

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 39 Number 2 June 2016 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[39巻 2号]

会 告 (1)

平成27年度事業 評議員・役員選挙の結果、下記の方々が選出されました。

任期は、平成28年定時社員総会の日より平成32年社員総会前日まで（ただし、理事として選出された評議員の任期は、平成32年社員総会終結のときまで）。

平成28年 5 月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 黒 田 裕 子

記

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

評 議 員 地 区 別 名 簿

(敬称略)

北海道地区 (4 名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
城丸 瑞恵	札幌医科大学保健医療学部	山田 律子	北海道医療大学看護福祉学部看護学科
樋之津淳子	公立大学法人札幌市立大学看護学部	良村 貞子	北海道大学大学院保健科学研究院

東北地区 (4 名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
木立るり子	弘前大学大学院保健学研究科	佐藤 幸子	山形大学医学部看護学科
佐々木真紀子	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻	吉沢豊予子	東北大学大学院医学系研究科ウィメンズヘルス看護学分野

関東地区 (5 名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
市村久美子	茨城県立医療大学保健医療学部看護学科	村井 文江	筑波大学医学医療系
神田 清子	群馬大学大学院保健学研究科	森 恵美	千葉大学大学院看護学研究科
中西 陽子	群馬県立県民健康科学大学		

東京地区 (10名)

氏名	所属	氏名	所属
飯村 直子	首都大学東京健康福祉学部看護学科	竹内久美子	千葉県立保健医療大学
大金ひろみ	東京医療保健大学医療保健学部看護学科	西村 ユミ	首都大学東京大学院人間健康科学研究科
柏木 公一	国立看護大学校	野澤美江子	東京工科大学医療保健学部看護学科
茅島 江子	東京慈恵会医科大学医学部看護学科	村岡 宏子	東邦大学看護学部
川西千恵美	国立看護大学校	吉田 澄恵	千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター

東海地区 (12名)

氏名	所属	氏名	所属
安藤 詳子	名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻	島袋 香子	北里大学看護学部
大西 文子	日本赤十字豊田看護大学	杉浦 太一	岐阜大学医学部看護学科
大見サキエ	岐阜聖徳学園大学看護学部	早川 和生	三重県立看護大学
勝山貴美子	横浜市立大学医学部看護学科	山口 桂子	日本福祉大学看護学部小児看護学
叶谷 由佳	横浜市立大学医学部看護学科老年看護学	山田 聡子	日本赤十字豊田看護大学看護学部
城戸 滋里	北里大学看護学部	渡邊 順子	静岡県立大学看護学部 (小鹿キャンパス)

近畿・北陸地区 (17名)

氏名	所属	氏名	所属
荒川千登世	滋賀県立大学人間看護学部	關戸 啓子	京都府立医科大学
上野 栄一	福井大学医学部看護学科基礎看護学	豊田久美子	京都看護大学
大野かおり	兵庫県立大学看護学部生涯健康看護講座Ⅰ在宅看護学	任 和子	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
岡山 寧子	同志社女子大学看護学部	林 優子	大阪医科大学看護学部看護学科
片山由加里	同志社女子大学看護学部	松下由美子	大阪府立大学地域保健学域看護学類
川島 和代	石川県立看護大学	丸岡 直子	石川県立看護大学
久米弥寿子	武庫川女子大学看護学部看護学科	屋宜譜美子	天理医療大学
越村 利恵	大阪大学医学部附属病院看護部	山口 曜子	京都光華女子大学
酒井 明子	福井大学医学部看護学科		

中国・四国地区 (11名)

氏名	所属	氏名	所属
吾郷美奈恵	島根県立大学看護学部看護学科	百田 武司	日本赤十字広島看護大学看護学部老年看護学領域
片岡 三佳	三重大学大学院医学系研究科看護学専攻	宮腰由紀子	日本福祉大学看護学部
國方 弘子	香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科	森本美智子	岡山大学大学院保健学研究科
佐伯 由香	愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻	山勢 博彰	山口大学大学院医学系研究科
田中マキ子	山口県立大学看護栄養学部	吉本 知恵	香川県立保健医療大学
原 祥子	島根大学医学部看護学科		

九州・沖縄地区（10名）

氏名	所属	氏名	所属
宇佐美しおり	熊本大学生命科学研究部精神看護学	中尾久子	九州大学大学院医学研究院保健学部門看護分野
奥祥子	宮崎大学医学部看護学科	中島洋子	久留米大学医学部看護学科
楠葉洋子	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻看護学講座	永嶋由理子	福岡県立大学看護学部
田中美智子	福岡県立大学看護学部	三橋睦子	久留米大学医学部看護学科
長家智子	佐賀大学医学部看護学科	宮林郁子	福岡大学医学部看護学科

(合計 73名)

理事地区別名簿

(敬称略)

地区	氏名
北海道	良村貞子
東北	吉沢豊子
関東	神田清子
東京	吉田澄恵
東海	安藤詳子
東海	山口桂子
近畿・北陸	任和子
中国・四国	宮腰由紀子
中国・四国	山勢博彰
九州・沖縄	宇佐美しおり

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会平成28年度定時社員総会が平成28年5月22日(日)13時30分から、東京医科歯科大学において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

平成28年5月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川口孝泰

記

- 報告事項：1. 会員数の動向について
2. 第4回評議員・役員選挙(2015年)について
 3. 各委員会 平成27年度活動実績報告および平成28年度活動計画について
 4. 第42回学術集会について
 5. 第43回学術集会について
 6. その他
 - ・日本学術会議について
 - ・日本看護系学会協議会の活動について
 - ・看護系学会社会保険連合(看保連)の活動について
 - ・地方会の活動について
 - 北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄
 - ・その他
- 審議事項：1. 学会賞・奨励賞規程の改正案について
2. 平成27年度事業報告について
 3. 平成27年度一般会計・特別会計決算報告について
 4. 監査報告について
 5. 奨励賞 推薦について
 6. 役員の選任について
 - ・再任理事・監事の信任決議
 - ・新理事候補者の承認
 - ・理事長・副理事長の承認
 - ・理事長推薦理事の承認
 - ・常任理事の承認
 - ・新監事の承認
 7. 名誉会員の推薦について
 8. その他

- 理事会報告： 1. 平成28年度事業案について
2. 平成28年度予算案について
3. 奨学会研究費授与について
4. 第45回（平成31年）学術集会会長推薦について
5. その他

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程について、以下のとおり決定いたしました。

平成28年 5 月22日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 川 口 孝 泰

記

第 4 条 (表彰の対象)

【改定前】

- 1) 学会賞 推薦年度を含む過去 3 年間に、日本看護研究学会雑誌 (以下、学会雑誌) に発表された学術論文の中で最も秀でており、看護学の発展に貢献できる先駆的な原著論文の筆頭者に授与する。

【改定後】

- 1) 学会賞 推薦年度を含む過去 3 年間に、日本看護研究学会雑誌 (以下、学会雑誌) に発表された学術論文の中で最も秀でており、看護学の発展に貢献できる先駆的な原著論文の筆頭著者に授与する。

第 5 条 (受賞の資格)

【改定前】

表彰を受けることができる者 (学会賞は筆頭者、奨励賞は著者の全員) は日本看護研究学会の 3 年上の会員または名誉会員でなければならない。

【改定後】

表彰を受けることができる者 (学会賞は筆頭著者、奨励賞は著者の全員) は、当該年度の10月末日時点で日本看護研究学会への入会日より満 3 年以上の会員または名誉会員でなければならない。

附 則

【改定前】

(新設)

【改定後】

この規程は、平成28年 5 月22日に一部改正し、実施する。

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り平成28年度奨学会研究が決定いたしました。

平成28年 5 月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

西田 千夏 氏

研究課題「発達支援を要する子どもとその家族に対する看護師等支援者の内省・洞察体験の構造」

以上

会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、平成28年度定時社員総会において、平成27年度奨励賞が決定いたしました。

平成28年 5 月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

奨 励 賞

受賞対象論文：アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセス

The Process for Inpatients with Alcoholic Liver Diseases to Decide to Stop and Continue Abstaining from Drinking

日本看護研究学会雑誌35巻 5 号, pp.25-34, 2012

筆 頭 著 者 名：山田 隆子

共 同 著 者 名：秋元 典子

受賞対象論文：急性白血病患者における臨床試験参加の意思決定プロセス

The Decision-Making Process for Acute Leukemia Patient Participation in Clinical Trials

日本看護研究学会雑誌36巻 2 号, pp.23-34, 2013

筆 頭 著 者 名：熊谷 理恵

共 同 著 者 名：野澤 明子

受賞対象論文：慢性腎臓病患者の食事療法に対する自己管理行動アセスメント指標の開発

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

日本看護研究学会雑誌37巻 5 号, pp.1-10, 2014

筆 頭 著 者 名：日比野 友子

共 同 著 者 名：深田 順子, 鎌倉 やよい, 片岡 笑美子, 小森 和子

以上

会 告 (6)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)第13条(役員を選任)により、川口孝泰氏が理事長に決定いたしました。

任期は、平成28年定時社員総会の日より平成30年定時社員総会まで。

平成28年5月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

会 告 (7)

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

任期は、平成28年定時社員総会の日より平成30年定時社員総会まで。

平成28年5月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

会 告 (8)

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

任期は、平成28年定時社員総会の日より平成32年定時社員総会まで。

平成28年5月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

監事 渡邊 順子 氏

会 告 (9)

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

平成28年 5 月22日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 川 口 孝 泰

記

理 事 役 職 名	氏 名
理 事 長	川 口 孝 泰
副 理 事 長	本 田 彰 子
副 理 事 長	宮 腰 由 紀 子
理 事	岩 本 幹 子
理 事	石 井 範 子
理 事	荒 木 田 美 香 子
理 事	青 山 ヒ フ ミ
理 事	法 橋 尚 宏
理 事	中 西 純 子
理 事	前 田 ひ と み
理 事	村 嶋 幸 代
理 事	良 村 貞 子
理 事	吉 沢 豊 予 子
理 事	神 田 清 子
理 事	吉 田 澄 恵
理 事	安 藤 詳 子
理 事	山 口 桂 子
理 事	任 和 子
理 事	宮 腰 由 紀 子
理 事	山 勢 博 彰
理 事	宇 佐 美 し お り
理 事	佐 藤 政 枝
理 事	塩 飽 仁
監 事	松 田 た み 子
監 事	渡 邊 順 子

会 告 (10)

一般社団法人日本看護研究学会定款第10章 第33条（委員会）により下記の通り委員会を構成しました。
平成28年 5 月22日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

理事役職名・委員会名	氏 名
理 事 長	川 口 孝 泰
副理事長・総務担当理事（長）〈兼任〉	本 田 彰 子
総務担当理事	佐 藤 政 枝
副理事長・渉外担当理事（長）〈兼任〉	宮 腰 由 紀 子
渉外担当理事	山 口 桂 子
渉外・広報（ホームページ）担当	塩 飽 仁
会計担当理事（長）	岩 本 幹 子
会計担当理事	宇 佐 美 し お り
会計担当理事	任 和 子
編集委員会委員（長）	法 橋 尚 宏
編集委員会委員	中 西 純 子
編集委員会委員	吉 田 澄 恵
編集委員会委員	秋 山 智
編集委員会委員	荒 木 孝 治
編集委員会委員	猪 下 光
編集委員会委員	市 江 和 子
編集委員会委員	内 田 宏 美
編集委員会委員	上 野 栄 一
編集委員会委員	川 西 千 恵 美
編集委員会委員	河 原 宣 子
編集委員会委員	木 立 る り 子
編集委員会委員	小 西 美 和 子
編集委員会委員	定 方 美 恵 子
編集委員会委員	竹 田 恵 子
編集委員会委員	高 島 尚 美
編集委員会委員	若 村 智 子

理事役職名・委員会名	氏 名
奨学会委員会委員（長）	石 井 範 子
奨学会委員会委員	荒木田 美香子
奨学会委員会委員	村 嶋 幸 代
奨学会委員会委員	神 田 清 子
奨学会委員会委員	良 村 貞 子
学会賞・奨励賞委員会委員（長）	荒木田 美香子
学会賞・奨励賞委員会委員	石 井 範 子
学会賞・奨励賞委員会委員	村 嶋 幸 代
学会賞・奨励賞委員会委員	神 田 清 子
学会賞・奨励賞委員会委員	良 村 貞 子
将来構想検討委員会委員（長）	川 口 孝 泰
将来構想検討委員会委員	本 田 彰 子
将来構想検討委員会委員	宮 腰 由紀子
将来構想検討委員会委員	佐 藤 政 枝
将来構想検討委員会委員	山 口 桂 子
将来構想検討委員会委員	塩 飽 仁
将来構想検討委員会委員	岩 本 幹 子
研究倫理委員会委員（長）	青 山 ヒフミ
研究倫理委員会委員	安 藤 詳 子
研究倫理委員会委員	山 勢 博 彰
国際活動推進委員会委員（長）	前 田 ひとみ
国際活動推進委員会委員	吉 沢 豊予子
国際活動推進委員会委員	高 瀬 美由紀
国際活動推進委員会委員	成 瀬 和 子
看保連ワーキング委員（長）	山 口 桂 子
看保連ワーキング委員	叶 谷 由 佳
看保連ワーキング委員	泊 祐 子
大規模災害支援事業委員会委員（長）	中 西 純 子
大規模災害支援事業委員会委員	川 口 孝 泰
大規模災害支援事業委員会委員	岩 本 幹 子
監 事	松 田 たみ子
監 事	渡 邊 順 子

目 次

—原 著—

男性2型糖尿病患者の血糖コントロールにつながる運動実施構造モデルの作成	1
金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻（現所属：日本赤十字豊田看護大学）	浅 田 優 也
金沢大学医薬保健研究域保健学系	稲 垣 美智子
金沢大学医薬保健研究域保健学系	多 崎 恵 子

うつ病をもつ夫とともに生きる妻の体験

— 解釈学的アプローチによる —	13
神戸大学大学院保健学研究科	廣 田 美 里
神戸市看護大学	松 葉 祥 一
神戸大学大学院保健学研究科	橋 本 健 志

がん患者遺族の心的外傷後成長の特徴とストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連	25
---	----

佐賀大学医学部看護学科	武 富 由美子
佐賀大学医学部看護学科	田 淵 康 子
九州大学大学院 医学研究院	藤 田 君 支

無作為比較試験による笑いマッサージのストレスに対する生理的・心理的効果	35
---	----

島根大学大学院医学系研究科看護学専攻	玉 川 優 芽
島根大学医学部基礎看護学講座	福 間 美 紀
島根大学医学部基礎看護学講座	長 田 京 子

—研究報告—

大学附属病院における新人看護師の看護実践能力と他者支援との関連	43
---------------------------------------	----

信州大学医学部保健学科	山 口 大 輔
山梨大学大学院総合研究部	浅 川 和 美

根治的前立腺全摘除術後の患者が排尿障害の改善を実感するまでの経験	53
--	----

山形大学医学部看護学科，前富山大学大学院医学薬学教育部	川 口 寛 介
富山大学大学院医学薬学研究部	竹 内 登美子
富山大学大学院医学薬学研究部	新 鞍 真理子
富山大学大学院医学薬学研究部	青 木 頼 子
富山大学大学院医学薬学研究部	牧 野 真 弓

看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設入居者の家族が抱く認識	63
-------------------------------------	----

創価大学看護学部	大 釜 信 政
----------	---------

一 総 説 一

納得の概念分析

— 国内文献レビュー — 73

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 今 井 芳 枝

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 雄 西 智恵美

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 板 東 孝 枝

CONTENTS

Original Papers

- Physical Exercise Structure Model for Blood Glucose Control in Male Type II Diabetes Patients 1
Division of Health Sciences, Graduate school of Medical Science, Kanazawa University
(Present affiliation: Japanese Red Cross Toyota College of Nursing, Faculty of Nursing) : Yuya Asada
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University : Michiko Inagaki
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University : Keiko Tasaki

Wives' Lived Experiences of Living with a Depressed Spouse:

- A Phenomenological Hermeneutic Approach 13
Kobe University Graduate School of Health Sciences : Misato Hirota
Kobe City College of Nursing : Shoichi Matsuba
Kobe University Graduate School of Health Sciences : Takeshi Hashimoto

Characteristics of the Post-Traumatic Growth from the Bereavement among Survivors of

- Deceased Cancer Patients and Relations to Stress Coping and Social Support 25
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Yumiko Takedomi
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Yasuko Tabuchi
Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University : Kimie Fujita

The Physiological and Psychological Effects of Laugh Massage Therapy by Randomized Controlled Trials 35

- Graduate School of Medical Research, Shimane University : Yume Tamagawa
Department of Fundamental Nursing, School of Nursing, Shimane University : Miki Fukuma
Department of Fundamental Nursing, School of Nursing, Shimane University : Kyoko Osada

Research Reports

Relationship between Clinical Nursing Competence of Newly Graduated Nurses and

- Support from Other Staff at University Hospitals 43
School of Health Sciences, Shinshu University of Medicine : Daisuke Yamaguchi
Division of Nursing Science, Faculty of Medicine, Graduate Faculty of Interdisciplinary Research,
University of Yamanashi : Kazumi Asakawa

Experiences of Post-radical Prostatectomy Patients up to the Point at which they Perceive Improvement of Dysuria	53
<p style="margin-left: 40px;">School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine, Formerly at Graduate School of Medicine Pharmaceutical Sciences for Education, University of Toyama : Kansuke Kawaguchi Graduate School of Medicine Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama : Tomiko Takeuchi Graduate School of Medicine Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama : Mariko Niikura Graduate School of Medicine Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama : Yoriko Aoki Graduate School of Medicine Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama : Mayumi Makino</p>	
Awareness of Elderly Care Home Residents' Families with Regard to Expansion of Nurses' Medical Roles	63
<p style="margin-left: 80px;">Faculty of Nursing, Soka University : Nobumasa Ogama</p>	
General Remark	
Nattoku: A Concept Analysis	73
<p style="margin-left: 40px;">Major in Nursing, School of Health Sciences, Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School : Yoshie Imai Major in Nursing, School of Health Sciences, Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School : Chiemi Onishi Major in Nursing, School of Health Sciences, Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School : Takae Bando</p>	

男性 2 型糖尿病患者の血糖コントロールにつながる 運動実施構造モデルの作成

Physical Exercise Structure Model for Blood Glucose Control in Male Type II Diabetes Patients

浅田 優也¹⁾ 稲垣 美智子²⁾ 多崎 恵子²⁾
Yuya Asada Michiko Inagaki Keiko Tasaki

キーワード：糖尿病，運動，男性，血糖，構造モデル

Key Words：diabetes, exercise, male, blood glucose, structural model

はじめに

糖尿病の治療として運動療法は推奨されているが、運動に関与する筋量などは20代を境に減少していくといわれており、握力においては40～50代より徐々に低下の割合は大きくなっていくことが読み取れる（文部科学省，2014）。糖尿病発症の多くは筋力の低下の進行が懸念される40代以降であり、「糖尿病が強く疑われる男性」において40代以降の占める割合は62%に上る（厚生労働省，2013）。

加えて、インスリン抵抗性の高いことは、サルコペニアを助長する要因となる可能性も示されている（Srikanthan, Hevener, & Karlamangla, 2010; Lee, et al., 2011）。サルコペニアとは、加齢に伴う筋量の減少およびそれに伴う筋力または身体能力の低下と定義されているものである。これらのことより、中年期以降の糖尿病患者は加齢に加え、糖尿病を発症したことによる身体構造の変化があるなかで、運動を行うことを余儀なくされているのではないかとということが危惧される。そのため、糖尿病患者が運動を実施・継続していくためには、健常者以上に身体的要因を整えることが必要であると考え、研究者は先行研究にて糖尿病患者の運動実施および血糖コントロールに身体的要因がどのように関係しているのかを明らかにするために研究を行った。その結果、性差による違いがあり、女性は筋量の多いほうが良好な血糖コントロールであるのに対し、男性においては筋量の多いほうが不良な血糖コントロールであることを明らかにした（浅田・辻口・稲垣・多崎・八木，2010）。これまで筋量と血糖値に着目した研究はほとんどなく、男性 2 型糖尿病患者を HbA1c により分類し、3 群間に筋量の差があるか調べた研究があるのみであり、その報告では筋量の多い人が良好な血糖コントロールであるとい

う結果が報告されている（片岡他，2012）。この相反する結果より、男性 2 型糖尿病患者の血糖コントロールには筋量そのものではなく、筋量にまつわる何らかの要因が大きく影響しているのではないかと推測した。そしてこの推測は、これまでの研究者が臨床的な経験において感じていた、「筋肉はあるし、体型には自信があるから運動に励んでいる」あるいは「運動経験もあるし、動けるから運動は行えている」と話しながらも、運動を行うことでの血糖への効果を感じきれていない、あるいは出せない男性 2 型糖尿病患者がいるのではないかとこの感覚からも推測できた。つまり、男性 2 型糖尿病患者の運動実施においては、体型の変化や身体能力への意識を含めた糖尿病である自身の体についての認識が関連しており、その関連の仕方が血糖コントロールに影響を及ぼしているのではないかと考えた。

これまで糖尿病患者の運動療法に関する研究では、介入前後での運動量と HbA1c の変化について調べたもの（横地他，2002）や、運動習慣の有無と運動・歩行セルフ・エフィカシーとの関連について調べたもの（大熊・高倉・高橋・國澤・大武，2008）など、2 つの要因における変化や関連について明らかにした報告はみられる。また山崎は、運動を継続するための重要な要因として「糖尿病をもつ体へのいたわり」という視点に着目し、質的に明らかにした研究について報告している（山崎・稲垣，2010）。しかし、これらの研究は運動実施に関連すると考えられる複数の要因を総合的に調べてはおらず、性別を分けてみたものについては皆無であり、糖尿病である体の認識に着目し、複数の要因と総合的に関連づけた研究は報告されていない。

そこで、本研究は男性 2 型糖尿病患者が血糖コントロールにつながる運動を実施するための構造において、糖尿病である体の認識は他の要因とどのように影響を及ぼしあっ

1) 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 Division of Health Sciences, Graduate school of Medical Science, Kanazawa University
(現所属：日本赤十字豊田看護大学 Present affiliation: Japanese Red Cross Toyota College of Nursing, Faculty of Nursing)

2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系 Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

ているのか、その構造を明らかにすることを目的とした。

I. 研究方法

構造モデルの作成にあたり、まず仮説の作成を行い、その仮説に基づいて構造モデルの分析を行った。以下、仮説作成および構造モデルの分析までの概要を示す。

1. 要因間の仮説作成

本研究の要因間の関係について仮説を考えるにあたり、自己効力感の理論を参考にした。自己効力感の理論は糖尿病の療養行動の支援において多く用いられており、運動療法の支援においても着眼されている理論である。この理論は、“個人”が“行動”を起こし、どのような“結果”につながるかは、“その行動をうまく行うための自身の能力にたいする信念（自己効力感）”と、“ある行動がどのような結果を生み出すかという判断（結果期待）”が関係するというかたちで説明されているものである（松本、2002）。

本研究ではこの基本構造に、“糖尿病である体の認識”という新たな要因を加えた仮説を考え、さらに個々の要因をみるための因子の選定も行った。また先行研究において、糖尿病の受容への意識や自身の運動量への意識がHbA1cと相関関係にあることを報告したものがあり（佐々木・横山・熱海、2008）、あることに対しどのような意識をもっているかは、どのような行動をとるかだけでなく、直接的にどのような結果につながるかにも影響するのでは

ないかと考える。よって本研究では、“糖尿病である体の認識”は“行動”だけでなく、“結果”にも関連する可能性を加味した仮説モデルとした（図1）。以下、各因子の選択理由を示す。

a. 糖尿病である体の認識

本研究は、臨床でのかかわりや先行研究の結果を受け、“糖尿病である体の認識”という新たな要因に着眼したものである。この“糖尿病である体の認識”とは、男性2型糖尿病患者の語りのなかで聞かれた「筋肉が落ちてきたことが気になる」「運動経験もあるし、筋肉もあったからもっと運動はできるはず」「運動を行っているのに血糖がよくなる」といった言葉をもとに、‘自身の体つきをどのように認識しているか’‘自身の体でならどの程度の運動を行えると認識しているか’‘運動実施と血糖への効果の表れ方についてどのように認識しているか’の3つの視点が重要であると考え、それらを統合したものであると定義した。しかし、先行研究がなくこの認識について問うための質問項目が不明であるため、‘自身の体つきをどのように認識しているか’について問うための質問8項目、‘自身の体でならどの程度の運動を行えると認識しているか’について問うための質問7項目、‘運動実施と血糖への効果の表れ方についてどのように認識しているか’について問う質問5項目の計20項目からなる質問の原案を作成した（表1）。

b. 個人要因

(1) BMI

先行研究において、BMI (body mass index) と減量への

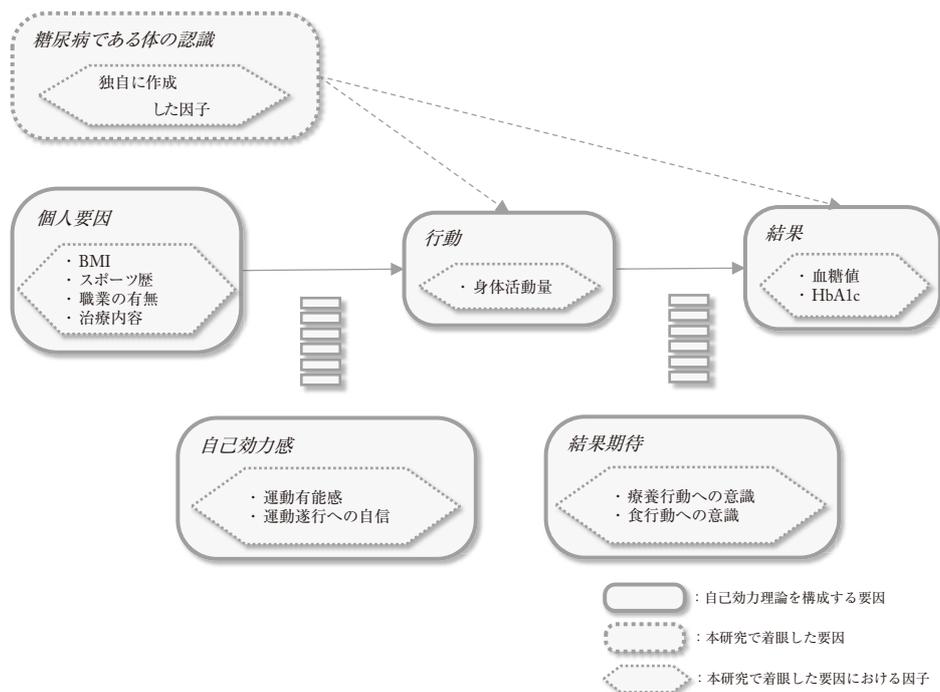


図1 自己効力理論をもとにした要因間の仮説

表 1 “糖尿病である体の認識”を問うための質問項目原案20項目

質問項目
「自身の体つきをどのように認識しているか」
1) 周囲の同年代の人より、筋肉質だと思う
2) 周囲の同年代の人より、脂肪はつき過ぎていないと思う
3) 周囲の同年代の人より、腕の筋肉はあると思う
4) 周囲の同年代の人より、足腰の筋肉はあると思う
5) 学生時代などの過去の運動経験は、現在の体型の維持につながっていると思う
6) 現在の体型に満足している
7) 自信のあった頃と比較しての、現在の体型 5 段階評価
8) 自信のあった頃と比較しての、現在の筋肉のつき方 5 段階評価
「自身の体でならどの程度の運動を行えると認識しているか」
9) 少しくらい体調が悪くても運動を行うことが多い
10) 膝の痛みなどがあっても、痛みをコントロールできていれば運動を行うことが多い
11) 運動中に疲れても、すぐには休まないことが多い
12) 前日の疲れが残っていても、何らかの運動を行うことが多い
13) 体の疲れをある程度感じないと、運動の量が足りなかったのではないかと考えることが多い
14) その日に運動を行うかどうかを決めるときは、血糖の状態を考える
15) その日の運動の程度・量を決めるときは、血糖の状態を考える
「運動実施と血糖への効果の表れ方についてどのように認識しているか」
16) 現在の運動を行っていることで、自身の目標値から血糖が大きく高くなることはない
17) 血糖が目標値より高かった時は、行ってきた運動の量が足りなかったと考えることが多い
18) 現在の運動を続けていけば、血糖はこの先も悪くならない
19) 運動を行えば行うほど、血糖は下がる
20) ある程度の疲労を感じるほどの運動を行わないと、血糖への効果は少ない

行動変容ステージの関連について報告しているものがある(富永・滝川・坂根, 2010)。BMIが運動への意識や取り組みに関係すると考えられるため、個人要因に関する因子として考えた。

(2) スポーツ歴

先行研究において、過去に運動を行っていた人は、運動療法を行うことで「体の動かなくなった」自分に出会うことや、たとえ体がついてきていなくても散歩などの有酸素運動メニュー自体に物足りなさを感じるということが報告されている(山崎・稲垣, 2010)。過去のスポーツ歴が、運動への意識や取り組みに影響すると考えられるため、個人要因に関する因子として考えた。

(3) 職業の有無

先行研究において、職種により歩行数や活動の内容が異なることが示されている(田中・田中, 2012)。職業は実施する運動の内容や運動を行える時間に影響すると考えられるため、個人要因に関する因子として考えた。

(4) 内服薬・インスリン使用の有無

先行研究において、勤務中の内服薬やインスリンの使用の有無と血糖コントロールの関係について報告されている(神田・岡田・森田・杉本・田中, 2005)。現在の治療状況が、血糖コントロールに関係すると考えられるため、個人要因に関する因子として考えた。

c. 行 動

本研究において行動とは、習慣的に行っている運動および日常生活での活動の総量(以下:身体活動量)と考え、身体活動量を行動に関する因子と考えた。

d. 結 果

本研究において結果とは、血糖コントロール状態と考え、血糖値、HbA1cを結果に関する因子として考えた。

e. 自己効力感

(1) 運動有能感

先行研究において、運動有能感が身体活動量と関連することを明らかにしている(浅田他, 2010)。運動有能感は運動実施に影響すると考えられるため、運動有能感を自己効力感に関する因子として考えた。

(2) 運動遂行への自信

先行研究において、歩行セルフエフィカシーが歩行時間と関連のあることが示されている(水本他, 2011)。セルフエフィカシーが高いことは運動に積極的に取り組めることに通じ、運動実施には重要であると考えられるため、運動遂行への自信を自己効力感に関する因子として考えた。

f. 結果期待

(1) 療養行動への意識

先行研究において、糖尿病への意識の高さがHbA1cと関連する傾向にあることが示されている(佐々木他, 2008)。

療養行動への意識が高いことは血糖コントロールに影響すると考えられるため、結果期待に関する因子として考えた。

(2) 食行動への意識

先行研究において、食習慣の改善とHbA1cとの関連が示されている(徳永・上野・古橋・佐野, 2010)。食行動への意識のもち方が血糖コントロールに影響すると考えられるため、結果期待に関する因子として考えた。

2. 構造モデルの作成

作成した仮説に基づき新たな構造モデルを作成していくために、以下に示す分析を行った。

a. 探索的因子分析

“糖尿病である体の認識”の構成因子を明らかにするために行った。

b. 構造方程式モデリング (structural equation modelling: SEM)

“糖尿病である体の認識”を含めた血糖コントロールにつながる運動実施構造モデルを明らかにするために行った。

3. 研究対象者および調査施設

a. 研究対象者

研究者は先行研究にて、男性 2 型糖尿病患者の筋量や筋力は中年期の時点より健常者以上に低下している可能性を見出している(辻口・浅田・稲垣・多崎・八木, 2010)。このことより、中年期の段階で既にサルコペニアがインスリン抵抗性により助長されている可能性が考えられたため、研究対象者は40代~70代の男性 2 型糖尿病患者で、外来通院および糖尿病の治療を継続している人とした。また、糖尿病性網膜症福田分類 B 以上、糖尿病性腎症Ⅲ期以上の合併症やその他の心血管系、運動器系の疾患があることで運動実施を制限するよう医師より言われている人は対象から除外した。

b. 調査施設および対象者の紹介

調査は、代謝内科の外来を設けている県内の病床数200床以上の病院 4 施設にて行った。また、対象者の紹介は対象の基準および除外基準を、外来担当医師もしくは外来看護師に説明し、基準を満たす対象の紹介を受けた。

4. 調査項目

調査は自記式質問紙調査法にて行った。各質問項目への回答方法は、身体活動量については最もあてはまると思う項目を選択するかたちとし、それ以外の項目については、「1:あてはまらない」から「5:あてはまる」の5件法とし、あてはまる数字を選択するかたちとした。

a. 対象の特性および個人要因

年齢、身長、体重、糖尿病歴、職業の有無、スポーツ歴

について対象者より情報の収集を行った。また、治療情報(実施している治療法、服薬の内容)、合併症およびその他の疾患については診療録より情報の収集を行った。

b. “糖尿病である体の認識”について問う質問項目について

本研究では“糖尿病である体の認識”について、‘自身の体つきをどのように認識しているか’‘自身の体でならどの程度の運動を行えると認識しているか’‘運動実施と血糖への効果の表れ方についてどのように認識しているか’の3つの視点より、独自に項目の作成を行った。表面妥当性の確保のために、糖尿病看護における研究の経験豊富なスーパーバイザーとともに内容を吟味し、質問項目の作成を行った。また、外来通院を行っている糖尿病患者5名へのプレテストにて、内容の理解のしにくい項目、同様の内容を聞いていると感じる項目がないかについて確認し、修正を行った。

c. 身体活動量

波多野によって作成された『活動点数チェック表』を用いて算出した1週間あたりの消費カロリーの値を、‘身体活動量’として用いた。この質問紙は、7項目という少ない質問で構成された簡易に回答することのできるものである。また、選択肢ごとに割り当てられた点数より算出した活動得点にて、1週間の消費カロリーの概算値を算出できるものである(波多野・陸, 1993)。

d. 血糖コントロールの判断基準

血糖コントロールの状態を判断する値として、調査実施時の血糖値およびHbA1c(グリコヘモグロビン)の値を用いた。

e. 運動有能感

西嶋らによって作成された『身体活動能力評価』の項目を用い、その合計点にて『運動有能感』の良否を判断した。この質問紙は、筋力系、持久力系、調整力系、その他の4グループ35項目から構成されており、総合得点のみでなくグループごとの得点においても起居動作時間、10m歩行時間、手腕作業量やその測定値を基に算出した生活体力総合得点と相関があることが示されているものである(西嶋他, 1993)。とくに、筋力系、持久力系、その他のグループにおける25項目は、日常生活や運動実施において身体を動かすうえで重要な項目であると考えられた。そして、これらの項目における身体能力への評価が高いということは、主観的な視点からみた自身の身体能力への自信をもっていることととらえることができると考え、本研究では、これらの項目による合計点を『運動有能感』ととらえて用いた。これらの項目の内容の一貫性・整合性について確認するためにI-T相関を行った結果、基準とする.3を下まわる項目はみられなかった。

f. 運動遂行への自信

ResnickとJenkinsにより高齢者向けに作成された、『Self-Efficacy for Exercise Scale』の9項目を用いた(Resnick & Jenkins, 2000)。加えて、中・高齢者に対して聞くことのできる項目とするため、岡により中年者向けに作成された『運動セルフ・エフィカシー尺度』の4項目についても用いることとした(岡, 2003)。しかし、岡により作成された項目のうち「少し疲れているときでも運動する自信がある」「忙しくて時間がなくて運動する自信がある」「あまり天気がよくないときでも運動する自信がある」の3項目は、ResnickとJenkinsにより作成された項目と内容が重複していたため、内容の異なる「あまり気分がのらないときでも運動する自信がある」の1項目のみを追加することとし、計10項目を用いた。そして、その合計点にて『運動遂行への自信』の良否を判断した。これらの質問項目は、どのような状況下でも運動を行えると思えるかという自信を点数化し、評価することのできるものであり、これらの項目における得点が高いことは障害があっても健康のために運動を遂行する意識も高いととらえることができると考え、本研究では、これらの項目による合計点を『運動遂行への自信』ととらえて用いた。これらの項目の内容の一貫性・整合性について確認するためにI-T相関を行った結果、基準とする.3を下まわる項目はみられなかった。

g. 療養行動への意識

稲垣らによって作成された『糖尿病セルフケア行動の自己評価』の10項目のうち、血糖との関連がみられなかった「定期的に受診する」の1項目、他の項目と内容の重複している部分があると考えられた「体調にあわせて運動量を工夫し雨天時にも運動する」「受診時には医療者に相談して問題解決を図る」の2項目、あわせて3項目を抜いた7項目を抜粋したのを用い、その合計点にて『療養行動への意識』の良否を判断した(稲垣他, 2004)。自身のセルフケアへの評価が高いということは、療養行動への意識を高くもてているととらえられると考え、本研究では、これらの項目による合計点を『療養行動への意識』ととらえて用いた。これらの項目の内容の一貫性・整合性について確認するためにI-T相関を行った結果、基準とする.3を下まわる項目はみられなかった。

h. 食行動への意識

『食行動への意識』については明確な尺度が見当たらなかった。そのため、血糖コントロールに影響すると考えられ、実際に臨床でも食事指導に用いられている内容の行動をとれていることが重要であるという視点に立ち、項目の作成を行った。まず、血糖コントロールと食習慣について調べられた先行研究にて用いられた質問項目(鈴木他, 1986)より、血糖コントロールに関連していた「食事回

数」「食事時間」「まとめ食い」「咀嚼回数」「ながら食」「就寝時間からみた夕食時間」に関する6項目を抜粋した。加えて、これらの項目に含まれていない現行の糖尿病の食事指導に実際に用いられている内容の項目も重要であると考え、「油脂類の摂取」「野菜類の摂取」「間食」「味付け」に関する5項目を追加し、その合計点にて『食行動への意識』の良否を判断した。これらの質問項目は、先行研究の結果より血糖値と関連のあると考えられる項目および実際に食事療法指導にて使用されている項目である。よって、これらの項目による合計点が高いことは食行動への意識を高くもっていることにつながると考え、これらの項目による合計点を『食行動への意識』ととらえて用いた。これらの項目の内容の一貫性・整合性について確認するためにI-T相関を行った結果、基準とする.3を下まわる項目はみられなかった。

5. データ分析方法

データ分析は、探索的因子分析、SEMの2段階で実施し、統計ソフトには『SPSS Statistics 22.0』および『Amos 22.0』を用いた。

a. 第1段階：“糖尿病である体の認識”について問うための項目の構成内容の評価

本研究にて独自に作成した項目が、“糖尿病である体の認識”について問う項目として一定の基準を満たす内容であるかを示すために、第1段階の分析として探索的因子分析を用いた。探索的因子分析を行うにあたり、原案20項目の質問内容の適切性および一貫性・整合性について確認するために、質問項目における天井効果・フロア効果の有無の確認およびI-T相関係数の確認を行った。また、因子分析における因子の採択については因子負荷量が.4という値を基準に行った。そして、最終的に採択された因子と作成した質問項目全体における内部一貫性の信頼性についてCronbach' α 係数を求め、確認を行った。

b. 第2段階：血糖コントロールにつながる運動実施構造モデルの探索のためのSEM分析

SEMは観測変数だけでなく、潜在変数も含んだ因子間の構造をモデルとして描くことができる手法である。本研究では第一段階の分析にて明らかにした“糖尿病である体の認識”について問うための因子を含んだ、2型男性糖尿病患者の血糖コントロールにつながる運動実施構造モデルを探ることを最終的な目的としたため、第2段階の分析としてこの手法を用いた。モデルの適合度判定には χ^2 二乗値、GFI(適合度指標)、AGFI(修正適合度指標)、CFI(比較適合度指標)、RMSEA(平均二乗誤差平方根)を用いた。GFI、AGFIおよびCFIが1に近い、GFIとAGFIの差が小さい、RMSEAが.5未満であることを基準に分析を行った。

6. 倫理的配慮

a. 説明と同意

対象者には、①研究の趣旨および方法、②参加・不参加による今後の治療への影響、③匿名性でのデータの扱い、④個人情報の厳守、⑤データの扱い、⑥研究終了後のデータの破棄について、依頼文書および口頭にて説明を行い、同意を得た。

b. 倫理的保証

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の審査を受け実施した（承認番号：527-1）。

いては網膜症、腎症においてカルテのみでは診断が不明の人や腎症Ⅲ期の人、過去に循環器系の疾患の治療歴ある人がいたが、調査時に運動制限について確認を行ったうえで運動実施について問題がないと判断できた人は調査対象とした（表 2）。

2. “糖尿病である体の認識” について問う項目における探索的因子分析

探索的因子分析を行う前に、原案 20 項目における適切性および一貫性・整合性を確認するために、項目分析を行った。原案 20 項目のうち、天井効果およびフロア効果のみられる項目はなかった。また、I-T 相関係数においてすべての項目において妥当とされている .3 を下まわるものはなかった。

質問項目の適切性および一貫性・整合性について確認後、一般化された最小 2 乗法・プロマックス法による探索的因子分析を行った。因子負荷量が .4 を基準に全項目における分析を行った結果、質問項目「学生時代などの過去の運動経験は、現在の体型の維持につながっている」において因子負荷量が .4 未満であり項目として加えることはむずかしいと判断し、分析対象より除外した。次に、質問項目「学生時代などの過去の運動経験は、現在の体型の維持につながっている」を抜いた 19 項目で分析を行った結果、質問項目「現在の運動を行っていることで、自身の目標値から血糖が高くなることはない」において、第 2・第 3 因子の双方で因子負荷量が .4 以上となる結果になった。しか

II. 結 果

1. 対象の特性

研究協力を依頼した施設より紹介を受け、調査参加について同意を得られた対象者は 173 名であった。そのうち、年齢、合併症の基準において本研究の対象にあてはまらなかった人、正式な疾患名は診断されていないが整形的な疼痛が運動実施に影響を与えていると考えられた人、麻痺などは残っていないが過去の脳血管疾患の既往が運動実施に影響を与えていると考えられた人は分析対象から除外し、最終的な分析対象者は 137 名となった。対象の特性は、60 代、罹病期間 10 年未満、内服薬のみの使用、有職者、スポーツ歴ありの人の割合がおおの高かった。また、血糖値および HbA1c の平均値は不良な傾向であり、BMI の平均値は標準の範囲内であった。合併症、その他の疾患につ

表 2 対象の特性

n = 137

項目	n (名)
年代別	40代：8 50代：38 60代：57 70代：34
受療期間	10年未満：62 10年以上20年未満：37 20年以上：38
治療法	内服治療のみ：83 インスリン治療のみ：11 内服・インスリン併用：31 食事・運動療法のみ：12
網膜症	A0：111 A1～A5：12 不明：14
腎症	I 期、II 期：133 III 期：4
その他の疾患	あり：118 なし：19
職業の有無	あり：99 なし：38
スポーツ歴の有無	あり：95 なし：42
項目	平均値 ± 標準偏差
血糖値 (mg/dL)	172.5 ± 60.4
HbA1c* (%)	7.3 ± 0.9
体重 (kg)	69.0 ± 11.2
BMI (kg/m ²)	24.7 ± 3.6
身体活動量 (kcal/週)	1670.8 ± 1024.5
運動有能感 (点)	105.2 ± 14.3
運動遂行への自信 (点)	34.8 ± 9.4
療養行動への意識 (点)	26.7 ± 4.9
食行動への意識 (点)	41.8 ± 6.9

*：NGSP 値を使用

し、第2・第3因子のどちらの因子も体つきに関する因子の集まりであり、どちらの因子にも含むことはむずかしいと判断し、この項目も分析対象より除外した。そして、この2項目を除外した18項目を採択し、固有値1以上を基準に因子数を決定したところ、最終的に5つの因子が抽出され、因子負荷量が.4未満のもの、複数の因子において因子負荷量が.4以上となる項目もないかたちとなった。その結果、累積寄与率は59.2%まで上がり、因子分析を用いることの適切性（妥当性）を表す指標であるKMOの標本妥当性は.730、Bartlettの球面性検定においては有意確率 $p < .01$ となった。以下、各因子の命名について示していく。

第1因子は、体調不良や疲労などの問題があっても運動を行っているかを問う項目が集まっており、この項目が高いことは実際に負担をかけてでも運動を行っていることを示していると考え、‘負担をかけることのできる体認識’

と命名した。第2因子は、体型への評価や満足度について問う項目が集まっており、この項目が高いことは自身の体型に自信があることを示していると考え、‘維持できている体つき認識’と命名した。第3因子は、筋肉のつき方について他者との比較を問う項目が集まっており、この項目が高いことは自身の筋肉のつき方に自信があることを示していると考え、‘筋肉のある体つき認識’と命名した。第4因子は、運動実施と血糖への効果の関連について問う項目が集まっており、この項目が高いことは運動を行うことでの血糖への効果を感じることができていることを示していると考え、‘運動の効果が表れる体認識’と命名した。第5因子は、血糖を基準として運動を行っているかについて問う項目が集まっており、この項目が高いことは運動を行う上で血糖への意識が高いことを示していると考え、‘血糖を意識する必要のある体認識’と命名した。

表3 “糖尿病である体の認識”における探索的因子分析

質問項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
‘負担をかけることのできる体認識’					
9) 少くも体調が悪くても運動を行うことが多い	.874	-.044	-.061	-.223	.046
10) 膝の痛みなどがあっても、痛みをコントロールできれば運動を行うことが多い	.804	.002	-.037	-.093	.086
11) 運動中に疲れても、すぐには休まないことが多い	.756	-.066	.062	.087	-.077
12) 前日の疲れが残っていても、何らかの運動を行うことが多い	.638	.081	-.003	.072	-.041
13) 身体の疲れをある程度感じないと、運動の量が足りなかったのではないかと考えることが多い	.414	-.089	.080	.325	.015
‘維持できている体つき認識’					
7) 自信のあった頃と比較しての、現在の体型5段階評価	.029	.894	-.105	.099	-.062
6) 現在の体型に満足している	-.098	.782	.035	-.172	.144
8) 自信のあった頃と比較しての、現在の筋肉のつき方5段階評価	.056	.639	.106	.005	-.025
2) 周囲の同年代の人より、脂肪はつき過ぎていないと思う	-.077	.621	.112	-.103	-.001
‘筋肉のある体つき認識’					
1) 周囲の同年代の人より、筋肉質だと思う	-.035	-.074	1.042	-.045	-.006
3) 周囲の同年代の人より、腕の筋肉はあると思う	-.061	.124	.692	.068	.046
4) 周囲の同年代の人より、足腰の筋肉はあると思う	.221	.201	.478	.034	-.063
‘運動の効果が表れる体認識’					
19) 運動を行えば行うほど、血糖は下がる	-.104	.002	-.030	.754	.036
20) ある程度の疲労を感じる程の運動を行わないと、血糖への効果は少ない	-.116	-.108	.068	.723	-.022
17) 血糖が目標値より高かったときは、行ってきた運動の量が足りなかったと考えることが多い	.071	-.087	-.007	.557	.143
18) 現在の運動を続けていけば、血糖はこの先も悪くならない	.131	.349	-.094	.457	-.056
‘血糖を意識する必要のある体認識’					
15) その日の運動の程度・量を決めるときは、血糖の状態を考える	.038	.001	.032	.033	.983
14) その日に運動を行うかどうかを決めるときは、血糖の状態を考える	-.011	.036	-.025	.057	.843
固有値	4.537	2.719	2.137	1.536	1.268
因子寄与率	13.749	10.610	16.388	10.233	8.259
累積寄与率	13.749	24.359	40.747	50.980	59.239
Cronbach' α 係数	.816	.789	.830	.704	.921

因子抽出法：一般化された最小2乗法、回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法
KMO = .730, $p < .01$

最後に、各因子と作成した質問項目全体における内部一貫性の信頼性を確認するために、Cronbach's α 係数についても分析を行った。その結果、各因子における Cronbach's α 係数は、第 1 因子：.816、第 2 因子：.789、第 3 因子：.830、第 4 因子：.704、第 5 因子：.921、全体における Cronbach's α 係数は .812 であり、基準値である .6 を下まわるものはなかった (表 3)。

3. 男性 2 型糖尿病患者における運動実施構造モデル

想定した仮説をもとに、HbA1c を最終的な従属変数とし、5 つの潜在変数および 6 つの観測変数による構造モデルを作成した。その後、ワルド検定をもとに検定統計量の小さいパスより修正を試み、説明度の高い構造モデルの探索を行った。なお、運動実施に影響を与えると考えられる、BMI、スポーツ歴の有無、および血糖コントロールに影響を与えると考えられる内服薬およびインスリン使用の有無、職業の有無については交絡因子と考え、独立変数として追加し分析を行った。その結果、2 つの潜在変数、5 つの観測変数および 5 つの交絡因子による構造モデルを見出すことができた。このモデルにおける適合度指標は、 χ^2 乗値 = 171.232, GFI = .882, AGFI = .847, CFI = .938, RMSEA = .047 であった。GFI, AGFI, CFI については十分とは言い切れないが高い適合性を示すことができているため、妥当なモデルであると判断した。

採用したモデルにおいて、'HbA1c' と有意な関係を示

したのは '筋肉のある体つき認識' のみであった。しかし、そのパス係数は正の値を示しており、'筋肉のある体つき認識' が高いことは、直接的には血糖コントロールを悪化させる方向に作用していることが示された。一方、'負担をかけることのできる体認識' および '食行動への意識' から 'HbA1c' へのパスについては、'筋肉のある体つき認識' からのパスとは異なる関係になることが示され、これらの要因を介することで血糖コントロールへの影響が変わる可能性が示唆された。また、'筋肉のある体つき認識' は '身体活動量' を増加させる方向に作用しており、'身体活動量' が多いことは '負担をかけることのできる体認識' への意識を高める方向に作用していた。さらに、'負担をかけることのできる体認識' は、'運動遂行への自信' を高める方向に作用していた。そして、'運動遂行への自信' は、直接的に '食行動への意識' を高める方向に作用しないが、'療養行動への意識' を介して間接的に '食行動への意識' を高める方向に作用していた (図 2)。

Ⅲ. 考 察

1. "糖尿病である体の認識" を問うための質問項目について

本研究では "糖尿病である体の認識" という新たな要因に着目し、'自身の体つきをどのように認識しているか' '自身の体でならどの程度の運動を行えると認識しているか' '運動実施と血糖への効果の表れ方についてどのように認識しているか' の 3 つの視点より、独自に質問項目

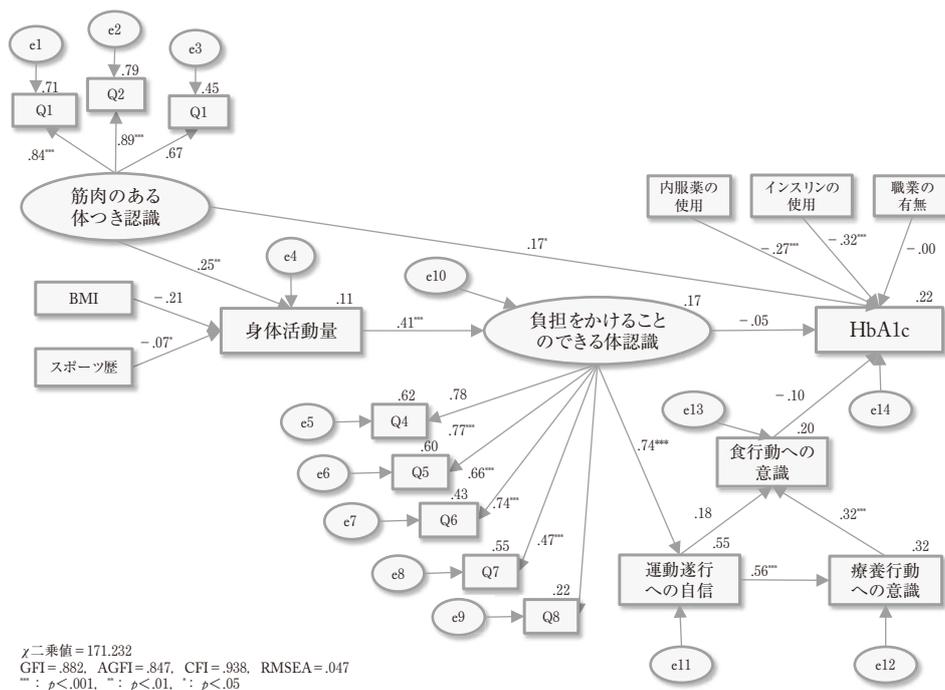


図 2 男性 2 型糖尿病患者の運動実施構造モデル

の作成を行った。これらの質問項目の信頼性については、I-T相関係数が保たれたものであり、探索的因子分析により抽出された因子構造においては、累積寄与率、KMOの標本妥当性、Bartlettの球面性検定ともに基準を満たす値が示されるものであった。また、各因子のCronbach's α 係数が.704～.921と高値を示し、内部一貫性の保たれている因子構造となることも示された。以上のことより、本研究にて独自に作成した質問項目は“糖尿病である体認識”を問うための項目として妥当なものであると考える。

2. “糖尿病である体の認識”に関する因子を含んだ運動実施構造モデルを描けた意義

本研究の結果、自己効力理論に基づき考えた仮説より構造モデルを描くことができ、“個人要因”“行動”“結果”“自己効力感”“結果期待”の要因において、選定した因子の多くを投入することができた。さらに、“糖尿病である体の認識”を構成する因子である、“筋肉のある体つき認識”“負担をかけることのできる体認識”を投入することもできた。これまで、運動実施の構造について総合的にみた研究はほとんどなく、健常高齢者を対象に運動ステージや運動セルフ・エフィカシーに歩行数や健康状態の自己認知といった因子がどのように関連するのか、その構造を調べたものがみられるのみである（常行・山口・高折, 2011）。しかし、この研究は糖尿病患者を対象としてはおらず、本研究のように身体的要因への着眼もしていない。以上より、男性2型糖尿病患者を対象に、確立された理論に基づき、新たに着眼した視点を含めた自身で選定した因子を用いて構造モデルを描くことができたことより、男性2型糖尿病患者の血糖コントロールにつながる運動実施において身体的要因にこれまで以上に着眼することの重要性と、その活用可能性を示すことができたと考える。

3. ‘筋肉のある体つき認識’ ‘負担をかけることのできる体認識’ について

本研究結果より、‘筋肉のある体つき認識’は‘身体活動量’を増加させる方向に作用することが示された。この関係は、歩行セルフ・エフィカシーと歩行時間が正の相関関係にある（水本他, 2011）という先行研究にて示された結果と類似している。先行研究と類似した関係が示された一方で、‘HbA1c’との関係において、研究開始時より着眼していた運動の仕方や意識、およびそれらに関与する何等かの要因の存在が、血糖コントロールにつながる運動実施に影響を及ぼしているのではないかとという予測を支持する関係も示された。それは、‘筋肉のある体つき認識’が直接的には‘HbA1c’を悪化させる方向に作用することを示したことである。これらの関係は、‘筋肉のある体つ

き認識’は、‘身体活動量’を増やすためには重要であるが、血糖コントロールにつながる運動実施を加味すると、血糖コントロールの妨げとなる可能性をもつ複雑な因子であることを示唆している。このように‘筋肉のある体つき認識’は複雑な因子であるが、その認識を‘身体活動量’を増やし、‘負担をかけることのできる体認識’までつなげられることに意味があるのではないかと考える。なぜなら、この‘負担をかけることのできる体認識’は‘運動遂行への自信’や‘療養行動への意識’および‘食行動への意識’を高めるための介在因子となることも示されたからである。療養行動や食行動に関しては、糖尿病セルフケアに関する自己効力感（以下：SESD）について、SESDが高いことはHbA1cと負の相関関係にある（赤尾他, 2011）こと、食事内容や食行動の変化がHbA1cの改善に関連すること（徳永他, 2010）が報告されている。これらの先行研究の結果より、療養行動や食行動への意識が血糖コントロールに重要であることは明らかであり、本研究にて‘負担をかけることのできる体認識’を介在することが、‘療養行動への意識’や‘食行動への意識’を高めることにつながる構造を明らかにできたことは、身体的要因への新たな着眼点とその重要性を示唆していると考える。また、‘身体活動量’から直接的に‘HbA1c’につながる構造ではなく、‘負担をかけることのできる体認識’を介した構造であることは、本質にある体つきへの認識に加え、自身が行っている運動を振り返り、そのうえでもつことになる自身の身体的耐容能への認識も意識しなければならない複雑さも示していると考えられる。以上のことより、“糖尿病である体の認識”において、‘筋肉のある体つき認識’のみを意識するのではなく、その認識をもちながら‘身体活動量’を増やし、‘負担をかけることのできる体認識’までつなげることが重要であると考えられる。

また、先行研究において2型糖尿病患者の運動療法を継続していくための構造について質的に分析したもの（山崎・稲垣, 2010）がある。この研究では、‘糖尿病をもつ体へのいたわり’という意識が重要であり、運動を行うことの効果と運動を行うことでの体への負担を天秤にかけ、無理をしないように体をいたわることを重視することが必要であると報告されている。体にかかる負担という視点に着眼している点は類似しているが、本研究で負担をかけることの重要性を示唆しているという点では異なっている。このように示唆する視点が異なるのは、先行研究では性別を分けてはおらず継続という視点に主眼を置いたものである一方、本研究は性別を男性に限定し血糖コントロールに主眼をおいたものであったからであると考えられる。以上のことより、‘筋肉のある体つき認識’‘負担をかけることのできる体認識’の2因子を含んだ本モデルは、男性2型糖尿

病患者が血糖コントロールにつながる運動を実施するうえで重要な視点であると考え。今後は、本研究結果が男性特有の構造であることを明確に示すために、女性糖尿病患者における構造との比較を行っていくことも必要であると考え。

4. 今後の展望

本研究の結果、‘筋肉のある体つき認識’‘負担をかけることのできる体認識’の2因子が、男性2型糖尿病患者が血糖コントロールにつながる運動を実施するうえで重要な因子となる可能性が示唆された。しかし、これらの認識をどのようにもつべきなのか、その詳細は本研究結果のみではわからず、またその認識の持ち方は複雑であることが予測される。今後はこの‘筋肉のある体つき認識’‘負担をかけることのできる体認識’を具体的にどのようにもつことが有効なのか、詳細にみていく必要があると考える。

結 論

本研究の結果、“糖尿病である体の認識”を構成する因子のなかの、‘筋肉のある体つき認識’‘負担をかけることのできる体認識’を含めた構造モデルを明らかにすることができた。そしてその構造は、‘筋肉のある体つき認識’をもつことで‘身体活動量’を増やし、さらに‘負担をかけることのできる体認識’までつなげて運動を行うことが、‘療養行動への意識’や‘食行動への意識’を高めるために重要であることを示唆するものであった。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、お時間を割き貴重なデータを提供していただいた参加者の皆さまと、調査にご協力くださいました病院関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。

要 旨

目的：本研究の目的は、“糖尿病である体の認識”に着眼し、男性2型糖尿病患者の血糖コントロールにつながる運動実施に関係する因子間の構造を明らかにすることである。

方法：対象は40代～70代の男性2型糖尿病患者137名であり、探索的因子分析、構造方程式モデリング（SEM）の手法を用い分析を行った。

結果：本研究にて新たに着眼した、“糖尿病である体の認識”のなかの‘筋肉のある体つき認識’‘負担をかけることのできる体認識’の2因子を構造モデルに投入することができた。そして、この構造モデルは、その2因子を含む7つの因子をもち、HbA1cや療養行動および食行動への意識に影響を与える構造を示すものであった。

結論：男性2型糖尿病患者における特有の構造モデルを明らかにすることができ、今後の運動療法指導において重要な視点を見出すことができた。

Abstract

Objective: This study was carried out to clarify structural factors associated with physical exercise that promotes blood glucose control in male type II diabetes patients with a focus on the Awareness of physical condition.

Method: Subjects were 137 male type II diabetes patients in their 40s to 70s. Data were analyzed by exploratory factor analysis (EFA) and structural equation modeling (SEM).

Results: Within the category of Awareness of physical condition in diabetes patients, two factors, Awareness of muscular physique and Awareness of body have endurance ability were included in the structural model. This structural model contains seven factors, including the two above-mentioned factors, and showed an effect on HbA1c levels as well as conscience of behaviors in treatment and diet.

Conclusion: This study clarified a structural model particular to male type II diabetes patients and extracted important viewpoints for physical exercise therapy.

文 献

赤尾綾子, 郡山暢之, 近藤春香, 安楽千鶴, 三反陽子, 尾辻真由美, 糞部町子, 森 加弥, 藤崎夏子, 中村由美子, 田中康子, 深川俊子, 中重敬子 (2011). 糖尿病セルフケアに関する自己効力感尺度作成の試み. 糖尿病, 54(2), 128-134.
浅田優也, 辻口彩乃, 稲垣美智子, 多崎恵子, 八木邦公 (2010). 糖尿病患者の体組成・筋力および運動有能感の関連. 糖尿病,

53(6), 449.

波多野義郎, 陸 大江 (1993). 日常生活における身体活動量数量化のためのチェックリストについて. 東京学芸大学紀要, 45(5), 181-189.

稲垣美智子, 多崎恵子, 村角直子, 河村一海, 松井希代子, 早川千絵 (2004). 糖尿病教育アウトカム指標開発のプロセス. 看護研究, 37(7), 37-46.

- 神田加壽子, 岡田洋右, 森田恵美子, 杉本英克, 田中良哉 (2005). 就労中の糖尿病患者における療養上の問題点の検討. 糖尿病, 48(5), 309-315.
- 片岡弘明, 田中 聡, 宮崎慎二郎, 石川 淳, 北山奈緒美, 村尾敏 (2012). 男性2型糖尿病患者における筋量と血糖コントロールに関する検討. 理学療法科学, 27(3), 329-334.
- 厚生労働省 (2013). 「糖尿病が強く疑われる者」, 「糖尿病の可能性を否定できない者」の割合の年次推移 (20歳以上, 性・年齢階級別). 平成24年国民健康・栄養調査結果の概要, 7. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000099296.pdf>
- Lee, C.G., Boyko, E.J., Barrett-Connor, E., Miljkovic, I., Hoffman, A.R., Everson-Rose, S.A., Lewis, C.E., Cawthon, P.M., Strotmeyer, E.S., Orwoll, E.S. (2011). Insulin sensitizers may attenuate lean mass loss in older men with diabetes. *Diabetes Care*, 34(11), 2381-2386.
- 松本千明 (2002). 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎—生活習慣病を中心に—. 15-16, 医歯薬出版.
- 水本 淳, 岡浩一朗, 森川 亘, 原 元彦, 小片展之, 江藤一弘 (2011). 重度糖尿病患者のウォーキング行動に関連する心理的要因および環境要因. 理学療法科学, 26(5), 599-605.
- 文部科学省 (2014). 体力・運動能力の加齢に伴う変化の傾向. 平成25年度体力・運動能力調査結果の概要. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2014/10/14/1352493_01.pdf
- 西嶋洋子, 荒尾 孝, 種田行男, 永松俊哉, 青木和江, 江橋 博, 一木昭男 (1993). 広範囲の高齢者に利用可能な体力評価のための調査法の開発に関する研究: 体力自己評価 (身体活動能力評価) の妥当性の検討. 体力研究, 82, 14-28.
- 岡浩一朗 (2003). 中年者における運動行動の変容段階と運動セルフ・エフィカシーの関係. 日本公衆衛生雑誌, 50(3), 208-215.
- 大熊克信, 高倉保幸, 高橋佳恵, 國澤洋介, 大武 聖 (2008). 2型糖尿病患者の運動習慣に影響する因子—体力とセルフエフィカシーからの検討—. 埼玉県包括的リハビリテーション研究会雑誌, 8(1), 47-49.
- Resnic, B., Jenkins, L.S. (2000). Testing the reliability and validity of the Self-Efficacy for Exercise scale. *Nurs Res*, 49(3), 154-159.
- 佐々木純子, 横山忠明, 熱海真希子 (2008). 糖尿病治療教育入院後の追跡および理解度・意識度による退院後の血糖コントロールへの影響について. プラクティス, 25(4), 441-447.
- Srikanthan, P., Hevener, A.L., Karlamangla, A.S. (2010). Sarcopenia exacerbates obesity-associated insulin resistance and dysglycemia: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Plos One*, 5(5), e10805.
- 鈴木和枝, 篠原久恵, 鈴木一正, 阪本要一, 横山淳一, 池田義雄 (1986). 糖尿病のコントロールに及ぼす食習慣の影響と行動療法の有用性. 聖徳栄養短期大学紀要, 17, 71-78.
- 田中千晶, 田中茂穂 (2012). 日本人勤労者の日常の身体活動量における歩・走行以外の身体活動の寄与. 体力科学, 61(4), 435-441.
- 辻口彩乃, 浅田優也, 稲垣美智子, 多崎恵子, 八木邦公 (2010). 糖尿病患者の筋力および運動実施状況の実態. 糖尿病, 53(6), 449.
- 徳永佐枝子, 上野秀美, 古橋啓子, 佐野満昭 (2010). 2型糖尿病患者の食行動, 身体活動, 食事内容の変化による血糖コントロールへの影響. 日本未病システム学会雑誌, 16(2), 386-388.
- 富永典子, 滝川奈都子, 坂根直樹 (2010). 働く世代の男性における減量意識: 前熟考期から熟考期, 準備期, 行動期/維持期に移行する要因. 肥満研究, 16(3), 175-181.
- 常行泰子, 山口泰雄, 高折和男 (2011). 高齢者の運動ステージと運動セルフ・エフィカシーに影響を及ぼす健康要因と社会心理的要因に関する研究. 体育学研究, 56(2), 325-341.
- 山崎松美, 稲垣美智子 (2010). 2型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組み. 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 41-50.
- 横地正裕, 新実光朗, 加藤泰久, 山家由子, 津下一代, 大磯ユタカ (2002). 糖尿病運動療法の指導介入を長期に継続することの有効性—生活習慣記録計を用いての1年間のprospective randomized controlled study—. 糖尿病, 45(12), 867-874.

〔平成27年6月27日受 付〕
〔平成27年11月25日採用決定〕

うつ病をもつ夫とともに生きる妻の体験

— 解釈学的アプローチによる —

Wives' Lived Experiences of Living with a Depressed Spouse: A Phenomenological Hermeneutic Approach

廣 田 美 里¹⁾ 松 葉 祥 一²⁾ 橋 本 健 志¹⁾
Misato Hirota Shoichi Matsuba Takeshi Hashimoto

キーワード：うつ病, 妻, 体験, 解釈学的アプローチ

Key Words : depression, wife, lived experience, phenomenological hermeneutic approach

緒 言

人がうつ病を発病したとき、その人の人生は急激に変化し、日常生活に大きな支障をきたす。食事、排泄、整容などのADL、睡眠や就業、余暇の楽しみ方などに影響は現れる。患者は症状に苦しみ、生活することにも困難を抱えるが、その患者や患者の生活を支えるのは主として家族であり、家族も苦悩する。しかし、うつ病患者の家族の体験についての研究はあまり行われてこなかった。本研究は、うつ病患者の家族の体験を理解することを目的にしている。

これまで、うつ病患者の家族に関する研究で多くなされてきたのは、患者に対する家族の感情表出 (expressed emotion: EE) と患者の再発率との関連をみる実証的研究である。EEは、統合失調症患者の再発を予測する心理社会的因子であることが明らかになっている (Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962; Vaughn & Leff, 1976a)。うつ病患者の家族では、高EE家族の患者は低EE家族に比べて、再発率が高いこと、また再発率と関連のあるEEの下位カテゴリーは批判であることが明らかにされている (Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley & Teasdale, 1989; Mino, et al., 2001; Okasha, et al., 1994; 上原, 1995; Vaughn & Leff, 1976b)。そして、患者のうつ病の再発予防と予後の改善を目的に、家族のEEを低下させる教育的介入が推奨されてきた。

しかしその一方で、現在では、家族の高EEは長期にわたる日常的負担や周囲からのスティグマ化による家族の孤立と深く関連していることが明らかになり、高EEは援助を必要とする家族のサインであるというとらえ方もされるようになってきた (後藤, 2010, p.85)。海外では、うつ病患者の家族に関しても、こうした家族の視点に立った研究が進められてきている。たとえば、家族は患者のうつ

症状、とくに無関心や疲労感、絶望感、無価値感などに強い影響を受けるとともに、受け入れがたいと感じていること (Benazon & Coyne, 2000; Coyne, et al., 1987; Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987)、家族の就業や余暇が制限されること、またスティグマを受けることを恐れて患者の病気について他者に話しづらいつ感じていること、そして、患者の配偶者の多くが喪失感を体験していること (Fadden, et al., 1987) などが明らかとなっている。また、患者の家族の多くが治療を要する程度のうつ状態であったという報告もあり (Coyne, et al., 1987)、家族の心身の負担が大きいいことがわかる。患者の再発の予防には、家族が適切な距離で患者と接することが推奨されているが、家族の日常的負担や苦悩は大きいことから、それは容易なことではない。つまり、家族への支援は、患者の再発予防と家族の負担の軽減の両面において非常に重要であり、そのために医療者は支援を行ううえで家族の体験を理解しておく必要がある。

しかし国内では、うつ病患者の家族の体験やその支援についての検討が十分になされてこなかった。海外では検討されつつあるが、それらの研究は、質問紙やインタビューのデータからケース間に共通の体験のパターンを明らかにすることを目的としており、家族の語りからおのおのの事例性に着目して検討したものはない。家族の語りから体験を解釈する場合、体験した人にとっての意味を重視することが重要である。うつ病の経過、背景、患者の家族がおかれている状況は、ケースによってまったく異なる。それゆえ、複数の患者や家族の体験を一般化し、得られた特徴を支援に適用することはむずかしい。

そこで、本研究では現象学的アプローチ、なかでも解釈学的アプローチを選択したい。現象学的アプローチの目標は、理論を発展させたり、概念やモデルを洗練したり、研

1) 神戸大学大学院保健学研究科 Kobe University Graduate School of Health Sciences

2) 神戸市看護大学 Kobe City College of Nursing

究結果を一般化した説明のなかに統合することではなく、家族の体験を正確に記述し、そこに見出される構造的意味を見出すことにある（高橋，1990）。すなわち，本研究では個々人の体験の記述を解釈することによって固有な体験を掘り下げ，家族自身も明確に自覚していない前意識的な体験や，自明なこととして意識化されていない体験を含んだ，「体験＝生きられた経験」を明らかにすることを試み，支援のための示唆をうることを目的とした。また，研究対象はうつ病患者の妻に焦点をあてた。これは，体験の構造には性差があり，妻は患者つまり夫の病気についての心配のほか，夫の労働能力の低下による家計への圧迫，家事や育児の負担の増大など，夫の発病による心身への影響が大きいと見え，妻を対象とした。

I. 研究目的

本研究は，うつ病をもつ夫とともに生きる妻の体験を記述し，うつ病患者の妻に対するケアへの示唆をうることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では，現象学を専門とする研究者の指導のもとで，Benner（1994/2006）の解釈学的アプローチを採用した。解釈学的アプローチとは，Martin Heideggerが現象学を基盤にして解釈学を取り入れ案出した方法であり，Bennerが看護研究の方法として確立した（Holloway & Wheeler, 1996/2000, p.127）。解釈学的アプローチによる研究は，一人の研究者による少ない事例の解釈にすぎないことが多い。しかし，次に読者がそれを読むことによって「解釈の更新」が行われ，それによって妥当性が高まるとされる。すなわち，解釈学的アプローチの研究結果は，普遍的妥当性を主張せず，読者がその結果を理解や実践に役立てることによって相対的な妥当性を得ることができるのである（松葉，2007）。本研究の「うつ病をもつ夫とともに生きる妻の体験」というテーマの場合，得られるデータ数が限定されることが予想されるとともに，そこで表出される言説が必ずしも顔面どおりのものとは限らず，本質的な意味を見出すことが困難であることが容易に予想されたため，解釈学的アプローチを採用した。

2. 用語の定義

①体験：Erlebnis, lived experienceの訳語。主観と客観とに分けられる以前の，個人の主観のなかに直接にみられる生き生きとした意識過程や意識内容をさす。

②経験：Erfahrung, experienceの訳語。広い意味では，人間の環境との関係の仕方やその成果を意味する。経験はしばしば客観的な内容や知識を意味するので，本研究では体験と区別して用いた。

③解釈（interpretation）：現象のなかに生じてくるさまざまな意味の一つの明確化のことをいう（Keen, E., 1975/1989, p.64）。

④パラダイムケース（paradigmatic case）：解釈学的アプローチにおいて，研究主題に関して典型的だと思われる事例のことをいう。研究者が最もよく理解できる，あるいは研究主題に適合していると思った事例，逆に困難だと思った事例のこともある。

3. 研究参加者

X病院に通院中のうつ病患者の妻とした。研究目的に直結する内容豊富なデータを集めるため合目的なサンプリングを行った。参加者の条件として，患者の発病および患者との療養生活から5年以上経過し，現在も同居生活をしている妻とした。5年以上としたのは，先行研究を参考に，患者の精神症状の再燃などを経験しながらも関係性が維持でき，経験を語る事が可能である年数と考えたからである。そして患者は，うつ病性障害（DSM-IV）と診断され，主治医が研究参加可能な状態であると判断した者とした。

4. データ収集

X病院に勤務する精神科医に，本研究の条件に合致する患者と妻の紹介を依頼した。紹介された患者と妻に対し，本研究の趣旨と倫理的配慮について文書と口頭で説明し，参加協力の同意を得た。面接前に，入院診療録と外来診療録から患者の現病歴等の情報を収集しフェイスシートを作成した。面接は1回約50分間で，面接回数は2～3回を目安に個室で実施した。

インタビューの進め方については，インタビュー中に，参加者がそれまでの経験を想起することを促し，自ら語りたいたいと感じたことが語られるように，きっかけを設定した。まず，夫の発病当時がどのような状況であったかを尋ねた。その後，参加者に自身の体験について自由に語っていただき，その時々状況，参加者の思い，行動等を尋ねるようにした。インタビューでの問いかけ方や態度については，ライフストーリー・インタビューの方法（桜井・小林，2005）も参考にした。

5. データ分析

インタビューを録音した音声データから逐語録を作成した。分析は以下の手順で行った。

①まず，作成したパラダイムケースの逐語録を読み，参加

者の考えに対して何らかの印象をもつ。

- ②逐語録を繰り返し読み、そして、音声データを繰り返し聴く。全体の意味が理解できるまで繰り返す。
- ③逐語録から、研究する現象に関係のある言葉、文章を抜き出す。
- ④逐語録や③を読み、繰り返される話題、参加者が自ら提起した話題、矛盾した語りを取り上げ、重要な文章から浮かび上がる意味を系統だて述べる。ここでは、もとのデータに忠実でありながら、創造的に洞察していく。
- ⑤④で定式化された材料をいくつかのテーマに整理する。このとき、それぞれのテーマが正しいことを確認するために、何度ももとのデータに戻って確かめる。
- ⑥各テーマの解釈を記述する。
- ⑦スーパーヴァイザーに意見をもらい、記述の洗練を行う。
- ⑧各テーマの解釈を統合して、パラダイムケースの総括的な解釈を記述する。
- ⑨2事例目の解釈にとりかかる。パラダイムケースの解釈と同様の手順で行う。
- ⑩パラダイムケースの解釈と比較し、解釈をしなおしていく。
- ⑪これまでの分析結果を、研究課題にふさわしい完璧な記述にまで統合する。

6. 解釈の妥当性

解釈の妥当性は、「研究者によって示された研究所見が、対象者や他の研究者を含む他者にとって了解可能であるかどうかによっている」（高橋、1990）とされている。そのため、分析の全過程において、現象学を専門とする研究者に指導を受けた。また、研究過程全体を通して、医学的な観点から精神科医の指導を受けた。

そして、参加者の語りを研究者が解釈するにあたり、研究者の知らず知らずに陥っている見方、態度を問い直すことが必須であった。そのために、分析の記述を繰り返すことに並行して、たえず研究者の先入見と向き合い、研究前の研究者の既知の事実、関心事と、分析過程で明らかになってきたことについて、整理し続けることを行った。

7. 倫理的配慮

本研究は研究者所属機関の保健学倫理委員会の審査承認を得た。また、X病院精神科神経科診療科長、外来医長、同病院看護部、看護師長に本研究の承諾を得た。参加者と患者双方に、参加協力は自由意思のもとで決定でき、参加協力せずとも不利益は生じないこと、いつでも参加協力を中止できること、個人情報保護、研究成果の公表等について文書と口頭で説明し、同意を得た。また、同意後も主

治医または研究者が参加者の精神的負担が大きい、あるいは患者への影響が大きいと判断した場合は中止し、主治医と相談のうえ必要な対応を行うものとした。電子媒体と紙媒体のデータはすべて個人が特定されないように作成し、研究終了後、電子媒体のデータは消去し、紙媒体のデータはシュレッダーで裁断処理を行う。

Ⅲ. 分 析

本研究では2名の参加者の語りを分析した。Bennerは、解釈の視点として5つの指標をあげている。それは、状況、身体化、時間性、関心事、共通する意味の5つである。本研究ではデータ分析を行うなかで、とくに状況、身体化、時間性に着目するに至った。参加者の「患者と生きる体験」を分析するうえで、語りの内容や語り方から、参加者が夫の状態にまつわるその状況をどのように理解していたか、そして日常的に習慣化されている行動、ごくあたり前となっている身体の反応（身体化）を見出すようにした。時間性についてはBenner（1989/1999）がHeideggerに倣って、「人間が己を何者と考え、自分の連続性をどのようにとらえるかは時間性にかかわっている」「人間は過去から影響を受け、未来へと己を投企しながら現在のうちに実存している」と述べていることから、参加者固有の時間性の構造をとらえることに意識を向けながら分析した。

以下、事例別に記述した。導き出した全テーマのうち、特徴的と思われるテーマをあげた。テーマごとに、データの抜粋を含む語りの内容、解釈を記述し、全テーマからの総括的解釈を記述した。表記の「」は参加者の語りを引用したもの、「」内の〔〕は理解しやすいように研究者が言葉を補ったもの、「」内の（）はインタビュー中の参加者の様子を示している。

1. パラダイムケース（Aさんのケース）の解釈

インタビュー時、Aさんは夫と結婚して35年になっていた。夫がうつ病を発病したのはインタビューの約30年前、夫とAさんは20歳代だった。夫は仕事のストレスがきっかけでうつ状態となり、その後2年間の休職をとることになったが、この頃に夫は自殺企図をした。それ以後、夫はうつ病の再燃、再発と改善を繰り返していた。

インタビューは2回行った。2回目は1回目の内容の確認を行いながら、より詳しく聴きたいことを尋ねるかたちとした。

(1) 「こもってしまって」：夫との意思疎通が困難になる
インタビュー1回目のはじまりで、研究者の「これまでのご主人との生活のなかで、奥さまからみて、ご主人が一番つらそうだったときはありますか」という問いかけに対

して、Aさんは次のように答えた。

「……もうなんか、昔のこと覚えてないんですけど、ごく最近が、まあ、あの、つらそうなのは、そのたんびにつらそうなんですけど、でも子どももいるし、頑張ろうと、治そうとする意欲がすごくあったんですよ。でも、えっと……去年ですかね、退職して、自分があの、退職前ちょっと休んでたんですけど、退職してから自分がちょうど全うできなかった、60歳まで勤めて、本退職できなかったというのが、ずーっといまだに引いてるみたいですね。はい、それがやっぱりつらい……んだと思います。……常に、この病気になったときは、常につらいです」

この語りでは、Aさんは数十秒の短い間で、30年という年月を振り返っているが、時間的位置が「昔のこと」「ごく最近」「去年」「退職前」と移動している。そして、研究者の「ご主人が一番つらそうだったとき」の問いに対して、「一番」と順位づけをせず、「常に」「この病気になったときは、常につらいです」と答え、「つらい」のは夫ともAさんともとれる表現をした。つまり、夫が「つらい」であろうとき、Aさんも「つらい」ことが一致する。そして、「この病気になったとき」、言い換えると夫がうつ状態となるのは、現在に至るまで断続的に繰り返されてきており、「常に」、そのたびごとに、夫の体験がAさんにとっては自身の体験のように感じられている。

そして、先の語りにも引き続きAさんは、初めて夫のうつ状態をみた当時の様子を次のように語った。

「最初は、なんだろうと。私もそんな全然わからないし、なんだろうと。最初はなんていうんですか、怠けてる、働かない、って。あの、怠けてるって思っていました。(涙をこぼす)なんでできへんのやろうと思って、あんまり喋らない人なんで。こもってしまって、で、寝れなくて、病院にかかったって感じですね。仕事も行けなくなったし……。こもって、あんまり、ほとんど言わないんですよ。私も病院について行って、何人が先生が変わったんですけど、あの、がんばれ、とかそういう言葉は言ったらだめって。余計、なんか悪くなるから、あんまりこう、励ますようなことを言わないで、って言われたんで、そう言われたら、何にも言えなくなっちゃって。主人がしてるのをみてるだけっていうか……。ただやっぱり、子どもがね、ちっちゃかったから、最初のころは。やっぱり〔主人は私に〕言うに言えない……生活、主人でもってるから、私も働いてないんで、自分が倒れちゃったら、一家困るんで……多分、言いたいんだけど、言えなかったんだと思う。余計こもって行って……。でも、いまはもうね、子どももあれなんで、別に……。だから、あとの、なかのほうはそんなに、ないんですけど……」

Aさんは当時の状況を、「こもって」「ほとんど言わない」夫に、Aさんは「なんだろう」「怠けてる」と思い、

「何にも言えなく」なり、「主人がしてるのをみてるだけ」になったと語った。夫の様子を「こもって」と表現していることから、Aさんの目には、夫が自分の殻に閉じこもり、Aさんを含めた他者に対して心を開かない状態として映っていたことがわかる。そしてこのとき、Aさんは、夫と同じ家の中で生活をしているにもかかわらず、夫との意思疎通が困難なものとなっていた。夫に何が起きているのか「全然わからない」状況であった。そのため、Aさんは視点を夫の内側におき、「言いたいんだけど、言えなかったんだと思う」と、夫が何を考えているのか理解しようとしていた。

(2) 「この病気になったら、私と主人の間だけじゃなく」：夫の発病を機に両親と距離をおく

Aさんは、(1)の引用の語りにも続き、次のように語った。

「やっぱり……やっぱりこの病気になったら、いろんなことがあって、やっぱり私と主人の間だけじゃなくて、両親まで……。私は子どもみなあかんから、うちの母、両親が、〔Aさんが夫と子どもの〕両方みるのが大変だから、一回家に、環境も変えるために〔夫を夫の実家に〕連れて帰って、面倒みてくれへんかなって〔夫の実の両親に〕言ったのがきっかけで喧嘩になったり……。だからうちの母も、やっぱりあの……あれなんです……あの……そういう怠けてる、主人が怠けてるっていうふうには、やっぱり最初はうつ病に関して、みんな無知なんですよね、最初は。だから私も無知だったし、で、まわりの人もみんな……いま、すっごいたくさんおられますけど、そのときはそんなにいない、まだね、目に見えて、あの、新聞紙上もそんなに出てないころだったんで、ほとんどそういうふうには言われていましたね。で、〔夫の〕職場にも……呼び出されて、私じゃなくて、主人の両親と私の両親が、知らない間に呼ばれて……」

Aさんは、「やっぱり……やっぱりこの病気になったら、いろんなことがあって」で、語気を強めた。“夫と生きる体験”を聴こうとする研究者に、「やっぱり私と主人の間だけじゃなくて、両親まで」と、発病による影響の大きさを伝えようとした。そして、この語りが特徴的であるのは、言いよどみ、そして主語の使用は乱れ、場面は経時的でなく入り組み、さまざまな人が登場している。このことから、当時、Aさんは状況のうちになされるがまま過ごしていたことがわかる。

さらに、「無知」という言葉が繰り返し使われている。この言葉は、Aさんを含めた「みんな」がたまたまうつ病を知らない、患者の気持ちが変わらないだけではなく、「怠けている」という偏見をもっていたことを表すものである。インタビュー中、この語り以外で幾度も、Aさんの両親が夫の病気に無理解であることが語られた。Aさんは両親とほとんど連絡をとらなくなり、さらに両親同士は不仲

となっていた。Aさんにとって夫のうつ病は、両親との関係性を変化させたものとして意味づけられ、現在の背景となっている。

(3) 「夜はね、やっぱりつらかった」：夫の不眠に伴い自身も不眠となり、身体的・精神的に追い込まれる

前述の語りを引き続き、夫が一時的に実家に帰ったことが語られた。夫は実家に帰ったが、すぐに夫の意向で自宅に戻ってきた。そのときの状況を次のように語った。

「やっぱり〔夫は〕家がいいってことで、結局はなんか……、私も寝れなくなるし、主人も寝れないじゃないですか。で、起きたり立ったりしてるんで……、だから、こっちも育児とあれで……。まあでも、私、強いんで……はい。はい。でも思い出したら、涙出ますけど、すごい……強い人間なんで……大丈夫でした。……強いってうか……うーん……まあ涙が出るから弱いんだと思うんですけど……強気……強くないとって思うから……」

「最初のころ」を語るこの語りで、Aさんは状況について語ったが、当時、自分がどのようなことを思ったり、感じたりしていたか、そして夫とどんな言葉を交わしたかは語っていない。夫の不眠に伴い、Aさんも不眠になったことを語り、そこから、「私、強いんで」「すごい強い人間なんで」と語りが飛躍した。インタビュー2回目でも、当時の夜について触れ、次のように語った。

「私もう全然相談する人いなかったし……、だから夜はね、やっぱりつらかったですね。子ども小さかったとき、〔夫は〕全然寝ないですから。寝たかなあ思ったら、またうろろするから、〔私も〕夜が寝れなくて。〔夫は〕昼間寝てるでしょ、やっぱり〔私は〕昼間することがあるじゃないですか、主婦だから。そういうときはやっぱり、だんだん寝不足に……。腹も立ってくるし、だから、よしよしじゃなくて怒るときもある。でも、がんばれとか、そういうなんは、私はあんまり。うん。言わなかったけど、うん」

Aさんは、「寝れない」夫の様子を「起きたり立ったりしてる」「うろろする」と表現している。夫の隣で就寝しようとしながらも、夫が寝床を離れるたびにその気配に気づく。夫の夜中の行動が気になってしまいAさんも「寝れない」。Aさんは夫のうつ症状に身体的に呼応するような体験をしていた。そして当時、Aさんは2人の乳幼児を育てながら、家事をする役割を主に担っていたため「だんだん」「寝不足」になり、「腹も立って」いた。身体的疲労が日々蓄積していくことは、「腹も立って」「怒る」というように夫への対応にも作用していた。また、「もう全然相談する人いなかった」の言葉に続いて「だから夜はね、やっぱりつらかった」と語っている。当時、夫には「何も言えず」、両親にも友人にも話せない、つまりAさんは孤立していたのだった。

そして、「私、強いんで」というAさんの特徴的な語りがある。このように自身を客観視した表現はその他の語りでもみられた。

「こう、切り替えてしまうんです、すぐ。もう病気になったもんは仕方ない。もう仕方ない。主人が病気になったのは仕方ない。もう向き合っていかな仕方ない。仕方ないで終わって……。ふつうやったら、こう何回も何回も起きてきたら、もうそこで破綻してるかもしれないですね」

「仕方ない」は、Aさんのなかに湧き上がる思いや問いかけを外には出さず内におさめようと見出された答えである。そして、なぜ「最初のころ」を語るとき、Aさんは当時何を思い、感じたかを語らなかったか。当時Aさんは自分の感情にひたるのではなく、むしろ抑圧し、複雑な〈状況〉のもとで「仕方ない」と考え方の切り替えを行い対処していた。

(4) 「こういう病気じゃなくてもあると思うんですよ」：うつ病を相対化していく

1回目のインタビューが終わろうとしたところで、Aさんは離婚を考えたことについて自ら語った。

「いまは相談するのは娘……ぐらいですね。……もう本当に嫌になったときがあつて……もう、そない弱ってないときなんですけど、なんか、お父さんと一緒にいるの嫌やわって〔娘に〕言ったことあるんです。それは、あの、離婚を考えたとき、何回かあるんですよ、そんなずーっと平常じゃないです、やっぱり。親にもそんな言われ、この先どんななるんやろうと思って、もう疲れるわと思って。何回も繰り返し繰り返しなんで。でも、退職したときに……ま、でも離婚も考えたんだけど、一緒におりたくないわって娘にそない言ったら……、『お母さんがそないしんどいんやったらいいよーって。私がお父さんみる』って。(中略)でも、離婚するほどのこともないかな、ちょっと離れてみたいなって……。やっぱり嫌気がさすときもあるじゃないですか、誰しも。こういう病気じゃなくてもあると思うんですよ」

Aさんが「本当に嫌になった」のは、インタビューの1年ほど前のときのことだった。そのとき一緒に暮らす娘へ向けた「お父さんと一緒におるの嫌やわ」の言葉に、娘からは「そないしんどいんやったら」「私がお父さんみる」と返答があったという。Aさんと娘の間には「お父さんを見る」ことは「しんどい」ことでもあるという、共通の理解がある。現在はAさん1人ではなく、娘もAさんと同じように夫を「みて」おり、娘が理解者となっている。

そしてAさんは、「何回も繰り返し繰り返し」のうつ症状の再発、再燃に、「もう疲れるわと思って」離婚を考えたことを口にしたが、その後すぐに、「誰しも嫌気がさすときもあり」「こういう病気じゃなくてもあると思う」と語った。この語りでは、「最初のころ」を語るときと異なる

り、Aさんの抱いていた思いが率直に表出されている。Aさんが、夫や夫と暮らす日常に「疲れ」や「嫌気」を抱いても、それが決してうつ病に起因するものばかりではない、とAさんのなかで整理されている。現在は、Aさんは「最初のころ」のようにうつ病に「無知」で、ただ「仕方ない」と「切り替える」だけではない。うつ病という病気、そしてうつ病をもつ夫を理解し、そのうえで、これからも夫と生きていくことを選んでいた。

2. パラダイムケース（Aさんのケース）の総括的解釈

夫がうつ病を発病したとき、Aさんは夫との意思疎通が困難となった。Aさんは夫に何が起きているのか、そして、夫が何を考えているのかわからなかったため、視点を夫の内側におき、夫を理解しようとした。その一方で、夫の不眠に伴い、自分も不眠になるなど、夫がうつ状態のときAさんの身体は反応していた。夫の様子を見て、そして感じ、症状を把握することが経年的に身につく、AさんはAさん自身の経験をもとに状況を判断し、夫に対応するようになっていった。つまり、Aさんは夫のうつ病を、知識を得て理解するというより、夫と同様の体験をしながら、身体的な経験が積み重ねられることで身体知となり、また自身と向き合う行為を繰り返しながら〈理解〉することとなっていた。そうして、「無知」であったAさん自身と、現在の自分自身の比較から、うつ病はともに生活している者にしかわからないものであると意味づけされていた。このような体験は言葉では表しづらいことから、夫の病気に関する他者への語りづらさは現在まで続いていた。

そして、Aさんの時間性は、こうした自分自身の経験の蓄積に大きく影響を受けていた。夫の発病当時は、Aさんには未来が希望あるものよりむしろ、否定的なものとして先取りされていた。しかし、結婚して間もないことや、子どもが小さいことから、過去を志向するより未来を志向していた。その後、経験が蓄積されることによって、見通しを欠き否定的に予期され状況に巻き込まれていくのではなく、Aさんなりの見通しをもちながら、現在の生活を送るようになっていった。

3. 第2のケース（Bさんのケース）の解釈

インタビュー時、Bさんは夫と結婚して40年以上経過していた。子どもはすでに独立していた。夫は60歳前後に抑うつ症状がみられ、インタビューの約8年前にうつ病と診断された。インタビューの約1年前に癌が見つかり、入院、手術をした。うつ病の状態は遷延していた。BさんへのインタビューはAさんと同様に2回行った。

(1) 「私はね、本質的にね、すごい冷たいんですよ」：手を尽くすことができなくなる

インタビューの中で、研究者が「奥さん自身が精神的にまいって、食べれなくなったり、眠れなくなったりしたことはありませんか」と尋ねたところ、Bさんは次のように語った。

「それがね、私はね、本質的にね、すごい冷たいんですよ。性格が。自分でもわかってるんですけど。だからなんていうかな。あの、よくね、うつ病って家族の愛で治りましたとか、よくいうじゃないですか。だから私も最初の2、3年は……気分転換したほうがいかなと思って、あちこち一緒に出かけたりしてたんですけど、結局、最後に出かけて、帰ってきたときにね、〔夫が〕『行かなきゃよかった』って言ったんです。『すごい疲れたし、自分がこんなに体力が落ちてるのがわかって、もうなんか行かなきゃよかった』って言ったんで、そのとき私は、なんか、すごいもう、がっかりするやら腹が立って、もう行かないって」

研究者はBさんがどのような体験をしてきたか尋ねようと「精神的にまいって」という言葉を用いたが、それに対してBさんは「私はすごい冷たいんですよ」と答えた。このとき、「精神的にまいる」と「冷たい」は対極的な意味合いをもって用いられている。Bさんは夫がうつ病と診断されてから2、3年は夫のためを思って試行錯誤し手を尽くしていたが、夫の反応を機に、手を尽くすことができなくなってしまった。そのように夫への接し方が変わった自分に対して「冷たい」と表現し、それを医療者である研究者に伝えている。Bさんの語りでは、第三者の位置に立って自分自身をみるような表現が幾度もきかれ、とくに夫のうつ病が遷延していること、そしてその状況について話す際には対のように登場した。Bさんは日常的に、なぜ夫のうつ病が治らないのかと考え、原因を探究することを志向し、その過程で、「家族の愛で治る」といった通念ともいえる考え方が必然のように頭を過ぎっている。自分自身を省みることが常になっており、自身を責めるかのように「すごい冷たい」という見方に至っていた。

(2) 「主人の不安がね、こっちへうわーっとうつてくる」：夫の症状を身体で感じる

Bさんは(1)の引用の語り続き、次のように語った。

「で、私もやっぱり、ずっと話聞いてると、なんか主人の不安がね、こっちへうわーっとうつてくるっていうか。ほんとにうつてくるんですよ。だからもう、私はそれを受けたくないのてつい、拒絶してしまう。(中略)あの、ほんとに、私は冷たい奥さんであんまり心配してないけど、心配で、すごい気になるんですよ。主人がいるだけで。それで、なんかあの……身動きしてると、こっちもすぐわかる。だからほんとにいるだけで、こっちは……神経がずっとピリピリしてるん

です。ずっと気になる……何してるかとか。いろんなことが」

Bさんは、不安になる、ではなく、「不安がうつってくる」と言い表している。これは、相手に自己の感情を投射し、相手の感情を知覚するという意味の感情移入とは異なり、「うつってくる」、つまり、不安であろう夫を見て、考えるより先に自らも何らかの身体的感覚を受けているのである。夫がうつ状態であるとき、Bさんもまた夫と同様の感覚を体験している。そして、それは受け入れがたいものである。この受け入れがたさは、単純に不快に感じるものという理由ではない。Bさんは、夫が入院したときのことについて次のように語った。

「あの、いないのがこんなにも楽か……なんていうか、あの、うちにいると、結局私が全責任を負ってみてるって感じで。何かあったら私の責任だっていうのが、すごいあって。それがすごいなんか負担で」

現在Bさんは夫と2人で暮らしている。身体的感覚は1対1の生活のなかで繰り返し体験されているのである。そして、夫を「全責任を負ってみてる」と語っていることから、その体験は緊張感を伴うものなのであろう。同じ空間にいれば、「気配」からBさんの意識は夫へ向き、夫が「何してる」のかと自然に思考が促される。これら身体的感覚と、思考が促されることが、Bさんにとって「負担」となっていた。

(3) 「私の旦那さんはこんな人じゃなかった」：病前の夫を志向する

インタビュー2回目、Bさんは自身からみた夫の言動について話し、次のように思いを語った。

「主人が何考えてるっていったら、自分のことだけしか考えてないし……だから何ていうのかな。うつ病は、別に、その病気のせいで、そういうふうに変になってるんで、元々の人格が変わってるわけではないと言われるけど、ずっと一緒にいる私からみたら、もう全然違いますよね。その病気になってからの……。ほんとに違うっていうか。だから私の気持ちとしては、私の旦那さんはこんな人じゃなかったっていうのが、やっぱりいまだにあって。そういうふうには私が思うから、本人が治らないのかもしれないですけどね。きっと、このうつ状態のまんまの主人をまるごと受け入れて、多分認めてあげないといけないんでしょうけど、やっぱりその、気持ちが、そういうふうにならない。いやこんな人じゃなかったっていうのが、やっぱりいまだにあるので、それが、毎日毎日一緒に暮らしてて、なんかつらいですよ」

Bさんは、現在の夫の様子をみると、「ずっと一緒にいる私から見たら、もう全然違う」「私の旦那さんはこんな人じゃなかった」と、過去を回想し、病前の夫と対照する。Bさんにとって、夫の「自分のことだけしか考えてない」ようにみえる状態は、病態としてではなく、発病前の

夫からの〈変化〉としてとらえられている。それは、30年以上夫とともに生きてきた〈過去〉があるゆえのことである。そして、「そういうふうには私が思うから本人が治らないのかもしれない」「多分認めてあげないといけない」という考えに立つのは、Bさんは夫が発病したところから、うつ病という病気を理解しようと書籍や医療に携わる知人、インターネットから知識と情報を多く得ているということがある。それらが推奨している家族の接し方と自分を比較し、自分に原因があるのかもしれないと考えている。

そうして、「気持ちがそういうふうにならない」と、率直に自分の「気持ち」を自覚している。知識や信念と、Bさんが体験していることには隔りがある。

(4) 「最初は治ると思ってたんです」：治ることへの希望と諦めが混在し続ける

インタビュー中、Bさんは夫が発病したところからを思い返すなかで、少し考え込んだ様子で次のように語った。

「あの、最初はね、ほんとにあの、先生に、こんなこと言ったら申し訳ないけど、最初は治ると思ってたんです。あの、うちは、うつの家系があって、まあ長いことかかりまして、ほんとに8年くらいかかったけど、2人とも完璧に治ってるんです。ほんとにね、あんなに完璧に治るものかっていうくらい治ってるんです」

Bさんは、先の引用のように「最初の2、3年はあちこち一緒に出かけた」。そして、そのときのことを振り返り、「最初は治ると思ってた」と自身の気持ちを思い返している。この気持ちが現在変化しているのを自覚している。「治ると思ってた」背景にあったのは、近親者が寛解していたからであり、ごく自然と「治る」ものだととらえていた。そして、インタビュー2回目では、次のように語った。

「ほんとにどうしたら治るんでしょうって、ほんとに聞きたいですよ。ほんとにそれがわかればそのとおりに一所懸命やるけど……どうしたらいいんでしょうね。もうほんとに7割くらいは諦めてますよね。でも、あとの3割くらいは、なんかでやっぱり治るもんだったらって思いますけどね。うちはもう他の条件がすごい悪いのもうだめかなって思ってますけど、なんかやっぱり、なんか方法があればな、とは思いますよね」

夫の発病から8年が過ぎ、Bさんは、うつ状態が遷延している状況に対し、「どうしたら治るのか」と自問している。この語りでは、「ほんとに」を繰り返して口にしていく。Bさんは平生から、夫はなぜ寛解しないのか、どうしたら寛解するのか、現在も問い続けている。

4. 第2のケース（Bさんのケース）の総括的解釈

Bさんは夫がうつ病を発病してからしばらくは、うつ病

は治るだろうと考えていた。しかし、うつ状態が遷延したことで、治る病気から、見通しの立たない病気へととらえ方が変わる。そして、Bさんは知的理解を深めていくが、その一方で、夫との意思疎通は困難なものとなり、そのことをうつ病の病態としてとらえるより、病前の夫を回想し、変化として感じるため苦悩する。うつ病が寛解しない状況において、Bさんは過去を志向しやすく、省察を繰り返している。つまり、夫が寛解しない理由を考えるなかで自分の夫への接し方を客観視し、日常的に自己に対して自覚的になっていた。また、夫と同じ空間にいることは、夫と同様の身体的感覚を受けることになり、かつ夫へと意識が促されるため、心身の負担となっていた。

5. 2事例の比較

パラダイムケースと第2のケースを比較して検証し、解釈の更新を試みた。以下、2事例の差異と類似について述べる。

(1) 2事例の差異

2事例を比較し、異なっていたのは、うつ状態の夫をみる際の妻の時間性と状況に対するとらえ方である。Aさんは、「主人が病気になったんは仕方ない、向き合っただけかな仕方ない」という言葉にみられるように、基本的に過去を志向せず、夫の病気に関して意識的に気持ちの切り替えをはかり、状態が改善することを志向していた。一方、Bさんは前述のように発病や遷延の原因を考え、過去を志向する傾向があった。まるで、発病を機に時が分断されたかのように、である。この両者の差異は、夫の発病時期の違いによるものが大きいと考えられる。Aさんの夫の発病は結婚、出産後間もない時期であり、夫婦の関係は形成されたばかりであったため、病前の夫と比較することはほとんどなかった。むしろ、子どもを育てていくという未来に向かう役目があり、未来を志向していた。一方、Bさんの夫の発病は60歳前後で、発病したときにはBさんは結婚からの30年以上にもなる長い時間をもっていた。うつ病が遷延すると、治ることを期待し未来を志向することが少なくなり、過去の時間が際立って感じられていた。

(2) 2事例の類似

夫がうつ状態となるとき、Aさん、Bさんともに意思疎通の困難さが生じていた。夫からの反応が得られにくだけでなく、妻は夫にどのように声をかければよいかわからなくなり、夫婦双方向に言葉のやりとりは減少していた。

他方で、うつ状態の夫といえることは、夫の体験が妻自身の体験であるかのような身体的感覚を伴っていた。この身体的な体験は、夫ないしは夫の状態を理解しようとして、妻が能動的に身体的感覚を使う、すなわち、見て、感じて理解していくような場合と、妻は無意識のうちに、受動的に

身体的感覚を受ける場合とがあった。身体的な体験が日常的なものになるにつれ、妻には負担として自覚されていた。

そして、夫の病気の経過は不確定で、どのような経過を辿るか見通しを欠くことから、妻は未来を否定的、あるいは制約されたものとして先取りしていた。夫の発病は妻にとって、世界の見え方が変わることであった。夫の病気をどう受け止め、向き合っていくかは、妻個々が考えるほかなかった。両者とも自己と向き合うことで考えを整理し、自身の経験をもとに夫の病気について妻なりの理解をしていっていた。

以上が、2名の妻の時間性は大きく異なっても、夫がうつ状態となるとき、あるいは、妻が夫の病気について思うとき、両者に類似してみられた体験であった。

IV. 考 察

2事例を比較し解釈の更新をした結果から、夫がうつ病を発病したことや、夫と生活してきたことについて、妻がどのような意味づけをしてきたか、さらにその意味づけの背後あるいは前提にある志向性は何か、を考察し、妻に対するケアの示唆をえたい。

1. 夫との間身体的次元でのコミュニケーション

夫の発病当時、妻は夫との意思疎通が困難になり、夫にどのように接すればよいのか当惑していた。このことは、先行研究でも家族の経験として、「発病により全く人が変わってしまったように感じる」(Badger, 1996; Fadden, et al., 1987) という記述があり、木村ら(2008)も家族が患者への接し方に戸惑いを感じることを指摘していることから、家族が共通して経験しやすいことであるといえる。だが、妻が体験する夫との意思疎通の困難さは、単純に夫がうつ状態によってコミュニケーションの発信、送信、受信過程が障害されたというだけでは説明しきれない。Aさんは「主人がこもってしまって」と表現し、また、夫の不眠に伴い自身も不眠となった。Bさんは「不安がうつる」と語り、不安の強い夫といるとき、身体が反応していた。つまり、夫婦の間で対話が減少したというだけではなく、知覚、感情の伝達が夫に閉ざされたように感じられたり、不眠、不安といった夫の症状が妻に伝わり、妻も夫の症状と同様の体験をしていた。これについては、Benazon & Coyne (2000) が、うつ病患者と配偶者の間に気分の伝染が認められたことを報告している。ではなぜ、妻も夫と同じような体験をするのだろうか。これは、Maurice Merleau-Pontyが提唱した間身体的次元でのコミュニケーションの影響が大きいのではないかと考える。Merleau-Pontyの哲学は、第一に、そして常に「知覚の現象学」で

ある (Thomas & Pollio, 2002/2006)。Merleau-Pontyは、人間の身体は人間の実存の基礎的なカテゴリーであり、思考以前に存在していると主張し、意識的次元での言葉のコミュニケーションではなく、その基盤にあってそれを基礎づけている知覚的・身体的次元での他者とのコミュニケーションがあると述べた。本研究の結果では、夫の発病を機に、夫とのコミュニケーションは変容し、言語的コミュニケーションの困難さが生じ、それに代わるように間身体的次元でのコミュニケーションが、以下に述べていくように、妻にとって重要な意味をもつと考えられた。

2. 意識して夫を理解しようとすることと、間身体的にわかっていくこと

妻は夫が発病したときから、夫やうつ病について、知的に、あるいは感情移入というかたちで理解しようとしていた。しかし、それとは別の次元で、妻は夫を理解していくと考えた。それが、間身体的次元での理解である。妻はうつ状態の夫といることで、無意識的に、自身が重ねられるかのように、夫の苦悩を体感していた。ただこのとき、妻は夫と同様の体験をすることで、自分と夫とは違う、という〈理解〉にも至っていた。つまり、うつ状態になる夫と、病気にはならない自分の違いを認識していた。妻は夫の苦悩を感じとり、常に夫を気づかい続けながらも、状況にも目を配り、自分のためにも家族のためにも、自身の健康を保とうとしていた。

そして、Aさんは夫の発病当時に振り返り、「なんだろう」「全然わからない」と思ったと語り、自身を「無知」だったと話した。Bさんは知識を得て夫の状態やうつ病について理解しようとする一方で、発病から何年経っても認めるといふ気持ちになれないと語った。両者は夫の発病からかなりの長い時を体験し、うつ病という病気について理解はしてきたが、その一方で、夫の病気を完全に受け入れ、夫をあるがまま受けとめることはできないと感じている。この妻の体験については、妻は意識的次元で夫を受け入れなければならないと考えるが、身体的次元では妻も夫と同様に、非常につらく苦しいがために、影響を回避したいという志向性が働いていると考えられた。

3. 自己と向き合うことで、自分なりにうつ病を理解し、うつ病を相対化していく

Heideggerは「人間とは己を解釈する存在である」と述べている。つまり、人間は人生を生きていくなかで次第に自らのあり方を定義してゆく。それは、意味を帯びた状況のうちに常に投げ込まれているからであり、意味をそこで直接つかみながら、自分の世界内存在様式について、努力なしに非反省的な理解をもつ (Benner, 1989/1999, p.47)。

本研究の参加者の場合、「反省的な」眼差しで自己を解釈することが日常的な行為になっており、かつ自己について語るとき突き放すような表現をしていた。このように、夫がうつ病をもつことによって、妻が知らず知らずのうちに自己を省みる、さらには自己を否定的にみるということそのものが、非常に特徴的な体験であるといえる。ではこの体験の背後にあるのは何か。それは社会的・文化的に共有されている価値観だと考える。妻が夫にどのように接すればよいのか考えるより先に、すでに、うつ病患者の家族のとるべき対応が社会的に提唱されていて、あたかも妻はその役割を要請されているように感じていた。たとえば、Aさんは医師からの「励ますようなことを言うてはいけない」という説明を機に夫に「何も言えなく」なり、Bさんは、病前の夫と現在の夫を比べ、喪失感を抱くだけでなく、「うつ状態の主人を受け入れて認めてあげないといけない」という通念に思考がしばられるように、である。しかし、前項で述べたように、うつ病を理解することは、知的理解だけでなく、身体反応がかかわっていた。そして、すでに自分が有していた社会的・文化的に共有されている価値観、つまり一般的理解と、自身の体験とのずれに気づくことになっていた。妻は経験を重ねながら自己と向き合うなかで、一般的理解を脱却し、夫の病気について、妻なりに新たな理解をしていた。そして、「強い人間なんで」「すごい冷たいんですよ」というように、自己を見つめ、それを自ら受け入れようとしていた。自らのあり方を見出しながら、うつ病を相対化していった。

4. 妻に対するケアへの示唆

以上、妻は夫がうつ病をもつことで、夫婦間のコミュニケーションの変容を体験していること、そして、うつ病に関する社会的・文化的背景から、自己に非常に自覚的になり、知的理解と間身体的理解を通して妻なりにうつ病をもつ夫を理解し、自らのあり方と夫との関係を見出していくことが明らかとなった。

医療者がうつ病治療に携わる際に、疾患だけに目を向け、家族が体験していることをふまえず、「患者の背景(文脈)としての家族へのかかわり」(牛田, 2009, p.24)を行えばどうなるか。医療者は妻の思いを考慮することなく、一方的に、医療者が考える患者への適切な接し方を求めることになる。そのため、たとえば妻に「患者を励ましてはならない」と説明するのにも慎重さが必要である。妻は夫とのコミュニケーションの困難さからすでに孤立感を有している可能性がある。妻にただ望ましい対応を説くだけでは、医療者が妻を孤立させかねない。

Benner (1989/1999) は、「あらゆる治療は人間の体験という観点から見て意味のあるものでなければならない」と

し、看護師は、患者とその生活にとって病気がいかなる意味をもっているかを理解することで、治療を容易にし、患者の回復を早めることができ、さらに、患者は病気に伴う疎外感、自己理解の喪失感、社会的一体感の喪失を克服できると述べている (pp.10-11)。このことは、うつ病患者の妻に対してもいえることが明らかになったであろう。妻は、夫や夫の病気を理解する困難さに直面する。このとき、一般的理解に強い影響を受け、かつ身近に支援者がいない場合、妻は疎外感を強め、ただ孤独に自己と向き合わざるをえなくなる。看護師は、妻が自己を追い詰め、孤立することのないように、妻との対話をはかっていくことが必要であろう。その際に、妻の身体的体験や時間的体験を念頭においたかわりが望ましい。身体的体験については、ただ妻の苦労をねぎらうだけではなく、妻が自身の身体的疲労にも目を向けることができ、自身への対処行動をとるよう助言することも必要である。そして、時間的体験については、看護師と、患者と家族では、時間を経験する仕方が大きく異なる (Benner, 1989/1999, p.431) のであり、このことを認識しておく必要がある。看護師は、急性期の期間など短い時間枠のみに意識を向けやすい。患者の治療過程や夫婦の背景といった固有性をふまえ、夫婦が生きてきた、あるいは今後生きていく、長く連続性のある時間の流れを意識しながらかわることが重要である。

また、両者のインタビューの端々には、“家族にしかわからない”という主旨の語りが表出されていた。妻は日ごろ、自身の体験を他者には語らず、自分のなかだけに封じ込めていることが考えられる。本研究では自由に語っていただくインタビューだったからこそ、妻から体験が表出されたのであろう。妻が他者に自身の体験を語りづらいつ感じているのは、当事者にしかわからないという思いに加え、その体験がつかう苦しいものであるがゆえに、他者に語ることで他者にも同様の体験をさせてしまうのではない

かという気づきがあるからだと考えられた。

以上から、看護師は妻が自身の体験の語りづらさを有していることを認識し、妻から発せられる言葉や夫に対する態度を、そのまま表層的にとらえたり、評価したりすることなく、言動の〈背後〉にある妻の思いに目を向け、理解しようとする必要があるのではないかと考える。そして看護師は、妻が世論などの一般的理解と自己を比較して苦悩したり、夫の状態が改善しないことを自責的にとらえたりしているようであれば、見方を転換できるよう、対話を通して働きかける。たとえば、妻自身がすでに実践してきたことを、妻がもともと有している力としてひろい上げていくこともケアの一つとなるだろう。そうすることで、妻なりの夫の病気の意味づけを手助けすることができ、妻が自己のあり方を肯定しながら、家族が考える目標の実現を支援することにつながるのではないかと考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は、妻のみに限ったため、患者の配偶者の体験における性差の有無、あるいは性別の違いによる体験の特徴は明らかにできていない。今後は、患者の夫や、子どものいない夫婦、患者が躁病相を呈するケースなども対象にし、より深い分析を行い、ここで取り出された体験の構造を更新していく必要があると考える。

謝 辞

本研究に協力していただき、貴重なお話を聴かせていただいたご家族の皆さまに、深く感謝申し上げます。また、ご快諾いただいた患者さまに心から感謝申し上げます。

なお、この論文は2013年度神戸大学大学院保健学研究科修士論文に加筆、修正を加えたものである。

要 旨

本研究は、うつ病をもつ夫と生きる妻の体験を記述し、うつ病患者の妻に対するケアへの示唆をうることを目的とした。うつ病と診断された夫の妻2名に対し、非構成的インタビューを行い、得られた語りをPatricia Bennerの解釈学的アプローチを用いて分析した。分析の結果、妻は夫がうつ病をもつことで、夫婦間のコミュニケーションの変容を体験していた。妻はうつ状態の夫といるとき、夫の症状と同様の身体的感覚を受けていた。これはMaurice Merleau-Pontyが提唱した間身体的次元でのコミュニケーションの影響であると考えられた。この間身体的な体験が、夫を理解することに重要な意味をもっていた。そして、妻は夫のうつ病症状、および医療者や親戚等が期待する妻の行動を意識するがゆえに、自己に非常に自覚的になっていた。妻は経験を重ねながら、知的理解と間身体的理解を通して妻なりに夫を理解し、自らのあり方を見出していた。

Abstract

This study aimed to explore and describe wives' lived experiences of living with a husband with depression. Two wives participated in unstructured interviews; data were analyzed structurally, following Patricia Benner's phenomenological hermeneutic approach. Results indicated that the participants experienced alterations in their communication with their husbands. Participants experienced physical sensations similar to those of their husbands, who suffered from depression. We use the concept of intercorporeal communication, as proposed by Maurice Merleau-Ponty, to explain this phenomenon. Wives' intercorporeal experiences are critical to their understanding of their husbands. Participants became highly conscious of themselves due to awareness of their husbands' depressive symptoms, and awareness of the attitudes expected of them by others, including medical professionals and relatives. Participants understood their husbands intellectually and through embodied experiences, and developed the way of their being on that basis.

文 献

- Badger, T.A. (1996). Family members' experiences living with members with depression. *West J Nurs Res*, 18(2), 149-171.
- Benazon, N.R. and Coyne, J.C. (2000). Living with a depressed spouse. *J Fam Psychol*, 14(1), 71-79.
- Benner, P. (1994)／相良ローゼマイヤーみはる, 田中美恵子, 丹木博一訳 (2006). ベナー解釈的現象学: 健康と病気における身体性・ケアリング・倫理. 東京: 医歯薬出版.
- Benner, P. and Wrubel, J. (1989)／難波卓志訳 (1999). ベナー／ルーバル現象学的人間論と看護. 東京: 医学書院.
- Brown, G.W., Monck, E.M., Carstasirs, G.M. and Wing, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit J Prev Soc Medi*, 16(2), 55-68.
- Butzlaff, R.L. and Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C.B. and Greden, J.F. (1987). Living with a depressed person. *J Consult Clin Psychol*, 55(3), 347-352.
- Fadden, G., Bebbington, P. and Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*, 150, 285-292.
- 後藤雅博 (2010). 統合失調症の家族心理教育. 伊勢田堯, 中村伸一 (編), 専門医のための精神科臨床リユミエール17: 精神科治療における家族支援. p.85, 東京: 中山書店.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (1996)／野口美和子訳 (2000). 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. p.127, 東京: 医学書院.
- Hooley, J.M., and Teasdale, J.D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J Abnorm Psychol*, 98(3), 229-235.
- Keen, E. (1975)／吉田章宏, 宮崎清孝訳 (1989). 現象学的心理学. p.64, 東京: 東京大学出版会.
- 木村洋子, 道崎真平, 対馬千尋, 田中尚平, 佐伯恵子, 法山良信 (2008). うつ病を持つ人の家族が日常生活上経験する困難な出来事—内容分析を用いて. 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 4, 46-57.
- 松葉祥一 (2007). 現象学的解釈学による研究方法. *こころと文化*, 6(2), 134-140.
- Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H., Tanaka, S. and Kanazawa, S. (2001). Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. *J Affect Disord*, 63(1-3), 43-49.
- Okasha, A., el Akabawi, A.S., Snyder, K.S., Wilson, A.K., Youssef, I., and el Dawla, A.S. (1994). Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression: a replication in an Egyptian community. *Am J Psychiatry*, 151(7), 1001-1005.
- 桜井 厚, 小林多喜子 (2005). ライフストーリー・インタビュー: 質的研究入門. 東京: せりか書房.
- 高橋照子 (1990). 看護における現象学的アプローチの活用. *看護研究*, 23(5), 499-504.
- Thomas, S.P. and Pollio, H.R. (2002)／川原由佳里訳 (2006). 患者の声を聞く—現象学的アプローチによる看護の研究と実践. pp.12-36, 東京: エルセビア・ジャパン.
- 上原 徹 (1995). 気分障害におけるうつ病相の6カ月転帰と家族の感情表出 (Expressed Emotion) との関連. *精神神経学雑誌*, 97(9), 744-756.
- 牛田貴子 (2009). ケア場面で考える家族看護の展開, p.24, 東京: エス・エム・エス.
- Vaughn, C.E. and Leff, J.P. (1976a). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soci Clin Psychol*, 15(2), 157-165.
- Vaughn, C.E. and Leff, J.P. (1976b). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry*, 129, 125-137.

[平成27年6月17日受 付]
[平成27年12月14日採用決定]

がん患者遺族の心的外傷後成長の特徴と ストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連

Characteristics of the Post-Traumatic Growth from the Bereavement among Survivors of
Deceased Cancer Patients and Relations to Stress Coping and Social Support

武 富 由美子¹⁾ 田 淵 康 子¹⁾ 藤 田 君 支²⁾
Yumiko Takedomi Yasuko Tabuchi Kimie Fujita

キーワード：心的外傷後成長，がん患者遺族，ストレスコーピング，ソーシャルサポート
Key Words：posttraumatic growth, survivors of deceased cancer patients, stress coping, social support

緒 言

がん患者死亡数は、年間約36万人（厚生労働省，2013）に達し、高齢化に伴い、今後も増加していく。がんの治療は進歩し、がんは慢性疾患としてとらえられ、ともに生きる家族は、長期的な心身・社会的負担が大きい。そして、家族の苦痛は患者喪失後も続く。しかし、核家族や独居世帯の増加、人間関係の希薄さなど、死別に対するサポート体制・機能は脆弱化し、日本における遺族ケアは十分であるとはいえない。死別は最もストレスフルなライフイベントといわれ（Holmes & Rahe, 1967）、遺族の心身に与える影響は大きい。がん患者遺族の約10～50%が精神疾患に罹患し（Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh, & Rodin, 2007）、なかでもうつ病や適応障害などが多いことが指摘されている（Akechi, et al., 2006）。Ledeberg（1998）は、身体的精神的社会的に負荷を受けている家族を「第2の患者」とみなし、治療およびケアの対象である、と述べている（p.237）。

近年、遺族の心理的研究では、悲嘆や罪悪感などのネガティブな側面だけでなく、家族への親密性（Shanfield, Swain & Benjamin, 1987）や遺族の人格的発達（渡邊，2006）など人間のもつ強み・希望などポジティブな側面が、死別後の心理的回復に影響するといわれている。そのポジティブな概念の一つに、心的外傷後成長（posttraumatic growth: PTG）がある。PTGとは「危機的な出来事や困難な経験と精神的なもがき・闘いの結果生じるポジティブな心理的変容の体験」（Tedeschi & Calhoun, 2004, pp.1-18）と定義される。PTGの発生プロセスは、①情動の変化、②認知の変化、③行動の変化の3段階であり、段階的に変化するといわれている（尾崎，2012）。PTGに関する研究は2005年以降増加し、医療・心理・社会福祉・看護などの領域が多い。こ

れまでの研究においてPTGは、ストレス特性、パーソナリティ特性、ソーシャルサポート、対処プロセス、心理的苦痛や身体的健康などが関連していると報告されているが、個々の研究で異なる（Calhoun & Tedeschi, 2006）。

死別研究において、子どもががんで死別した親のPTGは、首尾一貫感覚（sense of coherence）と関連があったと報告されている（Znoj, 2005/2014, p.279）。また、死因を特定しない死別体験をした親や配偶者は感情処理能力が高く（Znoj & Grawe, 2000；Znoj & Keller, 2002）、PTGはストレスコーピングと関連するといわれ（Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein & Buchi, 2010）、また、ソーシャルサポートが高いほどPTGが高いことが明らかになっている（Hogan & Schmidt, 2002）。Calhoun & Tedeschi（2006/2014, p.9）は、PTGにより人は人生をより豊かに充実して意味深く生きることができるようになる、と述べている。日本のPTGに関する研究では、小児がん経験者（Kamibeppu, et al., 2010）や東日本大震災被災者の研究（Kyoutoku Y, et al., 2012）などがあるが、がん患者遺族のPTGに関する研究は、いまだ見当たらない。

遺族は悲嘆から立ち直れず、うつ病や自死へ至ることもある。しかし、PTGが遺族の心理的な回復に影響を与えるのであれば、がん患者遺族の「死別」によるPTGの特徴を把握し、ストレスコーピングやソーシャルサポートとの関連を検討することは、がん患者遺族へのケアを充実させるための基礎資料となり、がん患者遺族の支援を検討できると考える。

I. 研究目的

緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族の「死別」による

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

2) 九州大学大学院 医学研究院 Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

PTGの特徴とストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連を明らかにする。

II. 用語の定義

「心的外傷後成長：PTG」とは、緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族が、死別という喪失と苦闘の結果生じる、ポジティブな心理的成長とする。また「遺族」とは、緩和ケア病棟に入院したがん患者の遺族で、故人との同居の有無にかかわらず、故人のキーパーソンとなった者とする。

III. 研究方法

1. 調査対象者

対象者は、2007年4月から2013年3月に、A県内の緩和ケア病棟（2施設）で家族を喪った遺族550名とした。急性悲嘆は約6か月で治まり、約2年で悲嘆感情は平坦化するが、完全に消えるわけではない（Prigerson & Maciejewski, 2008）といわれている。そのため、遺族の悲嘆による心身の負担を考慮し、対象者は死別後6か月以上で、かつ悲嘆の長期化を想定した6年まで経過した遺族とした。

2. 調査方法

調査対象者には、施設代表者を通して研究の主旨を文書で説明し、調査依頼を行った。調査の協力を同意が得られた対象者に無記名の自記式調査票を配布し、郵送で回収した。

3. 調査項目

(1) 心的外傷後成長（PTG）

PTGI-J（Posttraumatic Growth Inventory-Japanese）（Taku, et al., 2007）を使用した。PTGI-Jは、危機的出来事を経験した結果、どの程度心理的成長が生じたかについて問う質問紙で、「他者との関係」「新たな可能性」「人間としての強さ」「精神的変容と人生に対する感謝」の4因子18項目からなる。評価は「全く経験しなかった」から「かなり強く経験した」までの6件法（0～5点）で、因子ごとに平均得点を算出し、得点が高いほど心理的に成長していることを表す。Cronbachの α 係数は.66～.90である。

(2) ストレスコーピング

コーピング尺度（尾関, 1993）を使用した。積極的コーピングである「問題焦点型コーピング」と「情動焦点型コーピング」、消極的コーピングである「回避・逃避型コーピング」の3下位尺度14項目からなる。「問題焦点型コーピング」は情報収集や再検討などの問題解決に直接関

与する行動、「情動焦点型コーピング」はストレスにより引き起こされる情動反応に焦点をあて、気持ちを調節する行動、「回避・逃避型コーピング」は、不快な出来事から逃避する、否定的に解釈するなどの行動である。評価は「全くしない」「たまにする」「ときどきする」「いつもする」の4件法（0～3点）で、Cronbachの α 係数は.66～.75である。

(3) ソーシャルサポート

DSSI-J（Duke Social Support Index-Japanese）（岩瀬・池田, 2008）を使用した。主に家族や友人のサポートを測定しており、「情緒的サポート」「手段的サポート」「認識評価的サポート」の3下位尺度15項目からなり、評価は5件法（1～5点）で因子ごとに平均得点を算出し、得点が高いほどサポートが高いことを表す。Cronbachの α 係数は.76～.87である。

(4) 個人要因

「故人の存在の大きさ」「死別時の精神的衝撃」は数値評価スケール（0～10）を使用し、数字が大きいほど故人の存在、精神的衝撃が大きいことを表す。「死別への心の準備」は「十分できていた」から「全くできなかった」、「死の受容」は「十分受けいれている」から「全く受けいれていない」の4段階リッカートスケールで評価した。遺族の属性は、年齢、性別、続柄、同居家族の有無、死別後の役割、故人の属性は、年齢、性別、死別期間、緩和ケア病棟への入院期間とした。

4. 分析方法

各尺度のデータ欠損が30部あった。各下位尺度1項目だけのデータ欠損27部と下位尺度50%以上の回答データ3部は、全体の13.8%であったが、1項目あたりの欠損率は、1～4部で0.4～1.8%であった。よって、平均値代入法による結果へのバイアスは回避可能と判断し、平均値代入法で補正した。統計分析は、PTGの性差、死別期間、遺族の年齢、同居家族の有無、入院期間の比較は、正規分布であったためStudent's *t*検定を、ストレスコーピングとソーシャルサポートの性差は、正規分布しなかったため、Mann-Whitney's *U*検定を用いた。また、PTGと属性、ストレスコーピング、ソーシャルサポートの単回帰分析は、Spearmanの順位相関係数を用いた。PTGの関連要因の影響力を検討するため、単回帰分析で関連のみられた変数を説明変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。統計ソフト『SPSS 23 for Windows』を使用し、すべての検定における有意水準は $p < .05$ とした。

5. 倫理的配慮

調査対象者には、まず郵送法により、本研究の主旨、協

力は自由意思でその是非により不利益はないこと、収集したデータは研究目的以外には使用しないこと、個人情報保護について書面で説明し、書面で同意を得た。次に同意の得られた遺族に対して、倫理的配慮に関する事項を記した調査依頼の文書と、無記名の自記式調査票を郵送し、返送も任意とした。また、2病院の倫理委員会承認後に実施した(A病院は施設承諾書受諾, B病院承認番号2013-09-02)。

IV. 結 果

1. 対象者と故人の属性(表1)

アンケート回収は244名(回収率44.4%)で、調査票無効者26名を除く218名(有効回答率39.6%)を分析対象者とした。2施設間の遺族の男女比、死別期間、同居家族の有無、故人の年齢、入院期間、故人の存在の大きさ、死別時の精神的衝撃の程度において有意差はなかった。遺族の属性は、男性78名(35.8%)、女性140名(64.2%)、平均年齢は 61.7 ± 12.4 歳、続柄は配偶者が108名(49.5%)、子が77名(35.3%)であった。平均死別期間は 27.6 ± 17.2 か月で、家族と同居している遺族が149名(68.3%)であった。「故人の存在の大きさ」の平均値は、配偶者9.3、親8.6、子8.4であった。「死別時の精神的衝撃の程度」の平均値は配偶者8.9、親8.4、兄弟姉妹7.3であった。「死別への心の準備」は「十分できていた」「できていた」が75.7%、「死の受容」は「十分受け入れている」「受け入れている」が89.4%であった。故人の属性は、平均年齢 71.7 ± 13.6 歳、平均入院期間 2.1 ± 4.3 か月であった。

2. がん患者遺族のPTGの特徴(表2, 3)

PTG総得点(0~90)は平均値 45.8 ± 18.5 で、最低4.0、最高90.0と個人差があった。性別では、男性より女性に高かった($p = .001$)。また、故人の存在が大きいほどPTGは高く($r = .242, p = .000$)、死別期間によるPTGの比較では、死別後の心理的適応時期を考慮し(Gallagher, 1986, pp.215-240)、死別期間「6か月以上1年未満群」と「1年以上群」で比較した。その結果、PTGは「1年以上群」に比べて「6か月以上1年未満群」が、有意に高かった($p = .029$)。また、PTGは「死別時の精神的衝撃の程度」($r = .115, p = .091$)や死別前の「死別への心の準備」($r = .014, p = .843$)、死別後の「死の受容」($r = .040, p = .558$)との相関はなかった。遺族年齢「65歳未満」と「65歳以上」の比較($p = .115$)、家族との同居の有無($p = .486$)、緩和ケア病棟入院期間「1か月未満」「1か月以上」でも有意差はなかった($p = .349$)。Cronbachの α 係数は、「他者との関係」.80、「新たな可能性」.83、「人間としての強さ」.81、「精神的変容・人生に対する感

謝」.83、全項目で.83であった。

3. がん患者遺族のPTGとストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連(表4~6)

「問題焦点型コーピング」「情動焦点型コーピング」「回避・逃避型コーピング」と「情緒的サポート」「認識評価的サポート」「ソーシャルサポート総得点」において、男性より女性が高く、有意差があった。

PTGとストレスコーピングは、感情を調節する「情動焦点型コーピング」、情報収集や再検討等の「問題焦点型コーピング」との間に有意なやや強い正の相関を、不快な出来事からの逃避・否定的に解釈する「回避・逃避型コーピング」との間に、有意な弱い正の相関を示した。Cronbachの α 係数は「問題焦点型コーピング」.75、「情動焦点型コーピング」.80、「回避・逃避型コーピング」.76、全項目.82であった。PTGとソーシャルサポートは、「情緒的サポート」との間に有意なやや強い正の相関を、「手段的サポート」「認識評価的サポート」との間には、有意な弱い正の相関を示した。Cronbachの α 係数は「情緒的サポート」.77、「手段的サポート」.77、「認識評価的サポート」.85、全項目で.83であった。なお、今回の調査施設では、独居や急な死別など悲嘆を悪化させるリスクが高い遺族には、電話や手紙などによるケアが提供されていた。

ストレスコーピング・ソーシャルサポートとPTGの単回帰分析の結果、関連のみられた変数を説明変数として強制投入法による重回帰分析を行った(表6, モデル1)。その結果、回避・逃避型コーピングと認識評価的サポートは、標準化係数が単回帰分析と符号が逆転し、抑圧変数の可能性があるため除外した。また手段的サポートは、有意確率が5%以上であったため除外し、再分析した(表6, モデル2)。多重共線性は、認めなかった($VIF = 1.067 \sim 1.342$)。モデル1とモデル2を比較し、自由度調整済決定係数からモデル2を採択した。最終的にがん患者遺族のPTGに影響する要因として、「情動焦点型コーピング」「情緒的サポート」「問題焦点型コーピング」が残り、モデル全体としては分散の48.6%($R = .702$, 調整済み $R^2 = .493$)が説明された。

V. 考 察

1. がん患者遺族のPTGの特徴

本研究の対象者は平均年齢 61.7 ± 12.4 歳、女性が140名(64.2%)を占めた。故人は 71.7 ± 13.6 歳で、成人期から老年期にあり、がんによる死因が多い年代と一致する。本研究対象者のうち、75.7%は「死別への心の準備」ができていたと答え、89.4%は「死の受容」ができていたと答えて

表1 対象者と故人の属性

(N = 218)

遺族		人数or M ± SD (Md)	M ± SD (Md, Range)	%
年齢 (歳)			61.7 ± 12.4 (62.0, 24~94)	
性別	男性	78		35.8
	女性	140		64.2
続柄 (故人からみて)	配偶者	108		49.5
	子	77		35.3
	親	16		7.3
	兄弟姉妹	6		2.8
	その他	11		5.0
死別期間 (月)			27.6 ± 17.2 (26.0, 6~72)	
同居あり		149		68.3
故人の存在の大きさ	配偶者	9.3 ± 1.1 (10.0)	8.8 ± 1.8 (10.0, 3~10)	
	親	8.6 ± 2.3 (10.0)		
	子	8.4 ± 1.9 (9.0)		
	その他	7.7 ± 2.1 (8.0)		
	兄弟姉妹	6.3 ± 2.7 (6.5)		
死別時の精神的衝撃	配偶者	8.9 ± 1.7 (10.0)	8.1 ± 2.4 (9.0, 1~10)	
	親	8.4 ± 2.2 (10.0)		
	兄弟姉妹	7.3 ± 2.7 (8.5)		
	子	7.1 ± 2.6 (7.0)		
	その他	6.7 ± 2.6 (5.0)		
死別への心の準備	十分できていた	41		18.8
	できていた	124		56.9
	あまりできていなかった	46		21.1
	全くできていなかった	7		3.2
死の受容	十分受け入れている	67		30.7
	受け入れている	128		58.7
	あまり受け入れていない	21		9.6
	全く受け入れていない	2		0.9
死別後の役割 (複数回答)	仕事あり	115		52.8
	家事あり	142		65.1
	地域の役割あり	65		29.8
	故人			
項目		人数	M ± SD (Md, Range)	%
年齢 (歳)			71.7 ± 13.6 (74.0, 21~102)	
性別	男性	125		57.3
	女性	93		42.7
入院期間 (月)			2.1 ± 4.3 (1.0, 0.03~36)	

[注] M : 平均値, SD : 標準偏差, Md : 中央値, Range : 範囲.

いる。これは緩和ケア病棟に入院していた患者の遺族であり、緩和ケア病棟への平均入院期間が約2か月間であったため、遺族は患者と過ごす時間が比較的多かったこと、死別からの期間が約2年経過していることが影響していると考えられる。また「死別時の精神的な衝撃」や遺族にとって「故

人の存在」が高値であったのは、配偶者が49.5%で子が35.3%と多く、故人のキーパソンとなる遺族であったことが影響していると考えられる。

がん患者遺族のPTG平均値は45.8 ± 18.5で、範囲が4.0~90.0と個人差があった。先行研究でPTGは文化的な違

表2 PTG下位尺度・総得点の項目平均値

(N = 218)

項目	項目数	平均値	±	標準偏差
他者との関係	6	2.53	±	1.07
新たな可能性	4	2.23	±	1.33
人間としての強さ	4	2.58	±	1.22
精神的変容・人生に対する感謝	4	2.87	±	1.36
PTG総得点	18	2.55	±	1.03

[注] 得点範囲 (0 ~ 5点).

表3 対象者の属性とPTGの比較

(N = 218)

項目	N	平均値	±	標準偏差	p値
PTG総得点 (0 ~ 90)	218	45.8	±	18.5	
		(範囲 4.0 ~ 90.0)			
性別					
男性	78	40.2	±	18.3	.001
女性	140	49.0	±	18.0	
死別期間					
6か月 ~ 1年未満	46	51.0	±	19.2	.029
1年以上	172	44.4	±	18.1	
遺族年齢					
65歳未満	127	44.2	±	17.7	.115
65歳以上	91	48.2	±	19.5	
同居家族					
あり	149	45.2	±	19.0	.486
なし	69	47.1	±	17.4	
入院期間					
1か月未満	87	47.3	±	19.4	.349
1か月以上	131	44.9	±	17.9	

[注] Student's *t*検定.

表4 ストレスコーピングとソーシャルサポート

項目	得点範囲	N = 218		男性 n = 78		女性 n = 140		p値
		平均値	±	平均値	±	平均値	±	
ストレスコーピング								
積極的コーピング	問題焦点型	0~15	6.5 ± 2.9	5.9 ± 3.0	6.8 ± 2.8	.027		
	情動焦点型	0~9	5.8 ± 2.2	5.3 ± 2.4	6.1 ± 2.1	.014		
消極的コーピング	回避・逃避型	0~18	8.9 ± 3.6	7.8 ± 3.7	9.6 ± 3.5	.000		
ソーシャルサポート								
情緒的サポート	0~30	22.3 ± 4.1	21.2 ± 4.4	22.9 ± 3.9	.004			
手段的サポート	0~30	20.8 ± 5.3	20.1 ± 6.4	21.2 ± 4.7	.182			
認識評価のサポート	0~15	11.4 ± 2.7	10.5 ± 3.0	11.9 ± 2.5	.000			
ソーシャルサポート総得点	0~75	54.5 ± 10.4	51.8 ± 11.5	56.0 ± 9.5	.007			

[注] 性差比較: Mann-Whitney's *U*検定.

いがあり、日米の比較研究では、日本人よりアメリカ人のほうがPTGは高いことが示唆されている (Taku, et al., 2009)。本研究の対象者であるがん患者遺族のPTG総得点項目平均値は、日本人を対象とした自動車事故生存者や、東日本大震災被災者より高値であった (表7)。これは事故や災害は突発的で予測不可能であるが、がん患者遺族では、死別は予測可能な出来事であり、対象者は緩和ケア病棟で充実した家族ケアを受けていたことが影響しているのではないかと考える。

死別期間では、「6か月から1年未満群」の遺族は、死別による悲嘆過程にありPTGは低いのではないかと予測されたが、「1年以上群」よりPTGは高く、有意差を認めた。先行研究では、PTGと時間の経過との関連は明確になっていないが、ネガティブな側面に焦点をあてた高齢者の研究では、配偶者との死別において、精神的健康は死別後1年未満ではうつ症状が増加し、1年以上の時間の経過で症状が軽快することが示唆されている (岡林ら, 1997)。本研究対象者は、緩和ケア病棟で患者とともに過ごすこ

表5 PTGとストレスコーピング・ソーシャルサポートの相関

(N = 218)

	1	2	3	4	5	6	7
1 PTG	-	.496**	.582**	.239**	.406**	.216**	.302**
2 問題焦点型コーピング		-	.455**	.340**	.131	.099	.173*
3 情動焦点型コーピング			-	.419**	.248**	.146*	.238**
4 回避・逃避型コーピング				-	.028	.107	.099
5 情緒的サポート					-	.511**	.661**
6 手段的サポート						-	.582**
7 認識評価的サポート							-

[注] Spearman の順位相関係数. * : $p < .05$, ** : $p < .01$.

表6 PTGとストレスコーピング・ソーシャルサポートの関連要因

(N = 218)

独立変数	モデル1		モデル2	
	標準化係数 (β)	p	標準化係数 (β)	p
情動焦点型コーピング	.460	.000	.436	.000
情緒的サポート	.290	.000	.282	.000
問題焦点型コーピング	.246	.000	.229	.000
手段的サポート	.030	.625		
認識評価的サポート	-.044	.544		
回避・逃避型コーピング	-.059	.298		
R	.705		.702	
R^2	.496		.493	
自由度調整済み R^2	.482		.486	

[注] $p < .01$: 重回帰分析, 強制投入法.

表7 PTG総得点項目平均値の比較

	がん患者遺族	大学生 ¹⁾	自動車事故生存者 ²⁾	東日本大震災被災者 ³⁾
PTG	2.55	1.85	1.96	2.29

[注] 1) Taku, et al., 2007, 2) Nishi, et al., 2010, 3) Kyutoku, et al., 2012.

とができ、看取りも行えたこと、患者の療養中から、家族に対するケアも積極的に受けていたことが推察される。「死への心の準備」や「死の受容」ができていた遺族が8割以上であったことから、死別後早期に悲嘆から回復し、PTGは「1年以上群」より高かったのではないかと考えられる。しかし、今回の調査で、家族の死を受け入れられないPTGが低い遺族は、調査票に回答していない可能性もあり、PTGが死別後早期から高かったことに影響している可能性が考えられる。

次にPTGは、遺族にとって故人の存在が大きいほど高かった。故人の存在が大きい遺族は、死別後の身体・精

神・社会的影響も大きかったと考えられる。遺族は、故人の死別による悲嘆や喪失感を感じながらも、そのことを肯定的に受けとめられるようになり、PTGが高かったのではないかと考える。また故人の存在の大きさは、女性のほうが男性より高く、性差がPTGに影響したのではないかと考えられる。

2. PTGとストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連

ストレスコーピングとソーシャルサポートは性差があり、男性より女性が高く有意差があった。先行文献で、

ソーシャルサポートは性差があり、女性が高いと報告されている (Norbeck, 1986; Turner, 1994; Vaux, 1985)。本研究対象者は、ストレスコーピングやソーシャルサポート総得点は女性のほうが高値で、男性より多くの対処行動をとり、ソーシャルサポートを受けていることが明らかになった。そのためPTGに影響し、PTGは男性より女性が高値であったと考えられる。

重回帰分析の結果、がん患者遺族のPTGに影響する要因として、ストレスコーピングでは、「情動焦点型コーピング」「問題焦点型コーピング」の積極的コーピングが残った。「情動焦点型コーピング」は、ストレスに対し感情を調整し、物事の明るい面をみようとする対処パターンであり、本研究結果では、最もPTGに影響する要因であった。一般的な死別体験をした親や配偶者は、死別体験がない対照群と比較して感情を処理する能力が高く、感情調整は人間としての成長を体験する主要な概念であることが示唆されている (Znoj & Grawe, 2000; Znoj & Keller, 2002)。また、「情動焦点型コーピング」で肯定的解釈を行うことは、不安感情を低減するといわれている (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986)。緩和ケア病棟で家族を喪ったがん患者の遺族は、家族の死という避けられない外傷体験をし、死別時の精神的衝撃は平均8.1と高値であった。しかし「情動焦点型コーピング」を行い、感情を調整し肯定的に考えることで、PTGに影響したことが示唆された。

「問題焦点型コーピング」は、ストレスに対して現況を人に聞いてもらったり、問題解決のための協力を人に依頼したりするといわれる対処パターンであり、不安や抑うつを緩和する作用があるといわれる (Folkman, et al., 1986)。また、PTGはポジティブなコーピングと関連する (Frazier, et al., 2009)。「情動焦点型コーピング」と「問題焦点型コーピング」は積極的なコーピングであり、ポジティブなコーピングといえる。よって、先行研究と同様に積極的コーピングによりPTGは高くなることが示唆された。

次にソーシャルサポートでは、がん患者遺族のPTGに影響する要因として「情緒的サポート」が残った。近藤 (2012) は、PTGは心的外傷を受けた体験や体験による心的変化の過程を書いたり話したりして、自己開示することで生起する、と述べている。しかし日本では、遺族が故人亡き後に嘆き悲しみ、怒りなどの感情を表出するようなことは美德とされない文化がある (宮林・関本, 2008)。「情緒的サポート」は、遺族自身が死別により体験した苦しみや悲しみを開示し、話したり嘆いたりできるように支援することと考える。遺族へ「情緒的サポート」ができる環境を提供し、死別後の生活再構築に伴走していくサポートが必要である。

ソーシャルサポートは主に家族や友人などからのサポートを測定しており、本研究対象者は、家族と同居している者が約7割を占めていたことから、ソーシャルサポートが高かったと考える。また、今回の調査施設では遺族ケアとして、独居の遺族や急変での死別など悲嘆を悪化させるリスクの高い遺族には、電話などによるケアが提供され、ポジティブな影響があったと思われる。がん患者 (Tanriverd, Savas, & Can, 2012) やエイズ患者の遺族 (Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2003) の研究でも、PTGはソーシャルサポートが高いほど高値であり、本研究も同様であった。

3. がん患者遺族への看護と今後の課題

緩和ケア病棟でがん患者を喪った遺族のPTG平均値は45.8で、PTG総得点の平均値45.0とほぼ等しく、中程度の心理的成長があると判断した。また、故人が遺族にとって存在が大きい場合はPTGも高値であったため、遺族の死別後の生活への影響も大きいと予測される。そのため、故人と遺族の心理社会的関係などを十分に情報収集し、支援していくことが重要である。またZnoj (2005/2014) は、他者からのサポートを見つけ、心を開けるといった個人的資質はPTGの必要条件であると述べている (p.283)。そのため、ソーシャルサポートを受けることができる個人的資質やソーシャルサポート・ネットワーク、情緒的サポートが受けられる環境にあるか、コーピングパターンなどを考慮しながら、看護を提供していく必要がある。とくにストレスへの対処行動やソーシャルサポートが低いと予測される家族、とくに男性には、入院中から家族内でのサポート力を高める働きかけや関係調整、相談窓口などの情報提供をしていく必要がある。終末期医療のあり方が少なからず遺族の適応過程に影響があることが示唆されている (坂口・宮下・森田・恒藤・志真, 2013) ことから、家族ケアの充実が図れる体制の整備が必要である。

現在、緩和ケア病棟を有する施設で亡くなるがん患者は約1割で、8割が病院で亡くなる (宮下・今井・渡邊, 2012)。緩和ケア施設では、遺族会や電話や手紙によるサポートを行う施設が多い。しかし、緩和ケアを有しない病院では、遺族は十分なサポートを受けられない可能性も考えられるため、遺族ケアがすべての病院で提供できるような診療報酬化や遺族外来などの増設が望まれる。超高齢社会に突入し、日本では今後さらにがんにより家族を喪い、ソーシャルサポートが得にくい独居高齢者の増加が予測されることから、遺族へのケア体制や教育体制の整備が急務である。本研究の限界は2施設の限られた患者の遺族であり、調査回答者はPTGが高い遺族に偏っている可能性も乏しい。今後、がん患者の高齢化が進み、在宅医療などの社会資源を使用し、最期の看取りだけが病院で行われる

患者も多いと予測される。そのため、がん診療拠点病院・一般病院との比較や縦断的調査、看護の質とPTGの関連の検討が課題である。

VI. 結 語

1. がん患者遺族のPTGは中程度で、自動車事故生存者や東日本大震災被災者より高値であった。また、PTGは6か月から1年未満の死別後早期に高かった。遺族が、がんによる死別で死が予測できたこと、緩和ケア病棟であり、家族ケアが充実していたことが影響していると考えられる。またPTGは女性に高く、ストレスコー

ピングやソーシャルサポートの性差が影響していたと考えられる。

2. PTGとストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連要因は、情動焦点型コーピングと問題焦点型コーピング、情緒的サポートであった。遺族がさまざまな感情や思いを表出できるような情緒的サポートを行い、感情を調整し、問題焦点型コーピングをとりながら、死別後の生活に向き合っていけるような援助が必要である。がん患者遺族への看護として、ストレスコーピングやソーシャルサポートが低いと予測される遺族への援助と、遺族が死別後悲嘆を乗り越え、PTGが自覚できるような看護が必要である。

要 旨

本研究の目的は、がん患者遺族のPTGの特徴とストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連を明らかにすることである。死別後6か月から6年の遺族550名に、個人要因、PTG、ストレスコーピング、ソーシャルサポートの自己記入式質問紙を郵送し、218名から回答を得た。PTGは中程度で自動車事故生存者や東日本大震災被災者より高値であった。がんによる死別で死が予測可能であり、緩和ケア病棟で充実した家族ケアが受けられたためと考える。重回帰分析の結果、情動焦点型・問題焦点型コーピング、情緒的サポートが影響要因で、分散の48.6%が説明された。遺族が感情を表出し自己開示できる情緒的サポート、情動焦点型や問題焦点型コーピングをとり、死別後の生活再構築ができるサポートが必要である。

Abstract

Objective: This study investigates post-traumatic growth from bereavement and its relations to stress coping and social support, among survivors of deceased cancer patients who had been admitted to the palliative care unit.

Methods: A self-administered questionnaire assessing individual factors, post-traumatic growth, stress coping patterns, and social support was mailed to 550 surviving relatives of former palliative care unit patients after 6 years, 6 months of bereavement time.

Results: Among 218 respondents, the average post-traumatic growth score was moderate, which is higher than that for car accident survivors and Great East Japan Earthquake victims. This might be because death can be predicted as a result of receiving family care and fulfillment of palliative care ward treatment, which might affect the bereavement process. Multiple regression analysis indicated that active coping and emotional support accounted for 48.6% of the variance in post-traumatic growth scores.

Conclusion: Survivor assistance among the bereaved family and the ability to convey related emotions are required to be able to face life after bereavement. Survivors should take a proactive coping approach and receive significant emotional support.

文 献

- Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Oba, A., Ito, T., Yoshikawa, E., Nakano, T., Inagaki, M., and Uchitomi, Y. (2006). Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. *Jpn J Clin Oncol*, 36, 329.
- Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., and Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J Clin Oncol*, 25 (30), 4829-4834.
- Cadell, S., Regehr, C., and Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *Am J Orthopsychiatry*, 73 (3), 279-287.
- Calhoun, L.G., and Tedeschi, R.G. (2006)／宅香菜子, 清水 研 (2014). 心的外傷後成長ハンドブック：耐え難い体験が人の心にもたらすもの. p.9, p.215, pp.222-242, 東京：医学書院.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., and DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 50 (3), 571-579.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., and Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychol Sci*, 20 (7), 912-919.
- Gallagher, D. (1986). Therapeutic issues in the treatment of spousal bereavement reactions in the elderly. In: Maletta, G.J. & Pirozzolo, F.J. (eds). *Assessment and treatment of the elderly neuropsychiatric*

- patient. pp.215-240, New York: Praeger.
- Hogan, N.S., and Schmidt, L.A. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Stud*, 26 (8), 615-634.
- Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*, 11 (2), 213-218.
- 岩瀬信夫, 池田貴子 (2008). Duke Social Support Index日本語版 (DSSI-J) の開発. 愛知県立大学紀要, 14, 19-27.
- Kamibepu, K., Sato, I., Honda, M., Ozono, S., Sakamoto, N., Iwai, T., Okamura, J., Asami, K., Maeda, N., Inada, H., Kakee, N., Horibe, K., and Ishida, Y. (2010). Mental health among young adult survivors of childhood cancer and their siblings including posttraumatic growth. *J Cancer Surviv*, 4 (4), 303-312.
- 近藤 卓 (2012). PTG心的外傷後成長. 第1版, p.5, p.50, 東京: 金子書房.
- 厚生労働省 (2013). 人口動態統計: 死因簡単分類別にみた性別死亡数・死亡率 (人口10万対). http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei13/dl/11_h7.pdf
- Kyutoku, Y., Tada, R., Umeyama, T., Harada, K., Kikuchi, S., Watanabe, E., Liegey-Dougall, A., and Dan, I. (2012). Cognitive and Psychological Reactions of the General Population Three Months After the 2011 Tohoku Earthquake and Tsunami. *PLoS One*, 7 (2), e31014.
- Lederberg, M. (1998). The family of the cancer patient. In: Holland, J., Breitbart, W.S., Jacobsen, P.B., Loscalzo, M.J., McCorkle, R., and Butow, P.N. (eds), *Psycho-Oncology*. p.237, Oxford University Press.
- 宮林幸江, 関本昭治 (2008). 愛する人を亡くした方へのケア: 医療・福祉現場におけるグリーフケアの実践. 第1版, 名古屋: 日総研.
- 宮下光令, 今井涼生, 渡邊奏子 (2012). データでみる日本の緩和ケアの現状. ホスピス・緩和ケア白書2013. pp.54-64. http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2013/2013_2_1.pdf
- Nishi, D., Matsuoka, Y., and Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident. *Bio Psycho Social Medicine*, 4 (7), 1-6.
- Norbeck, J.S. (1986). 看護におけるソーシャル・サポート—理論と研究の接点—. *看護研究*, 19 (1), 4-17.
- 岡林秀樹, 杉澤秀博, 矢富直美, 中谷陽明, 高梨 薫, 深谷太郎, 柴田 博 (1997). 配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果. *心理学研究*, 68 (3), 147-154.
- 尾崎真奈美 (編) (2012). ポジティブ心理学再考. 第1版, pp.31-34, 京都: ナカニシヤ出版.
- 尾関友佳子 (1993). 大学生用ストレス自己評価尺度の改訂: トランスアクションな分析に向けて, 久留米大学大学院比較文化研究科年報, 1, 95-114.
- Prigerson, H.G., and Maciejewski, P.K. (2008). Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *Bri J Psychiatry*, 193 (6), 435-437.
- 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 恒藤 暁, 志真泰夫 (2013). ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆, 抑うつ, 希死念慮. *Palliative Care Research*, 8 (2), 203-210.
- Shanfield, S.B., Swain, B.J., and Benjamin, G.A.H. (1987). Parent's responses to the death of adult children from accidents and cancer: A comparison. *Omega (Westport)*, 17 (4), 289-297.
- Taku, K., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R.P., and Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety Stress Coping*, 20 (4), 353-367.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R.G., and Calhoun, L.G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety Stress Coping*, 22 (2), 129-136.
- Tanriverd, D., Savas, E., and Can, G. (2012). Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 13 (9), 4311-4314.
- Tedeschi, R.G., and Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
- Turner, H.A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the good? *Sex Roles*, 30 (7), 521-541.
- Vaux, A. (1985). Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age. *J Social Issues*, 41 (1), 89-110.
- 渡邊照美, 岡本裕子 (2006). 身近な他者との死別を通じた人格的発達: がんで近親者を亡くされた方への面接調査から. 質的心理学研究, 5, 99-120.
- Znoj, H.J., and Grawe, K. (2000). The control of unwanted states and psychological health: Consistency safe-guards. In: Grob, A. and Walter, P. (eds.), *Control of human behavior, mental processes and awareness*. pp.263-282, NewYork: Lawrence Erlbaum Associates.
- Znoj, H., and Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safe-guards and their relation to health. *Death Stud*, 26 (7), 545-565.
- Znoj, H. (2005) / 宅香菜子, 清水 研 (2014). 第9章 死別と心的外傷後成長. 心的外傷後成長ハンドブック: 耐え難い体験が人の心にもたらすもの. p.279, p.283, 東京: 医学書院.
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M.I., Jenewein, J., and Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners--effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psychooncology*, 19 (1), 12-20.

〔平成27年4月14日受付〕
〔平成28年1月21日採用決定〕

無作為比較試験による笑いマッサージの ストレスに対する生理的・心理的効果

The Physiological and Psychological Effects of Laugh Massage Therapy by Randomized Controlled Trials

玉川 優芽¹⁾ 福間 美紀²⁾ 長田 京子²⁾
Yume Tamagawa Miki Fukuma Kyoko Osada

キーワード：ランダム化比較試験, 笑い, 表情筋マッサージ, 心理学, 生理学

Key Words: randomized controlled trial, laugh, facial muscle of massage, psychological, physiological

はじめに

笑いとは、人間だけが持つ高度な感情表現であり、声を出して笑う (laughter) と微笑み (smile) の2つに大別される (角辻, 2003)。Cousins (1976) が笑うことの効果を明らかにしたことを皮切りに、近年その生理的・心理的効果が明らかになりつつある (三宅・横山, 2011)。

これまでの笑いの生理的効果は、NK細胞の活性化を代表とした免疫賦活効果 (伊丹・昇・手嶋, 1994; 平田・兎玉, 2002; 高橋ら, 2001), アレルギー反応の改善効果 (木保, 2001), 糖尿病患者の耐糖能の正常化 (Hayashi, et al., 2006) や、自律神経系指標を用いてリラックス効果 (石原, 2007; Sakuragi, Sugiyama, & Takeuchi, 2002) が明らかにされている。また、笑いの心理的効果は、笑うことによるうつ改善 (大平・今野・佐藤・谷川, 2005) や、不安などの否定的感情の改善 (大平・今野・佐藤・谷川, 2003) が報告されている。

一方、疾患や障害のある患者は、疾患への不安や慣れない入院環境による緊張状態にあり、患者の療養生活を支援する看護師には、笑いのように不安や緊張を和らげるような看護介入が求められている。患者の療養の場でもある臨床現場では、笑いを取り入れた落語DVDの視聴や、老人福祉施設でのレクリエーションなどの取り組みが実施されている。その効果の検証では、アルツハイマー型認知症患者を対象としてN-ADL (N-式老年者用日常生活動作能力評価尺度) 得点の維持・上昇を示す症例検討報告 (向井・細川・山本・桐野, 2006), 「笑い筋体操」(林・中島, 2008) による看護師の負担感の低減などの報告もある (野村・島本・岩槻, 2007)。しかし、笑いの生理的・心理的効果の科学的検証は、症例検討や一側面に限られた検証によるもので、十分ではない。

笑いは、ユーモア刺激によって引き起こされる感情表出である。そのユーモアの嗜好性は、個人の精神的健康と関連し (深田・加藤, 2000), おかれている状況やその場面への感受性によっても異なってくる (霜田・井上・原嶋, 2006)。誰しもが笑うことができる共通の刺激を作成することはむずかしい。一方で、「笑い筋体操」(林・中島, 2008) のように表情筋を動かし、意識して自ら笑顔をつくることは共通して行える刺激となり得る。

表情筋を動かし笑顔をつくる研究方法には、意識して自ら笑顔をつくることと表情筋マッサージがあげられる。意識して自ら笑顔をつくることの生理的・心理的効果は、リラックス効果と抑うつ的な感情を低下させることが明らかにされている (広崎, 2002)。また、生理的指標は測定されていないが、POMS (Profile of Mood States) の緊張-不安な感情の低下や状態不安-特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory: STAI) の不安やストレスの低減が明らかにされている (福島, 2008)。そして、生理的効果では、VAS (visual analog scale) による鎮痛効果 (西本・山本, 2010) や手足末梢温を上昇させる効果 (東・原田・前川, 2002) が認められている。しかし、表情筋マッサージと意識して自ら笑顔をつくることを組み合わせた介入の生理的効果と心理的効果を検証したもの (清水ら, 2012) はあるが、自律神経指標として血圧・心拍数を指標にしたものにとどまり、自律神経そのものの活動を示す交感神経と副交感神経の指標となる脈派解析を行った研究は見当たらない。

本研究は、ストレス負荷に対する笑いマッサージについて脈派解析を用いた生理的指標および心理的効果の両側面から明らかにすることを目的とする。

1) 鳥根大学大学院医学系研究科看護学専攻 Graduate School of Medical Research, Shimane University

2) 鳥根大学医学部基礎看護学講座 Department of Fundamental Nursing, School of Nursing, Shimane University

I. 用語の定義

本研究では、笑いマッサージは、表情筋マッサージと、意識して自ら笑顔をつくることを組み合わせた笑いを含めた介入とする。

II. 方法

A. 対象者

対象は20代の健康な女性36名であった。そのため、性周期による心・血管系への影響を一定にするために、基礎体温の計測に基づいて低温期に特定して介入試験を行った。また、脈波を用いた自律神経活動を分析するため、期外収縮がない者や気分の安定している者を対象とした。

被験者は、笑いマッサージ群（19名）と対照群（17名）の2群に受付順で無作為に割り当てた。対象者は、実験前において生理的・心理的指標のすべての項目において、笑いマッサージ群と対照群で有意差がないことを確認し、分析を行った（表1）。

B. 実験条件

実験期間は平成24年5月～7月であった。実験環境は、室温25℃、湿度55%に統制された恒温恒湿室で自律神経の安定している時間帯（10：00～11：30、13：00～17：00）に実施した。パーティションを研究者と被験者の間に設置し、研究者が被験者の視界に入らないように配慮した。また、実験室内の測定に用いた機器は、布で覆って見えないように配慮した。

被験者は、実験前日には十分な睡眠をとり、自律神経系に与える影響を一定にするために禁酒・禁煙、激しい運動は避けることを条件として設定した。実験当日にはカフェインやタバコなどの刺激物摂取を避け、食事などの摂取を実験2時間前までとした。

C. 実験方法

実験方法を図1に示す。実験開始前に10分間の安静とし、続いて10分間の足し算負荷後に、それぞれの方法で15分間の介入を行った。

1. 介入方法

a. 足し算負荷

「内田クレペリンテスト」は精神的ストレスとなって血中アドレナリン濃度が上昇すること（市川，1992）や、短期ストレス負荷としても用いられており（矢島・長谷・岩永・甲斐・志賀，2014），15分（矢島ら，2014）から5分

間（佐久間ら，2004）までさまざまな設定時間で行われている。本研究では、「内田クレペリンテスト」に準じた足し算負荷を10分行い、自律神経指標の変化を確認してストレス負荷とした。

b. 笑いマッサージ群の介入（図1）

笑いマッサージは、研究者1名が手技を統一して実施した。マッサージは血管拡張作用のないクリーム「ママ&キッズ ナチュラルマーククリーム」（ナチュラルサイエンス）を使用し、研究者が対象者の顔部を10分間施行した。表情筋マッサージは、表情筋のマッサージで開口効果（菅原・中森・久家，2001）や認知症高齢者であってもリラクゼーション効果（八木澤・稲垣，2008；得居・水谷，2001）を示した10分間と設定した。その後、「自然なほほえみ」の絵（志水・角辻・中村，2009）を示し、つくり笑いを行った。つくり笑いは20秒（池田・保野・三宅，2003）や10秒（広崎，2002）などを参考にプレテストを実施し、45秒と設定した。対象者に紙面上の指示を行い、45秒間笑顔を作って、15秒間休憩を5分間繰り返すよう依頼した（計5回）。

1. 対象者の髪にクリームがつかないように髪止めをしてもらう。
2. 施行者はマッサージクリームをサ克蘭ボ大にとる。
3. 対象者に説明をし、クリームを手の平にとって温める。
4. 対象者の後ろ側に立つ。
5. 対象者の顔全体にクリームを塗布する。
6. 施行者の示指、中指、薬指の3本の指の腹で圧力をかけながら輪状に内から外へマッサージする。
7. 額からこめかみに向かってゆっくりと動かし、こめかみを指で軽く圧迫する。そのままゆっくりと耳の前まで指を動かす。3回繰り返す（a）。
8. 目の下を輪状にマッサージする（b）。
9. 目尻から目頭に向かって指を滑らしていく（c）。
10. 鼻の側面を輪状マッサージする（d）。
11. 頬は輪状マッサージをしながら耳垂まで上げる。面積の広い面をまんべんなく指先を回転させながらマッサージする（e）。
12. 口の上下を交互に輪状マッサージをする（f）。
13. 顎から耳垂にかけて輪状マッサージをする（g）。
14. 掌をフェイスラインに沿わせる。掌を顎に密着させ、顎から頬骨、こめかみに沿ってゆっくりと上げるようにマッサージをする。
15. その後、意識的な笑顔を作る。「自然なほほえみ」の絵を示し、同様に笑うように伝え、「はい、笑ってください」と掛け声の合図で45秒笑い、15秒休憩する（計5回笑い）。

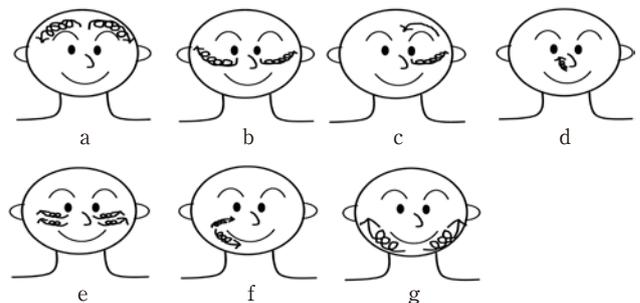


図1 笑いマッサージ

c. 対照群の設定

対照群は、開眼座位のまま、生理的影響がないとされる天気予報 (Kimata, 2004) の動画を15分間視聴した。

2. 測定方法

生理的指標のデータ収集は、安静直後である①実験前 (最もストレス状態にあると判断できる)、②ストレス負荷後、③介入直後、④介入15分後の4回測定した。心理的指標は、その調査そのものが生理的データに影響する可能性があるため、生理的データを収集する前の①実験前と、すべてのデータを収集した後の④介入15分後の2回測定した。

a. 生理的指標の測定

生理的指標は、自律神経指標、表面皮膚温、脈拍、呼吸数、血圧とした。

(1) 自律神経指標 (HF, LF/HF, a-a間隔)

計測には、加速度脈波測定システム「アルテット」(内海電機) を使用し、示指にて2分間測定した。周波数は0.02~0.40Hzとし、高周波成分HF (high frequency: 0.15~0.50Hz)、低周波成分LF (low frequency: 0.02~0.15Hz)、LF/HF (low frequency/high frequency) に分類した (林, 1999)。解析には、最大エントロピー法 (maximum entropy method: MEM) によるパワースペクトル解析し、周波数成分と成分比を用いた。HFは副交感神経活動の指標とし、LFとHFの比 (LF/HF) は交感神経活動の指標とした。a-a間隔は同様に脈波測定機で測定した。

(2) 表面皮膚温、脈拍、呼吸数

測定にはベッドサイドモニタ「BIOVIEW 1000A PB1711」(NEC) を使用した。

末梢皮膚温は、被験者の非利き手側の動静脈吻合の多い手掌部を測定した。実験中は、表面皮膚温の電極を装着した非利き手が摩擦や接触等による温度変化をおこさないように、手掌は上向きを保つようにした。脈拍と呼吸数も同様に測定した。

(3) 血圧

血圧測定は被験者の非利き手の上腕動脈とし、自動血圧計「HEM-70ファジィ」(オムロン) を使用した。

b. 心理的指標の測定

心理的指標は、状態不安と笑いの程度とした。

(1) 状態不安

状態不安はSTAIの状態不安検査20項目を用いた (曾我, 1984)。

(2) 笑いの程度

VASを用いた。10cmのスケールの両端を「笑いを感じない」「最高の笑い」とし、笑いの程度を無段階に自己評価とした。

D. 分析方法

1. 生理的指標

笑いマッサージ群と対照群内の経時的変化 (ストレス負荷後と介入直後、およびストレス負荷後と介入15分後) は、多重比較を行った。また、ストレス負荷からの回復は、介入直後と、介入15分後別に差を算出した。ストレス負荷の笑いマッサージ群と対照群の比較は、HF, LF/HF, 皮膚表面温度、呼吸数をMann-WhitneyのU検定で、a-a間隔、収縮期血圧、拡張期血圧、脈拍数をt検定で解析を行った。

2. 心理的指標

心理的指標は、群別の介入前と介入後の比較を対応のあるt検定、笑いマッサージ群と対照群の比較は対応のないt検定を行った。

すべての解析には、統計解析ソフト「SPSS Statistics version 20」(日本IBM) を使用し、有意水準は5%とした。ただし、3群の多重比較は1.67%を有意とみなした。

E. 倫理的配慮

対象者には、文書と口頭で研究目的、方法、匿名性の保持のためコード番号化しリストにすること、研究協力の拒否と中断の権利およびそれによる不利益がないこと、データは施錠できる場所で管理し、利用後の破棄、協力の有無で成績が左右されないこと、結果公表の際は個人が特定されないこと、などについて説明し、文書による同意を得た。

また実験中は、被験者の身体的安全性の確保のために前日までにマッサージクリームのパッチテストを行い、アレルギーのないことを確認した。なお、本研究は島根大学医学部看護研究倫理委員会の承認を得て実施した (研究倫理審査承認番号167)。

Ⅲ. 結果

1. 生理的指標の変化

ストレス負荷後からの生理的な経時的変化を表1に示す。

笑いマッサージ群は、ストレス負荷後から介入直後で、表面皮膚温、a-a間隔、脈拍数の3項目で有意な変化がみられた。ストレス負荷後から介入15分後は、表面皮膚温、LF/HF、a-a間隔、脈拍数の4項目で有意な変化がみられた。表面皮膚温は、ストレス負荷後32.5℃から介入直後32.9℃と介入15分後32.8℃へ有意に上昇した ($p < .0167$)。LF/HFは、ストレス負荷後1.5から介入15分後0.8と有意に

表1 生理的指標の経時的変化

	笑いマッサージ群 (n = 19)	p^a	p^b	対照群 (n = 17)	p^a	p^b	p
表面皮膚温 (°C)							
実験前	32.8			32.6			.43
ストレス負荷後	32.5			32.7			
介入直後	32.9	.007	.007	32.3	.48	.08	
介入15分後	32.8			32.1			
HF (ms ²)							
実験前	415.2			893.7			.10
ストレス負荷後	584.6			770.9			
介入直後	517.3	.23	.07	742.9	.49	.69	
介入15分後	549.4			735.9			
LF/HF							
実験前	0.8			0.7			.14
ストレス負荷後	1.5			0.9			
介入直後	1.1	.04	.002	1.8	.006	.06	
介入15分後	0.8			1.2			
a-a間隔 (ms ²)							
実験前	903.4 ± 92.6			961.6 ± 145.8			.18
ストレス負荷後	900.7 ± 90.4			974.4 ± 139.5			
介入直後	932.7 ± 97.5	.002	.015	976.8 ± 138.5	.86	.49	
介入15分後	935.3 ± 123.9			982.8 ± 136.3			
収縮期血圧 (mm/Hg)							
実験前	99			96			.23
ストレス負荷後	98			95			
介入直後	97	.03	.05	98	.55	.21	
介入15分後	98			96			
拡張期血圧 (mm/Hg)							
実験前	64			58			.80
ストレス負荷後	63			59			
介入直後	65	.05	.13	60	.83	.002	
介入15分後	65			63			
脈拍数 (回/分)							
実験前	65.1 ± 7.9			63.8 ± 9.4			.68
ストレス負荷後	66.5 ± 9.0			62.9 ± 9.5			
介入直後	63.7 ± 9.0	.009	< .001	62.4 ± 9.4	.64	.18	
介入15分後	63.4 ± 8.9			61.2 ± 8.3			
呼吸数 (回/分)							
実験前	17.9 ± 3.0			17.5 ± 3.8			.73
ストレス負荷後	17.4 ± 3.6			18.3 ± 5.6			
介入直後	16.9 ± 3.7	.52	.40	17.5 ± 3.9	.48	.88	
介入15分後	16.8 ± 3.5			18.1 ± 4.4			

[注] 実験前の群間比較：HF, LF/HF, 表面皮膚温, 血圧は中央値を示しMann-WhitneyのU検定を行った。

実験前の群間比較：a-a間隔, 脈拍数, 呼吸数は平均値 ± 標準偏差を示し, t検定を行った。

p は実験前の群間比較の p 値を示し $p < .05$ を有意とする。

生理的指標の群内比較は, 多重比較を行った。

p^a はストレス負荷後と介入直後の比較の p 値, p^b はストレス負荷後と介入15分後の比較の p 値。

多重比較であるため, $p < .0167$ を有意とする。

低下していた ($p < .0167$)。a-a間隔は, ストレス負荷後 $900.7 \pm 90.4 \text{ms}^2$ から介入直後 $932.7 \pm 97.5 \text{ms}^2$ と, 介入15分後 $935.3 \pm 123.9 \text{ms}^2$ へ有意に拡大した ($p < .0167$)。脈拍数は, ストレス負荷後 66.5 ± 9.0 回/分から介入直後 63.7 ± 9.0

回/分と, 介入15分後 63.4 ± 8.9 回/分へ有意に下降した ($p < .016$)。HF, 収縮期血圧, 拡張期血圧と呼吸数では変化がなかった。

一方, 対照群では, ストレス負荷後から介入直後の比較

で有意な変化があったのは、LF/HFの1項目のみであった ($p < .0167$)。同様に、対照群のストレス負荷後から介入15分後の比較で有意な変化があったのは、拡張期血圧の1項目のみであった ($p < .0167$)。

笑いマッサージ群では、生理的指標の経時的変化が多くみられたため、ストレス負荷後からの回復が対照群と比べ、有意差があるか検討した (表2)。

介入直後のストレス負荷からの回復は、笑いマッサージ群と対照群の間で表面皮膚温とLF/HFの2項目で有意な差がみられた。皮膚表面温度は、対照群の表面皮膚温の -0.1°C と比べ、笑いマッサージ群の 0.3°C と有意に上昇した ($p < .05$)。さらに、交感神経を示すLF/HFは、対照群 0.7 と比べ、笑いマッサージ群が -0.5 と有意に低下した ($p < .01$)。

ストレス負荷からの介入15分後での回復は、笑いマッサージ群と対照群の間で表面皮膚温とLF/HFだけでなく、収縮期血圧と拡張期血圧を含む4項目で有意な差がみられた。介入直後と同様に、表面皮膚温は対照群 -0.2°C と比べ笑いマッサージ群 0.3°C と有意に上昇し ($p < .01$)、LF/HFは対照群 0.5 と比べ笑いマッサージ群 -0.4 と有意に低下した ($p < .01$)。さらに収縮期血圧は、対照群 $1.4 \pm 4.9\text{mmHg}$ と比べ、笑いマッサージ群が $-1.4 \pm 2.8\text{mmHg}$ と有意に下降した ($p < .05$)。拡張期血圧は、対照群 $4.1 \pm 4.1\text{mmHg}$ と比べ、笑いマッサージ群が $1.3 \pm 3.4\text{mmHg}$ と有意に下降した ($p < .05$)。

2. 心理的指標の経時的変化

笑いマッサージ群の状態不安は、実験前 35.2 ± 6.6 点から介入15分後 28.7 ± 4.6 点で有意に低くなった。笑いの程度は、実験前 $44.1 \pm 20.7\text{mm}$ から介入15分後 $57.2 \pm 18.7\text{mm}$ で、有意に高まった ($p < .01$)。一方、対照群の状態不安は、実験前 36.7 ± 5.9 点から介入15分後 37.3 ± 6.0 点で、有意差が認められなかった。また、笑いの程度は、実験前 $30.2 \pm 24.2\text{mm}$ から介入15分後 $25.7 \pm 21.1\text{mm}$ で、有意に低下した ($p < .05$) (表3)。

状態不安は介入15分後において、対照群 37.3 ± 6.0 点と比べ、笑いマッサージ群が 28.7 ± 4.6 点と低く、有意差が認められた ($p < .01$)。また、笑いの程度は、介入15分後において、対照群 $25.7 \pm 21.1\text{mm}$ より笑いマッサージ群が $57.2 \pm 18.7\text{mm}$ と高く、有意差が認められた ($p < .01$) (表4)。

表2 生理的指標のストレス負荷後とそれぞれの介入後との差の変化

	笑いマッサージ群 (n = 19)	対照群 (n = 17)	p値
表面皮膚温 (°C)			
介入直後との差	0.3	-0.1	.02
介入15分後との差	0.3	-0.2	.004
HF (ms ²)			
介入直後との差	34.5	-14.7	.24
介入15分後との差	86.4	-115.9	.24
LF/HF			
介入直後との差	-0.5	0.7	<.001
介入15分後との差	-0.4	0.5	.001
a-a間隔 (ms ²)			
介入直後との差	31.9 ± 37.3	2.4 ± 56.4	.07
介入15分後との差	34.5 ± 55.9	8.4 ± 48.7	.15
収縮期血圧 (mm/Hg)			
介入直後との差	-2.0 ± 3.3	-0.5 ± 4.9	.30
介入15分後との差	-1.4 ± 2.8	1.4 ± 4.9	.04
拡張期血圧 (mm/Hg)			
介入直後との差	2.1 ± 3.7	0.4 ± 3.4	.17
介入15分後との差	1.3 ± 3.4	4.1 ± 4.1	.03
呼吸数 (回/分)			
介入直後との差	-1.0	1.0	.98
介入15分後との差	0	0	.97
脈拍数 (回/分)			
介入直後との差	-2.8 ± 4.2	-0.5 ± 4.7	.14
介入15分後との差	-3.2 ± 3.0	-1.8 ± 5.2	.35

[注] HF, LF/HF, 表面皮膚温, 呼吸数はMann-WhitneyのU検定, 中央値を示した。
a-a間隔, 収縮期血圧, 拡張期血圧, 脈拍数はt検定, 平均値 ± 標準偏差を示した。
 $p < .05$ を有意とする。

表3 心理的指標の経時的変化

	笑いマッサージ群 (n = 19)	p ^a	対照群 (n = 17)	p ^a	p
状態不安 (点)					
実験前	35.2 ± 6.6		36.7 ± 5.9		.47
介入15分後	28.7 ± 4.6	<.001	37.3 ± 6.0	.49	
笑いの程度 (mm)					
実験前	44.1 ± 20.7		30.2 ± 24.2		.07
介入15分後	57.2 ± 18.7	<.001	25.7 ± 21.1	.01	

[注] 各群間の状態不安, 笑いの程度はt検定, 平均値 ± 標準偏差を示した。
p^aは実験前と介入直後の比較のp値, pは実験前の笑いマッサージ群と対照群の比較のp値。
 $p < .05$ を有意とする。

表4 心理的指標の群間における変化

	笑いマッサージ群 (n = 19)	対照群 (n = 17)	p値
状態不安 (点)			
実験15分後	28.7 ± 4.6	37.3 ± 6.0	< .001
笑いの程度 (mm)			
実験15分後	57.2 ± 18.7	25.7 ± 21.1	< .001

[注] 状態不安, 笑いの程度はt検定, 平均値 ± 標準偏差を示した。
p < .05を有意とする。

IV. 考 察

本研究で行った笑いマッサージは, 表情筋マッサージを行った後に, 被験者が自ら笑顔をつくることを組み合わせたものである。

本研究では, 笑いマッサージ群はLF/HFが低下, a-a間隔が延長, 脈拍数が減少し, 合わせて皮膚表面温度が上昇した。一方, 対照群はLF/HFが上昇し, 拡張期血圧が上昇した。また, ストレスからの回復は, 笑いマッサージ群が対照群と比べ, LF/HF, 表面皮膚温が大きく変化した。これらの結果は, 笑いマッサージを行うことで, ストレス負荷による交感神経優位な状態から, 副交感神経優位な状態へと促したことを示唆している。

加速度脈派システムのLF/HFの基準は, 非常に安静な状態で2.0より小さく, 日常の安静時では2~3, 副交感神経活動が抑制または交感神経活動の興奮状態では4.0以上を目安としている(高田・高田・金山, 2005)。本研究では, 4.0の交感神経活動優位な状態ではないが, 笑いマッサージでは副交感神経優位となり, 対照群では笑いマッサージと比べると交感神経優位となっていた。心拍数も同様に緊張によって交感神経優位になると増加するため, 笑いマッサージによって副交感神経優位になったことに影響を受けたと考える。

表面皮膚温は, 交感神経系の皮膚温血管収縮線維の活動が亢進すると, 皮膚温低下, 皮膚血流量低下がみられ, この線維は主として手足などの四肢末端に存在する動静脈吻合を調節する(入来, 2003)。このことから, 笑いマッサージによって副交感神経優位に導くことで, 手掌部の毛細血管が拡張し, 表面皮膚温の上昇も持続したと考えられる。

本研究では, 笑いマッサージによって心理的指標の状態不安や笑いの程度も大きく変化し, マッサージ群の状態不安が軽減し, 笑いを高めていた。

これは, 笑いマッサージがハンドマッサージ(大川・東, 2011)やエステ(Hatayama, Kitamura, Tamura, Nagano, & Ohnuki, 2008)のように, 他者によるマッサージの快の刺激を受動的に受けたのみの反応ではないことによる。

なわち, 笑いマッサージでは, 被験者自身によって笑い顔をつくるために, 表情筋の運動によって大頬骨筋と眼輪筋の収縮が起き, この組み合わせが脳に伝達する。そして脳内の表情に相応した感情を引き起こすプログラムが刺激され, 楽しい感情になると考える。また, 顔の表情筋は静脈洞への血流と鼻に入る空気の量を変化させ, 海綿静脈洞の血液の温度が変化し, 感情に関係する物質の量が変化することで楽しい感情となる(橋元, 2001)。笑いマッサージにおける表情筋刺激マッサージと笑い顔をつくるのが脳内に刺激を与え, 情動に働きかけることで快の刺激から生理的効果が得られたものと考えられる。笑いマッサージは, 快の刺激がもたらした情動変化による効果と重なることで交感神経を抑制する効果が示されたと推察できる。

笑いの効果に関する研究は, 生理的あるいは心理的効果の一側面に限られた報告が多い(平田・児玉, 2002; 木俣, 2001; 畑野, 2009; 大平ら, 2005)。また, マッサージに関する研究では, 片岡・北川・渡邊・榊原(2000)が足部マッサージと腹式呼吸を併用することで, LF/HF減少傾向とHFの有意な増加を示しているが, その生理的効果のみを明らかにしている。また, 本研究と同様にフットマッサージでは, ストレス緩和の生理的・心理的効果が同時に示されている(米山・八塚, 2009)。しかし本研究のように, マッサージのなかでも, 顔部に限定したマッサージと表情筋を使って笑顔をつくる笑いマッサージであっても心身両側面での有効性の示唆が得られたことは意義があると考えられる。

笑いマッサージ群の副交感神経を示すHFと呼吸数では大きな変化を示さなかった。HFについては, 笑いマッサージは対照群との対比において, 副交感神経系に対して, 活性方向にも抑制方向にも大きく作用しないと考えられた。また, 呼吸数は自己調節が可能なため有意差が認められなかったと考える。血圧については, 笑いマッサージ群の収縮期血圧および拡張期血圧は, 介入15分後のストレス負荷からの回復を対照群と比較すると, 統計学的には有意差が認められるが, 臨床的意義はほとんどないと考えられる。血圧の変動は, 心臓の拍出量, 循環血液量, 末梢細動脈の抵抗, 血液の粘稠度と複数の要因によって変動することや, 生理的反応として時間差が生じるため, 笑いマッサージ介入直後には変化を示さなかったと考える。

また, 笑いの程度は, 笑いマッサージ群, 対照群ともに介入前および介入15分後の標準偏差が大きい結果を示している。これは, 笑いマッサージの効果が与える笑いの程度の影響に個人差があり, 主観的な指標による評価のむずかしさを示していると考えられる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、健康な女性を対象に計算という短期的なストレス負荷の結果であるため、臨床での疾患を抱えた患者などへの効果まで結果を一般化するには限界がある。今後は、対象を拡大し検証することが必要である。今回は、脈波を用いて自律神経機能の評価をしたが、今後は生理的反応を脳波、内分泌ホルモンなど多角的データでの分析が必要である。

VI. 結 論

健康な女性にストレス負荷の後、笑いマッサージを行った結果、生理的・心理的効果において有意差が認められ、以下の点が明らかになった。

1. 生理的効果として、交感神経を抑制する状態が認めら

れた。ストレス負荷による緊張状態からLF/HF（交感神経活動指標）を低下させた。また、皮膚温が上昇し、脈拍数が低下、a-a間隔が拡大した。

2. 心理的効果として、笑いの程度が高まり状態不安が低下した。

以上より、笑いマッサージは、不安や緊張状態にある対象の生理的・心理的な安定を促す効果が期待でき、その効果が持続する可能性が示唆された。

謝 辞

本研究への協力を承諾してくださいました被験者の皆さまに感謝申し上げます。また、研究計画の助言をいただきました島根大学教授小林裕太先生に感謝申し上げます。本研究は、島根大学医学系研究科に提出した玉川優芽の修士論文（指導：長田京子）の一部に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

ストレス負荷に対する笑いマッサージの生理的および心理的効果を明らかにすることを目的とし、健康な女性36人を、笑いマッサージ群19人と対照群17人に無作為に割り当てた。実験前に10分間の安静を保ち、足し算による10分間のストレス負荷の後に、介入を15分間行った。データ収集は生理的指標を4回（実験前、ストレス負荷後、介入直後、介入15分後）、心理的指標を2回（実験前と介入15分後）行った。生理的指標は、脈波測定機を用いたHF、LF/HF、a-a間隔と、表面皮膚温、血圧、脈拍数、呼吸数を測定した。心理的指標は状態不安と笑いの程度を用いた。

その結果、笑いマッサージは対照群と比較し、ストレス負荷による緊張状態からLF/HFを有意に低下させ、皮膚温が有意に上昇した。また、笑いの程度が有意に高まり、状態不安が有意に低下した。笑いマッサージは、不安や緊張状態にある対象の生理的・心理的な安定を促す効果が期待できる可能性が示唆された。

Abstract

This study aimed to verify the physiological and psychological effects of laugh massage therapy. Study participants included healthy females who were randomly assigned to either laugh massage or control groups. The experiment was interventions of laugh massage therapy or control. Physiological phenomenon was monitored, including pulse wave fluctuation, surface skin temperature, blood pressure, heart rate, and respiratory rate. A psychological test was used to assess the degree of laughter and state anxiety. LF/HF was significantly reduced due to stress in the laugh massage group than in the control group. Skin temperature was significantly increased in the laugh massage group than in the control group. In addition, state anxiety decreased significantly as the degree of laughter increased. Our results suggest that laugh massage can promote stable physiological and psychological effects in subjects with state tension and anxiety.

文 献

Cousins, N. (1976). Anatomy of an illness (as perceived by the patient). *N Engl J Med*, 295(26), 1458-1463.
 深田美香, 加藤圭子 (2000). ユーモア志向性と精神的健康の関連に関する検討：NK細胞活性を指標として。鳥取大学医療技術短期大学部紀要, 32, 59-66.
 福島裕人 (2008). ラフター（笑い）ヨガの効果に関する基礎的研究。笑い学研究, 15, 56-63.
 橋元慶男 (2001). カウンセリングにおける笑いの効用。笑い学研

究, 8, 9-19.
 畑野相子 (2009). 笑いが脳の活性化に及ぼす影響。人間看護学研究, 7, 37-42.
 Hatayama, T., Kitamura, S., Tamura, C., Nagano, M., and Ohnuki, K. (2008). The facial massage reduced anxiety and negative mood status, and increased sympathetic nervous activity. *Biomed Res*, 29(6), 317-320.
 林 博史 (1999). Introduction. 林 博史 (編)：心拍変動の臨床応用—生理的意義, 病態評価, 予後予測—. 1-27, 東京：医学書院。

- 林 啓子, 中島英雄 (2008). 笑いの力を見直す. 日本看護技術学会, 7(1), 18-20.
- Hayashi, T., Urayama, O., Kawai, K., Hayashi, K., Iwanaga, S., Ohta, M., Saito, T., and Murakami, K. (2006). Laughter regulates gene expression in patients with type 2 diabetes. *Psychother Psychosom*, 75(1), 62-65.
- 東 洋子, 原田久美子, 前川成江 (2002). 表情筋刺激がもたらす身体的影響: 顔面マッサージによる手肢末梢温の変化をみる. 日本看護学論文集 (看護総合), 33, 221-223.
- 平田 麗, 児玉昌久 (2002). 唾液中の分泌型免疫グロブリン A (s-IgA) に及ぼす笑いの効果. *ストレス科学研究*, 17, 105-107.
- 広崎真弓 (2002). 笑い笑顔のストレス解消効果: 精神生理学的検討. *笑い学研究*, 9, 158-159.
- 市川 忍 (1992). 内田クレペリン精神検査法によるメンタルストレス中の血圧変動に関する研究. *愛知医科大学医学雑誌*, 20, 673-687.
- 池田正人, 保野孝弘, 三宅 進 (2003). 顔の動きが自律神経系活動及び主観的体験に及ぼす影響: 心拍数を中心にして. *生理心理学と精神生理学*, 21(2), 202.
- 入来正躬 (2003). 体温生理学テキスト: わかりやすい体温のおはなし. 77-99, 東京: 文光堂.
- 石原俊一 (2007). 自律神経系に及ぼす自発的笑いの実験的検討. *人間科学研究*, 29, 51-59.
- 伊丹仁朗, 昇 幹夫, 手嶋秀毅 (1994). 笑い免疫能. *心身医学*, 34(7), 566-571.
- 片岡秋子, 北川裕子, 渡邊憲子, 榊原久孝 (2000). 足部マッサージと腹式呼吸併用の生理的効果. *日本看護医療学会雑誌*, 2(1), 17-24.
- 木俣 肇 (2001). アトピー性皮膚炎における笑いの効果. *ストレスと臨床*, 10, 33-37.
- Kimata, H. (2004). Effect of viewing a humorous vs. nonhumorous film on bronchial responsiveness in patients with bronchial asthma. *Physiol Behav*, 81(4), 681-684.
- 三宅 優, 横山美江 (2011). 看護ケア領域における笑いの有効性に関する文献学的考察. *日本看護科学会誌*, 31(3), 61-67.
- 向井紀子, 細川真智子, 山本佳子, 桐野知子 (2006). アルツハイマー型認知症患者の情動の安定と日常動作拡大への「笑い」の影響. *日本看護学会論文集 (精神看護)*, 37, 214-216.
- 西本真司, 山本伊佐夫 (2010). 形から入る笑いの療法の鎮痛効果と気の関連性について. *催眠と科学*, 25(1), 78-82.
- 野村恭子, 島本敬子, 岩槻久美子 (2007). 看護師の職業的ストレスに対する集団で行う笑い筋体操の効果. *日本看護学会論文集 (看護管理)*, 38, 66-68.
- 大平哲也, 今野弘規, 佐藤眞一, 谷川 武 (2003). 不安・緊張に対する笑いの効果についての研究—森田療法の予防医学への関連に関する検討—. *メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告書*, 15, 19-22.
- 大平哲也, 今野弘規, 佐藤眞一, 谷川 武 (2005). 笑いの頻度と心理的健康との関連について疫学研究—森田療法の予防医学への関連に関する検討—. *メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告書*, 17, 25-30.
- 大川百合子, 東サトエ (2011). 健康な成人女性に対するハンドマッサージの生理的・心理的反応の検討. *南九州看護研究誌*, 9(1), 31-37.
- 佐久間研司, 勝占智子, 深田美香, 甲斐 太, 浦上克哉, 中島健二 (2004). ストレス負荷に対してラベンダーの香りが及ぼす影響. *米子医学雑誌*, 55(4), 203-209.
- Sakuragi, S., Sugiyama, Y., and Takeuchi, K. (2002). Effects of laughing and weeping on mood and heart rate variability. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*, 21(3), 159-165.
- 志水 彰, 角辻 豊, 中村 真 (2009). 人はなぜ笑うのか—笑いの精神心理学. 126-131, 東京: 講談社.
- 清水律子, 近藤弥生, 森山善文, 塚本早苗, 林 久恵, 星野純子, 堀 容子 (2012). 笑い刺激の自律神経系に与える影響とその持続効果. *日本看護医療学会雑誌*, 14(2), 1-12.
- 霜田敏子, 井上寛隆, 原嶋朝子 (2006). 看護学生のユーモア態度と小児看護実習におけるユーモア・笑い. *日本小児看護学会誌*, 15(2), 98-104.
- 菅原智子, 中森早苗, 久家直巳 (2001). 脳卒中片麻痺患者における咀嚼筋・表情筋マッサージ前後の開口角度および声量の測定. *東北理学療法学*, 13, 42-45.
- 角辻 豊 (2003). 笑いの系統発生と発達. *臨床精神医学*, 32, 919-925.
- 曾我祥子 (1984). STAI(State-Trait Anxiety Inventory) について. *看護研究*, 17(2), 11-20.
- 高田晴子, 高田幹夫, 金山 愛 (2005). 心拍変動周波数解析のLF成分・HF成分と心拍変動係数の意義: 加速度脈派測定システムによる自律神経機能評価. *総合健診*, 32(6), 504-512.
- 高橋清武, 岩瀬真生, 高橋秀俊, 倉恒弘彦, 志水 彰, 武田雅俊 (2001). クロスオーバー研究による笑いのNK細胞活性上昇効果の検討. *臨床精神医学*, 33(12), 1599-1607.
- 得居みのり, 水谷信子 (2001). 老年期痴呆患者への手のマッサージの試み. *日本老年看護学会誌*, 6(1), 92-98.
- 八木澤良子, 稲垣絹代 (2008). 認知症高齢者のアロママッサージによる行動変化. *神戸市看護大学紀要*, 12, 31-36.
- 矢島潤平, 長谷 真, 岩永 弘, 甲斐みゆき, 志賀二郎 (2014). コーヒー摂取による作業成績向上とストレス反応の軽減. *別府大学大学院紀要*, 16, 81-88.
- 米山美智代, 八塚美樹 (2009). 生理的, 心理的ストレス指標からみた健康な成人女性に対するフットマッサージの効果. *日本看護技術学会誌*, 8(3), 16-24.

平成26年5月15日受付
平成28年2月18日採用決定

大学附属病院における新人看護師の 看護実践能力と他者支援との関連

Relationship between Clinical Nursing Competence of Newly Graduated Nurses and
Support from Other Staff at University Hospitals

山口 大 輔¹⁾ 浅 川 和 美²⁾
Daisuke Yamaguchi Kazumi Asakawa

キーワード：新人看護師，看護実践能力，他者支援

Key Words：newly graduated nurses, clinical nursing competence, support from staff of the ward

はじめに

看護実践能力とは、単に知識や技術をさすのではなく、対人関係を含めた判断に基づいた技術や看護師としての態度が統合されたものである（高島ら，2004）。また，中山ら（2010）は，看護実践能力は看護師としての知識，技術，価値・信条，経験を複合的に用いて行為を起こす能力である，と述べている。つまり看護実践能力とは，看護実践における技術や知識的な側面だけでなく，看護師の基本姿勢や態度などを複合的に用いて看護を実践する力であるといえる。そして新人看護師は，患者への治療やケアの最終実施者としての責任を担いながら，看護実践能力を習得することが求められている。

中堅看護師を対象とした研修や看護の専門分野研修は，認定看護師や専門看護師教育，看護協会での研修など，中央および地域の看護協会や大学などで行われている。しかし，新人看護師に対する研修は病院ごとに行われており，その方法，期間，内容等は施設によってさまざまである（厚生労働省，2011）。多くの病院では，新人看護職員研修到達目標と指導指針（厚生労働省，2011）に基づいて，新人看護職員研修として，集合教育と現場教育（on the job training: OJT）が行われている。しかし，現場教育で新人看護師に継続的にかかわるプリセプターは，指導や教育能力の未熟さや，時間が足りないなど不安を感じている（池西・河上・佐藤・佐藤・永田，2010）。そのため指導指針では，新人看護師が看護実践能力を高めるための教育を効果的に行うためには，継続的にかかわるプリセプターやチューター等の指導者からの支援だけでなく，部署スタッフ全員でのサポート体制が推奨されている（厚生労働省，2011）。つまり，新人

看護師にとっては，病棟でかかわる師長をはじめ，先輩スタッフすべてが現場教育の指導者であることが望ましく，病棟のスタッフ全員がそれぞれのポジションに応じた役割を果たさないと効果が上がらないといえる（山西，2007）。

先行研究においては，新人看護師は，師長や先輩や，同じ年に就職した新人看護師（以下，同期）などからの言葉と行動の支援を得ていること（野呂瀬，2007）や，先輩や同期の支えが看護実践能力習得に必要であることが示されている（藤好・藤丸・納富・兒玉・奥野，2008）。また，中原（2010）は，一般企業における職場の学習は上司や先輩からの垂直的な関係だけでなく，同僚などの水平的次元の人間関係を想定にいれる必要があることを指摘している。新人看護師育成に関しても，指導される側と指導する側の関係だけでなく，水平次元である同期を含めた関係を想定した支援関係が必要である。

新人看護師が看護実践能力を習得するために，現場教育が最も多く行われており，新人看護師が所属する部署のスタッフからの対話や相談などの言葉による支援や，役割モデルの提示や業務の協力などの行動による支援が影響していることはこれまでの研究において明らかである。しかし，誰からのどのような支援が看護実践能力に関連しているかは明らかにされていない。そのため，新人看護師は看護実践能力を習得するために，誰からどのような支援を受けているのか，また，その支援が看護実践能力にどのように関連しているのかを明らかにする必要があると考えた。

そこで本研究では，新人看護師にとって，職場における垂直的次元である看護師長・副看護師長や先輩看護師と，水平的次元である同期からの支援が看護実践能力にどのように関連しているかを調査し，明らかにする。

1) 信州大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Shinshu University of Medicine

2) 山梨大学大学院総合研究部 Division of Nursing Science, Faculty of Medicine, Graduate Faculty of Interdisciplinary Research,

University of Yamanashi

I. 研究目的

新人看護師の看護実践能力の習得と、職場における「看護師長・副看護師長」「先輩看護師」「同期」から受けている支援との関連を明らかにする。

II. 用語の定義

本研究において、「新人看護師」とは、看護基礎教育を修了後、初めて病院に入職して6か月目を迎えた看護師とした。

「看護実践能力」とは、看護師としての知識、技術、価値・信条、経験を複合的に用いて行為を起こす能力であり、看護専門職としての感情、思考判断を伴った実際に行っている統合的な行動（中山ら，2010），とした。

「他者」とは、新人看護師が所属する部署の看護師とした。看護師長・副看護師長（以下、師長・副師長）、同じ年に看護基礎教育を修了し、初めて就職した新人看護師（同期）、師長・副師長と同期以外のすべての看護師（以下、先輩）に分類した。

「支援」とは、日常的な業務のなかで行われる「他者の仕事に対する援助的な介入」である。業務遂行に関する助言や指導、業務の出来不出来に対するフィードバック、精神的な安息や安心感の提供などが含まれる（中原，2010），とした。

III. 研究方法

1. 調査方法

無記名自記式質問紙調査。

2. 調査期間

平成25年9月～10月。

3. 調査対象

看護基礎教育を修了後、初めて病院に就職して6か月目を迎えた看護師135名。調査対象者が所属する病院は、クリニカルラダーシステムに沿って新人看護職員研修が行われている大学附属病院2施設とした。

4. 調査内容

a. 基本属性

年齢、性別、配属部署、看護基礎教育を修了した教育機関、職場の教育体制。

b. 看護実践能力

中山ら（2010）が開発した、看護実践能力自己評価尺度（Clinical Nursing Competence Self-assessment Scale: CNCSS）

の〈達成の頻度〉を使用した。この尺度は、『基本的責務』『倫理的実践』『援助的人間関係』『クリニカルジャッジメント』『看護の計画的な展開』『ケアの評価』『ヘルスプロモーション』『リスクマネジメント』『ケアコーディネーション』『看護管理』『専門性の向上』『質の改善』『継続教育』の13コンピテンス64項目から構成されている。コンピテンスとは、十分な職務遂行に関連する知識、技術、行動力に加えて、倫理的、価値と反省的実践を行える能力である（中山ら，2010）。信頼性・妥当性は検証されており、Cronbach's α 係数は .97であることが報告されている（工藤・中山・石原・東・永山，2012）。本研究でのCronbach's α 係数は .96であった。

各項目に対して、「自信をもってできる」4点～「自信がない」1点で回答し、得点が高いほど自己の看護実践能力が高いと考えていることを示す。できるというレベルの実践内容の現実性を質問者に確認できる表現として、「自信をもって」という表現で表わされている。尺度作成者から使用許可の承諾を得て使用した。

c. 他者支援

中原（2010）が開発した『他者支援尺度』を使用した。この尺度は同じ職場の人から受けている支援を測定するために開発されたものであり、「業務支援」「内省支援」「精神支援」の3因子14項目で構成されている。信頼性・妥当性は検証されており、各因子のCronbach's α 係数は、業務支援 .85、内省支援 .75、精神支援 .89であることが報告されている（中原，2010）。本研究でのCronbach's α 係数は、業務支援 .84、内省支援 .79、精神支援 .91であった。

業務支援とは、業務を遂行していくうえで直接的に関係してくる助言や指導である。内省支援とは、業務の経験や自分自身のあり方を客観的に振り返る機会を与えられることである。精神支援とは、他者から与えられる精神的安息の支援である（中原，2010）。

各項目に対して、「よくあてはまる」5点～「まったくあてはまらない」1点で回答し、得点が高いほど多くの支援を受けていることを示す。最近1か月間に師長・副師長、先輩、同期の3者それぞれから受けている支援について、回答を依頼した。尺度作成者から使用許可の承諾を得て使用した。

5. データの収集方法

各病院の看護部長に依頼し、看護師長会での承認を得た後に、各病棟の看護師長から「調査依頼書」と「調査票」と「回収用封筒」を調査対象者に配布した。調査書は無記名であり、調査書の提出をもって調査協力に同意したとみなした。回答後の調査票は、回収用封筒に入れて厳封し、院内に設置した回収袋に投入されたものを回収した。

6. 分析方法

- ①各支援者からの支援得点の差は、Wilcoxonの符号付順位検定を行い、Bonferroniの不等式で多重比較を行った。
- ②看護実践能力自己評価得点と、各支援者からの支援得点との相関係数をSpearmanの順位相関係数で分析し、有意水準は5%未満とした。相関係数 $r < .2$ をほとんど相関なし、 $r = .2 \sim .4$ を弱い相関、 $r = .4 \sim .7$ を比較的強い相関、 $r > .7$ を強い相関とした(小塩, 2012)。
- ③看護実践能力自己評価総合得点を、平均点より高得点の群(高群)と、低い群(低群)に分けて、2群間の他者支援得点の差を、Wilcoxonの符号付順位検定で分析を行った。
- ④分析ソフトは『SPSS version 18.0』を使用した。

7. 倫理的配慮、研究対象者の保護

調査する病院の看護部長に対して、口頭および文書にて調査目的を説明し承諾を得た。調査用紙の配布は、各病棟の看護師長に依頼した。看護師長からの配布による研究参加への強制力を最小限に抑えるため、特定の場所に回収袋を設置し、自由意思で投入できるようにした。調査対象者個人に対しては、調査票に調査依頼書を同封して配布した。調査対象者に、研究への参加は任意であり、参加・不参加により不利益は起こらないこと、データは個人が特定されないように処理し、研究以外に使用しないことを文書で説明した。

対象者個人が特定されないように無記名とし、対象者が調査票を回収用封筒に入れ厳封し、回収袋に投入するよう依頼した。回収をもって対象者からの同意を得られたものとした。回収した調査票は、鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究以外の目的で使用はしなかった。なお、本研究は山梨大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号1076)。

IV. 結 果

調査用紙配布数は135部、回収数は99部(回収率73.3%)、社会人経験のある看護師の回答2部、および記入漏れのある回答8部を除いた89部を分析した(有効回答率89.9%)。

1. 対象者の背景

女性79名(88.8%)、男性10名(11.2%)であり、年齢の平均(±標準偏差)は22.8(±1.1)歳であった(表1)。卒業した看護基礎教育機関別にみると、大学67名(75.3%)、短期大学2名(2.2%)、専門学校20名(22.5%)であった。配属部署は、病棟77名(86.5%)、ハイケアユニット(ICU, NICU等)8名(9.0%)、救命救急4名

表1 対象者の基本属性

(N = 89)

年齢(歳)	22.8 ± 1.1
性別	
女性	79 (88.8)
男性	10 (11.2)
教育背景	
専門学校	20 (22.5)
短期大学	2 (2.2)
大学	67 (75.3)
配属部署	
病棟	77 (86.5)
ハイケアユニット(ICU等)	8 (9.0)
救命救急	4 (4.5)
同期の有無	
有	89 (100.0)
無	0 (0.0)

[注] 数値は平均 ± 標準偏差または人(%)

(4.5%)であった。89名全員が配属部署に同期がいると回答した。新人に対する現場での教育制度は、1施設がプリセプター制度であり、1施設がプリセプター制度やチューター制度など、部署ごとに異なる教育体制をとっていた。

2. 看護実践能力

看護実践能力合計平均得点は、256点満点中165.3(±24.2)であり、全質問項目の平均点は、2.58(±0.4)点であった(表2, 3)。

質問項目別の平均点が3点(まあまあ自信がある)以上の項目は、「看護ケアを求められたとき、自分の現在の能力で果たせるかを判断して、実施するかどうかを決めている」「患者の尊厳を守ることを意識しながら日常生活援助を行っている」「看護師として知りえた患者の個人情報、外部に漏れることがないように守秘している」「日常生活援助を行うとき、その必要性和選択肢を説明したうえで、患者の希望を尊重して実施している」「スタンダード・プリコーションを遵守している」、「わからないことがあったら、文献で調べたり、先輩看護師、医師に質問し解決している」の6項目であった。

2点(あまり自信がない)未満の項目は、「終末期にある患者の家族が、ケアに参加できるように配慮している」「患者に起こることが予測される問題について、事前に医師と対策を立てている」「患者の退院に向けて、状況にあった社会資源や制度を活用できるように調整している」「看護職能団体(看護協会等)や学会等から配信される情報に目を通している」の4項目であった。

コンピテンス別の平均得点でみると、最高得点が『倫理実践』の2.99(±0.4)であり、最低得点は『ケアコーディネーション』1.94(±0.7)、であった。

表2 新人看護師の自己評価による看護実践能力得点

コンピテンス	項 目	(N = 89)	
		平均値	標準偏差
基本的責務	看護ケアを実施するとき、患者に目的と方法を説明し、同意を得ている。	2.80	0.47
	看護ケアを求められたとき、自分の現在の能力で果たせるかを判断して、実施するかどうかを決めている。	2.90	0.57
	患者にいまの病状について聞かれたとき、看護師として責任を負える範囲で説明している。	3.09	0.72
	患者や家族に不安を抱かせないように、提供する看護のケアの効果とリスクについて説明している。	2.71	0.73
		2.49	0.59
倫理実践		2.99	0.40
倫理実践	患者が治療について十分に納得していないと察したとき、気持ちや疑問を表出できるようにしている。	2.78	0.78
	患者が診断や治療について医師に聞けないで困っているとき、代弁者としての役割を果たしている。	2.47	0.76
	患者の尊厳を守ることを意識しながら日常生活援助を行っている。	3.15	0.58
	看護師として知りえた患者の個人情報、外部に漏れることがないように守秘している。	3.57	0.54
	日常生活援助を行うとき、その必要性と選択肢を説明したうえで、患者の希望を尊重して実施している。	3.10	0.59
	看護ケア上の倫理的問題に気づいたとき、把握した状況を上司や同僚に報告・相談している。	2.85	0.78
援助的人間関係		2.66	0.51
援助的人間関係	自分の行った看護ケアに対して、患者と話し合える関係を築いている。	2.67	0.74
	患者の意向に添えるように個々の患者の人生観や価値観を尊重して対応している。	2.91	0.69
	患者が自分の病気に対し向き合え、見通しがもてるようにかかわっている。	2.36	0.59
	看護ケアを行うとき、患者の反応を見ながら状況に即した方法を工夫している。	2.93	0.65
	積極的に時間をつくって、患者の話を傾聴している。	2.80	0.84
	患者が困難な場面や悲嘆にあるとき、それを乗り越えられるようなかかわりをしている。	2.28	0.66
クリニカルジャッジメント		2.59	0.44
クリニカルジャッジメント	患者の状態を観察し、看護に必要な情報を収集している。	2.88	0.54
	患者の健康問題を把握するために、患者のこれまでの日常生活について聴いている。	2.75	0.65
	患者の状態の小さな変化から異常を予測し、大事に至る前に対応している。	2.40	0.72
	医師の指示に疑問をもったときには必ず確認している。	2.48	0.73
	変化する患者の状態や状況に応じて、看護ケアの優先度を判断している。	2.71	0.61
	生命の危機にある患者の緊急事態において、迅速に判断して行動している。	2.15	0.86
	患者に処方されている薬剤の目的、作用を確認してから投与している。	2.79	0.57
看護の計画的展開		2.53	0.46
看護の計画的展開	観察とコミュニケーションから患者の特性や状況を把握して、個別的な看護計画をたてている。	2.34	0.64
	疾患によって異なる個別の問題を理解し、看護ケアを提供している。	2.53	0.66
	患者の痛みの種類を見極めて、適切に対処している。	2.34	0.74
	看護ケアの効果を維持できるように、記録や報告を確実にやっている。	2.82	0.63
	中心静脈カテーテルやドレーン類を挿入している患者には、状態に適した方法で清潔ケアを行っている。	2.79	0.72
	患者の褥瘡を予防するために効果的な援助を工夫している。	2.55	0.62
	終末期にある患者の家族が、ケアに参加できるように配慮している。	1.90	0.75
	処置や看護ケアを行うときは、必要物品を効率よく使用できるように配置している。	2.75	0.61
	患者が安全・安楽に検査や処置を受けられるように説明し、準備している。	2.76	0.68

3. 他者支援

a. 主な支援者

日々の仕事をしていくうえでの主な支援者1名を選択するよう回答を求めたところ、「プリセプターや教育担当者」が52名(58.4%)、「その他の先輩看護師」が30名(33.7%)、「師長・副師長」が1名(1.1%)であり、「同期」と回答した者はいなかった。「師長・副師長」と「その他の先輩看護師」の2者を選択した人は6名(6.7%)であった。

b. 他者支援得点

新人看護師が職場で受けている、支援者別の他者支援得点の総合得点は、先輩(58.7±7.5点)が最も高く、次いで同

期(56.2±7.0点)、師長・副師長(54.0±8.5点)の順で高かった。先輩と師長・副師長($p < .01$)、先輩と同期($p < .05$)、師長・副師長と同期($p < .05$)との各得点間に有意な差が認められた。

支援内容別の得点をみると、「業務支援」は先輩(4.5±0.4点)が最も高く、次いで師長・副師長(4.2±0.6点)、同期(3.6±0.5点)の順で高かった(図1)。先輩と師長・副師長($p < .01$)、先輩と同期($p < .01$)、師長・副師長と同期($p < .01$)との各得点間に有意な差が認められた。「内省支援」は先輩(4.6±0.5点)が最も高く、次いで師長・副師長(4.4±0.7点)、同期(3.8±0.8点)の順であっ

表3 新人看護師の自己評価による看護実践能力得点

コンピテンス	項 目	(N = 89)	
		平均値	標準偏差
ケアの評価		2.51	0.47
	看護ケアの結果を、患者の反応と目標達成との関連により評価している。	2.49	0.61
	自分の行った看護ケアを経済性・効率性から評価している。	2.01	0.65
	自分の行った看護ケアを評価し、その内容を看護記録に残している。	2.85	0.65
	看護ケアをその患者の安楽・安心・安全の観点から評価している。	2.82	0.63
	看護計画をカンファレンスを通して、チームで評価し、修正している。	2.38	0.92
ヘルスプロモーション		2.42	0.52
	入院時から退院後の生活を見通して、療養生活の仕方について指導をしている。	2.34	0.71
	患者が日常生活を自分自身でコントロールできている実感がもてるように援助している。	2.34	0.67
	患者のリハビリテーションにつながるように、患者の日常生活援助を工夫している。	2.53	0.71
	入院中に受けた治療を退院後も患者自身が継続できるように援助している。	2.44	0.66
	家族が患者の病気に伴う生活の変化を受け止め、ストレスを軽減できるように働きかけている。	2.45	0.67
リスクマネジメント		2.83	0.46
	スタンダード・プリコーションを遵守している。	3.30	0.66
	自分の行動傾向を知り、ミスを起こさないように工夫している。	2.85	0.70
	病棟で起こりやすいリスクの情報を共有し、他のスタッフと協働して対策を立てている。	2.66	0.64
	災害発生時の対応マニュアルに沿った患者の避難方法を把握している。	2.51	0.79
ケアコーディネーション		1.94	0.65
	患者に起こることが予測される問題について、事前に医師と対策を立てている。	1.96	0.72
	患者の退院に向けて、状況に合った社会資源や制度を活用できるように調整している。	1.81	0.77
	治療が効果的に行われるために、患者の情報を他の専門職に明確に伝えている。	2.06	0.68
看護管理（役割遂行）		2.41	0.52
	自分の病棟における役割分担とその責任を自覚して、看護ケアを行っている。	2.71	0.66
	ケアの質と時間的効率性を考慮しながら、業務上の優先順位を決めて行動している。	2.67	0.64
	自分に割り当てられた仕事だけでなく、同僚看護師の看護ケアの進行状況を考えながら仕事をしている。	2.27	0.70
	チームメンバーの長所を認めて、メンバーが能力を最大限に発揮できるように支援している。	2.00	0.77
専門性の向上		2.33	0.55
	常に看護実践の根拠を意識して看護ケアを行っている。	2.60	0.65
	看護職能団体（看護協会等）や学会等から発信される情報に目を通している。	1.92	0.83
	看護職の役割と機能が患者や家族に伝わるように、看護ケアを行っている。	2.35	0.68
	看護の専門性や独自性を明確にして、他の医療チームメンバーと協働している。	2.46	0.66
質の改善		2.40	0.60
	病棟の看護手順やマニュアルが、最新の知見に基づいているかどうかを確認しながら活用している。	2.20	0.83
	院内（病棟）で問題となった業務については看護師長や看護スタッフと話し合い、改善に取り組んでいる。	2.54	0.77
	施設のアメニティ（設備・備品）が患者にとって不具合であれば、使用しやすいうように調整している。	2.45	0.69
継続学習		2.83	0.50
	実施した看護技術の評価を行い、スキルアップを図っている。	2.81	0.60
	わからないことがあったら、文献で調べたり、先輩看護師、医師に質問し解決している。	3.11	0.61
	専門職として能力を維持、向上させるために研修会・学会に参加している。	2.60	0.90
	看護師として今後の目標を明確にし、それに向かって自己研鑽している。	2.82	0.70
総 合 得 点		165.30	24.17

た ($p < .01 \sim .05$)。先輩と師長・副師長 ($p < .05$)、先輩と同期 ($p < .01$)、師長・副師長と同期 ($p < .01$) との各得点間に有意な差が認められた。「精神支援」は同期 (4.6 ± 0.6 点) が最も高く、次いで先輩 (3.6 ± 0.9 点)、師長・副師長 (3.2 ± 0.9 点) の順であった。先輩と師長・副師長 ($p < .01$)、先輩と同期 ($p < .01$)、師長・副師長と同期 ($p < .01$) との各得点間に有意な差が認められた。

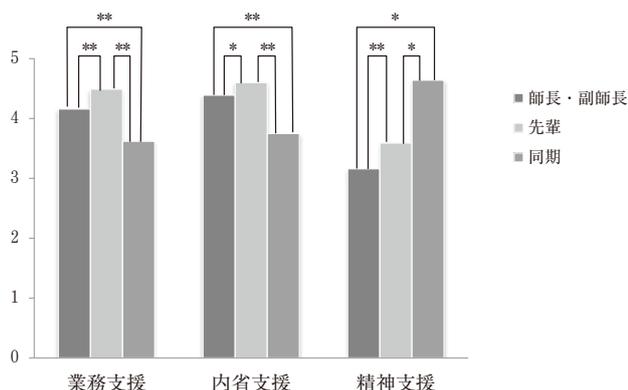
4. 他者支援と看護実践能力との関連

a. 支援者別の支援内容と看護実践能力との関連

支援者別の支援内容と、看護実践能力との関連をみると、師長・副師長からの「業務支援」と看護実践能力自己評価総合得点の間に比較的強い正の相関 ($r = .418, p < .01$) がみられ、師長・副師長の「精神支援」($r = .262$)、同期の「業務支援」($r = .257$) との間に弱い正の相関がみられた ($p < .05$) (表4)。

b. 支援者別の支援項目と看護実践能力との関連

支援者別の支援項目と、看護実践能力との関連をみると、師長・副師長からの「仕事の相談に乗ってくれる」($r = .335$)、「仕事上の必要な他部門との調整をしてくれる」($r = .387$)、「自分の目標、手本となっている」($r = .327$)、「自律的に働けるよう、まかせてくれる」($r = .350$)と看護実践能力自己評価総合得点の間に正の弱い相関がみられた ($p < .01$)。



Wilcoxonの符号付順位検定後、Bonferroniの不等式に基づく多重比較。*: $p < .05$ 。**: $p < .01$ 。

図1 新人看護師が職場で受けている支援 (支援者別得点の比較) (N=89)

同様に、先輩からの「自律的に働けるよう、まかせてくれる」($r = .220$)との間に正の弱い相関がみられた ($p < .05$)。同期からの「仕事の相談に乗ってくれる」($r = .223$)、「仕事に必要な情報を提供してくれる」($r = .238$)、「仕事上の必要な他部門との調整をしてくれる」($r = .263$)との間に正の弱い相関がみられた ($p < .05$) (表5)。

c. 看護実践能力の高群と低群の他者支援の差

看護実践能力自己評価総合得点の平均点より高得点の群(高群)と、低い群(低群)の他者支援得点を比較した。その結果、師長・副師長 ($p = .013$) と同期 ($p = .013$) からの支援得点のみが、低群に比べ高群のほうが有意に高値であった (表6)。

V. 考 察

1. 6か月目の新人看護師の看護実践能力の特徴

本研究では、6か月目の新人看護師が、自己の看護実践能力をどのように認識しているかを調査した。高島ら(2004)は、新人看護師の看護実践能力は就職直後よりも、就職後3か月目のほうが低く、就職後6か月目で上昇傾向となることを明らかにしている。そのため、就職後6か月目での他者支援と看護実践能力の関連をみることは、今後

表4 新人看護師の看護実践能力自己評価と他者支援との相関

(N=89)

コンピテンス	師長・副師長			先輩			同期		
	業務支援	内省支援	精神支援	業務支援	内省支援	精神支援	業務支援	内省支援	精神支援
看護実践能力自己評価総合得点	.418**			.262*			.257*		

[注] Spearmanの順位相関係数。*: $p < .05$ 。**: $p < .01$ 。有意水準が、 $p < .05$ か $p < .01$ のみ記載。

表5 新人看護師の看護実践能力総合得点と「師長・副師長」「先輩」「同期」からの支援項目との相関

支援項目	師長・副師長	先輩	同期
業務支援			
自分にはない専門的知識・スキルを提供してくれる。			
仕事の相談に乗ってくれる。	.335**		.223*
仕事に必要な情報を提供してくれる。	.265*		.238*
仕事上の必要な他部門との調整をしてくれる。	.387**		.263*
自分の目標、手本となっている。	.327**		
自律的に働けるよう、まかせてくれる。	.350**	.220*	
内省支援			
自分について客観的な意見を言ってくれる。			
自分自身を振り返る機会を与えてくれる。			
自分にない新たな視点を与えてくれる。			
精神支援			
精神的な安らぎを与えてくれる。	.216*		
仕事の息抜きになる。	.268*		
心の支えになってくれる。	.258*		
プライベートな相談に乗ってくれる。			
楽しく仕事ができる雰囲気を与えてくれる。			

[注] Spearmanの順位相関係数。*: $p < .05$ 。**: $p < .01$ 。有意水準が、 $p < .05$ か $p < .01$ のみ記載。

表 6 看護実践能力自己評価総合得点の高群と低群による他者支援総合得点の比較

(N = 89)

師長・副師長からの支援			先輩からの支援			同期からの支援		
看護実践能力高群と低群意の比較			看護実践能力高群と低群意の比較			看護実践能力高群と低群意の比較		
高群 (n = 41)	低群 (n = 48)	p値	高群 (n = 41)	低群 (n = 48)	p値	高群 (n = 41)	低群 (n = 48)	p値
Mean ± SD	Mean ± SD		Mean ± SD	Mean ± SD		Mean ± SD	Mean ± SD	
56.2 ± 7.4	52.0 ± 8.9	0.013*	59.4 ± 7.5	58.1 ± 7.5	0.313	57.9 ± 5.6	54.7 ± 7.6	0.013*

[注] 差の検定はWilcoxonの符号付順位検定を行った。*: $p < .05$, **: $p < .01$.

の新人看護師育成方法の示唆を得るために意義があると考えた。

看護実践能力は、看護師としての知識、技術、価値・信条、経験を複合的に用いて行為を起こす能力である(中山ら, 2010)。そのため、本研究は、その複合的な能力を表すコンピテンスを用いて調査を行い、結果を分析した。その結果、看護実践能力自己評価のコンピテンス別の得点は、『ケアコーディネーション』の平均点が2点(あまり自信がない)以下の1.94(±0.65)と最も低い得点であった。その他のコンピテンスの平均点は2点以上であり、『基本的責務』『倫理実践』『リスクマネジメント』の得点が高く、新人看護師は、患者への看護ケアに対する説明を行い、同意を得て日常生活援助を行うことに自信をもっていた。

中山ら(2010)の調査でも、『基本的責務』や『倫理実践』『リスクマネジメント』は実施の頻度も高く、達成の程度も高いことが報告されている。すなわち、新人看護師の看護実践能力には、実施の頻度が高ければそのコンピテンスも高くなるといえる。『基本的責務』や『倫理実践』や『リスクマネジメント』等の得点の高いコンピテンスは、看護基礎教育において演習や実習を通して学習可能な内容を含んでおり、看護師として病院で働き出してから早い時期から、意識しながら実践可能な内容であることが、高い得点につながっていると考えられる。

一方、新人看護師は、『ケアコーディネーション』の構成要素である、医師と相談して対策を立てる、退院に向けて社会資源を活用できるように調整するなど、他職種との調整を必要とする能力に自信がないという結果であった。これらは、学生時代に経験する機会が少ない項目であり、看護師として病院で働き出してから早期の段階で習得することは困難な内容である。『ケアコーディネーション』は6か月目の新人看護師は経験することが少なく、習得することが困難なコンピテンスであるといえる。

2. 新人看護師が感じている他者からの支援

他者支援の総合得点は、先輩が最も高く、次いで同期、師長・副師長の順であった。新人看護師が日々の仕事において最も支援を受けていると感じているのは、先輩である

といえる。師長・副師長、先輩看護師は、新人看護師への指導・教育支援が不足しているのではないかといった不安を抱えており、とくにプリセプターは、知識や技術についての指導や教育がうまくできない、時間がとれないなどの、負担を感じている(池西ら, 2010)。しかし、誰からどのような支援を受けているのかについて、支援の内容別にみると、「業務支援」と「自省支援」は先輩から最も多く支援を受けていた。野呂瀬(2007)の調査においても、新人看護師の患者へのかかわりが変化した出来事における支援者は、師長や同期に比べて、先輩という回答が最も多く、患者の安全確保など、看護判断が必要な技術は先輩に相談しながらその能力を習得していることが明らかにされている。新人看護師は、先輩から支援を最も受けていると感じており、先輩が不安を抱えている、新人看護師に対する教育が不十分であるといった現状はみられなかった。

「精神支援」は同期から最も多く受けていた。藤好ら(2008)は、新人看護師が実践能力を修得するプロセスに、同期との気持ちの共有と、先輩の支えという精神支援が必要であることを報告している。

3. 他者支援と看護実践能力の関連

本研究では新人看護師が、日々の業務を実施するうえで、師長・副師長、先輩、同期からどのような支援を受けているのか、また、自己の看護実践能力に対してどのような認識をもっているかを調査し、職場における他者からの支援と看護実践能力との関連について分析した。その結果、師長・副師長の「業務支援」「精神支援」と、看護実践能力総合得点との間に正の相関がみられた。高谷(2008)は、看護師長は個々の新人看護師のペースに合わせた指導や、新人看護師からの相談を一緒に考えたりするなど、新人看護師の個別性を考慮した指導を行っていることを報告している。また、師長の責任として新人看護師の仕事を見届けるなど、看護業務全般に全責任をもつ行動を行っていることを報告している。そして、副看護師長は看護師長を支え、自らもリーダーシップをとってスタッフの教育にあたることが求められている(山西, 2007)。現在の新人看護師への教育は、OJTによる先輩からの指導が最も多く行われているが、看護師長・副師長もできる限り新人看護師

教育に携わる必要性があるのではないだろうか。看護実践能力の高得点の群（高群）と、低い群（低群）の他者支援得点を比較した結果、師長からの支援得点のみが、低群に比べ高群のほうが有意に高値であった。そのため、師長・副師長からの支援が看護実践能力習得に必要であると考えられる。看護師長・副師長は、入院の短縮化などに伴い、管理業務が多忙となっている。しかし、いままでに培ってきた、新人看護師の個別性を配慮した教育は、看護師長・副師長のほうが先輩よりも的確に行えることが考えられる。そのために、看護師長・副師長が通常業務での新人看護師教育により多く参加できる体制を整えることが必要であると考えられる。看護師長・副師長の新人に看護師への指導は、先輩看護師にとって指導のロールモデルとなり得る。また、師長・副師長が新人看護師に直接かかわることによって、先輩看護師が新人看護師の指導について相談しやすくなり、具体的な示唆を受けることが可能になる。先輩からの支援と看護実践能力との間にほとんど相関関係がみられなかったことも、先輩の新人看護師に対する指導力の不足といったことも考えられるため、師長・副師長を含めた全スタッフでの新人看護師の育成が必要である。

また、師長・副師長が「目標、手本となっている」といったロールモデルになっていることや、「仕事上の必要な他部門との調整をしてくれる」といった環境調整をしてきていると感じている新人看護師の看護実践能力自己評価が高いことが明らかとなった。佐藤（2010）は、新卒看護師に「あなりたい」というロールモデルとなる看護師が存在することや、「役目がある」など承認を得ていることが新人看護師の成長を促進することを明らかにしている。新人看護師が、師長・副師長をロールモデルと感じ、師長・副師長が実践している看護をまねるなど参考にすることで、いままでできなかった看護実践が行えるようになっていくのではないだろうか。また、「あなりたい」と思える看護師が側にいることは、新人看護師のやる気を引き出すことにもつながる。師長・副師長の看護実践を新人看護師に見せるなどの工夫も新人看護師の看護実践能力習得には必要であると考えられる。

さらに、師長・副師長からの精神支援が新人看護師の看護実践能力と弱い正の相関を示した。新人看護師は新しい環境で仕事をする不安や、仕事上の疑問などを抱えている（唐澤ら、2008）。そのような状態のまま、看護実践能力を習得することは困難であるといえる。そのため、師長・副師長から、「心の支えになってくれる」などの精神支援を受けることで、不安感や疑問点が解消され、看護実践能力の習得につながったと考えられる。

また、新人看護師が先輩から受けている「自律的に働けるよう、まかせてくれる」といった支援や、同期から受け

ている「仕事の相談に乗ってくれる」といった支援なども、看護実践能力総合点と弱い正の相関関係がみられた。中山ら（2010）の調査は、看護実践能力は実践の頻度と、その能力の達成の程度との間に正の相関があることを報告している。これは、看護実践能力は、実践することによってその実践内容がより高度になっていくことを示唆している。つまり、看護実践は何度も行うことでその能力が向上するといえる。そのため、師長・副師長や先輩からの「自律的に働けるよう、まかせてくれる」といった新人看護師が看護実践を何度も行えるようにする支援が看護実践能力と相関がみられたと考えられる。またKolb（1984）は、学習することは「経験」が重要な役割を果たしていると考え、「経験学習サイクル」を提唱している。このサイクルは経験したこと（経験）を、振り返り意味づけし（省察）、その内容から今後役に立つ知見を導き出し（概念化）、その知見を実践する（実践）というサイクルを行いつづけることが学習であり、成長するために必要であるとしている。

新人看護師は、師長・副師長や先輩からの自律的に働けるような環境を整えてもらうことで、看護業務を試行錯誤しながら実施し、「経験」を積んでいるといえる。具体的には、師長・副師長からの「仕事の相談に乗ってくれる」「仕事に必要な情報を提供してくれる」といった支援により、経験学習理論における、振り返り意味づけするという「省察」と、その内容から今後役に立つ知見を導き出す「概念化」を行い、師長・副師長や先輩からの「自律的に働けるよう、まかせてくれる」といった支援を受けて実践することができ、こうした経験を重ねることが、看護実践能力の習得を促進していることが推測された。

VI. 結 論

新人看護師の看護実践能力の習得と他者から受けている支援との関連を検討した結果、以下が明らかになった。

1. 新人看護師が、日々の仕事をしていくうえで、「業務支援」と「内省支援」では先輩からの支援を最も多く受けていると感じており、「精神支援」は同期からの支援を最も多く受けていると感じていた。
2. 師長・副師長からの「業務支援」と「精神支援」と看護実践能力習得との関連が認められた。新人看護師にとって、師長・副師長が他部門との調整などの環境を整えてくれ、目標・手本となり、心の支えであることが、看護実践能力の習得を促進していた。
3. 新人看護師は、師長・副師長や先輩からの業務支援とともに、自律的に働ける環境を整えてもらう支援を受けることで、経験を積むことができ、看護実践能力を習得することが推測された。

VII. 本研究の限界と今後の課題

1. 新人看護師が就職して6か月目の調査であるため、入職当時や入職6か月目以降については不明である。そのため、今後は縦断的研究を行い、新人看護師が受けている支援や、新人看護師の看護実践能力の変化との関係を研究する必要がある。
2. 新人看護師は先輩看護師から最も多くの支援を受けているが、先輩看護師からの支援と看護実践能力習得との間で関連が認められなかった。その理由は、今回の調査では明らかにできないため、今後の課題とする。
3. 研究対象者が、2施設の大学附属病院135名であり、一般化するには対象数が少ない。そのため、今後は研究対象者を増やし研究する必要がある。

謝 辞

本研究にご協力をいただきました調査対象者の新人看護師の皆さまと、研究対象施設の責任者の皆さまには、多大なご協力をいただき、心より感謝申し上げます。また、データ解析におきましては山梨大学の中本和典教授に貴重なアドバイスをいただきました。心よりお礼申し上げます。また、研究を進めるにあたってご指導いただきました、山梨大学大学院医学工学総合教育部基礎看護学講座の皆さまに深く感謝いたします。

なお、本論文は、山口大輔の山梨大学大学院医学工学総合教育部（修士課程）看護学専攻の修士論文（指導：浅川和美教授）に一部加筆修正を加えたものであり、第34回日本看護科学学会学術集会（愛知県）において一部報告した。

要 旨

新人看護師が受けている、師長・副師長、先輩、同期からの支援と、看護実践能力との関連を明らかにすることを目的に、大学病院に勤務する入職6か月目の看護師135名を対象として、無記名自記式質問紙調査を行った。その結果、師長・副師長からの「業務支援」と看護実践能力の間に比較的強い相関がみられ、師長・副師長の「精神支援」と同期の「業務支援」との間に弱い正の相関がみられた。具体的には、師長・副師長からの「目標、手本となっている」($r = .327$)や「仕事上の必要な他部門との調整をしてくれる」($r = .387$)と看護実践能力との関連が認められた。先輩看護師から最も多くの支援を受けていたが、看護実践能力との関連は認められなかった。師長・副師長のロールモデルとしての役割や、業務遂行上の環境調節は新人看護師の看護実践能力を高める要因となっていることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to identify the relationship between the clinical nursing competence of newly graduated nurses and support from other staff. Questionnaires were distributed to 135 newly graduated nurses assigned to university hospitals. Slightly strong correlations were seen for a chief nurses and associate chief nurses between “duties support” and “clinical nursing competence”, and weak correlations were seen between “mental support” and, “duties support” contemporaries at the hospital. In particular, the chief nurses and associate chief nurses found that “They do the adjustment with other sections in their work” ($r = .387$) and “aimed to make a model of his” ($r = .327$) as these were seen as being related to clinical nursing competence. Newly graduated nurses received the most support from nurse seniors, however, a relationship with clinical nursing competence was not recognized. It was suggested that the chief nurses and associate chief nurses acting as a role model, and the environmental adjustments in the duties that were accomplished became the key factors cultivating the clinical nursing competence of newly graduated nurses.

文 献

- 藤好貴子, 藤丸千尋, 納富史恵, 兒玉尚子, 奥野由美子 (2008). 大学病院小児科病棟新人看護師の臨床実践能力獲得への3ヶ月の経験. 日本小児看護学会誌, 17(2), 9-15.
- 池西和哉, 河上ゆり, 佐藤 剛, 佐藤亜矢, 永田和也 (2010). プリセプターが指導・教育で感じている困難に関する調査. 第41回日本看護学会論文集: 看護教育, 3-6.
- 唐澤由美子, 中村 恵, 原田慶子, 太田規子, 大脇百合子, 千葉真弓 (2008). 就職後1ヶ月と3ヶ月に新人看護師が感じる職務上の困難と欲しい支援. 長野県看護大学紀要, 10, 79-87.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of*

- Learning and Development*. Prentice-Hall.
- 厚生労働省 (2011). 新人看護職員研修ガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128vp.pdf>
- 工藤真由美, 中山洋子, 石原 昌, 東サトエ, 永山くに子 (2012). 看護実践能力を測定する2つの質問紙(尺度)の構成概念の比較検討. 福島県立医科大学看護学部紀要, 14, 13-22.
- 中原 淳 (2010). 職場学習論—仕事の学びを科学する. 47-70, 東京大学出版会.
- 中山洋子, 戸田 肇, 土居洋子, 永山くに子, 東サトエ, 小松万喜子, 工藤真由美, 丸山育子, 石井邦子, 石原 昌, 大平光子,

- 大見サキエ, 田村正枝, 松成裕子 (2010). 看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究: 臨床経験1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践力に関する横断的調査. 平成18年~21年度科学研究費補助金(基盤研究(A)研究代表者: 中山洋子), 1-61.
- 野呂瀬恵子 (2007). 新人看護師の看護実践能力の修得過程の分析. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター教員養成課程看護教員養成コース看護教育研究集録, 32, 190-195.
- 小塩真司 (2011). SPSSとAmosによる心理・調査データ解析 [第2版]. 33-34, 東京図書株式会社.
- 佐藤真由美 (2010). 新卒看護師の成長を促進する関わり. 日本看護管理学会誌, 14(2), 30-38.
- 高島直美, 樋之津淳子, 小池秀子, 箭野育子, 鈴木君江, 赤沢陽子 (2004). 新人看護師12ヵ月までの看護実践能力と社会的スキルの修得過程: 新人看護師の自己評価による. 日本看護教育学会誌, 13(3), 1-17.
- 高谷嘉枝 (2008). 看護師長がとらえた新人看護師の適応状況と看護師長の対応に関する質的分析. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 15, 29-41.
- 山西文子 (2007). 看護実践能力育成のための看護現任教育プログラム. メジカルフレンド社.

[平成27年1月16日受 付]
[平成27年12月17日採用決定]

根治的前立腺全摘除術後の患者が 排尿障害の改善を実感するまでの経験

Experiences of Post-radical Prostatectomy Patients up to the Point
at which they Perceive Improvement of Dysuria

川口 寛介¹⁾ 竹内 登美子²⁾ 新 鞍 真理子²⁾
Kansuke Kawaguchi Tomiko Takeuchi Mariko Niikura
青木 頼子²⁾ 牧野 真弓²⁾
Yoriko Aoki Mayumi Makino

キーワード：前立腺がん，根治的前立腺全摘除術，排尿障害

Key Words：prostate cancer, radical prostatectomy, dysuria

はじめに

わが国の前立腺がん患者数は増加の一途にある。『がんの統計〈2014年版〉』（がんの統計編集委員会，2015）によると，2010年の男性におけるがん患者数のなかで，胃がん，大腸がん，肺がんに次いで4番目に多い。前立腺がんは60歳以上で罹患率が大きく増加し，70歳以上で男性がん患者のなかで前立腺がん患者の割合が増加する。患者数増加の理由の一つとしてprostate specific antigen（PSA）による診断方法の普及があり，従来の直腸指診では困難であった早期のがんが発見されるようになった。掛屋（2009）によると，前立腺がんに関する看護研究は2005年以降増加傾向にあり，研究テーマはQOLに関する研究が最も多く，看護者側の指導内容，不安，術後せん妄，術後の安楽など多岐にわたっている。

前立腺がんの治療は，手術療法，放射線療法，薬物療法に大別される。手術療法においては，5年生存率は100%に近づいてきているが，合併症として，尿失禁，排尿困難，頻尿などを含む排尿障害や性機能障害などの機能障害が起こることが認められており，術後の患者に影響を与えている。

排尿障害が改善するまでには個人差があるものの時間がかかることが多い。中嶋・小林・高坂（2005）によると，研究対象者の多くは尿失禁が改善するまでに3か月以上要している。佐藤・佐藤（2010）によると，術後1～3か月群は術後4～6か月群，術後7～9か月群，術後10～12か月群の3群に比べ，排尿機能が低く，排尿負担感が多いと

述べている。

看護師は手術前から生活指導や骨盤底筋体操の指導を行っているが，術後追加治療がない場合，膀胱留置カテーテル抜去後早期に退院し，多くの患者は排尿障害が改善しないまま家庭や社会に戻ることになる。術後尿失禁改善のため骨盤底筋体操が実施されているが，骨盤底筋体操の効果に対する先行研究結果はさまざまである。このような現状のなかで看護師は，退院後の排尿障害の状況や，排尿障害があるなかで患者はどのような生活を送り，どのような思いをしているのかを把握するのはむずかしい。

そこで，根治的前立腺全摘除術を受けた患者が，排尿障害の改善を実感するまでに，どのような経験をしているのかを知ることによって，患者理解が深まり，看護実践への手がかりや，実践へつなげることができるのではないかと考えた。

平松・中田・赤木（2009）によると，退院後も尿失禁が続く患者のQOLの実態を調査し，「退院時に普通の生活をすればよいと言われたがどこまでが普通かがわからなかった，尿失禁のために寝ておくほうがいいのか動いたほうがいいのか」という生活の不安，「もっと生活面について聞いて帰ればよかった」という退院時の思いが明らかにされている。金子ら（2008）によると，患者の術前の不安として，尿失禁になるとどうなるかという不安，尿失禁により仕事や周囲に与える影響への不安が報告されている。入院中，さらには術前から排尿障害，退院後の生活について十分に説明することが求められている。

術後の排尿障害がQOLに及ぼす影響は先行研究によっ

1) 山形大学医学部看護学科，前富山大学大学院医学薬学教育部 School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine, Formerly at Graduate School of Medicine Pharmaceutical Sciences for Education, University of Toyama
2) 富山大学大学院医学薬学研究部 Graduate School of Medicine Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

て報告されている。田中・山口・田川（2008）によると、前立腺全摘除術後の尿失禁は、身体的・精神的・社会的に患者の生活に影響を及ぼしている。そのなかでも、身体的活動の制限、仕事・家事の制限においてQOLへの影響が大きいことが明らかにされている。佐藤・佐藤（2010）は、術後1年までの前立腺がん患者の機能障害に対する対処行動とQOLの関連について述べており、問題解決に向けて社会におけるさまざまな人達との交流を営んでいく能力を高める支援、外部から得られるさまざまな解決方法を患者自身が選択し活用していく能力を高める支援、術後機能障害に影響する合併症を管理し気分転換を促す支援の必要性が示唆されている。

以上のように、根治的前立腺全摘除術後の排尿障害がQOLに及ぼす影響はある程度明らかにされているが、排尿障害の改善を実感するまでの経験に焦点を当てた調査は見当たらなかった。本研究においては、患者の視点から術後排尿障害の改善を実感するまでの経験がどのようなものであるかを明らかにするものであり、根治的前立腺全摘除術後の患者を理解するための重要な方向性を示すことができると考えた。

I. 研究目的

根治的前立腺全摘除術後の患者が、排尿障害が改善したと実感するまでにおいて、入院から退院を経て自宅での生活のなかでどのような経験をしているのかを明らかにする。

II. 用語の定義

1. 根治的前立腺全摘除術後の排尿障害

根治的前立腺全摘除術後に発生した尿失禁、排尿困難、頻尿、尿意切迫感、排尿痛などの手術以前にはなかった症状、もしくは手術以前とは異なる排尿に関する症状を呈する身体状態とした。

2. 排尿障害の改善

研究参加者本人の主観とし、術後、排尿障害が発症した不都合状態に対して、患者自身が改善した、よくなったと実感した場合を排尿障害の改善とし、排尿障害が残存している場合も含む。

3. 尿失禁

尿失禁とは不随意的に尿が出ることをさし、「括約筋構造に弱いところがあるため、せきをしたとき、笑ったとき、椅子より立ち上がる時等に尿が漏れる状態」である

腹圧性尿失禁、「尿意が急に起こり、激しいため、間に合わずに尿が漏れる状態」である切迫性尿失禁とした。

4. 経験

経験とは、実際に見たり、聞いたり、行ったりすることであり、感覚器が刺激されたときに生じるさまざまな心身反応も実際の経験である。また、経験によってのみ得られる知識が経験知である。本研究における経験とは、根治的前立腺全摘除術を受けた患者が、排尿障害の改善を実感するまでの間に、見たり、聞いたり、行ったりしたこと、さらにそれらを通して生じた心身反応、および経験を通して得られた認識を含むとした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

排尿障害の改善を実感するまでの経験を具体的に明らかにするために、ある現象を日常的な言葉であるがままに記述し要約することができる質的記述的研究（Sandelowski, 2000/2013）を用いた。

2. 研究参加者

A大学病院で根治的前立腺全摘除術を受けて退院し、術後4か月を経過した60～70歳代の5名を対象とした。中嶋ら（2005）、佐藤・佐藤（2010）の報告より、排尿障害の改善を実感しているであろう術後4か月を経過した者とした。根治的前立腺全摘除術の術式は問わない。なお、1人でコミュニケーションをとることが困難な者、自然排尿できない者は除外した。

3. データ収集期間

2013年8月～2013年11月に調査を実施した。

4. データ収集方法

まず、研究参加者のリクルートを次の手順で行った。病院長、看護部長、担当医に研究の主旨を記載した研究協力依頼書を提出し、研究協力の承諾を得た後、担当医から該当の患者を研究参加候補者としてあげてもらった。その後、外来受診を終えられた研究参加候補者に、研究者が文書（研究協力説明書）および口頭で研究の趣旨・方法等を説明し、排尿障害の改善を実感できており、かつ自由意思によって研究参加の同意を得られた方を対象とした。

次に、先行研究から得られた知見を参考にしてインタビュー項目を決定し（表1）、半構成的インタビューを実施した。また、診療情報録から患者基本情報と治療に関する情報、および質問紙によって補足データを得た。質問

表1 インタビュー項目

1. 現在の症状
2. いままでで最もつらい症状
3. 排尿障害の改善の実感
4. 排尿障害による影響 生活や仕事への影響・人間関係
5. 排尿障害への対策 骨盤底筋体操・その他の対策
6. 退院前に聞いてよかったことや聞いておきたかったこと
7. 排尿障害に対する意識 術前・術後の意識
8. その他

紙には、キング健康調査票 (King's Health Questionnaire : KHQ) を用いた。

KHQは排尿障害に特異的なQOL尺度であり、「全般的健康観」「生活への影響」「仕事・家事の制限」「身体的活動の制限」「社会的活動の制限」「個人的な人間関係」「心の問題」「睡眠・活力」「重症度評価」の9領域で構成されている。各領域について0～100点で評価され、点数が低いほど排尿障害によるQOLへの影響は低い(本間・後藤・安藤・福原, 1999)。

5. インタビューデータ分析方法

質的帰納的分析を次の手順で行った。インタビューを録音したICレコーダの内容を逐語録とし、内容の正確性を共同研究者間で確認した。その後、すべてのデータを注意深く読み、テーマに関連した意味のまとまりごとに区分し、できるだけ語られた言葉を用いて意味を表す名前を付与した(コード化)。このときに時間経過が明らかなものは、コード化した内容を時間経過に応じて再構成した。次に、すべてのコードの中から繰り返し浮かび上がったテーマごとにコードをまとめ、共通して見出される意味を表す名前を付与した(サブカテゴリー化)。再度、すべてのデータを注意深く読み、サブカテゴリーごとにコードの内容とネーミングを再検討しながら、類似した特徴をもつ概

念のグループにまとめて、カテゴリー名をつけた。カテゴリー化を行った後に、各カテゴリー間の関連性を検討し、排尿障害の改善を実感するまでの一連の経験をストーリーラインとして記述した。

6. 研究の質の確保

研究の厳密さを確保するために、Denzin & Lincoln (2000/2006) に従って、①インタビューに加えて、診療情報録からの患者基本情報・治療情報と、質問紙調査(KHQ)からの排尿障害によるQOLに関する情報を得た。②分析の全過程において、共同研究者および質的研究の専門家からスーパーバイズを受けた。

IV. 倫理的配慮

本研究は富山大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 臨認25-45)。研究協力機関に、本研究概要を口頭および書面で説明し研究協力の承諾を得た後に、研究参加者に対し、本研究の概要、自由意思による研究参加、途中辞退の自由、個人情報の管理方法、研究参加に伴う利益や不利益がないことを、口頭および書面で説明し、同意書に署名をもらってから調査を実施した。インタビュー調査では、プライバシーを考慮し個室で行い、インタビューを行うことで不快感を与えないよう配慮した。

V. 結果

1. 研究参加者の概要

本研究の参加者は61～76歳の5名であり、その概要を表2に示した。インタビュー時の術後月数は5～23か月であった。各人に対しインタビューを1回行い、インタビューの所要時間は23～55分であった。

各人に約5分間程度でKHQに回答してもらった。KHQの結果を表3に示した。

表2 研究参加者の概要

ケース	A	B	C	D	E
インタビュー時 年齢	70代前半	70代後半	70代前半	60代後半	60代前半
術後からインタ ビューまでの月数	23か月	5か月	6か月	5か月	9か月
入院期間	74日(放射線 治療含む)	25日	22日	19日	29日
膀胱留置 カテーテル抜去	術後14日	術後9日	術後12日	術後11日	術後15日
放射線治療の有無	有	無	無	有	無
退院日	術後63日(放射 線治療含む)	術後19日	術後18日	術後15日	術後25日

表3 研究参加者のKHQ得点

ケース	A	B	C	D	E
全般的健康観 (100)	25	75	50	50	50
生活への影響 (100)	0	100	0	33.3	33.3
仕事・家事の制限 (100)	0	50	0	33.3	0
身体的活動の制限 (100)	0	50	33.3	33.3	0
社会的活動の制限 (100)	0	55.6	11.1	0	0
個人的な人間関係 (100)	0	0	0	0	66.7
心の問題 (100)	0	22.2	22.2	22.2	22.2
睡眠・活力 (100)	0	0	0	16.7	16.7
重症度評価 (100)	0	46.7	33.3	26.7	6.7

[注] () は満点値

「全般的健康観」と排尿障害の程度を示す「重症度評価」に着目すると、術後23か月と最も経過の長いケースAと術後9か月を経過したケースEが、術後約半年を経過した他の3人よりも点数が低かった。ケースBは他の参加者に比べ、KHQの多くの項目で点数が高く、排尿障害が生活に大きく影響を与えていると考えられた。KHQの性生活のことを含んだ「個人的な人間関係」の項目では、術後9か月経過した時点で、唯一、性生活があったケースEが66.7点であった。

2. 研究参加者が排尿障害の改善を実感するまでの経験

得られたインタビュー内容より、184個のコードが抽出された。抽出されたコードを21個のサブカテゴリーに分類し、さらに6個のカテゴリーに分類した(表4)。

以下にカテゴリーごとに代表的な実際のインタビュー内容を含めて結果を示していく。カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》, コードは〈 〉, インタビュー内容は「 」で示す。

根治的前立腺全摘除術後の患者が排尿障害の改善を実感するまでの経験のストーリーラインを示す。

根治的前立腺全摘除術を受けた患者は、膀胱留置カテーテル抜去直後から生じる【術後から続く排尿障害のつらさ】という最もつらい経験をしていた。そして、不便を感じつつも、おむつやパッドを使用し【排尿障害と付き合いながらの生活】のなかで、骨盤底筋体操や日ごろの運動という【排尿障害に対する取り組み】を行い、【医療者、同病者からの情報取得】をうまく自分に当てはめ活用することによって、【排尿症状の改善と解放感】を感じとっていた。患者の意識の中心となっていたものは、術前では排尿障害よりもがんや手術のことであり、術後は排尿障害に伴うつらさに関することに変わり、それらが解消されると、がん再発の不安へと【排尿障害に対する意識の変化】がみられていた。

表4 カテゴリーとサブカテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー
術後から続く排尿障害のつらさ	尿意が近く、昼夜とも何度もトイレへ行く
	術後からいまでもちょっとしたことで漏れる
	尿が出ている感覚がなく戸惑う
排尿障害と付き合いながらの生活	おむつ、パッドの使用で不便もあるが安心して過ごせる
	常に清潔に保つよう心がけている
	排尿の変化を自覚しつつ、普段どおり生活している
	旅行には不安がつきまわっている
	おむつ、パッドを使用しないといけない自分が情けなくなる
	まわりの人たちは気にかけてくれ、いままでと同じように接することができる
排尿障害に対する取り組み	術前にはなかった身体感覚の変化がある
	骨盤底筋体操をして尿漏れをよくしたい
	尿漏れと健康維持のため日ごろから運動している
医療者、同病者からの情報取得	外出時は事前にトイレへ行くことで不安を解消している
	術後の生活上の注意点が知りたかった 同病者の経験談を自分に当てはめ活かしている
排尿症状の改善と解放感	がまんでできるようになり、排尿間隔が長くなった
	尿漏れが徐々に少なくなり、パッドから解放された
排尿障害に対する意識の変化	術前はがん、手術のことが気になり、排尿障害のことは考えられなかった
	術後は羞恥心を気にせず闘病に向き合った
	術後の排尿障害を経験し、向き合うことで自分の状態を認識した 再発の不安は残っているが、排尿障害は改善し心配していない

a. 【術後から続く排尿障害のつらさ】

このカテゴリーは、膀胱留置カテーテル抜去直後から続く、尿意切迫感、尿失禁、排尿感覚がないことの心身苦痛の状況を表している。《尿意が近く、昼夜とも何度もトイレへ行く》《術後からいまでもちょっとしたことで漏れる》《尿が出ている感覚がなく戸惑う》の3個のサブカテゴリーに分類された。

《尿意が近く、昼夜とも何度もトイレへ行く》は、〈入院中、排尿をすごくしたくなるのが一番つらく、ともすれば漏れる；A〉〈退院当初は夜1時間おきに尿意がきて、尿漏れもあり何度も起きていた；B〉などと、尿意切迫感のため、昼夜を問わず何度もトイレへ行き、それが研究参加者にとって負担となっていたことが示された。また、現在、〈術前は排尿回数が8～10回だったのが、術後5か月のいまは12～13回と増えた；D〉と、術前よりも排尿回数が増えた者もいた。

《術後からいまでもちょっとしたことで漏れる》は、膀胱

膀胱留置カテーテル抜去後から研究参加者全員が尿失禁を経験していた。〈膀胱留置カテーテル抜去後、相当漏れがづらく、退院できるか心配だった；C〉〈膀胱留置カテーテル抜去後は頻繁に漏れていてつらかった；E〉、〈膀胱留置カテーテル抜去直後は、漏れが水道の蛇口をひねりっぱなしみたいな状態だった；E〉などと、膀胱留置カテーテル抜去後は、尿失禁の量も多く、不安やつらさがあった。現在も、〈調子の悪い日は咳やくしゃみをしたときに漏れる、調子のいい日と悪い日は心も体も全然違う；B〉と、ちょっとしたことで尿失禁がある者もいた。

《尿が出ている感覚がなく戸惑う》は、〈漏れているという感覚がないことが一番心配だった；C〉〈手術後はじゃじゃ漏れで、術後3か月まで漏れている感覚がなかった；E〉と排尿感覚がないことでつらさを感じており、〈調子の悪い日はいまも尿の出ている感覚がわからない；B〉と、現在もつらさを感じている者もいた。

b. 【排尿障害と付き合いながらの生活】

このカテゴリーは、排尿障害やそれに付随した出来事と付き合いながら生じた、生活の変化や感情・感覚の変化を表している。《おむつ、パッドの使用で不便もあるが安心して過ごせる》《常に清潔に保つよう心がけている》《排尿の変化を自覚しつつ、普段どおり生活している》《旅行には不安がつきまどっている》《おむつ、パッドを使用しないといけない自分が情けなくなる》《まわりの人たちは気にかけてくれ、いままでと同じように接することができる》《術前にはなかった身体感覚の変化がある》の7個のサブカテゴリーに分類された。

《おむつ、パッドの使用で不便もあるが安心して過ごせる》は、〈紙おむつ、パッドがあるため、立ってトイレができないので、洋式トイレを選ぶ；B〉ことのように、生活のなかで制限があった。しかし、〈女性用の小さいパッドを使用すれば、生活上心配することはない；C〉〈パッドをしていたので、尿漏れは仕事に影響なかった；E〉と、パッドの使用により、生活のなかでの排尿障害の影響を減らすことができ、〈パッドは邪魔になるものではなく、安心ということで付けている；C〉と、安心につながっていた。

《常に清潔に保つよう心がけている》は、〈下着を毎日取り換え、清潔にするようにした；A〉と、術後から清潔に気をつけ、意識するようになったことが示された。

《排尿の変化を自覚しつつ、普段どおり生活している》は、〈家の中での作業は自由にトイレへ行けるので心配することはない；C〉と、尿失禁や、尿意切迫感などの症状を自覚しながら、普段どおり生活していた。しかし、〈飲酒をすると漏れることがある；C〉という状況であった。また、術後2週間程で退院し、〈退院してすぐに仕事を再

開したが、力んだときに少し尿漏れがある程度でいままでどおり行えた；D〉と、退院時に少量の尿失禁がありながらも、普段どおり生活していた。

《旅行には不安がつきまどっている》は、旅行のように長距離、長時間の移動を伴い、〈観光バスに乗っていると止まるわけにはいかないので、団体旅行には行けない；B〉と、トイレの制限があるため、排尿に関し不安があることが示された。

《おむつ、パッドを使用しないといけない自分が情けなくなる》は、〈日常でも紙おむつをしないといけないと思ひ、情けない話だと思った；A〉と、おむつやパッドを使用しなくてはいけないことや、使用しなければならない自分のことに対し情けなくなる、気分が落ち込むことが示された。

《まわりの人たちは気にかけてくれ、いままでと同じように接することができる》は、家族や周囲の人たちが、〈娘はよく気にかけてくれ、家内は病気のことをよく理解してくれるため精神的な満足がある；B〉と、病気のことに対し、理解を示し、〈女房が楽観的で、自分も尿漏れに対し気楽になれた；C〉と精神的な安らぎがあった。〈家族との関係は1番風呂に入れなかったこと以外は変わらない；E〉と、術前と変わらない人付き合いをしていることが示された。

《術前にはなかった身体感覚の変化がある》は、〈前のめりに自転車に乗るとなるとなしに具合が悪い；A〉〈前立腺部分がへこんでいる感覚があり自転車に乗れないが、車の運転は全く問題ない；B〉と、術後に排尿障害だけでなく、摘除した前立腺部分の感覚の変化を感じた者もいた。

c. 【排尿障害に対する取り組み】

このカテゴリーは、尿漏れをよくしたいと考えて実施した骨盤底筋体操や日ごろの運動、および外出時の不安軽減策の実施を表している。《骨盤底筋体操をして尿漏れをよくしたい》《尿漏れと健康維持のため日ごろから運動している》《外出時は事前にトイレへ行くことで不安を解消している》の3個のサブカテゴリーに分類された。

《骨盤底筋体操をして尿漏れをよくしたい》は、研究参加者全員が入院期間中に骨盤底筋体操を実施していた。退院後も、〈筋肉を元に戻すときには骨盤底筋体操しかないと考え、朝昼晩どんなことがあっても行っている；A〉と骨盤底筋体操を常に行っていた者、〈骨盤底筋体操を行っていたが、術後3、4か月でしなくなり、しなくてもあまり変わらなかった；B〉などのようにある一定の期間だけ行っていた者、〈骨盤底筋体操をあまり行っていなかったが、術後半年で排尿は通常の状態に戻った；E〉と骨盤底筋体操を実施していなかった者がいたが、研究参加者全員が尿失禁の改善を実感していた。常に骨盤底筋体操を行っ

ていた者は、〈常に骨盤底筋体操をやっていた、これに勝るものはなく、間違いなく一番効果があったと感じている；A〉と、骨盤底筋体操の有効性を信じ、実施していた。逆に、行っていない者は、〈骨盤底筋体操を行っていないので、治るかどうか心配だった；E〉と尿失禁が改善するのかと不安を抱いていた。

《尿漏れと健康維持のため日ごろから運動している》は、〈術後骨盤底筋体操はしていなかったが、術後3か月は散歩をしていた；E〉と、尿漏れと健康維持のため日ごろから研究参加者全員が運動を実施していることが示された。運動はストレッチ、散歩などから水泳、スポーツジムへ行くなど強度はさまざまであり、運動内容も〈術後3か月まではウォーキングをし、術後3か月以降はスポーツジムへ行くようになった；C〉と、術後月数、身体状況に合わせ変化していった。

《外出時は事前にトイレへ行くことで不安を解消している》は、〈出かける前にトイレに行く、溜まっていなくてもトイレへ行く；A〉と、外出時に事前にトイレへ行き、〈買い物などへ行ったら、まずトイレの場所を調べる；B〉と、トイレの場所を調べておくことで、外出時の排尿障害に関する不安軽減をはかっていることが示された。

d. 【医療者、同病者からの情報取得】

このカテゴリーは、退院後の生活で疑問に思うところや、入院中に聞きたかった内容と取得した情報を、自分に当てはめ、それを活用していたことを表している。《術後の生活上の注意点が知りたい》《同病者の経験談を自分に当てはめ活かしている》の2個のサブカテゴリーに分類された。

《術後の生活上の注意点が知りたかった》は、退院後の生活で疑問に思うところや、入院中に聞きたかったこととして、〈自転車に乗っていいのかわかりたかった；A〉〈飲酒は大丈夫かを退院前に聞いておきたかった；B〉などの日常生活の注意点、健康管理のことが示された。また、〈看護師からのアドバイスは聞きたいが、自分から聞きたいことはなかった；A〉と、患者自身から聞くのではなく、医療者からの情報提供を求めていることが示された。また、〈夫婦生活ができなくなるのはネックだが、治すために仕方がないと思った；E〉と、術後の性生活への制限への思いを述べた者もいた。

《同病者の経験談を自分に当てはめ活かしている》は、〈同じ時期に入院していた、同じ手術を受けた仲間たちの話が聞けて一番良かった；D〉と、同じ時期に入院していた同病者や、〈インターネットで前立腺患者の例を見て、元気づけられる；C〉と、インターネット上での同病者らの経験を知ることで、自分自身に当てはめ、それらを活用していることが示された。

e. 【排尿症状の改善と解放感】

このカテゴリーは、排尿間隔が長くなったこと、尿失禁が減少したことなどの自覚症状の改善、おむつやパッドを使用しなくてもよくなったという行動面から解放感を得ていたことを表している。《がまんできるようになり、排尿間隔が長くなった》《尿漏れが徐々に少なくなり、パッドから解放された》の2個のサブカテゴリーに分類された。

《がまんできるようになり、排尿間隔が長くなった》は、〈術後すぐは夜起きる間隔が1時間だったのが、5時間、短くても3時間間隔が空くようになった；B〉と、排尿間隔が長くなり、トイレへ行く回数が減ったことで症状の改善を感じていた。その後、〈術後1か月ほどで、トイレへ走るようなことはなくなった；A〉、術後1か月程で〈自分で排尿をコントロールできるようになった；D〉と感じ、術後9か月では、〈手術後に比べると排尿をかなりがまんできるようになった；E〉と、排尿をがまんできるようになっていた。

《尿漏れが徐々に少なくなり、パッドから解放された》は、術後5か月で〈漏れるとか、こぼれるとかそういった気持ちは全くなく、いまは心配ない；B〉、術後6か月で〈半年たったいま、尿漏れはそんなに多くなく、生活は手術前の状態に戻っていると思う；C〉〈尿漏れは徐々に減っていき、半年たったらよくなった；E〉など、尿失禁が減少したことで改善を実感し、尿失禁が少なくなると共に、術後1か月半程で〈尿漏れがほとんどなくなりパッドを使わなくなった；D〉、術後7か月で〈笑ったり、くしゃみをして、ほとんど漏れず、紙おむつをしなくても大丈夫になった；A〉、術後8か月で〈漏れが少なくなり、おむつ、パッドを使用しなくても大丈夫である；E〉と、おむつやパッドを使用せずに過ごすことができるようになったことで、解放感を感じていた。

f. 【排尿障害に対する意識の変化】

このカテゴリーは、術前から術後、退院後の生活に至るまでに、排尿障害に対しての意識がどのように変化していったのかを表している。《術前はがん、手術のことが気になり、排尿障害は考えられなかった》《術後は羞恥心を気にせず闘病に向き合った》《術後の排尿障害を経験し、向き合うことで自分の状態を認識した》《再発の不安は残っているが、排尿障害は改善し心配していない》の4個のサブカテゴリーに分類された。

《術前はがん、手術のことが気になり、排尿障害は考えられなかった》は、〈手術前はがんのことが主で、排尿障害のことは考える暇がなかった；C〉〈術前は手術のことでいっぱい術後の排尿障害のことを考えていなかった；D〉などと、術前の患者の意識は、がんや手術に対する不安が大きいことが示された。また、「手術前はどのような

かわからなかった；A」「自覚症状がなく、排尿障害について考えていなかった；E」と、術後の排尿障害をイメージできていなかった。

《術後は羞恥心を気にせず闘病に向き合った》は、〈入院当初は、若い女性看護師に恥ずかしい思いがあったが、術後苦しいときはそのような感覚はなく、その後気にならなくなった；D〉と、術前は若い女性看護師に対し羞恥心があったが、術後のつらい時期は羞恥心を気にせず、闘病に向き合っていることが示された。

《術後の排尿障害を経験し、向き合うことで自分の状態を認識した》は、〈自分は排尿障害がある体だと思うようになった；D〉〈前立腺をとったのだから漏れるのは仕方がない；E〉と、排尿障害を経験し、手術を受けた後の自分の状態を再認識していた。そして、排尿障害が改善し、〈術後は尿漏れがあったが、現在は排尿に関し問題がなく感謝している；C〉と、前立腺がんの治療を行い、排尿障害が生じたが改善し、感謝の気持ちを感じていた者もいた。

《再発の不安は残っているが、排尿障害は改善し心配していない》は、〈排尿のことは心配していないが、再発しないか心配である；A〉〈日常生活での不安はなく再発の不安だけが残っている；D〉〈排尿障害は良くなったがPSAの値が上がっており再発が心配；E〉などと、排尿障害が改善し、排尿や排尿に伴う日常生活の不安や心配は解消されていた。しかし、がんが再発するかもしれないという気持ちは、手術をして退院した後も残っていることが示された。

VI. 考 察

1. 排尿障害等を自覚しながらの生活

根治的前立腺全摘除術後の尿失禁は、研究参加者全員が経験しており、退院後のいまでも漏れることがあるなど、膀胱留置カテーテル抜去後から退院後の生活に長期間、心身ともに影響を及ぼしていた。また、膀胱留置カテーテル抜去直後から、尿意切迫感、排尿感覚がないことを認めており、つらい症状となっていることが示された。看護師は生活への影響が大きい尿失禁に着目しがちだが、術後の患者は、尿失禁だけでなく、尿意切迫感、排尿感覚がないことの症状にも悩まされていたことが明らかとなった。

排尿障害の改善時期や、改善のとらえ方については、中嶋ら（2005）と同様に、本研究においても個人差が大きく、明確な回答は得られなかった。しかし、研究参加者全員が、排尿症状が完全になくなっても、改善や解放感を実感していた。排尿症状が完全になくなることも重要であるが、《排尿の変化を自覚しつつ、普段どおり生活

している》ことが見出されたことから、一つひとつの排尿症状が改善していくことにより、排尿障害からの解放感を得ることができ、生活のなかで、変化していく排尿障害とうまく付き合っていく、対処していくことが重要である。

田中ら（2008）は、退院後2週間と2か月で尿失禁の頻度とKHQ結果を比較し、2か月後の尿失禁は減少傾向にあり、QOLも改善傾向にあると報告している。本研究でも、術後経過の長いケースAとケースEのほうが、術後経過の短いケースB、C、DよりもKHQの「全般的健康観」「重症度評価」の点数が低く、術後経過の長いほうがQOLの向上と排尿症状の改善を実感していることが示された。このことはインタビュー内容にも表れており、たとえばケースAは、〈術後1か月ほどで、トイレへ走るようなことはなくなった；A〉、術後7か月で〈笑ったり、くしゃみをして、ほとんど漏れず、紙おむつをしなくても大丈夫になった；A〉と、術後経過に沿った排尿障害の回復を述べ、術後経過期間の長いほうが、QOLが良好であることが推察された。しかし、術後5か月を経過したケースBは、インタビューでは排尿障害の改善を実感していると発言していたが、KHQの多くの項目で点数が高く、排尿障害が生活に多くの影響を与えていると考えられた。このように、排尿障害の改善の実感とKHQの点数結果が結びつかないケースもあることが明らかとなり、対象理解のむずかしさとさまざまな視点からの心身状態の理解の必要性が示された。

平松ら（2009）によると、入院中には尿とりパッドに対する不快感を示す発言はなかったが、退院後には尿とりパッドへの不満があったと述べられている。本研究では、ケースA、B、Eが入院中から退院後の生活において、おむつ、パッドの使用による不便さを語っており、退院後にそれらを外すことができた際には、日常生活の不便や制限が解消され、排尿障害からの大きな解放感につながっていた。このようななか、〈女性用の小さいパッドを使用すれば、生活上心配することはない；C〉という発言もあり、おむつ、パッドを肯定的に受け止めて適切に使用することができれば、日常生活を安心して過ごすことができ、改善を実感することに結び付くと考えられた。

おむつ、パッドの使用は、使用に伴う制限や、情けなくなり気分が落ち込むことなど、心身ともに生活への影響が大きい。しかし、それらを適切に使用することで生活のなかでの制限を解決することができ、安心につながっていることも示された。平松ら（2009）も患者に合わせたパッドの使用についての指導が重要であると述べており、おむつ、パッドとうまく付き合っていくことでQOLが向上すると考えられ、衛生用品の適切な指導方法の重要性が示された。

一方で、生活のなかでの不安として、トイレへ自由に行けないことが示された。旅行など長距離、長時間の移動が患者にとって不安の原因となっていた。排尿障害の改善を実感していても、旅先の見知らぬ場所や不慣れな場所、長時間の移動といった制限が、改善のなかに隠れている不安を表出するのではないかと考えられる。実際の生活のなかでは、買い物など外出時には、事前にトイレへ行き、外出先でまずトイレの場所を調べており、生活のなかでの対策を行い不安の解消をしていた。佐藤・佐藤（2010）は、問題への取り組みは日常生活活動が良好になることにつながり、術前と同じようにできれば、生活の満足度は高くなると述べている。本研究でも、事前に排尿を済ませる、トイレの場所を確認するといったことにより、術前と同じように外出することができ、生活の満足へとつながると考えられた。

排尿は誰においてもデリケートな部分であり、〈朝起きてから寝るまでずっとおしっこを考えていた；B〉とあるように、生活のなかで切り離すことのできない重要な部分である。正源寺・泉・平松（2008）によると、健康教室に参加する高齢者にKHQを使用し調査した結果、排尿障害あり群は、排尿障害なし群に比べて「生活への影響」が有意に高かったと述べている。また、田中ら（2008）は、前立腺全摘除術後の尿失禁が「身体的活動の制限」「仕事・家事の制限」において影響が大きいと述べており、どのような生活を過ごしているのかを理解することは患者、医療者ともに重要なことである。

2. 性機能障害と身体感覚の変化

佐藤・佐藤（2010）の調査では、根治的前立腺全摘除術を受けた患者の約9割が性機能障害を認知していた。本研究参加者は高齢者であったため、夫婦生活があったのは1人だけであったが、〈夫婦生活ができなくなるのはネックだが、治すために仕方がないと思った；E〉と術後の性機能障害についてのつらさが述べられた。また、〈術後、精液の排出ルートはどうなるのか聞いておけばよかった；E〉と、解剖学的な質問があり、性に関する内容は聞きにくいことが示唆された。術後の排尿障害とともに性機能障害は重要なことであり、患者のQOLに影響する。性機能障害に関するケアは、同性である男性看護師が担うことができる重要な役割の一部であると考えられた。

術後の身体感覚の変化については、先行研究でも述べられておらず、〈前のめりに自転車に乗るとなるとなしに具合が悪い；A〉〈前立腺部分がへこんでいる感覚があり自転車に乗れないが、車の運転は全く問題ない；B〉と、自転車に乗った際に、前立腺部分がへこんでいる感覚があると感じた者がいた。野村・堀越・塚越・二渡（2014）は、

術後がん患者は、「喪失体験による自己存在価値の低下」といったボディイメージの変化によって精神的動揺を感じると述べており、本研究参加者も同様に、男性特有の前立腺を失った生理的感覚に心理的感覚が加わったことで、そのような感覚につながったのではないかと推察された。しかし、この感覚を述べた者は2名だけであり、他の患者にも同様の感覚があるのか、自転車に乗った場合にだけそう感じるのか、その感覚の変化を受容し、いずれは自分の体の一部となっていくのか、今後探求していく必要がある。このような身体感覚の変化を明らかにすることで、患者理解が深まり、患者指導のなかにも取り入れていくことができると考える。

3. 骨盤底筋体操の取り組み

前立腺全摘除術後の排尿障害のなかでも尿失禁の改善策として、多くの病院で指導・実施されている骨盤底筋体操がまずあげられる。研究参加者は、骨盤底筋体操入院中は5人全員、退院後は4人、その後も継続して行っているのは1人であり、全員が尿失禁の改善を実感していた。中嶋ら（2005）は、骨盤底筋体操を実施したほうが早期に尿失禁が改善すると報告しており、坂本・内記・鈴木・平瀬（2008）は、骨盤底筋体操を指導した群と指導しなかった群では尿失禁に差がなかったと報告しており、必ずしも有効だとは限らない。本研究では、〈骨盤底筋体操をあまり行っていなかったが、術後半年で排尿は通常の状態に戻った；E〉〈骨盤底筋体操を行っていたが、術後3、4か月でしなくなり、しなくてもあまり変わらなかった；B〉などのように、骨盤底筋体操の有効性を感じていない者もいた。しかし、5人全員が術後から何かしらの運動を行っていた。中嶋ら（2005）は骨盤底筋体操を実施してなくても運動習慣のある患者は尿失禁が改善していたと述べており、骨盤底筋体操のみだけでなく、日ごろの運動習慣が尿失禁に対し有効なのではないかと推察された。

また、骨盤底筋体操は尿失禁の改善だけでなく、精神面へのプラスの影響があることが本研究から示唆された。退院後から骨盤底筋体操を行っていなかった者は、〈骨盤底筋体操を行っていなかったので、治るかどうか心配だった；E〉と、尿失禁が改善するのかどうかという不安を抱えていた。現在も行っている者は、〈常に骨盤底筋体操をやっていた、これに勝るものはなく、間違いなく1番効果があったと感じている；A〉と骨盤底筋体操で尿失禁が改善すると信じて行い続け、改善したことも骨盤底筋体操のおかげだと発言していた。このように、骨盤底筋体操を行うことで、尿失禁への不安の解消、尿失禁の改善への期待といった心理面に対してもよい影響があると考えられた。平松ら（2008）も、骨盤底筋体操の指導が尿失禁に対する

不安軽減に貢献できたと述べている。指導の際は、精神面への影響も説明することで、動機づけられ、患者はより骨盤底筋体操へ取り組みやすくなり、継続的な実施につながるのではないかと考えられる。

4. 回復過程における意識の変化

術前の患者の意識として、金子ら（2008）は、根治的前立腺全摘除術を受ける術前の患者の不安は、尿失禁についてイメージできない不安、術前の患者の思いの中心は手術が予定どおりできるかどうかであることと述べており、本研究でも、術前の意識として、がんや手術に対する不安が大きく、術後の排尿障害についてイメージがなかったことが示された。ゆえに、まず術前は、疾患と手術に関する患者の不安を取り除くことを優先しつつ、術後の排尿障害の概要を説明しイメージをもってもらうことが望ましいといえよう。

また、1名のみであったが〈入院当初は、若い女性看護師に恥ずかしい思いがあったが、術後苦しいときはそのような感覚はなく、その後気にならなくなった；B〉と入院中の女性看護師への羞恥心の変化を述べた者もいた。術後は、異性の看護師に対しての恥じらいの気持ちより、闘病に集中していることが考えられた。

研究参加者全員が、手術を経験し、排尿障害、身体変化を感じながら、それらと向き合うことで自分の状態を認識して受け入れていた。また、〈術後は尿漏れがあったが、現在は排尿に関し問題がなく感謝している；C〉と感謝の気持ちを感じている者もいた。排尿障害を経験し、排尿障害への取り組み、排尿障害の改善と一連の経過を経験したことで、自分の状態と向き合い理解し受容につながったのではないかと考えられた。しかし、排尿障害の心配改善につれて、がん再発の不安が意識に上がり、がん再発の不安は患者にとって最後まで重い課題であることが明らかになった。

5. 看護への示唆

根治的前立腺全摘除術後の患者において、排尿障害が完全になくなることも重要であるが、排尿障害が早期に改善した者、長期間改善していない者がいるなかで、排尿障害の改善とは、日常生活に支障をきたさないレベルに至ることだととらえることができるような指導が重要である。

骨盤底筋体操を実施していなくても改善につながってい

ることが示され、骨盤底筋体操の尿失禁改善に対する影響は明瞭ではないが、尿失禁への不安の解消や、改善への期待など精神面へのよい影響があることが示唆された。骨盤底筋体操指導の際に、症状の改善だけでなく、精神面への影響も説明することで、患者は動機づけられ、継続につながる。

患者は、排尿障害と排尿障害のある生活をイメージすることがむずかしく、具体的にイメージする手助けとして、同病者の経験が有効であり、同じ経験を通してこそその共感を得ることができる。また、術後に前立腺部分の感覚の変化を感じた者がいたように、手術を経験した者にしかわからない感覚があることが示された。患者と看護師間での個々の指導だけでなく、同病者との経験や思いを互いに話し合う機会を患者指導のなかに組み入れることが必要になると考えられる。

術前の患者の意識は、手術やがんという疾患に関するものが大きく、術後の排尿障害について考えるゆとりがないことが示された。入院から手術とめまぐるしく変わる環境のなかで、急いで骨盤底筋体操を含めた術後の指導を行うのではなく、まずは術前の不安を解消することが優先であり、患者理解に努め、いまその時、患者にとって何が必要であるかを改めて理解し援助することが重要であるといえる。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、根治的前立腺全摘除術後の排尿障害の改善を実感するまでの、入院中や退院後の一連の経験を明らかにしたものであるが、1つの大学病院という枠の中で、5名の研究参加者という限界を有している。ゆえに今後は、複数の病院を対象として研究参加者を募り、さらに内容を深めていくことが必要である。このような限界はあるものの、本研究において先行研究からは見出せなかった、術後の身体感覚の変化という新たな概念を示すことができた。今後、その新たな概念の本質を深めていくことも課題である。

謝 辞

貴重な経験を語っていただきました本研究参加者と、ご協力いただきました皆さまに感謝致します。本稿は、富山大学大学院医学薬学教育部修士課程の学位論文として提出し、第40回日本看護研究学会学術集会で発表したものに、加筆、修正を加えたものである。

要 旨

本研究の目的は、根治的前立腺全摘除術後患者が、排尿障害が改善したと実感するまでにおいて、入院から退院を経て自宅での生活のなかでどのような経験をしているのかを明らかにすることである。術後4か月経過した

60～70歳代の5名を対象とし、半構成的面接調査と質問紙調査を行い、質的帰納的分析を行った。

患者は、【術後から続く排尿障害のつらさ】という最もつらい経験をし、パッドやオムツを使用する情けなさを退院後も感じながら【排尿障害と付き合いながらの生活】を送っていた。骨盤底筋体操や日ごろの運動など【排尿障害に対する取り組み】を行い、【医療者、同病者からの情報取得】を自分に当てはめ活用しながら、徐々に【排尿症状の改善と解放感】を感じとっていた。術前はがんや手術のことが気になっていたが、術後は排尿障害に伴うつらさに意識が集中し、排尿障害が改善してくるとがん再発の不安へと【排尿障害に対する意識の変化】が見出された。

Abstract

The objective of the present study was to elucidate the experiences of post-radical prostatectomy patients while living at home following admission and discharge up to the point at which they perceive the improvement of dysuria. Semi-structured interviews and a questionnaire survey were conducted on five patients in their 60s or 70s at four months postoperatively, and the data were analyzed in a qualitative, inductive manner.

The most agonizing experience for patients was the “agony associated with dysuria, which had persisted since surgery”, and the patients experienced “dealing with dysuria in daily life” while also feeling miserable about having to use incontinence pads and diapers after discharge. The patients engaged in “measures for dysuria” such as pelvic floor muscle exercises and routine exercise, adapted and applied the “information obtained from medical personnel and fellow patients”, and gradually felt “improvement of voiding symptoms and a sense of liberation”. Whereas patients were concerned about the cancer and surgery preoperatively, following surgery their awareness was focused on the agony associated with dysuria, and after the dysuria began to improve, they exhibited “a change in awareness regarding dysuria” into concerns about cancer recurrence.

文 献

- Denzin, N.K., and Lincoln, Y.S. (2000) / 平山満義 (監訳) (2006). 質的研究ハンドブック〈2巻〉質的研究の設計と戦略. 43-63, 北大路書房.
- 平松巳佳, 中田由香, 赤木理恵 (2009). 前立腺全摘術を受け退院後も尿失禁が続く患者のQOLの実態. 泌尿器ケア, 14(5), 504-514.
- 本間之夫, 後藤百万, 安藤高志, 福原俊一 (1999). 尿失禁QOL質問票の日本語版の作成. 日本神経因性膀胱学会誌, 10(2), 225-236.
- 掛屋純子 (2009). 我が国における前立腺がんの看護研究の動向. インターナショナル nursing care research, 8(1), 63-70.
- 金子千春, 中田中紀子, 神津三佳, 山下優美, 薦田しず江, 篠原信雄 (2008). 根治的前立腺全摘術患者の術前の不安内容と看護援助. 泌尿器ケア, 13(4), 423-430.
- がんの統計編集委員会 (編) (2015). がんの統計〈2014年版〉. がん研究振興財団. <http://www.fpcr.or.jp/pdf/p21/gantoukei14.pdf>
- 中嶋綾子, 小林 英, 高坂久美子 (2005). 前立腺全摘術後の患者の退院後の尿失禁に関する実態調査. 日本看護学会論文集 (老年看護), 36, 3-5.
- 野村亜矢, 堀越政孝, 塚越徳子, 二渡玉江 (2014). 術後がん患者の退院後の問題状況に関する研究の動向と課題. 群馬保健学紀要, 34, 13-22.
- 坂本和子, 内記幸枝, 鈴木美穂, 平瀬史枝 (2008). 根治的前立腺全摘除術を受けた患者の術後尿失禁への看護支援に関する研究骨盤底筋体操の効果とその関連因子. 泌尿器ケア, 13(5), 528-535.
- Sandelowski, M. (2000) / 谷津裕子, 江藤裕之 (訳) (2013). 質的研究をめぐる10のキークエスション: サンデロウスキー論文に学ぶ. 医学書院.
- 佐藤大介, 佐藤富美子 (2010). 術後1年までの前立腺がん患者の機能障害に対する対処行動とQOLの関連. 日本がん看護学会誌, 24(2), 15-23.
- 正源寺美穂, 泉キヨ子, 平松知子 (2008). 健康教室に参加する高齢者の排尿障害の実態と排尿障害に特異的なQOLとの関連. 金沢大学つるま保健学会誌, 32(2), 39-41.
- 田中千尋, 山口美沙, 田川由紀 (2008). 根治的前立腺全摘術後の尿失禁が及ぼす退院後のQOLの影響: キング健康調査票による実態調査. 泌尿器ケア, 13(10), 1075-1083.

〔平成27年8月3日受 付〕
〔平成28年1月21日採用決定〕

看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設入居者の家族が抱く認識

Awareness of Elderly Care Home Residents' Families with Regard to Expansion of Nurses' Medical Roles

大 釜 信 政
Nobumasa Ogama

キーワード：看護師，診療，高齢者施設，家族，医療政策

Key Words：nurse, practice, elderly care facility, family, health care policy

緒 言

政府は、「社会保障と税の一体改革」を掲げ、消費税の引上げによって安定した財源確保のもと、さらなる社会保障の充実に向けた施策を展開している。家族構成や経済的状況等に左右されることのない、タイムリーな医療・介護サービスを受けられる仕組みとしての「地域包括ケアシステム」の構築もその一つである。そして、このシステムの要素によって提供される医療サービスそのものが、国民のおのの生活に対する安心感と満足度を高めなければならない。

厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室（2012a）は、「核家族化によって生み出された高齢者単身、もしくは、高齢者のみの世帯の増加といった深刻な人間社会の縮図は、医療・介護サービスそのものの変革を余儀なくさせている」と指摘する。さらに、「医療や介護の必要性が高い高齢者を施設で受け入れられるよう、看取りや急性増悪時のサービス提供体制を整える必要性」（2012b）についても言及する。つまり、今後はより一層、介護老人保健施設や特別養護・養護・軽費・有料の老人ホーム（以下、高齢者施設と略す）へのニーズの高まりは著しいといえる。

また、療養者に寄り添う看護師が安全・迅速なケアも含めたケアサービスを担うことによって、多様化する入居者の生活の質を今まで以上に高めていけるよう、チーム医療推進という観点で看護師の裁量権拡大に関する検討がなされた。2014年6月には「医療介護総合確保推進法」が公布され、手順書に基づきながら診療の補助として特定行為を担う看護師研修制度の新設が決定事項になった（厚生労働省，2014）。

著者は、看護師の裁量権拡大に関し、国民からの支持のもとで持続性ある施策とするため、サービス利用者や現場スタッフの認識を積極的に取り入れるべきと考える。その理由の一つは、「国民自身が医療政策の構築に参加で

きることを切実に望んでいる」との指摘（本田，2008，pp.362-365；栗山，2009，pp.139-146）が存在するためである。しかし、看護師の裁量権拡大に関するこれまでの研究では、国民がどう考え、何を望んでいるのかの調査は十分でない。

したがって、高齢者施設に入居する療養者自身（以下、入居者と略す）に対する認識調査も必要と考えられる。その反面、入居者自身が認知症等の身体障害をもつ場合が多いことも想定でき、調査の趣旨を正確に理解したうえで回答できるかについて疑問が残った。そこで、法的観点から代諾者としての役割をもち、最も入居者本人の意思を推定できるであろう「婚姻や血縁によってつながりを有する親族（以下、家族と略）」を研究対象とし、高齢者施設における看護師の裁量権拡大に対する認識を明らかにした。本稿では、この調査結果について論考する。

また著者は、国民の政策構築参加という観点から、医療サービス利用者や家族、現場看護師に対する認識調査を実施したうえで、地域包括ケアシステムにおいて、従来の看護師以上の裁量権をもった高度実践看護師をどのように活用すべきかを検討したいと考えている。本稿に示す内容は、その検討に必要な基礎的資料を得るために実施した調査研究の一部である。

I. 用語の定義

1. 「医行為」

従来の看護師が担うことにおいては安全性が欠如すると考えられる、臨床上で診断を行うための診察や検査実施判断、診断、治療（薬物処方を含む）、の診療行為とする。

2. 「看護師の裁量権拡大」

看護師に対して、上記した医行為実践の権限を与えることとする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質問票を用いて家族認識の一般性を把握した後、半構成的面接でより具体的な見解を調査した。

2. 調査対象およびデータ収集方法

(1) 質問票調査

国内大手調査会社（インテージ）が保有する全国アンケートモニターのなかから、「介護老人保健施設もしくは（特別養護・養護・軽費・有料）老人ホームに入居している婚姻や血縁の関係にある親族がいる」の条件でスクリーニングを実施した。この後に、条件に合致したモニター9,035名のなかから無作為に396名を抽出し、研究目的、方法、意義等に関する内容を含めた質問票を配布した。

(2) 半構成的面接調査

質問票を通じて、面接調査を可能とする家族を募った。この結果、104名の家族から協力の申し出が得られた。そして、104名の家族のなかから、東京都心部の調査会場でインタビューと対面可能であること等を電話で確認し、本調査の目的により適合すると考えられた家族に対して書面と口頭で同意説明を行った。同意が得られた家族5名に対して半構成的面接調査を実施した。

(3) 調査期間

- ・質問票調査 2013年12月
- ・半構成的面接調査 2014年1月～3月

3. 調査内容

(1) 質問票調査

- ・家族属性（性別、年齢、職業、居住地）
- ・入居者属性（性別、年齢）
- ・入居者が医師の診療を受ける頻度、場所、主な理由
- ・入居者が24時間365日対応の医師による診療サービスが受けられているか
- ・利用者の状態に応じた24時間365日対応の医師による診療サービスが受けられないがために困ると思われる内容
- ・看護師が診断のために行う診察への賛否や実施条件
- ・入居者の状態に応じて、看護師判断で検査実施の判断が行われることへの賛否や実施条件
- ・看護師による診断によって、この治療に必要な薬物処方が行われることへの賛否や実施条件

(2) 半構成的面接調査

高齢者施設利用状況や施設に対する感想等を含めながら、主として以下の内容に関するインタビューを実施した。

- ・家族属性（性別、年齢、入居者本人との続柄）
- ・入居者属性（疾患、要介護度、入居経験のある施設種

類、通算入居年数)

- ・施設で療養するにあたり、医師の診察を必要時に受けられないと想定した場合、入居者の療養生活上で困ると思われることや不安内容、諦めている内容について
- ・医師の診察を受けたい、もしくは、受けなければならぬがすぐに医師の診察が受けられないことを想定した場合、看護師に診療（診察、検査実施判断、薬物処方、医療処置）をしてもらいたいと考えるか
- ・看護師による診療に対する回答内容に応じて、「看護師の診療でもよい」もしくは「看護師の診療のほうがよい」と考えた理由、この診療を許可する場合の条件について
- ・看護師による診療に対する回答内容に応じて、「必ず医師の診療がよい」と考えた理由
- ・看護師による診療に対する回答内容に応じて、「どちらの診療でもよい」と考えた理由
- ・看護師が医行為を実施すると想定した場合、「医師の具体的な指示」「医師による包括指示」「必ずしも医師の指示を必要としない」の条件のうち、どれをより求めるか

4. 分析方法

(1) 質問票調査

記述・推定統計については、統計解析用ソフト『IBM SPSS Statistics ver.22 (Exact tests含む)』を用いた。また、推定統計の実施では、調査目的に合致した調査会社モニター9,035名を母集団と想定し、家族・入居者の属性や診療状況を表す変数と、看護師が行う診療に対する認識を示す変数との関連について、独立性のカイ2乗検定、または、Fisherの正確確率検定を行い、Cramerの連関係数 V も求めた。有意確率は5%未満とした。

(2) 半構成的面接調査

看護師の裁量権拡大に関する語りを逐語録とした。そして、研究目的からみて重要と考えられた部分にアンダーラインを引きながら、データの切片化を行った。さらに、研究者の偏見や先入観に満ちた読み方を行わないように意識しながら、家族の言いまわしをできる限り使用し、切片化した部分を適切に表現する抽象度の低い概念名をつけた（コード化）。

その後、類似する特徴をもつ概念グループに分け、この特徴を反映するラベルをつけた（サブカテゴリー化）。最後に、サブカテゴリーとして挙げた内容に対して、意味内容が類似するものを集めて抽象度の高いラベルをつけた（カテゴリー化）。

著者は、分析結果の妥当性について、定性調査に見識が深い社会学者によるスーパーバイズを受けながら、繰り返し検討を重ねた。

5. 倫理的配慮

著者が所属する研究機関で、研究倫理審査の承認を受けた（承認番号25012、承認年月日：2013年10月3日）。研究対象者には、主旨、参加と中断の自由、個人情報守秘性等を説明した。また、株式会社インテージと調査委託契約を締結し、著者が企画した調査計画に基づきながら調査専門スタッフとともに実施した。調査データは、委託料金が完済された後に著者所有となった。

Ⅲ. 結 果

1. 質問票調査の結果

有効回答者数は305名、有効回答率は77.0%であった。

(1) 家族および入居者の属性

家族の性別は、男性152人（49.8%）、女性153人（50.2%）と、ほぼ同数になった。年齢幅は19歳から76歳、平均年齢は52.65歳であった。入居者の性別は、男性99人（32.5%）、女性206人（67.5%）と、女性のほうが多かった。平均年齢は、78.13歳である（表1）。

(2) 医師の診療がタイムリーに受けられる環境の有無

入居者の状態変化等に応じて24時間365日、医師のタイムリーな診療が受けられる環境にあると回答した家族は151名（49.5%）、この環境にないと回答した家族が154名（50.5%）と、ほぼ同数であった。医師によるタイムリーな診療が受けられる環境にないと回答した154名に対して「希望時に医師の診療が受けられないために困ることの有無」について質問した結果、75名（48.7%）が「ある」と

表1 家族および入居者の属性（質問票）

		(n = 305)	
性別 (%)	男性	152	(49.8)
	女性	153	(50.2)
平均年齢 ± SD (range)		52.65 ± 11.35 (19~76)	
職業 (%)	公務員・会社員	191	(62.6)
	専業主婦/主夫	75	(24.6)
	無職・定年退職	31	(10.2)
	学生	4	(1.3)
	その他	4	(1.3)
	北海道・東北地方	11	(3.6)
居住地 (%)	関東地方	216	(70.8)
	甲信越・北陸地方	7	(2.3)
	中部・東海地方	16	(5.2)
	関西地方	32	(10.5)
	中国地方	5	(1.6)
	四国地方	3	(1.0)
九州・沖縄地方	15	(4.9)	
	性別 (%)	男性	99 (32.5)
入居者	女性	206 (67.5)	
	平均年齢 ± SD	78.13 ± 16.59	

回答した。困る内容として8割以上の家族が、「利用者の急な症状出現に対する対応」をあげた。

(3) 看護師が行う医行為に対する認識

表2では、高齢者施設で療養生活を送る入居者の家族が抱く、看護師による医行為への認識を示す。さらに、「無条件で肯定」「条件付きで肯定」「否定」に分け、その割合も明記する。

7割以上の家族が、看護師による医行為に対し、条件付きで肯定する認識を示している。また、看護師による診断のための診察については、「看護師経験と医学知識の習得」「事前に医師の許可を受けている」といった条件を求める割合が高い。薬物処方では、「医師による事前の許可」を条件とする認識の割合が最も高く、次いで、「看護師経験と医学知識の習得」を求めている。検査実施判断に関する認識では、8割弱の家族が条件付きで容認できると回答している。最も高い割合で支持された条件は、「事前に医師の許可した範囲内」での実施である。そして、「緊急時の検査として実施」されることや、「看護師経験・医学知識の習得」によって容認できる認識を示している。

診察を無条件で肯定した家族割合は24.6%、薬物処方では11.8%、検査実施については10.2%になる。反対に、必ず医師による診察を希望すると回答した家族割合は3.6%、薬物処方では17.0%、検査実施判断については9.8%である。

(4) 看護師が行う医行為に対する認識と、家族・入居者の属性や診療状況との関連

表3では、先に示した表2に準じながら、看護師の診療に対する家族認識と、家族・入居者の属性や診療状況との関連をクロス表にまとめ、カイ2乗検定、または、Fisherの正確確率検定による有意確率、ならびに、CramerのVを加えて表記した。

この推定値をみると、5%水準で有意になったのは、家族の性別と、看護師による検査実施との関連のみである ($p = .015$)。この関連の強さに関し、CramerのVは.166である。家族属性や入居者の診療頻度、医師による24時間対応の診療を受けられる環境の有無を示す変数と、看護師が行う診療に対する認識を示す変数との間において、関連は必ずしもあるとは断言できない結果になった。

2. 半構成的面接調査の結果

(1) 家族および入居者の属性

面接調査を実施した家族5名のうち、女性は2名、男性が3名、年齢幅は40歳代後半から60歳代前半であった。入居者の要介護度はいずれも3以上であり、複数の高齢者施設入居経験がある。また、これらの施設での入居通算平均年数は約6年であった（表4）。インタビューに要した平

表2 看護師による医行為に対する認識 (質問票)

(n = 305)

看護師による診察	n (%)	肯定・否定の割合	看護師による薬物処方	n (%)	肯定・否定の割合	看護師による検査実施判断	n (%)	肯定・否定の割合
無条件で許可できる	75 (24.6)	無条件で肯定 24.6%	無条件で許可できる	36 (11.8)	無条件で肯定 11.8%	無条件で許可できる	31 (10.2)	無条件で肯定 10.2%
看護師経験年数が多いならば受けてもよい	13 (4.3)		看護師経験年数が多いならば看護師の処方でもよい	13 (4.3)		看護師経験年数が多いならば許可できる	12 (3.9)	
看護師の経験に加え、医学知識を習得しているならば受けてもよい	79 (25.9)		看護師経験に加え、医学・薬学等の知識を習得した看護師による処方ならばよい	52 (17.0)		看護師経験に加え、医学知識を習得した看護師ならば許可できる	54 (17.7)	
24時間対応ならば受けてもよい	37 (12.1)		24時間対応ならば看護師による処方でもよい	15 (4.9)	条件付きで肯定 71.1%	緊急時の検査として必要な場合のみ許可できる	55 (18.0)	条件付きで肯定 79.9%
医師の場合と比較して割安ならば受けてもよい	6 (2.0)	肯定 71.8%	医師の場合と比較して割安ならば看護師の処方でもよい	7 (2.3)		医師による場合と比較して割安ならば許可できる	1 (0.3)	
頻繁にかかわりのある看護師ならば受けてもよい	21 (6.9)		頻繁にかかわりのある看護師による処方ならばよい	14 (4.6)		頻繁にかかわりのある看護師ならば許可できる	20 (6.6)	
事前に医師の許可があるのであれば受けてもよい	48 (15.7)		事前に医師が許可した範囲内であれば看護師による処方でもよい	116 (38.0)		事前に医師が許可した範囲内の検査であれば許可できる	102 (33.4)	
症状が安定しているならば受けてもよい	15 (4.9)		必ず医師による処方を希望する	52 (17.0)	否定 17.0%	必ず医師による実施判断を希望する	30 (9.8)	否定 9.8%
必ず医師の診察を希望する	11 (3.6)	否定 3.6%						

表3 看護師による診療に対する認識と家族および入居者の属性・診療状況との関連

	看護師による診察					看護師による薬物処方					看護師による検査実施の判断					
	無条件で肯定	条件付きで肯定	必ず医師による診察を希望	CramerのV	有意確率*	無条件で肯定	条件付きで肯定	必ず医師による処方を希望	CramerのV	有意確率*	無条件で肯定	条件付きで肯定	必ず医師による判断を希望	CramerのV	有意確率*	
家族の性別 (n = 305)	男	44人 (28.9%)	101人 (66.4%)	7人 (4.6%)	.119	.111	23人 (15.1%)	105人 (69.1%)	24人 (15.8%)	.104	.191	23人 (15.1%)	116人 (76.3%)	13人 (8.6%)	.166	.015*
	女	31人 (20.3%)	118人 (77.1%)	4人 (2.6%)			13人 (8.5%)	112人 (73.2%)	28人 (18.3%)			8人 (5.2%)	128人 (83.7%)	17人 (11.1%)		
家族の年齢 (n = 305)	50歳未満	17人 (16.7%)	83人 (81.4%)	2人 (2.0%)	.112	.099	13人 (12.7%)	73人 (71.6%)	16人 (15.7%)	.043	.893	10人 (9.8%)	82人 (80.4%)	10人 (9.8%)	.007	.999
	50~64歳	47人 (28.8%)	108人 (66.3%)	8人 (4.9%)			19人 (11.7%)	117人 (71.8%)	27人 (16.6%)			17人 (10.4%)	130人 (79.8%)	16人 (9.8%)		
	65歳以上	11人 (27.5%)	28人 (70.0%)	1人 (2.5%)			4人 (10.0%)	27人 (67.5%)	9人 (22.5%)			4人 (10.0%)	32人 (80.0%)	4人 (10.0%)		
入居者の定期的な医師による診療頻度 (n = 256)	1回以上/月	39人 (23.9%)	116人 (71.2%)	8人 (4.9%)	.061	.899	18人 (11.0%)	112人 (68.7%)	33人 (20.2%)	.090	.368	12人 (7.4%)	133人 (81.6%)	18人 (11.0%)	.078	.647
	1回程度/2~3か月	4人 (19.0%)	17人 (81.0%)	0人 (0.0%)			3人 (14.3%)	15人 (71.4%)	3人 (14.3%)			1人 (4.8%)	19人 (90.5%)	1人 (4.8%)		
	必要に応じて適宜	18人 (25.0%)	52人 (72.2%)	2人 (2.8%)			6人 (8.3%)	58人 (80.6%)	8人 (11.1%)			9人 (12.5%)	57人 (79.2%)	6人 (8.3%)		
(入居者にとって) 医師による診察が24時間タイムリーに受けられる環境の有無 (n = 305)	ある	38人 (25.2%)	107人 (70.9%)	6人 (4.0%)	.024	.910	18人 (11.9%)	109人 (72.2%)	24人 (15.9%)	.030	.868	16人 (10.6%)	123人 (81.5%)	12人 (7.9%)	.063	.544
	ない	37人 (24.0%)	112人 (72.7%)	5人 (3.2%)			18人 (11.7%)	108人 (70.1%)	28人 (18.2%)			15人 (9.7%)	121人 (78.6%)	18人 (11.7%)		

[注] *: カイ2乗検定またはFisherの正確確率検定。*: p < .05。「入居者の定期的な医師による診療頻度」: 過去6か月以内に一度も医師による診療を受けていない入居者は除外しているため n = 256。

均時間は48分になった。

(2) 看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設入居者の家族認識

家族による看護師の裁量権拡大に関する語りから、3つのカテゴリーと13のサブカテゴリーが抽出された(表5)。

以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは[]で表す。

【看護師の裁量権拡大によって医療サービス提供体制の拡充につながることを要望】は、6つのサブカテゴリーから抽出できた。家族の一部は、入居者の体調不良や苦痛を

表4 家族および入居者の属性(半構成的面接調査)

No.	家族の性別	家族の年齢	入居者本人との続柄	入居者疾患	入居者の要介護度	入居経験のある施設種類	通算入居年数
1	女性	40歳代後半	嫁	精神疾患・認知症	5	介護老人保健施設 特別養護老人ホーム	約3年
2	女性	40歳代後半	娘	呼吸器疾患・認知症	4	介護老人保健施設 特別養護老人ホーム	約5年
3	男性	50歳代前半	息子	脳血管疾患・認知症	5	介護老人保健施設 特別養護老人ホーム	約5年
4	男性	50歳代後半	義理息子	骨・筋肉疾患・認知症	3	介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 有料老人ホーム	約7年
5	男性	60歳代前半	息子	脳血管疾患・左半身麻痺	5	介護老人保健施設 特別養護老人ホーム	約10年

伴う症状に対して速やかな対応を施設側に求めているのと同時に、看護師がこの点に寄与できる可能性を示した。これらのコードから、[入居者の苦痛緩和に寄与できることに期待]が構成できた。さらに、入居者が病院受診を要する状態になった場合、多くの時間を要して診療を受ける現状が入居者の身体的負担や症状悪化につながる点を危惧するため、看護師の医行為によって施設内での医療サービス拡充に期待している。よって、[入居者の負担軽減につながることに期待]のサブカテゴリーを抽出した。そして家族の一部は、老人ホームの入居者が病院受診を必要とするたびごとに施設側から連絡が入り、時には病院受診の付き添いまでも行わなければならない現況に負担を感じている。仮に施設スタッフが病院受診の付き添いを行った場合でも、診療費以外の金銭を家族に別途請求されるといった負担を抱えている。看護師による医行為によって施設内での医療サービスの拡充がなされた結果、[家族の負担軽減につながることに期待]している。

また、入院治療に伴う認知力や筋力のさらなる低下に懸念を抱き、[入院によって今後の入居者の生活の質は低下する]ことを回避するためにも施設内での医療サービス拡充の必要性を感じており、このための看護師による診療であれば容認している。そして、入居者にとって高齢者施設は生活の場であるのだから住み慣れた施設内で医療サービスを提供してもらいたいと考えており、[入居者が生活を送るなかで必要となる医療サービス]に対応するための看護師の裁量権拡大であれば賛同できる旨を示す。

5名の家族全員が、入居者の看取りを施設内で予定している旨を語り、[高齢者施設における終末期医療サービスの拡充]に対する補完目的として看護師の裁量権拡大が行われるのであれば、時代の流れに沿った施策に該当する旨を述べている。

家族は、看護師の裁量権拡大によって上記した要望を現実化できることに加え、看護師が【医行為を担うにあつ

ての条件】を5つ示す。この1つは[看護師が行う医行為範囲の明確化]であり、どこまでの医行為を看護師に許可するのかを重要とし、医師による医行為と、看護師でも行える医行為とを区別する必要性に言及する。次に、何らかの医師の指示を媒介とした[医師との連携が必須条件]の認識をもちながら、医師との連携が行われるにしても新たな医行為を担う看護師には[医行為を担うに相応しい教育や研修を求める]という条件も指摘している。4点目として家族の一部は、[責任所在を看護師だけにおくことは現実的ではない]とする。その理由は、看護師の精神的負担等につながることで高度な医行為を担う看護師の増加が見込めないことや、責任を分散することが看護師にとっても利点になることに加え、家族としても責任所在が看護師・医師の両者にあつたほうが安心できるという認識をもつためである。最後の条件は、[医行為実施に付随する責任を全うしようとする姿勢をもった看護師を希望]するとの見解である。新たな権限をもつ看護師が誕生するのであれば、その責任を負う覚悟をもった看護師であってほしいという願いのほか、医師や看護師といったくくりのなかで考えるのではなく、医行為を担う人がどのような人物なのかを審査するべきであるという語りも存在した。

家族の一部は、【高齢者施設におけるマンパワー不足への対策】を講じる必要性を感じている。施設スタッフの入れ替わりが激しいがゆえに、入居者への介護が十分に行われているのかについての不安も含め、[マンパワー不足によるケアの質そのものへの不満]を抱いている。さらに、[看護師や介護スタッフの施設定着率の低さ]が顕著な場合、高い知識・技術をもった心優しい看護師はすぐに退職してしまうといった懸念をもつ。看護師や介護士が高齢者施設に定着できるための根本的な解決策を講じない限り、高度な医行為を担う看護師が高齢者施設に定着しない可能性を指摘している。

表5 看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設入居者の家族認識（半構成的面接調査）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
入居者の苦痛緩和に寄与することに期待		「傷が痛い」とか「気持ち悪くて食べれない」といった苦痛を伴う症状に対してはなるべく早くに何とかしてあげてほしいと思うため、身近にいる看護師がスピーディーに診療できるならありがたい。
		面会の際、(入居者の)体調がよくない場面を目にすることも多く、施設スタッフにこのことを伝えるが、「(医師による)次の往診のときに伝えます」といった回答が返ってくるのみですぐに何らかの処置等をしてもらっている気配がないため、看護師でもよいので何らかの対処をしてもらいたい。
入居者の負担軽減につながることに期待		(入居者の)本人らしい生活を妨げている苦痛をなるべくならば取り除いてあげたいと思っているため、看護師による医療行為によって何かが起きたとしても、(入居者)本人や家族は納得するのではなからうか。
		体調が悪いときだからこそ、その施設内での対処が必要と考えるが、わざわざ病院に搬送してたくさん時間を待って診察や検査を行うことは(入居者)本人の苦痛も大きいことに加え、さらに症状が悪化するため、施設内での医療サービスを拡大するために看護師の診療が必要ならば家族は受け入れるしかないように思う。
看護師の裁量権拡大によって医療サービス提供体制の拡充につながることを要望		(入居者)本人は受診したくても受診できる状態ではなく、「この施設は病院ではないから」と言っ、わざわざ病院を受診させるといったこと自体がおかしいと感じる。
	家族の負担軽減につながることに期待	緊急対応ができることも視野に入れて入居させているにもかかわらず、その症状に見合った対処が速やかに行われていない気がするため、看護師による診療が現状の打開につながることを望む。 病気をもち高齢者を入居させている以上、いままでも以上に施設内で医療が行えることは必要だと考え、そのための看護師の裁量権拡大であれば賛成できる。
入院によって今後の入居者の生活の質は低下する		(入居者が)病院受診を必要とするたびごとに家族に連絡が入り、病院の付き添いを依頼されるのはかなりの負担となり、施設内のできる限り対応できるための看護師による診療であれば家族にとってもありがたい。
		病院受診をさせるか否かの判断を家族にも求めてくることもあり、この判断のために高度な看護師が必要なのであれば誕生させるべきである。
入居者が生活を送るなかで必要となる医療サービス		病院受診を必要とするたびごとに診療費以外の金銭を家族に請求され、施設内で対処できる医療を拡大してほしいと考えるため、その点で活躍できる看護師ならば早期に誕生させるべきである。
		病院に入院すれば治療した部分はよくなるが、認知症や筋力低下は悪化し、施設に戻ってきてからの(入居者)本人の生活の質は低下するため、できる限り施設内で対応できる環境を整えるべきである。
高齢者施設における終末期医療サービスの拡充		病気のために病院に入院した場合、環境が変化することが理由だと思うが、(入居者)本人の反応が悪くなっていることがはっきりわかる。
		発熱等の症状が出ることは日常的にあるため、生活している施設内である程度に対処できるようにするべきである。
看護師が行う医療行為範囲の明確化		施設は(入居者)本人の生活面や心地よさを考えてくれるため、なるべくなら医療も施設内でしてもらいたいし、このための看護師の権限拡大ならば賛成できる。
		(入居者)本人はもともと大の病院嫌いであり、住み慣れた施設内である程度の病気や症状に対して処置ができることを望むため、看護師の権限の拡大が必要になるのであれば早くに実施すべきである。
医行為を担うにあたっての条件		看取る経過のなかで苦痛を最小限にするための医療は必要であり、医師のみならず身近な看護師にもこの医療に参画するための権限拡大であれば、これは時代の自然な流れに沿ったことだと思う。
		高齢者施設での看取りは今後ますます必要となると考えるため、病院ではなくともある程度の医療を提供できる体制を施設が備えることは大切だと思う。
責任所在を看護師だけにおくことは現実的ではない		どこまでの医療行為を看護師に許可するのが大切であり、医師にしかできない行為と看護師でも行える行為の線引きをしっかりと行うべきである。
		(入居者)本人の状態が変化がなく薬の内容も変更しなくてよい場合は、看護師でもよい。
医行為実施に付随する責任を全うしようとする姿勢をもった看護師を希望		医師には医師しかできないことを、看護師でもできることは看護師が担えるような仕組みが必要と考え、そのあたりをしっかりと区別すればなんら問題はないように感じる。
		内臓の病気に対する医療行為と、生活のなかで生じる軽度な症状に対する医療行為とは大きな差があるように感じられ、軽い症状に対する薬物処方や処置ならば看護師でもよいと思う。
高齢者施設におけるマンパワー不足への対策		看護師が行う医療行為に関しては、よほどの緊急時ではない限り、医師の何らかの指示の範囲内で実施してほしい。
		診療に関する最終的な判断は医師が行うべきであり、看護師だけの判断で医療行為を行うといった発想ではなく、どのようにしたら医師との連携をスムーズに行えるのかに視点を当てて考えたほうがよい。
マンパワー不足によるケアの質そのものへの不満		看護師が行える医療行為の幅を拡大してもよいが、この内容の妥当性を最終的に医師が判断できる仕組みにしてほしい。
		一定の臨床経験がある看護師に対して、医師が行っているような臨床研修制度に参加できる資格を与えるとといった方法が考えられる。
看護師や介護スタッフの施設定着率の低さ		いまいる看護師ではなく、しっかりと教育や研修を受けた看護師ならば新たな権限を与えてもよい。
		看護師は診断したり薬を処方するための教育は受けていないのだから、新たな医療行為を担うために必要な学習はしっかりと行うべきである。
看護師や介護スタッフの施設定着率の低さ		看護師だけに責任を負わせるのは現実的には無理だし、仮にそうなった場合は、高度な医療行為を担う看護師を志望する人はほとんどいないのではないかと思う。
		医師と看護師の両者に責任の所在があってほしいと思うし、やはり看護師は医師の何らかの指示のもとで医療行為を行ったほうが自分(看護師)たちのためだと思う。
看護師や介護スタッフの施設定着率の低さ		看護師の精神的負担を考えた場合、看護師だけの責任で医療行為を行うことは無理があるように感じるし、家族としては医師にも責任があるほうが安心できる。
		医師とか看護師というくくりのなかで考えるのではなく、その医療行為を行う人がどういった人なのかを審査するべきである。
看護師や介護スタッフの施設定着率の低さ		新たな権限を持つ看護師が誕生するのであれば、その責任をしっかりと負う覚悟をもった看護師であってほしい。
		スタッフの入れ替わりが激しいと(入居者)本人への介護が十分に行われているのかに関して不安を感じるため、スタッフそのものの数を確保することも考えるべきである。
看護師や介護スタッフの施設定着率の低さ		スタッフが少ないためか、いつもベッドに寝かされている状態なので、認知症や筋力の低下がさらに悪化するような気がする。
		介護スタッフや看護師の待遇面が十分でないため、スタッフの入れ替わりが激しいのだと思うし、こういった場に優秀な看護師が定着するかについて懸念する。
看護師や介護スタッフの施設定着率の低さ		スタッフの定着率の悪い現場には、高い知識・技術をもつ看護師や優しい看護師はすぐにやめてしまうと思う。

IV. 考 察

1. 入居者やその家族における生活の質の向上に対する期待感

高齢者施設では、入居者の疾病構造が多様化しており、慢性疾患を抱えた入居者増加が顕著になっている。近年の傾向としては、病院での急性期治療を終えてすぐに入居してくるケースや、施設での看取りの必要性も高まっている。しかし、入居者の生活支援に軸足をおいたうえで、健康状態を包括的にとらえたサービス提供のための環境整備が不十分である旨の指摘もある（廣瀬，2012，pp.314-316）。この状況を物語るかのように本研究の質問票調査結果からも、約半数の家族は、入居者が医師によるタイムリーな診療を受けられる環境にないと回答している。面接調査結果でも、施設での実質的サービスの更なる向上を要望する声が存在する。

家族は、看護師による医行為が施設内での医療サービス拡充につながるのであれば、家族の抱える負担軽減につながると予測しているのではないかと。そして、高齢者施設での現状サービスそのものに十分な満足感を得ていないため、【看護師の裁量権拡大によって医療サービス提供体制の拡充につながることを要望】という願いを具現化するための看護師の裁量権拡大であれば容認するという認識がうかがえる。

したがって、住み慣れた場で療養者の生活を保障するための、施設内における医療サービス拡充を目的とした環境整備が求められよう。その一環として看護師の裁量権拡大があげられ、的確な症状マネジメントに基づく看護師の医行為により入居者の症状改善や苦痛緩和へとつながった場合、大小なりとも負担を抱えながらの病院受診は回避できる可能性がある。

2. 家族が看護師に対して価値を見出す理由

家族の一部は、看護師を身近な存在としてとらえている。さらに、看護師の医行為実施に対する潜在的なニーズを見出している点は明白である。

家族は、なぜ、看護師を身近な存在として認識するのか。その理由の一つとして、家族・看護師間における「親密性」の高さが考えられる。

対人関係における好意や魅力の規定因として、近接性、身体的魅力、類似性、相補性、好意の近報性、などがあげられる。単純に繰り返し接触するだけでも、相手の熟知性は高まり、その結果として好意に発展する。

また、脇本・藤原は、「自分と同じ態度の他者は、自分の態度の妥当性を確認してくれていると考えられることを理由に、快適な感情反応を生起させ、やがて親密性の獲

得につながる」という現象を示唆する（1997，pp.85-96）。そこには、他者への配慮ではなく、強力な自己承認がほしいという自己への配慮が存在し、これを獲得・維持していくには、高度なコミュニケーション能力が必要となる（桶川，2011，pp.23-34）。さらに、親密な関係を管理・維持するには、自己開示に努める、相手を受容していることや敬意を伝える、お互いに関係を発展していく気持ちをもっていることを伝える、というような気遣いを反映させたコミュニケーションが求められる（大坊，2004，pp.1-10）。

まさに、看護師による生活援助のなかには、上記の点を基調としたコミュニケーション技術が存在する。たとえば、療養者の苦痛を理解する姿勢として共感的な態度を示したり、エンパワーメントやセルフマネジメントといった能力を高めるために、対象のよい面を見出したうえで意図的にほめたりする。療養者や家族と連帯して問題や苦しみをともに分かち合おうとする一面が看護の基本姿勢となっている。

したがって、親密性の高い身近な医療専門職種であり、相対的医行為や生活支援をも担い得る看護師であるからこそ、家族が医行為を担い得る看護師に存在価値を見出していると考えられる。

3. 看護師が医行為を担うにあたっての条件

質問票調査の結果から、看護師による医行為を受け入れる余地はあるものの、無条件でこれを容認しない傾向が示されている。さらに、面接調査から、なぜ条件付きとするのかに関する理由の一部も明らかになった。その主な理由は、看護師の医行為に対する安全性への懸念である。

家族は、安全性を最大限に考慮するがゆえに、医師が行うべき医行為なのか、または、看護師でも行える医行為なのかについて、明確な線引きを求めている。さらに、医師との連携の必要性も指摘する。これらの内容から著者は、家族の現状認識として、看護師のみの判断で医行為内容を決定し実践することを希望してないと考える。あくまで、多職種協働によって成り立つチーム医療を根本としながら、いままで以上に安心・安全な療養生活を確保できる体制を望んでおり、この人的資源として看護師を一候補として選定しているのではないかと。したがって、看護師が行う医行為については、この範囲の明確化や医師との連携の必要性が高い。

北濱（2011，pp.292-294）や高橋（2011，pp.354-357）は、米国のNurse PractitionerやPhysician Assistantと、日本の看護師とを比較した場合、診療に関する知識・技術のレベルの相違を指摘する。わが国の看護師は、診断や治療といった診療業務に関する基礎教育は受けていない。法的観点からも、日常業務としてこの実施は行えない。つまり、わが

国の看護師に対する両者の評価が存在することに矛盾はない。換言するならば、医行為を担うに足り知識・技術が十分ではない看護師であるからこそ、新たな裁量を与える場合は、それに相応しい教育と研修が必要といえる。

この点を家族は知ってか、看護師の医行為に対しては、医行為を担うに相応しい教育や研修を求めている。「従来の看護師が具備する知識・技術では安全性ある医行為を担うことはできない」と判断しているものと思われる。さらに、医行為をも担い得る看護師の存在を完全に否定しない傾向にある。この看護師養成のための教育体制に万全を期すことで、安全で効率性ある医療サービスへとつながる可能性を察知しているためであろう。

ほかの条件として家族の一部は、「責任所在を看護師だけに置くことは現実的ではない」という認識を示す。

看護師の医行為に課せられる責任所在の明確化については、この政策における重要な論点である。そして、この点をうやむやにしたままで見切り発車することは家族自身が望んでいない。

仮に、看護師の医行為によって、入居者の身に不測の事態が生じた場合、刑法の「業務上過失傷害罪」や「業務上過失致死罪」、民法上では「不法行為」「債務不履行」等の条文が適用になる可能性がある。

昨今、わが国でも医療訴訟の件数が急速に増加しており、全国の地方裁判所で係争中の医事裁判は3,000件程度とされる（小泉，2009，pp.113-119）。こうした増加の理由としては、医療技術の進歩によって侵襲的な検査・治療手段が普及したなかで、現代医療の素晴らしい成果がさまざまなかたちで紹介されている現況から、医療サービスを受ければ必ずよい結果に結びつくといった国民意識の高まりである（小泉，2009，pp.113-119）。

著者は、以上のような現況下において、看護師の医行為が医事裁判の増加に拍車をかけてしまわないかという懸念を抱く。未熟な知識・技術による医行為そのものが過失につながる可能性は高いと感じるうえ、サービス提供側と受け手に存在する診療契約上の債務不履行として、社会的地位が高いとは断言できない看護師に対して訴訟を起こそうと考える家族が増えることも予測できる。そして、「不法行為」や「債務不履行」等に関する責任が問われないための安全な医行為を看護師が担いされるのか、実施にあたって説明責任を果たせるのか、仮に敗訴となった場合の賠償責任について、家族の一部はそれらに対する疑念を払拭しきれないがゆえに、「責任所在を看護師だけにおくことは現実的ではない」という認識を示すものと考えられる。

家族の一部は、「医行為実施に付随する責任を全うしようとする姿勢をもった看護師を希望」している。裁量権の拡大がなされるのであれば、これに課せられる責任範囲も

拡がるととらえ、この責任感を持ち備えた看護師に対して医行為を容認する。また、安全性を重視するがゆえに、この実施における全過程での自信や覚悟をもった看護師を支持する。

したがって、看護師の裁量権拡大の一条件として、“使命感”ともいうべき信念を持ち備えた看護師にこそ、この裁量を与えるべきではないか。また、この資質を持ち備えているかについては、医行為を担うための教育機関等によって審査が行われるべきであり、さらに、この資質を高めていくための教育プログラムの検討も重要な焦点に該当する。

4. 高齢者施設のマンパワー不足に関する懸念

家族の一部は、医行為を担い得る看護師が高齢者施設に定着するための【高齢者施設におけるマンパワー不足への対策】を講じる必要性を感じている。

島崎（2013，pp.333-340）は、「2025年の労働人口に対する比率を試算した場合、看護職員は3.1%、介護職員は3.9%、医療・介護分野全体の職員は10.2%になる」と予測している。さらに、医療や介護を担える労働人口が、全体の1割程度に止まるであろうことを理由に、この担い手を増加させるためのリアリティある人材確保策の必要性について指摘する。労働市場において、看護・介護の仕事への魅力が相対的に低ければ良い人材は集まらず、離職防止や復職を期待することは困難である点も示唆する。

つまり、看護職や介護職の教育水準の向上と均一化が必要であり、その労働に見合う報酬設定も求められよう。国家予算をどれだけこれらの分野に配分できるかによって、社会の求める高齢者施設機能の向上を左右するとも考えられる。

5. 看護師の診療に対する認識と、療養条件等との関連

看護師の診療に対する家族認識と、家族・入居者の属性や診療状況との関連について5%水準で有意になったのは、家族の性別と検査実施判断に対する認識の間のみである。そして、CramerのVが.166であるため、この連関は否定的と考えられる。その他の変数間でも、必ずしも関連があるとは断言できない推定値が示されている。著者は、この結果について以下の点を指摘する。

家族の多くが抱く医療サービスに対する価値観の一つとして、医師以上に医行為が実践できる職種は存在しないと認識が存在する。しかし家族は、看護師の裁量権拡大によって医療サービスの拡充がなされた場合、高齢者施設入居者や家族にとって利便性の高いこれまで以上のサービスにつながる可能性も予測している。そこで看護師が医行為を担うことへの条件として、医師との連携や医行為責

任の分散に加え、[看護師が行う医行為範囲の明確化][医行為を担うに相応しい教育や研修を求める]を支持し、これらの条件がクリアできたならば安全面に支障をきたさない安心感あるサービスにつながると考えている。つまり、入居者の診療状況や入居者・家族の属性等によって左右されることのない医療サービスへの価値観をもつため、看護師が行う診療への認識と、属性や療養条件等との関連が否定的結果につながったものと推測できる。

6. 本調査結果の限界と課題

本調査の回答者に関し、大手調査会社のモニターである点に加え、質問票調査に協力を得た家族の職業・居住地に偏りが存在する。さらに、半構成的面接調査の対象とした家族人数は5名であった。これらの点を踏まえ、全国区の高齢者施設入居者の家族を調査対象集団と想定した場合、看護師の裁量権拡大に対する認識について、選択バイアスの存在は否めない。今後は、回答者の偏りを最小限にした調査方法の検討が求められる。

結 論

看護師の裁量権拡大に関し、高齢者施設入居者の家族の認識を明らかにすることを目的とし、質問票調査、ならびに半構成的面接調査を実施した。その結果、以下の結論を得た。

看護師が行う医行為について、質問票調査の結果では、条件付きで容認できる旨を示す家族割合は7割以上を占めた。さらに、面接調査の結果も踏まえて検討した結果、「看護師の裁量権拡大」によって、家族が期待するアウト

カムは、①入居者や家族にとって安心感と利便性の向上につながる事、②入居者の生活を重視したサービスにつながる事、③終末期医療の拡充につながる事、以上3点が示された。

また、家族によって示唆された条件とは、①医行為を担うに相応しい教育および研修の徹底がなされる事、②医師との連携に基づいた実践である事、③医行為責任が分散される事、④医行為実施に付随する責任を全うしようとする姿勢をもった看護師である事、⑤看護師が行う医行為範囲の明確化、以上の5つがあげられた。これらの条件を示す理由は、安全性の観点から看護師のみの判断で医行為内容を決定し実践することは望んでおらず、あくまで多職種協働によって成り立つチーム医療を根本としながら、いままで以上に安心・安全な療養生活の確保に向けた体制構築を要望するためであった。

医療サービスに対する価値観ともいうべき上記理由の存在により、看護師が行う診療に対する認識と、家族および入居者の属性・診療状況との関連について、否定的な結果につながったものと考えられた。

謝 辞

ご協力いただいた高齢者施設入居者の家族の皆さまに、厚くお礼を申し上げます。

本研究における調査は、「創価大学平成25年度次世代共同研究プロジェクト研究助成」を受けて実施した。本稿は、2015年9月に発表した、著者自身の博士論文（法政大学審査学位論文）の一部に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

看護師の裁量権拡大について、高齢者施設入居者の家族の認識を明らかにするため、質問票調査の実施（有効回答者数：305名）に加え、より具体的な家族認識を探るため、質問票に回答した家族の中から5名を抽出し、半構成的面接調査を実施した。

本調査結果から、看護師が行う医行為への賛否やその理由、実施条件等が明らかになった。また、看護師が行う診療に対する認識と、家族や入居者の属性、診療状況との関連は否定的である旨が示唆された。

Abstract

The study aims to identify the awareness of elderly care home residents' families with regard to expansion of nurses' medical roles in the elderly care facilities, by carrying out questionnaire survey and semi-structured interviews.

The results of questionnaire 305 family members responded identified their "awareness of medical practices conducted by nurses" and "correlation between awareness of medical practices conducted by nurses and attributes of the care home residents and their families/medical care situations", among others. In addition, the semi-structured interviews with 5 family members revealed specific views of the families that support the results of the questionnaire survey.

文 献

- 大坊郁夫 (2004). 親密な関係を映す対人コミュニケーション. 対人社会心理学研究, 4, 1-10.
- 廣瀬福美 (2012). 介護老人保健施設における認証看護師の活躍の場. 看護管理, 22(4), 314-316.
- 本田麻由美 (2008). がん対策の推進と国民・患者参画：法制定に患者の声が果たした役割. 保健医療科学, 57(4), 362-365.
- 北濱昭夫 (2011). 「非医師による診療への参加」に対する私見. 日本外科学会雑誌, 112(4), 292-294.
- 小泉俊三 (2009). 健康支援と社会保障制度〈1〉総合医療論. 113-119, 系統看護学講座専門基礎分野, 医学書院.
- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 (2012a). 在宅医療の体制構築に係る指針. 医療計画の見直しに関する都道府県担当者向け研修会資料A-5. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-5.pdf
- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 (2012b). 在宅医療・介護あんしん2012. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf
- 厚生労働省 (2014). 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行等について. 厚生労働省医政局長／社会・援護局長／老健局長通知 (平成26年6月25日発). www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T140625G0030.pdf
- 栗山真理子 (2009). 医療政策に患者の声を反映させる仕組みづくり. 東京大学医療政策人材養成講座 (編), 「医療政策」入門：医療を動かすための13講. 139-146, 医学書院.
- 桶川 泰 (2011). 親密性・親密圏をめぐる定義の検討：無定義用語としての親密性・親密圏の可能性. 鶴山論叢, 11, 23-34.
- 島崎謙治 (2011). 日本の医療：制度と政策. 333-340, 東京大学出版会.
- 高橋 淳 (2011). 東日本大震災被災地で日本人NP/PAと働いて－看護師の視点から見たNP/PAの資質. 日本外科学会雑誌, 112(5), 354-357.
- 脇本 忍, 藤原武弘 (1997). 対人関係における行動傾向の類似性と親密性の相関関係. 関西学院大学社会学部紀要, 78, 85-96.

〔平成27年9月23日受付〕
〔平成28年2月18日採用決定〕

納得の概念分析

— 国内文献レビュー —

Nattoku: A Concept Analysis

今井 芳枝 雄西 智恵美 板東 孝枝
Yoshie Imai Chiemi Onishi Takae Bando

キーワード：概念分析，納得
Key Words：concept analysis, Nattoku

はじめに

現在、医療技術の飛躍的な進歩は、これまで不可能であった治療を可能にし、機能改善や延命など多くの恩恵を患者にもたらしている。一方で、ほとんどの治療法は、治療効果とともに機能の喪失、疼痛など治療に伴う副作用による苦痛が生じてくる。100%安全な治療法ではなく、選択肢それぞれに一長一短があり、どれを選んだとしても何なりとのリスクが伴うとなると、迷いと葛藤が生まれる(秋元, 2013a)。このような、日常生活にも影響を与える治療に対する決断の揺れには、「納得」が影響している(中西, 1998)。

「納得」は、治療選択時によく使われる「同意」とは異なるもの(青木, 2009)であり、辞書には「同じ意味・意見・意思、他人の意見に賛成する」と説明されている(新村, 1991)。このように、「同意」は他人に説明された理屈への同意であり、「納得」は自分なりに試行錯誤しながら自ら出した解答である点に相違がある(青木, 2009)。また、「納得」のなかにはすでに「同意」が内包されており、理解する主体のより能動的な姿勢を表している(中西, 1998)。そのため、治療においては「同意」ではなく、主体的に治療へ取り組むことを促進する「納得」(秋元, 1993; Tabak, 1995; Barry & Henderson, 1996; 井上, 1999)が必要となるといえる。

納得は、ある事象に対する理由の質を表すもの(難波・三原市立木原小学校, 2006; 鈴木, 2011)であり、決断のアウトカムとして重要な指標になるもの(萩原, 2002)である。ことのほかりスクの伴う治療においては、納得を得ることで治療過程の決断の揺れを抑え、治療に伴う過酷な状況を受容し、治療を完遂する原動力になると考えられる。そのため、患者が治療に対して納得できるような看護

支援が求められる(中西, 1998)。治療過程のように連続した局面において、理解や同意を超えた納得の域を目指すことは、患者主導の真の患者中心の看護に結びつくと考えられる。そのためにも、納得がどのような概念で構成されているのかを明らかにする必要があると考える。

納得に関する先行研究では、納得の必要性や重要性が指摘されており、とくに意思決定やインフォームド・コンセントに焦点化した研究が多い(中西, 1998; 沖野, 2002; 古宇田・新藤, 2002; 浜町, 2005)。しかし、ほとんどの文献がカテゴリー名や文章中の記載でとどまり、納得がどのような状況からもたらされるのか、納得の現象に焦点化している文献は見当たらない。納得は日常生活上でありふれた言葉であるため、会話でも文章でもよく使われるが、納得を構成するものを明示的に示しているものはない。そこで本研究ではRodgers(2000)の概念分析の手法で納得の概念分析を行い、納得の概念を明らかにし、治療に対する納得を支援する看護の視点を得て、治療を受ける患者の納得を支える看護援助を検討することを目的とした。

I. 研究方法

Rodgers(2000)の概念分析は、多様な学問領域から概念に関するデータ収集を行い、概念の特性を分析することを特徴としている。概念の属性のみならず、先行要件や帰結を明らかにして、概念の使われ方や文脈に焦点を当て対象概念の定義を明確にしていくものである。とくに、帰結は看護介入を想定したときのアウトカムにつながるものであり、治療に対する納得を支援する手がかりにつながる概念分析の方法として適切であると判断した。本研究では、日常生活のどの場面でも活用されている納得の概念を明らかにすることが目的である。看護領域だけにとらわれず、

多様な学問領域から納得の概念を意味する現象やその関連要因を明らかにできるRodgers (2000) のアプローチ法が適切であると判断し採用した。

検索対象は、看護学、医学、心理学、工学、教育学、法学、経済学、文学、哲学、社会学の日本文献とした。納得という言葉は英語に置き換える際に、acceptance, assent, consentなど、多数の用語と意味が存在している用語であった。和英辞典で納得を引くとsatisfactionとなり満足と同意でもあり、satisfyの類義語であるconvinceやassureでは相手に確信させるという意味から納得として使われるという報告(崎長, 2006)もある。このように、納得の概念分析を行う際に海外文献を検討するには検索する用語が多様であると判断し、今回は国内文献に絞り、納得の概念を明確にすることとした。なお、日本語翻訳されている海外文献に関しては、対象検索の範囲でヒットした場合に限り、対象文献とみなして納得の概念に該当する箇所を取り上げた。検索データベースは「厚生労働科学研究成果データベース」「JAIRO」「DiaL」「学術研究データベースリポジトリ」「CiNii」「医中誌」を用い、2013年3月11日時点で「納得」を検索した。結果5,019論文が検索され、すべて1つ1つ、タイトルや要約を確認し、その適性を判断した。抽出された論文において納得がタイトルのみで使用されており、本文内に納得に関する記述がないものに関しては適性がないと判断し除外した。また、分析途中で、複数の文献内で何度も引用されている文献や参考文献、書籍など孫引きを含め、重複文献を除くと最終的に計74文献が抽出された。

データの分析は、文献ごとに概念を構成する特性である属性、その概念に先立って生じる先行要件、その概念に後続して生じた帰結、それぞれに関する記述を抽出した。まず、分析対象となった各文献を精読し、「納得」という用語に注目しながら読み、全体の概要を明らかにした。属性、先行要件、帰結に該当する箇所を生データのままで抽出して、対象文献ごとにコーディング・シートに記述した。属性、先行要件、帰結の抽出に際しては、概念の内容や前後関係に焦点を当てながら用語の前後の文脈を詳細に読むようにして行った。次に、抽出されたデータごとにラベルをつけてコード化し、類似性と相違性に基づいてカテゴリー化した。

この分析の信頼性・妥当性の確保のために、博士課程在籍中の学生間で意見交換を行うとともに、看護研究に精通した概念分析の研究指導経験のある研究者のスーパーバイズを受けた。また、カテゴリーの抽出に際して、論文に明記されているままの表現を用いて属性、先行要件、帰結の表を作成した。

II. 結 果

1. 納得の概念分析

(1) 属 性

納得の属性として、表1に示す8つのカテゴリーが抽出された。なお、カテゴリーを【 】、下位カテゴリーを[]とする。

(a) 【理解の深化】

【理解の深化】のカテゴリーは2つの下位カテゴリー[理解の深まり][熟慮]から抽出された。[理解の深まり]は、ある物事に対する理解(中垣, 1987; 佐伯, 1982, 1983; 吉川, 1992; 内藤, 1994; 佐藤, 1994; 阿部・佐藤・井上, 1998; 標, 2001; 沖野, 2002; 嶋崎, 2002; 日刊工業新聞社, 2003; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 浜町, 2005; 田畑・仲谷・西田, 2006; 和田, 2006; 長尾, 2007; 室伏, 2007; 鈴木, 2011; 清水, 2011; 生方, 2011; 鶴崎・大池, 2012; 郡司, 2012; 雄西, 2013)や知識(佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校; 1985, 内藤; 1994, 浜松; 2005, 鎌田・淵上; 2009)が高められていた。また、熟考(井上, 1999; 秋元, 2013a, 2013b)や吟味(佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 古宇田・新藤, 2002)のように[熟慮]を行うことで、物事をより深く理解するために考え抜く(大坪・大野, 2004)ことであった。これより、【理解の深化】とは、わかったと思える度合いがより深くなることを表しており、いまもつ自分の理解に吟味や解釈を重ねてより深みのある理解へとつなげることを示しているにとらえた。

(b) 【感情的受容】

【感情的受容】のカテゴリーは2つの下位カテゴリー[受け入れる][感情的]から抽出された。[感情的]は、感情(佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 吉川, 1991; 嶋崎, 2002; 青木, 2009; 鶴崎・大池, 2012)や満足(嶋崎; 2002, 大野ら; 2003, 崎長; 2006, 長尾; 2007), 情緒(鎌田・淵上; 2009)など対象に対する気持ちであった。また、満足や安心などといった情動に訴え[受け入れる]ことで、なるほどと自分のなかに違和感なく収まり、腑に落ちる(山田, 1999; 川寄ら, 2001; 嶋崎, 2002; 渡辺, 2004; 田畑ら, 2006), ことであった。これらのことから、【感情的受容】は、自分の心の奥底から違和感なく腑に落ちるとともに、満足感や達成感といった肯定的感情を伴う受け入れにとらえた。

(c) 【自己関与】

【自己関与】のカテゴリーは5つの下位カテゴリー[主観的][自己理解][主体的][自助努力][意思決定]から抽出された。【自己関与】は、自分自身の意識のありよ

納得の概念分析

表1 納得の属性

カテゴリー	下位カテゴリー	内 容	著 者
理解の深化	理解の深まり	理解, 十分理解する, 理解を深めること, 理解を高めること, より深い理解, 理性的理解, 理解の一樣態または帰結, 理解の制動機能, 論理的理解ないし観念的理解, 単に内容を理解するという意味にとどまらない, 単なる知的理解以上のものを含む, 知識や情報の獲得という意味での理解, 原理や原因の理解, 知ること, 知識, 知識の表現や操作, 正確な解釈, 分かる, 解る, 判る, わかりやすい, わかった, わかったという感覚, わかってのみこむこと, 意味がわかる, 会得, 悟る, リテラシーの向上	佐伯; 1982, 1983, 1988; 佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 吉川, 1992; 内藤, 1994; 佐藤, 1994; 中西, 1998; 阿部・佐藤・井上, 1998; 山田, 1999; 標, 2001; 川寄ら, 2001; 沖野, 2002; 古宇田・新藤, 2002; 嶋崎, 2002; 大野ら, 2003; 日刊工業新聞社, 2003; 平山, 2004; 大坪・大野, 2004; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 浜町, 2005; 藤沢, 2006; 和田, 2006; 田畑・仲谷・西田, 2006; 第三文明社, 2006; 内山, 2006; 長尾, 2007; 室伏, 2007; 斎藤ら, 2009; 鎌田・淵上, 2009; 清水, 2011; 生方, 2011; 鈴木, 2011; 郡司, 2012; 鶴崎・大池, 2012; 小林・石鍋, 2012; 雄西, 2013
	熟慮	熟考, 再解釈, 吟味, 吟味を重ねる, わかり直し, わかりなおそうとする, 意味のあるひらめき, 考え抜いてる	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 佐藤, 1994; 井上, 1999; 古宇田・新藤, 2002; 平山, 2004; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 大坪・大野, 2004; 秋元, 2013a; 2013b
感情的受容		腑に落ちる, 腹に落ちる, 腹落ちする, 腑に落ちない (逆転)	山田, 1999; 川寄ら, 2001; 宇佐美, 2002; 嶋崎, 2002; 渡辺, 2004; 田畑・仲谷・西田, 2006
		自分のもっていた知識体系のなかにすっぽり収まった感覚, 外にあるものが自分のうちに違和感なくすっぽり収まったとき, 突然ひっかかりが取れてずっと中に入ってくる感覚, 心の奥にストーンと落ちる感覚, 人間全体のなかにうまく収まる	佐伯, 1983; 川寄ら, 2001; 田畑ら, 2006; 井上, 2006
	受け入れる	なるほど, ナルホドと思えること, もっともなことだと認めること	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985, 1990; 中垣, 1987; 山下, 1995; 萩原, 2002; 嶋崎, 2002; 日刊工業新聞社, 2003; 渡辺, 2004; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 室伏, 2007
		得心, 受け入れる, 受容	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 佐藤, 1994; 山田, 1999; 浜町, 2005; 田畑・仲谷・西田, 2006; 井上, 2006; 山本, 2009
		了解, 了解の側面, 領解, 諒解, のみこむ	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 佐藤, 1994; 山田, 1999; 標, 2001; 嶋崎, 2002
感情的		共感, 積極的同調, メンタルレベルでの一致を探ることで共感性を提供	宇佐美, 2002; 仲畑, 2006; 田畑ら, 2006
		妥協, 折り合い, 他人に説明された理屈への同意, 説得を受け入れる, 説得する技能, 説得の技術, 説得の仕方や内容, 説得の成功, 説得されて態度が変わった状態	吉川, 1993; 山田, 1999; 平山, 2004; 渡辺, 2004; 田畑ら, 2006; 青木, 2009; 吉田, 2010
		感情, 感情的, 感情的な受け入れ, 感情に訴える, 感情まで届く, 信念に伴う感情, 感情的な安定感, 気持ち, 心情的理解, 心から, 心の反発 (逆転)	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 吉川, 1991; 野村, 1994; 山田, 1999; 川寄ら, 2001; 嶋崎, 2002; 平山, 2004; 渡辺, 2004; 第三文明社, 2006; 井上, 2006; 田畑ら, 2006; 青木, 2009; 鶴崎・大池, 2012
		心の奥底に感じる, いつも心の一番奥にある思い, 内側にしまいこむという意味, 心のなかにしまいこむという意味	野村, 1994; アラン, 2002; 第三文明社, 2006
	満足, 満足感, 達成感, 安堵, 安心, 安心感, 情念	中垣, 1987; アラン, 2002; 嶋崎, 2002; 大野ら, 2003; 平山, 2004; 崎長, 2006; 田畑ら, 2006; 長尾, 2007; 菊池・岡本, 2009; 小林・石鍋, 2012; 鶴崎・大池, 2012	
	感心するがゆえ, 感服させられるゆえなのである, 感得, 情緒的, 情緒, 情動的, 情動に訴える	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 鎌田・淵上, 2009; 鈴木, 2011	

納得の概念分析

カテゴリー	下位カテゴリー	内 容	著 者
自己関与	主観的	主観, 主観的, 主観性, 主観的な直観, 主観的評価, 主観評価, 主観的な評価, 自己, 自分にこだわった, 自分のこと, 自分自身にかかわりが深い, 自分の存在, 独自の, 独自性, 個人的, 主観的個人的, 個人の考え, 私の立場として採用する	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 佐伯, 1995; 中垣, 1987; 吉川, 1992; 山下, 1995; 阿部ら, 1998; 川壽ら, 2001; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 浜町, 2005; 田畑ら, 2006; 難波・三原市立木原小学校, 2006; 藤沢, 2006; 河合, 2011; 鈴木, 2011; 鶴崎・大池, 2012
		同意, 意見が同じ・共通, 自分の考えと一致, 合意形成, コンセント	佐伯, 1995; 中西, 1998; 日刊工業新聞社, 2003; 浜町, 2005; 藤沢, 2006; 郡司, 2012
	自己理解	自身の深い自己理解, 自己解釈, アイデンティティの調整, 自己への気づき	野村, 1994; 平山, 2004
		自己肯定, 自己効力感, 自分自身に対しても閉じている (逆転)	バスカル, 1670/1973; 嶋崎, 2002; 平山, 2004; 平田, 2010
	主体的	主体的, 主体性をもつ	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 阿部ら, 1998; 井上, 1999; 古宇田・新藤, 2002; 大野ら, 2003; 青木, 2009; 秋元, 2013b
		主体のより能動的な姿勢, 積極的, 能動的, 前向きな姿勢, 自発性, 自身で参加, 自己の関与, 参画性, 局面を打破する, 不安を解消するように取り組む, 遂行する, 意欲, 労働意欲の醸成, 自分なりに試行錯誤, 関心, 行動に結びつける, 真に納得しないと行動には結びつかない (逆転)	バスカル, 1670/1973; 佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 内藤, 1994; 中西, 1998; 山内, 1999; 嶋崎, 2002; 萩原, 2002; 田崎, 2002; 古宇田・新藤, 2002; 日刊工業新聞社, 2003; 平山, 2004; 飯野, 2005; 第三文明社, 2006; 青木, 2009
		精一杯できたこと, 精一杯向き合う, 一生懸命やった, できる限りのことはした, まだまだ足りないと思う (逆転), まだまだすべき点がある (逆転)	羽江, 2005; 渡邊・岡本, 2005; 長尾, 2007
		努力すること, 学習, 自己研鑽	吉川, 1992; 佐伯, 1992; 山田, 1999; 長尾, 2007; 清水, 2011; 小林・石鍋, 2012
	意思決定	意思決定, 自分で決める, 自分の考えで決定する, 自己決定, そこには立たないと選択する, 自分の出した解答, 判断したことを表明する, 選択する, 最良の選択, 生きる意味・質を重視した選択	阿部ら, 1998; 井上, 1999; 山内, 1999; 古宇田・新藤, 2002; 田畑ら, 2006; 橋本, 2006; 青木, 2009; 鈴木, 2011; 鶴崎・大池, 2012; 秋元, 2013a, 2013b
	自分なりの理	心の理, 心の理にかなう, 心の理をわかまえる, 理があること, 自分なりの理が見える	山田, 1999; 鈴木, 2011
理由, 理由の質, 理由の量, 理由のレベル, 理由づけ, 「よい」理由探し, 動機づけ, 動機, 独自の理由, 他に選択の余地がないという理由, 言い訳, あくまでも自己の論旨を貫く		吉川, 1991, 1992, 1993; 田崎, 2002; 平山, 2004; 難波・三原市立木原小学校, 2006; 鎌田・淵上, 2009; 鈴木, 2011	
自分の内の判断基準, 判断基準を尊重, 信念の固定		佐伯, 1988; 古宇田・新藤, 2002; 鶴崎・大池, 2012	
価値観	有意性	意義, 意義化, 意味, 生きる意味・質を統合, 生への意味づけ	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 古宇田・新藤, 2002; 田畑ら, 2006; 室伏, 2007; 平田, 2010; 鶴崎・大池, 2012
	価値	価値, 価値観, 価値あるもの, 価値の明確化	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 古宇田・新藤, 2002; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 田畑ら, 2006; 鶴崎・大池, 2012; 郡司, 2012
		固有の文化的背景の制約をうけている, 日本文化を背景とする自己, ある社会の文化的に固有の論理, 社会や文化とのつながり	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 渡辺, 2004; 鶴崎・大池, 2012
相対的利益	利益との兼ね合い	利益と損失を判断, gainとlossのバランス, リスクとベネフィットを公正に伝える, 病変部分と手術の必要性, 自覚症状, 自覚症状を踏まえてケアの基準を判断する, リスクを受容, 手術に伴う不利益や苦悩も覚悟のうえ, 苦痛や損失が伴うがんの治療に臨む姿勢, さまざまな現存する脅威に向き合う, リスクに直面しながらも安心して生活できる, 悪い情報に対して迷ったり葛藤した後で選択や決定ができる, 常に疑ってみる慎重性	秋元, 1993; 阿部ら, 1998; 井上, 1999; 山内, 1999; 古宇田・新藤, 2002; 田畑ら, 2006; 藤沢, 2006; 小林・石鍋, 2012; 鶴崎・大池, 2012

納得の概念分析

カテゴリー	下位カテゴリー	内 容	著 者
相対的利益	利益が上回る	利点, メリット, 問題意識にフィットする, それでうまくいく, 問題意識に即応する, 手術に対し期待がもてる, 期待とのズレがない, かなり高い確率のリスクがあっても, そのベネフィットが大きければ, 人はあえてその行為を選択することもある, 最終的には自分の利益につながるという大局的見地, 他の情報よりは不利益が小さいという比較, 苦痛を早く取り除くため, 苦痛が少ないこと, 肉体的回復感を感じる, 精神的回復感を得る, 充実した看取り, 全体最適の視点	吉川, 1992; 山田, 1999; 萩原, 2002; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 羽江, 2005; 田畑ら, 2006; 室伏, 2007; 長尾, 2007; 生方, 2011; 小林・石鍋, 2012
	結果の水準	結果についてのレベルを表す, 結果についてのレベルの高低	萩原, 2002
明晰性	評価および結果と報酬のリンクとの明瞭性, 明晰性, 透明性, 明確化, 明らかにする, あいまいさを嫌う, 疑問を解消する, 公開, 公開性, フィードバック, 運用の仕方を公開		山下, 1995; 阿部ら, 1998; 松田, 2002; 嶋崎, 2002; 萩原, 2002; 古宇田・新藤, 2002; 田崎, 2002; 内山, 2006; 武内, 2010
	真実, 真実性, 実態, 実感, 事実を知る, 現在の事実・過去の事実, 公的な事実, 事の真相を知る, 他人の体験, 具体的, 具体例とか事例の提示, エピソードをあてはめる		佐伯, 1982, 1995; 佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 吉川, 1991, 1992; 難波・三原市立木原小学校, 2006; 山口, 2006; 平田, 2010
経験との結びつき	過去の経験と既得の知識や技能を組み合わせ関係づける, 自分の経験や勘の十分な発揮を促す, 過去と現在の自分をつなげる, 従来の経験, 自分のこれまでの経験と知識を結合, 具体的な経験世界に置き換える, 説明と経験を加味した知識との比較, 経験や身体感覚と結びつけること, 自分の体験, 日常的体験に依拠, 体験に基づいてわかる, 経験のプールとの連続性を確保, 人生の文脈に当てはめる, 人生の文脈において位置づける, 歴史的経緯の制約を受けている, どのような具体的な事象の経験と結びつくのかわかる, 経験世界での実践を通す, 経験に反する情報は受容できない (逆転)		佐伯, 1983; 佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 山下, 1995; 川崎ら, 2001; 古宇田・新藤, 2002; 渡辺, 2004; 大坪・大野, 2004; 平山, 2004; 小谷, 2005; 難波・三原市立木原小学校, 2006; 田畑ら, 2006; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 平田, 2010; 郡司, 2012; 秋元, 2013a
明証性	因果律	原因と結果の理由づけ, 原因結果の緊密な結びつき, 主張と理由として自らつなげる, 事情, 根拠から帰結の関係にあるもの, 帰結を因果的に説明する, 後ろ向きの因果律, 因果的説明の受け入れ	中垣, 1987; 川崎ら, 2001; 渡辺, 2004; 山口, 2006; 平田, 2010; 鈴木, 2011
	論理性	論理, 論理性, 論理がある判ずる行為, 論理的, 論理面, 論理的思考, 論理的正当性, 論理的明瞭性, 論理性の保持, ロジックを再構成する, 合理的, 合理化, 合理性, 筋の通った, 根拠を説明する, 根拠が正しい, 理不尽と思ってる間は納得からほど遠い (逆転)	吉川, 1991, 1992; 川崎ら, 2001; 宇佐美, 2002; 嶋崎, 2002; 松田, 2002; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 渡辺, 2004; 田畑ら, 2006; 藤沢, 2006; 和田, 2006; 内山, 2006; 井上, 2006; 崎長, 2006; 室伏, 2007; 鈴木, 2011; 郡司, 2012
公明さ	正当な評価, 正当性		渡辺, 2004; 第三文明社, 2006
	努力と成果の比例性, 評価の仕組み		内山, 2006
	客観性, 客観的		阿部ら, 1998; 田崎, 2002; 大野ら, 2003; 内山, 2006
無理ないさま	公平, 公平性, 公正感		田崎, 2002; 内山, 2006
	確かにそうかもしれない, 確かな感覚, 確からしさ, やはりそうなのか, 道理で, 当然の道理, 正しい, あたりまえ, 当然, 必要性, 必然性), すでに観察されている事態を当然の事態として説明できる事態		佐伯, 1982, 1983, 1992; 佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 吉川, 1992; 山下, 1995; 渡辺, 2004; 大坪・大野, 2004; 田畑ら, 2006; 山口, 2006
信頼関係	信頼の構築	妥当, 妥当性, 妥当なものとして受け入れる, 適切	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 佐藤, 1994; 大野ら, 2003; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 田畑ら, 2006; 難波・三原市立木原小学校, 2006; 郡司, 2012
		信頼, 信頼感, 信頼性, 信頼関係, 信頼できる他者を認める	中西, 1998; 阿部ら, 1998; 山田, 1999; 山内, 1999; 井上, 1999; 古宇田・新藤, 2002; 松田, 2002; 田崎, 2002; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 飯野, 2005; 田畑ら, 2006; 第三文明社, 2006; 内山, 2006; 室伏, 2007; 河合, 2011; 鶴崎・大池, 2012; 小林・石鍋, 2012; 郡司, 2012; 秋元, 2013a

納得の概念分析

カテゴリー	下位カテゴリー	内 容	著 者
信頼の構築		傾聴する姿勢、積極的傾聴、耳を傾ける、尊敬の念を込める、真心を込めて接する、相手の立場を配慮する、真剣な取り組み、聞き手の立場に立つ、特段の配慮、心遣いが嬉しい、励まし、相手に攻撃・否定を与える気持ちがないこと、医療従事者・医師の態度、話手の態度や話し方などで印象をよくする	古宇田・新藤, 2002; 日刊工業新聞社, 2003; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 羽江, 2005; 第三文明社, 2006; 田畑ら, 2006; 室伏, 2007; 斎藤ら, 2009; 清水, 2011
		プロの仕事、プロである自覚、専門性、医療技術印象、スタッフ一人一人の自信、熱意、熱い思い、エネルギーが伝わる	宇佐美, 2002; 大坪・大野, 2004; 羽江, 2005; 斎藤ら, 2009; 清水, 2011
信頼関係	他者との協働	協調的関係、交流、協働、共同、積極的協働、日常的な相互作用、共通体験者の介入、多くの人の支え、他者とのぶつかりあいという関係性をもつ、同じ境遇の人たちと接する、歩み寄り、密度の濃いかかわりの中に存在する、人間関係に依存、体験者・専門職との出会い、他者に対しても閉じている(逆転)	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 佐伯, 1995; 中西, 1998; 標, 2001; 古宇田・新藤, 2002; 宇佐美, 2002; 日刊工業新聞社, 2003; 浮ヶ谷, 2005; 羽江, 2005; 田畑・仲谷・西田, 2006; 平田, 2010; 河合, 2011; 小林・石鍋, 2012
		情報の共有、他の人々と共有、情報交換、社会共同体の暗黙の共通認識、お互いの考えや意見のすり合わせ、協働して決める、対等な立場であること、お互いの意見の違い・相違点を明確にする、意見を出し合い議論する、互いの主張を探る、主張者とのやり取りを通じる、家族で一緒に考える、自分と他人の違いに気づく、互いの理解を深める、お互いに譲歩しあい併存する方法をともに探る、社会や他者とさまざまに折り合いをつける、当事者間の認知フレームの相互確認が重要、相違点を埋めるために相互に歩み寄る、わかりあう	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 山内, 1999; 日刊工業新聞社, 2003; 渡辺, 2004; 平山, 2004; 大坪・大野, 2004; 浜町, 2005; 清水, 2005; 藤沢, 2006; 井上, 2006; 田畑ら, 2006; 斎藤ら, 2009; 小高, 2010; 清水, 2011; 小林・石鍋, 2012
		コミュニケーション、重要な対人コミュニケーション、コミュニケーションの構造、対話	大野ら, 2003; 渡辺, 2004; 井上, 2006; 小高, 2010; 田畑・仲谷・西田, 2006
流動的	適切な情報提供	情報、情報提供、情報を得る、情報を得続ける、得たあらゆる情報、求める情報、事前情報の獲得、更なる情報の要望、情報の透明化、情報の共有化、コンテキスト情報の明確化・提供、提供された情報の内容や方法、必要とする情報の内容と量に対して過不足ない、情報量の重要性、情報を処理する、信頼できる情報開示、信頼できる情報源、情報の受容、情報を豊富に保証、情報が飽和状態に達する、情報の公開、情報の開示、納得感の欠如の一因に正確な医療情報が提供されていない(逆転)	阿部・佐藤・井上, 1998; 中西, 1998; 井上, 1999; 松田, 2002; 沖野, 2002; 古宇田・新藤, 2002; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 小谷, 2005; 浜町, 2005; 第三文明社, 2006; 田畑・仲谷・西田, 2006; 飯野, 2005; 斎藤ら, 2009; 青木, 2009; 平田, 2010; 清水, 2011; 小林・石鍋, 2012; 鶴崎・大池, 2012; 秋元, 2013a
		適切な説明、きちんと説明する、順序立てて説明する、説明を受ける、病気の説明が充分であること、丁寧に説明、みごとな説明を与える、わかりやすい説明の仕方、説明のわかりやすさ、多くも少なくもない量で説明を受ける、医学判断を基にした説明、説明の提示	佐伯, 1982; 阿部ら, 1998; 山内, 1999; 川崎ら, 2001; 沖野, 2002; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 福島県郡山市郡山第二中学校, 2004; 和田, 2006; 田畑ら, 2006; 長尾, 2007; 室伏, 2007; 清水, 2011; 日経BP社, 2012
		方向性や未来像を見せながら説明、その後の成長に資する育成目標の情報が提供されること	松田, 2002; 和田, 2006
流動的	プロセス	過程、プロセス、どのように決めたのかのプロセス、どうやって選ぶかというプロセス、不安の解消を行う過程、意思決定プロセス、信頼関係を確認するプロセス、相手のニーズを呼び起こすプロセス、互いがインタレストを掘り起こしたうえで解決策を見出すプロセス、合意のプロセス	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 山内, 1999; 古宇田・新藤, 2002; 日刊工業新聞社, 2003; 大野ら, 2003; 羽江, 2005; 浜町, 2005; 田畑ら, 2006; 室伏, 2007; 小高, 2010
	コントロールできる	コントロールは容易である	大野ら, 2003
	移り変わる	変わっていく、変化するもの、適切な理解への変化、それぞれの情報の重要性が変化する、長い時間をかけて形成している、時間の経過とともにその形は変化する、時間と他のカテゴリーとの連携構造、プロセスは直線的な構造ではなく対比的構造、プロセスはかなりダイナミックである、時と場合の都合に応じる、行きつ戻りつをする、行き来を繰り返すプロセス、納得と納得との交互連鎖	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 中垣, 1987; 吉川, 1991; 標, 2001; 古宇田・新藤, 2002; 大野ら, 2003; 平山, 2004; 渡辺, 2004; 長尾, 2007; 山本, 2009

うである〔主観的〕（佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985；鈴木, 2011）や自分の意思で行動する〔主体的〕（佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985；井上, 1999；古宇田・新藤, 2002；大野ら, 2003；青木, 2009；秋元, 2013b）のような、自分の考えや行動を示すものであった。それは、自身の肯定的な深い〔自己理解〕（野村, 1994）のうえで成り立ち、自分の課題に精一杯向き合おう（羽江, 2005）とする〔自助努力〕や、自分で〔意思決定〕（井上, 1999；田畑ら, 2006；青木, 2009；秋元, 2013ab）する内発的な動きとして表れていた。これより【自己関与】は、自分の意思や行動、姿勢などの自己のありようであり、ある事象を自分の課題としてとらえ、それに能動的に関わることを示しているにとらえた。

（d）【価値観】

【価値観】の категорияは3つの下位category〔自分なりの理〕〔有意性〕〔価値〕から抽出された。〔自分なりの理〕を基にした自分の内の判断基準（古宇田, 2002）であった。それは、自分にとっての意義（佐伯, 1985；中垣, 1987；田畑, 2006；室伏, 2007；平田, 2010）を示すものであり、自身への〔有意性〕を表すものであった。更に、固有の文化的背景の制約をうけており（渡辺, 2004）、ある社会の文化的に固有な論理（渡辺, 2004）の下で作られる自分なりの価値観（古宇田, 2002；田畑, 2006；鶴崎, 2012）であった。これより、【価値観】は自分が育ってきた生活環境や社会文化といった個人の持つ背景に影響を受けながら、自分にとって有意味であると判断する個人的な基準を示しているにとらえた。

（e）【相対的利益】

【相対的利益】の categoriaは3つの下位category〔利益との兼ね合い〕〔利益が上回る〕〔結果の水準〕から抽出された。〔利益との兼ね合い〕はgainとlossのバランス（秋元, 1993）を踏まえて、リスクと利益のバランスを判断していた。そして、リスクがあっても最終的には自分の利益につながるという〔利益が上回る〕状況があった。また、利益がもたらされるという〔結果の水準〕、つまり、自分にとっての基準が含まれていた。これより、【相対的利益】は、事象の利益とリスクを比較し、事象の持つリスクを見越した上で、全体的な視点から自分への利益が存在することを示しているにとらえた。

（f）【明証性】

【明証性】の categoriaは6つの下位category〔明晰性〕〔経験との結びつき〕〔因果律〕〔論理性〕〔公明さ〕〔無理のないさま〕から抽出された。〔明晰性〕は事実や嘘偽りのない明確な状況や実感（中垣, 1987；吉川, 1992；佐伯, 1995）であり、しかも、自分のこれまでの〔経験との結びつき〕が基盤になっており、原因と結果の理由づけ

（中垣, 1987；渡辺, 2004）を行い〔因果律〕で説明することを通して、事実や状況を明確に証明するものでもあった。さらに、〔論理性〕をもつことで〔無理のないさま〕を示し、誰がみても公平で隠し立てしない〔公明さ〕を備えていた。これより【明証性】は、根拠をもった確かさがあり、疑いのような不明らかなことから自分のなかで疑義が生じない状況を示しているにとらえた。

（g）【信頼関係】

【信頼関係】の categoriaは3つの下位category〔信頼の構築〕〔他者との協働〕〔適切な情報提供〕から抽出された。〔適切な情報提供〕は、いま自分が必要とする過不足のない情報を得ることであり、それは自分一人ではなく〔他者との協働〕のなかで取得していた。その相互の関わり合いを通して、専門性（斎藤ら, 2009；清水, 2011）を感じ、医療従事者・医師の真心を込めて接する姿勢（第三文明社, 2006）から〔信頼の構築〕につながり、さらにかかわりを深いものにしていく。このように【信頼関係】は、自分一人で作るものではなく、協調的關係やコミュニケーション、信頼できる情報提供を通して、他者と相互に影響しあうなかで構築される、信じて頼れる関係性を示しているにとらえた。

（h）【流動的】

【流動的】の categoriaは3つの下位category〔プロセス〕〔コントロールできる〕〔移り変わる〕から抽出された。これは、意思決定や合意に至るなどのある事象の道筋、つまり、〔プロセス〕であり〔コントロールできる〕ものである。また、時間とともに変化をしたり、行きつ戻りつする〔移り変わる〕ものである。そして、それは時間をかけて形成（渡辺, 2004）していくもので、時間の経過とともにその形は変化する（山本・岡本, 2009）ものでもあった。これより、【流動的】は、静的なものではなく、プロセスに代表されるような変動する性質であることを示しているにとらえた。

（2）先行要件

納得の先行要件として、表2に示す4つのcategoryが抽出された。

（a）【不安定】

【不安定】の categoriaは3つの下位category〔不安〕〔不確かさ〕〔不安定〕から抽出された。〔不安〕（大野ら, 2003；大坪・大野, 2004）や〔不確かさ〕より、状態が〔不安定〕であることを示していた。これより、【不安定】は、気持ちや状況などが落ち着かず不安定していないさまを示しているにとらえた。

（b）【不一致】

【不一致】の categoriaは2つの下位category〔意に反する状況〕〔疑問〕から抽出された。〔意に反する状況〕

表2 納得の先行要件

カテゴリー	下位カテゴリー	内 容	著 者
不安定	不安	不安, 不安要素, 不安要因, 情緒的混乱・回避	大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 山本, 2009
	不確かさ	不確かさに悩む, 不確実な感じ	二神・渡辺, 2010
	不安定	不安定な状態の発生	佐藤, 1994
不一致	意に反する状況	自分のニーズに応えてくれない	清水, 2011
	疑問	わからないこと, 理由がわからない, 疑問, 疑惑	佐伯; 1982; 川畀ら, 2001; 山口, 2006; 菊池・岡本, 2009; 平田, 2010; 清水, 2011
再考の余地	理解の促進	理解することに端を発する, 関心をもつこと	鈴木, 2011; 生方, 2011
	再考慮	再吟味, 意味の再評価	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校; 1985; 標, 2001
新たな事態	新たな状況	新しい事態, 異文化との出会い, 社会のマナーやタブーが異なるとき	平山, 2004; 田畑ら, 2006
	新しい問題	超えていくべきさまざまな課題	平山, 2004

は、自分のニーズに応えてくれない（清水, 2011）、つまり、自分のニーズと一致していないことであった。また、[疑問]（川畀ら, 2001; 山口, 2006; 平田, 2010）は、理由がわからないや疑惑など自分の意図と反する状況が表れていた。これより、【不一致】は、自分の意見との違いや、わからないことから疑問が生じており、自分と事象との間でたがえる状況があることを示しているにとらえた。

(c) 【再考の余地】

【再考の余地】のカテゴリーは2つの下位カテゴリー [理解の促進] [再考慮] から抽出された。理解することに端を発する（鈴木, 2011）ものであり、関心をもつこと（生方, 2011）から [理解の促進] がはじまっていた。それに際して、再吟味（佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985）や意味の再評価（標, 2001）など [再考慮] がなされていた。これより、【再考の余地】は、一度は考えが定まった事項について自分の認識や理解をもう一度吟味し、考え直すことを示しているにとらえた。

(d) 【新たな事態】

【新たな事態】のカテゴリーは2つの下位カテゴリー [新たな状況] [新しい問題] から抽出された。新しい事態（平山, 2004）や異文化との出会い（田畑ら, 2006）など社会のマナーやタブーが異なるとき（田畑ら, 2006）のような [新たな状況] は、超えていくべきさまざまな課題（平山, 2004）として [新しい問題] があった。これより、【新たな事態】は、新しい状況がもたらされ、いままでに経験していない状況が発生したことで、それに対処していく必要があることが示されているにとらえた。

(3) 帰 結

納得の帰結として、表3に示す7つのカテゴリーが抽出された。

(a) 【実行力の推進】

【実行力の推進】のカテゴリーは3つの下位カテゴリー [行動力の促進] [業績の向上] [尽力する] から抽出された。全力を傾ける（内山, 2006）ように [尽力する] ことで、[行動力の促進] が起こり、その結果、個人の業績が上がり（河合, 2011）、評価が上がる（河合, 2011）ことで [業績の向上] があった。これより、【実行力の推進】では業績の向上のように何らかの成果を伴う行為を促進することを示しているにとらえた。

(b) 【精神的安定】

【精神的安定】のカテゴリーは3つの下位カテゴリー [回復感] [心の安定] [安心] から抽出された。精神的な [回復感] より、心の安定（吉川, 1991, 1992, 1993）が保たれ、心の動揺が治まる（吉川, 1992）などの [心の安定] がみられ、[安心]（清水, 2011）や安堵を得た状態（菊池・岡本, 2009）を作り出していた。これより、【精神的安定】は、不安定であった状況から、精神的に心が落ち着き定まることを示しているにとらえた。

(c) 【思惟の定着】

【思惟の定着】のカテゴリーは2つの下位カテゴリー [理解の静止] [思考の定着] から抽出された。理解を深めようとする思考作用が静止（吉川, 1993）することで [理解の静止] が起き、真に安定した理解（吉川, 1991）となり、[思考が定着] して、信念が形成（嶋崎, 2002）されていた。【思惟の定着】とは、自分の思考や理解が固まることで、思考が定まり揺らがない自分をつくり出すことを示しているにとらえた。

(d) 【満足感】

【満足感】のカテゴリーは4つの下位カテゴリー [心嬉しい] [満足感] [充実感] [QOLの高み] から抽出された。喜び（佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985）、

表3 納得の帰結

カテゴリー	下位カテゴリー	内 容	著 者
実行力の推進	行動力の促進	実行力を高める, 率先して対応する, 望ましい行動が促進される, 対処行動の変化, 自分でやってみせる, 自分で活用したくなる, 主体的に評価する, 自分なりに工夫を凝らす, 応用する, 再来意向が強くなる, 発展する	佐伯, 1982; 標, 2001; 大野ら, 2003; 内山, 2006; 小高, 2010
	業績の向上	個人の業績が上がる, 評価が上がる, コスト意識が促進される, 成果達成にこだわる	大野ら, 2003; 内山, 2006; 河合, 2011
	力を尽くす	努力している, 全力を傾ける, 一生懸命がんばってみる, モチベーションが上がる, 仕事に励む	野村, 1994; 川畀ら, 2001; 内山, 2006; 河合, 2011; 小林・石鍋, 2012
精神的安定	回復感	精神的回復感, 回復感を得る	大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004
	心の安定	心の安定, 心理的な受容, 心理的トラブル発生が少ない, 心の動揺が治まる, 不審な気持ちが解消	吉川, 1991, 1992, 1993; 井上, 1999; 山口, 2006; 小林・石鍋, 2012
	安心	安心, 安堵を得た状態	菊池・岡本, 2009; 清水, 2011
思惟の定着	理解の静止	心の活動(理解を求める活動)が静止する, 理解を深めようとする思考作用は静止, 心(理解)は静止する	吉川, 1991, 1992, 1993
	思考の定着	思考作用の停止, 真に安定した理解(安定理解), 自分の言葉で言い直す, 信念の形成	佐伯, 1982; 吉川, 1991, 1993; 嶋崎, 2002
満足感	心嬉しい	喜び, 楽しさ, すばらしさ, とても嬉しい体験, 嬉しくてたまらない, 歓ばしい, 美しい, デパートで掘り出し物を見つけた感じ, 庭から小判が出てきたような感じ, 自分一人の心のなかでとっておくにはもったいない感じ	佐伯, 1982; 佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 知念・玉城, 2011
	満足感	満足, 満足感, 負の効用の解消, 本望, 幸福感	吉川, 1993; 野村, 1994; 大野ら, 2003; 大坪・大野, 2004; 室伏, 2007; 清水, 2011; 河合, 2011; 小林・石鍋, 2012
	充実感	充実, 充実感, 充実を実感	内藤, 1994; 野村, 1994; 平山, 2004; 大坪・大野, 2004
	QOLの高み	QOL(命の質・生活の質)の高みに達している, よいものという実感, 価値を感じる	佐伯, 1982; 野村, 1994
信頼関係の構築	人間関係の構築	コミットメント, よりよい人間関係の構築, 関係は長続きする	浜町, 2005; 藤沢, 2006; 小高, 2010
	信頼	無条件で信じる, 命を預けることができる, 信頼	野村, 1994; 清水, 2011
	相互理解	共感する, 語り合う, 他人に説明する, 人に伝え説明する	佐伯, 1982
自己受容	自己肯定感	肯定的体験になる	知念・玉城, 2011
	内省	内省, 自己の行動を顧みる, 当事者と自己との関係を振り返り, 将来の当事者や自分に対する病の影響を想う状態	山本, 2009
	受容	受け入れる, 結果を受けとめる大きな力になる	橋本, 2006; 山本, 2009
成長への指向	自己の拡がり	自分の世界が変わっていくこと, 世界をつくり変える, 新しい経験世界を開く, 自身をもつくり変える, 知識観や学習観を変える, 価値観の転換, 価値を感じ得する, 前向きな変化, 変化に至る, 外傷後成長, 人格的発達に関連する	佐伯, 1983; 佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 標, 2001; 山本, 2009; 渡邊・岡本, 2005
	高次の課題	高次の課題, 新たな追求が生まれる	佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985; 吉川, 1991

楽しさ(佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985), すばらしさ(佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校, 1985)などの[心嬉しい]ことから, 満足(吉川, 1993; 大坪・大野, 2004; 室伏, 2007; 河合, 2011)や充実(大坪・大野, 2004)を感じ, [QOLの高み]に達している(野村, 1994)状況であった。これより, 【満足感】は, 感情のうえで満ち足りて, 気持ちが極まった状況を示しているととらえた。

(e) 【信頼関係の構築】

【信頼関係の構築】のカテゴリーは3つの下位カテゴリー

から抽出された。[人間関係の構築][信頼][相互理解]から抽出された。[相互理解]は, 共感(佐伯, 1982)し, 語り合う(佐伯, 1982)ことより, 双方の理解を促進することを示していた。それは[信頼]を生み出し, [人間関係の構築]を促した。これより【信頼関係の構築】は, 相互理解を通して関係をつくり出し, その人間関係を通して信頼できる絆を強めていくことを示しているととらえた。

(f) 【自己受容】

【自己受容】のカテゴリーは3つの下位カテゴリー[自己肯定感][内省][受容]から抽出された。自己の行動を

顧みる（山本・岡本，2009）[内省]を通して，自分を受け入れる（山本・岡本，2009）ことで[自己肯定感]につながっていた。これより，【自己受容】は，自分自身の在り様を見つめ直し，自分を受け入れて肯定的に評価することを示しているにとらえた。

(g) 【成長への志向】

【成長への志向】の категорияは2つの下位category「自己の拡がり」「高次の課題」から抽出された。自分の世界が変わっていくこと（佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校，1985）から「自己の拡がり」を感じ，それにより，新たな追求が生まれ（佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校，1985），「高次の課題」が生じていた。【成長への志向】は，新しい状況からさらなる自己成長を目指せるような学びにつながっていくことを示しているにとらえた。

2. 定義

以上の納得の属性，先行要件，帰結の結果より，納得とは『ある事象に対して，自分の持つ価値や自分への利益を明確にすることで理解を深め，認知的にも感情的にも受容した状態であり，主体的かつ他者との信頼関係の中で生み出される流動的な状態』と定義した。

Ⅲ. 考察

1. 納得の概念の特性

納得の概念分析の結果を踏まえて，納得の概念の特性として3つの視点から考察をする。

納得の概念の特性の1つとして，不安定な状況から自分にとり，より利益ある安定した状況に収めていく特性があるといえる。つまり，納得には，自分にとって確かな利益が確認できる状況があると考えられた。先行要件で示された【不安定】や【不一致】は利益の確認ができない反応でもあり，【明証性】や【価値観】，【相対的利益】から自分にとり確固たる利益が確認できることで納得していると考察できた。納得には苦痛を早く取り除くというようなメリットやベネフィットのような利益が基盤にあることが示されている（田畑ら，2006；長尾，2007；生方，2011；小林・石鍋，2012）。このことから，納得は自身の価値に添った利益を明確に認知することが重要であることが示唆された。

納得の概念の2つ目の特性として，能動的に生じる特性があるといえる。納得は，自分からその状況に臨んでおり，主体的にかかわっていた。能動的な活動のなかにこそ納得の世界がある（佐伯・静岡大学教育学部附属静岡中学校，1985）ことや，納得には自己関与による満足感や達成

感がある（平山，2004）ことからその特性が伺えた。能動的にかかわることでその状況に主体が関与することになる。そして，状況に【自己関与】することで自分の【価値観】や【相対的利益】がそこに加わる。その人の意図があり，意思があってはじめて達成できるものであり，つまり能動性がなければ，【理解の深化】にもつながらないと考える。このことから，納得には自身の意思力の表れでもある能動的な特性があることが示唆された。

納得の概念の3つ目の特性として，信頼ある他者の関与があるといえる。納得そのものは個人の認知的・情緒的なありようであるが，【流動的】で【信頼関係】のなかから構築される概念であった。納得は医療者との密度の濃いかかわりのなかで存在する（中西，1998）ことが示されている。このように，納得は自分自身一人ではなく，他者との関係性を通して生まれる信頼関係のなかに存在する特性が示唆された。

2. 看護への示唆

納得の先行要件には，【不安定】【不一致】【再考の余地】【新たな事態】があった。治療を受ける患者に置き換えると，治療過程にある患者は常に不安定，不一致な状況に遭遇していると推測され，患者自身の内部で納得に向けた作業が行われていると考えられる。このことから，治療過程の患者は一度納得していたとしても，変動して納得できない状況が生まれる可能性がある。そのため，治療過程にある患者の納得の状況を定期的にアセスメントし，支援することは治療過程を継続させていくうえで重要な支援となりうる。

また，【理解の深化】や【自己関与】【流動的】から，医療者主導では決して納得に導くことができないことを示していた。納得は極めて主観的個人的（中垣，1987）であるため，患者自身がさまざまな状況を吟味し，認知的・感情的に受け入れられる状況に至る必要がある。納得に導くためにも，看護師のケア姿勢としては，患者のペースに合わせるかかわることの重要性が示されていた。

さらに，納得の属性には【価値観】や【明証性】が含まれ，自分のいままでの生活史や経験などの文化的背景や歴史的経緯（渡辺，2004）の影響を受けやすい概念でもあった。言い換えれば，患者のもつ価値観や人生経験を尊重した支援が納得に影響を与えると推察される。とくに，人生経験の長い高齢者ではその要因が大きくなると思われ，高齢者のもつ過去の体験や生活史を加味することが納得の支援につながる事が推察できる。納得には普段からの患者の思考や言動，行動などの日常生活から得られる情報が役立つと考えられる。看護師は日常生活支援を役割としており，患者の納得に導くために的確にアプローチできる存在

であるといえる。

そして、納得は【流動的】であり、【信頼関係】のなかから構築される概念であることから、最も近い存在である看護師が納得の支持の鍵をにぎっているといえるのではないかと思われる。

最後に、帰結として【実行力の推進】が示されており、納得は主導性を支える重要な要素になると考えられた。患者個々の納得の仕方は闘病姿勢に大きく影響を与えていることも報告（秋元，1993）されている。このように、患者の納得は主導性を支え、よりよい療養生活構築につながっていく。医療の受け手から患者主導の医療へのパラダイムシフトしつつある今日において、納得に注目した支援が、より重要になると考えられる。

IV. 研究の限界

今回の研究は、日本文献に限った概念分析であることが挙げられる。今後、海外文献検討を行ううえで、今回の概念分析で得られた属性を検索用語として活用することで文献数を的確に絞り、効率的に納得の概念分析を実施できると考える。また、研究上の課題として、納得を取り上げている文献が数少ないことから、今回使用した文献は活用で

きる記述があれば文献として取り上げた。今後は、概念分析の精度を保つためにも、収集した文献の質にも考慮していく必要がある。さらに、納得を臨床に適用するうえでの課題としては、納得は主観的なものであるため、第三者が把握しづらい状況がある。とくに、小児や高齢者のような認知機能から主観が読み取りにくい状況下では、医療者側の観察やアセスメント能力によることになる。このような主観的な納得をいかに確実に把握できるものにしていくのが今後の検討事項である。

おわりに

本研究では納得を概念分析した。その結果、8つの属性、4つの先行要件、7つの帰結が抽出され、納得は『ある事象に対して、自分のもつ価値や自分への利益を明確にすることで理解を深め、認知的にも感情的にも受容した状態であり、主体的かつ他者との信頼関係のなかで生み出される流動的な状態』と定義された。納得の概念分析より、主体性を尊重しながら、患者のもつままでの経験を踏まえかかわる重要性や、納得を支えるうえで、日々の看護師の行う日常生活援助が鍵となることが示唆された。

要 旨

本研究の目的は「納得」の概念分析を行い、納得の定義を明確にし、納得を導く看護支援を検討することにある。研究方法はRodgersの概念分析を用いて「納得」の概念分析を実施した。その結果、対象文献74文献より、8つの属性、4つの先行要件、7つの帰結が抽出され、納得は『ある事象に対して自分のもつ価値や自分への利益を明確にすることで理解を深め、認知的にも感情的にも受容した状態であり、主体的かつ他者との信頼関係のなかで生み出される流動的な状態』と定義された。納得の概念は、利益、能動性、信頼関係の特徴があると考えられた。納得の概念分析より、治療を受ける患者に対して、主体性を尊重しながら、患者のもつままでの経験を踏まえつつかかわる重要性や、納得を支えるうえで、日々の看護師の行う日常生活援助が鍵となることが示唆された。

Abstract

The present study conducted a concept analysis of 'nattoku' to clarify the definition of and investigate nursing support that leads to nattoku. Rodgers' concept analysis was used to analyze the concept nattoku. A total of eight concepts, four antecedents, and seven consequences were extracted, and nattoku was defined as "a state of cognitive and psychological acceptance involving deeper understanding gained by clarifying personal values and self-benefits; a flexible condition that is generated both independently and through interactions with others". The characteristics of the concept nattoku appeared to comprise the following: aspiring to a stable state; actively responding to a situation; and aiming for positive outcomes. The present concept analysis of nattoku suggests that the keys to effective nursing are interactions that respect patients' individuality and consider their experiences to date, and lifestyle support for nattoku during everyday nursing.

文 献

阿部恭子, 佐藤禮子, 井上智子 (1998). 手術療法を受ける乳がん患者の治療への納得を構成する要素. 日本看護科学学会学術集会講演集, 18, 62-63.

秋元典子 (1993). 子宮全摘術の決意時における患者の納得の仕方. 看護研究, 26(6), 503-513.

秋元典子 (2013a). 治療の選択肢. 井上智子 (編), 看護治療学の基本: 医療による身体侵襲を「視る」「診る」「看る」.

- pp.200-230, 横浜: ライフサポート社.
- 秋元典子 (2013b). 意思決定と治療選択. 井上智子 (編), 看護治療学の基本: 医療による身体侵襲を「見る」「診る」「看る」. pp.296-306, 横浜: ライフサポート社.
- アラン. 幸福論. 2002年10月16日第1版. 神谷幹夫訳. p.307-310 東京: 岩波書店.
- 青木則明 (2009). 納得を目指したケア支援を行うために. *Keio SFC journal*, 9(2), 7-10.
- Barry, B., and Henderson, A. (1996). Nature of decision-making in the terminally ill patient. *Cancer Nurs*, 19(5), 384-391.
- 知念久美子, 玉城清子 (2011). 一般不妊治療後妊娠した女性の母親役割獲得—妊娠・出産期から産後3ヶ月までの主観的体験—. 沖縄県立看護大学紀要, 12, 25-35.
- 第三文明社 (2006). 「見える化」と「納得」との関係. 第三文明, 559, 31-33.
- 藤沢晃治 (2006). 情報発信の意識を変える. 第三文明, 559, 24-26.
- 福島県郡山市立郡山第二中学校 (2004). 学びを創造することのできる生徒の育成. 教育展望, 50(8), 53-62.
- 二神真理子, 渡辺みどり, 千葉真弓 (2010). 施設入所認知症高齢者の家族が事前意思決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス. 老年看護学, 14(1), 25-33.
- 郡司篤晃 (2012). 患者の医療情報探索をどう支援するか. 病院, 71(4), 262-266.
- 羽江育子 (2005). 納得できる代理決定. 看護学雑誌, 69(4), 356-359.
- 萩原京二 (2002). 公平性・公正性・納得性・透明性. 賃金実務, 39(915), 27-29.
- 浜町久美子 (2005). 看護職の立場からのクリニカル・ガバナンス. 現代のエスプリ, 458, 139-148.
- 橋本すみれ (2006). 大切な決断のときに役立つ臨床決断分析入門—納得いく選択のために—. レジデントノート, 8(9), 1283-1287.
- 平田修三 (2010). ライフストーリーワークの視点に立った里子支援のあり方. 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 52-60.
- 平山修平 (2004). 「納得」の経験—アイデンティティからのアプローチ—. 青山国際コミュニケーション研究, (8), 5-24.
- 飯野奈津子 (2005). 患者納得の医療と氾濫する“情報”. 健康保険, 59(4), 28-31.
- 井上孝代 (2006). 対立を乗り越えるための「共感力」. 第三文明, 559, 28-30.
- 井上智子 (1999). 手術患者の意思決定. 数間恵子 (編), 手術患者のQOLと看護. pp.14-24, 東京: 医学書院.
- 鎌田雅史, 淵上克義 (2009). 人材育成に関する人事評価についての倫理的考察. 岡山大学大学院教育学研究科研究集録, 142, 107-114.
- 河合克彦 (2011). モチベーション, 評価の信頼性・納得性を高める被評価者向け研修はこう進める. 企業と人材, 44(977), 62-69.
- 菊池由莉, 岡本祐子 (2009). 統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の検討. 広島大学心理学研究, 9, 217-227.
- 小林昭子, 石鍋圭子 (2012). 心臓手術を受ける高齢者の意思決定に関する研究. 日本ヒューマンケア学会誌, 5(1), 47-59.
- 小谷恵津子 (2005). 概念探究型社会科における納得をともなう概念の獲得と経験: 中学校地理的分野「人口から見た日本」の開発を通して. 社会科研究, 62, 11-20.
- 古宇田香, 新藤悦子 (2002). 治療を自己決定したがん患者の「決定後の思い」. 臨床死生学, 7(1), 26-32.
- 松田憲二 (2002). 求められる評価の透明性・納得性と高い考課能力. エルダー, 24(2), 39-44.
- 室伏順子 (2007). メッセージとプロセスを整理し, 聞き手を納得に導く. 日経SYSTEMS, 171, 164-167.
- 長尾秀美 (2007). 納得の死—一家族の看取りの中から—. ホスピスと在宅ケア, 15(1), 17-28.
- 内藤谿子 (1994). 「納得」をめざす「意欲」を. 現代教育科学, 37(1), 59-62.
- 中垣 啓 (1987). 納得と理解. 哲学, 84, 91-118.
- 仲畑貴志 (2006). 相手の思いに「想い至る」言葉. 第三文明, 559, 20-22.
- 中西睦子 (1998). インフォームドコンセントにおける理解と納得—患者の決断の“ゆれ”の調査を通して—. 日本保健医療行動科学会年報, 13, 57-66.
- 難波博孝, 三原市立木原小学校 (2006). 楽しく論理力が育つ国語科授業づくり. pp.27-30, 東京: 明治図書出版.
- 日刊工業新聞社 (2003). 納得の重要性. 工場管理, 49(7), 59-66.
- 日経BP社 (2012). どこまでなら大丈夫か ユーザーの納得感がカギ. 日経エレクトロニクス, 1083, 35-41.
- 野村祐之 (1994). インフォームドコンセントは“納得”へのプロセス—米国で肝移植を受けた患者の立場から—. 病院, 53(10), 900-903.
- 小高久仁子 (2010). 納得性を高める意思決定プロセスの意義とは?—タイキン工業株式会社における「衆議独裁」の事例から—. *Kwansei Gakuin IBA Journal*, 22-23.
- 沖野良枝 (2002). インフォームド・コンセントに対する患者の認識と意思決定要因の分析. 日本保健福祉学会誌, 8(2), 29-39.
- 雄西智恵美 (2013). 検査と診断プロセス. 井上智子 (編), 看護治療学の基本. pp.274-295, 横浜: ライフサポート社.
- 大野高裕, 他 (2003). 医療サービスに対する患者の「納得」評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金健康安全確保総合研究分野医療技術評価総合研究平成14年度総括研究報告書. <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200201249A>
- 大坪徹也, 大野高裕 (2004). 医療サービスにおける納得の心理構造モデル. 病院管理, 41(Supplement), 202.
- 川崎克哲, 大山泰宏, 桑原知子, 河合俊雄, 長谷川真理子, 河合隼雄 (2001). 講座 心理療法〈7〉心理療法と因果的思考. pp.6-22, 東京: 岩波書店.
- パスカル (1670) / 前田陽一, 由木 康訳 (1973). パンセ (27版). pp.14, 東京: 中央公論社.
- Rodgers, B.L. (2000). Concepts analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs*, 14(4), 330-335.
- 佐伯 胖 (1982). 考えることの教育. 東京: 国土社.
- 佐伯 胖 (1983). 「わかる」ということの意味. 東京: 岩波書店.
- 佐伯 胖 (1988). 認知心理学はいかに発展したか: 納得論とメンタルモデル. 哲学, 87, 281-304.
- 佐伯 胖 (1992). 納得による文化的実践への参加: 正統的周辺参加による学習. 日本教育学会大会研究発表要項, 51, 157.
- 佐伯 胖 (1995). 「学ぶ」ということの意味. 東京: 岩波書店.
- 佐伯 胖, 静岡大学教育学部附属静岡中学校 (1985). 納得をめざす追求過程—一人間力を育てる授業 (学校の共同研究). 東京: 明治図書.
- 斎藤英昭, 他 (2009). 社会学・心理学等との連携による国民のリテラシー向上と患者の納得形成に関する研究. 厚生労働科学研究成果費補助金第3次対がん総合戦略研究事業平成20年度総括・分担研究報告書. <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200823010A>
- 崎長幸恵 (2006). 後悔・落胆・納得・満足の感情と原因帰属の関

- 連について：意思決定研究における問題として．甲南女子大学大学院論集，4，1-9.
- 佐藤文隆（1994）．納得の構図—数理と物理—．数理科学，367，23-25.
- 嶋崎恒雄（2002）．納得の内包的意味とそれが生じる状況の特質について．人文論究，52(1)，36-51.
- 標美奈子（2001）．回想的に語られた介護体験プロセス：痴呆性老人の家族介護者の会役員の場合．保健医療社会学論集，12，47-57.
- 清水一哉（2011）．「患者満足度」ランキング〔2〕専門性の高さとは患者中心の医療で患者の「納得度」を追求する—公益財団法人日本心臓血管研究振興会附属榊原記念病院（東京都府中市）—．月刊保険診療，66(7)，38-45.
- 清水哲郎（2005）．医療現場におけるパートナーシップ．現代のエスプリ，458，161-170.
- 新村 出（1991）．広辞苑（第四版）．p.1799，東京：岩波書店．
- 鈴木愛理（2011）．納得は説得をこえて—理由の質の検討—．国語教育思想研究，3，19-28.
- Tabak, N. (1995). Decision making in consenting to experimental cancer therapy. *Cancer Nursing*, 18(2), 89-96.
- 田畑隆一，仲谷美江，西田正吾（2006）．情報提供手法による安心感要因としての納得感の検討．ヒューマンインターフェース学会研究報告書，8(2)，27-30.
- 武内崇夫（2010）．育成型人事考課：設計・導入の実務．師長主任業務実践，15(309)，62-65.
- 田崎 洋（2002）．人事革新図る業績責任制度の設計方法〔7〕．労政時報，3535，53-57.
- 鶴崎まり子，大池美也子（2012）．納得に関する文献的考察．日本がん看護学会誌，26(特別号)，179.
- 生方正也（2011）．コミュニケーションの設計技法第6回：コミュニケーションに流れを持たせる．*Think!*，36，145-155.
- 内山哲彦（2006）．成果主義における納得性と会計的業績評価尺度．千葉大学経済研究，20(4)，57-77.
- 浮ヶ谷幸代（2005）．病気の原因をめぐる「いかに」と「なぜ」—自己と他者の人類学．日本新生児看護学会誌，11(2)，2-8.
- 宇佐美潤祐（2002）．BCG流コミュニケーションの技術—「共感・納得が人を動かす」．*Think!*，(2)，34-43.
- 和田裕美（2006）．納得することで人は「やる気」がでる．潮，565，112-117.
- 渡辺雅子（2004）．納得の構造—日米初等教育に見る思考表現のスタイル．東京：東洋館出版社．
- 渡邊照美，岡本祐子（2005）．死別経験による人格的発達とケア体験との関連．発達心理学研究，16(3)，247-256.
- 山田 博（1999）．ものの考え方を考える—思考の方法と説得及び納得の論理．ケース研究，3(261)，61-80.
- 山口佳也（2006）．いわゆる納得用法の「わけだ」の文．十文字国文，12，1-9.
- 山本彩留子，岡本祐子（2009）．青年期における親の「死」に関わる危機の捉え方とその過程に関する研究．広島大学心理学研究，9，229-245.
- 山下利之（1995）．「納得感」を与える意思決定支援システムについて．日本ファジィ学会誌，7(1)，44-51.
- 山内桂子，山内隆久（1999）．信頼・納得できる医療の条件．看護管理，9(7)，553-558.
- 吉田道雄（2010）．効果的な情報提供．看護展望，35(9)，60-65.
- 吉川正基（1991）．理解における納得の心理．日本教育心理学会総会発表論文集，33，5-6.
- 吉川正基（1992）．理解に対する納得の関与．日本教育心理学会総会発表論文集，34，8.
- 吉川正基（1993）．理解・納得・超多有限．日本教育心理学会総会発表論文集，35，391.

〔平成27年2月10日受 付〕
〔平成27年12月14日採用決定〕

一般社団法人
日本 看護
研究 学会
会報

第 101 号

(平成28年 6 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 平成27年度第3回 理事会議事録	1
一般社団法人日本看護研究学会 平成27年度第2回 臨時理事会議事録	7
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第1回 理事会議事録	8

一般社団法人日本看護研究学会
平成27年度第3回 理事会議事録

日 時：平成27年12月23日（水）12：45～14：40

会 場：東京八重洲ホール 302会議室

出 席：黒田裕子，中村恵子，川口孝泰，工藤せい子，江守陽子，鈴木みずえ，泊 祐子，
祖父江育子，本田彰子，法橋尚宏，前田ひとみ，塩飽 仁，小山眞理子，岩本幹子，
石井範子，中西純子，叶谷由佳（以上，理事17名）
道重文子，松田たみ子（以上，監事2名）
宮腰由紀子（第41回学術集会長）

欠 席：小西恵美子，高田早苗，川本利恵子，荒木田美香子，青山ヒフミ，村嶋幸代（以上，理事6名）

陪 席：海老根潤，竹下清日（ガリレオ社），福田和明（北里大学・学会員）

議 長：理事長 黒田裕子

書 記：福田和明

(敬称略)

【配布資料】

資料1：会員動向報告

資料2：平成27年度上半期決算報告書

資料3：第4回評議員選挙（平成27年度）投票状況サマリー

資料4：編集委員会資料

資料5：看保連（第2回情報交換会）報告資料「DPCと看護の評価」

資料6：東海地方会選挙報告（平成28年度・29年度の世話人選出費用の報告）

資料7：第41回学術集会決算資料

資料8：平成28年度事業案

資料9：平成28年度予算案

資料10：第42回学術集会特別会計 予算案

資料11：学術集会一覧

資料12：入会申込理事会承認一覧（要回収）

資料13：2016年カレンダー

資料14：ガリレオ社 マイナンバー対応説明書

資料15：名誉会員推薦内規

追加資料1：平成28年度理事選挙 地区ごとの定数について

番号なし：平成27年度第2回理事会議事録

平成27年度総会議事録

第42回学術集会開催概要，募集広告，学術集会ポスター

議事に先立ち，ガリレオ社・海老根氏より，資料14に基づき，本法人のマイナンバー対応について下記のような説明があった。

学会としては謝金，原稿料，校閲料について源泉徴収をして税務署に学会から報告をする際に当該人のマイナンバーを申告することになり，学会としてマイナンバーを収集する必要が出てくる。個人情報情報を扱うために現在，社内規定を整えている最中であるが，来年4月を目標にオンライン上でマイナンバーを収集するシステムを整備する予定であり，限られた者だけが閲覧できるようにする。システム稼働までは手動で収集する必要があり，現在，書式を作成しており，マイナンバーの通知カードと免許証を一緒に提出する必要がある。詳細な手続きは後日，案内する。

黒田理事長より，一般社団法人日本看護研究学会第22条に基づき，過半数の19名の理事・監事の出席によって本理事会は成立することが確認され，議事が開始となった。本日，特別に第41回学術集会会長・宮腰由紀子氏が出席している旨の説明があった。

1. 報告事項

1) 会員数の動向（資料1・12）

総務・中村副理事長より，資料1に基づき，会員数の動向および会費納入状況について報告があった。平成27年12月22日現在，6,493名，平成27年度新入会員は449名，退会者は27名，会費納入率は86.77%であると報告があった。会費未納者は300～400名程度いるが，年間200名程度の会員数の増加であると説明があった。

2) 平成27年度上半期 決算・会計監査報告（資料2）

会計・鈴木理事より，資料2に基づき，平成27年度上半期の決算・会計監査報告があった。一般会計経常収益は4,558万7,254円，一般会計経常費用は1,141万8,503円，奨学金合計正味財産合計745万8,720円，奨学金特別会計経常費用は50万432円，選挙事業積立金特別会計正味財産合計は237万1,218円，選挙事業積立金特別会計経常費用は16万115円，災害支援特別会計正味財産合計は55万3,590円，災害支援特別会計経常費用は9,410円であった。

3) 第4回評議員選挙（平成27年度）報告（資料3）

黒田理事長から，出口禎子選挙管理委員長をはじめ，選挙管理委員の運営により11月30日付で第4

回評議員選挙が終了した結果であると報告があった。投票率は16.6%と前回より高い結果となった、今後は73名の中から理事を選出する予定であると説明があった。

4) 委員会報告

(1) 編集委員会 (資料4)

委員長・法橋理事より、資料4に基づき、学会誌の編集状況について、4号は発行が遅延しているが平成28年1月中に、5号は3月中に発行予定である旨の報告があった。なお、投稿数は増加し、平成27年12月16日現在、94本である旨の報告があった。また、J-STAGE登載の進捗状況、ScholarOne Manuscriptsの操作動画の作成、第41回学術集会での特別交流集会の開催、雑誌『看護研究』への査読に関する座談会記事掲載について報告があった。

(2) 奨学会委員会

委員長・祖父江理事より、来年1月に審査予定である旨の報告があった。

(3) 学会賞・奨励賞委員会

委員長・工藤理事より、来年1月に委員会を開催予定である旨の報告があった。

(4) 将来構想検討委員会

特に報告はなかった。

(5) 研究倫理委員会

委員長・江守理事より、第41回学術集会での特別交流集会の開催について報告があった。

(6) 国際活動推進委員会

委員長・前田理事より、第41回学術集会での特別交流集会の開催、イヤーブック3編の発行について報告があった。

(7) 大規模災害支援事業委員会

委員長・黒田理事長より、102名57万円の寄付を得ているが申請者はいないため、アナウンスをお願いしたいと説明があった。

(8) 渉外・広報 (ホームページ)

担当・塩飽理事より、サーバー提供会社よりグローバルアドレスを変更する旨の報告があり、地方会のHPにアクセスできないという多くの問い合わせに対し、各地方会に更新方法を伝えて改善したと報告があった。次に、本学会HPのソフトウェアMovable Typeのバージョン5を使用していたがセキュリティのサポートが終了していることが判明し、理事長および会計担当理事の承認を得て6月にバージョンアップして移行作業を終了したと報告があった(移行作業27万円)。

(9) 看保連ワーキング (資料5)

担当・泊理事より、障がい児については近畿地区で調査をしている最中であると報告があり、第42回学術集会で看保連ワーキングとしての報告を考えていると説明があった。

5) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会

特に報告はなかった。

(2) 看護系学会等社会保険連合 (資料5)

担当・泊理事より、11月19日にセミナー「DPCと看護の評価」に叶谷理事と参加した旨の報告があり、当日の資料5に基づき、両理事より説明があった。

(3) 日本学術会議

担当・川口副理事長より、12月21日に会議があり、高度実践看護師の教育に関する提言書の作成、ケアサイエンスのシンポジウムを来年2月あるいは3月に開催予定であること、地方創生に関する活動も開始した旨の報告があった。

(4) 第42回学術集会について（番号なし：開催概要、募集広告、学術集会ポスター）

第42回学術集会長・川口副理事長より、資料に基づき、開催概要（平成28年8月20日、21日）について説明があり、寄付金募集のために120企業に送付予定であること、つくば市より100万円程度の寄付を受ける予定であること、主なプログラム内容、演題受付期間は平成28年2月1日～3月11日の予定であると説明があった。また、学会HPでのアナウンス、および第2弾の学術集会ポスター準備をしている旨の説明があった。

(5) 地方会の活動について（資料6）

黒田理事長より、東海地方会の平成28・29年度の世話人選出費用の報告があった旨の説明があった。後日、費用を法人より支払う予定である。

(6) その他

なし

2. 審議事項

1) 第41回学術集会 決算について（資料7）

会計・鈴木理事より、第41回学術集会は計1,325名の参加者を得て、集会参加費収入は1,394万5,000円、補助金は協賛補助金を得られず61万2,000円であり、事業活動収入合計は1,973万643円であったこと、支出については、事業費は2,217万7,683円であったが運営費が約200万円の赤字となり、講師謝金（82万1,573円）と懇親会アトラクション（16万2,000円）のいずれも予算を上回る結果となり、最終的に244万7,040円の赤字が出た旨の説明があった。

黒田理事長より、赤字全額を法人で負担する案も考慮に入れて常任理事会で審議したが、懇親会費用の見積の甘さ、正会員への講師謝金の支払について適切ではないため、赤字244万7,040円のうち、47万1,342円を学術集会長に支払をお願いし、法人は200万円を負担することを提案したい旨の説明があった。

宮腰氏より、懇親会費用はサービス料の見積りが甘かった、当日にアトラクションの参加人数が増えた、講師謝金については当該講師が講演交渉時は正会員でなかった、寄付・展示広告は厳しく、参加人数が伸び悩んだ等、赤字が発生した状況について説明があり、提示していただいた金額については学術集会長として支払を行うと回答があった。

第41回学術集会決算および赤字補填の対応方法については異議なく、承認された。

2) 学会誌投稿論文 二重投稿について（資料4）

編集委員長・法橋理事より、本学会誌に投稿された論文が二重投稿である疑いがある旨の報告があり、当該論文の投稿経緯、編集委員全員一致で二重投稿であると判断したこと、事務局経由で投稿者に連絡したが本人は二重投稿ではないと回答があった旨の説明があった。

黒田理事長より、当該論文について常任理事会で審議した結果、二重投稿であると判断したが、投稿規程に二重投稿時の対応について理事会が聞き取り調査を行う、公告する、不正を行った会員につ

いては正会員の資格を剥奪する、他学会の編集委員会に通知する、等の対応が規定されていると説明があった。

理事会でも当該論文が二重投稿であることについて、異議なく承認された。

江守理事より、論文受理を取り下げることにはできるのかと質問があった。それに対し、黒田理事長より、理事長名で当該論文は二重投稿であるため、論文受理を取り下げの旨の説明を投稿者本人に行い、異議がある場合は理事長に申し立てを行うよう説明する旨の対応を行うことで異議なく、承認された。なお、すでに掲載された学会には投稿者本人に公告後、通知する予定である。

江守理事より、個人として投稿者の指導者に当該論文が二重投稿である旨を伝えることは可能かと質問があった。意見交換の結果、指導者にも伝えることは承認された。

3) 平成28年度事業案について (資料8)

総務・中村副理事長より、資料8に基づき、平成28年度事業案について説明があった。新規事業の計画がある場合は担当者へ連絡してほしいと説明があった。事業案については異議なく承認された。

4) 平成28年度予算案について (資料9)

会計・鈴木理事より、資料9に基づき、平成28年度予算案について説明があった。

予算案について異議なく、承認された。

5) 第42回学術集会特別会計予算案 (資料10)

学術集会長・川口副理事長より、資料に基づき、第42回学術集会特別会計予算案について説明があった。予算案について異議なく承認され、事前参加費として正会員10,000円、非会員12,000円の金額についても承認された。

6) 第45回 (平成31年度) 学術集會会長推薦 (資料11)

黒田理事長より、第45回学術集會会長について塩飽理事 (東北大学) の推薦があったが、塩飽理事からは即答が難しいと回答があった。次回以降審議することとなった。

7) その他

(1) 入会申込理事会承認 (資料12)

黒田理事長より、平成27年8月30日から12月22日までの入会申込者について理事長と総務担当理事2名で審議し、承認している旨の報告があった。異議なく、承認された。

(2) その他

① 平成28年度理事選挙について (追加資料1)

黒田理事長より、評議員選挙の結果を受けて理事を選出することになるが、「東京」の理事定数を1名、「中国・四国」の定数を2名とする案が提示された (「北海道」は1、「関東」は1、「東海」は2、「近畿・北陸」は1、「九州・沖縄」は1)。

定数案については異議なく、承認された。なお、理事選挙は1月下旬、開票は2月6日、審議は4月の理事会にて諮る予定である。

② 名誉会員の推薦について (資料15)

黒田理事長より、次回理事会までに名誉会員の推薦の依頼があった。推薦があった場合、事務局で名誉会員の条件を確認し、その後理事会で審議する予定であると説明があった。

【次回以降の理事会予定】

平成28年度 第1回理事会：平成28年4月10日（日）

平成28年度 第2回理事会：平成28年5月14日（土）

平成28年度 新旧理事会：平成28年5月22日（日） 午前

平成28年度 社員総会：平成28年5月22日（日） 午後

一般社団法人日本看護研究学会 平成27年度第2回 臨時理事会議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数23名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成28年1月20日（水） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】 黒田裕子理事長，中村恵子副理事長，川口孝泰副理事長，工藤せい子理事，
江守陽子理事，小西恵美子理事，高田早苗理事，小山真理子理事，鈴木みずえ理事，
泊 祐子理事，祖父江育子理事，川本利恵子理事，岩本幹子理事，石井範子理事，
本田彰子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，中西純子理事，
村嶋幸代理事，前田ひとみ理事，塩飽 仁理事，叶谷由佳理事
【監事】 道重文子監事，松田たみ子監事

議 案：

第1号 評議員からの退会申出について

谷津裕子氏の平成27年度末（平成28年3月末日）での退会について承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：中村恵子

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第1回 理事会議事録

日 時：平成28年4月10日（日）13：00～16：00 理事会
会 場：東京八重洲ホール 611会議室
出 席：黒田裕子，中村恵子，川口孝泰，工藤せい子，江守陽子，鈴木みずえ，泊 祐子，
祖父江育子，本田彰子，法橋尚宏，前田ひとみ，塩飽 仁，小山眞理子，岩本幹子，
石井範子，川本利恵子，荒木田美香子，青山ヒフミ，中西純子，叶谷由佳，
村嶋幸代（以上，理事21名）
道重文子，松田たみ子（以上，監事2名）
欠 席：小西恵美子，高田早苗（以上，理事2名）
陪 席：海老根潤，竹下清日（ガリレオ社），福田和明（徳島文理大学・学会員）
議事進行：理事長 黒田裕子
書 記：陪席 福田和明

（敬称略）

【配布資料】

1. 会員動向報告
2. 理事候補者選挙（平成27年度）投票状況サマリー
3. 第4回評議員選挙（平成27年度）選出評議員
4. 編集委員会資料
5. 中国・四国地方会の選挙についての報告
6. 平成27年度学会賞・奨励賞資料
7. 平成28年度奨学研究選考 資料
8. 平成28年度事業案
9. 平成28年度予算案
10. 学術集会一覧
11. 名誉会員推薦内規
12. 理事・監事担当名簿（2014～2016）
13. 入会申込理事会承認一覧（要回収）

番号なし 平成27年度第3回理事会議事録

平成27年度第2回臨時理事会議事録

一般社団法人日本看護研究学会第42回学術集会概要

黒田理事長より，一般社団法人日本看護研究学会第22条に基づき，23名の理事・監事の出席によって本理事会は成立することが確認され，議事が開始となった。

1. 報告事項

1) 会員数の動向（資料1）

総務・中村副理事長より、資料に基づき、会員数の動向及び会費納入状況について報告があった。平成28年4月1日現在、6,259名、名誉会員14名、評議員159名、一般会員6,086名、平成27年度新入会員は500名、退会者477名（会費滞納による資格喪失278名）、平成28年度新入会員は165名、入会待機者は157名、会費納入率は2,469名（39.74%）（平成28年4月5日現在）であると報告があった。会費未納者は3,362名であるが、今後納入されると思われると説明があった。

2) 第4回役員選挙（資料2, 3）

黒田理事長より、資料に基づき、第4回役員選挙状況について報告があり、投票率は69.9%、社員総会以後は新役員体制になると説明があった。

3) 委員会報告

(1) 編集委員会（資料4）

委員長・法橋理事より資料に基づき、学会誌の投稿数は平成27年が最高数であったと報告があり、38巻5号と39巻1号の編集状況、J-STAGEへの論文登録の完了、投稿者向けScholarOne Manuscriptsの操作動画の作成、二重投稿と判断された論文著者から取り下げ依頼があった旨の報告があった。

(2) 奨学会委員会（資料7）

委員長・祖父江理事より、奨学研究を選考した旨の報告があった。

(3) 学会賞・奨励賞委員会（資料6）

委員長・工藤理事より、対象論文を選考した旨の報告があった。

(4) 将来構想検討委員会

報告はなかった。

(5) 研究倫理委員会

委員長・江守理事より、学術集会にて愛知淑徳大学・山崎茂明氏に講演をしていただき、出席者は約100名であった旨の報告があった。

(6) 国際活動推進委員会

委員長・前田理事より、イヤブックスを4点発行した旨の報告があった。

(7) 大規模災害支援事業委員会

委員長・黒田理事長より、締切を延期したが申請が全くなかったため、助成金を出していない旨の報告があり、今後は新役員体制で検討してもらいたいと説明があった。

(8) 渉外・広報（ホームページ）

報告はなかった。

(9) 看保連ワーキング

担当・泊理事より、介護報酬に関する情報交換会の開催、学術集会での診療報酬と介護報酬に関する調査結果の発表、平成29年4月には結果を提出し、平成30年度の改定に向けて活動している旨の報告があった。

4) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会

担当・川口副理事長より、6月29日の総会に出席予定であること、学術会議と連携し3つのミッションである「ケアサイエンスとは何か」について平成28年7月23日(土)15時~18時に京都大学教授・広井良典氏、立命館大学教授・上野千鶴子氏、首都大学東京教授・西村ユミ氏のシンポジウムを開催予定である旨の報告があった。

(2) 日本学術会議

担当・川口副理事長より、看護学教育課程の参照基準の見直し、地方創生における看護の役割を検討し、看護系学会と連携して活動している旨の説明があった。

(3) 第42回学術集会について(番号なし資料)

学術集会長・川口副理事長より、第42回学術集会の演題(3月末現在 一般演題数 358演題)、概要について報告があった。他学会と日程が重複しているため、今後はパンフレットを作成し広報活動を継続していく旨の説明があった。

(4) 地方会の活動について(資料5)

黒田理事長より、中国・四国地方会の選挙の報告があった旨の報告があった。

中西理事より投票率が低かったことが課題である旨の説明があった。

(5) 定款改正案について

黒田理事長より、定款改正案を常任理事会で審議した結果、定款の議事録署名などの記載、施行細則、委員会規程について改定を検討している旨の報告があった。次回理事会で審議を図る旨の説明があった。

2. 審議事項

1) 論文の転載について(資料4の3頁)

編集委員会委員長・法橋理事より、投稿規程に論文転載に関する文言を追記したい旨の説明があった。事前に転載許可申請書を提出後、編集委員長の許可を得るようにしたいと説明があった。

小山理事より「転載」と「引用」の定義をわかりやすく説明した方が良いと指摘があり、図表は「転載」、文章は「引用」という意見や内容の改変の程度によるという意見もあり、この投稿規程への転載に関する文言については次回理事会で再審議を諮ることとなり、編集委員会に差し戻すこととなった。

つづいて、委員長・法橋理事より、論文に利益相反と著者貢献度に関する記述を追記する予定であること、学会誌論文に関することに関わらず学会全体の利益相反について意見がほしい旨の説明があった。

黒田理事長より、常任理事会にて利益相反については重要事項のため、新役員体制で検討していくことになったと補足説明があった。

以上、利益相反については新役員体制で検討していくことで、異議なく承認された。

2) 平成27年度学会賞・奨励賞推薦について(資料6)

委員長・工藤理事より、学会賞の該当者はなく、以下の奨励賞候補者3名について報告があった。

山田隆子氏（岡山大学大学院保健学研究科・助教）

「アルコール性肝障害入院患者が断酒を決意し断酒を継続するプロセス」

熊谷理恵氏（長野県看護大学看護学部・助教）

「急性白血病における臨床試験参加の意思決定プロセス」

日比野友子氏（愛知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程）

「慢性腎臓病の食事療法に対する自己管理行動アセスメント指標の開発」

以上、3名の奨励賞を推薦することで異議なく、承認された。

3) 平成28年度奨学会奨学金授与者について（資料7）

委員長・祖父江理事より、平成28年度奨学会奨学金に対し4名の応募があり、西田千夏氏1名を推薦する旨の説明があった。

西田千夏氏（武庫川女子大学大学院臨床教育学研究科）

「発達支援を要する子どもとその家族に対する看護師等支援者の内省・洞察体験の構造」

候補者については異議なく、承認された。

候補者は若手であるのかと質問があったが、奨学金規程には年齢の規定はないため、年齢を含めた奨学金規程については新役員体制で審議を諮ることとなった。

4) 大規模災害支援事業の今後の方向性について

委員長・黒田理事長より、東日本大震災以降、被災した看護学生を対象に助成金を支援し、4年目は看護職を対象に申請締切を延期してきたが申請がなかったため、今後は新役員体制で検討していくようにしたいと説明があった。本年度受領した寄付金について、叶谷理事から東日本大震災に限らず、積立でも良いのではないかと意見があった。

寄付金は積立し、今後の方向性は新役員体制で議論してもらうことで異議なく、承認された。

5) 平成28年度定時社員総会準備について

(1) 平成28年度事業案（資料8）

総務・中村副理事長より、例年どおりの事業案を作成したが事業の追加を希望があれば提示してもらいたいと説明があった。

国際活動推進委員会委員長・前田理事より「英文ホームページの作成」を追加したい旨の報告があった。

(2) 平成28年度予算案（資料9）

泊理事より看保連事業の費用について質問があり、会計より将来構想検討事業として35万を見積もりした旨の説明があり、35万円を135万円に修正することとした。

会計・鈴木理事より、資料に基づき、予算案について説明があった。委員会予算の修正点を追加したいと説明があり、4月16日に予算の精査を行い、その後、公認会計士の監査を受ける予定であると報告があった。なお、国際活動推進委員会の英文ホームページの作成に関して、早急に予算額の見積をとることとなった。

(3) 第45回（平成31年度）学術集会会長推薦について（資料10）

黒田理事長より、第45回学術集会会長として泊理事を推薦する旨の説明があり、異議なく承認され、泊理事よりご挨拶があった。なお、会場は大阪市となる。

第43回学術集会の日程については事務局が山口桂子集会長に確認する旨の報告があった。

(4) 名誉会員推薦 (資料11)

黒田理事長より、名誉会員候補者については総務担当理事で検討している旨の報告があった。中村副理事長より、70歳以上で役員歴8年以上の条件に合致する推薦者を知らせてもらいたいと説明があった。

(5) 新理事会体制について (資料3, 12)

黒田理事長より、資料に基づき、新理事会体制について報告があった。なお、5月14日(土)の理事会は中止とし、定款改正案と地方会の位置づけ(補助事業とする)、および編集委員会、予算案監査についてはメール審議とする旨の説明があった。

5月14日の理事会中止、およびメール審議について異議なく、承認された。

(6) その他

入会申込理事会承認 (資料13)

黒田理事長より、平成28年1月22日から4月8日までの入会申込者について理事長と総務担当理事2名で審議し、承認している旨の報告があった。異議なく、承認された。

次回理事会

5月22日(日): 東京医科歯科大学

旧理事会: 10:30~11:30

新理事会: 11:45~12:30

社員総会: 13:30~16:30

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

IAP総会と国際組織の再編

日本学術会議会長 大西 隆

南アフリカのケープタウンで、IAPの総会が開催され、花木啓祐副会長、鈴木孝介国際担当参事官とともに出席しました。IAPはGlobal Network of Science Academiesをフルネームとする科学アカデミーの国際組織で、110を超える参加団体があります。国によっては複数の科学組織が存在している一方で、多国からなる地域の科学アカデミーが参加しているケースもあり、参加国は100を超えます。また、地域組織もあり、日本学術会議は、このうちアジア地域のAASSAにも加盟しています。

IAPは、大きな再編を進めている最中です。関連組織として、IACとIAMPがあり、IACは、政策提言などを行い、IAMPは医学関係の国際組織です。種々の経緯でこれらの関連組織が生み出されてきたのですが、数年前からこれらを一つの枠組みに集約しようという議論が進んできました。新しい組織は、IAP (InterAcademy Partnership) と称して、そのもとに、現在のIAP、IAC、IAMPが位置づけられるという構想です。全体の組織が現在のIAPと同じ略称なので、やや紛らわしいのですが、最も名前の通っているIAPという略称を活用したものです。手続きとしては、今回の南アフリカでの総会で、IAPとして、新組織（新IAP）への参加を決めました。また、IAMP、IACも前後して同様の手続きをとることになっており、すべてが揃えば、3組織が新IAPの下で共同行動をとることが可能となります。その段階では、具体的な活動は従来の3組織がそれぞれ担うことになり、3組織の代表が新IAPの意思決定に参画することになります。より大きな枠組みで科学者の意思を表明することが必要な場合には、新IAPの名前を使えるというわけです。

日本学術会議としては、世界の科学アカデミーが大きくまとまることで影響力を高め得るという観点で、合併を支持して、推進してきました。したがっ

て、今回の3組織が新IAPを結成することは好ましいステップと考えています。

ご承知のように、国際的にもっとも知名度が高い科学アカデミー連合組織はICSU（国際科学会議、International Council for Science）です。ここには、142カ国から122の科学アカデミーが参加しています。加えて、大きな特徴は31のUNION（分分野学会の国際組織）メンバーが存在することです。つまり、国別の分野横断的な組織と、分分野の国横断的な組織という縦糸と横糸が組み合わさったような組織形態になっています。私は、ICSUと新IAPが協力や共同行動を強めて、科学者の声を国際的に統合していく努力が必要だと考えています。こうした考えは、主要国の科学アカデミーの中で、かなり共通したものと感じます。もちろん、国際組織への拠出金をいくつもの組織に出すことは簡単ではないので、統合して、経費を節約しつつ効果的に活動をした方がいいという事情も共通しています。一方で、ICSUには80年以上の長い歴史がありますが、IAPの方はその母体となっている諸組織にしても高々20数年と歴史が短いこと、そして何より、ICSUはUNIONメンバーが存在するという相違があります。別な角度から見れば、ICSUの意思決定はそう容易ではなく、動きが鈍いという問題が指摘されます。そして、この点こそ、IAPをはじめとする新たな国際組織が結成された理由でもあったのです。歴史を背景にした力を継承しつつ、迅速な意思決定を進められるようにするために、少し時間をかけながら、国際的に科学者の声を一つにしていく活動を積み重ねていくことが必要となるでしょう。日本学術会議は南アフリカでIAPの執行委員会メンバーに再選されました。IACでも理事会メンバーであり、ICSUにも理事を送っています。こうしたポジションを通じて、各国と連携し、科学アカデミーの国際的な声を強めていきたいと思えます。

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4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。

◆広域災害時の歯科医療体制について

日時 平成28年4月16日(土) 15時30分～17時30分
場所 福岡国際会議場B会場
次第 「阪神淡路大震災からの報告と提言(仮)」 足立了平
「東日本大震災からの報告と提言(仮)」 佐々木啓一
「日本歯科医師会からの報告と提言(仮)」 調整中
「広域災害時における歯科医療体制に対する現在までの報告・提言のまとめ」 椎葉正史

◆原子力発電所事故後の廃炉への取組と汚染水対策

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
次第 「福島第一原子力発電所の廃炉への取組」
尾澤卓思/大沢高志
「福島第一原子力発電所の汚染水対策の現状」
中村紀吉/山口 猷
「未経験の重大事故対策に関する開かれた議論」
沖 大幹/和田 章/嘉門雅史/花木啓祐/
吉田克己/山川充夫/南條正巳/圓山重直/
小池俊雄

◆第62回構造工学シンポジウム

日時 平成28年4月23日(土)～4月24日(日)
場所 東京工業大学大岡山キャンパス
次第 「高強度コンクリートの変遷と建築構造への適用」 渡邊 史夫
土木・建築合同パネルディスカッション
「構造物のヘルスマonitoringと総合的継続利用評価」 他

◆都市の公園や未利用空間を利用した都市農業の可能性

日時 平成28年4月26日(火) 13時00分～17時30分
場所 大阪府立大学中百舌鳥キャンパス
次第 「都市域内農地の現状と今後の方向(仮)」 増田 昇
「屋上や壁面、空室、空き地などの未利用空間を利用した『農業』生産」 長濱伸貴
「『農業』を導入した都市公園の可能性 (仮)」 辻本慎太郎

「公園あるいは未利用空間を利用した町の中での食育・環境教育(仮)」 増山和弘
「『まちなか植物工場』の展開」 古在豊樹

◆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
次第 総合テーマ「未来の社会を担う環境工学」
「循環型社会/社会基盤/大気環境/水資源/資源循環」

◆危険ドラッグの正体、現状と今後

日時 平成28年5月17日(火) 13時30分～18時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「危険ドラッグによる急性中毒の実態」 上條吉人
「危険ドラッグの依存性と精神毒性」 成瀬暢也
「危険ドラッグ乱用患者の心理社会的特徴」
松本俊彦
「危険ドラッグ流通実態の変化」 花尻(木倉)瑠理

◆パリ協定を踏まえた今後のエネルギー・温暖化対策のあり方

日時 平成28年5月18日(水) 13時00分～17時20分
場所 日本学術会議講堂
次第 「我が国のエネルギー・温暖化対策」 山地憲治
「省エネルギーをめぐる課題と機会」 野村浩二
「省エネルギーをめぐる課題と機会」 木村 宰
「省エネルギーをめぐる課題と機会」 杉山大志
「約束草案の国際的な位置づけと長期排出経路」 秋元圭吾
「気候変動影響、気温上昇目標と約束草案との関係性」 江守正多

◆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

◆子どもの健康を育む時代のニーズにあった医療と教育の連携に向けて

日時 平成28年5月22日(日) 13時30分～16時30分
場所 ヒルトン福岡シーホークホテル 大会議場ナビス
次第 「教育と医療の連携のために」 丹羽 登
「医療と教育の連携のために、挑戦してきたこと」 納富恵子

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

第171回総会での議論から

日本学術会議会長 大西 隆

4月14・15日に、165人の会員が出席して、日本学術会議第171回総会が開催されました。昨年ノーベル生理学・医学賞を受賞された大村智先生のご講演、日本学術会議の外部評価を取りまとめでいただいた尾池和夫先生（京都造形芸術大学学長・元京都大学総長）の外部評価を踏まえたご講演が行われるなど、盛りだくさんの内容でした。

2日目の最後には自由討議が行われ、以下の2点について活発な意見交換が行われました。詳細は、今後速記録として公開されます。ここでは、その概要と今後の取り扱いについてご報告することにします。

一つ目のテーマは、防衛省・防衛装備庁が進める安全保障技術研究推進制度やデュアルユース問題を巡るものでした。このテーマは、昨年10月の前総会でも取り上げられ、幹事会で議論を整理することになったものです。幹事会では、3回にわたって議論の機会を設け、幹事会メンバー間の意見交換、防衛装備庁幹部を招いての意見交換、文部科学省科学技術・学術政策局及び関係分野研究者との意見交換を行ってきました。また、昨年11月号の本欄では、これまでの日本学術会議の主要な意見表明を踏まえて、論点を整理しました。

今総会の会長報告の中で、こうした経過と、私どもの論点整理について報告し、総会での討議をお願いしたものです。同時に、各部においても部会でこの問題を議論していただいたようであり、総会最終日の自由討議では活発な意見表明が行われました。未だ、意見の集約には至りませんが、戦争を目的とする科学の研究は行わないとする1950

年、1967年の声明を堅持すべきという点についてあまり異論は出なかったように思います。しかし、「戦争を目的とする」ことの意味、「軍事目的」という用語との関係、さらに防衛装備庁が行う公募研究との関係、あるいは軍事的な装備品の研究が科学技術の発展を促してきたという歴史と現代における科学技術の発展の必要とをどのように考えるのか、といった更に検討を深めるべき点が浮かび上がってきたと思います。今後は、検討のための委員会を新設して、夏季部会や次回総会での議論をはじめとして広く会員が意見表明できる機会を設けることを通じて、日本学術会議としての意見集約を図っていきたくと考えています。

もう一つは、国際的な学術ジャーナルの購読料が高騰し、日本の研究者も十分に購読できない状態であるという問題提起に基づく議論でした。2010年にこの問題に関する提言が出されています。「学術誌問題の解決に向けて—『包括的学術誌コンソーシアム』の創設—」と題した提言のタイトルが示すように、国内諸組織が連携して発言力や交渉力を高めることによって状況の改善を図ろうとしたものです。また、関連したシンポジウム等も開催してきました。しかし、事態はより深刻になっているという認識が、分野を問わず共通していることが明らかになりました。このために、既に基本的な論点は先の提言などでまとめられていることを踏まえて、その後の事態悪化の状況を分析、共有しつつ、国にも働きかけて、国内外の力を束ねる形で、緊急に、この問題に取り組む必要があることが合意されました。

日本学術会議ニュース

日本学術会議が代表を務める「フューチャー・アース国際本部事務局日本コンソーシアム」は、2016年3月29日、春日文子日本学術会議連携会員（会長アドバイザー、前副会長）のフューチャー・アース国際本部事務局日本ハブ事務局長としての任期を延長することを決定しました。

これをもちまして、春日氏の延長後の任期は、他のグローバルハブディレクター（アメリカ、カナダ、フランス、及びスウェーデン）と同様、2018年3月末日までとなります。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成28年5月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆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
次第 総合テーマ「未来の社会を担う環境工学」
「循環型社会／社会基盤／大気環境／水資源／資源循環」

◆Progress of International Cooperation for Nutritional Sciences

日時 平成28年5月14日(土)14時40分～16時40分
場所 武庫川女子大学中央キャンパス
次第 「Nutrition in Argentina (仮)」
Dr. Mabel Carrera
「Anemia and Micronutrients Deficiencies in Indonesia, and Strategies to Overcome」
Dr. Hardinsyah
「Rapid Transition of Molecular Nutrition by Innovating Concepts and Technologies (仮)」
加藤久典

◆危険ドラッグの正体、現状と今後

日時 平成28年5月17日(火) 13時30分～18時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「危険ドラッグによる急性中毒の実態」上條吉人
「危険ドラッグの依存性と精神毒性」成瀬暢也
「危険ドラッグ乱用患者の心理社会的特徴」
松本俊彦
「危険ドラッグ流通実態の変化」花尻瑠理

◆パリ協定を踏まえた今後のエネルギー・温暖化対策のあり方

日時 平成28年5月18日(水) 13時00分～17時20分
場所 日本学術会議講堂
次第 「我が国のエネルギー・温暖化対策—課題提起」
山地憲治
「省エネルギーをめぐる課題と機会—経済的視点から」野村浩二
「省エネルギーをめぐる課題と機会—政策の事後評価」木村 宰
「省エネルギーをめぐる課題と機会—長期エネルギー需給見通しの課題」杉山大志
「約束草案の国際的な位置づけと長期排出経路」
秋元圭吾
「気候変動影響、気温上昇目標と約束草案との関係性」江守正多

◆新しい展開を目指す化学・物理系薬学領域の研究

日時 平成28年5月20日(金) 13時00分～17時10分
場所 日本学術会議講堂
次第 「ポストNGS創薬研究：統合生物学による創薬パラダイムシフト」長洲毅志
「生体分子間の非共有結合相互作用に関する物理的・化学的研究」白川昌宏
「計算生命科学と実験化学の協同創薬研究による革新的医薬品の創出をめざして」福西快文
「薬用植物資源科学の展開」野口博司
「感染症分野における創薬促進戦略」
館田一博
「非環状骨格型人工核酸を用いたDNAの機能的再インストール」浅沼浩之

◆教育におけるLGBTIの権利保障—現状と課題

日時 平成28年5月21日(土) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「アメリカの大学におけるLGBTIの権利保障」

高橋裕子

「日本の大学におけるLGBTIに関する調査結果」 隠岐さやか

「LGBTI当事者のケアに向けた学校と医療施設との連携」 中塚幹也

「生徒による取組の紹介」 岸田英之

「性同一性障害や性的指向・性自認に係る、児童生徒に対するきめ細かな対応等の実施について」 水之浦 聡

「自治体行政の総合的視点から」 岩本健良

「多様な性をもつ子どもについて考える立場から」 薬師実芳

「教育方法論の立場から」 渡辺大輔

場所 東京学芸大学小金井キャンパス

次第 「博物館法の改革の方向性について」 鷹野光行

「博物館制度の国際比較とこれから」 芳賀 満

「これからの博物館学芸員のあり方について」

小川義和

「国内外の博物館の制度および所轄の比較から見えてくるもの」 小佐野重利

◆「卵子の老化」が問題になる社会を考える

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

次第 「妊娠・出産をめぐる女性の意識」 田中慶子

「卵子提供で子どもをもった高齢妊娠女性への調査から」 白井千晶

「出生前検査と高齢妊娠の不安と選択」

菅野摂子

「高校副教材『妊娠しやすさグラフ』をめくり可視化されたこと」 田中重人

◆子どもの健康を育む時代のニーズにあった医療と教育の連携に向けて

日時 平成28年5月22日(日) 13時30分～16時30分

場所 ヒルトン福岡シーホークホテル 大会議場ナビス

次第 「教育と医療の連携のために」 丹羽 登

「医療と教育の連携のために、挑戦してきたこと」 納富恵子

◆素材の循環使用に関するシンポジウム

日時 平成28年5月23日(月) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「UNEP国際資源パネルとEUの資源効率・循環経済」 森口祐一

「素材循環のキーテクノロジーとしての物理選別」 大和田秀二

「高分子材料の供給と循環使用」 加茂 徹

「鉄鋼の循環使用」 長坂徹也

「非鉄材料の循環使用」 中村 崇

◆人類1000万年史～類人猿から日本人まで

日時 平成28年6月25日(土) 13時00分～16時30分

場所 東京大学理学部2号館大講堂

次第 「遺伝子から類人猿の社会を見る」 村山美穂

「類人猿はなぜ熱帯雨林を出られなかったのか」 山極壽一

「ラミダスからみたヒトと類人猿の共通祖先像」 諏訪 元

「アフリカからユーラシアにひろがった原人たち」 馬場悠男

「ネアンデルタール人の脳と行動」 近藤 修

「日本人の起源と成立」 斎藤成也

◆博物館法をはじめとする関連法等の改正後の博物館・美術館のありかた

日時 平成28年5月29日(日) 14時15分～16時30分

◆フロンティアを目指す、サイエンスとアート

日時 平成28年6月27日(月)

場所 日本学術会議講堂外3室

次第 「美とアート」 井川陽次郎／松居エリ／

木本圭子／久保友香

「アーカイブ論」 天日隆彦／立花 隆／長尾 真／吉見俊哉

「情報技術と生命操作技術の拡大による『人類

観』の変容」神里達博／北野宏明／伊勢田哲治
 「ロボットは人間に代われるか？介護と廃炉現場で見たもの」齋藤 泉／浅間 一／入江 徹
 「科学と政治、行政の距離」大牟田透／
 安岡善文／小山田和仁
 「地球外生物 (1)」寺門和夫／木村大治／高井 研

日時 平成28年6月28日(火)
 「学術会議のフロンティアへの取組み(仮)」
 向井千秋
 「人工知能 自動運転と未来社会」吉田典之／
 松原仁／谷口恒
 「文系廃止論騒動」滝順一／村上陽一郎／
 元村有希子
 「イノベーション、科学技術と教育」鈴木 款／
 下村博文／安宅和人
 「アートとしての数学」辻村達哉／合原一幸
 「地球外資源」川口淳一郎／青木節子／宮本英昭
 「地球外生物 (2)」観山正見／斎藤成也

◆日本の公教育システムの再構築—教育の公正の視点から

日時 平成28年7月2日(土) 13時30分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「教育政治学の視点から(仮)」小玉重夫
 「教育社会学の視点から(仮)」志水宏吉
 「教育行政学の視点から(仮)」大桃敏行
 「コメント・教育の歴史の視点から(仮)」
 広田照幸
 「コメント・国際比較の視点から(仮)」北村友人

◆「権利」を解剖する：基礎法学の新地平

日時 平成28年7月9日(土)13時00分～18時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「日本近世における『裁判』制度の確立とその
 限界」坂本忠久
 「『権利』について考えるためのさまざまな視座」
 海老原明夫
 「資源配分システムとしての『権利』の形成」
 飯田 高

「権利は存在するか」大屋雄裕

◆学問の消滅と生成の系譜学：現場から融合とは何かを考えるために

日時 平成28年7月10日(日) 13時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「学問の生成と消滅の系譜時融合する学問としての農業経済学(仮)」藤原辰史
 「『社会数学』の生成、消滅と部分的再生(仮)」
 隠岐さや香
 「技術と学問のあいだ時実学化する学問とメタ化する科学(仮)」中村征樹
 「融合の先にあるものとは何か時環境学の現在と百年の計(仮)」福永真弓

◆高等学校新設科目「公共」にむけて—政治学の立場から

日時 平成28年7月23日(土) 14時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 荻部直／古城佳子／佐々木信夫／西川伸一／
 羽場久美子

◆自己を知る脳・他者を理解する脳～融合的アプローチによる社会脳研究の魅力(仮)

日時 平成28年9月10日(土) 13時00分～17時00分
 場所 日本学術会議講堂
 次第 「融合社会脳科学の展望」(仮) 荻阪直行
 「乳幼児の自己と他者の心の発見」(仮)
 長井志江
 「マカクザルを用いた自己と他者の研究」(仮)
 磯田昌岐
 「小型魚類を用いた動物の社会性の研究」(仮)
 岡本仁
 「発達障害の早期発見と早期介入支援」(仮)
 神尾陽子
 「自己の脳を知ってうつ病を治す時ニューロ
 フィードバック治療」(仮) 岡本泰昌

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

Gサミットに関連して

日本学術会議会長 大西 隆

本稿執筆は5月の下旬、翌週には本番の伊勢志摩サミットが開催される。5月は、さながらサミット週間で、5つの大臣会合が行われた。その一つが、5月15日～17日に、つくばで行われた科学技術大臣会合であり、日本学術会議にとっても重要な位置づけを持つものであった。

今月号の『学術の動向』で特集している日本学術会議主催のGサイエンス学術会議が開催されたのは2月中旬であった。その狙いは、共同声明をまとめて、その成果を各国首脳による一連の会合に生かそうというものであった。したがって、4月半ばに、参加アカデミーが一斉にそれぞれの首脳に共同声明を届け、サミットでの議論に活用するように求めたのである。日本でも、4月に、花木・向井両副会長、三つのテーマの取りまとめに当たっていただいた先生方とともに、私も首相官邸を訪れ、安倍首相と島尻大臣（科学技術担当）にご説明の上で、共同声明をお渡しした。

その後の関心は、それらが、大臣級会合等の中でどのように活用されるのかという点であった。つくばでの会合では、つくばコミュニケがまとめられた (http://www8.cao.go.jp/cstp/kokusaiteki/g7_2016/2016communique.html)。

Gサイエンスのテーマであった脳科学と科学者の育成については、1. グローバルヘルスー保健医療と科学技術、2. 次世代の科学技術イノベーション人材育成・女性活躍推進というテーマの中で主に上げられた。脳科学については、前回ドイツでのGサイエンスのテーマであった「感染症と抗菌剤耐性」、「顧みられない熱帯病」等とともに生

命科学の重要事項として、特に高齢化と高齢者ケアに関するR&Dの促進の項で取り上げられ、「Gサイエンス学術会議2016で採択された共同声明の脳科学研究に関する提言を支持し、各国の研究開発のマッチングを通じて、認知症などの脳疾患を含む脳機能についての長期的研究や国際連携を促進すること、・・・」と書かれている。

女性科学者については、「女性の科学者、研究者、技術者がSTI活動に積極的に関与し、リーダーシップを発揮できるようにするためには、女性が自らの能力を開発して、最大限に活用し、自らのキャリアを切り拓くことができる」平等な機会が重要としている。

また、5. インクルーシブ・イノベーションでは、科学技術に関わる国家間、国家内の格差という課題に取り組むとした。

インクルーシブ・イノベーションでは、また、危険や災害に対する社会の回復力に科学技術が貢献するべき書かれている。そして、とるべき行動として、「人類の予測をはるかに超える自然災害に対し、科学的・技術的知見を活用し、災害リスクの軽減・防災など、ベストプラクティスやこれまで得られた教訓に基づく国際協力を推進する」としている。

この他、ドイツの会議で取り上げられた海洋未来も項目として取り上げられるなど、Gサイエンス学術会議と大臣会合の連携が強まったと感じられた。連携を支えた内閣府と日本学術会議のスタッフにお礼を申し上げる。これを踏まえて、共同声明の趣旨をさらに生かしていきたい。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成28年6月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「卵子の老化」が問題になる社会を考える

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
次第 「妊娠・出産をめぐる女性の意識」田中慶子
「卵子提供で子どもをもった高齢妊娠女性への調査から」白井千晶
「出生前検査と高齢妊娠の不安と選択」菅野摂子
「高校副教材「妊娠しやすさグラフ」をめぐり可視化されたこと」田中重人

◆18歳・19歳有権者は選択する

—前編・彼らはいかに選択するか

日時 平成28年6月18日(土) 14時00分～16時30分
場所 明治大学駿河台キャンパス・リパティタワー1階1011教室
次第 「18歳への選挙権年齢の引き下げはいかに決まったか」西川伸一
「若年層の政治意識と模擬投票の効果」小林良彰

◆人類1000万年史～類人猿から日本人まで

日時 平成28年6月25日(土) 13時00分～16時30分
場所 東京大学理学部2号館大講堂
次第 「遺伝子から類人猿の社会を見る」村山美穂
「類人猿はなぜ熱帯雨林を出られなかったのか」山極壽一
「ラミダスからみたヒトと類人猿の共通祖先像」諏訪元
「アフリカからユーラシアにひろがった原人たち」馬場悠男
「ネアンデルタール人の脳と行動」近藤修

「日本人の起源と成立」齋藤成也

◆フロンティアを目指す、サイエンスとアート

日時 平成28年6月27日(月)
場所 日本学術会議講堂外3室
次第 「美とアート」井川陽次郎／松居エリ／木本圭子／久保友香
「アーカイブ論」天日隆彦／立花 隆／長尾 真／吉見俊哉
「情報技術と生命操作技術の拡大による「人類観」の変容」神里達博／北野宏明／伊勢田哲治
「ロボットは人間に代わられるか?～介護と廃炉現場で見えたもの」齋藤 泉／浅間 一／入江 徹
「科学と政治、行政の距離」大牟田透／安岡善文／小山田和仁
「地球外生物(1)」寺門和夫／木村大治／高井 研

日時 平成28年6月28日(火)
「学術会議のフロンティアへの取組み(仮)」向井千秋
「人工知能—自動運転と未来社会」吉田典之／松原仁／谷口恒
「文系廃止論騒動」滝順一／村上陽一郎／元村有希子
「イノベーション、科学技術と教育」鈴木 款／下村博文／安宅和人
「アートとしての数学」辻村達哉／合原一幸
「地球外資源」川口淳一郎／青木節子／宮本英昭
「地球外生物(2)」観山正見／齋藤成也

◆日本の公教育システムの再構築

—教育の公正の視点から

日時 平成28年7月2日(土) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「過剰包摂社会の超克と『ポスト・第三の道』」小玉重夫
「格差社会における排除と包摂」志水宏吉
「ガバナンス改革と教育の平等保障」大桃敏行
「コメント・教育の歴史の視点から」広田照幸

「コメント・国際比較の視点から」北村友人

「看護学、現象学の視点からみたケアサイエンス」
西村ユミ

◆「権利」を解剖する：基礎法学の新地平

日時 平成28年7月9日(土) 13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「日本近世における『裁判』制度の確立とその限界」坂本忠久

「『権利』について考えるためのさまざまな視座」

海老原明夫

「資源配分システムとしての『権利』の形成」

飯田 高

「権利は存在するか」大屋雄裕

◆学問の消滅と生成の系譜学：

現場から融合とは何かを考えるために

日時 平成28年7月10日(日) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「学問の生成と消滅の系譜時融合する学問としての農業経済学(仮)」藤原辰史

「『社会数学』の生成、消滅と部分的再生(仮)」

隠岐さや香

「技術と学問のあいだ時実学化する学問とメタ化する科学(仮)」中村征樹

「融合の先にあるものとは何か時環境学の現在と百年の計(仮)」福永真弓

◆高等学校新設科目「公共」にむけて一政治学の立場から

日時 平成28年7月23日(土) 14時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 苅部直/古城佳子/佐々木信夫/西川伸一/
羽場久美子

◆ケアサイエンスとは何か、その必要性を議論する

日時 平成28年7月23日(土) 15時00分～18時00分

場所 お茶の水女子大学共通講義棟2号館102室

次第 「公共政策、科学哲学の視点からみたケアサイエンス」広井良典

「当事者学の視点からみたケアサイエンス」

上野千鶴子

◆自己を知る脳・他者を理解する脳

～融合的アプローチによる社会脳研究の魅力

日時 平成28年9月10日(土) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「融合社会脳科学の展望」荻阪直行

「乳幼児の自己と他者の心の発見」永井志江

「霊長類動物を用いた社会脳研究」磯田昌岐

「手綱核による社会的上下関係を巡る闘争の制御」岡本仁

「発達障害の早期発見と早期介入支援」

神尾陽子

「自己制御理解にもとづくうつ病の治療支援」

岡本泰昌

◆昆虫の社会と行動

日時 平成28年9月25日(日) 13時30分～17時50分

場所 日本学術会議講堂

次第 「閉じて開く意識を生物集団に見出す」郡司幸夫

「ミツバチの分業社会を支える脳内遺伝子発現の調節」佐々木哲彦

「昆虫から学ぶ『進化のデザイン』」(仮)長尾隆司

「アリの社会性行動を制御する神経メカニズム」

古藤日子

「Sociobiology of Ants」(仮) Jae Chun Choe

◆若手生命科学研究者のキャリアパスについて考える：
卓越研究員制度の現状と未来、そしてさらなる可能性

日時 平成28年9月28日(月) 13時00分～17時00分

場所 東京大学本郷キャンパス 小柴ホール

次第 「博物館法の有るべき改革の方向性について」

鷹野光行

「博物館制度の国際比較」芳賀 満

The 2016 Kumamoto Earthquake on April 16 and Our Actions

9 May, 2016

Takashi Onishi, President, Science Council of Japan
Akira Wada and Noriaki Hirose
Representative Directors, Japan Academic Network for Disaster Reduction

Science Council of Japan (SCJ) and Japan Academic Network for Disaster Reduction (JANET-DR, a network of 50 academic societies related to disaster reduction) would like to express our condolences for the people who lost lives in the Kumamoto Earthquake and offer our heartfelt sympathies for those affected by the disasters. And, we also would like to express our gratitude for the helps and sympathies offered by our colleagues abroad. We would like to urgently report what occurred in Kumamoto and what actions were taken by SCJ and JANET-DR so far.

A series of strong earthquakes attacked Kumamoto and Oita Prefectures in central Kyushu in the mid of April. The severe casualties and damages were reported: 49 killed, one missing, 18 disaster-related deaths, 1,600 wounded, 63 thousand houses collapsed or damaged, and 15 thousands evacuated as of 6 May (183 thousands on 17 April). The first strong earthquake was recorded at 21:26, 14 April, 2016, in Mashiki Town, Kumamoto. Then, after many small-scale aftershocks, the strongest shock occurred 1:45, 16 April in the same town, which was called the main shock of "the 2016 Kumamoto Earthquake". The hypocenters of those earthquakes are situated at shallow depth in Futagawa and Hinagu fault zones, two of the most prominent active faults in Kyushu region. The displacement of those faults caused more than 1,000 shocks at various seismic intensity in Kumamoto areas.

The pictures shown on the document No. 1 were taken at the sites, which showed a strike-slip fault appeared on a paddy field, wooden houses collapsed in Mashiki Town, landslides in Minami-Aso Village and the collapse of Aso-Ohashi road-bridge presumably caused by landslide.

It is obvious that strong shocks caused by the displacement of the active faults in the vicinity destroyed mainly old wooden houses which didn't fit the current seismic design standards and killed many people inside them. Some of buildings and infrastructure facilities, however, which are supposed to possess adequate seismic capacity were also damaged. The damage of the earthquake differs according to the geographical feature and the situation of ground. Therefore, further investigation must be done.

Some of the members of SCJ and JANET-DR went to the disaster area for the urgent investigation and had two opportunities to report what learnt from these disasters.

Firstly, the emergency joint press conference was held on April 18, at the meeting room of Japan Society of Civil Engineers with the participation of 43 journalists in order to transfer the accurate information of the earthquakes and disasters caused by them from the academics to the media as shown on the document No. 2. As a result, many views of experts attended in the conference as speakers were cited in many articles.



Secondly, the urgent report meeting was held on May 2, at SCJ auditorium with the lectures from 17 societies and more than 300 participants including 54 journalists as shown on the same document No. 2. The lectures on the investigation were made by experts of many societies;

The Seismological Society of Japan,
The Japanese Society for Active Fault Studies,
The Japanese Geotechnical Society,
The Association of Japanese Geographers,
Geographic Information Systems Association of Japan,
Japan Society of Civil Engineers,
Architectural Institute of Japan,
Japan Association of Earthquake Engineering,
The Japanese Society of Irrigation, Drainage and Rural Engineering,
Japan Society of Engineering Geology,
The Japan Landslide Society,
Japan Society of Erosion Control Engineering,
Japan Society of Disaster Nursing,
Japanese Association of Disaster Medicine,
Japan Association of Planning and Public Management,
Japan Society for Disaster Recovery and Revitalization, and
Japan Society of Material Cycles and Waste Management.

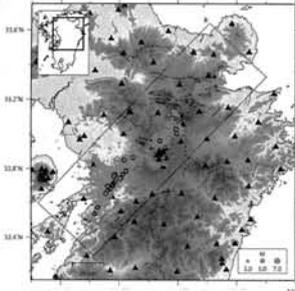
We would like to appreciate the experts who made precious reports for the understandings, lessons and scientific ideas for the further research.

The followings were stressed through lectures and discussions as what we have to:

1. Understanding and even predicting the further development of the present activities of the active faults. Especially, finding how the series of earthquakes will affect other active faults or subduction-zones is what the society wants to know.
2. Understanding the expansion of landslide in mountainous areas where landslides took place due to the earthquakes.
3. Understanding how the continuous two peaks of large-scale shocks affected the destruction of man-made structures.
4. Considering how we can reduce the people's anxieties or fears caused by the earthquakes.
5. Considering how we can propagate practical disaster-reduction measures, as the Kumamoto earthquake is likely to occur anywhere in Japan.
6. Considering how we can accelerate recovery and reconstruction making use of the past experience of disasters such as effective measures in loss of power, in evacuation center management, and so on.
7. Strongly recommending retrofitting old buildings and housing, everywhere in Japan, which do not have the seismic capacity to withstand earthquakes.

We will have another report meeting when our societies finish their initial field survey hopefully in July.

The 2016 Kumamoto Earthquake on April 16



Hypocenter distribution
2016/04/14 21:00~2016/04/22 06:00
[source: NIED, Network Center for Earthquake, Tsunami and Volcanic]



[source: Prof. Kato et al., GRL, 1998, revised]

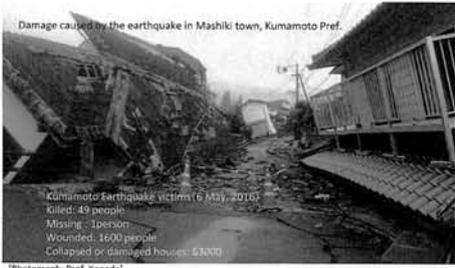
Kumamoto, on the island of Kyushu in southwest Japan.

Second big earthquake was the main shock. M 3.5 or greater earthquake occurred 228 times in 20 days.

Date and Time[ST]	Hypocenter	M	S. I (Max)
14 April 2016 21:26	Kumamoto	6.5	7
14 April 2016 22:07	Kumamoto	5.8	6
15 April 2016 00:03	Kumamoto	6.4	6
16 April 2016 01:25	Kumamoto	7.3	7
16 April 2016 01:45	Kumamoto	5.9	6
16 April 2016 03:55	Aso	5.8	6
16 April 2016 09:48	Kumamoto	5.4	6

[source: Japan Meteorological Agency]

The 2016 Kumamoto earthquake occurred at shallow depth, in vicinity of Futagawa and Hinagawa fault zones, two of the most prominent active faults in Kyushu region. Plural active faults, related to each other, caused the earthquakes.



Damage caused by the earthquake in Mashiki town, Kumamoto Pref.

Kumamoto Earthquake Victims (6 May, 2016)
Killed: 49 people
Missing: 1 person
Wounded: 1600 people
Collapsed or damaged houses: 23000
[Photograph: Prof. Yoneda]



Landslides in Minami-aso village and collapse of Aso-Ohashi road-bridge.

The land made of volcanic ash is fragile. With heavy rain, complex disaster will be continuing.
[Photograph: Kokusai Kogyo Co.Ltd, Pasco Corporation]

First response to Kumamoto earthquake

Science Council of Japan (SCJ) & Japan Academic Network for Disaster Reduction (JANET-DR)



Emergency joint press conference on 18 April 2016

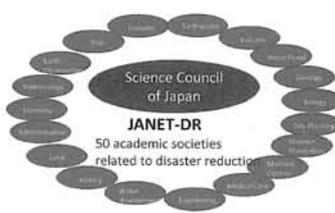


Urgent report meeting on 2 May 2016



<http://janet-dr.com/>
Transmission and sharing of information about Kumamoto earthquake using website

- Experts of different fields gathered and made the opportunity to answer a variety of questions about Kumamoto earthquake.
- Accurate information was transferred from academies to media. Total 97 journalists attended and cited the opinions of experts in many articles.
- Providing the opportunity for each society to explain the report of urgent investigation.
- Promoting understanding of Kumamoto earthquake and disaster by sharing information among different academic societies.
- Promoting interdisciplinary cooperation for disaster reduction and disaster restoration.



Science Council of Japan
JANET-DR
50 academic societies related to disaster reduction



Representatives of 47 Academic Societies and members of Science Council of Japan, January 9, 2016 2/2

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の①から④の四点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない*。

- ① 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- ② 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示**」を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI 研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のものであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

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

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

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

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

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

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

■ミスコンダクト

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

■断片的投稿

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願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」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

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

1. 投稿の際の電子書式等について

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

2. 文体ならびに句読点について

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

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

5. 図について

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

6. 引用について

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

著作権法

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

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

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

7. 引用形式について

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

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

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

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

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

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

① 雑誌の場合:

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

— 例 —

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

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

② 書籍の場合:

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

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪: 研究学会出版.

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

③ 翻訳書の場合:

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

— 例 —

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

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合:

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

— 例 —

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

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

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

- 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

- 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

- 著者名 (出版年). 書籍名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

- 著者名 (出版年). 書籍名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

- 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

- 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

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

8. 投稿時の必要情報の入力について

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

9. 抄録について

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

2) 和文抄録は400字以内とする。

10. 原稿用紙および原稿の長さ

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

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

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

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・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、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 東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

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

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

開所曜日: (平日)月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第39巻 2号

会員無料配布

平成28年6月20日 印刷

平成28年6月20日 発行

編集委員長

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
上野 栄一 (会員)	福井大学医学部看護学科
内田 宏美 (会員)	島根大学医学部看護学科
川西千恵美 (会員)	国立看護大学校看護学部
河原 宣子 (会員)	京都橘大学看護学部
木立るり子 (会員)	弘前大学大学院保健学研究科
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 (理事)	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
吉田 澄恵 (理事)	千葉大学大学院看護学研究科
若村 智子 (会員)	京都大学大学院医学研究科

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1
第2ユニオンビル4階
株式会社ガリレオ
学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

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

発行者 川口孝泰

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

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

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東郷1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学業業務情報化センター内
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費8,000円、合計11,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかかに○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認のち、お知らせいたします。

* 個人情報の管理について

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

(切り取り線より切り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	氏名	専門区分	看護学・医学・その他 ()
所属	TEL	生年	西暦 年 月 日
送付先住所	自宅・所属 (いずれかか○)	性別	男 ・ 女
E-mail	TEL	FAX	
自 宅 住 所	TEL	FAX	
評 議 員 氏 名		評 議 員 番 号	
推 薦 者 氏 名		推 薦 者 番 号	
推 薦 者 所 属		推 薦 者 所 属 番 号	
理事承認年月日		年度入会会員番号	
局 受付番号		巻	号～
事務 受付日		送付日	
記入 欄		通知番号	

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。

