JOURNAL OF
JAPANESE SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 29 Number 2 June 2006 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[29巻 2号]

Japanese Society of Nursing Research

研究計画から、データ収集、分析、まとめまでのすべてを網羅した、定評ある看護の質的研究入門書

新刊

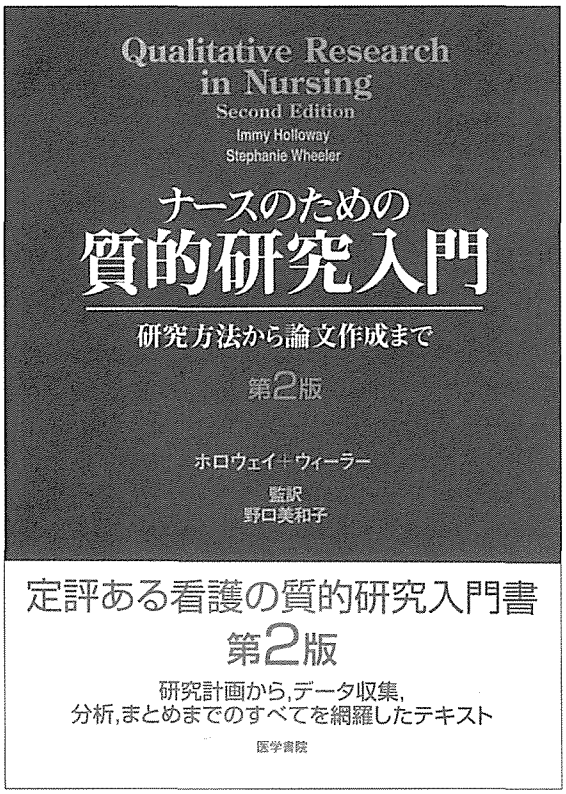
ナースのための 質的研究入門

研究方法から論文作成まで

第2版

原著　ホロウェイ＋ウィーラー
監訳　野口美和子　前自治医科大学教授・看護学部長

4年制大学や大学院修士課程などでの看護学の質的研究方法の入門書として最適。第2版では、1）質的研究の紹介、2）データ収集、3）質的研究へのアプローチ、4）データ分析とまとめ、の4部でわかりやすく構成し、最近注目されているアクションリサーチとナラティブリサーチに各1章があてられている。



●目次

第1部　質的研究の紹介
第1章　質的研究の特質:発展と展望
第2章　研究プロセスにおける最初の段階
第3章　質的研究における倫理的問題
第4章　質的研究における研究指導
第2部　データ収集
第5章　面接
第6章　参加観察とデータとしての記録物
第7章　質的研究としてのフォーカス・グループ
第8章　対象選択
第3部　質的研究へのアプローチ
第9章　記述民族学（エスノグラフィー）
第10章　グラウンデッド・セオリー
第11章　現象学
第12章　アクションリサーチ
第13章　ナラティブリサーチ
第14章　その他の研究方法
第4部　データ分析とまとめ
第15章　データ分析:手順,実施,コンピュータの活用
第16章　真実性と質を確保すること
第17章　質的研究を書き上げる

■B5　頁320　2006年　定価3,780円（本体3,600円+税5%）[ISBN4-260-00226-0]
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

医学書院　〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 （販売部） TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693

会　　告（1）

日本看護研究学会選挙管理委員会について

平成17年度12月20日付けの会告（1）により公示された，日本看護研究学会評議員選出のために，本学会会則第17条（評議員の選出）及び評議員選出規定第6項（選挙管理委員会）に従って，下記の3名の選挙管理委員を依嘱し，選挙管理委員会を組織しました。

記

日本看護研究学会選挙管理委員会
　委員　加　納　佳代子氏
　委員　川　畑　安　正氏
　委員　宮　脇　美保子氏
任期は，平成18年度選挙に関する業務の完了までとする。

平成18年6月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（2）

日本看護研究学会選挙管理委員長について

日本看護研究学会選挙管理委員長について
会告（1）により，評議員選出規定6項2）により，委員長を下記の通り依嘱しました。

記

日本看護研究学会選挙管理委員会
　委員長　加　納　佳代子
任期は，平成18年度選挙に関する業務の完了までとする。

平成18年6月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（3）

平成18年度に施行する日本看護研究学会評議員選出選挙において，マークシート方式による投票を導入します。評議員選出規定13項について下記の通り改正しました。

記

【改正点１】

「13.（無効，有効票）」に表記されているすべての「（旧）○印」を「（新）●印」に改正する。

【改正点２】

（旧）13.（無効，有効票）

３）●印以外の印（例えば×印，△印等）が記入されたものは，その者については無効とする。○印の他に称号，敬称等の記入は有効とする。

（新）上記，アンダーラインの部分を削除する。

平成18年６月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（4）

選出する評議員定数および締め切り日について

平成18年度に施行する日本看護研究学会評議員選出選挙において，１）選出する評議員の定数は，本学会会則第17条及び評議員選出規定第２項に従って，下記の通りとします。

また，２）評議員選挙の投票締め切り日については，本学会会則第17条及び評議員選出規定第７項に従って，下記の通りとします。

記

１）地区評議員定数

１．北海道　10名　　２．東北　13名　　３．関東　15名　　４．東京　28名
５．東　海　34名　　６．近畿・北陸　41名　　７．中国・四国　27名　　８．九州　24名

合計　192名

２）投票締め切り日　平成18年10月１日
（投票締め切り日消印を有効とする。）

マークシート方式導入により，投票用紙が変更になります。投票記載については，記載方法にご留意下さい。

平成18年６月20日

日本看護研究学会
選挙管理委員会委員長　加　納　佳代子

会　　告（5）

平成18年度奨学会研究に下記２名の研究が選ばれ決定いたしました。

記

加藤真由美氏　新潟大学医学部保健学科
施設高齢者の転倒予防のための環境ガイドライン作成に向けた環境要因の検討

鮫島輝美氏　京都大学大学院　人間・環境学研究科
地域における母乳育児支援を支援・啓発する言説分析－ある母乳育児相談室の事例研究－

平成18年６月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（6）

日本看護研究学会　学会賞および奨励賞に関する規程・細則および募集要項に基づいて，平成18年度学会賞の対象者を推薦して下さい。

平成18年６月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（7）

学会賞および奨励賞に関する規程，並びに同規程細則が以下の通り改正されました。

1）学会賞および奨励賞に関する規程，並びに同規程

現　　行	改　正　後
第3条　審査対象は次のとおりとする。 1）学会賞 (1)　過去に本学会誌に優れた論文を発表し，その領域の発展に貢献した者。 (2)　本学会の学術活動に貢献した者。	第3条　審査対象は次のとおりとする。 1）学会賞 (次のいずれかの条件を満たす者) (1)　過去に本学会誌に優れた論文を発表し，その領域の発展に貢献した者。 (2)　本学会の学術活動に貢献した者。
第4条　各賞は次の各号に該当する者に授与する。 1）学会賞 (1)　15年以上日本看護研究学会会員であること。	第4条　各賞は次の各号に該当する者に授与する。 1）学会賞 (1)　10年以上日本看護研究学会会員であること。

日本看護研究学会　学会賞および奨励賞に関する規程細則

現　　行	改　正　後
第2条　各賞の選考は，次のとおりとする。 1）学会賞 (1)　論文の内容が，看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。 (2)　本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。	第2条　各賞の選考は，次のとおりとする。 1）学会賞 (次のいずれかの条件を満たす者) (1)　論文の内容が，看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。 (2)　本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

平成18年6月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

日本看護研究学会　学会賞および奨励賞に関する規程

（趣旨）

第１条　この規程は，本学会の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰および若手研究者の育成に関し必要な事項を定める。

（種類）

第２条　表彰および若手研究者の育成のために次の２つの賞を設ける。

１）日本看護研究学会賞（以下，学会賞）

２）日本看護研究学会奨励賞（以下，奨励賞）

（審査対象）

第３条　審査対象は次のとおりとする。

１）学会賞

（次のいずれかの条件を満たす者）

(1)　過去に本学会誌に優れた論文を発表し，その領域の発展に貢献した者。

(2)　本学会の学術活動に貢献した者。

２）奨励賞

(1)　推薦年度を含む過去３年間に本学会誌に優れた論文を発表した者。

（資格）

第４条　各賞は次の各号に該当する者に授与する。

１）学会賞

(1)　10年以上日本看護研究学会会員であること。

２）奨励賞

(1)　３年以上日本看護研究学会会員であること。

(2)　推薦時に45歳未満であること。

(3)　前条２号(1)の論文の筆頭者，または前条２号(2)の筆頭発表者であること。

（推薦）

第５条　各賞に対する推薦は，次のとおりとする。

１）学会賞については，日本看護研究学会会員の推薦によるものとする。

２）奨励賞については，理事長が委嘱した選考委員会によって推薦される。

（受賞者数）

第６条　各賞の授賞者数は，次のとおりとする。

１）学会賞は毎年度１名以内。

２）奨励賞は毎年度１名以内。

（選考）

第７条　毎年１回，理事長が委嘱した委員によって構成された選考委員会で各賞の候補者を審査選考する。

（決定）

第８条　前条により選出された候補者については，理事会の議を経て授賞者を決定する。

（表彰等）

第９条　各賞の授賞者には，賞牌および副賞を毎年総会時に授与する。なお学会賞受賞者は，表彰式が実施される学術集会会期中に記念講演を行う。

（規程の改正）

第10条　本規程の改定は，理事会の議を経て行う。

附則

（施行期日）

この規程は，平成13年４月１日から施行する。

１）平成15年７月23日　　第３条　２）(2)削除する。

日本看護研究学会　学会賞および奨励賞に関する規程細則

（趣旨）

第１条　この細則は，日本看護研究学会賞および奨励賞に関する規程において，学会賞および奨励賞の候補者選定に関する必要な事項などについて定める。

（選考基準）

第２条　各賞の選考は，次のとおりとする。

１）学会賞

（次のいずれかの条件を満たす者）

(1)　論文の内容が，看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。

(2)　本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

２）奨励賞

(1)　研究方法や成果に独自性があり，看護実践への示唆が大きく，十分な論理性を備えていること。

（推薦方法）

第３条　学会賞候補者の推薦依頼は，毎年度の本学会雑誌２号において行う。学会賞推薦書は毎年度本学会雑誌２号に綴じ込むものとする。奨励賞は，理事長から委嘱された選考委員会によって推薦される。

（申請手続）

第４条　各賞候補者の申請は，次のとおりとする。

１）学会賞：本学会員の推薦によるものとし，次の書類を添えて９月末日までに理事長に申請する。

(1)　学会賞推薦書・申請書（所定の用紙）……６通

(2)　申請論文の別刷またはコピー……６通

(3)　共著の場合は共著他者の同意書……６通

２）奨励賞：理事長から委嘱された選考委員会による推薦とし，選考委員会は，次の書類を添えて11月末日までに理事長に申請する。

(1)　奨励賞推薦書・申請書（所定の用紙）……２通

(2)　申請論文または講演抄録の別刷またはコピー……２通

(3)　共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書……２通

（選考委員会）

第５条　各賞の選考委員会は，次のとおりとする。

１）委員会は，理事長が理事の中から指名した５名によって構成する。なお委員長は，委員の互選とする。

２）選考委員会の委員は，原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。

３）選考委員会は４月に設置する。

第６条　選考委員会は，提出された申請書類等を審査し，委員会の合議で各賞候補者を選考する。

第７条　選考委員会は，11月末日までに各賞候補者を選出し，推薦書を添えて理事長に報告する。

第８条　選考委員会は，候補者の選考経過および結果を本学会雑誌１号で報告する。

（その他）

第９条　副賞の内容については，当該年度の理事会において決定する。

第10条　提出書類（論文別刷を含む）は，返却しない。

（細則の改正）

第11条　本細則の改定は，理事会の議を経て行う。

附則

（施行期日）

この細則は，平成13年４月１日から施行する。

１）平成15年７月23日　　第４条１）(2)，２）(2)　第10条別冊を別刷りに改正実施する。

平成18年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1．応募方法・応募資格

日本看護研究会学会賞および奨励賞に関する規程・細則により，学会雑誌２号に綴じ込みの所定の用紙により申請する。

2．応募締切日

平成18年９月30日必着

3．選考方法

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会（以下学会賞・奨励賞選考委員会と略す）は，規程，細則に基づいて審査を行い，理事長に報告する。その後理事会において決定する。

4．学会賞・奨励賞選考委員会

委員長　深　井　喜代子（岡山大学医学部保健学科教授）
委　員　石　垣　靖　子（医療法人東札幌病院副院長）
〃　太　田　喜久子（慶應義塾看護医療学部教授）
〃　小　田　正　枝（西南女学院大学保健福祉学部教授）
〃　河　野　保　子（川崎医療福祉大学医療福祉学部教授）

（50音順）

5．学会賞の交付

規程第９条，細則第９条により行う。

6．応募書類は細則第10条により返却しない。

7．学会賞申請書送付先

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会
学会賞・奨励賞選考委員会
委員長　　深　井　喜代子

会　　告（8）

会則第４章　役員　第14条７）により，以下の委員会・ワーキングを設置し，委員を依嘱しました。

記

法人化検討委員会	委員	茅　島　江　子氏
		早　川　和　生氏
		山　口　桂　子氏
倫理委員会	委員	石　井　ト　ク氏
		川　口　孝　泰氏
		手　島　　恵氏
		松　木　光　子氏
学会誌発行30周年記念事業実行委員会	委員	江　守　陽　子氏
		尾　岸　恵美子氏
		田　中　裕　二氏
		中　野　正　孝氏
		松　田　たみ子氏
		三　木　明　子氏
医療技術評価ワーキング	委員	泉　　キヨ子氏
		紙　屋　克　子氏
		川　嶋　みどり氏
		松　田　たみ子氏
		宮　腰　由紀子氏

（いずれも50音順）

平成18年６月20日

日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

会　　告（9）

第32回日本看護研究学会学術集会を下記の要領で開催いたします。（第４回公告）
なお，最新の情報は学術集会ホームページ（http：//www.med.oita-u.ac.jp/jsnr32/）をご覧ください。

平成18年６月20日

第32回日本看護研究学会学術集会
会長　松岡　　綠

記

第32回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ　「社会資源としての看護」
－激動の時代，看護に求められているもの－

会　場：別府市ビーコンプラザ
〒874-0828　大分県別府市山の手町12-１
TEL：0977-26-7111
FAX：0977-26-7100
期　日：平成18年８月24日（木），25日（金）
プレカンファレンスセミナー・市民公開講座　８月23日（水）

第１日目　　８月24日（木）　９：00～17：40
９：10～９：50　会長講演：「社会資源としての看護」
－激動の時代，看護に求められているもの－
松岡　　綠（大分大学医学部看護学科）
座長：石垣　靖子（医療法人東札幌病院／北海道医療大学）
10：00～12：00　招聘講演：「ベナー看護論　看護師らしくみて考えるための学び
－臨床的推論とケアリング実践－」
Patricia Benner（カリフォルニア大学）
座長：井上　智子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）
12：05～12：30　奨学会研究発表　佐藤　政枝
13：00～13：50　総会　表彰授与
13：50～14：20　学会賞記念講演　大串　靖子
14：30～15：30　特別講演Ⅰ：「もっと私をよく観て」
村田　幸子（元NHK解説委員・福祉ジャーナリスト）
座長：竹尾　惠子（国際医療福祉大学）
14：40～16：00　交流会：「学会誌への投稿から掲載まで」
川口　孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）
主催：日本看護研究学会編集委員会
15：40～17：40　シンポジウムⅠ：「利用者と共に歩む看護」
シンポジスト：
利用者の立場から
峰尾　一路（元西日本新聞社論説委員，元九州保健福祉大学）
看護職の立場から

村松　静子（在宅看護研究センター代表，看護コンサルタント株式会社取締社長）
福祉関係者の立場から
小幡　秀夫（社団法人 日本社会福祉士会　企画課長）
患者会代表者の立場から
森尾久海子（日本ALS協会　大分県支部）
座長：泉　キヨ子（金沢大学大学院医学系研究科）
座長：小幡　光子（大分大学医学部看護学科）

16：10～17：40　実演交流会：「脆弱な皮膚に対する予防的スキンケア
－高齢者のスキントラブル，尿・便失禁によるスキントラブル－」
芦田　幸代
（大分大学医学部附属病院　創傷・オストミー・失禁（WOC）認定看護師）

第2日　8月25日（金）　9：00～16：10

9：00～11：00　ジョイント講演：「少子高齢社会で看護が果たす役割」
韓国：Hosihn Ryu（高麗大学・学科長）
日本：村嶋　幸代（東京大学大学院医学系研究科）
座長：小西恵美子（大分県立看護科学大学）

9：30～11：00　実演交流会：「自立のための最新指導技術“排痰法”と“自己導尿法”」
総括担当者：板井 千枝子（労働者健康福祉機構　総合せき損センター）
排痰法：有松美紗緒，藤木　由子
自己導尿法：山上　尚子，重田ひでこ

13：00～14：00　特別講演Ⅱ：「看護の質を保証する看護職の人事考課制度」
正木　義博（済生会熊本病院　副院長）
座長：隈本　博幸（医療法人真鶴会　小倉第一病院副院長，看護部長）

14：10～16：10　シンポジウムⅡ：「看護の専門職者を育てる・育つ」
シンポジスト：
基礎教育　前川　幸子（大分大学医学部看護学科）
卒後教育1　村上　睦子（日本赤十字社医療センター）
卒後教育2　リボウィッツ　よし子（青森県立保健大学健康科学部看護学科）
教　育　学　生田久美子（東北大学大学院教育研究科）
座長：大池美也子（九州大学医学部保健学科）
座長：高橋みや子（山形大学医学部看護学科）

ランチョンセミナー

8月24日（木）12：00～13：00
「“医療事故対応，真実を究め，看護を守れるか”循環器疾患の薬剤管理，呼吸器管理を例にして」
講師：上野　道雄（独立行政法人国立病院機構　福岡東医療センター院長）
座長：田中　洋子（佐賀大学医学部附属病院　看護部長）
共催：中外製薬株式会社

8月25日（金）11：30～12：30
「新しい教育手法　eラーニングの現状と病院職員教育への応用」
講師：中村　秀敏（医療法人真鶴会　小倉第一病院副院長）
座長：川本 利恵子（産業医科大学産業保健学部）
共催：キリンビール株式会社

8月25日（金）12：00～13：00
「安心ですか患者さんに触れる　あなたの手　＜手指衛生とハンドケア＞」
講師：田中富士美（さいたま市立病院　感染看護認定看護師）
座長：廣瀬千他子（日本看護協会　常任理事）
共催：大日本住友製薬株式会社
株式会社　資生堂

プレカンファレンスセミナー
8月23日（水）13：00～17：00　別府市ビーコンプラザ
「臨床に活かす看護研究」
1．量的研究
講師：西田真寿美（岡山大学医学部保健学科）
2．質的研究
講師：才木　クレイグヒル　滋子（首都大学東京健康福祉学部看護学科）
3．統計学入門
講師：中野　正博（産業医科大学産業保健学部）

市民公開講座
8月23日（水）18：00～19：00　別府市ビーコンプラザ
「認知症を理解し，予防する」
講師：山田　達夫（福岡大学医学部）
座長：赤司　千波（大分県立看護科学大学）

【学術集会参加費事前払い込みのご案内】
＜参加費＞

	事前登録（7月15日迄）	当日登録	備考
会員	9,000円	10,000円	
非会員	9,000円	10,000円	但し，学術集会誌代2,000円は含まない
学生	2,000円	3,000円	但し，学術集会誌代2,000円は含まない

注：大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

＜参加申し込み方法＞
第32回学術集会参加事前振り込みは，平成17年12月20日発行の第28巻5号に同封の振り込み用紙をご利用下さい。振込先は郵便振替「第32回日本看護研究学会学術集会　01720－8－117311」です。
＜非会員参加申し込み＞
非会員の方は，参加費9,000円と学術集会誌代2,000円を，お振り込みください。

通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。
① 参加希望内容
例）事前申し込み，学術集会誌，懇親会
② 所属，名前，学会加入の有無
例）大分大学，別府太郎，非会員

【懇親会】

日　時：平成18年８月24日（木）18：00～19：30
会　場：別府市ビーコンプラザ　レセプションホール
会　費：6,000円

【プレカンファレンスセミナー参加募集のご案内】

学会前日（８月23日）にプレカンファレンスセミナーを開催いたします。
学会参加費とは別の参加申し込みが必要です。
詳細は以下のとおりです。

「臨床に活かす看護研究」

	セミナー名	講　師	日　時	参加費	定　員
1	量的研究	西田　真寿美 （岡山大学医学部保健学科）	平成18年８月23日（水） 13：00～17：00	5,000円（学術集会参加費とは別に入用）	100名
2	質的研究	才木　クレイグヒル　滋子 （首都大学東京健康福祉学部看護学科）	平成18年８月23日（水） 13：00～17：00	5,000円（学術集会参加費とは別に入用）	100名 締め切りました
3	統計学入門	中野　正博 （産業医科大学産業保健学部）	平成18年８月23日（水） 13：00～17：00	5,000円（学術集会参加費とは別に入用）	100名

＊各セミナーの資料はテキストもしくは配布資料として，当日配布いたします。参加費とは別に資料代が入用です
（代金は当日もしくは後日振込みと致します。後日振込みの場合は，各自にご連絡差し上げます）

＜申し込み方法＞

１．申し込みは，①施設名，②お名前，③連絡先（お電話番号及びFAX番号またはE-mailアドレス），④希望セミナーをご記入の上，第32回日本看護研究学会学術集会までFAX・E-mail・往復ハガキのいずれかでお願いいたします。
＊プレカンファレンスセミナーは１人様１セミナーとさせていただきますので御了承ください。
＊定員（各100名）になり次第，締め切らせていただきます。

２．申し込み受理のご連絡，参加費納入方法は，FAXまたはE-mail，返信用ハガキにて致します。参加費お振込み後，申込み完了となります。

３．申込み先
〒879-5593
大分県由布市挾間町医大ヶ丘１－１
大分大学医学部看護学科内
第32回日本看護研究学会学術集会　事務局　プレカンファレンス係
Tel/Fax 097－586－5076
E-mail jsnr32@med.oita-u.ac.jp

【第32回学術集会事務局】

〒879－5593　大分県由布市挾間町医大ヶ丘１－１
大分大学医学部看護学科内
第32回日本看護研究学会学術集会　事務局
TEL&FAX　：097－586－5074
E-mail　　：jsnr32@med.oita-u.ac.jp
ホームページ：http：//www.med.oita-u.ac.jp/jsnr32/

学　会　賞　申　請　書

年　　月　　日

被推薦者氏名（年齢・性別）	
本　学　会　会　員　歴	
本学会雑誌掲載論文リスト　（筆頭論文のみ）	
No.　著者・共同研究者　　：　　論文題目　　，　　巻（号）　　，　　頁　，　　年	
主な研究論文についての推薦すべき点	
本学会の学術活動への貢献となった事項	

学 会 賞 推 薦 書

日本看護研究会理事長 殿

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程第５条に則り，学会賞の候補者を推薦いたします。

年　　月　　日

推薦者氏名（年齢）	推薦者所属（職名）
会員番号　　（　　歳）	（　　）
被推薦者氏名（年齢）	被推薦者所属（職名）
会員番号　　（　　歳）	（　　）
推薦理由	

目　　次

－原　著－

幽門側胃切除術後患者における退院後の食事摂取量の自律的調整に関する研究 …… 19
愛知県立看護大学大学院看護学研究科　山　口　真　澄
愛知県立看護大学　鎌　倉　やよい
愛知県立看護大学　深　田　順　子
愛知県立看護大学　米　田　雅　彦
愛知県がんセンター中央病院　山　村　義　孝
愛知県がんセンター中央病院　金　田　久　江

子どもの表情による情動表現の発達的変化に関する検討 …… 27
山形大学医学部看護学科　佐　藤　幸　子

看護場面における認知的煩雑性がステレオタイプ的判断に及ぼす影響 …… 33
元日本赤十字九州国際看護大学　森　本（川原）淳　子
日本赤十字九州国際看護大学　坂　本　洋　子

器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者における会話変容プロセスと社会環境との関連性 …… 43
神戸市看護大学　大　釜　徳　政

－研究報告－

手術療法を受けた食道がん患者の退院後の精神健康状態に影響する要因 …… 55
大阪市立大学医学部看護学科　白　田　久美子
大阪市立大学医学部看護学科　吉　村　弥須子
大阪市立大学医学部看護学科　前　田　勇　子

糖尿病の食事療法の実施に影響する心理的要因の検討 …… 63
弘前大学医学部保健学科　冨　澤　登志子
弘前大学教育学部心理学教室　平　岡　恭　一
弘前大学医学部保健学科　北　宮　千　秋

長期断酒体験で築かれた断酒への意識 …… 73
広島国際大学看護学部　岡　田　ゆ　み

中堅看護師の仕事意欲に関する調査 …… 81
－役割ストレス認知及びその他関連要因との分析－
愛知県立看護大学　佐　野　明　美
愛知県立看護大学　平　井　さよ子
愛知県立看護大学　山　口　桂　子

重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発 …… 95
－ニードとコーピングの推移の特徴から－
山口大学大学院医学系研究科　山　勢　博　彰

－資　料－

感染管理に関する知識・技術に対する訪問看護従事者の捉え方 …… 103
石川県立看護大学看護学部　前　田　修　子
岐阜大学医学部看護学科　滝　内　陸　子
元石川県立看護大学看護学部　小　松　妙　子

医中誌Webを用いた日本の看護文献の定量的調査 …… 113
－医学文献およびMedlineとの比較から－
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科　片　平　伸　子

第31回日本看護研究学会学術集会講演記事（2）

シンポジウムⅠ

臨床倫理委員会－その定着と看護職の役割
臨床倫理学の視点から …… 121
東北大学大学院文学研究科　清　水　哲　郎

臨床現場の実践 …… 122
医療法人東札幌病院　石　谷　邦　彦

我が国における臨床倫理委員会－その可能性と看護職の働き－ …… 125
神戸市看護大学　高　田　早　苗

Actual Activities of the Clinical Ethics Committee in America …… 126
Sound Shore Medical Center　Cornelia Fleming

シンポジウムⅡ

人権と尊厳を守る看護職の責務－相手を人間として尊重するということ
虚構に添うケアを－認知症の人々から見える世界 …… 129
北海道医療大学看護福祉学部　阿　保　順　子

ホスピス・緩和ケアにおける人権と尊厳を守る看護の課題 …… 131
東京大学　河　　正　子

子どもと家族の最善の利益が守られていますか？ …… 133
日本赤十字看護大学　筒　井　真優美

The Nurse As Advocate …… 138
Catholic Health Initiatives　Colleen Scanlon

CONTENTS

Original Papers

Self-control of Food Intake Volume in Postoperative Distal Gastrectomy Patients after Discharge 19

Graduate School of Nursing Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Masumi Yamaguchi
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Yayoi Kamakura
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Junko Fukada
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Masahiko Yoneda
Aichi Cancer Center : Yoshitaka Yamamura
Aichi Cancer Center : Hisae Kanada

Developmental Changes in Emotional Expression in Children 27

School of Nursing Yamagata University : Yukiko Sato

Influence of Cognitive Business in Nursing Scenes on Stereotyped Judgments 33

Former Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing : Junko Morimoto (Kawahara)
Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing : Yoko Sakamoto

Association between the Speech Modification Process and Social Environment in Patients with Tongue Cancer with Impaired Organic Articulation/Vocalization Function 43

Kobe City College of Nursing : Norimasa Ogama

Research Reports

Factors Effecting Mental Health State of Esophagectomized Patients Following Discharge 55

Osaka City University School of Nursing : Kumiko Shirata
Osaka City University School of Nursing : Yasuko Yoshimura
Osaka City University School of Nursing : Yuko Maeda

A Study of Psychological Factors Influencing Diet for Diabetes 63

School of Health Science, Hirosaki University : Toshiko Tomisawa
Department of Psychology, Faculty of Education, Hirosaki University : Kyoichi Hiraoka
School of Health Science, Hirosaki University : Chiaki Kitamiya

Consciousness of Abstinence to Alcoholics with Long-term Abstinence Experience 73

faculty of Nurse, Hiroshima International University : Yumi Okada

Research on Lead Nurses' Work Motivation
— Analysis of Role Stress Perception and Other Related Factors — 81

Aichi Prefectural College of Nursing and Health : Akemi Sano
Aichi Prefectural College of Nursing and Health : Sayoko Hirai
Aichi Prefectural College of Nursing and Health : Keiko Yamaguchi

Drawing up of Structural Equation Modeling for Family Needs and Coping Strategies in Critical Care Settings 95

Graduate School of Medicine, Yamaguchi University : Hiroaki Yamase

Preliminary Report

Awareness in the Knowledge and Techniques Related to Infection Control by Visiting Nurses 103
Nursing Department, Ishikawa Prefectual Nursing University : Shuko Maeda
Course, School of Medicine, Gifu University : Takako Takiuti
Formerly Nursing Department, Ishikawa Prefectual Nursing University : Taeko Komatsu

Quantitative Investigation of Nursing Articles in Japan Using Ichushi Web 113
Kanagawa University of Human Services, Faculty of Health & Social Work, School of Nursing : Nobuko Katahira

－原　著－

幽門側胃切除術後患者における退院後の食事摂取量の自律的調整に関する研究

Self-control of Food Intake Volume in Postoperative Distal Gastrectomy Patients after Discharge

山口真澄[1)]　鎌倉やよい[2)]　深田順子[2)]
Masumi Yamaguchi　Yayoi Kamakura　Junko Fukada
米田雅彦[2)]　山村義孝[3)]　金田久江[3)]
Masahiko Yoneda　Yoshitaka Yamamura　Hisae Kanada

キーワード：幽門側胃切除術，自律的調整，食事摂取量，活動量，退院後の栄養評価
Key Words：distal gastrectomy, self-control, food intake volume, activity, nutritional evaluation after discharge

Ⅰ．緒　言

胃癌は日本人に罹患率が高い疾患であるが[1)]，近年では，検査技術の発達や集団検診の実施により早期発見が可能となり，胃癌患者の５年生存率は向上した。多くの患者は手術後に職場復帰を果たすため，患者の生活の質（Quality of Life：QOL）を向上させることは看護の重要な課題となってきた。

胃癌に対する治療は手術療法が第一に選択されるが，その中でも幽門側胃切除術は最も多く行われている術式である。しかし，Billroth Ⅰ法再建術後患者の主観的判断に基づく調査研究では，食事摂取量が術後６ヶ月で術前80％まで回復し[2)]，退院後の残胃の許容量を内視鏡によって定量的に測定した研究[3)]では，手術後３ヶ月目の許容量は410mlであったと報告されている。また，術後には術前の約90％まで体重が減少し[4) 5)]，１年以上経過していても回復していないことが報告されている[6) 7) 8)]。患者会によるアンケート調査では，回答者の95％が胃切除術後に体重減少があったとの報告[9)]，術後２年以上経過しても体重減少した人が30％にのぼり，術後に食事で苦労したと主観的に感じている人は60％を越えたとする報告[10)]がある。胃癌術後患者の体重減少の原因には，食事摂取量の減少，食事摂取に伴う不快症状のために摂取量を一定に抑えがちであること，退院後に活動量が増加するが摂取エネルギー量が不足すること，下痢が起こりやすいこと[11)]があげられている。さらに，手術侵襲に対する生体反応を考えると，入院期間の短縮に伴い，患者は筋蛋白および体脂肪の異化期から同化期に移行した時期に退院となる。同化期はその後数ヶ月に渡って組織の修復と脂肪を回復するが，患者は栄養状態の維持・回復のために摂取するエネルギー量を増加させることが必要となる。

退院後の栄養回復については，医療者による詳細な栄養指導を気にせずに食事摂取した患者群に比較し，遵守した患者群において術後のBody Mass Index（BMI）が減少したとの調査研究[12)]，医療者からの栄養指導による食行動が職場復帰によって変化するとの報告[13)]などの先行研究があり，現状の食事あるいは栄養指導の有り様に対して警鐘を鳴らしている。退院後の栄養回復を図るためには，その時々の残胃の機能を最大限に活用し，不快症状を押さえて栄養が供給されることが重要である。従来から臨床で行われてきた食事指導を概観すると，術後の食事開始時に「６回に分けて食事摂取する」「よく噛む」「１回の食事は30分かける」，退院時に「３～６ヶ月経過したら３回食に戻す」「高カロリー・高蛋白質の食品を選択する」が指導されている。これらは，患者にとって医療者の指示を守るか否かの選択肢に他ならず，患者自身が胃の回復状態を評価して判断できるような基準とはなりえない。

我々は，胃癌術後患者が残胃の回復状態を評価し，最大限の摂取量を自律的に調整することを学習するための食事指導プログラムを開発した。この特徴は，食事前後に体重を測定・記録し，その増加量を食事摂取量として患者自身が客観的な数値を把握できること，食後の上腹部感覚・不快症状を自己記録することによって，次回の食事摂取量を増減する判断ができるように学習することである。入院中の幽門側胃切除術（Billroth Ⅰ法再建）患者を対象とした研究において，このプログラムが食事摂取量を自律的に調整しうるとの結果を既に報告した[14)]。患者の退院後の食事摂取量と栄養状態の回復については，継続的に追跡することが課題として残された。そこで本研究では，入院中に食

１）愛知県立看護大学大学院看護学研究科　Graduate School of Nursing Aichi Prefectural College of Nursing & Health
２）愛知県立看護大学　Aichi Prefectural College of Nursing & Health
３）愛知県がんセンター中央病院　Aichi Cancer Center

事指導プログラムを学習した胃癌術後患者が，退院後において自律的に食事摂取量を調整できたか，食事摂取量および活動量の増加の推移，栄養状態の回復状況を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．倫理上の手続き

本研究は，愛知県がんセンター倫理審査委員会の承認を得た（12-29号）。研究参加の意思は，研究目的，研究方法，参加を拒否しても不利益を被らないこと，プライバシーの保護など書面を用いて説明し，同意書の提出によって確認した。

2．対象

対象は，幽門側胃切除術（Billroth Ⅰ法再建）を受け食事指導プログラムに基づいて指導を受けた胃癌患者67名のうち，退院後について研究参加の同意が得られた29名である。対象者は男性21名，女性８名，平均年齢60.5±11.2歳，入院時の平均ＢＭＩ22.3±3.2，平均術後在院日数は14±５日であった。

3．食事指導プログラムの概要

食事指導プログラムは，患者が胃の機能の変化を理解し回復状態を評価して，食事摂取量と食事回数を退院後に自律的に調整できるように，その判断基準を入院中に修得することが目的である。制作した食事指導パンフレットに基づいて指導がなされ，それは「指導１．手術後に必要となる食事方法と食事摂取量の把握」，「指導２．胃の手術により変化する機能と食事摂取量を調整するための判断基準」，「指導３．退院後の食品選択と１日の食事回数の決め方・目標体重の設定」から構成される。実施時期は順に，術前，術後水分開始時，食形態が全粥となる時であった。

このプログラムでは，患者自身が食事摂取量を客観的な数値として把握できることが特徴である。具体的には，50g単位の体重計を用いて食事前後に体重を測定することによって，その増加量を摂取量として把握し自己記録するものである。加えて，食後の上腹部感覚・不快症状を自己記録することが，自律的調整を学習する上での基本的な資料となる。

１回の食事摂取量を自律的に決定するための判断基準として，「上腹部感覚・不快症状がない時は，翌日の食事摂取量を50g増加させること，上腹部感覚・不快症状がある時は，次の食事摂取量を減らすか維持すること」をパンフレットに明記するとともに，指導２において教示した。そして，翌日の昼食前の体重測定時に，今回の食事摂取量をどのように調整するか，自己記録用紙に記載された「前日よりも増やす・前日と同じにする・前日よりも減らす」から患者自身が選択して記録し，看護師が１日１回それを確認して，判断が適切であればその旨を患者に伝え，誤りがあるときには修正した。

指導３では，退院後に食事回数を決定するための判断基準として，「１回の食事摂取量が手術前の２/３程度食べられるようになり，体重が減少していなければ，間食を１回減らすこと」を提示した。さらに，個別に目標体重を設定し，入院時の体重あるいはBMI22による体重のいずれか低い体重を目標値として提示した．

4．方法

対象者は，食事指導プログラムに基づいて，術前３日間と術後食の開始日から退院までの毎日，昼食前後に体重を測定し，その増加量を食事摂取量として自己記録用紙に記入した。退院後は，食事摂取量を供給エネルギーの指標として，夕食前後の体重増加量を用い，入院中と同様に３ヶ月間記録した。次に，消費エネルギーの指標として，生活習慣記録機を起床時から就寝時まで毎日装着し，自動記録された運動量と歩数を用いた。栄養評価には，体重と算出した上腕筋囲（arm muscle circumference：AMC）値を使用した。そのために，上腕周囲長（arm circumference：AC）と上腕三頭筋皮下脂肪厚（triceps skinfold：TSF）を毎月１回測定した。以下に使用した測定用具の詳細を記す。

１）自己記録用紙

食事量についての判断，食事前後の体重測定値，食事所要時間，昼食直後と１時間後の上腹部感覚・不快症状について，Ａ４サイズの用紙に記入するものである。

上腹部感覚は，「感覚がない」を０とし，「非常に強い」を６とするリッカートスケールで示した。不快症状は，日本消化器外科学会による早期ダンピング症候群判定基準の18症状に「げっぷ」と「胸やけ」，低血糖症状として「全身のだるさ」を加えた21症状を用い，選択形式とした。さらに，退院後には，一日の食事回数，排便回数と性状を記入する項目を加えた。

２）供給エネルギーに関する測定用具

入院中は精密デジタル重量計（A&D社製 FG-150KA）を，退院後は50g体重計（A&D社製UC-321）を使用した。

３）消費エネルギーに関する測定用具

生活習慣記録機（スズケン社製 Lifecorder EX）を使用し，運動量（kcal）と歩数を測定した。この機器の特徴は，運動による加速度の大きさと周期から，エネルギー消費量（kcal）に換算することができること，メモリ機能によって200日間自動記録されることである。

４）栄養評価に関する測定機器

体重測定には，前述した50g体重計（A&D社製UC-321）を使用した。AMCについては，ACとTSFを栄研式皮下脂肪厚計で測定し算出した（AMC：AC－3.14×TSF）。

5．分析方法

供給エネルギーの指標として，術前摂取量に対する比率（術後食事摂取量／平均術前食事摂取量×100：摂取量比），消費エネルギーの指標として生活習慣記録機で測定される1日の運動量と歩数を対象者別に求めた。次に，1週間ごとの平均値によってグラフ化し，術後第13週までの推移を比較した。

栄養状態を評価するために，13週までの1日ごとの体重について，術前値に対する比率（術後体重／入院時体重×100：術前体重比），退院時に提示した目標体重に対する比率（術後体重／目標体重×100：目標体重比）を算出し，1週間毎の平均値をグラフ化してその推移を比較した。また，日本人の年齢・性別上腕筋囲の平均値[15]に対するAMC比（AMC／年齢・性別平均上腕筋囲×100）を算出し比較した。

退院後における自律的調整は，対象者が食事回数を変更した時，食事指導プログラムで提示した「1回の食事摂取量が手術前の2/3以上摂取できる」「体重が減少していない」の2つの判断基準を満たしていたかを個別に比較した。各週の食事回数は，週7日のうち過半数を占めた回数として判定された。

6．データの信頼性

研究者が対象者の入院中の自己記録を1日1回確認した。食事摂取量については，研究者が入院中の体重測定に手術前1回と手術後2回随行し，測定方法と記録された体重測定値が正確かを確認した。その結果，確認した81回の測定は方法・記録内容ともに正確であった。退院後の自己記録と食事摂取量に対しては，毎月1回対象者が病棟で昼食を摂取し，その前後の測定と記録を研究者が確認した。20名については正確に実施したことを確認したが，残る9名は臨床上の制約から確認できなかった。

Ⅲ．結　果

1．対象者の概要

対象者の癌の進行度（Stage）はⅠA 15名，ⅠB 4名，Ⅱ 3名，ⅢA 5名，ⅢB 1名，Ⅳ 1名であった。リンパ節郭清の範囲は，D1＋α 1名，D1＋β 5名，D2 22名，D0 1名であった。社会的背景は，有職者が15名であり，そのうち14名が3ヶ月以内に職場へ復帰した。術後の縫合不全によって食事のスケジュールが変更された対象が2名，発熱によって食事開始が数日遅れた対象が6名であった。また術後補助化学療法が行われた対象は3名であった。

2．術後3ヶ月間の食事摂取量の推移

対象者別に術後13週まで，1日に1回測定された食事摂取量と術前値に対する摂取量比を求めた。摂取量比については，術後からの研究参加のために術前値が不明な対象者6名を除く23名が分析対象となった。術後週数別に全対象者の1週間の平均食事摂取量及び平均摂取量比を表1に示し，後者はグラフ化してその推移を図1に示した。平均摂取量比は，術前を100％（食事摂取量：617.6±122.4g）とする回復率として示されるが，食事開始時には25.3％であったが，退院時には43.0％まで増加した。術後4週目に

表1　平均食事摂取量，平均摂取量比，平均運動量，平均術前体重比，平均目標体重比の推移

(n)

時　期	平均食事摂取量 g	平均摂取量比 %	平均運動量 kcal	平均術前体重比 %	平均目標体重比 %	
					BMI：22以上	BMI：22未満
食事開始時	156.9±128.0（29）	25.3±23.0（21）	−	97.7±3.0（27）	106.8±7.3（15）	98.6±3.1（12）
退　院　時	267.2±89.9（29）	43.0±19.2（23）	−	94.1±2.8（29）	103.3±7.7（17）	95.9±2.6（12）
術後2週目	317.0±107.1（20）	47.8±17.1（17）	75.9±72.2（21）	95.1±2.3（20）	105.6±8.2（10）	96.0±2.5（10）
術後3週目	341.0±94.3（25）	55.4±16.4（21）	108.5±80.3（25）	94.7±2.9（24）	104.7±7.9（14）	96.5±2.9（10）
術後4週目	364.5±97.0（27）	60.0±17.1（23）	117.6±100.8（28）	94.2±3.2（27）	103.6±8.4（16）	96.6±2.8（12）
術後5週目	391.3±101.8（28）	64.6±15.8（23）	130.5±103.3（27）	93.9±3.0（28）	103.0±8.0（15）	96.4±2.5（12）
術後6週目	431.8±114.2（26）	71.1±17.1（22）	139.3±99.9（26）	93.6±3.3（26）	103.1±7.9（15）	96.2±2.5（11）
術後7週目	436.5±123.7（27）	70.8±22.7（23）	144.5±90.3（26）	94.0±3.4（27）	103.4±7.8（15）	96.4±2.4（12）
術後8週目	468.7±135.5（27）	76.1±25.4（23）	152.5±83.2（26）	94.0±3.8（27）	102.9±7.5（15）	97.0±2.7（12）
術後9週目	504.9±129.9（27）	81.6±25.0（23）	147.5±72.4（26）	94.0±4.0（27）	102.9±7.7（15）	96.9±2.9（12）
術後10週目	521.5±155.2（27）	85.0±26.2（23）	174.7±92.6（26）	94.1±4.0（27）	103.1±8.0（15）	97.0±2.9（12）
術後11週目	508.7±134.8（27）	84.5±27.1（23）	173.0±96.1（26）	94.1±4.1（27）	103.2±8.1（15）	96.9±2.9（12）
術後12週目	517.4±155.2（27）	85.9±26.4（23）	161.0±82.9（26）	93.9±4.3（27）	102.8±8.5（15）	96.9±3.1（12）
術後13週目	564.8±159.3（26）	93.8±24.4（22）	181.9±104.8（24）	93.6±4.5（26）	102.7±8.5（15）	96.7±3.5（12）

注）食事摂取量は1回の食事前後の体重増加量を示し，平均食事摂取量は術前617.6±122.4gであった。目標体重は，BMI：22以上の対象者では理想体重（BMIが22となる体重）を，BMI：22未満の対象者では術前体重として設定した。

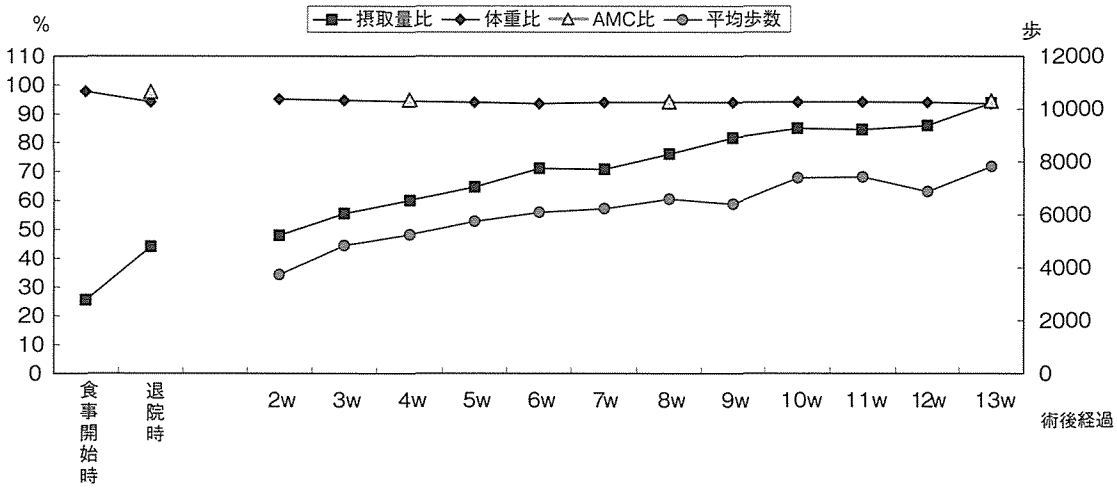


図１　平均摂取量比，平均術前体重比，平均AMC比，平均歩数の推移
縦軸主軸に平均摂取量比・平均術前体重比・平均AMCを，第２軸に平均歩数を示した。

は60.0％，術後６週目71.1％，術後９週目81.6％，術後13週目には93.6％（564.8±159.3g）と回復した。また，術後13週目には９名が摂取量比100％に到達した。

３．術後３ヶ月間の運動量の推移

対象者別に退院後３ヶ月間，毎日の運動量と歩数を求め，術後週数別に全対象者の１日平均の運動量（平均運動量）を表１に示した。さらに，歩数をグラフ化してその推移を図１に示した。平均運動量は，術後２週目に75.9kcal（Range 21～330kcal）であり，術後13週目には181.9kcal（Range 33～431kcal）まで漸次増加した。１日の平均歩数は，術後２週目に3738歩（Range 886～16429歩）であり，術後13週目には7832歩（Range 1928～16583歩）まで漸次増加した。

４．術後３ヶ月間の栄養評価

１）体重の推移

対象者別に退院後３ヶ月間，毎日の体重と術前値に対する術前体重比を求めた。続いて，術後週数別に全対象者の術前体重比の１日平均を表１に示し，これをグラフ化してその推移を図１に示した。平均術前体重比は，食事開始時97.7％（Range 91.8～105.7％），退院時94.1％（Range 88.4～101.1％）であり，術後13週目には93.6％（Range 85.3～102.8％）であった。体重は術前値と比較して，術後13週目までに平均3.95±3.2kg減少した。

食事指導プログラムでは退院後の目標体重を提示したが，その値は，入院時体重がBMI：22以上であればBMI：22の体重値となり，BMI：22未満であれば術前体重値である。そのため，両者を別に平均目標体重比を示した（表１，図２）。BMI：22以上の対象者における平均目標体重比は，退院時103.3％，術後13週目102.7％であった。BMI：22未満の対象者では，退院時95.9％，その後減少することなく術後13週目には96.7％であった。対象者別にみると，術後

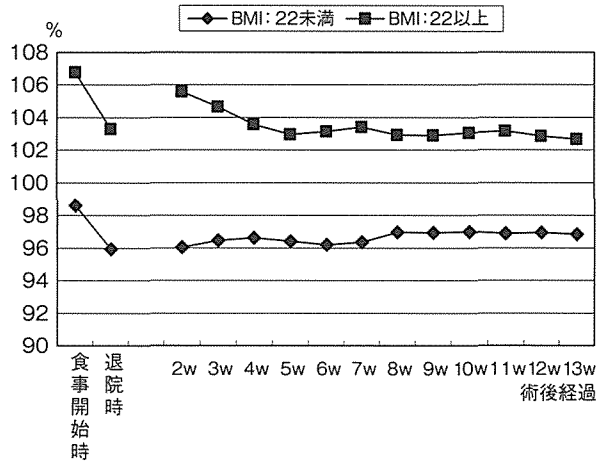


図２　平均目標体重比の推移
術前体重がBMI：22以上の群■（n＝17）とBMI：22未満の群◆（n＝12）で比較した。目標体重は，前者では理想体重（BMIが22となる体重）を，後者では入院時の体重を設定した。

13週目まで研究に参加した27名のうち20名が，平均目標体重比が95％以上を示し，90％～95％未満が６名であり，１名が88.1％であった。

２）AMCの推移

AMC比は，全対象者の平均値の推移を図１に示した。退院時97.7±9.5％（n＝25 Range 82.3～119.1％），術後１ヶ月では94.9±7.5％（n＝25 Range 79.8～112.1％），２ヶ月では94.3±7.6％（n＝26 Range 77.1～106.3％），３ヶ月では94.6±7.9％（n＝26 Range 79.0～109.8％）であった。

５．食事摂取量の自律的調整

１）退院後の食事回数の推移

退院後における食事回数について，６回食，５回食，４回食，３回食への推移を術後週数ごとに棒グラフで示した（図３）。

６回食の対象者数は，術後２週目に86％（25名），術後４週目54％（15名），５週目36％（10名），10週目26％（７名），

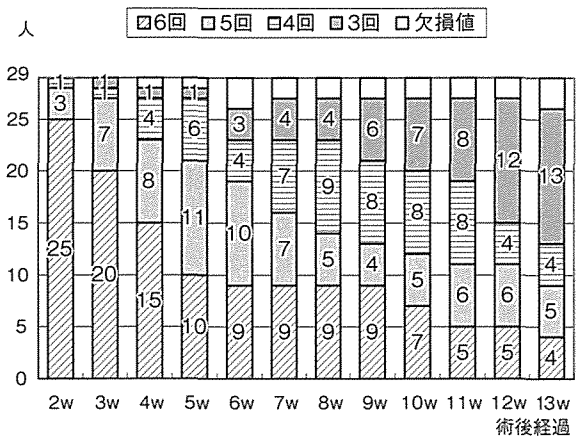


図3　食事回数の推移
7日／週のうち過半数を占めた回数を，その週の食事回数と判定した。欠損値は研究を中止した対象者と再入院によりデータがとれなかった対象者を示す。

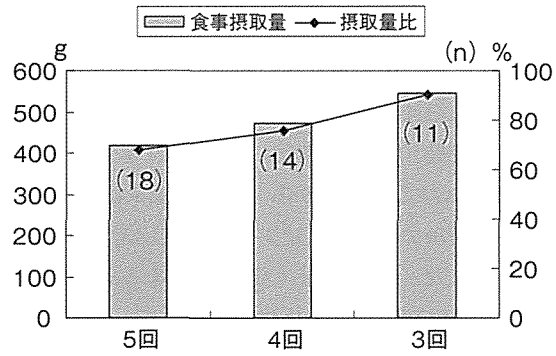


図4　食事回数を調整した週における平均食事摂取量と摂取量比
食事回数を自律的に調整することができた19名について，食事回数を減らした週における平均食事摂取量と平均食事摂取量比を示した。平均食事摂取量（g）を縦軸の主軸に，平均食事摂取量比を第2軸に，横軸は食事回数を示した。

11週目19%（5名）となだらかに減少したが，術後13週に15%（4名）は6回食を継続していた。

5回食の対象者数は，術後2週目に10%（3名）であり，漸次増加して術後5週目に39%（11名）と最大値を示し，その後は徐々に減少した。4回食の対象者数は，術後2週目に3%（1名），その後徐々に増加して術後8週目に33%（9名）と最高値を示し，12週には15%（4名）に減少した。

3回食の対象者数は，術後3週目に3%（1名），6週目に12%（3名），その後はなだらかに増加し術後13週目に50%（13名）を示した。

2）食事回数の調整に伴う摂取量比と目標体重比

術後13週目まで6回の食事回数を漸次減少させた19名について，回数を減少させた週における平均食事摂取量と平均摂取量比を図4に示した。

食事回数を5回としたときの平均食事摂取量は417g，摂取量比は68.0%，目標体重比は101.5%，4回としたときは471g，75.5%，101.9%，3回としたときは544g，90.3%，102.4%であり，「1回の食事摂取量が手術前の2/3以上摂取できること」及び「体重が減少していないこと」の2条件は満たされていた。

3）食後の不快症状と下痢

食事摂取に伴う食後の不快症状について，自己記録用紙による調査回数に対する出現頻度として表2に示した。入院中の症状の出現頻度の順に，「げっぷ」29.3%，「腹部膨満」13.6%，「腹鳴」9.5%，「全身熱感」8.0%があった。退院後は，「げっぷ」「腹部膨満」とも術後5週目まで維持

表2　食後の不快症状・下痢の出現頻度の推移

術後週	調査項目（%）																			調査回数
	げっぷ	腹部膨満	腹鳴	全身熱感	腹部不快感	食後の下痢	腹痛	動悸	はき気	胸やけ	胸苦しい	冷や汗	嘔吐	全身のだるさ	脱力感	眠気	頭痛	顔面蒼白	めまい	1日の下痢	
入院中	29.3	13.6	9.5	8.0	4.5	3.7	3.3	2.3	2.0	1.4	1.0	0.9	0.9	0.5							215
2W	33.9	10.2	1.7				1.7			3.4	1.7									10.2	59
3W	30.4	15.5	1.9	0.6	3.7	1.2	5.0		0.6	3.7	1.9	2.5	1.9	1.2						11.8	161
4W	30.6	20.0	0.6		4.7	1.2	2.9		1.8	0.6	1.2	1.2								5.3	170
5W	29.4	11.8	1.2		2.9	2.9	2.9	0.6	1.8	0.6	2.4		0.6			1.2		0.6		4.1	170
6W	21.8	8.8	0.6		2.9	0.6	2.4		1.2	1.2	2.9	0.6	1.2		0.6					5.9	170
7W	18.7	7.6	1.2		2.3		2.9		0.6		1.8			1.8	1.2	0.6	0.6			7.6	171
8W	11.6	5.2			3.5		5.2			0.6	1.2	0.6	0.6	0.6			0.6			2.9	172
9W	11.2	7.1			2.9	1.2	1.2	1.2	0.6	0.6			0.6							6.5	170
10W	17.5	9.0			3.6	1.2	3.0	2.4	1.2	0.6	3.0			1.2		0.6				5.4	166
11W	9.0	8.3			5.1	0.6	4.5		0.6	1.3	1.3			0.6					0.6	6.4	156
12W	10.7	10.7			3.3	0.7	4.0			0.7	0.7	1.3								4.0	150
13W	8.0	9.5			4.4	0.7	4.4	2.2	0.7	0.7		0.7								3.6	137

調査項目における各症状の値は，調査回数に対する出現頻度（%）として示した。調査した22項目のうち【顔面紅潮】【失神】の症状は出現しなかった。【食後の下痢】は食事に関連した下痢を示し，【1日の下痢】の頻度には【食後の下痢】を含んでいる。

されるが，その後減少した。「胸やけ」は出現頻度が低いものの，２週目3.4%，３週目3.7%と一時的に増加した後に減少した。

術後13週目における不快症状としては，出現頻度の順に「腹部膨満」9.5%，「げっぷ」8.0%，「腹部不快感」「腹痛」4.4%であった。

また，１日の下痢の頻度は２～３週目には10%を越えたが，13週目には3.6%となった。

Ⅳ．考　察

胃切除術後患者のQOLは，退院後の毎日の食事をどのように調整できるかによって大きく影響される。多くの医療機関において食事指導が実施されているが，医療者から患者への一般論の提示となっていることは否めない。特に，退院後は患者自身が食事摂取方法を選択しなければならない。そのためには，患者自身が残胃の機能の回復状態を評価し，不快症状を押さえて摂取量と食事回数を調整するための判断ができるように，入院中に学習するシステムが望まれる。今回，我々はその学習システムとして開発した食事指導プログラムを適用した幽門側胃切除術後患者が，退院後にも自律的に食事摂取量を調整し栄養状態が維持できたかを検討した。

食事指導プログラムが適用された患者では，供給エネルギーとしての術前摂取量（617.6±122.4g）に対する平均摂取量比は，食事開始時25.3%，退院時43.0%，術後４週目60.0%，術後６週目71.1%，術後９週目81.6%，術後13週目93.8%（564.8±159.3g）と回復した。これまでは，Liedmanら[3]の内視鏡を用いた胃容量の測定に基づく410ml（術後３ヶ月）との報告，Hottaら[2]による術後６ヶ月で術前摂取量の80%に回復したとの報告，Wuら[16]の質問紙調査による術後１年経過しても摂取量が増えないとの報告に代表されるが，これらと比較して今回の結果は好成績であったといえる。

食事指導プログラムでは，食事摂取量が食事前後の体重増加量として，客観的な数値が日々患者自身にフィードバックされ，入院中に患者は不快症状との関連で食事摂取量を調整するように学習できるシステムである。それを退院後も継続することによって，自ら食事摂取した結果がフィードバックされ，それを自己記録することによって判断が適切であったか否を把握することができる。実際，退院後の外来受診において，患者は食事摂取量をグラムで報告する変化がみられた。また，退院後の食事摂取量を把握するためには独立した観察者が不可欠であることが指摘されているが[17]，今回データの信頼性が確認されたことからも，本プログラムにおける自己測定・記録は方法論として有用であると考えられる。

次に，消費エネルギーとしての平均運動量は術後２週目75.9kcalから術後13週目181.9kcalへ漸次増加した。また，１日の平均歩数は3738歩から，7832歩へ漸次増加した。この歩数は，日本人の平均歩数[18]と同程度にまで回復してことがわかる。これは，生活習慣記録機によって自動的に記録されるため，この運動量が患者にフィードバックされるシステムとはならない。そのため，平均摂取量比の増加は，術後運動量が増加しても，患者が食事摂取量と回数を調整した結果であることが示唆された。

これらの結果として，栄養状態を評価すると，平均術前体重比は退院時94.1%，術後13週目93.6%と維持された。これまでの研究[5)7)19)20)]と比較すると，体重減少が抑えられたことがわかるが，体重が維持される傾向は同様であった。今回，目標体重値として，BMI：22以上の患者はその理想体重を，BMI：22未満の患者は術前体重を設定している。言い換えれば，BMI：22以上の対象者には体重減少を容認し，BMI：22未満の対象者は体重を増加させる方向となる。平均目標体重比をみると，BMI：22以上の対象者では，退院時103.3%，術後13週目102.7%であり，問題なく維持されたことがわかる。BMI：22未満の対象者では退院時に術前の95.9%に減少し，術後13週目96.7%に維持された。また，上腕筋囲（AMC）による評価では，日本人の年齢・性別上腕筋囲平均値に対して，退院時97.7±9.5%から，術後１ヶ月では94.9±7.5%に減少し，その後は維持されていた。このように体重とAMCは同じ傾向を示し，術後３ヶ月間の対象者の栄養状態は維持されていたと言えるだろう。しかしながら，入院時BMI22未満であった対象者が栄養状態を改善させるためには，補助食品の検討も必要であろう。

次に，食事摂取量と回数の自律的調整については，術後週数に伴い食事摂取量は漸次増加し，術後13週目には50%（13名）が食事回数を３回食へと戻していた。退院後の食事回数を５回に変更した週の平均食事摂取量比が68.0%，平均目標体重比は101.5%であり，４回への変更時は各々75.5%，101.9%，３回への変更時は各々90.3%，102.4%であった。これらは，「１回の食事摂取量が手術前の２/３以上摂取できる」及び「体重が減少していない」の条件を満たしており，食事回数の変更は適切に行われたと考えられた。また，上腹部感覚・不快症状とあわせて食事摂取量を調整することをプログラムにおいて指導した結果として，食後の不快症状と下痢の出現頻度を結果に示した。食後の不快症状は，退院後に出現頻度は減少し，術後13週ではいずれも10%未満となり，下痢も3.6%に減少した。以上から，対象者は退院後に運動量を増加させたが栄養状態は維持され，自律的に食事摂取量が調整されたことが示唆された。

本研究では，入院中から術後13週間にわたり，幽門側胃切除術後患者の食事摂取量及び退院後の運動量を毎日定量的に測定し，さらに栄養評価として毎日の体重値と1ヶ月毎の上腕筋囲（AMC）を測定し，その推移を客観的データとして提示した。これまでの患者の主観に基づくデータに代わり，これらの縦断的に測定された定量的データが基礎データとして活用されうると考える。さらに，入院中に食事指導プログラムを導入し一定の学習をした対象者が，適切に食事摂取量を増加させ，食事回数を適切に減少させていたことが示唆されたことは，術後の栄養状態が維持されたことと併せて，自律的に調整できたと言えるであろう。これは，言い換えれば食事指導プログラムの効果が示されたと言えるであろう。

V．結　論

幽門側胃切除術後患者が，入院中に食事指導プログラムに基づき，残胃の回復状態を評価して食事摂取量を自律的に調整することを学習した後，退院後にも自律的に食事摂取量を調整できたかを明らかにするために，食事摂取量として食事前後の体重増加量，生活習慣記録機による運動量（kcal）と歩数，及び栄養状態として皮下脂肪厚に基づく上腕筋囲を手術後3ヶ月まで測定した。29名を対象として実施し，以下の結論を得た。

1）消費エネルギーとして，平均運動量は術後2週目75.9kcal（Range 21～330kcal）から術後13週目181.9kcal（Range 33～431kcal）へ，1日の平均歩数は3738歩（Range 886～16429歩）から7832歩（Range 1928～16583歩）へ漸次増加した。

2）供給エネルギーとして，術前摂取量（617.6±122.4g）に対する平均摂取量比は食事開始時25.3％，退院時43.0％，術後4週目60.0％，術後6週目71.1％，術後9週目81.6％，術後13週目93.8％（564.8±159.3g）と回復した。

3）栄養評価として，平均術前体重比は退院時94.1％（Range 88.4～101.1％），術後13週目93.6％（Range 85.3～102.8％）であった。平均目標体重比は，BMI：22の体重を目標とした対象者（BMI：22以上）では，退院時103.3％，術後13週目102.7％であった。術前体重を目標とした対象者（BMI：22未満）では，各々95.9％，96.7％であった。上腕筋囲（AMC）は，日本人の年齢・性別上腕筋囲平均値に対して，退院時97.7±9.5％（Range 82.3～119.1％），3ヶ月94.6±7.9％（Range 79.0～109.8％）であった。

4）退院後の食事回数を5回に変更した週の平均食事摂取量比68.0％，平均目標体重比は101.5％，4回への変更時は75.5％，101.9％，3回への変更時は90.3％，102.4％であり，変更は適切に行われた。

5）以上から，対象者は退院後に運動量を増加させたが栄養状態は維持され，自律的に食事摂取量が調整されたことが示唆された。

要　旨

本研究は，入院中に安全な食事摂取量を評価し調整することを学習した幽門側胃切除術後患者が，退院後に食事摂取量を自律的に調整し，栄養状態を回復できているか明らかにすることを目的とした。

対象は29名であり，入院後から術後3ヶ月まで，食事前後の体重増加量としての食事摂取量，食後の上腹部感覚と不快症状を自己記録した。退院後には運動量と歩数を起床から就寝まで生活習慣記録機にて自動記録し，栄養状態の評価として，体重及び上腕筋囲を用いた。

その結果，食事摂取量と食事回数の推移から対象者は食事摂取量を自律的に調整できた。食事摂取量は段階的に増加し，退院時43％から術後13週目には93.8％まで回復した。運動量と歩数は漸次増加したが，体重は術後13週目に93.6％，上腕筋囲は94.6％であり，退院時から維持できた。

以上から，対象者は退院後に運動量を増加させたが，栄養状態を維持し，これは食事摂取量を自律的に増加させた結果と考えられた。

Abstract

The purpose of this study was to investigate how postoperative distal gastrectomy patients evaluate and control their safe food intake volume on their own after discharge, based on their self evaluation and control of their own nutritional status in the hospital.

The subjects were 29 patients who recorded their own food intake volume (increases in weight after the meal), epigastric feeling, and dumping syndromes. This postoperative observation period was three months. During this period, the subjects recorded the amount of their daily activities using a LifecorderEX. Body weight (BW) and arm muscle circumference were used for self-evaluation of their nutritional state.

We found that subjects adjusted their food intake volume on their own from the transition in their intake volume and the number of meals. Subject's ingestion volume increased gradually. This improved from 43% to 93.8% by the time (13th week) they left the hospital. In addition, their daily activities were increased. After discharge, BW was maintained at 93.6% of the normal, and their arm circumference was 94.6%, virtually the same as at discharge.

Therefore, although the subject's activities increased after discharge, they maintained their nutritional state. We considered this to be the result of their self evaluation and control their food intake volume.

文　献

1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：患者調査（全国版），100-101，厚生統計協会，東京，2003.
2) Hotta, T., Taniguchi, K., et al.: Postoperative evaluation of pylorus-preserving procedures compared with conventional distal gastrectomy for early gastric cancer, Surgery Today, 31, 774-779, 2001.
3) Liedman, B., Andersson, H,. et al.: Food intake after gastrectomy for gastric carcinoma: the role of a gastric reservoir, British Journal of Surgery, 83, 1138-1143, 1996.
4) 辻秀樹，安藤重満，他：迷走神経温存手術の術後quality of lifeに重点をおいた臨床，日本消化器外科学会誌，36(2)，78-84，2003.
5) Takase, M., Sumiyama, Y., et al.: Quantitative evaluation of reconstruction methods after gastrectomy using a new type of examination: digestion and absorption test with stable isotope ^{13}C-labeled lipid compound, Gastric Cancer, 6, 134-141, 2003.
6) Bozzetti, F., Ravera, E., et al.: Comparison of nutritional status after total or subtotal gastrectomy, Nutrition, 6(5), 371-375, 1990.
7) Takahashi, S., Maeta, M., et al.: Long-term postoperative analysis of nutritional status after limited gastrectomy for early gastric cancer, Hepato-Gastroenterology, 45, 889-894, 1998.
8) 数間恵子，石黒義彦：胃がん術後患者の栄養状態回復と，摂食行動および心理社会的要因との関連に関する研究：その3．身体計測による栄養状態回復評価指標の検討，日本看護科学会誌，12(1)，33-39，1992.
9) 久保宏隆，田畑泰博：体重減少（痩せ），青木照明，羽生信義（編）：胃切除後障害のマネジメント，104-106，医薬ジャーナル社，大阪，2000.
10) 升田和比古著，健胃会監修：胃を切った仲間たち－胃切後遺症とその克服法，28-40，桐書房，東京，2004.
11) 渡辺正光：下痢，青木照明，羽生信義（編）：胃切除後障害のマネジメント，146-151，医薬ジャーナル社，大阪，2000.
12) 永野秀樹，大山繁和，他：食事制限とBMI変化からみた胃癌術後栄養指導評価，日本消化器外科学会誌，37(6)，648-655，2004.
13) 奥坂喜美子，数間恵子：胃術後患者の職場復帰に伴う症状の変化と食行動に関する研究，日本看護科学会誌，20(3)，60-68，2000.
14) 中島佳緒里，鎌倉やよい，他：幽門側胃切除術後の食事摂取量をセルフコントロールするための指標の検討，日本看護研究学会雑誌，27(2)，59-66，2004.
15) 日本栄養アセスメント研究会：日本人の新身体計測基準値(JARD2001)，栄養評価と治療，19，71，大阪，2002.
16) Wu, C. W., Hsieh, M. C., et al.: Quality of life of patients with gastric adenocarcinoma after curative gastrectomy, World Journal of Surgery, 21, 777-782, 1997.
17) Liedman, B.: Symptoms after total gastrectomy on food intake, body composition, bone metabolism, and quality of life in gastric cancer patients－ Is reconstruction with a reservoir worthwhile?, Nutrition, 15(9), 677-682, 1999.
18) 健康・栄養情報研究会編：国民栄養の現状・平成13年厚生労働省国民栄養調査結果，129，第一出版，東京，2003.
19) Nomura, E., Shinohara, H., et al.: Postoperative evaluation of the jejunal pouch reconstruction following proximal and distal gastrectomy for cancer, Hepato-Gastroenterology, 51, 1561-1566, 2004.
20) 二宮基樹，池田俊行，他：早期胃癌に対するD_2郭清を伴う自律神経温存幽門保存胃切除術の有用性，日本消化器外科学会誌，30(12)，2239-2246，1997.

［平成17年7月11日受　付
平成17年12月9日採用決定］

－原　著－

子どもの表情による情動表現の発達的変化に関する検討

Developmental Changes in Emotional Expression in Children

佐　藤　幸　子
Yukiko Sato

キーワード：子ども，情動表現，発達的変化，表示規則
Key Words ：children, emotional expression, developmental changes, display role

Ⅰ．はじめに

子どもは社会の中に生まれ，社会の中で育つ。さまざまな人々と関わる中で，その社会・文化の慣習を学び，社会に適応すると同時に新しい社会を作る一員として成長する。しかし，近年では，友達関係がうまく築けない，不登校，孤立など，子どもの社会性の発達に関する問題が指摘されるようになってきている。このような子どもの社会性の発達は，情動の発達と密接に関連していると考えられる。情動には喜び，怒り，怖れ，悲しみ，好奇心，驚き，嫌悪などがあげられる。子どもたちの示すこのような情動は，幸福，安定，危機，孤立，怖れ，葛藤などを反映し，自己の状態や，他者との関係の変化をしめすシグナルとなる。また，情動を表現することは単に内的状態を表すシグナルとして機能するだけではなく，他者に「働きかける機能」をもつものである[1]。このように情動の表現は，社会性の発達に重要な意味をもつと考えられるが，基礎的な研究も含めてこれまで多くの研究がなされてきたわけではない。

従来，子どもの情動の発達に関しては，心理学における「情動理解」に関する研究が中心であった。一連の研究から，子どもは４歳から５歳でほぼ情動を理解できるようになるが，６歳以降ではその他の情報を利用して他の人の情動を推測できるようになることが明らかになってきている[2)3)]。

情動表現に関して，Ekman[4]は他者に情動がシグナルとして送られる回路には，４つの聴覚回路（言葉，声の調子，スピード，小休止の長さ）と４つの視覚回路（顔，顔の傾き具合，姿勢，手足の動き）があることを指摘している。なかでも，特に顔の表情には，情動メッセージがすばやい信号として表現されることから，情動の記述や説明に関しては視覚回路のほうが有利であると述べている。しかし，情動表現に関しては，社会性の発達など心理社会的側面の問題を抱えた子どもが自己の情動の表現を行うことの有用性は事例報告などの形で指摘されている[5)6)]が，系統的に研究が進んでいるとはいえない現状である。そこで，本研究では心理社会的問題をもつ子どもの情動の表現を検討するための基礎的研究として，健常児における情動の表現の発達的変化について検討することにした。

Ekman[4]によれば人の情動表現は，個体が置かれた社会的状況の特質に応じて，文化に潜在する社会的表示規則に従い，弱められたり，強められたりさらにはほかの表情に置き換えられたりする。すなわち，子どもの発達とともに，その文化に適した表示規則を獲得し，情動の表現が促進されたり，抑制されたりすることが考えられる。

先行研究において佐藤は[7]，保育の中で生起する場面に対する幼児の情動の表現について明らかにすることを目的として，表情理解課題および情動表現課題を行った。その結果，怒り，喜び，悲しみ，驚きの表情の理解課題においては年齢とともに正答率が上昇した。これはVicari[8]の研究結果と一致していた。しかし，情動表現課題では喜びの情動において年少児より年中児の正答率が高かったが，保育園の年中児より年長児の正答率が低かった。本来ならば学年が上がるに従い正答率が高まることが考えられるが，喜びの情動においては年長児で低下したことから，年長児では喜びの課題において，表情を抑制する何らかの表示規則を獲得しつつあることが示唆された。しかし，この研究は年長児までを対象としているため，年長児における正答率の低下が，ある種の表示規則を獲得した結果によるものなのか，データのゆれなど他の原因によるものなのかについて確定的ではない。そのため，本研究においては，学童まで含めた検討をすることにした。

なお，ここでいう表示規則とは「特定の社会・文化の中での学習経験をつうじて獲得される表現行動についての習慣・因習」とし，表情の自発的な側面と随意的な側面のインターフェイス的役割を果たし，表現の抑制，促進に関係するものだと捉えられる。また，表示規則が対人関係形成

山形大学医学部看護学科　School of Nursing Yamagata University

などの社会性の発達と関連するものであるならば，対人場面の状況によって表現の促進や抑制がなされることが考えられる。すなわち，表示規則を捉えるためには情動を表現する場面の状況を変えて検討することが必要となってくる。

状況の変化に着目した研究として，Margaret[9]らは乳幼児に対してフラストレーションを引き起こす状況を変えて，怒りの表現が変化するかを検討し，フラストレーションの状況の変化による情動表現の変化を検討している。さらに，Zeman[10]は表示規則について表情の表現は，誰が見ているかで異なることを示し，人的な状況の影響について指摘している。すなわち，父，母，友人そして誰もそばにいない状況で，怒りや悲しみ痛みをどのように表現するか4段階の尺度から選択してもらうという実験を行い，友人がいる場面でもっとも表示規則が働くことを示唆した。子どもの社会性の発達を考える上では，この人的状況の変化における情動表現の検討は重要であると考えられる。

また，これまでのこれらの状況の変化に関する研究は，情動の調整という観点からネガティブな情動を取り上げているものが多い[9)10)11)]。子どもは小さいときからネガティブな表情はあまりよくないと知っており，ネガティブな情動の表現をコントロールすることを学ぶ。しかし，実際にはネガティブな表情は悪い結果をもたらすだけではない。臨床的には，ネガティブな情動を表現できない（いやと言えない）ことが問題となる場合が多い。逆に喜びを表現できないことも，心理的には良くない影響があることが考えられる。そこで本研究ではネガティブな情動だけではなく，ポジティブな情動についても検討したい。

本研究の目的は，心理社会的問題をもつ子どもの情動の表現を検討するための基礎的資料を提供するために，健常児におけるポジティブ・ネガティブな状況に対して友人の存在の有無が表情の表現に及ぼす影響を明らかにし，情動の表現に関する発達的変化についての示唆を得ることである。

Ⅱ．研究方法

1．対象児

対象は，東北地方の地方都市の保育所および小学校に通う4歳から7歳までの子ども114名中，保護者の許可と子どもの同意の得られた96名（男児46名，女児50名で）である。内訳は年齢別に4歳児（4月現在）が31名で男児14名，女児17名であり，5歳児（4月現在）が32名で男児17名，女児15名であり，6歳児（4月現在）が33名で男児15名，女児18名であった。

2．実施期日

2004年9月～11月

3．手続き

表情理解課題と情動表現課題の2課題を実施した。

(1) 表情理解課題

喜び，怒り，悲しみなどの表情を子どもが理解できているかどうかを評価するために表情の理解課題を実施した。これは新版K式発達診断テストの表情の理解課題を参考に，喜び，悲しみ，怒り，驚き，普通の5つの表情を示す顔の中から，喜び，怒り，悲しみの各表情を子どもに選択してもらった。

(2) 情動表現課題

対人関係の中でポジティブな状況（お友達にほめられた場面）とネガティブな状況（お友達にバカにされた場面）の2つの状況を設定した。また，各状況において，主人公と友だちしかいない場面（友人の同席なし）と主人公と友だちのほかに他の友だちがその場に居合わせる場面（友人の同席あり）の各々2場面を設定した。対象児に対しては，各場面を描いた図版を示し，主人公の置かれている状況について説明した後，各場面で主人公が感じる情動を「表情」で表現するよう求めた。次に，主人公が感じる情動を「言語」で表現するように求め，これを言語による主観的感情の表現とした。最後に，主人公の言語による主観的感情の強さを4段階の順位尺度で答えてもらった。なお，課題は保育所・小学校の一室を準備し，一人ずつ行い，情動の表現についてはビデオ撮影を行った。

4．分析測度

ビデオにより情動表現した場面を判定に用いた。

(1) 表情分析について

ビデオから各表情を表現した場面を切り取り，どの場面について尋ねているのかをわからない状態にして表情の判定を行った。表情の判定に当たっては，エクマン[4)]の示した表情の特徴項目を列記したリストを参考にした。なお，表情の得点化に当たっては，ポジティブな状況についてはポジティブな表情に対して2点，ニュートラルな表情に対して1点，ネガティブな表情に対して0点を与えた。ネガティブな状況については，ネガティブな表情に対して2点，ニュートラルな表情に対して1点，ポジティブな表情に対して0点を与えた。

評価の信頼性・再現性については，2名の判定者にそれぞれ判定してもらい一致率を求めたところカッパ係数は0.73であった。また，表情を評価した後，1ヵ月後にもう一度判定し，一致率を求めたところカッパ係数は0.84であった。

(2) 表情表現の大きさの判定について

表情表現の変化の大きさについては，1．変化なし，2．変化はあるが確定的な情動を読み取れない，3．情動が読みとれるほどの変化，4．大きいの4段階とした。

(3) 言語による主観的感情の判定について

言語による主観的感情の表現は，表情の場合と同じように「ポジティブ」「ニュートラル」「ネガティブ」なものに分類し，3段階に得点化した。

6．倫理的配慮

倫理的配慮として，研究の趣旨を説明し，承諾の得られた保育所および小学校の職員より，保護者に調査の依頼書および同意書を配布してもらい，同意の得られた保護者の子どもに対し，課題直前に口頭で本人に説明し同意を得て課題を行った。依頼書には研究の目的，具体的な課題の方法，研究の協力は自由意思であること，プライバシーを保護することを明記した。また，データは研究終了後に破棄し，一切個人を特定できる情報を漏らすことのないようにした。

Ⅲ．結　果

1．表情理解課題

表情の理解については，4歳児の喜び，怒り，悲しみに対する表情の理解の正答者はそれぞれ31名中30名で1名（男児）のみが誤答であった。5歳児においては喜び，怒り，悲しみに対する表情の理解の正答者はそれぞれ32名中31名で1名（女児）のみが誤答であった。6歳児では全員がすべて正答であった。以後の分析は，表情の理解ができなかった2名を除いた表情理解課題の正答者について行った。

2．情動表現課題

(1) 情動の表情による表現について

情動の表情による表現を得点化したものの年齢別平均値を図1に示した。ポジティブな状況（友人の同席なし）では4歳児の平均値が1.77±0.57，5歳児1.65±0.55，6歳児1.52±0.55であり，ポジティブな状況（友人の同席あり）においても4歳児の平均値が1.77±0.57，5歳児1.65±0.55，6歳児1.52±0.55であり，年齢があがるにつれて平均値が低下する傾向が見られ，年齢×友人の同席の有無の2元配置分散分析において年齢の主効果が見られた（$F=3.40, p<0.05$）（図1）。ネガティブな状況（友人の同席なし）では4歳児の平均値が1.53±0.78，5歳児1.74±0.45，6歳児1.70±0.47であり，ネガティブな状況（友人の同席あり）においても4歳児の平均値が1.60±0.72，5歳児1.65±0.55，6歳児1.58±0.50であり，年齢による傾向は認められず，年齢×友人の同席の有無の2元配置分散分析において差は見られなかった。

また，表情による表現の変化の大きさを比較すると，ポジティブな状況（友人の同席なし）では4歳児の平均値が3.10±0.66，5歳児2.90±0.94，6歳児2.33±1.05であり，ポジティブな状況（友人の同席あり）では4歳児の平均値

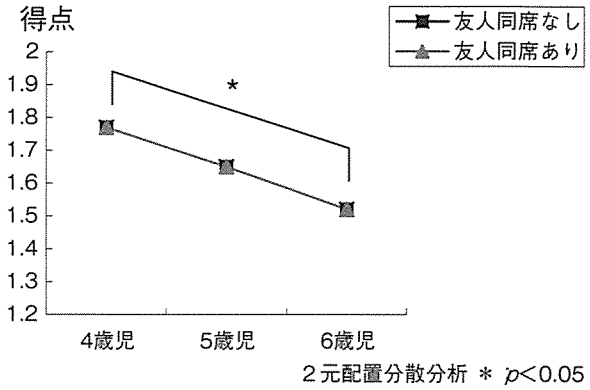


図1　ポジティブな状況における友人の同席の有無別表情表現

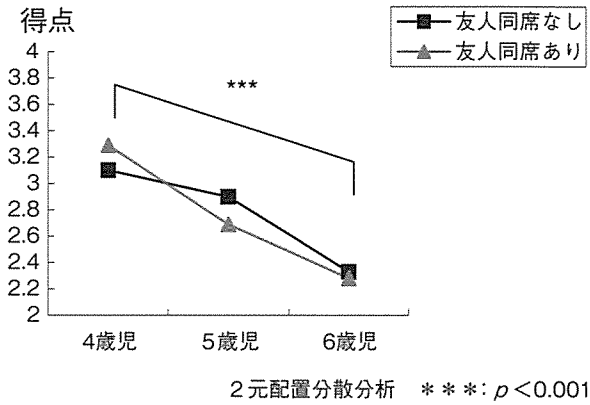


図2　ポジティブな状況における友人の同席の有無別表情表現の変化の大きさ

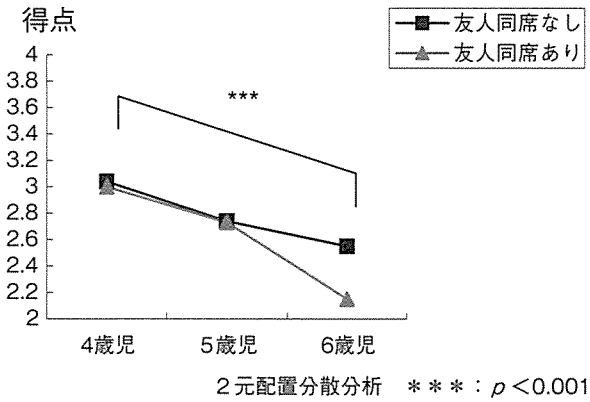


図3　ネガティブな状況における友人の同席の有無別表情表現の変化の大きさ

が3.29±0.64，5歳児2.69±0.97，6歳児2.28±1.05と，年齢が上がるにつれて表情による表現の変化の大きさは小さくなり，年齢×友人の同席の有無の2元配置分散分析において年齢の主効果が見られた（$F=14.53, p<0.001$）（図2）。また，ネガティブな場面においても同様の結果が見られた。すなわちネガティブな状況（友人の同席なし）では4歳児の平均値が3.04±0.62，5歳児2.74±10.3，6歳児2.55±1.18であり，ネガティブな状況（友人の同席あり）では4歳児の平均値が3.00±0.62，5歳児2.73±10.3，6

歳児2.15±1.18で，年齢が上がるにつれて表情による表現の変化の大きさは小さくなり，年齢×友人の同席の有無の２元配置分散分析において年齢の主効果が見られた（$F = 7.98, p < 0.001$）（図３）。

(2) 言語による主観的感情について

言語による主観的感情の表現の結果に関してはポジティブな状況，ネガティブな状況ともに，年齢間に差はみられなかったが，ポジティブな状況に関して，年齢×友人の同席の有無の２元配置分散分析において友人の同席の有無の主効果が見られ（$F = 4.47, p < 0.05$），友人の同席ありのほうが言語による主観的感情の平均値が大きくなった（図４）。また，言語による主観的感情の強さに関しては，ポジティブな状況では表情の表現とは逆に，年齢が上がるにつれて表現の強さが強くなり，年齢×友人の同席の有無の２元配置分散分析において年齢の主効果が見られた（$F=4.47, p < 0.05$）（図５）。ネガティブな状況においては年齢×友人の同席の有無の２元配置分散分析において差は見られなかった。

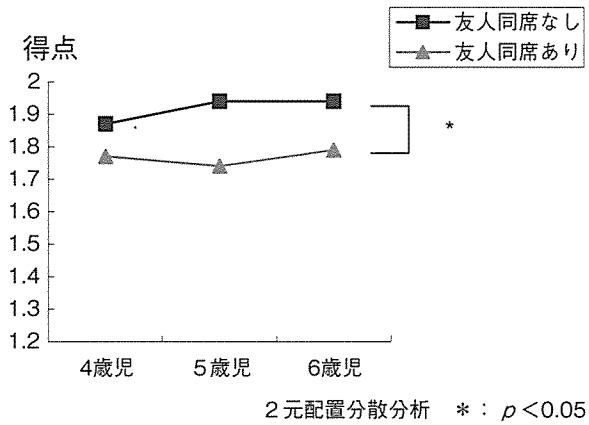


図４　ポジティブな状況における友人の同席の有無別言語による主観的感情

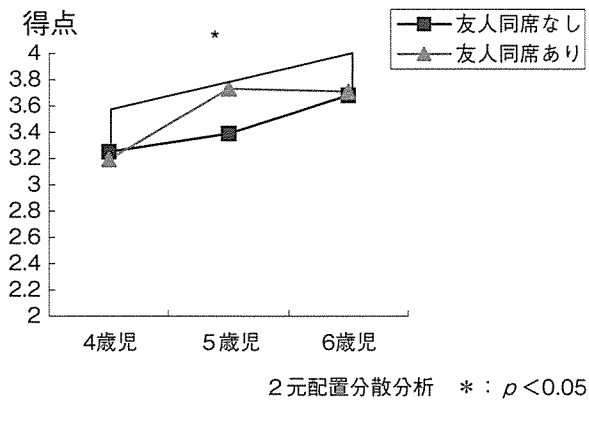


図５　ポジティブな状況における友人の有無別言語による主観的感情の強さ

Ⅳ．考　察

１．ポジティブ・ネガティブな状況の表情による表現の検討

ポジティブな情動の表情による表現については友人の同席の有無にかかわらず，年齢が上がるほど平均値が低下していた。すなわち，表情の理解は進んでいるにもかかわらず，表情による表現の正答者が減少したといえる。この結果は佐藤[7]の先行研究の結果と同様の傾向を示した。また，山口[12]は，アメリカ人はどちらかというと喜びといったポジティブな表情表現をより強く表現するのに対して，日本人はポジティブな表情をより強く表現することもないと，成人における文化による規制について述べている。本研究の結果も年齢があがるにつれてこれと同じ傾向に近づいていったといえる。

ポジティブな表情による表現の変化の大きさを見てみると，友人の同席あり，友人の同席なしの両方の場面で年齢間に有意な差が見られ，年齢が上がるほど表情による表現が縮小される傾向が見られた。この点についてEkmanは[4]“表示規則は，特定の情動を示すのを絶対的に禁じたり，逆に要求するというものではなく，ある情動の強度の按配を明示する性質を持つ”と述べており，また，工藤は[13]情動のあらわし方を決める表示規則には縮小・抑制・緩和など７つの種類があり，日本では縮小，抑制，緩和などがポピュラーな方法だと述べている。表情の表現が完全に抑制される割合だけを問題にするのではなく，その変化の大きさについても取り上げる必要性がある。

以上の結果からポジティブな情動の表情による表現については，年齢があがるほど表示規則を獲得し，表現を抑制していると考えられる。ポジティブな情動の表現が抑制される理由について，工藤は[13]“日本人は謙虚な物腰が望ましいとされており，親しい仲間や身内でなければ喜びの情動などは表わすべきではないという文化的な行動様式がある”ことを指摘しており，これがポジティブな情動の表現を抑制する一因であることが考えられ，５歳児ころからこの表示規則を獲得していくことが示唆された。

ネガティブな情動に関しては，年齢間に差は見られなかった。また，表現の強度を比較すると年齢間に差が見られ，年齢が上がるにつれて表現が縮小される傾向が見られた。強度を比較することによって，ネガティブな情動においても表示規則を獲得していることが示唆された。ネガティブ情動を表現することは自分の情動を伝え相互理解的に働きかける側面もあるが，関係性を悪化させる場合もあるためこのような結果になったと考えられる。

２．言語による主観的感情の検討

言語による主観的感情表現においては年齢間の差は見られなかった。増田は[2]年中児においても基本的な情動の理解はできていると報告し，朝生は[3]６歳児では状況情

報と他者の特性に関する情報を利用して他者の情動を推測するものが多くなると報告している。また，Pierre[15]も社会的能力とともに，情動の読み取り能力は高まり，5歳児において90%以上の正答率を示すことを報告している。以上のことから，今回の対象者も状況を把握して情動を判断する能力はほぼ確立されている年代と考えられる。一方，ポジティブな状況において友人の有無による差が見られた。すなわち友人が同席しているほうがいない場合に比べて主観的感情の得点が低くなり，正答者が減少した。この点について中村[14]は表情表現を抑制する規則を表示規則としたものに対比させ，感情を喚起することを抑制するものを感情規則と呼んだ。今回の結果は友人の同席の有無による感情規則のようなものが働いていると考えられる。表情の表示規則においては友人の同席の有無に関係なくポジティブな情動において抑制が働いたが，感情規則においては友人が同席している場合に抑制が働くことが示唆された。

一方，Zemanは[10]怒りや悲しみ，痛みなどのネガティブな情動で物的な刺激による情動の理解について検討し，両親や一人に比べて友人が同席していると表現が抑制されることを示した。今回の結果はポジティブな情動に関して同様の傾向が見られた。また，ネガティブな情動に関しては言語による主観的感情の強さに差は見られなかった。このように異なる結果となったのは，Zeman[10]の研究の対象者が7歳以上の子どもであったことが関係していると考えられる。また，山口は[12]アメリカ人はどちらかというとネガティブな表情表現をより抑制するのに対して，日本人はネガティブな表情を比較的抑制することもないと述べており，文化による影響も考えられる。Ekman[4]は表情よりも言語を抑制するほうがはるかに簡単であると述べている。すなわち，表情は不随意な側面があり，また情動を抑制するのは状況把握や情動のカテゴリー化を前提とするからである。年齢的な発達とともに表示規則が獲得されることはうなづける。

3．情動の表情による表現と言語による主観的表現の関係

表情による表現は年齢とともに抑制されるが，言語による主観的感情は年齢間に差が見られなかったことから，年齢が上がると主観的には感じていても表情による表現が抑制されていた。このことに関しては，中村[14]が示した情動表現プロセスのモデルが理解を助ける。そのモデルとは状況刺激に対して認知的評価がなされ感情規則が働き情動が喚起される，これが主観的感情として表現され，表示規則が働き情動の表情による表現がされるというものである。すなわち，情動表現と言語による主観的感情の隔たりが表示規則の存在を示すことになると考えられる。今回の結果では情動の表情による表現と言語による主観的感情では，ポジティブな状況の場面において差が見られた。これはポジティブ・ネガティブな状況の表情による表現の年齢別検討で示された結果が表示規則の獲得によるものであることを裏付けるものである。Holodynskiは[16]“表情表現は年齢とともに縮小され，自己調整の精神的レベルを作り出すことに向けた主たる発達的傾向と関連している”と述べ，情動の表現が縮小することを自己調整と関連付けている。感情規則は，自己調整能力の中に包含される能力としてみることができると考える。

おわりに

今回，ポジティブ・ネガティブな情動に関する友人の同席の有無が表情の表現に対する影響を年齢別に明らかにすることにより，表情表現の発達的変化に関する示唆を得ることを目的に研究を行った。ポジティブな状況における表情の表現は，年齢があがるにつれて縮小され，主観的には感じていても，その表現を抑制する働きが存在することが明らかになった。この結果は，従来の先行研究とも一貫した傾向であり，6歳から7歳ころより，表示規則を獲得していくことが示唆された。これらの結果から，表情においては表示規則が働くことを考慮し，子どもの情動をアセスメントする必要があることが示唆された。今後はこれらの結果をもとに，臨床的な問題を有する子どもの情動表現について検討していきたい。

研究にご協力いただいた保育所・小学校の皆様，園児・学童の皆様に感謝申し上げます。また，研究に当たりご指導いただきました東北大学大学院教育学研究科本郷一夫教授に心より感謝いたします。

要　旨

子どもの情動調整は社会性の発達と密接に関連しており，近年における子どもの社会性の発達に関連した問題を検討する際には，情動のアセスメントが重要である。今回はその基礎的研究として，健常児における肯定的・否定的情動に関する表情の表現について年齢別に明らかにすることにより，表示規則の獲得に関する示唆を得ることを目的に情動表現課題を行った。対象は保育所および小学校に通う子ども96名（年齢5.6±1.03）である。その結果，表情による表現は，年齢があがるにつれて縮小され，主観的には感じていても，その表現を抑制する働きが6歳ころより存在することが明らかになった。以上の結果から，表情においては表示規則が働くことを考慮し，子どもの情動をアセスメントする必要があることが示唆された。今後はこれらの結果をもとに，臨床的な問題を有する子どもの情動表現について検討していきたい。

Abstract

Purpose: The purpose of the present research was to investigate developmental changes in emotional expression in children.

Subjects: Subjects were 96 children （46 boys and 50 girls） who attended two kindergartens or one elementary school in the Tohoku region. Thirty-one children were 5 years old, 32 children were 6 years old, and 33 children were 7 years old.

Methods: Each child was asked to perform two tasks. In task 1, children were asked to select the correct emotional expression in order to assess their understanding of facial expressions. In task 2, children were asked to make the appropriate facial expressions for emotions that were produced during fictional tales about interpersonal relationships in the kindergartens or elementary school.

Results: Most of the children selected the correct emotional expression during the understanding of facial expression task. In task 2, facial expressions became smaller with the increasing age of the children; however, little difference was observed among the verbal expression abilities of 5-, 6-, and 7-year-old children.

Discussion: These results suggest that cultural factors have an affect on children' s emotional display rules. Therefore, we should consider developmental changes in emotional expression during nursing assessments.

文　献

1）須田治，別府哲編著：社会・情動発達とその支援，ミネルヴァ書房，京都，2002.
2）増田保美：幼児・児童における複合感情の理解に関する発達的研究，東北大学大学院教育学研究科修士論文，2003.
3）朝生あけみ：幼時期における他者感情の推測能力の発達，教育心理学研究，35，33-40. 1987.
4）Ekman P, Friesen V W 著，工藤力訳編：表情分析入門，誠信書房，東京，1987.
5）佐藤幸子，塩飽仁：外傷体験を持つチックの子どもの看護過程の分析，第4回北日本看護学会学術集会抄録集，45，2000.
6）佐藤幸子，塩飽仁：不定愁訴の子どもと被虐待経験を持つ母親に対する看護介入の分析，第5回北日本看護学会学術集会抄録集，80，2001.
7）佐藤幸子：幼児の情動表出の発達に関する研究―保育の中で生起する対人場面を中心に－，東北大学大学院研究科研究年報，53(1)，289-298，2004.
8）Vicari S,Snitzer J R,Vizzotto A et al : Recognition of facial expressions of emotions in school-age children: the intersection of perceptual and semantic categories, Acta Pediatric, 89, 836-845, 2000.
9）Margaret w S, Michael L: Contextual Determinants of Anger and Other Negative Expressions in Young Infants, Developmental Psychology, 39(4), 693-705, 2003.
10）Zeman J： Display Rules for Anger, Sadness, and Pain: It Depends on Who Is Watching, Child Development, 67, 957-973, 1996.
11）Grolnick S ： Emotion Regulation in Two-Year-Olds: Strategies and Emotional Expression in Four Contexts, Child Development,67(3),928-941, 1996.
12）山口真美：顔の特徴情報を探る実験的研究，風間書房，東京，2002.
13）工藤力：しぐさと表情の心理分析，福村出版，東京，1999.
14）中村真：表情と感情のコミュニケーション，心理学評論，43(2)，307-317，2000.
15）Pierre P, Robert F： Age and social competence in preschooler' s decording of facial expression, British Journal of Social Psychology, 29, 43-54, 1990.
16）Holodynski M： Miniaturization of Expression in the Development of Emotional Self-Regulation, Developmental Psychology,40(1),16-28, 2003.

［平成17年4月11日受　付
平成18年2月6日採用決定］

－原　著－

看護場面における認知的煩雑性がステレオタイプ的判断に及ぼす影響

Influence of Cognitive Business in Nursing Scenes on Stereotyped Judgments

森　本（川原）淳　子[1)]　　坂　本　洋　子[2)]
Junko Morimoto (Kawahara)　　Yoko Sakamoto

キーワード：看護場面，認知的煩雑性，ステレオタイプ，対人認知，精神障害者
Key Words ：nursing, cognitive business, stereotype, person perception, psychiatric patient

Ⅰ．緒　　言

看護場面や看護教育においては，偏見による印象や態度を避けるような働きかけがなされることが多い。また，精神障害者への偏見解消に関する研究は，これまで看護学・医学教育の中で，学生の意識や教授方法について多く検討されてきている。例えば，町沢ら（1990）は，医療者や一般人の精神障害者に対する態度を，坂本ら（1997）は，精神科疾患の呼称によるイメージと態度を，それぞれ研究している。福田ら（2003）は，看護学講義・実習後の学生の形成したイメージの変化を，北岡ら（2003）は看護学生の講義前から実習後にかけての精神障害者への態度の変化を，それぞれ教授方法の改善目標として研究を行なっている。これらは偏見的な判断を抑制したり社会的規範意識を促す働きかけがほとんどであり，それを教育効果の測定指標としているものが多く，ステレオタイプをはじめとする偏見による印象形成・態度へのアプローチを追及した研究はほとんどみられない。

一方で，現在ノーマライズされた社会においてその人らしい生活の質（Quality of life）の確保が求められている。しかしながら，そのような中で精神障害者に対する偏見の課題は未だ根強い。坂本ら（1998）は「精神疾患に対する偏見は精神科既往歴を有する人の社会復帰を困難にするばかりでなく，発病後の精神科受診を遅らせ症状を悪化させる原因となっている」と指摘している。また，白石（1994）が報告しているような「恐ろしい」「気味が悪い」という否定的な精神障害者へのステレオタイプによる偏見は，障害者のための社会復帰施設設置反対運動や強い抗精神病薬を使用せざるを得ない状況を生みだすこともある。このようなことから，精神障害者の社会復帰は，患者本人だけの問題ではなく，障害者を取り巻く環境が影響を及ぼす問題であると考えられる。

また，Billig（1985）は「人が思考するかぎり，偏見からは逃れ得ない」と述べている。看護師であっても人である限り偏見的な判断を解消することは不可能なことかもしれない。勿論，偏見が正当化されるわけではないが，偏見的判断の生起過程を明らかにし，それによって患者・看護師間のより効果的な援助関係への手がかりとすることが可能であると考える。そこで，本研究は，偏見的判断の一要素であるステレオタイプ認知をとり上げ，看護師におけるステレオタイプの促進条件と情報処理過程に焦点を当てて考察する。

さて，ステレオタイプ認知が生起する人の情報処理はどのような過程を経るのであろうか。Devine（1989）は，ステレオタイプ認知にかかわる情報処理過程には，個人的信念が無意識のうちに働きだす「自動過程」と，知覚者によって意図的に開始される「統制された過程」の２つの過程が存在する「分離モデル」という二過程理論を提唱し，人種ステレオタイプを用いた実験でそれを検証した。彼女の研究によって，「自動過程」は，私たちが生きていく上で必要不可欠なものであり制限することに限界があるが，「統制された過程」つまり個人的な信念は活性化させることによってステレオタイプによる行動や態度を抑制することが示唆された。一方で，Gilbert & Hixon（1991）は，Devineの分離モデルでは説明できない知見を報告している。彼らはステレオタイプ認知の過程をステレオタイプの活性化とステレオタイプ認知の使用の段階に分け，認知的煩雑性がステレオタイプの活性化を阻害し，ステレオタイプの使用を促進することを検証した。

そこで，これらの上記のステレオタイプ認知生起過程に関する研究について以下のような２点が指摘できる。まず，Devine（1989）の分離モデルにおいては，ステレオタイプの活性化は認知資源の有無に関わらず生じるとされており，ステレオタイプを回避することは不可能であるとされているが，Gilbert & Hixon（1991）によっては，認知的

1）元日本赤十字九州国際看護大学　Former Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing
2）日本赤十字九州国際看護大学　Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

煩雑な状況ではステレオタイプの活性化自体が生じないとされており，ステレオタイプは必然的に活性化するものであるか否かといった点に矛盾がみられる。また，Devine（1989）の「自動過程」とは，無意識的に働き非意図的で，認知資源を消費せず，統制不可能な過程とされており，「統制された過程」は，意識的な気づきがあり，意図的で，認知資源を要し，統制可能な（柔軟性が高い）過程と考えられているが，これらのすべての要素を明確に区分してステレオタイプ認知生起過程を説明することは不可能であると考えられる。

本研究では，ステレオタイプ認知が影響を受けるであろう側面として，「刺激人物に対するパーソナリティ印象」と「刺激人物の行動予測」「刺激人物に対する自己の行動意図」の３つの認知過程を導入し，実験調査を行なうこととした。この３つの認知過程は，Schneider（1979）による対人認知の下位過程の後半部分であり，刺激人物に対する印象形成と刺激人物がどのように行動するかについての予測の過程（刺激人物の行動予測），さらにその刺激人物に自分がどう行動しようとするか（刺激人物に対する行動意図）についての過程を明らかにすることとした。これらは，看護実践により有効な手立てとなるのではないかと考えた過程である。もし，この３つの側面の統制可能性が異なるのであれば，認知的煩雑性の強さによって，影響を受けるステレオタイプ認知に違いがみられると考えられた。そして，看護師のステレオタイプ認知は，看護師がステレオタイプをもっていることが前提条件であるが，ステレオタイプをもつ人の状況要因に影響を受けることが確認できるであろう。

Ⅱ．用語の定義

本研究では，認知的煩雑な状況，及び，認知的煩雑性（Gilbert & Hixon（1991）の“cognitive business”を指す）とは，人における情報の認知許容量をこえている状態とする。ステレオタイプとは，R．ブラウン（編訳橋口　1999）の“ある人を任意のカテゴリーに割り当てることから生じる推論である”とし，否定的推論を扱うこととする。さらに，偏見とは，R．ブラウン（編訳橋口　1999）による“ある集団の成員であるとの理由で，その集団の成員に対して，軽蔑的な社会的態度や認知的信念の保持，否定的感情の表明，敵意や差別的行動の誇示などをすること”とし，本研究の示すステレオタイプに基づく判断と定義する。

Ⅲ．目　　的

看護師の認知的煩雑性がステレオタイプ認知にどのように影響するかについて検証し，それによって看護場面におけるステレオタイプ認知過程を明らかにすることとする。

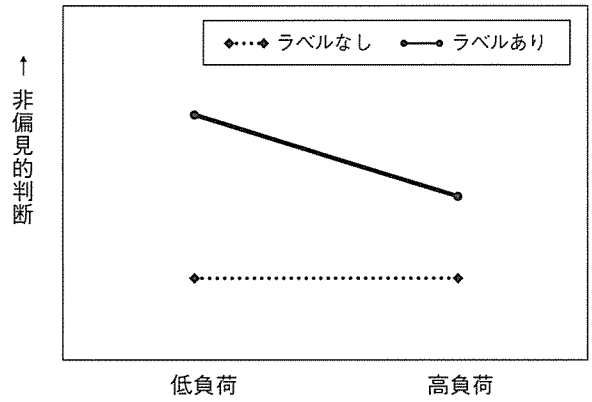


図１　自動過程が働いた場合のグラフパターン

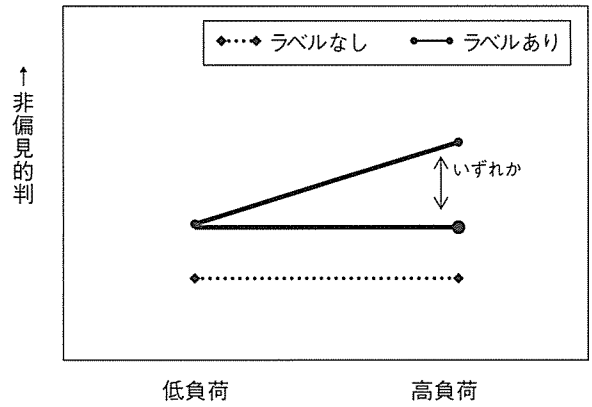


図２　統制過程が働いた場合のグラフパターン

なお，ステレオタイプ認知には，Devine（1989）の自動過程と統制された過程があると仮定し，もし，自動過程が働いた時には，高い認知負荷がかかった際に自動的に偏見的判断が促進されるため，図１のようなグラフのパターンを示すことが考えられる。また，統制された過程が働いた時には，高い認知負荷がかかった際に偏見的判断の統制が保持あるいは増強されるので，図２のようなグラフのパターンを示すことが考えられる。

Ⅳ．方　　法

１．実験参加者

実験参加者は，Ｆ県の看護教員養成課程受講者（45名）及び臨床指導者講習受講者（70名）の計115名（男性12名，女性102名，無記入１名）であった。なお，看護教員養成課程受講者の参加資格は５年以上の臨床経験をもつ者であり，臨床指導者講習受講者は現在臨床で看護師として勤務している者であった。実験参加者の年齢や臨床経験年数，精神科勤務の有無等の属性は様々であったが，各条件に配置した実験参加者がもっている精神障害者へのステレオタイプの程度が均等であることを確認することとした。

2．実験計画

2（精神科ラベル：あり，なし）×2（認知負荷：高，低）の条件を設定した。精神科ラベルの条件は，事例に“精神科病院で治療を受けている”人物と“病院で治療を受けている”人物という2種類の主語で区別し，“精神科”を教示するか否かで条件を設定した。また，認知負荷条件については，課題文の内容に関する簡単な質問をするのみの条件とその質問に加えてその文章を“アンケートのあとで使用するために一字一句できるだけ正確に覚えておくように”と暗記課題を教示する条件の2種類を設定した．各条件の配置は，「ラベルあり・高負荷」条件30名，「ラベルあり・低負荷」条件29名，「ラベルなし・高負荷」条件25名，「ラベルなし・低負荷」条件31名であった。

3．ステレオタイプ手がかりを含む事例

“精神科病院で治療を受けている”人物と“病院で治療を受けている”人物を主語として，80～100字程度の3つの事例（行動記述文）を作成した。事例は，病院や地域で日常的に起こり得る場面を設定したものであり，研究者が作成した。例えば，“精神科病院（病院）で通院治療を受けているＩさんは，病院の受付で診察をどうしても今すぐにしてほしいとお願いしています。待合室では大勢の人が待っています”というものであった。

4．測定内容（従属変数）

1）認知負荷操作の有効性を判断する指標

図3に示すように，川原（2003）の食生活に関する内容の文章を用い，その内容に関する簡単な質問と暗記課題を使用した認知負荷操作を行った。暗記課題を教示した条件の方が暗記を教示しなかった条件よりも（　）埋め課題で高得点をとることが予想され，調査の最後に図4のような6つの（　）埋め課題（再生課題）を用いて認知負荷操作の有効性を確認した。

2）パーソナリティ印象測定

刺激人物に対するパーソナリティ印象測定については，大坪・吉田（1990）の「意欲性」「思慮性」「親和性」の3次元の3項目ずつを使用し，計9項目からなる5段階の両極性尺度を用いた。「意欲性」は，「積極的な－消極的な」「自信のある－自信のない」「意欲的な－無気力な」で構成された。「思慮性」は，「慎重な－軽率な」「分別のある－無分別な」「責任感の強い－無責任な」で構成された。「親和性」は，「親しみやすい－親しみにくい」「感じのよい－感じのわるい」「人のよい－人のわるい」で構成された。これらの9項目の順序及び対をなす各特性語の左右の配置は，無作為に並べ替えて尺度を作成し図5のように提示した。

3）刺激人物の行動予測の測定

各事例の主語の人物が今後とるかもしれない行動の可能性を問う質問を事例ごとに3問作成し，6段階でその可能性を回答させた。例えば，「あなたは，Ｉさんが受付に対して大声で怒鳴りだすと思いますか」という質問をし，回答は「1．全くそう思わない　2．そう思わない　3．ややそう思わない　4．ややそう思う　5．そう思う　6．つよくそう思う」のように1点から6点を配点した。

4）刺激人物に対する自己の行動意図の測定

各事例の主語の人物に対して実験参加者がとるかもしれない行動の可能性を問う質問を事例ごとに作成し，6段階で回答させた。例えば，「あなたは，Ｉさんと関わることをできる限り少なくしたいと思いますか」という質問をし，回答は「1．全くそう思わない　2．そう思わない　3．ややそう思わない　4．ややそう思う　5．そう思う　6．つよく

《問い》下の文章を読んで問いに答えてください。また，下の文章を後で使用しますので，この文章を一語一句（漢字は漢字として）できるだけ正確に覚えておいてください。

下線部は、負荷操作の部分

私たちを取り囲む食生活は，一見すると豊かそうに見えるが，レトルト食品やサプリメントの飛躍的な開発，核家族化，そして女性の社会進出や単身赴任者の増加の影響を受けて，子どもたちの食生活にはゆがみが見られ，個食・偏食などの問題が生じている．

問い：この文章では，子どもたちの食生活にどのような問題が生じていると述べていますか？

1．個食や偏食　　2．成長発達の変化

図3　認知負荷課題

《問い》アンケートの最初の方で読んだ文章を思い出して，（　）をうめて文章を完成させてください。

私たちを取り囲む（　①　）は，一見すると豊かそうに見えるが，（　②　）食品やサプリメントの飛躍的な開発，（　③　），そして（　④　）の社会進出や単身赴任者の増加の影響を受けて，子どもたちの（　⑤　）にはゆがみが見られ，（　⑥　）などの問題が生じている．

図4　認知負荷操作の有効性を確認した再生課題

《問い》Ｉさんに対してどのようなイメージをお持ちですか？

積極的な	1	2	3	4	5	消極的な
軽率な	1	2	3	4	5	慎重な
親しみやすい	1	2	3	4	5	親しみにくい
自信のない	1	2	3	4	5	自信のある
分別のある	1	2	3	4	5	無分別な
感じのわるい	1	2	3	4	5	感じのよい
意欲的な	1	2	3	4	5	無気力な
無責任な	1	2	3	4	5	責任感の強い
人のよい	1	2	3	4	5	人のわるい

図5　パーソナリティ印象測定

そう思う」のように１点から６点を配点した。

５．手続き

実験参加者があらかじめ本来の実験目的を知ると，それにより測定に歪みが生じる可能性があると考えられたため，実験の前には，日頃の出来事や自分のことをどのように考えているかの研究と説明し，調査終了後に実験の目的の詳細を告げた。４種類の質問用紙を無作為に配布し，調査中は周りの人の質問紙を見ないことと，回答は１ページにつき１分間なので，あまり深く考え込まずに直感的に回答することを教示した。まず，回答自体が認知負荷とならないようにするためパーソナリティ印象測定と同形式の練習問題を１分間で行なわせた。その次に認知負荷課題を実施した。高い認知負荷を与える群には，110字程度の文章の提示後に「アンケートのあとで使用するために一字一句できるだけ正確に覚えておくように」と教示した。低い認知負荷を与える群には，同じ文章を用いて，その内容について簡単な質問をし回答させるのみとした（図３）。引き続き３つの事例ごとに，パーソナリティ印象測定を１分間で行ない，刺激人物の行動予測測定と刺激人物に対する自己の行動意図測定を計１分間で行なわせた。精神障害者一般についてのパーソナリティ印象測定は，３事例の測定結果に影響を及ぼさないようにするため最後に，１分間でおこなった。実験後，デブリーフィングを行ない，実験に協力が得られた方のみの回収を行った。以上のことを図６に示した。

６．倫理的配慮

実験を実施する前に，一人一冊の質問冊子と回答用紙を配布し，それ以降の受講条件には関係がないこと，個人を特定されることはないこと，調査後に個人的に話を聞くこともないことを説明し，実験参加の同意が得られた者のみを対象に実験を行なった。そして，実験中や実験後のデブリーフィング後に参加の拒否をしてもよいことを説明した。なお，２つの講習では，今回報告しているデータを資料として，看護場面や学生新人教育についての教授を行った。

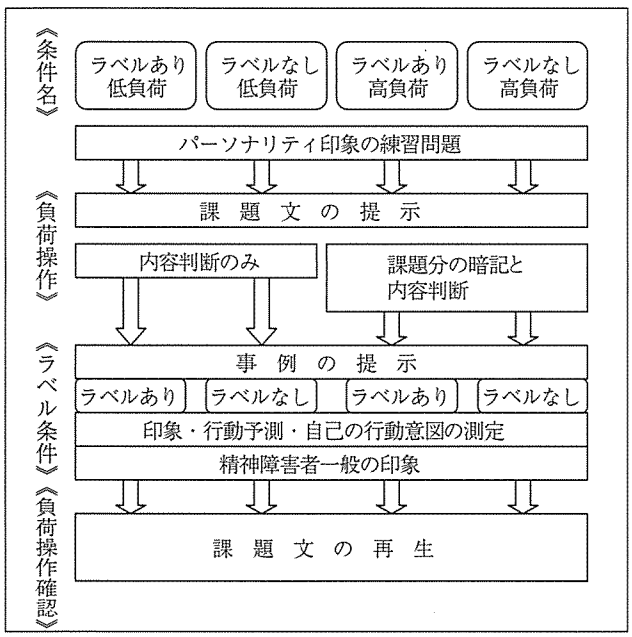


図６　実験手続きの流れ

Ⅴ．結　　果

１．実験計画の有効性の確認

１）認知負荷操作の有効性

認知負荷課題の採点は，負荷操作の指示と同様に，提示文と同一表記（漢字とひらがなを区別）のみを正解とし，合計点を算出し，これを記憶得点とした。

記憶得点（０－６点）について，２（精神科ラベル：あり，なし）×２（認知負荷：高，低）の平均値を算出し，図７に示した。そして，認知負荷の操作が有効であったか否かを検討するために分散分析を行ったところ，いずれの効果も有意ではなかった。平均値の様相は，精神科ラベルあり条件，及び，精神科ラベルなし条件ともに，認知負荷高条件の方が高かった。

このように，記憶得点による統計的な違いは認められなかったが，実験者が仮定した認知負荷の操作は有効であったと仮定して以下の分析を実施した。

２）実験参加者がもつ精神障害者に対するステレオタイプの内容について

実験の最後で測定した精神障害者に対するイメージについて，実験参加者×事例ごとに，各因子を構成する３項目に対する評定の平均値を算出し，意欲性得点，思慮性得点，親和性得点のパーソナリティ印象得点とした（３－15点）。なお，各得点は，数値が大きいほど肯定的な印象であることを示すように方向をそろえた。そして，事例×因子ごとに印象得点について２（精神科ラベル：あり，なし）×２（認知負荷：高，低）の平均値を算出し，分散分析を行なった。その結果，意欲性，思慮性，親和性の３次元にお

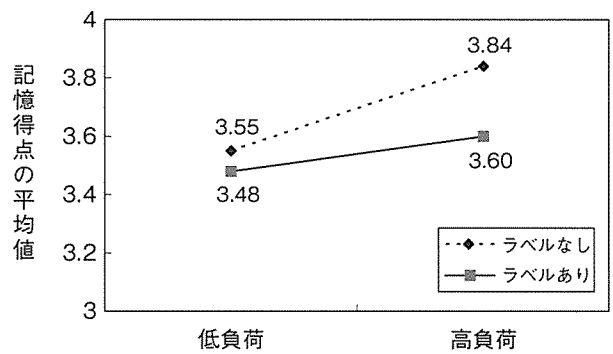


図７　記憶得点の平均値

いて各条件間の主効果，および，交互作用効果も有意ではなかった。

2．パーソナリティ印象の比較

実験参加者×事例ごとに，各因子を構成する3項目に対する合計得点を算出し，意欲性，思慮性，親和性のパーソナリティ印象得点とした（3－15点）。なお，各得点は，値が大きいほど肯定的な印象であることを示すように方向を揃えた。

3つの事例に関する全体的な傾向を把握するために，各印象次元において，3事例の印象得点の合計点（9－45点）について，2（精神科ラベル：あり，なし）×2（認知負荷：高，低）条件の平均値を算出した。各条件間の平均値の差を比較し，より否定的な判断をステレオタイプに基づく偏見が生じているとし，図8～図10に示した。分散分析を行った結果は，以下の通りであった。

意欲性得点については，精神科ラベルの主効果が有意であり（$F(1,101)=4.051$，$p=0.047$），精神科ラベルあり条件の方がより否定的な印象が形成されていた。

思慮性得点については，交互作用効果が有意な傾向であったので（$F(1,98)=2.862$，$p=0.094$），各認知負荷条件における精神科ラベルの単純主効果の検定を行った。その結果，認知負荷低条件において，精神科ラベルの単純主効果が有意であり（$F(1,50)=4.425$，$p=0.040$），精神科ラベルあり条件の方がより肯定的な印象が形成されていた。また，精神科ラベルあり条件において，認知負荷低条件よりも認知負荷高条件は否定的な印象を形成していた。

親和性得点については，交互作用効果が有意であったので（$F(1,98)=5.342$，$p=0.023$），各認知負荷条件における精神科ラベルの単純主効果の検定を行った。その結果，認知負荷低条件において，精神科ラベルの単純主効果が有意な傾向であり（$F(1,50)=3.338$，$p=0.074$），精神科ラベルあり条件の方がより肯定的な印象が形成されていた。また，精神科ラベルあり条件において，認知負荷低条件よりも認知負荷高条件は否定的な印象を形成していた。

3．刺激人物の行動予測について

3つの事例に関する全体的な傾向を把握するために，刺激人物の行動予測合計得点（9－54点，3事例×3項目，計9項目の合計点：得点が大きいほど肯定的な予測をさす）について，2（精神科ラベル：あり，なし）×2（認知負荷：高，低）の平均値を算出した。各条件間の平均値の差を比較し，より否定的な判断をステレオタイプに基づく偏見が生じているとし，図11に示した。分散分析を行ったところ，ラベルの主効果が有意であり（$F(1,110)=10.296$，$p=0.002$），精神科ラベルなし条件の方がより肯定的であった。また，認知負荷の主効果も有意であり（$F(1,110)=7.799$，$p=0.006$），認知負荷高条件の方がより肯定的であった。また，精神科ラベルあり条件において，認知負荷低条件よりも認知負荷高条件は肯定的な印象を形成

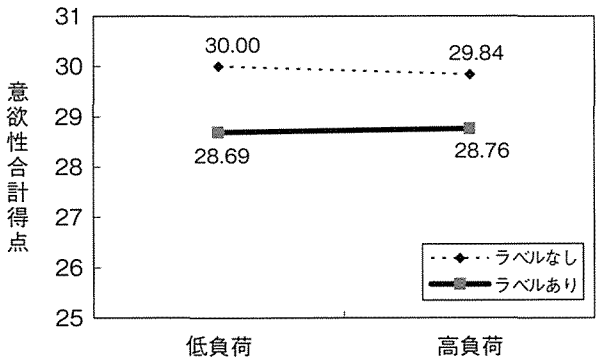


図8　意欲性合計得点の平均値

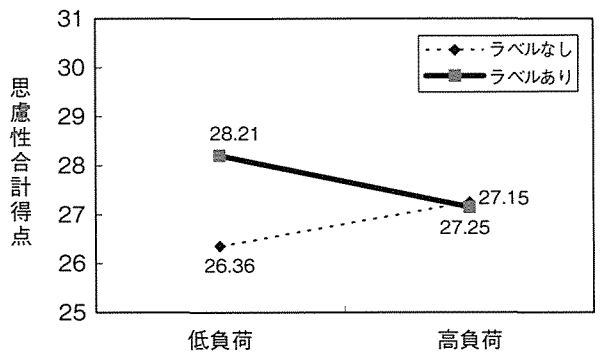


図9　思慮性合計得点の平均値

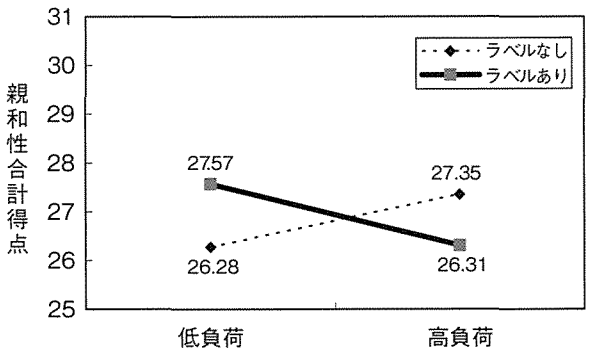


図10　親和性合計得点の平均値

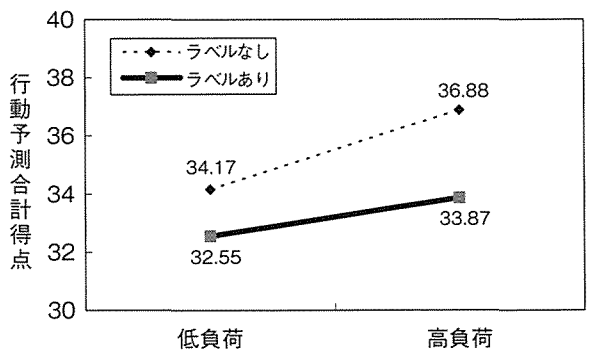


図11　刺激人物の行動予測

していた。

4．刺激人物に対する自己の行動意図について

3つの事例に関する全体的な傾向を把握するために，3事例の自己の行動意図の合計得点（3－18点，得点が大きいほど肯定的であることをさす）について，2（精神科ラベル：あり，なし）×2（認知負荷：高，低）の平均値を算出した。各条件間の平均値の差を比較し，より否定的な判断をステレオタイプに基づく偏見が生じているとし，図12に示した。分散分析を行った結果，ラベルの主効果が有意であり（$F(1,108)=5.630$，$p=0.019$），精神科ラベルなし条件の方がより肯定的であった。また，認知負荷の主効果も有意であり（$F(1,108)=3.660$，$p=0.058$），認知負荷高条件の方がより肯定的であった。また，精神科ラベルあり条件において，認知負荷低条件よりも認知負荷高条件は肯定的な印象を形成していた。

Ⅵ．考　察

1．実験操作について

1）認知負荷操作の有効性

今回の実験では，認知負荷操作の有効性が検証されなかった。まず，その原因として考えられることを以下に述べる。

第1に，実験参加者にとって弱すぎる負荷だったことが考えられる。それは，通常，認知的に煩雑な状態で業務を行っている看護師や看護師経験者にとって，110字程度の食生活に関する内容を暗記するということは安易なことであったことが考えられる。そのため，認知負荷を与えた条件と認知負荷を与えなかった条件との認知的煩雑性の差が生じなかったかもしれない。

第2に，（　）をうめる質問方法で認知負荷操作を確認したが，文章の前後から解答を推理できたのではないかと考えられる。認知負荷操作の確認方法に問題があったのかもしれない。

第3に実験参加者からの調査後の意見の中に「回答用紙に転記する作業に労力と時間がかかった」という意見があり，また調査中の練習問題で回答の時間が足りない実験参加者が観察されたことから，実験参加者を「急いで回答しなければならない」と思わせ，「労力」と「時間制限」という負荷のために，記憶負荷の差が出てこなくなったことも考えられる。このように，回答方法が適切に設定されていなかったことも考えられる。

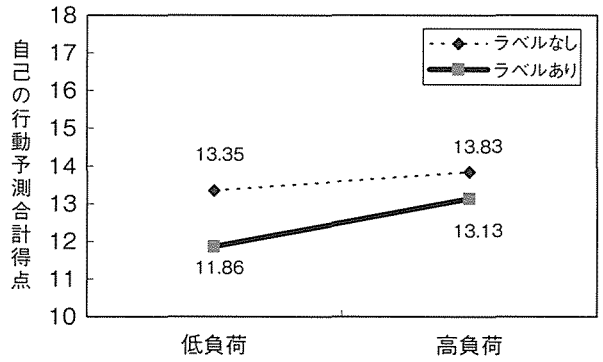


図12　自己の行動予測

記憶得点による統計的な違いは認められなかったが，平均値の様相は，精神科ラベルあり条件，および，精神科ラベルなし条件ともに，認知負荷高条件の方が高かった。また，多くの従属変数に対して認知負荷の主効果および交互作用効果が確認された。そこで，実験者が仮定した認知負荷の操作は有効であったと仮定して以下の考察を行なった。

2）精神障害者一般についてのパーソナリティ印象について

精神障害者一般についてのパーソナリティ印象については，条件間の違いがみられなかった。このことから，各条件に配置した実験参加者がもっていた精神障害者へのステレオタイプはほぼ同じ程度であったと考えられ，認知負荷操作によって影響を受けるのは，個別の事例についての判断のみで，各個人のステレオタイプの強さや確信度といったステレオタイプそのものではないことが確認された。

2．結果の概要

1）パーソナリティ印象の形成について

「意欲性」について，認知負荷の有無に関わらず偏見的な反応がみられた。また，「思慮性」と「親和性」については，認知負荷低条件で精神障害者に対する印象を測定した条件の方が肯定的な反応がみられたのに対し，認知負荷高条件では認知負荷低条件よりも否定的な反応がみられた。つまり，精神障害者に対する印象を測定する条件において，図1の自動過程が働いた場合のグラフパターンと同じ様相のグラフが観察され，印象形成過程の「思慮性」と「親和性」において，認知的煩雑性によって精神障害者に対するステレオタイプに基づく反応が促進されると考えられる。

2）刺激人物の行動予測，および，自己の行動意図について

精神障害者ラベルあり条件の方がより否定的な行動を予測しており，認知的煩雑性の強さにかかわらず精神障害者に対するステレオタイプに基づく反応が確認された。また，認知負荷高条件の方が認知負荷低条件よりもより肯定的な行動を予測していた。

3．ステレオタイプに基づく看護師の認知過程とその反応

本研究の結果では，認知的煩雑性によって精神障害者に対するステレオタイプ認知が，「思慮性」と「親和性」のパーソナリティ印象形成過程において促進されることが確認された。パーソナリティ印象における「意欲性」では相対的に統制され，「思慮性」と「親和性」においては認

知負荷低条件において社会的望ましさの一般的な要求特性が伺えた。つまり，これは印象形成過程において統制された過程が生じたことが示唆される。そして，認知負荷高条件で精神科ラベルあり条件は社会的望ましさで自己の判断を統制しようとする過程が消失または減弱することが示唆される。さらに「刺激人物の行動予測」や「刺激人物の自己の行動意図」の認知次元においては，精神科ラベルあり条件は認知負荷高条件で社会的望ましさを保持し続け自己の判断を統制しようと働いたことが示唆される結果となった。これらは看護師の認知過程でのGilbert & Hixon(1991)の仮説を支持する結果であり，看護師のステレオタイプ認知には，状況要因が影響を及ぼすことが示唆された。また，本研究では，ステレオタイプ認知が反映される側面として，「刺激人物に対するパーソナリティ印象」と「刺激人物の行動予測」「刺激人物に対する自己の行動意図」の3つの認知過程を導入したが，人の内面に形成される印象においてステレオタイプが促進し，人の外面に表出される態度や行動においてステレオタイプが抑制されるという今回の結果からDevine（1989）の「分離モデル」という二過程理論も示唆されたと考えることができ，抑制される認知的煩雑性の水準がパーソナリティ印象形成と他者の行動予測や自己の行動意図を認知する場合は異なる認知過程をもつ可能性が指摘できよう。もしそうであるならば，図13のような認知過程が考えられ，さらに認知的煩雑性の高い操作を導入することで，刺激人物の行動予測と刺激人物に対する自己の行動意図についても偏見的判断が促進されることが確認でき，さらに二過程理論が支持されるかもしれない。

ところで，看護師においては，相手（刺激人物）の行動予測や看護師（自己）の行動意図において，認知的煩雑な状況の方がより好意的な反応が確認された。これは，看護師において偏見的な手がかりの有無にかかわらず，ステレオタイプ認知を統制する力が強く働き，社会的に望ましい方向に反応をゆがめる傾向があることも指摘できよう。

本研究では，臨床看護業務ではない場面を設定したが，

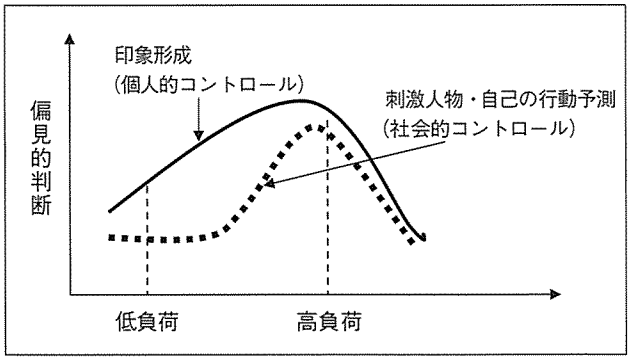


図13　認知負荷量との関係

実験参加者は看護師の経験を数年～十数年もつ者であり，その中でも看護指導者や看護教員を目指す者であったことから，一般の人と違った対人認知処理をしていたことも考えられる。野嶋ら（1995）の研究では，精神科に勤務する看護師に調査を行ない，境界性人格障害患者との関わりという認知的煩雑な状況において，病気を器質的なものとしてとらえている看護師ほど患者に対し肯定的感情をもつことを明らかにしている。看護師は常に対人認知や対人関係に関する学習と経験を積み専門的に人に関わることを要求される。看護師は，通常，偏見をもたないで先入観や一般化を避け，患者をありのままに受け入れなければならないと教育され，偏見的な判断を統制することや社会的望ましさを表出することを自身も心得ている。その一方で，回避的に対処せざるを得ない状況も存在しうることから，偏見的な判断を抑制したり社会的規範意識を促す働きかけがなされているのであろう。このような，看護師は病院における対象の行動を病気と結びつけて「症状のせいで一時的に」という器質的な解釈をとる対人認知処理を行なっている可能性があるのかもしれない。これは，Brewer（1988）とFiske&Neuburg（1990）によって体系的に理論化された“ボトムアップ型の情報処理”つまり，相手のカテゴリー属性が何らかの理由によって相手のことをもっと理解しようとする情報処理とも解釈できる。

4．看護実践への示唆

今回，認知的煩雑な状況における看護師の対人認知過程や対人認知傾向について示唆を得ることができた。Devineら（1989）は，人の自動的処理によって引き起こされたエラーやバイアスを修正する機能として「意識」機構が担っていることも検証していることから，看護師が自己の認知について「意識」機構によって看護の質を向上させることも可能であろう。より患者を客観的に捉え効果的な援助関係を構築するために有用であると望まれる。

更に，近年，幅広い領域においてヒューマンエラーに関する研究がなされ，医療においては医療事故防止や患者をより正確に捉える必要性について議論がなされている。その中で高山ら（2003）は，看護師の忙しさが増すほど看護師のニヤミス・ミス数が増えていることを述べており，更に，山内（2000）は，看護師や医師が幅広く複雑な肉体的・頭脳的労力や処置や投薬等の物的なものと心理的なものの両方のサービスをしていることが事故を誘発する要因の一つであると述べている。このようなことから，本研究で取り上げたステレオタイプ認知と医療における誤認知は同様のメカニズムをもつ可能性が考えられる。

5．本研究の限界と今後の課題

本研究において認知的煩雑な状況での看護師の対人認知を検証するには，さらに高い認知的煩雑性が必要であった

ことが考えられた。今後，より臨床実践に生かされる看護師の対人認知処理について質的研究と共に研究を重ねる必要があると考える。

謝　辞

本研究にご協力いただきました方々，ご指導くださいました福岡教育大学大学院の大坪靖直教授に心より深謝いたします。

なお，本論文は，福岡教育大学大学院修士学位論文の一部に加筆・修正を加えたものであることを記します。

要　旨

本研究は，看護師のステレオタイプの促進条件と情報処理過程について検討し，看護場面における認知的煩雑性がステレオタイプ的判断に及ぼす影響を明らかにするものである。看護教員養成課程及び臨床指導者講習の受講者115名を対象として，2（精神科ラベル）×2（認知負荷）の条件を配置し実験を行った。そして，刺激人物に対する「パーソナリティ印象」と「刺激人物の行動予測」「刺激人物に対する自己の行動意図」の3つの認知過程について回答を求めた。その結果，認知負荷高条件の方が，よりステレオタイプに基づく印象が形成された。また，認知負荷高条件では，刺激人物の行動予測と刺激人物に対する自己の行動意図について，ステレオタイプ認知を抑制していた。これらの結果より，看護場面におけるステレオタイプ認知には対人情報処理の異なる段階によってステレオタイプ的判断の自動過程と統制された過程が生じる可能性が示唆された。

Abstract

This study examines the promotive conditions and the information processing procedures of the stereotype in the nursing. We experimented with it by arranging the condition of 2（Label of psychiatric department scene）× 2（Cognition load） for 115 people who attended the lectures of the nursing teacher-training course and of the clinical leader course. We requested the response of three perception processes of "Impression of Personality," "Action Forecast of the Stimulating Character," and "Self Active intention to the Stimulating Character." As a result, the condition with a high cognition load formed more impression based on the stereotype than the condition with a law cognition. Moreover, the condition with a high cognition load was controlled the stereotyped perception of the action forecast stimulating character and of self active intention to the stimulating character. Through these results, it was suggested that the possibility of the automatic process of stereotyped judgments and the managed process was caused by the stage when the personal information processing was different to the stereotyped perception in the nursing scene.

文　献

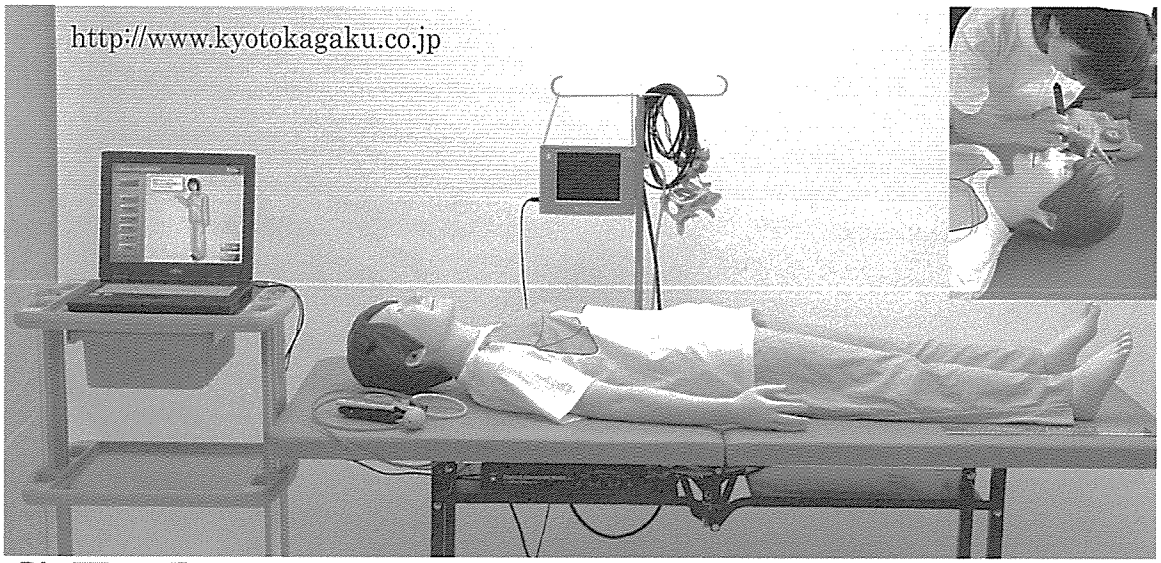
1）町沢静夫：精神障害者に対する態度測定－患者群，患者家族群，一般群の比較－，臨床精神医学，19(4)，511-520，1990.
2）坂本真士，田中江里子，他：精神科領域における疾患の一般的呼称に関する研究Ⅰ－呼称のイメージと態度の評価－，精神科診断，8(3)，241-248，1997.
3）福田由紀子，原田真澄，他：看護学生の精神障害者のイメージ，第23回日本看護科学学会発表論文集，323，2003.
4）北岡和代：看護学生の精神障害者への態度の変化－講義前から実習後にかけての変化の検討－，日本精神保健看護学会誌，12(1)，78-84，2003.
5）坂本真士，杉浦朋子：精神疾患への偏見の形成に与る要因－社会心理学的手法によるアプローチ－，精神保健研究，44，5-13，1998.
6）白石大介：精神障害者への偏見とスティグマーソーシャルワークリサーチからの報告，中央法規出版，東京，1994.
7）Billing,M.：Prejudice,categorization,and particularization:From a perceptual to a rhetorical approach，European Journal of Social Psychology，15，79-103，1985.
8）Devine,G.P.：Stereotype and prejudice-Their automatic and controlled components，Journal of personality and Social Psychology，56，5-18，680-690，1989.
9）Devine,G.P.： Automatic and controlled processes in prejudice: The role of stereotypes and personal beliefs：In A.R. Pratkanis,S. J.Breckler,&A.G.Greenwald(Eds.)：attitude structure and function. Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates，1989.
10）Gilbert,D.T.,Hixon,J.G.：The trouble of thinking: Activation and application of atereotypic beliefs，Journal of Personality and social Psychology，60，509-517，1991.
11）Bodenhausen,G.V.,Macrae,C.N：Stereotype activation and inhibition:Advances in social cognition，Mahwah,NJ，Lawrence Erlbaum Associates，11，1-52，1998.
12）Schneider,D.J.,Hastroa,A.H.&Ellsworth,P.C.:Person Perception,Addison-Wesley，1979.
13）Rupert,Brown:Prejudice-Its Social Psychology,橋口捷久・黒川正流（編訳）：北大路書房，京都，1999.
14）森津太子：現代のエスプリ偏見とステレオタイプの心理学，岡　隆・佐藤達哉・池上知子（編）：64-72，至文堂，東京，1997.
15）Allport,G.W：The nature of prejudice，Addison-Wesley. NewYork，1954.

16) 川原淳子：非社会的な問題行動無言で支援を求める子ども，國分康孝・國分久子（監修），72，図書文化，東京，2003.
17) 大坪靖直，吉田寿夫：印象形成における手がかりの優位性に関する研究，実験社会心理学研究，30，25-33，1990.
18) 野嶋佐由美，畦地博子，他：精神科看護者の境界例人格障害に対するとらえ方と態度，看護研究，28(6)，2-11，1995.
19) Brewer,M.B：A dual process model of impression formation：T.K.Srull&R.S.Wyer(Eds.), Advances in socialcognition,1,177-183, Hillsdale: NJ:Erlbaum,1988.
20) Fiske,S.T.,&Neuburg,S.L.:A continuum of impression formation from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation: M.P.Zanna(Ed.), Advances in experimental social psychology, 23, 1-74, NewYork:Academic Press, 1990.
21) 藤原武弘，高橋超編集：チャートで知る社会心理学，福村出版，東京，1994.
22) 唐沢穣，池上知子，他：社会的認知の心理学，ナカニシヤ出版，京都，2001.
23) 高山道子，武村雪絵，他：外来におけるニヤミス・ミスおよび苦情の発生に影響を及ぼす要因，看護管理，13(4)，283-287，2003.
24) 山内桂子，山内隆久：医療事故－なぜ起こるのかどうすれば防げるのか，朝日新聞社，東京，2000.

[平成17年7月11日受　付
平成18年2月6日採用決定]

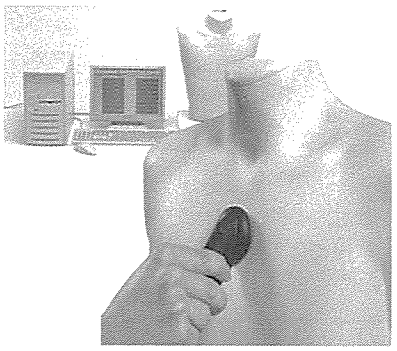
新製品　ーフィジカルアセスメント・リスクマネジメントのトレーニングにー

看護教育用シミュレータ



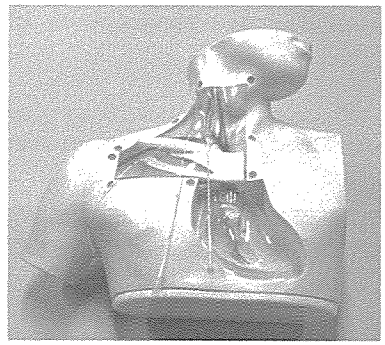
M55 フィジカルアセスメントモデル

コンピュータと連動して総合的にアセスメントの基本診察手順を学ぶことができます。全身観察のほか、瞳孔反射・血圧測定・脈診・聴診（呼吸音・心音・腸音）・心電図の診方の学習ができます。詳細はお問い合わせください。



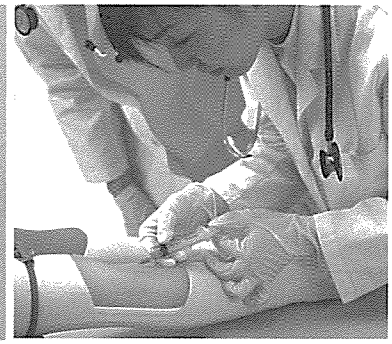
M81 呼吸音聴診シミュレータ
Lung Sound Auscultation Trainer

ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ画面に肺音分類を表示し操作しながら実際の患者さんから録音編集した肺音を、人体モデル上で聴くことができます。



M97 中心静脈栄養チューブ管理トレーナ

看護師が行う栄養チューブ管理・ケアのための説明用トレーナです。TPN の原理がひとめでわかるよう穿刺部を透明にしています。3 箇所にカテーテルを挿入できます。



M50 採血静注シミュレータ
シンジョー

実際の皮膚や血管にきわめて近い感触の素材を使用しワンタッチ接続で準備・後始末の手間を省き大幅に削減。見えにくい静脈に的確に針を挿入でき技術に対する不安の解消が期待できます。

株式会社 京都科学

E-mail:rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp
Tel: 京都 075-605-2510　東京 03-3817-8071

－原　著－

器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者における会話変容プロセスと社会環境との関連性

Association between the Speech Modification Process and Social Environment in Patients with Tongue Cancer with Impaired Organic Articulation/Vocalization Function

大　釜　徳　政
Norimasa Ogama

キーワード：器質性構音・音声機能低下，舌がん，会話変容プロセス，社会環境，社会復帰背景の差異
Key Words：impaired organic articulation/vocalization function, tongue cancer, speech modification process, social environment, the differences in social reintegration background

Ⅰ．緒　言

舌をはじめとする口腔領域は生活に密着した多くの機能を受け持つ部位であり，手術療法を受けた舌がん患者は器質性構音・音声機能低下とこれに不随する様々な問題を抱える[1)]。また機能低下の問題が，舌がん患者における退院後の社会復帰をはじめとする生活全般に多大な影響を与えているという現況報告がなされている[2-4)]。

Stewartら[5)]は，術後の器質性構音・音声機能低下を持つ舌がん患者を対象とし，会話能力と術後生活評価との関連性を調査している。彼らの研究において，患者の持つ構音・音声機能低下そのものが直接的に，対象の術後生活評価に影響を及ぼさないことを示唆している。具体的には，機能低下の程度が高い患者が，必ずしも生活評価までも低いという現象を生じさせる訳ではないということである。Tanya[6)]は，機能低下が必ずしも対象の生活評価に影響を及ぼさない理由として，家族・友人・職場といった社会帰属の役割が大きいためとし，また社会参加において患者自身が何らかの調整を行いながら会話を展開し，評価の低下を回避しているとの報告[7)]もある。

このように舌がん患者は，社会復帰後に社会環境と何らかの結びつきを形成する可能性を持ち，個人と環境との相互作用にまつわる要因が術後生活評価に影響を与えていると推測できる。

つまり器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者の捉える術後生活評価が社会環境と高い関連性をもち，家族・友人・近隣・職場などといった社会環境と患者とが織りなすダイナミクスやそのプロセスを明らかにすることにより，構音・音声機能低下のみならず社会環境を通して，なぜ舌がん患者の生活評価が高まるのか（低下するのか）というメカニズムについても示唆が得られると考えられる。

2001年に改訂された国際障害分類[8)]にも示されるように，今後は患者の置かれる「環境」を強調し，社会的レベルにまで踏み込んだリハビリテーション看護が求められていると言えよう。つまりリハビリテーション看護の範囲は広がっており，医療の中の看護の対象としての患者ではなく，社会で生活している人として対象者を捉えることこそがリハビリテーション看護には大切なのである[9)]。さらにリハビリテーション看護の目標には，対象のQOLをはじめとする生活評価を具体的に実現する技術を含むとされる[10)]。

そこで本研究では手術療法を受け，器質性構音・音声機能低下とこれに付随する問題を抱える舌がん患者を対象として，患者と患者を取り巻く社会環境との相互作用の視点から，全体的な社会生活の様相と生活を再構築するための方略を中心とする会話変容プロセスを明らかにする。さらに，機能低下という治療後に生じる問題を発端として，家族・友人・近隣・職場という環境や復帰した職務内容の差異から，患者の術後生活評価を踏まえたリハビリテーション看護の方向性を考察する。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

本研究は，舌がん患者における社会復帰後の会話変容プロセスの解明を意図していることや患者の抱える器質性構音・音声機能低下にまつわる問題が社会環境と何らかの相互作用に関連すると予測できたことから，質的研究方法の一種であり，Strauss, A. Corbin, J.[11)]の提示するSymbolic Interactionismを基盤としたGrounded Theory Approachを採用した。

神戸市看護大学　Kobe City College of Nursing

2．研究対象者の選定条件

本研究の対象者は，以下の４条件をすべて満たすものとした。

1）初めて舌がんの診断・告知を受け，手術療法（舌可動部半側切除術あるいは舌可動部亜全摘術・頸部郭清・皮弁再建術）を受けた者
2）65歳以下で，就業復帰（正規職員）あるいは専業主婦として復帰している者
3）手術後６ヶ月を経過し５年以内の期間で社会生活（家庭生活を含む）を送る者
4）がんの再発・転移の兆候のない者

なお選定条件２）について，65歳以下とした理由は次のとおりである。本研究の目的は，対象者の社会復帰後の会話変容プロセスと社会環境との関連性を明らかにすることである。これにともない，調査時点で対象者が正規職員として就業復帰，あるいは専業主婦としての復帰を果たしていることを前提とするために，いわゆる生産年齢人口として見なされる65歳以下を基準とした。

3．データ収集

データ収集は，がん専門病院１施設で行い，データ収集期間は2002年３月から2004年３月までであった。対象者の選定は，先の選定条件を満たす対象候補者を入退院記録ならびに手術記録から選び研究協力を依頼した。この依頼にあたっては，主治医からも患者情報を得て身体的・精神的負担の大きい患者を選定しないように努めた。

対象者に対して，予備調査をもとに作成したインタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。面接実施の場所は，対象者がプライバシーなどへの懸念を抱くことがないよう，静閑な環境が保たれる同施設内の医療相談室を利用した。面接の内容は，家族・友人・近隣・職場という社会環境ならびにそこでの対人関係において，①器質性構音・音声機能低下にまつわる体験，②機能低下を抱えながら生活を再構築していく上での困難や対処方法，③社会復帰を果たす上で必要と感じた支援内容，④機能低下にまつわる体験と社会環境との関連性，⑤機能低下にまつわる体験と活動面・社会面における相互作用および時間経過に関する内容を中心とした。

また対象者の同意を得た上で，診療・看護記録より年齢，性別，病期分類・進行分類，既往歴，手術および化学・放射線療法といった治療経過，器質性構音・音声機能，職業，家族構成に関するデータを収集した。

4．分析方法

まず面接調査の逐語録を作成後，対象者数人から得た逐語録から器質性構音・音声機能低下とこれに付随する問題に関連する具体例を取り上げ，他の対象者から得たデータと比較・分類しながら内容を抽象化し下位カテゴリーとした。また下位カテゴリー間の論理的関係を検討しながらコーディングを実施していくと，機能低下とそれを取り巻く社会環境との相互作用を踏まえた様相および生活を再構築するための対処方略がカテゴリーとして形成された。さらにカテゴリー間の関連性を検討していくと，時間的経過に沿った幾つかの段階に統合され，これが会話上の会話変容を表すプロセスとしての上位カテゴリーとして確認された。上位カテゴリーは，対象者の社会復帰背景およびそこでの対人関係という社会環境の違いに関連する中核カテゴリーによっていくつかのパターンに分類・統合されることが予測された。そして予測をもとに面接調査を繰り返し行い，抽象化された段階をさらに形成・修正した。そしてこの結果，器質性構音・音声機能低下を抱える対象者と社会環境との関連性を説明する，会話能力にまつわるモデルが理論化された（図１）。

5．真実性の確保

本研究では，研究結果を提示してそれが対象者の体験と合致するかを問うという方法で，真実性を確保することとした。

こうした方法で真実性を確認するために，郵送法による質問紙調査を実施した。質問紙の各質問は，研究結果として得られた主要なモデルやカテゴリーを日常的な用語で表現したものについて，それが対象者の体験に合致するかを５段階（１：そう思う，２：どちらかといえばそう思う，３：どちらとも言えない，４：どちらかといえばそう思わない，５：そう思わない）で評価してもらった。

質問紙調査は，インタビュー，診療・看護記録からの情報収集で協力を得られた対象者32名を対象として実施し，30名から有効回答を得た（回収率　93.8％）。また肯定的評価（「そう思う」＋「どちらかといえばそう思う」）の割合は，質問項目によって異なるが76.7～100％に達し，80％以上の項目は35問中31問であった。この結果，本研究の結果についてある一定の真実性が確認されたと考えられる。

また本研究における分析の全過程を通じて，質的研究方法論の専門家からのスーパーバイズを受け，研究結果に対する真実性の確保に努めた。

6．倫理的配慮

本研究は，愛知県がんセンター倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には，研究参加と中断の自由，匿名性，個人情報の守秘性，研究終了後のデータ源の消去，参加を拒否しても不利益を被らないこと等を説明し同意書にて確認した。

Ⅲ．結　果

1．対象者および面接の概要

研究対象者は32名であり，概要は男性19名，女性13名，平均年齢53.6歳（23～64歳）であった。また退院時の会話機能評価基準［最低２点～最高10点で点数化する指標］[12]は平均5.1点（３～７点）であり，中等度の機能低下を示していた。

社会復帰状況は，専業主婦としての復帰が10名，就業復帰が22名であった。就業復帰した対象者の就業内容は，日本標準職業分類[13]によって分類，表記した。その内訳は，農業職復帰３名，専門技術職復帰６名，事務・管理職復帰６名，営業・サービス職復帰７名であった。

同居家族構成は，対象者とその配偶者のみの夫婦家族が５家族，対象者と配偶者・子どもとの夫婦家族が11家族，対象者とその配偶者，および既婚子とその配偶者，および彼らの子どもとの拡大家族が９家族，そして単身世帯が７世帯であった。

手術後経過期間は，６ヶ月～１年未満が６名，１年～３年未満が12名，２年～５年以内が14名であった。

面接は対象者の外来受診日に研究協力を依頼し，対象者の外来診療待ち時間あるいは終了後に行った。１回あたりの面接時間は，平均65.5分（47～123分），面接回数は述べ49回行い，一人あたり１～３回であった。

2．分析結果

分析の結果，器質性構音・音声機能低下そのものによる困難はもちろんであるが，さらに機能低下を抱える対象者と家族・友人・近隣・職場間などの活動面・社会面における相互作用，プロセスがその社会生活を送る上での鍵となることがうかがえた。つまり対象者が経験した社会復帰後の会話変容の様相ならびに生活再構築に伴う方略のプロセスは，機能低下にまつわる問題と，それを取り巻く社会環境との相互作用の両方に関連していた。さらに会話変容の様相ならびに方略は，対人的な環境によっても異なることがわかった。対人的な環境は，配偶者・家族・親しい友人・近い親戚・医療者といった接触頻度が高く親密な他者（親密的対象）を中心として関係が展開される基盤的環境，電話対応・近所付き合い・買い物場面といった比較的接触頻度が低く疎遠な他者（疎遠的対象）を中心として関係が展開される周辺的環境，職場の上司・部下・同僚といった他者（社内対象）と渉外・顧客の対応といった他者（社外対象）を中心とした職務環境との相互作用に大別される。

社会環境を踏まえた器質性構音・音声機能低下にまつわる問題は，対象者の《社会復帰背景の差異》と大きく関連していた。また対象者は復帰背景において専業主婦復帰型あるいは就業復帰型のいずれかに所属しており，さらに就業復帰型は農業，専門技術職，事務・管理職，営業・サービス職のいずれかであった。これらの対象者の社会復帰背景は，会話能力にまつわる３つの段階と対応しており，そしてこの３つの段階全体を会話段階モデル（図１）と名づけた。

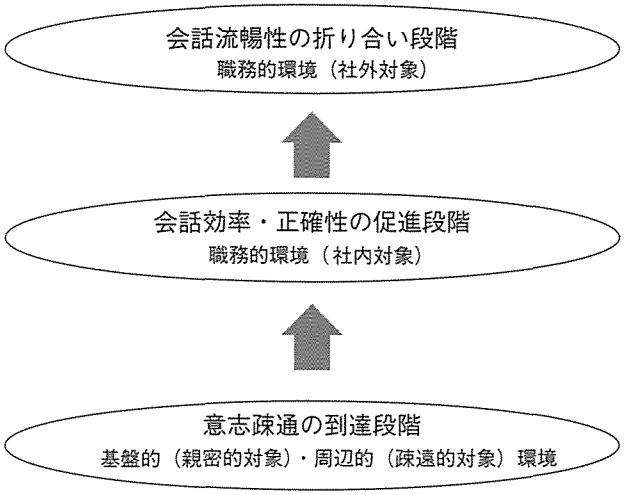


図１　社会復帰背景の差異別にみた会話段階モデル

そこで本文中では，モデルの各段階について順に詳説する。なお文中では，カテゴリーの抽象度レベルを高い順に《》（中核カテゴリー），【】（上位カテゴリー），『』（カテゴリー），「」（下位カテゴリー），具体例・データ例示部分を〃〃で示した。

1）基盤的環境・周辺的環境における【意志疎通の到達段階】

第１段階は，家族・親しい友人といった親密的対象を中心とする基盤的環境，電話対応などにおける疎遠的対象を中心とする周辺的環境において関係が展開される【意志疎通の到達段階】である。意志疎通の到達段階は，専業主婦復帰型と就業復帰型（農，専門技術，事務・管理，営業・サービス職）を問わず，すべての対象者が社会復帰後の会話能力にまつわる様相ならびに方略を展開する上での基盤であり，最初に体験するものである。この段階では，対象者が家族や親しい友人との会話や疎遠的対象との電話対応などにおいて，自分が発音する言葉の１つひとつを構成する単音節（以下，発語と表す）のなかで部分的に不明瞭な点（以下，歪みと表す）に注目した上で，それを補足する方略を用いながら意志疎通を図ることになる。そして意志疎通の到達段階は，a.『発語明瞭性に対する注目様相』とこれに対するb.『対象依存型方略』，さらにc.『発語中心の対処様相』とこれに対するd.『意志疎通型方略』から構成された（図２）。

a.『発語明瞭性に対する注目様相』

発語明瞭性に対する注目様相は，対象者が社会復帰後の親密的対象との対話，また家庭内の電話対応において，部分的な発語の異常を把握・確認することで発語明瞭性に関

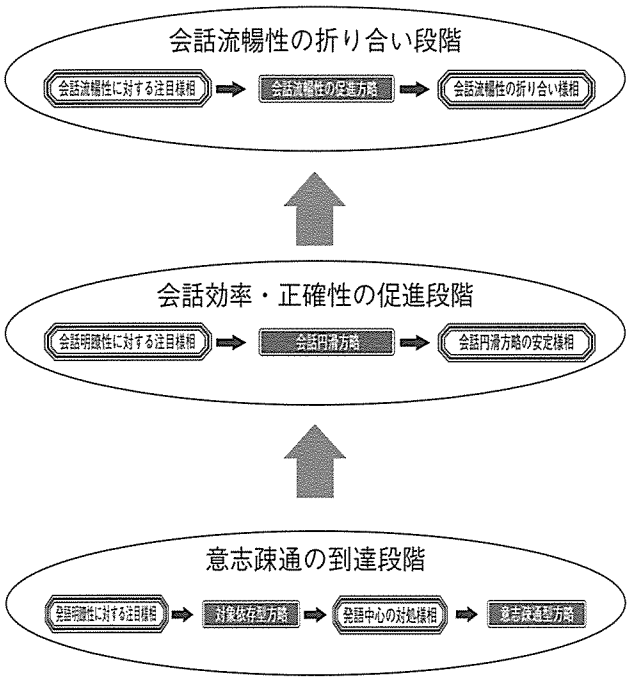


図2　会話段階モデルを構成する様相ならびに方略

心を集中させるものである。

日本語単音節は，構音部位により幾つかの音に分類されるが，本研究の対象者は，この分類のなかでも舌と口蓋（うわあご）との接触部位において産生される舌音について発語の歪みを捉えていた。舌音をその接触部位からより詳細に分けると舌尖音・舌中央音・舌後方音に分類でき，対象者は，舌尖音のなかでは［sa su se so］さすせそ，［dza dzu dze dzo］ざずぜぞ，［tʃa tʃe tʃo］たてと，［da de do］だでど，［ra ru re ro］らるれろ，舌中央音では［ʃi ʃa ʃu ʃo］ししゃしゅしょ，［dʒi dʒa dʒu dʒo］じじゃじゅじょ，［tʃi tʃu tʃa tʃu tʃo］ちつちゃちゅちょ，［ri］り，さらに舌後方音では［ka ki ku ke ko kja kju kjo］かきくけこきゃきゅきょ，［ga gi gu ge go gja gju gjo］がぎぐげごぎゃぎゅぎょなどについて発語の歪みを認識していた。

また対象者はこうした発語の歪みを，社会復帰後の家庭内における親密的対象による確認場面，そして疎遠的対象を主とした電話対応における確認場面を体験するなかで，会話相手の評価・反応を手がかりとして認識していた。親密的対象による確認場面では，対象者は家族が自己の発語における歪みをどのように誤聴しているかを，家族にストレートに指摘してもらうことで確認したいと思っている。そして発語明瞭性に対する注目の高まりにともない，家族への確認も頻度が増す。この確認から，対象者は歪みのある発語がどのような音に置き換えられて聞き手が誤聴するのか，またどの単音節が歪みとして捉えられているのかという自分の発語における歪みの特徴への理解が深まる。そしてこれにより，聞き手の誤聴の程度や自分の発語の歪みを予測できるようになる。さらに対象者は聞き手の会話内容の理解度も予測するようになり，また家族が対象者の発語における歪みの特徴を把握することで，会話の円滑化が促進されていた。

このような親密的対象との会話による発語の歪み確認を進める一方で，対象者は電話対応による疎遠的対象との接触における確認も行っていた。疎遠的対象は，対象者の電話対応にともなう誤聴から「**完全な理解の擬装**」，「**推測による理解の擬装**」，「**肯定的疑問の繰り返し**」といった違和感的反応を対象者に示す。

完全な理解の擬装は，対象者の発語の歪みを含む言葉が頻繁に出現することから，疎遠的対象が会話内容を把握できないにも関わらず，内容を理解したかのように振る舞うものである。*「近所の人は，わかんないことばが出てきて話の内容がわからなくても笑顔で理解したみたいなふりするでしょ。でもよくよく話を聞いたり確認してみるとやっぱりわかっていないんです。話のつじつまが合わなくなるでしょ。だからやっぱりって思いますよ。」*

推測による理解の擬装は，歪みを含んだ言葉の理解できない会話部分と理解可能な会話部分を照らし合わせたり，会話の流れにおいてキーワードとなる歪みを含まない言葉や話の全体的な流れから，理解できていない会話部分も疎遠的対象の推測により理解したかのように振る舞うものである。*「聞く人も話のわかるところとわからないところがあるんでしょうね，なんか話してると顔の表情とかしぐさでもわかりますよ。でも話の流れから何となくだいたいのことを予想して話をわかったように振る舞うことをよくしてるように感じます。」*

肯定的な疑問の繰り返しは，疎遠的対象が歪みを理解しようとする努力姿勢を対象者に印象づける一方で，何度も繰り返される問い直しに対象者が嫌悪や精神的な疲労感を覚えるものである。*「近所の人とかと少し話すでしょ。そのとき相手も理解しようと一生懸命になって何回も聞いてくれるんです。だけど何回も何回も繰り返し聞かれると嫌だし，自分が情けなくなるし疲れちゃうよ…。でもあきらめても話が進まないし，繰り返しながら説明するしかないんでしょうね。」*

以上の違和感的反応を示されることで，対象者は自己の発する話し言葉のなかでどのような発語の歪み部分がその反応の要因となっているかを探り，それを確認していた。

b.『対象依存型方略』

対象依存型方略は，自己の発語明瞭性に注目しながらも，社会復帰直後は親密的対象との会話場面に限定されやすいため，対象が発語の異常部分を理解してくれていることや，多くの共有する話題を利用できることに依存しながら会話を展開させる方策である。

対象者は，相手を親密的対象に限定した会話を展開することで，その利点を活かして発語の歪みに対する方策を立

てる。親密的対象は，対象者との接触頻度の高さから発語の歪みを包含する会話に慣れ，歪んだ音節を本来の音に変換しながら対象者の言葉を理解できるようになる。このため対象者は，会話の対象範囲を親密的対象に限定し，親密的対象に少なからぬ負担をかけながら会話の成立を目指していた。また相手を親密的対象に限定することでもう一つの利点がある。それは，普段の生活において接触頻度の高い親密的対象との会話においては共通の話題が展開されやすいため，親密的対象が対象者の会話のニュアンスや流れを理解し易いということである。このため，対象者は自己の発語の歪みを矯正する必要性を認識しつつあるものの，歪みの矯正に取り組むことなく親密的対象による理解に依存しながら会話を展開させることになる。

c.『発語中心の対処様相』

これまで対象者は，先述した発語明瞭性に注目しながらも親密的対象に大きく依存することで会話の円滑性を維持してきた。しかし社会復帰後の経時的変化にともない，発語明瞭性に注目しその発語における歪みを確認するだけで，歪み自体はそのまま聞き手の理解度に依存した会話の限界を認識するようになる。この限界はその内容から，「**電話対応上の限界**」，「**育児上の限界**」，「**自己理想とのギャップ**」に分類できた。

電話対応上の限界は，家族が対象者とともに過ごす時間が多かった社会復帰直後の時期を過ぎ，経時的に家族の不在場面を頻回に体験するようになるのにともなって，電話対応機会の増加にまつわる問題が浮上することによる。これは，疾病そのものや発語の歪みにまつわる問題への理解が浅い疎遠的対象との電話対応において，例えば *「繰り返し説明するのも手間だし嫌だし，だいいち電話で複雑な用件話そうったって共通の話題も乏しいし対応も難しいしね，でも家族の大切なことを話す場合も出てきて責任もあるでしょ…不安だよ。」* という繰り返し説明することの手間とそれへの嫌悪感，話題の共通性に乏しいことによる複雑な会話用件への対応困難，また家族への用件に対応する責任の自覚にともなう緊張感，そして聞き手側の理解度に対する絶え間なく続く不安感などを抱いていた。

育児上の限界は，親としての役割を持つ対象者が幼児期あるいは学童期にある子どもと接する際，発語の歪みを含んだ言葉のままで会話を展開することによる育児上の懸念から生じていた。読み聞かせやおしゃべり，躾において，子どもは，親である対象者の言葉に違和感的反応を示す。これに対して，対象者も発育への影響に不安を抱き，発語の歪みに対する何らかの対処の必要性を感じるようになる。また，親である自分が子どもの将来の学校生活や結婚に影響を与える可能性についても危惧を抱いていた。*「私がこんな病気になってしまって，子どもへの影響は大きいと思います。まだ下の子は5歳で，絵本とか読んであげてもわかんないってはっきり言われちゃうし。成長に悪く働かなければいいですけど。将来も，自分がこんなからだで学校に行ってしまったら，子どもがいじめられたりするんじゃ…，結婚とかも不安です。」*

さらに対象者は，社会復帰後の時間経過と発語の歪みとの間で，自己像の理想と現実のギャップを次第に感じるようになる。これは発語の歪みについて，電話対応や育児などにまつわる問題を発端として，対象者が自己の主体的努力による何らかの回復促進措置の必要性を意識するためであった。またこのギャップや治療以前の生活体系への固執から，回復の緩慢さを受け入れらず，これが永久的な会話困難への恐れの一因となっていた。*「焦っても仕方ないんでしょうけど，前みたいに話せるようになるんだか…努力はしてるんですよ。なんとか話がスムーズにさえなれば気持ちも楽なんです。でも現実は厳しいですよ，思うようにはいきません。」*

d.『意志疎通型方略』

対象者は，先述の限界やギャップを自覚することにより発語の歪みを補足するため，発語そのものを補う直接的補足と，非言語的部分により補う間接的補足の両者を用いながら意志疎通の円滑化に務めていた。直接的補足には，聞き手側の反応に応じて「**反復**」，「**分解**」，「**掘り下げ**」，「**文脈簡潔化**」，「**強調**」，「**調子**」がある。

反復は，歪みのある単音節を含む言葉を繰り返すことで聞き手に歪みの本来の音を理解させるためのものである。分解は，歪みのある単音節を含む言葉を1つの音節ごとにアルファベットなどに分けて聞き手に伝えることで言葉を理解させるものである。掘り下げは，歪みを含む言葉を聞き手側が理解できないとき，言葉の示す内容をより詳細に説明することで，その言葉を聞き手に伝えるものである。文脈簡潔化は，歪みの出現頻度自体を低くするため，会話の内容を短文にして明瞭化を図るというものでる。強調は，正常な言葉に比べ，歪みを含む言葉に意識的にアクセントを置くことで，歪みをより明瞭に発音するためのものである。調子は，会話における抑揚を明確化することや会話スピードをコントロールすることでより聞き手側の理解を促すというものである。

間接的補足には，「**口唇の動きに配慮する**」，「**非言語的情報（表情・ジェスチャー）を多用する**」，「**歪みが本来の音に比べどのように聞こえるかを聞き手にあらかじめ説明する**」といった方略がある。

加えて専業主婦として復帰した対象者は，親密的対象との関係充実を図る一方，疎遠的対象との接触を回避することで，会話にまつわる対象・活動を限定し，意志疎通の到達で会話が済む範囲で社会生活を送っていた（「**専業主婦復帰型対象者の対人関係再構築**」）。 対象者は，会話の場合においても親密的対象を信頼感を持って付き合いを深め

ていく人のなかで最も代表的な対象として捉えている。そのような親密的対象とであれば発語の歪みにまつわるを懸念を抱かずに対人関係を展開させることができるため，その関係を充実させようとしていた。

2）社内対象を中心とした職務的環境における【会話効率・正確性の促進段階】

就業復帰型の対象者においては，活動範囲が基盤的・周辺的環境を中心とするものから職場という職務的環境へと拡大する傾向が認められた。環境拡大とともに会話対象も社内対象へと変化するわけである。これにより対象者は，基盤的環境内において展開してきた発語補足的方略の限界を認識する。つまり社内対象との会話を展開する上で，発語の歪みを補足しながら相手と意志疎通を図るだけでは，会話の明瞭性，特に効率・正確性が不十分という問題に直面する。この問題に関心を寄せる要因となっていたのは，職場における信頼関係や責任にまつわる良好な対人関係の維持・構築を妨げることへの懸念であった。

以上のことから，対象者は基盤的・周辺的環境で関心を寄せていた発語明瞭性から，相手にいかに自分の意志を効率よく，また正確に理解してもらうかという会話明瞭性に注目するようになる。そして会話明瞭性のために効率・正確性を促進するような会話方略を展開させながら，社内対象との関係を保っていた。このため，この段階を会話効率・正確性の促進段階と名付けた。そして会話効率・正確性の促進段階はa.『**会話明瞭性に対する注目様相**』とこれに対するb.『**会話円滑方略**』，さらにc.『**会話円滑方略の安定様相**』から構成された（図2）。

a.『**会話明瞭性に対する注目様相**』

対象者は，職務的環境へと活動を拡げ始めた初期から，これまでの基盤的・周辺的環境において発語補足的方略を継続することによる幾つかの困難を予測していた。

これまで発語の歪み部分を補足することで，親密的対象との意志疎通を図ってきたが，対象者が相手の誤聴部分を最初に理解し，その上で歪みを補足するという手順により断続的な会話中断が生じていた。また繰り返し行われる補足やその際の会話中断が，会話の意味内容のズレを引き起こす原因となっていた。この意味内容のズレに修正を加えることでさらなる会話中断や意味内容のズレを引き起こすという悪循環さえ生じていた。

このような状況を踏まえて，発語補足的方略の限界感を抱くことで，対象者は職務的環境における社内対象との会話上の明瞭性に関心を寄せるようになる。対象者の会話明瞭性への関心は，「**時間効率化に対する意識**」，「**舌可動の効率化に対する意識**」，「**羞恥的配慮に対する意識**」「**会話の正確的対処に対する意識**」の4つに起因するものであった。

時間効率化に対する意識は，発語補足的対処の際の会話中断，意味内容の修正による会話時間の延長に対する対象者の危惧から生じていた。対象者にとって役割関係にある社内対象との会話の延長によって，相手を時間的に拘束しイライラさせることに，対象者は引け目を感じていた。このことから対象者は，時間的配慮を念頭に置いた会話を実施する必要性を感じていた。

舌可動の効率化に対する意識は，発語の歪みの補足を繰り返しながら意志疎通を図る発語中心対処が，過度の舌可動による疲労や集中力の低下から発語そのものの明瞭性を低下させている現況から生じていた。また過度の舌可動により流涎が誘発され，これがさらに明瞭性を低下させていた。さらに舌可動の問題については，先の会話時間の延長とも関連し，会話の時間が長くなるほど舌可動の疲労も増し明瞭性が低下していた。このことから対象者は，過度の舌可動を回避した会話の必要性を感じていた。

羞恥的配慮に対する意識は，以上のような発語中心対処にまつわる問題を発端として，会話対象が機能低下や疾病を話題にすることや，会話対象からマイナスイメージを付与されることへの配慮の必要性から生じていた。

さらに対象者は，職務的環境において会話上の効率性とともに会話の正確的対処の必要性を認識する。正確的対処は，職場において的確な表現が前提となることを認識するのは当然のことながら，対象者が職務的環境に特有な言葉・話題への対応困難を体験することにも起因する。つまり対象者が，専門的内容を中心とした会話への対応や話題が拡大する状況へ対応の必要性を認識するところから生じていた。

b.『**会話円滑方略**』

対象者は，上述の会話明瞭性に対する注目から，会話明瞭性のための効率・正確性の促進を図る方略を展開させていた。つまり発語の歪み部分を含む語を回避することで相手の誤聴を回避し，一方で舌音を含まない別の語による置き換えといった代替語による会話を行っていた。

代替語による会話は，次の3つの段階を踏みながら展開される。

1番目は，「**歪み部分を含む語の回避**」である。これは，対象者が聞き手の誤聴の原因となる発語を回避するなかで，歪み部分を含む語，あるいは聞き手から問い直される語を特定する段階である。対象者は，環境や会話対象の拡がりに伴い，会話頻度の高まりや多岐に渡る話題を体験する。その体験の積み重ねが，歪み部分を含む語の特定とその回避に対する意識を対象者に植え付けていた。*「人と話すにつれて，はっきりしゃべれないことばを意識的に使わない方が相手にうまく伝わりやすいことがわかってきたんです。だから相手が聞き間違えることばも絞られてきたし，要はそのことばを使わず話ができればいいんですよね。」*

2番目は，「**代替語の予測的選定**」である。これは，周辺的環境における疎遠的対象，職務的環境における電話対応や社内対象との対話で，誤聴を招くと予測される語に代わり，その語に代わる類似語を用いるという予測的対処を前提とした語の選別である。つまり対象者は，環境や対象個々において頻繁に用いられるであろう語をあらかじめ予測し，正常構音のみを含む代替語を準備しているのである。｛はっきりしゃべれないことばを避ける代わりに，それに代わることばで普通に話せることばを用意しておくんです。特によく使うことばなんかは…。｝

そして3番目として，「**代替語の意図的利用**」が展開される。代替語による会話を通して，対象者は会話明瞭性のための効率・正確性の獲得に向けた主体的な努力を続けながら，会話にまつわる対人関係の構築を図っていた。効率性は，代替語の利用による会話中断の回避，中断回避による会話中の思考過程の短縮，思考過程短縮にともなう会話時間の短縮，そして時間短縮による舌可動の疲労軽減とそれにともなう明瞭性の持続という流れで促進されていた。正確性は，代替語の利用による意味内容のズレの回避，聞き手側の違和感的反応の回避，会話内容の信憑性の保持という流れで促進されていた。｛*代わりのことばを使うようになって，相手の反応も変わったと思います。話も中断しなくなっていったし，いちいち中断してあーでもないこーでもないって考えなくてもよくなってったし。まあいちいち何回も補足説明しなくてよくなったでしょ，舌も疲れなくなって…。その分，涎（が口からこぼれること）も少なくなってはっきり話せるしね。だから相手も前に比べてわかりやすく感じてくれてるんじゃないかな。*｝

さらに会話効率・正確性の促進に伴い，対象者は職務的対象にまつわる羞恥的配慮，職務的信頼関係の継続に対してもある一定の満足感を得ていた。

c.『**会話円滑方略の安定様相**』

会話円滑方略の安定様相は，職務的環境における社外関係者との電話対応や社内において比較的接触頻度が低く，役割関係でつながりのある社内関係者に対する会話における方略と，社内でも接触頻度が高く，役割関係だけでなく信頼関係においてもつながりの深い社内関係者との会話における方略を使い分けることで会話の円滑化を図るものである。そして対象者は，会話対象ごとにその方策をパターン化し，それを円滑かつ安定的に展開させることで，会話明瞭性に対する一定の満足感を得ていた。

対象者は，社外関係者との電話対応ならびに上司・部下といった社内関係者との会話においては会話円滑方略，すなわち代替語による会話を中心とした対応を行っていた。これに対して社内関係者のなかでも同僚に対しては，会話円滑方略と対象依存型方略，意志疎通型方略を併用した対応が中心であった。この使い分けは，利害・役割関係を主とする対象と，利害・役割関係だけでなく愛着や信頼による結びつきもある対象という，会話対象に対する対象者の捉え方の相違から生じていた。

3）社外対象を中心とした職務的環境における【会話流暢性の折り合い段階】

就業復帰型の対象者のなかには，営業・サービス職に就き，社内対象だけでなく渉外・顧客対応といった社外対象との交渉を中心的職務とする対象者もいる。このような対象者は，効率的・正確的会話を展開させる一方で，会話から相手に与える社会的印象に関心を集中させ，会話流暢性に対する拘りを持つようになる。そして流暢性を高めるための主体的努力を継続していくなかで，会話からの社会的印象が業績に影響することを認識し，会話の正常性を会話対象にアピールするに至る。また対象者は，職務上の実績や目標到達度，より高い賃金と豊かな生活という高収入志向の揺らぎ，経済的困難による生活設計の危機への懸念，自己の個性や適性に合った職場における職務的地位の低下ややりがいといった満足感の消失に対する懸念といったものと，自己の現実の会話流暢性との間で折り合いを付けながら職務を全うしていた。そして対象者は職務的環境における折り合いに関心を集中させることから，この段階を会話流暢性の折り合い段階と名付けた。会話流暢性の折り合い段階は，a.『**会話流暢性に対する注目様相**』とこれに対するb.『**会話流暢性の促進方略**』，さらにc.『**会話流暢性の折り合い様相**』から構成された（図2）。

a.『**会話流暢性に対する注目様相**』

対象者は，渉外や顧客への対応において対象者の与える会話上の社会的印象が，職務上の業績を初めとする様々な懸念と関連することを認識していた。社会的印象は，会話効率・正確性だけでなく会話流暢性と高く関連していた。会話流暢性とは，会話内容の効率・正確性の維持を前提として，発語の歪みによるよどみがなく，会話全体がなめらかで聞き手側に違和感を与えない会話展開をいう。会話流暢性に関心を寄せる理由として，対象者は次のようなものを挙げていた。

対象者の職務上，会話対象の中心が接触頻度の低い社外の人々であるため，会話展開が予測困難であることが挙げられる。これにより，代替語を予測的に準備するのが困難なため，誤聴回避のための絶え間ない緊張感が対象者を襲っていた。これまで社内で展開してきた誤聴を回避し代替語を用いる会話方略では，渉外・顧客対応には限界があることを認識するに至る。

また職務内容が交渉を中心とすることから，対象者は会話効率・正確性だけを最終的な到達目標とするのではなく，相手に会話上の違和感を与えず流暢性を保持することを職務遂行の第一歩と捉えている。これは，会話の流暢性

はあくまで職務遂行上の一手段であり，相手との交渉において社会的印象を良好に保つことが，業績などの職務評価の向上を目指す上で必要不可欠と認識していたためである。

b.『会話流暢性の促進方略』

以上の会話流暢性への関心から，対象者はその流暢性の促進にあたり発語の歪みそのものに対する矯正の必要性を再び認識していた。つまり対象者は，これまで用いてきた対象依存型方略はもちろんのこと，発語補足的方略，代替語による会話円滑方略では会話流暢性の十分な獲得には至らないと考えている。営業・サービス職に復帰した対象者は，手術以前に極めて近い会話の流暢さを必要としていた。

そして再度，発語の歪みに着目し，矯正のための方法に着目する。これまでの経時的変化による歪みの回復傾向部分に注目し，その部分がどの程度回復しているのか，あるいは回復が今後予測されるのかを確認する。この確認は，以前は歪みとして捉えていた単音節を含む語を親密的対象との会話において用い，発語明瞭性の程度を親密的対象から指摘してもらうことにより行われていた。また医療者から回復の可能性のある単音節についての示唆を得て，リハビリテーションとしての親密的対象との会話を積極的に積み重ねることで発語の歪みの矯正に取り組んでいた。

このような対象者の主体的努力の継続を通して，会話対象に与える違和感を回避しようとする会話の正常さに対する意識が高まっていく。しかし意識の高まりに伴い，逆に対象者は会話流暢性獲得の限界をより強く認識するようになっていた。これは，対象者が回復における理想と現実にギャップを感じていることや，時間経過と回復度との不均衡に起因していた。

c.『会話流暢性の折り合い様相』

会話流暢性の獲得に限界感を抱く一方で，対象者は自己実現の再定義による流暢性に対する折り合いの調整に取りかかる。これは，対象者が会話能力においてある程度まで回復したものの，その後の回復が緩慢傾向にありその回復を実感できなくなることに伴う自己の限界感により，対象者と職場環境との再調整の必要性を認識することによる。この場合の折り合いは，例えば *「営業でお客さんとか会社回っていると，自分の話が病気する前みたいにスムーズにいかないでしょ。もういつこの仕事できなくなるかや配置変わるかって危機感を持っているし，そうなっても仕方ないと思うようにしている。前みたいに話せないんだから受け入れていかないとね。」* というように，対象者が会話能力の低下による失職・配置転換にまつわる懸念をあらかじめ予期しておくことで精神的衝撃を和らげようとする「**職務変更の予測的受容**」，また *「にんな話せない病気になったんだからってあきらめなくなるんじゃなくて，今後のことは不安だけどこれに少しずつ話すのもうまくなって慣れながら自分の可能性を広げていかないとね」* というような，積極的に職務状況を変更して会話能力に見合う職務内容に移行するよりも，現状を受け入れて今後の見通しの不確かさに歩み寄り，馴染んでいきながら自己の適応能力を拡げようとする「**不確かな見通しへの適応**」という２つの態度の均衡を保つ上に成立するものである。

また流暢性の折り合いには，「**職務的役割責任の再定義**」，「**家族的役割責任の再定義**」，「**存在価値への再定義**」といった要因も影響していた。

職務的役割責任の再定義とは，職務役割における責任について組織・集団における社会的要求に応えることよりも，働くことによる個人的な心理的満足や達成感が提供される範囲でそれに応えることに価値を置くことを指す。*「今までは仕事仕事できたんです。でもこれからは自分のペースでやっていきますよ，そこからでも新しい喜びみたいなものが見つかると思いますしね。あんな大きな病気して，初めて働ける喜びみたいなものを心から感じましたしね。」*

家族的役割責任の再定義とは，高い賃金・豊かな生活という高収入志向の達成よりも，生活設計に必要な最低限の賃金を得ながら家庭における個人的な精神安寧を実現することに価値を置くことを指す。*「私は妻と子ども，それに私の両親も同居していて，家族の生活の豊かさとか家の増改築とか今後の生活のこととか，老後もゆっくりしたいなんてことを考えてきましたよ。でも今は，家族が健康で最低限の生活できさえすれば幸せですしね。私はそれで満足しているし，そのために働いている感じです。」*

存在価値の再定義とは，自己の存在意義を職場あるいは家庭においてある一定の評価を受けることよりも，個人の主観的満足感を得ることに喜びを見出すことを指す。*「今まで職場での評価とかを優先してきたよ。それが妻とかにも誇りだったからね。でもそれは今は違うかな…，なんていうかそんなことよりもっと大切なことがあるって考えるようになったのかな。自分は，仕事のための仕事じゃあなくて，もっと楽しみながら仕事をして，そして家族と伴に生きていけるような姿勢が大切なんだって。」*

そして，３つの再定義に対する対象者の意欲が高まると職務変更の予測的受容が促進され，逆にその意欲が弱まると不確かな見通しへの適応が促進されていた。

Ⅳ．考　察

本研究の対象者は，その治療内容においてすべてが舌可動部半側切除あるいは舌亜全摘術を受けた者と限定した結果，対象者は治療後の構音・音声機能低下においてほぼ同様の発語の歪みを体験していた。しかし機能低下の程度がほぼ同様であったにもかかわらず，対象者の《社会復帰背景の差異》から，会話にまつわる様相ならびにその方略は３つの段階に分類された。これは，社会復帰背景の差異に

よる家庭内，職場といった対象者の活動範囲とそこでの会話対象との会話を通しての対人関係が，対象者の捉える術後生活評価に影響を及ぼしているためと思われる。

Tanya[14]は，構音・音声機能低下を抱える患者の社会生活がその機能低下の程度だけに左右されるのではなく，会話を展開する上での社会面や役割機能との関連が大きいことを示唆している。しかし，患者の構音・音声機能の低下がどのような社会環境とどのようなメカニズムで関連するのかといった具体的様相や対処方略にまでは踏み込んでいない。

また今野ら[15]は，舌がん患者における術後の構音・音声機能は約６ヶ月で安定するとし，熊倉[16]は，発語明瞭度が70％以上あれば社会復帰が可能であるが，50％以下では日常のコミュニケーションが極めて困難であるとしている。しかし言語的コミュニケーション機能低下の回復期間，レベルが客観的指標によりある程度明らかにされるとしても，会話は単語の明瞭度，また回復度以外に，様々な社会環境と関連する可能性があることやそれらが患者の術後生活評価に影響を与えることも示唆されている[17-19]。

今日までの器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者に対するリハビリテーションは，機能低下の評価方法，単音節の発語明瞭度を獲得するための訓練方法を中心とする内容がほとんどである[20]。しかし今後は，社会的レベルにまで踏み込んだリハビリテーション看護が求められていくことは明らかであろう。またその内容においても，ただ漠然と進めるのではなく，患者がどのような社会生活を送るかという見通しを踏まえて具体的なリハビリテーション看護目標を設定する必要がある。

本研究より，舌がん患者の置かれる社会復帰背景の差異から会話段階モデルが導かれた。会話機能にまつわる検討において，本研究で明らかとなった会話段階モデルは，国内外，また舌がんのみならず同じ疾病分類に統括されている頭頸部がん，さらには他の疾病分類にまで範囲を広げても新しい理論である。また会話段階モデルより，機能低下を抱えながらも対象者自らが生活再構築のための方略を展開していることは明らかであり，この方略の円滑な展開が対象者の術後生活評価に影響すると思われる。したがってこのモデルから，舌がん患者の社会復帰背景を前提としながら術後生活評価を踏まえた新たなリハビリテーション看護の示唆も得られると考えられる。

よって以下では，対象者の社会復帰背景の差異から導き出された会話段階モデルの３つの段階ごとに，対象者の捉える術後生活評価を踏まえたリハビリテーション看護について考察する。

１．【意志疎通の到達段階】とリハビリテーション看護

意志疎通の到達段階は，専業主婦復帰型と就業復帰型を問わず，すべての対象者が社会復帰後の会話能力にまつわる様相ならびに方略を展開する上での基盤であり，最初に体験するものであった。この段階では，対象者が入院中の体験や社会復帰後の親密的対象との対話，また家庭内の電話対応において，部分的な発語の異常を把握・確認することで発語明瞭性に関心を集中させ，その結果としてそれを補足する方略を用いながら意志疎通を図るというものであった。したがって，意志疎通の到達段階における対象者の術後生活評価の内容は，基盤的環境内における会話相手との意志疎通の達成であり，この達成の程度が生活評価を高めるあるいは低下させると考えられる。このため，第１段階におけるリハビリテーション看護目標の１点目は，発語の部分的異常の把握・確認ならびに異常を補足する方略の獲得と考えられる。

対象者はこの意志疎通の達成において，まず自分が発音する発語の歪みの詳細な把握・確認に大きな関心を寄せていた。この把握・確認には，親密的対象のなかでもとりわけ同居家族が示す発語の歪みやそれにともなって生じる誤聴に対する反応が，対象者との接触頻度から大きな役割を果たしていた。またこの発語の歪みの特徴に対する理解の深まりとともに，対象者は聞き手の誤聴の程度や自己の発語の歪みをあらかじめ予測できるようになり，さらに相手の会話内容の理解度も予測できるまでになっていた。また，これにともなって会話の円滑化も促進されることで，会話にまつわる対象者のコンプレックス解消の一助となったり安堵感をもたらしていた。したがってリハビリテーション看護を実践する上で，医療者が対象者本人に発語の歪みを詳細に把握するための情報を提供することはもちろんであるが，同居家族をはじめとする親密的対象に対して訓練の補助的役割の重要性とその系統だった情報を伝えることで，対象者の意志疎通の達成を早めることができると思われる。そして社会復帰にともない，対象者が意志疎通の達成を早期に獲得することにより，生活評価の低下も回避できると考えられる。

また対象者は，対象依存型方略により親密的対象との会話を展開させていた。この方略は，親密的対象が歪んだ音節を本来の音に変換しながら対象者の言葉を理解できるようになることで，対象者が親密的対象のそのような理解に依存しながら会話を行うというものであった。この点からも，対象者本人だけでなく親密的対象による発語の歪みに対する理解が対象者の術後生活評価を高めると考えられる。そのため，この段階のリハビリテーション看護目標として２点目は，親密的対象の発語の歪みに対する理解と正常な音に変換しながら意志疎通を図ることができることであろう。Blesch[21]は，患者が入院期間より遙かに長い時間を過ごすであろう在宅でのリハビリテーションの重要性を

示唆している。本研究結果からも，器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者に対しては，社会環境を踏まえたリハビリテーションの重要性が見て取れる。特に意志疎通の到達段階は，対象者が親密的対象に依存しながら会話能力にまつわる様相ならびに方略を展開する基盤であった。したがって，舌がん患者の社会復帰後間もない時期におけるリハビリテーション看護では，特に家族などを中心とした在宅に焦点を当てることも効果的な支援につながり，対象者の術後生活評価を高めると考えられる。

その後，対象者は歪み自体はそのままで聞き手の理解度に依存した会話の限界を認識するに至る。この認識は，電話対応上の限界，育児上の限界，自己理想とのギャップに起因していた。そしてこの認識から，対象者は意志疎通型方略を展開させることで意志疎通の達成を図るようになる。この方略は，発語の歪みを言語的あるいは非言語的な工夫により補うものであった。したがって医療者側としては，こうした方略についての情報をあらかじめ患者に提供できれば，基盤的環境内におけるコミュニケーションの展開が促進されることは容易に予測できることである。しかし問題はその提供のタイミングである。本研究の結果から推測すると，この情報が必要とされるのは，対象者が対象依存型方略の限界を認識したときであった。このタイミングがずれてしまうと，せっかくの情報も活用されないことになりかねないので留意が必要であろう。この推測は，Prochaskaら[22]が示す，生活の変容過程のポイントでニーズも異なり，これに合わせた支援の必要性を明らかにした理論横断モデルからも裏付けられる。つまり舌がん患者に対するリハビリテーション看護においても，それを実施する対象やタイミングがずれてしまうと，効果的な支援の提供ができなかったり，逆に患者にとって負担になることも懸念されるわけである。

また専業主婦として復帰した対象者は，親密的対象との関係充実を図る一方，疎遠的対象との接触を回避することで，会話にまつわる対象・活動を限定し，意志疎通の到達段階で会話が済む範囲で社会生活を送っていた。つまりこのような対象者は，意志疎通を図るために相手からの様々な干渉を受けるよりは，自己の精神的安寧を優先して活動範囲を縮小させながら術後生活評価の低下を回避している特徴が示唆されたわけである。したがって，専業主婦として社会復帰する対象者のリハビリテーションを展開する場合，こうした活動範囲の特徴を考慮に入れる必要があると考えられる。

2．【会話効率・正確性の促進段階】とリハビリテーション看護

会話効率・正確性の促進段階は，就業復帰型（農，専門技術，事務・管理，営業・サービス）の対象者が第1段階の意志疎通の到達段階の次に辿る段階であった。この対象者の場合，会話相手が親密的対象から近隣における疎遠的対象，職場での上司・部下・同僚といった社内対象へと拡大することにより，意志疎通の成立だけでは職務上の責任や信頼関係に支障をきたす恐れが出てくる。このためこれまでの発語の不明瞭性に対する補足的な方略の限界を認識し，会話の明瞭性，とりわけ効率・正確性に関心を寄せ，その促進を図っていた。したがってこの第2段階における対象者の術後生活評価の内容は，疎遠的対象ならびに社内対象との会話においてその会話効率・正確性を確保することにより，職場での言語的な問題を回避することにある。このため，リハビリテーション看護目標も就業復帰する対象者に対する会話効率・正確性の獲得に焦点を当て，会話の明瞭性を獲得することが対象者の生活評価を低下させないと考えられる。

対象者は，会話円滑方略を用いることでこれを実現しようとしていた。この方略は，歪み部分を含む語の回避，代替語の予測的選定，代替語の意図的利用という3つの段階を踏みながら展開される。つまりこの方略は，正しい発語の産生に主眼を置くのではなく，会話明瞭性，すなわち会話内容を聞き手側が理解できるように代替語の利用を展開させるものである。したがって医療者は，この3つの段階による方略を機能回復のためのリハビリテーションに取り入れることで，就業復帰型の対象者が関心を寄せる会話効率・正確性をより促進させることができると考えられる。これには，まず第1段階の歪みを含む語の正確な把握を意志疎通の到達段階において行っておく必要がある。さらに第2段階では，対象者が周辺的環境や職務的環境で頻繁に使用するであろう歪みを含む語に代わる代替語を注意深く選び，会話明瞭度が増すように訓練すればよいだろう。

なお就業復帰型のうち，農業職，専門技術職，事務・管理職として社会復帰を果たした対象者は，この会話効率・正確性の促進段階以降は会話における新たな様相や方略が見られなくなる。こうしたことから，これらの対象者においては，会話における効率・正確性の促進がある一定の生活評価をもたらすと考えられる。したがってこの対象者に対するリハビリテーション評価指標の一つは，機能回復として先の3つの段階による方略の到達度としても設定できるだろう。

3．【会話流暢性の折り合い段階】とリハビリテーション看護

会話流暢性の折り合い段階は，就業復帰型のなかでも営業・サービス職に就く対象者が会話の効率・正確性の促進を図る一方で，会話上の社会的印象に大きく影響する会話流暢性に関心を寄せながら社会的折り合いをつけていく段階である。これは，対象者がその会話流暢性の獲得に努力

し，会話能力においてある程度まで回復したものの，その後の回復が緩慢なため回復を実感できなくなることにともなう流暢性への限界感により，対象者と職場環境との再調整，つまり社会的折り合いをつけようとするものであった。したがって対象者のこの第３段階における術後生活評価の内容は，会話流暢性の可能な限りの獲得と，その限界を認識した場合の社会的折り合いの成立であり，この成立の有無が対象者の生活評価を高めたり低下させていると考えられる。このためリハビリテーション看護目標においても，流暢性獲得のための訓練と社会的折り合いをつけるための支援に焦点を当てれば良いだろう。

会話流暢性を獲得するため，対象者は会話流暢性の促進方略を展開させることでその実現を図っていた。これまでの経時的変化による歪みの回復傾向部分に注目し，その部分がどの程度回復しているのか，あるいは回復が今後予測されるのかを確認していた。したがって医療者から回復の可能性のある単音節についての示唆を得て，リハビリテーションとしての親密的対象との会話を積極的に積み重ねることで発語の歪みの矯正に取り組んでいけるとともに，リハビリテーションの継続を通して会話対象に与える違和感を回避しようとする会話の正常さに対する意識が高まっていくと考えられる。

しかし営業・サービス職に復帰する対象者が会話流暢性の促進方略を展開している限り，医療者や親密的対象の流暢性獲得に対する協力は不可欠と考えられるが，会話流暢性の獲得に限界感を抱くようになった状況では，そうした協力はむしろ重荷になる可能性さえあると考えられる。そこで医療者は，対象者の自己実現の再定義と流暢性との折り合いの調整に取りかかるための支援を展開する必要があるだろう。

Ⅴ．看護実践への示唆

これまでの３つの段階から，社会復帰した舌がん患者の会話能力にまつわるリハビリテーション看護について次のような示唆が得られた。

すべての患者が最初に辿る意志疎通の到達段階では，発語の部分的異常の把握・確認と異常を補足する方略の獲得のために，医療者が患者本人だけでなく親密的対象に対して歪みを詳細に把握するための情報提供と，親密的対象には訓練の補助的役割の重要性を伝えることが効果的なリハビリテーション看護につながると考えられる。なお，リハビリテーションを実施する対象やタイミングを誤るとせっかくの情報も活用されないことが懸念されるため，その情報提供の時期には留意が必要である。

就業復帰型の患者が辿る会話効率・正確性の促進段階では，歪みを含む部分を含む語の回避，代替語の予測的選定，代替語の意図的利用という３つの段階を機能回復のためのリハビリテーションに取り入れることで，会話の効率・正確性をより促進させることができると考えられる。

営業・サービス職が辿る会話流暢性の折り合い段階では，流暢性獲得のためのリハビリテーションに焦点を当てることが有用である。しかし会話流暢性の獲得に限界感を抱くようになった状況では，そうした訓練はむしろ重荷になる可能性さえあると考えられる。そこで医療者は，患者の自己実現の再定義と流暢性との折り合いの調整に取りかかるための支援を展開する必要がある。

以上３段階に渡る会話段階モデルに沿ったリハビリテーション看護を展開することにより，これまで舌がん患者に対して画一的な訓練をする傾向にあった現況から，社会復帰背景の要素を取り入れた新たな訓練方法を実践していくことができると考えられる。

謝　辞

本研究を終えるにあたり，インタビューなどに快く応じてくださいました研究対象者の皆様と，調査の場を提供してくださいました病院関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。また研究を進めるにあたりご指導を賜りました愛知県立看護大学大学院看護学研究科儘田徹教授に深く感謝いたします。

要　旨

本研究は，器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者と患者を取り巻く社会環境との相互作用の視点から会話変容プロセスを理論化することを目的とした。手術療法を受けた舌がん患者32名を対象として半構造化面接を実施し，得られた資料を質的帰納的に分析した。この結果，対象者の会話変容プロセスは，《社会復帰背景の差異》から【意思疎通到達段階】，【会話効率・正確性促進段階】，【会話流暢性折り合い段階】という３段階から構成される会話段階モデルとして示された。これらの段階は基盤的環境，周辺的環境，職務的環境という社会環境と対応しており，各環境における対人関係ならびに活動範囲の拡大とともに段階も移行した。そして器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者のリハビリテーション看護は，社会環境の差異および活動範囲を踏まえた会話段階モデルに沿って実践する必要があることが示唆された。

Abstract

The purpose of the present study was to develop a theory of the speech modification process from the viewpoint of the interaction between patients with tongue cancer with impaired organic articulation/vocalization function and their social environment. Semi-structured interviews were conducted with 32 patients with tongue cancer who had had surgery and the data obtained were qualitatively/inductively analyzed. As a result, the speech modification process was presented as a three-stage model based on the differences in social reintegration background: (1) communication achievement stage, (2) speech efficiency/accuracy promotion stage, and (3) speech fluency agreement stage. These stages corresponded to social environments such as the basic environment, peripheral environment, and job environment, and patients made the transition between stages as the human relationships and range of activities in each environment expanded.

These results also suggest that, in the rehabilitation of patients with tongue cancer with dysarthria and dysphonia of organic origin, nursing should follow a speech step model, making allowances for differences in social environment and range of activities.

文　献

1) Semple, C. Sullivan, K. et al. : Psychosocial Interventions for Patients With Head and Neck Cancer. Cancer Nursing, (27) 6, 434 - 441, 2004.
2) Jones A.S. Fenton J.E. Husband D.J. : Performance data and survival in head and neck cancer. Clin. Otolaryngol, 25, 396 - 403, 2000.
3) Dropkin M.J. : Anxiety Coping Strategies and Coping Behaviors in Patients Undergoing Head and Neck Cancer Surgery. Cancer Nursing, 24 (2), 143 - 148, 2001.
4) Ziegler L. Newell R. et al. : A literature review of head and neck cancer patients information needs, experiences and views regarding decision - making. European Journal of cancer care, 13, 119 - 126, 2004.
5) Stewart G. Chen A. et al. : Outcomes Analysis of Voice and Quality of Life in Patients with Laryngeal Cancer. ARCH OTORARYNGOL HEADNECK, 124, 143-148, 1998.
6) Tanya L. : The ICF : A Proposed Framework for Comprehensive Rehabilitation of Individuals Who Use Alaryngeal Speech. American Journal of Speech - Language Pathology, 12, 189 - 197, 2003.
7) 鈴木浩美，岩田浩子：容貌変容・機能障害を生じた頭頸部癌術後患者の社会参加に関連する要因とその構造．日本がん看護学会誌，16(2)，56-67，2002.
8) World Health Organization : International Classification of Functioning Disability and Health Final Draft Full Version. WHO, 2001.
9) 奥宮暁子：リハビリテーション看護の流れと今後の方向性．大阪大学看護学雑誌，8 (1)，4-11，2002.
10) 佐々木日出男，津曲裕次 他：リハビリテーションと看護－その人らしく生きるには．21，中央法規出版株式会社，1999.
11) Strauss A. Corbin J. : Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques, Sage Publications, Inc, 1990.
12) 日本頭頸部腫瘍学会編：附・治療後機能の判定基準（案）．臨床・病理 頭頸部癌取扱い規約．金原出版，101，1991.
13) 総務庁統計局：日本標準職業分類．全国統計協会連合会，1998.
14) 前掲書 6).
15) 今野昭義，花沢秀：口腔癌切除後の舌・口腔底再建術と術後の構音機能および咀嚼機能の評価．秋田医学，18，453 - 475，1998.
16) 熊倉勇美：舌切除後の構音機能．耳鼻，31，238 - 254，1985.
17) David T. Netscher D. : Quality of Life and Disease -Specific Functional Status Following Microvascular Reconstruction for Advanced (T3 and T4) Oropharyngeal. PLSTIC AND RECOSTRUCTIVE SURGERY 1628 - 1634, 1999.
18) Charles M. Lion L. : Survival Function and Quality of Life After Total Glossectomy. Laryngoscope, 107, 1316 - 1321, 1997.
19) Derks W. Leeuw R. et al. : QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER ONE YEAR AFTER DIAGNOSIS. HEAD & NECK, December, 1045 - 1052, 2004.
20) 滝尻源太郎，熊倉勇美：口腔・中咽頭がんのリハビリテーション－構音障害，摂食・嚥下障害.80-136, 医歯薬出版株式会社，2000.
21) Blesch K: Rehabilitation of the Cancer Patients at Home. Seminars in Oncology Nursing 12 (3) 219-225 1996.
22) Prochaska J. Johnson S. : The Transtheoretical Approach : Crossing Traditional Boundaries of Change. Homewood, Ill, Dow Jones - Irwin, 1984.

[平成17年７月８日受　付
平成18年２月23日採用決定]

－研究報告－

手術療法を受けた食道がん患者の退院後の精神健康状態に影響する要因

Factors Effecting Mental Health State of Esophagectomized Patients Following Discharge

白　田　久美子　　吉　村　弥須子　　前　田　勇　子
Kumiko Shirata　　Yasuko Yoshimura　　Yuko Maeda

キーワード：食道がん，GHQ，精神健康状態，QOL，手術後
Key Words ：esophageal cancer, General Health Questionnaire, mental health, Quality Of Life, post operative

Ⅰ．はじめに

食道がんは，年間に１万人ほどの発症がみられ，死亡数は40年の間には3.5倍と増加し，好発年齢は50～70歳代と高齢者に多く，女性より男性に多い疾患である[1]。食道がんの治療法には，化学療法，放射線療法，化学放射線療法，手術療法，そして手術前後の補助療法としての化学療法，放射線療法など食道がん進行度に応じて治療法も多様化し，治療方法の選択肢は増している。最近では上部消化管の診断技術の進歩に伴い，がんの浸潤が粘膜下層までにとどまる表在食道がんの発見率が増加し，比較的良好な予後が期待できるようになってきた。画一的な治療による患者の負担はさけるべきであるとしながらも，stage Ⅰ～Ⅲの食道がんに対する根治的治療法は，手術療法を行うのが確実な治療法であるといわれている[2]。

一般的に行われている手術療法は，がん病巣の切除と食道再建で，がんの進行状況にもよるが，手術範囲が広く，頸部，縦隔，腹部の広範なリンパ節郭清を行うため手術侵襲も大きくなる。その手術療法においても胸腔鏡で食道がん切除を行う胸腔鏡下食道切除術なども取り入れられ，手術創を小さくし，術後におこる症状を軽減して患者のQuality of Life（以下QOL）を高める為の工夫も行われている[3][4][5]。しかし手術療法を受けた食道がん患者は，相対的にみて治療後の障害の程度が大きく，罹患する対象も高齢の人が多いことから，手術後に症状が急変しやすく，また新たな身体的問題が起こる可能性は高い。そのことは退院後の精神健康状態とも関連し，QOLに影響を及ぼすのではないかと考えた。

看護の分野における手術療法を受けた食道がん患者に関する研究は，食生活に関する実態調査，事例紹介や看護ケアの解説がほとんどであり，精神健康状態に影響する要因についての研究は行われていない。そこで手術療法を受けた食道がん患者の退院後のQOLを高める為の看護内容を明確にする基礎資料とするため，本研究は手術療法を受けた食道がん患者の退院後の精神健康状態と精神健康状態に影響する要因について検討した。

Ⅱ．用語の定義

本研究における精神健康状態とは，神経症状がなく日常生活を健康的に営むことができ，患者の主観によって評価された精神的に健康な状態とした。

Ⅲ．研究方法

１．対象者：大阪市内の医学部附属病院で根治的食道切除術を受け，１年以上経過し再発兆候のない食道がん患者80名

２．調査期間：2004年１月～５月

３．調査方法：対象者の外来受診日に，半構成的な質問紙を用いた面接調査を実施した。調査内容は退院後の食生活や手術後の症状など独自に作成した質問紙，および精神健康状態の調査票として日本版General Health Questionnaire 28（以下GHQ28とする）を用いた。GHQ28は，信頼性，妥当性（敏感度90%，特異度86%）が検討されており，結果は総合点と身体的症状，不安と不眠，社会的活動障害，うつ状態の４つの要素点が判断できる。この日本版精神健康調査28項目短縮版は，英国のGoldbergら[6]（1979）により開発され，質問紙法による検査で，主に神経症の症状把握，評価および発見に有効なスクリーニングテストであるが，それを中川ら[7]により日本語版に作成されたものである。この質問紙調査票の最高点は28点，最低点は０点で，得点が高いものほど精神健康状態が低いことを示し，精神健康状態を判断するcut-off pointは５/６点である[8]。

独自に作成した質問紙の各項目の内容は，(1)就業状況に関する項目：１項目，(2)退院後の身体の調子に関する項目：４項目，(3)睡眠等に関する項目：５項目，(4)食生活に関する項目：19項目，(5)手術後の症状に関する項目：８項

大阪市立大学医学部看護学科　Osaka City University School of Nursing

目，(6)喫煙習慣に関する項目：２項目，(7)飲酒習慣に関する項目：２項目，(8)心理面に関する項目：１項目，(9)社会面に関する項目：５項目などの47項目である。また調査終了後，診療録より，術式，術後経過年数に関する情報を得た。

４．倫理的配慮：研究参加者への依頼は，外来診察終了後に研究協力を打診し，研究者が説明用紙を基に，(1)研究の意義，目的，方法，(2)研究参加の意思は自由意思であり，拒否しても何ら不利益を受けないこと，(3)研究対象の匿名性，データの機密性の保持について説明し，同意書への署名を得た。調査場所は参加者のプライバシーが守られる環境を確保し，調査時も対象者の心身状態に配慮した。

５．分析方法：精神健康状態の判定は，GHQ28の判定基準を使用し，総合点で６点未満ならば健常者，６点以上では何らかの問題をもつとし，さらに各要素点は身体的症状，不安と不眠では４点以上が中等度以上の症状，２～３点は軽度の症状，社会的活動障害・うつ傾向では，３点以上が中等度以上の症状，１～２点は軽度の症状とした。

目的変数はGHQ28の総合点を６点以上と６点未満とに分類した。説明変数は単変量解析（Univariate Analysis）と年齢調整した多変量解析（Multivariable Analysis）の結果，有意差（P<0.05）がみられた15項目と医学・生物学・看護学的観点から加えた５項目を今回の解析対象とした。

解析を行う前に，次のように再コード化していたので20項目についてのみ述べる。「身体の調子」「体力」「身体の動き」の項目では，「とても満足している」「良い」を「良い」群，「あまりない」「まったくない」を「良くない」群，「熟睡感」は「よく眠れる」「眠れる」を「ある」群，「あまり眠れない」「眠れない」を「ない」群，「眠剤の服用」は「まったくなかった」を「ない」群，「時々あった」「しばしばあった」「常に利用していた」を「あり」群，「食生活全般」では「大変満足している」「まあまあ満足している」を「満足」群，「あまり満足していない」「不満足」を「不満足」群，「１回の食事時間」は「30分未満」群と「30分以上」群，「食事内容の変化」では「とても変化した」「まあまあ変化した」を「変化した」群，「あまり変化しない」「まったく変化しない」を「変化しない」群，「嘔吐の経験」「苦い水がこみあげる」「食物がつかえる感じ」「労作時の息苦しさ」では，「ない」を「ない」群，「ときどきある」「よくある」を「ある」群，「感冒症状」「疲れる」は術前と比べての変化で，「ない」を「変わりない」群，「ときどきある」「よくある」を「増えた」群とした。医学・生物学・看護学的観点から追加した項目で，「食欲」は「とてもある」「まあまあある」を「ある」群，「あまりない」「まったくない」を「ない」群，「嚥下困難」「吐き気」は「ない」を「ない」群，「ときどきある」「よくある」を「ある」群とした。「年齢」は60歳未満，60歳以上で70歳未満，70歳以上に，「性」は男性と女性，「経過年数」は３年未満，３年以上で５年未満，５年以上で分類した。

最終モデルは年齢，性，経過年数で調整し（Age, Sex, Passing-adjusted multivariate），統計学的解析は，ロジスティックモデルによりオッズ比（OR）および95％信頼区間（95％ CI）を求めた。P＜0.05で有意差ありとした。解析にはSAS Ver.8.2を用いた。

Ⅳ．結　果

１．対象者の背景（表１）

平均年齢66.4歳 SD7.3（46～80歳），男性59人（73.8％），女性21人（26.2％），術式は開胸開腹下食道亜全摘出術胃管再建術（空腸再建術１人を含む）42人（52.5％），胸腔鏡下食道亜全摘出術胃管再建術38人（47.5％），術後経過年数は，３年未満は37人（46.2％），３～５年未満19人（23.8％），５年以上は24人（30.0％），であった。就業状況は仕事をしていない48人（60％），仕事をしている32人（40％）であった。

２．GHQの結果（表２）

GHQ28項目の総合点の平均は5.14 SD4.9で，健常とされる６点未満が53人（66.3％），６点以上で何らかの問題をもつ人は27人（33.8％）であった。各要素点をみると身体的症状の平均点は1.91 SD1.72，不安と不眠の平均点は1.78 SD1.75でそれぞれ２点未満であり，健常と判断された。また社会的活動障害の平均点は0.88 SD1.35，うつ傾向の平均点は0.58SD1.39でそれぞれ１点未満であり，健常と判断された。平均点では健常と判断されたが，より詳細にみると４点以上の中等度以上の症状と判断されるのは身体的症状で13人（16.3％），不安と不眠は11人（13.8％），２～３の軽度の症状は29人（36.2％），31人（38.7％），社会的活動障害・うつ傾向の３点以上で中等度以上の症状と

表１　対象者の背景

n＝80

項　目		人　数 （ ）内は％
平均年齢	66.4 SD7.3歳（46～80歳）	
性	男性	59（73.8）
	女性	21（26.2）
術式	開胸開腹下食道亜全摘出術胃管（空腸含）再建術	42（52.5）
	胸腔鏡下食道亜全摘出術胃管再建術	38（47.5）
術後経過年数	＜3年	37（46.2）
	３年－４年	19（23.8）
	≧５年	24（30.0）
就業状況	仕事をしていない	48（60.0）
	仕事をしている	32（40.0）

表２　ＧＨＱ検査による結果

n＝80　人数（　）内は％

ＧＨＱ総合点の平均点	5.14 SD4.9			
GHQの判定	≦1	2～3	4≦	各要素の平均点
(A) 身体的症状	38 (47.5)	29 (36.2)	13 (16.3)	1.91 SD1.72
(B) 不安と不眠	38 (47.5)	31 (38.7)	11 (13.8)	1.78 SD1.75
GHQの判定	＜1	1～2	3≦	各要素の平均点
(C) 社会的活動障害	47 (58.7)	21 (26.3)	12 (15.0)	0.88 SD1.35
(D) うつ傾向	61 (76.2)	12 (15.0)	7 (8.8)	0.58 SD1.39

表３－①　精神健康状態と関連する要因

	GHQ	≧6 N=27 n (%)	＜6 N=53 n (%)	univariate OR (95% CI)	P-Value	multivariate Age-adjusted OR (95% CI)	P-Value	multivariate Age,Sex,Passing- adjusted OR (95% CI)	P-Value
年齢									
	46-59	3 (11)	7 (13)	1					
	60-69	9 (33)	32 (60)	0.66 (0.14-3.07)	0.592				
	≧70	15 (56)	14 (26)	2.50 (0.54-11.6)	0.242				
性									
	男性	16 (59)	43 (81)	1		1			
	女性	11 (41)	10 (19)	2.96 (1.05-8.29)	0.039	2.68 (0.91-7.87)	0.072		
経過日数	＜３年	12 (44)	25 (47)	1		1			
	３年-４年	6 (22)	13 (25)	0.96 (0.29-3.15)	0.948	1.17 (0.34-4.10)	0.802		
	≧５年	9 (33)	15 (28)	1.25 (0.43-3.66)	0.702	1.37 (0.44-4.25)	0.589		
身体の調子									
	良い	12 (44)	48 (91)	1		1		1	
	良くない	15 (56)	5 (9)	12.0 (3.64-39.6)	0.000	16.0 (3.86-66.1)	0.000	15.6 (3.69-65.8)	0.000
体力									
	良い	7 (6)	34 (64)	1		1		1	
	良くない	20 (74)	19 (36)	5.11 (1.83-14.3)	0.019	4.47 (1.54-13.0)	0.006	5.50 (1.75-17.3)	0.004
身体の動き									
	良い	11 (41)	43 (81)	1		1		1	
	良くない	16 (59)	10 (19)	6.26 (2.23-17.5)	0.001	4.93 (1.67-14.6)	0.004	7.04 (2.07-23.9)	0.002
熟睡感									
	ある	11 (41)	48 (91)	1		1		1	
	ない	16 (59)	5 (9)	14.0 (4.21-46.3)	0.000	13.1 (3.78-45.1)	0.000	16.9 (4.28-67.0)	0.000
眠剤の服用									
	ない	10 (37)	42 (79)	1		1		1	
	ある	17 (63)	11 (21)	6.49 (2.33-18.1)	0.000	5.21 (1.78-15.3)	0.003	5.61 (1.79-17.6)	0.003
食生活全般									
	満足	17 (63)	47 (89)	1		1		1	
	不満足	10 (37)	6 (11)	4.61 (1.45-14.6)	0.010	4.27 (1.22-14.9)	0.023	5.35 (1.45-19.8)	0.012
１回の食事時間									
	30分＞	12 (44)	38 (72)	1		1		1	
	30分≦	15 (56)	15 (28)	3.17 (1.21-8.32)	0.019	2.77 (1.02-7.57)	0.046	3.97 (1.27-12.4)	0.018
食事内容の変化									
	変化した	20 (74)	49 (93)	1		1		1	
	変化しない	7 (26)	4 (7)	4.29 (1.13-16.3)	0.033	0.88 (0.31-2.48)	0.812	1.03 (0.35-3.05)	0.952

判断されるのは，社会的活動障害12人（15.0％），うつ傾向７人（8.8％），１～２の軽度の症状では21人（26.3％），12人（15.0％）がそれぞれの要素において問題とみられた。

３．GHQ総合点と各項目との関連

年齢，経過年数によるGHQ総合点による差はみとめなかった。男性と女性の間には，単変量解析（OR＝2.96,95％CL：1.05-8.29）では有意差を，年齢調整した多変量解析（OR＝2.68,95％ CL：0.91-7.87）では境界領域の差を認めた。

表３－② 精神健康状態と関連する要因

	GHQ	≧6 N=27 n（%）	＜6 N=53 n（%）	univariate OR（95% CI）	P-Value	multivariate Age-adjusted OR（95% CI）	P-Value	multivariate Age,Sex,Passing- adjusted OR（95% CI）	P-Value
苦い水がこみあげる									
	ない	6（22）	24（45）	1		1		1	
	ある	21（78）	29（55）	2.90(1.01-8.33)	0.048	3.19(1.04-9.79)	0.042	3.26(0.97-11.1)	0.057
食物がつかえる感じ									
	ない	8（30）	31（59）	1		1		1	
	ある	19（70）	22（41）	3.35(1.24-9.01)	0.017	3.01(1.05-8.63)	0.041	4.05(1.27-12.9)	0.018
労作時の息苦しさ									
	ない	11（41）	34（64）	1		1		1	
	ある	16（59）	19（36）	2.60(1.01-6.74)	0.049	2.32(0.86-6.27)	0.097	2.41(0.87-6.69)	0.093
感冒症状									
	変わりない	14（52）	42（79）	1		1		1	
	増えた	13（48）	11（21）	3.55(1.30-9.69)	0.014	4.74(1.54-14.6)	0.007	4.77(1.44-15.8)	0.011
疲れる									
	変わりない	2（7）	34（64）	1		1		1	
	増えた	25（93）	19（36）	22.4(4.77-104.9)	0.000	20.3(4.24-97.3)	0.000	24.6(4.61-131.0)	0.000
食欲									
	ある	21（78）	49（93）	1		1		1	
	なし	6（22）	4（7）	3.50(0.89-13.7)	0.072	2.95(0.70-12.5)	0.142	4.85(1.05-22.7)	0.043
嚥下困難									
	ない	12（44）	35（66）	1		1		1	
	ある	15（56）	18（34）	2.43(0.94-6.27)	0.067	2.40(0.88-6.54)	0.087	3.25(1.06-9.99)	0.039
吐き気									
	ない	21（78）	49（93）	1		1		1	
	ある	6（22）	4（7）	3.50(0.89-13.7)	0.072	3.79(0.90-16.0)	0.070	4.88(1.05-22.6)	0.043
嘔吐の経験									
	ない	15（56）	40（76）	1		1		1	
	ある	12（44）	13（24）	2.46(0.92-6.58)	0.073	2.94(1.01-8.56)	0.048	3.16(0.99-10.1)	0.051

単変量解析で有意差を認めたのは，表３－①，３－②に示すように「身体の調子」「体力」「身体の動き」「熟睡感」「眠剤の服用」「食生活全般」「１回の食事時間」「食事内容の変化」，さらに術後の症状については「苦い水がこみあげる」「食物がつかえる感じ」「労作時の息苦しさ」「感冒症状」「疲れる」であった。年齢調整を行った結果で上記の項目の中で「食事内容の変化」「労作時の息苦しさ」で有意差が認められなかった。また「嘔吐の経験」の項目が単変量解析では有意差はなかったが，年齢調整で多変量解析を行った結果有意差が認められた。

年齢・性・経過年数で調整した最終モデルで有意差を認めた項目とそのORおよび95% CIは，表３－①，３－②に示す。「身体の調子」（OR＝15.6,95% CL：3.69-65.8），「体力」（OR＝5.50,95% CL：1.75-17.3），「身体の動き」（OR＝7.04,95 % CL：2.07-23.9），「熟睡感」（OR＝16.9,95 % CL：4.28-67.0），「眠剤の服用」（OR＝5.61,95 % CL：1.79-17.6），「食生活全般」（OR＝5.35,95% CL：1.45-19.8），「１回の食事時間」（OR＝3.97,95 % CL：1.27-12.4），食物がつかえる感じ（OR＝4.05,95 % CL：1.27-12.9），感冒症状（OR＝4.77,95 % CL：1.44-15.8），疲れる（OR＝24.6,95 % CL：4.61-131.0），「食欲」（OR＝4.85,95 % CL：1.05-22.7），嚥下困難（OR＝3.25,95% CL：1.06-9.99），吐き気（OR＝4.88,95 % CL：1.05-22.6）であった。「食欲」と「嚥下困難」が最終モデルで新たに有意差がみられた。

Ⅴ．考　察

１．対象者の特徴

食道がん患者は，好発年齢が高齢で，男性に多い疾患である。今回の調査対象者は１年以上経過し再発兆候のない患者であったが，本研究においても平均年齢66.4歳で，女性より男性の方が多かった。年齢が高いこともあり仕事をしていない人が48名（60%）であった。GHQ28の判定基準を使用し，精神健康状態の判定を行った。GHQ28総合の平均点は5.14 SD4.9で，各要素点でみた結果では，身体的症状の平均点は1.91 SD1.72，不安と不眠の平均点は1.78 SD1.75でそれぞれ２点未満であり健常と判断された。また社会的活動障害の平均点は0.88 SD1.35，うつ傾向の平均点は0.58 SD1.39でそれぞれ１点未満であり健常と判断された。平均点からみると手術療法を受け退院し１年を過ぎると，精神健康状態は落ち着いてくるのではないかと考える。

手術療法を受けて退院した後もできるだけ身体的にも精神的にも問題がないことが望ましい。しかし，各要素点を詳細にみると，身体的症状と不安と不眠で4点以上と中等度以上の症状と判断されるのがそれぞれ13人（16.3%），11人（13.8%），社会的活動障害・うつ傾向の3点以上で中等度以上の症状と判断されるのはそれぞれ，12人（15%），7人（8.8%）であったこと，またGHQ28総得点で6点以上の精神健康状態に何らかの問題をもつ人が27人（33.8%）いた。この点について先行研究と比較してみると，筆者ら[9]が実施した退院後1年以上経過した胃切除術後の胃がん患者を対象とした調査結果では，GHQ28の平均は4.3で精神健康になんらかの問題をもつもの30名（34%）であった。GHQの平均点は食道がん患者の方が高かった。がん患者にGHQを用いた調査では，ほぼ30%は精神的に不健康状態であるとの報告[10]があるが，食道がんで手術療法を受け1年経過後における患者においても3割が精神健康状態に何らかの問題をもつという結果であった。どのような精神健康問題を持つのかについて今回の調査からは明らかにすることはできなかったが，病名，がんの進行度，術式，経過年数，年齢などにより違いがあることも推測されるのでさらなる検討が必要と考える。

真壁は[11]乳がん患者を対象として縦断的に日本版GHQ60項目（cut-off pointは一般的に12/13点）を用いた調査を行ない，結果で手術前が15.32，手術後2週間13.78，手術後1ヶ月では15.55と高いが手術後1年目では11.85と低くなっていることを報告している。またQHO28項目の各要素点を用い子宮摘出術を受ける前と術後1年後を比較したRaneeら[12]の調査では，不安と不眠2.1 SD2.3，術後1年目では1.1 SD1.9，身体的症状2.4 SD2.3，術後1年目では1.3 SD1.7，社会的活動障害1.4 SD2.0，術後1年目では0.8 SD1.6，うつ傾向0.6 SD1.4，術後1年目では0.4 SD1.2で術後経過を追う毎に低下すること，つまり精神健康状態は良くなることを報告している。手術後経過とともに手術に伴って生じる症状も軽減し，精神健康状態は良くなることは十分考えられる。手術後いつの時期になれば手術と関連する精神健康問題が少なくなるのかが重要である。今回の調査では1年後に焦点をあて，対象者の66.3%は健常とされる判定であったが，33.8%は精神健康状態に何らかの問題をもつ人であった。3割の人達は1年過ぎても尚手術を受けたことにより何らかの問題をもち，それが精神健康状態に影響する要因ともなっていることが推測される。最近の医療現場では入院期間の短縮により，できるだけ早期に退院することが進められているだけに，手術後早い時期に心身ともによりよい状態になるように，またできるだけ障害が残らないように援助することが大切である。今後手術後の経過日数に応じてどのように変化するのかをみていくことで，より特徴的な問題も把握できるのではないかと考える。

2．精神健康状態に影響する要因

退院後も日常生活が精神的に健康で過ごせないのはどのような影響要因が考えられるのか検討した。単変量解析，交絡変数の年齢で多変量解析を行い，そして交絡変数の年齢・性・経過年数で調整した最終モデルでの結果から，精神健康状態に影響する要因としては，身体の調子が良くない，体力が良くない，身体の動きが良くない，熟睡感がない，眠剤の服用，食生活全般に不満足，1回の食事時間30分以上かかる，食物がつかえる感じがある，手術後に感冒症状になるのが手術前より増えた，手術後に疲れることが手術前より増えた，食欲がない，嚥下困難がある，吐き気がある，このようなことが日常生活で問題となり，心理社会的な面で苦痛を伴い，不安などが増したりして精神健康状態にも影響することがわかった。秋田谷ら[13]は，食に関することで手術後に起こる問題は，食事回数が1日5～6回となり食事時間1回30分前後，食行動の変化として食事内容，嗜好に変化があり，満腹感，空腹感が自覚できない，飲酒・外食ができないなど退院後も日常生活に支障を及ぼし，身体的に苦痛が伴うという側面があるのではないかと述べている。このような問題を持つことも考えられるが，今回の調査結果で精神健康状態に影響するのは，食事に関することのなかでも食事の仕方ではなく，食生活全般に不満足で，食欲がなく，1回の食事時間が30分以上かけないと摂取できない，身体の調子，体力や身体の動きが良くないことなど，日常生活をスムーズに送れないなどの障害がでるからではないかと考えられた。

また年齢，性，経過日数での調整後の結果で嚥下困難がある，食欲がないという症状がみられた。Knippenbergら[14]は，食道がん患者のQOLを手術療法前後に経験した症状などについて調査した。結果，活動レベルが術後悪くなること，身体的症状では嚥下症状，食欲がない，疲れる，などの症状が術前と比較し術後に有意に高い値であったこと，McLartyら[15]は食道切除を受け，5年以上生存している患者の107人（男性81人と女性26人）を対象に調査を行なった。結果，胃食道逆流性食道炎64人（60%），53人（50%）でダンピングの徴候，および嚥下困難27人（25%）があり，17人（16%）の患者は無症状であったと報告している。Collardら[16]は，17人の患者を3年間追跡調査し，退院後に不満なことは11人が食事に関することであり，さらに嚥下困難，下痢，咳に誘発した嘔吐，食後の発汗を訴えていたことを報告している。このように手術後も食生活に関することや嚥下困難等の症状があることについての報告は多くみられる。これらの症状が退院後も引き続きみられると精神健康状態に影響するようである。特に食道がん

の手術後は非生理的な経路で食道を再建，吻合部狭窄などにより誤嚥や通過障害等が生じ，経口摂取がスムーズに進まず，食事に対する不安やストレスを抱えていると考えられる。またがんという疾患から転移や再発に対する不安，日常生活に何らかの問題を抱きながら生活することで精神健康状態に何らかの問題を持つ患者もいることが十分推測される。それだけに退院後も医療者の継続的な観察と個別的な対応を行い医療者側のサポートが重要で，支援体制についての検討が必要であると考える。

Ⅵ．まとめ

GHQ28の判定基準から精神健康状態が良いが53人（66.3％）であった。またGHQ28の各要素点は健常と判断された。精神健康状態に影響する要因としては，年齢・性・経過日数で調整した最終モデルでの結果から，身体の調子が良くない，体力的に良くない，身体の動きが良くない，熟睡感がない，眠剤を服用している，食生活全般に不満足，１回の食事時間30分以上かかる，食物がつかえる感じがある，手術後に感冒症状になるのが手術前より増えた，手術後に疲れることが手術前より増えた，食欲がない，嚥下困難がある，吐き気がある，このような要因が日常生活で問題となり，心理社会的な面で苦痛を伴い，不安を増したりして精神健康状態にも影響することがわかった。

謝　辞

今回の研究にあたり，ご協力いただきました大阪市立大学大学院医学研究科大杉治司先生および同研究室の先生方，病院の看護部長，外来看護師長，スタッフの方々に深謝致します。

要　旨

手術療法を受けた食道がん患者の退院後の精神健康状態に影響する要因について検討することを目的とした。対象者は大阪市内の病院で手術療法を受け退院し１年以上経過した食道がん患者80名，期間2004年１月～５月，方法は半構成的な面接調査，調査内容は食生活や症状，GHQ28，診療録の情報も得た。倫理的配慮は研究参加の自由，匿名性，データの機密性の保持を説明し同意を得た。統計学的解析はロジスティックモデルによりオッズ比（OR）と95％信頼区間（95％ CI）を求めた。SAS Ver8.2使用。結果は平均年齢66.3歳，GHQ28総合点の平均5.1，最終モデルで有意差があったのは，身体の調子が良くない，体力がない，身体の動きが良くない，熟睡感がない，眠剤を服用，食生活全般に不満足，１回の食事時間が30分以上かかる，食物がつかえる感じ，感冒症状・疲れることが術後増えた，食欲がない，嚥下困難がある，吐き気があるであり，これらが精神健康状態に影響する要因と考えられた。

Abstract

The aim of this study was to determine the factors affecting the postoperative mental health of esophagectomised patients. 80 patients (66.3 years old, 59 male and 21 female), survived without recurrence for 12 months or more after curative esophagectomy for cancer, were subjected. Investigation period was from January to May, 2004. The information was obtained by personal interview with GHQ and questionnaire about condition of oral uptake and symptoms. Statistic analysis was performed with logistic analysis using SAS Ver8.2 for Windows. As the results, the mean GHQ score was 5.1. The GHQ score was significantly different between the patients who were complaining condition of the body, loss of physical strength, loss of physical activity, sleeping disturbance, using sleeping pills, appetite loss, or taking long time for each meal than the others, and dysphagia, vomit, feeling choked up with diet, cold symptom, fatigable. These factors were found to relate the mental health.

文　献

1）厚生統計協会：国民衛生の動向，5(9)，50，2003.
2）日本食道疾患研究会編：食道癌ガイドライン，金原出版，東京，2002.
3）東野正幸，谷村槇哉，他：手術侵襲の軽減化 内視鏡手術 胸腔鏡下食道切除術の手術侵襲外科治療，87(4)，363-368，2002.
4）大杉治司，高田信康，他：胸腔鏡下食道切除を中心とした我々の手術方針と手技　手術，57(4)，437-442，2003.
5）大杉治司，高田信康，他：胸腔鏡下のリンパ節郭清　消化器外科，27(1)，67-74，2004.
6）Goldberg, DP., Hillier, VF.： A scaled version of the General Health Questionnaire, Psychological Medicine, 9, 139-145, 1979.
7）中川泰彬，大坊郁夫：日本版ＧＨＱ精神健康調査票手引，日本文化科学社，1985.
8）福西勇夫：日本版General Health Questionnaire(GHQ) のcut-off point，心理臨床，(3)，228-234 1990.
9）吉村弥須子，前田勇子，他：胃癌術後患者の精神的健康からみたQuality of Life，第24回日本看護科学学会学術集会，東京，2004.

10) Fallowfield, L., Ratcliffe, D. et al.： Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. British Journal of Cancer, 84(8), 1011-1015, 2001.
11) 真壁玲子著：日本人乳がん体験者のソーシャル・サポートと精神的・身体的状況に関する縦断的研究．日本がん看護学会誌 Vol.16 No.2 2002.
12) Ranee Thakar,Susan Ayers, Alexandra Georgakapolou et al; Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms：a prospective and randomized comparison of total versus subtotal hysterectomy), BJOG, Vol(111), 1115-1120, 2004.
13) 秋田谷夏江，石川有理，他：食道癌切除術を受けた患者のQOLの検討－食事摂取を中心とした生活実態を調査して，成人看護，32，147-149，2001.
14) Knippenberg, F, C., E, Tilanus, J. et al.： Quality of Life in patients with resected esophageal cancer, Soc. Sci. Med., 35(2), 139-145, 1992.
15) McLarty, AJ., Deschamps, C. et al.： Esophageal resection for cancer of the esophagus： long-term function and quality of life, Ann Thorac Surg, 63(6), 1568-72, 1997.
16) Collard, JM., Otte, JB. Et al.： Quality of life three years or more after esophagectomy for cancer, J Thorac Cardiovasc Surg, 104(2) 391-394, 1992.

[平成17年1月11日受　付
平成17年12月26日採用決定]

－研究報告－

糖尿病の食事療法の実施に影響する心理的要因の検討

A Study of Psychological Factors Influencing Diet for Diabetes

冨澤 登志子[1)]　平岡 恭一[2)]　北宮 千秋[1)]
Toshiko Tomisawa　Kyoichi Hiraoka　Chiaki Kitamiya

キーワード：糖尿病，食事療法，自己効力感，態度，工夫行動
Key Words ：diabetes, diet, self-efficacy, attitude for a diet, behavioral devices for a diet

Ⅰ．問題と目的

糖尿病は近年増加の一途をたどり，平成14年の厚生労働省による糖尿病実態調査では，境界型も含めると約８人に１人の割合まで増加していることが報告されている。糖尿病は生活習慣病の一つであり，食事や運動を中心とした生活習慣を改善することでうまく血糖コントロールされるならば，健康な人と変わらない状態を維持することができる。しかし生活改善のための糖尿病教育の効果は時間とともに低下し，教育を受けた後一旦は指導された食事療法・運動療法を守ろうと生活習慣を変化させるが，時間とともに実行度の低下が明らかにされている[1) 2)]。たとえ教育入院を行っても必ずしも長期的な効果は望めず，いかに知識や技術を習得したとしても，患者自身によって糖尿病の療養法に沿った厳密な日常生活の自己管理は困難といえる。自己管理の中でも，食事の自己管理，つまり食事療法は，発症初期の患者から重症の合併症をもつ患者まで全ての糖尿病の患者に必要である。しかし量的にも質的にも制限が多く，多くの患者が困難感や嫌悪感を抱いている[3) 4)]。長期間，食事療法を継続するための医療従事者の介入時期，適切な介入方法，血糖コントロールを維持する教育プログラムなど検討する基礎研究として，糖尿病患者の自己管理行動を理解する上で近年多くの心理学的領域から研究がなされている。以下に糖尿病の看護領域で用いられている心理学的概念について説明する。

【動機づけ】

Deci & Ryan[5)]は，活動することそのものに内在する満足感を求める動機づけ，すなわち自己目的的な動機づけを内発的動機づけとし，それに対して活動それ自体には含まれない報酬を求める手段的な動機づけを外発的動機づけと定義している。また外発的動機づけの構造と作用についての理論は自己決定理論（Self-determination theory）といい，学習場面などで多く用いられてきた。自己決定理論は，外発的動機づけを自己決定の程度という連続体上で捉えると同時に，自己決定を促進する要因として社会的文脈を強調した理論である。従来外発的動機づけとされてきたものを外的調整，取り入れ的調整，同一化的調整，統合的調整に分類している。調整については，行動の価値に基づき，行動を調整，統制する段階を表し，各調整段階で動機づけが生起する。各調整段階については，外的な圧力に従って行動する外的調整の段階から，実行しないと不安だから，恥ずかしいから行う取り入れ的調整，自分にとって重要であるから行う同一化的調整，その活動が自分の中の価値や重要性と統合されている統合的調整の段階まで，自己決定の程度，自律性の程度に従って連続体上に配置され[6)]，統合的動機づけが最も自己決定的で，自律的で，内発的動機づけに最も近い外発的動機づけである。ヘルスケア領域では，自己決定性の高い（自律性の高い）動機づけを持つことが，肥満者の体重減少の長期間維持に関連があること[7)]，糖尿病の領域でもより自律的な動機づけが血糖コントロール指標の改善と関連があるとの報告がある[8)]。

近年では，Deci & Ryanの理論に合わない研究結果[9)]や内発―外発の区分と自己決定性とは独立として扱うべきといった意見も出されている[10)]。本研究の予備調査においても，従来の取り入れ的動機づけや同一化的動機づけとして設定した項目が必要性（個人）動機づけ〔自分自身にとって必要であるから行う〕，必要性（社会）動機づけ〔家族や仕事のため必要であるから行う〕に置き換わっている。

【自己効力感】

近年，行動を予測し遂行を改善する上で，遂行可能性に関する認知的要因として，自己効力（self-efficacy）が非常に注目を集めている。自己効力とは，Banduraの社会的学習理論の中で提案されたものである[11)]。Banduraは行動の

1）弘前大学医学部保健学科　School of Health Science, Hirosaki University
2）弘前大学教育学部心理学教室　Department of Psychology, Faculty of Education, Hirosaki University

先行要因として効力予期，結果予期を挙げた。結果予期とは，行動がどのような結果をもたらすかという予測に関するものであり，効力予期とは結果に導く行動をうまくやれるかというどうかという期待であり，個人によって知覚された効力予期は自己効力感と呼ぶ。自己効力感は能力があることの単なる自己認知だけでなく，それを実行する技能を持つということの判断を含んでおり，状況特殊的に捉えられている。また動機づけ機能をもった認知的変数である。自己効力感は行動の予測因として注目されており，各方面からの研究が非常に盛んである。臨床心理学分野では，ヘビ恐怖症の治療に関する研究[12]や禁煙に関する研究[13]などが報告されている。糖尿病の領域でも近年自己効力感に関する研究が進み，食事管理に関しては安酸[14]が自己効力感尺度を作成し，食事管理行動や血糖コントロール指標との関連を明らかにしている。自己効力は動機づけ要因として有用であるという視点から，自己管理の継続が困難な患者に対して，自己効力感を高める必要性が強調されている[15]。また，介入により患者の自己効力感を強化でき，行動を変化させ，血糖コントロールを良好に維持できることも明らかにされている[16]。

【態　度】

社会心理学の分野では，人間はさまざまな対象，事象に対して特有の反応傾向をもつ態度（attitude）が，人々の社会的行動を理解し予測するための重要な概念として，その構造や機能，変容の方略について多くの研究がなされてきた[17]。Allportは，態度を定義して，“態度とは，関連するすべての対象や状況に対する個人の反応に対して，直接的かつ力動的な影響を及ぼす，経験に基づいて組織化された，精神的および神経的準備状態のことである”と述べている[18]。また態度は学習された性質であり，かつ一時的な状態というよりはむしろ持続する傾向がある。そうであれば，学習を増大させるあるいは減少させるすべての方法が態度の変容を引き起こすのに適用できる。さらに持続する傾向であると概念化することの実質的な帰結は，人々の態度を変化させることによって，一時的な行動の変化というよりはかなり持続した行動の変化を導きだせる[19]。態度は行動に深く関わると考えられ，態度から行動を予測できると言い換えられる。態度と行動の一貫性については多くの研究がなされてきた。態度と行動に一貫性がないとする研究もあるが，最近のKrausらの研究では態度が先の行動をある程度予測すると報告をしている[20]が，一方Newcomb, Turner & Converse（1965）は，行動は態度と状況要因の関数であり，行動は態度のみによっては決定されず，態度と行動が一致しないこともありうるという[18]。

こうした態度と行動の関係は，ヘルスケア分野においても同様の関係があると推測される。ヘルスケア分野では，態度ではなく信念という形で測定され，個人の持つ信念が勧められた医療的行為の実行や治療結果に深く関わっていることを示した研究が多い[21]。Rosenstockらは特定の保健行動を動機づける２つの基本的信念から成り立っている保健信念モデル（Health Belief Model）を提唱した[22]。病気への陥りやすさ（脆弱性）と病気に伴う重大な諸結果の認知（重大性）という信念が，特定の保健行動に向けた心理的準備状態を高める。このような心理準備状態に加え，さらに本人の持っている行動の健康への効果性と便宜性の信念を媒介することで行動へ導かれるとする理論である。またAjzen&Fishbeinは，行動に直接作用するのは行動意図であるが，個人の行動への態度，およびある行動を行うように社会から受ける圧力に対する個人の認知である主観的規範がこれを規定するという合理的行為理論（theory of reasoned action）によるモデルを提唱し[20]，これらは保健行動に応用され，行動の意図を規定する態度尺度が作成されている[23]。

【行動療法的視点】

医療分野において用いられる行動心理学に基づく技法には，行動療法（behavior therapy）がある。行動療法の基盤となる理論は学習理論であり，主な技法は行動連合理論のレスポンデント系として系統的脱感作法やフラッディング法があり，オペラント系としてトークンエコノミー法，シェーピング法などがある。

オペラント系の方法はSkinnerの行動理論に基づいており，行動分析学（behavior analysis）と呼ばれる体系を基礎としている。行動分析学の目指すものは，行動の予測と制御である。また行動分析学において，分析とは特定の出来事を生起させる諸条件（制御変数）を明らかにすることである。行動後の環境変化が個人にとってプラスに働く好子（reinforcer）であるのか，マイナスとなる嫌子（disinforcer）となるのかで，行動が出現したり消失したり，強化されたり弱化されたりする。杉山[24]は，糖尿病患者の食事療法について，行動分析学の枠組みから検討しているが，血糖値の上昇があっても気分が不快になったりすることがないため生理的な嫌子とはならず行動制御には至らないこと，合併症の出現に関しても何年も先の出現になるため嫌子出現阻止の随伴性による行動の制御は不可能であることなど述べている。

また，認知的行動療法（cognitive-behavior therapy）という最も新しい行動療法の動きもでてきている。これは認知活動が行動と別の活動であり，行動の上位にあって行動を支配しており，したがって行動を変化させるときには，認知の変化が不可欠であるとしている。認知行動療法は，目

標を記述して実際に目標に達するような方法を教示し，それを試み，効果を検討しようとする方法を持っている。医療分野では，腹膜透析をしている慢性腎不全の患者に対し，ステップバイステップ法，モニタリング法を併用し，運動行動の向上に効果が認められた報告がある[25]。また，金ら（1996）は２型糖尿病患者を対象にしたセルフモニタリング法とホームワークの割り当て，望ましい行動に対する積極的強化，健康行動の維持に関わる自己教示の指導などの認知行動的介入を４ヶ月行い，自己管理行動のコントロールが良好で，自己効力感が高まったことを示している[16]。

【研究目的と仮説モデルについて】

１．仮説モデルと変数の機能について（Figure１）

食事療法の実施に至る心理的構造に関しては，各心理学的変数と行動との関連，変数間の関連についての先行研究から検討すると３つの仮説モデルが考えられる（Figure１）。

このモデルは，行動に直接強い影響を及ぼす変数がどれかによって決定した。まず「自己効力感」および「動機づけ」は動機づけ要因であり，行動に最も関連が強い変数であると考えられるため，「自己効力感」が最も行動に関連する変数であれば仮説１の“自己効力感優位型モデル”，「動機づけ」が最も行動に関連する変数であれば仮説２の“動機づけ優位型モデル”が考えられる。また「行動」の強化を促す「刺激制御」や認知的行動療法に用いられている「セルフモニタリング」が食事療法の実施になんらかの影響をもたらすものと考えられるため，行動療法的視点の変数が最も行動に関連する場合は，仮説３“工夫優位型モデル”が該当すると考えられる。さらに認知行動療法的なセルフモニタリング機能が働けば，「自己効力感」に対しても影響を及ぼすものと考えられる。

「動機づけ」に関しては，取り扱う４つの動機づけを比較した際，どの動機づけが最も行動に影響を及ぼすのかという事実が非常に重要である。速水[26]は，大人の場合の学習場面においては内発的動機づけと外的動機づけの中間的存在である必要性の動機づけがより影響が強いと述べているが，本研究でも成人期から老年期の大人が対象であるため，必要性の動機づけが行動への影響を示すことが予測される。また自己効力感と動機づけ間の関連に関しては，Williamsらは１年にわたる調査で，より内発的な動機づけが有能感を高め血糖コントロールの改善に寄与すると報告している[8]。行動に対して自己効力感より動機づけの影響が強ければ，仮説２のように内発的動機づけから自己効

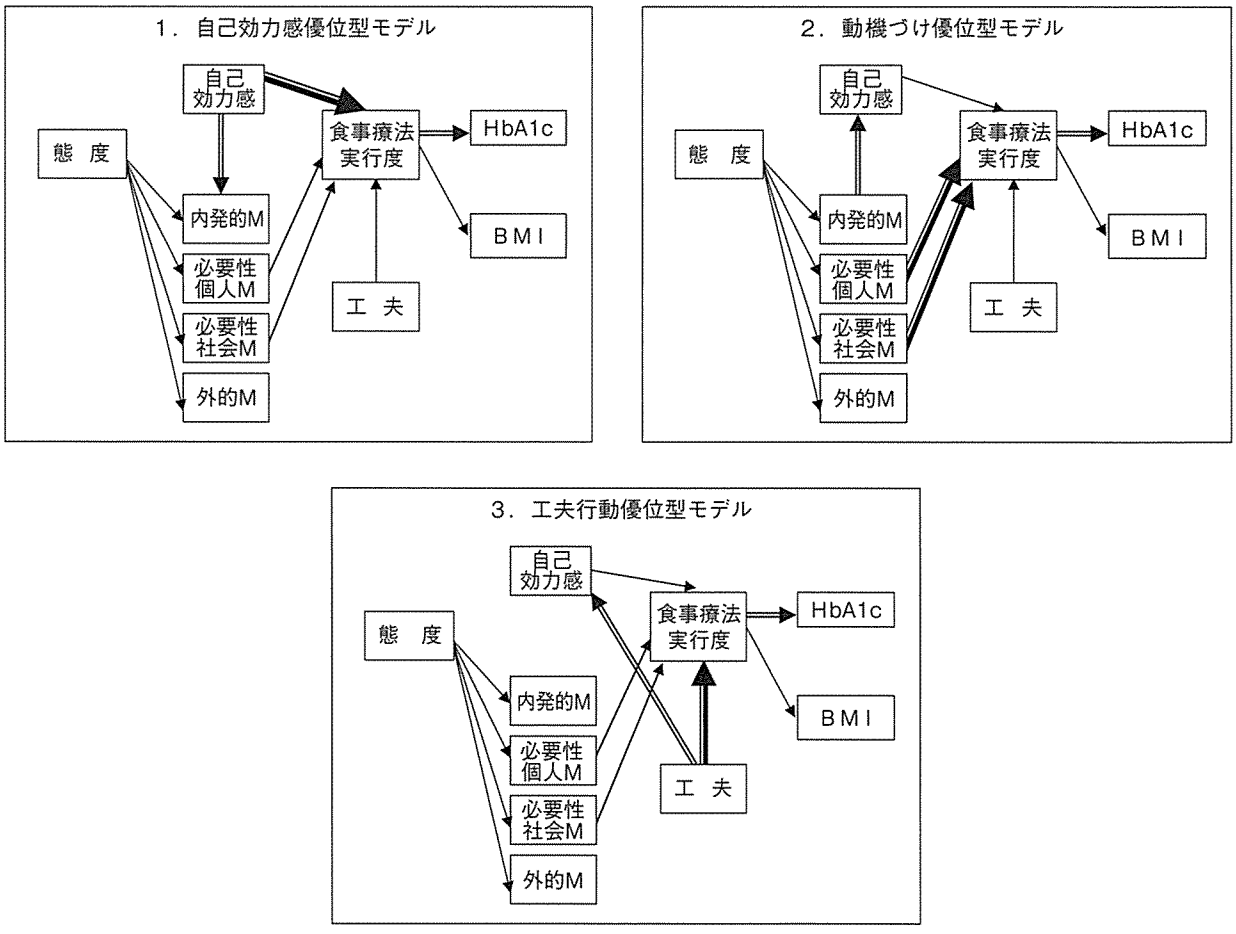


図１　食事療法遂行に関連する各変数間の仮説モデル

力感に対しても影響を及ぼすと考えられるが，逆に自己効力感の影響が強ければ，仮説1のように自己効力感から内発的動機づけへも影響を及ぼすと考えられる。

その他「態度」に関しては，健康行動に関する「態度」を取り扱った文献では「態度」は「行動」を直接予測する変数とはならない場合が多い。そしてAjzen & Fishbeinの合理的行為の理論では，「態度」から行動意図に影響を及ぼし，間接的に行動の促進に関わっている変数であるとされている。よって「態度」は行動には直接関連しないで，「動機づけ」に間接的に影響を及ぼす変数と考えられる。

2．研究目的

糖尿病の食事療法に関しては，動機づけ変数との検討は多くなされてきたが，食事療法を実施するということは非常に複雑な行動であり，先の4つの心理学的概念と行動を総合的に分析し，行動に最も影響を与える変数が何なのかを検討する必要がある。しかしながら，現在のところそのような全体的な変数間の関連について検討した研究は見当たらない。よって本研究では，行動変容との関連が深い心理学的概念から動機づけ，自己効力感，態度，行動療法的視点という4つの概念を用いて，総合的に糖尿病の食事療法を実施するという行動に影響を与える変数を検討する。その際，先行研究から導き出された上記の仮説モデルを用いて，どの仮説モデルが最も適合しているのか，そして4つの心理的変数の行動に対する相対的影響度を明らかにする。さらに，食事療法の実施に至る心理構造を明らかにし，各変数間の関連と機能についても検討することを目的とする。

※用語の定義

- 動機づけ：食事療法の実施に関わる動機づけを指し，外的動機づけ〔他者の強制や叱責によって実施しようとする場合想定される動機づけ〕，必要性（社会）動機づけ〔家族や仕事など社会的な目的のため行う動機づけ〕，必要性（個人）動機づけ〔自分自身にとって必要であるため行う動機づけ〕，内発的動機づけ〔興味があるから，楽しいからといった理由により自ら実施するという動機づけ〕という4つを示す。
- 自己効力感：ここで用いられる自己効力感は，個人が知覚する糖尿病の食事療法を実施できるという確信とする。
- 食事療法の実施度：糖尿病患者が食事療法を実施している程度を表し，行動の指標として食事療法得点として示す。
- 態度：ここで用いられる態度は，食事療法を実施することが糖尿病患者にとって重要であるとする姿勢を表す。
- 食事療法の工夫：行動療法の概念に基づき，食事行動を引き起こす刺激を低減したり，発現させたりしないようにするための行動を指す。

Ⅱ．方　法

1．調査対象

A病院　糖尿病外来に通院する糖尿病患者183名，およびB医院に通院する糖尿病患者

111名

2．質問紙の構成

1）患者の属性

2）食事管理自己効力感尺度（安酸，1997）

3）食事療法の動機づけ

速水の学習動機づけを測定する質問紙[27]を参考に，糖尿病の食事療法を行う4つの動機づけを測定する項目を作成した。4つの動機づけは，外的動機づけ，取り入れ的動機づけ（行動としては自ら行うが，失敗すると恥ずかしいから，実行しないと不安だからといった消極的理由による動機づけ），同一化的動機づけ（行動を同一化し，自分にとって重要だから実施するという動機づけ），内発的動機づけで計33項目設定した。Deci & Ryanの理論に基づく因子構造であるか予備調査（n＝80）で確認的因子分析を行った結果，外的動機づけ，内発的動機づけに関する因子が抽出され，取り入れ的動機づけ，同一化的動機づけの項目は，必要性（個人）動機づけと必要性（社会）動機づけに分かれた（重みなし最小2乗法，バリマックス回転，因子寄与率48％）。Cronbachのα係数は，外的動機づけが0.8，必要性（個人）の動機づけが0.9，必要性（社会）動機づけが0.81，内発的動機づけが0.72といずれも高い信頼性を確保した。速水は，内発的動機づけと外発的動機づけの中間的存在として必要性の動機づけをあげている[26]が，速水の想定するような動機づけを示唆すると考えられた。しかし糖尿病患者の食事療法に関連する動機づけは，Deci&Ryanの主張する自律性の程度に従って配置される構造の動機づけとはいえないが，概念がDeci&Ryanの動機づけを基盤とし結果も類似している。本研究では結果で示された構造が糖尿病患者の食事療法に特化したため一部変化したものと考え，必要性（社会）動機づけ，必要性（個人）動機づけを含む4つの変数を用いることとした。

4）食事療法の実施度

糖尿病の食事療法の実施度を測定するために，由雄[28]，安酸[14]を参考に食事療法に不可欠な項目を作成し，臨床的な項目の妥当性について確認を依頼し同意を得たA病院の栄養士4名，看護師2名により検討がなされ10項目を選択した。その後の予備調査（n＝80）の結果8項目となり，8項目の総得点を食事療法自己評価得点（以下，食事療法

得点）とした。項目の詳細は，規則性，食事量，バランス，間食，油脂・糖分の高い食事，外食，市販の惣菜，夜９時以降の食事に関する内容である。信頼性に関しては，α＝0.68でやや低い値を示したが，項目数が少ないことを考慮すれば信頼性は確保できたと考えられる。

５）食事療法に対する態度

細矢[29]や糖尿病患者の声を集めた著書[30]等を参考に食事療法を実施することについての意見を52項目抽出し，それらをまとめ質問紙とした。また質問紙を糖尿病専門病棟の看護師ならびに栄養士に不適切な項目がないか確認を依頼した。その後Ａ病院の医療従事者（医師・看護師・栄養士）15名，およびＡ大学看護学生の３・４年生26名を対象に調査を行い，サーストン尺度の作成手順[31]に従って，患者にとっての重要度が高いものから低いものまで均等になるようにそれぞれの項目に想定される重み付けを与え，29項目が選択された。その後糖尿病患者80名に対し，リッカート尺度作成の手続きに従って予備調査を行った結果16項目が選択された。16項目におけるCronbachのα係数は，0.85と信頼性は確保された。16項目を加算した得点を態度得点とする。

６）食事療法の工夫

行動療法の観点から食事量を減少させるための行動をどの程度行っているか測定するため，足達の肥満改善のための食べ方[32]を参考に21項目設定した。予備調査（n＝80）においてG-P分析を行った結果19項目が選択され，Cronbachのα係数は0.81と信頼性は確保された。また19項目を用いて，因子分析を行った結果“食事前後の工夫”“空腹感に対する工夫”“教育入院や栄養指導によって指導・学習された工夫”という３因子が抽出され10項目が選択された（主因子法，バリマックス回転，因子寄与率46.4％）。10項目の信頼係数はα＝0.7であった。10項目の加算得点を工夫得点とする。

３．調査手続き

調査期間は，平成15年１月下旬から７月上旬である。外来受診の糖尿病患者に研究者が研究趣旨，参加は自由であること，拒否時も不利益が被らないことを説明し，同意を得た患者に質問紙調査を実施した。時間的にその場で記入できない者については，自宅で記入することとし郵送を依頼した。また視力障害のあるものは研究者が聞き取りを行った。

Ⅲ．結　果

１．対象の属性

回収率は，Ａ病院は82.5％，Ｂ医院は91.9％であった。有効回答数は，Ａ病院が127（84.1％）で，Ｂ医院が89（88.1％）であった。Ａ，Ｂの被験者間で両者の結果に差がないか，各尺度得点で比較したが，工夫得点以外有意差はなかった。工夫得点においては，両者の分布を確かめたところ分布に大きな差がないことから同質の結果とみなし両者を合わせて検討した。有効回答率は85.7％である。分析対象者の基本属性はTable１に示した。

２．糖尿病の食事療法実施への行動・心理・生理学的変数の関連

糖尿病の食事療法の実施度（食事療法得点）に対して，自己効力感，動機づけ，態度，工夫行動がどのように関連するかを，仮説モデルを基にAmos 4.0を用いてパス解析を行なった（Figure２）。図中の数字は0.2以上である。モデルの適合度については図に示すとおりで，GFI，AGFIが

表１　対象の属性　（n＝216）

項目	カテゴリー	人数（％）	項目	カテゴリー	人数（％）
性別	男性	118（54.6）	HbA1c	6.5％≧	70（32.4）
	女性	98（45.4）		6.6～7.9	86（39.8）
年齢	20～40歳	14（ 6.5）		8.0≦	60（27.8）
	40～60歳	91（42.1）	ＢＭＩ	18.5＞	9（ 4.2）
	60歳以上	111（51.4）		18.5～25	138（63.9）
治療法	食事療法	49（22.6）		25≦	69（31.9）
	内服治療	82（38.0）	教育入院	教育入院あり	168（77.8）
	インスリン治療	85（39.4）		教育入院なし	48（22.2）
合併症	合併症あり	64（29.6）	就労	就労あり	110（50.9）
	合併症なし	152（70.4）		就労なし	103（47.7）
罹患期間	5年以内	53（24.5）		欠損	3（ 1.4）
	５～10年	49（22.7）			
	10～20年	67（31.0）			
	20年以上	41（19.0）			
	欠損	6（ 2.8）			

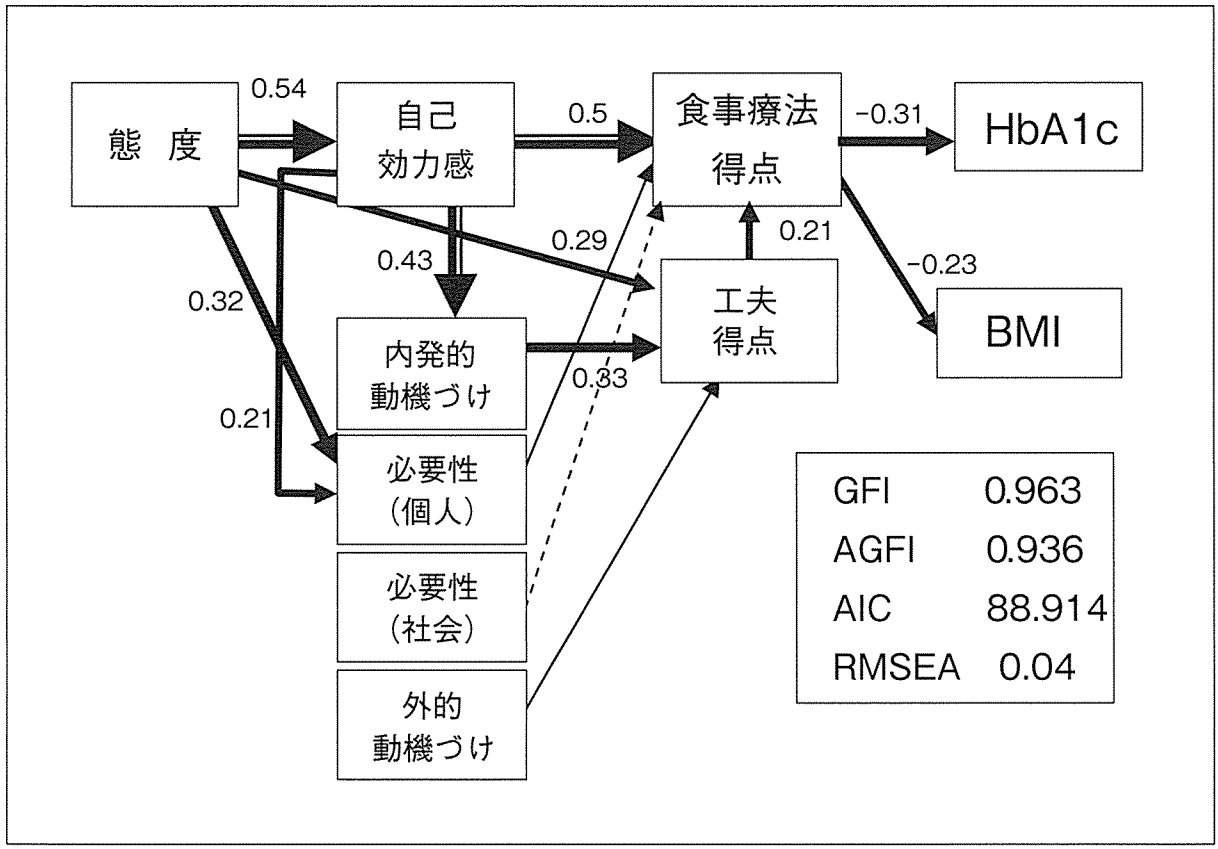


図2　食事療法遂行に関する心理・行動・生理的変数のパスモデル

いずれも高かった。したがってモデル全体の適合性は十分であり，モデルの説明力は高い。今回想定したパス図は，3つの仮説モデルと同じ構造では適合度が低かったため，関係性を変形していき導き出されたものである。

1）食事療法の実施度に直接影響を及ぼす心理的変数について

「食事療法得点」に直接的なパスが認められたのは，「食事管理に関する自己効力感（以下自己効力感）」0.5($p<.001$)，「食事療法の工夫」0.21（$p<.001$），「必要性（個人）動機づけ」0.12（$p<.05$），「必要性（社会）の動機づけ」-0.13（$p<.05$）であった。

2）食事療法の実施度に直接影響を及ぼす変数に関連する心理的変数

「食事療法得点」に最も強い影響力のあった「自己効力感」に対して，「態度」が有意な正のパス0.54（$p<.001$）となっており，食事療法が重要とする態度が高まるほど自己効力感は高くなり，それによって食事療法の実施度も高くなることを示している。さらに，「自己効力感」に次いで有意なパスが認められた「食事療法の工夫」に対して，「内発的動機づけ」が0.33（$p<.001$），「外的動機づけ」0.17（$p<.01$）が有意な正のパスを示した。「内発的動機づけ」や「外的動機づけ」は，「食事療法得点」に直接的に影響を及ぼさないものの，間接的に「食事療法の工夫」に影響を及ぼし，「食事療法得点」を高めるという関連を示している。

3）動機づけ変数の関連について

その他動機づけ間における関連として，「自己効力感」から「内発的動機づけ」に有意な正のパス0.43（$p<.001$），「必要性（個人）動機づけ」にも有意な正のパス0.21（$p<.01$）が認められた。

4）態度と他の変数との関連について

また今回のモデルで，自己効力感から比べれば行動から離れた領域に位置すると想定した「態度」である。「態度」から「自己効力感」へ正のパスが認められ，また「必要性（個人）動機づけ」にも正の有意なパス0.32（$p<.001$）が認められた。両変数は行動を直接規定する要因であり，その変数を規定するのが態度であることが明らかになった。糖尿病患者においては，食事療法を遂行する自信があることや食事療法を遂行することの必要性を強く思うことは，食事療法に対する態度が形成した上で成り立つ心理状態である。

Ⅳ．考　察

食事療法の実施度に影響を及ぼす心理的変数が何か，変数間の関連性について明らかにするために，先行研究から仮説モデルを示しそれに基づきパス解析を行った。態度か

ら他の変数へのパス等想定外のものもあったが，自己効力感が行動に最も強く影響を及ぼし，また自己効力感が動機づけにも強い影響を及ぼすことから，仮説1の自己効力感優位型をベースに一部変形していったモデルといえる。仮説1に近い関連図になったことや変数間の関連と機能について研究目的に準じ，以下の3点に焦点を当てて考察する。

1．他の変数に比べ，自己効力感が食事療法の実施に強い影響を与える変数であること

食事療法の実施度と食事管理の自己効力感の関連については，従来の研究でも同様の結果が得られているが[33) 34)]，態度，内発的動機づけや外的動機づけなどの認知的変数と比較すると，自己効力感が行動の予測因として最も強い認知的変数であることが明らかになった。行動分析的視点の工夫行動と比較しても自己効力感は行動に関連が強い変数であると言える。

この結果を導く理由の一つは，自己効力感が具体的な行為の遂行可能性の予測に関するものであり，最も行動に近い認知的変数[35)]であるためと考えられる。また自己効力は一旦確立すると，関連する場面へ般化するという[11)]。食事療法の一部をうまく遂行する自信が確立することで，他の食行動にも同様の遂行可能性を導くと考えられ，さまざま食行動の組み合わせである食事療法を促進するには自己効力感が最も有力であることが推測された。ただし，今回の調査結果は糖尿病の食事療法を行っている患者を対象にした食事療法についての課題固有的（task-specific）自己効力感であったため，一般性（general）自己効力感については同様の結果が示されるかは不明である。布佐ら[36)]は，糖尿病患者が病気と折り合いをつけ，療養法を実行しながら日常生活を送り続けるには，病気や健康の捉え方，食事管理のみではない日常生活のセルフケア能力全般が影響を及ぼすと述べている。糖尿病患者の場合，食事療法のみが治療ではなく，運動療法，薬物療法，さらには生活環境の改善等，多岐にわたる総合的な自己管理が必要になってくるため，糖尿病患者の自己管理および血糖コントロールを総合的に検討する上では一般性自己効力感の測定も必要であったと考えられる。

またもう一つの動機づけ要因である「動機づけ」は自己効力感に比べ食事療法の実施との関連が非常に低い結果となった。食事療法の実施に影響を示したのは，必要性（個人）動機づけと必要性（社会）動機づけであり，内発的動機づけや外的動機づけは直接的な関連は認められなかった。食事をする時点では生理的欲求に基づき行われ部分が大きく，食事をする意図を考えているのは食事をする時点ではないため影響として非常に弱くなると思われる。ましてや自然に身についた習慣的な行動であるため，食事療法の原則に従って常に意図して行動する性質は弱いだろう。よって動機づけが行動の意図を問う内容であったため，食事療法の実施度との間に弱い関連しか認められなかったものと推測された。

その他自己効力感と動機づけの関連については，Williamsら[8)]はより内発的な動機づけが有能感を高め，血糖コントロールの改善に寄与すると報告しているが，今回の調査では自己効力感をコンピテンスに相当する変数と捉えれば，むしろコンピテンスが高まることにより，内発的動機づけや必要性（個人）動機づけが高まるという関係を示した。つまりできるという感覚が高まることにより，食事療法に関する行動が楽しいなどと関心を持ち，個人的に必要であるという感覚を持つ方向に向かうと考えられる。食事療法においては，なぜその行動をするかではなく，その行動をできるかどうかの評定が食事療法においては優先されると考えられる。

2．態度が自己効力感や必要性（個人）動機づけの規定因となっていたこと

態度は食事療法の実施に直接関連を示さなかったが，自己効力感，必要性（個人）動機づけ，工夫には影響を及ぼした。特に，態度から自己効力感へのパスは0.54であり，その影響は非常に強い。今回の調査で取り上げた自己効力感は，食事療法（食事管理）という課題固有的な自己効力感で，その課題について非常に価値を置くことが自己効力感を高めるために必須であることを示している。つまり，ある行動について重要性を認識し，なんらかの価値が内面化することなしにその行動の自己効力感が高まることはない。自己効力感を高める4つの情報源には，直接的経験（遂行行動の達成），代理的経験，言語的説得，情動的喚起があげられているが，態度や価値観などの重要性については述べられていない。したがって，食事療法への態度形成が自己効力感の高まる前提条件とされたことは非常に大きな意味がある。

また，態度は自己効力感だけでなく，必要性（個人）動機づけを媒介し行動に影響を及ぼしていた。Robertら[37)]は，ライフスタイルの信念は動機づけを媒介し行動変容に結びつくことが示唆されると述べており，今回の調査も同様の結果を示したと言える。Fishbein & Ajzenは合理的行為理論の中で，行動の直接規定因は個人の行動意図でその意図を規定するのが，行動に対する個人の態度とモラルや社会的認知であることを述べている[20)]。今回の調査にそれらを置き換えると，行動意図は動機づけの項目に該当する。主観的規範，モラルなどの態度項目は作成しなかったため完全な形とはいかないが，パス分析の結果では態度から行動の意図を示す必要性（個人）動機づけに帰結されており，合理的行為理論に基づく態度の働きを一部支持する結果と

いえる。また行動への態度は，行動―結果関係に関する信念と結果への評価によって決まるとされ[20]，これに基づいて考えると「食事療法が非常に重要である」という認識が高まるのは「食事療法をすることによって血糖コントロールが良くなる」，「食事療法をすると，糖尿病の合併症にならない」，「食事療法によって体重が減る」などの結果への評価や信念を持つことによると説明できるだろう。つまり食事療法への重要性を認識することは，同時に食事療法により良好な血糖コントロールや体重減少，さらに健康の維持といった期待を持つことでもあると言い換えられるのではないだろうか。結果への肯定的な期待は，Banduraのいう結果予期に相当するだろう。食事療法の実施に関する結果期待が高まることが，食事療法を重要とする認識を深める一つの要因となり，高められた態度が自己効力感を促進させる規定因となり食事療法の実施を促進させるのではないだろうか。松田[34]の調査では結果期待，および自己効力の両方が高まることで，食事療法の実施を促進させることが明らかになっている。今回の研究では結果期待については調査しなかったが，本研究の調査結果においても，結果期待の影響が態度形成に関わって，食事療法の遂行に影響をもたらした可能性が考えられた。

3．食事療法の促進に工夫が関連していたこと

自己効力感に次いで行動に影響を及ぼす変数は，食事療法の工夫であった。それらの行動には，食行動に結びつく先行刺激であるにおいや場所，食事につながる行動などの外的な刺激，または疲労感や空腹感を抑制，緩和，遮断することによって，食事量を低下させる行動が含まれている。食事療法の工夫から食事療法の実施に対し影響が認められたことは，食事行動へ結びつく刺激を遮断し抑制することで，食事療法の遂行に障害となるものがなくなり，よりスムーズに食事療法が実践していけることを表していると考えられる。

また，工夫行動には体重を毎日測定するというセルフモニタリング効果のある行動も含まれている。セルフモニタリングとは，患者自身が自分の行動や態度，感情，思考などを観察すること，記録することによって，自己の行動や態度，感情，思考に対する具体的で客観的な気付きをもたらし，評価可能なものとする手続きをいう[38]。また体重を測定するというセルフモニタリングについては，毎日体重測定しその値を観察することで，意識する，しないに関わらずセルフコントロールが行われ，結果的に行動変容に導かれたと考えられる。認知的行動療法によればセルフモニタリングや自己教示などにより自己効力感が高められることが明らかになっているが[16]，本研究では食事療法の工夫から自己効力感に影響を示さなかった。これは食事療法の工夫という行動が食事療法を促進するための行動と認識されていなかったこと，今回の調査項目にセルフモニタリング行動が少なかったことがその要因として考えられる。つまり工夫行動が食事療法の一環として受け止められていれば，工夫行動を行うことがBanduraの述べている遂行体験の達成に相当し，自己効力感が高められていた可能性がある。またセルフモニタリング行動の項目が少ないことに関しては，項目が毎日の体重測定のみであり，その行動を行うことによって自分自身の食事療法を客観視できるまでの機能を果たさなかったのではないかと考えられる。金らの調査[16]のように，食事日記や日常生活行動のチェックなども組み合わせ，繰り返しそれらを行うことにより自己の行動への査定がなされ，目標の行動が明確になることで，食事療法を実施に対する自信も高まっていくことが推測される。

食事療法の工夫に関しては，調査を依頼し記入してもらう中で「この質問は何のために聞いているのか」や「このことをする意味は何か」と質問が多かった部分でもある。「食事が済んだらすぐ歯磨きをする」「満腹なときに買い物に行く」「リストに従って買い物をする」「やわらかい食べ物よりも硬い食べ物を選ぶ」という4つの項目に関しては，先にも述べたように行動がどのような結果を生むのかを理解せず，偶然に行っていたケースもあったと思われる。糖尿病の患者教育にこのような食事療法の工夫を含んで，医療従事者からの助言，もしくは患者同士でアドバイスするような過程があれば，食事療法遂行へのより強い効果が期待できるため臨床的に意義があるだろう。

以上のように，食事療法の実施には自己効力感が最も影響を与え，自己効力感が維持されるためには態度形成が不可欠であることが明らかになった。自己効力感と行動との関係は以前から多くの文献で取り上げられ，臨床的にも重要な変数として扱われてきたが，自己効力感が他の変数よりも行動との関連が強く，自己効力感を高めることが食事療法の実践を促す最も効果的な方法であることが明確になった。さらに自己効力感の周辺にある態度や食事療法の工夫，動機づけといった心理的変数との関連が明らかになり，食事療法を遂行するために影響を及ぼす心理的変数の構造がより詳細になったことで，今後糖尿病教育の場面で患者の的確な評価がなされ，より効果的なアプローチができるようになると考えられる。特に，自己効力感だけでなく，工夫行動が食事療法に影響を及ぼすことが明らかになり，糖尿病教育入院のメニューにはなかった工夫行動の提示を取り入れていくことで，さらに教育効果が期待できるものと考えられる。

Ⅴ．結　　語

本研究は，糖尿病の食事療法の促進・継続に影響する変

数，および変数間の関連を明らかにする目的で調査を行い，以下の所見を得た。

1．他の変数に比べ自己効力感が食事療法の促進に最も強い影響を及ぼす変数であった。4変数の動機づけ間においては，必要性（個人），必要性（社会）動機づけが直接食事療法の実施度に影響を及ぼしたが，内発的動機づけ，外的動機づけは食事療法の工夫を介し影響を及ぼした。

2．自己効力感から内発的動機づけ，必要性（個人）動機づけに正のパスが認められた。

3．自己効力感を規定するのは態度形成であった。また態度は必要性（個人）動機づけの規定因ともなっていた。

4．自己効力感に次いで，食事療法の工夫が食事療法の実施度に影響を及ぼした。

要　旨

本研究では，動機づけ，自己効力感，態度，行動療法的視点という4つの心理学的概念を用いて，糖尿病の食事療法という行動に影響を与える変数を総合的に検討し，相対的な変数の影響を示すとともに食事療法の実施に至る心理的構造を明らかにすることを目的とした。外来通院中の糖尿病患者に質問紙調査を行った。パス解析の結果「食事療法の実施度」に最も強いパスが認められたのは，「自己効力感」で，次いで「食事療法の工夫」であった。「態度」から「食事療法の実施度」への直接的パスは認められなかったが，動機づけ要因である「自己効力感」に対し，正の強いパスが認められた。

以上より，食事療法の実施には，自己効力感が高めることが最も有効であり，自己効力感を高めるためには，態度の形成が不可欠であった。また工夫行動，つまり食事行動に結びつく刺激の抑制，遮断によっても，食事療法の実施度が促進されることが明らかになった。

Abstract

The purposes of this study were 1) to determine relative importance of some psychological variables which are assumed to influence the keeping a diet for diabetes, that is, "motivation" "self-efficacy", "atttitude for a diet" and "behavioral devices for dieting" and 2) to clarify the psychological structure or mechanism leading to dieting. A questionnaie for diet of diabetes were conducted to patients with diabetes attending a hospital. Path analysis indicates that "perceived self-efficacy" was the strongest factor influencing "keeping a diet", dependent variables, with "behavioral device for diet" being the second. "Attitude for a diet" did not have an direct effect on "keeping a diet", but it had very strong effects on "perceived self-efficacy" that is one of motivational factors.Therefore, it seems important to increase self-efficacy in order to promote of a dietary therapy, and to increase self-efficacy it is effective to mold an attitude. In addition, a diet seems to be facilitated also by behavioral devices composed of inhibition and deprivation of stimulus leadindg to eat.

文　献

1）田中剛史，三崎盛治，他：糖尿病患者の教育入院後の食事・運動療法の実施状況について，医療，54(3)，136-143，2000.

2）住吉和子，安酸史子，他：糖尿病患者の食事の実行度と自己効力，治療満足度の縦断的研究，日本糖尿病教育・看護学会誌，4(1)，23-31，2000.

3）林　啓子，森田展彰，他：糖尿病指導に対する患者の心理と効果的な指導・援助に関する研究　糖尿病，41(12)，1117-1122，1998.

4）東　ますみ：糖尿病患者の心理的・社会的特徴 —入院患者に対するインタビューを通して，大阪市立大学看護短期大学部紀要，1，55-60，1999.

5）Deci，E.L.(石田梅男訳)：自己決定の心理学　内発的動機づけの鍵概念をめぐって，誠信書房，1985.

6）Ryan, R.M. & Deci, E.L.：Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation , Social Development, and Well-Being, American Psychologist 55(1), 68-78, 2000.

7）Williams, G.C., Grow, V.M., et al：Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance.Journal of Personality and Social Psychology, 70, 115-126, 1996 .

8）Williams, G.C., Freedman, Z.R.& Deci, E.L.:Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control, Diabetes Care 21, 1644-1651, 1998.

9）速水敏彦：大学生の動機づけ－教職科目の場合－　日本教育心理学会第38回総会発表論文集，350, 1996.

10）鹿毛雅治：内発的動機づけと学習意欲の発達　心理学評論，38, 146-170, 1995.

11）Bandura, A(原野広太郎訳)：社会的学習理論，89-95，金子書房，1979.

12）Bandura, A., Adams, N.E., & Beyer, J.：Cognitive processes mediating behavior change. Journal of personality and social psychology, 35 125-139, 1977.

13）DiClemente, C.C.：Self-efficacy and smoking cessation maintenance：A preliminary report.Cognitive Therapy and Research, 5, 175-187. 1981.

14）安酸史子：糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究　平成9年提出修士論文，東京大学大学院医学系研究科，1997.

15）藤田君支，松岡緑，他：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, 2000.
16) 金外淑, 坂野雄二：慢性疾患患者に対する認知行動的介入, 心身医学36(1), 27-32, 1995.
17) 加藤義明：個人の社会的行動, 社会心理学, 35-43, 有斐閣, 1987.
18) 土田昭司：社会的態度研究の展望, 社会心理学研究, 7(3), 147-162, 1992.
19) Zimbardo, P., Ebbesen, E.B.(高木修訳)：態度変容と行動の心理学, 現代社会心理学の 動向, 12-13, 1979.
20) 吉田俊和, 松原敏浩：社会心理学－個人と集団の理解－, 81-99, ナカニシヤ出版, 1999.
21) 石川利江, 片岡優実：生活習慣病と心理面の管理, 生活習慣の心理と病気, 現代のエスプリ別冊, 68-79, 至文堂, 2000.
22) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気, 96-97, メジカルフレンド社, 1990.
23) Anderson , R. M., Donnelly, M. B.& Dedrick , R. F.：Measuring the Attitudes of Patients Towards Diabetes and its treatment , Patient Education and Counseling, 16, 231-245, 1990.
24) 杉山尚子, 佐藤方哉：行動分析学からみた糖尿病の自己管理, Diabetes Frontier, 6, 33-39, 1995.
25) 岡美智代, 正田紘子, 他：認知行動療法を活用したCAPD患者に対する運動行動の看護介入, 日本保健医療行動科学学会年報, 15, 164-179, 2000.
26) 速水敏彦, 橘良治, 他：動機づけの発達心理学, 166-167, 有斐閣, 2000.
27) 速水敏彦：動機づけの内面化過程の促進に関する研究, 平成７, ８年度科学研究費補助金基盤研究（C）(2) 研究成果報告書, 1997.
28) 由雄恵子, 村嶋幸代, 他：糖尿病患者の生活様式の変容とその影響要因, 日本看護科学学会誌, 24-36, 1990.
29) 細矢智子：糖尿病患者の自己管理に関する研究－血糖コントロールの指標と行動の目安に着目して－, 人間科学論究　常磐大学大学院人間科学研究科, 71-87, 2001.
30) 日本糖尿病協会：集まれ糖尿病ライフ　100人の悲喜こもごも, 2002.
31) 心理学実験指導研究会：実験とテスト－心理学の基礎－ 園原原太郎（編）, 昭和印刷, 1967.
32) 足達淑子：ライフスタイル療法－生活習慣改善のための行動療法－, 36-49, 医歯薬出版, 2001.
33) 服部真理子, 吉田亨, 他：糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因について－自己効力感, 家族サポートに焦点を当てて－, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3(2), 101-109, 1999.
34) 松田悦子, 安酸史子, 他：２型糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力と結果予期, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 5(2), 99-111, 2001.
35) 祐宗省三, 原野広太郎他：社会的学習理論の新展開, 35-45, 金子書房, 1985.
36) 布佐真理子, 千田睦美, 他：糖尿病で外来通院中の患者の健康行動に対する自己効力感とその影響要因, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 6(2), 113-122, 2002.
37) Robert B.Kelly, Stephen J.Zyzanski and Snia A.Alemagno: Prediction of motivation and behavior change following health promotion:Role of Health Beliefs, Social Support, and Self-efficacy. Social science & medicine, 32(3), 311-320, 1991.
38) 坂野雄二：認知的行動療法, 19-22, 日本評論社, 1995.

［平成16年10月12日受　　付
平成18年１月10日採用決定］

－研究報告－

長期断酒体験で築かれた断酒への意識

Consciousness of Abstinence to Alcoholics with Long-term Abstinence Experience

岡　田　ゆ　み
Yumi Okada

キーワード：断酒意識，長期断酒，アルコール依存症
Key Words ：Consciousness of temperance, Long-term temperance, Alcoholism

Ⅰ．はじめに

アルコール依存症は，精神作用物質（アルコール，大麻，睡眠剤など）の依存症候群の一つで，年々増加しており，平成14年の患者調査では推計19900人であると報告されている[1]。この疾患に一度罹患すると，節度ある飲酒に戻れないため終生断酒を必要とする。そしてアルコール依存症者にとっての断酒は，疾患自体は治癒しないが，心理・行動の側面での回復が得られるため必須と言える。しかし，アルコール依存症者の断酒継続は，治療導入後も非常に困難であると報告されている[2)3)4)]。山根らの調査では，入院治療後の断酒率は６ヶ月で44%，１年で34%，２年で20%，３年で12～17%と減少している[5)]。また，アルコール依存症者の予後についても，保健所相談へ来所したアルコール依存症者の予後は１年以上の断酒が21.2%，平均死亡年齢が50歳前後となっていると報告されている[6)]。これらのことからも，アルコール依存症者の断酒継続の困難さは深刻な問題であり，今後さらにその改善に向け必要な支援のあり方を考えていくことは重要である。

我が国では昭和60年に公衆衛生審議会が，「アルコール関連問題対策に関する意見」で，アルコール依存症者が地域で断酒を継続できるような支援体制が必要であると述べている[7)]。また平成12年にまとめられた「21世紀における国民の健康づくり運動（健康日本21)」においては，アルコール依存症者が適切な支援のもと完全断酒を行う必要があることや，断酒会等の自立支援に向けた環境を，今後も積極的な取り組みにより築く必要性があることを述べている[8)]。しかし，未だアルコール依存症者に対して，一般住民はもとより[9)10)]，保健・看護職者でさえ疾患への理解の低さや固定観念，スティグマが存在している。久富らの調査では，一般病棟の看護師の６割以上が「アルコール依存症は節酒が可能である」と誤った認識を持ち，さらに「立ち直ったアルコール依存症は尊敬に値する」の肯定率が日米共同疫学調査による一般人の認識結果より低かったと報告している[11)]。このような中で，支援体制の確立や専門家の断酒に対する理解が十分にできているとは言い難い。

断酒するアルコール依存症者の研究は，予後などを含めた実態調査[5)6)12)]や，治療プログラム[13)14)]，自助グループ等の意義の検証[15)16)]，また自己や他者，あるいは飲酒に対する意識の研究[17)]などが行われてきている。また回復に対する意識については，医療者の臨床経験からその多くは病識に基づき論じられており[18)19)]，研究としては断酒するアルコール依存症者の断酒過程における病識や認識の変化が報告されている[20)]。

しかし，そうした中でアルコール依存症者が，実際断酒体験を得て築きあげた断酒に対する意識のあり様やその構造は明らかになっていない。そこで，本研究は，断酒会に通うアルコール依存症者の長期断酒体験で築かれた断酒への意識を明らかにすることとした。

Ⅱ．研究方法

１．研究参加者

本研究では，断酒を目的とした自助グループの会員で，今回の研究に協力の得られた者を研究参加者とした。研究参加者は，アルコール依存症と診断を受け，現在までに５年以上断酒を継続していることを前提とした。

２．データの収集方法

１）面接調査

半構成的面接法で，Retrospectiveに面接調査を実施した。初回の質問項目は「お酒を飲まれていた頃のこと」「断酒に至った頃のこと」「断酒してからのこと」について，その頃の酒にまつわる生活体験とその体験への思いについてインタビューを行った。その際，話の流れを壊さないようにできるだけ自由に語ってもらった。

面接内容は，研究参加者の承諾を得てテープ録音またはノートに記録した。初回面接ではテープ録音を６人全員に対して行い，２回目以降はテープ録音を４人，ノート記録

広島国際大学看護学部　faculty of Nurse, Hiroshima International University

を２人に対して行った。また研究参加者とその家族の協力が得られた場合には，２回目以降の調査を家族同伴で実施した。この家族への調査協力は，研究参加者が体験を回顧する際，過去の状況により鮮明に立ち戻れるためのサポートを目的とした。面接調査は，研究参加者の体験したこととその時の思いが明らかになるよう必要に応じて回数を重ね，一人当たり平均2.3回，5.2時間実施した。調査期間は平成14年２月～６月であった。

２）参加観察

研究者は，参加者に研究目的を伝えた上で，断酒会や断酒を目的とした当事者が開催する研修会などに参加し，体験発表などの場面で態度や行動を観察した。参加観察期間は平成13年９月～平成14年11月であった。

３．倫理的配慮

研究参加者は，精神保健福祉センター保健師や，精神科病院医師に研究目的を説明した上で断酒を目的とした自助グループの紹介を依頼し，自助グループの役員を通じて紹介された。研究参加者には，研究主旨を書面で説明した上で，承諾の得られた場合に面接を実施した。調査の実施に際しては，研究参加者のプライバシーが守れるよう配慮した。なお岡山県立大学倫理委員会の承認を受けている。

４．分析方法

Grounded Theory Approachに基づいての分析を実施した。収集したデータから逐語録を作成し，文脈の流れに注意しながら，酒にまつわる生活体験とそれに対する意識について，文章または段落ごとに抜き出し分類して時系列に整理した。

次に，体験と意識が意味することを解釈し，概念化していった。その際，体験が相互に作用し一連の意味を持つものについても，それらをまとめて概念化する作業を行った。データは継続的に比較分析し，概念を分類してまとめる作業を繰り返し，カテゴリーを生成した。

生成した概念に対しては，データに立ち返り，具体例の存在を確認しながら検討を行った。そして，生成した概念を収束させながらカテゴリーを抽出し，カテゴリー相互の関係性に注意しながら分析結果をまとめた。

１）信用可能性

①指導教官や精神科医にデータや生成したカテゴリーを提出し，繰り返し確認・検討・修正を行った。また，分析に際しては，質的研究に携わる専門家にスーパーバイズを受けた。

②研究参加者の出席する断酒会に，平成13年９月から平成14年11月まで週１回のペースで参加する他，県外の断酒会記念行事や，一泊研修会に同行し，継続的な観察と信頼関係を築くための充分な時間を費やした。

③生成したカテゴリーが妥当かどうか確認するために，２名の研究参加者にカテゴリーを提示し，研究者の考えが適切であるかどうか確認を依頼した。その際，カテゴリーは参加者の意識を反映していると回答を得た。

Ⅲ．研究結果

１．研究参加者の特性

研究参加者は，断酒会の会員で，男性３名女性３名の６名であった。年代は40代から60代，断酒継続期間は５年から19年，再飲酒を経験したものは５名であった。

２．長期断酒体験で築かれた断酒への意識

断酒会に通う長期断酒者の意識には，断酒生活を送るために必要な価値・信念を自らが築き，それに基づいて行動しようとする意識と，断酒生活の継続によって生成されていく意識とがあった。前者のカテゴリーは，＜定めた決まりで酒を断つ＞＜断酒を絶えず誓う＞であり，後者のカテゴリーは，＜断酒によって生まれる新たな意識＞であった。また，＜定めた決まりで酒を断つ＞には，４つのサブカテゴリー，＜断酒を絶えず誓う＞は ２つのサブカテゴリー，＜断酒によって生まれる新たな意識＞は，４つのサブカテゴリーがあった。

以下，順にカテゴリーは＜＞，サブカテゴリーは［］，と表し，生データは「」で表記する。生データ内の（）は，主語を補う場合と参加者の方言を標準語に置き換える場合に使用する。

＜定めた決まりで酒を断つ＞

この意識は，長期断酒者が，自らの断酒を仲間や周囲のお陰と感じ，さらには断酒会などへの出席により断酒できると考えるものであった。また，飲酒の危機も含め，自らの不安定な感情体験を早期に察知し，自分なりの対処行動をとることで断酒生活を維持するものであった。

［仲間や周囲を糧に酒が断てる］

仲間や自助グループに出会う前の長期断酒者は，異常な飲酒によって自分を見失い，周囲の人との関係も崩壊し，「孤独」「生きられない」「絶望」に至るまで追い詰められていた。そのような状況下で入院や通院を始めた長期断酒者は，そこで断酒会や仲間，信頼のおける医療者の存在に出会ったとき，「救われた」「生きる場所を見つけた」「ここでなら酒がやめられるかも」という希望を見出していった。そしてその意識は，今でも断酒していく上で重要な意識となっていた。

「この病気は，例会だけが薬。・・・・酒害者にとっての薬は例会・・・・。」

また長期断酒者は，「酒をやめようとする時」「断酒会に行こうとする時」など断酒にまつわる行為を決意する時，「仲間のため」「先生のため」とそのきっかけを他者との関

係の中に築いていた。

「例会の中で，今日らでもあれくらいの人数じゃけど，そこへおったという，群れの中におったと言うことで帰っていく，それを繰り返し，繰り返すことでとまっとんかなと・・・・」

また酒を10年以上断ち続けた長期断酒者は，仲間や医療者などとの様々な出会いを「自らが断酒する故の運命や因縁である」と捉え，自分のこの先の断酒に繋がるものとして意識していた。

そして長期断酒者は，このきっかけとなる他者が，自分にとって重要な人物であったと強調した。更に長期断酒者は，意識的にこの重要他者を自分の断酒行為のきっかけにしていた。

「結局ね，やめる時になんか作らないことには本人がやめにくい。」

[酒にまつわる体験を仲間と共有して断酒する]

長期断酒者は，断酒会で仲間の「酒を飲んでいた頃のつらい体験」を聴きながら，自らの「原点」とする飲酒時のつらい体験を思い出していた。そして，仲間の体験と自分の体験と重ね，自らが断酒しなければならないと強く意識するものであった。

[内省や断酒決意の公言を自己に言い聞かせて断酒する]

長期断酒者は，酒にまつわる他者の体験を聴くだけでなく，仲間の前で「体験談」と称して自分の酒にまつわる過去を語った。その内容は，酒を飲んでいた頃の自らの様子や，周囲を巻き込んで起こしたトラブルなどであった。そしてこの体験談を通し，「自分には酒を止めなければならない過去があるから，今断酒しなければならない」と意識していた。

[定めた行動パターンで日常の不安定さを断つ]

長期断酒者は，飲酒への危機感を感じた時「例会に行く」「仲間に相談にいく」といったように，あらかじめ自分の決めておいた行動を早くとり，飲酒への欲求に対処しようとしていた。

「私なんか，…自分に危機感が起こったときには，即例会に足を運ぶとか誰かに聞いてもらう…」

長期断酒者が定めておいた行動を取るのは，飲酒への危機感を感じた時だけではなかった。日々の生活で，夫婦関係や仕事上の問題などにより，イライラ，腹立ち，悲しみ，怒りといった不安定な感情を体験した時，その感情を静めるべく自ら決めておいた行動を取っていた。

「イライラすることは，なんぼでもあるんよ。今日も，(自分の通院する)病院に行ってきた。(病院の)看板を見るんよ。」

そしてそこで，自らの体験を省みながら不安定な感情を静めようとすることが語られた。

また長期断酒者は，多くの場合この不安定な感情に対して，他者に「語る」という行為を定めていた。

「(夫婦で罵り合いになる) このような時には，言い言いこの壁というものを通過する。そこには，相談相手 (先輩) がおって…ぶち当たっていく。言い言い通過する。」

そして長期断酒者は，不安定な感情を体験した時に定めておいた行動を“早く”とるようにしていた。参加観察で捉えた場面では，長期断酒者は，午後からの断酒会に出席し，発表の順番がまわってきたとき次のように語った。

「今，私がこんな格好 (正装) をしているのは，午前中，娘の見合い話を断りにいったんです。どうしてって，向こうの家は○○の出，こっちはと言うと，親父がアル中のどがんもならんような家。つりあわんじゃないですか。それで断ったんですけど，自分がドンチャンやってたことが娘にまで迷惑をかけたと思うと，情けないし，つらい・・・」

＜断酒を絶えず誓う＞

この意識は，長期断酒者が自らの決意で断酒しようとするもので，特に断酒することが困難に感じられるような時には，限りなく「今」の断酒に意識を集中しようとするものであった。

[病識を常に持ち断酒する]

長期断酒者は，酒を飲んでいた頃の死に瀕するような体験や周囲に多大な迷惑をかけてしまった体験を，忘れず断酒を意識することが大切だと考えていた。

「酒をやめ続けるためには，自分のしてきたことを忘れてはいけない。…」

「自分は病気なんだと，一杯飲んだら止まらないんだという意識が常に，今は頭の中に体の中にある」

[当面の目標で断酒を決意する]

長期断酒者は，酒を飲まないことを決意するために，実際の生活の中で目標を立て断酒をしていた。それは「今日一日飲まない」「○○の例会まで飲まない」といったように，限られた期間の中で断酒決意をし，それを繰り返すものであった。

また特に，不安な感情体験をした時には，飲酒に結びつかないよう，より短期的な断酒目標を意識して決意を繰り返していた。

「最初は，３ヶ月止めれとったらええと，私の一応の目安は３ヶ月，３ヶ月の次は６ヶ月，６ヶ月止めたら１年止めたいという風な…」

「頭にカーっときたらこりゃ (酒を飲むかも) 分からんのって思う時もあるけどな…へでも１日飲まにゃいいかと…」

＜断酒によって生まれる新たな意識＞

この意識は，断酒生活を続ける中で，自分の気持ちが徐々に落ち着き，仲間や家族の立場に立って物事を考えられるようになったことへの気づきであった。また，酒を断つ者としての役割や使命感を見出し，仲間と共に断酒していく今の生活に価値を置き，自分なりの生き方を見つける意識であった。

[飲酒時と異なる自己に気づく]

長期断酒者は，酒を断ち続けていくうち，自分自身が酒を飲んでいた頃とは変わってきたことに気づいていた。そして，自らの気持ちの落ち着きを経て，周囲の人が自分に力添えや協力をしてくれていることに気づいていった。

「何か自分が落ちついとる。…今は。」「気が長くなった，あまり言われたことに対してこせこせと考えない」

「前は（お袋に），ものを言うのも大儀な，飯をしてくれる言やー，『面倒くせー，してくれるな』言うような考え方じゃったからな。それが，今じゃ逆じゃ，お袋もえれー（しんどい）のにここまでしてくれるんかと…」

[長期断酒者としての役割を担う]

長期断酒者は，仲間など自分にとって重要な他者の前では“断酒する自己”でありたいと感じていた。また，酒が止められずに苦しむ仲間への救済活動を行う中で，自分が長期断酒者であり続けることを意識した。

「～で会った人（仲間）と，（また）会わないとあかんから飲んだらいかん…」

「（仲間への救済活動をすると）飲むわけにいかん，自分がそういう行動をした手前と言うこと。…そういうことをやらしてもらようる事で飲まんような枠作りいうんかな…」

[断酒生活で価値を見出す]

長期断酒者は，酒を断ち続けてきた結果や，それによる様々な変化を自分にとって良かったこととして評価し，断酒に費やした時間や費用に値すると捉えていた。

「５年も６年も積み重ねてくると（今になって酒を飲むことは）もったいないでしょ。」

「（仲間にいろんな事を）教わったから，今みたいなことが言える。…私本人は得をしたと言うことじゃ。損か得かと言ったらものすごく得をしとる。」

[断酒生活に力が湧く]

長期断酒者は，周囲の人が自分の病気や断酒会について理解してくれ，声援を送ってくれることを励みとしていた。そして，それに応え断酒しようとしていた。また長期断酒者は，今の断酒を自分が過去に諦めていたことの実現であると語った。そしてその思いは，自らに対する自信へと繋がっていた。

３．長期断酒体験で築かれた断酒への意識の構造（図１）

前述の３つのカテゴリーは，家族や仲間など周囲の存在が背景にある中で，それぞれが独立した意識としてではなく，相互に影響を与えながら繰り返される意識であった。また断酒を継続していく過程において，この３つのカテゴリーは，薄れることなく常に断酒者の意識に内在するものであった。

また長期断酒者の，〈定めた決まりで酒を断つ〉と〈断酒を絶えず誓う〉意識は，断酒生活の中で，頻繁にその行き来が繰り返されており，そのような意識を繰り返した結果として〈断酒によって生まれる新たな意識〉を形成していた。また，形成された〈断酒によって生まれる新たな意識〉が断酒しようとする意識〈定めた決まりで酒を断つ〉〈断酒を絶えず誓う〉に還元されていくなかで，３つのカテゴリーが循環していたと言える。例えば，再飲酒の危機を例にあげながらある参加者は次のように語っている。

「瞬間，チャッチャッチャ・・・その間のいかなる要素があっても飲むか飲まんかだけの問題。われわれの仲間というのは・・・。瞬時瞬時の分かれ目言うのは，とほうもねぇ分かれ目になる・・・。（そんな中で，断酒会に行くと）人の話を聞くことによって・・・・瞬時の考えが止める方にいく・・・・ええ方へええ方へと。断酒継続という，行動の，結果の日数が継続していくわけじゃから。それをおろそかにしょうたら，また，そこへいつ魔が入ってくるか分からん。・・死ぬまで酒は飲まれんしな。・・・（そして）そういう体質（アルコール依存症の病気）とか何とか持っといても，酒やめとったら結構やっていけるわけじゃねーですか。今。借金とかも返さにゃいけんという思いになるから，働きょうるわけ。“あー自己破産しとけ”って言うたら，それで済むんじゃけど，そんなもんでもない。へじゃけー，酒をやめる，やめとったら，すげーことですよ。と，わしは思うど。」

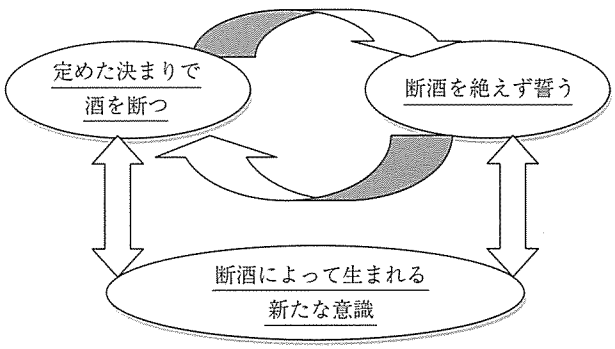


図１　長期断酒体験で築かれた断酒への意識の構造

この参加者は，現在断酒している中でも，それが瞬時の判断によるものであると考え，その時々の“断酒”の判断に，断酒会出席という〈定めた決まりで酒を断つ〉手段を選択し，“断酒を絶えず誓う”決断を繰り返していた。また，そのような断酒生活を繰り返す中で，飲酒時代にはなかった環境や心境の変化を捉え，“借金を返そうと思える。そう思える今の自分がすごい”と〈断酒によって生まれる新たな意識〉を，自分にとって価値ある，また意味あるものと判断し，断酒継続への判断の意味づけとして捉えていた。

Ⅳ．考　察

1．長期断酒体験で築かれた断酒への意識の様相

1）仲間や周囲を糧にする断酒への意識の様相

長期断酒者は，断酒を始めた当初から現在に至るまで，常に自分の断酒を仲間や家族，医療者といった人達のお陰であると意識していた。斎藤は，病識形成の中でアルコール依存症者が，「意志の力だけで酒を止める」ことをやめ，「自分より偉大な力（higher power）」を信じ，それに身を委ねて断酒していくと述べている[13]。

本研究では，長期断酒者がその偉大な力を信ずることにおいて，意識的に自分の断酒を周囲の人との関係に結びつけていたことを捉えている。それは，何人かの長期断酒者が，自分の断酒への動機やきっかけを周囲の人のお陰とすることに，「きっかけはある意味，自分で作っていた（見つけ出していた）。そうしなければ酒が断てなかった。」と語っていたためである。これにより，長期断酒者が頻繁に行う断酒へのきっかけや動機付けが，必ずしも偶発的な体験や信念だけで得られたものではなく，長期断酒者自身の「断酒を継続していきたい」という思いの中で意味づけされた意識であったと考えられた。

また，長期断酒者が自分の断酒を周囲の人との関係に積極的に結びつけていたことから，「断酒する自己」を意識化させ，断酒を継続させようとしていたと考えられた。

2）目標を定める断酒への意識の様相

日常生活での断酒決意は，短期的な目標の設定や，現在の断酒に対する自覚により行われていた。アルコール依存症者の断酒に対する短期的な目標設定は，治療上断酒の初期段階に有効とされている。そしてその効果は，目標の達成により満足感や自己効力感などが得られることにあると言われている[14]。今回の研究では長期断酒者も，“今日１日飲まない”といったような目標設定を行い，それを大事にしながら生活していたため，断酒の初期段階に限らず断酒継続に重要な意識であると捉えることができた。更に，長期断酒者が不安定な感情体験をした時に，断酒目標の期間を短くするなどして自分で調整をとりながらその期間の断酒を維持していたことでは，再飲酒の危機を回避していく上においても重要な意識であると考えられた。

3）日常の不安定な感情にも行動を定め，対処しながら断酒する意識の様相

長期断酒者は，酒が飲みたくなるといった飲酒への危機感を感じた時や，怒り・悲しみ等の不安定な感情体験をしたとき，自らの取るべき行動を定めていた。それは，「仲間のところに相談に行く」「断酒会に出席して体験発表をする」といったような行動で，それにより不安定な感情を静めようとするものであった。

アルコールを含む嗜癖問題を持つ人は，嗜癖行動が生じる前兆を意識した時，そこから遠ざかるような生活上の習慣行動を身に付けることが重要であると言われている[15]。今回のデータで，長期断酒者が飲酒への危機感に行動を定め対処しようとしていた意識は，この嗜癖行動の前兆を意識した上での行動特性として捉えられる。

そして本研究ではまた，長期断酒者が飲酒に対する危機感だけに行動をとるのではなく，日々の生活の中で体験する不安定な感情にも同じように定めておいた行動を早く取り，その感情を静めようとする意識を持っていたことが明らかになっている。これは，断酒会体験発表の場で，長期断酒者がその日に体験したつらい出来事を語り，夫婦喧嘩をした時には断酒会の先輩の所に行って話を聞いてもらうといった行動を起こしていたことからも説明することができる。

長期断酒者がこのように早く行動をとる中には，“不安定な感情を早期に自覚する意識”があったと考えられる。またそれは同時に，“不安定な感情を早期に静める”ことにもなっており，長期断酒者の感情の安定化と断酒の維持につながっていたと考えられる。

“不安定な感情を早期に自覚する意識”については，その行動の多くが“語る”という行為であったことから理解できる。Meadは，自分自身が語っていることは自分できくことができ，さらに自分が言っていることの意味は，自分自身に対しても（他人に対するのと全く同じように）伝わることを述べている[16]。そのため「つらい」「悲しい」といった感情を語ることは，自らの不安定な気持ちをはっきりと自覚するものであったと考えられる。また，“語る”ではなく今回のデータにあるように「病院の看板を見に行く」というような，特定場所への“移動”の場合にも，そこで「自己洞察している」と表現していたため，自らの体験を自分で観察することで“その感情を自覚する意識”があったと考えられる。

“不安定な感情を早期に静める”については，長期断酒者が不安定な感情に対して，あらかじめ自分が定めておいた行動をとることでその感情を「静める」或いは「乗り

越えていく」としていたことから理解できる。Bennerは，感情に目を背けるより感情の導きに従う方が，現在の立場から過去の経験を再解釈することができ，自己変革に有利であることを述べている[17]。長期断酒者がこの不安定な感情を早く自覚し，自らの安定性を保つような対処を試みていたことは，「弱い心を隠すために酒に走った」と語る飲酒期とは大きく異なっていた。それは，ストレスへの新たな対処法の獲得であり，アルコホリックは，日常生活で生じる心身の苦悩を酩酊することで否認している人である[19]と言われていることを合わせて考えると，この対処方法の獲得は，再飲酒をせず断酒継続をしていくために必要な意識であったと考えられる。また，長期断酒者は，飲酒問題に限らず夫婦喧嘩や家庭・社会でのトラブルなどで体験する生活上の不安定さを敏感に察知し，意識的にこの行動を生活の中に取り入れていたため，断酒継続に重要な意識として捉えられた。

2．看護実践への示唆

本研究から，断酒するアルコール依存症者に関わる看護職者は，断酒者の酒に対する意識だけでなく，日常生活で生じる不安定な感情体験に対しての彼らの対処行動のあり様を理解しておくことが重要であるといえる。そして，その感情の処理が行われ難い時には，必要に応じ不安定な感情を語る場などを確保しながら，対処する行動の獲得を促進する支援を考えていくことが重要である。

3．本研究の意義と限界

本研究は，断酒会といった自助グループに参加しながら断酒するアルコール依存症者に限定されていた。そのため，本研究を発展させていくには，今回のように家族や仲間，医療者など対人関係の影響やグループの影響を大きく受けている断酒者の意識だけではなく，自助グループに所属していない，或いは仲間や家族，周囲との対人関係を築いていないまま断酒を継続しているアルコール依存症者も含めて，地域で断酒を継続しているアルコール依存症者の意識を比較しながら明らかにしていく必要があると考える。

本研究に際し，ご指導賜りました小野ツルコ教授（岡山県立大学大学院）に深謝申し上げます。また，調査にご協力いただきました研究参加者の皆様に深く感謝申しあげます。

要　旨

本研究は，断酒会に通う長期断酒中のアルコール依存症者が，どのように断酒への意識を築いているのかを明らかにすることを目的とした。対象は，５年以上断酒している６人とし，参加観察と面接調査を行い質的帰納的に分析した。

分析の結果，長期断酒体験で築かれた断酒への意識には，10のサブカテゴリーを含む３つのカテゴリー『定めた決まりで酒を断つ』『断酒を絶えず誓う』『断酒によって生まれる新たな意識』が抽出された。３つのカテゴリーは，仲間や家族など周囲の存在が背景にある中で，それぞれが相互に影響し合いながら繰り返される意識であった。また，長期断酒者が『定めた決まりで酒を断つ』意識の中で，必ずしも飲酒の危機に結び付いていない不安定な感情にも，あらかめじ定めておいた行動を早くとりながら断酒生活を維持していた事については，看護職者がアルコール依存症者の断酒を理解し，必要な支援を検討する上で示唆を得たといえる。

Abstract

The purpose of this research is to clarify how Alcoholics Anonymous members who have long been practicing temperance have become aware of their ability to control their temperance. Research participants were 3 male and 3 female alcoholics who had been abstinent for 5 years or more. Participant observations and interviews were conducted and data was analyzed by inductive coding. Three categories and ten sub-categories were found: rule-oriented temperance, constant/repeated vows of abstinence, and a new consciousness emerging from abstinence. The results revealed that these categories influenced each other, while the alcoholics themselves were influenced by people from their environment, e.g. relatives, friends and health care professionals. The first category also indicated that alcoholics with long-term temperance abstained in the early stages successfully by coping with their unstable feelings which were not necessarily related to a feeling of crisis while drinking. The findings suggest that nursing professionals should understand the effects of temperance on alcoholics and consider support they may need.

文　献

1）国民衛生の動向，84-85，財団法人厚生統計協会，2004.
2）Tetsuro Noda, Hiroyuki Imamichi：Long-term outcome in 306 males with alcoholism, Psychiatry and clinical neurosciences 55, 579-586, 2001.
3）Copeland,Jan.：A Qualitative Study of Barriers to Formal Treatment Among Women Who Self., Journal of Substance Abuse Treatment, 14(2), 183-190, 1997.
4）Bernard J .Fitzgerald,Richard A. Pasewark, phD.：Four-Year Follow-Up of Alcoholics Treated at a Rural State Hospital. Quart, Journal of studies alcohol, 32, 636-642, 1971.
5）山根隆：アルコール中毒の長期予後に関する研究，慈恵医誌，93，458-474，1987.
6）徳永雅子：アルコール依存症の長期予後研究，アルコール依存とアディクション，13(3)，229-236，1993.
7）我が国の精神保健福祉　精神保健福祉ハンドブック，133-142，精神保健福祉研究会，2003.
8）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)，123，財団法人健康・体力づくり事業財団，2000.
9）清水新二：アルコール症者に対する一般住民の社会的態度研究，社会精神医学，11(1)，55-62，1988.
10）清水新二：一般地域住民にみる薬物乱用問題に関する意識と介入意向．日本アルコール薬物医学会雑誌，35(5)，330-340，2000.
11）久富暢子，伊藤桂子他：アルコール関連問題とその医療に関する看護者の認識と知識，一般病棟とアルコール依存症治療病棟の看護者との比較検討，日本アルコール薬物医学会雑誌，33(6)，671-682，1998.
12）鹿野亜朗，大越崇：アルコール依存症の短期予後と長期予後－断酒会員の追跡調査から－，精神神経学雑誌，93(5)，334-358，1991.
13）岩重達也，明神徹朗，他：アルコール依存症者の入院治療（ARP）における治療効果　MMPIによる検討，アルコール依存とアディクション，14(1)，91-97，1997.
14）岡本隆寛：アルコールリハビリテーションプログラム参加者の入院期間中の意識変化　アンケートによる追跡調査の変化より，順天堂医療短期大学紀要，13，21-30，2002.
15）信田さよ子：嗜癖問題とグループセラピー，アルコール依存症とアディクション，10(3)，189-193，1993.
16）安田美弥子，松下年子：依存症の回復におけるセルフヘルプグループの機能の研究（4）－アルコール依存症からの回復の諸相およびセルフヘルプグループの意義－，東京保健科学学会誌，5(2)，61－74，2002.
17）松下年子，安田美弥子：アルコール依存症者の自己意識と他者との関係性－アルコール依存症回復者のインタビュー調査から－，総合病院精神医学，15(2)，166-175，2003.
18）斉藤学：アルコール依存症の精神病理，金剛出版，3-32，東京.
19）斉藤学：アルコール依存症と病識，臨床精神医学，18(1)，37-42，1989.
20）心光世津子：断酒に至る認識変容過程　断酒会員を例として，看護研究，35(3)，239-249，2002.
21）Belleman,R.著 / 伊藤忠弘 訳：アルコール依存薬物依存，Dryden,Windy.編．丹野義彦監訳．認知臨床心理学入門，東京大学出版会，273-320，東京1996.
22）宮本真巳：嗜癖問題とセルフコントロール，アルコール依存とアディクション，10(3)，179-188，1993.
23）Mead,G.H著./ 稲葉三千男，滝沢正樹他 訳：精神・自我・社会，43-75，青木書店，東京，1973.
24）Benner,Patricia.,Wrubel,Judith. 著/ 難波卓志 訳：現象学的人間論と看護，医学書院，東京，188-191，1999.

［平成17年５月16日受　付］
［平成18年２月６日採用決定］

－研究報告－

中堅看護師の仕事意欲に関する調査
― 役割ストレス認知及びその他関連要因との分析 ―

Research on Lead Nurses' Work Motivation
― Analysis of Role Stress Perception and Other Related Factors ―

佐野明美　平井さよ子　山口桂子
Akemi Sano　Sayoko Hirai　Keiko Yamaguchi

キーワード：中堅看護師，仕事意欲，役割ストレス認知，経験年数別
Key Words：Lead nurse, work motivation, role stress perception, according to years of experience

Ⅰ．序　論

現在，高度医療を担う大学病院では，看護師の平均在職年数が5.4年[1]，私立医科大学病院においては5.1年であり，退職者の８割が20代看護師であると報告されている[2]。また，地域医療の中核を担う基幹病院などでは設置主体により差はあるが，平均在職年数６～９年と[1]，これらの実態は，高度医療を担う病院のケア提供の中心が20代看護師であり，その半数は経験６年に満たない看護師であることを推測させる。

看護師の経験３年目頃は職場環境や仕事にもようやく慣れ，修得した基礎的知識・技術を磨き，また専門職としてのアイデンティティー確立・探索期にあるともいわれる[3]。しかし現実には中堅としての活躍が期待され始め[4]，筆者らの大学病院における中間管理者の実務経験においても，経験３年目頃には既にチームの中堅としての役割が期待されていた。日常的に重症患者を任されるなど要求される仕事レベルが高まる一方で，チームリーダーを担い，プリセプターとしての後輩指導や相談役，学生への関わりも要求され，さらに病棟・病院内での係や委員会活動なども任されるようになる。これらについて筆者らは，様々な期待に応えながらキャリアを積み重ね，成長していかなければならないという状況が看護師の負担となり，アイデンティティーの確立に向かう前に仕事意欲の低下をきたすなど，看護師の仕事意欲に何らかの影響を及ぼすのではないかという印象を受けていた。

P.Hersey[5]は「意欲を抱いている状態は，人がそこに動員するエネルギーに影響を与える」と述べ，またP.F.Drucker[6]は「働く人たちから最高の仕事を引き出すためには，満足はその動機付けとして間違っており，満足とは受身の気持ちであり，今日必要とされていることは仕事に対する内からの動機づけである」と述べている。これらは仕事そのものに対する意欲の重要性を示すものと考える。さらにP.F.Drucker[6]は，「仕事はつねに人の成長を促すとともに，その方向付けをおこなうべきものである」と述べており，20代看護師が成長過程にあるという側面からも仕事意欲の重要性がうかがえる。

他方，看護師を対象としたバーンアウトやストレス反応[7][8]，離職願望に関する研究[9]など数多く行われる中，これらのリスクファクターとして仕事意欲の低下が指摘される[8]。仕事意欲の低下は，バーンアウトやストレス状態への陥りを警告するものと考えられ，故に，仕事意欲の低下をきたす前に何らかの対処が行われれば，未然にこれらへの陥りを防ぐことも可能だと考える。また，前段20代看護師の中堅としての役割や責任の重さについて筆者らの臨床的印象を含め述べたが，20代看護師のバーンアウト率や離職願望の高さ，職務満足度の低下の一因に，中堅としての役割や責任の重さが指摘される[10]。これらから，中堅看護師に期待される役割が仕事意欲に影響を及ぼすことも想像に難くない。

これまで文献上示される看護師の仕事意欲に関する調査は，仕事意欲に対する自己認識について明らかにしたものや[11]，仕事意欲を全体として捉え，その程度といくつかの関連要因との関係を調査・比較したものなどである[12]。仕事意欲の構成要素を明らかにした上で，関連要因各々が仕事意欲に及ぼす影響の程度について検証したものはなく，また，中堅看護師としての役割をストレッサーとして捉え，その関連を確認したものもない。そこで本研究では，大・中規模病院における経験３～８年目の看護師を対象に，彼等が組織の中堅として期待される役割について，何がやりがいで何が負担なのかを調査し，次いで役割各々の関係性からみた構造について明らかにする。その上で，役割ストレス認知を含めた中堅看護師の仕事意欲規定要因に

愛知県立看護大学　Aichi Prefectural College of Nursing and Health

ついて明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究目的

1．中堅看護師の役割ストレスの認知傾向を明らかにした上で，役割各々の関係性からその構造を明らかにする。
2．中堅看護師の仕事意欲を規定する要因として，1）役割ストレス認知，2）役割のもつ性質の評価，3）人的支援，4）組織的・個人的要因，に焦点をあて要因各々の仕事意欲への影響力を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

1．調査対象

A県内で高度医療が行われている病床数500床以上の大学病院，及び地域の基幹病院に勤務する臨床経験3～8年目の看護師の中で，協力の得られた1104人とした。

2．調査方法

自記式質問紙調査票を用い，質問紙の配布は病棟責任者に依頼した。回答後，各自厳封のうえ所定の箱への投入を依頼し，最終的に筆者らが一括回収した。質問紙の記入期間は2～3週間で留め置き法とし，調査は平成2002年6月下旬～7月中旬に実施した。

3．倫理的配慮

調査依頼施設の看護部には事前にその目的・方法について説明し承諾を得た。その際，施設及び対象者のプライバシー保護等についても説明した。対象者個々へは文書により研究の主旨，回答の自由，無記名回答であること，統計的処理によるプライバシーの保護について説明した。

4．本研究の概念枠組みおよび調査内容

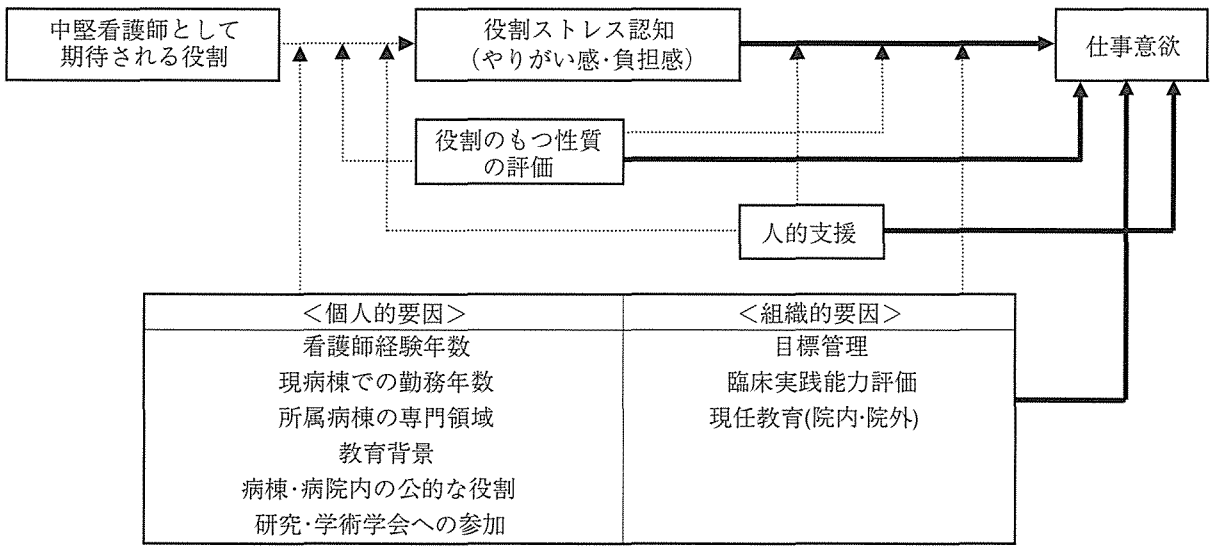
本研究における概念枠組みは図1のとおりである。

1）役割ストレス認知：ラザルス[13]のストレス心理学モデルの認知的評価に準拠して，中堅看護師として期待される役割をストレス要因と捉えた。中堅看護師の役割ストレス認知を「中堅看護師として期待される役割が看護師個々に認知・評価された結果生じる肯定的（やりがい）或いは否定的（負担）感情」と定義し，役割ストレス認知を測定するための質問項目は，既に文献上で示される中堅看護師としての役割を中心に[14]，現在臨床で中間管理職に就いている，或いは過去に就いていた看護師からの聞き取りと，筆者らの臨床経験を加味して独自に作成した28の質問項目からなる（表2参照）。回答は「非常にやりがいがある（7点）」から「非常に負担である（1点）」の7段階評定で尋ね，やりがいが高いほど得点が高くなるように設定した。また，設定された項目自体が未経験のため回答不可能な場合は，7評定以外のN（経験なし）にチェックしてもらった。

2）仕事意欲：仕事意欲の測定には筆者らが過去に作成し，既に信頼性・妥当性が検証されている看護師の仕事意欲測定尺度を用いた[15]。本尺度は看護師の仕事意欲を『現在の仕事に向ける意欲』『将来的な仕事に向ける意欲』の2下位尺度15項目から測定するものであり（表4参照），回答は「非常に思う（5点）」から「全く思わない（1点）」の5段階評定により尋ね，仕事意欲が高いほど得点が高くなるように設定されている。

3）仕事意欲を規定するその他の要因

仕事意欲規定要因には，上記1）の中堅看護師としての「役割ストレス認知」の他に，「役割のもつ性質の評価」「人的支援」「組織的・個人的要因」を設定した。要因の設定にあたり，個人の性格特性や対処行動等は，既に文献上で



＊本研究における分析を ⟶ で示す

図1　概念枠組み

バーンアウトやストレス反応，離職願望の規定要因として確認されており，仕事意欲に影響を及ぼすと予測された。しかし今回は問題解決の示唆を個人に求めるのではなく，組織として手を加えることがより可能な要因を設定したいと考え除外した。

(1)「役割のもつ性質の評価」：役割のもつ性質を「問題のある役割状態」と定義し，測定には田尾[16]がKahn[17]らの役割ストレス理論（役割曖昧・役割葛藤・役割過重）の概念に準拠して作成した『役割ストレス尺度』を一部改変して使用した。改変にあたっては，尺度作成者の承諾を得た上で3つの役割ストレスの意味を生かし3領域各々の項目を検討し，追加・修正を行い3領域15項目構成とした（表4参照）。回答は「非常に当てはまる（5点）」から「全く当てはまらない（1点）」の5段階評定で尋ね，曖昧，葛藤，過重を感じている程度が高いほど得点が高くなるように設定した。

(2)「人的支援」：看護師のソーシャルサポートで有効とされる支援者の中で[18]，専門職としての成長に影響を与える者として職場内の人物に限定した。看護師長，先輩看護師，同僚看護師，医師・コメディカル，病棟メンバー全体の5側面から捉え，測定には文献等を基に独自に作成した22の質問項目を用いた（表4参照）。回答は「非常に思う（5点）」から「全く思わない（1点）」の5段階評定で尋ね，関係が良いほど得点が高くなるように設定した。

(3)「組織的・個人的要因」：組織的要因として①目標管理，②臨床実践能力評価，③現任教育を設定した。①②については，実施の有無とその実施にどの程度意味を感じているかを5段階評定で尋ね，また③については受講の有無と受講の経緯（希望して受講したか否かなど）について尋ね各々得点化した。個人的要因は①看護師経験年数，②教育背景，③所属病棟での勤務年数，④病院・病棟内での役割，⑤研究・学会への参加取り組みを設定した。④については役割付与の有無と役割を担った年数，⑤については取り組み経験の有無と回数，発表や参加の有無と回数について尋ね得点化した。

5．分析方法

データの集計・分析は，統計解析パッケージ「SPSS 11.0J for Windows」を用いた。平均値の差の検定にはt検定，仕事意欲規定要因の分析には重回帰分析を用いた。尚，仕事意欲規定要因の「役割ストレス認知」「役割のもつ性質の評価」「人的支援」については，要因を構成する複数項目のデータを圧縮して表現し，判別力を持たせることを目的に尺度構成を行い，「役割ストレス認知」については，28項目それぞれの関係性から見た構造を明らかにすることも目的に尺度構成を行った。その第一ステップとして因子分析（主因子法解：バリマックス回転）を行い，それにより全項目を各因子に振り分け，次に，各因子について1つの下位尺度として1因子性が成り立つかを確認するために，因子毎に主成分分析を行った。尚，確認にあたっては，過去に植村[19]が尺度構成に用いた基準に拠った（①固有値1.00以上の主成分が1個のみの尺度，②各構成項目の第一主成分負荷量はすべて.60以上，③下位尺度のα係数が.65以上，この3条件を同時に満たすもの。）

重回帰分析に投入する独立変数の選択については，従属変数である仕事意欲の予測精度を高めることを第一目的として，仕事意欲との単純相関（Pearsonの積率相関係数）を確認し，これらにおいて有意な相関（$p<.05$）を認めた独立変数を重回帰モデルに投入した。今回は多重共線性問題を考慮して，ステップワイズ法（変数投入基準：投入$F>2.00$，除去$F>1.99$）を用い，各変数の標準偏回帰係数により有意な変数を確認した。

尚，今回の分析にあたり，対象を経験3～5年目と6～8年目に分類した。これは，筆者らの臨床的印象と，文献的に臨床実践能力やリーダーシップ能力，状況対処能力が5年目を境に一段の成長を認め[20][21]，また5年をかけて自律した看護師に成長する傾向などが報告されていること[22]，看護師の経験5年目までは探索期といわれ，自己の進むべき方向を模索している時期といわれること等から[23]，年数の違いは役割ストレスの認知傾向や役割のもつ性質の評価，仕事意欲に影響を持つと考えたことによる。

6．回収率

5施設1104人を対象に調査を依頼した結果，回収率は94.4％（1041人），有効回答率73.7％（767人）であった。今回は重回帰分析を最終目的としているため，完全回答のみを有効回答とした。

Ⅲ．結　果

1．調査対象者の概要

調査対象者の概要は表1に示す。平均年齢は26.2±2.7歳，全体の93.0％は20代であった。看護師としての勤務年数は5.00±1.62年，うち経験3～5年が62.1％，経験6～8年が37.9％であった。看護教育の最終学歴は，3年課程看護専門学校卒が最も多く全体の58.4％を占め，次いで短大19.6％，大学11.6％，2年課程専門学校10.4％であった。

2．中堅看護師の「役割ストレス認知」

1）経験年数別認知傾向について

「役割ストレス認知」28項目とその平均値を表2に示す。3～5年目群において最も評定平均値の高かった項目は「時間調整を図り，優先順位を考えた効率良い仕事をする（以下「効率良い仕事」とする）」の5.24（SD.98）で唯一5点台を示した。次いで「看護専門職として知識・技術

表1　調査対象者の概要

項　目	内　訳	
対象者数:人（%）		767（100.0）
	経験3～5年目人（%）	476（ 62.1）
	経験6～8年目人（%）	291（ 37.9）
平均年齢：歳（SD）		26.2（ 2.7）
看護師勤務年数：年（SD）		5.00（ 1.62）
現病棟勤務年数：年（SD）		3.73（ 1.88）
看護教育最終学歴：人（%）	大学	89（ 11.6）
	短大	150（ 19.6）
	3年課程専門学校	448（ 58.4）
	2年課程専門学校	80（ 10.4）

を磨き，成長のために努力をする」の4.98（SD1.14）であった。一方，最も低かった項目は「研究的視点を持ち，看護研究に積極的に参加する（以下「看護研究」とする）」の3.41（SD1.38）で，次いで「病院や病棟の方針，管理的事項を理解し経営に対して関心を持つ（以下「方針・管理的事項の理解」とする）」の3.48（SD1.18）であった。最も下位に位置した項目も評定平均値3点を上回り，2点台を示す項目は認めなかった。

次に6～8年目群において最も評定平均値の高かった項目も，3～5年目群同様「効率良い仕事」の5.38（SD 1.03）で，次いで「自分の得た知識をスタッフ同士で共有できるよう努める」の5.08（SD1.07）であった。一方，最も低かっ

表2　役割ストレス認知　項目別平均値・標準偏差と経験年数別2群の平均値の差の検定　（n＝767）

役割ストレス認知項目	全対象	標準偏差	3～5年目群（SD）（n=476）	6～8年目群（SD）（n=291）	2群の平均値の差の検定
カンファレンスにおける役割（積極的発言・問題提起・時間調整・後輩が意見を出し易い投げかけ）を遂行する	4.20	1.09	4.12（1.09）	4.40（1.09）	**
後輩が落ち込んでいる時、相談役となる	4.92	1.02	4.87（1.02）	4.99（1.00）	
後輩の抱いた疑問や分からない事は共に調べ指導者・助言者となる	4.99	1.07	4.94（1.10）	③ 5.07（1.01）	
後輩に対して看護実践の役割モデルとなる	4.33	1.22	4.22（1.24）	4.50（1.19）	**
後輩や学生の個別性に応じた指導を行う	4.36	1.28	4.22（1.29）	4.59（1.25）	***
後輩や学生のことを理解しようとする姿勢を持つ	4.84	1.17	4.81（1.18）	4.91（1.15）	
後輩や学生の指導を通じて自己の指導能力を高める	4.88	1.19	4.80（1.19）	5.01（1.18）	*
メンバーの不足している知識･技術を把握しサポートする	4.61	1.10	4.47（1.13）	4.84（1.01）	***
積極的に看護ケアの評価・実践に取り組む	4.74	1.09	4.64（1.09）	4.91（1.07）	**
常に看護の創意工夫を心掛ける	4.65	1.16	4.57（1.19）	4.80（1.10）	**
看護専門職として知識・技術を磨き、成長のための努力をする	5.00	1.14	② 4.98（1.14）	5.04（1.15）	
仕事に対する目標や新しいことへの挑戦意欲を持つ	4.78	1.19	4.77（1.20）	4.79（1.19）	
研究的視点を持ち、看護研究に積極的に参加する	3.46	1.42	❶ 3.41（1.38）	❶ 3.54（1.48）	
常に自分の看護を振り返るよう心掛ける	4.97	0.99	③ 4.95（1.00）	5.02（0.97）	
マニュアル作りなどに積極的に取り組む	3.86	1.27	3.80（1.25）	3.96（1.32）	
院内・病棟内の委員会・係活動等に積極的に取り組む	3.59	1.36	❸ 3.54（1.29）	❷ 3.69（1.46）	
病院や病棟の方針（理念・目標）管理的事項（施設利用率病床稼働率・資材コスト看護料等）を理解し経営に対して関心をもつ	3.56	1.20	❷ 3.48（1.18）	❷ 3.69（1.23）	*
時間調整を図り、優先順位を考えた効率良い仕事をする	5.29	1.00	① 5.24（0.98）	① 5.38（1.03）	
チーム機能の発揮を考え、メンバー個々の能力・経験を考慮した業務調整をする	4.66	1.10	4.61（1.06）	4.75（1.14）	
メンバーシップを発揮することで、リーダーのサポーター的役割を果たす	4.64	1.13	4.54（1.16）	4.80（1.06）	**
メンバーの時もチーム全体の業務進行状況に気を配り行動する	4.88	1.05	4.82（1.05）	4.99（1.05）	*
自分の得た知識をスタッフ同士で共有できるよう努める	4.99	1.01	4.94（0.96）	② 5.08（1.07）	
コ・メディカルや医師との協力・調整を積極的に図る	4.66	1.14	4.60（1.12）	4.77（1.15）	*
病棟運営や職場の業務改善について自分の意見を述べ積極的に取り組む	4.19	1.23	4.07（1.20）	4.40（1.27）	***
同僚や後輩に対して感情的にならないよう自分をコントロールする	4.57	1.18	4.54（1.15）	4.64（1.22）	
周囲の雰囲気に気を配り、チーム・病棟のムードメーカーになる	4.32	1.16	4.23（1.15）	4.48（1.15）	**
職場の明るく楽しい雰囲気作りに努める	4.77	1.15	4.75（1.15）	4.84（1.14）	
スタッフ同士の交流を図る場を積極的に作り参加する	4.52	1.19	4.49（1.18）	4.57（1.21）	

*** = p＜.001　** = p＜.01　* = p＜.05　①～③＝上位3項目　❶～❸＝下位3項目　下線＿＿は3点台の項目

た項目も３～５年目群同様「看護研究」の3.54（SD 1.48）で，次いで「方針・管理的事項の理解」の3.69（SD1.23）であった。

３～５年目群６～８年目群（以下２群）共に３点台を示した項目は同様で28項目中４項目（表２中の下線項目）であり，上述の「看護研究」に加えて，院内・病棟内の委員会・係活動等への取り組みや，マニュアル作りなどに関する項目であった。また，２群の平均値の差の検定では13項目に有意差を認め（表２），いずれも６～８年目群が危険率.1～５％で高く，中でも「後輩や学生の個別性に応じた指導を行う」「メンバーの不足している知識・技術を把握しサポートする」「病棟運営や職場の業務改善について自分の意見を述べ積極的に取り組む」の３項目については危険率.1％で６～８年目群が高かった。

２）構造の確認と尺度構成について

中堅看護師の「役割ストレス認知」28項目の構造を明らかにし，さらに仕事意欲の規定要因の分析を行う際の独立変数として用いるために，方法で示した通りの手順により尺度構成を行った（表３）。尚，尺度構成を行うにあたり各項目の基本統計量から分布について確認したが，天井効果など著しい偏りを示す項目は認めなった（表２）。

因子分析の結果，累積寄与率57.1％で５因子が抽出された。各因子の解釈・命名を行い，第１因子は後輩に対して自身が役割モデルになることや，指導を通じた自己指導能力の向上などを含むことから「後輩・学生の指導育成」，第２因子はメンバー個々の能力を考えた業務調整や病棟運営や業務改善への積極的参加などの項目を含むことから「リーダーシップの発揮」，第３因子は仕事に対する目標や新しいことへの挑戦意欲を持つこと，看護ケアの積極的評価などを含むことから「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」，第４因子は院内・病棟内の委員会・係り活動への積極的参加や管理的事項への理解と経営への関心を持つことなどを含むことから「組織的活動への参加・取り組み」，第５因子は周囲の雰囲気に気配りをすることや同僚

表３　中堅看護師の役割ストレス認知測定尺度の構成項目と第1主成分負荷量　（n＝767）

下位尺度	項　目　構　成	第1主成分負荷量		
後輩・学生の指導育成	後輩や学生の個別性に応じた指導を行う	0.84		
	後輩に対して看護実践の役割モデルとなる	0.82		
	後輩や学生のことを理解しようとする姿勢を持つ	0.82		
	後輩の抱いた疑問や分からない事は共に調べ指導者助言者となる	0.80		
	後輩や学生の指導を通じて自己の指導能力を高める	0.78	固有値	4.41
	メンバーの不足している知識･技術を把握しサポートする	0.76	寄与率	63.00
	後輩が落ち込んでいる時、相談役となる	0.73	Cronbach's α	0.90
リーダーシップの発揮	メンバーの時もチーム全体の業務進行状況に気を配り行動する	0.85		
	メンバーシップを発揮することで、リーダーのサポーター的役割を果たす	0.84		
	チーム機能の発揮を考え、メンバー個々の能力・経験を考慮した業務調整をする	0.79		
	自分の得た知識をスタッフ同士で共有できるよう努める	0.75		
	コ・メディカルや医師との協力・調整を積極的に図る	0.75	固有値	4.11
	時間調整を図り、優先順位を考えた効率良い仕事をする	0.69	寄与率	58.67
	病棟運営や職場の業務改善について自分の意見を述べ積極的に取り組む	0.67	Cronbach's α	0.88
自己啓発・積極的看護実践への取り組み	看護専門職として知識・技術を磨き、成長のための努力をする	0.86		
	仕事に対する目標や新しいことへの挑戦意欲を持つ	0.85		
	常に看護の創意工夫を心掛ける	0.82	固有値	3.20
	積極的に看護ケアの評価・実践に取り組む	0.77	寄与率	63.96
	常に自分の看護を振り返るよう心掛ける	0.69	Cronbach's α	0.86
組織的活動への参加・取り組み	院内・病棟内の委員会・係活動等に積極的に取り組む	0.86		
	マニュアル作りなどに積極的に取り組む	0.82	固有値	2.54
	研究的視点を持ち、看護研究に積極的に参加する	0.78	寄与率	63.48
	病院や病棟の方針（理念・目標）管理的事項（施設利用率病床稼働率・資材コスト看護料等）を理解し経営に対して関心をもつ	0.73	Cronbach's α	0.81
職場の人的環境作り	職場の明るく楽しい雰囲気作りに努める	0.90		
	周囲の雰囲気に気を配り、チーム・病棟のムードメーカーになる	0.89	固有値	2.78
	スタッフ同士の交流を図る場を積極的に作り参加する	0.84	寄与率	69.50
	同僚や後輩に対して感情的にならないよう自分をコントロールする	0.69	Cronbach's α	0.85

表4　変数別項目各々の平均値と標準偏差　(n＝767)

変数		項目	平均値	標準偏差
仕事意欲	現在の仕事に向ける意欲	今の仕事は興味のもてる仕事だと思う	3.91	0.87
		毎日の仕事に張り合いを感じる	3.42	0.92
		今の仕事を自分のものにしていると感じる	3.11	0.87
		自分の担当する仕事に誇りを感じる	3.65	0.89
		今の仕事は自分にとって満足のいくものである	3.09	0.92
		今の仕事は性格にあっている	3.31	0.10
		毎日の仕事にやりがいを感じる	3.38	0.95
		今の仕事は自分の能力を発揮できる仕事だと思う	3.24	0.84
		今の仕事から得る充実感は心地良いと感じる	3.34	0.99
		今はこの仕事を続けていきたいと思う	3.37	1.09
	将来的な仕事に向ける意欲	担当する仕事について、更に高度な知識や技術を身につけたいと思う	4.06	0.89
		仕事上かなり困難な問題があっても、頑張ってやり遂げたいと思う	3.74	0.96
		今の仕事は自己を成長させるものだと思う	3.97	0.88
		より良い看護を追及していきたいと思う	4.02	0.80
		現状を変化させていくことに積極的でありたいと思う	3.83	0.88
役割のもつ性質の評価	役割葛藤	チーム員（同僚や後輩）に対して非常に気を使う	3.86	0.84
		自分の判断或いは指導がチーム員の行動に重大な影響を及ぼす	3.42	0.78
		婦長から求められる役割と自分の思う役割との間にズレを感じる	3.25	0.92
		自分の目指す看護と現実の間にずれを感じる	3.73	0.85
		看護についての考え方が婦長と異なり悩む	2.78	1.06
	役割曖昧	一日の仕事の中で何をしたら良いのかはっきりしない	1.91	0.87
		してもしなくても良いような仕事をさせられる	2.81	1.20
		誰に報告すればよいのかはっきりしない	2.02	1.03
		本来の自分の仕事は何なのか迷う	2.82	1.23
		一体何が自分に期待されているのか分からない	2.92	1.09
	役割過重	一度に沢山の種類の仕事を処理しなければならない	3.91	0.97
		その日の勤務帯ではとても処理できそうに無い仕事をしなければならない	3.53	1.11
		今もっている能力ではとても対処しきれないと感じる	3.45	1.04
		休み（休憩）を取る余裕も無いと感じる	3.57	1.16
		まだまだ経験を積み重ねないと充分なことができないと感じる	4.40	0.74
人的支援		病棟メンバーはチームワークがとれていると思う	3.55	0.88
		病棟メンバーとは上手くやっていけると思う	3.72	0.77
		病棟メンバーの一員でいたいと思う	3.79	0.83
		病棟メンバーはベストを尽くすよう励まし合えると思う	3.61	0.86
		必要なとき病棟メンバー間で助け合えると思う	3.87	0.78
		医師とはチームワークがとれていると思う	3.05	0.90
		コ・メディカルとはチームワークがとれていると思う	3.01	0.82
		他職種と交流（意見交換、カンファレンスなど）を持つ機会が他部署より多くあると思う	2.35	1.01
		師長はあなたを支持してくれていると思う	3.34	0.93
		師長はあなたを見守ってくれていると思う	3.50	0.99
		師長はあなたを信頼してくれていると思う	3.34	0.92
		師長はあなたの行った仕事や行為を適切に評価・承認してくれていると思う	3.42	0.95
		師長は尊敬できる存在だと思う	3.68	1.06
		師長は仕事の事を気軽に話せる存在だと思う	3.45	1.14
		役割モデルとなるような先輩がいると感じる	3.68	1.06
		常に何でも相談できる先輩の存在を感じる	3.53	1.05
		先輩はあなたの行った行為や仕事を適切に評価・承認してくれていると思う	3.61	0.89
		あなたが困っている時に気にかけてくれる先輩の存在を感じる	3.63	1.00
		あなたが新しいことや難しい仕事にぶつかった時、指導・保護してくれる先輩の存在を感じる	3.61	0.99
		常に何でも相談できる同僚の存在を感じる	3.96	1.08
		同僚はあなたの行った行為や仕事を適切に評価・承認してくれていると思う	3.85	0.93
		あなたが困っている時に気にかけてくれる同僚の存在を感じる	4.00	0.96
組織的要因		目標管理	4.69	1.59
		臨床実践能力評価	3.23	2.24
		現任教育	6.62	4.41

表5 「役割のもつ性質の評価」および「人的支援」測定尺度の構成項目と第1主成分負荷量 (n=767)

	下位尺度	項目構成	第1主成分負荷量		
役割のもつ性質の評価	役割過重	その日の勤務帯ではとても処理できそうに無い仕事をしなければならない事がある	0.87		
		一度に沢山の種類の仕事を処理しなければならない事がある	0.81	固有値	2.51
		休み（休憩）を取る余裕も無いと感じることがある	0.77	寄与率	62.69
		まだまだ経験を積み重ねないと充分なことができないと感じる事がある	0.71	Cronbach's α	0.80
	役割曖昧	本来の自分の仕事は何なのか迷うことがある	0.77		
		一体何が自分に期待されているのか分からないことがある	0.77		
		してもしなくても良いような仕事をさせられることがある	0.70	固有値	2.63
		誰に報告すればよいのかはっきりしないことがある	0.70	寄与率	52.56
		一日の仕事の中で何をしたら良いのかはっきりしない事がある	0.68	Cronbach's α	0.77
	役割葛藤	婦長から求められる役割と自分の思う役割との間にズレを感じることがある	0.85	固有値	1.82
		看護についての考え方が婦長と異なり悩むことがある	0.81	寄与率	60.55
		自分の目指す看護と現実の間にずれを感じることがある	0.67	Cronbach's α	0.67
人的支援	看護師長の支援	師長はあなたを見守ってくれていると思いますか	0.93		
		師長はあなたを信頼してくれていると思いますか	0.90		
		師長はあなたを支持してくれていると思いますか	0.90		
		師長はあなたの行った仕事や行為を適切に評価・承認してくれていると思いますか	0.89	固有値	4.69
		師長は尊敬できる存在だと思いますか	0.86	寄与率	78.20
		師長は仕事の事を気軽に話せる存在だと思いますか	0.84	Cronbach's α	0.94
	先輩看護師の支援	あなたが新しいことや難しい仕事にぶつかった時、指導・保護してくれる先輩の存在を感じますか	0.91		
		あなたが困っている時に気にかけてくれる先輩の存在を感じますか	0.91		
		常に何でも相談できる先輩の存在を感じますか	0.99	固有値	3.89
		先輩はあなたの行った行為や仕事を適切に評価・承認してくれていると思いますか	0.89	寄与率	77.83
		役割モデルとなるような先輩がいると感じますか	0.80	Cronbach's α	0.93
	病棟メンバーの支援	病棟メンバーはベストを尽くすよう励まし合えると思いますか	0.89		
		病棟メンバーとは上手くやっていけると思いますか	0.87		
		病棟メンバーの一員でいたいと思いますか	0.85	固有値	3.71
		必要なとき病棟メンバー間で助け合えると思いますか	0.85	寄与率	74.25
		病棟メンバーはチームワークがとれていると思いますか	0.85	Cronbach's α	0.91
	同僚看護師の支援	あなたが困っている時に気にかけてくれる同僚の存在を感じますか	0.95	固有値	2.66
		常に何でも相談できる同僚の存在を感じますか	0.94	寄与率	88.64
		同僚はあなたの行った行為や仕事を適切に評価・承認してくれていると思いますか	0.93	Cronbach's α	0.94
	医師・コメディカルの支援	コ・メディカルとはチームワークがとれていると思いますか	0.88	固有値	1.96
		医師とはチームワークがとれていると思いますか	0.85	寄与率	65.47
		他職種と交流（意見交換、カンファレンス等）を持つ機会が他部署より多くあると思いますか	0.69	Cronbach's α	0.73

や後輩に対して感情的にならないことなどを含むことから「職場の人的環境づくり」，と命名した（表5）。以上により，当初，項目設定段階において暫定的に6領域で構成した中堅看護師における役割ストレス認知は，結果的に「後輩・学生の指導育成」「リーダーシップの発揮」「職場の人的環境づくり」「組織的活動への参加・取り組み」「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」の5因子構造となった。

次に尺度構成を行った。その前段として28項目各々の未経験率を確認した。その結果，最も高い項目でも未経験率5.5%であったため，全体への影響はないと判断し未経験率による項目の除外はしなかった。5因子各々の主成分分析を行った結果，第1因子に属していた項目「カンファレンスにおける役割を遂行する」が主成分負荷量.58で除外された。しかしそれ以外の因子は全て条件を満たし，またCronbach's α係数も5因子全て.80以上と内的整合性も確保され，最終的に5下位尺度27項目構成の尺度となった。

3．仕事意欲規定要因分析のための重回帰分析

1）「仕事意欲」「役割のもつ性質の評価」「人的支援」各々の得点について

「仕事意欲」「役割のもつ性質の評価」「人的支援」各々の項目の詳細と基本統計量を表4に示す。尚，尺度構成を

行うにあたり各項目の得点の分布について確認したが，天井効果など著しい偏りを示す項目は認めなかったため，全項目を尺度構成に採用した。

2）尺度構成

①「役割のもつ性質の評価」：田尾[16]と同様にKhanらの示す役割ストレス理論の3つの概念（役割葛藤,役割曖昧,役割過重）を生かし，3領域各々で主成分分析を行った。その結果，「役割葛藤」から2項目，「役割過重」から1項目が除外され，3下位尺度12項目構成となった。各下位尺度に含まれる項目の詳細とCronbach's α係数については表5に示す。

②「人的支援」：手順に従って因子分析・主成分分析を行った結果5因子が抽出された。5因子全てに高い1因子性が確認され項目は全て採用した。項目作成段階での暫定的な領域構成と同様の項目で下位尺度が構成され，項目の内容を再確認した上で命名を行った。各下位尺度名およびその項目とCronbach's α係数は表5に示す。

3）経験年数別仕事意欲規定要因の分析

方法で述べた通り重回帰分析に投入する独立変数の選択を行った結果，「役割ストレス認知」「役割のもつ性質の評価」「人的支援」の下位尺度各々と，目標管理，臨床実践能力評価，現任教育，および3～5年目群では看護師としての勤務年数，6～8年目群では現在の病棟での勤務年数について有意な相関を認め，これらを投入する独立変数とした。

①経験3～5年目群の仕事意欲規定要因

表6　経験年数別　現在の仕事に向ける意欲　重回帰分析（ステップワイズ法）

3～5年目（n＝476）			6～8年目（n＝291）		
変数	標準偏回帰係数	単純相関	変数	標準偏回帰係数	単純相関
①自己啓発・積極的看護実践への取り組み	.331***	.472	③病棟メンバーの支援	.218***	.459
②役割葛藤	-.207***	-.326	①自己啓発・積極的看護実践への取り組み	.179**	.469
②役割曖昧	-.182***	-.424	①職場の人的環境作り	.155**	.435
③同僚看護師の支援	.116**	.255	④能力評価	.124**	.176
③病棟メンバーの支援	.110**	.364	①組織的活動への参加･取り組み	.118*	.398
④看護師経験年数	.092*	.092	③先輩看護師の支援	.118*	.359
①リーダーシップの発揮	.076	.407	②役割曖昧	-.111*	-.388
④能力評価	.062	.164	④現病棟勤務年数	.105*	.162
			②役割葛藤	-.091	-.294
重相関係数R	.648		重相関係数R	.671	
R^2	.420		R^2	.450	
調整済みR^2	.410		調整済みR^2	.432	

***p＜.001　**p＜.01　*p＜.05　　＝共通要因

注）各変数の頭番号は左記の下位尺度及び要因
①役割ストレス認知　②役割のもつ性質の評価　③人的支援　④組織的・個人的要因

表7　経験年数別　将来の仕事に向ける意欲　重回帰分析（ステップワイズ法）

3～5年目（n＝476）			6～8年目（n＝291）		
変数	標準偏回帰係数	単純相関	変数	標準偏回帰係数	単純相関
①自己啓発・積極的看護実践への取り組み	.439***	.545	①自己啓発・積極的看護実践への取り組み	.381***	.547
②役割曖昧	-.134**	-.309	①組織的活動への参加･取り組み	.140**	.420
③看護師長の支援	.131***	.273	③先輩看護師の支援	.140*	.285
④現任教育	.076*	.203	③看護師長の支援	.138*	.335
③同僚看護師の支援	.066	.360	④現病棟勤務年数	.085	.140
③病棟メンバーの支援	.060	.283			
重相関係数R	.611		重相関係数R	.604	
R^2	.373		R^2	.364	
調整済みR^2	.365		調整済みR^2	.353	

***p＜.001　**p＜.01　*p＜.05　　＝共通要因

注）各変数の頭番号は左記の下位尺度及び要因
①役割ストレス認知　②役割のもつ性質の評価　③人的支援　④組織的・個人的要因

『現在の仕事に向ける意欲』は16独立変数で重回帰分析を行ったところ，重相関係数.648，調整済決定係数.410を示し，８変数により３～５年目群の『現在の仕事に向ける意欲』の41.0％が説明された。最終的に６つの有意な変数が確認され，最も影響力が大きかったのは役割ストレス認知の「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」β＝.331（p＜.001），次いで役割のもつ性質の評価の「役割葛藤」β＝－.207（p＜.001），同じく「役割曖昧」β＝－.182（p＜.001）であった（表６）。

『将来的な仕事に向ける意欲』は14独立変数で重回帰分析を行ったところ，重相関係数.611，調整済決定係数.365を示し，６変数により３～５年目群の『将来的な仕事に向ける意欲』の36.5％が説明された。最終的に４つの有意な変数が確認され，最も影響力が大きかったのは役割ストレス認知の「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」β＝.439（p＜.001），次いで役割のもつ性質の評価の「役割曖昧」β＝－.134，人的支援の「看護師長の支援」β＝.131（共にp＜.001）であった（表７）。

②経験６～８年目群の仕事意欲規定要因

『現在の仕事に向ける意欲』は17独立変数で重回帰分析を行ったところ，重相関係数.671，調整済決定係数.432を示し，９変数により６～８年目群の『現在の仕事に向ける意欲』の43.2％が説明された。最終的に８つの有意な変数が確認され，最も影響力が大きかったのは人的支援の「病棟メンバーの支援」β＝.218（p＜.001），次いで役割ストレス認知の「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」β＝.179（p＜.01），同じく「人的環境作り」β＝.155（p＜.01）であった（表６）。

『将来的な仕事に向ける意欲』は14独立変数で重回帰分析を行ったところ，重相関係数.604，調整済決定係数.353を示し，５変数により６～８年目群の『将来的な仕事に向ける意欲』の35.3％が説明された。最終的に４つの有意な変数が確認され，最も影響力が大きかったのは役割ストレス認知の「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」β＝.381（p＜.001），次いで役割ストレス認知の「組織的活動への参加・取り組み」，人的支援の「先輩看護師の支援」β＝.140（p＜.01）であった（表７）。

Ⅳ．考　察

１．中堅看護師の「役割ストレス認知」

１）経験年数別役割ストレス認知傾向について

役割は，個人の受け取り方や取り巻く環境の影響などにより，負担にもなればやる気にもつながる。今回はラザルス[13]のストレス心理学モデルの認知的評価に準拠して，中堅看護師として期待される役割への認知的評価の程度を確認した。

役割ストレス認知28項目中，２群共に「時間調整を図り優先順位を考えた効率よい仕事」へのやりがいが最も高かった。当初，本項目の遂行には高い能力を要し，負担と認知される傾向にあると予測していた。しかし中武は[24]，経験３～６年目の中堅看護師の「予定以内に仕事を終わらせようとする思い」への役割認識の高さを示しており，また時間内の仕事の終了や業務のスムーズな運びは目に見える能力の一つとして周囲からの評価につながり易いことなどから，本項目が中堅看護師にとって関心の高いものとして，今回の結果につながったのではないかと考える。

一方「看護研究」が２群共に最も低得点と負担の方向に認知されたが，太田らによると[25]，大学病院に勤務する経験４年目の看護師の離職願望を抱いた理由の一つに，看護研究という課題が増すことが報告されている。看護師の研究意欲の低さや継続性の無さ，研究が義務的に行なわれることや研究環境の不備については既に指摘され，改善に向けた示唆も出されている[26]。しかし，未だ改善困難な課題としての現実がうかがえ，今後も既に得られている示唆を活かしながら，研究時間や指導者の確保，ハード面の整備など一層の研究環境の改善が望まれる。

２群共に評定平均値が３点台を示した４項目は，その後に行なった尺度化において，全て役割ストレス認知の第４因子「組織的活動への参加・取り組み」に属するものであった。前段述べた「看護研究」も本因子に属するが，これらの役割への取り組みは，看護師が自発的に取り組むというよりも組織からの“やらされ感”の強さを予測させる。看護師がこれらの役割にやりがい感を持てるよう，これらの役割遂行はより質の高いケア提供につながることの認識を高め，また管理的視点をもって日々の業務を遂行することの重要性についても，意識を高めていく必要があるのではないかと考える。

次に，２群間の平均値の差の検定においては13項目で危険率.1～５％の間で６～８年目群が高く，中でも危険率.1％で６～８年目群が高かった３項目は，病棟運営や職場の業務改善に対する自己の意見の反映，スタッフメンバーの指導育成に関するものなどであった。特にこれら対組織・チームに向けた役割に対するやりがいは，経験年数との関与が大きいと考えられ，またこれ以外の項目についてもその多くが，後輩・学生の指導やリーダーシップの発揮に関するものであり同様の傾向がうかがえた。

今回，経験年数の違いはストレス認知に影響を及ぼし，３～５年目群の負担度が高いと予測していたが，結果的に３～５年目群においても28項目中24項目は４点を上回り，また項目の半数で２群間に有意差を認めなかった。これについて，就職から２年を過ぎる頃には看護師個々が自己の能力に応じて目標設定を行ったり，また周囲の期待も看護

師個々の能力に合わせて自然調整されたりすること等が関与し，役割が過剰なストレスとして認知されなかったのではないかと考える。また神尾らの調査では[27]，５～８年目にあっても看護師の自己の能力への評価は低く，その要因に理想的自己像の高さや客観的自己評価ができないことが考察されている。このような傾向も本結果につながったのではないだろうか。

今回は，大・中規模病院に於ける経験３～８年目の看護師の中堅として期待される役割に対するストレス認知の傾向を明らかにしてきたが，水野らは[28]，看護師が役割付与に対し組織からの期待や承認，仕事に対する取り組みの変化や役割遂行を通じた視野の拡大，新たな能力獲得を感じる一方で，期待される役割が過大であったりなどの場合，悩む者があったことを報告している。これらから，役割付与はスタッフ各々に与えるメリット・デメリットを慎重に検討したうえで行われ，その役割遂行が彼等の動機付けとなるように成果を適切に評価するなどの支援が必要であると考える。

２）中堅看護師の「役割ストレス認知」の構造確認と尺度構成について

中堅看護師の役割ストレス認知の構造として「後輩・学生の指導育成」「リーダーシップの発揮」「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」「組織的活動への参加・取り組み」「職場の人的環境づくり」の５因子構造が確認された。これらの構造は，中堅の役割に関する鈴木[29]や中武[24]の研究，経験３年目看護師の臨床実践能力を明らかにした土佐ら[30]の研究からある程度予測されたが，今回，中堅看護師に期待される役割としてストレス認知を確認した場合にも同傾向が示された。内容としては，指導・教育に関するものや管理・リーダーシップに関するもの，自己啓発・スキルアップに関するもの，職場の環境作りに関するもの等であり，中堅としての役割や備えるべき能力について，意識や認識，期待，ストレス認知など捉える視点は違っても，その構成要素は同傾向にあることが分かった。

次に，項目「研究的視点を持ち看護研究に積極的に参加する」が因子「組織的活動への参加・取り組み」に属したことについて，当初，本項目は看護の質向上に関するものとして項目立てしており予想外の結果であった。看護研究への取り組みも委員会や係活動と同様に組織的活動として認識され，前段述べた通り義務的に取り組む意識がうかがえた。

尺度構成の段階において，第１因子「後輩・学生の指導育成」から項目「カンファレンスにおける役割を遂行する」が除外されたことについて，当初，本項目は中堅の役割として期待されるが，経験の浅い看護師には重荷と捉えられる傾向にあると考えたことから[26]項目設定した。しかし今回，因子負荷量.613で除外されたことは，この設問が組織的活動やリーダーシップの発揮など，多くの意味内容を含んでいたためではないかと考える。

２．仕事意欲を規定する要因の分析

今回，仕事意欲２下位尺度各々の規定要因が経験年数別に明らかにされた。以下に下位尺度毎に各群特有のものと共通の要因について，影響力を持った意味と管理的立場における支援のありかたについて考察する。

１）『現在の仕事に向ける意欲』を規定する要因

(1) ３～５年目群特有の要因：「役割葛藤」が意欲を低下させる要因として確認され，この年代においては，自分の思っていることと他とのズレを感じることが，仕事意欲を左右する重要な要因となることが分かった。福吉[31]が，３年目の看護師を対象に管理者から求められる役割と自分の考える役割とのズレの存在について報告していることや，幸田[32]の，管理者が中堅看護師に期待する役割とその遂行に対する評価を伝えることの重要性の指摘からも，この年代における役割葛藤の重要性はうかがえる。この傾向を認識した上で，既に得られている示唆[31) 32)]を基に彼らの役割を明確にし適確に伝えた上で，その役割が遂行できるだけの環境を整えていくことが必要であると考える。

(2) ６～８年目群特有の要因：役割ストレス認知の下位尺度である「職場の人的環境作り」が確認されたが，この年代はリーダー的役割として，より職場の雰囲気やスタッフ間の関係の重要性を認識し，これらの調整を期待される立場にある。彼らが職場の人的環境作りの中心的存在として活躍できる場作りを行うと共に，これらの役割遂行を過度に期待して負担感を抱かないように配慮することも必要であると考える。

次に「能力評価」が確認されたことは，この年代にとって，自己の能力が適正に評価されることが，仕事意欲を支える上でいかに重要であるかを示すものと考える。近年，臨床実践能力評価の有用性が注目され[33]，クリニカルラダーの導入に取り組む施設も増えており，本結果はその有用性を裏付けるものであると考える。未だ適正な評価や，評価をどう活かすかなど問題は多いが，これらの改善と共に，今後もクリニカルラダーの導入やその有効活用がなされることが望まれる。

(3) ２群共通の要因：２群共通の最も影響力のある要因に「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」が確認されたことは，宮崎の[34]どの年代においても仕事意欲と看護ケアのあり方や新しい知識・技術へのチャレンジ心と関係があったとの報告と，同傾向を示したと考える。また３～５年目群においては最も影響力の大きい要因であったことについて，現在臨床現場では早期から中堅と

しての役割遂行が期待され，特に対チーム・組織の中での役割遂行において，ケアの質の向上や評価，業務改善など，管理的効果を狙った役割や教育が重視される傾向にある[35]。しかし医療が高度化する現場ほど，確実な知識・技術・判断力に基づいた看護実践が要求され，高度医療機関に勤務する経験の浅い看護師ほど自己の能力に不安を抱く一方で，スキルアップへの意識が高い傾向にあるといわれることからも[9]，本要因がこの世代の仕事意欲を左右する重要なものであると考える。冒頭述べた現在の厳しい医療環境において，質の高い看護を追求していけるだけの人材育成のためには，看護実践における基礎的な知識と技術を充分身に付け，彼らの目標意識や挑戦意欲を刺激するための場の提供が重要ではないかと考える。

「役割曖昧」について，曖昧感の高さは既にストレス反応やバーンアウトの要因としても報告されており[7]，また役割曖昧は仕事における情緒的緊張を増加させ，満足感を低下させる要因であることも報告されていることから[16]，今回，仕事意欲の影響要因として確認されたことは妥当な結果であったと考える。特に３～５年目群の看護師において危険率.1%で影響力をもったことについて，彼らは単にメンバーとして指示された仕事を行うだけの時期を脱し，自己の看護観や果たすべき役割についても意識し始める時期にあると思われるが，このことは，延いては自分達の職務や置かれる状況，システムなどに対する問題意識や矛盾を感じる状況を生むとも考えられ，今回の結果につながったのではないだろうか。よって役割曖昧への対処として，彼らが担う役割の明確化やその意味を伝えること，また彼らを巻き込んだ形でのシステム改善など効果的があるのではないかと考える。一方，６～８年目群における影響力が弱かったことについては，この年代になるとある程度の役割の曖昧さに対する対処能力が身に付き，曖昧さが仕事意欲にあまり影響しないという結果につながったのではないかと考える。

「病棟メンバーの支援」が確認されたことについては，個人を取り巻く周囲との関係は仕事意欲を支える土台として重要な要因であると言われるが[6]，20代看護師にとって職場の人間関係は仕事に対する満足や自律性に強く関連するものとして報告され[36]，また若い世代の仕事上の重要事項がチームワークの良さである事が報告されていることからも[37]，今回の結果はこれらと同傾向を示したと考える。また，６～８年目群において最も影響力のある要因として確認されたことから，リーダー的立場に立つことの多い彼らが，よりメンバーとの関係を重視する傾向にあることが考えられる。よってこの年代を中心とした小集団活動などを行いメンバー間の関係作りを進めていくことも，仕事意欲を支える上で有効であると考える。

２）『将来的な仕事に向ける意欲』を規定する要因

(1) ３～５年目群特有の要因：「役割曖昧」は『現在の仕事に向ける意欲』でも非常に影響力のある要因として確認され，この年代における役割の曖昧さが持つ意味の重要性をうかがい知る。成長過程にある彼らの困難な課題への挑戦意欲やより良い看護への追及心，現状を変えていく力などにまで役割の曖昧さが影響することは重大なことであり，この傾向を強く認識しておきたい。

(2) ６～８年目群特有の要因：役割ストレス認知の下位尺度である「組織的活動への参加・取り組み」が確認されたが，より組織的な活動を担う中心となる６～８年目群において有意な要因として確認されたことは重視すべきことである。この役割は下位尺度毎の基本統計においては最も評定平均値が低く３点台を示したことや，今川[38]が仕事意欲喪失要因として組織目標への疑いや看護研究，委員会活動への負担などを報告していることから，まずは彼らにとってその役割が負担とならないよう，前述した適正な能力評価などに基づいた適切な役割付与を行い，その上で遂行の成果を評価していくことが重要ではないだろうか。

(3) ２群共通の要因：『現在の仕事に向ける意欲』では全く示されなかった「看護師長の支援」が影響力のある要因となったことは，非常に興味深い結果であった。中堅看護師の課題への挑戦意欲やより良い看護への追及心，現状を変えることへの積極性には，管理者の支援が欠かせない。土屋[39]は20代看護師の悩みとして，新しい事を試みようとする時に上司に受け入れてもらえないことを報告しており，本結果の一部を裏付けるものと考える。管理者は成長過程にある彼らへのキーパーソンであることを強く認識した上で，彼らの適切な評価や承認を心がけたい。また「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」については『現在の仕事に向ける意欲』と同様に２群共に最も影響力のある要因として確認されことから，中堅看護師の仕事意欲を強固に支えるものとして必要不可欠なものであると考える。

Ⅴ．今後の課題

今回，仕事意欲の説明率が50%に満たず，『将来的な仕事に向ける意欲』においては説明率が30%台であった。これは，今回設定した規定要因以外の影響力をもつ要因の存在が推測され，『将来的な仕事に向ける意欲』においては，現時点で捉えられる要因では予測範囲を超えていたのではないかと考える。また，仕事意欲と関係があると予測し設定した個人的要因が重回帰分析の変数選択では除外されており，データの採り方やカテゴライズの仕方の問題な

ど，量的データとして取り扱うには不適切であったと思われる。今後，中堅看護師の仕事意欲の予測精度を高めていくためには，個人的要因についてはデータの採り方やあるいは分析方法を検討すると共に，本結果をふまえた上で規定要因を再検討する必要があると考える。また，バーンアウトや職務満足度低下の一因に，中堅として担う役割や責任の重さが指摘されているが[10]，今回，中堅看護師の役割ストレス認知は比較的やりがいのあるものとして認知された。これは，測定項目を『中堅看護師に期待される役割』として設定したため，その内容が中堅として「果たすべき役割」に近いものとなったことが関与しているのではないかと考える。しかし実際には，仕事意欲の規定要因として役割曖昧や葛藤が確認されおり，このことは，中堅という立場にあって本来他職種が遂行すべき職務を担ったり，否応なしに管理代行を務めざるを得ない状況があることをうかがわせる。その結果，この状況下での重圧を感じたり，看護専門職としての役割が果たせない現実とのギャップに悩んだり，病棟の看護レベルを高めることへの責任感などが生じることは十分に予測される。今後，上述のようなことを含めて中堅看護師の業務の実際を調査したうえで，その調査に基づき認知ストレスを調べていくことにより，新たな認知ストレスが確認されることも推測される。この点について今後の課題とすると共に，管理的立場から，中堅看護師が意欲を失わず，さらにキャリアを積み成長していけるために，彼らの能力を適正に評価し各々の役割を職務として明確にした上で，その役割が遂行できるための職場環境が彼らに提供されることを期待したい。

Ⅵ. 結　論

1）中堅看護師の役割ストレス認知は，全項目６～８年目群のやりがいが高く，病棟運営や職場の業務改善への取り組み，スタッフメンバーの指導育成に関する項目は危険率.1％で高かった。また２群に共通して３点台を示し負担と認知された項目の殆どは，組織的活動への参加・取り組みに関する項目であった。組織的活動に関する役割は中堅看護師にとってやりがいを得難いものであった。

2）中堅看護師の役割ストレス認知は，第１因子「後輩・学生の指導育成」，第２因子「リーダーシップの発揮」，第３因子「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」，第４因子「組織的活動への参加・取り組み」，第５因子「職場の人的環境作り」の５因子から構成され，中堅看護師として期待される役割の認知構造が確認された。

3）『現在の仕事に向ける意欲』への影響要因として３～５年目群では「役割葛藤（$p<.001$）」「同僚看護師の支援（$p<.01$）が，６～８年目群では「職場の人的環境作り（$p<.01$）」「能力評価（$p<.01$）」が，有意な要因として確認され，『将来的な仕事に向ける意欲』への影響要因として３～５年目群では「役割曖昧（$p<.01$）」が，６～８年目には「組織的活動への参加・取り組み（$p<.01$）」が，有意な要因として確認された。

4）２群共通の要因としては有意水準に違いはあるが，『現在の仕事に向ける意欲』への影響要因には「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」「役割曖昧」「病棟メンバーの支援」が，『将来的な仕事に向ける意欲』への影響要因には「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」「看護師長の支援」が，有意な要因として確認された。

Ⅶ. 謝　辞

ご多忙中にもかかわらず，本調査にご協力くださいました対象者の皆様方はじめ，施設の看護部の皆様には心からお礼申し上げます。

要　旨

中堅看護師の役割ストレス認知，及び仕事意欲規定要因を経験年数の別から明らかにすることを目的に，500床以上の病院に勤務する経験３～８年目の看護師1104人（有効回答率73.7％）を対象に自記式質問紙調査を行った。結果，以下のことが確認された。

1．中堅看護師の役割ストレス認知の構造として「後輩・学生の指導育成」「リーダーシップの発揮」「自己啓発・積極的看護実践への取り組み」「組織活動への参加・取り組み」「職場の人的環境づくり」の５因子が確認された。

2．『現在の仕事に向ける意欲』の規定要因として，３～５年目では「役割葛藤（$\beta=-.207$ $p<.001$）」「同僚看護師の支援（$\beta=.116$ $p<.01$）」が，６～８年目では「職場の人的環境作り（$\beta=.155$ $p<.01$）」「能力評価（$\beta=.124$ $p<.01$）」が有意な要因として確認された。

3．『将来的な仕事に向ける意欲』の規定要因として，３～５年目では「役割曖昧（$\beta=-.134$ $p<.01$）」が，６～８年目では「組織的活動への参加・取り組み（$\beta=.140$ $p<.01$）」が有意な要因として確認された。

Abstract

The purposes of this study were 1) to determine relative importance of some psychological variables which are assumed to influence the keeping a diet for diabetes, that is, "motivation" "self-efficacy", "atttitude for a diet" and "behavioral devices for dieting" and 2) to clarify the psychological structure or mechanism leading to dieting. A questionnaie for diet of diabetes were conducted to patients with diabetes attending a hospital. Path analysis indicates that "perceived self-efficacy" was the strongest factor influencing "keeping a diet", dependent variables, with "behavioral device for diet" being the second. "Attitude for a diet" did not have an direct effect on "keeping a diet", but it had very strong effects on "perceived self-efficacy" that is one of motivational factors.Therefore, it seems important to increase self-efficacy in order to promote of a dietary therapy, and to increase self-efficacy it is effective to mold an attitude. In addition, a diet seems to be facilitated also by behavioral devices compose of inhibition and deprivation of stimulus leadindg to eat.

Ⅷ. 文　献

1) 日本看護協会：看護職員の確保，日本看護協会調査報告，59，54－77，2001.
2) 吉村八千代：私立医科大学病院における看護職の動き，看護管理，5(6)，380-389，1995.
3) 波多野梗子，小野寺杜紀：看護学生及び看護婦の職業アイデンティティーの変化，日本看護研究学会誌，16(4)，21-28，1993.
4) 川島みどり：３年目の節目で主体的に，看護学雑誌，49(3)，306-311，1993.
5) P.Hersey/山本成二訳：行動科学の展開，191，生産性出版，東京，2001.
6) P.F.Drucker/上田惇生訳：現代の経営（下巻），ダイヤモンド社，121，1996.
7) 田尾雅夫，久保真人：バーンアウトの理論と実際，64-67，99-112，誠信書房，東京，1996.
8) 稲岡文昭，宗像恒次：燃えつき症候群，32-66，90，金剛出版，東京，1993.
9) 猪下　光：看護職に於ける離職の実態及び離・転職願望と諸要因との関係，岡山医療技術短期大学，8，69-75，1997.
10) 稲岡文昭：N系列病院看護婦のバーンアウトに関する研究（その１）－病院の規模別・地域別によるバーンアウトと離職の関係，日本赤十字看護大学紀要，6(9)，1992.
11) 江渕一江：中堅看護婦の仕事意欲に関する自己認識，神奈川県立看護大学校教育課程研究集録，306－311，1999.
12) 宮崎仁美：若手看護婦と熟練看護婦の仕事意欲の相違，神奈川県立看護大学校教育課程研究集録，67-72，1995.
13) R.Lazarus/本明　寛訳：ストレスの心理学－認知的評価と対処の研究，実務教育出版，東京，2000.
14) 斎藤理恵子：中堅看護婦の自己意識と期待される役割，神奈川県立看護大学校教育課程研究集録，115－120，1997.
15) 佐野明美，山口桂子：看護師の仕事意欲測定尺度の作成，日本看護医療学会雑誌，Vol7. No1，9-17，2005.
16) 田尾雅夫：中間管理者に於ける役割ストレスと疲労感，心理学研究，57，246-249，1986.
17) R.Khan著/西昭夫訳：組織のストレス（上下）－葛藤にさらされた現代組織の歪み－，産業能率短期大学出版部，東京，1973.
18) 南　裕子：看護婦の燃えつき現象とストレスおよびソーシャルサポートの関係について，聖路加看護大学紀要，12，26-33，1987.
19) 植村勝彦：ボランティア活動への参加－非参加を規定する態度要因－女子青年の場合－，コミュニティ心理学研究，２巻１号，2-11，1998.
20) 石本傳江：看護婦成員の経験年数とリーダーシップ能力との関連性，新見女子短期大学紀要，第13巻，73-81，1992.
21) 柳沢節子：看護実践能力の獲得に関する研究（その２）－経験年数による分析－，日本看護科学学会，360-361，1994.
22) 池内佳子他：新卒看護婦の就職後５年間における自立過程からみた継続教育の検討，看護展望，26-37，2000.
23) 草刈淳子：看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究，看護研究，29(2)，32，1996.
24) 中武美智代：中堅看護婦の役割認識と寄せられる役割期待に関する調査，神奈川県立看護大学校教育課程研究集録，300-305，1999.
25) 太田にわ，難波　純：大学病院に就職した看護婦の職場上の困難についての追跡調査，看護展望，124(13)，86-92，1999.
26) 祖父江育子:臨床における看護研究問題と解決策，看護展望，Vol.23，No.3，90-97，1998.
27) 神尾圭子：卒後３年目と５～８年目看護婦の実践能力の評価に関する検討－成人・老人領域における自己評価，上司評価を実施して－，第26回日本看護学会集録集（看護管理），19-22，1995.
28) 水野暢子，三上れる：臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究，日本看護管理学会誌，Vol.4，No１，13-22，2000.
29) 鈴木和美：中堅ナースの役割に関する意識調査，第17回日本看護学会集録集（1986），68-70，1986.
30) 土佐千栄子：経験３年目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴　第１報－３病院574名の看護婦・看護士を対象に－，日本看護管理学会誌，Vol.5，No.2，55-63，2000.
31) 福吉久美子：看護業務における主体的態度，神奈川県立看護大学校教育課程研究集録，239-246，1998.
32) 幸田有子：中堅看護婦・管理者関係における表現の重要性，神奈川県立看護大学校教育課程研究集録，247-253，1998.
33) 平井さよ子：臨床実践能力と看護管理への活用，看護，49(13)，57-71，1997.
34) 宮崎仁美：若手看護婦と熟練看護婦の仕事意欲の相違，神奈川県立看護大学校教育課程研究集録，67-72，1995.
35) 本田多美枝：「看護の専門的能力」の視点からみた院内教育ニーズの分析－N系病院における看護婦の調査から－，日本看護科学学会誌，Vol.20，No.2，29-38，2000.
36) 菊池昭江：看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連，看護研究，32(2)，2-13，1999.
37) 紺井理和，志村あつみ他：キャリアを育む職場環境－20代看護婦の職務満足度調査から－，インターナショナル ナーシング レビュー，21(2)，30－35，1998.
38) 今川順子：看護婦の意欲と病院組織について，埼玉県立衛生短期大学紀要，23，9-19，1998.
39) 土屋三千代，渋谷さよ子：看護婦のキャリア形成過程に関する研究－20代ナースの職業意識の変化－，日本赤十字社幹部看護婦研修紀要，第５号，43-58，1989.

［平成17年１月５日受　付
平成18年３月２日採用決定］

－研究報告－

重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発
― ニードとコーピングの推移の特徴から ―

Drawing up of Structural Equation Modeling for Family Needs and Coping Strategies in Critical Care Settings

山 勢 博 彰
Hiroaki Yamase

キーワード：家族ニード，コーピング，cns-face，クリティカルケア看護，構造方程式
Key Words ：family needs, coping, cns-face, critical care nursing, structural equation

Ⅰ．はじめに

ICU（intensive care unit）や第三次救急医療施設でのいわゆるクリティカルケアでは，急性疾患の突然の発症，慢性疾患の急性増悪，偶発的事故や災害，重篤な疾病，身体侵襲の大きい手術などによって，生命の危機にさらされた患者に対応することが多い。また，このような患者の危機的な状態を目の当たりにした家族は，精神的に激しく動揺し，強い不安，恐怖，悲嘆などの感情を呈して精神の危機状態に陥ることも多い[1)]。

クリティカルケアにおける家族看護は，患者そのものに対する集中治療と同様に重要な位置付けにあり，看護師の関心も極めて高い。そのアプローチとしては，ニードを中心とした家族の心理状態をアセスメントし，効果的な看護介入のあり方を模索したものが多く，更にLazarusら[2)]のストレス・コーピング理論を基に，家族のコーピングに焦点を当ててケアの方向性を見出そうとするものもある。

我が国では，クリティカルな状態にある患者家族のニードとしては，Molter[3)]の45項目のニードが最も良く知られている。このニードは，海外ではCCFNI（Critical Care Family Needs Inventory）[4)]という家族アセスメントツールとして臨床や研究で盛んに用いられている。Bouman[5)]もMolterの45項目のニードを独自に分類し，家族ニードのアセスメントの枠組みを提供している。また，IIFS（Iowa ICU Family Scale）という調査票を用いてICUでの家族の心理的行動的状況を記述しているものもある[6,7)]。コーピングについては，Koller[8)]のJalowiec Coping Scaleを用いて測定した重要なコーピングストラテジーの記述や危機状態にある家族のコーピングを明らかにした先駆的な研究もある[9,10)]。

海外ではこのような家族ニードとコーピングに焦点を当てた家族看護のあり方に関する研究が多く見受けられるが，我が国では，ニードそのものに焦点を置いた家族アセスメント研究が特徴的である[11,12)]。その多くは，Molterの45項目のニードを基にインタビューによってニードの程度を明らかにしたもので，ニードの充足度を同時に調査しているものがある[13-17)]。しかし，これらの研究の多くは，文化背景や家族観の違う国で開発されたアセスメントツールを使用し，しかも対象のサンプリングはその病院のみに限定してまとめたもので，我が国の特徴として普遍的に記述するには限界がある。

こうした状況を鑑み，救急看護認定看護師らで構成する研究メンバーによって，重症・救急患者家族のアセスメントツールであるCNS-FACE（Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings）[18-21)]が我が国で独自に開発された。現在では病院の規模を問わず，全国で多くの救命救急センターやICUでこのツールが臨床にも研究にも活用され始め，共通する測定ツールによって重症・救急患者家族のニードとコーピングが記述されようとしている。

本研究ではこのCNS-FACEを用い，国内の複数の施設での患者家族のデータを収集・分析することによって，重症・救急患者家族の入院期間中のニードとコーピングの推移の特徴を明らかにし，家族のニードとコーピングの関係について，因果構造をモデル化することを目的に行った。

Ⅱ．研究方法

1．対象と期間

11名の救急看護認定看護師らで構成されるCNS-FACE研究会のメンバーが属する9ヶ所の救命救急センター，ICU・CCUに入院した患者194名の家族211名を対象とした。患者は，疾患，重症度，性別，年齢を問わず，キーパーソンとなる家族が存在している患者とし，対象家族はCNS-FACEによる行動評定が可能と救急看護認定看護師が判断した患者の家族である（未成年を除く）。対象家族

山口大学大学院医学系研究科　Graduate School of Medicine, Yamaguchi University

に，同じ患者について２名のキーパーソンがいる場合は，それぞれにデータ収集をした。データの収集期間は，平成14年３月～６月におこなった。

２．測定ツール（CNS-FACE）について

CNS-FACEは，暫定版の作成から完成版の作成に至るまで，国内の複数の施設を対象に，入院患者の家族から得られた実際のデータを基にして開発されたものである[18-21]。

CNS-FACEの理論的概念には，危機理論とストレス・コーピング理論が使われている。危機理論では，危機モデルの中の危機から適応に至るプロセスモデル[22]が用いられ，ストレス・コーピング理論では，Lazarusらのストレス・コーピング理論[2]が用いられている。この２つの理論より，概念モデルが設定されている（図１）[18]。また，CNS-FACEで測定する構成概念は，CCFNI（Critical Care Family Needs Inventory）[4]とWays of Copingスケール[23]が用いられている。

CNS-FACEは，看護師の客観的な行動観察による行動評定ツールである。家族のとる行動を観察することによって，動因としてのニードとコーピング様式に関して尺度化し，量的評価をするものである。１つ１つの尺度項目には，ニードの型とコーピングの型の両側面があり，行動評定によってその家族がどんなニードを持って，どんなコーピングを働かせているのかを測定する。例えば，メモを取るという行動は，情報のニードでもあり，計画型のコーピング行動でもある。ところが，同じ情報のニードでも，医師や看護師に病状説明やオリエンテーションを直接求めてくるといった行動は，直接的な社会支援を志向したコーピングである。

CNS-FACEの尺度は，ニードの６カテゴリーとコーピングの２カテゴリーで構成されている。ニードは，医療者，家族，知人などの社会的リソースを求める社会的サポートのニード，自己の感情表出によってそれを満たそうとする情緒的サポートのニード，家族自身の物理的・身体的安楽を求める安楽・安寧のニード，患者に関する情報を求める情報のニード，患者に何かをして役に立ちたいという接近のニード，患者への治療と処置に安心感や希望を持ちたいという保証のニードである。コーピングは，ストレス状況に情動反応を調節して対処しようとする情動的コーピングと，直接その問題を解決できるようなやり方で対処する問題志向的コーピングである。

評定方法は，家族の中のキーパーソンを特定し，面会の様子，看護師や医師との対応の様子，オリエンテーション時や病状説明時の様子などを観察し，「あてはまらない」，「少しあてはまる」，「あてはまる」，「大変あてはまる」の１～４段階の評定ポイントに従ってチェックする（表１）。尺度得点は，ニードの６カテゴリーとコーピングの２カテゴリー毎に，最小１点～最大４点の範囲で得点化される[21]。

アセスメントツールとしての信頼性と妥当性についても，多角的に検証されており，項目の内的整合性の指標となるクロンバックα係数は，社会的サポートのニードが0.62，安楽・安寧のニードが0.61，その他のニードとコーピングは，0.7～0.8以上である。構成概念妥当性を確認した因子分析では，ニードの６因子の累積寄与率が57.1％，コーピングの２因子では35.0％である[20]。

３．データの収集と集計

対象の入院患者について，家族の中のキーパーソンを特定し，CNS-FACEの46の行動評定項目について，患者の受け持ち看護師，またはCNS-FACE研究会のメンバーである救急看護認定看護師が観察した。データ収集の時期は，各施設で任意の時間（日勤の終了時，深夜交替時，日中の面会終了時など）を定め，基本的に入院から救命救急センターまたはICU・CCU退出まで24時間に１回測定した。測定データは，インターネットを通してサーバへ直接データを送信し，各得点をCGI（Common Gateway Interface）プログラムによる自動計算システムにて集計した。ホームページのアドレスは非公開とし，アクセスにはパスワード認証によるセキュリティチェックを設けた。

４．分析方法

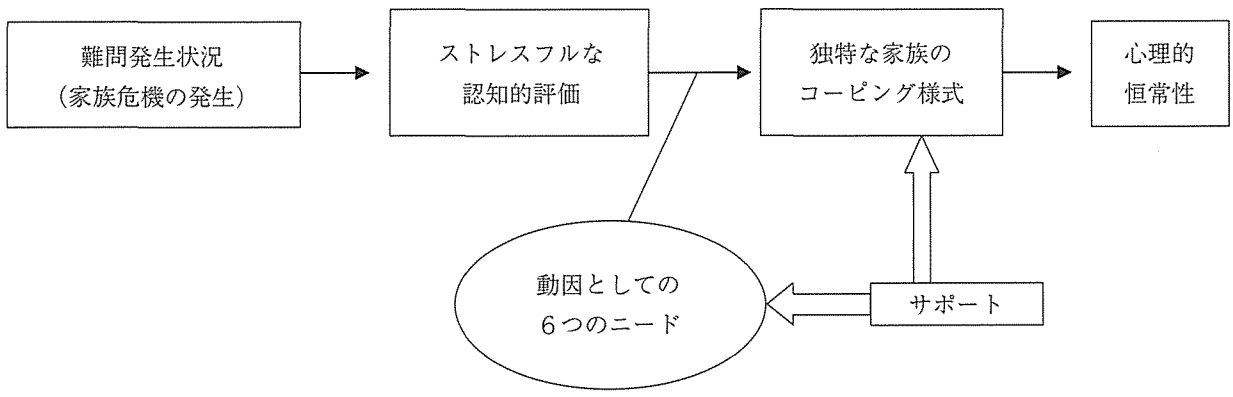


図１　危機理論とストレスコーピング理論によるCNS-FACEの概念モデル

表1　CNS-FACEの行動評定項目

項目No.	ニードの分類	評　定　内　容
1	社会的サポート	家族同士で相談したり支え合っている
2		知人などの家族以外の人と相談したり支え合っている
3		PTや医療事務などの他職種への紹介や援助を求める
4		経済的な問題について相談をする
5	情緒的サポート	患者の死について話をする
6		患者との思い出話をする
7		不安を訴える
8		罪責感を表出する
9		患者の名前を大声で叫んだりすがりつく
10		悲しんだり泣いたりする
11		ショックで卒倒したり，身体症状を訴える
12		パニック状態になる
13		やりたい事があっても我慢している
14		放心状態または上の空
15		身の置き所がなくうろうろしている
16		話にまとまりがない
17		状況を受け入れることができない
18		怒りや叱責などの言動がある
19		奇跡を望む言動がある
20		拒否的な言動がある
21		厳しいことを言われても動揺することなく落ち着いている
22		喜んだり，笑顔が見られる
23	安楽・安寧	待合室や家族控室に関して要望がある
24		外部への連絡方法について尋ねる
25		院内や付近の食堂や売店について尋ねる
26		家族待機について工夫や改善を申し入れる
27		一人になれる時間，場所を求める
28		身体的安楽や休息を求める
29	情　報	現在の治療，処置，ケアに関して尋ねる
30		現在の患者の状態や安否について尋ねる
31		患者の予後について尋ねる
32		医療者の話を熱心に聞く
33		モニターを見つめたり，話すことをメモしている
34		処置やケアの様子を覗こうとする
35		医療者に何をしたらいいのかを尋ねる
36	接　近	患者へ励ましの言葉をかける
37		多くの面会回数，時間を求める
38		患者の身体ケアに参加する
39		患者へのサポートに積極的である
40		患者の体に触れる
41		患者へねぎらいの言葉をかける
42		面会したがらない
43	保　証	医療者に感謝やねぎらいの言葉をかける
44		ICUなどの現在の病棟での治療やケアを望む
45		医療者に任せたり頼んだりする
46		処置やケアに理解を示し，安心や信頼を示す言葉がある

情動的コーピングの項目（No.）：5，7～20，27，28，42
問題志向的コーピングの項目（No.）：1～4，6，21～26，29～41，43～46

各ニードとコーピングの基本統計量を算出し，入院から退室（死亡退院を除く）まで継続してデータ収集できたケースについて，入院からの時期別による変化の傾向を分析した。この推移の特徴からニードとコーピングのカテゴリー化をし，ニードがコーピングに与える因果構造について構造方程式モデリングを行った。分析には統計パッケージソフトSPSS（Ver.11.0J）およびAMOS（Ver.4.0）を用いた。

5．倫理的配慮

対象家族には，研究に用いるデータ収集をすることについて口頭で伝え，承諾を得た。データ収集は，通常の看護ケアでの観察を通した行為とし，データの取り扱いは個人が特定できないようにコード番号で示した。また，個人の医療情報として公表されることにならないよう，専ら量的な分析のみに留めた。なおこのCNS-FACEによる研究は，研究の倫理的側面を検討する大学医学部附属病院医薬品等治験・臨床研究等審査委員会（IRB）での審査を受け，承認されたものである。

Ⅲ．結　果

1．対象者の特徴

194名の患者の年齢は52.25±19.61（mean ± SD）歳で，最高齢が87歳，最低年齢が0歳であった。性別は，男性122名（62.9%），女性72名（37.1%）であった。疾患の内訳は，脳疾患45名（23.2%），CPAOA（cardiopulmonary arrest on arrival）34名（17.5%），循環器疾患23名（11.9%），外傷20名（10.3%），自殺企図20名（10.3%），中毒19名（9.8%），その他33名（17.0%）であった。また重症度は，第三次救急対応患者の中でも予後は安定していると判断される患者が78名（40.2%）で最も多く，CPAOAなどの生命の危険が大きい患者が41名（21.1%），第三次救急対応患者で予後不良の患者34名（17.5%），第二次救急対応患者33名（17.0%），初期救急対応患者8名（4.1%）であった。

患者の救命救急センターまたはICU・CCU在室日数は，最低1日から最高60日の範囲であり，平均在室日数は6.11±3.92日であった。

CNS-FACEによる行動評定データは，211名の家族から延べ1305日（件）分を収集した。対象家族は，配偶者88名（41.7%），親50名（23.7%），子供40名（19.0%），兄弟20名（9.5%），親戚8名（3.8%），その他5名（2.4%）であった。

2．各ニードとコーピングの基本統計量

延べ1305日（件）分の各ニードとコーピング得点の平均値と標準偏差は次のようになった。ニードでは，社会的サポート1.69±0.55，情緒的サポート1.33±0.35，安楽・安寧1.09±0.23，情報2.00±0.65，接近2.17±0.73，保証1.94±0.72で情報と接近が2点以上で，保証，社会的サポート，情緒的サポートの順に低下し，安楽・安寧のニードは最も低かった。コーピングでは，情動的1.24±0.32，問題志向的1.85±0.42で問題志向的コーピングが高かった（図2）。

3．各ニードとコーピングの推移

入院初日から退室（死亡退院を除く）まで継続してデー

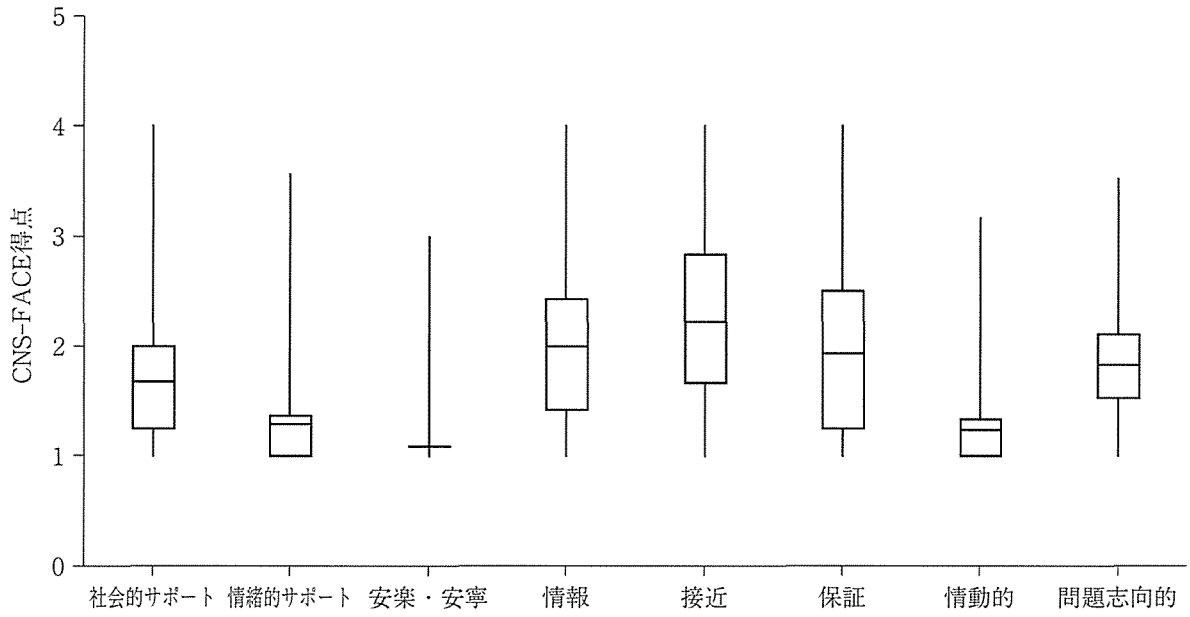


図2　ニードとコーピングの箱ひげ図（n=1305）

（社会的サポートから保証まではニードで，情動的と問題志向的はコーピングを示す。また，箱の下端・中央・上端の水平線は，それぞれ25パーセンタイル値，平均値，75パーセンタイル値を表し，ひげの上端は最大値，下端は最小値を示す）

タ収集できていた患者は59名で，その在室日数は，最低4日から最高15日の範囲であり，平均在室日数は7.23±2.12日であった。この患者の家族59名のニードとコーピングについて，在室日数の80パーセンタイルである10病日目までの推移を平均値によって示した（図3，4）。

ニードの推移を見ると，情報のニードは4病日目から上昇に転じ，保証のニードは，2病日目にやや下降してから上昇し，その後は横ばいで6病日目に再び上昇していた。接近のニードは病日を経るに従って上昇していた。社会的サポートのニードは病日毎に多少の変化はあるものの，ほぼ横ばいでの推移であった。情緒的サポートと安楽・安寧のニードは，全体に低値での推移で，入院当日が最も高く，情緒的サポートのニードについては病日が経るに従って下降していた。コーピングは，病日を経るに従って情動的コーピングは下降し，問題志向的コーピングは上昇していた。

4．構造方程式モデリングの結果

各ニードの推移の特徴より，上昇傾向が読み取れる情報，接近，保証のニードを観測変数とした潜在変数（患者との相互関係上のニードと呼ぶ）と，横ばいあるいは低値での推移であった情緒的サポート，社会的サポート，安楽・安寧のニードを観測変数とした潜在変数（自己の安定性を維持するニードと呼ぶ）を設定した。コーピングについては情動的コーピングと問題志向的コーピングのそれぞれを潜在変数として設定した。なお，コーピングの潜在変数は1つの観測変数で構成するために，尺度の信頼性係数による固定母数を誤差項に投入した。

以上のような変数によって，ニードがコーピングに与える影響について構造方程式モデリングを行った（図5）。モデルの乖離度を示すχ^2が512.31, p＝0.03（有意確率）で，

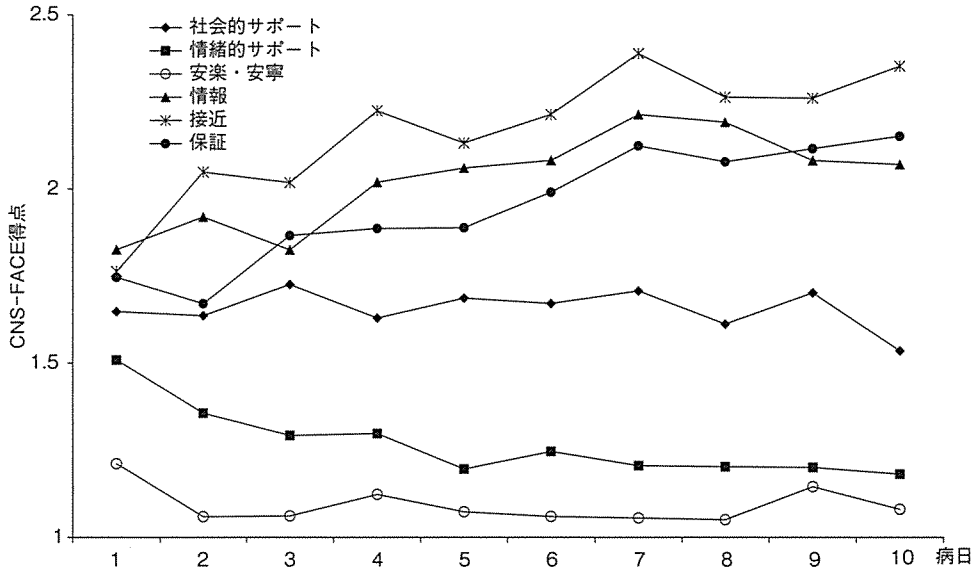


図3　入院から10病日目までの各ニードの平均値の変化（n＝59）

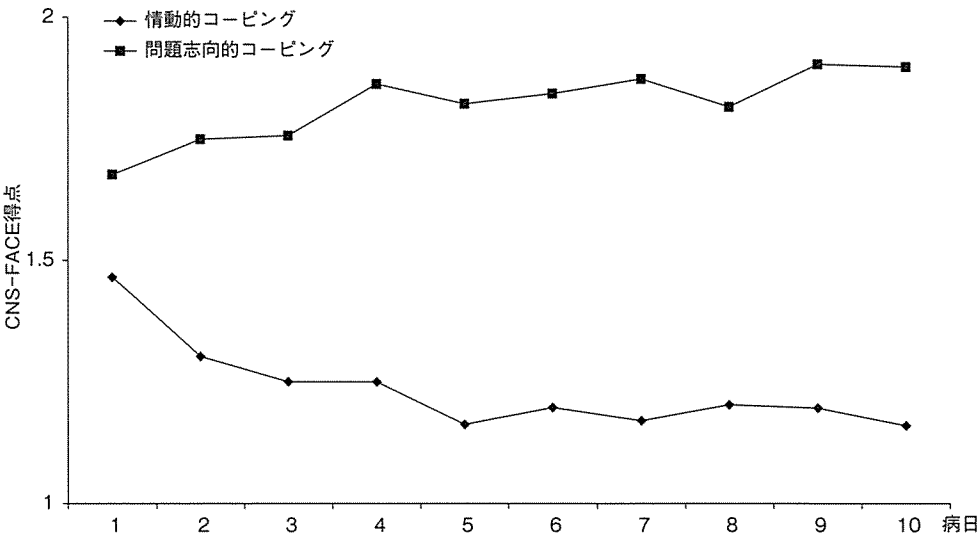


図4　入院から10病日目までの各コーピングの平均値の変化（n＝59）

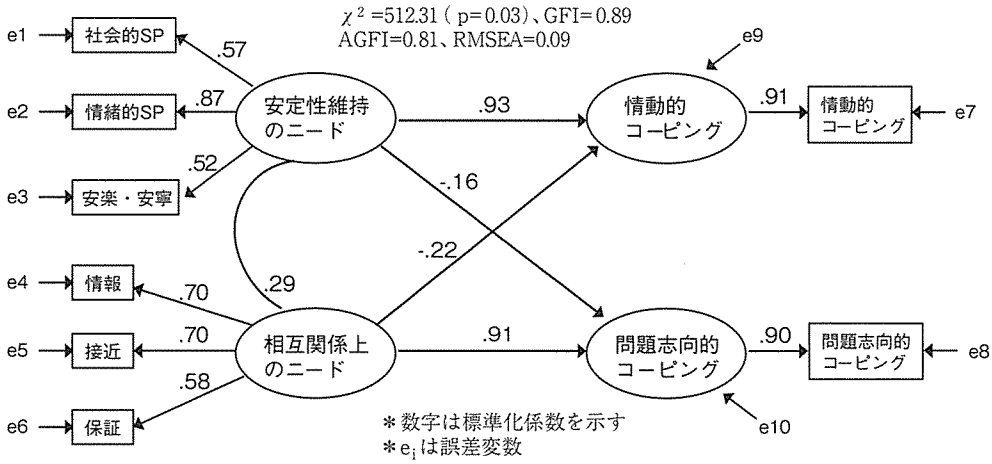


図5　構造方程式モデリング

モデルとデータの当てはまりの程度を示すGFI（goodness of fit index：適合度指標）が0.89，パラメータ数の影響を考慮した修正GFIのAGFI（adjusted goodness of fit index：修正適合度指標）が0.81，乖離度からパラメータ数の影響を修正した指標であるRMSEA（root mean square error of approximation：平均二乗誤差平方根）が0.09で示されるモデルが導かれた。主要パラメータのうち，「患者との相互関係上のニード」は問題志向的コーピングに0.91（標準化係数），「自己の安定性を維持するニード」は情動的コーピングに0.93（同）の高い影響を与えていた。

Ⅳ．考　察

本研究の対象となった家族の患者の疾患は，集中治療室や救命救急センターのようなクリティカルケアや第三次救急医療で対象とする重症かつ多様な疾患であった。また対象家族も，多い順に配偶者，親，子供，兄弟と臨床上対応することの多い家族員であった。

各ニードとコーピングの得点は，クリティカルケアの臨床場面で観察されるニードとコーピングの特徴を示しているものと解釈でき，臨床的にも了解可能なものであった。例えば家族自身の安楽・安寧のニードとしての要望はあまり聞くことはないが，患者の現状や予後について尋ねる情報のニードは高いという認識は多くの看護師が持っているものである。

本研究では，疾患別，および患者の重症度別に各ニードとコーピングの特徴を見いだすことはしていないが，生命を脅かす最も危険な状態であれば，特定のニードが高いなどといった特徴があると思われる。臨床的には，患者が重症であればあるほど家族の危機状態も強く，情動的反応が顕著に見られるということがしばしばある。

入室期間全体に渡るニードとコーピングの得点を見ると，最も高いのが接近のニードで，次が情報と保証のニードであった。最も低かったのは，安楽・安寧のニードであった。コーピングでは，情動的コーピングより問題志向的コーピングが高かった。ニードについて，上位3つのニードはMolterの古典的研究[3]でも重要なニードと位置づけられており，KollerもCCFNIによる面接調査の結果からこれらのニードの重要性を検証している[8]。国内でも，千明らがこれらのニードが高いという調査結果を提出している[15]。また，意識回復を望めないほどの重症患者家族のニードでは，接近のニードである患者ケア参加への要望は最も高いという報告もある[24]。

ニードとコーピングの日毎の推移を見ると，ニードでは，情報，接近，保証のニードが病日の経過に従って高くなる傾向が見られ，逆に，情緒的サポートと安楽・安寧のニードは入院当日が最も高く，低値での推移であった。コーピングは，問題志向的コーピングが，病日の経過に従って高くなる傾向があり，情動的コーピングは，入院当初が比較的高く，その後は減少していくという推移であった。精神的な危機状態にある人のコーピングの推移は，危機に陥ったはじめの時期は情動的なコーピングメカニズムが働き，後半は問題志向的なコーピングメカニズムが働くといわれている[25]。本研究は，こうした家族危機の様子を裏付けることとなった。

入院からの各ニードの推移を分析した結果，「患者との相互関係上のニード」と「自己の安定性を維持するニード」の2つのカテゴリー構造の存在が推測された。前者は情報，接近，保証という患者を通して，または患者を対象としたニードであり，後者は情緒的サポート，社会的サポート，安楽・安寧という家族自身の精神的・社会的・身体的安定を図ろうとするニードである。

これらのニードの推移の特徴とコーピングの推移とを対比すると，「患者との相互関係上のニード」は問題志向的コーピングに，「自己の安定性を維持するニード」は情

動的コーピングに影響を与えていることが推測されたが，この因果構造は構造方程式モデリングによってより明らかになった。因果関係の強さを示す標準化係数は各々0.91と0.93で，かなりの影響があることが裏付けられ，家族のニードの内容がそれぞれのコーピング行動への特徴をもたらしていた。

以上，CNS-FACEによって得られたデータ分析の結果から考察できることをまとめたが，CNS-FACEそのものの改良点や本研究の限界も幾つか存在している。

本研究で用いたCNS-FACEは，一般的な心理測定用具の開発プロセスに則って作成し，信頼性と妥当性についても検討はされているものの，社会的サポートと安楽・安寧のニードの内的整合性を示すクロンバック α が0.6台[20]で充分高いとは言えず，測定用具としての厳密性を高めるためにさらなる改良が必要である。

またアセスメント方法は，看護師による行動評定，すなわち他者による客観評価であり，インタビューなどによって家族自身の気持ちを引き出して主観的データを評価したものではない。そのため，本研究で得られた結果は，個々の家族の心理的状況を個別にアセスメントした結果とは言えない。さらに，入院環境，病状変化，客観的な重症度，治療内容，予後予測，家族背景，家族ケアの内容などによって変化すると思われるニードとコーピングについても，それらの変数を同時に測定して要因分析をしたものでもない。

このように，本研究には限界やCNS-FACE自体の課題が残されており，今後更に詳細な検討が必要と思われる。

結　論

1．入室期間全体でのニードは，接近のニードが最も高く，次に高いのが情報と保証のニードで，最も低かったのが安楽・安寧のニードであった。
2．入室期間全体でのコーピングは，情動的コーピングより，問題志向的コーピングが高かった。
3．ニードの日毎の推移は，情報，接近，保証のニードが経過に従って高くなる傾向が見られ，逆に，情緒的サポートと安楽・安寧のニードは入院当日が最も高く，情緒的サポートのニードについては，病日を経るに従って低くなる傾向にあった。
4．コーピングの日毎の推移は，問題志向的コーピングが経過するに従って高くなる傾向があり，情動的コーピングは，入院当初が比較的高く，その後は減少していた。
5．情報，接近，保証のニードで構成される「患者との相互関係上のニード」と，情緒的サポート，社会的サポート，安楽・安寧のニードで構成される「自己の安定性を維持するニード」，および，「情動的コーピング」と「問題志向的コーピング」の潜在変数で示される構造方程式モデリングを作成した。
6．構造方程式モデリングでは，「患者との相互関係上のニード」は問題志向的コーピングに0.91（標準化係数），「自己の安定性を維持するニード」は情動的コーピングに0.93（同）の高い影響を与えていた。

謝　辞

データ収集に協力いただいた，CNS-FACE研究会の救急看護認定看護師の皆様，山口大学付属病院高度救命救急センターの看護師の皆様に心より感謝いたします。

（本研究は，平成14年度日本看護研究学会奨学会の助成を受けて行ったものである）

要　旨

本研究はCNS-FACE（Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings）を測定ツールとして用い，重症・救急患者家族のニードとコーピングの推移の特徴を明らかにし，その関係について因果構造をモデル化することを目的に行った。方法は，救命救急センター，ICU・CCUに入院した患者194名の家族211名を対象とし，日毎のニードとコーピングを測定した。その結果，情報，接近，保証のニードと問題志向的コーピングが経過に従って高くなる傾向が見られ，情緒的サポートと情動的コーピングは経過に従って低くなる傾向にあった。また，患者との相互関係上のニード，自己の安定性を維持するニード，情動的コーピング，問題志向的コーピングを潜在変数とする構造方程式モデリングを作成した。

Abstract

In the present study, the Coping and Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings (CNS-FACE) was used to clarify the characteristics of needs and coping transition for families with members requiring critical care. And I described how strong the factors affect between the needs and coping strategies by using the structural equation modeling. The CNS-FACE was administered between admission and discharge to 211 family members of 194 patients who were admitted to an emergency room or ICU. In terms of chronological shifts in needs and coping strategies, needs for information, proximity and assurance became greater and problem-oriented coping played a more important role with time, while need for emotional support and emotional coping became less relevant with time. In addition, I drew up the structural equation modeling: latent variables were needs on mutual relations with a patient, needs to maintain own stability, problem-oriented coping, and emotional coping.

文　献

1) 山勢博彰：家族への危機介入，ハートナーシング，15(3)，243-248，2002.
2) Lazarus, R.S., Folkman, S.(本明寛，春木豊，他監訳)：ストレスの心理学，25-229，実務教育出版，東京，1991.
3) Molter, N.C.，(常塚広美訳)：重症患者家族のニード，看護技術，30(8)，137-143，1984.
4) Leske, J.S.: Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, Heart Lung, 20(3), 236-244, 1991.
5) Bouman, C.C.: Identifying priority concerns of family of ICU patients, Dimens Crit Care Nurs, 3(5), 313-319, 1984.
6) Halm, M.A., Titler, M.G.: Behavioral responses of family members during critical illness, Clin Nurs Res, 2(4), 414-437, 1993.
7) Johnson, S.K., Craft, M., et al.: Perceived changes in adult family member's roles and responsibilities during critical illness, Image J Nurs Sch, 27(3), 238-243, 1995.
8) Koller, P.A.: Family needs and coping strategies during illness crisis, AACN Clin Issues Crit Care Nurs, 2(2), 338-345, 1991.
9) Beglinger, J.E.: Coping tasks in critical care, Dimens Crit Care Nurs, 2(2), 80-89, 1983.
10) Dhooper, S.: Family coping with the crisis of heart attack, Soc Work Health Care, 9(1), 15-31, 1983.
11) 山勢博彰，山勢善江：救急看護に関する研究の動向と今後の課題，看護研究，33(6)，451-465，2000.
12) 山勢博彰：生命の危機状態にある患者と家族の心理，エマージェンシーナーシング，2004年夏季増刊，254-261，2004.
13) 安孫子智恵，鈴木明子，他：集中治療室入室患者家族のニードを知るMolterの重症患者家族ニードを用いて，日本看護学会論文集成人看護，29(1)，18-20，1998.
14) 滝沢恭子，文屋美幸，他：緊急入院する重症患者家族のニードについて，横浜市立市民病院看護部看護研究集録，2001，26-30，2002.
15) 千明政好，金子正子：群馬大学ICUでの家族面会と援助の実際，エマージェンシーナーシング，12(3)，197-204，1999.
16) 阿部桃子，桜井かおり，他：集中治療室における患者・家族の属性と面会満足感との関連，ICUとCCU，27(4)，319-324，2003.
17) 善家里子，田中靖子，他：救急入院患者の家族のニードに関する研究 その2 家族が重要と捉えているニードは満たされているか，神戸市看護大学短期大学部紀要，19，45-54，2000.
18) 山勢博彰，山勢善江，他：重症・救急患者家族アセスメントのためのニード＆コーピングスケールの開発 －暫定版CNS-FACEの作成過程とニードの構成概念の評価－，日本救急看護学会雑誌，3(2)，23-34，2002.
19) 山勢博彰，山勢善江，他：重症・救急患者家族アセスメントツールの開発－完成版CNS-FACEの作成プロセス－，日本集中治療医学会雑誌，10(1)，9-16，2003.
20) 山勢博彰，山勢善江，他：完成版CNS-FACEの信頼性と妥当性の検証，日本救急看護学会雑誌，4(2)，29-38，2003.
21) CNS-FACE開発プロジェクトチーム：CNS-FACE家族アセスメントツール使用マニュアル，1-21，CNS-FACE研究会，山口，2002.
22) 山勢博彰：ICU・CCUにおけるメンタルケア 危機理論と危機モデル，ハートナーシング，14(10)，46-51，2001.
23) Folkman, S., Lazarus, R.: Ways of Coping Questionnaire, 1-33, Consulting Psychologists Press, California, 1988.
24) 大北薫，加藤小百合，他：意識回復を望めない患者を持つ家族へのアプローチ，エマージェンシーナーシング，16(4)，318-320，2003.
25) 山勢博彰：危機的患者の心理的対処プロセス，看護研究，28(6)，13-23，1995.

平成17年9月9日受　付
平成18年4月21日採用決定

－資　料－

感染管理に関する知識・技術に対する訪問看護従事者の捉え方

Awareness in the Knowledge and Techniques Related to Infection Control by Visiting Nurses

前田修子[1)]　滝内陸子[2)]　小松妙子[3)]
Shuko Maeda　Takako Takiuti　Taeko Komatsu

キーワード：訪問看護，感染管理，教育ニーズ，看護師
Key Words：home nursing, infection control, educational needs, nurses

Ⅰ．はじめに

1992年から，指定老人訪問看護制度に基づき老人訪問看護ステーションによる訪問看護が開始され早10年以上経過した。1993年には277箇所[1)]であった訪問看護ステーション数も2004年には5221箇所に増加し，約27万人/月[2)]が訪問看護サービスを利用している。訪問看護サービス利用者は，他の居宅サービス利用者に比べ，要介護４や５といった重度の介護を必要とする利用者が多く[3)]，約７割が何らかの医療処置を受けている[4)]。これらの利用者は，高齢による免疫機能の低下[5)]や体内へのカテーテル挿入等による易感染状態であることが多い。

我々は平成14年度に訪問看護ステーション看護師を対象に，感染リスクの高い５つのケア（褥瘡処置，胃瘻管理，口腔・鼻腔内吸引，気管内吸引，膀胱留置カテーテル管理）における感染管理の実態調査を行った[6-9)]。その結果，スタンダード・プリコーションズならびに各ケアにおける感染防護技術に基づき適切にケアを実施していた看護師は約半数であった[9)]。これらの背景としては，在宅では感染管理に必要な物品が十分に確保されていないこと，看護師の感染管理に対する認識不足等が考えられた。そこで，我々は訪問看護に従事する看護職（以下，訪問看護従事者とする）が適切な感染管理を実践できるための知識と技術を習得するための教育プログラムを作成していく必要があると考えた。

1997年から看護基礎教育において「在宅看護論」が開始されたが，その教育を受けた訪問看護従事者はまだ少なく，看護継続教育として各都道府県看護協会が開催している「訪問看護師養成講習会」も，就業条件ではないため受講者は少ない[10)]。また，訪問看護従事者の教育背景は多様であり，また看護職としての経験年数も短い者から長い者まで様々である[11-14)]。そのため，訪問看護従事者が身につけている感染管理に関する知識・技術は多様であることが推察できる。これらの状況より，感染管理に関する教育プログラムを作成するにあたり，まずは教育内容を検討する上で訪問看護従事者の感染管理の知識・技術に対する捉え方を把握する必要があると考えた。現在まで，訪問看護従事者の看護技術全般に関する習得の実態や教育ニーズは明らかにされてきているが[11-15)]，感染管理に関する知識や技術に焦点をあてたものはない。

Ⅱ．研究目的

研究目的は，訪問看護従事者が，感染管理に関する知識・技術について，訪問看護を実践する上で，どの程度必要と感じているか（【必要度】），また，それぞれの知識・技術にどの程度不足と感じているか（【不足度】）を明らかにすること，さらに訪問看護従事者の属性により【必要度】【不足度】を比較・分析し，その特徴を検討することである。

Ⅲ．研究方法

１．対象

対象は，（社）全国訪問看護事業協会の正会員リストに掲載されている2122の訪問看護ステーションからランダムサンプリングした200の訪問看護ステーションと，（財）日本訪問看護振興財団から発行されている「2001年訪問看護実施病院名簿[17)]」に掲載されている1381施設からランダムサンプリングした200の医療機関の訪問看護部（室）に勤務する訪問看護従事者各１名で，合計400名とした。

２．調査時期および方法

平成16年10～12月に自己記入法による郵送質問紙調査を行った。

３．調査内容

調査内容は，(1)対象の属性（職種，勤務形態，訪問看護

１）石川県立看護大学看護学部　Nursing Department, Ishikawa Prefectual Nursing University
２）岐阜大学医学部看護学科　Course, School of Medicine, Gifu University
３）元石川県立看護大学看護学部　Formerly Nursing Department, Ishikawa Prefectual Nursing University

経験年数，年代，最終学歴），（2）在宅における感染管理に関する知識・技術32項目それぞれについて，訪問看護を実践する上でどの程度必要と感じているか【必要度】と，どの程度不足を感じているか【不足度】とした。調査内容のうち，【必要度】は『非常に必要である』～『全く必要でない』，【不足度】は『非常に不足を感じる』～『全く不足を感じない』の４段階で回答を求めた。

なお，感染管理に関する知識・技術は，特に在宅で必要とされる知識・技術に焦点を当てるため，訪問看護に必要な知識・技術を習得することを目的に日本看護協会が開催している研修カリキュラム，及び訪問看護従事者を対象とした在宅における感染管理について記載されているテキスト（以下の資料（a）～（c））を参考に，５カテゴリー（[基礎的知識]，[基礎的技術]，[ケア技術における感染管理]，[感染症別感染管理]，[連携・調整]）からなる32項目とした。

（a）日本看護協会：「新たな訪問看護研修カリキュラム　ステップ１」における「Ⅴ．訪問看護技術：感染管理」[17]

（b）高木宏明・院内感染対策委員会（著）：「地域ケアにおける感染対策」[18]

（c）ICGH研究会（編）：「在宅ケア感染予防対策マニュアル」[19]

４．分析方法

(1)属性は単純集計を行った。(2)在宅における感染管理に関する知識・技術32項目の【必要度】は『非常に必要である：４点』『必要である：３点』『あまり必要でない：２点』『全く必要でない：１点』，【不足度】は『非常に不足を感じる：４点』『不足を感じる：３点』『あまり不足を感じない：２点』『全く不足を感じない：１点』とし，それぞれの項目の平均値を算出した。(3)属性による比較・分析は，在宅における感染管理に関する知識・技術32項目の【必要度】【不足度】の平均値を，訪問看護従事者の属性（所属，年代，訪問看護経験年数）毎に算出し，T検定を行った。属性は，所属機関は〔訪問看護ステーション〕と〔医療機関〕，年代は訪問看護従事者年齢の中央値40歳[20]で，20～30歳代を含む〔30歳代以下〕と40～60歳代以上を含む〔40歳代以上〕に分類，訪問看護経験年数は訪問看護経験年数を中央値4.0年で，〔４年以下〕と〔５年以上〕に分類した。なお，集計・分析にはSPSS 13.0 for Windowsを用いた。

５．倫理的配慮

研究の趣旨，任意の回答であること，データは統計的に処理して個人が特定できないことを説明した文書を同封し，無記名にて返信用封筒を用いて回収した。なお，調査は岐阜大学医学倫理審査委員会における承認を得た後，実施した。

Ⅳ．結　果

訪問看護ステーション訪問看護従事者107名（53.5％），医療機関訪問看護部（室）訪問看護従事者86名（43.0％）の合計193名（48.3％）から有効回答が得られた。

１．対象の属性

職種は看護師182名（94.3％），准看護師７名（3.6％），保健師４名（2.1％）で大部分は看護師であった。勤務形態は常勤181名（93.8％），非常勤12名（6.2％）で大部分は常勤であった。訪問看護経験年数は平均5.05±4.69年であった。年代は20代７名（3.6％），30代63名（32.6％），40代82名（42.5％），50代37名（19.2％），60代３名（1.6％）であった。最終学歴は看護系専門学校182名（94.3％），看護系短期大学10名（5.2％），看護系大学１名（0.5％）であった。

２．感染管理に関する知識・技術の【必要度】

１）【必要度】について

全32項目の【必要度】の平均値は3.55±0.38点であり，カテゴリ別では［基礎的知識］3.50±0.42点，［基礎的技術］3.59±0.43点，［ケア技術］3.52±0.48点，［感染症別感染管理］3.48±0.48点，［連携・調整］3.57±0.47点であり，ほぼ同じであった。

各知識・技術毎の【必要度】は，「手洗い」3.82±0.40点で最も高く，次いで「うがい」3.71±0.50点，「感染源・感染経路に関する知識」3.65±0.48点，「気管内吸引」3.65±0.57点，「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」3.65±0.51点であった。

２）属性別にみた【必要度】

所属機関別では，全32項目の平均値は〔訪問看護ステー

表１　対象の属性

N＝193

属性種類		人数（％）
職種	看護師	182（94.3）
	准看護師	7（ 3.6）
	保健師	4（ 2.1）
	助産師	0（ 0）
勤務形態	常勤	181（93.8）
	非常勤	12（ 6.2）
訪問看護経験年数		5.05±4.69年
年代	20代	7（ 3.6）
	30代	63（32.6）
	40代	82（42.5）
	50代	37（19.2）
	60代	3（ 1.6）
	その他	1（ 0.5）
最終学歴	看護系専門学校	182（94.3）
	看護系短期大学	10（ 5.2）
	看護系大学	1（ 0.5）
	看護系大学院	0（ 0）

ション〕3.54±0.36点，〔医療機関〕3.56±0.40点であり，差はみられなかった。全32項目毎の【必要度】の平均値は，〔訪問看護ステーション〕は「手洗い」が最も高く，次いで「うがい」，「気管内吸引」「膀胱留置カテーテル挿入・管理」であった。〔医療機関〕は，同じく「手洗い」が最も高く，次いで「うがい」「感染源・感染経路に関する知識」であった。所属機関によって【必要度】の平均値に差がみられた項目はなかった。

年代別では，全32項目の平均値は〔30歳代以下〕3.06±0.75点，〔40歳代以上〕3.54±0.36点であり，差はみられなかった。全32項目毎の【必要度】の平均値は，〔30歳代以下〕は「手洗い」が最も高く，次いで「感染源・感染経路に関する知識」，「うがい」であった。〔40歳代以上〕は，同じく「手洗い」が最も高く，次いで「うがい」「気管内吸引」であった。年代によって【必要度】の平均値に差がみられた項目はなかった。

訪問看護経験年数別では，全32項目の平均値は〔4年以下〕3.54±0.37点，〔5年以上〕3.56±0.39点であり，差はみられなかった。全32項目毎の【必要度】の平均値は，〔4年以下〕は「手洗い」が最も高く，次いで「うがい」，「感染源・感染経路に関する知識」であった。〔5年以上〕は，同じく「手洗い」が最も高く，次いで「うがい」「感染源・感染経路に関する知識」「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」であった。訪問看護経験年数別によって【必要度】の平均値に差がみられた項目はなかった。

3．感染管理に関する知識・技術の【不足度】

1）【不足度】について

全32項目の【不足度】の平均値は2.42±0.49点であり，

表2　感染管理に関する知識・技術の〔必要度〕の平均値

感染管理に関する知識・技術		人数	平均	SD	人数	平均	SD	人数	平均	SD
基礎的知識	感染源・感染経路に関する知識	156	3.55	0.38	163	3.50	0.42	191	3.65	0.48
	スタンダードプリコーションズに関する知識							166	3.44	0.54
	感染症の治療に関する知識							190	3.43	0.53
	感染症新法に関する知識							186	3.41	0.54
基礎的技術	手洗い				190	3.59	0.43	193	3.82	0.40
	うがい							192	3.71	0.50
	手袋・マスク等感染防護用具の取り扱い							192	3.52	0.58
	在宅における消毒・滅菌方法							192	3.40	0.65
	衛生材料等の取り扱い（入手・保管・廃棄）							192	3.51	0.56
ケア技術における感染管理	点滴・静脈内注射				187	3.52	0.48	191	3.58	0.59
	中心静脈栄養							191	3.61	0.60
	インシュリン注射							190	3.48	0.62
	経管栄養（栄養液注入・胃瘻部の管理等）							191	3.42	0.64
	酸素吸入							191	3.36	0.65
	人工呼吸器管理							189	3.57	0.64
	薬液吸入							191	3.40	0.65
	口腔・鼻腔内吸引							191	3.42	0.66
	気管内吸引							190	3.65	0.57
	膀胱留置カテーテル挿入・管理（膀胱瘻含む）							191	3.62	0.58
	間歇的導尿							191	3.54	0.61
	褥瘡処置							192	3.57	0.59
	人工肛門の管理							192	3.39	0.68
	CAPDの管理							190	3.53	0.65
感染症別感染管理	MRSA感染症				190	3.48	0.48	191	3.52	0.58
	結核							193	3.52	0.55
	インフルエンザ							193	3.45	0.56
	B・C型肝炎							192	3.53	0.54
	疥癬（ヒゼンダニ）							193	3.53	0.56
	食中毒							193	3.31	0.62
連携・調整	各種居宅サービス業者との感染管理に関する連携、指導				191	3.57	0.47	192	3.59	0.52
	感染症発症に関する保健所との連携							191	3.49	0.58
	感染管理に関する在宅療養者・家族への指導							192	3.65	0.51

表3　属性別にみた感染管理に関する知識・技術の【必要度】平均値

知恵・技術＼属性	所属機関別			年代別			訪問看護経験年数別		
	訪問看護ステーション	医療機関	T検定有意確率	30歳代以下	40歳代以上	T検定有意確率	「4年以下」	「5年以上」	T検定有意確率
	M ± SD	M ± SD		M ± SD	M ± SD		M ± SD	M ± SD	
感染源・感染経路に関する知識	3.64 ± 0.48	3.67 ± 0.47	0.68	3.74 ± 0.44	3.60 ± 0.49	0.05	3.64 ± 0.48	3.67 ± 0.47	0.75
スタンダードプリコーションズに関する知識	3.39 ± 0.56	3.49 ± 0.53	0.24	3.44 ± 0.56	3.44 ± 0.54	0.93	3.48 ± 0.54	3.39 ± 0.55	0.29
感染症の治療に関する知識	3.42 ± 0.53	3.45 ± 0.52	0.72	3.51 ± 0.53	3.38 ± 0.52	0.10	3.47 ± 0.52	3.38 ± 0.54	0.26
感染症新法に関する知識	3.37 ± 0.56	3.46 ± 0.50	0.26	3.45 ± 0.53	3.39 ± 0.54	0.46	3.43 ± 0.50	3.38 ± 0.58	0.52
手洗い	3.86 ± 0.35	3.78 ± 0.44	0.17	3.80 ± 0.44	3.84 ± 0.37	0.53	3.79 ± 0.41	3.86 ± 0.38	0.20
うがい	3.72 ± 0.45	3.69 ± 0.56	0.73	3.73 ± 0.48	3.70 ± 0.51	0.67	3.67 ± 0.47	3.75 ± 0.53	0.29
手袋・マスク等感染防護用具の取り扱い	3.48 ± 0.54	3.58 ± 0.62	0.24	3.47 ± 0.58	3.55 ± 0.58	0.37	3.48 ± 0.57	3.57 ± 0.58	0.24
在宅における消毒・滅菌方法	3.36 ± 0.62	3.42 ± 0.68	0.47	3.37 ± 0.64	3.39 ± 0.65	0.82	3.37 ± 0.65	3.40 ± 0.64	0.74
衛生材料等の取り扱い（入手・保管・廃棄）	3.48 ± 0.52	3.55 ± 0.61	0.35	3.47 ± 0.56	3.53 ± 0.56	0.47	3.51 ± 0.52	3.51 ± 0.61	0.98
点滴・静脈内注射	3.60 ± 0.51	3.54 ± 0.68	0.48	3.56 ± 0.61	3.59 ± 0.59	0.74	3.62 ± 0.54	3.52 ± 0.65	0.27
中心静脈栄養	3.64 ± 0.52	3.58 ± 0.70	0.48	3.61 ± 0.57	3.61 ± 0.62	0.98	3.59 ± 0.55	3.64 ± 0.67	0.58
インシュリン注射	3.47 ± 0.56	3.50 ± 0.69	0.75	3.53 ± 0.58	3.46 ± 0.63	0.45	3.50 ± 0.57	3.47 ± 0.66	0.70
経管栄養（栄養液注入・胃瘻部の管理等）	3.43 ± 0.59	3.41 ± 0.71	0.81	3.51 ± 0.61	3.37 ± 0.66	0.14	3.42 ± 0.60	3.43 ± 0.70	0.91
酸素吸入	3.35 ± 0.62	3.38 ± 0.69	0.77	3.43 ± 0.65	3.32 ± 0.65	0.28	3.36 ± 0.62	3.36 ± 0.68	0.99
人工呼吸器管理	3.58 ± 0.57	3.55 ± 0.72	0.74	3.56 ± 0.61	3.58 ± 0.66	0.81	3.59 ± 0.60	3.55 ± 0.68	0.72
薬液吸入	3.40 ± 0.61	3.41 ± 0.70	0.87	3.40 ± 0.65	3.40 ± 0.65	0.96	3.39 ± 0.61	3.42 ± 0.69	0.77
口腔・鼻腔内吸引	3.45 ± 0.60	3.38 ± 0.72	0.43	3.44 ± 0.65	3.40 ± 0.67	0.70	3.39 ± 0.66	3.45 ± 0.66	0.51
気管内吸引	3.67 ± 0.51	3.62 ± 0.64	0.54	3.64 ± 0.57	3.65 ± 0.57	0.93	3.64 ± 0.56	3.66 ± 0.59	0.80
膀胱留置カテーテル挿入・管理（膀胱瘻含む）	3.67 ± 0.53	3.56 ± 0.63	0.22	3.61 ± 0.57	3.57 ± 0.58	0.87	3.61 ± 0.58	3.64 ± 0.57	0.72
間歇的導尿	3.58 ± 0.55	3.49 ± 0.67	0.31	3.63 ± 0.58	3.61 ± 0.55	0.58	3.52 ± 0.61	3.56 ± 0.61	0.70
褥瘡処置	3.63 ± 0.52	3.51 ± 0.67	0.16	3.52 ± 0.62	3.46 ± 0.63	0.47	3.55 ± 0.59	3.60 ± 0.60	0.60
人工肛門の管理	3.40 ± 0.63	3.38 ± 0.74	0.80	3.55 ± 0.62	3.50 ± 0.65	0.30	3.38 ± 0.66	3.40 ± 0.71	0.83
CAPDの管理	3.51 ± 0.64	3.56 ± 0.66	0.60	3.35 ± 0.70	3.56 ± 0.56	0.61	3.55 ± 0.61	3.51 ± 0.70	0.61
MRSA感染症	3.50 ± 0.56	3.55 ± 0.61	0.61	3.55 ± 0.65	3.46 ± 0.61	0.54	3.49 ± 0.59	3.57 ± 0.56	0.32
結核	3.47 ± 0.54	3.59 ± 0.56	0.12	3.50 ± 0.59	3.44 ± 0.58	0.23	3.50 ± 0.57	3.55 ± 0.52	0.61
インフルエンザ	3.44 ± 0.52	3.45 ± 0.61	0.86	3.56 ± 0.51	3.51 ± 0.56	0.96	3.46 ± 0.57	3.43 ± 0.54	0.75
B・C型肝炎	3.51 ± 0.52	3.54 ± 0.57	0.73	3.45 ± 0.55	3.53 ± 0.53	0.82	3.54 ± 0.56	3.51 ± 0.53	0.64
疥癬（ヒゼンダニ）	3.51 ± 0.54	3.56 ± 0.59	0.59	3.50 ± 0.63	3.55 ± 0.52	0.55	3.53 ± 0.59	3.53 ± 0.52	0.75
食中毒	3.28 ± 0.60	3.35 ± 0.65	0.45	3.27 ± 0.66	3.33 ± 0.60	0.51	3.36 ± 0.62	3.25 ± 0.61	0.29
各種居宅サービス業者との感染管理に関する連携、指導	3.58 ± 0.51	3.61 ± 0.54	0.67	3.67 ± 0.56	3.55 ± 0.50	0.12	3.59 ± 0.53	3.60 ± 0.52	0.26
感染症発症に関する保健所との連携	3.46 ± 0.57	3.52 ± 0.59	0.51	3.54 ± 0.63	3.45 ± 0.55	0.31	3.52 ± 0.54	3.44 ± 0.63	0.52
感染管理に関する在宅療養者・家族への指導	3.65 ± 0.48	3.64 ± 0.55	0.80	3.69 ± 0.53	3.62 ± 0.50	0.41	3.63 ± 0.50	3.67 ± 0.52	0.20

カテゴリー別では［基礎的知識］2.84±0.59点，［基礎的技術］2.14±0.60点，［ケア技術］2.28±0.56点，［感染症別感染管理］2.49±0.60点，［連携・調整］2.78±0.62点であった。

各知識・技術毎の【不足度】は，「感染症新法に関する知識」3.09±0.74点が最も高く，次いで「CAPDの管理」2.89±0.90点，「感染症発症に関する保健所との連携」2.84±0.75点，「スタンダード・プリコーションズに関する知識」2.84±0.77点，「居宅サービス業者との感染管理に関する連携・指導」2.83±0.75点であった。

2）属性別にみた【不足度】

所属機関別では，全32項目の平均値は〔訪問看護ステーション〕2.40±0.47点，〔医療機関〕2.44±0.51点であり，差はみられなかった。全32項目毎の平均値は，〔訪問看護ステーション〕は「感染症新法に関する知識」が最も高く，次いで「CAPDの管理」，「感染症の治療に関する知識」であった。〔医療機関〕は，同じく「感染症新法に関する知識」が最も高く，次いで「CAPDの管理」，「スタンダード・プリコーションズに関する知識」「感染症発症に関する保健所との連携」であった。所属機関によって【不足度】の平均値に差がみられた項目はなかった。

年代別では，全32項目の平均値は〔30歳代以下〕2.53±0.42点，〔40歳代以上〕2.35±0.51点であり，差がみられた

表4　感染管理に関する知識・技術の［不足度］の平均値

感染管理に関する知識・技術		人数	平均	SD	人数	平均	SD	人数	平均	SD
基礎的知識	感染源・感染経路に関する知識	155	2.42	0.49	165	2.84	0.59	188	2.60	0.66
	スタンダードプリコーションズに関する知識							169	2.84	0.77
	感染症の治療に関する知識							189	2.80	0.64
	感染症新法に関する知識							189	3.09	0.74
基礎的技術	手洗い				190	2.14	0.60	193	1.96	0.72
	うがい							193	2.03	0.73
	手袋・マスク等感染防護用具の取り扱い							192	2.09	0.69
	在宅における消毒・滅菌方法							192	2.34	0.74
	衛生材料等の取り扱い（入手・保管・廃棄）							192	2.28	0.76
ケア技術における感染管理	点滴・静脈内注射				185	2.28	0.56	192	2.06	0.68
	中心静脈栄養							192	2.28	0.75
	インシュリン注射							191	2.10	0.68
	経管栄養（栄養液注入・胃瘻部の管理等）							192	2.09	0.65
	酸素吸入							192	2.10	0.71
	人工呼吸器管理							190	2.78	0.84
	薬液吸入							191	2.09	0.63
	口腔・鼻腔内吸引							192	2.05	0.71
	気管内吸引							192	2.26	0.73
	膀胱留置カテーテル挿入・管理（膀胱瘻含む）							192	2.18	0.69
	間歇的導尿							191	2.19	0.73
	褥瘡処置							192	2.29	0.77
	人工肛門の管理							191	2.36	0.83
	CAPDの管理							188	2.89	0.90
感染症別感染管理	MRSA感染症				190	2.49	0.60	192	2.45	0.69
	結核							193	2.63	0.77
	インフルエンザ							193	2.36	0.69
	B・C型肝炎							193	2.47	0.72
	疥癬（ヒゼンダニ）							192	2.58	0.72
	食中毒							192	2.46	0.72
連携・調整	各種居宅サービス業者との感染管理に関する連携、指導				191	2.78	0.62	192	2.83	0.75
	感染症発症に関する保健所との連携							191	2.84	0.75
	感染管理に関する在宅療養者・家族への指導							192	2.66	0.69

($p=0.03$)。全32項目毎の平均値は，〔30歳代以下〕は「感染症新法に関する知識」が最も高く，次いで「CAPDの管理」「スタンダード・プリコーションズに関する知識」であった。〔40歳代以上〕は，同じく「感染症新法に関する知識」が最も高く，次いで「各種居宅サービス事業者との感染管理に関する連携・指導」「感染症発症に関する保健所との連携」であった。年代によって【不足度】の平均値に差がみられた項目は「スタンダード・プリコーションズに関する知識」「在宅における消毒・滅菌方法」「人工肛門の管理」「CAPDの管理」「MRSA感染症」「結核」「インフルエンザ」「感染症発症に関する保健所との連携」の8項目であり，いずれも〔30歳代以下〕の方が高かった。

訪問看護経験年数別では，全32項目のの平均値は〔4年以下〕2.48±0.47点，〔5年以上〕2.35±0.51点であり，差はみられなかった。全32項目毎の平均値は，〔4年以下〕は「感染症新法に関する知識」が最も高く，次いで「各種居宅サービス事業者との感染管理に関する連携・指導」，「感染症発症に関する保健所との連携」であった。〔5年以上〕は，同じく「感染症新法に関する知識」が最も高く，次いで「CAPDの管理」，「スタンダード・プリコーションズに関する知識」「感染症の治療に関する知識」であった。訪問看護経験年数別で【不足度】の平均値に差がみられた項目は「手洗い」「うがい」「手袋・マスク等感染防護用具の取り扱い」「在宅における滅菌・消毒方法」「酸素吸入」「人工肛門の管理」「各種居宅サービス業者との感染管理に関する連携・指導」「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」の8項目であり，いずれも〔4年以下〕の方が高かった。

表5　属性別にみた感染管理に関する知識・技術の【不足度】平均値

知恵・技術＼属性	所属機関別			年代別			訪問看護経験年数別		
	訪問看護ステーション	医療機関	T検定有意確率	30歳代以下	40歳代以上	T検定有意確率	「4年以下」	「5年以上」	T検定有意確率
	M ± SD	M ± SD		M ± SD	M ± SD		M ± SD	M ± SD	
感染源・感染経路に関する知識	2.60 ± 0.62	2.61 ± 0.71	0.91	2.65 ± 0.64	2.58 ± 0.67	0.47	2.67 ± 0.63	2.52 ± 0.68	0.14
スタンダードプリコーションズに関する知識	2.83 ± 0.76	2.86 ± 0.79	0.80	3.06 ± 0.75	2.70 ± 0.76	0.00	2.90 ± 0.80	2.77 ± 0.74	2.86
感染症の治療に関する知識	2.84 ± 0.64	2.74 ± 0.64	0.28	2.86 ± 0.67	2.77 ± 0.62	0.36	2.82 ± 0.63	2.77 ± 0.65	0.63
感染症新法に関する知識	3.11 ± 0.74	3.07 ± 0.73	0.73	3.19 ± 0.70	3.03 ± 0.75	0.16	3.11 ± 0.80	3.07 ± 0.65	0.74
手洗い	1.90 ± 0.73	2.05 ± 0.72	0.16	2.00 ± 0.72	1.94 ± 0.73	0.60	2.07 ± 0.72	1.84 ± 0.71	0.03
うがい	1.93 ± 0.74	2.15 ± 0.71	0.33	2.06 ± 0.76	2.01 ± 0.72	0.66	2.13 ± 0.72	1.90 ± 0.73	0.03
手袋・マスク等感染防護用具の取り扱い	2.04 ± 0.70	2.15 ± 0.68	0.25	2.19 ± 0.67	2.03 ± 0.70	0.14	2.23 ± 0.70	1.92 ± 0.65	0.00
在宅における消毒・滅菌方法	2.28 ± 0.79	2.41 ± 0.68	0.25	2.52 ± 0.70	2.24 ± 0.75	0.01	2.46 ± 0.80	2.19 ± 0.64	0.01
衛生材料等の取り扱い（入手・保管・廃棄）	2.20 ± 0.76	2.38 ± 0.76	0.10	2.39 ± 0.69	2.21 ± 0.79	0.13	2.38 ± 0.84	2.16 ± 0.64	0.05
点滴・静脈内注射	2.07 ± 0.68	2.06 ± 0.68	0.95	2.13 ± 0.66	2.02 ± 0.69	0.31	2.10 ± 0.66	2.02 ± 0.70	0.46
中心静脈栄養	2.28 ± 0.74	2.28 ± 0.77	0.99	2.37 ± 0.68	2.23 ± 0.78	0.21	2.32 ± 0.74	2.23 ± 0.76	0.39
インシュリン注射	2.08 ± 0.67	2.13 ± 0.69	0.59	2.20 ± 0.70	2.04 ± 0.66	0.11	2.13 ± 0.68	2.07 ± 0.68	0.57
経管栄養（栄養液注入・胃瘻部の管理等）	2.07 ± 0.61	2.12 ± 0.70	0.65	2.19 ± 0.57	2.04 ± 0.69	0.14	2.14 ± 0.66	2.03 ± 0.64	0.25
酸素吸入	2.04 ± 0.61	2.19 ± 0.81	0.16	2.13 ± 0.64	2.09 ± 0.75	0.72	2.20 ± 0.71	1.99 ± 0.69	0.04
人工呼吸器管理	2.78 ± 0.76	2.78 ± 0.94	0.97	2.91 ± 0.68	2.70 ± 0.92	0.10	2.80 ± 0.83	2.76 ± 0.87	0.73
薬液吸入	2.12 ± 0.64	2.05 ± 0.62	0.41	2.11 ± 0.58	2.07 ± 0.66	0.67	2.12 ± 0.62	2.05 ± 0.65	0.40
口腔・鼻腔内吸引	2.05 ± 0.68	2.06 ± 0.75	0.91	2.11 ± 0.65	2.02 ± 0.74	0.36	2.10 ± 0.69	2.00 ± 0.73	0.35
気管内吸引	2.23 ± 0.65	2.28 ± 0.81	0.65	2.31 ± 0.60	2.22 ± 0.79	0.39	2.33 ± 0.73	2.16 ± 0.71	0.10
膀胱留置カテーテル挿入・管理（膀胱瘻含む）	2.20 ± 0.65	2.15 ± 0.73	0.67	2.30 ± 0.60	2.11 ± 0.73	0.06	2.24 ± 0.67	2.10 ± 0.70	0.18
間歇的導尿	2.18 ± 0.71	2.20 ± 0.76	0.82	2.31 ± 0.67	2.12 ± 0.75	0.07	2.23 ± 0.70	2.14 ± 0.77	0.40
褥瘡処置	2.26 ± 0.74	2.33 ± 0.79	0.54	2.47 ± 0.76	2.19 ± 0.75	0.13	2.39 ± 0.80	2.17 ± 0.70	0.05
人工肛門の管理	2.33 ± 0.79	2.39 ± 0.87	0.63	2.59 ± 0.79	2.22 ± 0.82	0.00	2.49 ± 0.86	2.20 ± 0.76	0.01
CAPDの管理	2.90 ± 0.89	2.87 ± 0.93	0.79	3.10 ± 0.79	2.76 ± 0.95	0.01	2.89 ± 0.93	2.89 ± 0.88	0.96
MRSA感染症	2.50 ± 0.71	2.40 ± 0.66	0.34	2.61 ± 0.64	2.36 ± 0.69	0.01	2.48 ± 0.68	2.43 ± 0.69	0.61
結核	2.69 ± 0.73	2.56 ± 0.81	0.23	2.81 ± 0.67	2.53 ± 0.80	0.01	2.69 ± 0.76	2.57 ± 0.77	0.29
インフルエンザ	2.42 ± 0.71	2.28 ± 0.66	0.16	2.53 ± 0.68	2.26 ± 0.69	0.01	2.41 ± 0.69	2.30 ± 0.70	0.26
B・C型肝炎	2.53 ± 0.73	2.38 ± 0.71	0.16	2.59 ± 0.67	2.40 ± 0.74	0.08	2.48 ± 0.69	2.45 ± 0.76	0.84
疥癬（ヒゼンダニ）	2.63 ± 0.75	2.51 ± 0.68	0.25	2.71 ± 0.73	2.50 ± 0.71	0.05	2.67 ± 0.76	2.47 ± 0.66	0.05
食中毒	2.51 ± 0.71	2.41 ± 0.73	0.33	2.59 ± 0.65	2.39 ± 0.74	0.06	2.50 ± 0.70	2.42 ± 0.74	0.44
各種居宅サービス業者との感染管理に関する連携、指導	2.82 ± 0.76	2.84 ± 0.74	0.91	2.94 ± 0.80	2.76 ± 0.72	0.11	2.94 ± 0.74	2.69 ± 0.74	0.02
感染症発症に関する保健所との連携	2.83 ± 0.74	2.86 ± 0.77	0.79	3.00 ± 0.72	2.75 ± 0.76	0.03	2.93 ± 0.72	2.73 ± 0.77	0.07
感染管理に関する在宅療養者・家族への指導	2.66 ± 0.66	2.65 ± 0.74	0.87	2.77 ± 0.66	2.59 ± 0.70	0.08	2.80 ± 0.67	2.48 ± 0.68	0.00

は統計的有意差のみられた項目のM ± SD

V. 考　察

1. 感染管理に関する知識・技術の【必要度】

全32項目の【必要度】の平均値は3.55 ± 0.38点であり，『非常に必要である』または『必要である』と訪問看護従事者は捉えていた。また，【必要度】が全32項目の平均値より高い3.6点以上だった項目は，「感染源・感染経路に関する知識」「手洗い」「うがい」「中心静脈栄養」「気管内吸引」「膀胱留置カテーテル挿入・管理」「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」の7項目であった。「手洗い」は，感染管理の最も基本であること，また，短時間で何種類ものケアを実施することや，1日に連続して何人もの在宅療養者を訪問する訪問看護の特徴から，【必要度】の平均値が高かったと考えられる。在宅療養者の入院理由のなかで感染症は最も多く，なかでも肺炎・気管支炎といった呼吸器感染症は半数以上を占める[21]。病原体の多くは，口・鼻・喉の粘膜から侵入する。家族のみでなく，近隣の人々など，子供から高齢者までが出入りする在宅で，訪問看護従事者自身が感染の媒体とならないように，うがいは「手洗い」と並んで【必要度】の平均値が高かったと考えられる。「気管内吸引」「膀胱留置カテーテル挿入・管理」

「中心静脈栄養」は，体内の無菌部位に長期間にわたりカテーテルを挿入する場合が多く，カテーテル感染を起こしやすい。また，「気管内吸引」「膀胱留置カテーテル挿入・管理」は，訪問看護で実施する頻度の高い[22]ケア技術であることより【必要度】の平均値が高かったと考えられる。「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」は，在宅では訪問看護従事者が関わるのは，短時間であり，介護の大半は家族が担うため，本人や家族が感染管理を実践できるための知識・技術を指導していくことは訪問看護従事者の重要な役割であることより，【必要度】の平均値が高かったと考えられる。今後は，これら【必要度】の平均値の高かった項目は，教育内容の必須項目とする等，訪問看護従事者が知識・技術を確実にできる教育プログラムを目指していく必要がある。

2．感染管理に関する知識・技術の【不足度】

全32項目の【不足度】の平均値は2.42±0.49点であり，大部分の知識・技術は『不足を感じる』または『あまり不足を感じない』と訪問看護従事者は認識していた。【不足度】が全32項目の平均値より高い2.5点以上の項目は11項目あり，［基礎的知識］では「感染症新法に関する知識」「スタンダード・プリコーションズに関する知識」「感染症の治療に関する知識」「感染源・感染経路に関する知識」４項目であった。感染症新法は1999年，スタンダード・プリコーションズは1996年に提示されたものであり，いずれも比較的新しい情報である。スタンダード・プリコーションズの意味・目的について理解している看護師は病棟勤務看護師で19.5％と報告されている[23]。今回，「スタンダード・プリコーションズに関する知識」は回答者数が他の項目に比べて少なく，そもそもスタンダード・プリコーションズの内容自体が理解されていない可能性も考えられ，感染管理に関する最新の情報を教育プログラムの教育内容として組み込んでいく必要性が示唆された。［ケア技術における感染管理］では「CAPDの管理」「人工呼吸器管理」といった特殊なケア技術であった。この２つのケア技術を必要とする在宅療養者は，基礎疾患が重篤であることより易感染状態であり，CAPDでは腹腔内留置カテーテルに関連した感染を起こした場合，カテーテル抜去を余儀なくされる場合もある。また，この２つのケア技術は，気管カニューレや腹腔内留置カテーテル周囲の感染管理のみだけでなく，CAPDバッグや呼吸器回路の交換といった医療機器の取り扱い手技に伴う知識・技術も必要となるが，療養者がまれである[22, 24]。そのため，十分な知識・技術は身に付きにくく【不足度】の平均値が高かったと考えられる。［感染症別感染管理］では「結核」「疥癬」であった。結核患者の約６割は60歳以上であり[25]，高齢者を対象にすることの多い訪問看護において知識を身につけておく必要がある疾患のひとつである。しかし医療職自身が結核に対する十分な知識がないことによる診断の遅れも指摘されており[26]，教育プログラムのなかに結核の早期発見等感染管理ができるための項目を設けていく必要がある。［連携・調整］では「感染症発症に関する保健所との連携」「各種居宅サービス業者との感染管理に関する連携・指導」であった。このことは，在宅看護論が看護基礎教育カリキュラムに独立して制定されたのは1997年のことであり，30・40代が多く占めた本調査の対象者は，在宅看護論を履修していなこと，また1994年から「訪問看護カリキュラム」に基づき各県看護協会にて訪問看護婦養成講習会が実施されているが，受講が就業条件ではないために受講者が少ない[10]ことから訪問看護で特に求められる連携・調整に関する教育を十分に受けていないことが背景として考えられる。感染管理に関する連携・調整については，2005年発行の「最新訪問看護研修テスト　ステップ１－②」における「Ⅴ．訪問看護技術：感染管理」では約１ページ半に渡り記載されているが[27]，その他の書籍で取り上げているものはほんとんどなかった。今後は，感染管理に関するどのような場面において連携・調整への不足を感じているのかさらに具体化し，教育プログラムの内容に組み入れていく必要がある。

属性別では，年代別と訪問看護経験年数別で差がみられた項目が共に８項目あった。

年代別では８項目に差にみられ，すべて〔30歳代以下〕の方が【不足度】の平均値が高かった。〔40歳代以上〕の方が看護職経験が長いことが予測され，長年の経験から感染管理に関する知識・技術をより身につけているためと考えられる。今後，教育プログラムを作成するにあたり，差のみられた８項目については，若年の訪問看護従事者により焦点を絞っていく等，教育の対象とその教育内容を組み立てる際に配慮する必要がある。

訪問看護経験年数別において，「手洗い」「うがい」「手袋・マスク等感染防護用具の取り扱い」「在宅における滅菌・消毒方法」「酸素吸入」「人工肛門の管理」「各種居宅サービス業者との感染管理に関する連携・指導」「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」の８項目が，訪問看護経験年数の短い〔４年以下〕の方が【不足度】の平均値が高かった。「手洗い」「うがい」は最も基礎的な技術である。しかし，在宅では洗面所を借りる必要があり，「手洗い」「うがい」を必要時に十分できない困難さを招くこともある。このことが，訪問看護経験年数の短い〔４年以下〕が，知識・技術の不足を感じる原因のひとつになっているのではないかと考えられる。初回訪問時に，本人・家族に手洗い等の重要性を伝えていくことは，感染管理の技術のひとつであり，最初に適確に指導しておくことで，感

染管理がスムーズに導入され，継続されていくと思われる。「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」においても差がみられたことより，訪問看護経験の短い者は，本人・家族に対して感染管理の重要性を伝えていく技術が不足している可能性も示唆された。「在宅における消毒・滅菌方法」においても，〔４年以下〕の方が【不足度】の平均値が高かった。物品の消毒・滅菌は，医療機関であれば，専門の部門が担当し，看護職がすべての行程を担うことはまれである。そのため，訪問看護経験の浅い者の方が【不足度】の平均値が高かったと考えられる。今後，教育プログラムを作成するにあたり，訪問看護に従事する際，または訪問看護経験の浅い者を対象に，本人・家族に対する感染管理の指導や，家庭で行う消毒・滅菌の実践について教育内容に組み入れていく必要性が示唆された。

まとめ

1．訪問看護実践にあたり，感染管理に関する知識・技術のうち，【必要度】が高かったのは，「手洗い」「うがい」「感染源・感染経路に関する知識」「気管内吸引」「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」等であった。属性により差がみられた項目はなかった。

2．訪問看護実践にあたり，感染管理に関する知識・技術のうち，【不足度】が高かったのは，「感染症新法に関する知識」，「CAPDの管理」，「感染症発症に関する保健所との連携」，「スタンダード・プリコーションズに関する知識」，「居宅サービス業者との感染管理に関する連携・指導」等であった。属性別では，所属機関により差がみられた項目はなかったが，年代では８項目において〔30歳代以下〕の方が平均値が高く，訪問看護経験年数では８項目において〔４年以下〕の方が平均値が高かった。

本研究の限界と今後の課題

本研究では，訪問看護従事者が感染管理に関する知識・技術について，訪問看護を実践する上で，どの程度必要と感じているか，また，それぞれについてどの程度不足を感じているかを把握した。今後は，【必要度】【不足度】の平均値が高かった項目を中心に組み込んだ，また対象の年代・訪問看護経験年数による特徴を反映させた教育プログラムを作成する予定である。ただし，知識・技術の【必要度】【不足度】からのみ把握している点は本研究の限界であり，今後，管理者や教育プログラムの参加者から意見を聞いたり，訪問看護の現場の現状をさらに把握していくことが必要と思われる。

謝　辞

アンケート調査に御協力いただきました訪問看護従事者の方々に深謝いたします。

本研究は，平成16年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究（C）による研究の一部として実施したものである。なお，本研究は第31回日本看護研究学会学術集会での報告に一部加筆・修正した。

要　旨

本研究の目的は，訪問看護従事者が，感染管理の知識・技術それぞれについて，どの程度必要と感じているか（以下，【必要度】），またどの程度不足を感じているか（以下，【不足度】），また訪問看護従事者の属性による，その差を比較・検討することである。訪問看護従事者193名を対象に郵送質問紙調査を行った結果，以下のことが明らかになった。

1．【必要度】の平均値が高かった項目は「手洗い」「うがい」「感染源・感染経路に関する知識」「気管内吸引」「感染管理に関する在宅療養者・家族への指導」等であった。属性により差がみられた項目はなかった。

2．【不足度】の平均値が高かった項目は「感染症新法に関する知識」，「CAPDの管理」「感染症発症に関する保健所との連携」「スタンダードプリコーションズに関する知識」等であった。年代では８項目において〔30歳代以下〕の方が平均値が高く，訪問看護経験年数では８項目において〔４年以下〕の方が平均値が高かった。

今後は，【必要度】【不足度】の平均値が高かった項目を中心に組み込んだ，また対象の年代・訪問看護経験年数による特徴を反映させた教育プログラムを作成する予定である。

引用文献

1）（財）厚生統計協会編：医療対策，国民衛生の動向・厚生の指標　臨時増刊，52(9)，165，2005.
2）厚生労働省大臣官房統計情報部：平成16年　介護サービス施設・事業所調査結果速報，2005-07-07，http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kaigo04/index.html.
3）厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課：平成15年介護サービス施設・事業所調査結果の概要①，月刊介護保険，110，72，2005.
4）日本訪問看護振興財団事業部編：訪問看護白書　訪問看護10年の歩みとこれからの訪問看護，32，日本訪問看護振興財団，東京，2002.
5）寺本信嗣：高齢者感染症の成立の背景因子，易感染性のメカニズム，化学療法の領域，18(2)，19-24，2002.
6）水島ゆかり：在宅の場で看護師が提供しているケアの実態，Quality Nusing，10(9)，8-12，2004.
7）水島ゆかり，前田修子，他：在宅における看護師の手洗いの実態，第22回日本看護科学学会学術集会講演集，175，2003.
8）前田修子，滝内隆子，他：訪問看護ケアにおける手袋の使用状況の実態．第８回日本在宅ケア学会学術集会講演集，128-129，2004.
9）水島ゆかり，前田修子，他：感染管理が必要な訪問看護ケアの実施状況，日本看護研究学会雑誌，27(3)，165，2004.
10）川合育子，平川由紀子：北海道内の訪問看護従事者の勤務場所からみた研修ニーズ－病院・診療所・訪問看護ステーションへのアンケート調査から－，第32回地域看護，12-14，2001.
11）赤沼智子，本田彰子，他：訪問看護ステーション管理者の訪問看護師への学習支援に対する考えと実際，千葉大学看護学部紀要，26，45-49，2003.
12）吉越洋枝：訪問看護婦の看護技術の実態と教育に関する調査研究，平成12年度看護教育研究集録，26，434-441，2001.
13）牛久保美津子，川村佐和子，他：訪問看護婦の看護技術に対する教育ニーズ，日本公衆衛生雑誌，42(11)，962-974，1995.
14）飯吉令枝，熊倉みつ子，他：N県内の訪問看護ステーションにおける看護職の教育ニーズ，新潟県立短期大学紀要，6，57-70，2000.
15）堀良子，山本澄子，他：医療管理を要する訪問事例に対する看護職者の看護技術の現状と教育研修ニーズ，平成14年度新潟県立看護研究交流センター活動研究概要報告書，71-74，2003.
16）（財）日本訪問看護振興財団：2001年訪問看護実施病院名簿，東京，2001.
17）（社）日本看護協会：新たな訪問看護研修カリキュラム　ステップ１　ステップ２，日本看護協会出版会，36-37，2004.
18）高木宏明，院内感染対策委員会：地域ケアにおける感染対策－在宅ケア・施設ケア　統一マニュアル－．第１版，医歯薬出版株式会社，東京，2000.
19）ICHG研究会（編）：在宅ケア感染予防対策マニュアル．第１版，日本プランニングセンター，東京，2001.
20）日本訪問看護振興財団：訪問看護従事者の処遇，労働環境などに関するアンケート調査報告書，16，財団法人日本訪問看護振興財団，東京，2002.
21）澁谷直道：在宅医療における抗菌薬の使い方，クリニカルプラクティス，23(5)，466-469.
22）（財）日本訪問看護振興財団：2004(平成16年度）訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書，272.
23）中尾美幸，千田好子，他：スタンダード・プリコーションズに対する看護師の認識とコンプライアンス，第22回　日本看護科学学会学術集会講演集，329，2002.
24）厚生労働省大臣官房統計情報部：平成15年度社会医療診療行為別調査，416-417，財団法人　厚生統計協会，2005.
25）前掲１），138.
26）前掲18），66-67.
27）川越博美，山崎摩耶，佐藤美穂子（総編）：最新訪問看護研修テキスト，207-208，日本看護協会出版会，東京，2005.

［平成17年７月11日受　付］
［平成18年１月16日採用決定］

－資　料－

医中誌Webを用いた日本の看護文献の定量的調査
― 医学文献およびMedlineとの比較から ―

Quantitative Investigation of Nursing Articles in Japan Using Ichushi Web

片　平　伸　子
Nobuko Katahira

キーワード：看護研究，看護文献，原著論文，医中誌Web
Key Words：Nursing Research, Nursing Articles, Original Articles, Ichushi Web

1．序　論

わが国では，1992年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の施行，並びに「看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な方針」の策定を契機に政府による看護教育の内容と教育環境の見直しが行われ，看護の高等教育化が急速に進行した。2003年４月現在，看護大学が106校，看護大学院も63校に増加し[1]，看護研究者数および看護研究の生産量は増加していると考えられる。しかしながら，これまで，わが国における看護研究について領域を限らずに調査し，その特徴を把握することを試みたものは，1999年に行われた飯田ら[2]の研究および2000年に行われた川口ら[3]による研究があるのみである。また，この２つの研究は２誌または４誌の傾向を示したのみであり，英国におけるM. Traynorら[4]による研究のような，国全体の看護研究を概観した調査は行われていない。看護研究活動が活発化していると考えられる今の時期に，その実態を実証的に把握することは，日本の看護研究活動が抱える課題や，将来の方向性を検討する上で重要である。

本研究はわが国の看護分野における研究活動，中でも論文生産の現状を把握するための基礎調査として，日本の看護文献の実数，論文種類別割合などを定量的に調査し，医学文献や，海外の看護文献との比較を通してその特徴を明らかにするものである。

2．調査方法

2．1　調査対象

2．1．1　対象の選定

看護文献の全体像の把握を行うための対象の選定について検討した。

日本の看護文献の概要の把握を目的とするのであれば，できる限り広い範囲かつ長い年代を対象とすることが求められる。数万件に及ぶと推測される１次資料全てに直接あたり，調査を行うことは現実的ではない。また，１次資料全てにあたるとするならば，年代や掲載誌を大きく限定しなければならない。そこで，より広い範囲での概要の調査を行うために，日本の看護分野の２次資料から調査対象を選定することとした。

日本の看護分野全般を収載対象とした２次資料は，現在冊子体では最新看護索引[5]，日本看護関係文献集[6]の２種，データベースではJMEDPlus[7]（オンライン），医中誌データベース[8][9]（オンラインおよびCD-ROM），最新看護索引[10]（CD-ROM）の３種が存在する。

以下のような検討を経て，調査対象抽出のための２次資料を決定した。

まず，冊子体の内，日本看護関係文献集は，2003年６月の時点で最新版が1996年とタイムラグが大きいことから今回の調査では利用しなかった。データベースでは，JMEDPlusは看護文献を広く採録するようになったのは2002年からと日が浅いため，また，最新看護索引のCD-ROM版は試作版が稼動しているのみで公開，販売は行われていないため，この２つも今回の調査では用いなかった。残る冊子体の最新看護索と医中誌データベースを比較し，下記の理由からオンライン版の医中誌データベースである医中誌Webを用いて調査対象を選定することにした。

(A) 収録文献数が2003年６月現在約498万件と多く[11]，看護雑誌に限らず広義の医療分野から文献が集められているため，より広い範囲で看護文献が検索可能である
(B) Web版では月１回の更新[12]のため，雑誌の発行からデータベースへの収録のタイムラグが小さい
(C) 看護文献も多く採録しており，前述の看護分野における代表的２次資料である最新看護索引，日本看護関係文献集に収録された文献のカバー率もそれぞれ80.0%，64.5%と比較的高い[13]
(D) 看護図書館協会の2002年度の会員実態調査において，

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科　Kanagawa University of Human Services, Faculty of Health & Social Work, School of Nursing

加盟館125館の内，113館がCD-ROMまたはオンラインにて提供中と回答しており，看護教育機関においての利用が多い[14]

2．1．2　医中誌Webの特徴[15]

本研究の第1段階である，日本の看護文献の全体像を把握するための調査において，対象となる文献の選定に採用した医中誌Webの特徴をまとめた。

医中誌Webは，国内で発行されている医学およびその関連領域の定期刊行物を幅広く，網羅的に収集した書誌データベースである。作成機関である医学中央雑誌刊行会によって，文献毎に書誌事項を収録し，さらにキーワードの付与，抄録の作成などの編集作業を行って，インターネットを介して提供されているものである。

医中誌Webにおける記事区分の定義は次の表1の通りである[16]。

2．1．3　対象期間の選定

調査を行った2003年4月から5月において，医中誌Webで一括検索ができる最長期間は1987-2003年であった。このため，検索対象年の指定を1987-2003年として調査を行った。なお，本調査で用いたデータの内，医中誌Web全体（医学文献）の年毎の文献数，記事区分別の文献数および原著抄録付与率は医学中央雑誌刊行会から2003年5月に提供されたものである。このデータは医中誌データベースへの採録年度によってデータが区切られている。一方，医中誌Web上での年代限定は収載誌の出版年によるものであり，看護文献の経年変化をみるにはこれを用いた。両者の年代区分は厳密には異なるが，傾向を把握するためには大きな支障は無いと考え，この2つの年代区分は同じものとして調査を行った。

2．2　調査手法

2．2．1　調査項目の検討

本調査を行うにあたっては児玉[17]による研究で用いられた方法を参考にした。この研究では，医学文献を対象とし，その記事区分毎の割合と推移に着目して研究生産の動向を把握するという方法を取っている。この方法を看護文献に対象を絞って用いれば，看護文献の全体像の把握のためにも利用できるものと考えた。また，医学文献との比較によって，看護文献の特徴がより明確に示されるという利点もある。そこで，この調査を踏まえて，本研究では医学文献全体と，その中に含まれる看護文献について，記事区分別割合とその推移に着目して調査を行い，さらに原著論文の抄録付与率についても調べた。抄録付与率とは，データベースに収録された文献の情報の中にその文献の抄録が含まれている割合を示すものである。効率よく，必要な文献を探すためには抄録によるスクリーニングが重要であり，医中誌Webのような2次情報データベースにおいて抄録が存在するか否かは研究成果の利用という観点から重視されることである。

また，海外との比較も試みるため，海外の代表的医学文献データベースを用いて同じ項目を調査した。

以上から，本調査では次の（A）から（D）を調査項目とした。

（A）看護文献の実数と医学文献に占める割合
（B）記事区分別割合
（C）原著論文の抄録付与率
（D）（A）-（C）の各項目について海外との比較

2．2．2　データベースからの対象文献の選定

広範囲にわたる収載誌から看護関連の文献を選択するために以下のように用語を規定し，検索を行った。

「医学文献」：医中誌Web全体
「看護文献」：「看護」という言葉を医中誌データベースの書誌レコードの中のタイトル，抄録，キーワード，雑誌名，著者名のいずれかのフィールドに持つもの

なお，医中誌Webには検索絞込みの項目の「雑誌分類」の中に「看護」がある。これは雑誌単位で看護文献を絞り込めるようにしたものである。しかし，採録漏れの多いことが分かって，2003年作成データから，分類の際の選択対

表1　医中誌データベースにおける記事区分の定義
（文献16のp.24　医中誌データーベースの構成と内訳　より）

論文種類	内　　容	内訳
原　著	医学・薬学・歯学・看護学に関わる研究、開発、調査で独創性、新規性のある文献で、著者（個人または団体）名・所属機関が必ず記載されており、目的、対象、方法、結果、考察、結論で構成されており、図、表、写真、参考文献を含み、要旨、要約があるもの。講演または会議録でも、原著的内容、形式を有するもの。論文の簡略化された形式をとった記事（速報・短報）	16%
総　説	特定の分野、主題について関連文献、資料に基づいて総説、総評したもの	1%
会議録	（要旨・抄録など）学会、研究会および各種機関・団体で発表される抄録や要旨	60%
図　説	写真、図、データに何らかの説明が付されている記事	0%
講　義	学会等の講義。文体が口語体であるものが多い	0%
解　説	特定の分野、主題について解説したもの	22%
一　般	上記のいずれにも該当しないが内容に価値のある記事	1%

象を雑誌単位から文献単位でチェックするように変更されたばかりである。このため，今回の調査では利用しなかった。

また，海外との比較のために用いるデータベースとして，Medline[18]を選択した。Medlineは National Library of Medicine（アメリカ国立医学図書館：NLM）の下部組織 National Center for Biotechnology Information（国立バイオテクノロジー情報センター：NCBI）が制作，提供している医学文献データベースであり，世界約70ヵ国，4,600誌以上の文献を網羅している[19]。このため，Medlineは海外の医学データベースを代表するものであると考え，今回の調査における比較対象とした。

Medlineにおける調査では，以下のように用語を規定し，検索を行った。

「医学文献」：Medline全体

「看護文献」：「nursing」という言葉をMedlineの書誌レコードの中のタイトル，抄録，キーワード，雑誌名，著者名のいずれかのフィールドに持つもの

3．1　調査結果

3．1．1　総数と経年変化

調査の結果，医学文献は4,080,200件であり，この内看護文献は160,998件，3.9％であった。対象期間において，医学文献は1987年には203,454件であったのが2002年には282,783件に，看護文献は1987年に6,094件であったのが12,845件に，いずれもその数は増加していた。医中誌Web全体における看護文献の割合をみたところ，これも年と共に増加していることが分かった。

図1は1987年から2002年の医中誌Web全体（医学文献）における看護文献の割合の推移を示したものである。1996年頃から看護文献の割合が全体として伸びてきていることが分かる。特に，会議録を除いた文献においては1987年－1989年および1996年－1999年，2000年－2001年に看護文献の割合の増加が顕著であることが分かる。ここで会議録を除いて調査を行った理由は，会議録はその過渡的性質と，ピアレビューを受けていないということから来る研究の質の保証の弱さが他の文献とは大きく異なるためである。

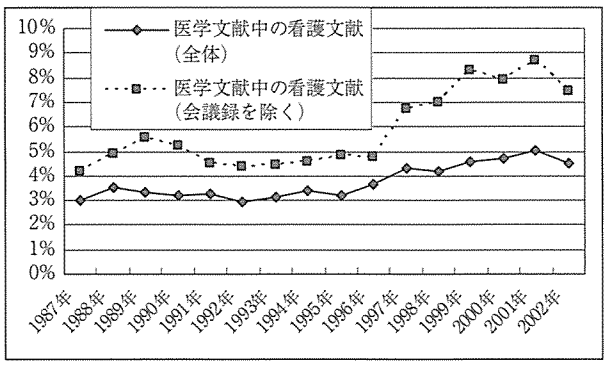


図1　医中誌Web全体（医学文献）における看護文献の割合

なお，図1によると2002年にいずれの割合も減少しているようにみられるが，これは調査を行ったのが2003年4－5月であったため，医中誌データベースに未収録の2002年データが多数存在し，これによる見かけ上の現象と考えられた。これを確認するため，2003年12月現在のデータで再検索したところ，2002年の医学文献全体における看護文献の割合は6.6％，医学研究論文における看護研究論文の割合は10.6％となり，いずれも上昇していた。

3．1．2　記事区分別の割合

記事区分別の割合について調査した。記事区分は1996年から「原著」が「原著」，「解説」，「一般」に細分されるように改訂されているが[20]，ここでは1987年からの15年間の期間全体の傾向を見るために，新分類の「原著」，「解説」，「一般」は「旧原著」として扱った。図2で看護文献における記事区分別の割合と医学文献における記事区分別の割合を示した。

看護文献では原著と会議録の比率は7：3，一方，医学文献では原著と会議録の比率は4：6であり，看護文献の方が原著の割合が高いことが分かった。

原著論文の内訳を更に細かく見るために，看護文献と医学文献のそれぞれについて新分類が採用された1996年以降における「原著」，「解説」，「一般」の比率を図3に示した。

医学文献では新分類によって「原著」とされた文献の「旧原著」全体に占める割合は48.4％であり，これに対して「解説」に属する文献は47.7％であった。看護文献では新分類によって「原著」とされた文献の占める割合は29.7％であり，医学文献よりも少なかった。最も多かった区分は「解説」で，55.5％を占めた。

3．1．3　原著論文の抄録付与率

図4は1987年から2002年の医中誌Web全体（医学文献）

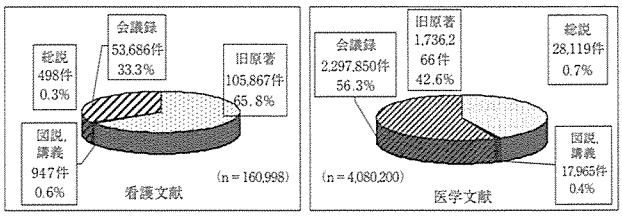


図2　医中誌Webにおける看護文献と医学文献の記事区分の割合

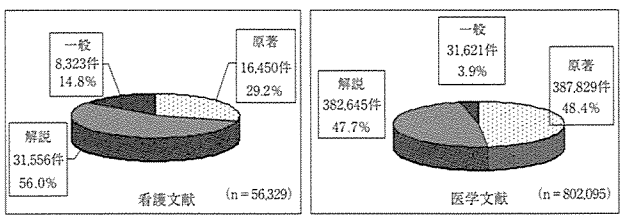


図3　原著論文の内訳（1996年・2003年）

と看護文献における原著論文の抄録付与率の推移を示したものである。原著論文の抄録付与率を調べたところ，看護文献，医学文献ともに抄録付与率は上昇傾向であることが明らかになった。

抄録付与率は看護文献では従来は2.47%と低率であったが1998年－2000年頃に急増し，2001年には30.26%に達していた。また，医学文献では30-40%と比較的高めで推移していたのが，最1999年－2001年に更に上昇して50%を越えていることが分かった。なお，図1の検証と同様に図4に関しても2003年12月のデータで再検索を行ったところ，2002年発行の医学文献の原著抄録付与率は48.1%と図1のデータよりやや下がり，看護文献は25.2%となっていた。

3．1．4　海外との比較

Medlineを用いて同様の内容について調査を行った。

1987年から2003年の間のMedline全体の文献数は計7,110,330件，この内看護文献は197,284件（2.8%）であった。

Medline全体の文献数（医学文献）とその中の看護文献の割合を図5に示す。

Medline全体の文献数は年と共に徐々に増加しているが，1997年を境に看護文献の実数，割合共に減少していた。

記事区分別割合について調べたところ，いずれの年代においても医学文献では原著論文が全体の90-93%を占め，看護文献でも原著論文が88-93%となっていた。両者の差

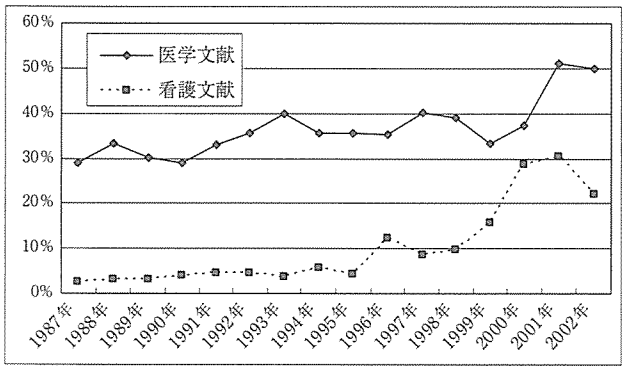


図4　医中誌Webにおける原著抄録付与率（医学文献・看護文献別）

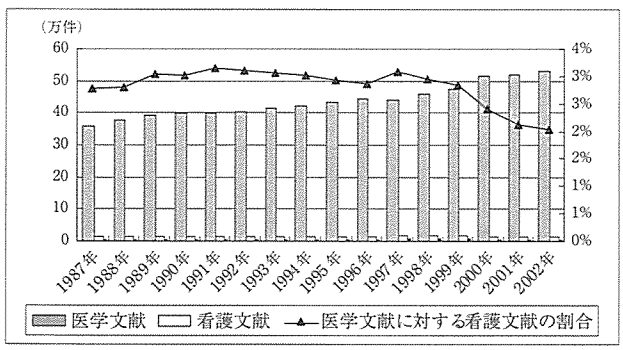


図5　Medlineにおける文献数と割合（医学文献・看護文献別）

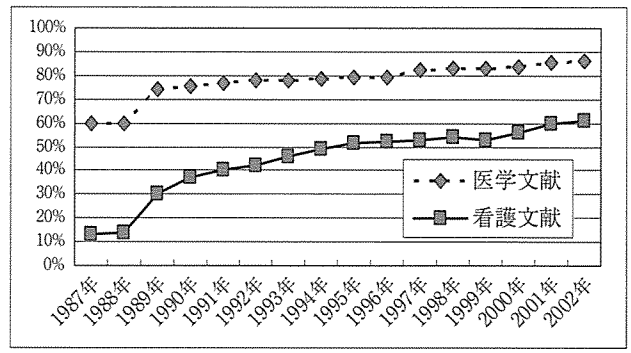


図6　Medlineにおける原著抄録付与率（医学文献・看護文献別）

異は大きくは認められず，医中誌Webでの結果とは大きく異なっていた。

また，原著論文の抄録付与率を見ると，医学文献では80%前後で推移し，看護文献でも当初は10%程度であったものが近年は60%以上に抄録が付与されていることが分かった（図6参照）。

ここでも看護文献における抄録付与率の急増が認められるが，医中誌Webのグラフと比較すると医学文献，看護文献いずれも当初からはるかに高い割合で抄録が付与されていることが分かる。

4．　考　　察

(A) 看護文献の増加

調査の結果示された看護文献の増加には以下のような背景がある。わが国では，近年の医療・看護を取り巻く環境の急速な変化に対応するために看護制度の見直しが行われ，1987年に「看護制度検討会の報告」が出された[21]。この中で21世紀の看護師のあり方が示された。そして，これを目指すための目標として「専門看護師の養成」，「看護教員養成体制の確立」などとともに，「大学と大学院の増設」が挙げられた。これを受けて1989年には看護教育カリキュラムの改正が行われ，1990年代に看護大学および大学院は急速に増加した。このような看護教育の高等化，研究者の増加が急速に進行した1980年代後半－1990年代に続いて，看護文献の増加，中でも会議録を除いた研究論文の増加傾向が1996年から顕著になっている。これはわが国における看護研究活動の活発化を示す指標とみなすことができるだろう。

(B) 記事区分別割合

医中誌Webにおいて，医学文献に特徴的な会議録の割合の多さは看護文献では認められなかった。これは，医学界に特徴的な学会・研究会の多さが看護界においてはみられないことに由来すると考えられる。

医学界総覧1998-2000[22]によると日本の医学および医学関連の学会は，学会が479団体（日本医学会の分科会を含

む），研究会が175団体，関連学会・関連団体が69団体であり，また，この中で会員数を公表している医学会および研究会の会員数の平均は9,939人であった。一方，看護分野の学会・研究会をみると，IMIC学会情報システム[23]の学会・研究会総覧の中で「看護学」に分類されている団体は75団体である。この中で会員数を公表している学会の最多会員数は2,228人であり，最少は会員49名という団体であった。このように，医学分野に比べると看護学分野では学会・研究会は少なく，このため会議録が相対的に少ないと考えられる。

また，医学中央雑誌刊行会への問い合わせにより，1999年頃から看護文献については「原著」を広義で扱うようにデータベース製作者の編集方針を変更したとの回答を得た。看護文献は，医学文献と比較して解説的な内容のため，「解説」に分類されることが多かったが，少しでもオリジナルな内容が盛り込まれている文献については，「原著」にするよう基準を緩めているということである。しかし，このように緩和された条件下においても，1996年以降の原著論文の内訳を見ると，医中誌Webにおいて，医学文献に比べて看護文献では「解説」に属する文献の割合が多く，オリジナリティの高い「原著」の割合が少ない。

日本においては1993年にわが国初の看護学博士が誕生しており[24]，研究者が急増してきたと考えられるのは1990年代に入ってからである。1983年には4,500名に及ぶ看護学博士を抱えていた米国[25]と比較すると，日本における本格的な看護研究活動の開始は遅いといえるだろう。本調査で明らかになったような，日本におけるオリジナルな研究の相対的な少なさは，看護研究活動が発展途上にあることを反映しており，今後原著論文の実数および割合が増加していくことが望ましいと考える。

Medlineにおける看護文献が1997年を境に大きく減少していることについては以下のように考えられる。1997年はPubMedが公開を始めた年である。これは名前のとおり，public（一般の人々）のための医療情報サービスであり，こうした人々からの要望により，それまで収載されてこなかった伝統医学雑誌や啓蒙医学雑誌も収録対象とするようになった[26]。また，その後NLMが統括する様々なデータベース（Bioethicsline，Histline，Aidslineなど）がPubMedに吸収されている[27]。このようなデータベースの着実な成長に伴い，相対的に看護文献の割合が減少しているのであろう。

次に，Medlineにおいて医学文献，看護文献ともにほとんどが原著論文であったということは，このデータベースが会議録を収録していないことの影響は大きいとしても，海外においてはオリジナルな看護研究が多く行われていることを示唆していると考えることができる。

(C) 原著論文の抄録付与率の上昇

看護文献における原著論文の抄録付与率の急増は，最近の看護文献数の増加に伴い，日本における看護研究の成果を利用しようとする人，およびその機会が増加し，抄録へのニーズが高まっていることを受けてのことと考えられる。

また，Medlineと医中誌データベースでは抄録付与率に大きく差が出たが，これはMedlineが著者抄録を採用しており，一方，医中誌データベースでは索引者によって改めて抄録作成を行っている，というデータベース作成手順の違いがあることが大きな要因である。

5．結　論

5．1　本研究のまとめ

本研究では日本の看護研究活動，中でも論文生産の概要を把握するため，日本の医学文献データベースである医中誌Webを用いて1987年からの約15年間の看護文献の実数，医学文献に占める割合，記事区分別の推移，原著論文の抄録付与率を調査した。そして，これを海外と比較するため，海外の代表的医学文献データベースであるMedlineを用いて同様の内容の調査を行った。この調査の結果，以下のことが明らかになった。

医中誌Webに収載された看護文献は実数，割合ともに増加傾向を示していた。中でも会議録を除いた，研究論文の増加は顕著であった。こうした論文生産の向上は日本における看護研究者の増加，看護研究活動の活発化を示すものと考えられ，1996年頃から大きく増えていた。しかしながら，医学研究に比べるとその実数は少なく，「解説」に分類される文献の割合が高いことは日本におけるオリジナリティの高い看護研究が少ないことを示している。

5．2　本研究の限界と今後の課題

本研究では，医学分野および海外との比較によって，わが国における看護研究の現状を論文生産という点から明らかにしようとした。

本研究は主に医中誌データベースを用いて得たデータを利用しており，データベースの特徴や範囲，機能に由来した限界があると考えられる。特に，看護修士・博士論文が収載されていないことは分析の上では注意するべき点である。また，医学文献，看護文献の限定の方法は便宜的なものであり，本質的なものではない。医学文献を広義に取り，看護文献も含めて解釈していることにも，若干の問題はあるかもしれない。さらに，看護研究者の総数が正確には把握できないこともデータ解釈上の不正確さとして，本研究の限界として挙げられる。しかしながら，この調査によって，わが国の看護研究の概要を数量的に示すことはできたと考える。これを踏まえて看護文献を定性的に調査するこ

とで，わが国における看護研究の現状や課題をより具体的に示すことができるであろう。

また，本研究ではMedlineを使った調査は補助的に行ったのみであり，また他の日本のデータベースとの比較は行っていないため，こうしたデータベースを用いた調査を行うことも今後の課題である。

付　記

この研究は平成15年度愛知淑徳大学大学院文学研究科の修士論文の一部である。

抄　録

本調査の目的はわが国における看護文献の特徴を定量的調査から明らかにすることである。日本における代表的医学文献データベースである医中誌Webを用いて，1987年からの約15年間の看護文献の実数，医学文献に占める割合，記事区分別の推移，原著論文の抄録付与率を調査し，これを医学文献と比較した。また，海外との比較のため，同項目についてMedlineを用いて調査した。この結果，日本の看護文献は医学文献全体の中では3.9%と少ないが，実数，割合ともに増加していることが明らかになった。中でも会議録を除いた，研究論文の増加は顕著であった。これは日本における看護研究活動の活発化を示すものと考えることができる。しかしながら，医学研究に比べるとその実数は少なく，原著の割合は低かった。

文献リスト

1）看護問題研究会監修：平成15年看護関係統計資料集，60，日本看護協会出版会，東京，2003.
2）飯田晴美，梅崎敦子，他：看護における研究の変遷と現状　看護系雑誌４誌における研究の傾向，看護研究，32(1)，85-89，1999.
3）川口孝泰，小西美和子，他：学会誌掲載論文からみた今後の看護研究活動の課題，日本看護研究学会雑誌，23(4)，85-91，2000.
4）Traynor, M.,Rafferty, AM.et al. :Endogenous and exogenous research? Findings from a bibliometric study of UK nursing research,Journal of Advanced Nursing,34(2),212-222,2001.
5）日本看護協会看護教育・研究センター図書館（編）：最新看護索引2000，日本看護協会，東京，2002.
6）林滋子（編）：日本看護関係文献集　第29巻　1996．東京，タケダ株式会社メディカル出版部，2002.
7）科学技術振興機構：JMEDPlus，2005-01-06，http://pr.jst.go.jp/jdream/index.html.
8）医学中央雑誌刊行会：医中誌Web，2005-01-06，http://login.jamas.or.jp/enter.html.
9）医学中央雑誌刊行会：医中誌Complete，医学中央雑誌刊行会，2003（CD-ROM）.
10）日本看護協会看護教育・研究センター図書館（編）：最新看護索引，日本看護協会，2002（CD-ROM）.
11）医学中央雑誌刊行会：医中誌データベースについて，2005-01-06，http://www.jamas.gr.jp/database.htm.
12）前掲書11).
13）塩田純子，石塚由起子：看護図書館における医学中央雑誌利用の課題，看護と情報，6，61-66，1999.
14）看護図書館協会：2002年度会員実態調査報告，2005-01-06，http://wwwsoc.nii.ac.jp/kantokyo/tyosasuuji03.html.
15）前掲書11).
16）医学中央雑誌刊行会：医中誌Web(Ver.3）検索ガイド　改訂２版，2005-01-06，http://www.jamas.gr.jp/index.htm.
17）児玉閲：医学中央雑誌からみた日本の医学文献の生産状況，医学図書館，49(1)，59-66，2002.
18）National Library of Medicine: Entrez PubMed，2005-01-06，http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed.
19）阿部信一，奥出麻里：図解PubMedの使い方　インターネットで文献を探す　第２版，３，東京，日本医学図書館協会，2003.
20）三沢一成：医学中央雑誌CD-ROM版の検索法，医学図書館，46(1)，55-61，1999.
21）杉田暉道，長門谷洋治，他：系統看護学講座　別巻９　看護史　第６版，199-200，東京，医学書院，1996.
22）ミクス（編）：医学界総覧1998-2000，東京，ミクス，1998.
23）国際医学情報センター：IMIC学会情報システム　学会・研究会総覧，2005-01-06，http://www3.imic.or.jp/ gakkai/gakkai.htm .
24）前掲書21
25）Notter, Lucille E.，Hott, Jacqueline Rose，内海滉（監訳）：看護研究エッセンシャルズ，11，東京，医学書院，1998.
26）山崎茂明：一次情報の検索　PubMedからみた看護文献の世界とエビデンス検索法，福井次矢（編）：看護のための最新医学講座　36巻　EBNと臨床研究，32-47，東京，中山書店，2003.
27）前掲書26.

［平成17年１月11日受　付］
［平成18年１月19日採用決定］

第　31　回

日本看護研究学会学術集会

講演記事（2）

2005年7月21日（木）・7月22日（金）

会長　石垣靖子

於　札幌コンベンションセンター

臨床倫理学の視点から

東北大学大学院文学研究科　清　水　哲　郎

臨床倫理は何をする営みか　臨床倫理とは，医療現場の個別事例に関して医療従事者が中心となって行う営みである。が，それは裁判の判決のように，個別の状況において何が正しい選択かを宣言して終わるようなものではない。例えば，治癒はもはや望めず，緩和的な対応しか有効でなくなり，そして死期が迫っているという状況を理解して，ある人が「もう自分は生きていても仕方ないから，早く死なせてくれ」と訴えているといった状況を考えてみよう。ここで「患者は安楽死を希望している」と問題を把握し，安楽死を容認できる状況ではない（あるいはそもそも安楽死は認められない）と判断したとすると，「この方の希望を叶えるわけにはいかない」と裁決し，そのようにこの方に伝える，というようなプロセスを倫理として考える向きもあろう。だが，臨床倫理においては「希望に応じることは出来ない」というのは結論の半分であって，あとの半分は未だ答えられずに残っている。「もう死なせてくれ」と言っているこの人の思いは，満たされないままにそこに在り続けているからである。「その思いに対して私たちには何が出来るのか」と考えてこそ，個別事例の倫理的検討である。

あるいは現状を分析して，複数の倫理原則間でディレンマが起きていると認め，その解消の方途を考えることがある。事例を振り返って「この点で倫理原則Cに反している」などと批判する傾向もあるかもしれない。だが，倫理原則は本来，看護・医療実践の中でそのように働くものなのだろうか。倫理原則は私たちの行動を規制し，制約し，断罪するように機能するものなのだろうか。否，そうではない。倫理原則は，ケアを引き受け，相手と向き合い，また寄り添って歩もうとする私たちの姿勢を表現している，私たちのいわば宣言である――そういうものとして見ることによって，臨床倫理の営みは，裁判のようなものではなく，私たちの歩みを方向付けるものとなるだろう。このようにして，臨床倫理は看護職にとって，自らを支える強い味方となるだろう。

臨床倫理学　以上のように臨床倫理の位置付けを提案することも含め，日々医療現場で行われている臨床倫理の営みを理論的に支援するのが，臨床倫理〈学〉である。「個別事例はケース・バイ・ケースに考えるしかない」という誤解に対して，「検討の方法は標準化できる」と，理に適った，根拠のある検討システムを構築するという課題がある。

臨床倫理委員会　医療機関における臨床倫理の営みを推進する役割が期待される。以上に提示したような臨床倫理のあり方から，委員会の望ましい姿も見えてくるだろう。ことに，現実の個別事例については，委員会が調査し，判断するというような働きよりも，むしろ，患者・家族に対してであれ，現場の医療者に対してであれ，少人数でコンサルテーションを行うシステムを運営するような働きが要となるだろう。臨床倫理委員会に限らず，医療機関の医療活動全体の中で，臨床倫理の営みを適切に位置づけることが，今後の課題となろう。課題に応えようとする動きの中で，患者のコーピングを支えることを以前から自らの活動の一つとしてきた看護職の果たし得る役割は大きい。

◆シンポジウムⅠ◆
臨床倫理委員会－その定着と看護職の役割

臨床現場の実践

医療法人東札幌病院　石　谷　邦　彦

臨床倫理の古典ともいうべきDr. Howard Brody著のEthical Decisions in Medicine（第一版1976年，第二版1981年，日本語訳「医の倫理」原書第二版　舘野之男／榎本勝之訳　1985年　東京大学出版会）の始めに以下のような設問がある。

倫理学についての我々の議論は，「倫理学」の定義をしないまま，結論に至ってしまった。下の定義のうち，これまで「倫理学」としてきたところのものをもっともよく要約しているのはどれか？

1．倫理学というのは，正しい行為を研究するものである。
2．倫理学というのは，選択が分れる場面で一番良い行動の方向を決めるための合理的な方法を研究するものである。
3．倫理学というのは指針を集めたもので，これに従えば常に正しい行動をとることができる。
4．倫理学というのは，難しい選択に直面したとき，人々がどのように行動するかを研究するものである。

答えは２である。

臨床倫理委員会がよく機能するためには倫理学とは何かを医療スタッフがよく理解することに尽きるといえよう。

東札幌病院は1983年ホスピス・緩和ケアとQOLの研究を目的として設立された。その時代日本全体においてもいわゆる「癌の告知」がほとんどなされていなかったことなど，癌医療にはそもそも倫理的問題が数多く内容されていたのであった。開設当初は前述した「医の倫理」を教科書として医療スタッフは自分達の事例について検討していた。その後1988年当時北海道大学文学部哲学科助教授であった清水哲郎先生の参加を得て「倫理セミナー」が毎月開催され現在に至っている。この歴史の中で1994年11月に「東札幌病院倫理委員会」が設けられた。その時作成された規定の第１条の「目的」は以下の如くである。

(1)　ヒトを直接対象とした医学の研究及び臨床応用についてヘルシンキ宣言の趣旨に添った倫理的配慮
(2)　日常の医療及び福祉の行為についてリスボン宣言の趣旨に添った倫理的配慮

従って倫理委員会は(1)を行う研究審査委員会（Institutional Review Board IRB）と(2)を行う臨床倫理委員会（Clinical Ethics Committee）の２部門から構成された。

以来臨床倫理委員会は事例検討やスタッフの教育，患者・家族への助言，そして各種倫理的問題に関するガイドラインの作成などを行っている。およそこの20年の活動の中で，臨床倫理に関しては看護職の役割が重要であったことは実感している。もちろんその他の職種の積極的参加も必須である。瑞瑞しい感性，あるいは日頃の医療現場の狭小な常識を越えた一般市民としての感性を持つ看護職，なおかつ冷静，論理的な看護職は臨床倫理の主体的行為者に相応しい。

参考までに第64回日本癌学会総会にて当院の臨床倫理委員会の活動を発表した内容を以下に述べる。

東札幌病院における臨床倫理委員会の活動とインフォームド・コンセント　ガイドライン作成の試み

はじめに

近年，科学的根拠に基づいた医療（Evidence-based Medicine：EBM）の重要性が強調されているが，臨床のあらゆる局面に質の高いエビデンスが存在するわけではない。治療方針に選択が必要な場面では，患者の意向を汲んで手探りで進んでいかざるを得ないことが少なくない。がん医療は新薬や技術開発など日進月歩であり，一方では患者の多様な価値観を尊重しなければならない。インフォームド・コンセント（IC）は，患者と医療従事者とが情報を共有し，合意に基づいて治療・ケアを選択するプロセスの中ではじめて実現するものであり，適切に行われない場合は倫理的問題が生じやすい。

東札幌病院では研究審査委員会と臨床倫理委員会の二つの倫理委員会が設置されており，後者において臨床現場で遭遇する倫理的問題の検討を行っている。臨床倫理委員会で事例検討を重ねてゆくなかで最も多く取り上げられたのは，医療者と患者・家族とのコミュニケーションの問題であった。これらのことをふまえ，1998年に臨床倫理委員会

ではICガイドラインを作成した。

本発表では，臨床倫理委員会の活動概要とICガイドラインについて報告する。さらに，職員に行ったアンケート調査から，ICに関する問題点等についても併せて報告する。

東札幌病院における二つの倫理委員会

研究審査委員会（Institutional Review Board: IRB）

人を対象としたすべての臨床研究，および治験についてヘルシンキ宣言の趣旨に沿った倫理的配慮の側面から審査を行う。

構成メンバー

・医療分野の学識経験者
　院長，副院長，理事長，名誉院長，顧問，内科部長，外科部長，薬剤課課長，看護部長
・医療分野以外の学識経験者
　事務職員

臨床倫理委員会（Hospital Ethics Committee: HEC）

日常の医療・福祉の行為について，リスボン宣言の趣旨に沿った倫理的配慮の側面から検討し，指針をだす。

構成メンバー

・医療分野の学識経験者
　副院長，看護部長，内科医師，外科医師，看護婦，MSW，検査技師
・医療分野以外の学識経験者
　事務職員，哲学者，弁護士

臨床倫理委員会の活動

1）事例検討

治療方針等に関する意思決定の際，患者－家族－医療チーム間で意見の食い違いが生じることがある。緩和医療の領域では，告知・病状説明，積極的治療の中止決定，終末期おけるセデーションの適応など問題が生じやすい。担当医療チーム内で問題解決できないときに当委員会に申請され，担当スタッフを交え話し合い，指針を出す。

2）教育・啓蒙活動

日々の医療・ケアを行うなかで重要なことは，まず臨床倫理的問題に気づき，それらを担当チーム内で検討し，患者にとって何が最善かを考え具現化する。そのためには，「臨床倫理とは何か」，「臨床倫理を検討するための方法論」，「臨床倫理委員会の役割とアクセスのしかた」等について，院内全体に教育・啓蒙が必要である。

3）Policyの作成・レビュー

臨床現場で発生する様々な問題（表）について，意思決定の手助けとなるようなマニュアルやガイドラインの作成，システムの整備を行う。

表　Policyが必要な項目

DNR（Do Not Resuscitate）
事前指示（Advanced Directive）
意思決定できない患者の代理人（Proxy）
治療の選択における意思決定（治療の無益性（Futility）を含む）
終末期における意思決定（End of life decision making）
栄養管理・水分補給の問題（胃瘻，IVHの適応など）
終末期におけるセデーション
インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントのガイドライン
医療法人東札幌病院ホームページ（http://www.hsh.or.jp）を参照

ICガイドラインに関する職員アンケート

ICガイドラインの各項目について，東札幌病院の常勤医師と看護師を対象に，自己評価式のアンケートを実施した。各項目について三段階の評価を行った。（a. 良い／問題ない，b. おおむね良好／時に問題あり，c. 不良／問題あり）常勤医師15名中13名，看護師110名中90名から回答を得た。結果の概略を以下に記す。

(1) ICガイドラインを現場で活用しているのは医師の38%，看護師の60%，全体では58%であった。

(2) ICの概念について。医師の説明に患者が同意するプロセスか，あるいは患者が医療者に対して承認する行為なのか質問した。ICガイドラインの基本姿勢であるbと答えたのは医師の38%，看護師の67%であった。

(3) 23の自己評価項目全体では，a 良いと評価したのは医師44%，看護師38%であり，c 不良と評価したのは医師３%，看護師５%であった。

(4) 医師，看護師ともに最も評価が低かったのは，「患者・家族との話し合いの場の設定」であった。（看護師の20%，医師の８%が悪いと評価）

(5) 主治医の態度に関する看護師の評価は，７項目全体でみると，a 良い35%　c 悪い６%であった。主治医の態度に関する医師自身の評価は，a 良い 53%　c 悪い ２%であった。看護師の評価が一番悪かったのは「患者の理解に気を配っているか」であり，c 悪いが10%を占めた。一方，同項目を悪いと評価した医師は０%であった。

(6) 看護師の態度に関する医師の評価は，５項目全体でみると，良い37% 悪い２%であった。看護師の態度に関する看護師自身の評価は，良い 46% 悪い ３%であった。

まとめ

東札幌病院における臨床倫理委員会の活動の概略と，そこで作成されたICガイドラインについて報告した。今回，医師・看護師を対象に行ったICガイドラインに関するアンケート調査では，利用率は全体で58%であった。以前に臨床倫理委員会に対する職員の意識調査を行った際，職員の大部分が存在は知っていたが活動内容を理解しているのは3割程度であった。したがって今後，院内のセミナーや事例検討会などを通して，臨床倫理委員会の意義やそこで作成された各種ガイドラインを院内に普及・定着させることが課題である。ICガイドライン各項目の自己評価では，23項目全体で医師・看護師の4割程度しか良いと評価しておらず，改善の余地があることが示唆された。評価の低かった項目については，何が問題で改善のためには何が必要か，医療者全体で考えていくことが重要と思われる。かなりの項目において，医師・看護師間でお互いの評価に食い違いを認めた。今後，アウトカムの指標として，患者・家族からの評価を活用するシステムを検討していきたい。

我が国における臨床倫理委員会－その可能性と看護職の働き－

神戸市看護大学　高　田　早　苗

今日の医療現場では，臓器移植や遺伝子診断・治療などの生命倫理，医療事故や院内感染などの制御と安全な医療の提供，インフォームド・コンセントやカルテ開示など患者主体の医療といった課題が次々に浮上し，倫理的な判断，問題解決の重要性がこれまで以上に認識されてきている。臨床倫理委員会は，このような現場での倫理的なケース・コンサルテーションや，倫理的ガイドラインの提供，そしてこれらの活動を通しての職員の啓発といった機能が期待されるとして，我が国の病院でも注目されてきた。

各施設の看護部長に協力を得て実施した質問紙調査の結果から，（臨床）倫理委員会の設置している病院は，この十年ほどの間に着実に増え，約１/３の施設に設置されている。未設置の病院も，60％以上が準備中やこれから検討する予定と回答している。しかしながら，そのきっかけあるいは理由は，病院機能評価受審のため，治験や新たな治療の開始に伴い，さらに行政などの設置者からの要請といった，いわば外圧によるものが多かった。また，委員構成では，約１/２を医師が占め，看護職，コメディカル，事務職，外部委員が残る１/２を構成していた。これらは，その活動内容にも関連しており，研究の倫理審査が最も多く，ケース・コンサルテーションは半数以下にとどまり，必ずしも活発とは言えない状況が伺われた。

また，回答者の約60％は委員会が十分機能していないと見ており，その理由として多かったのは，研究や治療方法に関する医師の申請が多く他の職員の活用が少ないこと，委員会の活動についての周知不足等であった。一方で規定に明記されている目的には，研究の倫理審査，コンサルテーションの両方を挙げている施設は多い。これらの結果は，臨床倫理は理念として認識されてはいるが，実際的具体的な取り組みにはまだ距離があることを示しているように思われる。ここに，看護職者の関与の必要性があると見られる。

以上の調査結果及び先駆的な取り組みをしてきた施設の看護部長への聞き取り調査の結果から，看護職者が委員会の設置や活性化に貢献できる手がかりを得ることにしたい。

まず，施設の機能や設置背景，病床規模や特性によって，委員会の設置の仕方を工夫する必要がある。１委員会で研究倫理審査とコンサルテーションを行う場合には，規定等にその性質の違い等を反映させる。また，他の委員会との関連を明確にする。

施設全体の取り組みとなるようにするには，設置準備段階における学習や討議の機会を設けて，医師を含む全職員を巻き込んでいくことが設置後の活動を決定づける。

看護部門としては，患者の身近にある看護職者の倫理的感受性を高めることはもちろんであるが，気づき苦悩している現場の看護職者がそれを「ことば」にしていけるような環境作り，師長クラスのリーダーシップ形成に努める必要がある。さらに，病院全体に向けて，臨床倫理委員会を提案し主導していける看護部のパワーアップの具体策が是非とも必要になる。

◆シンポジウムⅠ◆
臨床倫理委員会ーその定着と看護職の役割

Actual Activities of the Clinical Ethics Committee in America

Sound Shore Medical Center　Cornelia Fleming

Thank you for the invitation to meet with you and discuss the place of the ethics committee in health care institutions in the United States. I will begin with a brief historical review of the development of ethics committees and then focus on the functions of an ethics committee and its implementation in a community teaching hospital.

Historical Development of Ethics Committees in the United States

Ethics committees first came into view in the 1960s. At that time some hospitals in the United States were grappling with requests for abortions and allocation of access to the newly introduced dialysis machine. These early committees concerned themselves with informed consent and research protocols and in the 1970s eventually became federally mandated Institutional Review Boards. They remain in existence today, distinct from ethics committees with expanded roles and rigid regulations.

In 1976, Karen Ann Quinlan's parents won the right to have her ventilator removed. In its decision, New Jersey's Supreme Court recommended that hospitals establish ethics committees to confirm prognosis when decisions regarding the withdrawal of life-sustaining treatment were being considered.

In 1983, a report from the U.S. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research encouraged the establishment of ethics committees to review cases that raised ethical dilemmas.

By the mid 1980s efforts were underway to promote the development of ethics committees in hospitals. In 1982 only 1% of hospitals had ethics committees; by 1987 60% did.

In the mid 1990s the Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations introduced a standard requiring hospitals to have a mechanism in place to review ethical conflicts. Many hospitals developed ethics committees to meet this standard. Today ethics committees are commonplace and have now extended to nursing homes and hospice organizations.

Membership of an Ethics Committee

To be effective it is essential that ethics committees have representation from a variety of sources. Physicians, nurses, social workers and clergy are obvious choices. It is also critical that the committee has an ethicist or someone educated in the field of bioethics to provide education and lead ethical analysis. Many ethics committees also include representation from the community and the hospital's Board of Governors. Members should be chosen not only for their area of expertise but, just as importantly, for their ability to interact effectively with others.

Functions of an Ethics Committee

As ethics committees got underway, structure was added to define the role and responsibilities of the committee. There is general agreement that there are three major functions of an ethics committee: **education, policy development/ review and case consultation.**

Education

Responsibility for education extends to the committee itself, physicians, clinical staff, patients and families, and the community.

Individuals appointed to serve on an ethics committee must be oriented to their role and responsibilities and educated regarding ethical principles and anlysis, mediation and conflict resolution. Education is ongoing and members need to be current regarding new developments in practice, regulation or law that might impact the ethical dimensions of patient care. The availability of an ethicist or a person educated in the discipline of bioethics is crucial to assuring that education is addressed.

Because physicians are so paramount in the care of patients and decision-making, it is important that they be aware of the potential for ethical dilemmas and resources available to them. Education at Grand Rounds and staff meetings on relevant principles, policies and regulations should be held regularly. This is often effective with a retrospective case analysis. In a teaching hospital, ethics education is included in orientation and should be part of ongoing education. Daily patient rounds should be expanded to include not only the clinical aspects of a patient's

care but also patient's directives in regard to care.

As the omnipresent caregivers, nurses are frequently the ones who become aware of impending ethical dilemmas. Nurses must be knowledgeable about the ethical dimensions of their practice and know how to proceed when a problem arises. DNR, advance directives, informed consent are some of the topics to be addressed at orientation and reviewed regularly. Nursing Grand Rounds presents an opportunity for nurses to explore ethical dilemmas they encounter in practice.

Ethics education is also important for other disciplines involved in patient care: social workers, dieticians, therapists and others who interact with patients and families.

Patients and families receive information about their rights regarding care as part of the admission process. This includes DNR and advance directives. The process for accessing the ethics committee is described in the Patient Handbook. Meetings with patients and families provide an opportunity for individualized education and support.

Because a hospital is a part of a larger community, there is an obligation to reach out and offer education on relevant topics. This can be done through community organizations and church affiliations.

Policy Review/Development

An ethics committee is frequently consulted about policy. Policies on DNR, Advance Directives, Informed Consent and other relevant topics are referred to the committee for review, comment and revision. At other times, the committee may become aware of a recent development that might require a policy and take the initiative in preparing it. Hospital administration looks to the committee for its input.

Case Consultation

The area that is most readily identified with ethics committees is that of case consultation. A process should be set in place to structure the referral of cases and the procedure for review. Who can refer a case to the ethics committee? In the early days of ethics committees, referrals were restricted to physicians. With time and experience, most hospitals have moved away from this restrictive approach and now allow any involved person to make a referral. This could be the patient himself, a family member, a health care professional or a physician. No matter the source of the referral, the patient's physician is notified and included in the process.

Once a referral is made, a process must be established to assure timely and appropriate review. A rotating sub-group of the ethics committee can be defined and a realistic time frame for response set, ordinarily within 24 hours.

The ethics committee should establish a framework for addressing a dilemma to assure consistency among rotating members and be certain that all areas are addressed. An example would include the following: 1) the reason for referral; 2) summary of the clinical diagnoses and prognosis; 3) patient's decisional capacity and known wishes, both written and expressed orally; 4) identification of the appropriate decision-maker; 5) the ethical question and discussion and 6) the committee's recommendation.

A retrospective review of case consultations should be presented to the full committee on a regular basis. This allows for a fuller discussion and critique of the consistency of approach. It can also lead to the identification of trends and possible need for policy review or development.

Development of an Ethics Committee at Sound Shore Medical Center

The Ethics Committee at Sound Shore Medical Center was established in 1993. It was the outgrowth of a previously existing Nursing Ethics Forum. This forum was developed two years prior to assist nurses in grappling with daily ethical issues in practice. It became apparent that nurses, by themselves, could not address all of the issues that surfaced but that they required an interdisciplinary approach. A proposal was made to the hospital's President and meetings were held to discuss the benefits and costs to the institution. The potential benefits were clear: improved patient and family satisfaction, improved staff satisfaction; support for physicians in difficult situations; clearer policies; continuing education; improved compliance with regulations. Costs were reasonable: staff time to attend meetings and consultations and a consultant fee for an ethicist. The proposal was accepted and the committee established.

The first order of business was to identify members. The Director of Medicine and a Director of Nursing were appointed Co-Chair of the committee. An ethicist from The Hastings Center, a bioethics think tank, was appointed as a consultant. Two members of the Board of Governors were selected. Representatives of the clergy and community were added. Additional physicians, nurses and a social worker were included. In total there were 20 members appointed.

At the initial meeting of the committee, a monthly meeting schedule was established and plans made for the education of the committee members by the ethicist. Concurrent with the educational process, the committee worked on the development

of a policy statement outlining the role and responsibilities of the committee. The process of convening a sub-group to respond to consultation requests was included in the policy.

Committee members met with respective groups to review the policy and assist in the identification of potential consultations. Slowly, requests for consultation were received. Many physicians, some of who were initially skeptical of the idea, came to see that a consultation could be of assistance and referrals increased. In a retrospective review of consultations over the next few years, the committee identified some common concerns. Often referrals were made because it was unclear who the appropriate decision maker was. In some of these cases the patient's decisional capacity had not been carefully evaluated or was being by-passed by physicians and family members. In other cases there was a conflict between the patient's directives and a family member requesting a different choice. Another significant trend was found in the number of patients for whom continued aggressive care was being pursued even when it was acknowledged that the potential of benefit to the patient was remote and the suffering inflicted was real. At times physicians, who saw anything less as failure, were advocating this approach. In other cases it was the family who insisted that everything be done. In analyzing these troubling cases, it became apparent that some physicians were not comfortable in caring for patients at the end of life. It was also clear that many patients and family members were fearful that without continued aggressive therapy there was nothing for the patient and the patient would be left to die a painful death. Discussion at the ethics committee and with concerned physicians, nurses and other staff concluded that there was a void in the delivery of services to patients. With the emphasis on acute care and shortened length of stay, the needs of patients with progressive, debilitating illnesses were not sufficiently addressed. We concluded that there was a need for a palliative care program.

Development of Palliative Care at Sound Shore Medical Center

In 1997 the Palliative Care Service was introduced to address the deficiencies in practice identified in ethics committee case consultations. The beginning was unstructured and consisted of the physician and nurse co-chairs of the Ethics Committee meeting weekly to review patients that had been brought to their attention. The medical resident assigned to the geriatrics service participated and also identified patients. Rounds were made to see these patients and families and to offer assistance to the physicians. Some physicians were suspicious and refused the offer of help. Others were grateful and willingly discussed their frustrations. Over time the meetings were increased to twice weekly and the head nurses of the oncology and geriatrics units joined. Cases that were identified fell into two categories: pain and symptom management and end-of-life decision-making. This included advance directives, DNR and the withholding or withdrawing of life-sustaining therapy. Some of these cases required an ethics committee consultation but other could be resolved with family meetings and support.

Traditionally palliative care, particularly pain and symptom management, had been the domain of oncology. However, the patients identified as needing this service also included patients with end-stage cardiac or pulmonary disease and end-stage renal disease, and sepsis, secondary to advanced dementia, the most frequent causes of death at Sound Shore. As the availability of this service became known, requests increased and the need for more structure and support was apparent. The position of Palliative Care Nurse Practitioner was created and recently filled. Additionally the hospital's contract with a Hospice Agency has been expanded to include not only home hospice but also acute care in-patient hospice and hospice at the institution's nursing home. Representatives of the hospice agency routinely attend the Palliative Care Rounds and share their expertise in pain and symptom management.

In summary, the ethics committee has been a positive vehicle for the identification and care of a vulnerable group of patients. As the referrals for palliative care have increased and the needs of these patients have been addressed, requests for ethics consultations decreased. The Ethics Committee continues its oversight but is also turning its attention to other issues as they arise.

◆シンポジウムII◆

人権と尊厳を守る看護職の責務－相手を人間として尊重するということ

虚構に添うケアを－認知症の人々から見える世界

北海道医療大学看護福祉学部　阿　保　順　子

虚構というのは実に魅力的です。「もしもこうだったら」，いわばIfの世界は，人を夢見心地にさせてくれるし，また現実を突き抜けていく力を与えてくれます。自分が自分であることにこだわり，それゆえ虚構の世界で遊ぶ力をもっているのが認知症の人々です。あるいは，彼らは「遊ぶ」という人間にとってもっともプリミティブな力を発揮しながら，ifの世界という第二の生き方を手にしている人々であると言うことができるかもしれません。もちろん，彼ら，彼女らが，生物体としての人間であることから逃れることはできないのですが。

今回は，重度の認知症によって自ら虚構の世界を作りあげている人々の暮らしについて取り上げ，シンポジウムのテーマである「相手を人間として尊重するということ」を考える一つの視点を提供できればと思います。

ここでお話するのは，集団で暮らしている認知症の方々の間で起こっていることです。少ない時間でそれらの人々の暮らしのすべてをお話することはできませんので，彼らや彼女らが設定している社会関係についてお話します。もちろん，その関係はわれわれから見れば仮の関係なのですが。一般的に，関係というのは相互的なものです。ですが，彼らの関係は一方通行的です。そのほうが諍いは起きないのです。関係に関して特に重要なのは夫婦関係の設定です。

「やっかいな夫vsかわいい夫」についてお話しましょう。このお話は複雑です。A子さん（女性）はM男さん（男性）を自分の夫であると信じています。このM男さんを，別の女性B子さんも自分の夫だと思っているのです。そして，A子さんにとってM男さんは，わがままで手のかかる困った人であり，できるならかかわりたく夫のようです。ところがB子さんにとってのM男さんは，いたわってあげたい，かわいいご亭主なのです。さらに，このB子さんを別の男性Y次郎さんが，自分の妻だと信じているのです。なんともはや複雑な関係が設定されていました。いずれも一方通行的な関係設定であり，もちろん，虚構の関係なのです。しかし，彼ら彼女らにとっては，事実なのです。

こういったフィクションとしての関係性は，夫婦関係に限られません。保護する人とされる人，お互い，強い信頼関係でつながれていると信じている人などさまざまです。もちろん，そのようなパーソナルな関係もまた一方通行的です。保護する人であるC子さんは，保護される人N子さんが他の施設に移ってしまった後，ご飯もろくに食べず，めっきり動かなくなりました。それまで，よくやっていた病棟での行商（C子さんは，病気になるまで，ずっと行商をして生計をたててきた）もすることがなくなってしまいました。心にポッカリと穴があいたという表現が妙にピッタリして，私自身も悲しかったのを覚えています

なぜこのような一方通行的ないわば仮の関係が設定されているのでしょうか。次のように言うことができます。

認知症の人々は，字義通り場所や時間や他者あるいは自分について認知できなくなっていきますし，言葉の意味も失われていきます。「自分」がなぜか失われていっているという感覚にさいなまれています。自分が暮らしている現実の世界がどこかよそよしく感じられ，もと在ったはずの自分が不確かになってくるのです。彼らが夫婦関係を設定するのはそんな状況におかれているからです。夫や妻は生活の中心を占める特別な人々であり，彼らなしに虚構の現実生活は成立しないのです。夫婦として暮らしてきた時間，身体的な感覚や感情は，自分を自分として認識する際の大きな手がかりだからです。

見方を転じれば，人間は認知症を煩ってもなお過去に呪縛される生き物であるということもできます。自分が自分であることの痕跡を残したり，見つけようとするのはどんな状況に置かれたとしても，人間にとっては当たり前のことでしょう。そして彼らがこの一方通行的な関係に甘んじ，あえて相互的な関係を求めないのにも理由があります。彼らは，関係性の真偽や詳細に深入りすれば，せっかく作り上げたバーチャルリアリティの世界が消滅してしまうことを知っています。そうすれば感情において自分をしっかりと確認させてくれる妻や夫を失ってしまいます。彼らは，だから，内実は不問に伏すことによって，妻である夫であるという自分との関係の輪郭だけを残そうとします。ある側面から見れば，こういった暮らしへの向き合い方は，老練な大人の分別あるいは生き延びる知恵ともとれ

るのです。そう考えると，彼らは，言葉には出さないが，たぶん，さまざまな我慢をし，苦悩しているとも考えられます。その逆に，彼らは，そういった我慢や苦悩の内容を不問に伏すことによって，戸惑いながらも仮の現実を作り上げ，そこでの生活を実に「うまく」生きているとも考えられるのです。

このことは，その社会に暮らす人々が，さまざまな事柄を同じように了解し，同じように守り，同じように感じとるような仕組みによって社会が構成されているのであり，その構成の仕方は人間の思いつきによるものであることを物語っています。暗黙のうちに身についている常識が，その構成された社会の維持に絶対的に必要とされるのです。だから，そこには，「絶対的な正しさ」や「絶対的な確かさ」は存在しません。あるのは，「正しいらしい」「確からしい」というレベルの相対性だけです。われわれもまた認知症の人々と本質的には同じ虚構の現実，フィクションとしてのリアリティの中で生活していると言えば，言い過ぎでしょうか。

いずれにしろ，認知症の人々が行っている関係の設定は，時間とそれに随伴する感情や感覚の呪縛として捉えられると同時に，自己確認における基本的な姿として見ることができます。事実ではないとして否定することはたやすいでしょう。しかし，ふつうだと認識している私たちの住む世界のほうが，ある偏った見方に支配されているのかもしれないと思うことはないでしょうか？　彼ら，彼女らから見えている世界に佇むことができれば，尊重という言葉さえ霞んでくるように思えます。

1．認知症の人々が取り結んでいる人間関係－夫婦関係に焦点をあてて

彼らの世界を内側から覗いてみると，彼らは，「自己」という，人間でなければあり得ない存在証明を求める姿であることを認識できる。

2）妻に対するIさんの想い

2．仮の関係－一方的な関係が許容されるわけ

1）自己確認の姿：時間・身体・感覚・感情・

2）過去からの呪縛：自分の痕跡をみつけようとする姿

3．Ifの世界－現実を突き抜けていく力

1）影絵の世界：中身を不問に付す

2）フィクションとノンフィクション：この境界はどこにあるのか？

4．まとめ

3）虚構と現実

ホスピス・緩和ケアにおける人権と尊厳を守る看護の課題

東京大学　河　　正　子

緩和ケアと人権

終末期がん患者の苦悩に対する適切なケアを提供する施設として，1967年にシシリー・ソンダースによりSt. Christopher's hospiceが設立され，ホスピス・ムーブメントが欧米に拡がった。同時期に，患者の権利章典（1973年　アメリカ病院協会），リスボン宣言（1981年　世界医師会）が採択されている。

当時の終末期患者の状況を考えてみると，多様な苦痛症状の緩和が不十分，病名や病状を知らされていない，本人の意思に関わらず延命治療が続けられ最期の時を穏やかに家族と共有できないなど，多様な苦悩が存在していた。患者の権利を守ろうとする潮流と併行して，ホスピス・ムーブメントは死を間近にした最も弱い者の人権を守る運動であったと考えられる。

ホスピス・ムーブメントから発展した緩和ケアは，WHOの定義（1990年）によれば，「直すことを目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケア」であり，「痛みや諸症状のコントロール，心理的な苦痛，社会的問題，霊的（スピリチュアル）な問題の解決」が重要であるとしている。すなわち患者の権利でもある苦痛緩和を実現することを到達すべき課題としている。またWHOは，緩和ケアの最終目標を「患者とその家族にとってできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフ（生命の質）を実現すること」としている。患者の主観によるQOLの維持・向上という観点から，患者自身の意思の尊重を不可欠な要素としているといえる。

希望，意思の多様性

緩和ケア病棟では，WHOの定義をうけて，苦痛緩和に取り組み，ケアの選択のためのインフォームド・コンセントを重視し，人権を守ることに努めてきた。しかし，自立が困難になっていく状況，尊厳が損なわれやすく，社会的関係がせばめられ，家族，医療者との関係が中心となっていくなかでは，患者本人の意思の尊重を実現することに大きな課題が残されている。具体的に本人の望むこと，およびニーズが何であるか，それを捉えることができているかという課題である。

緩和ケア病棟入院患者100名の希望の内容をKJ法により分類した先行研究では，症状コントロールに関する希望の出現頻度が入院時点では高いが死亡前までに減少していく傾向，実存や人間関係に関わる希望が入院時から上昇し，死亡前には他の希望よりも出現頻度が高くなる傾向などが示されている［中ら（1998）．末期がん患者の希望に関する研究．死の臨床 21(1)，76-79］。河らによる緩和ケア病棟入院患者へのスピリチュアルペインに関する面接調査結果からは，身体症状が緩和している状況でも「こころ穏やかにしていられない」，「こころの居場所がない」と訴える例があり，良好なQOLの実現の困難が示されている［Kawa et al.（2003）. Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality. Journal of Supportive Care in Cancer 11, 481-90］。このように，患者本人の望むことが変化すること，身体症状の軽減のみでは緩和できない苦悩があるということを考慮して，ニーズの把握は慎重になされなくてはならない。宮下らの，わが国における一般集団対象の望ましい死に関する意識調査（未発表）でも，おだやかに，自然に近いかたちで，尊厳・尊重，医療者との良い関係，家族との良い関係など多様な項目が，望ましい死の構成要因として必要と考えられていた。

意思を尊重する看護の課題

緩和ケア臨床において，自立度が低下していく状況，自分自身に対する望ましいイメージが崩れていく状況は避けられない。看護の課題は，そのようなときにも本人と家族の多様な意思に近くあることを目指し，尊厳が守られるような選択肢を本人・家族とともに見いだしていくことであろう。そのために，ご本人やご家族の希望，明確な意思，潜在的なニーズに気付くスキルをもち，ニーズに対応するリソースを探索し，コーディネートすることが必要である。ニーズを明確にするためには，適切な評価尺度を用いていくことも有用であろう。既存の評価尺度には海外のものが多いが，看護の視点からわが国独自の文化にあった新たなツールを作成することも必要かもしれない。

ニーズを把握し，ニーズに応じて提供できる選択肢を調整するうえでは，ご本人の意思決定を支えることを常に意識しなくてはならない。ヘンダーソンがいうように，「もしその本人が必要なだけの強さと意志と知識とを兼ねそなえていれば人の手をかりなくともできることかも知れない」という視点を看護職は維持し続けなければならないだろう。

つながりあうケア

苦悩を有しながら衰弱していく個人を尊重し，尊厳を守ろうとする緩和ケアは，「患者と看護職あるいは医療者」という関係を超えて，「personとperson」がつながりあおうとする意思であると考える。苦悩と共に希望や喜びも共有し，貴重な時間を共有する，このつながりをもってケアしケアされるコミュニティの実現を求め続けたいと思う。

子どもと家族の最善の利益が守られていますか？

日本赤十字看護大学　筒　井　真優美

1．子どもと家族の置かれている状況

家族と子どもが置かれている現状について少しお話ししたいと思います。これは皆さんがすでによくご存知のことだと思います。社会環境としては，育児困難現象が３人に１人と言われていますし，児童虐待，キレル子ども，不登校，校内暴力も増加し続けていると言われています。

今は，家事にかかる時間が少なくなって，育児に目がいくようになっています。また，子どもが少なくなってきているので，子どもの言動が気になります。日本では，他の方が，「もう歩けるのですか？」，「まだ歩けないのですか？」とか「もうオムツはずれましたか？」，「まだ，オムツはずれないのですか？」と，悪気なく聞くので，親が自分の子どもと他の子どもを比較してしまいます。早くオムツが取れること，早く歩けることが大事と思い，親は試みますがうまくいかず，さらに育児が難しくなるのだろうと思います。

表１と表２は，2000年総務庁の「低年齢少年の価値観に関する調査」の結果です。これらは回収率が70％以上で信頼できる全国調査です。この結果（表１）によりますと９歳から14歳の子どもたちの中に，「小さいことでイライラする」，「自分が満足していれば人が何を言おうと気にならない」，「腹が立つとつい手を出してしまう」子どもが３人に１人います。「人は信用できない」と答えている子どもが４人に１人，「人といると疲れる」と答えている子どもが５人に１人です。今，2005年ですので，５年経っている今は，看護学校に入学する年齢になっています。イライラしたり，何を言おうと気にならない子どもたちが看護学校にも入学してくる。あと，３，４年経てば新人スタッフとして入職することも考えられます。今，いろいろ事件が起こっていますが，「腹が立つとつい手を出してしまう。」という子どもが３人に１人いることを考えますと，今後のことが心配になります。

表２は９歳から14歳の子どもの親に聞いています。「子どもが何を考えているのかわからないと感じる」，「子どもをうまくしかれない」親が３人に１人，「子育てで途方に暮れることがある」という親が４人に１人います。この方たちは少なくとも９年間，子どもを育ててきています。このような結果を考えますと，これからは，看護師と親が一緒に考えていくことが大切だと思います。

子どもが何を考えているか分からないと感じている理由の一つには携帯電話があると思います。一家に一台しか電話がなかった時代には，家の人が聞かないふりをしながらも，子どもが誰と何を話しているのかを聞いていましたが，今は子どもたちが携帯電話を持つことによって，子どもが何を誰と話しているのかがよくわからない，子どもが何を考えているのかがよくわからないと感じるのでしょう。

2．小児医療の現状

表３小児医療に関してですが，疾病構造が複雑になっています。たとえば，低出生体重児の増加により，病気や障害を持ちながら成長発達している子どもが増えています。また，今までは治療できなかった子どもたちが，医療技術の進歩により長期生存できるようになり，嬉しいことなのですが，子どもだけでなく家族に対するケアの難しさが増しています。

２番目，在院日数の短縮化ですがＤＰＣ（Diagnosis

表１　2000年総務庁「低年齢少年の価値観に関する調査」抜粋

児童・生徒の項目	%
「小さなことでイライラする」	35.4%
「自分が満足していれば人が何を言おうと気にならない」	33.9%
「腹が立つとつい手を出してしまう」	29.6%
「人は信用できない」	23.4%
「人といると疲れる」	19.9%

筒井真優美（2003a）．小児看護における技．南江堂．p.2

表２　2000年総務庁「低年齢少年の価値観に関する調査」抜粋

保護者の項目	%
「子どもが何を考えているのかわからないと感じる」	36.8%
「子どもをうまくしかれない」	35.2%
「子育てで途方に暮れることがある」	26.2%

筒井真優美（2003a）．小児看護における技．南江堂．p.2

表３　小児医療

①疾病構造の複雑化：重症化、疾患を持ちながら成長・発達する子どもが増加、子どもの体力低下、肥満やアレルギー疾患の増加、思春期の摂食障害などの増加
②在院日数の短縮化：入退院が頻繁、重症化、在宅看護との連携が重要　看護必要度に応じた看護師の配置数が適切でない場合は医療事故も多発
③小児医療の縮小：小児病棟の縮小・混合病棟化、閉鎖や小児科医師定員の削減　休日・夜間に診察する急患センターでは、子どもが患者の半数を占める
④医療情報の氾濫：情報の複雑化や過多
⑤現状にそぐわない病棟の慣習：家族形態や家族の状況の変化にもかかわらず病院　の創設以来の付き添いや面会の規則

筒井真優美編（2005a）．小児看護学　第３版．日総研．p.16.

Procedure Combination: 診断群分類）という包括医療の政策によってさらに在院日数が短縮されます。入退院が繁雑になり，十分な退院指導が必要になります。在宅との連携も必要です。今までは病棟内で元気に走りまわったりする子どもがいたのですが，在院日数の短縮により子どもの病気は重症化しています。業務量が増える，だけどベッド数は変わらない，とすると看護師の数も変わらないのです。医療事故が多発する可能性もあります。

３番目に小児医療の縮小です。小児病棟に大人が入院する場合はまだいいのですが，大人の病棟に子どもが入院する場合は，病棟にプレイルームはなく，トイレは大きく，洗面所は高いなど，設備が子どもに適していません。また，看護師が子どもの看護に慣れていないため，マンシェットの幅が分からないことで戸惑ったり，子どもの呼吸数や脈拍数が早いため，スムーズに測れなかったり，泣いているときに測定しなければならないこともあるので，大変なのです。子どもが入院する病棟としての混合病棟は見直しが必要です。

４番目，医療情報の氾濫です。多分皆様も経験していると思いますが，インターネットが発達して，今は医療の雑誌も簡単に検索できるようになっていますので，治療などに関する知識のある方たちが増えてきています。ただ，どの知識が正しいのかという判断は専門家ではないので難しいのです。情報過多で混乱している家族も多いので，医療者が子どもや家族と話し合いをすることが大切だと思います。

最後に現状にそぐわない病院の慣習です。いつ決められたかわからない面会規則を継続している病院も多いのです。WHOの勧告では「両親の病院内出入りは自由であること（一日24時間）。きょうだい，他の肉親，友達の面会も勧奨すること」（筒井，2005a）とあり，『児童の権利条約』では「子どもの最善の利益を守る」ことが重要であるとされています。それにもかかわらず，表４及び表５のように入院している子どもをもつ親の付き添いや面会は，病院の要請で決められていることが多いのが現状です（筒井・片田，1993，筒井，1998，筒井，2005a）。

表４　家族が付き添いをしている主な理由

N＝1,372（複数回答）

項目	%
子どもが不安	56.0
病院からの要請	53.8
親が不安	42.0
子どもが自立していない	37.5

筒井・片田（1993）の文献の表を修正した筒井（1998）より一部引用

表５　家族が付き添いをしていない主な理由

N＝450（複数回答）

項目	%
病院から必要ないと言われた	66.4
看護者に任せられる	43.5
子どもの症状が安定している	37.0
他に子どもがいる	33.8

筒井・片田（1993）の文献の表を修正した筒井（1998）より一部引用

３．小児看護の現状

１）子どもや家族との“ずれ”

駒松・井上・木原他（1996）によると，川崎病の病名あるいは病状について何も話されていない子どもが47名中８名いました（表６）。子どもの年齢が低年齢の場合は，認知能力，言語能力が発達途上であるうえに，体験や知識が少なく，情報を求める手段も少ないので，恐怖感をもたせないように状況や見通しをその子どもに合わせて説明することが必要になります。成人なら普通に理解できることでも説明が必要なのです。さらに重要なことは，子どもがどのようにその説明や状況を理解しているのかを把握することです。

玉井・日暮（1994）によると，１カ月以上たった後，子どもがダウン症候群であると告げられた親が約20％いました（表７）。１カ月間も自分の子どもの病名を知らされていなかったのです。

また，子どもが入院している180病棟の調査結果によると，採血などの処置を家族に見せない病棟は127病棟（約70％），処置を見せないと決めた人は医師または看護師が約64％でした（宮谷・鈴木・小宮山，2000）（表８）。子どもの医学的処置への家族の参加は病院が決定することが多く，子どもや家族には選択肢が与えられていないのです。

表6　川崎病の病名告知の有無と子どもの年齢区分

N＝47

病名告知の有無	告知をされた子どもの年齢区分				計
	幼児	小学生	中学生	高校生	
病名告知をした	0	19	4	3	26
何も話していない	3	5	0	0	8
その他	5	6	2	0	13
計	8	30	6	3	47

駒松・井上・木原他（1996）の文献を基に作成した筒井（2000a）より引用

表7　ダウン症告知の時期と告知の対象

	1日以内	一週間以内	一カ月以内	それ以上	計
父親	19(19.6%)	32(33.0%)	27(27.8%)	19(19.6%)	97(100%)
母親	8(8.2%)	28(28.9%)	40(41.2%)	21(21.7%)	97(100%)

玉井·日暮（1994）の文献を基に作成した筒井（2000a）より一部引用

表8　子どもの処置に対する家族の参加

N＝100

採血及び点滴の血管確保について
処置を家族に見せていない：127病棟（70.6%）
処置を見せていない理由　：家族が動揺する（90%）
処置を見せないと決めた人：医師または看護師（63.6%）

宮谷・鈴木・小宮山（2000）の文献を基に作成した筒井（2000a）より一部引用

このように，医療者が子どもや家族のニーズを把握しているとは言い難い現状があります。しかし，WHOでは「6.両親には子どものケアと経過について説明を行い，また病院にいる間，あらゆる点で援助を行うこと。両親が子どものケアに加わることを勧め，医学的処置の際に同席するようにすること」と勧告しています（筒井，2005a）。親の同席は時と場合によるでしょうが，「子どもの最善の利益」（『児童の権利条約』）を考えた看護が必要でしょう。

2）子どもの看護量に対して不適正な看護師数（表9）

子どもと家族を看護する看護師の役割は，複雑で人手と時間がかかります。子どもの看護の業務量は成人看護の2－3倍であると研究で明らかになっています（岡本・石井・塚本他，2001; 山元・地蔵・谷村，2000; 山元・地蔵・谷村，2004）。しかし，総合病院では看護師一人当たりの看護量がもっとも多いのが小児病棟であるにもかかわらず，適正な看護師数が配置されていない現状があります（大谷，2000）。この理由の一つとして，病院の小児看護に関する役割の理解が不十分であることが考えられます。

3）定期的な配置転換

総合病院では小児病棟で勤務する看護師は成人病棟より少ない上に，定期的な配置転換のために，小児看護のエキスパートは育ちにくく，子どもと家族に十分なケアが提供できない現状があります。また，看護師が希望せずに小児病棟に配置された場合は，成人病棟とは異なり，子どもの認知などに合わせたケアや子どもの成長発達を促すケアに戸惑いを覚える看護さらに，定期的な配置転換や混合病棟化により，子どもの看護を専門としない看護師によって子どもがケアされることが多いのです。

表9

小児病棟の現状

小児看護の業務量は成人看護の2－3倍である

↓

しかし，小児病棟に適正な看護師数が配置されていない

↓

さらに，定期的な配置転換や混合病棟化により，子どもの看護を専門としない看護師によって子どもがケアされることが多い。

表10

Aiken et al. (2002)

ペンシルバニア州168病院

約23万人の入院している方と看護師約1万人を対象

入院している方が一人増えるごとに

◆看護師の仕事への不満感15%上昇

◆看護師の仕事への燃えつき23%上昇

◆入院している方の死亡率7%上昇

4）修得しにくい小児看護技術

子どもは認知や言語能力が発達途上であるため，おとなが子どもの役を行うロールプレイを実施することは困難です。人形で血圧測定などの技術を練習しても実際の子どもは，泣いたり，拒絶したり，動いてしまうので，小児看護技術は修得しにくいのです（筒井，2005a）。

このように，小児病棟はストレスの多い職場であると考えられます。Aiken, Carke, Soane, et a.（2002）はペンシルベニア州168病院の外科系患者約23万人と看護師約1万人を対象に調査し，患者が一人増えるごとに看護師の仕事への不満足感が15%上昇，看護師の仕事への燃えつきが23%上昇，患者の死亡率が7%上昇すると報告しています（表10）。このように考えると，小児病棟における看護師の配置数が少ないことは看護師の不満足感や燃えつきだけでなく，子どもの死亡率にも関与する可能性があるのです。すなわち，子どもの最善の利益が守られていないのです。

4．子どもと家族の最善の利益を守るために

1）倫理的役割

「児童の権利に関する条約」の第3条に「児童の最善の利益が主として考慮されるものとする」とあります。これ

表11

児童の権利に関する条約

「子どもの最善の利益を守る」

は「児童の権利に関する条約」の重要なところで，子どもの最善の利益を考えたケアにつながると思います（表11）。

例えば，子どもの採血を失敗し，２回，３回と続けることは子どもにとってどうなのでしょうか？大人であれば３回目はやらせてもらえず，「いい加減にしてください」と言われます。子どもの場合，医師が採血をしているのであれば，看護師が「先生，ちょっと休憩しましょう」と交渉することが子どもの最善の利益を守るために大切なのです。看護師には治療や処置をされている子どもたちの最善の利益を守るという重要な役割があるのです。

２）小児病棟に適正な看護師数の配置

子どもをケアするのに適正な看護師数（少なくとも成人看護の２倍）と専門看護師の配置が必要です。

３）ナラティブ・アプローチ

親は子どもが何を考えているかがわからない現状があります。医療情報も氾濫しています。医療者はこのような状況を踏まえ，子どもや家族と対話しながら，いったい子どもや家族が何を望んでいるのか，何が必要なのかを対話を通して明らかにすることが必要です。

このようなナラティブ・アプローチによって，子どもと家族によりよいケアが提供できると思います。子どもとその家族と対話することによって，新たなケアが生み出されるのです。

５．ケアリングと癒し

最後にケアリングについてお話したいと思います。図１のケアリングの定義は，ベナーの定義を使っています（筒井，2005a）。ベナーによるとケアリングは，変化していく子どもの状況を認識し，子ども／家族の反応ニードに沿ってかかわる技術です。子どもの変化を理解して，関わるということです。子どもの採血がうまくいかない場合，「違う医師に代わってもらいましょう」，「ちょっと休憩して温めてからしましょう」と医師に交渉することも大切です。ケアリングがなされると子どもや家族は癒されます。

癒されるとリラックスし，免疫グロブリンの値が上昇し，免疫系の機能が向上すると言われています。ケアリングにより，人間は癒され，免疫グロブリンの値が上昇し，感染しにくくなることが報告されています。例えば，マザーテレサの映画鑑賞前後における免疫グロブリンの値を比べますと，映画を見た後のほうが免疫グロブリンの値が高くなっていました。「愛している人がいます」，「愛されています」と答えた人と「いません」と答えた人で，免疫グロブリンの値を比較すると「愛しています」，「愛されています」と答えた人のほうが免疫グロブリンの値が高いと言われています。

また，ケアリングの重要な点なのですが，看護師がいいケアをすると，子どもや家族だけでなく自分も癒され，免疫グロブリンの値が上昇します。子どもが点滴をしていると看護師は必ず点滴チェックに来ます。その時に排尿の状態も気にかけているでしょうか。点滴のために子どもの尿量が増えるので，排尿を促すこと，もしオムツをしている子どもであれば，オムツをみることが大切です。看護師は熱がある子どもたちの，熱型はかならず時間ごとにチェックに行くのですが，その時に汗をかいていたら寝巻きを変えるとか，体を拭くことが大切です。子どもたちが癒されるようなケアをすると，看護師も癒されます。自分が適切なケアをしていないときは，自分も癒されることはないのです。

ケアリング

変化していく子どもの状況を認識し，
子ども／家族の反応・ニーズに沿ってかかわる技術

↓

癒し，癒される

人間を全体的にとらえ，人間が本来持っている治める力
（自己治癒力）に注目

↓

リラックスし，免疫グロブリンの数値が上昇し，
免疫系の機能が向上

筒井真優美編（2005a）．小児看護学－子どもと家族の示す行動への判断とケア－第３版．日総研．p.21

図１　ケアリングと癒し

表12

M. Rogers(1998)

明日のニーズを満たすのに昨日の方法は十分ではない。

人々は変化し続けており，未来に向かって看護することが重要である。

最後に，私の尊敬するマーサ・ロジャーズ（Rogers, 1998）は「明日のニーズを満たすのに昨日の方法は十分ではない。人々は変化し続けており，未来に向かって看護することが重要である。」
と述べています。

文　献

Aiken,.H., Carke, S. P., Sone, D. M., Sochaski, J., & Siber, J. H.（2002）. Hospita nurse staffing and patient mortaity, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journa of American Medica Association. 288（16）, 1987-1993.

Benner, P.（1984）/井部俊子・井村真澄・上泉和子訳（1992）. ベナー看護論. 医学書院

駒松仁子・井上ふさ子・木原良子・松下竹次・江木晋三（1996）. 川崎病既往児と家族の実態調査：第一報. 小児保健研究. 55（1）, 67-74.

宮谷恵・鈴木恵理子・小宮山博美（2000）. 患児の処置に対する家族参加の実態調査. 小児看護. 23（8）, 1038-1043.

岡本暁美・石井まゆみ・塚本雅子・野中文子・村谷圭子（2001）. 小児看護業務量調査に基づく看護必要度の検討. 日本看護学会論文集　第32回　看護管理. 249-251.

大谷和子（2000）. 回帰分析による看護度と看護量の関係について. 看護展望. 25（4）, 106-111.

Rogers, M. E.（1998）. Nursing science and art: A prospective. Nursing Science Quartery. 1 , 99-102.

玉井真理子・日暮眞（1994）. ダウン症の告知の実態. 日本小児保健研究. 53（4）, 531-539.

筒井真優美・片田範子（1993）. 入院中の子どもをもつ親に関する研究. 日本保健医療行動科学会年報. 8, 127-142.

筒井真優美編（1998）. これからの小児看護－子どもと家族の声が聞こえていますか－. 南江堂

筒井真優美（2001a）. 医療と社会の変化に適応する21世紀の看護教育. インターナショナル・ナーシング・レビュー, 24（2）, 56-62.

筒井真優美（2001b）. ストレス反応と心的外傷後ストレス障害を呈している子どもと家族の看護. 小児看護. 24（7）, 853-862.

筒井真優美（2003a）. 小児看護における技－子どもと家族の最善の利益は守られていますか－. 南江堂.

筒井真優美（2003b）. いま病棟で子どもと家族を看るということ. 看護学雑誌. 67（7）, 622-627.

筒井真優美（2004）. 小児看護における技の探求. 日本小児看護学会誌. 13（1）, 92-100.

筒井真優美編（2005a）. 小児看護学－子どもと家族の示す行動への判断とケア－第３版. 日総研.

筒井真優美（2005b）. 小児看護学－放送大学教材－. 放送大学教育振興会.

山元恵子・地蔵愛子・谷村雅子（2000）. 小児看護24時間のタイムスタディ－小児看護に時間と人員を要する理由－. 日本小児看護学会誌. 9（1）, 210-211.

山元恵子・地蔵愛子・谷村雅子（2004）. 小児看護に時間と人員を要する理由－小児看護24時間のタイムスタディ－. 小児看護. 27（4）, 495-508

◆シンポジウムⅡ◆
人権と尊厳を守る看護職の責務－相手を人間として尊重するということ

The Nurse As Advocate

Catholic Health Initiatives　Colleen Scanlon

Opening

I was asked to speak about the "Medical Care System in America and Human Rights of Patients"… yet as you can tell I've renamed my talk "The Nurse as Advocate". While I will briefly speak of the health care system in the United States what I want to focus on is how we as nurses can work as advocates to improve the systems which impact the health and well-being of those we serve. Advocacy brings our vital voice to necessary change.

Health Care in America

Every hour of every day - 600 million times a year - people turn to hospitals in the United States for help. Whether they have suffered a life-threatening injury, becoming seriously ill, or are ready to welcome a child into the world, America's hospitals are there to provide compassion, care and curing 24 hours a day, seven days a week.

Since 1775, when America's first inpatient hospital opened its doors, hospitals have held a special bond with the communities they serve. Today, more than 5,000 hospitals, in communities large and small, are making their communities healthier… from acute care provided within the hospital's four walls to mobile health units and clinics that take the hospital into the neighborhoods. And hospitals collaborate with local organizations to build programs and services that make their communities healthier, such as immunization clinics, cancer screenings, job readiness, English as a second launguage, parenting classes, stress management, counseling… the list goes on and is as divers as the needs of each community.

So much good happens, yet there are many challenges. Among these challenges: the number of the uninsured continues to rise at an alarming rate; the government continues to underpay hospitals for the cost of caring for patients; specialty hospitals continue to threaten full-service hospitals' ability to meet community needs; soaring medical liability insurance premiums continue to force doctors and hospitals to curtail or shut down important services; and workforce shortages, along with the looming retirement of some 78 million baby boomers, continue to threaten the ability of the hospitals to provide services.

While daunting, these challenges are not insurmountable. Healthcare leaders always rise to the challenge, and can make a difference… nurses are among the most significant of these leaders. As leaders, nurses must advocate to make a differnce.

The Nurse as Advocate

Advocacy is generally considered a prominent component of professional nursing practice. Advocacy is most frequently understood by nurses in their clinical, patient-centered experiences; however, a broader perspective of advocacy is called for. Professional commitment must also express concern for the wider community, for society, and particularly for those who are most vulnerable. The skills that nurses utilize in their clinical, research, education, and administrative roles can be extremely valuable and transferable to the legislative and political arenas.

Undoubtedly, public policy initiatives will continue to emerge within our countries and nurses can assume an important role. Nurses need to remain in the forefront as advocates for improved health care and see public policy advocacy as yet another growing opportunity to demonstrate this commitment.

Nurses have most frequently been the professionals attempting to provide appropriate, competent, and compassionate care to individuals, families and communities. As the largest group of health professionals and those most connected to the comprehensive needs of the patients and their families, nurses are obligated to provide leadership that advances improvements in health care.

Nurses, individually and collectively, must be interested in and become involved in the assessment of proposed legislation and regulation. A proactive stance on the part of nurses can influence the creation and evaluation of needed health care initiatives. Nurses bring an understanding of the present state of health care that helps in the analysis of appropriate public policy options and can craft future initiatives.

Code of Ethics

Participation in political and policy making processes is an ethical oblication for nurses as professionals and citizens. Even early versions of the Code of Ethics for nurses in the United States assert an ethical obligation to collaborate with other professionals and the public to promote broad efforts to meet health needs, especially of people who have unmet health needs. This obligation, expanded to address issues such as poverty, homelessness, violence and the lack of safe living conditions is continued in the current version of the Code of Ethics.

" The nursing profession is committed to promoting the health, welfare and safety of all people. The nurse has a responsibility to be aware not only of specific health needs of individual patients but also of broader health concerns such as world hunger, environmental pollution, lack of access to health care, violation of human rights, and inequitable distribution of nursing and health care resources. The availability and accessibility of high quality health services to all people require both interdisciplinary planning and collaborative partnerships among health professionals and others at the community, national, and international levels."

The Code of Ethics goes on to say, " Nurses can work individually as citizens or collectively through political action to bring about social change. It is the responsibility of a professional nursing association to speak for nurses collectively in shaping and reshaping health care within our nation, specifically in areas of health care policy and legislation that affect accessibility, quality, and the cost of health care. Here, the professional association maintains vigilance and takes action to influence legislators, reimbursement agencies, nursing organizations, and other health professions. In these activities, health is understood as being broader than delivery and reimbursement systems, but extending to health-related sociocultural issues such as violation of human rights, homelessness, hunger, violence, and the stigma of illness."

The Code of Ethics directs nurses " to engage in political action to bring about social change" . The Code affirms the role of professional associations in acting on behalf of nurses to shape health care policy. Ethical values that undergird professional responsibilities such as respect for autonomy, justice, professional integrity, beneficience and advocacy, interface with the goals of improving health care and provide a context for assessment of policy proposals.

Become Engaged

Although health policy may be a new arena for some nurses, many realize that they must become knowledgeable in this area if they are to improve health care for patients and for the public. Nurses – in all clinical settings, management, research, education – are affected by the organization and financing of the health care system and the policies and politics that shape the system. Health policy does not come naturally to many nurses whose long and arduous training focused on caring for individuals and families. But nurses must move beyond their basic training to become more politically aware and active in shaping policy and advocating for their own interests and those of their patients.

Nurses come to the policy arena with many strengths. The greatest strength is that nurses are viewed positively by the public and policy makers as caring providers with a deep commitment to patients and the health of the public. Consequently, the public and policy makers are willing to listen to the viewpoints of nurses.

The profession needs to add political work to their lives. The potential strength of nurses can only come through being better informed about policy, economics and politics and by uniting behind some common goals.

While nurses may individually engage in public policy initiatives, it is most often through their involvement in entities such as professional associations or coalitions that advocacy efforts are effectively advanced. These entities can catalyze and promote concerted action on priority issues. Unifying the voices of interested and invested constituencies can have a powerful impact on legislators and regulators. Depending on the importance of a particular issue, the nursing community will assume different roles and levels of activism. At times, the nursing community may act as the leader, advancing a particular public policy concern; at other times, it may choose to provide endorsement or support of an issue.

Nurses can and should become actively involved in the legislative and regulatory processes by gathering necessary information, providing the perspectives of not only professionals but also the recipients of care, evaluating policy proposals, communicating with policy leaders, and lobbying for specific bills. The more knowledgeable individuals are of the legislative process, the more effectively they can participate and influence outcomes. Health care policy that is developed without the input of nurses lacks an important influence because of the unique and essential role that nurses have in the care of patients, families and communities. Involvement by nurses in public policy and political advocacy through various activities is yet another way to demonstrate professionalism and promote improvements in end-of-life care. Nurses can provide a critical and valuable voice

in professional, public, and governmental discourse about health care and social policy issues.

Dimensions of Advocacy Activities for Nurses

There are three important dimensions of advocacy activities for nurses – agenda setting, coalition building and political activism.

Agenda Setting

- Identify health care issues/legislation of greatest importance to the profession and the public (often these are not evident to policy makers)
- Define and prioritize those issues and decide where time and resources will be concentrated
- Collect relevant data/information to validate the importance of particular health policy issues to the public, health care providers, and legislative leaders
- Evaluate policy proposals in light of professional goals and values
- Develop consensus positions and form recommendations on issues of highest priority
- Formulate new public policy proposals when needed

Coalition Building

- Identify other groups (e.g., health professionals, special-interest groups, consumers) with similar agendas where collaborative and coordinated efforts can be initiated
- Seek opportunities for combining, allocating, and sharing advocacy work
- Build grassroots networks within the profession through associations and coalitions
- Recognize that in coalition building, broad policy positions are more successful and compromise may be necessary to advance a proposal
- Consider involving stakeholders that may not be typical partners in advocacy efforts, such as community members and employees
- Educate others to the importance of particular health care policy proposals

Political Activism

- Become involved with associations and groups that influence health care policy
- Develop strategic plans for advancing particular policy initiatives
- Establish and maintain reliable relationships with key legislators and regulatory leaders
- Mobilize and involve interested individuals in advocacy campaigns, including communicating with (e.g., letters, faxes, e-mails, phone calls) and visiting key contacts
- Invite policy makers and community leaders to environments where they can learn more about the experience of patients and families receiving health care services and the needs of providers
- Engage the media in efforts through editorials, articles, and press conferences
- Testify before public policy makers to put a human face on the issue
- Monitor results of proposed public policy initiatives and communicate them with involved stakeholders
- Follow up with policy makers, either expressing satisfaction and gratitude or disappointment with public policy outcomes

Closing

Public policy initiatives at local, state and federal levels of government can provide another avenue to advance improvements in health care. Nurses can inform and influence the process of developing, evaluating, and enacting health care public policy that benefits individual, family, and community care. Involvement in public policy advocacy provides nurses an opportunity to assume their professional citizenship responsibilities and positively impact the quality of care provided throughout the global community.

Remember: Somebody will get involved, somebody will be heard, and somebody will exercise influence over government's actions. If it is not you it may well be somebody whose interests are very different from your own, your profession's and those of the individuals entrusted to your care.

Health and patient care policy development and implementation without a nursing voice is policy that lacks a critical element because nurses are the health professionals who care for patients and their families most closely over time. It is vital to include a nursing voice in health policy development and implementation at institutional, state and national levels. You are the voice – please share it.

Thank you.

June, 2005

日本看護研究学会会報

第　69　号

（平成18年６月20日発行）

日本看護研究学会事務局

目　　次

平成17年度日本看護研究学会評議員会議事録 …… 1

平成17年度総会議事録 …… 9

平成17年度日本看護研究学会評議員会　議事録

日　　時：平成17年７月20日（水）17：00～18：50

場　　所：札幌コンベンションセンター204会議室

理事長挨拶

議事進行：山口桂子理事長

資　　料：学会誌28巻３号　P.326　総会議事事項

議事に先立ち，日本看護研究学会会則（以下会則と呼ぶ）第16条４）に従い，過半数の出席により平成17年度評議員会成立を確認。（評議員148名中，出席評議員59名，欠席委任状87名。）

書記の任命：川島和代評議員（石川県立看護大学）　　大津廣子評議員（岐阜大学医学部看護学科）

報告事項

１．学会員の動向について（泉理事）

現在の学会員数について以下のとおり報告された。

現在の学会員数　　5193名

（内訳）名誉会員　　８名

理　　事　　21名

評 議 員　　127名（任命時は128名，本年，１名退会）

一般会員　　5,037名

2．委員会報告について

1）編集委員会報告（川口理事）

論文の応募状況，日本看護研究学会雑誌投稿規程（以下，投稿規程と呼ぶ）の変更した。原稿執筆要項について以下の報告があった。

(1) 論文の応募状況

平成16年度分：52編応募すべてについて処理が終了した

平成17年４月受付分は19編応募があり，６編不採用，10編返却中，３編査読中。

７月受付分は24編応募があり，現在査読依頼調整中。

現在97名の査読委員に査読依頼しているが，応募数が増加する可能性が高いので査読員数の増加について，委員会で検討中である。

(2) 現在，投稿規程「４.原稿の受付」については，昨年の評議員会で締め切り日を設けることへの意見をいただいていたことも考慮し，今後原稿受付を随時行い，すぐ処理をする体制に変更することが理事会で承認された。

投稿規程「７．原稿掲載料・別刷料」については，「別刷りについては，～この限りではない。」の部分を削除し，別刷を希望する会員は，個人的に依頼する方法に変更することが理事会で承認された。料金については，現在は未定であるが，個人負担となる。PDFファイルなら無料で入手可能であるとの説明を，業者から受けている。

(3) 原稿執筆要項の「３.フロッピーデイスク」の項も含め，今後は原稿の執筆要項についても検討，修正していく予定である。特に著作権の問題について，検討予定である。

【質疑応答】

質問：鎌倉評議員（愛知県立看護大学）

原稿の受付の時期を随時にした場合，編集委員会の負担が増えると考えられるが，その部分についてはどのような考えなのか説明をしていただきたい。

回答：川口理事

以前は，現在のように投稿数が多くはなく，年４回の受付後　編集委員会を開催し，論文を見て査読者を決定する方法をとってきた。現在，電子媒体の発達によりメーリングリスト上で意見を聞くことができるようになったことから，文書での会議が容易になった。受付期日を決めると，投稿後１ヶ月間，論文を処理できない状態が生じ，投稿者に不利益を与える傾向となっていたために，それを解消したい。電子化されたことにより，負担をさほど増やさずに，随時受付が可能になったことをご理解いただきたい。

2）奨学会委員会報告（近田理事）P.348参照

奨学会研究の発表等，奨学金の増額，対象の解釈について，以下の報告があった。

(1) 奨学会研究等について

・明日の奨学会研究発表は，叶谷由佳氏の予定（平成15年度の奨学金授与：２年後の発　表）である。

・奨学研究発表（平成15年度：山勢博彰氏）後の発表原稿の投稿については，現在，督　促中である。

・平成16年度奨学研究費授与　佐藤政枝氏は平成17年度発表予定である。

・今年度は，奨学会への応募はなかった。

(2) 資金運用と奨学金の増額について

現行の奨学金20万円については，今後増額する方向で検討したいが，「日本看護研究学会奨学会規程」第３条において，資金について「利息で運用する。」となっている。しかし，ここ２年は，一般財源からの運用となっている実情ともあわせて，委員会，理事会で検討する予定である。

(3) 対象の解釈について

「原則として本人の単独研究」となっている対象の解釈拡大を検討し，研究計画書に，指導者という欄を設けるなど，規程についての検討を平成17年度中に行う予定である。なお，今年度は，運用上で行って行く予定である。

3）学会賞・奨励賞選考委員会報告（深井委員長欠席　理事長報告）

以下の報告があった。

(1) 平成16年度は，学会賞の推薦はなかった。奨励賞は，綿貫恵美子氏（北里大学）に授与する。

(2) 平成17年度は，学会誌28巻１号（４月20日発行）に会告の通りであり，奨励賞については，選考中である。

4）将来構想検討委員会報告（石井理事）

以下について報告があった。

(1) 法人化に向けて作業をしている。

(2) 本学会が30周年を迎えたことを記念してロゴマークの募集を行ったが，一件の応募があったので，これを採択し，最終的な専門家の補正のうえで，本日披露する。学会誌表紙にも採用する予定である。

3．ホームページの運営について（泉理事）

・ホームページをリニューアルした。また電子ジャーナル化にむけて編集委員会と検討中である。

4．日本学術会議の動向および日本看護系学会協議会の活動について（川嶋理事）

・日本学術会議は全面改組し10月１日より新しく第20期がスタートする。これまでの看護学研究連絡委員会がなくなることから，それを支援することが目的であった日本看護系学会協議会（現在29学会からなる）は今後も目的を変更して活動を続けることになっている。現在は，規約改正の作業が進められているが，９月25日臨時総会を開催し，新規約を決定，さらには選挙による役員を選出することが決まっている。

5．その他

(1) 看護系学会等社会保険連合（看保連）の設立準備について（紙屋理事）

診療報酬改訂に向けて，看護学の立場からの提言を行うための看護系学会等社会保険連合，略称（看保連）を設立する会議が３回開催された。

組織の目的は，「国民の健康の向上に寄与するために，科学的学術の根拠に基づいて，看護の立場から，わが国の社会保険のありかたを提言し，診療報酬体系，及び介護報酬体系等の評価，充実，適正化を促進する」こととされた。

これまで中医協に看護の意見を反映することができなかったが，今後は提言が可能になる。会則，会費等は，今後検討され，７月25日の設立総会で決定される予定である。

(2) ロゴマークの披露（石井理事）

将来構想検討委員会　石井委員長から，スライドによってロゴマークが披露され，基調となっているブルーは，知性を表していることなどが，説明がされた。また，川口編集委員会委員長からは，学会誌の表紙として29巻１号から採用予定であること，学会封筒等もこれにあわせて変更の予定であることが報告された。

(3) 本会が被告となった裁判について（山口理事長）

昨年12月，会員　関美奈子氏が原告となり，日本看護研究学会を被告としておこされた訴訟の経過について，以下の通り報告があった。

・同氏は，平成14年度，平成15年度の投稿論文の結果が不採用となり，その結果に対して異議申し立てを行ったが，そのやりとりの過程に対し，本学会に慰謝料を請求するという訴えであった。その結果，１審，２審ともに本学会側が勝訴したが，裁判所からは，訴えの論点であった，論文の審査，採否プロセスに関して，「司法は判断対象としない。」という判決内容が示された。

・この訴訟に対し，本学会は理事会の承認を得て，弁護士に相談・依頼し対応してきたが，その間の弁護士費用は約73万円であり，予算外の支出となった。

・今後，学会内のことは，できるだけ会員同士のコミュニケーションを円滑にすることで解決していきたいと考えているが，そのためには会員の協力が不可欠であり，評議員を始め会員への協力依頼を，明日の総会でも行う予定である。

【質疑応答】

質問：大島評議員（愛知県立看護大学）

何が裁判に至った論点なのか理解できかねる。査読に関することなのか，内容が問題なのか，この会場は査読をされている方が多いと思うが，詳細についてご説明願いたい。

回答：山口理事長

投稿論文の査読結果が不採用の場合には「不服申し立てができる」ことになっており，原告である著者から，その申し出があった。その後の編集委員会の回答内容およびその過程について不服がある，という申し立てであった。査読の内容に関するものではない。

質問：土屋評議員（宮崎大学医学部看護学科）

自分が体験した例でいえば，１人の査読者は修正すれば採用，もう一人の査読者は不採用，最終的に編集委員会から「不採用」であるという一文が届いただけであった。２回の査読の間に１年が経過し，そのあと一文で「不採用」という結果を返却されて，編集委員に不信を抱いている。現在，査読の立場にいるが，そういうことを編集委員会はしてはいけないと考える。意見が分かれることは当然あるので，最終的に委員会で結論を出すことは良いが，きちんと説明していただきたい。結果までのプロセスを説明することが必要であると思う。

回答：山口理事長

今回の場合には，不採用になった理由を書いたが，その理由についても反論があった。

現在，不採用の場合，できるだけ早く対応するよう進めている。弁護士とも確認したが，投稿規程上は「不採用」の通知だけでも問題はないことになっている。しかし，その当時の編集委員会は，納得いただけないということで，かなり丁寧に理由を書いて送付したところ，そこに書かれた内容についても不服であった。

今いただいたご意見への回答にもなるかと思うが，現在，なるべく時間的に早く返却し，内容についても説明しようと心がけて進めている。投稿数が増えている状況下で，査読の先生方，投稿者に非常にご迷惑をおかけしながらやっているが，できるだけ良い方法を考えていきたいので，ご理解頂きたい。

(4) 学会誌28巻３号の発送の遅れについて（山口理事長）

学会誌28巻３号の発送の遅れについて，以下の説明と報告があった。

・発送手順でトラブルがあり会員の手元に届くのが遅れたことにより，総会の委任状の締め切り日に余裕がなくなった。今後，委任状は学会誌とは別に発送するように検討している。今回は，1700通の委任状が届いており，出席通知も多いので，明日の総会は成立すると予測されるが，今後は十分に注意して進めていきたい。

(5) 地方会の報告

評議員会配布資料　別紙参照

・北海道地区　石垣靖子理事

平成16年度の活動報告

日　時：平成16年６月26日　地方会学術集会開催

場　所：北海道医療大学サテライトキャンパス　毎日札幌会館

テーマ：「人間として遇する医療・福祉の定着に向けて」今回の第31回学術集会と同じテーマで行い，研究発表，特別講演を行った。

特別講演「ありのままでいられるということ　べてるの家から学ぶ」

演　者：北海道医療大学　向谷地生良先生

145名の参加があった

日　時：平成16年11月12日

会　場：ホテルルーシス札幌

特別講演「精神科臨床における救急場面の看護」

演　者：Martin Ward氏

200名の参加があった

＊北海道地方会の会員数を今回の学術集会を機に500名に増やすことを目標にしている。

・東海地区　渡邉順子評議員

東海地区は，平成17年度分の地方会が終了しているので，その報告を行う。

第９回日本看護研究学会東海地方会

平成17年３月19日　日本赤十字豊田看護大学（学術集会長：市江和子先生）で開催

会員数　850名　参加人数は，500名と過去最大の人数の参加となった。

次回　第10回東海地方会学術集会は，慶応義塾大学の三上れつ先生を学術集会長に，

平成18年３月に横浜で開催予定

＊事務局が名古屋大学から聖霊クリストファー大学に移転した。

・近畿・北陸地区　近田敬子理事

平成16年度ニュースレターの発行

学術集会　石川県立看護大学　佐々木栄子先生　実行委員長

地方会独自で研究部会を開催　看護研究継続セミナー始めている。

会員数：1,168名

・中国・四国地区　深井理事欠席のため，河野保子理事報告

第18回学術集会の開催

日　時：平成17年３月13日

場　所：島根大学

テーマ：臨床看護実践を支える看護学

一般演題：29題

参加者：130名

当日総会開催した。

ニューズレターの発行，運営委員会の活動報告

平成17年度の事業計画実践中である。

第19回学術集会開催を愛媛大学医学部看護学科で開催予定　平成18年３月19日

・九州地区　小田理事

会員数627名

従来，３月に総会および学術集会を開催してきたが，平成16年度から11月に開催時期を変更。平成16年度の学術集会は，熊本大学医学部保健学科　花田妙子教授を会長に開催。

平成17年度は，11月４日　長崎大学医学部キャンパスにおいて寺崎明美教授が会長で開催予定。

メインテーマ：戦後60年，次代を担うケアリングを再考する。

審議事項

議　題

１．平成16年度事業及び会計に関する報告

１）事業報告（泉理事）

「日本看護研究学会雑誌　Vol.28 No. 3（以下，学会誌）」のp.327の記載内容に基づき平成16年度事業報告がなされた。

２）会計報告（宮腰理事）

学会誌のp.328 ～ p.333の記載内容に基づき平成16年度の収支決算報告および奨学会特別会計収支報告がなされた。

３）監査報告（田島監事）

学会誌ｐ.336の記載内容に基づき会計監査報告がなされた。

以上，１）～３）について，異議なく承認された。

２．会則改正についておよび４．法人化について（山口理事長）

この２つの議題については，平成18年３月に公益法人に関する新法律の制定がほぼ予定通り行われるという見通しが明らかになったことから，その法律の下で再度，検討することが提案され，実質審議はなく承認された。

3．将来構想検討委員会からの提案について（石井理事）

石井委員長より，法人化に関連し以下の提案があった。

1）平成18年度に具体的な法律が改正されるにあたり，それに伴い，それ以前の準備，事務的な会則の改正，事務的な作業が多くなるため，委員会の中に推進部会，作業部会　等，名称は未定であるが具体的に事務能力の強い委員を若干名追加する。

2）法人化を控え，本学会に研究倫理委員会を設置する。研究倫理委員会の役割は以下の３点である。

(1) 社会に生命倫理に抵触する諸問題が生じた時には，日本看護研究学会の見解を表明する。

(2) 看護研究における倫理的，法的，社会問題を包括した研修会を開催し，看護研究者，および看護実践者の質的向上を図る。

(3) 看護研究論文の倫理的妥当性を評価する，研究倫理委員会としての役割を行う。

3）平成19年度は学会誌が第30巻の発行となるため，30周年記念誌の発行と祝賀会を企画する委員会の設置を提案する。

以上，３点の提案に対し，異議なく承認された。

5．平成17年度事業計画案について（泉理事）

学会誌ｐ.337の資料に基づき提案された。

それに対し，大島評議員（愛知県立看護大学）より，研究倫理委員会の設置，30周年記念誌の発行準備について，事業として掲げた方がよいとの意見が出された。審議の結果，事業計画案に「８．研究倫理委員会を設置する。９．30巻記念号の準備を行う。」を追加する案も出されたが，今年度は原案通り，「７．将来構想を検討する」の中に含め，さらに詳細な検討を理事会で行った後，次年度以降の事業として提案することで承認された。また，竹尾理事からは，「研究倫理委員会」の名称について「研究」を削除し，「倫理委員会」とした方が，委員会の役割の第１点目を重視するのであればふさわしいのではないかという意見が出されたが，その主たる役割を２点目，３点目におき，第１点目については，将来的にそのような活動まで広げたいとの説明が補足され，原案通りの名称で承認された。

6．平成17年度予算案について（宮腰理事）

以下の説明の後，学会誌ｐ.338～339の資料に基づき，提案された。

・収入項目別刷り代については，編集委員会投稿規程の変更に伴い収入からはずす。

・支出項目の①学術集会補助金を10万増の50万，②総会運営費については，第30回学術集会時の総会費用を増額して，本年度と合わせて15万円計上，③地方会の補助金も各５万円の増額，④諸会費に新たに看保連の会費を10万円として予算化，⑤理事会に関しては，法人化，裁判関連もあって理事会開催が予測されているので，増額，⑥会議費については，各委員会それぞれ増額予算化。⑦奨学会の活動の活発化を図り増額，⑧事務局運営費の什器備品費，パーテーション設置の予算化，⑩備品については，会計ソフトの導入，パソコンの更新，コピー機　ＦＡＸの購入費用の予算化。ほかには，⑪人件費の増額（現在２名から仕事量の増加に伴い，１名採用予定，あるいは臨時についても考慮），⑫学術集会貸付金を100万円増額し，300万にした。

・前年度繰越金の扱いについて，例年，公認会計士，監事からの指摘があった。税法上の問題も懸念されるので，特定預金支出という項目を新設した。・記念事業積立金預金（電子ジャーナル化，記念号の発行等の予算），法人開設準備費用，損害対策準備預金（自然災害等で学会そのものの損害があった場合に備える）として予算化，収支０と

いう形で予算案を提案する。

以上に対し，土屋評議員（宮崎大学医学部看護学科）より，奨学助成金の額が低いので会則改正を含めて検討してほしいこと，若手の研究者への研修等への活用など次年度以降検討して欲しいことの要望が出された。これに対し，奨学会制度が続いてきた経緯や，金利に関する見通しなどについての発言もあったが，審議の結果，要望事項に関しては，次年度以降，社会貢献の観点からも検討していくことで，予算案は原案通り承認された。

また，川畑評議員（国立看護大学校）より，学術集会への経済的バックアップについての要望が出されたが，理事長より，今後，法人化後は学術集会の収支も学会全体の収支に包括されていくことが説明された。その見通しの中で，今年度は原案のままとすることが確認された。

7．第33回（平成19年度）学術集会会長選出について（山口理事長）

石井トク氏（岩手県立大学）が推薦され，異議なく承認された。

8．その他

1）第32回学術集会の概要について（第32回学術集会会長　松岡緑氏）

平成18年8月24日，25日に別府市ビーコンプラザにて学術集会を開催することが提案され承認された。

2）第31回学術集会の準備状況について（第31回学術集会会長　石垣靖子氏）

準備状況についての説明，挨拶があった。

閉会の挨拶

平成17年度総会議事録

日　　時：平成17年７月21日（木）13：00～14：20

場　　所：札幌コンベンションセンターメインホール

司会　泉副理事長

会則第７章第20条３）により，総会の成立確認。

（会 員 数：5,185名（議決権を有する会員）に対し，出席通知：127名　欠席委任状：1,586名，合計数：1,713名。）

議長の任命：会則第７章第20条４）により，第31回学術集会会長　石垣靖子氏に任命。

書記の任命：手島恵総務担当理事

石垣議長の挨拶，山口理事長挨拶ののち，審議を開始。

報告事項

１．学会員の動向について（泉副理事長）

学会員の動向について以下の通り報告があった。

会員総数	5,193名
名　誉	８名
理　事	21名
評 議 員	127名
一　般	5,037名（平成17年７月15日現在）

２．委員会報告について

１）編集委員会（川口委員長）

川口委員長より以下の報告があった。

・平成16年度受付分　52編。すべて処理が終了した。

・平成17年度受付分　７月10日分を含めて43編を査読中。

・査読は，97名の査読委員に依頼しているが，投稿が増加しているため，査読委員が不足している。今後追加していく予定である。

・これまで，四期に分けて投稿受付を行ってきたが，速やかに査読を行う目的で，投稿規程の４．原稿の受付「年４回」を「随時受付」とすることに決定した。昨今，メール等の技術が発達してきたので，編集委員会を文書・メール等で行い，投稿論文を受け付次第，査読に回すということを実施したい。

・今後，別刷りをＰＤＦファイルで配信することや，電子化を見すえた執筆要領の変更等，検討しながら随時改正する予定である。また，ホームページの有効活用により，電子ジャーナル化や，電子媒体を利用した素早い査読などについても検討する予定である。

２）奨学会委員会（近田委員長）

資料（p358）に基づき奨学会研究の発表等，奨学金の増額，対象の解釈について，以下の報告があった。

・明日の奨学会研究発表は，叶谷由佳氏の予定（平成15年度の奨学金授与：２年後の発表）である。

・奨学研究発表（平成15年度：山勢博彰氏）後の発表原稿の投稿については，現在，督促中である。

・平成16年度奨学研究費授与　佐藤政枝氏は平成18年度発表予定である。

・今年度は，奨学会への応募はなかった。

・応募者を増やすための検討を行っているが，現行の奨学金20万円の増額，申請用紙のフォーマットの変更など，奨学会規程の改正を含めて検討を続ける予定である。

また，臨床の方の応募ができるよう平成18年度に向けて工夫していきたい。

3）学会賞・奨励賞選考委員会（河野副委員長）

委員長欠席のため河野副委員長より，資料（p349）に従って以下の報告があった。

・平成16年度学会賞は，会員からの推薦はなかった。

・奨励賞は，規程の通り推薦年度を含む過去3年間の学会誌に掲載された論文から選考し，北里大学　綿貫恵美子氏を推薦，理事会で承認された。

4）将来構想検討委員会（石井委員長）

石井委員長より以下の報告があった。

・本学会の30周年の記念事業として，ロゴマークの募集を行ったところ応募作品が一点あり，これを採用とした。学術雑誌の表紙にもロゴマークを入れ新装の予定である。

本日，総会で披露する。

3．ホームページの運営について（泉副理事長）

ホームページのリニューアルについて報告があった。また，今後は，電子ジャーナル化について編集委員会と検討しながら進めていくことの報告があった。

4．日本学術会議の動向および日本看護系学会協議会の活動について（川嶋副理事長）

日本学術会議は全面改組し10月1日より新しく第20期がスタートする。これまでの看護学研究連絡委員会がなくなることから，それを支援することが目的であった日本看護系学会協議会（現在29学会からなる）は，今後も目的を変更して活動を続けることになっている。現在は，規約改正の作業が進められているが，9月25日臨時総会を開催し，新規約を決定，さらには選挙による役員を選出することが決まっている。

5．その他

1）看保連について（紙屋理事欠席につき，川嶋副理事長報告）

看護系学会等社会保険連合の発足と活動について以下の報告があった。

・看保連とは，看護系学会等社会保険連合と称し，略称看保連という。従来，診療報酬改訂の度に医学会では，内保連，外保連という団体があり，内科系診療報酬体系，外科系診療報酬体系，それぞれの領域から診療報酬の点数の改訂について意見，新しい技術を盛り込む等の提言をしている。看護は，従来，診療報酬にはあまり，反映されてこなかったので，今回，看護系学会ならびに諸団体が一つになって，「国民の健康の向上に寄与するために科学的学術の根拠に基づいて，看護の立場から，わが国の社会保険のあり方を提言し，報酬体系，及び介護報酬体系等の評価，充実，適正化を促進する」ことを目的にして結成された。これから役員，運営等検討することになり，本学会としてもこの看保連に加盟して活動する予定である。

2）本学会が被告とされた裁判の経過について（山口理事長）

本学会の会員である，関美奈子氏が原告となり，本学会が被告とされた裁判の説明が以下の通り行われた。

・昨年12月２日付けで，東京地方裁判所から，訴状が本学会に送られてきたため，本学会としても対応せざるを得ない状況に至った。訴えの内容は，平成14，15年度に原告が著者である投稿論文が不採用となったが，その経過や通知のプロセスにおける編集委員会とのやりとりに対して，慰謝料を請求するというものであった。

・理事会等で検討の上，弁護士に依頼して裁判に臨み，平成17年３月８日一審で本学会側が全面的に勝訴し，原告の訴えが棄却された。それにつき，原告から不服申し立てがあり，控訴された。控訴審に際し，再度同じように判断を司法に求めたが，６月22日の東京高等裁判所において同じように原告の訴えが棄却され，その後２週間の期間中に上告がなく結審，勝訴した。

・会員は，互いにこの会の目的に賛同して任意で会員となっているわけであり，会の運営にあたっては，できるだけ会員相互のコミュニケーションを良くしながら，円滑に進めていきたいと思う。そのための会員の皆様のご協力をお願いしたい。

上記報告に対し，松岡名誉会員より，弁護士費用の支出項目について質問があったが，会計士のアドバイスもあって事務費として処理したことの説明があった。また，原告の関氏より査読後の連絡や通知等の不備に関する指摘，裁判中の弁護士事務所からの連絡方法に関する不備に対する指摘等があった。

審議事項

１．平成16年度事業及び会計に関する報告

１）事業報告（泉副理事長）

資料（p327）に従い，以下の報告があり，異議なく承認された。

１．学術集会の開催：第30回（竹尾恵子会長） 平成16年７月29・30日

２．機関誌の発行：27巻１号～５号

３．奨学会の運営：佐藤政枝氏（名古屋市立大学）に授与。研究発表はなし。

４．学会賞・奨励賞の運営：学会賞の推薦なし。奨励賞　綿貫恵美子氏（北里大学）

５．地方会を運営：北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州

６．ホームページによる情報提供

７．ロゴマークの作成

８．将来構想の検討

２）会計報告（宮腰理事）

一般会計・特別会計（選挙事業）について，資料（p328-335）に基づき，以下の説明と報告があった。

⑴ 収入の部

・受け取り利息が例年よりも高額であったのは，定期預金が満期解約になったことによる。

・第30回学術集会への貸付金については，決算期未返却であったが，すでに返却された。

⑵ 支出の部

・印刷費は，本学会誌の総ページ数が増え，予算より上回った。

・事務費は，註３　公認会計士等については従来通り。会計士のアドバイスもあり，弁護士事務所への支払いを事務費に含めたが，16年度分は312,500円であった。

・ホームページについては，更新とリニューアルにより，予算よりも上回った。

(3) 特別会計（奨学会）（近田委員長）

資料（p334）に従い，報告があった。

3）監査報告（田島・松田監事）

資料（p336）に従い，適正な執行が行われていることが報告された。

上記2）3）について，異議なく承認された。

2．審議事項2～4についての，議題の変更について（山口理事長）

審議事項2～4は法人化に関連する事項であるため，法人化に関するこれまでの活動についての経過が説明された。その上で，審議事項2，4は，公益法人に関する法律の制定後に改めて審議することが提案され，異議なく承認された。

3．将来構想検討委員会からの提案（石井委員長）

石井委員長より，「平成15年度に公益法人制度の抜本的改革に関する基本的方針がだされ，平成18年3月に新たな法案が国会に提出される見通しとなったことから，本学会としては，法人化に向けて会則等の整備を急ぐ必要があり，将来構想検討委員会に作業のための作業部会を設置したい。また，この作業部会のメンバー等については将来構想検討委員会に一任してほしい」との提案があり，異議なく承認された。

4．平成17年度事業計画案について（泉副理事長）

資料（p337）に基づき，以下の提案があり異議なく承認された。

1）学術集会を開催する：第31回（石垣靖子会長）平成17年7月21・22日

2）機関誌を発行する：28巻1号～5号

3）奨学会を運営する。

4）学会賞・奨励賞を運営する。

5）地方会を運営する。

6）ホームページによる情報を提供する。

7）将来構想を検討する。

5．平成17年度予算案について（宮腰理事）

資料（p338-339）に基づき，以下の説明と提案があり，異議なく承認された。

・支出の部について，これまでは繰越金としての額が大きくなっていたが，これらが法人化への準備資金，記念事業のための準備資金であることを明確にしておく意味で，今年度からは特定預金支出として新設した。

6．第33回（平成19年度）学術集会会長の選出について（山口理事長）

上記について，本学会の理事で将来構想検討委員長である石井トク先生（岩手県立大学）が推薦され，異議なく承認された。

7．その他

1）会場よりの編集委員会への提案（太田勝正評議員）

会場，太田評議員より「査読の場面では，たとえば研究に対する価値観の相違とか，結果の解釈にも見解の相違がある。従って，編集委員長へのお願いだが，会員に対して，論文の査読結果に対する異議申し立てができることを分かり易く明確にしてほしい。また，査読者に対しては，学術的な，学問的な妥当性を保つと同時に，著者への権利擁護のためにも，格別な配慮をするように求めることが必要である。これは理念的なことになるかもしれないが，一度，その趣旨を学会誌に載せるなどして，双方の理解を高めることがよいと思う。それによりバランスのとれた論文ができるようになり，質の高いものを掲載できるようになるのではないかと考える」との意見と提案があった。これに対し，編集委員会川口委員長より「委員会ですぐに検討したいと思う。特に，査読者には学会からのメッセージをもう少しきちんと伝えたい，すなわち，投稿者にもっと配慮してほしいことや，具体的にもっとスピードを上げることなど。さらにそれだけではなく，しっかりした構成で，論文を世の中に発表していくための手続きをとりたいと思う」との回答があった。

以上により，総会を終了した。

＊総会に続き，以下の紹介と表彰が行われた。

1．第32回学術集会会長　松岡綠氏（大分大学医学部看護学科）のあいさつ

松岡氏より，第32回日本看護研究学会学術集会を平成18年８月24日（木）25日（金）に別府市のビーコンプラザで開催予定であることなどの準備状況について紹介された。

2．平成16年度奨励賞の表彰　　綿貫恵美子氏（北里大学）

3．平成17年度奨学研究発表表彰　叶谷由佳氏（山形大学）

4．学会ロゴマークの紹介と応募者の表彰　川口美紗季氏

(訂正とお詫び)

日本看護研究学会雑誌Vol. 28 No. 3 2005　p. 332に次の誤りがありました。

2．次期繰越収支差額の当期末残高　　誤　41,257,8335

正　41,257,833

訂正いたしますとともにお詫びいたします。

●「がんサバイバーシップ」の考え方に基づき，最新のがん看護研究から示唆されるところを盛り込みながらまとめた「がん体験者の生を支える看護」の指針！

がんサバイバーシップ

がんとともに生きる人びとへの看護ケア

最新刊

◆近藤まゆみ（北里大学病院看護部・がん看護専門看護師）
嶺岸秀子（北里大学看護学部助教授）編著

◆B5判　216頁　定価3,990円（本体3,800円 税5%）

ISBN4-263-23484-7

◆本書の主な特徴

●がん体験者がその診断・治療を乗り越えて，がんとともに生きる多様な道程に，保健医療従事者がパートナーとして共に存在し，支援するために必須の内容をまとめた書．

●新しいがん看護の潮流である「がんサバイバーシップ」の概念・考え方・歴史・ステージなどを理解し，ダイナミックに変化していくそのプロセスに寄り添っていく看護インターベンションを多角的に解説．

●がんの発生部位別，集学的治療や治験，症状の進行，そして小児や高齢者などの発生時期を切り口として，それぞれのがん体験者・家族の視点を大切にし，どのように理解し支援していったらよいのかを，具体的な事例も含めて示した．

●米国で複数のがん関連組織によって開発された自己学習素材“Cancer Survival Toolbox™”（がんを生き抜く道具箱）の内容を紹介するとともに，マーガレットニューマンの拡張する意識としての健康の理論に基づく面談や，ナラティブアプローチ，ジャーナルを活用したケアプログラムなど，看護実践に役立つ具体的な内容が豊富に盛り込まれている．

◆本書の主要目次

BOOKⅠ　がんサバイバーシップ
BOOKⅡ　支援
セルフアドボカシーを高める支援　Cancer Survival Toolbox™－がんを生き抜く道具箱　Cancer Survival Toolbox™とは　コミュニケーション　情報探求　意思決定　交渉　問題解決　公に権利を主張すること　QOLとがんサバイバーシップ　意味を見いだすことに向けた支援　食事療法を求める人への支援　補完・代替療法を求める人への支援　社会支援としてのサポートグループ　セルフ・ヘルプ・グループ　がん体験者とともに歩む専門職者のありよう

BOOKⅢ　がん体験者を理解する―パートナーシップを通した変化―
がんの発生部位とサバイバー・家族の体験　胃がん・食道がん体験者　乳がん体験者　肺がん体験者　大腸がん体験者　頭頸部がん体験者　肝臓がん体験者　膵臓がん体験者　婦人科がん体験者　泌尿器科がん体験者　がんの集学的治療とサバイバー・家族の体験　手術療法　化学療法　放射線療法　造血細胞移植　臨床試験　リハビリテーション　症状の進行とサバイバー・家族の体験　痛み　リンパ浮腫　倦怠感　がんの発生時期とサバイバー・家族の体験　小児のがん　老年がんサバイバー

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます．http://www.ishiyaku.co.jp/

医歯薬出版株式会社／〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10／TEL. 03-5395-7610 FAX. 03-5395-7611

2006年5月作成.IS

日本看護研究学会
第11回　九州地方会学術集会のご案内

急速な変化を遂げている医療状況は，日常の看護を振り返る機会や患者との関係性の希薄さを懸念させます。そこで，本地方会では，実践科学としての看護を再考していくために，個別性・一回性に注目した看護現象を言葉として表現し，語ることや記述することから浮かび上がってくる看護の知を課題とし，メインテーマを「語ることを通した看護の探求と再発見」としました。

講師の方々と皆様方との体験を共有しながら，日常の些細な出来事にある知を再考し確認する機会にしていきたいと思っています。多数の一般演題へのご応募とご参加を心からお待ち申し上げております。

日　時：平成18年11月11日（土）
会　場：九州大学医系キャンパス（福岡市東区馬出３－１－１）
　　百年講堂・保健学科棟・コラボステーションⅡ
会　費：会員　3,500円　・非会員　4,000円　・学生（大学院生を含む）1,000円

メインテーマ：語ることを通した看護の探求と再発見

プログラム：

特別講演　９：30～

テーマ「95歳からの青春　100歳からが本番」
講師　舜地　三郎　氏（しいのみ学園園長，福岡教育大学名誉教授）
座長　大池　美也子　（第11回日本看護研究学会九州地方会　学術集会長）

シンポジウム　11：20～

テーマ「体験を語る意味と知の発見」
是永美恵子　氏（看護師　『生体肝移植を受けて』著者）
村瀬　孝生　氏（第二宅老所よりあい　所長）
西村　ユミ　氏（大阪大学コミュニケーションデザイン・センター　助教授）

総　　会　13：00～13：30

一般演題　14：30～16：50

問い合わせ先
第11回日本看護研究学会九州地方会学術集会事務局
TEL／FAX 092-642-6711　原田まで
kangokyushu@shs.kyushu-u.ac.jp
http://www.shs.kyushu-u.ac.jp/kisokan/gakkai/

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1．投　稿　者

本誌投稿者は，著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2．投稿の種類と内容

投稿内容は，看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。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。投稿論文は未発表のものに限る。また，人および動物が対象の研究は，倫理的配慮がされていること，およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）

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論文。

投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

■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」ほどまとまった形ではないが，これだけでも早く発表する価値のある論文。

■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記事。

■総　　説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3．原稿の送付

投稿原稿は，所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等，を綴じたオリジナル原稿，およびオリジナル原稿のコピー３部（査読用なので，著者が特定できる部分（謝辞などを削除したもの））を添えて下記に送付する。

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10

日本看護研究学会　編集委員会　委員長　川口　孝泰　宛

（封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し，形式が整った時点を受付日とする。

4．原稿の受付

原稿の受付は，随時行っている。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。

5．投稿の採否

投稿の採否は，規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果，「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で，その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には，不当とする理由を明記して本会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。

6．原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7．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（図表含む））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。超過料金は，刷り上がり超過分１頁につき実費とする。

図表は，Ａ４判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8．著 作 権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9．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。

原　稿　執　筆　要　項

1．原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図，表を引用するときには必ず出典を明記すること。

1）所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをＡ４判に拡大コピーして使用）に，原稿の種類，和・英（JAMAの書式）の論文題名，およびキーワード（５語以内），著者氏名，所属団体・部署とその英訳，原稿枚数，和文抄録文字数，英文抄録使用語数，別刷部数を明記する。

2）原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし，英文抄録，和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はＡ４判の用紙に文字数800字（40字詰め20行），左右余白30㎜，上下余白50㎜とする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名，所属を記入しない。

3）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フォントを用いて，ダブルスペースで印字する（原著論文，研究報告のみ）。

4）和文抄録は400字以内とする。

5）図表は一つずつＡ４用紙に配置し，それぞれに通し番号を付して図１，表１などとする。

6）図表は，白紙または青色の方眼紙に，黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。

7）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。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。

8）文献は，本文の引用箇所の肩に１），２）のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載し，書式は本文と同じとする。文献著者が３名以上の場合は筆頭者２名のみをあげ，○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題，雑誌名，巻（号），始ページ－終ページ，発行年（西暦）

－例－

1）日本太郎，看護花子，他：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)，32－38，1998

2）Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32－38, 1998

②書籍の場合：

番号）著者名：書名，引用箇所の始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

－例－

3）研究太郎：看護基礎科学入門，23－52，研究学会出版，大阪，1995

③編集者の場合：

番号）著者名：表題，編集者名（編）：書名，始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

－例－

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

5）Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236－265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号）著者：タイトル，入手日，アドレス

－例－

6）ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル，2003-01-23，
http://www.abc.org/journl/manual.html

なお，雑誌略名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に従うものとする。

9）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI単位系（m，kg，S，Aなど）を用いる。

2．原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で，A4サイズの用紙に配置した場合に必要となるページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に，2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

(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　　7ページ
(4) 総　説　　7ページ

3．原稿の電子媒体での提出

原則として，原稿の内容を電子媒体（フロッピーディスク，MO，CDの，いずれか）で提出する。ラベルには著者，表題，使用機種，使用ソフトウェアを明記すること。

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。

事 務 局 便 り

1．平成18年度会費納入のご案内について

平成17年度会費をお納めの上、平成18年度から「退会」のお申し出のない会員の方にこの度、平成18年度発行雑誌29巻２号を送付いたします。

平成18年度会費をまだお納め頂いていない方は、お早めに同封の振込用紙または、下記の口座あてにお振込下さい。

尚、第32回学術集会で演題発表（共同研究含む）を予定されている方につきましては、平成18年度会費未納入の場合、発表が取り消しになりますのでご留意下さい。

記

会　　費	７，０００円
郵便振込	口座番号 00100－６－37136
加入者名	日本看護研究学会事務局

会員の中に同姓・同名の方がおります。お振込の際、会員番号・氏名・ご連絡先は、必ずご記入下さいますようお願いいたします。会員番号は、学会誌送付封筒のラベルに明記してありますので、ご確認下さい。

2．送付先等ご変更の場合は，できるだけ早く会費振込用紙の通信欄、または葉書・ＦＡＸ（０４３－２２１－２３３２）等で、お知らせ下さい。お知らせいただく際には、新しい送付先を楷書でお書き頂き、難しい読みの場合は、フリガナを付記して下さいますようお願いいたします。

3．学会誌29巻１号および平成17年度会費未納者への請求文書送付後に、下記の方々が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

い－757　池田　文江　　う－236　魚尾　淳子　　う－237　内堀瑠璃子　　か－481　金田　久江
き－275　菊地千鶴子　　た－733　高清水景子　　ち－047　千葉　悦子　　な－428　南條　利香
は－403　芳賀　愛子　　も－033　森山　節子（2005）
お－059　岡村　千鶴　　か－519　川越美知代　　さ－542　佐藤　幸路　　す－273　鈴木一十見
と－156　東海　由香　　み－231　右田　周平（2004）

事務所の開所曜日と開所時間	
開所曜日　月・火・木・金	電　話　043－221－2331
開所時間　９：00～15：00	ＦＡＸ　043－221－2332

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第29巻　２号

会員無料配布

平成18年５月20日　印刷
平成18年６月20日　発行

編集委員
委 員 長　川口　孝泰（理　事）筑波大学大学院人間総合科学研究科
委　　員　黒田　裕子（理　事）北里大学看護学部
中木　高夫（理　事）日本赤十字看護大学
浅野みどり（評議員）名古屋大学医学部保健学科
金城　祥教（会　員）筑波大学大学院人間総合科学研究科
櫻井　利江（会　員）筑波大学大学院人間総合科学研究科
星野　明子（会　員）京都大学医学部保健学科
（アイウエオ順）

発行所　日 本 看 護 研 究 学 会
〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10
☎　043-221-2331
FAX　043-221-2332
ホームページアドレス
http://plaza.umin.ac.jp/~jsnr/
又は，http://jsnr.umin.jp/
発行責任者　山　口　桂　子
印刷所　（株）正　文　社
〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

日本看護研究学会　投稿原稿表紙

原稿種別 （番号に○）	1．原著（a. カテゴリーⅠ，b. カテゴリーⅡ，c. カテゴリーⅢ）　2．研究報告 3．技術・実践報告　　4．総　説　　5．資料・その他（　　）
原稿投稿年月日	年　　月　　日
和文題目	
英文題目	
キーワード（5語以内，日本語／英語）	
1．　／　　2．　／　　3．　／ 4．　／　　5．　／	
原稿枚数	
本文：　　枚　図：　　枚　表：　　枚　写真：　　点	
著者	

会員番号	氏　名（日本語／ローマ字）	所　属（日本語／英語）

連絡先住所・氏名
住所：〒 氏名： Tel：　　Fax：　　E-mail：

別刷希望部数 （※投稿規定7．参照）	和文抄録文字数	英文抄録使用語数
部	字	語

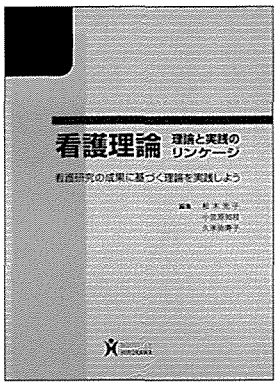
＊受付年月日：　　年　　月　　日

看護理論－理論と実践のリンケージ
－看護研究の成果に基づく理論を実践しよう－

日本赤十字北海道看護大学学長
大阪大学名誉教授　松木　光子

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻教授　小笠原知枝　編集

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻助教授　久米弥寿子



新刊

好評発売中！

●B5判
●上製
●450頁
●定価4,200円
（本体4,000円＋税）
ISBN 4-902085-50-X

臨床の場に立つ看護師の方々が，さまざまな看護理論や看護研究で明らかにされた科学的根拠を基にして，必要な諸理論を状況に応じて活用し，効果的な看護実践（EBN）を目指すことができるように解説しています．

★看護対象の身体的・心理的・社会的状況や健康レベルや生活環境などを，さまざまな基礎理論や看護理論にリンクさせて，適切に看護診断と看護ケアができるように，わかりやすく理論を解説しています．

●実践編では，臨床のさまざまな看護状況に応じて，対象を理解し，看護診断，看護ケアを実際に展開するときに，どのような理論が，どのように応用されるのかを，事例を用いて具体的に解説しています．

主要目次

理論編

第1章　理論と実践

第2章　看護の枠組みと方向性を導く主な看護理論
1．人間関係論に基づく看護理論
　1）ペプロウの看護理論
　2）トラベルビーの看護理論
2．ヘンダーソンのニード論
3．システム論に基づく看護理論
　1）オレムの看護理論
　2）ロイ適応看護モデル
4．ワトソンのケアリング理論

第3章　患者理解のための基礎理論
1．発達理論とその活用法
2．ニード論（欲求理論）とその活用法
3．サポートシステム論とその活用法
4．不安理論とその活用法
5．危機理論とその活用法
6．ストレス・コーピング理論とその活用法
7．役割理論とその活用法
8．環境
9．健康

第4章　ケアの方法に関連した理論
1．看護過程
2．看護実践用語分類
3．コミュニケーション理論
4．生活援助技術
5．アセスメント技術
6．教育指導技術
7．看護における治療・介入
8．ケアリング理論と臨床への応用

実践編

第5章　看護状況に応じた看護理論の活用
1．急性期患者の看護ケアと看護理論
2．慢性期の患者の看護ケアと看護理論
3．ターミナル期がん患者の看護ケアと看護理論
4．小児患者の看護ケアと看護理論
5．高齢者患者の看護ケアと看護理論
6．在宅患者の看護ケアと看護理論
7．精神科患者の看護ケアと看護理論
8．母性看護領域における看護ケアと看護理論

第6章　看護診断と理論
1．理論構築の必要性
2．セルフケア不足
3．不安
4．感染リスク状態
5．ボディイメージ混乱
6．疼痛
7．皮膚統合性障害
8．自己尊重慢性的低下
9．知識不足
10．思考過程混乱
11．活動耐性低下

第7章　これからの看護理論
1．概念的モデルから理論構築へ
2．看護実践を支援する中範囲理論のさらなる構築
3．理論や研究成果を実践に
4．理論構築・理論検証と研究

NOUVELLE HIROKAWA　ヌーヴェルヒロカワ
ホームページ　http:// www.nouvelle-h.co.jp/
東京都千代田区九段北1-12-14　〒102-0073
TEL03-3237-0221（代）　FAX03-3237-0223

Japanese Society of Nursing Research