

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 39 Number 1 April 2016 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[39巻 1号]

目 次

－原 著－

特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度の開発

－信頼性および妥当性の検証－ 1

聖隷クリストファー大学看護学部 大 村 光 代

国際医療福祉大学成田看護学部 山 下 香 枝 子

がんサバイバーの心理的適応尺度の開発

－信頼性・妥当性の検討－ 9

徳島大学大学院保健科学教育部・徳島文理大学保健福祉学部看護学科 上 田 伊 佐 子

徳島大学大学院医歯薬学研究部 雄 西 智 恵 美

産褥1か月の貧血改善を妨げる影響要因 19

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 小 檜 山 敦 子

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 鈴 木 英 子

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 高 山 裕 子

急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因 33

元・埼玉医科大学保健医療学部看護学科 小 田 沙 矢 香

石川県立看護大学 川 島 和 代

－研究報告－

地域在住高齢者における聞こえの自己評価と

純音聴力閾値の左右差および語音理解閾値との関係 43

名古屋市立大学看護学部 山 田 紀 代 美

立正大学心理学部対人・社会心理学科 西 田 公 昭

成人女性における便秘薬内服の有無による便秘症状とQOLの比較 53

大分大学医学部看護学科基盤看護学講座基礎看護学 吉 良 い ず み

学士課程における血圧測定に関する

教育プログラム開発に向けた看護基礎教育上の課題 61

福岡大学医学部看護学科 坂 梨 左 織

福岡大学医学部看護学科 田 島 康 子

福岡大学医学部看護学科 青 木 芳 恵

福岡大学医学部看護学科 宗 正 み ゆ き

福岡大学医学部看護学科 吉 川 千 鶴 子

国際医療福祉大学福岡看護学部 原 田 広 枝

CONTENTS

Original Papers

Development of a Nursing Competence for End-of-life Care Scale in Nursing Homes	1
School of Nursing, Seirei Christopher University : Mitsuyo Ohmura	
School of Nursing at Narita, International University of Health and Welfare : Kaeko Yamashita	
Development of the Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors:	
Study of its Reliability and Validity	9
Graduate School of Health Sciences, Tokushima University, Tokushima, Japan	
Faculty of Health and Welfare, Tokushima Bunri University, Tokushima, Japan : Isako Ueta	
Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School, Tokushima, Japan : Chiemi Onishi	
Factors Working against Alleviation by the 30th Day Postpartum	19
Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of	
Health and Welfare Graduate School : Atsuko Kobiyama	
Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of	
Health and Welfare Graduate School : Eiko Suzuki	
Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of	
Health and Welfare Graduate School : Yuko Takayama	
Factors Associated with Empathy toward Elderly Adults with Dementia	
in Nurses Working on Acute General Wards	33
Formerly at School of Nursing, Faculty of Health & Medical Care, Saitama Medical University : Sayaka Oda	
Ishikawa Prefectural Nursing University : Kazuyo Kawashima	

Research Reports

Self-perceived Hearing Problems of Frail Elderly People and	
their Relation to Hearing Threshold Level and Speech Recognition Threshold	43
School of Nursing, Nagoya City University : Kiyomi Yamada	
Department of Interpersonal and Social Psychology, Faculty of Psychology, Rissho University : Kimiaki Nishida	
Comparison of Women's Constipation Severity and Quality of Life by Laxative Use	53
Fundamental Nursing, School of Nursing, Faculty of Medicine, Oita University : Izumi Kira	

The Themes of Basic Nursing Education Aiming for the Development of Educational Programs on Blood Pressure Measurement in Undergraduate Education	61
School of Nursing, Faculty of Medicine Fukuoka University : Sayori Sakanashi	
School of Nursing, Faculty of Medicine Fukuoka University : Yasuko Tashima	
School of Nursing, Faculty of Medicine Fukuoka University : Yoshie Aoki	
School of Nursing, Faculty of Medicine Fukuoka University : Miyuki Munemasa	
School of Nursing, Faculty of Medicine Fukuoka University : Chizuko Yoshikawa	
Fukuoka School of Nursing, International University of Health and Welfare : Hiroe Harada	

特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度の開発

— 信頼性および妥当性の検証 —

Development of a Nursing Competence for End-of-life Care Scale in Nursing Homes

大 村 光 代¹⁾ 山 下 香 枝 子²⁾
Mitsuyo Ohmura Kaeko Yamashita

キーワード：特別養護老人ホーム，看取り，看護実践能力，尺度
Key Words：nursing home, end-of-life care, nursing competence, scale

はじめに

女性の社会進出ならびに核家族化による独居老人や老老介護の増加等の社会背景から，家族介護が期待できない要介護度の高い高齢者が，医療や福祉の専門職による生活支援を受けながら安心して暮らす終の棲家として，特別養護老人ホーム（以下，特養）に期待が高まっている。国も，特養での看取りの質確保を目的に，2006年に「看取り介護加算」を創設し，その算定要件として常勤の看護師配置を義務づけた。つまり，生活の場である特養での看取りの質確保への取り組みが，看護師に委ねられている。

先行研究によれば，特養の看護職は，入居者の生命力の減退に伴う状態変化と本人が発する死を予見する言葉から看取りの始まりを予測し，入居者の生命を脅かす身体的苦痛の出現や死に向かう身体的徴候の観察をもって死期を予測するなどのアセスメント能力を発揮し（高山・三重野，2005），看取りにおいても今までの入居者の生活を維持し，臨終の場を整え，残された時間を充実させるために各専門職をまとめるといふ役割を担っていると報告されている（井澤・水野，2009）。長畑・松田・山内・江口・山地（2012）の質的分析からは，看取りを実践する際の他の入居者へのフォローや看取りのケアを振り返ることの重要性も示されていた。以上のように，特養の看取りの看護実践には，入居者が生活の場で安寧な死を迎えるためのあらゆる工夫や配慮が潜在しているが，これらを看護実践能力としてとらえた研究はいまだ散見できない。特養での看取りの質を保証する看護チーム全体の成長をはかるためには，特養の社会的意義や終末期高齢者の尊厳を重視した看取りを実践する看護職の看護実践能力を可視化し，正確に評価できる尺度の開発が望まれる。

そこで筆者の先行研究では，まず特養での看取りの看護

実践能力の因子構造を探索し，抽出された看取りの看護実践能力の尺度項目について，必要度（そのケアが看取りにどの程度必要か）と実践頻度（そのケアが看取りでどの程度実践されているか）の両面から構成概念妥当性を検証し，信頼性を備えた尺度化への可能性に示唆を得た（大村・山下・西川，2015）。この尺度の実用化には，さらに多くの母集団を対象とした評価指標としての信頼性および妥当性検証が課題であった。そのため本研究では，開発した尺度を用いて，実際に特養での看取りの看護実践能力を評価し，尺度としての信頼性および妥当性の検証を試み，尺度の実用性を検討した。

施設の看取り方針がいまだ画一化していない特養において，看取りを実践している看護職の教育背景や資格等も多様である背景を踏まえ，開発した尺度の実用化によって看護職個々の看取りの看護実践能力を均一化し，それぞれの高齢者施設での看護チーム全体の成長に寄与することを，本研究の成果として期待する。

1. 研究目的

本研究の目的は，開発した特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性および妥当性を統計学的に検証し，実用性を検討することである。

2. 用語の操作的定義

- ①看取り：本研究では，看取りを「医師によって“回復の見込みがなく死期が近い”と判断された特養入居者およびその家族に対する全人的なケア」と定義する。
- ②特養での看取りの看護実践能力：本研究における看取りの定義をふまえて，特養での看取りの看護実践能力という構成概念を次のように操作的に定義する。本研究では，特養での看取りの看護実践能力を「生活の場である

1) 聖隷クリストファー大学看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

2) 国際医療福祉大学成田看護学部 School of Nursing at Narita, International University of Health and Welfare

特養での看取りを希望した入居者が、全人的苦痛のない穏やかな最期を迎えられるという家族支援も含めた看護目標を達成するための看護職の能力」と定義する。

I. 研究方法

1. 対象者の概要

全国の特別養護老人ホーム7,552件のうちの約7割が、入居者や家族の求めに応じて看取りを行っている（厚生労働省, 2013）。そのうち、WAMNETに掲載されている特養の住所を参考に、各都道府県（東日本大震災の被災地を除く）より10～20件ずつサンプリングしながら500施設を対象施設として選出し、そこに勤務する看取り経験のある看護職（准看護師含む）1,000人（1施設2名：看護責任者と看護スタッフ）を調査対象とした。看護職が少人数の特養では、その多くが看護責任者も他の看護スタッフとは同様の業務内容を担っているため、看護責任者も看取りの実践者として本研究の対象者とした。

2. 質問紙の構成

a. 対象者の属性

対象者の属性は、年齢、資格、学歴、病院での臨床経験年数、高齢者施設でのケア経験年数の5項目である。

b. 特養での看取りの看護実践能力尺度

本尺度の開発にあたり、特養の看取りに関する先行研究をもとに看取りにおける看護実践能力のアイテムプールを60項目作成し、実際に入居者の希望を尊重した看取りを実践する特養の看取りに関する看護業務の参加観察や記録の閲覧等を行い、内容妥当性を確認した。次に、その60項目を質問項目として特養での看取りの看護実践能力の構造を統計学的に探索し、抽出された5因子21項目を尺度項目として特養での看取りの看護実践能力尺度を作成した（大村ら, 2015）。本尺度は、【入居者本意に沿った医療管理】5項目、【安寧な臨終に向かう協働】4項目、【予測準備的マネジメント】5項目、【その人らしい最期へのケア】3項目、【看取り後の振り返り】4項目の5因子21項目で構成され、初回の統計学的分析では信頼性と構成概念妥当性が検証されている。回答欄は、「できていない：1」～「十分できている：4」までの4段階リッカート方式である。

c. 看護実践能力自己評価尺度CNCSS

特養での看取りの看護実践能力尺度の基準関連妥当性を検討するために、中山ら（2010）の開発した看護実践能力自己評価尺度（clinical nursing competence self-assessment scale：CNCSS）64項目を用いる。回答欄は、「自信がない：1」～「自信をもってできる：4」までの4段階リッカート方式である。CNCSSは、看護系大学卒業の看護師

の看護実践能力を測定するツールとして開発された。尺度開発の取り組みから5年間かけて継続的に信頼性および妥当性が確認されており、安定性の高い尺度であるため選択した。

d. 一般病棟の看取りケア尺度

特養での看取りの看護実践能力尺度の収束的妥当性を検証するために、吉岡ら（2009）の開発した一般病棟の看取りケア尺度22項目を用いる。回答欄は、「全く実施できていない：1」～「よく実施できている：5」までの5段階リッカート方式である。一般病棟の看取りケア尺度は、一般病棟の看護師の看取りケアの実践力を測定する。この尺度の看取りケアの定義は、「患者を含む家族を1つのケアユニットととらえ、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」としている。状況は異なるが、家族も含めた終末期ケアの実践能力という視点は、理論的にも特養での看取りの看護実践能力に相応の関連性を確認できると考え選択した。

3. データ収集方法

自作の調査用紙による無記名の自記式質問紙郵送法を実施した。対象者用の研究協力依頼文書と調査用紙および返送用封筒を同封した封書を2通まとめて、特養の看護責任者宛に郵送した。各施設の看護責任者には、研究の目的と方法を説明した文書で研究協力への同意を求めた。また、看護責任者以外に看取り経験の豊富な看護スタッフ1人を選出し、同封の封書を配布してもらうよう依頼した。研究に同意の得られる対象者には、回答した無記名の調査用紙を返送用封筒に入れ、差出人は明記せず各自で郵送してもらった。調査期間は平成25年2月～4月である。

4. 分析方法

統計解析ソフト『SPSS ver. 19.0 for Windows』と『Amos ver. 20』を使用し、分析した。

a. 信頼性の検討

特養での看取りの看護実践能力尺度の内的整合性を確認するために、各尺度の下位項目の平均値を因子得点として各因子ごとにCronbach's α 係数を算出した。また、本研究における既存尺度の信頼性を確認するために、CNCSS（中山ら, 2010）、一般病棟の看取りケア尺度（吉岡ら, 2009）の各因子についてもCronbach's α 係数を算出した。

b. 構成概念妥当性の検討

本研究で得られた回答データを特養での看取りの看護実践能力5因子モデルにあてはめ、共分散構造分析による検証的因子分析を行い、適合度を確認した。適合度指標は、 χ^2/df 値、GFI、AGFI、IFI、CFI、RMSEAを用いた。

c. 基準関連妥当性・収束的妥当性の検討

CNCSS（中山ら，2010），一般病棟の看取りケア尺度（吉岡ら，2009）との相関分析を行い，スピアマンの順位相関係数を算出した。

5. 倫理的配慮

本研究は，聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認を得た（承認番号：12041）。特養の看護責任者に，研究協力と看取り経験の豊富な看護スタッフ1名の選定を文書で依頼した。その際，対象者には看護責任者も含むこと，上司からの圧力がかからない看護スタッフの選定について文書で協力を求めた。また，調査用紙は無記名であること，研究参加への自由意思，匿名性の遵守，データの厳重な保管と破棄に関する内容を文書に明記し，調査用紙の返送をもって同意とみなした。

II. 結 果

対象者の総回収数は336人（回収率33.6%）で，有効回答数は298人（有効回答率97.3%）であり，その内訳は看護責任者が156人，看護スタッフが142人であった。

1. 対象者の背景（表1）

対象者の年代は，40～50歳代が76.2%であり，次いで30

表1 対象者の基本属性

		(n = 298)			
		対象者総数 (人)	(%)	看護責任者 (人)	看護スタッフ (人)
年齢	20歳代	8	2.7	4	4
	30歳代	39	13.1	17	22
	40歳代	104	34.9	59	45
	50歳代	123	41.3	66	57
	60歳代	22	7.4	9	13
	その他	2	0.7	1	1
資格	看護師	219	73.5	117	102
	准看護師	78	26.2	39	39
	不明	1			
学歴	専門学校卒	264	88.6	139	125
	短大卒	18	6.0	10	8
	大学卒	2	0.7	1	1
	その他	14	4.7	6	8
病院での臨床経験年数	1～3年	33	11.1	18	15
	4～7年	64	21.5	31	33
	8～10年	39	13.1	18	21
	10年以上	162	54.4	89	73
高齢者施設での臨床経験年数	1～3年	42	14.1	20	22
	4～7年	94	31.5	48	46
	8～10年	53	17.8	29	24
	10年以上	109	36.6	59	50
合 計		298		156	142

歳代が13.1%であった。資格は，看護師が73.5%であったが，学歴は88.6%が専門学校卒であった。病院での臨床経験年数は，8年以上が67.5%で，4～7年が21.5%であったが，高齢者施設では，ケア経験年数8年以上は54.4%，また7年以下が45.6%で，ほぼ同等であった。それぞれの属性についての看護責任者および看護スタッフによる回答率に，大きな差はなかった。

2. 尺度の信頼性（表2）

特養での看取りの看護実践能力尺度全体のCronbach's α 係数は.848であり，各因子では $\alpha = .781 \sim .948$ を示した。また，CNCSS（中山ら，2010）の尺度全体のCronbach's α 係数は $\alpha = .787$ ，各因子では $\alpha = .628 \sim .879$ であり，一般病棟の看取りケア尺度（吉岡ら，2009）全体のCronbach's α 係数は.798，各因子では $\alpha = .692 \sim .857$ であった。

3. 尺度の妥当性

a. 構成概念妥当性（図1）

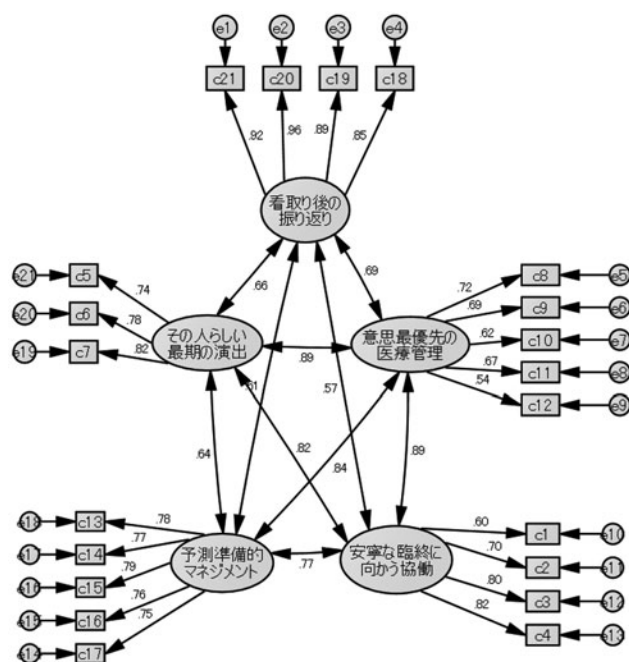
特養での看取りの看護実践能力の5因子構造に本研究のデータを投入し，適合度を確認した。5因子モデルの共分散構造分析では， χ^2/df 値 = 3.012，GFI = .848，AGFI = .803，IFI = .917，CFI = .917，RMSEA = .081 ($p = .000$) という適合度で収束した。各因子間のパス係数は.57～.89の範囲を示し，下位項目へのパス係数は.54～.96の範囲であった。

b. 基準関連妥当性（表3）

特養での看取りの看護実践能力尺度とCNCSS（中山ら，

表2 CNCSSによるコンピテンスの記述統計と信頼係数

		(n = 298)
		α 係数
CNCSS	基本的責務	.788
	倫理実践	.754
	援助的人間関係	.820
	クリニカルジャジメント	.858
	看護の計画的な展開	.879
	ケアの評価	.831
	ヘルスプロモーション	.852
	リスクマネジメント	.708
	ケアコーディネーション	.628
	看護管理	.811
	専門性の向上	.777
	質の改善	.725
	継続学習	.804
一般病棟の看取り ケア尺度	悔いのない死へのケア	.810
	癒しと魂のケア	.828
	苦痛緩和ケアの保証	.857
	情報提供と意思決定のケア	.802
	有効なケアの調整	.692



CM IN/DF	GFI	AGFI	CFI	IFI	RMSEA
3.012	.848	.803	.917	.917	.081

図1 特養での看取りの看護実践能力5因子の共分散構造分析の結果

2010)との相関分析の結果、すべての因子間で中程度 ($0.40 < r < .65$) の相関が認められた ($p < .001$)。なかでも、.60以上の比較的高い相関係数を示した因子は、【入居者本意に沿った医療管理】に対して【援助的人間関係】【看護の

計画的な展開】【ヘルスプロモーション】【質の改善】であった。また、【予測準備的マネジメント】に対しては【クリニカルジャジメント】の相関が認められた。

c. 収束的妥当性 (表4)

特養での看取りの看護実践能力尺度と一般病棟の看取りケア尺度との相関分析の結果、すべての因子間で中程度 ($.47 < r < .65$) の相関が認められた ($p < .001$)。なかでも、.60以上の比較的高い相関係数を示した因子は、【入居者本意に沿った医療管理】に対して【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【情報提供と意思決定のケア】であった。同様に、【予測準備的マネジメント】に対して【苦痛緩和ケアの保証】、さらに【その人らしい最期へのケア】に対して【癒しと魂のケア】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】であった ($p < .001$)。

Ⅲ. 考 察

1. 特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性と妥当性

特養での看取りの看護実践能力尺度全体のCronbach's α 係数は.848を示し、一般にCronbach's α 係数が.7以上であれば信頼性の高い尺度であるとみなされることから (小田, 2010, pp.210-212), 開発した尺度の内的整合性が確認できた。また、本研究におけるCronbach's α 係数は、先行研究 (大村ら, 2015) で算出した必要度と実践頻度の α 係数よりもすべての因子において高値を示し、本尺度が看取りの看護実践能力の評価尺度として信頼性を確保し

表3 特養での看取りの看護実践能力の記述統計

($n = 298$)

		平均値	標準偏差	α 係数
【看取り後の振り返り】	1 利用者の臨終が苦痛のない自然な死であったかを思い返し評価する	3.11	0.66	.948
	2 実践したケアの効果や利用者のご遺体の状況を思い返し評価する	3.01	0.71	
	3 家族との交流場面や家族の反応を思い返し、支援が適切だったかを評価する	2.98	0.69	
	4 利用者の意思を尊重した看取りが実現できたかを思い返し評価する	2.97	0.68	
【入居者本意に沿った医療管理】	5 できる限り利用者の意思を最優先したケアを提供する	3.14	0.59	.781
	6 看取り以前から、利用者が気兼ねなく意思を表出しやすい関係を築いておく	2.96	0.66	
	7 看取り以前から、看取りに対する利用者や家族の意思確認の機会を持つ	2.94	0.63	
	8 医師と連携し、適切な疼痛コントロールを行う	3.03	0.68	
	9 看取りと判断されたら、改めて unnecessary 治療・検査を見直す	3.05	0.68	
【安寧な臨終に向かう協働】	10 看取り特有の症状や苦痛の有無を観察しアセスメントする	2.97	0.51	.810
	11 利用者が看取りと判断される状態が続いていることを予測する	3.16	0.47	
	12 生活支援の専門職である介護職と両輪となって協働する	3.15	0.55	
	13 他職種の意見も尊重しながら、看取りのケア方針を統一する	3.20	0.56	
【予測準備的マネジメント】	14 日勤帯での利用者の状態から、夜間の急変を予測する	3.21	0.56	.878
	15 起こりうる症状を推察し、前もって医師に指示を仰ぐ	3.14	0.63	
	16 夜勤介護職に、利用者の急変の可能性を引き継いでおく	3.36	0.54	
	17 施設で行える医療行為について利用者と家族に説明する	3.39	0.61	
	18 延命処置に関する利用者と家族の希望を確認する	3.36	0.62	
【その人らしい最期へのケア】	19 利用者の宗教的慣習や個人の信条の要望を取り入れる	2.91	0.72	.823
	20 利用者の趣味、嗜好、生活歴などを看取りのケアプランに反映する	2.97	0.69	
	21 意思確認が困難であっても、利用者の人柄から思いを推測しケアを模索する	3.00	0.64	

表4 特養での看取りの看護実践能力因子と既存尺度との相関関係

(n = 298)

		看取り後の振り返り	入居者本意に沿った医療管理	安寧な臨終に向かう協働	予測準備的マネジメント	その人らしい最期へのケア
CNCSS	基本的責務	.416 ***	.454 ***	.454 ***	.513 ***	.424 ***
	倫理実践	.493 ***	.588 ***	.536 ***	.571 ***	.513 ***
	援助的人間関係	.503 ***	.628 ***	.508 ***	.450 ***	.542 ***
	クリニカルジャジメント	.515 ***	.587 ***	.579 ***	.616 ***	.494 ***
	看護の計画的な展開	.520 ***	.642 ***	.580 ***	.575 ***	.594 ***
	ケアの評価	.494 ***	.595 ***	.471 ***	.467 ***	.505 ***
	ヘルスプロモーション	.427 ***	.613 ***	.457 ***	.400 ***	.474 ***
	リスクマネジメント	.491 ***	.544 ***	.541 ***	.518 ***	.531 ***
	ケアコーディネーション	.435 ***	.569 ***	.480 ***	.435 ***	.515 ***
	看護管理	.476 ***	.546 ***	.589 ***	.553 ***	.491 ***
	専門性の向上	.494 ***	.575 ***	.504 ***	.429 ***	.534 ***
	質の改善	.480 ***	.605 ***	.539 ***	.517 ***	.519 ***
	継続学習	.404 ***	.517 ***	.442 ***	.406 ***	.466 ***
一般病棟の 看取りケア 尺度	悔いのない死へのケア	.487 ***	.631 ***	.542 ***	.524 ***	.565 ***
	癒しと魂のケア	.532 ***	.603 ***	.539 ***	.470 ***	.622 ***
	苦痛緩和ケアの保証	.519 ***	.596 ***	.579 ***	.606 ***	.516 ***
	情報提供と意思決定のケア	.540 ***	.629 ***	.533 ***	.576 ***	.603 ***
	有効なケアの調整	.472 ***	.548 ***	.523 ***	.525 ***	.612 ***

[注] ***: $p < .001$

ていることが確認された。一方、CNCSS（中山ら，2010）全体のCronbach's α 係数は .787，一般病棟の看取りケア尺度（吉岡ら，2009）全体のCronbach's α 係数は .798を示しており，尺度の妥当性検証のために選択した2つの既存尺度についても，本研究における信頼性が保障されたと考えられる。

開発した特養での看取りの看護実践能力尺度の検証的因子分析では，ほぼ許容範囲を示す適合度で収束し，5因子モデルの各因子間の相関関係も示され，本研究における構成概念妥当性が検証された。また，適合度の数値および変数間のパス係数は，先行研究（大村ら，2015）で検証された必要度モデルと実践頻度モデルの数値とほぼ同等であった。このことから，開発した尺度は，特養で暮らす高齢者が苦痛なく安寧に最期を迎えるための看護実践能力の評価尺度としての意味が裏づけられたと考えられる。

開発した尺度とCNCSSとの相関分析においては，0.1%水準で有意な正の相関が認められ，開発した尺度の基準関連妥当性を確認できた。つまり，特養での看取りの看護実践能力尺度は，基本的な看護実践能力を自己評価する尺度としての外的基準に即した測定用具であることが裏付けられたといえる。さらに，一般病棟の看取りケア尺度（吉岡ら，2009）との相関分析においても，0.1%水準で有意な正の相関が認められ，本尺度の収束的妥当性を確認できた。理論的に相関の高い概念として選出した一般病棟の看取りケア尺度との関連は，本尺度が用いる看取りの概念定

義を裏づけたことを意味しており，回復の見込みがなく死期が近い人に対する家族も含めた全人的ケアの評価尺度として支持されたことを示唆している。

2. 特養での看取りの看護実践能力の特性

CNCSS（中山ら，2010）と開発した尺度との関連性から，特養での看取りの看護実践能力は，入居者との援助的人間関係の構築や看護の計画性，入居者本人の自律や意思を重要視すること，そして質の改善に向けた意識をもつことに努めることによって，より高められていくことが示唆された。なかでも，特養での看取りの看護実践能力尺度の【入居者本意に沿った医療管理】と，CNCSS（中山ら，2010）の【ヘルスプロモーション】との比較的強い関連性は，看護におけるヘルスプロモーションの考え方が特養での看取りの看護実践能力に潜在すると解釈できる。つまり，看取りの看護実践能力には，死の看取りといえども入居者はわずかでも残された人生を最期まで自律的に生きるべきという，入居者の意思の尊重を重視する看護職の認識が潜在していると考えられる。この結果は，特養入居者の意思確認や意思決定の支援に努力することが重要として，特養での終末期の看護アドボカシーの推進を訴える岩本・南家・有松・森田（2007）の先行研究を支持している。

一方，既存尺度との関連性が認められるなかでも，【安寧な臨終に向かう協働】と【看取り後の振り返り】の関連は比較的弱かった。【安寧な臨終に向かう協働】には，一

般病棟にはほとんど配置されていない介護職との連携能力も含まれている。生活支援の専門職である介護職は、死に対する不安や恐怖心が強く、看護職がそのような介護職に対する心理的サポートに努めることによって、看取りでの円滑な協働が可能となっている（大村，2013）。このような看護職の連携能力は、高齢者施設特有の人員態勢から生じる能力であり、特養での看取りの看護実践能力の特性の一つであるといえる。

また、【看取り後の振り返り】は入居者の死後に行うケアの振り返りであり、これも特性の一つといえる。この【看取り後の振り返り】は、先行研究での探索的因子分析において抽出された他の因子よりも因子負荷量が最も高い第1因子であり、Cronbach's α 係数が.9以上を示した因子も、先行研究における必要度と実践頻度の測定から本研究における能力評価を通して【看取り後の振り返り】のみであった。この結果は、看取りを数多く実践してきた研究対象者の認識において、非常に重要な能力であると位置づけていることを示唆している。対象とした特養の看護職が、病院ほど医療整備が整っていない生活の場である特養において、ガイドラインに沿わない個別性の高い看取りのケアを積み重ねてきた背景には、苦痛のない自然な臨終であったか、本人の意思が尊重され家族への援助は適切だったか、ご遺体は清潔でケアの効果は十分だったかなど、特養における医療者として本当にこのケアでよかったのかという真摯な振り返りを一つひとつの看取りに対して行い、自らの死生観や看護観に反映させながらまた次の看取りに役立てるという自己評価プロセスとしての看護実践能力を備えていたと解釈できる。島田（2012）は、高齢者の終末期ケア終了後の振り返りの必要性について、死に至った原因が何かということではなく、入居者にとってふさわしい生き方であったかという視点が大切であると述べている。そのため、【看取り後の振り返り】は、特養で最期を迎えた高齢者のQOLを生活の視点で評価する能力であるともいえる。つまり、【看取り後の振り返り】は看取りの看護実践能力の核であるとともに、介護職をはじめ看取りにかかわるすべての援助者がもつべき倫理的指針であると考ええる。

3. 尺度の実用性の検討

特養での看取りの看護実践能力尺度は、生活の場である施設において、高齢者が苦痛のない穏やかな臨終を迎えるための全人的な看護実践能力の獲得度が測定できることが確認された。本研究の対象者は、40歳代～50歳代で8年以上の病院および高齢者施設での臨床経験を有する看護師が半数以上を占めており、ベナーのいう中級または上級看護師であるといえる。このことから、特養での看取りの看護実践

能力は、それまでに培ってきた看護実践能力を駆使して、入居者の安寧な看取りのために試行錯誤しながら積み上げてきた独自性をもった能力であると考えられる。そのため、本尺度の測定対象者の条件としては、基本属性にかかわらず看取りを実践するすべての看護職であるといえる。本尺度は5因子構造であるため、因子ごとの得点の算出も可能であり、看護実践の改善点や補足すべき能力が具体的に明確化され、効率的な能力向上に役立てることが期待できると考える。

千葉・楠本・奥野・渡辺（2009）は、グループホームでの終末期ケアにおける看護師の役割として、安楽を支えるのみならず、医療態勢を整え、スタッフの質を支える役割が期待されていると述べており、本研究で明らかにした特養での看取りの看護実践能力の構成要素と類似する内容である。つまり、高齢者の人生の最期を支えること、いろいろな専門職と連携すること、看護師が医療面でリーダーシップを発揮すべき環境にあること等の条件が同等であれば、特養だけでなくグループホームなど的高齢者施設での看取りへの汎用性もあると示唆されている。

IV. 結 論

1. 特養での看取りの看護実践能力尺度は、高齢者が生活の場で施設において苦痛のない穏やかな臨終を迎えるための看護職の全人的な看護実践能力の獲得度を測定する尺度である。
2. 特養での看取りの看護実践能力尺度は、【入居者本意に沿った医療管理】5項目、【安寧な臨終に向かう協働】4項目、【予測準備的なマネジメント】5項目、【その人らしい最期へのケア】3項目、【看取り後の振り返り】4項目の5因子21項目で構成されている。
3. 特養での看取りの看護実践能力尺度は、信頼性および構成概念妥当性、基準関連妥当性、収束的妥当性を備えている。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究にあたり、対象者の条件を看取りの実践経験の豊富な看護職としており、臨床経験年数や資格に関する回答傾向の差を比較していない点が研究の限界である。現在、特養の看取りの実践に関する施設側の方針は多様であり、看取りの看護実践能力は、施設の理念や規模、看取り実施期間、協力病院の有無などの医療態勢の状況からさまざまな影響を受けていると考えられる。そのため、影響要因の探究や看護職の経験年数や能力の差などについても比較検討が必要だと考える。しかし今回、母集団を増やして行った調査においても、開発した尺度は一定の信頼性および妥当性が確認されている。今後は、特養に限定せず、グルー

プホームや有料老人ホームなど、日本の高齢者の生活の場である施設における本尺度の汎用性を確認し、活用の幅を広げていきたいと考える。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました特養の看護職の

皆さまと、ていねいなご指導をいただきました聖隷クリストファー大学の諸先生方に深く感謝申し上げます。

本研究は、聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程看護学研究科に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。

要 旨

目的：特養での看取りの看護実践能力尺度の信頼性および妥当性を統計学的に検証し、実用性を検討した。

方法：特養の看取り経験のある看護職298人を分析対象とし、開発した尺度の検証的因子分析と、既存尺度との相関分析を行った。

結果：開発した尺度のCronbach's α 係数の平均値は.848であり、内的一貫性が確認された。検証的因子分析では、許容範囲を示す適合度が確認された。開発した尺度と2つの既存尺度とは、高い水準で有意な相関が認められた。

結論：特養での看取りの看護実践能力尺度は5因子21項目で構成されており、信頼性および構成概念妥当性、基準関連妥当性、収束的妥当性を備えていた。また、多様な高齢者施設への汎用性が示唆された。

Abstract

Purpose: The aim of this study was to examine the reliability and validity of a scale developed to evaluate the degree of nursing competence for end-of-life care in nursing homes, and to determine the practicality of its application.

Method: A total of 298 nurses working in nursing homes were evaluated in terms of their degree of nursing competence for end-of-life care in nursing homes. The data collected were subjected to confirmatory factor analysis and correlation analysis.

Results: The average value of Cronbach's alpha coefficient for the reliability of the scale was 0.848, which confirmed internal consistency. Goodness of fit was verified via confirmatory factor analysis, and a significant correlation between the proposed scale and an existing scale was observed.

Conclusion: Nursing competence for end-of-life service in nursing homes was evaluated in terms of 21 items relating to 5 factors identified as having reliability, construct validity, criterion-related validity and convergent validity. The results of evaluation regarding nursing competence for end-of-life service in nursing homes suggested general versatility in various facilities for the elderly.

文 献

- 千葉真弓, 楠本祐子, 奥野茂代, 渡辺みどり (2009). グループホームにおける認知症高齢者への終末期ケアに期待される看護師の役割. 日本看護福祉学会誌, 14(2), 53-67.
- 岩本テルヨ, 南家貴美代, 有松 操, 森田敏子 (2007). 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究: 看護師に対する面接調査から. 熊本大学医学部保健学科紀要, 3, 13-23.
- 井澤玲奈, 水野敏子 (2009). 特別養護老人ホームにおいて最期を迎える入居者への援助. 東京女医大看会誌, 4(1), 29-36.
- 厚生労働省 (2013). 平成23年度介護サービス施設・事業所調査. 社会保障審議会, 介護保険部会 (第45回), 資料3. 施設サービス等について. http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146267&name=2r98520000033t91_1.pdf
- 中山洋子, 工藤真由美, 丸山育子, 石井邦子, 石原 昌, 大見サキエ, 大平光子, 小松万喜子, 土居洋子, 東サトエ, 田村正枝, 永山くに子, 松成裕子, 黒田るみ (2010). 看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究—臨床1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践能力に関する横断的研究. 平成18~21年度科学研究費補助金基盤研究A研究成果報告書.
- 長畑多代, 松田千登勢, 山内加絵, 江口恭子, 山地佳代 (2012).

- 生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容. 老年看護学, 16(2), 72-79.
- 小田利勝 (2010). ウルトラビギナーのためのSPSSによる統計解析入門. 210-212, 長野: プレアデス出版.
- 大村光代 (2013). 特別養護老人ホームの看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造. 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 47-53.
- 大村光代, 山下香枝子, 西川浩昭 (2015). 特別養護老人ホームにおける看取りの看護実践能力の因子構造と関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 38(2), 1-12.
- 島田千穂 (2012). 特別養護老人ホームにおける終末期ケア実践と他職種協働の課題. 認知症ケア学会誌, 11(2), 470-476.
- 高山直子, 三重野英子 (2005). 介護老人福祉施設の看護師が行うEnd-of-Life Careの実践. 老年看護学, 10(1), 62-68.
- 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文 (2009). 終末期がん患者の家族視点に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. 日本看護科学会誌, 29(2), 11-20.

〔平成27年3月1日受 付〕
〔平成27年8月25日採用決定〕

がんサバイバーの心理的適応尺度の開発

— 信頼性・妥当性の検討 —

Development of the Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors:
Study of its Reliability and Validity

上 田 伊佐子¹⁾²⁾ 雄 西 智恵美³⁾
Isako Ueta Chiemi Onishi

キーワード：がん患者、心理的適応、評価尺度

Key Words：cancer survivors, psychological adaptation, scales

緒 言

がんは近年では医療の進歩に伴い慢性疾患として位置づけられ、がんと診断された後も長期に生きることが可能になってきた。その半面で、がん患者は治療に伴う身体的苦痛や再発・転移のおそれ、不確かさ、家庭・社会生活での役割変化、自己概念の変更などの多くの問題 (Cappiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007) を抱えており、ストレス状況にある現状 (Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi, & Uchitomi, 2005) はいまなお変わらない。がん患者は「がんサバイバー」と表現されるようになってきた。この用語は1985年のMullan (1985, pp.270-273) の使用に始まり、National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) の活動が、がん患者を単なる医療の受け手ではなく、がんを乗り越えて生きる主体者へと変換させたといわれている (近藤・嶺岸, 2006)。そして、がんサバイバーへの支援は実態調査や関係探索研究を経て、2000年以降はグループ社会心理学的介入プログラム (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis, & Harman, 2007) が開発されるなど、社会心理的な看護介入方法を構築する時代に入ってきている。

これまでのがんサバイバーの社会心理学的側面の研究の多くは、健康関連QOL (health-related quality of life: HRQL) や、不安や抑うつなどの精神医学的診断指標で測定されてきた。HRQLの向上はがん医療の究極の目標ではあるが、その概念定義はいまだ確立しておらず、身体機能、心の健康、社会生活機能、健康状態に起因する日常役割機能などの多次元的な要素が含まれている (Wilson & Cleary, 1995)。そのため、たとえば抗がん剤の有害事象である神経障害性疼痛のように、モルヒネにも抵抗性を示し治療法がいまだ確立されていない難治性の慢性疼痛に苦し

む人たちのHRQL値は、心理的適応の如何に関係なく相対的に低く評価されてしまう。しかし、たとえば前立腺がん男性の自尊心を低下させるものは、性機能障害そのものではなく、そこからくる負担感であることが明らかにされている (掛屋・掛橋, 2008)。また、Moch (1989) が“health within illness”の存在を、Fitch (2008) ががんサバイバーはがん経験を通して成長できることを述べているように、人はたとえ疾患や治療で身体的機能障害をもったり依存状態にあったとしても、認知的再評価 (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p.156) によって心理的に適応できる存在であり続ける。そして、それに至るように支援することは看護の重要な役割であるといえる。しかし、この心理的適応を評価できる尺度が現存しない。そのことは、QOL尺度と抑うつ尺度を用いた調査では高低差がみられた2集団であっても、質的に調査しなおした結果では両者のがん経験や適応促進因子には共通点があったことを明らかにしたClemmens, Knafl, Lev, & McCorkle (2008) の研究からも読み取れる。

現在、日本では「Mental Adjustment to Cancer Scale 日本語版」(MAC) が使用されているが、これはがん患者の「コーピングを測定する目的で開発された」(明智ら, 1997, p.1066) ものであり、この原版 (Watson, et al., 1988) は欧米で作成されている。Hirai, et al. (2008) は日本のがん患者を対象にして「心配」を測定する尺度を作成したが、がんサバイバーの心理的な帰結としての「適応」状態を測定できる尺度は海外文献をみてもあまり見あたらない。以上のことから、がんサバイバーの主体的な生き方を支えていく社会心理的看護介入に向けてエビデンスを蓄積することが必要とされているまきにいま、心理的適応の測定用具の開発が希求されているといえる。そこで本研究

1) 徳島大学大学院保健科学教育部 Graduate School of Health Sciences, Tokushima University, Tokushima, Japan

2) 徳島文理大学保健福祉学部看護学科 Faculty of Health and Welfare, Tokushima Bunri University, Tokushima, Japan

3) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School, Tokushima, Japan

では、がんサバイバーの心理的適応を測定する尺度を開発し、その妥当性と信頼性を検討することを目的とする。

I. 方 法

A. 用語の定義

①がんサバイバー：再発の徴候や症状がなく治療を終えた長期寛解状態にある人（Carter, 1993, p.355）という見解がある一方で、NCCSは「がんと診断された瞬間に人はがんサバイバーになり、一生サバイバーであり続ける」（Miller／勝俣, 2010, p. 2）と定義している。そこで本研究では、積極的な治療を受けている人だけではなく、症状寛解後も医療を継続し続けるなど、がんから完全に自由になれないでいる人への支援を視野に入れ「がんと診断され、何らかの医療を継続して受けている人」と定義する。

②がんサバイバーの心理的適応：「がん診断に始まり、コーピングやがんを生きる経験を通して、自己との関係の持ち方や他者との関係を強化しながら、自己のあり方や人生に対する見方に対してバランスをとったり変換したりする努力の結果であり、それはもとを取り戻すだけでなく、成長する・強くなるというポジティブな方向へと進むことができるプロセスである。そして、心理的適応の状態とは心理的安定や心理的well-beingが獲得され、がんとともに生きていくことができるようになっている状態をさす」と定義する。

B. がんサバイバーの心理的適応尺度作成の過程

1. 構成概念の抽出と質問項目の作成

がんサバイバーの心理的適応の構成概念を得るために、1989～2009年の欧米と和文献の90文献をRodgers（2000）の手法を用いて概念分析した。属性として、[取り戻す] [ポジティブな] [バランスのある] [自己関与的な] [他者とのつながりのある] [変換させる] [プロセス] の7カテゴリが抽出された（Ueta, 2012）。これらを尺度の構成概念とし、質問内容がわかりやすい表現になるように逆転項目を織り交ぜて、80の質問項目を作成した。

2. がんエキスパートによる内容的妥当性の検討

がんサバイバーの心理的適応の質問項目としての妥当性を検討するために、がん看護専門看護師とがん看護研究者計10名のエキスパートによる質問紙調査を行い、専門的立場からの助言も得た。「1：全く適切でない」～「4：とても適切である」の4件法で回答を求め、Lynn（1986）の手法を用い、エキスパートの83%以上が3点以上とした

質問項目を適切であると判断した。分析の結果、74項目が適切であると判断され、これをがんサバイバーの心理的適応尺度（The Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors：PACS）原案-74とした。

3. 予備調査による原案の修正

2012年7～8月、乳腺、前立腺、女性生殖器、肺がんの男女35名にPACS原案-74を用いて調査した。有効回答29（回収率82.9%）について表面妥当性を確認し、項目分析後、探索的因子分析による内的整合性を確認した。その結果、6因子構造46項目が選定された。これをPACS原案修正版-46とした。

C. 本調査

1. 研究協力者および調査期間

がんと診断され医療を継続して受けている人とした。がんの種類や病期、年齢、性別は問わないこととし、病名の説明がされ、精神的に異常な混乱をきたしていない人とした。危機理論から鑑みて、がん、および再発の告知から6週間を経過していない人、および終末期患者や心身の苦痛の強い人は除いた。3施設の外来において、2013年7月～12月に調査した。

2. 調査用紙および配布・回収方法

PACS原案修正版-46（回答形式は「1：全く違う」～「4：全くそのとおりだ」の4段階）と、Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS：Zigmond & Snaith, 1983/1993）を全員に調査し、それに加えてQuality of Life Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anticancer Drugs（QOL-ACD：江口ら, 1993）を化学療法中の人からランダムに選んで調査し、選ばれなかった人と化学療法を受けていない人にはMACを調査した。属性は、がんの種類、年齢、配偶者、仕事、宗教の有無、治療状況、がん告知からの期間、症状の身体状況、家族や家族以外に相談できる人がいるのかどうかについて尋ねた。

病院責任者あるいは部署責任者に研究条件をみたとす人を紹介してもらい、調査を依頼して同意の得られた人に質問紙を手交配布した。調査用紙は設置した回収箱が郵送法にて回収した。無記名自記式質問紙調査とした。

a. HADS

身体疾患を持つ患者に対して不安・抑うつをスクリーニングする14項目、4段階尺度である。信頼性と妥当性は検証され（Kugaya, Akechi, Okuyama, Okamura, & Uchitomi, 1998）、DSM-III-Rの大うつ病性障害を外的基準とした感度は82.4%、特異度は96.3%である。本尺度とHADSは精神医学的に負の相関にあると期待できることから、HADSを採用した。

b. QOL-ACD

日本で開発された薬物療法中のがん患者のQOLを測定する5段階尺度である。信頼性と妥当性は確認されている (Kurihara, et al., 1999)。活動性、身体状況、精神・心理状態、社会性21項目と1つのface尺度の計22項目、総合QOLと下位尺度ごとの評価ができる。

c. MAC

がんに対するコーピングを測定する40項目、4段階尺度である。信頼性・妥当性は検証されている。「Fighting Spirit (FS)」「Helplessness/Hopelessness (H/H)」「Anxious Preoccupation (AP)」「Fatalism (F)」「Avoidance (A)」の5下位尺度から構成される。FSは心理的に有益な、H/Hは有害なコーピングである (Akechi, Okuyama, Imoto, Yamawaki, & Uchitomi, 2001) ことから、今回の心理的適応と関連があると推測して使用した。

D. 分析方法

欠損値頻度、天井・フロア効果、修正済み項目合計相関 (I-T相関)、項目間相関分析、G-P分析による項目分析をした。探索的因子分析後に、検証的因子分析でモデルを作成し共分散構造分析による適合度を確認した。適合度は、GFI (goodness of fit index), CFI (comparative fit index), RMSEA (root mean square error of approximation) を採用した。尺度全体と各因子のCronbach's α 係数から内的整合性を確認した。安定性を確認するために再テストを2週間後に疾患進行や治療変更などの変化がない場合に実施し、級内相関係数 (ICC: intra-class correlation coefficients) で算出した。妥当性を検討するためにPACSとHADS, QOL-ACD, MACとの相関をみた。概念分析の属性と下位因子の構成から内容的妥当性を検討し、さらにHADS, QOL-ACD, MACの下位因子との (非) 類似性をグラフィカルに確認するために多次元尺度法を用いた。統計解析には『SPSS Statistics 22.0J』, 『Amos 19.0J』を使用した。

E. 倫理的配慮

本研究は、徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会 (承認番号: 1755) と徳島赤十字病院内倫理委員会医療審議部会 (承認日: 2013年7月1日) の承認を受け実施した。研究協力依頼の際には研究者が研究内容を説明し、調査を行うにあたっての問題がないかどうか研究協力者の反応を注意深く観察した。同時に、研究参加の任意性と中断 (撤回) の自由および個人情報保護・匿名性の保証、データの保管・廃棄、治療や看護との無関係性、研究成果の公表について文書を用いて説明し、署名にて研究協力の同意を得た。MACの使用にあたっては、研究者が直接に尺度作成者に使用許可を申し出て、許可を得た。

II. 結 果

301人に調査を依頼し251人から回答を得た (回収率83.4%)。有効回答は238 (有効回答率97.6%) であった。再テストで64人から有効回答が得られた。

A. 研究協力者の属性

属性を表1に示す。平均年齢は65.1 $\pm$ 11.2歳、56.3%が女性、がんの種類は乳腺28.6%、肺27.3%、消化器12.6%、19種類と多様であった。がん告知から平均48.3 $\pm$ 64.6か月が経過し、化学療法中は58.4%、倦怠感を49.2%の人が有していた。パフォーマンス・ステータス (PS) は9割の人が0か1であった。

B. 項目分析

欠損頻度が5%以上のセクシュアリティに関する内容を問う2項目を削除した。天井・フロア効果が認められた23項目のうち17項目を削除し、がんサバイバーの心理的適応の概念上重要な項目である6項目については、ヒストグラムでの偏りが許容範囲内であると判断し、この時点では残した。I-T相関が.2以下は2項目あり、うち1項目は欠損頻度で削除済みであったため、ここでは治療への納得を問う1項目を削除し、尺度の内部一貫性を確保した。尺度の総得点と各質問項目の相関係数は.28~.71であり、削除該当項目はなかった。G-P分析として、尺度の総得点平均の141.6で高・低得点群に分け、*t*検定で比較した。高得点群の平均は157.7 $\pm$ 11.3であり低得点群124.2 $\pm$ 14.0よりも有意に高く ($p < .001$)、項目と総得点が適切に対応していることを確認した。以上、重複を整理して19項目を削除し、27項目とした。

C. 探索的因子分析と因子の命名

27項目を主因子法、プロマックス回転により探索的因子分析し、表2に示した。スクリープロットで4~5の傾きが大きく、固有値が1以上となる4か5で因子数を検討した。標準偏回帰係数を.45以上とし、複数の共通因子の影響を排除した単純構造となるように、他の因子に.30以上の負荷量がある項目を削除した。 α 係数の変化も確認し項目を選定した。この過程で身体機能喪失、家族や医療者、ソーシャルサポートに関する心理状態の質問が削除された。最終的に18項目4因子構造を採用し、これを「がんサバイバーの心理的適応尺度」(PACS) とした。全体得点によるKolmogorov-Smirnov検定の結果、帰無仮説が保留されて正規分布であるとみなすことができた ($D = .70$, $KS = 1.08$, $p = .193$)。

各因子の解釈は次のとおりである。第1因子は、自分の

表1 対象者の概要

		<i>n</i> = 238	
		<i>n</i>	(%)
がんの部位			
乳腺		68	(28.6)
肺		65	(27.3)
大腸・直腸・胃・食道・膵臓		30	(12.6)
子宮・卵巣		26	(10.9)
前立腺		22	(9.2)
腎臓・膀胱・尿管		14	(5.9)
その他		13	(5.5)
属性			
性別	男性	104	(43.7)
	女性	134	(56.3)
配偶者	あり	185	(77.7)
	なし(含死別)	53	(22.3)
就労	あり	85	(35.7)
	なし(含休職)	151	(64.3)
宗教	あり	56	(23.5)
	なし	182	(76.5)
家族の相談者	あり	229	(96.2)
	なし	6	(2.5)
	無記入	3	(1.3)
家族以外の相談者	あり	181	(76.1)
	なし	52	(21.8)
	無記入	5	(2.1)
治療			
化学療法	あり	139	(58.4)
	なし	99	(41.6)
分子標的治療薬	あり	21	(8.8)
	なし	217	(91.2)
放射線治療	あり	34	(14.3)
	なし	204	(85.7)
ホルモン治療	あり	62	(26.1)
	なし	176	(73.9)
症状			
痛み	あり	46	(19.3)
	なし	192	(80.7)
倦怠感	あり	117	(49.2)
	なし	121	(50.8)
末梢神経障害	あり	100	(42.0)
	なし	138	(58.0)
吐き気	あり	27	(11.3)
	なし	211	(88.7)
その他の症状	あり	65	(27.3)
	なし	173	(72.7)
PS	0	105	(44.1)
	1	112	(47.1)
	2	11	(4.6)
	3	10	(4.2)
平均±SD			
年齢	65.1±11.2	(35～90歳)	
がん告知からの月数	48.3±64.6	(2～404か月)	

魅力の喪失や不安全感、孤独感など心理的適応がうまくいっていない状態を示す項目から構成され【うまくやれないでいる】と命名した。この因子はすべてが逆転項目で構成されたことから、以後は逆転項目としての得点の読み替えをやめて、この因子得点が高いほど心理的適応がうまくいっていないことを示すことにした。第2因子は、がんとともに生きる自分を受け入れてコントロールするなど、いまの自分をアイデンティティとして組み込んでいることから【がんとともに生きる自分を受け入れている】と命名した。第3因子は、がんになったことに意味を見出し、その経験から成長し新しい自分に気づくという、がん経験を通してより強くなった心理状態を示しており【成長した自分がいる】と命名した。第4因子は、がんの告知によって一時は途切れ、あるいは失いかけていた自己や生活・役割意識を次第に取り戻している心理状態を示していることから【自分を取り戻している】と命名した。

D. 検証的因子分析

探索的因子分析の結果に基づく仮説モデルを図1に示した。抽出された4因子からそれぞれ該当する項目が影響を受け、すべての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、GFI = .898, AGFI = .865, CFI = .935, RMSEA = .057であり、パス係数はすべて.4以上 ($p < .001$)であった。以上、仮説モデルは統計学的な許容水準を満たし、探索的因子分析を支持した。

E. 信頼性の検討

尺度全体のCronbach's α 係数は.87、各下位因子は.81～.85であり、内的整合性が確認できた。なお、逆転項目のみで構成された第1因子については、読み替えていた得点をもとの値に戻して α 係数を計算した。再テストとの級内相関係数は【がんとともに生きる自分を受け入れている】は.83 (95%信頼区間:.71～.89), 【成長した自分がいる】は.74 (.57～.84), 【自分を取り戻している】は.88 (.80～.93), 【うまくやれないでいる】は.73 (.56～.84)であり、安定性が確認できた。

F. 妥当性の検討

概念分析の属性と下位因子との構成を確認した。当初の7属性は最終的に4因子になった。[ポジティブな]に属していた質問項目は【成長した自分がある】に、[取り戻す]と[プロセス]に属していた項目は【自分を取り戻している】に、[バランスのある][自己関与的な][変換させる]に属していた項目は【がんとともに生きる自分を受け入れている】に集約された。[他者とのつながりのある]に属していた項目は分析過程で「孤独だ」のみに減じてお

表2 がんサバイバー心理的適応尺度 (PACS) の因子分析

$n = 238$

因子名・項目	標準偏回帰係数			
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子 (6項目) 【うまくやれないでいる】 $\alpha = 0.81$				
36. 病気で自分の魅力が失われてしまった	.775	-.224	.159	-.072
16. 症状に対して自分ではどうすればよいのかわからないでいる	.707	-.068	.128	-.156
46. 先が見えない現実に関心が折れている	.663	.152	-.157	.107
39. 生きる目的を取り戻せないでいる	.652	.266	-.205	-.042
22. やりたいことと、できないことのバランスがとれないでいる	.634	-.100	.045	.060
29. 孤独だ	.504	-.056	-.022	.080
第2因子 (5項目) 【がんとともに生きる自分を受け入れている】 $\alpha = 0.81$				
23. がんであることを受け入れている	.086	.777	.024	-.067
17. がんであっても自分らしくいられる	-.119	.690	-.011	.110
31. 治療も今の生活の一部として取り入れている	.117	.679	.022	-.042
26. がんとどのようにつきあっていくかは自分しだいだ	.012	.577	.198	-.155
40. 気持ちをコントロールできている	-.046	.545	.083	.161
第3因子 (4項目) 【成長した自分がある】 $\alpha = 0.83$				
34. がんになったことに意味を見いだしている	-.005	.016	.783	-.019
15. がんに向き合ってきて、人として成長した	-.022	.091	.674	.058
9. 今の方が、満たされていると感じている	-.077	-.011	.665	.165
25. 今まで気づかなかった自分の内面の強さに気づいた	.056	.165	.617	-.099
第4因子 (3項目) 【自分を取り戻している】 $\alpha = 0.85$				
6. 社会や家の中での自分の役割を取り戻している	.096	-.096	-.017	1.028
7. ふだんの生活を取り戻している	-.066	-.035	.001	.834
4. だんだんと気持ちが回復してきている	-.020	.154	.161	.516
(因子間相関)				
第2因子	.360			
第3因子	.194	.537		
第4因子	.462	.505	.498	

注1) 主因子法-プロマックス回転

注2) 標準偏回帰係数を0.45以上とした。1項目に複数の因子が0.45以上である場合は削除した。

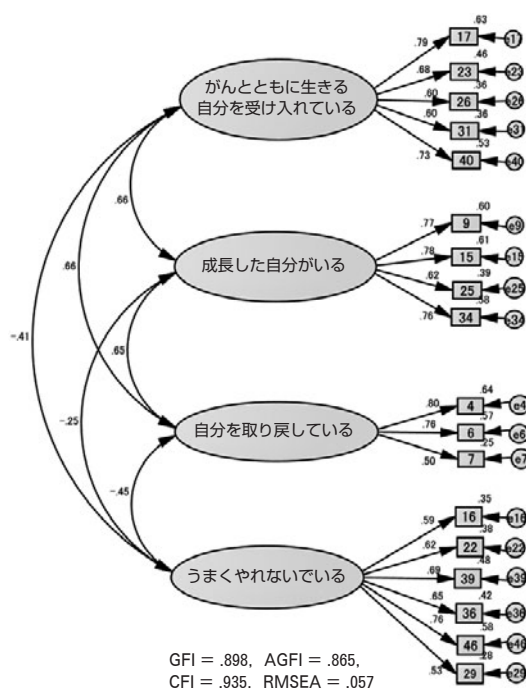


図1 PACSのモデルを仮定した共分散構造分析による標準化推定値

り、逆転項目として作成した項目とともに【うまくやれないでいる】を構成した。属性の枠組みを超えての他因子への散らばりはなかった。

尺度因子間の相関を表3に示した。PACSの【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がある】【自分を取り戻している】の3因子は、MACのFSと有意な正の相関を示した一方で、MACのH/HおよびHADSの不安および抑うつとは有意な負の相関を示した。QOL-ACDとの関連では「社会性」と【成長した自分がある】を除くすべての項目で有意な正の相関が認められた。一方で【うまくやれないでいる】は他のPACS 3因子とは負の相関を示したほか、MACのFSおよびQOL-ACDのすべてとは負の相関、MACのFSを除く4因子およびHADSの不安および抑うつとは正の相関があった。【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がある】【うまくやれないでいる】はMACのFと有意な正の相関を示した。

多次元尺度法での出力を図2に示した。これは類似したものを近く、そうでないものを遠くに配置する手法である

表3 がんサバイバーの心理的適応尺度（PACS）とHADS, QOL-ACD, MACとの相関

		PACS			
		がんとともに生きる 自分を受け入れている	成長した自分がいる	自分を取り戻している	うまくやれないでいる
PACS (<i>n</i> = 238)	成長した自分がいる	.553 ***			
	自分を取り戻している	.471 ***	.507 ***		
	うまくやれないでいる	-.276 ***	-.191 **	-.375 ***	
HADS (<i>n</i> = 238)	不安	-.403 ***	-.187 **	-.313 ***	.529 ***
	抑うつ	-.411 ***	-.315 ***	-.453 ***	.573 ***
QOL-ACD (<i>n</i> = 103)	活動性	.205 *	.196 *	.504 ***	-.288 **
	身体状況	.283 **	.221 *	.357 ***	-.206 *
	精神・心理状態	.537 ***	.368 ***	.374 ***	-.326 ***
	社会性	.431 ***	.101	.443 ***	-.449 ***
	全体的QOL	.296 **	.239 *	.470 ***	-.449 ***
	QOL-ACD 合計	.459 ***	.287 **	.574 ***	-.431 ***
MAC (<i>n</i> = 126)	Fighting Spirit (FS)	.649 ***	.707 ***	.506 ***	-.222 *
	Helpless/Hopeless (H/H)	-.315 ***	-.260 **	-.420 ***	.814 ***
	Anxious Preoccupation (AP)	.053	.086	-.111	.545 ***
	Fatalism (F)	.256 **	.301 ***	.098	.377 ***
	Avoidance (A)	-.034	.139	.001	.229 **

注) Pearsonの相関係数

****P*<0.001 ***P*<0.01 **P*<0.05

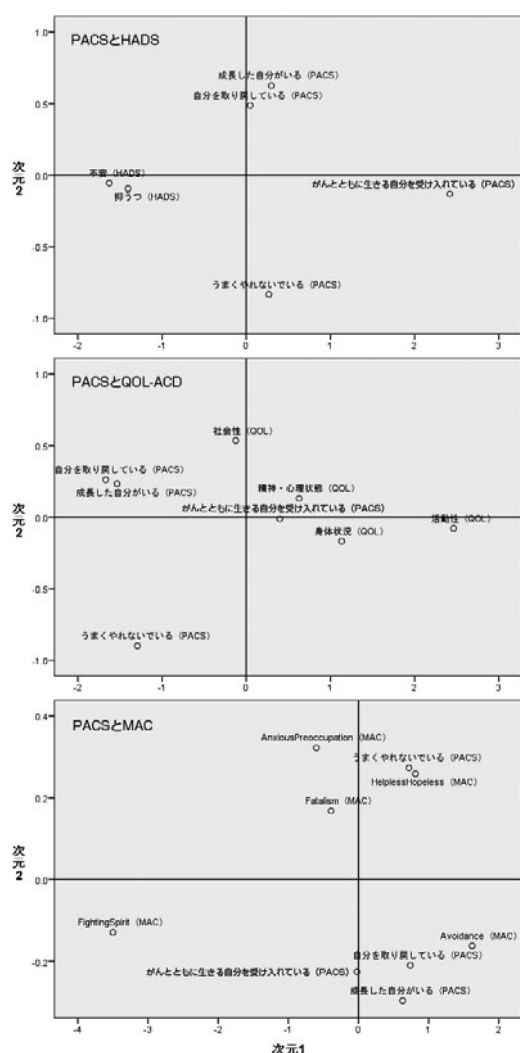


図2 多次元尺度法に基づくPACS, HADS, QOL-ACD, MAC下位因子の配置図

ことから、PACSと他尺度との（非）類似性を距離や布置から見る事ができる。PACSとHADSは横軸において正負別の領域に位置した。QOL-ACDとの関係では【成長した自分がいる】【自分を取り戻している】は「身体症状」「活動性」と横・縦軸ともに真逆に位置し、「精神・心理状態」とは横軸で別領域に位置した。MACとの関係では、FSと【成長した自分がいる】【自分を取り戻している】は横軸で別領域に位置し距離も遠いことから、これらは弁別すべきであると解釈できた。一方で【うまくやれないでいる】はQOL-ACDおよびPACSの他3因子とは異なる次元に位置し、MACのH/Hとは同じ領域、APおよびFとの距離も近かった。Kruskal's Stress値は.003～.014、分散を示すRSQはいずれも.99以上であり、この解の妥当性および99%以上の説明力を示した。

Ⅲ. 考 察

A. がんサバイバーの心理的適応尺度（PACS）の信頼性と妥当性

PACS全体および下位因子のCronbach's α 係数はいずれも.8以上を示しており、十分な内的整合性を確認することができた。再テストは64人と減じたが、2週間後、疾患進行や治療変更などの変化がないことを確認するなど時間的な安定性を確保した。それによって算出した級内相関係数からは尺度の安定性を確認できており、この点からもPACSの信頼性は確保できたと考えられる。

妥当性については、まず尺度原案の作成段階でがん看護

のエキスパートから内容的妥当性について4件法を用いた客観的な判断を得たこと、がんサバイバーの心理的適応の構成概念と尺度作成後の下位因子との間で整合性がみられたことから、内容的妥当性が確認できたと考えられる。HADS, QOL-ACD, MACとの相関からの妥当性も確認できており、特に精神医学的診断を示す不安・抑うつと負の関連が強く示されたことは、PACSが心理的適応の内容を測定するものとして説得力のある結果が得られている。多次元尺度法からも下位尺度間の（非）類似性は視覚的に解釈可能な位置関係を示しているといえる。さらに検証的因子分析でのモデルの適合度も良好であり、統計学的な説明力も有したことから、PACSは構成概念妥当性を確保していることが支持された。

B. がんサバイバーの心理的適応尺度を構成する因子の特性

今回、抽出されたPACSを構成する4因子のうち心理的適応が良好なことを示したのは3因子であり、次のような特性を有していた。その一つは【がんとともに生きる自分を受け入れている】である。がんサバイバーが治療によって喪失した身体機能（Desnoo & Faithfull, 2006）やアイデンティティの変更を受け入れ（Zebrack, 2000）、うまく折り合いながら（片山・小笠原, 2008）、バランスを見つける（Persson & Hallberg, 2004）ことで心理的安定を得ていることが明らかにされている。この様相をCarter（1993, p.358）は「がんと和解する（came to terms）」という言葉で表現しており、がんである自己との関係性に折り合いをつけて安定性を得る、このころの状態はがんサバイバーの心理的適応の重要な特徴を示しているといえる。また、がんサバイバーはがんの診断で一度は失われかけた自分を取り戻すことができるようになるといわれている。それは生活（Drake, Falzer, Xistris, Robinson, & Roberge, 2004）や仕事（Amir, Neary, & Luker, 2008）などの日常の営みのほか、生きる意志（Ferrell & Dow, 1996）や生きる目的（Dow, Ferrell, Haberman, & Eaton, 1999）をも含む。Amir, et al.（2008, p.195）は「getting back to normal（正常に戻る）」ということばでそれを表現しており、今回の抽出された【自分を取り戻している】がそれに相当すると考えられる。そして、がんサバイバーは、がん罹患や生きている意味を探ることで自己を成長させて苦しみを乗り越え（Lin, 2008）、がんを切り抜けてきた経験は人をより強く（Persson & Hallberg, 2004）、より成長させる（Peck, 2008）ことが明らかになっている。この【成長した自分がある】は、がんになる前の状態に戻るという次元を超えて、よりポジティブな方向に自分を成長させているがんサバイバーの力強さといえるだろう。以上、PACSは先行研究のがんサバイバーの心理的適応上の解釈とも合致している因子か

ら構成されていることが示された。

既存の他尺度との非類似性から特性をみると、多次元尺度法で【成長した自分がある】【自分を取り戻している】は、QOL-ACDの「精神・心理状態」およびMACのFSと違う領域に位置し距離も離れていた。つまり、これらには関連はあっても弁別されるべき特性を有していると考えることができる。なかでも【成長した自分がある】はQOL-ACDの「社会性」との間に、今回唯一、有意な相関を示さなかった。この【成長した自分がある】は、社会的機能には影響を受けず、その人らしく主体的に生き抜くというがんサバイバーの心理的適応の概念の特性を色濃く表す核心的なものであると推測できる。さらに【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がある】はMACのFS以外にFとも正の相関があった。Fは人生を統合する発達段階にある高齢患者が多用する（Lampic, Wennberg, Schill, Glimelius, Brodin, & Sjöden, 1994）という報告があるが、この2つは、FSのようながんに立ち向かう闘志だけではなく、がんと向かい合うなかでときには柔軟に受け流すこともしながら醸造してきた「しなやかさ」を含んだ心理状態であると解釈できる。以上、PACSのこれら3下位因子は既存のQOLやMACと関係はあるものの、それらとは異なるがんサバイバーとしての特性を有していることが示唆された。

一方で、【うまくやれないでいる】は当初に逆転項目として用意した質問から構成された。PACSの他の3因子およびQOL-ACDの全下位因子、MACのFSとは負の相関を、HADSの不安・抑うつおよびMACのH/H, AP, F, Aとは正の相関を示した。多次元尺度法でもH/Hと同じ領域、APおよびFとの距離も近く、無力感や絶望感、予期的な不安、あきらめなどのネガティブな感情を含有した心理的適応がうまくいかない様相を反映していると解釈できる。今回この【うまくやれないでいる】が抽出されたことにより、PACSではネガティブな状態も把握することが可能になった。

C. がんサバイバーの心理的適応尺度の意義

今回のPACSの開発過程で、セクシュアリティや身体機能喪失、周囲からの支援などで影響を受ける心理状態を示す質問は削除された。これは個人によって差が大きいことが原因ではないかと考えられる。最終的にはがんサバイバーががんとともに生きる自分とどのように向き合うかといったコーピングの結果としての心理的適応状態を示す質問に精製された。しかもそれは、QOLの精神・心理状態やMACのFSとは弁別される特性を有していた。がんである自己との関係性に折り合いをつけた【がんとともに生きる自分を受け入れている】状態や、がんになる

前と同様に【自分を取り戻している】、さらにポジティブに【成長した自分がいる】と思える状態などは、前述した文献 (Peck, 2008) の裏づけからもがんサバイバーの心理的適応を特徴的にとらえたものであるといえる。ここに、PACSが現存のHRQL尺度や不安・抑うつ尺度、コーピング尺度では測りきれなかったがんサバイバーの心理的適応に特化した尺度としてのオリジナリティがあるといえる。がんサバイバーの心理的適応の状態を測定できる尺度が開発されたことから、今後はPACS得点を従属変数とした関係探索研究を進めることにより、がんサバイバーの心理的適応への介入の視点を見出すことが可能になる。また、PACS得点を看護介入の成果評価として適用することにより、がんサバイバーの主体的な生き方への支援が促進されていくことが期待できる。PACSは日本のがんサバイバーが比較的回答しやすい文章表現になっており、また、がんの種類や年齢、性別を問わず幅広い層での使用が可能であると考えられる。

IV. 本研究の限界と今後の課題

分析段階で削除された項目のなかには、がんサバイバーの重要な心理的状态を示す内容であるにもかかわらず、弁別力が低いために削除となる項目が含まれていた。今回は比較的病状が安定した人を対象に調査をしており、この18項目でがんサバイバーの心理的適応を網羅しているとはいえない。したがって、終末期およびがんの告知直後を除く

がんサバイバーを対象にして開発された測定ツールであるということ認識したうえで活用し、その有用性を検証していく必要がある。また、がんの種類や病期、生殖や機能喪失に絡む問題なども心理的適応に影響すると考えられることから、それらを反映できる項目も必要となるであろう。18項目を核として、今後は、がんの種類や病期、男女の特徴を加味した質問をモジュールとして加えたものを追加し、がんサバイバーの心理的適応がより個別的に把握できるように検討を重ねていくことが課題である。

V. 結 論

今回、がんサバイバーの心理的適応を測定する尺度の開発を試みた。その結果、18項目、【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がいる】【自分を取り戻している】【うまくやれないでいる】の4下位因子からなるPACSが作成された。本尺度は一定の信頼性と妥当性を備えた尺度であることが確認されたことから、今後、臨床で活用されるなかで、がんサバイバーの心理的適応を測定する有用な尺度になり得ることが示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました研究協力者の皆さま、研究のための場を提供していただきました施設の関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的はがんサバイバーの心理的適応を測定する尺度 (The Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors : PACS) を開発し、信頼性、妥当性を検討することである。概念分析とがんエキスパートによる内容的妥当性の検討、予備調査により74項目の原案を作成し、がんサバイバーに調査した。有効回答238を分析した結果、18項目4因子【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がいる】【自分を取り戻している】【うまくやれないでいる】の尺度が作成できた。Cronbach's α は.87と内的整合性を示し、再テストによる安定性、基準関連妥当性、検証的因子分析による構成概念妥当性も確認できた。以上、PACSは一定の信頼性と妥当性を確保しており、今後、臨床の活用でがんサバイバーの心理的適応を測定する有用な尺度になり得ることが示唆された。

Abstract

The purpose of this paper is to develop the Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors (PACS) and analyse its reliability and validity. We prepared a temporary scale consisting of 74 items based on a concept analysis with expert examination of the content validity, as well as a pilot study. The subjects of the analysis were 238 cancer survivors. Factor analysis extracted the following four factors, comprised of 18 total items: "accepting myself as a patient living with cancer"; "feeling personal psychological growth"; "regaining myself"; and "experiencing a lack of well-being". The reliability of the scale was confirmed by a Cronbach's α internal consistency reliability coefficient of .87 for the 18 items. Test-retest reliability and criterion-related validity were almost satisfactory for all areas. Confirmatory factor analysis was conducted by analysing covariance structures, and the hypothesised statistical model was found to fit the actual data. In conclusion, the reliability and

validity of the PACS were confirmed, and this scale may be suitable for use with cancer survivors, though further refining of the scale is necessary.

文 献

- 明智龍男, 久賀谷亮, 岡村 仁, 三上一郎, 西脇 裕, 福江真由美, 山脇成人, 内富庸介 (1997). Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討. 精神科治療学, 12(9), 1065-1071.
- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S., and Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 65(3), 195-202.
- Amir, Z., Neary, D., and Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: a UK perspective. *Eur J Oncol Nurs*, 12(3), 190-197.
- Cameron, L.D., Booth, R.J., Schlatter, M., Ziginskas, D., and Harman, J.E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 16(3), 171-180.
- Cappiello, M., Cunningham, R.S., Knopf, M.T., and Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clin Nurs Res*, 16(4), 278-293.
- Carter, B.J. (1993). Long-term survivors of breast cancer. A qualitative descriptive study. *Cancer Nurs*, 16(5), 354-361.
- Clemmens, D.A., Knafl, K., Lev, E.L., and McCorkle, R. (2008). Cervical cancer: patterns of long-term survival. *Oncol Nurs Forum*, 35(6), 897-903.
- Desnoo, L. and Faithfull, S. (2006). A qualitative study of anterior resection syndrome: the experiences of cancer survivors who have undergone resection surgery. *Eur J Cancer Care*, 15(3), 244-251.
- Dow, K.H., Ferrell, B.R., Haberman, M.R., and Eaton, L. (1999). The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncol Nurs Forum*, 26(3), 519-528.
- Drake, D., Falzer, P., Xistris, D., Robinson, G., and Roberge, M. (2004). Physical fitness training: outcomes for adult oncology patients. *Clin Nurs Res*, 13(3), 245-264.
- 江口研二, 栗原 稔, 下妻晃二郎, 堀田知光, 村上 稔, 鈴木紀彰, 石川邦嗣, 小川 浩, 富永 健, 小林国彦, 清水弘之, 坪井康次 (1993). がん薬物療法におけるQOL調査票. 日本癌治療学会誌, 28(8), 1140-1144.
- Ferrell, B.R. and Dow, K.H. (1996). Portraits of cancer survivorship: a glimpse through the lens of survivors' eyes. *Cancer Pract*, 4(2), 76-80.
- Fitch, M.I. (2008). Living after cancer: challenges in being a survivor. *Can Oncol Nurs J*, 18(1), 47-50.
- Hirai, K., Shiozaki, M., Motooka, H., Arai, H., Koyama, A., Inui, H., and Uchitomi, Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a Brief Cancer-Related Worry Inventory. *Psychooncology*, 17(12), 1172-1179.
- 掛屋純子, 掛橋千賀子 (2008). 前立腺がん患者の排尿・排便・性功能, 精神的負担感が自尊感情に与える影響. 日本がん看護学会誌, 22(1), 23-29.
- 片山美子, 小笠原昭彦 (2008). がん患者の入院治療経験によるこころの苦痛と看護介入に関する仮説. 日本看護科学会誌, 28(3), 52-58.
- 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びとへの看護ケア. pp.2-12, 東京: 医歯薬出版.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okamura, H., and Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*, 28(5), 333-338.
- Kurihara, M., Shimizu, H., Tsuboi, K., Kobayashi, K., Murakami, M., Eguchi, K., and Shimoizuma, K. (1999). Development of quality of life questionnaire in Japan: quality of life assessment of cancer patients receiving chemotherapy. *Psychooncology*, 8(4), 355-363.
- Lampic, C., Wennberg, A., Schill, J.E., Glimelius, B., Brodin, O., and Sjöden, P.O. (1994). Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncol*, 33(8), 887-894.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) / 本明 寛, 織田正美, 春木豊 監訳 (1991). ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究. pp.25-51, 東京: 実務教育出版.
- Lin, H.R. (2008). Searching for meaning: narratives and analysis of US-resident Chinese immigrants with metastatic cancer. *Cancer Nurs*, 31(3), 250-258.
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*, 35(6), 382-385.
- Miller, K.D. (2010) / 勝俣範之 監訳 (2012). がんサバイバー—医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす. p.2, 東京: 医学書院.
- Moch, S.D. (1989). Health within illness: conceptual evolution and practice possibilities. *ANS Adv Nurs Sci*, 11(4), 23-31.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New Eng J Med*, 313(4), 270-273.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., and Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol*, 35(6), 302-309.
- Peck, S. (2008). Survivorship: a concept analysis. *Nurs Forum*, 43(2), 91-102.
- Persson, L. and Hallberg, I.R. (2004). Lived experience of survivors of leukemia or malignant lymphoma. *Cancer Nurs*, 27(4), 303-313.
- Rodgers, B.L. (2000). Concept Analysis: An Evolutionary View. In: Rodgers, B.L. and Knafl, K.A. (Eds.), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd ed., 77-102, Philadelphia: Saunders.
- Ueta, I. (2012). Concept Analysis of Psychological Adjustment for Cancer Survivors. *17th International Conference on Cancer Nursing* (Prague).
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., and Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, 18(1), 203-209.
- Wilson, I.B. and Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59-65.
- Zebrack, B.J. (2000). Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Pract*, 8(5), 238-242.
- Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983) / 北村俊則 訳 (1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度). 精神科診断学, 4(3), 371-372.

[平成27年 5 月12日受 付]
[平成27年 9 月30日採用決定]

産褥1か月の貧血改善を妨げる影響要因

Factors Working against Alleviation by the 30th Day Postpartum

小檜山 敦子 鈴木 英子 高山 裕子
Atsuko Kobiyama Eiko Suzuki Yuko Takayama

キーワード：褥婦，貧血，自己管理能力，欠食

Key Words：postpartum, anemia, self-management skills, skipping meals

緒 言

妊娠に起因する貧血を妊婦貧血といい、そのうち最も多いのは鉄欠乏性貧血である（荒木，2012）。これまでの国内外の研究で、妊婦貧血は早産や分娩時多量出血（Lone, Qureshi, & Emmanuel, 2004; Beard, 2000）を引き起こすと報告されており、産褥期においては産後うつ病（Corwin, Murray-Kolb, & Beard, 2003; Khalafallah, et al., 2012）、乳汁分泌不全（北東・熊谷・塩見・岩谷，1999）、感染症（Frag, Stoltzfus, Khalfan, & Tielsch, 2007）などに関連があると報告されている。さらに、低出生体重児（Singla, Tyagi, Shankar, Dash, & Kumar, 1996）や鉄欠乏状態の新生児（Morton, Nysenbaum, & Price, 1988）の発症率を高めるなど、新生児への影響も報告されている。産褥1か月経っても貧血が改善しない褥婦は、貧血によって身体の回復や育児活動等の安定が遅れ、疲労の増大の原因（堤，2003；早乙女・村上，2006）でもあるため、貧血を改善していくことは重要である。

「国民健康・栄養調査」（厚生労働省，2013）の結果によると、成人女性では鉄不足が報告されており、約17%に貧血の疑いがあるとされている。さらに、若い女性の多くみられるダイエットや偏食なども貧血を助長することから、従来に比べ現代女性は妊娠・出産によって貧血になりやすく、貧血が改善されにくい条件が多く揃っている。

妊婦貧血の治療として、諸外国では妊娠中からの貧血予防のための鉄剤の投与とその効果についての報告（Allen, 2000; Abdullahi, Gasim, Saeed, Imam, & Adam, 2014）が多くみられる。従来より、日本においては産褥1か月までには貧血が改善されるといわれており（藤田・村山・田間・我部山，2004）、渡辺・稲葉（2002）はヘモグロビン値9～11g/dL、平均赤血球容積（mean corpuscular volume: MCV）85～100 μm^3 の場合は積極的な経口Fe製剤の投与は行わず

食事療法を行う方針を示し、厚生労働省も食生活に必要な貧血改善のための提案をしている（厚生労働省，2006；村上，2006；黒川，2011）。

しかし、貧血改善のための食事の知識はあっても、非妊時から鉄分を摂取する食習慣のない女性が、以前の食生活を見直し貧血を改善する行動をとることは困難な状況（赤瀬ら，2008）にあると考えられる。妊産褥婦に対する保健指導の徹底は困難であり（田中・斉藤，2007；伊藤・山崎・田中・小河原；2005）、いかに優れた指導内容が提供されたとしても、その指導内容を実行し、継続しなければ意味がない（大水・江川・中村・島田，2010）。妊産褥婦が保健指導の内容を実践していくためには、対象者自身が正しい知識をもち、自らがその保健指導の内容を実施しようとする態度に加え、行動を管理するための自己管理能力（高橋・中村・木下・増居，2000）が必要である。

国内における先行研究では、妊産婦の貧血に対する具体的問題点（坂本・兼宗・工藤，2011）や、妊産婦の貧血指導内容の検討（白石ら，2009；赤瀬ら，2008）、貧血に対する妊婦の意識（豊瀬・松浦，1996）などの貧血指導に関する研究が多数行われている。このように、多くの研究がされているにもかかわらず、産褥1か月の貧血非改善に関する研究は少なく、非妊時・妊娠期・産褥期それぞれ統合して影響要因を検討したものは見当たらなかった。

そこで本研究では、産褥3日目に貧血と診断された褥婦の1か月後の貧血非改善に非妊時・妊娠期・産褥期それぞれの各期、および統合した影響要因を明らかにすることを目的とした。

I. 研究方法

1. 用語の操作的定義

①貧血のある褥婦：産褥3日目の検査にてヘモグロビン

11.0g/dL未満の褥婦

- ②貧血が改善した褥婦（文中では改善群とする）：貧血のある褥婦が、産褥1か月健診の調査時に検査にてヘモグロビン11.0g/dL以上に回復した褥婦
- ③貧血が改善に至らなかった褥婦（文中では非改善群とする）：貧血のある褥婦が、産褥1か月健診の調査時に検査にてヘモグロビン11.0g/dL未満と回復に至らず、貧血が継続している褥婦

2. 研究対象

研究対象施設は首都圏にあり、さまざまな条件から治療方針、指導内容等が類似している5つの産科施設とした。調査対象者は貧血に関連する既往歴や妊娠期合併症がなく、産褥3日目に貧血があり妊娠期・産褥期に栄養指導を受け、さらに産褥1か月健診時に採血し、このおりに同意が得られた褥婦246人とした。調査期間は、2013年5月8日～2013年7月31日とした。

3. 調査方法

調査の実施の手続きとして、対象者へは医療スタッフを通じて研究説明文書、同意書、同意撤回書、質問紙、個別封筒を配布し、自記式質問紙に記入後、回収ボックスに同意書および質問紙の投函を依頼した。書面で同意が得られた対象者のカルテからの情報収集は医師の指示のもと行った。

質問紙およびカルテ調査の内容は表1～2に示した。産褥1か月のヘモグロビン値から貧血非改善の有無を目的変数とし、その他の変数を説明変数とし、これを概念枠組みとした。

自己管理能力の測定に関しては、高橋ら（2000）による自己管理スキル尺度（self-management skill：SMS）10項目を使用した。得点は10点から40点までの間である。再検査法によるPearsonの相関係数は.86、内的一貫性はCronbach信頼係数 α は.75と報告されている。本研究では、Cronbach信頼係数 α は.90、Guttmanの折半法信頼係数は.87であった。なお、SMS尺度の質問紙使用に際し、作成者である千葉大学教育学部の高橋浩之教授から承認を得た（2013年2月12日）。

4. 分析方法

- ①対象の特性を明らかにするため、記述統計を算出した。
- ②産褥1か月の貧血非改善に及ぼす影響要因を明らかにするために、まず貧血非改善の有無を目的変数とし、説明変数は個人属性、貧血に関する情報、栄養指導内容の遵守、家族形態・支援者、自己管理能力の枠組み（表1～2）から起こした影響要因と考えられる変数とした。名

義尺度はPearsonの χ^2 検定を用い、連続尺度は単変量ロジスティック回帰分析を行った。

- ③貧血非改善に及ぼす影響要因を明らかにするために、貧血非改善の有無を目的変数とし、非妊時・妊娠期・産褥期ごとに上記の単変量解析で有意水準.02以下であった説明変数を用い、多重ロジスティック回帰分析（変数増加法：Wald検定）を行った。
- ④すべての期間のなかで最も強く貧血非改善に及ぼす影響要因を明らかにするために、非妊時・妊娠期・産褥期の各期で有意であった変数（個人属性、貧血に関する情報、栄養指導内容の遵守、家族形態・支援者、自己管理能力）を説明変数、貧血非改善の有無を目的変数として多重ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。
- ⑤産褥期の鉄剤の処方の有無による層別解析を行った。
- ⑥統計解析には、統計解析ソフト『SPSS Statistics 21.0』を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は筆者の所属する大学の倫理審査委員会で承認を得た（2013年4月15日、承認番号12-247）後、研究対象施設の院長に倫理的配慮に関する内容を記載した書類を提出し、研究対象者へ研究の趣旨等を文書により説明し、調査を開始した。研究対象者の研究協力に関する承諾は同意書をもって同意されたものとし、研究対象者の自由意思に基づくようにした。研究への協力を拒否した場合でも不利益を被らないこと、いつでも中止できること、個人特定や施設が特定されないことを文書で告知した。調査内容のデータ化は施設内で行い、外部には持ち出さず、データ入力後、個人情報記載された保存媒体（以下、USB）は個人情報との連結を不可能にした。個人情報の取り扱いには十分配慮し、外部に漏れないように厳重に保管・管理を行った。

II. 研究結果

1. 対象者の特性と貧血非改善

対象は246人であり、回収数は215人（回収率87.4%）であった。このうちSMS尺度に欠損や重複のない者を有効回答とし、211人（85.7%）を解析の対象とした。5施設の回収率は65.0～98.6%と病院間には差がなく、また、病院間の貧血非改善率にも有意な差はなかった。

対象者の平均（ $\pm$ SD）年齢は32.6 $\pm$ 3.4歳であった。初産婦が117人（55.5%）であり、早産、過期産の者はいなかった。

本研究の対象者褥婦211人は、産褥3日目の検査にてヘモグロビン11.0g/dL未満の貧血であった。産褥1か月健診時に採血した結果、有効回答のあった褥婦211人中、改善

産褥1か月の貧血改善を妨げる影響要因

表1 質問紙の構成内容

変数		質問項目または値
個人属性 (15項目)	最終学歴	高校卒業未満・高校卒業・専門学校卒業・短期大学卒業・大学卒業以上
	喫煙経験	有／無
	飲酒経験	有／無
	ダイエット [‡] の経験	有／無
	ダイエット [‡] 回数	1～3回・4～6回・7回以上
	BMI	低体重（18.5未満）・ふつう（18.5以上25未満）・肥満（25以上）
	計画妊娠	計画妊娠・予定外の妊娠
	非妊時 身体活動レベル [†]	I：散歩、買物など比較的ゆっくりした1時間程度の歩行のほか、大部分は座位での読書、勉強、談話、また、座位や横になつてのテレビ、音楽鑑賞などをしていることが多い。 II：通勤、仕事などで2時間程度の歩行や乗車接客、家事等立位での業務が比較的多くほか大部分は座位での事務、談話などをしていることが多い。 III：IIの生活内容に加え、1日1時間程度は速歩やサイクリングなど比較強い身体活動を行っている場合や、大部分は立位での作業であるが1時間程度は農作業、漁業などの比較強い作業に従事している。 IV：1日のうち1時間程度は激しいトレーニングや木材の運搬、農繁期の農耕作業などのような強い作業に従事している。
	欠食の有無	有（朝食欠食、昼食欠食、夕食欠食）／無（欠食していない）
	妊娠中 身体活動レベル [†]	I：散歩、買物など比較的ゆっくりした1時間程度の歩行のほか、大部分は座位での読書、勉強、談話、また、座位や横になつてのテレビ、音楽鑑賞などをしていることが多い。 II：通勤、仕事などで2時間程度の歩行や乗車接客、家事等立位での業務が比較的多くほか大部分は座位での事務、談話などをしていることが多い。 III：IIの生活内容に加え、1日1時間程度は速歩やサイクリングなど比較強い身体活動を行っている場合や、大部分は立位での作業であるが1時間程度は農作業、漁業などの比較強い作業に従事している。 IV：1日のうち1時間程度は激しいトレーニングや木材の運搬、農繁期の農耕作業などのような強い作業に従事している。
	欠食の有無	有（朝食欠食、昼食欠食、夕食欠食）／無（欠食していない）
	両親学級参加	有／無
	産褥期 身体活動レベル [†]	I：散歩、買物など比較的ゆっくりした1時間程度の歩行のほか、大部分は座位での読書、勉強、談話、また、座位や横になつてのテレビ、音楽鑑賞などをしていることが多い。 II：通勤、仕事などで2時間程度の歩行や乗車接客、家事等立位での業務が比較的多くほか大部分は座位での事務、談話などをしていることが多い。 III：IIの生活内容に加え、1日1時間程度は速歩やサイクリングなど比較強い身体活動を行っている場合や、大部分は立位での作業であるが1時間程度は農作業、漁業などの比較強い作業に従事している。 IV：1日のうち1時間程度は激しいトレーニングや木材の運搬、農繁期の農耕作業などのような強い作業に従事している。
	欠食の有無	有（朝食欠食、昼食欠食、夕食欠食）／無（欠食していない）
	母乳育児状況	母乳のみ・母乳と人工乳（混合）・人工乳のみ
貧血に関する情報 (4項目)	非妊時	貧血と診断された経験 有／無 貧血の理由 前回の妊娠または出産のため・以前より貧血気味だった・病気によって貧血になった 貧血を改善するための方法 医師の処方による内服または注射・食事療法・何もしていない 貧血の改善状況 改善した・改善していない・検査をしていないのでわからない
	非妊時	鉄分摂取の程度 VASを用いて0～100（mm）であてはまる位置に線を引くよう求めた
	妊娠中	栄養指導内容に対する納得の程度 VASを用いて0～100（mm）であてはまる位置に線を引くよう求めた 鉄分摂取の実施の程度 VASを用いて0～100（mm）であてはまる位置に線を引くよう求めた
	産褥期	栄養指導内容に対する納得の程度 VASを用いて0～100（mm）であてはまる位置に線を引くよう求めた 鉄分摂取の実施の程度 VASを用いて0～100（mm）であてはまる位置に線を引くよう求めた
家族形態・支援者 (6項目)	非妊時	配偶者 有／無 核家族 有／無
	妊娠中	里帰り分娩 有／無
	産褥期	主な支援者 夫もしくはパートナー、親、兄弟姉妹、いない、知人・ヘルパー 調理者 夫もしくはパートナー、自分、親、兄弟姉妹、知人・ヘルパー
	産褥期	調理者の貧血改善に必要な食材の取り入れ状況 取り入れた、取り入れていない、わからない
	産褥期	自己管理能力 SMS尺度 ①むずかしいことをするとき、できないかもしれないと考えてしまう、②失敗すると次回もダメだろうと考える、③しなくてはならないことよりも楽しいことを先にしてしまう、④自分ならできると心なで自分を励ます、⑤何かをしようとするときには、十分に情報を収集する、⑥失敗した場合、どこが悪かったかを反省しない、⑦何かを実行するときには、自分なりの計画を立てる、⑧作業をしやすい環境をつくるのが苦手だ、⑨困ったときには、まず何が問題を明確にする、⑩何をしたらよいかを考えないまま行動を開始してしまう、の10項目であり、あてはまる、ややあてはまる、あまりあてはまらない、あてはまらないで回答する

[注] †：日本人の食事摂取基準（2010年版）の日常生活の区分、‡：ダイエット：偏食・極端なカロリー制限

群は116人（78.7%）、非改善群は45人（21.3%）であった。
また、本研究の対象者は産褥期に鉄剤処方があった者となかった者が存在するので、処方された群と処方されな

かった群の2群に分け、貧血非改善の有無を目的変数とし、それぞれの影響要因を解析したが、2群に分けない同様の解析結果と差はなく、同様の結果が得られた。

表2 カルテ調査の構成内容

変数（調査項目）	
年齢（年数）	
個人属性 （15項目）	非妊時 月経周期（正常／異常）、過多月経（有／無）、月経随伴症状（有／無）、妊娠経緯（自然妊娠・人工妊娠）、初経産別（初産婦・経産婦）
	妊娠期 妊娠期の体重増加量（分娩前の体重と非妊娠時の体重の差）
	産褥期 産褥1か月健診時の体重（数値）、分娩週数（週数）、分娩様式（自然分娩・吸引分娩・腹式帝王切開術）、分娩所要時間（時間）、分娩時出血量（量）、新生児出生時体重（重量）、会陰切開（有／無）、分娩直後の子宮復古状態（胎盤娩出から分娩終了後2時間までの触診による子宮復古の状態（良好・不良））
貧血に関する情報 （32項目）	妊娠期 貧血に対する治療（有（内服薬のみ／内服薬・点滴併用）／無）、初期赤血球数（数値）、初期ヘモグロビン（数値）、初期ヘマトクリット（数値）、初期MCV（数値）、初期MCH（数値）、初期MCHC（数値）、中期赤血球数（数値）、中期ヘモグロビン（数値）、中期ヘマトクリット（数値）、中期MCV（数値）、中期MCH（数値）、中期MCHC（数値）、後期赤血球数（数値）、後期ヘモグロビン（数値）、後期ヘマトクリット（数値）、後期MCV（数値）、後期MCH（数値）、後期MCHC（数値）
	産褥期 貧血に対する治療（有（内服薬のみ／内服薬・点滴併用）／無）、3日目赤血球数（数値）、3日目ヘモグロビン（数値）、3日目ヘマトクリット（数値）、3日目MCV（数値）、3日目MCH（数値）、3日目MCHC（数値）、1か月赤血球数（数値）、1か月ヘモグロビン（数値）、1か月ヘマトクリット（数値）、1か月MCV（数値）、1か月MCH（数値）、1か月MCHC（数値）

2. 貧血非改善への影響要因：単変量解析

a. 個人属性と貧血非改善リスク（表3）

- ①非妊時の貧血非改善への影響のあった変数は、飲酒経験（ $p<.05$ ）、ダイエット（偏食・極端なカロリー制限）の経験（ $p<.01$ ）、ダイエット（偏食・極端なカロリー制限）の

- 回数（ $p<.01$ ）、月経周期（ $p<.05$ ）、過多月経（ $p<.01$ ）、計画妊娠の有無（ $p<.01$ ）、欠食の有無（ $p<.01$ ）であった。
 ②妊娠期では、欠食の有無（ $p<.05$ ）、妊娠期体重増加量（ $p<.01$ ）、両親学級参加の有無（ $p<.05$ ）であった。
 ③産褥期では、分娩所要時間（ $p<.01$ ）のみであった。

表3 個人属性と貧血非改善リスク

($n = 211$)

項目		人数	改善者	(%)	非改善者	(%)	χ^2 値
年齢 [†]	25～29歳	42	38	(90.5)	4	(9.5)	2.48
	30～34歳	110	84	(76.4)	26	(23.6)	
	35～39歳	56	41	(73.2)	15	(26.8)	
	40～44歳	3	3	(100.0)	0		
最終学歴 [†]	高校卒業未満	6	5	(83.3)	1	(16.7)	0.91
	高校卒業	18	17	(94.4)	1	(5.6)	
	専門学校卒業	29	19	(65.5)	10	(34.5)	
	短期大学卒業	62	53	(85.5)	9	(14.5)	
	大学卒業以上	96	72	(75.0)	24	(25.0)	
喫煙経験	有	61	44	(72.1)	17	(27.9)	2.19
	無	150	122	(81.3)	28	(18.7)	
飲酒経験 [†]	有	189	145	(76.7)	44	(23.3)	4.10 *
	無	22	21	(95.5)	1	(4.5)	
ダイエット [‡] の経験	有	109	66	(60.6)	43	(39.4)	44.13 **
	無	102	100	(98.0)	2	(2.0)	
非妊時	0回	102	100	(98.0)	2	(2.0)	92.40 **
	1～3回	54	48	(88.9)	6	(11.1)	
	4～6回	27	12	(44.4)	15	(55.6)	
	7回以上	28	6	(21.4)	22	(78.6)	
BMI	低体重（18.5未満）	63	47	(74.6)	16	(25.4)	3.25
	ふつう（18.5以上25未満）	141	115	(81.6)	26	(18.4)	
	肥満（25以上）	7	4	(57.1)	3	(42.9)	
月経周期	正常	171	141	(82.5)	30	(17.5)	7.69 *
	異常	40	25	(59.5)	15	(40.5)	
過多月経	有	72	40	(55.6)	32	(44.4)	34.65 **
	無	139	126	(90.6)	13	(9.4)	
月経随伴症状	有	25	16	(64.0)	9	(36.0)	3.62
	無	186	150	(80.6)	36	(19.4)	
妊娠経緯	自然妊娠	189	151	(79.9)	38	(20.1)	1.60
	人工妊娠	22	15	(68.2)	7	(31.8)	

産褥1か月の貧血改善を妨げる影響要因

	項目	人数	改善者	(%)	非改善者	(%)	χ ² 値	
非妊時	計画妊娠の有無	計画（予定）妊娠	177	147	(83.1)	30	(16.9)	12.49 **
		計画外（予定外）妊娠	34	19	(55.9)	15	(44.1)	
	初経産別	初産婦	117	90	(76.9)	27	(23.1)	0.48
		経産婦	94	76	(80.9)	18	(19.1)	
	身体活動レベル	I	38	33	(86.8)	5	(13.2)	2.66
		II	164	125	(76.2)	39	(23.8)	
		III	9	8	(88.9)	1	(11.1)	
	欠食の有無	欠食していない	152	149	(98.0)	3	(2.0)	83.40 **
		朝食欠食	42	16	(38.1)	26	(61.9)	
		昼食欠食	2	0		2	(100.0)	
		夕食欠食	15	1	(6.7)	14	(93.3)	
妊娠期	身体活動レベル	I	127	99	(78.0)	28	(22.0)	0.10
		II	84	67	(79.8)	17	(20.2)	
	欠食の有無 [†]	欠食していない	206	164	(79.6)	42	(20.4)	5.71 *
		朝食欠食	4	2	(50.0)	2	(50.0)	
		夕食欠食	1	0		1	(100.0)	
	妊娠期体重増加量 [†]	5 kg 未満	13	8	(61.5)	5	(38.5)	6.73 **
		5 kg 以上10kg 未満	84	63	(75.0)	21	(25.0)	
		10kg 以上15kg 未満	82	65	(79.3)	17	(20.7)	
		15kg 以上20kg 未満	28	26	(92.9)	2	(7.1)	
		20kg 以上	4	4	(100.0)	0		
	両親学級参加の有無	有	144	120	(83.3)	24	(16.7)	5.84 *
無		67	46	(68.7)	21	(31.3)		
産褥期	身体活動レベル	I	207	162	(78.3)	45	(21.7)	1.10
		II	4	4	(100.0)	0		
	欠食の有無	欠食していない	211	166	(78.7)	45	(21.3)	－
	分娩時から産褥 1 か月健診時体重差 [†]	3 kg 未満	6	4	(66.7)	2	(33.3)	0.38
		3 kg 以上 6 kg 未満	58	47	(81.0)	11	(19.0)	
		6 kg 以上 9 kg 未満	90	68	(75.6)	22	(24.4)	
		9 kg 以上12kg 未満	53	43	(81.1)	10	(18.9)	
		12kg 以上	4	4	(100.0)	0		
	分娩週数 [†]	37週 0 日～37週 6 日	26	20	(76.9)	6	(23.1)	0.33
		38週 0 日～38週 6 日	37	28	(75.7)	9	(24.3)	
		39週 0 日～39週 6 日	41	33	(80.5)	8	(19.5)	
		40週 0 日～40週 6 日	66	60	(90.9)	6	(9.1)	
		41週 0 日～41週 6 日	41	25	(61.0)	16	(39.0)	
	分娩様式	自然分娩	156	121	(77.6)	35	(22.4)	2.66
		吸引分娩	38	29	(76.6)	9	(23.4)	
		腹式帝王切開術	17	16	(94.1)	1	(5.9)	
	分娩所要時間 [†]	6 時間未満	69	62	(89.9)	7	(10.1)	11.06 **
		6 時間以上12時間未満	93	71	(76.3)	22	(23.7)	
		12時間以上18時間未満	41	30	(73.2)	11	(26.8)	
		18時間以上24時間未満	5	1	(20.0)	4	(80.0)	
		24時間以上	3	2	(66.7)	1	(33.3)	
非該当者		17	16	(94.1)	1	(5.9)		
分娩時出血量 [†]	少量（100mL 未満）	4	4	(100.0)	0		0.27	
	中等量（100mL 以上500mL 未満）	159	122	(76.7)	37	(23.3)		
	多量（500mL 以上）	48	40	(83.3)	8	(16.7)		
出生時体重 [†]	2,500g 未満	4	3	(75.0)	1	(25.0)	1.20	
	2,500g 以上3,000g 未満	105	81	(77.1)	24	(22.9)		
	3,000g 以上3,500g 未満	92	72	(78.3)	20	(21.7)		
	3,500g 以上	10	10	(100.0)	0			
会陰切開 [†]	有	128	95	(74.2)	33	(25.8)	0.01	
	無	66	55	(83.3)	11	(16.7)		
	非該当者	17	16	(94.1)	1	(5.9)		
分娩直後の子宮復古状態 [†]	良好	209	164	(78.5)	45	(21.5)	0.55	
	不良	2	2	(100.0)	0			
母乳育児状況 [†]	母乳のみ	121	97	(80.2)	24	(19.8)	0.09	
	母乳と人工乳（混合）	86	65	(75.6)	21	(24.4)		
	人工乳のみ	4	4	(100.0)	0			

[注] † : Fisher's exact test, ‡ : ダイエット : 偏食・極端なカロリー制限, * : $p < .05$ ** : $p < .01$.

b. 貧血に関する情報と貧血非改善リスク (表4-a~b)

- ①非妊時の情報では、有意に貧血非改善に影響している変数はなかった。
- ②妊娠期の情報では、妊娠中期の平均赤血球ヘモグロビン濃度 (mean corpuscular hemoglobin concentration : MCHC) が有意 ($p < .01$) に影響していた。
- ③産褥期の情報では、産褥期の貧血に対する治療 ($p < .05$)、産褥1か月赤血球数 ($p < .01$)、産褥1か月ヘマトクリット ($p < .01$)、産褥1か月MCHC ($p < .01$) であった。

c. 栄養指導内容の遵守と貧血非改善リスク (表5)

- ①非妊時では、鉄分摂取の程度 ($p < .01$) であった。
- ②妊娠期では、栄養指導内容に対する納得 ($p < .05$)、鉄分摂取の実施 ($p < .01$) であった。
- ③産褥期では、栄養指導内容に対する納得 ($p < .01$)、鉄分摂取の実施 ($p < .01$) であった。

d. 家族形態・支援者と貧血非改善リスク (表6)

- ①非妊時の変数では、有意に貧血非改善に影響していなかった。
- ②妊娠期の変数では、有意に貧血非改善に影響していなかった。
- ③産褥期の貧血非改善への影響のあった変数は、調理者の貧血改善に必要な食材の取り入れ状況 ($p < .01$) のみであった。

e. 自己管理能力と貧血非改善リスク (表7)

SMS尺度の合計得点が1点下降するごとに貧血が改善しない ($p < .01$) という結果であった。各項目においても、SMS尺度の得点が1点下降するごとに貧血が改善しない ($p < .01$) という結果であった。

3. 貧血非改善の影響要因：多重ロジスティック解析

本研究から、非妊時・妊娠期・産褥期の各期間別の貧血非改善に影響を及ぼす要因を明らかにするために、貧血非改善の有無を目的変数とし、各説明変数から有意水準 .2以下であった変数を説明変数とした。非妊時による貧血非改善に影響を及ぼす要因の説明変数 (11項目) として、個人属性〔年齢、喫煙経験、飲酒経験、月経周期、過多月経、ダイエット (偏食・極端なカロリー制限) の経験・回数、非妊時の欠食の有無、計画妊娠〕、栄養指導内容の遵守 (非妊時の鉄分摂取)、自己管理能力 (SMS尺度合計得点) であった。妊娠期による貧血非改善に影響を及ぼす要因 (13項目) として、個人属性 (年齢、妊娠期の欠食の有無、妊娠期の体重増加量、両親学級参加)、貧血に関する情報 (妊娠期の治療、妊娠初期赤血球数、妊娠初期MCV、妊娠中期MCHC、妊娠後期赤血球数、妊娠後期MCV)、栄養指導内容の遵守 (妊娠期の栄養指導内容に対する納得、妊娠期の鉄分摂取の実施)、自己管理能力 (SMS尺度合計得点) であった。産褥期による貧血の非改善に影

表4-a 貧血に関する情報と貧血非改善リスク

		(n = 211)					
項目		人数	改善者	(%)	非改善者	(%)	χ^2 値
非妊時	貧血診断経験	有	55	40	15	(27.3)	2.94
		無	156	139	17	(36.4)	
	貧血の理由	非該当者	156	126	30	(19.2)	0.17
		前回の妊娠・出産	46	31	15	(32.6)	
		以前より貧血気味	9	9	0		
	貧血改善方法 [†]	非該当者	156	126	30	(19.2)	0.22
		薬剤処方	50	35	15	(30.0)	
		食事療法	2	2	0		
		何もしていない	3	3	0		
	貧血改善状況 [†]	非該当者	156	126	30	(19.2)	1.99
		改善した	24	17	7	(29.2)	
		未検査にて不明	31	23	8	(38.1)	
妊娠期	貧血に対する治療	有	90	75	15	(16.7)	2.30
		内服薬のみ	79	66	13	(16.5)	
		内服薬・点滴併用	11	9	2	(18.2)	
		無	121	91	30	(24.8)	
		有	84	72	12	(14.3)	7.53
産褥期	貧血に対する治療	内服薬のみ	63	51	12	(19.0)	
		内服薬・点滴併用	21	21	0		
		無	127	94	33	(26.0)	

[注] † : Fisher's exact test.

表4-b 貧血に関する情報と貧血非改善リスク

(n = 211)

	項目	平均値	(SD)	改善群		非改善群		オッズ比	95% CI
				平均値	(SD)	平均値	(SD)		
初期	赤血球数 ($\times 10^4/\mu\text{L}^3$)	415.4	(31.3)	413.4	(32.7)	422.8	(24.3)	0.01	[0.98–1.00]
	ヘモグロビン (g/dL)	12.3	(0.7)	12.3	(0.8)	12.1	(0.7)	1.39	[0.88–2.20]
	ヘマトクリット (%)	36.7	(2.9)	37.0	(3.1)	37	(2.1)	0.96	[0.84–1.09]
	MCV (fL)	90.6	(3.4)	90.4	(3.7)	91.4	(2.1)	0.91	[0.82–1.01]
	MCH (pg)	30.0	(1.6)	29.9	(1.5)	30	(1.8)	0.96	[0.79–1.18]
	MCHC (%)	33.0	(1.3)	33.1	(1.2)	32.8	(1.4)	1.11	[0.87–1.43]
妊娠中期	赤血球数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	363.7	(30.5)	363.5	(32.1)	364.6	(23.8)	1.00	[0.99–1.01]
	ヘモグロビン (g/dL)	10.9	(0.9)	11.0	(1.0)	10.9	(0.9)	0.91	[0.64–1.29]
	ヘマトクリット (%)	33.4	(2.5)	33.4	(2.6)	33.6	(1.9)	0.97	[0.85–1.10]
	MCV (fL)	92.3	(4.0)	92.1	(4.0)	92.7	(3.4)	0.96	[0.88–1.04]
	MCH (pg)	30.2	(1.6)	30.2	(1.6)	30.2	(1.5)	1.01	[0.82–1.24]
	MCHC (%)	32.5	(1.2)	32.6	(1.1)	31.9	(1.4)	1.64	[1.22–2.20] **
後期	赤血球数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	365.0	(34.0)	363.3	(34.6)	371.8	(31.0)	0.93	[0.98–1.00]
	ヘモグロビン (g/dL)	12.1	(11.0)	10.7	(0.8)	10.8	(0.8)	1.03	[0.94–1.13]
	ヘマトクリット (%)	32.9	(2.3)	32.8	(2.3)	33.1	(2.5)	0.94	[0.82–1.08]
	MCV (fL)	90.9	(4.0)	90.7	(4.1)	91.5	(3.6)	0.17	[0.87–1.03]
	MCH (pg)	29.7	(2.4)	29.7	(2.6)	29.3	(1.5)	1.06	[0.93–1.22]
	MCHC (%)	32.4	(1.2)	32.4	(1.3)	32.2	(0.8)	1.12	[0.85–1.47]
産褥期	赤血球数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	332.2	(46.6)	334.2	(50.7)	324.5	(25.1)	1.01	[1.00–1.01]
	ヘモグロビン (g/dL)	9.6	(1.0)	9.5	(1.1)	10.3	(0.5)	0.76	[0.53–1.08]
	ヘマトクリット (%)	30.0	(3.0)	29.9	(3.3)	30.1	(1.7)	0.97	[0.87–1.09]
	MCV (fL)	90.6	(3.7)	90.4	(4.0)	91	(2.3)	0.96	[0.87–1.05]
	MCH (pg)	28.4	(1.4)	28.5	(1.5)	28.4	(0.7)	1.00	[0.79–1.27]
	MCHC (%)	31.3	(1.2)	31.3	(1.2)	31.2	(0.8)	1.06	[0.81–1.39]
1か月	赤血球数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	414.8	(43.6)	427.1	(38.9)	369.3	(26.6)	1.05	[1.04–1.07] **
	ヘモグロビン (g/dL)	12.0	(0.9)	12.3	(0.7)	10.8	(0.2)	—	—
	ヘマトクリット (%)	36.9	(2.8)	37.8	(2.4)	33.6	(1.6)	2.57	[1.93–3.42] **
	MCV (fL)	89.9	(4.2)	89.9	(4.4)	89.8	(3.5)	1.00	[0.93–1.08]
	MCH (pg)	29.2	(2.0)	29.2	(2.0)	28.8	(1.7)	1.11	[0.94–1.32]
	MCHC (%)	32.3	(1.6)	32.5	(1.5)	31.7	(1.8)	1.38	[1.11–1.71] **

[注] SD : standard deviation, CI : confidence interval, * : $p < .05$, ** : $p < .01$.

表5 栄養指導内容の遵守と貧血非改善リスク

(n = 211)

	項目	カテゴリー	平均値	(SD)	改善群		非改善群		オッズ比	95% CI
					平均値	(SD)	平均値	(SD)		
非妊時	鉄分摂取の程度 [†]	1 mm 下降ごと	51.9	(21.9)	57.9	(18.7)	29.5	(17.9)	1.06	[1.06–1.11] **
妊娠中期	栄養指導内容に対する 納得の程度 [†]	1 mm 下降ごと	67.8	(19.4)	61.6	(26.0)	46.8	(16.6)	1.07	[1.05–1.10] *
	鉄分摂取の実施の程度 [†]	1 mm 下降ごと	59.6	(23.1)	66.7	(18.5)	33.3	(19.3)	1.08	[1.06–1.10] **
産褥期	栄養指導内容に対する 納得の程度 [†]	1 mm 下降ごと	72.4	(20.4)	77.7	(15.5)	52.9	(24.2)	1.07	[1.04–1.09] **
	鉄分摂取の実施の程度 [†]	1 mm 下降ごと	70.0	(21.3)	85.6	(9.6)	53.7	(24.9)	1.04	[1.03–1.06] **

[注] † : (mm) VAS : visual analogue scale, SD : standard deviation, CI : confidence interval, * : $p < .05$, ** : $p < .01$.

響を及ぼす要因（10項目）として、個人属性（年齢、分娩所要時間）、貧血に関する情報（産褥3日目赤血球数、産褥1か月赤血球数、産褥1か月ヘマトクリット、産褥1か月MCHC）、栄養指導内容の遵守（産褥期の栄養指導内容に対する納得、産褥期の鉄分摂取の実施）、家族形態・支

援者（貧血改善に必要な食材の取り入れ）、自己管理能力（SMS尺度合計得点）であった。

a. 非妊時による貧血非改善に影響を及ぼす要因（表8）
貧血非改善リスクとして、自己管理能力と非妊時の欠食の有無が選定された。SMS尺度の合計得点が1点下降す

表6 家族形態・支援者と貧血非改善リスク

(n = 211)

項目			人数	改善者	(%)	非改善者	(%)	χ^2 値
	配偶者	有	211	166	(78.7)	45	(21.3)	—
	核家族	有	186	145	(78.0)	41	(22.0)	0.48
		無	25	21	(84.0)	4	(16.0)	
妊娠期	里帰り分娩	有	49	40	(81.6)	9	(18.4)	0.33
		無	162	126	(77.8)	36	(22.2)	
産褥期	主な支援者 [†]	夫	48	39	(81.2)	9	(18.8)	0.57
		親	154	120	(77.9)	34	(22.1)	
		兄弟姉妹	5	5	(100.0)	0		
		いない	4	2	(50.0)	2	(50.0)	
	調理者 [†]	夫	6	4	(66.7)	2	(33.3)	0.03
		自分	51	41	(80.4)	10	(19.6)	
		親	154	121	(78.6)	33	(21.4)	
	調理者の貧血改善に必要な食材の取り入れ状況	取り入れた	129	111	(86.0)	18	(14.0)	2.17 **
		取り入れていない	82	55	(61.1)	27	(38.9)	

[注] † : Fisher's exact test, * : $p < .05$, ** : $p < .01$.

表7 自己管理能力と貧血非改善リスク

(n = 211)

項目	カテゴリー	平均値	(SD)	改善群		非改善群		オッズ比	95% CI
				平均値	(SD)	平均値	(SD)		
何かをしようとするときには、十分に情報を収集する (外)	1点下降ごと	3.00	(0.73)	3.20	(0.59)	2.24	(0.71)	10.01	[4.90 – 20.46] **
むずかしいことをするときには、できないかもしれないと考えてしまう (内) [†]	1点下降ごと	2.60	(0.86)	2.73	(0.86)	2.13	(0.69)	2.37	[1.55 – 3.63] **
失敗した場合、どこが悪かったかを反省しない (外) [†]	1点下降ごと	2.93	(0.61)	3.08	(0.51)	2.36	(0.61)	11.64	[5.49 – 24.69] **
何かを実行するときには、自分なりの計画を立てる (外)	1点下降ごと	2.94	(0.81)	3.19	(0.63)	2.02	(0.72)	10.80	[5.38 – 21.67] **
失敗すると次回もダメだろうと考える (内) [†]	1点下降ごと	2.82	(0.75)	3.03	(0.66)	2.04	(0.48)	13.96	[6.22 – 31.30] **
作業をしやすい環境をつくるのが苦手だ (外) [†]	1点下降ごと	2.79	(0.99)	3.13	(0.78)	1.51	(0.59)	10.25	[5.44 – 19.31] **
困ったときには、まず何が問題かを明確にする (外)	1点下降ごと	2.77	(0.84)	3.06	(0.67)	1.69	(0.47)	56.48	[13.45 – 237.11] **
しなくてはならないことよりも楽しいことを先にしてしまう (内) [†]	1点下降ごと	2.55	(0.96)	2.80	(0.86)	1.62	(0.72)	5.12	[3.09 – 8.49] **
何をしたらよいかを考えないまま行動を開始してしまう (外) [†]	1点下降ごと	2.83	(1.09)	3.25	(0.78)	1.27	(0.45)	19.13	[8.19 – 44.70] **
自分ならできると心なかなかに自分を励ます (内)	1点下降ごと	3.14	(0.79)	3.31	(0.71)	2.49	(0.73)	4.19	[2.52 – 6.98] **
SMS尺度合計得点	1点下降ごと	28.35	(6.12)	30.78	(4.25)	19.38	(3.22)	2.23	[1.68 – 2.96] **

[注] † : 逆転項目, (外) : 外に向かうスキル, (内) : 内に向かうスキル, SD : standard deviation, CI : confidence interval, * : $p < .05$, ** : $p < .01$.

表8 非妊時の貧血非改善リスク

(n = 211)

項目	カテゴリー	オッズ比	95% CI
欠食の有無 [†]	欠食していない	1.00	
	朝・昼・夕のいずれかを欠食	9.88	[13.75 – 51.97] **
SMS尺度合計得点	1点下降ごと	2.50	[1.59 – 3.94] **

[注] 多重ロジスティック解析, † : 欠食の有無 : 欠食していない = 1, 朝・昼・夕のいずれかを欠食 = 0, CI : confidence interval, * : $p < .05$, ** : $p < .01$.

るごとに貧血非改善率は2.5倍 ($p < .01$), 欠食の有無では朝食・昼食・夕食のいずれかを欠食していると9.9倍 ($p < .01$)であった。

b. 妊娠期による貧血非改善に影響を及ぼす要因 (表9)

貧血非改善リスクとして, 自己管理能力と鉄分摂取の実施が選定された。SMS尺度の合計得点が1点下降するごとに2.3倍 ($p < .01$)であった。

c. 産褥期による貧血の非改善に影響を及ぼす要因 (表10)

貧血非改善リスクとして, 自己管理能力と分娩所要時間が選定された。SMS尺度の合計得点が1点下降するごとに貧血非改善率は2.5倍 ($p < .01$)であった。

4. 全期間による貧血非改善に影響を及ぼす要因 (表11)

すべての期間のなかで最も強く貧血非改善に及ぼす影響要因を明らかにするために, 各期で有意であったSMS尺度, 非妊時の欠食の有無, 妊娠期の鉄分摂取の実施, 分娩所要時間の4項目を説明変数として多重ロジスティック回帰分析を行った。その結果, 貧血非改善リスクとして, 自己管理能力と非妊時の欠食の有無が選定された。SMS尺度の合計得点が1点下降するごとに3.0倍 ($p < .01$), 非妊時の欠食の有無では朝食・昼食・夕食のいずれかを欠食していると279.5倍 ($p < .01$)であった。

Ⅲ. 考 察

1. 対象者の産褥1か月健診時における貧血非改善

本研究の対象者のうち, およそ5人に1人が貧血の改善に至らなかった。前田・杉原・田中(1989)は, 分娩1週間以内に貧血であった褥婦37人を対象に調査を行い, 産後1か月後では貧血が改善されたと報告している。犬飼ら(1997)は, 褥婦474人を対象に1990~1994年の間に調査を行い同様の報告をしている。しかし, 本研究の結果はこれらと異なった。前者の研究者が調査を行った1987年の非妊時女性の鉄の摂取量は11.0mg, ヘモグロビン値12.9g/dL, 1994年も非妊時女性の鉄の摂取量は11.3mg, ヘモグロビン値12.9g/dLと「国民健康・栄養調査」(厚生労働省, 2013)に記されている。1994年から2010年までの非妊時女性の鉄の摂取量は1999年から徐々に低下傾向にあり, ヘモグロビン値も緩やかに低下傾向を示していた。2011年の「国民健康・栄養調査」(厚生労働省, 2013)によると, 非妊時女性の鉄の摂取量は6.2~7.2mg, ヘモグロビン値12.5g/dLである。このように, 前田ら(1989), 犬飼ら(1997)の先行研究の時代よりも, 本研究の一般的な鉄摂取量やヘモグロビン値の低さが産褥1か月後の貧血改善に関係している可能性が考えられる。1994年以降の産褥期の貧血の改善についての研究は見当たらず, 時代的背景の影響のみを受けているとは

表9 妊娠期の貧血非改善リスク

(n = 211)			
項目	カテゴリー	オッズ比	95% CI
SMS尺度合計得点	1点下降ごと	2.34	[1.68-3.27] **
鉄分摂取の実施の程度 [†]	1 mm 下降ごと	1.06	[1.01-1.11] *

[注] 多重ロジスティック解析, [†]: (mm) VAS: visual analogue scale, CI: confidence interval, *: $p < .05$, **: $p < .01$.

表10 産褥期の貧血非改善リスク

(n = 211)			
項目	カテゴリー	オッズ比	95% CI
SMS尺度合計得点	1点下降ごと	2.51	[1.72, 3.66] **
分娩所要時間	1分上昇ごと	1.01	[1.00, 1.04] *

[注] 多重ロジスティック解析, CI: confidence interval, *: $p < .05$, **: $p < .01$.

表11 全期間の貧血非改善リスク

(n = 211)			
項目	カテゴリー	オッズ比	95% CI
非妊時の欠食の有無 [†]	欠食していない	1.00	
	朝・昼・夕のいずれかを欠食	279.54	[13.75, 5683.36] **
SMS尺度合計得点	1点下降ごと	3.04	[1.50, 6.17] **

[注] 多重ロジスティック解析, [†]: 非妊時の欠食の有無: 欠食していない = 1, 朝・昼・夕のいずれかを欠食 = 0, CI: confidence interval, *: $p < .05$, **: $p < .01$.

断言できないが、貧血非改善に対して対策が求められる。

2. 対象者の自己管理能力

本研究の対象者全体のSMS尺度の平均点は、高橋ら(2000)の禁煙教育参加者501人を対象とした調査で、成人の平均28.8点(平均年齢46.3歳)とほぼ同様となった。本研究における自己管理能力の平均では、貧血非改善群でSMS尺度の合計得点が有意に低かった。先に述べた高橋ら(2000)の研究は、禁煙教育に関する調査であり、その研究の禁煙成功者のほうが脱落者よりもSMS尺度の合計得点は高値であり、脱落者は低値であった。本研究においても貧血非改善群のほうが低値で、同様の結果を得ていた。自己管理能力が低いと貧血改善しない可能性が明らかとなった。

3. 非妊時、妊娠期、産褥期の各期、および全期間における褥婦の貧血非改善に及ぼす影響要因

非妊時においては「欠食の有無」が強い影響要因であり、次は「自己管理能力」であった。妊娠期においては「自己管理能力」が強い影響要因であり、次は「鉄分摂取の実施」であった。産褥期においては「自己管理能力」が強い影響要因であり、次は「分娩所要時間」であった。

全期間による褥婦の貧血非改善に及ぼす影響要因は「非妊時の欠食の有無」と「自己管理能力」であり、非妊時に欠食する、また、自己管理能力の低い者は産褥1か月経っても貧血が改善されないことが明らかになった。

a. 褥婦の貧血非改善に影響を及ぼす要因としての「非妊時の欠食の有無」

全期間を通して、非妊時に欠食することにより褥婦の貧血の改善に及ぼすことが明らかとなり、先行研究(山本・下田・菅・辻・佐々木, 2006; 池田・宮田・永田, 1989)では非妊時の朝食欠食は妊娠中の鉄欠乏性貧血の誘因となることや、貧血群に判別される大きな要因であると報告している。また、澤田ら(2011)は妊婦56人を対象に妊娠前後の食生活の調査において、毎日欠食する者の割合は妊娠前より妊娠後のほうが低下したと報告している。本研究でも非妊時より妊娠期・産褥期のほうが欠食は減少している傾向にあり、非妊時に朝・昼・夕のいずれかを欠食していた者は産褥1か月経っても貧血が改善されず有意となった。

多くの先行研究(黒川, 2011; 坂本・福井谷, 2002; 小松・田村・今野, 2011; 月館・諏訪, 1997)では非妊時や妊娠期の朝食の欠食に対する調査はあるが、産褥期や昼・夕の欠食が産褥期の貧血の改善に影響を及ぼすかを調査している研究は見当たらなかった。井ノ口ら(2011)は女子学生881人を対象に貧血と欠食の調査を行い、朝食の欠食者と夕食の欠食者には貧血の者が多いと報告している。ま

た、江川・松下・山口・林・馬場(2009)は現代女性703人の食生活の調査にて、朝食・昼食・夕食の摂取を貧血の有無で比較すると貧血群のほうがどの時間帯においても食事の摂取率は低くかったと報告している。

このことから、非妊時に食事を欠食していない者に比べ、朝・昼・夕のいずれかを欠食している者は貧血改善に至らないリスクは高いことが考えられる。食事は一般的に一日三食を摂ることが望ましいとされている。妊娠中は胎児の成長・発達にも影響するため、妊娠を機に欠食していた者は食生活を見直すことが多いと報告されている(西村, 2004; 澤田ら, 2011)。しかし、非妊時の女性においては過度の瘦身志向や食生活の乱れなどから、欠食者が増加する傾向(内閣府, 2015)にあり、非妊時の欠食が産褥期の貧血の非改善に影響を及ぼす可能性が高いことなど、興味や関心をもつことは困難であると推測する。また、非妊時に欠食していた者や産褥1か月での貧血非改善者の多くはダイエット(偏食や極端なカロリー制限)の経験者、妊娠前までのダイエットの回数が7回以上の者もあり、もともと栄養素や鉄分の摂取量が不足している傾向にあるか、貧血改善に必要な栄養素や鉄分を摂取する習慣がないと考えられるため、貧血改善に影響を及ぼすと推測したが、対象人数が少ないためさらなる調査をする必要があり、今後の課題としたい。

以上のことから、非妊時の欠食は褥婦の貧血の改善を妨げる要因として影響すると考えられる。そのため、褥婦の貧血を改善させるためには、欠食はもちろんのこと、偏食や極端なカロリー制限などのダイエットは貧血を招き、貧血を改善することが困難になるおそれがあるため、非妊時の欠食によって産褥期の貧血が改善されない内容を含めた貧血予防・改善指導を非妊時から各期間で行い、貧血を予防する、または、発症後の速やかな改善に資することが重要である。

b. 褥婦の貧血非改善に影響を及ぼす要因としての「自己管理能力」

全期間において、自己管理能力が低いと貧血が改善されなかった。森前・鷺見・川島(1994)は妊婦貧血者171人を対象とし、自己管理の調査を行い、貧血改善に対して行動できた者は貧血改善傾向にあったと報告している。眞鍋・瀬戸・上里(2000)は妊婦を対象に生活指導の介入研究を行い、自己管理能力が高い者はセルフケア行動が向上すると述べている。荒井・磯貝(1991)は糖尿病妊婦56人を妊娠期から産褥期の3年間まで追跡し、自己管理能力が高いと血糖自己測定を継続することができると報告している。本研究では自己管理能力の高い者は貧血改善するかは明らかにしていないが、自己管理能力が低い者が貧血を改善することができないことが明らかとなり、自己管理能力

の低い者は貧血を改善しようとする行動を起こすことができない可能性がある。

褥婦の貧血が改善しないと身体の回復が遅れ、退院後、育児活動等の安定を遅らせ、疲労の増大の原因でもあるため、貧血を改善していくことは重要である。従来より産褥1か月には貧血であった褥婦も改善されるといわれてきたが（藤田ら、2004）、産褥1か月経っても貧血の改善に至らないことや、今回の結果を踏まえた啓蒙活動が必要である。その主となるものとしては、非妊時の欠食は貧血非改善に影響するということを産後のマイナートラブルとして妊産褥婦に教育し、周知してもらうことが重要である。そして、保健指導や貧血予防・改善指導を通して、妊産褥婦の自己管理能力を向上させることも重要である。そのため医療者は、妊産褥婦が正しい知識をもち、保健指導の内容を実践できるように援助することが望まれる。また、若い世代ほど健全な食生活の実践について「心がけていない」人の割合が高く（内閣府、2015）、そのことから、食生活への自己管理能力の欠如が伺える。そのため、思春期や成熟期の妊娠・出産を考えている世代に向けて、食習慣形成を促すための啓蒙活動の充実と、適正な栄養素摂取のための行動変容や自己管理の能力を養えるような教育・指導を強化する必要がある、その効果は妊産褥婦の貧血の予防・改善において重要な意味をもつと考えられる。

結 論

産褥3日目に貧血のあった211人のうち、45人（21.3%）

が貧血改善しなかった。先行研究や従来から産後の貧血は改善するといわれているが、近年、鉄不足状態であるといわれている女性が妊娠・出産すると貧血非改善のリスクが高い可能性が明らかになった。褥婦の貧血非改善の要因として、非妊時では「欠食の有無」、妊娠期では「鉄分摂取の実施」、産褥期では「分娩所要時間」、「自己管理能力」は各期において強い影響要因であった。全期間においては「非妊時の欠食の有無」と「自己管理能力」が影響しており、これらを踏まえた貧血改善のためのさらなる指導が必要と考える。また、妊娠前の教育として思春期や成熟期の女性にも、産褥1か月経っても貧血が改善されない可能性があることや、欠食が貧血非改善の影響要因であることを啓蒙することによって、適正な食習慣の確立と妊産褥婦の貧血の予防・改善をはかることが重要である。

研究の限界と課題として、本研究の対象者は、既往歴や合併妊娠を含むハイリスク妊娠などが発症する可能性が低く、条件が類似している妊産褥婦にはこの結果を一般化することはできる。しかし、一般化には限界があり、条件が類似している施設や対象への貧血非改善に及ぼす影響要因としての一資料となり得るが、すべての妊産褥婦にこの結果をどのように活かすかが課題として残る。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆さまに深く感謝致します。なお、本研究の一部は第40回日本看護研究学会学術集会で発表した。

要 旨

目的：産褥3日目に貧血と診断された褥婦の1か月後の貧血非改善の要因を明らかにする。

方法：産褥3日目に貧血だった褥婦のうち1か月健診時に採血した246人を対象とし、後ろ向き縦断研究を行った。産褥1か月の貧血非改善の有無に対する個人属性、貧血に関する情報、栄養指導内容の遵守、家族形態・支援者、自己管理能力の影響を分析した。

結果：有効回答211人のうち貧血非改善者は45人（21.3%）で、1/5が改善されなかった。多重ロジスティック回帰解析の結果、貧血非改善リスクとして、自己管理スキル尺度の合計得点が1点下降するごとに貧血非改善率は2.5倍（ $p < .01$ ）、非妊時に朝・昼・夕のいずれかを欠食していると279.5倍（ $p < .01$ ）と強く影響していた。

結論：自己管理能力が低いと貧血非改善の可能性が明らかとなり、妊娠前の欠食は産後の貧血非改善の可能性が高いため、これらを踏まえた指導が必要である。

Abstract

Objectives: This study set out to identify factors that work against alleviation of anemia at the 30th day postpartum in women diagnosed with anemia on three days postpartum.

Method: We conducted a retrospective longitudinal study, involving 246 women giving birth, all had been diagnosed with anemia on three days postpartum, and provided a blood sample at the medical examination one month after the birth. Analysis was performed with the demographic data of the participants, details of the anemia, adherence to the nutrition advice,

family structure, assistance by others, and self-management skills (SMS) by dividing the participants into anemia alleviated and non-alleviated groups at the 30th day postpartum.

Results: Of the 211 valid responses, one-fifth (45 women, 21.3%) showed no alleviation. The multiple logistic regression analysis showed a strong relationship between anemia risk and SMS: the absence of anemia alleviation increased 2.5 times when the total of the SMS score decreased one point ($p < .01$) and 279.5 times when any of breakfast, lunch, or supper was missed during non-pregnancy ($p < .01$).

Conclusion: Providing an intervention program to alleviate postpartum anemia is important due to the potential for non-alleviation with low SMS and the danger of non-alleviation with missed meals before pregnancy.

文 献

- Abdullahi, H., Gasim, G.I., Saeed, A., Imam, A.M. and Adam, I. (2014). Antenatal iron and folic acid supplementation use by pregnant women in Khartoum, Sudan. *BMC Res Notes*, 7, 498.
- 赤瀬智子, 日原永美子, 植松和子, 小高雅信, 赤瀬朋秀, 田代眞一 (2008). 妊娠時貧血と妊娠前の生活習慣との関係についての調査研究. 薬学雑誌, 128(7), 1081-1086.
- Allen, L.H. (2000). Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr*, 71 (5 Suppl), 1280S-1284S.
- 荒井慶子, 磯貝行秀 (1991). 糖尿病妊婦の管理に関する研究: 第1編妊娠中および分娩後における検討. 慈恵医大誌, 106(1), 73-84.
- 荒木 勤 (2012). 最新産科学: 異常編 (改訂第22版). 188-188, 文光堂.
- Beard, J.L. (2000). Effectiveness and strategies of iron supplementation during pregnancy. *Am J Clin Nutr*, 71 (5 Suppl), 1288S-1294S.
- Corwin, E.J., Murray-Kolb, L.E. and Beard, J.L. (2003). Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr*, 133(12), 4139-4142.
- 江川重信, 松下幸子, 山口美乃里, 林 美美, 馬場郁子 (2009). 「厚生労働省健康科学総合研究」貧血に関する調査: 現代女性の食生活状況, 体型に対する自己認識等の実態について. 医学検査, 58(1), 60-66.
- Farag, T.H., Stoltzfus, R.J., Khalfan, S.S. and Tielsch, J.M. (2007). Helicobacter pylori infection is associated with severe anemia of pregnancy on Pemba Island, Zanzibar. *Am J Trop Med Hyg*, 76(3), 541-548.
- 藤田八千代, 村山郁子, 田間恵實子, 我部山キヨ子 (2004). 臨床助産婦必携: 生命と文化をふまえた支援 (第1版). 364-364, 医学書院.
- 北東陽恵, 熊谷 恵, 塩見千賀子, 岩谷澄香 (1999). 妊娠貧血と母乳分泌との関連について: 妊娠期・分娩期・産褥期における縦断的調査から. 神戸市看護大学短期大学部紀要, 18, 65-72.
- 池田順子, 宮田英子, 永田久紀 (1989). 女子学生の貧血と食生活—質問紙法による食生活調査結果について—. 日本公衆衛生雑誌, 36(8), 465-470.
- 井ノ口美佐子, ニノ村陽子, 石津香織, 井上真理也, 岐部綾子, 田中麻未, 松井 梓 (2011). 女子学生の身体の不調や食生活・生活習慣に関する調査とコレスポネンダ分析. 西南女学院大学紀要, 15, 67-74.
- 犬飼玉味, 松下美恵, 小木曾みよ子, 鈴木和代, 笹山雪子, 佐藤ひとみ, 古田加代子, 古田真司, 宮尾 克 (1997). 妊婦に対する望ましい貧血指導のあり方とは: 血中ヘモグロビン濃度および血清鉄濃度と出生時体重の関係から. 母性衛生, 38(1), 62-67.
- 伊藤直美, 山崎有紀, 田中 響, 小河原みゆき (2005). 生活行動アセスメントスケールを用いた肥満妊婦の生活指導: 基準関連妥当性を得た試験的看護介入と指導の効果. 母性衛生, 46(1), 125-134.
- Khalafallah, A.A., Dennis, A.E., Ogden, K., Robertson, I., Charlton, R.H., Bellette, J.M., Shady, J.L., Blesing, N., and Ball, M. (2012). Three-year follow-up of a randomised clinical trial of intravenous versus oral iron for anaemia in pregnancy. *BMJ Open*, 2(5), e000998.
- 小松博子, 田村祐子, 今野奈奈江 (2011). 妊婦の食生活の実態調査. 福島農医学, 53(1), 48-51.
- 厚生労働省 (2006). 「健やか親子21」推進検討会 (食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会). 妊産婦のための食生活指針—「健やか親子21」推進検討会報告書. 26.
- 厚生労働省 (2013). 平成23年国民健康・栄養調査報告. 第1部栄養素等摂取状況調査の結果. 60-63. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h23-houkoku-04.pdf>
- 厚生労働省 (2013). 平成23年国民健康・栄養調査報告. 第2部身体状況調査の結果. 119. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h23-houkoku-05.pdf>
- 黒川浩美 (2011). 助産師が知っておきたい栄養管理のイロハ. ペリネイタルケア. 30(4), 51-59.
- Lone, F.W., Qureshi, R.N., and Emmanuel, F. (2004). Maternal anaemia and its impact on perinatal outcome in a tertiary care hospital in Pakistan. *East Mediterr Health J*, 10(6), 801-807.
- 前田隆子, 杉原千歳, 田中俊行 (1989). 産褥期における母体のヘモグロビン, ヘマトクリット, 血清鉄および母乳鉄の関係. 母性衛生, 30(2), 299-305.
- 眞鍋えみ子, 瀬戸正弘, 上里一郎 (2000). 妊婦のセルフケア行動の形成に関する一考察—セルフケア行動の動機・意図・実践の関連性の検討—. 京都府立医短紀要, 10, 67-74.
- 森前光子, 鷺見明美, 川島ひとみ (1994). 助産婦外来から見た妊婦貧血の検討. 岐阜県母性衛生学会, 14, 119-123.
- Morton, R.E., Nysenbaum, A., and Price, K. (1988). Iron status in the first year of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 7(5), 707-712.
- 村上明美 (2006). 特集: 産褥復古への支援⑩貧血. ペリネイタルケア, 25(3), 28-29.
- 内閣府 (2015). 平成27年版食育白書. <http://www8.cao.go.jp/syokuiku/data/whitepaper/2015/pdf-gaiyou.html>
- 西村正子 (2004). 妊婦の栄養摂取量と食生活の意識調査. 母性衛生, 45(2), 253-259.
- 大水由香里, 江川陽子, 中村仁美, 島田友子 (2010). 妊婦の食生活と医療者の食事指導との関連性について. 母性衛生, 50(4), 575-585.
- 坂本めぐみ, 兼宗美幸, 工藤里香 (2011). 妊娠後期妊婦における食生活と食育の実態と課題. 埼玉県立大学紀要, 13, 79-84.
- 坂本めぐみ, 福井谷達郎 (2002). 妊婦における食生活と食行動に関する調査. 埼玉県立大短大部紀要, 4, 53-59.

- 早乙女智子, 村上明美 (2006). 回復は育児を快適にする産褥復古への支援: 貧血. *ペリネイタルケア*, 25(3), 228-229.
- 澤田美耶, 原田清美, 田中優里佳, 小林ゆき子, 重村智栄子, 田村秀子, 田村尚也, 松本雅美, 浅野弘明, 萩原暢子, 北川郁美, 池田順子, 木戸康博, 東あかね (2011). 日本人の食事摂取基準による妊婦の貧血と鉄摂取の評価. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 21, 29-36.
- 白石三恵, 春名めぐみ, 松崎政代, 大田えりか, 村嶋幸代, 佐々木敏, 永井 泰 (2009). 妊娠期の朝食欠食に関連する栄養素摂取量とその要因. *母性衛生*, 50(1), 148-154.
- Singla, P.N., Tyagi, M., Shankar, R., Dash, D., and Kumar, A. (1996). Fetal iron status in maternal anemia. *Acta Paediatr*, 85(11), 1327-1330.
- 高橋浩之, 中村正和, 木下朋子, 増居志津子 (2000). 自己管理スキル尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 47(11), 907-914.
- 田中奈美, 斉藤ひさ子 (2007). 妊婦の禁煙への行動変容に影響する因子: 禁煙支援プログラムを使用して. *母性衛生*, 47(4), 660-666.
- 豊瀬恵美子, 松浦賢長 (1996). 妊婦におけるCa摂取および貧血に対する意識の有無と摂取頻度・食嗜好度との関連. *母性衛生*, 37(1), 64-70.
- 月館スマ子, 諏訪智子 (1997). 貧血妊婦の食生活アンケートについて. *市立三沢病院医誌*, 7(1), 30-33.
- 堤ちはる (2003). 母親の食生活と母乳保育. *母子保健情報*, 47, 54-62.
- 渡辺 博, 稲葉憲之 (2002). 研修医のための必須知識. *日本産科婦人科学会誌*, 54(4), N73-98.
- 山本美紀子, 下田妙子, 菅 淑江, 辻とみ子, 佐々木敏 (2006). 青年期女子の栄養素等摂取量および食品群別摂取量に及ぼす朝食欠食の影響. *健康支援*, 8(2), 97-105.

〔平成27年4月17日受 付〕
〔平成27年10月26日採用決定〕

急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因

Factors Associated with Empathy toward Elderly Adults with Dementia in Nurses Working on Acute General Wards

小 田 沙矢香¹⁾

Sayaka Oda

川 島 和 代²⁾

Kazuyo Kawashima

キーワード：看護師，共感，認知症高齢者，急性期一般病棟

Key Words：nurse, empathy, elderly adults with dementia, acute general wards

緒 言

戦後のベビーブーム世代が高齢者人口のピークを迎える2025年まで、要介護者や認知症高齢者も同様に増加の一途をたどり、厚生労働省の試算では、認知症高齢者は470万人となり、居場所別内訳は医療機関で38万人と報告されている（厚生労働省，2010）。認知症高齢者の心身の状況によっては急性期の一般病棟への入院を余儀なくされることも少なくはない。

急性期一般病棟は、療養生活をする場でもあるが、治療を優先する場である。時には苦痛を伴う処置がなされ、認知症高齢者がbehavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) を生じやすい環境にある。このようなBPSDを伴いやすい認知症高齢者を看護する看護師は、困難感を抱くことも多い（千田・水野，2014；江見ら，2005；小山・流石・渡邊・森田・萩原，2013；松田・佐瀬・長畑・白井，2000；谷口，2006；山本・吉永・伊藤，2010）。これらの困難感の背景には、認知症特有の症状への効果的な対応方法が見つからないことや身体症状の判断のむずかしさ（千田・水野，2014）、ニーズに沿った十分なケアを行うことができないこと（小山ら，2013）などの直接的なかわりのなかで生じるものと、看護師の人数不足や高齢者の見守りにかかりきりになる状況などの看護業務の緊迫化によるマンパワー不足や時間的な制約によるものなどが明らかになっている（谷口，2006）。一般病棟における困難に特化したものとしては、入院・治療が安全にスムーズに行えないこと、夜勤で看護師の人数が少ない状況、さまざまな患者を看ながら認知症の人に十分にかかわることのむずかしさなどが明らかになっている（小山ら，2013）。

急性期一般病棟における認知症高齢者への看護に対するマンパワー不足や時間的制約は看過できない課題ではある

が、同じ状況であっても、認知症高齢者に対する困難感の感じ方には個人差があり、援助への認識や得意不得意などの要因も示唆されている（松田ら，2000）。同じ対応困難と考えられる場面でも看護師によってうまくできた対応もあり、そのようなときは周辺症状を理解し、患者の立場を考え落ち着く方法を工夫したという報告もある（岩井・梅村・新森・小島・川島，2001）。看護師一人ひとりの認知症高齢者への認識や考え方を変えることによって、困難感の感じ方は変化する可能性がある。

上記のように看護師の抱く困難感の背景には多様な要因があるが、認知症高齢者の立場や気持ちへの理解の不十分さによって、BPSDのような認知症高齢者の特有な症状についてどうしたらよいかわからない困難さもあると考えられる。認知症高齢者の行動障害についての学習の機会を与えることで、学習後には陰性感情が減少し対象理解の思考が増加し、言動では共感的なかわりが増加したとの報告がある（伊藤・大野・西尾・杉浦，2014）。このように看護師の対象理解を学習によって深めることが、認知症高齢者への「共感」の視点を育てることにつながるのではないかと推察する。一方、Cowdell（2010）は、急性期病棟で働くスタッフの認知症高齢者に対する共感の姿勢が足りないことを明らかにし、認知症高齢者の感情や経験を理解することの必要性を述べている。

看護師の患者への共感のプロセスや構造、共感経験や共感的援助について、またこれらに影響する要因について明らかにした研究報告はみられたが（藤本，2000；石綿・米澤・佐藤・鈴木・遠藤，2010；小代，1989；上野・栗原・水野・山川・西川，2009），対象を認知症高齢者とした研究報告はみられなかった。看護学生を研究対象とした模擬患者の認知症高齢者への共感のプロセスについて明らかにされた研究報告は1件あり、看護師の共感を高める基礎教育の充実の必要性が示唆された。（塚本・三澤・中澤・佐

1) 元・埼玉医科大学保健医療学部看護学科 Formerly at School of Nursing, Faculty of Health & Medical Care, Saitama Medical University

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

野, 2008)。

そこで現在, 急性期一般病棟で働く看護師の認知症高齢者に対する共感の程度を明らかにし, 共感の程度に関連する要因についても検討したいと考えた。共感の程度に関連した要因から, 今後の認知症高齢者に対する看護師の共感を高めるための現任教育や看護基礎教育の方策の提案につなぎたいと考える。

I. 研究目的

本研究の目的は, 急性期一般病棟における, 看護師の認知症高齢者への共感の程度と, 共感に関連する要因を明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 概念枠組み

看護師-患者間の共感のプロセスや構造について調査した過去の研究より, 看護師の共感に影響する要因は, 看護師に関する要因・患者に関する要因と職場環境に関する要因に大別できた(藤本, 2000; 石綿ほか, 2010; 伊藤, 2004; 塚本ら, 2008; 上野ら, 2009)。本研究では患者に関する要因は認知症高齢者と特定し, 看護師と職場環境に関連する要因について成書(中島・太田・奥野・水谷, 2007; MacKay, Hughes, & Carver, 1967/1991; 薄井, 1997)を参考に概念枠組みを作成した。

共感には人格要因によるものと, 学習や訓練等のスキルによるものとの見方がある。認知症高齢者への共感とは, 看護師になる以前の生活体験や教育を通して得た人格的なものと, 就職後の学習や臨床経験によるスキルによるものとのどちらに関連しているのか明確にしたかったため, 看護師に関連する要因は「個人の特性」「経験・学習のなかで培われた能力(以下, 培われた能力とする)」の2つに分けた。個人の特性とは, 認知症高齢者に共感するにあたり, 年齢や性別, 看護師になる以前の生活体験や看護基礎教育から得た個々人の特徴とし, 【基本属性】【生活体験】【看護基礎教育】で構成した。培われた能力とは, 就職後の学習や臨床経験によって培われた能力とし, 【自己学習の姿勢】【アセスメントの仕方】【コミュニケーションの得手不得手】で構成した。職場環境については, 【物理的環境】【人的環境】で構成した(図1)。

2. 研究デザイン

本研究は, 「認知症高齢者への共感」に関連する要因を明らかにする, 横断研究による関連探索研究である。

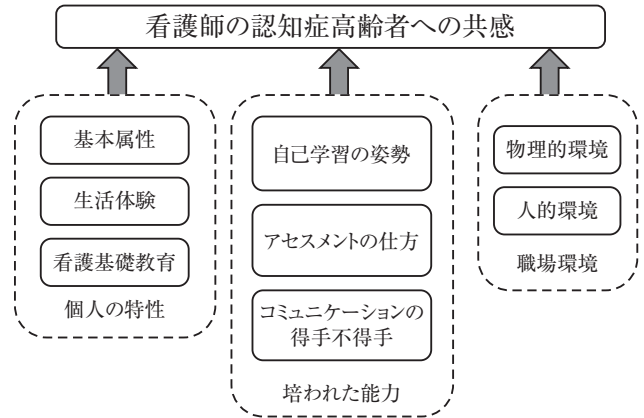


図1 概念枠組み

3. 用語の定義

共感とは, 角田(1994)の定義を参考に, 「他者理解を前提とした感情・認知両アプローチを統合したもの」と考え, 能動的または想像的に他者の立場に自分をおくことで, 自分とは異なる存在である他者の感情を体験すること」とした。

4. 対象の選定

対象病院は, A県保険医協会が出版した『病院マップ 2008年度版』を活用し, A県内すべての一般病床数200床以上の16の総合病院・大学病院とし, 看護管理者宛に研究協力依頼文書・質問紙・研究承諾書を送り, 返信にて研究同意の得られた14の病院とした。急性期一般病棟の選定は看護管理者に一任した。対象者は病棟師長を除く看護師とした。ICU・CCUは看護師1人に対する患者の人数が一般病棟と比較して明らかに少ないため, また産科・小児科は認知症高齢者が入院している可能性が低いため除外した。

5. データ収集方法

質問紙と返信用封筒を看護部へ郵送または持参し, 質問紙は看護管理者, もしくは看護管理者の許可のもと, 研究者が研究対象者へ配布し留め置いた。回収は, 返信用封筒にて対象者個人による郵送法とした。

6. 調査期間

データ収集期間は, 平成23年7～9月であった。

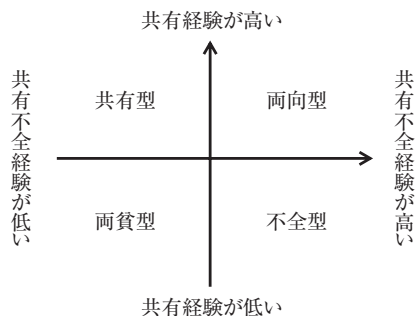
7. 調査項目

(1) 共感経験尺度改訂版(EESR)

共感経験尺度改訂版(Empathic Experience Scale Revised: EESR)は, 角田(1994)が開発した共感を感情面と認知面からとらえて個人の共感のタイプを評価する尺度である。本研究にて調査する共感とは, 感情的アプローチと認知

的アプローチの両視点を含むため、本尺度を選択した。

EESRは、共有経験10項目とそれらの内容を否定する共有不全経験10項目の2つの下位尺度で構成される。共有不全経験とは他者の感情を感じとれなかった経験であり、自己と他者の間に個別性の認識を生むと考えられるものである。回答方法は「まったくあてはまらない～とてもあてはまる」の7件法である。尺度の信頼性については、Spearman-Brownの信頼性係数が共有経験尺度で.87、共有不全経験尺度で.82と、十分な信頼性が確認されている。妥当性は落合（1983）の孤独感尺度（人間同士の理解・共感の可能性についての感じ方・自己の個別性への自覚）との関連を検討し、EESRの基準関連妥当性が確認されている。EESRは間隔尺度として扱い、下位尺度ごとに選択した数値を得点として合計点を出した。中央値を基準に高得点群と低得点群に分け、2つの下位尺度を図2に示したように組み合わせ、以下の4つに類型化した。



〔角田（1994, p.195）の「FIGURE1 共感性の類型化」より抜粋し、一部省略〕

図2 共感経験尺度改訂版（EESR）の4つの類型

共有経験得点・共有不全経験得点がともに高い「両向型」は、他者理解を可能にし、共感性は最も高い。共有経験得点は高いが共有不全経験得点は低い「共有型」は、個別性の認識は低く、共有体験を自己にひきつけてとらえてしまう未熟な共感、つまり同情を意味する。同情は共有体験をしながらも、自己中心的な観点から自らの体験をとらえるため、他者理解としての共感には至っていない。共感と同情を識別できることがEESRの特徴である。共有経験得点は低いが共有不全経験得点が高い「共有不全経験優位型（以下、不全型とする）」は、個別性の認識はなされているが、そのことがむしろ対人間の隔たりにつながっており、容易に他者は理解できないと感じている。共有経験得点・共有不全経験得点がともに低い「両貧型」は、対人関係そのものが弱く共感性は最も低い。

EESRは学生や看護師の共感性を測定するため、2000年代になってからも心理関係をはじめ看護領域の研究等に多く使用されている。本研究で認知症高齢者を対象にして測定を行うことの妥当性について、著作者に確認し使用の許

諾を得たうえで使用した。なお、これらは測定集団を基準とした相対評価で、個人の絶対的な共感能力を測定するものではない。

(2) 個人の特性

【基本属性】は年齢・性別、看護師の経験年数等の4項目、【生活体験】は高齢者との同居経験の有無などの2項目、【看護基礎教育】は老年看護学教育の受講の有無と、認知症高齢者の受け持ちの有無の2項目とした。老年看護学教育の受講については基礎看護教育機関の卒業後の年数を記載してもらい、看護教育カリキュラム第二次改正での「老年看護学」が追加された平成2年を基準に計算し、卒後18年以下は受講あり、卒後19年以上は受講なしとした。

(3) 培われた能力

【自己学習の姿勢】は認知症高齢者と自分とのかかわりの振り返りの経験と、研修会への参加の有無の2項目、【アセスメントの仕方について】は認知症高齢者のとる行動と身体面（使用した薬剤等）や社会面（家族とのつながり等）との関連についての8項目、【コミュニケーションの得手不得手】は認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手についての1項目である。回答方法は「ある、ときどきある、ほとんどない、ない」の4件法とし、【認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手】については「得意、どちらかといえば得意、どちらかといえば苦手、苦手」にて回答を得た。

(4) 職場環境

【物理的環境】は病棟の診療科、看護体制、残業についての3項目、【人的環境】は認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワークについて等の2項目とした。回答方法は、認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワークについては、「ある、ややある、ほとんどない、ない」の4件法とした。

質問紙作成後、臨床経験のある看護師10名にプレテストを実施し、わかりにくい箇所や回答しづらい箇所はないか確認した。

8. 分析方法

質問項目ごとに記述統計を行い、全体を概観した。EESRの4類型と、個人の特性・培われた能力・職場環境との間の関連性をみるために χ^2 検定を行った。有意水準は5%とした。なお、「認知症高齢者と自分とのかかわりの振り返り」と「認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワーク」の質問項目は、「ない」「ほとんどない」を「ない」群、「ときどきある」「ある」を「あり」群とした。認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手については、「得意」「どちらかといえば得意」を「得意」群、「苦手」「どちらかといえば苦手」を「苦手」

群とした。アセスメントの仕方についての各項目においては、本研究では「ある」をいつでもアセスメントを意識して行っているとみなして「あり」群、他を「なし」群とした。 χ^2 検定にて有意な関連がみられた項目については、どのセルが有意性に貢献したのか検討するために残差分析を行い、関連性を確認した。調整済み残差の有意な値は定数として次のように定められており、 $|\text{残差}| > 1.65$ で $p < .10$ 、 $|\text{残差}| > 1.96$ で $p < .05$ 、 $|\text{残差}| > 2.58$ で $p < .01$ である。

EESRの4類型と、看護師の経験年数・認知症高齢者が入院中の病棟での経験年数との関連については、一元配置分散分析を行った。統計解析には『SPSS for Windows (version 18.0)』を用いた。

9. 調査への同意および倫理的配慮

本研究は研究者の所属する大学の倫理委員会の承認（第548号）を得て実施した。対象病院の看護管理者には、プライバシーの保護を厳守すること、調査への参加や回答は対象者の自由意思によるものであり、参加拒否により不利益を被ることはないこと、研究目的以外にデータを用いないこと、分析公表後にはデータを破棄することを文書にて明記し伝えた。研究対象者には、研究趣旨の説明と研究参加への依頼を文書にて行い、研究同意は質問紙の返信をもって同意したこととし、研究依頼文書にもその旨を明記した。研究への参加は自由意思であり、協力の有無にて不利益は被らないことも併せて記載した。

Ⅲ. 結 果

1. 調査実施機関と回収状況

A県内の一般病床数200床以上の総合病院・大学病院のうち、研究協力に同意が得られた14か所の病院で調査を実施した。認知症高齢者が入院している急性期一般病棟43病棟、師長を除く看護師1,064名に質問紙調査を依頼し、752名から回答が得られた（回収率70.7%）。そのうち、本研究の対象とする病棟以外での勤務場所のもの、年齢・性別・経験年数についての記載がないもの、EESRへの回答が全項目に記載されていないもの45名を除く707名を有効回答とした（有効回答率94.0%）。

2. 対象者の概要

個人の特性については表1に示した。対象者の年齢は20～30歳代が全体の約8割で、性別は女性が全体の9割以上を占めた。看護師の平均経験年数は 10.8 ± 9.2 年で、認知症高齢者のいる病棟に限った平均看護経験年数は 6.7 ± 5.8 年であった。培われた能力については表2に示した。コミュニケーションの得手不得手について「どちらかとい

えば苦手」と答えた人は402人（56.9%）といちばん多く、「得意」と答えた人は8人で1.1%ときわめて少なかった。認知症高齢者のアセスメントの仕方については表3に示した。アセスメントの仕方については、「病棟などの環境の

表1 個人の特性

(n = 707)	
項 目	人数 (%)
年齢	
21～30歳	340 (48.1)
31～40歳	213 (30.2)
41歳以上	154 (21.7)
性別	
男性	34 (4.8)
女性	673 (95.2)
看護師の平均経験年数	10.8 ± 9.2 年
認知症高齢者のいる病棟での看護師の平均経験年数	6.7 ± 5.8 年
高齢者との同居の経験	
ない	266 (37.6)
ある	440 (62.2)
未記入	1 (0.1)
身内の認知症高齢者の看護・介護経験	
ない	483 (68.3)
ある	224 (31.7)
看護基礎教育卒業後の年数	
18年以下	560 (79.2)
19年以上	141 (19.9)
未記入	6 (0.8)
看護基礎教育機関の実習における認知症高齢者の受け持ち経験	
ない	246 (34.8)
ある	450 (63.6)
未記入	11 (1.6)

表2 対象者の培われた能力

(n = 707)	
項 目	人数 (%)
認知症高齢者の看護についての研修会への参加	
ない	404 (57.1)
ある	301 (42.6)
未記入	2 (0.3)
認知症高齢者と自分とのかかわりの振り返り	
ない	68 (9.6)
ほとんどない	145 (20.5)
ときどきある	319 (45.1)
ある	148 (20.9)
未記入	27 (3.8)
認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手	
得意	8 (1.1)
どちらかといえば得意	201 (28.4)
どちらかといえば苦手	402 (56.9)
苦手	44 (6.2)
未記入	52 (7.4)

変化との関連」についてのみが、「ある」と答えた人は406人（57.4%）と半数以上であった。職場環境については表4に示した。看護体制は9割以上が7対1看護体制をとっており、8割以上の人が残業していた。1週間の残業の平均時間は4.4±3.3時間であった。

3. 看護師の認知症高齢者への共感の程度

看護師の認知症高齢者への共感の程度はEESRより、共

表3 対象者の認知症高齢者のアセスメントの仕方

(n = 707)

項 目	カテゴリー	回答数	(%)
身体面	加齢現象によって機能低下した部分との関連	ない	8 (1.1)
		ほとんどない	56 (7.9)
		ときどきある	359 (50.8)
		ある	279 (39.5)
		未記入	5 (0.7)
	疾患による障害によって機能低下した部位との関連	ない	15 (2.1)
		ほとんどない	69 (9.8)
		ときどきある	364 (51.5)
		ある	252 (35.6)
		未記入	7 (1.0)
	使用した薬剤との関連	ない	15 (2.1)
		ほとんどない	87 (12.3)
		ときどきある	365 (51.6)
		ある	233 (33.0)
		未記入	7 (1.0)
社会面	家族とのつながりとの関連	ない	12 (1.7)
		ほとんどない	61 (8.6)
		ときどきある	351 (49.6)
		ある	275 (38.9)
		未記入	8 (1.1)
	これまでに生きてきた時代背景との関連	ない	8 (1.1)
		ほとんどない	78 (11.0)
		ときどきある	337 (47.7)
		ある	277 (39.2)
		未記入	7 (1.0)
	いままでの職業との関連	ない	20 (2.8)
		ほとんどない	86 (12.2)
		ときどきある	345 (48.8)
		ある	250 (35.4)
		未記入	6 (0.8)
	個人史との関連	ない	13 (1.8)
		ほとんどない	99 (14.0)
		ときどきある	356 (50.4)
		ある	228 (32.2)
		未記入	11 (1.6)
	病棟などの環境の変化との関連	ない	9 (1.3)
		ほとんどない	32 (4.5)
		ときどきある	254 (35.9)
		ある	406 (57.4)
		未記入	6 (0.8)

有経験得点は平均値（標準偏差）32.55（9.95）、中央値33.00であった。共有不全経験得点は平均値（標準偏差）31.45（10.25）、中央値30.00であった。共有経験得点と共有不全経験得点ともに最小値は0、最大値は60であった。

4. EESRの4類型と個人の特性・培われた能力・職場環境との関連

EESRの4類型と【個人の特性】との関連については、統計的に有意な関連がみられた項目はなかった。EESRの4類型と培われた能力・職場環境との関連については表5に示した。【培われた能力】では11項目中9項目において有意な関連がみられ、【職場環境】では、医療従事者間のチームワークとの間に有意な関連がみられた。有意な関連がみられた項目については、どのセルが有意性に貢献したのか残差分析にて確認し、表6に示した。

認知症高齢者と自分とのかかわりを振り返る人では、両向型や共有型に多く、不全型では少なかった。加齢現象や疾患などの身体面、家族とのつながりや認知症高齢者がこれまでに生きてきた時代背景と認知症高齢者の行動とを関連づけてアセスメントしている人では、共有型に多く不全型では少なかった。病棟などの環境の変化と認知症高齢者との行動とを関連づけてアセスメントしている人では、共

表4 対象者の職場環境

(n = 707)

項 目	人数 (%)
各病棟の診療科	
内科系	274 (38.8)
外科系	214 (30.3)
混合	211 (29.8)
その他	4 (0.6)
未記入	4 (0.6)
各病棟の看護体制	
7対1看護体制	689 (97.5)
10対1看護体制	14 (2.0)
未記入	4 (0.6)
残業	
ない	106 (15.0)
ある	592 (83.7)
未記入	9 (1.3)
認知症高齢者の看護でモデルとしたい看護師	
いなかった	439 (62.1)
いた	260 (36.8)
未記入	8 (1.1)
認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワーク	
ない	33 (4.7)
ほとんどない	104 (14.7)
ややある	354 (50.1)
ある	196 (27.7)
未記入	20 (2.8)

表5 共感経験尺度改訂版 (EESR) の類型と培われた能力・職場環境との関連

分類			項目	カテゴリー	両向型	共有型	不全型	両貧型	p 値	
				人数	172人 (%)	178人 (%)	167人 (%)	190人 (%)		
培 わ れ た 能 力	自己学習の姿勢		認知症高齢者の看護についての研修会への参加 (n = 705)	ない	106 (62.0)	97 (54.5)	99 (59.3)	102 (54.0)	.357	
				ある	65 (38.0)	81 (45.5)	68 (40.7)	87 (46.0)		
			認知症高齢者と自分とのかかわりの振り返り (n = 680)	ない	40 (24.7)	32 (18.6)	76 (46.3)	65 (35.7)	.000**	
				ある	122 (75.3)	140 (81.4)	88 (53.7)	117 (64.3)		
	アセスメント の仕方	身体面	加齢現象によって機能低下した部位との関連 (n = 702)	ない	96 (56.1)	89 (50.6)	114 (68.3)	124 (66.0)	.002**	
				ある	75 (43.9)	87 (49.4)	53 (31.7)	64 (34.0)		
			疾患による障害によって機能低下した部分との関連 (n = 700)	ない	106 (63.5)	91 (51.4)	120 (71.9)	131 (69.3)	.000**	
				ある	61 (36.5)	86 (48.6)	47 (28.1)	58 (30.7)		
		使用した薬剤との関連 (n = 700)	ない	108 (64.3)	109 (61.6)	122 (73.1)	128 (68.1)	.126		
			ある	60 (35.7)	68 (38.4)	45 (26.9)	60 (31.9)			
		社会面	家族とのつながりとの関連 (n = 699)	ない	93 (55.4)	90 (51.1)	115 (68.9)	126 (67.0)	.001**	
				ある	75 (44.6)	86 (48.9)	52 (31.1)	62 (33.0)		
			これまでに生きてきた時代背景との関連 (n = 700)	ない	93 (54.7)	94 (53.4)	113 (68.5)	123 (65.1)	.007**	
				ある	77 (45.3)	82 (46.6)	52 (31.5)	66 (34.9)		
			いままで職業との関連 (n = 701)	ない	102 (59.6)	103 (58.5)	117 (70.5)	129 (68.6)	.037*	
				ある	69 (40.4)	73 (41.5)	49 (29.5)	59 (31.4)		
			個人史との関連 (n = 696)	ない	104 (61.9)	108 (61.4)	124 (75.2)	132 (70.6)	.014*	
				ある	64 (38.1)	68 (38.6)	41 (24.8)	55 (29.4)		
		病棟などの環境の変化との関連 (n = 701)	ない	72 (42.1)	54 (30.7)	80 (48.2)	89 (47.3)	.003**		
			ある	99 (57.9)	122 (69.3)	86 (51.8)	99 (52.7)			
	コミュニケーション		認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手 (n = 655)	得意	56 (35.0)	63 (38.7)	39 (25.2)	51 (28.8)	.043*	
				苦手	104 (65.0)	100 (61.3)	116 (74.8)	126 (71.2)		
職 場 環 境	物理的環境		診療科 (n = 699)	内科系	67 (39.2)	61 (34.9)	68 (41.0)	78 (41.7)	.467	
				外科系	45 (26.3)	59 (33.7)	53 (31.9)	57 (30.5)		
				混合	59 (34.5)	55 (31.4)	45 (27.1)	52 (27.8)		
			残業の有無 (n = 698)	なし	29 (17.1)	22 (12.6)	23 (13.9)	32 (17.1)	.54	
	あり	141 (82.9)		153 (87.4)	143 (86.1)	155 (82.9)				
	人的環境			ロールモデルとなった看護師の有無 (n = 699)	なし	101 (59.8)	100 (56.2)	111 (67.3)	127 (67.9)	.057
					あり	68 (40.2)	78 (43.8)	54 (32.7)	60 (32.1)	
			医療従事者間のチームワーク (n = 687)		なし	23 (13.9)	26 (15.3)	50 (30.5)	38 (20.3)	.001**
あり				143 (86.1)	144 (84.7)	114 (69.5)	149 (79.7)			

[注] χ^2 検定, *: $p < .05$ **: $p < .01$

有型が多かった。認知症高齢者とのコミュニケーションを得意とする人では、共有型が多く不全型は少なかった。認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワークがあると認識している人では、両向型が多く不全型は少なかった。

IV. 考 察

1. 急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感の程度について

認知症高齢者を対象とした看護師のEESRの結果は、共有経験得点は平均値（標準偏差）32.55 (9.95)、共有不全経験得点は平均値（標準偏差）31.45 (10.25) であった。大学生を対象とした共有経験得点の平均値（標準偏差）は38.53 (8.57)、共有不全経験得点の平均値（標準偏差）は32.26 (8.84) であった（角田, 1994）ことや、看護学生を対象とした共有経験得点の平均値（標準偏差）は40.22 (6.94)、共有不全経験得点の平均値（標準偏差）は32.72 (9.51) であった（林・河合, 2002）ことから、本結果の

ほうが低かった。看護師は大学生や看護学生と比較して共感的ではないという先行研究（林・河合, 2002；秋山・萩原, 2004）を支持する結果となった。

看護師を対象とした共有経験得点の平均値（標準偏差）は35.0 (9.0)、共有不全経験得点の平均値（標準偏差）は30.1 (10.1) との報告（石綿ら, 2010）、共有経験得点の平均値（標準偏差）は31.92 (8.78)、共有不全経験得点の平均値（標準偏差）は38.35 (6.43) との報告（林・河合, 2002）もあった。共有経験得点・共有不全経験得点の平均値は、比較検討できる研究が少ないという限界はあるが、共感する対象を認知症高齢者に特定したことによる高低の特徴はみられなかった。

2. 認知症高齢者への共感に関連した要因について

認知症高齢者への共感に関連した要因は、認知症高齢者と自分とのかかわりを振り返ること、認知症高齢者の身体面や社会面のアセスメントの仕方、認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手、認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワークであった。いずれ

表6 共感経験尺度改訂版 (EESR) の類型と有意な関連がみられた項目の残差分析

分類		項目	カテゴリー	両向型	共有型	両貧型	不全型
				人数 (%) 調整済み残差			
自己学習の姿勢		認知症高齢者と自分とのかかわりの振り返り (n = 680)	ない	40 (24.7) - 2.1*	32 (18.6) - 4.2**	65 (35.7) 1.5	76 (46.3) 4.8**
			ある	122 (75.3) 2.1*	140 (81.4) 4.2**	117 (64.3) - 1.5	88 (53.7) - 4.8**
アセスメント の仕方	身体面	加齢現象によって機能低下した部位との関連 (n = 702)	ない	96 (56.1) - 1.3	89 (50.6) - 3.0**	124 (66.0) 1.9	114 (68.3) 2.4*
			ある	75 (43.9) 1.3	87 (49.4) 3.0**	64 (34.0) - 1.9	53 (31.7) - 2.4*
		疾患による障害によって機能低下した部分との関連 (n = 700)	ない	106 (63.5) - 0.2	91 (51.4) - 4.0**	131 (69.3) 1.8	120 (71.9) 2.4*
			ある	61 (36.5) 0.2	86 (48.6) 4.0**	58 (30.7) - 1.8	47 (28.1) - 2.4*
	社会面	家族とのつながりとの関連 (n = 699)	ない	93 (55.4) - 1.6	90 (51.1) - 3.0**	126 (67.0) 2.1*	115 (68.9) 2.5*
			ある	75 (44.6) 1.6	86 (48.9) 3.0**	62 (33.0) - 2.1*	52 (31.1) - 2.5*
		これまでに生きてきた時代背景との関連 (n = 700)	ない	93 (54.7) - 1.8	94 (53.4) - 2.2*	123 (65.1) 1.5	113 (68.5) 2.4*
			ある	77 (45.3) 1.8	82 (46.6) 2.2*	66 (34.9) - 1.5	52 (31.5) - 2.4*
		いままで職業との関連 (n = 701)	ない	102 (59.6) - 1.5	103 (58.5) - 1.9	129 (68.6) 1.4	117 (70.5) 1.9
			ある	69 (40.4) 1.5	73 (41.5) 1.9	59 (31.4) - 1.4	49 (29.5) - 1.9
		個人史との関連 (n = 696)	ない	104 (61.9) - 1.7	108 (61.4) - 1.9	132 (70.6) 1.1	124 (75.2) 2.5*
			ある	64 (38.1) 1.7	68 (38.6) 1.9	55 (29.4) - 1.1	41 (24.8) - 2.5*
		病棟などの環境の変化との関連 (n = 701)	ない	72 (42.1) 0.0	54 (30.7) - 3.5**	89 (47.3) 1.7	80 (48.2) 1.8
			ある	99 (57.9) 0.0	122 (69.3) 3.5**	99 (52.7) - 1.7	86 (51.8) - 1.8
		コミュニケーション		認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手 (n = 655)	苦手	104 (65.0) - 1.0	100 (61.3) - 2.1*
得意	56 (35.0) 1.0				63 (38.7) 2.1*	51 (28.8) - 1.0	39 (25.2) - 2.1*
職場環境	人的環境	認知症高齢者の看護を行う上での医療従事者間のチームワーク (n = 687)	なし	23 (13.9) - 2.3*	26 (15.3) - 1.7	38 (20.3) 0.2	50 (30.5) 3.9**
			あり	143 (86.1) 2.3*	144 (84.7) 1.7	149 (79.7) - 0.2	114 (69.5) - 3.9**

[注] 残差分析 | 残差 | >1.96 ⇒ *: $p < .05$ | 残差 | >2.58 ⇒ **: $p < .01$

の項目も「あり」もしくは「得意」と回答した人が共有経験得点の高い両向型や共有型に多く、「なし」や「苦手」と回答した人が共有経験得点の低い不全型や両貧型に多かった。このことから認知症高齢者への共感には、他者との情緒的なつながりをもつ経験である共有経験が大きく関与していることが考えられた。その一方で、EESRと個人の特性や物理的環境とは有意な関連が認められなかったことから、急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因は、看護の経験や学習のなかで培われた能力や職場の人的環境のように、意識することで変えられるものであることが明らかとなった。

MacKay, et al. (1967/1991) は、共感性の高い人に特徴

的なことの1つに自分自身の動機や行動を洞察することをあげている。塚本ら (2008) の研究においても、看護学生の認知症高齢者への共感に至るプロセスのなかに、認知症高齢者とのすれ違いが生じているのかかわりを自覚し、自己のかかわりを内省する過程があることを述べられている。忙しい毎日のなかで、認知症高齢者への看護を通して違和感や疑問を生じながらも振り返りをする機会がなく、解消されずにそのままになっている可能性がある。個人で振り返ることも大切であるが、病棟全体で具体的な事例を振り返る事例検討会などを開催し、多数の視点で効果的に振り返る機会をつくることも、現任教育として共感を高める1つの方法と考える。下平・伊藤は、一般病棟で身体的治療

を受ける認知症高齢者ケアの教育研修へのニーズとして「急性期病棟での具体的事例を用いた認知症高齢者のケア方法の理解」があったことを報告している（2012）。

認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワークがあると認識していることと共感が関連したことについては、小代（1989）は共感が生じやすい環境因子に医療者や家族などの患者をとりまく人たちの協力的態度をあげており、「協力的でいい関係のチームが組めたことが、患者とのいいかわり、共感を生じる一つの状況因子となる」と述べている。認知症高齢者が急性期一般病棟で入院する場合、治療が優先されるために点滴管理や安静の確保のために看護師の目や手が1人の患者にかかりきりになる状況は多い。また、一般病棟では同時にさまざまな患者をみなければならないことや夜勤もあるため、認知症の人に十分かわるのがむずかしい現状もある（小山ら，2013）。認知症高齢者の看護を行ううえで家族や医療従事者間のチームワークが上手く機能すれば、チーム全体で役割を適宜変化させたり、分担しながら助け合える状況が予測できる。またチームワークが協力的であると、時間や精神的なゆとりが生まれやすく、共感的にかかわりやすい状況となる可能性が示唆された。

EESRの特徴は、共有経験得点が高い「両向型」と「共有型」を、共有不全経験得点も高く、自分と他者は異なるという個別性の認識をもって共感ができている「両向型」なのか、共有不全経験得点は低く、個別性の認識が低く共有体験を自己中心的な観点から自らの体験をとらえる未熟な共感、つまり同情である「共有型」なのか識別できるところである。残差分析の結果、各項目に関連していたEESRの類型は、共有経験得点・共有不全経験得点がともに高い「両向型」よりも、共有経験得点は高いが共有不全経験得点は低い「共有型」が多かった。このことから急性期一般病棟での看護師の認知症高齢者への共感、自己と他者の個別性を確立した真の共感がなされているとはいいがたく、未熟な共感である同情が多くなされている可能性が高いことがうかがえた。

自己と他者の個別性を確立し、認知症高齢者への共感が真の共感となるためには、認知症という疾患について正しく知ることに加え、加齢現象や併発している疾患、使用中の薬剤が心身にどのような影響を与えているのか、また生い立ちや家族関係などの社会的側面、環境の変化等などの視点をもって対象をとらえ、着目しやすい突出した症状や言動だけに目を奪われるのではなく、対象者の全体像をていねいにアセスメントすることが対象理解につながると考える。急性期一般病棟という場であっても、認知症高齢者をていねいに一人の人として十分に対象理解ができたとき、自己と他者の区別が明確になり、同情ではない真の共

感に至ると考える。本研究結果からも、身体面や社会面をアセスメントすることは、共感に影響する要因となることが示された。現代の複雑な医療背景に対して期待が高まっている高度実践看護師の教育課程にも病理学、薬理学、病態のアセスメントの必要性が指摘されている（野嶋ら，2011）。

先行研究（藤本，2000）にて看護実践を通して体験した経験が共感に影響する要因としてあげられていたため、本研究では経験年数との関連について調べた。しかし、看護師の経験年数とEESRとの関連はみられなかった。藤本（2000）は、共感に影響する経験について、よい援助ができた満足感や患者への接し方で悩んだり注意をされるといったマイナス体験、そしてそれらを通して看護の意義について改めて考えたり、意識してかわるといった再認識することをあげている。看護実践を通しての経験は、単に経験の時間的な期間が影響しているのではなく、認知症高齢者の看護を実践するなかで、積極的にかかわりながらうまくいった経験やそうではなかった経験を実感し、自分のなかでそれらの経験を振り返り咀嚼して、自分の経験知として積み重ねていくことが、共感を高めていくことにつながると考えられた。

3. 急性期一般病棟における看護師が認知症高齢者に共感する必要性

小山ら（2013）は、一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難として、認知症の人が予期せぬ行動をすることや、患者それぞれで接し方の善し悪しが違うことがあり、認知症の人の看護は他の患者と同じ方法では通用しないことを述べている。これまで多くの看護師が、患者への看護を行う際には問題解決型の看護過程を経て必要な看護を行ってきた。しかし、認知症高齢者への看護に同様の問題解決型の思考過程での看護展開では、自分の視点から見た認知症高齢者の理解できない行動はすべて「問題」ととらえる可能性がある。とくに急性期一般病棟では患者の心身の状態が急性期であるがゆえに、患者にとって苦痛や不快感が伴う医療処置が多くなりがちである。これまでBPSDが問題行動とよばれていた理由には、このような背景があることが推測できる。長畑・松田・小野（2003）は、これまでの看護教育で教えられてきた問題解決アプローチだけでは認知症高齢者の看護を展開していくのには限界があり、問題解決アプローチのような一件着着する解決方法とは違った、継続的かつ探索的なアプローチが重要なのであり、対象者の視点でニーズを見出していく技術が必要だと述べている。看護師の認知症高齢者のとらえ方や視点を共感を意識した見方に変えることで、いままで問題だと認識し困難に思っていたことも理解できることに変わ

る可能性がある。急性期一般病棟でBPSDを生じる認知症高齢者は、私たちの想像以上に心身ともに混乱し、つらい状況にあることを看護師は深く認識し、より一層の「共感」を意識して接することが重要ではないかと考える。看護師は認知症高齢者の立場に立った視点、すなわち「共感」を意識したとらえ方に移行していく転換期を迎えていると推測できた。

V. 本研究の限界と課題

急性期一般病棟の看護師を対象に認知症高齢者を想定した質問紙調査を行ったが、入院患者のすべてが診断のついた認知症高齢者ではないため、対象者である看護師は認知

症高齢者ではない患者を想定した可能性がないとはいえない。また本研究で用いたEESRは相対評価であり、絶対的な個人の共感能力を測定するものではないため、測定する集団が変化すれば、そこに属する人たちの類型も変化する可能性も有する。

謝 辞

お忙しいなか、本研究にご協力いただきました病院の看護管理者の皆さま、病棟看護師の皆さま、そして本論文を書き上げるまでにご協力いただきましたすべての方々に厚くお礼を申し上げます。なお、本論文は小田沙矢香が平成23年度に石川県立看護大学大学院へ提出した修士論文に加筆修正したものです。

要 旨

看護師の認知症高齢者への共感の程度とそれに関連する要因を明らかにするため、急性期一般病棟において看護師1,064名を対象に自記式質問紙調査を行った。回収率は70.7%であった。対象者の平均経験年数は 10.8 ± 9.2 年であった。EESRの結果は、共有経験得点が平均値32.55 (9.95)、共有不全経験得点は平均値31.45 (10.25)であった。共感に関連した要因は、認知症高齢者と自分とのかかわりを振り返ること、認知症高齢者の身体面や社会面のアセスメントの仕方、認知症高齢者とのコミュニケーションの得手不得手、認知症高齢者の看護を行ううえでの医療従事者間のチームワークであった。EESRと個人の特性や物理的環境とは有意な関連が認められなかったことから、共感に関連する要因は、看護の経験や学習のなかで培われた能力、職場の人的環境のように、意識することで変えられるものであることが明らかとなった。

Abstract

A self-administered questionnaire survey was conducted to investigate nurses' level of empathy toward elderly adults with dementia, and associated factors. A questionnaire was sent to 1,064 nurses working on acute general wards. The response rate was 70.7%, and the mean length of employment was 10.8 ± 9.2 years. The Empathic Experience Scale Revised (EESR) results showed that the mean score for sharing experience was 32.55 (9.55), while that for insufficient sharing experience was 31.45 (10.25). Factors associated with empathy toward elderly adults with dementia included reflection on nurses' own relationship with the patients; the way of assessing the patients' physical and social characteristics; likes and dislikes regarding communication with the patients; and teamwork among medical professionals for implementation of care. EESR results were not significantly associated with nurses' individual characteristics or surrounding physical environment. These results suggest that factors associated with empathy in nurses were associated with consciously changeable features, such as the interpersonal environment at work and abilities attained through learning and experience in nursing care.

文 献

- 秋山美栄子, 萩原裕子 (2004). 対人援助職における共感に関する研究—看護職・介護職との比較から—. 日本看護福祉学会誌, 10(1), 32-33.
- 千田睦美, 水野敏子 (2014). 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学看護学部紀要, 16, 11-16.
- Cowdell F (2010). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nurs Stand*, 24(23), 42-48.
- 江見三枝子, 中谷由美子, 福田英子, 小川真美, 加部啓子, 飯野英親 (2005). 臨床看護・介護における対応困難状況の発生頻度と対処方法の分析. 看護技術, 51(7), 71-74.
- 藤本真記子 (2000). 患者—看護婦関係における共感プロセスとそ

- の影響因子. 青森県立保健大学紀要, 2(1), 119-132.
- 林 智子, 河合優年 (2002). 看護学生から看護師への共感性の発達 (第1報): 共感尺度得点からの検討. 看護研究, 35(5), 453-460.
- 石川県保険医協会 (2008). 病院マップ2008年度版. 1-329, 石川県保険医協会.
- 石綿敬子, 米沢弘恵, 佐藤佳子, 鈴木明美, 遠藤恭子 (2010). 看護師の共感経験と共感的コーピングとの関係. 獨協医科大学看護学部紀要, 4, 49-58.
- 伊藤信子, 大野明子, 西尾穂波, 杉浦浩子 (2014). 認知症患者の行動障害の理解による病棟スタッフの感情・思考, 言葉, 行為の変化. 日本認知症ケア学会誌, 13(2), 512-520.

- 伊藤祐紀子 (2004). 共感に関する研究の動向と課題：国内の看護研究に焦点を当てて. 看護研究, 37(6), 75-88.
- 岩井佳子, 梅村外志江, 新森 望, 小島祐子, 川島和代 (2001). 痴呆性老人の行動に対応困難と感ずる場面への看護—看護・介護者の判断と行動の特徴—. 日本看護学会論文集 (老年看護), 32, 89-91.
- 落合良行 (1983). 孤独感の類型判別尺度 (LSO) の作成. 教育心理学研究, 31(4), 60-64.
- 角田 豊 (1994). 共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み. 教育心理学研究, 42(2), 193-200.
- 厚生労働省 (2010). 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul1-att/2r9852000002iavi.pdf>
- 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代, 萩原理恵子 (2013). 一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難：大規模病院（一施設）の看護師へのインタビューから. 日本認知症ケア学会誌, 12(2), 408-418.
- MacKay, R.C., Hughes, J.R., and Carver, E.J./川野雅資, 長田久雄 (1967/1991). 共感的理解と看護. 64-65, 医学書院.
- 松田千登勢, 佐瀬美恵子, 長畑多代, 臼井キミカ (2000). 痴呆性高齢者の問題行動の経験頻度とその認識について—老人保健施設の職員へのアンケート調査による解析—. 大阪府立看護大学紀要, 6(1), 41-49.
- 長畑多代, 松田千登勢, 小野幸子 (2003). 介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対するとらえ方と対応. 老年看護学, 8(1), 39-49.
- 中島紀恵子, 太田喜久子, 奥野茂代, 水谷信子 (2007). 認知症高齢者の看護. 17, 東京：医歯薬出版.
- 野嶋佐由美, 石垣和子, 井上智子, 片田範子, 小西美智子, 小松浩子, 手島 恵, 森 恵美, 協力者 (中野綾美, 藤田佐和) (2011). 高度実践看護師養成の教育課程に関する提案 高度実践看護師制度推進委員会. <http://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2011/05/koudojissen7.pdf>
- 下平きみ子, 伊藤まゆみ (2012). 身体的治療を受ける認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究. *THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL*, 62(1), 31-40.
- 小代聖香 (1989). 看護婦の認知する共感の構造と過程. 日本看護科学会誌, 9(2), 1-13.
- 谷口好美 (2006). 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. 老年看護学, 11(1), 12-20.
- 塚本都子, 三澤久恵, 中澤明美, 佐野 望 (2008). 認知症高齢者の意思を尊重した看護学生の共感プロセス—模擬患者 (Simulated Patient) 参加型演習の分析から—. 日本看護学会論文集 (老人看護), 39, 279-281.
- 上野恭子, 栗原加代, 水野恵理子, 山川百合子, 西川浩昭 (2009). 看護師の共感的援助の過程と影響する要因の検討. 日本看護医療学会雑誌, 11(2), 8-16.
- 薄井坦子 (1997). 科学的看護論 (第3版). 日本看護協会出版会.
- 山本克英, 吉永喜久恵, 伊藤由佳 (2010). 救急医療現場で認知症患者をケアする看護師の困難. 神戸市看護大学紀要, 14, 73-80.

〔平成27年2月19日受 付〕
〔平成27年11月18日採用決定〕

地域在住高齢者における聞こえの自己評価と 純音聴力閾値の左右差および語音了解閾値との関係

Self-perceived Hearing Problems of Frail Elderly People and
their Relation to Hearing Threshold Level and Speech Recognition Threshold

山 田 紀代美¹⁾
Kiyomi Yamada

西 田 公 昭²⁾
Kimiaki Nishida

キーワード：虚弱高齢者，聞こえの自己評価，純音聴力閾値，語音了解閾値，左右差
Key Words：frail elderly people, self-perceived hearing problem, hearing threshold level (HTL),
speech recognition threshold (SRT), different hearing abilities of both ears

緒 言

高齢期には加齢による聴覚の生理的な機能低下が進み、高音から徐々に進む感音性難聴に至る者が多い。2012年に報告された内田・杉浦・中島・安藤・下方（2012）の行った疫学調査においては、65歳以上人口のおよそ56%、1,500万人あまりの難聴高齢者の存在が推測されている。しかし、聴力の低下は徐々に出現することから自分自身ではその問題に気づきにくいこと、歳だからとあきらめてしまうなどが指摘されている（安田・古川，2009）。また、聴力低下を補うための補聴器は、装用してもあまり効果が得られないなどの誤解（夜陣ら，1997）や補聴器は老人の象徴といった偏見（Walshagen，2009）も加わり、装用も進んでいない。補聴器が必要な人は約1,900万人と推測されているものの、実際に使用している者は約339万人、およそ15%と推測されていることから、高齢者も聞こえにくい状態のまま生活しているものと推察される（日本補聴器工業会，2014）。

このように聞こえにくさを感じて生活している高齢者のうち、難聴の自覚がある場合にはさまざまなコミュニケーションの失敗を繰り返すなかでストレスを感じ、その結果、精神的健康度を低下させることも指摘されている（矢嶋ら，2004）。また、コミュニケーションの機会を減らすなどの対処を行うことで社会参加が減少し、閉じこもりへの移行も報告されている（斎田・山根・東，2010）。最近の米国のLin, et. al（2011）による疫学調査では、難聴と認知症との関連性も示唆されている。

これまで、高齢者の難聴の実態を調査した研究においては、施設内、とくに病院受診を行った患者を対象としたも

のが多い（樋口，1984；立木ら，2002；八木ら，1996）。病院受診を自ら行うということは、何らかの症状や疾病を基礎としていることから難聴を受け入れている者が多く、その後の治療へと結びつきやすい集団と推察される。一方、地域で暮らす難聴の自覚のない高齢者の場合には、難聴を自覚する機会もなく生活を継続することでその後の健康問題が発生する可能性が考えられる。筆者らは、地域に暮らす高齢者の難聴が健康に及ぼす問題に関して、難聴の早期発見のために、防音室の設備や機器を必要としない簡便な方法として、高齢者自身の聞こえに対する認識、すなわち聞こえの自己評価に注目し、オーディオメータを用いた聴力検査との関係およびそれらに関する要因の探索を行ってきた（鍋島・山田，2014）。その結果、高齢者の75%は聞こえの自己評価と純音聴力閾値の一致がみられたものの、純音聴力閾値の低下に対し聞こえが悪いとは思わないと述べるなど、聴力の実態と聞こえの自己評価との乖離がみられる高齢者と、反対に聴力低下に敏感に反応するタイプの存在を明らかにすることができた。しかし、その研究に用いた調査方法は、1,000Hzと2,000Hzのおおの40dBの純音が聞こえるか否かで判定したものである。高齢者の場合には、高音域から聴力低下が始まることや音は聞こえても言葉として認識しにくいともいわれている（樋口，1984；八木ら，1996）。さらに、最近では加齢性難聴における聴力低下において、一般的な両側性ではなく、左右差が生じることも報告されている（田所・松田，2013）。一側のみに難聴を伴う一側性難聴については、これまで日常生活においてはほとんど支障がないと考えられてきたが、岡野・原島・堅田（2009）は、一側性難聴の人の患側耳からの聞きとりやスピーチの理解に関する困難の存在を指摘

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

2) 立正大学心理学部対人・社会心理学科 Department of Interpersonal and Social Psychology, Faculty of Psychology, Ritssho University

している。

以上から、本研究の目的は、地域に暮らす高齢者の聞こえの自己評価に対して、純音聴力検査に加え語音聴力検査も実施し、聞こえの自己評価と聴力の関係をより精緻に検討する。加えて、高齢者の聞こえの自己評価と純音聴力閾値の左右差についてもあわせて検討することとした。

I. 用語の操作的定義

本研究では、気導純音聴力検査を実施し、両耳における500, 1,000, 2,000, 4,000Hzの各周波数における検査音の最小可聴閾値を「純音聴力閾値」とした。語音聴力検査については、語音了解閾値検査を用い、67-S語表（日本聴覚医学会, 2003）における数字の読みあげたものを記載し、その正答率が50%に該当する音のレベルを算出した数値を「語音了解閾値」とした。

II. 研究方法

1. 研究対象者

A市社会福祉協議会が主催している介護予防事業の一つで、B区高齢者はつらつ長寿推進事業の活動に参加する高齢者のうち、C会場24人、D会場19人の合計43人を調査対象者とした。本事業の参加条件はA市在住の65歳以上の高齢者で、自力で各会場に来場が可能者となっている。参加者の認知機能については、対象者の負担を考慮しアンケート調査への回答状況により一定以上の認知能力が保持されていると判断した。

2. 調査方法

本調査は、集団でのアンケート調査と聴力検査で構成されている。アンケート調査については、高齢者はつらつ長寿推進事業の活動メニューの一つに加えていただき、健康講座の一環として難聴に関する講話と調査を組み合わせで実施した。アンケートに参加した対象者は後日、純音聴力閾値および語音了解閾値を測定した。調査期間は2012年10月から2013年7月までであった。

3. 自記式アンケートの調査項目

(1) 高齢者の属性等

年齢（生年月）、性別、家族構成、健康状態、老性自覚、活動性、外出および交流頻度について質問した。現在の健康状態に関する主観的健康感は、「全く健康」から「全く健康でない」の5段階で質問した。老性自覚については、自分を老人だと思うか否かについて質問し、思うを「あり」とした。高齢者の活動性については、老研式活動能力

指標を用いて、「手段的ADL（5項目）」「知的能動性（4項目）」「社会的役割（4項目）」の3因子13項目を把握した。本尺度は、各項目に対して「できる」に1点、「できない」に0点を配点し、その合計得点が高いほど機能が高いことを示している。外出および交流頻度については、外出は「家から外に出ること」、交流とは「同居している家族以外の人と話しをすること」とし、1週間におけるおのおの日数で回答を求めた。

(2) 聴力に関する事項

高齢者自身の聞こえの自己評価を把握するために、Uchida, Nakashima, Ando, Niino, & Shimokata (2003)の研究で使用された「自分で聞こえが悪いと思いますか」という問いを用い、「聞こえが悪いと思わない（以後、思わない）」「聞こえが悪いとたまに思う（以後、たまに思う）」「聞こえが悪いと思う（以後、思う）」の3段階で回答を求めた。また、難聴であると他人から指摘されたことがあるか否か、耳に関する既往歴の有無とその病名、補聴器使用の有無についてもあわせて質問した。

4. 聴力検査

純音聴力閾値および語音了解閾値の両検査には、リオン製の『オージオメータAA-77A』を使用した。純音聴力閾値検査は、5dBの上昇法にて両耳の500, 1,000, 2,000, 4,000Hzの最小可聴閾値を測定した。被検者である高齢者は、各周波数の検査音がヘッドホンより聞こえた場合に手元の応答ボタンを押すように教授された。語音了解閾値の測定はSONY DVDプレーヤー『DVP-SR200P』を『オージオメータAA-77A』に接続し1,000Hzの校正後、日本聴覚医学会が作成した語表CDを使用した。6語×6行で構成されている67-S語表の数字を1行目から「2（に）」「4（よん）」「5（ご）」というように1語ずつ5dBステップで検査音を下げていき、それを紙に聞こえたとおりに記載するように指示し6行すべてを両耳ともに施行した。語音了解閾値検査の開始音は、対象者の各耳の純音聴力閾値の平均値より15dB以上の大きな聴力レベルから行った（小田, 2009）。これらの聴力検査の方法については、大学病院に勤務する言語聴覚士より指導を受けて実施した。なお、C会場は、同一会場にある防音対策が施された録音室で1日3～5人ずつ事業開催日の活動終了後に実施した。D会場においては、聴力検査が実施できる個室が準備できなかったため、別の建物の静かな個室に移動し毎回2人ずつ各聴力検査を行った。平均騒音レベルはC会場（録音室）が41.8dB、D会場（別棟の個室）が35.4dBであった。

5. 分析方法

純音聴力閾値においては、各耳の500, 1,000, 2,000, 4,000Hz

の各測定された閾値から、4分法〔(500Hz閾値+1,000Hz閾値×2+2,000Hz閾値)／4〕による平均値を算出し、平均純音聴力閾値とした。両耳のうち平均純音聴力閾値がよいほうを良聴耳、悪い側を不良聴耳とした。さらに、平均純音聴力閾値はWorld Health Organization (WHO) 聴力障害基準（以後、WHO基準）により、25dB以下を「正常」、26～40dB「軽度」、41～60dB「中等度」、61～80dB「重度」、80dB以上「最重度」と分類した。語音了解閾値については、語音明瞭度（正答率）50%を通過する聴力レベルを計算にて求め、各耳の語音了解閾値とした（小田，2009）。純音聴力閾値の聞こえの自己評価による比較には、一元配置分散分析およびその後の多重比較はBonferroniを用いた。純音聴力閾値と語音了解閾値の関係の検討には相関係数を算出した。相関係数の算出にあたり、データの分布により正規性が確認された場合にはPearsonの積率相関係数を、そうでない場合にはSpearmanの順位相関係数を用いた。聞こえの自己評価別の良聴耳のWHO基準分類における不良聴耳の分類についてより詳細に検討するために、事例分析も行った。

なお、聞こえの自己評価の回答肢である聞こえが悪いと「思う」の10人中、補聴器を使用している5人はすでに「思う」のみならず対処もしていることから、「思う」とは分けて「思う（補聴器使用）」として分析した。統計的有意水準は5%以下とし、統計処理にはIBMの『SPSS Statistics version 19』を使用した。

6. 倫理的配慮

アンケート調査実施前に対象者に対して、口頭と紙面にて調査目的、アンケート調査および聴力検査の概略、個人情報保護の保護、調査を拒否または中断する権利、またそれらを行った場合にも不利益を被らないことを説明し協力を求めた。アンケート調査においては、調査票の提出をもって同意を得たものとした。引き続き、聴力検査に協力の意志を示した高齢者に対しては、再度研究の趣旨および個人情報保護等について口頭と文書で説明後、研究対象者本人による同意書への署名により聴力検査への承諾を確認した。アンケート用紙と同意書の連結は、性別と生年月の情報とで確認した。本調査は研究者の所属する大学の研究倫理委員会にて2012年9月に承認（ID番号12019）を受けた。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特性（表1）

2会場における参加者は43人であったが、自記式アンケートおよび聴力検査が実施できたのは35人であった。対象は男性3人（8.6%）、女性32人（91.4%）で平均年齢

は78.3±6.3歳であった。主観的健康感普通以上が33人（94.3%）であった。老性自覚はなしが21人（60.0%）であった。老研式活動能力指標合計点は12.5±1.0点であった。外出日数は5.4±1.8日／週、交流日数は、3.7±1.9日／週であった。

表1 対象者の特性

(n=35)				
項目	人数	%	平均	標準偏差
年齢（歳）			78.3	6.3
性別				
男性	3	8.6		
女性	32	91.4		
家族構成				
夫婦二人	8	22.9		
子どもと同居	7	20.0		
独居	18	51.4		
その他	2	5.7		
主観的健康感				
非常に健康である	3	8.6		
かなり健康である	23	65.7		
普通	7	20.0		
あまり健康でない	2	5.7		
老性自覚				
なし	21	60.0		
あり	14	40.0		
老研式活動能力指標 合計（点）			12.5	1.0
手段的ADL（5項目）			4.9	0.2
知的能動性（4項目）			3.9	0.2
社会的役割（4項目）			3.6	0.9
外出（日／週）			5.4	1.8
交流（日／週）			3.7	1.9

2. 聞こえの状況（表2）

「自分で聞こえが悪いと思いますか」という質問に対して、「思わない」が15人（42.9%）、「たまに思う」10人（28.6%）、「思う」が10人（28.6%）であった。他人からの難聴の指摘については、「なし」が25人（71.4%）であった。耳に関する既往歴がありと答えた者は5人（14.3%）で、中耳炎が3人であった。補聴器使用ありは5人（14.3%）であった。

3. 良聴耳および不良聴耳における純音聴力閾値と語音了解閾値（表3）

良聴耳における500Hzの純音聴力閾値の平均値は29.6±15.5dB、1,000Hzは26.3±15.8dBであり、以後、周波数が高くなるほど悪かった。不良聴耳も、周波数が高くなるほど閾値は悪かった。4分法における平均値は良聴耳28.0±15.4dB、不良聴耳37.4±21.2dBであった。語音了解閾値は良聴耳26.5±14.4dB、不良聴耳30.8±14.6dBであった。

表2 聞こえの状況

(n = 35)		
項目	人数	%
聞こえの自己評価 (人) (聞こえが悪いと思うか)		
思わない	15	42.9
たまに思う	10	28.6
思う	10	28.6
他人からの難聴の指摘		
なし	25	71.4
あり	10	28.6
耳に関する既往歴		
なし	30	85.7
あり	5	14.3
補聴器		
なし	30	85.7
あり	5	14.3

4. 聞こえの自己評価と良聴耳ならびに不良聴耳の純音聴力閾値との関係 (表4)

聞こえの自己評価の回答別に、純音聴力閾値の平均値を良聴耳ならびに不良聴耳において比較した結果が表4である。良聴耳では「思わない」は 18.3 ± 8.6 dBで、「思

う」 34.3 ± 7.2 dBおよび「思う (補聴器使用)」 57.5 ± 8.3 dBであり、有意差 ($p < .05$) がみられた。「たまに思う」 24.6 ± 7.1 dBおよび「思う」 34.3 ± 7.2 dBは、「思う (補聴器使用)」 57.5 ± 8.3 dBより有意 ($p < .05$) に聴力がよかった。しかし、「思わない」と「たまに思う」および「たまに思う」と「思う」では、有意差がみられなかった。不良聴耳においても良聴耳と類似した傾向であったが、「たまに思う」 34.5 ± 13.7 dBは「思う」 56.8 ± 12.6 dBに比べ有意 ($p < .05$) に聞こえが良かった。

5. 聞こえの自己評価別の良聴耳および不良聴耳における純音聴力閾値と語音了解閾値の相関関係 (表5)

聞こえの自己評価の回答別に、良聴耳および不良聴耳における純音聴力閾値と語音了解閾値の相関関係を検討した結果が表5である。良聴耳においては「思う (補聴器使用)」を除き、相関係数 $r = .718 \sim .975$ と有意 ($p < .01$) に高い相関関係が確認できた。不良聴耳においては「思わない」は $r = .648$ ($p < .01$)、「たまに思う」は $r = .745$ ($p < .05$) で正の相関が認められたものの、「思う」では有意差は認められなかった。

表3 良聴耳および不良聴耳における純音聴力閾値と語音了解閾値

(n = 35)

聴力検査		良聴耳		不良聴耳	
		平均値 (dB)	標準偏差	平均値 (dB)	標準偏差
純音聴力閾値	500 Hz * ¹	29.6	15.5	37.6	20.3
	1,000 Hz	26.3	15.8	35.3	21.4
	2,000 Hz	30.0	17.3	38.3	21.8
	4,000 Hz * ²	39.9	19.6	40.3	20.1
	平均値	28.0	15.4	37.4	21.2
語音了解閾値 * ³		26.5	14.4	30.8	14.6

[注] *¹: 不良聴耳の結果は、測定可能者33人の結果である。

*²: 不良聴耳の結果は、測定可能者31人の結果である。

*³: 良聴耳34人、不良聴耳31人の結果である。

表4 聞こえの自己評価と良聴耳ならびに不良聴耳の純音聴力閾値との関係

(n = 35)

聞こえの自己評価	純音聴力閾値			
	良聴耳		不良聴耳	
	平均値 ± 標準偏差 (dB)	統計学的検定	平均値 ± 標準偏差 (dB)	統計学的検定
聞こえが悪いと思わない (15人)	18.3 ± 8.6	*	21.8 ± 8.1	*
たまに思う (10人)	24.6 ± 7.1	*	34.5 ± 13.7	*
思う (5人)	34.3 ± 7.2	*	56.8 ± 12.6	*
思う (補聴器使用) (5人)	57.5 ± 8.3	*	70.8 ± 14.8	*

[注] 一元配置分散分析、その後に多重比較を実施。*: $p < .05$

表5 聞こえの自己評価別の良聴耳および不良聴耳における純音聴力閾値と語音了解閾値の相関関係

(n = 35)

聞こえの自己評価	良聴耳 (r)	不良聴耳 (r)
聞こえが悪いと思わない ^{a)} (15人)	.718**	.648**
たまに思う (10人)	.871**	.745*
思う (5人) ^{b)}	.975**	.500
思う (補聴器使用) (5人) ^{c)}	.800	—
全体 ^{a)}	.936**	.922**

[注] ^{a)} : Pearson 積率相関係数を, その他は Spearman の順位相関係数を使用。

^{b)} : 不良聴耳の語音了解閾値は4人で分析。

^{c)} : 語音了解閾値は良聴耳4人で分析, 不良聴耳は1人のみで分析不可。

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

6. 聞こえの自己評価と良聴耳の純音聴力閾値によるWHO基準分類における不良聴耳のWHO基準の分布 (表6, 表7)

聞こえの自己評価と良聴耳の平均純音聴力閾値をWHO基準で分類した表に, 不良聴耳のWHO基準を表したものが表6である。良聴耳における「正常」は21人, 「軽度」

は8人, 「中等度」5人で, 「重度」は1人であった。良聴耳の「正常」に分類された21人は, 聞こえが悪いと「思わない」が14人, 「たまに思う」6人, 「思う」1人となった。それらの内訳をみると, 「思わない」では良聴耳が「正常」かつ不良聴耳が「正常」である者が14人中12人と全体の8割を占めた。しかし「たまに思う」では, 良聴耳が「正常」であるのに対し, 不良聴耳では「正常」2人に対し「軽度」「中等度」「重度」といった「正常」以外が6人中4人と全体の67%であった。同様に「思う」は, 良聴耳が「正常」で不良聴耳は「中等度」であった。また, 聞こえの自己評価と良聴耳および不良聴耳の純音聴力閾値との差がみられた, 「思わない」の回答でありながら, 良聴耳「正常」, 不良聴耳「軽度」の2人と両耳ともに「軽度」の1人, 加えて「たまに思う」で, 良聴耳, 不良聴耳ともに「正常」の2人の合計5事例を分析したものが表7である。「思わない」と回答した高齢者は, 独居の事例B以外には子どもと同居しており, 耳に関する既往歴および難聴の他人からの指摘を受けた者は1人もなかった。一方, 純音聴力閾値は両耳ともに「正常」にもかかわらず「たまに思う」と回答した高齢者は, 独居である事例Dと夫婦二人暮らしの事例Eであり, 事例Eは他人から難聴の指摘を受けた経験を有していた。

表6 聞こえの自己評価と良聴耳の純音聴力閾値によるWHO基準分類における不良聴耳のWHO基準の分布

(n = 35)

		良 聴 耳				
		正 常 25dB 以下 (21人)	軽 度 25~40dB (8人)	中等度 41~60dB (5人)	重 度 60~80dB (1人)	最重度 80dB 以上 (0人)
聞こえが悪いと思わない	(15人)	正 常 12人 軽 度 2人	軽 度 1人			
たまに思う	(10人)	正 常 2人 軽 度 2人 中等度 1人 重 度 1人	軽 度 4人			
思う	(5人)	中等度 1人	中等度 3人	重 度 1人		
思う (補聴器使用)	(5人)			中等度 2人 重 度 1人 最重度 1人	重 度 1人	

[注] WHO聴覚障害基準は (500Hz, 1,000Hz, 2,000Hz, 4,000Hz) / 4の平均値を用いており, 本研究では平均値の算出方法は異なるが分類の基準として参考にした。

表7 聞こえの自己評価と両耳の純音聴力閾値との差がみられた事例

聞こえの自己評価	難聴のWHO基準分類		事例	年齢 (歳)	家族構成	耳に関する 既往歴	難聴の他人 からの指摘
	良聴耳	不良聴耳					
聞こえが悪いと思わない	正常	軽度	A	75	子どもと同居	—	—
			B	80	独居	—	—
	軽度	軽度	C	79	子どもと同居	—	—
たまに思う	正常	正常	D	78	独居	—	—
			E	79	夫婦二人	—	有

[注] 表中の—は該当無しの意味。

IV. 考 察

1. 対象者の純音聴力閾値について

本研究対象者の純音聴力閾値は、良聴耳において1,000Hzが最も聞こえがよく、2,000Hz、4,000Hzと周波数が高くなるほど聞こえにくくなることが認められた。これは、高齢者の場合、周波数が高いほうから純音聴力閾値は低下すると報告した立木ら（2002）をはじめとする多くの先行研究（八木ら、1996；柳田ら、1996）と類似の結果であった。一方、500Hzは1,000Hzよりも聞こえが悪く、2,000Hzと同レベルの30dB程度の聞こえであった。立木ら（2002）の年齢別の純音聴力閾値の結果においても、本研究の対象者の平均年齢と類似の75～79歳における500Hzの聴力は、1,000Hzより低下するという同様の結果がみられた。また本研究の場合、調査の特性上防音室による調査ではない。測定環境としては、2会場の平均騒音はおおよそ40dBと図書館に類似した静かな環境ではあったものの、測定場所における生活騒音を完全に遮断することはできなかった。生活騒音は500Hz前後のものが多いこと（中川、1996；武田・佐久間、2003）から、これらがデータを修飾した可能性も否定できない。

4分法による純音聴力閾値の平均値は、良聴耳で28.0dBであった。立木ら（2002）の研究における年齢別平均聴力は75～79歳で 26.0 ± 12.1 dBであり、本研究はほぼ類似した結果であった。また、石岡・権藤・黒川・蓮花（2012）の高齢者大学受講者を対象とした調査では、平均年齢が68.3歳という集団で良聴耳の平均聴力が 24.1 ± 7.6 dBであり、年齢を考慮すれば本研究は先行研究とほぼ同様の結果といえる。

また、良聴耳の平均聴力をWHO基準にあてはめてみた場合、全体の21人と6割が正常であり、軽度8人（22.9%）、中等度以上難聴者は6人（17.1%）で難聴の割合は4割であった。これは、先の石岡ほか（2012）の分類結果である正常65.6%、軽度31.2%、中等度3.2%と比べると若干中等度以上が多いという結果であった。また、内田ら（2012）による地域高齢者2,194人の疫学調査では、本調査とほぼ同年齢である75～79歳のWHO基準における「難聴」の割合を男性71.4%、女性67.3%と、本研究結果のおよそ1.7倍の有病率を報告している。本研究の場合には、研究協力者の募集に続いてアンケート調査、その後2種類の聴力検査を実施するという手順であった。その過程において、聴力に自信がなくアンケートおよび聴力検査の同意が得られないケースの存在が考えられ、結果的に聞こえに問題をもった高齢者が一部脱落した可能性も否定できない。加えて、内田ら（2012）の研究では4,000Hzの閾値を加えた平均純音聴力の算出法であることから、本研究結果よりも閾値が

高めに算出されている可能性もある。今後は、幅広く対象者を募り調査を行うとともに純音聴力閾値の算出方法に対する検討もあわせて行う必要がある。

2. 語音了解閾値について

本研究においては、語音了解閾値は平均純音聴力閾値とほぼ同じ値を示していた。さらに純音聴力閾値と語音了解閾値との相関係数は、良聴耳および不良聴耳ともに全体で.9以上、聞こえの自己評価の各回答別でも良聴耳で.72以上、不良聴耳.65以上であったことから、人数の影響で有意差の認められない項目を除き比較的高い一致度を確認するに至った。純音聴力閾値と語音了解閾値の関係を調査した吉岡（2008）の報告においても、純音聴力閾値および語音了解閾値は.8程度の高い相関関係がみられたと述べている。しかし高齢者の場合、Uchida, et al.（2003）の調査や筆者らの先行研究（鍋島・山田、2014）において、純音聴力閾値と本人の聞こえの自己評価との間にずれが生じる高齢者の存在を確認していた。そこで、高齢者の聞こえの自己評価のずれは、純音聴力閾値と語音了解閾値との差によって生じているとの仮説のもとに、純音聴力の測定値の信頼性を確認する目的で語音了解閾値を測定した（山下、2009）が、結果的に差はみられなかった。村上（2009）によると、加齢性難聴のなかでも蝸牛ニューロン障害型では、蝸牛ニューロンの一定程度の変性・消失により、純音聴力は比較的良好に保たれるものの語音明瞭度で示される語音聴力の低下が現れることがあると述べている。しかし、今回の分析可能であった対象者は、良聴耳の平均純音聴力閾値が28dBでしかもWHO基準で「正常」が6割、「軽度」が2割強であり、蝸牛ニューロンの障害は軽度あるいは認められなかったのではないかと推察する。

3. 聞こえの自己評価と良聴耳、不良聴耳の関係について

今回の調査において、聞こえの自己評価別に良聴耳および不良聴耳それぞれに平均純音聴力閾値を比較したところ、良聴耳および不良聴耳のいずれにおいても聞こえが悪いと「思わない」と「たまに思う」の間において、有意な差がみられなかった。しかし、「思わない」においては、良聴耳および不良聴耳ともにWHO基準の「正常」の範囲内であるのに対し、「たまに思う」は平均純音聴力閾値が不良聴耳において34.5dBと良聴耳に比べて10dBも低い「軽度」の範疇であった。加えて「たまに思う」は、良聴耳は正常であるもののWHO基準分類の分布表（表6）において、不良聴耳は「軽度」「中等度」「重度」が含まれていた。これまで難聴等の検討においては、良聴耳のみが分析の対象となったものが多い。この理由を、内田ら（2012）は環境に左右されないためであると述べている。しかし、

人は日常生活を送るなかで両耳にて音源定位を行い音の方向や距離を把握し、また騒音下で言葉を明瞭に聞き取っている（小林・原島・堅田，2004）。実際に一側性難聴者の日常生活の問題に関する実態調査でも、雑音の多いところで話しかけられる場合の聞き取りにくさや、遠くから呼ばれたときに声がどこからするのかわからなくて対応が遅れたなどの経験をしている者が8割以上いるとの報告もある（岡野ら，2009）。今回の結果において、聞こえの自己評価の「たまに思う」では、不良聴耳の平均純音聴力閾値が、聞こえの悪さを自分自身も気づくといわれている30dB（野村ら，2012）よりも悪かったことに加え、「軽度」以下が7割近くであったことから、不良聴耳側の聴力低下のために生活場面において何らかの聞き取りにくさを経験していることがこのような回答になったものと推察される。

一方、良聴耳および不良聴耳ともにWHO基準が「正常」でありながら、聞こえが悪いと「たまに思う」と回答した高齢者、さらには「思わない」の回答者における良聴耳および不良聴耳ともに「軽度」と分類された高齢者、加えて良聴耳「正常」不良聴耳「軽度」に分類された高齢者の存在も見逃すことができない。純音聴力閾値と聞こえの自己評価である自己の認識との差に関する要因として、筆者らは、耳に関する既往歴の有無、他人からの難聴の指摘の有無、聞こえのハンディキャップの自覚の程度を明らかにしている（鍋島・山田，2014）。加えて、純音聴力閾値に対して評価が厳しくなる要因としては、「家族との同居は無」も指摘した。今回の事例分析において、両耳ともにWHO分類「正常」に対して聞こえの自己評価を「たまに思う」と厳しく回答した高齢者については、他人からの難聴の指摘を受けていたこと、独居であることから他者と交渉する必要があるなど聞こえを意識する状況が推察され、先行研究の要因を一部満たす結果となっていた。一方、聞こえの自己評価を高く（甘く）回答している高齢者では、先行研究同様に自分より若い家族がおり、耳に関する既往歴や他人からの難聴の指摘についてはいずれも無であり、難聴を自覚する機会は少ないことがうかがえた。

加齢性難聴において両耳の聴力は、ほぼ同じように進行することから左右差はないといわれてきた（野村ら，2012）。しかし、昨今、加齢性難聴の左右差を示す研究（田所・松田；2013）が出てきたこと、加えて高齢者の場合、本人が気づかない状態で慢性騒音性難聴をきたしている者、さらには、耳の疾患の既往等の影響で片側の聴力が低下している可能性も否定できない。したがって、今後の高齢者の難聴を発見するために聞こえの自己評価を用いる場合には、左右の聞こえに対する自覚および過去の耳に関する既往歴を含む両耳に関する情報を収集することで、聞

こえの自己評価の精度を上げることが可能であろう。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究対象者は、地域在住高齢者の聞こえの自己評価および純音聴力閾値の左右差、語音了解閾値の実態、およびその関連を検討した貴重なデータである。しかし、一地域のしかも対象人数も限られるうえに性別も女性に偏ったものであったことから、今後はできるだけ男女の偏りの少ないより大きな集団で実施し、結果を一般化する必要がある。

また、聴力検査においては、できるだけ静かな環境による測定を心がけたが、防音室と同程度の静寂を確保することはできていない。今後の地域における聴力検査をより広く実施するためには、騒音に左右されない測定機器等の開発・普及が望まれる。

結 語

本研究の目的は、地域に暮らす高齢者の聞こえの自己評価と純音聴力閾値の左右差および語音了解閾値との関係を検討することである。地域の介護予防事業参加高齢者35人から、アンケート調査において聞こえの自己評価を、聴力検査により純音聴力閾値（500・1,000・2,000・4,000Hz）と語音了解閾値（67-S語表）を収集した。結果は以下のとおりである。

1. 高齢者の純音聴力閾値の平均値について、良聴耳は 28.3 ± 13.9 dB、不良聴耳は 37.4 ± 21.2 dB であった。
2. 聞こえの自己評価別の良聴耳および不良聴耳における純音聴力閾値の平均値は、「きこえが悪いと思わない」と「たまに思う」間では有意差がみられなかった。
3. 良聴耳および不良聴耳おのおのにおける純音聴力閾値と語音了解閾値の相関係数は、聞こえの自己評価別に検討した結果、良聴耳において $r = .718 \sim .975$ ($p < .01$)、不良聴耳では $r = .648$ ($p < .05$) $\sim .745$ ($p < .01$) であった。
4. 高齢者の聞こえの自己評価を用いる場合は、良聴耳の純音聴力閾値のみでなく不良聴耳の純音聴力閾値もあわせて分析することで、妥当性が高まる可能性があった。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆さま、社会福祉協議会のスタッフの皆さまに心より深く感謝申し上げます。

本研究は平成23～25年度科学研究費補助金（基盤研究C 課題番号23593458）の助成を受けて実施したものの一部である。

要 旨

目的：本研究は、地域在住高齢者の聞こえの自己評価と純音聴力閾値の左右差および語音了解閾値の関係を検討することである。

方法：介護予防事業参加高齢者35人に、アンケート調査、純音聴力閾値検査と語音了解閾値検査を実施した。

結果：以下のとおりであった。

1. 純音聴力閾値の平均値は、良聴耳 28.3 ± 13.9 dB, 不良聴耳 37.4 ± 21.2 dBであった。
2. 聞こえの自己評価別の純音聴力閾値の平均値は、両耳ともに「悪いと思わない」と「たまに思う」間では有意差がみられなかった。
3. 純音聴力閾値と語音了解閾値の相関係数は、良聴耳において $r = .718 \sim .975$ ($p < .01$), 不良聴耳では $r = .648$ ($p < .05$) $\sim .745$ ($p < .01$) であった。
4. 高齢者の聞こえの自己評価は、良聴耳に不良聴耳の純音聴力閾値もあわせて分析することで、妥当性が高まる可能性があった。

Abstract

Objective: This study was undertaken in a rural area to examine the respective relations between self-perceived hearing problems of frail elderly people and hearing threshold levels (HTL) and speech recognition thresholds (SRT).

Method: We administered a questionnaire survey assessing self-perceived hearing problems among 35 frail elderly people of a rural area, and conducted tests for HTL and SRT.

Results: The following results were obtained.

1. Average values of HTL were 28.0 ± 15.4 dB for the better ear and 37.4 ± 21.2 dB for the worse ear.
2. Average values of HTL in the better ear and in the worse ear from reports of self-perceived hearing problem were significantly different between "Have hearing problems" and "Occasionally have hearing problems." However, no significant difference was found between "Have no hearing problems" and "Occasionally have hearing problems".
3. Examination results by self-perceived hearing problems revealed correlation coefficients between HTL and SRT in the better ear and in the worse ear: $r = .718 \sim .975$ ($p < .01$) for the better ear and $r = .648$ ($p < .05$) $\sim .745$ ($p < .01$) for the worse ear.
4. Results indicate that analyzing HTL in the worse ear and in the better ear might increase the validity of self-perceived hearing problems in elderly people.

Conclusion: When using self-reported hearing difficulties to identify hearing loss in the frail elderly in a region, results suggest the necessity of gathering information about both ears, including left-ear and right-ear hearing differences.

文 献

- 樋口彰宏 (1984). 聴覚の年齢変化：周波数歪語音検査語表の試作と後迷路の加齢変化を中心として. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 87(12), 1629-1642.
- 石岡良子, 権藤恭之, 黒川育代, 蓮花のぞみ (2012). 高齢者を対象とした聴力の主観評価尺度作成. 老年社会科学, 34(3), 317-324.
- 小林優子, 原島恒夫, 堅田明義 (2004). 聴覚障害者の音源定位に関する研究の展望. 心身障害学研究, 28, 123-132.
- Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L (2011). Hearing Loss and Incident Dementia, *Arch Neurol*, 68(2), 214-220.
- 村上嘉彦 (2009). 形態的变化 (老人性難聴のヒト蝸牛病理). 長寿科学振興財団業績集 (高齢者難聴のケア). 31-38.
- 中川 清 (1996). 生活騒音の測定例. 騒音制御, 20(5), 51-54.
- 鍋島純世, 山田紀代美 (2014). 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. 日本看護研究学会雑誌, 37(1), 115-122.
- 日本聴覚医学会 (2003). 語音聴覚検査法. *Audiology Japan*, 46, 622-637.
- 日本補聴器工業会 (2014). 「きこえ」の未来開きます：補聴器アカデミー補聴器業界最前線 国内の現状と取り組み. <http://www.hochouki.com/academy/news/program/index.html> (検索日2014年9月2日)
- 野村恭也, 監修, 加我君孝, 編集 (2013). 老人性難聴, 新耳鼻咽喉科学 (改訂11版). 198-200, 東京：南山堂.
- 小田 恂 (2009). 純音聴力検査. 立木 孝 (編), 聴力調査の実際 (改訂3版). 44-68, 東京：南山堂.
- 岡野由実, 原島恒夫, 堅田明義 (2009). 一側性難聴者の日常生活における聞こえの問題と心理的側面についての調査—ソーシャルネットワークワーキングサービスを利用して—. *Audiology Japan*, 52, 195-203.
- 齊田菜穂子, 山根俊恵, 東 玲子 (2010). 地域に在住する高齢者の「閉じこもり」の現状と影響要因. 日本看護学会論文集 (地域看護), 40, 71-73.
- 田所夕子, 松田ひとみ (2013). 高齢者の聴力低下と左右差が精神活動と社会的交流に及ぼす影響. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 36(3), 175-185.
- 武田真樹, 佐久間哲哉 (2003). スチール製階段の歩行音の聴感印象に関する研究. 日本建築学会大会学術講演梗概集 (環境工

- 学1), 95-96.
- 立木 孝, 笹森史朗, 南 吉朗, 一戸孝七, 村井和夫, 村井盛子, 河嶋 寛 (2002). 日本人聴力の加齢変化の研究, *Audiology Japan*, 45, 241-250.
- Uchida Y, Nakashima T, Ando F, Niino N, Shimokata H (2003). Prevalence of Self-perceived Auditory Problems and their Relation to Audiometric Thresholds in a Middle-aged to Elderly Population. *Acta Otolaryngol*, 123, 618-626.
- 内田育恵, 杉浦彩子, 中島 務, 安藤富士子, 下方浩史 (2012). 全国高齢難聴者数推計と10年後の年齢別難聴発症率: 老化に関する長期縦断疫学研究 (NLS-LSA) より, 日本老年医学会雑誌, 49(2), 222-227.
- Walshagen MI (2010). The Stigma of Hearing Loss. *Gerontologist*, 50(1), 66-75.
- 八木昌人, 川端五十鈴, 佐藤恒正, 鳥山 稔, 山下公一, 牧嶋和見, 村井和夫, 原田勇彦, 岡本牧人 (1996). 高齢者の聴力の実態について. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 99(6), 869-874.
- 矢嶋裕樹, 間三千夫, 中嶋和夫, 河野 淳, 裕田猛真, 嶽 良弘, 榎本雅夫, 北野博也 (2004). 難聴高齢者の聴力低下が精神的健康に及ぼす影響. *Audiology Japan*, 47(3), 149-156.
- 夜陣紘治, 井口郁雄, 金岡峰夫, 岸本昭憲, 鈴木 衛, 隅田正二, 竹林脩文, 西亀正之, 原田貴志, 平川勝洋, 益田 慎, 松島 睦, 明海国賢, 早川式彦, 新田康郎, 桑原正彦 (1997). 老人性難聴に関するアンケート調査報告. 広島医学, 50(12), 1108-1119.
- 柳田則之, 中島 務, 草刈 潤, 伊東善哉, 市川銀一郎, 山川卓也, 鳥山 稔, 岡本牧人, 稲福 繁, 齋藤春雄, 副島宏美 (1996). 一般高齢者75歳以上の純音聴力. *Audiology Japan*, 39, 722-727.
- 安田健二, 古川 帆 (2009). 聴力検診における高齢者の聴力の実態—金沢市聴力検診事業より (2000年~2005年)—. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 112, 73-81.
- 山下公一 (2009). 語音聴力検査. 立木 孝 (編). 聴力調査の実際 (改訂3版). 69-84, 東京: 南山堂.
- 吉岡 豊 (2008). 平均聴力閾値と語音了解閾値との関係. 川崎医療福祉学会誌, 17(2), 373-379.

[平成26年10月20日受 付]
[平成27年 8 月22日採用決定]

成人女性における便秘薬内服の有無による便秘症状と QOL の比較

Comparison of Women's Constipation Severity and Quality of Life by Laxative Use

吉 良 いずみ
Izumi Kira

キーワード：便秘症状, QOL, 便秘薬
Key Words: constipation, QOL, laxative

I. 序 論

便秘症状は、それ自体が生活そのものの脅威となることはまれだが、便秘症状のある人は便秘症状のない人に比較して健康関連QOL (quality of life) に問題が生じることが報告されている (Glia & Lindberg, 1997)。男性に比較して若年から便秘症状の有訴者率が高い女性 (総務省統計局, 2009) は、長期間にわたり便秘症状とそれによる日常生活への影響に悩みながら日々の生活を送っていると考えられる。このような健康関連QOLが低いことは、排便回数や排便障害よりもケアや資源の必要性のパラメータになることも報告されており (Wald, et al., 2007), 便秘症状を有する対象者への援助は、症状を改善することだけでなく健康関連QOLへの影響を考慮する必要がある。

便秘症状を有する対象者の第一義的な対処方法には、便秘薬があり (福島, 1991; 陶山・加藤・赤松・西田, 2006; 亀岡・吉田・古宇田・鈴木, 2010), セルフケアや臨床での便秘ケアにおいて、最も一般的に行われている現状がある。しかし、便秘薬は、下痢、腹痛、悪心、高マグネシウム血症など多くの副作用症状が報告 (松岡・谷川原, 2007; 安原, 2007) されており、便秘症状を改善するために使用した便秘薬によって、逆にQOLが低下する危険性がある。そのため、便秘薬を使用する対象者においては、症状に対する効果に加えて、便秘薬の使用による苦痛がなく快適な生活を送ることができるような、健康関連QOLを高めるケアの提供が早急に求められる。しかし、便秘症状の改善のための第一選択となっている便秘薬の使用は、便秘薬を使用していない人に比較して、便秘症状やQOLに差があるのかどうかは報告されてこなかった。

そこで本研究では、便秘症状を有する成人女性において、便秘薬を内服する人としいない人の便秘症状とQOLを明らかにしたいと考えた。

II. 研究の目的

便秘症状を自覚する成人女性において、便秘薬を内服している人と内服していない人の便秘症状とQOLの差を比較する。

III. 用語の操作的定義

便秘症状を自覚する：日本語版便秘評価尺度 (Japanese version of Constipation Assessment Scale: CAS-J) 5点以上のものとした (McMillan & Williams, 1989; 深井・杉田・田中, 1995a; 深井・塚原・人見, 1995b; 深井, 2006; 深井, 2007)。

深井ら (1995a) は、原版を一部改変した日本語版便秘評価尺度として日本語に翻訳した際、日本人の健康学生における便秘群と正常群のCAS得点の比較から、「概ね5点以上を看護上問題視すべき便秘だと判断できる」としており、本研究においても5点以上を自覚的な便秘症状がある対象とした。

便秘症状に対する便秘薬：排便促進の薬理作用をもつ市販の「医薬品」および「医薬部外品」で、整腸剤、緩下剤 (塩類下剤、膨張性下剤、潤滑性下剤、糖類下剤)、腸刺激性下剤 (小腸刺激性下剤、大腸刺激性下剤)、漢方薬、坐薬、浣腸、とした。

IV. 研究方法

A. 対象者の条件

便秘症状に対して市販の便秘薬によるセルフケアを行いつつも、日常生活への支障があると感じている、地域で生活する20～30歳代の成人女性120名を対象とした。40歳代以上の中年期女性では、卵巣機能が急激に低下し月

経不順やホルモンバランスの不調が生じる（上田・徳永、2000）ことから、本研究では20～30歳代の成人女性とした。そのうち便秘薬内服群（以下、便秘薬あり群）60名、便秘薬非内服群（以下、便秘薬なし群）60名とした。対象者は、以下の採用基準と除外基準のいずれも満たすものとした。

1. 採用基準

- ①自覚的な便秘症状が1年以上継続している。
- ②CAS 5点以上で、便秘症状により日常生活に支障があると感じている。

2. 除外基準

- ①便秘症状に対して、定期的に医師の診察を受け、決められた服薬を行っている。
- ②器質的な排便障害があるまたは、他の疾患及び便秘薬内服の副作用による二次的な便秘症状である。

B. 調査期間

平成24年3月下旬から平成24年11月上旬とした。

C. 対象者の募集

日本の成人女性における便秘の有訴者率は、15～20%と報告（総務省統計局、2009）されており、地域差に関する報告はない。そのため、便秘症状を有する成人女性の代表性を確保するため、首都圏近郊に地域を設定した。首都圏近郊において、20～30歳代の成人女性が多く集まると考えられる学校や一般企業を対象とし、さらにインターネット上に研究に関するWebページを作成し、対象者を募集した。

施設管理者に依頼文書を送付し、その後電話で調査協力が得られるかを確認した。調査協力が得られた場合、研究に関する説明文書、調査対象者に渡す研究説明用紙および募集ポスターを送付し、後日訪問して説明した。研究実施の許可を得たのち、各施設において対象者の多く集まる機会や場所に研究者が直接伺い、研究説明用紙と募集ポスターとを配布し、研究内容と募集内容について直接説明した。あわせて、掲示板などの不特定多数の成人女性が閲覧可能な場所に、研究内容と募集内容に関するポスターを掲示させてもらった。あわせて、インターネットによる募集では、本研究に関する簡易サイトに募集ポスターを貼付し対象者を募集した。

研究参加希望者から電子メールまたは電話で研究者が直接連絡を受け、その後のやりとりは研究者と協力者間で直

接行い、参加者個人の研究協力の諾否について施設管理者や関係者には通知しなかった。研究参加希望者から連絡を受けたのち、郵送または手渡しで採用基準となるCASの質問用紙と返信用封筒を対象者に渡し、対象者からの返信を得たのち採用基準および除外基準から研究参加が可能であるかを確認した。研究協力への同意が得られ、研究参加が可能であると判断された場合、同意書に署名をもらい、研究参加断り書を渡した。調査票は、郵送または手渡しにより回収した。

D. 測定変数と測定用具

先行研究（留畑ら、2010）において、排便記録から4週間と2週間では排便状況に有意な差はなかったことが報告されていることから、本研究の調査期間は2週間とし、以下の項目を測定した。

1. 個人特性

年齢と便秘期間を記載してもらった。

2. 排便状態

研究初日から14日目まで、毎日排便状態を記録してもらった。排便記録は、加藤ら（2012）の作成した排便記録用紙を使用し、排便の日数と回数および、便秘薬使用者には便秘薬の使用状況について記載してもらった。

3. 腹部症状

便秘による腹部症状については、3段階順序尺度による8項目の質問紙であるConstipation Assessment Scale（以下、CAS）で測定した。CASは、1989年にモルヒネの副作用による患者の便秘症状をアセスメントしケアを提供することを目的として開発されたもので、尺度の信頼性と妥当性が確認されている（McMillan & Williams, 1989）。この尺度は、深井ら（1995a）により、日本でのフィールド・テストを繰り返し、原版を一部改変した日本語版便秘評価尺度として日本語に翻訳され、評価期間が当日または過去数日間（short term：ST版）、過去1週間（middle term：MT版）、過去1か月間（long term：LT版）の3とおりの質問紙が作成されている（深井ら、1995a；深井ら、1995b；深井、2006；深井、2007）。

この尺度は、回答に要する時間は児童や子どもでも3分程度で、5点以上の得点者が便秘傾向があると判断される。また、原版では合計得点の高いほうが便秘症状が重症であると報告されている（McMillan & Williams, 1989）。今回は、過去1週間のMT版を使用し、測定時期は、7日目、14日目とした。

4. 便秘症状に関するQOLへの影響

便秘症状に関連した日常生活への影響は、Constipation QOL15（以下、CQ15）（品川ら，2002）の15項目により測定した。CQ15は、消化管症状の測定用具であるGastrointestinal Symptom Rating Scale（GSRS）（Revicki, Wood, Wiklund, & Crawley, 1998）と、不安と抑うつを発見する臨床スクリーニングの手段として開発されたHospital Anxiety Depression Scale（HADS）（Zigmond & Snaith, 1983）の2つの尺度の項目に加えて、複数の医師、看護師の意見を参考に、便秘患者のQOLを測定するために日本で開発された尺度であり、信頼性・妥当性が認められている。身体的側面と精神的側面の2つの下位概念から構成される、4段階順序尺度の15項目の質問紙である。得点は、「1：よくあてはまる」から「4：まったくあてはまらない」までの4段階で点数が低いほうが便秘症状によるQOLが低下していることを示す（品川ら，2002）。質問紙の設問は「便秘がいつまでも治らないのではと不安に思う（Q11）」など、QOLが低下していることを問う内容になっていたことから、今回は肯定的な回答の得点を高くすることによって、得点の高さと結果の重みを一致させるために、得点化については「4：よくあてはまる」から「1：まったくあてはまらない」として、得点が高いほうがQOLが低いという解釈で使用した。

CQ15の得点化の変更については、開発者に使用目的および、変更の理由を説明したのち、質問項目および回答の内容を変更しないことによって、内容妥当性を確保したうえで使用することについて承諾を得て実施した。測定時期は、7日目、14日目とした。

5. 一般的健康状態

便秘症状の改善による一般的健康状態への影響は、5段階順序尺度36項目の「Medical Outcome Study 36-Item Short Survey ver2（SF36 ver2）日本語版」により測定した。SF36 ver2にはアキュート版（過去1週間）とスタンダード版（過去1か月）があり、今回は、CASおよびCQ15の測定時期とあわせ、過去1週間を測定するアキュート版を使用した。SF36は包括的な健康関連QOLの測定尺度の1つであり、少ない項目で測定が可能で、科学的な検証がなされている（Fukuhara, Bito, Green, Hsiao, & Kurokawa, 1998a; Fukuhara, Ware, Kosinski, Wada, & Gandek, 1998b）。改訂版であるSF36 ver2（福原・鈴鴨，2004）も作成され、健康や医療分野で多く使用されている（竹上・福原，2009）。8つの下位概念であるPhysical Function（PF：身体機能）、Role Physical（RP：日常役割機能（身体））、Body Pain（BP：体の痛み）、Social Functioning（SF：社会生活機能）、General Health（GH：全体的健康観）、Vitality

（VT：活力）、Role Emotional（RE：日常役割機能（精神））、Mental Health（MH：心の健康）からなる5段階リッカート形式36項目の質問紙である。アキュート版は尺度の信頼性・妥当性は検討されている（長谷川・鈴鴨・秋澤・福原，2008）が、国民標準値が算出されていないことから、結果の解釈に標準版の国民標準値を用いる場合は参考程度にとどめることが望ましいとされている（iHope International, 2012）。本研究では、国民標準値との比較は目的としていないため、使用が可能と判断した。得点化に際しては、下位尺度の素点から最終的な下位尺度得点に変換し、0～100点の範囲で得点が高いほうがQOLが高いことを表す。測定時期は7日目、14日目とした。

E. 分析方法

データ分析は統計ソフト『SPSS version 19.0 J Windows』を使用し、各変数の記述統計量を算出し基礎データを整理した。

CAS、CQ15、SF-36、排便記録の内容について2週間測定し、1週目と2週目の各項目の合計から2週間の平均を算出した。その際、排便日数および回数は1回を1と点数化した。

便秘症状とQOLについて、便秘薬あり群と便秘薬なし群の群間差は、正規性を確認した後、独立2群の t 検定またはMann-Whitneyの U 検定を行った。有意水準は $p < .05$ とした。

F. 倫理的配慮

対象者には研究の目的、方法、個人情報保護、研究協力は自由意思であり、研究協力の有無および途中で研究参加を中断する場合も不利益を被ることはないことを紙面と口頭で説明した。また、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、個人情報を保護し学会発表や論文で公表することを説明した。各尺度は開発者から使用の許可を得た。

また、便秘薬あり群では、調査期間中も排便状態や腹部状態にあわせて、通常どおり便秘薬の内服をしてもらった。

以上の倫理的配慮を踏まえ、聖路加看護大学（現聖路加国際大学）の研究倫理審査委員会の承認を受けたのち実施した（承認番号：11-085）。

V. 結 果

A. 対象者の募集状況

便秘症状に悩む20～39歳の成人女性で首都圏の学校（保育園，大学，専門学校，大学院）に属するもの56名，病院に所属するもの65名，一般企業に所属するもの12名，それらの施設利用者12名と研究者が作成した調査に関するWebページから参加申し込みのあったもの4名のうち，採用基準を満たした便秘薬あり群60名，便秘薬なし群60名を調査対象者とした。調査終了後，記録の返却がなかったものは13名（回収率89.2%）で，返却されたもののうち記録内容の不備があるもの18名を除外し（有効回答率83.2%），結果として，便秘薬あり群39名，便秘薬なし群50名を対象とした。

B. 対象の属性

便秘薬あり群（ $n=39$ ）と便秘薬なし群（ $n=50$ ）の属性は表1に示す。年齢と便秘期間に有意差はなかった。CASは便秘薬なし群（平均値 5.90 ± 1.96 ）に比較して便秘薬あり群（平均値 6.64 ± 1.72 ）では高い傾向にあったが，有意差はなかった（ $p=.066$ ）。

表1 便秘薬あり群と便秘薬なし群の属性の比較

($n=89$)

	便秘薬あり群 ($n=39$)		便秘薬なし群 ($n=50$)		p
	平均値	SD	平均値	SD	
年齢 (年)	28.44	6.50	29.42	6.80	.492
便秘期間 (年)	9.81	8.13	12.6	7.39	.094
CAS	6.64	1.72	5.90	1.96	.066

[注] *: $p < .05$, 独立2群の t 検定。

C. 便秘薬の使用頻度と種類

便秘薬の使用頻度は週に1～2回（19名，49%）が最も多く，毎日内服しているものも6名（15%）いた（図1）。使用している便秘薬は大腸刺激性下剤，機械的下剤，乳酸菌のほかに，大腸刺激性下剤と機械的下剤や乳酸菌，食物繊維を混合したものや，機械的下剤と乳酸菌を混合したものがあつた（表2）。

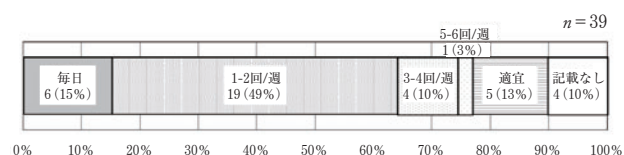


図1 便秘薬の使用頻度

表2 使用している便秘薬の作用機序による分類

主な作用機序による分類		医薬品	人数
大腸刺激性下剤	ジフェニルメタン系	A, B, C	13
		D	1
	アントラキノン系	E	2
		F	1
		G	1
		H	1
	ジフェニルメタン系 アントラキノン系	I	6
		J	1
大腸刺激性下剤（漢方薬）	アントラキノン系	K	1
		L	3
		M	1
		N	1
		O	1
		P	1
機械的下剤	塩類下剤	Q	5
乳酸菌	乳酸菌	R	1
		S	2
大腸刺激性下剤と機械的下剤	ジアントロン類, アントラキノン類, 塩類下剤	T	1
大腸刺激性下剤と乳酸菌	ジフェニルメタン系, 乳酸菌	U	1
大腸刺激性下剤と食物繊維	アントラキノン系, 食物繊維	V	3
		W	1
機械的下剤と乳酸菌	塩類下剤, 乳酸菌	X	1
	乳酸菌, 納豆菌, 塩類下剤	Y	1

D. 便秘薬内服の有無による各項目の比較

1. 排便状況

排便日数は便秘薬なし群（中央値4.00）で便秘薬あり群（中央値3.50）より多い傾向にあったが、有意差はなかった（ $p = .511$ ）。排便回数（ $p = .215$ ）は便秘薬なし群（中央値4.50）に比較して便秘薬あり群（中央値5.00）では高い傾向にあったが、有意差はなかった（ $p = .215$ ）（表3）。

表3 便秘薬あり群と便秘薬なし群の排便状況の比較

	便秘薬あり群（ $n = 39$ ）	便秘薬なし群（ $n = 50$ ）	p
	中央値（最小値／最大値）	中央値（最小値／最大値）	
排便日数	3.50（1.50／7.00）	4.00（1.50／7.00）	.511
排便回数	5.00（2.00／14.00）	4.50（2.00／11.50）	.215

[注] *: $p < .05$, Mann-WhitneyのU検定。

2. QOL

CQ15の尺度全体の得点は、便秘薬なし群（平均値32.22±6.70）に比較して便秘薬あり群（平均値36.59±6.53）で有意に高かった（ $p = .003$ ）。下位尺度であるCQ15「身体的側面」では、便秘薬なし群（平均値21.85±4.08）に比較して便秘薬あり群（平均値23.68±3.81）で有意に高かった（ $p = .033$ ）。CQ15「精神的側面」でも、便秘薬なし群（10.37±3.23）に比較して便秘薬あり群（12.91±3.50）で有意に高く（ $p = .001$ ）、便秘薬あり群のほうが便秘に関するQOLは低かった（表4）。

一般健康状態では、SF36の下位尺度であるVT（活力）は、便秘薬なし群（中央値91.65）に比較して便秘薬あり群（中央値50.00）で有意に低かった（ $p = .021$ ）。また、MH（心の健康）も、便秘薬なし群（中央値73.75）に比較して、便秘薬あり群（中央値65.00）において有意に低かった（ $p = .008$ ）（表5）。

VI. 考 察

本研究では、便秘と自覚する20～30代女性の便秘薬内服の有無による便秘症状とQOLについて検証した。今回の結果から、便秘症状を有する20～30代女性では、便秘薬あり群のほうが便秘薬なし群に比較して便秘の自覚症状が重い傾向にはあったが有意差はなく、排便日数や排便回数にも有意差は認められなかった。一方QOLは、便秘薬あり群において、CQ15とSF36のVT（活力）、MH（心の健康）で便秘薬なし群よりも有意に低い状態であった。自覚的な便秘症状や排便日数、排便回数には差がなかった一方でQOLには差が認められたことから、便秘薬あり群では便秘症状の程度以外にQOLを低下させる要因があると考えられた。

表4 便秘薬あり群と便秘薬なし群のCQ15の比較

	便秘薬あり群（ $n = 39$ ）		便秘薬なし群（ $n = 50$ ）		p
	平均値	SD	平均値	SD	
CQ 15	36.59	6.53	32.22	6.70	.003*
CQ 15身体面	23.68	3.81	21.85	4.08	.033*
CQ 15精神面	12.91	3.50	10.37	3.23	.001*

[注] *: $p < .05$, 独立2群のt検定。

※質問に対して肯定的な回答の得点が高くなるように、開発者の許可を得て得点化を逆にしており、得点が高いほうがQOLが低いことを示す。

表5 便秘薬あり群と便秘薬なし群のSF36の下位尺度の比較

	便秘薬あり群（ $n = 39$ ）		便秘薬なし群（ $n = 50$ ）		p
	中央値（最小値／最大値）	中央値（最小値／最大値）	中央値（最小値／最大値）	中央値（最小値／最大値）	
PF	95.00（70.00／100.00）	95.00（47.50／100.00）	.987		
RP	96.90（40.70／100.00）	93.78（18.80／100.00）	.906		
BP	81.00（48.70／100.00）	80.75（11.00／100.00）	.411		
GF	64.50（23.50／97.00）	69.50（45.00／97.00）	.105		
VT	50.00（9.40／78.20）	59.40（21.90／84.40）	.021*		
SF	93.75（50.00／100.00）	93.75（50.00／100.00）	.667		
RE	91.65（41.70／100.00）	91.65（41.70／100.00）	.645		
MH	65.00（20.00／97.50）	73.75（45.00／92.50）	.008*		

[注] *: $p < .05$, Mann-WhitneyのU検定。

※PF（Physical Function）：身体機能、RP（Role Physical）：日常役割機能（身体）、BP（Body Pain）：体の痛み、GH（General Health）：全体的健康観、VT（Vitality）：活力、SF（Social Function）：社会生活機能、RE（Role Emotional）：日常生活機能（精神）、MH（Mental Health）：心の健康。

主観的および客観的な便秘症状とQOLの関連については、ROMEⅢ基準で機能性便秘と診断された患者については、便秘に関するQOLは自覚的な腹痛と便秘症状の程度と有意に相関があり、腹痛や自覚的な便秘症状が重度である方がQOLが低かったが、自発的な排便回数と便秘に関するQOLとの間には有意な相関はなかったことが報告（Marquis, De La Loge, Dubois, McDermott, & Chassany, 2005）されている。機能性便秘症状を有する患者の心理的な健康状態と消化器症状との関連についての報告（Glia & Lindberg, 1997）では、心理的な健康状態の測定尺度であるPGWB（Psychological General Well-Being）Index（Dupuy, 1984）と消化器症状の測定尺度であるGSRS（Gastrointestinal Symptom Rating Scale）（Svedlund, Sjödin, & Dotevall, 1988）は、排便回数が週に3回以上と2回以下の人では2回以下の対象者のほうがPGWBの得点有意に低く、心理的な健康状態が低かったことが報告されている。さらに、自覚的な便秘症状のある人は、便秘症状のない健康な人に比較してSF36のPF（身体機能）、RP（日常役割機能（身体））、BP（体の痛み）が有意に低かったこと（Wald, et al., 2007）も報告されていた。

先行研究の結果からは、主観的および客観的な便秘症状の程度が便秘に関するQOLや一般健康状態、精神的な健康状態に対して負の影響を及ぼすことが推測される。しかし、これらの先行研究では、「便秘薬内服の有無」に関す

るデータは属性の1つとしては扱われてはいるが、「便秘薬内服の有無」を要因として主観的および客観的な便秘症状とQOLとの関連について検討したものはなかった。従来、便秘症状を有する対象者では便秘症状の程度が重症であるほうがQOLの程度が低いとされてきたが、今回の結果からは、同程度の便秘症状にある対象者であっても便秘薬内服の有無によってQOLは異なり、便秘薬を内服しているほうがQOLが低く、便秘症状以外にQOLを低下させる要因があることが示唆された。

便秘薬の内服とQOLとの関連については、便秘薬を指示容量以上に乱用してしまう摂食障害との関連（鈴木，2009）、また乱用や依存といった心身医学的な問題（野村，2008）として報告されてきた。しかし、本研究における対象のような、通常の世界生活を送っている健康成人を対象とした、市販薬の内服の有無によるQOLへの影響についてはこれまで報告されていない。便秘薬あり群の対象者にはQOLを低下させる何らかの特性があると考えられるが、今回の調査では、便秘薬を内服する理由や便秘薬を内服するに至った背景については明らかになっていない。今後は、便秘症状に対して便秘薬を内服する理由や、便秘症状に対する認識についても調査する必要があるといえる。

また、CQ15およびSF-36アキュート版は、1週間のQOLを測定する尺度であるが、今回は排便状態の記録の測定時期とあわせて、2週間の平均によって分析していることから、QOLの1週間ごとの変化と排便状況の時間経過による変化については、今後さらに検討が必要である。

VII. 本研究の限界

本研究は対象者の選定において、便秘の種類や便秘薬の種類にかかわらずCAS 5点以上のものとしたが、便秘の臨床的な診断や便秘薬の効果によっては便秘症状やQOLの状態が異なる可能性があり、検討の必要性がある。またSF36のアキュート版は、治療経過が急速に変化する場合などに有効である（鈴鴨・福原，2002）と報告されており、慢性的な経過をたどる便秘症状を有する対象者の健康関連QOLの測定においては、より適した測定用具の選択および開発についても検討する必要がある。

VIII. 結 論

便秘と自覚する20～30代女性の便秘薬内服の有無による排便状態とQOLの状態について検証した結果、便秘薬を内服している人は内服していない人に比較して、便秘の自覚症状や排便状態に差はなかったが、便秘に関するQOLと一般健康状態（活力、心の健康）が有意に低い状態にあった。

謝 辞

本研究にご協力いただきました、対象者の皆様、また、ご指導を頂きました聖路加国際大学菱沼典子教授、故柳井晴夫教授、中山和弘教授、日本橋レディースクリニック院長 野澤真木子先生に深く感謝申し上げます。なお、本研究は2012年度聖路加看護大学博士後期課程において提出した博士論文の一部に加筆・修正したものです。

要 旨

目的：成人女性における便秘薬内服の有無による便秘症状とQOLを比較する。

方法：Constipation Assessment Scale (CAS) 5点以上の成人女性で、便秘薬の使用者60名（薬剤あり群）と非使用者60名（薬剤なし群）を対象とした。調査期間は2週間で排便状態、CAS、Constipation QOL15 (CQ 15)、SF36を測定した。

結果：薬剤あり群39名、薬剤なし群50名の計89名を分析対象とした（回収率89.2%、有効回答率83.2%）。排便状態に有意差はなかった。薬剤あり群ではCQ15の合計と下位尺度の身体的側面 ($p = .033$)、精神的側面 ($p = .001$)、SF36の下位尺度の活力 ($p = .021$) と心の健康 ($p = .008$) でQOLが有意に低かった。

結論：薬剤あり群は薬剤なし群に比較して便秘症状に差はなく、便秘に関するQOLと一般健康状態が有意に低かった。

Abstract

Purpose: This study compared women's constipation severity and quality of life (QOL) by laxative usage.

Methods: Participants were 120 women, ages 20-39, with score of 5 or more on the Constipation Assessment Scale (CAS). Sixty took laxatives and the others did not. Participants recorded their daily defecation over a period of two weeks and completed the CAS, the Constipation QOL15 (CQ15), and the SF-36 at the end of each week in this period. Inter group and

intragroup comparison data were analyzed.

Results: We excluded incomplete records and analyzed data from 89 subjects (laxative=39, non-laxative=50). There were no significant differences in CAS, number of days with normal defecation, or frequency of defecation per day. There were significant differences in QOL between groups. Laxative-takers had a higher CQ15 score overall as well as significantly higher scores on the CQ15 physical and psychosocial subscales than non-laxative-takers (high scores indicate low QOL). The former also scored lower on the SF-36 vitality and mental health subscales than the latter.

Conclusion: Despite no significant constipation severity differences, women taking laxatives had significantly lower QOL.

文 献

- Dupuy, H.J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. In: Wenger, N.K., Mattson, M.E., Furberg, C.F., and Elinson, J., eds., *Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies*. 170-183, New York: Le Jacq Publications.
- 深井喜代子 (2006). 便秘のケアのエビデンス. 深井喜代子 (監), ケア技術のエビデンス. pp.268-279, 東京: へるす出版.
- 深井喜代子 (2007). 8章 便秘のケア. 菱沼典子, 小松浩子 (編). 看護実践の根拠を問う (改訂第2版). pp.103-119, 東京: 南江堂.
- 深井喜代子, 杉田明子, 田中美穂 (1995a). 日本語版便秘評価尺度の検討. 看護研究, 28(3), 25-32.
- 深井喜代子, 塚原貴子, 人見裕江 (1995b). 日本語版便秘評価尺度を用いた高齢者の便秘評価. 看護研究, 28(3), 33-40.
- 福原俊一, 鈴鴨よしみ (2004). SF-36v2日本語版マニュアル. 京都: 健康医療評価研究機構.
- Fukuhara, S., Bito, S., Green, J., Hsiao, A., and Kurokawa, K. (1998a). Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1037-1044.
- Fukuhara, S., Ware, J.E. Jr, Kosinski, M., Wada, S., and Gandek, B. (1998b). Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1045-1053.
- 福島紀子 (1991). 便秘の実態と薬剤服用の問題点. 社会薬学, 10(1), 35-42.
- Glia, A., and Lindberg, G. (1997). Quality of Life Patients with Different Types of Functional Constipation. *Scand J Gastroenterol*, 32(11), 1083-1089.
- 長谷川毅, 鈴鴨よしみ, 秋澤忠男, 福原俊一 (2008). 保存期慢性腎不全患者におけるSF-36v2日本語版acute版の計量心理学的検証. 日本腎臓学会誌, 50(1), 42-50.
- iHope International (2012). 健康関連QOL SF-36: MOS36-Item Short-Form Health Survey. https://www.sf-36.jp/faq/faq_sftool.html (検索日2015年7月29日)
- 亀岡和子, 吉田リヤ子, 古宇田美香, 鈴木 瞳 (2010). 婦人科化学療法を受けている患者の自宅療養中の有害事象とセルフケアの実態. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 40, 123-125.
- 加藤京里, 菱沼典子, 田上恭子, 加藤木真史, 細野恵子, 田中美智子, 留畑寿美江, 丸山朱美, 酒井礼子, 野月千春, 加藤祥子, 塚本紀子, 山崎好美 (2012). 4週間の排便記録による排便パターンの実態調査. 日本看護技術学会誌, 11(2), 28-37.
- 松岡 文, 谷川原祐介 (2007). 緩下剤の薬理. 日比紀文, 吉岡政洋 (編). 便秘の薬物療法. pp.24-28, 東京: 協和企画.
- Marquis, P., De La Loge, C., Dubois, D., McDermott, A., and Chassany, O. (2005). Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire. *Scand J Gastroenterol*, 40(5), 540-551.
- McMillan, S.C., and Williams, F.A. (1989). Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale. *Cancer Nurs*, 12(3), 183-188.
- 野村佳絵子 (2008). 下剤乱用について考える: 「やめた」人たちの声をもとに. 龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報. 5, 54-71.
- Revicki, D.A., Wood, M., Wiklund, I., and Crawley, J. (1998). Reliability and validity of the gastrointestinal symptom rating scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Qual Life Res*, 7(1), 75-83.
- 品川丈太郎, 王 露萍, 山田雅之, 加藤政春, 淀 和弘, 進士恵実, 他 (2002). 便秘に関するQOL評価指標 “CQ15” の開発. 薬剤疫学, 7, 44-45.
- 総務省統計局 (2009). 厚生労働省 平成19年国民生活基礎調査健康票 (第2巻第1章): 65表 総症状数. http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001051935&requestSender=dsearch (検索日2011年12月31日)
- 陶山啓子, 加藤基子, 赤松公子, 西田佳世 (2006). 介護施設で生活する高齢者の排便障害の実態とその要因. 老年看護学, 10(2), 34-40.
- 鈴木健二 (2009). 大量の下剤乱用を伴う摂食障害の特徴と転帰. 最新精神医学, 14(4), 375-381.
- Svedlund, J., Sjödin, I., and Dotevall, G. (1988). GSRS--a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Dig Dis Sci*, 33(2), 129-134.
- 竹上未紗, 福原俊一 (2009). 誰も教えてくれなかったQOL活用方法—測定結果を研究・診療・政策につなげる—, pp.31-33. 京都: 健康医療評価研究機構.
- 留畑寿美江, 細野恵子, 加藤京里, 井垣通人, 加藤祥子, 酒井礼子, 加藤木真史, 吉良いずみ, 酒井礼子, 田上恭子, 野月千春, 菱沼典子 (2011). 排便パターンの調査研究 (第2報)—排便パターン分類と排便記録期間の検討. 日本看護技術学会第10回学術集会講演抄録集, 174.
- 上田真寿美, 徳永幹雄 (2000). 中年期女性の更年期症状と運動・スポーツ. 健康科学, 22, 37-45.
- Wald, A., Scarpignato, C., Kamm, M.A., Mueller-Lissner, S., Helfrich, I., Schuijt, C., Bubeck, J., Limoni, C., and Petrini, O. (2007). The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Aliment Pharmacol Ther*, 26(2), 227-236.
- 安原真人 (2007). 緩下剤の薬理. 日比紀文, 吉岡政洋 (編), 便秘の薬物療法. pp.29-34, 東京: 協和企画.
- Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.

平成27年2月16日受付
平成27年11月21日採用決定

学士課程における血圧測定に関する 教育プログラム開発に向けた看護基礎教育上の課題

The Themes of Basic Nursing Education Aiming for the Development of Educational Programs on
Blood Pressure Measurement in Undergraduate Education

坂 梨 左 織 ¹⁾	田 島 康 子 ¹⁾	青 木 芳 恵 ¹⁾
Sayori Sakanashi	Yasuko Tashima	Yoshie Aoki
宗 正 みゆき ¹⁾	吉 川 千鶴子 ¹⁾	原 田 広 枝 ²⁾
Miyuki Munemasa	Chizuko Yoshikawa	Hiroe Harada

キーワード：血圧測定，看護基礎教育，新人看護師

Key Words：blood pressure measurement, basic nursing education, novice nurse

はじめに

近年，医療技術の進歩に伴って高度な実践能力を有する看護職者の育成が求められている。看護基礎教育の現場では，生活体験の少ない学生への教育的かかわりはむずかしく，技術が習得しにくい教育現状などが報告されている。臨床現場からも，臨床実践能力と看護基礎教育で修得する看護実践能力との間の乖離が指摘されており，看護基礎教育や臨床現場での研修の充実が求められている（厚生労働省，2011a）。2011年，看護実践能力育成の充実に向けて，大学卒業時の到達目標（文部科学省，2011）や，教育課程で修得すべき技術項目と卒業時の到達度（厚生労働省，2007）が示された。これにより，各教育機関が看護実践の基盤となる教育内容や教育方法を充実させるとともに，看護の統合と実践へ取り組むことが求められており，看護基礎教育における看護実践能力の育成は重要な課題である。

学士課程での看護実践能力の育成に欠くことのできない学習内容として，看護基本技術があげられる。その一つである血圧測定技術は，血圧計の操作に加え視覚・聴覚・触覚を同時に活用させる技術であるため習得がむずかしい（鈴木ら，1994）ことが指摘されている。つまり，学習過程にある学生が，適切に血圧測定技術を実施することに加え，その根拠を理解して対象者を観察したり配慮したりすることはむずかしい。そのため，血圧測定技術に関する教育方法としてさまざまな取り組みが行われてきた。実践力向上に向けた複数のマンシエット装着動作を視聴する教育プログラム（中澤・矢野・青柳・渡辺・森下，2008）や，Webサイトで使用できる自己トレーニング学習プログラ

ム（富澤・采澤，2012），自己学習の支援とフィードバックを組み込んだ習得プログラム（吉田・秋元・林，2009）などが報告されている。特に学士課程では，人間や社会に対する深い理解と社会的責任に立脚した判断を含む看護実践能力の育成が重視されることから，近年，臨床場面のイメージ化や動機づけを目的とした模擬患者参加型の演習（平木・堀・松村・雨宮・洵江，2006）も注目されている。だが，これらは1～2年次の初回の学習時期に限定したものであり，学生の習熟度にあわせて繰り返し学習するなど，反復型の教育方法を提示したものはない。

また，これら教育方法につなげる学生の血圧測定技術に関する主観的・客観的評価としては，講義・演習への学生の反応や技術習熟度（松村・上平・柴田・長屋，2009；宮崎ら，2012；水田・辻・中納，2007）や，基礎看護学実習という実践の場で学生が得た学び（佐藤・馬醫・城生，2008），演習や実習で学生が困難に感じた場面（佐藤ら，2008；杉本・山本・土井，2011；上星・浅井・小山・三木，2006）などが報告されている。これら血圧測定技術に対する学生の評価は，演習後や基礎看護学実習後など，比較的学习直後の時期に行われている。そのため，学生の血圧測定に関する知識や技術がその後の看護基礎教育課程でどのように変化・習熟し，臨床現場における看護実践能力として発揮されているかについては明らかにされていない。看護基礎教育から臨床現場へと一貫・継続した教育を行うためには，学習直後だけでなくその後の学生の変化・習熟過程を踏まえ，看護基礎教育における血圧測定技術の教育方法を検討する必要がある。

Kern, Thomas, Howard, & Bass (1998/2003) は，ある特

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

2) 国際医療福祉大学福岡看護学部 Fukuoka School of Nursing, International University of Health and Welfare

定の課題に対する計画された教育活動として、学習者のニーズに着目した教育プログラム開発を提案した。この学習者のニーズについて、成人教育学者の渡邊（2002, pp.191-197）は、「学びたい」といった学習者の言葉や行動に明確に示された顕在化した学習ニーズは、実態を十分に反映していないことを指摘した。そして、「学習への思い」や「こだわり」といった明確に自覚化・言語化されていない潜在的ニーズに、学習者の課題となる重要な要素が含まれていることから、これらを学習課題としてすくいあげる必要性を指摘している。したがって、本研究ではこれら顕在的・潜在的ニーズに着目し、学習課題を特定することを目指す。さらに、Kern, et al.（1998/2003）は学習者のニーズ評価にあたって、代表性・正確性のあるデータ収集を強調している。看護基礎教育を通じた教育方略を検討するためには、学習直後の学生ではなく、看護基礎教育を終了した新人看護師の語りに注目する必要があると考えた。

そこで本研究では、基礎看護教育を終了した新人看護師を対象としてグループインタビューを行い、血圧測定に関する看護基礎教育上の課題を明らかにすることを目指す。これにより、血圧測定に関する看護実践能力の獲得に向けた新たな示唆を得ることができ、学士課程における教育プログラムの開発に貢献できると考えられる。

I. 研究目的

学士課程における血圧測定に関する教育プログラム開発に向けて、看護基礎教育における教育上の課題を明らかにする。

II. 用語の定義

看護基礎教育とは、看護の実践および特定の能力を伸ばすことを目的とした卒後教育のために、広範囲で確実な基礎を提供する正規に認められた教育課程（杉森・舟島, 2012, p.79）である。ここでは、卒業直前に行われる卒業前演習も含むものとする。

新人看護師とは、厚生労働省の報告（2011a）に基づき、免許取得後に初めて就労する看護師とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、学士課程における血圧測定に関する教育プログラムの開発に向けて、看護基礎教育における教育上の課題を明らかにすることを目的とする。そのため、新人看護師たちの相互作用を活用することで、得られる情報が豊か

で深いものになるグループインタビュー法による質的記述的方法を研究デザインとした。

グループインタビュー法とは、グループダイナミクスを用いて質的に情報把握を行う科学的な方法論の一つであり、複数の人間のダイナミックなかかわりによって生まれる情報を、系統的に整理して「科学的な根拠」として用いるものである（安梅, 2001, pp.1-9）。これは、グループダイナミクスに裏づけられた意見の引き出しと蓄積ができることから、関心のある課題に関して幅をもった深い見解を引き出すことが可能となる（Kern, et al., 1998/2003, pp.16-20）。

なお、本研究は、学士課程における血圧測定に関する教育プログラム開発に向けて、看護基礎教育における教育上の課題を明らかにすることを目指すため、課題を同定する過程において、医学教育者Kern, et al.の「医学教育プログラム開発」（1998/2003）の、「Step 1. 問題の同定と一般的ニーズ評価」から「Step 2. 学習者のニーズ評価」の過程を参考とした。Step 1. は、先行研究から、看護基礎教育における看護実践能力の育成に関する課題を明確にした。Step 2. は、基礎看護教育を終了した新人看護師を対象としてグループインタビューを行い、血圧測定に関する看護実践能力の向上に向けた看護系大学の学生の看護基礎教育上の課題を明らかにした。

2. 対象者および選定基準

学士課程における血圧測定に関する看護基礎教育上の課題を抽出するためには、看護系大学で看護基礎教育を終了した新人看護師の発言から明らかにする必要がある。本研究の対象者をA大学病院に勤務する看護系大学出身の新人看護師で、本研究の同意が得られた者5名とした。なお、教育課程が異なることが予測されることから、編入学の学生は除外した。

3. データ収集期間

2013年9月

4. データ収集方法

以下の手順により、半構成的質問によるグループインタビューを行った。

- ①病院看護管理部に本研究の主旨、目的、方法、倫理的配慮について説明し、研究参加者の推薦を依頼した。
- ②看護管理者から推薦を受けた新人看護師に本研究の主旨、目的、方法、倫理的配慮について説明文書を用いて説明し、同意を得たものを対象にした。
- ③対象者とインタビューを行う時間帯を調整した。
- ④インタビューは個室で行った。

- ⑤インタビューは1時間程度とした。
- ⑥半構成的質問によるインタビューを行うとともに、本研究者は、対象者の話しの流れに沿いながら、対象者が自由に話すことができるように努めた。
- ⑦インタビュー時は、対象者の承諾を得てICレコーダに会話内容を収録した。

上記インタビューを行うにあたっては、対象者の業務を優先し、インタビューを行う時間帯を調整した。また、プライバシーの保護に努めた。対象者の心身の状態を最優先して常に気を配った。緊張や不快感を感じた場合は、延期もしくは中止してよいことを説明した。

5. 質問内容

以下の質問について、インタビュー時に研究者が提示した。

- ①血圧測定のとくに気をつけていること、大事にしていること。
- ②血圧測定のとくに困っていること。

6. データ分析方法

- ①インタビュー内容の録音から逐語録を作成して、データとした。
- ②逐語録から、本研究の目的である、学士課程における血圧測定に関する教育プログラム開発に向けて、血圧測定に関する看護基礎教育上の課題となるデータを取り出した。
- ③取り出したデータを繰り返し読み、データの文脈からその意味を把握し、血圧測定に関して学生が何を学べばよいかについて解釈し記述した。
- ④解釈し記述した内容から、暫定的な課題（下位）を列挙した。この段階の内容は、複数の看護研究者らと検討した。
- ⑤さらにデータを読みなおした。
- ⑥暫定的な課題（下位）とデータを繰り返し照合し、データの意味の類似性と相違性から整理して血圧測定に関する看護基礎教育上の課題を命名した。

7. データ収集・分析の信頼性を高める努力

質的研究では、信頼性・妥当性に関してさまざまな見

解があり、一貫した意見はない。信頼性の獲得のためには、分析過程を詳細に明示することが述べられており（Holloway & Wheeler, 2002/2006）、上記に分析方法として示した。さらに、以下のことを行った。

- ①インタビュー調査にあたっては、対象者が落ち着いた精神状態で話せるよう、インタビュー時間の希望を聞き、研究者は支持的な態度をとるよう心がけた。
- ②対象者とメンバーチェックを行った。インタビューは、研究者の思い込みや独断を排除するために、対象者の言葉の意味や意図を確認しながらすすめた。
- ③分析は、教育プログラム作成の研究者にスーパーバイズを受けながら進めた。

8. 倫理的配慮

本研究は、福岡大学病院臨床研究審査委員会の承認を受けた。研究者が、対象者に研究の趣旨や方法を口頭および文書によって十分説明し、書面で同意を得た。研究への参加が自由であり、不参加であっても今後の看護師としての評価に影響を及ぼすものでないこと、個人が特定されないよう得られたデータの管理と処理を行うことを説明した。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

当日、業務の都合で急に参加できなくなった1名を除いた4名にグループインタビューを行った。全員が本学出身者であった。対象者4名の概要を表1に示す。

2. グループインタビューの概要

インタビューは個室で行った。全員から承諾を得られたため、ICレコーダで会話を録音した。

3. 分析結果

教育プログラム開発に向けた血圧測定に関する看護基礎教育上の課題には、〈血圧に関する生体機能の理解〉〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかわり方〉〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉〈電子血圧計

表1 対象者の概要

Case No.	年代	教育課程	勤務病棟	日常的に使用する血圧計
A	20代前半	4年制大学	外科	上腕式電子血圧計
B	20代前半	4年制大学	外科	上腕式電子血圧計
C	20代前半	4年制大学	外科	上腕式電子血圧計
D	20代前半	4年制大学	外科	上腕式電子血圧計・水銀血圧計

の原理と特性の理解〉の7つが見出された(表2)。教育上の課題を導く分析プロセスを、分析例として示した(表3)。

以下に、各課題について、対象者の発言を示しながら説明する。なお、「」内に対象者の言葉を、[]内に対象者のCase No.を表記した。前後の文脈で理解しにくい箇所は()内に言葉を補って提示し、個人が特定できる箇所は、意味を損なわない程度に変更した。

(1) 〈血圧に関する生体機能の理解〉

対象者は、血圧の基準値や血圧に影響を及ぼす因子について理解することができていた。しかし、それを生体機能

の観点から明確に説明することはできなかった。これらの理解の不足より、看護基礎教育上の課題として、〈血圧に関する生体機能の理解〉が見出された。

「足首で測ると腕よりも高いんだよね、値が。なんでかわからないけど」[B]

「その生活習慣病でコントロールしている方で、必ず毎回言われるのは『家で測る血圧より、絶対に病院のほうが低い』と言われるんですよ」[C]

「へー、なんでだろう」[D]

血圧値を生体機能学的視点でとらえることよりも、表面に現れやすい症状やその症状によって引き起こされる身体への影響に着目する傾向にあった。

「『ふらっとしたりしたら、必ず言ってくださいね』とか『気をつけてくださいね』って。転ぶの怖いもんね」[D]

(2) 〈バイタルサイン測定の目的の理解〉

バイタルサインは対象者の健康状態を示す重要な観察項目であり、一般に患者の身体状況や治療に応じて測定される。対象者は、このバイタルサイン測定の意義について理解していたが、どのような解釈・判断に基づいて実施すればよいのか説明することができず、バイタルサイン測定の目的が不明確であった。これらの理解の不足より、看護基礎教育上の課題として、〈バイタルサイン測定の目的の理解〉が見出された。

「バイタルはみんな人それぞれ、ルーチンで測るじゃないですか。で、本当にこの人血圧測る意味があるのかなと思う人も、それって、本当は、普通にこれ以外は健康なんだから測らなくてもいいんだろうなと思いがのルーチンの業務でしてる日もあるけど……」[D]

「先輩たちが急に『(測定回数を)落とすね』と言って2検に落としたりするんよね。先生の指示なしで。でも、それって3検必要だから3検にしてるんじゃないのかなと思いつつ、『でも2検でもいいよ、この人安定してるから』と言われる値の変動がまだわかってないから、本当安定してるからいい

表2 血圧測定に関する看護基礎教育上の課題

課題名	課題(下位)
血圧に関する生体機能の理解	血圧の基準値
	影響因子とその根拠
	身体へ与える影響
	血圧値の判断材料
バイタルサイン測定の目的の理解	バイタルサイン測定の目的 血圧測定の目的
血圧測定方法の基本的原理の理解	血圧計の原理と操作方法
	測定時の留意点
	血圧測定による身体への影響
電子血圧計の原理と特性の理解	電子血圧計の原理
	電子血圧計の操作方法
	水銀血圧計との相違点
血圧測定に関する科学的判断に基づく援助	判断に基づく援助
	臨床現場に応じた援助方法
	患者に応じたコミュニケーション方法
血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかわり方	患者にとっての血圧測定の意味
	患者への説明
	看護師に遠慮する患者の存在
血圧測定時に患者に触れることの意味の理解	患者に寄り添う方法としての血圧測定
	場を整える方法としての血圧測定
	心理面を把握する方法としての血圧測定
	電子血圧計におけるケア

表3 分析例

データ	解釈	課題(下位)
86A:先輩が大丈夫っていうのがちょっとよくわからないし、3検にしたら、朝と昼に測らなければいけないから、先輩たちが急に「落とすね」と言って2検に落としたりするんよね。先生の指示なしで。でも、それって3検必要だから3検にしてるんじゃないのかなと思いつつも、「でも2検でもいいよ、この人安定してるから」と言われる値の変動がまだわかってないから、本当安定してるからいいんだろうけど、急変したらどうするのかなって、こわいながらも思いつつ、2検でいったりとかするし。	A看護師は、バイタルサイン測定の回数を減らすことで、「急変したらどうするのかなって」と考えている。つまり、バイタルサインが患者の身体状況を把握する重要な観察項目であることは理解している。一方、バイタルサイン測定回数に対する判断の根拠については、「大丈夫っていうのがちょっとよくわからない」、「値の変動がまだわかってないから」と述べている。つまり、バイタルサイン測定をどのような解釈・判断に基づいて実施するのか説明できず、バイタルサイン測定の目的が不明確であった。したがって、バイタルサイン測定の目的に関する理解が不足しているといえる。	バイタルサイン測定の目的

んだろうけど、急変したらどうするのかなって、こわい（と
思い）ながらも思いつつ、2検でいったりとかするし」[A]

バイタルサイン測定の目的が不明確であるために、疾患
と結びつけて短絡的に考える傾向があった。

「高血圧のある人は絶対に2検」[C]

(3) 〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉

対象者は、看護基礎教育で学んだ血圧測定方法や手順、
留意点を一とおり習得し実施していた。しかし、測定器具
や測定状況による値の変化をどのように判断すればよいの
か理解できておらず、血圧測定方法の基本的原理の理解が
不十分であった。これらの理解の不足より、看護基礎教育
上の課題として、〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉が
見出された。

「聞かれたらわからない。血圧計というと、なんだろう、電
子（血圧計）でもいろいろな種類があるし、アネロイド（血
圧計）あるし、それで同じ血圧計だけど、高く出たり低く出
たりとかあるのかな。そんなの（聞かれても）、全然知らない
なと、ふと……」[D]

「1回、器械、別（の血圧計）になったときの何か、『なん
で？』って聞かれたらわからないし、『どっちを信じればいい
の』と言われてもわからないし」[C]

「『巻き方にもよりますからね』って言って逃げる」[B]

「なんか、明確な答えを返せないから、なんか、実際自分、
そこらへん何も知ってないんだとか」[C]

血圧測定方法は看護基礎教育において一度習得した技術
ではあったが、実施しない期間があると、技術力が低下し
ていた。

「バイタルサインは、ずっと1年生から4年生までの試験
とかもあって、結構、回数を重ねてきて、まあ、だいたいこ
の値がおかしいというのはわかるから、そんなに練習しなく
てもいいかなと思って、4年生の最後とかは、シリンジポン
プとか、点滴の練習とかしたけど、実際に入職していちばん
最初に使うのって、バイタルサイン測定のときの血圧計とか
だから、もっと練習してちゃんと測れるようになってた方が
絶対よかったなって、感じたね」[A]

「4月、5月ね、自分の（マンシェットの）巻き方の下手
さに落胆してた」[D]

(4) 〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉

対象者は、測定時の体位や測定時間など患者の状況や要
望に応じて変更し、実施していた。これらは、個別的な援
助を行うために対象者の判断や工夫に基づき実施されてい
たが、一方、その判断が科学的根拠に基づいているか不明
確な場合もあった。そのため、看護基礎教育上の課題とし
て、〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉が見出
された。

「患者さんがずっと座っている状態だったら、落ちついて

る。座った状態でバイタルが安定してるからいいんだけど、
寝ている状態でこうした（測ろうとした）ときに、起きる人
がいるから、その状態で測ったら『ちょっと横になりましょ
うか』とやって、いろいろ熱とか測ってもらって、みたいな
感じで」[B]

「あと、なんか、時間とかも看護かなって思うのが、（測定
時間が）10時と14時で決まってるけど、（患者さんが）測っ
てほしいタイミングがあるじゃないですか、前後したとして
も、なんかちょっと『いまから出て行きたいから早めに測っ
て』とか、起きていながらADL拡大するから、1回1回寝か
せたりとか、こうしなければいけないじゃないですか。その
負担を減らすために、ADL拡大する前とか、時間は前後した
としても、ちょっとはそういうところを調節したりとか、す
るようにはしますね。この人たぶんいまからお風呂に入るか
ら、たぶん、しばらく測れないからいま測ろうとか」[C]

(5) 〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかかわり方〉

対象者は、血圧測定によって生じる患者の身体的苦痛を
理解し、それらを軽減させようとしていた。また、血圧測
定に対する患者固有の思いにも気づいていた。しかし、測
定回数の変更に不安を抱く患者に対して納得できる説明を
行っておらず、そのような患者の心情に気づきかわること
ができていなかった。これらの不足により、看護基礎教育
上の課題として、〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮
したかかわり方〉が見出された。

「退院近い人もそうじゃない。（測定回数が）1検になって、
『私はよいの？』とか言われて、『あつ、はい』って」[A]

「『はい、（測らなくて）結構です』って」[B]

対象者のなかには、本研究のインタビュー中に患者の心
情に気づき、回数の変更について説明が必要だと感じるも
のもいた。

「（測定回数を）6検から4検に落とすときも、3検から2
検に落とすときも、患者さんに何も言っていないから……た
ぶん、それで、ただ身体がよくなってるから減ってるのに、な
んか、『測ってくれなくなった』とか。……忘れられてるん
じゃないかでコールとかあったことがあるから、やっぱり、
説明していかなければいけないかなと」[C]

(6) 〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉

対象者のなかには、自己の経験や先輩看護師の姿を見
て、血圧測定が身体状況を把握するためだけでなく、患者
に寄り添うための方法であったり、患者との場を整えるた
め、あるいは、患者の心理面を把握するために活用でき
ると認識しているものもいた。一方、電子血圧計を用いた場
合は、水銀血圧計に比べてそれらが実施しにくいと感じて
いた。つまり対象者は、血圧測定時に患者に触れたり接近
したりする行為の意味を、十分に理解しているわけではな

かった。そのため、看護基礎教育上の課題として、〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉が見出された。

「Dさんが言ったように、やっぱり朝の血圧というかバイタルのときって、やっぱり、それなりの患者さんと1対1、2対1で接する機会なので、そのときに患者さんの思いだったり、表出させるために、血圧測るときって、だいたい患者さんがベッドにいらっちゃってというところなので、目線を合わせるためにしゃがむことで、患者さんも話聞きやすいかなとか、あとは不安だったりすると、触れるというのが、タッチングでしたっけ、というのがあと思うので、それをするとか患者さんも表出してくれるというのがあるので、そういうところを意識的にしたりとかはあります」[B]

「(電子血圧計の) 便利さに頼ったら、ちょっと(患者に触れること) 減っちゃうね」[D]

(7) 〈電子血圧計の原理と特性の理解〉

看護基礎教育では、血圧測定の原理を理解する目的で、水銀血圧計を用いて血圧測定方法を習得する教育機関が多い。一方、対象者が所属する病院では、電子血圧計の使用が大半を占めることから、電子血圧計の原理や操作方法を理解しておく必要があった。このため、看護基礎教育上の課題として、〈電子血圧計の原理と特性の理解〉が見出された。

「(電子血圧計の) その仕組みすらわかってないもんね。何であれが勝手に(血圧値を) わかってるのかわからない」[D]

「入職したてのときかな、血圧測ろうとしたけど『排気』ってなって、全然(圧が) 上がらなくて、なんで、なんで、みたいになってたりとか。(電子血圧計の) 扱いがよくわかってないのに、これしかないからって、家でこれで測ってきてというのが若干強かった。いまはもう慣れたけど、『排気』の仕方も実際わからなかったりするし、外したもん、パカッと管のところ」[B]

一方、対象者は、水銀血圧計による血圧測定方法を習得していたことで、電子血圧計で測定する際にも触診法を活用することができた。

「電子(血圧計) なのでどれくらい(圧が) 上がるかというのが、下手したら190とか200ぐらいまで、高い人はそれくらいまで上げるのですが、音を聞きながらではないので、いつ消えたかというのがわからないので、私は(橈骨動脈を) 触りながらやって、触れなくなったところあたりまでというのをしないと、患者さんが痛いので、そこを気をつけてますね」[B]

V. 考 察

1. 血圧測定に関する看護基礎教育上の課題の特徴

対象者である新人看護師のインタビューを分析した結果、血圧測定に関する看護基礎教育上の課題には、〈血圧に関する生体機能の理解〉〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかかわり方〉〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉〈電子血圧計の原理と特性の理解〉の7つが明らかになった。これらは、看護基礎教育を終了した新人看護師の発言によって見出されたものであり、血圧測定の講義・演習時だけでなく、看護基礎教育の全過程において取り組むべき内容が顕在化したものといえる。

これら課題のうち、〈血圧に関する生体機能の理解〉や〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉は、血圧測定の方法や手順に留まらず、その根拠を説明する内容である。川島(2002, p.44)が、看護技術とは「行為の形」や「行為の結果」「ある方法の手順」ではなく、「行為を可能にする原理」であると指摘しているように、血圧測定技術においてその目的や根拠を考え行為することが求められる。新人看護師を対象とした研修ガイドライン(厚生労働省, 2011b)でも、数値だけでなく科学的な判断を重要視することが明記されている。したがって、この〈血圧に関する生体機能の理解〉や〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉は、血圧測定に関して最初に修得すべき基本的内容といえ、臨床実践能力育成に向けて看護基礎教育上の重要な課題であると考えられた。

血圧測定は、測定器具を用いて対象者の身体のサインを捉える看護行為である。一般に看護行為は、看護者と対象者の相互作用・相互人格的關係で成り立つという特徴がある。つまり、血圧測定は器具を用いた単なる測定技術ではなく、対象との相互人格的關係に基づいた行為であるといえる。本研究の対象となった新人看護師も、患者の身体的苦痛に気づき、配慮を行うなど患者の反応をとらえながら測定を行っていた。一方で、患者が「測定回数がなぜ変更したか」について尋ねても、その理由の説明を行っていなかった。Watson(1985/1992, pp.109-110)は、看護師と患者の相互関係を指向するヒューマンケアリングの主張のなかで、患者の振る舞いや欲求、状況が持つ意味を知ることの必要性を説いている。患者が「測定回数がなぜ変更したか」について尋ねる背景には、血圧測定に対する患者なりの意味や理由が存在すると思われる。そのため、看護者は表面に現れる症状や訴えだけではなく、目に見えない患者の真意を理解することによって、相互行為としての血圧測

定が成り立つものと考えられた。したがって、〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかかわり方〉は、表面に現れにくい患者の行為の意味や欲求などを理解し、それに応えることによって達成される課題であると考えられた。

血圧測定は、測定器具を用いることから患者に接近し触れる行為を伴う。吉田（2013, pp.44-45）は、情報収集における観察は、患者と話すだけでなく身体に触れたりしながらその過程が進められることによって、より具体的に現象が明らかになると述べ、触れることの重要性を説いた。また、茂野（2013, p.65）は、人に触れることは人を安心させる、リラックスさせるなどの効果をもたらし、対象者が安心感を抱く場合には、間接的に対象者との信頼関係構築を促進させる作用があると述べた。このように、血圧測定時に患者に接近し触れることによって、患者に何が起きているか注意深く観察したり、患者との関係を築いたりすることができる。本研究の対象者は、患者に触れる体験からその効果を実感することはできていたが、電子血圧計でこれらを実施することはむずかしいと判断していた。電子血圧計は水銀血圧計と比較して、看護者が聴診器を当てたり目線を下げて水銀値を読みとったりする動作がなく、患者に触れる機会が減少する。だが、吉田（2013, pp.44-45）が、器械はあくまで補助的な道具であり、人々の苦痛に向き合い癒すことができるのは看護者の生身の身体であると述べたように、患者とどのように向き合いかわるかは、使用する器械に左右されるものではない。〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉は、測定のための単なる「触れる」ではなく、測定時に触れることがどのような意義や目的をもつのかを含む課題といえ、患者への関心の向け方といった看護者としてのありようととも修得していく必要があると思われる。

2. 血圧測定に関する教育プログラム開発に向けて

大学における看護実践能力の育成の充実に関しては、「看護基本技術を支える態度や行為」「看護ケアの基盤形成の方法」「看護基本技術」の3つが看護技術学習を支える重要な柱として示されている（川口・佐藤・小西, 2013; 文部科学省, 2002）。これは、看護技術学習において、単にその技術に関する知識や手順ばかりでなく、対象の状況を確実に受け止めニーズを総体的に配慮したうえで実施することを明確に示したものである。本研究で見出された課題〈血圧に関する生体機能の理解〉〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉、血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかかわり方〉〈電子血圧計の原理と特性の理解〉は、これらの内容を包含していた。

一般的に看護技術は、学内での講義、演習で知識・技

術・態度を習得し、実践の場での学習によってこれらを統合させ、対象者に応じた実践へと深化させる。血圧測定技術は、1～2年次の基礎看護学での講義・演習で、〈血圧に関する生体機能の理解〉や〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉といった基本的内容を学習する。そして、臨地実習で血圧測定を通じた対象者とのかかわりのなかで、〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉や〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかかわり方〉〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉を学んでいく。今回、新人看護師を対象とした本研究によって、血圧測定に関する看護系大学の学生の看護基礎教育上の課題として、〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉や〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかかわり方〉〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉が明らかになった。さらに、これら発展的内容だけでなく、〈血圧に関する生体機能の理解〉や〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉といった基本的内容が含まれることが明らかになった。これはつまり、「看護基本技術」の到達度として、正確に理解していることが当然視される基本的法則や方法の理解・修得が不十分であることを示すものである。この要因の一つには、血圧測定技術に対する評価が、1～2年次の演習後や基礎看護学実習後など、比較的学習直後の時期にのみ行われてきたことがあげられる。つまり、これまでの一律的な段階的学習方法では、血圧測定の臨床実践能力として卒業時の目標に到達することがむずかしいことが推察される。したがって、〈血圧に関する生体機能の理解〉や〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉といった基本的内容を、1～2年次だけでなく3～4年次の臨地実習前および卒業前に再度学習し評価することで知識と技術の定着をはかり、臨床実践につなげる新たな教育方法の必要性が示された。

また、本研究で明らかになった〈血圧測定を受ける患者の心情の理解〉や〈血圧測定時に患者に触れることの理解〉は、看護者と患者の相互作用によって浮上する課題である。つまり、血圧測定という患者の身体をとらえる最も基本的な技術において、患者やケアをどのように考えるかといった看護者の看護に対する考え方が大きく影響することを示したものといえる。本研究の対象となった新人看護師は、患者が「なぜ測定回数が変更したか」について尋ねてもその意味や理由を見出せず、患者の心情に配慮することができていなかった。一方、対象者のなかには、本研究のインタビュー中に「血圧測定の回数の変更について説明していかなければいけない」と気づくものもいた。東（2009, pp.25-32）は、自己の看護実践を振り返る方法としてリフレクションに着目している。リフレクションは、

実践に潜む価値や意味を見出し、それを次の実践に生かすことによって、さらに状況にあった意図的な実践を行うことを目指したものである。したがって、患者やケアをどのようにとらえるかといった態度や価値観に基づいた〈血圧測定を受ける患者の心情の理解〉や〈血圧測定時に患者に触れることの理解〉の課題には、本研究の対象者が語ることで気づいたように、このリフレクションを用いた教育方法が効果的である可能性が考えられた。そのためには、教員がリフレクションの価値を認識するとともに、基礎看護学実習を始めとして各学年での臨地実習時に、学生が実習での体験をもとに人にどう意識を向けどのようにかわるかや、その基盤となる人間存在のとらえ方に気づくことができる教育の必要性が示唆された。

また、今回見出された課題〈電子血圧計の原理と特性の理解〉は、看護基礎教育と臨床現場での測定器具の違いによる実践上の困難さから見出されたものであり、多様な測定器具に関する教育の必要性が示された。近年、医療器具の技術開発によって、医療施設では電子血圧計の使用が主流となるなど測定器具が複雑化している。世界保健機構（WHO）も、2020年までに水銀血圧計の使用を禁止する指針を打ち出しており（日本WHO協会、2013）、今後、臨床現場で水銀血圧計を用いる可能性はきわめて低い。一方、水銀血圧計をはじめとしたリバロッツ・コロトコフ法による測定は、視覚・聴覚・触覚を同時に用いながらコロトコフ音の変化を聴き分けるため、学生が血圧測定の原理を学ぶためには欠かすことができない測定法である。今後は、実践可能な血圧測定技術に向けて、対象に応じて器具の選択を判断できる3～4年次の臨地実習前や卒業前といった時期に、臨床現場で必要とされる測定器具について教育を行う必要があると考えられた。

以上のことから、1～2年次の基本的内容から3～4年次の発展的内容へと展開させていくこれまでの教育に加え、技術の根幹となる基本的内容を4年間のなかで継続的に修得できる新たな教育プログラム開発の必要性が考えられた。

VI. 本研究の限界と課題

本研究の対象者全員が本学出身者であり、研究対象施設としたA大学病院は、本学の臨床実習病院である。そのため、対象者全員が臨床実習病院で勤務していることとなり、それが現在の臨床経験に影響している可能性がある。また、単一の看護基礎教育機関出身の新人看護師によるグループインタビューであることから、本研究での結果を、すべての看護系大学における教育上の課題として一般化するには限界がある。このため、多様な教育理念・目標をも

つ看護系大学出身者の新人看護師を対象にして明らかにしていくことが、今後の課題である。

結 論

新人看護師を対象として血圧測定に関する看護基礎教育上の課題を明らかにし、学士課程における血圧測定に関する教育プログラムを開発することを目的に、Kern, et al. (1998/2003) の「医学教育プログラム開発」を参考にして、4名の新人看護師を対象にグループインタビューを行った。新人看護師の発言を逐語録とし、それらをデータとして質的帰納的に分析した。

学士課程における血圧測定に関する看護基礎教育上の課題として、〈血圧に関する生体機能の理解〉〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかわり方〉〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉〈電子血圧計の原理と特性の理解〉の7つが明らかになった。これらの課題は、看護基礎教育を終えた新人看護師の発言によって見出されたものであり、看護基礎教育の全過程で取り組むべき内容が顕在化したものといえる。1～2年次の講義・演習だけでなく、3～4年次の臨地実習前および卒業前に再度学習し評価することで、知識と技術の定着をはかり臨床実践につなげる新たな教育方法の必要性が示された。

〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかわり方〉や〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉は、看護者と患者の相互作用によって浮上する課題である。患者やケアをどのようにとらえるかといった態度や価値観を育むためには、血圧測定時の患者の言動や反応を吟味し自己の行為を省察するリフレクションを用いた教育方法が有用であることが考えられた。これに対して、教員がリフレクションの価値を認識するとともに、基礎看護学実習をはじめとして各学年での臨地実習時に、学生が実習での体験をもとに人にどう意識を向けどのようにかわるかや、その基盤となる人間存在のとらえ方に気づくことができる教育の必要性が示唆され、教育プログラムの開発に貢献できる可能性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました病院看護管理部の皆さま、新人看護師の皆さまに深く感謝申し上げます。本研究は、平成24～26年福岡大学総合科学・領域別研究部・領域別研究の一部である。なお、本論文の一部は、第34回日本看護科学学会学術集会で発表した。

要 旨

目的：学士課程における血圧測定に関する教育プログラム開発に向けて、看護基礎教育における教育上の課題を明らかにすることを目的とした。

方法：新人看護師4名を対象としてグループインタビューによってデータ収集を行い、質的帰納的に分析した。

結果：課題として、〈血圧に関する生体機能の理解〉〈バイタルサイン測定の目的の理解〉〈血圧測定方法の基本的原理の理解〉〈血圧測定に関する科学的判断に基づく援助〉〈血圧測定を受ける患者の心情に配慮したかわり方〉〈血圧測定時に患者に触れることの意味の理解〉〈電子血圧計の原理と特性の理解〉の7つが明らかになった。

結論：血圧測定に関する知識・技術を1～2年次だけでなく、3～4年次の臨地実習前および卒業前に再度学習し評価する新たな教育方法の必要性やリフレクションの有用性が示され、教育プログラム開発に貢献できる可能性が示唆された。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to describe the themes of basic nursing education in order to develop educational programs on blood pressure measurement in undergraduate education.

Methods: We collected data by conducting group interviews with four novice nurses and analyzed them qualitatively and inductively.

Results: There were following seven themes: the understanding of biological functions on blood pressure, the understanding of the purposes of vital signs measurement, the understanding of basic principles of the methods of blood pressure measurement, the support based on scientific judgments on blood pressure measurement, involvement taking care of the feelings of patients who receive blood pressure measurement, and the understanding of the meaning of touching patients during blood pressure measurement, the understanding of principles and characteristics of electronic sphygmomanometer.

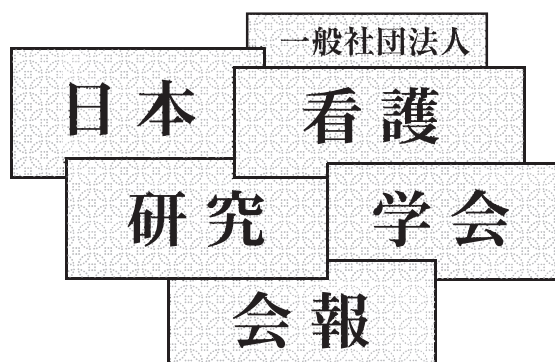
Conclusion: It was shown the utility of reflection and the necessity of new educational methods in which students learn knowledge and techniques of blood pressure measurement not only in the first and second years of college but also before the start of clinical practice for third-year and fourth-year students and immediately before graduation, suggesting the possibility of contributing to the development of an educational program.

文 献

- 安梅勅江 (2001). ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法—科学的根拠に基づく質的研究法の展開. 1-9, 東京: 医歯薬出版.
- 東めぐみ (2009). 看護リフレクション入門—経験から学び新たな看護を創造する. 25-32, 横浜: ライフサポート社.
- 平木民子, 堀美紀子, 松村千鶴, 雨宮多喜子, 淘江七海 (2006). 模擬患者を対象にした学生の看護技術の分析. 香川県立保健医療大学紀要, 3, 61-69.
- Holloway, I. and Wheeler, S. (2002)／野口美和子監訳 (2006). ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで (第2版). 246-259, 東京: 医学書院.
- 川口孝泰, 佐藤政枝, 小西美和子 (2013). 演習を通して伝えたい看護援助の基礎のキソ. 2-4, 東京: 医学書院.
- 川島みどり (2002). 看護の技術と教育. 44, 東京: 勁草書房.
- Kern, D.E., Thomas, P.A., Howard, D.M., and Bass, E.B. (1998)／小泉俊三監訳, 大西弘高訳 (2003). 医学教育プログラム開発: 6段階アプローチによる学習と評価の一体化. 東京: 篠原出版新社.
- 厚生労働省 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- 厚生労働省 (2011a). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>
- 厚生労働省 (2011b). 新人看護職員研修ガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/oshirase/dl/130308-1.pdf>
- 松村三千子, 上平公子, 柴田由美子, 長屋江見 (2009). 基本看護技術論授業展開の工夫: 単元: 環境・移動・観察の授業内容評価から. 岐阜医療科学大学紀要, 3, 83-91.
- 宮崎素子, 所ミヨ子, 今野葉月, 蒲生澄美子, 関口恵子, 西土泉, 山崎寛子 (2012). 看護学生の血圧測定の技術修得に向けた指導方法の検討: 指導方法の改善および技術修得度と学習スキルの関係. 埼玉医科大学短期大学紀要, 23, 109-121.
- 水田真由美, 辻 幸代, 中納美智保 (2007). 初学者への効果的な血圧測定教授法の検討—電子血圧計による聴診法を用いて. 日本看護学会論文集 (看護教育), 37, 218-220.
- 文部科学省 (2002). 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて: 看護学教育の在り方に関する検討会報告. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm
- 文部科学省 (2011). 学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/47/siryo/_icsFiles/afieldfile/2011/11/04/1312488_5.pdf
- 中澤貴代, 矢野理香, 青柳道子, 渡辺玲奈, 森下節子 (2008). 複数のマンシエット装着動作を視聴する新教育プログラムの効果. 日本看護学教育学会誌, 18(2), 31-39.
- 日本WHO協会 (2013). 2020年までに水銀のない医療を. http://www.japan-who.or.jp/event/2013/AUTO_UPDATE/1310-4.html
- 佐藤晶子, 馬醫世志子, 城生弘美 (2008). 基礎看護学実習において学生が経験する看護基本技術についての研究: 「環境調整技術」と「バイタルサイン測定」. 群馬バース大学紀要, 6, 71-79.
- 茂野香おる (2013). 基礎看護学 [2] 基礎看護技術 I. 65, 系統

- 看護学講座 専門分野 I, 東京: 医学書院.
- 杉森みどり, 舟島なをみ (2012). 看護教育学 (第 5 版). 79, 東京: 医学書院.
- 杉本幸枝, 山本智恵子, 土井英子 (2011). 基礎看護学実習 2 における臨床での援助技術の困難さの実態. *インターナショナル nursing care research*, 10(4), 99-105.
- 鈴木玲子, 村本淳子, 金澤トシ子, 國澤尚子, 河合千恵子, 斎藤真 (1994). 人間工学的側面からみた血圧測定技術の教育方法の試案. 東京女子医科大学看護短期大学研究紀要, 16, 9-15.
- 富澤美幸, 采澤陽子 (2012). HTMLを用いた血圧測定に関する学習プログラムの検討. 共立女子短期大学看護学科紀要, 7, 63-73.
- 上星浩子, 浅井直美, 小山英子, 三木園生 (2006). バイタルサイン測定技術習得における学生の困難: 学内演習後のレポート分析から. 桐生短期大学紀要, 17, 79-88.
- 渡邊洋子 (2002). 生涯学習時代の成人教育学: 学習者支援のアドヴォカシー. 191-197, 東京: 明石書店.
- Watson, J. (1985) / 稲岡文昭, 稲岡光子訳 (1992). ワトソン看護論—人間科学とヒューマンケア. 109-110, 東京: 医学書院.
- 吉田みつ子 (2013). 看護倫理: 見ているものが違うから起こること. 44-45, 東京: 医学書院.
- 吉田礼子, 秋元とし子, 林真理子 (2009). 知・技・心の一体化をめざした基礎看護技術習得プログラム: プログラム作成プロセスおよび試行と評価. 東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集, 17/18, 9-19.

〔平成27年1月16日受 付〕
〔平成27年11月23日採用決定〕



第 100 号

(平成28年 4 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 第4回評議員・役員選挙（2015年）を終えて……	1
--	---

一般社団法人日本看護研究学会 第4回評議員・役員選挙（2015年）を終えて

一般社団法人日本看護研究学会選挙管理委員会

委員長 出 口 禎 子

委 員 高 島 尚 美

委 員 藤 井 徹 也

評議員選挙にご協力いただきましてありがとうございました。今回の選挙では、北海道4名、東北4名、関東5名、東京10名、東海12名、近畿・北陸17名、中国・四国11名、九州・沖縄10名の合計73名の評議員を選出いたしました。

平成27年9月30日にウェブサイトで第4回評議員選挙の公示を行い、その後10月26日には選挙投票の手順や投票期間などを書面にて郵送でお知らせ致しました。昨年からはWebのみの投票方法となっております。そのため投票率に関しては注目して経過を見ておりましたが、前回選挙よりわずかに上昇したものの、11月18日の時点で全体の投票率は10.57%と低迷しておりました。そこで再度投票を呼びかけるかを担当理事とも相談し、メールで再度の依頼を行いました。その結果、投票期限の11月30日には投票率は16.6%となり、わずかながら投票率が上昇致しました。しかし残念ながら、全体的な投票率は10%台にとどまっております。

Webシステムの操作は大変わかりやすく工夫されていますので、会員のメール登録の強化を図り不通メールを少なくする、投票率の経緯をみながらリマインドメールを送信するなど今後の選挙広報のあり方をさらに検討する必要があると思われます。

今回は事務局が変わって初めての選挙でしたが、事務作業をシステムティックに進めていただき、委員の負担は軽減されました。投票率を上げるための広報のあり方について課題は残りましたが、大きなトラブルもなく無事に選挙員会の活動を終えることができました。会員の皆様、関係者の皆様に感謝いたします。

評議員選挙（2015年）報告

一般社団法人日本看護研究学会
(平成27年11月30日施行)

	定 数		選挙人	投票者	投票率	投票数	有効投票数	白票数
北 海 道	4	北 海 道	166	37	22.3%	148	139	9
東 北	4	東 北	201	44	21.9%	176	158	18
関 東	5	関 東	240	37	15.4%	185	159	26
東 京	10	東 京	449	54	12.0%	540	352	188
東 海	12	東 海	551	96	17.4%	1,152	801	351
近畿・北陸	17	近畿・北陸	785	124	15.8%	2,108	1,205	903
中国・四国	11	中国・四国	531	87	16.4%	957	660	297
九州・沖縄	10	九州・沖縄	434	77	17.7%	770	505	265
合 計	73	合 計	3,357	556	16.6%	6,036	3,979	2,057

日本学会の動き

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28年1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。

◆「ビヨンド・インダストリー 4.0 — JAPANブランドのグローバル生産システムを目指して」

日時 平成28年1月18日(月)13時30分～17時30分

場所 日本学会議講堂

次第 「Industry 4.0」 Martin POHL

「IoT 社会における我が国製造業の方向性」

正田 聡

「ファナックの工場自動化への取り組みとIoT活用について」 榊原伸介

「IE & IT 融合モノづくりによる競争優位性の構築」 小南泰三

「激動の半導体業界とディスクのものづくり」

川合章仁

「製造業のサービス業化を支える「つながる工場」の設計論」 西岡靖之

◆「21世紀社会における日本のエレクトロニクス分野の展望」

日時 平成28年1月19日(火)13時00分～17時15分

場所 日本学会議講堂

次第 「これからの社会とエレクトロニクス」

鈴木 寛

「新産業革命とエレクトロニクス」 安井公治

「エレクトロニクス産業における新しいビジネスモデル」 菅原 充

「21世紀における医療とエレクトロニクスの融合」 菅本一臣

「能力の壁である心の枷を外す方法」 名越康文

◆「我が国の計測分析プラットフォームをどのように構築すべきか」

日時 平成28年1月20日(水)13時00分～17時00分

場所 日本学会議講堂

次第 「産学官による計測分析プラットフォーム構築に向けて」 一村信吾

「計測分析プラットフォーム構築の必要性和期待—アカデミアおよび学会の立場から—」

鈴木孝治

「計測分析プラットフォーム構築の必要性和期待—産業界の立場から—」 栗原権右衛門

「計測分析プラットフォーム構築の必要性和期待—政策立案の立場から—」 佐藤了平

「ソフトウェアプラットフォームの構築に向けて」 安永卓生

「ハードウェアプラットフォームの構築に向けて」 藤田大介

「ソリューションプラットフォームの構築に向けて」 柳内克明

「標準化の視点で考えるプラットフォーム構築」 永富隆清

◆「強靱で安全・安心な都市を支える地質地盤の情報整備—あなたの足元は大丈夫?」

日時 平成28年1月23日(土)13時30分～17時30分

場所 日本学会議講堂

次第 「日本における地盤情報の整備・共有化と活用事例」 北田奈緒子

「都市平野部における地質地盤情報」 中澤 努

「防災に役立つ地質地盤情報」 岩田孝仁

「地盤情報の活用と強靱で魅力のある都市設計」 田村和夫

「地中熱利用の普及に必要な地質地盤情報の共有化」 笹田政克

「土地利用に関する新たな展開」 中城康彦

「地質地盤情報の課題と今後の取り組み」

佃 榮吉

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

金澤一郎元会長の時代を 振り返る

日本学術会議会長 大西 隆

去る1月20日に金澤一郎元会長が逝去されました。金澤先生は第20期～第21期にかけて、会長を務められました。2005年10月に始まった第20期には、日本学術会議法改正が施行されたので、定年制による会長の交代が行われ、会長在任は、2006年10月から2011年6月までのおよそ5年間でした。この間に、日本学術会議にとって重要な出来事がいくつかありました。その一つは、「日本の展望」のとりまとめです。「日本の展望」は、「日本の計画」を引き継ぐ形で、2008年に作業がスタートし、2010年に公表され、文部科学大臣に手交されたものです。「日本の展望－学術からの提言2010」と題する総論に当たる提言をはじめ、13の分科会からの提言と、31の分野別の委員会・分科会からの報告によって構成されており、文字通り、日本学術会議が総体として取り組んだものでした。

その内容が必ずしも十分に社会に浸透する間もないままに、もう一つの重要な出来事である東日本大震災が発生したのです。未曾有の被害をもたらした震災では、日本社会のむろさが様々に露呈することとなり、学術の領域も例外ではありませんでした。津波被害に遭った地域では、以前から学術の成果を踏まえた災害対策が実施されており、また東京電力福島第一発電所は高度な科学技術の成果物ともいえるものでした。しかし、自然災害の猛威の前に、これらはあまりにも脆弱で、多数の犠牲者と放射能による深刻な汚染を引き起こしたのです。こうした経緯を踏まえるならば、科学者も災害をもたらしたり、拡大した責任は免れません。一方で、直ぐに始まった救助、復旧、復興の諸対策において、学術の知見に基づいた有効な助言や提言を提示することが求められました。記録を見ると、日本学術

会議では、3月18日に緊急集会を開催するとともに、同日付で、東日本大震災に関する最初の意思の表出である幹事会声明を出しています。それ以降、7次にわたる緊急提言をはじめとして、第21期末までに18本の提言、報告、声明、談話等を発表しています。その中には、金澤先生が定年により会長を退任される2日前に出された会長談話「放射線防護の対策を正しく理解するために」も含まれます。この時期の活動は、日本学術会議全体に、社会的な問題のために科学の知見を活用していくことの重要性を浸透させていったと思います。

私は、2011年10月から、広渡清吾会長の後を受けて会長に就任しました。それ以来、前・元会長の皆様から、様々な形でアドバイスを受けてきました。金澤先生は、相談のご連絡をすると、いつも、ご自分の方から日本学術会議に向向くと仰いました。特に、2004年の法改正の際に、国会でも付帯決議になった“10年後の見直し問題”つまり、成果に基づく法改正の評価と、その時に積み残された日本学術会議の設置形態についての検討がどのように行われるのかについては非常に心配されていました。そのために設置された、「日本学術会議の新たな展望を考える有識者会議」が、元会長の皆様から意見を聴いた折には、既に病を得ていたにもかかわらずご出席下さいました。そうしたご支援のお陰で、尾池和男先生（元京大総長）を座長とする委員会に、現在の設置形態を適当とするとりまとめを行っていただくことになったのだと考えています。

金澤先生のご貢献について、まだまだ、書くべきことがあるように思います。しかし、ここでひとまず筆をおき、ご冥福をお祈り申し上げます。金澤一郎先生、有難うございました。

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28年2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。

◆「第7回科学技術人材育成シンポジウム—科学技術人材育成の課題と解決策—」

日時 平成28年2月13日(土) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「将来を支える人材育成には何が必要か」

高橋 裕

「キャリア教育としての探究活動」飯澤 功

「社会の求める人材を育成する教育機関の課題と解決策」岸本喜久雄

「行政から見た人材育成の課題と教育機関への期待」藤原章夫

「産業界から見た教育機関の課題と解決策」

久村春芳

◆「森林科学の未来を語る(その1) —セルロースナノファイバーの可能性を探る—」

日時 平成28年2月19日(金) 13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「植物で車を創る」矢野浩之

「完全ナノ分散化木材セルロースナノファイバーの構造と機能」磯貝 明

「木質バイオマス成分リグニンの利活用を目指した機能化」浦木康光

「ナノセルロースを軸としたバイオマスリファイナリー技術の展開」遠藤貴士

「今後のナノセルロース研究に期待するもの」

飯塚堯介

◆「これからの歯科医療を見据えた人材育成の在り方について」

日時 平成28年2月20日(土) 13時30分～17時00分

場所 昭和大学旗の台校舎

次第 「超高齢社会への日本の対応と歯科医療の在

り方について」辻 哲夫

「認知症と歯科医療戦略：新オレンジプランから考える未来」平野浩彦

「体系的、段階的なチーム医療教育の取り組みと歯学教育への期待」木内祐二

「連携医療の場で全身疾患への対応や栄養管理のできる歯科医師の養成」森戸光彦

◆「地方創生と土地利用変革—法制度の創造的見直し」

日時 平成28年3月1日(火) 14時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「既存建物を活かすための制度改革(仮)」

園田真理子

「住民参加のまちづくりに必要な制度改革(仮)」木下 勇

「スマートシュリンク実現に向けた制度の見直し(仮)」林 良嗣

「人口減少下の都市制度の変革(仮)」浅見泰司

「森林・農地の有効利用と自然地の公有化(仮)」米田雅子

◆「第2回理論応用力学シンポジウム」

日時 平成28年3月8日(火) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「フロンティアは何処だ？」北村隆行

「固体の共鳴振動理論の深化と展開」垂水竜一
「超音波照射下の粘弾性体における気泡力学の基礎とその医療応用」安藤景太

「メーキャップ化粧品開発の高度化をめざす光伝播解析」山田 純

「フォノン輸送の科学と応用」塩見淳一郎

「電気化学を用いた再生医療のための立体臓器の作製」福田淳二

◆「アジア若手科学者会議」

日時 平成28年3月16日(水)～17日(木)

場所 日本学術会議 会議室

日本学術会議会長談話
金澤一郎元会長に対する弔意

平成18年10月から平成23年6月まで日本学術会議会長を務められた金澤一郎先生が、去る1月20日に逝去されました。

日本学術会議は、設置法である日本学術会議法に関わる二度の重要な改正を経て今日に至っています。2回目の改正は、平成17年に行われ、コ・オブテーションによる会員選考、7部制から3部制への改組、会員の任期制や定年制の導入、連携会員制度や幹事会制度などといった今日の日本学術会議の根幹を成す制度が定まりました。

金澤先生が会長に就任されたのは、この法改正後間もない時期でした。金澤先生は、新しい体制の下で、日本学術会議が日本の科学者コミュニティの代表機関として期待される役割を果たせるよう尽力され、成果を上げられました。中でも、金澤先生のリーダーシップの下で多くの科学者が智慧を絞り、10～20年先の学術及びその政策に関する長期的な考察をまとめた「日本の展望—学術からの提言2010」は、人文・社会科学から生命科学、理学・工学など全ての学術分野から構成される日本学術会議の総合力を生かしたものです。我が国の学術全体を複眼的かつ俯瞰的にとらえたこの提言は、現在でも、学術の大型研究計画をはじめとする学術の将来に関する様々な検討が行われる際に参照されるなど、日本学術会議の活動の指針のひとつとなっています。

また、平成23年3月の東日本大震災と東京電力福島第一原子力発電所事故の際には、速やかに会員・連携会員等を集めて緊急集会を開催するとともに、東日本大震災対策委員会を立ち上げて、短期間に多分野にわたる提言などを発表し、社会の重要問題に積極的に取り組む日本学術会議の活動を率先されました。この姿勢は、科学や科学者が、社会のために役割を果たすべきであることを示すものであり、現在の日本学術会議の活動の規範となっています。

さらに、総合科学技術会議の在り方に関する勧告「総合的な科学・技術政策の確立による科学・技術研究の持続的振興に向けて」を取りまとめるなど、政府の科学技術政策にも大きく寄与されました。

日本学術会議は、金澤一郎先生の日本学術会議への多大なご貢献に改めて深く感謝し、ここに謹んで哀悼の意を表します。

平成28年1月25日
日本学術会議会長 大西 隆

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

看護学への期待

日本学術会議会長 大西 隆

昨年から今年にかけて、看護学の先生方とご縁ができました。暮れに、広島で開催された日本看護科学学会の学術講演会に招かれて、研究者の倫理など、最近の研究不正をめぐる日本学術会議の活動を中心に話す機会をいただきました。また、今年になって1月末には、日本看護系大学協議会創立40周年記念式典が東京で開催された折に、会長としての祝辞を述べる機会をいただいたのです。どちらも盛会で、特に、広島の学会は活発な研究活動を伺わせるものでした。

看護というと人類の歴史とともに歩んできたと思われそうですが、これらの両組織の歴史は意外と新しいものでした。先にできたのが協議会で1976年です。学会は1981年に創立とのこと。もちろん両者には、人脈的にも、設立の経緯にも密接な関係があるようです。現在では、4年制大学の看護系の学科等は250程とデータベースにあります。その第1号は高知県立大学（当時、高知女子大学）で、1952年に看護学科ができました。その後、聖路加看護大学、千葉大学、東京大学、名古屋保健衛生大学、琉球大学が加わって6校となり、さらに11校体制の期間を経て、1990年代後半から急速に増加して、現在に至っているとのこと。もちろん、看護教育という広い観点でとらえれば、明治の初めに始まり、130年の歴史があるということですが、大学課程ができ、看護科学研究が活発になったのは上記のような経過のようです。

現在、看護に対する社会のニーズは極めて高く、看護師の国家試験は毎年5万人以上の合格者を出しています。また就業している看護師数は100万人を超えています。それでも、夜勤を伴う勤務のために、就業していない有資格者も多く、地域にとっては、看護師不足が悩みであると同時に、資格を有し知識と経験があるが、現在は就業していない

看護師の皆さんを福祉やより広い目的で活用する機会も多いと聞きます。

日本学術会議にも看護学を専門とする会員が2人、第二部の健康・生活科学委員会の看護学分科会を中心に活動されています。最近では、「ケアの時代を先導する若手看護学研究者の育成」という提言を出しています（2014年7月）。タイトルどおりに、看護学を志す若い研究者が、異分野との共同研究やいっそうの国際化に向けた活動を強めることを促し、そのための環境整備に看護学の研究者が一体となって取り組むことを求めたもので、力強い意気込みを感じさせるもので、着実に実現されることを期待しています。

年末年始の機会は別な意味でも貴重なものとなりました。私は、2年前から、国立大学の学長を務めています。私の大学は工学系大学で、みんな目標を持って勉学に励み、悩みを持つ学生はそう多くないのかと考えていたのですが、着任以来種々の出来事があり、この考えが間違っていることに気づかされました。やはり、若者の悩みは多く、相談に乗ったり、治療を促す体制が必要です。本学の産業医と保健師の先生方からの提案もあって、学生がカウンセラーに相談する施設や相談体制の拡充を行いました。さらにこれからは食堂の充実を通じた食生活の改善に取り組み、医療相談や栄養管理も充実させたいと思っています。また、課外活動の施設の充実にも取組もうとしています。キャンパスでの健全な生活を通じて、健康な体を作り、教育研究に励むという、昔から繰り返し指摘されていることがやはり基本であることを改めて噛み締めながら大学の運営に当たっているところです。

二度の看護学との触れ合いを通じて、大学の健康増進にもいっそう思いが深まった気がし、機会を与えていただいたことに改めて感謝申し上げます。

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28年3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。

◆「原子力総合シンポジウム：

福島第一原発事故から5年を経て」

日時 平成28年3月16日(水)13時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

◆「アジア若手科学者会議」

日時 平成28年3月16日(水)～17日(木)

場所 日本学術会議 会議室

◆「科学と産業の凋落と再興：応用物理と未来社会」

日時 平成28年3月19日(土)13時00分～17時15分

場所 東京工業大学 大岡山キャンパス

◆「ダイバーシティ経営とワーク・ライフ・バランス」

日時 平成28年3月22日(火)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

◆「生態学の展望」

日時 平成28年3月24日(木)13時30分～16時30分

場所 仙台市国際センター

◆「薬学研究のこれから—基礎と臨床の架け橋」

日時 平成28年3月27日(日)9時00分～11時30分

場所 パシフィコ横浜会議センター 301

◆「農芸化学としての酵素学からメディカルサイエンスへの展開」

日時 平成28年3月28日(月)9時00分～11時30分

場所 札幌コンベンションセンター

◆「昆虫類をめぐる外来生物問題と対策」

日時 平成28年3月29日(火)14時00分～18時00分

場所 大阪府立大学中百舌鳥キャンパスUホール白鷺

◆「日本の畜産学2016、現状と展望」

日時 平成28年3月30日(水)9時00分～12時30分

場所 日本獣医生命科学大学411講義室

◆「原子力発電所事故と汚染水対策(仮)」

日時 平成28年4月23日(土)12時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

◆「第29回環境工学連合講演会」

日時 平成28年5月13日(金)9時15分～17時45分

場所 日本学術会議講堂

◆「教育におけるLGBTIの権利保障—現状と課題(仮)」

日時 平成28年5月21日(土)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

◆「『卵子の老化』説を深読みする—科学的・医学的言説とジェンダー(仮)」

日時 平成28年6月18日(土)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

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) だけでなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(2008)、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(2008)等になくなっていないなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造^{ねつそう} (Fabrication)、改竄^{かいざん} (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿（こま切れ投稿）は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel、PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、投稿論文とともに送付する。

8. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

9. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

10. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

11. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

12. 著作権

- ・ 会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・ 本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・ 本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

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。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22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」になかったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会（American Psychological Association, APA）が発行している『Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.』（2010）／『APA論文作成マニュアル第2版』（2011, 医学書院）に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。
Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文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

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり(漢字、仮名遣いを一部変更)。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用としない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 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)。

※欧文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するの必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意：和文の場合は斜字体にしない)。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員 (西暦発行年)．表題．雑誌名，巻 (号)，開始ページ-終了ページ．

— 例 —

日本太郎，看護花子，研究二郎 (1998)．社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴．日本看護研究学会雑誌，2(1)，32-38．

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年)．書籍名．引用箇所の開始ページ-終了ページ，出版地：出版社名．

— 例 —

研究太郎 (1995)．看護基礎科学入門．23-52，大阪：研究学会出版．

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年)．翻訳書名 (版数)．(pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数)．出版地：出版社名．

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008)．看護における理論構築の方法．(pp.77-79)．東京：医学書院．

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年)．表題．編集者名 (編)，書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ)．出版地：出版社名．

— 例 —

研究花子 (1998)．不眠の看護．日本太郎，看護花子 (編)，臨床看護学Ⅱ (pp.123-146)．東京：研究学会出版．

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

- ・DOIがある学術論文
 - －著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない学術論文
 - －著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

- ・DOIがある書籍
 - －著者名（出版年）．書籍名．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない書籍
 - －著者名（出版年）．書籍名．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

- ・DOIがある書籍
 - －著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない書籍
 - －著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト，Webページ

- －著者名（投稿・掲載の年月日）．Webページの題名．Webサイトの名称．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から，自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果，希望する種別では不採用となったり，採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル，およびキーワード（5語以内，医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること），本文枚数，図枚数（用紙1枚につき1つ），表枚数（用紙1枚につき1つ），写真点数（用紙1枚につき1点で，図としてタイトルをつける），著者氏名（著者全員の会員番号，氏名〔日本語，その下にローマ字〕，所属・部署〔日本語，その下に英文〕，連絡先住所（連絡者氏名，住所，電話番号，ファクシミリ番号，E-mailアドレス）を入力する。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に，原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる（原著論文，研究報告のみ）。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。

2) 和文抄録は400字以内とする。

10. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する(2,400字)。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

11. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、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。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

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。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成28年度会費納入のお願い

平成28年度会費納入のお願いをお送りしております。未納の方は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

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先やご所属先等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<http://www.jsnr.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加を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、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

3. E-mailアドレスで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、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。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会雑誌について

平成27年度発行の38巻より会員向けのCDによる配布を廃止し、オンラインジャーナルのみでの提供となっています。学会のホームページで学会誌を公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852

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

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第39巻 1号

会員無料配布

平成28年4月20日 印刷

平成28年4月20日 発行

編集委員 委員長

法橋 尚宏 (理事)	神戸大学大学院保健学研究科
秋山 智 (会員)	広島国際大学看護学部
荒木 孝治 (会員)	大阪医科大学看護学部
市江 和子 (会員)	聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部
猪下 光 (会員)	岡山大学大学院保健学研究科
内田 宏美 (会員)	島根大学医学部看護学科
河原 宣子 (会員)	京都橘大学看護学部
川本利恵子 (理事)	公益社団法人日本看護協会
小西美和子 (会員)	兵庫県立大学看護学部
定方美恵子 (会員)	新潟大学大学院保健学研究科
高島 尚美 (会員)	関東学院大学看護学部
竹田 恵子 (会員)	川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科
中西 純子 (理事)	愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科
若村 智子 (会員)	京都大学大学院医学研究科

(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨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

発行者 黒田 裕子

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東横1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学会業務情報化センター内
一般社団法人日本看護研究学会
4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費8,000円、合計11,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。

5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。

*個人情報の管理について

一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	専門区分	看護学・医学・その他 ()
氏名	生 年 月 日 西 暦	性 別 男 ・ 女
所 属	TEL	FAX
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒
E - m a i l	TEL	FAX
自 宅 評 議 推 薦 者 氏 名	TEL	FAX
推 薦 者 所 属	TEL	FAX
事 務 局	理事会承認年月日	
記 入 欄	受付番号	年度入会会員番号
	受 付 日	巻 号～
	通知番号	送 付 日

地 区 割	地 区 名	都 道 府 県 名
1	北 海 道	北海道
2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7	中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛（FAX 03-5981-9852）
下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____
Eメール： _____

勤務先の変更

所 属 名： _____

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____
Eメール： _____

フリガナ _____

氏名の変更 _____

地区の変更

地 区 割

地 区 名		都 道 府 県 名	地 区 名		都 道 府 県 名
1	北 海 道	北海道	5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7	中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先（ ） 自 宅（ ）

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録していません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について：一般社団法人日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

