JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 37 Number 5 December 2014 ISSN 2188-3599

日本看護研究学会雑誌

[37巻 5号]



会 告(1)

平成26年12月20日

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

記

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会

メインテーマ:日本から世界へ 看護,発信! ---「いのち」と「くらし」を支える和と輪と環と話 ---

【会 場】広島国際会議場

〒730-0811 広島市中区中島町1-5

URL: http://www.pcf.city.hiroshima.jp/icch/access.html

【期 日】平成27年8月22日(土),23日(日)

【プログラム】

会長講演:「和と輪と環と話」

宮腰 由紀子(広島大学 教授)

座長:中木 高夫 (天理医療大学 教授)

基調講演:「日本から世界へ 看護, 発信!」

真田 弘美 (東京大学 教授)

座長:宮腰 由紀子(広島大学 教授)

特別講演 I:「愛しき哉, 生命! (仮)」

長沼 毅 (広島大学 准教授)

座長:深井 喜代子(岡山大学 教授)

特別講演Ⅱ:「ヒロシマに生きて」

被爆を語り継ぐ会

座長:市村 久美子(茨城県立医療大学 教授)

特別講演Ⅲ:「いにしえびとの生命観」

桑原 國雄(御調神社 宮司)

座長:石川 ふみよ (上智大学 教授)

教育講演 I:「欧州看護教育における放射線看護は今」

Gerhilde Schüttengruber (Graz大学)

座長:小西 恵美子(長野県看護大学 名誉教授)

教育講演Ⅱ:「気がつけば隣は異文化 |

Allan Sutherland (九州看護福祉大学 准教授)

座長:小山 眞理子(日本赤十字広島看護大学 学長)

教育講演Ⅲ:「「語り」が高める QOL — SEIQoL-DW を用いて —」

渡邉 知子(秋田大学 講師)

中村 令子(東北福祉大学 教授)

藤田 あけみ (弘前大学 准教授)

座長:酒井 郁子(千葉大学 教授)

教育講演Ⅳ:「放射線医療と看護(仮)」

神谷 研二 (広島大学 教授)

座長:作田 裕美(大阪市立大学 教授)

鼎 談: 「保健医療そして看護におけるビッグデータの活用と課題」

水流 聡子(東京大学 教授)

高木 廣文 (東邦大学 教授)

中澤 港(神戸大学 教授)

進行:梯 正之(広島大学 教授)

特別交流集会:

1 国際活動委員会企画

「国際的な視点に立った systematic review の仕方(仮)」

講師:今野 理恵(関西国際大学 准教授)

2 研究倫理委員会企画

「看護研究における発表倫理」

講師:山崎 茂明 (愛知淑徳大学 教授)

3 編集委員会企画

「新電子システムの紹介」

4 リハビリテーション看護グループ企画

「リハビリテーション看護の未来を問う」

5 放射線看護グループ企画 「これからの放射線看護と教育の展望」

シンポジウム (調整中):「生き活き地域を支える看護活動(仮)」

パネルディスカッション (調整中):「看護活動へのロボット活用(仮)」

Nursing Science Cafe

【懇親会】

日 時:平成27年8月22日(土) 18:30~20:00

会 場:広島リーガロイヤルホテル

会 費:5,000円

【参加費】

事前参加登録(7月10日(金)まで)会員 10,000円
 事前参加登録(7月10日(金)まで)非会員 12,000円
 当日会員 11,000円
 当日非会員 14,000円
 学生 3,000円

〈事前参加登録方法〉

事前参加申込み期間は、平成27年2月1日(日)~7月10日(金)までです。

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会ホームページの参加登録フォームよりご登録下さい (http://jsnr41.jp)。登録時に表示されます参加登録番号は、参加費払込みの際に必要になりますので、印刷するか、メモを書き記してお控え下さい。

参加費のお支払い方法は、「郵便局払込み」あるいは「クレジットカード払い」となります。

【一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会 運営事務局】

一般社団法人日本看護研究学会 第41回学術集会運営事務局 株式会社近畿日本ツーリスト中国四国

〒730-0032 広島市中区立町1番24号

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第41回学術集会 一般演題の募集

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会一般演題を下記の要領で募集いたします。 開催地は広島市で、開催日は平成27年8月22日(土)・23日(日)です。発表形式は口演、または示説です。 多数の方々のご応募をお待ちしております。

平成26年12月20日

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

[一般演題募集要項]

■募集期間

平成27年2月1日(日)~平成27年2月28日(土)まで

■演題募集の受付

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

■演題登録資格

筆頭発表者、共同発表者を含め、すべて本学会会員であることが必要です。

筆頭発表者の方は、発表者自身を含め共同発表者全員の会員番号および平成27年度の会費納入をご確認ください。なお、学会発表時までに平成27年度会費未入金の方がおられますと発表できません。未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続き(入会金の納入)と発表年度(平成27年度)年会費の納入を済ませてください。

※入会申込み方法・会員番号確認方法

入会申込みは、日本看護研究学会ホームページ「入会のご案内」からお手続きください。また、お手続きなどのお問い合わせは一般社団法人日本看護研究学会事務局へお願いします。

ご不明の場合などのお問い合わせは一般社団法人日本看護研究学会事務局へお願いします。

(Tel: 03-3944-8236 Fax: 03-5981-9852 E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp)

■演題登録方法

一般社団法人日本看護研究学会 第41回学術集会ホームページ (http://jsnr41.jp/) の『演題登録・交流集会』ページの『一般演題募集要項』の最後尾にある【演題登録はこちらから】からご登録ください。

《推奨ブラウザ》・IE ver.9以上

- · Chrome ver.25以上
- ·Firefox ver.15 (Mac環境 ver.20) 以上
- · Safari ver.5.1以上

筆頭発表者と共同発表者を合わせて、発表者は10名まで掲載できます。発表者の所属機関は、最大 5 機関までとします。

■発表形式

演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重発表は認められません。

筆頭発表者としての申し込みはお1人につき口演1演題,示説1演題,計2演題までとさせて頂きます。 連番による発表を希望される場合には,演題名に順序が判るよう表現して下さい。連番は原則3題までの 申し込みとします。

発表形式は口演、示説のいずれかを選択してください。なお、発表形式の決定は学術集会事務局に一任願います。最終発表形式はご希望と異なる可能性もありますことをあらかじめご了承ください。

口演:発表時間は1演題10分間(発表7分間,質疑3分間)を予定しております。

会場に準備するPCのOSは、Windows7。アプリケーションソフトは、「Windows版 PowerPoint 2003/2007/2010/2013」となります。USBフラッシュメモリーを持参し、PC 受付でご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。

動画及び音声は使用できません。

示説:一定時間を設け、討論します。発表者を中心にポスターを囲んで討論していただきます。発表者は 準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示してください。パネル上でポスターが貼れる範囲 は、縦210cm×横90cm(A3判横の用紙なら10枚程度入ります)です。演題番号を表示するため に、パネル左上のスペース(20cm×20cm)は空けておいてください。演題番号は、事務局サイド で貼ります。

■抄録本文の記載項目

本文には【目的】【方法】【結果】【考察】を記述してください。

研究方法には研究対象に対する倫理的配慮を必ず記載してください。

■文字数制限

抄録本文は、あらかじめMicrosoftWordで作成してください。

演題名は全角48文字以内とします。発表者名等を含む抄録本文の文字数は、全角1,200文字以内(図表なし)、もしくは全角840文字以内(図表あり)とします。

※演題登録の際にアップロードする抄録本文中には、演題名および発表者名は記載しないでください。文字数確認後、演題名および発表者名を必ず外した抄録本文をアップロードしてください。

■登録可能な所属機関数、共同発表者の数

筆頭発表者の他に共同発表者数を合わせ、10名まで登録可能です。

筆頭発表者の所属の他に共同発表者の所属数を合わせ、5機関まで登録可能です。

会員番号の入力が必要ですので、あらかじめ各共同発表者の会員番号(XXXXX)をご準備ください。入会手続き中の方は、入会申込書が学会事務局に到着した時点で仮の会員番号を発行いたしますのでそちらをご入力ください。

■演題区分

申込み演題の区分を以下から選択してください。(第2希望まで)

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

■図表の挿入

図、表、図版、写真は1つのみ掲載できます。図表がある場合は本文の文字数は840字になります。

図表のフォーマットは、JPEGまたはGIFに限ります。ExcelやWordで作成した図表は、登録前に指定のフォーマットにご変換ください。図表のサイズは10MBまでとなります。

抄録集に載る図表は、最大でA7判(7.4cm×10.5cm)となります。大きさを考慮の上、読めるようご作成ください。

図表は、抄録本文には入れずに、別のファイルで作成し、アップロードしてください。

演題登録システムの操作方法につきましては、学会事務局にお問い合わせください。「お問い合わせ」の 項に記載しております。

■申込IDおよび登録完了メール

演題登録完了の際に発行される申込IDを必ず控えてください。登録内容の確認・修正や採否など問い合わせに必要です。

演題登録が完了すると、「大会発表演題申込登録のお知らせ」がご登録のメールアドレスに送信されますので、ご確認ください。メールが届かない場合は、ご登録のメールアドレスに誤りがあるか、演題登録が完了していない可能性がありますので、再度、演題登録システムにログインのうえ、ご確認ください。また、メール本文に、アップロードしたファイルの名称が掲載されていない場合は、アップロードが完了しておりませんので、アップロードをお願いいたします。

■登録内容の確認・修正

募集期間内であれば登録した内容(抄録本文を含む)の修正や削除が何度でも可能です。学術集会ホームページの演題登録画面から変更・確認・削除を行ってください。

■採否の通知

ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。

査読の結果、原稿の修正をお願いする場合があります。最終的な採否の結果は、学術集会事務局に一任願います。

最終的な採否の結果、一般演題プログラム番号、発表時間等は学術集会ホームページ上に掲載します。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また、ご入力いただいた個人情報は、必要なセキュリティー対策を講じ、厳重に管理いたします。

■お問い合わせ

- ①演題登録システムの操作・会員登録に関すること
 - 一般社団法人日本看護研究学会事務局 株式会社ガリレオ学会業務情報化センター内

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1丁目24-1 第2ユニオンビル4F

Tel: 03-3944-8236 Fax: 03-5981-9852

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

②演題内容等に関すること

「第41回日本看護研究学会学術集会」学術集会事務局

E-mail: jsnr41@hiroshima-u.ac.jp

③学術集会に関すること

「第41回日本看護研究学会学術集会」運営事務局

E-mail: jsnr41-hiro@or.kntcs.co.jp

[交流集会募集要項]

■募集期間

平成27年2月1日(日)から平成27年2月28日(土)まで

■応募資格

交流集会の企画代表者(申込者)をはじめ共同企画者は本学会会員であることが必要です。

■交流集会申込み方法

交流集会の主題,企画者・発表者全員の氏名(所属,会員番号),1,200文字以内の抄録のすべてをWindows版Word2003,2007版で作成した文書 A4判1枚に納めて,下記の申込み先宛にメールで送付してください。なおファイル名は「JSNR41交流集会応募:代表者氏名」としてください。

※交流集会申込み先

交流集会に関する申込みおよびお問い合わせは、下記「第41回日本看護研究学会学術集会」学術集会

事務局へお願いします。

E-mail: jsnr41@hiroshima-u.ac.jp

■実施方法

交流集会では、代表者を中心に各々のテーマで自由な形式で発表及びフロア参加者とのディスカッションを行っていただきます。

交流集会による会場使用時間は、準備から後始末まで含めて、1交流集会当たり90分間です。

会場のレイアウトはシアター形式でご用意します。目的に適したレイアウトに変更された場合は終了後に は原状復帰をお願いいたします。

決定した交流集会の代表者には、担当者より会場・方法等の詳細をお知らせいたします。

■採否の結果

申し込み受理後、採否結果、日時等の連絡は、全て代表者のE-mail宛てに行います。

E-mailアドレスが変更になった場合は、学術集会事務局へE-mail (jsnr41@hiroshima-u.ac.jp) または、FAX (082-257-5346) でご連絡ください。

会 告(2)

日本看護研究学会雑誌37巻4号(平成26年9月20日発行)会告(4)においてお知らせした学会雑誌37巻2号掲載論文の原稿種別訂正にともない、論文種別順に掲載順を訂正いたします。

訂正前 岡山大学大学院保健学研究科 岡 本 亜 紀 岡山大学大学院保健学研究科 谷 垣 靜 子 千葉大学大学院看護学研究科 長 江 弘 子 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくプロセス 元活水女子大学看護学部 寺 岡 貴 子 産科医療施設(総合病院)の看護職者が「気になる親子」を 他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス 西武文理大学看護学部 唐 田 順 子 聖隷クリストファー大学看護学部 市 江 和 子 常葉大学健康科学部 濵 松 加寸子 訂正後 産科医療施設(総合病院)の看護職者が「気になる親子」を 他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス 西武文理大学看護学部 唐 田 順 子 聖隷クリストファー大学看護学部 市 江 和 子 常葉大学健康科学部 濵 松 加寸子 岡山大学大学院保健学研究科 岡 本 亜 紀 岡山大学大学院保健学研究科 谷 垣 靜 子 千葉大学大学院看護学研究科 長 江 弘 子 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくプロセス ─ 看護管理者が周囲との調整をはかりながら自殺に遭遇した看護師の支援を構築していく体験 ─ ································ 49 元活水女子大学看護学部 寺 岡 貴 子

目 次

一原 著一						
慢性腎臓病患者の食事療法に対する自己管理行動ア	セスメント指標の開発					1
愛知県立大:	学大学院看護学研究科博士後期課程	日上	比野	友	子	
	愛知県立大学看護学部	深	田	順	子	
	愛知県立大学看護学部	鎌	倉	やし	はい	
	名古屋第二赤十字病院	片	岡	笑身	長子	
	元 名古屋第一赤十字病院	小	森	和	子	
不確かな状況を生きる骨髄異形成症候群患者がコン	トロール感覚を獲得するプロセス					11
前 高崎	健康福祉大学保健医療学部看護学科	Ш	田	智	美	
	群馬大学大学院保健学研究科	神	田	清	子	
ー研究報告ー レビー小体型認知症の高齢者が語る生活上の困難な	体験と 思い					23
	兵庫県立大学看護学部					20
	石川県立看護大学			-	-	
	京都橘大学看護学部					
青年期にある看護学生の自我同一性と仲間関係の検	計					35
	愛知きわみ看護短期大学	魚	住	郁	子	
	名古屋市立大学看護学部	Щ	田	紀仁	美	
一総 説一性暴力被害者に対する看護支援に関する文献検討						45
	京都府立医科大学医学部看護学科	福	本		環	
	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	松	岡	知	子	
	京都府立医科大学医学部看護学科	北	島	謙	吾	

-資料・その他-

病院看護部による病棟看護職への継続医療退院支援教育の必要性				55
山形大学医学部看護学科	進	藤	真由美	
山形大学医学部看護学科	大	竹	まり子	
山形大学医学部看護学科	森	鍵	祐 子	
山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科	鈴	木	育 子	
山形大学医学部看護学科	細	谷	たき子	
山形大学医学部看護学科	小	林	淳 子	
横浜市立大学医学部看護学科	叶	谷	由佳	
1987 ~ 2013年における国内の漸進的筋弛緩法に関する看護文献レビュー — 基礎研究と臨床研究の視点より —				65
群馬大学大学院保健学研究科	近	藤	由 香	
京都橘大学	小机	反橋	喜久代	
子どもを養育している看護師の育児支援制度と施設整備に対する認識と利用状況 — A県における調査 —				····· 75
藤田保健衛生大学医療科学部看護学科				
名古屋大学大学院医学系研究科	太	H	勝正	

CONTENTS

Original Papers

Development of the Diet Therapy Self-management Behavioral Assessment Scale	
for Patients with Chronic Kidney Disease	1
Doctoral Programs, Graduate School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University: Tomoko Hibino	
School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University: Junko Fukada	
School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University: Yayoi Kamakura	
Japanese Red Cross Nagoya Daini Hospital: Emiko Kataoka	
Japanese Red Cross Nagoya Daiichi Hospital (Former): Kazuko Komori	
Myelodysplastic Syndrome Patients' Process of Achieving a Sense of Control	
while Living in an Uncertain Situation	11
Formerly Faculty of Healthcare, Department of Nursing, Takasaki University of Health and Welfare: Tomomi Kawata	
Faculty of Medicine School of Health Sciences, Gunma University: Kiyoko Kanda	
Research Reports	
Difficulties and Thoughts of Elderly Individuals with Dementia with Lewy Bodies	23
College of Nursing Art and Science, University of Hyogo: Yasuko Kato	
Ishikawa Prefectural Nursing University: Shigeko Takayama	
Kyoto Tachibana University: Kyoko Numoto	
Relationship between the Ego Identity and Friendship of Young Nursing Students	35
Aich Kiwami College of Nursing: Ikuko Uozumi	
Nagoya City University School of Nursing: Kiyomi Yamada	
General Remark	
A Literature Review on Nursing Support for Victims of Sexual Assault	45
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine: Tamaki Fukumoto	
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine: Yoko Iwawaki	
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine: Tomoko Matsuoka	
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine: Kengo Kitajima	

Preliminary Session

Necessity for Education of D	Discharge Support for Continuing Medical Care	
for Ward Nurses by Nursin	ng Departments in Hospitals	55
	School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine: Mayumi Shindou	
	School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine: Mariko Ohtake	
	School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine: Yuko Morikagi	
School of Nursing, Yamagata	Prefectural University of Health Sciences, Faculty of Health Sciences: Ikuko Suzuki	
	School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine: Takiko Hosoya	
	School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine: Atsuko Kobayashi	
	School of Nursing, Yokohama City University Faculty of Medicine: Yuka Kanoya	
The Japanese Literature Rev	riew about Progressive Muscle Relaxation during 1987-2013:	
A Viewpoint of Basic Rese	arch and Clinical Research	65
	Gunma University Graduate School of Health Science: Yuka Kondo	
	Kyoto Tachibana University: Kikuyo Koitabashi	
Awareness and Utilization of	Child-Care Support Systems and Facility Establishment	
for Nurses Raising Childre	n: The Case of A Prefecture	····· 73
Fa	aculty of Nursing, School of Health Sciences, Fujita Health University: Junko Nishimura	
	Graduate School of Medicine, Nagoya University: Katsumasa Ota	

-原 著-

慢性腎臓病患者の食事療法に対する自己管理行動アセスメント指標の開発

Development of the Diet Therapy Self-management Behavioral Assessment Scale for Patients with Chronic Kidney Disease

日比野 友 子¹⁾
Tomoko Hibino

深 田 順 子²⁾ Junko Fukada 鎌 倉 やよい²⁾ Yayoi Kamakura

片 岡 笑美子³⁾ 小 森 和 子⁴⁾ Emiko Kataoka Kazuko Komori

キーワード: CKD, アセスメント指標, 自己管理, 食事療法, 強化

Key Words: chronic kidney disease, assessment scale, self-management, diet therapy, reinforcement

緒 言

新たな国民病として注目されている慢性腎臓病(chronic kidney disease: CKD)は、2002年に米国腎臓財団が提唱した概念であり、日本においても日本慢性腎臓病対策協議会を中心として取り組みがなされてきた。現在は、より日本人にあわせたかたちで『CKD診療ガイド』が作成され(日本腎臓病学会、2012)、ステージごとに定められた治療方針に沿って、重症度に合わせた適切な治療を行うとともに、CKDハイリスク群のスクリーニングによって早期発見、早期治療が可能になってきた。

CKDの主な治療法は薬物療法と食事療法に大別され、その治療効果は患者の自己管理行動に大きく左右される。患者の自己管理行動に関する研究では、自己管理行動を測定するための尺度開発が行われているが(野澤・岩田・白尾・佐藤・稲勝、2007;坪田・上野・高間、2005;山本・奥宮、2009)、これらの尺度を用いた介入研究は見当たらない。また、これらの尺度は薬物療法、食事療法、日常生活に関する項目が混在しており、薬物療法、食事療法に特化した尺度は開発されていない。血液透析患者の水分管理への介入研究が認知行動療法を用いて行われているが(柿本・宮本・岡、2004;高木・小松、2005)、薬物療法、食事療法の自己管理行動を変容させる方法論は確立されていない。

患者の自己管理行動を望ましい行動にするためには、行動そのものに着目してアセスメントを行い、介入方法を検討する必要がある。行動変容に関する研究は行動分析学(Skinner, 1953)において発展してきた。行動(behavior:

B) は、先行条件 (antecedent stimulus: A) において自発 され、その結果 (consequence: C) によって制御される。 つまり、自発された行動は、その行動がもたらした結果事 象によって増加したり(強化)減少したり(弱化)する。 将来のその行動の生起頻度を高めた結果事象を強化子、低 くした結果事象を弱化子といい、この強化子の大きさ(強 化量) と行動の自発から強化子が提示されるまでの時間 (強化遅延時間)が、行動の選択に深く関係する。行動の 選択場面には、短い遅延で小さい強化量をもたらす衝動性 (impulsiveness) 選択肢と、長い遅延で大きい強化量をも たらす自己制御 (self-control) 選択肢間での選択であると いわれる (Rachlin, Castrogiovanni, & Cross, 1987; Rachlin & Green, 1972)。自己管理とは、この2つの選択肢のうちす ぐに得られる小さな強化子(即時小強化子)を我慢し,遅 れて得られる大きな強化子(遅延大強化子)を選択する行 動である。

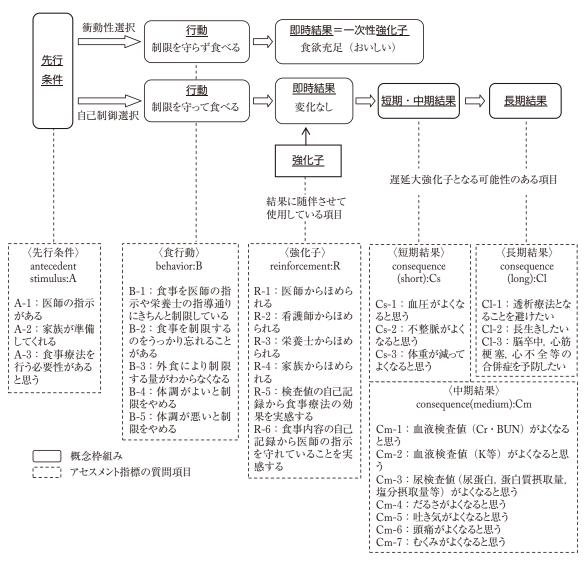
CKDの薬物治療では、即時強化子としての薬効を服薬直後には実感できず、服薬しなくても症状、検査値の悪化などの罰が即時には随伴しない。そのうえで、将来「検査値の改善」や「透析を避ける」という遅延大強化子を得るために服薬すること(自己制御選択肢)の選択を求められる。一方、食事療法では、医師の指示でカリウム制限がある場合に、「おいしい」という満足感(即時小強化子)を得ることができる「りんごを食べる衝動性選択肢」と遅延大強化子を得るために「りんごを我慢する自己制御選択肢」のいずれかを選択する行動となる(図1)。「りんごを食べる衝動性選択」を選んで行動しても、不整脈の出現などの罰は即時にはもたらされず、食物は一次性強化子とし

¹⁾ 愛知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程 Doctoral Programs, Graduate 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

³⁾ 名古屋第二赤十字病院 Japanese Red Cross Nagoya Daini Hospital

⁴⁾ 元名古屋第一赤十字病院 Japanese Red Cross Nagoya Daiichi Hospital (Former)



注)実線で囲まれた項目はアセスメント指標の概念枠組みを示す。波線で囲まれた項目はアセスメント指標を構成する項目であり、調査票の質問項目である。A は先行条件(antecedent stimulus),B は食行動(behavior),Cs は短期結果(consequence[short]),Cm は中期結果(consequence[medium]),Cl は長期結果(consequence[long]),R は「強化子(reinforcement)」を示し、これらに続く数字は項目番号を示す。

図1 食事療法自己管理行動アセスメント指標の概念枠組みと質問項目

て強く作用するため、まずい治療食よりも制限のない食事、つまり衝動性選択肢を選びやすい状況にある。実際、食事療法に対する指示の遵守状況は、薬物療法に比べて低い傾向にある(大徳ら、2006;野崎・布佐、2002;野澤ら、2007)。以上から、薬物療法および食事療法の自己管理は、自己制御選択肢を選択する行動であるが、後者には一次性強化子を伴う衝動性選択肢が存在するため、服薬行動と食行動は別にアセスメントする必要がある。

そこで本研究では、強化の原理の枠組みに基づいて食事療法に関する自己管理行動をとらえ、食事療法を遵守する食行動がどのような先行条件で引き起こされ、どのような結果によって強化されるのかをアセスメントするための指標として、食事療法自己管理行動アセスメント指標

(diet therapy self-management behavioral assessment scale for a patient with chronic kidney disease: DSBAS-CKD) を開発し、その妥当性と信頼性を検討することを目的とした。そして、このアセスメント指標を使用することで、食事療法として指示された食行動を増加させる介入方法を検討することができると考える。

I. 研究方法

1. 用語の定義

食事療法の自己管理行動を,「医師が指示するまたは栄養士が指導する蛋白制限,塩分制限,カリウム制限を守って食物を摂取すること」と定義した。

2. DSBAS-CKDの作成

本研究では、強化の原理の枠組みに基づいて食事療法に関する自己管理行動をとらえた。DSBAS-CKDの構造は、先行条件(antecedent stimulus: A)、食事療法の自己管理行動(以後、食行動と示す)(behavior: B)、行動の短期結果(consequence [short]: Cs)、中期結果(consequence [medium]: Cm)、長期結果(consequence [long]: Cl)、および強化子(reinforcement: R)に関する指標とした(図1)。

食事療法を遵守する食行動が生起する場面(先行条件)のアセスメント指標は、「A-1:医師の指示がある」「A-2:家族が準備してくれる」「A-3:食事療法を行う必要性があると思う」の3項目を選定した。

食行動の指標は、「B-1:食事を医師の指示や栄養士の指導通りにきちんと制限している」「B-2:食事を制限するのをうっかり忘れることがある」「B-3:外食により制限する量がわからなくなる」「B-4:体調がよいと食事を制限するのをやめる」「B-5:体調が悪いと食事を制限するのをやめる」の 5 項目(柿本ら、2004;神島・野地・片倉・丸山、2008;大堀・湯沢、2009;湯沢、2004)を選定した。

次に、食行動の直後には結果を実感できないため、短期結果、中期結果、長期結果の指標を作成した。まず、浮腫や倦怠感などの症状、検査値などの観察項目、食事療法や薬物療法といった治療方法、治療の効果の詳細を網羅した病態関連図を作成し、結果がもたらされる時期によって短期結果、中期結果、長期結果に分けて項目を選定した。

短期結果は、治療の効果が数日~数週間に出現する項目 とし、「Cs-1:血圧がよくなる」「Cs-2:不整脈がよくな る」「Cs-3:体重が減ってよくなる」の3項目とした。中 期結果は数週間~数か月で出現し、検査結果から知る項 目として「Cm-1:血液検査値(クレアチニン, 尿素窒素) がよくなる」「Cm-2:血液検査値(カリウム等)がよくな る」「Cm-3: 尿検査値(尿蛋白, クレアチニンクリアラン ス,塩分摂取量,蛋白質摂取量等)がよくなる」の3項 目,治療を継続すると改善される症状として「Cm-4:だ るさがよくなる」「Cm-5:吐き気がよくなる」「Cm-6:頭 痛がよくなる」「Cm-7:むくみがよくなる」の4項目とし た。長期結果は、数年~十数年後の効果を期待する項目と して「Cl-1:透析療法となることを避けたい」「Cl-2:長 生きしたい」「C1-3: 脳卒中, 心筋梗塞, 心不全等の合併 症を予防したい」の3項目とし、合計13項目の指標となっ た。なお、作成した質問項目について腎臓専門医4名に内 容の確認を依頼し、内容妥当性を確保した。

続いて、自己制御選択における即時結果に随伴させる ことができる強化子について検討した。臨床場面では 強化子として、医療者のほめ言葉、グラフィックフィー ドバック、セルフモニタリングなどが多用されている (Digennaro-Reed, Codding, Catania, & Maguire, 2010; Emmen, et al., 2006; 鎌倉・坂上、1996)。ここでは、他者からの強 化子として「R-1: 医師からほめられる」「R-2: 看護師 からほめられる」「R-3: 栄養士からほめられる」「R-4: 家族からほめられる」の4項目とした。また、強化子は 行動が生起した直後に呈示されたときに最大の効力を発揮するため(Alberto & Troutman, 1999/2004; Miltenberger, 2001/2006),患者自らフィードバックできる強化子として、「R-5: 検査値の自己記録から食事療法の効果を実感する」「R-6: 食事内容の自己記録から医師の指示を守れていることを実感する」の2項目を設定し、強化子は6項目の指標となった。

このように、DSBAS-CKDは、食行動5項目と先行条件の3項目、結果の13項目、強化子の6項目の合計27項目の指標とした。

食行動 5 項目は、自分の行動がどの程度適合するかについて、「いつもある」「かなりある」「ときどきある」「たまにある」「ほとんどない」「全くない」の 6 段階評定とした。先行条件、結果、強化子の22項目は、食事療法を継続している理由として、適合の度合いについて、「まさに当てはまる」「かなり当てはまる」「やや当てはまる」「やや当てはまらない」「全く当てはまらない」の 6 段階評定とした。

3. 研究対象

総合病院(2施設)の腎臓内科外来を受診している CKD患者のうち、①調査日が初診ではなく、②医師から 薬物療法または食事療法を指示され、③透析療法または腎 移植を行っていない患者、で研究参加の同意が得られた患 者974名とした。

4. 質問紙調査

調査票は、2010年5月から8月に2施設の腎臓内科外来において各6週間、研究者が対象者に調査票と返信用封筒を手渡しで配布した。調査票の回収は、研究参加者が調査票に回答した後、無記名で返送する方法とした。

調査内容は、自己管理行動アセスメント指標27項目、対象の属性12項目(年齢、性、身長、体重、家族構成、食事をつくる人、就業状況、原疾患、血清クレアチニン値、糖尿病・高血圧治療の有無、喫煙歴)、栄養指導の回数、食事制限の指示3項目(塩分制限、蛋白制限、カリウム制限)の合計43項目とした。

5. 分析方法

食事療法を受けている患者の調査票の回収数は455名

(回収率46.8%) であった。そのうち、CKDステージ分類の指標である推算糸球体濾過値 (estimated glomerular filtration rate: eGFR) を算出するために必要な年齢・性・血清クレアチニン値の3項目をすべて回答した405名を分析対象とした。DSBAS-CKDの妥当性と信頼性の分析は、DSBAS-CKDの項目をすべて回答した355名を対象とした。

食行動は、B-1については「いつもある」を 6 点、「全くない」を 1 点とし、その間は頻度に準じて点数化して分析を行った。B-2~5の 4 項目は、食事療法を遵守しない行動を示すものであるため、食行動 5 項目の合計点数が高くなるほど食行動が遵守されていることを示すように、B-1と点数を逆に配点した。

先行条件、結果、強化子については、「まさに当てはまる」を 6 点、「全く当てはまらない」を 1 点とし、その間は頻度に準じて点数化して分析を行った。また、結果の $\lceil \text{Cs-1} \rfloor \lceil \text{Cs-2} \rfloor \lceil \text{Cs-3} \rfloor \lceil \text{Cm-4} \rfloor \lceil \text{Cm-5} \rfloor \lceil \text{Cm-6} \rfloor \lceil \text{Cm-7} \rfloor$ の 7 項目については、「症状がない」と回答したものを 0 点として分析を行った。

先行条件,結果,強化子の項目を選定するために,各項目の欠損値の割合,回答分布,天井効果・フロア効果,因子分析における共通性を算出し検討した。選定された項目の構成概念妥当性は,探索的因子分析(主因子法,プロマックス回転)と構成概念間のモデル適合度にて検討した。食行動項目は,食事療法を遵守する行動を示す「B-1」と遵守しない行動を示す「B-2」「B-3」「B-4」「B-5」の回答分布を確認し,さらに項目間の関連を相関係数にて確認した。信頼性は,Cronbachのα係数を算出した。

統計処理は,統計用ソフト SPSS Statistics 20 (for Windows), 共分散構造分析ソフト AMOS 18 (for Windows)を用い,有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、所属施設および研究実施施設の研究倫理審査 委員会の承認を得て行った。対象者には、研究の目的、方 法、研究参加は自由意志に基づくこと、同意しない場合で も治療上の不利益を被らないこと、結果を公表するが匿名 性は保持されることなどを記した調査依頼書を用いて説明 し、同意が得られた対象者に調査票を手渡し、郵送による 調査票の返信をもって同意を確認した。

Ⅱ. 結 果

1. 属 性

対象は、男性262名 (64.7%)、平均年齢は63.9±13.9歳であった。家族構成は「夫婦世帯」が161名 (39.8%) と最も

多く、食事をつくる人は「妻」が190名(46.9%)、「自分」が157名(38.7%)あった。腎臓病治療期間は平均 7.48 ± 8.77 年であり、CKDステージ 3 が111名(27.4%)、ステージ 4 が126名(31.1%)、ステージ 5 が132名(32.6%)であった。また食事療法の指示については、複数回答ではあるが、塩分制限を行っている割合は372名(91.9%)、蛋白制限は322名(79.5%)、カリウム制限は243名(60.0%)であり、栄養指導を受けた回数は 1 回が175名(43.2%)と最も多かった(表 1)。

2. 先行条件, 結果, 強化子の項目選定

アセスメント指標として適切な先行条件、結果、強化子に関連する項目選定するために 4 基準を作成し、そのうち 2 基準以上に該当する項目を削除項目として検討した。第 1 基準として、各項目の欠損値が10%以上である項目とした。欠損値が多い項目は質問の意味がわからない、回答するのがむずかしい項目であると判断される。第 2 基準は、「症状なし」の回答割合が75%以上を示す項目とした。第 3 基準は、「まさに当てはまる・かなり当てはまる」「やや当てはまる・やや当てはまらない」「あまり当てはまらない・全く当てはまらない」のそれぞれの回答割合が75%以上を示す、天井効果(Mean + SD > 6)、フロア効果(Mean - SD < 0)のいずれかがある項目とした。因子分析の共通性が小さな値を示す項目は、共通因子の影響が少ないことを意味するため、共通性が、20以下であることを第 4 基準とした。

第 1 基準に該当する項目はなかった。第 2 基準に該当する項目は、結果の「Cs-2」「Cm-5」「Cm-6」であった。第 3 基準に該当する項目は、「A-1」「A-3」「Cs-1」「Cs-2」「Cs-3」「Cm-4」「Cm-5」「Cm-6」「Cm-7」「C1-1」「C1-2」「C1-3」あった。第 4 基準に該当する項目は、「Cs-1」「Cs-3」であった(表 2)。

以上の4つの選定方法のうち、2つ以上の該当する項目は「Cs-1」「Cs-2」「Cs-3」「Cm-5」「Cm-6」の5項目であった。これらのうち、「Cs-1:血圧がよくなると思う」は、天井効果があるもののCKD治療において血圧は必要不可欠な項目であること、「Cs-3:体重が減ってよくなると思う」は、約半数が「体重の増加がある」と回答していること、さらに血圧と体重の測定値は客観的なデータであり、今後の介入により有効なアセスメント項目になり得ると考えるため、削除しないこととした。よって、「Cs-2」「Cm-5」「Cm-6」の3項目を削除項目とした。

3. DSBAS-CKDの構成概念妥当性

食行動を構成する 5 項目 (図1のB-1~5) の合計点数の平均は22.1 ± 4.8点であった。合計点数は30点を最高得点

表 1 対象者の属性

		n	%			n	%
性別	男性	262	64.7	BMI	低体重(<18.5)	28	6.9
	女性	143	35.3		普通体重	267	65.9
	合計	405	100.0		$(18.5 \le BMI < 25)$	201	00.5
世代別年齢	20~30歳代	32	7.9		肥満I度	75	18.5
	40歳代	36	8.9		$(25 \leq BMI < 30)$	10	10.0
	50歳代	61	15.1		肥満Ⅱ度	17	4.2
	60歳代	114	28.1		$(30 \le BMI < 35)$	11	7.2
	70歳代	117	28.9		肥満Ⅲ度	1	0.2
	80歳代以上	45	11.1		$(35 \leq BMI < 40)$	1	0.2
	合計	405	100.0		欠損値	17	4.2
家族構成	単身世帯	51	12.6		合計	405	100.0
	夫婦世帯	161	39.8	原疾患	糖尿病性腎症	83	20.5
	子供と同居	121	29.9		腎硬化症	24	5.9
	子供世帯と同居	41	10.1		慢性糸球体腎炎	115	28.4
	その他	27	6.7		多発性嚢胞腎	6	1.5
	欠損値	4	1.0		その他	66	16.3
	合計	405	100.0		わからない	102	25.2
食事を	自分	157	38.7		欠損値	9	2.2
つくる人	妻	190	46.9		合計	405	100.0
	母親	10	2.5	糖尿病の治療	現在、行って	100	00.1
	嫁	10	2.5		いる	130	32.1
	その他	36	9.9		指摘されたが		0.0
	欠損値	2	0.5		放置している	1	0.2
	合計	405	100.0		行っていない	260	64.2
就業状況	主に仕事	111	27.4		欠損値	14	3.5
	主に家事	69	17.0		合計	405	100.0
	家事と仕事	44	10.9	高血圧の治療	現在、行って	200	70.0
	働いていない	159	39.3		いる	293	72.3
	その他	5	1.2		指摘されたが		
	欠損値	6	1.5		放置している	1	0.2
	合計	405	100.0		行っていない	100	24.7
CKDステージ	ステージ1	5	1.2		欠損値	11	2.7
	ステージ 2	31	7.7		合計	405	100.0
	ステージ3	111	27.4		喫煙している	57	14.1
	ステージ 4	126	31.1		喫煙していたが		
	ステージ 5	132	32.6		やめた	179	44.2
	合計	405	100.0		吸ったことが	105	44.0
栄養指導	0回	51	12.6		ない	167	41.2
	1回	175	43.2		欠損値	2	0.5
	2回	108	26.7		合計	405	100.0
	3回以上	64	15.2	食事療法の	蛋白制限	322	79.5
	欠損値	7	1.7	指示	塩分制限	372	91.9
	合計	405	100.0	(複数回答)	カリウム制限	243	60.0

[注]N=405。CKDステージは、『CKD診療ガイド2009』における重症度分類に従って、性別、年齢、血清クレアチニン値より、日本人推算糸球体濾過値(estimated glomerular filtration rate: eGFR)(mL/分/1.73m²)= $194\times$ Cr $^{-1.094}\times$ Age $^{-0.287}$ (=男性値、女性は男性値×0.739)を算出し、日本腎臓学会が定める基準に基づいて分類した。

とし、点数が高くなるほど食事療法を遵守していることを 示す。

「B-1: 食事を医師の指示や栄養士の指導通りにきちんと制限している」において、「いつもある・かなりあ

る・ときどきある」と回答した人286名(63.9%)のうち、「B-2」「B-3」「B-4」「B-5」において「全くない・ほとんどない・たまにある」と回答した人の割合は、52.4~73.8%であった。また、B-1とB-2~5の項目間の相関係数

表 2 先行条件, 結果, 強化子の項目選定

_			基準1	基準 2			基準3			基準 4
		_				やや当ては		天井効果	フロア効果	
			欠損値	症状なし	まらない・	まらない・	はまる・ま			共通性
					めまり当てはまらない	まる	まる	(Mean + SD)	(Mean – SD)	
	A-1: 医師の指示がある	n	14		40	78	273	6.2	9.4	0.31
先	A-1 · 区間の担外がある	%	3.5		9.9	19.3	67.4	0.2	3.4	0.51
行	A-2:家族が準備してくれる	n	18		155	71	161	5.5	1.4	0.22
条	A-2・永庆が幸福してくれる	%	4.4		38.3	17.5	39.8		1.4	0.22
件	A-3:食事療法を行う必要性があると思う	n	13		12	48	332	6.3	4.3	0.43
	110. 战争从囚己们 / 五女正》 仍るこ志 /	%	3.2		3.0	11.9	82.0		1.0	0.10
	Cs-1:血圧がよくなると思う	n	14	41	38	102	210	6.1	2.2	0.17
短		%	3.5	10.1	9.4	25.2	51.9			
期	Cs-2: 不整脈がよくなると思う	n	7	329	28	15	26	2.2	-0.9	0.23
結果		%	1.7	81.2	6.9	3.7	6.4			
木	Cs-3: 体重が減ってよくなると思う	n	11	190	32	61	111	4.7	-0.2	0.12
		%	2.7	46.9	7.9	15.1	27.4			
	Cm-1:血液検査値(Cr・BUN)がよく	n	16		37	132	220	5.9	3.2	0.72
	なると思う	%	4.0		9.1	32.6	54.3			
	Cm-2:血液検査値(K等)がよくなると	n	18		40	133	214	5.9	3.1	0.66
	思う	%	4.4		9.9	32.8	52.8			
	Cm-3: 尿検査値(尿蛋白,塩分摂取量, 蛋白原摂取量等) がよくなった思う	n	16		35	122	232	6.0	3.3	0.71
	蛋白質摂取量等)がよくなると思う	%	4.0	100	8.6	30.1	57.3			
期結	Cm-4:だるさがよくなると思う	n o/	7	189	52	95	62	4.1	-0.2	0.32
果		%	1.7	46.7	12.8	23.5	15.3			
.,.	Cm-5:吐き気がよくなると思う	n %	4	344	30	14	13 3.2	1.6	-0.8	0.53
			1.0	84.9 312	7.4	3.5 21	3.2 16			
	Cm-6: 頭痛がよくなると思う	n %	2.0	77.0	11.9	5.2	4.0	1.9	-0.8	0.40
			11	185	39	81	89			
	Cm-7:むくみがよくなると思う	n %	2.7	45.7	9.6	20.0	22.0	4.4	-0.2	0.22
		n	18	10.1	16	12	359			
	Cl-1:透析療法となることを避けたい	%	4.4		4.0	3.0	88.6	6.7	4.6	0.48
長期		n	18		32	115	240			
結	C1-2: 長生きしたい	%	4.4		7.9	28.4	59.3	6.2	3.4	0.34
果	Cl-3:脳卒中,心筋梗塞,心不全等の合	n	18		23	46	318			
	併症を予防したい	%	4.4		5.7	11.4	78.5	6.5	4.1	0.34
		n	27		143	126	109	,		
	R-1: 医師からほめられる	%	6.7		35.3	31.1	26.9	5.1	1.6	0.64
		n	36		199	108	62			
	R-2:看護師からほめられる	%	8.9		49.1	26.7	15.3	4.4	1.0	0.69
	50 WW 1.1 A 15.1 2.2	n	33		213	109	50			
324	R-3:栄養士からほめられる	%	8.1		52.6	26.9	12.3	4.2	0.9	0.63
化子	D4・今長ととけばとして	n	31		187	110	77	4.0		0.50
1_	R-4:家族からほめられる	%	7.7		46.2	27.2	19.0	4.6	1.1	0.56
•	R-5:検査値の自己記録から効果を実感す	n	17		44	139	205	F 0	0.0	0.50
	3	%	4.2		10.9	34.3	50.6	5.8	3.0	0.52
	R-6:食事内容の自己記録から医師の指示	n	20		54	157	174	5.6	2.7	0.54
	K-0・良事内谷の日し此跡かり医師の相か									

[[]注] N = 405。Aは先行条件 (antecedent stimulus), Csは短期結果 (consequence[short]), Cmは中期結果 (consequence[medium]), Clは長期結果 (consequence[long]), Rは強化子 (reinforcement) を示す。これらに続く数字は項目番号を示す。天井・フロア効果は「まさに当てはまる」を6点、「全く当てはまらない」を1点とし、その間は頻度に準じて点数化し、平均値 (Mean) と標準偏差 (SD) を算出した結果を示す。共通性は因子分析における回転前の共通性を示す。

は.26~.48であった。

前述した項目選定によって「Cs-2」「Cm-5」「Cm-6」を除外した24項目について、探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った。その結果、累積寄与率が57.6%で5因子が抽出された(表3)。第I因子は強化子4項目(R-1~4:他者による強化)、第II因子は先行条件

3項目,食行動1項目 (B-1) および強化子2項目 (R-5・6:自己による強化)の6項目,第Ⅲ因子は食行動4項目, 第Ⅳ因子は短期結果2項目と中期結果5項目の7項目,第 V因子は長期結果3項目となった。

次に、探索的因子分析の結果をふまえて、モデル説明 力をよくするために強化子を他者による強化(R-1~4:

表 3 食事療法自己管理行動アセスメント指標の構成概念妥当性

		I	П	Ш	IV	V
	R-2: 看護師からほめられる	.87	12	.03	.05	.03
強 化	R-3:栄養士からほめられる	.79	.03	.01	03	02
子	R-1: 医師からほめられる	.77	.00	.05	.11	.02
	R-4:家族からほめられる	.68	.22	09	09	.05
先	A-1: 医師の指示がある	03	.68	10	10	.08
行条件	R-6:食事内容の自己記録から医師の指示を守れていることを実感する	.18	.67	.04	.09	17
強件	B-1:食事を医師の指示や栄養士の指導通りにきちんと制限している	06	.64	.23	15	01
化子食	A-3:食事療法を行う必要性があると思う	11	.64	05	.05	.16
行動	R-5:検査値の自己記録から効果を実感する	.13	.57	.08	.18	09
•	A-2:家族が準備してくれる	.23	.46	08	24	.10
_	B-4:体調がよいと制限をやめる	06	.10	.86	10	.01
食 行	B-2:食事を制限するのをうっかり忘れる	.06	02	.73	05	01
動	B-3:外食により制限する量がわからなくなる	.07	17	.66	.10	03
	B-5: 体調が悪いと制限をやめる	09	.06	.65	01	.11
	Cm-1:血液検査値(Cr・BUN)がよくなると思う	04	.14	01	.77	.00
中期	Cm-2:血液検査値(K等)がよくなると思う	01	.10	.01	.76	03
結	Cm-3: 尿検査値(尿蛋白,塩分摂取量,蛋白質摂取量等)がよくなると思う	08	.16	02	.76	01
果	Cm-4: だるさがよくなると思う	.07	19	05	.40	.03
	Cm-7: むくみがよくなると思う	03	20	.03	.35	.19
結 短	Cs-3: 体重が減ってよくなると思う	.12	14	04	.28	.11
果期	Cs-1: 血圧がよくなると思う	.09	.15	.02	.19	.12
長	C1-2: 長生きしたい	.12	01	.03	.03	.62
期結	C1-3: 脳卒中, 心筋梗塞, 心不全等の合併症を予防したい	.08	04	.10	.16	.60
果	C1-1:透析療法となることを避けたい	13	.32	09	.02	.55
	因子相関行列	Ι	Π	Ш	IV	V
	I	_	.32	.01	.25	.13
	I		_	.47	.52	.28
				_	.06	04
	IV				_	.17
	V					

[[]注] N = 355。 A は先行条件 (antecedent stimulus), B は食行動 (behavior), Csは短期結果 (consequence[short]), Cm は中期結果 (consequence[medium]), Cl は長期結果 (consequence[long]), R は強化子 (reinforcement) を示す。これらに続く数字は項目番号を示す。

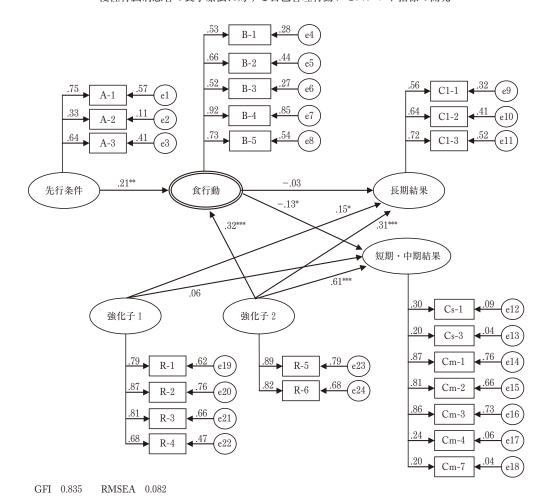
強化子 1) と自己による強化 (R-5・6:強化子 2) の 2 つに分けて、強化の原理の枠組みを用いた構成概念間の 因果関係について共分散構造分析を行った (図 2)。モデルの説明力を示す GFI (Goodness of Fit Index) は .835, RMSEA (Root Mean Error of Approximation) は .082であった。項目間の関連をみると、食行動は先行条件と短期・中期結果 (標準化係数 .21, -.13),強化子 1 は長期結果 (標準化係数 .15),強化子 2 は食行動,短期・中期結果および長期結果と関連があった (標準化係数 .32, .61, .31)。

4. DSBAS-CKDの信頼性

Cronbachの α 係数は、食行動 5 項目では .806、先行条件 3 項目では .505、短期・中期結果 7 項目では .664、長期結果 3 項目では .678、強化子 6 項目では .840であり、全体では .816であった。

Ⅲ. 考 察

CKD患者の食事療法の場面において、患者は透析療法を回避するという遅延大強化子を得るために、食事制限を守るという自己制御選択行動を常に求められる。しかし、衝動性選択行動として制限された食事を摂ったとしても、むくみが増強する等の罰が即時にはもたらされない。さらに、食事療法の必要性を理解していたとしても、食物という一次性強化子が強く作用して衝動性選択肢を選択しやすい。今回の結果でも「食事を医師の指示や栄養士の指導通りにきちんと制限している」と回答した割合は63.9%に留まった。そこで、食事療法を遵守する食行動がどのような先行条件で引き起こされ、どのような結果や強化子によって強化されているのかを明らかにし、先行条件、結果、強化子に影響された食行動に介入するためのアセスメント指



注) N=355。A は先行条件 (antecedent stimulus), B は食行動 (behavior), Cs は短期結果 (consequence[short]), Cm は中期結果 (consequence[medium]), Cl は長期結果 (consequence[long]), R は「強化子 (reinforcement)」を示し、これらに続く数字は項目番号を示す。また、数値は共分散構造分析の結果の標準化係数を示す。有意確率は、*p<.05,**p<.01,***p<.001とした。

図2 食事療法自己管理行動アセスメント指標の構成概念間の因果モデル

標としてDSBAS-CKDを作成し、妥当性と信頼性を検討 した。

DSBAS-CKDの項目の選定は、項目分析によって検討した。削除該当項目は、「血圧」「不整脈」「体重」「吐き気」「頭痛」の5項目であった。このうち、尿毒症症状の1つである「吐き気」、高カリウム血症による「不整脈」、高血圧による「頭痛」は、症状がないと回答した人が約80%を占めた。これらの症状は個人差があるものの、CKDステージが進行しないと出現しないために、これらの症状の改善が遅延大強化子として機能する可能性は低い。一方、「血圧」と「体重」は、おのおのの測定値が即時にフィードバックされるため、削除項目から外した。したがって、「Cs-2:不整脈がよくなると思う」「Cm-5:吐き気がよくなると思う」「Cm-6:頭痛がよくなると思う」の3項目を削除し、選定された24項目がDSBAS-CKDの項目として妥当であると考える。

次に、選定された24項目の構成概念妥当性について検 討した。選定された24項目について探索的因子分析を行っ た結果, 5因子に分かれ, 行動分析学の強化の原理の枠組 み(図1)に基づいた概念枠組みとほぼ一致した。第Ⅱ因 子(先行条件)には、食行動の「B-1:食事を医師の指示 や栄養士の指導通りにきちんと制限している」と強化子の 「R-5:検査値の自己記録から食事療法の効果を実感する」 と「R-6:食事内容の自己記録から医師の指示が守れてい ることを実感する」が含まれた。これは、構成概念間の標 準化係数の結果をみると、検査値や食事内容の結果を記述 する自己記録を用いた強化子は、食行動と強い関連を示し ていた。ある先行条件で引き起こされた食行動の結果とし ての検査値の改善(強化子にもなる)などが、次の食行動 の先行条件となる行動の連鎖によることが考えられた。ま た, 「B-1」が先行条件に含まれたのは, 先行条件の「A-1: 医師の指示がある」と同じ意味にとして解釈された可能性 も考えられた。また、食行動B-2~5は、回答分布や相関係数の結果からB-1の逆転項目として機能していた。

強化の原理に基づいた構成であるかを確認するために、 探索的因子分析による因子ではく, 図1に示した構成概念 間の因果モデルの適合度を確認した。モデルの説明力の 目安であるGFIが1に近い値をとるほど説明力あるモデ ルといえる。今回の結果ではGFIは.835であった。次に RMSEAは、モデルの分布と真の分布との乖離を1自由度 あたりの量として表現した指標である。一般的に、.05以 下であれば当てはまりがよく、.1以上であれば当てはまり が悪いと判断するが、今回の結果では.082であった。こ のモデル適合度には、分析に含める観測変数が多くなると GFIが小さくなる傾向にあること、前述したように患者に とって望ましい結果が強化子となり、その結果が先行条件 となり次の行動を引き起こす行動の連鎖や影響、短期・中 期結果に因子負荷量の低いCs-3. Cs-1が含まれたことが 影響していると考えられた。構成概念間の標準化係数をみ ると、食行動は先行条件と関連していたが結果とは負の関 係であったことから、現在の食行動は先行条件によって維 持されていると考えられた。また、検査値や食事内容の自 己記録を用いた強化子 2 は、食行動と強い関連を示してい た。さらに、他者からの賞賛を示す強化子1は長期結果 と、自己記録を用いた強化子2は短期・中期結果および長 期結果と関連していた。検査値や食事内容を自己記録する ことは短期・中期結果の強化子となり、加えて他者からの 賞賛は長期結果の強化子となることが示唆された。以上の ことから、DSBAS-CKDは強化の原理の枠組みに基づい た構成概念にほぼ一致し、構成概念妥当性が確認された。

次に、DSBAS-CKDの信頼性について検討する。内的整合性を示すCronbachの α 係数は24項目全体,食行動,強化子では、80以上であり,グループレベルでの比較をする上では信頼性は高かった。一方,先行条件,長期結果では α 係数が、70未満と低く,これは 3 項目と項目数が少ないことも影響していると考える。短期・中期結果 7 項目も同様に α 係数が低かったが,これは共通性や因子負荷量の低いCs-3,Cs-1が含まれていたことが影響していると考えられる。しかし,DSBAS-CKDは下位尺度のみで使用することはなく,24項目全体で用いて評価するため,信頼性は確保されたと考えられる。

最後に、作成したDSBAS-CKDを用いて、患者の食行動を維持、増加するための介入方法を検討したい。食行動

は先行条件よって維持されるため、現在実施されている患者教育は、食事療法の必要性を患者および家族に指導するものであり、先行条件への介入と位置づけることができる。さらに、強化子2が食行動に関連し、検査値や食事内容の自己記録によって食行動を維持、増加できると考えられる。同様に、短期・中期結果に自己記録による強化が関係し、血圧や体重に測定値、倦怠感や浮腫などの身体症状についても自己チェック、自己記録が有効であると考えられる。次に、他者による強化である強化子1は長期結果と関連があり、透析導入や合併症の有無といった医療者による判断を要する項目については、医療者からの説明や激励が効果的であると思われる。さらに、他者による強化を短期・中期結果に随伴させる、つまり血圧や検査値などについても医療者からの賞賛や助言を行うことで、食行動を維持、増加できると考えられる。

以上のことから、開発したDSBAS-CKDを用いることで、CKD患者の食行動が何によってコントロールされているかをアセスメントすることが可能となり、その結果に基づいて介入する方法が示唆された。

Ⅳ. 結 論

患者の食行動を強化の原理の枠組みに基づいて、「先行条件」「行動」「結果」「強化子」の視点から DSBAS-CKD 27項目を作成した。研究参加の同意が得られた CKD 患者 974名を対象に質問紙調査を行い、405名を分析した結果、以下の結論を得た。

- 1. 先行条件, 結果, 強化子について項目分析した結果, 3項目が削除され, 24項目となった。
- 2. 項目選定された24項目は,探索的因子分析の結果, 5 因子が抽出され, GFIは.835と許容範囲であり, 構成概念妥当性が確認された。
- 3. Cronbach o α 係数は24項目全体で .81であり、信頼性 が確認された。

謝辞

本研究に際して、調査にご協力いただいた対象者の皆さま、ご協力いただいた病院長を始め、腎臓内科医師、外来スタッフの皆さまに深謝申し上げます。

本研究は、平成22年度愛知県看護協会看護研究助成金の研究助成を受けて実施しました。

要 旨

- 【目的】本研究の目的は、慢性腎臓病患者の食事療法自己管理行動アセスメント指標を開発することである。
- 【方法】アセスメント指標として、強化の原理の枠組み、すなわち先行条件、食行動、結果、強化子に基づいて

27項目を作成した。質問紙調査は、慢性腎臓病で外来に通院し、食事療法を行っている患者974名に実施された。 調査票は455名から回収され、条件を満たした405名を分析対象とした。

【結果】対象者は平均年齢63.9±13.9歳, 男性64.7%であった。項目分析の結果によって24項目が選択された。探索的因子分析した結果, 5因子が抽出され,強化の原理の枠組みと類似していた。構成概念間のモデル適合度は共分散構造分析を行い, GFIは.835であった。24項目全体のCronbachの α 係数は.81であった。

【結論】開発した食事療法自己管理行動アセスメント指標の妥当性と信頼性が許容範囲であることが確認された。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to develop a diet therapy self-management behavioral assessment scale for a patient with chronic kidney disease (DSBAS-CKD).

Method: The DSBAS-CKD was developed based on a framework of the principles of reinforcement: "antecedent stimulus", "eating behavior", "consequence", and "reinforcement" containing 27 items. A questionnaire survey about the DSBAS-CKD was conducted among nine hundred and seventy-four outpatients with chronic kidney disease who receive diet therapy. Four hundred and fifty-five responses to the DSBAS-CKD were collected, four hundred and five of which met conditions and were analyzed.

Result: The subjects had an average age of 63.9 ± 13.9 years $(\pm SD)$, 64.7% of whom were men. Twenty-four items were selected from the result of item-analysis. Five factors were obtained by exploratory factor analysis, similar to the framework based on the principles of reinforcement. The goodness of fit between the constructs was analyzed by covariance structure analysis, and the goodness of fit index showed .835. Cronbach's α was .81 overall.

Conclusion: The results suggest that the developed DSBAS-CKD has a tolerance level for construct validity and reliability.

文 献

- Alberto, P.A. and Troutman, A.C. (1999) / 佐久間 徹, 谷 晋二, 大 野裕史 (2004). はじめての応用行動分析 (日本語版第 2 版). 大阪: 二瓶社.
- 大徳真珠子,本田育美, 奥宮暁子, 山崎義光, 笹山宗正, 池上博司, 宮川潤一郎, 久保田 稔, 江川隆子 (2006). セルフケア 行動評価尺度 SDSCA (The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure) の日本人糖尿病患者における妥当性および信頼性の検討. 糖尿病, 49(1), 1-9.
- Digennaro-Reed, F.D., Codding, R., Catania, C.N., and Maguire, H. (2010). Effects of video modeling on treatment integrity of behavioral interventions. *J Appl Behav Anal*, 43, 291-295.
- Emmen, M.J., Elving, L.D., Bredie, S.J., Wollersheim, H., Bleijenberg, G., and Schippers, G.M. (2006). A brief behavioral feedback intervention in hospital outpatients with a high cardiovascular risk. *Patient Educ Couns*, 60(1), 32-40.
- 柿本なおみ,宮本寛子,岡 美智代 (2004). 行動変容プログラム による適切な目標設定により水分管理に効果がみられた一 例.日本腎不全看護学会誌,6(2),112-116.
- 鎌倉やよい, 坂上貴之 (1996). 手術前呼吸練習プログラムの開発 とその効果の検討. 行動分析学研究, 9(1), 2-13.
- 神島滋子,野地有子,片倉洋子,丸山知子(2008). 通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討―アドヒアランスの視点から.日本看護科学会誌,28(1),21-30.
- Miltenberger, R.G. (2001) / 園山繁樹, 野呂文行, 大石幸二 (2006). 行動変容入門. 大阪:二瓶社.
- 日本腎臓病学会 編(2012). CKD診療ガイド2012. 5-17, 東京: 東京医学社.
- 野崎千恵子,布佐真理子 (2002). 糖尿病性腎症を原疾患とする血液透析患者の自己効力感とソーシャルサポート―糖尿病患者の自己効力感との比較を通して. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 11(1), 77-84.

- 野澤明子,岩田真智子,白尾久美子,佐藤直美,稲勝理恵 (2007). 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検 討.日本看護研究学会雑誌,30(1),59-66.
- 大堀 昇, 湯沢八江 (2009). 経皮的冠動脈ステント留置後に抗血 栓薬を処方されている患者の服薬行動に関連する要因. 日本 看護研究学会雑誌, 32(4), 89-99.
- Rachlin, H., Castrogiovanni, A., and Cross, D. (1987). Probability and delay in commitment. *J Exp Anal Behav*, 48 (3), 347-353.
- Rachlin, H. and Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *J Exp Anal Behav*, 17(1), 15-22.
- Skinner, B.F. (1953). Science and Human Behavior. New York: MacMillon
- 高木志緒理, 小松利恵子 (2005). ブリーフ・セラピィを用いた水 分管理指導. 日本腎不全看護学会誌, 7(2), 86-90.
- 坪田恵子,上野栄一,高間静子 (2005). 高血圧患者の日常生活における自己管理度測定尺度の作成. 日本看護研究学会雑誌,28(2),73-80.
- 山本佳代子, 奥宮暁子 (2009). 自己決定理論構成概念の測定尺度 の日本語版の信頼性・妥当性の検証―血液透析患者の自己管 理における自律性支援認知, 動機づけ, 有能感の測定―. 日 本看護研究学会雑誌, 32(2), 13-21.
- 湯沢八江 (2004). 通院患者の服薬アセスメント指標の作成と有用性に関する研究. お茶の水医学雑誌, 50(3), 133-143.

[平成25年 9 月10日受 付 ⁻ [平成26年 7 月22日採用決定 ₋

不確かな状況を生きる骨髄異形成症候群患者が コントロール感覚を獲得するプロセス

Myelodysplastic Syndrome Patients' Process of Achieving a Sense of Control while Living in an Uncertain Situation

川 田 智 美¹⁾ 神 田 清 子²⁾ Tomomi Kawata Kiyoko Kanda

キーワード:骨髄異形成症候群、コントロール感覚、不確かな状況、がん看護 Key Words: myelodysplastic syndrome, sense of control, uncertain situation, cancer nursing

緒 言

骨髓異形成症候群(myelodysplastic syndromes,以下MDS とする) は、造血幹細胞ががん化する原因不明の血液がん の一種である。平成10年度の厚生労働省特発性造血障害調 査研究班による調査では、日本における患者数は7,100人、 有病率は10万人当たり2.7人と推定されている。しかし、 高齢化社会の影響により、既に患者数は増加しつつあり、 今後も間違いなく増えていくがんである、といわれている (難病情報センター, 2012)。また, MDSは不可逆的で, 病気の進行に伴い病型が移行し、白血病化する可能性があ るという特徴をもっている。WHO分類における白血病化 の割合では、芽球10~19%で芽球の増加を伴う不応性貧血 (RAEB2) で35%と最も高い。また、国際予後判定システ ム (International Prognostic Scoring System, 以下IPSSとす る) が算定した、それぞれのランクによる生存期間中央 値と急性骨髄性白血病移行率は、低リスクで5.7年、19%、 高リスクでは0.4年、45%と、リスクが高くなるにつれて 白血病化する確率は高くなり、生存期間も短くなってい る。さらに、骨髄異形成症候群から白血病に移行したタイ プは治療に対する反応が悪く,一度白血病化した場合,予 後は不良である(国立がん研究センターがん対策情報セン ター, 2010)。

そのためMDS患者は、白血病化するかもしれないという不確かな状況のなかで、さまざまな葛藤や苦悩を抱え生活を送っていると考える。このような不確かな状況は、がん患者の憂鬱さにつながる(Richardson, et al., 1987)ことや、がんサバイバーらのコントロール感覚を失わせ、ひいては自尊心の低下、再発の不安を強めるなど自らを追い詰める状況が今泉・遠藤(1999)により報告されている。そ

の一方で、今泉・遠藤 (1999) は、コントロール感覚の獲 得によって肯定的な意味づけや自らの回復感を高めること も示している。また、コントロール感覚を維持・高めるこ とについて、今泉・稲吉 (2009) は、がんという体験をも ちながらがんサバイバーとして自らの力で自分らしい生活 を築きあげるためにも重要な要素になる、と主張してい る。さらに、不確かな状況を生きる患者を対象にした先 行研究では、Mishel (1998; 1990) の「病気の不確かさ理 論」が広く知られている。Mishel (1988) は、病気の不確 かさを、十分な手がかりがないために病気に関連した出来 事の意味づけができないことであるとし、その存在はとら え方で肯定的にも否定的にもなると言及している。脅威と とらえることで不安や苦悩といった否定的側面をもたら し、好機ととらえることで新しい価値観や意味を見出して いく肯定的な側面がある。また、Penrod (2007) は、不確 かさの認識を決定づけるのは「個々の確信やコントロール 感覚」であるとし、その必要性を指摘している。がん患者 のコントロール感覚については、患者がコントロール感覚 を獲得していくプロセスに働きかける介入の必要性(片 平, 1995; 浅野·佐藤, 2002; Marlow, Cartmill, Cieplucha, & Lowrie, 2003; Astin, et al., 1999) を示唆している。そして 今後は、多様な疾患や状況のなかで、コントロール感覚獲 得の様相を明らかにし、その維持・回復を促すための看護 支援の構築が課題である、と今泉・稲吉(2009)は述べて

これらの先行研究により、がんの再発や転移を恐れ、不確かな状況を過ごすがんサバイバーの心理状況については明らかにされている。近藤・嶺岸(2006)によれば、がん患者の場合は標準的な治療法が確立されており、初期治療が終了した患者は治療が終わりほっとする時間がある、と

¹⁾前 高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科 Formerly Faculty of Healthcare, Department of Nursing, Takasaki University of Health and Welfare

²⁾ 群馬大学大学院保健学研究科 Faculty of Medicine School of Health Sciences, Gunma University

いわれている。しかし、MDSは標準的な治療法が未確立であり、白血病化への移行を抑えることはできても、完治は望めない。そのため、患者は診断時から白血病化への脅威を感じながら病気と共存し、一生不確かな状況を抱え過ごすという点で、がんの再発・転移に対する不確かさとは異なっていると考える。

しかし、いままでの看護では、白血病の化学療法や造血 幹細胞移植などの身体的な苦痛を伴う治療に対する看護 に関心が寄せられ、外来で輸血などの支持療法を受ける MDSの患者に対してはケアの目が行き届きにくく、患者 がどのような支援を求めているのか明らかにされてはいな い。先行研究においても、そのほとんどが医師による医学 的な研究であり、MDS患者の心理過程に焦点を当てた看 護の研究はみられていない。

そのため、MDS患者が、病気体験によって抱く思いや 苦悩、状況への対処行動などの現象を反映した看護支援の 確立は急務である。したがって本研究の目的は、不確かな 状況を生きるMDS患者がコントロール感覚を獲得するま でのプロセスについて明らかにし、有効な看護支援のあり 方について検討することである。

I. 用語の定義

コントロール感覚:MDSと共存しながらも生活の質を 高めることを求め、遭遇するさまざまな困難や出来事を自 分自身で管理・調整することができるという認知、とす る。

不確かな状況:病により将来の予測が不可能になり,明確にできない心の揺らぎや苦悩,困難を体験しながら過ごしている状況,とする。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

コントロール感覚を獲得するまでのプロセスを明らかに し、その体験を説明する概念を創出するために、因子探索 型研究デザインを用いた。

2. 研究対象者

A病院の血液内科外来に通院しているMDS患者で、診断後3か月以上経過し、白血病化する可能性ついて告知されており、研究参加への同意が得られた者とした。対象者の条件は、American Psychiatric Association(米国精神医学会)の適応障害の診断基準(2002/2004)を参考にした。同診断基準では、はっきりとした確認できるストレス因子に反応して3か月以内に情緒面、行動面の症状が出現する

とあり、この間にコントロール感覚が保たれる可能性があると判断した。また、臨床の経験知として、がん患者がコントロール感覚を揺るがされる体験をしてから、3か月以上たてば心身の状態がほぼ安定し自らの経験を他者に語ることができるようになるとの見解を得て設定した。なお、白血病化する可能性への認知は、個々によってさまざまであると考えられることから、罹病期間や病型による違いを対象者の条件とはしないこととした。

3. データ収集方法

a. 半構成的面接法

2012年3月~2013年2月にかけて、プライバシーが保たれる個室を使用し、インタビューガイドを用いて半構成的面接を行った。主な面接内容は、病気の診断を受けたときの気持ち、病気になってからの出来事や行動の変化、心の安定感を保つためにどのように対処しているか、などとした。できるだけ対象者の自由な語りを妨げないよう配慮しながら、適宜質問を加えた。面接回数・時間は、1人につき1~2回、1回30分から1時間程度とした。面接内容は対象者の許可を得てICレコーダに録音し、逐語録を作成した。

b. 診療録による情報収集

電子カルテから、対象者の背景、病期分類、治療内容、 病状説明内容などについて情報収集した。

4. 分析方法

データ分析は、木下(2009)の修正版グランデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を用いた。木下(2009)によると、M-GTAは研究する人間の視点を重視しプロセス性のある現象を明らかにしていく研究に適している(p. 67)。研究テーマによって限定された範囲内において説明力に優れた理論を導くことができ、実践への活用を促す特徴をもつ(木下、2009、p. 82)。本研究は、患者が不確かな状況を生きるなかでコントロール感覚を獲得するというプロセス的特徴をもっていること、データはMDS患者に限定していること、研究者自身が面接や分析を実施することから研究者の視点を重視したM-GTAが適切であると判断した

分析手順としては、分析テーマを「白血病化することを伝えられ、衝撃を受けたMDS患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセス」とし、「白血病化することを伝えられ衝撃を受けたMDS患者」を分析焦点者と設定した。分析テーマと分析焦点者を照らし合わせ、データの関連個所に着目しそれを1つの具体例とし、かつ他の類似具体例をも説明できると考えられる説明概念を生成した。概念をつくる際に、概念名、定義、具体例(ヴァリエーショ

ン), 理論的メモで構成された分析ワークシートを作成し た。具体例の背後にある意味の流れを読み取り、解釈を文 章化し、それを定義とした。この際、類似例だけではな く, 対局例や矛盾する例の有無も確認し, データが恣意的 に陥る危険性を防いだ。具体例が豊富に出てこない場合 は、その概念は有効ではないと判断した。また、思考プロ セスで浮かんだアイディアや疑問などは理論的メモ欄に記 入した。1つの概念を生成する際には、概念間の関係性を 個々の概念ごとに検討し、関係性のある複数の概念からカ テゴリー, コアカテゴリーを生成した。個々の概念説明力 や説明範囲にはばらつきがあるため、説明力のある概念は 単独で位置づけた。分析結果は、概念、カテゴリーとコア カテゴリーの相互関係と時間的な流れを考慮しながら、プ ロセスを結果図として図式化し、簡潔に文章化したストー リーラインを作成した。分析過程においては、がん看護な らびに質的研究に精通した研究者数名にスーパーバイズを 受け,精度を高めた。

a. 概念生成プロセスの紹介

本論文中における1つの概念生成のプロセスを例示する。以下「 」は、骨髄異形成症候群が白血病化する病気であるという説明を受け、悪い病気であると認知し、死を意識したことについて語った部分からの引用である。

「白血病とかそういうのってなんとなく血液のがんってことでわかってたんですけど、(MDSは) 名前自体も初めて聞いたんで、最初なんか、よくわからないっていうか、でも、なんか悪い病気なんだなっていうのは、幹細胞が腫瘍化してるっていわれたんで、あ、なんか、死んじゃうのかなとかって思いましたね」(F氏)

「ただ、何人か知ってる人がみんな亡くなっちゃってるんですよね。この病気じゃないんだけど、要するに白血病で。だからMDSっていっても、もう白血病っていってもおかしくないわけですよね。(中略)もし、移植がうまくいかなかった場合に、要するに6か月くらいっていう数字も出てるわけですよね」(H氏)

研究者は、<u>下線</u>の部分に着目し、その状況を"白血病化する病気であるという説明を受け、命の期限を認知し、死を意識する"と解釈し、定義づけ、〈「白血病」という言葉から、命の期限を認知し、死を意識する〉という概念を生成した。他の概念も同様の手順で解釈し、概念を生成した。

5. 倫理的配慮

本研究は調査施設の医学倫理審査委員会の審査を受け、 承認を得て実施した。担当医より紹介を受け、口頭にて研 究への協力に承諾が得られた対象者に、研究者が口頭およ び文書にて研究の主旨について説明を行った。同意説明文 書には、研究の目的と方法、研究参加・拒否の自由の保障、それに伴う不利益は生じないこと、得られたデータは目的以外に使用しないこと、発表に際しては匿名化し個人情報を厳守すること等について明記した。研究参加への同意は、同意書への署名により得、研究者も同意書へ署名することをもって対象者の権利を遵守することを約束した。また面接時は、対象者の承諾を得て面接内容をICレコーダに録音し、疲労や不必要な内容は無理に話さなくてもよいことを配慮した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

対象者は12名であり、表 1 に概要を示した。平均年齢は61.3歳(標準偏差11.6歳)、平均罹患期間は6年1か月であった。面接は1人につき $1\sim2$ 回であり、面接時間は27 \sim 63分、平均39.3分(標準偏差11.9分)であった。

2. 不確かな状況を生きるMDS患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセス

生成された概念は30概念であった。そのうち29概念からは意味内容の同類性において9カテゴリー、3コアカテゴリーが生成され、1概念はカテゴリーと同等の説明力をもつ概念であった。これら相互の関係性を包括的に表す結果図(図1)を作成し、「不確かな状況を生きるMDS患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセス」として示した。まず、結果図全体の説明をストーリーラインとして述べ、次に概念とカテゴリーについて具体例を挙げて説明する。なお、文中の【 】はコアカテゴリー、〔 〕はカテゴリー、〈 〉は概念を表し、「 」は具体例を示す。

a. ストーリーライン (図1)

不確かな状況を生きるMDS患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセスは、患者がMDSの診断を受け、[コントロール感覚を揺るがされる衝撃を受ける]体験から始まっていた。いままでに聞いたことのない病名に、〈初めて耳にするよくわからない病気への脅威と戸惑い〉のなか、白血病化するという説明により、〈「白血病」という言葉から、命の期限を認知し、死を意識する〉という状況に陥っていくことが示されていた。そして、患者は死に対する意識が芽生えた瞬間から、病状の悪化や検査データの変動に敏感に反応する日々が始まっていった。

【常に消えることのない不確かな状況がコントロール感覚の獲得を揺るがす】は、完治が望めないという病気の特徴から、〈死を意識し、人生に投げやりな考えや行動をとる〉などといった〔後ろ向きな考えや行動をとる〕状況に

表 1 対象者の概要

(n = 12)

患者	年齢	性別	WHO分類による病型	罹患期間	治療の内容
A氏	70歳代	男性	不明	約20年	輸血療法
B氏	60歳代	男性	不明	1年	経過観察
C氏	60歳代	男性	RAEB-2	7 か月	化学療法
D氏	70歳代	女性	RA	5年	経過観察
E氏	60歳代	男性	不明	4 か月	免疫抑制剤投薬治療中 輸血療法
F氏	30歳代	女性	不明	9年	免疫抑制剤投薬治療中
G氏	50歳代	女性	RA	7年8か月	造血因子投与中
H氏	60歳代	男性	RAEB-2	3 か月	臍帯血移植予定
I氏	60歳代	女性	染色体異常あり	3 か月	化学療法予定
J氏	40歳代	男性	RCMD	7年3か月	経過観察
K氏	70歳代	男性	不明	4 か月	経過観察
L氏	50歳代	女性	不明	10年	ホルモン療法

[注] RA: 芽球が5%未満である不応性貧血

RCMD: 多系統の異形成を伴う不応性血球減少

RARS: 鉄芽球性不応性貧血

RAEB1: 芽球が5~9%で芽球の増加を伴う不応性貧血 RAEB2: 芽球が10~19%で芽球の増加を伴う不応性貧血

5q-syndrome:染色体異常を伴う5q-症候群

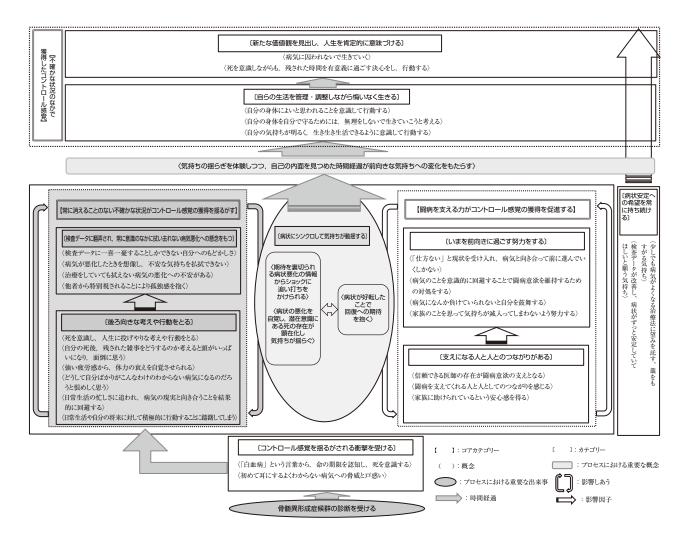


図 1 不確かな状況を生きる骨髄異形成症候群患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセス

陥っていた。そして、患者は検査データの変動に不安を抱くものの、自分ではどうにもできない病状に、〈検査データに一喜一憂することしかできない自分へのもどかしさ〉を抱え、〔検査データに翻弄され、常に意識のなかに拭い去れない病気悪化への懸念をもつ〕日々を送ることを余儀なくされていた。

【闘病を支える力がコントロール感覚の獲得を促進する】 では、患者は、〈信頼できる医師の存在が闘病意欲の支え となる〉や〈家族に助けられているという安心感を得る〉 といった、〔支えになる人と人とのつながりがある〕こと に気づき、それを原動力に自分を鼓舞し、〈「仕方ない」と 現状を受け入れ、病気と向き合って前に進んでいくしかな い〉と〔いまを前向きに過ごす努力をする〕を通して、コ ントロール感覚の獲得を促進していく状況を示していた。 この2つのコアカテゴリーは、患者の病状認知によって 変化する〔病状にシンクロして気持ちが動揺する〕を介 して、ときには、〈期待を裏切られる病状悪化の情報から ショックに追い打ちをかけられる〉や〈病状の悪化を自覚 し潜在意識にある死の存在が顕在化し気持ちが揺らぐ〉と いう負の認知から【常に消えることのない不確かな状況が コントロール感覚の獲得を揺るがす】のサイクルが促進さ れる。またときには、患者は〈病状が好転したことで回復 への期待を抱く〉をもち、【闘病を支える力がコントロー ル感覚の獲得を促進する】サイクルが促進されることにな る。2つのサイクルを行き来しながら繰り返し、2つの狭 間で患者の心が揺れ動く様子を示していた。揺れ動きのプ ロセスのなかで、患者は、徐々に〈気持ちの揺らぎを体験 しつつ、自己の内面を見つめた時間経過が前向きな気持ち への変化をもたらす〉状況に至った。これは、コントロー ル感覚を獲得するうえでの、大きな転換点として位置づけ

そして到達した【不確かな状況のなかで獲得したコントロール感覚】は、患者が〈自分の身体を自分で守るためには、無理をしないで生きていこうと考える〉など〔自らの生活を管理・調整しながら悔いなく生きる〕という考えをもつに至り、最終的に〈病気に囚われないで生きていく〉という〔新たな価値観を見出し、人生を肯定的に意味づける〕というプロセスを示していた。

この全プロセスにおいて、患者は〈検査データが改善 し、病状がずっと安定していてほしいと願う気持ち〉という〔病状安定への希望を常に持ち続ける〕が心の根幹に存 在し、【不確かな状況のなかで獲得したコントロール感覚】 に影響を与えていた。

b. カテゴリー・コアカテゴリー構成概念およびプロセスにおける重要な概念

以下に、9カテゴリー・3コアカテゴリー、1概念の定

義について表2に示し、具体例を挙げて説明する。

(1) 【コントロール感覚を揺るがされる衝撃を受ける】 これは2概念から生成され、MDSの診断を受け、衝撃 を受けた気持ちを表現しており、この後に影響を与える最 初のカテゴリーとして位置づけられた。

〈初めて耳にするよくわからない病気への脅威と戸惑い〉 は、以下の具体例で示された。

「その時くらいですかね、<u>病名がほんとに最初わかん</u>なかったんで、病名を言われてもどういう状態なのかが わかんなくて、すごい怖かった気がします。逆にわから ないことで怖かった気がします」(F氏)

(「白血病」という言葉から、命の期限を認知し、死を意識する) は、例示どおりである。

(2) 【常に消えることのない不確かな状況がコントロール感覚の獲得を揺るがす】

これは、患者がコントロール感覚を獲得するうえで負の 影響をもたらした状況を表現したカテゴリーや概念の総括 として生成された。

〔後ろ向きな考えや行動をとる〕は、6 概念から生成された。

〈死を意識し、人生に投げやりな考えや行動をとる〉は、 以下の具体例で示された。

「あとはね、酒とかなんか飲んじゃうね。前より量が増えちゃったね。(中略) 肝臓だけピカピカで新品同様でも、白血病で死んじゃったらおしまいじゃない。 <u>どうせ、全部だめなんだったら同じなんだからいんじゃないって</u>」(B氏)

「もういいや、どうにもならない、どうなってもいい やって、もう、そういうんだった。(中略) 精神的に参っ ちゃって、病んじゃったんですよ」(G氏)

〈自分の死後、残された雑事をどうするのか考えると頭がいっぱいになり、面倒に思う〉は、以下の具体例で示された。

「一つひとつ、生きているうちに処理しなければならない、その雑事に向けて頭がやんなっちゃう、でしたね。 (中略)後始末をどうするかっていう雑事が一番頭ん中、そういうと、そういうふうに思っていながらなかなか動けないで」(C氏)

〈強い疲労感から、体力の衰えを自覚させられる〉は、 以下の具体例で示された。

「なんか、歩いていてもね、お母さん遅いよ、私の前を歩いてって言われるんですよね。娘にね。<u>やっぱり、</u>体力が落ちてるんじゃないかなっと」(D氏)

「身体動かすのは、何とも思ってなかったから。それが、一気に階段上がれないような状態になっちゃったからね」(E氏)

表 2 概念と定義

コアカテゴリー	カテゴリー	概念	定義	
	コントロール 感覚を揺るが される衝撃を	初めて耳にするよくわからない病気への脅威と 戸惑い	白血病化する病気であるという説明に重篤な病気になってしまったと認知し、精神的 ショックを受ける。そして、病気に対しての脅威は感じているものの、初めて耳にす る病名に、実際にはどのような病気なのかよくわからず、どうしたらよいのか戸惑っ ている	
	受ける	「白血病」という言葉から、命の期限を認知し、 死を意識する	白血病化する病気であるという説明を受け、命の期限を認知し、死を意識する	
		死を意識し、人生に投げやりな考えや行動をと る	予後不良で、近い将来、死が訪れることを予感し、人生に対して投げやりな考え方を したり、行動をとること	
		自分の死後、残された雑事をどうするのか考え ると頭がいっぱいになり、面倒に思う	自分の死後、残された雑事を誰がどのように処理するのか、その段取りを生きている うちに自分がしておかなければならないと考えるが、そのことを考えると、どこから 手をつけてよいのかわからず頭がいっぱいになり、面倒に思う気持ち	
	後ろ向きな考 えや行動をと	強い疲労感から、体力の衰えを自覚させられる	病気になってから、身体が重く、疲れやすく、強い疲労感を感じ、体力が衰えている ことを自覚させられる	
	る	どうして自分ばかりがこんなわけのわからない 病気になるのだろうと恨めしく思う	どうして自分ばかりが原因も治療法もまだ確立されていない。 聞き慣れないわからない病気になるのだろうと恨めしく思う気持ちになる	
常に消えることのない不確かな状況がコ		日常生活の忙しさに追われ、病気の現実と向き 合うことを結果的に回避する	日常生活の忙しさに追われ、病気のことについて考える時間をもとうとせず、病気の 現実と向き合うことを結果的に回避している	
ントロール感覚の獲 得を揺るがす		日常生活や自分の将来に対して積極的に行動す ることに躊躇してしまう	病気が悪化したときのことを考えると、日常生活での食事や旅行、結婚などの将来の ことに対して積極的に行動することに躊躇してしまうこと	
	1A + -	検査データに一喜一憂することしかできない自 分へのもどかしさ	検査データのみが自分の身体を知る指標であり、それを確認し、一喜一憂すること以 外自分には何もできることが無いことにもどかしさを感じていること	
	検査データに 翻弄され, 常 に意識のなか	病気が悪化したときを想像し,不安な気持ちを 払拭できない	将来的に病気が悪化したときを想像すると、自分がどのような状況に陥ってしまうの かわからず不安で、どう解決していったらよいのか、結論がつかず思い悩むこと	
	に拭い去れない病気悪化へ	治療をしていても拭えない病気の悪化への不安 がある	治療を続けていても常に、病気が悪化するのではないかと疑心暗鬼になってしまうこ と	
	の懸念をもつ	他者から特別視されることにより孤独感を抱く	病気のことで他者に気をつかわせてしまうことに対する申し訳なさと同時に, 自分を 特別視されることによって, 他者と一歩壁ができてしまったような孤独感を抱くこと	
	病状にシンク	期待を裏切られる病状悪化の情報からショック に追い打ちをかけられる	少しでも治る可能性があるのではという期待を抱きつつ、疾患に関するプラスの情報 を収集しようと行動するが、反対に期待を裏切られる病状悪化の情報に厳しい現実を 突き付けられ、ショックに追い打ちをかけられること	
	ロして気持ちが動揺する	病状の悪化を自覚し、潜在意識にある死の存在 が顕在化し気持ちが揺らぐ	病状の悪化を自覚したことをきっかけに潜在意識のなかにあった死に対する意識が顕 在化し、気持ちの揺らぎを感じること	
		病状が好転したことで回復への期待を抱く	予後不良の病気のためよくなることはむずかしいと認識していたが、病状が好転した ことに対して、一時的に喜びを感じ、回復への期待を抱くこと	
	支えになる人 と人とのつな がりがある	信頼できる医師の存在が闘病意欲の支えとなる	患者のことを真剣に考え、現在の病状を隠さず説明し、最良の治療を提供しようと向 き合ってくれる信頼できる医師の存在が、患者に安心感を与え闘病意欲の支え・励み となり、力になっていること	
		と人とのつな	闘病を支えてくれる人と人としてのつながりを 感じる	病気に前向きに向き合って生活できるようになるまでのプロセスを支えてくれる人々 の思いやりや優しさを知り、改めて人と人としてのつながりの大きさを感じること
闘病を支える力がコ		家族に助けられているという安心感を得る	家族が側にいてくれて助けられているという実感が、病気を抱えながら生活していく ことへの安心感をもたらしていること	
ントロール感覚の獲 得を促進する	いまを前向き	「仕方ない」と現状を受け入れ、病気と向き 合って前に進んでいくしかない	なってしまったのは仕方ないし、考えていても前に進めないのだから現状を受け入れ、 病気と向き合って前に進んでいくしかないと思うこと	
		病気のことを意識的に回避することで闘病意欲 を維持するための対処をする	病気のことをできるだけ意識的に考えないように回避することで、病気に立ち向かう 気持ちが折れないように対処をしていること	
	に過ごす努力 をする	病気になんか負けていられないと自分を鼓舞す る	「病気になんか負けていられない」と自分に言い聞かせたり、自分で自分を慰め、病気 に立ち向かおうという気持ちを奮い立たせようとすること	
		家族のことを思って気持ちが滅入ってしまわな いよう努力する	自分が滅入っていると家族みんなに影響を与えてしまうから、気持ちが滅入ってしま わないよう努力する	
		気持ちの揺らぎを体験しつつ。自己の内面を見 つめた時間経過が前向きな気持ちへの変化をも たらす	骨髄異形成症候群の診断を受け、さまざまな体験をし、気持ちが上がったり下がったりするプロセスが、自己の心のなかにある気持ちを見つめ返す時間となり、その時間経過の中で、徐々に病気に罹患したことを前向きにとらえることができるように気持ちが変化してきたこと	
	白この仕げる	自分の身体によいと思われることを意識して行 動する	病気のことを考え、服薬を忘れないことや運動を取り入れるなど、少しでも自分で身 体によいと思われることを意識して、積極的に取り入れようと行動すること	
不確かな状況のなか で獲得したコント ロール感覚	自管なく 自管なく 新た出出 に を を を を に に に に に に に に に に に に に	自分の身体を自分で守るためには、無理をしな いで生きていこうと考える	自分の健康を自分で守るためには無理をしないように生きていくことが大切と考える	
		自分の気持ちが明るく、生き生き生活できるよ うに意識して行動する	自分の気持ちが落ち込まないように、明るく生き生きと生活できるような方法を自ら 意識して取り入れ、行動すること	
		死を意識しながらも,残された時間を有意義に 過ごす決心をし,行動する	診断を受けて予後不良と認知し、死を意識しながらも、残された時間を自分の好きなことをして、楽しく有意義に過ごしていこうと決心し、やり残したことがないように 1日1日行動する	
	生を肯定的に 意味づける	病気に囚われないで生きていく	人生の新たな目標を見つけることで病気に囚われず、前向きに生きていこうという気 持ちになれたこと	
	病状安定への	少しでも病気がよくなる治療法に望みを託す, 藁をもすがる気持ち	少しでも病気がよくなる新しい治療法や現状維持できる方法があるならば、ぜひ取り 入れ、その方法に望みを託したいという藁をもすがる気持ちのこと	
	希望を常に持 ち続ける	検査データが改善し、病状がずっと安定してい	血液検査データがいまよりも改善して、輸血しなくても数値が下がることがなく、病	

〈どうして自分ばかりがこんなわけのわからない病気に なるのだろうと恨めしく思う〉は、以下の具体例で示された。

「だけど、やっぱりその病気のことを考えると、どう してね、私ばっかりこんな病気にかかるんだろって思っ たりね、しますけど」(D氏)

「なんかできてそれをとってしまえばそれで終わりっ ていう病気だったらよかったんですけど、とかって思い ましたね。(中略) 骨髄とかって言われると、何でこん な病気になっちゃったんだろうって思いました」(F氏)

〈日常生活の忙しさに追われ、病気の現実と向き合うことを結果的に回避する〉は、以下の具体例で示された。

「だから、私は、だから、忙しさにまぎれて、その気 持ちを忙しいがためにそれこそ思い出させないようにす る」(A氏)

「どちらかっていうとそれにかまけてられないっていうほうが強いかもしれない。もっと、自分のなかで仕事だったり家庭だったりプライオリティの高いものがもっとありまして、そこまで、自分の体調に振り分ける時間がないっていうのが正直なところですかね」(J氏)

〈日常生活や自分の将来に対して積極的に行動すること に躊躇してしまう〉は、以下の具体例で示された。

「正直、結婚してもどのくらい自分が悪くなるかもしれないし、そういうことを考えるとなかなか、積極的には……うん。いまはいないですけど、あまり考えられないというか、考えないようにしてるかもしれないです」(F氏)

「病気がなければね、もっと積極的になれたんだけど。 何かいろいろ考えちゃうとね……友達と温泉へ行けなくなるし、(中略) いろんな菌が心配だからね。<u>結局ね、</u>消極的になっちゃうよね」(G氏)

〔検査データに翻弄され、常に意識のなかに拭い去れない病気悪化への懸念をもつ〕は、4 概念から生成された。 〈検査データに一喜一憂することしかできない自分へのもどかしさ〉は、以下の具体例で示された。

「検査見てああ、変わったか変わってないか、そのくらいしかない。(中略) その辺の数字的なことに一喜一憂してるくらいで、くだらないことで。そのくらいしかないしね、自分でできることってね」(B氏)

「(検査データが下がってて) がっかりしたことはあったね。数値がよくならなかったじゃないですか。(中略) そいで、なかなか上がらなかった、0.5くらい、ちょびちょびってきたね。で、逆に下がっちゃうってこともあったから」(E氏)

〈病気が悪化したときを想像し,不安な気持ちを払拭できない〉は、以下の具体例で示された。

「この先、どうなるのかなっていう不安はありますね。 このままずっといけるのか。なんか、5年後、10年後ど うしてるのかなとか、そういう不安はずっと」(F氏)

「もし、数値が悪化したときに骨髄移植ですって言われたときに、どう対応していいのかなっていうのが一番の悩みかもしれないですね。やっぱり長期入院をして、リスクを背負って治療に専念しなきゃなんないと思うと、うーん、どうしていいのかなっていうのが全然そこで整理はつかないですね」(J氏)

〈治療をしていても拭えない病気の悪化への不安がある〉 は、以下の具体例で示された。

「免疫抑制剤なんで、<u>なんか免疫を抑えることでまた</u> 悪い病気が出てきちゃうんじゃないかって自分で勝手に 思ってて。なんか薬を飲むことで病気は抑えられるけど、 またどっかががんになるんじゃないかって」(F氏)

〈他者から特別視されることにより孤独感を抱く〉は、 以下の具体例で示された。

「相談したいんですけど、気をつかわせたくないっていうか。(中略) 『病気なんだ、大変なんだね』と思われるのが嫌っていうか。一歩なんか壁ができるような気がして」(F氏)

(3) 【闘病を支える力がコントロール感覚の獲得を促進する】

これは、患者がコントロール感覚の獲得を促進するため の方略を得ていく状況を表現したカテゴリーや概念の総括 として生成された。

〔支えになる人と人とのつながりがある〕は、3概念から生成された。

〈信頼できる医師の存在が闘病意欲の支えとなる〉は、 以下の具体例で示された。

「あそこ(血液内科)に行くのは案外楽しみで、安心して行けるんです。(中略)なんか信頼できたり、安心できたり、預ければいいやみたいな感じとか、そういうメンタルなベースってすごくやっぱり大きいなって思ってますね」(C氏)

「そりゃ, びくっとくらあね。<u>でもね, そっちに行かないからって, はっきり言ってくれたからね, 先生が。気が楽になるね。</u>(中略) <u>だからね, 安心してましたよ</u>」(E氏)

〈闘病を支えてくれる人と人としてのつながりを感じる〉 は、以下の具体例で示された。

「そういう、うじうじさをここのスタッフや家族とか、 そういう方々が私を支えてくれたんだと思いますけど。 (中略) そういう、支えてくれるっていう人がいるって ことが、大きいと思いますよね」(C氏)

「そうですね。前勤めてた会社の人がときどき食事に

行こうって誘ってくれるんですよ。(中略) <u>そういう友</u>だちがいるんで、それで助けられてるかもしれないね、 お友だちにも」(D氏)

〈家族に助けられているという安心感を得る〉は、以下 の具体例で示された。

「頭が真っ白になりました。でも、娘にね、お母さん は生命運が強いから大丈夫だよって言われて、生命力が あるんだから大丈夫だよって言われてね」(D氏)

「うーん、家族がね、わかってくれたからね。難しい病気だっての。今回始めっからね、ここで家族が病気のことわかってくれたから、前より、気が楽だね」(E氏) [いまを前向きに過ごす努力をする] は、4概念から生成された。

《「仕方ない」と現状を受け入れ、病気と向き合って前に 進んでいくしかない》は、以下の具体例で示された。

「戦うしかないやって、進むしかないや、受け入れる しかないやって……。(中略)ですから、すべてに対し て仕方ないって気持ちで、そうするしかないって」(C 氏)

「先生の言ったとおりに前向きにやって行こうかなっ <u>て思ってます。もう、だって、これっきりないですもん</u> ね」(I氏)

〈病気のことを意識的に回避することで闘病意欲を維持 するための対処をする〉は、以下の具体例で示された。

「本能的にきっとできるだけ見ないようにはしてるんだろうなって思いますけど。(中略)きっと、うまく生き延びるために直視することを避けてるってとこがあるのかなって、思っています」(C氏)

「病気のことを考えないようにしたいなって思うんで すよ。病気に負けたくない」(D氏)

〈病気になんか負けていられないと自分を鼓舞する〉は、 以下の具体例で示された。

「やっぱり、はねつけたいって思うんですよね。病気だから、これだからっていうんじゃなくて、こんな病気に負けてたまるかってね、思うんですね」(D氏)

「これからも足腰が動かなくなるまで(スキーは)やるんじゃないですか。<u>そういう気がなけりゃね、この病</u>気に勝てないかと思うよ。よくなりてえね」(E氏)

〈家族のことを思って気持ちが滅入ってしまわないよう 努力する〉は、以下の具体例で示された。

「なるべく楽しいことを考えるようにして、自分が滅入ってしまったらね、家族がみんなそうなっちゃうから」 (D氏)

「明るく、だって、簡単な病気じゃないから、変なふうに考えたって自分が損だから。なんとか明るくなるように。自分で気が沈んだんじゃ、家族も大変だろうから」

(E氏)

(4) 〔病状にシンクロして気持ちが動揺する〕

これは、【常に消えることのない不確かな状況がコントロール感覚の獲得を揺るがす】と【闘病を支える力がコントロール感覚の獲得を促進する】の中間に位置して病状にシンクロして変化し、両プロセスに影響を与えていた。このカテゴリーは3概念から生成された。

〈期待を裏切られる病状悪化の情報からショックに追い 打ちをかけられる〉は、以下の具体例で示された。

「(ネットで) たとえば、寛解率、限りなく0であるっ ていう情報がこうあるわけですよね。そういうのがかな りダメージを受けますよね。0なんだって」(C氏)

「それに(骨髄移植に関する本)(中略) <u>そういうの見てから、ちょっとショックっていうか、完治する人も、完治っていうのはないんだろうけど、割合が低いとかね</u>」(H氏)

〈病状の悪化を自覚し、潜在意識にある死の存在が顕在 化し気持ちが揺らぐ〉は、以下の具体例で示された。

「はあ、自分でも病気がもちろん悪くなったときだよねえ。(中略) これはもういよいよ最後で、この入院で家に帰るのも死んだ状態で帰るんかなって、そう、思いました」(A氏)

「(検査データの) <u>ど</u>のくらいのときにそのデッドラインが来るんだろうなってって予測したりすると、あと何年かぁってのが頭をよぎることが多々としてありますね。(検査データが) 低くなってきつつあるかなってみたときにはそういう感じがしますかね」(J氏)

〈病状が好転したことで回復への期待を抱く〉は、以下 の具体例で示された。

「もう3か月以上輸血してないんですけど。(骨髄が)動き出したんですよね。(中略) これで,もしかしたら抜けられるかって,一時期ちょっとそんなことを思ったんです」(C氏)

(5) 〈気持ちの揺らぎを体験しつつ、自己の内面を見つめた時間経過が前向きな気持ちへの変化をもたらす〉

この概念は、本研究のテーマであるコントロール感覚の 獲得においての大きな転換点であり、プロセスにおける重 要な概念として単独で位置づけられた。概念は、以下の具 体例で示された。

「そう長いことうじうじしてたことが、気楽にうじうじうじうじしながら、下がったり上がったりしながら、生活してたことが、そのことがばねになって…… (中略) そういうプロセスがなければ、よし、今年はやるぞってことにはならなかったかもしれない」(C氏)

「でも、だんだんだんだんとよくなってきて。自然と。

別にね、やっぱり日がらかね。だんだんと、自分でも治らなくて、抜け出さなきゃしょうがないなって思い始めて、だんだん強くなってきたんだね、気持ちがね」(G氏)

(6) 【不確かな状況のなかで獲得したコントロール感覚】

これは、コントロール感覚を揺るがされる体験をした患者が、コントロール感覚の獲得を促進するための方略を得て、獲得していく状況を表現したカテゴリーや概念の総括として生成された。

[自らの生活を管理・調整しながら悔いなく生きる] は、 3 概念から生成された。

〈自分の身体によいと思われることを意識して行動する〉 は、以下の具体例で示された。

「この病気は、白血病になりやすいですからねって言われて、できれば、もう、毎月来で調べてもらったほうがいいなって思って、で、1か月に1回になったんですよ」(D氏)

「行動してるかどうかっていうと行動します。それは どんな行動をとるかっていうと、運動をするっていうこ とをしてます」(J氏)

〈自分の身体を自分で守るためには、無理をしないで生きていこうと考える〉は、以下の具体例で示された。

「自分の身体なんだから、自分がよく知ってるはずだと思って、だから、無理をしないようにやっていけばやれるんじゃないかなと思って」(D氏)

「仕事はセーブするようにしてます。この発症をしたというか、確定をしたときから無理をしないようにしてます」(J氏)

〈自分の気持ちが明るく、生き生き生活できるように意識して行動する〉は、以下の具体例で示された。

「私は、どっちかっていうと仕事で、ボヤンとしてる のが嫌れえだから、どんなに忙しくたってそういうとこ ろで仕事やってたほうが、自分としては生き生きするん だよね」(A氏)

「<u>私</u>、本を読むのが好きだから、元気が出るような本を選んで読むようにしてます」(D氏)

〔新たな価値観を見出し、人生を肯定的に意味づける〕 は、2概念から生成された。

〈死を意識しながらも、残された時間を有意義に過ごす 決心をし、行動する〉は、以下の具体例で示された。

「やっぱり、たった一度の人生だから楽しくやっていかなきゃって、まあね、昔の友だちなんかとどこかに出かけたりね」(D氏)

「なんか、<u>いつ、どうなるかわかんないなっていうの</u> も考えました。ただ、生きているうちに好きなことして おこうかなって考えもありましたね」(F氏)

〈病気に囚われないで生きていく〉は、以下の具体例で 示された。

「そうですね、私、もう、この4月、新しい年度ですけど、講演会や研修会の依頼を断らないことにしたんです。ええ、やろうって思ってるんです。去年は、迷惑かけたらどうしようって、(中略) 引き受けなかったんですが、今年はね、あのそれだけ気持ちが変わったんだろうと思います」(C氏)

「仕事だけじゃなく、何というか、好きなことをして、ちょっと楽しめることが……(中略)<u>目標じゃないですけど、なんか楽しくなってきたかなっていう……</u>」(F氏)

(7) 〔病状安定への希望を常に持ち続ける〕

これは、「コントロール感覚を揺るがされる衝撃を受ける」以外のすべてのプロセスに影響を与えたカテゴリーであり、2概念から生成された。

〈少しでも病気がよくなる治療法に望みを託す, 藁をも すがる気持ち〉は、以下の具体例で示された。

「いまからでも特許の薬が出て、誰かそう、いい薬が発見されて、これはこれでやれば治るんだって、出ればいいなって思ってるんですよね」(A氏)

「できるだけ進行が抑えられるようにできることをすべてやりたいなっていうのがいまの質問に対しての気持ちですかね。ですので、自分ではなく、もし、本当に専門的なアドバイスをもし頂けるのならば、それを即、実践をしてみたいと思いますね」(J氏)

〈検査データが改善し、病状がずっと安定していてほしいと願う気持ち〉は、以下の具体例で示された。

「早く輸血から卒業して、階段が普通に上がれるようになればいいなって思ってる」(E氏)

「<u>ずっと安定してるように</u>, ずっと数値が安定してて, それっきし考えられない」(G氏)

Ⅳ. 考 察

不確かな状況を生きるMDS患者は、苦悩を抱えながらも、人と人とのつながりを前向きに生きる力に変え、自己の内面を見つめ成長することでコントロール感覚を獲得し、人生を肯定的に意味づけて行くプロセスをたどっていることが明らかになった。そこで、患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセスの現象と特徴、および看護支援について考察する。

1. MDS患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセスの現象と特徴

a. コントロール感覚を揺るがされる体験の意味

MDSの診断を受け、〔コントロール感覚を揺るがされる 衝撃を受ける〕体験をした患者は、〔後ろ向きな考えや行 動をとる〕ことで、病気の事実と向き合うことを避け、現 実逃避という防衛機制を働かせることで、無意識に自己の コントロール感覚が破綻することを防いでいたと考える。 そして、徐々に病気に罹患した現実から目を背けてばかり はいられないと認識し、〈検査データに一喜一憂すること しかできない自分へのもどかしさ〉を抱え、〔検査データ に翻弄され、常に意識のなかに拭い去れない病気悪化への 懸念をもつ〕状況に至った。これは、検査データが唯一、 自分の病状をとらえる指標となるMDSの特徴を反映して いる。自覚症状が乏しくつかみどころのない病気に、患者 は生きる拠りどころを見失い、常に病気悪化への懸念をも ちながら過ごす心理に陥ったと考える。そして、検査デー タの変動は、患者の心を大きく動揺させ、〔病状にシンク 口して気持ちが動揺する〕体験に至った。これは、潜在意 識のなかに常に死が存在し、検査データのよし悪しによ り、死への脅威と回復への期待の両方の気持ちが大きく振 幅し、心の平静が保てないことを意味している。このよう にMDSの患者では、ほんの少しの病状の変化や検査デー タの変動が、本人の認知によって容易にコントロール感覚 の獲得を揺るがす負の影響にも、獲得を促進する要因とし ても働くのである。このことは、人の状況により不確か さが、肯定的にも否定的にも意味づけられるという Mishel (1988) の理論とも一致すると考える。また、原因不明で 標準的な治療法が確立されていないというMDSの特徴 は、情報提供によって解決できない不確かさを生じさせ、 それが一層コントロール感覚の獲得を困難にし、苦悩を強 めていく要因になっている。しかし、患者は、この状況を 理解し関心を寄せてくれる〔支えになる人と人のつながり がある〕を原動力にし、【闘病を支える力がコントロール 感覚の獲得を促進する】に至った。他者のサポートを受 け、自分の現実を受け入れ、〔いまを前向きに過ごす努力 をする〕と思えたことが、コントロール感覚獲得の促進へ とつながったと考える。

b. コントロール感覚の獲得をもたらす自己の内面を見つめる時間の重要性

プロセスにおいて、〈気持ちの揺らぎを体験しつつ、自己の内面を見つめた時間経過が前向きな気持ちへの変化をもたらす〉は、患者にとっての大きな転換点となっている。これは、コントロール感覚を獲得するうえで、自己の内面を見つめ、気持ちに折り合いをつける時間が必要であることを示唆している。藤田(2001)は、がん体験者は退

院後3年以上の時間をかけてこれまでの出来事を振り返 り、病気体験に関する自分の感情や思いを処理して、これ までの物の見方や考え方に新たな視点を見出す、と述べて いる。本研究では、MDSの患者が前向きな気持ちへの転 換をはかるために要する物理的時間を明らかにすることは できなかった。しかし、患者は気持ちの揺らぎのなかで行 き来しながら、十分に自己の内面と向き合い、自己洞察を 行った心理的時間を経て、自らの人生に納得のいく結論を 見出したと考える。この心理的時間により、困難を乗り越 える方法を患者自身が学び、いままでの自分を支配してい た病前の生き方から自己を解放したことにより、前向き な気持ちへの変化をもたらす転換点につながったと考え る。それは、患者がもつレジリエンスともいえるだろう。 Grotberg (2003) は、レジリエンスとは逆境に直面したと きにそれを克服し、その経験によって強化される場合や変 容される人がもつ適応力である、と述べている。まさに、 MDSの患者においても、自己洞察を行うなかで、潜在的 にもっていたレジリエンスを発揮し、困難な状況を自ら乗 り越え成長し、前向きに適応するに至ったと考える。それ らの気持ちの変化が、〈自分の気持ちが明るく、生き生き 生活できるように意識して行動する〉などの行動変容につ ながり、コントロール感覚の獲得をもたらしたといえる。

そして、コントロール感覚の獲得は、〔新たな価値観を 見出し、人生を肯定的に意味づける〕、〈病気に囚われない で生きていく〉という価値観の転換を引き起こし、人とし ての成長をもたらしたと考える。

c. MDSの患者が持ち続ける希望の意味

MDSの患者は、診断を受けてから一貫して〔病状安定への希望を常に持ち続ける〕状況があった。Mishel (1984/1998) は、慢性疾患を抱え不確かな状況を生きている患者は、不確かさの状況に依拠することで希望を見いだし、維持させていると説いている。そのため、MDS患者も、確かな治療法や病状安定への確信が得られないことで、かえって新たな可能性を信じ希望を維持させていたと考える。さらに東(2005) は、希望をもつことが、コントロール感覚を喪失させることなくその人が自分自身を信じて力を引き出すことにつながった、と述べている。常に心の根底に希望を持ち続けているからこそ、揺らぐ気持ちのなかでも自分を見失わず、気持ちを前向きに転換し、コントロール感覚の獲得に影響を与え続けることができたと考える。

2. MDS患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセスにおける看護支援

不確かな状況にあるMDS患者がコントロール感覚を獲得していくためには、常に不安を抱えながら過ごす患者を

支える看護が必要である。看護師は、患者とコミュニケーションをはかり、在宅での日常生活への影響がないかを情報収集し、患者の表情や言動をよく観察することにより、うつや適応障害などの医学的治療を必要とする状況にあるか、アセスメントすることが重要である。そして、治療が必要と推察される患者には、医師と情報を共有し、医学的治療の介入を進めていくことが求められる。また、カルテから検査データの変動について情報収集し、検査データが下がっていた患者には、看護師側から積極的に声をかけ、気持ちを表出する時間を設定することも大切である。そのためには、患者相談支援センターとの連携、専門看護師、メディカルソーシャルワーカー(以下、MSW)などの他職種と協働し、看護支援を行っていく必要がある。

さらに、プロセスの大きな転換点である、気持ちが揺ら ぎつつも自己の内面を見つめる時間を支える看護が重要で ある。そこで、看護師に求められる支援は、患者が自己の 内面を見つめ自己洞察し、自分自身で気持ちを切り替えて いくための時間の必要性を理解し、患者に生じる変容の過 程に心をこめて寄り添うことである。また、患者は自己洞 察を行うなかで、病気体験から新たな学びを得ているた め、看護師はその学びが整理できるよう支援していくこと も大切である。さらに、自助グループによる情緒的サポー トは、がん体験者の自尊感情を高め、いまある状態や自分 自身を肯定的に受け入れることを可能にすると同時に、自 己に対する認識を変容させ、自ら自己決定していくため の力を得ると明らかにされている(高橋・小笠原・久米、 2004)。そのため、今後は自助グループにおける体験者の 力を活用し、ソーシャルサポートを取り入れた看護支援も 検討していく必要がある。

また、コントロール感覚の獲得を促し、人生を肯定的に意味づけていくために、常に持ち続けている希望を支える看護が必要である。そのためには、患者の自己効力感を高め、励まし、支え続けることが必要である。また Leeら(2006) は、がん患者に行った研究において、ナラティブセッションを用いた介入が統制観や自尊感情、楽観主義を上昇させることを証明している。そのため、看護師によるナラティブ・アプローチを用いた看護介入を日常の実践のなかに取り入れ、苦悩を抱え悩んでいる患者のタイミングを逃すことなく、語りに深い関心をもち、耳を傾けることが大切である。そして、患者に新たな思考が構成されてい

くプロセスに看護師が協働で取り組むことで、患者への理解が深まり、効果的な看護支援の提供へとつながると期待できる。

V. 結 論

- 1. 不確かな状況を生きるMDS患者がコントロール感覚を獲得するプロセスは、患者が、MDSの診断を受け、
 [コントロール感覚を揺るがされる衝撃を受ける]から始まり【常に消えることのない不確かな状況がコントロール感覚の獲得を揺るがす】と【闘病を支える力がコントロール感覚の獲得を促進する】の間で〔病状にシンクロして気持ちが動揺する〕を介して行きつ戻りつするプロセスを経ていた。そして、大きな転換点となる〈気持ちの揺らぎを体験しつつ、自己の内面を見つめた時間経過が前向きな気持ちへの変化をもたらす〉を体験し、【不確かな状況のなかで獲得したコントロール感覚】へ至るプロセスを歩んでいた。
- 2. 全プロセスにおいて、〔病状安定への希望を常に持ち続ける〕が心の根幹に存在し、【不確かな状況のなかで獲得したコントロール感覚】に影響を与えていた。
- 3. コントロール感覚の獲得に向けて看護師は、患者が自己洞察する時間に心をこめて寄り添い、新たな思考が構成されていくプロセスに協働で取り組む支援が必要である。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設のみの対象者から得られたデータに基づく分析結果であり、一般化には限界がある。今後の課題は、コントロール感覚の獲得に必要な自己の内面を見つめる具体的な時間と要因を明らかにしていくことである。

謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきました対象者の皆さま、病院関係者の皆さまに心よりお礼申し上げます。なお、本編は2011年度群馬大学大学院保健学研究科博士前期課程に川田智美が提出した修士論文(指導:神田清子)に修正・加筆を加えたものである。

要 旨

本研究の目的は、不確かな状況を生きる骨髄異形成症候群(以下、MDSとする)患者がコントロール感覚を獲得するまでのプロセスを明らかにし、有効な看護支援のあり方を検討する、である。対象者は、白血病化する可能性を告知され、診断後3か月以上のMDS患者12名である。データは半構成的面接により収集し、修正版グ

ランデッド・セオリー・アプローチにて分析した。その結果、本プロセスは〔コントロール感覚を揺るがされる衝撃を受ける〕から始まり【常に消えることのない不確かな状況がコントロール感覚の獲得を揺るがす】と【闘病を支える力がコントロール感覚の獲得を促進する】の間で動揺しながらも、〈気持ちの揺らぎを体験しつつ、自己の内面を見つめた時間経過が前向きな気持ちへの変化をもたらす〉を転換点とし、【不確かな状況のなかで獲得したコントロール感覚】へ至っていた。看護師は、患者が自己洞察する時間に寄り添い、プロセスを支援する必要がある。

Abstract

The aims of this study were both to clarify the processes undertaken by myelodysplastic syndrome (hereafter MDS) patients who live in uncertain situations and have yet to achieve a sense of control, and to investigate ways of providing more effective nursing support. Participants comprised 12 MDS patients who had been diagnosed at least 3 months previously and were told that they may develop leukemia. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using a modified grounded theory approach. Results revealed that these processes occurred as follows: they began from "shock jolting the sense of control"; they fluctuated between "the achievement of a sense of control being swayed by ever-present uncertain situations" and "the achievement of a sense of control being promoted by the power supporting the fight against the disease"; they reached the turning point of "still experiencing fluctuations in feelings, but focusing on introspection is bringing about positive feelings with the passage of time"; and finally, they arrived at "achieving a sense of control in an uncertain situation". Nurses need to support this process by being close to patients at times of self-insight.

文 献

- American Psychiatric Association (2002) / 高橋三郎, 大野 裕, 染矢 俊幸 (2004). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル (新訂版). 648, 東京: 医学書院.
- 浅野美知恵, 佐藤禮子 (2002). がん手術後5年以上経過の患者と その家族員の社会復帰過程におけるがん罹患の意味. 千葉看 護学会会誌,8(2),9-15.
- Astin, J.A., Anton-Culver, H., Schwartz, C.E., Shapiro, D.H., McQuade, J., Breuer, A.M., Tayior, T.H., Lee, H., and Kurosaki, T. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: the importance of balancing control coping styles. *Behav Med*, 25 (3), 101-109.
- 東 利江 (2005). 手術患者の痛みへのコーピングとコントロール 感覚に関する質的研究. 杏林大学研究報告(教養部門), 22, 15-29
- 藤田佐和 (2001). 外来通院しているがん体験者のストレスと折り 合いをつける力. 高知女子大学看護学会誌, 26(2), 1-12.
- Grotberg, E.H. (2003). Resilience for Today: Gaining strength from Adversity. 1-30, Praeger.
- 今泉郷子,遠藤恵美子 (1999). 入退院を繰り返しながら化学療法 を受ける胃がん患者の遭遇する問題を乗り越える体験として のプロセス. 日本がん看護学会誌, 13(1), 53-64.
- 今泉郷子, 稲吉光子 (2009). 「がんサバイバーのコントロール感 覚」の概念の特性. 日本がん看護学会誌, 23(1), 82-91.
- 片平好重 (1995). がん患者が病気の意味を見いだしていくプロセスに関する研究. 死の臨床、18(1)、41-47.
- 木下康仁 (2009). ライブ講義M-GTA実践的質的研究法―修正版 グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 67-82, 東京:弘文堂.
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2010). 骨髄異形成症候群. がん情報サービス. Retrieved from http://ganjoho.jp/public/cancer/data/MDS.html (検索日2013年2月14日)

- 近藤まゆみ, 嶺岸秀子 (2006). がんサバイバーシップ―がんとともに生きる人々への看護ケア. 4, 東京: 医歯薬出版.
- Lee, V., Robin, Cohen, S., Edgar, L., Laizner, A.M., and Gagnon, A.J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism and self-efficacy. *Soc Sci Med*, 62 (12), 3133-3145.
- Marlow, B., Cartmill, T., Cieplucha, H., and Lowrie, S. (2003). An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer. *Psychooncology*, 12(4), 319-330.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. Image J Nurs Sch, 20(4), 225-232.
- Mishel, M.H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image J Nurs Sch*, 22 (4), 256-262.
- 難病情報センター (2012). 不応性貧血 (骨髄異形成症候群). Retrieved from http://www.nanbyou.or.jp/entry/184 (検索日2013 年2月14日)
- Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: concept advancement. J Adv Nurs, 57 (6), 658-667.
- Richardson, J.L., Marks, G., Johnson, C.A., Graham, J.W., Chan, K.K., Selser, J.N., Kishbaugh, C., Barranday, Y., and Levine, A.M. (1987). Path model of multidimensional compliance with cancer therapy. *Health Psychol*, 6 (3), 183-207.
- 高橋育代,小笠原知枝,久米弥寿子(2004). がん体験者のQOLに対する自助グループの情緒的サポート効果. 日本がん看護学会誌,18(1),14-24.

[平成25年9月12日受 付⁻ 平成26年8月2日採用決定₋

一研究報告一

レビー小体型認知症の高齢者が語る生活上の困難な体験と思い

Difficulties and Thoughts of Elderly Individuals with Dementia with Lewy Bodies

加藤泰子¹⁾ 高山成子²⁾ 沼本教子³⁾
Yasuko Kato Shigeko Takayama Kyoko Numoto

キーワード:レビー小体型認知症, 認知症, 体験, 困難, 思い

Key Words: dementia with Lewy bodies, dementia, experiences, difficulty, thought

はじめに

認知症の原因疾患は主に4つで,変性性認知症に分類 されるアルツハイマー病 (Alzheimer's disease, 以下ADと する), レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies, 以下DLBとする), 前頭側頭型認知症 (fronto-temporal dementia), そして, 脳血管障害による血管性認知症 (vascular dementia) である。変性性認知症の発症頻度は ADが最も高く、次に高いのがDLBである。DLBの場合 は、正しい診断ができるかどうかで疫学の内容が変わって くると指摘されているように、 疫学データには幅があり、 DLBの割合は10~20%といわれ、患者数は国内約60万人 と推定されている (小阪, 2012)。DLBは, α シヌクレイ ンといわれる蛋白質を主成分とするレビー小体によって. 脳の神経細胞や全身の交感神経が進行性に障害されていく 疾患である。DLBの特徴的な脳の変化は、前頭葉、頭頂 葉に散在性の萎縮がみられ、側頭葉内側の萎縮はADに比 し軽度で、後頭葉では、萎縮は目立たないが視覚野に血 流・代謝の低下がみられる。DLBはADに比し記憶障害 は軽く、認知症=物忘れという先入観にとらわれると診 断が遅れるともいわれている(佐藤, 2012)。特徴的な症 状には、CDLB (consortium on dementia with Lewy bodies) ガイドラインの中核症状にあげられている認知機能の動揺 やありありとした幻視、パーキンソニズムの3点があり、 さらに示唆的特徴や支持的特徴としてレム睡眠行動障害や 向精神薬に対する感受性、転倒・失神、うつ症状などさ まざまな症状がある。実際の臨床の場面では、DLBはAD やパーキンソン病と誤診されることがあり、家族がそれら の診断に違和感をもってセカンドオピニオンを求めるケー スも多い (佐藤, 2012; Nicholson, 2009)。 それはDLB の家族が介護するうえで直面している困難や問題意識は, ADやパーキンソン病の人を介護してきた者達が抱えてい

る困難や問題とは違っているため、従来のAD・パーキンソン病の判断では対応しきれていないからだと言える (Nicholson, 2009)。つまり現在の認知症ケアは記憶障害を前提としたADに対応させたケア方法が多いため、既存の認知症ケアでは、DLBに出現する症状に対応しきれていないという現状がある。

認知症の人のための看護を創り出す際に重要なことは. 永田(2013)が「当事者が最も伝えたいこと、関心のある こと、当事者にとって本当に(優先的に)必要なことは何 かを、本人とともに少しずつ明らかにしていくプロセス自 体が重要」と述べているように、まずは、認知症の人自身 の体験を明らかにしていくことである。すでに、認知症の 患者が自分自身について話すことができ、認知障害を自 覚して、彼らなりに対応していることが報告されている (Phinney, 1998; 高山・水谷, 2000; 2001)。しかし, こ れらの研究はADの人に焦点をあてたものか、とくに認知 症の原因疾患を特定していない場合が多い。近年, Boden, C. をはじめとした多くの認知症の当事者が体験を語るこ とによって、周りからの認知症の理解と本人の体験の違い などが明確にされつつある (Boden, 1998/2003; Goldsmith, 2008)。Boden (1998/2003) は、「答える言葉を見つけるの に苦労する」「何をしたのか?思い出すためには、いつも 半狂乱になって考えなければならない」「(日々が) 私には 多すぎる用事。誰かに手伝ってもらおうとは決して考えつ かない」と主に記憶障害による苦悩、自ら助けを求めるこ ともむずかしくなる苦悩を述べている。

一方, DLBに焦点をあててみると, DLBの当事者の報告ではなく, 診療者側・ケア従事者側からの報告であるものの, 丸井・井関(2005)が,「DLB患者の特徴として動揺はあるものの認知機能は比較的保たれていることが多いため, 患者の自尊心を傷つけないようなかかわりが重要である」と述べ、宮本(2009)は、幻視・妄想を伴うため,

¹⁾ 兵庫県立大学看護学部 College of Nursing Art and Science, University of Hyogo

²⁾ 石川県立看護大学 Ishikawa Prefectural Nursing University

³⁾ 京都橘大学看護学部 Kyoto Tachibana University

幻視が見える恐怖とつらさを理解し、否定せずに受容的に 関わることが重要、と述べている。

これらから、認知症の原因疾患による症状の違いが認知症の人に異なった影響を与えていることは明らかであるが、DLBの当事者の言葉ではないために、DLBによる苦悩がADなど他の認知症とどのように異なるか、どのような対応をすることがもっとも適切であるかについては明確ではない。

そこで本研究では、初期のDLBの高齢者は記憶障害が目立たないことから、自分の変化や症状をある程度理解し記憶している可能性が高く、自分の体験を語ることができるという観点から、DLBの高齢者が体験している病気や症状、そのときの苦悩、対応などを明らかにすることを目的とした。これらを明らかにすることは、ADとは異なる、DLBの高齢者の苦悩に対する適切なケアを構築することの重要な手がかりになると考える。

また本研究は、このようなDLBの高齢者が体験する現象への深い理解を深めることを目的とした質的研究である。

I. 用語の定義

①体験:体験とは、「自分自身が身をもって経験すること(広辞苑)」「経験が外界の知的認識という客観的な意味をもつのに対し、体験はより主観的、個人的な色彩が濃い(日本大百科全書)」と示されている。本研究では、高齢者がDLBに罹患したことによって主観的・個人的に経験していること、その経験に伴う情意的な内容を「体験」と定義する。

②困難:困難とは「ものごとをなしとげたり実行したりすることがむずかしいこと。難儀。(広辞苑)」と示されている。本研究では、DLBに罹患したことによって本人自身が困っていると感じている生活上の事柄を「困難」と定義する。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、DLBの高齢者が体験している未知の現象について、DLBの高齢者の語りを通して探索するため質的記述的研究を用いた。

2. 研究対象者

CDLBガイドラインと画像(CT, MRI, SPECT)によってDLBと診断され、かつ下記の条件に該当する者(以下, 対象者とする)を、認知症の専門病棟に勤務する日本

老年精神医学会認定専門医より紹介を受けた。

- ①本研究の対象に選ばれたことで不安や混乱状態になる 可能性が低い
- ②DLBが重度でなく、言語によるコミュニケーションがとれる
 - ③治療中の急性疾患がない、寝たきりではない

本研究では、対象者の認知能力やコミュニケーション能力の詳細や生活環境、ADLの状況についての条件は用いなかった。その理由は、DLBの高齢者がどのような状況において、どれぐらい語ることができるのかは明確ではなく、DLBの高齢者自身が感じている困難や思いなど、何かしらの体験を語ってもらうことを優先したためである。

3. データ収集期間および収集場所

平成22年5月から平成23年2月にかけて、A県とB県の 医師からの紹介を受けた対象者に対して、病院、施設また は対象者宅でデータ収集を行った。

4. データ収集方法

データ収集は、半構造化インタビュー(以下、インタ ビュー)で行った。インタビューガイドは、「生活をされ ているなかで困難に感じることは何ですか」「動きにくい と感じることはありますか」「見えにくいと感じることは ありますか」などDLBに特徴的な症状に基づいた生活上 の困難な体験や「自分の変化をどのように感じられます か」「困ったときはどのような思いになりますか」「困った ときはどのように対応されていますか」など自分の変化を どのように自覚し受け止め対処しているかを問う内容で構 成した。インタビューの場面では、対象者の自由な語りを 妨げないように考慮しながら適宜質問を加えた。また、対 象者の身体的・精神的負担がかからないことを最優先に実 施した。インタビューの内容は、対象者の許可を得てIC レコーダに録音し、インタビュー時の表情や話し方など録 音できないデータはノートに記録した。インタビューの日 時は対象者の都合のよい日時と場所を家族の協力を得て決 定し、インタビューは原則、対象者と研究者の1対1で 行った。

5. データ分析方法

対象者の語りをそのまま逐語録にして、それをデータとした。まず逐語録を熟読し、対象者が体験した困難やその思いと対応に関連する記述部分を抽出した。次に、抽出した記述部分の意味を損なわないように注意しながら、一つの意味内容ごとに書き表してコードとした。抽出されたコードの意味内容の類似性や相違性を比較分類し、カテゴリ名を示した。このカテゴリ化の作業を繰り返しながら、

カテゴリの意味している内容の抽象度を上げ、その際には できるだけ語られた現実を記述するため、小カテゴリ、中 カテゴリ、大カテゴリとていねいに段階を踏んだ。

6. 倫理的配慮

本研究は、神戸市看護大学の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。研究協力にあたっては、研究の主旨について本人と成年後見人制度に準じた家族に文書を用いて説明を行った。説明した内容は、研究参加への自由意思と撤回の権利、プライバシー・匿名性の保障、不利益を生じさせないこと、研究結果の公開についてで、両者の署名にて同意を得た。また、個人情報は個人や病院・施設名をコード化し、個人等が特定されないかたちでデータを取り扱った。インタビューの際には、DLBの高齢者の心身の状態に十分配慮し、研究の参加による悪影響の出現(混乱や興奮など)に注意を払い。そうした徴候がみられた場合には直ちに中止し、必要であれば家族や施設、病院の担当者に連絡し必要な対処できるようにした。また質問の際には、話すことによって精神的負担を感じることは無理に話さなくてよいことを伝え、繰り返し確認しながら行った。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の概要(表1)

対象者は、CDLBガイドラインとCTやMRI、SPECT などの画像を用いて専門医にDLBと診断された8名(男性4名,女性4名)であった。対象者の詳細は表1のとおりである。コミュニケーション能力については、医師や家

族からの情報、インタビュー中の印象から、記憶障害のない対象者は1名で、それ以外の7名の対象者は、意思疎通がむずかしくなる場面がときどきある状況であった。インタビューの時間は約40~70分であった。インタビューは、7名は1回、1名は2回行った。2回行った理由は、インタビュー中に第三者の訪問があったためインタビューを中断し、後日改めてインタビューを実施したからである。

2. DLBの高齢者が体験している困難と思い

対象者の語りから抽出されたカテゴリの結果を表2に示した。以下に、大カテゴリを用いてDLBの高齢者が体験している困難と思いの概要を記述し、その次に、各大カテゴリについて、中カテゴリ、小カテゴリ、対象者の語りを用いながら説明する。なお、大カテゴリは【 】、中カテゴリは《 》、小カテゴリは〈 〉、対象者の語りは「 」で表し、語りのままではわからない部分は()で補足説明を加えた。

a. DLBの高齢者が体験している困難と思いの概要

対象者の語りから3つの困難と3つの思いが抽出された。その困難は、日常生活にかかせない会話と歩行に関するもの、そして幻視によるものであった。対象者は、認知機能の動揺やパーキンソニズムなどにより【会話力の喪失】が起こり、また【パーキンソニズムによる防ぎようのない転倒】が起こるため、常に危機感を抱きながら生活をしていた。そして、繰り返し出現する幻視は、対象者にさまざまな影響(【日常に入り込む幻視がもたらす多様性】)をもたらしていた。このような体験をするなかで、対象者はDLBによる自分の変化に気づき【(自分の変化への) 試

	年齢	性別	病名告知					
			71/14 11 741	生活環境	活動方法	特徴的な症状	認知症高齢者の 日常生活自立度	障害高齢者の 日常生活自立度
A	60歳代	男性	なし	病院	独歩	幻視 パーキンソニズム	Ш	A1
В	70歳代	女性	なし	病院	車椅子	パーキンソニズム 妄想	II b	B2
С	80歳代	男性	なし	病院	独歩	幻視 パーキンソニズム	П	A1
D	80歳代	男性	あり	自宅	独歩	パーキンソニズム REM 睡眠行動障害	П	J
E	80歳代	男性	あり	自宅	独歩	幻視 パーキンソニズム	I	J
F	80歳代	女性	なし	施設	独歩	幻視 パーキンソニズム	II b	A1
G	80歳代	女性	あり	施設	独歩	物忘れ 幻視 (過去)	П	J
Н	80歳代	女性	あり	自宅	独歩	幻視	I	J

表 1 研究対象者の概要

表 2 DLBのある高齢者が語った生活上の困難な体験と思い

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
	法組件の任工により共士	会話が突然止まった体験から話すことに不安を感じる
	流暢性の低下による苛立 ちや不安	会話がしにくくなり、話すことに頼りなさや伝わりにくさがあり苛立つ
会話力の喪失		言葉も忘れそうで口もなめらかに動かず話しにくい
	会話することへのためら	周りの人が話している内容が分からず会話に参加できない
	6.0	特に新しい人と話す時はどう言おう、何を聞かれるだろうと緊張する
		体が硬く、特に動き始めが動きにくい
	身体の動きにくさ	夜寝ててトイレに行くのに時間がかかる
		治療薬の副作用で動きにくさがでることがある
パーキンソニズムに	姿勢保持や歩行が難しい	歩くときにすり足やうつむいた姿勢になる
よる防ぎようのない	女男体団へ多口が難しい	座っているのも不安定で辛い
転倒	体調のコントロールが上	めまいや体の不調をずっと感じている
	手くできない	何をするのも大儀に感じる
	あっという間に倒れるの	あっという間に倒れるように転倒し防ぎようがない
	で防げず恐い	なぜ転けたか分からず歩くのがこわい
	幻知により公託の古際	今、目の前にあるような具体的な幻視や幻聴が突然現れ会話が中断する
	幻視による会話の支障	幻視により話しが飛び会話がかみ合わず曖昧さが残る
		自分の生活空間にひょこひょこ訪ねてくるちびちゃん(幻視)に違和感なくあたり前のように過ごして
		va
	日々の支えになる幻視	ちびちゃんに愛情が芽生え生活の一部となる
		寂しい時にそばにいていくれる幻視が支えになる
		ちびちゃん・両親(幻視)に会うことで「元気を出していこう」という力が湧く
		ちびちゃん(幻視)の世話がうまくいかず負担になる
	冷静な自分を奪う幻視	ちびちゃん(幻視)の世話が出来ず,何の世話もしない自分自身に気色悪さや無力感が残る
		女の人(幻視)に「主人を取られる」そればかりの一念で日々を過ごす
日常に入り込む幻視		被害妄想に支配され不快な思いで過ごす
がもたらす多様性		幻視の行動に疑問を持ちなぜかと色々考える
	幻視を納得できないがつ じつまが合うように考え て受け入れる	幻視に対して「ほっといたほうが楽」「悩むのはアホらしい」と決着を付けると気持ちが「すぅーっと
		医者から「目は大丈夫」と聞き安心感を得る
		幻視が見えることに対して「みんながおかしいと言うから違うみたい」「何でもいいわ」と半分あきらめ 半分受け入れようとする
		自分の気掛かり(幻視)を否定しないで聞き何であるかを教えてもらうと楽になる
		治療がきっかけで幻視を「おかしいな」と考えるようになる
		幻視をよく見て考える余裕があるとおかしいと気づき「幻覚だった」ことが納得できる
	幻視を自覚し疑問が解消	幻視だとわかると気分がすうっと変わり夫の顔が見られるようになった
	する	幻視の症状について「周期的ではなくたまにぽつんと出る」と自覚がある
		幻覚だと分かってから気持ちがすっきりして若い頃のしこりまでもなくなった
		今まで出来ていた畑仕事や字を書くこと、家事などができなくなり物忘れもするようになった
	機能性トを目覚し洛胆する る	すまで出来ていた畑仕事や子を育くこと、家事などができなくなり初ぶれもりるようになった 車には乗らないように言われ、行動範囲が狭くなり困っている
40 - 40 - 100		The state of the s
自分の変化への試行 錯誤	認知症になることに恐怖 がある	いつまでも自制心が続くのかと先のことを考えると不安が募る
2月17六		認知症の人のようになることが嫌である。
	目分の変化を内省し止常であろうともがく	頭の異常に気づきこれ以上狂わないようにと注意を払う
	(3)) (3)	他者の指摘によって見えている物に疑問をもちあれこれと考える
	表面化する身体変化を自	振戦が出るのは「お前の業や」と責められた経験がある
	他ともに卑下する	周囲に「おかしい」と言われ混乱し不安やバカにされた気持ちになる
自覚があるがゆえの 悲嘆		振戦など体の変化に「これで倒れる運命」「もうだめなのか」と失望する
心昳	# C # + + + T # + 2	私は大したことがなく頭もついていかずごまかしの人生であるという
	自分の存在を否定する	他者に迷惑をかけていると思い、おらん方がましだと思ったりしている
		悩んでいる自分を阿呆のようだと希望もないと言う
自覚に基づく困難へ	L 9 10 L L L 2 1 7 7 7 7 7	何もない生活であるが今の自分に合っている
	あるがままを受け入れる	ここ(施設)での生活は世間と違い安全で落ち着いている
		DLBによる変化を「けったいな性分や」と受け入れる
	自分を励ます	そのうちどないかなると気楽に行こうと思うときもある
の適応		嫌なことや悪いことは忘れ老いる恐さに負けず、前を向いて生きようと小さな決意を重ねる
		前より歩けるようになったと身体機能の回復を自覚し、自分なりの方法で回復訓練に取り組む
	障害に自分で対応する	自分の判断に自信がないと他者に確認する
		自分のことを見張っていてほしいという

行錯誤】し、【自覚があるがゆえの悲嘆】に陥るが、悲嘆にくれるだけでなく、【自覚に基づく困難へ(の)適応】 していることが明らかとなった。

b. DLB高齢者が体験している困難と思いの内容

(1)【会話力の喪失】

この大カテゴリは、対象者が、突然会話ができなくなった体験や流暢に話せなくなった自覚などにより、会話をためらうようになるという状況を意味し、以下のカテゴリから抽出された。

(a) 《流暢性の低下による苛立ちや不安》

Dさんは「話しをしててぱっと止まるときがあるんや。なんでやろうな。まわりも気づいてたと思うで」と語り、 Hさんは「いままでだったら、ぱっぱ、ぱっと口から出まかせ言えたけどね」と、突然言葉が出てこず会話が中断したり、語彙の減少、流暢性の低下を自覚して会話が不安になったり、〈会話がしにくくなり、話すことに頼りなさや伝わりにくさがあり、苛立つ〉という体験をしていた。

(b) 《会話することへのためらい》

Bさんは「しゃべるのも頼りないです。この病気になってから、話してても何度も聞き返されたり、聞き返すのも嫌」と会話が心許なくっていると語り、Eさんは「人と話しにくいですね。それが一番嫌やね。家族に声をかけられたり、話をもってこられたって全然聞こえない。わからない。それが一番困ります」と会話に参加できないつらさを語り、Hさんは「(いまは、すぐに答えられなくなってしまって、話していると)すぐね、なんせ、どう言おう、何か聞かれたら困ったなって」と会話におろおろするようになると語った。このように、対象者らは会話に自信をなくしたり、周囲の話についていけなかったり、会話に参加できなかったり、会話が緊張したり、という体験を重ねるなかで、会話をためらうようになっていた。

(2)【パーキンソニズムによる防ぎようのない転倒】

この大カテゴリは、DLBの症状であるパーキンソニズムや自律神経障害によって動きにくさや姿勢保持の困難などの身体の不具合を感じ、ちょっとした接触やつまずきであっという間に転倒するため歩行に恐怖を抱えているという状況を意味し、以下のカテゴリから抽出された。

(a) 《身体の動きにくさ》

Aさんは「動きにくさが若干ありますね。仕事の能率が落ちてきた感じがします」と、Dさんは「身体が硬くなってきた。夜寝ててトイレに行こうと思ってもすぐに動かない。時間がかかってしまう」と語り、パーキンソニズムなどによる身体の動きにくさがあった。

(b) 《姿勢保持や歩行がむずかしい》 《体調のコントロールが上手くできない》

Dさんは,「ほら,変やろ」と自分の歩く様子を見せ,

「すり足になってきた。なんでやろうね」と語り、勝手にすり足になってしまう歩きにくさを体験していた。Bさんは「すーっと起きるとめまいがする」「何するのも大儀です。座っているのもつらい」と起立性低血圧や筋肉のこわばりに不随する姿勢保持の困難があった。これらの症状はコントロールがむずかしく、改善せず持続していた。

(c) 《あっという間に倒れるので防げずこわい》

「顔から落ちるようにこけるんや。だから顔が傷だらけになってな(Dさん)」「どことなり倒れるか知らんのです。なんべんも倒れて、あっという間に倒れてしまうから手の持って行き所がないんです(Bさん)」と、あっとういう間に倒れてしまう防ぎようのない転倒を体験していた。そしてFさんは、「僕、起き上がろうとして起き上がりよったんだけども……、その辺がね、はっきりわからない。覚えていないというよりも、確認できなかったわけやね。なぜこけたんか、どんなにこけたんか」「こわいなぁ、というほうが多いですな」と語り、対象者は転倒する危険があることはわかっているのだが、その原因は明確でなく"あっという間に"起きてしまうため、防ぐことができず、歩行に恐怖心をもつようになっていた。

(3) 【日常に入り込む幻視がもたらす多様性】

この大カテゴリは、対象者が幻視によってさまざまな影響を受けている状況を表している。6名が幻視について語り、うち2名は"幻視"という言葉を用いて体験を語った。他の4名は幻視という言葉は用いないが、"私には見えるが他者には見えない"と自分の異変を客観的に理解しているような語りがあった。幻視がどのように影響しているかについては各人によって異なっていたが、共通しているのは、幻視が各人の日常に入り込んでいることであった。

対象者の幻視に関する語りは「困る」「不安」という困難を示す言葉だけで終わっていなかった。対象者にとって幻視は、日々の支えになるものや、逆に冷静な自分を奪うものであるなど、よい影響と悪い影響の両方がみられた。そして対象者は、日常化する幻視に対して、納得はできないがつじつまが合うように考えて受け入れようとし、また幻視を自覚することで疑問を解消するなど、何かしらの方法で幻視に対応していた。

(a) 《幻視による会話の支障》

Cさんは、突然足下を見ながら「何か落ちたで」「何か、糸を巻いたみたいなのと思った」と言った。インタビューアーが「いまも見えますか」と聞くが、Cさんの返事ははっきりしない。「大丈夫ですか」と聞くと「そうですね。大丈夫です」と曖昧に答えた。このように幻視によって会話がかみ合わなくなり、会話はうやむやに終了した。

(b) 《日々の支えになる幻視》

Fさんはベッドの枕元に時計を3個準備し、「ここへ

ひょこひょこ来よる, ちびちゃん (幻視) が。(だから) これ (時計) 持ってんねん。これで (ちびちゃんが) 寝ん寝んな」とちびちゃん (幻視) の世話をしているとさらりと語り, さらに「いまもそこにおる」と, いま, ちびちゃんが目の前にいるのが当たり前のように言った。また「私, 寂しがり屋やからな, 夜は寂しくて泣いてたけどな。じゃあ, 歌おうって言ってあの子 (幻視) と一緒にな」と嬉しそうに語り, 幻視が楽しい時間を提供してくれるとも語った。

(c) 《幻視を納得できないが、つじつまが合うよう に考えて受け入れる》

繰り返し幻視(ちびちゃん)が見えるFさんは「あの子,物言わへんの。なんでやろうな。そういうあれかなーって考えようやけど」と、何も話さない幻視に違和感をもち、"病気によって話ができない子ども"という理由をつけていた。

(d) 《冷静な自分を奪う幻視》 《幻視を自覚し疑問が解消する》

Hさんは「夜寝てましても、なんか小さな子どもが白い 着物を着て、ふわふわ私のまわりを歩いてると思ってた ら、きれいな女の人がそこに混ざってきて。なんかそうし てたら、また明くる日はその女の人が主人と一緒に寝てる わ。で、また次の日は女の人と一緒に主人が……。そうい うようなことがずっと幻覚になって出てきました」「ただ, 主人をとられる。私の大事な主人がいなくなる、そればっ かりの一念でしたからね」「主人に言いました。そしたら 主人が『そんなバカなこと絶対にない』って。……優しく 諭してくれました。私、いらん焼きもち焼いて、主人を信 じなかった私が悪いんかなって思うたのに、また夜寝ると また出てくるんです。それは、えらかったですよ。つら かったですよ」と幻視が妄想に発展し、苦しい日々を送っ ていたと語った。内服治療によって幻視が消失したHさん は、いまでも幻視を見ていた過去を鮮明に記憶していると ともに、 幻視によって自分を見失っていたと冷静に振り 返った。さらにHさんは、「(幻視の治療して)治りかけて からと違いますか。幻覚を見てたということが自分で納得 できるようになってから、幻覚いうもんがわ」かったんで すからね。それまでは、自分でもう真実やと思い込んでた から」と、いまは幻視を正確に理解し事実を受け止めてい た。

c. DLBによって生じる自分の変化に対する思い

(1)【自分の変化への試行錯誤】

この大カテゴリは、DLBによる変化を体験するなかで 生じる戸惑いや葛藤と、そして悩みながらあれこれ正常で あろうと試みている様子を表し、以下のカテゴリから抽出 された。

(a) 《機能低下を自覚し落胆する》

Dさんは「畑仕事しててもな、苗がごっちゃになって育ってたな」や「習字が得意やったけどな。年賀状も300枚ぐらい毎年書いてた。それが去年はわからんようになって、3枚に1枚ぐらいは失敗するしな。字が斜めになったりな、腹が立ってな。なんでかわからん。昔はこんなことなかったのにな」と機能低下を自覚するが、原因もわからず改善できないため肩を落としていた。

(b) 《認知症になることに恐怖がある》

認知症の人と出会った経験がある G さんは「自制する気がね、だんだん薄れてきたらこわいなと思ってね。自分でわからんようになったときがこわいからね、すごい心配が増えてきた」「そういう例を自分もよう見てきているからね、あんなん、なんて言ったら悪いけどね、なったらしまいやからなと思ってね」と、先々に認知症になっていく恐怖心をもっていた。

(c)《自分の変化を内省し正常であろうともがく》

Gさんは「身体やったら、どこの病院でも行ってね、治ってきたなあ、なんてわかりますけど、頭の中だけはね」「これ以上、頭の中が狂わんようにと思って。なるべくね、考えて物言うように。ブレーキかけていかなね」と脳に異常があると実感し、周囲に迷惑をかけないように正常でいようと注意を払っていた。Fさんは「あの窓どう見える?」「私はいっぱい窓が並んどるんよ。それで、ええんやろか」と不安そうに尋ね、Fさんと同じように見えていることの説明を受けると「そんなら、悪いことないわ」「これをな、目の悪い人はな、あの四角に見えるねんな。おかしいよって言われんねん」と他者からの指摘で自分の状態に疑問をもち、あれこれと考え、正常であろうとしていた。

(2)【自覚があるがゆえの悲嘆】

この大カテゴリは、対象者が認知症という自覚はなくても、いまの自分はどこかおかしいと自覚しているがゆえの 苦悩に関するカテゴリから抽出された。またこの苦悩は、他者の反応によって引き起こされることが多く、さらに記憶し続けるからこそ深い傷となって対象者を苦しめていた。

(a) 《表面化する身体変化を自他ともに卑下する》

車椅子で生活し、自由に動くことができないBさんは、「私、陰気なものね。ここは嫌です。連れてって。なんてあほやろうと思ってね。……病んだら哀れなもんですわ。あんまり深く考えると生きていかれんようになるから考えんようにしてる」「手が振るうのも『お前の業や』って責められて……」「つらいのはもう、疲れてしまった」と語り、DLBによって起こる身体機能の低下に卑屈になり、また他者からの理解が得られないばかりか、卑下されるこ

とで希望を見出せない状況に陥っていた。

幻視が見える下さんは「見えたほうがいいんやろうけど、私ら見えへんって言うやろ。ほな、あんたのほうがおかしいわって言ってんやけど、こんな昼で、こんな白く見えへんかって、いや、見えへんって。下さん、ちょっと頭おかしいんか違うかって」と語り、周囲の反応によって追い詰められ、劣等感を抱く状況があった。

(b) 《自分の存在を否定する》

Hさんは「もう,○○ (息子) にばっかり心配かけてね。それこそ人に迷惑かけるからおらんほうがましやって思ったりね」と、Aさんは「頭がついていかない。……僕は全然、ごまかしの人生です。……たいしたことはない」と語り、自分に価値を見出せず自己否定していた。

(3)【自覚に基づく困難への適応】

対象者の病識はそれぞれであったが、どの対象者も自身の変化を自覚していた。この大カテゴリは、対象者が DLBによる喪失体験を繰り返しながらも現状を受け入れ 適応しようとしている状況を表し、以下のカテゴリから抽 出された。

(a) 《あるがままを受け入れる》

Gさんは、「(施設の生活は)自由に遊びに行きたいいうことは言われませんけどね。お金もそんなに自由にならないしね、……そんなに欲しいものもないし、何でも食べさせてくれるしね、だからなんの束縛もないんです」「昔の自分には考えられないね。じっとしとうだけやから。それがもう身におおてしまってね」「ここにおとなしくおったらいいんやなって。いらん気をつかわなくていいし、いいなって思って」「そりゃねぇ、でもここにおったら、私安全でしょ。世間いったらまた、気をつかうわ。私、気つかいやから、あきませんねん」と語り、対象者は生活の不自由さや不確かさが生じていることを自覚し、施設での生活を余儀なくされたことについて、自由のない生活になったがしょうがないいまの自分に合っていると受け入れ、また同時に安全であるよさを見出していた。

(b)《自分を励ます》

Fさんはいまの自分について、「もう、性格も性分も何も皆忘れてしまうようになるらしい。けったいな性分やな」と言い、幻視が見えることについて「(自分を) 忍者かなと思う。忍者になるとこういう術をもっとんねんな。私がこういう術をもっとんのかなって思ってな。それで、喜んだりしてるとこもある。まあ、結構、知らんかったら知らんでな、そういうのがあるから、もういいわって思って」と淡々とユーモアも交えながら語り、自分に起こる不可思議な変化を前向きに受け入れようとしていた。そしてGさんは、「そこに気がついた分だけ、まだましかなと思って」「楽天的なとこもありますねん。気楽にやってい

こうって思ったりね」と語り、自らを明るく励まし、現状を肯定的に捉えようとしていた。

(c) 《障害に自分で対応する》

パーキンソニズムのあるFさんは「いまはな、これ(リハビリ)してくれんねん。ここの筋をな、ずっともんでくれるからな。そやからわりに、足が軽いねん。軽うなっとる、前は硬かってん、……歩きやすい。朝でも立つときにわかるねん。いまはできるようになった。その代わり、毎日、回りよるんや」と語り、身体機能の程度を把握し、症状が回復するよう自ら歩行訓練に取り組んでいた。

Ⅳ. 考 察

対象者が語ったDLBの困難と思いの内容には、以下の3つの特徴が見られた。1つ目は、会話と歩行に関する困難があり、その困難は"突然に起こる"という特徴があったこと、2つ目は、繰り返し出現する幻視は日常化し、よい影響と悪い影響を与えていたこと、3つ目は、DLBによって引き起こされる変化を自覚するなかで悲嘆に陥りながらも、現状を受け入れようとしていたことである。このような結果を踏まえて、本項では、DLBがもたらす突然に起こる生活上の困難、幻視がもたらすよい影響と悪い影響、DLBによる困難への適応という3つの観点から考察する。

1. DLBがもたらす "突然に起こる" 生活上の困難

DLB高齢者は、いあまであたり前にできていた会話と 歩行に困難を感じていた。この困難は、「話しててぱっと 止まるときがあるんや」「あっという間に倒れてしまうか ら手の持って行きどころがない」と述べたように、"突然 に起こる"ことが特徴であった。変性性認知症に伴う生活 障害で、このように"突然に起こる"という特徴は珍し い。多くの研究がなされているADでは、物忘れが進行性 に悪化し、やがては計算をする、字を書く、判断をすると いったその他の知的な働きが落ちるなど、病気はゆっくり とした進行であることが特徴とされて(須貝, 2004), 突 然に症状が悪くなり話せなくなることや、突然に転倒する という報告はほとんどない。では、この"突然に起こる" 会話と歩行の問題は、DLBの病態とどのような関連があ るのか、そのことがDLBの高齢者にとってどのような体 験であるのかについて、ADの人の症状と比較しながら考 察する。

DLBの高齢者が述べた "突然に会話ができなくなる" という会話の困難は、意識をつかさどる脳幹の障害による 認知機能の動揺によるとされる。下村 (2011) は、DLB と AD の認知機能の動揺の性質の違いについて、ADでは

よい日と悪い日のように時間感覚が長く、主に記憶障害に 関連したエピソードに混乱がみられ、DLBの認知機能の 動揺は時間感覚が短く、一過性・周期性に覚醒度や注意 力が低下する、と述べている。また小阪・羽田野(2010) は、DLBでは頭がはっきりしている状態とぼーっとして いる状態が入れ替わり起こり、周囲の者はこの変わりよう に驚き、理解に苦しむことがしばしばある、と述べてい る。すなわち、DLBで起こる認知機能の動揺による会話 の困難は、周囲から見ると"理解に苦しむ"ほどの急激な 変化というのである。しかしながら、いままでこの認知機 能の動揺に伴う会話の変化について、DLBの人がどのよ うに自覚しているかは明らかでなかった。今回の「話し ててぱっと止まるときがあるんや」「いままでだったら、 ぱっぱ、ぱっぱと口から出まかせ言えたけど(いまは言葉 が出てこなくなったなど)」の語りから、"突然に起こる" 会話の中断は、DLBの高齢者にとって衝撃的な体験であっ た。また、この体験の結果、会話することに不安や緊張を 抱き、会話をためらうようになることが明らかとなった。 一方, ADの人の会話は、とくに初期において記憶や見当 識の部分的な低下による言い間違いや名称の想起困難が生 じ、同じことを何度も言う、つじつまが合わないなどがあ り(北川, 2007), さらに会話は流暢にできるが複雑な内 容の理解に低下がみられ、主語や話題を理解することがむ ずかしい (爲数・庄司・新福・松尾, 2010; 本多・綿森, 2009) と報告されている。つまり、ADの人は流暢に話す ことはできるがつじつまの合わない会話になり、DLBの 人は通常では会話ができるが"突然に"会話が続かなく なったり、言葉が滑らかに出てこないのである。両者とも に会話することに困難を抱いているのだが、DLBの高齢 者は、会話力の低下をはっきりと自覚し記憶し続けている ため喪失体験となっていると推測された。

この「突然に起こる」という表現は、転倒においても同様であった。DLBの高齢者は、「顔から落ちるようにこけるんや」「あっという間に倒れてしまうから、手の持って行き所がないんです」と述べた。小阪・羽田野(2010)はDLBの人の転倒について、DLBに特有のパーキンソニズム(動作緩慢、筋肉のこわばり、小股歩行など)に加えて、姿勢反射障害による姿勢の保持、立て直し、とっさに手をつくなどの反射機能が低下して起こる、と述べている。すなわち、DLBの高齢者の転倒は、DLBの障害部位に由来する歩行の巧緻性・反射的反応の低下によって突然に起こることがすでにいわれているが、DLBの高齢者自身が突然の転倒を自覚し、恐怖を抱いていることはいままで明らかにされてこなかった。DLBの高齢者は、転倒の体験について「はっきりわからない。覚えていないというよりも、確認できなかったわけやね。なぜこけたんか、ど

んなにこけたんか」と述べたように、転倒の状況を分析するがその原因がわからないため、〈なぜ転けたのかわからず歩くのがこわい〉思いを抱いていた。ADの人の転倒の問題と比較すると、多くのADの人が体験する転倒・転落は、場所失見当識によりあわてて飛び降りる、飛び出すことで生じていると推測され、転倒による記憶が喪失することによって次の転倒予防につながらないことが問題と考えられる。DLBの高齢者は転倒体験の記憶があって、転倒への恐怖が生命への危機感があるにもかかわらず、パーキンソニズムによる動作緩慢や筋肉のこわばり、加えて姿勢反射障害、自律神経障害による起立性低血圧や失神によって防ぎようがなく、瞬時に転倒する。その恐怖はどれほどであるかと考えさせられる。

このように、DLBに特徴的な"突然に起こる"会話や歩行における困難は、DLBの高齢者を不安や恐怖に陥らせていることが明らかとなった。DLBの高齢者ができる限り安心して他者との会話が続けられ、自分の足で安心して歩けるために、彼らが抱いている不安や恐怖をまず理解することが重要と考える。

2. 幻視がもたらすよい影響と悪い影響

DLBにきわめて特徴的にみられる症状が幻視で、およ そ80%の人に出現し、見えるものは人によって異なり、 きっかけがなく突然現れ、数分から数十分続くことが一般 的とされている (小阪, 2012)。実在しないにものが本当 に実在するように見えるという異常な体験は、DLBの高 齢者に大きな影響をもたらすと推測されるものの、DLB の高齢者がどのようにとらえているのかは明らかになって いなかった。本研究の結果によると、DLBにみられる幻 視は会話に支障をきたしていたこと, DLBの高齢者にとっ てよい影響と悪い影響を与えていたこと、DLBの高齢者 は幻視に疑問をもちつじつま合わせをしていたり,「自分 には見えるが他者には見えない」と理解したり、治療に よって幻視と自覚できることがあるとわかった。このよう に本研究では、幻視の影響はよい場合と悪い場合があるこ と、幻視の受け止め方は多様であることが特徴として示さ れた。

あるDLBの高齢者は、「私、寂しがり屋やからな、夜は寂しくて泣いてたけどな。じゃあ、歌おうって言ってあの子(幻視)と一緒にな」と幻視のあの子と過ごすことによって、夜の孤独感が軽減できたと語った。一方である DLBの高齢者は、「ただ、主人をとられる。私の大事な主人がいなくなる、そればっかりの一念でしたからね」と女性の幻視が見え、その女性に夫をとられるという妄想に追い詰められていたと語った。つまり、繰り返し出現する幻視は、DLBの高齢者の生活の支えや生活を脅かす存在

にもなっていた。また、幻視は妄想化し生活に大きな支障ももたらしていた。一方で、DLBの高齢者は幻視に対して「あの子、物言わへん。なんでやろう」と幻視に違和感をもち客観的にとらえようとしていたり、内服治療によって「幻覚を見ていたということが自分で納得できるようになってから、幻覚というもんがわかった」と幻視を理解することができる一面もあった。

このように、幻視といってもDLBの高齢者への影響は さまざまであるため、幻視をDLBによる異常な症状とし てとらえるだけでなく、まずは幻視がDLBの高齢者にど のような影響を与えているのかに着目する必要があると考 える。現在のところ幻視への一般的な対応は「肯定もせず 否定もせず」である。しかしDLBの場合は、この見守る 対応では幻視の影響を理解するには不十分と言える。高 山・水谷(2001)は、「看護者が認知症高齢者を見守るだ けで、認知症高齢者の言葉を絶対に否定しない、などの一 方的な援助関係では、彼らの残された力を引き出すには十 分でない | と述べ、また、「混乱させることを恐れ『そう ですか』と受け入れたふりをすることは、認知症高齢者の 理解につながらないだけでなく、人格を黙殺することにも つながる」と言及している。つまり、幻視が見えるDLB の高齢者にまず必要なのは、幻視に対して「肯定もしない 否定もしない」という見守る姿勢とともに、幻視によって DLBの高齢者がいまどのような状況にあるのかを理解す るためのかかわりだと考える。

DLBの場合,なぜ幻視が見えるのかはほとんどわかっていない。現在わかっていることは、健康な人の場合、視覚刺激が入ってくると後頭葉の視覚野が活性化し、DLBの場合は後頭葉の視覚野の活動は低下し、通常は視覚に関与しない前頭葉の活動が活性化することである(小阪、2012)。これはDLBの場合、視覚刺激を正確に認知する大脳皮質の機能が低下しているだけでなく、扁桃核などの大脳皮質下諸核にもレビー小体は出現し神経細胞の脱落は起こるため、視覚認知と同時に思考や感情にも影響が及んでいると考えられる。そのため、DLBの幻視はストーリーをもっていることが多く、DLBの高齢者が幻視に感情を抱き、その感情に左右されると考えられる。

DLBとADでは幻視の特徴に違いがあるといわれている (岩田, 2009)。ADの幻覚・妄想は、古い記憶が適当でない状態で出てくることが多いが、DLBでは現在の場面の取り違えというかたちで出てくることが多いと指摘されている。また小阪 (2012) は、DLBでは幻視だけでなく、それに類する視覚認知障害を伴うこともまれではないと述べ、錯視や変形視、人の気配を感じる実体的意識性や幻の同居人という現象などについても言及している。したがって、DLBにおける幻視は、現実にあるものを見間違

えるかたちで幻視が出現している可能性が高いなど、視覚 認知障害を中心に複雑な要素を含んでいることを考慮しな ければならない点でADとは対応が違ってくると考える。

DLBの幻視に関してはまだまだ研究段階である。しかし、いまできる重要なかかわりは、DLBの高齢者は幻視とともに生活しているととらえ、その幻視による影響を理解すること、視覚認知障害による幻視の可能性が高いことから照明を明るくするなど生活環境の調整に注意することである。

3. DLBによる困難への適応

認知症の物忘れと加齢による物忘れの違いは、認知症で は物忘れの自覚がないことが特徴であるため、認知症の人 は病識がないと理解されてきた過去があった。しかし、先 行研究 (Phinney, 1998; 高山・水谷, 2000; 2001) で、認 知症の患者が自分自身について話すことができ、認知機能 障害を自覚して、彼らなりに対応していることが報告され ているように、認知症であっても自分の障害を自覚できる ことが明らかにされた。とくに初期において、DLBの場 合はADと比べると記憶障害は軽度であるため、DLBに よる変化を自覚している可能性がより高いことが予測され た。確かに、本研究の結果によるとDLBの高齢者は、【自 分の変化への試行錯誤】し、【自覚があるがゆえの悲嘆】 を体験しながらも【自覚に基づく困難へ(の)適応】して いた。ここでは、DLBの高齢者がどのようにDLBを自覚 しているのか、またその時の葛藤や心境の変化はどのよう なものであるのかについて考察する。

DLBの高齢者が、身体の病気なら病院に行って治して もらうが「頭の中だけはね」「あんなん(認知症)って いったら悪いけどね、なったらしまいやからなと思って ね」と語ったように、DLBの高齢者は脳に何かしらの変 化が生じていること、認知症であることをある程度自覚し ていた。また、認知症による生活障害に関しては、できな くなることを一つ一つ体験し生活が変わっていくことに落 胆し、「昔はこんなことなかったのにな」「これ以上、狂わ ないようにブレーキをかける」と、機能低下を自覚し、な んとかしようと苦しみもがいていた。そのなかで、DLB の高齢者が一番苦悩していたのは、周囲の反応であった。 それは、〈周囲に「おかしい」と言われ混乱し不安やバカ にされた気持ちにな(る)〉った結果、劣等感を抱き自信 をなくしていくという体験であった。さらに、DLBの高 齢者はこのような体験をしっかりと記憶しているため、自 らを否定していくようになり、【自覚があるがゆえの悲嘆】 に陥っていたのである。DLBの場合、約7割に抑うつ症 状がみられる。ADでも高い割合でみられるが、DLBでは その2倍以上で、「役に立たない人間だ」「死にたい」と

いった自己否定的な発言もあるといわれている(小阪・羽田野,2010)。これは他の認知症と比較して、DLBでは突然の会話中断や転倒、パーキンソニズムによる身体の変化など、はっきりとわかる症状があるため周囲に変化を気づかれやすい。そのため、DLBの高齢者は周囲の反応によってより自分の変化を自覚し、自らを否定する心理が強く働き、うつ傾向になりやすいのではないかと考えられた。

一方でDLBの高齢者は、このような体験をしながらも 困難に適応し乗り越えていく力をもっていることも明ら かになった。幻視による不可解な体験に対して、DLBの 高齢者は〈幻視の行動に疑問をもちながらなぜかと考え (る)〉たり、〈幻視に対して「ほっといたほうが楽」「悩む のはあほらしい」と決着をつけると気持ちがすーっと楽に なる〉と、《幻視を納得できないが、つじつまが合うよう に考えて受け入れ(る)》ていた。これはDLBの高齢者が 試行錯誤した結果、幻視とともに生活をする術を身につけ ていったととらえることができ、自分の力で困難な体験を 乗り越えていると考えることができる。つまり、自分はも う駄目だと自らを否定したり、周囲の反応によって自尊 心を傷つけられ苦しむ段階を体験しながらも、DLBの高 齢者は逞しくDLBを受け入れながら生きていたのである。 もしかして、ケア提供者が思う以上に、DLBの高齢者に は認知症による障害や変化を乗り越える力が残されている のかもしれない、と考えさせられる。本研究で明らかに なったDLBの高齢者の思いはほんの一部であり、今後も より多くのDLBの高齢者の思いを理解するための調査が 必要だと考える。

V. まとめ

DLBの高齢者は、生活のなかで会話や歩行に関する困難を体験し、その困難は"突然に起こる"という特徴があった。また繰り返し出現する幻視は、DLBの高齢者によい影響と悪い影響を与えるなど、多様であることが特徴であった。そしてDLBの高齢者は、DLBを抱えながら生活するなかで、DLBを逞しく受け入れていく心理が明らかになった。これらのDLBの高齢者の体験から明らかになった困難やDLBに向き合う心理に対しての看護ケア方法は十分でないため、これらDLBの特徴を踏まえた看護ケア方法の構築が求められている。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、限定された対象者から得られたデータに基づく分析結果である。認知症は軽度から重度と進行するなかで障害される機能には違いがあるため、今後は認知症の程度や出現している症状に着目しながら、DLBの高齢者が抱える困難を明らかにする必要がある。そしてDLBの高齢者に適したケア方法を構築し実践へつなげることが課題である。

話 樵

本研究にあたり、調査にご協力いただきました対象者の皆さま、病院関係者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

なお、本稿は2011年度神戸市看護大学大学院博士前期課程に加藤泰子が提出した修士論文(指導:高山成子、沼本教子)の一部を日本老年看護学会第17回学術集会で発表し、さらに修正加筆したものである。

要 旨

本研究の目的は、DLBの高齢者が体験している病気や症状、苦悩、対応などを明らかにすることである。DLBと診断された8名の高齢者を対象に半構造化インタビューを行い、質的記述的手法に基づき分析を行った。その結果は、【会話力の喪失】【パーキンソニズムによる防ぎようのない転倒】【日常に入り込む幻視がもたらす多様性】という3つの困難と【自分の変化への試行錯誤】【自覚があるがゆえの悲嘆】【自覚に基づく困難への適応】と困難を体験するなかでのDLBの高齢者の思いに関する3つのカテゴリーが生成された。とくに、DLBの高齢者は生活のなかで会話や歩行に関する困難を体験し、その困難は"突然に起こる"という特徴があったこと、繰り返し出現する幻視は、DLBの高齢者によい影響と悪い影響を与えるなどさまざまな影響を与えていたこと、DLBの高齢者はDLBによる変化を自覚し記憶しているがゆえに、苦しみながらも受け入れてゆく心理が明らかになった。

Abstract

The present study aimed to elucidate the diseases, symptoms, and suffering experienced by elderly individuals with dementia with Lewy bodies (DLB) and their responses to these experiences. Semi-structured interviews were conducted

on eight elderly individuals diagnosed with DLB, and the data were analyzed using a qualitative descriptive method. Based on the results, the following categories were identified: three categories of difficulties, specifically "loss of speaking ability", "unpreventable falls due to parkinsonism", and "diversity resulting from visual hallucinations that enter daily life", and three categories of the thoughts of elderly individuals with DLB in their experiences of difficulties, specifically "trial-and-error in regard to changes in self", "grief due to awareness", and "adaptation to difficulties based on awareness". In particular, the results showed that elderly individuals with DLB experience difficulties with conversations and walking in daily life, that these difficulties are characterized by a "sudden occurrence", and that visual hallucinations, which occur repeatedly, exert various effects, both positive and negative, on elderly individuals with DLB. In addition, the psychological process by which elderly individuals with DLB come to accept changes resulting from DLB, despite struggling to do so due to their awareness and memories of the changes, was also elucidated.

油 文

- Phinney, A. (1998). Living with dementia from the patient's perspective. *J Gerontol Nurs*, 24(6), 8-15.
- Boden, C. (1998) / 桧垣陽子 (2003). 私は誰になっていくの? アルツハイマー病者からみた世界. 京都: クリエイツかもが わ.
- Goldsmith, M. (1996) / 高橋誠一 (2008). 私の声が聞こえますか ―認知症がある人とのコミュニケーションの可能性を探る ―. 雲母書房.
- 本多留美,綿森淑子 (2009). アルツハイマー病の談話障害への介入アプローチ. 言語聴覚研究, 6(1), 39-44.
- 岩田 誠 (2009). 臨床医が語る認知症の脳科学. 72-73, 日本評論 社.
- 北川公子 (2007). 認知症高齢者とのコミュニケーション. 中島紀恵子 (編), 認知症高齢者の看護. 49-59, 医歯薬出版.
- Kitwood, T. (1997) / 高橋誠一 (2005), 認知症のパーソンセンター ドケア一新しいケアへの文化へ. 筒井書房.
- 小阪憲司 (2009). 知っていますか? レビー小体型認知症. メディカ出版.
- 小阪憲司 (2012). 第二の認知症―増えるレビー小体型認知症の今. 紀伊国屋書店.
- 小阪憲司,羽田野政治 (2010). レビー小体型認知症の介護がわかるガイドブック.メディカ出版.
- 小阪憲司,池田 学 (2010). レビー小体型認知症の臨床 (神経心理学コレクション). 医学書院.
- 工藤由里, 今村 徹 (2011). レビー小体型認知症の神経症状. 老 年精神医学雑誌, 22(2), 161-167.
- 丸井和美,井関栄三 (2005). レビー小体型認知症の臨床症状と最近の治療・ケア. 老年精神医学雑誌, 16(10), 1127-1132.

- 宮本良子 (2009). 幻視・妄想への看護アプローチレビー小体型認知症を中心に. 臨床看護、35(7)、1052-1060.
- 長濱康弘, 翁 朋子, 鈴木則夫, 松田 実 (2004). レビー小体 型痴呆の臨床症状と認知機能の特徴. 老年精神医学雑誌, 15 (6), 759-766.
- 永田久美子 (2013). 認知症の当事者研究とは一超高齢社会の生き 方・看護・研究の共創に向けて. 看護研究, 46(3), 254-262.
- Nicholson, K.A. (2009). Carers' narratives: Finding dementia with Lewy bodies experiences. *Australas J Ageing*, 28 (4), 177-181.
- 佐藤正之 (2012). レヴィ小体型認知症. 辻 省次 (総編集),アクチュアル脳・神経疾患の臨床認知症神経心理学的アプローチ. 211-221,中山書店.
- 下村辰雄 (2011). レビー小体型認知症の認知機能障害. 老年精神 医学雑誌, 22(2), 147-154.
- 須貝佑一(2004). 認知症の医学的特徴. 日本認知症ケア学会(編), 認知症ケア標準テキスト認知症ケアの基礎. 37-46, ワールド プランニング.
- 高山成子,水谷信子 (2000). 中等度・重度痴呆症高齢者が経験 している世界についての研究. 日本老年看護学会誌,5(1), 88-95.
- 高山成子,水谷信子(2001). 中等度・重度痴呆症高齢者に残された現実認識の力についての研究―看護師との対話から―. 日本看護科学学会誌,21(2),46-55.
- 為数哲司, 庄司紘史, 新福尚隆, 松尾 充 (2010). 重症度に応じたアルツハイマー病患者の言語理解の特徴. 老年精神医学雑誌, 21(10), 1121-1128.

[平成25年 4 月18日受 付] [平成26年 7 月22日採用決定]

-研究報告-

青年期にある看護学生の自我同一性と仲間関係の検討

Relationship between the Ego Identity and Friendship of Young Nursing Students

魚 住 郁 子¹⁾
Ikuko Uozumi

山 田 紀代美²⁾ Kiyomi Yamada

キーワード:看護学生,自我同一性,仲間関係 Key Words: nursing students, ego identity, friendship

はじめに

高校卒業後の教育機関に所属する学生の大半は青年期にあり、自我同一性の確立という心理的な課題を有している。自我同一性とは、エリクソンにより提唱された漸次的図式8段階の中の第5番目に位置し、「自分とは何者か」「自分は何になっていくのか」という個の自立、確立を中心とする概念である(Erikson、1959/1973)。自我同一性の確立は、その後の人生の根幹を担う成人期の第6段階の親密性につながる重要な位置づけにあり、その作業がうまくいかないと、他者との距離が保てず、孤立してしまい、親密な人間関係を築けない状況を招く(高田・丹野・渡辺、1987)。そのため、これまで青年期を対象とした自我同一性に関する研究は数多くなされてきた。

先行研究を大別すると、2つに分けることができる。1つ目は、自己の内面に着目し、自我同一性を尺度によってとらえる宮下(1987)と加藤(1983)の研究である。そのうち宮下(1987)は、エリクソンの発達理論の第 I から VI の発達危機をどの程度解決しているかを測定する尺度(『ラスムッセンの自我同一性尺度』の日本語版)を作成した。その結果、教育学部大学生の自我同一性を示す得点が84点満点中54.70の平均値を示していた。また、加藤(1993)は、Marcia(1966)のアイデンティティステイタスを尺度化し、大学生で調査した結果、学部は明らかではないものの同一性拡散 - 積極的モラトリアムに位置する大学生(学部不明)が、50%を占めていた。

2つ目は、自我同一性を社会の変化に着目して論じたもので、関係性の視点から自我同一性をとらえる試みである(Gergen、1991:杉村、2001:宗田・岡本、2005)。このうち Gergen(1991)は、現代社会においては他者との関係性のなかでのみ自己は生じることを提言している。そして杉村(2001)は、大学生のインタビューからどのよう

な事柄が自我同一性の変化に寄与するかを調査した。その結果,友人や恋人との出会いや再会を契機に関係性を内省することが,自我同一性のレベルを低レベルから高レベルに移行させていると指摘している。さらに,宗田・岡本(2005) は他者との関係性から自我同一性について,「個」「関係性」の2軸からなる尺度を作成しようと試みたが,「関係性」の尺度作成については,性格特性と他者との関係性のなかで生じる自己の内的変化の弁別が困難であることから,いまだ確立されていない。

前述した1つ目の宮下 (1983),加藤 (1993) らの自我 同一性を示す研究結果に比べ,近年,低下傾向にある (白石・岡本,2005;深瀬・荒井,2012)。このことからも,現代社会において自我同一性の確立が困難になっていることが考えられる。その背景には,価値観の多様化,高学歴化 (國眼,2003),さらには不況や景気後退の影響による両親のリストラなど,目指す大人像がみつからない状況も関与していると述べられている (宮下・杉村,2008)。このように自我同一性の確立が困難な状況が顕著な場合には,アイデンティティの拡散につながり,講義に出ず,ひきこもりなどの心理的問題に及ぶこともまれではない (岡田,2007) といわれている。現在,大学等においては留年や退学,休学,スチューデントアパシー等の不適応現象を抱えている青年たちが増加傾向にある (内田,2009)。

これに対して、看護学生を対象とした自我同一性の研究においては、その集団が職業を志向していることから、入学時から他学部の得点に比べ自我同一性が高いことを指摘されていた(河村・中川・藤田・種池、2000)。しかし、近年の研究結果をみると、他の学部と同様に自我同一性の獲得が困難な傾向にあり、入学後の支援の重要性が示されている(柴田・吉岡、2005;師岡ら、2010)。さらに2008年の報告書では、看護専門学校生において29%の看護専門学校が「退学者が増加している」と指摘されている(日本

¹⁾ 愛知きわみ看護短期大学 Aich Kiwami College of Nursing

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

看護学校協議会,2008)。これは,現代の看護を志向する 学生の状況が変化し,自我同一性の獲得が困難になっており,もう一度看護学生の自我同一性をとらえ直す必要性が あると考えられる。

一方、青年期の自己に影響を及ぼす支援者の抽出について、松田・若井・小嶋(1994)は、日本とアメリカの大学生を比較し、両国に共通している重要な他者が両親、同性の友人、教師などであることと、日本の大学生が重要な支援者を友人と回答している割合の高いことを指摘している。しかしこの研究では、友人関係と自我同一性の関係性を言及するには至っていない。さらに、近年の友人関係の研究においては、現代の青年たちの友人関係の希薄化を扱い、関係構築の困難さに焦点をあてた報告(辻、1996)や、現代青年の仲間関係の希薄さを"単に深くかかわれない"とするのではなく、衝突を避ける理由に、自己や友人関係に対する何らかの希求があることを示した松下・吉田(2007)の指摘がある。

さらに看護は、トラベルビー(1966/1974)やペプロウ(1952/1973)が指摘するように看護実践の機能、役割として、人と人とのかかわりを重要視している。また、ケアの実践には看護チームを構成する看護師間の協働も必要不可欠であり(山本・小川、2002)、看護チームのケアの実践に影響する要因として良好な同僚との関係性があげられている(高山・竹尾、2009)。一方、看護基礎教育においても、友人との主体的な関係性が学習動機に関与すると報告(佐藤、2013)されていることから、看護学生の友人関係について検討することは重要である。

看護学生の自我同一性と友人関係について、杉森・グレッグ・舟島(1993)は、級友との相互作用は、同一性にかかわると述べている。しかし、相互作用の具体的事象や相互作用が起因するものは何かなどの質にかかわる見解は見当たらない。このような背景を鑑み、本研究では、青年期にある看護学生の発達課題である自我同一性の様相と友人関係の質を明らかにし、自我同一性と友人とのかかわりを検討する。

I. 用語の定義

1. 自我同一性

心理学辞典(中島・安藤, 2003)によると、自我同一性はエリクソンの理論のなかの第5段階目の発達課題であり、「自分は何か」「自分のめざす道は何か」「自分の存在意義は何か」など、自己を社会のなかに位置づける問いかけのことである。本研究においては、自己を社会のなかに位置づける問いかけに対して肯定的かつ確信的に回答できることであることを自我同一性とした。

2. 看護学生

厚生労働省の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」(2011)によると、看護系大学の急激な増加に伴い、前年(2010年)の看護師国家試験合格者に占める学士課程修了者の割合は初めて2割を超えた。しかし、看護師国家試験免許取得者は、依然として看護師養成所卒業生の占める割合が主流となっている。今後、看護の専門性充実に向けて4年制大学が増加傾向となるものの、看護師養成所と4年制大学の2本立ての傾向が続くとされている(網野、2008)。さらに、本研究の対象者である看護専門学校2校と4年生看護大学1校(計3校)の自我同一性を示すREIS: Vの差の検定を行ったところ、有意な差は認められなかった。それらを鑑み、本研究においては、看護学生を3年課程看護専門学校、4年制大学に在籍し、看護学生学ぶ学生とする。

3. 友人関係

Sullivan (1953/1990) の対人関係に関する理論から、保 坂 (1998) は青年期の友人関係を類似性だけではなく, 互 いの異質性をぶつけ合うことにより他者との違いを明らか にし、違いを乗り越えたことで自立した個人としてお互いを尊重し合う関係と定義した。その定義をもとに、本研究では友人関係を類似性、異質性を認め合える関係性と定義づけた。

Ⅱ. 方 法

1. 対 象

同一県内にある看護専門学校 2 校,看護大学 1 校の学生 472名を対象に調査を行った。うち,本研究においては加藤・高木(1997)の示した青年中期・後期を青年期とし, 18歳~26歳の学生を分析対象とした。

2. 調査方法

各学校の長に依頼文を作成・持参し、研究協力を求め、 了解を得た3校の看護学生472名を対象とした。各対象者 には、研究者が出向き、研究の目的・趣旨を口頭および文 書で説明し、無記名での回答を依頼した。回収に関しては 学生が自由に出入り可能な場所に鍵付きの回収箱を設置 し、約2~3週間後に研究者が回収した。

3. 調査期間

2009年8月~同年10月。

4. 調査内容

調査内容は下記の項目とし、自記式質問紙票(無記名)

を作成した。

a. 対象者の属性

年齢, 性別, 学年, 職歴の有無である。

b. 現在の友人関係

「第2回子ども生活実態調査」(Benesse教育研究開発センター,2009)によると、悩みごとを相談できる友人は1人もいないとする数が一定数いることが指摘されている。さらに、友人の存在自体が、学び舎に満足し豊かな学生生活を送ることができるとした報告(谷田川,2013)もあることから、①本音で語り合える友人の有無、②本音で語り合える友人の数、③本音で語り合える友人のいる場所について問う内容とした。

c. 「ラスムッセンの自我同一性尺度」の日本語版 (Rasmussen's Ego Identity Scale, 以下REIS)

自我同一性は、宮下(1987)により作成された「ラス ムッセンの自我同一性尺度」の日本語版 (REIS) を使用 した。この尺度は、エリクソンの発達理論の8段階のう ち、 I~VIの6段階の心理的危機の解決の度合いを測定す る尺度である。また、質問項目にはいくつかの反転項目が 含まれていた。 I: 乳児期-基本的信頼対不信感(11項 目), Ⅱ:幼児期-自律性対恥, 疑惑(11項目), Ⅲ:幼児 後期-自主性対罪悪感(11項目), Ⅳ:学童期-勤勉性対 劣等感(12項目), V:青年期-同一性対同一性拡散(12 項目)、VI:成人前期-親密性対孤立(10項目)である。 V:青年期-同一性対同一性拡散(12項目)の一例をあ げると、「55. 私は、現在自分が進んでいる道にかなり満 足している」などがある。7段階評定(1~7点)を行 い、下位尺度ごとに合計点を求め、得点とする。得点が高 いほど、発達課題の達成度が高いことを意味する。なお、 本研究での尺度全体における Cronbach の α 係数は .88で あった。下位尺度ごとのCronbachの α 係数は、REIS: I で.72, REIS: II で.79, REIS: III で.70, REIS: IV で .80, REIS: Vで.80, REIS: VIで.76であった。

d.「友人との活動」「友人に対する感情」「友人への欲 求」の尺度

本研究では、榎本(2003、pp.60-72)によって作成された友人関係の活動・感情・欲求的側面を活用した。榎本は、Sullivan(1953/1990)の対人関係に関する理論から、友人関係を「友人との活動」「友人に対する感情」「友人への欲求」の3つの側面からとらえた尺度を作成した。この尺度は、3側面とも6段階評定(1~6点)で「まったく思わない」から「とてもよく思う」を得点化し、下位尺度ごとに合計点を求めることで友人関係を包括的にとらえ、発達に応じて友人関係のどの側面が変化するかを明らかにするものである。

「友人との活動」の側面は、友人とどのようなことをす

るのかを問う内容となっており、4つの因子で構成されている。【相互理解活動】は「これからの生き方や人生観についての話をする」等を含んだ(8項目)、以下同様に【親密確認活動】(9項目)、【共有活動】(8項目)、【閉鎖的活動】(4項目)の29項目からなる。

「友人に対する感情」の側面は、友人と一緒にいるときの感情についてたずねており、5つの因子から構成されている。【信頼・安定】は「友人とは気持ちが通い合っている」「友だちを信頼している」等の(8項目)、【不安・懸念】は「自分が本当に友だちと思われているか気になる」等の(7項目)、【独立】「友だちと一緒にいても自分の意思で行動している」を含む(3項目)、以下同様に【ライバル意識】(3項目)、【葛藤】(4項目)の25項目から構成されている。

「友人への欲求」を測定する側面は、どのようなことに満足しているのかを問う内容となっており、3つの因子【相互尊重欲求】(6項目)、【親和欲求】(5項目)、【同調欲求】(4項目)の15項目から構成されている。

本研究におけるCronbachの α 係数は、「友人との活動」では .92、「友人への感情」は .81、「友人への欲求」は .91であった。各因子については、「友人との活動」の側面では【相互理解活動】 .90、【親密確認活動】 .83、【共有活動】 .85、【閉鎖的活動】 .66であった。「友人への感情」の側面においては【信頼・安定】 .94、【不安・懸念】 .89、【独立】 .82、【ライバル意識】 .82、【葛藤】 .88であった。「友人への欲求」の側面においては【相互尊重欲求】 .90、【親和欲求】 .94、【同調欲求】 .84であった。

5. 倫理的配慮

本研究は、名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会で 08007-2にて承認され実施した。質問紙表紙に研究依頼文 を添付し、調査への協力は自由意志によること、成績・評価に影響しないこと、プライバシーは保護されることを明記し、文書および口頭で説明した。なお、既存の尺度の活用については、研究者の承諾を得て調査を実施した。

6. 統計学的処理

- ①個人属性に関しては、単純集計、百分率の算出を行った
- ②現在の友人関係については、単純集計を実施した。
- ③友人関係の3側面についての関連性をみるために、ピアソンの積率相関係数を出した。
- ④自我同一性と友人関係を含むすべての項目との関連性を 検討するために、下位尺度ごとの合計点を出し、自我同 一性を示す REIS: Vと各項目とのピアソンの積率相関 係数を算出した。

⑤自我同一性に影響を及ぼしている概念を明らかにするために重回帰分析を実施した。

上記の一連の集計, 統計学的処理は『SPSS ver.21.0 for Windows』を使用した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

3 校の看護学生472名に配布し、回収は252名からで、回収率は53.4%であった。うち、18~26歳の214名(有効回答率84.9%)を分析対象とした。

 $18\sim22歳が198名 (92.5\%), 23\sim26歳が16名 (7.5\%)$ であり、学生の平均年齢は 20.0 ± 1.72 歳であった。男性は15名 (7.0%)、女性は199名 (93.0%) であった。また過去の職歴については、「あり」が13名 (6.1%)、「なし」が201名 (93.9%) であった $(\mathbf{表}\mathbf{1})$ 。

表1 対象者の属性

/		21	4	
(n	=	7. 1	141	

				(,, = 1,
項目	人数	%	平均	SD
年齢区分				
18~22	198	92.5		
23~26	16	7.5		
平均年齢			20.0	1.72
性別				
男性	15	7.0		
女性	199	93.0		
学年				
看護大学1年	29	13.6		
2年	26	12.1		
3年	28	13.1		
4年	25	11.7		
専門学校1年	47	22.0		
2年	43	20.1		
3年	16	7.5		
職歴				
あり	13	6.1		
なし	201	93.9		

表 2 現在の友人関係

(n = 214)

			()	7 - 214)
項目	人数	%	平均	SD
本音で語り合える友人の有無				
ある	203	94.9		
なし	11	5.1		
本音で語り合える友人の数			4.38	3.36
本音で語り合える友人のいる場所				
同一大学・学内	148	69.2		
学外のサークル	11	5.1		
アルバイト	30	14.0		
これまでの学校生活	171	79.9		
その他	14	6.5		

2. 現在の友人関係

本音で語り合える友人の有無と人数については、203名 (94.9%) の学生が「いる」と回答し、その平均数は4.38人 であった。また、本音で語り合える友人のいる場所は、これまでの学校生活とした人数が171名 (79.9%) で、同一の大学・学内とした人数が148名 (69.2%) であった(複数回答あり)(表2)。

3. 看護学生の自我同一性と各段階の得点の結果

REISの平均値と標準偏差は表3のとおりであった。またREISについては、各段階における項目数が異なるために便宜的に得点率もあわせて併記した。REIS:I からVI のなかで、REIS:II の平均値を割合で示すと68.5%で最も高く、平均値52.8であり、REIS:II が最も低く56.7%であった。本研究の主題であるREIS:V は65.6%、平均値55.1であり、その他は60.9~64.1%であった。次に、REIS:Vと REIS:I ~VI の相関関係に注視すると、他のどの段階との間でも有意な相関が認められた。なかでも比較的強い相関関係が示されたのは REIS:I、REIS:VI と REIS:Vの間で、r=.61 (p<.01) であった。

4. 「友人との活動」「友人に対する感情」「友人への欲求」 についての結果

「友人との活動」「友人に対する感情」「友人への欲求」 の各下位尺度の平均値と標準偏差を示した(表4)。次に、 3つの側面の関係性をみるために、2変量の相関関係を算 出した(表5)。「友人との活動」の側面は友人とどのよ うなことをするのかの問いかけであり、「友人に対する感 情」の側面は友人と一緒にいるときの感情について、「友 人への欲求」の側面はどのようなことに満足しているの かを問う内容となっている。「友人に対する感情」である 【信頼・安定】と「友人との活動」の【相互理解活動】【共 有活動】【閉鎖的活動】との間では、それぞれr = .68 (p<.01), r = .43 (p < .01), r = .48 (p < .01) であり, 【信 頼・安定】と【親密確認活動】との間ではr = .36 (p < .01)であった。加えて、【信頼・安定】と「友人への欲求」の 【相互尊重欲求】【親和欲求】との間では、それぞれr = .52 (p < .01), r = .44 (p < .01) であった。「友人に対する感 情」である【不安・懸念】と「友人との活動」の【親密確 認活動】との間ではr = .34 (p < .01) であった。次に「友 人に対する感情」である【独立】は「友人との活動」の 【相互理解活動】、「友人への欲求」の【相互尊重欲求】と の間で、それぞれr = .39 (p < .01)、r = .30 (p < .01) で あった。

表 3 REISの平均値と標準偏差、相関関係

SD

9.1

10.1

7.3

10.6

11.0

9.2

43.2

vm /-	I, ILIXIX	אאנ			(n = 214)
Ι	П	Ш	IV	V	VI
_	.46 **	.38 **	.46 **	.61 **	.49 **
	_	.28 **	.47 **	.50 **	.52 **
		-	.44 **	.46**	.45 **
			_	.52**	.38 **

総合計 (187-431) [注] **: p < .01

項目

REIS I

REIS II

REIS IV

REIS V

REIS VI

Ш

REIS

最小-最高

(29-78)

(21-74)

(34 - 70)

(26 - 81)

(28 - 84)

(19 - 68)

平均值

49.4

43.6

52.8

51.1

55.1

44.0

296.1

割合

64.1%

56.7%

68.5%

60.9%

65.6%

62.9%

63.1%

表 4 友人関係の3側面における平均値と標準偏差

(n = 214)

.61 **

項目	最小-最高	平均値	SD		最小-最高	平均値	SD		最小-最高	平均值	SD
友人との活動				友人に対する感情				友人への欲求			
相互理解活動	1 - 6	4.49	1.00	信頼・安定	1 - 6	4.48	1.04	相互尊重欲求	1 - 6	4.88	0.90
親密確認活動	1 - 6	3.21	1.01	不安・懸念	1 - 6	3.29	1.49	親和欲求	1 - 6	4.85	1.13
共有活動	1 - 6	3.32	1.18	独立	1 - 6	4.17	1.11	同調欲求	1 - 6	3.04	1.20
閉鎖的活動	1 - 6	4.47	1.06	ライバル意識	1 - 6	3.18	1.32				
				葛藤	1 - 6	2.50	1.52				

表 5 友人関係の 3 側面における相関係数

(n = 214)

			友人と	の活動			友人	、に対する原	感情		7	友人への欲求	
		相互理解	親密確認	共有活動	閉鎖的活動	信頼・安定	不安・懸念	独立	ライバル意識	葛藤	相互尊重欲求	親和欲求	同調欲求
	相互理解活動	_	.44**	.45**	.52**	.68**	07	.39**	.12	29**	.55**	.42**	.10
友人との	親密確認活動		_	.57**	.44**	.36**	.34**	.08	.31**	.16*	.15*	.41**	.34**
活動	共有活動			_	.62**	.43**	.13	.20**	.07	05	.23**	.38**	.28**
	閉鎖的活動				_	.48**	.10	.17*	.07	17*	.32**	.55**	.19**
	信頼 安定					_	10	.34**	.04	31**	.52**	.44**	.15*
	不安・懸念						_	26**	.35**	.54**	.05	.33**	.39**
友人に対 する感情	独立							_	.05	33**	.30**	.09	17
7 WETH	ライバル意識								_	.40**	.07	.13	.19**
	葛藤									_	25**	06	.32**
	相互尊重欲求										_	.53**	.20**
友人への 欲求	親和欲求											_	.50**
Inc.)c	同調欲求												_

[注] *:p<.05, **:p<.01, n.s.:有意差なし

5. 自我同一性と友人関係およびその他の要因との関連性

自我同一性と友人関係を含むすべての項目との関連性を検討するために下位尺度ごとの合計点を算出し、2変量の相関分析を行った。REIS: Vと基本的属性、現在の友達、友人関係の3つの側面の下位尺度の相関関係を表に示した(表6)。そのうち10項目において有意な相関がみられた。次に、友人関係の各下位尺度間の相関関係などを確認し、多重共線性について考慮した結果、【職歴の有無】【友達のいる場所:同一大学・学内】【信頼・安定】【不安・懸念】【独立】【葛藤】を投入し、重回帰分析を実施した(表7)。標準偏回帰係数(以下、 β と表す)が有意になった変数は、【職歴の有無】が β = .13 (p<.05)、「友人に対する感情」の【信頼・安定】が β = .32 (p<.001)、【独立】が β = .19 (p<.05) 【職歴の有無】が β = .13 (p<.05)

であり、正の影響を与えていた。一方、【不安・懸念】は $\beta = -.24 \ (p < .001)$ と負の影響を与えていた。

Ⅳ. 考 察

1. 自我同一性の達成にについて

本研究においての看護学生が、発達危機をどの程度解決しているかが明確になった(表 3)。また、REIS: Vとほかのどの段階とも有意な相関関係を示していた。この結果は、看護学生がエリクソンのいう「漸進的な発達」を遂げていることを意味していると考える。なかでも、REIS: I、REIS: Vの間で比較的強い相関関係が認められている。Iは、他者を信頼し、同時に自分に対して自信の感覚をもつことである。乳児期に経た発達課題

表 6 REIS: Vとの相関関係

(n = 214)項目 相関係数 属性 .18 * 職歴の有無 現在の友人関係 .26 ** 本音で語り合える友人の有無 本音で語り合える友人の数 .16* 本音で語り合える友人のいる場所 .27 ** 同一大学・学内 学外サークル .13 アルバイト .05 これまでの学校生活 .02 その他 07 友人関係の3側面 友人との活動 .39 ** 相互理解活動 親密確認活動 .06 共有活動 .07 閉鎖的活動 0.1 友人に対する感情 .46 ** 信頼・安定 不安・懸念 -.34 ** .38 ** 独立 ライバル意識 .07 -.31 ** 葛藤 方人への欲求 相互尊重欲求 .24 ** 親和欲求 .05

[注] *: p < .05, **: p < .01

同調欲求

表 7 重回帰分析による自我同一性に関連する要因

-.12

	標準偏回帰	係数 (β)
職歴の有無	.13	*
友人のいる場所:同一大学・学内	.11	n.s.
信頼・安定	.32	**
不安・懸念	24	**
独立	.19	*
葛藤	02	n.s.
R	.60	
R^2	.36	

[注] *: p < .05, **: p < .01, n.s.: 有意差なし

が「自分とは何か」そして「この自分でよい」という感覚 に関与していると考える。このことは、基本的信頼などの 乳児期からの心理的テーマが、アイデンティティの獲得に おいて重要な意味をもつとした岡本(2002)の先行研究と 一致する。VIは、成人前期の発達課題である親密性の度合 いを測定している。本研究でのREIS: VIとREIS: Vの間 で比較的強い相関関係が認められた。REIS: VI の発達課 題は親密性であり、自己のアイデンティと他者のアイデン ティティを融合する能力を意味している(舟島, 2011)。 すなわち、自己とは何かを見出す自我同一性を土壌としな がら、次の段階の親密性を育むとしたエリクソンの指摘 (1959/1973, pp.119-127) を支持している。

本研究のREIS: V の平均値は55.1であり、白石・岡本 (2005) の示した大学生女子の54.6とほぼ類似した結果で あった。このことは, 近年, 看護学生が自我同一性の確 立が困難になっているとした先行研究の指摘(柴田・吉 岡、2005;師岡ら、2010) と同様の結果、と言っても過言 ではないと考える。ただし、看護学生を対象とした先行研 究(柴田・吉岡, 2005: 師岡ら, 2010) の回収率は70.7~ 85.2%と高く、それらに比べて本研究の回収率は53.4%と 低いことから、「自己とは何か」に向き合うことを避けて いる学生が除外されている可能性も否定できないことか ら、結果の解釈は慎重に行う必要がある。

2. 「友人との活動 | 「友人に対する感情 | 「友人への欲求 | について

先行研究の示した大学生女子の結果(榎本, 2003, p.64) と比較すると、 友人との3つの側面のすべての下位尺度に おいて、若干の高値を示していた。なかでも「友人との 活動」においては、閉鎖的活動が先行研究では3.77±.96 であったものが、本研究では4.47±1.06を示した。「友人 に対する感情」においても、【不安・懸念】が先行研究の 2.84 ± .82に対し本研究では3.29 ± 1.49, 「友人への欲求」で は、同調欲求が同じく2.85±.79に対し本研究では3.04±1.2 であった。友人との3つの側面の関連性に着目すると、友 人に対する感情の下位尺度である【信頼・安定】がすべて の欲求、活動との間で有意な相関関係が認められた。感情 によって引き起こされた欲求はその欲求を充足させるため に、合った行動を引き起こす(斉藤、1990)という理論に 立てば、友人を信頼しているという【信頼・安定】の感情 は、友人関係を確立するすべての欲求、活動の根底にある といえよう。本研究の結果は、青年期の友人関係は安心す るという感情を中心に構成されているとした水野(2004) の指摘と一致する。【信頼・安定】の感情が最も高い相関 係数を示した項目が「友人との活動」の下位尺度である 【相互理解活動】であった。相互理解活動は、互いの相違 点を理解しようとするかかわりを意味する。また【相互理 解活動】は、【独立】の感情や【相互尊重欲求】【親和欲 求】とも有意な正の相関が認められた。【独立】の感情は、 たとえ友人と異なったとしても、自分の意見をもとうとす る感情を意味しており、【相互尊重欲求】は、自己も友人 も相互に尊重し合いたいとする希望が、【親和欲求】には 行動をともにしていたいとする思いが反映されている。こ

のことから、異質性を受け入れ、相違点を認め合う【相互理解活動】は、友人に対し信頼感をもちつつ、自己を確立している感情と、かつお互いの個性を尊重することを望む欲求から成り立っていることが推察できる。さらに榎本は、友人との活動的側面の【相互理解活動】は青年期の異質性をも認めた仲間関係づくりであるpeer-groupに相当する(2003、p.35)、と述べていることから、本研究の看護学生は、peer-groupへの移行を遂げようとする只中にあると考えることができる。

3. 自我同一性と友人関係を含むその他の要因との関連性 本研究では,新たな取り組みとして,自我同一性に影響 を及ぼす要因を友人関係の質的な側面から抽出する研究を 実施した。自我同一性に正の影響を及ぼしていた要因に は、友人に対する【信頼・安定】【独立】の感情があり、 負の影響を及ぼしていたものは、【不安・懸念】の感情が あることが明らかになった。すなわち、友人を信頼し、安 定すること、また、独立を、反対に不安や懸念を感じな いほど自我同一性が高いという結果であった。このこと は、両親との間で乳児期に培った信頼が時間的な展望を経 て青年期になり、身近な他者である友人に対して信頼し、 安定するという感情につながったと推察できよう。小此 木(1981)は青年期になると、これまで受けていた両親か らの受け身的対象愛が満たされなくなったことで、自己へ の関心が高まるとしている。さらに、Kohut (1971/1994) は、親から心理的に離れ、己を保つために、青年は承認・ 賞賛してくれる友人を求めると述べている。加えて原田 (2012) は、重要な他者である友人から注目・賞賛が満た されるとともに欠点を指摘されることで、現実的な自己像 を形成することができるとしている。

【独立】の感情は、友人に対して異なる意見を伝え、個を確立する感情を示している。本研究では、友人への【独立】という感情が自我同一性を促進していたことが明らかになった。また、【独立】の感情の背景にあるものは、【相互理解活動】や【信頼・安定】の感情であった。これらのことは、先行研究(三田、2007)において、青年期の自己形成に個としての自己確立を目指す過程のなかで、自己を包み込んでくれる存在を活用しながら独立意識が発達することと一致している。

また本研究の結果は、【不安・懸念】の感情について、自我同一性を抑制する要因であることを示唆していた。これらの結果は、友人に気を遣うかかわり方や、友人との深いかかわりを回避するかかわり方は、どちらも自我同一性のつかみにくさと関与しているとした松下・吉田(2009)の指摘と一致する。【不安・懸念】の感情は、「自分が友人にどう思合われているか気になる」「友達に裏切られるの

ではないか」などの問いかけである。また、本研究では 【不安・懸念】と、一緒にいたい、同じ話題をもちたいと する【親密確認活動】【親和欲求】との間に相関関係が示 された。これらのことより、本研究の看護学生は、友人に 対して、自分を受け入れてくれているかと不安になり、気 遣いながらも、一緒に行動したいと希求するアンビバレン スな側面をもちあわせているといえる。藤井(2001)は、 青年は友人との適度な心理的距離を考え、揺れ動き、自我 の在り方を模索していると指摘している。そうした見地に 立てば、本研究においての看護学生が、【不安・懸念】【親 密確認活動】【親和欲求】との関連性があったことは、自 己と他者である友人とのなかで揺らぎながらも自我同一性 を獲得する作業を行っていると考える。

さらに本研究では、自我同一性に影響を及ぼす要因として、職歴があげられた。職歴がある学生は、自我同一性の得点が高いとする報告(濱野、2004)にもあるように、過去の職業との間で吟味した後の選択がこの結果に起因していると推察できる。

V. 結 論

看護学生を対象とし、青年期の看護学生の自我同一性と 友人関係の関連について検討した。その結果以下のことが 明確になった。

- 1. 本研究における看護学生の自我同一性を示す REIS: Vの値は、他学部の女子学生とほぼ類似しており、自我 同一性の獲得が困難になっている状況を示唆していた。
- 2. 看護学生の友人に対する【信頼・安定】【独立】という感情が、自我同一性に影響を及ぼしていた。

Ⅵ. 今後の課題

本研究では、看護師をめざす学生の自我同一性と友人関係の関連について検討することをテーマとした。友人との間で形成された【信頼・安定】【独立】という感情が自我同一性にかかわっているという有用な結果を得ることができた。一方、看護基礎教育における教育課程も何らかの影響を与えている可能性はあるが、本研究においては明らかになっていない。加えて、男女の比率のアンバランスから、差の検定を行っていない。先行研究からも自我同一性、友人関係ともに性別による差は予測されるものである。これらの観点から、今後さらなる検討を重ねる必要性があると考える。

謝 辞

本研究にご協力いただきました大学生、看護専門学生の

皆様に謝意を表します。本研究は、魚住郁子の2009年名古 一部に加筆・修正を加えたものである。 屋市立大学看護学研究科修士論文(指導:山田紀代美)の

要 旨

目的:青年期にある看護学生の発達課題である自我同一性の様相を明らかにすることと、自我同一性と友人とのかかわりを検討することである。

方法:同一県内の看護学生を対象とし、宮下 (1987)、榎本 (2003, pp.60-72) らが作成した尺度、対象者の属性などで構成した質問紙による調査研究を実施した。そのうち214名を分析対象とした。

結果:本研究における看護学生の自我同一性を示すREIS: Vの値は、他学部の女学生と類似しており、自我同一性の獲得が困難になっている状況を示唆していた。さらに、自我同一性と有意な相関が認められた10項目から、多重共線性を考慮し、友人に対する感情である【信頼・安定】【不安・懸念】【独立】【葛藤】を含んだ6項目との間で重回帰分析を実施した。本研究における看護学生の自我同一性には、友人への【信頼・安定】【独立】の感情が強い影響を与えていることが明らかになった。

Abstract

This research studied 214 nursing students in the same prefecture. It sought to clarify the students' ego-identities and peer relationships, through a questionnaire. The questionnaire consisted of a Japanese version of the Rasmussen Ego Identity Scale created by Miyashita (1987), a friendship scale created by Enomoto (2003), questions on attributes of the subjects, etc. The REIS: V value showing the ego-identity of the nursing students was almost the same as that for female students in other departments. This suggested that the acquisition of an ego-identity has become difficult for the nursing students. Because the relationship with ego-identity was being studied, out of the total number of items, ten items for which a significant correlation was recognized were selected. From these ten items, multicollinearity was taken into account and multiple linear regression analysis was done between 'job history', 'location of friends', 'trust and stability', 'anxiety and concerns', 'independence', and 'conflict'. It became clear that feelings in regard to friends of 'trust and stability' and 'independence' had a strong influence on the ego identity of the nursing students surveyed.

文 献

- 網野寛子 (2008). カリキュラム改正をどう受け止めるか. 看護教育, 49(1), 12-30.
- Benesse 教育研究開発センター(2009)。第2回子ども生活実態調査 一速報版。Retrieved from http://berd.benesse.jp/up_images/research/kodomo_seikatu_2009.pdf
- 榎本淳子 (2003). 青年期の友人関係の発達的変化―友人関係にお ける活動・感情・欲求と適応―. 東京: 風間書店.
- Erikson, E.H. (1959) / 小此木啓吾, 小川捷之, 岩男寿美子 (1973). 自我同一性―アイデンティティとライフサイクル. 111-118, 東京:誠信書房.
- 藤井恭子 (2001). 青年期の友人関係における山アラシ・ジレンマの分析. 教育心理学研究, 49, 146-155.
- 深瀬裕子, 荒井佐和子 (2012). 大学生の職業意識とアイデンティティ・ステイタス. 広島大学心理学研究, 12, 85-91.
- 舟島なをみ (2011). 看護のための人間発達学. 32-33, 東京: 医学 _{事院}
- Gergen, K.J. (1991). The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life. New York: Basic Books.
- 濱野香苗 (2004). 4 年生看護学生の自我同一性の経年的変化. 日本看護学教育学会誌, 14, 100.
- 原田 新 (2012). 発達的移行における自己愛と自我同一性. 発達 心理学研究, 23(1), 95-104.
- 保坂 亨 (1998). 児童期・思春期の発達.下山晴彦 (編):教育心理学Ⅱ―発達と臨床援助の心理学. 103-123, 東京:東京大学

出版会.

- 加藤 厚 (1983). 大学生おける同一性の諸相とその構造. 教育心理学研究, 4, 20-30.
- 加藤隆勝,高木秀明 (1997). 青年心理学概論11. 東京:誠信書房.河村彰美,中川雅子,藤田淳子,種池礼子 (2000). 看護学生による看護婦のアイデンティティ形成と志望理由・学習進度との関係.京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要,10,91-99.
- 國眼眞理子 (2003). いまどきの若者の考え方・育て方, 35-37, 名 古屋:日総研出版.
- Kohut, H. (1971) / 水野信義, 笠原 嘉 (1994). 自己の分析. 78-79, 東京: みすず書店.
- 厚生労働省 (2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbk2.pdf
- Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego identity status. *J Pers Soc Psychol*, 3, 551-558.
- 松田 惺,岩井邦夫,小嶋秀夫(1994).発達における重要な他者 との関わりの分析:1日米大学生の比較研究.愛知教育大学 研究報告(教育科学),43,105-118.
- 松下姫歌,吉田芙悠紀 (2007). 現代青年の友人関係の "希薄さ" の質的側面. 広島大学大学院教育学研究科紀要,56,161-169.
- 松下姫歌,吉田 愛 (2009). 大学生における友人関係と自我同一性との関連. 広島大学心理学研究, 9, 207-216.
- 三田英二 (2007). 自己規定要因からみた女性の独立意識―発達的 観点から,青年期後期と成人期前期の比較―. 静岡県立大学

- 短期大学部研究紀要, 21(6), 1-16.
- 宮下一博 (1987). Rasmussenの自我同一性尺度の日本語版の検討. 教育心理学研究, 35, 253-258.
- 宮下一博, 杉村和美 (2008). 大学生の自己分析. 26-27, 京都:ナカニシヤ出版.
- 水野将樹 (2004). 青年は信頼できる友人をどのように捉えている のか―グランデッドセオリーアプローチによる仮説モデルの 生成―. 教育心理学研究, 52, 170-185.
- 師岡友紀,室井みや,柴枝里子,小林珠実,福録恵子,清水安子,瀬戸奈津子,鈴木純惠,梅下浩司(2010).看護学専攻大学生の自我同一性地位の諸相.大阪大学看護学雑誌,16(1),9-17.中島義明,安藤 清(2003). 心理学辞典,5,東京:有斐閣.
- 日本看護学校協議会 (2008). 看護師養成所の管理運営に関する実 態調査. 53-54.
- 岡田 努 (2007). 現代青年の心理学. 24, 東京:世界思想社.
- 岡本裕子 (2002). 陶器職人における専門家アイデンティティの生成と継承. 広島大学心理学研究, 121-145.
- 小此木啓吾 (1981). 自己愛人間. 52-58, 東京:朝日新聞社.
- Peplau, H.E. (1952) /稲田八重子,小林富美栄,武山満智子,都留伸子,外間邦江 (1973). 人間関係の看護論. 9-44,東京:医学書院
- 斉藤 勇 (1990). 対人感情の心理学. 52-60, 東京: 誠信書房.
- 佐藤美佳 (2013). 看護学生の友人関係への動機づけと学習動機づけおよび自律性欲求・有能さの欲求との関連―自己決定理論の視点から―. 日本看護研究学会雑誌, 36(2), 35-46.
- 柴田恵子, 吉岡久美 (2005). アイデンティティ・ステイタスの地位分類にみる学生の傾向—K大学教員免許取得課程学生の調査結果分析. 日本看護学会論文集 (看護総合), 36, 493-495.
- 白石尚大, 岡本祐子 (2005). 大学生の意欲低下傾向とアイデン ティティ発達, 家族機能の関連性. 青年心理学研究, 17, 1-13.
- 宗田直子, 岡本裕子 (2005). アイデンティティの発達をとらえる際の「個」と「関係性」の概念の検討―「個」尺度と「関係性」尺度作成の試み―. 青年心理学研究, 17, 27-42.

- 杉森みど里,グレッグ美鈴,舟島なをみ(1993). 看護基礎教育課程における学生の自我同一性形成に関わる経験の分析:臨床経験2年目の看護婦の面接調査から.千葉大学看護学部紀要,15.9-15.
- 杉村和美 (2001). 関係性の観点から見た女子青年期のアイデンティティ探求—2年間の変化とその要因. 発達心理学研究, 12(2), 87-98.
- Sullivan, H.S. (1953) / 中井久夫,宮崎隆吉,高木敬三,鑪幹八郎 (1990). 精神医学は対人関係論である. 267-296,東京:みすず書屋
- 高田利武, 丹野義彦, 渡辺孝憲 (1987). 自己形成の心理学. 175-181, 東京:川島書店.
- 高山奈美, 竹尾惠子 (2009). 看護活動におけるチームワークとその関連要因の構造. 国立看護大学校紀要, 8(1), 1-9.
- Travelbee, J. (1966) / 長谷川浩,藤枝知子 (1974). 人間対人間の看護. 3-25,東京: 医学書院
- 辻 大介 (1996). 若者におけるコミュニケーション様式変化―若 者語のポストモダニティ. 東京大学社会情報研究所紀要, 51, 42-61.
- 内田千代子 (2009). 大学における休・退学, 留年学生に関する調査 (第28報). 茨城大学保健管理センター. Retrieved from http://www.health.ibaraki.ac.jp/ibaraki_HP/kyutai-28hou20090430syuuseibann.pdf
- 山本恵子,小川伸一郎 (2002). 看護師のモチベーションに関する 実際調査. 日本看護学会論文集 (看護管理), 33, 85-87.
- 谷田川ルミ (2013). 大学への適応における友人関係の重要性― 高校までとは異なる人間関係をどのように構築するか―. ベネッセ教育総合研究所. Retrieved from http://berd.benesse.jp/ berd/focus/4-koudai/activity2/

[平成25年 8 月30日受 付] [平成26年 8 月29日採用決定]

性暴力被害者に対する看護支援に関する文献検討

A Literature Review on Nursing Support for Victims of Sexual Assault

福本 環 岩脇陽子 松岡知子 北島謙吾 Tamaki Fukumoto Yoko Iwawaki Tomoko Matsuoka Kengo Kitajima

キーワード:強姦、暴力、看護ケア、文献研究 Key Words:rape, violence, nursing care, literature review

緒 言

「男女間における暴力に関する調査」(内閣府男女共同参画局、2012)によれば、異性から無理やり性交された経験がある女性は全体の7.7%であり、被害を他者に相談した人(28.4%)のなかでも「警察に連絡・相談した」人はわずか3.7%に過ぎず、性犯罪・性暴力は潜在化しやすい。何より性暴力は、被害者の身体や心を傷つけ、経済的にも負担を強いるものであり、決して許される行為ではない。

平成23年3月,犯罪被害者基本法に基づき「第2次犯罪被害者等基本計画」が策定され、性暴力被害者が二次被害を受けずに法的・医学的・心理学的・社会的支援を受けて回復できることを目指したワンストップ支援センター設置促進の施策が盛り込まれた(内閣府,2011)。内閣府はこれを受け、平成24年3月「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引」を作成した(内閣府犯罪被害者等施策推進室,2012)。

ワンストップ支援センターの機能の1つ「産婦人科医療」は、産婦人科医師だけでなく看護者も大きな役割を担っている。しかし、産婦人科医師は、性犯罪者対応マニュアルや性犯罪被害者診療チェックリストに基づいてその役割が明示されているのに対し、看護者の役割はこれまであまり検討されてこなかった。

そこで、性暴力被害者に対する看護支援に関する研究の動向を検討し、今後の看護実践への示唆と研究課題を明らかにするため、国内外の文献を検討する。

I. 研究方法

1. 検索手順

国内文献は『医中誌Web版 (Ver. 5)』を用い、2013年 2月、キーワード「性暴力被害」にてヒットした88文献の なかから、会議録を除き、看護に関連する52件を分析対象 とした。

外国文献は『PubMed』と『CINAHL』を用い、2013年3月、キーワード「rape victim」「sexual assault victim」で検索した。「rape victim」はPubMed 820件、CIHNAL 58件、「sexual assault victim」はPubMed 526件、CIHNAL 37件ヒットした。「nurse」で絞り込んだところ、「rape victim」はPubMed 45件、CIHNAL 8件、「sexual assault victim」はPubMed 42件、CIHNAL 11件の計106件となり、重複文献を除いた計67件中、使用言語が英語であり、主な研究内容が看護に関するものである39件を分析対象とした。

2. 分析手順

対象文献を年次推移別,研究内容別,研究方法別,研究対象別に分析した。

Ⅱ. 結果

国内文献52件および海外文献39件それぞれの分析結果一覧を表1,2に示す。

1. 文献数の年次推移

文献の年次推移を図1に示す。国内文献は1995年4件から確認され、1996~1998年は0件、1999~2012年は年間1件~15件で推移していた。最も多い2001年の15件には特集12件が含まれており、この年を除くと、文献件数は0~5件/年で推移していた。海外文献は1976年の1件からで、最も多い年は2012年の6件であった。

国内において特集が組まれた2012年を除くと、国内外とも $0 \sim 6$ 件/年で推移しており、文献数が顕著に増加する傾向は認められなかった。

2. 研究内容ごとの研究方法による分類

研究内容ごとの研究方法による分類結果を表3,4に示す。

表 1 国内文献分析結果一覧

著者	年	研究内容	研究方法	研究対象
阿部裕子	1995	性暴力被害の実態	総説	
安藤久美子	2001	性暴力による健康への影響 (主に PTSD)	総説	
安藤久美子,他	2000	性暴力による健康への影響 (主に PTSD)	量的研究	成人女性
安藤舞季子	2001	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
江藤宏美,他	2003	看護者の教育・養成	総説	
廣幡小百合,他	2002	性暴力による健康への影響 (主に PTSD)	量的研究	性暴力被害者
稲本絵里,他	2002	性暴力による健康への影響 (主にPTSD)	量的研究	成人女性
石井朝子	2002	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
板垣喜代子	2000	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
戒能民江	1995	社会資源	総説	
加納尚美	2001	SANEの解説	総説	
加納尚美	2009	SANEの解説	総説	
加納尚美,他	2008	性暴力による健康への影響(PTSD以外)	量的研究	妊婦
加納尚美,他	2000	医療機関での性暴力被害者へのケア	量的研究	医師
片岡弥恵子	2001	性暴力被害の実態	総説	,
片岡弥恵子	2004	看護者の教育・養成	量的研究	看護者
片岡弥恵子. 他	2004	看護者の教育・養成	量的研究	看護者
加藤治子	2010	医療機関での性暴力被害者へのケア	総説	- D 17X-1D
小西聖子	2000a	性暴力による健康への影響(主にPTSD)	総説	
小西聖子	2000а	性暴力による健康への影響(主にPTSD)	量的研究	成人女性
小西聖子	2005	性暴力による健康への影響(主にPTSD)	総説	风八女庄
小竹久美子	2003	看護者の教育・養成	総説	
小竹久美子	2001	を	総説	
甲村弘子	2011	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
甲村弘子 松山家子	2002	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
松山容子	1995	その他(強姦のない社会の実現)	総説	
松山容子	2001	社会資源	総説	
三井富美代	2001	性暴力被害者を支援する人へのケア	総説	
三隅順子	2008	SANEの解説	総説	
三隅順子,他	2008	看護者の教育・養成	量的研究	看護者
三田村博子	2008	SANEの解説	総説	m / dallad
野坂祐子,他	2005	性暴力による健康への影響(主にPTSD)	量的研究	男女高校生
小笠原和美	2012	その他(警察が行う性暴力被害者への支援)	総説	
荻野雅弘	2011	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
奥山真紀子	2001	性暴力被害の実態	総説	
笹川真紀子,他	2001	性暴力被害者を支援する人へのケア	総説	
佐々木靜子	1999	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
佐々木靜子	2001	性暴力による健康への影響 (PTSD以外)	総説	
佐々木靜子	2012	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
下屋浩一郎,他	2001	医療機関での性暴力被害者へのケア	量的研究	性暴力被害者
白川美也子	2001	性暴力による健康への影響 (主に PTSD)	総説	
田口奈緒	2009	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
田口奈緒,他	2008	性暴力被害の実態	量的研究	性暴力被害者
高桑 茂	1995	性暴力による健康への影響 (主に PTSD)	総説	
角田由紀子	2001	社会資源	総説	
内海千種,他	2006	性暴力被害の実態	量的研究	男女高校生
和田登志子	1999	性暴力による健康への影響 (PTSD)	総説	
Whynot EM,他	1999	医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
山田典子	2009	法看護学に関する教育	総説	
山田典子	2011	性暴力被害の実態	事例報告	関係機関
山田典子,他	2009	法看護学に関する教育	総説	
山下伸子	2007	医療機関での性暴力被害者へのケア	総説	

表 2 海外文献分析結果一覧

著者	年	研究内容	研究方法	研究対象
Alexander CS	1980	看護者の性暴力被害者に対する態度	量的研究	看護者
Benton J	2003	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Boutcher F and Gallop R	1996	看護者の性暴力被害者に対する態度	量的研究	看護者
Burgess AW and Fawcett J	1996	性被害アセスメントツール	総説	
Campbell R and Ahrens CE	1998	性暴力被害者支援プログラムの評価	質的研究	地域サービス
Campbell R et al.	2012	性暴力被害者支援プログラムの評価	量的研究	性暴力被害者
Cheung FM	1979	性暴力被害者支援プログラムの評価	量的研究	看護者
Cochrane DA	1987	看護者の性暴力被害者に対する態度	量的研究	看護者
Cole J and Logan TK	2008	性暴力被害者支援プログラムの評価	質的研究	SANE
Crowley SR	2004	性被害アセスメントツール	総説	
Damrosch SP	1981	看護者の性暴力被害者に対する態度	量的研究	看護学生
Damrosch SP et al.	1987	看護者の性暴力被害者に対する態度	量的研究	看護者
Danielson CK and Holmes MM	2004	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Davidhizar R and Newman-Giger J	1996	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Downing NR and Mackin ML	2012	SANEのストレス	質的研究	SANE
George JE	1980	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Heinrich LB	1987	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Henry T	2010	性被害アセスメントツール	量的研究	性暴力被害者
Hochbaum SR	1987	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Ledray LE	1992	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Ledray LE and Arndt S	1994	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Maier SL	2011	SANEのストレス	質的研究	SANE
Maier SL	2012a	看護者の性暴力被害者に対する態度	質的研究	SANE
Maier SL	2012b	看護者の性暴力被害者に対する態度	質的研究	SANE
McCracken LM	1999	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Mollen CJ et al.	2012	救急医療部での性暴力被害者へのケア	総説	
Moynihan BA and Duncan JW	1981	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Murphy SB et al.	2011	性暴力被害の実態	量的研究	性暴力被害者
Murphy SB et al.	2010	性暴力被害の実態	量的研究	性暴力被害者
O'Brien C	1992	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Patterson D and Campbell R	2012	性被害アセスメントツール	量的研究	性暴力被害者
Plichta SB et al.	2006	救急医療部での性暴力被害者へのケア	量的研究	救急医療施設
Plumbo MA	1995	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Seng JS et al.	2004	SANEのストレス	質的研究	SANE
Sheridan DJ	1993	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Thoreson EJ	2006	性暴力被害の実態	総説	
Uji M et al.	2007	看護者の性暴力被害者に対する態度	量的研究	看護者
Wieczorek RR and Rosner BH	1976	看護者が行う性暴力被害者へのケア	総説	
Woodell AT et al.	2007	救急医療部での性暴力被害者へのケア	量的研究	救急医療施設

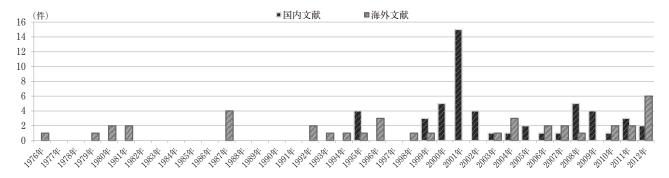


図1 文献数の年次推移

表 3 研究内容别研究方法別国内文献件数

TII de check		研究	方法	
研究内容	総説	量的研究	事例報告	合計
性暴力による健康への影響	7	6	0	13
医療従事者が行う性暴力被害者へのケア	11	0	0	11
性暴力被害の実態	3	2	1	6
看護者の教育・養成	2	3	0	5
医療機関での性暴力被害者へのケア	2	2	0	4
SANEの解説	4	0	0	4
社会資源	3	0	0	3
法看護学に関する教育	2	0	0	2
性暴力被害者を支援する人へのケア	2	0	0	2
その他	2	0	0	2
合計	38	13	1	52

表 4 研究内容別研究方法別海外文献件数

研究内容		研究	方法	
柳九內 谷	総説	量的研究	質的研究	合計
看護者が行う性暴力被害者へのケア	14	0	0	14
看護者の性暴力被害者に対する態度	0	6	2	8
性被害アセスメントツール	2	2	0	4
性暴力被害者支援プログラムの評価	0	2	2	4
救急医療部での性暴力被害者へのケア	1	2	0	3
SANEのストレス	0	0	3	3
性暴力被害の実態	1	2	0	3
合計	18	14	7	39

国内文献で最も多かった研究内容は「性暴力による健康への影響」13件(25.0%)であり、健康のなかでもPTSDに焦点をあてたものは11件であった。以下順に、「医療従事者(産婦人科医師、看護師、助産師、精神科医師のいずれか)が行う性暴力被害者へのケア」11件(21.2%)、「性暴力被害の実態」6件(11.5%)、「看護者の教育・養成」5件(9.6%)、「医療機関での性暴力被害者へのケア」4件(7.7%)、「SANEの解説」4件(7.7%)、「社会資源」3件(5.8%)、「法看護学に関する教育」2件(3.8%)、「生暴力被害者を支援する人へのケア」2件(3.8%)、「その他」(内訳は、警察官による支援、強姦のない社会の実現)2件(3.8%)であった。研究方法は、総説38件(73.1%)、量的研究13件(25.0%)、事例報告1件(1.9%)であり、質的研究はみられなかった。

海外文献における研究内容は、多いものから「看護者が行う性暴力被害者へのケア」14件(35.9%)、「看護者の性暴力被害に対する態度」8件(20.5%)、「性被害アセスメントツール」4件(10.3%)、「性暴力被害者支援プログラムの評価」4件(10.3%)、「救急医療部での性暴力被害者へのケア」3件(7.7%)、「SANEのストレス」3件

(7.7%),「性暴力被害の実態」 3 件 (7.7%) であった。研究方法は、総説18件 (46.2%),量的研究14件 (35.9%),質的研究7件 (17.9%)であり、事例報告はみられなかった。なお、「SANEのストレス」は3件とも質的研究であった。

3. 研究対象者ごとの研究方法による分類

総説以外の研究方法による、研究対象者ごとの分類結果 を表 5、 6 に示す。

国内文献における量的研究13件では,「看護者」 3 件 (23.1%),「性暴力被害者」 3 件 (23.1%),「成人女性」 3 件 (23.1%),「男女高校生」 2 件 (15.4%),「妊婦」 1 件 (7.7%),「医師」 1 件 (7.7%) であり,看護者を対象とした研究が 2 割強であった。事例報告 1 件は,「性暴力被害者のための関係機関」であった。

海外研究における量的研究14件では,「看護者」 6 件 (42.9%),「性暴力被害者」 5 件 (35.7%),「救急医療施設」 2 件 (14.3%),「看護学生」 1 件 (7.1%) であり, 質的研究 7 件では,「Sexual Assault Nurse Examiner (以下, SANE)」 6 件 (85.7%),「性暴力被害者のための地域サービス」 1 件 (14.3%) であった。看護者を対象とした研究

表 5 研究対象別研究方法別国内文献件数

研究対象	研究	方法
初九刈家	量的研究	事例報告
看護者	3	0
性暴力被害者	3	0
成人女性	3	0
男女高校生	2	0
医師	1	0
妊婦	1	0
性暴力被害者のための関係機関	0	1
合計	13	1

表 6 研究対象別研究方法別海外文献件数

研究対象	研究	方法
柳	量的研究	質的研究
SANE	0	6
看護者	6	0
性暴力被害者	5	0
救急医療施設	2	0
性暴力被害者のための地域サービス	0	1
看護学生	1	0
合計	14	7

は、量的研究では4割強、質的研究では看護者がSANE に限定されていたにもかかわらず8割を超えていた。

Ⅲ. 考 察

1. 日本と海外の違い

海外では日本より約20年早い1976年から研究が開始され、日本では「性暴力による健康への影響」「医療従事者が行う性暴力被害者へのケア」といった総説が多いのに対し、海外では「看護者が行う性暴力被害者へのケア」「看護者の性暴力被害者に対する態度」といった看護者に焦点をあてた研究や、「性被害アセスメントツール」「救急医療部での支援の実際」といった実際の支援場面を取り上げたものが多かった。

また、看護者を対象とした研究は、日本では量的研究でおよそ2割であったのに対し、海外では量的研究でおよそ4割、質的研究においては看護者がSANEに限定されていたにもかかわらず8割を超えていた。

これらの差異は、北米では1970年代からSANEの養成が開始され、SANEによる性暴力被害者へのケアが行われていることがあげられる。

国際法看護協会 (International Association of Forensic Nurses, 2013) によると、SANEとは、性暴力や性的虐待を受けた患者の法医学的ケアに関する専門教育を受け、臨床に対応で

きる正看護師のことである。SANE実践プログラムは、米国、カナダ、オーストラリアに700以上のプログラムがある。

日本においては、2000年、カナダ・ブリティッシュコロンビア州で実施されているSANE教育プログラムをもとにNPO法人が日本向けプログラムを1つ開発し、現在までにおよそ300人のSANEが輩出されている(女性の安全と健康のための支援教育センター、2014)。

2. 日本における性暴力被害者支援における看護者の役割の方向性

研究内容別に分析した結果、日本においては「性暴力による健康への影響」が最も多く1/4を占め、そのなかでもPTSDに焦点をあてたものが8割を超えていたことから、性暴力被害者支援においては、PTSDへの理解が必要であることがわかった。

また、「医療従事者が行う性暴力被害者へのケア」が国内では2番目に多く、2割強を占め、医療従事者が「看護者」に限定された海外では、最も多く3割強を占め、国内外とも、看護者を含めた医療従事者による性暴力被害者へのケアが関心の高いテーマであることが確認できた。

日本においては、平成24年3月、内閣府が各都道府県に少なくとも1つ『ワンストップ支援センター』設置を目標とし、医師と看護師等の11項目の支援内容を提示した(内閣府犯罪被害者等施策推進室、2012)。実際、大阪に日本で初となるワンストップ型性暴力支援センターが平成22年4月に設立されたのを皮切りに、2014年1月現在、全国11か所で支援が開始されている(性暴力被害者支援情報サイトぱーぷるラボ、2014)。第2次犯罪被害者等基本計画にも、看護師等活用の必要性が明記されており(内閣府、2011)、今後、ワンストップ支援センターで活躍できる看護者が必要となる。

内閣府が提示した医師と看護師等の11項目の支援内容とは、①問診、②診察、③証拠採取、④性感染症検査、⑤妊娠検査、⑥診察後の説明と緊急避妊薬・性感染症治療薬等の処方、⑦診断書発行、⑧精神科を含む他科の紹介、⑨次回受診日の予約と説明、⑩カルテ・ケース記録等の作成、⑪証拠資料の警察への提出、である(内閣府犯罪被害者等施策推進室、2012)。保健師助産師看護師法 5 条および同法31条 1 項に規定された看護師の業務を鑑みると、すべての項目を看護者が単独で行うことについては法的な検討が必要である。11項目を詳細に検討し、法令の範囲内で看護者が担える役割を明確にすることが求められる。

3. 性暴力被害者支援に必要となる看護研究

文献数は、特集12件が含まれた2012年の国内文献数を除

くと、国内外とも年に0~6件と少なく、文献数が急激に増加する傾向は認められなかった。特集が組まれていることから性暴力被害者支援への関心が高いことがうかがわれるが、研究数が増えない理由は、性暴力被害というプライバシーにかかわる研究の困難さがあると推測される。困難さはあるものの、性暴力被害者に適切な看護ケアを提供するためには、プライバシー保護に十分配慮しながら研究を推し進めることが必要である。

本研究結果および内閣府が示した性暴力被害者支援施策 により、今後、日本における性暴力被害者支援に必要な看 護研究は大きく2つ考えられる。

1つは、「内閣府が提示した支援内容11項目を基盤とした法令の範囲内における看護者の役割を明確にする研究」である。内閣府がワンストップ支援センターの設置を後押ししていることから、性暴力被害者対策が推進すると予測できる。しかし、これまで国内において、性暴力被害者に対する具体的な看護介入を検討した研究はほとんどなく、今後、看護者の支援内容が明確になる研究を推し進める必要がある。

もう1つは、「看護者へのケアに関する研究」である。 国内文献では「支援する人へのケア」といった、ケア対象が看護者に限定されない総説が2件あったに過ぎないのに対し、海外では「SANEのストレス」を取り上げた質的研究が既に3件なされていた。被害者援助においては、ケアをする人自身のメンタルヘルスも重要である(小西、2006)。 看護者がこれまで実践してきた支援内容やメンタルヘルスを詳細に検討するには質的研究が有用である。国内文献には質的研究がなかったが、本研究により質的研究手法を用いた看護研究に取り組む必要性が示唆された。

Ⅳ. 結 語

性暴力被害者に対する看護支援に関する研究の動向を検討し、今後の看護実践への示唆と研究課題を明らかにするため、国内52文献、海外39文献の検討を行った結果、以下の知見を得た。

- 1. 国内外とも、研究内容では看護者を含めた医療従事者 による性暴力被害者へのケアが関心の高いテーマであっ た。
- 2. 性暴力被害者を支援するにはPTSDへの理解が必要である。
- 3. 日本では総説が多いのに対し、海外ではSANEによる性暴力被害者へのケアが実践されており、看護者や実際の支援場面が取り上げられていた。
- 4. 海外ではSANEのメンタルヘルスに関する質的研究が行われていた。

以上から、性暴力被害者支援に関する研究にはプライバシー保護という困難が伴うが、今後日本においても、看護者の支援内容を具現化する研究や看護者へのケアに関する研究が必要であることが示唆された。

要 旨

目的:性暴力被害者に対する看護支援に関する研究の動向を検討し、今後の看護実践への示唆と研究課題を明らかにする。

方法:国内文献はキーワード「性暴力被害」とし『医中誌Web版』にて検索した52件を、外国文献はキーワード「rape victim」「sexual assault victim」「nurse」とし『PubMed』と『CINAHL』にて検索した39件を分析対象とした。年次推移別、研究内容別、研究方法別、研究対象別に分析した。

結果:国内では看護者による具体的なケアを検討した内容はほとんどなく、総説が7割以上を占め、質的研究は みられなかった。これに対し、海外では日本より約20年早く研究が開始され、看護者や実際の支援場面が取り上 げられており、量的研究約3割、質的研究約2割であった。

結論:日本においては内閣府による性暴力被害者支援施策が進められており、看護者が主体となって支援することが求められている。看護者の支援内容を具現化する研究や、看護者へのケアに関する研究の必要性が示唆された。

Abstract

Objective: We examined trends in the research on nursing support for victims of sexual assault and clarified research issues and suggestions for nursing practice in the future.

Method: We used the keyword "sexual assault victim" in the domestic literature and found 52 cases on the Japan Medical Abstracts Society website. We used the keywords "rape victim", "sexual assault victim", and "nurse" in the foreign literature and found 39 cases in PubMed and CINAHL. Next, we divided them into different categories, which included time trends,

research details, research methods, and research subjects.

Results: There was little content that examined specific care by nurses in Japan. Reviews accounted for more than 70%, and qualitative studies were not found. In contrast, research in foreign countries began about 20 years earlier than in Japan. The actual support scenes of nurses were taken up. Quantitative studies accounted for about 30%, and qualitative studies accounted for about 20%.

Conclusion: In Japan, measures to support victims of sexual assault have been promoted by the Cabinet Office. Support that is mainly composed of nurses is required. We suggest that research on nursing care is necessary, particularly research that examines the support strategies of nurses.

文 献

- 阿部裕子 (1995). 性暴力被害の実情と援助の実際. 助産婦雑誌, 49(8), 650-655.
- 安藤久美子 (2001). 性暴力被害と心的外傷後ストレス障害 (PTSD). 臨床精神医学、30(4)、379-386.
- 安藤久美子,岡田幸之,影山隆之,飛鳥井望,稲本絵里,柑本美和,小西聖子 (2000). 性暴力被害者のPTSDの危険因子―日本におけるコミュニティサーベイから. 精神医学,42(6),575-584.
- 安藤舞季子 (2001). 性暴力被害者のアセスメントと基本的対応. 看護学雑誌,65(11),1025-1030.
- Alexander, C.S. (1980). The responsible victim: nurses' perceptions of victims of rape. *J Health Soc Behav*, 21(1), 22-33.
- Benton, J. (2003). Making schools safer and healthier for lesbian, gay, bisexual, and questioning students. *J Sch Nurs*, 19(5), 251-259.
- Boutcher, F. and Gallop, R. (1996). Psychiatric nurses' attitudes toward sexuality, sexual assault/rape, and incest. *Arch Psychiatr Nurs*, 10(3), 184-191.
- Burgess, A.W. and Fawcett, J. (1996). The comprehensive sexual assault assessment tool. *Nurse Pract*, 21(4), 66, 71-76, 78.
- Campbell, R. and Ahrens, C.E. (1998). Innovative community services for rape victims: an application of multiple case study methodology. *Am J Community Psycholo*, 26 (4), 537–571.
- Campbell, R., Patterson, D., and Bybee, D. (2012). Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women*, 18(2), 223-244.
- Cheung, F.M. (1979). Nurses' training on rape victim crisis intervention. *Xianggang Hu Li Za Zhi*, (26), 20-25.
- Cochrane, D.A. (1987). Emergency nurses' attitudes toward the rape victim. *AARN News Lett*, 43(7), 14-18.
- Cole, J. and Logan, T.K. (2008). Negotiating the challenges of multidisciplinary responses to sexual assault victims: sexual assault nurse examiner and victim advocacy programs. *Res Nurs Health*, 31(1), 76-85.
- Crowley, S.R. (2004). A mobile system for postmortem genital examinations with colposcopy: SART-TO-GO. *J Forensic Sci*, 49(6), 1299-1307.
- Damrosch, S.P. (1981). How nursing students' reactions to rape victims are affected by a perceived act of carelessness. Nurs Res, 30(3), 168-170.
- Damrosch, S.P., Gallo, B., Kulak, D., and Whitaker, C.M. (1987). Nurses' attributions about rape victims. *Res Nurs Health*, 10 (4), 245-251.
- Danielson, C.K. and Holmes, M.M. (2004). Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecoly*, 16(5), 383-388
- Davidhizar, R. and Newman-Giger, J. (1996). Recognizing abuse. Int

- Nurs Rev, 43(5), 145-150.
- Downing, N.R. and Mackin, M.L. (2012). The perception of role conflict in sexual assault nursing and its effects on care delivery. *J Forensic Nurs*, 8(2), 53-60.
- 江藤宏美,森 明子,三橋恭子,片岡弥恵子 (2003). Women's Health と性暴力被害者支援―医療関係者のためのカナダ研修に参加して. 聖路加看護大学紀要, 29, 32-39.
- George, J.E. (1980). Treating the rape victim in the E.D. *ENLB Emerg Nurse Leg Bull*, 6(4), 2-8.
- Heinrich, L.B. (1987). Care of the female rape victim. *Nurse Pract*, 12 (11), 9-12, 16-18, 23-27.
- Henry, T. (2010). Characteristics of sex-related homicides in Alaska. J Forensic Nurs, 6(2), 57-65.
- 廣幡小百合,小西聖子,白川美也子,淺川千秋,森田展彰,中谷陽二(2002). 性暴力被害者における外傷後ストレス障害―抑うつ,身体症状との関連で.精神神経学雑誌,104(6),529-550.
- Hochbaum, S.R. (1987). The evaluation and treatment of the sexually assaulted patient. *Emerg Med Clin North Am*, 5(3), 601-622.
- 稲本絵里,安藤久美子,影山隆之,岡田幸之,石井朝子,飛鳥井望,笹川真紀子,小西聖子 (2002).被害体験と「回避」の機制一性暴力被害の住民研究から.精神保健研究,48,35-41.
- International Association of Forensic Nurses (2013). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Education Guidelines. Retrieved from http://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/ Education/Sexual_Assault_Nurse_Educati.pdf
- 石井朝子 (2002). わが国における性暴力被害の実態とその援助. 心と社会, 110, 90-96.
- 板垣喜代子 (2000). 性暴力被害者の理解と医療従事者の援助. 看 護学雑誌, 64(12), 1126-1133.
- 女性の安全と健康のための支援教育センター(2014). 性暴力被害者支援看護職(SANE)養成講座. Retrieved from http://shienkyo.com/sane/
- 戒能民江 (1995). 女性への暴力と法的対応の現状. 助産婦雑誌, 49(8),621-626.
- 加納尚美 (2001). 性暴力被害支援看護婦とは. 看護学雑誌, 65 (11), 1016-1020.
- 加納尚美 (2009). 看護職の新たな役割の創造—性暴力被害者支援 看護師 (SANE) という試み. 看護, 61(4), 40-44.
- 加納尚美, 岩井浩一, 江守陽子, 梶原祥子, 山海千保子, 島田智織 (2008). 暴力被害が妊婦の健康および妊娠受容に及ぼす影響 (Influences of exposure to violence on health status and acceptance of pregnancy in pregnant women). *Health Sciences*, 24(2), 153-168.
- 加納尚美,中村安秀,桜山豊夫,片岡弥恵子,下谷恵美,篠原清夫,大竹真裕美,牧野美幸(2000). 医療機関における性暴力・暴力被害女性の受け入れに関する実態調査. 日本公衆衛生雑誌,47(5),394-403.
- 片岡弥恵子 (2001). 日本における性暴力被害―看護の現場からみ

- える実態. 看護学雑誌, 65(11), 1005-1008.
- 片岡弥恵子 (2004). 性暴力被害に関する看護者への教育プログラムの評価. 日本看護科学会誌, 24(1), 3-12.
- 片岡弥恵子, 堀内成子 (2001). 看護者のもつ性暴力に対する態度と知識. 日本助産学会誌, 15(1), 14-23.
- 加藤治子 (2010). 性暴力救援センター・大阪 (SACHICO) 開設 の経緯と現況について. トラウマティック・ストレス, 8(2), 136-145.
- 小西聖子 (2000a). 女性における性暴力被害経験とその精神医学的影響. 犯罪学雑誌,66(3),110-113.
- 小西聖子 (2000b). 外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究:東京都の女性における性暴力被害とそのトラウマ—成人期, 児童期における性暴力被害体験とIES-R, GHQ12の関連. 厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集平成11年度, 141.
- 小西聖子 (2005). 性暴力被害者の心理とケア. 精神科, 6(3), 211-214
- 小西聖子 (2006). 犯罪被害者の心の傷〔増補新版〕. 161-255, 白水社、東京.
- 小竹久美子 (2001). 性暴力被害者にであうとき―これだけはやってはいけない,もしやってしまったら. 看護学雑誌,65(11),1031-1032.
- 小竹久美子 (2011). 性暴力被害にあった女性への対応. 助産雑誌, 65(4), 338-341.
- 甲村弘子 (2001). DVを疑う症状・サイン. 看護学雑誌, 65(11), 1034.
- 甲村弘子 (2002). 性暴力被害の実態と医療者側の対応. 日本性科 学会雑誌, 20(2), 127-128.
- Ledray, L.E. (1992). The sexual assault examination: overview and lessons learned in one program. *J Emerg Nurs*, 18(3), 223-230.
- Ledray, L.E. and Arndt, S. (1994). Examining the sexual assault victim: a new model for nursing care. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv., 32 (2), 7-12
- Maier, S.L. (2011). The emotional challenges faced by Sexual Assault Nurse Examiners: "ER nursing is stressful on a good day without rape victims". *J Forensic Nurs*, 7(4), 161-172.
- Maier, S.L. (2012a). Sexual assault nurse examiners' perceptions of the revictimization of rape victims. *J Interpers Violence*, 27(2), 287-315.
- Maier, S.L. (2012b). Sexual assault nurse examiners' perceptions of their relationship with doctors, rape victim advocates, police, and prosecutors. *J Interpers Violence*, 27 (7), 1314-1340.
- 松山容子 (1995). 強姦のない文化と社会をめざして一あなたは悪くない. 助産婦雑誌, 49(8), 645-649.
- 松山容子 (2001). 性暴力被害者のための社会資源. 看護学雑誌, 65(11), 1009-1012.
- McCracken, L.M. (1999). Living forensics: a natural evolution in emergency care. *Accid Emerg Nurs*, 7(4), 211-216.
- 三井富美代 (2001). NPO法人「女性の安全と健康のための支援 教育センター」のめざすもの. 看護学雑誌, 65(11), 1035.
- 三隅順子 (2008). 性暴力と看護 SANE(性暴力被害者支援看護 師) に求められる役割. 看護技術, 54(13), 1457-1462.
- 三隅順子, 加納尚美, 小竹久美子, 三田村博子, 米山奈奈子, 佐々木静子 (2008). 性暴力被害者支援看護師 (Sexual Assault Nurse Examiner) 養成プログラムの評価. 母性衛生, 49(1), 152-159.
- 三田村博子 (2008). 性暴力被害者への支援の実際—SANEの活動をとおして. 看護技術, 54(13), 1462-1466.
- Mollen, C.J., Goyal, M.K., and Frioux, S.M. (2012). Acute sexual

- assault: a review. Pediatr Emerg Care, 28(6), 584-590.
- Moynihan, B.A. and Duncan, J.W. (1981). The role of the nurse in the care of sexual assault victims. *Nurs Clin North Am*, 16 (1), 95-100.
- Murphy, S.B., Potter, S.J., Pierce-Weeks, J., Stapleton, J.G., and Wiesen-Martin, D. (2011). An examination of SANE data: clinical considerations based on victim-assailant relationship. *J Forensic Nurs*, 7 (3), 137-144.
- Murphy, S.B., Potter, S.J., Stapleton, J.G., Wiesen-Martin, D., and Pierce-Weeks, J. (2010). Findings from Sexual Assault Nurse Examiners (SANE): A case study of New Hampshire's pediatric SANE database. *J Forensic Nurs*, 6 (4), 163-169.
- 内閣府 (2011). 第 2 次犯罪被害者等基本計画. Retrieved from http://www8.cao.go.jp/hanzai/pdf/info230325-dai2keikaku.pdf
- 内閣府男女共同参画局 (2012). 男女間における暴力に関する調査報告書〈概要版〉. Retrieved from http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/images/pdf/h23danjokan-gaiyo.pdf
- 内閣府犯罪被害者等施策推進室 (2012). 性犯罪・性暴力被害者 のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引〜地域 における性犯罪・性暴力被害者支援の一層の充実のために〜. Retrieved from http://www8.cao.go.jp/hanzai/kohyo/shien_tebiki/pdf/zenbun.pdf
- 野坂祐子,吉田博美,笹川真紀子,内海千種,角谷詩織(2005). 高校生の性暴力被害と精神健康との関連.トラウマティック・ストレス,3(1),67-75.
- O'Brien, C. (1992). Medical and forensic examination by a sexual assault nurse examiner of a 7-year-old victim of sexual assault. *J Emerg Nurs*, 18(3), 199-204.
- 小笠原和美 (2012). 性暴力被害の実態と医療機関を拠点とする性 犯罪被害者支援のあり方. 茨城県母性衛生学会誌, 30, 79-92.
- 荻野雅弘 (2011). 性暴力被害. 産科と婦人科, 78 (増刊号), 240-244.
- 奥山眞紀子 (2001). 子ども虐待を疑う症状・サイン. 看護学雑誌, 65(11), 1033.
- Patterson, D. and Campbell, R. (2012). The problem of untested sexual assault kits: why are some kits never submitted to a crime laboratory? *J Interpers Violence*, 27 (11), 2259-2275.
- Plichta, S.B., Vandecar-Burdin, T., Odor, R.K., Reams, S. and Zhang, Y. (2006). The emergency department and victims of sexual violence: an assessment of preparedness to help. *J Health Hum Serv Adm*, 29(3), 285-308.
- Plumbo, M.A. (1995). Delayed reporting of sexual assault. Implications for counseling. *J Nurse Midwifery*, 40 (5), 424-427.
- 笹川真紀子, 小西聖子 (2001). 性暴力被害者を援助する人自身のケア. 看護学雑誌, 65(11), 1021-1024.
- 佐々木靜子 (1999). 産婦人科医療と性暴力被害女性へのケアと ネットワーク. アディクションと家族, 16(3), 294-301.
- 佐々木靜子 (2001). 暴力と女性の健康. 看護学雑誌, 65(11), 998-1001.
- 佐々木靜子 (2012). 性暴力・性犯罪とその対応—医療現場における性暴力被害者支援. 日本性科学会雑誌, 30(1-2), 21-24.
- 性暴力被害者支援情報サイトぱーぷるラボ (2014). 支援機関 1 ~ 性暴力被害者支援ワンストップセンター~. Retrieved from http://purplelab.web.fc2.com/onestopcenter.html (検索日2014年1月31日)
- Seng, J.S., Sanubol, M., and Johnson County (Iowa) SANE Team (2004). The first year as sexual assault nurse examiner: role transition and role-related stress within a new SANE team. J Emerg Nurs, 30(2), 126-133.

- Sheridan, D.J. (1993). The role of the battered woman specialist. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 31(11), 31-37.
- 下屋浩一郎, 奥野葉子, 国重一郎, 甲村弘子, 有本洋子, 大槻芳朗 (2001). 当院における性暴力被害者の診察の現況と問題点. 日本産科婦人科学会雑誌, 53(5), 865-869.
- 白川美也子 (2001). 性暴力による慢性的な健康障害. 看護学雑誌, 65(11), 1002-1004.
- 田口奈緒 (2009). 性暴力被害とその対応. 産婦人科治療, 99(6), 617-622.
- 田口奈緒,川北かおり,紀伊顕二,大橋正伸,森川 肇,名方正夫 (2008). 当院における性暴力被害実数調査. 兵庫県母性衛生 学会雑誌,17,43-45.
- 高桑 茂 (1995). 性暴力被害者へのカウンセリングの現場から. 助産婦雑誌, 49(8), 639-644.
- Thoreson, E.J. (2006). In times of crises: care of adolescent rape patients. *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship*, 8(1).
- 角田由紀子 (2001). 看護に生かすDV・児童虐待防止法. 看護学雑誌, 65(11), 1013-1015.
- Uji, M., Shono, M., Shikai, N., and Kitamura, T. (2007). Rape Myth Scale: factor structure and relationship with gender egalitarianism among Japanese professionals. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61 (4), 392-400.
- 内海千種, 野坂祐子 (2006). 高校生の性暴力被害の特徴—attempted rape, completed rape の現状より. 聖マリアンナ医学研究誌, 6, 77-82.
- 和田登志子 (1999). 性暴力被害者の心のケアーについて一臨床心理士の立場から. 熊本医学会雑誌, 73(1), 94-106.

- Whynot, E.M., Dudley, C., and Vliet, A.V. (1999)/笹原優里 (1999). ある性暴力被害援助〈SAS〉の展開—BCS Women's Sexual Assault Servicesの取り組み. アディクションと家族, 16(3), 290-
- Wieczorek, R.R. and Rosner, B.H. (1976). The law, the nurse, and the rape victim. *JNY State Nurses Assoc*, 7(2), 16-21.
- Woodell, A.T., Bowling, J.M., Moracco, K.E., and Reed, M.L. (2007). Emergency contraception for sexual assault victims in North Carolina emergency departments. *N C Med J*, 68 (6), 399-403.
- 山田典子 (2009). 法看護学を活用した性に関する健康課題への看護介入一ケニア国の性暴力被害者に対する医療とケアに関するガイドラインからの学び. 青森県立保健大学雑誌, 10(1), 43-49.
- 山田典子 (2011). 性暴力被害にあった中学生に対する関係機関の 話し合い—SARTへの第1歩. 性とこころ、3(1)、125-131.
- 山田典子,山本春江,リボウィッツよし子 (2009). 日本における 法看護学教育カリキュラムの検討. 日本ヒューマンケア科学 会誌,2(1),57-64.
- 山下伸子 (2007). PTSD の患者の看護介入について一患者-看護 師関係から看護の役割を考える. 日本精神科看護学会誌,50 (2),43-47.

[平成26年3月24日受 付⁻ [平成26年7月30日採用決定]

- 資料・その他-

病院看護部による病棟看護職への継続医療退院支援教育の必要性

Necessity for Education of Discharge Support for Continuing Medical Care for Ward Nurses by Nursing Departments in Hospitals

進 藤 真由美 $^{1)}$ 大 竹 まり $^{1)}$ 森 鍵 祐 $^{2)}$ 鈴 木 育 $^{2)}$ Mayumi Shindou Mariko Ohtake Yuko Morikagi Ikuko Suzuki 細 谷 たき $^{1)}$ 小 林 淳 $^{2)}$ 叶 谷 由 4

細谷 たき子¹⁾ 小林淳子¹⁾ 叶谷由佳³⁾
Takiko Hosoya Atsuko Kobayashi Yuka Kanoya

キーワード:退院支援,院内教育,在宅医療,看護職

Key Words: discharge support, in-service training, home health care, nurses

緒 言

現在,日本の医療政策では在院日数短縮と在宅療養促進に向けた改革が進められている(厚生労働統計協会,2012)。病院では,入院患者とその家族が円滑に安心して在宅療養に移行するために退院支援の必要性が認識され実施されてきている(松下,2008,pp.8-12;宇都宮,2011a)。

退院支援が必要な患者を漏れなく、かつ早期に抽出する 目的で入院早期スクリーニング票(以下、スクリーニン グ票とする)を開発,検討した研究(堀江・金野・佐川・ 庄子, 2008; 松下, 2008, pp.62-66; 森鍵ら, 2007; 大竹 ら, 2008; 大内・村嶋, 2005; 鷲見・村嶋, 2005) がされ ており、それらの結果から導かれた退院困難な患者の特 徴は2012年度の診療報酬改定時より退院調整加算の要件 にもなっている (医学通信社, 2012, pp.124-125)。スク リーニング票の項目は、①医学管理、医療処置などが継続 する、②ADL/IADLが低下し、自立した生活が送れない、 ③がんや難病のように、進行する症状を抱えながら療養継 続する、④再入院を繰り返す、等がある(宇都宮、2011b、 pp.15-21)。このうち、②や③の事例に対しては、退院に 際して介護保険や特定疾患などの社会資源の導入が必要と なることが多く、専門部署が入院後早期から介入するほう がスムーズな退院につながる (叶谷ら, 2006)。スクリー ニング票によって抽出された退院支援を必要とする患者を 専門部署へつなぐかどうかは、病棟看護職に委ねられるこ とが多い現状がある (大竹ら, 2008)。病棟看護職がスク リーニングを確実に行い必要な患者を専門部署へつなぐた めには、社会資源や制度に関する知識が求められ、病棟看

護職への社会資源や制度についての一般的な退院支援に関する教育が実施されつつある(荒賀・葛西・山口・初鹿, 2008; 丹羽ら, 2008)。

退院支援を必要とする患者のうち前述の①や④に該当す る患者は、退院後も在宅で継続して医療処置が必要な状 態. すなわち継続医療の状態となる。大竹ら(2010)は. 医療依存度の高い患者が在宅療養移行する際の課題につい て調査した結果, 退院後, 在宅に訪問している訪問看護師 が病院での患者や家族に対する指導不足や病院職員に対す る在宅療養・訪問看護の理解不足を感じていること、在宅 にあった指導をしてほしいという要望があることを報告し ている。この結果より、病院における継続医療の状態とな る患者に対する退院支援の強化が必要と考える。ここで、 急性期病院における多職種協働の退院支援に関する調査で は, 医療依存度の高い事例, つまり継続医療事例の在宅療 養移行に向けた退院支援に中心となってかかわる職種は、 専門部署看護職と病棟看護職が多い現状が明らかにされて いる (森鍵・叶谷・佐藤, 2009)。多職種協働による退院 支援において看護職は「健康」と「生活」をマネジメント するスペシャリストであり (三輪, 2012), 継続医療を必 要とする患者への退院支援は看護職の専門性を発揮すべき 部分ともいえる。また、専門部署看護職は病院内全体の退 院支援にかかわる必要があるが、配置人員が不足しており、 オーバーワークであることが問題となっている(日本訪問 看護振興財団,2011)。継続医療の状態で退院する患者は 慢性疾患の増加、医療費の高騰、医療の高度発展などによ り、今後一層の増加が見込まれている(門ら、2007)。こ うした現状を踏まえると、継続医療を必要とする患者への 退院支援においては病棟看護職の活躍が求められている。

¹⁾ 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

²⁾ 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科 School of Nursing, Yamagata Prefectural University of Health Sciences, Faculty of Health Sciences

³⁾ 横浜市立大学医学部看護学科 School of Nursing, Yokohama City University Faculty of Medicine

病棟看護職対象の退院支援や退院指導についての文献は これまでに数多く出版されているが、それらは疾患特性を もとにした生活指導や医療処置に関する手技の指導(京都 府立医科大学附属病院看護部,2003)や実際に退院支援を 行った事例への介入について時系列で紹介・検討したもの (松下, 2008; 全国訪問看護事業協会, 2006) である。継 続医療を必要とする患者への多職種協働による退院支援の ための看護職への教育という視点での研究や文献は少な く、実態が明らかになっていない。病棟看護職への退院支 援に関する教育や学習は退院支援の実践(大崎ら, 2009; 吉田・佐瀬・石橋, 2009) や患者の自宅退院率の上昇(森 鍵, 2009) に関連することが示唆されている。しかし、病 院においては看護職対象の教育は看護部で必要と認識され ない場合は実施に至らない。そこで本研究では、継続医療 退院支援教育の必要性の認識に関連する要因を明らかに し. 教育に対する病院看護部による必要性の認識を高め実 施につなげる方策を検討することを目的とする。

I. 用語の定義

1. 退院支援

手島による「退院計画」の定義(手島, 1996)を参考にした森鍵の定義(森鍵, 2009)を用い、「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を支援すること」とした。

2. 一般的退院支援教育

「在宅療養や社会資源に関する一般的な知識の習得を目的に看護職へ実施される退院支援に関する院内教育」とした。

3. 継続医療退院支援教育

「継続医療を必要とする患者が円滑に在宅療養に移行するために必要な知識,技術の習得を目的に看護職へ実施される退院支援に関する院内教育」とした。

4. シンプルケア

「退院後に患者・家族が医療処置を継続して実施できる 簡便なケア方法」とした。

Ⅱ.研究方法

1. 対象

独立行政法人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(以下, WAM NET)が提供している

「病院・診療所情報」において、「一般病棟(手術前後を含む急性期の患者や慢性疾患が悪化した患者などに対する治療を主な目的とした病棟)」の条件で検索された全国5,438病院のうち、一般病床を200床以上有する1,311病院で病棟看護職の院内教育を担当する看護管理部門の看護職を対象とした。

2. 調査期間

平成21年7月から9月まで。

3. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査。

4. 調査内容

a. 病院の属性

病院概要

設置主体,病院機能,併設施設,平成21年4月の一般病 床における看護職員配置基準,病床数,総退院患者数,平 均在院日数,1日平均外来患者数。

- b. 病院における退院支援の体制
- (1) 専門部署の設置の有無と専門部署における看護職の配置
- (2) 病院のシステムとしての退院支援7項目に関する 実施の有無

既刊の退院支援についての文献(松下,2008;全国訪問看護事業協会,2006)から情報収集を行い、研究者7名の間で原案を作成した。原案について現職の専門部署看護職2名に内容の妥当性を確認してもらい、以下の7項目とした。

- ①入院前または入院早期の退院支援が必要な患者を把握するスクリーニング
- ②入院時に患者が利用している社会資源(介護保険など) の確認
- ③各病棟への退院支援リンクナースの配置
- ④患者の退院に向けた院内ケースカンファレンスの開催
- ⑤患者の退院前院内・院外合同カンファレンスの開催
- ⑥退院時サマリーの記入事項(カテーテル使用患者はサイズ,メーカー,最終交換日等を記入する院内統一の書式がある等)
- ①退院後フォローアップ(退院後の患者に在宅での様子・ 困り事等を電話や連絡票で確認する)

c. 回答者の属性

所属部署,職位,教育担当業務の専任状況。

d. 病棟看護職への退院支援教育の実態

(1) 一般的退院支援教育

先行研究(荒賀ら, 2008; 丹羽ら, 2008; 大崎ら, 2009)

と既刊の退院支援についての文献(松下,2008;全国訪問看護事業協会,2006)を参考に研究者7名の間で検討を行い,一般的退院支援教育は「介護保険などの社会資源や制度」「訪問看護や在宅医療」「退院支援の効果と意義」「地域連携」の4項目とした。

(2) 継続医療退院支援教育

継続医療の退院支援は実態が明らかになっていないため、現職の専門部署看護職と訪問看護職へのインタビューや病棟で使用しているクリティカルパス、既刊の退院支援についての文献(松下,2008;全国訪問看護事業協会、2006)などから情報収集を行った。その結果をもとに研究者7名の間で検討を行い、継続医療退院支援教育は「シンプルケアを意識した退院指導」「退院後の衛生材料の調達方法」「在宅での医療廃棄物の処理方法」「緊急入院時のベッド確保」の4項目とした。

以上(1), (2)をあわせた8項目を病棟看護職への退院支援教育に関する設問とし、院内教育の必要性の認識について「院内教育が必要」「病棟単位で必要」「必要ない」の選択式で回答を求めた。選択肢は当初、「必要あり」「必要なし」の2択であったが、プレテストを実施したところ、病院全体の看護職対象ではないが病棟や部署単位での研修を必要と感じていることを回答できない、という指摘があり、研究者間で議論を行い上記の3択とした。

5. 分析方法

各項目別に単純集計を実施した。次に、2値データ以外の変数は単純集計の平均値と度数分布をもとに0-1型のダミー変数化を行った。病院の属性に関する項目、病院における退院支援の態勢に関する項目、回答者の属性に関する項目のうち、設置主体は公立・公的・国立を「公的:1」とし、その他を「それ以外:0」とした。同様に、病院機能は「一般病院:1」、看護職員配置基準は「7対1:1」、専門部署への看護職の配置は「専任の看護職を配置している:1」、回答者の所属は「看護管理部門:1」、回答者の職位は「副看護部長:1」とし、各項目で1に非該当のものは「それ以外:0」とした。回答が実数であった項目のうち平均在院日数以外は「平均以上:1」「平均未満:0」とし、平均在院日数は短いほうが診療報酬制度上で評価されるため、「平均未満:1」「平均以上:0」とした。

病院の属性に関する項目、病院における退院支援の体制に関する項目、回答者の属性に関する項目を独立変数とし、継続医療退院支援教育の必要性の認識と実施の項目を従属変数として、 χ^2 検定またはFisherの直接確率法で変数間の関連について分析した。この分析は多重ロジスティック回帰分析における独立変数の選択を目的とし、有意確率、.25未満(Katz, .2006/2008)を選択基準とした。

さらに、継続医療退院支援教育の必要性の認識に関連する要因を明らかにするために、教育の必要性の認識を従属変数とし、 χ^2 検定またはFisherの直接確率法において選択された変数を独立変数として多重ロジスティック回帰分析(変数増加法ステップワイズ尤度比)を実施した。多重ロジスティック回帰分析の結果は有意確率 .05未満とし、分析には統計ソフト『SPSS 16.0 J for Windows』を使用した。

6. 倫理的配慮

調査は無記名で回収は個別郵送法で実施し、回収した データはコード化を行い、所属や個人が特定されないよう に配慮した。調査結果の送付希望に関する確認書は調査票 とは別紙とし、無記名での調査を徹底した。研究期間中、 データは鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究終了後は質 間紙をシュレッダーで裁断し、情報の漏洩がないよう十分 注意した。

対象者には文書を用いて、調査の趣旨、調査協力は自由 意思に基づいて判断して欲しい旨、調査協力が得られない 場合に不利益は生じないこと、プライバシーの保護が保障 されることを説明した。調査用紙の返信をもって調査対象 者の同意を得たと判断した。

なお、本研究は山形大学医学部倫理委員会の承認のもと で実施された。

Ⅲ. 結果

調査は対象である1,311病院の看護部長宛てに質問紙を 郵送して看護部教育担当者への協力を依頼し、345病院から回答を得た(回収率26.3%)。そのうち、調査時点での 一般病床数が200床未満であった21病院と病院の特性に著 しい偏りがあると判断された2病院を除外した322病院を 分析対象とした(有効回収率24.6%)。数か所にのみ欠損 があった調査票に関しては、該当する分析ごとに除外し た。

1. 対象の属性(表1)

病院の属性に関する項目のうち病院概要では、設置主体は公立105病院(32.6%), 医療法人56病院(17.4%), 公的50病院(15.5%)の順に多かった。病院機能は、一般病院227病院(70.5%), 地域医療支援病院63病院(19.6%)であった。併設施設は「あり」が163病院(50.6%)で, 内訳は「訪問看護室・ステーション」122病院(37.9%),「訪問リハビリテーション」60病院(18.6%),「訪問診療」56病院(17.4%)の順に多かった。看護職員配置基準は、7対1が168病院(52.2%), 10対1が139病院(43.2%)であった。一般病床数の平均は387.5±171.8床, 総退院患者

表 1 対象の属性

		表 1 対象の属]± 		(N=3)
岸腔の見料	5ル里 → 4	項目	77 - 20	n	(%)
病院の属性	設置主体		公立 その他の法人	$\frac{105}{72}$	(32.6) (22.4)
			医療法人	56	(17.4)
			公的	50	(15.5)
			国立	12	(3.7)
			社会保険関係法人	9	(2.8)
			個人	1	(0.3)
			その他	6	(1.9)
			無回答	11	(3.4)
	病院機能		一般病院	227	(70.5)
	77176 12016		地域医療支援病院	63	(19.6)
			特定機能病院	12	(3.7)
			専門病院	3	(0.9)
			その他	4	(1.2)
			無回答	13	(4.1)
	併設施設の有無		あり	163	(50.6
	併設施設の内訳		訪問看護室・ステーション	122	(37.9
	(複数回答)		訪問リハビリテーション	60	(18.6
			訪問診療	56	(17.4
			介護老人保健施設	48	(14.9)
			通所リハビリテーション	37	(11.5
			デイサービス	32	(9.9
			ショートステイ	31	(9.6
			地域包括支援センター	27	(8.4)
			特別養護老人ホーム	18	(5.6
			サテライト医療施設	13	(4.0
			その他	28	(8.7
			無回答	11	(3.4
	看護職員配置基準		7 対 1	168	(52.2
			10対 1	139	(43.2
			13対 1	1	(0.3
			15対 1	3	(0.9
			無回答	11	(3.4
				平均	± SI
	病床数 (床)		311	387.5	± 171
	総退院患者数(名	/月)	301	582.6	± 357
	平均在院日数(日)		304	16.4	± 8.2
	1 日平均外来患者	数(名/目)	303	714.4	± 431
病院における	専門部署の設置		部署設置あり	302	(93.8
見院支援の態			部署設置なし	13	(4.0
t.			無回答	7	(2.2)
	専門部署への看護理	微の配置	専任	160	(53.0
	(専門部署設置あり	n = 302のうち)	兼任	60	(19.9)
			なし	78	(25.8)
			無回答	4	(1.3)
	病院のシステムと	スクリーニング	実施している	214	(66.4)
	しての退院支援		実施していない	103	(32.0)
			無回答	5	(1.6
		入院時の	実施している	285	(88.5
		社会資源利用状況の確認	実施していない	33	(10.3
			無回答	4	(1.2)
		退院支援リンクナース配置	実施している	76	(23.6)
			実施していない	243	(75.5
			無回答	3	(0.9
		院内ケースカンファレンス	実施している	253	(78.6
			実施していない	68	(21.1
			無回答	1	(0.3
		院内外合同カンファレンス	実施している	230	(71.4
			実施していない	88	(27.4)
			無回答	4	(1.2
		退院サマリー書式の統一	実施している	278	(86.3
			実施していない	42	(13.1
			無回答	2	(0.6
		退院後フォローアップ	実施している	60	(18.6
			実施していない	252	(78.3
			無回答	10	(3.1
]答者の属性	所属		看護管理部門	202	(62.8
			病棟	60	(18.6
			外来	12	(3.7
			その他	45	(14.0)
			無回答	3	(0.9
	職位		看護部長	27	(8.4
			副看護部長	138	(42.8
			病棟看護師長	45	(14.0
			外来看護師長	9	(2.8)
			その他	100	(31.1)
			無回答	3	(0.9)
			I		
	教育担当業務		専任	94	(29.2)
	教育担当業務				(29.2) (68.3)

数の平均は582.6±357.0名/月, 平均在院日数の平均は16.4±8.2日, 一日平均外来患者数は平均714.4±431.5名/日であった。

病院における退院支援の態勢の項目では、専門部署は302病院(93.8%)が「設置あり」と回答した。そのうち、専門部署への看護職配置は「専任」が160病院(53.0%)、「兼任」が60病院(19.9%)、「なし」が78病院(25.8%)であった。病院のシステムとしての退院支援の実施では、「スクリーニング」は214病院(66.4%)、「入院時の社会資源利用状況の確認」は285病院(88.5%)、「各病棟への退院支援リンクナースの配置」は76病院(23.6%)、「退院に向けた院内ケースカンファレンス」は253病院(78.6%)、「退院前院内外合同カンファレンスの開催」は230病院(71.4%)、「退院時看護サマリーの書式の統一」は278病院(86.3%)、「退院後フォローアップ」は60病院(18.6%)であった。

回答者の属性に関する項目では、所属は看護管理部門202名(62.8%)、病棟60名(18.6%)、外来12名(3.7%)の順に多かった。回答者の職位は副看護部長138名(42.8%)、その他100名(31.1%)であった。回答者の教育担当業務については、兼任220名(68.3%)であった。

2. 病棟看護職への退院支援教育の必要性 (表2)

一般的退院支援教育 4 項目で「院内教育の必要あり」と 回答したのは、245名(76.1%)から263名(81.7%)、「病 棟単位で必要」と回答したのは75名(23.3%)から95名 (29.5%)であった。継続医療退院支援教育 4 項目で「院 内教育の必要あり」と回答したのは、119名(37.0%)か ら149名(46.3%)、病棟単位で必要と回答したのは135名 (41.9%)から194名(60.2%)であった。

3. 継続医療退院支援教育の必要性の認識と対象の属性の 関連 (表 3)

「シンプルケアを意識した退院指導」の必要性の認識

は、病院のシステムとしての退院支援のスクリーニング (p=.007)、退院支援リンクナースの配置 (p=.027)、退院後フォローアップ (p=.017) と回答者の属性の所属 (p=.054) が多重ロジスティック回帰分析の独立変数として選択された。

「退院後の衛生材料の調達方法」の必要性の認識は、病院の属性の看護職員配置基準 (p=.009)、総退院患者数 (p=.175)、平均在院日数 (p=.034) と病院のシステムとしての退院支援のスクリーニング (p=.106)、退院後フォローアップ (p=.013) が多重ロジスティック回帰分析の独立変数として選択された。

「在宅での医療廃棄物の処理方法」の必要性の認識は、病院の属性の設置主体 (p=.143)、看護職員配置基準 (p=.143)、平均在院日数 (p=.188) と病院のシステムとしての退院支援のスクリーニング (p=.043)、退院後フォローアップ (p=.010) が多重ロジスティック回帰分析の独立変数として選択された。

「緊急入院時のベッド確保」の必要性の認識は、病院の属性の病院機能 (p=.004)、看護職員配置基準 (p=.020)、平均在院日数 (p=.085) と病院のシステムとしての退院支援の退院後フォローアップ (p=.092) と回答者の属性の教育担当業務 (p=.184) が多重ロジスティック回帰分析の独立変数として選択された。

4. 継続医療退院支援教育の必要性の認識に関連する要因 (表4~7)

χ²検定またはFisherの直接確率法において選択された 変数を独立変数とし、継続医療退院支援教育 4 項目の必要 性の認識を従属変数として多重ロジスティック回帰分析を 行い、以下の結果が明らかになった。

「シンプルケアを意識した退院指導」の必要性の認識は、 病院のシステムとしての退院支援のスクリーニングの補正 オッズ比(Adjusted Odds Rate: AOR)が2.0と有意に関連 していた。

表 2 病棟看護職への退院支援教育の必要性

(N = 322)

				VH B1 1 1-1-	2 14 . 1		Nr 1.1 1		(11 000
				退院支援	受教育の必	要性(複	数回答可)		
退院支援教育の	項目	院内教	育が必要	病棟単	位で必要	必要だと	こ思わない	無	回答
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	介護保険制度, 社会資源	258	(80.1)	95	(29.5)	4	(1.2)	19	(5.9)
一般的退院支	訪問看護, 在宅医療	245	(76.1)	94	(29.2)	8	(2.5)	19	(5.9)
援教育	退院支援の効果と意義	263	(81.7)	79	(24.5)	4	(1.2)	20	(6.2)
	地域連携	256	(79.5)	75	(23.3)	5	(1.6)	23	(7.1)
	シンプルケアを意識した退院指導	136	(42.2)	194	(60.2)	12	(3.7)	17	(5.3)
継続医療退院	退院後の衛生材料の調達方法	131	(40.7)	187	(58.1)	19	(5.9)	19	(5.9)
支援教育	在宅での医療廃棄物の処理方法	149	(46.3)	187	(58.1)	24	(7.5)	20	(6.2)
	緊急入院時のベッド確保	119	(37.0)	135	(41.9)	73	(22.7)	18	(5.6)

病院看護部による病棟看護職への継続医療退院支援教育の必要性

表3 継続医療退院支援教育の必要性と対象の属性の関連

/	Thermoster																							
•					必要	必要性の認識	鋭				必要性	必要性の認識				Ą,	必要性の認識	以散				必要性	必要性の認識	
対象の属性	/		и	\$ N	(%)	なし	(%)	p値	n δ	Q	(%)	なし (9	(%) 🌶値	<i>u</i>]	あり	(%)	なし	(%)	p値	и	あり	(%)	なし (%)) p值
	17.4	公的以外	000	57	(43.5)	74	(44.8)			59 (4	(46.5)	72 (4;	(43.1)		71	(48.6)	29	(40.1)			20 ((43.9)	81 (44.8)	_
	設直王体	公的	296	74	(26.5)	91	(55.2)	818.	294	68 (5	(53.5)	95 (56	(56.9)	293	75	(51.4)	88	(28.9)	.143	295	64 ((56.1) 1	100 (55.2)	.881
		一般病院以外		38	(27.9)	20	(59.6)			42 (3	(32.1)	46 (26	(26.7)		43	(28.9)	43	(28.1)			46 ((38.7)	43 (23.2)	
	病院機能	一般病院	305	86	(72.1)	119	(70.4)	.753	303	9) 68	(67.9) 1	.26 (7;	(73.3)	302	106	(71.1)	110	(71.9)	.885	304	73	(61.3) 1	.42 (76.8)	.004
		*		20	(53.4)	2	(49.1)			63		87 (5	(59.1)		76	(59.1)	73	(49.7)) 69	(54.4)	(49.9)	
	併設施設の有無	3 4	296	2 5	(46.6)	5 8	(50.9)	.458	294				672 (47.9)	2 293		(47.9)		(50.3)	.682	295		(45.6)		.383
		3		3	(10.01)	5	(000)				-		6		2	(0.11)	-	(0.00)				10.07		
	看護配置	7 対 1 以外	296	57	(43.5)	5 S	(49.1)	.339	294				(53.9) .009	9 293		(43.2)	9/ [-	(51.7)	.143	295		(38.6)		.020
施限の属本		1 (x) 1		47	(00.00)	94	(90.9)					1	(40.1)		95	(90.8)	i	(48.3)			2	(01.4)	80 (41.5)	
T1 M4 C 7 G1	病床数	388床未満	296	79	(60.3)	101	(61.2)	874	294		_		(64.1)	293		(63.7)		(28.5)	427	295			(63.5)	.333
	/14//1×××	388床以上		52	(39.7)	64	(38.8)			54 (4	(42.5)	60 (3	(35.9)		53	(36.3)	09	(40.8)	1	0	48 (.	(42.1)	(36.5)	
		583人未満		74	(58.3)	101	(63.1)			70 (5	(56.9) 1	105 (6	(64.8)		91	(64.1)	84	(59.2)) 29	(61.5)	(9.19) (01.6)	
	総退院患者数	583人以上	287	53	(41.7)	29	(36.9)	.402	285	53 (4	(43.1)	57 (35	(35.2) .175	284	51	(35.9)	28	(40.8)	.393	286	42 (;	(38.5)	68 (38.4)	
		164HNF		49	(3.9 6)	α	(36.0)								45	(31.5)	56	(38.9)			39	(98.8)	69 (38.8)	2
	平均在院日数	10.11	290	1 1	9	3 5	(0.00)	.537	288				.034	1 287		(2.10)		(2.00)	.188	289				.085
		10.4日米河		70	(01.4)	103	(04.0)				- 1		(99.6)		30	(0.00)		(1.10)						
	一日平均	714.4人未満	980	77	(60.2)	93	(27.8)	1881	787	69 (5	(56.6) 1)9) 001	(60.6)	986	85	(60.3)		(27.9)	989	986	64 ((58.7) 1	106 (59.2)	()
	外来患者数	714.4人以上	001	51	(39.8)	89	(42.2)		0	53 (4	(43.4)	65 (39	(39.4)		99	(39.7)	61	(42.1)	000.	000	45 ((41.3)	73 (40.8)	
		\$2		126	(94.7)	159	(96.4)			119 (9	(93.7) 1	164 (97	(07.0)		137	(94.5)	145	(96.7)			109	(94.8) 1	175 (96.2)	
専門部署の設置	署の設置	なな	298	7	(2.3)	9	(3.6)	.574	296	8	(6.3)	5 (3	(3.0) .251	1 295	œ	(5.5)	2	(3.3)	.407	297	9	(5.2)	7 (3.8)	.574
		1 1 1			(51.6)	00	(6 92)						(000)		E	(202)	08	(000)				0.1	7 (54	
専門部署	専門部署への看護職の配置	世中	282	04	(9.16)	62	(20.3)	.430	280				8)	5 279		(97.0)		(9.66)	.620	281		(1.00)		737
		上記以外		09	(48.4)	69	(43.7)	- }		50 (4	(42.7)	77 (4'	(47.2)		64	(47.4)		(44.4)			47 (.	(43.9)	80 (46.0)	- 1
	早期スクリーニング	実施	201	102	(75.6)	101	(8.09)	200	900	95 (7	(72.5) 1	9) 201	(63.7)	006	108	(73.0)	93	(62.0)	0.49	006	84 ((70.6) 1	(65.7)	,000
	実施	未実施	100	33	(24.4)	65	(39.2)		000	36 (2	(27.5)	61 (36	(36.3)		40	(27.0)	22	(38.0)	040.	200	35 ((29.4)	62 (34.3)	
	利用している社会資	実施	000	121	(89.6)	149	(89.2)			114 (8	(87.7) 1	154 (90	(90.6)		132	(89.2)	135	(89.4)	i i		107 ((90.7) 1	163 (89.1)	
(0)	源の確認	未実施	302	14	(10.4)	18	(10.8)	. 606.	300	16 (1	(12.3)	16 (9	(9.4) .421	299	16	(10.8)	16	(10.6)	.952	301	11	(6.3)	20 (10.9)	.654
が死にお ける退院	退院支援リンクナー	実施	000	40	(29.4)	31	(18.6)			32 (2	(24.4)	38 (2)	(22.4)		33	(22.1)	37	(24.3)		0.00	28	(23.5)	43 (23.5)	
	スの配置	未実施	303	96	(20.6)	136	(81.4)	.027	301	_	(75.6) 1	132 (77	(77.6) .673	301	116	(77.9)	115	(75.7)	.652	302	_		(76.5)	.995
が死のソストセン	7 路内ケースカンファ	実施		110	(80.9)	131	(77.5)			8) 901	(80.9)	134 (7	(77.9)		119	(79.9)	120	(78.4)			96	(80.7)	146 (78.9)	
しての選	レンスの実施	未実施	302	26	(19.1)	38	(22.5)	.473	303		(16.1)	38 (2)	(22.1) .523	302		(20.1)	33	(21.6)	.759	304	23	(19.3)	39 (21.1)	711
院支援	院内外合同カンファ	実施		97	(71.9)	120	(71.9)			2) 96	(73.8) 1	7) (7	(71.2)		109	(73.6)	107	(70.9)) 68	-	(70.5)	
	アンスの実施	未実施	302	8	(28.1)	47	(28.1)	666.	300			(28	609. (8.8%)	9 299		(96.4)	44	(59.1)	.590	301				.350
	神の一コイキ単処共	実施		118	(86.8)	147	(87.5)				-				129	(9.98)	133	(87.5)				(86.6) 1		
	内の第一	1 4	304	0	(19.9)		(19 E)	.849	302				.824	1 301	000	(19.4)	19	(19.5)	.812	303		(194)		
		大 ()		01 6	(10.2)	17	(12.9)						(6.7)		02	(10.4)		(15.0)				10.4)		
	退院後フォローアッ	美雕	296	33	(25.0)	23	(14.0)	.017	294				(14.4)	3 293		(2.62)		(13.3)	.010	295		(24.1)		.092
	7	未実施		66	(75.0)	141	(86.0)			94 (7	(74.0) 1	143 (8;	(85.6)		107	(74.8)	_	(86.7)			88	(75.9) 1	50 (83.8)	
	居	看護管理部門	202	78	(57.4)	115	(0.89)		606	9) 08	(61.1) 1	111 (6	(64.5)	500	91	(61.1)		(64.7)	7	504	74 ((62.2) 1	117 (63.2)	()
	Arek 177	上記以外	900	28	(42.6)	54	(32.0)		200	51 (3	(38.9)	61 (35	(35.5)		58	(38.9)	54	(35.3)	£10.	±00°	45 (;	(37.8)	(8.98)	
· 李 本	少 職	副看護部長	506	54	(39.7)	77	(45.6)		60	56 (4	(42.7)	76 4	44.2		64	(43.0)	29	(43.8)	600	700	52 ((43.7)	79 (42.7)	
国合有の概定	4BX 11Z.	上記以外	909	82	(60.3)	95	(54.4)	.304	503	75 (5	(57.3)	96 (5)	(55.8)	3 302	85	(57.0)	98	(56.2)	.000	504) 19	(56.3) 1	106 (57.3)	3) .864
	华 大王 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	車任	001	36	(27.1)	54	(32.9)		100	42 (3	(32.8)	46 (2'	(27.5)	200	47	(32.4)	41	(27.5)	C L	000	40	(34.5)	49 (27.2)	
	教育担当来務		787		1			0.77	3.0				250						.338	25.				707

「退院後の衛生材料の調達方法」の必要性の認識は、病院の属性の看護職員配置基準(AOR = 1.9)および病院のシステムとしての退院支援の退院後フォローアップ (AOR = 2.1) と有意に関連していた。

「在宅での医療廃棄物の処理方法」の必要性の認識は、病院のシステムとしての退院支援の退院後フォローアップ (AOR = 1.9) と有意に関連していた。

緊急入院時のベッド確保の必要性の認識は、病院の属性 の病院機能(AOR0.5)と有意に関連していた。

表 4 シンプルケアを意識した退院指導の必要性に関連する要因

(N = 293)

			(1V - 200)
	シンプル	ケアを意識した	と退院指導
	AOR	(95% CI)	₽値
スクリーニング			
実施していない	1.0		
実施している	2.0	(1.2 - 3.4)	.007

[注] 多重ロジスティック回帰分析(変数増加法ステップワイズ 尤度比)。AOR:補正オッズ比,95% CI:95%信頼区間。

表 5 退院後の衛生材料の調達方法の必要性に関連する要因

(N = 273)

_	退院後	の衛生材料の調	達方法
	AOR	(95% CI)	p値
看護職員配置基準			
下記以外	1.0		
7対1	1.9	(1.2 - 3.1)	.012
退院後フォローアップ			
実施していない	1.0		
実施している	2.1	(1.1 - 3.8)	.018

[注] 多重ロジスティック回帰分析(変数増加法ステップワイズ 尤度比)。AOR:補正オッズ比,95% CI:95%信頼区間。

表 6 在宅での医療廃棄物の処理方法の必要性に関連する要因

(N = 276)

			(11 210)
	在宅での	医療廃棄物の	処理方法
	AOR	(95% CI)	₽値
退院後フォローアップ			
実施していない	1.0		
実施している	1.9	(1.1 - 3.8)	.049

[注] 多重ロジスティック回帰分析(変数増加法ステップワイズ 尤度比)。AOR:補正オッズ比,95% CI:95%信頼区間。

表 7 緊急入院時のベッド確保の必要性に関連する要因

(N = 272)

				(- : - : - /
		緊急	入院時のベット	薬
		AOR	(95% CI)	₽値
病院機能				
	下記以外	1.0		
	一般病院	0.5	(0.3-0.9)	.023

[注] 多重ロジスティック回帰分析(変数増加法ステップワイズ 尤度比)。AOR:補正オッズ比,95% CI:95%信頼区間。

Ⅳ. 考 察

1. 対象の概要

本研究における対象は、一般病床を200床以上有することを基準として選別を行った。調査票を送付した病院の病院機能の内訳は、特定機能病院6.3%、地域医療支援病院17.2%であり、回収結果の特定機能病院3.7%、地域医療支援病院19.6%と比較して著しい偏りはないと判断する。同様の病院を対象とした研究(森鍵ら、2009)では、一般病床数は平均422.7±212.8床、一般病床における平均在院日数は16.0±2.6日であり、本研究では一般病床数は平均387.5±171.8床、一般病床における平均在院日数は16.0±2.6日であり、本研究では一般病床数は平均387.5±171.8床、一般病床における平均在院日数は16.4±8.2日であった。以上のことから、本研究の結果は母集団を反映していると考える。

2. 病院看護部による退院支援教育の実態と継続医療退院 支援教育の必要性の認識に関連する要因

一般的退院支援教育の必要性の認識は、各項目とも80% 前後と高かった。スクリーニングで把握された退院支援が 必要な患者を実際に専門部署へつなぐかは病棟看護職に委 ねられることが多いため (大竹ら, 2008), 病棟看護職に 一般的退院支援教育が必要で実施されつつある現状と一致 する。一方、継続医療退院支援教育の必要性の認識は40% 前後であった。2003年に日本看護協会が実施した退院患者 の動向に関する全国調査では、在宅へ退院した患者のうち 継続医療の患者は17.0%であった(柏木, 2006)。継続医 療の状態で退院する患者が現状では少ないため、継続医療 退院支援教育の必要性があまり認識されておらず実施につ ながらない現状が推測される。しかし、坂井ら(2013)の 報告では、約7割の看護職が「医療処置の準備、在宅用に アレンジ」の退院支援研修を希望している。看護職が知識 不足を感じていることが推察され、継続医療の患者数が少 なくても、継続医療退院支援教育が必要だと考える。

継続医療退院支援教育の必要性の認識に関連する要因として、病院のシステムとしての退院支援でスクリーニングや退院後フォローアップを実施していること、看護職員配置基準が7対1であること、病院機能が一般病院以外であることが明らかになった。病院のシステムとしてスクリーニングや退院後フォローアップを実施することが、在宅療養者の様子を知る機会となり、継続医療退院支援教育の必要性の認識が高まったと推測する。また、病院機能が一般病院以外であることは、地域医療支援病院または特定機能病院であることを意味しているが、特定機能病院と地域医療支援病院の承認要件には職員への十分な研修実施の項目がある(医学通信社、2012、pp.6-11)。また、これら2つの病院は高度医療を提供するために十分な職員数を確保す

ること(医学通信社, 2012, pp.6-11) も要件としてあげられている。看護職員配置基準は2006年度より7対1が新設され(松山, 2006),病院では看護職員確保が急務の課題となり,新卒者の採用で基準を満たそうとするものも少なくなかった(今井, 2007;山路, 2007)。看護職の経験年数によって退院支援に関する知識や実践に有意な差があることはこれまでにも報告されており(三上・日下, 2008;坂井ら, 2013),経験の少ない看護職を多く雇用する病院が継続医療退院支援教育についても必要と認識していたと考える。

3. 効果的な継続医療退院支援教育の実施に向けて

継続医療退院教育実施の前提となると思われる継続医療 退院支援教育についての必要性の認識を高めるためには、 病院が在宅療養者の様子を知る機会を増やすことが効果的 であることが示唆された。具体的には、継続医療の患者が 退院する際に病院と在宅療養にかかわる職員が集まり退院 時共同指導(松下, 2008, p.84) を行うことや, 早期退院 連携ガイドライン(長江, 2006) 等のツールの活用で病院 と訪問看護ステーションの間で情報の共有と交換を行って いくこと、などがあげられる。つまり、在宅や施設などの 職員らと連携・協働する経験が病院にとっての教育の必要 性を高め、同時に病棟看護職への教育の機会にもなりうる と考える。調査実施時点では、退院後フォローアップにつ いては一部の病院での先駆的な取り組みであったが、現在 はその効果が実感できることもあり、多くの病院で独自の 取り組みとして採用されてきている(三輪, 2011;高橋, 2011)。しかし、退院後フォローアップは実施しなくても 患者の退院には直接の支障をきたすことはない。実施した 退院支援の質を評価し、その後の実践の向上につなげるた めに個々の病院の裁量で行われていることで、現時点では 退院後フォローアップを行うことに対する診療報酬やその 他の制度上での評価もない。病棟看護職の退院支援の向上 には大いに貢献することは予測できるが、導入が困難な病 院も少なくないと思われる。

ここで、退院後に訪問看護を利用する患者は継続して看 護職がかかわるため、実施した退院支援の評価に関する情 報を得やすい状況にあると考える。病院から退院する際に 慣例的に記載している看護サマリーの書式に手を加えて、 看護の情報提供書として在宅での看護の提供者となる訪問 看護職へ情報提供を行い、同時に在宅に移行した患者の様 子や入院中に必要であったと思われる支援について訪問看 護職がフィードバックするシステムを構築・運用していく ことで、医療処置を続けたままでも安心して在宅療養に移 行できる支援の実施につながっていくと考える。システム の構築にあたって、病院独自の看護サマリーの書式を訪問 看護からの意見をもとに退院後の患者を看護するために必要な情報を精選した書式に修正し、運用に際してはなぜその情報が必要なのかを病棟看護職に教育する。退院後フォローアップと異なり、看護サマリーは患者の退院時には必ず作成するものであり、日々の業務のなかで患者の退院後の生活をイメージしたうえで看護を行うという経験を積み重ねることができると期待する。退院支援は看護職の専門性を発揮できるチャンスである。多職種協働でのアプローチのなかで、看護職が専門性を発揮するための教育、すなわち継続医療退院支援教育は必要と考える。

本研究では、調査対象を一般病床200床以上の病院に限定し、回収率も約30%であったため、結果の一般化には留意が必要である。継続医療退院支援教育の必要性について焦点をあてて分析したが、教育の実施に関する実態も調査分析し、さらなる検討を重ねることが今後の課題と考える。

V. 結 論

全国の一般病床200床以上の病院を対象に、病棟看護職への病院看護部による退院支援教育の必要性の認識について調査を実施したところ、以下の結果が明らかになった。

- 1. 一般的退院支援教育の必要性の認識は80%前後と高かった。継続医療退院支援教育の必要性の認識は40%前後であった。
- 2. 継続医療退院支援教育の必要性の認識には、病院のシステムとしてスクリーニングや退院後フォローアップを実施していること、看護職員配置基準が7対1であること、病院機能が一般病院以外であることが有意に関連していた。

以上より、継続医療退院教育実施の前提となると思われる継続医療退院支援教育に対する病院看護部による必要性の認識を高めるには、病院が地域の医療と連携・協働する機会を増やせるような病院態勢の整備が必要であることが示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力くださいました対 象病院の皆さまに心よりお礼申し上げます。

なお、本研究は進藤真由美が山形大学大学院医学系研究 科看護学専攻博士前期課程に提出した学位論文(指導:叶 谷由佳)を加筆・修正したものである。また、日本学術振 興会科学研究費補助金(基盤研究(C)研究代表者:大竹 まり子)による研究助成を受けて実施された。

要 旨

病院看護部による病棟看護職への継続医療退院支援教育の必要性の認識に関連する要因を明らかにするために、全国の一般病床200床以上の322病院看護部の教育担当者を対象に郵送式無記名自記式質問紙調査を実施した。

76.1%から81.7%の病院看護部で一般的退院支援教育が必要と認識されていたが、継続医療退院支援教育の必要性を認識している病院看護部は37.0%から46.3%であった。病院看護部の継続医療退院支援教育の必要性の認識には、病院がスクリーニングや退院後フォローアップを行っていること、看護職員配置基準が7対1であること、病院機能が一般病院以外であることが有意に関連した。

以上より、継続医療退院教育実施の前提となると思われる病院看護部による病棟看護職への継続医療退院支援教育の必要性の認識を高めるには、地域の医療と連携・協働する機会を増やすなど病院態勢の整備が必要であることが示唆された。

Abstract

We performed a mail-in anonymous self-administered questionnaire survey for instructors in nursing departments of 322 Japanese hospitals with 200 or more general beds to clarify the factors related to necessity for education of discharge support for continuing medical care for ward nurses by nursing departments in hospitals. 76.1-81.7% of the nursing departments recognized the necessity for education of general discharge support, while 37.0-46.3% understood the necessity for education of discharge support for continuing medical care. The awareness of the necessity for education of discharge support for continuing medical care in hospital nursing departments was significantly correlated with (1) hospitals that performed the screening and follow-up observation after discharge, (2) standard nursing staff arrangement ratio of 7:1, and (3) non-general hospitals. Based on these findings, the awareness of the necessity for education of discharge support for continuing medical care led to ward nurses' practice by hospital nursing departments appears to be related to the hospital system, including a system with many opportunities to cooperation or collaboration with staffs of home medical care.

文 献

- 荒賀直子, 葛西好美, 山口 忍, 初鹿静江 (2008). 地域連携に関する看護師研修会の実施と評価. 医療看護研究, 4(1), 83-88.
- 病院・診療所情報―WAMNET (2009-05-27). 福祉・保健・医療情報―WAMNET ホームページ.http://www.wam.go.jp/iryo/
- 堀江竜弥,金野典子,佐川みゆき,庄子孝子 (2008). シームレス な退院調整活動を目指して一退院調整スクリーニング票の検 討.日本看護学会論文集 (地域看護),38,94-96.
- 医学通信社 (2012). 診療報酬早見表2012年 4 月版. 東京: 医学通信社.
- 今井昭雄 (2007). 今問題の「7対1」と看護師不足. 新潟県医師 会報, 682, 9-12.
- 叶谷由佳,大竹まり子,斎藤明子,鈴木育子,小林淳子,田代久 男,森鍵祐子 (2006). 特集 その人らしい生活を実現するた めの退院支援退院支援のためのシステムづくり. 看護学雑誌, 70(7),607-611.
- 柏木聖代 (2006). 第2章 早期退院連携ガイドラインの目的と根拠:3全国調査に見るガイドラインのエビデンス. 川越博美,長江弘子 (編),早期退院連携ガイドラインの活用―退院する患者・家族を支援するために. pp.29-33,東京:日本看護協会出版会.
- Katz, M.H. (2006) / 木原雅子, 木原正博 (2008). 医学的研究のための多変量解析——般回帰モデルからマルチレベル解析まで. pp.77-78, 東京:メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 厚生労働統計協会 (2012). 国民衛生の動向2011/2012年版. 厚生の指標増刊, 58(9), 173-212.
- 京都府立医科大学附属病院看護部(編)(2003).ナースのための

- 退院指導マニュアル. 改訂第2版, 東京:南江堂.
- 松下正明 (2008). チームで行う退院支援—入院時から在宅までの 医療・ケア連携ガイド.東京:中央法規出版.
- 松山文治 (2006). 入院基本料一般病棟入院基本料の算定の仕組み. 山川賢治 (編), 平成18年度改定対応版―ナースのための保険 点数これだけ知ったら◎ (にじゅうまる). 改訂 4 版, pp.51-52, 大阪:メディカ出版.
- 三上佑介, 日下和代 (2008). 病棟看護師の経験年数による退院調整の差と課題―入院により ADL低下傾向のある患者の退院調整において. 日本看護学会論文集 (老年看護), 38, 6-8.
- 三輪恭子 (2011). 第2章 退院支援に関する先駆的な取り組み: 2退院支援を振り返る在宅療養移行検討会. 宇都宮宏子,三輪恭子(編), これからの退院支援・退院調整―ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. pp.58-65, 東京:日本看護協会出版会.
- 三輪恭子 (2012). 退院支援のプロセスと多職種協働における病棟 看護師の役割. 看護技術, 58(14), 1324-1331.
- 門 祐輔,中村紀子,中川雄二,山西 卓,松灘里佳,池野文昭,田中義浩(2007). 診療報酬改定による在宅患者の変化(第三報)一病棟医療の変化が在宅医療に大きな影響を与えている一.京都医学会雑誌,54(1),149-152.
- 森鍵祐子, 叶谷由佳, 大竹まり子, 赤間明子, 鈴木育子, 小林淳子, 田代久男, 佐藤千史 (2007). 特定機能病院における早期 退院支援を目的としたスクリーニング票の導入および妥当性の評価. 日本看護研究学会雑誌, 30(4), 27-35.
- 森鍵祐子 (2009). 急性期病院の退院支援への取り組みと在院日数ならびに退院状況との関連. お茶の水医学雑誌,57(2-3-4),21-33.

- 森鍵祐子, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2009). 多職種が協働する退院支援における看護職の役割の検討―事例別にみた退院支援の中 心職種から. 第13回日本在宅ケア学会学術集会講演集, 161.
- 長江弘子 (2006). 第4章 早期退院連携ガイドライン実践の手引き:1ガイドラインの構成と書式の目的. 川越博美, 長江弘子 (編), 早期退院連携ガイドラインの活用―退院する患者・家族を支援するために. pp.62-70, 東京:日本看護協会出版会.
- 日本訪問看護振興財団(2011). 退院調整看護師に関する実態調査報告書. Retrieved from http://www.jvnf.or.jp/taiin.pdf
- 丹羽好子, 増井法子, 藤澤まこと, 普照早苗, 田内香織, 黒江ゆり子 (2008). 急性期病院における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討. 日本医療マネジメント学会雑誌, 9(1), 269-269.
- 大崎瑞恵,大竹まり子,赤間明子,鈴木育子,小林淳子,佐藤千 史,叶谷由佳(2009). 地域中核病院看護部の退院支援教育が 病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果. 日本看護研究学会雑 誌,32(4),111-119.
- 大竹まり子,田代久男,井澤照美,佐藤洋子,赤間明子,鈴木育子,小林淳子,細谷たき子,佐藤千史,木村理,叶谷由佳(2008).特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした退院支援スクリーニング項目の検討.山形医学,26(1),11-23
- 大竹まり子,進藤真由美,森鍵祐子,鈴木育子,細谷たき子,小林淳子,叶谷由佳(2010). 医療処置のある患者の在宅療養移行の課題―病棟看護職に求められる退院支援の検討―. 山形県公衆衛生学会講演集,36,59-60.
- 大内尉義,村嶋幸代(2005). 3 章退院困難タイプ別の援助ポイント.入村瑠美子(編),退院支援一東大病院医療社会福祉部の 実践から.pp.79-160,東京:杏林書院.
- 坂井志麻,中田晴美,柳 修平,犬飼かおり,服部真理子,大堀洋子 (2013). 特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識―経験年数別比較と病棟・外来別比較一. 東京女子 医科大学看護学会誌,6(1),41-51.

- 鷲見尚己,村嶋幸代 (2005). 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発 (第一報). 病院管理, 42(3), 277-288.
- 高橋慶子(2011). 第2章 退院支援に関する先駆的な取り組み: 4病棟看護師による退院前・退院後訪問.宇都宮宏子,三輪 恭子(編),これからの退院支援・退院調整―ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域.pp.86-100,東京:日本看護 協会出版会.
- 手島陸久 (1996). 退院計画とは何か. 手島陸久 (編), 退院計画― 病院と地域を結ぶ新しいシステム. pp.1-51, 東京:中央法規 出版.
- 宇都宮宏子 (2011a). 第1部 各論1) 在宅療養への切れ目のないケアのしくみづくり:1 看護師が在宅療養にかかわる必要性.日本看護協会(編),平成23年版看護白書:看護がつなぐ・ささえる在宅療養―ケアをつなぐ退院支援・退院調整と訪問看護の基盤強化.pp.30-33,東京:日本看護協会出版会.
- 宇都宮宏子 (2011b). 第1章 退院支援・退院調整を理解するための3段階プロセス:2 第1段階―退院支援が必要な患者の把握、宇都宮宏子,三輪恭子(編),これからの退院支援・退院調整―ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域、pp.15-21,東京:日本看護協会出版会.
- 山路憲夫 (2007). 7対1で変わるリクルート戦線. 看護展望, 32(4), 380-385
- 吉田千文,佐瀬真粧美,石橋みゆき (2009). 看護師の行う退院支援と継続学習及び組織的取組みに関する実態. 日本看護学会論文集(地域看護),38,190-192.
- 全国訪問看護事業協会 (2006). ナースのための退院調整院内チームと地域連携のシステムづくり. 東京:日本看護協会出版会.

「平成25年3月4日受 付 「平成26年6月12日採用決定

- 資料・その他-

1987~2013年における国内の漸進的筋弛緩法に関する看護文献レビュー

基礎研究と臨床研究の視点より一

The Japanese Literature Review about Progressive Muscle Relaxation during 1987-2013: A Viewpoint of Basic Research and Clinical Research

> 近藤由香¹⁾ Yuka Kondo

小板橋 喜久代²⁾ Kikuyo Koitabashi

キーワード:漸進的筋弛緩法,リラクセーション Key Words: progressive muscle relaxation, relaxation

はじめに

「漸進的筋弛緩法は全身の筋肉の緊張と弛緩という身体 動作を通して得られる筋感覚に基づいて、系統的かつ漸 進的にリラクセーションを行う方法である」と小板橋は 述べている (2001, p.30)。「漸進的筋弛緩法は最も広く用 いられているリラクセーション技法であり、呼吸法とあ わせて他のリラクセーション技法の導入としても使用さ れ、どのような臨床症状にも適用可能である」ともいわれ ており (小板橋, 2001, p.35), がん性疼痛, 術後痛, 化 学療法後の悪心, 睡眠障害, 高血圧症, 不安, ストレスな どに対しての有効性も報告されている(荒川、2000;小 板橋, 2001, pp.35-36; Snyder & Lindquist, 1998/1999; 吉 田、2002)。したがって、漸進的筋弛緩法がいままで用い られた対象や介入方法、効果などの研究の動向を把握する ことは、今後、漸進的筋弛緩法をはじめとするリラクセー ションを必要としている人々に、より活用されることにつ ながっていくと考える。

漸進的筋弛緩法に関する文献レビューは今日までにいくつか報告されている(荒川・小板橋,1997;池俣・百瀬,2012;近藤・小板橋,2006a,箕輪,2010)。しかし、その内容はリラクセーション全体に関する文献レビュー(荒川・小板橋,1997;近藤・小板橋,2006a)であったり、周手術期患者へのリラクセーション介入に関する文献レビュー(箕輪;2010)やリラクセーションが必要な高齢者に焦点をあてた文献検討(池俣・百瀬,2012)となっている。国内における漸進的筋弛緩法に関する看護の研究論文は、1987年より報告されている(小松ら、1987)が、国内の漸進的筋弛緩法に関する文献レビューや基礎研究と臨床研究の視点から検討した内容は報告されていない。

国内で近年までに行われてきた漸進的筋弛緩法に関する 看護研究を基礎研究と臨床研究の視点より文献レビューを 行い、それぞれの研究の動向や課題を明らかにしていくこ とは、基礎研究の臨床への応用や漸進的筋弛緩法の研究の 今後の発展、また健常者から病気を抱える人々がより一 層、漸進的筋弛緩法を活用することにつながっていくと考 える。

本研究の目的は、1987~2013年の間に国内で報告された 漸進的筋弛緩法に関する看護研究を基礎研究と臨床研究の 視点より文献レビューを行い、それぞれの研究の動向と今 後の課題を明らかにすることである。

I. 研究方法

1. 分析対象論文

1987~2013年12月現在までに報告された文献を『医中誌Web』を用いて検索した。キーワードは「漸進的筋弛緩法」、「漸進的筋弛緩法」& [会議録除く],「漸進的筋弛緩法」「リラクセーション」& [会議録除く],「筋弛緩法」& [会議録除く],「筋弛緩法」「リラクセーション」& [会議録除く] とし、これらを単独あるいは組み合わせて検索した。対象とした文献は、原著論文、研究報告、実践報告、資料(要約あるいは抄録が含まれる)の看護文献とし、会議録、文献レビューは除いた。

検索の結果,『医学中央雑誌』には掲載されていなかったが, 荒川・小板橋 (1997) が引用していた文献 (小松ら, 1987; 奥野, 1992) も簡易版および局所的な筋弛緩法であると判断し今回の対象とした。

また, 『医学中央雑誌』には掲載されていなかったが研究対象文献で繰り返し引用され, 今日の漸進的筋弛緩法の

¹⁾ 群馬大学大学院保健学研究科 Gunma University Graduate School of Health Science

²⁾ 京都橘大学 Kyoto Tachibana University

研究の発展に影響を及ぼしていると考えられる文献(荒川, 2000; 荒川, 2002; 小板橋・大野・大塚, 1995) も今回の対象とした。

2. 分析方法

文献1件ごとにレビューシートを作成してデータを整理した。レビューシートの項目は、論文タイトル、著者名、雑誌名、発行年、研究デザイン、対象者、対象数、漸進的筋弛緩法の方法・内容、測定指標、測定期間、結果とした。

Ⅱ. 結果

検索の結果,「漸進的筋弛緩法」71件,「漸進的筋弛緩 法」& [会議録除く] 43件,「漸進的筋弛緩法」「リラク セーション」& [会議録除く] 21件,「筋弛緩法」& [会 議録除く〕67件、「筋弛緩法」「リラクセーション」& [会 議録除く]31件が抽出された。そのうち「Ⅰ.研究方法| の「1. 分析対象論文」で前述した選定条件を満たした25 件を分析の対象文献とした。この対象文献を基礎研究と臨 床研究に分類した結果,基礎研究は14件(表1),臨床研 究は11件(表2)であった。なお、本研究においては、基 礎研究は「直接問題を解決するためより、知識の生産や理 論の構築のためにその専門分野の知識の基盤を広げること を目ざして行われる研究」(Polit & Beck, 2004/2010) であ り、今回は対象が健常者の文献を分析対象とした。また、 臨床研究は「患者の生活の質の向上を目的として実施され る医学系研究であって, 人を対象とする研究」(厚生労働 省、2008)であり、今回は臨床現場で患者に行われている 文献を分析対象とした。基礎研究と臨床研究別に研究の動 向を以下に記した。

1. 基礎研究における研究の動向

(1) 発行年別の研究論文数

文献を年度別にみると,1990年代は4件,2000~2004年代は2件,2005~2009年代は6件,2010年以降は2件であった。

(2) 対象者の概要

年齢は記載されていない文献もみられたが、18~30歳代を対象とした文献が多かった。対象者数は10~99名であった。

(3) 研究デザイン

研究デザインはPolit & Beck (2004/2010) の分類を参考にした。前実験研究が3件, 準実験研究が9件, 実験研究が2件であった。比較群を設定している文献は6件であった。

(4) 介入方法

今回の結果では、16筋群の技法を取り入れた文献は6件、次いで9筋群が5件であった。多くの文献では指導手順について記載していたが、具体的に記載していない文献もあった。ほとんどの文献は、研究者自身の技法の習得に関する内容を記載していなかった。指導はCDやテープ、口頭でのナレーションなどを用いていたが、論文によって媒体が異なっていた。CDやテープは主に対象の自己練習用にも使用されていた。介入期間は当日のみから12週間であった。

(5) 測定指標

生理学的指標で最も多く使用されていたのは、血圧値が9件、次いで脈拍数が5件、心拍変動が3件であった。その他として、精神性発汗量、唾液中コルチゾール濃度、脳波、皮膚温、筋電図などがあげられた。心理学的指標では、POMSが4件、STAIが4件などが使用されていた。

(6) 主な効果

主な効果としては、血圧値や脈拍数などの減少、心拍変動の副交感神経活動増加の変化、脳波(α波、θ波)の上昇、皮膚血流量の増加、唾液中コルチゾールの減少、気分の改善、不安の軽減などがみられた。

2. 臨床研究における研究の動向

(1) 発行年別の研究論文数

1980年代は1件,1990年代は1件,2000~2004年代は3件,2005~2009年代は4件,2010年以降は2件であった。

(2) 対象者の概要

対象者は、がん患者が7件、高血圧症のある手術患者1件、整形外科疾患が1件、認知症が1件、その他1件であった。年齢は20~90歳代と幅がみられたが、ほとんどが40歳以上を対象としており、65歳以上の高齢者を対象にした文献は10件であった。対象者数は、60名の1件(荒川、2000)を除いて、他は3~23名であった。

(3) 研究デザイン

前実験研究が5件,準実験研究が6件であった。比較群 を設定している文献は4件であった。

(4) 介入方法

16筋群の技法を取り入れた文献は6件、次いで9筋群が1件であったが、簡易版の7筋群が2件とその他1件、受動的筋弛緩法1件もみられた。臨床研究においても指導手順はほとんどの文献に記載されていたが、研究者自身の技法の習得に関する内容はほとんど記載されていなかった。指導はCDやテープ、口頭でのナレーションなどを用いていた。介入期間は1~2週間が多かったが、4週間(武田・柳本・富田・五木田、2008)の中期的効果を評価している研究もみられた。

表 1 漸進的筋弛緩法に関する基礎研究

著者・年	対象者・年齢・疾患	方法	主な測定指標	主な結果
上田ら 2012	ストレスがある女性46名 36~68歳, 47.8±10.6歳 アロマセラピー群12名, 有酸素運動群12名, PMR 群12名, 対照群10名	16筋群, CD (25分間) 1日1回実施, 週に3回も可 測定時期:開始日, 12週間後	簡略 更 年 期 指 数 (SMI), QOL SF-36, 心理的ストレス反応尺度 (SRS-18), 白血球数, 血小板数, 好中球数, リンパ球数, 単球数	・PMR群は介入前より介入後に簡略更年期指数 (SMI) が有意に低下した。 ・QOL SF-36の「全体的健康感」は、介入後に有意に増加した。
今別府・山田 2011	健常者14名 女性13名,男性 1 名 18~30歳,22.6±1.1歳	16筋群, テープ (15分間) 1日2回実施 測定時期:開始前, 1週間 後, 2週間後	心拍変動,血圧值,精神性 発汗量 騒音不快得点	・PMR習得過程により, 騒音負荷に対するHF減少の抑制, 血圧上昇の抑制, 精神性発汗の減少, 不快得点の減少, ストレス反応が減弱していることが示唆された。
高島・大江・ 五木田・渡部 2008	健康な看護学生 女性10名 20~21歳 PMR群 5名,安静群 5 名	9 筋群, 10分間のナレーション 別定時期:ストレス負荷前, 負荷直後,介入直後,10 分,30分,60分,90分後	睡液中コルチゾール濃度 2 次元気分尺度 POMS 不定愁訴	・PMR群は介入直後と介入10分後で唾液 中コルチゾール濃度比が有意に低下し、 安静群においては介入直後のみに有意に 低下した。 ・PMR群は介入直後で安静群と比較して 緊張覚醒度が有意に低く、快適度が有意 に高い状態であった。
山田・今別府 2008	健康な成人14名 女性13名. 男性 1 名 18~30歳. 22.6±1.1歳	16筋群, テープ (15分間) 1日2回実施 測定時期: 〈安静日〉開始日, 1週間後, 2週間後 〈PMR実施日〉開始より1日 後, 8日後, 15日後	心拍変動(メモリー心拍 計),血圧値(非観血式連 続血圧測定装置) POMS	・安静、PMRとも副交感神経活動指標(R-R間隔、HF)の増大が認められ、PMRでより大きな増大が認められた。 ・初回よりも1週間後、2週間後となるにつれて実施後の収縮期血圧の上昇が弱まった。 ・POMSはPMR日にネガテイブ感情得点が低下する傾向がみられた。
松下 2007	看護学生44名 女性40名. 男性 4 名 20~22歳, 20.2±0.9歳	15分間簡易版 + α 波音楽 + イメージ法 測定時期:安静前, 15分間安 静後, 実施後	血圧値, 呼吸数, 脈拍数, 腋下体温測定値 身体感覚チェック	・安静後とリラクゼーション実施後の比較 では、呼吸数、体温の低下および主観的 気分では「疲れている」が有意に低下し た。
近藤ら 2006	看護学生80名 女性68名,男性12名	16筋群,CD28分間 測定時期:開始前,実施後	収縮期血圧値, 拡張期血圧 値, 脈拍数 身体感覚チェック表	・収縮期血圧、拡張期血圧、脈拍数は実施 後に有意な低下が認められた。 ・実施後、身体感覚の得点は全て上昇して おり、リラックス反応が得られた。
松下 2006	看護学生88名 女性80名. 男性 8 名 18~30歳	15分間簡易版 + α波音楽 + イメージ法 測定時期:開始前, 15分間後	血圧値、呼吸数、脈拍数, 身体感覚チェック	・実施後で最高血圧、脈拍数は有意に低下 した。 呼吸数は有意な差は見られなかったが実 施前に比べ、低下傾向がみられた。 ・実施前後は、身体感覚チェックは改善さ れた。
松本 2005	看護学生67名 女性44名,男性23名 18~41歳 PMR群37名,対照群30 名	9 筋群、PMRの手順を書い たマニュアル デモンストレーション、1日 1回実施 測定時期:開始前、開始28日 後	SRS-18(心理ストレス反応) 独自に作成したアンケート	・SRS-18の不安・抑うつと不機嫌・怒り・ 無気力のいずれも、PMR群では実施前よ りも実施後に有意に得点が減少していた。 ・心理ストレス反応の高低によってPMR の実施のしやすさやPMRの獲得の程 度、PMRの有益性の評価に有意な差は 認められなかった。
小林・太田・ 加藤・大井 2000	看護学生99名 男子 4 名,女子95名	16筋群, テープ (20分間) 測定時期: 〈1週目クラス〉PMR実施前 後→自律訓練法実施前後→ア ロマテラピー後 〈2週目クラス〉自律訓練法 実施前後→PMR実施前後→ アロマテラピー後	血圧値,脈拍数 POMS インタビュー	・PMRの実施前後は脈拍数の変化が有意だった。 ・PMR、音楽療法にリラックスできたという記述の割合が高かった。 ・POMSの「緊張-不安」「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「疲労」「混乱」に有意な変化が認められた。
小林 2000	看護学生99名 男子 4 名. 女子95名	16筋群, テープ (20分間) 測定時期: 〈1週目〉PMR実施前後→自 律訓練法実施前後→アロマテラピー後 〈2週目〉自律訓練法実施前 後→PMR実施前後→アロマテラピー後	血圧値,脈拍数 POMS インタビュー	 ・POMSの「緊張-不安」「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「疲労」「混乱」の得点は低下していた。 ・PMRにおいて、脈拍数の変化が有意であった。 ・PMRは自律訓練法よりもリラックスできたという肯定的な記述の割合が高かった。
小板橋・柳・ 酒井・菱沼 1998	健康な女性 6 名 20~31歳, 5.3±3.9歳 1 日目:予備日 2 日目:安静法 3 日目:PMR法	9 筋群, テープ (25分間) 測定時期: 〈2 日目〉〈3 日目〉開始前, 終了直後,終了10分後	STAI 身体感覚尺度 脳波 心拍変動(心拍数:HR,平 均RR間隔)	 ・脳波 (α波, θ波)は、安静時にはわずかな増加傾向、PMR時には顕著な増加であった。 ・平均心拍数 (HR) および平均RR間隔は、6例中5例において、PMR法時にHRの減少と平均RR間隔の延長がみられた。 ・全例において、STAI状態不安得点の低下と身体感覚尺度得点の上昇がみられた。

-11. 1 2	the back and a standard		A. A. And J. Ha from	
著者・年	対象者・年齢・疾患	方法	主な測定指標	主な結果
小板橋・柳・ 菱沼 1997	健康な女性16名 19~24歳, 平均年齢20.8 歳 開始日:安静法 1 週間後:PMR法	9 筋群, テープ (25分間) 測定時期: 開始前, 終了後〈心拍数, 血 圧値, 皮膚温のみ〉開始前, セッション25分間と終了後10 分間は5 分ごと。	心拍数 血圧値:末梢血圧値 皮膚温:指先表面温 筋弛緩尺度 リラックス尺度	・PMR法の終了10分後に、心拍数は有意に減少し、末梢血圧および指先表面温は有意に上昇傾向を示した。 ・筋弛緩度とリラックス尺度の得点も、 PMR法において有意に高得点を示した。
小板橋・大野 1996	健康な男女39名 18〜30歳,21.2±2.8歳	9 筋群, テープ (30分間) 1 週間自宅で1日1回以上の 練習 測定時期: 〈開始日〉開始時, 30分後, 40分後 〈1週間後〉開始時, 30分後, 40分後	皮膚血流量,皮膚表面温,血圧値,脈拍数 自宅での練習状況と筋肉の 弛緩尺度の記入 (1週間後 のみ)	・皮膚血流量:初回から大きな増加率を示し、1週間後にさらに上昇する傾向がみられた。 ・皮膚温:1週間後に初回よりも有意に上昇した。 ・主観的な筋肉の弛緩の感覚:1週間の自宅練習によって、得点が有意に上昇し、主観的なリラックス感の高まりを示した。
奥野 1992	健康な男女49名 男子9名. 女子40名 男性31.0±5.9歳 女性28.7±2.7歳	右腕斜め上げと肘弛緩(モデリング 5 回、言語教示 2 回) 測定時期: 〈モデリング前〉言語教示 1 回目と 2 回目の後 〈モデリング後〉言語教示 1 回目と 2 回目の後	外顕行動(肘関節の角度) 筋電図(橈側手根屈筋,上 腕二頭筋,上腕三頭筋,三 角筋) テイラーの不安尺度 EPPS性格検査 内省報告	・モデリングは、筋反応の筋緊張と弛緩訓練において外顕行動の習得に効果がみられた。 ・緊張訓練は習得しやすく、弛緩訓練は習得しにくいことが明らかになった。筋反応では橈側手根屈筋、上腕三頭筋は緊張および弛緩しやすく、上腕二頭筋は弛緩が困難であった。 ・被験者の不安の程度やEPSSによる特性は、筋反応の緊張・弛緩訓練の習得に違いをもたらすことが示唆された。

[注]PMR:Progressive Muscle Relaxation,S-IgA:唾液中分泌型免疫グロブリンA

表 2 漸進的筋弛緩法に関する臨床研究

著者・年	対象者・年齢・疾患	方法	主な測定指標	主な結果
池俣・百瀬 2013	グループホームの利用者 認知症 5 名 70〜90歳, 87.8±8.0歳	7 筋群,CD(15分間) 週 2 回実施 測定時期:開始日,12週後	血圧値, 脈拍数, 呼吸数, S-IgA, N式老年者用精神 状態尺度, 高齢者のうつス ケール短縮版, N式老年者 用日常生活動作能力評価尺 度	・実施後は、5名中2名血圧、脈拍ともに減少。 ・BPSD(行動・心理症状)は全対象で「変化なし」あるいは「減少」。 ・日常生活能力も「変化なし」あるいは「増加」。
近藤·小板橋・金子・小林 2011	乳がん 女性 6名 40〜60歳代,50.8±72歳	7 筋群、CD(17分間) 1日1回実施 測定時期:開始日、1週間後 〈インタビューのみ〉 開始日、1週間後、1、3、 6,12か月後	S-IgA、唾液中コルチゾール、収縮期血圧値、脈拍数インタビュー	・S-IgAは実施後半数以上増加, 唾液中コルチゾールは実施後半数低下, 収縮期血圧値は実施後半数以上低下した。 ・1年間の継続者より「心身の心地良さを感じる」「自分の生活のなかで役立つ」などの肯定的な意見が抽出された。
今別府・山田 2009	在宅療養者 6名 女性 4名, 男性 2名 70~90歳, 80.3歳 ± 2.6 歳 (脊椎疾患, 大腸がん, 膠原病, 脳梗塞既往, 頭蓋内血腫の既往)	16筋群, テープ (15分間) 1日2回実施 測定時期:開始前, 1週間 後, 2週間後	心拍変動 自己記入式睡眠評価尺度 (SEQ) 短縮版POMS	・R-R間隔の平均値とHFの平均値の増加が実施初回、1週間後、2週間後で認められた。 ・短縮版POMSの得点は、初回から2週間後においても実施後にわずかであるが増加した。 ・SEQは、1週間後から2週間後にかけて得点の増加する傾向が認められた。
近藤 2008	がん患者15名 女性11名. 男性 4 名 40〜70歳代	16筋群,CD(28分間) 1日1~2回実施 測定時期:開始日,1週間 後,2週間後	S-IgA, 収縮期血圧値, 脈 拍数 インタビュー	・S-IgAは実施後有意に上昇しており、収縮期血圧値と脈拍数も実施後ほとんど有意に低下。 ・主観的な体験は、10カテゴリーが抽出され、「肯定的な気持ちになれる体験」が1週間、2週間ともに最も多くの割合を占めた。
武田・柳本・ 富田・五木田 2008	変形性膝関節症患者23名 女性19名,男性 4 名 65~80歳,72.4±4.6歳 鎮痛剤 + PMR群12名, 鎮痛剤群11名	受動的筋弛緩法 看護師による10分間の指導を 毎日実施 測定時期:開始日〜28日間	人工股関節全置換術 (TKA)後痛,持続的他動 運動 (CPM)後疼痛,術 後早期ROM,疼痛VAS, 鎮痛薬の使用量	・PMRはCPM前のTKA術後痛を術後1, 2週間で有意に緩和させる。 ・CPM前後の痛みの差は、対照群では術 後1,2週間で有意に増強した。 ・PMRは術後早期ROM拡大に影響しな かった。
近藤・小板橋 2006b	がん患者11名 50〜70歳代, 平均年齢64.3歳	16筋群, CD28分間 1日2回実施 測定時期:開始日, 1週間 後, 2週間後	収縮期血圧値, 脈拍数 身体感覚チェック表 インタビュー	・自己練習を継続できた者は2週間後には 脈拍数の減少、身体感覚度得点値の上昇 がみられた。 ・自己練習が継続できた者は、睡眠効果や 検査・治療時の緊張緩和、また病気に対 して気持ちが肯定的になるなどの効果が みられた。

著者・年	対象者・年齢・疾患	方法	主な測定指標	主な結果
荒川 2002	入院中でがん化学療法を受けた患者20名 女性10名,男性10名 43~74歳,平均年齢57.3 歳	16筋群,テープ(25分間) 化学療法前に指導,1日2回 実施 測定時期:開始前,化学療法 開始2時間前	STAI 調査者の観察 患者・家族からの聞き取り の内容	・状態不安得点は、PMR実施前に比較して実施後に有意に低下していた。 ・PMRをテープに合わせて実施できると 反応した対象は「4日目」までで10名であった。
吉田 2002	がんの再発期あるいは終末 期にあるがん患者11名 女性 4 名、男性 7 名 45~79歳、平均年齢60.5 歳 PMR群、イメージ法群	16筋群, CD(28分間) 1日1~2回実施 測定時期:実施前, 3日目, 1週間目, 2週間目	痛みの強さ VAS 痛みの緩和 VAS インタビュー	・PMRとイメージ法を用いた介入による 痛みの緩和効果に有意な傾向があった。 2つの介入方法の間には効果の差はみられなかった。 ・「リラックスの感覚」「リラクセーション 法の効果」「痛みの経験の肯定的な意味 を見出す」の3つの大カテゴリーに分類 できた。
荒川 2000	入院中でがん化学療法を受けた患者60名 女性39名,男性21名 22~74歳,53.7±10.8歳 PMR群20名,誘導イメージ法群20名,対照群20名	16筋群, テープ (25分間) 化学療法前に指導, 1日2回 実施 測定時期: 化学療法開始2時 間前, 開始後, 12,24,36,48 時間後	INV Form 2 (Rhodes Index of Nausea and Vomiting) STAI	・PMR群は48時間後の嘔気・嘔吐の得点が低く、対照群との関係では有意差がみられた。 ・PMR群と誘導イメージ群は、対照群よりも状態不安得点は低下していたが、有意差はみられなかった。
小板橋·大野·大塚 1995	入院中の癌患者3名 20~31歳,53±3.9歳 ベースライン期→実技指 導期(+自己練習)→自 己練習期→実技指導期 (+自己練習)	9 筋群, 口頭による指導(約20分), 実技指導・面接:1日 1回 自己練習:1日2回実施 測定時期:各時期(1週間ずつ)練習開始時,終了時	血圧値,脈拍数 リラックス反応評価表 睡眠調査票 STAI 面接記録	・睡眠時間,入眠所要時間および夜間覚醒 回数は事例により改善効果にばらつきが みられた ・主観的な睡眠感として,寝つきやすさ, 夜間覚醒時のいらいら感及び再入眠の得 やすさ,熟睡感と起床時の気分に改善が みられた。
小松ら 1987	高血圧症を伴う手術(回復 術)患者15名 62~70歳 非実施群 5 名,離床前の み実施群 5 名,離床前と 離床後実施群 5 名	5 分間簡易版 + 背部と肩の マッサージ+深呼吸 測定時期:安静队位直後,実 施終了直後,端座位直後, 立位直後,队床直後,実施 終了直後,終了5分後	血圧値,脈拍数	・離床前と離床後実施群は、非実施群および離床前のみ実施群に比べ、立位から臥位をとった時の血圧の変動率が少なく、また、早期に離床前安静臥床時の血圧への回復・安定がもたらされた。

[注]PMR:Progressive Muscle Relaxation,S-IgA:唾液中分泌型免疫グロブリンA

(5) 測定指標

生理学的指標で最も多く使用されていたのは、血圧値が 6件、次いで脈拍数が5件、唾液中分泌型免疫グロブリン A (S-IgA) が2件、心拍変動が1件であった。

心理学的指標では、STAIが3件、POMSが1件などがあげられていた。臨床研究においては、高齢者のうつスケール、睡眠評価尺度、術後早期ROM、疼痛VAS、INV Form 2 (Rhodes Index of Nausea and Vomiting) などの症状を評価していた。

(6) 主な効果

S-IgA 上昇, 血圧値や脈拍数などの減少の他に, 疼痛・悪心・嘔吐・痛みの緩和, 睡眠の改善など症状の緩和がみられた。また, 気分の改善, 不安の軽減, 肯定的な意見が聞かれるなどの効果がみられた。

Ⅲ. 考 察

漸進的筋弛緩法における基礎研究と臨床研究についての 課題,漸進的筋弛緩法の研究の今後の課題の順に考察を 行っていく。

1. 基礎研究と臨床研究についての課題

(1) 研究デザイン

今回, 基礎研究の研究デザインは実験研究が2件と少

なかった。表1に示した先行研究より、漸進的筋弛緩法は健常者の副交感神経活動に優位な状態をもたらし、リラックス反応、気分を安定させることが明らかにされていた。しかし、ランダム化比較試験(Randomized Controlled Trial: RCT)を実施することによって、漸進的筋弛緩法の自律神経系や免疫系、また内分泌系などへのエビデンスを明らかにすることができると考える。野嶋(2010)が「看護が実践科学であり、看護介入が効果があるかどうかを検証していくためには、実験研究を行っていくことが求められている」と述べているように、基礎研究においては、漸進的筋弛緩法のエビデンスを確立していくために実験研究を行うことが重要である。今後さらなる対象者数の増加とRCTの実施によって、因果関係を検証していくことが必要であると考える。

臨床研究では対象数が少なく、研究デザインは実験研究がみられなかった。これは「臨床の場で実験的な研究をする場合は、倫理的な問題を生じる可能性が大きい」といわれている(荒川・小板橋、2001)ように、人間を対象に実験研究を実施していくことは倫理的に困難な場合が多いことが要因と考える。

研究者は、看護学において普遍的法則を見出すために、 因果関係を検証できる工夫をしていくことは大切である。 しかし、野嶋は「研究課題によっては、準実験研究や非実 験研究が実験研究よりも適していて優れていることも多く ある」(2010, p.78) と述べていることより, 実験研究が倫理的に困難な場合には, 準実験研究や非実験研究などの研究デザインを選択することも必要である。臨床研究においては、漸進的筋弛緩法による患者の個々の反応も大切である。患者に及ぼす現象を明らかにしていくことも, 今後の看護学の発展につながっていくと考える。

(2) 介入方法

基礎研究では、主に荒川 (2002) や小板橋・柳・酒井・ 菱沼(1998)の方法に基づいた16筋群の手法が最も多く使 われていた。小板橋は「16筋群による緊張-弛緩法は漸進 的筋弛緩法の基本的な技法であり、この技法を習得してか ら簡易版や受動的な方法に移行したほうがよりリラックス 感を得やすい」(2001, p.31) と述べている。漸進的筋弛緩 法の心身へのエビデンスを明らかにするためにも、今後も 16筋群の手法による介入研究をしていく必要があると考え る。しかし、「体力の低下した患者の場合、筋肉の収縮と 弛緩を行う筋弛緩法はわずかながらも負荷を与える」(小 板橋, 2001, p.31) といわれているように, 対象にとって 16筋群の技法が負担の場合には、簡易版や弛緩のみを行う 受動的筋弛緩法を勧めていくことも大切である。今回、臨 床研究においては簡易版や受動的筋弛緩法が使用されてい たが、簡易版や受動的筋弛緩法の報告はまだ少なく、基礎 研究においても有効性は十分検証されていない。したがっ て、基本的な16筋群の手法とともに簡易版と受動的筋弛緩 法の有効性についても検証していくことが必要であると考 える。

基礎研究の介入期間は当日~1,2週間の間が多く,臨床研究においても $1\sim2$ 週間が多くみられ,基礎研究,臨床研究ともに長期的効果を検証した研究はほとんどみられなかった。「漸進的弛緩法は、リラックス感など直接体感する短期的効果の体験を積み重ねることによって、人生に対する考え方の変化など精神レベルにおけるリラックス感を体験することができる」(小板橋、2001、p.35)といわれている。しかし、6か月、12か月以上の長期的効果は報告が少ないため、今後明らかにしていくことが必要である。

今回の基礎研究および臨床研究では、研究実践者の技術習得についての内容を記載している文献はほとんどみられなかった。漸進的筋弛緩法などのリラクセーション技法の介入研究の場合、指導する実践者の手技および指導の仕方が結果に影響を及ぼすことが推測される。荒川は「リラクセーション法の指導者の基本姿勢として第1に求められることは、指導者自身が技法を習得しリラクセーションの反応や効果を体感しておくことが重要である」(2013、p.98)と述べている。指導する者自身が経験していなければ、対象に説得力をもって指導することはできない。指導者自身

が技法を実際に体験し習得していることによって、対象の アセスメントを行ったり、実施後の反応や効果をフィード バックしていくことができると考える。今後、研究の追試 を行うことができるように、詳細な研究手順とともに研究 実践者の技術習得についての内容を記載していくことが必 要であると考える。

(3) 測定指標と効果

基礎研究の測定指標は、血圧値、脈拍数が多く使用されていた。また、心拍変動、精神性発汗量、唾液中コルチゾール濃度、脳波、皮膚温、筋電図、POMS、STAIなども使用されており、今日までに漸進的筋弛緩法は健常者の副交感神経活動の増加や唾液中コルチゾールの減少、気分の安定感などをもたらすことが明らかにされている。しかし、基礎研究において、RCTのデザインで上記の測定指標の因果関係を検証した報告はまだ少ない。

今後,基礎研究においては,自律神経系や免疫系,また内分泌系などの測定指標を使用し,そのエビデンスを明らかにしていくことが大切であると考える。

臨床研究においては、臨床の場でも実施しやすい血圧値や脈拍数が一番多くあげられた。臨床研究では基礎研究と異なり、主に患者の症状が測定指標として使用されていた。患者の症状は臨床研究のアウトカムの特徴であり、これらを評価していくことは重要であると考える。しかし、現在までに効果が明らかにされている症状はまだ限られているため、今後は症状の範囲を広げて評価していくことが必要であると考える。

2. 漸進的筋弛緩法の研究の今後の課題

今回の文献レビューの結果では、基礎研究と臨床研究と もに対象数が少なく、因果関係を検証できる実験研究が少なかった。また、長期的効果を明らかにした研究も少なく、これらの結果は、2004年までの文献レビュー(近藤・小板橋、2006a)の結果と同様の内容であった。対象の疾患については、先行研究(近藤・小板橋、2006a)に比べて整形外科疾患や認知症など増加してきている疾患もみられたが、今後さらに適用の疾患を広げていく必要があると考える。

臨床研究において対象者数や実験研究が少ないのは、倫理的問題が影響していることが考えられるが、臨床の場にいない研究者がリラクセーションを希望する適した対象者を見つけることがむずかしいことも要因として考えられる。臨床の看護師は、研究者よりもリラクセーションに適した対象者を選択しやすい環境にある。患者へのリラクセーションの普及や対象数の確保のためには臨床との共同研究が不可欠であるが、看護師の協力や理解を得るためには、まず看護師自身に漸進的筋弛緩法の効果を体験しても

らうことが大切である。看護師自身が漸進的筋弛緩法の効果を体験することによって、看護師自身のストレスマネジメントや患者へのリラクセーションの普及につながっていくと考える。

今後の課題としては、エビデンスを確立していくために、倫理面を配慮しつつ、特に基礎研究においてはRCTを推進していくこと、また、基礎研究と臨床研究においては対象数の増加と長期的効果を検証していくこと、看護師への教育・評価、臨床との共同研究の推進をはかっていくことが必要であると考える。

Ⅳ. 研究の限界

本研究では対象論文を和雑誌に限定したこと、検索も 『医学中央雑誌』に絞ったため、結果は漸進的筋弛緩法の 限られた文献レビューとなっている。今後は対象論文を海 外文献にまで広げて検討していくことが課題である。

結 語

1987~2013年の間に国内で報告された漸進的筋弛緩法に

関する看護研究の文献レビューを行った。25の文献を分析した結果、基礎研究は14件、臨床研究は11件であった。基礎研究においては、研究デザインは実験研究が2件と少なく、介入期間も当日~1、2週間の間が多く、長期的な介入はみられなかった。測定指標は、血圧値、脈拍数、心拍変動、唾液中コルチゾール濃度、脳波、皮膚温などの生理学指標が多く使用され、健常者のリラクセーション反応の効果が明らかにされていた。臨床研究においては実験研究はみられず、介入期間は1~2週間と短い期間であった。測定指標には、患者の症状である睡眠評価尺度、術後早期ROM、疼痛VASなどが使用され、リラクセーション反応の他に症状の緩和もみられた。

漸進的筋弛緩法の研究の今後の課題としては、エビデンスを確立していくために、倫理面を配慮しつつ、特に基礎研究においてはRCTを推進していくこと、また、基礎研究と臨床研究においては対象数の増加と長期的効果を検証していくこと、看護師への教育・評価、臨床との共同研究の推進をはかっていく必要性が示唆された。

要 旨

目的:1987~2013年までに国内で報告された漸進的筋弛緩法に関する看護研究を基礎研究と臨床研究の視点より 文献レビューを行い、それぞれの研究の動向と今後の課題を明らかにすることである。

方法:1987~2013年までの文献を「医学中央雑誌Web版」を用いて検索した。

結果:25の文献の分析の結果,基礎研究14件,臨床研究11件であった。基礎研究では,実験研究が少なく,介入期間もほとんどが当日~1,2週間であった。測定指標は血圧値,脈拍数,心拍変動,脳波などの生理学指標が主に使用されていた。臨床研究では,実験研究はみられず,介入期間はほとんどが1~2週間であった。測定指標には、主に睡眠評価尺度,術後早期ROM,疼痛VASなどの症状が使用されていた。

結論:基礎研究ではランダム化比較試験の推進,基礎研究と臨床研究では対象数の増加と長期的効果の検証と看護師への教育・評価および臨床との共同研究の推進をはかっていく必要性が示唆された。

文 献

- 荒川唱子, 小板橋喜久代 (1997). 看護におけるリラクセーション 研究の動向―1980~1996年主要学会を中心に. 臨床看護研究 の進歩, 9, 26-33.
- 荒川唱子 (2000). 癌化学療法による副作用軽減に及ぼすリラクセーション効果の比較. 平成 9 年度~平成10年度科学研究費補助金 (基盤研究 (C)) 研究成果報告書, 1-45.
- 荒川唱子,小板橋喜久代 (2001). リラクセーション技法適用上の課題. 荒川唱子,小板橋喜久代 (編):看護にいかすリラクセーション技法―ホリスティックアプローチ. 153-163, 東京: 医学書院.
- 荒川唱子 (2002). がん化学療法患者のWell-being に及ぼすリラクセーション技法の長期的影響. 平成11年度~平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(C))研究成果報告書,1-31.
- 荒川唱子 (2013). リラクセーション法を臨床で指導する〈レベル 2〉臨床で指導する. 小板橋喜久代, 荒川唱子 (編): リラク セーション法入門―セルフケアから臨床実践へとつなげるホ リスティックナーシング, 98-105, 東京: 日本看護協会出版 会.
- 池俣志帆,百瀬由美子 (2012). 高齢者への漸進的筋弛緩法に関する文献検討. 愛知県立大学看護学部紀要, 18, 91-97.
- 池俣志帆,百瀬由美子(2013). 行動・心理症状(BPSD)を有する認知症高齢者への漸進的筋弛緩法の応用と課題:予備的検討. 日本早期認知症学会誌,6(1),108-112.
- 今別府志帆,山田重行 (2009). 在宅療養者での漸進的筋弛緩法の 習得過程におけるリラックス反応. 日本看護技術学会誌,8(3), 57.64
- 今別府志帆,山田重行(2011).漸進的筋弛緩法の習得過程におけ

- る騒音負荷へのストレス反応. 看護学研究、3、29-35.
- 小板橋喜久代,大野夏代,大塚孝子 (1995). リラクセーションによる睡眠への援助―入院中の癌患者を対象として―. 埼玉県立衛生短期大学紀要, 20, 81-89.
- 小板橋喜久代,大野夏代 (1996). 漸進的筋弛緩法の指導によるバイタルサインの変化. 埼玉県立衛生短期大学紀要, 21, 43-50.
- 小板橋喜久代,柳奈津子,菱沼典子 (1997). 健康女性における安静法と漸進的筋弛緩法の生理的・感覚認知的反応の比較. 群馬大学医学部保健学科紀要,18,67-74.
- 小板橋喜久代,柳奈津子,酒井保治郎,菱沼典子(1998). 健康女性を対象とした漸進的筋弛緩法によるリラックス反応の評価一生理的・感覚認知的指標による一. 群馬大学医学部保健学科紀要,19,81-89.
- 小板橋喜久代 (2001). 漸進的筋弛緩法. 荒川唱子, 小板橋喜久代 (編): 看護にいかすリラクセーション技法―ホリスティック アプローチ. 30-52, 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2008). 臨床研究に関する倫理指針.Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/rinsyo/dl/shishin.pdf#search
- 小林優子,太田和美,加藤光寶,大井ひかる(2000).成人看護学 実習における「リラクセーション技法」の試み.新潟県立看 護短期大学紀要,6,3-12.
- 小林優子 (2000). リラクセーション実施後のリラックス反応の評価―「漸進的筋弛緩法」と「自律訓練法」の比較―. 看護技術, 46(12), 104-109.
- 小松浩子,小島操子,岩井郁子,田村正枝,手島 恵,荒川靖子, 大森里子 (1987). 高血圧症を伴う患者の術前・術後の血圧変 動を少なくする看護プログラム開発に関する研究一離床にお けるリラクセイションの効果の検討一. 聖路加看護大学紀要, 13,15-21.
- 近藤由香, 小板橋喜久代 (2006a). 1997~2004年のリラクセーション研究の文献レビュー―適用分野と主な効果を中心に―. 日本看護技術学会誌, 5(1), 69-76.
- 近藤由香,小板橋喜久代 (2006b). がん患者の漸進的筋弛緩法の 習得状況と自己練習継続による効果―身体的反応と主観的評価より―. 日本看護研究学会誌, 29(5), 71-82.
- 近藤由香,瀬山留加,高橋さつき,田邉美佐子,木村清美,瀬戸正子(2006).成人看護学演習における漸進的筋弛緩法の学習効果一学生の生理学的指標と主観的評価より一.高崎健康福祉大学紀要,5,61-72.
- 近藤由香 (2008). がん患者に対する漸進的筋弛緩法の継続介入の 効果に関する研究. 日本がん看護学会誌, 22(1), 86-97.
- 近藤由香,小板橋喜久代,金子有紀子,小林しのぶ (2011). 簡易 版漸進的筋弛緩法の作成とがん患者への介入の効果. 日本看 護研究学会雑誌,34(5),87-93.

- 松下延子 (2006). α 波音楽とイメージ法を用いた簡易漸進的筋 弛緩法によるリラクゼーション効果―看護学生から得られ たリラックス反応の評価―. 岐阜医療技術短期大学紀要, 21, 61-74
- 松下延子 (2007). 安静法と簡易漸進的筋弛緩法のリラクゼーション効果の比較. 岐阜医療科学大学紀要, 1, 141-154.
- 松本明生 (2005). 看護学生を対象としたストレスマネジメント教育の効果の検討. 保健の科学, 47(7), 545-550.
- 箕輪千佳 (2010). 周手術期患者にリラクセーション法を用いた介 入研究の国内文献レビュー (1999~2008). 佐久大学看護研究 雑誌, 2(1), 59-69.
- 野嶋佐由美 (2010). 研究デザイン. 南 裕子 (編): 看護における研究. 66-79, 東京:日本看護協会出版会.
- 奥野茂代 (1992). リラクセーション訓練におけるモデリングの効果―筋緊張・弛緩の習得と被訓練者の特性―. 日本看護科学会誌, 12(2), 30-44.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004) / 近藤潤子 (2010). 看護研究:原理と方法. 165-202, 727, 東京: 医学書院.
- Snyder, M. and Lindquist, R. (1998) / 野島良子, 冨川孝子 (1999). 心とからだの調和を生むケア―看護に使う28の補助的/代替的療法. 1-9, 東京: へるす出版.
- 高島尚美,大江真琴,五木田和枝,渡部節子(2008). 看護学生に おけるリラクセーション効果の検討―唾液中コルチゾールに よる評価―. 日本看護学教育学会誌, 18(1), 33-42.
- 武田宣子,柳本優子,富田真佐子,五木田和枝(2008). 人工膝関節全置換術後痛,持続的他動運動後痛および術後早期関節可動域に対する漸進的筋弛緩法の効果. 日本整形外科看護研究会誌,3,56-63.
- 上田真寿美,中田智恵,斎田菜穂子,堤 雅恵,岡野こずえ,生田奈美可,木下みゆき,砂川公美子,亀崎明子,田中満由美,松田昌子(2012).中年期以降の女性を対象とした3か月間のストレス緩和介入の効果―アロマセラピー・有酸素運動・筋弛緩法を用いて―.日本健康教育学会誌,20(4),276-287.
- 山田重行, 今別府志帆 (2008). 漸進的筋弛緩法の習得過程におけるリラックス反応の経時変化. 千葉大学看護学部紀要, 30, 11-17
- 吉田亜紀子 (2002). がんの痛みに対する漸進的筋弛緩法とイメージ法の効果. 高知女子大学看護学会誌, 27(1), 51-58.

「平成26年3月28日受 付 平成26年7月4日採用決定

子どもを養育している看護師の育児支援制度と 施設整備に対する認識と利用状況

— A 県における調査 —

Awareness and Utilization of Child-Care Support Systems and Facility Establishment for Nurses Raising Children: The Case of A Prefecture

西村淳子¹⁾ 太 Junko Nishimura Ka

太 田 勝 正²⁾ Katsumasa Ota

キーワード:育児支援、制度、施設、看護師 Key Words:child support, systems, institutions, nurses

緒 言

「男女雇用機会均等法」の施行(1985)以降. 国は仕事 と家庭生活の両立を目指した社会基盤の整備をすすめ、さ なざまな法律や施策を施行してきた。近年においては. 2012年7月1日に「改正 育児休業・介護休業等育児又は 家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」(以下,「改 正 育児・介護休業法」) を全面施行し、子育てをしなが ら働き続けることができる環境の整備を進めている。定 塚(2010)は、現在進められている国の育児支援政策に対 し,「妊娠・出産後の就業を継続する女性が増え, 仕事を 辞めた場合でも仕事に復帰するまでの期間が短くなってい る傾向がある」と述べており、この10年間で大きな変化の 兆しが表れていることを報告している。看護職の現場にお いても,経済的自立や自己実現を求め仕事を続けながら, 妊娠・出産・育児を希望している女性が増加している(佐 藤, 2010)。しかしながら、夜勤を含む交代制などの厳し い勤務環境の看護職においては、仕事と育児の両立を中断 せざるを得ない看護師が多いことも事実であり、たとえ ば、「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向 調査報告書」では、看護師として就業していない理由の上 位に「子育て」があがっており(日本看護協会, 2007a), 「看護職員就業状況等実態調査」においても、看護師の離 職理由の上位に「結婚・育児のため」があがっている(厚 生労働省,2011a)。これらの結果をみると,育児中の看護 師が子どもを産み育てやすい環境整備はまだ不十分であ り、働きやすい職場環境の整備が重要な課題であると考え られる。

一方, 看護職における育児と仕事の両立に対する取り 組みとしては、内閣府(2007)により「ワーク・ライフ・ バランス憲章 | (以下、WLB憲章) が策定されたことを受 け、日本看護協会が、「看護職の多様な勤務形態による就 業促進事業」を開始し、看護職が働き続けられる労働条 件・環境づくりのためにさまざまな取り組みを行っている (日本看護協会, 2007b)。本来, WLBとは, 働きながら私 生活も充実させられるように職場や社会環境を整えること (内閣府, 2007) であるが、女性が95%を占める看護職に おいては、妊娠・出産・育児などの女性のライフスタイル と充実した職業生活の両立が重視されている。このため先 行研究では、子どもを養育する看護師の就業継続に必要な 要因について明らかにするものが多く報告されている。看 護師個人による要因として、子どもの数が3人以上であ ること(佐々木・門脇・山内,2004),配偶者と同居して いること(松下ら,2008),看護師自身のキャリアアップ 意欲と仕事に対する充実感が必要であること(Firmin & Bailey, 2008), 経済的理由があること (中川・須栗・大平・ 高山・岩崎、2012) などが報告されている。また、職場環 境における要因として、育児を担う看護師への勤務上の配 慮が職業継続に影響を及ぼすこと(田口・尾崎・二瓶・筒 井, 1997), 短時間勤務制度を導入したことにより離職率 が低下し子育て中のスタッフ間の団結力強化につながった こと (名田, 2009), 病院内保育施設が継続して就業する ための職場選好の一要因であること(勝川・西・永田・坂 梨, 2012) などが報告されている。これらの先行研究をみ ると, 育児中の看護師の就業継続を支える要因には, 看護 師自身による個人的な要因とともに、育児支援制度や施設

¹⁾藤田保健衛生大学医療科学部看護学科 Faculty of Nursing, School of Health Sciences, Fujita Health University

²⁾ 名古屋大学大学院医学系研究科 Graduate School of Medicine, Nagoya University

などの社会的支援や育児に協力的な職場環境が必要であることが考えられる。しかしながら、これまでの先行研究では、育児支援制度や施設のうちの一部の要因に着目したものが多く、育児中の看護師を取り巻く支援制度や施設全体をとらえたものが少ない。実際の子育ての現状は、複数の育児支援を周囲の人間に気を配りながら利用し、就業継続を可能としていることが多い。そのため、仕事と育児を両立させるための育児支援策は、これらを複合的にとらえて議論する必要がある。

そこで本研究は、育児中の看護師を取り巻く数々の就業継続のための制度や施設の整備状況と利用状況を全体的に 把握するとともに、その利用に際しての改善要望や気遣い の現状も含めて、今後の仕事と育児の両立のための課題を 検討することを目的とした。

I. 研究方法

A. 質問紙調査

1. 調査対象

対象は、WAM NETで得られた A県の100床以上の273 病院のうち、ランダムに抽出した90病院に勤務する 0~9 歳の子どもを養育する看護師を対象とした(WAM NET、2012)。対象が就業する病院を100床以上の病院とした理由は、本調査における育児支援策は福利厚生の内容を踏まえたものが含まれ、100床以上で福利厚生等の労働条件がある程度の基準に達していると報告(深澤、2009)されており、一定の基準を設けるため100床以上とした。また、対象者を 0~9 歳の子どもをもつ看護師とした理由は、「就業継続しながら子育ての時間確保ができる措置については、小学校 3 年生終了時まで延長すべき」と報告(厚生労働省、2008)されているため、本研究においても、仕事と育児の両立について、小学校入学後しばらくの期間を含めて問題をとらえたかったため、対象を設定した。

2. 調査期間

平成24年7~8月に実施した。

3. 調査方法

a. 質問紙の作成

文献検討の結果をもとに、以下の項目からなる質問紙を作成した。なお、作成にあたっては、0~9歳の子どもを養育する就業中の看護師5名の協力を得て予備調査を行い、表面妥当性、調査する制度と施設の範囲の妥当性などの検討を行った。

(1) 基本属性

年齢,経験年数,保有免許,職位,勤務形態,最終学歴,子どもの数,一番上の子どもの年齢,同居する家族,通勤手段,通勤時間,第一子出産後の退職の有無(以下,退職の有無)の12項目について調査した。

これらは、「看護師等の『雇用の質』の向上に関する 省内プロジェクトチーム報告書」(厚生労働省、2011b), および「病院看護職員の需給状況調査」(日本看護協会、 2011)における看護師の就業継続に関する調査項目をもと に構成した。なお、女性の就業率は、両親または夫の両親 と同居しているか否かに強く依存することが報告(佐々 木・田邉・木下、2000)されているため、本調査において は同居する親のみを対象とした。

(2) 制 度

仕事と育児の両立支援に関する主な法律として,「労働 基準法」「改正 育児・介護休業法」「児童福祉法」がある。 これらの法律に基づく制度のなかから, 仕事と育児を両立 するうえで大きく影響すると考えられる以下の12の制度を 選択し, 調査した。

2012年6月30日に完全施行となった「改正 育児・介護 休業法」のなかから、国が新たに運営方針を明確に示した 育児休業制度(以下,育児休業),所定外労働の免除(以 下、残業の免除)、所定労働時間の短縮措置(以下、短時 間勤務制度), 時差出勤の制度(以下, 時差出勤), 子の看 護休暇制度(以下、看護休暇)を選定した。また、看護職 員就業状況等実態調査(厚生労働省, 2011a) や看護職員 実態調査(日本看護協会, 2009a) 等の先行調査において, これまでの育児経験者が多く利用していることが報告され ている制度、および利用希望が高かった制度のうち、育児 時間の制度(以下, 育児時間), 深夜業の制限の制度(以 下, 夜勤の禁止), 希望する有給休暇の取得(以下, 有給 休暇の取得), 時間単位での年次休暇の取得(以下, 時間 休の取得), 育児休業者への職場情報提供や研修支援制度 (以下, 職場情報提供), 希望する部署への異動(以下, 部 署異動),保育料金の一部補助(以下,保育料金の補助) の合計12の制度を調査項目とした。なお、質問紙には、脚 注としてすべての制度の概要と子の対象年齢を付記した。

(3) 施 設

施設については、子育で期に地域で利用希望の高いサービス(日本看護協会、2009b)の上位にあがっていた施設のうち、病院内の駐車場、病院内の保育施設(以下、病院内保育施設)、病児保育・病後児保育(以下、病児・病後児保育施設)、放課後児童クラブを選定した。さらに、厚生労働省が今後の子育で支援のために、さらなる充実が必要として報告(2011c)している地域の保育施設として病院外の保育施設(以下、病院外保育施設)の合計 5 施設を

調査項目とした。

b. 質問紙の配布方法

調査協力の承諾が得られた病院に、調査対象人数分の研究協力依頼書、質問紙、返信用封筒を郵送した。看護部長を通して調査対象者へ配布して頂き、研究協力依頼書により研究への協力を任意に判断してもらい、了解が得られれば、回答した質問紙を個別の封筒で返信するよう依頼した。研究への同意は、質問紙の返送をもって同意が得られたこととした。

c. 分析方法

データ分析は、設問別に単純集計を行い、その後、属性と育児支援制度・施設との関係性を明らかにするため、カイ二乗検定を行った。分析は、統計ソフト『SPSS ver.17.0 J for Windows』を使用し、有意水準は両側 5 %とした。

B. 倫理的配慮

全ての研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理委員会の承認を得た後に実施した(承認番号:11-171)。調査に際しては、対象者が理解できるように研究の目的、内容、手順について明記した文書で説明を行い、質問紙の取り扱いおよび研究結果の公表において、プライバシーや匿名性の保護に努めるなどの配慮を行った。

Ⅱ. 結果

A. 質問紙調査の結果

研究依頼を行った90病院のうち27病院(30.0%)から 承諾が得られ、345名の対象者に調査を依頼した。その結 果、201名の回答が得られた(回収率58.3%,有効回答率 100.0%)。

1. 対象者の基本属性

研究対象者の属性を表 1 に示す。対象者の平均年齢は 34.6±4.8歳であった。経験年数は10~14年未満が最も多く 82名 (40.8%) であり、職位は一般スタッフが161名 (80.1%) であった。勤務形態については、2 交代制 (変則 2 交代制) を行っているものが74名 (36.8%)、3 交代制 (変則 3 交代制) が43名 (21.4%)、日勤のみが82名 (40.8%) であった。子どもの数は 2 人が最も多く88名 (43.8%) であった。一番上の子どもの年齢の平均は6.0±4.1歳であり、0 歳~6歳が112名 (55.7%) と 7 歳以上より多かった。家族の同居は配偶者のみが最も多く155名 (77.1%) であった。通勤手段は自動車が最も多く153名 (76.1%) であり、通勤時間は30分未満が最も多く142名 (70.6%) であった。第一子出産後に退職をしなかったものが152名 (75.6%) であった。

表1 対象者(看護師)の属性

衣!	別家白(自設帥)の周1	工	(n = 20)1)
項目		例数		(%)	
	20歳代	29	(14.5)
年齢	30歳代	146	(72.5)
	40歳以上	26	(13.0)
	5 年未満	17	(8.5)
	6~9年未満	42	(20.9)
経験年数	10~14年未満	82	(40.8)
	15年以上	59	(29.3)
	回答なし	1	(0.5)
	准看護師	33	(16.4)
但士名計 (指粉同炊)	看護師	179	(89.1)
保有免許 (複数回答)	保健師	6	(3.0)
	助産師	6	(3.0)
	一般スタッフ	161	(80.1)
職位	主任,係長	36	(17.9)
	師長,課長以上	4	(2.0)
	2 交代制 (変則 2 交代制)	74	(36.8)
#1. 76 m/ 4%	3 交代制 (変則 3 交代制)	43	(21.4)
勤務形態	日勤のみ	82	(40.8)
	無回答	2	(1.0)
	専門学校	159	(79.1)
	短期大学	25	(12.4)
最終学歴	大学	12	(6.0)
	大学院	1	(0.5)
	無回答	4	(2.0)
	1人	80	(39.8)
子どもの数	2 人	88	(43.8)
	3人以上	33	(16.4)
要しのマ はくの左歩	0 歳~6 歳	112	(55.7)
一番上の子どもの年齢	7歳以上	89	(44.3)
	配偶者のみ	155	(77.1)
配偶者と親との同居	配偶者と親	28	(13.9)
	その他	18	(9.0)
	自動車	153	(76.1)
字性 无 0.	鉄道、バス	21	(10.5)
通勤手段	徒歩,自転車	25	(12.4)
	その他	2	(1.0)
	30分未満	142	(70.6)
通勤時間	30~1時間未満	51	(25.4)
	1 時間以上	8	(4.0)
AL 11 12 - 12 - 12 - 12 - 12 - 12	あり	29	(14.4)
第一子出産後,退職し	なし	152	(75.6)
た経験	無回答	20	(10.0)

[注] 配偶者と親との同居について、配偶者のみの回答は「配偶者の み」、配偶者と実・義理父母への回答は「配偶者と親」、それ以 外の回答を「その他」と示した。

2. 育児支援制度について

研究対象者が勤務する病院の育児に関する制度の整備状況・利用状況・改善要望の結果を表2に示す。なお、表中の制度には、法的な拘束力の違いに応じて(A)から(D)の記号を付してある。(A)と付記されている制度は、ある年齢において労働者が申請すれば雇用者は許可することが義務づけられている制度であり、育児休業、育児時間、看護休暇、残業の免除、夜勤の禁止、有給休暇の取得の6つが対象である。(B)の制度は、事前に労使協定が必要

表 2 育児支援制度における整備状況・利用状況・改善要望

度数 (%)

制度・施設の種類 -		整備和	犬況			利用	状況			改善	要望	
削及・ 旭 設の性類 ⁻	あ	, h	な	こし	す	, h	な	こし	あ	, b	な	こし
育児休業 (A)	189	(96.9)	6	(3.1)	157	(80.5)	38	(19.5)	115	(57.2)	86	(42.8)
育児時間 (A)	138	(84.7)	25	(15.3)	53	(32.5)	110	(67.5)	106	(52.7)	95	(47.3)
看護休暇 (A)	79	(64.8)	43	(35.2)	29	(23.8)	93	(76.2)	134	(66.7)	67	(33.3)
残業の免除 (A)	66	(53.2)	58	(46.8)	19	(15.3)	105	(84.7)	151	(75.1)	50	(24.9)
夜勤の禁止(A)	96	(65.8)	50	(34.2)	47	(32.2)	99	(67.8)	119	(59.2)	82	(40.8)
有給休暇の取得(A)	134	(84.3)	25	(15.7)	97	(61.0)	62	(39.0)	100	(49.8)	101	(50.2)
時間休の取得 (B)	70	(67.3)	34	(32.7)	40	(38.5)	64	(61.5)	95	(47.3)	106	(52.7)
時差出勤 (B)	50	(39.7)	76	(60.3)	11	(8.7)	115	(91.3)	118	(58.7)	83	(41.3)
短時間勤務制度 (B)	84	(60.0)	56	(40.0)	34	(24.3)	106	(75.7)	150	(74.6)	51	(25.4)
職場情報提供(C)	23	(26.1)	65	(73.9)	9	(10.2)	79	(89.8)	55	(27.4)	146	(72.6)
希望の部署異動(D)	69	(50.4)	68	(49.6)	38	(27.7)	99	(72.3)	105	(52.2)	96	(47.8)
保育料金の補助 (D)	26	(20.8)	99	(79.2)	18	(14.4)	107	(85.6)	130	(64.7)	71	(35.3)

- [注] 1. 整備状況・利用状況における「かからない/知らない」の回答は、集計から除外した。
 - 2. (A):ある年齢において申請すれば必ず保障される制度。
 - (B): 事業の運営を妨げない場合に保証される制度。
 - (C):努力義務の制度。 (D):法的根拠がない制度。

表 3 育児支援制度の利用に対する気遣い

度数 (%)

回答制度・施設の種類	どちらか	で使う/ いといえば :遣う	どちらと	もいえない	どちられ	使わない/ nといえば 遣わない	合	計
育児休業 (A)	58	(33.4)	22	(12.6)	94	(54.0)	174	(100)
看護休暇 (A)	65	(73.9)	14	(15.9)	9	(10.2)	88	(100)
残業の免除 (A)	76	(80.9)	11	(11.7)	7	(7.4)	94	(100)
夜勤の禁止 (A)	83	(72.2)	14	(12.2)	18	(15.6)	115	(100)
有給休暇の取得 (A)	93	(66.0)	25	(17.7)	23	(16.3)	141	(100)
時差出勤 (B)	57	(80.3)	9	(12.7)	5	(7.0)	71	(100)
短時間勤務制度 (B)	74	(80.4)	11	(12.0)	7	(7.6)	92	(100)

[注](A):ある年齢において申請すれば必ず保障される制度。

(B): 事業の運営を妨げない場合に保証される制度。

であるが、基本的には申請すれば保障される制度であり、 時間休の取得、時差出勤、短時間勤務制度の3つが対象で ある。(C)の制度は、努力義務の制度であり、職場情報 提供が対象となり、(D)の制度は、法的根拠がない制度 であり、希望の部署異動と保育料金の補助が対象となる。

a. 整備状況について

提示した12の制度のなかで「ある」という回答が最も多かったものは、育児休業189名(96.9%)であり、次に育児時間138名(84.7%)、有給休暇の取得134名(84.3%)が続いた。一方、最も整備状況が低かった制度は、保育料金の補助の26名(20.8%)であった。法律で義務づけられている(A)に含まれる制度であっても、育児休業以外は整備されているという回答が90%を超えるものはなかった。

b. 利用状況について

利用経験があるという回答が高い制度については、育児 休業の157名(80.5%)が最も多く、次に有給休暇の取得 97名 (61.0%), 時間休の取得 (38.5%) と続いた。一方, 最も利用状況が低かった制度は, 時差出勤の11名 (8.7%) であった。請求すれば, 必ず保障される (A) に含まれる 制度においても, 育児休業と有給休暇の取得以外は40%以下であった。

c. 改善要望の有無について

育児中の看護師が就業を継続しやすくするために、制度・施設に対して改善が必要であるか否かを尋ねた。改善が必要であるという回答が最も多かった制度は、残業の免除の151名(75.1%)であり、短時間労働勤務150名(74.6%)、看護休暇134名(66.7%)が続いた。改善要望が半数以下の制度は、職場情報提供55名(27.4%)、時間休の取得95名(47.3%)、有給休暇の取得100名(49.8%)の3つであり、12制度のうち9制度は改善要望が半数を上まわった。

d. 育児支援制度と制度の利用に際しての気遣いについ

て

厚生労働省(2011b),日本看護協会(2009a)に示される利用希望や利用経験の多い上位7位までの制度を選択し、利用時の気遣いについて、「全く気を使わない」から「非常に気を使う」までの5段階で尋ねた。この結果を表3に示す。なお、本研究で用いる「気遣い」とは、対象者が育児支援制度や育児支援施設を利用する際の他者への遠慮のこととした。

「非常に気を使う/どちらかと言えば気を使う」の回答の割合は、育児休業が33.4%で最も少なく、逆に残業の免除(80.9%)、短時間勤務制度(80.4%)、時差出勤(80.3%)が80%を超える結果となっていた。

3. 育児支援施設について

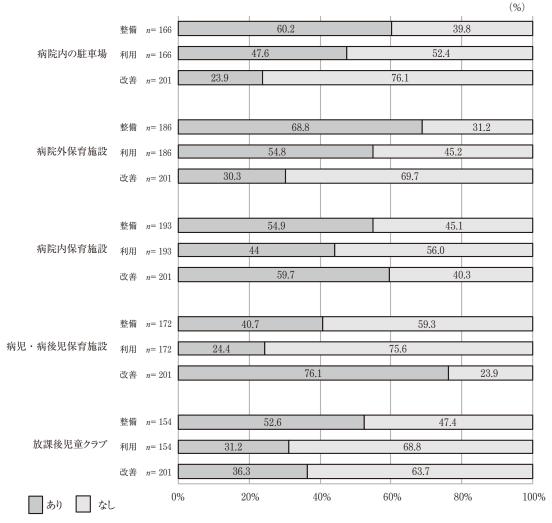
育児支援に関する施設の整備状況・利用状況・改善要望

の結果を図1に示す。

整備状況と利用状況において最も低い割合の施設は、 病児・病後児保育であり、ともに半数以下の割合であっ た。一方、改善要望においては、病児・病後児保育施設が 76.1%と最も高い割合を示していた。

4. 育児支援制度・施設と属性の関係

育児支援制度・施設への改善要望と6項目の基本属性との関係を表4に示す。なお、この6項目の基本属性は、看護職員就業状況等実態調査結果(厚生労働省、2011a)や佐々木ら(2004)の調査結果を参考に、育児中の看護師の就業継続に影響するとされた看護師の年齢、勤務形態、子どもの数、一番上の子どもの数、同居する家族、第一子出産後の退職の有無(以下、退職の有無)を選定した。勤務形態が最も多く有意差があり、育児時間、短時間勤務制度、職場情報提供、病院外保育施設、病院内保育施設に有



- 1)整備状況・利用状況における「わからない/知らない」の回答は、集計から除外した。
- 2) 整備は整備状況、利用は利用状況、改善は改善要望を示す。

図 1 育児支援施設の整備状況・利用状況・改善要望

育児支援制度・施設への改善要望と属性との関係 表4

	20代		有 製 型 30代	★ 関節の中間○ 40	# 40代	石	壶	p値	2次	交代制	3交代	凱務形	思 日勤のみ		中非	- p値		1 \	2 Y	2 to 0.38	人以上	台	
. 有児休業 (A) 改善あり 改業か1	14 (48.3)	82	(56.9)	18	(69.2)	114 (57.3)	0.289	36	49.3)	29 (67	67.4) 4	48 (58.5	5) 113	(57.1)	0.180	48	(60.0)	48 (55.2)	0 18	(54.5)	114 (5	57.0) 0.
次日 ゆ C - 育児時間 (A) - 改善 あ n		20 12	(531)		57.7	_	59.5			38.4					(52.5		40 4				485)		
改善なし 非無 ## # # # # * * * * * * * * * * * * * *	16 (55.2)	89	(46.9)	11	(42.3)	92 (47.5)	0.611	45 (61.6)	15 (3,	34.9) 3	34 (41.5	94	47.5	p < 0.05	40	(20.0)	38 (43.7)) 17 ((51.5)	95 (4	47.5) 0.
個政体収(A) 改善あり 改善なし	18 (62.1)	93	(64.1)	22 4	(84.6)	133 (66.5)	0.108	25	65.8)	31 (73	72.1) 5	54 (65.9 28 (34.1) 133	(67.2)	0.740	52 28	(65.0)	57 (65.5)	24 ((72.7)	133 (6	66.5) 0.
- 時間外労働免除 (A)		3							_	1 1	_						i i					_) (
及者なし	5 (17.2)	41	(28.3)	22 4	(15.4)	20 02	25.0)	0.218) 17	23.3)	12 (2'	27.9) 2	21 (25.6	5) 50	(25.3)	0.854	22	(27.5)	22 (25.3)	9 9	(18.2)	50 (2	75.0) 0.
. 夜勤の禁止 (A) お夢あり	13 (44.8.)	8	(60 7)	17	(65.4.))	29.0)	57.5))	_)	_	(59.1		47)	_	(69.7))	(0 6
改善ない	16 (55.2)	57	(39.3)	6	(34.6)	82	41.0)	0.221	31	42.5)	11 (28	25.6) 3	39 (47.6	(2)	(40.9)	0.056	33	(41.3)	39 (44.8)	101	(30.3)	82 (4	41.0)
有給休暇の取得(A) 改善あり		70	(48.3)	\sim	. 50.0	_	50.0)	000	\sim	50.7)	$\overline{}$	(8	\sim		(50.5	9	43		(44	_	(54.5)	$\overline{}$	_
	16 (55.2)	75	(51.7)	6	(20.0)	100	20.0	0.229	36	49.3)	16 (37.	2	46 (56.1	86 (3 (49.5)	0.133	37	(46.3)	48 (55.2)) 15 ((45.5)	100 (5	50.0) 0.437
. 時間体の収得(B) 改善あり	11 (37.9)	7.1	(49.0)		(84.6)	_	47.5)	0	_	47.9)	$\overline{}$	(8:	$\overline{}$	_	(48.0	i i	36		\sim	_	(9.09)	_	7.5)
改善なし	_	74	(51.0)	13 ((15.4)		52.5)	0.534	38	52.1)	16 (37	.2	49 (59.8	3) 103	3 (52.0)	0.057	44	(55.0)	48 (55.2)) 13 ((39.4)	105 (5	52.5)
時差出勤 (B) 改業 あり	_	79	(545)) 66	73.1	117 (58.5)	57.5	_	œ)		(59.1		43	00)	_	(54.5)	117 (5	_
改善なし	13 (44.8)	99	(45.5)	_	(26.9)		41.5)	0.05	31	42.5)	16 (37	. 2	34 (41.5	8 (3	(40.9)	0.849	37	(46.3)	31 (35.6)) 15 ((45.5)		41.5) 0.
短時間勤務制度(B)	`		1	,		`			`		`	,	`		t		l	- 1	`	,	(`	ı
及事やり及事なし	20 (69.0)	35	(24.1)	6T	(26.9)	51 (74.5) 25.5)	0.727	26	64.4) 35.6)	94	79.1) 6 20.9) 1	67 (81.7 15 (18.3	5) 148	(74.7)	p < 0.05	22	(27.5)	21 (24.1)	8 20	(24.2)	51 (2)	(4.5)
10. 職場情報提供 (C)																							
攻撃をあっ	6 (20.7)	109	(29.7)	9 6	(23.1)	55	27.5)	0.531) \ 24	21.9)	36 (8)	16.3) 3	32 (39.0) 55	(27.8)	p < 0.05	21	(26.3)	24 (27.6)) 10	(30.3)	55 (2	27.5)
☆ □ 5 ℃ 11. 希望の部署異動 (D)			0.5	ì	2.0		i			1.0		_			i		3						
改善あり	14 (48.3)	82	(26.6)	6	(34.6)		52.5)	0 106	33 (45.2)	29 (6'	67.4) 4	42 (51.2	104	(52.5)	0.065	41	(51.3)	44 (50.6)) 20 ((9.09)	105 (5	52.5)
改善なし 19 佐寿数今の一致雑甲(D)	_	63	(43.4)	17 ((65.4)	92	47.5)		$\overline{}$	54.8)	$\overline{}$	_	$\overline{}$	_	(47.5		39	∞	$\overline{}$	_	(39.4)	$\overline{}$	
本声作形の改善あり	21 (72.4)	92	(65.5)	13 ((20.0)	129 (64.5)	0.197	48 ((8.29		72.1) 4	48 (58.5	5) 127	7 (64.1)	0.304	29	(73.8)	49 (56.3)) 21 ((63.6)	129 (6	64.5)
改善なし	8 (27.6)		(34.5)	13	(20.0)	_	35.5)		55 (34.2)	$\overline{}$	(e	$\overline{}$		(35.9		21	ಣ	(43	_	(36.4)	$\overline{}$	2)
13. 病院内の駐車場 かきょい			(7 00)			_	0.00		`	6	,		,		0.40		-		_		, F 96	_	(
以明めり	(10.9)	111	(76.6)	11 2	57.7	159	76.0) \$	0.05	50	19.2	34 72	79.1	6.06) 62	150	(75.8)	0.221	14 66	(89.5)	6.62 22 26.6	716	(63.6)	159 (7	76.0) 0.
元日 まご14. 病院外保育施設		•			:					!				,			3						2
改善あり	7 (24.1)	47	(32.4)	<u></u>	(26.9)	61	30.5)	0.618	21 (28.8	21 (48	48.8) 1	19 (23.2	(2)	(30.8)	p < 0.05	27	(33.8)	24 (27.6)	01 8	(30.3)	61 (3	30.5)
改善なし 15. 病院内保育施設	22 (75.9)	86	(97.9)) 61	(73.1)	_	69.5) Ze	(1.2)	_	_	_	_	(69.2	4	53		_	_	(26.7)	_	c.
改善あり	21 (72.4)	82	(26.6)) 91	(61.5)	119 (59.5)	0.976	36	49.3)	31 (73	72.1) 5	51 (62.2	() 118	(29.6)	> 0 05	26	(70.0)	46 (52.9)) 17 ((51.5)	119 (5	59.5) 4<0.05
改善なし 毎旧・毎%旧収ぎ	8 (27.6)		(43.4)	_	(38.5)	_	40.5)		37 (50.7)	_	6	_	_	(40.4	Color J	24		_	_	(48.5)	\sim	5) 7
10. 桐允・桐夜元本月 改善あり			(73.8)		88.5	\sim	75.5)		_	(88.5)	$\overline{}$	_	\sim	_	(75.8	i i	63		\sim	_	(66.7)	$\overline{}$.5
改善なしな当後日光に	8 (27.6)	38	(26.2)	3	(11.5)	49 (24.5)	0.254	23 (31.5)	10 (2;	23.3) 1	15 (18.3	3) 48	3 (24.2)	0.157	17	(21.3)	21 (24.1)) 11 ((33.3)	49 (2	24.5) 0.
11. 似誅彼児里クフノ 乃兼なり	0 (31)		(37.9)		(346)	_	36.0)) 66	30))	_	(36.4		30	LC.	(41	_	(189))	(
		5 5	100	,	(0.10)	1 0	(0.00)	0.807	1 -		0 1		67.1			0.674	8 6	(69.5)	51 (50.6)	0 6	(1010)	100	0.057

⁽B):事業の運営を妨げない場合に保証される制度。(C):努力義務の制度。(D):法的根拠がない制度。

意差がみられた。しかしながら、これらの制度における2 交代制・3 交代制・日勤のみの割合は、特定の勤務形態に 偏る傾向はみられなかった。

対象年齢が限られている看護休暇と一番上の子どもの年

齢との間に有意差が認められ、 $7 \sim 9$ 歳の子どもをもつ看護師のほうが、 $0 \sim 6$ 歳の子どもをもつ看護師よりも高い改善要望が示されていた。

表4 育児支援制度・施設への改善要望と属性との関係(つづき)

1. 育児休業(A) 改憲本別		76/	1				Ĭ										2					
			1						1			9							5		=	
	62 (54.4)		48 (56.5)) 110	(55.3)	0.770	87	(56.5)	20	(71.4)	7 - 1	(38.9)	114	(57.0)	0.091	17	(58.6)	86	(57.0)	103	(57.2)	0.911
A)							8	(40.0)	0	0.07	1	(01.1)	60			77	(41.4)	5	(49.0)	2	(47.0)	
	56 (50.5	_	49 (55.1) 105	(52.5)	0.517	81	(52.6)	18	(64.3)	9 9	(33.3)	105	(52.5)	0.122	16	(55.2)	80	(53.0)	96	(53.3)	0.828
び書なし 3.看護休暇 (A)	_	_	(44.9	_	_		(3	(47.4)	10	(35.7)	12	(99.7)	95	c		13	(44.8)	7.7	(47.0)	84	(46.7)	
改善あり		60.4) 6	66 (74.2)) 133	(66.5)	7007	66	(64.3)	20	(71.4)	14	(77.8)	133	(66.5)	0.433	15	(51.7)	107	(70.9)	122	(67.8)	7007
改善なし ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44 (39)		$\overline{}$	_	(33.5)	P \ 0.00	22	(35.7)	∞	(28.6)	4	(22.2)	29	(33.5)	0.400	14	(48.3)	44	(29.1)	28	(32.2)	<i>p</i> / o
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	_		\sim	_	(75.0)	6	115	(74.7)	22	(78.6)	13	(72.2)	150	(75.0)		17	(58.6)	117	(22.2)	134	(74.4)	,
改善なし	30 (27.	27.0) 21	20 (22.5) 20	(25.0)	0.460	39	(25.3)	9	(21.4)	5	(27.8)	20	(25.0)	0.872	12	(41.4)	34	(22.5)	46	(25.6)	p < 0.05
(A)	`		`		`		ē	5	1	5	-	i i	-	0		1	i c	5	0	9	C L	
以明めり以来なし	50 (35)	55.0) 545.0) 33	57 (64.0) 32 (36.0)	118	(59.0)	0.194	63	(40.9)	==	(39.3)	2 ×	(55.6)	82	(41.0)	0.949	17	(34.5)	91	(23.2)	108	(25.0)	0.869
取得 (A)									:)		1			1			1	!		
	50 (45.0	_	50 (56.2) 100	(20.0)	0 118	75	(48.7)	17	(60.7)	∞	(44.4)	100	(20.0)	0.447	10	(34.5)	92	(50.3)	98	(47.8)	0 118
改善なし 7 時間休の助组(D)	$\overline{}$	55.0) 34	_		$\overline{}$		79	(51.3)	Ξ	(39.3)	10	(55.6)	100			19	(65.5)	75	(49.7)	94	(52.2)	
: 時間かられば (D) 改善あり		_	_		$\overline{}$	i c	7.1	(46.1)	17	(60.7)	7	(38.9)	95	(47.5)	i c	12	(41.4)	74	(49.0)	98	(47.8)	(
改善なし	63 (56.8)		42 (47.2)) 105	(52.5)	0.178	83	(53.9)	Ξ	(39.3)	Ξ	(61.1)	105	(52.5)	0.270	17	(58.6)	77	(21.0)	94	(52.2)	0.451
8. 時差出勤 (B) みまなり	60 (541		(640))		01	(59.1)	-	(60.7)	0	(20 0)	133	(585)		5	(517)	60	(60 0)	107	(59.4)	
	51 (45.9		32 (36.0)	83	(41.5)	0.154	63	(40.9)	= =	(39.3)	9 69	(50.0)	83	(41.5)	0.736	14	(48.3)	59	(39.1)	73	(40.6)	0.355
制度 (B)	`		`		`		;	6		6	,		,			,	1	,	0			
以帯をります。	07.) 87. 33. (70.)	70.3	7.1 (79.8)) 149	(74.5)	0.125	37	(76.0)	27 9	(78.6)	OI «	(55.6)	149	(74.5)	0.148	19 10	(65.5)	35	(76.8)	135 45	(75.0)	0.198
供 (C)							5	2	>	1		(111.1)	10	2		2	0.10	3	1	21	2	
	27 (24.3		28 (31.5	. 55	(27.5)	0.261	42	(27.3)	9 8	(21.4)	L ;	(38.9)	55	(27.5)	0.429	6	(31.0)	41	(27.2)	20	(27.8)	0.669
改善なし 11. 希望の部署異動 (D)	_		_	_	_		112	(12.1)	77	(9.87)	Ξ	(1.19)	145			02	(69.0)	110	(72.8)	130	(72.2)	
ì	58 (52.3)		47 (52.8)) 105	(52.5)	0.938	83	(53.9)	12	(42.9)	10	(55.6)	105	(52.5)	0.540	12	(41.4)	83	(55.0)	92	(52.8)	0.179
改善なし 19 佐春地会の一部雑甲(D)			_	_	\sim		71	(46.1)	16	(57.1)	∞	(44.4)	92	co	0.00	17	(58.6)	89	(45.0)	82	(47.2)	
	_		_		(64	i.	94	(61.0)	19	(62.9)	16	(88.9)	129	2	000	17		101	6	118		9
	37 (33.	33.3) 3.	34 (38.2)) 71	(35.5)	0.475	09	(39.0)	6	(32.1)	63	(11.1)	71	(35.5)	0.060	12	(41.4)	20	(33.1)	62	(34.4)	0.391
車湯			`		`		!									,						
攻職あり	23 (20.7)		25 (28.1) 64 (71.9)	. 48	(24.0)	0.225	35	(22.7)	6 6	(32.1)	4 4	(22.2)	152	(24.0)	0.553	e 92	(10.3)	39	(25.8)	138	(23.3)	0.071
施設																ì						
	36 (32,		26 (29.2)	(61	(30.8)	0.723	44 ;	(28.6)	10	(35.7)	L- ;	(38.9)	61	(30.5)	0.541	∞ ;	(27.6)	48	(31.8)	56	(31.1)	0.654
改書なし 15. 病院内保育施設	(67.9)		_		_		110	(71.4)	8	(64.3)	∃	(1.19)	139	(69.5)		21	(72.4)	103	(88.2)	124	(68.9)	
改善あり	70 (63.1		49 (55.1) 119	(28.2)	0.959	06	(58.4)	16	(57.1)	13	(72.2)	119	(59.5)	0.510	18	(62.1)	90	(29.6)	108	(0.09)	0.804
改善なし16 46日 非然日石表	41 (36.9		(44.9)	_	$\overline{}$		64	(41.6)	12	(42.9)	വ	(27.8)	81	വ		Ξ	(37.9)	61	(40.4)	72	(40.0)	5
	83 (74.		68 (76.4)) 151	\sim	i i	116	(75.3)	23	(82.1)	12	(66.7)	151	(75.5)	007	23	(79.3)	112	(74.2)	135	(75.0)	i
) !	28 (25.2)			_	(24.5)	0.730	38	(24.7)	2	(17.9)	9	(33.3)	49	(24.5)	0.409	9	(20.7)	39	(25.8)	45	(25.0)	0.550
17. 奴誅後児里クフノ み恙まか			(101)		(0 06)		Ā	(606)	-	(60 4)	10		67			0	(976)	25	(1 4 6)	6.4	(9 26)	
	75 (67.6)	.4. .6.	53 (59.6)) 128	(64.0)	0.240	109	(70.8)	= =	(39.3)	2 %	(44.4)	128	(64.0)	p < 0.001	21	(72.4)	92	(62.9)	116	(64.4)	0.328

日本看護研究学会雑誌 Vol. 37 No. 5 2014

79

Ⅲ. 考 察

A. 育児支援制度について

1. 整備状況について

表2の育児支援制度と施設における整備状況において、表中に(A)と付記されている制度は、ある年齢において申請すれば必ず保障される制度を示す。本来、どの病院も制度化されているはずであり、制度があるとする回答が100%になるはずであるが、育児休業の96.9%以外は50~80%の結果であった。これは対象者が、あるべきはずの制度の存在や内容を認識していないことが一因として考えられる。育児休業は、約20年前に法令化され導入が進んでおり、これが反映され高い結果が示されたと考えられる。また、努力義務の制度になるほど整備状況も低いことから、法的拘束力が少なくなるほど、整備状況や認識も低くなると考えられる。

2. 利用状況について

表2の2列目に示す利用状況の結果は、第一子を出産してから回答者が実際に利用した経験がある制度について示している。

育児休業 (80.5%) が最も利用状況が高く,次に有給休暇の取得 (61.0%) が続いたが,これら以外のすべての制度は40%以下の利用状況であった。これらから,育児支援にかかわる制度の利用は,法的な拘束力にかかわらず,(A)から(D)のすべての制度において利用がむずかしい現状がうかがえる。日本看護協会(2009a)の調査でも,看護休暇・短時間勤務制度・残業の免除の利用状況は6.2~16.7%であり,本調査結果はこれと同様の結果を示していた。

3. 改善要望について

表2の3列目に示す改善要望の結果は、育児中の看護師が就業を継続しやすくするために、現行の制度に対する改善が必要かどうかを尋ねた結果である。最も改善要望の多かった制度は残業の免除(75.1%)であり、次に短時間労働勤務(74.6%)、看護休暇(66.7%)と続いた。

残業の免除においては、整備状況・利用状況の結果を踏まえると、約半数のものは制度が整っていると回答しているのに対し、その利用状況が9.1%と低い結果となっていた。これは、残業の免除の制度があってもその制度が利用できない現状が推測される。一番小さい子どもが就学前後である病院勤務女性看護師への調査において、長時間勤務に対して最も不満が多いことが報告(ケアレビュー、2009)されている。また、小学生以下の子どもを養育しな

がら仕事を続けている看護職員への調査においても、利用したかったができなかった制度は残業の免除である、と回答するものが半数を上まわっていた(日本看護協会、2009a)。これらから、制度を利用しやすい職場環境への検討が必要であると考える。

短時間勤務制度(74.6%)においては、本調査における 導入率が60.0%と全国平均の24.5%より高い結果であるの にもかかわらず、74.6%のものが改善要望の必要があると 回答していた。短時間勤務制度に対する問題として、制度 を利用していても多忙な状況を目のあたりにして「超過勤 務はできない」と言い出しづらい状況があることがあげら れる。また、制度利用者であっても、利用していないもの と同様の仕事量であるため、結果的に自分への負担が増強 し制度の利用が困難な状況が明らかにされている(熊谷、 2009)。残業の免除や短時間勤務制度においては、制度を 利用したくても利用できないという職場の現状が改善され なければ、改善要望も低下しにくいと考える。

看護休暇における課題としては、取得日数の5日間だけでは病気の児に対して足りないこと、看護休暇中の賃金に関しての法律上の規定がなく無給とする病院があること、職場の上司や同僚が看護休暇の存在を認識していないこと、等が一般的に知られている。さらに、看護職者の看護休暇を取得する際の精神的負担も重要な課題であるとされている(中川・桂、2004)。今後も具体的な原因の追究を行い、子どもの病気を理由に休みを言い出しにくい職場環境を改善し、看護職員が気をとがめることなく看護休暇を取得できるような職場環境の整備が必要である。

4. 制度利用への気遣いについて

制度を利用する際に「非常に気を使う/どちらかと言 えば気を使う」の回答は、育児休業の33.4%以外はすべて 60~80%であった。この7制度は、先行調査において利用 希望が上位にあがる制度にもかかわらず、実際に制度を 利用した回答者の多くが気遣いを感じていた結果が示さ れた。また、これらの制度の多くは、2009年に改正され た「育児・介護休業法」において、仕事と家庭の両立がで きる働き方の実現を目指し内容が充実された制度である が、本調査ではほとんどの制度に対して利用する際に気遣 いを感じていた。最も気遣いが少ない結果となった育児休 業は、社会全体に浸透しつつあり全国の利用者が91.2%と なっている(日本看護協会, 2012)が、それにもかかわ らず実際の利用に際して33.4%のものが気遣いを感じてい る。内閣府は、育児支援政策に対して「両立支援策を導入 するだけではなく, 従業員が利用しやすくする必要があ る」(2006) と報告しており、これらを踏まえると、今後 も利用者の必要とする制度や利用しやすい環境の整備が必

要であると考える。

B. 育児支援施設について

病児・病後児保育施設は、整備状況と利用状況が低い結 果であるのにもかかわらず、改善要望が施設全体のなかで 最も高い結果となっていた。病児・病後児保育施設に対す る課題として、2009年までに1,500施設の設置を目標とし ていたが、依然として目標数値には遠く及んでいないこと (周, 2007), 受け入れ時間や人数, 利用可能日数などの課 題があること(佐藤, 2006), 等が指摘されている。本調 査結果においても, 現在の社会の現状を反映していると考 えられる。本来、病児・病後児保育施設は、子どもが体調 不良時に無理なく仕事を休める社会風土をつくり上げるよ うになれば、必然的に不必要となると考えられる。しかし ながら、現在の看護休暇制度の普及状況や有給休暇を取得 しづらい職場環境においては、今後もさらに病児・病後児 保育施設に対するニーズが高くなることは避けられないと 考える。国は、病児・病後児保育施設への取り組みを推進 するため「安心して子育てができる環境を整備し、児童の 福祉の向上を図る事業」の展開を行っている(厚生労働 省,2012)が、これからも行政を含めた事業の展開が必要 であると考える。

C. 育児支援制度・施設と属性の関係について

育児支援制度・施設への改善要望と属性との関係を調べた結果、対象年齢が未就学時に限定している看護休暇において、制度への改善要望が7~9歳の子どもをもつ看護師のほうが0~6歳までの子どもをもつ看護師より高い結果が示された。東京都産業労働局(2006)の調査においても、子の看護休暇の利用が「小学校卒業まで」が最も多いと報告されており、就学後における看護休暇の必要性を示唆していると考えられる。看護休暇は、2012年における「育児・介護休業法」の改正において、主に制度の取得理由について見直されたが、今後は制度の対象年齢の拡大についても検討する必要があると考える。

IV. 研究の限界と今後の課題

本研究では、A県のみに限定されており、結果の偏りが

存在する可能性が考えられ,一般化することには限界があるといえる。

また、質問紙調査の対象者は、現在も就業継続を可能としている看護師であり、実際に就業継続を断念させるほどの状況にあった看護師については含んでいない。今後、さらに育児中の看護師への就業継続の現状をとらえ検討するためには、子どもを養育する前の看護師や仕事と育児を両立している看護師、さらには就業継続を断念した看護師への調査により、多方面からみた育児支援策についての課題や具体的な支援策を検討する必要があると考える。

V. 結 語

本研究では、育児中の看護師の就業を支える支援に関する制度・施設の整備と利用の現状を明らかにし、子育てを行いながら就業を継続するための示唆を検討した。育児中の就業中の看護師201名を対象とした質問紙調査により、以下の結論が得られた。

- 1. 法律上,必ず保障することが義務づけられている制度 においても、未整備とする回答があるため、制度の存在 が十分に周知されていない現状が示唆された。
- 2. 育児支援制度の利用状況は、育児休業と有給休暇の取得以外はすべて半数以下であり、育児支援にかかわる制度全体の利用の厳しさが示唆された。
- 3. 育児支援制度・施設への改善要望は、残業の免除や短時間勤務制度、看護休暇や病児・病後児保育施設に対するものが高く、多くのものがこれを利用する際に気遣いを感じていた。
- 4. 育児支援制度・施設への改善要望と属性との関係においては、看護休暇に対する改善要望が小学校就学後の子どもをもつもののほうが高く、制度への対象年齢拡大の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究は西村淳子の名古屋大学医学系研究科の修士論文(指導:太田勝正)に修正を加えたものであり、内容の一部を第39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、就業中の看護師の育児支援に関する制度や育児施設の整備状況と利用状況を把握するとともに、その利用に際しての改善要望や気遣いの現状を明らかにし、就業継続の課題を検討することを目的とした。就業中の育児中の看護師345名を対象に質問紙調査を実施した。調査の結果、提供が法律により義務づけられている育児支援制度においても整備されていないという回答があり、多くの制度に対する利用の厳しさが示された。また、

制度・施設への改善要望は、残業の免除や短時間勤務制度、看護休暇や病児・病後児保育施設に対するものが高く、多くのものがこれを利用する際に気遣いを感じていた。さらに看護休暇においては、就学後の子どもをもつものの改善要望が高かった。これらにより、育児支援制度の周知の必要性や育児支援策を利用する際の職場環境の改善、看護休暇制度における対象年齢拡大の必要性が示唆された。

Abstract

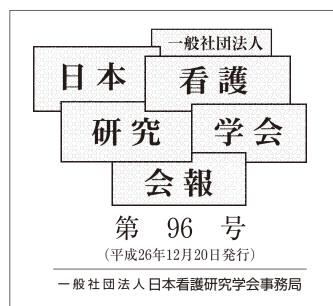
Access to a childcare support system makes it easier to balance work and family life. This study aimed to identify possible system access problems faced by working nurses. Questionnaires were administered to 346 nurses with children. Although it is legally mandatory to provide childcare support within each hospital, the study revealed that in many hospitals, such services were not known or still insufficient. A system that would enable nurses to apply for overtime exemptions, temporary or part-time work, and sick childcare leave is needed for an improved, more easily accessible childcare system within health care settings, as well as facilities for the care of sick children. In addition, the demand for improved policies with regard to sick childcare leave was high among nurses with lower grades children in elementary school. The results suggest the necessity for greater accessibility to as well as awareness of in child care support for working nurses.

文 献

- ケアレビュー(2009). 女性看護師のワークシェアリング(短時間勤務)に対する意識調査. Retrieved from http://www.carereview.co.jp/reference/news_release/50.html
- Firmin, M.W. and Bailey, M. (2008). When caretaking competes with care giving: a qualitative study of full-time working mothers who are nurse managers. *J Nurs Manag*, 16 (7), 858-867.
- 深澤優子 (2009). 「採りたい人」「採る方法」から考える看護師確保. 看護, 61(13), 14.
- 定塚由美子 (2010). 今後の仕事と家庭の両立支援. Business Labor Trend, 9, 2-9.
- 勝川由美,西 典子,永田真弓,坂梨 薫 (2012). 看護職者に対する育児支援としての病院内保育所―現状と課題―. 横浜看護学雑誌,5(1),31-38.
- 厚生労働省 (2008). 医療施設静態調查. 1-24.
- 厚生労働省(2011a). 看護職員就業状況等実態調査結果. 1-35.
- 厚生労働省 (2011b). 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム書報告. 1-23.
- 厚生労働省 (2011c). 平成23年度育児休業制度等に関する実態把握のための調査研究事業報告書. 226-265.
- 厚生労働省 (2012). 子ども・子育てビジョン―子どもの笑顔があ ふれる社会のために一. 1-30.
- 熊谷富子 (2009). 短時間正職員制度導入のポイントと実例. 看護, 61(7), 81-87.
- 松下年子, 岡部恵子, 齋藤啓子, 及川 泰. 野口久美子, 斉藤栄子, 小田部祐恵, 池田静子, 吉岡幸子, 天野雅美, 内野聖子, 安藤晴美, 大野明美, 小倉邦子 (2008). 看護師の就業継続に寄与する因子 (関連因子) 一埼玉医科大学関連医療施設の看護師を対象とした質問紙調査より一. 埼玉医科大学雑誌, 35(1), 113-119.
- 名田正子 (2009). 育児短時間勤務制度は,キャリア継続による看護の質向上を保証する. 看護,61(7),46-50.
- 内閣府 (2006). 企業における子育で支援とその導入効果に関する調査研究, 1-23.
- 内閣府(2007). 仕事と生活の調和の実現に向けて. Retrieved from http://wwwa.cao.go.jp/wlb/towa/index.html(検索日2013年 9 月 17日)
- 中川光子,須栗裕子,大平律子,高山裕子,岩崎佳子 (2012).子 育て中の看護師の職業継続に関する要因調査.日本看護学学 会論文集 (看護管理),42,212-215.

- 中川さとの, 桂 敏樹 (2004). 病児保育に関する現状と課題— 保護者を対象としたアンケート調査. 小児保健研究, 63(4), 389-394.
- 日本看護協会 (2007a). 潜在看護職員調査. 平成18年度潜在なら びに定年退職看護職員の就業に関する意向調査ワーキンググ ループ報告書. 5-32.
- 日本看護協会 (2007b). 看護職の多様な勤務形態による就業促進 事業報告書. 1-24.
- 日本看護協会 (2009a). 2009年看護職員実態調查. 1-10.
- 日本看護協会(2009b). 時間外勤務, 夜勤・交代制勤務等緊急実 態調査. 1-27.
- 日本看護協会 (2011). 2010年病院における看護職員需給状況調査. 1-11
- 日本看護協会 (2012). 2011年病院看護実態調査. 1-14.
- 佐々木綾子,田邉美智子,木下珠希 (2000). 母親の育児支援に関する基礎的研究 (1) ―保育園児を持つ母親の育児環境および仕事と育児の両立に関する意識―. 福井医科大学研究雑誌, 1(3), 427-445.
- 佐々木典子,門脇豊子,山内一史(2004). 妊娠・出産・子育ての ライフステージにある看護職の就労を支えている要因— I 県・全県立病院の調査—. 日本看護学会論文集(看護管理), 35,30-32.
- 佐藤真澄 (2006). 病児保育を利用する保護者のニーズに関する調査. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 2(1), 29-34.
- 佐藤洋子 (2010). 看護師女性のワーク・ライフ・バランス. 社会 文化論集, 11, 29-49.
- 周 燕飛 (2007). 保育子育て支援制度の多様化の現状と少子化 対策としての課題―東京都の取組みを例として―. 季刊社会 保障研究, 43(3), 197-210.
- 田口玲子,尾崎フサ子,二瓶恵子,筒井 静 (1997). 女性コ・メディカルの婚姻状況と職業継続. 新大医短紀要,6(2),197-205.
- 東京都産業労働局(2006). 改正育児・介護休業法への対応等企業における女性雇用管理に関す調査. 東京都男女雇用平等参画状況調査結果報告書,82-85.
- WAM NET (2012). 病院・診療所検索. Retrieved from http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/ (検索日2012年3月1日)

[平成26年1月10日受 付] 平成26年9月12日採用決定]



目 次
- 一般社団法人日本看護研究学会 第40回学術集会を終えて · · · · · 1
一般社団法人日本看護研究学会 第40回学術集会印象記 · · · · 2
一般社団法人日本看護研究学会 第40回学術集会・印象記・・・・・・ 4
一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度第3回理事会 議事録 · · · · · 7
一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度会員総会 議事録 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度第 4 回理事会 議事録 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

一般社団法人日本看護研究学会 第40回学術集会を終えて

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会

会長 中 木 高 夫

(天理医療大学)

わたしは「日本看護研究学会」に特別な「縁(えにし)」を感じている。その記念すべき第40回の学術 集会をまかせていただいたことに光栄に思う気持ちは、なかなか人にはわかってもらえないだろう。

ところで、日本看護研究学会の第一の使命は「研究者の育成」である。医学教育しか受けたことのない 医師は、看護教育のなかに学部のときから体系づけられた「看護学研究法」という科目があることに驚 く。医師の研究への取り組みは決して体系づけられたものではなく、徒弟制度のそれである。

わたしも看護教育にはじめて接したとき、驚きを抱いた。しかし、わたしが接触可能な種々の大学院の学生たちから仄聞するところでは、「看護学研究法」という名称はあっても、内容は教員たちの研究紹介にすぎず、文系理系にまたがる広大な領域の研究に、ある一定の展望を持たせる系統だったコースワークを教授している大学は少なかった。

だからこそ、今回は、すべてを研究方法にかかわるプログラムとしたのである。

今回、学術集会への参加者は1,676名、うち会員1,252名(74.7%)、非会員386名(23.0%)、学生38名(2.3%)と、実に参加者の3/4は会員であった。奈良という、修学旅行以来訪れたことのない地に、どれだけの方々が来てくれるか? オール研究プログラムなのに臨床の方々に参加していただけるか? 会期が迫るにつれ、眠れない夜を過ごしたが、すべては杞憂に終わり、まだ夢見心地でこの文章を書かせていただいている。

参加者のみなさん、ありがとう。準備に協力していただいたみなさん、ありがとう。そしてなにより、 参加費を払って当日運営に協力していただいたみなさん、ありがとう。みなさんの友情に支えられた第40 回学術集会は、今後にどれだけの種子を実らせるだろうか? ほんとうにありがとう。

一般社団法人日本看護研究学会 第40回学術集会印象記

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

大 石 朋 子

平成26年8月23・24日の2日間にわたり、奈良県文化会館、奈良県新公会堂にて学術集会が開催されました。主な会場であった奈良県文化会館はとても重厚感があり、また、周囲に夜景の綺麗な興福寺や猿沢池、奈良国立博物館、その緑地化されているスペースには自然発生的に鹿がいるというとても情緒あふれた風景が見られる会場でした。鹿はとても人馴れしていて、その場にいるのがごく当たり前のような状況で、「奈良にいる」と実感が高まりました。そして、学術集会の大会テーマが、『素晴らしき哉「看護研究」!?』とあるように、看護研究について考え、振り返り、初心に戻るという良い機会となりました。今の私にとって、とてもインパクトのあった2つの講演について述べていきたいと思います。

初日の午後、総会の後、すぐに「看護の専門性とは何か? ― 医療と介護のはざまで」というテーマで 上野千鶴子教授(立命館大学大学院)の特別講演がありました。歯に衣着せぬフェミニスト、物怖じしな い人というイメージと大会長の中木高夫教授(天理医療大学)から以前に上野教授に関する話を聞いたこ ともあり、看護の専門性について、どんな切り口で講演されるのだろうと興味津々で聴講しました。在宅 で看取りとしての「お一人様」の難しさという、一見、難しい社会的問題まで言及しそうな話題にもかか わらず、ご自身の友人の在宅での看取りの体験を踏まえて「明るいお一人様の在宅生活になるには」と いった切り口で、「お一人様の在宅生活」も悪くはないと思わせる、励まされるような気持ちで話を聞く ことができました。また,最も心に響いたことは,「社会的要請の高まりがあるにもかかわらず,なぜ訪 問看護ステーションが遅々として増えていかないのか」「開業条件のひとつに2.5人以上とあるがその条件 を看護職はなぜ受忍しているのか」という問いでした。いろんな事情といろいろな意見があると了解した うえで、敢えて発言されていて、「看護師、もっと頑張れ!」とエールを送っておられるように思えまし た。聞き方によっては、「何の事情も知らないでしょ!?」と反論を買いかねない内容でしたが、その発言 は、上野教授の穏やかな表情とゆっくりと丁寧に話すという語り口調のせいか、私にはすんなりとその問 いに耳を傾けることができました。心温まる話だけではなくピリッとくる話の構成と、耳の痛い発言を物 怖じせず発信していくというその姿勢にとても感銘を受け、「まだまだ看護師は頑張らないと!」と思い ました。

特別講演に引き続き、シンポジウム I 「『看護研究』の落とし穴」という 3 人のシンポジストによって構成されている講演がありました。川口孝泰教授(筑波大学大学院)から、どうして「看護研究」をしていくうちに落とし穴にはまってしまうのかという講演の内容は、現在進行中の研究に行き詰まっている私にとって、とても身につまされる話となりました。これまで看護研究を続けてきた過程で、自分の教養のなさと不勉強を棚に上げて、「この辺で許してくれないだろうか」とか、「もうこれ以上できない」という甘い考えから、研究を続けるのをやめてしまいたいという衝動が突き上げてくることも何度かありました。つまり、自分の至らなさを痛感し、それでも自分を甘やかし、這い上がることのできない落とし穴のなかから抜け出そうとしなかったのです。川口教授は、「看護研究は辛くて苦しいこともあるがそればかりではない、成果が出れば楽しくなる」と述べられ、一筋の光をさしてくれたように感じることもできま

したが、それは幻であるかもしれないと思ったり、まさに辛く苦しい側面を実感しました。落とし穴から 這い出る努力を絶え間なくし続けることこそが大切なのだろうと思いました。

そして、北素子教授(東京慈恵会医科大学)は「質的研究の落とし穴 ― 分析の精緻性と研究成果にお ける理論的つながり | と題して、Burns & Grove (2005/2007) の「看護研究入門 | にある「質的研究のク リティークのための基準」をもとに質的研究の際に陥りやすい点を「鍵」として講演されました。質的 データの分析過程の視点については、根菜を例にカテゴリーするうえでの本質を述べられ、実際のデータ を例に説明を加えていたので,とても納得がいき,これまで自分が落ちてきた数々の穴を見ているようで した。また、林みよ子教授(天理医療大学)は「『看護研究』の落とし穴 ― 量的研究初心者の落とし穴」 についてPolit & Beck (2004/2010) の「看護研究 原理と方法」を紹介しながら「概念の構成」の大切さ を述べるとともに,落とし穴に落ちないと思いながらも知らないうちに落ちていることはよくあることと 体験についてお話をされていました。また,落とし穴に落ちていないかチェックする方法には,量的研究 のクリティークをする際の項目は非常に役立つことも述べられていました。お二人の先生の講演では、質 や量とデザインの違いはあるものの、クリティークする視点は見方を変えれば落とし穴の予防にもなると いう発想の転換に非常に感銘を受けました。落とし穴にはまっているのは、第3者のような俯瞰した視点 がなければ脱出することは難しく、かつ、落とし穴にはまっている時に限って、俯瞰することが難しい状 況に陥っていることが多いのではないでしょうか。自分自身の行き詰った研究を第3者のような視点で見 ることは難しいかもしれませんが、クリティークする視点で、「ここはどうか?」とチェックしていくと いう発想は取り入れられるかもしれないと思うことができました。

3人の先生方の「『看護研究』の落とし穴」にまつわるお話は、これまでの自分が行ってきた研究や現在進行中の研究に示唆を与えられるものであり、初心に帰るような気持ちで最後まで聞くことができました。

この学術集会を通して、奈良はローマではありませんが、「研究は一日にして成らず」であり、「すべての道は成果に通ず」ことを期待して、コツコツと努力していくことが大切だと感じることができ、とても有意義な2日間となりました。大会のテーマを文字通り体感できる学術集会となったのは、企画・運営に携わった皆様の努力の賜物であり、皆様に心より感謝を申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会 第40回学術集会・印象記

静岡県立大学看護学部

野 村 千 文

一般社団法人日本看護研究学会第40回学術集会は、平成26年8月23日、24日に奈良県文化会館にて開催されました。本学術集会への参加は、私の願いが3つも叶えられ、大変幸せな2日間でありました。お会いしたかった人から、お聞きしたかった話を、訪れたかった奈良の地で叶えられたのです。

本学術集会・中木高夫会長による会長講演「日本看護研究学会とともに歩んだ30年」では、医師である 中木会長が看護学の研究・教育に携わってこられた現在までの活動について、3部構成でご講演されまし た。第1部「POS(Problem Oriented System) — 看護診断 — 中範囲理論」では,1978年滋賀医科大学医学 部付属病院の開設に伴い「POS」が採用され、これを軌道に乗せるために看護職との共同作業が始まった こと、この実績から1984年本学会第10回学術集会・シンポジウムに招聘されたことをご紹介下さいまし た。30年の歳月は、ちょうど私が看護学生として「POS」の思考過程を学習した時代から、看護師を経て 教員となり看護基礎教育に「看護診断 ― 中範囲理論」を用いる身となった歳月とも重なります。また中 木会長が名古屋大学医学部保健学科にご在職の際には、私は同学部の助教として看護診断についてご指導 を賜ったこともあり,大変感慨深く拝聴いたしました。第2部「弦楽四重奏モデル ― フェミニズム ― 権 力論」では、今後の専門職連携のあり方について言及され、かつての「医師によるオーケストラの指揮者 モデル」から、指揮者はおらず奏者が曲の移行に伴ってリーダーシップをとる「弦楽四重奏モデル」への 転換を提唱下さいました。この造詣が深い例えに,私は大いに得心いたしました。スライドに映し出され た「弦楽四重奏」の写真から、バイオリン、ビオラ、チェロの音色が聴こえてくるような感覚を覚え、洗 練された専門職連携の姿を像として思い浮かべることができたほどです。しかし「弦楽四重奏モデル」に 基づき対象者にケアを提供するためには残された課題もあり、専門職種間に潜む権力の構造や、専門職が 患者という被抑制者に対して支配的な行動や言説を放っている現状を内省し改めて行くことが重要である とのご意見には、我が身を省み真摯な気持ちに立ち戻った次第です。第3部「質的研究 — JRC・NQR — 疑わしい研究行動」では、本学会編集委員長を務められたご経験から「責任ある研究行動」のあり方につ いてもお話下さいました。私も学生の研究過程に伴走する教員として、研究に対する誠実さを伝えていく ことの重要性を再認識いたしました。

上野千鶴子氏による特別講演「看護の専門性とは何か? ― 医療と介護のはざまで ―」は、老年看護学を専門とする私には大いに刺激を受けたご講演となりました。上野氏の近年の著書には、社会学、女性学の視座から、日本人の老後や介護問題に関する研究成果を発表されたものも多く、私もつぶさに拝読しておりましたので、本学術集会にてご本人にお会いでき肉声で語る場に居合わせられること、さらに論点を発展させケア提供者となる看護の専門性に関して、明晰な論調でどのようなご指摘を下さるのか、緊張しながらもわくわくした心持で臨みました。ご講演では、政府による在宅医療推進の施策が展開されるなか、看護職が専門性を発揮し自立した存在となるための方策について数々の提言を頂きました。中でも、この局面を看護職にとって千載一遇のチャンスと捉え、医療からの看護の自立ならびに介護との差別化を図るための戦略として、看護師が「医療と介護の目配り」役になること、「病院と在宅の橋渡し」退

院調整の充実が要であるとの見解には大いに勇気を頂きました。一方で、看護職の地位と労働条件の向上を図る過程で高学歴化している現状について、「教育費用に投資できることが前提となりキャリアパスとしての選択を減らす一因になっていないか?」「学歴と実践能力に相関はあるのか?」などのご指摘には、はっとさせられました。医療や介護の現場において、看護職の高学歴化が権力構造の一因に陥らないためにも、専門職連携のあり方について知識と実践力を養っておくことが肝要と再認識した次第です。さらに、人生の最期の迎え方については、当事者主権の観点から、家族がいようがいまいが、おひとりさまであっても「すっきり・あっさり・在宅ひとり死」を願う高齢者のニーズに応えるべく、地域包括ケアシステムにおいて看護職の活躍も期待されていることを述べられ、実際に取材された先駆的取り組み事例についても紹介下さいました。エンド・オブ・ライフケアのあり方について大いに示唆を得たとともに、ますます上野氏の著書から目が離せないと実感したご講演でした。

本学術集会のプログラムは、メインテーマ「素晴らしき哉『看護研究』!?」のもと大変充実した編成となっており、どのプログラムも参加したいと思わせるものばかりでありました。各プログラムの焦点が明確で具体的実践に繋がる構成となっており、企画力の高さに感心至極でございました。今回私は、看護研究の教育方法についてヒントを得たいと考え、本学会理事長・黒田裕子氏による教育講演 I 「看護研究を教える」をはじめ、編集委員会企画で山口桂子氏による特別交流集会「看護研究における〈概念相〉への取り組み方」、柏木公一氏による教育講演 I 「量的研究を教える」を聴講させて頂きました。講師の方々のご経験から導かれた理論的で具体的な教授方法を伺うことができ大変示唆を得るとともに、看護研究に熱意と信念を持って携わっておられる姿勢に感銘を受けました。また、参加者との意見交換では、研究に取り組み始めた大学院生、研究者、実践者、教員など様々な立場からの発言と応答が盛んになされ、学会ならではの対話の場の熱気に高揚感を覚えたほどでした。

本学術集会の開催地・奈良市は、私が再訪したい場所として真っ先に思い浮かぶ土地です。奈良の風土や文化に身をおくと、穏やかでゆったりとした気持ちになり、素直な心持ちで感謝することや祈ることができるのです。学術集会2日目の開催時間前には、会場より徒歩圏内にある東大寺に早朝7時30分に出かけ、開門と同時に大仏様を仰ぎ見上げながら参拝させて頂きました。その後、清々しい気持ちで学術集会に参加できましたのも当地ならではの経験と存じます。

最後になりましたが、大和の地でこのように素晴らしい学術集会を企画・運営頂いた中木高夫会長をは じめ、企画委員ならびに企画実行委員の皆様に心より感謝申し上げます。



玄関前看板



会場の様子



教育講演の様子

一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度第3回理事会 議事録

日 時:平成26年8月22日(金)14:00~16:30

場 所:奈良県文化会館・1階第1会議室

出 席 者:黒田裕子, 中村惠子, 川口孝泰, 塩飽 仁, 本田彰子, 叶谷由佳, 岩本幹子, 鈴木みずえ,

祖父江育子、工藤せい子、江守陽子、小西恵美子、法橋尚宏、石井範子、荒木田美香子、

青山ヒフミ, 前田ひとみ (以上, 理事17名)

道重文子, 松田たみ子 (以上, 監事2名)

欠席者:川本利恵子,泊 祐子,高田早苗,小山眞理子,中西純子,村嶋幸代(以上,理事6名)

陪 席:中木高夫(第40回学術集会会長), 宮腰由紀子(第41回学術集会会長),

山田淳一・竹下清日 (ガリレオ社), 福田和明 (北里大学・学会員)

議 長:黒田裕子理事長

書 記:福田和明

(順不同・敬称略)

【配布資料】

資料1:会員動向報告

資料2:日本看護研究学会誌(2014年度)掲載編数

資料 3 : 平成26年度 大規模災害支援事業報告

資料4:大規模災害支援事業継続実施に伴う支援金ご寄付のお願い

資料 5 : 平成26年度会員総会出欠状況報告

資料6:業務連絡用メーリングリスト登録者一覧

資料7:一般社団法人日本看護研究学会入会申込理事会承認一覧

2014年・15年カレンダー

【追加資料】

追加資料1:ガリレオ社「システム化による学会業務効率化とサービスレベルの向上について」

追加資料2:ガリレオ社学会業務委託契約書

追加資料 3 : 正文社業務委託契約書 追加資料 4 : 編集委員会追加資料

追加資料 5:一般社団法人日本看護研究学会 第41回学術集会チラシ

【会員総会資料】

平成26年度一般社団法人日本看護研究学会会員総会議事事項

議事に先立ち、黒田理事長より、一般社団法人日本看護研究学会定款第22条に基づき、過半数の理事の 出席によって本理事会は成立することが確認され、議事が開始となった。

黒田理事長より、学会事務局・㈱ガリレオの業務内容について山田淳一氏より紹介してもらう旨の説明があった。その後、山田淳一氏より、学会業務情報化システム(Society Operations Leading Technology and Integrity: SOLTI)の説明があった(追加資料 1)。

川口副理事長より、大きな文字で入力可能なWebデザインへの変更依頼とサーバーおよび学術集会管理について質問があった。データベースサーバーはNTTデータセンター、プロセスのサーバーは㈱ガリレオ管理下のサーバーにあると山田氏より回答があった。また、今回の学術集会には関与していないが、今後はアシストすることも可能であると回答があった。

さらに、渉外・広報担当の塩飽理事より、個人情報のセキュリティ対策、およびSOLTIによる個人情報編集に関するトラブルが頻発している原因について質問があった。山田氏からは、個人情報はSSLで暗号化しており、トラブルの原因については確認すると回答があった。

黒田理事長より、各理事に対し業務遂行に際しては、(株ガリレオ・(株)正文社との契約内容を確認してもらいたいと説明があった(追加資料2・3)。

【報告事項】

1. 会員数の動向 (資料1)

総務担当の中村副理事長より、資料1に基づき、会員数の動向および会費納入状況について報告があった。8月20日現在、6,285名、名誉会員12名、評議員161名(理事21名・監事2名)、一般会員6,112名、2014年度新入会員数は341名である。会費納入率は77.36%であり、会費未納者は順次納入されるものと説明があった。

2. 委員会報告

1)編集委員会

(資料 2, 追加資料 4)

委員長・法橋理事より、資料に基づき、本学会誌の編集状況および原稿受付結果状況について報告があった。また、編集委員、電子投稿システムによる編集状況についても報告があった。6月10日より(株) 古林舎の管理・運営による電子投稿システム(Scholar One)が稼働したが、7本の投稿にとどまっていること、(株) 正文社による論文のWebサイトへの掲載は37巻1号まで終了していること、Scholar Oneへの移行に伴う大きなトラブルはないと報告があった。Scholar Oneの使用の実際と投稿規程において齟齬が生じている内容もあるが今後検討していきたいと説明があった。

2) 奨学会委員会

委員長・祖父江理事より,前回理事会で決定した2名(藤野ユリ子氏,柳奈津子氏)から会計年度は4月1日より翌年3月31日までであるが奨学金の振込が会員総会後のため、実際は7ヶ月間の使用になり奨学会規程と異なる旨の連絡があったこと、1名からは本奨学金を所属機関の委任経理金として使用したい旨の連絡があったことの報告があり、来年1月の理事会までに検討したいと説明があった。

3) 学会賞・奨励賞委員会

委員長・工藤理事より、平成26年度の学会賞の該当者はなく、奨励賞は3名(竹内陽子氏、永田明 氏、今井多樹子氏)であると報告があり、黒田理事長から3名には会員総会終了後に表彰予定である と説明があった。

4) 将来構想検討委員会 特になかった。

5) 研究倫理委員会

委員長・江守理事より、研究倫理審査申請書を広報担当・塩飽理事の支援のもと、Web上にアップしたこと、現時点では倫理審査申請はない旨の報告があった。

6) 国際活動推進委員会

委員長・前田理事より、特別交流集会として23日に大阪大学の大橋一友氏を招き、「グローバル人材って何? — 足もとのグローバル化を考える —」というテーマで講演予定であると報告があった。また、2013年度・2014年度のイヤーブックをWeb上に公開している旨の報告があった。

7) 医療技術評価ワーキング委員会 特になかった。

8) 大規模災害支援事業委員会

(資料3・4)

黒田理事長より、修学支援金は例年300万円程度の申請があるため、今年度も支援金の寄付を依頼 すること、申請締切日の延長については審議事項とする旨の報告があった。

9) 渉外・広報 (ホームページ)

担当の塩飽理事より、イヤーブックへの学会ロゴの作成および掲載、貸借対照表の掲載、電子投稿システムの掲載、研究倫理審査申請書作成、大規模災害支援事業の更新、SOLTIへのリンク、医学書院のデータベースシステムへの会員によるアクセス方法・登録方法のリンクを作成する予定であると報告があった。

3. 日本看護系学会協議会

黒田理事長より、6月の総会にて日本看護系学会協議会が一般社団法人化することになり、12月15日の総会で決定する予定であること、川口副理事長が出席予定である旨の報告があった。

4. 日本学術会議

川口副理事長より,7月4日付で日本学術会議の健康・生活科学委員会看護学分科会が「ケアの時代を先導する若手研究者の育成」という提言を発表し、HPに掲載されていると報告があった。また日本学術会議の雑誌『学術の動向』の9月号に、「特集:実践を変革する高度実践看護師の発展を目指して」が掲載される予定であると報告があった。看護学分科会においては、高度実践看護師の提言書の検討のほか、ケアサイエンスについてのプロジェクトがある旨の報告があった。

5. 第40回学術集会について

第40回学術集会会長・中木氏(天理医療大学)より、学会開催に関する挨拶があった。

6. 第41回学術集会について

(追加資料5)

第41回学術集会会長・宮腰氏(広島大学)より、資料に基づき、次年度開催について説明があった。 日時・場所:平成27年8月22日(土)・23日(日)広島国際会議場

【審議事項】

1. 査読委員の委嘱について

(追加資料4)

- 1) 査読委員の新規委嘱
- 2) 現査読委員の任期更新

委員長・法橋理事より、資料に基づき、査読委員の新規委嘱・現査読委員の任期更新に関して、査 読委員の任期は、役員の任期(2期4年)に合わせると委員会規程で規定されているため、1期2年 ごとに委嘱する方法で進めたいと提案があった。これに対し、異議なく承認された。

2. 論文へのDOI付与について

(追加資料4)

委員長・法橋理事より、論文へのDOI付与について資料に基づき、説明があった。DOIは論文のJ-STAGE登録によって無料で付与され、検索も容易になるため、1年後にはJ-STAGE登録に向けて進めたいと説明があり、登録費用に関する2社の相見積も併せて報告があった。現在の学会誌CDの製作・郵送に関する多額な費用をJ-STAGE登録の経費に使用することも可能であり、1年後には決定したいため、多くの意見をもらいたいと説明があった。

川口副理事長から、論文についてはIDとパスワードを使用して閲覧する形式がよい、論文だけが雑誌の役割ではないため、論文以外の規程の改正等については紙媒体の配布や学会員の学会HPの閲覧状況を把握するためのアクセスカウンターの設置、英文誌の発刊について検討してもらいたい旨の意見があった。

その他、J-STAGE登録費用や論文公開までの期間、学会誌の内容、学会員のメリット、CDの廃止の 是非について意見交換がなされた。

その結果、費用面については、叶谷理事から、新たに学会誌の方針が決定していけば、会計としては可能であり、CDを廃止すれば十分に可能であると回答があった。論文公開までの期間については現在、多くの雑誌では論文としてアクセプトされれば早期に掲載される傾向があり、早期に公開されることに意味があるという意見があった。学会誌の内容については、論文以外にも学術集会関連記事や会報や議事録も掲載されるため、論文以外の内容についてもどのように発信していくかを検討する必要があると意見があった。また、学会員のメリットおよびCDの廃止については、研究発表や論文投稿が可能となり、学術の動向がわかることが学会員としてのメリットであり、CDを閲覧しない、あるいはできない学会員もいることから廃止する方向でよいという意見があった。

委員長・法橋理事からは、論文以外の内容については紙媒体の製作、あるいはメールによる配信について検討する必要があると回答があり、英文誌の発刊については、編集委員や投稿規程の検討が必要であると考えていると回答があった。

黒田理事長より、CD廃止に対する反対意見はないため、J-STAGEへの登録や㈱ガリレオからのメール配信等の電子化を進める方向で編集委員会に検討してもらい、来年5月の社員総会までに準備を進めてほしいと説明があった。また、イヤーブックは開始されたが、英文誌についても今後、検討してほしいと話があった。渉外・広報担当・塩飽理事より、Web化を進めるためにはそのアナウンスが重要になるため、学会HPにアクセスカウンターを設置し、閲覧状況の分析を行う必要がある旨の意見があった。そこで、学会HPにアクセスカウンターの設置、将来構想検討委員会でのWebへのアクセスを促進する方法の検討、㈱ガリレオから会員への案内メールの配信、国際推進委員会での学会HPの英文化を

検討することが決定し、異議なく承認された。

3. 国際推進委員会委員の承認について

委員長・前田理事より、国際推進委員として、東京医科大学の成瀬和子氏、広島大学大学院の高瀬美 由紀氏の2名を推薦したい旨の説明があった。これに対し、異議なく承認された。

4. 大規模災害支援事業 修学支援金申請締切日延長について

(資料3・4)

黒田理事長より、現在学会HPで大規模災害支援事業の修学支援金の申請を募集しているが、石巻赤十字看護専門学校長より8月末の締切を9月末に延長してほしいと要望があったこと、本事業は今年度で終了予定であること、40件程度の申請予定である旨の説明があった。9月末への締切日延長については、異議なく承認された。

大規模災害支援事業委員会規程の第7条(事務局)について、旧事務局が記載されているため、新事 務局へ修正する旨の説明があった。

5. その他

1) 入会申込理事会承認一覧

(資料7)

黒田理事長より、入会申込者94名の入会について承認いただきたいと説明があり、これに対しては 異議なく、承認された。今後は、Web上で承認できるようにすると説明があった。

2) その他

宮腰氏より、今後、南海トラフ地震や東京直下型地震、富士山大噴火等の自然災害が生じた場合、 大規模災害支援事業の実施に不安があると意見があった。これに対し、叶谷理事から東日本大震災だけが事業の対象ではなく今後も災害が発生すれば本委員会は発動されること、公認会計士から寄付された金額をプールしてはいけないと指導を受けた旨の説明があり、今後検討していくと回答があった。

最後に、黒田理事長より、会員総会当日には書類一式を持参してもらい、契約書類の取り扱いについて注意をお願いしたいと説明があり、議事を終了した。

次回常任理事会および理事会

日時・場所:平成26年度11月1日(土)

北里大学 白金キャンパス 本館2階大会議室

常任理事会11:00~12:00, 理事会13:00~16:00

一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度会員総会 議事録

日 時:平成26年8月23日(土)13:00~13:50

会 場:奈良県文化会館1階 国際ホール (第1会場)

配 布 資 料:平成26年度一般社団法人日本看護研究学会会員総会冊子資料(1頁~83頁)

定款第7章 会員総会 第29条 (会員総会)

4. 会員の10分の1以上の出席(委任状含む)

会員総数:6,273名 8/20現在 出席回答: 108名 8/20現在 欠席委任状:1,395名 8/20現在

当日出席者:82名、会員の10分の1以上の出席(欠席委任状含む)があり会員総会が成立することが確

認された。

書記の任命:河野あゆみ 評議員 野崎真奈美 評議員

議 長:定款第7章 会員総会 第29条 (会員総会)

3. 議長は、その年度の学術集会長が当たる。

第40回学術集会 中木高夫会長

理事長挨拶 黒田裕子理事長

5月18日の社員総会を踏まえて本日の報告が行われることが述べられた。また、昨年度より学会雑誌がCD化したこと、同じく昨年度より過去の学会雑誌掲載論文を対象にしたイヤーブックが発行されており、希望があった論文が英語でホームページ上に公開されていること、今期半数の新評議員が任命されたこと、などについて報告があった。

議事事項

I. 報告事項

1. 会員数の動向について

中村惠子副理事長より,8月20日現在,会員6,285名,名誉会員12名,評議員161名(理事23名,監事2名),平成26年度新入会員341名,平成26年度退会希望者27名であると報告があった。なお,20数%は会費未納であるとの報告があった。

2. 平成25年度事業報告

中村惠子副理事長より、資料2ページについて事業報告があった。

3. 平成25年度決算報告

1) 会計報告

鈴木みずえ会計理事より、資料3~32ページについて報告があった。印刷製本費について、学会雑誌のCD化に伴い減額しているものの、有料会員は紙媒体で発行していたため1冊につき2万円を要したことなどの説明があった。

2) 監查報告

松田たみ子監事, 道重文子監事より, 資料33~34ページについて, 会計監査および監査報告があった。なお, 合わせて未納分の年会費回収に尽力することを要することの報告があった。

- 4. 各委員会活動実績報告および平成26年度活動計画について 他の報告と重複があるため割愛された。
- 5. 第3回評議員・役員選挙(2013年)について 黒田裕子理事長より、資料77~83ページについて報告があった。
- 6. 定款・規程等の改正および、委員会規程、地方会施行細則について

黒田裕子理事長より、定款の3箇所を修正したことの報告があった。定款第1章第2条「事務所を豊島区内に置く」と修正した(資料42ページ)。第5章第12条4)理事「22名以内」を「25名以内」に修正した(資料43ページ)。第7章第29条2「学会賞・奨励賞の承認」を削除した(資料46ページ)。

中村惠子副理事長より、定款第32条第4項の規定に基づき、地方会施行細則を定めた(資料64ページ)ことの報告があった。

なお、上記については5月の社員総会で承認を得たことが報告された。

7. 事務局業務委託について

黒田裕子理事長より、会員数の増大とIT化に伴い、平成26年7月より事務局業務を㈱ガリレオに委託、これに伴い事務局が豊島区巣鴨に移転したことの報告があった。これに関連して、会員番号の変更と会員管理情報システムを導入したことについて説明があった。

8. 大規模災害支援事業について

黒田裕子理事長より、事業最終年度である4年目を迎え、最終的な募金・推薦への協力が依頼された。また、今回の支援金申請の期限を1ヶ月延長し、9月末とすると報告があった。

9. 平成26年度事業について

中村惠子副理事長より、資料35ページについて報告があった。

10. 平成26年度予算について

鈴木みずえ会計担当理事より、資料36~41ページについて報告があった。通信運搬費、消耗品費については、事務局移転に伴う費用が含まれていることが説明された。

11. 奨学会研究助成について (平成26年度)

祖父江育子奨学会委員会委員長より、奨学金授与者について、藤野ユリ子氏、柳奈津子氏2名が推薦され、承認を得たことの報告があった。

12. 奨学会研究発表延期願いについて

祖父江育子奨学会委員会委員長より、平成24年度奨学金奨励金授与者の方からの研究発表の延期願いについて、1名、承認を得たことの報告があった。

13. 学会賞・奨励賞選考について (平成25年度)

工藤せい子学会賞・奨励賞委員会委員長より、下記3名が推薦され、承認を得たことの報告があった。

学会賞:該当者なし

奨励賞:竹内 陽子氏

永田 明氏

今井多樹子氏

14. 第40回学術集会について

中木高夫学術集会会長より事前参加登録者・当日参加者を合わせ、約1,300名の参加があったことの報告があった。

15. 第41回学術集会について

黒田裕子理事長より,第41回学術集会は学術集会会長を宮腰由紀子氏(広島大学)として開催するとの報告があった。

16. その他

・日本看護系学会協議会の活動について

川口孝泰副理事長より、看護師の特定行為の対応について看護系学会協議会にて検討を進めていること、日本看護系学会協議会は法人化に向けた検討がなされており、来る12月15日にその方向性の確認がなされる予定であることも併せて報告があった。また、日本学術会議が日本看護系学会協議会と協働し、ケアサイエンスについての検討と高度実践看護師の議論を進めていること、7月4日に日本学術会議から若手研究者育成に関する報告書が提言されたことの報告があり、ネット上などで確認してほしいと申し入れがあった。さらに、9月には「学術の動向」に高度実践看護師の発展に関する特集記事が掲載されることの報告があった。

- ・看護系学会等社会保険連合(看保連)の活動について
 - 川口孝泰副理事長より、介護報酬、診療報酬に関する現況と本学会の活動の報告があった。
- ・地方会の活動について

黒田裕子理事長より、地方会活動は従来通り行うことの報告があった。

報告事項1~16について、質問がなく承認された。

Ⅱ. 審議事項

1. 名誉会員の推薦について

黒田裕子理事長より、下記2名が推薦され、承認された。

大串靖子氏

近田敬子氏

2. 第43回 (平成29年度) 学術集会会長について

黒田裕子理事長より,第43回(平成29年度)学術集会会長として,愛知県立大学 山口桂子氏が推薦され,承認された。

3. その他

特になし

総会終了後に以下のことが行われた。

・名誉会員の証授与

大串靖子氏

近田敬子氏

· 平成26年度奨学会奨学金授与

藤野ユリ子氏

柳奈津子氏

· 平成25年度奨励賞表彰

竹内陽子氏

永田 明氏

今井多樹子氏

·第41回(平成27年度2015年)学術集会会長挨拶

宮腰由紀子氏(広島大学)より,第41回学術集会について,平成27年8月22・23日に,広島国際会議場にて,「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 ―」を掲げて開催されることが宣言され,教育講演,特別交流集会などプログラムに関する説明がなされた。

以上

一般社団法人日本看護研究学会 平成26年度第 4 回理事会 議事録

日 時:平成26年11月1日(土)13:00~15:00

場 所:北里大学 白金キャンパス 本館2階大会議室

出 席 者:黒田裕子, 中村惠子, 川口孝泰, 本田彰子, 鈴木みずえ, 祖父江育子, 工藤せい子,

小山眞理子, 石井範子, 青山ヒフミ, 中西純子, 村嶋幸代, 泊 祐子, 江守陽子, 法橋尚宏,

前田ひとみ、叶谷由佳(以上、理事17名)

松田たみ子, 道重文子(以上, 監事2名)

宮腰由紀子 (第41回学術集会会長)

欠席者:塩飽仁,小西恵美子,高田早苗,川本利恵子,岩本幹子,荒木田美香子(以上,理事6名)

陪 席:海老根潤,竹下清日(ガリレオ社),福田和明(北里大学・学会員)

議長:黒田裕子書記:福田和明

(順不同・敬称略)

【配布資料】

- 1. 会員動向
- 2. 決算報告書 (平成26年4月1日~9月30日)
- 3. 編集委員会資料
- 4. web site アクセス分析概要
- 5. 第13回三保連合同シンポジウム資料
- 6. 平成27年度介護報酬改定に関する要望書
- 7. 大規模災害支援事業への支援金申請書と選考結果
- 8. 一般社団法人及び一般財団法人に関する法律 第96条に基づく決議の省略について
- 9. 重度障がい児と家族の生活世界を広げる支援事業 (案)
- 10. 年間カレンダー
- 11. 平成27年度 評議員·役員選挙 日程(案)
- 12. 第41回学術集会 演題登録支援業務 見積書

(13. なし)

14. 入会申込理事会承認一覧

【追加資料】

追加資料1:第3回理事会議事録

追加資料 2:平成26年度会員総会議事録

追加資料 3:国際活動推進委員会議事録並びに報告

追加資料4:一般社団法人日本看護研究学会 看保連ワーキング委員会

追加資料5:共同研究・共同利用拠点の設置に関する要望書

追加資料6:会員アンケート調査業務見積書

議事に先立ち、黒田理事長より、一般社団法人日本看護研究学会定款第22条に基づき、過半数の理事の 出席によって本理事会は成立することが確認され、議事が開始となった。

1. 報告事項

1)会員数の動向 (資料1)

庶務・中村副理事長より、資料1に基づき、会員数の動向および会費納入状況について報告があった。10月30日現在、6,334名、新入会392名、退会者38名、会費納入率は5,114名(81.38%)であると報告があった。

2) 平成26年度上半期 事業報告および決算・会計監査報告

(資料2)

- (1) 平成26年度事業報告
- (2) 一般会計・特別会計収支決算(半期)および会計監査報告 会計・鈴木理事より、資料2に基づき、9月30日現在の一般会計の流動資産・固定資産・負債・ 正味財産、奨学会、選挙事業積立金、災害支援について説明があった。
- 3)委員会報告

(1) 編集委員会 (資料3)

委員長・法橋理事より、資料に基づき、日本看護研究学会雑誌の旧編集委員会、および新編集委員会担当の編集作業の進捗状況について報告があった。また、学会誌のCDは次号より開封テープ付きに変更になること、電子投稿システムのメンテナンスの実施、ScholarOneによる投稿方法に関する特別交流集会を第41回学術集会時に開催すること、学会誌20周年誌と30周年記念誌のPDF化について報告があった。電子投稿システムの杏林舎と会員管理のガリレオ社間での会員情報更新の同期が困難な現状にあることついて説明があり、今後の検討課題となる旨の報告があった。

(2) 奨学会委員会

委員長・祖父江理事より、平成27年度の奨学会募集公告を学会HPに掲載し、学会員にメール配信したこと、学会誌37巻4号で通知予定である旨の報告があった。

(3) 学会賞・奨励賞委員会

委員長・工藤理事より、平成26年度の学会賞・奨励賞決定のためのスケジュールを検討し、対象 論文を検討し、次回理事会にて審議を諮る予定であると報告があった。また、学会賞・奨励賞の記 念品については、名誉会員の記念品とともに将来構想検討委員会で検討いただきたい旨の説明が あった。

(4) 将来構想検討委員会

(追加資料 6)

中村副理事長より、会員サービスのニーズに応じた情報提供方法、国際化への対応、会員の利点、情報提供しやすい仕組みづくりを検討した旨の報告があった。会員サービスについて会員のニーズ調査を実施の予定。また、Web投稿に伴い、投稿数が減少しているため、投稿方法の解説動画を作成し学会HPへの掲載や地方会での公開等を検討中であると報告があった。

黒田理事長より、会員ニーズ調査については次年度予算に組み込む方針であると補足説明があった。名誉会員および学会賞・奨励賞の記念品について委員会で検討をお願いしたいと説明があった。

(5) 研究倫理委員会

委員長・江守理事より、研究倫理審査委員会を設置したが申請はなかったこと、第41回学術集会で発表倫理に関する基本的な内容の周知を目的とした交流集会(二重投稿の判断基準、学会誌側の対応など)を開催予定であると報告があった。

(6) 国際活動推進委員会

(追加資料3)

委員長・前田理事より,第40回学術集会で交流集会を開催し,第41回学術集会でも交流集会を開催予定であること,学会HPの英語版については検討していく予定であると報告があった。

(7) 看保連ワーキンググループ

(資料5・6, 追加資料4)

泊理事より、資料5に基づき、9月9日に開催された三保連合同シンポジウムにおける議論、平成27年度介護報酬改定に関する要望について報告があった。

(8) 大規模災害支援事業委員会

黒田理事長より、審議事項で説明すると報告があった。

(9) 渉外・広報 (資料4)

担当・塩飽理事が欠席のため、代理で黒田理事長から資料に基づき、学会web siteの アクセス 状況の分析概要について報告があった。

4) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会

川口副理事長より、12月に会議開催予定のため、結果についてはメール配信したい旨の報告が あった。

(2) 学術会議

川口副理事長より,看護系の正会員が片田範子氏と太田喜久子氏の2名になったこと,学術会議は日本看護系学会協議会,日本看護系大学協議会と連携して活動していく方向であると報告があった。

5) 第41回学術集会進捗状況

第41回学術集会会長・宮腰氏より、学術集会の準備状況について報告があった。また、当日の参加費と総会開催日について確認があった。

法橋理事より、学術集会HPの開設時期について質問があり、宮腰氏より間もなく開設できると回答があった。

6) その他

その他の報告事項はなかった。

【審議事項】

1. 大規模災害支援事業 支援金給付について

(資料7)

黒田理事長より、平成23年度より開始された、東日本大震災による被災学生に対する支援事業は今年度で終了したいこと、今年度は49名合計300万円の支援案を作成したこと、現在の寄付金額(54万円)と第40回学術集会会長の中木氏より約350万円の黒字のうち250万円を支援金にまわしたいという意向について説明があった。

道重監事より、昨年度の応募者は1つの学校に集中していたが今年度の応募状況について質問があっ

た。黒田理事長からは石巻赤十字看護専門学校長の働きかけにより陸前高田周辺居住者からの応募が多かった現状、今年度も同校からの問い合わせを受けて中木氏の推薦を受けた経緯があると回答があった。

今年度の支援金給付案については、第40回学術集会会計の決算終了後、金額を検討したい旨の説明があった。また、現行の規程では対象が「被災者」となっており、大規模災害支援事業委員会で検討する予定であると説明があった。

以上、今年度の大規模災害支援事業の支援金給付案については異議なく、承認された。

2. 大規模災害支援事業の継続について

黒田理事長より、本法人は社会貢献する必要があるため、大規模災害支援事業の継続をしたい旨の説明があり、これについては異議なく、承認された。なお、支援事業の規程については大規模災害支援事業委員会で検討し、次回理事会で審議に諮りたい旨の説明があった。

3. 一般社団および一般財団法人に関する法律 第96条に基づく決議の省略について (資料8) 黒田理事長より、資料に基づき、「メール等による書面理事会」は法律上の理事会とは認められない ことを受けて、弁護士に相談した結果、定款の修正は社員総会の審議が必要でありメール審議の開催が できないことになるため、「決議の省略」を定款に盛り込まない案について紹介された旨の説明があっ

ガリレオ社の海老根氏より、法人法上、現在メールで行われている書面理事会は法律上の理事会とは 認められないため、登記等の手続き時には証拠として提出できないこと、メール審議を法律上の理事会 として認めるならば定款にその旨の条文を設ける必要があると説明があった。

中村副理事長より、第96条に基づき、「決議の省略」については定款に定める方向で進めた方がよいと意見があり、現在議事録に全理事の記名・押印をする手続きを理事長および監事の記名・押印のみにする方法への変更と併せて、社員総会で審議すればよいのではないかと提案があった。

以上、メール審議が正式な理事会として認められるために「決議の省略」を設け、議事録の記名・押印手続きの変更に関して、定款の修正案を来年の社員総会に提案することについて、異議なく承認された。なお、修正案については弁護士と相談し、将来構想検討委員会で検討したいと説明があった。

4. 看護系学会等社会保険連合関連

診療報酬・介護報酬改定に向けてのプロジェクトの計画

(資料 9, 追加資料 4)

渉外・泊理事より、診療報酬・介護報酬改定に向けてのプロジェクトの計画として、「重度障がい児と家族の生活世界を広げる支援事業案」について説明があり、予算として平成26年度に10万円を設定しているが削除してほしいと説明があった。

叶谷理事より、高齢者関連の要望が多い状況があるため、「超高齢社会に対応できる効果的な看護技術の明確化及び診療報酬・介護報酬申請を目指した調査」を計画し、調査については施設を問わず、現場で従事する会員対象と研究者である会員対象の2部構成での実施を予定していること、介護報酬改定に向けた要望を出すためのスケジュールについて説明があった。

村嶋理事より、保助看法の改正に伴い、看護師の特定医行為に関する研修制度が来年10月1日より開

始されるが研修修了生の医行為実施時の報酬の確保についても視野に入れて取り組んでほしいと意見が あった。叶谷理事からは意見をふまえてプロジェクトメンバーと検討していきたいと説明があった。

川口副理事長より、本事業の位置づけはどうなるかと質問があった。黒田理事長より、将来構想検討 委員会の下のワーキンググループと位置づけられると回答があった。

2つのプロジェクト事業および介護報酬改定に向けた調査の費用(追加資料 6)については、異議なく承認された。

5. 日本看護研究学会雑誌のCDの廃止について

(資料3の4頁)

6. 日本看護研究学会雑誌のJ-STAGEへの登録とDOI付与について

(資料3の4頁)

委員長・法橋理事より、学界の趨勢やCDの活用状況、費用を考慮して、第38巻1号より学会誌のCDを廃止したい旨の説明があった。さらに、J-STAGEへの登録とDOI付与の必要性、正文社による論文1本当たり8,000円の見積りについて説明があり、J-STAGEへの一括登載を認めてもらいたいと説明があった。

道重監事より、CD廃止を行った場合、会員のメリットについて質問があり、黒田理事長からは会員のニーズ調査を行う予定であると説明があった。村嶋理事より、看護科学学会からはメール配信されるが、会員アドレスを登録していればメール配信されることもメリットになると意見があった。法橋理事からは論文にDOIが付与されれば、研究者にとって論文検索の観点からもメリットであると回答があった。

以上、意見交換の後、CD廃止することについては賛成過半数で承認され、黒田理事長より法橋理事に学会HPにCD廃止について会員への告知を編集委員長名で時機を見て掲載するよう依頼がなされた。さらに、J-STAGE登載とDOI付与については、異議なく承認された。

7. 日本看護研究学会雑誌の和英混載誌化について

(資料 3 の13頁)

8. 査読委員の委嘱について

(資料3の13頁)

委員長・法橋理事より,英文投稿者の増加の動きもあるため,和英混載誌化,および査読委員の委嘱 については審議事項ではなく、報告事項として説明があった。

9. 投稿者向け Scholar One Manuscripts の操作動画の作成と公開について

委員長・法橋理事より、投稿数が減少している状況があるため、ScholarOneの操作動画の作成と公開を進めていくことについては審議事項ではなく、報告事項として説明があった。

黒田理事長より、編集委員会では他の案件に費用を要するため、動画作成方法等については塩飽理事と慎重に進めてもらい、次年度予算にまわしてもらいたいと説明があった。

10. 平成27年度定時社員総会準備

(資料10, 11)

- 1) 平成27年度事業案 (評議員・役員選挙実施年度)
- 2) 平成27年度予算案

庶務・中村副理事長より、平成27年度は評議員・役員選挙を予定しており、定款11条に基づいた評議員選出規程、定款13条に基づいた理事・監事選出規程をもとに作成した日程案について説明があっ

た。詳細な日程については、次回理事会で審議を諮りたいと説明があった。

次回理事会は平成27年2月22日(日), 社員総会は5月17日(日), 社員総会に向けた理事会を5月9日(土)に開催することで決定した。

11. 第44回(平成30年度)学術集会長推薦

第44回(平成30年度)の学術集会長について、前田理事の推薦があり、検討してもらうこととなった。

12. その他

1)入会申込理事会承認

黒田理事長より、資料に基づき説明があり、入会申込について承認された。

2) その他:共同利用・共同研究拠点設置の要望書について

(追加資料5)

中村副理事長より、札幌市立大学として「共同利用・共同研究利用拠点(全国 5 拠点)」の整備推進事業への申請を向けて、文科省より学会等からの要望書を提出するよう指導を受けた経緯があり、本会に要望書の提出を依頼した旨の説明があった。また、本事業は公立大学・私立大学を対象とした事業であり、3年間で1億円程度の資金であること、学会に負債が生じることはないこと、設置が認められれば会員は共同研究に応募できるとメリットについて説明があった。

川口副理事長より、学会として要望書を出した場合、具体的な支援を出す必要があるかと質問があったが、中村副理事長からは学会に具体的な支援をする義務はなく、広範囲な研究に賛同を示してもらうだけでよいと回答があった。

本学会が共同利用・共同研究拠点設置について要望書を提出することについて、異議なく承認された。

3) 第41回学術集会演題登録支援業務の見積りについて

第41回学術集会会長・宮腰氏より、演題登録支援業務の予算について本会会計より支出してもらいたいと説明があった。

黒田理事長より、本案件は学術集会に関するもののため、会計担当理事に相談してもらいたいと説明があった。叶谷理事より、本来であれば学術集会会計より事前に会計担当に連絡してもらうが、学術集会参加費について意見をもらいたいと説明があり、事前登録は11,000円でよいのではないかと意見があった。

以上,第41回学術集会の参加費については,会計担当理事が検討後,決定していくことで異議なく,承認された。

次回常任理事会・理事会日程

日 時:平成27年2月22日(日)

常任理事会 11:00~12:00 理 事 会 13:00~16:00

場 所:東京八重洲ホール 511会議室 (東京都中央区)

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。

多くの方々のご参加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Ⅰ

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)
- ◆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。
- ◆問い合わせ先
 - 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事務局 〒920-0942 石川県金沢市小立野 5 - 11 - 80

金沢大学医薬保健研究域保健学系

担当 正源寺美穂

TEL: 076-265-2570 FAX: 076-234-4363 E-mail: shogen@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

学会HP: http://www.jsnr.jp/district/kinki-hokuriku/

◆交通アクセス



交通アクセス(北陸鉄道バス)

- ●金沢駅東口3番乗り場から 「金沢学院大学」「金沢東高校」「東部車庫」「北陸大学」 「湯浦温泉 [「上辰巳」「駒帰行き
- ●金沢駅東口6番乗り場から 「医王山」「田上住宅」行き
- ●金沢駅西口5番乗り場から「金沢学院大学」「金沢東高校」「東部車庫」行き

上記のいずれかに乗車し、小立野(こだつの)下車【約20分】 ▶徒歩【約5分】

一般社団法人日本看護研究学会 第25回 北海道地方会学術集会のご案内

メインテーマ:我々が目指すベストプラクティス

― 臨床と教育をつなぐ看護倫理 ―

開期:7月4日(土)12:30~16:45(予定)

12:30~13:10 総会

13:20~15:00 開会・シンポジウム

シンポジウムテーマ「現場におけるベストプラクティスを考える」

シンポジスト 天使大学看護栄養学部 准教授 堀井 泰明 氏

旭川赤十字病院 緩和ケア認定看護師 蟹谷 和子 氏

旭川医科大学医学部看護学科 教授 升田由美子 氏

旭川大学保健福祉学部 教授 山崎 摩耶 氏

15:15~16:45 一般演題(時間は, 演題数により変動あり)

会 場:旭川大学 313教室(予定)

会 長:泉澤 真紀(旭川大学 保健福祉学部保健看護学科 教授)

会 費:事前登録会員1,000円 当日参加会員1,500円 非会員3,000円 学生500円(院生を除く)

日本学術会議の動き

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成26年10月中旬以降に予定されている ものについて紹介いたします。

◆東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30分

場所 岩手大学工学部テクノホール

次第 「加速器科学の発展と東北放射光施設計画の 概要 | 濱 広幸

「医療 (放射線を用いたがん治療)」有賀久哲 「ものづくり (放射光による工業材料分析)」

「バイオ (放射光を利用したタンパク質結晶 構造解析)」中川敦史

◆「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 「歴史の岐路に立つ2014年スコットランド独立投票」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

「国民文学から国民国家を考える」早川和彦

◆「第7回形態科学シンポジウム『生命科学研究の 魅力を語る:高校生のための集い』」

日時 平成26年10月25日(土)13時30分~17時00分

場所 東京大学本郷キャンパス理学部2号館講堂

次第 「講演会」水島 昇/大杉 美穂 「高校生と語る会」

◆「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 「分子の自己組織化に基づくソフトマテリア ル科学と放射光」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 「産業開発のツールとして」高尾正敏 「総括ディスカッション」福山秀敏/北川 進 /平野俊夫/豊島 近/常行真司/財満鎭明/ 山下正廣

◆「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

◆「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

◆「キャビ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 「キャビテーションの医療応用―現状と今後 の応用」松本洋一郎

◆「東日本大震災からの水産業および関連沿岸社会・ 自然環境の復興・再生に向けて(第2回)―日本 学術会議の第二次提言を踏まえて―」

日時 平成26年11月21日(金)10時00分~17時20分

場所 日本学術会議講堂

次第 「各省庁における震災関連の取り組み状況」 秋山敏男

> 「福島沖の海洋生態系における放射能汚染の 推移と現状」石丸 隆

> 「東電福島第一原子力発電所事故による水産 物の放射能汚染の状況」森田貴己

「原発災害と水産復興」濱田武士

「水産基盤(含む防潮堤)復旧の現状と課題」 影山智将

「東北マリンサイエンス拠点形成事業の概要」 清浦 隆

「東北マリンサイエンス拠点形成事業 (海洋 生態系の調査)の研究概要」木島明博

「海洋生態系調査成果 1 震災と海洋生態系統 合モデル」木幕一啓

「海洋生態系調査成果 2 震災とハビタット マッピングモデル」北里 洋

「海洋生態系調査成果 3 震災と漁業復興モデル」原 素之

「海洋生態系調査成果 4 TEAMSデータ共有・ 公開機能の構築」園田 朗

「SANRIKU(三陸)水産研究教育拠点形成事業の概要」小川廣男

「水産総合研究センターの取り組み」

秋山秀樹

「藻場のモニタリング―東北から北関東の太 平洋沿岸」田中次郎/坂西芳彦/青木優和/ 倉島 彰

「総合討論」八木信行/香川謙二/赤間廣志

◆「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 「日本学術会議の国際活動について」春日文子 「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

◆「国家レベルの産業競争力強化の取り組み―欧州に おける生産技術研究開発プロジェクトの動向―」

日時 平成26年12月11日(木)13時00分~18時00分

場所 東京大学伊藤国際学術研究センター

次第 「生産革新のための全米ネットワーク(NNMI)」 Scott Smith

> 「英国における革新的生産のためのEPSRCセンターと高価値生産"カタパルト"プロジェクト」 Rajkumar Roy

> 「ドイツにおける生産革新のための研究と研究資金―成功事例」Matthias Kleiner 「日本の新たなものづくりスタイル確立に向けた取り組み」佐々木直哉

◆「ナノ素材とナノ測定が拓くイノベーション」

日時 平成26年12月18日(木)13時00分~17時00分 場所 日本学術会議講堂

次第 「産官学共同で進める最先端分析技術および 機器開発拠点構想」鈴木孝治

> 「ナノテクノロジーを活用したノベーション 創出に向けて」一村信吾

> 「金ナノ粒子の機能と応用」春田正毅 「単層カーボンナノチューブの新たな産業展 開と、ナノ素材計測への期待」荒川公平 「ナノ材料規制に向けた計測技術・装置開発」 吉田佳一

> 「ナノ素材計測に向けた共通プラトフォーム の構築と展開」藤田大介

「放射光を用いたナノ材料の極限計測」 高田昌樹

「終わりに:ナノ材料と分析化学」 尾嶋正治

日本学術会議の動き



第23期が始まりました

日本学術会議会長 大西 隆

10月はじめの総会で会長に再選されたので、こ の欄を再開することにしました。10月には毎年STS フォーラムが開催されます。今年は第11回のフォー ラムでした。再選後、急遽出席することにして、ア カデミー会長会合を主催したのをはじめ、本務の関 係で大学学長会合にも出席することができました。 年々、参加者の幅が広がっているように感じられ、 両会議とも多数の参加者のもとで、興味深い議論が 行われました。アカデミー会長会合では、東欧諸国 からの参加者が多く、科学研究の健全性を巡って多 様な意見交換をしました。多様というのは、ねつ造、 改ざん、盗用(FFP)がいけないという点では、もち ろん共通しているのですが、未だ国内の学術界に伝 統的なヒエラルキーが強く残っていて、こういう問 題が顕在化しにくい国もあるといった点です。しか し、各国、それぞれ具体的な問題が生じたことがあり、 日本の昨今の状況にも関心を持っているようでした。 日本では、この問題に関わる"Code of Conducts for Scientists"を定めるだけではなく、それを学習プ ログラムのテキストの形で具体化して、大学や大学 院の講義や研究者の研修に使おうとしているという 話をしました。会合には、若手アカデミーの代表も 参加してくれ、不安定な地位に置かれがちという若 手研究者の状況が、研究不正の背景にあるという点 にも注意を向けるべきということも述べられました。

10月から11月は、また各地区会議の学術講演会の季節です。関東をベースにした会員・連携会員はあまり縁がないのかもしれませんが、日本学術会議では全国をカバーする形で7つの地区会議を設けています(このうち関東地区会議は、全国的な活動と重なることから独自の活動はほとんど行われない)。各地区では、種々の意見交換や連絡を行うほか、地区会議ニュースを発行したりしています。地区で行う大きなイベントが、一般向けの学術講演会であり、会長・副会長は手分けして、参加するようにしています。事前の広報活動が効いて、相当数の一般来場

者がある講演会もあり、参加者の満足はもとより、 日本学術会議の認知度を高める効果も生んでいます。

こうした地区会議の会合やイベントに関連して、 地区の皆さんから、地区会議の活動に向けられる予 算が十分ではないという指摘を受けています。日本 学術会議全体が限られた予算で運営されているので、 その一部である地区会議の活動に潤沢な予算が割り 当てられるというわけにはなっていませんが、それ でも、毎年、予算は計上されており、学術講演会を 含めた各地区会議の活動に使えるようになっていま す。実はこのことがあまり伝わっていないで、地区 会議の活動が文字通り手弁当でなされ、地区の負担 が大きすぎるという不満を伺います。残念ながら潤 沢といえないことは事実ですが、上記のような予算 配分を受けていることをご理解いただきたいと思い ます。もちろん、地区会議の事務局を担当していた だいている幹事大学の事務担当の方は承知していて、 各地区で予算執行されているのですが、期の変わり 目に、会員・連携会員の皆様にもご理解いただきた いと思います。

これを書いている数日前には、盛岡で行われた東北地区会議主催の「加速器科学が未来を拓く」(10月25日、岩手大学工学部)という講演会に参加してきました。加速器の発展史や応用範囲に始まって、医療、産業、結晶構造解析等応用の最先端の状況に関する講演が行われ、とても充実した内容でした。国民生活への科学の反映浸透という日本学術会議の活動目的の一端をもっとも良い形で果たす活動のひとつが地区をベースにした学術講演会であることを改めて実感しました。その直後に、岩手県知事さんにお目にかかったら、この講演会のことに言及されたので、行政からも注目されていたことを知りました。講演者はもとより、開催校の岩手大学の皆様にお礼を申し上げます。そして庄子哲雄先生をはじめとする東北地区会議の皆さんのご尽力に感謝します。

日本学術会議ニュース

平成26年10月16月にニューデリーで開催された アジア科学アカデミー・科学協会連合(AASSA: The Association of Academies and Societies of Sciences in Asia)の総会において、日本学術会議 の新規加盟が承認されました。AASSAはアジア及 び南洋州における各国横断型かつ分野横断型の国際 的な地域学術団体として平成24年1月に誕生しまし た。

また、日本学術会議が加入しているIAP(科学アカデミーのグローバルネットワーク)のアジア地域での支部的な機能を果たすネットワークとされています。

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11月中旬以降に予定されている ものについて紹介いたします。

◆「キャビ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 「キャビテーションの医療応用―現状と今後 の応用」松本洋一郎

◆「東日本大震災からの水産業および関連沿岸社会・ 自然環境の復興・再生に向けて(第2回)―日本 学術会議の第二次提言を踏まえて―」

日時 平成26年11月21日(金)10時00分~17時20分

場所 日本学術会議講堂

次第 「各省庁における震災関連の取り組み状況」 秋山敏男

> 「福島沖の海洋生態系における放射能汚染の 推移と現状」石丸 隆

「東電福島第一原子力発電所事故による水産 物の放射能汚染の状況」森田貴己

「原発災害と水産復興」濱田武士

「水産基盤(含む防潮堤)復旧の現状と課題」 影山智将

「東北マリンサイエンス拠点形成事業の概要」 清浦 隆

「東北マリンサイエンス拠点形成事業 (海洋 生態系の調査)の研究概要」木島明博

「海洋生態系調査成果 1 震災と海洋生態系統 合モデル」木幕一啓

「海洋生態系調査成果 2 震災とハビタット マッピングモデル」北里 洋

「海洋生態系調査成果 3 震災と漁業復興モデル」原 素之

「海洋生態系調査成果 4 TEAMSデータ共有・ 公開機能の構築」園田 朗

「SANRIKU (三陸) 水産研究教育拠点形成事業の概要」小川廣男

「水産総合研究センターの取り組み」 秋山秀樹

「藻場のモニタリング―東北から北関東の太 平洋沿岸」田中次郎/坂西芳彦/青木優和/ 倉島 彰

「総合討論」八木信行/香川謙二/赤間廣志

◆「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 「日本学術会議の防災・Future Earthに関す

る国際活動」春日文子

「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

◆「第4回計算力学シンポジウム」

日時 平成26年12月1日(月)10時00分~18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「ハミルトン偏微分方程式に対する構造保存型数値解法」谷口隆晴

「境界要素法の高速化」高橋 徹

「大規模フェーズフィールド法による材料組

織予測シミュレーション」高木知弘

「コンクリートの破壊力学を考慮した損傷モデルの提案とひび割れ進展解析への応用」 車谷麻緒

「繊維強化複合材料に対するマルチスケール 非弾性解析手法の開発と応用」松田哲也 「固定格子を用いた連成解析手法の提案と生

体力学問題への適用」伊井仁志

「折紙の幾何的な制約を考慮した形状設計」 鶴田直也

「地球の内部で起こっているマントル対流の 数値シミュレーション」吉田晶樹

◆中国・四国地区会議主催学術講演会「産学官連携による地域活性化(仮)」

日時 平成26年12月6日(土)13時30分~17時00分

場所 島根県・くにびきメッセ大展示室

次第 「基調講演」大西 隆

「松江発プログラミング言語Ruby活用プロジェクト」野田哲夫

「くにびきジオパークプロジェクト」

野村律夫

「ラマン分光学の医療応用プロジェクト」

山本達之

「神の粒子『ヒッグス粒子』 プロジェクト」 波場直之

「音楽を通した地域活性化」浜田真理子

◆「国家レベルの産業競争力強化の取り組み―欧米に おける生産技術研究開発プロジェクトの動向―」

日時 平成26年12月11日(木)13時00分~18時00分

場所 東京大学伊藤国際学術研究センター

次第 「生産革新のための全米ネットワーク (NNMI)」 Scott Smith

> 「英国における革新的生産のためのEPSRCセンターと高価値生産"カタパルト"プロジェクト」 Rajkumar Rov

> 「ドイツにおける生産革新のための研究と研 究資金―成功事例」Matthias Kleiner

> 「日本の新たなものづくりスタイル確立に向 けた取り組み」佐々木直哉

◆「ナノ素材とナノ測定が拓くイノベーション」

日時 平成26年12月18日(木)13時00分~17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「産官学共同で進める最先端分析技術および 機器開発拠点構想」鈴木孝治

> 「ナノテクノロジーを活用したノベーション 創出に向けて」一村信吾

「金ナノ粒子の機能と応用」春田正毅

「単層カーボンナノチューブの新たな産業展 開と、ナノ素材計測への期待| 荒川公平

「ナノ材料規制に向けた計測技術・装置開発」 吉田佳一

「ナノ素材計測に向けた共通プラトフォーム の構築と展開」藤田大介

「放射光を用いたナノ材料の極限計測」

高田昌樹

「終わりに:ナノ材料と分析化学」 尾嶋正治

日本学術会議は、「赤崎勇教授、天野浩教授、中村修二教授のノーベル物理学賞受賞を祝して」 と題した会長談話を公表しました。

日本学術会議会長談話

赤﨑勇教授、天野浩教授、中村修二教授のノーベル物理学賞受賞を祝して

2014年のノーベル物理学賞に、赤崎勇名城大学終身教授、天野浩名古屋大学教授、中村修二 米国カリフォルニア大学教授の受賞が決定したことを、日本の学術界を代表して、心からお慶 び申し上げます。

今回の受賞は、高輝度で省エネルギーの白色光源を可能にした効率的な青色LED (Light Emitting Diode / 発光ダイオード)の開発が理由です。選考委員会によれば、「人類への最大の恩恵をもたらす発明」であり「20世紀を照らしたのは白熱電球だったが、21世紀はLEDランプによって照らされる」と高く評価されています。

LEDは、環境に優しく寿命が長いという特徴があります。白色光源を作るのに必要な光の三原色のうち、赤と緑のLEDは、1960年代に開発されました。しかしながら、残る青色のLEDは、実用化に必要な明るさを得るための作成技術が長年の間見つからず、20世紀中にはできないとも言われていました。

赤崎教授は、1970年代前半より青色LEDの研究開発をスタートさせました。材料として可能性のある「窒化ガリウム」の結晶を作成する研究は、ほとんどの研究者がその難しさから断念する中にあって、赤崎教授は諦めることなく、名古屋大学で、当時大学院生であった天野教授とともに研究を進め、1985年に透明な結晶を作ることに成功しました。赤崎教授と天野教授は、この結晶を用いて、1989年に青色LEDを世界で初めて開発したのでした。

なお、2003年の第1回産学官連携功労者表彰において、赤崎教授に対し日本学術会議会長賞 を贈り、その功績を称えております。

中村教授は、徳島県阿南市の日亜化学工業で1988年より青色LEDの研究に着手し、「窒化ガリウム」の結晶を作る独自の製法を考案、1993年に量産化技術を開発しました。さらに、1997年には青色LEDを発展させた青色半導体レーザーを開発し、大容量の次世代光ディスクによる記録や読み取りの実現に繋がったのです。

以上のように3人の先生は、青色LEDの研究により光学分野で世界をリードしてこられました。

こうして青色LEDが誕生したことにより、光の三原色がそろい、組合せによって白色を含むほぼ全ての色を出せるようになりました。

地球環境保護のため、省エネルギーの必要性が世界的な課題となっている中で、LEDは、消費電力が少なく寿命が長いことから、照明をはじめ、信号機や大型ディスプレイ、スマートフォンのバックライトへの利用など爆発的に普及しています。大容量の次世代光ディスクも青色 LEDの開発なしでは考えられません。

特に、これまで電気の恩恵を受けて来なかった世界中の15億人以上の人々にも、安価な太陽 光発電を利用したLEDランプによって光を届けることが可能となり、生活の質を向上するこ とが期待されています。

青色LEDは、人類にとって暮らしの隅々にまで恩恵をもたらす画期的な大発明であることは疑いがなく、これまでのノーベル物理学賞の中で、これほど身近に感じられる発明はなかったのではないかと考えられるところです。

今回の受賞は、日本の科学研究の重要性と先端性を改めて内外に示すとともに、基礎研究から応用研究、さらに実用化、製品化に結ばれる大きな成功例ともなりました。3人の先生には、これからも研究を続けて業績を積み重ねられるとともに、後進の育成や学術界・社会に対する有意義な発信にも期待したいと思います。

我が国がこのようなすばらしい研究を引き続き生み出すためには、基礎研究分野をさらに充実させ、地道な研究やリスクの大きい研究、若手研究者をはじめ独創的で多彩な人材の育成に光を当てていくことが重要です。同時に、基礎から実用への橋渡しに係る研究にも注目し、充実させていく必要があります。

このため、政府において、基礎研究を重視し、さらに実用へと至る研究開発力を強化すること、 併せて、それらを担う人材育成を重視する政策を今後とも堅持していくことを要望するととも に、日本学術会議としても、科学者を代表する組織として科学の発達と浸透のために一層力を 尽くしてまいります。

> 平成26年10月17日 日本学術会議会長 大西隆

日本学術会議の動き



人口減少社会と日本学術会議

日本学術会議会長 大西 隆

人口減少社会の到来。今、日本社会でもっともイ ンパクトの大きなテーマのひとつがこれです。総 務大臣を務めた増田寛也氏が、「市町村の半分が消 滅する」というセンセーショナルなメッセージと ともに報告書を発表したので、大きな話題になり ました。もちろん、これは急に起こった出来事で はなく、日本の総人口が減少することは随分前か ら指摘されていました。しかし、2005年の国勢調 査に比べて減少するのではないかといわれていた 2010年の国勢調査人口が30万人ほど増加してい たので、国勢調査による人口減少は次回までお預 けです。とはいえ、既に人口推計では、はっきり した減少傾向が予測されているし、合計特殊出生 率の低迷、子どもを産む世代が既に少数になって いることなどを考え合わせれば、公式発表を待つ までもなく人口減少は現実のものとなっています。 しかも、その状態から抜け出る道は未だ見えてい ないので、相当長く続くと見なければなりません。 どんな問題が生ずるのか、日本学術会議が取り組 むようなテーマがあるのか、そうしたことを考え つつ、日本学術会議もこの問題への本格的な取組 みを進めなければならないと思います。いくつか の切り口を考えてみましょう。

まず、経済への影響です。総人口、特に生産年齢人口の減少が続けば、日本のGDPは減少せざるを得ないでしょう。一人当たりGDPが、4万ドル程度といった水準を維持すれば、皆が豊かに生活できるので、GDPが低下しても貧しくなるわけではありません。しかし、経済は常に成長を求めて来ました。また、防衛費や過去の借金の返済のように、個人ではなく、国全体としての対処する必要がある支出に関しては、GDPの縮小が重くのし

かかってきます。経済がマイナス成長になる中で、 経済・社会の運営をどうするのか、短期の答えを 求めるように傾きがちな政治と距離をおき、長期 の問題を考えることのできる日本学術会議が議論 をリードしてもいいのではないでしょうか。

会員・連携会員が多く所属している大学が直面することになる問題も深刻です。18歳人口は、現在は120万人を少し上回りますが、2031年には100万人を切り、2060年には60万人そこそこまで減少すると予測されます。現在60万人以上の大学進学者、10万人程度の国立大学進学者を維持することができるとは思えません。大学・国立大学は将来どのような役割を果たし、再編などの試練を経るべきなのでしょうか?これも組織から自由な立場にいる日本学術会議ならではのテーマかもしれません。

学術研究においても、同様のことが言えるでしょう。日本学術会議の会員や連携会員は、研究者として自信を持ち、かつ、日本の研究レベルは相当高いと認識しているのではないかと思います。私もそう考えている一人です。しかし、これからの社会では、これまで以上に日本が得意とする分野を絞って、その中で、世界に貢献するという方法をとらなければならなくなるかもしれません。その場合に、得意な分野をどこに設定するのか、いわゆる選択と集中論が学術研究の分野でも論じられる必要が出てくるように思います。

実は、前期の途中からこうしたテーマで、審議を行おうと企画しましたが、残念ながら、途中で断念することになりました。できれば今期再挑戦して、今度こそ、有用なアウトプットを出したいと思っています。

日本学術会議ニュース

黒田玲子連携会員が平成26年10月26日(日)オマーンで開かれている第25回発展途上国における科学振興のための世界科学アカデミー(TWAS: the World Academy of Sciences for the advancement of science in developing countries)総会において、フェローに選出されました。

TWASはユネスコのプログラムの一つで、発展途 上国の持続的繁栄を目的に、科学・技術の振興のた めの活動を行っています。

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12月中旬以降に予定されている ものについて紹介いたします。

◆「東洋学・アジア研究の新たな振興をめざして PART II 」

日時 平成26年12月13日(土)13時30分~17時00分

場所 東京大学法文2号館1番大教室

次第 「日本学術会議『人文学的アジア研究の振興に 関する提言』についての報告」岸本美緒 「実践知を基盤とする人文学の展望」中谷英明 「環境学という人間科学:『アジア』からの発信」 阿部健一

「『東洋学の危機』について | 濱田正美

◆「ナノ素材とナノ測定が拓くイノベーション」

日時 平成26年12月18日(木)13時00分~17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「産官学共同で進める最先端分析技術および 機器開発拠点構想」鈴木孝治 「ナノテクノロジーを活用したノベーション

|ナノテクノロジーを活用したノベーション 創出に向けて」一村信吾 「金ナノ粒子の機能と応用」春田正毅 「単層カーボンナノチューブの新たな産業展 開と、ナノ素材計測への期待」荒川公平 「ナノ材料規制に向けた計測技術・装置開発」 吉田佳一

「ナノ素材計測に向けた共通プラトフォーム の構築と展開」藤田大介 「放射光を用いたナノ材料の極限計測」

「ナノ材料と分析化学」尾嶋正治

◆「免疫を手なずけて病を治す」

日時 平成27年1月9日(金)13時00分~17時10分

場所 日本学術会議講堂

次第 「講演」 岡部尚文/松島綱治/辻 典子/ 清野 宏/済木育夫/竹内 勤/佐藤大作

◆「国立自然史博物館の設立を望む」

日時 平成27年1月10日(土)13時00分~17時00分

場所 国立科学博物館大講堂

次第 「講演」岸本健雄/松浦啓一/西 弘嗣/ 西田 睦/瀬能 宏/西田治文

◆「乳児を科学的に観る:保育実践政策学のために」

日時 平成27年1月11日(日)13時00分~17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「乳児発達科学の基礎からの提言」 渡辺はま/山田重人/高橋尚人/多賀厳太郎/ 遠藤利彦/小西行郎

> 「エビデンスに基づく保育実践政策のために」 秋田喜代美/坂崎隆浩/本郷一夫/小玉亮子/ 篠原郁子/村上祐介

◆「防災・減災に関する国際研究のための東京会議」

日時 平成27年1月14日(水)~16日(金)

場所 東京大学 伊藤国際学術研究センター

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収載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文収載ではないので未発表と見なす。

- * 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、以下のようであれば、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マティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「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) 等にかなっていなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合は その旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対 しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造(Fabrication)、改竄(Falsification)、 盗用(Plagiarism)(FFP)を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法 性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会 議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策:科学者コミュニティの自律に向けて」(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、研究全体の重要性と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中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クリスとにしたがって、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ヴ・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	0	0	0		
萌	芽	性		0	0		
発	展	性		0	0	\circ	
技術	前的 有 丿	用 性			0	0	
学術的	的価値性・有	有用性	0	0		0	0
信	頼	性	0			0	
完	成	度	0				

[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 $1/4\sim1/2$ 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で提出すること

PDF ……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること(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. II.: : 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) 論文中で使用する見出しの階層が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

		若年者		高齢者						
課題の困難さ	数	平均 (標準偏差)	信頼区間	数	平均 (標準偏差)	信頼区間				
軽度	12	.05 (.08)	[.02, .11]	18	.14 (.15)	[.08, .22]				
中等度	15	.05 (.07)	[.02, .10]	12	.17 (.15)	[.08, .28]				
高度	16	.11 (.10)	[.07, .17]	14	.28 (.21)	[.15, .39]				

- 2) 表はひとつずつ A4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表 1」のように通し番号を振り、そのあとに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:それを引用するのか必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

— 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. 一 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.xxxxxx (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。

原著論文 10ページ
 研究報告 10ページ
 技術・実践報告 10ページ
 総 説 10ページ
 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。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等,全ての論文について原稿種類別,巻号別,掲載順にまとめた。

著者名:標題,英文標題,巻(号),掲載頁,発行年(西暦).の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等,全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ,該当する掲載論文の 巻(号),掲載開始頁の順に示した。なお,筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに、その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順、次に欧文をアルファベット順に並べ、該当する掲載論文の巻(号)、掲載開始頁の順に示した。

1. 論 文 目 録

第37巻

[原著]

高橋方子, 布施淳子: 在宅療養高齢者の終末期医療における意思把握に関する研究 — 訪問看護師が意思把握に必要なコア情報の特定 — , The Visiting Nurses' Identification of Core Information in Regards to Homebound Seniors' Preferences on Their End-of-Life Care. 37(1), 49-60, 2014.

今井多樹子, 宮腰由紀子, 高瀬美由紀, 川崎裕美, 片岡 健:「初心者レベル」看護師における「ICU看護基礎知識評価試験」の作成と信頼性・妥当性の検討, Development, Reliability and Validity of an Evaluation Test to Assess the Basic Knowledge Required of Novice Nurses in Intensive Care Units, 37(1), 61-74, 2014.

鈴木亜衣美、細田泰子:救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験 — 実践共同体における相互作用に焦点をあてて — , Experiences that Affect Nursing Skill Acquisition of Novice Nurses Working in the Emergency Field: Focusing on the Interaction within Communities of Practice, 37(2), 1-11, 2014.

山本かおり、秋原志穂: 慢性閉塞性肺疾患患者の感染予防に関する認識と行動 — 急性増悪との関連 — , Recognition and Behavior of Infection Prevention and Control in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Association with an Acute Exacerbation of the Disease, 37(2), 13-23, 2014.

唐田順子, 市江和子, 濵松加寸子: 産科医療施設 (総合病院) の看護職者が「気になる親子」を他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス — 乳幼児虐待の発生予防を目指して — , The Process by which Nurses at Maternity Hospitals Recognize "Patients and Children of Concern" and Decide to Pass on this Information to Other Institutions for Child Abuse Prevention, 37(2), 25-37, 2014.

加納友香,石橋知幸,土居礼佳,藤井沙紀,野口佳美,森本美智子: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, 37(4), 1-10, 2014.

柴 裕子, 松田好美: 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, 37(4), 11-22, 2014.

横山孝枝,上野栄一: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,37(4),23-30,2014.

横矢ゆかり、百瀬由美子: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, 37(4), 31-43, 2014. 沖中由美,西田真寿美: 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, 37(4), 45-53, 2014.

鳩野洋子,岡本玲子,長野扶佐美,岩本里織,草野恵美子,小出恵子: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, 37(4), 55-61, 2014.

日比野友子, 深田順子, 鎌倉やよい, 片岡笑美子, 小森和子:慢性腎臓病患者の食事療法に対する自己管理行動アセスメント指標の開発, Development of the Diet Therapy Self-management Behavioral Assessment Scale for Patients with Chronic Kidney Disease, 37(5), 1-10, 2014.

川田智美, 神田清子: 不確かな状況を生きる骨髄異形成症候群患者がコントロール感覚を獲得するプロセス, Myelodysplastic Syndrome Patients' Process of Achieving a Sense of Control while Living in an Uncertain Situation, 37(5), 11-22, 2014.

[研究報告]

二井矢清香: 戦後の患者教育の教育理念と実践の変遷, Change of Ideal and Practice on Patient Education in the Postwar Period, 37(1), 75-82, 2014.

住谷ゆかり: 入院生活を送る後期高齢者の「援助を受ける体験」— 看護援助に焦点をあてて — , The "Experience of Receiving Care" of Inpatients 75 Years and Over — Focusing on the Nurses' Care, 37(1), 83-93, 2014.

赤峰みすず,脇 幸子,井上 亮,福井幸子:看護師の手指衛生行動の動機づけ構造因子の検討,Study of Structure Factor Motivation for Hand Hygiene Behavior of Nurses,37(1), 95-103, 2014.

門間晶子, 浅野みどり, 山本真実, 大橋幸美, 古澤亜矢子: 「家族の価値カード (Family Values Activity Cards)」から生まれるナラティヴ・コミュニティ: 自閉症スペクトラム障がいのある子どもの母親へのアプローチ, Building Community Narratives Using "Family Values Activity Cards": Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder, 37(1), 105-113, 2014.

鍋島純世,山田紀代美:地域の虚弱高齢者における純音聴力ときこえの自己評価の関係, Relationship between the Puretone Thresholds and Self-perceived Hearing Problems among the Community-Frail Elderly, 37(1), 115-122, 2014.

岡本亜紀, 谷垣靜子, 長江弘子: 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 III Individuals Living at Home under the ACT Program, 37(2), 39-48, 2014.

寺岡貴子:精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師を看護管理者が支援していくプロセス — 看護管理者が周囲との調整をはかりながら自殺に遭遇した看護師の支援を構築していく体験 — , 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, 37(2), 49-61, 2014.

清原智佳子,古賀明美,藤田君支: C型慢性肝炎患者の疲労感,QOLと身体活動量に関する研究,Research of Chronic Hepatitis C Patient's Feeling of Fatigue, QOL, and Physical Activity, 37(2), 63-70, 2014.

谷口初美,山田美恵子,内藤知佐子,内海桃絵,任 和子:大卒新人看護師のリアリティ・ショック — スムーズな移行を促す新たな教育方法の示唆 — ,The Reality Shock Experienced by Recent Nursing School Graduates: A Suggestion for a Smoother Transition Using Real-World Educational Methods, 37(2), 71-79, 2014.

天木伸子, 百瀬由美子, 松岡広子: 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, 37(4), 63-72, 2014.

明時由理子,藤田君支,田渕康子,松浦江美: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,37(4),73-81,2014.

加藤泰子、高山成子、沼本教子:レビー小体型認知症の高齢者が語る生活上の困難な体験と思い、Difficulties and Thoughts of Elderly Individuals with Dementia with Lewy Bodies, 37(5), 23-33, 2014.

魚住郁子, 山田紀代美:青年期にある看護学生の自我同一性と仲間関係の検討, Relationship between the Ego Identity and Friendship of Young Nursing Students, 37(5), 35-43, 2014.

[技術・実践報告]

土井まつ子, 篠田かおる, 橋本真紀代, 高橋知子: 院内感染対策の包括的な支援プログラムによる中規模病院への支援とその評価, Evaluation of External Support by a Comprehensive Support Program to Improve Infection Control Practices in a Medium-Sized Hospital, 37(2), 81-89, 2014.

室田昌子, 北島謙吾, 岩脇陽子, 滝下幸栄, 松本賢哉: 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, 37(4), 83-95, 2014.

[総説]

前田祥子, 鹿村眞理子, 水田真由美, 岩根直美, 坂本由希子, 池田高治, 古川福実:全身性エリテマトーデス患者のボディイメージに関する文献レビュー, Literature Review of Body Image in Patients with Systemic Lupus Erythematosus, 37(2), 91-101, 2014.

福本 環, 岩脇陽子, 松岡知子, 北島謙吾: 性暴力被害者に対する看護支援に関する文献検討, A Literature Review on Nursing Support for Victims of Sexual Assault, 37(5), 45-53, 2014.

[資料・その他]

眞鍋えみ子,小松光代,岡山寧子:新人看護師における就業 3 年までの職務ストレッサーとストレス反応に関する研究 — 看護学士課程卒業後の縦断調査による分析 — ,Study on Job Stressors and Reaction to Stress among Newly Graduated Nurses during the First Three Years of Employment: Analysis by the Longitudinal Study,37(1),123-131,2014.

進藤真由美,大竹まり子,森鍵祐子,鈴木育子,細谷たき子,小林淳子,叶谷由佳:病院看護部による病棟看護職への継続医療退院支援教育の必要性, Necessity for Education of Discharge Support for Continuing Medical Care for Ward Nurses by Nursing Departments in Hospitals, 37(5), 55-64, 2014.

近藤由香,小板橋喜久代: 1987~2013年における国内の漸進的筋弛緩法に関する看護文献レビュー — 基礎研究と臨床研究の視点より — , The Japanese Literature Review about Progressive Muscle Relaxation during 1987-2013: A Viewpoint of Basic Research and Clinical Research, 37(5), 65-72, 2014.

西村淳子,太田勝正:子どもを養育している看護師の育児支援制度と施設整備に対する認識と利用状況 — A県における調査 — , Awareness and Utilization of Child-Care Support Systems and Facility Establishment for Nurses Raising Children: The Case of A Prefecture, 37(5), 73-82, 2014.

2. 著 者 索 引

あ				き							ع							
赤峰	みすず	37(1) 95		北	島	謙吾	37(4)	83,	37(5)	45		居	礼	佳	37(4)	1		
秋 原	志 穗	37(2) 13		清	原	智佳子	37(2)	63			土	井	まつ	つ子	37(2)	81		
浅 野	みどり	37(1) 105																
天 木	伸 子	37(4) 63		<							な							
				草	野	恵美子	37(4)	55			内	藤	知位	左子	37(2)	71		
い											長	江	弘	子	37(2)	39		
池田	高 治	37(2) 91		こ							長	野	扶佐	左美	37(4)	55		
石 橋	知 幸	37(4) 1		小机	反橋	喜久代	37(5)	65			鍋	島	純	世	37(1)	115		
市 江	和 子	37(2) 25		小	出	恵 子	37(4)	55										
井 上	亮	37(1) 95		古	賀	明 美	37(2)	63			に							
今 井	多樹子	37(1) 61		小	林	淳 子	37(5)	55			二非	‡矢	清	香	37(1)	75		
岩 根	直 美	37(2) 91		小	松	光 代	37(1)	123			西	田	真隶	导美	37(4)	45		
岩 本	里 織	37(4) 55		小	森	和 子	37(5)	1			西	村	淳	子	37(5)	73		
岩 脇	陽子	37(4) 83,	37(5) 45	近	藤	由 香	37(5)	65			任		和	子	37(2)	71		
う				さ							ぬ							
上 野	栄 一	37(4) 23		坂	本	由希子	37(2)	91			沼	本	教	子	37(5)	23		
魚 住	郁 子	37(5) 35																
内 海	桃 絵	37(2) 71		し							の							
				鹿	村	真理子	37(2)				野	П	佳	美	37(4)	1		
お				篠	田	かおる	37(2)											
太 田	勝正	37(5) 73		柴		裕 子	37(4)				は							
大 竹	まり子	37(5) 55		進	藤	真由美	37(5)	55			橋	本	真絲		37(2)	81		
大 橋	幸美	37(1) 105									鳩	野	洋		37(4)	55		
岡本	亜 紀	37(2) 39		す	1.	~×	25 (2)				順	松	加、	丁 子	37(2)	25		
	玲 子	37(4) 55		鈴	木	亜衣美	37(2)	1										
岡山	寧 子	37(1) 123		鈴	木	育子	37(5)	55			Ŋ	12 田式	+	7	27(5)	1		
₹# 	出 夫	37(4) 45		1土	台	ゆかり	37(1)	83			日1	匕野	久	十	37(5)	ı		
か				た							131							
力 ・ 片 岡	笑美子	37(5) 1			瀬	美由紀	37(1)	61				Ħ	順	子	37(5)	1		
片 岡	健	37(1) 61		高		知 子	37(2)					井		, 子	37(1)			
加藤	泰子	37(5) 23		高	橋	方 子	37(1)				福			環	37(5)	45		
門間	晶子	37(1) 105		高	山	成子	37(5)				藤	· 井	沙	紀	37(4)	1		
	友 香	37(4) 1			下	幸栄	37(4)				藤	田	君	支	37(2)	63,	37(4)	73
	由佳	37(5) 55		谷	垣	静 子	37(2)					施		子	37(1)	49		
鎌倉	やよい	37(5) 1			П	初 美	37(2)						福		37(2)	91		
	順子	37(2) 25				康 子	37(4)						亜ź		37(1)			
	裕美	37(1) 61																
川田	智 美	37(5) 11		7														
神田		37(5) 11		_	岡	貴 子	37(2)	49										

ほ						み							ゃ							
細	田	泰	子	37(2)	1	水	田	真由美	37(2)	91			山	田	紀代	美	37(1)	115,	37(5)	35
細	谷	たき	子	37(5)	55	宮	腰	由紀子	37(1)	61			山	田	美恵	三子	37(2)	71		
						明	時	由理子	37(4)	73			山	本	かま	3 1)	37(2)	13		
ま													山	本	真	実	37(1)	105		
前	田	祥	子	37(2)	91	む														
松	浦	江	美	37(4)	73	室	田	昌 子	37(4)	83			ょ							
松	岡	知	子	37(5)	45								横	矢	ゆカ	· 1)	37(4)	31		
松	岡	広	子	37(4)	63	も							横	Щ	孝	枝	37(4)	23		
松	田	好	美	37(4)	11	百	瀬	由美子	37(4)	31,	37(4)	63								
松	本	賢	哉	37(4)	83	森	鍵	祐 子	37(5)	55			わ							
眞	鍋	えみ	子	37(1)	123	森	本	美智子	37(4)	1			脇		幸	子	37(1)	95		

3. 事 項 索 引

あ		基礎知識	37(1) 61
ICU看護	37(1) 61	技能習得	37(2) 1
アセスメント指標	37(5) 1	QOL	37(2) 63
アロマセラピー	37(4) 83	救急領域	37(2) 1
		急性増悪	37(2) 13
U		強化	37(5) 1
生きる希望	37(4) 45	共分散構造分析	37(4) 1
育児支援	37(5) 73	虚弱高齢者	37(1) 115
意思	37(1) 49		
一般病院	37(4) 63	2	
院内教育	37(5) 55	強姦	37(5) 45
		後期高齢者	37(1) 83
え		行動	37(2) 13
援助を受ける体験	37(1) 83	高齢者	37(1) 49
		高齢者夫婦	37(4) 45
お		子育て支援	37(1) 105
思い	37(2) 39, 37(5) 23	骨髓異形成症候群	37(5) 11
		コントロール感覚	37(5) 11
か		困難	37(5) 23
介護老人保健施設	37(4) 31		
概日リズム	37(4) 73	さ	
開腹術	37(4) 11	在宅医療	37(5) 55
家族	37(2) 39	在宅介護	37(4) 45
家族の価値観	37(1) 105	産院	37(2) 25
片麻痺	37(4) 23		
がん看護	37(5) 11	U	
看護援助	37(1) 83	C型慢性肝炎	37(2) 63
看護学生	37(5) 35	CKD	37(5) 1
看護管理者	37(2) 49	支援	37(2) 49, 37(2) 81
看護技術	37(4) 83	支援プログラム	37(2) 81
看護教育	37(2) 71	自我同一性	37(5) 35
看護ケア	37(5) 45	自己管理	37(5) 1
看護史	37(1) 75	自己決定性	37(1) 95
看護師	37(1) 95, 37(5) 73	自殺	37(2) 49
看護師の判断	37(4) 63	施設	37(5) 73
看護職	37(5) 55	実践共同体	37(2) 1
患者教育	37(1) 75	質評価	37(4) 31
感染予防	37(2) 13	児童虐待	37(2) 25
感染予防対策	37(2) 81	自閉症スペクトラム障がい	37(1) 105
		尺度	37(4) 23
き		尺度開発	37(4) 55
きこえの自己評価	37(1) 115	周産期	37(2) 25

終末期医療	37(1) 49	な	
終末期ケア	37(4) 31	内発的	37(1) 95
純音聴力	37(1) 115	仲間関係	37(5) 35
情報	37(1) 49	ナラティヴ	37(1) 105
食事療法	37(5) 1		
職務ストレッサー	37(1) 123	に	
初心者レベル看護師	37(1) 61	尿中メラトニン	37(4) 73
自律	37(4) 23	認識	37(2) 13
新人看護師	37(1) 123, 37(2) 71	認知症	37(4) 63, 37(5) 23
新人期看護師	37(2) 1		
身体活動量	37(2) 63	は	
		バーンアウト	37(1) 123
व ्		発生予防	37(2) 25
睡眠	37(4) 73	母親	37(1) 105
睡眠の質	37(4) 1	判断	37(4) 11
スクリーニング	37(2) 25		
ストレス関連ホルモン	37(4) 73	The state of the	
ストレスコーピング	37(1) 123	病院	37(2) 81
		評価	37(4) 55
せ		評価試験	37(1) 61
成果	37(4) 55	疲労感	37(2) 63
精神科病院	37(2) 49		
精神的健康	37(4) 1	131	
制度	37(5) 73	不確かな状況	37(5) 11
全身性エリテマトーデス	37(2) 91	不眠へのこだわり	37(4) 1
漸進的筋弛緩法	37(5) 65	プロセス	37(2) 49
		文献研究	37(1) 75, 37(5) 45
そ		文献レビュー	37(2) 91
早期離床	37(4) 11		
		Æ	
た		包括型地域生活支援プログラム	37(2) 39
退院支援	37(5) 55	訪問看護師	37(1) 49
体験	37(5) 23	暴力	37(5) 45
		保健活動	37(4) 55
ち		保健師	37(4) 55
地域	37(1) 115	ボディイメージ	37(2) 91
ζ		ま	
手指衛生	37(1) 95	マッサージ	37(4) 83
		慢性閉塞性肺疾患	37(2) 13
ک			
動機づけ	37(1) 95	よ	
		腰椎麻酔	37(4) 73

り れ

レビー小体型認知症 37(5) 23

リアリティ・ショック 37(2) 71 37(4) 83. 37(5) 65 リラクセーション 37(4) 83, 37(5) 65

欧文					end-of-life care	37(1)	49,	37(4)	31
A					evaluation	37(4)	55		
acute exacerbation	37(2)	13			evaluation test	37(1)	61		
aromatherapy	37(4)	83			experience of receiving care	37(1)	83		
assertive community treatment	37(2)	39			experiences	37(5)	23		
assessment scale	37(5)	1							
autism spectrum disorder	37(1)	105			F				
autonoy	37(4)	23			family member	37(2)	39		
					family values	37(1)	105		
В					fatigue	37(2)	63		
basic knowledge	37(1)	61			frail elderly	37(1)	115		
behavior	37(2)	13			friendship	37(5)	35		
body image	37(2)	91							
burnout	37(1)	123			G				
					general hospital	37(4)	63		
С					geriatric health care facilities	37(4)	31		
cancer nursing	37(5)	11							
care at home	37(4)	45			Н				
child abuse	37(2)	25			hand hygiene	37(1)	95		
child support	37(5)	73			healthcare activities	37(4)	55		
child-rearing support	37(1)				hemiplegic	37(4)	23		
chronic hepatitis C	37(2)	63			history of nursing	37(1)	75		
chronic kidney disease	37(5)	1			home health care	37(5)	55		
circadian rhythms	37(4)	73			hope of live	37(4)	45		
clinical judgment	37(4)	63			hospital	37(2)	81		
community	37(1)				1				
community of practice	37(2)	1				97(9)	01		
compulsiveness about sleep-onset insomnia	37(4)	1			infection control practices	37(2)	81		
COPD	37(2) 37(4)	13			infection prevention and control information	37(2) 37(1)	13 49		
covariance structure analysis	57 (4)	1				37(5)	49 55		
D					in-service training institutions	37(5)	73		
decision making	37(4)	11			intensive care unit nursing	37(1)	61		
dementia	37(4)	63,	37(5)	23	intrinsic	37(1)	95		
dementia with Lewy bodies	37(5)		(-)		munic	01(1)	00		
diet therapy	37(5)	1			J				
difficulty	37(5)				job stressors	37(1)	123		
discharge support	37(5)				J	(-)			
3 11					L				
E					laparotomy	37(4)	11		
early ambulation	37(4)	11			literature review	37(2)	91,	37(5)	45
ego identity	37(5)	35			literature study	37(1)	75		
elderly couples	37(4)				•				
emergency field	37(2)	1							

M		recent graduate	37(2) 71
massage	37(4) 83	recognition	37(2) 13
maternity hospital	37(2) 25	reinforcement	37(5) 1
mental health	37(4) 1	relaxation	37(4) 83, 37(5) 65
mind set	37(2) 39	results	37(4) 55
mother	37(1) 105		
motivation	37(1) 95	S	
myelodysplastic syndrome	37(5) 11	scale	37(4) 23
		scale development	37(4) 55
N		screening	37(2) 25
narrative	37(1) 105	self determination	37(1) 95
newly graduated nurses	37(1) 123	self-management	37(5) 1
novice nurses	37(1) 61, 37(2) 1	self-perceived hearing problems	37(1) 115
nurse	37(1) 95	senior	37(1) 49
nurse manager	37(2) 49	sense of control	37(5) 11
nurses	37(5) 55, 37(5) 73	sleep	37(4) 73
nurses' care	37(1) 83	sleep quality	37(4) 1
nursing care	37(5) 45	spinal anesthesia	37(4) 73
nursing education	37(2) 71	stress coping	37(1) 123
nursing skill acquisition	37(2) 1	stress related hormones	37(4) 73
nursing skills	37(4) 83	suicide	37(2) 49
nursing students	37(5) 35	support	37(2) 49, 37(2) 81
		support program	37(2) 81
P		systemic lupus erythematosus	37(2) 91
patient education	37(1) 75	systems	37(5) 73
perinatal period	37(2) 25		
physical activity	37(2) 63	T	
prevention	37(2) 25	thought	37(5) 23
process	37(2) 49		
progressive muscle relaxation	37(5) 65	U	
psychiatric hospital	37(2) 49	uncertain situation	37(5) 11
public health nurses	37(4) 55	urinary melatonin	37(4) 73
pure-tone thresholds	37(1) 115		
		V	
Q	(.)	very old people	37(1) 83
qualitative evaluation	37(4) 31	violence	37(5) 45
quality of life	37(2) 63	visiting nurse	37(1) 49
R		W	
rape	37(5) 45	will	37(1) 49
reality shock	37(2) 71		

便 事 穃 局 h

1. 平成27年度会費納入のお願い

平成26年12月に平成27年度会費納入のお願いをお送りしております。お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号を ご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

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

2. ご自身による登録会員情報変更のお願い

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・追加をしてください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。

3. 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ご登録くださいますようお願い申し上げます。上記2. に記載の方法にてご登録をお願いいたします。

4. 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。平成26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 東京都豊島区巣鴨 1 - 24 - 1 第 2 ユニオンビル 4 F

㈱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 5 号

会員無料配布

平成26年12月20日 印刷

平成26年12月20日 発行

編集委員

秋山

智

委 員 長

尚宏(理 事) 神戸大学大学院保健学研究科 法橋

(会 員) 広島国際大学看護学部

孝治 員) 大阪医科大学看護学部 荒木

員) 聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部 市江 和子 (会

員) 岡山大学大学院保健学研究科 (会 猪下 光

宏美(会 員) 島根大学医学部看護学科 内田

員) 京都橘大学看護学部 河原

川本利恵子 (理 事) 公益社団法人日本看護協会

員) 兵庫県立大学看護学部 小西美和子 (会

定方美恵子 員) 新潟大学大学院保健学研究科 (会

尚美(会 員)東京慈恵会医科大学医学部看護学科 高島

成子 (会 員) 石川県立看護大学 高山

純子(理 事) 愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科 中西

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 東京都豊島区巣鴨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

責任者 印刷所

黒 Ш

(株) 正 文 社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は,以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し,仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理する ことができますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

- 1. 大学,短期大学,専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
 - 2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺 印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺 印のない場合があります。ご注意下さい。
- 3. 入会申込書の送付先:〒170-0002 東京都豊島区巣鴨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
 - | ホムゴルソレオ | チェ来像 |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1,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
- 5. 専門区分の記入について:専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚,その他の場合は,())内に専門の研究分野を記入して下さい。
 - 6. 送付先について:<u>送付先住所の自宅・所属いずれかに○印</u>をご記入下さい。
- 7. 地区の指定について:勤務先と,自宅住所の地区が異なる場合,希望する地区に○ 印を付けて地区登録して下さい。尚,地区の指定がない時は,勤務先の地区への登録 とさせていただきます。
- 8. 会員番号は,会費等の納入を確認ののち,お知らせいたします。

*個人情報の管理について

一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については, 慎重に取り扱い, 本会運営の目的のみに使用しております。

一(切り取り線より切ってお出しください)

入 宗 申 込

一般社団法人日本看護研究学会理事長

Ш

皿

枡

申込年月日

必ずに記入下さい。 年度より入会を申し込みます。(入会年度は, 貴会の趣旨に賛同し会員として西暦

相用 高知 宜山, 沖縄 愛媛, 福井, 宮崎, 鹿児島, 谷 香川, 福島 和歌山, 飾鳥, 些 \|||| |11| 日叛, 新渴 H H 奈良, 長崎, 熊本, 大分, 李 愛知, 秋田, X 群馬, 長野 広島, 兵庫, 浬 神奈川, 岐阜, 静岡, 宮城, 栃木, 上業, 商上, 大阪, 里 結 品, 埼玉, 性別 茨城, 福岡, 佐賀, 京都, 鳥取, Ш 北海道 東京, 青森, 十寨, 滋賀, 島根, 九州・沖縄 꾸 魚 田 展 亭 中国・四国 浬 近畿・北陸 谷 魚 看護学・医学・その他 雪 \times \times 꾸 * 飘 黑 胀 卅 型 ∞ 型 9 0 က ₹ 2 西酥 専門区分 卅 中 年度入会会員番号 \mathbb{H} 会員番号 繖 Ш ŧ FAX FAX 送 II 理事会承認年月日 (いずれかにこ) 自宅・所属 受付番号 没存田 通知番号 TEL TEL *H*J-谷 貝名 哩 讏 属 币 属 \mathbb{H} 出 刑 æ 米 异 异 議 赘 \prec Ш = ŧ 丰 庸 出 送 幹 推 形 Ш 빠 띮 ſΞÌ

変 更 届

左

Ħ

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。

			4	刀	Ц
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 Eメール:	FAX	-	_		
勤務先の変更 所 属 名: 所属住所 〒 -					
電話及びFAX					
T E L – –	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	区名 都道府県名			都 道 府 県 名			
1	北海道	北海道	5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重			
2	東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6	近畿・北陸	滋賀,京都,大阪,兵庫,奈良, 和歌山,福井,富山,石川			
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7	中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知			
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄			

地区の指定について:勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先() 自 宅()

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合,ご自宅住所は会員データに登録しておりません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は,ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について:一般社団法人日本看護研究学会では,ご登録の個人情報を慎重に取扱, 本会の運営目的のみに使用いたしております。

MW 9

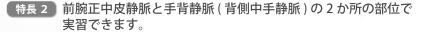
点滴静注シミュレータ "Vライン"

静脈留置針・フルトレーニングモデル

□特長 1 静脈留置針による末梢静脈路確保手技をフルトレーニング 押さえるべきポイントを網羅した実習が可能です。

- 1. 駆血帯を巻く
- 2. 刺入部位の確認
- 3. 刺入部位の消毒
- 4. 静脈留置針の刺入
- 5. 刺入時の逆血の確認
- 6. 静脈圧迫操作と内針の抜去
- 7. 輸液チューブの接続
- 8. 輸液の自然滴下確認
- 9. 静脈留置針刺入部の固定
- 10. 側注管からの薬液投与

手背静脈 (背側中手静脈) 逆血の確認



特長3 静脈留置針で行う穿刺手技に適したパッドを実現、耐久性も 向上しました。



皮膚を伸展しながらの刺入が可能 静脈の圧迫操作による内針の抜去





静脈留置針刺入部の固定



あらかじめ血管の怒張を表現



取扱いが簡単なパッド構造

MW 2 導尿・浣腸シミュレータ 男性・女性



新開発の導尿用弁で耐久性が向上、 交換も簡単に

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

US-7 胎児超音波診断ファントム "SPACEFAN-ST"



経管栄養法の手順を総合的にトレー

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)





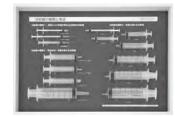
KNG-3 12023-300 実習用バイアル (注射液タイプ)

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

注射器の種類と用途 No. 2 注射針の種類と用途 輪海ラインの取り扱い 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・ダウンロードしていただけます。 ● http://www.kyotokagaku.jp



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 FAX.052-533-2986 TEL.052-533-2985

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

成人学習者とは何か

見過ごされてきた人たち

- ●A5判上製 360頁 定価3.888円(本体3.600円+税)
- ■著 者 マルカム・ノールズ
- ■監訳者 堀 薫夫 (大阪教育大学) / 三輪 建二 (お茶の水女子大学)

7版を重ねた、ノールズ最晩年の大ベストセラー。5版以降は共著のため、今回は ノールズのみ執筆の4版を翻訳。成人学習者や成人の学習の特性を明らかにし、 人的能力開発の実践を見据えつつ編まれた大著で、解説(堀薫夫)も充実している。

目

次

第1章 学習理論の世界の探求へ

第2章 学習の理論

第3章 成人学習論のひとつの理論

第4章 教授の諸理論

第5章 学習理論と教授理論の人的能力開発への適用

● 解説 堀 薫夫

~好評発売中~

●優秀な成人教育研究に贈られる Imogene Okes 賞を受賞。

おとなの学びと変容

--変容的学習とは何か

ジャック・メジロ一著 金澤 睦/三輪 建二 監訳 A5判上製 372頁 本体3,600円

ユーリア・エンゲストローム著 松下 佳代/三輪 建二 監訳

E. ヘイズ/D.D. フラネリー著

入江 直子/三輪 建二 監訳

柳沢昌一/三輪建二 監訳

A5判上製 224頁 本体2,500円

A5判上製 370頁 本体3,000円

A5判上製 454頁 本体4,000円

●企業・自治体・看護等の研修担当者に最適の書。

変革を生む研修のデザイン

―仕事を教える人への活動理論

女性問題学習・生涯学習・看護教育に携わる人の必読書。

成人女性の学習

ジェンダーの視点からの問い直し

教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

省察的実践とは何か

プロフェッショナルの行為と思考

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかす格好の書。

おとなの学びを拓く

――自己決定と意識変容をめざして

P.クラントン著

入江直子/豊田千代子/三輪建二 監訳 A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった必要性と具体例を示す。

おとなの学びを支援する

----講座の準備・実施・評価のために

K.マイセルほか著

三輪建二 訳

D.ショーン著

A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践

――ペダゴジーからアンドラゴジーへ

M. ノールズ著 堀薫夫/三輪建二 監訳 A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめ専門職の研修用に最適の書。

おとなの学びを創る

―専門職の省察的実践をめざして

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

成人期の学習 ---理論と実践

P.クラントン著 入江直子/三輪建二 監訳 A5判上製 356頁 本体3,000円

S.B. メリアム/R.S. カファレラ著 立田慶裕/三輪建二 監訳 A5判上製 592頁 本体5,000円

〒157-0071 東京都世田谷区千歳台1-30-13 TEL/FAX.03-3483-3723

