

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 40 Number 1 April 2017 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[40巻 1号]

会 告 (1)

平成29年 4 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第43回学術集会
会長 山 口 桂 子

記

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会

メインテーマ：— 原点回帰 — 求められる看護研究の成果と教育への還元

【会 期】平成29年 8 月29日（火）・30日（水）

【会 場】東海市芸術劇場

〒477-0031 愛知県東海市大田町下浜田137（ユウナル東海内）

日本福祉大学 東海キャンパス

〒477-0031 愛知県東海市大田町川南新田229

【プログラム】

会 長 講 演：「— 原点回帰 — 看護学研究 何のために何を知る？」

山口 桂子（日本福祉大学看護学部 教授）

座長：川口 孝泰（東京情報大学看護学部 教授）

特 別 講 演：「生きる力を高めるために」

内田 樹（神戸女学院大学 名誉教授）

座長：山口 桂子（日本福祉大学看護学部 教授）

特別教育講演：「看護学教育に還元できる研究成果 — その背景に求められるもの」

田島 桂子（一般社団法人日本看護研究学会 名誉会員）

座長：山口 桂子（日本福祉大学看護学部 教授）

愛知県開催記念講演：「美術品の病状とケア」

四辻 秀紀（公益財団法人徳川黎明会徳川美術館 学芸部長）

座長：宮腰 由紀子（日本福祉大学看護学部 教授）

教育講演Ⅰ：「質的研究成果の看護学教育実践への還元」

秋元 典子（甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授）

座長：百瀬 由美子（愛知県立大学看護学部 教授）

教育講演Ⅱ：「高度実践看護の実践・研究成果と課題」

宇佐美 しおり（熊本大学大学院生命科学研究部 教授）

座長：泊 祐子（大阪医科大学看護学部 教授）

研究方法セミナー１：「論文クリティークのこつと事例の紹介」

牧本 清子（大阪大学 名誉教授）

座長：本田 彰子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授）

研究方法セミナー２：「看護の臨床現場における量的研究へのアプローチ」

加藤 憲司（神戸市看護大学 教授）

座長：高植 幸子（椋山女学園大学看護学部 准教授）

シンポジウムⅠ：「研究成果の教育への還元」

シンポジスト：深田 順子（愛知県立大学看護学部 教授）

石川 ふみよ（上智大学総合人間科学部 教授）

佐藤 政枝（横浜市立大学医学部 教授）

座長：大津 廣子（鈴鹿医療科学大学看護学部 教授）

天野 瑞枝（藤田保健衛生大学医療科学部 教授）

シンポジウムⅡ：「エビデンスをもってケアにつなげるための教育」

シンポジスト：柳田 俊彦（宮崎大学医学部 教授）

菊地 義弘（宮城県立がんセンター 専門看護師）

榎原 毅（名古屋市立大学医学研究科 講師）

座長：泉 キヨ子（帝京科学大学医療科学部 教授）

佐伯 由香（愛媛大学医学部 教授）

市民フォーラム：「江戸・明治時代から息づくモノづくり・健康づくり ～愛知の食文化と健康～」

パネリスト：松尾 康秀（カゴメ株式会社名古屋支店営業推進課 主任）

井戸 佳生（株式会社Mizkan Partners広報1課 課長）

大島 康子（株式会社坂角総本舗人事課 課長）

座長：近藤 克則（千葉大学 予防医学センター 教授）

荒木田 美香子（国際医療福祉大学小田原保健医療学部 教授）

— 特別交流集会 —

研究倫理委員会企画：「被災者を対象とする調査研究の倫理」

講師：飯島 祥彦（名古屋大学大学院医学系研究科 特任准教授）

国際活動推進委員会企画：「質的研究のシステマティックレビューの実際」

講師：今野 理恵（関西国際大学保健医療学部 教授）

編集委員会企画：「『日本看護研究学会雑誌』に論文を掲載しよう！」

講師：法橋 尚宏（神戸大学大学院保健学研究科 教授，本学会編集委員長）

竹田 恵子（川崎医療福祉大学医療福祉学部 教授，本学会編集委員）

渉外広報／看保連ワーキング企画：

「平成30年度の診療報酬・介護報酬同時改定にむけてのプロジェクト活動報告

— 障がい児と家族の生活世界を広げる支援事業 —」

報告者：泊 祐子（大阪医科大学看護学部 教授）ほか

ナーシング・サイエンス・カフェ：「救急・災害現場で活躍する看護師」

パネリスト：浅野 永美花（愛知医科大学病院 フライトナース）

池野 歆樹（公立西知多総合病院 DMATナース）

岩崎 翼（半田市立半田病院 災害支援ナース）

座長：牧野 典子（中部大学生命健康科学部 教授）

ランチョンセミナー：下記のプログラムを準備しております。

8月29日（主催）スリーエムジャパン株式会社

8月30日（主催）株式会社ツムラ

*参加整理券は、当日朝、総合受付（東海市芸術劇場1階）付近で配布します。

先着順で、定員になり次第、締め切ります。（詳細は、後日、HPに掲載します。）

【懇親会】

日 時：8月29日（火）17：30～19：30

会 場：大同特殊鋼さつき館（日本福祉大学東海キャンパス 徒歩1分）

会 費：5,000円

【参加費】

①事前参加登録（7月7日（金）まで） 会 員 10,000円

②事前参加登録（7月7日（金）まで） 非会員 12,000円

③当日 会 員 11,000円

④当日 非会員 13,000円

⑤学生 3,000円

＜事前参加登録方法＞

事前参加登録期間は、平成29年2月1日（水）～7月7日（金）です。

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会ホームページ参加登録フォームよりご登録ください

(<http://www.jsnr43.jp>)。

参加費払い込みの際には、参加受付番号（事前参加登録受付メールに記載された9桁の番号）が必要になりますので、ご注意ください。お支払方法は、「ゆうちょ銀行への振替・振込」、または「クレジットカード（VISA、Master）決済」となります。

■事前参加登録に関するお問い合わせ先

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会運営事務局

名鉄観光サービス(株)名古屋中央支店

〒450-0002 名古屋市中村区名駅4-2-28 名古屋第2埼玉ビル1階

TEL：052-586-4545 FAX：052-586-4050

E-mail：jsnr43@mwt.co.jp

営業時間：平日 10：00～17：00 土・日・祝日・年末年始 休み

■新入会・年会費に関するお問い合わせ先

一般社団法人日本看護研究学会事務局

株式会社ガリレオ学会業務情報化センター内

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

TEL：03-3944-8236 FAX：03-5981-9852

E-mail：g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日：平日 月～金曜日 開所時間：9：30～18：00

目 次

ー原 著ー

産婦による分娩環境の情報の抽出と活用	1
--------------------------	---

城西国際大学 佐々木 美 喜

日本赤十字看護大学 山 本 由 香

閉じこもり傾向にある地域在住高齢者への心理ケアに関する研究

ー 懐メロを用いた回想法による介入の評価 ー	15
------------------------------	----

奈良県立医科大学医学部看護学科 奥 田 淳

奈良県立医科大学医学部看護学科 橋 本 顕 子

奈良県立医科大学附属病院 鈴 木 佑 典

奈良県立医科大学医学部看護学科 鳥 塚 亜 希

奈良県立医科大学医学部看護学科 上 平 悦 子

奈良県立医科大学医学部看護学科 軸 丸 清 子

ー研究報告ー

登校していた時期から不登校となり、不登校を続けていく当事者の思いのプロセス	25
---	----

中京学院大学看護学部看護学科 柴 裕 子

中京学院大学看護学部看護学科 宮 良 淳 子

訪問看護師による在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援	35
-------------------------------------	----

岡山大学大学院保健学研究科博士後期課程 内 田 史 江

岡山大学大学院保健学研究科 谷 垣 静 子

「がん患者の呼吸困難感」の概念分析	45
-------------------------	----

群馬県立県民健康科学大学看護学部 橋 本 晴 美

高崎健康福祉大学保健医療学部 吉 田 久 美 子

群馬大学大学院保健学研究科 神 田 清 子

ー総 説ー

1980年代からの看護における患者教育の変遷

ー 患者の意思決定の尊重と学習援助型の患者教育の視座から ー	57
--------------------------------------	----

広島国際大学看護学部 二井矢 清 香

ー資料・その他ー

訪問看護師ががんの療養者・家族に提供している

在宅ターミナルケアの実施状況とその関連要因	67
-----------------------------	----

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 栗 生 愛 弓

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 山 田 和 子

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 森 岡 郁 晴

CONTENTS

Original Papers

- Parturient women's extraction and utilization of intrapartum environmental information 1
Josai International University : Miki Sasaki
Japanese Red Cross College of Nursing : Yuka Yamamoto
- Psychological Care for Community-dwelling Elderly People
Showing a Tendency Toward a Homebound State:
Evaluation of Reminiscence Involving Nostalgic Songs 15
Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University : Jun Okuda
Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University : Akiko Hasimoto
Nara Medical University Hospital : Yuusuke Suzuki
Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University : Aki Torituka
Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University : Etuko Uehira
Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University : Kiyoko Jikumaru

Research Reports

- Thinking Process of Students Who Continuously Engage in Truancy 25
Chukyogakuin University Faculty of Nursing : Yuko Shiba
Chukyogakuin University Faculty of Nursing : Junko Miyara
- Visiting Nurses' Support for the Acceptance of Cancer Patients Receiving Home Care 35
Doctor's programs, Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Fumie Uchida
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Shizuko Tanigaki
- Concept Analysis of a Feeling of Dyspnea Among Cancer Patients 45
Faculty of Nursing, Gunma Prefectural College of Health Sciences : Harumi Hashimoto
Faculty of Health and Welfare, Takasaki University of Health and Welfare : Kumiko Yoshida
Gunma University Graduate School of Health Sciences : Kiyoko Kanda

General Remark

- Changes in Patient Education in Nursing Since the 1980s:
From the Viewpoints of Respect for Patient Decision-making
and an Assisted-learning Model of Patient Education 57
Department of Nursing, Hiroshima International University : Kiyoko Niiya

Preliminary Session

Terminal Cares Provided Housebound Cancer Patients and Families

with by Home-visiting Nurses and their Related Factors 67

Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ayumi Kuriu

Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Kazuko Yamada

Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ikuharu Morioka

産婦による分娩環境の情報の抽出と活用

Parturient women's extraction and utilization of intrapartum environmental information

佐々木 美 喜¹⁾

Miki Sasaki

山 本 由 香²⁾

Yuka Yamamoto

キーワード：産婦，環境情報，知覚，行為，アフォーダンス

Key Words：parturient women, environmental information, sensory perception, action, affordance

Ⅰ．研究の背景と研究目的

分娩環境の安全性や快適性は、分娩期にある母子の生命を護り、母子間の相互作用を促進して豊かな家族形成過程を支えるうえで重要である。分娩期にある母子にとって望ましい物的環境と人的環境のあり方は、これまでアメニティやホスピタリティ、あるいは生理学的な観点から数多く追究されてきた。たとえば、家庭的雰囲気をもった環境は産婦の気持ちをリラックスさせ（朝長・宮里，1990）、座位や立位、歩行などの垂直姿勢は産婦に襲来する陣痛を緩和する（Adachi, Shimada, & Usami, 2003）、あるいは分娩期に継続ケアを受けた産婦には分娩期の医療介入が減少し、自然分娩が多くなる（Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011）などである。これらの研究は確かに分娩現象の一端をとらえており、医療者が産婦にどのようなものをどのように提供すればよいかを示唆するものである。しかし、産婦自身が自らを取り巻く環境の意味をどのようにとらえ、それをどう活用しながら子どもを生み出す過程に適応しているのかという視点で、分娩環境の実像を明らかにした研究は多くない。

谷津（2013）は、産婦と産婦を取り巻く環境との関係を理解する視点として、「出産環境のアフォーダンス」という概念を提唱し、産婦が出産環境と結びつく関係性について論考している（pp.157-183）。産み出す主体としての産婦の知覚と行為に着眼した点では興味深いものの、その主張を裏づける実証的データは十分とはいえず、この研究課題に関する研究の蓄積が必要と考えられる。

そこで本研究では、先行研究で用いられた質的データを手がかりに、分娩期に産婦が環境にあるどのような情報を、どのように活用しているのかを明らかにする。本研究を通して産婦の知覚や行為の意味を深く理解し、知覚－行為者としての産婦の主体性が十全に発揮でき、安全で快適

な出産を実現するための環境形成の具体的方途が見出される可能性がある。

Ⅱ．用語の定義

①**分娩環境**：分娩第1期から第4期に産婦を取り巻く周囲の状況。本研究では、産婦に対して情報を与え、直接的・間接的に影響を与える、分娩室などの空間、物や他者によって構成される外的環境と、胎児の下降感や痛みなどの感覚など産婦によって知覚される内的環境の両方に着目した。

②**情報**：環境に存在し、産婦に環境に対する知識や適切な判断を生じさせるもの。

Ⅲ．研究方法

A．研究デザイン

メタ統合（meta-synthesis）を用いた質的記述的研究である。先行研究で用いられた産婦による分娩環境の情報の抽出と活用に関する質的データを収集し、比較・統合して、本研究の目的に即した「解釈的いいかえ（interpretive translations）」を行った（Sandelowski, Docherty, & Emden, 1997, p.366）。具体的な方法はSandelowski & Barroso（2007）を参考にした。

B．データ収集方法

2012年5月、データベースCiNiiおよびJ-Dream IIを用い、データベース収載全年代に該当する1982～2011年を検索対象年と設定して文献検索を行った。キーワード「産婦」「分娩 not 帝王切開」を共通項目とし、「感覚」「認識」「知覚」「感受」「認知」「体感」「行為」「行動」「活動」「運

1) 城西国際大学 Josai International University

2) 日本赤十字看護大学 Japanese Red Cross College of Nursing

動」「動作」「行い」「姿勢」「態度」「環境」を追加して、原著論文に絞り込み検索したところ、延べ3,022件の文献がヒットした。それらの文献の抄録を参考にして本研究の目的に適した文献を入手し精読した。そのうちメタ統合が可能な質的データが論文中に示されている文献を抽出した結果、51件に絞り込まれた。

最終的に絞り込まれた文献について、研究者が開発した「基礎情報シート」に、論文題目、著者名、出典、研究デザイン、研究目的、キーワード、データ収集方法、結果に記されている質的データおよび結果の概要を入力して保存した。

C. データ分析方法

得られた質的データを、研究者が開発した「分析用シート」に入力した。この「分析用シート」とは、コード化・カテゴリー化の過程で生じるコード、サブカテゴリー、カテゴリーを一覧表示するためのフォーマットである。分析過程では、「分析用シート」に記された質的データの文脈を壊さないように配慮しながら意味内容ごと（1文または1文節）にまとめてコード名を付したのち、コードの類似性と相違性に着目してカテゴリー化を行い、サブカテゴリー、カテゴリー、大カテゴリーを導いた。コード化、カテゴリー化を進める際は、研究目的を十全に果たすために次の点に留意した。

1. 意味内容ごとに抜粋された質的データには、それぞれ①「環境にあるどのような情報を抽出しているか」と②「その情報をどのように活用しているか」という2つの研究疑問に対応する2つのコードが付された。その後、先に①に対応するコードがコード間比較されてカテゴリー化され、次に②に対応するコードがカテゴリー化された。この作業手順は、2つの研究疑問を関連付けながら1つの研究目的（産婦による分娩環境における情報抽出とその活用状況）を明らかにすることにつながった。
2. 質的データの意味は、それが生まれた文脈において理解される必要があることから、各質的データにはそのデータの出典を併記した。そして、適宜「基礎情報シート」や文献そのものに戻り、意味理解の確からしさを確認しながらコード化やカテゴリー化を進めた。
3. 分析過程では、質的研究の経験が豊富な助産学研究者間でディスカッションを繰り返し、分析内容の妥当性の確保に努めた。

D. 倫理的配慮

本研究で使用する文献を複写する場合は著作権法第30条と第31条の要件に、引用は第32条の要件に則り適切に実施した。本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施された（承認番号：第2012-98）。

IV. 結 果

データ分析の結果、産婦による分娩環境の情報の抽出と活用には、【自分の身体に起きていることを通して分娩進行を把握する】【物や空間との対話を通して分娩と向き合う】【人とかかわりを通して快不快を知る】という3つの大カテゴリーと、26のカテゴリー、54のサブカテゴリー、140のコードが見出された（表1～3参照）。以下、各大カテゴリーについて説明する。なお、大カテゴリーを【 】、カテゴリーを《 》，サブカテゴリーを〈 〉、コードを〔 〕で記す。

A. 【自分の身体に起きていることを通して分娩進行を把握する】

産婦たちは、分娩進行に伴い自分の身体内部に生じている感覚を《娩出力の強化》《娩出力の緩和》《胎児存在の体感》《愛情》《分娩への意欲》《会陰部の状態変化》《胎児存在の確認》《身体のコントロール感》《限界感》《未消化感》《脅え》《冷静さ》《驚き》《苛立ち》をもたらし情報として抽出し、分娩進行の把握や促進に活用していた。

以下に、《娩出力の強化》《娩出力の緩和》《胎児存在の体感》について説明する。

1. 《娩出力の強化》

産婦たちは、分娩期に自分の姿勢を変えたり保持したりすることによって〈痛みがつくこと〉や〈力が入れやすくなること〉〈児を下げること〉ができた。これらの情報はいずれも分娩を進行させるための《娩出力の強化》に活用されていた。

以下に、産婦の姿勢が《娩出力の強化》につながった具体例を〈力が入れやすくなること〉〈児を下げること〉をもとに説明する。

a. 〈力が入れやすくなること〉

産婦たちは、〔足を開くこと〕〔いきむこと〕〔立つこと〕〔前かがみになること〕〔腰をおとすこと〕によって児を産み出すための娩出力が高まること、すなわち〈力が入れやすくなること〉を見出していた。

たとえば、〔いきむこと〕が〈力が入れやすくなること〉を生むことに関して、ある産婦は次のように語った。

こうグツといきんでるとき、とっさに思ったの、（赤ちゃんが）見えるかもと思って。（省略）うん、力がそっちのほうが入るんじゃないかなあと思って。（阿部・加納・島田・小松、2004、p.139）

また、〔立つこと〕によって〈力が入れやすくなること〉を、次のように語る産婦もいた。

立ったままのお産は、自分の体重をそのままいきむ方向

表1 自分の身体に起きていることを通して分娩進行を把握する

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
《娩出力の強化》	〈痛みがつくこと〉	〔痛みを受け入れること〕
	〈力が入れやすくなること〉	〔足を開くこと〕 〔いきむこと〕 〔立つこと〕 〔前かがみになること〕 〔腰をおとすこと〕
	〈児を下げること〉	〔前かがみになること〕 〔腰をおとすこと〕
《娩出力の緩和》	〈痛みを逃せること〉	〔腰をおとすこと〕 〔立つこと〕 〔四つん這いになること〕
	〈身体のコントロールができること〉	〔叫ぶこと〕 〔声を出すこと〕 〔いきむこと〕 〔しがみつくこと〕 〔胎児の娩出状態を把握すること〕 〔リズムをつくること〕 〔意識を他にむけること〕
	〈力が抜けること〉	〔四つん這いになること〕 〔お尻を床につけて座ること〕
	〈楽になること〉	〔四つん這いになること〕 〔身体を自由に動かすこと〕 〔上体を起こすこと〕
	〈分娩切迫感〉	〔陣痛の波がくること〕 〔痛みが変わること〕 〔児がお腹から外に出てしまう不安〕
《胎児存在の体感》	〈胎児娩出感〉	〔児頭の位置を感じる〕 〔膣や会陰で娩出力を感じる〕 〔児の身体を体感すること〕 〔スルリと産まれること〕 〔お腹の中から継続したつながりを感じる〕
	〈児への愛情〉	〔自分の力で産むこと〕
《分娩への意欲》	〈分娩に取り組む気概〉	〔目標時間をさだめること〕 〔「産むのは私」と自覚すること〕
《会陰部の状態変化》	〈会陰部の状態変化〉	〔胎児下降感〕 〔身体への専心〕
《胎児存在の確認》	〈頑張ろうという思い〉	〔胎児に会える期待〕 〔胎児状態の悪化を告げられること〕
《身体のコントロール感》	〈身体のコントロールができないこと〉	〔いきんではいけないときにいきむこと〕 〔いきむときにいきめないこと〕 〔強い陣痛〕 〔呼吸法が言われたとおりにできないこと〕
《限界感》	〈心身の限界〉	〔二晩寝ていないこと〕
《未消化感》	〈不全感〉	〔分娩進行が速いこと〕
	〈残念感〉	〔予想していたことと現実の食い違い〕
《脅え》	〈恐怖・不安〉	〔終わりのない陣痛を感じる〕 〔陣痛が強まること〕 〔出産経験と違う進行状況〕 〔出産経験と同じ進行状況〕 〔排便しそう〕 〔医療処置が間に合わなかったこと〕 〔医療介入により進行状況が変わること〕 〔歩行すること〕
《冷静さ》	〈落ち着き〉	〔分娩進行が遅いこと〕 〔分娩進行が予測できること〕
	〈自信〉	〔準備性〕
《驚き》	〈分娩進行に対する驚き〉	〔分娩進行が速いこと〕 〔想像以上の陣痛の強さ〕
《苛立ち》	〈分娩進行に対する苛立ち〉	〔分娩進行が遅いこと〕 〔陣痛が弱くなること〕

表2 物や空間との対話を通して分娩と向き合う

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
《娩出力の強化》	〈いきみやすさ〉	〔紐にぶら下がり便座に座ること〕 〔床に四つん這いになること〕
《娩出力の緩和》	〈楽になること〉	〔便座に座ること〕
	〈リラックス〉	〔湯船にもたれかかること〕 〔台に頭をのせること〕
《胎児存在の体感》	〈胎児娩出感〉	〔分娩台に乗ること〕 〔床に四つん這いになること〕 〔夫につかまる〕
《安 楽》	〈安定感〉	〔分娩台に乗ること〕 〔物をつかむこと〕 〔夫を強く握ること〕
《われに返る感じ》	〈パニックからの脱出〉	〔分娩台に乗ること〕
《不快感》	〈恐怖〉	〔分娩室までの距離〕 〔胎児心拍音〕
《身体を拘束されるつらさ》	〈思うような体勢がとれない状態〉	〔分娩監視装置の装着〕 〔陣痛ベッド・分娩台に拘束されること〕
《ストレス》	〈リラックスできない〉	〔娯楽音がないこと〕
	〈心配〉	〔電話の呼音〕 〔手洗いの水音〕
《気がかり》	〈気になる〉	〔足音〕
	〈ふだんない音だから気になる〉	〔空調音〕
	〈気になるが不安ではない〉	〔足音〕 〔ドアの開閉音〕
《判断力》	〈児娩出が近いという判断〉	〔分娩室への移動〕

にかければよかったのでいきみやすかった。(村上, 2002, p.26)

座っていてもなかなか赤ちゃんが生まれなくて、助産師さんに言われて立っていきんだの。そしたら、すごいいきみやすくて、これまでとは全然違う痛み。膣が思いきり引っぱられるような痛みが変わったのを覚えている。(村上, 2002, p.25)

b. 〈児を下げること〉

産婦たちは「前かがみになること」や「腰をおとすこと」により、児が産道を進みやすくなり、〈児を下げること〉ができると感じていた。「前かがみになること」により〈児を下げること〉に関して、ある産婦は次のように語った。

前のほうに抜け道があるみたいで、前かがみになると余計なところに赤ちゃんがあたらないで進む気がした。(堀田, 2003, p.18)

赤ちゃんが出てくるときは、その姿勢（湯舟にもたれかかる姿勢）ではうまくいきめなくて、前屈になったらすぐお産になりました。(村上, 2002, p.26)

また、「腰をおとすこと」が〈児を下げること〉に効果があることを、次のように語る産婦もいた。

足を開いて踏ん張って、腰を落とすようにって言われたので、やってみたら、グググッという感じで赤ちゃんが下りてきて、ああこれこれ、この感じだって思い出した。(村上, 2002, p.26)

2. 《娩出力の緩和》

産婦たちは、自分にとって痛みが強すぎる場合には姿勢を変えたり保持したりすることによって〈痛みを逃せること〉〈身体のコントロールができること〉〈力が抜けること〉〈楽になること〉を感じていた。これらはいずれも《娩出力の緩和》をもたらし、分娩の進行を産婦自身で調整することにつながっていた。

以下に、産婦の姿勢が《娩出力の緩和》につながった具体例を〈痛みを逃せること〉〈力が抜けること〉をもとに説明する。

a. 〈痛みを逃せること〉

産婦たちは、分娩が進行するにつれて下半身全体に広がる陣痛が「腰をおとすこと」「立つこと」「四つん這いになること」によって腹部に集中しやすくなり、〈痛みを逃せること〉につながると感じていた。

「腰をおとすこと」によって〈痛みを逃せること〉について、ある産婦は次のように語った。

お産が進んでくると腰が割れるように痛みが広がってきて辛くなったの。それで、便座に座ったら痛みが集中して楽になった。(村上, 2002, p.25)

また、「四つん這いになること」が〈痛みを逃せること〉につながると、次のように語る産婦もいた。

立ったり歩いたりすると下半身全体に痛みが広がる感じがしてつらかったけど、四つん這いだとお腹に痛みが集中

表3 人とかかわりを通して快不快を知る

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
《心地よさ》	〈安心感〉	〔助産師の言葉〕 〔手で触れられること〕 〔助産師から自分の身体感覚に合う援助・指導をされること〕 〔タイミングのよい内診〕 〔助産師に話を聞いてもらうこと〕 〔信頼している人がそばにいること〕
	〈心強さ〉	〔人がそばにいること〕 〔他者の言葉〕
	〈満足感〉	〔医療者・周囲の人の言葉〕 〔状況の説明を受けること〕 〔人がそばにいること〕 〔知っている人・信頼している人が立ち会うこと〕 〔他の産婦の言動・存在〕 〔医療者の数〕 〔医療者のキャリア〕 〔医療者の言動〕
	〈信 頼〉	〔自分の身体感覚と合った援助〕 〔笑って見守ってくれる助産師の人柄〕
	〈幸福感〉	〔助産師の存在・態度・技術〕
	〈気 力〉	〔子宮口開大度の説明〕 〔促進剤の説明〕 〔夫の言葉〕 〔他者の出産経験を思うこと〕
	〈リフレッシュする感覚〉	〔助産師の言葉〕 〔助産師の心遣い〕 〔手で触れられること〕
	〈支持される思い〉	〔助産師の言葉〕 〔欲求を満たされたこと〕
	〈不安・心配〉	〔医療者の声〕 〔助産師のふるまい〕 〔他の産婦の声〕 〔他の産婦の存在〕 〔胎児の健康状態〕 〔破水後の持続的な陣痛〕 〔分娩室への移動〕 〔急に人が集まってくること〕
	〈居心地の悪さ〉	〔出産支援方針の不統一〕 〔1人にされたこと〕
《心地悪さ》	〈不 満〉	〔自分と医療者との認識のズレ〕 〔身体感覚に合わない指示をされたこと〕
	〈戸惑い・混乱〉	〔痛いこと〕 〔助産師のふるまい〕 〔身体感覚に合わない誘導・指導〕 〔指導されたことをできないこと〕 〔不統一な出産支援方針〕
	〈憤 り〉	〔自分に関心が向けられない状況〕 〔胎児の存在〕 〔医師の態度〕
	〈ふがいなさ〉	〔指示どおりにできないこと〕 〔医療者からの叱責〕 〔医療者に対する遠慮〕
	〈身体の自己制御感の喪失〉	〔他者の言動と自分の身体感覚のズレ〕 〔身体感覚をつかめなかったこと〕
	〈恥ずかしさ〉	〔迷惑をかけたこと〕
	〈孤独感〉	〔情報を遮断されたこと〕
	〈依存心〉	〔人がいること〕

して痛みを逃しやすかった。(村上, 2002, p.25)

b. 〈力が抜けること〉

産婦たちは、〔四つん這いになること〕〔お尻を床につけて座ること〕を通して身体の緊張が和らぎ、全身の〈力が抜けること〉を感じていた。〔四つん這いになること〕によって〈力が抜けること〉について、ある産婦は次のように語った。

トイレに行こうとしたとき陣痛が来てしまって、自然にしゃがんで四つん這いになっていた。そうしたら全身の力が抜ける感じがした。(村上, 2002, pp.25-26)

四つん這いになっているとすごくいい感じっていうか、楽だったんです。看護師さんがいないときをみはからって四つん這いになっていました。(阿部ら, 2004, p.137)

3. 《胎児存在の体感》

産婦たちのなかには、分娩経過に伴い自らの身体内部で変化する胎児の位置や動き、陣痛の性質を感知し、《胎児存在の体感》が刻々と変化するのを自覚することを通して〈分娩切迫感〉や〈胎児娩出感〉を得る者もいた。

以下に、《胎児存在の体感》の具体例を〈分娩切迫感〉〈胎児娩出感〉をもとに説明する。

a. 〈分娩切迫感〉

産婦たちは、〔陣痛の波がくること〕や〔痛みが変わること〕を通して〔児がお腹から外に出てしまう不安〕を覚え、〈分娩切迫感〉を感じていた。〔陣痛の波がくること〕が〈分娩切迫感〉を生むことに関して、ある産婦は次のように語った。

気持ちのどっか頭の中に「ああ、赤ちゃんも苦しんでいるんだわ」って気持ちがあるんだけどそれは陣痛がおさまっているとき考えることであって、陣痛がくると、とにかく楽に楽にしてくれ、痛い……ってなる。(湊谷・片岡・毛利, 1996, p.14)

さらに、〔痛みが変わること〕によって〈分娩切迫感〉が生じることを、ある産婦は次のように語った。

1 時15分過ぎくらいに痛みが違って、あれ生まれるかなって。結構下のほうにググググって押されるような感じ。(林・平田・名取, 2009, p.64)

(陣痛の) 痛みが変わってもういよいよだなって思った。(林ら, 2009, p.64)

b. 〈胎児娩出感〉

産婦たちは、自身の身体内部に〔児頭の位置を感じること〕や〔膣や会陰で娩出力を感じること〕〔児の身体を体感すること〕、児が〔スルリと産れること〕を感じ、〔お腹の中から継続したつながりを感じること〕によって〈胎児娩出感〉を得ていた。

〔児頭の位置を感じること〕が〈胎児娩出感〉を生むこ

とに関して、ある産婦は次のように語った。

う〜んと1回いきむごとに、こう降りてくるのがわかるんですよ。あー、赤ちゃんいまこの辺にいるんだなってというのが、その時(湊谷他, 1996, p.15)

赤ちゃんが下のほうで頭のどこかがひっかかっているみたいで出てこない。前のときはいきんだらすぐ出てきたのに、今度は長く止まっている感じでつらかった。(恵美須, 1990, p.30)

また、〔膣や会陰で娩出力を感じること〕によって〈胎児娩出感〉を得ることを、ある産婦は次のように語った。

それまではグイーって押されるような重い痛みだったのが、口を思い切り開いてもまだ引っ張ってるような感じに、会陰がぱーんって張っているような感じで切れるような痛み。(堀田, 2003, p.19)

まるでやけどをしたあとみたいに、じゅわーっていうか焼けそう。(堀田, 2003, p.19)

B. 【物や空間との対話を通して分娩と向き合う】

産婦たちは、物に自分の身体を預けたり、分娩室や助産院という物理的空間に身を置いたりしたときに、そこで得た感覚を《娩出力の強化》《娩出力の緩和》《胎児存在の体感》《安楽》《われに返る感じ》《不快感》《身体を拘束されるつらさ》《ストレス》《気がかり》《判断力》をもたらし情報として受け取り、その情報を自らの分娩進行に活用していた。

以下に、《娩出力の強化》《娩出力の緩和》《われに返る感じ》《身体を拘束されるつらさ》について述べる。

1. 《娩出力の強化》

産婦たちは、物に自分の身体を預けることを通して〈いきみやすさ〉を感じ、《娩出力の強化》につなげて分娩に主体的に取り組んでいた。

a. 〈いきみやすさ〉

産婦たちは、〔紐にぶら下がり便座に座ること〕〔床に四つん這いになること〕を通して〈いきみやすさ〉を実感していた。〔紐にぶら下がり便座に座ること〕によって〈いきみやすさ〉が生じたことを、ある産婦は次のように語った。

紐にぶら下がりながらポータブルトイレに座ったんです。そしたらすごくいきみやすくて、赤ちゃんがお股を押してグーッと降りてくるのがわかりました。(村上, 2002, p.26)

また、〔床に四つん這いになること〕によって〈いきみやすさ〉を実感した産婦は、次のように語った。

(床に) 四つん這いで腰を浮かせながら下のほうに向かっていきむと、力が入りやすくて赤ちゃんが出てくる感じが

よくわかった。(村上, 2002, p.26)

2. 《娩出力の緩和》

産婦たちは物や床に自分の身体を預け、姿勢を定めることを通して〈楽になること〉や〈リラックス〉を感じ、分娩進行に合わせ《娩出力の緩和》を行っていた。

a. 〈楽になること〉

産婦たちは、〔便座に座ること〕で〈楽になること〉を感じていた。ある産婦は、次のように語った。

お産が進んでくると腰が割れるように痛みが広がってきて痛くなってきたの。それで、便器に座ったら痛みが集中して楽になった。(村上, 2002, p.25)

b. 〈リラックス〉

産婦たちは、〔湯船にもたれかかること〕〔台に頭をのせること〕など、分娩進行の状態に合わせて物を利用し、〈リラックス〉できる体位を選択していた。〔湯船にもたれかかること〕を通して〈リラックス〉できることを感じたある産婦は、次のように語った。

湯船にもたれかかっているととてもリラックスできた。(中略) お風呂の中でも、リラックスする姿勢といきむ姿勢が違うんだと実感した。(村上, 2002, p.26)

また、ある産婦は、〔台に頭をのせること〕によって〈リラックス〉できることを実感していた。

陣痛のないときはお尻を床につけて座って、前にある台に頭を乗せてクターツとしていた。(村上, 2002, p.26)

3. 《われに返る感じ》

ある産婦は、分娩台に横たわり動きを制限されたことで〈パニックからの脱出〉ができ、《われに返る感じ》を得、悪循環だった分娩進行が正常に移行した。

a. 〈パニックからの脱出〉

産婦は、陣痛の痛みでパニック状態になっていたとき、〔分娩台に乗ること〕で動きが制限され自分に合った体位を見つけ、〈パニックからの脱出〉を果たしていた。産婦はそのときのことを次のように語った。

(パニックから脱出するきっかけとなったのは分娩台に乗り、自分に合った体位が見つかったときからで)ほんと、分娩台に乗ってしまったからは楽だったので。足もちゃんと固定してもらえないじゃないですか。(湊谷ら, 1996, p.15)

4. 《身体を拘束されるつらさ》

産婦たちは分娩中に装着される分娩監視装置により、〈思うような体勢がとれない状態〉となり、身動きを我慢したり寝たきりの状態になるなど《身体を拘束されるつらさ》を感じていた。

a. 〈思うような体勢がとれない状態〉

産婦たちは、〔分娩監視装置の装着〕や〔陣痛ベッド・分娩台に拘束されること〕によって〈思うような体勢がとれない状態〉になり、苦痛を感じていた。〔分娩監視装置の装着〕がずれないように看護師から動くことを禁じられ、〈思うような体勢がとれない状態〉であったある産婦は、次のように語った。

1回(分娩監視装置が)外れちゃったみたいで、看護師に動いては駄目と言われ身動きをがまんし、寝たきりの状態で上を向いたまま一晩を過ごしつらかった。(阿部ら, 2004, p.137)

「もう起き上がりたい。寝ているとつらい」と訴えたが、分娩監視装置をつけているため、思うような体勢がとれない。(西川・村山, 2005, p.123)

また、〔陣痛ベッド・分娩台に拘束されること〕によって引き起こされた〈思うような体勢がとれない状態〉を、産婦たちは次のように語った。

腰痛持ちだから腰を真直ぐにできないんですって頭の中では思ってたんですけど、(中略)もうちょっと分娩台の角度が違っていただけでも、腰の負担は違ったと思うんですよね。(阿部・加納・島田・小松・山海, 2005, p.46)

(陣痛ベッドに横になっていて)もう腰が痛い。座っているか立っているかしたい。(伊藤・小川, 2005, p.128)

C. 【人とのかわりを通して快不快を知る】

分娩期に産婦たちは、医療者や夫、家族など周囲の人々からの働きかけ(言葉、動作、表情、姿勢)を、《心地よさ》や《心地悪さ》をもたらす情報として受け取り、活用していた。

1. 《心地よさ》

産婦たちは、周囲の人々からの働きかけを通して〈安心感〉〈心強さ〉〈満足感〉〈信頼〉〈幸福感〉〈気力〉〈リフレッシュする感覚〉〈支持される思い〉を感じていた。これらはいずれも産婦にとって《心地よさ》として感じられる、気持ちがよく快適な状態であった。

以下に、対人情報を通して《心地よさ》を見出した具体例を、〈安心感〉〈気力〉〈リフレッシュする感覚〉をもとに説明する。

a. 〈安心感〉

産婦たちは、〔助産師の言葉〕〔手で触れられること〕〔助産師から自分の身体感覚に合う援助・指導をされること〕〔タイミングのよい内診〕〔助産師に話を聞いてもらうこと〕〔信頼している人がそばにいること〕を通して〈安心感〉を得ていた。〔手で触れられること〕が〈安心感〉を生むことに関して、ある産婦は次のように語った。

会陰に暖かい手の存在を感じ、安心してホッとリラックスできた。(中窪・三砂, 2003, p.61)

安心できるところをさすってくれたりして、ひとりでさすっても効果ないです。(林ら, 2009, p.65)

また、〔信頼している人がそばにいること〕が〈安心感〉を生むことを、次のように語る産婦もいた。

この人たち(助産院の助産師)だったら安心して産めるっていうのがありました。妊婦健診からずっと人間関係をつくってきた人だから。(鈴木・高橋・村山, 2006, p.628)

痛いときギュッと握ったら、ああこれ主人だったと思いました。(中略)陣痛で痛い時も、ああこれ主人だと思ふ安心感があって良かったなと思いましたね。(鈴木ら, 2006, p.628)

b. 〈気力〉

産婦たちは、思うように陣痛がこない、あるいは激しい痛みにくじけそうになる分娩第1期に、医療者から〔子宮口開大度の説明〕や〔促進剤の説明〕を受ける、〔夫の言葉〕を得る、〔他者の出産経験を思うこと〕によって勇気を与えられ、〈気力〉を回復することができた。〔促進剤の説明〕を受けて〈気力〉を得た産婦は、次のように語った。

促進剤の説明を受けて、頑張ろうって気力がいきなり出た。(林ら, 2009, p.63)

〔夫の言葉〕によって〈気力〉を保つ産婦も存在した。

(夫が)「よーし、がんばれ。がんばるんやぞ。もうちょっとやからな」と、耳で励ましてくれたこと。どれだけ勇気を与えてくれたことか。(野口, 2002, p.11)

c. 〈リフレッシュする感覚〉

産婦たちは、〔助産師の言葉〕〔助産師の心遣い〕〔手で触れられること〕を通して〈リフレッシュする感覚〉を覚えていた。

ある産婦は、〔助産師の言葉〕や〔手で触れられること〕が産婦自身の〈リフレッシュする感覚〉につながることを次のように説明した。

助産師に「いま波がきてるんだからまだよ」「もう終わったよね」「いまリラックスしていいんだから」など声かけされると、これが底辺のどこか波の下なんだって意識が出てきたりする。(東野・和田・武田・青木, 2005, p.138)

(助産師が)「Aさん、Aさん、こっちを向いてください(肩をたたいて呼びかける)。(中略)赤ちゃんを産みたいのなら私たちと協力してくれるかな?」と対応することで、産婦はわれに返り、分娩体位をとった。(阿部ら, 2004, p.124)

2. 《心地悪さ》

産婦たちは、周囲の人々からの働きかけを通して、〈不安・心配〉〈居心地の悪さ〉〈不満〉〈戸惑い・混乱〉〈憤り〉〈ふがいなさ〉〈身体の自己制御感の喪失〉〈恥ずかしさ〉〈孤独感〉〈依存心〉を感じていた。これらはいずれも産婦にとって、《心地悪さ》として感じられる不快な状態であった。

以下に、対人情報を通して《心地悪さ》を見出した具体例を、〈不安・心配〉〈戸惑い・混乱〉〈ふがいなさ〉をもとに説明する。

a. 〈不安・心配〉

産婦たちは、〔医療者の声〕〔助産師のふるまい〕〔他の産婦の声〕〔他の産婦の存在〕〔胎児の健康状態〕〔破水後の持続的な陣痛〕〔分娩室への移動〕〔急に人が集まってくることを〕を通して、〈不安・心配〉を抱いていた。〔医療者の声〕を聞いて〈不安・心配〉になった産婦は、次のように語った。

コソコソ言っているのが心配。(朝長・宮里, 1990, p.22)

医師の「子宮の戻りが悪いと命に危険があるから。この間〇〇でも事故があった」という言葉に対して自分もそうなるのではと不安に思った。(東野ら, 2005, p.137)

ある産婦は、忙しそうな〔助産師のふるまい〕から「無言の拒絶」を感じ取り、〈不安・心配〉を抱いていた。

コールすることは申し訳ない、話しかけないで、呼ばないでほしいという無言の拒絶、陣痛がくるたびにこれから自分はどうなるのかという不安や戸惑い……。 (東野ら, 2005, p.137)

b. 〈戸惑い・混乱〉

産婦たちは、〔痛いこと〕〔助産師のふるまい〕〔身体感覚に合わない指導・誘導〕〔指導されたことができないこと〕〔不統一な出産支援方針〕において、〈戸惑い・混乱〉を感じていた。〔身体感覚に合わない指導・誘導〕によって〈戸惑い・混乱〉を感じた産婦は次のように語った。

1回歯車が狂っちゃうと(助産師の援助が自分の身体感覚に合わなくなると)、こっちも痛いから、もうパニックになる。(湊谷ら, 1996, p.14)

はい、吸ってください、吐いてくださいって、一緒に呼吸法はしてくださるんですよ。ですけどね、それに合わせられないんですね。呼吸一つ合わせられない。(湊谷ら, 1996, p.14)

別の産婦は〔不統一な出産支援方針〕によって、〈戸惑い・混乱〉を感じた状況を次のように語った。

(いきみ方を)教えてくれるまわりの人がそれぞれ違うことを言うので、どうしていいかわからなかった。(恵美須, 1990, p.30)

c. 〈ふがいなさ〉

産婦たちは、〔指示どおりにできないこと〕〔医療者からの叱責〕〔医療者に対する遠慮〕を通して〈ふがいなさ〉を感じていた。ある産婦は〔指示どおりにできないこと〕によって〈ふがいなさ〉を感じたことを、次のように語った。

呼吸法も頭ではわかっているのだけれど、できなかった。リードしてくれるけど声が遠くについているようだった。(松野・伊東, 1995, p.269)

いきみは駄目だった。言われたとおりにできなかった。声が出た。(東野ら, 2005, p.506)

〔医療者からの叱責〕を通して〈ふがいなさ〉を感じた産婦は、次のように語った。

産痛に耐えられずにコールし(略)「何回も押さなくても聞こえます」と叱責された。痛みに耐えられなかった自分に対する自責の念……。 (村上, 2001, p.28)

V. 考 察

A. 分娩期に産婦が自分自身に対して感じていること

本研究の結果、【自分の身体に起きていることを通して分娩進行を把握する】に示されたように、産婦が自分自身の感覚を内的環境にある情報として受け取ることによって、《娩出力の強化》《娩出力の緩和》《胎児存在の体感》《愛情》《分娩への意欲》《会陰部の状態変化》《胎児存在の確認》《身体のコントロール感》《限界感》《未消化感》《脅え》《冷静さ》《驚き》《苛立ち》として感じていることが明らかになった。とりわけ《娩出力の強化》《娩出力の緩和》《胎児存在の体感》は、分娩の進行に影響するカテゴリーであると考えられた。

正常な分娩進行には、娩出力、産道、胎児およびその付属物(卵膜、羊水、臍帯、胎盤)から構成される分娩の3要素が効果的に機能することが肝要である。娩出力は腹圧と努責から成り立ち、娩出力がもっとも有効に働くのは娩出力と骨盤誘導線の方向が一致しているときである。村上(2009)によれば、産婦が努責しやすいと感じたり、努責に伴って胎児が降りてくると感じたりする姿勢では、骨盤誘導線が娩出力の方向にほぼ一致する(p.18)。本研究でも、産婦が前かがみになったり腰を落したり、立ったり四つん這いになったり足を開いたり、産婦は自ら姿勢を変えることによって娩出力の方向を調整し、《娩出力の強化》を行って、いきみややすさや力の入れやすさを実感していることが明らかになった。

骨盤誘導線が娩出力の方向にほぼ一致している姿勢では、娩出力が有効に働くため、娩出力も強くなる。すなわ

ち、産道に過度の圧力が加わることになり、産痛も強く感じるようになる。本研究においても、時に娩出力に伴う産痛は、産婦に分娩切迫感を与えていることが示された。この産痛を避けることはできないが、産婦は身体を自由に動かすことによって、全身の力が抜けて楽になれる姿勢や動作を見出し、自ら娩出力を調整しながら《娩出力の緩和》を行っていることが明らかになった。

姿勢を変えることは、産痛の緩和だけではなく骨盤腔を広げ、児頭が最も進入しやすい位置に回旋することによって分娩を進行しやすくする(柴田, 2007)。本研究においても、産婦は膣と会陰で胎児下降感や娩出力を感じながら軟産道の開大を実感し、身体に記憶が残るような《胎児存在の体感》を体験していることが明らかになった。

以上のように、産婦は身体的な自覚を手がかりに、無意識のなかで分娩の3要素に基づいた分娩の進行具合について把握し、娩出力を調整していた。そして、胎児が降りてくる感触や会陰の伸展から胎児の存在を体感していた。このことから産婦は、分娩期に自分の身体感覚を研ぎ澄ませることで陣痛の対処に集中でき、感じるままを表現できると考えられる。

B. 分娩期に産婦が物に対して感じていること

本研究の【物や空間との対話を通して分娩と向き合う】において、産婦は自分の身体と向き合いながら、物を使用すること、物に自分の行動を制限されることなど、産婦がおかれた環境のなかにある物と接することを通してさまざまな情報を受け取っていた。また、産婦は情報を受け取るだけではなく、それらの情報を活用していることも明らかになった。すなわち、物と接することを通して《娩出力の強化》《娩出力の緩和》《胎児存在感の体感》《安楽》《われに返る感じ》《不快感》《身体を拘束されるつらさ》《ストレス》《気がかり》《判断力》を見出しており、分娩時にそれらのことが分娩進行にさまざまな影響を及ぼしていることが示唆された。

たとえば、《娩出力の強化》と《娩出力の緩和》に示されたように、産婦は紐にぶら下がり便座に座ることでいきみややすさを、便座に座ることで楽になることを、湯船にもたれかかる、台に頭をのせることでリラックスできる体位を選択していた。産婦はその経過のなかで、自分自身の身体感覚を手がかりに、物と接触することで発見した胎児下降感や自分に合う体位を娩出力の強化や緩和のために活用し、分娩進行をコントロールしていることが明らかになった。アフォーダンス理論をもとに、動物を自身を取り巻く世界のなかで知覚し行為することによって生きることが可能になる存在と意味づける佐々木(2000)は、「環境と持続して接することで知らず知らずに身体は環境を取り込ん

でいる」(pp.52-57)と述べている。今回は佐々木のいう「環境」が人工物であったが、産婦は持続して物と接することで環境に馴染み、その環境を活用して自ら分娩進行をコントロールしていたと思われる。

また、ある産婦は分娩台に乗ることで姿勢が安定し、自分に合った体位を発見してパニックから脱出することができた。それによって《われに戻る感じ》を得、悪循環だった分娩進行が正常に移行した。従来の研究では分娩台は医療者が仕事をしやすいように設計されており、産婦の身体にとって、「狭く」「固く」「高く」仰臥して出産することの苦痛が多く語られている(大出, 2000, p.4)。しかし、人によっては分娩期において物と産婦との接触面において産婦に新たな感覚を生みだし、分娩進行を促進する知覚と行為を導き出す要因となっていることが推測された。

しかし、産婦たちは分娩監視装置や陣痛ベッド、分娩台に拘束されることで思うような体勢がとれない状態となり、《身体を拘束されるつらさ》を感じている場合が多くみられた。この場合、産婦は物との接触で情報を得ているにもかかわらず、自らの行動が制限されその情報を活用できないことが苦痛へと結びついていると考えられた。苦痛は分娩に対する産婦の集中力を損ない、分娩進行の妨げになりかねない。産婦が情報を読み取って行為したいと思っても、医療者がそれを認めなければ行為の変化は不成功に終わる(大出, 2000, p.10)。そのため、医療者は産婦の知覚を妨げることなく促進させる支援と産婦が感じた思いを表出できること、行いたい行為をできるだけ行えるように支援することが重要だと思われる。

最後に、分娩室という空間について考察したい。病院の分娩室について、雰囲気は不快だった、行動の制限を感じたなど分娩室の否定的評価(我部山・中野・堀内・脇田・入澤, 1998, p.138)や分娩室の感想として「手術室のよう」「機械的」「冷たい」などの意見が多くあげられている(加納ら, 2004, p.6)。一方、見知らぬ環境ではなく、馴染みのある風景が産婦の緊張をほぐし(堀内, 1993)、家庭的雰囲気をもち助産所の環境が産婦をリラックスさせ(朝長・宮里, 1990)、妊娠・分娩・産褥のケア満足度を高める(堀内ら, 1997)など、産婦らにとって日常生活に近い空間が緊張を和らげることが確認された。本研究でも産婦が湯船にもたれかかってリラックスしたり、便座に座って陣痛をコントロールしたように、日常生活のなかで使っているものを産婦が活用することは、産婦が自ら娩出力を調整することに役立てられていた。日常生活のなかで使っている物は、産婦にとって馴染みがあり安心感を得やすい物であり、活用しやすいと思われる。このようなことから家庭的雰囲気をもち助産所は、産婦の知覚が十分に働き、自分自身の身体感覚や空間を含めた物と情報を交換す

ることにより、産婦が心地よく安楽に過ごせる環境であるといえる。

C. 分娩期に産婦が人に対して感じていること

【人とのかかわりを通して快不快を知る】では、分娩期に産婦が医療者や夫、家族など周囲の人々からの働きかけを環境にある情報として受け取ることによって、《心地よさ》や《心地悪さ》を感じていることが明らかになり、そのことが分娩にプラスまたはマイナスの効果をもたらすことが示唆された。

先行研究でも、分娩場面におけるサポーターの存在が産婦の分娩体験の肯定感情を高めること(伊東・清野・関島・日暮・松井, 1996; 松野・伊東, 1995)、とくに医療者が産婦の努力を認めるような言葉をかけたり、産婦の側に付き添ったりという、産婦を受容し支える行為が産婦の心の琴線に触れ、快適さ(村上, 2001)や自己身体への意識の集中(山本・藤田・西村, 2009)、達成感・満足感(村重・近藤・堀内・石井, 1987)をもたらすことが明らかにされていた。ここから、分娩期に産婦に寄り添い続ける助産師のサポートによって産婦が自分を肯定でき、自分自身の力を能動的、主体的に発揮できるものと考えられてきた(野口, 2002; 大林ら, 1995)。一方で、医療者による処置や進行状況に関する説明不足や医療者が状況をよく把握せずに画一的に応答すること(和田・近藤, 1986)、暴言的な発言や産婦の意思よりも施設の方針を優先させること(阿部ら, 2004)など、産婦と医療者とのコミュニケーション・ギャップがしばしば産婦を困惑させ、時には混乱に陥らせていることが明らかになっている。

このことを、産婦自身が自らを取り巻く環境の意味をどのようにとらえ、それをどう活用しながら出産というダイナミックな過程に適応しているのかという視点で考えたとき、どのようなことが示唆されるだろうか。信頼できる人の手や目、声、肌のぬくもり、安心できることをさすってくれること、「赤ちゃん元気ですよ」という言葉かけ、夫の「よーし、頑張れ」という励まし、産婦の側にいることといったかかわりは、物質が提供するものとは異なる快適さを産婦に与えていた。産婦が人とのかかわりに見出している《心地よさ》は、産婦に寄り添い続ける人間が、産婦の知覚と行為の転換にタイミングよく繰り返し援助に対して、産婦が抱く気持ちのよい、好ましい感覚や感情であったと思われる(谷津, 2013, p.179)。そして、その感覚や感情は、産婦の気持ちをリフレッシュさせたり、産婦に側にいる人への信頼を確信させたりすることによって、次の陣痛に備える気力や分娩に主体的に臨む安心感を産婦に与え、安全で快適な出産の実現に寄与するものであった。

ここまで、知覚し行為する主体としての産婦と環境との関係について考察してきたが、知覚－行為者としての人間が自らを取り巻く環境と取り結ぶ関係について科学する学問に、生態学的心理学とよばれる研究分野がある。生態学的心理学では、動物が何らかの目的を達成するために抽出し利用する、環境に存在する情報のことを“アフォーダンス”（Gibson, 1966/2011）とよぶが、安全で快適な出産を実現するために産婦が環境から抽出する情報は、まさに“分娩環境のアフォーダンス”といえるだろう。アフォーダンスという概念を提唱したGibsonによれば、環境が提供するアフォーダンスのうち、もっとも複雑で豊かなアフォーダンスは、物質ではなく他の人間によって与えられる（Gibson, 1979/1986, p.146；河野, 2005, p.65）。

分娩期、産婦を取り巻く人間と産婦との間で交わされる援助-被援助行為は、互いに相手がアフォードするものを知覚することによって行われる。産婦にどのような助けが必要かを見極めようと産婦の側らに居続ける助産師の行為が、産婦に安心を与えて自らの身体を開かせリラックスを促していたように、また、常に励まし続ける夫の存在が、苦痛に打ちひしがれた自分を無条件に受容してくれる救いを産婦に与えていたように、人間同士の相互作用においては、一方の人間の行為が他方の人間の行為を引き出すという循環的關係がみてとれる（河野, 2013, p.16）。

これまでも看護学の分野では、看護者と対象者の間で交わされる循環的關係に注目が寄せられ、その援助的人間関係がどのような機序で展開され、対象者にどのような効果や悪影響をもたらすのかについて、コミュニケーション論（Wiedenbach & Falls, 1978/1979）や人間対人間の看護（Travelbee, 1971/1974）など多くの概念で説明されてきた。こうした人間対人間の相互作用論に加え、アフォーダンス理論では、対象者という人間の環境内存在の知覚と行為に強調点をおくことによって、看護者を、対象者にとっての

環境の一部として明瞭に布置し直し、対象者に《心地よさ》や《心地悪さ》といった影響を与える存在としての看護者のありようを浮かび上がらせる。今後、看護における人間対人間の関係を考える視点にアフォーダンス理論からの洞察を組み入れて研究することにより、対象者中心、産婦中心の援助（women-centered care）のスローガンを具現化する助産師の専門的視点を例証し、開発することが可能になると考える。

「考察」のAやBで述べたように、産婦中心の援助とは産婦が自らの身体を根拠に世界を知覚し、行為するありようを大切にすること、産婦と環境の間で起きている、起きつつある出来事に着目し、よりよい出来事が生じるように産婦と環境の双方へとアプローチしていくことといえよう。自分の力で出産しようとしている産婦が安心感を得、自分の身体と対話しながら前向きに取り組めるように、助産師は産婦と分娩期をともに過ごし、出産環境を整えていくことが肝要であると思われる。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、渡英するまで研究計画、データの分析と解釈、論文の執筆に携わられた谷津裕子先生に心から感謝申し上げます。谷津裕子先生の質的研究に関する豊富な知識とご経験に基づくご指導、ご助言がなければ完成することができませんでした。谷津裕子先生に心から感謝の気持ちとお礼を申し上げたく、謝辞にかえさせていただきます。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

本研究の目的は、分娩期に産婦が環境に存在する情報をどのように抽出し活用しているかを明らかにすることである。研究デザインは、51件の文献の質的データを用いたメタ統合を用いた質的記述的研究である。結果、産婦による分娩環境の情報の抽出と活用には3つの大カテゴリー【自分の身体に起きていることを通して分娩進行を把握する】【物や空間との対話を通して分娩と向き合う】【人とかかわりを通して快不快を知る】が見出された。本研究では、産婦が自身の内的感覚を通して得た情報を分娩進行に活用するとともに、周囲の人々からの働きかけや空間・物との接触面で生じる情報が産婦に多様な感覚を生みだして、分娩体験の意味づけに影響を与えていることが示された。分娩期に産婦が環境から抽出する情報は、安全で快適な分娩の実現に向けて重要な意味をもっていたことから、産婦の知覚と行為の循環が十分に働く環境を確保することの重要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study is to determine how parturient women extract environmental information and use it during their intrapartum period. This study was designed as qualitative descriptive research with meta-synthesis of qualitative data from 51 previous studies. As a result, three major categories of parturient women's extraction and utilization of environmental information were identified: "ascertaining delivery progress through the feelings in one's own body", "facing delivery through dialogues with objects and space", and "experiencing pleasant and unpleasant feelings through interactions with others". This study demonstrated that parturient women utilized the information acquired through their own internal senses for their labor progress, while the information generated at the interfaces between themselves and the efforts of people around them, as well as spaces and objects, engendered a variety of feelings in them, which influenced the meaning ascribed to their delivery experiences. The environmental information extracted by parturient women during the interpartum period held great significance in creating a safe and comfortable delivery, thus implying the importance of securing an environment that enables ample circulation of parturient women's perceptions and actions.

文 献

- 阿部真理子, 加納尚美, 島田智織, 小松美穂子 (2004). 女性の出産体験における医療者とのコミュニケーション・ギャップ. 茨城県医療大学紀要, 9, 133-145.
- 阿部真理子, 加納尚美, 島田智織, 小松美穂, 山海千保子 (2005). 医療者・システムの関係を捉えなおす女性が語る出産体験—「出産の場」としての特殊性. 茨城県母性衛生学会誌, (25), 45-54.
- Adachi, K., Shimada, M., and Usami, A. (2003). The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res*, 2003, 52(1), 47-51.
- 朝長まり子, 宮里和子 (1990). 分娩の場の音に関する一考察: 音と産婦の反応から. 日本助産学会誌, 4(1), 20-26.
- 恵美須文枝 (1990). 経産婦の出産体験について: 特に過去の出産が影響している体験の内容分析. 日本助産学会誌, 4(1), 27-33.
- Gibson, J.J. (1966/2011). 佐々木正人, 古山宣洋, 三嶋博之 (監訳), 生態学的知覚システム: 感性をとらえなおす. 東京大学出版会.
- Gibson, J.J. (1979/1986). 古崎 敬, 古崎愛子, 辻敬一郎, 村瀬 曼 (訳), 生態学的視覚論: ヒトの知覚世界を探る. サイエンス社.
- 林 真理, 平田良江, 名取初美 (2009). 分娩第1期における産婦の取り組みの実際. 山梨県母性衛生学会誌, 8(1), 62-66.
- 東野妙子, 和田サヨ子, 武田とき子, 青木望美 (2005). 出産体験の振り返りによる陣痛体験分析. 母性衛生, 45(4), 503-511.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. and Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 16(2), CD003766.
- 堀内成子 (1993). 新しい風が吹き始めた. 助産婦雑誌, 47(4), 279-284.
- 堀内成子, 島田啓子, 鈴木美哉子, 毛利多恵子, 谷口通英, 多賀佳子, 宮里邦子 (1997). 出産を体験した女性が評価する妊産褥期のケアの質. 日本助産学会誌, 11(1), 9-16.
- 堀田久美 (2003). 胎児娩出感をもった女性の分娩体験. 日本助産学会誌, 17(1), 15-24.
- 伊藤恵里奈, 小川久貴子 (2005). パニック状態となった産婦に対する助産ケアの一考察—パニック状態になる要因とその状態を回避・軽減する援助. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 4, 127-137.
- 伊東和子, 清野喜久美, 関島英子, 日暮 真, 松井良子 (1996). 初産婦の出産体験とその関連要因: 産褥早期を中心に. 母性衛生, 37(2), 194-199.
- 我部山キヨ子, 中野七福子, 堀内寛子, 脇田満里子, 入澤みち子 (1998). 出産体験の評価に対する縦断的研究 (第3報) —産後1年までの出産体験の評価の推移—. 母性衛生, 39(1), 133-141.
- 加納尚美, 島田智織, 小松美穂子, 永瀬つや子, 楠見由里子, 山元由美子, 阿部真理子 (2004). 女性の受け止めた出産体験—初めての出産を体験した女性のニーズ. 茨城県母性衛生学会誌, 23, 6-12.
- 河野哲也 (2005). 環境に拡がる心—生態的哲学の展望. 勁草書房.
- 河野哲也 (2013). 海洋・回復・倫理—ウェザー・ワールドでの道徳実践. 河野哲也 (編), 倫理: 人類のアフォーダンス. 1-26, 知の生態学的転回 [第3巻], 東京大学出版会.
- 松野洋子, 伊東和子 (1995). 初産婦における出産体験の形成過程—4事例の分析をととして—. 母性衛生, 36(2), 266-273.
- 湊谷経子, 片岡弥恵子, 毛利多恵子 (1996). パニック状態になった産婦の出産体験—その体験に含まれる要素と要因. 日本助産学会誌, 10(1), 8-19.
- 村上明美 (2001). 自己の出産に十分満足していると評価した女性が出産の際に抱いた思い. 日本赤十字看護大学紀要, 15, 23-33.
- 村上明美 (2002). 姿勢の選択に関する産婦の身体的な自覚. 日本助産学会誌, 15(2), 22-29.
- 村上明美 (2009). DVDで学ぶ開業助産師の「わざ」フリースタイル分娩介助. 医歯薬出版.
- 村重智子, 近藤潤子, 堀内成子, 石井ひとみ (1987). 分娩期における初産婦の情緒体験の分析: 事例分析. 聖路加看護大学紀要, 13, 9-13.
- 野口真貴子 (2002). 女性に肯定される助産所出産体験と知覚知. 日本助産学会誌, 15(2), 7-14.
- 西川みき, 村山より子 (2005). 分娩時にパニック状態になった産婦の援助について. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 4, 121-126.
- 中窪優子, 三砂ちづる (2003). 助産所における会陰裂傷の実態と分娩体験. 日本助産師学会誌, 16(2), 56-68.
- 大林みゆき, 岩本礼子, 亀田幸枝, 石崎亜紀子, 小松みどり, 岡田知子, 飯田泰子 (1995). 産婦の出産体験と助産婦の援助・言葉かけの関連の検討. 日本看護学会集録 (母性看護), 26, 26-29.
- 大出春江 (2000). 現代女性の出産観: 仰臥する姿勢へのまなざしと分娩台の女性たち. 東京文化短期大学紀要, 17, 33-46.
- Sandelowski, M., Docherty, S., and Emden, C. (1997). Qualitative meta-synthesis: issues and techniques. *Res Nurs Health*, 20(4), 365-371.
- Sandelowski, M. and Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing qualitative research*. NY: Springer Publishing.

- 佐々木正人 (2000). 知覚はおわらない—アフォーダンスへの招待. 青土社.
- 柴田昌和 (2007). 解剖学からみた産婦の姿勢・動作と分娩進行との関係. 助産雑誌, 61(8), 678-682.
- 鈴木 静, 高橋弘子, 村山正子 (2006). フリースタイル分娩をした産婦の分娩達成感. 母性衛生, 46(4), 625-632.
- Travelbee, J. (1971/1974). 長谷川浩, 藤枝知子 (訳), トラベルビー: 人間対人間の看護. 医学書院.
- 和田サヨ子, 近藤潤子 (1986). 出産後の想起 (Review) による産婦の妊娠出産過程における情緒の分析—出産時の喪失体験を中心として—. 日本看護科学学会誌, 6(3), 11-21.
- Wiedenbach, E and Falls, E.C. (1978/1979). 池田明子 (訳), コミュニケーション—効果的な看護を展開する鍵. 日本看護協会出版会.
- 山本雅子, 藤田小矢香, 西村正子 (2009). 出産体験が女性の出産意識に与える影響: フリースタイル出産と載石位出産を比較して. 母性衛生, 49(4), 620-627.
- 谷津裕子 (2013). エコロジカルな看護—出産環境のアフォーダンス. 村田純一 (編), 技術: 身体を取り囲む人工環境. 157-184, 知の生態学的転回 [第2巻], 東京大学出版会.

[平成27年3月20日受 付]
[平成28年10月7日採用決定]

— 原 著 —

閉じこもり傾向にある地域在住高齢者への心理ケアに関する研究

— 懐メロを用いた回想法による介入の評価 —

Psychological Care for Community-dwelling Elderly People
 Showing a Tendency Toward a Homebound State:
 Evaluation of Reminiscence Involving Nostalgic Songs

奥 田 淳 ¹⁾	橋 本 顕 子 ¹⁾	鈴 木 佑 典 ²⁾
Jun Okuda	Akiko Hasimoto	Yuusuke Suzuki
鳥 塚 亜 希 ¹⁾	上 平 悦 子 ¹⁾	軸 丸 清 子 ¹⁾
Aki Torituka	Etuko Uehira	Kiyoko Jikumaru

キーワード：閉じこもり，高齢者，回想法，音楽

Key Words：homebound, elderly person, reminiscence, music

緒 言

内閣府によると2013年10月現在，65歳以上の人口が総人口の25.1%を占め，その割合は，2060年には65歳以上人口の割合（高齢化率）が39.9%に達し，2.5人に1人が65歳以上，4人に1人が75歳以上になると発表されている（内閣府，2014）。厚生労働省によると，全国の65歳以上の高齢者について，認知症有病率推定値15%，認知症有病者数約439万人と推計され，全国の軽度認知障害の有病率推定値13%，軽度認知障害の有病者数約380万人と推計されている（厚生労働省，2010）。今後ますます高齢化率が高くなることで，認知症・軽度認知障害の高齢者が増加することが予測される。

認知機能低下には，外出頻度の低下などの閉じこもりが要因（藤田ら，2004）となり，認知症への移行を予防するためには，閉じこもりへの介入が必要となる。地域在住高齢者のうつ病に対する二次的予防においては，閉じこもり状況についての情報収集の必要性（鈴木ら，2011）や，抑うつがある高齢者は抑うつがない高齢者より閉じこもりの発生が有意に高いことが報告されている（椋ら，2011）。したがって，認知機能低下防止にはうつ状態へ陥らせないことも必要となる。

軽度認知障害は認知症予備軍とされ，早期の治療的介入により，認知症への移行を遅らせることができる（井原，2007）といわれており，認知機能低下防止を目的とした音楽療法や回想法は，その効果に大きな期待が寄せられている。音楽療法は，軽度認知障害のある高齢者への音楽

療法において，記憶力と注意力の改善・脳血流の増加が認められる（三浦・金山・茂木・遠藤，2005）ことや，情動反応や社会性に効果がみられる（高田・岩永，2014）ことが明らかにされている。また，認知症発生の遅延に関与している可能性がある（奥村ら，2010）ことも報告されている。回想法による介入の効果の評価については，軽度認知障害高齢者に老健式活動能力指標・やる気スコアによる評価（山上ら，2010），PGC（Philadelphia Geriatric Center Morale Scale：幸福感）による評価において効果があった（竹田・田治米・西尾，2010）ことが明らかにされている。軽度・中等度認知症高齢者においては，日常会話における発話と話題の共通する時間が延長した（中谷ら，2008）と報告されている。また，認知機能障害のない高齢者に対しては，学習療法と回想法の併用が認知症予防の効果があった（工藤・八重樫，2010）ことやライフレビューによりGDS（Geriatric Depression Scale：高齢者抑うつ尺度）で改善が認められた（古村・中島，2005）ことも明らかになっている。

一方，音楽を用いた回想法の効果を量的に検証した研究もあり，施設に入所する認知症高齢者に音楽の歌唱や楽器演奏等を用いた回想法では，認知機能評価尺度の一部の下位項目に改善が認められたと報告（伊藤・磯和，2012）されている。質的に検証された研究では，なじみの音楽を用いた回想法により，認知症高齢者の問題行動軽減につながる可能性が示唆された（坂下，2008）。認知症と認められていない高齢者を対象とした研究では，懐メロを媒体とした回想法により集団で孤立しがちな高齢者が自己表現する

1) 奈良県立医科大学医学部看護学科 Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

2) 奈良県立医科大学附属病院 Nara Medical University Hospital

手段を得て人間関係が広がっていった（軸丸・藤田・尾原，2006）という報告がある。また，在宅高齢者へ懐かしい音楽を用いた回想法により，高齢者が人生や生き方をどのように意識していくかを検討（川崎・觸澤，2011）した報告もある。

地域在住の高齢者や認知症高齢者への音楽療法や回想法による介入の効果を検証した研究は多くみられる。しかし，閉じこもり傾向にある地域在住高齢者を対象に，音楽を取り入れた回想法の効果を検証した研究は管見の及ぶ限り見当たらなかった。そこで，本研究では閉じこもり傾向にある地域在住高齢者へ懐メロを取り入れた回想法の介入が，認知機能や幸福感，健康感，うつ，閉じこもりの改善に効果があるかを検証することを目的とした。

I. 用語の定義

1. 閉じこもり傾向

生活機能評価（「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班，2009）の基本チェックリストにある「閉じこもり」の項目，「週に1回以上外出していますか」に「いいえ」，「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」に「はい」と2つの質問のうちどちらかに該当した場合とした。

2. 懐メロ

高齢者が懐かしいと感じ，馴染みのある明治・大正・昭和の歌謡曲・童謡とした。

II. 研究方法

1. 研究対象者

A村では，介護予防対象者を選定するために認知症と診断されておらず，介護認定を受けていない地域在住の65歳以上の高齢者を対象に，毎年，生活機能評価（「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班，2009）の基本チェックリスト（以下，基本チェックリストと略す）によるスクリーニングを実施している。スクリーニング方法は，A村健康福祉センターより基本チェックリストを郵送し，基本的には本人が記入するが，家族が日々の生活を観察して記入する場合もある。2012年は1,628人に配布し1,426人の回答数であり，2013年は1,687人に配布し1,426人の回答数であった。認知機能低下予防のために懐メロを用いた回想法を2012年から開始することとなり，その事業への対象となる条件として，閉じこもり傾向該当者，または「認知機能」の項目3項目中1個以上チェックした者を選定した。そのスクリーニングの結果，各年の回

答者のうち，2012年の対象者は55人で，2013年は43人であった。

それら的高齢者に保健師が，電話や家庭訪問によって，懐メロを用いた回想法への参加を勧誘した。勧誘により，参加することを決めた高齢者（2012年15人，2013年12人）に対して，研究者が研究の趣旨を説明し，同意を得た。そのなかから，閉じこもり傾向該当者（22人）のうち，最後まで参加した18人を研究対象者とした。

2. 介入方法

a. 介入の実施期間

2012年に基本チェックリストにより選定された研究対象者は，2012年9月から2013年3月まで，2013年に選定された者は2013年9月から2014年の3月までの期間で懐メロを用いた回想法を実施した。

b. 介入の実践方法

閉じこもり傾向にある高齢者の特徴として，活動に対する価値・興味や自己効力感が低い（石橋・山田，2011）ことや，高齢者の閉じこもりは外出頻度が週1回未満（山崎，2012）であると報告されている。介護予防事業としての回想法に関する先行研究（野村・橋本，2006；竹田ら，2010；梅本・遠藤，2007）では，週1回の頻度で行われていることが多いが，懐メロを用いた回想法の介入を週1回の頻度で行うことは，閉じこもり傾向にある研究対象者にとって負担となり，中断する可能性が高いと考えた。また，懐メロを用いた回想法はグループ回想法の形式をとっており，歌によって回想された参加者の思い出を参加者全員で共有することを目的としている。このような点から，閉じこもり傾向の高齢者が，毎回，全員参加できるように，参加者の心理・身体的負担への配慮と中断の回避のために，より慎重を期したうえで月1回全6回の頻度で行うことに設定した。

1回のプログラムを約90分とし，途中に10分の休憩を取り入れた。構成メンバーは看護師が担当したリーダー，コリーダー，保健師やボランティアが担当したサポーターの8～9人であった。実践場所は健康福祉センターの創作室とした。

懐メロを用いたその理由には，参加者が回想した内容を言葉に表すことが難しいと思われることでも，懐メロにある歌詞が参加者の当時の体験や思い，感情を表現していることが多い（軸丸ら，2006）ことからである。先行研究（軸丸ら，2006）を参考にし，参加者の年齢を鑑みて昔に馴染みであったと思われる歌謡曲や童謡を選曲した。選曲した懐メロを「明治編」「大正編」「昭和編」に分類し歌集として作成した物を参加者に渡し，1人の参加者に歌集の中から好きな曲をリクエストしてもらった。参加者1人

につき1曲とし、1回の介入で4～5曲を選曲してもらった。参加者全員が歌謡曲を合唱し、同時に楽器を演奏した。その後に、歌によって回想された思い出をその曲を選曲した参加者に自由に語ってもらうよう、リーダーが心理療法的に応答し、参加者全員でその体験を共有できるように働きかけた。

3. データ収集方法

a. 評価尺度

(1) 基本チェックリスト

生活機能評価（「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班，2009）の基本チェックリストは、厚生労働省における介護予防事業の二次予防事業で、「生活機能の低下の早期発見，早期対応」のスクリーニングとしても用いられている（介護予防マニュアル改訂委員会，2012）。この質問紙は、「生活状況」「運動機能」「栄養」「口腔機能」「閉じこもり」「認知機能」「うつ傾向」に関連した質問があり、25個の項目から成り立つ。

(2) HDS-R

認知症スクリーニング検査の1つで9個の項目からなる。30点満点で得点が高いほど認知機能が保たれていることを示している（加藤ら，1991）。20点以下で「認知機能障害あり」、21～27点で「軽度認知機能障害あり」、28点以上で「認知機能障害なし」と判断される（森本，2010）。

(3) Mini-Mental State Examination (MMSE)

MMSEは認知障害測定を目的に作成され、11項目で構成され、30点を満点としている（森・三谷・鳥山，1985）。23点以下で「認知機能障害あり」、24～27点で「軽度認知機能障害あり」、28点以上で「認知機能障害なし」と判定される（森本，2010）。

(4) Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGC)

PGCは主観的幸福感を測定するスケールで、11項目の質問からなる（高橋，1999b）。また、「孤独感・不満足感」「老いについての態度」「心理的動揺」の3因子から成り立つ（古谷野・柴田・芳賀・須山，1989）。

(5) 主観的健康感尺度

主観的健康感尺度はQOLを測定するスケールEuroQol（日本語版EuroQol開発委員会，1998）の一部であり、7個の項目からなる。VAS（Visual Analog Scale）を用いた評価ツールである（高橋，1999b）。

(6) Geriatric Depression Scale簡易版（GDS-15）

GDS-15は15個の項目からなるうつ評価スケールであり、「はい」「いいえ」で回答し、0点、1点が配点され15点満点となっている。5～9点をうつ傾向、10点以上でうつ状態と評価される（高橋，1999a）。また、「うつ気分」

「ポジティブ感情の低下」「エネルギー減退」の3因子から成り立つ（矢富，1994）。

b. データ収集の時期と方法

第1回目の懐メロを用いた回想法実施1か月前と第6回目の介入終了後の1か月以内とした。研究者と研究対象者が1対1となり、対面式のブースを設けて評価ツールを用いた聞き取り調査を行った。5種類の尺度を用いることは、質問時間や質問内容による研究対象者への心理・身体的負担があると考えられた。そのため、研究者は調査前に各尺度について、わかりやすい質問の仕方やHDS-R・MMSEのように質問の回数や回答に要する時間制限のあるものについて統一をはかり、繰り返し練習して、調査手技の標準化と習熟をはかり、研究対象者への負担の軽減に努めた。

4. 分析方法

研究対象者における介入前後のHDS-R、MMSE、GDS-15、PGC、主観的健康感尺度の評価結果の違いをWilcoxonの符号付順位和検定で分析した。また、詳細な心理的効果を検証するために、HDS-R、MMSE、主観的健康感尺度については、それぞれの評価スケールの下位項目別においても介入実施前後でWilcoxonの符号付順位和検定を行った。さらに、GDS-15は「うつ気分」「ポジティブ感情の低下」「エネルギー減退」の因子別に、PGCは「孤独感・不満足感」「老いについての態度」「心理的動揺」の因子別に介入実施前後でWilcoxonの符号付順位和検定を行った。

そして、基本チェックリストについては「閉じこもり」の項目において介入実施前後でWilcoxonの符号付順位和検定を行った。統計解析には、SPSS 22.0 Statistics Baseを使用し、有意水準は5%（両側）にした。

5. 倫理的配慮

研究協力の依頼時に研究の趣旨、参加の自由、研究への参加を途中辞退できること、プライバシーの保護、個人情報守秘の厳守、研究結果の公表について記載した文書を用いて説明し、同意の意志を示した研究対象者には書面により同意を得た。懐メロを用いた回想法により過去の悲しい、あるいは辛い体験を想起させる可能性が考えられたため、情緒的に不安定になった場合には研究者による個人面接を行い、心理的ケアを行う準備をした。また、実践途中に身体的不調が生じた場合には、実施施設併設の診療所に受診することができる準備もした。本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究対象者の属性と特徴

閉じこもり傾向該当者22人のうち、4人の研究対象者は懷メロを用いた回想法に不参加の意志を示し、途中で参加を中止した。歌に関心がもてなかった者が2人、健康を損なった者が1人、配偶者との死別による者が1人で、最後まで参加した高齢者は、18人であった。男性は3人、女性15人、平均年齢は81.1歳 ($SD \pm 5.78$) であった (表1)。また、閉じこもり傾向に関連すると思われる介入前の認知機能とうつの傾向の状態は表2のとおりであった。HDS-Rについては認知機能障害あり (20点以下) が3人、軽度認知機能障害あり (21~27点) が8人、認知機能障害なし (28点以上) が7人であった。MMSEについては認知機能障害あり (23点以下) が0人、軽度認知機能障害あり (24~27点) が11人、認知機能障害なし (28点以上) が7人であった。GDS-15については、うつ傾向 (5~9点)

表1 研究対象者の属性

(n = 18)		
性別 (人)	男	3
	女	15
年齢 (歳) (mean $\pm$ SD)		81.1 $\pm$ 5.78

表2 HDS-R, MMSE, GDS-15における介入前判定結果の人数構成

(n = 18)		
		n
HDS-R	20点以下	3
	21~27点	8
	28点以上	7
MMSE	23点以下	0
	24~27点	11
	28点以上	7
GDS-15	4点以下	15
	5~9点	3
	10点以上	0

は3人、うつ状態 (10点以上) は0人、うつ傾向なし (4点以下) は15人であった。

2. 心理的効果の評価結果

a. 認知機能評価への影響

認知機能の評価は、HDS-RとMMSEのスケールを用いて評価した。HDS-Rでは全得点において有意な差が認められ、下位項目別による分析では、「数時逆唱」と「遅延再生」において有意な差が認められた。しかし、MMSEでは、全得点・下位項目別においても有意な差は認められなかった (表3, 4)。

b. 幸福感評価への影響

幸福感の評価はPGCスケールにより行った。全得点では有意な差が認められ、因子別の分析では下位項目「歳をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか」など4項目を含む第2因子「老いについての態度」においても、介入後に有意な差が認められた (表3, 5)。

c. 健康感評価への影響

健康感の評価は、主観的健康感尺度により行った。介入実施前の中央値は571.8、実施後は597.0であったが有意な差は認められなかった。しかし、下位項目別にみると、「毎日の気分はいかがですか」「ご自分の経済状態は、いまの収入で十分ですか」において、介入後の評価が有意に高かった (表3, 6)。

d. うつへの影響

うつの評価はGDS-15を用いて行ったが、介入実施前の中央値は2.5であり、実施後は2.0と低下したが有意な差はなかった。また、因子別においても有意な差は認められなかった (表3, 7)。

e. 閉じこもりへの影響

閉じこもりの評価は基本チェックリストの「閉じこもり」の項目を用いて行い、介入後に有意な低下が認められた (表8)。

表3 介入前後の比較

(n = 18)			
	介入前	介入後	
HDS-R	26.0 (24.5-28.0)	28.0 (26.5-29.25)	.004**
MMSE	26.5 (25.0-29.3)	28.0 (26.0-29.0)	.120
GDS-15	2.5 (1.8-4.0)	2.0 (0.8-4.0)	.109
PGC	8.0 (7.0-9.0)	9.0 (8.8-10.0)	.025*
主観的健康観尺度	571.8 (483.8-611.5)	597.0 (563.5-631.0)	.098

[注] Wilcoxonの符号付順位検定. *: $p < .05$, **: $p < .01$.
中央値 (四分位範囲).

表4 認知機能における介入前後の比較

(n = 18)

項目	介入前	介入後	<i>p</i>
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	
HDS-R			
（１）年齢	1.00（1.00-1.00）	1.00（1.00-1.00）	1.000
（２）日時の見当識	4.00（4.00-4.00）	4.00（4.00-4.00）	1.000
（３）場所の見当識	2.00（2.00-2.00）	2.00（2.00-2.00）	1.000
（４）言葉の記銘	3.00（3.00-3.00）	3.00（3.00-3.00）	1.000
（５）計算	2.00（1.00-2.00）	2.00（1.75-2.00）	.760
（６）数字の逆唱	1.00（1.00-2.00）	1.50（1.00-2.00）	.025*
（７）遅延再生	4.50（2.75-6.00）	5.00（5.00-6.00）	.006**
（８）物品記銘	5.00（4.00-5.00）	5.00（4.75-5.00）	.160
（９）言語の流暢性	5.00（4.75-5.00）	5.00（5.00-5.00）	.370
MMSE			
（１）日時の見当識	5.00（5.00-5.00）	5.00（5.00-5.00）	.650
（２）場所の見当識	5.00（5.00-5.00）	5.00（5.00-5.00）	.310
（３）言葉の記銘	3.00（3.00-3.00）	3.00（3.00-3.00）	1.000
（４）注意と計算	3.00（1.75-3.00）	5.00（2.00-5.00）	.190
（５）遅延再生	2.50（1.00-3.00）	2.50（2.00-3.00）	.058
（６）呼称	2.00（2.00-2.00）	2.00（2.00-2.00）	1.000
（７）復唱	1.00（1.00-1.00）	1.00（1.00-1.00）	.560
（８）三段命令	3.00（3.00-3.00）	3.00（3.00-3.00）	.310
（９）読解	1.00（1.00-1.00）	1.00（1.00-1.00）	1.000
(10) 書字	1.00（1.00-1.00）	1.00（1.00-1.00）	1.000
(11) 構成	1.00（1.00-1.00）	1.00（1.00-1.00）	.560

[注] Wilcoxon の符号付順位和検定. *: $p < .05$, **: $p < .01$.

表5 幸福感における介入前後の比較

(n = 18)

項目	介入前	介入後	<i>p</i>
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	
PGC			
孤独感・不満足感	3.00（3.00-3.00）	3.00（3.00-3.00）	.480
老いについての態度	2.00（2.00-3.00）	3.00（2.75-4.00）	.016*
心理的動揺	3.00（2.00-3.00）	3.00（2.00-3.00）	.150

[注] Wilcoxon の符号付順位和検定. *: $p < .05$.

表6 健康感における介入前後の比較

(n = 18)

項目	介入前	介入後	p
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	
主観的健康感尺度			
（１）自分の健康状態をどのへんだと思いますか	59.00（46.00-76.50）	69.00（54.63-78.13）	.410
（２）毎日の気分はいかがですか	91.50（85.50-100）	97.75（88.25-100）	.039*
（３）夫婦や家族、子供、孫との仲はうまくいってますか	73.50（55.50-81.00）	80.50（67.38-87.13）	.088
（４）友人や親せきとの人間関係には満足されていますか	93.00（70.50-100）	87.50（75.13-96.75）	.470
（５）ご自分の経済状態は、いまの収入で十分ですか	78.00（56.50-88.50）	86.00（66.13-96.00）	.009**
（６）現在の生活に満足されていますか	94.00（84.00-95.00）	91.50（75.75-100）	.530
（７）すべてを総合して、いま自分がどのくらい幸福だと思いますか	83.50（72.50-100）	90.25（79.13-99.25）	.069

[注] Wilcoxon の符号付順位和検定. *: $p < .05$, **: $p < .01$.

表7 うつにおける介入前後の比較

(n = 18)

項目	介入前	介入後	p
	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	
GDS-15			
うつ気分	1.00 (0.00-2.00)	1.00 (0.00-2.00)	.250
ポジティブ感情の低下	0.00 (0.00-0.00)	0.00 (0.00-0.00)	1.000
エネルギー減退	1.00 (0.00-2.00)	1.00 (0.00-2.00)	.077

[注] Wilcoxonの符号付順位和検定。

表8 基本チェックリスト「閉じこもり」における介入前後の比較

(n = 18)

項目	介入前	介入後	p
	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	
基本チェックリスト			
閉じこもり	2.00 (2.00-2.00)	1.00 (0.00-1.00)	.001**

[注] Wilcoxonの符号付順位和検定。 **: $p < .01$ 。

IV. 考 察

1. 懐メロを用いた回想法の効果と実施間隔について

地域在住の高齢者に対する回想法は週1回の間隔で実施し、その効果を検証した研究が多い。これらの研究によると、認知症が認められない地域在住高齢者に対して、人生満足度が有意に高くなった(野村・橋本, 2006)ことや、記憶力や注意力に改善が認められた(梅本・遠藤, 2007)ことが報告されている。また、軽度アルツハイマー症の地域在住高齢者には、PGCが有意に上昇した(竹田ら, 2010)と報告されている。いずれも週1回の介入に対して、本研究では閉じこもり傾向にある高齢者も対象にしていることから、参加者への心理・社会的な負担を考慮して、実施頻度を月に1回のペースにした。先の研究と比較して、実施間隔は長いが、閉じこもり傾向にある高齢者では認知機能や閉じこもり、幸福感、PGCの因子「老いに対する態度」、主観的健康感尺度の下位項目「気分」「経済状態」に改善が認められた。したがって、実施間隔を約1か月間空けることでも、心理的效果が得られた点については、新しい示唆が得られたと考えられる。

本研究では参加者の回想の語りにリーダーが、参加者全員でその体験を共有できるように働きかけたことで、参加者同士や研究者と参加者との間に共感性が構築され、関係性が深まったと考えられる。杉原(2015)は、共感にはかわりが含まれ、自分自身もそこに参加して感じ、反応して互いに刺激し合い、そして、影響し合うプロセスを形成すると述べている。また、青井(2011)は、複数のメンバーがいるグループ回想法では、自分と他者や援助者と自

分という相互関係が存在し、自分が他者に、他者が自分に影響を及ぼすといった相互作用が生まれ、グループダイナミクスの働きをもたらすと述べている。このような研究対象者同士や研究対象者と研究者との関係の深まりが、回想における共感性を深め、心理的效果をもたらしたのではないかと考えられる。今後さらに、研究対象者同士や研究対象者と研究者との関係性の深まりによる心理的效果を検証するために、インタビューを用いた質的分析をしていきたいと考えている。

2. 閉じこもり傾向にある高齢者への懐メロを用いた回想法の有効性

a. 認知機能への効果

本研究では、HDS-R・MMSEにより認知機能障害や軽度認知機能障害と判定された研究対象者がHDS-R・MMSEともに半数以上を占め、とくに軽度認知機能障害と判定された研究対象者が多く存在した。長友・坂田・横倉・小林(2011)の研究では認知症高齢者において認知機能が改善されたとの報告があるなか、本研究では、認知症と診断されていない軽度認知機能障害を含む認知機能障害が認められる高齢者にとって、懐メロを用いた回想法により認知機能を高める可能性があるとし唆された。

ところで、回想法の実施頻度の視点でみると、本研究のように月1回程度の介入でHDS-Rが改善したという報告はない。改善の理由として、懐メロを用いた回想法は、研究対象者がこれまでの人生で体験してきたことを歌に関連させることで、より過去の体験を想起させやすくなり、回想がより促進されて認知機能が改善されたのではないかと

考えられる。一方、音楽療法によって大脳基底核や視床の血流量が増加し、認知機能の改善効果の可能性が指摘されている（三浦ら、2005）ことから、楽器を演奏しながら懐メロを歌うことで、同様の効果が得られたのではないかと考えられる。したがって、回想法に懐メロを用いることで回想をより促進させ、脳血流の増加および脳の活性化が促され、認知機能の改善につながったと考えられる。

b. 幸福感への効果

PGCの合計得点において介入の実施前後で、有意な差が認められた。竹田ら（2010）は、軽度アルツハイマー病患者への個別回想法によりPGCの有意な上昇があったと報告しており、本研究においても同様の結果が得られた。懐メロを用いた回想法は、閉じこもり傾向にある高齢者に対して、幸福感を高める効果があると示唆された。

また、本研究ではPGCの因子別にみると第2因子の「老いに対する態度」で介入後に有意な上昇があった。この因子は、下位項目「歳をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか」「若いときに比べて、いまのほうが幸せだと思いますか」などから成り立っている。したがって、これらの項目の得点が改善されることは、研究対象者が老いることで役に立たないと思わず、自分自身に価値をもつことができるようになっていったこと、若いときと同様な幸福感を抱けるようになっていったことで老いに対して受容できるようになったことが考えられる。本研究では、リーダーが研究対象者の個別の回想について、他の研究対象者に問いかけ、さらに語りを広げたり、洞察を深めたりして、経験を共感的に共有できるようにかかわっていった。豊かな回想は語り手と聴き手が協力して創造するものであり、よい聴き手とは語られた内容にかけがえのない価値を感じ取ることができる者であると述べられている（進藤、1999）。したがって、リーダーが他の研究対象者をよい聴き手としてサポートしていったことで、個別の回想が回想法に参加している研究対象者グループの大切なものとして扱われたことにより、研究対象者は肯定的に自己の人生を再評価することができ、老いに対する態度を肯定的にとらえ直していったのではないかと推察される。

c. 健康感への効果

健康感の評価は主観的健康感尺度で分析し、下位項目の「毎日の気分はいかがですか」「ご自分の経済状態は、いまの収入で十分ですか」において、有意な上昇が認められた。懐かしさを感じる音楽を用いた回想法は、肯定的な気持ちを喚起し、快活感をもたらしたという報告（小林・岩永、2002）があることから、懐メロを歌唱し楽器を演奏したこと、懐メロから想起された思い出から、研究対象者が肯定的な気持ちや快活感を感じられ、情緒が安定したことで、「毎日の気分はいかがですか」の下位項目で有意な

上昇が認められたと考えられる。回想法は自分自身を快適にする効果がある（蘭牟田、2011）といわれており、毎日の気分がよくなったことで、心理的なゆとりができ、経済的な不安が軽減したと考えられる。

d. うつ評価に対する効果

抑うつがある高齢者は抑うつがない高齢者より閉じこもりの発生が有意に高いと報告（椋ら、2011）されており、閉じこもりを予防するためには、抑うつ状態に陥らせない介入が必要であると考えられる。本研究の懐メロを用いた回想法は、その一助になるのではないかと考えた。古村・中島（2005）によると、抑うつを伴う高齢者にライフレビューを行うことでGDS（高齢者抑うつ尺度）が改善したと報告されていることから、懐メロを用いた回想法は抑うつ傾向にある高齢者にも有効である可能性がある。しかし、本研究における閉じこもり傾向にある研究対象者はGDS-15において、うつ傾向（5～9点）と判定される研究対象者は3名と少なく、さらにうつ状態（10点以上）と判定されるものは存在しなかったため、有意な差が認められなかったのではないかと推測される。

e. 閉じこもりに対する効果

高齢者の閉じこもりは、安村（2006）によると「寝たきりなどではないにもかかわらず、家からほとんど外出せず、に過ごしている状態」とされ、また、新開ら（2005）によると「週1回程度以下」の外出頻度にある状態にあるとみなされている。閉じこもり改善を目指した研究では、介入群と対照群を設定し、準寝たきり高齢者へライフレビューを用いた介入において、閉じこもりの解消には至らなかったとの報告（蘭牟田・安村・阿彦、2004）がある。

本研究では対照群を設定した研究デザインではなかったため、介入の有無による差は明らかになっていないが、懐メロを用いた回想法を実施することで、研究対象者の閉じこもりが有意に改善した。蘭牟田ら（2004）の研究では介入をライフレビューのみで行われているが、本研究では回想を行うのに懐メロを用い、そして、参加者全員で好きな楽器を演奏しながら歌唱した。「懐かしさ」を感じる音楽によって回想量が増えた（小林・岩永、2002）との報告があり、本研究においても懐メロを歌唱することや楽器を演奏することで回想量が増え記憶の再生が促されたと考えられる。また、高齢者は家族以外の誰かに話をする楽しさなどを見出せると、外界への関心をもち外出への意欲につながる（蘭牟田、2011）とあることから、本研究の懐メロを用いた回想法に研究対象者は非常に興味をもって参加できていたと推察される。

さらに、地域在住の高齢者に対する音楽療法により、閉じこもりが有意に改善したことが報告（横井・国友・島田・辻、2007）されている。本研究の懐メロを歌唱するこ

とや楽器を演奏することは、言葉にならない気持ちや感情の表現を助け、それを他の研究対象者に受け入れられるという音楽療法的な機能も備わっていたと推察される。このような結果から、懐メロを用いた回想法は閉じこもり解消への一助になり得ると考える。

本研究では、介入前後の閉じこもり評価を介護予防が必要な高齢者をスクリーニングする目的で使用する基本チェックリストで行った。閉じこもりを評価する尺度については山崎・蘭牟田・橋本・野村・安村（2010）が開発した「外出に対する自己効力感尺度」があるが、いまだ尺度開発の研究は少ない。今後、外出頻度を客観的に測定することや「外出に対する自己効力感尺度」（山崎ら，2010）を用いて評価すること、あるいは閉じこもりを測定する尺度を開発し測定することが必要と考えられる。

V. 結 論

1. 閉じこもり傾向にある地域在住の高齢者に対して、懐

メロを用いた回想法を行うことで、認知機能や閉じこもり、老いに対する幸福感、気分・経済状態による健康感に効果が認められた。

2. 回想法は一般的に週1回の間隔で行われているものが多いが、月1回間隔で行うことでも心理的效果が得られることが明らかになった。したがって、懐メロを用いた回想法は閉じこもり傾向にある高齢者に対して、回想法に参加するための負担を軽くし、心理的效果を得られる心理的ケアの一つといえる。

3. 懐メロを用いることは音楽療法的な機能も含まれた介入であったと考えられ、閉じこもりを解消させる一助になり得ると考えられる。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

【目的】 地域在住高齢者を対象に懐メロを用いた回想法を行い、心理的效果を検討した。

【方法】 対象者は閉じこもり傾向にある高齢者18名とした。懐メロを用いた回想法の介入前後をHDS-R, MMSE, PGC, 主観的健康感尺度, GDS-15, 基本チェックリストを用い、Wilcoxon符号付順位検定で分析を行った。

【結果】 HDS-Rや基本チェックリストの「閉じこもり」、PGC, PGCの第2因子「老いに対する態度」、主観的健康感尺度の下位項目「気分」・「経済状態」において、介入後に有意な改善が認められた。

【結論】 閉じこもり傾向にある高齢者に懐メロを用いた回想法を行うことで、認知機能や閉じこもり、幸福感、健康感の気分・経済状態に効果が認められた。回想法は週に1回間隔で実施・検証されている研究が多いが、月1回間隔で行うことでも、心理的效果が得られることが明らかになった。

Abstract

【Objective】 Intervention using a reminiscence-based approach involving nostalgic songs was provided for the elderly living in the community, and its psychological effects were examined.

【Methods】 The subjects were 18 elderly people who tended to withdraw from social life. Prior to and following the above-mentioned intervention, Wilcoxon signed-rank tests were conducted, using the HDS-R, MMSE, PGC, Subjective Well-being Inventory (SUBI), GDS-15, and basic check list.

【Results】 Following intervention, there were significant improvements in HDS-R scores, “withdrawal from social life” of the basic checklist, PGC scores including “attitudes toward aging” - the second factor, and “feelings”/“financial situations” - subordinate categories of the SUBI.

【Conclusion】 Intervention using a reminiscence-based approach involving nostalgic songs improved their cognitive functions, withdrawal, feeling of happiness toward aging, and sense of well-being in relation to their feelings and financial situations. Although a large number of previous studies examined the results of reminiscence-based intervention provided once a week, the psychological effects of the reminiscence-based approach implemented once a month have also been established.

文 献

青井夕貴（2011）. 回想法の目的と対象 Q & A. 野村豊子（編）, Q & Aでわかる回想法ハンドブック：「よい聴き手」であり続けるために. 33-58, 東京：中央法規出版.

藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷 修, 渡辺修一郎, 吉田祐子, 本橋 豊, 新開省二（2004）. 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌, 51(3), 168-180.
古村美津代, 中島洋子（2005）. 抑うつを伴う老人保健施設入所者

- に対するライフレビューの効果. 老年看護学, 9(2), 77-84.
- 井原涼子 (2007). MCIの臨床と病理. 医学のあゆみ, 220(5), 415-419.
- 蘭牟田洋美 (2011). ニーズに応じた回想法の実践と展開Q & A. 野村豊子 (編), Q & Aでわかる回想法ハンドブック:「よい聴き手」であり続けるために. 59-97, 東京: 中央法規出版.
- 蘭牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之 (2004). 準寝たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果. 日本公衆衛生雑誌, 51(7), 471-482.
- 石橋 裕, 山田 孝 (2011). 地域在住閉じこもり高齢者の生活様式の特徴に関する研究: 福島県只見町における調査から. 作業療法, 30(2), 190-200.
- 伊藤愛子, 磯和勲子 (2012). 認知症高齢者を対象とした回想を促す音楽の介入による効果: 身体・精神機能および社会性の変化について. 日本看護学会論文集 (看護総合), 42, 272-275.
- 軸丸清子, 藤田晶子, 尾原喜美子 (2006). 懐メロを媒体とした回想法の高齢者への応用と評価. 看護・保健科学研究誌, 6(3), 77-88.
- 介護予防マニュアル改訂委員会 (2012). 平成23年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業: 介護予防マニュアル改訂版. 三菱総合研究所人間・生活研究本部. http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_1.pdf
- 「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班 (主任研究者: 鈴木隆雄) (2009). 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル (改訂版). 13. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1c.pdf>
- 加藤伸司, 下垣 光, 小野寺敦志, 植田宏樹, 老川賢三, 池田一彦, 小坂敦二, 今井幸充, 長谷川和夫 (1991). 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精神医学雑誌, 2(11), 1339-1347.
- 川崎佐和子, 觸澤アトム (2011). 介護予防における音楽療法の一考察: 音楽を用いた回想法による心理アプローチの試み. 臨床音楽療法研究, 13, 45-55.
- 小林麻美, 岩永 誠 (2002). 「懐かしさ」を感じる音楽が高齢者の気分と回想に及ぼす影響. 日本音楽療法学会誌, 2(2), 163-172.
- 厚生労働省 (2010). 認知症高齢者の現状 (平成22年). http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf
- 古谷野亘, 柴田 博, 芳賀 博, 須山靖男 (1989). PGCモラル・スケールの構造—最近の改訂作業がもたらしたもの—. 社会老年学, 29, 64-74.
- 工藤 久, 八重樫裕幸 (2010). 認知症予防における学習療法と回想法の効果について: 大館市認知症予防モデル事業を通して. 秋田看護福祉大学地域総合研究所研究報告, 5, 2-7.
- 梶勇三郎, 川口 淳, 酒井太一, 河原田康貴, 兒玉尚子, 藤丸知子 (2011). 高齢者の閉じこもりに関連する要因の分析. 久留米医学会誌, 74(6/7), 163-171.
- 三浦久幸, 金山由美子, 茂木七香, 遠藤英俊 (2005). 軽症認知症高齢者に対する音楽療法の効果と意義: 生活自立度, 認知機能, 介護負担度, 脳画像への影響について. 日本音楽療法学会誌, 5(1), 48-57.
- 森 悦郎, 三谷洋子, 鳥山 重 (1985). 神経疾患患者における日本語版Mini-Mental Stateテストの有用性. 神経心理学, 1(2), 82-90.
- 森本茂人 (2010). 高齢者総合的機能評価と老年症候群. Geriatric Medicine, 48(1), 59-68.
- 長友勇人, 坂田裕介, 横倉麻美, 小林孝誌 (2011). 認知症高齢者の認知機能改善における短期集中リハビリテーションの介入効果. 愛知県理学療法学会誌, 23(2), 51-55.
- 内閣府 (2014). 平成25年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 (第1章第1節 高齢化の状況). 平成26年版高齢者白書 (概要版). <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>
- 中谷 淳, 山中克夫, 平田和子, 鈴木せん, 河野禎之, 天野貴史 (2008). 認知症高齢者の日常会話場面におけるグループ回想法適用に関する研究: 発話時間と話題の共有時間による相互交流からの検討. 認知症ケア学会誌, 7(3), 525-534.
- 日本語版EuroQol開発委員会 (1998). 日本語版EuroQolの開発. 医療と社会, 8(1), 109-123.
- 野村信威, 橋本 宰 (2006). 地域在住高齢者に対するグループ回想法の試み. 心理学研究, 77(1), 32-39.
- 奥村由香, 奥村 歩, 松本 淳, 門間陽子, 豊島義哉, 篠田 淳, 山田實紘 (2010). amnesic MCIに対する集団認知音楽療法の効果. 日本音楽療法学会誌, 10(1), 28-37.
- 坂下正幸 (2008). 認知症高齢者への回想法的効果に関する一考察: 音楽療法におけるナラティブ・アプローチ. 日本芸術療法学会誌, 37(1-2), 89-95.
- 進藤貴子 (1999). 高齢者の心理. 55-94, 東京: 一橋出版.
- 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷 修, 天野秀紀, 吉田裕人, 寶 貴旺, 渡辺修一郎 (2005). 地域高齢者における「タイプ別」閉じこもりの出現頻度とその特徴. 日本公衆衛生雑誌, 52(6), 443-455.
- 杉原保史 (2015). プロカウンセラーの共感の技術. 139-142, 大阪: 創元社.
- 鈴木良美, 北畠義典, 鈴木友理子, 吉田英世, 井原一成 (2011). 地域包括支援センター職員による高齢者のうつに対する二次予防への取り組みと課題. 民族衛生, 77(5), 175-186.
- 高田艶子, 岩永 誠 (2014). 補完代替医療としての音楽療法が認知症に及ぼす効果. 日本補完代替医療学会誌, 11(1), 49-55.
- 高橋龍太郎 (1999a). 精神機能評価法: うつ病のスクリーニング. 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎 (編), 高齢者の生活機能評価ガイド. 43-50, 東京: 医歯薬出版.
- 高橋龍太郎 (1999b). 精神機能評価法: 意欲・モラル・QOLの評価表. 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎 (編). 高齢者の生活機能評価ガイド. 51-58, 東京: 医歯薬出版.
- 竹田伸也, 田治米佳世, 西尾まり子 (2010). 軽度アルツハイマー病患者に対する個別回想を用いた集団療法プログラムの効果. 老年精神医学雑誌, 21(1), 73-81.
- 梅本充子, 遠藤英俊 (2007). 地域在住高齢者に対する介護予防に資する回想法の有効性の研究. 名古屋女子大学紀要 (人文・社会編), 53, 55-64.
- 山上徹也, 藤田久美, 小岩井あさみ, 関口尚美, 鍋木早苗, 梅澤亜紀, 米田真一, 山口晴保 (2010). 地域における認知症発症・進行予防プログラムの脳活性化リハビリテーションの有効性. 老年精神医学雑誌, 21(8), 893-898.
- 山崎幸子, 蘭牟田洋美, 橋本美芽, 野村 忍, 安村誠司 (2010). 地域高齢者の外出に対する自己効力感尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌, 57(6), 439-447.
- 山崎幸子 (2012). 閉じこもり研究の動向と課題: 心理的支援の観点から. 老年社会科学, 34(3), 426-430.
- 安村誠司 (2006). 新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援. 老年社会科学, 27(4), 453-459.
- 矢富直美 (1994). 日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討. 老年社会科学, 16(1), 29-36.

横井和美, 国友登久子, 島田淳子, 辻利美子 (2007). 効果的な認知症予防事業に関する実践的研究: 音楽療法とレクリエーション活動の取り組みに対する比較検討. 人間看護学研究, 5, 81-88.

〔平成27年8月31日受付〕
〔平成28年10月7日採用決定〕

登校していた時期から不登校となり、 不登校を続けていく当事者の思いのプロセス

Thinking Process of Students Who Continuously Engage in Truancy

柴 裕 子 宮 良 淳 子
Yuko Shiba Junko Miyara

キーワード：不登校，思春期

Key Words：school refusal, adolescence

緒 言

文部科学省の調査によると、平成25年度の国・公・私立の小中学校における不登校児童生徒数（在籍者数に対する割合）は、小学校24,175人（0.36%）、中学校95,442人（2.69%）（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2014，p.60）、高校（全日制・定時制）55,657人（1.67%）である（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2014，p.72）。小中学校の不登校児童生徒数は、平成9（1997）年度から急な増加を示し平成13（2001）年度をピークとして、平成14（2002）年度より減少している（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2014，p.61）。高校の不登校生徒数は、調査の始まった平成16（2004）年度より減少しているが依然として多い（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2014，p.72）。「医中誌Web」による「原著論文・不登校・看護」のキーワード検索の結果、不登校児童生徒数のピークであった2001年から論文数が急激に増えており、看護領域においても不登校が着目されてきたことが推察される。

不登校事例に対する治療のかかわりは、おもに教育関係機関、福祉関係機関などで行われている。そこでは、教師・臨床心理士・福祉関係者などが中心であり、看護師はかかわる機会が少ない（川瀬，2005，p.32）。しかし、不登校事例は、身体症状の訴えが契機となり、医療の場面で出会うことが多い（川瀬，2005，p.32）。看護師は、医療の場面で当事者と初めて出会うことになるが、その時点からできるだけ効果的な看護を実践することが求められる。当事者がどのような理由で現在の状況になっているかを理解するには、身体状態の判断のみではなく、当事者がこれまでどのような体験をして、どのような思いを抱えてきたのかを、当事者や家族等の情報を手がかりに予測する必要がある。看護師は、これまで当事者との接点が少ないため、教育・心理・福祉関係者と情報交換をし、当事者への

理解を深めていくことが求められる。

不登校で入院した症例には、種々の精神疾患（摂食障害・不安障害・気分障害）、人格特徴・障害、身体疾患（肥満症、過換気症候群、過敏性腸症候群）、心理社会的ストレス（家庭内問題、いじめ、学校生活上の問題）が多症例にあった（古口・山内・熊野，2002，p.473）と報告されており、当事者が医療的な支援を求めていることが明らかにされている。また、不登校や登校しにくい状況の原因として、睡眠障害（増田，2011，p.816）や起立直後性低血圧（中澤，2013，p.37）が関与していることが述べられている。不登校の原因のうち、登校回避感情（森田，1997，pp.8-9）に着目した研究は多く、その理由は、身体的な要因（上加世田・若本，2010，p.31；中村ら，2010，p.883；撫尾・加藤，2012，p.18；山下・清原，2004，p.23）、学習意欲、無力感（有賀，2013，p.17；撫尾・加藤，2012，p.18；山下・清原，2004，p.24）、友人関係など対人関係（有賀，2013，p.17；串崎・玉木，2010，p.39；撫尾・加藤，2012，p.18；山下・清原，2004，p.24）、教師との関係（有賀，2013，p.17；命婦・向笠・津田，2010，p.26）であることが報告されている。梶原・齊藤・樋口・松崎（2009）は、「不登校の各病態および関連する因子間の検討において、放任の養育態度、両親間の不仲、養育態度の不一致などの家庭環境がその後の社会性の乏しさという性格特性や不安・抑うつなどと関連しており、またそれらが心身症としての不登校や適応障害、不安障害、気分障害等に伴う不登校と関連していることが示された」と述べている（p.115）。

不登校の原因には、心理的・身体的な病態・家庭・学校・友人関係など、複雑かつ多様な背景があることが明らかにされてきた。一方、不登校と家族に関する質的研究は、「医中誌Web」（2001-2013）、CiNii（2001-2013）によると、3編であった。これは、当事者に対し登校を催促

しない（青田，2005，p.36），衝突を避ける（国松，2008，p.80），当事者の現状に合わせた選択肢を与える（松井・笠井，2013，p.79）という家族のかかわり方が特徴であり，当事者に対する家族のかかわり方については明らかにされている。しかし，当事者を取り巻くさまざまな背景から受ける当事者の思いについては明らかではない。当事者の思いを理解してかかわることができれば，当事者は自分を理解してくれているという安心感をもち，自分が認められている思いを抱くことができるため，周囲を信頼していくことにつながると考えられる。

齋藤・松岡・黒沢・森・栗田（2005）は，不登校の研究について，質問項目や介入そのものが対象者のメンタルヘルスに影響を及ぼす可能性を考えると，調査そのものが慎重に行われるべきであると述べている（p.43）。不登校が継続している状況では，当事者を研究参加者としてデータを得ることは困難であるが，不登校から再登校できた事例では，不登校の時期の経験を語るができる可能性があると考えられる。

そこで本研究では，当事者がどのような思いで登校していた時期から不登校となったのか，その先どのような思いで不登校を続けていたのか，そのプロセスを明らかにすることを目的とする。看護において，不登校の当事者を理解するためには，目の前の症状だけに焦点を当てるのではなく，当事者がそれまでに培ってきた背景を理解する必要がある。本研究により当事者によって語られた思いを明らかにすることで，今後，不登校の当事者とかかわっていく場面において活かされ，当事者の思いを理解し，看護の方法を検討するための有効な資料となり得ると考える。また，看護領域だけではなく当事者とかかわる教育・心理・福祉関係機関などにおいても，本研究の結果を応用できる可能性がある。

I. 研究方法

A. 研究参加者

研究参加者は，不登校の経験があり，再登校できた当事者とする。不登校の時期を乗り越えたと思われる当事者へのアクセスは，不登校などが原因で学校から離れてしまった子どもたちに積極的な支援を行っている機関であるフリースクールから紹介してもらう。本研究では，不登校の時期に当事者が受け止めた事実を思い出して語ってもらうという方法をとることから，面接の時点での研究参加者の年齢は問わないこととした。

B. 研究デザイン

半構成的面接による質的帰納的研究。

C. 用語の定義

1. 不登校

学校へ行くのが嫌だという感情から，欠席や遅刻・早退等の具体的な行動が，本人や周囲の人によって長期に続いていると解釈される現象である。

2. フリースクール

通常の学校に通っていない小学校・中学校・高校の年齢の子どもを対象に，学校教育の枠にとらわれない教育活動を行っている施設とする。

D. 調査期間

平成24年9月～平成25年9月。

E. データ収集方法

研究実施機関の施設長に対して，施設等に通ったことがあり，不登校の時期の思いを語るができる研究参加者の紹介を依頼する。面接は，プライバシーの保てる静かな会議室等で，面接ガイドを使用し60分程度行った。

面接内容は研究参加者の許可を得て，ICレコーダに録音した。面接ガイドの内容は，「現在の生活について教えてください」「いつごろから学校に行きたくないと思うようになりましたか」「そのときはどんな気持ちでしたか」「そのときの身体の調子はどうでしたか」「友人との関係はどうでしたか。先生との関係はどうでしたか」「学校について感じることはありましたか」「家族との関係はどうでしたか」「登校できなくなってからの状況を教えてください」である。

F. 分析方法

分析方法は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach：M-GTA）を用いた。M-GTAは，データを切片化するのではなく，データに反映されている人間の認識，行為，感情に関係している要因や条件などをていねいに検討していく方法をとっている（木下，2003，p.158）。また本研究では，当事者とそれを取り巻く家族，教師，友人，相談先との間で社会的相互作用が生じている現象であること，医療，教育，心理，福祉等のヒューマンサービス領域であること，不登校を続けていく当事者の思いのプロセスを提示することで実践への応用が期待できることから，M-GTAが分析方法として適切であると判断した（木下，2003，pp.89-91）。M-GTA

では分析焦点者と分析テーマを設定する。分析焦点者は、不登校経験者で、フリースクールに通うことができ、大学までに再登校できたことから、「フリースクールに通うことができた不登校経験者」とした。不登校を経験しない子どもは、学校という同じ方向を向いて進んでいるが、研究参加者が経験した現象は、周囲に合わせなければならない雰囲気が苦手で、どうしたらよいかと迷いつつも不登校を続けていくしかない現象であると考えた。そこで、分析テーマを「揺らぎながらも不登校をするしかなく、不登校を続けていくプロセス」と設定した。分析は、データのなかから、まず具体的で多様性のあるデータを選び、分析焦点者と分析テーマに照らしながら関連箇所に着目し、それを一つの具体例（ヴァリエーション）とし、他の類似具体例も説明できると考えられる説明概念を生成した（木下，2003，pp.233-238）。概念を生成する際に、分析ワークシートを個々の概念ごとに使用し、同じ方法で新たな概念を生成していった（木下，2003，pp.233-238）。生成した概念は類似例の確認と対極例の比較の観点からデータをみることで、解釈が恣意的に偏る危険を防ぐようにした（木下，2003，pp.233-238）。その結果を分析ワークシートの理論的メモ欄に記入した。次に複数の概念の関係からなるカテゴリを作成し、カテゴリ相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化（ストーリーライン）し、さらに結果図を作成した（木下，2003，pp.233-238）。データの信頼性・妥当性を確保するために、分析過程においては、M-GTA研究会会員のスーパーバイズを受け、繰り返し検討を行った。

G. 倫理的配慮

研究は、研究者の所属する大学の研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得て実施した。研究参加者に対しては研究の主旨を説明し、研究への参加・協力の拒否や途中辞退の自由、個人情報の保護、得られたデータは研究目的以外には使用しない、研究結果は公表される予定であること、つらい体験を思い出すことにより研究参加者に不利益が生じていると感じた際には、途中で面接を中止することについて明記し、文書にて同意を得た。

II. 結 果

A. 研究参加者の概要

研究参加者6名の年齢は、平均26.2（SD 6.62）歳であり、男性4名、女性2名であった。不登校の時期は、幼稚園、小・中学校、高校とさまざまではあるが、すべてフリースクールに通うことができた不登校経験者であり、本

研究の研究参加者として妥当であると判断した。面接所要時間は平均66.2分であった。面接中や面接後に、研究参加者に気分不快等の症状が生じることはなかった。

B. 登校していた時期から不登校となり、不登校を続けていく当事者の思いのプロセス（図1）

登校していた時期から不登校となり、不登校を続けていく当事者の思いのプロセスについて、全体のストーリーラインを述べる。次にそれぞれのプロセスを4つの段階にわけて、概念名と定義、および具体例をあげて説明する。なお、カテゴリは【 】、概念は〈 〉で表す。カテゴリ・概念の定義は『 』で表す。面接内容から引用したデータは「斜体」で表す。

1. ストーリーライン

登校していた時期から不登校となる当事者の思いは、〈幼さから受ける傷〉〈トータル的な苛立ち〉〈身体が行けない〉という、学校での深い傷つきから始まる。当事者は、学校に行けない自分を周囲がどのようにみているのか〈敏感に感じとる〉。不登校の契機は、学校だけではなく、長期療養などの〈安息空間〉の場合もある。不登校を続けていけるのは、〈結構一人でも平気〉であること、不登校が〈きょうだいと同じ〉場合があること、ほかの子どもと〈能力は同じ〉という、【守られている感覚】をもっているからである。学校については、〈人間関係は積み重ね〉られている場所で、その場にいるからという理由で周囲と合わせなければいけない〈同調圧力〉があるのとらえている。先生に対しては、〈いい意味で放任〉と思う。当事者である【メジャーでない自分】は、【守られている感覚】と【認められたい感覚】とを揺らぎながら、普通に登校することへの【本線へのこだわり】を持ち続ける。【守られている感覚】があるからこそ、自分を〈他とは違う〉と感じ、〈選択できる強さ〉から、学校とは別の〈支線で行く〉思いを育てる。一方、【認められたい感覚】が強いと、学校へ〈行くことを頑張る〉が、【もう混じれない】思いをもち、不登校を続けるしかなくなる。

2. プロセスの説明

生成したカテゴリ数は5個、概念数は15個であった。登校していた時期から不登校となり、不登校を続けていく当事者の思いのプロセスを、4つの段階に分けて説明する。

a. プロセスの契機の段階で当事者が受ける傷つき

登校していた時期から不登校となる当事者の思いは、〈幼さから受ける傷〉〈トータル的な苛立ち〉〈身体が行けない〉であった。

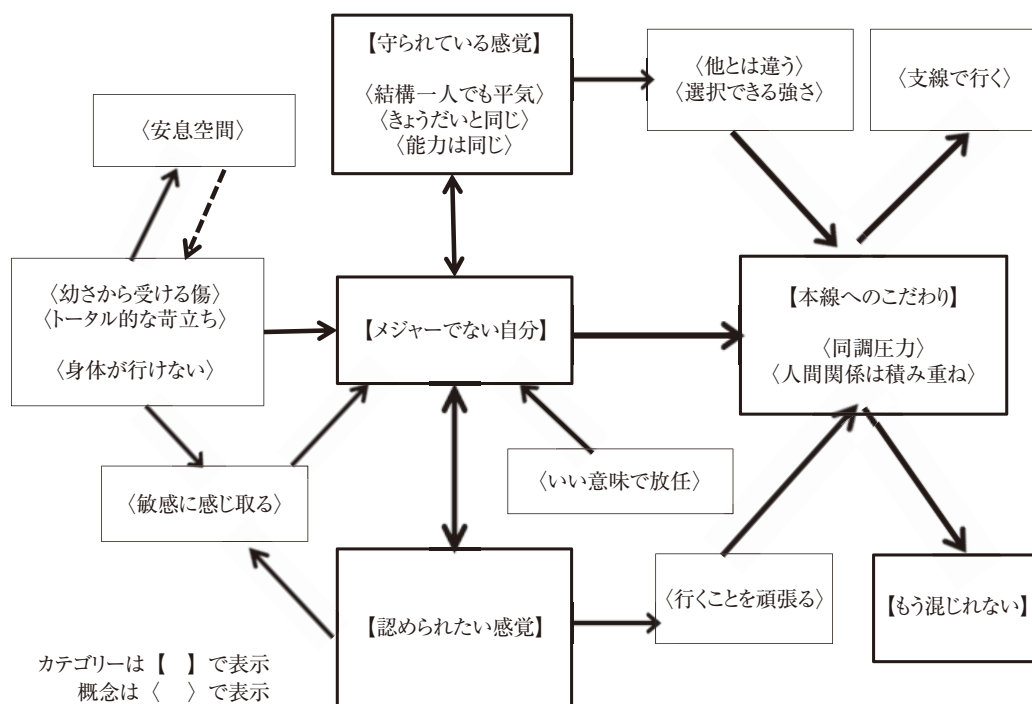


図1 登校していた時期から不登校となり、不登校を続けていく当事者の思いのプロセス

〈幼さから受ける傷〉は、『子ども同士だからこそ、傷つけやすく、傷つきやすい。また、その傷つけられたことは、深い傷として残っていること』である。「ずっと親友がいて家も近くて、すごく仲よくって、ほんの些細なことでもなんか、僕が結構いじられみたいなキャラだったので、なんかこうからかわれて、怒っているときに、二人がその何か、僕をちょっとそう、笑うみたいなことをして、何かそっから、その二人にあんまり、“あれ、友だちなのかな”みたいなふうに関わって」と、子ども同士だからこそ些細なことで傷つき、いまでも記憶に残っていることを語っていた。

〈トータルの苛立ち〉は、『学校に行けない理由が曖昧で、学校の全体的なことであること』である。「このクラスやだなんて思ったのを、いろんな理由で、トータルして休むってなった感じ、ですかね」や、「一つじゃないんですよ。おそらく、やっぱり、そうやってからかわれたりとか、まあ、一緒に登山いけなかったこととか、こうなんか、あまり、うまくいかないことが、嫌なことが、さっきのねえ、シーンとした教室に入っていくのもそうですけど、そういうことが積み重なって、おそらく、これは、もう駄目だなんていう結論に至ったんだと思うんですけど」など、不登校の理由は一つではなく、学校生活の全体的な苛立ちを表現していた。

〈身体が行けない〉は、『行かないといけないことはわかっているが、どうしても身体が行くことができない』である。「親が、まあほんとによくみてくれたなあと思うんですけど、まったく自分で記憶がなかったんですけど、そう

やって休みが増えだしたころに、かなり髪をむしったりしてたらしいんですよ。で、確かに思い返すとこう、ぐるぐるやるとからんで、面白くてプチプチやってた記憶はあるんですけど、それが、なんかほんとにまだらになっちゃってたらしいんですよ。ただ、自分になってるってことは気づいてなくて、まあ、そういうのを気づかせないで、変に心配して騒いだすんじゃないかって、そういうこともあって、休みたいって言ったときに、まあ、不適応起こしてるってことは、気づいてた。やっぱり、なんなりしんどかったんですね。なんかまあ、低学年で、子どもですもんね、まだ、何がしんどいってことは言えないんだけど、なんかしんどかったんですよね。きっと」のように、明らかな身体症状があって学校に行けなかったことをしんどいと感じていた。〈敏感に感じ取る〉は、『症状や薬の副作用によって、体調の悪い自分が周囲にどのように見られているのかを敏感に感じていること』である。「そのとき、病院通ってて、薬飲んでたので、ちょっと眠くなっちゃう。どうしても眠気が出ちゃって、ちょっと、授業中も、ちょっと、寝ちゃったりとか、“何あいつー”みたいな、みんな一生懸命、勉強してるんで、何あいつーみたいなふうになって、それでクラスで浮いちゃって、何かどんどんみんなが、話しかけてくれなくなって、自分から話しかけても、全然」から導き出された。

不登校は、学校という張りつめた空間で起こっていたが、長期療養が不登校の契機となる事例もあった。「学校から帰るといっても病棟に帰るのですから、みんな家族みたいなもので、ずっと24時間、同じ生活をともにしてるような

もんですから、そういうなかにあって、楽しかったんですよ」のように、『病気の時期に過ごしていた場所を、友人や学校と距離をおいても安心で保護された空間である』ととらえていたことから、〈安息空間〉が抽出された。

b. 当事者のもつ守られている感覚

当事者は、学校へ行くことがむずかしくなっていく反面、家庭のなかでは、登校しなくても自分が守られている条件が整っている状況を感じていた。この【守られている感覚】は、〈結構一人でも平気〉〈きょうだいと同じ〉〈能力は同じ〉で構成されていた。

【守られている感覚】は、『登校しなくても、家庭では自分が守られている条件が整っている感覚』である。「うちは、両親が、比較的、（私の不登校に）対応しやすい仕事だったんですよ」のように、不登校をしても家には親がいて自分の世話をしてくれる環境が整っていたと感じていた。「母なんかは“私は学校に戻ってほしい”と思ってる”なんて言われたこともあったんですけど、それはあくまでも母自身が自分の意見として子どもに伝えているだけなんで、あーしなさい、こーしなさいというつもりで言っているわけではないので、親の価値観だとか親の希望なんかを押付けられたことは一度もないですね」「（お父さんが）どうしたんだ。とまあ、問い詰めるじゃないですけど、何か嫌なことあったのか？みたいな、そういう話はしょっちゅうされたような気がしますね」という事例があった。

〈結構一人でも平気〉は、『家で一人で過ごしていても、大したことではない』である。「一人のときも結構ありましたよ。親が、“今日は仕事だけ大丈夫？”って。ピアノをちょっと習いにかけていたので、ピアノ弾いたりとかですね。まあ、やることに、手持無沙汰になることはなくて」「不登校者っていうとだいたい人は部屋の隅に家から出ずに、引きこもりは、こうずっと暗くっていうイメージがあると思うんですけど、現実意外にそうではなくて家では楽しくしゃべりますし、ただ学校には行きたくないとか、本当にあんまりしゃべらない子とかもいますけど、特別暗いとかそういうイメージは全然なかったりして」のように、家庭で一人で過ごすことは平気であったと感じていた。

〈きょうだいと同じ〉は、『家庭という枠では、きょうだいも不登校だったため、登校しなくても許される』である。「母親、父親は上（当事者のきょうだい）が同じように不登校になってますから、不登校時期はみんな違うんですけど、またお前もかみたいな感じで、両親の不登校に対する考え方はすごく寛容で」「2つ上の姉がいます。（学校に）なじんではなかったようで、一緒に（学校とは別の場所に）通っていました」のように、家庭のなかで不登校は珍しくない状況であるために容認されているという事例もあった。

〈能力は同じ〉は、『学校に行かなくても、能力が他の

子どもと比べて劣ってはいない』である。「どちらかという、勉強ができるほうだったんですけど、あの、別に塾に行ってるとか、すごい自分がいい点とろうと思って、勉強してたわけではないんですけど、それでまわりの人から、あの、あなたはよくできる人だし、あの、いい子だね、って言われることにもすごく疑問を感じて」「内容のないただただこうコミュニケーションというか思いを伝えあうみたいな、そういう人間関係みたいなのをまったく面白く感じなくて。相手を幼く感じていたわけなんですけど」のように、普通に学校に行っている子どもと比較して能力が劣っていたわけではないと感じていた。

c. 当事者からみえる学校というところ

学校に行かなくなっていく過程で、当事者が『いつも普通に学校に通っている子どもを気にしていること』から、【本線へのこだわり】が抽出された。これは、〈人間関係は積み重ね〉と〈同調圧力〉で構成されていた。【本線へのこだわり】は、「今度は自分で選択するっていうこと、逃げ場もなくなっちゃったんで、義務教育のほったらかしていてもとりあえず履歴書に傷がつかないぞみたいなそういう期間から、中学校卒業してからの空白の時間っていうのは履歴書にも残るし、そこら辺はなんかちょっと合理的な人間なので、もう逃げ場がないって」や、「不登校の子どもって、多分、ずーっと、学校に行かなきゃいけないって思いはもっていると思うんですよ」などから導き出された。

〈人間関係は積み重ね〉は、『学校は、人間関係が積み重ねられる場所である』である。「勉強もそうですし、多分、人間関係のこともそうですし、そうすると、やっぱりねえ、ずっと、積み重ねていけばいいですけど、積み重ねてないので、まあ、無理だろうなっていう、（高校）進学自体が無理だろうなっていう思いが、でも、大学は行きたいっていうのがずっとあったんですよ」「学校行ってなかったことでみんなが小学校中学校の思い出で共感しているときに、自分は参加できないってことはありますね」など、学習の積み重ねと同じように、人間関係も積み重ねるものだと感じていた。

〈同調圧力〉は、『学校での人間関係は、親しくもない相手とその場にいるからという理由で付き合わないといけないため、苦手である』ことである。「親しくなくもない、みえない、あの、その場にいるから付き合わなきゃいけない付き合い、人間関係はものすごく苦手なのはありますよね」のように、当事者は、学校では嫌でもその場で、うまく人間関係を築かないといけないと感じていた。

また、当事者は先生に対して、〈いい意味で放任〉と感じていた。これは、『先生が、自分が学校に行かないことを放っておいてくれたことは、嫌ではなかった』である。「男性の先生で、その方はわりと、わりと放任な人だったんですよ。あの、いい意味で、わりと、イメージが残ってるんで、

えーと、「頑張ってこいよ」みたいな働きかけとかは、なかった。「来たんだね」っていう感じだったなあ、って思いますけれど。自分の記憶のなかでは、先生に対するいやなイメージはなかった」などから導き出され、先生が学校に行くことを強要しなかったことを肯定的にとらえていた。

d. メジャーでないという思いから、不登校につながる2つのパターン

【メジャーでない自分】というのは、不登校を続けていく当事者の思いのプロセスのコアカテゴリーであった。これは、『学校に行けない自分は、他と比較して相当な少数派であり、この先のことが心の奥ではいつも不安なこと』である。事例では、「相当な少数派であることは、間違いないので、自分の経験していることがどうなっていくのかってことが、かなり予測しづらいことなので、そういう不安はずっとありますよね。その、わかりやすい1年後っていうのがない、イメージできないので」「学校教育のなかに入らないということでやっぱり自分はダメかもしれないというか、自分というものをすごく否定的に考えてしまうということが一番核かなあとあります」などがあった。

【メジャーでない自分】は、いつも自分の奥深いところにいて【守られている感覚】と【認められたい感覚】の間で揺らぐという特徴があった。次の段階として、【守られている感覚】から〈支線で行く〉方向と、【認められたい感覚】から【もう混じれない】の2方向へのプロセスを整理した。いずれにしても、当事者は【本線へのこだわり】がある。1つは、本線を気にしているために、普通に学校に通っている子どもと自分を比較しつつ、この経験を糧にして肯定的な思いで別の道で行くプロセス、もう一つは、学校に戻ることに価値をおいているが、学校に戻ることができないまま不登校を続けることになるプロセスであった。

一つめのプロセスについて説明する。【守られている感覚】は、家庭のなかでは、登校しなくても自分が守られている条件が整っている感覚であり、不登校を可能にする。この感覚は、〈他とは違う〉〈選択できる強さ〉から、〈支線で行く〉という思いにつながっていた。

〈他とは違う〉は、『他の不登校の子どもと、自分（の不登校）とは違う』である。「昔の友だちとか、その不登校を経験した子たちに最近会うと、やっぱりこう、少し否定的な見方を自分に、自分に自信がないみたいな子がすごく多いのかなあというふうに思います」など、自分の不登校が、他の不登校の子どもとは違うことを強調していた。対極例として、「自分としては行かなきゃいけないのはわかっているんだけど、でも行けないんだ。その苦しさですよね。それを、その、たとえば人から言われてしまうと、余計に多分、しんどいっていうか、それに答えられない自分っていうのも情け

ないっていう思いは、あるんじゃないかって思いますね」と、自分を否定的に思っている事例もあった。

〈選択できる強さ〉は、『学校に行かない選択を可能とすることを、自分は周囲に言い聞かせることができる』である。「(親に)なんで自分が学校に行きたくないのかということとを説明して、私が私なりに考えて行きたくないということを選択しているということを知ったので、いいよと言ってくれたんだと思うんですけど」は、学校に対する疑問を抱き、まわりと合わせることはせず、学校に行かない考えを示していた。さらに、〈支線で行く〉は『学校以外の別のルールを選択しなければならない焦り』である。「自分がその選択を選んだからには、その責任は自分自身にあるんだというのが、やっぱり自分にもよくわかっているんで、リスク抱えてますので、その点での自分に対するプレッシャーは大きかったですよね。自分で選択をしてだれもルールを敷いてくれないのである意味、自分で考えて自分で選択していかなくちゃいけないんだということは常にあったので、その点で常に自分と向き合っていていくという時間は、いつも楽ではない部分はありましたけど」のように、学校に行かないことの決め手は、学校以外の道を自分で選択することであった。

次に、もう一つのプロセスについて説明する。これは、【本線へのこだわり】が強く、学校に戻ることに価値をおいているが、学校に戻ることができないまま不登校を続けることになるプロセスである。【認められたい感覚】は、『学習面などで、社会に認められたいと感じていること』である。事例では、「そのときすごい勉強頑張ってて、その、塾とかにも通い始めたところで、そうですね、塾、塾にも3人のもう一人の子もいたんですけど、何か、勉強が手につかなくなっちゃって、で、やっぱり、その、やっぱり、(その子のことが気に) なっちゃって、あの、そのころはすごい、あの、学年テストとかで、1とか2とかとってたりしてたんで、わりとプレッシャーとかもあって、僕もいい高校とかに行きたいし、そう、やっぱテストでも上位に入って、何かちょっと、僕は運動とか全然できないから、勉強とかで自分がやっぱり、まわりからすごいねって言われるのも嬉しかったし、そのために勉強したってのもあるんですけど、ちょうど、その前で勉強が手につかなくなっちゃって」があった。勉強を頑張りたいという当事者の思いは、将来自分が社会に認められるために自分を高めたいという気持ちから生じるものであり、【認められたい感覚】が抽出された。〈行くことを頑張る〉は、『普通でありたい、皆とその先に進みたい、成長したいという気持ちから、学校に行くことを一生懸命頑張ること』である。「皆の前で話をしようって決めて、あの、ちょっと休んじゃったけど、これからもよろしくみたいなってこと言おうと思って」や、「一応、学校に戻ろうか

なと思ったときが9年間で1度だけあるんですけど、それは中学校の入学式のときに、入学式に行ったんですよ。入学式行って、節目みたいなものがあるとやりやすいなと思って、小学校全く行ってなかったんで。じゃあ中学校の入学式からいってそのまま行けるかなって、行けるかなあっていうより行こうかなって思ったんですけど」などから導き出された。

しかし、学校に行くことを努力していても、【もう混じれない】という思いを意識したときに、不登校を続けていくしかない状況につながっていた。【もう混じれない】は、『友だちの集団のなかに自分が混じることは、もう無理であると感じてしまったこと』である。「(登山から)戻ってくる友だちの顔が見れなくて、それで、休んじやって、もう、ずっとなんていう感じでした。なんていうのかな。自分としては混じりたいんだけど、そういう、なかったっていうか、結局は病気の関係で一緒に行動できなかったっていう、なんかこう、ダウンしちゃったんでしょね」などから導き出され、当事者は友だちのなかに混じることができない気持ちを語っていた。

Ⅲ. 考 察

登校していた時期から不登校となる当事者の思いは、当事者が受けた深い傷つきを契機として始まっていた。当事者は、学校に行かなくても守られている感覚と、社会に認められたい感覚のなかで揺らぐという経験をしていた。そして、学校にもう混じれないという思いが不登校を続けていくしかない状況につながっていた。以下に、当事者がどのような思いで登校していた時期から不登校となり、その先どのような思いで不登校を続けていくのか、そのプロセスの特徴について考察する。

A. 不登校の契機における当事者の傷つきの特徴

当事者は、不登校の契機となる場面において、〈幼さから受ける傷〉〈トータル的な苛立ち〉〈身体が行けない〉思いを経験していた。〈幼さから受ける傷〉は、友人にからかわれたころの傷跡であり、学校に行けない思いにつながっていた。平成25年度の文部科学省の調査によると、小学校・中学校で不登校になった契機と考えられる状況の不登校児童生徒数における割合は、「不安など情緒的混乱」28.1%、「無気力」25.6%、「いじめを除く友人関係をめぐる問題」15.0%であり、「いじめを除く友人関係をめぐる問題」は多くを占める（文部科学省初等中等教育局児童生徒課，2014，p.63）。また、友人などの対人関係が、登校回避感情の理由の一つであるという報告（有賀，2013，p.17；串崎・玉木，2010，p.39；撫尾・加藤，2012，p.18；

山下・清原，2004，p.24）からも、友人関係の問題が不登校の理由の一つであることは裏づけされており、友人関係において当事者がどのような思いをもっていたのか、当時の思いを確認できたと考える。登校回避感情の理由は、学習意欲、無力感（有賀，2013，p.17；撫尾・加藤，2012，p.18；山下・清原，2004，p.24）、教師との関係（有賀，2013，p.17；命婦ら，2010，p.26）など、学校のなかだけでもさまざまであることが報告されている。しかし、本研究では、学校に行けなくなる理由が曖昧であることと、学校に対する苛立ちを感じていたことが特徴であり、〈トータルの苛立ち〉が抽出された。

身体的な要因が学校に行けなくなる理由の一つであることは多くの研究（上加世田・若本，2010，p.31；中村ら，2010，p.883；撫尾・加藤，2012，p.18；山下・清原，2004，p.23）があり、身体症状の出現は不登校問題において注目すべき問題であることが明らかにされてきた。身体症状が出現していた状況を語ることができても、「まだ、何がしんどいってことは言えないんだけど」というように、その理由を言語化することは困難であった。これは、森田（1997）が、「身体的な倦怠感・脱力感が、言語化できない心的な状態を適切に表現するものであったり、意識されていない心的状態によって身体反応が形成され、当人には身体反応だけが認識されていることがある。こうした傾向は、低年齢になるほど顕著にみられる現象であり」と述べている（p.150）ことと同様であると考えられる。児童・青年期には、学校に行けない理由を言語化するよりも先に身体反応が形成され、当事者には身体反応がより強く認識されるため、〈敏感に感じとる〉と深くつながっていると思われる。これらの概念が学校のような張りつめた空間で起こることとすると、これに対して〈安息空間〉が抽出された。当事者にとって病院は、安らげる空間ではあるが、入院そのものが学校から離れた生活を長く送ることになり、物理的に不登校となっていたことが考えられる。

B. 家族のかかわり方に対する当事者の受け止め方の特徴

当事者は、徐々に学校に行くことができず、家庭で過ごすことが多くなり、家庭では自分が【守られている感覚】をもっていた。本研究では、当事者はすべて不登校の時期を経て大学までに再登校できていた事例である。一般的に、親は子どもの不登校に遭遇したとき、戸惑いながら、なぜ学校に行かないのかと叱咤し、登校を無理強いする傾向が考えられる。しかし、当事者は親に対して、登校を強要せず相談ができ見守ってくれていると感じていた。これは、小澤（2011）の述べる「子どもの状態を的確に把握し、それに合った登校刺激を行う（p.67）」ことがされていたと考えられる。

C. 本線をこだわりながら2方向へ揺れ動くプロセス

当事者は、学校に対して〈同調圧力〉〈人間関係は積み重ね〉ととらえていた。滝川（2012）は、「おおぜいが時間と場所をともにせねばならない共同的な集団内では、その集団から浮いたり孤立することが深いおそれとなる」と述べている（p.337）。当事者は、学校に対して、自分以外のおおぜいが同じ方向性をもっている人・時間・雰囲気をもつと感じていたことから、〈同調圧力〉が抽出された。また、学校のなかの積み重ねられた人間関係のなかに、間をおいて入ることへの恐ろしさも語られていた。当事者は、先生が登校を無理強いせず見守ってくれたことを、肯定的にとらえていた。先生に叱られたり、無理強いされたりすれば、つらい思いををすると思われる。当事者にとっては、先生が全くの放任ではなく、ほどよくかかわってくれていたと感じていたことから、〈いい意味で放任〉が抽出された。しかし、わざわざ「いい意味で」という表現から、特別扱いせず他の子どもと同じようにかかわってほしいという思いが隠されている可能性も考えられる。

【メジャーでない自分】は、当事者が不登校を続けていくプロセスのコアカテゴリーであった。当事者は、大学までに再登校していたことから、いつも根底には、将来への不安、どうにかしないといけない思いがあったのだろう。不登校ができる条件がそろっていたために不登校が可能となる反面、登校へのこだわりが募っていったと思われる。【メジャーでない自分】は、【守られている感覚】を強く感じていると、〈他とは違う〉〈選択できる強さ〉から、学校に行かない選択をすることが考えられた。当事者は、学校に対する不満を語っていた。しかし、大半の子どもたちは、それなりに我慢をして学校に通っている。当事者と、大半の学校に通っている子どもたちの違いは、学校に行きたくない気持ちを周囲に伝えて納得させるだけの強さがあると思っているかどうかではないだろうか。これは、学校に行きたくない考えを親が認めてくれたのは、自分の考えが親を納得させるほど強いと感じていたと考えられ、〈選択できる強さ〉が抽出された。さらに、伊藤（2011）は、「不登校に対する社会的認知も広がり、不登校の居場所とされる相談機関やサポート体制も増えてきた。家庭でも『学校に行くだけがすべてではない』と、子どもを追い詰めない方向で接してくれる保護者が増えている」と述べている（p. 7）。これらのことから、〈支線で行く〉が抽出された。当事者は、本当は学校に行かなければならないという【本線へのこだわり】があるが、学校とは別の場所へ通う選択をすることで当事者が救われることも考えられる。

家族に心配されているから安心であるという【守られている感覚】に対して、当事者はそれに応えられないしんど

さを感じていたことから【認められたい感覚】が抽出された。そして、【メジャーでない自分】は、【守られている感覚】と【認められたい感覚】のなかで揺らぐという動きがみられた。当事者は、初めから学校に行きたくないのではなく、社会に認められるために勉強や友人関係等がうまくいくように頑張っているのである。上加世田・若本は、登校回避感情を抱いていても登校する理由について、「進学のため、卒業のため」という将来への展望が動機づけとして働いていることを見出している（2010, p.34）。当事者は学校に行きたくない気持ちと同時に、社会に【認められたい感覚】をもっており、このカテゴリーが抽出された。

学校へ行く努力をしていた事例のなかで、【もう混じれない】は、当事者にとって不登校を続けるしかなくなる決定的な思いであった。齊藤（2006）は、不登校のなかで最も多いタイプである過剰適応型不登校の発現状況について、「この悪循環の渦中にある子どもが、ついにある出来事によって『取り返しのつかない傷』を受けたと感じると、そのため爆発的に高まった無力感、孤立感、羞恥心、劣等感、怒りなどの感情を取り扱いかねて、子どもはもはや第一線の現場たる学校にとどまることができなくなる」と述べている（pp.34-35）。これは、この時点での当事者の思いと同様であると推察され、【もう混じれない】が抽出されたと考えられる。

IV. 看護実践への示唆

本研究は、当事者がどのような思いで登校していた時期から不登校となったのか、その先どのような思いで不登校を続けていくのか、そのプロセスを提言した。当事者の語りから明らかになったことをふまえ、看護実践における活用について以下に示した。

- ①当事者は、心のつらさを言語化するよりも先に、身体反応を敏感に認識することがある。看護師は、身体症状の判断のみにとらわれず、目の前の症状の背景に心の傷があることをふまえてかかわることが必要である。
- ②当事者にとって、「家族は自分を守ってくれている存在」と感じていることを前提に、家族のサポートが得られるようにする。
- ③当事者にとって、学校は人間関係がすでに積み重ねられている場所であるため、容易には踏み込めないことを理解しておく。当事者に対する登校をほのめかすような言動には、注意が必要である。
- ④当事者は【メジャーでない自分】を抱えながら、普通に登校する【本線へのこだわり】がある。看護師は、当事者が不登校を続けていることへの思いを表出ししやすいような環境を整える。

- ⑤看護師は、当事者自身が「認められている」と実感できるようにかわる。
- ⑥当事者の【もう混じれない】という決定的な思いが高まっている時期には、当事者の思いが和らいでくことを見守り、待つ姿勢が必要である。

V. 本研究の限界と課題

本研究は、研究参加者の平均年齢は26.2 (SD 6.62) 歳であった。不登校の時期は、幼稚園・小学校・中学校、高校で、当時を思い出して語る方法で行っており、すべての思いを言語化するには限界がある。また、研究参加者はすべて大学までに再登校できた事例であり、不登校から再登校できなかった事例については分析できていない。今後、

再登校できなかった事例で研究を行うことにより、不登校を続けていく当事者の思いをさらに深めることができると考える。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆さまに心よりお礼申し上げます。なお本研究は、第41回日本看護研究学会学術集会（広島）で発表をした。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

【目的】当事者がどのような思いで登校していた時期から不登校となったのか、その先どのような思いで不登校を続けていくのか、そのプロセスを明らかにすることを目的とする。

【方法】不登校から再登校できた当事者6名を研究参加者とし、半構造的面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。

【結果】登校していた時期から不登校となる当事者の思いは、〈幼さから受ける傷〉〈トータル的な苛立ち〉〈身体が行けない〉という、学校での深い傷つきから始まる。当事者である【メジャーでない自分】は、【守られている感覚】と【認められたい感覚】とを揺らぎながら、普通に登校することへの【本線へのこだわり】を持ち続ける。【守られている感覚】が強いと、学校とは別の〈支線で行く〉思いを育てる。一方、【認められたい感覚】が強いと、【もう混じれない】思いをもち、不登校を続けるしかなくなる。

Abstract

Purpose: This study aims to examine students' thinking process concerning truancy, namely thoughts that lead them to refuse to attend school after having previously attended as well as thoughts that result in their continued truancy.

Method: The research participants were six students who had resumed school after truancy. Semi-structured interviews were conducted and analyzed with a modified version of the grounded theory approach.

Results: The truant students experienced notions such as pain from being too childish, comprehensive irritation, and unable to move [their] body after experiencing deep physical pain at school. The subjects who felt they were not "popular" fluctuated between "feeling protected" and "wanting to be accepted" while also continuing to feel "an adherence to the mainstream" to attend school regularly. If the feeling of being "protected" was strong, students harbored the thought that they would branch away (from the mainstream). In contrast, if the feeling of "wanting to be accepted" was strong, the students believed that "they could not fit in anymore," and had no choice but to continue truancy.

文 献

- 青田泰明 (2005). 不登校現象の家庭要因に対する一考察—「学校への意味付け」に関わる文化的再生産. 慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要, 60, 29-42.
- 有賀美恵子 (2013). 高校生における登校回避感情の関連要因. 日本看護科学会誌, 33(1), 12-24.
- 伊藤美奈子 (2011). 不登校は今どうなっているのか. 児童心理, 65(9), 7, 1-10.
- 梶原莊平, 齊藤万比古, 樋口重典, 松崎淳人 (2009). 身体症状および精神症状を有する不登校において関連の強い因子. 子ど

もの心とからだ, 18(1), 108-116.

- 上加世田寛子, 若本純子 (2010). 高校生の登校回避感情と登校理由から考察する不登校とその支援—大学生を対象とする回顧法の質問紙調査から. 鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要, 5, 29-36.
- 川瀬正裕 (2005). 思春期・青年期の問題行動と精神科診療—不登校・家庭内暴力. 坂田三允 (編), 精神看護エクスペール (15) 思春期・青年期の精神看護. 32, 東京: 中山書店.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 東京: 弘文堂.

- 古口高志, 山内祐一, 熊野宏昭 (2002). 心療内科入院治療を施行した不登校症例の病態特徴について: DSM(III-R&IV) 多軸評定に準じた形式での評定結果より. 心身医学, 42(7), 468-474.
- 国松清子 (2008). 不登校“よい子”の発達現象を考える: 今日的人間関係の病理. 奈良文化女子短期大学紀要, 39, 69-81.
- 串崎教子, 玉木健弘 (2010). 不登校傾向の小中学生が示すPFスタディの特徴について. 福山大学こころの健康相談室紀要, 4, 35-41.
- 増田彰則 (2011). 睡眠と健康: 不登校と睡眠障害について. 心身医学, 51(9), 815-820.
- 松井美穂, 笠井孝久 (2013). 不登校経験者の不登校経験の意味づけとその影響—「問題」ととらえからみる支援のあり方—. 千葉大学教育学部研究紀要, 61, 77-86.
- 命婦恭子, 向笠章子, 津田 彰 (2010). 中学生の遅刻への学校ストレスの影響—学年と性別による比較検討. 子どもの健康科学, 10(2), 19-28.
- 文部科学省初等中等教育局児童生徒課 (2014). 平成25年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について. http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/10/_icsFiles/afieldfile/2014/10/16/1351936_01_1.pdf
- 森田洋司 (1997). 「不登校」現象の社会学. 東京: 学文社.
- 中村美詠子, 近藤今子, 久保田晃生, 古川五百子, 鈴木輝康, 中村晴信, 早川徳香, 尾島俊之, 青木伸雄 (2010). 不登校傾向と自覚症状 生活習慣関連要因との関連: 静岡県子どもの生活実態調査データを用いた検討. 日本公衆衛生雑誌, 57(10), 881-890.
- 中澤聡子 (2013). 起立性調節障害症例の経過. 通信医学, 65(1), 37-45.
- 小澤美代子 (2011). 効果的な登校刺激—アセスメントと対応の実際 (不登校の現在). 児童心理, 65(9), 67-75.
- 齋藤香織, 松岡恵子, 黒沢幸子, 森 俊夫, 栗田 広 (2005). 不登校生のメンタルヘルス—通信制サポート校に在籍する不登校経験者への調査から—. こころの健康, 20(1), 36-44.
- 齊藤万比古 (2006). 不登校の児童・思春期精神医学. 34-35, 東京: 金剛出版.
- 滝川一廣 (2012). 学校へ行く意味・休む意味: 不登校ってなんだろう? . 337, 東京: 日本図書センター.
- 撫尾知信, 加藤雅世子 (2012). 中学生における不登校傾向と登校促進動機・欠席促進動機及び不登校評価との関連. 佐賀大学教育実践研究, 28, 1-19.
- 山下みどり, 清原 浩 (2004). 高校生にみる不登校傾向に関する研究: 意識調査を通して. 鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要, 14, 21-38.

〔平成27年10月12日受 付〕
〔平成28年7月1日採用決定〕

— 研究報告 —

訪問看護師による在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援

Visiting Nurses' Support for the Acceptance of Cancer Patients Receiving Home Care

内 田 史 江¹⁾ 谷 垣 静 子²⁾
Fumie Uchida Shizuko Tanigaki

キーワード：訪問看護師，がん患者，在宅療養，折り合い

Key Words：visiting nurse, cancer patient, home-based care, coming to terms with a prognosis

はじめに

がん医療をめぐる環境は、1981年に死因の第1位となって以降、増加の一途をたどり、2014年の年間死亡者数は36万7,943人となっている（厚生労働統計協会，2015）。がん推計患者数においては、入院患者が12万人、外来患者は17万5,000人と29万人以上が何らかの治療を行っている現状にある（厚生労働統計協会，2015）。また、がん推計患者数の年次推移は人口の高齢化や在院日数の短縮、在宅重視の政策も相まって入院患者数が減少傾向にある一方で、外来患者数は増加しており、今後もさらに多くの患者が副作用や再発の恐怖と共生しながら長期的に在宅で療養生活を送るようになることが予測される。すなわち、「がんを折り合いをつけ日常生活を送る」ことになる。

しかしながら、がん患者は、検査や診断、告知、さらには再発や進行というステージセオリーにおいて多くの危機的状況にさらされる。全病期にあるがん患者を対象とした先行研究においては、47%が精神医学診断基準に該当し、そのうち最も多かったのは、32%の適応障害であったことが報告されており（Derogatis, et al., 1983）、一般人口における有病率よりはるかに高い。このように、がんという病気は生物学的な側面だけでなく、多くの人間学的な側面をあわせもっており、その一つひとつが苦悩であり、がん患者の治療や人生に重大な影響を与えかねない（金子・羽山，1998）。しかし、がん患者自らが、心理的な変化を医療従事者に訴えてくることは少ないため、症状は把握しにくく見過ごされやすい（明智，2015，p.2）。これらの苦悩を軽減するためには、がん患者の全体像を幅広い視野でとらえ、気持ちに寄り添いサポートしていくことが必要であるが、同時に、がん患者自身が療養生活のなかで、病勢や治療に伴う身体的問題、心理社会的問題、実存的問題など多様に変動し続けていく状況に折り合い、調整力が発揮

できるように働きかけることがきわめて重要であると考えられる。現在、がん看護への取り組みは特定の専門分野の知識や技術を深めたCNS（Certified Nurse Specialist）の活躍など、主に病院のなかでは身近にその力が発揮されている。しかし、今後さらに増加することが予測される在宅で療養生活を送るがん患者は、多様に個別の生活背景をもっており、生活の場で変化する希望やニーズに対応し、その人らしく生きられるよう生活全般を見据えたがん看護が求められる。すなわち、在宅では患者・家族のことを最も理解している訪問看護師によって行われるがん看護の必要性が高まっている。

これまでの、訪問看護師によるがん患者への看護支援に関する先行研究を鑑みると、療養環境が大きく変化する在宅導入期のがん患者に対する訪問看護師の認識と判断（葛西，2006）や在宅療養移行支援の内容に関する研究（田尻・鈴木，2009；奥蘭・加悦・梶原・飯野・藤田，2012）が多くなされており、医療機関と訪問看護双方の視点から検討されている。また、在宅生活の支援に関連した研究では、訪問看護師が認識する在宅療養を継続するうえでの障害（大園・石井・宮下，2015）や看護ケアの現状と課題（菊池，2015）が調査され、そのなかにおいて訪問看護師をはじめとした各専門職者の在宅ケアに対する知識不足や連携不足が報告されている。その他、痛みに対してセルフケアを行っているがん患者への援助内容を訪問場面から分析した研究では、単に痛みに対する対処法だけに終わらず安心感を与えるセルフケア支援を行っていたことが明らかにされおり、セルフケアへの援助には一方向的な支援だけではなく、一緒に考えるという姿勢が重要であることが示唆されている（青柳，2006）。

しかし、既存の研究においては、がん患者自身のもつ個の力を支え、活かす支援内容に焦点を当てた研究は見当たらず、その臨床知は明らかにされていない。今後増加が予

1) 岡山大学大学院保健学研究科博士後期課程 Doctor's programs, Graduate School of Health Sciences, Okayama University

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

測される在宅療養がん患者の折り合いを支える支援を明らかにすることで、がん患者の自律性を尊重した看護支援活動への一助になると考える。

そこで、本研究の目的は、在宅がん看護の推進に資するため、訪問看護師によるがん患者の折り合いを支える看護支援を明らかにすることである。

I. 用語の定義

折り合いは、一般的な用法で「折り合いがつく」「折り合いが悪い」といった使い方をされる。『広辞苑』（新村、2008）によると、「互いに譲り合って一致点をみつけること」とあるように、双方向の人や事象の間にある不均衡や不調和に対して、譲り合い納得できる着地点を見出すこととして用いられており、認知や対処の過程を含み統合されて表現されるものである（藤田、2006）。本研究では、看護学分野と心理学分野における先行文献から「がん患者の折り合い」を検討し、“がん患者が、病勢や治療に伴うさまざまな症状に向き合いながら人生をとらえ直して自己概念を再考するプロセス”と定義した。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、訪問看護師の幅広い情報から、実践知を質的に把握することが必要であると考え、現象を包括的にとらえることのできる質的記述研究デザインを用いた。手法は、グループダイナミクスによる相互作用から潜在的な実践知までを引き出すことに適しているフォーカス・グループ・インタビュー法を導入した。

B. 研究参加者

参加者の選定にあたっては、医療施設および訪問看護ステーションにおいて、がん患者への看護を実践した経験を有する看護師とした。A大学教員より訪問看護ステーションの紹介を受け各訪問看護ステーションの施設長の許可のもとに、がん看護の豊富な経験を有する研究参加者の紹介を得た。豊富な経験を有する看護師を対象とすることで具体的な実践内容に加え、潜在的な問題までも網羅し、さらに実情に即した内容になるという点で意義は大きいと考え、下記の条件を満たす5名とした。

1. 看護師経験年数

医療施設における看護師経験年数5年以上とした。Benner（2005/2006）は、一つひとつの状況を把握して正

確な問題領域に的を絞り、状況全体の深い理解に基づいて行動できる段階を5年以上としていることから、看護師経験年数を5年以上と設定した。

2. 訪問看護師経験年数

訪問看護ステーションでの看護師経験年数3年以上とした。先行研究（杉谷・實金・太湯、2011、p.142；富安・山村、2009）から、訪問看護師として一人前になるには、3年程度の看護実践の経験が必要であると示唆が得られていることから、訪問看護師経験年数3年以上と設定した。

C. データ収集方法

データ収集は、2015年3月にインタビューガイドを用いてフォーカス・グループ・インタビューを実施した。インタビューの所要時間は90分程度とし、安心して自由に発言できる環境を整えるために静かな個室で行った。インタビューは進行役、観察役の各1名の研究者で、進行役は、質問内容をテーマごとに提示し、具体的な内容となるように適宜質問を行い、観察者はインタビューでのグループ内の意見に対する同意または反対の非言語的行動についてノートに記載した。インタビューにおいては、研究参加者の名前の代わりに番号札を使用し、個人が特定されないよう配慮した。インタビューの内容はICレコーダに録音し逐語録を作成すると同時に、観察者が記録したインタビューの状況内容とともにノートに記載した。

D. 調査内容

インタビューガイドは、訪問看護師の実践内容を導くため、在宅療養がん患者に対して実際に行っている支援について日常的な視点でとらえ、ニーズが抽出できるように設定した。加えて、質の高い看護支援を提供するにはそれに見合った環境が必須であることから、どのような現状にあるのかを把握できるように設定する必要があると考えた。したがって、インタビューガイドは、①在宅がん患者の訪問看護の現状、②今までに実践してきたがん患者の折り合いを支える看護、③在宅で療養されるがん患者の折り合いを支えるために必要な援助についての質問項目で構成した。また、研究参加者に対しては、「がん患者の折り合い」のとらえ方について、誘導的にならないように操作的定義をもとに説明を行った。

E. データ分析方法

データ分析は、安梅（2001；2003）のグループ・フォーカス・インタビューの分析方法を参考に行った。この方法は、複数の人間のダイナミクスなかかわりによって生まれ

る情報を系統的に整理し、科学的な根拠として用いるものである。まず、一次分析としてデータを精読し、インタビュー全体での文脈の意味を検討しながら本研究のテーマである、がん患者の看護支援のうち、折り合いを支えているであろう内容に照合した箇所を抽出し、意味のあるまとまりを要約してアイテムを生成した。その際、グループダイナミクスを踏まえてノートに記載した観察記録から対象者の反応の相違性と一致性を加味し、代表性を担保したうえでアイテムの生成を勘案した。次に二次分析では、目的に照らして共通の意味内容をもつアイテムを集約化しサブカテゴリーを導き出した。サブカテゴリーは、意味内容や関係性を考慮したうえで抽象化し、カテゴリーを生成した。さらにカテゴリー間の検討を行い、抽象度を上げてコアカテゴリーとして表示した。最後に、コアカテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリーの関連性をまとめ構造化した。分析においては、プロセスを明示しながら研究者間で検討を重ね、最終的に新たなアイテムの生成がないことを複数で確認し、可能な限り解釈の真实性と新規性を担保した。

F. 倫理的配慮

研究の参加依頼は、候補者に対して研究者が個別に行い、研究の目的と意義、方法、研究への参加は自由であり、途中辞退の自由を保障すること、データには番号を付して管理し、プライバシーの保護に努めること、結果は研究以外には使用しないこと、学会や論文発表の公表などについて文章および口頭で説明し、同意書への署名をもって研究参加への同意とみなした。なお、本研究は岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会の承諾を得て実施した（承認番号D14-07）。

Ⅲ. 結 果

A. 研究参加者の属性

研究参加者である訪問看護師 5 名の平均年齢は 50.8 歳（標準偏差 4.1）であり、看護師経験年数の平均は 29.6 年（標準偏差 4.9）、訪問看護師経験年数の平均が、13.4 年（標準偏差 5.9）であった。5 名のうち、訪問看護ステーションの管理経験者は 2 名であった（表 1）。

B. 訪問看護師によるがん患者の折り合いを支える看護支援の構造

本研究のインタビュー所要時間は 105 分で、作成した逐語録をもとに内容を分析した結果、がん患者の折り合いを支える看護支援は、【自分らしい生き方を支える】【がんとともに生きる生活を支える】【支援環境の調整により在宅

表 1 研究参加者の概要

(n = 5)

	年齢	性別	看護師 経験年数	訪問看護師 経験年数	職位
A	40歳代	女性	23	3	スタッフ
B	50歳代	女性	31	15	管理者
C	50歳代	女性	27	16	管理者
D	50歳代	女性	36	16	スタッフ
E	50歳代	女性	31	15	スタッフ

生活を支える】の 3 個のコアカテゴリーからなり、それらは、9 個のカテゴリー、26 個のサブカテゴリー、131 個のアイテムから構成された。構成内容は表 2 に示すとおりである。これらの統合されたコアカテゴリーは、それぞれの相互関連を考慮しながらその内容を包括的に示す構造図を作成し、図 1 に示した。なお、文中ではコアカテゴリーを【】、カテゴリーを〔〕、サブカテゴリーを《》、語りの内容を「」で記した。構造図の説明は以下のとおりである。

訪問看護師によって行われている在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援は、がん患者の希望に沿いながら【その人らしく生きていくことへの後援】や【最期のときまで在宅で過ごすことを支える】といった【自分らしい生き方を支える】支援を始点として進められていた。そして、住み慣れた生活の場で日常生活が営めるように、【生活条件を見極めるためのアプローチ】を行いながら、がんによって生じるさまざまな症状を抱えて生活する患者の【症状マネジメントによる在宅生活の保持】と【心の安寧を導く訪問でのかわり】とともに、家族の痛みをとらえた【がん患者と生きる家族へのサポート】によって【がんとともに生きる生活を支える】支援を行っていた。さらに、24 時間 365 日【急変時のスピーディな対応】がとれるように、【医療機関とのシームレスな連携】をはかると同時に、【在宅チームによる看取りを見越した多職種連携】に向けて在宅チームの中心的役割を担うことで、【支援環境の調整により在宅生活を支える】支援を行っていた。これらの支援は、相互に関連させながら必要性を判断し提供していることが明らかとなった。

C. がん患者の折り合いを支える看護支援を構成するコアカテゴリー

1. 自分らしい生き方を支える

コアカテゴリー【自分らしい生き方を支える】は、在宅という住み慣れた暮らしの場で、その人の価値観に沿った生活を支援することであった。以下、2 個のカテゴリーから導出された。

表2 在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なアイテム
自分らしい生き方を支える	その人らしく生きていくことへの後援	患者の願いに寄り添う	しっかり患者の願いを聞く
		やりたいことの実現	生活の楽しみをやめさせない
		その人らしさの承認	その人の人となりを理解する
	最期の時まで在宅で過ごすことを支える	死に対する思いの導出	コミュニケーションのなかから死生観を聞く
		家で過ごしたいという願いの実現	できる限り本人の希望に沿うように進める
		在宅療養を困難にする障害の見極め	どうすれば同調されるのか折に触れて話す
がんとともに生きる生活を支える	症状マネジメントによる在宅生活の保持	がんによる痛みのコントロール	痛みを少しずつ取り除いていく
		日常生活を取り戻す働きかけ	生活していくためのADLを保つ
		先の予測	状況をみて先を予測して動く
		心身の状態把握	心身の状態をアセスメントする
	生活条件を見極めるためのアプローチ	経済的問題の把握	経済的な問題は不安を強める
		家族環境の理解と調整	家族の協力がなければ在宅生活はむずかしい
	がん患者と生きる家族へのサポート	家族の抱える不安へのサポート	家族の不安が強いと訪問がうまくいかない
		家族が担う役割の調整	手を出しすぎて家族のできることがなくなる
	心の安寧を導く訪問でのかわり	精神的安定を促すサポート	不安なときに訪問をすることで安心される
		コミュニケーションスキルの発揮	行って何をするわけでもなく話をする
		信頼できる関係づくり	よい人間関係をつくることのできる
支援環境の調整により在宅生活を支える	急変時のスピーディな対応	必要時の迅速な対応	病状の変化に24時間対応する
		訪問看護師間での速やかな協働	訪問看護師同士しっかり連携をとる
	医療機関とのシームレスな連携	スムーズな病院との連携	病院と在宅を行き来する
		状況把握にむけた情報交換	医師と治療に関して相談する
		退院前からの継続した看護	早期に病院とカンファレンスをもつ
	在宅チームによる看取りを見越した多職種連携	すぐに対応できる在宅医の存在	在宅医がいることで安心できる
		在宅医による看取りの必要性	最後まで診てくれる医師がいる
		患者と医師の架け橋	医師との信頼関係をとりもつ
		在宅チームによる多職種の協働	連携が進むと在宅生活がスムーズに行える

a. [その人らしく生きていくことへの後援]

このカテゴリーは、「願いをしっかりと、聞いてあげる。そう、それが必要だと思います」「本人の意思を尊重して寄り添うということですね」と語られるように《患者の願いに寄り添う》看護ケアや在宅だからこその看護として「母校に行ってみたくと言われて最後でした。外に出たのは最後でした」「息子のご飯をつくってやりたいと言われて、ほとんどオーバーデュールの上で一緒に料理をしてサンドウィッチをつくったりしましたね」というように《やりたいことの実現》をサポートしていた。また、「やっぱり症状を家族に言えない人だなと、いつも強がっているお父さんじゃないと家族みんなが安心しないのかな」というような、《その人らしさの承認》であった。

b. [最期のときまで在宅で過ごすことを支える]

このカテゴリーは、「コミュニケーションとりながら、生きるっていうことはどういうことか、死ぬっていうことはどういうことか、そういう話ができていない」と語られるように、《死に対する思いの導出》ができるようなかわりをもっていた。さらに、「私たちは、本人が家にいたいと言ったら極力、家にいさせてあげたいという気持ちが

あるから、だからそれに家族がどうやったら同調してくれるかというところで、折に触れて話す」ことで、《家で過ごしたいという願いの実現》に向け調整していた。そして、「最期はちょっとむずかしいと言われるご家族もいらっしゃるの」というように《在宅療養を困難にする障害の見極め》によって、がん患者と家族が折り合いをつけて最期を迎えられるように支援していた。

2. がんとともに生きる生活を支える

コアカテゴリー【がんとともに生きる生活を支える】は、がん患者とその家族の思いに寄り添いながら状態把握をして必要な看護支援を行うことで生活の質を高めることであった。以下、4個のカテゴリーから導出された。

a. [症状マネジメントによる在宅生活の保持]

このカテゴリーは、「痛みがとれると、全然違うと思います。日常生活が違うと思います」「動くのは少し厳しいかもしれないですけど、QOLが維持できる」などの《がんによる痛みのコントロール》をすることによって生活の質を担保すると同時に、「レベル的にもしっかりと」というか、生活していくためのADLがよい状態になる」

というように、《日常生活を取り戻す働きかけ》を行っていた。また、「状況をみて先を予測して動くという、ちゃんと先には対策をとっておけば、急なときもあまりバタバタしないで済む」という《先の予測》や、「症状のアセスメントをしないと看護師としての意味がないですね。何のために看護師が訪問しているのかわからないので、まずそこはきっちり、もとの病気からみてほしいと思う」という《心身の状態把握》があげられた。

b. [生活条件を見極めるためのアプローチ]

このカテゴリーは、「経済的なこととか、そういう他に
ある問題が多ければ多いほど、不安って強いのではない
かと思うんです」というように《経済的問題の把握》があ
った。また、「支える人がやっぱり、多いと落ち着かれて
いますよね」「(家族が) 支えていたというよりは反対に
本音を出されて、在宅でみていくことを躊躇している複
雑さがありました」など、在宅で生活していくうえでは
《家族環境の理解と調整》という人的環境があげられた。

c. [がん患者と生きる家族へのサポート]

このカテゴリーは、「介護する人が安定していないと、
本人がどうしても不安定になる」というように《家族の抱
える不安へのサポート》が行われていた。一方で、「看護
師がすべてやっていたら、私でもできるんですというこ
ともありました」「家族にできることも残しておかなければ
いけないし」などの《家族が担う役割の調整》があげら
れた。

d. [心の安寧を導く訪問でのかわり]

このカテゴリーは、「精神的な面で、訪問看護の力は
大きいと思います。訪問するとやはり安心されるし、頼
りにされているし、在宅で生活できると思うんですよ」と
語られるように、《精神的安定を促すサポート》が行われ
ていた。また、日常の訪問のなかで、「不安が強くなって、
やっぱりそういうスピリチュアルな痛みを抱えている方
が多くって、1人で不安を抱えていそうだと思うと行って
話をします」など《コミュニケーションスキルの発揮》に
よって、「がんのことをすごく聞けるし、医師に聞けない
ところも聞けるというので看護師の力は大きいと思い
ます」という《信頼できる関係づくり》ができていた。

3. 支援環境の調整により在宅生活を支える

コアカテゴリー【支援環境の調整により在宅生活を
支える】は、医療施設や多職種、チーム内での調整を行
い必要な支援が迅速に提供される環境を調整すること
であった。以下、3個のカテゴリーから導出された。

a. [急変時のスピーディな対応]

このカテゴリーは、「人がいないので、しょっちゅう
電話当番ですね。やっぱり24時間で大変です」「急な病
状の変化とかもあるので24時間対応して」というように、
《必要時の迅速な対応》をとりながら、「ステーション同
士、近いところでは対応できるように、連携をさせても

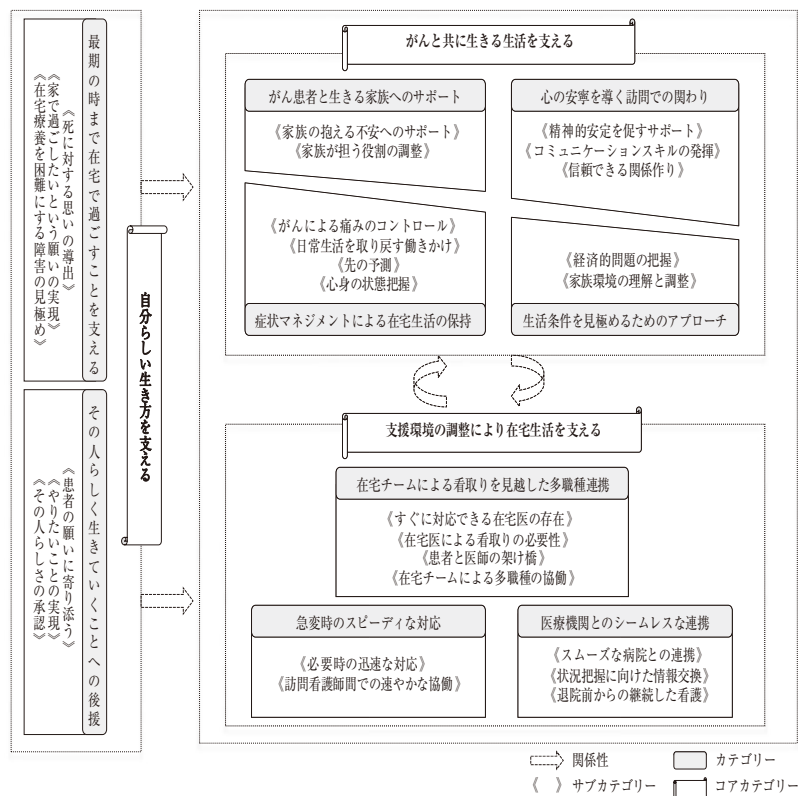


図1 訪問看護師によるがん患者の折り合いを支える看護支援の構造図

らっています」などの《訪問看護師間での速やかな協働》によって、必要なニーズに対応できる体制を整えていた。

b. [医療機関とのシームレスな連携]

このカテゴリーは、「往診の先生ならすぐに対応できるけれど、病院は受診するように言うしかない」状況もあり、《スムーズな病院との連携》をはかる必要性が語られていた。こうしたなかで、《状況把握に向けた情報交換》ができるように「報告書などですごくいっぱい書いて送るんですけど、うまくいかないんです」「地域連携室に連絡して、こういうふうになっているっていう電話は何回か入れます」などの、伝達方法を駆使しながら情報交換を行っている現状が語られた。さらに、「退院調整等を早期から入れるので、退院前のカンファレンスの連絡をいただいて行かせていただく」と語るように《退院前からの継続した看護》が進められていた。

c. [在宅チームによる看取りを見越した多職種連携]

このカテゴリーは、「先生が、夜中もちゃんと診てくれるだろうかというのがあると、不安が伝わるような気がする」と語られるように、《すぐに対応できる在宅医の存在》や、「先生が最後に往診に来てくれるっていうのは、やっと最近整って。それまでは、最後の最後は救急車だとかいわれていたんです」というように、安心して最期を迎えられる《在宅医による看取りの必要性》が語られていた。また、「自分の思いが伝えられないというのをすごくいって、その辺うまい具合に架け橋ができたらいんじゃないかな」などの《患者と医師の架け橋》を行っていた。そして、「在宅チームで行きますよっていうのがあれば患者さんも安心できるんです」「ちゃんと連携してチームを組んでやっていると、やっぱり、在宅生活を送るのがスムーズにいったような感じがします」というように《在宅チームによる多職種の協働》によって円滑な医療の提供が行われていた。

IV. 考 察

訪問看護師による在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援は、【自分らしい生き方を支える】支援を始点とし、【がんとともに生きる生活を支える】支援と【支援環境の調整により在宅生活を支える】支援を相互に関連させているという構造が示された。以下、訪問看護師の在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援活動の課題と訪問看護師に求められる役割について考察する。

A. がん患者の折り合いを支える看護支援の課題

地域包括ケアシステムの構築が進み、療養の場が医療機関から住み慣れた暮らしの場に移行していくなかで、在宅

では、QOLを維持しながら自分らしい生活を営むことができるよう支援していくことが求められている（日本看護協会，2015）。在宅療養の支援を行う訪問看護師を対象に行った本研究結果から、訪問看護師は、[その人らしく生きていくことの後の後援]を行うことで【自分らしい生き方を支える】支援をしていることが明らかとなった。在宅療養を選択した患者にとって、在宅の場は、生活史の刻まれた住み慣れた生活の場である。生活の場は、その人らしい日常を取り戻しながら日々の生活を営むことができる。そのような生活の場で、訪問看護師は、がん患者の希望に沿いながらこころの折り合いがつくように支援を行っていた。しかし、がん患者の折り合いを支える看護支援には、いくつかの課題がある。

一つは、訪問看護の供給不足である。訪問看護の利用者は年々増加しているのに対し、訪問看護ステーションに従事する看護職員数は約4万1千人と人材不足で、離職率も高く需要に届いていない現状にある（日本看護協会・日本訪問看護財団・全国訪問看護事業協会，2015）。また、24時間のオンコール体制が、在宅看護の重要な機能としてとらえられている一方で精神的負担は大きく、高い離職率や人材確保の難しさの一因となっている（桶河・田村・上野，2012）。本研究結果においても、訪問看護師は同様の負担感を伴っており、とくに[急変時のスピーディな対応]を継続的に提供していくためには供給基盤の確立が不可欠であると考えられる。

二つに、がん患者に対する訪問看護実践力の向上である。訪問看護師は基本的に1人で訪問するため、患者の状態を細やかに観察し、統合的に判断できる高いアセスメント能力や変化を予測した対応能力が求められる。光本・松下・大浦（2008）らは、判断を求められる場面の多さや看護技術の複雑さから、訪問看護特有の知識や技術の習得が必要であると訪問看護師自身が認識している、と述べている。本研究結果においても、一人ひとりのライフスタイルを考慮しながら[症状マネジメントによる在宅生活の保持]を行っていく重要性があげられ、光本ら（2008）の見解と一致していた。これらのことから、がん患者の折り合いを支える支援を提供していくには、《先の予測》に対応することで日常の生活の質を担保することが可能となる。さまざまな病状の方々を支える訪問看護活動の場において、知識や技能を磨くための質的な充足に向けた在宅看護の育成内容の検討が緊急の課題である。

B. 在宅療養支援において患者・家族の痛みをとらえる

【がんとともに生きる生活を支える】には、がん患者とその家族の痛みを捉える必要がある。がんによる疼痛は、診断時に20～50%、進行がん患者全体では70～80%に痛み

が存在する（医療用麻薬適正使用カイトンス作成検討会，2009；Teunissen, et al., 2007）。また，痛みだけでなくがんによる身体侵襲や治療の副作用に伴って，さまざまな症状をかかえ日常生活を維持することに困難感をもち生活している（仲村・神里，2010；平原・川原，2013）。こうした，がんによる痛みや症状は複雑に絡み合っているため，全人的苦痛としてとらえ（Twycross, Wilcock, & Toller, 2009；今井ら，2010）症状をコントロールしていかなければ，在宅で日常生活を送り続けることはできない。本研究では，訪問時に不安の軽減に努め，患者の思いに寄り添いながら「症状マネジメントによる在宅生活の保持」を行っていた。とくに，痛みは心理社会的要因も構成要素となることから，これらの援助による相互作用によってQOLを担保することはきわめて重要である。

2014年度の終末期医療に関する意識調査では，「自宅で療養したい」と解答したものは62%に上る一方で，自宅以外で療養したいと解答した理由に，「自宅では家族の介護などの負担が大きい」が84%と（終末期医療に関する意識調査等検討会，2014），家族の負担を懸念し在宅療養を断念する場合も少くない。とくに，がんは疾患の特性上，痛みを伴い全人的な苦痛を抱えていることが多いだけでなく，急変の可能性や医療ニーズも高い。したがって，在宅で看病する家族は医療機器やがんに伴う症状，苦悩に24時間対峙することを求められることでもある（堀井・光木・畠田・大西，2008）。そのため，医療者が常在しない環境下で，家族が抱える葛藤や不安は大きく，多くの心身の負担を抱えながら患者の介護を行わねばならず，これが在宅ケアを困難にしている一因でもある（後藤・小川，2009）。在宅看護を選択する際には患者自身よりも家族にその決定が委ねられることが多いため，家族への支援がより重要であるといわれている（東・永木・吉本・河崎，1997）。また，児玉（2015，p.29）は，がん患者および家族のQOLや生命の尊厳が守られた看護援助を行うには，家族構成員全体の発達段階や役割機能，システムなどの多方面から家族アセスメントを行うことが必要である，と述べている。本研究の対象者も，がん患者とその家族の生活条件を統合的に見極め，必要時には家族へのサポートに重点をおいてかわるなど，家族アセスメントから支援の方向性を決定していることが明らかとなった。このように，家族成員一人ひとりに，援助の対象として深い関心をよせることで，潜在的な能力を引き出し，個人の総和以上の家族の力が発揮され（鈴木・渡辺，2006），介護意欲を伸ばすことにつながることから「がん患者と生きる家族へのサポート」は，折り合いを支える重要な支援の一つであると考えられる。

C. 専門職として在宅療養環境を調整する

訪問看護師は，がん患者の療養にあたり24時間365日【支援環境の調整により在宅生活を支える】ことを行っていた。安全と安心を提供するには，医療・看護・介護の連携強化によるチームアプローチが欠かせない。しかし，実際には関係者が点在しているために十分なコミュニケーションをとれないことや，治療方針に関わる意思決定プロセスもわかりづらく，共通の目的や方針をもって総合的なサービスを提供することがむずかしい現状にある（堀口・堀田・白石・矢口・岩田，2010）と報告されている。本研究結果では，こうしたなかで訪問看護師は，訪問していない空白時間から訪問時までの情報を収集し，患者の状態を総合的にとらえて，何をどのように伝えるべきかを判断し，在宅医や病院医師，地域連携看護師，薬剤師，さらには近隣の訪問看護ステーションなどの点在する専門職者に伝達し，必要な看護が提供できるように調整的な役割を担っていることが明らかとなった。このように，多様なチームメンバーのなかにある訪問看護師が，がん患者の状態をアセスメントし，生活のニーズを把握したうえで行う調整は，「医療機関とのシームレスな連携」をはかるうえで重要な役割であると考えられる。

質の高い医療を効率よく提供するには①チームの統合性，②チームのスピード性，③チームの効率性の3つの要素が必要と指摘されているが（チーム医療推進方策検討ワーキンググループ，2011），これらの要素を満たしていくには，多職種からなる在宅チームが協働して在宅医療を展開し，評価していくことが不可欠である。しかし，実際には在宅チーム全体での評価は行われていないのが現状で，課題の抽出や明確化がはかられていないことによって限定的な連携に留まっていることが懸念される。一つひとつの実践知を積み上げ在宅チームの機能を強化していくには，多職種による総合的な評価の実施が不可欠である。吉本（2001）は「これまで，各専門職は専門分化し役割分担してサービスを提供する方向で進んできたが，今後の専門職は専門性を高めるだけでその役割と機能を果たすことは困難であり，チームメンバーとしてのインタープロフェッショナルワークによる役割遂行能力が問われる」と述べているように，在宅療養がん患者の折り合いを支援していくには，多機関・多職種が相互に補完し合い，かつ評価することが支援環境を整えることになると思われる。

本研究は，在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援について，訪問看護師のグループインタビューを通して明らかにしたことに特徴がある。さらに，在宅療養がん患者の折り合いを支える看護内容について構造を明らかにし，看護支援への示唆を提示することができたと考える。

結 語

訪問看護師によって行われている、在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援の内容を質的に分析した結果、【自分らしい生き方を支える】支援を始点として、【がんとともに生きる生活を支える】支援と【支援環境の調整により在宅生活を支える】支援を相互に関連させていることが明らかとなった。

以上の結果から、在宅療養がん患者自身が本来もっている個の力を引き出せる、折り合いを支える看護支援の重要性が示唆された。

研究における限界と課題

本研究で得られたデータは、限られた人数の研究参加者

による看護支援の内容に関する調査であり、普遍化することには限界があると考えられる。今後は、本研究で得られた分析結果をもとに量的研究と組み合わせ2側面からのさらなる検証が今後の課題である。

謝 辞

本研究の実施にあたり、貴重な時間を割いて協力してくださいました研究参加者の皆さまに心より感謝申し上げます。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

本研究は、在宅療養がん患者の折り合いを支えるため、訪問看護師によって行われている看護支援の内容に着目し、よりよい看護支援方法を考察するための研究である。5名の看護師を対象としてフォーカス・グループ・インタビューを実施した。結果、在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援を説明する3個のコアカテゴリーが導き出された。それは、【自分らしい生き方を支える】支援を始点として、【がんとともに生きる生活を支える】支援と【支援環境の調整により在宅生活を支える】支援を相互に関連させるという構造が明らかとなった。在宅療養がん患者の折り合いを支えるには、【自分らしい生き方を支える】ことを根底に看護支援を行うことの重要性が示唆された。

Abstract

This study examined the methods of providing home-based cancer patients with effective nursing support, by focusing on nursing support provided by visiting nurses. A focus-group interview was conducted involving 5 nurses. As a result, the following structure of 3 core categories, describing nursing support to help cancer patients come to terms with their prognosis, were identified: The nurses first provided patients with [support to help them live by their own values], and subsequently provided [support to help patients live with cancer] and [support to help patients continue home-based care by improving support environment]. The results suggest the importance of placing emphasis on [support to help patients live by their own values] in nursing support, in order to help them come to terms with their prognosis.

文 献

- 明智龍男 (2015). サイコオンコロジー：がん患者に対する精神神経学的アプローチ. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 118(1), 1-7.
- 安梅勅江 (2001). ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法：科学的根拠に基づく質的研究法の展開. 33-63, 東京：医歯薬出版.
- 安梅勅江 (2003). ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅱ：活用事例編：科学的根拠に基づく質的研究法の展開. 2-19, 東京：医歯薬出版.
- 青柳道子 (2006). 痛みへのセルフケアを行っているがん患者と家族に対する訪問看護師の援助. 看護総合科学研究会誌, 9(2), 29-44.
- Benner, P. (2005/2006) / 井部俊子 (監訳). ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ—. 26-27, 東京：医学書院.

- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., and Camicke, C.L. Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6), 751-757.
- 藤田佐和 (2006). 退院後のがん体験者の適応過程における拡がり. 高知女子大学看護学会誌, 31(1), 5-18.
- 後藤みゆき, 小川全夫 (2009). 在宅終末期がん患者の家族介護者支援をめぐる研究動向と課題—インフォーマル・レスパイトケアの提起—. 山口県立大学学術情報, 2, 15-159.
- 東 清己, 永木由美子, 吉本美浦子, 河崎秀美 (1997). 在宅癌末期患者の自己決定, 家族の意思決定の内容と意味：在宅死の転帰をとった7事例の分析から. 熊本大学教育学部紀要 (自然科学), 46, 127-138.
- 平原優美, 河原加代子 (2013). 外来化学療法中のがん患者の在宅

- 療養生活と思い. 日本保健科学学会誌, 15(4), 187-196.
- 堀口賢司朗, 堀田敏史, 白石善明, 矢口隆明, 岩田 彰 (2010). 高齢者の在宅医療を支える医療・看護・介護の情報連携システムに関する研究. 電子情報通信学会技術研究報告, 110(450), 113-118.
- 堀井たづ子, 光木幸子, 寫田理佳, 大西早百合 (2008). 在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究. 京都府立医科大学看護学科紀要, 17, 41-48.
- 今井哲司, 成田 年, 富安志郎, 的場元弘, 木下浩之, 上園保仁, 葛巻直子, 鈴木 勉 (2010). オピオイドの薬理学. Mebio, 27(8), 70-78.
- 医療用麻薬適正使用カイトンス作成検討会 (2009). 平成21年度医療用麻薬適正使用ガイドランス: がん疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイドランス. 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課. http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/dl/2012iryo_tekisei_guide.pdf
- 金子眞理子, 羽山由美子 (1998). がん患者と苦悩—文献レビューと患者面接からの一考察. 聖路加看護学会誌, 2(1), 14-21.
- 菊池和子 (2015). 岩手県の訪問看護師の行うがん患者の在宅ターミナルケア. 岩手県立大学看護学部紀要, 17, 25-36.
- 葛西好美 (2006). 末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断. 日本がん看護学会誌, 20(2), 39-50.
- 児玉久仁子 (2015). 家族看護実践センター式教育プログラムを受講した看護師の家族に対する認識の変化. 福島県立医科大学看護学部紀要, 17, 23-30.
- 厚生労働統計協会 (2015). 国民衛生の動向2015/2016: 人口動態. 厚生指標, 62(9), 64-91.
- 光本いづみ, 松下年子, 大浦ゆう子 (2008). 訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思と業務特性との関連. 産業医科大学雑誌, 30(2), 185-196.
- 仲村周子, 神里みどり (2010). リンパ浮腫を伴った乳癌患者の日常生活困難感とその対処法および自己との折り合い. 沖縄県立看護大学紀要, 11, 1-13.
- 日本看護協会 (2015). 2025年に向けた看護の挑戦: 看護の将来ビジョン—いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護. 4-7, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会, 日本訪問看護財団, 全国訪問看護事業協会 (2015). 平成25年度訪問看護アクションプラン2025: 2025年を目指した訪問看護. 全国訪問看護事業協会. <http://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/actionplan2025.pdf>
- 桶河華代, 田村 恵, 上野範子 (2012). A県における訪問看護ステーションの24時間オンコール体制の実態: 管理者へのアンケート調査から. 聖泉看護学研究, 1, 53-61.
- 奥蘭邦子, 飯野矢住代, 加悦美恵, 藤田佳子, 梶原真由美 (2012). がん患者と家族の在宅療養に向けた看護の視点. 看護実践の科学, 37(3), 65-71.
- 大園康文, 石井容子, 宮下光令 (2015). 訪問看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養継続の障害. 日本がん看護学会誌, 29(1), 44-53.
- 新村 出 (2008). 広辞苑 (第六版). 東京: 岩波書店.
- 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014). 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書. 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-01.pdf>
- 鈴木和子, 渡辺裕子 (2006). 家族看護学: 理論と実践 (第3版). 83-86, 東京: 日本看護協会出版会.
- 杉谷栄美子, 實金 栄, 太湯好子 (2011). 訪問看護師による利用者を尊重した看護実践の評価. 川崎医療福祉学会誌, 2(1), 135-144.
- 田尻信子, 鈴木志津枝 (2009). 終末期がん患者の在宅導入期における訪問看護師の取り組み. 高知医療センター医学雑誌, 3(2), 5-14.
- Teunissen, S.C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H.C., Voest, E.E., and de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: A systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 34(1), 94-104.
- チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (2011). 平成23年度チーム医療推進のための基本的な考え方と実践事例集. 厚生労働省医政局医事課. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>
- 富安眞理, 山村江美子 (2009). 訪問看護師が訪問した在宅療養者とその家族を支えるための看護実践内容の構成要素: 質的調査による検討. 日本健康教育学会誌, 17(4), 260-267.
- Twycross, R.G., Wilcock, A., and Toller, C.S. (2009). Symptom Management in Advanced Cancer. 4th ed., 13-16, Uk: Palliativesdrugs.com.
- 吉本照子 (2001). インタープロフェッショナルワークによる専門職の役割遂行. *Quality Nursing*, 7(9), 4-11.

〔平成27年10月13日受 付〕
〔平成28年11月3日採用決定〕

—研究報告—

「がん患者の呼吸困難感」の概念分析

Concept Analysis of a Feeling of Dyspnea Among Cancer Patients

橋本 晴美¹⁾ 吉田 久美子²⁾ 神田 清子³⁾
 Harumi Hashimoto Kumiko Yoshida Kiyoko Kanda

キーワード：呼吸困難感, がん患者, 概念分析

Key Words: feeling of dyspnea, cancer patient, concept analysis

はじめに

わが国における死因の第1位はがんであり、がん患者に高頻度に見られる症状の一つに呼吸困難がある。呼吸困難の有症率はがんの進行とともに増加がみられ、肺がん患者では診断時に15%、その後の経過で65～87%までに増加する(Chan, Tse, Sham & Thorsen, 2010)。とくに非小細胞肺がん Stage III～IV期の患者では高度の呼吸困難が32%にみられ、死亡直前では90%に増加するとの報告もある(Claessens, et al., 2000)。呼吸困難は、がん患者の耐えがたい苦痛の代表的なものであり、身体機能に著しく影響を与えるだけでなく、社会生活や生きる意欲にも影響を及ぼし、患者のQOL (quality of life) を大きく阻害する。歩行可能な肺がん患者を対象とした研究では、55%が日常生活動作と精神状態を損ねる呼吸困難を経験していた(Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki & Uchitomi, 2000)。

呼吸する際に感じる努力感や不快感を「呼吸困難(dyspnea)」というが、呼吸困難を単なる臨床症状としてだけでなく、感覚としてとらえることを強調する点から、「呼吸困難感」(西野, 2000a) とよぶ場合があり、とくにがん患者における呼吸困難感とは、必ずしも病態的变化を伴わず心理的要因によって生じる可能性がある(Ahmedzai, 1998)。さらに近年では、がん患者の疼痛を、身体のみならず精神的・社会的・スピリチュアルな側面を含めてtotal painととらえるのと同様に、呼吸困難は単に身体的な側面だけでなく精神的な側面も含む多角的なものであるとしてTotal Dyspneaとしてとらえる必要性が提言されるようになってきた(田中, 2009)。しかし、がん患者の呼吸困難感という概念を明確に定義づけ用いている文献はまれである。

そこで本研究では、がん患者の呼吸困難感に関する国内

外の文献をもとにがん患者の呼吸困難感の概念の用法や特性および構造を明らかにし、「がん患者の呼吸困難感」を定義することを目的とする。

I. 方 法

1. 概念分析の方法

がん患者の呼吸困難感に対する看護の適応範囲や具体的な支援方法を検討するためには、がん患者の呼吸困難感の概念の主要な属性・先行要件・帰結を識別し、この概念のもつ意味や用語が示す範囲を明らかにする必要がある。このため、分析方法には、Walker & Avantの概念分析の手法(Walker & Avant, 1995; Walker & Avant, 2005/2008)を用い、次の8段階の手順に従った。①概念を選択する、②分析の目的を決定する、③選択した概念について発見したすべての用法を明らかにする、④選択した概念を定義づける属性を明らかにする、⑤モデル例を明らかにする、⑥補足例を明らかにする、⑦先行要件と帰結を明らかにする、⑧経験的指示対象を明らかにする。これらの手順を反復的に検討し、対象概念がもつ属性を明確化し、概念の要素や特性を明らかにするとともに、対象概念の先行要件や帰結を明確化することを通じて概念の構造と用法を論理的に説明する。

2. データ収集および分析手順

(1) データ収集

入手可能なものすべて(言語辞典、書籍、先行研究論文、総説、資料等)を対象として分析を行った。先行研究論文については、以下の手順で文献検索を行い、対象文献を決定した。海外対象文献の選定については、データベースとして“CINAHL”を用いて「Dyspnea」および「Cancer」

1) 群馬県立県民健康科学大学看護学部 Faculty of Nursing, Gunma Prefectural College of Health Sciences

2) 高崎健康福祉大学保健医療学部 Faculty of Health and Welfare, Takasaki University of Health and Welfare

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

をキーワードに、最大検索範囲である1991～2011年における査読ありの学術論文に限定して検索を行った結果、71文献が検索された。このうち、タイトルや要旨の内容においてがん患者の呼吸困難感に関する記述がなく大きく主題から外れていると判断されるもの、および研究対象者ががん以外の呼吸器疾患や心疾患患者を含んでいるものや、subjectに「Dyspnea」「Respiration Disorders」「Respiration」「Lung Cancer」「Cancer Patients」「Neoplasms」を含まないものを除外した結果、23件の原著論文が選択された。また、国内対象文献の選定については、データベースとして『医中誌Web (ver. 4)』を用いて「呼吸困難」「がん」をキーワードに、最大検索範囲である1983～2013年における文献を検索し、原著論文に限定した絞り込みを行った結果12件であった。しかし、タイトルや要旨の内容においてがん患者の呼吸困難感に関する記述があり、ケアする看護師側の困難や苦悩ではなく患者の呼吸困難感の様相や体験に焦点が当てられた研究は稀少であり、主題と合致していないと判断されるものを除外した結果、2件の原著論文が選択された。さらに、上記の検索過程でハンドサーチにより入手した患者の呼吸困難感の様相や体験に関する記載がある総説、解説、資料、書籍を対象に加えた。以上より最終的には、国内文献3件、海外文献32件の計35件を分析対象として決定した（対象とした文献リストは、稿末に「概念分析対象文献」として掲載）。

(2) 分析手順

対象文献を精読し、先行研究（中谷・島田・大東，2013）を参考に作成した分析フォームの項目（抽出概念、定義、先行要件、属性、帰結等）ごとに該当する記述内容を抜粋し、分類・整理した。その際、該当する記述内容について著者の主張や表現をできるだけそのまま残すよう表現し、かつ抽出した主要概念と関連概念との関連を意識し、整理した。

また、がん患者の呼吸困難感を定義づける基盤となる属性、概念に先立って生じる出来事である先行要件、概念が発生した結果として生じる出来事あるいは概念の成果である帰結について記述されている内容部分については、質的に内容分析を行った。属性・先行要件・帰結を表す記述内容を著者の表現をできるだけそのまま残すよう抽出し、意味内容を損なわないよう命名してコードを作成した。次に、類似する複数のコードを一まとまりにして共通する意味内容を表すよう表現して命名したサブカテゴリーを作成した。さらに、意味内容が類似する複数のサブカテゴリー同士を一まとまりにしてさらなる抽象化と命名を進め、カテゴリーを作成した。

Ⅱ. 倫理的配慮

対象文献や引用文献の出典は正確に明記するよう努めた。また、文献からの引用に関する記述に際しては、著作権に配慮し明瞭に記述するよう配慮した。

Ⅲ. 結 果

1. 呼吸困難および呼吸困難感の概念の用法

(1) 辞典による言葉の意味

呼吸困難（Dyspnea）は、「dys」（痛ましい、むずかしい、困難、欠如、不全、異常、悪化）と「pnea」（呼吸、息をする）を組み合わせで構成されたギリシャ語由来の用語である。

『医学大事典』（伊藤・井村・高久，2009）によると、「呼吸困難」は他覚的にも自覚的にも呼吸が困難な状態と説明される。類義語として「息切れ」を示し、呼吸困難は他覚的、息切れは自覚的の症状として区別する場合としない場合があるとしている。

広辞苑（新村，1998）によると、「呼吸困難」は、何らかの原因により、肺でのガス交換が妨げられ、組織に十分な酸素が供給されないときに起こる病的に亢進した呼吸運動。呼吸は浅く、頻繁になり、呼吸筋以外の筋肉が呼吸運動に加わり、苦しむと説明される。さらに、「息切れ」については、息の続かないこと、呼吸が激しく苦しいこと、転じて、仕事の途中で根気が続かなくなること、と説明している。

『看護学大辞典』（和田・南・小峰，2010）によると、「呼吸困難」とは、呼吸の際に自覚的な不快感、息苦しさを感じることであり、客観的には呼吸がしにくい努力性呼吸が観察されること、と定義している。また、呼吸困難は主観的な表現であるが、息苦しさを自覚し、努力性の呼吸をしている状態であるとも説明している。

一方、呼吸困難感という用語は、辞典においては概念の意味や用法についての説明は存在せず、現状では辞典上で「呼吸困難感」を正式に定義したものは示されていない。

(2) 文献上で使用される定義と特徴

呼吸困難の定義が示されていた文献の学問領域は、主に医学、生理学、看護学の分野であった。

米国胸部疾患学会（American Thoracic Society: AST）は、呼吸困難を次のように定義している（American Thoracic Society, 1999）。“Dyspnea is a term used to characterize a subjective experience of breathing discomfort that consists of qualitatively distinct sensations that vary in intensity. The experience is a combination of physiological, social, and environmental factors that potentiate physiological and

behavioral response”「呼吸困難とは呼吸の際に感じる不快な主観的経験であり、さまざまな強度で質的に特有な感覚で構成される。その経験は、生理学的、社会的、環境的要素の組み合わせたものであり、これらの要素によって生理学的反応や行動学的反応が促される」。さらに、呼吸困難は、呼吸感覚について不快を示す個人によって経験される感覚に適用される用語であり、強度が変化し質的に異なった感覚からなる呼吸の主観的な経験の特徴づける不快感であると説明を加えている。

また、Mohan, et al. (2007) は、呼吸困難は、生理的、心理的、社会的要素の相互作用による現象であるとし、呼吸困難が端的に生じるものではなく複数の因子が相互に作用し合って生じるものであることを説明している。さらに、Bausenwein, Booth, & Higginson (2008) は、その人の生活や人生のあらゆる側面に影響を及ぼす複合多次元的症状であると述べ、Smith, et al. (2001) は、身体的・心理的・社会的健康に影響を与える症状であるとして、呼吸困難によって生じる結果についても言及している。

医学的には呼吸困難という状態は自覚的な症状を指す主観的臨床症状であるが、必ずしも呼吸機能に問題があるとは限らない。一般的には呼吸困難と表記されるが、生理学では呼吸困難を感覚としてとらえることを強調する意味で、呼吸困難に「感」をつけて表記し、呼吸機能が障害されることによって起こる呼吸不全の状態とは区別している。また呼吸困難感とは、不安や抑うつと有意な相関が報告されており (Henoch, et al., 2008; Tanaka, et al., 2000), 身体的側面だけでなく、心理的・社会的・スピリチュアルな側面の影響によって相互に作用し、「Total Dyspnea」ともいわれている。Total Dyspnea の概念 (Abernethy & Wheeler, 2008) は、1960年代にシシリー・ソングースにより Total Pain の概念にならって最初に述べられた。Total Dyspnea は、Total Pain の概念基盤を根幹にもつものであり、呼吸困難の領域に身体・心理・社会・スピリチュアルな苦痛を含む Total Pain の概念 (小松, 2014) を応用し、解釈しようとするものである。Total Dyspnea の概念は、Physical・Psychological・Social・Spiritual の4つの領域からなり、これらが相互に作用して症状を形成し、症状の影響も含めて患者の経験を複数の視点から説明するものである。また、Total Dyspnea model は、この考えに基づき個別の呼吸困難感の苦痛経験を包括的に定義し、経験の特徴を説明したモデルである。さらに、Kamal, et al. (2011) は、Total Dyspnea をこの4つの構成要素をもとに症状の形成と症状の影響を相乗的な患者の経験として図示している。以上より、Total Dyspnea は、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルの多側面の視点から全人的に呼吸困難感をとらえるという考え方を意味している。しかし、散見された

呼吸困難感あるいは Total Dyspnea との記載がある文献 (橋本・神田, 2011; Abernethy & Wheeler, 2008; Kamal, et al., 2011) において明確に定義されているものは稀少であり、その他の文献においても定義はされているものの、それは呼吸困難と呼吸困難感を明確に分別するものではなく混同した意味合いで用いられており、また呼吸困難感の定義として記述されている場合も、その内容は呼吸困難を意味する内容の記述であった。

また、呼吸困難感とは、呼吸困難という器質的障害に対してどう認知するかという本人の認知の違いによって感じ方に違いを生じる。呼吸困難あるいは呼吸困難感の発生機序について現状では不明な点が多いが、産生・認知・表出の3つの過程を経て起こると考えられている。呼吸困難の発生のメカニズムに関して数多くの仮説が提唱されてきたが、近年最も有力とされている説は、中枢-末梢ミスマッチ説あるいは出力-再入力ミスマッチ説とよばれている説である。これは呼吸中枢から呼吸筋への運動指令 (出力) と受容器から入ってくる求心性の情報 (入力) との間に、解離あるいはミスマッチが存在する場合に呼吸困難が発生するという説である。つまり、呼吸困難はある一定量の換気を起こすのに、予想以上の大きい呼吸筋の活動が必要とされるときに生じるというものである (Schwartzstein, et al., 1990)。そして、このとき生じた呼吸刺激は、より高次な機能をもつ大脳皮質の感覚野に伝達・処理され、呼吸困難感のつらさとして認知され、そのつらさが言葉や表情として表出される。とくに、がん患者の場合では、この産生・認知・表出の3つの過程において、呼吸困難という感覚が労作によって苦しい思いをした記憶や経験、窒息死への恐怖、漠然とした不安感などの精神的要因に修飾され、その閾値を下げて認知を増幅させるものと考えられている。このため、がん患者の呼吸困難感とは、必ずしも器質的障害により発生するとは限らず、病態的变化を伴わず心理的要因のみによっても生じる場合がある (Ahmedzai, 1998)。そして、症状として認知される強さは、器質的障害を伴う慢性呼吸器疾患患者に比べてより個人差があると考えられる。また、この認知に続いて起こるのが、認知に対する反応であり、この認知に対する反応には、努力呼吸や呼吸数の増加などの生理機能変化としての身体的側面への影響だけでなく、心理および社会的側面、さらにはその人個人の日常生活や生育する文化的背景、人生、自己をも含んだ実存的な側面に及ぶ多側面にわたる影響が含まれる。

さらに、呼吸困難感とは、単に呼吸器の器質的な障害によって起こるのではなく、さまざまな要素が複雑に絡んだ状態やさまざまな要因によって修飾される (西野 b, 2000)。呼吸困難の認知に影響する要因として、年齢、性

別、文化や経済状態、性格や気分、不安といった心理的要因、身体的能力や呼吸機能といった生理学的要因、仕事や趣味、活動、社会的サポート状況、コミュニティ状況といった社会環境的要因、価値観や信念、喫煙や食事といった健康疾病要因などがあげられる (Carrieri-Kohlman, Lindsey, & West, et al., 2003)。また、呼吸困難に対する反応として、生態学的な変化としては、心拍数や呼吸数、睡眠パターンの変化や、行動を控えるといった行動上の反応や泣いたりパニックに陥ったりといった心理学的な反応が起こる。そして、Carrieri-Kohlman, Lindsey, & West, et al. (2003) は、呼吸困難には努力性呼吸の認知と不快な刺激に対する反応が含まれるとし、呼吸困難には認知と反応が含まれるとの見解を示している。

さらに、呼吸困難の表現もまた、患者によって様々である。呼吸困難は主観的な症状であるため、呼吸困難感の感じ方には著しい個人差が認められる。O'Driscoll, Corner, & Bailey (1999) は、肺がん患者の呼吸困難の経験を息が切れる、深呼吸ができない、十分な空気を得られない、胸部がきつく固定される、窒息、喘ぐといった身体的な感覚として表し、それに伴う感情として恐怖やパニック、瀕死の感覚、不安、怒り、無力、苦しみ、孤独、疲労があると述べた。また、Edmonds, et al. (2000) や Krishnasamy, Corner, Bredin, Plant, & Bailey, (2001) の研究では、息切れする様子を「窒息しそう」「水を飲みながら呼吸させられているよう」などと表現するとともに、「疲れる」「だるい」「消耗される」などとも表現していた患者もいた。さらに、Kamal, et al. (2011) は、患者の呼吸困難の表現を「……のような感じがする (I feel……)」(「息が詰まるような感じがする」「息が止まるような感じがする」「窒息するような感じがする」), 「自分の…… (my……)」(「自分の呼吸に努力がいる」「自分の胸が締め付けられる」「自分の呼吸が速い」), 「……ができない (I can not……)」(「深呼吸ができない」「十分に息を吸い込むことができない」「呼吸が気になって仕方ない」) に分類している。また、日本人は呼吸困難を「息苦しい」「息が切れる」「息が上がる」「いっぱい吸おうと思っても吸えない感じ」「空気が足りない感じ」「呼吸がわずらわしい」「呼吸が普通でない感じ」「疲れる」などと表現している (橋本・神田, 2011)。このように、呼吸困難感の表現には、呼吸が苦しい、息がうまくできないといった呼吸の苦しさを表現するものだけでなく、「疲れる」「消耗する」といった疲労に関連する言葉で表現される場合や、「無力」「だるい」といった倦怠感とも重複するような表現で示される場合、さらには、「罪の意識」や「死んでしまいたい」「死んだら楽になれる」といったスピリチュアリティを脅かされる感じを表す言葉でも表現されていた。つまり、表現される言葉は必ずしも呼

吸と直結するものではなく、文化的背景や人種による考え方の違いなどによって認知や言葉の修飾の仕方もさまざまであると考えられる。

上述を統合していえることは、呼吸困難は、主観的であること、複数の感覚からなること、強度や性質が異なることである。つまり、生理的運動である呼吸時に不快感や苦痛、努力感などの多様な自覚症状を有する状態を表している。また、呼吸困難感とは、患者が主観的に不快感と困難感の感覚を認知するという要素と、努力呼吸をするなどの認知に対する反応という要素が含まれている。感覚の認知と深い経験的または体験的な反応を包含したものが呼吸困難感であるととらえられる。

(3) 呼吸困難感の類似概念

呼吸困難感の類似概念として呼吸困難がある。呼吸困難の同義語として「息切れ (breathlessness, shortness of breath)」が示されている。しかし、息切れは状態を示している語であり、厳密には同義語としては扱うべきではなく、「息苦しさ」と表現すべきである。また、呼吸困難の類義語としては「空気飢餓感 (air hunger)」「努力感 (effort/work sensation)」「胸部狭窄感 (chest tightness)」がある。いずれも呼吸時の不快な感覚を表現しているが、呼吸困難よりも狭義の意味をもち、呼吸困難はこれら類義語で表現される語を含んだより広義の意味をもつものと考えられる。さらに、呼吸困難と呼吸困難感の違いについては先に述べたが、呼吸困難は自覚的な症状を指す主観的な臨床症状である。一方、呼吸困難感は、呼吸困難を単なる器質的障害あるいは症状としてではなく、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな側面の複合的な視点から全人的にとらえた感覚を意味している。

2. がん患者の呼吸困難感の属性

選択した35文献を分析し、「がん患者の呼吸困難感」の属性を抽出した (表1)。以後、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〔 〕で示す。

がん患者の呼吸困難感に関する発生や性質における特性として、〔不快な感覚〕〔苦痛の感覚〕をサブカテゴリーとする【呼吸に関する不快あるいは苦痛の感覚】、〔個人的な内因感覚〕〔定量化不可能〕〔機能障害との無相関〕をサブカテゴリーとする【主観的な感覚】、〔多因子性〕〔相互作用性〕をサブカテゴリーとする【多因子間の相互作用により発生する感覚】、〔コントロール不可能〕〔呼吸の意識化〕をサブカテゴリーとする【制御不能な感覚】が示された。また、多側面に影響が及ぶという特性として、〔食事への支障〕〔入浴への支障〕〔更衣への支障〕〔排泄への支障〕〔移動／動作への支障〕〔コミュニケーションへの支障〕〔電話の対応への支障〕〔家事への支障〕〔外出への支障〕

表1 がん患者の呼吸困難感の属性

カテゴリー	サブカテゴリー
呼吸に関する不快あるいは苦痛の感覚	不快な感覚 ²⁾¹²⁾¹⁴⁾¹⁹⁾²²⁾²⁴⁾²⁶⁾²⁷⁾²⁹⁾³¹⁾³³⁾³⁴⁾
	苦痛の感覚 ¹⁾²⁾¹³⁾¹⁵⁾²⁶⁾
主観的な感覚	個人的な内的感覚 ³⁾⁶⁾⁸⁾¹⁵⁾¹⁷⁾¹⁹⁾²⁰⁾²²⁾²⁴⁾²⁶⁾²⁹⁾³⁰⁾³⁴⁾
	定量化不可能 ⁶⁾⁸⁾²⁴⁾²⁵⁾³⁰⁾³¹⁾³³⁾
	機能障害との無相関 ³⁾¹⁰⁾²⁰⁾²⁹⁾³⁴⁾
多因子間の相互作用により発生する感覚	多因子性 ¹⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁹⁾²⁰⁾²⁵⁾²⁶⁾³⁰⁾³⁴⁾
	相互作用性 ⁵⁾²⁵⁾²⁶⁾³⁰⁾³⁴⁾
制御不能な感覚	コントロール不可能 ¹⁾⁸⁾¹⁷⁾¹⁸⁾²⁴⁾
	呼吸の意識化 ²⁴⁾
日常生活活動に負の影響がある	食事への支障 ¹⁾²⁾¹⁵⁾³²⁾
	入浴への支障 ²⁾¹²⁾¹⁵⁾
	更衣への支障 ²⁾¹⁵⁾³²⁾³⁴⁾
	移動・動作への支障 ¹⁾⁶⁾¹²⁾¹⁵⁾²³⁾³⁴⁾
	コミュニケーション動作への支障 ¹⁾¹⁵⁾
	電話の対応への支障 ¹⁾¹²⁾
	家事への支障 ¹⁾¹⁵⁾
	外出への支障 ¹⁾²⁴⁾³⁴⁾
	買い物への支障 ¹⁾¹²⁾²³⁾
	性生活への支障 ¹⁾¹²⁾
	身体症状の出現 ²⁾³⁾⁶⁾⁸⁾³³⁾³⁴⁾
	生理的な負の変化 ¹⁾²⁾³⁾⁶⁾¹²⁾²⁴⁾³⁴⁾
心理的側面に負の影響がある	感情的な負の反応 ¹⁾²⁾³⁾⁶⁾⁸⁾⁹⁾¹¹⁾¹²⁾¹⁵⁾¹⁷⁾¹⁸⁾²⁴⁾³²⁾³⁴⁾
	認知的な負の反応 ¹⁾²⁾¹¹⁾²⁴⁾³⁴⁾
社会的側面に負の影響がある	仕事への支障 ¹⁾¹²⁾¹⁵⁾²³⁾²⁴⁾³⁴⁾
	趣味活動の変更・中断 ¹⁾¹⁵⁾²³⁾²⁴⁾
	家庭内役割への支障 ¹⁾²⁾¹⁵⁾²⁴⁾
	地域社会での役割への支障 ¹⁾²⁾¹²⁾¹⁵⁾²³⁾²⁴⁾³⁴⁾
スピリチュアリティに負の影響がある	自己の実存に対する危機感 ¹⁾¹³⁾²⁴⁾
	安楽を死に求める ¹⁾¹⁵⁾²⁴⁾
	苦しみの意味を問う ²⁵⁾

[注] サブカテゴリー欄の肩付き番号は、稿末の「概念分析対象文献」の番号に対応。

〔買い物への支障〕〔性生活への支障〕をサブカテゴリーとする【日常生活活動に負の影響がある】、〔身体症状の出現〕〔生理的な負の変化〕をサブカテゴリーとする【身体的側面に負の影響がある】、〔感情的な負の反応〕〔認知的な負の反応〕をサブカテゴリーとする【心理的側面に負の影響がある】、〔仕事への支障〕〔趣味活動の変更／中断〕〔家庭内役割への支障〕〔地域社会での役割への支障〕をサブカテゴリーとする【社会的側面に負の影響がある】、〔自己の存在に対する危機感〕〔安楽を死に求める〕〔苦しみの意味を問う〕をサブカテゴリーとする【スピリチュアリティに負の影響がある】が示された。

3. がん患者の呼吸困難感の定義

がん患者の呼吸困難感とは、「多因子間の相互作用により発生する呼吸に関連した不快あるいは苦痛のこと。また、それに伴う制御不能な認知および主観的評価と、身

体・心理・社会・スピリチュアリティの側面にみられる反応を含むがん患者の症状体験のこと」と定義する。

4. がん患者の呼吸困難感のケース

(1) モデルケース

A氏(60歳代・男性)は、Stage III_B期の肺腺がんで、現在は3クール目の化学療法中である。労作時の息切れと呼吸困難感の訴えがある。SpO₂値は、労作時は88～92%程度まで低下することはあるが、安静時は97～98%程度を維持できている。3週間程前から入浴、排泄、更衣、歩行、階段昇降等の日常生活動作の際に呼吸困難感が出現するようになった。A氏は、以前は明るく社交的な性格で、神社の宮司や町内会長を務めるなど人のために働くことを生き甲斐にしていたが、呼吸困難感が出現するようになってからは、他人に迷惑をかけたくないとの思いから動くことや話すこと、外出することにも消極的になり、口数も減り、

家の中でじっとしてふさぎ込んで過ごすことがほとんどになった。「自分のことすら満足にできない。情けない」と自己に対する苛立ちを示し、ある日は、「こんなことならもう生きていたいとは思わない。早く死んでしまいたい」と自暴自棄な言葉も吐露していた。また、主治医より治療が最終段階に入っていることを告げられると、A氏の死に対する不安や恐怖は一層大きくなり、家族が寝静まってから夜中に急に息苦しくなることが増えたと話し、夜間の睡眠も十分にとれていない様子である。

このケースでは、がんにより呼吸困難感が引き起こされ、主観的な感覚の自覚と訴えがある。また、呼吸困難感により日常生活動作や情緒、社会生活に変化があり、実存的自己に対する影響もみられているため、典型的なモデルケースである。

(2) 関連ケース

B氏(70歳代・男性)は、Stage IV期の小細胞がん、化学療法を終了し放射線治療が開始になったところである。放射線治療を受けるときに横になるとうまく呼吸できないと訴えるが、医師や看護師との会話は良好に行うことができる。また、治療が終わって起き上がった状態では息切れや息苦しさの訴えはない。日常生活については家族の介助がなくても自力で食事や排泄、着替え、入浴などの身のまわりのことや趣味の囲碁などは行うことができおり、時々妻に付き添われて買い物や散歩に出ることもある。「いまのところくに症状もないので大丈夫です」と話し、気持ちも安定した様子である。

このケースでは、治療中に限ってうまく呼吸ができないとの訴えがあるが、日常生活動作や社会生活には変化はなく、情緒面やスピリチュアリティへの影響もみられないため、周辺例である。

(3) 反対ケース

C氏(20歳代・男性)は、先日受けた健康診断の結果、医師よりメタボリックシンドロームであることを指摘され運動するように促された。そのため、数年ぶりにジョギングを行ったところ呼吸が促迫になり、息切れし、「息苦しい」との発言が聞かれた。しかし、立ち止まって深呼吸するなどしてごく短時間の休憩をとったところ、すぐに平常どおりの呼吸に戻り、呼吸が困難であるあるいはうまくできないといった訴えもなく、すぐにジョギングを再開することができた。

このケースでは、運動によって生じた一時的な息切れや息苦しさを示しており、短時間の休憩後、すぐに平常どおりの呼吸状態に戻ったうえに、呼吸困難感による日常生活活動や情緒面、社会面やスピリチュアリティへの影響に関する訴えも聞かれないため、反対ケースである。

5. 先行要件と帰結

がん患者の呼吸困難感を引き起こす誘因となる状態である先行要件として、〔食事〕〔入浴〕〔移動・動作〕〔コミュニケーション〕〔家事〕〔嗜好品摂取〕をサブカテゴリーとする【日常生活活動の遂行】、〔がんの治療パターン〕〔がんによる直接的影響〕〔がんによる間接的影響〕をサブカテゴリーとする【がんという疾患・治療ゆえの特性】、〔生理的な変化〕〔身体症状の出現〕をサブカテゴリーとする【身体における生理的・機能的な変化】、〔感情の変動〕〔感情の湧起〕をサブカテゴリーとする【心理における内的な変化】、〔天候〕〔文化〕〔支援環境〕をサブカテゴリーとする一【社会・環境的な状況の変化】が示された(表2)。

また、がん患者に呼吸困難感が起こった結果としてもたらされる変化である帰結として、〔生活の質の低下〕〔生命の質の低下〕〔生活活動能力の低下〕〔社会生活の質の低下〕をサブカテゴリーとする【人間らしさを保つことへの脅威】、〔対処行動の実践または獲得〕〔感情的な戦略の実践または獲得〕をサブカテゴリーとする【対処戦略の実践または獲得】、〔生きる意欲の低下〕〔発展的な未来像の描出困難〕〔自己に対する存在価値の低下〕をサブカテゴリーとする【負の情緒状態の増強】が示された(表3)。

6. 概念の経験的指示対象の検討

Bausewein, Farquhar, Booth, Gysels, & Higginson (2007)は、評価尺度を①量的評価尺度、②質的評価尺度、③症状に伴う機能評価尺度、に分類することを提唱している。がんだけでなく、がん以外の呼吸器疾患を有する患者を含んだ被験者を対象として開発されたものも含むが、日本人がん患者の呼吸困難感を評価するのに活用が可能であると考えられる尺度を以下に示す。

(1) 呼吸困難感の量的評価

呼吸困難感を一元的にとらえて対象者の主観でどのくらい苦しいのかという息苦しさの程度や強度を量的に評価するのが量的評価である。量的評価が可能な尺度として、数値評価スケール(numeric rating scale: NRS)、視覚アナログスケール(visual analog scale: VAS)、修正ボルグスケール(modified Borg Scale: mBS)がある(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会, 2011)。これらの尺度は簡便であり、同一対象内における呼吸困難の相対的な経時推移を測定するのに適している。また、呼吸困難の重症度を判定するための尺度には、ヒュー・ジョーンズの呼吸困難重症度分類(Hugh-Jones Dyspnea Criteria)(恒藤, 2013)、MRCスケール(British Medical Research Council Scale)(Fletcher, Elmes, Fairbairn, & Wood, 1959)がある。さらに、患者自身による自己評価が困難な場合に医療者による代理評価として活用可能なSTAS-J(Support Team

表2 がん患者の呼吸困難感の先行要件

カテゴリー	サブカテゴリー
日常生活活動の遂行	食事 ^{1) 3) 32) 34)}
	入浴 ^{1) 34)}
	更衣 ^{1) 3) 15) 32) 34)}
	移動・動作 ^{1) 3) 6) 15) 23) 32) 34)}
	コミュニケーション ^{1) 3) 15) 32) 34)}
	家事 ^{1) 15)}
	嗜好品摂取 ^{1) 2) 34)}
がんという疾患・治療ゆえの特性	がんの治療パターン ^{9) 19) 26) 29) 32)}
	がんによる直接的影響 ^{2) 17) 18) 19) 26) 29) 32) 34)}
	がんによる間接的影響 ^{2) 18) 19) 26) 29) 32) 34)}
身体における生理的・機能的な変化	生理的な変化 ^{7) 9) 11) 15)}
	身体症状の出現 ^{2) 4) 15) 22) 34)}
心理における内的な変化	感情の変動 ^{1) 2) 15) 25) 32) 34)}
	感情の湧起 ^{1) 2) 4) 6) 9) 11) 17) 18) 25) 32) 34)}
社会・環境的な状況の変化	天候 ^{1) 2) 15) 34)}
	文化 ^{25) 34)}
	支援環境 ^{2) 34)}

[注] サブカテゴリー欄の肩付き番号は、稿末の「概念分析対象文献」の番号に対応。

表3 がん患者の呼吸困難感の帰結

カテゴリー	サブカテゴリー
人間らしさを保つことへの脅威	生活の質の低下 ^{1) 3) 5) 12) 14) 18) 22) 25) 29) 33) 34)}
	生命の質の低下 ^{1) 3) 8) 24) 28)}
	生活活動能力の低下 ^{6) 10) 15) 30) 34)}
	社会生活の質の低下 ^{22) 24)}
対処戦略の実践または獲得	対処行動の実践または獲得 ^{2) 3) 15) 24) 32)}
	感情的な戦略の実践または獲得 ^{1) 2) 24)}
負の情緒状態の増強	生きる意欲の低下 ^{1) 15) 21)}
	発展的な未来像の描出困難 ^{1) 24)}
	自己に対する存在価値の低下 ^{15) 24)}

[注] サブカテゴリー欄の肩付き番号は、稿末の「概念分析対象文献」の番号に対応。

Assessment Schedule 日本語版) (Miyashita, et al., 2004) がある。「症状が患者に及ぼす影響」は呼吸困難を含む20の症状にあてはめて評価することが可能であり、歩行・仕事・睡眠・気分や気持ち・生活を楽しむこと・対人関係への影響など、症状による日常生活への影響度を評価することが可能である。

(2) 呼吸困難感の質的評価

がん患者の多面的な呼吸困難について、どのように苦しいのかという息苦しさの種類や特徴を評価するのが質的評価である。唯一、がん患者を対象に開発され国内において信頼性・妥当性が検証されている質的評価尺度として、Cancer Dyspnea Scale (CDS) (Tanaka, et al., 2000; Okuyama, et al., 2001) がある。呼吸努力感・呼吸不快感・呼吸不安感の3次元下位尺度で構成された12項目の自己記入式質問票である。

(3) 呼吸困難に伴う機能評価

一部に日常生活への影響度の評価項目を含んでおり、QOLへのインパクト評価として活用可能な評価尺度として、MDASI-J (Japanese version of the M.D. Anderson Symptom Inventory) (Okuyama, et al., 2003) がある。これは、疼痛・倦怠感・嘔気・睡眠障害・ストレス・息切れ・物忘れ・食欲不振・眠気・口渇・悲しい気持ち・嘔吐・しびれの13の症状について症状の程度を量的に問う13項目を含むが、日常生活の全般的活動、気持ち・情緒、仕事(家事を含む)、対人関係、歩行、生活を楽しむことといった日常生活場面を通じて、症状による生活への支障の程度を問う6項目も含んだ計19項目で構成される自己記入式質問票である。がん患者用の症状評価尺度として信頼性・妥当性が確認されたMDASI (M.D. Anderson Symptom Inventory) (Cleeland, et al., 2000) をもとに日本語版化されたもので、呼吸困難

感を症状として自覚している日本人のがん患者において活用可能である。

また、世界的に頻用されるがん領域のQOL質問票として、European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ) (Aronson, et al., 1993) がある。30項目から構成される患者自己記入式QOL調査票であり、5つの機能スケール（身体面、役割面、認知面、心理面、社会面）と数個の症状スケール（疲労、疼痛、悪心・嘔吐、息切れなど）、さらに1つの健康一般・総合QOLスケールからなる。日本語にも翻訳され、進行肺癌患者において信頼性と妥当性が良好であることが確認されている (Kobayashi, et al., 1998) が、項目数が比較的多いため、患者の負担を十分考慮したうえで活用する必要がある。

IV. 考 察

1. がん患者の呼吸困難感の概念上の特徴と類似概念との比較

呼吸困難感の概念は、呼吸困難症状そのものの苦痛の認知や主観的評価だけでなく、症状に対する多側面に及ぶ反応も包含する症状体験である。また、その発生においても多側面に及ぶ多因子が相互に影響しあって引き起こされる。とくに、がん患者の呼吸困難感については、複数の文献で発生の複雑性や多因子性、多側面に影響が及ぶことが示されていた (Abernethy & Wheeler, 2008; Cachia & Ahmedzai, 2008; Carrieri-Kohlman, et al., 2003)。がん患者の心理的苦痛を特徴づけるものに不安や抑うつがあり (Kugaya, Akechi, Okuyama, Okamura, & Uchitomi, 1998)、とくに不安は、がん患者の呼吸困難に有意に関連することが述べられている。Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki, & Uchitomi (2002) は、がん患者の呼吸困難感には、負の影響因子として心理的状态が関与しており、なかでも不安は有意に関連することを指摘している。がん患者の不安は、がんがもつ疾患イメージやがん治療に対するイメージ、病状悪化や治療に伴う状況要因に関連するものが大きいと考えられる。がん患者の呼吸困難感とは、器質的・機能的な障害のみによって引き起こされるだけでなく、これらのがん患者に特徴的な心理的要因を含む多因子が相互に作用しあって症状が生じるところに、非がん患者とは異なるがん患者の呼吸困難感の特殊性があると考えられる。また、呼吸困難は生命維持に直結する呼吸機能の障害であることから、生命に対する危機感を抱きやすい。これに加え、がん患者の場合には、病状によっては常に死と隣り合わせであることから、呼吸困難が出現したことでがんが進行してしまったのではないかと不安や懸念を増大させる (橋

本・神田, 2011) といった心理に陥り、非がん患者に比べて生命に対する危機感をさらに大きなものとしてとらえている可能性が考えられ、これもがん患者の呼吸困難感の特徴である。

2. がん患者の呼吸困難感の構成概念と既存の概念モデルとの関連

(1) 属性について

がん患者の呼吸困難感の属性は、9つのカテゴリから構成された。このうち、【日常生活活動に負の影響がある】【身体的側面に負の影響がある】【心理的側面に負の影響がある】【社会的側面に負の影響がある】【スピリチュアリティに負の影響がある】の5つのカテゴリで示される要素は、呼吸困難により生じるインパクトとしてとらえられる。そしてこれらのインパクトは、症状マネジメントモデル (A Model for Symptom Management: MSM) (Dodd, et al., 2001) で説明される症状マネジメントを構成する3つの次元「症状体験」「症状への対処 (方略)」「結果」のうちの「症状体験」のなかに位置づくものとしてとらえられる。さらに、MSMでは症状体験という概念を構成する要素として、「症状の認知」「症状の評価」「症状への反応」の3つを提示している。症状体験は、症状をどのように認知するかという部分だけでなく、患者自身が症状を評価する部分も含んでいる。また、症状体験の概念のなかには、症状に対する患者の反応も含まれており、症状があるために身体・生活・心に反応性に起こる変化、つまり、症状のために起こる身体や生理的な変化を意味する身体的反応や症状による感情的な変化、それによる社会生活への影響を意味する心理的反応・社会的反応、生活上の変化を意味する行動的反応が含まれる。本研究において、がん患者の呼吸困難感の属性として示される5つのカテゴリは、症状への反応として示される身体的反応・心理的反応・社会的反応・行動的反応であると解釈することができる。さらに本研究では、これらにスピリチュアリティの側面の反応を付け加えている点は、発展的な独自の見解を示す相違点である。そして、症状への反応は患者が認識している場合とそうでない場合があるとのMSMによる見解については、がん患者の呼吸困難についても同様の解釈ができる。

また、MSMの症状体験では、この他に症状の認知や症状の評価を構成要素としてあげている。【主観的な呼吸の不快感である】【測定不可能である】【制御不可能である】は、患者自身が症状をどう感じるかという知覚機能によって感知された症状の認知と、症状の強さ、頻度、場所など症状の性質を示す症状の評価に含まれるものと解釈することができる。したがって、がん患者の呼吸困難感というのは、呼吸困難の症状に対するがん患者の症状体験そのもの

としてとらえることができる概念であると考えられる。

(2) 先行要件と帰結について

既存の概念モデルであるMSMでは、「人間」「健康／病気」「環境」に関する変数が症状体験、症状への対処、結果のいずれの次元にも影響を与えている（Dodd, et al., 2001）。本研究では、概念の先行要件として【がんという疾患・治療ゆえの特性】【身体における生理的・機能的な変化】【心理における内的な変化】【社会・環境的な変化】が示され、MSMにおいて変数として扱われるものとはほぼ一致していた。

また、本研究では、【QOLの低下】【呼吸困難感への対処】【負の情緒状態の増強】が帰結として示された。これらはMSMにおいて、症状体験と相互関係性にある症状に対する対処がどのように行われているかという「症状への対処」と、症状へ対処した結果、症状とその周辺の状況がどのように変化しているか、結果として何が起きているかという「結果」と一致する内容を示していた。

3. 本概念の活用可能性

日本緩和医療学会によるがん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン（川井，2011）のなかで、「呼吸困難」と「呼吸困難感」の区別について詳細に検討することを今後の課題としてあげている。がん患者の呼吸困難感とは、単に身体的な呼吸機能の障害としてとらえるのではなく、多側面の要因が相互に作用しあって生じるという点と、呼吸の苦痛がその人の内面や生活、さらには人生にどのような影響を与えるかという多側面に及ぶインパクトがあるという点を考慮に入れた症状体験を大きく包括する概念である。呼吸の苦痛そのものが患者にとって苦しみであることは明白だが、さらに息切れや息苦しさの感覚が生じるために多側面に大きな影響が及ぶということもまた患者にとっては苦しみである。したがって、がん患者の呼吸困難感に対する看護を考えるうえでは、呼吸困難感がインパクトを包括する概念であることを共通認識するとともに、インパ

クトも視野に入れた支援の必要性を可視化するということが大変重要である。がん患者の呼吸困難感の概念分析を通じて明確化した普遍的構成要素を構造化することにより、呼吸困難感による潜在的な苦痛を可視化できるアセスメントツールと具体的な支援プログラムの開発が今後期待される。

V. 結 論

がん患者の呼吸困難感とは、「多因子間の相互作用により発生する呼吸に関連した不快あるいは苦痛のこと。また、それに伴う制御不能な認知および主観的評価と、身体・心理・社会・スピリチュアリティの側面にみられる反応を含むがん患者の症状体験のこと」と定義された。この定義より、がん患者の呼吸困難感とは、がん患者の認知および主観的評価、さらにはそれに対する多側面に及ぶ反応を包含し、呼吸困難症状をどのように体験するかを示す症状体験であると考えられた。また、がん患者の呼吸困難感を構成する要素として、①日常生活活動への負の影響、②身体的側面への負の影響、③心理的側面への負の影響、④社会的側面への負の影響、⑤スピリチュアリティへの負の影響、というインパクトが含まれることが明らかとなった。

謝 辞

本研究を進めるにあたりご指導くださった諸先生方、研究室員の方々に深く感謝申し上げます。なお、本研究は平成24～29年度科学研究費補助金（若手研究（B）課題番号24792446）の助成を受けて行った研究の一部である。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

本研究の目的は、がん患者の呼吸困難感の概念特性を明らかにすることである。CINAHLと医中誌を用いた検索とハンドサーチにより選定した35文献を分析対象とし、Walker & Avantの概念分析の手法によって対象文献から概念の属性、先行要件、帰結を抽出した。分析の結果、【多因子間の相互作用により発生する感覚】【日常生活活動に負の影響がある】【スピリチュアリティに負の影響がある】等の9つの属性、【がんという疾患・治療ゆえの特性】【身体における生理的・機能的な変化】等の5つの先行要件、【人間らしさを保つことへの脅威】【負の情緒状態の増強】等の3つの帰結が抽出された。本概念は「多因子間の相互作用により発生する呼吸に関連した不快あるいは苦痛のこと、また、それに伴う制御不能な認知および主観的評価と、身体・心理・社会・スピリチュアリティの側面にみられる反応を含むがん患者の症状体験のこと」と定義された。

Abstract

The purpose of this research is to clarify conceptual characteristics of a feeling of dyspnea among cancer patients. Thirty five articles were identified using the medical article search engines CINAHL and Ichushi (Japan Medical Abstracts Society). Then, attributes, antecedents, and consequences of concepts were extracted by the techniques of L. O. Walker's and K. C. Avant's concept analysis. The analysis extracted 9 attributes such as "a feeling arising from multifactorial interactions", "out-of-control feeling", "negative influence on activities of daily living", and "negative influence on spirituality", 5 antecedents such as "characteristics of disease and treatment of cancer", and "physiological and functional changes of body", and 3 consequences such as "threat to keeping the humanity", and "the strengthening of negative mood". Through these analyses, a feeling of dyspnea among cancer patients was redefined as "uncontrollable perception and subjective evaluation showing discomfort and pains on respiration arising from multifactorial interactions, and the experience of symptoms among cancer patients including their physical, psychological, social and spiritual responses to them".

文 献

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C 30: A quality-of-life instrument of use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-376.
- Abernethy, A.P. and Wheeler, J.L. (2008). Total dyspnea. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2(2), 110-113.
- Ahmedzai, S. (1998). Palliation of respiratory symptom. In: Doyle, D., Hanks, G.W.C., MacDonald, N., eds., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 583-616, Oxford: Oxford University Press.
- American Thoracic Society (1999). Dyspnea. Mechanism, assessment, and management: A consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med*, 159(1), 321-340.
- Bausewein, C., Farquhar, M., Booth, S., Gysels, M., and Higginson, I.J. (2007). Measurement of breathlessness in advanced disease: A systematic review. *Respir Med*, 101(3), 399-410.
- Bausewein, C., Booth, S., and Higginson, I.J. (2008). Measurement of dyspnea in the clinical rather than the research setting. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2(2), 95-99.
- Cachia, E. and Ahmedzai, S.H. (2008). Breathlessness in cancer patients. *Eur J Cancer*, 44(8), 1116-1123.
- Carrieri-Kohlman, V., Lindsey, A.M., and West, C.M. (eds.) (2003). *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness*. 3rd ed., Philadelphia: Saunders.
- Chan, K.S., Tse, D.M.W., Sham, M.M.K., and Thorsen, A.B. (2010). Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: Hanks, G., Cherny, N.I., Christakis, N.A., et al. eds., *Oxford textbook of palliative medicine*. 4th ed., 1107-1144, New York: Oxford University Press.
- Claessens, M.T., Lynn, J., Zhong, Z., Desbiens, N.A., Phillips, R.S., Wu, A.W., Harrell, F.E. Jr., and Connors, A.F. Jr. (2000). Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: Insights from SUPPORT. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *J Am Geriatr Soc*, 48(5 Suppl), S146-153.
- Cleeland, C.S., Mendoza, T.R., Wang, X.S., Chou, C., Harle, M.T., Morrissey, M., and Engstrom, M.C. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients: The M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*, 89(7), 1634-1646.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33(5), 668-676.
- Edmonds, P., Higginson, I., Altmann, D., Sen-Gupta, G., and McDonnell, M. (2000). Is the presence of dyspnea a risk factor for morbidity in cancer patients? *J Pain Symptom Manage*, 19(1), 15-22.
- Fletcher, C.M., Elmes, P.C., Fairbairn, A.S., and Wood, C.H. (1959). The significance of respiratory symptoms and diagnosis of chronic bronchitis in a working population. *Br Med J*, 2(5147), 257-266.
- 橋本晴美, 神田清子 (2011). 呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験. 日本看護研究学会雑誌, 34(1), 73-83.
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., and Danielson, E. (2008). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *Eur J Oncol Nurs*, 12(2), 86-96.
- 伊藤正男, 井村裕夫, 高久史磨 (編) (2009). 医学大事典 (第2版). 959, 東京: 医学書院.
- Kamal, A.H., Maguire, J.M., Wheeler, J.L., Currow, D.C., and Abernethy, A.P. (2011). Dyspnea review for the palliative care professional: Assessment, burdens, and etiologies. *J Palliat Med*, 14(10), 1167-1172.
- Kobayashi, K., Takeda, F., Teramukai, S., Gotoh, I., Sakai, H., Yoneda, S., ... Yoshida, K. (1998). A cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C 30 (EORTC QLQ-C 30) for Japanese with lung cancer. *Eur J Cancer*, 34(6), 810-815.
- 小松浩子 (2014). 成人看護学 [1]: 成人看護学総論 (第14版). 244-246, 東京: 医学書院.
- Krishnasamy, M., Corner, J., Bredin, M., Plant, H., and Bailey, C. (2001). Cancer nursing practice development: Understanding breathlessness. *J Clin Nurs*, 10(1), 103-108.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okamura, H., and Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*, 28(5), 333-338.
- Miyashita, M., Matoba, K., Sasahara, T., Kizawa, Y., Maruguchi, M., Abe, M., ... Shima, Y. (2004). Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliat Support Care*, 2(4), 379-384.
- Mohan, A., Singh, P., Singh, S., Goyal, A., Pathak, A., Mohan, C., and Guleria, R. (2007). Quality of life in lung cancer patients: Impact of baseline clinical profile and respiratory status. *Eur J Cancer Care*, 16(3), 268-276.
- 中谷啓子, 島田涼子, 大東俊一 (2013). スピリチュアリティの概念の構造に関する研究—「スピリチュアリティの覚醒」の概念分析—. 心身健康科学, 9(1), 37-47.
- 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会 (2011). がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2011年版. 東京: 金原出版.
- 西野 卓 (2000a). 発生機序に基づいた呼吸困難感の治療. 呼吸,

- 19(5), 471-477.
- 西野 卓 (2000b). 呼吸中枢と呼吸感覚. 日本臨床麻酔学会誌, 20(1), 12-20.
- O'Driscoll, M., Corner, J., and Bailey, C. (1999). The experience of breathlessness in lung cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 8(1), 37-43.
- Okuyama, T., Tanaka, K., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., ... Uchitomi, Y. (2001). Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: Prevalence, correlated factors, and screening. *J Pain Symptom Manage*, 22(1), 554-564.
- Okuyama, T., Wang, X.S., Akechi, T., Mendoza, T.R., Hosaka, T., Cleeland, C.S., and Uchitomi, Y. (2003). Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: A validation study. *J Pain Symptom Manage*, 26(6), 1093-1104.
- Schwartzstein, R.M., Manning, H.L., Weiss, J.W., and Weinberger, S.E. (1990). Dyspnea: A sensory experience. *Lung*, 168(4), 185-199.
- 新村 出 (編) (1998). 広辞苑 (第五版). 933, 東京: 岩波書店.
- Smith, E.L., Hann, D.M., Ahles, T.A., Furstenberg, C.T., Mitchell, T.A., Meyer, L., ... Hammond, S. (2001). Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 21(4), 323-329.
- 田中桂子 (2009). 癌患者の呼吸困難のマネジメント. 肺癌, 49(4), 358-361.
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., and Uchitomi, Y. (2000). Development and validation of the Cancer Dyspnea Scale: A multidimensional, brief, self-rating scale. *Br J Cancer*, 82(4), 800-805.
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., and Uchitomi, Y. (2002). Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 23(6), 484-489.
- 恒藤 暁 (2013). 系統緩和医療学講座: 身体症状のマネジメント. 153-168, 大阪: 最新医学社.
- 和田 攻, 南 裕子, 小峰光博 (編) (2010). 看護大辞典 (第2版). 1081, 東京: 医学書院.
- Walker, L.O. and Avant, K.C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing*. 3rd ed., New Jersey: Appleton & Lange.
- Walker, L.O. and Avant, K.C. (2005/2008). 中木高夫・川崎修一 (訳), 看護における理論構築の方法. 東京: 医学書院.
- 6) Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., and Danielson, E. (2008). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *Eur J Oncol Nurs*, 12(2), 86-96.
- 7) Heyse-Moor, L., Beynon, T., and Ross, V. (2000). Dose spirometry predict dyspnea in advanced cancer? *Palliat Med*, 14(3), 189-195.
- 8) van der Molen, B. (1995). Dyspnoea: A study of measurement instruments for the assessment of dyspnoea and their application for patients with advanced cancer. *J Adv Nurs*, 22(5), 948-956.
- 9) Chan, C.W., Richardson, A., and Richardson, J. (2005). A study to assess the existence of the symptom cluster of breathlessness, fatigue and anxiety in patients with advanced lung cancer. *Eur J Oncol Nurs*, 9(4), 325-333.
- 10) Bredin, M., Corner, J., Krishnasamy, M., Plant, H., Bailey, C., and A'Hern, R. (1999). Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *BMJ*, 318(7188), 901-904.
- 11) Edmonds, P., Higginson, I., Altmann, D., Sen-Gupta, G., and McDonnell, M. (2000). Is the presence of dyspnea a risk factor for morbidity in cancer patients? *J Pain Symptom Manage*, 19(1), 15-22.
- 12) Corner, J., Plant, H., A'Hern, R., and Bailey, C. (1996). Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer. *Palliat Med*, 10(4), 299-305.
- 13) Krishnasamy, M., Corner, J., Bredin, M., Plant, H., and Bailey, C. (2001). Cancer nursing practice development: Understanding breathlessness. *J Clin Nurs*, 10(1), 103-108.
- 14) Gupta, D., Lis, C.G., and Grutsch, J.F. (2007). The relationship between dyspnea and patient satisfaction with quality of life in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 15(5), 533-538.
- 15) Lai, Y.L., Chan, C.W., and Lopez, V. (2007). Perceptions of dyspnea and helpful interventions during the advanced stage of lung cancer: Chinese patients' perspectives. *Cancer Nurs*, 30(2), E1-8.
- 16) Cuervo Pinna, M.A., Mota Vargas, R., Redondo Moralo, M.J., Sánchez Correias, M.A., and Pera Blanco, G. (2009). Dyspnea—A bad prognosis symptom at the end of life. *Am J Hosp Palliat Med*, 26(2), 89-97.
- 17) Corner, J., Plant, H., and Warner, L. (1995). Developing a nursing approach to managing dyspnoea in lung cancer. *Int J Palliat Nurs*, 1(1), 5-11.
- 18) Chiu, T.Y., Hu, W.Y., Lue, B.H., Yao, C.A., Chen, C.Y., and Wakai, S. (2004). Dyspnea and its correlates in taiwanese patients with terminal cancer. *J Pain Symptom Manage*, 28(2), 123-132.
- 19) Gaguski, M.E., Brandsema, M., Gernalin, L., and Martinez, E. (2010). Assessing dyspnea in patients with non-small cell lung cancer in the acute care setting. *Clin J Oncol Nurs*, 14(4), 509-513.
- 20) Hayes, A.W., Philip, J., and Spruyt, O.W. (2006). Patient reporting and doctor recognition of dyspnoea in a comprehensive cancer centre. *Intern Med J*, 36(6), 381-384.
- 21) Chochinov, H.M., Tataryn, D., Clinch, J.J., and Dudgeon, D. (1999). Will to live the terminally ill. *Lancet*, 354(9181), 816-819.
- 22) Smith, E.L., Hann, D.M., Ahles, T.A., Furstenberg, C.T., Mitchell, T.A., Meyer, L., ... Hammond, S. (2001). Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 21(4), 323-329.
- 23) 皆川智子, 川崎くみ子, 野戸結花, 天内由美, 山内久子, 木村紀美 (2004). 肺がん体験者の生活上の障害に関する研究. 弘前大学医学部保健学科紀要, 3, 1-7.
- 24) 橋本晴美, 神田清子 (2011). 呼吸困難を抱える治療期進行肺

概念分析対象文献

- 1) O'Driscoll, M., Corner, J., and Bailey, C. (1999). The experience of breathlessness in lung cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 8(1), 37-43.
- 2) Brown, M.L., Carrieri, V., Janson-Bjerkie, S., and Dodd, M.J. (1986). Lung cancer and dyspnea: The patient's perception. *Oncol Nurse Forum*, 13(5), 19-24.
- 3) Roberts, D.K., Thome, S.E., and Pearson, C. (1993). The experience of dyspnea in late-stage cancer. Patients' and nurses' perspectives. *Cancer Nurs*, 16(4), 310-320.
- 4) Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., and Uchitomi, Y. (2002). Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 23(6), 484-489.
- 5) Mohan, A., Singh, P., Singh, S., Goyal, A., Pathak, A., Mohan, C., and Guleria, R. (2007). Quality of life in lung cancer patients: impact of baseline clinical profile and respiratory status. *Eur J Cancer Care*, 16(3), 268-276.

- がん患者の体験. 日本看護研究学会雑誌, 34(1), 73-83.
- 25) Abernethy, A.P. and Wheeler, J.L. (2008). Total dyspnoea. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2(2), 110-113.
 - 26) Cachia, E. and Ahmedzai, S.H. (2008). Breathlessness in cancer patients. *Eur J Cancer*, 44(8), 1116-1123.
 - 27) Mancini, I. and Body, J.J. (1999). Assessment of dyspnea in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 7(4), 229-232.
 - 28) Bausewein, C., Booth, S., and Higginson, I.J. (2008). Measurement of dyspnea in the clinical rather than the research setting. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2(2), 95-99.
 - 29) Dudgeon, D.J. and Rosenthal, S. (1996). Management of dyspnea and cough in patients with cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*, 10(1), 157-171.
 - 30) American Thoracic Society (1999). Dyspnea. Mechanism, assessment, and management: A consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med*, 159(1), 321-340.
 - 31) Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., and Uchitomi, Y. (2000). Development and validation of the Cancer Dyspnoea Scale: A multidimensional, brief, self-rating scale. *Br J Cancer*, 82(4), 800-805.
 - 32) Dudgeon, D. (2006). Breathlessness in advanced cancer. In: Booth, S., and Dudgeon, D. (eds.), *Dyspnea in Advanced Disease: a Guide to Clinical Management*. 75-94, Oxford: Oxford University Press.
 - 33) 西野 卓 (2009). 呼吸困難の生理. 日本臨床麻酔学会誌, 29(4), 341-350.
 - 34) Carrieri-Kohlman, V., Lindsey, A.M., and West, C.M. (eds.) (2003). *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness*. 3rd ed., Philadelphia: Saunders.
 - 35) Kamal, A.H., Maguire, J.M., Wheeler, J.L., Currow, D.C., and Abernethy, A.P. (2011). Dyspnea review for the palliative care professional: Assessment, burdens, and etiologies. *J Palliat Med*, 14(10), 1167-1172.

〔平成28年1月27日受 付〕
〔平成28年11月7日採用決定〕

1980年代からの看護における患者教育の変遷

— 患者の意思決定の尊重と学習援助型の患者教育の視座から —

Changes in Patient Education in Nursing Since the 1980s:
From the Viewpoints of Respect for Patient Decision-making
and an Assisted-learning Model of Patient Education

二井矢 清 香
Kiyoka Niiya

キーワード：患者教育，歴史，文献研究

Key Words：patient education, history, literature study

緒 言

本研究の目的は、1980年代から現在までの患者教育に注目しながら、患者主体の患者教育がどのように生み出されてきたのかを、歴史学的な視点から明らかにすることである。

なぜ1980年代から現在までを分析するのかというと、1980年代からの医療は、医療費高騰問題への対応として、治療中心の医療よりも、健康教育や患者教育など予防や指導を重視することで、自らの健康は自らが守る習慣を育てる医療が推進されてきたからである（吉村，1983，p.14）。すなわち、患者主体という教育理念が患者教育のなかに明確に位置づくようになるという点で、一つの転換点にあたると考える。また1980～90年代は、患者の権利を尊重した医療へと変化した時代である。紙屋は、看護の対象は、健康に生きる権利を有する人々、つまり権利の主体者であり、人々の健康の回復、維持、増進という権利の現実に関与してこそ看護は専門職といえると述べている（1992，p.547）。そうした時代に呼応するように、看護は、健康の保持増進から疾病の予防、リハビリテーションにいたるまで包括的かつ継続的に医療サービスを提供するよう、看護の役割が拡大されてきた（看護体制検討会，1984，pp.172-183）。看護教育の内容と方法に関する検討会は、看護職者に求められる実践能力のなかに、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる能力として患者教育を示している（2011，pp.1-23）。このように看護における患者教育は、単なる役割範疇にとどまらず、看護職者の能力として新たに方向づけることで専門性を高めてきた側面がある。

しかし、患者教育は専門性が高い重要な業務として認識されている一方で、その実施は十分ではないことがこれま

での研究でも明らかにされてきた（野並・山川・飯岡・豊田・伊波，2001；小倉ら，2009）。だからこそ、患者教育はいかにして発展したのか。そのとき、どのような背景があったのか。こうした患者教育の歴史を知ることで、看護職者は自らが実施している患者教育がどのような意味をもつのかを自覚でき、現在の患者教育に対する実践の視野を広げることができると思う。

患者教育を歴史学的に把握した研究としては、森山が、患者教育を長い時間軸において把握しており、患者教育の変遷を理解するうえでの前身となっている（2011，pp.30-43）。また二井矢は、戦後から1980年代までの患者教育は、患者主体という教育理念に基づいた実践を目指しながらその有効性を証明してきた歴史をもつことを明らかにしている（2014，pp.75-82）。1980年代からは、対象者を限定した一定期間の研究動向を報告した論文は認められるが（野村・鈴木，2000，pp.39-46；山口，2008，pp.1-8），どのような社会的背景のなかで患者教育が発展してきたのかを明らかにした研究は少ない。

したがって、本研究では1980年代から現在までの患者教育の変遷を、①患者の意思決定の尊重、②学習援助型の患者教育、に注目しながら明らかにする。2つの視点を通して分析することは、患者主体の患者教育がどのように生み出されてきたのかという問いに対する回答であり、同時に、看護における患者教育は専門性を高めてきたのかという回答を意味することにもつながる。

I. 研究方法

1. 用語の定義

日本の看護に定着してきた患者教育の概念としては、川

田が「患者教育とは、患者が病気の治療と社会復帰のために必要な知識を獲得し、治療と社会復帰にかかわる意思決定のための能力を身につけることができるように、さらに、患者が自ら治療と社会復帰に積極的に取り組む態度と実行力を身につけることができるように援助すること」と述べている(1984, p.25)。小島は『患者教育のための実践的アプローチ』のなかで「患者教育は、最適な健康の維持・増進という目標をもった、行動の変化をもたらす個人のニーズに基づいた、系統的、計画的な学習経験である」と翻訳している(Bille, 1981/1986, p.22)。この翻訳は、看護テキストにも長く掲載されてきたことから、看護における患者教育を認識するうえでの基本的な考え方として広く周知されている(小島, 1993, p.105)。その後、日本看護科学学会看護学術用語検討委員会は「患者教育は、自分で疾病管理や生活調整をするための知識・技術・態度の習得を助けること」とし、服薬指導、疼痛コントロール指導、退院指導、食事指導、ストーマ管理指導、性生活指導・相談を包含する、と定義している(2005, p.209)。

本研究では、日本の看護における患者教育の歴史的な積み重ねを重視しているため、歴史的に定着してきたこれらの知見を基礎とし、何らかの病気をもった患者が主体的に意思決定し行動するための看護職者による教育的なかわり(=援助)として定義する。

2. 分析方法

本研究は、Ranke (Leopold von Ranke: 1795-1886) の歴史学研究の手法を踏襲した文献研究である。Rankeは、創作や空想を排し、真摯に史資料を吟味すれば、過去の事実が浮かび上がり、それを積み重ねれば科学的に客観的な歴史を叙述することができるという方法論を提唱した(Ranke, 1890/1966, p.84)。本研究において歴史学研究の手法を踏襲して分析するということは、看護や医療に関する資料のみで患者教育の変遷を論究するのではなく、政府の公文書等をあわせて資料そのものが語る事実を積み重ねて考察することであり、これによって、研究者の主観や先入観を取り除いた正確な事実を論証できる。

なお、歴史学研究においては資料を「史料」と称される(酒井・石塚, 2006, p.18)。史料の種類には、遺物や記念物、日記や覚書、会議録、新聞などがある。「資料」とは、史料をもとに書かれた論文や文献などをいう。資料の分類は学問分野によって異なる。歴史学では歴史資料やテキストを一次資料といい、一次資料の検討・校訂によって執筆された論文を二次資料という(日本図書館協会用語委員会, 2013, p.5)。したがって、本研究では、史料を含めた文書を通して患者教育の変遷を論究していることから「資料」として表記する。また、資料の相対的な区分として

「一次資料」と「二次資料」に分類し表記する。

具体的な方法は、資料の収集と分類、読解と分析を中心とした文献研究である。一次資料は、患者教育が社会変化のなかで発展してきた事実を確認するために、信頼性と現実性を伝える資料として各省庁の検討会の公文書や厚生行政年次報告書などを選定した。国立公文書館デジタルアーカイブと国会会議録検索システム、厚生労働省の検索システムを活用し、それぞれ「健康政策」「医療政策」のキーワードで検索した。選定条件として1980年から2012年までの行政文書で絞り込み、患者教育の歴史や内容に影響を与えた一次資料102件を収集した。本文中に活用した一次資料は、巻末に表1として概要をまとめることで信頼性を確保した。二次資料は、看護職者の認識や具体的な実践を知ることができる患者教育や健康教育の関連単行書、医療・看護関係雑誌、看護系学会誌などを選定した。収集方法としては、「CiNii」(Citation Information by National Institute of Informatics)の検索システムを活用し「患者教育」「患者指導」「セルフケア」のキーワードによって抽出した文献の中から、小児に焦点をおいたタイトルを除いた資料92件を選定した。「医中誌Web」においても同様のキーワードを活用し、選定条件として1980年から2012年までの会議録を除いた「原著論文」「抄録付帯」の論文を449件抽出した。また、戦後から出版されてきた『看護学雑誌』『医療』『病院』『看護』『看護技術』『看護教育』『総合看護』『看護研究』『臨牀看護』『看護展望』の商業誌を総覧し、患者教育に関する論文を124件収集した。これらの資料を総合して1980年から2012年までの患者教育に関する二次資料665件を分析対象とした。

次に、読解と分析について説明する。読解は「患者教育」という思考上の視点を設定し、二次資料に示されている患者教育が何を表現しているのかをまとめた。その際、患者教育が、患者主体の実践をしていくためにどのような医療制度や経済、文化とかかわっているのかを意識しながら一次資料と照らし合わせ、患者教育が発展していく関係を解釈した。分析は、先行研究を踏まえて後述する2つの分析の視点を設定し、1980年代、1990年代、2000年代ごとに変遷をまとめた。分析にあたり、史実の考証に関しては可能な限り複数の資料によって照合し、その資料と史実の信頼性を検討した。資料を正確に読解・分析するために、歴史学の研究手法に精通した研究者と、政治経済学を専門とする研究者の教示を受けながら、論証に対する資料の信頼性や解釈の論理性、裏づけの妥当性を吟味し分析した。

3. 分析の視点

患者教育は、療養上の世話と診療の補助の両方にかかわる看護職者の専門的な援助として認識されている。1980年

代から個人の自立と医療の効率化を目指した医療政策が導入されると（臨時行政調査会，1981，pp.1-21），医療費適正化対策の一つとして健康づくりが示された（厚生省，1983，pp.66-70）。また，国民の生活習慣改善の努力を期待して生活習慣病という新しい概念が導入されたことによって（公衆衛生審議会，1996），行動科学的な技術開発やevidence based health policyの観点から健康教育が推進された（柳澤，2004，pp.84-85）。健康教育の推進は，患者教育の方法論開発のための基本的枠組みの土台となり，患者教育研究会を中心とする研究者や実践者たちは，看護師（教育する側）の実践を説明する「看護の教育的関わりモデル」を開発し続け，相当な努力が費やされてきた（河口ら，1997，pp.410-411；河口，2010，pp.116-122）。こうした方法論の積み重ねは，患者の意思決定の尊重と学習援助型の患者教育を特徴づけることにつながっている。

本研究では1980年代からの社会的な背景や先行研究の動向をもとに，患者教育の変遷を①患者の意思決定の尊重，②学習援助型の患者教育，に注目して分析する。分析するにあたってその根拠を述べる。①患者の意思決定の尊重については，1980～90年代の日本は，医療事故や薬害エイズ事件の影響から，医療のあり方が厳しく問われた時代であった。森川は，1990年代に始まった根拠に基づく医療（evidence-based medicine: EBM）は，医学モデルの医療から，医療者側と患者側の共同的・自己決定モデルへと変化させたことを明らかにしている（2004，p.508）。また，生活習慣病は自己管理が重要であることから，患者の意思決定を尊重した患者教育がなされてきた。川田は，患者教育で最も重要なのが「意思決定」であると述べている。ここでいう意思決定とは，身体の異常に気がついたとき，医師の診断が必要か，自分でケアできるかの決定，病気の治療と社会生活を両立するためにいままでの生活の何を変える必要があるか，などの決定である（2006，pp.21-22）。患者の意思決定は，今日の医療においても普遍的原理とされており，患者主体の患者教育を実践するうえで最も重視されている。②学習援助型の患者教育については，吉田が，健康教育は，疾病構造や時代の変化とともに専門家による上から下への「指導型」の教育から，当事者の自己決定，自己管理重視の「学習援助型」の教育へとパラダイムシフトしてきたことを述べている（1995，pp.931-936）。看護における患者教育も，指導型のみならず，患者のセルフケアの確立に向けた援助として学習援助型が注目されてきた（正木，1994，pp.512-515）。また，市民権運動，女性権運動，消費者運動による権利の訴えは，医療においても患者に保障されるべき権利として健康教育を受ける権利や知る権利，自己決定権の表明につながった。これらの権利の表明によって患者教育の方法論も見直され，患者が意思決定

し健康問題に対して行動変容できる学習援助型の患者教育へと転換してきた。西田も，こうした社会運動は健康管理を自ら積極的に行おうとする意識と行動を強めることになったと述べている（1997，p.460）ように，学習援助型の患者教育は，看護における教育的機能の重要性を明らかにした点で意義がある。

したがって，2つの視点はお互いに影響を与えあいながら患者教育を発展させてきた一面があり，これらの視点から患者教育の変遷を分析することは妥当性があると判断した。

Ⅱ. 結 果

1. 患者の意思決定の尊重

a. 1980年代の特徴

日本では，従来から医療関係者との関係を上下関係でとられ，医師の指示に従っていれば間違いはない，といった風潮があった。患者の権利に関するWMAリスボン宣言では，現在の医療の基本となる理念（患者の意思決定の尊重）として患者の権利が示された（世界医師会，1981）。権利として保障されるべき患者の利益には，患者に情報を伝える医療関係者の責務が掲げられている。患者の権利宣言案でも情報を知る権利が示されており（石井・野口，1984），これらの宣言は，患者教育においても患者の意思決定に働きかけるために情報を提供するという意識を見出す「契機」となった。松下（1987，p.1952）は，看護職者は，患者自身が問題解決の意思決定をし，解決の道を見出していくために患者教育の重要性を述べている。玉淵（1989，p.60）も，患者が自分の考えをもち自分の責任において選択判断していく主体性を導くためには，必要な情報を提供し看護職者－患者が共同して健康問題に取り組む患者教育の実践を説明している。

患者教育のなかに意思決定への働きかけを示すことは，看護職者自身が患者教育の意義を確認するうえで非常に重要である。しかし，意思決定を尊重した患者教育とは，患者一人にすべてを任せ意思決定することを要求することではない。患者の意向が意思決定に反映されるために，患者の意見を聞いたり，最善の解決策を見出すための話し合いなど，患者の思いを実践につなげるような患者教育である。そのため患者教育は，患者－看護職者の対話的实践において表現されるようになった。

b. 1990年代の特徴

患者の意思決定を尊重するための法令として，1992年に第二次医療法改正が行われた。1997年の第三次医療法改正では「……医療の担い手は，医療を提供するに当たり，適切な説明を行い，医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と定められ（医療法第一条の四，2項），

情報提供を推進するための医療法改正が相次いで行われた（厚生省，1997）。

意思決定を尊重した援助として、患者教育ではどのような援助がなされてきたのか。看護論文の論評からみれば、それは2つの援助が認められてきたことがわかる。1つは、情報を「伝える」という援助である。山川は、患者教育は患者が必要とする情報提供の役割を果たしており、患者が活用できるようにしなければならないと述べている（1993，pp.29-36）。佐藤らは、手術前の患者教育は、オリエンテーション機能として進められてきた傾向があると述べている（1997，pp.39-48）。患者に情報を伝えることで、「患者が質問する」「自分の考えを表現する」「知っていることを表現する」という行動が認めやすくなり、そうした患者の自発的な行動を「主体性」として特徴づけてきた。確かに、患者に情報を「伝える」ことは、自分の健康問題を自覚することが可能となる。しかし、この場合の「主体性」は、知られる対象（知識や情報など）を知ったにしかすぎず、いわゆる「知る主体」といえる。患者教育において大切なのは、患者が自分の健康問題や状況を「知る主体」から、生きることや生活することを「思考する主体」になることである。「思考する主体」になるには、患者の思考に対してわかるように「教える」という2つめの援助が必要になってくる。

c. 2000年代の特徴

「教える」という2つめの援助の背景には、患者の意思決定を尊重するために情報提供の制度が整えられてきたことがあげられる。2003年の医療提供体制の改革ビジョンでは、患者の視点の尊重に重点をおき、情報提供の促進が新たな目的として掲げられた（厚生労働省，2003）。2004年の新たな看護のあり方に関する検討会でも、インフォームドコンセントを前提に看護職者の説明の必要性が提案された（厚生労働省，2004，p.26）。情報提供の促進は、第五次医療法改正においても医療広告の規制緩和によって示された（厚生労働省，2007）。

「教える」ことは、看護職者が一方的に知識や情報を教えることではない。看護職者が「教える」ことの目的は、患者に生きることや生活することに注目させるためにある。患者は、自分の疾患や生活に対する注意点、合併症を防ぐための行動など、学習しなければならないことが多い。患者がそれらを「わかる」ことが重要なのである。わかるためには、年齢、経験、価値観など、患者の特性や思考に配慮しながら教えていかなければならない。そのための方法として教材が用いられている。森・橋口・高見沢・山口は、肺癌患者の術前オリエンテーションプログラムについて教材を用いて説明した後、手術に対する気持ちについて患者と話し合う実践を行っており、患者に前向きな気

持ちが表れたことを報告している（2008，pp.25-32）。斉藤は、幻覚・妄想が認められる患者に患者参加型パンフレットを活用しており、患者の主体性を引き出したことを報告している（2008，pp.471-475）。教材を使うことで、情報量が多くても繰り返し学習することができ、言葉ではわかりにくい事柄が、動画や画像によって具体的に理解することができる。患者は「わかる」という経験によって自分の身体や生活に目を向けることができる。また、患者一人ひとりの能力、背景などに応じて「教える」工夫がなされていることから、「教える」ことは、患者の意思決定という患者の権利を支えるための援助であることを意味している。つまり、患者教育は「教える」ことを含まない実践はありえないのである。

以上のことから、「伝える」や「教える」ことは、患者の生命や生活をいかに持続させるかという意思決定を支えるための援助であるといえる。しかし、本来の患者教育は患者が生きることの目的や自己回復力を引き出すためにある。一方では患者が健康に向かうための事柄を「伝える」「教える」と同時に、他方では患者の内面の変化を促すために患者自身が学習することも必要である。そういう視点に立つとき、学習者主体の実践が目指されるべきであり、このことが学習援助型の患者教育に注目が向けられるきっかけになった。

2. 学習援助型の患者教育

a. 1980年代の特徴

学習援助型の患者教育が注目されてきた背景には、1978年のプライマリヘルスケアの宣言と、1986年のオタワ憲章におけるヘルスプロモーションという新しい健康観が影響している。WHOは、ヘルスプロモーションを構成するキーワードとしてセルフケアをあげており、セルフケアは人々が自らの健康の責任の多くを担う方法であると述べている（WHO，1986/1995，p.58）。日本でも、セルフケアの観点を重視する方向で医療制度を改革していくことが示された（厚生省，1987，p.45）。

竹内は、1978年を期にセルフケアを主題とした論文を調査しており、1985年に入ってセルフケア理論を研究に取り入れる報告が増えていることを明らかにしている（竹内，1987，p.31）。患者教育においても、セルフケアを意識した研究論文や実践が増えている。たとえば関戸は、患者教育はセルフケアと密接な関係と類似した性質をもつことを説明している（1983，p.71）。蓮尾・金沢・竹本・足立は、セルフケア確立を目指した患者教育を実践している（1987，pp.74-79）。徳野は、患者がセルフケアに主体的に取り組むには、自分の気持ちを自由に表現できる人間関係をつくるという援助の方向性を述べている（1984，p.401）。

これらの論文から明らかにされてきたのは、問題解決をはかることが単に看護職者からの一方的な援助ではセルフケアの確立は不可能ということである。指導型の患者教育が否定されているわけではないが、セルフケアが患者教育としての要素をもつために、患者主体を促すような「援助」としての教育の視点が注目されてきた。

b. 1990年代の特徴

「援助」としての教育の視点の一つにエンパワメントがある。これは、第4回世界女性会議の行動要領にエンパワメントが示されたことで（全日本社会教育連合会、1996, p.39）、日本の健康政策においても、ヘルスプロモーションを推進するための具体的な方法として拡大していった（山根、1997, p.108）。

黒江・藤澤・普照は、日本では1990年代からエンパワメントやセルフエフィカシーに関する概念が看護の分野で頻繁に用いられるようになったと述べている（2002, p.303）。看護におけるエンパワメントについて、野嶋は「個人が自己の生活をコントロール・決定する能力を開発していくプロセスを意味する用語」として支持されてきたことを述べている（1996, p.453）。Anderson, et al. は、エンパワメントの概念を糖尿病の患者教育に導入している（1995, pp.943-949）。医学データそのものの改善を目的とするのではなく、患者が自分の潜在的な力に気づき、自分で納得したうえで行動を変えていくこと、つまり、患者の意思決定や主体的行動を到達目標としている。

また、Bandura（1977）は、行動変容のための動機づけを導く理論としてセルフエフィカシー（self-efficacy）を提唱した（pp.191-215）。日本語訳としては「自己効力（感）」が用いられている。自己効力感を高めるアプローチは、患者の行動変容に有効であるとして、1990年代に入ってから国内外の患者教育の分野で報告されてきた（Lorig, 1996, pp.195-226；安酸、1997, pp.473-480）。

c. 2000年代の特徴

エンパワメントや自己効力感を理論的支柱とした患者教育は、2000年代になってさらに活発化した。たとえば臼井は、糖尿病の患者教育にエンパワメントの概念を取り入れた参加者中心のグループワークを行っており、患者が自分の生活を見直すことができたことを報告している（2005, pp.95-97）。また、小笠・坂本・羽山・荒木・森川は、電話相談を通して相談者のエンパワメントを形成する過程を明らかにしている（2007, pp.77-84）。これらの実践で特徴的なのは、患者－看護職者の対話を通して、患者が自分の健康問題に接近できるように省察的な思考を重視している点である。たとえば、過去の生活習慣を「正しい」や「間違い」といった対話で終わるのではなく、「なぜ、そういった生活を積み重ねたのか」「自分にできそうなことは

何か」といった省察的な思考によって、患者は、自分の生活や健康に対する問題解決に向けた気づきをつくりだしていく。こうしたかかわり方について、下村・林・井上・河口は、患者は看護職者とともに語り合うこと、確かめ合うことを通して自分自身を振り返る（内省する）機会を得ることができるため、意味の再構築や発想の転換が行われ、療養に向けての意思決定や行動が違ってくる」と述べている（2006, pp.525-531）。

また、2000年には「健康日本21」が策定され、国民の健康づくりや疾病予防を積極的に推進するために自己効力感を取り入れられた（健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会、2000, p.83）。自己効力感を意識した看護研究や実践としては、藤田・松岡・西田（2000, pp.14-22）や中西・大本（2000, pp.51-57）、佐々木・小山（2004, pp.19-28）が、患者の自己効力感に影響する要因を明らかにしている。富樫・須釜・小嶋（2004, pp.25-34）や森山・中野・古井・中谷（2008, pp.17-26）は、教育プログラムを開発し、患者の自己効力感を評価することでプログラムの有効性を検討している。このように自己効力感は、健康問題の解決を目指して患者の主体的な行動変容を促すための学習援助型の患者教育として実践が積み重ねられてきた。これは、患者教育を単なる経験的な援助としてではなく、学問的基礎のうえに成立する専門的な援助としてとらえていることを意味している。

Ⅲ. 考 察

1. 患者の意思決定の尊重

1980年代は、患者の意思決定の尊重が、行政、福祉、医療など各分野に問われてきた。これは、患者の権利という大きな人権意識に起因しそれに影響されていることに疑いない。この事実は、患者教育そのものへの問いかけとなり、患者－看護職者のかかわり方に対する関心を生むことになった。実践においては、患者－看護職者の対話が重視されていることから、意思決定は必ずしも患者一人の事柄とされていないことがわかる。しかし、平野・佐藤・岸は、患者の意向や意思を確認したり、患者の意欲に具体的にかかわる関係が抜けていることを指摘しているように（1989, p.104）、患者の意思決定を尊重するために、患者－看護職者の対話の重要性が十分に認識されていたわけではなかった。

そこで1990年代からの実践では、患者が自分の病気や状況を知るために、看護職者は情報や知識を「伝える」ことを積極的に行った。患者にとって知ることは、病気を知るためだけにあるのではなく、患者が「いま、ここに」一人の人間として生きている自分に意識を向けるためにある。

患者は、知ることを通して「自分には何ができるのか」「どのような状態になりうるのか」という生命や生活について、自分で考えることができる。つまり、患者が思考するための前提が「知る」ことであり、そのために看護職者は「伝える」という援助を行ってきた。

しかし、「伝える」だけでは、患者は病気や治療に関する情報を知った「知る主体」にしかならず、患者主体を形成することはできない。大切なのは、患者が自分の健康問題について思考し判断・決定できる「思考する主体」へと転換することである。2000年代からは、患者の年齢、経験、学習能力といった患者の特性に応じて、教材提供や講義形式の学習、集団討議法やシミュレーションなどの実践が活発に行われてきた。これらの実践には「教える」ことが含まれている。教材や学習方法を使い分けながら、生活の工夫や健康を維持する方法などを教えることによって、患者の知性や思考の範囲を広げてきた。「伝える」や「教える」といった援助は、患者の学習を刺激することでもあり、それによって患者は自分を客観視でき、現実的な新しい目標を発見し意思決定する機会となる。

患者教育は、患者－看護職者の対話を基本としながら、「伝える」や「教える」実践がなされてきた。それは、事実としての知識を患者に伝えるだけでなく、患者が「自分で主体的に思考し決定する」ことに意思決定を尊重する患者教育の見解を見出している。このことは、患者は、一方的に守られ助けられる存在という捉え方ではなく、意思決定できる“自律的な個人”として尊重されるようになったことを意味する。

したがって、患者の意思決定の尊重の視点からみれば、患者教育は、意図的・目的的に「教える」という看護職者の積極的なかわりから出発しなければ成立し得ない一面をもつ。これまでの患者教育の実践をみても、看護職者の「教える」指導力の成果が、患者のセルフケアの自立に大きく貢献してきたことは事実である。すなわち、患者教育は「教える」という伝統的な特徴をもつといえる。しかし、看護職者が望ましいとする知識・技術を一方的に教えるような患者教育を続けていくばかりでは、患者の意思決定を奪うおそれがある。それゆえ、学習者主体（患者主体）を原点とした患者教育がなされてきた。

2. 学習援助型の患者教育

学習者主体（患者主体）の実践は、患者－看護職者のかわり方に見出されてきた。患者教育は、一人ひとりの患者の状況や経験などさまざまであることから、ある決められた行動様式やパターンなどに従って行われるものではない。それどころか、むしろ実践は患者個人に合わせて創出されていかなければならない。そこで1980年代からの患者

教育は、セルフケアの影響に呼応しながら「援助」という視点が重視されてきた。深瀬は「教育というよりもむしろ支援、援助である」と述べ（1987, p.23）、「教育する」という語に替わるものとして、学習を「支援する」「援助する」という用法を使う意義を説明している。学習を「援助する」という視点のアプローチは、患者の意思決定の尊重と同様の性格をもつ。なぜなら「援助」というアプローチは、患者－看護職者との関係性において成立できるからである。つまり、患者教育には、患者一人ひとりが権利行使の主体者としての尊厳が得られるように援助しているか、という視点が問われてきたのである。

1990～2000年代は、健康政策の推進によって患者教育の方法の理論的支柱としてエンパワメントや自己効力感が注目された。エンパワメントでは「省察」を重視したかわり方をする中で、患者主体の学習が一層可能となる。省察的に振り返ることは、患者の健康問題は一人ひとり異なるものとして省察するため、具体的な取り組みはマニュアル化されない。あくまでも患者がもつ能力の多様性や個性を重視した実践をすることから、看護職者は一人ひとりの患者個人に合わせた学習を援助することになる。省察のプロセスが不十分であると、患者は「勉強になった」「なんとなくわかった」だけで終わってしまい、自分の生活や健康問題の根底にある価値や認識、行動に対する気づきには結びつかない。そのため漠然と振り返るのではなく、「なぜ、このようなやり方を続けてきたのか」「何を変えようとしているのか」といった振り返るポイントや考え方を看護職者が示すことで、患者は、自らの生活や健康問題の根底にある価値や認識、行動に対して集中的に思考を向けることができる。聞いて・語って・振り返る、といった看護職者との共同経験にあふれた患者教育は、抽象的な思考に留まらず、患者がどのように生きていくのか、あるいは生活していくのかといった人間らしい生活をおくるための気づきが起る可能性が高い。

また、自己効力感を患者教育に取り入れることで、患者の経験的側面に関心を向け個別的な経験の差異や特異性を尊重することができる。なぜなら、自己効力感は測定が可能であるため、援助の結果を評価しながら患者の行動変容を生じさせることができるからである。患者にとっても自分の行動変容を実感することができるため、自己効力感は健康問題を解決するために不可欠な援助として臨床的意義が大きい。江本も、患者の健康行動を援助する治療的かわりを追求するうえで自己効力感の重要性を述べているように（2000, pp.39-45）、自己効力感を取り入れた患者教育によって、改めて患者－看護職者のかわり方を見直す機会になった。かわり方を問い直すことは、患者の経験を単に恣意的な行動としてとらえるのではなく、問題解決

表1 患者教育の変遷の背景にある法令や答申、報告書の概要

年	法令や答申、報告書	概要
1981	行政改革に関する第一次答申	行政改革の理念として、「個人の自立・自助の精神に立脚した家庭や近隣、職場や地域社会での連帯を基礎としつつ、効率の良い政府が適正な負担の下に福祉の充実を図ることが望ましい」とある。また、「国民の自立・自助の活動、自己責任の気風を最大限に尊重し、関係行政の縮減、効率化を図る」とある。 〔臨時行政調査会（1981）. 行政改革に関する第一次答申. 1-21. 東京：臨時行政改革推進審議会〕
1983	新しい時代の潮流と社会保障	医療費適正化対策のひとつとして、健康づくりや診療報酬の適正化があげられている。「健康づくりの推進により疾病に患しにくくなるので、医療費の節減という効果をもたらすことが期待される」とある。 〔厚生省（1983）. 厚生白書昭和58年版 新しい時代の潮流と社会保障. 66-70. 東京：医学書院.〕
1984	看護体制の改善に関する報告書	看護の役割の変化として、「老人保健制度の制定にもみられるように、単に疾病の治療のみならず、健康の保持増進から疾病の予防、リハビリテーションに至るまで一貫して包括的かつ継続的に保健・医療サービスを提供することが求められており、（中略）看護の果たすべき役割はますます広がる」とある。 〔看護体制検討会（1984）. 看護体制の改善に関する報告書. 看護. 36(10), 172-183〕
1987	国民医療総合対策本部中間報告	医療サービスの量から質への転換で「成人病中心の時代にあつては、自らの病気は自分で守る、自分の病気は最終的には自らが治す、というセルフケアの観点を重視する方向で改革を行っていく」とある。 〔厚生省（1987）. 国民医療総合対策本部中間報告. 厚生の指標, 34(8), 44-49〕
1992	医療法	第一条の二では「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき（中略）疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならぬ。医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として（中略）医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない」と規定された。 〔第二次改正医療法（1992）〕
1996	第4回世界女性会議報告書 北京宣言	「世界中の女性の地位の向上とエンパワーメント（力をつけること）をさらに進めることに献身し（中略）我々が前進するため、決意、希望、協力および連帯の精神での緊急の行動を必要とすることに合意する」とある。 〔全日本社会教育連合会（1996）. 第4回世界女性会議報告書. 39-43. 東京：全日本社会教育連合会〕
1996	生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について	「生活習慣病」という呼称を用い、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群、と定義することが適切であると示された。 〔公衆衛生審議会（1996）. 生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について. http://www1.mhlw.go.jp/shingi/1217-1.html 〕
1997	医療法の一部改正について	改正の要点として「近年の患者の健康意識の高まり、患者の医療需要の多様化・高度化、医療内容の専門化・複雑化等に伴い、医療提供者が患者に対し医療の内容について十分説明を行うことが求められている。このような状況を踏まえ（中略）医療を受ける者の理解を得るよう努めるものとされた」と通知した。 〔厚生省（1997）. 医療法の一部改正について. 平成9年12月26日付 発健政第232号 各都道府県知事あて厚生事務次官通知. http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/tuchi/091226.pdf 〕
2000	健康日本21 （21世紀における国民健康づくり運動について）	「Bandura, A. の社会的学習理論を応用したセルフ・エフィカシー（自己効力）という態度の概念も、行動変容に直接的に関連する概念とされ（中略）今日では個人の行動変容に関連する要因として、知識の習得は必要条件だが十分条件ではないことが認知され、態度の変容がより重要とされてきている」とある。 〔健康日本21企画検討会、健康日本21計画策定検討会（2000）. 健康日本21：21世紀における国民健康づくり運動について. 83. 東京：健康・体力づくり事業団〕
2003	医療提供体制の改革のビジョン：「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめ	改革のビジョンには、①患者の視点の尊重、②質が高く効率的な医療の提供、③医療の基盤の整備がある。患者の視点の尊重の中には「患者への治療方針や治療法の説明が適切に行われ、患者と医師・歯科医師の信頼関係の下、患者の選択を尊重した医療が提供される」とことが示されている。 〔厚生労働省（2003）. 医療提供体制のビジョン. http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3a.html 〕
2004	新たな看護のあり方に関する検討会報告書	「インフォームド・コンセントを前提に、看護師等は、患者・家族と十分にコミュニケーションを行い、看護ケアの内容、検査等についてわかりやすく丁寧に説明するとともに、患者・家族が自らの意向を伝えることができるよう支援したり、時には代わって伝える役割を担うなど、患者・家族が医療を理解しより良い選択ができるよう支援することが必要である」と示されている。 〔厚生労働省（2004）. 新たな看護のあり方に関する検討会報告書. 24-26. 東京：日本看護協会出版会〕
2007	医療広告ガイドライン	広告規制の基本的な考え方として「患者等に正確な情報が提供されその選択を支援する観点から、客観性・正確性を確保し得る事項については、広告事項としてできる限り幅広く認める」とある。 〔厚生労働省（2007）. 医療若しくは歯科医療又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）. 平成19年3月30日付 医政発 第0330014号. http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/shishin.pdf 〕
2011	看護教育の内容と方法に関する検討会報告書	看護師に求められる実践能力のひとつとして、「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる実践能力」が設定されている。卒業時の到達目標には「必要な治療計画を生活の中に取り入れられるよう支援する（患者教育）」とある。 〔看護教育の内容と方法に関する検討会（2011）. 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 1-23. 東京：厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf 〕

や行動変容といった意図的な経験を目指して、どのような援助が問題解決や行動変容に結びつくのか、抽象（理論）と具体（経験）の往復という基本に立ち返りながら援助を検討していくということである。

したがって、学習援助型の患者教育は、セルフケアやエンパワメント、自己効力感によって多くを示唆する患者教育が展開されてきた。これらは、患者理解を通して主体的な行動を導き出し、セルフマネジメントを形成しようとする重要な援助として今日でも肯定的に取り入れられている。このように、援助の形を明示化したり、実践に具体的な根拠を伴うことで、患者教育は科学的な方法論に基づいた専門的な援助としてとらえられてきた。

結 語

本研究では、1980年代からの看護における患者教育の変遷を概観した。患者の意思決定を尊重した患者教育としては、患者を「知る主体」から「思考する主体」へと導くために「教える」ことも必要とされている。しかし教えること以上に、セルフケアやエンパワメント、自己効力感とい

う新たな視点を取り入れ、患者主体をいかに形成するかという学習援助型の患者教育が目指されてきた。最近では、セルフケアやセルフマネジメント、セルフヘルプといった「self」の視点を強調した教育方法や学習内容などが検討されている。この変化は、患者の意思決定を尊重することや、指導型から学習援助型へと発展してきた1980年代からの患者教育の歴史的な変遷において生じてきた。

したがって、看護における患者教育には「教える」ことを基盤とする伝統的な特徴があり、他方で、科学的な方法論を根拠としながら実践を発展させてきたという歴史をもつ。こうした事実をふまえて、看護における患者教育は、専門性を高めてきたといえる。

謝 辞

本研究論文の作成に際し、ご指導くださいました福岡大学の勝山吉章教授に心より感謝申し上げます。本研究は、平成26年度福岡大学大学院人文科学研究科博士後期課程へ提出した博士論文の一部を加筆・修正したものである。また本研究は、平成27～29年度科学研究費補助金（基盤研究（C）：課題番号15K11494）を受けて行った研究の一部である。

要 旨

【目的】 1980年代から現在までの患者教育に注目し、患者主体の患者教育がどのように生み出されてきたのかを歴史的な視点から明らかにした。

【方法】 Rankeの歴史学研究の手法を踏襲した文献研究である。資料を一次資料と二次資料に分類し、①患者の意思決定の尊重、②学習援助型の患者教育という2つの視点から分析した。

【結果】 1980年代から人権意識の高まりに伴い、患者の意思決定の尊重が問われ看護職者による「伝える」や「教える」ことが行われた。また、セルフケアの影響によって「援助」の視点が重視され、学習援助型の患者教育に関心がむけられた。1990～2000年代は、方法論の理論的支柱としてエンパワメントや自己効力感が注目され、患者－看護職者のかかわり方が重視された。

【結論】 1980年代からの看護における患者教育の変遷を概観することで、患者教育は、専門性を高めてきたことが明らかになった。

Abstract

[Purpose] This study sought to elucidate how patient-centered patient education emerged, from a historical perspective, by focusing on patient education from the 1980s until present.

[Methods] The literature review followed Ranke's historical research method. Documents were classified as primary and secondary sources. They were analyzed from the viewpoints of (1) respect for patient decision-making, and (2) an assisted-learning model of patient education.

[Results] Along with the increase in awareness of human rights in the 1980s, respect for patient decision-making became an important component of patient education. Nurses began to perform the functions of "telling" and "teaching". Through the influence of the concept of self-care, the viewpoint of "assistance" gained emphasis, and an assisted-learning model of patient education attracted interest. From the 1990s to the 2000s, empowerment and self-efficacy attracted attention as theoretical support for this methodology, and patient education with an emphasis on the patient-nurse relationship was conducted.

[Conclusions] Our survey of changes in patient education in nursing since the 1980s revealed that patient education has increased the professionalism of nurses.

文 献

- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T., and Feste, C.C. (1995). Patient empowerment results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18(7), 943-949.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Bille, D.A. (1981/1986). 小島操子 (監訳), 患者教育のための実践的アプローチ. 22, 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 江本リナ (2000). 自己効力感の概念分析. 日本看護学会誌, 20(2), 39-45.
- 藤田君江, 松岡 緑, 西田真寿美 (2000). 成人糖尿病患者の食事管理に影響する要因と自己効力感. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 4(1), 14-22.
- 深瀬須加子 (1987). 患者そして家族をどう教育するか「看護はすべて教育」と意識することから「患者教育」は始まる. 月刊ナーシング, 7(1), 22-27.
- 蓮尾雅美, 金沢久美子, 竹本三重子, 足立悦子 (1987). CAPD新規導入患者の患者教育. 月刊ナーシング, 7(1), 74-79.
- 平野かよ子, 佐藤俊一, 岸 良範 (1989). 与える援助から共働する援助へ. 看護展望, 14(10), 102-105.
- 石井トク, 野口恭子 (編著) (2007). 25. 患者の権利宣言 (案) (1984年, 患者の権利宣言全国起草委員会). 看護の倫理資料集 (第2版): 看護関連倫理規定/綱領/宣言の解説. 146-148, 東京: 丸善.
- 紙屋克子 (1992). 「専門職」としての看護婦. 看護教育, 33(7), 546-551.
- 看護教育の内容と方法に関する検討会 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 1-23, 東京: 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>
- 看護体制検討会 (1984). 看護体制の改善に関する報告書. 看護, 36(10), 172-183.
- 河口てる子 (2010). 患者教育の実践研究事例「看護の教育的関わりモデル」. インターナショナルナーシングレビュー, 33(3), 116-122.
- 河口てる子, 土屋陽子, 安酸史子, 下村裕子, 小林貴子, 丸橋佐和子, ……患者教育研究会 (1997). 患者教育における行動変容への「とっかかり言動」と「看護ケア」の検討. 日本看護学会誌, 17(3), 410-411.
- 川田智恵子 (1984). 患者教育の考え方. 宮坂忠夫, 川田智恵子 (編), 最新保健学講座 7 健康教育論. 25, 東京: メヂカルフレンド社.
- 川田智恵子 (2006). 患者教育とは. 宮坂忠夫, 川田智恵子 (編), 最新保健学講座別巻 1 健康教育論. 21-22, 東京: メヂカルフレンド社.
- 健康日本21企画検討会, 健康日本21計画策定検討会 (2000). 健康日本21: 21世紀における国民健康づくり運動について. 83, 東京: 健康・体力づくり事業団.
- 小島操子 (1993). 系統看護学講座 成人看護学 1. 105, 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2003). 医療提供体制の改革のビジョン: 「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめ. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3a.html>
- 厚生労働省 (2004). 新たな看護のあり方に関する検討会報告書. 24-26, 東京: 日本看護協会出版会.
- 厚生労働省 (2007). 医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針 (医療広告ガイドライン). 平成19年 3月30日付 医政発 第0330014号. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/shishin.pdf>
- 厚生省 (1983). 厚生白書 (昭和58年版). 66-70, 東京: 大蔵省印刷局.
- 厚生省 (1987). 国民医療総合対策本部中間報告. 厚生指標, 34(8), 44-49.
- 厚生省 (1997). 医療法の一部改正について. 平成 9年12月26日付 発健政第232号 各都道府県知事あて厚生事務次官通知. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokei/tuchi/091226.pdf>
- 公衆衛生審議会 (1996). 生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について (意見具申). <http://www1.mhlw.go.jp/shingi/1217-1.html>
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗 (2002). 病いの慢性性Chronicityと個人史: わが国におけるセルフケアから個人史までの軌跡. 看護研究, 35(4), 303-314.
- Lorig, K. (1996). *Patient Education: A Practical Approach*. 195-226, London: SAGE Publications.
- 正木治恵 (1994). 慢性疾患患者のセルフケア確立へ向けての看護計画の立案と評価のポイント. 臨牀看護, 20(4), 512-515.
- 松下和子 (1987). 保健活動へのかかわり. 臨牀看護, 13(13), 1950-1952.
- 森 一恵, 橋口由紀子, 高見沢恵美子, 山口亜希子 (2008). 周手術期の肺がん患者への術前オリエンテーションプログラムの作成と評価. 大阪府立大学看護学部紀要, 14(1), 25-32.
- 森川浩子 (2004). 糖尿病アウトカムに関する研究の動向と今後の課題. 看護研究, 37(6), 499-515.
- 森山美知子, 中野真寿美, 古井祐司, 中谷 隆 (2008). セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討. 日本看護学会誌, 28(4), 17-26.
- 森山美香 (2011). わが国におけるベッドサイドの患者教育に関する変遷: 近代看護のはじまりから現代まで. 看護教育学研究, 20(1), 30-43.
- 中西泰弘, 大本裕代 (2000). 歩行訓練を受ける患者における個人背景と体験の自己効力感への影響. 神戸大学医学部保健学科紀要, 16, 51-57.
- 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2005). 看護行為用語分類. p.209, 東京: 日本看護科学学会.
- 日本図書館協会用語委員会 (2013). 図書館用語集 (四訂版). 4-5, 東京: 日本図書館協会.
- 二井矢清香 (2014). 戦後の患者教育の教育理念と実践の変遷. 日本看護研究学会雑誌, 37(1), 75-82.
- 西田真寿美 (1997). 自己コントロールとセルフケア. 看護研究, 30(6), 459-465.
- 野嶋佐由美 (1996). エンパワメントに関する研究の動向と課題. 看護研究, 29(6), 453-464.
- 野村誠子, 鈴木純恵 (2000). わが国の看護基礎教育における患者教育に関する研究状況: 1989年から1998年までの学会抄録より. 秋田大学医療短期大学紀要, 8, 39-46.
- 野並葉子, 山川真理子, 飯岡由紀子, 豊田邦江, 伊波早苗 (2001). 外来における糖尿病患者の看護の実態調査. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 5(1), 14-23.
- 小笠幸子, 坂本雅代, 羽山由美子, 荒木孝治, 森川英子 (2007). 患者アドボカシー相談活動における相談者のエンパワメント形成過程. 大阪府立大学看護学部紀要, 13(1), 77-84.
- 小倉能理子, 阿部テル子, 斎藤久美子, 石岡 薫, 一戸とも子, 工

- 藤せい子, ……小林朱実 (2009). 看護職者の患者指導に対する認識と実施状況. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 75-83.
- Ranke L.V. (1890/1966). 林健太郎 (訳), ランケ自伝. 77-86, 東京: 岩波書店.
- 臨時行政調査会 (1981). 行政改革に関する第一次答申. 1-21, 東京: 臨時行政改革推進審議会.
- 斉藤喜彦 (2008). 幻覚・妄想に行動化が見られた事例への患者教育: 患者参加型パンフレット指導による患者・家族の変化. 日本精神科看護学会誌, 51(2), 471-475.
- 酒井三郎, 石塚正英 (2006). 第1部 史学概論講義. 石塚正英 (編), 歴史研究の基本. 18-22, 東京: 北樹出版.
- 佐々木栄子, 小山善子 (2004). うつ病患者への教育・指導に関する基礎的研究—患者・看護者へ一般性自己効力感尺度を用いた質問紙調査を通して—. 日本看護研究学会雑誌, 27(2), 19-28.
- 佐藤正美, 宍戸栄子, 有藤由里, 谷本真理子, 宮本千津子, 菊地球緒, 坂田直美 (1997). 術前患者教育における情報提供の実態について. 川崎市立看護短期大学紀要, 2(1), 39-48.
- 世界医師会 (1981). 患者の権利に関するWMAリスボン宣言 (日本医師会訳). <http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005j.pdf>
- 関戸好子 (1983). セルフケア教育の実際と展望. 看護技術, 29(6), 69-76.
- 下村裕子, 林 優子, 井上智恵, 河口てる子 (2006). 看護が生活者の視点でかわるということ: 糖尿病患者の理解と行動変容の「かぎ」. プラクティス, 23(5), 525-531.
- 玉淵 恵 (1989). 主体的な自己管理をめざした慢性透析患者の指導の実際. 月刊ナーシング, 9(12), 60-63.
- 竹内美恵子 (1987). セルフケアを主題とした看護研究の現状. 看護研究, 20(5), 30-40.
- 富樫智子, 須釜千絵, 小嶋百合子 (2004). 自己効力を高める糖尿病教育プログラムの評価. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 8(1), 25-34.
- 徳野陽子 (1984). 生活ケアの視点からみた糖尿病患者の指導: 生活全体へのケアのあり方と看護婦のかかわり. 看護学雑誌, 48(4), 399-404.
- 臼井かおる (2005). 糖尿病教室におけるエンパワーメント技術の活用: 参加者中心のグループワークの導入. プラクティス, 22(1), 95-97.
- WHO (1986/1995). 島内憲夫 (訳), 21世紀の健康戦略2: ヘルスプロモーション. 58, 東京: 垣内出版.
- 山口曜子 (2008). 糖尿病患者教育の変遷とその課題. 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 4, 1-8.
- 山川美登里 (1993). 看護活動とインフォームドコンセント. 月刊ナースデータ, 14(6), 29-36.
- 山根洋右 (1997). 参加型行動研究. 新井宏朋, 丸地信弘, 山根洋右, 島内 節, 岩永俊博 (編), 健康の政策科学: 市町村・保健所活動からの政策づくり. 106-115, 東京: 医学書院.
- 柳澤健一郎 (2004). 衛生行政大要 (改訂第20版). 84-85, 東京: 日本公衆衛生協会.
- 安酸史子 (1997). 糖尿病患者教育と自己効力. 看護研究, 30(6), 473-480.
- 吉田 亨 (1995). 健康教育の潮流: その過去・現在・未来. 保健婦雑誌, 51(12), 931-936.
- 吉村 仁 (1983). 医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方. 社会保険旬報, 1424, 12-14.
- 全日本社会教育連合会 (1996). 第4回世界女性会議報告書 北京宣言. 39-43, 東京: 全日本社会教育連合会.

〔平成27年7月14日受 付〕
〔平成28年6月20日採用決定〕

訪問看護師ががんの療養者・家族に提供している 在宅ターミナルケアの実施状況とその関連要因

Terminal Cares Provided Housebound Cancer Patients and Families
with by Home-visiting Nurses and their Related Factors

栗 生 愛 弓 山 田 和 子 森 岡 郁 晴
Ayumi Kuriu Kazuko Yamada Ikuharu Morioka

キーワード：在宅ターミナルケア，訪問看護師，がん，訪問看護ステーション，重回帰分析

Key Words：terminal cares at home, home-visiting nurses, cancer, home nursing station, multiple regression analysis

I. 背景と目的

厚生労働省は、医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らしができるように、施設から地域へとシフト化をはかっている（厚生労働省，2015）。治る見込みがない病気になった場合、半数以上の国民は自宅で最期を迎えたいと思っているが（内閣府，2013），実際に最期まで自宅で療養できているのは約1割という現状であり（厚生労働省大臣官房統計情報部，2013），在宅での看護の充実が重要である。

死因別死亡状況では、死因の第一位は悪性新生物（がん）で、死亡者数が増加している（厚生労働統計協会，2015）。今後も増大してくると考えられるがんの療養者・家族が住み慣れた自宅で最期を迎えるためには、質の高い在宅ターミナルケアの充実が必要であり、それを支えるのは訪問看護ステーション（以下、ステーション）の訪問看護師である。

訪問看護師のケアに関する先行研究では、遺族を対象にケアの満足度について調査したもの（松村・中山・川越，2006；本郷ら，2003；島田ら，2004），がん患者と死別後に家族と看護職が訪問看護を評価したもの（小川・島内・河野，2001），遺族が在宅ターミナルケアのサービスを評価したもの（島内・小野，2009），在宅ターミナルケアにおいて訪問看護師に必要な実践能力を検討したもの（松村，2004）がある。また、訪問看護師の在宅ターミナルケアに対する積極的な態度に関連する要因として、年齢や医師との考え方の共有、看取りの満足感があるとする報告（横尾・吉原・松島・大町，2010；中西・志自岐・勝野・習田，2012；住田・安藤，2013）とともに、病院勤務の看護師がターミナルケアを実践するためには、症状緩和や社会資源、終末期看護に関する基本的レベルの知識が求めら

れているという報告（吉岡・森山，2010）がある。しかし、訪問看護師が行っている在宅ターミナルケアの内容やその程度をとらえた研究は少ない。一方、ステーションは病院とは異なり、小規模なところが多いため、職場環境に関する研究は少ない。

そこで、本調査では訪問看護師ががんの療養者・家族へ提供している在宅ターミナルケアの実施状況とそれに関連している知識、態度、職場環境、在宅ターミナルケアに対する考え方などの要因について明らかにし、訪問看護師における在宅ターミナルケアの充実について検討する基礎資料を得ることを目的とした。

II. 用語の定義

本調査において、「ターミナル」とはあらゆる集学的治療をしても治癒に導くことのできない状態で、むしろ積極的な治療が患者にとって不適切であると考えられる状態で、生命予後が6か月以内とする（柏木，2002）。「ケアの充実」とは、在宅ターミナルで必要な看護ケアを数多く実践できていることとする。

III. 対象および方法

1. 対 象

A県訪問看護ステーション連絡協議会に加入している94か所（平成26年1月現在）のステーションのうち、協力の得られた61か所の管理者と勤務する訪問看護師339名を対象とした。

2. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査法とし、施設管理者

に依頼文書と調査票を送付し、訪問看護師への調査票の配付、回収を依頼した。記入後ステーションごとに調査票を返送してもらった。

調査期間は平成26年3月とした。

3. 調査内容

a. 訪問看護師の属性

対象者の属性として、年齢、性別、職位、勤務体系、学歴、病院・訪問看護師経験年数、ケアマネジャーの資格の有無、自宅看取り経験の有無を尋ね、さらに病院・訪問看護師としての看取り経験人数、病院・訪問看護師としてのターミナルケア経験人数について質問した。人数については、「0名(なし)」「1～9名」「10～29名」「30～49名」「50名以上」の5件法で回答を求めた。

対象者が属するステーションの概要として、管理者にステーションの設立時期、看護職常勤換算人数を尋ねた。

b. 看護ケア内容

看護ケア内容については、「在宅ターミナルで訪問看護師に必要な実践能力」(松村, 2014)の項目を使用した。質問項目は「苦痛緩和(4項目)」「希望支持(4項目)」「家族ケア(4項目)」「意向調整(3項目)」「他職種調整(4項目)」の5因子19項目から構成されている。本調査では、質問項目ごとに、訪問看護師としてがんの療養者・家族に対するこれまでの看護ケアの実施状況について、「していない」「あまりしていない」「少ししている」「している」の4件法で回答を求めた。

看護ケアの実施状況を評価するために、「していない」の0点から「している」の3点を配点し、合計点を算出した。合計点を「ケア提供得点」とした。ケア提供得点は0から57点の範囲で、得点が高いほどケアを提供していることを示している。因子別ケア提供得点は因子別の合計点を項目数で除し、0から3点に換算した。

c. 看護ケアに関連すると思われる要因

これまで在宅ターミナルケアの実施状況に関連する要因については報告されていない。そこで、本研究では先行研究を参考に多くの要因をあげ、探索的に関連要因を明らかにすることとした。そこで、看護ケアに関連すると思われる要因として、症状緩和、家族看護、社会資源、終末期看護の知識、関係者の情報共有(吉岡・森山, 2010)、年齢や医師との考え方の共有、看取りの満足感(横尾ら, 2010; 中西ら, 2012; 住田・安藤, 2013)、関心、前向きな考え方(中西ら, 2012)などを参考にするとともに、研究者らの経験を加味して調査項目を決めた。

(1) 知識・態度

知識は、身体的症状、精神的症状、麻薬等薬物による疼痛緩和の方法、薬物以外の疼痛緩和の方法、死期判断、死亡時

の医師との連携、介護保険等の基本的知識、介護保険等の利用者負担、家族ケア、他職種の役割と調整について質問し、「理解している」「少し理解している」「あまり理解していない」「理解していない」の4件法で回答を求めた。研修は、1年間・3年間の受講の有無について質問した。

態度は、Frommeltが開発し、中井ら(2006)が日本語版の因子構造と短縮版を作成した「ターミナルケア態度尺度」を使用し、「全くそうは思わない」「そう思わない」「どちらともいえない」「そう思う」「非常にそう思う」の5件法で回答を求めた。「全くそうは思わない」の1点から「非常にそう思う」の5点とし、合計点を算出した。合計点は6から30点の範囲で、点数が高いほどターミナルケアに対する態度がより積極的、前向きであることを示している。

(2) 職場環境

職場環境は、看護ケアのアドバイス、訪問時の同行支援、職場内で上司や同僚からの精神的支援、時間内の事務作業、病院看護師との連携、職場内・医師と療養者・家族のケアについて話し合う機会、職場内・医師・他職種と療養者・家族のケアについての情報共有、職場内で療養者・家族のケアや死を振り返る機会、職場内のコミュニケーション、看護ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉、職場の看護ケア実施体制について質問した。さらに、職場の体制満足度について質問した。

看護ケアのアドバイス、訪問時の同行支援、職場内で上司や同僚からの精神的支援については、「得られる」「ときどき得られる」「あまり得られない」「得られない」の4件法で回答を求めた。時間内の事務作業については、「できる」「ときどきできる」「あまりできない」「できない」の4件法で、病院看護師との連携については、「重要である」「少し重要である」「あまり重要でない」「重要でない」の4件法で、職場内・医師と療養者・家族のケアについて話し合う機会、職場内で療養者・家族のケアや死を振り返る機会、看護ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉については、「ある」「ときどきある」「あまりない」「ない」の4件法で回答を求めた。職場内・医師・他職種と療養者や家族のケアについての情報共有については、「できている」「ときどきできている」「あまりできていない」「できていない」の4件法で回答を求めた。職場内のコミュニケーションについては、「とれている」「すこしとれている」「あまりとれていない」「とれていない」の4件法で回答を求めた。職場の看護ケア実施体制については、十分かどうかについて尋ね、「思う」「少し思う」「あまり思わない」「思わない」の4件法で回答を求めた。職場の体制満足度については、「全く満足していない」を0点、「十分に満足している」を10点とした場合の点数について回答を求めた。

(3) 在宅ターミナルケアに対する考え方

訪問看護師としてのやりがい、ケアのストレス、ケアに対する関心、自分・家族が治らない病気になった場合に最期に過ごしたい（過ごさせたい）場所、提供したいケア、普段行っている看護ケアの満足度について質問した。

訪問看護師としてのやりがい、ケアのストレス、ケアに対する関心については、「ある」「少しある」「あまりない」「ない」の4件法で、自分・家族が治らない病気になった場合に最期に過ごしたい（過ごさせたい）場所については、「自宅で過ごしたい（過ごさせたい）し、実現可能」「自宅で過ごしたい（過ごさせたい）が、実現はむずかしい」「自宅で過ごしたく（過ごさせたく）ない」の3件法で、提供したい在宅ターミナルケアについては、「できている」「少しできている」「あまりできていない」「できていない」の4件法で回答を求めた。普段行っている看護ケアの満足度については、「全く満足していない」を0点、「最も満足している」を10点とした場合の点数について回答を求めた。

4. 分析方法

分析にあたって、本調査はケアの充実について検討することを目的とするため、以下のように質問の選択肢を2群に分類した。

量的な項目は中央値を確認し2群に分けた。年齢は「45歳以下」と「46歳以上」に、病院看護師経験年数は「10年未満」と「10年以上」に、訪問看護師経験年数は「7年未満」と「7年以上」に分類した。病院・訪問看護師としての看取り経験人数、ターミナルケア経験人数は「9人以下」と「10人以上」に分類した。態度得点は「22点以下」と「23点以上」に、職場の体制満足度は「7点以下」と「8点以上」に、普段行っているケアの満足度は「6点以下」と「7点以上」に分類した。

4件法の項目については、最もケア提供得点に関連すると思われる選択肢とそれ以外の3つの選択肢に再分類した。また、3件法の項目である、自分・家族が治らない病気になった場合に最期に過ごしたい（過ごさせたい）場所は、「自宅で過ごしたい（過ごさせたい）し、実現可能」を「自宅で実現可能」に、「自宅で過ごしたい（過ごさせたい）が、実現はむずかしい」「自宅で過ごしたく（過ごさせたく）ない」を「自宅で実現困難」に分類した。

重回帰分析においては、採択された独立変数の中に従属変数との単相関係数と偏回帰係数の符号が一致しない変数が含まれることがある。このような状況による判断の誤りを防ぐために、本研究においては、各項目間の影響を明らかにするために項目を2つのカテゴリーに分類し、ケア得点を比較することにした。

ケア提供得点は、Shapiro-Wilk検定で非正規性を確認し、中央値を求めた。

2群分けしたケア提供得点の中央値にMann-WhitneyのU検定で有意差のあった項目36項目を選出した。2群のうち中央値の低い選択肢を0、高い選択肢を1とした。これらの項目間で連関係数が.6以上の相関が認められた場合、一方の項目を除することにした。その結果、病院看護師としてのターミナルケア経験人数、身体的症状の知識、薬物以外の疼痛緩和方法の知識、介護保険等の利用者負担の知識、他職種の役割と調整の知識を除いた31項目となった。

ケア提供得点に関連する要因を検討するために、前述の31項目を独立変数とし、ケア提供得点を従属変数とし、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。

統計解析には『SPSS ver. 17』を用い、有意確率は5%未満とした。

IV. 倫理的配慮

各ステーションの管理者に依頼文書と調査票を送付し、訪問看護師への調査票の配付、回収を依頼した。調査票はステーションの概要について記入する管理者用と在宅ケアについて記入する訪問看護師用の2種類あり、調査票はいずれも無記名で、研究への参加は自由意思であり、参加しない場合も不利益が生じないことを文書で説明した。調査票の返送には個人専用封筒を用い、ステーションごとに施設管理者から返送してもらった。調査票の提出をもって調査への同意とみなした。

本調査は、和歌山県立医科大学倫理審査委員会の承認後、開始した。

V. 結 果

55か所（回収率：55.6%）の管理者、61か所277名（回収率：81.7%）の訪問看護師から回答があった。訪問看護師のうち、記入漏れの多い者、在宅ターミナルケアを提供している経験が少ないと考えられる訪問看護師の経験が半年以下の者、ステーションでの調査票の回答の偏りがみられる回収率が30%以下の施設に所属する者を除外したため、有効回答数は202名（有効回答率：59.6%）であった。

1. 対象者について

訪問看護師の年齢は、40歳台が91名（45.3%）と最も多く、次いで50歳台が60名（29.9%）であり、平均年齢は45.9歳であった。性別は女性が197名（97.5%）であった。病院看護師経験年数は、「5～10年未満」の者が61名（30.2%）と最も多く、次いで「10～20年未満」の者が59

名(29.2%)であり、平均は11.8年であった。訪問看護師経験年数は「1～5年未満」の者が67名(33.2%)と最も多く、次いで「5～10年未満」の者が62名(30.7%)であり、平均は7.9年であった。病院看護師経験年数と訪問看護師経験年数を合わせると、平均19.7年の看護職経験年数であった。

訪問看護師のうち管理者は47名(23.9%)であり、平均年齢が49.0歳、病院看護師経験年数の平均が12.9年、訪問看護師経験年数の平均が10.4年であった。また、管理者のうちケアマネジャーの資格を有する者は24名(51.1%)であった。

対象者が所属するステーションの設立時期は、「平成12年度まで」が27か所(49.1%)、が最も多く、次いで「平成21から26年度」が15か所(29.1%)であった。看護職常勤換算人数は、「2人台」が12か所(21.8%)、「3人台」が13か所(23.6%)、「4人台」が7か所(12.7%)であり、5人未満は58.1%であった。

2. ケア提供得点

ケア提供得点の項目別回答状況を表1に示す。ケア内容のうち「している」と回答した者の割合の高かった項目は、主治医に療養者の意向を伝えている、主治医に家族の意向を伝えている、主治医に療養者・家族の苦痛緩和の方法について相談しているであった。

一方で「している」の回答割合が低かった項目は、療養者・家族ケアについてボランティアや社会資源との調整をしている、薬剤師やヘルパーと療養者・家族のケアについて調整している、家族の予期的悲嘆を引き出しているで

あった。

ケア提供得点の範囲は17から57点で、中央値50点、四分位範囲は42から54点であった(図1)。

因子別ケア提供得点は(表1)、合計点を項目数で除した値とした。因子別ケア提供得点の中央値は、意向調整因子が3点と最も高く、他職種調整因子が2.25点と最も低かった。

3. ケア提供得点の関連項目

a. 属性との関連

ケア提供得点に有意差のあった属性の項目を表2に示す。職位が管理者、勤務体系が常勤、学歴が短大・大学・大学院卒、ケアマネジャーの資格がある、訪問看護師経験年数が7年以上、病院看護師・訪問看護師としての看取り経験人数が10人以上、病院看護師・訪問看護師としてのターミナルケア経験人数が10人以上の者でケア提供得点が有意に高かった。

年齢、性別、病院看護師経験年数、自宅看取り経験では有意な差はなかった。

b. 知識・態度との関連

ケア提供得点に有意差があった知識・態度の項目を表3に示す。知識のすべての項目において、理解している者でケア提供得点が有意に高かった。1年間・3年間の研修受講では参加している者でケア提供得点が有意に高かった。

態度については、有意な差はなかった。

c. 職場環境との関連

ケア提供得点に有意差があった職場環境の項目を表4に示す。看護ケアのアドバイスが得られる、職場内・医師と

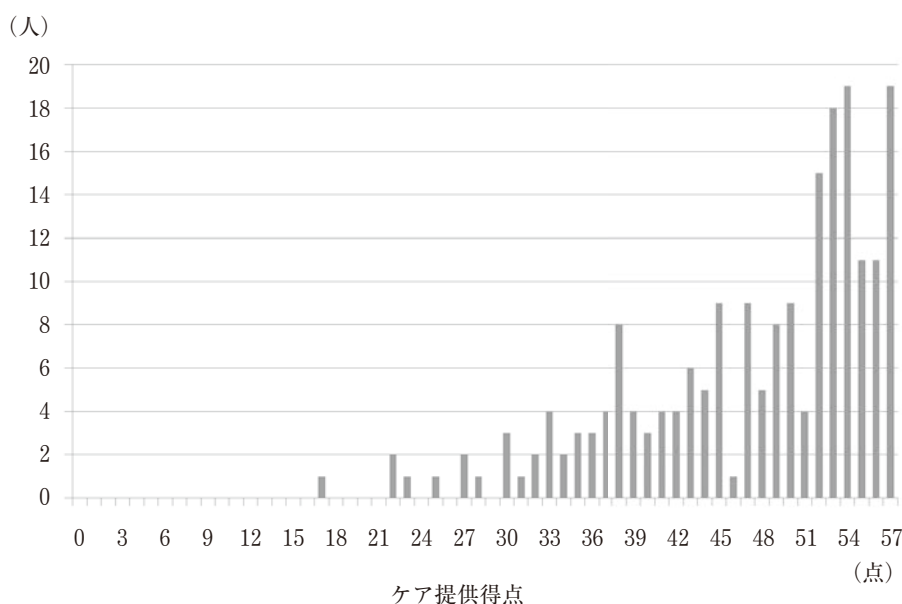


図1 ケア提供得点

表1 ケア提供項目別回答状況と因子別ケア提供得点

(n = 202)

因子名・項目：因子別ケア提供得点（四分位範囲）	人（％）			
	している	ときどきしている	あまりしていない	していない
①疼痛緩和：2.5（2-3）				
療養者の苦痛緩和の状況进行评估している	108（53.5）	73（36.1）	15（7.4）	6（3.0）
療養者の終末期の苦痛を全人的にアセスメントしている	96（47.5）	64（31.7）	38（18.8）	4（2.0）
療養者の死までの見通しや急変時の徴候を見極めている	131（64.9）	61（30.2）	10（5.0）	0
療養者の終末期の苦痛を和らげる知識とケア技術を提供している	120（59.4）	73（36.1）	8（4.0）	1（0.5）
②希望支持：2.75（2.25-3）				
療養者が最期までどのような生活をしたいかについて引き出している	124（61.4）	64（31.7）	13（6.4）	1（0.5）
家族の望む生活に近づけるようケアを計画している	141（69.8）	55（27.2）	5（2.5）	1（0.5）
療養者の望む生活に近づけるようにケアを計画している	141（69.8）	56（27.7）	5（2.5）	0
家族が最期まで療養者にどうしたいかについて引き出している	122（60.4）	68（33.7）	12（5.9）	0
③家族ケア：2.75（2-3）				
家族に療養者の死を実感できるようにかかわっている	113（55.9）	74（36.6）	13（6.4）	2（1.0）
よい看取りにむけての家族の関係性を調整している	122（60.4）	63（31.2）	16（7.9）	1（0.5）
家族に精神的苦痛を和らげるようにかかわっている	140（69.3）	58（28.7）	4（2.0）	0
家族の予期的悲嘆を引き出している	86（42.6）	82（40.6）	30（14.9）	4（2.0）
④意向調整：3（2.33-3）				
主治医に家族の意向を伝えている	153（75.7）	41（20.3）	7（3.5）	1（0.5）
主治医に療養者の意向を伝えている	157（77.7）	33（16.3）	10（5.0）	2（1.0）
家族に療養者の意向を伝えている	135（66.8）	53（26.2）	13（6.4）	1（0.5）
⑤他職種調整：2.25（2-2.75）				
主治医に療養者の苦痛緩和方法等について相談している	149（73.8）	33（16.3）	18（8.9）	2（1.0）
療養者・家族ケアについて、ボランティアや社会資源との調整をしている	50（41.1）	74（36.6）	61（30.2）	17（8.4）
薬剤師やヘルパーと療養者・家族のケアについて調整している	83（65.8）	81（40.1）	34（16.8）	4（2.0）
主治医に家族の望む看取り方法や時期について相談している	130（64.4）	54（26.7）	16（7.9）	2（1.0）

療養者・家族のケアについて話し合う機会がある、職場内・医師・他職種と療養者・家族のケアについて情報共有できている、職場内で療養者・家族のケアや死を振り返る機会がある、職場内のコミュニケーションがとれている、看護ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉がある、職場の体制満足度が8点以上の者でケア提供得点が有意に高かった。

訪問時の同行支援、職場内で上司や同僚からの精神的支援、時間内の事務作業、病院看護師との連携、職場の看護ケア実施体制については、有意な差はなかった。

d. 在宅ターミナルケアに対する考え方との関連

ケア提供得点に有意差のあった在宅ターミナルケアに対する考え方の項目を表5に示す。訪問看護師としてのやりがいがある、在宅ターミナルケアに対する関心がある、自分が治らない病気になった場合に最期に過ごしたい場所が自宅で実現可能、提供したい在宅ターミナルケアが提供できている、普段行っている在宅ターミナルケアの満足度が7点以上の者でケア提供得点が有意に高かった。

在宅ターミナルケアのストレス、家族が治らない病気になった場合に最後に過ごさせたい場所については、有意な差はなかった。

4. 多変量解析

重回帰分析（ステップワイズ法）の結果を表6に示す。「普段行っている在宅ターミナルケアの満足度が7点以上」「家族ケアの知識について理解している」「職場内で療養者・家族のケアについて話し合う機会がある」「職位が管理者である」「看護ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉がある」の5項目がケア提供得点に関連する要因としてあげられた。

VI. 考 察

1. 対象者について

対象者が所属するステーションは、介護保険法が施行された平成12年度までに設立されている所が49.1%と多く、

表2 ケア提供得点に有意差のあった属性の項目

(n = 202)

項目	%	中央値	四分位範囲	p 値
職位				
管理者	23.9	53	50-55.5	< .001
スタッフ	76.1	48	39-53	
勤務体系				
常勤	75.1	51	43-54	.025
非常勤	24.9	45.5	38-52	
学歴				
短大・大学・大学院	3.6	54	53.5-55.5	.049
高等学校・専門学校	94.6	50	42-54	
訪問看護師経験年数				
7年以上	51.5	51	45-54	.022
6年以下	48.5	48	38-53	
ケアマネジャーの資格				
あり	29.7	53	47-55	.003
なし	70.3	48	39-53	
病院看護師としての看取り経験人数				
10人以上	70.6	52	45-54	.002
9人以下	29.4	45	37-53	
訪問看護師としての看取り経験人数				
10人以上	52.2	52	45-54	.009
9人以下	47.8	49	38-54	
病院看護師としてのターミナルケア経験人数				
10人以上	71.4	52	45-54	< .001
9人以下	28.6	45	37.5-53	
訪問看護師としてのターミナルケア経験人数				
10人以上	60.0	52	45-54	.004
9人以下	40.0	47	38-53	

看護職の常勤換算人数が5人未満の所は58.1%であった。5人未満の小規模なステーションは全国で約65%を占めていることから（日本看護協会，2008），本調査では小規模なステーションの割合が少なかった。看護師配置の少ない事業所ほど在宅ターミナルケアの提供が少ないことから（厚生労働省，2010），ステーションが在宅ターミナルケアを支えるためにはある程度の看護師数が必要と考えられる（島内・鈴木，2008）。

一方，一般的な看護職員の年齢構成は30歳台が最も多いことから（日本看護協会出版会，2014），本調査の訪問看護師の年齢は高かった。

2. ケア提供得点

ケア提供得点の中央値は50点（57点満点）で，訪問看護師は数多くの在宅ターミナルケアを実施していることが明らかとなった。看護師は経験を積み重ねながら患者を尊重し，患者・家族の立場に立った行動がとれるようになり，患者のニーズをとらえた看護ができるようになる（二渡ら，2003）。ケア提供得点が高い背景には，年齢が高く，

看護職経験年数が長いことが関連している可能性がある。

因子別ケア提供得点では，意向調整因子が最も高かった。がんのターミナル期の変化に伴い，療養者・家族の揺れ動く思いや不安を支える必要がある（久松・丹波，2011）。また，最期までQOLを維持しながら在宅療養を継続するために，主治医との意見交換および情報の共有を積極的に行い，療養者や家族の意向を尊重して看取りについて話し合い，方針を一致させて在宅ターミナルケアを提供していくことが必要であるため（藤川・小林・平澤・飯吉，2011），意向調整因子が高くなったと考えられる。

一方，他職種調整因子が最も低かった。ステーションで主に対象としている介護保険受給者は，ケアマネジャーがサービスの調整を行っていることが多い。したがって，訪問看護師よりケアマネジャーが他職種との調整の役割を担っていることが多いため，訪問看護師においては他職種調整因子が低くなったと考えられる。

3. ケア提供得点に関連する要因

普段行っている看護ケアの満足度が7点以上であるとい

表3 ケア提供得点に有意差のあった知識・態度の項目

(n = 202)

項目	%	中央値	四分位範囲	p 値
知識：身体的症状				
理解している	63.6	52.5	47-55	< .001
理解していない	36.4	43	36-51	
知識：精神的症状				
理解している	53.3	53	49-55	< .001
理解していない	46.7	44	37-52	
知識：麻薬等薬物による疼痛緩和の方法				
理解している	49.5	53	47-55	< .001
理解していない	50.5	47	38-53	
知識：薬物以外の疼痛緩和の方法				
理解している	34.2	53	49.5-56	< .001
理解していない	65.8	47	39-53	
知識：死期判断				
理解している	72.9	52	45-54	< .001
理解していない	27.1	43.5	35-52	
知識：死亡時の連携				
理解している	72.9	52	45-55	< .001
理解していない	27.1	41	35-52	
知識：介護保険の基本的知識				
理解している	43.7	53	49-55	< .001
理解していない	56.3	47	38-53	
知識：介護保険等利用者負担				
理解している	37.2	53.5	51-56	< .001
理解していない	62.8	45	38-53	
知識：家族ケア				
理解している	30.7	54	52-56	< .001
理解していない	69.3	47	38-53	
知識：他職種調整				
理解している	44.2	53.5	50-56	< .001
理解していない	55.8	45	38-52	
1年間の研修受講				
ある	58.7	52	44-54	.018
ない	41.3	47	38-53	
3年間の研修受講				
ある	56.5	52	46-55	< .001
ない	43.5	47	37.5-53	

うことがケア提供得点と関連していた。看護ケアに満足感がある訪問看護師の方がターミナルケアに積極的にかかわっていけることから（西尾・木村，2013），提供したケアに対して満足感が得られた訪問看護師はより積極的にかかわり，より多くのケアの実践につながっていたと考えられる。

家族ケアの知識について理解していることが，ケア提供得点に関連していた。在宅療養では，訪問看護師は24時間療養者・家族の傍らにすることは少なく，家族が療養者への介護を主に担っている。療養者に充実したケアを提供するためには，包括的な看護ケアの提供が不可欠である（福

井・猫田，2004）。また，在宅ターミナルケアは，家族にとって心身・社会的に非常に大きな負担となりやすいため（島内・小野，2009），療養者だけでなく同時に家族にケアを提供するために，家族ケアの知識が在宅療養にとっては不可欠である。

職場内で療養者・家族のケアについて話し合う機会があることが，ケア提供得点に関連していた。訪問看護師は単独で訪問することが多く，お互いの看護ケアをみる機会が少ないため，スタッフ間で十分にコミュニケーションをとりながら情報共有をすることで（仁科・谷垣・乗越，2007），ケア計画の修正や療養者・家族のニーズに応じた

表4 ケア提供得点に有意差のあった職場環境の項目

(n = 202)

項目	%	中央値	四分位範囲	p 値
ケアのアドバイス				
得られる	71.6	51	43.5-54	.023
得られない	28.4	49	38-53	
職場内で療養者・家族のケアについて話し合う機会				
ある	70.3	52	44-54	.003
ない	29.7	46.5	37-53	
医師と療養者・家族のケアについて話し合う機会				
ある	49.3	52	45-55	.001
ない	50.7	47	39-53	
職場内で療養者・家族のケアについて情報共有				
できている	83.2	51	43-54	.015
できていない	16.8	45.5	38-53	
医師と療養者・家族のケアについて情報共有				
できている	52.0	53	47-55	< .001
できていない	48.0	46.5	38-52	
他職種と療養者・家族のケアについて情報共有				
できている	55.2	52	47-55.5	< .001
できていない	44.8	45.5	38-53	
職場内で療養者・家族のケアや死を振り返る機会				
ある	41.6	53	47-55.5	.001
ない	58.4	47.5	39-53	
職場内のコミュニケーション				
とれている	89.1	50.5	43-54	.030
とれていない	10.9	44.5	37-52	
ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉				
ある	80.1	52	45-54	< .001
ない	19.9	43.5	37.5-50.5	
職場の体制満足度				
8 点以上	55.1	52	47-54	.001
7 点以下	44.9	47	38-53	

表5 ケア提供得点に有意差のあったケアに対する考え方の項目

(n = 202)

項目	%	中央値	四分位範囲	p 値
訪問看護師としてのやりがい				
ある	75.4	52	43-54	.005
ない	24.6	45	39-52	
ケアに対する関心				
ある	77.7	51	44-54	.001
ない	22.3	44	38-52	
自分が最期に過ごしたい場所				
自宅で実現可能	33.3	53	47-56	< .001
自宅で実現困難	66.7	48.5	39-53	
提供したいケアの提供				
できている	86.6	54	50-56	< .001
できていない	13.4	48	39.5-53	
普段行っているケアの満足度				
7 点以上	50.0	53	50-55	< .001
6 点以下	50.0	43	36-51	

表 6 ケア提供得点に関連する要因

(n = 140)

カテゴリー名		β	p 値
ケアの満足度	7 点以上／ 6 点以下	5.869	< .001
家族ケアに関する知識	あり／ なし	3.759	.002
職場内でケアを話し合う機会	あり／ なし	3.492	.003
職位	管理者／ スタッフ	3.200	.009
療養者・家族からのねぎらいの言葉	あり／ なし	3.001	.027

調整済み $R^2 = .458$

ケアが実施できると考えられる。また、在宅ターミナルケアにおいては、時間外や夜間等の対応が必須となるため、担当していない訪問看護師が訪問することがあるが、普段からケアについて話し合っておくことで、担当者と同様なケアが提供できると推測される。

職位が管理者であることが、ケア提供得点に関連していた。本調査における管理者は平均年齢が高く、病院看護職経験年数が長かったことから、ケアに関連する要因として管理者の長い看護職の経験年数が背景として考えられる。また、ケアマネジャーの資格を有する者も多く、療養者・家族の病状や心理だけでなく、関係者、サービス提供など多角的な視点からとらえることができ、数多くのケアの実践につながっていたと考えられる。

看護ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉があることが、ケア提供得点に関連していた。療養者や家族からの肯定的なフィードバックが、訪問看護師の死にゆく患者に対する態度をより積極的にする (Sakai, Naruse, & Nagata, 2013)。訪問看護では単独で療養者宅を訪問して看護を提供するため、その結果としての療養者・家族の反応は、訪問看護師個人にフィードバックされることになり、施設内の看護では経験することのない特別な報酬感や充実感が得られることで (仁科・谷垣・乗越, 2009)、満足感と同様にケアに積極的にかかわっていけると考えられる。

訪問看護師のケアは個人要因だけでなく職場環境にも関連することが、本研究において明らかになった。ケアの実施は個人に任されることが多いが、職場環境の改善によりケアが変化することも考えられ、職場環境を見直し、改善することの有効性が示唆された。

態度は看取りケア実践の基盤であることが示唆されているが (吉岡・森山, 2010)、今回のケア提供得点の関連要因としてはあがらなかった。態度は考え方であって必ずしも行動には結びついていないということや病院看護師の

ターミナルケア態度は経験年数に関連していることが明らかとなっている (横尾ら, 2010)。対象者の看護職経験年数が長かったこと、ケア得点が高かったこと、またターミナルケア態度得点が全体的に高かったことより、ケア得点との関連項目としてあがらなかったと考えられる。

本調査の結果から、充実したケアを提供するためには訪問看護師個人として自分が満足できるようなケアを提供すること、家族ケアの知識を習得することが必要である。管理者としては、療養者・家族から得られたねぎらいの言葉を積極的に訪問看護師に伝えること、療養者・家族のケアについて話し合う機会を設けることが必要である。

VII. 本調査の限界と課題

これまで訪問看護師が行っている在宅ターミナルケアの状況を評価する指標がみあたらないため、本研究において松村 (2004) が開発した「在宅ターミナルで訪問看護師に必要な実践能力」を得点化して用いた。この得点化における妥当性・信頼性については、今後検討していく必要がある。

本調査の対象は、A県内の比較的多くの看護師のいるステーションからの回答が多かった。このことは、少人数で多忙なステーションからの協力が得られなかった可能性があり、ケア提供得点にも影響していることが考えられる。また、本調査はA県のステーションに局限した調査であったため、結果を一般化することには限界がある。

VIII. 結 論

A 県のステーションに勤務する202名 (有効回答率 59.6%) の訪問看護師が、がんの療養者・家族へ提供している在宅ターミナルケアの実施状況とそれに関連する要因について明らかにすることを目的に、無記名自記式質問紙

調査を実施した。その結果、ケア提供得点は中央値50点で、最も得点の高かった因子は意向調整因子、低かった因子は他職種調整因子であった。ケア提供得点に関連する要因として、普段行っている看護ケアの満足度、家族ケアの知識、職場内で療養者・家族のケアについて話し合う機会、職位、看護ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉の5項目であった。

がんの療養者・家族に対して、充実したケアを提供するために、訪問看護師個人としては、自分が満足できるようなケアを提供すること、家族ケアの知識を習得することが、管理者としては、療養者・家族から得られたねぎらいの言葉を積極的に訪問看護師に伝えること、療養者・家族

のケアについて話し合う機会を設けることが重要であると示唆された。

本調査を実施するにあたり、調査にご協力頂きましたA県訪問看護ステーション連絡協議会会長様および各ステーションの管理者様、そして訪問看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

本調査は訪問看護師が、がんの療養者・家族に提供しているケアとそれに関連する要因を明らかにし、ケアの充実について検討する基礎資料を得ることを目的とした。対象は61か所の訪問看護師339名で、無記名自記式質問紙法で実施し、有効回答は202名（有効回答率59.6%）であった。ケア内容は、松村の「在宅ターミナルにおいて訪問看護師に必要な実践能力」を用い「ケア提供得点」とした。ケア提供得点の中央値は50点で、意向調整因子が最も高く、他職種調整因子が最も低かった。ケア提供得点に関連する要因として、普段行っているケアの満足度、家族ケアの知識、職場内で療養者・家族のケアについて話し合う機会、職位、ケアを提供した療養者・家族からのねぎらいの言葉の5項目であった。充実したケアを提供するためには、満足できるケアを提供すること、家族ケアの知識を習得すること、ねぎらいの言葉を伝えること、話し合う機会を設けることの重要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to clarify the terminal cares provided housebound cancer patient and family with by home-visiting nurses and their related factors. The subjects were 339 home-visiting nurses at 61 stations. There were 202 (valid rate 59.6%) participants in the anonymous questionnaire survey. The usage of terminal cares was evaluated using total points (range 0-57) of the items on various kinds of terminal cares. To find the factors related to the usage of terminal cares, the multiple regression analysis was performed using 31 items that showed significant difference in the total points as independent variables and the total points as the dependent variable. Median of total points was 50. Five factors were related to the total points. They were: satisfaction rating 7 and more for normal care, understanding the family care, talking together on the patients and family at the workshop, being the administrator at the position, and being spoken words of appreciation to by the patient and family. The various terminal cares were sufficiently provided with. To provide various terminal cares sufficiently, the supports given in the workplace, as well as self-empowerment, may be important.

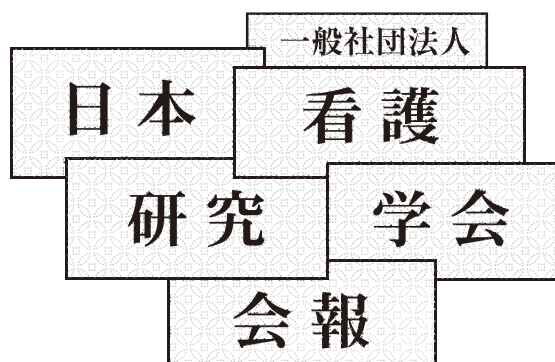
文 献

- 藤川あや, 小林恵子, 平澤則子, 飯吉令枝 (2011). 在宅での看取りを可能にする訪問看護ステーションの医療連携体制に関する研究. 日本在宅ケア学会誌, 14(2), 76-86.
- 福井小紀子, 猫田泰敏 (2004). 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. 日本看護科学会誌, 24(4), 46-54.
- 二渡玉江, 入澤友紀, 碓井真弓, 大澤純子, 加藤直子, 野口亜希子 (2003). 終末期患者に対する看護師の意識および行動に関連する要因の検討. がん看護, 8(3), 241-247.
- 久松美佐子, 丹羽さよ子 (2011). 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. 日本看護科学会誌, 31(1), 58-67.

- 本郷澄子, 近藤克則, 牧野忠康, 久世淳子, 樋口京子, 杉本浩章, 宮田和明 (2003). 在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求めている支援: 遺族を対象とした調査. ターミナルケア, 13(5), 404-411.
- 柏木哲夫 (2002). 系統看護学講座別巻10 ターミナルケア (第3版). 28-42, 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2010). 訪問看護の現状等について. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0118-7b.pdf> (参照2014.12.01)
- 厚生労働省 (2015). 地域包括ケアの理念と目指す姿について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000014503-att/2r985200000145nv.pdf>
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2013). 平成23年 人口動態統計

- (上巻). 340-341, 東京: 厚生労働統計協会.
- 厚生労働統計協会 (2015). 人口動態. 国民衛生の動向2015/2016: 人口動態. 厚生指標, 62(9), 51-87.
- 松村ちづか (2004). 在宅ターミナルで看護師に必要な実践能力—必要な看護実践能力の内容と課題—. 埼玉県立大学紀要, 6, 61-66.
- 松村ちづか, 中山和弘, 川越博美 (2006). 主介護者の満足感に影響する在宅ターミナルケア要素に関する研究. 緩和ケア, 16(3), 269-274.
- 内閣府 (2013). 平成25年度 高齢社会白書: 第1章 高齢化の状況. 28. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/pdf/1s2s_3_2.pdf (参照2014.12.01)
- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子 (2006). Frommeltのターミナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで—. がん看護, 11(6), 723-729.
- 中西美千代, 志自岐康子, 勝野とわ子, 習田明裕 (2012). ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討. 日本看護科学会誌, 32(1), 40-49.
- 日本看護協会 (2008). 老人保健健康増進推進事業 訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書.
- 日本看護協会出版会 (編) (2014). 平成25年 看護関係統計資料集. 16, 東京: 日本看護協会出版会.
- 仁科祐子, 谷垣静子, 乗越千枝 (2007). 鳥取県内の訪問看護ステーションに勤務するスタッフナースの個人・職場要因と職業ストレスとの関連. 米子医学雑誌, 58(1), 15-24.
- 仁科祐子, 谷垣静子, 乗越千枝 (2009). 鳥取県内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師の仕事に対する思い: 自由記述の分析より明らかとなった肯定的思いと否定的思い. 米子医学雑誌, 60(2), 53-65.
- 西尾美登里, 木村裕美 (2013). ターミナルにおける看護師の看取りの満足感に関する研究. 日本農村医学会雑誌, 61(6), 890-903.
- 小川恵子, 島内 節, 河野あゆみ (2001). 在宅ターミナル期における癌患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価. 日本看護科学会誌, 21(1), 18-28.
- Sakai, M., Naruse, T., and Nagata, S. (2013). Home visiting nurses' attitudes toward caring for dying patients, and related workplace factors. *Int J Palliat Nurs*, 19(4), 195-204.
- 島田千穂, 近藤克典, 樋口京子, 本郷澄子, 野中 猛, 宮田和明 (2004). 在宅療養高齢者の看取りを終えた介護者の満足度の関連要因: 在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査から. 厚生指標, 51(3), 18-24.
- 島内 節, 小野恵子 (2009). 遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価. 日本在宅ケア学会誌, 12(2), 36-43.
- 島内 節, 鈴木琴江 (2008). 在宅高齢者の終末期ケアにおける経過期的にみた緊急ニーズ. 日本看護科学会誌, 28(3), 24-33.
- 住田俊彦, 安藤祥子 (2013). 病院看護師の緩和ケア実践態度を促進する要因. 応用心理学研究, 39(1), 4-12.
- 横尾誠一, 吉原麻由美, 松島由美, 大町いづみ (2010). 訪問看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析—一般病院看護師との比較—. 保健学研究, 22(2), 37-43.
- 吉岡さおり, 森山美知子 (2010). 一般病棟における終末期がん患者と家族に対する看取りケア実践の関連要因—がん看護専門看護師の教育的立場からみた要因の分析—. 広島国際大学看護学ジャーナル, 8(1), 61-69.

〔平成27年11月3日受付〕
〔平成28年10月10日採用決定〕



第 104 号

(平成29年 4 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第 4 回理事会 議事録	1
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第 5 回理事会 議事録	8

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第 4 回理事会 議事録

日 時：平成28年11月20日（日） 13：00～16：00
 会 場：東京八重洲ホール 611会議室
 出 席：川口孝泰，本田彰子，宮腰由紀子，岩本幹子，石井範子，青山ヒフミ，法橋尚宏，前田ひとみ，
 神田清子，安藤詳子，山口桂子，任和子，塩飽仁，佐藤政枝（以上，常任理事・理事，14名）
 松田たみ子，渡邊順子（監事 2 名）
 欠 席：荒木田美香子，中西純子，村嶋幸代，良村貞子，吉沢豊予子，吉田澄恵，山勢博彰，
 宇佐美しおり
 陪 席：海老根潤，竹下清日，上原孝之（ガリレオ社）
 議事進行：理事長 川口孝泰
 書 記：佐藤政枝 (順不同・敬称略)

配布資料：

1. 会員動向報告
2. 平成28年度上半期決算報告書
3. 編集委員会資料
4. 研究倫理委員会報告事項
5. 看保連ワーキング報告資料
6. 日本看護系学会協議会ニュースレター速報（2016.vol.3）
7. 日本学術会議関連報告資料
8. 第43回学術集会プログラム案・予算案
9. 「日本看護研究学会雑誌」論文査読，入稿，校正事務の遅滞について（お詫びと顚末書）
10. 平成28年度大規模災害支援事業の実施について

11. 日本看護系学会協議会2017-2018役員選挙資料
 12. 大学改革支援・学位授与機構機関別認証評価委員会専門委員候補者の推薦について
 13. 入会申込理事会承認一覧（回収資料）
 14. 特定個人情報の取り扱いに関する委託契約書
- 番号なし 平成28年度第3回理事会議事録（案）

平成28年度一般社団法人日本看護研究学会会員総会議事録（案）

理事長挨拶

川口理事長より、挨拶があり、議事が開始となった。

1. 報告事項

1) 会員数の動向（資料1）

総務担当・本田副理事長より、資料に基づき、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。会員総数は6,482名（2016年11月19日現在）、2016年度の新入会員数は411名、入会待機数は72名、退会者数は25名、2016年度の会費納入率は83.5%であり、会費未納者は2015年度が327名、2016年度が740名であることが報告された。

2) 平成28年度上半期決算・会計監査報告（資料2）

会計担当・岩本理事より、資料に基づき、平成28年度上半期（4月1日～9月30日）の収支について、主要な項目を抜粋し報告が行われた。一般会計として、受取入会金は390名分、年会費納入率は82%であることが説明された。また、9月末までに会計処理されていないものについては会議費・運営費が計上されていないこと、上半期の予算執行率は収益が88.4%、費用が28.9%であることが補足説明された。災害支援特別会計では、昨年度期末残高220万円に、今年度の収益61.8万円（寄付金63万円から振込手数料を差し引いた額）および一般会計繰入金300万円が、期末残高であることが説明された。

川口理事長より、正味財産が約8,600万円まで膨らんでいること、また、上半期の予算執行率が30%に満たないことを受けて、今後さらなる委員会活動の活性化や新規事業の展開による財源の有効活用が必要であるとの補足発言があった。また、松田監事より、昨年度末の会計監査でも、将来構想を含めた予算の有効活用が提案されており是非推進していただきたいとの発言があった。さらに、山口理事より、これまでの経緯として、紙媒体で全会員に郵送していた学会誌を電子ジャーナル化することで、学会予算の大幅なスリム化が実現したが、その一方で、会員側からみれば物理的に何も受け取る物がない状況は、学会との繋がりや所属意義を見出しにくい結果を招いていること、また、学会予算の削減は、貯蓄目的ではなく、会費の値上げ等の会員への負担を避けるために選択されたものであり、財源が潤沢となった今、会員へ利益の一部を還元する方法について再検討が必要であるとの発言があった。これを受けて、川口理事長より、学会は重要な社会的役割を担っており、会員サービスと社会貢献を見据えた事業の方向性について、将来構想委員会を通じてアイデアを出していきたいと発言された。

3) 委員会報告

(1) 編集委員会（資料3）

委員長・法橋理事より、資料に基づき、40巻1号まで掲載論文は確定しているが、39巻1, 2,

4, 5号が発行されていない状況は前回会議(8/19)と同様であること、また、39巻1号については、11月末にはJ-STAGEに登録できる見込みであることが報告された。現状として、3つの問題(①論文の受付業務の遅滞に伴う査読処理の遅延、②学会誌の発行遅延、③査読委員への依頼の遅延)が生じているが、10月6日の発覚以降、事態の改善に向けて努めており、論文処理の流れはほぼ正常に戻っていることが説明された。また、今年度の論文投稿数は83本程度と減少傾向にあること、査読委員の委嘱については、電子メールアドレスがない等の理由で未回答者37名への確認が遅れている旨の報告があった。

(2) 奨学会委員会(資料なし)

委員長・石井理事より、平成29年度の奨学研究を募集中であり、12月16日に締め切り、翌年1月7日に選考会議を開催する予定であることが報告された。

(3) 学会賞・奨励賞委員会(資料なし)

委員長・荒木田理事が不在のため、委員・石井理事より、前回理事会で審議となった奨励賞の受賞候補者(会費未納者2名)について、その後、会費が納入された旨の報告があった。また、学会賞・奨励賞の選考基準を明確にする目的で、規程の見直しを含めて検討する予定であること、H28年度受賞候補者の選考は1月7日に実施する予定であることが報告された。

(4) 将来構想検討委員会(資料なし)

委員長・川口理事長より、メール会議を含む計2回の会議を開催し、共通認識を深めつつ意見を出し合っている段階であることが報告された。本学会の理念が明示されていないことや、学会の特色・特徴が見えにくいことが課題であり、学会の理念の明文化に向けて検討を進めることが説明された。また、会員が恩恵を受けられる新たなサービスの構築や新規事業についても具体的な提案をして、次回の理事会で諮りたいと説明があった。

(5) 研究倫理委員会(資料4)

委員長・青山理事より、資料に基づき、非会員からの研究倫理審査に関する問い合わせの内容と対応について詳細な報告があった。他の看護系学会では、倫理審査申請の条件として、自学会において研究成果を発表することが課されており、本学会でも同様に審査対象の研究は学会誌への論文投稿を前提とすることが望ましいとの意見が出された。さらに、本委員会とは別に理事長直轄の研究倫理審査委員会の設置が今後必要であり、外部委員として、弁護士、有識者を含める必要性が確認された。今後、先行する他学会の活動実績も参考にしながら、①申請者の条件を「本学会に論文投稿する予定の者」と限定することも含め「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参考とした規程の見直し、②研究倫理審査を運用する上で必要となる内規の作成、について検討し、次回理事会にて提案することが報告された。

(6) 国際活動推進委員会(当日配布資料)

委員長・前田理事より、第42回学術集会での特別交流集会「質的研究のシステムティックレビューの国際的動向(今野理恵氏)」に282名の参加があり、講演資料は期間を設けて学会ホームページにて公開したとの報告があった。また、今年度のイヤーブックへの投稿数は1編であることが報告された。ホームページの英文化については、既に公開中の「概要・沿革」および「理事長挨拶」を英語版にしたものが配布され、内容に関する確認の依頼がなされるとともに、問題がなければ近日中にアップする予定であることが報告された。

(7) 大規模災害支援事業委員会（資料10）

委員長・中西理事に代行して川口理事長より、資料に基づき、支援事業については迅速な対応が求められるため、理事会の開催を待たずメール審議等にて方向性を決定し、進めてきた経緯が報告された。

(8) 渉外・広報（ホームページ）

担当・塩飽理事より、学会ホームページの更新内容として、8月に新たな名誉会員の名簿への追加、第42回学術集会での国際活動推進委員会企画の講演資料の期間限定公開、奨励研究募集要項（改訂版）のアップ、10月以降に、トップページへの第43回学術集会のバナー設置、大規模災害支援事業の申請受付期間延長の記事の差し替えを行ったとの報告があった。今後は、トップページに「English」のボタンを新設し、リンク先の「理事長挨拶」「概要・沿革」「イヤーブック」のリストから英語ページが閲覧できるように作業を進めることが確認された。また、日本看護科学学会、看護協会、大学協議会等、多くの組織が英語化を進めるなかで、本学会も積極的に英文化への作業を進めるべきとの意見がだされ、今回は、第一段階として内容の変更の可能性が低いものから英文化しているが、今後は全ページの英文化を進める方向で、大幅な作業が見込まれることから業者への依頼についても検討することが確認された。

(9) 看保連ワーキング（資料5）

委員長・山口理事より、資料に基づき、4月25日付の「平成30年度診療報酬・介護報酬同時改正に向けた看保連の基本方針」にて2つの重点要望が示されており、今後のスケジュールとして12月9日を期日に各団体から要望書を集め、平成29年4月に最終的な取りまとめ、7月に正式な要望書の提出となることが報告された。本学会からは、平成27年度より泊副理事長が中心となり、学会予算と看保連の研究助成にて実施している「重症身心障害児の在宅ケア」に関する聞き取り調査および、熊本市内における災害時の活動事例をもとに要望書を作成し、日本重症心身障害児学会、看護系学会とも調整しながら提出する予定であることが報告された。これらの説明を踏まえ、看保連ワーキングより要望書を提出することが提案され、異議なく承認された。

4) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会（資料6，資料11）

担当・宮越副理事長より、資料6に基づき、災害看護支援事業に2件の応募があり交付されたこと、災害看護に関する学会連携を推進する活動が開始されたことが報告された。また、資料11に基づき、2017-2018年度役員選挙について、被選挙人の推薦および選挙告示の通知があったことが報告された。

(2) 看護系学会等社会保険連合

担当・山口理事より、看保連では定期的に情報提供のためのセミナー（事前申込不要）が開催されており、約1ヶ月前に情報提供があることから、学会ホームページにて会員へ周知できるようにしたいとの報告があった。また、平成29年度に役員改正が控えており、本学会からは社員の交代なく山口理事が継続することを連絡済みであることが報告された。

(3) 日本学術会議（資料7）

担当・川口理事長より、資料に基づき、これまで看護分科会で検討を進めてきたケアサイエンスについて、来年6月発行の「学術の動向」に、特集企画として「これからの社会におけるケアサイ

エンスの構築をめざして（標題）」が掲載される予定であるとの報告があった。また、「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準」については、審議結果の取りまとの最終段階に入っており、報告書にて公開予定であること、「地方創生に関わる看護の役割」については継続して検討中であることが報告された。

(4) 第42回学術集会について（資料なし）

第42回学術集会長・川口理事より、参加者は1,078名（会員872名）であり、収支としては赤字であったことが報告された。次回理事会にて会計報告を行い、赤字補填分の処理については審議事項として検討をお願いしたいとの報告があった。

(5) 第43回学術集会について（資料8）

第43回学術集会長・山口理事より、資料に基づき、「— 原点回帰 — 求められる看護研究の成果と教育への還元」として、エビデンスを踏まえた教育の実現に向けて本学会が発足された経緯や、愛知県で初めての開催となる記念等、大切な要素が盛り込まれたプログラム案の概要が説明された。また、学会特別企画用に250～300名規模の会場の確保が可能であり、各委員会にて早めに計画していただきたいとの補足説明があった。地元の臨床家や若手研究者のニーズを考慮し、学術集会主催のプレカンファレンスセミナー等を開催してはどうかという意見がだされ、企画委員会にて検討することとなった。

(6) 地方会の活動について（資料なし）

川口理事長より、現在3つの選挙区割り（東京地区、関東地区、東北地区）を除く5つの地区で、地方会の活動が行われているが、新たな地方会の発足や、区割りの見直しも含め、地方会の在り方そのものに関する議論が必要であることが提案された。とくに区割りについては、活動規模や予算配分、選挙等にも関係する重要な事項であり、構成員数を考慮した検討が必要であり、定款・細則の見直しも伴う。地方会は、本学会の特色ある活動でもあり、将来構想委員会である程度の方角性について話し合い、今年度中に理事会にて審議したいとの説明があった。

2. 審議事項

1) 編集委員会

① 学会誌『日本看護研究学会雑誌』に関わる事務の遅滞について（資料9）

ガリレオ社・上原氏より、資料に基づき、論文査読・入稿・校正事務の遅滞に関する説明と今後の対応策について説明された。現在、①論文査読事務における事務局作業の遅滞、②学会誌発行に向けた入稿・校正事務作業の遅滞、③査読委員新規就任・継続依頼業務の遅滞、の3つの問題が発生しており、編集事務作業に関する膨大な業務を社内の担当者個人のスキルとキャパシティに頼り、個人からの報告以外には進捗状況をチェックできる仕組みがなかったことが主な原因であるとの説明があった。現行のシステムでは、「投稿受付」時点で初めて編集委員長との情報共有が可能となるが、今後の改善に向けた具体策として、対応1：ScholarOneにおける「投稿受付」に関する役割内容を変更し、編集委員長に全行程にわたる閲覧権限を付与する、対応2：3ヶ月（四半期）毎に刊行事業に関する報告を行う、対応3：業務内容の定義および双方の責任範囲の明確化とこれらに基づく費用の見直しを踏まえた契約の締結、の3点が提案された。

川口理事長より、作業の役割分担を見直し、依頼内容に見合った経費の再考・再契約が必要であ

り、事態の改善に向けて急ぎ作業を進めていきたいと説明があった。編集委員長・法橋理事より、上記の対応3に対する意見として、前事務所からの引き継ぎの際に全行程の業務内容の把握はできており、また2年前にScholarOneを採用した時点で、役割分担・責任範囲も明確になっており、業務内容の見直しについては、その都度、提案すべき事項であったこと、また、対応1、対応2については本来であれば必要のない事項であるが、作業をモニタリグするという観点から、必要不可欠という理解であるとの発言があった。

以上を受けて、会員への経過報告と謝罪の文書による通知を行うことで合意された。ガリレオ社の謝罪文、理事長名での学会からの謝罪文を同封し、会員に郵送するとともに、同内容を学会ホームページにも掲載することとなった。また、謝罪文の文面は理事にて事前審議すること、送付には学会の封筒を使用し、すべての費用はガリレオ社が負担することが決定された。

また、今後査読にかかる期間の明示等、具体的な対策を示す必要があるとの意見に対して、それぞれの論文で査読プロセスが異なることから、期限を設定することは難しいとの発言があった。直接的に被害を被った論文著者への対応として、個々の被害の程度を考慮して編集委員長と理事長で案をだし、最終的な決定については、常任理事会にて審議することで合意された。

② 雑誌投稿規定と原稿執筆要領の改訂（資料3）

研究倫理の項目に、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」（2008年）、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」（2008年）を、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（2014年）に更新すること、新たに著者貢献度（Author Contribution）に関する項目を設けることが提案され、いずれも承認された。

③ 日本看護研究学会第43回学術集会（愛知）での企画について

日本看護研究学会第43回学術集会（愛知）にて、利益相反に関する委員会企画を予定しており、利益相反委員会の早急な立ち上げを依頼したいとの説明があった。

2）第43回学術集会予算について（資料8）

学術集会長・山口理事より、資料に基づき、開催時期が他学会と近接しており、次年度も多数の参加は見込めないことから、参加者を1,100名（会員800名）と見積もり、第42回学術集会よりも300～400万円程度少ない予算としたことが報告された。非会員の参加費（当日）について13,000円（抄録集を含めない）とすることが提案され、異論なく承認された。また、一般演題の査読依頼に使用する目的で、評議員名簿（電子データ）の情報提供が依頼され、個人情報の正しい取り扱いについて書面にて誓約を交わすことで許可されることが承認された。

3）平成28年度大規模災害支援事業の実施について（資料10）

委員長・中西理事に代行して川口理事長より、資料に基づき、申請者1名に対して学会年会費と学術集会参加費の合計額18,000円を支給することが提案され異論なく承認された。また、第二次申請受付期間を平成29年2月3日まで延長すること、ならびに、申請期間終了後2ヶ月以内の決定を目指し、臨時常任理事会またはメール会議にて支給を決定することが提案され合意された。さらに、看護職養成機関への通知については、理事長名と委員長名を併記する意見が出され、理事長名を加筆することが決定された。

4）日本看護系学会協議会2017-2018年度役員選挙被選挙人の推薦について

理事長・川口理事長より、理事（1名）に本田副理事長、監事（1名）に宮腰副理事長が推薦さ

れ、異議なく承認された。

- 5) 大学改革支援・学位授与機構機関別認証評価委員会専門委員候補者の推薦について
理事長・川口理事長より、宮腰副理事長が推薦され、異議なく承認された。

6) その他

- (1) 入会申込理事会承認（回収資料：資料13）

資料をもとに、入会申込者の一覧が確認され承認された。

- (2) 特定個人情報の取扱いに関する委託契約（資料14）

事務局・海老根氏より、資料に基づき、平成29年1月より源泉徴収税等について法定調書にマイナンバーの記載が必要となったことを受け、ガリレオ社が収集事務を代行すること、これに伴い新たに作成した「特定個人情報の取扱いに関する委託契約書」の内容を確認していただきたいとの説明があった。各自で書類の内容を確認し、意見があれば学会事務局へ連絡することとなった。

- (3) 次回会議日程について

事務局からのメールにて、平成29年2月の土日で調整することとなった。

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第5回理事会 議事録

日 時：平成29年2月12日（日） 13：00～16：20

会 場：東京八重洲ホール 902会議室

出席：川口孝泰，本田彰子，宮腰由紀子，荒木田美香子，岩本幹子，石井範子，法橋尚宏，神田清子，
中西純子，山口桂子，吉田澄恵，良村貞子，任和子，塩飽仁，佐藤政枝
（以上，常任理事・理事，15名）
松田たみ子，渡邊順子（監事2名）

欠席：青山ヒフミ，前田ひとみ，村嶋幸代，吉沢豊予子，安藤詳子，山勢博彰，宇佐美しおり

陪席：竹下清日，上原孝之（ガリレオ社）

議事進行：理事長 川口孝泰

書記：佐藤政枝

（順不同・敬称略）

配布資料：

1. 会員動向報告
2. 編集委員会資料
3. 日本看護系学会協議会災害看護連携会議第1回会議報告
4. 日本看護系学会等社会保険連合研究助成平成29年度募集要項・申請書
5. 第43回学術集会プログラム案
6. 平成28年度学会賞・奨励賞推薦書・申請書
7. 平成29年度奨学研究選考経過及び授与候補者について
8. 奨学会規程改正（案）
9. 平成28年度大規模災害支援案（回収資料）
10. 第42回学術集会特別会計決算書案
11. 平成29年度事業計画
12. 一般会計予算書（案）
13. 学術集会一覧
14. 入会申込理事会承認一覧（回収資料）

㊟資料1. 平成30年度診療報酬改定に向けての要望書

番号なし 平成28年度第4回理事会議事録（案）

番号なし 2017年改革プランの提案（将来構想委員会）

川口孝泰理事長挨拶

川口理事長より，挨拶があり，議事が開始となった。

1. 報告事項

- 1) 会員数の動向（資料1）

総務担当・本田副理事長より、資料に基づき、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。会員総数は6,541名（2017年2月11日現在）、2016年度の新入会員数は474名、退会者数は31名、入会待機数は102名、2016年度の会費納入率は86.3%であり、会費未納者は2015年度が306名、2016年度が595名であることが報告された。

2) 委員会報告

(1) 編集委員会（資料2）

委員長・法橋理事より、資料に基づき、39巻1号は学会ホームページにて11/30に公開済み、39巻2号は論文のみ先行して1/27付でJ-STAGEに掲載され、続いて2/11に冊子体として学会ホームページにて公開となったことが報告された。さらに、39巻4号、5号についても発行に向けた作業が順調に進められており、40巻1号（H29年4月号）からは従来通りの公開としたいとの説明があった。現時点では、査読システムは通常の状態に戻っており、40巻4号まで掲載論文が確定していることが報告された。

ScholarOneにて投稿受付された論文については、編集委員長の権限で閲覧可能となる新たな機能が追加され、事務処理の進捗状況をチェックできる仕組みとなったことが報告された。今後は、論文がアクセプトされた時点でJ-STAGEへ掲載すること、また各論文にはDOIを付加することが提案され、その場合の校正作業の手順や予算等を委員会にて検討し、次回理事会で提案されることが報告された。

(2) 奨学会委員会（資料7）

委員長・石井理事より、資料に基づき、平成29年度奨学研究に4名からの応募があり、1月7日の選考会議にて候補者を決定したこと、また、奨学会規程の見直しが必要となり、本理事会にて審議事項としたい旨の報告があった。

(3) 学会賞・奨励賞委員会（資料6）

委員長・荒木田理事より、資料に基づき、H28年度受賞候補者の選考を1月7日に実施し、学会賞に筆頭著者1名、奨励賞に5編の論文が推薦され、本理事会にて審議予定であることが報告された。

(4) 将来構想検討委員会（番号なし資料）

委員長・川口理事長より、資料に基づき、今年度の改革プランとして、以下の6つの提案がなされた。

- ① 会員情報サービスの充実化に向けた会員へのメールアドレス調査（把握率58%）
- ② 学会事務の検討：業者への業務委託内容の整理、専任の事務局担当者の配置等
- ③ 委員会の組織再編：現行の委員会組織・活動内容の見直し、委員会の新設等
- ④ 地方会の検討：位置づけ・あり方の検討、選挙区割りの見直し等
- ⑤ 新たなジャーナルの提案：実践と基礎研究を繋ぐ、臨床実践の成果を公表する等
- ⑥ 社会貢献活動：研究費助成事業・研究プロジェクトの立ち上げ等

(5) 研究倫理委員会（資料なし）

委員長・青山理事に代行して川口理事長より、本年度2件目の相談として、英国大学院に留学中の院生より、3月までに研究倫理審査を受けたいとの相談が1月に事務局宛にあり、委員会にて検討したが、現段階では不可と事務局を通して回答したことが報告された。また、今後、迅速審査も

含めた柔軟な対応や具体的な審査方法についての検討を、理事長より委員長に依頼したことが説明された。

(6) 国際活動推進委員会（資料なし）

委員長・前田理事に代行して川口理事長より、「概要・沿革」および「理事長挨拶」の英語版について、ホームページへの掲載が完了したことが報告された。

(7) 大規模災害支援事業委員会（資料9）

委員長・中西理事より、資料に基づき、支援事業について新たに24件の応募があり、本理事会での審議事項となることが報告された。

(8) 渉外・広報（ホームページ）

担当・塩飽理事より、各委員会からの依頼により、11月20日付で学会ホームページの「概要・沿革」、「学会賞・奨励賞規程」、「第43回学術集会へのリンク」、「雑誌投稿規程」、「原稿執筆要項」をそれぞれ更新済みであるが報告された。さらに、12月には、「大規模災害支援事業」の更新と「English（3コンテンツ）」の作成、1月には、「JANAからのニュースレター速報」、「学術会議シンポジウム」、「看保連シンポジウム」、「熊本地震1周年報告会」のお知らせをアップしたことが報告された。

(9) 看保連ワーキング（㊟資料1，資料4）

委員長・山口理事より、資料に基づき、本学会からは平成27年度より泊祐子先生、叶谷由佳先生、山口渉外担当理事の3名で継続中の内容を踏まえ、平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた要望書リストを作成し、提出したことが報告された。

看保連からH29年度研究助成の募集について、本来は学会から推薦を得ることが望ましいが、応募期間が1月24日～2月28日と期日が迫っており、今回は、泊祐子先生（H28年度の助成実績あり）の研究を継続して申請することが提案され、異論なく承認された。なお、次年度以降の同様の助成については、上記の研究に区切りがついたところで、新たな計画を申請できるよう、事前にアナウンスして準備ができるようにしたいと補足説明があった。さらに、理事長より、外部からの助成金に学会から研究資金を上乗せできるような仕組みについても、今後、検討できればよいとの意見がだされた。

3) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会（資料3）

担当・中西理事より、資料に基づき、日本看護系学会協議会に新たに設置された災害看護連携会議の第1回会議が12月16日に開催されたことが報告された。会議では、趣旨説明と各学会における取り組みの情報交換が行われた他、今後のJANAの活動を検討するにあたり、先ずは各学会の取り組みを集約したマップ作成が提案されたこと、年3回程度の会議開催が予告されたことが報告された。なお、本学会のような総合学会では、専門性に特化した支援は難しいが、現行の大規模災害支援事業（看護学生への支援等）について素晴らし取り組みであるとの評価が得られたとの報告があった。

(2) 看護系学会等社会保険連合

担当・山口理事より、上記、看保連ワーキングの内容とともに報告された。

(3) 日本学術会議（資料なし）

担当・川口理事長より、看護学分会での3課題について、①「これからの社会におけるケアサ

イエンスの構築をめざして」と題した特別企画が6月発行の「学術の動向」掲載される予定である、②「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準看護学分野」が提言書として学術会議から出される予定である、③「地方創生」については継続して検討中である、ことが報告された。その他、「安全保障と学術」についても、看護分科会から意見書を提出したことが追加報告された。

(4) 第43回学術集会について（資料5）

第43回学術集会長・山口理事より、資料に基づき、学会特別企画を含む全体のプログラムがほぼ完成したことが報告された。研究方法セミナーとして、クリティークおよび量的研究が企画されたこと、また、初日13時30分から1時間の総会にて、表彰授与（6件程度）があることが追加説明された。

学会特別企画として、研究倫理委員会、国際活動推進委員会で、それぞれ90分間の特別交流集会が予定されているが、その他にもあれば、後日配信の確認メールへの返信にて企画（可能であれば60分間の枠内で）を知らせていただきたいこと、形式としては、公開型の市民フォーラム等でも可能であることが説明された。

その他、日本薬理学会の教育担当委員から、学会終了後に同会場（大学キャンパス内）にて看護師を対象とした「日本薬理学会出前授業」の企画案が出されていることが説明され、審議の結果、出前授業ではなく学会共催セミナー（市民公開型）という位置づけで、学会プログラム内で開催することを先方（日本薬理学会）に提案することとなった。

また、演題登録期間（2月1日～3月8日）の延長（15日まで）が見込まれており、追加募集についての周知の依頼があった。

2. 審議事項

1) 平成28年度学会賞・奨励賞推薦について（資料6）

委員長・荒木田理事より、資料に基づき、H28年度受賞候補者の選考を1月7日に実施し、学会賞に筆頭著者1名、奨励賞に5編の論文を推薦することが報告された。なお、審査にあたっては、学会賞・奨励賞規程第7条（表彰の数：学会賞は毎年度1名以内、奨励賞は毎年度5論文以内）を踏まえ、できるだけ多くの対象者に機会を与えたいという趣旨のもと、候補者を選考したことが補足説明された。

学会賞には、山端美香子氏（国立療養所大島青松園）が、奨励賞には、36巻4号「運動療法を継続できる『2型糖尿病患者の運動療法のとらえ方分類ツール』の作成」、37巻4号「保健活動の成果を見せる行動実践尺度の開発」、39巻1号「がんサバイバーの心理的適応尺度の開発」、37巻2号「救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験－実践共同体における相互作用に焦点をあてて－」、第37巻5号「不確かな状況を生きる骨髄異形成症候群患者がコントロール感覚を獲得するプロセス」の5編がそれぞれ推薦され、すべて異論なく承認された。

理事からの意見として、各賞の推薦書に書かれる推薦理由については、本学会の考え方や価値づけを示すものであり、例え非公開であっても、客観性や妥当性が保証された内容にすべきとの指摘があった。また、奨励賞の対象は論文であり、著者の年齢制限も設けていないが、学会ホームページには応募資格について「推薦時に45歳未満であること」「前条2号の論文の筆頭者であること」等の改

正前の掲載が残っており、現行の規程にあわせた内容の更新が必要であることが指摘された。

さらに、両賞に年齢制限を設けていないことは本学会の特徴として評価すべき点であるが、奨励賞については適切な名称に変更することも検討すべきとの意見がだされた。また、学会賞は本来、本学会への寄与を表彰するものであったが、現行では過去3年間に発表された先駆的な原著論文の筆頭者と、賞の意味づけが変化してきており、これらの点については、本学会における今後のあるべき姿も含め、委員会で再検討することが確認された。

2) 平成29年度奨学会奨学金授与者について (資料7)

委員長・石井理事より、平成29年度の選考結果として、応募者4名のうち、吉田祐子氏(研究課題:交代制勤務看護師を想定した弾性ストッキングの夜勤中着用の効果の検討、奨学金額:50万円)が推薦され、異論なく承認された。なお、研究方法の妥当性に関する委員会からの提言を決定通知に添えることが提案され、承認された。

3) 奨学会規程の改定について (資料8)

委員長・石井理事より、資料に基づき、規程の第4条(対象)の「6)研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする」を削除することが提案され、承認された。さらに、申請書類に奨学会や他の研究助成の取得状況等を記載する箇所を追加すること、また、1名あたりの奨学金額の上限や、年間予算額の見直しを含めて委員会にて再検討し、規程の改定案とともに次回理事会にて提案することとなった。

4) 平成28年度大規模災害支援事業の実施について (資料9)

委員長・中西理事より、資料に基づき、教育職養成機関への通知の結果、合計24件(学部生20名、大学院生2名、研究者2名)の申請があったことが報告された。各申請者に対する支援額は、10万円(一部破壊)、15万円(半壊)、20万円(全壊)の3種類であるが、一部、個別の状況を鑑みて2名にのみ5万円が加算されたことが補足説明された。予算額515万円に対して総額360万円が計上され、異論なく承認された。

5) 第42回学術集会決算について (資料12)

第42回学術集会長・川口理事長より、資料に基づき、学術集会特別会計の正味財産期末残高が-283万円となり、その主な要因として、①開催時期が主要な2つの看護系学会と重複し、1,200名で計上していた参加費収入が予算額に満たなかったこと(-86万円)、②展示公告収入が予算額を大幅に下回ったこと(-370万円)、③会場費が予算額を大幅に上回ったこと(+446万円)等が挙げられるとの説明があった。これを受けて、本田副理事長より、支出に経費としての無駄はなく、むしろ努力して予算よりも180万円節約された妥当な額であること、また収入についても、例年の学術集会に倣った通常の見通しで予算が立てられていること、さらに予算額は事前に理事会にて審議され承認されたものであることを踏まえ、今回は学会予算からの赤字補填とすることが提案され、異議なく承認された。

上記の課題については、今後も継続して審議されるべき事項であり、学術集会の経済的なあり方や学会からの関与等、将来構想検討委員会にて検討することが確認された。

6) 平成29年度事業案について (資料11)

川口理事長より、資料に基づき、平成29年度の実業計画が説明された。また、さらなる所掌事項として、利益相反に関する事業を追加する予定であることが報告された。

7) 平成29年度予算案について(資料12)

会計担当・岩本理事より、資料に基づき、平成29年度の予算案が説明された。平成28年度予算とほぼ変わりなく、国際活動推進事業のみホームページの英文化が一段落し、5万円マイナスとなることが報告された。4月の正式な予算書の提示に向けて、3月中に各委員会で予算額を検討していただきたいとの依頼があった。

8) 第46回(平成32年度)学術集会推薦(資料13)

川口理事長より、資料に基づき、過去の開催地を踏まえ、北海道、北陸地方を候補として、理事長が第46回学術集会会長候補者を選出し、次回の理事会にて審議することが提案され、異論なく承認された。

9) その他

(1) 入会申込理事会承認(回収資料:資料14)

総務担当・本田副理事長より、資料をもとに、入会申込者の一覧が確認され承認された。メールアドレスの記入漏れが多く、推薦の際には必ず確認をお願いしたいとの依頼があった。

(2) 平成29年度選挙について(資料なし)

5月の社員総会にて、選挙管理委員会を決定する必要があることが確認された。

(3) 社員総会の日程について(資料なし)

5月21日(日)または28日(日)を候補として、メールにて参加可能人数を調査し、最終決定することとなった。

(4) 次回理事会の日程について(資料なし)

4月の土日(4/15, 16, 22, 23)を候補日として、後日メールにて日程調整を行うことが説明された。

(5) 前回理事会の議事録の確認について(番号なし)

内容に修正・加筆点がある場合は、メールにて事務局へ連絡することとなった。

日本学会の動き

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年1月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆ IT と創薬の融合ービッグデータとスーパーコンピューティングで生命現象を解く

日時 平成29年1月13日(金) 13時00分～17時10分

場所 日本学会会議講堂

次第 「創薬基盤としての分子動力学シミュレーション技術」藤谷秀章

「スパコン・ビッグデータ時代の創薬」奥野恭史

「創薬の初期研究におけるデータベース構築とモデリング」水口賢司

「インフォマティクスとシミュレーションを融合したインシリコ創薬」本間光貴

「抗体創薬におけるインシリコ技術活用」

白井宏樹

「ビッグデータがもたらす創薬のパラダイムシフト」

山崎一人

「iOrgans テクノロジーによる生体ビッグデータ構築とその活用による疾患の予測診断・先制治療・創薬」佐藤匠徳

◆日本学会会議九州・沖縄地区会議主催

「琉球列島ーその自然の豊かさ」

日時 平成29年1月16日(月) 15時00分～17時00分

場所 沖縄県市町村自治会館

次第 「島の甲殻類を中心とした海洋生物の研究について」成瀬 貫

「世界自然遺産候補地の琉球列島の植物」

横田昌嗣

◆資源循環型社会を構築するための技術とその社会実装への取り組み

日時 平成29年1月17日(火) 13時00分～17時30分

場所 日本学会会議講堂

次第 「植物機能を利用した都市圏の環境保全と物質循環再生」北宅善昭

「炭素循環社会に向けての炭素資源変換・再生技術の課題」林 潤一郎

「農林水産業における資源循環システムの社会実装への取り組み」小西充洋

「リサイクリングシステムの構築とその社会実装」張田 真

「循環型社会構築への鉄鋼業の役割とその評価」小野 透

「循環型社会構築へのセメント産業の役割」

徳植桂治

◆FutureEarth と学校教育：

Co-design/Co-production をどう実践するか

日時 平成29年1月23日(月) 14時00分～17時00分

場所 日本学会会議大会議室

次第 「海の学びと学校教育」日置光久

「食の問題と学校教育」小金澤孝昭

「資源・エネルギー問題と学校教育」田路和幸

「環境保全と学校教育(仮)」田中邦明

「Thinkglobally, actlocally：海洋マイクロプラスチック問題をもとにして」小松輝久／高田秀重

「教育現場から見たFuture Earth」大谷誠一

◆農林環境分野におけるジオエンジニアリング(気象工学)の推進

日時 平成29年1月24日(火) 13時00分～17時00分

場所 日本学会会議講堂

次第 「農林業と温暖化」水谷 広

「地球温暖化対策としての気候工学・ジオエンジニアリング」杉山昌広

「二酸化炭素地中貯留の現状と課題」松岡俊文

「電力・エネルギー分野と気象工学」中村 元

「ジオエンジニアリングに向けた人工降雨法」守田 治・真木太一・鈴木義則・脇水健次・西山浩司

「乾燥地大規模植林による炭素固定」小島紀徳

◆日本学会会議持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議

日時 平成29年1月27日(金) 13時00分～17時30分

場所 日本学会会議講堂

次第 「基調講演」シャムシャド・アクター／
ロバート・メッケ／田中明彦
「パネルディスカッション」
蟹江憲史／饗場崇夫／相星孝一／倉持隆雄／
外池英彬／国谷裕子／テヨン・ジョン

◆現代社会における分断と新たな連帯の可能性

—階層・世代・地域・民族・情報の視点から—

日時 平成29年1月28日(土) 13時00分～16時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「日本社会における格差と不平等の動態」
竹ノ下弘久
「社会保障制度の受益者と負担者という分断」
岩田正美
「地域格差と地域間連帯の可能性」丸山真央
「外国人・移民の社会統合の社会学」宮島 喬
「アメリカ社会における社会的分断と連帯」
前嶋和弘

◆第8回科学技術人材育成シンポジウム

—20年後の社会を見据えた科学技術人材の育成

日時 平成29年1月28日(土) 13時00分～17時00分
場所 東京工業大学 大岡山キャンパス西5号館 W531
次第 「『Society5.0』にみる20年後の我が国の未来社会像」原山優子
「小中高等学校と大学の連携による科学技術人材の育成」水野倫之
「大学におけるイノベーション人材育成」
堀井秀之
「産業界から見た科学技術人材への期待」
辻村 学

◆平成28年度日本歯学系学会協議会シンポジウム

「地域包括医療・介護における多職種連携について」

日時 平成29年1月28日(土) 13時30分～17時00分
場所 日本歯科大学生命歯学部100周年記念館
次第 「シンポジウム」白川哲夫／鈴木 裕／山田律子／
弘中祥司／小原由紀

◆日本学術会議北海道地区会議主催学術講演会

「持続可能な世界にむけて、国連が採択した目標(SDGs)に貢献する北海道の知(仮)」

日時 平成29年2月11日(土) 13時30分～17時00分
場所 北海道大学学術交流会館小講堂
次第 「SDGsと日本学術会議(仮)」大西 隆
「目標6:安全な水とトイレを世界中に(仮)」
船水尚行
「目標3:全ての人に健康と福祉を(仮)」
山内太郎
「目標11:住み続けられるまちづくりを(仮)」
森 傑
「目標15:陸の豊かさを守ろう(仮)」金子正美

◆提言—生きる力のさらなる充実を目指した家庭科教育への提案—作成に向けて

日時 平成29年2月21日(火)13時30分～16時30分(予定)
場所 日本学術会議講堂
次第 「提言にあたって」小川宣子
「家庭科教育について」工藤由貴子
「現行の教職課程認定基準等に関する検討」
片山紀子
「家庭科教員養成の実態と改善」多屋淑子

◆分散型再生可能エネルギーの可能性と現実

日時 平成29年2月24日(金) 13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「東日本大震災復興支援委員会の活動について」
太田健一郎
「福島における再生可能エネルギー開発への取り組み」大和田野芳郎
「地域コミュニティにおける地中熱利用」
笹田政克
「種子島におけるバイオマスエネルギー開発の取り組み」福島康裕
「山梨県における小水力発電モデル事業など」
坂本正樹
「東近江におけるエネルギーパーク」
山口美知子

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

自国中心主義と 科学アカデミーの活動

日本学術会議会長 大西 隆

米国で、新しい大統領が就任しました。報道では、欧州主要国でも、今年行われる重要選挙で、自国中心主義的な勢力が支持を伸ばし、政権をとる可能性も指摘されています。そういう背景から、政権と学術の観点で質問を受ける機会が増えました。

日本学術会議は、日本学術会議法で設置された政府機関の一つで、内閣総理大臣の所轄であり、経費は国庫が負担すると定められています。会員・連携会員が特別職及び一般職の国家公務員であることが国家公務員法によって定められており、事務局のメンバーは内閣府の職員です。

しかし、「科学に関する重要事項を審議し、その実現を図ること」、「科学に関する研究の連絡を図り、その能率を向上させること」という二つの職務を独立して行うとされており、審議のテーマ、種々の意見の表明や各方面への働きかけを自身の判断で行う自律性を有すると考えています。

そして、会員・連携会員、及びそれらが代表する科学者は、「学問の自由の下に、特定の権威や組織の利害から独立して自らの専門的な判断により真理を探究するという権利を享受すると共に、専門家として社会の負託に応える重大な責務を有する」（科学者の行動規範）としています。特定の権威には、政治的権威、宗教的権威、社会的権威、さらには学界などの権威も含まれると考えるべきでしょう。

これらを踏まえると、日本学術会議は、国内外でそれぞれの手続きを経て正当に構成された政府を尊重しつつも、それらが形成する権威から独立して、真理の探究や社会の負託に応える活動を行うことが必要になります。専門的な判断や専門家としての責務は、科学的な知見に基づいた信頼性

や安定性のあるものとなるでしょうから、様々な領域で実施される国の政策に直接対応するものであることが求められているとは思いません。むしろ、現実には生起する諸問題を十分に理解しつつも、科学者の総意、少なくとも会員連携会員の総意を十分に把握したうえで判断を示したり、責務を果たすべきです。

一方で、学術界がその発展に貢献する科学やそれに支えられた技術が、社会の発展と極めて密接な関係を持っていることは事実です。産業や経済の発展は科学技術によって支えられています。したがって、政治の場で表明される自国中心主義が拡張されて、産業や経済政策に及び、さらには科学技術の分野にまで影響を与えることはあり得ることです。これまで、研究論文や知的財産の形で成果が公表され、そのことが国を超えた科学・技術の発展を促してきたのに対して、自由な交流が制限されることになれば、科学技術への影響は大きいことになります。

日本学術会議としては、既に国際的規模で進んでいる科学者の交流や研究成果の流通が科学の発展や人類の幸福に強く結びついてきたことを重視して、今後もこれらを進めていくことが重要であると考えられるべきでしょう。その意味では自国中心主義はとりません。

このため、各国の科学アカデミーの相互連携、特に ISCU、ISSC、IAP、あるいは Future Earth といった国際的な科学アカデミーの活動への積極的な参加を通じてその強化を図ることを今後とも継続していくべきであると思います。また、国際活動のアジア地域版である SCA や AASSA 等の活動も同様の観点から重視していきたいと思います。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年2月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆日本学術会議北海道地区会議主催学術講演会「持続可能な世界にむけて、国連が採択した目標(SDGs)に貢献する北海道の知」

日時 平成29年2月11日(土) 13時30分～17時00分

場所 北海道大学学術交流会館小講堂

次第 「SDGsと日本学術会議」大西 隆

「サニテーション価値連鎖」船水尚行

「全ての人に健康と福祉を」山内太郎

「住み続けたいまちとコミュニティを目指して」森 傑

「生物多様性の保全とRCE北海道道央圏の活動」金子正美

◆生きる力のさらなる充実を目指した家庭科教育への提案

日時 平成29年2月21日(火) 13時30分～16時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「家庭科教育について」工藤由貴子

「現行の教職課程認定基準等に関する検討」

片山倫子

「家庭科教員養成の実態と改善」多屋淑子

◆分散型再生可能エネルギーの可能性と現実

日時 平成29年2月24日(金) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「東日本大震災復興支援委員会の活動について」太田健一郎

「福島における再生可能エネルギー開発への取り組み」大和田野芳郎

「地域コミュニティにおける地中熱利用」

笹田政克

「種子島におけるバイオマスエネルギー開発の取り組み」福島康裕

「山梨県における小水力発電モデル事業など」

坂本正樹

「東近江におけるエネルギーパーク」山口美知子

◆学術振興の観点から国立大学の教育研究と国による支援のあり方を考える

日時 平成29年3月1日(水) 13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「国立大学の今後について」五神 真

「国立大学の教育・研究・人材育成のあり方」

福田裕穂

「国立大学の存在意義」広田照幸

「国立大学の財政基盤について」金子元久

「国立大学の連携－情報基盤」安浦寛人

「今後の人文社会の在り方等について」三成美保

◆これからのいのちと健康と生活をまもる

日時 平成29年3月11日(土) 13時00分～16時00分

場所 慶應義塾大学三田キャンパス西校舎2階528教室

次第 「災害から学ぶ住まいとコミュニティの崩壊による健康と福祉」大平哲也

「高齢者、災害弱者をまもるために」

田畑 泉／安村誠司

「いのちと健康と生活をまもる基盤づくり」

山田 覚

「『いのちと健康と生活をまもる』教育」

工藤由貴子

◆天文学・宇宙物理学のさらなる地平を探る

日時 平成29年3月11日(土)～3月12日(日)

場所 東京大学本郷キャンパス理学部4号館1220教室

次第 セッション1 天文学・宇宙物理学に未来はあるか

「これ以上何を知りたいのか？」須藤 靖

「これ以上プロジェクトを巨大化してどうする？」山田 亨

セッション2 天文学・宇宙物理学の若手研究者に未来はあるか

「キャリアパスの現状と展望」未定

セッション3 日本の大規模将来計画の策定方針はこれで良いのか

「学術会議のマスタープラン策定プロセスについて」相原博昭

「重力波観測計画の例」A. Flaminio

「米国の例」David Spergel

「コメント」村山 斉

セッション4 2050年代の新たな地平を探る

「天文学と基礎物理学」小林 努

「系外惑星から宇宙生物学へ」河原 創

「地上望遠鏡の展望」林 正彦

「スペースミッションの展望」常田佐久

セッション5 総合討論 天文学・宇宙物理学の未来

◆農・食・健に関する国際フォーラム

—Global Forum on Food, Agriculture and Quality of Life—

日時 平成29年3月21日(火) 10時00分～17時30分

場所 静岡県沼津市ふじのくに千本松フォーラム

次第 「光計測技術を活用した次世代栽培システム(仮)」和田智之

「AIによる農芸品の栽培技術継承(仮)」

神成淳司

「食材の機能性成分の変動と食改善レシピ開発(仮)」市川陽子

「静岡県の農業版オープンイノベーション・プラットフォームの取組(仮)」吉田 茂

「アグロメディカルフーズの課題と展望(仮)」

吉川敏一

「食品流通ビジネスの世界動向と日本農業の可能性(仮)」バナハト マーク

「健康増進と疾病予防に貢献する生理活性薬用物質(仮)」ス ヨンジュン

「食品機能性研究の現状と医食農連携の課題(仮)」清水 誠

「地域包括ケアシステムにおける医と農の役割(仮)」宮田俊男

「精密農業とアグロメディカルフーズ(仮)」

澁澤 栄

◆大変革時代に未来を探る数理学の展開と深化

日時 平成29年3月21日(火) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「数理学とイノベーションの相性を探る」

原山優子

「データを社会変革につなげる数学の力」

江村克己

「数理・情報・計算が拓く新しい科学技術」

松木洋一郎

「数学は未来社会のコンシェルジュ」西浦康政

◆情報学教育の展望

日時 平成29年3月27日(月) 14時15分～16時45分

場所 九州工業大学飯塚キャンパス大講義棟

次第 「情報学を定義する」萩谷昌己

「ICT社会を切り開く人材育成」萩谷昌己／

榎本 剛／村瀬 洋／下條真司／梶原誠司

◆材料工学から見たものづくり人材育成の課題と展望

日時 平成29年4月22日(土) 13時00分～17時15分

場所 日本学術会議講堂

次第 「大学における人材育成の課題」村上雅人

「素材開発・製造業における人材育成の課題」

中川幸也

「高校における材料工学の知識の普及と啓発活動」吉田信也

「ポジティブ・アクションの実効性」

戸部 博

「材料工学における女子学生・女性研究者・技術者の人材育成」中野裕美

◆第63回構造工学シンポジウム

日時 平成29年4月22日(土)～4月23日(日)

場所 北海道大学工学部(C棟およびオープンホール)

次第 特別講演

「東京都における都市基盤施設の予防保全型管理」高瀬照久

「維持管理・更新時代の到来と構造工学の挑戦」

奥井義昭／永田佳文／菊地 優／玉手保彰

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

若手アカデミーと若手研究者

日本学術会議会長 大西 隆

国内外の様々な機会に若手アカデミーのことを聴く機会が増えました。若手アカデミーのメンバーが活躍していることの証左なので、メンバーの皆様には改めて感謝します。ちょうどこの号が発行される3月中旬には、ソウルで、韓国のアカデミーが主催する若手アカデミーの会合が行われ、日本からも何人かが参加しているはずで

す。若い科学者が国際的な連携を深めたり、若者ならではの意見表明を行うことが重要ではないかという考えは、恐らく各国に共通したものでしょう。各国とも、本体の科学アカデミーのメンバーは年配の方が多く、若手は自由にモノが言い難いという雰囲気があることも若手アカデミーが発想された背景の一つです。

日本学術会議は2005年の法改正で70歳定年制が導入されたので、少なくとも会員については若返りました。連携会員も、制度改正当時は、会員より若手のメンバーが主体であったので、若手が多かったことになります。しかし、連携会員については、会員経験者が定年や任期終了とともに就任する仕組みになっていて、次第に平均年齢が上がる傾向があるようです。

2013年の会則改正によって若手アカデミーを導入した時には、将来60人規模とするが、まずは30人規模で始めることにしました。そのため、現在の若手アカデミーは、発足時よりは少し増えたものの30数人です。今年9月の会員・連携会員選考において、これを60人規模に増やすことができればと考えています。これまでの選考過程では、なかなか若手が選ばれない傾向があるのは否めないで、今回から始まる「選考委員会枠」をうまく活用して、若手の登用を図っていききたいところ

です。

ところで、若手アカデミーに期待される役割の一つは、若手研究者の雇用や身分が不安定となっている現状を打開する原動力になって欲しいというものです。国立大学に65歳定年制が導入されたときに、総枠はそう変わらないのに定年制が延長されれば、少なくとも延長が定着するまでの期間、若手の採用が減ることは当然予想できました。任期なしのポストが長く使われることになるので、その分、新規採用者が減るというわけです。

ただ、この過程で生まれて普及していった任期付き雇用制度が、その後も一般的に定着していくことは十分に予想されていなかったのではないかと思います。つまり、若手の研究者には、流動化を促すための任期制や資質を見極めるためのテニュアトラック制を適用することがかなり広く行われるようになってきました。もともと、若手研究者は、大学でも、順調に業績を上げれば、助教、講師、准教授といったように職位を上げていくことが期待されるので、任期制は決定的なマイナスではないという認識も多いと思います。しかし、任期がはっきり定められれば、不安定さが生じるのは否定できず、若手研究者が大学への就職を断念したり、そもそも博士課程に進んで研究者を志すことを諦めるといった傾向も窺えます。

学術界としては、是非、多数の若手に研究者を志してもらいたいのので、その先の研究者としての満足できる仕事の機会を拡大して、若手研究者が希望や夢を持って研究の道に入れるようにすることが必要です。もちろん、こうした状況を切り拓くことは日本学術会議総体の役割ですが、若手アカデミーの発意も重要です。

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29年3月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆これからのいのちと健康と生活をまもる

日時 平成29年3月11日(土) 13時00分～16時00分
場所 慶應義塾大学三田キャンパス西校舎2階 528教室
次第 「災害から学ぶ住まいとコミュニティの崩壊による健康と福祉」大平哲也
「高齢者、災害弱者をまもるために」
田畑 泉／安村誠司
「いのちと健康と生活をまもる基盤づくり」
山田 覚
「『いのちと健康と生活をまもる』教育」
工藤由貴子

◆天文学・宇宙物理学のさらなる地平を探る

日時 平成29年3月11日(土)～3月12日(日)
場所 東京大学本郷キャンパス理学部4号館1220教室
次第 セッション1 天文学・宇宙物理学に未来はあるか
「これ以上何を知りたいのか？」須藤 靖
「これ以上プロジェクトを巨大化してどうする？」山田 亨
セッション2 天文学・宇宙物理学の若手研究者に未来はあるか
「キャリアパスの現状と展望」未定
セッション3 日本の大規模将来計画の策定方針はこれで良いのか
「学術会議のマスタープラン策定プロセスについて」相原博昭
「重力波観測計画の例」A. Flaminio
「米国の例」David Spergel
「コメント」村山 斉
セッション4 2050年代の新たな地平を探る
「天文学と基礎物理学」小林 努
「系外惑星から宇宙生物学へ」河原 創

「地上望遠鏡の展望」林 正彦

「スペースミッションの展望」常田佐久

セッション5 総合討論 天文学・宇宙物理学の未来

◆いま問われる研究業績評価：応用物理と未来社会

日時 平成29年3月17日(金) 13時00分～17時00分
場所 パシフィコ横浜 会議センター 1F メインホール
次第 「科学技術の俯瞰・ベンチマーキング」
斎藤尚樹
「知っていそうで知らないデータによる学術評価」広瀬容子
「アイデアの実現につながる評価方法とは」
對馬哲平

◆農芸化学分野におけるエピジェネティクス研究

日時 平成29年3月20日(月) 9時00分～12時00分
場所 京都女子大学 C校舎C501室
次第 「DNAメチル化による遺伝子発現調節を介した代謝制御」亀井康富
「アレルごとのDNAメチル化状態に注目したエピジェネティクス研究の新たな試み」大鐘 潤
「ヒドロキシメチルシトシン、メチルシトシンの新しい解析手法とその応用」幸田 尚
「優劣性を制御する低分子RNA」高山誠司
「エピゲノム創薬を目指したヒストン修飾のリアルタイムイメージング」吉田 稔
「妊娠中のタンパク質栄養と成長後の血圧をつなぐエピジェネティック制御」加藤久典

◆農・食・健に関する国際フォーラム

— Global Forum on Food, Agriculture and Quality of Life —

日時 平成29年3月21日(火) 10時00分～17時30分
場所 静岡県沼津市ふじのくに千本松フォーラム
次第 「光計測技術を活用した次世代栽培システム(仮)」和田智之
「AIによる農芸品の栽培技術継承(仮)」
神成淳司
「食材の機能性成分の変動と食改善レシピ開発(仮)」市川陽子

「静岡県の農業版オープンイノベーション・プラットフォームの取組(仮)」吉田 茂
「アグロメディカルフーズの課題と展望(仮)」
吉川敏一
「食品流通ビジネスの世界動向と日本農業の可能性(仮)」バナハト マーク
「健康増進と疾病予防に貢献する生理活性薬用物質(仮)」ス ヨンジュン
「食品機能性研究の現状と医食農連携の課題(仮)」清水 誠
「地域包括ケアシステムにおける医と農の役割(仮)」宮田俊男
「精密農業とアグロメディカルフーズ(仮)」
澁澤 栄

◆大変革時代に未来を探る数理科学の展開と深化

日時 平成29年3月21日(火) 13時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「数理科学とイノベーションの相性を探る」
原山優子
「データを社会変革につなげる数学の力」
江村克己
「数理・情報・計算が拓く新しい科学技術」
松本洋一郎
「数学は未来社会のコンシェルジュ」西浦康政

◆情報学教育の展望

日時 平成29年3月27日(月) 14時15分～16時45分
場所 九州工業大学飯塚キャンパス大講義棟
次第 「情報学を定義する」萩谷昌己
「ICT社会を切り開く人材育成」萩谷昌己／
榎本 剛／村瀬 洋／下條真司／梶原誠司

◆地名標準化の現状と課題

—国家地名委員会(仮称)の設置に向けて

日時 平成29年3月28日(火) 13時00分～16時30分
場所 筑波大学
次第 「国際地図学協会の動向」森田 喬
「国連地名標準化会議の動向」渡辺浩平
「国土地理院の取組」水田良幸

「海洋情報部の取組」矢島広樹
「教科書会社の取組」本田智比古
「国家地名委員会(仮称)提案の趣旨」田邊 裕

◆農業経済学教育のあり方を考える

—日本学術会議報告案をめぐって

日時 平成29年3月29日(水) 13時30分～16時00分
場所 千葉大学松戸キャンパス E棟2階合同講義室
次第 「『農業経済学教育のあり方を考える』について」荒幡克己
「農学部における農業経済系カリキュラムの現状と考察」立川雅司
「新設農学系学部における農業経済学教育」
小山良太
「環境分野における農業経済学教育」
青柳みどり
「家政系学部における農業経済学教育」
清原昭子
「『COC+』における農業経済学教育」玉 真之介

◆熊本地震・1周年報告会

日時 平成29年4月15日(土) 11時00分～18時20分
場所 熊本県庁本館 地下大会議室
次第 「熊本地震の観測と現象解明」
「地震の被災状況と対策について」
「土砂災害・風水害と対策について」
「情報提供・避難・救援・復旧・復興について」

◆材料工学から見たものづくり人材育成の課題と展望

日時 平成29年4月22日(土) 13時00分～17時15分
場所 日本学術会議講堂
次第 「大学における人材育成の課題」村上雅人
「素材開発・製造業における人材育成の課題」
中川幸也
「高校における材料工学の知識の普及と啓発活動」吉田信也
「ポジティブ・アクションの実効性」戸部 博
「材料工学における女子学生、女性研究者・技術者の人材育成」中野裕美

◆第63回構造工学シンポジウム

日時 平成29年4月22日(土)～4月23日(日)
場所 北海道大学工学部(C棟およびオープンホール)
次第 特別講演
「東京都における都市基盤施設の予防保全型管理」高瀬照久
「維持管理・更新時代の到来と構造工学の挑戦」
奥井義昭／永田佳文／菊地 優／玉手保彰

「学術情報の現状—研究者を取り巻く状況(仮)」松尾由賀利
「学術情報の現状—大学の立場から(仮)」
植木俊哉
「出版社の立場から(仮)」Anders Karlsson
「学術情報の現状と未来—文科省の立場から」
榎本 剛
「これからの学術情報—オープンサイエンスを巡って」土井美和子

◆働く女性の健康支援—予防医学を展望する

日時 平成29年5月12日(金) 16時00分～18時00分
場所 東京ビッグサイトTFTビル第1会場
次第 「女性の視点からみた健康経営」江崎禎英
「女性の視点からみた健康管理・健康教育」
荒木葉子
「女性のライフステージの視点から見た栄養管理」児玉浩子
「女性のライフステージの視点からみた歯科保健」品田佳世子

◆第30回環境工学連合講演会

日時 平成29年5月23日(火) 9時15分～17時10分
場所 日本学術会議講堂
次第 特別講演「地球温暖化の現状と見通し」
木本昌秀
「緩和策」田中敦子／大隅多加志／井田民男／
手塚宏之／後藤尚弘／大嶺 聖／田中幹也／
鈴木英樹
「適応策」曾我弘和／藤谷雄二／三坂育正／
岡部 聡／下ヶ橋雅樹／林 健太郎
「緩和策と適応策」馬場健司／伊坪徳宏／
植田洋行

◆まちおこしの現場から明日を考える

—若手・中堅研究者の提言

日時 平成29年5月13日(土) 14時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「辺境におけるまちおこしの現場から(仮)」
徳田光弘
「水・食料・エネルギーの自給循環と環境収容力(仮)」笠松浩樹
「橋と景観とまちづくり(仮)」久保田善明
「地域公共交通の活性化が地域の活性化を促すために」加藤博和
「地域自立型の次世代型・水インフラシステム」牛島 健

◆睡眠と生物時計：

心身の健康を守るからだのリズム

日時 平成29年5月28日(日) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「生物時計のリズム発振と睡眠」上田泰己
「生物時計の発達とその障害：遺伝因子と環境因子」内匠 透
「ヒトの睡眠覚醒リズムをつくる脳の時計・体の時計」本間研一
「眠りと目覚めを整える」尾崎紀夫

◆危機に瀕する学術情報の現状とその将来(仮)

日時 平成29年5月18日(木) 13時00分～17時40分
場所 日本学術会議講堂
次第 「学術情報とは何か(仮)」久留島典子
「学術情報の現状—コンソーシアムの立場から(仮)」安達 淳

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の①から④の四点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない*。

- ① 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- ② 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示**」を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの収載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文収載ではないので未発表と見なす。

* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のようであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

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

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

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2014)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なければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

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

■ミスコンダクト

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

■断片的投稿

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

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

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティヴ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

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

8. 原稿の受付

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

9. 投稿論文の採否

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

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

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

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
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。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

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

1. 投稿の際の電子書式等について

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

2. 文体ならびに句読点について

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

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

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

5. 図について

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

6. 引用について

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

著作権法

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

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

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

7. 引用形式について

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

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は, ……は……である, と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は, ……は……である, と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合、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. 著者貢献度

著者貢献度 (Author Contributions) について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

11. 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 |

12. 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。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成29年度会費納入のお願い

平成29年度会費納入のお願いをお送りしております。未納の方はお早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

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

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先やご所属先等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<http://www.jsnr.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスで登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会雑誌について

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

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

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

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

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第40巻 1号

会員無料配布

平成29年4月20日 印刷

平成29年4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
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) 関西福祉大学
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 (会)	員) 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科
中西 純子 (理事)	事) 愛媛県立医療技術大学保健科学部
吉田 澄恵 (理事)	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

(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1
第2ユニオンビル4階

株式会社ガリレオ
学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

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

発行者 川口孝泰

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町1-10-6

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

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

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

*個人情報の管理について

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

(切り取り線より切ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

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

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

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

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。

