術制作業者に作成依頼することで解決した。b) は、再生方法をWeb上管理することで解決した。a) b) の結果②コストダウンも実現した。

【考察】

活動理論では、人間の活動を図のように捉えている。「対象」は既存の教育ツール、「結果」は、新しい教育ツールの開発となる。教育上の問題は、「道具」と「対象」の間の矛盾、① a) は「道具」と「ルール」の間の矛盾を解消する活動であった。また、協力者を拡大し「共同体」と「分業」に働きかけることで、「結果」新しい教育ツールの開発が可能となった。本研究は、JSPS 科研費、挑戦的萌芽研究 25670934の助成を受けたものである。

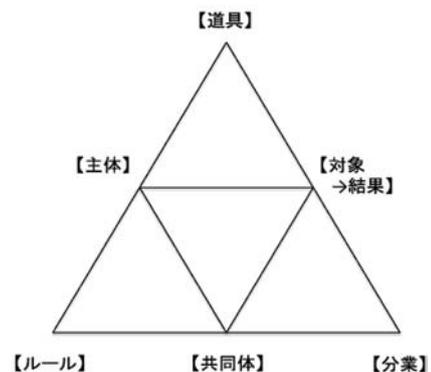


図 人間の活動

(38) 以下の通り訂正いたします。

P255 発表者

誤

241) 九州沖縄看護系大学8大学の単位互換に向けた科目の統一コード化

○山名栄子¹, 田中美智子¹, 永嶋由理子¹, 照屋典子², 當山裕子², 清水かおり³, 中嶋恵美子⁴, 齊藤ひさ子⁴, 末永陽子⁴, 日高艶子⁵, 石橋通江⁶
¹福岡県立大学, ²琉球大学, ³名桜大学, ⁴国際医療福祉大学, ⁵聖マリア学院大学, ⁶日本赤十字九州国際看護大学

正

241) 九州沖縄看護系大学8大学の単位互換に向けた科目の統一コード化

○山名栄子¹, 田中美智子¹, 永嶋由理子¹, 照屋典子², 當山裕子², 清水かおり³, 中嶋恵美子⁴, 齊藤ひさ子⁴, 日高艶子⁵, 石橋通江⁶
¹福岡県立大学, ²琉球大学, ³名桜大学, ⁴国際医療福祉大学, ⁵聖マリア学院大学, ⁶日本赤十字九州国際看護大学

(39) 以下の通り訂正いたします。

P259 発表者

誤

248) 看護基礎教育においてデジタル教科書を収めたタブレットPC運用に対する学生の意識調査

○本田可奈子¹, 伊藤恒子¹, 栗田孝子¹, 林由美子¹, 渡邊清美¹, 武藤英理¹, 石黒なぎさ¹, 神谷美香¹, 清水八恵子¹, 大澤伸治¹
¹大垣女子短期大学看護学科

正

248) 看護基礎教育においてデジタル教科書を収めたタブレットPC運用に対する学生の意識調査

○本田可奈子¹, 伊藤恒子¹, 栗田孝子¹, 林由美子¹, 渡邊清美¹, 武藤英理¹, 神谷美香¹, 清水八恵子¹, 大澤伸治¹
¹大垣女子短期大学看護学科

(40) 以下の通り訂正いたします。

P260 発表者

誤

250) 基礎看護学実習前の模擬患者活用演習の効果

○井上都之¹, 鈴木美代子¹, 高橋有里¹, 及川正広¹, 平野昭彦¹, 菊池和子¹
¹岩手県立大学看護学部看護学科

正

250) 基礎看護学実習前の模擬患者活用演習の効果

○井上都之¹, 鈴木美代子¹, 高橋有里¹, 及川正広¹
¹岩手県立大学看護学部看護学科

(41) 以下の通り訂正いたします。

P271 発表者・所属

誤

272) 臨床看護師のキャリアアップに関する研究

○長谷川幹子¹, 楠本昌代¹, 森山浩司²
¹太成学院大学看護学部, ²近代姫路大学看護学部

正

272) 臨床看護師のキャリアアップに関する研究

○長谷川幹子¹, 楠本昌代¹
¹太成学院大学看護学部

(42) 以下の通り訂正いたします。

P288 発表者

誤

305) ダウン症者の養育者における睡眠呼吸障害の認識

○黒田裕美¹, 小野淳二², 澤渡浩之^{2, 6}, 宮園真美²,
橋口暢子², 大草知子⁵, 西坂麻里^{3, 4}, 樗木晶子²
¹長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, ²九州大学大学院
医学研究院保健学部門, ³九州大学病院睡眠時無呼吸セ
ンター, ⁴九州大学大学院医学研究院循環器内科,
⁵九州大学病院きらめきプロジェクトキャリア支援セン
ター, ⁶日本学術振興会特別研究員

(43) 以下の通り訂正いたします。

P310 発表者・所属

誤

345) 1歳8か月児を持つ母親の育児支援に関するニーズ

○松岡知子¹, 岩脇陽子¹, 滝下幸栄¹, 中島奈美²
¹京都府立医科大学医学部看護学科, ²京都府立医科大学
附属病院

(44) 以下の通り訂正いたします。

P316 発表者・所属

誤

**357) 在宅緩和ケアに「電子連絡ノート」が果たした役割
—療養者の安心感とケアスタッフのチーム力向上—**

○錦織広江¹, 内海桃絵¹, 長澤瑠海¹, 笹山 哲¹
出木谷寛², 野本愼一¹
¹京都大学医学部人間健康科学科, ²出来谷医院

(45) 以下の通り訂正いたします。

P336 発表者・所属

誤

**396) 精神科看護師が意図的に用いる触れるケアの実際
—精神科看護師への面接調査を通して—**

○小濱大紀¹, 中田純司², 鈴木啓子³
¹社会医療法人高井会高井病院, ²駒木野病院, ³名桜大学

正

305) ダウン症者の養育者における睡眠呼吸障害の認識

○黒田裕美¹, 小野淳二², 澤渡浩之^{2, 6}, 宮園真美²,
大草知子⁵, 西坂麻里^{3, 4}, 樗木晶子²
¹長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, ²九州大学大学院
医学研究院保健学部門, ³九州大学病院睡眠時無呼吸セ
ンター, ⁴九州大学大学院医学研究院循環器内科,
⁵九州大学病院きらめきプロジェクトキャリア支援セン
ター, ⁶日本学術振興会特別研究員

正

345) 1歳8か月児を持つ母親の育児支援に関するニーズ

○松岡知子¹, 岩脇陽子¹, 滝下幸栄¹
¹京都府立医科大学医学部看護学科

正

**357) 在宅緩和ケアに「電子連絡ノート」が果たした役割
—療養者の安心感とケアスタッフのチーム力向上—**

○錦織広江¹, 内海桃絵¹, 笹山 哲¹
¹京都大学医学部人間健康科学科

正

**396) 精神科看護師が意図的に用いる触れるケアの実際
—精神科看護師への面接調査を通して—**

○小濱大紀¹, 鈴木啓子²
¹社会医療法人高井会高井病院, ²名桜大学

(46) 以下の通り訂正いたします。

P341 発表者・所属

誤

406) 再発した婦人科がん患者の配偶者の体験に沿った思い

○青池智小都¹, 横井真弓¹, 若島貴恵¹, 山越節子¹,
繁田里恵²

¹福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門, ²福井大学医学部看護学科

正

406) 再発した婦人科がん患者の配偶者の体験に沿った思い

○青池智小都¹, 若島貴恵², 山越節子²

¹福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター看護キャリアアップ部門, ²福井大学医学部附属病院

(47) 以下の通り訂正いたします。

P344 発表者

誤

411) 婦人科がんリンパ郭清術後の下肢リンパセルフマッサージの効果

○蒔田侑子¹, 横井真弓¹, 石川智尋¹, 青池智小都¹,
山越節子¹, 上澤悦子²

¹福井大学医学部附属病院, ²福井大学医学部看護学科

正

411) 婦人科がんリンパ郭清術後の下肢リンパセルフマッサージの効果

○蒔田侑子¹, 石川智尋¹, 青池智小都¹, 山越節子¹,
上澤悦子²

¹福井大学医学部附属病院, ²福井大学医学部看護学科

(48) 以下の通り訂正いたします。

P346 発表者

誤

416) がん治療に伴う続発性リンパ浮腫に関して看護師が抱える課題と思いの実際

○中尾富士子¹, 梅木彰子¹, 谷口まり子¹ 1名追加

¹熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座

正

416) がん治療に伴う続発性リンパ浮腫に関して看護師が抱える課題と思いの実際

○中尾富士子¹, 梅木彰子¹, 谷口まり子¹, 樋口有紀¹

¹熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座

(49) 以下の通り訂正いたします。

P347 発表者・所属

誤

418) 看護師のターミナル患者へのケア態度に関する調査

○宮良淳子¹, 早川真奈美¹, 伊藤香代², 久米淳子³

¹中京学院大学看護学部看護学科, ²津島市民病院, ³常滑市民病院

正

418) 看護師のターミナル患者へのケア態度に関する調査

○宮良淳子¹, 早川真奈美¹, 伊藤香代²

¹中京学院大学看護学部看護学科, ²津島市民病院

(50) 以下の通り訂正いたします。

P374 演題索引

誤

榎本 茜 82

正

榎本 茜 ○82

(51) 以下の通り訂正いたします。

P377 演題索引

| 誤 | | 正 | |
|-------|-----|-------|----|
| 黒田 裕子 | ○82 | 黒田 裕子 | 82 |

(52) 以下の通り訂正いたします。

P378 演題索引

| 誤 | | 正 | |
|-------|--------|-------|---------|
| 佐々木美喜 | 50, 53 | 佐々木美喜 | ○50, 53 |

(53) 以下の通り訂正いたします。

P382 演題索引

| 誤 | | 正 | |
|-------|--|-------|-----|
| (未掲載) | | 樋口 有紀 | 416 |

(54) 以下の通り訂正いたします。

P384 演題索引

| 誤 | | 正 | |
|-------|----------|-------|---------|
| 谷津 裕子 | ○50, ○53 | 谷津 裕子 | 50, ○53 |

(55) 以下の通り訂正いたします。

P445 附則

誤

- 平成22年の定時社員総会前日に任期が満了する評議員のうち、任期を2年間延長することに同意した者は、定款第44条の平成22年6月を始期とする任期2年の評議員として選任されたものとみなす。
- 本規定は平成24年5月13日から施行する。

6. 未掲載

正

- 平成22年の定時社員総会前日に任期が満了する評議員のうち、任期を2年間延長することに同意した者は、定款第44条の平成22年6月を始期とする任期2年の評議員として選任されたものとみなす。
- 本規定は平成24年5月13日から施行する。
- 第5条（被選任資格）平成25年5月12日一部改正施行する。

目 次

—原 著—

| | |
|---|----|
| 大学生の生活上のストレス，神経症傾向，不眠へのこだわりが 睡眠の質に及ぼす影響およびそれらの精神的な健康への影響度 | 1 |
| 鳥取大学医学部附属病院 加 納 友 香 島根県立中央病院 石 橋 知 幸 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 土 居 礼 佳 鳥取大学医学部附属病院 藤 井 沙 紀 鳥取大学医学部保健学科 野 口 佳 美 岡山大学大学院保健学研究科 森 本 美 智 子 | |
| 開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス | 11 |
| 中京学院大学看護学部看護学科 柴 裕 子 岐阜大学医学部看護学科 松 田 好 美 | |
| 在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度の開発 | 23 |
| 福井医療短期大学看護学科 横 山 孝 枝 福井大学医学部看護学科 上 野 栄 一 | |
| 看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標の開発 | 31 |
| 前・愛知県立大学看護学部 横 矢 ゆかり 愛知県立大学看護学部 百 瀬 由美子 | |
| 在宅介護における高齢者夫婦の「生きる希望」に関連する要因 — 妻が夫を介護する夫婦と夫が妻を介護する夫婦における分析 — | 45 |
| 島根大学医学部看護学科 沖 中 由 美 岡山大学大学院保健学研究科 西 田 真寿美 | |
| 保健活動の成果をみせる行動実践尺度の開発 | 55 |
| 九州大学 鳩 野 洋 子 岡山大学 岡 本 玲 子 前・岡山大学修士課程 長 野 扶佐美 徳島大学 岩 本 里 織 大阪医科大学 草 野 恵美子 岡山大学 小 出 恵 子 | |

— 研究報告 —

一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断 63

愛知県立大学看護学部 天 木 伸 子

愛知県立大学看護学部 百 瀬 由美子

愛知県立大学看護学部 松 岡 広 子

腰椎麻酔下で人工股関節全置換術を受けた患者のメラトニン分泌リズムとストレス関連ホルモンとの関連 73

佐賀大学医学部看護学科 明 時 由理子

九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野 藤 田 君 支

佐賀大学医学部看護学科 田 淵 康 子

活水女子大学看護学部看護学科 松 浦 江 美

— 技術・実践報告 —

洗髪後のヘッドトリートメントおよびアロマオイルヘッドトリートメントが心身に与える影響

— アーユルヴェーダを基盤とした専門的な技術を用いて — 83

京都府立医科大学医学部看護学科 室 田 昌 子

京都府立医科大学医学部看護学科 北 島 謙 吾

京都府立医科大学医学部看護学科 岩 脇 陽 子

京都府立医科大学医学部看護学科 滝 下 幸 栄

京都橘大学看護学部 松 本 賢 哉

CONTENTS

Original Papers

- The Effect of Life Stressors, Neurotic Tendencies, and Compulsiveness about Sleep-onset insomnia on Sleep Quality in University Students, and Its Influence on Mental Health 1
- Tottori University Hospital : Yuka Kano
Shimane Prefectural Central Hospital : Tomoyuki Ishibashi
Kochi Health Sciences Center : Ayaka Doi
Tottori University Hospital : Saki Fujii
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University : Yoshimi Noguchi
Graduate School of Health Sciences Okayama University : Michiko Morimoto
- Decision Making Process of Nurses Regarding Early Ambulation in Patients after Laparotomy 11
- Chukyogakuin University Faculty of Nursing : Yuko Shiba
Nursing Course Gifu University School of Medicine : Yoshimi Matsuda
- The Development of the Autonomy Scale of Hemiplegic Stroke Persons' Medical Treatment at Home 23
- Fukui College of Health Sciences, Department of Nursing : Takae Yokoyama
University of Fukui, Faculty of Medical Sciences, School of Nursing : Eiichi Ueno
- Development of Qualitative Evaluation Index for End-of-life Care in Geriatric Health Care Facilities:
Focusing on Self-evaluation of Nursing Practice 31
- Former School of Nursing & Health Aichi Prefectural University : Yukari Yokoya
School of Nursing & Health Aichi Prefectural University : Yumiko Momose
- Factors Relating to 'Hope to Live' among Elderly Couples who Provide Care to the Spouse:
An Analysis of Cases of Wife as Caregiver and Husband as Caregiver 45
- Shimane University, School of Nursing : Yumi Okinaka
Okayama University, Graduate School of Health Sciences : Masumi Nishida
- Development of a Scale of Action Implementation to Show Results of Healthcare Activities 55
- Kyushu University : Yoko Hatono
Okayama University : Reiko Okamoto
Former Master Course Student, Okayama University : Fusami Nagano
Tokushima University : Saori Iwamoto
Osaka Medical College : Emiko Kusano
Okayama University : Keiko Koide

Research Reports

| | |
|---|----|
| Clinical Judgment of Certified Nurse in Dementia Nursing in Nursing Practice for Dementia Inpatients in General Hospital | 63 |
|---|----|

Aichi Prefectural University, School of Nursing & Health : Nobuko Amaki

Aichi Prefectural University, School of Nursing & Health : Yumiko Momose

Aichi Prefectural University, School of Nursing & Health : Hiroko Matsuoka

| | |
|---|----|
| Relationship between Stress-related Hormones and Melatonin Secretion Rhythm after Total Hip Arthroplasty Under Spinal Anesthesia | 73 |
|---|----|

Division of Nursing, Saga University : Yuriko Myoji

Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University : Kimie Fujita

Division of Nursing, Saga University : Yasuko Tabuchi

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kwassui Women's University : Emi Matsuura

Technical Report

| | |
|---|----|
| Physical and Psychological Effects of Head Treatment (including that with Aromatic Oil) after Washing Hair: Using a Professional Technique Based on Ayurveda | 83 |
|---|----|

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Masako Murota

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Kengo Kitajima

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Yoko Iwawaki

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Yukie Takishita

Kyoto Tachibana University : Kenya Matsumoto

大学生の生活上のストレス、神経症傾向、不眠へのこだわりが睡眠の質に及ぼす影響およびそれらの精神的な健康への影響度

The Effect of Life Stressors, Neurotic Tendencies, and Compulsiveness about Sleep-onset insomnia on Sleep Quality in University Students, and Its Influence on Mental Health

加納 友香¹⁾ 石橋 知幸²⁾ 土居 礼佳³⁾
Yuka Kano Tomoyuki Ishibashi Ayaka Doi
藤井 沙紀¹⁾ 野口 佳美⁴⁾ 森本 美智子⁵⁾
Saki Fujii Yoshimi Noguchi Michiko Morimoto

キーワード：睡眠の質、不眠へのこだわり、精神的健康、共分散構造分析

Key Words：sleep quality, compulsiveness about sleep-onset insomnia, mental health, covariance structure analysis

はじめに

睡眠は、身体や脳の疲労を回復させる恒常性維持としての機能をもつだけでなく、覚醒時に得られた情報の再処理や記憶の固定化にも関与している（堀，2008，p.170-173）。また睡眠中は、ストレスホルモンの分泌が低下することから、ヒトは睡眠（眠ること）によって過度のストレスがかかることや免疫機能の低下を防いでいる（高橋，2003）。

しかし、日本人の睡眠時間は年々減少傾向にあり、2010年の睡眠時間は1970年以降で最も低い水準となっている（小林・諸藤・渡辺，2011）。また、Kim, Uchiyama, Okawa, Liu, & Ogiharaの調査によると、20歳以上の日本人のうち5人に1人が入眠困難、中途覚醒、早期覚醒などの睡眠問題を抱えているとされている（2000）。不眠は、睡眠の不足または質の低い睡眠と定義され、入眠困難、中途覚醒、早期覚醒、熟眠感の欠乏のいずれかまたは複数の睡眠問題をもつのが特徴である（堀，2008，p.182-183）。不眠が慢性的に経過すると心身の不調が増強することはよく知られており、睡眠不足や不眠の亢進とともに生活習慣病の相対的リスクが高まるとの報告や不眠が長期化するとうつ病を引き起こすとの報告（兼板，2009；大川，2007；清水，2008）もされている。

睡眠に関する問題は、年齢や性別によって異なり、若い者ほど睡眠時間が短く、入眠障害が多く、熟眠感が欠如していることが示されている（兼板，2009）。特に大学生は、

生活習慣が不規則になりやすく、睡眠に問題を抱えやすいことが指摘されている（堀内・小田，2011）。山本・野村（2009）が1,092名の大学生を対象とした研究では、79.2%の者が睡眠に関する問題を有していることが報告されている。山本・野村（2009）は、大学生の睡眠問題のなかでも入眠困難型がもっとも睡眠状態が悪いことを報告し、入眠困難が睡眠状態の全体評価に悪い影響を与え、主観的な睡眠の質を低下させ、日中の機能低下も大きいとしている。宗澤・伊藤・根建（2007）においても、入眠困難は他の睡眠問題と相互悪化傾向をもち、睡眠の質を悪く評価させやすいとされている。医学生を対象として行ったコホート研究では、大学在学中に不眠の問題が自覚された者はそうでない者に比べ、その後に臨床的な抑うつを発症する危険率が2倍であったと報告（Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick, & Klag, 1997）されており、これらの報告は、睡眠問題が大学生における重要な課題の一つであり、大学生の睡眠の質に最も悪い影響を与えている入眠困難について、詳細に検討していく必要があることを示しているものと考えられる。

入眠困難には、人間が本来もっている気質的な要素と学習によって変化する性格的要素が関連していることが報告されている。性格的要素としては、特に神経症傾向が入眠困難に関係すると報告（駒田・山本・白川・山崎，2001；山本・田中・前田・山崎・白川，2000）されている。神経症傾向の者は、過敏な性格で、ストレスに対してうまく対処することができない傾向にあり、それが入眠困難と関与

1) 鳥取大学医学部附属病院 Tottori University Hospital

2) 鳥根県立中央病院 Shimane Prefectural Central Hospital

3) 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター Kochi Health Sciences Center

4) 鳥取大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University

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

している（駒田ら、2001）、とされる。また、入眠困難者は、寝床につくと過剰に眠ろうと意識するなどの“不眠へのこだわり”をもつことが特徴であるとされている。入眠困難は、15歳から25歳にかけて急激に増加するが、これは不規則な生活習慣といった入眠を妨げる生活習慣が青年期に獲得されやすく、そのことを原因とする一過性入眠困難経験が“不眠へのこだわり”を形成してしまったと考えられている（宗澤ら、2007）。この“不眠へのこだわり”が生起される程度が強いほど、入眠困難に陥りやすいと考えられており（宗澤ら、2007）、神経症傾向の者は、このような“不眠へのこだわり”を形成しやすいと考えられる。また、神経症傾向の強い者は、入眠や睡眠維持に対しての評価が低く、起床時の眠気や疲労回復感も悪く評価するとする報告（山本ら、2000）もある。

不眠は、日常生活におけるさまざまな心理ストレスや生活環境の変化に伴う精神緊張によって生じる（土井、2004）とされ、大学生の睡眠に関連する要因を検討した報告では、複数ある因子のなかでもネガティブな認知的評価、不安や神経症傾向が睡眠の質にもっとも影響しているとされてきた（荒井・中村・木内・浦井、2006b；松田ら、2012；山本ら、2000）。しかし、生活上のストレスや神経症傾向、不眠へのこだわりといった認知的な要因がどのように睡眠の質に影響するのか、不眠へのこだわりを加えて同時評価し、その関連性を詳細に検討した報告は見当たらない。大学生は、睡眠問題の中でも入眠困難型の睡眠状態が最も悪いとされる報告を踏まえ、入眠困難に関係するとされてきた生活上のストレス、神経症傾向、不眠へのこだわりといった認知的な要因に着目し、これらの要因がどのように関係し、睡眠の質に影響しているのかを検討していく必要があるものと考えられる。

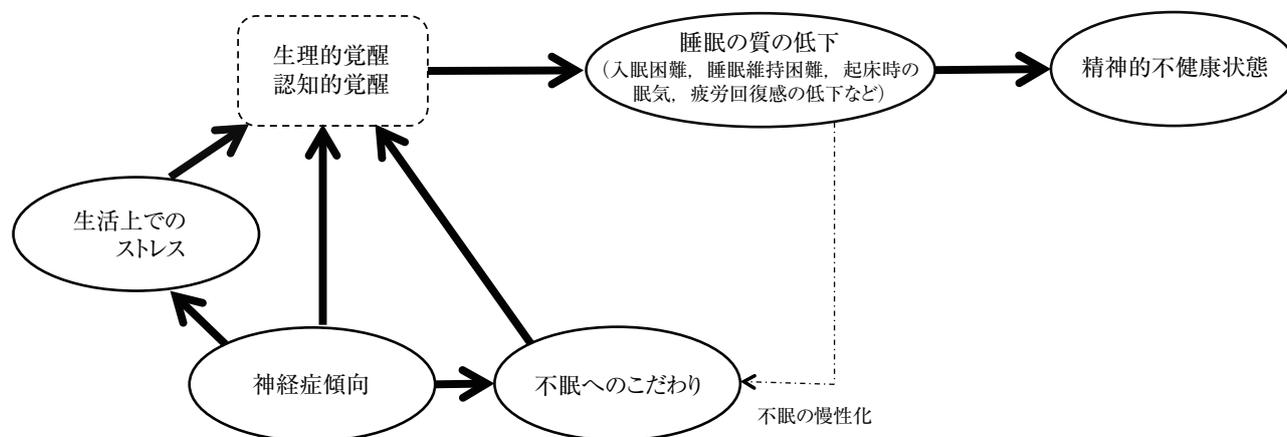
大学生を対象にした研究においては、睡眠の質と精神的な健康度は関係し、睡眠の質が良いほど精神的健康度が高いことが示されている（菊池ら、2009）。また、堀内・小田（2011）は、睡眠状態がよくない人ほど精神的にも健全でないことを報告している。これらの報告は、大学生の精神的な健康を維持するうえで、睡眠の質や睡眠の質にどのような要因がどのように影響するのかを検討することが、大学生の精神的な健康を維持するうえで重要な課題の一つであることを示唆しているものと考えられる。睡眠の質に影響する認知的な要因のメカニズムやその影響度が明らかになれば、どの因子に介入することで睡眠の質をより高めることができるのか、示唆を得ることにつながるものと考えられる。

本研究では、大学生を対象に生活上のストレスや神経症傾向、不眠へのこだわりといった認知的な要因に着目し、それらが睡眠の質にどのように関係しているのか、その関連性や強さ（影響度）について検討する。また、精神的な健康への影響度も併せて検討することを目的とした。

I. 研究方法

1. 本研究の枠組み

Perlisらの不眠の認知的モデル（Perlis, Smith, & Pigeon, 2005）を援用して、睡眠の質に関連する認知的要因から睡眠の質、精神的な健康までの流れを図1のように仮定してとらえた。このモデルは、生活上のストレスや神経症傾向、不眠へのこだわりが、生理的・認知的覚醒を引き起こし、それが睡眠の質全体に影響し、精神的な健康に影響するとするモデルである。



〔注〕本研究で検討する変数とメカニズムについては、太線かつ実線の楕円および矢印で示した。

図1 本研究の枠組み

2. 調査対象者

対象は、西日本にあるA大学医学部保健学科に在学する2～4年生（カリキュラムが異なる編入生は対象から除外した）364名とした。

3. 調査内容

睡眠の質については、Pittsburgh Sleep Quality Indexの日本語版（以下、PSQI-Jと略す）（土井・箕輪・内山・大川，1998）を用いた。PSQI-Jは、過去1か月間における睡眠習慣や睡眠の質を、全18項目7つの要素（全体的な睡眠の質の評価、入眠時間、睡眠時間、睡眠効率、睡眠困難、眠剤の使用、日中覚醒困難）から評価するものである。PSQI-Jは標準化された尺度であり、日本語版も十分な信頼性（Cronbach's $\alpha = .77$ ）と判別的妥当性を有することが確認されている（Doi, et al., 2000）。得点化については、各要素の項目を0～3点で算出し、総合得点を算出した。得点が高いほど睡眠の質が低下していることを示す。PSQI-Jは、カットオフポイントを5/6点とした場合にもっとも感度、特異度が高いとされている（Doi, et al., 2000）。

PSQI-Jでは、起床時の眠気、疲労回復感といった起床時の睡眠内省は問われていない。そこで、PSQI-Jに加えて睡眠の質に関する評価として、OSA睡眠調査票MA版、朝型-夜型質問紙を参考にして、起床時の眠気、疲労回復感の各1項目ずつを独自に作成し、過去1か月間における頻度を尋ねた。4段階評定で回答を求め、得点化した。得点が高いほど起床時に眠気、疲労が残っていると感じたことが多かったことを示す。

生活上のストレスについては、大学生用ストレス自己評価尺度（Stress Self-Rating Scale: SSRS）（尾関・原口・津田，1994）のストレッサー尺度35項目を用いた。SSRSは多数の研究で用いられている尺度であり（川人・大塚，2010；小西・山田・佐藤，2008；田中・外川・杉田，2010），基準関連妥当性が確認されている（尾関・原口・津田，1991）。“一緒に楽しめる友人が減った”“アルバイト先でトラブルを起こした”“課題や試験が大変な授業を受けるようになった”など大学生が日常生活において経験する出来事35項目で構成されており、過去1か月体験したかどうか、体験した場合はその出来事に対する苦痛度について回答を求めた。「体験なし」は0点、「体験あり」の場合には「なんとなくなかった」「ややつらかった」「かなりつらかった」「非常につらかった」の4段階評定で回答を求め、順に0～3点を与えて得点化した。得点が高いほどつらいと感じるストレッサーを体験していたことを示す。

神経症傾向については、モーズレイ性格検査（Maudsley Personality Inventory: MPI）日本語版の神経症的傾向尺度24

項目（MPI研究会，1969，p.115-150）を用いた。MPIは、国際的な性格検査の一つであり、神経症的傾向尺度においても、折半法と再検査法を用いた信頼性、因子の妥当性が確認されている（MPI研究会，1969，p.144-150）。神経症的傾向尺度は、“過ぎ去ったことについて「こうすればよかったのにと」いつもあれこれと考えますか”“自分が悪かったと悩むことがよくありますか”などの項目で構成されており、3件法で回答を求め、順に0～2点を与えて得点化した。得点が高いほど神経症傾向が強いことを示す。

不眠へのこだわりについては、入眠時認知活動尺度（the Pre-Sleep Cognitive Activity Scale: PCAS）（宗澤ら，2007）のうち、とくに入眠困難者の特徴である“不眠へのこだわり”を示す「眠れないことへの不安」5項目、「眠れないことがもたらす影響への心配」6項目の2因子を用いた。PCASの信頼性、併存妥当性は確認されており、この2因子の信頼性（Cronbach's $\alpha = .853$ ，および.787），併存的妥当性も確認されている（宗澤ら，2007）。PCASは、就寝場面で何を考えているかを尋ねるもので、「眠れないことへの不安」は“また眠れないかもしれないと考える”“もし眠れなかったらどうしようとする”“眠れないことがもたらす影響への心配”は“早く眠らなければならないと考える”“これからとることのできる睡眠時間を計算する”などの項目で構成されており、4件法で回答を求め、順に0～3点を与えて得点化した。点数が高いほど眠れないことへの不安、影響への心配が強く、不眠に対するこだわりが強いことを示す。

精神的健康については、Goldbergによって開発されたGeneral Health Questionnaire（GHQ）の日本語版（中川・大坊，1985）を用いた。本研究では、この日本語版から英国版GHQ-12（McDowell & Newell，1996，p.225-236）に該当する項目を抽出した12項目短縮版（GHQ-12）を用いた。GHQ-12は、調査時点から2～3週間前までの精神的な健康状態を測定する尺度であり、日本語版も高い信頼性（Cronbach's $\alpha = .85$ ）と構成概念妥当性および交差妥当性を有することが確認されている（新納・森，2001）。GHQ-12は、項目により選択肢が異なるが、4件法でそれぞれ回答を求めた。得点化については、GHQ法（0-0-1-1配点）を用い、得点が高いほど精神的に不健康状態であることを示す。GHQ-12は、カットオフポイントを3/4点とした場合にもっとも感度、特異度が高いとされている（本田・柴田・中根，2001）。

対象者の背景としては、人口学的因子、医学的因子、社会学的因子、睡眠環境因子、生活習慣因子に関する項目を用いた。人口学的因子については、性別、学年、年齢について尋ね、医学的因子については、身体疾患・けがの有無、足先の冷えに関する項目を設定し尋ねた。社会学的因

子は、普段の就寝時間よりも遅く就寝した日の頻度、普段の起床時刻よりも早く起床しなければならなかった頻度、居住形態について尋ねた。睡眠環境因子は、寝具に関する寝心地、就寝中の携帯電話の着信への対応について尋ねた。生活習慣因子は、運動頻度、アルバイト従事の頻度について尋ねた。

4. 調査時期

調査の実施時期は、2011年5月下旬から6月上旬とした。夏季になると照度が高くなることで、概日リズムが前進し、起床時刻が早まるという報告（本間，2008）があること、前期試験の準備期間には、試験の準備で睡眠時間等が変化することを考慮した。A大学医学部保健学科では、2年次進級時に学年全員が他市から学習キャンパスを移すという特徴があるが、5月下旬から6月上旬は、4月に市外からキャンパス移動のあった2年生も生活習慣が確立してきた時期であると考えた。

5. 調査手順および倫理的配慮

調査は、無記名の自己記入式質問紙による調査とした。講義終了後、講義室にて研究協力の説明書と調査票を対象者に配布し、研究者が直接調査を依頼した。調査票への回答は翌日までに行ってもらうように依頼し、調査票の回収は、講義室の入り口に回収箱を設置して、プライバシーが保てるように配慮して行った。調査に対しては、対象者に目的および方法、協力は自由意思であること、調査協力の有無によって何ら不利益を受けないこと、個人を特定されないことを口頭および説明書で説明した。調査票は無記名で提出するように説明し、個人の秘密を厳守した。また、個人名を特定される同意書は用いず、調査票の回答をもって研究協力の受諾とした。なお、研究への協力撤回の申し出があっても、調査票を特定することは不可能であり、同意撤回はできないことを説明書に記載した。本研究は、鳥取大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号1670）。

6. 分析方法

まず、変数間の関係性をSpearmanの順位相関係数で検討した。次に、共分散構造分析を用いてモデル探索を行った。モデル探索とは、パスを引いたり消したりしながら、モデルとデータの適合を調べて最適なパス図を探すことであり、観測変数が多く分析前からモデルが完成しているとは言えない場合に用いられる方法である（豊田，2007）。本研究では、仮定したモデル（枠組み）に基づきモデルを構成しつつ、変数間の関係を設定し、変数間に関係性があるのか、誤差変数間に共変量があるのか、モデルの探索的

な検討を行った。

本モデルの比較には、AIC（Akaike information criterion）、BCC（Brown-Cudeck criterion）、BIC（Bayes information criterion）の適合度指標を用い、もっとも適したモデルを採用した。採用したモデルに対しては、一般化最小二乗法による共分散構造分析を行い、GFI（goodness of fit index）、AGFI（adjusted goodness of fit index）、CFI（Comparative fit index）およびRMSEA（root mean square error of approximation）の適合度指標を用いてデータとモデルとの適合度を確認した。GFIおよびAGFIは.900以上、CFIは1に近いほど、RMSEAは.050以下であればモデル適合度が高く、RMSEAが.080以下であればモデルは許容範囲であると判断される。次に、パス係数、決定係数により変数の関連性（影響度）を検討した。係数は5%水準で有意と判断した。なお、データの正規性が損なわれている場合でも最尤法の推定値は比較的頑健とされていること（豊田，2004，p.66-67）、経験的にはデータとモデルが適切であればどの推定法を用いても結果は大きく変化しないとされていること（豊田，2004，p.102）から、本研究では、最尤法による共分散構造分析も行い、推定法によってモデル適合度、パス係数値に大きな違いがないことを確認した。統計解析には、『SPSS for Windows 12』『AMOS 5.0』を用いた。

II. 結 果

1. 対象者の背景

対象者364名のうち321名に調査票を配布し、295名から回答を得た（回収率91.9%）。睡眠の質、生活上のストレス、神経症傾向、不眠へのこだわり、精神的健康のすべての項目に回答した253名（有効回答率78.8%）を分析対象者とした。対象者の背景は表1に示すとおりで、男性が41名（16.2%）、女性が212名（83.8%）であり、2年生は68名（26.9%）、3年生は96名（37.9%）、4年生は89名（35.2%）であった。医学的因子については、“足先の冷え”を感じている者は118名（46.6%）であった。社会学的因子は、過去1か月間で“普段の就寝時間より2時間以上遅く就寝した頻度”が週に2日以上のは104名（41.1%）であり、“普段の起床時刻より2時間以上早く起床した頻度”が週に2日以上のは43名（16.9%）であった。睡眠環境因子の“寝具に対する寝心地（温冷感・かたさ・心地・湿潤感・寝返り）の悪さ”を感じている者は120名（47.4%）であり、“就寝中の携帯電話の着信への対応”では気づいて対応する者は57名（22.5%）であった。生活習慣因子は“運動頻度”が週に2日以上のは79名（31.3%）であり、“アルバイトの従事”に関しては週に2日以上のは103名（40.7%）であった。

表1 対象者の背景 (n = 253)

| | 回答肢 | 人数 (%) |
|--------------------|-----------------------------------|------------|
| 人口学的因子 | 性別 | |
| | 男性 | 41 (16.2) |
| | 女性 | 212 (83.8) |
| | 学年 | |
| 2年生 | 68 (26.9) | |
| 3年生 | 96 (37.9) | |
| 4年生 | 89 (35.2) | |
| 年齢 (歳) | 平均20.5 ± SD1.2 | |
| 医学的因子 | 身体疾患、けがの有無 | |
| | ない | 234 (92.5) |
| | ある | 18 (7.1) |
| | 不明 | 1 (0.4) |
| | 足先の冷え | |
| | 全然感じない | 135 (53.4) |
| | わずかに感じる | 66 (26.1) |
| やや感じる | 34 (13.4) | |
| だいぶ感じる | 13 (5.1) | |
| 非常に感じる | 5 (2.0) | |
| 社会的因子 | 普段の就寝時間より2時間以上遅く就寝した頻度 | |
| | 全くなかった | 14 (5.5) |
| | 月に1~3日 | 67 (26.5) |
| | 月に4日 | 68 (26.9) |
| | 週に2~3日 | 84 (33.2) |
| | 週に4日以上 | 20 (7.9) |
| | 普段の起床時刻より2時間以上早く起床した頻度 | |
| | 全くなかった | 75 (29.6) |
| | 月に1~3日 | 105 (41.5) |
| | 月に4日 | 30 (11.9) |
| 週に2~3日 | 32 (12.6) | |
| 週に4日以上 | 11 (4.3) | |
| 居住形態 | | |
| 一人暮らし | 208 (82.2) | |
| 同居している (家族や親戚、友人等) | 42 (16.6) | |
| 学生寮 | 3 (1.2) | |
| 睡眠環境因子 | 寝具に対する寝心地 (温冷感・かたさ・心地・湿潤感・寝返り)の悪さ | |
| | 全然感じない | 133 (52.6) |
| | わずかに感じる | 81 (32.0) |
| | やや感じる | 32 (12.6) |
| | だいぶ感じる | 4 (1.6) |
| | 非常に感じる | 3 (1.2) |
| | 就寝中の携帯電話の着信への対応 | |
| | 着信音が鳴らない設定にしているまたは着信がない | 75 (29.6) |
| | 気づかない | 92 (36.4) |
| | 気づくが対応しない | 29 (11.5) |
| 気づいて対応する | 57 (22.5) | |
| 生活習慣因子 | 運動頻度 | |
| | 運動習慣がない | 130 (51.4) |
| | 月に1~3日程度 | 11 (4.3) |
| | 月に4日 | 33 (13.0) |
| | 週に2~3日 | 71 (28.1) |
| | 週4日以上 | 8 (3.2) |
| | アルバイトの従事 | |
| 全くなかった | 104 (41.1) | |
| 月に1~3日 | 17 (6.7) | |
| 月に4日 | 29 (11.5) | |
| 週に2~3日 | 82 (32.4) | |
| 週に4日以上 | 21 (8.3) | |

2. 各変数の得点分布

各変数の得点の分布は、表2に示した。PSQI-J総合得点の平均点は5.9 ± 2.2点であり、5点より高かった。精神的健康 (GHQ-12得点) の平均点は4.3 ± 3.3点であり、カットオフポイントの4点以上を示していた。なお、カットオ

フポイント以上の睡眠の質の悪い者は133名 (52.6%)、精神的に不健康状態である者は138名 (54.5%) であった。

3. 各変数間の相関分析の結果

各変数間の相関分析の結果は表3に示した。すべての変数間で有意な正の相関が認められた。PSQI-J総合得点と生活上のストレス体験 (SSRS得点)、不眠へのこだわり (PCAS下位因子得点: 「眠れないことへの不安」と「眠れないことがもたらす影響への心配」との間には、それぞれ中程度の相関が認められた ($\rho = .398, p < .001$; $\rho = .402, p < .001$; $\rho = .321, p < .001$)。生活上のストレス体験は、起床時の眠気、疲労回復感とも中程度の関連があった ($\rho = .354, p < .001$; $\rho = .431, p < .001$)。神経症傾向 (神経症傾向尺度得点) は、PSQI-J総合得点との相関は弱かったが ($\rho = .293, p < .001$)、生活上のストレス体験 (SSRS得点) とは中程度の相関が認められた ($\rho = .573, p < .001$)。PSQI-J総合得点は、精神的健康 (GHQ-12得点) との間にも中程度の相関が認められ ($\rho = .419, p < .001$)、生活上のストレス体験 (SSRS得点)、神経症傾向 (神経症傾向尺度得点) と精神的健康 (GHQ-12得点) との間にも中程度の相関が認められた ($\rho = .584, p < .001$; $\rho = .524, p < .001$)。

4. 共分散構造分析による各変数の関連

探索的なモデルの検討の結果、AIC = 1.992, BCC = 1.844, BIC = 0.000のモデルを採択した。もっとも適合したモデルとして採択したモデルは図2に示すとおりであった。モデルとデータとの適合度を確認した結果、GFI = .979, AGFI = .945, CFI = .961, RMSEA = .046であった。GFI, AGFI, CFI, RMSEAは受容の目安を十分に満たす値であり、パス係数はいずれも正值でt値はすべて3.291以上 ($p < .001$) であった。

各変数の関連性をみると、PSQI-J総合得点には生活上でのストレス体験 (SSRS得点)、不眠へのこだわり (PSAC下位因子: 眠れないことへの不安得点) が直接関連を示しており、中程度の関連性を示していた (生活上でのストレス体験: $\beta = .306, p < .001$, 不眠へのこだわり: $\beta = .411, p < .001$)。また、生活上でのストレス体験、不眠へのこだわりには、神経症傾向 (神経症的傾向尺度得点) が関連しており (生活上でのストレス体験: $\beta = .591, p < .001$, PCAS下位因子: 眠れないことへの不安得点: $\beta = .283, p < .001$, 眠れないことがもたらす影響への心配得点: $\beta = .269, p < .001$)、これらの変数でPSQI-J総合得点は30.5%説明されていた。

精神的健康 (GHQ-12得点) は、PSQI-J総合得点、疲労回復感、生活上でのストレス体験、神経症傾向から直接影

表2 各変数の得点分布

(n = 253)

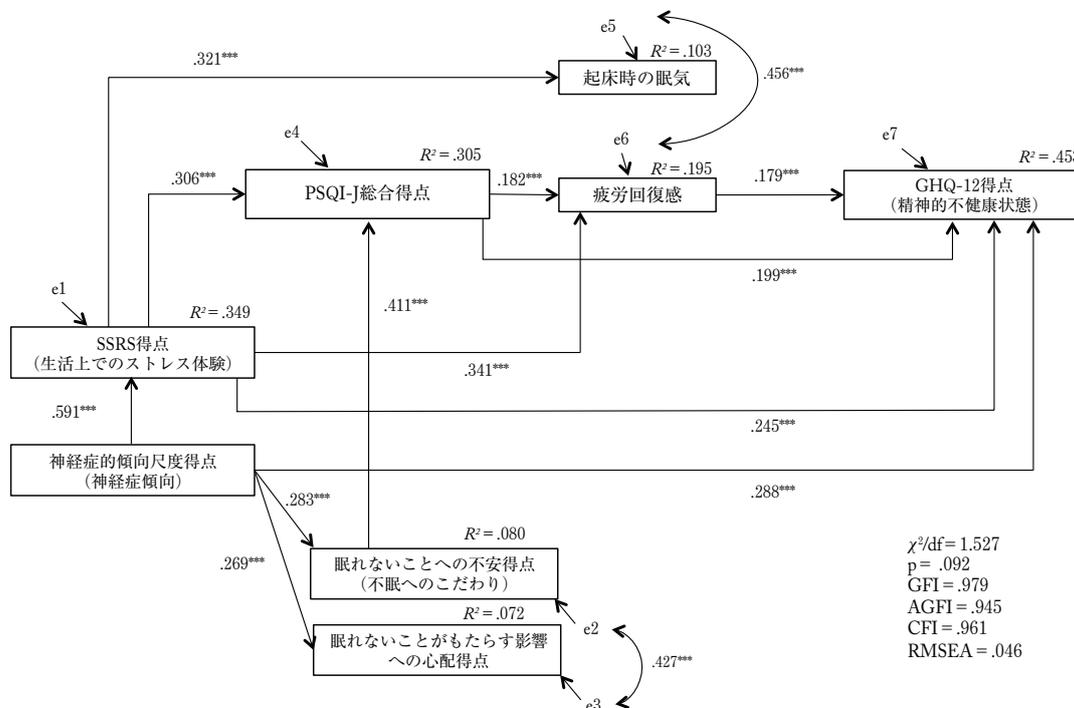
| | 得点範囲 | 平均値 ± 標準偏差 | 範囲 | 尖度 | 歪度 |
|-----------------------|---------|-------------|------------|--------|--------|
| PSQI-J 総合得点 | 0 - 21 | 5.9 ± 2.2 | (1 - 13) | -0.015 | 0.44 |
| 起床時の眠気 | 0 - 3 | 1.8 ± 0.9 | (0 - 3) | -1.112 | -0.096 |
| 疲労回復感 | 0 - 3 | 1.9 ± 0.9 | (0 - 3) | -1.112 | -0.096 |
| 生活上のストレス体験 (SSRS得点) | 0 - 105 | 13.6 ± 10.8 | (0 - 55) | 0.864 | 1.009 |
| 神経症傾向 (神経症傾向尺度得点) | 0 - 48 | 22.5 ± 12 | (0 - 48) | -0.986 | -0.008 |
| 不眠へのこだわり (PCAS下位因子得点) | | | | | |
| 眠れないことへの不安 | 0 - 15 | 2.3 ± 3.1 | (0 - 15) | -0.553 | 0.294 |
| 眠れないことがもたらす影響への心配 | 0 - 18 | 8.3 ± 4.4 | (0 - 12) | 2.687 | 1.713 |
| 精神的健康 (GHQ-12得点) | 0 - 12 | 4.3 ± 3.3 | (0 - 12) | -0.679 | 0.509 |

表3 各変数間の相関係数

(n = 253)

| | 睡眠の質 | | | 生活上のストレス体験 | 神経症傾向 | 不眠へのこだわり | | 精神的健康 |
|--------------------------------|-------------|---------|---------|------------|---------|------------|-------------------|-------|
| | PSQI-J 総合得点 | 起床時の眠気 | 疲労回復感 | | | 眠れないことへの不安 | 眠れないことがもたらす影響への心配 | |
| PSQI-J 総合得点 | 1.000 | | | | | | | |
| 起床時の眠気 | .218*** | 1.000 | | | | | | |
| 疲労回復感 | .359*** | .564*** | 1.000 | | | | | |
| 生活上のストレス体験 (SSRS得点) | .398*** | .354*** | .431*** | 1.000 | | | | |
| 神経症傾向 (神経症的傾向尺度得点) | .293*** | .263*** | .272*** | .573*** | 1.000 | | | |
| 眠れないことへの不安 (PCAS下位因子得点) | .402*** | .139* | .157* | .110 | .271*** | 1.000 | | |
| 眠れないことがもたらす影響への心配 (PCAS下位因子得点) | .321*** | .213** | .260*** | .268*** | .261*** | .481*** | 1.000 | |
| 精神的健康 (GHQ-12得点) | .419*** | .282*** | .448*** | .584*** | .524*** | .156* | .275*** | 1.000 |

[注] Spearmanの順位相関係数。*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$. PSQI-J総合得点は高いほど睡眠の質が低下していることを示し、疲労回復感は得点が高いほど疲労感があったことを、GHQ-12得点は高いほど精神的に不健康状態であることを示す。



- [注] 1: 各変数については、測定指標の得点を用いたため、四角形の観測変数として示した。
 2: 推定法には、一般化最小2乗法、最尤法を用い、両者のモデル適度度、パス係数値に相違がないことを確認した。
 結果図には、一般化最小2乗法の結果を示し、統計的に有意なパス係数にアスタリスクを付記した ($t > 3.291$, ***: $p < .001$).
 3: e1からe7は誤差変数 (error variable) である。
 4: 眠れないことへの不安得点、眠れないことがもたらす影響への心配得点は、入眠時の思考で、不眠へのこだわりを示す。
 5: PSQI-J得点は高いほど睡眠の質が低下していることを示し、疲労回復感は得点が高いほど疲労感があったことを示す。

図2 各変数間の関連性 (n = 253)

響を受けていた (PSQI-J総合得点: $\beta = .199, p < .001$, 疲労回復感: $\beta = .179, p < .001$, 生活上でのストレス体験: $\beta = .245, p < .001$, 神経症傾向: $\beta = .288, p < .001$)。PSQI-J総合得点、疲労回復感の精神的健康 (GHQ-12得点) に与える影響度は弱いものであったが、直接的に統計学的に有意な影響を与えていた。本研究のモデルで精神的健康は45.3%説明されていた。

考 察

本研究では、大学生の睡眠の質にもっとも関連する因子とされてきた生活上でのストレスや神経症傾向に、不眠へのこだわりを加え、生活上でのストレス、神経症傾向、不眠へのこだわりといった認知的な要因が睡眠の質にどのように関係しているのか、精神的健康までのモデルを構築し、その関連性や影響度について検討した。仮定したモデルは、共分散構造分析により検討した結果、高い適合度を示しており、PSQI-Jで評価した睡眠の質には、生活上でのストレス体験と不眠へのこだわりが直接影響していた。この結果は、生活上でのストレス体験や不眠へのこだわりが、大学生の睡眠の質を低下させる直接的な要因となっていることを支持するものであった。また、神経症傾向は生活上でのストレス体験や不眠へのこだわりを強めて睡眠の質を低下するという過程があり、間接的に精神的な健康に影響するだけでなく、直接的に精神的な健康に影響をするといった関連性があることも支持された。これらの結果は、睡眠の質の低下が、大学生の精神的な健康を損なう一つの要因であり、睡眠の質を高めるために、生活上でのストレス体験、不眠へのこだわりといった睡眠の質を低下させる直接的な要因に対して、その方策を検討することが必要であることを示唆するものであった。

不安や神経症傾向といった性格特性は睡眠と関連が深い (山本ら, 2000), とされている。駒田ら (2001) は、入眠までに30分以上を要し、寝つきが悪い主観的入眠困難者と入眠容易者を比べ、入眠困難者は神経質で抑うつ感や劣等感が強いという特性を有していることを示し、入眠の困難性に性格特性が関係するとしている。山本ら (2000) は、青年・中年期にある人を対象とした研究ではあるが、神経症傾向が入眠や睡眠維持、疲労回復などの睡眠感の評価に違いをもたらすことを報告している。しかし、これらは神経症傾向と睡眠の各要素における2変数間の差や関係を検討したものであり、神経症傾向と睡眠の質全体との関連性や他の要因との関係を詳細に検討したものではない。本研究において共分散構造分析を用いて、他の要因との関係性を同時評価して検討した結果、神経症傾向は睡眠の質に直接的に関連しておらず、神経症傾向は、生活上のストレス

体験、不眠へのこだわりを介して睡眠の質に間接的に影響していた。一般的に、神経症傾向の高い人は、さまざまな刺激に対して強い情緒反応を示し、興奮しやすい傾向を示す (MPI研究会, 1969, p.13-14), とされている。また、ストレスに対してうまく対処することができない傾向にある (駒田ら, 2001), とされる。神経症傾向が強いと、生活上の出来事をストレスと認知しやすく、それに対する緊張を高めたり、「眠れないかもしれない」という不眠へのこだわりを高めたりすることで、生理的覚醒度や認知的覚醒度を上げ、睡眠に歪みを生じさせ、睡眠の質を低下させていることが推察された。

PSQI-Jで評価した睡眠の質は、生活上のストレス体験、神経症傾向、不眠へのこだわりの3つの変数で30.5%説明されており、この説明率はこれまでの研究 (荒井ら, 2006b; 松田ら, 2012) に比べ、高いものであった。特性不安をはじめ、社会的因子、生活習慣因子などさまざまな変数を加えて検討した松田ら (2012) の報告であっても説明率は22.7%と、本研究の説明率よりも低かったことから、生活上のストレス、神経症傾向、不眠へのこだわりといった認知的な要因が、大学生の睡眠の質をよく説明しているものと解釈される。

変数間の関連性の強さに着目すると、PSQI-J総合得点には不眠へのこだわり (眠れないことへの不安) がもっとも直接的に影響していた。これは、「眠れなかったらどうしよう」「眠れるだろうか」といった睡眠に対する心配が強いほど、睡眠の質が悪くなることを示している。荒井ら (2006b) や松田ら (2012) は、複数ある因子の中で、特性不安が睡眠の質に最も影響していることを報告しているが、本研究で示された不眠へのこだわりの影響度は、それらで報告された影響度よりも強いものであり、就寝場面で生じる自分の睡眠に対する過度な心配は、大学生の睡眠の質に影響を与える重要な要因の一つといえるであろう。不眠へのこだわりは、入眠困難経験をもつ多くの者に当てはまるとされており、特に大学生は入眠を妨げる生活習慣によって一過性の入眠困難を経験しやすく、不眠へのこだわりをもちやすいとされている (宗澤ら, 2007)。また、大学生は不眠へのこだわりを形成したことによって、入眠困難に陥る危険性も高いとされる (宗澤ら, 2007)。大学生1,092名を対象とし、睡眠問題を類型化した山本・野村 (2009) の研究では、対象者の15%が入眠困難型で、入眠困難型の者のPSQI-J総合得点がかもっとも高く、睡眠状態が悪いと報告している。入眠困難は、他の睡眠問題と相互悪化的な関連をもつとされており (Morin, 1993), 不眠へのこだわりに特徴づけられる入眠困難に対して、介入を検討していくことが大学生の睡眠の質を改善するうえで重要になるのではないかと考える。

不眠へのこだわりとは、寢床での思考の連鎖や眠れないことへの不安といった感情の喚起を含む入眠時の認知活動である。「眠れないかもしれない」といった否定的な思考や「〇時になったら眠らなければならない」といった睡眠に対する偏った信念に対しては、認知行動療法などの介入法が有効である（堀，2008，p.210-211），とされている。荒井・中村・木内・浦井（2006a）は、男子大学生の睡眠改善に、生活習慣の改善を意図した健康教育プログラムでは効果がなかったと報告し、上田らは、医学生の睡眠改善に、睡眠衛生教育とともに、弛緩法、認知再構成法などの認知行動的介入を組み合わせたプログラムを用い、有効であったと報告（上田・足達・羽山・山上，2008）している。これらの結果を一概に判断することはできないが、大学生の睡眠問題に対して、認知への介入が必要とされていることを示唆している報告と考える。さらに、睡眠の質を低下させる直接的な要因である生活上のストレスに対しても、認知行動療法は有用であるとされる。ストレスによって緊張を高めている場合であっても、弛緩法により、心身をリラックスさせることによって覚醒度を低下させて睡眠を促進させることができ、その効果は高いとされる（堀，2008，p.214-216）。生活上のストレス体験は、PSQI-J総合得点だけでなく、起床時の眠気、疲労回復感にも影響を与えており、睡眠の質を低下させる重要な要因である。睡眠の質を低下させている要因に焦点をおいた介入が必要になるであろう。

本研究で設定したモデルは、精神的健康を45.3%説明していた。また、睡眠の質の低下は、直接的に精神的健康に影響していた。この結果は、大学生の睡眠問題と精神的な問題が密接な関係にあることを示唆するものであった。菊池ら（2009）は、睡眠の質と精神的健康が関係することを報告しているが、本研究で示された睡眠に関連する認知的な要因と睡眠の質および精神的健康との関連性は、睡眠の質を維持あるいは改善するために認知的な要因に働きかけることが、精神的な健康も維持あるいは向上することにつながることを示唆するものである。不眠へのこだわりは、精神的健康とは直接関係していないため、不眠へのこだわりにより介入することが、直接的に精神的健康に寄与するものではないが、睡眠の質を改善することで、大学生の精神的な健康を維持あるいは向上することにもつながっていくこ

とが推察された。PSQI-J総合得点、GHQ-12得点のカットオフポイントで示された睡眠の質の悪い者、精神的に不健康状態である者の割合は、本研究で対象とした大学生の睡眠の質が悪く、精神的に不健康状態にある者が多いことを示していた。このような大学生の状態を考えると、睡眠の問題を改善することは、生活の質の向上のためだけではなく、精神的な健康問題の予防のためにも重要であると考えられる。

本研究における睡眠の質の悪い者、精神的に不健康状態である者の割合は5割以上であり、4大学8学部の学生を対象とした山本・野村の報告（2009）、大学生の精神的健康度を概観した仙波・清水（2011）の報告と類似していた。このことから、本研究の対象者は大学生の睡眠や精神的な健康状態の傾向をある程度反映した集団であったと考える。しかし、1大学1学科の学生を対象にしており、本研究の結果を青年期の大学生に対して一般化するには限界がある。また、本研究は睡眠に関する主観的評価を用いて検討しており、今後は客観的評価を用いつつ、さらに知見を蓄積していくことが必要である。

結 論

生活上のストレス、神経症傾向、不眠へのこだわりといった認知的な要因が睡眠の質にどのように関係しているのか、精神的健康までのモデルを構築し、関連性や影響度について検討した。その結果、PSQI-Jで評価した睡眠の質には生活上のストレス体験と不眠へのこだわりが直接影響しており、不眠へのこだわりがPSQI-J総合得点にもっとも直接的に影響を与えていた。また、睡眠の質は精神的健康に影響していた。睡眠の質を高めるためには、生活上のストレスや不眠へのこだわりに対する方策を検討することが必要であり、そうすることで精神的健康も高まる可能性が示唆された。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力頂きました皆さまに心よりお礼を申し上げます。なお、本研究は第38回日本看護研究学会学術集会（2012年7月）において一部を発表した。

要 旨

目的：大学生を対象に生活上のストレスや神経症傾向、不眠へのこだわりが睡眠の質にどのように関係しているのか、精神的健康までのモデルを構築し、その関連性について検討した。

方法：A大学に在学する253名を分析対象者とした。睡眠の質にはピッツバーグ睡眠質問票日本語版（PSQI-J）等を用いた。探索的なモデルの検討を行い、採用したモデルに対して共分散構造分析を行った。

大学生の生活上のストレス、神経症傾向、不眠へのこだわりが睡眠の質に及ぼす影響およびそれらの精神的な健康への影響度

結果：PSQI-J総合得点には生活上のストレス体験、不眠へのこだわりが直接的に関連し、不眠へのこだわりは中程度の関連性 ($\beta = .411, p < .001$) を示していた。PSQI-J総合得点は、神経症傾向、不眠へのこだわり、生活上のストレス体験の3つの変数で30.5%説明されていた。睡眠の質は、弱いものの精神的健康に直接的に影響を与えていた。

結論：睡眠の質を高めるためには、ストレスによる覚醒度や不眠へのこだわりに対する方策を検討する必要性があり、そうすることで精神的健康も高まることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to consider how “life stressors”, “neurotic tendencies” and “compulsiveness about sleep-onset insomnia” are relevant to and affect sleep quality by constructing a model of mental health in university students. Subjects included 253 students of A College who completed the Japanese Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) as a measure of sleep quality. In addition, exploratory model analysis and covariance structure analysis were conducted to develop models. The results revealed a direct relationship between PSQI-J total score and the following two factors: “life stressors” and “compulsiveness about sleep-onset insomnia”. “Compulsiveness about sleep-onset insomnia” showed an intermediate relationship to PSQI-J total score (“compulsiveness about sleep-onset insomnia” ($\beta = .411, p < .001$)). PSQI-J total score was explained by three factors, including “neurotic tendencies”, “compulsiveness about sleep-onset insomnia”, and “life stressors” (contribution rate 30.5%). Sleep quality had a direct influence on mental health. The present results suggest the need to consider a policy addressing “compulsiveness about sleep-onset insomnia” and “life stressors” to improve sleep quality and mental health in university students.

文 献

- 荒井弘和, 中村友浩, 木内敦詞, 浦井良太郎 (2006a). 生活習慣の改善を意図した介入プログラムが夜間部に通う男子大学生の主観的な睡眠の質に与える影響. *心身医学*, 46(5), 369-375.
- 荒井弘和, 中村友浩, 木内敦詞, 浦井良太郎 (2006b). 主観的な睡眠の質と身体活動および心理的適応との関連. *心身医学*, 46(7), 667-676.
- Chang, P.P., Ford, D.E., Mead, L.A., Cooper-Patrick, L., and Klag, M.J. (1997). Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol*, 146(2), 105-114.
- 土井由利子 (2004). 我が国の不眠症の疫学. *最新医学*, 59(3), 98-102.
- 土井由利子, 箕輪真澄, 内山 真, 大川匡子 (1998). ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成. *精神科治療学*, 13(6), 755-763.
- Doi, Y., Minowa, M., Uchiyama, M., Okawa, M., Kim, K., Shibui, K., and Kamei, Y. (2000). Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Res*, 97, 165-172.
- 本田純久, 柴田義貞, 中根允文 (2001). GHQ-12項目質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング. *厚生指標*, 48(10), 5-10.
- 本間研一 (2008). 生活リズムの基礎知識. *日本臨牀*, 66(増刊号2), 45-52.
- 堀 忠雄 (2008). *睡眠心理学*. 京都: 北大路書房.
- 堀内雅弘, 小田史郎 (2011). 大学生の睡眠状況とメンタルヘルスの関連—性差による検討—. *北翔大学北方圏生涯スポーツ研究センター年報*, 第2号, 75-80.
- 兼板佳孝 (2009). 睡眠障害の疫学. *睡眠医療*, 3(2), 175-182.
- 川人潤子, 大塚泰正 (2010). 教育実習を控えた大学生の楽観性が直接的またはストレス、コーピングを介して間接的に抑うつに与える影響. *学校メンタルヘルス*, 13(1), 9-18.
- 菊池理子, 寺脇秋奈, 高岡万伊, 日下絵里, 折山早苗, 渡邊久美 (2009). 大学生の睡眠とのQOLの関連. *日本看護学会論文集*, 40, 287-289.
- Kim, K., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, X., and Ogihara, R. (2000). An Epidemiological Study of Insomnia among the Japanese General Population. *Sleep*, 23(1), 41-47.
- 小林利行, 諸藤絵美, 渡辺洋子 (2011). 日本人の生活時間・2010～減少を続ける睡眠時間, 増える男性の家事—. *放送研究と調査*, APRIL, 2-21.
- 駒田陽子, 山本由華吏, 白川修一郎, 山崎勝男 (2001). 入眠困難性の生理的・心理的特性に関する研究. *臨床神経生理学*, 29(5), 335-341.
- 小西瑞穂, 山田尚登, 佐藤 豪 (2008). 自己愛人格傾向についての素因—ストレスモデルによる検討—. *パーソナリティ研究*, 17(1), 29-38.
- 松田春華, 小川智子, 塚田理奈, 児玉友紀, 山崎亜希子, 小迫由佳, 宮本啓代, 森本美智子 (2012). 女子大学生における睡眠の質に影響する要因の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 35(4), 47-55.
- McDowell, I. and Newell, C. (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Morin, C.M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- MPI 研究会編 (1969): *新・性格検査法—モーズレイ性格検査*. 東京: 誠信書房.
- 宗澤岳史, 伊藤義徳, 根建金男 (2007). 大学生を対象とした入眠時認知活動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. *行動療法研究*, 33(2), 123-132.
- 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985). *日本語版GHQ精神健康調査票手引*. 東京: 日本文化科学社.
- 新納美美, 森 俊夫 (2001). 企業労働者への調査に基づいた日本語版GHQ精神健康調査票12項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討. *精神医学*, 43(4), 431-436.
- 大川匡子 (2007). 「睡眠精神医学」の現状と発展に向けて. *精神*

- 医学, 49(5), 463-470.
- 尾関友佳子, 原口雅浩, 津田 彰 (1991). 大学生のストレス，コーピング，パーソナリティとストレス反応. 健康心理学研究, 4(2), 1-9.
- 尾関友佳子, 原口雅浩, 津田 彰 (1994). 大学生の心理的ストレス過程の共分散構造分析. 健康心理学研究, 7(2), 20-36.
- Perlis, M.L., Smith, M.T., and Pigeon, W.R. (2005). Etiology and pathophysiology of insomnia. In Kryger, M.H., Roth, T., and Dement, W.C. (ed). *Principles and practice of sleep medicine*. 714-725, New York: Elsevier.
- 仙波浩幸, 清水和彦 (2011). 理学療法専攻学生の精神的健康度—精神的健康度12項目版とZung自己評価式抑うつ尺度日本語版を使用した評価—. *Bulletin of Toyohashi Sozo University*, 15, 99-112.
- 清水徹男 (2008). 睡眠障害の社会的問題睡眠障害の心身への影響. *日本臨牀*, 66(増刊号2), 53-56.
- 高橋清久 (2003). 睡眠学—眠りの科学・医歯薬学・社会学. 6, 東京: じほう.
- 田中芳幸, 外川あゆみ, 杉田英津子 (2010). 睡眠習慣と食習慣による主観的ウェルビーイング向上の可能性の検討. *東京福祉大学・大学院紀要*, 1(1), 19-27.
- 豊田秀樹 (2004). 共分散構造分析 [疑問編]—構造方程式モデリング—. 東京: 朝倉書店.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [理論編]—構造方程式モデリング—. 153-185, 東京: 朝倉書店.
- 上田真寿美, 足達淑子, 羽山順子, 山上敏子 (2008). 医学生に対する行動科学に基づく睡眠改善教育プログラムの作成とその効果. *日本公衆衛生雑誌*, 55(1), 3-9.
- 山本隆一郎, 野村 忍 (2009). Pittsburgh Sleep Quality Indexを用いた大学生の睡眠問題調査. *心身医学*, 49(7), 817-825.
- 山本由華吏, 田中秀樹, 前田素子, 山崎勝男, 白川修一郎 (2000). 睡眠感に影響を及ぼす性格特性—神経症傾向, 外向性・内向性についての検討—. *健康心理学研究*, 13(1), 13-22.

[平成25年6月13日受付]
[平成26年4月10日採用決定]

開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス

Decision Making Process of Nurses Regarding Early Ambulation in Patients after Laparotomy

柴 裕子¹⁾
Yuko Shiba

松田好美²⁾
Yoshimi Matsuda

キーワード：早期離床，判断，開腹術

Key Words：early ambulation, decision making, laparotomy

緒 言

手術後の早期離床は、術後合併症の予防や創傷治癒の促進、入院期間の短縮に効果があり、患者の回復への意欲を高めるといわれている。「早期離床」の定義を葛川は、「手術や疾病の罹患によって起こる臥床状態から、できるだけ早期に坐位・立位・歩行を行い、日常生活動作の自立へ導く一連のコンセプト」としている(2007, p.11)。術後の早期離床の方法は、消化器外科、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科など、それぞれの領域で特徴がある。なかでも消化器外科の開腹術後患者は、深呼吸や咳などの呼吸運動や離床に伴う体動により腹筋に緊張がかかるため、創痛が強い。そのため、離床を術後短期間で歩行にまで進めるには、患者自身のモチベーションを保つことが重要である。

開腹術後患者の離床に関する研究には、早期離床の効果として肺合併症の減少や術後の喀痰、悪心・嘔吐、腹部膨満日数の減少、自然排尿までの日数の短縮、早期退院を可能にし、腸管運動を促進することが報告(瀬下, 1986; 市川, 1985; 若松ら, 1994)されており、今日進められている早期離床の有用性は明らかになっている。また、離床方法の説明や術前からの起き上がりの模擬体験指導は、患者の痛みや不安を軽減し、離床開始時期を早める(篠原ら, 2007; 浜岡ら, 2002)など、看護師のかかわりの重要性について述べられている。しかし、消化器外科における離床援助時の看護師の意識に関する研究は、Web版『医学中央雑誌』(医中誌Web)(1983-2012)によると3件(飯塚, 2011; 渡辺・畠山・高畑・桑名, 2007; 高山・間部・川島・山口・酒井, 2004)であった。飯塚(2011)は、開腹術後の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断の特徴について、治療内容から腹腔内の変化を把握し、開腹術後の疼痛の種類を見極め、不快による離床の限界を見極める

ということを報告している。一方、渡辺ら(2007)は、看護師の意識が離床を遅らせている要因となっており、「患者のペースにあわせた離床は面倒」「離床の優先順位は低い」など離床を難しいと感じている看護師もいることを報告している。このように離床場面では、さまざまな臨床判断が求められ、看護師の離床に対する意識には消極的な部分がまだあり、離床の実践の難しさが感じられる。特に初めての離床を成立させるために、看護師は患者の意欲を意識し、限られた時間のなかで阻害因子を分析し、実践・評価を繰り返しながら患者の反応をとらえ、離床場面でいくつもの判断を行っていると考えられる。そこで本研究では、開腹術後患者への初回離床援助を行った看護師の語りから、早期離床を促進する看護師の判断のプロセスを明らかにすることを目的とした。この研究により早期離床を促進する看護実践を臨床場面で応用でき、離床援助をより安全に効果的に進めることができると考える。

I. 研究方法

A. 研究参加者

研究参加者は、患者が安心して手術を受けられるように早期回復・早期退院を目指し、早期離床に力を入れている300床以上の国公立病院に勤務している看護師とした。研究参加者の選定は、後藤・久米(2008)によると、看護専門職の自律性のうち、正確な状況の確認を示す認知能力と、的確な看護実践を導くための具体的な行動を示す実践能力といった日常の看護業務に係る能力は、新卒後から3年目までに獲得するところが大きいと述べていることから、看護経験年数3年以上の看護師とした。

1) 中京学院大学看護学部看護学科 Chukyogakuin University Faculty of Nursing

2) 岐阜大学医学部看護学科 Nursing Course Gifu University School of Medicine

B. 研究デザイン

半構成的面接による質的帰納的研究。

C. 用語の定義

1. 早期離床

術後早期から体動を促すような働きかけを行い、患者が自力で立位をとり、歩行し、ベッドから離れることができるようになることである。

2. 判断のプロセス

看護師が術後離床場面において患者一人ひとりをアセスメントし、適切な離床計画を立てて実践し評価を繰り返すことである。そのプロセスは、術後離床場面で離床を促進するための看護師のかかわりが、離床援助を受ける患者と影響しあうことにより、その場限りのものではなく看護師の認識、行為、感情を説明し、予測できることである。

D. 調査期間

平成21年7月～平成22年2月。

E. データ収集方法

開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセスを明らかにするため、術後1日目から初めてベッドを離れることができるまでの間に、離床援助を行った看護師に半構成的面接を行った。面接前に、患者の年齢・性別・手術・日常生活自立度・クリティカルパスの有無・安静度の指示を問うアンケートの記入を依頼し、それを面接時に参照した。面接は、プライバシーを守る静かな環境で行い、面接ガイドを使用し30分程度行った。面接内容は、研究参加者の許可を得てICレコーダに録音した。面接ガイドの内容は「この患者と顔をあわせる前は、この方の離床について何を考えていましたか」「患者に離床を進めるために病室へ入り、顔をあわせたときにこの方の離床についてまず何を思いましたか」「離床をすすめているときの自分と患者の状況を聞かせてください。」「自分の行った離床のケアはどうでしたか」の4点である。

F. 分析方法

分析方法は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA) (木下, 2003) を用いた。本研究では、離床を促進しようとする看護師の認識、行為、感情が、離床援助を受ける患者と相互に絡みあって展開し、目標が達成されていったり、中断したりというようにプロセス的な性格をもっており、分析方法としてM-GTAが適していると考えた。M-GTAに基づ

く分析焦点者は、研究参加者である「看護経験年数3年以上の看護師」とし、分析テーマを「開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス」と設定した。データのなかから、まず実際の離床援助の事柄が具体的に多様性のあるデータを選び、分析焦点者と分析テーマに照らしながら関連箇所に着目し、それを1つの具体例 (ヴァリエーション) とし、他の類似具体例も説明できると考えられる説明概念を生成した。概念を生成する際に、分析ワークシートを個々の概念ごとに使用し、同じ方法で新たな概念を生成していった。生成した概念は類似例の確認と対極例の比較の観点からデータをみることで、解釈が恣意的に偏る危険を防ぐようにした。その結果を分析ワークシートの理論的メモ欄に記入した。次に複数の概念の関係からなるカテゴリーを作成し、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 (ストーリーライン) し、さらに結果図を作成した。

データの信頼性・妥当性を確保するために、実際の面接は研究参加者が離床援助を行った当日から翌日までとし、離床場面を想起できる間に行った。しかし、研究参加者は今回の離床場面ではなく、印象に残っている以前にかかわった離床場面を思い出して語る可能性がある。そのような場合は、できるだけ今回の離床場面はどうであったかを研究参加者に確認する方法で行った。それは、術後初回の離床を促進するために看護師がどのように患者にかかわったのかを一つひとつ丁寧に確認するためである。なお、数日後に研究参加者にデータを確認してもらう方法はとらなかった。それは、離床援助は毎日進められているのが通常であり、データをとった初回離床の時点と、数日経ってデータを確認する時点では患者の状態が変化すると考えられる。それに伴って研究参加者の考えも変化するため、結果の範囲が歪んでしまう可能性があるからである。そのため、面接の段階で、研究参加者に考えの意味を尋ね、解釈がこれでよいのかをその都度確認した。なお、分析過程においては、M-GTA研究会会員のスーパーバイズを受け、繰り返し検討を行った。

G. 倫理的配慮

研究は、研究者の所属する大学の倫理審査委員会の審査を受け承認を得て実施し、さらに研究実施機関の倫理審査を受けて承認を得た。研究参加者に対しては研究の主旨を説明し、研究への参加・協力に関する拒否や途中辞退の自由、個人情報保護、得られたデータは研究目的以外には使用しないことについて明記し、文書にて同意を得た。

II. 結 果

A. 研究参加者の概要と、研究参加者が離床援助を行った患者の概要

研究参加者である看護師13名の年齢は23～48歳（平均36.1歳）であり、看護経験年数は3年から27年（平均12.2年）、消化器外科の経験年数は2年から8年（平均4.3年）であった。

研究参加者が離床援助を行った患者は男性9名、女性4名で、平均年齢は67.3（SD 7.8）歳であった。患者の手術の概要は、麻酔平均時間365（SD 130）分、手術平均時間284（SD 110）分であり、術式は臍頭十二指腸切除術、肝左葉切除術、肝部分切除術、幽門側胃切除術などであった。離床にかかわった場面は、術後1日目が10例、術後2日目が2例、術後3日目が1例であった。クリティカルパス適用中は7例、医師の安静度の指示はすべて歩行可であった。また平均面接時間は、27分42秒であった。

B. 開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス（図1）

開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセスについて、全体のストーリーラインを述べる。次にカテゴリについて具体例をあげて説明する。なお、

カテゴリは【 】, サブカテゴリは〈 〉で表す。カテゴリとサブカテゴリの定義は『 』で表す。面接内容から引用したデータは「ゴシック体」で示し、看護師が述べた患者の言葉は“ ”で表す。

1. ストーリーライン

開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断は、まず離床を担当した時点で患者を【動かさねばならない】という思いをもち、離床できるかどうかの見通しを立てることである。看護師は、離床のどの場面においても、根底には患者を動かさなければならないという意識がある。そして、【患者の積極性を意識する】ということのコア概念として、【体力や足腰の状態をみる】【バイタルサインをみる】【リスクを回避する】【痛みのない状況で進める】ことを行いながら、【タイミングを計って】離床を開始し、【順調なステップアップであるかをみながら】離床の成立へとつながっていく。しかし、患者の積極性が引き出せないような心身の状況や、離床開始のタイミングがあわない、離床が順調に進まない場合は【動かすことを中断し】、そのうえで離床を促進するための判断を繰り返している。

2. 各カテゴリの説明

生成したカテゴリ数は9個、概念数は21個であった。

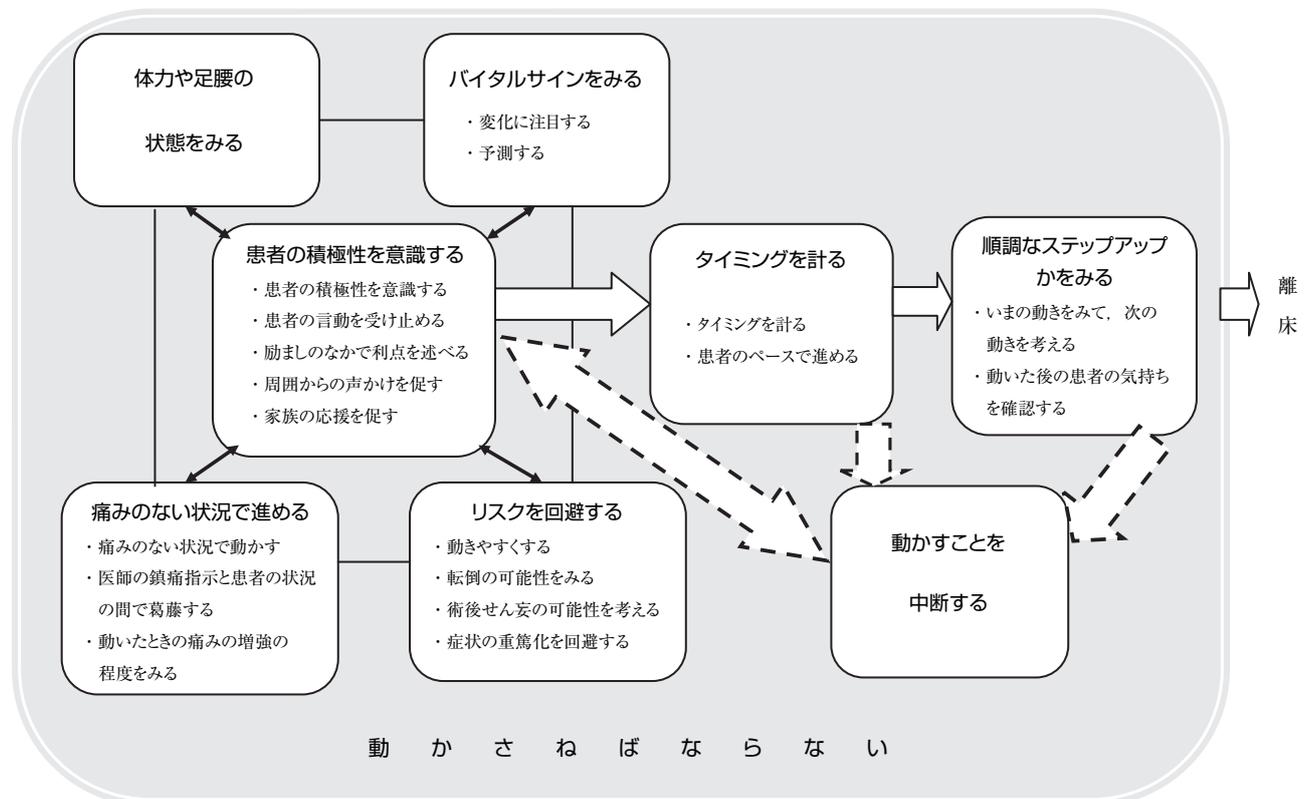


図1 開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス

a. カテゴリー【動かさねばならない】

【動かさねばならない】は、『看護師は自分の勤務時間に何とか離床を進めたいと思っていること』である。これは、「この日の離床目的は、廊下を1周しようかな、って私の気持ちだった」「時間ぎりぎりになっても行かなくちゃ」などから導き出され、看護師は自分の勤務時間内に、患者がどこまで動いてくれるかという離床目標をイメージしていた。また、「今日、歩けたかって聞かれるんです。回診のときとか。……（医師の）記録にも（患者が）3周とか5周歩いたとかカルテに書いてあったり……」というように、看護師だけでなく医師も離床に着目していることを意識していた。看護師は術後の患者を受け持った場合、限られた時間のなかで何とか患者を動かさなければならないという思いが根底にあり、その意識を常にもって患者にかかわっていた。

b. カテゴリー【患者の積極性を意識する】

【患者の積極性を意識する】は、開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセスのコアカテゴリーであった。これは、看護師が離床場面で患者の積極性を意識し、さまざまな方法で患者の積極性を引き出そうとしている内容であった。サブカテゴリーには、〈患者の積極性を意識する〉〈患者の言葉を受け止める〉〈励ましのなかで利点を述べる〉〈周囲からの声かけを促す〉〈家族の応援を促す〉の5つが含まれていた。

〈患者の積極性を意識する〉は、『患者の離床に対する積極性や緊張感、気の張りを適度に保つようにすること』である。看護師は患者に会ったときから、患者が離床に対して積極性があるかどうかを感じ、これから進める離床援助をどのようにしたらよいか考えていた。患者にまず、「今日は、頑張って歩きますよー」という動機づけをし、「わかりました」と返事をしたときの患者の反応をみている。「やる気をそがないように、重症感をなるべく与えないようにと思って……」は、患者が心配しないような表現で、患者が離床に消極的にならないようにしていた。看護師は、患者の動かなければという気の張り、痛いかもしれないという不安な気持ちに対して、少しでも患者が積極的になるように声をかけていた。患者の積極性を強く感じればそれを支持し、積極性が弱いと感じればその原因を追究し、離床しても安心であることを伝え、動いてみようという思いへ向かうように支えていた。

〈患者の言動を受け止める〉は、『離床に対する前向きな言動や不安な言動を看護師が受け止めること』である。「今日は動けるかなあって何気に聞いて、そうしたら向こうが“昨日の話はわかっるとる。（医師からも）説明はずっと聞いているので、理解はしているんだけど、離床はついていけない。痛みが強くてついていけない”ということがあって、予防線

をはって来たんです」などから導き出され、看護師は、離床の必要性は十分理解しているが、痛みのために離床できないという患者の気持ちを引き出ししていた。また、ほとんどすべての看護師は、「歩きます。頑張ります」って自分から……」というように、患者自身から離床の意欲を示す言葉があったと述べていた。

〈励ましのなかで利点を述べる〉は、『離床の有用性を、専門的でありながらもわかりやすく説得力のある表現で説明すること』であり、「ガスが大腸のほうまでおりてはきてたので、それも一応患者さんには話して、もう一息で出るから頑張ろうね、もうちょっとだよっていう励ましとかには使いますね」などが表している。看護師は、離床がどうして回復によいのかを、具体的にわかりやすい表現で患者に説明していた。

〈周囲からの声かけを促す〉は、『離床できたことを他の大勢のスタッフに声をかけてもらい認めてもらうことで、積極性を高めること』であり、「一番この人が嬉しかったのは、大勢のスタッフにすごいよと手を振ってもらったのが一番反映されたかな」や、「離床のときに、いろんなスタッフにみてもらって声をかけてもらうと、全然患者さんの離床が違う」などが表している。

〈家族の応援を促す〉は、『離床時に家族がかかわることにより、患者の積極性が高められる場合があり、患者の積極性につながるように家族とかかわること』である。「私も手伝います、と奥さんのほうも言ってくれて……背中を支えてもらって、起き上がることもできていました」では、家族が手助けや励ましをすることで、患者の安心感につながっている。また、「奥さんのほうが何だろう。手放しで喜んで、もうおうちに帰ったら皆に報告するわって感じの、ともに喜べた離床でした」では、いつも妻が付き添っている様子から、患者が離床したときの妻の反応を看護師はよくとらえていて、妻の存在が離床を進める促進力であることを感じていた。しかし、別の看護師は「奥さんがいると当たるところができちゃうじゃないですか。だけど看護師と2人になると、我慢ができる。我慢ができて動けちゃうっていうのが、何となく奥さんにもわかったんじゃないかな」と述べている。いままで妻に対して依存的になりすぎて離床が進まなかったが、患者も妻も離床しなければいけないという気持ちに傾きかけているところをとらえ、看護師の援助に切り替えて離床を進めていく方向に向けることができたという事例もあった。

c. カテゴリー【体力や足腰の状態をみる】

【体力や足腰の状態をみる】とは、『離床のために必要な体力や足腰の状態に問題がないかをみること』である。「本人の疲労もあって、膵頭十二指腸切除術（pancreaticoduodenectomy: PD）の後って侵襲も大きいし、72歳っていった

らまだ若いほうなんですけど、やっぱり侵襲的なものと、体力もこれで奪われますし……」などが表している。手術侵襲により実際より体力が落ちていると、動こうとする意欲も下がるため、もう少し術後の回復を待ってから離床を進めることもできると看護師は感じていた。また「手で身体を支えられるんで、ベッドの普通、横になるのってすごいしんどいじゃないですか」のように、看護師は足腰の力を離床時に効果的に使うことができれば痛みをかばうことができると感じていた。

d. カテゴリー【バイタルサインをみる】

【バイタルサインをみる】は、術後初めての離床は患者に身体的な負担がかかるため、看護師がバイタルサインの変化に注目し、その後起こる変化を予測して離床を進めていることから抽出された。サブカテゴリーは、バイタルサインを確認して離床を進める〈変化に注目する〉と、離床に伴って起こるバイタルサインの変化を〈予測する〉で構成されていた。

〈変化に注目する〉とは、看護師が『バイタルサインをみて離床できるかどうかを判断し、バイタルサインの変化に注目して離床を進めること』である。「熱はあるけども、安定してるっていうふうな情報をもらっていたので……一応、私の目で確認しようと思って、検温して」というように、自分の目で検温して患者の状態を確認していた。また体温、心拍数、不整脈の有無、血圧、呼吸、SpO₂、自覚症状などが、どの程度の変化までは離床できるかについても判断し、過去と比べてそれらの変動がないか注目していた。「(酸素)マスクのまま話したりすると(SpO₂が)94(%)とか5(95%)とか下がるので8~9(98~99%)が維持できるように先生と相談しながら……」では、全身麻酔の術後でしかも疼痛があるために、換気する力が弱く、また医師の指示で酸素量を減らしていくことが多いため、SpO₂の変動をみながら離床を進めていた。

〈予測する〉とは、看護師が『患者の既往歴、手術中・後に起こったバイタルサインの変化、体液バランスなどから、離床に伴って起こる変化を予測すること』である。看護師は、術後初めて患者を離床させるとき、低血圧、めまい、頻脈などさまざまなバイタルサインの変化を予測し離床を進めていた。「途中で頻脈を起こしているんです。ジゴシン使ったりとかしてたので、術後、夜中2時か3時くらいに、それは結果的には脱水だったということだったので、でも離床することにあって、頻脈になることはわかっていたので……」では、夜間に頻脈を起こしたため、離床に伴って身体に負荷がかかり再度頻脈が起こる可能性があると予測していた。「ちょっとでも動かしたときの反応も結構大事にしています。……その間はずっといるから、……どういう反応をするかをみる」では、初めて離床するときには、少

し動いてから状態を観察することを繰り返し、バイタルサインが安定していると判断できるまで、患者のそばにいて確認していた。

e. カテゴリー【リスクを回避する】

看護師は、患者が術後初めて離床するとき、さまざまなリスクを回避しなければならないと考えており、【リスクを回避する】が抽出された。サブカテゴリーは、〈動きやすくする〉〈転倒の可能性をみる〉〈術後せん妄の可能性を考える〉〈症状の重篤化を回避する〉で構成されていた。

〈動きやすくする〉とは、『足元や、身のまわりが離床しやすい環境かどうかをみて、動きやすく準備すること』である。「左に起きるってことだったので、もともと点滴台が左にあったので、尿管は左にもともとあったんですけど、それでも、ベッドサイドにかけてあるので、全部左側に、ウィンスロー孔のドレーンと胃管が右にあったので、それを全部左に持ってきて……」ではベッドから降りやすい方向を左と考えて、ドレーン・カテーテル類を左側へまとめることにより歩きやすくしていた。また看護師はドレーン・カテーテル類の管理と動きやすい環境、靴、ベッドの位置、降りる方向などを踏まえて準備していた。

〈転倒の可能性をみる〉とは、『離床時に転倒の可能性をみること。もし転倒した場合はその援助も考えていること』である。看護師は離床を始める前には、転倒のリスクを回避しなければいけないと考えていた。転倒のリスクとしては、「もともと貧血だとか、自己血も採って、術前もフェロミアも飲みつつ、フェジンも注射を打ち……」というように貧血に関する薬剤の使用や低血圧の既往、「ちゃんと目を開けてくださいね」「朦朧としている」などの意識状態、「硬力テ(硬膜外麻酔カテーテル)を使ってる」のように硬膜外麻酔の使用などがある。看護師は、患者に1人では絶対に動き始めないように伝えていた。そして「だから、いざとなって、力が、膝の力が入らなくなって、抜けて転んじゃう可能性があるかなと思ったので、後ろでそうやって抱えて……」というように、患者が倒れそうなときに支えられる位置にいた。

〈術後せん妄の可能性を考える〉とは、『1人で動いてしまうことや、痛みを感じにくいことから、一般的な言動とは異なっていると判断し、術後せん妄の可能性を考えること』である。看護師は、術後の患者の言動が一般的な術後の言動とは異なっていると感じたとき、術後せん妄の可能性があるのでないかと注意深く観察する。「いったん、私もいなくて家族もいないときにナースコールを落としちゃって“あー困った、困った”って、もう興奮した状態」では、落ち着きがなく興奮した状態からせん妄の可能性があると感じている。「私に来るまで動かないでね、って一言いったんですけど、血圧計とかとりに行って戻ってきたとき

には、ぐっと起きて、一生懸命ベッド柵を降ろして、降りる準備を始めており……本人1人で、あーこれは危ないと。なので、誘導して、本人にこういうふう降りるのよって、誘導して」のように患者が1人で動いてしまうところを見て、せん妄の可能性があると感じているが、患者がベッドから安全に降りることができるように、付き添って説明していた。「多分、痛みがどっか行っちゃてる、意識のなかにないような感じで、まだいまは受け答えはあるけれども、なんか痛がらないので……。朝来たとき、おはようって話したときに、ベッドサイドラウンドしたときに、あっちょっとおかしうって思ったので、痛み止めいらなくなつて……」では、当然、術後の痛みが強いと考えられるときにあまり痛みを感じていないような患者の言動から、看護師はせん妄の可能性があると考えていた。

〈症状の重篤化を回避する〉とは、『注意深い観察や予防ケア、段階的に進めることにより症状の重篤化を防ぐこと』である。看護師は、術後初めての離床では、深部静脈血栓症から肺塞栓症や脳梗塞などの急変の危険を考え、出現した症状が重篤化しないように注意深く離床を進めていた。「15分位端坐位で座っていきましょうか……きつと血圧が低くなったのかもしれない。……枕なしで、フラットで臥床させて、すぐに楽になりました。血圧は130台で、顔色は戻った」というように起立性の低血圧が起こったため、血圧が正常に戻るよう安静を促し、血圧測定と顔色、冷汗、脈拍等の確認を行って、重篤な症状に移行しないような対応をしていた。「血栓の問題ってやっぱ離床の後に起こるから、いくらそのポンプ（間欠的空気圧迫法）を使ってるだとか……。今日、この方、弾性ストッキング履いているんです」では、血栓に注意を向けており、弾性ストッキングを履いたままとしていた。

f. カテゴリー【痛みのない状況で進める】

看護師は、術後初めての離床時には疼痛が強いため、できるだけ痛みのない状況で離床を進めたいと考えており、【痛みのない状況で進める】が抽出された。サブカテゴリーには、〈痛みのない状況で動かす〉〈医師の鎮痛指示と患者の状況の間で葛藤する〉〈動いたときの痛みの増強の程度をみる〉の3つが含まれていた。

〈痛みのない状況で動かす〉とは、『これまでに何時、どの鎮痛薬を使っていたか情報を得ることで、離床前の痛みの程度をアセスメントし、鎮痛剤を使用してから離床するか、使用せずに離床を進めるかを判断する。また使用した場合の鎮痛剤の効果をみること』である。「いまの痛み止めと、前の痛み止めの間隔が空いていれば使って、恐怖感を得ないように、それから進めています。ソセゴンとか注射の内容によってボルサポ（ボルタレン座薬）だったり、血圧が下がったりすることもあるので……」では、離床前に鎮痛

剤を使うことを前提としており、鎮痛剤を効果的に使うため、前の鎮痛剤との時間の間隔、薬剤の作用、副作用を判断して使用したいと考えていた。「1回目の離床で第一印象が悪いと、もう午後からとか、次の日とかできなくなるので……」のように痛みは患者に恐怖感を与えてしまうため、その先の離床のイメージが悪くならないように、1回目の離床で痛みをとることが特に重要であると感じている。「もうちょっと時間を空けることにした、11:00ぐらいに行ったら、“痛みがとれた、いけそうだ”」では、鎮痛剤の効果があつたかを患者に確認し、痛みが消失したかどうかを患者の言動から判断していた。

〈医師の鎮痛指示と患者の状況の間で葛藤する〉とは、『医師の鎮痛指示の種類や回数制限が、患者の痛みの程度とあわない場面で葛藤すること』である。「他剤を考えてもらうとか、なかなか出してくれる先生ではないので、……何とかなるべく痛まずに歩けないかなあつてことを考えて……」では、看護師は術後の疼痛に対して、鎮痛剤の種類や回数制限などの医師の指示に従い、その範囲のなかで効果的に使用しなければならないと考えていた。看護師は離床時の患者の痛みの程度や痛みに対する不安を考え、医師の指示の範囲内で何とか離床を実践しようとしているが、医師の指示と患者の痛みの程度があわない場合には、さまざまな葛藤がある。「一応離床させるための痛み止めなんだけど、この人は夜に使っちゃったもんで、寝る前まで……」というように、1日2回までの鎮痛剤の指示があつた場合、1回は昨晚に鎮痛剤の使用が済んでおり、あと1回しか使用できないときに、看護師は離床のために鎮痛剤を使用するかどうかわ迷うことがある。しかし、「また痛いつていたら使ってもいいよね、先生。って、いいよ（先生）って……だいたい8時間空けましようっていうじゃないですか、自分だったらと思うと我慢できないと思う」と、前もって鎮痛剤の追加指示を受け、次に疼痛があつた場合に備えている事例もあつた。

〈動いたときの痛みの増強の程度をみる〉とは、『鎮痛剤の使用、不使用にかかわらず、実際の離床中の痛みの程度をみる』ことである。看護師は、「他のロピオンを使う患者さんとみると、まあ比較的痛そうな顔……」のように、鎮痛剤を使った後の患者の表情や、「トイレに行きたいって言って、動いたときも痛みの増強、起き上がるときも痛みの増強はなく、立位もとれた」というように、動いたときの痛みの増強の程度をみていた。

g. カテゴリー【タイミングを計る】

【タイミングを計る】とは、患者の積極性を意識しながら身体的な状況を整えて、看護師と患者の双方の離床開始のタイミングを計ることである。サブカテゴリーは、〈タイミングを計る〉と〈患者のペースで進める〉で構成され

ていた。

看護師の〈タイミングを計る〉は、『離床ケアの開始のタイミングと所要時間を、自分の業務の中に組み込むこと』である。離床援助は、患者の状態を観察しながらかわかる援助であるため、「30分くらいはみといたほうがいかなと思っっています」のように、看護師はある程度のまとまった時間をつくって離床援助をしたいと考えていた。「慌てて行くと怖かったり……」「しっかりやる」「落ち着いてやる」というように、看護師は、離床援助は慌てて行えるものではなく、落ち着いてかかわらなければならない援助であると感じていた。「私、いつも術後の人は、ケアをして、その状況をみていけそうだったらそのまま続きで、歩かせるようになって思っている」では、離床開始のタイミングをケア（清潔ケア）の状況からそのまま動けそうであるかを判断し、その機会を利用して離床を開始していた。

〈患者のペースで進める〉とは、『バイタルサインの安定、また気持ちの準備など患者の心身の状態が安定するまで待ち、患者が離床のきっかけや速度を決めること』である。看護師は患者の離床時、できるだけ患者が自分自身で動くように声をかけていた。それは、「人に動かされると痛いでしょう」や「自分も痛くないようにやればいいよ」のように、看護師が介助して離床を促すよりも、患者が自分の動き方で起き上がり、できるだけ痛みが少ないように自分の速さで動いたほうが痛みは少ないと考えているからである。「めまいがしないかどうかだとか、そういうのを確認して、“ちょっとくらくらする”って感じだったので、ご自分のペースでまだ起き上がるのはいいですよ」では、めまいが強いため起き上がれない場合は、無理に行わないで自分のペースで起き上がるように伝えていた。「どんだんスキップでもしそうな勢いで、がーっとした人もなかにはみえるじゃないですか。そういう人は、こちらがセーブしながら、全然進まないような人にはちょっと煽りながら……」では、患者のペースにあわせることを基本としているが、積極的すぎる人には少し抑え、離床が進まない人に対しては励ましていた。「ちょっと今日はえらい（疲れる）です」……少しずつ進めていきましょうか」では、疲れているために離床することが心配になった患者に対して、患者にペースをあわせ、無理をしなくてもよいことを伝えていた。

h. カテゴリー【順調なステップアップかをみる】

【順調なステップアップかをみる】とは、看護師が離床前・離床中・離床後の観察から離床が順調に進んでいるか、また端坐位、立位、歩行というように段階的に進んでいるかをみていることから抽出された。そして離床後に患者に問いかけて離床がどうであったかを確認していた。サブカテゴリーには、〈いまの動きをみて、次の動きを考える〉〈動いた後の患者の気持ちを確認する〉の2つが含ま

れていた。

〈いまの動きをみて、次の動きを考える〉とは、『離床が順調に端坐位、立位、歩行というように段階的に進んでいるかどうかをみる』ことである。「ベッドアップもできていないくらいかな、って感じで、それは患者さんのところへ行ったらときに、動いていないかもしれんていうのは、ルート類とか自分で見て判断した。ああ、動いてないなって感じ。まだおしこの管もついてたし、チューブ（ドレーン）ももちろん入っていたし、点滴のルートも固定でつながっていたので（引っ張って歩くことができる点滴棒ではなく、ベッドに固定されていた）、動ける状態じゃなくてここからは行っていないな、と思ったんです」「いかに前日動いていないかっていうのが私のなかに入ってきたんだよね。情報として、やっぱり、記録じゃなくてかかわっていかないとわからないことっていっぱいあるじゃないですか。尿器もなかったし、何もなかったんで、どこからいこうかな、ベッドの配置とかも、ついているものによっては、これじゃ動けないだろうってね」というように看護師は、診療記録からの情報だけではなく病室へ行き、ドレーン・カテーテル類が整理されて動きやすくなっているか、ベッドの配置が動きやすい環境になっているかを確認して、前日どこまで離床が進んだかを判断していた。看護師は、「1回目の離床の第一印象が悪いと、もう午後からとか、次の日とか、できなくなるので……」のように、初めての離床で上手に起き上がることができれば今後の離床も順調に進むと考えていた。また「端坐位になって足踏みをしてもらって、立位を保ってもらって、そのときにふらつかないか、冷や汗とかそういったことがないか……」のように離床中は、いまの体位から次の体位に動くときのふらつきなどがなく観察しながら、段階的に離床援助を進めていた。

〈動いた後の患者の気持ちを確認する〉とは、『離床後の患者の状態や気持ちを確認すること』である。「ちょっと嬉しそう感じ……」「思ったより、全然楽や、って言ってみました」のように、看護師は患者の嬉しそうな表情をみて、患者は達成感をもったと感じていた。また、「歩いているときには、浮遊感がないかとか、気持ち悪くないかとか、足に力が入らなくないかとか……」では、離床中、どこがわからなかったかを確認していた。

i. カテゴリー【動かすことを中断する】

【動かすことを中断する】とは、『術式、手術の侵襲の大きさ、年齢、離床の状況から考えて動かすことを中断すること』である。看護師は、「PDの後って、侵襲も大きいし……」というように、手術の侵襲の程度や年齢、体力などから離床を中断したほうがよいかを考えていた。また「もう無理、えらい（疲れる）です」では、患者の自覚症状や離床を止めたいという言動から、離床の中断を決めてい

た。看護師は患者を動かさねばならないと常に感じながらさまざまなリスクを回避し、患者の精神的・身体的な状態をサポートして離床開始の準備を行うが、それまでの調整ができないときに、離床を中断する場合もある。離床開始の準備ができてタイミングがあわない場合や、離床を順調に進められないときにも、離床を中断する場合がある。離床を中断した場合は、その理由を解決し、離床を再開できるかどうか判断を繰り返していた。看護師は離床を中断するというのを、その後の離床を進めるための判断の1つであると考えている。

Ⅲ. 考 察

開腹術後患者の離床場面において、看護師は患者を動かさなければならぬという思いをもち、離床できるかどうか見通しを立て、患者の積極性をみながら離床を成立させていた。以下に、開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセスの特徴について考察する。

A. 患者を動かさなければならぬという意識

早期離床は、術後肺機能の低下を軽減し（瀬下，1986）、術後の喀痰、悪心・嘔吐、腹部膨満持続日数の減少、早期退院を可能にする（市川，1985）といわれており、離床の有用性は明らかにされている。本研究の看護師においても、早期離床を進めることは日常的であると考えており、自分の勤務時間の間に目標とする段階まで離床を進めたいと考えていた。それは、術後初めての離床は患者にとって最初のステップであり、順調に進むことができれば、術後の早期回復や入院期間の短縮につながる、と考えているのであろう。渡辺ら（2007）は、「離床は大事だけど、頑張れない」「患者のペースにあわせると時間がかかるからやめる」など看護師の意識が術後の離床を遅らせる要因となっていることを報告している。これは2006年の調査で、平均看護経験年数9.6年の看護師を研究参加者としている。本研究の研究参加者は平均看護経験年数12.2年であり、渡辺ら（2007）の研究参加者と2.6歳の差はあるが大きな差ではない。しかし、本研究の看護師は患者を動かさなければならぬと考えて離床を成立させており、離床に対する意識は高いと考えられる。この理由は、離床プログラムに沿った援助により離床開始時期が短縮するという報告（五十嵐・片桐・若山・田澤・長岡，2003）や、離床動作の模擬体験は離床に対する不安を軽減するという報告（浜岡ら，2002）などから、離床に対する看護師のかかわりの重要性が示されてきたことが考えられる。一方、看護師だけでなく医師も離床に着目している。これは、医師が離床を患者に確認している状況や、離床の成果を記録によって医

療従事者間で共有していることが考えられる。また、開腹術の離床に対し「理学療法士、作業療法士が術前から関与することにより、合併症を予防し離床やADLの自立を早期にはかることができた」という報告（伊東ら，2006）があり、チーム医療で離床の重要性が認識され、離床援助を進めやすい状況になってきていると考えられる。これらのことから、患者を【動かさねばならぬ】が抽出され、看護師の意識の根底には、常にこのカテゴリーが存在していると考えられた。しかし、今回の研究ではすべて離床が成立した事例であったが、実際に離床が成立しなかった看護師の判断のプロセスは不明である。

B. 離床の見通しを立てる

開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセスのコアカテゴリーは、【患者の積極性を意識する】であった。小河ら（2003）は、手術を受けた患者の回復意欲となる要因は“スタッフの誠意”“信頼”“安心感”“十分な説明と納得”“回復の実感”“信念”“ソーシャルサポート”“緩和された痛み”という8つのカテゴリーである、と述べている。本研究の【患者の積極性を意識する】、つまりサブカテゴリーである〈患者の積極性を意識する〉〈患者の言動を受け止める〉〈励ましのなかで利点を述べる〉〈周囲からの声かけを促す〉〈家族の応援を促す〉は、小河らの回復意欲の要因とほぼ同様の内容であった。これは患者自身の感じる回復意欲を、看護師が意識してかかわっていることが考えられる。看護師は患者の積極性が低いと感じれば、その原因を追究しその部分へ働きかける。患者の積極性を引き出すために看護師は離床の声かけをし、患者の反応からどの程度の積極性があるかをみる。積極性が低いと意識したときには、無理に進めるのではなく、その原因を解決し離床しても安心であることを伝え、離床前の準備を調整する。

看護師は患者の言動を受け止めて、患者の離床に対する意欲を引き出すようなかかわりをしている。看護師は、患者の積極性がどの程度であるかを測るように、患者の表情や言動、気分を感じとっていた。看護師は、患者が創痛に対する恐怖感やドレーン・カテーテル類が抜けてしまうのではという不安があるにもかかわらず、離床に対し意欲的であると感じていた。しかし、平野ら（2001）は、「患者は医師に表現しないことを看護婦に表現することが多いが、看護婦にも遠慮し、表現しないこともある」と述べている。つまり、患者が離床に対し前向きな言動をした場合でも、患者が医療者に遠慮し、創痛などがあるにもかかわらず苦痛を我慢している場面も想定する必要がある。

〈励ましのなかで利点を述べる〉とは、離床の有用性を専門的でありながら、わかりやすく説得力のある表現で説

明することである。細川（2005）は、「医療者が自分の病をよく理解し最善を尽くしている、自分はしっかりと見守られていると感じられるような知識提供と説明は必要である」と述べている。つまり患者の状態をよく理解して、専門的でありながら患者にわかりやすい表現で説明することは、患者に対して安心感を与えることにつながると考えられる。

また、患者の離床を他の大勢のスタッフの声かけにより、患者の努力を認めることは患者の積極性を高めることにつながると考えられる。看護師は、患者が歩行できたことを看護師1人ではなく周囲の目で認めることで患者の積極性が高まるのではないかと考えており、〈周囲からの声かけを促す〉につながる。

離床時に家族がかかわることにより、患者の積極性が高められる場合がある。田中（2010）は急性期意識障害患者と家族のかかわりを分析し、家族は患者の身体に触れることを繰り返し、患者のわずかな反応を見逃さず、患者と場の共有をすることでケアに参加している、と述べている。それにより、患者は家族とともに治療に参加していると感じられる。そこで、看護師は家族ならではの患者の観察や援助ができると感じており、〈家族の応援を促す〉が抽出された。

離床を進める場合、看護師は患者の積極性を意識すると同時に、身体的にも離床が可能であるか判断していた。積極性を意識することと身体的な判断は、相互に影響しあっていると考えられる。また、身体的な判断のうち、1つでも問題があれば離床を中断する場合がある。身体的な判断は、【体力や足腰の状態をみる】【バイタルサインをみる】【痛みのない状況で進める】【リスクを回避する】であった。

【体力や足腰の状態をみる】とは、患者の年齢、運動・感覚障害に関する既往歴、術式、手術侵襲、術後何日目かなどの情報を得て、患者の体力を推測することである。そして、患者が動き始めたときの状態を観察して、安全に動けるかどうかを判断していると考えられる。消化器外科手術後の歩行自立遷延例の特徴についての調査研究（平澤ら、2010）では、手術後4日目までに歩行自立に至らない理由として、歩行バランス不良、創部痛、低心拍出量症候群をあげている。そして歩行バランス不良は、歩行自立に至らない理由のなかで創部の次に多く、手術前から歩行補助具を使用している患者に認められたことが明らかにされている。つまり看護師は、患者の年齢や既往歴などから患者のもともとの体力の状態を考え、手術侵襲の程度やベッドからの起き上がり方をみて体力の状態を予測していると考えられる。

【バイタルサインをみる】では、〈変化に注目する〉と

〈予測する〉が抽出された。〈変化に注目する〉とは、離床前にバイタルサインをみて離床できるかどうかを判断し、バイタルサインの変化に注目して離床を進めることである。日本離床研究会（葛川、2007、p145）によると、離床の安全基準は、患者の静的状態を評価して離床を行うべきか判断する「離床の開始基準」と、離床を行っているときの動的状態を評価して離床を途中で中断すべきか判断する「離床の中止基準」があり、客観的に判断できるように数値で示されているものもあった。看護師は、バイタルサインを確認しそれに伴う自覚症状や、必要であれば離床中のSpO₂の値に注意して離床を進めていた。看護師は離床を進めていく場合、バイタルサインの変化を含めた身体的変化を意識しており、〈変化に注目する〉が抽出されたと考えられる。さらにバイタルサインの変化が次の重篤な状態に結びつく可能性があり、〈予測する〉が抽出されたと考えられる。手術後の離床動作に伴い、手術侵襲の激しい時期に離床の負荷が加わると循環動態の変動がみられることは明らかにされている（笹川ら、2009）。看護師は、手術における身体的な侵襲を加味してバイタルサインの〈変化に注目し〉、次に起こることを〈予測する〉ことをしながら離床を進めていると考えられる。

術後の離床初期の転倒因子の調査によると、転倒を予防するには、立ち上がり時の動作、床、寝衣、点滴架の動き等は看護師の整備が必要であることが報告されている（有賀・島本・堀井・溝部、2008）。菅野（2010）は、せん妄を発症するとドレーン・カテーテル類を抜去するなどの問題行動を起こし、転倒・転落は頭部打撲や骨折などの事故につながる、と述べている。また、看護師は、深部静脈血栓症を予防するために早期離床を進めなければならないが、離床による肺動脈血栓塞栓症や脳梗塞の可能性も危惧している。これらのことから、看護師は離床時のさまざまなリスクを回避するために、患者の足元や身のまわりを〈動きやすくし〉〈転倒の可能性をみる〉。そして無防備に1人で動こうとしたり自分でドレーン・カテーテル類を抜いたりする危険を伴う場合、〈術後せん妄の可能性を考え〉、肺塞栓や脳梗塞の前駆症状を意識した〈症状の重篤化を回避して〉いたことから【リスクを回避する】が抽出された。

看護師は離床を進めるときに、〈痛みのない状況で動かす〉ことを考える。McCaffery（1972/1975）は、「痛みとは、現にそれを体験している人が表現するとおりのものであり、それを表現したときにはいつでも存在するものである」と定義している。これは痛みをどのように感じ、それをいつ感じるかを一番よく知っているのは患者である、という考え方である。医師の鎮痛指示の種類や回数制限が、患者の痛みの程度とあわない場合、看護師は、〈医師の鎮痛指示と患者の状況の間で葛藤する〉。中川・林（2008）

は、看護師と医師が会話を通してどのように連携しているかを調査し、双方の見解が異なる場合に、その見解の背景にある考えが相手に供与されないと相互作用の過程に進展がみられないことがある、と述べている。痛みのない状況で離床を進めることは、医師も看護師も共通の目標であるが、看護師は離床を進めるとき、医師の鎮痛指示と患者の状況の間で葛藤すると考えられた。また痛みは患者にとって主観的なものであり、離床時の痛みを理解することは、一番近くで付き添っている看護師の役割であるため、〈動いたときの痛みの増強の程度をみる〉ことにより、離床の見通しを立てている。

C. 早期離床を促進する関わり

術後初めての離床は、患者にとって心理的・身体的な負担を伴い、確実に踏み出せないと患者の意欲が損なわれ、次の段階に進みづらくなる。患者の積極性を意識することは、体力や足腰の状態、バイタルサイン、リスクの回避、痛みに対する身体的な判断と影響しあっており、このなかのどれが欠けても患者の積極性を保つことはできず、離床の準備が整わない状況になる。ここまでの準備ができて離床を開始することになるが、看護師は、自分と患者双方の一番よい【タイミングを計る】ことをしていた。看護師は、自分の業務に問題なく離床を組み込むための〈タイミングを計り〉、患者が離床を始めようとするきっかけや離床の速度を〈患者のペースで進める〉ようにしていた。小島・吉本(1999)は、効果的に援助や指導をしていくために、コミュニケーションの相手がいまもっている意識的・無意識的な波長(調子)にこちらの波長をあわせること(チューニング)をして、相手にこちらへの深い安心感をもってもらうことが役立つことを述べている。離床援助も相手を効果的に動かそうとする援助の1つと考えられる。看護師が〈患者のペースにあわせる〉ことは、小島・吉本(1999)の述べるチューニングと同様であると考えられ、患者は、看護師が自分のことを理解しようとしてくれていると感じ、安心する。さらに術後の創痛は離床を妨げる要因となるが、「あなたのペースでいいですよ」と緊張感をほぐし、患者自身の離床速度にあわせることが痛みを最小限にすると考えられる。これらのことから看護師は患者との波長あわせによる信頼関係の確立や、患者の身体的な状態にあわせること、また患者の離床のペースを調整することを考えており、〈患者のペースで進める〉が抽出された。

【順調なステップアップかをみる】は、〈いまの動きをみて、次の動きを考える〉と〈動いた後の患者の気持ちを確認する〉で成り立っていた。〈いまの動きをみて、次の動きを考える〉とは、段階的離床(古田・篠田, 2008; 葛川, 2007, p141)を進めながら、活動性を上げていくこ

とであり、それは血行動態への重力負荷を軽減し離床に伴う患者の不安を軽減し、安全に離床を進めていくことである。さらに看護師は、離床後の患者の気持ちや状態を患者に確認することにより、行った離床援助が患者にとってどうであったかを評価しており、〈動いた後の患者の気持ちを確認する〉につながったと考えられる。それは看護師もさまざまな離床のための準備を行うが、離床を実践するのは患者であるため、離床目的が達成されたか、つらいところはなかったかを患者の表情や言動から確認したいと考えていると推察される。

【動かすことを中断する】ことは、離床が順調に段階的に進んでいるかについて看護師は常に評価しているが、患者の状態によっては離床を中断せざるを得ない状況が起こってくる可能性を示している。日本離床研究会(葛川, 2007, p145)は、離床を行っているときの動的状態を評価して離床を途中で中断すべきかを判断する「離床の中止基準」を提示している。離床の中断を看護師が判断する場合、手術侵襲の程度や年齢、心理的・身体的な問題で離床が順調に進まなかった場合に離床を中断せざるを得ない状況になる。そこで離床を進めるための最初の段階に戻り、このプロセスを繰り返していると考えられる。

IV. 早期離床を促進する看護実践への示唆

本研究は、看護経験年数3年以上の看護師による実際の離床援助の具体的な判断を概念化しまとめたものであり、開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセスを提言した。また、研究結果を看護師が術後看護で活かすことにより、離床援助がより安全で効果的なものになり、患者の術後回復の促進にもつながる可能性があると考えられる。さらに新人看護師に対して、術後初めての離床時に看護師が離床をどのように考えどのようにかわるか、というプロセスを学ぶ教育への利用もできるであろう。

V. 本研究の限界と課題

本研究は、研究参加者の平均年齢は36.1(SD 9.7)歳、平均看護経験年数12.2(SD 8.9)年であり、ベナーのドレイファスモデルでは1人前・中堅・達人レベルの研究参加者であった。また研究参加者が離床のかかわりをした患者は、すべて離床が成立した事例であった。そして、開腹術後患者の離床援助の場面でのみ応用できるということが、本研究の限界である。今後、術後の離床のかかわりについて研究参加者の経験年数や、患者の離床に対する考え方の異なる事例で研究を行うことにより、早期離床を促進する

看護を検討していく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆さまに心よりお礼申し上げます。なお本研究は平成22年度修士論文

として、柴裕子が岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻に提出した修士論文（指導：松田好美）の一部に加筆修正を加えたものであり、第37回日本看護研究学会学術集会（横浜）で発表をした。

要 旨

本研究の目的は、開腹術後患者における離床場面において、早期離床を促進する看護師の判断のプロセスを明らかにすることである。開腹術後の初回離床に関わった看護師13名に半構成的面接を行い、分析は『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』を用いた。看護師の判断のプロセスは、患者を【動かさねばならない】という意識を根拠とし、【患者の積極性を意識する】ことをコアの概念として、【体力や足腰の状態をみる】【バイタルサインをみる】【リスクを回避する】【痛みのない状況で進める】ことをみながら、【タイミングを計って】離床を開始し、【順調なステップアップであるかを見ながら】離床の成立へとつながる。しかし、患者の積極性が引き出せない心理的・身体的状況や、離床開始のタイミングがあわない、離床が順調に進まない場合は【動かすことを中断し】、そのうえで離床を促進するための判断を繰り返している。

Abstract

The purpose of this study is to elucidate the decision making process of nurses regarding encouragement of early ambulation and leaving the sick-bed of patients after laparotomy. Semi-structured interviews were conducted with 13 nurses working with patients leaving the sick-bed for the first time after laparotomy, and analyses were conducted using the revised grounded theory approach. The nurse decision making process was based on the patients feeling that they “had to move,” and leaving the sick-bed was “timed” from the perspective of “being conscious of the patient’s initiative,” the core of which included “looking at the condition of the physical strength and leg muscles,” “looking at the vital signs,” “avoiding risk,” “proceeding without pain,” and “considering whether leaving the sick-bed was a favorable step-up.” However, when a patient was in a mental or physical condition that did not encourage an initiative or when the timing was not right to initiate leaving the sick-bed, “moving the patient is aborted” and the decision making process followed for encouraging patients to leave the sick-bed was repeated.

文 献

- 有賀知里, 島本 綾, 堀井梨枝, 溝部佳代 (2008). 術後の離床初期における転倒危険因子—室内環境に対する患者の意識調査より—. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 39, 196-198.
- 古田育巳, 篠田純平 (2008). 早期離床に向けた取り組み—段階的離床を実践して—. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 20, 73-75.
- 後藤恭一, 久米美代子 (2008). 看護職の看護経験年数と専門的自律性獲得の実態に関する研究. 日本ウーマンズヘルズ学会誌, 7, 107-113.
- 浜岡昌美, 戸田生子, 内山由香, 中島梨恵, 石倉きみ子, 広田牧子 (2002). 開腹術患者の術前に離床動作の模擬体験指導を取り入れて—離床時期の変化と STAI を用いて—. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 33, 60-61.
- 平野昭彦, 三浦まゆみ, 菊池和子, 柴田千衣, 高橋有里, 伊藤道子 (2001). 岩手県中央地域における患者の生活・認識・行動の特徴と看護援助に関する看護婦の認識：患者・医療者関係, 生活, 受療行動について. 岩手県立大学看護学部紀要, 3, 59-68.
- 平澤 純, 有蘭信一, 小川智也, 渡邊文子, 寶門玲美, 坪井賢治, 大河内治 (2010). 消化器外科手術後患者の離床と歩行自立状況および歩行自立遷延例の特徴. 理学療法学, 37(5), 364-369.
- 細川順子 (2005). 臨床看護面接：治癒力の共鳴をめざして. 159, 埼玉：すびか書房.
- 市川はるみ (1985). 腹部外科手術後の管理 特に肝臓・脾臓外科における早期離床の効果について. 看護技術, 31(5), 684-692.
- 五十嵐英子, 片桐優子, 若山ユキ子, 田澤浩子, 長岡敦子 (2003). 全身麻酔下における開腹手術患者の離床プログラムの開発と有効性. 日本看護学会論文集 (看護総合), 34, 108-110.
- 飯塚麻紀 (2011). 開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断. ヒューマン・ケア研究, 12(1), 9-21.
- 伊東孝洋, 定松修一, 山下淳一, 坪内健一, 曾我部保文, 田口浩之, 森 孝久 (2006). 開腹術に対するリハビリテーションの有用性について. 日本赤十字リハビリテーション協会誌, 20, 22-23.
- 菅野智行 (2010). 術後やICUでのせん妄：機序. 臨床看護, 36(11), 1375-1379.
- 葛川 元 (2007). 新しい呼吸ケアの考え方：実践！早期離床完全マニュアル. 11-145, Early Ambulation Mook 1, 東京：日本離床研究会.
- 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. 27-89, 東京：弘文堂.
- 小島通代, 吉本武史 (1999). ナースだからできる5分間カウンセリング：看護現場で役立つ心理的ケアの理論と実際. 92, 東

- 京：医学書院。
McCaffery, M./中西睦子 (1972/1975). 痛みをもつ患者の看護. 11, 東京：医学書院。
中川典子, 林 千冬 (2008). 看護師—医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件. 日本看護管理学会誌, 12(1), 37-48.
小河徳恵, 佐野涼子, 黒岩尚美, 藤岡菜々子, 大久保留見, 金丸明美, 梶原睦子 (2003). 術後患者の回復意欲となる要因. 山梨大学看護学会誌, 1(2), 29-33.
笹川寿美, 中川雅子, 藤田淳子, 福録恵子, 寫田理佳, 種池禮子 (2009). 消化器外科手術後患者の初回離床時の血圧, 心拍数と自覚症状の関係. 京都府立医科大学看護学科紀要, 18, 77-82.
瀬下明良 (1986). 早期離床と術後肺機能の関連についての臨床的検討. 東京女子医科大学雑誌, 56(12), 1093-1103.
篠原崇子, 西本絹代, 橋本 愛, 北野美江子, 川口美鈴, 古田眞利子 (2007). 開腹術を受ける患者が術前から起き上がり動作の模擬体験を行った効果. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 38, 119-120.
高山裕喜枝, 間部知子, 川島延子, 山口智詠美, 酒井明子 (2004). 看護師の直観が看護判断・看護介入に及ぼす影響—術後の離床における現象パターンの分析—. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 35, 148-150.
田中晶子 (2010). 急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった救急看護師の家族援助. 日本看護研究学会雑誌, 33(2), 103-111.
若松弥生, 森 則子, 泉 奈保子, 大嶺香寿美, 中野和美, 河原啓子 (1994). 開腹術後患者の腸管蠕動を促進させる早期離床の効果の検証—心音センサー・サーマルアレイレコーダーによる測定—. 日本看護学会集録 (成人看護 I), 25, 83-85.
渡辺彩子, 畠山美佳, 高畑 愛, 桑名 静 (2007). 消化器外科術後の離床を遅らせている要因：看護師の意識に焦点をあてた分析. 日本看護学会論文集 (看護総合), 38, 235-236.

〔平成25年10月3日受 付〕
〔平成26年4月10日採用決定〕

在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度の開発

The Development of the Autonomy Scale of Hemiplegic Stroke Persons' Medical Treatment at Home

横山 孝枝¹⁾
Takae Yokoyama

上野 栄一²⁾
Eiichi Ueno

キーワード：片麻痺，自律，尺度
Key Words：hemiplegic, autonoy, scale

序 論

現在、日本での三大死因の一つとなっている脳血管疾患は、厚生労働省（2011）によると、「平成22年国民生活基礎調査」の概況のなかでの要介護者等の状況では、介護が必要となった主な原因疾患の構成割合が最多であるのは脳血管疾患であり、全体の21.5%にのぼる。大田（2005）は、脳血管障害の後遺症として片麻痺が最も多く出現すると述べている。脳血管疾患の後遺症の一つである片麻痺をもつ療養者は、日常生活上多くの支援を求めながら、自らの身体機能面の不自由さと葛藤して生活していることがうかがえる。

看護の視点での片麻痺療養者の生活の状況を評価する尺度として、谷本ら（2003）が開発した入院中の脳卒中患者を対象とする脳卒中評価表「SAN-RG評価表」があるが、開発者の所属期間のみで使用され、他では利用されていない。

永守（2012）は、障害者における「原則的自律」を、重度の知的障害者であっても他者から尊重される条件をもとに自律的主体となりうる自己決定論として枠組みを示している。自律の尊重は、片麻痺療養者の精神的健康を促し、結果として在宅療養の継続につながると考えられる。自律の概念はその人の心理的内面から派生するものであり、在宅片麻痺療養者の自律を評価する際、真の自律度を見出すためには、片麻痺療養者自らが評価の主体となることが重要である。本研究の目的は、在宅片麻痺療養者が適切な支援を受けるために、療養者自身が主体となって自己の自律性を振り返ることができる「自律度測定尺度」を開発することにある。

1. 研究の意義

在宅片麻痺療養者自身が日常生活の自律度を測定するこ

とで、療養者自身が日常生活の自律度を把握でき、日常生活の自己統制の指標とし、在宅での生活方法を療養者が能動的に評価する根拠とする。

2. 研究目的

本研究では、在宅片麻痺療養者に該当する対象者の範囲を幅広いものとした尺度開発を目的とし、在宅片麻痺療養者自身が自らの生活を自己評価し、日常生活における生活管理の面での「自律度」を認識できる道具になることを目標に、「自律度測定尺度」を開発することを目的とする。

3. 用語の定義

a. 原理的自律

永守（2012）の原理的自律の概念を引用し、重度の障害者であっても周囲の支援者である他人に受け入れられ、周囲から個人の選好とその優先順位が尊重されてその人の主体性が保たれている状態を指す。

b. 在宅片麻痺療養者の自律

片麻痺療養者の自律とは、原理的自律の概念を基盤とし、家族や療養者にかかわる医療・介護サービス提供者、その他の片麻痺療養者の心の支えとなり得る他者との信頼関係があること、自己が尊重されていること、重要他者（主介護者等）との効果的な意思疎通がとれていること、他者からの支援を受けて自分の行為を主体的に規制することを指す。

4. 在宅片麻痺療養者の自律度についての概念枠組み

在宅片麻痺療養者の内面的な自律において、加藤ら（2006）は、介護継続に関し「介護者が自ら行っている介護の価値に気づき、要介護者よりよい信頼関係を築いていく」ことが必要である、と述べている。つまり、継続した療養生活を維持するためには支援を提供する他者との信

1) 福井医療短期大学看護学科 Fukui College of Health Sciences, Department of Nursing

2) 福井大学医学部看護学科 University of Fukui, Faculty of Medical Sciences, School of Nursing

頼関係が必要であり、快く支援を受け入れられることが重要である。また、石橋（2002）は、療養者に対する重要な看護援助として「自己の肯定感を損なうことなく生きる意欲をもって成長することを支える援助」を述べており、療養者自身が在宅で療養を継続したいという意欲をもつことが自宅の環境に適応させようとする患者自身の行動力の源となりうると考える。

一方、外面的な自律においては、脳血管疾患をもつ片麻痺療養者にとって疾患を再発することは在宅における療養生活の中断を意味し、福岡・百田・大森・森山（2012）は、脳梗塞患者に関し「再発のリスクとなる生活習慣の改善、血圧測定や血糖測定などのセルフケアモニタリングを含めた自己管理の方法を獲得していくことが必要」と述べている。つまり、実際の療養生活においていかに再発を予防する生活管理ができていかに今後の療養生活の継続に影響すると考える。さらに、牧野・泉・平松（2010）は、片麻痺患者の転倒予防に関し「患者の望むたしかめ体験と、成功出来そうな目標設定のすり合わせを行い安全性を確保すること、患者の自己効力感を高め、障害の認識や受容の促進につながる」と述べている。つまり、片麻痺であることからくる身体的バランスの低下や、半側空間無視や注意力障害からくる空間認識の障害による移乗・移動時の周囲への衝突などの危険性があり、転倒・転落が原因の危険性を常に患者自身が把握しているかが、安全に生活することと直結していると考えられる。

片麻痺患者にとって、療養生活における自律とは以上のような自己の内面における意志や他者との関係確立に対する自己統制と、他者の援助を受け入れながらも療養生活を自ら実践する能力としての自己管理能力の双方から構成さ

れると考える。

よって、在宅で生活する片麻痺療養者の自律度を構成する因子として、内的自律として片麻痺をもった新たな自分として他者と関係を再構築する「在宅生活における他者との関係」、片麻痺をもちながら在宅で生きていく意欲を療養者自身もつ「在宅で生きる意欲」の2下位概念、外的自律として脳血管障害の再発を防いで在宅での生活を継続する「再発の予防」、安全を守りながら身体能力を維持する「在宅生活の維持」の2下位概念の合計4概念とした。

I. 研究方法

1. 質問紙調査票の作成と妥当性検討

概念枠組みから抽出された質問項目は、永守（2012）の提唱する障害者の自律である「原理的自律」を基盤とし、その他の先行文献（三好，2004；森山，1991；森山，2001；中島，2003；新村・坂井・田中，2005；大田，2005；千田，2008；島沢，2011；臼田，2009；在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク，1997）より原理的自律の概念の要素として当てはまるキーワードを演繹的に抽出した。内的自律として質問項目数は「在宅生活における他者との関係」に関する質問8項目、「在宅で生きる意欲」に関する質問項目10項目、外的自律として「再発の予防」に関する質問13項目、「在宅生活の維持」に関する質問15項目の合計46項目とした。回答を評価するための選択肢は①全く当てはまらない、②あまり当てはまらない、③どちらでもない、④すこし当てはまる、⑤当てはまる、の5段階評定のリッカート法とした。適応度の強度に従って、それぞれ1点から5点を与え得点化した。なお、各下位概念の質問項目数にばらつきがあるため、最高獲得点数（内的自律90点、外的自律140点）に対し獲得した点数をパーセンテージで算出し点数化した。

また、質問項目の内容妥当性検討のために、脳神経外科勤務の看護師A氏と在宅片麻痺療養者を対象に通所介護、訪問看護、ショートステイを包括して経営する施設長C氏に、検討を依頼した。その後、質問項目の表面妥当性の検討のために、被調査者のF総合病院に通院する左片麻痺の療養者A氏に検討を依頼し、逆転項目が存在することで混乱し、質問項目全体の内容が理解しにくく回答が困難になるとの意見をもらった。その結果、片麻痺療養者に対して逆転項目を含む質問項目は、混乱を招き正当な回答が得られないと判断したため、質問項目に逆転項目が含まれないように質問の言葉づかいを見直した。

2. 調査対象・調査期間・調査方法

B県内に立地するデイサービス、通所リハビリ、訪問看

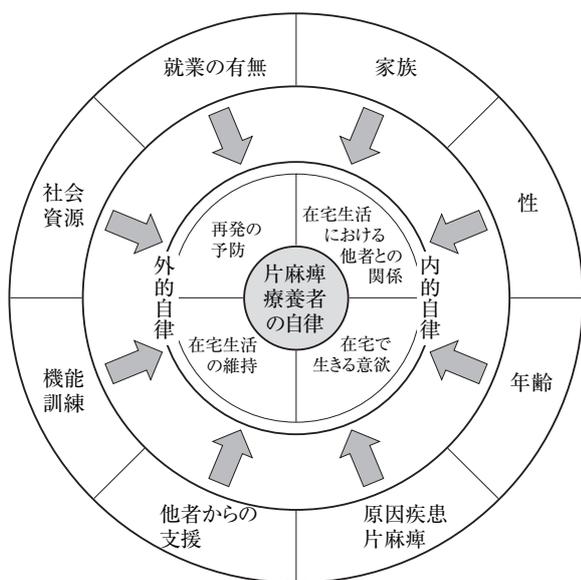


図1 在宅片麻痺療養者の自律度

護ステーションを包括して運営する介護福祉施設163施設のなかで、50施設を無作為に抽出して調査依頼を行い、施設長から同意の得られた33施設を利用する在宅で生活する片麻痺療養者275名で、調査の主旨に対して承諾の得られた150名を調査対象とした。対象者の障害の重症度は、麻痺の程度は問わないこととしたが、尺度への回答が可能であることを考慮して、単語レベルでの意志疎通が可能であり、昨日の出来事を正しく記憶できている対象者に限定した。調査期間は2012年9月から同年12月とし、調査方法は面接法とした。

3. 調査内容

a. 対象者の属性

対象者の属性として、療養者自身の発達段階や性役割による考え方、麻痺の重症度、家族からの支援がどの程度受けられて社会生活を営んでいるかにより療養者の自律度が関係することを考慮し、性別、年齢、麻痺側、麻痺の程度、麻痺が出現してからの期間、麻痺の原因疾患、訓練開始してからの期間、就業状況、同居家族人数、主介護者の有無、身体障害者手帳の有無、介護保険申請の有無について調査した。

b. 基準関連妥当性の検討

自律の概念で、在宅片麻痺療養者にも共通する構成要素をもつ基準関連妥当性の既存尺度を検索した。その結果、「自律性欲求尺度」(安藤, 2007)を用いて、対象者150名に本尺度46項目の調査と同時に面接法で調査した。本研究における在宅片麻痺療養者の自律においても、自律度の高い療養者は自律性欲求が高いと予想される。

c. 調査上の倫理的配慮

平成24年8月2日に開催されたA大学医学部倫理審査委員会の承認(平成24年9月4日)を受けた後、B県内の介護福祉施設33施設の施設長に研究の主旨、目的、調査上の倫理的配慮等を説明し、了解を得た。施設長に対し、施設の利用者である対象者の個人情報を守り、明記した文書を提示し、そのうえで同意書への署名を依頼した。また、調査対象者へは調査依頼書に研究の目的、記入方法、および個人情報を順守する旨を記載した文書を渡し、面接時に文書の内容を口頭で説明した。対象者である療養者は片麻痺であり、筆記が困難であることが多く、筆記が可能な療養者には同意書に署名を依頼したが、筆記が困難な療養者に対しては口頭での調査の同意が得られた療養者のみ調査を実施した。

d. 分析方法

因子的妥当性のため因子分析、G-P分析(good-poor analysis)を行い、基準関連妥当性のため「自律性欲求尺度」(安藤, 2007)で測定してPearsonの積率相関係数を

求めた。そして、尺度の信頼性の検討のため、Cronbachの α 係数を算出して内的整合性を検討し、I-T分析(item-total correlation analysis)でも信頼性の検討を実施した。統計ソフトは『SPSS 19.0J Windows』を使用した。

II. 結果

1. 調査の回収率

研究の対象は、B県内に在住する在宅で生活する片麻痺療養者とした。A大学医学部倫理審査委員会の承認(平成24年9月4日)後、対象者150名に対し面接法で質問票を

表1 対象者の属性

| 表1 対象者の属性 (n = 145) | | | |
|---------------------|--------|------|--------|
| 属性 | 区別 | 人数 | 全体 (%) |
| 性別 | 女性 | 64 | 44.1 |
| | 男性 | 81 | 55.9 |
| 年齢 | 50代 | 7 | 4.5 |
| | 60代 | 38 | 25.7 |
| | 70代 | 50 | 34.9 |
| | 80代以上 | 50 | 34.9 |
| 麻痺側 | 右片麻痺 | 55 | 38.2 |
| | 左片麻痺 | 90 | 61.8 |
| 麻痺種類 | 完全麻痺 | 77 | 53.3 |
| | 不完全麻痺 | 68 | 46.7 |
| 麻痺出現期間 | 1年未満 | 9 | 6.6 |
| | 1年 | 12 | 7.9 |
| | 2年 | 14 | 9.2 |
| | 3年 | 16 | 11.2 |
| | 4年 | 8 | 5.3 |
| | 5年 | 13 | 9.2 |
| | 6年 | 13 | 9.2 |
| | 7年 | 8 | 5.3 |
| | 8年 | 9 | 5.9 |
| | 9年 | 10 | 7.2 |
| 麻痺の原因疾患 | 10年以上 | 33 | 23 |
| | 脳梗塞 | 92 | 63.2 |
| | 脳出血 | 44 | 30.3 |
| | 脳挫傷 | 1 | 0.5 |
| | くも膜下出血 | 3 | 2 |
| | その他 | 5 | 4 |
| リハビリ開始期間 | 1年未満 | 13 | 9.2 |
| | 1年 | 14 | 9.9 |
| | 2年 | 15 | 9.9 |
| | 3年 | 15 | 9.9 |
| | 4年 | 7 | 4.6 |
| | 5年 | 16 | 11.2 |
| | 6年 | 14 | 9.2 |
| | 7年 | 5 | 3.9 |
| | 8年 | 7 | 5.3 |
| | 9年 | 10 | 6.6 |
| 10年以上 | 29 | 20.3 | |

配布し回答を求め、145名の回答を採用した。有効回答率は96.7%であった。

2. 対象者の背景 (表1)

対象者145人の属性として、性別は女性44.1%、男性55.9%であった。年齢は70歳代以上が大半であり、全体の69.8%を占めていた。麻痺側は右片麻痺38.2%、左片麻痺61.8%であった。麻痺の種類は完全麻痺が53.3%、不完全麻痺が46.7%と約半数ずつを占めていた。麻痺が発症してからの期間として10年以上が最多であり23%、次いで3年経過した療養者が11.2%を占めていた。麻痺の原因となった疾患について、脳梗塞が最多で63.2%、次いで脳出血が30.3%を占めていた。リハビリテーション(機能訓練)を開始してからの期間として、10年以上が最多で20.3%、次いで5年経過が11.2%であった。全体として療養者の多くが高齢者で、10年以上療養生活を送る者であることが明らかとなった。

3. 尺度の妥当性

a. 因子的妥当性と各因子間の相関

因子的妥当性の検討として、全質問項目の46個(表2)の因子分析を行い、共通性とともに検討した。スクリープロットの検討として、因子数を3と確認し、因子間にも一部0.2以上の相関を認めたためプロマックス回転を数回実施し、0.35以上の因子負荷量の項目を選定した。最終的に主因子法プロマックス回転にて因子分析を行い、最終的に以下の3因子16項目を抽出した。その後、抽出した16項目だけで再度プロマックス回転をした結果、全質問項目46項目中30項目を削除した3因子16項目(表3)を採用した。各因子間の相関は第1因子と第2因子間で $r = .54$ 、第1因子と第3因子間で $r = .03$ 、第2因子と第3因子間で $r = .19$ であり、第1因子と第2因子間で有意な相関を認めた。

第1因子の因子負荷量は、質問項目14「家族からは愛されている」.82、質問項目2「家族は私の気持ちを応援してくれる」.77などの6項目から構成され、家族や同じ片麻痺を持つ療養者との信頼関係や精神的支援に関する項目と判断し、「周囲に支えられた在宅生活」と命名した。

第2因子の因子負荷量は、質問項目17「私らしい人生を生きる」.81、質問項目16「苦しいことがあっても乗り越えられる」.73などの5項目から構成され、片麻痺という障害を患っても自ら奮起して生活を能動的に生きていこうとする項目と判断し、「在宅で前向きに生きる意欲」と命名した。

第3因子の因子負荷量は、質問項目33「片麻痺がある手足はケガに気をつけている」.81、質問項目34「危険にさ

表2 片麻痺療養者の自律度測定尺度の予測した概念と質問項目

| 予測した 下位概念 | 質問項目 |
|------------------------|-------------------------|
| 在宅生活における他者との関係 | 1 家族の一員として私の役割がある |
| | 2 家族は私の気持ちを応援してくれる |
| | 3 家族以外の人と話をする |
| | 4 同じ障がいをもつ人から励まされる |
| | 5 友人とはつきあいがある |
| | 6 同じ障がいをもつ仲間がいると思うと安心する |
| | 7 よいほうへ導いてくれる人がいる |
| | 8 努力を認めてくれる人がいる |
| 在宅で生きる意欲 | 9 片麻痺を他人に見せてもかまわない |
| | 10 片麻痺になってからも生きる目的を見つけた |
| | 11 家族のために生きていかなければならない |
| | 12 片麻痺のある私として人とつきあう |
| | 13 片麻痺のある人生を前向きに生きる |
| | 14 家族からは愛されている |
| | 15 まわりの人から支えられている |
| | 16 苦しいことがあっても乗り越えられる |
| | 17 私らしい人生を生きる |
| | 18 希望を捨てない |
| 再発の予防 | 19 栄養バランスのよい食事をとっている |
| | 20 医師からの薬は欠かさず飲んでる |
| | 21 水分はこまめにとっている |
| | 22 風邪をひかないように気をつけている |
| | 23 便秘にならないよう気をつけている |
| | 24 夜は熟睡している |
| | 25 外出はしている |
| | 26 たばこは控えている |
| | 27 お酒とカフェインはとりすぎない |
| | 28 脳の定期健診を受けている |
| | 29 お風呂で長湯をしない |
| | 30 ストレスがかからないようにしている |
| | 31 疲れすぎないようにしている |
| 在宅生活の維持 | 32 生活動作を片手でできる工夫をしている |
| | 33 片麻痺がある手足はケガに気をつけている |
| | 34 危険にさらされないように気をつけている |
| | 35 家族には遠慮なく手伝いを頼む |
| | 36 家族以外の人からの手伝いは受け入れる |
| | 37 安全のために外出する範囲は決めている |
| | 38 今後の目標がある |
| | 39 日中は身体を起こして過ごす |
| | 40 日常の楽しみがある |
| | 41 自分の身体能力のレベルを知っている |
| | 42 無理な動作はしない |
| | 43 身だしなみは整えている |
| 44 移動中に人におつからないように注意する | |
| 45 片麻痺のない手足も無理をしない | |
| 46 災害時に備える | |

らされないように気をつけている」.69などの5項目から構成され、在宅環境のさまざまな危険と自らの身体能力を照らし合わせながら生活動作を安全に行えるように自己統

表3 在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度の因子的妥当性と因子間相関

(n = 145)

| 質問番号 | 質問内容 | I | II | III | 共通性 |
|---|-----------------------|------|-------|-------|-----|
| I 周囲に支えられた在宅生活 ($\alpha = .66$) | | | | | |
| 14 | 家族からは愛されている | .82 | -.08 | .01 | .62 |
| 2 | 家族は私の気持ちを応援してくれる | .77 | -.02 | -.01 | .59 |
| 35 | 家族には遠慮なく手伝いを頼む | .61 | -.12 | -.20 | .36 |
| 4 | 同じ障がいをもつ人から励まされる | .47 | .17 | .25 | .42 |
| 6 | 同じ障がいをもつ仲間がいると思うと安心する | .42 | .18 | .24 | .37 |
| 11 | 家族のために生きていかなければならない | .41 | .35 | -.12 | .40 |
| II 在宅で前向きに生きる意欲 ($\alpha = .70$) | | | | | |
| 17 | 私らしい人生を生きる | -.15 | .81 | .04 | .60 |
| 16 | 苦しいことがあっても乗り越えられる | -.15 | .73 | .07 | .49 |
| 18 | 希望を捨てない | .18 | .71 | -.08 | .61 |
| 13 | 片麻痺のある人生を前向きに生きる | .36 | .46 | .01 | .49 |
| 10 | 片麻痺になってからも生きる目的を見つけた | .25 | .42 | -.12 | .31 |
| III 在宅における安全な生活動作の工夫 ($\alpha = .85$) | | | | | |
| 33 | 片麻痺がある手足はケガに気をつけている | .10 | -.15 | .81 | .62 |
| 34 | 危険にさらされないように気をつけている | .13 | -.15 | .69 | .44 |
| 41 | 自分の身体能力のレベルを知っている | -.19 | .15 | .50 | .31 |
| 32 | 生活動作を片手でできる工夫をしている | -.03 | .14 | .44 | .25 |
| 42 | 無理な動作はしない | -.32 | .12 | .40 | .26 |
| 寄与率 (%) | | 25 | 12.7 | 6.88 | |
| 累積寄与率 (%) | | 25 | 37.71 | 48.59 | |
| 各因子相関 | | | | | |
| | | I | 1 | | |
| | | II | .54** | 1 | |
| | | III | .03 | .19* | 1 |

[注] 主因子法プロマックス回転, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$
 尺度全体のCronbachの α 係数 = .78

制している項目と判断し、「在宅における安全な生活動作の工夫」と命名した。

第1因子から第3因子までの総項目数は16項目であった。第1因子から第3因子までの累積寄与率は48.59%であった。

b. データの正規性の確認 (尖度・歪度)

回答分布の極端な偏りのある項目を削除するために、各項目の得点の尖度と歪度でその正規性を確認した。その結果、第1因子6項目の尖度は $-0.70 \sim -0.01$ 、歪度は $-0.41 \sim 0.64$ 、第2因子5項目の尖度は $-0.79 \sim -0.44$ 、歪度は $-0.76 \sim 0.51$ 、第3因子5項目の尖度は $-0.62 \sim -0.41$ 、歪度は $0.25 \sim 0.89$ 、尺度全体では尖度は -0.50 、歪度は -0.10 であった。その結果、削除するような極端な偏りのある項目はなかった。

c. 基準関連妥当性 (Pearsonの積率相関係数)

本尺度「在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度」と基準関連妥当性のための既存尺度「自律性欲求尺度」との相関係数は $r = 0.29$ と弱い相関を示し、1%水準で有意差が確認できた。

4. 尺度の信頼性の検討

a. Cronbachの α 係数 (表3)

本研究によって確認された「在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度」の信頼性について、下位尺度ごとにCronbachの α 係数を算出した。その結果、第1因子0.66、第2因子0.70、第3因子0.85となり、尺度全体としてのCronbachの α 係数は0.78であった。

b. G-P分析 (表4)

村上(2006)のG-P分析の手順を参考にし、因子的妥当性のあった第1因子から第3因子までの質問項目16個は、それぞれ識別力があるかをみるためにG-P分析を行い、弁別的妥当性を検討した。各質問項目の得点をそれぞれ4群に分け、質問項目ごとに上位25%群と下位25%群が抽出された。各項目の平均得点は上位25%群3.21~5.00点、下位25%群1.00~3.79点であった。また、各項目において上位25%群と下位25%群の平均得点をt検定により比較した。その結果、すべての質問項目においてそれぞれ0.1%水準で有意差が確認できた。

表4 信頼性の確認 (G-P分析, I-T分析)

(n = 145)

| 下位概念 | 質問項目 | G-P分析 | | | I-T分析 |
|------|-------------------------|---------------|---------------|------|-------|
| | | 上位25%群 平均値 | 下位25%群 平均値 | 有意確率 | |
| I | 14 家族からは愛されている | 5.00 | 2.89 | *** | .60** |
| | 2 家族は私の気持ちを応援してくれる | 5.00 | 3.19 | *** | .62** |
| | 35 家族には遠慮なく手伝いを頼む | 4.84 | 1.55 | *** | .37** |
| | 4 同じ障がいをもつ人から励まされる | 3.21 | 1.00 | *** | .69** |
| | 6 同じ障がいをもつ仲間がいると思うと安心する | 4.55 | 1.00 | *** | .66** |
| | 11 家族のために生きていかなければならない | 5.00 | 1.67 | *** | .59** |
| II | 17 私らしい人生を生きる | 5.00 | 1.56 | *** | .60** |
| | 16 苦しいことがあっても乗り越えられる | 5.00 | 2.79 | *** | .52** |
| | 18 希望を捨てない | 4.00 | 2.48 | *** | .69** |
| | 13 片麻痺のある人生を前向きに生きる | 5.00 | 2.31 | *** | .68** |
| | 10 片麻痺になってからも生きる目的を見つけた | 5.00 | 2.18 | *** | .55** |
| III | 33 片麻痺がある手足はケガに気をつけている | 5.00 | 3.79 | *** | .34** |
| | 34 危険にさらされないように気をつけている | 5.00 | 3.70 | *** | .31** |
| | 41 自分の身体能力のレベルを知っている | 5.00 | 3.68 | *** | .28** |
| | 32 生活動作を片手でできる工夫をしている | 5.00 | 3.33 | *** | .35** |
| | 42 無理な動作はしない | 5.00 | 3.33 | *** | .21* |

[注] G-P分析: t 検定, I-T分析: Pearson積率相関係数. ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

c. I-T分析 (表4)

村上 (2006) は「相関係数が絶対値で0.2より小さいときはほとんど相関がなく, 0.2~0.4のときは弱い相関があり, 0.4~0.7では中程度の相関があり, 0.7より大きいときは強い相関がある」と述べている。本研究では, まず Pearsonの積率相関係数を用いたI-T相関で $r = .2$ を基準とし, 項目間とその項目を除いた残りの項目の合計得点との相関係数を算出し類似項目の精選を行った。その結果, 全ての質問項目において1%未満の有意水準で $r = .21$ 以上の相関を認めた。

d. 採択項目の平均点

在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度は, 合計点が高いほど在宅で生活する片麻痺療養者において自律度が高いかどうかを表している。採択された16項目すべての合計得点の平均点と標準偏差は, 標準偏差9.64, 平均値62.70, 中央値64であった。第1因子の平均値22.37, 標準偏差5.82, 第2因子の平均18.37, 標準偏差4.27, 第3因子の平均値21.97, 標準偏差2.90であった。

III. 考 察

1. 予測した概念と命名した概念との整合性, 因子に含まれなかった項目について

本研究において, 当初予測した概念は内的自律である第1下位概念「在宅生活における他者との関係」, 第2下位概念「在宅で生きる意欲」, 外的自律である第3下位概念

「再発の予防」, 第4下位概念「在宅生活の維持」であった。しかし, 今回の因子分析により抽出した質問項目3下位概念16項目には当初予測した第3下位概念「再発の予防」が含まれず, 第1, 2, 4下位概念を再構成して構成されることとなった。命名した概念は第1下位概念「周囲にささえられた在宅生活」, 第2下位概念「在宅で前向きに生きる意欲」, 第3下位概念「在宅における安全な生活動作の工夫」はいずれも当初予測した概念と大きな相違はなかったが, 各下位概念を構成した質問項目は第1下位概念において当初予測した第1, 2, 4下位概念を構成していた質問項目が混合して構成される結果となった。このことは, 内的自律と外的自律との関係を示唆しており, さらに構成した質問項目の検討が必要であると考えられる。

除外された第3下位概念「再発の予防」に関し, 福岡ら (2012) は軽症脳梗塞患者の再発予防に関し, 「患者のセルフケアモニタリングや生活習慣改善行動が実施されるにつれ, それに関連した臨床指標が改善している結果であった」と述べている。脳血管疾患の再発の予防には, 療養者の「自己管理」が重要であることがわかる。また, 落合ら (2004) は, 脳血管障害患者の服薬自己管理に関し, 「段階的服薬自己管理を達成させた患者のFIM得点は, 服薬管理段階の難易度に比例して高くなっていった」と述べている。つまり, 療養者の再発予防に対する自己管理は, 自立度の指標であるFIM (functional independence measure) との関係があり, 自律よりも自立に近い概念と考えられる。当初, 外的自律の概念構成のなかに自己管理の概念を組み

入れたが、今回の因子分析の結果より自律と自己管理の概念の相違が明らかとなったと考えられる。

2. データの正規性の検討 (尖度・歪度)

因子分析で抽出された16項目において、尖度と歪度がどちらも絶対値が10を超える場合には正規性は認められないが、第1因子から第3因子までの尖度と歪度はいずれも絶対値が10以下であった。したがって排除すべき項目はなく、16項目すべて採択できると判断した。

3. 基準関連妥当性の検討

本研究結果は、自律の概念が専門分野により多様化するなか、「自律性欲求尺度」が真に本尺度の妥当性を合理的に評価できる基準にあるかに課題を残す結果となった。一方、尺度開発の段階で基準関連妥当性を確認していない研究は存在する。劉 (2011) は、看護の専門職的自律性測定尺度中国版を開発するうえで、基準関連妥当性に適した既存の尺度が存在しなかったと「今後の課題」に述べている。今回、研究調査は対象者の関係上、面接法にて行いデータを収集した。また、用いた既存の尺度は同じ「自律」を測定する尺度ではあるが、研究者の専門分野が異なり、概念構成の段階で誤差が生じている可能性もある。「原理的自律」を基礎とした既存の尺度が存在しなかった事情はあるが、今後は本尺度の併存妥当性を高めるため継続した検討が必要である。

4. 信頼性の検討 (I-T分析) (表4)

本研究で作成した在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度では、 $r = .2$ を基準とし相関を確認した。しかし、尺度開発においては中等度の相関である $r = .4$ を基準にするほうが信頼性を高めるには望ましく、今後は基準を厳しくし尺度の信頼性を向上させる必要がある。

IV. 看護実践への示唆

本尺度を用いて在宅片麻痺療養者の自律度を測定することで、次のような看護実践への示唆が得られると予測できる。

1. 片麻痺療養者が、周囲より在宅での生活の主体性や自己決定を尊重されているかの療養者自身の判断材料となる。

2. 在宅で生活する片麻痺療養者自身が自ら測定することで、片麻痺療養者自身が実感している自律度を周囲の主介護者に伝えることができ、主介護者から療養者が原理的自律を尊重されるきっかけとなり、生活の質の向上につながる。

3. 在宅で生活する片麻痺療養者にかかわる医療・福祉の従事者が援助を行う際のアセスメントの判断材料となる。

4. 各因子の尺度の得点により、どの項目において自律度が低いか予測できる。

5. 在宅で生活する片麻痺療養者の自律度を判定する際は、本尺度の合計得点の算出において、介護者の支援を受けることで測定が可能となる。

V. 結論

B県内に在住する在宅で生活する片麻痺療養者145名を対象として、在宅片麻痺療養者の自律度測定尺度を作成することを試みた。概念枠組みに基づき質問紙原案を作成し、次の結果を得た。

1. 因子分析により、3因子16項目が抽出された。
2. 第1下位概念は「周囲に支えられた在宅生活」、第2下位概念は「在宅で前向きに生きる意欲」、第3下位概念「在宅における安全な生活動作の工夫」と命名した。
3. 本尺度は、信頼性、内的妥当性、表面妥当性、因子的妥当性を確認しており、信頼性と妥当性のある尺度であることが明らかとなった。しかし、妥当性に関しては課題を残す結果となった。

VI. 本研究の限界と今後の課題

1. 本尺度のデータの対象者は、B県内33施設の在宅で生活する片麻痺療養者と限定しており、一般化するには他の地域の対象者のデータと比較する等の検討が必要である。
2. 他の基準関連尺度で、妥当性の検討が必要である。
3. 本尺度と性別、年齢、麻痺側等との関連についての検討が必要である。
4. 在宅片麻痺療養者自身が簡便に測定できるよう、尺度の回答方法、合計得点の算出方法等に関して、電子媒体でシステム化できるよう検討が必要である。

要 旨

【目的】本研究の目的は、在宅で生活する片麻痺療養者の自律度測定尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討することである。

【方法】在宅片麻痺療養者の自律度尺度試作案は、質問46項目のリッカートスケールとした。対象者145名に面接法で実施した。

【結果】主因子法プロマックス回転にて、因子分析を実施し、第1因子は「周囲に支えられた在宅生活」、第2因子は「在宅で前向きに生きる意欲」、第3因子は「在宅における安全な生活動作の工夫」の計16個の質問項目を採用した。信頼性はCronbachの α 係数0.783であり、内的整合性が確認できた。

【結論】本尺度は、在宅で日常生活を送る片麻痺療養者自身が短時間に自己評価できる尺度であり、療養者自身の判断材料となる。また、主介護者から自律を尊重されるきっかけとなり得る。

Abstract

The aim of this study was to examine the reliability and validity of a scale developed to measure the degree of autonomy of individuals receiving treatment for hemiplegia at home.

The proposed autonomy scale for individuals receiving treatment for hemiplegia at home was a Likert scale comprising 46 questionnaire items. [Remark 1] Interviews were conducted with 145 participants, and factor analysis was conducted using promax rotation of principal components. A total of 16 questionnaire items were used including the first factor "life at home supported by friends and family," the second factor "positive attitude towards life at home," and the third factor "safe daily activities that can be conducted at home." Cronbach's alpha coefficient for reliability was 0.783, which confirmed internal consistency.

This scale enables individuals with hemiplegia who live at home to conduct self-evaluations in a short time, and it is a tool for determining self-care. Moreover, it may help the primary caregiver to respect the autonomy of the individual.

文 献

- 安藤史高 (2007). 保育系短期大学生の就職動機づけに対して自律性欲求・進路変更が及ぼす影響. 一宮女子短期大学紀要, 46, 71-78.
- 福岡泰子, 百田武司, 大森豊緑, 森山美知子 (2012). 軽症脳梗塞患者の再発予防における自己管理の実態と臨床指標との関連. 広島大学保健学ジャーナル, 11(1), 1-9.
- 石橋みゆき (2002). 在宅療養者の主体性を維持して行なう看護援助の構造. 千葉看護学会誌, 8(1), 22-29.
- 加藤光寛, 直成洋子, 酒井禎子, 飯田智恵, 樺澤三奈子, 内藤知佐子, 中島紀恵子, 吉村里子, 岸本かず, 加藤あや子, 白井里美, 仲村早苗, 藤田笑子 (2006). 豪雪地域の在宅療養を支援する継続看護に関する研究: 豪雪地域で在宅療養を行う療養者とその家族の療養生活の特徴. 平成17年度新潟県立看護大学看護研究交流センター年報, 45-52.
- 厚生労働省 (2011). 平成22年国民生活基礎調査の概況. Retrieved from www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10
- 劉 筱丹 (2011). 看護の専門職的自律度測定尺度中国語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 75-84.
- 牧野真弓, 泉 キヨ子, 平松知子 (2010). 転倒に至る障害たしかめ体験を行った片麻痺患者の思考プロセス. 金沢大学つるま保健学会誌, 34(1), 59-67.
- 三好春樹 (2004). 身体障害学. 90-196, 東京: 雲母書房.
- 森山志郎 (1991). 歩けた! 手が動いた—あるビジネスマンの脳卒中リハビリ成功記. 12-67, 東京: 主婦の友社.
- 森山志郎 (2001). 心が動く—脳卒中片マヒ者, 心とからだ15年. 24-85, 東京: 荘道社.
- 村上宣寛 (2006). 心理尺度のつくり方. 20-114, 京都: 北大路書房.
- 永守伸年 (2012). 障害者の自己決定論: 自律と合理性の観点から. *Contemporary and Applied Philosophy*, 3, 28-45.
- 中島和夫 (2003). 可能性への挑戦—脳出血で倒れた男のリハビリ体験記. 8-34, 東京: 新風舎.
- 新村由恵, 坂井智明, 田中喜代次 (2005). 在宅片麻痺者における転倒の実態—在宅片麻痺者の安全で自立した生活を目指して—. 日本生理人類学会誌, 10(1), 17-22.
- 落合香代子, 青木美穂, 矢澤朋子, 小室怜子, 小林栄子, 金子昌子 (2004). 認知障害のある脳血管障害者の段階的服薬自己管理: 指導を成功させる患者と看護師の要因. 茨城県立医療大学紀要, 9, 21-35.
- 大田仁史 (2005). 今すぐ役立つ介護シリーズ⑥脳卒中後の生活—元気が出る暮らしのヒント. 4-65, 大阪: 創元社.
- 千田みゆき (2008). 在宅脳卒中障害者の生きる意欲を再生する体験, 5-68, 東京: 星雲社.
- 島沢優子 (2011). 左手一本のシュート—夢あればこそ! 脳出血右半身麻痺からの復活. 12-78, 東京: 小学館.
- 谷本早苗, 武内 希, 遠山裕子, 川田久雄, 嶋村友秀, 稲岡忠勝, 山崎卓也 (2003). 脳卒中評価表によるチームアプローチ—SAN-RG評価表の活用. 高知県赤十字病院医学雑誌, 11(1), 55-61.
- 白田喜久江 (2009). なんでもできる片麻痺の生活—くらしが変わる知恵袋. 17-88, 東京: 青海社.
- 在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク (1997). 退院後の脳卒中患者支援ガイド. 4-66, 大阪: プリメド社.

平成25年9月12日受付
平成26年4月15日採用決定

看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における 終末期ケアの質評価指標の開発

Development of Qualitative Evaluation Index for End-of-life Care in Geriatric Health Care Facilities:
Focusing on Self-evaluation of Nursing Practice

横 矢 ゆかり¹⁾ 百 瀬 由美子²⁾
Yukari Yokoya Yumiko Momose

キーワード：介護老人保健施設，終末期ケア，質評価
Key Words：geriatric health care facilities, end-of-life care, qualitative evaluation

緒 言

人口の高齢化とともに、核家族化や高齢世帯の増加、女性の社会進出などによって家族介護力が低下し、施設に入所する高齢者が増加し、住み慣れた施設で看取りを希望する高齢者・家族が増加している（村井，2006）。また療養型医療施設の政策的削減により、介護老人福祉施設（以下、特養と記す）や介護老人保健施設（以下、老健と記す）における看取りのニーズは今後ますます増加すると考えられる。とくに老健は、元来、在宅復帰を目指す施設であるため、看取りのニーズに対する認識はまだまだ低い（坪，2001）。そのため老健で看取ることの意義を認識し、各職員の役割分担を含めた具体的な取り決めなどに関して、議論や職員教育を通じて、施設内で共通認識をもつ必要性が指摘されている（織井，2006）。また、終末期の判断基準とケアの方針が未確立であること（流石・牛田，2007）や、老健によって終末期ケアの方針がさまざまである（平川，2007）こと、多職種が協働しているためスタッフ間の意思の統一ができていないことが指摘（原・小野・大畑・岩郷・沼本，2010）されている。つまり、老健における終末期ケアの内容は施設の裁量によるところが大きく、施設によって終末期ケアの質にバラつきがあると考えられる。老健は特養に比べ看護職の人員配置数が多く、看護の役割を活かした質の高い終末期ケアが実践できるという特徴がある。そこで、その特徴を活かした質評価指標の開発が必要であると考えた。

終末期ケアの質評価に関する研究は、主に国外で2000年頃から発展しており、ナーシングホームにおける重度認知症高齢者の終末期ケアの評価スケール（Kiely, et al.,

2006）や、長期入所施設の死にゆく人へのケアの質の測定（Munn, et al., 2007）、ナーシングホームにおける終末期ケアプロセス尺度（Temkin-Greener, et al., 2009）が開発されている。一方、国内では終末期ケアの質評価に着目した研究はいまだ少なく、国外で開発された評価ツールをわが国で使用するには、施設ケアに関する制度の違いがあり、そのまま適用できるものではない。

そこで本研究では、老健の終末期ケアについて看護職が自己評価することでケアの質向上への認識が高まることを目指し、老健における終末期ケアの質を一定のレベルで均質にするために必要なケアを網羅できる指標を開発する必要があると考えた。

I. 研究目的

本研究は老健における終末期ケアの質を向上させるために、必要なケア項目を抽出するとともに、とくに看護職の自己評価に焦点を当てた老健における終末期ケアの質評価指標を開発することを目的とした。

II. 用語の定義

高齢者の終末期：高齢者の終末期とは、2012年の日本老年医学会の高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明において「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とされている。そこで本研究における高齢者の終末期の定義は上記の立場表明に沿い、施設内のケア会議によりスタッ

1) 前・愛知県立大学看護学部 Former School of Nursing & Health Aichi Prefectural University

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

フが終末期であると認識している状態、とする。

Ⅲ. 研究方法

A. 概念枠組み

医療の質評価においては構造 (structure)、プロセス (process)、アウトカム (outcomes) の3側面から評価するSPOモデル (Donabedian, 1966) が提唱されている。Temkin-Greener, et al. (2009) は高齢者看護の実践に適用できる指標の開発を目指し、SPOモデルと終末期にある人へのケアプロセスモデル (Stewart, et al., 1999) を統合し、ナーシングホームにおける終末期のケアプロセス尺度を開発した。その尺度はアセスメント、ケア提供、ケア提供者間のコミュニケーションと連携、入所者および家族とのコミュニケーションの4下位概念から構成された。さらに、施設の管理態勢など組織の構造が終末期ケアのプロセスに影響することが検証された。そこで本研究では、Temkin-Greener, et al. (2009) の4下位概念を基盤とした。

B. 老健における終末期ケア評価指標の作成プロセス

前述のTemkin-Greener, et al. (2009) の尺度の下位概念を構成する項目のなかにはホスピスについての理解など、制度や入所者の属性の違いから日本の老健には該当しない内容があり、意思決定の支援に関しては不十分であった。したがって本研究では、Temkin-Greener, et al. (2009) の4下位概念を基盤とするが、日本の老健の実情を踏まえて

国内外の高齢者の終末期ケアに関する研究成果から、質向上に寄与すると考えられる内容を含むよう項目を作成し、2段階の調査によって項目を加除修正した。

第1段階の調査では、老健における終末期ケアの自己評価指標に関する項目を作成した。第2段階の調査では指標の実施可能性を検討する目的で実態調査を行い、作成された指標項目の妥当性を検証する目的で、構造評価に相当する指標を把握し、関連を検討した。構造がプロセスに影響することがTemkin-Greener, et al. (2009) によって検証されており、本研究においてもそのことが確認できれば、妥当な指標項目を作成できると仮定した。

C. データ収集および分析

1. 第1段階：エキスパートによる質評価指標項目の適切性および重要性の検討 (図1)

文献検討から老健における高齢者の終末期ケアの質評価指標案を作成し、デルファイ法で質評価指標案を修正・洗練した。デルファイ法のパネルのメンバーは、調査時点において日本看護協会のホームページに氏名、所属が公開されていた老人看護専門看護師22名および先進的な終末期ケアを実施している老健23施設の看護管理者とした。質問内容はTemkin-Greener, et al. (2009) が開発した、ナーシングホームにおける終末期ケア過程を構成する①アセスメント、②ケア提供、③ケア提供者間のコミュニケーションと連携、④入所者および家族とのコミュニケーションと連携の4下位概念を活用し、国内外の高齢者の終末期ケアに関する研究成果から、質向上に寄与すると考えられる内容を

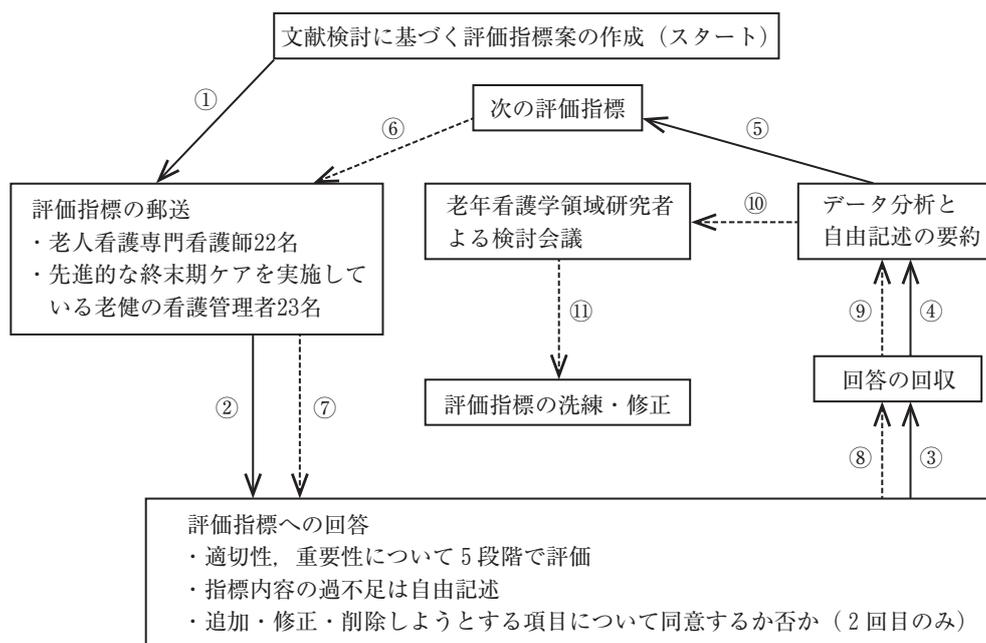


図1 第1段階：エキスパートによる質評価指標項目の適切性・重要性の検討

含むよう作成した72項目とした。対象者には、指標の適切性および重要性について指標別に5段階（1 = あまり適切／重要でない～5 = 非常に適切／重要である）で評価するよう郵送による自記式質問紙調査で依頼した。さらに、指標内容の過不足等について自由記述で求めた。次に回収された指標案への回答結果を分析し、指標案を修正した。分析方法は指標案の適切性および重要性に関する5段階評価について、平均値、最頻値、中央値を算出し、回答分布を一覧表にした。自由記述で求めた指標の過不足については、質的に分析し指標案に追加・修正した。分析結果とともに、修正した指標案を1回目の調査回答者に郵送し、追加・修正または削除した項目について同意するか否か、二者択一式で回答を求めた。さらに、修正した指標案について再度適切性および重要性についての5段階評価と指標内容の過不足について自由記述で求めた。2回目の回収結果をもとに老年看護学領域の研究者らで老健における終末期ケアの質評価指標項目について検討する会議を実施し、評価指標の作成および表現の修正を行った。

2. 第2段階：質問紙調査による質評価指標項目の実施可能性の検討（図2）

方法は自記式質問紙法で、対象は福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイトであるWAM-NETの介護事業者情報から終末期ケアを実施している老健1,000施設を無作為に抽出し、看護主任または老健において経験豊富な看護職1施設1名に回答を依頼した。質問内容は、第1段階で検討し修正した指標71項目についての実施状況（1 = 全くしていない～5 = 必ずしている）と重要性の認識（評定は第1段階と同様にした）について尋ねた。さらに、指標項目の妥当性を検討する目的で施設の管理態勢について構造評価を行った。構造評価の項目は

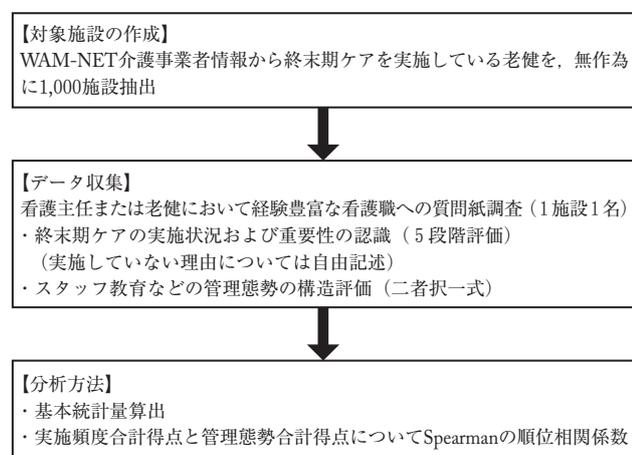


図2 第2段階：看護主任または老健において経験豊富な看護職による実施可能性の検討および構造評価

Temkin-Greener, et al. (2009) のモデルに基づき①管理の方針、②質のモニタリング、③教育、の3下位概念を設定した。管理の方針の具体的な内容は、「終末期ケアに関する理念や方針の声明を書いたものがある」「終末期ケアに関する施設のマニュアルがある」で、「心理カウンセラー、ピアサポートなどスタッフのメンタルケアを行うシステムがある（平川・植村・葛谷, 2008）」ことや「付き添いにつかれた家族の休憩場所がある（河本・井下・猪子, 2004）」ことも重要であると指摘されており、管理の方針に加えることとした。質のモニタリングは「入居者が救急処置のために移送されたとき、移送の適切性を評価するための日常的なケアの質の見直しがある」のほか、「終末期ケアを実際に受けている時期に高齢者および家族の満足度を把握する機会がある（谷口, 2004）」「看取り後に家族の満足度を把握する機会がある（Kiely, et al., 2006）」「チームによる振り返り・評価を実施するシステムがある（樋口, 2010）」を加えた。教育は「終末期の段階や症状に関する看護師のための現任教育を施設内で継続的に行っている」「看護師のために終末期の段階や症状に関する外部の現任教育を受ける機会がある」に加え、「家族に対する終末期ケア教育を行っている（樋口, 2010）」を設定した。項目は合計で11項目となり、二者択一式で回答を求めた。分析方法は単純集計により、終末期ケアの現状、質評価指標項目の実施状況および重要性の認識を把握した。指標項目の妥当性を検討する目的で、終末期ケアの実施状況71項目の合計得点（以下、実施頻度合計得点とする）と施設の管理態勢の有無で「あり」と回答した項目数（以下、管理態勢合計得点とする）についてSpearmanの順位相関係数を算出した。

D. 倫理的配慮

倫理上の配慮として、研究対象者には事前に研究の趣旨、自由意思の参加であること、研究以外の目的で使用しないことについて文書で説明した。プライバシーの保護に関しては第1段階調査は非連結匿名化、第2段階調査は無記名とした。いずれも質問紙の返送をもって同意を得たものとした。

IV. 結果

A. 第1段階：エキスパートによる質評価指標項目の適切性および重要性の検討

1. 対象者の概要

デルファイ法1回目の対象者45名（老人看護専門看護師22名、老健看護管理者23名）のうち回収数は15（回収率

33.3%)であった。性別は男性1名、女性14名、年齢は33歳から62歳であり、平均は 49.4 ± 9.5 歳であった。実務通算経験年数は6.0年から41.8年であり、平均は 23.4 ± 10.4 年であった。15名の回答者のうち老人看護専門看護師が6名、老健看護管理者が9名であった。老人看護専門看護師としての活動年数は1.0年から3.1年であり、平均は 1.8 ± 0.9 年で、現在の所属はすべて病院であった。老健看護管理者の過去1年間の看取り事例数は1例から18例であり、平均は 11.1 ± 6.3 例であった。これまでに老健で看取りを経験した事例数は2例から120例であり、平均は 52.9 ± 47.0 例であった。

2回目の対象者は1回目の調査票の返送があり、2回目の調査への協力が得られた15名とし、1回目の調査結果とともに修正した指標案(67項目)を送付した。2回目の調査票の回収数は13(回収率86.7%)であった。

2. デルファイ法による2回の質問紙調査

1回目の結果は、72項目中64項目の適切性および重要性の評価が4以上であり、適切であり重要であると評価していた。適切性および重要性の評価が4未満であった項目や自由記述の意見を踏まえ、8項目を削除、12項目を修正、3項目を追加した。

以下に、削除した8項目について示す。「入所者の清潔を保っている」「入所者が安心できる人間関係を築いている」「入所者が安心できる環境整備をしている」は、適切性および重要性の評価は4以上であったが、終末期に限定したケアではないという自由記述の意見に基づき削除した。また「嚥下・摂食障害に対して言語聴覚士と連携している」は、老健看護管理者の適切性および重要性の評価が4未満であり、言語聴覚士の配置状況が1施設当たり0.5人という現状を考慮すると現実的にはむずかしいと考えられ、削除した。「ケアマネジャーと連携して、身体状況の変化に応じて入所者および家族の意向を確認して、希望に沿った療養の場でケアを提供している」は、適切性および重要性の評価は4以上であったが、類似した内容の項目があったため削除した。「葬儀の準備など看取り後の対応について家族に説明している」は、適切性および重要性の評価が4未満であり、自由記述には「家族からの希望がなければかわらなくてもよいのではないか」「葬儀社の方に任せてもよいのではないか」という意見があったため削除した。「入所者と家族が疎遠な場合には関係の調整を行っている」は、重要性の評価は4以上であったが適切性の評価が4未満であり削除した。「入所者の意向を尊重するように家族に依頼している」は、老健看護管理者の適切性の評価が4未満であり、入所者と家族の関係や家族にも事情があることを考慮すると、入所者だけの意向を尊重するよ

うにもとらえられるため、適切性が低いと判断し削除した。

次に、修正した12項目とその理由について示す。「入所者と家族が、終末期の過ごし方について合意しているか確認している」や「入所者の意思がしっかりしているうちに意思確認を行っている」「入所者の思いや考えをじっくり聞いている」は、老健看護管理者の評価が低かった。認知症をもった入所者が多く、実際にはすべての入所者に対して行うことは困難であると考えられたため、冒頭に“入所者が意思表示できる場合”と追加し、表現を修正した。ケア提供の「延命処置(輸液、酸素投与など)による影響や効果を予測してケアを提供している」は、「施設での看取りは基本的に延命しない」「苦痛を最小限にする努力はする」「当施設では酸素投与はしていない」「輸液は持続皮下注射である」などの自由記述があり、施設によって提供される医療やその方法はさまざまであることが予測された。そこで、延命処置を実施していない施設に考慮し「延命処置(輸液、酸素投与など)をする場合は」と表現を修正した。さらに、延命処置による影響や効果だけでなく、「苦痛を最小限にする」という観点からも検討できるように「最善の利益になるかどうか検討してケアをしている」と表現を修正した。「家族の看取りに対する社会的負担の変化に配慮したうえでケアを行っている」は無回答が1名あり、社会的負担という表現がわかりにくかったと考えた。そこで「看取りに伴う家族の生活の変化(仕事を休んで面会に来るなど)に配慮したうえでケアを行っている」と修正した。「在宅、医療機関等への移行が必要な場合、ケアマネジャーと連携して、移行が可能であるか、必要な医療的支援、社会的支援があるか等を検討している」は、在宅と医療機関を分けて考えるほうが望ましいと考え、「在宅への移行を希望した場合、ケアマネジャーと連携して、在宅サービスへの橋渡しをしている」と修正した。医療機関との連携については「入所者および家族が希望する治療を受けられるように調整している」の表現を見直し、「入所者および家族が希望する治療を老健ではできない場合、医療機関と連携している」と修正した。「死後の処置に家族も加わるか、衣服や身につけるもの等の希望を確認している」は2つの内容が含まれており、衣服や身につけるもの等の希望の確認は、ケア提供の「家族の望む死後の処置の確認」と重複した内容であると考えられたため「死後の処置に家族も加わるのかの希望を確認している」と修正した。「入所者に言っておきたいことや入所者から聞いておきたいことを確認し、可能な限り実現できるように支援している」は、自由記述から看護師が仲介するより家族と入所者が直接対話できる場を提供できるほうが望ましいと考えたため、「入所者と家族が落ち着いて対話できる

場をもてるように支援している」と修正した。「家族のグリーンケアを行っている」は、「必要と思われるご家族のみ行っている」という自由記述があり、「家族の状況に応じてグリーンケアを行っている」と修正した。「終末期ケアの方針について意思確認しやすいよう信頼関係を十分に築いている」は、どちらかといえば適切でないという評価があった。“十分に”という表現があるために評価が下がることが予測されたため、“十分に”を削除し、「終末期ケアの方針について意思確認しやすいよう信頼関係を築いている」と修正した。「書面を活用し意思確認を行っている」は、老健看護管理者の適切性の評価が低く、書面を活用していない施設もある可能性が示唆された。そこで、書面の活用に限定せず「意思確認したことを記録に残している」と修正した。

追加した3項目とその理由について以下に示す。自由記述から入所者および家族とのコミュニケーションと連携に「家族と本人が最善と思うケアが選択できるように支援している」を追加した。また「入所者と家族が疎遠な場合には関係の調整を行っている」を削除し、「介護以前からの家族関係に配慮している」「介護の長期化による家族関係の変化に配慮している」という項目を新たに設けた。項目を削除・追加した結果、指標は合計で67項目になった。

2回目の質問紙調査では、1回目の調査結果をもとに削除または追加、修正しようとする23項目について同意するか否か回答を求めた。その結果、19項目の同意率が80%以上であり、エキスパートの意見を集約した指標内容の修正・洗練が行えた。残りの4項目は、同意率がいずれも80%未満で、削除に対する同意が得られなかったと判断された。削除の同意率が80%未満であった項目は「入所者の清潔を保っている」「入所者が安心できる人間関係を築いている」「入所者が安心できる環境整備をしている」で、終末期に限定したケアではないという意見に基づき削除の対象としたが、終末期だからこそ重要であり、表現を修正し項目として残しておくべきという意見が散見された。そこで老年看護領域の研究者とさらなる検討を重ね、「体調に応じて清潔援助の方法を工夫して実施している」「入所者の思いや気持ちに配慮し、かかわる人の調整をしている」「入所者が望むことのできる限り対応した環境整備をしている」と修正し、第2段階の調査では再度項目として加えることとした。また「葬儀の準備や看取り後の対応について家族に説明している」については家族の心の準備の一つとして説明すべきとする意見があった。そこで「家族の状況に応じて心の準備の一つとして看取り後の対応について説明している」と修正し、再度項目として加えることとし、最終的に項目数は71項目となった。

B. 第2段階：質問紙調査による質評価指標項目の実施可能性の検討

1. 対象者の概要

回収数は228（回収率22.8%）で、有効回答数は212（有効回答率93.0%）であった。性別は96.2%が女性で、年齢は26歳から68歳であり、平均は 51.62 ± 7.78 歳であった。現在の職場での経験年数は平均 7.75 ± 5.15 年で、これまでの実務通算経験年数は平均 26.04 ± 10.16 年であった。71.4%の施設が病院や診療所を併設していた。入所定員が100人までの施設は83.9%で、入所者の平均要介護度は 3.47 ± 0.39 であった。終末期ケアを実施するようになって2年以上5年未満という施設が最も多く、102施設（48.1%）、次いで5年以上が42施設（19.8%）、1年以上2年未満が39施設（18.4%）、1年未満の施設は29施設（13.7%）であった。老健での看取り経験事例数は定員100人当たり平均 18.60 ± 41.40 例であった。看護職の人数は施設全体で、定員100人当たり平均 13.99 ± 5.16 人おり、夜勤の配置人数は定員100人当たり 1.91 ± 2.60 人であった。介護職の人数は施設全体で定員100人当たり平均 35.62 ± 13.98 人おり、夜勤の配置人数は定員100人当たり 5.58 ± 6.30 人であった。

2. 終末期ケアの現状

終末期の治療内容を確認するための書類があると回答した施設は154施設（74.0%）で、看取る場所の希望を確認する書類があると回答した施設は126施設（61.5%）であった。終末期の治療について初めて確認する時期は終末期と判断されたときが最も多く、140施設（73.3%）であった。次いで入所時が31施設（16.2%）、その他、入所者や家族の状況に応じて時期が異なる場合や、状態が悪化したとき、経口摂取不良になったとき、家族の希望があったときなどであった。終末期の治療を確認する相手（複数回答）は、家族や親族が最も多く210施設（99.1%）であった。入所者本人に確認していた施設は42施設（19.8%）であった。過去1年間に施設で看取った事例数は平均 6.9 ± 9.0 事例であった。

3. 質評価指標項目の重要性の認識（表1）

71項目すべての平均値、中央値、最頻値が4.0（重要である）以上であった。最小値が2.0（どちらかと言えば重要でない）であった項目は32項目あり、1.0（重要でない）であった項目は28項目あった。

4. 質評価指標項目の実施状況（表1）

各項目の平均値、中央値、最頻値、最小値、最大値を算出した。その結果、全指標71項目のうち、34項目について

表1 質評価指標項目の実施状況と重要性の認識

| No. | | 実施状況 | | | | | 重要性 | | | | |
|-----|--|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 平均値 | 中央値 | 最頻値 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 中央値 | 最頻値 | 最小値 | 最大値 |
| 1 | 意識状態をアセスメントしている | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 2 | 呼吸状態・呼吸困難をアセスメントしている | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.7 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 3 | 嚥下・摂食状態をアセスメントしている | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.4 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| 4 | 痛みをアセスメントしている | 4.1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 5 | 皮膚損傷をアセスメントしている | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 6 | 排便状況をアセスメントしている | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.3 | 4 | 5 | 3 | 5 |
| 7 | 情緒的安定をアセスメントしている | 4.0 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.4 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 8 | ケアへの抵抗をアセスメントしている | 3.9 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.1 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.2 | 4 | 4a | 3 | 5 |
| 9 | 入所者が意思表示できる場合、いまここで実現したい希望を本人に確認し、アセスメントしている（食事、入浴、出かけた場所、会いたい人、もう一度やりたいことなど） | 3.7 | 4 | 5 | 1 | 9 | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 10 | 入所者が意思表示できる場合、死を迎える場所の希望を本人に確認し、アセスメントしている（家で死にたい、現在いる場所で死にたい、入院しないなどその理由） | 2.9 | 3 | 2 | 1 | 9 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 11 | 入所者が意思表示できる場合、終末期の治療の希望を本人に確認し、アセスメントしている（終末期の鎮静、救急部に搬送しない、蘇生術をしない、経管栄養をしないなど） | 3.0 | 3 | 1 | 1 | 9 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| 12 | 入所者が意思表示できない場合、過去の発言を家族から聴取し本人の望みを推し量っている | 3.8 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 13 | 現在の入所者の状態の家族の理解度をアセスメントしている | 3.8 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 14 | 死を迎える場所の希望を家族に確認している | 4.3 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| 15 | 終末期の治療の希望を家族に確認している | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.8 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| | | | | | | | 4.7 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 16 | 家族がどの程度入所者の意向を汲んで発言しているかアセスメントしている | 3.4 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.3 | 4 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.2 | 4 | 5 | 3 | 5 |
| 17 | 入所者が意思表示できる場合、入所者と家族が、終末期の過ごし方について合意しているか確認している | 3.2 | 3 | 4 | 1 | 9 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.3 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| 18 | 呼吸が楽になる体位を工夫している | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.7 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 19 | 痛みの管理に関する十分な専門知識に基づいてケアをしている | 3.5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.7 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 20 | 入所者の張り合いや希望実現をサポートしている | 3.5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.4 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 21 | 体調に応じて清潔援助の方法を工夫して実施している | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | | | | | |
| 22 | 入所者の身体に尊厳を持って日常的に触れている | 4.2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 23 | 入所者の思いや気持ちに配慮し、かかわる人の調整をしている | 3.5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.3 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | | | | | |
| 24 | 入所者が望むことにできる限り対応した環境整備をしている | 3.8 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | | | | | |
| 25 | 急変時の医療体制について確認している | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4.8 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| | | | | | | | 4.9 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 26 | 希望の変化や揺らぎに応じて柔軟に対応している | 4.0 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 27 | 延命処置（輸液、酸素投与など）をする場合は、最善の利益になるかどうかを検討してケアを提供している | 3.7 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.3 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.8 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 28 | 家族の看取りに対する準備状況に配慮したうえでケアを行っている | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 29 | 家族の看取りに対する身体的負担の変化に配慮したうえでケアを行っている | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 30 | 家族の看取りに対する心理的負担の変化に配慮したうえでケアを行っている | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 31 | 看取りに伴う家族の生活の変化（仕事を休んで面会に来るなど）に配慮したうえでケアを行っている | 3.8 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.4 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 32 | 家族と本人が最善と思うケアが選択できるよう支援している | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |

看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標の開発

| No. | 実施状況 | | | | | 重要性 | | | | |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 平均値 | 中央値 | 最頻値 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 中央値 | 最頻値 | 最小値 | 最大値 |
| 33 | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 34 | 4.0 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 35 | 3.7 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 36 | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| | | | | | | 4.4 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 37 | 4.0 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 38 | 4.1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.4 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 39 | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 40 | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 41 | 3.9 | 4 | 5 | 1 | 9 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 9 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 42 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 9 | 4.7 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.7 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 43 | 3.3 | 3 | 5 | 1 | 5 | 4.2 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | | | | | |
| 44 | 3.6 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.3 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.4 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 45 | 3.5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.2 | 4 | 4 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.2 | 4 | 5 | 3 | 5 |
| 46 | 3.5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.2 | 4 | 4 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.4 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 47 | 3.1 | 3 | 4 | 1 | 5 | 4.1 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.4 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| 48 | 3.6 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.3 | 4 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.4 | 4 | 4a | 3 | 5 |
| 49 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 50 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 51 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.8 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 52 | 4.1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.7 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 53 | 3.4 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.2 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 54 | 4.0 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 55 | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| | | | | | | 4.4 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 56 | 4.2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 57 | 4.1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 58 | 2.8 | 3 | 4 | 1 | 5 | 4.2 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.3 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| 59 | 2.8 | 3 | 1 | 1 | 9 | 4.0 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.2 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| 60 | 2.5 | 2 | 1 | 1 | 5 | 4.1 | 4 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.2 | 4 | 5 | 3 | 5 |
| 61 | 3.4 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.5 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 62 | 3.9 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 63 | 4.3 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| | | | | | | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 64 | 3.8 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| | | | | | | 4.8 | 5 | 5 | 4 | 5 |

| No. | | 実施状況 | | | | | 重要性 | | | | |
|-----|--|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 平均値 | 中央値 | 最頻値 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 中央値 | 最頻値 | 最小値 | 最大値 |
| 65 | 終末期ケアの方針について意思確認は複数回行っている | 3.8 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| 66 | 入所者の意思表示が確認できず、また、以前の考え方を確認できない場合、家族に親戚や医師と相談することを促す等、必要な決定を家族が行うことを支援している | 4.3 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| 67 | 家族に意思決定を求める場合には家族間で話しあって決定するように促している | 4.6 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 68 | 意思決定に際して気持ちは変化し得るものであることを伝えている | 4.2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| 69 | 意思決定に際しては即答を求めず時間的ゆとりを提供している | 4.4 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 70 | 入所者にとって何が最善かという視点を家族に助言している | 4.1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4.6 | 5 | 5 | 3 | 5 |
| 71 | 老健でできる医療についてや病院との人員配置などの違いを説明し、適切な療養場所を選択できるよう情報提供している | 4.5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4.7 | 5 | 5 | 3 | 5 |

- ・ 普段どの程度実施しているかについて5段階で振り返ってください。
(1 = まったくしていない, 2 = ときどきしている, 3 = たびたびしている, 4 = おおむねしている, 5 = 必ずしている)
- ・ 介護老人保健施設における終末期ケアにおいてどの程度重要性があると思いますか。
(1 = あまり重要でない, 2 = どちらかといえば重要でない, 3 = やや重要である, 4 = 重要である, 5 = 非常に重要である)
- ※ 上段に看護主任または経験豊富な看護職への調査結果, 下段にエキスパートへの調査結果が表示されています。
- ※ a 最頻値が複数あり, 最小値が表示されています。
- ※ エキスパートには実施状況について調査していないので空欄です。

は平均値が4.0以上で項目のケア内容を「おおむね」実施していた。33項目については平均値が3.0以上4.0未満で項目のケア内容を「たびたび」実施しており、4項目については平均値が2.0以上3.0未満で項目のケア内容を「ときどき」実施していた。とくに実施頻度が低かった項目は「入所者の意思表示ができる場合、意思がしっかりしているうちに意思確認を行っている」「他職種と連携し、入所者が意思決定できなくなった場合に備えて意思決定者を指名する支援をしている」「入所者が意思表示できる場合、死を迎える場所の希望を本人に確認しアセスメントしている」であった。これらの項目のケア内容について実施していない理由として、自由記述には『認知症の利用者が多く、意思決定できない』という意見が多数あった。これに対し『老健に入所する時点で、すでに意思決定できない利用者が多いため、居宅のケアマネジャーや家族が本人の意思確認をしておく必要がある』という意見もあった。「他職種と連携し、家族の状況に応じて家族のグリーフケアを行っている」は、回答分布は各実施頻度にそれぞれ20%前後ずつ分散していた。

実施頻度が高かった項目は「入所者および家族が希望する治療を老健でできない場合、医療機関と連携している」「入所者の心身の状況について状態に変化があったときに説明している」「家族に意思決定を求める場合には家族間で話しあって決定するように促している」「急変時の医療態勢について確認している」などであった。

5. 作成された項目の妥当性

作成された指標項目の妥当性を検討するために、実施頻度合計得点と管理態勢合計得点についてSpearmanの相関係数を算出した。その結果、相関係数は.52 ($p < .01$)と正の相関が認められた。施設の管理態勢として整備されていた項目は、終末期ケアに関する施設の理念や方針の声明を書いたものがある134 (63.8%)、終末期ケアに関する施設のマニュアルがある133 (63.0%)、看護師のために終末期の段階や症状に関する外部の現任教育を受ける機会がある108 (51.4%) などであった。

一方、あまり整備されていなかった管理態勢は、心理カウンセラー、ピアサポートなどのスタッフのメンタルケアを行うシステムがある19 (9.0%)、家族に対する終末期ケア教育を行っている26 (12.4%)、看取り後に家族の満足度を把握する機会がある(アンケートやカンファレンス、面接など) 56 (26.5%) などであった。

V. 考 察

1. 質評価指標項目の適切性および重要性

指標作成においては、ナーシングホームや介護老人福祉施設、訪問看護など老健に限らず多種多様な施設の研究成果をもとに作成した。第1段階の調査では、評価結果や自由意見に基づき筆者が老健の実情にあうよう内容や表現を工夫し、類似した項目を削除するなどして項目を精選したことにより、最終的には多くの項目の適切性および重要性が高く評定され、老健の特徴を踏まえた指標項目をおおむ

ね抽出できたと考えられた。とくに嚥下・摂食障害に対する言語聴覚士との連携は、老健における言語聴覚士の配置状況が1施設当たり0.5人（全国老人保健施設協会，2010）であるという現状から現実的には困難なケア内容であることを考慮し、削除したことは妥当であったと考えられる。また入所者と家族が疎遠な場合に家族関係の調整を行うことについて、入所者と家族の関係や、家族にも事情があることを考慮すると、現実的には介入することが困難であると考え削除した。しかし、家族関係への配慮は必要であると考え、介護以前からの家族関係や介護の長期化による家族関係の変化に配慮できるよう、項目を新たに設けたことは妥当であったと考えられる。なぜなら家族が直面している問題の多くは、根深く複雑で、現状のシステムでは必ずしも解決可能とは限らず、相手との間に明確な境界を引くことで適度な距離を保つことがケアを拓く（渡辺，2009）とされており、家族関係に配慮しながらケア提供の方法を模索することは重要であると考えられた。延命処置に関して、施設によって提供される医療やその方法はさまざまであることが予測され、延命処置による影響や効果だけでなく“苦痛を最小限にする”という観点からも検討できるように表現を修正したことや、家族のグリーフケアに関して、悲嘆のプロセスには個人差があることを考慮し、家族の状況に応じたケアが行えるよう表現を工夫したことにより妥当な結果が得られたと考える。

指標項目の重要性は、第2段階の調査でも回答を得ており、第1段階の調査結果と類似した傾向であったことから、エキスパートと実際のケア提供者の間でも合意が形成されたものと考えられた。

2. 質評価指標項目の内容的妥当性

第1段階では文献検討から質評価指標項目の原案を作成し、エキスパートを対象に2回の質問紙調査を行い、指標項目を修正・洗練した。この方法は指標開発のプロセスとして広く用いられている方法である（山本・岡本・鈴木・岡田・石垣，2007；吉田・和泉・片倉・波川，2011）。2回目の質問紙調査では、1回目の調査結果を返送し、1回目の調査結果をもとに追加・修正または削除した項目について同意するか否か回答を求めた。そのため2回目の調査票への回答は、他の回答者の視点を知ったうえで自分の意見を再編成し回答できたと考えられ、特定の論点にのみこだわらず、紙面上で多面的なコミュニケーションがはかられた。このようにエキスパートの意見を集約できたため、質評価指標項目の内容的妥当性は高められたと考える。また、エキスパートによる内容的妥当性の確認には最低5人以上必要であるとされている（Lynn，1986）。本研究は1回目の調査では15名、2回目の調査では13名の回答が得ら

れ、内容的妥当性を確認するために必要な人数を満たしていたといえる。エキスパートとしては、老人看護専門看護師と老健の看護管理者を対象とした。老人看護専門看護師は、高齢者にとっても家族にとっても納得のいく終末期ケアの確立を重要な役割としている。そのような役割や高度な知識をもつ老人看護専門看護師からの意見を反映することは、質評価指標を開発するうえで重要であると考えた。しかし、ほとんどが現在は病院に所属しており、老健の現状を把握するには限界がある。そこで老健の看護管理者の回答も得ており、老健の現状を踏まえた意見を反映した指標内容の修正が可能になったため、内容的妥当性が高められたと考える。

第2段階では、老健の看護主任または経験豊富な看護職を対象に、終末期ケアの実施状況とケア項目の重要性の認識を調査した。その結果、全指標71項目が「重要である」と認識されており、妥当性の高い指標項目を作成できたと考えられた。「家族に意思決定を求める場合には家族間で話しあって決定するように促している」は、実施頻度も高く、特養を対象とした渡辺・千葉・細田・松澤・曾根（2010）の調査結果とも一致するもので、代理決定する家族への重要なケアとして妥当性の高い項目であったといえる。「入所者の思いや気持ちに配慮し、かかわる人の調整をしている」「入所者が望むことにできる限り対応した環境整備をしている」も実施頻度が高かった。この項目は田高・川越・宮本・緒方・門田（2007）の認知症専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質評価基準である「利用者の人的環境（日頃かかわる人々との関係や頻度等）についてアセスメントを行い、それに基づきなじみの関係の継続を支援している」や「利用者の生活環境（日常生活場所や就寝場所等）安全性、安楽性についてアセスメントを行い、それに基づき適切な生活環境のための調整をしている」と類似した項目である。田高ら（2007）の調査結果でも遂行度が高く、本調査と類似した結果であり、認知症高齢者の終末期ケアとしても妥当性の高い項目が抽出できたと考えられる。

3. 質評価指標項目の実施可能性

a. 質評価指標項目の実施状況、終末期ケアの現状からみた実施可能性

全指標71項目のうち、34項目については平均値が4.0以上で項目のケア内容を「おおもね」実施していた。この34項目については実施可能性が高いことが示され、指標項目として決定した。とくに施設医師および医療機関との連携に関する項目の実施頻度が高かった。これは、高齢者介護施設において医療機関との連携が看護職にとって重要な役割と責任（櫻井，2010）、とされているためであると考え

られる。また、家族に対して入所者の心身の状況について説明したり、家族間で話しあって意思決定するよう促したりするケア項目の実施頻度も高かったことから、家族に十分な説明をし、家族間の合意のもとにケアを提供しようとする姿勢が見受けられた。これは主介護者のみの意向で意思決定していた場合、臨死期になって突然、主介護者以外の家族が登場し、それまで共有してきたゴールの変更が迫られ、主介護者が悔いを残す結果が想定される(樋口, 2010)ためであると考えられる。さらに「呼吸状態・呼吸困難のアセスメントをし、呼吸が楽になる体位を工夫」するなど、医学的判断に基づくケア項目の実施頻度が高かった。しかし「入所者の意思表示ができる場合、意思がしっかりしているうちに意思確認を行っている」など、他職種と連携し入所者本人の意思決定をサポートするケア項目に関しては、実施頻度が低かった。

これらのことから老健の看護職は、終末期ケアにおける医療を中心とした役割を果たすためのケアを実践し、家族ともコミュニケーションがはかられている一方で、他職種と連携した入所者本人への意思決定をサポートするケアについては、重要性の評価は高いものの実施頻度は低く、十分に実施されていないという現状が明らかになった。入所者本人の意思決定へのサポートについては、入所時から認知症があり意思確認が困難であることや、終末期と判断されたときに初めて終末期の治療の希望を確認することが多く、そのときにはすでに意思表示が困難であることを想定し、「入所者の意思表示ができる場合……」と表現を工夫したが、それでも実施頻度は低かった。高齢者では、家族に依存して生活することが多くなったり、他者との関係性のなかで物事を決定することが多くなる。そのため、高齢者自身が意思を主張することが少なくなる傾向が強くなり、医療や看護の方向性が家族の意思で決定されることが多い(岩鶴, 2008)ことが指摘されており、本調査においても同様の結果であったといえる。しかし重要性の認識は高いため、項目を削除する必要はないと考えた。高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインでは「生死にかかわるような決定は、たとえ家族に介護負担等の現実的な影響を及ぼさなくても、家族の人生の物語に大きく影響するため、家族との合意が求められる」(日本老年医学会, 2012)とされており、意思決定に際し家族と医療・介護従事者の合意形成は重要である。一方で「家族は一般に本人のことをよく知っており、本人の意思を代理するのに適していると考えられているが、本人の意思ないしその推定のみで依拠する決定は危険である」こともガイドライン(日本老年医学会, 2012)において指摘されていた。よって高齢者の意思決定能力に応じたケア・プランへの参加によって実施頻度は向上する可能性があると考えた。

草場(2007)による終末期ケアに関する意向確認に関する調査では、入所時からの確認が特養で57%、老健では8%であった。鶴若・仙波(2010)による特養における調査でも、入居時に76.2%が意向を確認していたという報告があった。老健を対象とした本調査において、入所時に終末期の治療の希望を確認している施設は16.2%と、特養に比べて少なかった。一般に特養では利用者および家族、スタッフにも終の棲家と認識されており、入所時に終末期ケアの希望を確認することにあまり抵抗がないと考えられる。しかし老健では、在宅復帰を支援するという役割上、入所時から終末期の意向を確認することには抵抗があると考えられた。このように在宅復帰支援を役割とする老健で終末期ケアの役割も求められているという状況が、意思決定への支援を困難にしていると考えられた。鶴若・仙波(2010)は、死を語ることをタブーとしたり精神的ショックを与えるという理由から、意向を聞きにくいとされるが、これからどのような生活が可能となるか、どのようなケアを受けられるのか、というコミュニケーションの延長上に看取り介護の意向確認がある、と指摘していた。そのため老健の看護職は、終末期の意向を確認することについて、在宅復帰できるか否かにかかわらず、老年期の一つの課題としてとらえることが必要であると考えた。そこで、入所時から終末期ケアに関する意向を確認する考えが定着するような老健における終末期ケア教育が必要であると考えた。わが国でも、意思決定能力の低下に備えて当事者が受けたいケアについて医療者や家族と話しあい、あらかじめ意思決定しておくアドバンス・ケア・プランニング(advance care planning: ACP)の重要性が指摘されている(鶴若・仙波, 2010)。このことから入所者本人の意思決定へのサポートに関する項目は必要であり、ACPに関する終末期ケア教育を行い、在宅機関や医療機関との連携においてケアプランを共有することが必要であると考えた。また、ACPには専門看護師、議論、教育、多くの専門分野にわたるチームの介入が必要不可欠とされている(Jeong, Higgins, & McMillan, 2010)。わが国において老健に在職する老人看護専門看護師はきわめて少なく、老健における専門看護師の活躍が期待される。

「他職種と連携し、家族の状況に応じて家族のグリーフケアを行っている」も重要性が高く評価されていたわりに、ケアの実施頻度は低かった。グリーフケアは、死別直後から長期にわたって継続的に行われることとされており(坂口, 2011a)、具体的には葬儀後の遺族に対して追悼の便りを出し、改めて故人の冥福を祈ること(内田・岡本, 2009)など、死別後に行われるものにとらえられている。一方でグリーフケアの構成概念は、療養生活開始から終末期のグリーフケア、臨終時のグリーフケア、看取り後のグ

リーフケアの3つから構成されており(小野, 2011), グリーフケアは死別後に始まるわけではないという考え方もあるなど, グリーフケアの定義はまだまだ曖昧であり, その方法も確立されていない。さらに老健における看取り指針作成の手引き(全国老人保健施設協会, 2007)では, グリーフケアについて明示されておらず, 介護保険のターミナルケア加算の算定要件でも看取り後のケアについて触れられていない。このようにグリーフケアの定義がまだまだ曖昧であることや, 施設におけるグリーフケアの方法が確立されていないこと, ターミナルケア加算の算定要件にはわからないことなどが影響し, 実施頻度が低かったと考えられた。

b. 質評価指標項目の実施状況と施設の管理態勢の関連からみた実施可能性

質評価指標項目の実施状況と施設の管理態勢には高い正の相関が認められ, 管理態勢が整備されている施設ほど, 実施頻度合計得点が高く, 妥当な項目を作成できたと判断できた。

4. 看護実践への示唆

今回, 文献検討から導き出された「看護師の自己評価に焦点を当てた老健における終末期ケアの質評価指標項目」について, 指標項目の妥当性および実施可能性を検討した。その結果, 専門家審査によって指標項目の内容的妥当性を高め, 実際のケア提供者への調査によって指標項目の実施可能性は高いことが示された。これまで終末期ケアを数量化して評価するツールはほとんどなかったが, 本研究において開発された指標を用いて終末期ケアの実践を看護職が自己評価することで, 日頃のケアを振り返り, 質の高いケアを提供する一助となると考える。

5. 本研究の限界と今後の課題

質評価は構造・プロセス・アウトカムの3側面から評価することが提唱されている。しかし本研究は, プロセス評価の一つの主観的評価として看護職の自己評価に焦点を当てており, 1側面からしか評価できないという点で質評価の方法における限界がある。今後は入所者や家族による客観的評価と対応させて評価するなど, 多面的に評価する仕組みを開発することが課題である。また老健における終末

期ケアは, 近年, 急速に広まり始まったばかりであり, 施設の方針もさまざまであり実情にあわせて今後も継続的に研究を進め, 本研究で開発した指標の質を高めていくことが課題である。さらに本研究における評価項目は介護保険施設全般に適用できる可能性があり, 対象を介護老人福祉施設に広げ, 検証していくことも課題である。

VI. 結 論

文献検討から導き出された「看護職の自己評価に焦点を当てた老健における終末期ケアの質評価指標項目」72項目は, 2段階の調査によって洗練された。エキスパートを対象としたデルファイ法による第1段階調査, 第1回目の結果, 8項目を削除, 12項目を修正, 3項目を追加して合計67項目が作成された。エキスパートへの2回目の調査の結果, 削除の同意率が80%未満であった4項目について, 表現を見直し再度項目として加えることとし, 合計71項目が作成された。作成された71項目は, エキスパートの合意が得られたため内容的妥当性を確保できたものと判断された。実際のケア提供者である看護主任または経験豊富な看護職を対象とした第2段階調査においても, 全項目の重要性の評価は高く, 約半数の項目が「おおむね」実施されていたことから実施可能性は高いと考えられ, 71項目すべてを指標項目として決定した。また, 作成された指標項目の妥当性を検討する目的で指標項目の実施状況と施設の管理態勢との関連をみたところ, 施設の管理態勢が整備されているほど, 指標項目全体の実施頻度が高く, 妥当な項目を作成できたと考えられた。

謝 辞

調査にご協力いただきました老人看護専門看護師の皆さま, 老健の看護管理者および看護主任をはじめとするスタッフの皆さまにお礼申し上げます。また論文作成過程において, 研究デザインおよび評価項目の検討等にご助言を賜りました愛知県立大学看護学部の山口桂子教授に深く感謝いたします。

本研究は, 平成22年度から23年度の科学研究費補助金若手(B)課題番号22792278の助成を受けて行った。

要 旨

【目的】 看護職の自己評価に焦点を当てた老健における終末期ケアの質評価指標を開発すること。

【方法】 第1段階は文献検討により抽出した指標項目案について, エキスパート45名を対象に2回の質問紙調査を実施し, 項目の適切性および重要性を検討した。第2段階は全国の老健1,000施設各1名の看護職を対象とし, 第1段階で検討した項目の実施頻度および重要性について5段階で回答を得た。さらに施設の管理態勢の有無と

実施頻度について Spearman の相関係数を算出し、項目の妥当性を検討した。

【結果】第1段階は回収数15（回収率33.3%）で、項目を加除修正し71項目となり、適切性および重要性が高いことを確認した。第2段階は回収数228（回収率22.8%）で、約半数の項目が「おおむね」実施されていた。実施頻度と管理態勢との相関係数は .52であった。

【結論】項目の適切性および重要性は高く評価され、施設の管理態勢が整備されているほど実施頻度も高かったことから、ある程度妥当な項目が選定できたと考えられる。

Abstract

Purpose: This study aimed to develop a qualitative evaluation index for terminal care in geriatric health care facilities, using self-evaluation by nurses.

Methods: In stage one, using the Delphi method, 45 expert nurses were surveyed regarding the appropriateness and importance of 72 index items. These items were modified and verified. In stage two, nursing practice data were collected by postal mail from 1,000 nationwide geriatric health care facilities. Questions involved items from stage one. Frequency of implementation and importance were assessed. Questions were also asked about the facility's management and education system. Wilcoxon's signed rank test and Spearman's correlation coefficient were used for statistical analysis.

Results: In stage one, 15 nurses (33.3%) responded. The appropriateness and importance of the 71 remaining revised items were evaluated and verified to be at high levels. In stage two, 228 nurses (22.8%) responded. The importance of all items was shown; however, only approximately half were implemented. There was a significant correlation between frequency of implementation and management system ($r=.52$).

Conclusion: The appropriateness and importance of items were evaluated to be high. Frequency of implementation was higher when a facility had an established management system. The results suggest that the items selected had a certain level of validity.

文 献

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), Pt.2, 166-203.
- 原 祥子, 小野光美, 大畑政子, 岩郷しのぶ, 沼本教子 (2010). 介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへの関わりと揺らぎ. *日本看護研究学会雑誌*, 33(1), 141-149.
- 樋口京子 (2010). 高齢者の終末期ケア ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール. 44-57, 東京: 中央法規.
- 平川仁尚 (2007). 高齢者の施設・在宅における終末像の実証的検証および終末期ケアにおける高齢者の自己決定のための情報開示のあり方. *Aging & Health*, 16(1), 38-41.
- 平川仁尚, 植村和正, 葛谷雅文 (2008). 高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題. *医学教育*, 39(4), 245-250.
- Lynn MR (1986). Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- 岩鶴早苗 (2008). 認知症者の意思決定の可能性と限界. *EB NURSING*, 8(2), 18-23.
- Jeong, S.Y., Higgins, I., and McMillan, M. (2010). The essentials of Advance Care Planning for end-of-life care for older people. *J Clin Nurs*, 19, 389-397.
- 河本久美子, 井下訓見, 猪子弘美 (2004). 介護老人保健施設における看取りへの取り組み—自然な看取りを考える—. *日本看護学会論文集 (老年看護)*, 35, 158-160.
- Kiely, D.K., Volicer, L., Teno, J., Jones, R.N., Prigerson, H.G., and Mitchell, S.L. (2006). The validity and reliability of scales for the evaluation of end-of-life care in advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20(3), 176-181.
- 草場美千子 (2007). 2006介護老人福祉施設 (特養)・介護老人保健施設 (老健)における看取りの現状. *日本看護学会論文集 (地域看護)*, 38, 118-120.
- Munn, J.C., Zimmerman, S., Hanson, L.C., Williams, C.S., Sloane, P.D., Clipp, E.C., Tulsy, J.A., and Steinhauer, K.E. (2007). Measuring the quality of dying in long-term care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1371-1379.
- 村井淳志 (2006). 介護施設における終末期ケア—馴染みの場所で最期を迎えたい. *月刊総合ケア*, 16(12), 78-81.
- 日本老年医学会 (2012). 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 平成23年度老人保健健康増進等事業. Retrieved from <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/member/kaikai/jgsH23roukenjigyoujisseki.pdf>
- 小野若菜子 (2011). 家族介護者に対して訪問看護師が行うグリーフケアとアウトカムの構成概念の検討. *日本看護科学会誌*, 31(1), 25-35.
- 織井優貴子 (2006). 都市型介護老人保健施設における終末期ケアについての意識調査: 看護職と介護職の比較. *老年看護学*, 10(2), 85-91.
- 坂口幸弘 (2011a). 遺族へのグリーフケアとスタッフ自身のケア. *臨床老年看護*, 18(1), 15-20.
- 流石ゆりこ, 牛田貴子 (2007). 高齢者の終末期 (end-of-life) のケアにおける看護職の悩み・困難—A県下の介護保険施設に勤務する看護職への調査から. *保健の科学*, 9(12), 849-854.
- 田高悦子, 川越博美, 宮本有紀, 緒方泰子, 門田直美 (2007). 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質評価基準の開発. *老年看護学*, 11(2), 64-73.
- 谷口寛子 (2004). 「痴呆高齢者の終末期ケア」についての意識調査に基づく一考察—看護・介護従事者が終末期ケアにおいて「大切だ」と思っていること. *こころの健康*, 19(2), 77-85.
- Temkin-Greener, H., Zheng, N.T., Norton, S.A., Quill, T., Ladwig, S., and Veazie, P. (2009). Measuring end-of-life care processes in nursing homes. *Gerontologist*, 49(6), 803-815.
- 坪 捷江 (2001). 介護老人保健施設職員のターミナルケアに関する

- る意識調査. 総合看護, 2, 33-40.
- 鶴若麻理, 仙波由加里 (2010). 特別養護老人ホームの看取り介護についての入居時の意向確認に関する研究. 生命倫理, 20 (1), 158-164.
- 内田富美江, 岡本 綾 (2009). 「死にゆく人」へのケア—高齢者介護福祉施設での見取りケア指導テキスト. 114, 東京: 筒井書房.
- 渡辺裕子 (2009). 「関わりが難しい家族」へのケアを拓くナースの姿勢. 家族看護, 7(2), 6-11.
- 渡辺みどり, 千葉真弓, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子 (2010). 介護老人福祉施設における認知症高齢者の終末期ケア上の困難とケア方法—施設内での看取り割合による比較—. 日本看護福祉学会誌, 15(2), 99-109.
- 山本則子, 岡本有子, 鈴木育子, 岡田 忍, 石垣和子 (2007). 高齢者訪問看護における家族支援に関する質指標の開発. 家族看護学研究, 13(1), 19-28.
- 吉田礼維子, 和泉比佐子, 片倉洋子, 波川京子 (2011). 介護予防システムを推進する保健師の活動—指標開発に向けた項目作成過程—. 老年社会科学, 32(4), 443-451.
- 全国老人保健施設協会 (2007). 介護老人保健施設が対応する看取りへのガイドライン作成に関する研究事業報告書. 全国老人保健施設協会.

[平成25年 9月24日受 付]
[平成26年 4月21日採用決定]

在宅介護における高齢者夫婦の「生きる希望」に関連する要因

— 妻が夫を介護する夫婦と夫が妻を介護する夫婦における分析 —

Factors Relating to 'Hope to Live' among Elderly Couples who Provide Care to the Spouse:

An Analysis of Cases of Wife as Caregiver and Husband as Caregiver

沖 中 由 美¹⁾
Yumi Okinaka

西 田 真 寿 美²⁾
Masumi Nishida

キーワード：生きる希望，高齢者夫婦，在宅介護

Key Words：hope of live, elderly couples, care at home

緒 言

希望は、今日が明日へとつながっているという未来の明るさへの信頼の感覚であり（渡辺，2005），人生の初期に発達する希望の感覚はその後の人生における心理社会的課題の再統合と密接な関係にある（Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986）といわれる。老年期の発達課題は、多くの喪失体験に遭遇する高齢者が絶望と人生経験のなかで得た叡知とのバランスをとりながら人生を統合していくことである。身体障がいをもつ90歳代の高齢者に対するインタビューのなかで「生きる希望がなくて、何のために生きているかわからない」という語りがあり（沖中，2006），要介護状態にある高齢者が希望をもつことは、自らの老いを生きる意味を見出すことにつながり、それがいまを生きる自己の支えとなることによって、人生の統合を促進させるのではないかと考える。

一方、在宅で療養する高齢者は、同居の配偶者から介護を受ける割合が増加している。介護者も療養者と同様に、加齢による身体的衰退とそれに伴う心身の介護負担の増大が予測されるために、日常生活支援が重要であるだけでなく、夫婦がともにどのように老いを生きるかを支援することも求められる。在宅で配偶者を介護する高齢者の調査において、高齢介護者は老いた自身の健康を管理しながら、自分にできる限りの力を尽くし、生活を再構築していることが報告されている（半田，2008；東，2009；杉浦・伊藤・九津見・三上，2010）。しかし、これらの報告では夫婦相互の関係や老いの生き方にまでは言及されていない。他方、在宅介護において、高齢者の健康状態と社会的孤立感や孤独感との関連（Korporaal, Broese van Groenou,

& vanTilburg, 2008）や、主観的健康観（Freedman, Stafford, Schwarz, Conrad, & Cornman, 2012）など健康状態と地域社会とのつながりとの関連について報告されている。高齢者のもつ希望は、自他の一体感が伴うものであり、健康、家族関係、友人関係等によってもたらされるといわれる（大橋・恒藤・柏木，2003）。したがって、在宅介護における高齢者夫婦の「生きる希望」には、夫婦関係、健康状態、老いの意識、生活の再構築のあり様が影響すると考えられる。

高齢者にとって「生きる希望」に向けた前進的過程は、困難や危機を乗り越えるという超越を意味するといわれている（Duggleby, et al., 2012; Tornstam, 2011; Wadensten, 2005）。在宅介護において高齢者夫婦をひとつの単位として、両者がともに「生きる希望」をいざくことに関連する要因を明らかにすることは、人生経験を積み重ねてきた知恵や技能といった前進的過程と、加齢や病気に伴う衰退的過程をたどりつつ老いを生きている高齢者夫婦の老いの生き方を支援する方法を検討するうえで大きな意義がある。

I. 研究目的

本研究は、在宅介護において、高齢者夫婦がともに「生きる希望」をもつことに関連する要因を、妻が夫を介護している夫婦と夫が妻を介護している夫婦の視座から明らかにすることを目的とする。

1) 鳥根大学医学部看護学科 Shimane University, School of Nursing

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

II. 研究方法

1. 事前調査

本調査に先行し、調査項目を設定するために面接調査を行い、次に本調査を実施した。事前調査では、在宅で配偶者を介護している65歳以上の同居夫婦5組に、自身の健康状態、現在の生活状況、どのような思いでいまを生活しているのか等について面接した。質的に分析した結果、高齢者夫婦の在宅療養・介護体験として、〈介護・療養に伴う自負〉〈生活の自己調整〉〈夫婦関係〉〈サポート〉〈老いの意識〉〈将来の見通し〉〈介護・療養の意味づけ〉〈健康状態〉に関する42項目が抽出された。〈介護・療養に伴う自負〉は、介護者も療養者も「いま、自分にできる力を尽くしている」ことや「他の人から自分の頑張りを認められている」といった感情や認識である。〈生活の自己調整〉は、配偶者が要介護状態になると、夫婦のそれまでの身体および生活状況が変化してくるが、「自分の体調にあわせて動くことができるようになる」ことや、「自分なりの生活を自分で組み立てることができている」といった在宅介護に伴う生活の再構築を表している。〈サポート〉は、「近所の人たちと助け合っている」等、近隣や子ども、同世代といった高齢者にとって馴染みの人との関係やフォーマルサポート等である。〈老いの意識〉は、「歳をとったいま、自分の人生に満足している」等、老いの肯定的意識や生と死に関することである。〈将来の見通し〉は、「これから先の生活に見通しが立っている」等である。〈介護・療養の意味づけ〉は、「介護する、または療養するという体験を通して、人生の幸せについて考えるようになるなど人生観が深まった」等、高齢の介護者と療養者の介護に対する肯定的な意味づけを表している。

2. 本調査の対象者と調査方法

本調査の対象者は、居宅介護支援事業所を利用している65歳以上の同居夫婦で、夫婦間で介護している介護者と療養者である。調査地は高齢化率の高い地域が所在する中国・四国地方3県（山陰側の地域1県、瀬戸内側の地域2県）、2010年時点の高齢化率はA県約29%、B県約25%、C県約26%である。

2010年12月20日時点で、「WAM NET介護事業者情報」に登録されている3県の居宅介護支援事業所1,323のうち、各県の全域から層化無作為抽出法によりA県160、B県250、C県190、計600の居宅介護支援事業所を抽出した。次に、居宅介護支援事業所の管理者に研究趣旨、倫理的配慮を記載した協力依頼文書と調査票の見本を同封して、担当の介護支援専門員が回答可能と判断した高齢者に対して調査票配布の協力を依頼し、受諾した事業所からFAXに

て配布可能な夫婦組数の連絡を受けた。各事業所に対象者宛て依頼文書、調査票、返信用封筒を郵送し、A県38事業所から116組、B県38事業所から128組、C県32事業所から102組に配布された。回答は自記式とし、療養者の身体機能によって書字が不可能な場合は家族または介護支援専門員の代筆とした。回答後の調査票は、個別に封筒に入れて無記名により、夫婦単位で直接研究者宛てに郵送された。調査時期は2011年2月から3月であった。

回収数は、介護者222人（回収率63.1%）、療養者202人（回収率57.4%）、そのうち、夫婦共に揃ったペア回答は200組であった。回答に著しく不備のあるものや、療養者のコミュニケーション能力に障害があると回答したものを除いた結果、A県50組（有効回答率43.1%）、B県72組（有効回答率56.3%）、C県46組（有効回答率45.1%）、計168組（有効回答率47.7%）であった。そのうち、妻が夫を介護している夫婦は110組、夫が妻を介護している夫婦は58組であった。

3. 調査内容

調査内容は、先行研究と事前調査の結果に基づいて、まず、①高齢者夫婦の在宅療養・介護体験から、従属変数として「生きる希望や目的がある」、独立変数として「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」「他の人から自分の頑張りを認められている」「自分なりの生活を自分で組み立てることができている」「近所の人たちと助け合っている」「身近に、同世代の人との付き合いがある」「歳をとったいま、自分の人生に満足している」「これから先の生活に見通しが立っている」計7項目をとりあげた。いずれも「とてもそう思う」から「まったくそう思わない」まで4件法の選択肢を用いた。また、②〈夫婦関係〉として諸井（2001）の「夫婦関係満足尺度」を用いた。これらは①と同様の4件法による13項目の合計得点が24点満点で配点され、得点の高いほうが満足感が高い。Cronbachの α 係数は介護者.93、療養者.92であり、内的整合性が高いことを確認した。さらに、③〈健康状態〉として「抑うつ（GDS15）」および「健康関連QOL（SF-36v2）」の尺度を用いた。いずれも信頼性・妥当性が検証されている。「GDS15」（Sheikh & Yesavage, 1986）の日本語版（杉下・朝田, 2009）は15項目で構成され、15点満点で6点以上が抑うつ傾向にあると評定される。「SF-36v2」は8つの下位尺度で構成され、各尺度が単独で使用可能である。100点満点で得点が高いほど〈全体的健康感〉等が良好であると解釈する（福原・鈴嶋, 2004）。さらに、④対象者の属性として「性別、年齢、世帯構成、介護年数、療養者の要介護度」をとりあげた。

4. 分析方法

- ① まずは、3つの地域間で、年齢、要介護度、世帯、サービス利用の有無の割合に大きく偏りがなかったことを確認した。次に、夫婦の双方を対象とする本研究の独自性を考慮し、「妻が夫を介護している夫婦」と「夫が妻を介護している夫婦」に区分して分析した。
- ② 「生きる希望や目的がある」については、介護者と療養者がともに「とてもそう思う」または「まあそう思う」と回答した群を「夫婦ともに生きる希望あり」、介護者と療養者いずれかが回答した群を「夫婦いずれかにあり」、介護者と療養者がともに「あまりそう思わない」または「まったくそう思わない」と回答した群を「夫婦ともになし」の3群に分類し、各独立変数との関連を分析した。また、高齢者夫婦の在宅療養・介護体験に関する7項目については、「とてもそう思う／まあそう思う」と「あまりそう思わない／まったくそう思わない」の2値に変換した。
- ③ 次に、夫婦ともに回答に欠損値のないケースとして、妻が夫を介護している夫婦85組、夫が妻を介護している夫婦51組を分析対象とした。妻が夫を介護している夫婦と夫が妻を介護している夫婦において、ともに「生きる希望や目的がある」を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。従属変数は基準カテゴリーとして「夫婦ともに生きる希望あり」を「1点」、「夫婦いずれかにあり」および「夫婦ともになし」を「0点」として2群に分類した。独立変数の選択には、尤度比による変数増加法を適用し、モデルの有意性や的中率、単変量解析の結果と合わせて吟味した。また、高齢者は自身の健康を管理しながら生活の再構築を行っているという在宅介護における先行調査(半田, 2008; 東, 2009; 杉浦, 2010)の結果や世帯構成による影響等を考慮して変数を絞り込んだ。最終的に選択した変数は、妻が夫を介護している夫婦では、介護者と療養者の「夫婦関係満足感」、介護者と療養者の「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」、介護者と療養者の「自分なりの生活を自分で組み立てることができている」、健康状態として介護者と療養者の「抑うつ」、療養者の「要介護度」、および「介護年数」と「世帯」の11変数とした。一方、夫が妻を介護している夫婦では、介護者と療養者の「夫婦関係満足感」、介護者と療養者の「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」、介護者と療養者の健康状態として「抑うつ」、介護者の「体の痛み」と「年代」、療養者の「要介護度」、および「世帯」の10変数とした。
- ④ 検定は χ^2 検定またはFisherの正確確率検定、および夫婦関係満足感、SF-36v2、GDS15については一元配置分散分析を行った。統計解析には『SPSS ver.19』を使用

し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨、研究協力は自由意思であること、研究協力への拒否がサービスの利用や内容に影響を及ぼす等の不利益がないこと、個人情報保護、結果公表の可能性と匿名性の遵守について、説明を明記した依頼文書を調査票とは別に添付し、調査票の返送をもって研究協力への同意とした。本研究は、島根大学看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要(表1)

妻が夫を介護している夫婦について、介護者(妻)の年齢は75.9±5.3歳(65~89歳)、介護期間6.4±7.1年(0.1~37年)であった。介護者と療養者の組み合わせで見ると、ともに75歳未満の夫婦は14組(12.7%)、ともに85歳以上の夫婦は4組(3.6%)であり、ともに75歳以上85歳未満の夫婦が41組(37.3%)と最も多かった。世帯構成は、夫婦のみ世帯が73組(66.4%)、多世代世帯が37組(33.6%)であった。

一方、夫が妻を介護している夫婦では、介護者(夫)の年齢は80.3±5.3歳(70~93歳)、介護期間4.9±5.3年(0.2~35年)であった。介護者と療養者の組み合わせで見ると、ともに75歳以上85歳未満の夫婦が31組(53.4%)と最も多く、ともに75歳未満の夫婦が8組(13.8%)、ともに85歳以上の夫婦が6組(10.3%)であった。世帯構成は、夫婦のみ世帯が40組(69.0%)、多世代世帯が17組(29.3%)であった。

また、夫が妻を介護している夫婦の介護者(夫)の年代は、妻が夫を介護している夫婦の介護者(妻)よりも、75歳未満が少なく、85歳以上が多かった。

2. 高齢者夫婦の「生きる希望や目的がある」との関連

(1) 夫婦としての基本属性と「生きる希望」との関連

「夫婦ともに生きる希望がある」と回答したのは、妻が夫を介護している夫婦は41組(39.0%)、夫が妻を介護している夫婦は34組(59.6%)であった。

また、夫婦の属性として、年齢および要介護度を組み合わせた3群と介護者と療養者の「生きる希望や目的がある」との関連では、有意な差はみられなかった。世帯構成では、夫が妻を介護している夫婦は、「夫婦のみ世帯」のほうが多世代世帯よりも「生きる希望や目的がある」と回答した割合が高かった。サービス利用の有無では有意な差がみられなかった(表2)。

表1 対象者の概要

| | | 妻が夫を介護している夫婦 (N=110) | | | | 夫が妻を介護している夫婦 (N=58) | | | |
|------------|------------|----------------------|-----------|-----------|--------|---------------------|--------|----------|--------|
| | | 介護者(妻) | | 療養者(夫) | | 介護者(夫) | | 療養者(妻) | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 地域 | A県 | 30 (27.3) | | 20 (34.5) | | | | | |
| | B県 | 49 (44.5) | | 23 (39.7) | | n.s | | | |
| | C県 | 31 (28.2) | | 15 (25.9) | | | | | |
| 年齢 | 平均±SD (歳) | 75.9±5.3 | | 80.0±5.6 | | 80.3±5.3 | | 78.6±5.0 | |
| | 65~74歳 | 43 | (39.1) | 14 | (12.7) | 8 | (13.8) | 12 | (20.7) |
| | 75~84歳 | 61 | (55.5) | 70 | (63.6) | 38 | (65.5) | 37 | (63.8) |
| | 85歳以上 | 6 | (5.5) | 24 | (21.8) | 12 | (20.7) | 8 | (13.8) |
| | 無回答 | — | | 2 | (1.8) | — | | 1 | (1.7) |
| | 夫婦ともに75歳未満 | 14 (12.7) | | 8 (13.8) | | | | | |
| | いずれか75歳以上 | 29 (26.4) | | 4 (6.9) | | n.s | | | |
| 夫婦ともに75歳以上 | 67 (60.9) | | 46 (79.3) | | | | | | |
| 介護年数 | 平均±SD (年) | 6.4±7.1 | | 4.9±5.3 | | | | | |
| | 1年未満 | 12 | (10.9) | | | 4 | (6.9) | | |
| | 1年~5年未満 | 49 | (44.5) | | | 26 | (44.8) | | |
| | 5年~10年未満 | 19 | (17.3) | | | 17 | (29.3) | n.s | |
| | 10年以上 | 22 | (20.0) | | | 5 | (8.6) | | |
| 療養者の要介護度 | 要支援1・2 | | | 13 | (11.8) | | | 11 | (18.9) |
| | 要介護1・2・3 | | | 70 | (63.6) | | | 37 | (63.8) |
| | 要介護4・5 | | | 23 | (20.9) | | | 8 | (13.8) |
| | 該当なし | | | 0 | (0.0) | | | 0 | (0.0) |
| | 無回答 | | | 4 | (3.6) | | | 2 | (3.4) |
| 世帯構成 | 夫婦のみ世帯 | 73 (66.4) | | 40 (69.0) | | | | | |
| | 夫婦のみ以外の世帯 | 37 (33.6) | | 17 (29.3) | | n.s | | | |
| | 無回答 | 0 (0.0) | | 1 (1.7) | | | | | |
| 利用サービスの種類 | 訪問系サービス | 40 (36.4) | | 27 (46.6) | | | | | |
| | 通所系サービス | 71 (64.5) | | 35 (60.3) | | n.s | | | |
| | サービスの利用なし | 14 (12.7) | | 7 (12.1) | | | | | |

[注] 1. 検定方法: χ^2 検定。

2. a): 「妻が夫を介護している夫婦」と「夫が妻を介護している夫婦」における介護者の年代の χ^2 検定。***: $p < .001$ 。

表2 属性別にみた夫婦の「生きる希望」の回答分布

| | 妻が夫を介護する夫婦 (N=110) | | | | | | 夫が妻を介護する夫婦 (N=58) | | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 介護者(妻) | | 療養者(夫) | | 介護者(夫) | | 療養者(妻) | | 介護者(夫) | | 療養者(妻) | |
| | 生きる希望あり ^{a)} | 生きる希望なし ^{b)} |
| | n (%) |
| 夫婦間の年齢 | ともに75歳未満 | 9 (64.3) | 5 (35.7) | 9 (64.3) | 5 (35.7) | 7 (87.5) | 1 (12.5) | 3 (37.5) | 5 (62.5) | 3 (75.0) | 1 (25.0) | n.s |
| | いずれか75歳以上 | 18 (66.7) | 9 (33.3) | n.s | 11 (40.7) | 16 (59.3) | n.s | 4 (100) | 0 (0.0) | n.s | 3 (75.0) | 1 (25.0) |
| 世帯構成 | ともに75歳以上 | 46 (71.9) | 18 (28.1) | 29 (45.3) | 35 (54.7) | 33 (73.3) | 12 (26.7) | 32 (72.3) | 12 (27.7) | 26 (65.0) | 14 (35.0) | |
| | 夫婦のみ以外の世帯 | 51 (70.8) | 21 (29.2) | 32 (44.4) | 40 (55.6) | 34 (75.6) | 11 (24.4) | 26 (65.0) | 14 (35.0) | 6 (46.2) | 7 (53.8) | n.s |
| 療養者の要介護度 | 要支援1・2 | 10 (76.9) | 3 (23.1) | 6 (46.2) | 7 (53.8) | 8 (72.7) | 3 (27.3) | 7 (63.6) | 4 (36.4) | 30 (81.1) | 7 (18.9) | n.s |
| | 要介護1・2・3 | 45 (65.2) | 24 (34.8) | n.s | 31 (54.4) | 37 (54.4) | n.s | 30 (81.1) | 7 (18.9) | n.s | 27 (75.0) | 9 (25.0) |
| ケアサービス利用の有無 | 要介護4・5 | 18 (81.8) | 4 (18.2) | 11 (50.0) | 11 (50.0) | 6 (75.0) | 2 (25.0) | 4 (50.0) | 4 (50.0) | 6 (70.5) | 28 (29.5) | n.s |
| | 利用あり | 67 (70.5) | 28 (29.5) | 43 (45.7) | 51 (54.3) | 12 (23.5) | 39 (76.5) | 35 (70.0) | 15 (30.0) | 1 (14.3) | 6 (85.7) | n.s |
| | 利用なし | 6 (50.0) | 6 (50.0) | n.s | 6 (46.2) | 7 (53.8) | n.s | 4 (57.1) | 3 (42.9) | 1 (14.3) | 6 (85.7) | n.s |

[注] 1. a): 生きる希望ありは「とてもそう思う」と「まあそう思う」の回答者数。b): 生きる希望なしは「あまりそう思わない」と「まったくそう思わない」の回答者数。

2. 検定方法: χ^2 検定。*: $p < .05$ 。

次に、「高齢者夫婦の在宅療養・介護体験」「夫婦関係満足感」「抑うつ」「健康関連QOL (SF-36v2)」との関連を示す(表3)。

(2) 妻が夫を介護している夫婦の「生きる希望」との関連

妻が夫を介護している夫婦において有意な関連がみられた項目は、介護者(妻)と療養者(夫)の「自分なり

の生活を自分で組み立てることができている」(それぞれ $p < .01$, $p < .05$), 「歳をとったいま、自分の人生に満足している」(それぞれ $p < .01$, $p < .001$), 「これから先の生活に見通しが立っている」(それぞれ $p < .001$, $p < .01$), 「夫婦関係満足感」(それぞれ $p < .01$, $p < .001$), 「抑うつ」(ともに $p < .001$), 健康関連QOLのうち「日常役割機能(身体)」(ともに $p < .05$), 「体の痛み」(ともに $p < .05$),

表3 夫婦間の「生きる希望」3類型と各項目との関連

| 項目 | 質問内容 | 妻が夫を介護している夫婦の「生きる希望」(N=110) | | | | | | 夫が妻を介護している夫婦の「生きる希望」(N=58) | | | | | |
|------------|---|-----------------------------|-------------|-----------------------|-------------|---------------------|-------------|----------------------------|-------------|-----------------------|-----|--------------------|-----|
| | | 「夫婦ともにあり」 (n=41) | | 「夫婦いずれかにあり」 (n=38) | | 「夫婦ともになし」 (n=26) | | 「夫婦ともにあり」 (n=34) | | 「夫婦いずれかにあり」 (n=16) | | 「夫婦ともになし」 (n=7) | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 介護・療養に伴う自負 | いま、自分にできる限りの力を尽くしている →「とてもそう思う／まあそう思う」 | 介護者 | 38 (92.7) | 34 (89.5) | 25 (96.2) | n.s | 31 (91.2) | 14 (87.5) | 7 (100) | n.s | | | |
| | | 療養者 | 39 (95.1) | 27 (71.1) | 20 (76.9) | * | 33 (97.1) | 13 (81.3) | 6 (85.7) | n.s | | | |
| 生活の自己調整 | 他の人から自分の頑張りを認められている →「とてもそう思う／まあそう思う」 | 介護者 | 34 (83.0) | 29 (76.3) | 20 (76.9) | n.s | 24 (70.6) | 8 (50.0) | 2 (28.6) | * | | | |
| | | 療養者 | 33 (80.5) | 21 (55.3) | 17 (65.4) | * | 25 (73.5) | 8 (50.0) | 4 (57.1) | n.s | | | |
| サポート | 自分なりの生活を自分で組み立てることができている →「とてもそう思う／まあそう思う」 | 介護者 | 37 (90.2) | 29 (76.3) | 14 (53.8) | ** | 26 (76.5) | 15 (93.8) | 5 (71.4) | n.s | | | |
| | | 療養者 | 25 (62.5) | 16 (42.1) | 6 (23.1) | * | 23 (67.6) | 4 (25.0) | 4 (57.1) | * | | | |
| サポート | 近所の人たちと助け合っている →「とてもそう思う／まあそう思う」 | 介護者 | 33 (80.5) | 24 (63.2) | 15 (57.7) | n.s | 25 (73.5) | 11 (68.8) | 5 (71.4) | n.s | | | |
| | | 療養者 | 27 (69.2) | 15 (41.7) | 12 (46.2) | * | 24 (70.6) | 9 (56.3) | 1 (14.3) | n.s | | | |
| 老いの肯定的意識 | 身近に、同世代の人との付き合いがある →「とてもそう思う／まあそう思う」 | 介護者 | 39 (95.1) | 30 (78.9) | 20 (76.9) | n.s | 22 (64.7) | 10 (62.5) | 6 (85.7) | n.s | | | |
| | | 療養者 | 29 (76.3) | 16 (42.1) | 10 (38.5) | ** | 26 (76.5) | 9 (56.3) | 6 (85.7) | n.s | | | |
| 将来の見通し | 歳をとったいま、自分の人生に満足している →「とてもそう思う／まあそう思う」 | 介護者 | 35 (85.4) | 29 (76.3) | 13 (50.0) | ** | 27 (79.4) | 7 (43.8) | 3 (42.9) | * | | | |
| | | 療養者 | 35 (85.4) | 18 (47.4) | 10 (38.5) | *** | 30 (88.2) | 7 (43.8) | 2 (28.6) | *** | | | |
| 将来の見通し | これから先の生活に見通しが立っている →「とてもそう思う／まあそう思う」 | 介護者 | 24 (60.0) | 17 (44.7) | 3 (11.5) | *** | 17 (50.0) | 6 (37.5) | 1 (14.3) | n.s | | | |
| | | 療養者 | 21 (51.2) | 14 (36.8) | 3 (11.5) | ** | 17 (50.0) | 4 (25.0) | 2 (28.6) | n.s | | | |
| | | 平均値±SD | 平均値±SD | 平均値±SD | | 平均値±SD | 平均値±SD | 平均値±SD | | | | | |
| 夫婦関係 | 夫婦関係満足感 | 介護者 | 18.37±3.50 | 16.38±3.85 | 15.46±4.61 | ** | 20.09±3.51 | 17.69±2.87 | 16.29±2.14 | ** | | | |
| | | 療養者 | 20.30±2.92 | 17.92±3.50 | 16.54±4.28 | *** | 20.68±4.30 | 17.36±3.75 | 17.43±4.12 | * | | | |
| | 抑うつ (GDS15) | 介護者 | 3.44±2.78 | 5.95±3.40 | 9.28±3.18 | *** | 4.21±3.06 | 7.13±4.33 | 7.29±4.68 | * | | | |
| | | 療養者 | 4.27±3.07 | 8.29±3.76 | 9.92±3.44 | *** | 5.32±2.78 | 8.88±3.20 | 7.67±2.50 | *** | | | |
| 健康 | 健康関連QOL (SF-36v2)：日常役割機能 (身体) | 介護者 | 74.38±26.81 | 68.59±23.90 | 56.73±27.27 | * | 61.58±28.63 | 61.33±26.44 | 57.14±11.65 | n.s | | | |
| | | 療養者 | 46.43±35.95 | 23.67±29.24 | 26.63±36.46 | * | 34.10±30.34 | 14.44±18.66 | 57.54±24.37 | * | | | |
| | 健康関連QOL (SF-36v2)：体の痛み | 介護者 | 61.29±23.69 | 54.57±21.59 | 44.58±21.19 | * | 62.47±25.83 | 47.87±25.91 | 46.00±13.64 | n.s | | | |
| | | 療養者 | 59.71±29.08 | 47.84±27.63 | 42.09±24.46 | * | 44.12±22.30 | 40.13±28.20 | 52.33±20.25 | n.s | | | |
| | 健康関連QOL (SF-36v2)：社会生活機能 | 介護者 | 58.95±24.29 | 52.59±17.23 | 40.58±17.42 | n.s | 59.15±21.99 | 45.44±19.09 | 47.71±17.38 | n.s | | | |
| | | 療養者 | 47.75±18.72 | 28.63±21.42 | 33.77±18.17 | *** | 40.50±19.71 | 34.47±22.85 | 45.33±8.52 | n.s | | | |
| | 健康関連QOL (SF-36v2)：日常役割機能 (精神) | 介護者 | 75.83±25.72 | 70.18±28.05 | 58.01±29.86 | ** | 70.83±27.60 | 67.19±30.95 | 47.62±24.87 | n.s | | | |
| | | 療養者 | 54.27±37.65 | 35.05±38.91 | 31.52±40.59 | ** | 41.42±33.30 | 22.02±32.13 | 56.95±25.50 | n.s | | | |

[注] 1. n数と%を記したカテゴリーは「とてもそう思う」と「まあそう思う」をあわせた回答数、夫婦間の「生きる希望」各群を100%とした割合。
 2. 夫婦関係満足感の合計得点は24点で、得点が高いほど満足感が高い、抑うつ (GDS15)は15点満点で得点が高いほど抑うつ傾向あり、健康関連QOL (SF-36v2)は100点満点で得点が高いほど健康状態はよい。
 3. 検定方法：χ²検定。夫婦関係満足感、抑うつ、健康関連QOLは一元配置分散分析。*: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001。

「日常役割機能 (精神)」(ともにp<.05)であった。また、療養者 (夫)の「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」(p<.05),「他の人から自分の頑張りを認められている」(p<.05),「近所の人たちと助け合っている」(p<.05),「身近に、同世代の人との付き合いがある」(p<.01),「社会生活機能」(p<.001)であった。

(3) 夫が妻を介護している夫婦の「生きる希望」との関連

夫が妻を介護している夫婦において有意な関連が見られた項目は、介護者 (夫)と療養者 (妻)の「歳をとったいま、自分の人生に満足している」(それぞれp<.05, p<.001),「夫婦関係満足感」(それぞれp<.01, p<.05),「抑うつ」(それぞれp<.05, p<.001)であった。また、介護者 (夫)の「他の人から自分の頑張りを認められている」(p<.05),療養者 (妻)の「自分なりの生活を自分で組み立てることができている」(p<.05),「日常役割機能 (身体)」(p<.05)であった。

3. 「夫婦ともに生きる希望や目的がある」に関連する要因

次に、「夫婦ともに生きる希望や目的がある」を従属変

数とするロジスティック回帰分析の結果を示す。

(1) 妻が夫を介護している夫婦 (表4)

妻が夫を介護している夫婦において、「夫婦ともに生きる希望や目的がある」に関連する有意な要因は、介護者 (妻)と療養者 (夫)の「抑うつ」(それぞれオッズ比OR 0.29, OR 0.34),療養者 (夫)の「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」(OR 3.44)であった。

(2) 夫が妻を介護している夫婦 (表5)

夫が妻を介護している夫婦において、「夫婦ともに生きる希望や目的がある」に関連する有意な要因は、介護者 (夫)の「年代 (75歳未満 = 1)」(OR 0.02),「体の痛み」(OR 1.05),療養者 (妻)の「抑うつ」(OR 0.14)であった。

IV. 考 察

配偶者を在宅で介護する高齢の夫婦がともに「生きる希望」をもつことは、夫婦として互いによりよく老いを生きることにつながり、その関連要因を明らかにすることは、高齢者夫婦のポジティブな老いの生き方を前進させる支援のあり方を検討するうえで重要な意義がある。以下、夫婦

表4 妻が夫を介護している夫婦の生きる希望：「夫婦ともにあり」に関連する要因 (n = 85)

| | オッズ比 | 95%信頼区間 | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------|--------------|-----|
| 世帯 (多世代 = 1, 夫婦のみ = 0) | 0.24 | 0.06 - 1.01 | n.s | |
| 介護年数 | 0.90 | 0.58 - 1.41 | n.s | |
| 夫婦関係満足感 | 0.94 | 0.70 - 1.26 | n.s | |
| 介護者 (妻) | いま、自分にできる限りの力を尽くしている ^{a)} | 2.37 | 0.05 - 10.45 | |
| | 自分なりの生活を組み立てることができている ^{a)} | 2.74 | 0.38 - 19.70 | |
| | 抑うつ (GDS15) | 0.29 | 0.09 - 0.89 | * |
| 療養者 (夫) | 要介護度 | 1.20 | 0.77 - 1.86 | n.s |
| | 夫婦関係満足感 | 1.21 | 0.88 - 1.66 | n.s |
| | いま、自分にできる限りの力を尽くしている ^{a)} | 3.44 | 1.18 - 52.56 | * |
| | 自分なりの生活を組み立てることができている ^{a)} | 2.86 | 0.80 - 10.28 | n.s |
| | 抑うつ (GDS15) | 0.34 | 0.13 - 0.89 | * |
| モデル： χ^2 検定 45.650 ($p < .01$) | | | | |
| 判別率 (全体の%) : 80.0% | | | | |

[注] 1. 検定方法：ロジスティック回帰分析 (変数増加法：尤度比), * : $p < .05$.
 2. a) : 「とてもそう思う/まあそう思う」 = 1, 「あまり思わない/まったく思わない」 = 0。

表5 夫が妻を介護している夫婦の生きる希望：「夫婦ともにあり」に関連する要因 (n = 51)

| | オッズ比 | 95%信頼区間 | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------|--------------|-----|
| 世帯 (多世代 = 1 夫婦のみ = 0) | 0.48 | 0.07 - 3.16 | n.s | |
| 介護者の年代 (75歳未満 = 1, 75歳以上 = 0) | 0.01 | 0.00 - 0.82 | * | |
| 夫婦関係満足感 | 1.25 | 0.85 - 1.82 | n.s | |
| 介護者 (夫) | いま、自分にできる限りの力を尽くしている ^{a)} | 0.30 | 0.00 - 25.32 | |
| | 体の痛み (SF-36v2) | 1.05 | 1.00 - 1.11 | * |
| | 抑うつ (GDS15) | 0.74 | 0.16 - 3.36 | n.s |
| 療養者 (妻) | 要介護度 | 1.38 | 0.66 - 2.90 | n.s |
| | 夫婦関係満足感 | 0.87 | 0.65 - 1.15 | n.s |
| | いま、自分にできる限りの力を尽くしている ^{a)} | 1.76 | 0.09 - 35.91 | n.s |
| | 抑うつ (GDS15) | 0.14 | 0.02 - 0.96 | * |
| モデル： χ^2 検定 27.290 ($p < .01$) | | | | |
| 判別率 (全体の%) : 86.3% | | | | |

[注] 1. 検定方法：ロジスティック回帰分析 (変数増加法：尤度比), * : $p < .05$.
 2. a) : 「とてもそう思う/まあそう思う」 = 1, 「あまり思わない/まったく思わない」 = 0。

がともに「生きる希望」をもつことに関連する要因を、妻が夫を介護する夫婦と夫が妻を介護する夫婦の視座から分析した結果について考察する。

1. 妻が夫を介護している夫婦の「生きる希望」に関連する要因

単変量解析の結果において、妻が夫を介護する夫婦の「生きる希望」に関連する要因のうち、夫婦に共通するのは、「歳をとったいま、自分の人生に満足している」という老いの肯定的意識、「これから先の生活に見通しが立っている」こと、「自分なりの生活を自分で組み立てることができている」こと、「夫婦関係満足感」「抑うつ」等の健康であった。「夫婦関係満足感」が「生きる希望」に関連するのは、在宅介護における高齢の夫婦が、情緒的に信頼しあうだけでなく、ともに老いる配偶者が頼りあいながら

生活している依存関係が存在するためと推察される。ともに生きる希望をもつ夫婦は、安定した夫婦関係において介護者と療養者にとって心地よい居場所が保障され、それが夫婦にとっての精神的安寧につながり、たとえ加齢や疾病によって体の痛みや動きにくさを自覚しても、それぞれの身体的・精神的健康状態のなかで自分なりに自立した生活を送れていることに納得していると思われる。また、「歳をとったいま、自分の人生に満足している」のように、夫婦がそれぞれ自らの人生を振り返り、老いたいまの自分を肯定的に受けとめ、将来に見通しをもつことが「生きる希望」に関連していることが確認された。希望は、今日と明日、他者と自己とのつながりの感覚を基盤としている(渡辺, 2005)といわれ、高齢者夫婦にとっての希望は、人生における過去、現在、未来の時間感覚、さらに自分の生活を組み立てるといふ時間と空間の感覚によって生じ、生き

方や生活の自己調整を肯定的に自己評価することで希望を高めていると推察する。高齢者夫婦がいままでの人生を振り返り、過去の生き方を肯定的に評価することが「生きる希望」をもつことにつながると考えられ、ケア提供者は健康管理とともに、夫婦それぞれのライフストーリーを聴き取ることが重要である。

また、療養している夫が「近所の人たちと助け合っている」こと、「身近に同世代の人との付き合いがある」という他者とのつながりが「生きる希望」に関連していた。本調査の対象者は、夫婦ともに75歳以上が約6割で、療養者は要介護1から3が約6割であるが、夫婦間の年齢と療養者の要介護度の組み合わせは「生きる希望」に関連がなかったことから、療養する以前から暮らしてきた馴染みの土地で、外出することができる夫が、近隣とのつながりを絶やさず維持し続けることによって、夫だけでなく妻も「生きる希望」をもつことができると考えられる。さらに、サービス利用の有無と「生きる希望」との関連がみられなかったことから、通所系サービスで同世代とかかわることよりも、地域の馴染みの人との日常的なかかわりが「生きる希望」をもつうえで重要であることがうかがえる。したがって、自立度が低く自分で外出できない療養者に対して、馴染みの人とかかわりあいがもてるような支援が必要である。さらに、療養している夫が「いま、自分にできる力を尽くしている」ことや「他の人から頑張りを認められている」ことが夫と妻の「生きる希望」に関連していたことから、夫の自己肯定感を高めていく必要がある。

ロジスティック回帰分析の結果では、療養している夫の「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」こと、夫と妻の「抑うつ」と「生きる希望」との関連が確認でき、夫婦関係や介護年数、夫の要介護度や生活の自己調整との関連はみられなかった。夫が自分のもてる力を発揮していると思えるのは、他者から承認を受けて、できる、やれるという自己効力感や自己肯定感を得ることができるためではないかと推察する。加齢に伴って、うまくできなくなる自分に対峙したり、人や大事なものを喪失したりする体験が重なっていくうちに、家父長として家族を支えてきた男性にとっては、療養する立場になったとき、健康状態や介護を受けることによって弱い自分を認識することになり、抑うつ状態に陥りやすいと考えられ、夫と妻に対してうつ発症と進行を予防するとともに、とくに、夫に対してできること、やれることの承認を夫が認識できるよう支援する必要がある。

2. 夫が妻を介護している夫婦の「生きる希望」に関連する要因

単変量解析の結果において、夫が妻を介護している夫婦

の「生きる希望」に関連する要因のうち、夫婦に共通していたのは、「歳をとったいま、自分の人生に満足している」「夫婦関係満足感」「抑うつ」であった。これらの項目は、妻が夫を介護している夫婦においても共通する関連要因であり、夫が介護していても妻が介護していても、介護者であっても療養者であっても、在宅介護におけるすべての高齢者に対して、いま、自分の人生に満足していると感じ、抑うつ傾向にないことが「生きる希望」をもつうえで非常に重要であるといえる。「歳をとったいま、自分の人生に満足している」というのは、高齢者が経験してきたさまざまな出来事や自身の生き様を振り返り、老いたいまの自分につながる過去の人生を肯定的に評価するものである。これが「生きる希望」と関連することは、希望が未来に対する明るさだけでなく過去・現在における快の感情も生じさせるという見解（大橋ら、2003）と一致するものであり、高齢者夫婦が過去の人生を振り返り、肯定的に意味づけることは、いまを生きる高齢者の希望につながる。そのため、妻が夫を介護している夫婦同様、高齢者夫婦が過去の人生経験を肯定的に意味づけていくことができるように、ライフストーリーを聴くことはケアとして重要である。

一方、単変量解析において、夫が「他の人から頑張りを認められている」ことや、妻が「自分なりの生活を自分で組み立てることができる」こと、また、得点が高いほど身体的な理由で普段の活動に問題がないことを意味する「日常役割機能（身体）」が、夫婦の「生きる希望」と関連していた。介護者の年齢は、妻が夫を介護している夫婦に比して、夫が妻を介護している夫婦の介護者のほうが85歳以上の年齢層が多く、より高齢である。そのうえ、夫が妻を介護している夫婦の夫は、多世代世帯よりも夫婦のみ世帯のほうが有意に「生きる希望」をもっていた。同居家族がいない夫婦のみ世帯は、家事と介護の代行者が常時存在するとは限らない。しかし、かつて職業や家父長としての役割を通して苦難を乗り越えてきた体験をもつ高齢の夫は、こうした困難な状況のなかで、体の動きや体調に応じて、不慣れた家事や介護と自身の生活とのバランスを調整していると思えることが、達成感や自己効力感を高め、それが「生きる希望」につながっているのではないかと推察される。

さらに、ロジスティック回帰分析の結果では、介護者である夫が「75歳以上」で、「体の痛み」が少なく、介護を受ける妻に「抑うつ傾向がない」ほど、夫婦ともに「生きる希望」を高めていた。「男は仕事、女は家庭」という性別役割分業のなかで幼少期を過ごしてきた高齢者の多くは、こうした性別役割分業意識を内面化していることが推測される。しかし、夫が妻を介護する夫婦は、ともに家庭内役割が逆転することに戸惑いながらも、夫は不慣れた家

事をしながら介護していることを他者から認められ、歳を重ねるほどに思いどおりに動きにくくなる身体機能とうまく付き合いながら、あるいは自分にできる範囲の活動を見極めながら生活することが、「生きる希望」をもつことに影響していると考えられる。一方、不慣れな家事や介護を行う夫の姿を目のあたりにする妻は、夫に負担をかけないように自分で自分の生活を組み立てる力量と行動力があることが「生きる希望」に影響していた。夫から介護を受ける高齢の妻は、性別役割分業意識において、家事等の妻役割が遂行できないこと自体だけでなく、自分が妻として果たすべき役割を夫に移譲していることに対して自責の念をいだきやすくなることが推測される。

夫が妻を介護している夫婦の「生きる希望」を高めるためには、介護すること、介護されることに対する夫婦それぞれの思いを聴き取り、妻のほうが、夫から介護を受けることに対する負の役割意識をいだいている場合はその思いを傾聴し、抑うつにならないように支援する必要がある。また、高齢になるにつれて体の動きにくさを自覚するなかで、夫婦のみ世帯では介護者が常時自分しかいない状況での困難さが推測され、夫の生活に過度の制限がかかっていないか、あるいは痛みといった身体症状が表れていないかによって、夫の力量に応じた家事や介護の仕事量かどうかを査定する必要がある。そのうえで、介護することに対する夫の認識を確認しながら、近隣のサポートやケアサービスの導入など必要な社会資源の活用を検討することが重要であると考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、在宅介護における高齢の夫婦を単位とする分析に独創性がある。一方、対象者を募集する過程で夫婦いずれも回答可能であるとの判断について、各居宅介護支援事業所の担当の介護支援専門員の判断に委ねることとなり、対象者に偏りを生じていることは否めない。また、夫婦ともに得られた有効回答数の限界から分析モデルに投入する変数が制限された。今後、今回投入できなかった関連要因についてもさらに検討を重ねていく必要がある。

結 論

夫婦間の在宅介護において、ともに65歳以上の同居夫婦のうち、妻が夫を介護している夫婦110組、夫が妻を介護

している夫婦58組を対象に、夫婦の「生きる希望」に関連する要因を分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. 夫婦ともに「生きる希望がある」と回答したのは、妻が夫を介護している夫婦は41組 (39.0%)、夫が妻を介護している夫婦は34組 (59.6%) であった。
2. 妻が夫を介護している高齢者夫婦の「生きる希望」に関連するのは、介護者 (妻) と療養者 (夫) それぞれの「歳をとったいま、自分の人生に満足している」「歳をとることは、まんざら悪いことではないと思う」「これから先の生活に見通しが立っている」「自分なりの生活を自分で組み立てることができている」「夫婦関係満足感」「抑うつ」、健康関連QOLの「日常役割機能 (身体)」「体の痛み」「日常役割機能 (精神)」、および療養者 (夫) の「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」「他の人から自分の頑張りを認められている」、健康関連QOLの「社会生活機能」であった。
3. 妻が夫を介護している夫婦では、夫婦ともに「抑うつ傾向がない」ほど、さらに夫が「いま、自分にできる限りの力を尽くしている」ほど、夫婦がともに「生きる希望」をいだいていた。
4. 夫が妻を介護している高齢者夫婦の「生きる希望」に関連するのは、介護者 (夫) と療養者 (妻) それぞれの「歳をとったいま、自分の人生に満足している」「夫婦関係満足感」「抑うつ」、および介護者 (夫) の「他の人から自分の頑張りを認められている」、療養者 (妻) の「自分なりの生活を自分で組み立てることができている」、健康関連QOLの「日常役割機能 (身体)」であった。
5. 夫が妻を介護している夫婦では、介護者である夫が「75歳以上」で、夫が「体の痛みにより普段の生活が妨げられない」ほど、妻に「抑うつ傾向がない」ほど、夫婦がともに「生きる希望」をいだいていた。

謝 辞

本調査にご協力いただきましたご夫婦の皆さま、居宅介護支援事業所の関係者の方々に心より感謝いたします。

本研究は、科学研究費補助金 (若手研究B) による助成を受けて実施した。

要 旨

本研究の目的は、在宅介護において、高齢者夫婦がともに「生きる希望」をもつことに関連する要因を明らかにすることである。

方法は、自記式質問紙調査を実施し、妻が夫を介護する夫婦110組と夫が妻を介護する夫婦58組を対象に、「生きる希望や目的がある」を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。

その結果、妻が夫を介護している夫婦がともに「生きる希望」をもつのは、夫婦ともに「抑うつ傾向がないこと」、夫が「いま、自分にできる限りの力を尽くしていること」であった。夫が妻を介護している夫婦では、夫が「75歳以上」「体の痛みにより普段の生活が妨げられないこと」、妻に「抑うつ傾向がないこと」であった。したがって、妻が夫を介護する夫婦では、夫婦ともにうつ発症と進行を予防し、夫の自己肯定感を高める支援が必要である。また、夫が妻を介護する夫婦では、夫の身体症状を管理し、妻のうつ発症と進行を予防する支援が必要である。

Abstract

The study aims to identify the factors that relate to retaining 'hope to live' among elderly couples who provide care to the spouses.

A self-complete questionnaire was conducted for 110 wife-as-caregiver couples and 58 husband-as-caregiver couples with the results analyzed by logistic regression method using the statement 'I have hope and aim to live' as the dependent variable.

It was found, that factors of the couples retaining 'hope to live', were 'no depressive tendencies' for both husband and wife and a feeling of 'I am coping really well' for the husband, among the wife-as-caregiver couples. Among the husband-as-caregiver couples, the factors were 'over 75 years old' and having 'no physical pain that prevents everyday life' for the husband and 'not having depressive tendencies' for the wife. Therefore, for wife-as-caregiver couples, supports that prevent both of them from developing depression and boost the husband's feeling of self-affirmation are needed. And for husband-as-caregiver couples, supports that manage the husband's physical health and prevent wife developing depression is necessary.

文 献

- Duggleby, W., Hicks, D., Nekolaichuk, C., Holtzlander, L., Williams, A., Chambers, T., and Eby, J. (2012). Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *J Adv Nurs*, 68(6), 1211-1223.
- Erikson, E.H., Erikson, J.M., and Kivnick, H. Q. (1986) / 朝長正徳, 朝長梨枝子 (1997). 老年期一生き生きしたかわりあい (新装版). 111-136, 東京: みすず書房.
- Freedman, V. A., Stafford, F., Schwarz, N., Conrad, F., and Cornman, C. C. (2012). Disability, participation, and subjective wellbeing among older couples. *Soc Sci Med*, 74(4), 588-596.
- 福原俊一, 鈴鴨よしみ (2004). SF-36v2日本語版マニュアル. 京都: 健康医療評価研究機構.
- 半田 幸 (2008). 在宅療養を支える家族の役割に関する研究—家族の役割認識のプロセスと看護の方向性—. 岩手看護学会誌, 2(1), 10-22.
- 東 清巳 (2009). 高齢終末期がん患者を在宅介護する配偶者の生活世界—高齢期における配偶者介護の意味—. 家族看護学研究, 15(2), 99-106.
- Korporaal, M., Broese van Groenou, M.I., and vanTilburg, T.G. (2008). Effect of own and spousal disability on loneliness among older adults. *J Aging Health*, 20(3), 306-325.
- 諸井克英 (2001). 夫婦関係満足尺度. 吉田富二雄 (編): 心理測定尺度集Ⅱ—人間と社会のつながりをとらえる〈対人関係・価値観〉. 149-152, 東京: サイエンス社.
- 沖中由美 (2006). 身体障害とともに老いを生きる施設入所高齢者の自己意識. 日本看護科学会誌, 26(4), 19-29.
- 大橋 明, 恒藤 暁, 柏木哲夫 (2003). 希望に関する概念の整理—心理学的観点から—, 大阪大学大学院人間科学研究科紀要, 29, 101-124.
- Sheikh, J.I. and Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS); Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5(12), 165-173.
- 杉下守弘, 朝田 隆 (2009). 高齢者用うつ尺度短縮版—日本版 (Geriatric Depression Scale—Short Version—Japanese, GDS-S-J) の作成について. 認知神経科学, 11(1), 87-90.
- 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 九津見雅美, 三上 洋 (2010). 在宅介護継続配偶者介護者における介護経験と精神的健康状態との因果関係の性差の検討. 日本公衆衛生雑誌, 57(1), 3-16.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into Gerotranscendence. *The Journal of TransPersonal Psychology*, 43(2), 166-180.
- Wadensten, B. (2005). Introducing older people to the theory of gerotranscendence. *J Adv Nurs*, 52(4), 381-388.
- 渡辺弘純 (2005). 希望の心理学について再考する—研究覚書—. 愛媛大学教育学部紀要, 52(1), 41-50.

〔平成25年6月4日受 付〕
〔平成26年5月30日採用決定〕

保健活動の成果をみせる行動実践尺度の開発

Development of a Scale of Action Implementation to Show Results of Healthcare Activities

鳩野 洋子¹⁾ 岡本 玲子²⁾ 長野 扶佐美³⁾
Yoko Hatono Reiko Okamoto Fusami Nagano
岩本 里織⁴⁾ 草野 恵美子⁵⁾ 小出 恵子²⁾
Saori Iwamoto Emiko Kusano Keiko Koide

キーワード：保健活動，成果，評価，保健師，尺度開発

Key Words：healthcare activities, results, evaluation, public health nurses, scale development

緒 言

保健活動の展開の基本は計画・実施・評価・改善 (plan-do-check-act: PDCA) サイクルであるとされている。このうちのCの評価，すなわち保健活動の成果を示すこと、現在の活動を改良したり、体系的に経験から学ぶことである (WHO, 1981) といわれており、評価を行うことは、地域保健従事者が自らの活動を振り返り、それに基づいた改善を行ううえで必須の事項であると考えられる。これに加え、評価を行うことでその成果を表すことは、とすれば見えにくいといわれる保健活動に対して、他職種の理解を得ることや、住民に対して行政として実施した事業について説明をするうえでも必要な行動であるといわれている (平野, 2005)。

評価を行い活動の成果を示す行動の必要性は、日本の地域保健従事者に求められる能力が整理されたもの (新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会, 2004) や、諸外国の地域で活動する看護職に求められる能力のなかでも示されていることから明らかである (Quad Council of Public Health Nursing Organizations, 2004; Skills for Health, 2004)。しかし、地域保健従事者、ことに保健師の課題として活動の成果を示すことができていないという現状がみられ (岡本, 2007)、現任教育においてもその能力の獲得が課題とされている (中板, 2009)。

このような状況のなか、評価に関する教育や、評価にかかわる成書もみられるようになってきている (Hawe, Degeling, & Hall, 1990/2003; 平野・尾崎, 2001; 武藤・福渡, 1994) が、それらが活用されるためには、保健師が自らの評価に

対する能力を自己評価し、力量をつける必要性を自覚するとともに、具体的にどのような事に取り組めばよいのかが提示されることが必要と考えられる。しかしながら、現在、そのためのツールは開発されていない。

以上のことから、本研究では、保健活動の評価の実践状況をアセスメントする尺度を開発し、その信頼性・妥当性の検証を行うことを目的とした。

I. 方 法

1. 評価尺度原案の作成

a. 「保健活動の成果をみせる行動」の定義

「保健活動の成果をみせる行動」には実施した活動が設定した目的や目標を、どの程度達成したのかを明らかにするための計画とそれに基づいたデータ収集、分析、そしてその結果のプレゼンテーション行動を含むものとする。なお、本稿における「保健活動」とは、自治体や組織において住民の健康度の向上に向けて予算を投じて行われる活動全般を指し、多様な領域の保健事業も含む広義の意味とした。

b. 尺度項目の収集と検討

尺度原案の項目は、まず定義の意味の範囲に沿って、評価にかかわる書籍 (Hawe, et al., 1990/2003; 平野・尾崎, 2001; 武藤・福渡, 1994)、既存の保健活動論の記述 (山田, 2004; 奥山・中村, 2008; 宮崎・北山・春山・田村, 2010) を参考に、保健活動に関する教育・研究に20年以上の経験をもつ2名の研究者が抽出し、文言を整理した。次に、これらの項目について、2008年に実施した保健師等のコンピテン

1) 九州大学 Kyushu University

2) 岡山大学 Okayama University

3) 前・岡山大学修士課程 Former Master Course Student, Okayama University

4) 徳島大学 Tokushima University

5) 大阪医科大学 Osaka Medical College

シーを高める学習成果創出型プログラム（岡本ら，2011）参加者（以下，プログラム参加者）5名および共同研究者4名に，各項目の表現や内容の独立性・包括性に関する意見を求め，修正したものを尺度原案とした。

尺度原案は，評価を実施する過程を想定し，①変化量を測る評価計画を立てるための行動3項目（項目1～3），②変化量を見込める介入方法を取り入れるための行動2項目（項目4，5），③データ収集のための行動6項目（項目6～11），④分析結果を根拠として残すための行動4項目（項目12～15），⑤効果的な公表を行うための行動4項目（項目16～19），計19項目とした。

2. 本調査

a. 調査対象

調査対象は，全国の自治体，即ち都道府県，保健所政令市・特別区（以下，保健所政令市等），市町村に常勤する保健師である。保健師が勤務する施設のサンプリングは，全国保健師長会名簿（許可を得て使用）と全国市町村要覧（市町村要覧編集委員会，2009）より，地域や保健師の勤務先に偏りがなく，またパワー分析に基づき1,500人を目安に抽出されるように，都道府県と自治体の種類別に層化し，多段抽出を行った。各施設における保健師数は，都道府県と保健所政令市等では1施設の平均就業者数，市町村では保健師1人あたりの受持人口に応じて概算し，その人数を対象とした。

b. 調査方法

調査方法は無記名の自記式質問紙調査であり，調査期間は平成22年11月から12月であった。調査票は調査施設の保健師代表者宛てに郵送し，所属長と保健師代表者宛ての依頼文にて，常勤の保健師に調査協力依頼文書，倫理的配慮の説明文書，調査票および返送用封筒を配布するよう求めた。調査票の回収は，調査対象が個別に返送するよう求め，調査票の返送をもって承諾とみなすこととした。

c. 調査内容

調査内容は，対象の属性（性別，年齢，保健師経験年数，最終学歴，役職，所属），尺度原案19項目，基準関連妥当性の検討に用いるための2つの既存尺度「公衆衛生基本活動遂行尺度（basic action to public health: 以下，BAPH）（岩本・岡本・塩見，2008），「保健師の専門性発展力尺度（professional development scale for the public health nurse: 以下，PDS）」（岡本・岩本・塩見・小寺，2010）であった。

尺度原案の設問は「この1年間，保健師として行っている担当業務や地区活動において，あなたはどの程度，次の仕事を実施していますか。本来そうあるべきという到達点を10割として，該当する番号に○をつけてください」とし，評定尺度は，「全くそうでない」「2割くらいそうで

ある」「4割くらいそうである」「6割くらいそうである」「8割くらいそうである」「ほとんど10割そうである」の6段階を設け，順に0から5点を配した。

BAPHとは，保健師の住民の健康・幸福の公平性を護る能力を測定する尺度であり，12項目，6段階のリッカートスケールで構成されている。各項目への回答の合計を得点とする尺度であり，得点は最低0～最高60点となる。内的整合性を示すCronbach's α は.91で信頼性が確認されており，また妥当性に関しては表面的妥当性，構成概念妥当性，基準関連妥当性が確認されている。PDSとは，保健師の専門性を確立・開発する能力を測定する尺度で，16項目6段階のリッカートスケールで構成されている。BAPHと同様，各項目への回答の合計を得点化するもので最低0～最高80点となる。PDSのCronbach's α は.93，また妥当性に関しては内容妥当性，構成概念妥当性，基準関連妥当性が確認されている。BAPHとPDSを用いた理由は，前者は評価を行う行動は公衆衛生活動を展開するうえでの基本的な能力とも考えられるためであり，後者は保健師の専門性を確立，開発することに高いコミットメントを有する者は，保健師として行ったアウトカムを示す行動をとる割合が高いことが予想されるためである。

d. 分析方法

最初に項目分析として，平均値と標準偏差より天井効果・フロア効果の検討，項目間の相関分析，項目と尺度間の相関（item-total: 以下，I-T）分析，G-P（good-poor）分析を行った。次に，残った項目について主成分分析を行ったうえで，探索的因子分析（主因子法，直接オプティミム回転）を行った。確定した尺度項目の信頼性の検討として，尺度全体と下位尺度のCronbach's α を算出した。基準関連妥当性として，本尺度と同様に保健活動の展開における専門能力を測定する先述した2つの尺度との相関係数を算出した。次いで，構成概念妥当性を検討する因子的妥当性の検討以外の方法として既知グループ法を用いた。既知グループ法により，尺度得点に違いが生じると考えられる群間の得点に差が生じることを確認することは，開発した尺度の論理的な正しさの検証につながると考えた。尺度得点の差が生じることを想定した属性として，最終学歴と保健師経験年数を設定した。最終学歴および保健師経験年数それぞれに関して，群別に開発した尺度の総得点および下位尺度得点を算出するとともに，群間の得点の差を検討したうえで，どの群間に差がみられるのかに関して多重比較を用いて検定した。最終学歴に関しては，大学院修了者の得点が高いことが想定された。この理由は，評価はそのデザインや評価指標の設定等において量的・質的双方の研究的な知識や技術を要する事項であることから，研究的な能力を付与することが教育目的の1つである大学院修了生はそ

の能力を有していることが想定されたためである。また経験年数においては、他の研究において保健師の専門能力の獲得との関連が示されている（佐伯・和泉・宇座・高崎, 2004）ことから、経験年数が高くなるほど保健師の専門能力の1つと位置づけられる本尺度の得点も高くなることが予想された。統計解析は『SPSS Statistics 20』を用い、有意水準は5%（両側）とした。

e. 倫理的配慮

本研究は、岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会の承認を得て行った（M10-06）。対象への調査協力依頼は、研究の目的と意義および倫理的配慮を記載した依頼文を用い、調査票の返送をもって同意とみなすことを明示した。倫理的配慮としては、調査協力の自由、プライバシーおよび個人情報の保護、調査票記載に要する労力と時間、データの管理方法と結果の公表方法について明記した。

II. 結 果

1. 調査票の回収状況と対象者の属性

調査表の配布数は1,615、回収数は1,088（回収率67.4%）であり、うち有効回答は1,035（有効回答率64.1%）であった。施設の所在地は全都道府県が含まれていた。

対象の属性は表1のとおりである。性別は男性10人（1.0%）、女性1,016人（98.2%）不明9人（0.9%）であり、平均年齢は41.7歳、標準偏差は9.9歳であった。保健師経験年数は、平均17.8年、標準偏差は10.1年であった。役職は、スタッフが365人（35.3%）と半数近くを占め、課長以上は40人（3.9%）であった。所属機関は、都道府県保健所445人（40.0%）、保健所政令市等300人（29.0%）、市町村567人（54.8%）であった（表1）。

2. 評価尺度の作成

(1) 項目分析

原案19項目への回答は、最小値0点から最大値5点の範囲にあり、平均値は1.44～2.23点、標準偏差は1.26～1.41点であり、平均値±標準偏差が最大値または最小値を超える項目はなく天井効果と床効果はみられなかった。項目間相関では、.8以上の相関係数が6対の項目間にみられた（項目6・7間 .93、項目10・11間 .90、項目16・17間 .82、項目17・18間 .83、項目17・19間 .81、項目18・19間 .83）。I-T分析において各項目と尺度全体の相関係数は .70～.85であった。各項目の平均点を基準として上位群と下位群に分けG-P分析を行った結果、19項目すべてにおいて1%水準で有意差がみられた。正規P-Pプロットにより全項目の正規性を確認した（表2）。

表1 対象者の基本属性

| | | (N = 1,035) | |
|---------|------------|----------------------|--------|
| | 属性 | 人数 | 割合 (%) |
| 性別 | 男性 | 10 | 1.0 |
| | 女性 | 1,016 | 98.2 |
| | 未記入 | 9 | 0.9 |
| 年代 | 全体 | 41.7 ± 9.9 (22~60) 歳 | |
| | 20歳代 | 145 | 14.0 |
| | 30歳代 | 287 | 27.7 |
| | 40歳代 | 315 | 30.4 |
| | 50歳代以上 | 266 | 25.7 |
| | 不明 | 22 | 2.1 |
| 最終学歴 | 専門学校1年課程 | 637 | 61.5 |
| | 短期大学専攻科 | 139 | 13.4 |
| | 大学 | 240 | 23.2 |
| | 大学院 | 19 | 1.8 |
| 保健師経験年数 | 全体 | 17.8 ± 10.1 (1~38) 年 | |
| | 5年以下 | 163 | 15.7 |
| | 6年以上15年以下 | 288 | 27.8 |
| | 16年以上25年以下 | 300 | 29.0 |
| | 26年以上 | 284 | 27.4 |
| 役職 | スタッフ | 365 | 35.3 |
| | 主任 | 169 | 16.3 |
| | 主査 | 180 | 17.4 |
| | 係長 | 169 | 16.3 |
| | 課長補佐 | 112 | 10.8 |
| | 課長以上 | 40 | 3.9 |
| 所属の設置主体 | 都道府県 | 168 | 16.2 |
| | 保健所政令市等* | 300 | 29.0 |
| | 市町村 | 567 | 54.8 |

[注] 年齢、保健師経験年数は平均値 ± 標準偏差（範囲）を示した。

*：保健所政令市等とは、保健所政令市・特別区を指す。

項目間相関で、相関係数が .8以上であった項目について、その内容を研究者間で検討した。その結果、項目17は項目18、項目19の意味内容を含んだ抽象度の高い表現であると考えられたこと、項目16と項目18、19の相関は .8以下であるため、項目17を削除することとした。その他の項目に関しては、意味する内容が明らかに異なることからそのまま残すこととした。

(2) 因子分析

1項目を削除し、18項目に関して主成分分析を実施したところ、第1主成分の因子負荷量が .69～.86であり、第1主成分の寄与率が63.5%と50%を超えていること、およびスクリープロットの落差から、18項目は1次元構造であると判断した。因子構造を確認するために、オプティム法による回転を伴う主因子法による探索的因子分析を行った。その結果、2つの因子が抽出され、第1因子を【評価のための自らの実践活動】、第2因子を【根拠に基づく評価方法の探索行動】と命名した。累積寄与率はそれぞれ63.5%、7.0%であった。（表3）

(3) 信頼性の検討

18項目全体のCronbach's α は .98、各因子では .96、.89

表2 尺度項目の項目分析の結果

(N = 1,035)

| | Mean ± SD | 項目間相関 | I-T分析 | G-P分析 平均値の差 |
|---|-------------|-----------|-------|----------------|
| 1 計画の目標に、対象の健康課題がいつまでにどの程度変化することをめざすかを明記する | 2.37 ± 1.26 | .45 ~ .62 | .70** | 1.44** |
| 2 書籍や文献から測りたい変化量を測れる評価指標を選択する | 1.88 ± 1.27 | .51 ~ .75 | .74** | 1.56** |
| 3 既存の評価指標がない場合は専門家・熟練者複数から意見を聴取し最善の評価方法を検討する | 1.91 ± 1.38 | .44 ~ .76 | .72** | 1.66** |
| 4 書籍や文献から効果が検証されている介入方法を選択する | 2.01 ± 1.30 | .49 ~ .75 | .75** | 1.60** |
| 5 効果が検証されている介入方法がない場合は専門家・熟練者複数から意見を聴取し最善の評価方法を検討する | 2.03 ± 1.41 | .42 ~ .76 | .70** | 1.63** |
| 6 (実施) 前のベースライン値を測る | 1.80 ± 1.34 | .52 ~ .93 | .82** | 1.87** |
| 7 (実施) 後の値を測る | 1.89 ± 1.37 | .50 ~ .93 | .83** | 1.93** |
| 8 (実施) による変化のプロセスを記述する | 2.14 ± 1.37 | .49 ~ .78 | .79** | 1.82** |
| 9 評価計画に沿ってデータを収集する | 2.23 ± 1.32 | .53 ~ .78 | .84** | 1.86** |
| 10 量的データを正しい方法で分析した記録を示す | 1.96 ± 1.32 | .51 ~ .90 | .85** | 1.89** |
| 11 質的データを正しい方法で分析した記録を示す | 1.86 ± 1.29 | .54 ~ .90 | .85** | 1.85** |
| 12 (実施) の前後の変化を数値や分布で示す資料を作成する | 1.85 ± 1.36 | .47 ~ .76 | .85** | 2.01** |
| 13 介入群・非介入群の違いを数値や分布で示す資料を作成する | 1.44 ± 1.32 | .49 ~ .76 | .79** | 1.85** |
| 14 変化が一目でわかる図表やグラフを示す | 2.10 ± 1.41 | .42 ~ .79 | .80** | 1.94** |
| 15 変化が生じた理由・根拠を客観的に分析し記述する | 2.10 ± 1.31 | .48 ~ .72 | .85** | 1.86** |
| 16 成果をみせる対象が求める内容を把握する | 2.22 ± 1.33 | .51 ~ .82 | .83** | 1.82** |
| 17 効果的な公表方法を選択する | 2.09 ± 1.32 | .54 ~ .82 | .84** | 1.84** |
| 18 公表時には、対象に成果と、それに寄与したこと（人や物、予算等）、課題と方向性を明確に伝える | 2.05 ± 1.33 | .52 ~ .83 | .82** | 1.81** |
| 19 公表時には、対象が理解しやすい資料・媒体を準備する | 2.39 ± 1.39 | .79 ~ .83 | .81** | 1.88** |

** : $p < .01$

表3 因子分析の結果（主因子法、直接オブリミン回転）

Cronbach's $\alpha = .98$

| | 因子負荷量 | |
|--|------------|-------|
| | 第1因子 | 第2因子 |
| 【第1因子】 評価のための自らの実践行動 (Cronbach's $\alpha = .96$) | | |
| 項目1 計画の目標に、対象の健康課題がいつまでにどの程度変化することをめざすかを明記する | .410 | .319 |
| 項目6 介入（実施）前のベースライン値を測る | .633 | .222 |
| 項目7 介入（実施）後の値を測る | .668 | .186 |
| 項目8 介入（実施）による変化のプロセスを記述する | .635 | .183 |
| 項目9 評価計画に沿ってデータを収集する | .770 | .100 |
| 項目10 量的データを正しい方法で分析した記録を示す | .778 | .096 |
| 項目11 質的データを正しい方法で分析した記録を示す | .741 | .147 |
| 項目12 介入（実施）の前後の変化を数値や分布で示す資料を作成する | .886 | -.030 |
| 項目13 介入群・非介入群の違いを数値や分布で比較する資料を作成する | .677 | .126 |
| 項目14 変化が一目でわかる図表やグラフで示す | .961 | -.186 |
| 項目15 変化が生じた理由・根拠を客観的に分析し記述する | .975 | -.139 |
| 項目16 成果をみせる対象が求める内容を把握する | .850 | -.023 |
| 項目18 公表時には、対象に成果と、それに寄与したこと（人や物、予算等）、課題と方向性を明確に伝える | .780 | .039 |
| 項目19 公表時には、対象が理解しやすい資料・媒体を準備する | .810 | -.016 |
| 【第2因子】 根拠に基づく評価方法の探索行動 (Cronbach's $\alpha = .89$) | | |
| 項目2 書籍や文献から測りたい変化量を測れる評価指標を選択する | .183 | .656 |
| 項目3 既存の評価指標がない場合は、専門家・熟練者複数から意見を聴取し、最善の評価方法を検討する | -.047 | .893 |
| 項目4 書籍や文献から効果が検証されている介入方法を選択する | .079 | .782 |
| 項目5 効果が検証されている介入方法がない場合は、専門家・熟練者複数から意見を聴取し、最善の方法を検討する | .064 | .736 |
| | 回転後の負荷量平方和 | 11.4 |
| | 寄与率 (%) | 63.5 |
| | 累積寄与率 (%) | 63.5 |

であり、内的整合性が確認された。

(4) 基準関連妥当性の検討

BAPH, PDSとの相関係数は、18項目全体、および下位尺度において、1%水準で有意差が認められた(表4)。

(5) 既知グループ法による検討

最終学歴の4群別の得点をみると、18項目全体では1%水準で有意差がみられ、「大学院」の得点が48.7±21.5点と最も高く、「大学」が34.4±19.6点と最も低かった。多重比較においては、「大学院」と「専門学校1年課程」「大学」がそれぞれ5%水準で差がみられた。下位尺度の得点状況では、双方の因子得点において尺度全体の得点と同様の傾向がみられたが、5%水準で有意差がみられたのは第1因子のみであった。

保健師経験年数の4群別でみると、18項目全体では1%水準で有意差がみられ、経験年数を経るごとに得点は高くなり、「26年以上」の得点が37.5±19.2点と最も高かった。下位尺度でみると、第1因子は5%水準で有意差がみられ、多重比較において「5年以下」と「～15年以下」「26年以上」の間に5%水準で有意差がみられた(表5)。

Ⅲ. 考 察

1. 尺度の信頼性と妥当性

尺度の信頼性については、Cronbach's α により信頼性係数が.8以上あり、内的整合性を確保していることが確認された。

妥当性に関して、内容妥当性は項目選定の時点においての検討を重ねたことで確保されていると考えた。次に因子

分析を行い、因子の妥当性の検討を行った。因子は当初想定した時間的なフェーズごとの構成ではなく、成果をみせることにおいて自らが行う行動である【評価のための自らの実践活動】と、よりよい実践活動のために外部の力を借りる行動である【根拠に基づく評価方法の探索行動】となった。成果をみせるための行動の遂行においては、行動フェーズのある部分だけが独立して成立するものではないことは、項目間の相関の高さからも示されている。このことが、フェーズを想定した構成概念と異なった因子が抽出された要因と考えられた。それぞれの因子寄与率をみると、【評価のための自らの実践活動】が63.5%、【根拠に基づく評価方法の探索行動】は7.0%となっている。この割合が示すように、【評価のための自らの実践活動】は評価を提示するうえでの必須行動であり、【根拠に基づく評価方法の探索行動】は必須となる行動の質を担保するために必要な行動である。その割合の差をみると第1因子だけで尺度は構成されているという見方もできるが、Chitty(1997)は専門職の定義を紹介するなかで、Bixlerらの専門職の定義として、科学的方法を用いてサービスの改善に向かうことを述べている。第2因子はそのための行動が集約されたものと考えられ、双方の因子があることで、説得力のある成果の提示につながるものと考えられた。

基準関連妥当性の検討においては、2つの公衆衛生活動の遂行に関する能力とも正の相関がみられたことで支持された。

また、既知グループ法を用いて、学歴、保健師経験年数別の得点状況の差を検討した。最終学歴では、想定したとおり大学院修了生が最も高い得点を有していた。その一方、最も得点が低かったのは大学卒業生であった。本研究の結果において、保健師経験年数が長いものほど得点が高い結果がみられているが、看護の大学化は近年10年～20年内的変化であり、大学の卒業生は経験年数の短いものが多いことが要因と考えられた。また保健師経験年数別の検討においても、想定したように経験年数の長いものに得点が高い結果がみられた。保健師の実践活動のなかでは評価が

表4 他の尺度得点との相関係数

| 尺度名 | 相関係数 | | |
|---------------|--------|--------|--------|
| | 全項目 | 第1因子 | 第2因子 |
| 公衆衛生の基本活動遂行尺度 | .598** | .584** | .519** |
| 保健師の専門性発展力尺度 | .494** | .478** | .444** |

** : $p < .01$

表5 最終学歴・保健師経験年数と尺度得点との関連

| 項目 | 選択肢 | 全得点 | | | | 第1因子 | | | | 第2因子 | | | |
|---------|----------|-----|------|--------|----|------|------|--------|-----|------|------|-------|------|
| | | n | Mean | SD | p | 多重比較 | Mean | SD | p | 多重比較 | Mean | SD | p |
| 最終学歴 | 専門学校1年課程 | 637 | 36.2 | ± 19.2 | ** | *] | 28.5 | ± 15.5 | *] | *] | 7.8 | ± 4.6 | n.s. |
| | 短期大学専攻科 | 139 | 37.6 | ± 17.1 | | | 29.4 | ± 13.8 | | | 8.2 | ± 4.8 | |
| | 大学 | 240 | 34.4 | ± 19.6 | | | 26.9 | ± 15.9 | | | 7.6 | ± 4.6 | |
| | 大学院 | 19 | 48.7 | ± 21.5 | | | 38.4 | ± 16.7 | | | 10.3 | ± 5.2 | |
| 保健師経験年数 | 5年以下 | 140 | 32.2 | ± 17.7 | ** | *] | 24.8 | ± 14.6 | *] | *] | 7.4 | ± 4.3 | n.s. |
| | ～15年以下 | 275 | 37.1 | ± 18.9 | | | 29.3 | ± 15.3 | | | 7.9 | ± 4.7 | |
| | ～25年以下 | 296 | 35.9 | ± 19.8 | | | 28.2 | ± 16.0 | | | 7.8 | ± 4.8 | |
| | 26年以上 | 284 | 37.5 | ± 19.2 | | | 29.4 | ± 15.3 | | | 8.1 | ± 4.6 | |

** : $p < .01$, * : $p < .05$

求められることも多い。経験年数の長いものは評価を求められる場面を繰り返し経験しており、その経験の積み重ねにより能力を獲得していったことが考えられる。

以上のことから、因子の妥当性の結果において、本尺度は作成時に想定した構成概念とは異なった結果が得られたものの、成果をみせるための行動を評定する尺度として、一定の信頼性と妥当性を有すると考えられた。

2. 実践への示唆

本尺度項目への回答状況をみると、最も平均得点が高い項目19でも2.39点で、望ましい状態と設定した5点からは遠い状況である。得点の低い項目は順に、項目13「介入群・非介入群の違いを数値や分布で示す資料を作成する」、項目6「(実施)前のベースライン値を測る」、項目12「実施の前後の変化を数値が分布で示す資料を作成する」で、評価を行ううえで第一義的に必要な、アウトカムを説得力のあるかたちで示すことに直接つながる行動がとられていない状況がみられた。次に平均得点が高いのは、項目11「質的データを正しい方法で分析した記録を残す」であった。保健師養成のカリキュラムにおいて量的データを扱う保健統計や疫学は教授されているが、質的なデータの分析方法に関しては位置づけられていないこともその原因の一つと考えられた。

これらの状況からも、本尺度を活用して保健師が自らの行動を自己評価し、不足している事項を明確にするとともに、質的なデータの扱いに関することなどの自己学習だけでは実践がむずかしい事項は、所属組織に学習の場の設定を働きかけることや基礎教育での学習の強化の必要性をフィードバックすることなどにより、成果をみせる行動の実践につながる事が望まれる。

要 旨

目的：地域保健従事者が評価にかかわる行動の実践状況を振り返ることができる尺度の開発を試みた。

方法：文献検討と研究者間の協議により選定した19項目について、無作為抽出した保健所・保健センターに勤務する常勤保健師1,615名に対して郵送法による自記式質問紙調査を実施し、有効回答1,035名を分析対象とした(有効回答率64.1%)。

結果：項目分析、因子分析の結果、【評価のための自らの実践行動】【根拠に基づく評価方法の探索行動】の2因子をもつ尺度が得られた。累積寄与率は70.5%であった。18項目全体のCronbach's α は.98で、基準とした尺度とは有意な相関 ($p < .01$) を示した。得点は大学院修了者の得点が最も高く、経験年数が長くなるほど高くなっていた。

結論：構成概念妥当性を検討した2つの方法のうちの1つに課題が残ったが、本尺度は一定の信頼性、妥当性を有していると考えられた。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究においては、本調査にあたって全国の保健師を対象とした調査を実施した。保健活動の成果をみせる行動をとる職種は保健師だけではなく、また収集した項目は保健師固有のものとは考えがたいことから、本尺度の他職種における活用可能性の検討が今後必要と考えられる。また、尺度は当初想定した因子とは異なった因子構造となり、また因子分析による各因子の累積寄与率が大きく異なっていた。構成概念とその理論的背景について文献検討を重ねて尺度を精錬させていくことも今後必要と考えられる。

IV. 結 論

保健師が保健活動の成果を示すため行動の実践状況に焦点を当てた尺度を作成した。その結果、18項目2因子の尺度項目が抽出された。この尺度は因子の妥当性に関しては課題を残したが、基準関連妥当性、既知グループ法による構成概念妥当性が支持され、またCronbach's α も高い値が得られたことから、保健活動の成果をみせる能力の測定に活用できると考えられた。

謝 辞

尺度の項目収集段階でご意見をいただいた保健師の皆さま、本調査ご協力いただきました全国の保健師の皆さまに深謝いたします。

本調査は、平成22年度科学研究費補助金(基盤研究B)「大学院教育を地域貢献に活かす保健師等のコンピテシー開発」(研究代表者:岡本玲子)の一環として実施いたしました。

Abstract

Purpose: A scale was developed to enable healthcare workers to evaluate themselves through reflection on their own action implementation.

Methods: A self-administered questionnaire comprising 19 items selected from a literature review and discussion among researchers was sent by post to a random sample of 1,615 full-time public health nurses working in health clinics and health-care centers. Valid responses received from 1,035 people (valid response rate 64.1%) were subjected to analysis.

Results: The results of item analysis and factor analysis obtained a scale with the 2 factors of “action implementation for evaluation” and “evidence-based exploratory action in evaluation methods”. The cumulative contribution ratio was 70.5%. For the 18 items overall, Cronbach’s alpha coefficient was 0.98, demonstrating significant correlation as a scale meeting standards ($p < .01$). In terms of scores, respondents who had completed graduate school had the highest scores, and higher scores were correlated with a greater number of years of experience.

Conclusion: Although construct validity was not confirmed by one of two methods, the scale can be said to have acceptable reliability and validity.

文 献

- Chitty, K.K. (1997). *Defining Profession. Professional Nursing: Concepts and Challenges*. 2nd., 130-131, Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hawe, P., Degeling, D., and Hall, J. (1990) / 鳩野洋子, 曾根智史 (2003). ヘルスプロモーションの評価—成果につながる5つのステップ. 東京: 医学書院.
- 平野かよ子, 尾崎米厚 (2001). 事例から学ぶ保健活動の評価. 東京: 医学書院.
- 平野かよ子 (2005). 保健師活動の評価はなぜ必要なのか. 保健師ジャーナル, 61(1), 8-12.
- 岩本里織, 岡本玲子, 塩見美抄 (2008). 「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証—保健師の全国調査結果から—. 日本公衆衛生学雑誌, 55(9), 629-639.
- 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 田村須賀子 編 (2010). 最新地域看護学 総論 (第2版). 129-138, 東京: 日本看護協会出版会.
- 武藤孝司, 福渡 靖 (1994). 健康教育・ヘルスポモーションの評価. 東京: 篠原出版新社.
- 中板育美 (2009). 公衆衛生看護活動における評価の現状と課題. 保健医療科学, 58(4), 349-354.
- 岡本玲子 (2007). 変革期に対応する保健師の新たな専門技能獲得に関する研究. 平成18年度報告書: 厚生労働科学研究費補助金健康危機管理研究事業.
- 岡本玲子, 岩本里織, 塩見美抄, 小寺さやか (2010). 保健師の専門性発展力尺度の開発と信頼性・妥当性の検証. 日本公衆衛生学会誌, 57(5), 355-365.
- 岡本玲子, 谷垣静子, 岩本里織, 草野恵美子, 小出恵子, 鳩野洋子, 岡田麻里, 塩見美抄, 小寺さやか, 俵 志江, 星田ゆかり, 福川京子, 茅野裕美, 尾ノ井美由紀 (2011). 保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラムの開発—大学院の地域貢献を目指すアクションリサーチの一環として—. 日本公衆衛生学雑誌, 58(9), 778-792.
- 奥山則子, 中村裕美子 (2008). 地域看護学概論. 121-129, 東京: 医学書院.
- Quad Council of Public Health Nursing Organizations (2004). Public health nursing competencies. *Public Health Nursing*, 21(5), 443-452.
- 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵 (2004). 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達—経験年数群別の比較. 日本地域看護学会誌, 7(1), 16-22.
- 市町村要覧編集委員会 編 (2010). 全国市町村要覧. 東京: 第一法規.
- 新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会 (2004). 新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会報告書.
- Skills for Health (2004). *National Occupational Standards for the Practice of Public Health Guide*.
- WHO (1981). Health programme evaluation: Guiding principals for its application in the managerial process for national health development. *Health for all series*, 6.
- 山田和子 (2004). 地域特性に応じた保健活動—地域診断から活動計画・評価への協働した取り組み—. 103-111, 東京: ライフ・サイエンス・センター.

[平成25年8月8日受 付]
[平成26年6月2日採用決定]

一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における 認知症看護認定看護師の判断

Clinical Judgment of Certified Nurse in Dementia Nursing in Nursing Practice
for Dementia Inpatients in General Hospital

天 木 伸 子 百 瀬 由 美 子 松 岡 広 子
Nobuko Amaki Yumiko Momose Hiroko Matsuoka

キーワード：認知症，看護師の判断，一般病院
Key Words：dementia, clinical judgment, general hospital

はじめに

日本は超高齢社会を迎え、厚生労働省（2013）は介護の必要な認知症高齢者数が280万人に達したと発表し、2025年には470万人に増加する将来推計を算出している。居場所別内訳をみると居宅140万人、介護老人福祉施設41万人に次いで多いのが医療機関38万人であり、身体疾患により入院が必要となる認知症高齢者の増加が推察される。

認知症高齢者にとって入院治療の生活は、新しい生活環境、苦痛を伴いやすい検査や治療、なじみのない人間関係、疾患による苦痛などがあり、これらに伴い不安や混乱、ストレス増強が生じやすく、行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）の悪化に陥りやすくなる。そのため、治療中断の可能性もあるが、BPSDの悪化は適切な対応により軽減できることも多いとされている。厚生労働省（2012）の「認知症施策検討プロジェクトチーム」による認知症施策の方向性の取りまとめにおいても、「一般病院における認知症患者の手術、処置などの実施の確保」「一般病院・介護保険施設などでの認知症対応力の向上」があげられている。このような現状から、一般病院においても認知症高齢者へのケアの質を向上させることが課題となっている。

認知症高齢者へのケアは、Kidwood, T. (1997) が提唱した“person-centred care”により介護者側の論理にあわせられがちであったものから「その人らしさ」を支援する高齢者本位のモデルへ変換され、施設や在宅ではこのモデルに即してケアが実施されている。しかし、一般病院では治療を優先すべき事象により、その人らしさを重視したケアを実施するには限界が生じる場合もあり、一般病院における認知症高齢者への看護は、施設や在宅療養とは異なる特徴

をもち、その特徴を踏まえたケア方法の独自性を明らかにしていくことが求められていると考える。

医療施設における認知症高齢者への先行研究では、コミュニケーション方法や言動の解釈、チューブ類の抜去や治療継続を脅かす危険行動、治療を優先した身体拘束に伴う倫理的葛藤など（谷口、2006；江見・中谷・福田、2005；山本・吉永・伊藤；2010）、認知症高齢者への対応困難の報告が多くを占める。身体治療を受ける認知症高齢者に対する看護スキルは対象理解と関係構築を基盤とした、治療処置時の看護技術が中心となっていることが報告（湯浅・杉山・仁科・工藤・杉山、2009）され、看護の工夫に至るプロセスは、時間や他者協力などによる余裕がある状況に認知症に関するケアの経験・センスが加わると導かれると報告（江口・前田・久保田・木下、2011）されている。このように実践的ケアについての研究が徐々に行われてきているが、認知症高齢者に対し、BPSDの徴候をどのようにとらえ、アセスメントしてケアを導いていくのか、具体的な看護師の判断については明らかにされていない。認知症症状は、日々変化しやすく、症状特性に個性が強いため、その時々状況に応じて対象の状態を熟考して適切なケアを導くことが必要となる。このような特徴から、実践能力の高い認知症看護認定看護師は、事象をどのようにとらえケアを選択しているのか、看護師の判断のあり方を明らかにすることで有効な看護行為への手がかりを示唆すると考える。

I. 研究目的

入院治療を受ける認知症高齢者に対し専門的看護実践を提供している看護師の判断内容を明らかにする。

II. 用語の定義

看護師の判断：Tanner, C. A. (1990) は「何を観察すべきかを決定し、観察されたデータから意味づけを推論する推論的決定、患者の最善の利益を確保するための活動の一連の決定」を判断と定義している。本研究ではこれを基盤として、看護師の判断とは、看護師が患者との関係において、看護行為の実践を目的として行う一連の決定であり、患者の言動について何を観察すべきかという「着目した情報」から、観察した情報をどのように推論し意味づけたのかという「情報の解釈・推論」を行い、患者の利益を確保するための活動として「ケアの選択」をするまでの一連を示す。

III. 研究方法

1. 研究参加者

認知症看護に専門的知識を有する認知症看護認定看護師のうち、一般病院に勤務し認知症看護に携わっている10名。認定看護師を対象としたのは、実践能力の高い看護師ほど多角的な判断とチームへの働きかけの判断ができる（藤内・宮腰, 2005）ことから、質の高い判断のデータが収集できると考えた。

2. データ収集

雪玉式標本抽出法を用い、最初の研究参加者は日本看護協会に公表されている認知症看護認定看護師のなかから、近隣県に所在し一般病院に勤務する研究参加候補者を抽出した。これらの候補者に対し郵送または電話で依頼を行い内諾を受けた場合、再度口頭による研究内容の説明を行い、同意を得た際に半構成的面接を行った。以降の研究参加候補者は研究参加者より紹介を受け、新たな研究参加候補者にアクセスをした。研究参加者より研究参加候補者に対し、研究者への紹介について同意を得た後、研究者自身から電話やメールで連絡をとり、研究参加候補者の意向を確認し、同意を得た場合に半構成的面接を行った。1人の面接時間は約40～60分であった。

面接はインタビューガイドに沿い、看護師の語る認知症高齢者への看護経験から、症状の変化や悪化を示す前兆などの情報の着眼点、認知症症状から生じる今後の予測、症状を安定化させるための看護行為の選択と決断、看護行為の評価について語ってもらった。

データ収集は、2009年6月～9月の期間に実施した。

3. 分析方法

看護師の判断内容を明らかにするため、質的分析を行っ

た。インタビューの内容から研究参加者ごとに逐語録を作成し、認知症高齢者に対するケアを導いた判断が含まれている語りを抽出した。看護師の判断は、その用語の定義より、患者の言動について何を観察すべきかという観点で「着目した情報」、観察した情報をどのように推論し意味づけたかという「情報の解釈・推論」、患者の利益を確保するための活動として「ケアの選択」の一連であり、これらに焦点をあて分析することとした。看護師の判断が含まれる語りから、「着目した情報」「情報の解釈・推論」「ケアの選択」のそれぞれについて、単独で理解することが可能な最小単位のデータを抽出し、それぞれでデータの類似性と差異性を検討してカテゴリー化を行った。抽出した「着目した情報のカテゴリー」「情報の解釈・推論のカテゴリー」「ケアの選択のカテゴリー」の一連について、その内容を読み取ることができ、内容の特徴を示している名称をつけ、これを【看護師の判断】として示した。さらに、類似する【看護師の判断】を整理分類し、認知症看護の視点を示す“大項目”としてまとめ、これらの関係性について図式化した（図1）。

4. 倫理的配慮

研究への同意は自由意志であり、研究に同意しない場合でも不利益は生じないこと、途中で取りやめることも可能なことを説明し、書面による同意を得て行った。研究参加者の人権保護として面接時の心理的負担を考慮して実施し、データは本研究以外に用いないことを約束した。面接はプライバシーの確保できる場所で行った。個人情報の取り扱いは個人が特定されないコード番号で管理し、連結可能匿名化としデータを厳重管理した。なお、事前に本研究計画について所属大学の研究倫理審査委員会の承認を受け実施した。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は認知症看護認定看護師10名（男性2名、女性8名）で、年齢は平均39.8歳±5.9、看護師経験年数は9～25年で平均18.2年±5.8、認知症看護の経験年数は4～15年で平均9.4年±3.5、職位は主任や師長の管理者が7名、スタッフが3名であった。所属施設は大学病院3名、総合病院7名であり、病床数は180～1,505床（平均722床）であった。

2. 一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断（図1）

認定看護師は認知症高齢者に対し、入院初期から退院ま

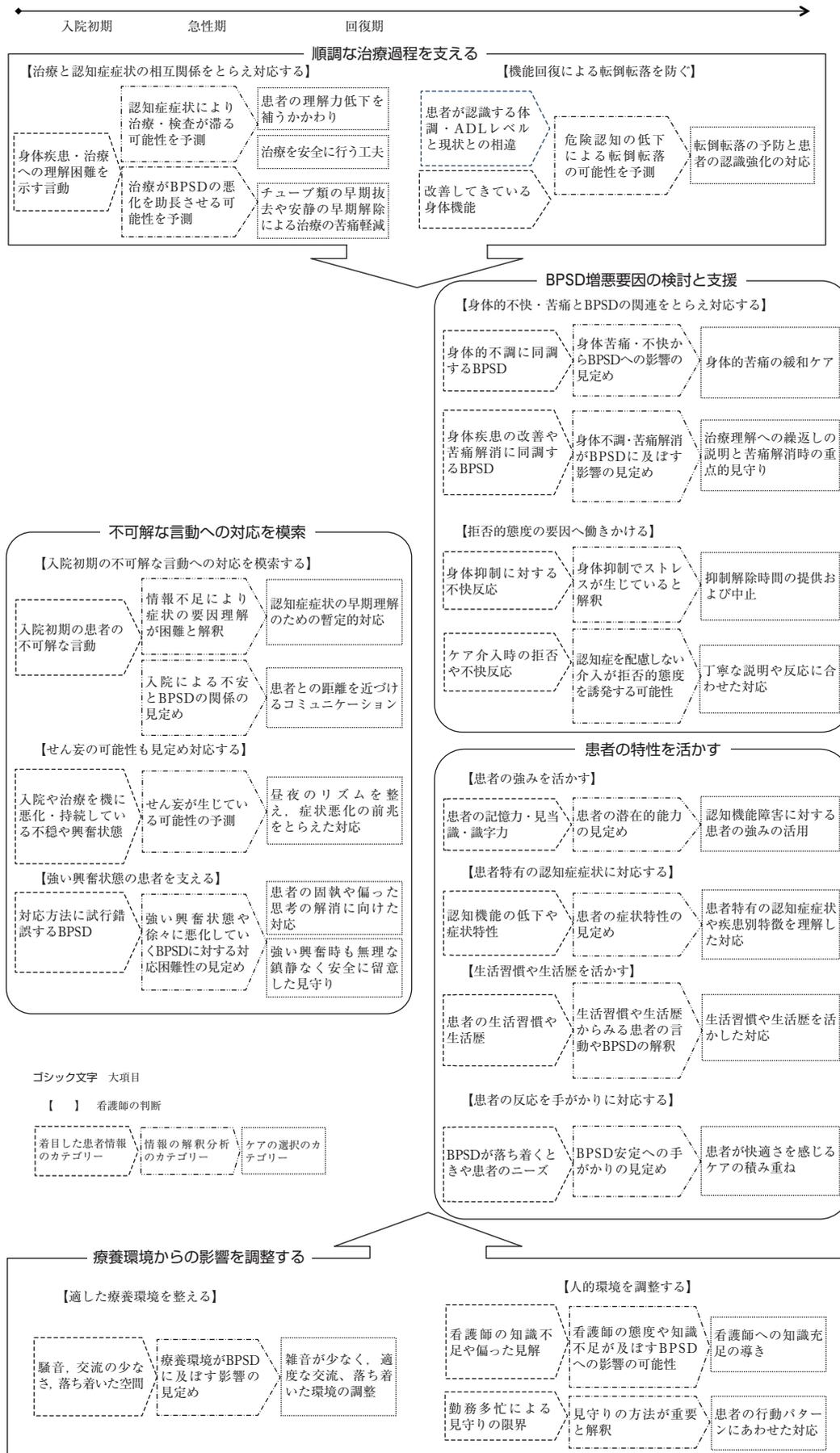


図1 一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断

での全体にかかる下向き矢印で示すように常に“順調な治療過程を支える”として、急性期の段階では【治療と認知症症状の相互関係をとらえ対応する】ことで、BPSDが治療中断に及ぼす影響、治療から影響を受け悪化するBPSDの両側面からケアを導く判断を行い、回復期では【機能回復による転倒転落を防ぐ】ことを行っていた。BPSDへの対応では、入院初期をはじめ患者の言動理解に困難を生じて対応方法に試行錯誤する状況では“不可解な言動への対応を模索”しており、【入院初期の不可解な言動への対応を模索する】といった患者情報が少ない状況下で理解困難な言動への判断を行い、【せん妄の可能性も見定め対応する】といった治療時に生じやすい不穏な言動に対し、せん妄の可能性を探る判断をしていた。また、声かけだけでは鎮めきれない強い興奮状態が生じるときは、【強い興奮状態の患者を支える】として患者の安全を重視した対応を導いていた。療養生活が経過し患者把握が進むと、BPSDが生じる要因への予測が可能となり“BPSD増悪要因の検討と支援”として、身体的要因では【身体的不快・苦痛とBPSDの関連をとらえ対応する】ことを行い、ストレスや心理的要因では【拒否的態度の要因へ働きかける】こととして、身体抑制やケア介入時の不快反応に対する判断を行っていた。BPSDに対応する際には、“患者の特性を活かす”ために【患者の強みを活かす】ことや【患者特有の認知症症状に対応する】こと、【生活習慣や生活歴を活かす】ことといった、療養生活を順調に送れるように患者の特性や強みを活用する対応方法を模索していた。さらに、実施されているケアに対し【患者の反応を手がかりに対応する】を行い、患者の反応を次のケアにつなげていた。

これらの入院中のBPSDは常に環境に影響されやすく、“療養環境からの影響を調整する”として、物理的環境の判断では【適した療養環境を整える】対応を行い、人的環境として看護師の態度がBPSDの増悪要因となることへ指導的側面も含めた【人的環境を調整する】が行われていた。これらの環境調整は、入院中の全体にかかる上向き矢印が示すように常に行われていた。

3. 看護師の判断内容の詳細

認知症看護の視点について、それぞれ看護師の判断の具体的内容を「着目した情報」「情報の解釈・推論」「ケアの選択」の一連を用いて説明する。【 】が看護師の判断、『 』が着目した情報のカテゴリー、《 》が情報の解釈・推論のカテゴリー、〔 〕がケアの選択のカテゴリーとして示す。また、文中の〈 〉はサブカテゴリを示し、データを代表する例示として、逐語録から抜粋したデータを「ゴシック体」で示す。

a. 順調な治療経過を支える

身体疾患の急性期では、治療継続に影響を及ぼすBPSDおよび治療から影響を受けるBPSDとして、【治療と認知症症状の相互関係をとらえ対応する】判断が行われていた。『身体疾患・治療への理解困難を示す言動』として、〈治療を理解できていない様子〉〈治療に対する非協力的態度〉などの患者情報に着目し、この着目情報をもとに《認知症症状により治療・検査が滞る可能性を予測》したり、《治療がBPSDの悪化を助長させる可能性を予測》していた。《認知症症状により治療・検査が滞る可能性を予測》した場合は、順調な治療継続に向けて【患者の理解力低下を補うかかわり】『治療を安全に行う工夫』を行っていた。理解力低下を補うかかわりとは、〈リアリティオリエンテーション〉や〈わかりやすい繰り返しの説明〉〈身体症状を認識できるようなかかわり〉として痛みや不快の有無を尋ねたり、体動による痛みの確認など、患者自身に身体不調に気づいてもらう対応であった。『治療を安全に行う工夫』では、点滴チューブの挿入部を見えないようにするといった〈点滴治療を継続するケアの工夫〉や、認知症症状が出やすい時間帯に介入頻度を増やすなどの〈患者の症状パターンにあわせた介入〉といった対応がされていた。

一方で、《治療がBPSDの悪化を助長させる可能性を予測》した場合は、処置や活動制限を不快と感じてBPSDを誘発させる可能性について予測していた。この場合は、『チューブ類の早期抜去や安静の早期解除による治療の苦痛軽減』といった、可能な範囲で治療による不快を緩和できるよう医師を交えた検討を行っていた。

「骨折の術後立位許可は出たのですが5日間の尿管留置の指示がある人で、攻撃的になってて『着目』、不快感を持ちやすい尿管を5日間も残すのは、さらにひどくなるのじゃないかと思って……〔解釈〕尿管を早めに抜いて動かすほうが攻撃性の誘因を1つでも減らせるのではないかと……医師と相談して抜きました〔ケア〕」（看護師E）

身体疾患の回復期では、意識レベルやADLが改善することで【機能回復による転倒転落事故を防ぐ】判断がされていた。『患者が認識する体調・ADLレベルと現状との相違』として、〈歩行ができないことを理解できずに歩き出す〉〈患者が疼痛や体調不良を自覚しなくなる〉などに着目していた。また、『改善してきている身体機能』として〈急激に改善しているADL〉〈意識回復による活動の始まり〉の患者情報にも着目していた。これらの情報に対し《危険認知の低下による転倒転落の可能性を予測》して、『転倒転落の予防と患者の認識強化の対応』として〈見守りによる転倒予防〉〈歩行困難の認識を促すかかわり〉〈歩行以外の移動手段の説明〉〈転倒転落予防用品の使用〉を行っていた。

b. 不可解な言動への対応を模索

入院初期は、患者情報の少なさから認知症症状の特性や行動の意味理解がむずかしく【入院初期の不可解な言動への対応を模索する】判断が行われ、入院初期以外の療養時に新たに生じた不可解な言動や不穏に対しては【せん妄の可能性も見定め対応する】や【強い興奮状態の患者を支える】判断が行われていた。

『入院初期の患者の不可解な言動』では、〈入院初期の焦燥感や落ち着かない様子〉〈入院時から生じている喚声〉といった言動そのままをとらえており、これに対し《情報不足により症状の要因理解が困難と解釈》した場合は、『認知症症状の早期理解のための暫定的対応』を行っていた。暫定的対応は、喚声に対する個室準備や他者への迷惑を防ぐ一時的な対応を行い、その間に患者の早期理解をすることであった。また、『入院初期の患者の不可解な言動』から《入院による不安とBPSDの関係の見定め》を行った場合、入院初期から生じている焦燥や動揺などの不穏症状は、環境の変化に対する不安から生じている可能性について見定め、『患者との距離を近づけるコミュニケーション』を行い、患者が安心して療養できるように信頼関係構築を優先した対応が行われていた。

「入院時に大きな声で叫び続けてて^{〔着目〕}、患者情報がなく叫び声がなぜあるのかわからないので、すぐに鎮めることがむずかしいと思って^{〔解釈〕}、とりあえずまわりとの調和がとれるように個室を使用して、早めに患者の叫ぶ理由の理解をしようと……^{〔ケア〕}」（看護師B）

【せん妄の可能性も見定め対応する】では、『入院環境や治療を機に悪化・持続している不穏や興奮状態』として〈治療・検査を機に生じている不穏〉〈入院を機に悪化している認知症症状〉〈患者の落ち着きのなさや興奮状態〉に着目し、《せん妄が生じている可能性の予測》を行っていた。この予測には、認知症のない高齢者のせん妄の可能性も含まれていた。これらに対し『昼夜のリズムを整え、症状悪化の前兆をとらえた対応』を行っていた。

「イレウス管が入りIVHの治療が始まってから、帰宅要求や家族の名前を呼ぶ、夜間叫ぶ、イレウス管を抜くことが出てきて^{〔着目〕}、入院後の生活環境や入院を理解できないこととか、治療で不安や緊張が出て、せん妄状態になっていると思ったので^{〔解釈〕}、患者の日中の過ごし方とか安定剤の使用（睡眠の確保）も考えて接しました^{〔ケア〕}」（看護師D）

【強い興奮状態の患者を支える】では、看護師の対応だけでは鎮静が困難である強い興奮状態が生じた場合の判断であった。〈延々と続くBPSD〉〈対応方法がすぐに見出せない興奮状態〉といった、何時間と続く徘徊や暴れると表現された興奮状態に対し、『対応方法に試行錯誤するBPSD』としてとらえ、《強い興奮状態や徐々に悪化して

いくBPSDに対する対応困難性の見定め》を行っていた。具体的には、〈持続するBPSDを中断できる機会の見定め〉〈偏った思考への固執を解き放つ困難性の見定め〉などであった。そして、『患者の固執や偏った思考の解消に向けた対応』が行われ、〈思考転換として散歩や足浴を行う〉〈興奮状態悪化の前兆察知のため患者の困りごとを確認して対応する〉といった内容であった。また、興奮して暴力を伴う場合や何時間も続く徘徊では転倒の事故も生じやすく、『強い興奮状態時も無理な鎮静なく安全に留意した見守り』として、〈暴れている場合は、事故予防を重視した対応〉〈強い興奮への移行予防のための薬物コントロールの評価〉が行われていた。

c. BPSD増悪要因の検討と支援

BPSD増悪要因の検討と支援では、『身体的不快・苦痛とBPSDの関連をとらえ対応する』として、身体不調や不快を感じている場合、その不快とBPSDとの関連性をとらえた判断が行われていた。また、治療行為やケアを行うときに拒否的態度を示す患者に対し、その要因を模索してケアを選択する【拒否的態度の要因へ働きかける】判断が行われていた。

【身体的不快・苦痛とBPSDの関連をとらえ対応する】では、『身体的不調に同調するBPSD』と『身体疾患の改善や苦痛解消に同調するBPSD』の2側面の患者情報に着目していた。『身体的不調に同調するBPSD』とは、苦痛や不快に伴って出現する攻撃性や喚声のBPSDであり、その情報をもとに《身体苦痛・不快からBPSDへの影響の見定め》を行っていた。そして『身体的苦痛の緩和ケア』として、術後疼痛のコントロール、便秘や尿閉の対応など、身体的苦痛のコントロールを実践していた。

「患者は、術前からつかみかかる、罵り叫ぶ、スプーンを投げるような攻撃的で……骨折したことの記憶がなくても「痛い!」と言って痛みは感じているようで、痛みが強いときに特に怒っている感じで^{〔着目〕}、痛みのコントロールが不良なんだと思って^{〔解釈〕}、痛み止めを積極的に使って創部痛のコントロールをしたんです^{〔ケア〕}」（看護師E）

『身体疾患の改善や苦痛解消に同調するBPSD』では、身体的苦痛の解消時にBPSDを生じている様子に着目しており、たとえば「肺炎の熱発でもうろうとしていても、改善してくると「家に帰る」と動き出す」ような状況であった。これに対し《身体不調・苦痛解消がBPSDに及ぼす影響の見定め》を行い、『治療理解への繰返し説明と苦痛解消時の重点の見守り』を行っていた。

【拒否的態度の要因へ働きかける】判断では、『身体抑制に対する不快反応』と『ケア介入時の拒否や不快反応』の患者情報に着目していた。『身体抑制に対する不快反応』では、抑制衣やミトン型手袋、車いすベルトに対し〈抑制

実施時の拒絶)〈抑制に対する攻撃性や興奮〉に着目し、これに対し《身体抑制でストレスが生じていると解釈》し、『抑制解除時間の提供および中止』の介入を行っていた。「患者はIVHを何度も抜いてしまうのでミトンを使用していたのですが、付け直そうとすると泣いちゃうらしくて「嫌だ」って言って『着目』。つけっぱなしはストレスになるのだろうし、認知症の症状も悪化させるんじゃないかと思って『解釈』、ミトンを外す時間を少しでもつくれるように話し合って時間をつくるようにしました『ケア』(看護師D)

『ケア介入時の拒否や不快反応』では、〈入浴を拒否する〉〈体位交換やおむつ交換時や処置時の暴力〉などであり、これに対し〈入浴の言葉が理解できず不安を感じる可能性〉〈ベッド上の処置は威圧的に感じる可能性〉など《認知症を配慮しない介入が拒否的態度を誘発する可能性》を推測し、『丁寧な説明や反応にあわせた対応』を実施していた。反応にあわせた対応では、「攻撃的行動は恐怖心の表現」ととらえて「穏やかな口調を意識し、納得できる説明を行う」ようなかわりであった。

d. 患者の特性を活かす

患者の潜在能力や症状特性を理解して、患者の能力や特性を生かした【患者の強みを活かす】判断や【患者特有の認知症症状に対応する】判断が行われていた。また、患者の生活習慣や生活歴を反映させてケアを実践する【生活習慣や生活歴を活かす】判断が行われていた。さらに、かかわりの反応から患者特性の理解を深め次のケアに活かしていく【患者の反応を手がかりに対応する】判断が行われていた。

【患者の強みを活かす】では、『患者の記憶力・見当識・識字力』といった、患者の保持されている機能に着目し、どのような能力が保持されているか《患者の潜在的能力の見定め》を行っていた。そして、『認知機能障害に対する患者の強みの活用』として〈患者の理解力に応じ、平易な言葉や小道具を用いて丁寧にわかりやすく話す〉ことや〈記憶障害、見当識障害に対し、読解力を活用した張り紙、標識、矢印の活用〉のケアを選択していた。

「患者さんに名札を見せると“あなた看護婦さんか”と言ったので『着目』、この方は字を読むことも内容を理解することもまだできると考えて『解釈』、読めるので、貼り紙を活用して「点滴中です 抜かないでください ○○病院」といった……病院の名前や入院の理由を患者の見えるところに貼りました『ケア』(看護師E)

【患者特有の認知症症状に対応する】では、『認知機能の低下や症状特性』として繰り返される質問などの記憶障害、道具の使用方法がわからない失行、迷子になる見当識障害などの中核症状と、焦燥感、喚声や決まった時間の不穏などのBPSDを示す患者の様子から、《患者の症状特

性の見定め》を行っていた。そして、『患者特有の認知症症状や疾患別特徴を理解した対応』を行い、「患者の焦燥感が強くなる夕方が家族の帰宅時間や食事の支度時間の場合、症状出現時間前に夕食は準備してあることを伝え安心してもらう」介入などの〈患者特有の症状にあわせた対応〉や、〈認知症の疾患別の症状特性を理解した対応〉といった症状のパターンを理解した対応が実施されていた。

「前頭側頭型認知症の患者さんで……この認知症は割と規則的だったり決まりごとを守ることができる。患者は早食いするので危なかったけど、パンが好きで売店に行って買ってきて自室で食べてしまう『着目』。窒息の危険があったので、約束ごとをつくっていけばいいと考えて『解釈』先生にお願いしてナースステーションで食べることを患者と決めると、この後はナースのいるところで食べるようになりました『ケア』(看護師B)

さらに【生活習慣や生活歴を活かす】では、『患者の生活習慣や生活歴』として「入浴時に身体を洗わない」「社会的地位のあった患者に指示をしたら怒っていた」「ご不潔に連れてってと言った」などがあり、《生活習慣や生活歴からみる患者の行動やBPSDの解釈》を行い、指示に応じない様子や怒りや喚声などが生活習慣・生活歴と関係していないか見定め、そして『生活習慣や生活歴を活かした対応』を行っていた。

「患者はお風呂に入っても声をかけても身体を洗おうとしなくて『着目』、家族に確認したらいままでも身体を絶対に洗うことはなかったと言っていたので、……中略……つい認知症の行動障害と考えがちだけど、生活習慣の可能性も考えて『解釈』行動障害かどうか迷うときは生活習慣を確認して、以前からの習慣が影響しているのかどうか確認していくことが大事だと思いました『ケア』(看護師I)

【患者の反応を手がかりに対応する】では、患者の反応を手がかりにケアの選択を導いていた。『BPSDが落ち着くときや患者のニーズ』として、〈拒否的反応があるといわれている患者が受け入れたとき〉や〈患者がニーズを示している言動〉〈BPSDに対する患者なりの理由〉に着目し、これらの情報に対し《BPSD安定への手がかりの見定め》を行っていた。そして、『患者が快適さを感じるケアの積み重ね』として、「検温の拒否がある方にも、自己紹介といまから何をするか細かく伝えたら、受け入れてくれたので説明を大事にする」の語りに代表される〈患者の反応から今後のケアの方向性を導く〉ことや〈患者のニーズをとらえた対応〉を行っていた。

e. 療養環境からの影響を調整する

認知症をもつ人々は環境による影響を受けやすく、環境と認知症症状の関連性を踏まえて【適した療養環境を整える】判断が行われていた。『騒音、交流の少なさ、落ち着いた空間』と認知症症状の関係性を着目しており、それ

は、〈騒々しい環境下での療養生活〉〈まわりが騒がしくても本人への刺激のない環境〉〈病棟の落ち着いた雰囲気〉であった。落ち着いた空間とは、「手術検査の出入りが少なく空間もゆったりして落ち着いている病棟」と表現されていた。このような空間で過ごす患者の様相から《療養環境がBPSDに及ぼす影響の見定め》を行っていた。そして『雑音が少なく、適切な交流、落ち着いた環境の調整』がケアとして選択され、具体的には、ナースステーションで日中を過ごすなどの〈雑踏とした療養環境での生活を避ける環境調整〉や〈患者が落ち着くことができ、適度な刺激のある療養環境の調整〉として、患者目線で落ち着きやすい環境とは何か考え調整を行っていた。

「患者の部屋はくちゃくちゃだったんですけど、毎日の掃除や補助さんが片づけてしまうと患者は落ち着きがなくなってしまうんです^{〔着目〕}。看護師が考える病院の病室らしくなるように患者のくちゃくちな部屋を片付けることは、患者の落ち着ける空間を毎日壊していることになるんじゃないかと思って^{〔解釈〕}、落ち着ける空間って何かを考えて、部屋がくちゃくちゃでもその人が穏やかならその環境を大事にして整理整頓しよう^{〔ケア〕}」（看護師A）

看護職者の対応方法などがBPSDに及ぼす影響について、【人的環境を調整する】ことが行われていた。〈看護師の対応に対する患者の嫌悪的反応〉〈看護師が抱く認知症患者へのイメージの偏り〉などの『看護師の知識不足や偏った見解』の情報に着目し、《看護師の態度や知識不足が及ぼすBPSDへの影響の可能性》を解釈し、看護師がもたらす影響要因を明確にしていた。そして認定看護師から病棟スタッフに対し、〈看護師の対応で患者が苦痛や不快を感じていることを説明〉〈認知症への知識不足が偏見や画一的見解を招くことを説明〉することで『看護師への知識充足の導き』を行っていた。

「看護師は、用事があったらとか、トイレ行きたいときにナースコールしてくださいって言う……（中略）、患者はちょっと座っているだけと思っている状態に対して、看護師は“なぜナースコールしないの？”と言うわけです^{〔着目〕}。看護師の用事と患者さんの用事というのがまったくずれているということを認識していないことが多いので^{〔解釈〕}、座るときとか、立ち上がるときにはボタンを押してくださいとか、結局、患者さんがわかるように書かせると、けっこう患者さんも理解して応じれることが多いですね。患者さんのベッドのところに書いて、一個ずつ読んで実際にやってもらって、できているか確認していく^{〔ケア〕}」（看護師I）

また、『勤務多忙による見守りの限界』の看護師の様子に着目し、「常時観察するのは負担になるが、患者の行動パターンを理解できれば重点的に見守っていけるのでは」といった《見守り方法が重要と解釈》して、『患者の行動パ

ターンにあわせた対応』のケアに取り組んでいた。

V. 考 察

一般病院で入院治療する認知症高齢者に対し、認知症看護認定看護師は認知症症状と治療・検査の継続への判断やBPSDの要因検索・ケアへの判断、療養環境・人的環境から影響をとらえた判断を行っていたことが明らかにされた。これらの結果を通して、一般病院で入院治療を受ける認知症高齢者への看護実践の特徴を明らかにするとともに、実践への適応を述べる。

1. 治療・検査と認知症症状の相互関係の理解

認知症高齢者が治療・検査を受けることは、自身の身に降りかかる新しい事象や苦痛に直面することである。そのような治療や検査が患者自身にとってどのような意味をもつか、患者が理解することは困難であり、点滴やチューブ類の抜去、歩行できなくても歩き出す、必要な安静を守れないといった事態が生じている。これらは、治療中断の引き金の危険性をもつため、BPSDから治療・検査に及ぼす影響を予測して必要なケアを選択することが重要となる。本研究では、理解不足による点滴抜去をする可能性やベッドから降りようとする際の転落事故の可能性に対し、【治療と認知症症状の相互関係をとらえ対応する】【機能回復による転倒転落を防ぐ】判断が行われていた。先行研究においても、湯浅ら（2009）によれば、身体治療を受ける認知症高齢者への看護スキルとして、予測した対処や危険までの時間稼ぎとして、点滴のラインに気づかせない、創部を触ろうとしたら話しかけ気を紛らわせるといった危険回避のさまざまな手段を投じていた。山本ら（2010）は、救急医療現場での認知症患者をケアする看護師の困難として「事故の危険性」「治療に協力が得られない」を示しており、看護師はチューブ類の自己抜去、転倒・転落の危険性、徘徊による事故の危険など、生命の危機につながる事故を招く行動に対し危機感・恐怖感を抱いていたと報告していた。一般病院は施設や在宅と異なり、身体疾患の治療と認知症症状の関係性が強く、この関係を理解して、認知症症状に伴う事故回避を主軸とした看護実践を導く判断が重要であることが考えられる。

一方で、今回の結果では《治療がBPSDの悪化を助長させる可能性を予測》し、BPSDが治療継続を困難に導く根源、という医療者側からの視点で判断を進めるのではなく、患者に生じている苦痛や不快にも着目することで、治療が及ぼすBPSD悪化への影響を考え判断を進めていた。Brooker, D. (2007) は、認知症のケアになくならない4つの要素を示し、その1つに「その人の視点

(perspective) から世界を見ること」を示している。一般病院は、多忙な業務のなかケアに時間をかけることができない状況になりやすく (Nolan, L., 2007), 治療優先の環境となりやすいが、そのなかでも患者の視点をもって判断していくことは、治療行為を誘因としたBPSD悪化の助長を防止することとなり、結果としてBPSD悪化による治療中断を予防できる。このことから、治療がもたらす認知症症状への弊害についてもよく理解し、患者目線に立って治療に伴う苦痛や不快を緩和させるための判断も一般病院の看護において重要といえる。

2. 身体不調から影響するBPSDの理解

認知症の進行が中等度となると、コミュニケーション能力の低下が生じ、自分に生じている苦痛や変化の言語的表現が困難となり、代わりに焦燥・攻撃性・ケアの拒否といった表現となることが多い。介護老人保健施設において熟練看護師が実践している認知症高齢者への看護ケアプロセスの特徴の報告では、対象を「不快や不調を表現できない存在ととらえ、微細な変化を見逃さないように予測的対応をする」として些細な変化をとらえ、からだを整えるかわかりを示している (長畑・松田・佐瀬・臼井, 2002)。本研究でも、『身体的不調に同調するBPSD』といった身体的不快や苦痛をもつ患者に着目して苦痛緩和のケアを判断していた。BPSDの要因はさまざまであるが、一般病院では身体疾患の治療目的で入院しているため、身体不調とBPSDの関連を視野に入れた判断が必須となる、といえる。

また、身体的不調からのBPSD悪化だけでなく『身体疾患の改善や苦痛解消に同調するBPSD』といった不調や苦痛が解消されたときにも着目していた。これは、いままで存在した不調や苦痛の解消を体感した高齢者が、健康時と同じ状態だと感じて活動し始めることでの転倒や徘徊、帰宅要求の訴えであり、認知症高齢者が不快の解消を治癒ととらえて帰ろうとする行動から帰宅要求が生じるのは自然なことともいえる。認知症高齢者の立場で事象をとらえ、疾病回復に伴う苦痛の解消時は患者のニーズが行動に移る可能性があることを理解してかわかっていくことが、BPSD悪化の予防的対応につながると考える。

3. 対象のもつ力を引き出すケアの探求

認知症は進行性の病態を示すがゆえに、低下した機能を補うことばかりでなく、Pam, D., Donna, L., & Karen, K. (1993) がいう「できる能力に働きかける過程」を重要とする。今回の結果では【患者の強みを活かす】判断が行われており、患者の強みを引き出す看護は、療養の場を選ばず認知症看護には重要な要素であると考えられる。今回、患者の強みとして語られたのは、識字力や記憶力、理解力、見当識で

あった。認知症高齢者とのかわりでは、機能の低下に注目しがちであるが、機能低下だけでなく患者ができることを意識的にとらえる姿勢が適切なケアを導き、患者の強みを理解することが患者の自尊心を擁護し尊厳順守につながると考える。Nolan, L. (2006) は、急性期病院の認知症高齢者に関するケアの研究において、有意義なケアは人として尊重する患者との関係構築であると報告し、急性期病院の制限ある背景であっても認知症高齢者を知り、尊重することは重要であると述べている。このように、看護師が認知症高齢者を知り、理解を深めようとする歩み寄りの意識や人として尊重する姿勢をもつことは重要であり、認知症看護の基本的姿勢である尊厳を守るケアは一般病院においても重要な看護である、といえる。

また、【患者特有の認知症症状に対応する】では、患者の認知症の特徴をとらえた対応と疾患別に生じる症状の特徴を踏まえ、ケアに活用していた。湯浅ら (2009) は、身体的治療を受ける認知症看護への看護スキルの分析的把握で「疾患として認知症を理解する」ことを述べている。アルツハイマー型認知症、脳血管型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症といった疾患別の症状特徴を知ることによって、適切な看護方法を選択できることもあり、知識習得が質の高い看護を導く一助になると考える。この判断は、認定看護師の専門的知識と実践能力から実施できた判断であったと推測する。一般病院の看護師に置き換えて考えた場合、専門的知識からの実践は困難とも考えられるが、これらの知識習得は看護職者への教育により充足も見込まれるため、一般病院においても認知症看護の教育機会をもつことが課題となる。

4. 一般病院における環境要因とBPSDとの関係

環境に関しては、【適した療養環境を整える】と【人的環境を調整する】判断が行われていた。山田 (2007) は、認知症高齢者は環境の変化への適応に時間を必要とすることや自身で生活しやすい環境改善・調整の実施がむずかしくなることから、ケア提供者による療養環境調整の重要性を示している。本研究においても、療養環境の調整として、雑然とした環境で過ごす患者の様子に着目した環境調整が実施されていた。さらに本研究では、〈まわりが騒がしくても本人への刺激のない環境〉に着目して適度な刺激のある療養環境の調整を行っていた。病院環境は非日常的な空間、過剰刺激に陥りやすいが、その反面、交流不足による刺激不足も生じやすいことが推察され、患者にとって適切な環境が何かを模索しながら調整していく過程が重要になると考える。

人的環境の調整については、認知症看護認定看護師として、看護職者の態度・知識不足・偏見が認知症症状に影響

している様子を見て、看護職者への助言や指導を行っていた。加藤（2005）は、BPSDの出現原因は心身の要因や生活環境だけでなく、ケア提供者との関係性によっても誘発されると述べていることから、人的環境とBPSDとの関係を理解しケア提供していくことが重要と考える。さらに『勤務多忙による見守りの限界』のように、急性期治療時は検査や手術、処置等への看護による多重業務により、時間をかけ向かいあう看護を実施したくてもできない時間的余裕のなさが表在化しており、一般病院における認知症看護の課題ともいえる。これに対し、本研究では『患者の行動パターンにあわせた対応』が実施されており、患者理解が個別性のあるケアを導く一助になることが推測できる。一般病院では認知症高齢者への対応に苦慮する機会が多いことが予測されるが、関心をもって観察することが患者理解につながり、ケアの方向性を導いていけるのではないかと考える。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究は【看護師の判断】を使用した。判断には直観的判断があり、直観的判断は記述困難な性質をもつ（Corcoran, S., 1990）とされていることから、判断すべてを可視化するには限界がある。実践的知識から積み上げられた看護ケアを明らかにするために、認知症高齢者への看護実践について参加観察を加えたデータ収集を行い、さらなるデータの積み上げと詳細な検討が必要となる。また、今回は認定看護師を対象としていることより、コンサルテーションや指導を実践する立場が判断内容に反映されたことと、認知症症状に対応する判断に焦点をあてた報告であるため、病棟看護職が実践している医療チームと連携したケア提供に関する内容が抽出されなかった。認知症高齢者の治療入院時にまつわる課題は多く、認知症患者の入院期間延長、退院後の療養場所決定、手術施行の有無等の意思決定などは医療チームの連携が必須であり、患者と家族を対象にしたこれらの課題への看護のあり方についても、今

後、明らかにしていくことが必要と考える。

結 論

一般病院で入院治療する認知症高齢者への【看護師の判断】について、認知症看護認定看護師10名に半構成的面接を行い、質的分析を行った結果、以下の内容が得られた。順調な治療過程を支えるため治療中は常に【治療と認知症症状の相互関係をとらえ対応する】判断や【機能回復による転倒転落を防ぐ】判断を実施していた。患者の不可解な言動に対しては【入院初期の不可解な言動への対応を模索する】や【せん妄の可能性も見定め対応する】を行い、増悪したBPSDには【強い興奮状態の患者を支える】判断を行っていた。BPSDの増悪要因の検討と支援のためには【身体的不快・苦痛とBPSDの関連をとらえ対応する】ことや【拒否の態度の要因へ働きかける】判断を行っていた。そして【患者の強みを活かす】【患者特有の認知症症状に対応する】【生活習慣や生活歴を活かす】といった患者の特性を活かす判断を進めていた。さらに【患者の反応を手掛かりに対応する】ことを行い、穏やかに療養できるケア方法の検討を繰り返していた。療養環境からの影響には【適した療養環境を整える】ことを行い、看護師の態度や多忙業務の【人的環境を調整する】ことを行っていた。認定看護師は、入院初期からあらゆる場面で認知症高齢者の安全な治療の継続と快適な療養生活を支えるために、多角的に判断を行っていることが明らかになった。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くインタビューに応じてくださいました認知症看護認定看護師の皆さまと病院関係者の皆さまに厚くお礼申し上げます。本研究は、平成21年度愛知県看護協会の研究助成費を受けて実施し、第36回日本看護研究学会学術集会にて発表した。

要 旨

本研究は、一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護方法を探索するために、認知症看護認定看護師の判断の内容を明らかにすることを目的とした。認定看護師10名を対象に半構成的面接を行い、語られた看護実践から「着目した情報」「情報の解釈・推論」「ケアの選択」を視点にカテゴリー化をした。その結果、治療や検査とBPSDの関連性をとらえた判断を行い、入院初期の不可解な言動やせん妄に対する判断、身体的不快・苦痛や拒否の態度からBPSDの要因検索を行う判断、患者の強みの活用やケアの適切性への判断、環境調整の判断を行っていた。認定看護師は常に認知症高齢者の安全な治療の継続と快適な療養生活を支えるために多角的に判断を行っていることが明らかになり、一般病院における看護の特徴として、治療とBPSDとの相互関係を理解し、BPSDが生じる要因として体調不良・不快や環境などからの影響をとらえ、患者のもてる力を活用する看護を実施することと推察された。

Abstract

This study aimed to elucidate the clinical decisions made by nurses certified in dementia nursing who care for elderly dementia patients in general hospitals. The subjects were 10 certified nurses who participated in a semi-structured interview. Qualitative analysis was performed on the collected data. The results showed that the nurses made decisions based on the relationship between BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) and treatment or test results, (2) clinical judgment on finding BPSD-associated factors based on patients' incomprehensible behavior in the early hospitalization period, delirium, physical discomfort, and refusal of care, (3) clinical judgment regarding the use of patients' latent abilities and the appropriateness of care, and (4) clinical judgment on environmental adjustments.

The study showed that the nurses made clinical decisions based on various viewpoints to continue safe treatment and to support comfortable living of elderly dementia patients. The results suggest that it is important for certified dementia nurses at general hospitals to understand the relationship of BPSD with treatment and physical discomfort, and it is important to use patients' latent abilities and activities of daily living in nursing practice.

文 献

- Brooker, D. (2007) / 村田康子, 鈴木みずえ, 中村裕子, 内田達二 (2010). VIPですすめるパーソン・センタード・ケア. 15-38, 京都: クリエイツかもがわ.
- Corcoran, S. A. (1990). 看護における Clinical Judgment の基本的概念. 看護研究, 23(4), 351-360.
- 江口恭子, 前田裕子, 久保田正和, 木下彩栄 (2011). 身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要健康科学, 7, 23-28.
- 江見三枝子, 中谷由美子, 福田英子 (2005). 臨床看護・介護における対応困難状況の発生頻度と対処方法の分析. 看護技術, 51(7), 71-74.
- 加藤伸司 (2005). 認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎. 66-72, 東京: ワールドプランニング.
- Kitwood, T. (1997) / 高橋誠一 (2005). 認知症のパーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ. 17-38, 東京: 筒井書房.
- 厚生労働省 (2012). 今後の認知症施策の方向性について. 「認知症施策検討プロジェクトチーム」報告書. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- 厚生労働省 (2013). 認知症施策関係. 「第45回社会保障審議会介護保険部会」資料5. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146269&name=2r98520000033t9f_1.pdf
- 長畑多代, 松田千登勢, 佐瀬美恵子, 白井キミカ (2002). 介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対するとらえ方. 大阪府立看護大学紀要, 8(1), 19-27.
- Norlan, L. (2006). Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting—a hermeneutic interpretation of staff nurse's experience. *Int J Older People Nurs*, 1(4), 208-215.
- Norlan L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses's views. *Br J Nurs*, 16(7), 419-422.
- Pam, D. L., Donna, L., and Karen, K. (1993) / 山下美根子 (2002). 痴呆性高齢者の残存能力を高めるケア. 2-52, 東京: 医学書院.
- 谷口好美 (2006). 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. 老年看護学, 11(1), 12-20.
- Tanner, C. A. (1987) / 堀内成子, 片田範子 (1990). クリニカル・ジャッジメントの教育—文献検索. 看護研究, 23(4), 118-130.
- 藤内美保, 宮腰由紀子 (2005). 看護師の臨床判断に関する文献的研究—臨床判断の要素および熟練度の特徴—. 日本職業・災害医学会誌, 53(4), 213-219.
- 山田律子 (2007). 認知症高齢者の生活環境づくり. 中島紀恵子 (編): 認知症高齢者の看護, 79-85, 東京: 医歯薬出版.
- 山本克英, 吉永喜久恵, 伊藤由佳 (2010). 救急医療現場で認知症患者をケアする看護師の困難. 神戸市看護大学紀要, 14, 73-80.
- 湯浅美千代, 杉山智子, 仁科聖子, 工藤綾子, 杉山典子 (2009). 身体的治療を受ける認知症高齢者への看護スキルとその構造. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 5(1), 53-60.

[平成25年 8月26日受 付]
[平成26年 4月15日採用決定]

腰椎麻酔下で人工股関節全置換術を受けた患者の メラトニン分泌リズムとストレス関連ホルモンとの関連

Relationship between Stress-related Hormones and Melatonin Secretion Rhythm
after Total Hip Arthroplasty Under Spinal Anesthesia

明 時 由理子¹⁾ 藤 田 君 支²⁾ 田 渕 康 子¹⁾ 松 浦 江 美³⁾
Yuriko Myoji Kimie Fujita Yasuko Tabuchi Emi Matsuura

キーワード：睡眠, 概日リズム, 尿中メラトニン, ストレス関連ホルモン, 腰椎麻酔
Key Words : sleep, circadian rhythms, urinary melatonin, stress related hormones, spinal anesthesia

緒 言

手術や麻酔は生体にとって大きな侵襲であり、神経・内分泌系反応や代謝系反応などさまざまな生体反応を引き起こす(竹内, 2007)。睡眠とホルモン分泌リズムは密接な関係があり(海老澤, 2009; 高橋, 1991), これらが同調しないと生体機能の時間的秩序が乱れ、睡眠の分断や睡眠構造の異常が生じる(本間, 2009)。睡眠は生体機能の維持・回復(林, 2008; Rosenberg-Adamsen, Kehlet, Dodds, & Rosenberg, 1996), 免疫機能に関与しており(加藤, 2005; Morin & Espie, 2004), 術後の生体反応が著しい時期に適切な睡眠を確保することが必要である。また, 術後早期の睡眠障害が術後せん妄の発症に関連することが報告されており(Jacobson, Dwyer, Machan, & Carskadon, 2008; 宮崎ら, 2008), 術後の睡眠を改善することは合併症の予防や早期回復へつながると考える。手術患者を対象とした睡眠の研究では, 睡眠関連ホルモンであるメラトニン分泌量の減少や分泌開始の遅延があり(Gögenur, et al., 2007; Kärkelä, Vakkuri, Kaukinen, Huang, & Pasanen, 2002), 術後の睡眠障害や概日リズム障害との関連が報告されている(Cronin, Keifer, Davies, King, & Bixler, 2001)。松果体から分泌されるメラトニンは日中低く, 夜間に増加するといった一定の分泌パターンを示す(林, 2008)。メラトニンには催眠作用があり, 夜間に分泌が増加することで睡眠へと導かれる(海老澤, 2008)が, 分泌リズムに乱れが生じて正常に分泌されないと睡眠障害や概日リズム障害を引き起こす。先行研究では, 術後に増加したコルチゾールによってメラトニン分泌の抑制(Gögenur, et al, 2007)やREM睡眠の減

少で睡眠障害を起こすことが報告されている(Fehm, et al, 1986)。一方で, Drenzo, Macknight, DiVittore, Bonafide, & Cronin (2005)の調査では, 術後患者の尿中メラトニン代謝物質(6-sulfatoxymelatonin)とコルチゾールの分泌量やタイミングは一致せず, コルチゾールによるメラトニン量の抑制や分泌開始時間の遅延はみられなかった。手術や麻酔によるストレスに対して, カテコールアミンやコルチゾール等のストレス関連ホルモンが反応することは明らかであるが, 睡眠関連ホルモンへの影響やその関連要因は明らかではない。そこで, 疾患, 麻酔, 術式, 術後の処置やケアなどの影響を統制して, 術後のメラトニン分泌動態やストレス関連ホルモンとの関連を明らかにする必要がある。今回対象とした人工股関節全置換術(total hip arthroplasty: THA)は変形性股関節症に対する外科的治療法で, 欧米をはじめアジアでも増加している(Fransen, et al., 2011)。国内においても変形性股関節症患者はおよそ120~420万人と推計されており(日本整形外科学会, 2008), 高齢人口の増加に伴い, 手術を受ける患者は今後も増加することが予想される。THAは待機手術で, 患者の全身状態が比較的良好であることや麻酔・術式が同じで後療法が一定であることから, 周手術期の睡眠障害に関する研究がいくつか報告されている(Derenzo, et al., 2005; Krenk, Jennum, & Kehlet, 2012)。Krenk, et al. (2012)によると, 全身麻酔下でTHAを受けた患者は術後1日目にREM睡眠が減少し, 夜間の覚醒時間が増加したことが報告され, これまでに報告されている他の手術患者と同様, 睡眠障害を起こしていることが明らかになった。手術患者の睡眠障害の研究は, 全身麻酔で手術を受けた患者を対象

1) 佐賀大学医学部看護学科 Division of Nursing, Saga University

2) 九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野 Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

3) 活水女子大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kwassui Women's University

にしたものが多く、腰椎麻酔で手術を受けた患者の術後の睡眠障害や、睡眠関連ホルモンのメラトニン分泌動態について系統的に調査した研究はほとんどない。しかし、短時間手術や低侵襲の手術の場合、全身麻酔と比べて術後合併症の発症が少なく、早期回復が期待できることから、腰椎麻酔等で行われることも多い。麻酔の種類に関係なく、手術患者の睡眠を確保し、術後の早期回復を助ける必要がある。

本研究では、腰椎麻酔下でTHAを受けた患者の尿中メラトニン分泌動態を把握し、術後のメラトニン概日リズム障害について明らかにする。さらに、ストレス関連ホルモン・疼痛および環境要因との関連を評価することを目的とする。

I. 研究方法

1. 研究デザイン：仮説検証型研究

仮説：腰椎麻酔下でTHAを受けた患者の尿中メラトニン分泌動態は、ストレス関連ホルモン、疼痛、環境要因によって影響を受ける。

2. 調査対象者

2010年3月から7月までの期間に、A大学医学部附属病院整形外科において腰椎麻酔下で初回THAを受けた患者38名を調査対象とした。対象者の選択除外基準として、術前に睡眠薬を常用している者、抗精神病薬を内服している者とした。

3. 調査方法

a. 調査項目

- ①睡眠関連ホルモン：尿中メラトニン量
- ②ストレス関連ホルモン：血清中のコルチゾール・アドレナリン・ノルアドレナリン量
- ③関連要因：
 - ・術後の疼痛：創痛，腰背部痛
 - ・術後の療養環境に関する主観的評価
 - ・個人要因：年齢，性別，麻酔・手術時間，手術開始時刻，手術終了から就寝までの時間，術後総出血量，手術前後の鎮痛薬・睡眠薬・制吐剤の使用状況，処置等

b. データ収集方法（図1）

(1) 睡眠関連ホルモン

手術当日の22時，2時，6時の尿中メラトニン量を測定した。メラトニンの標準値は0～200pg/mL（海老澤，2008）で，日中低く，夜間は5～10倍高い値となる（Cronin, et al., 2001）。尿中メラトニン濃度は，1～1.5時間遅延して血中メラトニン濃度を反映する（Graham, Cook,

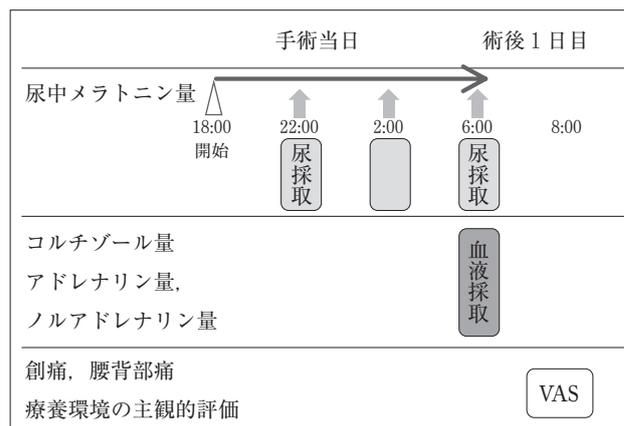


図1 データ収集方法

Kavet, Sastre, & Smith, 1998)。本研究では患者の負担を考慮し、膀胱留置カテーテルから尿バッグに貯められた尿から4時間ごとにサンプルを採取した。手術当日18時に尿バッグの尿をすべて破棄して空にした状態から調査を開始し，その後4時間で貯まった尿から10mLの尿を採取した。採取した尿は分注後-80℃で冷凍管理し，GenWay社（USA）のELISAキットを使用し，尿500μL中のメラトニン濃度を測定した。測定は20～23℃の環境下で行い，検体の解凍は1回のみとし，解凍から測定まで保冷に注意した。

(2) ストレス関連ホルモン

本研究では，夜間の採血は睡眠への影響があるため，術後1日目朝に行われる通常の採血時に5～6mLの採血を行い，コルチゾール，アドレナリン，ノルアドレナリンの血清中濃度を測定した。生体がストレスにさらされると視床下部—下垂体—副腎皮質系（HPA-axis）が働き，副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン（corticotropin-releasing hormone: CRH），副腎皮質刺激ホルモン（adrenocorticotrophic hormone: ACTH），コルチゾール分泌が増加する（深田，1993）。コルチゾール分泌も概日リズムがあり，起床後30～60分の間に大量に分泌される（林，2006）。起床時コルチゾール反応は，ストレス状態を反映する指標として先行研究においても用いられている（Rea, Figueiro, Sharkey, & Carskadon, 2012）。ストレスに対する自律神経系反応は，交感神経の作用により副腎髄質から分泌されるカテコールアミンを測定することでとらえることができ，アドレナリン，ノルアドレナリンが客観的指標として用いられる（片瀧・堀，1993）。採取した血液サンプルは3,000rpmで10分間遠心して血清を分離し，-80℃で冷凍管理した。測定環境，測定までの検体の取り扱い，検体の保管についてはメラトニン測定と同様に行った。コルチゾール濃度はAssay Designs社（USA）のELISAキットを使用し，アドレナリン，ノルアドレナリン濃度はDRG社（Germany）

のELISAキットを使用し測定した。

(3) 関連要因

(a) 術後の疼痛

Visual Analog Scale (VAS) を用いて、術後1日目朝に夜間の創痛、腰背部痛の程度を尋ねた。VAS計測は100mmの直線に垂線を記入する方法で、「痛みはない」を0、「これ以上の痛みはないくらい強い」を100とした。

(b) 術後の療養環境に関する主観的評価

VASを用いて、術後1日目朝に夜間の光・音に対する不快感の程度を尋ねた。100mmVASで表し、「不快に感じなかった」を0、「これ以上の不快はないくらい強い」を100とした。

(c) 個人要因

個人要因の項目については診療録より収集した。

c. 対象者や病棟看護師への説明方法と協力依頼方法

対象者への調査依頼は、主治医の許可を得て入院後に面談を行い、研究の趣旨、調査内容について説明した。手術当日の夜に4時間ごとに尿を採取すること、研究者が病院内の所属であるため、夜間は病棟看護師の観察時間とあわせて一緒に訪室すること、音や光など睡眠の妨げにならないよう留意することを説明し、研究協力への同意を得た。調査は、病棟看護師の協力のもとに行うため、調査開始前に病棟の看護師全員に対して研究の趣旨、調査内容・手順の説明を行い、協力を依頼した。

4. 分析方法

夜間の尿中メラトニン量の分泌動態は、22時、2時、6時の3時点にてKruskal-Wallis検定を用いて比較し、その後Tukey法による多重比較を行った。さらに、個体内での変化をみるため、22時、2時、6時の値の変化からグループ化した。分類は、Guo, Kuzumi, Charman, & Vuyksteke (2002) の手術患者のメラトニン分泌パターンを参考にして、正常なメラトニン分泌リズムと同様に22時から2時に増加し2時から6時に低下していた患者を分泌リ

ズム正常群、変動なしや22時から2時・6時とも低下した患者、早朝に増加していた患者を分泌リズム異常群とした。なお、測定誤差を考慮し、10pg/mL未満を変動なし、10pg/mL以上を増加または低下と判断した。メラトニン分泌に関連する要因の2群間比較にはMann-WhitneyのU検定を用いた。血清コルチゾール量、血清ノルアドレナリン量は基準値(明比・蘆田・竹之下・工藤・柳瀬, 2010; 大石・梅田, 1995)で2群に分類し、Mann-WhitneyのU検定にて関連要因の比較をした。ホルモンと関連要因の相関分析はSpearmanの順位相関係数で行った。統計解析には統計ソフト『SPSS 16.0 J for Windows』を使用し、すべての検定におけるp値は両側で有意水準5%未満とした。

5. 倫理的配慮

対象者に研究の趣旨と概要を口頭と書面にて説明した。術後の調査であるため、尿や血液を採取する際は患者の負担を最小にする方法で行い、夜間の睡眠を妨げないように留意した。同意事項として、①調査への協力は自由意思であること、②調査結果はすべてコード化した識別番号で取り扱い、個人のプライバシーを保持すること、③採取した検体は個人が特定されないよう取り扱い、研究目的以外には使用しないことを説明し、書面で同意を得た。本研究は佐賀大学医学部倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した(承認番号21-66)。

II. 結果

1. 調査対象者の属性(表1)

調査対象者38名のうち、参加拒否1名、手術中止1名、尿サンプル不足によるデータ欠損3名を除く33名を分析対象とした。分析対象者の平均年齢は61.6±9.5歳で、男性6名、女性27名であった。診断名は変形性股関節症32名、大腿骨頭壊死1名であった。麻酔は全例が腰椎麻酔(0.5%プロピバカイン塩酸塩)と静脈麻酔(1%プロポフォル)

表1 対象者の属性

| 項目 | | n | % | 男性/女性 | Mean ± SD | 範囲 |
|---------|---------|----|------|------------|---------------|----------|
| 年齢 | 歳 | | | | 61.6 ± 9.5 | 45~78 |
| 性別 | 男性 | 6 | 18.2 | | | |
| | 女性 | 27 | 81.8 | | | |
| 診断名 | 変形性股関節症 | 32 | 96.9 | 男性6 / 女性26 | | |
| | 大腿骨頭壊死 | 1 | 3.0 | 男性0 / 女性1 | | |
| 麻酔時間 | 分 | | | | 70.7 ± 20.3 | 48~162 |
| 手術時間 | 分 | | | | 45.9 ± 16.1 | 24~108 |
| 術後総出血量 | mL | | | | 589.6 ± 223.3 | 216~1188 |
| 術後鎮痛剤使用 | * | 27 | 81.8 | | | |
| 術後睡眠薬使用 | | 8 | 24.2 | | | |

*: 術後標準処置(フルビプロフェンアキセチル200mg持続点滴)以外で追加使用したものを示す

の併用で行われ、手術は同一手技で行われた。手術開始時刻は8～12時18名、12時～16時15名で、手術終了から就寝までの平均時間は7.4±2.3時間であった。術後はクリティカルパスに沿って処置や後療法が行われた。疼痛管理は、翌朝までフルルピプロフェンアキセチル200mgの持続点滴が行われ、ペンタゾシン、ジクロフェナクナトリウム等の鎮痛薬を追加投与した者は27名であった。さらに、術後は全例に術後悪心・嘔吐 (post-operative nausea and vomiting: PONV) 予防目的でメトクロプラミド10mgが使用され、PONVを発症した5名に制吐剤が追加投与された。術後にベンゾジアゼピン系睡眠薬を使用した患者は8名で、就寝前に6名、午前0時前後に2名が使用した。睡眠環境として、病室は多床室31名、個室2名で、夜間の観察や処置時は携帯用の小型電灯を使用し、夜間(21時～6時)は50lx以下の低照度の照明であった。

2. 分析結果

a. 睡眠関連ホルモン

手術当日夜の尿中メラトニン量の平均値を表2に示す。22時と2時の値に有意差があり ($p < .05$)、尿中メラトニ

ン量の平均変化率から22時から2時にかけての変動が大きいことが示された。生物学的なメラトニンリズムと同様に22時から2時に増加し2時から6時に低下した12名、夜間の尿中メラトニン量がほとんど変化しなかった10名、22時から2時・6時とも低下した5名、2時から6時にかけて増加した6名で、33名中21名(63.6%)の患者は変動なしや早朝に増加する等の異常な分泌リズムを示した(図2)。

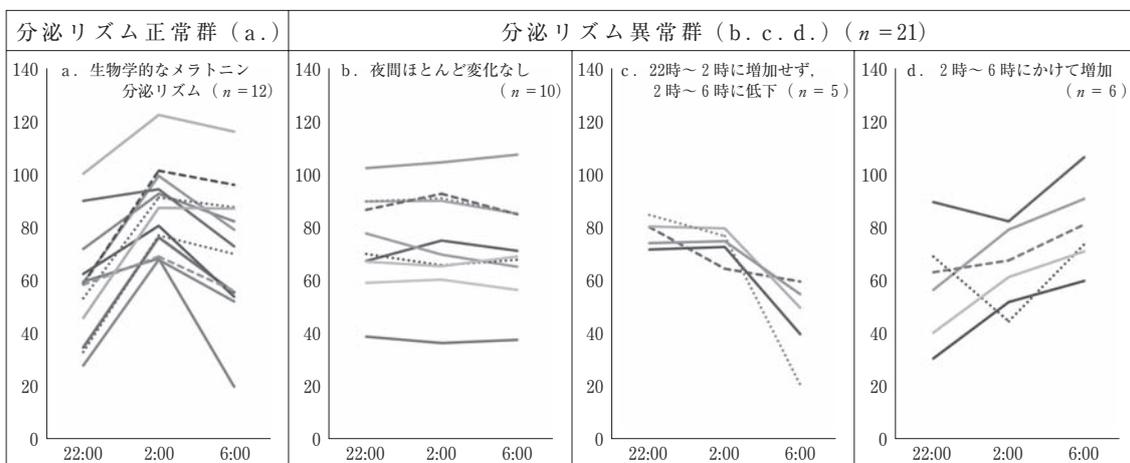
メラトニン分泌リズムと個人要因との関連について、性別による差異は認めなかったが、生物学的なメラトニン分泌リズムを示した患者12名中11名は女性であった。また、男性6名中5名は異常な分泌リズムを示した。メラトニン分泌リズムと年齢、麻酔・手術時間、術後総出血量との関連は認めなかった。術後鎮痛について、全員に鎮痛薬の持続点滴が行われ、82%の患者は鎮痛薬を追加で使用していた。鎮痛薬を使用した時間帯について、就寝前に鎮痛薬を使用した患者は19名で、メラトニン分泌リズム正常群9名、分泌リズム異常群10名で差はなかった。しかし、就寝前に鎮痛薬を使用しなかった患者14名のうち11名は、メラトニン分泌リズムの変動なしや低下など異常なメラトニン分泌リズムを示した。対象者の8名がベンゾジアゼピン系

表2 手術当日夜の尿中メラトニン量の変化

| | Mean ± SD | p値 | 範囲 | (N = 33) 変化率(%) † |
|-------------------|-------------|------|------------|-------------------------|
| 22時メラトニン量 (pg/mL) | 65.3 ± 19.9 | .041 | 28.1～102.4 | 33.6 |
| 2時メラトニン量 (pg/mL) | 77.1 ± 17.6 | | 36.4～122.5 | |
| 6時メラトニン量 (pg/mL) | 69.2 ± 22.6 | N.S | 20.1～116.2 | 19.6 |

Kruskal-Wallis検定, Tukey法による多重比較

†: 変化率 = (前の平均値 - 後の平均値) / 前の平均値 × 100



術後1夜目の尿中メラトニン分泌動態から4つのパターンに分類された。12名の患者は生物学的なメラトニン分泌リズムを示したが、21名の患者は夜間の変動がない、あるいは早朝に増加するなど異常なメラトニン分泌リズムを示した。

図2 術後1夜目の尿中メラトニン分泌動態

睡眠薬を服用していたが、内服によるメラトニン分泌リズムの違いはみられなかった。

術後の処置やケアについて、手術当日20時から術後1日目朝6時にかけて、3～4回のバイタルサイン測定や腓骨神経麻痺などの状態観察が行われ、患者の状態に合わせて疼痛管理、PONVの緩和、体位変換、患部のクーリング等が行われた。処置・ケア等の回数と夜間のメラトニン量との相関はなかった。

b. ストレス関連ホルモン

術後1日目朝の33名のストレス関連ホルモン量の平均値を表3に示す。いずれも基準値の近似値であったが、基準値より高値を示した患者は、コルチゾールで6名(18.2%)、

アドレナリンで2名(6%)、ノルアドレナリンで10名(30.3%)であった。コルチゾール・アドレナリン・ノルアドレナリンは、いずれも2時～6時の尿中メラトニン量および手術当日夜20時～6時の総尿中メラトニン量との相関はなかった。

ストレス関連ホルモンと個人要因との関連について、年齢・性別による血清コルチゾール量、血清アドレナリン量、血清ノルアドレナリン量の違いはなかった。血清コルチゾール量と術後総出血量との正の相関($r = .408, p < .05$)があり、血清ノルアドレナリン量と麻酔・手術時間($r = .430, p < .01$)、術後総出血量($r = .0411, p < .05$)で正の相関があった。

表3 術後1日目のストレス関連ホルモン量

| | Mean ± SD | 範囲 | 基準値 † |
|------------------|----------------|---------------|------------|
| コルチゾール (μg/dL) | 13.1 ± 5.7 | 4.8 ~ 30.0 | 4.0 ~ 18.3 |
| アドレナリン (pg/mL) | 32.7 ± 25.4 | 1.5 ~ 104.0 | < 100 |
| ノルアドレナリン (pg/mL) | 452.0 ± 103.88 | 334.1 ~ 747.7 | 100 ~ 450 |

†: 広範囲血液・尿化学検査 基準値

表4 術後の疼痛とメラトニン分泌リズム

| | 分泌リズム正常群 n = 12 | 分泌リズム異常群 n = 21 | p 値 |
|------|--------------------|--------------------|------|
| | Mean ± SD | | |
| 創部痛 | 33.2 ± 22.9 | 52.5 ± 28.1 | .063 |
| 腰背部痛 | 46.2 ± 28.7 | 56.8 ± 25.7 | .294 |

Mann-WhitneyのU検定
術後の創部痛・腰背部痛はVAS100mmで評価

表5 術後1日目の疼痛とストレス関連ホルモン

| | n | 創部痛 | p 値 | 腰背部痛 | p 値 |
|----------|--------------|-------------|------|-------------|------|
| コルチゾール | 正常群 (n = 27) | 39.7 ± 26.6 | .779 | 45.6 ± 25.4 | .033 |
| | 異常群 (n = 6) | 42.5 ± 27.1 | | 70.3 ± 31.3 | |
| ノルアドレナリン | 正常群 (n = 23) | 38.5 ± 26.0 | .556 | 43.1 ± 27.5 | .045 |
| | 異常群 (n = 10) | 44.3 ± 27.8 | | 66.1 ± 21.8 | |

Mann-WhitneyのU検定
コルチゾール基準値4.0～18.3μg/dLの範囲を正常群、18.4μg/dL以上を異常群
ノルアドレナリン基準値450pg/mL以下を正常群、451pg/mL以上を異常群
アドレナリン基準値100pg/mL以上の患者が1名のため除外

表6 メラトニン分泌リズムと環境に関する主観的な評価

| | 分泌リズム正常群 n = 12 | 分泌リズム異常群 n = 21 | p 値 |
|----------|--------------------|--------------------|------|
| | Mean ± SD | | |
| 光に対する不快感 | 0 | 13.7 ± 22.9 | .028 |
| 音に対する不快感 | 2.5 ± 6.2 | 16.8 ± 24.1 | .067 |

Mann-WhitneyのU検定
夜間の音・光に対する不快感はVAS100mmで評価

c. 関連要因

(1) 術後の疼痛

術後1日目の32名の創部痛は平均40.2, 腰背部痛は平均49.8であった。メラトニン分泌リズム異常群は分泌リズム正常群と比べると, 創部痛, 腰背部痛とも高値であったが, 有意差は認めなかった(表4)。ストレス関連ホルモンのコルチゾール高値群6名, ノルアドレナリン高値群10名は, 正常群と比べて創痛, 腰背部痛ともに高く, 腰背部痛で有意差を認めた(コルチゾール群 $p = .033$, ノルアドレナリン群 $p = .045$)(表5)。

(2) 術後の療養環境に関する主観的評価

術後1日目の夜間の光に対する不快感は平均9.0, 音に対する不快感は平均11.7であった(表6)。しかし, メラトニン分泌リズム異常群は, 分泌リズム正常群と比べて光・音に対する不快感ともに高く, 光に対する不快感で有意差を認めた。

III. 考 察

1. 睡眠関連ホルモンについて

本調査の結果, 対象者の36%は手術当日夜に生物学的なメラトニンリズムがみられたが, 64%の患者は夜間の尿中メラトニンの上昇がなくほとんど変動がない, あるいは早朝に増加する等の異常なメラトニン分泌リズムがみられた。メラトニンは催眠作用をもち, 夜間のメラトニン分泌量が上昇しなければ, 入眠困難や睡眠の質的な低下など睡眠障害や概日リズム障害を引き起こす(三島・大川, 1998)。メラトニン分泌異常群の11名は夜間の尿中メラトニン量がほとんど変化せず, 分泌リズムの振幅が小さかったことから, 夜間の分泌量が抑制されたことが考えられる。また, 残りの10名の患者は, 22時から2時・6時とも低下, または早朝に増加がみられ, メラトニン分泌開始時間が通常より早い時間帯あるいは朝方にずれた可能性が考えられる。手術患者を対象とした睡眠の研究は, 全身麻酔で手術を受けた患者を対象にしたものが多い。本調査では, 腰椎麻酔で手術を受けた約6割の患者にメラトニン分泌リズムの異常がみられ, 術後の睡眠障害につながる可能性があることが示唆された。麻酔の種類に関係なく, 適切な睡眠がとれるよう援助が必要である。

Gögenur, et al. (2007) は, メラトニン分泌開始時間の遅延が手術時間と関連があることを報告している。今回, 術式が同じで手術時間に大差はなく, 手術開始時間とメラトニン分泌リズムとの関連もみられなかったが, 異常なメラトニン分泌リズムを示した対象者が6割を超えており, 他の要因の影響が考えられる。鎮痛薬を使用した時間帯について, 就寝前に鎮痛薬を使用した患者と使用しなかった患

者のメラトニン分泌リズムに有意な差はなかったが, 就寝前に鎮痛薬を使用しなかった患者14名のうち11名は, メラトニン分泌リズムの変動なし群や低下群で, 異常なメラトニン分泌リズムを示した患者が多い傾向にあった。いずれも22時から2時のメラトニン分泌の増加がみられなかったことから, 入眠時の疼痛緩和がメラトニン分泌リズムを整える可能性が考えられ, 就寝前の先制鎮痛が術後の適切な睡眠を確保するために効果的な方法である。

本調査対象者の8名が服用していたベンゾジアゼピン系睡眠薬は, 入潜眠時の短縮, 中途覚醒減少, 中途覚醒回数の減少が得られるものの, 非ベンゾジアゼピン系睡眠薬と比べて徐波睡眠の減少, REM睡眠段階の減少が報告されている(菅野, 2000)。本調査対象者のメラトニン分泌リズムの違いはみられなかったが, 対象者が少なく, 睡眠薬による影響を明らかにすることはできなかった。

睡眠関連ホルモンは, 加齢(佐藤, 2004)や性別(小林・香坂, 2009; 谷口, 2006)による影響があるといわれているが, 本調査では年齢や性別との関連はなかった。原疾患の特徴から中高年の女性患者が多く, 男女比が大きかったことから差が出なかった。しかし, 対象の男性6名中5名は, ほとんど変動ない, あるいは早朝に増加するなどの異常なメラトニン分泌リズムを示した患者が多い傾向にあり, 睡眠障害を起こす可能性があることを考慮する必要がある。

睡眠環境について, メラトニンは光によって分泌が抑制され, 夜間100lx程度の照明でも覚醒効果を生じさせることが明らかとなっている(Boivin, Duffy, Kronauer, & Czeisler, 1996; 林, 2008)。本調査では, 低照度の照明や部分を照らす電灯の使用など配慮がされていたため, 光に対する不快感は低かったものと考えられる。しかし, メラトニン分泌異常群は, 正常群に比べ夜間の光に対する不快感が有意に高く, 光刺激によりメラトニン分泌が乱れ, 睡眠に影響した可能性が示唆される。

2. ストレス関連ホルモンについて

手術侵襲へのストレス反応により生成されたコルチゾールは術後2~3日目まで上昇が続き(Guo, et al., 2002; Mcintosh, et al., 1981), REM睡眠を減少させて手術後の睡眠障害を起こすといわれている(Fehm, et al., 1986)。対象者の約2割が基準値より高値を示し, 血清コルチゾール量と術後総出血量との正の相関があった。人工股関節置換術後は骨髄からの出血が多く, 循環血液量の減少によってコルチゾール分泌が増加したことが考えられる。コルチゾールは, 夜間のメラトニン分泌と対比して睡眠の初期に最低値を示し, 早朝に分泌量が増大する。手術侵襲によってコルチゾール, メラトニンの両方の概日リズムへの影響が考

えられたが、血清コルチゾールが基準値より高値を示した患者とメラトニン分泌リズムに異常がみられた患者は一致しなかった。また、血清ノルアドレナリン量が基準値より高値を示した患者もいたが、メラトニン分泌リズムに異常がみられた患者と一致しなかった。本研究の結果より、メラトニン分泌リズムはストレス関連ホルモンによって影響を受けていないことが示唆された。

3. 手術後の疼痛について

術後の疼痛と睡眠関連ホルモンについて、メラトニン分泌リズム異常群が創部痛・腰背部痛ともに高値であったが、関連は明らかにならなかった。しかし、鎮痛薬を使用しなかった患者に異常なメラトニン分泌リズムを示した患者が多い傾向にあり、痛みによる影響が示唆された。手術後の疼痛について、創部痛より腰背部痛が高く、腰背部痛が高い患者は、ストレス関連ホルモンのコルチゾール、ノルアドレナリンが有意に高かった。術後の創部痛は急性疼痛で、適切な鎮痛処置によりコントロールが可能であるといわれている（佐伯，2010）。創部痛に対しては、術直後からの鎮痛処置により中央値以下に保たれており、一定レベルの疼痛緩和がはかれていたと思われる。一方、創部痛よりも強かった腰背部痛は、手術後の安静臥床や患肢安静保持のため体動が制限されたことで生じたと考えられ、筋・筋膜性疼痛症候群に分類される（佐伯，2010）。筋・筋膜性疼痛症候群は筋の血流障害や緊張により起こる痛みで、持続性の痛みが特徴である。手術後の安静臥床期間中に生じる腰背部痛は、創部痛に対する鎮痛薬では効果が得られにくいという報告があり（尾野ら，2009）、腰背部痛を緩和する援助が必要である。

4. 看護への示唆

本調査の結果、腰椎麻酔による手術を受けた患者の約6割に夜間の尿中メラトニンの上昇がなくほとんど変動がない、あるいは早朝に上昇する等の異常なメラトニンリズムがみられ、麻酔に関係なく、術後の睡眠が確保できるような援助が必要である。術後のメラトニン分泌に関連する要因は明らかになっていないが、鎮痛薬の使用によりメラトニン分泌リズムに違いがあり、痛みとの関係が示唆された。また、術後の腰背部痛とストレス関連ホルモンが関連していることが明らかとなり、疼痛管理が重要である。とくに、術後の安静臥床で生じる腰背部痛の緩和のために、

ポジショニングや除圧具・マットレスの選択等、個別的な援助が必要であろう。また、術後の腰背部痛に対する背部のマッサージやつば刺激の効果が報告されており（尾野ら，2009）、鎮痛薬以外の補完療法を検討することも必要である。

IV. 研究の限界と今後の課題

睡眠関連ホルモンの測定では、術後の患者の負担を考慮し、4時間ごとに貯められた尿からメラトニン量の測定を行ったが、血清メラトニンの分泌動態と比べて、変動が反映されにくかった。また、今回は光や音を測定しなかったため、環境要因による影響については限界があり、客観的な評価が必要であった。本調査では原疾患の特徴から、中年・高齢者の女性が多く、個人要因の特定には限界があった。

結 語

腰椎麻酔下でTHAを受けた患者において、術後の睡眠関連ホルモンの分泌動態について調査した。さらに、ストレス関連ホルモン、疼痛、主観的な環境要因との関連を検討し、以下の結果を得た。

1. 腰椎麻酔手術後に約6割の患者が異常なメラトニン分泌リズムを示した。
2. 血清コルチゾール・血清ノルアドレナリンで異常値を示した患者と異常なメラトニン分泌リズムを示した患者は一致せず、メラトニン分泌リズムはストレス関連ホルモンによって影響を受けていないことが示された。
3. 術後の腰背部痛とストレス関連ホルモンの関連があり、術後の疼痛管理が重要である。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました患者の皆さまに深く感謝いたします。本研究は明時由理子が佐賀大学大学院医学系研究科に提出した修士論文（指導：藤田君支）の一部に加筆修正したものであり、調査にご協力いただいた佐賀大学医学部附属病院整形外科 馬渡正明教授をはじめ医師・看護師の皆さま、ホルモン測定に関してご指導いただきました総合分析実験センターの近藤敏弘先生に深くお礼を申し上げます。

要 旨

【研究目的】 腰椎麻酔下で人工股関節全置換術を受けた患者の尿中メラトニンを調査し、術後の分泌動態を明らかにする。さらに、ストレス関連ホルモン・疼痛および環境要因との関連を評価する。

【研究方法】尿中メラトニン量は手術当日の22時，2時，6時に測定し，術後1日目朝に血清中のコルチゾール・アドレナリン・ノルアドレナリン量を測定した。

【結果】分析対象者は33名（平均年齢61.6歳，女性が81.8%）で，腰椎麻酔手術後に64%の患者が尿中メラトニン量の変動がない，あるいは早朝に上昇する等の異常なメラトニン分泌リズムを示した。異常なメラトニン分泌リズムを示した患者とストレス関連ホルモンが異常値を示した患者は一致せず，メラトニン分泌リズムはストレス関連ホルモンによって影響を受けていないことが示された。術後の腰背部痛は創部痛より高く，ストレス関連ホルモンとの関連があり，術後の疼痛管理が重要である。

Abstract

This study aimed at evaluating postoperative nocturnal melatonin secretion in patients who underwent total hip arthroplasty under spinal anesthesia. We measured the nocturnal melatonin secretion in 33 patients (mean age, 61.6 years; 81.8% women) on the first night after operation. We also measured the levels of stress hormones, postsurgical pain, and the environmental factors such as sound and light. The primary outcome was a change in urinary melatonin levels at 22:00, 02:00, and 06:00 hours after surgery. Secondary endpoints were serum levels of the stress hormones cortisol, adrenaline, and noradrenaline. Totally, 64% of patients in the abnormal melatonin rhythm group showed no increase in melatonin secretion early in the morning. Abnormal melatonin rhythm was not associated with higher cortisol or noradrenaline levels. Further, the melatonin rhythm was unaffected by stress-related hormones. Back pain was worse than the postsurgical pain and was associated with stress-related hormones. Thus, postoperative back pain should to be managed with analgesics and help that eases back pain.

文 献

- 明比祐子，蘆田健二，竹之下博正，工藤忠睦，柳瀬敏彦（2010）. 内分泌学的検査：コルチゾール，コルチゾン，尿中遊離コルチゾール. 広範囲血液・尿化学検査—その数値をどう読むか（第7版）. 日本臨牀，68(4)，331-334.
- Boivin, D.B, Duffy, J.F., Kronauer, R.E., and Czeisler, C. A. (1996). Dose-response relationships for resetting of human circadian clock by light. *Nature*, 379(6565), 540-542.
- Cronin, A.J., Keifer, J.C., Davies, M.F., King, T.S., and Bixler, E. O. (2001). Postoperative sleep disturbance: influences of opioids and pain in humans. *Sleep*, 24(1), 39-44.
- Derenzo, J., Macknight, B., DiVittore, N.A., Bonafide, C. P., and Cronin, A. J. (2005). Postoperative elevated cortisol excretion is not associated with suppression of 6-sulfatoxymelatonin excretion. *Acta Anaesthesiol Scand*, 49, 52-57.
- 海老澤尚（2008）. 松果体メラトニン（ホルモンの病態異常と臨床検査）. 臨床検査，52(11)，1217-1219.
- 海老澤尚（2009）. 内分泌代謝系. 日本睡眠学会（編）：睡眠学. 193-200, 東京：朝倉書店.
- Fehm, H.L., Bieber, K., Benkowitz, R., Fehm-Wolfsdorf, G., Voigt, K.H., and Born, J. (1986). Relationships between sleep stages and plasma cortisol: a single case study. *Acta Endocrinol*, 112(2), 264-270.
- Fransen, M., Bridgett, L., March, L., Hoy, D., Penserga, E., and Brooks, P. (2011). The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis*, 14, 113-121.
- Gögenur, I., Ocak, U., Altunpinar, O., Middleton, B., Skene, D. J., and Rosenberg, J. (2007). Disturbances in melatonin, cortisol and core body temperature rhythms after major surgery. *World J Surg*, 31, 290-298.
- Graham, C., Cook, M. R., Kavet, R., Sastre, A., and Smith, D. K. (1998). Prediction of nocturnal plasma melatonin from morning urinary measures. *J Pineal Res*, 24, 230-238.
- Guo, X., Kuzumi, E., Charman, S. C., and Vuylsteke, A. (2002). Perioperative melatonin secretion in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Anesthesia & Analgesia*, 94, 1085-1091.
- 林 光緒（2006）. 睡眠時の生理・心理現象. 白川修一郎（編）：睡眠とメンタルヘルス. 71-104, 東京：ゆまに書房.
- 林 光緒（2008）. 睡眠中の生命現象. 堀 忠雄，白川修一郎（監）：基礎講座—睡眠改善学. 9-31, 東京：ゆまに書房.
- 本間研一（2009）. 生物リズムと睡眠. 日本睡眠学会（編）：睡眠学. 150-156, 東京：朝倉書店.
- 深田順一（1993）. 免疫系による内分泌調節：下垂体—副腎系. 井村裕夫，堀 哲郎，村松 繁（編）：神経内分泌免疫学. 226-235. 東京：朝倉書店.
- Jacobson, S.A., Dwyer, P.C., Machan, J.T., and Carskadon, M. A. (2008). Quantitative analysis of rest-activity patterns in elderly postoperative patients with delirium: support for a theory of pathologic wakefulness. *J Clin Sleep Med*, 4, 137-142.
- 菅野 道（2000）. 睡眠薬. 臨床精神医学，29,145-155.
- Kärkelä, J., Vakkuri, O., Kaukinen, S., Huang, W. Q., and Pasanen, M. (2002). The influence of anesthesia and surgery on the circadian rhythm of melatonin. *Acta Anaesthesiol Scand*, 46, 30-36.
- 片岡俊彦，堀 哲郎（1993）. 神経・内分泌による免疫機能調節：自律神経系. 井村裕夫，堀 哲郎，村松 繁（編）：神経内分泌免疫学. 101-109. 東京：朝倉書店.
- 加藤隆史（2005）. ベッドサイドの看護に生かす睡眠医学：睡眠の生理. 臨牀看護，31,1721-1728.
- 小林理子，香坂雅子（2009）. 睡眠の男女差. 日本睡眠学会（編）. 睡眠学. 393-396, 東京：朝倉書店.
- Krenk, L., Jennum, P., and Kehlet, H. (2012). Sleep disturbances after fast-track hip and knee arthroplasty. *Br J Anaesth*, 109, 769-775.
- Mcintosh, T.K., Lothrop, D. A., Lee, A., Jackson, B.T., Nebseth, D., and Egdahl, R. H. (1981). Circadian rhythm of cortisol is altered in postsurgical patients. *J Clin Endocrinol Metab*, 53(1), 117-122.
- 三島和夫，大川匡子（1998）. メラトニンの生体リズム調節作用. 日本臨牀，56,302-307.
- 宮崎恭子，田中久美子，富澤千亜紀，田中晶子，小林聖子，瀧澤

- 勉, 山崎郁哉, 堀内博志, 秋月 章 (2008). 人工関節置換術患者の術後のせん妄の発症に関連する因子の検討. 整形外科看護, 13(4), 418-423.
- Morin, C. M. and Espie, C. A. (2004). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. 1-11, New York: Springer.
- 日本整形外科学会 (2008). 疫学・自然経過. 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会/変形性股関節症ガイドライン策定委員会 (編): 変形性股関節症診療ガイドライン. Retrieved from <http://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0063/G0000172/0001>
- 尾野安恵, 杉森佐和子, 藤井京子, 越智秀樹, 田口豊恵, 新田節子 (2009). 手術直後の安静臥床に伴う腰背部痛に対するツボ刺激マッサージの効果. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 40, 104-106.
- 大石誠一, 梅田照久 (1995). 内分泌学的検査: 副腎髄質・交感神経系 カテコールアミン (CA). 広範囲血液・尿化学検査, 免疫学的検査—その数値をどう読むか (第4版). 日本臨牀, 53,507-510.
- Rea, M. S., Figueiro, M. G., Sharkey, K. M., and Carskadon, M. A. (2012). Relationship of Morning Cortisol to Circadian Phase and Rising Time in Young Adults with Delayed Sleep Times. *Int J Endocrinol*, 2012, 749460.
- Rosenberg-Adamsen, S., Kehlet, H., Dodds, C., and Rosenberg, J. (1996). Postoperative sleep disturbances: mechanisms and clinical implications. *Br J Anaesth*, 76, 552-559.
- 佐伯 茂 (2010). 痛みをもたらす疾患の分類と特徴. ねむりと医療, 3, 1-5.
- 佐藤浩徳 (2004). 加齢と睡眠障害. こころの科学, 119, 37-42.
- 高橋康郎 (1991). 内分泌学的機構. 千葉喜彦, 高橋清久 (編): 時間生物学ハンドブック. 112-129, 東京: 朝倉書店.
- 竹内登美子 (2007). 周手術期看護 2: 術中/術後の生体反応と急性期看護. 147-153, 東京: 医歯薬出版.
- 谷口充孝 (2006). 不眠で困っている患者の診療. 立花直子 (編). 睡眠医学を学ぶために—専門医の伝える実践睡眠医学. 86-94, 大阪: 永井書店.

[平成25年11月12日受 付]
[平成26年 5月20日採用決定]

洗髪後のヘッドトリートメントおよび アロマオイルヘッドトリートメントが心身に与える影響

—アーユルヴェーダを基盤とした専門的な技術を用いて—

Physical and Psychological Effects of Head Treatment (including that with Aromatic Oil) after Washing Hair:
Using a Professional Technique Based on Ayurveda

室田昌子¹⁾ 北島謙吾¹⁾ 岩脇陽子¹⁾
Masako Murota Kengo Kitajima Yoko Iwawaki
滝下幸栄¹⁾ 松本賢哉²⁾
Yukie Takishita Kenya Matsumoto

キーワード：リラクセーション，看護技術，マッサージ，アロマセラピー
Key Words：relaxation, nursing skills, massage, aromatherapy

はじめに

看護ケアにおける洗髪は日常的に行われる清潔の援助の一つである。洗髪は頭皮および頭髮の汚れを除去し、皮膚を清潔にすることで感染を予防する(岡田, 2012)。同時に洗髪は、生理学的には自律神経系において交感神経活動が衰退し、副交感神経活動が亢進する(船木・上館・山田・山本, 2008)。また、心理学的には憂鬱や不安、倦怠感が低下し、リラクセーション効果がある(室田ほか, 2011)。したがって、洗髪は清潔だけでなく、安楽を提供する看護技術である。

病気になると患者はさまざまなストレスを経験するだけでなく(坂田, 1987)、入院により慣れない生活を送らなくてはならない。移動動作の制限、排泄動作など、さまざまな要因がストレスとなる(赤間・小松・守屋・二木・黒田, 2000)。また、患者は再発するのではないかといった不安を抱えて生活している(五十嵐・山口・早田・山口・杉村, 2005)。そのため、入院生活をより安楽なものにするための看護技術が求められている。

安楽を提供する方法として、リラクセーション効果のあるマッサージやアロマセラピーといった代替補完療法が用いられている。そのなかで、インドの伝統医学アーユルヴェーダ(Ayurveda)では、英語のshampooの語源となった、香油を用いたchampoという頭部へのマッサージが施されてきた。champoは「押す」という意味のヒンドゥスターニー語である。アーユルヴェーダにおけるマッサージ

の記述は、4,000年近く前の初期のアーユルヴェーダの原本に遡り、マッサージをハーブ、スパイス、芳香油とともに用いて、からだの自然な癒しの能力(内在する癒しのエネルギー)を促進するという記載がある。インドでは古くからマッサージにマルマとよばれる圧点(ツボや経穴ともよぶ)を用いており、このマッサージは神経の流れを整え、ストレス解消、不眠、疲労解消、肩こりや、健康の維持に役立ち、リラクセーション効果が高いとされている。そこで、病気や入院でストレスを抱えながら生活する患者に、アーユルヴェーダを基盤とした専門的な技術である頭部へのマッサージ(以下、ヘッドトリートメント)を用い、洗髪と組み合わせることで、安楽を提供できる可能性がある。

アーユルヴェーダの療法を用いて頭部への介入を行い、リラクセーション効果を検証した研究としては、頭部滴油療法シロダーラー(Shirodhara: Ayurvedic Oil-dripping Treatment)の研究がある。シロダーラーで使うオイルに、ラベンダーの精油を添加することで瞑想や催眠状態などで体験する意識の状態(変性意識体験)の深度の増大と不安度の軽減効果、手足の皮膚温の上昇、唾液中の成分の変化が明らかにされている(上馬場・許・田口・立瀬・小川, 2004)。シロダーラーはオイルを滴下するだけで、マッサージを施すものではないが、アロマトリートメントが頭部滴油療法と共通した変性意識状態を誘導し、ラベンダーの芳香成分が変性意識状態を深める作用をもつことが示されている(上馬場ほか, 2008)。

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

2) 京都橘大学看護学部 Kyoto Tachibana University

指圧・マッサージによる皮膚への刺激は、皮膚や筋などの組織にある知覚神経末端の各種の感覚受容器を通して脊髄から間脳を経て大脳皮質の感覚野に至り、体性感覚（圧感覚や温感覚、快感）として認知され、大脳皮質から大脳辺縁系に伝わり、情動コントロールとして現れ、視床下部へ伝わり、自律神経、内分泌系、免疫系に影響する（田水・吉井・小山・川端，2000）。マッサージを用いたリラクゼーション効果は、末梢の皮膚温を上昇させ、緊張の緩和や疲労を軽減させる（松岡・佐々木，2000）。そして身体症状を軽減させ、リラックスさせる（柳，2006）。アロマセラピーを用いたリラクゼーション効果では、不安が軽減し感情が安定する（斉藤・佐々木・木下，2000）。また、香りの嗜好が生理的反応に影響し（谷田，2004），それらが不安を軽減させる（村松・森・永澤・福澤，2000）。

しかしながら、マッサージやアロマセラピーの効果は示されているものの、ヘッドトリートメントの効果については明らかにされていない。ヘッドトリートメントのリラクゼーション効果を実証することができれば、安楽を提供する技術として用いることができる。

そこで、本研究の目的は、アーユルヴェーダを基盤とした専門的な技術であるヘッドトリートメントが心身に与える影響を明らかにすること、すなわち、洗髪後のヘッドトリートメントおよびアロマオイルヘッドトリートメントが心身に与える影響を、生理学的指標、心理学的指標を用いて、洗髪のみ行う場合と比較することにより、明らかにすることである。

I. 研究方法

A. 対象者および方法

対象者は、研究者らが募ったボランティアで、研究の目的と手順を理解し、積極的に参加の意思を示した健康な女性25名であった。対象者は、実験前2時間は食事を控え、カフェインを含む飲料に関しては、実験前1時間は摂取を控えた。

洗髪後に坐位で5分間安静を保つ統制群と、ヘッドトリートメントを行う介入群Ⅰ、アロマオイルヘッドトリートメントを行う介入群Ⅱに分けた。この3群を同一対象者に1週間以上の間隔を空けて実施した。実施順序はランダムに振り分けた。順序性による影響はみられなかった。実施期間は2009年5月～8月、気温24℃、湿度60%にコントロールしたK大学実習室にて実施した。術者の技術レベルを一定に保ち、研究結果がトリートメントの効果によるものであることを保障するために、施術はインディアンヘッドマッサージの教育機関であるL.C.I.C.I. (London Center of Indian Champissage International) の履修証書を取得した1名がすべての対象者に実施した。

B. 実施手順（表1）

対象者は、一定の精神的な負荷をかけるため、直前に内田クレペリン検査を15分間行ったうえで参加した。坐位にて開始前の自記式質問紙調査、心理学的指標を記入してもらい、開始前の生理学的指標の計測を実施した。上半身20

表1 研究実施手順

| | 行為 | 所要時間 | 体位 | 生理学的指標 | | | | 心理学的指標 | | 自記式質問紙調査 |
|---|--|------|---------------|--------|----|-----------------|-------|---------------------|------|----------|
| | | | | 体温 | 血圧 | LF/HF | ストレス値 | 倦怠 活動的快 非活動的快 | STAI | |
| 1 | 内田クレペリン検査（精神負荷） | 15分 | | | | | | | | |
| 2 | 【開始前】各種計測 | 7分 | 坐位 | ○ | ○ | 1分間ごとの平均で継続的に測定 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 | 洗髪 | 7分 | 上半身20度 拳上位 | | | | | | | |
| 4 | 【介入】 統制群：安静 介入群Ⅰ：ヘッドトリートメント 介入群Ⅱ：アロマオイル ヘッドトリートメント | 5分 | 坐位 | | | | | | | |
| 5 | 【介入直後】各種計測 | 10分 | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6 | 安静臥床 | | | | | | | | | |
| 7 | 【介入10分後】各種計測 | 20分 | 上半身45度 拳上位 | ○ | ○ | | | | | |
| 8 | 安静臥床 | | | | | | | | | |
| 9 | 【介入30分後】各種計測 | 7分 | 坐位 | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |

○印は実施

表2 洗髪手順

| I. 準備 20秒 | | |
|--------------|-----------------------------------|------|
| 1 | 襟元にタオルを巻く | 20秒 |
| 2 | ケープを装着する | |
| 3 | 臥位になり、目隠し用ガーゼを当てる | |
| II. 洗髪 110秒 | | |
| 1 | 湯温を確かめながら、頭部全体にまんべんなく湯をかける | 10秒 |
| 2 | シャンプーを頭部全体にまんべんなくつける | 10秒 |
| 3 | 前頭部の毛髪の生え際を指腹を上下に動かして左から右に洗う | 10秒 |
| 4 | 左側頭部のこめかみのところを四指軽擦しながら洗う | 10秒 |
| 5 | 左後頭部を頭頂部に向かって四指軽擦しながら洗う | 10秒 |
| 6 | 右側頭部のこめかみのところを四指軽擦しながら洗う | 10秒 |
| 7 | 右後頭部を頭頂部に向かって四指軽擦しながら洗う | 10秒 |
| 8 | 右片手で頭部を支えて頭頂部を四指軽擦しながら洗う | 10秒 |
| 9 | 右片手で頭部を支えて後頭部を四指軽擦しながら洗う | 5秒 |
| 10 | 毛髪はすり合わせるようにして毛先まで洗う | 10秒 |
| 11 | 洗い残し部分がないよう、まんべんなく洗う | 10秒 |
| 12 | 泡をきる | 5秒 |
| III. すすぎ 90秒 | | |
| 1 | 前頭部は顔を片手で覆って湯をかける | 15秒 |
| 2 | 左耳を片手で覆って左側頭部に湯をかける | 15秒 |
| 3 | 頸部に手を当てガードして左後頭部に湯をかける | 15秒 |
| 4 | 右耳を片手で覆って右側頭部に湯をかける | 15秒 |
| 5 | 頸部に手を当てガードして右後頭部に湯をかける | 15秒 |
| 6 | すすぎ残しがないよう全体に湯をかける | 15秒 |
| IV. 乾燥 200秒 | | |
| 1 | ケープをはずし、毛髪をタオルで巻き、椅子を元に戻し、水分を拭き取る | 20秒 |
| 2 | ドライヤーでまんべんなく乾かす | 170秒 |
| 3 | 髪をブラシで毛先から順番にとき、髪形を整える | 10秒 |

表3 ヘッドトリートメントの手順

| 手順 | 所要時間 (秒) | 関連するマルマ |
|---|-------------|--|
| 1 両手掌と五本指全体で頭部を挟んで、側頭部にこすりあげ下げる。 | 20秒 | ウトウクシェーバ |
| 2 こめかみを広範囲に、優しく前後にこする。 | 30秒 | シャンカ |
| 3 側頭部を両側、前後に、指先でこする。 | 15秒 | ウトウクシェーバ |
| 4 両手の指をたてて、側頭、前頭、後頭をマッサージする。 | 15秒 | ウトウクシェーバ・アディパティ・シーマンタカ |
| 5 頭部正中を額の毛の生え際から前から後ろにかけて指圧する。 | 20秒 | |
| 6 正中から3 cm程度側方を、片方の親指で指圧しながら、前方から後方に押さえていく。 | 10秒 | シーマンタカ |
| 7 両側風池部に親指を当て、引き上げるように牽引圧迫する。 | 20秒 | クリカティカ |
| 8 右天柱穴付近を首を引き上げながら、右手親指部分を圧迫する。 | 20秒 | |
| 9 左天柱穴付近を首を引き上げながら、左手親指部分を圧迫する。 | 20秒 | |
| 10 脳戸穴に親指を差し入れて、首をひっぱりあげるようにして、押える。 | 20秒 | ヴィドゥラ・クリカティカ・シラーマートリカ |
| 11 後ろに体重を移しながら両側の天柱から風池付近に当たった両側親指で、首を上方にひっぱり。 | 10秒 | |
| 12 僧帽筋の肩甲骨附着部を、肩甲骨にそって指圧していく。 | 20秒 | アンサバカラ |
| 13 右上肢を肩から挙上した状態で、僧帽筋の正中部に親指を上から当て、押ししていく。 | | アンサ |
| 14 左上肢を肩から挙上した状態で、僧帽筋の正中部に親指を上から当て、押ししていく。 | 20秒 | |
| 15 掌を陥凹させた状態で、両側側頭部、後頭部、肩と背中、三角筋部まで、パタパタと叩いていく。 | | ウトウクシェーバ・シーマンタカ・クリカティカ・シラーマートリカ・アンサ・アンサバカラ |
| 16 頭部から両肩、背部にかけて、さすり下ろす。 | 10秒 | |
| 17 右上肢を両手で交互にさすり下ろす。次に、左上肢を両手で交互にさすり下ろす。 | 20秒 | |

立ち位置の変更などの時間：30秒を加えて、300秒=5分間

「簡易式ヘッドトリートメント5分間プログラム（平成21年1月15日版）」より一部抜粋

度挙上位にて洗髪手順（表2）に従って洗髪し、坐位にて頭髮を乾燥させた。坐位での介入の5分間として、統制群では安静を保ち、介入群Ⅰではヘッドトリートメント、介入群Ⅱではアロマオイルヘッドトリートメントを行った。介入直後の評価として、坐位にて心理学的指標を記入してもらい、生理学的指標の計測を実施した。上半身45度挙上位にて10分間安静を保ち、介入10分後の評価として生理学的指標の計測を実施し、同体位にてさらに20分間安静を保ち、介入30分後の評価として生理学的指標の計測を実施した後、坐位にて終了時の自記式質問紙調査、心理学的指標を記入してもらった。なおヘッドトリートメントは、富山大学和漢医薬学総合研究所未病解析応用研究部門および医療法人ホスピエー浦田クリニックと共同で開発した「簡易式ヘッドトリートメント5分間プログラム（平成21年1月15日版）」（表3）を使用した。アーユルヴェーダでは背中に14個のマルマ、首と頭に37個のマルマがある。このプログラムは、マルマを圧点として使用するアーユルヴェーダを基盤としたプログラムである。オイルはアーユルヴェーダで一般的に使用されるごま油をベースオイルとして用い、Pranarom社のラベンダー精油を、かどや製油の純白ごま油を用いて3%濃度に希釈したアロマオイルを5~10mL/回使用した。

C. 調査項目

1. 生理学的指標

a. 腋窩温

計測には『電子体温計MC-610HP』（オムロンヘルスケア）を使用した。

b. 血圧

計測には『デジタル自動血圧計HEM-642』（オムロンヘルスケア）を使用した。本研究では、血圧を【開始前】【介入直後】は坐位で計測し、【介入10分後】【介入30分後】は上半身45°挙上位で計測している。血圧は体位あるいは体位変換によって変動する。収縮期血圧は一般的に「坐位<臥位」の順に高くなり、拡張期血圧は「坐位>臥位」の順に低くなる。このことから、収縮期血圧は介入後坐位から上半身45°挙上位に体位変換したために高くなり、拡張期血圧は介入後坐位から上半身45°挙上位に体位変換したために低くなることが予測される。したがって前後の比較は、体位が一定である【開始前】と【介入直後】、【介入10分後】と【介入30分後】で行った。

c. 心拍変動指標LF/HF

心拍変動の周波数解析のLF成分（Low Frequency domain）は心臓交感神経活動および心臓副交感神経活動に由来し、HF成分（High Frequency domain）は心臓副交感神経活動に由来する。したがって、LF/HFは心臓交感

神経活動を示す。LF/HFは、交感神経活動亢進によって上昇し、副交感神経活動亢進により低下する。計測には『アクティブトレーサー AC-301A』（GMS）を使用した。

d. ストレス値

ストレス測定器『ビアンカZ』（アウトバーン）を使用した。『ビアンカZ』は、生体電気インピーダンス方式の原理を用い、身体につけた6つの電極を通じて微弱電流を負荷し、生体からの内臓体壁反射（石川，1994）を測定する。自律神経系を伝達経路とした末梢神経系活動のストレス反応を、神経性発汗を計測指標に用いて皮膚電気活動を計測している。そしてこれを生体からの電気特性として解析し、神経系、循環器系、内分泌系に分けたストレス量として算出する。-50~+50の数値で表し、人体のストレス状態を判定する。緊張、精神疲労、不安、睡眠などに関するストレス計測技術として適用されている。ストレス値は交感神経の活動亢進により増加し、副交感神経の活動亢進により減少する。ゼロが最も交感神経・副交感神経のバランスのとれた状態を示すことから、測定値の絶対値を交感神経・副交感神経のバランスの指標として考えた。

2. 心理学的指標

本研究においては、リラックスすることにより倦怠や不安が軽減し、爽快感が増し、のんびりとした気持ちの余裕が生じると考え、多面的感情尺度から「倦怠」「活動的快」「非活動的快」を、STAIから「状態不安」を選択し、リラックスした状態を評価する心理学的指標とした。

a. 倦怠・活動的快・非活動的快

多様な感情状態について日本人向きに開発された多面的感情状態尺度（原，2007）の8つの感情因子のなかから、特にリラクセーションの指標として適切な「倦怠」「活動的快」「非活動的快」の3項目についてVAS（visual analog scale）法を用いて計測した。「倦怠」は、疲れた・退屈な・だるいといった感情から構成される。「活動的快」は、はつらつとした・活気のある・気力に満ちたといった感情から構成される。「非活動的快」は、のんびりとした・ゆっくりとした・のどかなといった感情から構成される。点数が低いほど倦怠感が減り、爽快感が増し、のんびりとした気持ちの余裕が増し、リラックスした状態を表す。

b. 日本語版新版STAI状態不安（State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ）

日本語版新版STAIは、Spielberger, C.D.のSTAI-Yを原版にして、日本人向けに標準化された心理検査で（菅原，2006）、不安の尺度として用いられる。状態不安は、不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応であり、そのときそのときにより変化し、危険性が全くないかほとんどない場面では比較的低い。状態不安尺度は、回答者が「いま

まさに、どのように感じているか」を査定している（曾我，2001）。

3. 分析方法

LF/HFの解析には『MemCalc解析プログラム』（GMS）を用い、各計測区間の前後1分間を省いた安定した区間を解析区間とし平均値を求めた。『ビアンカZ』を用いて測定したストレス値は $-50 \sim +50$ の数値で表され、ゼロが最も交感神経・副交感神経のバランスのとれた状態を示し、マイナスに偏るほど副交感神経が優位な状態、プラスに偏るほど交感神経が優位な状態を表す。測定値の絶対値は、交感神経・副交感神経のバランスの指標であり、絶対値が大きいほど交感神経・副交感神経のバランスがとれた状態から逸脱している状態を示す。自記式質問紙調査で得られた対象者の属性は基本統計量を算出した。生理学的指標および心理学的指標の各群内での経時的比較は、反復測定分散分析を行い、Bonferroniの多重検定を行った。統制群と介入群I、統制群と介入群IIの2群間の比較は、【開始前】の値を基準値として、【介入直後】【介入10分後】【介入30分後】との差をとり、パラメトリックデータであることが確認された指標については対応のあるt検定を行い、ノンパラメトリックデータについてはWilcoxonの符号付順位検定を行った。比較統計学的検定には『SPSS PASW Statistics 20』を用い、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

所属機関の倫理審査委員会の承認を得た後に（承認番号C-508）、対象者に研究の趣旨、自由意思による研究への参加、途中辞退による不利益を被らないこと、プライバシーの保護と守秘義務の順守などについて十分に説明し、書面による同意を得て行った。使用オイルの安全性を確認するために、対象者には事前にパッチテストを行った。日本接触皮膚炎学会の「パッチテストの判定基準」に基づいて判定し、研究参加基準は「反応なし」の対象者とした。

II. 結 果

A. 環境および対象者の属性

研究を行ったK大学実習室の気温は、統制群 $24.8 \pm 0.76^\circ\text{C}$ （平均値 \pm 標準偏差、以下同様）、介入群I $24.8 \pm 0.71^\circ\text{C}$ 、介入群II $24.8 \pm 0.72^\circ\text{C}$ であった。また湿度は、統制群 $61.4 \pm 3.01\%$ 、介入群I $62.0 \pm 4.36\%$ 、介入群II $60.8 \pm 2.44\%$ であった。対象者は25名で、事前に使用するアロマオイルのパッチテストを行い、日本接触皮膚炎学会のパッチテストの判定基準で「反応なし」であることを確

認した。すべて社会人女性であった。年齢は 38.5 ± 8.53 歳、身長は 158.4 ± 4.80 cm、体重は 51.9 ± 5.34 kg、BMIは 20.7 ± 2.12 であった。

B. 生理学的指標の変化（表4、表5）

1. 腋窩温の変化

腋窩温の経時的変化は、統制群では【介入直後】 $36.4 \pm 0.40^\circ\text{C}$ 、【介入10分後】 $36.8 \pm 0.47^\circ\text{C}$ 、【介入30分後】 $36.9 \pm 0.38^\circ\text{C}$ であり、【開始前】 $35.9 \pm 0.45^\circ\text{C}$ に比べていずれも有意に上昇した（すべて $p < .01$ ）。

介入群Iでは【介入直後】 $36.4 \pm 0.33^\circ\text{C}$ 、【介入10分後】 $36.7 \pm 0.30^\circ\text{C}$ 、【介入30分後】 $37.0 \pm 0.39^\circ\text{C}$ であり、【開始前】 $36.1 \pm 0.56^\circ\text{C}$ に比べていずれも有意に上昇した（それぞれ $p < .05$ 、 $p < .01$ 、 $p < .01$ ）。

介入群IIでは【介入直後】 $36.4 \pm 0.47^\circ\text{C}$ 、【介入10分後】 $36.7 \pm 0.32^\circ\text{C}$ 、【介入30分後】 $36.8 \pm 0.38^\circ\text{C}$ であり、【開始前】 $36.1 \pm 0.52^\circ\text{C}$ に比べていずれも有意に上昇した（すべて $p < .01$ ）。

統制群と介入群Iの2群間では、【開始前】と【介入10分後】の差で統制群が $0.9 \pm 0.58^\circ\text{C}$ に対し介入群Iが $0.6 \pm 0.47^\circ\text{C}$ であり、統制群に比して介入群Iの上昇が有意に小さかった（ $p < .05$ ）。

統制群と介入群IIの2群間では、【開始前】と【介入10分後】の差で統制群が $0.9 \pm 0.58^\circ\text{C}$ に対し介入群IIが $0.6 \pm 0.46^\circ\text{C}$ 、【開始前】と【介入30分後】の差で統制群が $1.0 \pm 0.56^\circ\text{C}$ に対し介入群IIが $0.7 \pm 0.50^\circ\text{C}$ であり、いずれも統制群に比して介入群IIの上昇が有意に小さかった（すべて $p < .05$ ）。

2. 血圧の変化

a. 収縮期血圧

収縮期血圧の経時的変化については3群とも有意差は見られなかった。

統制群と介入群Iの2群間では、【開始前】と【介入10分後】の差で統制群が -8.5 ± 13.42 mmHgに対し介入群Iが -6.4 ± 20.86 mmHgであり、統制群に比して介入群Iの低下が有意に小さかった（ $p < .01$ ）。

b. 拡張期血圧

拡張期血圧の経時的変化は、統制群では【介入直後】 67.8 ± 10.92 mmHgであり、【開始前】 75.1 ± 14.49 mmHgに比べて有意に低下した（ $p < .05$ ）。

統制群と介入群Iの2群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が -7.3 ± 12.62 mmHgに対し介入群Iが 1.6 ± 15.43 mmHg、【開始前】と【介入30分後】の差で統制群が -9.8 ± 13.19 mmHgに対し介入群Iが -2.6 ± 12.50 mmHgであり、いずれも統制群に比して介入群Iの

表4 生理学的指標の経時変化

| | | 腋窩温 (°C) (n=25) | | | | | | | |
|--------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|--|
| | 【開始前】 Mean±SD | 【介入直後】 Mean±SD | 【介入10分後】 Mean±SD | 【介入30分後】 Mean±SD | | | | | |
| 統制群 | 35.9 | 36.4 | 36.8 | 36.9 | 0.45 | 0.40 | 0.47 | 0.38 | |
| 介入群 I | 36.1 | 36.4 | 36.7 | 37.0 | 0.56 | 0.33 | 0.30 | 0.39 | |
| 介入群 II | 36.1 | 36.4 | 36.7 | 36.8 | 0.52 | 0.47 | 0.32 | 0.38 | |
| | | 収縮期血圧 (mmHg) (n=25) | | | | | | | |
| | 【開始前】 Mean±SD | 【介入直後】 Mean±SD | 【介入10分後】 Mean±SD | 【介入30分後】 Mean±SD | | | | | |
| 統制群 | 115.0 | 111.3 | 106.5 | 108.4 | 15.35 | 14.21 | 13.75 | 14.98 | |
| 介入群 I | 113.7 | 111.2 | 107.3 | 108.7 | 22.02 | 12.77 | 10.43 | 13.22 | |
| 介入群 II | 113.6 | 113.8 | 108.8 | 109.0 | 13.58 | 13.69 | 12.44 | 13.19 | |
| | | 拡張期血圧 (mmHg) (n=25) | | | | | | | |
| | 【開始前】 Mean±SD | 【介入直後】 Mean±SD | 【介入10分後】 Mean±SD | 【介入30分後】 Mean±SD | | | | | |
| 統制群 | 75.1 | 67.8 | 65.3 | 65.3 | 14.49 | 10.92 | 9.42 | 12.56 | |
| 介入群 I | 69.2 | 70.8 | 64.2 | 66.6 | 14.71 | 10.50 | 7.42 | 11.28 | |
| 介入群 II | 71.3 | 70.6 | 66.7 | 64.4 | 12.52 | 11.39 | 8.40 | 10.12 | |
| | | LF/HF (n=25) | | | | | | | |
| | 【開始前】 Mean±SD | 【介入直後】 Mean±SD | 【介入10分後】 Mean±SD | 【介入30分後】 Mean±SD | | | | | |
| 統制群 | 2.9 | 2.6 | 2.0 | 1.6 | 2.86 | 2.46 | 2.35 | 1.92 | |
| 介入群 I | 2.1 | 1.9 | 1.1 | 1.4 | 1.44 | 1.90 | 0.85 | 1.53 | |
| 介入群 II | 2.4 | 1.6 | 1.4 | 1.3 | 1.94 | 1.21 | 1.21 | 1.24 | |

*: $p < .05$, **: $p < .01$, Bonferroniの多重検定

低下が有意に小さかった (すべて $p < .05$)。

統制群と介入群 II の 2 群間では, 【開始前】 と 【介入直後】 の差で統制群が $-7.3 \pm 12.62 \text{mmHg}$ に対し介入群 II が $-0.7 \pm 11.46 \text{mmHg}$, 【開始前】 と 【介入10分後】 の差で統制群が $-9.8 \pm 12.19 \text{mmHg}$ に対し介入群 II が $-4.6 \pm 8.20 \text{mmHg}$ であり, いずれも統制群に比して介入群 II の低下が有意に小さかった (すべて $p < .05$)。

3. 心拍変動指標 (LF/HF)

LF/HF の経時的変化は, 介入群 I では 【介入10分後】 1.1 ± 0.85 であり, 【開始前】 2.1 ± 1.44 に比べて有意に減少した ($p < .05$)。

介入群 II では 【介入10分後】 1.4 ± 1.21 , 【介入30分後】 1.3 ± 1.24 であり, 【開始前】 2.4 ± 1.94 に比べていずれも有意に減少した (それぞれ $p < .05$, $p < .01$)。

2 群間での有意差はみられなかった。

4. ストレス値 (表 6, 表 7)

ストレス値の経時的変化は, 【介入直後】 【介入30分後】 で 【開始前】 に比べてすべて値が低く, 交感神経が減弱し, 副交感神経が亢進している状態を示していた。

a. 神経系のストレス値 (絶対値)

神経系のストレス値 (絶対値) の経時的変化は, 統制群では 【介入直後】 44.6 ± 7.10 , 【介入30分後】 47.9 ± 2.44 で

表5 生理学的指標の差の変化

| | 腋窩温の差 (°C) | | | | (n = 25) | |
|------------------|----------------|------------------|-------------------|----------------|-------------------|--|
| | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | 統制群 Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | |
| 【開始前】と【介入直後】の差 | 0.5 0.43 | 0.3 0.54 | 0.3 0.49 | n.s. | | |
| 【開始前】と【介入10分後】の差 | 0.9 0.58 | 0.6 0.47 | 0.6 0.46 | * | | |
| 【開始前】と【介入30分後】の差 | 1.0 0.56 | 0.8 0.51 | 0.7 0.50 | n.s. | | |
| 収縮期血圧の差 (mmHg) | | | | (n = 25) | | |
| | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | 統制群 Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | |
| 【開始前】と【介入直後】の差 | -3.7 12.42 | -2.5 20.13 | 0.3 8.14 | n.s. | | |
| 【開始前】と【介入10分後】の差 | -8.5 13.42 | -6.4 20.86 | -4.7 5.99 | ** | | |
| 【開始前】と【介入30分後】の差 | -6.6 13.68 | -5.0 16.97 | -4.5 7.56 | n.s. | | |
| 拡張期血圧の差 (mmHg) | | | | (n = 25) | | |
| | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | 統制群 Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | |
| 【開始前】と【介入直後】の差 | -7.3 12.62 | 1.6 15.43 | -0.7 11.46 | * | | |
| 【開始前】と【介入10分後】の差 | -9.8 12.19 | -5.0 13.54 | -4.6 8.20 | n.s. | | |
| 【開始前】と【介入30分後】の差 | -9.8 13.19 | -2.6 12.50 | -7.0 9.48 | * | | |
| LF/HFの差 | | | | (n = 25) | | |
| | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | 統制群 Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | |
| 【開始前】と【介入直後】の差 | -0.3 2.94 | -0.2 2.71 | -0.8 2.37 | n.s. | | |
| 【開始前】と【介入10分後】の差 | -0.9 2.89 | -1.0 1.92 | -1.1 1.77 | n.s. | | |
| 【開始前】と【介入30分後】の差 | -1.3 3.02 | -0.7 2.21 | -1.2 1.77 | n.s. | | |

*: $p < .05$, **: $p < .01$, Wilcoxonの符号付順位検定

あり、【開始前】 35.3 ± 16.94 に比べて有意に増加し（すべて $p < .01$ ）、交感神経と副交感神経のバランスのとれた状態から副交感神経が亢進している状態を示した。

統制群と介入群 I の 2 群間では、【開始前】と【介入30分後】の差で統制群が 12.6 ± 16.17 に対し介入群 I が 5.2 ± 13.44 であり、統制群に比して介入群 I の増加が有意に小さく（ $p < .05$ ）、統制群より介入群 I が交感神経と副交感神経のバランスのとれた状態を保っていた。

統制群と介入群 II の 2 群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が 9.2 ± 13.60 に対し介入群 II が 4.5 ± 11.36 、【開始前】と【介入30分後】の差で統制群が 12.6 ± 16.17 に対し介入群 II が 4.7 ± 10.39 であり、統制群に比し

て介入群 II の増加が有意に小さく（それぞれ $p < .05$, $p < .01$ ）、統制群より介入群 II が交感神経と副交感神経のバランスのとれた状態を保っていた。

b. 循環器系のストレス値（絶対値）

循環器系のストレス値（絶対値）の経時的変化については、3群とも有意差はみられなかった。2群間での有意差もみられなかった。

c. 内分泌系のストレス値（絶対値）

内分泌系のストレス値（絶対値）の経時的変化は、統制群では【介入30分後】 27.0 ± 14.16 であり、【開始前】 18.3 ± 14.29 に比べて有意に増加し（ $p < .05$ ）、交感神経と副交感神経のバランスのとれた状態から副交感神経が亢進

表6 ストレス値の経時変化

(n = 25)

| | ストレス値 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 神経系のストレス値 | | | | | | 循環器系のストレス値 | | | | | | 内分泌系のストレス値 | | | | | |
| | 【開始前】 Mean±SD | 【介入直後】 Mean±SD | 【介入30分後】 Mean±SD | | | | | | |
| 統制群 | -33.0 | 21.26 | -44.6 | 7.10 | -47.9 | 2.44 | 7.5 | 17.17 | -6.7 | 16.38 | -10.9 | 22.01 | -13.2 | 19.28 | -20.7 | 18.56 | -23.7 | 19.44 |
| 介入群 I | -41.5 | 15.00 | -46.4 | 4.42 | -47.1 | 2.67 | 9.5 | 16.71 | -4.8 | 16.25 | -8.0 | 22.34 | -13.7 | 19.43 | -19.5 | 19.50 | -31.0 | 17.11 |
| 介入群 II | -41.6 | 11.28 | -46.2 | 8.10 | -46.4 | 4.54 | 7.0 | 17.98 | -7.2 | 16.98 | -14.5 | 20.26 | -17.9 | 22.71 | -21.6 | 20.48 | -33.3 | 16.08 |

| | ストレス値 (絶対値) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------|------|-------|------|-------|
| | 神経系のストレス値 (絶対値) | | | | | | 循環器系のストレス値 (絶対値) | | | | | | 内分泌系のストレス値 (絶対値) | | | | | |
| | 【開始前】 Mean±SD | 【介入直後】 Mean±SD | 【介入30分後】 Mean±SD | | | | | | |
| 統制群 | 35.3 | 16.94 | 44.6 | 7.10 | 47.9 | 2.44 | 14.4 | 11.74 | 14.4 | 10.00 | 21.5 | 11.31 | 18.3 | 14.29 | 23.6 | 14.42 | 27.0 | 14.16 |
| 介入群 I | 41.9 | 13.79 | 46.4 | 4.42 | 47.1 | 2.67 | 14.5 | 12.46 | 14.4 | 8.54 | 20.4 | 11.54 | 19.0 | 13.96 | 24.3 | 12.70 | 32.5 | 13.87 |
| 介入群 II | 41.6 | 11.28 | 46.2 | 8.10 | 46.4 | 4.54 | 14.4 | 12.61 | 13.2 | 12.69 | 20.7 | 13.58 | 23.9 | 15.95 | 25.1 | 15.76 | 34.0 | 14.43 |

*: $p < .05$, **: $p < .01$, Bonferroniの多重検定

表7 ストレス値の差の変化

(n = 25)

| | 神経系のストレス値 (絶対値) の差 | | | | | | 循環器系のストレス値 (絶対値) の差 | | | | | | 内分泌系のストレス値 (絶対値) の差 | | | | | |
|------------------|--------------------|------------------|-------------------|----------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|----------------|------------------|-------------------|---------------------|-------|------|-------|------|-------|
| | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | 統制群 Mean±SD | 介入群 I Mean±SD | 介入群 II Mean±SD | | | | | | |
| 【開始前】と【介入直後】の差 | 9.2 | 13.60 | 4.5 | 12.02 | 4.5 | 11.36 | 13.6 | 2.73 | 13.1 | 2.62 | 15.6 | 3.12 | 5.4 | 14.75 | 5.3 | 10.88 | 1.2 | 16.77 |
| 【開始前】と【介入30分後】の差 | 12.6 | 16.17 | 5.2 | 13.44 | 4.7 | 10.39 | 15.9 | 3.18 | 17.0 | 3.41 | 15.9 | 3.18 | 8.8 | 16.98 | 13.5 | 13.25 | 10.1 | 17.75 |

*: $p < .05$, **: $p < .01$, Wilcoxonの符号付順位検定

対応のある t 検定

対応のある t 検定

している状態を示した。

介入群 I では【介入直後】 24.3 ± 12.70 、【介入30分後】 32.5 ± 13.87 であり、【開始前】 19.0 ± 13.96 に比べていずれも有意に増加し（それぞれ $p < .05$, $p < .01$ ）、交感神経と副交感神経のバランスのとれた状態から副交感神経が亢進している状態を示した。

介入群 II では【介入30分後】 34.0 ± 14.43 であり、【開始前】 23.9 ± 15.95 に比べて有意に増加し（ $p < .05$ ）、交感神経と副交感神経のバランスのとれた状態から副交感神経が亢進している状態を示した。

統制群と介入群 I の 2 群間では、【開始前】と【介入30分後】の差で統制群が 8.8 ± 16.98 に対し介入群 I が 13.5 ± 13.25 であり、統制群に比して介入群 I の増加が有意に大きく（ $p < .01$ ）、統制群より介入群 I が交感神経と副交感神経のバランスのとれた状態から副交感神経が亢進している状態を示した。

C. 心理学的指標の変化 (表 8, 表 9)

1. 倦怠・活動的快・非活動的快

a. 倦怠

「倦怠」の経時的変化は、統制群、介入群 I、介入群 II のすべての群で【開始前】と比べて【介入直後】【介入30分後】ともに有意に減少し（統制群：すべて $p < .05$ 、介入群 I：すべて $p < .01$ 、介入群 II：すべて $p < .01$ ）、倦怠感が減少した。

統制群と介入群 I の 2 群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が -10.2 ± 25.34 点に対し介入群 I が -27.4 ± 21.20 点であり、統制群に比して介入群 I の低下が有意に大きく（ $p < .01$ ）、倦怠感が減少した。

統制群と介入群 II の 2 群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が -10.2 ± 25.34 点に対し介入群 II が -25.7 ± 27.13 点、【開始前】と【介入30分後】の差で統制群が -14.6 ± 30.44 点に対し介入群 II が -28.4 ± 28.36 点

表8 心理学的指標の経時変化

(n=25)

| | 倦怠 (点) | | | | | | 活動的快 (点) | | | | | | 非活動的快 (点) | | | | | | STAI状態不安 (点) | | | | | |
|--------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|---------|----------|---------|-----------|---------|---------|---------|----------|---------|--------------|---------|---------|---------|----------|------|
| | 【開始前】 | | 【介入直後】 | | 【介入30分後】 | | 【開始前】 | | 【介入直後】 | | 【介入30分後】 | | 【開始前】 | | 【介入直後】 | | 【介入30分後】 | | 【開始前】 | | 【介入直後】 | | 【介入30分後】 | |
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| 統制群 | 60.9 | 26.67 | 50.7 | 24.22 | 46.3 | 25.72 | 54.7 | 24.04 | 53.6 | 24.17 | 54.6 | 21.92 | 44.5 | 20.72 | 33.2 | 24.11 | 27.6 | 21.47 | 41.6 | 9.06 | 36.2 | 9.06 | 34.8 | 6.96 |
| 介入群 I | 75.9 | 17.39 | 48.5 | 25.71 | 50.2 | 27.59 | 60.0 | 24.55 | 57.2 | 19.28 | 50.2 | 17.82 | 51.5 | 21.57 | 24.2 | 12.25 | 24.6 | 13.29 | 44.4 | 8.51 | 35.7 | 6.85 | 35.1 | 6.96 |
| 介入群 II | 74.0 | 21.33 | 48.2 | 28.36 | 45.6 | 29.78 | 60.6 | 21.01 | 47.2 | 18.94 | 55.0 | 16.53 | 50.3 | 26.64 | 26.4 | 17.87 | 25.1 | 19.45 | 43.7 | 7.48 | 35.7 | 6.33 | 34.6 | 6.96 |

*: $p < .05$, **: $p < .01$, Bonferroniの多重検定

表9 心理学的指標の差の変化

(n=25)

| | 倦怠の差 (点) | | | | | | 活動的快の差 (点) | | | | | | 非活動的快の差 (点) | | | | | | STAI状態不安の差 (点) | | | | | |
|------------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|---------|---------|---------|---------|------|
| | 統制群 | | 介入群 I | | 介入群 II | | 統制群 | | 介入群 I | | 介入群 II | | 統制群 | | 介入群 I | | 介入群 II | | 統制群 | | 介入群 I | | 介入群 II | |
| | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | Mean±SD | |
| 【開始前】と【介入直後】の差 | -10.2 | 25.34 | -27.4 | 21.20 | -25.7 | 27.13 | -1.1 | 15.49 | -8.8 | 19.44 | -13.4 | 23.08 | -11.3 | 29.53 | -27.4 | 24.44 | -23.8 | 23.19 | -5.4 | 6.73 | -8.7 | 6.79 | -8.0 | 5.35 |
| 【開始前】と【介入30分後】の差 | -14.6 | 30.44 | -25.7 | 22.47 | -28.4 | 28.36 | -0.1 | 17.04 | -9.8 | 22.98 | -5.6 | 23.26 | -16.9 | 22.97 | -27.0 | 24.77 | -25.2 | 31.80 | -6.8 | 6.90 | -9.3 | 7.23 | -9.1 | 6.17 |

*: $p < .05$, **: $p < .01$, Wilcoxonの符号付順位検定

*: $p < .05$, 対応のあるt検定

であり、いずれも統制群に比して介入群 II の低下が有意に大きく (すべて $p < .05$)、倦怠感が減少した。

b. 活動的快

「活動的快」の経時の変化は、介入群 II では【介入直後】 47.2 ± 18.94 点であり、【開始前】 60.6 ± 21.01 点に比べて有意に減少し ($p < .05$)、爽快感が増した。

統制群と介入群 II の2群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が -1.1 ± 15.49 点に対し介入群 II が -13.4 ± 23.08 点であり、統制群に比して介入群 II の低下が有意に大きく ($p < .05$)、爽快感が増した。

c. 非活動的快

「非活動的快」の経時の変化は、統制群では【介入30分後】 27.6 ± 21.47 点であり、【開始前】 44.5 ± 20.72 点に比べて有意に減少し ($p < .01$)、のんびり感が増した。

介入群 I では【介入直後】 24.2 ± 12.25 点、【介入30分後】 24.6 ± 13.29 点であり、【開始前】 51.5 ± 21.57 点に比べていずれも有意に減少し (それぞれ $p < .05$, $p < .01$)、のんびり感が増した。

介入群 II では【介入直後】 26.4 ± 17.87 点、【介入30分後】 25.1 ± 19.45 点であり、【開始前】 50.3 ± 26.64 点に比べていずれも有意に減少し (すべて $p < .01$)、のんびり感が増した。

統制群と介入群 I の2群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が -11.3 ± 29.53 点に対し介入群 I が -27.4 ± 24.44 点であり、統制群に比して介入群 I の低下が有意に大きく ($p < .05$)、のんびり感が増した。

統制群と介入群 II の2群間では、【開始前】と【介入

直後】の差で統制群が -11.3 ± 29.53 点に対し介入群 II が -23.8 ± 23.19 点であり、統制群に比して介入群 II の低下が有意に大きく ($p < .05$)、のんびり感が増した。

2. 日本語版新版 STAI 状態不安

状態不安の経時の変化は、統制群、介入群 I、介入群 II のすべての群で【開始前】と比べて【介入直後】【介入30分後】ともに有意に減少し (統制群: すべて $p < .01$, 介入群 I: すべて $p < .01$, 介入群 II: すべて $p < .01$)、不安が減少した。

統制群と介入群 I の2群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が -5.4 ± 6.73 点に対し介入群 I が -8.7 ± 6.79 点であり、統制群に比して介入群 I の低下が有意に大きく ($p < .05$)、不安が減少した。

統制群と介入群 II の2群間では、【開始前】と【介入直後】の差で統制群が -5.4 ± 6.73 点に対し介入群 II が -8.0 ± 5.35 点であり、統制群に比して介入群 II の低下が有意に大きく ($p < .05$)、不安が減少した。

III. 考 察

ヘッドトリートメントのリラクゼーション効果を実証することができれば、病気や入院でストレスを抱えながら生活する患者に、安楽を提供する技術として用いることができる。今回、洗髪後のヘッドトリートメントおよびアロマオイルヘッドトリートメントが心身に与える影響を、生理

学的指標、心理学的指標を用いて、洗髪のみ行う場合と比較することにより明らかにした。

A. 統制群について

統制群である「洗髪のみ」が心身に与える影響についてみていく。統制群では腋窩温は上昇したが、これは洗髪による湯やドライヤーの温風といった外的な熱刺激による影響が大きいと考えられる。皮膚の受容器からの情報が脳皮質の感覚野に伝えられ、この部位のニューロンが体温上昇を感じて反射的に熱放散反応を引き起こし、皮膚血管を支配している交感神経活動が抑制されて血管拡張が起こり、熱を外気に放散しやすい状況をつくっていたと考えられる。

また、血圧への影響としては、船木ら（2008）が洗髪において影響がみられなかったことを報告している。今回の統制群における拡張期血圧の低下の要因は、洗髪時の熱による影響が考えられる。LF/HFへの影響としては、船木ら（2008）が洗髪により減少することを報告しているが、今回の統制群では経時的に低下する傾向はあったが、著しい変化はみられなかった。神経系と内分泌系のストレス値は、交感神経・副交感神経のバランスが崩れる傾向を示したが、交感神経が減弱し、副交感神経が亢進している状態を示していた。心理面では倦怠感や不安が減少し、のんびり感が増加した。

これらのことから、洗髪のみでも生理学的に副交感神経が優位となる傾向が示唆され、心理学的にも倦怠感や不安が減少し、のんびり感が増加し、心理的なリラクゼーション効果をもたらすことが推測された。

B. 統制群と介入群Ⅰについて

次に介入群Ⅰである「ヘッドトリートメント」について、「洗髪のみ」の統制群と比較する。指圧やマッサージによる体温への影響として、マッサージ後に皮膚温が上昇したことが報告されている（新田・阿曾・川端，2002）。統制群と介入群Ⅰでは、統制群の腋窩温の上昇が大きかった。ヘッドトリートメントは僧帽筋、上肢に対するアプローチを行っており、腋窩温上昇の影響があると考えられるが、ヘッドトリートメントで頭髪を動かすことにより、洗髪の時湯やドライヤーで得た熱を頭皮および頭髪から放散することになり、統制群より腋窩温の上昇が抑制されたと考えられる。マッサージによる血圧への影響としては、松岡・佐々木（2000）が明らかな影響はみられなかったとしている。収縮期血圧、拡張期血圧ともに統制群の低下が大きい傾向があったが、統制群の体温上昇が大きかったことが関与していると考えられる。指圧・マッサージによるLF/HFへの影響としては、柳（2006）が明らかな影響はみられなかったことを報告しており、本研究でも経時的に低下する傾向にあったが、著しい変化はみられなかった。

また、今回使用したストレス測定器と同様の原理である生体電気インピーダンス法による身体ストレスの計測を行う皮膚電位法を用いた研究では、マッサージを続けることにより皮膚コンダクタンスが持続的に低下し、リラクゼーション効果が生理学的に確認できることが指摘されている（小笠原ほか，2007）。ストレス値をみると、交感神経の働きが抑えられ、副交感神経が亢進する傾向がみられた。洗髪のみの場合よりも、ヘッドトリートメントを行うことにより、神経系のストレスは交感神経・副交感神経のバランスを保つ状態にあった。心理面では、洗髪のみの場合より倦怠や不安が減少し、のんびり感が増加した。

これらのことから、ヘッドトリートメントを行うことにより、洗髪のみの場合より副交感神経が優位となる傾向が示唆され、倦怠感や不安が減少し、のんびり感が増加し、心理的なリラクゼーション効果をもたらすことが推測された。

C. 統制群と介入群Ⅱについて

最後に、介入群Ⅱである「アロマオイルヘッドトリートメント」について、「洗髪のみ」の統制群と比較する。

精油の吸入経路としては、経鼻、経皮膚があげられる。アロマオイルの芳香成分は、経鼻より嗅覚系を経て、大脳辺縁系、視床下部に作用する。また、精油が気管支に直接作用し、肺胞から血液中に溶解し、大循環から各臓器や器官へも作用する。嗅覚は大脳辺縁系に直行するのが特徴で、この領域は食欲、渇き、性欲、睡眠、ホルモン、感情、記憶、創造力、直感というような反応に影響を与える。精油は毛孔や汗孔など皮膚の表面からも吸収され、毛嚢から血液の流れに乗り、リンパ球や体中の細胞の間を流れている体液に吸収され、各細胞に広がる（田水ほか，2000）。血圧への影響としては、斉藤ら（2000）がアロマ拡散においては血圧に影響がみられなかったとしている。本研究では、統制群と介入群Ⅱでは統制群の腋窩温の上昇が大きく、収縮期血圧、拡張期血圧ともに統制群の低下が大きい傾向があった。これは介入群Ⅰと同様の理由と考えられる。

また、小笠原ら（2007）は、精油の有無にかかわらず皮膚コンダクタンスが持続的に低下し、マッサージによるリラクゼーション効果が生理学的に確認できたとしている。ストレス値をみると、交感神経の働きが抑えられ、副交感神経が亢進する傾向がみられた。洗髪のみの場合よりも、アロマオイルヘッドトリートメントを行うことにより、交感神経・副交感神経のバランスを保つ状態にあった。心理面では、洗髪のみの場合より倦怠や不安が減少し、爽快感やのんびり感が増加した。爽快感の獲得および倦怠感の軽減の持続はアロマオイルヘッドトリートメントに特徴的であった。

これらのことから、アロマオイルヘッドトリートメントを行うことにより、洗髪のみの場合より副交感神経が優位

となる傾向が示唆され、倦怠感や不安が減少し、爽快感やのんびり感が増加し、心理的なリラクゼーション効果をもたらすことが推測された。とくに爽快感の獲得および倦怠感の軽減の持続は、アロマオイルヘッドトリートメントに特徴的であった。

IV. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、ヘッドトリートメントやラベンダーの精油を使用することに興味をもつ健康な女性を対象者を絞って行ったため、対象者が限定された可能性がある。対象者の希望にあわせて実施時間を設定したが、時刻による倦怠感や疲労度への影響が考えられることから、3回の実施を同一時間帯に設定すべきであったと考える。さらに、女性の性周期は自律神経活動や体温調節に変化を及ぼすといわれており、更年期は自律神経指標の測定において変動が激しく効果の判定がむずかしいことから、対象者は、有経女性であれば低温期であること、閉経女性であれば更年期症状がないことを条件とする必要があったと考える。今後、対象者を男性や高齢者層にも拡大し、検証を重ねる必要がある。生理学的指標の一つとして用いた血圧は体位の影響を受けることから、前後の比較には条件を統一する必要がある。また、対象者は90分にわたり洗髪椅子に腰かけたかたちとなった。洗髪椅子はクッション性が乏しく、身体可動のゆとりが少なかったため、対象者にとっては身体的負担となってしまった可能性が否めない。快適な使用物品の選択を十分に検討する必要がある。今回は坐位で行うトリートメントであったが、坐位をとることのできない患者にも対象を広げることができるような臥位で受けられるプログラムを開発して検証し、臨床への適用の可能性と有用性を明らかにしていくことが今後の課題である。

V. 結 論

健康な女性25名を対象に、洗髪後5分間安静を保つ統制群、ヘッドトリートメントを行う介入群Ⅰ、アロマオイルヘッドトリートメントを行う介入群Ⅱの3群に分けて、洗髪後のヘッドトリートメントおよびアロマオイルヘッドトリートメントが心身に与える影響を検証した結果、以下のことが明らかになった。

1. 洗髪のみでも生理学的に副交感神経が優位となる傾向が示唆され、心理学的にも倦怠感や不安が減少し、のん

びり感が増加し、リラクゼーション効果をもたらすことが推測された。

2. 洗髪後にヘッドトリートメントを行うことにより、洗髪みの場合に比べて副交感神経が優位となる傾向が示唆され、心理学的にも倦怠感や不安が減少し、のんびり感が増加し、リラクゼーション効果をもたらすことが推測された。
3. 洗髪後にアロマオイルヘッドトリートメントを行うことにより、洗髪みの場合に比べて副交感神経が優位となる傾向が示唆され、心理学的にも倦怠感や不安が減少し、爽快感やのんびり感が増加し、リラクゼーション効果をもたらすことが推測された。とくに爽快感の獲得および倦怠感の軽減の持続は、アロマオイルヘッドトリートメントに特徴的であった。

以上のことから、洗髪後のヘッドトリートメントおよびアロマオイルヘッドトリートメントは、洗髪みの場合に比べて副交感神経優位の状態となる傾向があり、心理学的なリラクゼーション効果をもたらすことが示唆された。ヘッドトリートメントには、安楽を提供する技術としての可能性があることが示された。

謝 辞

研究にご協力いただきました被験者の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究の遂行にあたり、懇切な指導を賜りました帝京平成大学上馬場和夫教授、技術指導を賜りましたL.C.I.C.I. JAPAN 宮崎陽子代表、医療法人ホスピアー浦田クリニック浦田哲郎理事長はじめスタッフの皆さま、計測にご協力下さいました京都府立洛南病院看護師磯俣竜太様、伊藤栄見子様、上田えつ子様、遠藤香子様、小國ひとみ様、小倉智恵美様、小林あや子様、塚原敦子様、中川美穂様、中村好子様、西川広美様、松本邦子様、渡部智香子様、田辺中央病院看護師湯谷陽子様、使用オイルに関してご指導くださいましたかどや製油株式会社高橋範昌様はじめ、研究に快くご協力いただきました皆さまに心よりお礼申し上げます。

なお、本論文は室田昌子が京都府立医科大学大学院保健看護研究科に修士論文（指導：北島謙吾）として提出した一部に加筆修正したものであり、第37回日本看護研究学会学術集会および第31回日本看護科学学会学術集会において発表しました。また、平成24年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（基盤研究（C）24593228）の助成を受けた。

要 旨

アーユルヴェーダを基盤とした専門的な頭部へのマッサージ技術（ヘッドトリートメント）が心身に与える影響を明らかにする。対象者は健康な女性25名である。洗髪後に5分間、坐位を保つ統制群、ヘッドトリートメントを行う介入群Ⅰ、アロマオイルヘッドトリートメントを行う介入群Ⅱの3群を、同一対象者に1週間以上の間隔をあけて行った。生理学的指標として腋窩温、血圧、LF/HF、ストレス値を、心理学的指標として倦怠・活動的快・非活動的快、STAI状態不安を測定した。

その結果、統制群に比べてヘッドトリートメントおよびアロマオイルヘッドトリートメントは、副交感神経優位の傾向が示唆され、倦怠感や不安が減少し、のんびり感が増加した。とくに爽快感の獲得および倦怠感の軽減の持続は、アロマオイルヘッドトリートメントに特徴的であった。以上のことから、ヘッドトリートメントおよびアロマオイルヘッドトリートメントのリラクゼーション効果が示唆された。

Abstract

The purpose of the present study was to examine the physical and psychological effects of a professional head massage (treatment) technique based on Ayurveda. The subjects were 25 healthy females. They received all the following treatments with intervals of at least one week: maintaining a sitting position for five minutes (control group), head treatment (intervention group I), and head treatment with aromatic oil (intervention group II) after having their hair washed. The axillary temperature, blood pressure, LF/HF, and stress level were measured as physiological indices, and the levels of fatigue, active/inactive comfort, and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) score were assessed as psychological indices. In intervention groups I and II, the parasympathetic function was promoted; the senses of fatigue and anxiety were reduced; and the subjects felt more relaxed, compared to the control group.

The females in intervention group II (aromatic oil head treatment) felt particularly refreshed, and there was a continuing decrease in their sense of fatigue. The results of the study suggested the relaxing effects of head treatment (with aromatic oil).

文 献

- 赤間由美, 小松万喜子, 守屋綾子, 二木朗江, 黒田成子 (2000). 多床室における患者の生活ストレスと関連要因. 日本看護学会論文集 [看護総合], 31, 85-87.
- 船木和美, 上館紀子, 山田佳奈, 山本眞千子 (2008). 看護援助としての洗髪が生体に及ぼす影響 自律神経活動及び循環動態指標を用いた検討. 宮城大学看護学部紀要, 11(1), 21-26.
- 原奈津子 (2007). 気分. 堀 洋道 (監): 心理測定尺度集Ⅰ—人間の内面を探る〈自己・個人内過程〉. 242-248, 東京: サイエンス社.
- 五十嵐理映, 山口早月, 早田有佳, 山口みほ, 杉村みどり (2005). 入院が患者に及ぼす不安と不安因子の分析. 日本看護学会論文集 [成人看護Ⅱ], 36, 214-216.
- 石川太刀 (1994). 内臓体壁反射皮電計による範例図譜. 21-42, 東京: 木村書店.
- 松岡治子, 佐々木かほる (2000). マッサージによるリラクゼーション効果に関する実験的研究—バイタルサインと日本版POMSによる検討. 看護技術, 46(16), 95-100.
- 村松 仁, 森 千鶴, 永澤悦伸, 福澤 等 (2000). 精神負荷に対するグレープフルーツの香りの効果. 山梨医科大学紀要, 17, 42-47.
- 室田昌子, 北島謙吾, 岩脇陽子, 滝下幸栄, 上馬場和夫, 松本賢哉, 西川広美, 遠藤香子 (2011). 看護技術「洗髪」における安楽の効果—生理学的, 生化学的, 心理学的指標を用いて—. 京都府立医科大学看護学科紀要, 21, 7-16.
- 新田紀枝, 阿曾洋子, 川端京子 (2002). 足浴, 足部マッサージ, 足浴後マッサージによるリラクゼーション反応の比較. 日本看護科学会誌, 22(4), 55-63.
- 小笠原映子, 椎原康史, 小坂橋喜久代, 中篤広美, 永松一真, 秋好力, 鶴田晴美, 安藤満代 (2007). 柑橘系精油によるアロママッ
- サージのリラクゼーション効果およびリフレッシュメント効果について—皮膚コンダクタンスおよび気分形容詞チェックリストによる評価—. 日本看護研究学会雑誌, 30(4), 17-26.
- 岡田淳子 (2012). 洗髪の意義. 深井喜代子 (編): 基礎看護技術Ⅱ. 158, 東京: メヂカルフレンド社.
- 齊藤 基, 佐々木かほる, 木下典子 (2000). アロマセラピーのリラクゼーション効果—自律神経機能への影—. 日本看護学会論文集 [看護総合], 31, 15-17.
- 坂田三允 (1987). 入院が患者の心理に及ぼす影響. 岡堂哲夫, 坂田三允 (編): 入院患者の心理と看護. 62-81, 東京: 中央法規出版.
- 曾我祥子 (2001). 不安のアセスメント—MAS, STAI—. 上里一郎 (監): 心理アセスメントハンドブック (第2版). 287-293, 新潟: 西村書店.
- 菅原健介 (2006). 不安. 堀 洋道 (監): 心理測定尺度集Ⅲ—心の健康をはかる〈適応・臨床〉. 183-187, 東京: サイエンス社.
- 田水智子, 吉井友季子, 小山めぐみ, 川端一永 (2000). 精油の人体への吸収, 作用経路. 川端一永, 吉井友季子, 田水智子 (編): 臨床で使うメディカルアロマセラピー. 22-30, 大阪: メディカ出版.
- 谷田恵子 (2004). 真正ラベンダーの香りが副交感神経活動に及ぼす影響—心拍変動の周波数解析を用いた検証—. 日本アロマセラピー学会誌, 3(1), 45-51.
- 上馬場和夫, 許 鳳浩, 小川弘子, 伊藤富士子, 村上志緒, 安珠, 林真一郎, 久島達也 (2008). ラベンダーによるアロマトリートメントにおける変性意識体験の促進効果. アロマセラピー学雑誌, 8(1), 29-38.
- 上馬場和夫, 許 鳳浩, 田口裕紀子, 立瀬剛志, 小川弘子 (2004). シロダラーで使う滴下オイルの意義—癒しロボットを使った研究—. アーユルヴェーダ研究, 34, 135-142.

柳奈津子 (2006). 入院患者に対する背部マッサージ・指圧の効果
—自律神経活動および主観的指標による評価—. 看護研究, 39
(6), 457-467.

[平成25年2月28日受 付]
[平成26年5月1日採用決定]

一般社団法人
**日本 看護
 研究 学会**
会報

第 95 号

(平成26年 9月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会in広島
 の開催にあたって…………… 1

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会in広島
 の開催にあたって

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会

会長 宮 腰 由紀子

(広島大学教授)

古しえの文化に満ちた奈良において、中木高夫学術集会長の下に開催された第40回学術集会では、多くの皆さまによる活発な発表と討論が展開されました。40回目の節目の祝祭をとの中木先生の思いが実現した、素晴らしい学術集会であったことを、心よりお慶び申し上げます。そうした40年目の学術集会を無事に終えた本学会は、いよいよ50周年に向かう第五旬期に入ります。このたび、その1歩目となる41回目の学術集会開催を次のように御案内させていただけることに、紙面をお借りして感謝申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会は、2015年（平成27年）8月22日（土）と23日（日）に、広島市の平和記念公園内にある広島国際会議場を会場として、メインテーマ「日本から世界へ 看護、発信！ —いのちと暮らしを支える 和と輪と環と話—」を掲げ、開催させていただくことになりました。学会会員の皆さま、どうぞ御参加下さいますよう、お願い申し上げます。

広島市での開催は、19年ぶりです。本学術集会が、看護実践の基盤となる研究発表と情報交換の場として有意義なものとなるように、中国・四国地方会運営委員会を中心に多くの仲間たちの和をもって、一同、鋭意準備を進めております。また、学会本部の支援の輪と、全国各地から御協力の環も頂戴しており、心から深謝申し上げます。なお、平成26年度8月豪雨災害で生じた広島市北部大規模土砂災害の被害に対し、全国の皆さまから温かい励ましとご支援をいただき、広島市民・広島県民として御礼申し上げます。会場と事務局は南部に在り無事でしたので、御安心下さいますよう御報告申し上げます。

さて、メインテーマの〈日本から世界へ 看護、発信！〉は、急速に変貌する国際的保健医療のうねりの中へ、日本の看護の知をより多く伝えよう、という思いで示しました。日本の看護職者が日々の実践活動で展開している、適切で和やかで丁寧でしなやかな看護を受けた人々や目にした人々は、国内外を問わ

ず、賞賛の声を寄せています。こうした日本の看護活動の知を発信することは、世界の看護の発展にも大きく貢献するはずです。そこで、その期待をこめた基調講演を、エビデンスを蓄積して看護を可視化し発信してこられた、東京大学の真田弘美先生にお引き受け願いました。

発信にあたり、今一度、看護する己れをも相手をも知ることが大切だと思います。そこで、看護の対象である〈いのち〉を考える特別講演を、生物学界で世界的活躍をされている、広島大学の長沼毅先生にお引き受けいただきました。そして、日本文化の底流にあるものを探る特別講演を、各大学機関との古文書調査などに携わられて造詣が深い、日本の古社の一つである御調八幡宮の宮司、桑原國雄先生からいただきます。そして、比較文化社会学・政策学がご専門の九州看護福祉大学のAllan J Sutherland先生に、看護対象の背景にある様々な文化理解についての教育講演を御願しました。

研究方法関連では、3つの課題を提示させていただきます。1つはビッグデータとの付き合い方です。多種多様なビッグデータと向き合われている東京大学の水流聡子先生に提示いただくデータを中心に、東邦大学の高木廣文先生を交えて、活用に係る課題を考えてまいります。また、よりよい看護提供において各種ロボットをはじめ、工学分野との協働を更に進める必要があります。そして対象者への効果的な介入として語りの技術が進化しております。このような諸側面についての講演をお願いしております。実践関連では、日本の保健医療システムは世界に賞賛されてまいりましたが、今後ますますその必要性が高まっている地域に根差した看護活動について、展開されている実践の御報告をいただきながら、今後の更なる取り組みについて考えるシンポジウムを企画しており、日本からの発信の一つとしてまいりたいと思います。教育関連では、欧州の看護教育の改革の状況を、放射線看護を切り口として御提示いただくとともに、グローバル化の中の今後の教育方法についても討議したいと存じます。なお、これらと関連して幾つかの特別交流集会和、倫理委員会・編集委員会・国際活動委員会からの特別交流集会和を御願いたします。御集りいただく皆さまがたにより、活発な討議がなされるよう、誠意をもって準備にあっております。

さて、広島市内の景観は、19年前に比べて随分と変わりました。会場がある平和記念公園内の世界遺産原爆ドーム近くから、世界遺産 宮島への航路が整備されており、広島駅から世界遺産 石見銀山へのルートもあります。呉、竹原に尾道、鞆之浦そして浦瀬戸内海の島々などの海も良し、帝釈峡・三段峡などの山も良し。学術集会への御参加のこの機会を御利用されて、広島県さらには中国・四国の各地にもお立ち寄り下さり、御多忙の中の緩やかな時をお過ごしいただければ幸いです。多くの皆さまの御参加をお待ちしております。

一般社団法人日本看護研究学会 第19回 東海地方会学術集会のご案内

テーマ：「実践知からみえるもの：
看護の専門性とキャリアアップについて考えよう！」

第19回日本看護研究学会東海地方会学術集会を開催させていただきますプランナーの浜松医科大学の鈴木みずえでございます。第19回日本看護研究学会東海地方会学術集会は、平成27年2月14日（土）浜松アクトシティコンgresにて、学術集会テーマは「実践知からみえるもの：看護の専門性とキャリアアップについて考えよう！」といたしました。

わが国では世界に類をみないスピードで超高齢社会を迎え、看護の専門性がますます期待されています。看護実践の重要性に関して多くの示唆を与えてくださった看護理論家であるパトリシア・ベナーの「看護ケアの実践知」を踏まえて、私たちが構築してきた看護実践を振り返りながら、さらなる看護の実践・研究の発展に関して、一緒に考えていきたいと思っております。さらに東海地域の看護の専門性の確立や革新的な取り組みの発信をめざして企業協賛のランチョンセミナーやワークショップ、地域の保健・医療・福祉に関する情報交換などコーナーを企画しています。東海地域の看護研究者・看護実践者に一人でも多くご参加頂きまして、研究・実践の発表やディスカッションの場にして頂ければと願っております。皆様のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

第19回一般社団法人日本看護研究学会
東海地方会学術集会プランナー 鈴木みずえ
(浜松医科大学 地域看護学講座)

◆日時：平成27年2月14日（土）

◆会場：アクトシティ浜松コンgresセンター 4階

◆プログラム

- ◇基調講演：「看護ケアの実践知」 井上 智子氏（東京医科歯科大学 教授）
- ◇特別講演：「看護実践の専門性とその展望」 林 優子氏（大阪医科大学 教授）
- ◇リレー講演：「看護の専門性の発展と可能性」— 東海地域における専門看護師・認定看護師の実践 —
 - ①神谷有里子氏（浜松医科大学附属病院 急性・重症患者看護専門看護師）
 - ②山本 真矢氏（聖隷浜松病院 慢性疾患看護専門看護師）
 - ③加藤 滋代氏（藤田保健衛生大学病院 認知症看護認定看護師）
- ◇ワークショップ1：「実践知を展開するための職場風土をつくるメンタルヘルスケア」
西尾 明氏（元常葉大学 教授）
- ◇ワークショップ2：「口腔機能向上のための実践知：誤嚥予防のためのスプーンテクニック」
田中 靖代氏（ナーシングホーム気の里）
- ◇ランチョンセミナー：「看護の実践知を踏まえた癒しのケアタクティールケア」
木本 明恵氏（日本スウェーデン福祉研究所：協賛）
- ◇おむつフィッターミニ講座：佐藤 文恵氏（有限会社きちっと コンチネンスサロン）
- ◇一般演題（示説のみ）

日本看護研究学会 第19回 東海地方会学術集会のご案内および演題申し込み方法、申し込み用紙、抄録原稿のフォーム、学術集会参加申し込み方法については、ホームページに掲載してあります。

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

1. 示説演題の募集について

1) 申し込み期限：平成26年8月1日（金）～平成26年12月1日（月）必着

2) 申し込み方法

日本看護研究学会東海地方会ホームページ <http://www.jsnr.jp/district/tokai/meeting/> より「一般演題抄録原稿見本」および「一般演題申込書」をダウンロードおよび記入後、下記のメールアドレスへお送りください。審査の上、折り返し採否等について通知いたします。

「一般演題抄録原稿見本」および「一般演題申込書」の送り先
e-mail : kango19@hama-med.ac.jp
浜松医科大学地域看護学講座 山岸暁美
第19回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

3) 発表形式

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

4) 演題発表者と共同研究者について

- ・発表者および共同研究者は、全て日本看護研究学会員に限ります。
- ・非会員の方は、一般社団法人日本看護研究学会 学会事務局にて入会手続きを完了してからご応募ください。
- ・本地方会学術集会は、参加費で運営されています。当日に参加できない共同研究者の方も、全員参加費を事前にお支払いください。

2. 学術集会に関するお問い合わせ先

浜松医科大学地域看護学講座 山岸暁美
第19回一般社団法人日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局
TEL : 053-435-2824, e-mail : kango19@hama-med.ac.jp

3. 学術集会参加申込について

1) 事前参加申し込み期限：平成26年8月1日（金）～平成27年1月30日（金）

2) 参加申し込み方法

- ・事前申し込み方法：郵便局の振込用紙にて参加費をお支払いください。
- ・会員の方は、通信欄に必ず会員番号をご記入ください。
- ・事前申し込みの方には順次抄録集をお送りいたします。
- ・当日の参加も可能です。会場にて参加費をお支払いください。抄録集は当日お渡しいたします。
- ・当日は混雑が予想されます。極力事前申し込み、期日厳守をお願いいたします。
- ・納入された参加費は返却されません。

3) 参加費と振込先

- ①参加費：会員4,000円 非会員5,000円 学生1,000円（学生に大学院生は含まない）
- ②振込先：郵便振込口座
口座番号：00850-7-142916
加入者名：日本看護研究学会東海地方会

4. 学術集会参加に関するお問い合わせ先

〒470-1192
愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98
藤田保健衛生大学医療科学部看護学科内
日本看護研究学会東海地方会事務局
TEL : 0562-93-2613 (此島), e-mail : yumiya@fujita-hu.ac.jp (此島)

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のご案内

テーマ：患者の看護に立ち戻る研究への挑戦

一般社団法人日本看護研究学会第28回近畿・北陸地方会は、平成27年3月7日（土）に、金沢大学保健学類校舎にて開催となります。メインテーマは、「患者の看護に立ち戻る研究への挑戦」です。テーマの趣旨は、「一人の大切な人」への看護について深求することです。プログラムでは、教育講演、シンポジウム、交流集会、一般演題を予定しています。

多くの方々から、演題をお待ちしております。本学術集会を通して、参加者の方々にはさまざまな視点・ご意見を持ち寄っていただき、交流していただくことを願っております。

学術集会長 加藤真由美
(金沢大学医薬保健研究域保健学系 教授)

◆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（口演・示説）

◆一般演題受付期間：平成26年10月27日（月）～平成26年12月20日（土）

◆参加費 会員：4,000円 非会員：5,000円 学生：1,000円

*参加費は当日、会場受付でお支払いいただきます。

*演題および参加申し込みの詳細については、日本看護研究学会近畿・北陸地方会ホームページ

<http://www.jsnr.jp/district/kinki-hokuriku/meeting/> でご確認ください。

日本学会会議の動き



会長からの
メッセージ

第14回アジア学会会議報告

日本学会会議会長 大西 隆

6月の大きなイベントは、クアラルンプール (KL) で開催された第14回アジア学会会議の総会及び国際シンポジウムでした。例によって忙しいスケジュールになり、夕刻に横浜で開催された国際会議での主催者挨拶を終えて、羽田に向かい、深夜の便でシンガポール経由、KLに入りました。到着した時には、ちょうど国際シンポジウム初日の午前中のプログラムが終わったところでしたが、何とか、その後の1日半のプログラムには参加することができました。

今回は、日本学会会議も推進役を担っている Future Earth (FE) をテーマに、20カ国、200人以上が参加し、5つの基調講演、80以上の研究発表があり、閉会式にはマレーシアの副首相のスピーチが行われて、とても充実した内容となりました。日本学会会議は、常設の事務局を担当して総会や理事会を支え、マレーシアから選出されたハサン会長とともに、春日副会長が暫定事務局長として、これらの会議をリードし、定款改正を伴う台湾の加盟、ミャンマーから2機関目の加盟、国際科学会議 (ICSU) と国際社会科学協議会 (ISSC) への地域アソシエイトとしての加盟に関する再確認、次回、次々開催国の確認、さらに長期的な開催方針についての方向付けを行いました。また、次回総会開催国であるスリランカのアカデミー代表としてクマル会長が新会長に、日本学会会議第三部会員の吉野博先生が新事務局長に選ばれ、アジア学会会議の今後2年間の体制も定まりました。アジア学会会議の事務局として、マレーシア科学アカデミーのスタッフとともに会議を支えてくれた日本学会会議の事務局の活躍にも感謝します。

実は、私にとってもマレーシアは特に重要な国です。というのは、学長をしている豊橋技術科学大学が、マレーシア科学大学と連携してペナン州に海外キャンパスを設置しており、留学生を多数受け入れているのはもとより、学界で活躍する卒業生も輩出して

いるからです。今回は、ペナンキャンパスを訪れる時間はなかったのですが、教育や科学技術にも関心の強い副首相の知己を得ることができたのは幸いです。

さて、会議の主題のFEです。いずれより詳しくお伝えすることになりますが、日本学会会議を中心とする日本の関係機関コンソーシアムが、FEの恒久国際事務局（現在暫定事務局が置かれているのでこう呼ばれる）の一角を占めることが内定したのです。地球環境問題や持続可能な社会に深く関るFEの研究活動や関連する社会運動が、これから本格化するに当たって、日本に推進拠点ができるのは画期的なことです。加えて、アジアでの地域事務局も京都にある総合地球環境学研究所 (RIHN) が担当することになっており、まさに日本はFEの国際拠点となります。しかし、マレーシアでのアジア学会会議の議論を見ても、まだ、FEが地球や大気の大規模な現象を観測する専門家の中の議論という枠からなかなか広がっていない感じがします。FEが、社会的なテーマとして認知されているとはまだまだ言えない段階なので、それも無理からぬことかもしれません。地球やその周辺の環境変化に原因として人間活動がどのように関わっているのか、mitigationとadaptationの両面からこの問題にどのように関わるべきか等、社会・経済・政治問題としても掘り下げていくことが必要です。もちろんその際には、FEとして表現されているテーマが地球環境問題や持続可能性で取り上げられてきた議論と同一なのか、異なるのか、同一とすれば新しい名称で呼ぶ意味はどこにあるのか、異なるのであればどの点がどのように異なるのかを明示する等、基本的な点でやるべきことがあるのも事実です。こうした問題のすべてが解明されるには至らなかったものの、アジアの文脈で、FEが論じられた今回のイベントは、議論の深化のステップを踏んだという意味を持ったと思います。

幹事会報告

第193回幹事会

日時 平成26年5月30日(金)

会議の概要

審議事項

- フューチャー・アースの推進に関する委員会委員(新規1件)の決定について承認されました。
- 選考委員会委員(追加1件)の決定について承認されました。
- 高レベル放射性廃棄物の処分に関するフォローアップ検討委員会設置要綱の一部改正(設置期限の延長)及び分科会委員の決定について承認されました。
- 我が国の研究力強化に資する研究人材雇用制度検討委員会設置要綱の一部改正(期限の延長)について承認されました。
- 日本学術会議の第三者評価機能に関する検討委員会設置要綱の一部改正(設置期限の延長)について承認されました。
- 提言「東日本大震災から新時代の水産業の復興へ(第二次提言)」について、日本学術会議会則第2条第4号の報告として取り扱うことについて承認されました。
- 報告「生活習慣病の研究のあり方」について、日本学術会議会則第2条第4号の報告として取り扱うことについて承認されました。
- 報告「生体機能システムの理解と予測・制御技術開発: 計算生命科学の導入による医療・創薬の推進」について日本学術会議会則第2条第4号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- 提言「文化財の次世代への確かな継承—災害を前提とした保護対策の構築をめざして—」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「再び高校歴史教育のあり方について」について、日本学術会議会則第2条第3号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- 提言「社会調査基盤のリノベーションに向けた」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「男女共同参画社会の形成と民法改正の方向」について、日本学術会議会則第2条第3号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- 報告「東京電力福島第一原子力発電所の事故の教訓」について、日本学術会議会則第2条第4号の報告として取り扱うことについて承認されました。
- 「日本学術会議名誉会員の称号の授与について」及び「日本学術会議協力学術研究団体規定」の改正について承認されました。
- 平成26年度代表派遣について、実施計画に基づく7～9月期の会議派遣者の決定について承認されました。
- 地区会議構成員の所属地区の変更について承認されました。
- 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。
- シンポジウム15件の開催及び国際会議1件、国内会議5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。

日本学術会議ニュース

平成26年5月13日にパリで開催された国際社会科学評議会(ISSC: International Social Science Council)の執行委員会において、日本学術会議の新規加盟が承認されました。ISSCは社会科学分野の各国アカデミーや国際学会により構成される国際学術団体で、国連やユネスコと特別提携関係にあります。なお、国際学術団体への新規加盟は10年ぶりとなります。

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7月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「減災の科学を豊かに

—多様性・ジェンダーの視点から—

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

◆「大学教育における社会福祉学分野の質保証

—学士課程教育における社会福祉学分野の参照基準について—

日時 平成26年7月21日(月) 10時00分～12時00分

場所 大正大学 礼拝堂

次第 「分科会報告・社会福祉学の参照基準案について」岩崎晋也

「パネルディスカッション」

◆「社会に対する若手研究者の責任

—科学者倫理と若手研究者—

日時 平成26年7月26日(土) 13時00分～15時40分

場所 大阪大学中之島センター

次第 「科学者の行動規範と研究活動の不正行為への対応について」中村征樹

「再生医療研究と研究者倫理」八代嘉美

◆「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：環境依存的な発生変化機構とその進化」三浦 徹

◆「ロコモティブシンドロームの予防と治療

—軟骨障害から変形性関節症—

日時 平成26年7月27日(日) 14時00分～16時30分

場所 中国新聞 大ホール

次第 「どうすればいいの？高齢者の膝の痛み」

安達伸生

「大腿骨近位部骨折と変形性股関節症の予防と治療」安永裕司

「いつまでも歩けるために—ロコモ対策—」

中村耕三

「私の野球人生」高橋 健

◆「大学で学ぶ農学とは

—学士課程教育における参照基準—

日時 平成26年7月29日(火) 13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂6階会議室

次第 「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準」北原和夫

「農学分野の参照基準検討分科会からの報告」

大政謙次 他

◆「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」川上伸昭／渡邊淳平／小林良彰／

市川家國／笠木伸英

◆「初等中等教育における海洋教育の意義と課題

—海洋立国を担う若手の育成に向けて—

日時 平成26年8月1日(金) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「なぜ、海洋教育が必要か」佐藤 学
 「海洋基本計画における海洋教育の推進と今後の課題」寺島紘士
 「我が国の水産海洋教育の現状」瀧田雅樹
 「海洋酸性化と海洋生態系の危機」白山義久
 「東日本大震災からの復興と防災海洋教育」南 正昭

◆「環日本海の文化交流」

日時 平成26年8月3日(日) 13時00分～17時00分

場所 石川県政記念 しいのき迎賓館

次第 「東アジアの海域交流と北陸の文化」小島 毅
 「文化資源としての伝統芸能の可能」上田 望
 「東アジア 伝統演劇とメロドラマ映画の諸相」四方田犬彦

◆「生存農学の基盤：地球環境の維持と安定的生産システム」

日時 平成26年8月10日(日) 13時30分～16時30分

場所 日本大学三島駅北口校舎大教室

次第 「明日の日本へ：日本学術会議活動の紹介(仮)」生源寺眞一
 「日本と世界の安全のための農業問題：経済的視点(仮)」生源寺眞一
 「生存農学の基盤1：食料・環境と土壤微生物(仮)」妹尾啓史
 「生存農学の基盤2：林木生産・利用・循環システム(仮)」川井秀一
 「生存農学の基盤3：水圏環境と生物資源(仮)」渡部終五
 「生存農学の基盤4：畜産環境の問題点と今後(仮)」吉川泰弘
 「遺伝学と農学：生物資源の利用(仮)」小原雄治

◆「日本とドイツの里地・里山の生物多様性・生態系サービス研究」

日時 平成26年8月30日(土) 13時30分～16時30分

場所 福井県三方青年の家

次第 「ドイツのSATOYAMAの生物多様性・生態系サービス研究」Stefan Hotes
 「三方五湖の生物多様性・生態系サービスと自然再生」吉田丈人
 「ヨーロッパの生態系インフラストラクチャー研究」一ノ瀬友博

◆「キャピテーションに関するシンポジウム(第17回)」

日時 平成26年11月20日(木)～21日(金)

場所 東京大学生産技術研究所

次第 「キャピテーションの医療応用—現状と今後の応用(仮)」松本洋一郎

◆「東日本大震災・阪神淡路大震災等の経験を国際的にどう活かすか」

日時 平成26年11月29日(土)10時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「国連防災世界会議について」大西 隆
 「世界工学会議について」依田照彦
 「災害に強い国土と環境」嘉門雅史
 「地球気候変動と防災・減災」小松利光

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

日本学術会議の更なる活性化

日本学術会議会長 大西 隆

9月末で3年1期の日本学術会議の第22期が終了します。来期に向けての重要な仕事であった会員選考の作業も日本学術会議としては概ね終了しました。これからの最後の2ヶ月間で行うのは、まず各委員会や分科会が、審議を踏まえて、提言や報告をまとめることです。過去には、期で出した提言や報告等の80%近くが最後の半年で出されたこともあったのですが、今期は今年3月までに57編を発表しており、あまり最後に偏ることがないように務めてきました。しかし、それでも最近の幹事会では、一回に10編を超える提言や報告が提案されるようになっており、予定時間を超えて審議を続けています。各委員会や分科会には、完成度の高い内容のものをまとめていただき、幹事会での審議がスムーズに行えるように協力をお願いしているところです。

期末で、会員の半数が変わるという日本学術会議のシステムでは、各期内でできるだけ活動の区切りをつけた方が、メンバーの思いを反映した提言や報告をまとめることができるという点でベターです。しかし、一方で、期内のまとめにこだわり過ぎると内容が荒くなる恐れもある上、期が変わってしばらくは、ほとんど提言や報告が出ないという偏りを生むことにもなります。したがって、どうしてもまとめ切れなければ、議論の経過を記録に残して次期に繋げることが適切な場合もあることは言うまでもありません。

もう一つ、今期から来期にまたがる大きなテーマが、日本学術会議のあり方を議論する科学技術政策担当大臣の下に設けられた「日本学術会議の新たな展望を考える有識者会議」の活動です。この会議は、2005年の法改正時の衆参両院委員会の付帯決議によって、法改正後の日本学術会議の活動状況の評価に基づいて、日本学術会議の設置形態の在り方を検討するために行われる、日本学術会議にとっては外

部の会議であり、その結果は国会に報告されることになっています。私としては、第20期～第22期に行ってきた諸活動、特に、東日本大震災復興支援や原発事故に関連した科学や科学者への社会からの期待や要請に応える活動、科学研究の健全性向上等の科学研究活動のあり方を考える活動、大型研究計画や大学教育の質向上等の科学研究や教育の向上に関わる活動、さらに海外の科学アカデミーとの連携や国際学術組織の一翼としての日本学術会議の活動等を的確に会議に報告して評価を仰ぎたいと思っています。

国際活動はまた、日本学術会議の会員任期で区切るわけにはいかない活動でもあります。特に、今期はFuture Earthの国際事務局の誘致という大きな出来事がありました。これから10年ほど日本学術会議が世界の地球観測、持続可能な社会の実現のための活動の中心の一つになります。IAP、IACという国際組織の理事国に選ばれました。アジア学術会議総会でも、日本学術会議から新しい事務局長が選出されました。また、ブルガリア、イスラエル、韓国との二国間交流を始めました。さらに、社会科学の国際組織であるISSC、アジアの学術組織であるAASSAへも加入しました。これらの活動は、国際的な学術活動として重要であるのみならず、日本の学術の成果を世界にアピールする機会ともなっています。

もちろん基本的には、今期内でやるべきことはきちんと完遂するように、最後まで気を抜かないで務める所存です。その上で、次期に伝達すべきものはしっかりと伝達します。私は、会長としての3年間の任期中、幸いにも、日本学術会議の活動に対する社会のポジティブな反応を感じるが多かったという印象を持つことができました。科学や科学者への社会の期待に応える姿勢を保ち続けることによって、日本学術会議はもっと活性化できるはずです。

幹事会報告

第194回幹事会（メール会議）

日時 平成26年6月13日（金）

会議の概要

審議事項

- 第14回アジア学術会議（14th Science Council of Asia Conference）への外国人の招へい者を追加することについて承認されました。

第195回幹事会

日時 平成26年6月27日（金）

会議の概要

審議事項

- 科学者委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び分科会委員の決定について承認されました。
- 提言「科学と社会のよりよい関係に向けて—福島原発災害後の信頼喪失を踏まえて—」について、その扱いを会長において第一部及び福島原発災害後の科学と社会のあり方を問う分科会と相談の上、引き続き検討することとなりました。
- 報告「社会理論の復興をめざして」について、その扱いを会長において第一部及び社会理論分科会と相談の上、引き続き検討することとなりました。
- 報告「最近の対外的緊張関係の解消と日本における多文化共生の確立に向けて」について、分科会において改めて検討することとなりました。
- 提言「人文科学的アジア研究の振興に関する提言」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。
- 報告「福島原発事故による放射能汚染と森林、林業、木材関連産業への影響—現状及び問題点—」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。
- 提言「超高齢社会における運動器の健康—健康寿命延伸に向けて—」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。

- 提言「昆虫分類・多様性研究の飛躍的な拡充と基盤整備の必要性」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。

- 提言「健やかな次世代育成に関する提言」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。

- 報告「植物における新育種技術（NPBT: New Plant Breeding Techniques）の現状と課題」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。

- 報告「わが国における消化器疾患の近未来の動向と対策」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。

- 提言「放射能汚染地における除染の推進について～現実を直視した科学的な除染を～」の扱いについては、会長において第二部と相談の上、検討することとなりました。

- 提言「教育における多文化共生」の扱いについては、会長において第一部と相談の上、検討することとなりました。

- 日本学術会議細則の一部改正について総会の議決を求めることとしました。

- 日本学術会議事務局組織規則の一部改正について総会の議決を求めることとしました。

- 日本学術会議協力学術研究団体として次の5団体の指定について承認されました。

- ①日本運動疫学会
- ②日本音楽知覚認知学会
- ③日本陽電子科学会
- ④日本学童保育学会
- ⑤一般社団法人レーザー加工学会

- シンポジウム21件の開催及び国内会議7件の後援について承認されました。

第196回幹事会

日時 平成26年7月11日（金）

会議の概要

- 分野別委員会小委員会委員の決定について承認されました。

- 報告「科学者コミュニティから見た職務発明制度のあり方と科学者に対する知財教育の必要性」について承認されました。
- 提言「人文社会系学術研究成果の海外発信のためのプロジェクト」について、分科会において改めて検討することとなりました。
- 提言「環境リスクの視点からの原発事故を伴った巨大広域災害発生時の備え」について、所要の修正を行うことを条件に承認されました。
- 3件のシンポジウム等の開催、3件の国内会議の後援について承認されました。
- 日本学術会議の活動状況等に関する年次報告（平成25年10月～平成26年9月）の作成の方針を了承しました。
- フューチャー・アースの推進に関する委員会委員の決定について承認されました。
- 外部委員候補者を推薦することについて承認されました。

平成26年8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

平成26年7月2日、国際科学会議（ICSU）等から、Future Earth研究プログラムの恒久国際事務局に、日本（日本学術会議を代表とするコンソーシアム）も加わった五ヶ国による分散型連携事務局連合が選ばれたとの発表がありました。

事務局は、調整・連絡・啓蒙、研究促進、能力開発（人材育成）、統合・展望の五つ機能を柱として、Future Earthの研究運営を支えていくこととなります。

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8月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「学校教育にもとめられるオープンデータを活用できる人材育成—日本学術会議提言：地理教育におけるオープンデータの利活用と地図力／GIS技能の育成を踏まえて」

日時 平成26年8月20日（水）13時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 次第 「オープンデータの実践と学校教育にもとめられる人材育成とは何か」坂村 健

「米国でのオープンデータの取り組みとGIS」
鈴木茂雄

「日本におけるオープンデータの取り組みとGIS」北川正巳

「オープンデータの利活用と日本における情報経済社会の推進」坂下哲也

「京都オープンデータの活動と学校教育におけるオープンデータ活用の意義」青木和人

「マッピングパーティーを通じたオープンデータづくりと人材育成」古橋大地

「オープンデータと地理／防災教育」伊藤智章
「大学教育におけるGIS教育の推進の必要性」

矢野桂司

「大学のGIS教育において、一般企業のGIS技術者（GIS上級技術者）との連携」村尾吉章

「オープンデータによる“みんな”でつくるデジタル地図教材学校教育支援活動」仙石裕明

「NPO全国GIS技術研究会による工業高校のGIS実習支援活動」河名洋一

「測量専門学校の減少と測量業界における人材育成の課題」土田俊行

「地図・測量／GISの現状と将来」星埜由尚

◆「我が国の大学等キャンパスに国際競争力はあるか」

日時 平成26年8月22日(金)13時15分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」 香山壽夫

「キャンパスアンケートにみる大学人の危機感」

南 一誠

「国際競争力のあるキャンパスを目指して」 上野 武

「キャンパスデザインの課題と改善」 小松利光

「キャンパスシステムの課題と改善」 池田駿介

「ビッグデータ時代のゲノム情報解析とクラウドソーシング」 神沼英里

「バイオンフォマティクスから時空間解析へ」 岩崎 渉

「新しい生物学：情報の囲込みから検証の科学へ」 有田正規

「スパコンを用いたビッグデータ解析の生命科学における役割」 木寺詔紀

◆「親になるきみたちへ—出生前診断でわかること」

日時 平成26年8月24日(日)10時00分～12時00分

場所 とかちプラザ レインボーホール

次第 「ヒトの多様性と遺伝について考えよう」

山田崇弘

「共に生きる社会を願って」 三好明子

◆日本学術会議近畿地区会議主催

「発電以外の原子力利用の課題と展望」

日時 平成26年8月30日(土)13時00分～17時30分

場所 大阪科学技術センター

次第 「原子力学の将来検討」 家 泰弘

「農学・生命科学における放射線利用」 中西友子

「放射線の医学への応用」 米倉義晴

「ホウ素中性子捕捉療法 (BNCT) によるがん治療」 鈴木 実

「研究用原子炉を用いた工業生産」 河村 弘

「原子力人材育成」 山中伸介／伊藤哲夫

◆「薬剤師の職能将来像と社会貢献」

日時 平成26年8月25日(月)13時00分～17時15分

場所 日本学術会議講堂

次第 「開局薬剤師から見た将来像と社会貢献」

山本信夫

「チーム医療による臨床推論」 徳田安春

「薬剤師からお薬の先生へ」 松原和夫

「大学の立場から」 富岡佳久

「患者の目から見た薬剤師への期待」

櫻井なおみ

「薬剤師への期待」 中井清人

◆「日本とドイツの里地・里山の生物多様性・生態系サービス研究」

日時 平成26年8月30日(土)13時30分～16時30分

場所 福井県三方青年の家

次第 「ドイツのSATOYAMAの生物多様性・生態系サービス研究」 Stefan Hotes

「三方五湖の生物多様性・生態系サービスと自然再生」 吉田丈人

「ヨーロッパの生態系インフラストラクチャー研究」 一ノ瀬友博

◆「生命情報ビッグデータ時代における新しい生命科学」

日時 平成26年8月29日(金)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「細胞内反応ネットワークの1分子計測」 佐甲靖志

「トランスオミクスによる代謝制御グローバルネットワークの再構築」 黒田真也

「バイオメージ・ンフォマティクスが切り開く新しい生命科学の可能性」 大浪修一

◆「PM2.5とナノ粒子—微小粒子の健康影響とその対策を考える」

日時 平成26年9月6日(土)13時15分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「大気微小粒子の健康科学—PM2.5の健康影響および対策は」 内山巖雄

「ディーゼル排ガス微粒子及びナノ材料の次世代への健康影響」 武田 健

「吸入全身暴露を基軸としたナノ材料の毒性評価体系の構築とMWCNTからの知見」 菅野 純
「労働衛生の立場から—ナノ材料を扱う職場での管理」 森本泰夫

「経済産業省におけるナノ材料安全対策について」 藤沢 久

「微小粒子・ナノ材料の健康リスクにどのように向き合うべきか」 岸本充生

◆「少子高齢化と日本型福祉レジーム」

日時 平成26年9月7日(日) 14時00分～17時00分

場所 東京女子大学24号館安井てつ記念ホール

次第 「福祉雇用レジームと家族政策」 宮本太郎
「日本の社会政策は就業や育児を罰している」 大沢真理

「世帯経済としての家族—消費単位のジェンダーレジーム」 服部良子

「ケア政策における家族の位置」 下夷美幸

◆「第9回獣医学教育改革シンポジウム」

日時 平成26年9月11日(木) 9時00分～12時00分

場所 北海道大学高等教育推進機構キャンパス

次第 「獣医学教育連携の現状とIT教育の効果」 伊藤茂男

「関東地区獣医系4大学教育連携事業におけるICT活用の現状と課題」 芳賀 猛/尾崎 博

「北海道大学と帯広畜産大学によるITを用いたeラーニングの取り組み」 坂本健太郎/
上川昭博/昆 泰寛/古林与志安

「山口大学と鹿児島大学におけるITを使った教育連携の現状と課題」 白石光也/日下部 健
/橋本善春

「岐阜大学・鳥取大学共同獣医学科における教育課程の共同実施」 村瀬敏之/鬼頭克也

「岩手大学・東京農工大学共同獣医学科にお

ける遠隔講義の実際」 山本欣郎/田中知己

「宮崎大が実施している東京大学および大阪府立大学との連携教育」 野中成晃/片本 宏/
大澤健司/堀 正敏/前多敬一郎/笹井和美

「獣医学における学習ポートフォリオ支援ツールとしての飛ぶノート」 遠藤大二

◆「我が国の知的生産者選定に係る公共発注システムの創造性を喚起する施策に向けて—会計法・地方自治法の改正を問う—」

日時 平成26年9月16日(火)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「議論の背景」 進士五十八

「全国アンケートの報告」 南 一誠

「会計法、自治法の仕組みとしての問題と改善のための提案」 福井秀夫

「公共発注システムの我が国の特異性」 木下誠也

「公共施設における設計入札によらない設計者選定の課題と改善」 吉野 博

◆「福島第一原子力発電所事故プロセスの学術的検討(その2)」

日時 平成26年9月17日(水)13時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「福島第一原子力発電所事故の時系列」 宮野 廣
「2号機から最も多くの放射性物質が放出された理由」 白鳥正樹

「ベント操作の妥当性(主として2号機での対応)」 澤田 隆

「3号機における高圧注入系を手動停止した理由」 松岡 猛

◆「可視化—ビッグデータ時代の科学を拓く」

日時 平成26年9月22日(月)10時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「『サイエンス』誌における科学的可視化(仮)」 寺門和夫

「ビッグデータからの知的発見-海洋物理学の研究領域において- (仮)」高橋桂子
「High Performance Computing Aided Visualization」中島憲宏
「大規模計算機環境における可視化について」小野謙二

◆「第63回理論応用力学講演会」

日時 平成26年9月26日(金)～28日(日)
場所 東京工業大学大岡山キャンパス
次第 9月26日(金)
「特別講演」
9月27日(土)
「力学と他分野とのコラボレーションへの挑戦」
元結正次郎／藤井孝藏／岸本喜久雄／
松尾亜紀子

◆「超高齢社会における歯科基礎医学の役割」

日時 平成26年9月27日(土) 9時00分～11時00分
場所 福岡国際会議場
次第 「超高齢社会における歯科基礎医学の役割：機能的観点から」滝川正春
「超高齢社会における歯科基礎医学の役割：形態学的観点から」山口朗
「超高齢化社会における基礎老化研究の意義」遠藤玉夫

◆「イノベーションの歴史に学ぶアーカイブ構築と国際情報発信の意義・重要性」

日時 平成26年9月27日(土)13時00分～17時00分
場所 明治大学駿河台キャンパス・リバティタワー
次第 「イノベーション概念の歴史的=理論的整理」佐野正博
「技術史から見た戦後日本のイノベーションの展開」田口直樹
「経営革命：イノベーション遂行者としての企業家」米倉誠一郎

「日本経営史にみるイノベーションと企業競争力」橋川武郎
「企業史料とビジネス・アーキビスト」高津隆

◆「ニュー・ガバナンスの限界と社会的包摂」

日時 平成26年9月27日(土)13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「社会的包摂を目指したニュー・ガバナンス」阿部彩
「社会的包摂と人権」井上英夫
「外国人労働政策と社会的包摂能力」久本憲夫
「ニュー・ガバナンスと社会組織」須田木綿子

◆「サービス学の新たな展開」

日時 平成26年9月30日(火)13時00分～16時30分
場所 芝浦工業大学豊洲キャンパス交流棟
次第 「サービス研究の方法」土居範久
「サービスの設計論理」上田完次
「経営学におけるサービス研究と理工学的アプローチ」戸谷圭子
「サービスの社会実装」中島秀之
「サービスの技術予測」新井民夫

◆「キャピテーションに関するシンポジウム (第17回)」

日時 平成26年11月20日(木)～21日(金)
場所 東京大学生産技術研究所
次第 「キャピテーションの医療応用—現状と今後の応用 (仮)」松本洋一郎

◆「東日本大震災・阪神淡路大震災等の経験を国際的にどう活かすか」

日時 平成26年11月29日(土)10時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「国連防災世界会議について」大西隆
「世界工学会議について」依田照彦
「災害に強い国土と環境」嘉門雅史
「地球気候変動と防災・減災」小松利光

日本学会議の動き



会長からの
メッセージ

日本学会議の活動と 社会へのインパクト

— 日本学会議会長 大西 隆

これまで、何人かの会員から「天空に向かって叫んでいるような気がする」と言われたことがある。日本学会議の提言等が政策や社会にインパクトを与えた実感が湧かないからである。この夏、第一部から第三部までの夏季部会に参加させてもらったが、そこでも同趣旨の話が出た。もちろん、提言等が社会でどのように受け止められているのかは、私の最大の関心事でもある。しかし、私の会長としての3年間の実感は、むしろ、案外手応えがあったというものなので、エビデンスを紹介しながら、この点に触れてみたい。

この3年間では、初めの1年3ヶ月が民主党政権、後の1年9ヶ月が自民政権と、途中で政権が変わった。この間に、国際会議 (G-Science) のメッセージや日本学会議の会長談話や提言等を説明するために、首相官邸や、関係大臣、国会議員、省庁を何度も訪れたが、総理大臣をはじめ、ほとんどの方が、多忙な中、時間をやり繰りして面談時間を作り、説明を聞いてくれた。その場で、日本学会議の提言を生かすべく検討するよう指示してくれた方も少なくなかった。その結果もあって、特に執行部が責任を持つべき、幹事会附置委員会、課題別委員会、あるいは会長談話等で述べたことについては、相当なインパクトがあったように思う。いくつかの例を挙げよう。

- 2012年4月発表の「提言 被災地の求職者支援と復興法人創設—被災者に寄り添う産業振興・就業支援を—」に対応して、被災地支援の公益法人格の取得をサポートする旨、内閣府公益認定等委員会委員長から各都道府県の公益認定委員会に要請がなされるとともに、東日本大震災の復興・復旧に携わっている方々に対して「お知らせ」が出された (https://www.koeki-info.go.jp/pictis_portal/other/east-japan-eq.html)。
- 2013年8月発表の「提言 無煙タバコ製品(スヌースを含む)による健康被害を阻止するための緊急

提言」における提言内容の一つである「健康被害の恐れがある」旨の表示が強化された。

- 2012年9月発表の「回答 高レベル放射性廃棄物の処分について」に対応して、資源エネルギー庁での検討が行われ、回答の内容を十分に満たすものではないにせよ、回答の趣旨が考慮された。
- 2013年9月発表の「回答 国際リニアコライダー計画に関する所見」において指摘した課題について、文部科学省において有識者会議が設置され、検討が始まった。
- 2013年1月からの一連の「科学研究の健全性向上」のための、声明、会長談話、提言に対して、文部科学省と厚生労働省でのガイドラインの見直し、日本学会議との協力が進んでいる。
- 国際関係でも、Future Earthに係る日本学会議の積極的な取組みが認められて、国際事務局の共同機関の一つに選ばれた。IAP、IACという国際アカデミー組織の理事にも新任、または重任された。ブルガリアやイスラエル、韓国との二国間学術交流協定を新たに締結し、ISSC、AASSAという国際アカデミー組織に新規加入した。

今期のこうした成果を通じて、日本学会議の活動が、政府あるいは国際組織等において、重要なものとして認識されていると感じたのである。

それでは、社会においてはどうかであろうか？社会的評価を直接示すエビデンスを把握することは容易ではない。そこで、メディア(ここでは新聞)がどれほど関心を持って報道したかを一つの尺度と考えてみた。中でも、新聞社説は、メディア各社の見解を表明する場であり、そこに日本学会議が取り上げられることは、各社が日本学会議に関心を持ったという点で意味がある。図は、1949年に日本学会議が設立されてから、朝日、読売、毎日、日経、産経の5全国紙において、「日本学会議」(あるいは「学会議」)

が登場した社説（産経は主張）を数え上げて、期別に整理したものである。総数は171回で、登場回数が最大だったのは今期（第22期、2014年7月末まで）で、23回である。日本学術会議の現制度（コ・オペレーション、三部制、定年・任期制、幹事会、連携会員制等）が始まった第20期以降では通算48回で、全登場社説数の28%を占める。直前の3期（17～19期）の34回を大きく上回った。

これらの社説の内容を見ると、日本学術会議そのものをテーマとしたものと、日本学術会議の提言等を引用しているものに大別できる。日本学術会議のあり方そのものが社説に取り上げられたのは、これまで30回強あり、そのほとんどは第19期まで、すなわち、初期の頃（第7期まで30回中8回）、第12期（14回中12回）、第17期～第19期（34回中7回）等となっている。言うまでもなく、日本学術会議法の改正で揺れた時期（12期と19期）が多いことになる。一方で、最近では社会関心事に関する日本学術会議の提言等が紹介される形で登場する。第20期では代理出産関係が16回中10回、第21期では温暖化問題が9回中3回、第22期では23回中、原発や同廃棄物問題9回、

研究不正4回、歴史教育2回等となっている。内容を読んでみると、日本学術会議が主題となっていたものでは、会員選挙で不正が行われている、種々課題があり改革が必要といったように、日本学術会議の負の側面が指摘されることが多かった。したがって、最近のように、組織のあり方ではなく、提言内容が社説の主張に沿って引用されるという取り上げ方は、日本学術会議の活動がポジティブに評価されている表れととらえることもできよう。

こうした事実をもとに、私は、日本学術会議の活動が、政府や社会へインパクトを与えていると感じているのである。しかし、十分とはいえない。最近では毎期100を超える提言や報告が発表されているから、それらのインパクトはもっと大きくて然るべきである、という意見に賛同できる。そのためには、提言や報告の完成度を高めることはもちろん、それらを政治、行政、産業、社会の関連領域に丁寧に説明し、理解し共感してもらう努力を怠らないことが重要だと感じている。手間と時間のかかる仕事であるが、そこまでやらないと、日本学術会議の社会的役割を果たしたことはならないように思う。

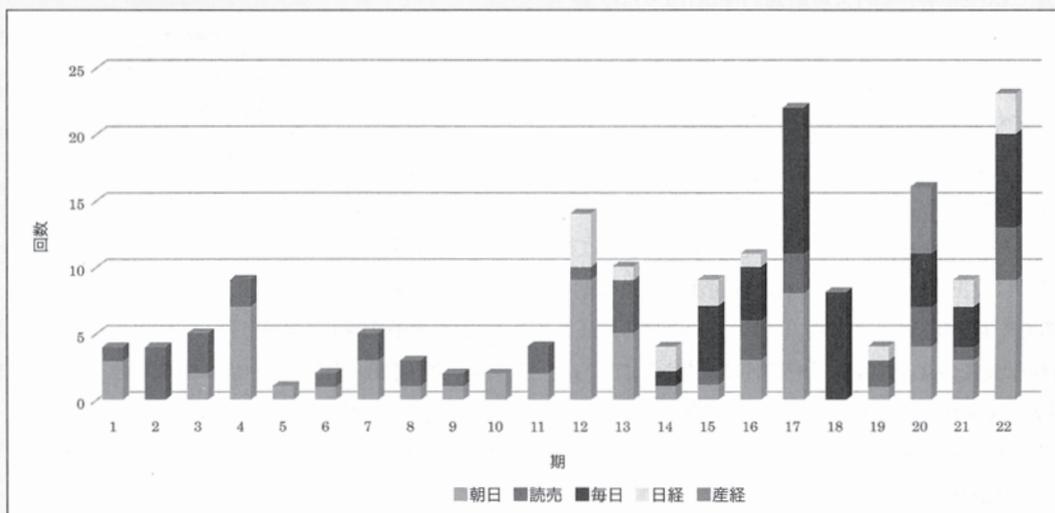


図 5 全国紙社説にみる出現回数

新聞データベースより大西・近藤作成

幹事会報告

第197回幹事会

日時 平成26年7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の決定について承認されました。
- フューチャー・アースの推進に関する委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 科学研究における健全性の向上に関する検討委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 提言「農林水産業への地球観測・地理空間情報技術の応用—持続可能な食料生産と環境保全—」について、所要の修正を行い、会長の確認を得ることを条件に承認されました。
- 提言「超高齢社会のフロントランナー日本：これからの日本の医学・医療のあり方」について、所要の修正を行い、会長及び第二部の確認を得ることを条件に承認されました。
- 提言「医学教育における放射線の健康リスク科学教育の必修化」について、所要の修正を行い、会長及び第二部の確認を得ることを条件に承認されました。
- 提言「震災復興原則を踏まえた環境政策・環境計画の新たな展開」について、所要の修正を行い、会長の確認を得ることを条件に承認されました。
- 報告「東京電力福島第一原子力発電所事故によって環境中に放出された放射性物質の輸送沈着過程に関するモデル計算結果の比較」について、所要の修正を行い、会長の確認を得ることを条件に承認されました。
- 報告「数理科学と他分野科学・産業との連携」について、その取扱いについては、会長と第三部で相談の上、検討することとなった。
- 提言「ビッグデータ時代における統計科学教育・研究の推進について」について、所要の修正を行い、会

長の確認を得ることを条件に承認されました。

- 提言「社会的包摂：レジリエントな社会のための政策」について、所要の修正を行い、会長及び第一部の確認を得ることを条件に承認されました。
- 提言「これからの労働者の心の健康の保持・増進のために」について、所要の修正を行い、会長及び第二部の確認を得ることを条件に承認されました。
- 平成26年度代表派遣に係る配分計画及び実施計画の変更並びに実施計画に基づく7～9月期の会議派遣者の決定について承認されました。
- シンポジウム7件の開催、国際会議1件及び国内会議2件の後援について承認されました。
- 「第22期における分科会活動の総括結果」について承認されました。
- 科学研究における健全性の向上に関する検討委員会運営要綱の一部改正及び分科会委員の決定について承認されました。

平成26年9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9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。

◆「進む少子高齢化／大都市圏郊外自治体の構造的危機」

日時 平成26年9月13日(土)13時30分～16時45分

場所 中央大学駿河台記念館講堂

次第 「少子高齢化が直撃する日本の大都市」

曾根泰教

「大都市圏郊外自治体の危機と地域政策」

山崎 朗

「大都市圏郊外自治体の空洞化と税財政」
土居丈朗

◆「持続可能な未来のための教育と人材育成の推進に向けて」

日時 平成26年9月14日(日)13時00分～17時00分
場所 日本学会議講堂
次第 「講演」林良嗣／宮寺晃夫／山形俊男／
氷見山幸夫／小金澤孝昭／田中邦明／
日置光久／福士謙介／田路和幸／花木啓祐

◆「我が国の知的生産者選定に係る公共発注システムの創造性を喚起する施策に向けて—会計法・地方自治法の改正を問う—」

日時 平成26年9月16日(火)13時15分～17時00分
場所 日本学会議講堂
次第 「議論の背景」小澤紀美子
「全国アンケートの報告」南一誠
「会計法、自治法の仕組みとしての問題と改善のための提案」福井秀夫
「公共施設の発注システムの我が国の特異性」木下誠也
「公共施設発注における設計入札によらない設計者選定の課題と改善」吉野博

◆「福島第一原子力発電所事故プロセスの学術的検討(その2)」

日時 平成26年9月17日(水)13時30分～17時30分
場所 日本学会議講堂
次第 「福島第一原子力発電所事故の時系列」宮野廣
「2号機から最も多くの放射性物質が放出された理由」白鳥正樹
「ベント操作の妥当性(主として2号機での対応)」澤田隆
「3号機における高圧注入系を手動停止した理由」松岡猛

◆「自然史標本の継承—人類の財産を失わないために今なすべきこと」

日時 平成26年9月19日(金)13時00分～18時00分
場所 日本学会議講堂
次第 「自然史標本の国家的収集・管理・活用と国立科学博物館」林良博
「生物標本と分類学」大原昌宏
「人骨標本と人類学」篠田謙一
「岩石・鉱物標本と地質科学」佐野貴司
「自然史標本と生態学」加藤真
「自然史標本と博物館」瀬能宏
「自然史標本と文化財」山崎健
「自然史標本は自然史財である」西田治文

◆「可視化—ビッグデータ時代の科学を拓く」

日時 平成26年9月22日(月)10時00分～18時00分
場所 日本学会議講堂
次第 「『サイエンス』誌における科学的可視化(仮)」寺門和夫
「ビッグデータからの知的発見—海洋物理学の研究領域において—(仮)」高橋桂子
「High Performance Computing Aided Visualization」中島憲宏
「大規模計算機環境における可視化について」小野謙二

◆「理学・工学分野における科学・夢ロードマップ2014」

日時 平成26年9月26日(金)13時30分～17時30分
場所 日本学会議講堂
次第 「環境学の科学・夢ロードマップ」石川幹子
「数理学の科学・夢ロードマップ」楠岡成雄
「物理学の科学・夢ロードマップ」相原博昭
「地球惑星科学の科学・夢ロードマップ」中村正人
「情報学の科学・夢ロードマップ」喜連川優
「化学の科学・夢ロードマップ」中村栄一
「総合工学の科学・夢ロードマップ」渡辺美代子

「機械工学の科学・夢ロードマップ」岸本喜久雄
「電気電子工学の科学・夢ロードマップ」石原 宏
「土木工学・建築学の科学・夢ロードマップ」
依田照彦
「材料工学の科学・夢ロードマップ」吉田豊信

の展開」田口直樹
「経営革命：イノベーション遂行者としての
企業家」米倉誠一郎
「日本経営史にみるイノベーションと企業競
争力」橋川武郎
「企業史料とビジネス・アーキビスト」高津 隆

◆「第63回理論応用力学講演会」

日時 平成26年9月26日(金)～28日(日)
場所 東京工業大学大岡山キャンパス
次第 9月26日(金)
「臨界現象の力学理論と超高層建築物の耐震
設計」上谷宏二
9月27日(土)
「宇宙エレベーター：そのダイナミックスの
研究の現状と課題」山極芳樹
「力学と他分野とのコラボレーションへの挑戦」
元結正次郎／藤井孝藏／岸本喜久雄／
松尾亜紀子／大森博司／大島まり／天谷賢治
／荻原直道

◆「ニュー・ガバナンスの限界と社会的包摂」

日時 平成26年9月27日(土)13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「ニュー・ガバナンスの台頭と社会的包摂」
大沢真理
「社会的包摂と人権」井上英夫
「外国人労働政策と社会的包摂能力」久本憲夫
「ニュー・ガバナンスと再帰的課題」須田木綿子
「ニュー・ガバナンスを超えて」阿部 彩

◆「超高齢社会における歯科基礎医学の役割」

日時 平成26年9月27日(土)9時00分～11時00分
場所 福岡国際会議場
次第 「超高齢社会における歯科基礎医学の役割：
機能的観点から」滝川正春
「超高齢社会における歯科基礎医学の役割：
形態学的観点から」山口 朗
「超高齢化社会における基礎老化研究の意義」
遠藤玉夫

◆「災害に対するレジリエンスの向上に向けて」

日時 平成26年9月28日(日)13時00分～17時00分
場所 帝京大学医学部本館209教室
次第 「レジリエンス向上への公と私の新たな役割」
岩田修一
「レジリエンス向上のための防災・減災分野
の適応策」小松利光
「未来へ残すべきモノのレジリエンス」馬渡駿介
「こころのレジリエンス社会」笠井清登
「災害からのレジリエンス」仁平義明
「公衆衛生システムの改善による地域の災害
レジリエンス向上」矢野栄二
「リスク情報の多様性・多様性の下でのレジ
リエンス」岩田修一
「コミュニティ防災・復活における産学官の
役割」西尾チヅル
「回復する力：被災者がつくる復興のまち」
石川幹子

◆「イノベーションの歴史に学ぶアーカイブ構築と
国際情報発信の意義・重要性」

日時 平成26年9月27日(土)13時00分～17時00分
場所 明治大学駿河台キャンパス・リバティタワー
次第 「イノベーション概念の歴史的＝理論的整理」
佐野正博
「技術史から見た戦後日本のイノベーション

◆「サービス学の新たな展開」

日時 平成26年9月30日(火)13時00分～16時30分
 場所 芝浦工業大学豊洲キャンパス交流棟
 次第 「サービス研究の方法」土居範久
 「サービスの設計論理」上田完次
 「経営学におけるサービス研究と理工学的アプローチ」戸谷圭子
 「サービスの社会実装」中島秀之
 「サービスの技術予測」新井民夫

「産業開発のツールとして」高尾正敏

◆「環境先進大学からの情報発信」

日時 平成26年10月31日(金)13時00分～16時00分
 場所 三重大学
 次第 「全学で実践しているスマートキャンパスへの取り組み」坂内正明
 「海洋生物の利用」幹渉

◆東北地区会議主催学術講演会

「加速器科学が未来を拓く—医療・ものづくり・生命科学への応用—」

日時 平成26年10月25日(土)13時00分～16時00分
 場所 岩手大学
 次第 「加速器科学と東北放射光」濱 広幸
 「重粒子線治療」松村 明
 「治療」有賀久哲
 「放射光を用いた高度分析」廣沢一郎

◆「ICTを生かした社会デザインと人材育成（社会デザインと多様性編）」

日時 平成26年11月7日(金)13時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「イノベーションとダイバーシティ推進」
 國井秀子

◆「歴史教育シンポジウム ナショナリズムと歴史教育—ヨーロッパを中心として—」

日時 平成26年10月25日(土)13時30分～17時30分
 場所 駒澤大学 駒沢キャンパス1号館
 次第 「ナショナリズムとスコットランド」富田理恵
 「境界地域のナショナリズム：中央ヨーロッパの近代」篠原 琢
 「国民文学と国民国家—ドーアの『最後の授業』」早川和彦

◆「キャピテーションに関するシンポジウム（第17回）」

日時 平成26年11月20日(木)～21日(金)
 場所 東京大学生産技術研究所
 次第 「キャピテーションの医療応用—現状と今後の応用（仮）」松本洋一郎

◆「中型高輝度放射光源に期待するこれからの科学技術」

日時 平成26年10月31日(金)13時00分～17時30分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「中型高輝度放射光源のコンセプト」濱 広幸
 「分子システム化学と放射光」君塚信夫
 「材料開発と放射光；IGZO開発への貢献」細野秀雄
 「ナノデバイス科学からの期待」大野英男

◆「東日本大震災・阪神淡路大震災等の経験を国際的にどう活かすか」

日時 平成26年11月29日(土)10時00分～17時30分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「国連防災世界会議について」大西 隆
 「世界工学会議について」依田照彦
 「災害に強い国土と環境」嘉門雅史
 「地球気候変動と防災・減災」小松利光

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^{ねつぞう} (Fabrication)、改竄^{かいざん} (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<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、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 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, 6th 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 α 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。縦罫線の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. 会員番号およびパスワードについて

平成26年7月からの事務局業務委託の変更に伴い、会員の皆さまの会員番号（会員ID）とパスワードが新しく発行されました。会員の皆さまには、7月下旬に新しい会員番号（会員ID）とパスワードを郵送にてお知らせしておりますので、ご確認ください。従来のひらがなで始まる会員番号は廃止となりました。

2. 平成26年度会費納入のお願い

平成26年度会費未納の方は、お早めに下記口座にお振込みくださいますようお願いいたします。

| 記 | |
|--------|----------------|
| 年会費 | 8,000円 |
| 郵便振替口座 | 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**をご記入ください。

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、お振込みくださいますようお願いいたします。

3. ご登録会員情報変更についてのお願い

送付先やご所属先等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ（<http://www.jsnr.jp/>）から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をさせていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、本誌（CD）巻末の変更届を出力・ご記入のうえ、FAXまたはご郵送、E-mail添付にて、事務局あてご送付ください。

4. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、今後、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方は必ずご登録くださいますようお願い申し上げます。上記3.に記載の方法にてご登録をお願いいたします。

5. 平成26年度学会雑誌（CD）送付について

学会雑誌の発行が遅れ、会員の皆さまにはご迷惑をおかけしております。今年度より、年会費をお納めいただいた方に、当該年度発行雑誌（CD）をお送りしておりますのでご了承ください。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日: (平日)月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第37巻 4号

会員無料配布

平成26年9月20日 印刷

平成26年9月20日 発行

編集委員 委員長

| | |
|------------|---------------------|
| 法橋 尚宏 (理事) | 神戸大学大学院保健学研究科 |
| 秋山 智 (会員) | 広島国際大学看護学部 |
| 荒木 孝治 (会員) | 大阪医科大学看護学部 |
| 市江 和子 (会員) | 聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部 |
| 猪下 光 (会員) | 岡山大学大学院保健学研究科 |
| 内田 宏美 (会員) | 島根大学医学部看護学科 |
| 河原 宣子 (会員) | 京都橘大学看護学部 |
| 川本利恵子 (理事) | 公益社団法人日本看護協会 |
| 小西美和子 (会員) | 兵庫県立大学看護学部 |
| 定方美恵子 (会員) | 新潟大学大学院保健学研究科 |
| 高島 尚美 (会員) | 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 |
| 高山 成子 (会員) | 石川県立看護大学 |
| 中西 純子 (理事) | 愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科 |
| 若村 智子 (会員) | 京都大学大学院医学研究科 |

(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
印刷所

黒田 裕子

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけ早めにご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒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 学芸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か○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかか○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。

(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 | 氏名 | 専門区分 | 看護学・医学・その他 () |
| 所属 | TEL | 生年 | 西暦 年 月 日 |
| 送付先住所 | 自宅・所属 (いずれかか○) | 性別 | 男 ・ 女 |
| E-mail | TEL | FAX | |
| 自 宅 評 議 推 薦 者 氏 名 | TEL | FAX | |
| 推 薦 者 所 属 | TEL | FAX | |
| 事 務 局 | 理事会承認年月日 | 年度入会会員番号 | |
| 記 入 欄 | 受付番号 | 巻 号～ | |
| | 受付日 | 送付日 | |
| | 通知番号 | | |

| | |
|---------|-------------------------------------|
| 地区名 | 都 道 府 県 名 |
| 1 北海道 | 北海道 |
| 2 東北 | 青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島 |
| 3 関東 | 千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟 |
| 4 東京 | 東京, 埼玉, 山梨, 長野 |
| 5 東海 | 神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重 |
| 6 近畿・北陸 | 滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川 |
| 7 中国・四国 | 高松, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知 |
| 8 九州・沖縄 | 福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄 |

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 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。

点滴静注シミュレータ“Vライン”

—— 静脈留置針・フルトレーニングモデル ——

特長 1 静脈留置針による末梢静脈路確保手技をフルトレーニング押さえるべきポイントを網羅した実習が可能です。

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 駆血帯を巻く 2. 刺入部位の確認 3. 刺入部位の消毒 4. 静脈留置針の刺入 5. 刺入時の逆血の確認 | <ol style="list-style-type: none"> 6. 静脈圧迫操作と内針の抜去 7. 輸液チューブの接続 8. 輸液の自然滴下確認 9. 静脈留置針刺入部の固定 10. 側注管からの薬液投与 |
|--|---|

手背静脈
(背側中手静脈)
逆血の確認

特長 2 前腕正中皮静脈と手背静脈(背側中手静脈)の2か所の部位で実習できます。

特長 3 静脈留置針で行う穿刺手技に適したパッドを実現、耐久性も向上しました。



皮膚を伸展しながらの刺入が可能



静脈の圧迫操作による内針の抜去



前腕正中皮静脈
静脈留置針刺入部の固定



あらかじめ血管の怒張を表現



取扱いが簡単なパッド構造

MW 2
導尿・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)

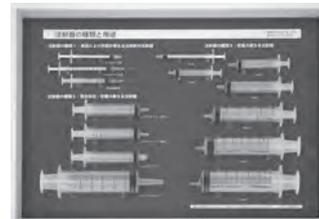
KNG-3 12023-300
実習用バイアル
(注射液タイプ)

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ざいます。オンラインカタログから検索・ダウンロードいただけます。 ● <http://www.kyotokagaku.jp>



株式会社 京都科学

URL ● <http://www.kyotokagaku.com>
e-mail ● rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社・工場 〒612-8388 京都市伏見区北寝小屋町15番地
TEL.075-605-2510 (直通) FAX.075-605-2519

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

