

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 31 Number 1 April 2008 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[31巻1号]

公平な視点からスピリチュアルケアの理論と実践を解説

Spiritual
Care

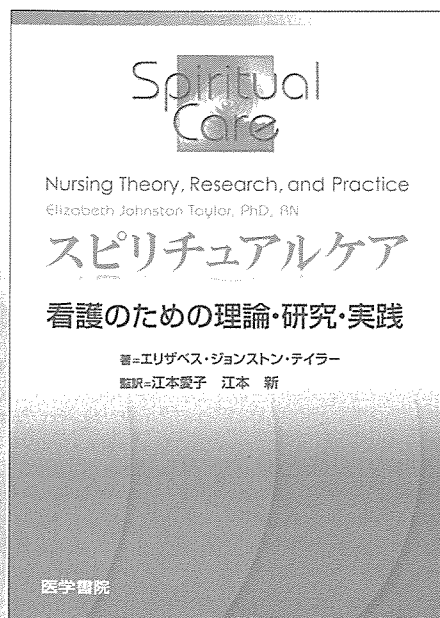
スピリチュアルケア

看護のための理論・研究・実践

著 エリザベス・ジョンストン・テイラー
監訳 江本愛子・江本 新

新刊

スピリチュアルケアは看護診断の1つとして取り上げられており、ナースの重要な役割になりつつある。本書には、スピリチュアルケアを初めて試みる人にも役立つ実際的なヒントと実例が豊富に紹介されている。また特定の宗教をもたないナースにもできるケアの方法が示されている。文献と研究に基づいた確かな実践を展開。



【目次】

第Ⅰ部 看護におけるスピリチュアリティを探し求めて

- 第1章 スピリチュアリティとは
- 第2章 スピリチュアルケア提供の基礎
- 第3章 スピリチュアルな側面の自己認識とクライアントケア

第Ⅱ部 心のケア—実践への適用

- 第4章 心の癒しを支えるコミュニケーション
- 第5章 スピリチュアルアセスメント
- 第6章 スピリチュアルニーズの看護ケア
- 第7章 人生の意味探しへのスピリチュアルサポート
- 第8章 看護の役割
—スピリチュアルケア・スペシャリストとの協働

第Ⅲ部 スピリチュアルヘルスを助長する

- 第9章 スピリチュアルヘルスをサポートする儀式
- 第10章 スピリチュアリティを育む

●A5 頁304 2008年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00536-4]

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1-28-23 [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 学会賞・奨励賞の規程・細則に基づいた選考の結果、平成19年度奨励賞の受賞者が下記の通り、決定しました。(受賞者の所属・職名は、奨励賞受賞決定時のものである。)

平成20年3月31日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

受賞者氏名：安東 由佳子氏

対 象 論 文：神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスターの探索

Finding Out the Work-Related Environmental Stressor Influencing Burnout Among Nurses

Caring for Patients with Neurological Intractable Illness

29(1), 45-55, 2006

共同著者名：片岡 健, 小林 敏生

受賞者所属：北里大学看護学部

職 名：講師

受賞者氏名：石井 京子氏

対 象 論 文：患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析

Nurses' Support Contributes to Patients' Resilience

30(2), 21-29, 2007

共同著者名：藤原 千恵子, 河上 智香, 西村 明子, 新家 一輝, 町浦 美智子, 大平 光子,

上田 恵子, 仁尾 かおり

受賞者所属：大阪市立大学

職 名：教授

受賞者氏名：大釜 徳政氏

対 象 論 文：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

29(2), 43-54, 2006

受賞者所属：関西福祉大学看護学部

職 名：講師

受賞者氏名：山口 真澄氏

対 象 論 文：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

29(2), 19-26, 2006

共同著者名：鎌倉 やよい, 深田 順子, 米田 雅彦, 山村 義孝, 金田 久江

受賞者所属：愛知県がんセンター

職 名：看護師

受賞者氏名：眞鍋 えみ子氏

対 象 論 文：看護学生の臨地実習自己効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討

Development of a Self-Efficacy Scale for Nursing Students during Clinical Training and an
Assessment of its Reliability and Validity

30(2), 43-53, 2007

共同著者名：笹川 寿美, 松田 かおり, 北島 謙吾, 園田 悦代, 種池 礼子, 上野 範子

受賞者所属：京都府立医科大学医学部看護学科

職 名：教授

会 告 (2)

日本看護研究学会雑誌30巻5号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

目次

誤	パンフレット方式と CAI 方式による胃切除患者への食事指導の効果に関する比較研究	23
	元静岡県立大学大学院看護学研究科 永 井 寿 弥	
	元静岡県立大学大学院看護学研究科 竹 内 登美子	
	元静岡県立大学大学院看護学研究科 矢 野 正 子	
正	パンフレット方式と CAI 方式による胃切除患者への食事指導の効果に関する比較研究	23
	元静岡県立大学大学院看護学研究科 永 井 寿 弥	
	岐阜大学医学部看護学科 竹 内 登美子	
	藍野大学医療保健学部 矢 野 正 子	
誤	Comparison of Pamphlet Presentation Versus Computer-assisted Instruction (CAI) of Dietary Guidance for Gastrectomy Patients	23
	Formerly of Graduate School of Nursing, University of Shizuoka : Hisami Nagai	
	Formerly of Graduate School of Nursing, University of Shizuoka : Tomiko Takeuchi	
	Formerly of Graduate School of Nursing, University of Shizuoka : Masako Yano	
正	Comparison of Pamphlet Presentation Versus Computer-assisted Instruction (CAI) of Dietary Guidance for Gastrectomy Patients	23
	Formerly of Graduate School of Nursing, University of Shizuoka : Hisami Nagai	
	Nursing Course, Gifu University School of Medicine : Tomiko Takeuchi	
	Faculty of Nursing and Rehabilitation, Aino University : Masako Yano	
P23		
誤	永 井 寿 弥 竹 内 登美子 矢 野 正 子	
	Hisami Nagai Tomiko Takeuchi Masako Yano	
正	永 井 寿 弥 ¹⁾ 竹 内 登美子 ²⁾ 矢 野 正 子 ³⁾	
	Hisami Nagai Tomiko Takeuchi Masako Yano	
誤	元静岡県立大学大学院看護学研究科 Formerly of Graduate School of Nursing, University of Shizuoka	
正	1) 元静岡県立大学大学院看護学研究科 Formerly of Graduate School of Nursing, University of Shizuoka	
	2) 岐阜大学医学部看護学科 Nursing Course, Gifu University School of Medicine	
	3) 藍野大学医療保健学部 Faculty of Nursing and Rehabilitation, Aino University	

(2) 以下の通り訂正いたします。

P57 左段18行

右段16行

誤	足する母子家庭型, ③さまざまな訓練を行なうための訓練	えていく必要があるが, 母子共に満足する母子家庭型の付
正	足する母子満足型, ③さまざまな訓練を行なうための訓練	えていく必要があるが, 母子共に満足する母子満足型の付

(3) 以下の通り訂正いたします。

30巻1号「看護師を対象とした Rathus Assertiveness Schedule 日本語版の作成」における訂正

P83 右段5行～7行

誤	同様に, 第2因子(Ⅱ)は「攻撃的な自己表現 (aggressive : AG)」, 第3因子(Ⅲ)は「アサーティブな自己表現 (Assertive : AS)」.
正	同様に, 第2因子(Ⅱ)は「アサーティブな自己表現 (Assertive : AS)」, 第3因子(Ⅲ)は「攻撃的な自己表現 (aggressive : AG)」.

会 告 (3)

第34回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催いたします。(第3回公告)

なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://www.secretariat.ne.jp/jsnr34/>) をご覧ください。

平成20年4月20日

第34回日本看護研究学会学術集会

会 長 近 田 敬 子

記

第34回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」

会 場：神戸ポートピアホール（神戸ポートピアホテル）

〒651-0046 兵庫県神戸市中央区港島中町6-10-1

TEL：078-302-1123 URL：<http://www.portopia.co.jp/>

神戸国際会議場

〒651-0046 兵庫県神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL：078-302-5200 URL：<http://kobe-cc.jp/kaigi/index.html>

期 日：平成20年8月20日（水）、21日（木）

プレカンファレンスセミナー 8月19日（火）

第1日目 8月20日（水）9：00～17：30

9：10～9：55 会長講演：「共同体の構築と看護 ～まちの保健室を支えて10年～」

近田 敬子（園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科教授）

座長：石井 トク（日本赤十字北海道看護大学看護学部教授）

10：00～12：00 招聘講演：「将来のヘルスとケアに向けて、いかにコンピテンシーを紡ぐか
～大学、病院、地域のパートナーシップから～」

Noel J. Chrisman（ワシントン大学看護学部教授）

座長：麻原 きよみ（聖路加看護大学教授）

12：50～13：20 平成18年奨学会研究発表

鮫島 輝美（京都大学大学院人間・環境学研究科）

座長：紙屋 克子（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）

13：30～14：30 特別講演：「コウノトリの野生復帰事業」

増井 光子（兵庫県立コウノトリの郷公園園長・よこはま動物園ズーラシア園長）

座長：宮島 朝子（京都大学大学院医学研究科教授）

- 14：40～16：40 シンポジウムⅠ：「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」
シンポジスト：
大川 匡子（滋賀医科大学医学部医学科睡眠学講座特任教授）
岩尾 貢（龍谷大学社会学部地域福祉学科教授、「サンライフたきの里」施設長）
熊谷 博臣（ALS患者遺族）
座長：西田 直子（京都府立医科大学医学部看護学科教授）
龍川 薫（滋賀医科大学医学部看護学科教授）
- 16：50～18：20 総会 表彰授与
- 10：00～16：00 一般演題（示説）
- 13：30～16：30 一般演題（口演）
- 13：30～16：30 特別交流集会（1）

第2日目 8月21日（木）9：00～16：10

- 9：30～12：00 トーキングセッション：「ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか？」
メンバー：
米田 昭子（平塚共済病院療養指導室長，慢性疾患看護専門看護師）
西 真由美（公立学校共済組合近畿中央病院，感染管理認定看護師）
箕浦 洋子（兵庫県立柏原病院看護部長）
指定発言：
ステイーブン橋本次郎（バンクーバー・コースタル保健局，
ファミリーナースプラクティショナー）
ファシリテーター：
田村 恵子（淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長，がん看護専門看護師）
- 14：00～16：00 シンポジウムⅡ：「看護がリードするこれからの保健医療のあり方」
シンポジスト：
上原 恵美（丹波市保健センター保健師）
惣万佳世子（NPO法人「ディサービスこのゆびと～まれ」理事長）
小原真理子（日本赤十字看護大学看護学部教授）
座長：大野かおり（園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科教授）
叶谷 由佳（山形大学医学部看護学科教授）
- 9：00～12：00 交流集会，特別交流集会（2）
- 14：00～15：30 交流集会
- 9：00～12：00 一般演題（口演）
- 14：00～16：00 一般演題（口演）
- 10：00～16：00 一般演題（示説）
- 16：00～16：10 閉会の辞

プレカンファレンスセミナー

8月19日（火）14：30～17：00 神戸国際会議場

「みんなで解決！ 研究の質を高めるちょっとしたコツ・テクニック」

テーマ1：「研究助成獲得（意義ある研究）のための申請書（研究計画書）の書き方」

坂下 玲子（兵庫県立大学看護学部教授）

テーマ2：「アクセプトされるための論文の書き方」

川口 孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）

ランチョンセミナー

8月21日（木）12：30～13：30 神戸国際会議場

テーマ1

「手指衛生－知識と環境の織りなすもの」

講師：鈴木 明子（千葉大学看護学部助教）

座長：山本 恭子（園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科准教授）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

テーマ2

「排尿管理における残尿測定的重要性 ～医学的見地から・看護ケアの立場から～」

講師：上田 朋宏（京都市立病院 泌尿器科 部長）

山口 昌子（長浜赤十字病院 泌尿器科 看護師）

共催：シスメックス株式会社

【学術集会参加費事前払い込みのご案内】

<参加費>

	事前登録（6月30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ください。

<事前参加登録方法>

ホームページよりご登録いただき、平成19年12月20日発行の第30巻5号に同封の振込用紙にて参加費をお振込みください。

振込先は「第34回日本看護研究学会学術集会 00970-2-85796」です。

郵便局備え付けの振込用紙をご利用の場合は、通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

- ① 氏名、所属、本学会の会員・非会員の別
- ② 参加登録ID（参加申し込み後、自動返信メールに記載されています）

【懇親会】

日 時：平成20年8月20日（水）18：30～20：00
会 場：神戸ポートピアホテル 偕楽の間
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】

学術集会前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。
詳細は下記のとおりです。皆さまのご参加をお待ちしております。

「みんなで解決！ 研究の質を高めるちょっとしたコツ・テクニック」

テーマ1：「研究助成獲得（意義ある研究）のための申請書（研究計画書）の書き方」

坂下 玲子（兵庫県立大学看護学部教授）

テーマ2：「アクセプトされるための論文の書き方」

川口 孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）

日 時：平成20年8月19日（火）14：30～17：00（受付は13：30から）
会 場：神戸国際会議場 5階 501, 502
募集人数：各テーマとも200名（先着順）
会 費：学術集会とは別に5,000円

<申し込み方法>

申し込みは、ホームページにてご登録ください。

申し込み受理後、E-mailにて申し込み受理の自動返信をいたします。必ず受理の確認をお願いいたします。
受信後、1週間以内に会費5,000円の事前振込みをお願いいたします。この事前振込みがない場合は、申し込みは取り消しになりますので、ご注意ください。

*なお、プレカンファレンスセミナーは1人1セミナーの申し込みしかできません。ご了承ください。

*申し込み締め切りは平成20年6月30日です。

<振込先>

郵便振替「第34回日本看護研究学会学術集会 00970-2-85796」

振込金額 5,000円

通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

- ① 氏名、所属、本学会の会員・非会員の別
- ② 参加登録ID（参加申し込み後、自動返信メールに記載されています）

【第34回学術集会事務局】

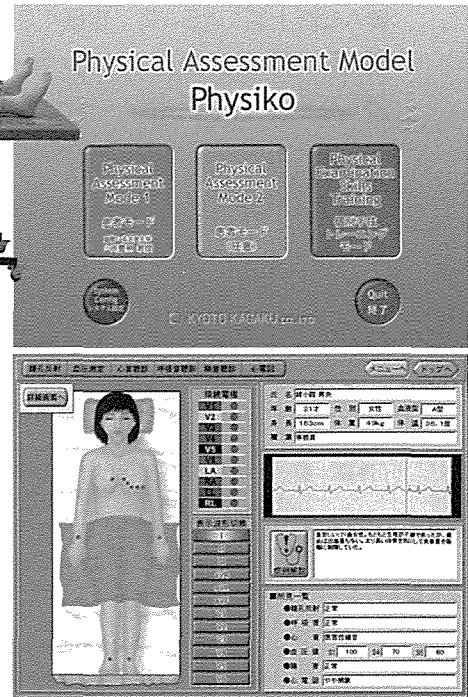
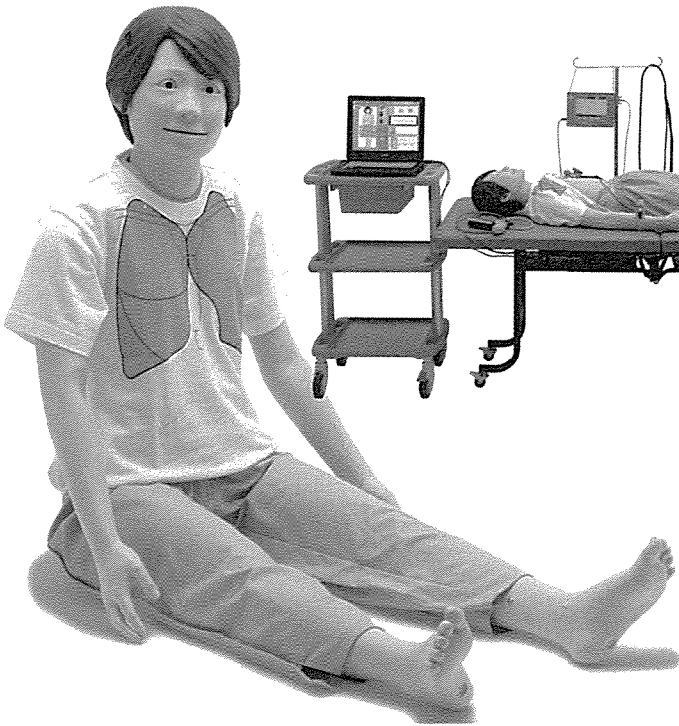
企画運営本部

〒661-8520 兵庫県尼崎市南塚口町7丁目29-1
園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科内
第34回日本看護研究学会学術集会 事務局
TEL：06-6429-9343（大野）
FAX：06-6429-9920
E-mail：jsnr34@sonoda-u.ac.jp
ホームページ：http://www.secretariat.ne.jp/jsnr34/

運営事務局（学術集会参加申し込み等）

〒531-0072 大阪市北区豊崎3-19-3 PIAS TOWER 11階
株式会社コンベンションリンクージ
TEL：06-6377-2188
FAX：06-6377-2075
E-mail：jsnr34@secretariat.ne.jp

シミュレータ & トレーニングモデルを活かした臨地実習をサポートします。



M55 フィジカルアセスメントモデル Physiko 11354-000

- フィジカルアセスメント技術の向上に役立つ唯一の専用シミュレータです。
- 山内豊明先生監修によるこれだけはマスターしたい 12 人の模擬患者プログラムによる学習。
- 個別手技を徹底的に繰り返しトレーニングー瞳孔反射・血圧測定・呼吸音・心音・腸音の聴診・心電図学習・全身観察手順・問診。
- さらに深く具体的な事例に基づいたシナリオを導入したり授業計画に添ったオリジナル症例が編集できます。

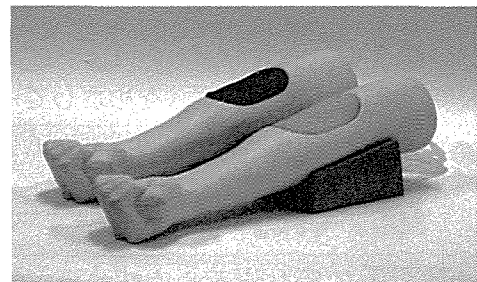
M58 バイタルサインベビー II 11365-000 改訂 New

- 新生児の全身状態の観察・バイタルサインの診かたのトレーニングに一心音の聴診・脈診・体温測定・全身観察
- 実際に録音した心音。リアルな心音を再現しました。
- 左右 6 箇所脈拍の触診ができます。
- 体温の計測ができ、温度の調節が可能です。



M50B 採血静注シミュレータ シンジョー II 11267-300 改訂 New

- 点滴静脈内注射・採血練習・静脈内注射手技がこの 1 台でトレーニングできます。
- さらに改良を加えよりリアルな抵抗感・刺入感を再現。
- 難易度の違う 2 種類のパッドをご用意。従来のタイプからの移行も可能です。



株式会社 **京都科学**

2008-9 版総合カタログ・単品パンフレットがごさいます。
Web サイトからも検索・ダウンロードしていただけます。

E-mail:rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

<http://www.kyotokagaku.com>

Tel: 京都 075-605-2510 Fax075-605-2519

Tel: 東京 03-3817-8071 Fax03-3817-8075

名著の完訳。教職大学院関係者・成人教育関係者必携。

新刊 省察的实践とは何か

●A5版上製 454頁 定価4,200円(本体4,000円+税)

■著者 ドナルド・ショーン

■監訳者 柳沢 昌一(福井大学教授) 三輪 建二(お茶の水女子大学教授・同附属中学校長)

こんにち、リフレクティヴ・ターンの名において専門的知識の獲得より実践の省察によって力量を形成する「省察的实践者(反省的实践家)」としての「専門職像の転換」が議論されている。実際にも法律・経営などいくつかの分野の専門職大学院が誕生し、教職大学院についても、教員の力量形成を、自らの教育実践の協働での省察に基礎をおく実践の力量形成であるにとらえ、そのことを中軸にすえたカリキュラムの方向性も示されている。

専門職像の転換や専門職大学院のカリキュラム・学習を考えるとときに、ドナルド・ショーンは決してはずすことができない。分かりやすい翻訳で概観ができる必読の名著。解説も充実。

主な目次

序章 第一部 専門的知識と行為の中の省察

1章 専門的知識に対する自信の危機

2章 技術的合理性から行為の中の省察へ

第二部 プロフェッショナルによる行為の中の省察

3章 状況との省察的な対話としての建築デザイン

4章 精神療法=固有の宇宙をもつ患者

5章 行為の中の省察の構造

6章 科学に基礎を置く専門的職業の省察的实践

7章 都市計画: 行為の中の省察を制約するもの

8章 マネジメントの〈わざ〉: 組織学習システム内での行為の中の省察

9章 行為の中の省察の類型と制約: 職種を超えて共通するものに注目して

第三部 結 論

10章 専門的職業の意味と社会における位置づけ

解説 柳沢昌一

好評発売中

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかすための格好の書。

おとなの学びを拓く

自己決定と意識変容をめざして――

P.クラントン著

入江直子/豊田千代子/三輪建二 監訳

A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった支援の必要性和具体例を示す。

おとなの学びを支援する

講座の準備・実施・評価のために――

K.マイセルほか著

三輪建二 訳

A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践

ペタゴジーからアンドラゴジーへ――

M.ノールズ著

堀薫夫/三輪建二 監訳

A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめとする専門職の研修用に最適の書。

おとなの学びを創る

専門職の省察的实践をめざして――

P.クラントン著

入江直子/三輪建二 監訳

A5判上製 356頁 本体3,000円

●アメリカで評価の高い生涯学習・成人学習論の名著を完訳。

成人期の学習――理論と実践

シャラン B・メリアム/

ローズマリー S・カファレラ著

立田慶裕/三輪建二 監訳

A5判上製 592頁 本体5,000円

●近刊 広範な学習の実態から、学びを評価する視点を提示。

学習者としての女性(仮)

E・ヘイズ/D・D・フラネリ編著

入江直子/三輪建二 監訳

鳳書房

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷1-25-5

TEL/FAX.03-3483-3723

目 次

第33回日本看護研究学会講演記事

会長講演

生命科学時代における看護の機能拡大	15
-------------------------	----

日本赤十字北海道看護大学 前岩手県立大学看護学部 石 井 ト ク

招聘講演

Issues in Nursing Research Ethics	17
---	----

Professor & Head, School of Nursing, The Hong Kong Polytechnic University

Samantha Mei-che Pang, PhD, RN

シンポジウム I 医療の安全と安心の確保～医療事故防止の探求～	23
---------------------------------------	----

今後の医療安全対策について

～行政の立場から～

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長 佐 原 康 之

医療事故防止の課題

～患者側介護士の立場から～

明治大学法科大学院 鈴 木 利 廣

医療の現場で必要とされるもの

～医療安全管理専門員の立場から～

岩手県立大船渡病院医療安全管理専門員 川 原 玲 子

看護教育の立場より

名古屋大学 山 内 豊 明

一 原 著

妊娠褥婦の気分と対児感情との関連および「怒り－敵意」に関する要因	37
--	----

山梨大学大学院医学工学総合教育部博士課程 武 田 江里子

大草レディスクリニック 田 村 一 代

施設高齢者の転倒予防のための運動プログラム（全身版）の開発とその効果	47
--	----

新潟大学医学部保健学科 加 藤 真由美

医療法人社団浅ノ川金沢循環器病院 小 松 佳 江

金沢大学大学院医学系研究科 泉 キヨ子

医療法人社団浅ノ川金沢循環器病院 西 島 澄 子

医療法人社団浅ノ川金沢循環器病院 安 田 知 美

金沢大学大学院医学系研究科 平 松 知 子

群馬大学医学部保健学科 浅 川 康 吉

医療法人社団浅ノ川金沢循環器病院 樋 木 和 子

脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因	55
------------------------------------	----

医療法人玄州会光武内科循環器科病院 横 山 純 子

広島大学大学院保健学研究科 宮 腰 由起子

「病気関連不安認知尺度」の因子不変性に関する検討	67
--------------------------------	----

鳥取大学医学部保健学科 谷 村 千 華

鳥取大学医学部保健学科 森 本 美智子

一研究報告一

統合失調症患者の表情認知における視線運動の特徴	75
香川県立保健医療大学 則 包 和 也	
香川県立保健医療大学 白 石 裕 子	
重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が 可能となるプロセス.....	83
日本赤十字豊田看護大学 市 江 和 子	
急性期統合失調症患者に対する看護介入としての心理教育プログラムの開発過程.....	91
神戸常盤大学保健科学部看護学科 松 田 光 信	
在宅で生活している青年期Duchenne型筋ジストロフィー患者の外出について ー本当は行きたい外出を取り戻すプロセスー	101
愛知県立看護大学 大 和 貴 子	
愛知県立看護大学 山 口 桂 子	
施設入所認知症高齢者にみられるBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) ケアのための新たな概念の構築：問題行動パラダイムを越えて	111
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 九津見 雅 美	
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 山 田 綾	
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 伊 藤 美樹子	
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 三 上 洋	
圧力の異なる末梢部温湯清拭が皮膚血流反応に及ぼす影響	121
東京女子医科大学東医療センター 須 藤 小百合	
日本大学医学部社会医学系 青 木 健	
癌研究会有明病院 富 岡 真理子	
自治医科大学看護学部 真 砂 涼 子	
群馬大学医学部保健学科 松 田 たみ子	

CONTENTS

Original Papers

Correlation of Moods and Feeling for a Child in Pregnant and Parturient Woman, and the Influence Factor for “Anger-Hostility”	37
Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi : Eriko Takeda Okusa Lady’s Clinic : Kazuyo Tamura	
Outcomes of a Whole-Body Exercise Program for Fall Prevention Among Elderly Persons in a Long-Term Care Facility	47
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Niigata University : Mayumi Kato Kanazawa Cardiovascular Hospital : Yoshie Komatsu Department of Nursing, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University : Kiyoko Izumi Kanazawa Cardiovascular Hospital : Sumiko Nishijima Kanazawa Cardiovascular Hospital : Tomomi Yasuda Department of Nursing, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University : Tomoko Hiramatsu School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University : Yasuyoshi Asakawa Kanazawa Cardiovascular Hospital : Kazuko Higi	
Factors Associated with Changes in Self-Esteem after Stroke	55
The Healthcare Corporation Genshu-Group, Mitsutake Cardiovascular Hospital : Junko Yokoyama Hiroshima University Graduate School of Health Science : Yukiko Miyakoshi	
Factorial Invariance for the Cognition Scale of Illness-related Anxiety	67
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori-University : Chika Tanimura School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori-University : Michiko Morimoto	

Research Reports

A Characteristic of Eye Movement During Facial Affect Recognition in Patients with Schizophrenia	75
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Kazuya Norikane Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Yuko Shiraishi	
The Process by which Nurses Working at an Institution for Severely Handicapped Children Understand the Responses of Severely Handicapped Children and Individuals and Achieve Mutual Understanding	83
Japanese Red Cross Toyota College of Nursing : Kazuko Ichie	
Development Process of a Psychoeducation Program as a Nursing Intervention for Acute Schizophrenic Inpatients	91
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe Tokiwa University : Mitsunobu Matsuda	

Adolescent Duchenne Muscular Dystrophy Patients Living at Home and their Desire to Go Out – The Process of Regaining a True Desire to Go Out of the House –	101
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Takako Oowa	
Aichi Prefectural College of Nursing & Health : Keiko Yamaguchi	
Constructing of the New Concept of BPSD Caring for People with Dementia Living in Facilities; Beyond the Paradigm which BPSD is the Problematic Behavior	111
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences : Masami Kutsumi	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences : Aya Yamada	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences : Mikiko Ito	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences : Hiroshi Mikami	
Pressure Difference on the Cleansing of Bed Bath in the Limbs Alters the Peripheral Skin Blood Flow Responses	121
Tokyo Women's Medical University Medical Center East : Sayuri Sudo	
Department of Social Medicine, Nihon University School of Medicine : Ken Aoki	
The Cancer institute of Hospital of Japanese Foundation of Cancer Research : Mariko Tomioka	
Jichi Medical University School of Nursing : Ryoko Masago	
Department of Nursing, Gunma University School of Health Science : Tamiko Matsuda	

第 33 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (1)

2007年7月28日 (土)・7月29日 (日)

会長 石 井 ト ク

於 盛岡市民文化ホール

生命科学時代における看護の機能拡大

日本赤十字北海道看護大学 前岩手県立大学看護学部 石井 トク

平成14年7月、バイオテクノロジー戦略会議が設置され、同年12月に本大綱が策定された。その序文に、「21世紀は生命科学の世紀でありバイオテクノロジーの世紀である。テクノロジーの進歩は、人間生活の基本である『生きる』、『食べる』、『暮らす』の三場面のあり方を根本的に変えるインパクトを持ち得る極めて大きな技術革新である」としている。

米国で発祥したバイオエシックスは、わが国では生命倫理として急速に進展している。特に臨床では先端医療及び医療技術の導入によって、患者に恩恵を与え、諸技術の導入は苦痛の軽減となったが、医療の不確実性の増大と共に、新たな倫理的問題が生じてきている。また、組織・細胞等の人体試料の利用がある。今、第2の医療改革の時代を迎えているといえよう（図1）。

今世紀の特有な時代において、看護の機能を最大に発揮することが求められていることから、看護専門職は人々の健康を担う社会的責務を再度認識する必要がある。そこで、看護の役割として本稿では、インフォームド・コンセントに焦点をあて、見解を述べたい。

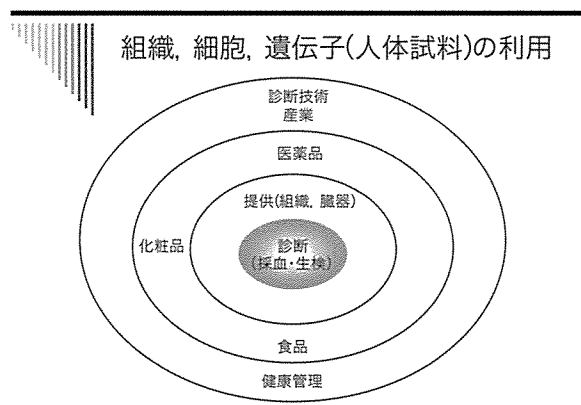


図1

1. 悔いのない意思決定のためのインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントは、医師から説明を受け、その説明を納得した上で当該患者自らが決定することである。その多くは、①治療方法の選択の決定に代表されたが、②実験的要素を含む治療方法の意思決定、③研究および福利的な目的を有する組織・細胞等の人体資料提供の意

思決定と拡大されてきている。

しかし、決定後、あるいは決定した結果が期待に反した場合、決定を悔やむ患者、家族がいる。その背景には患者には難解な医学的説明、さらに時間的余裕が持てない等から、当事者が十分に理解、かつ納得に至るまでの時間的経過の保証がないからである。

2. 治療方法の選択におけるインフォームド・コンセント

悔いのないインフォームド・コンセントを保証するには、看護の基本的アプローチである患者の個性（家族、社会的）の把握と共に、倫理的態度である「尊重」を基本に、ライフステージをとり入れる事が重要である。①ライフステージは、今どの段階か（発達段階による心身の特徴、社会的課題）、②健康レベルは、どのレベルにあるか、③どのような状況での場面か（通常の診療、実験的医療）等の3視点から看護スキルを用いてインフォームド・コンセントを行うことが、患者、家族が後に悔いのない選択になり得ると考える（図2）。

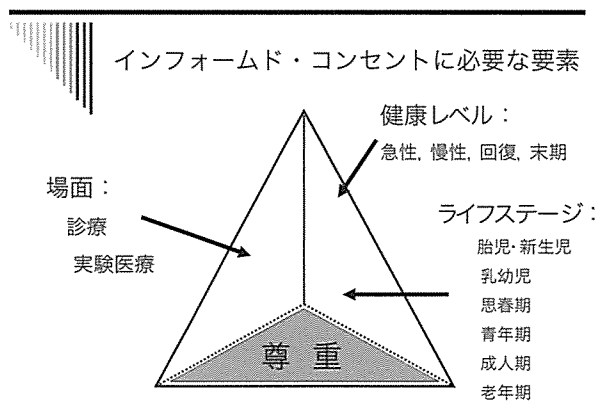


図2

また、当事者が意思決定にいたるまでには、時間をかけた説明と、疑問と質問の繰り返しがあられ、さらに、治療後の日常生活の変化と、その対応の具体的説明があつてこそ患者の理解が深まり、相互の信頼関係が構築される。医療に対する信頼がなければ、悔いのない意思決定にはならない（図3）。

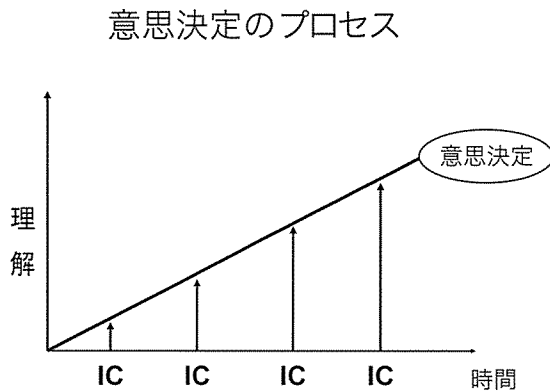


図 3

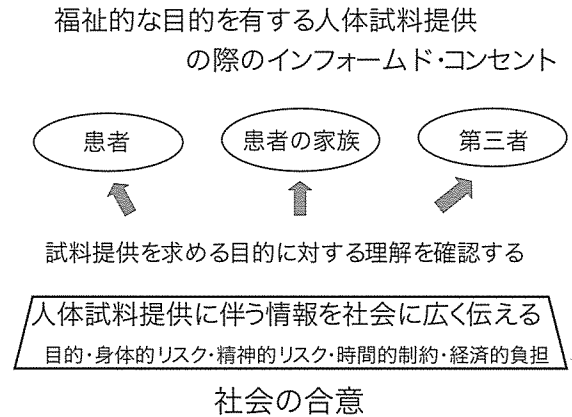


図 4

3. 実験的な要素を含む治療方法の選択のためのインフォームド・コンセント

患者、家族の結果に対する期待が高いことは否めない。そこで、前述に加え次の3点の内容を説明しなければならない。①不確実な治療方法であること、リスクについて十分に説明する。②当該医療施設における治療全体の実績及び担当医師の治療経験。③機関内倫理委員会による審査の有無の情報を提供する。

4. 福祉的な目的を有する人体試料提供の際のインフォームド・コンセント

21世紀のあらたな臨床場面、社会事象として、生殖補助医療技術の進展と再生医療の進展がある。つまり不妊治療の進展から、夫妻の受精卵は、①直ちに子宮内に移植される場合、②凍結保存され、再び子宮に移植される場合、③凍結保存され、廃棄される場合、いずれも当事者の利益に限られていた。しかし、新たに第三者の福利である再生医療である「ES細胞の樹立に利用される場合」が生じてきた。また臓器移植、骨髄移植、羊膜、つまり臓器利用、細胞の利用が拡大され、第三者に供されるようになった。

この場合のインフォームド・コンセントは、提供者のリスクと受益者の利益の衝突が生じるが、社会の福利が目的であるので、インフォームド・コンセントには、社会の合

意が必要である。そのためには人体資料提供に伴う情報を社会に広く伝える（目的、身体的リスク、精神的リスク、時間的制約、経済的負担等）。その社会的理解が前提になって、提供を申し出た第三者、患者の家族に、患者個々のインフォームド・コンセントを行うことが重要であろう（図4）。

以上のほかに、看護師の機能拡大には機関内倫理委員会の役割と看護研究の貢献及び学会、職能集団による自主規制がある。これからの機関内倫理委員会における看護師による看護の科学的妥当性と倫理的発言は、委員会の看護師の存在を不動にするであろう。それは、社会の人々が、看護師が患者の擁護者であり、代弁者としての役割を遂行することを信じているからである。

看護がよければ医療の質もよいと称されるが、それは医師と看護師のチーム医療の質の評価でもある。同時に医療の発展は看護の発展がなければ患者によりよい医療が提供できない。ここに看護研究の必然性と学際的研究が求められる。

最後に、今世紀における看護の責務は、個々の看護師が責任と英知ある看護実践を提供することである。実践力が評価され看護の裁量権が認知されることによって、看護の機能もますます拡大していくであろう。

Issues in Nursing Research Ethics

Professor & Head, School of Nursing, The Hong Kong Polytechnic University

Samantha Mei-che Pang, PhD, RN

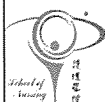
As the primary goal of conducting nursing research is to advance scientific knowledge in the field of health and nursing for improving patient care, inevitably patients will be involved as research subjects. When patients are invited to participate in clinical research while they are receiving health services, nurses have to assume responsibilities by taking up the dual roles of practitioner and scientist. As a practitioner, the patient's healing progress is the primary concern. As a scientist, the contribution to knowledge for the benefit of future patients is the primary concern. These concerns may not always run in tandem as the very nature of research is its element of uncertainty which necessitates gathering evidence to support its hypothesis or otherwise. The patients will be involved in a clinical trial which efficacy has yet to prove. While they are putting themselves at risk of varying extents, the research outcome will benefit future patients but not always the involving patients. In this regard, the crux of ethical considerations in nursing research involving patients will

be striking a balance between advocating for the patient's best interest as well as pursuing knowledge for improving future care. This implies that nurses have to take extra safeguards other than observing the general ethical norms for conducting research involving human subjects such as informed consent, confidentiality, privacy, beneficence and social utility. These safeguards have to take into account the illness vulnerability of patients that render them being dependent on health professionals, vulnerable patient groups such as the mentally incapacitated, the frail elderly, the terminally ill, patients with rare disease and ethnic minority, and the vulnerability of clinical venues where the studies take place. With reference to international research ethics guidelines and the universal norms of bioethics and human rights, this paper will explain the ethical norms for conducting nursing research in general and ethical safeguards in particular. Ethical Issues in conducting nursing research involving other disciplines and/or international collaborators will also be discussed.

Thirty-third Annual Academic Meeting of
Japanese Society of Nursing Research
July 28, 2007 Morioka Iwate Japan

Issues in Nursing Research Ethics

Samantha Mei-che Pang
PhD, RN, Professor & Head
School of Nursing
The Hong Kong Polytechnic University



Differentiation of research from clinical care

- Research activities should be regarded as a series of systematic enquiries which seek to expand knowledge and understanding.
- Enquires should be conducted in a manner which is free from bias, distortion and prejudice.

Researcher's Responsibilities

- Assume direct responsibility for the intellectual and ethical quality of their work
- Avoid conflict of interest
- Demonstrate integrity and professionalism in using research funds
- Ensure the safety of everyone involved in the research work
- Respect intellectual property rights
- Accept that their research results will be subject to peer scrutiny and debate

Some basic questions for ethical consideration....

- Does the study involve human subject?
- Who are they? Respect for autonomy, justice
- How are human data being treated? Privacy & confidentiality
- Is it an intervention study?
- What are the ethical safeguards for the subjects? Beneficence & nonmaleficence
- Has the study undergone ethical review?

Consent & assumption of risk in genetic therapy, 1999

- Gelsinger, 18, had a genetic disorder that prevented his body from properly metabolizing ammonia, which could be managed well by diet and drugs
- He enrolled in a clinical trial at the University of Pennsylvania that was attempting to use gene therapy to correct the disorder. But rather than curing him the technique caused his death.
- The investigator had financial interests in the biotechnology company behind the project

Allegation: Breaching the duty of protection from harm, questionable informed consent, conflict of interest

Korean researcher in stem cell fraud 09 January 06

In perhaps the biggest scientific scandal of recent times, South Korea's star scientist Woo Suk Hwang has retracted his landmark paper, published in the journal Science, in which he claimed to have created embryonic stem cells from adult humans. The latest news is a major blow for the prospect of using personalized stem cells to treat people with a variety of ailments, from spinal cord injuries to Parkinson's disease. Hwang first came under suspicion in November 2005 when, after over a year of denials, he admitted that he had used eggs donated by lab workers. He also acknowledged that some of the eggs used were bought, after first saying that they were all donated. Both violate ethics guidelines. His fraudulent research then came to light in December, when a former colleague alleged that some of the patient-specific stem-cell lines had been faked. It now appears that none of the stem-cell lines that Hwang claims to have created actually exist.

Allegation: Unethical procurement of egg, fabrication of data, and fraudulent report

Ethical guidelines

- 1947 Nuremberg Code
- 1964 Declaration of Helsinki (2004 revision)
- 1978 Belmont Report
- 2005 UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights
- Institutional Review Board
- Research Ethics Committee

Declaration of Helsinki (with note of clarification, Tokyo 2004)

- Medical progress is based on research which ultimately must rest in part on experimentation involving human subjects

2005 UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights

Article 3

- Human dignity, human rights and fundamental freedoms are to be fully respected.
- The interests and welfare of the individual should have priority over the sole interest of science or society.

The Researcher-Subject relationship is different from the Nurse-Patient relationship

Ethical Values in Patient-Nurse Relationship

Trust-based,
covenantal

Thinking of what is good for the patient
Acting for the patient's best interest

Autonomy-based,
contractual

Respect the patient's right to informed consent
Respect for privacy and confidentiality
Treat the patient with equity

Ethical Values in Researcher-Subject Relationship

Autonomy-based,
contractual

- Social Utility
- Respect for person
- Beneficence
 - Favorable Risk/Benefit ratio
 - Maximize benefit & Minimize risk

Ethical issues at stake

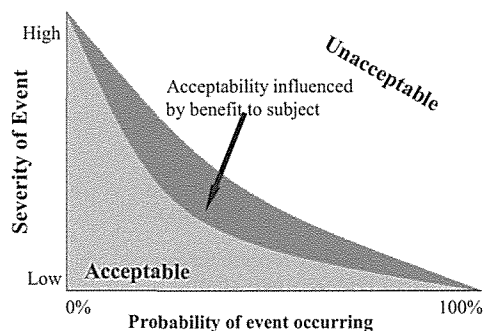
- Therapeutic misconception
- Informed consent in question
 - Information to be comprehensive, including risks and possible benefits, alternatives to participating
 - The way information is presented, or the framing effect, to the subject
 - Who to obtain the consent
 - The patient's right to refuse and withdraw from the study at any time

The burden of responsibility rest on researcher:

Benefit and Risk Assessment

- Benefit is defined as 'anything that is for the good of a person or thing'. It may be personal and direct or may be societal and indirect. It is appropriate to use both forms of benefit in making the judgment of risk/benefit ratio.
- Risk is defined as 'exposure to the chance of injury or loss'
- Injury is 'harm of any kind done or sustained'.
- It should be noted that no procedure is without risk, although the risks may be minimal.

Assessing Acceptability of Risk



GOOD AND HARM FROM RESEARCH

	GOOD		HARM	
	Actual	Potential	Actual	Potential
Subject's Perspective	- Payment - Free Treatment - Duty to society	- Better treatment - Psychological relief	- Inconvenience - Known side effects of medication	- Lesser or no treatment - Physical harm - Psychological harm - Loss of clinical relationship - Loss of privacy
Society's Perspective	- Advance scholarship	- Better treatment identified	- Private space reduced - Over-reliance on vulnerable populations	- Subjects misused - Public confidence in research eroded - Money wasted

The dual roles of clinician and scientist in conducting research which involves the patient as subject

Trust-based,
covenantal

Autonomy-based,
contractual

Autonomy-based,
contractual

Comparison of Clinical and Research Relationship

	CLINICAL	RESEARCH
Respect for Autonomy	Patient sets treatment goal	Subject offered choice to participate
Justification for Overriding Autonomy	Patient's best interests when competence is impaired	No justification to research on unwilling subjects
Beneficence	Do the best thing for the patient	Minimize risks
Justice	1) Fair access to health care 2) Fair distribution of health care resources	1) Fair access to participation 2) Fair distribution in groups 3) No group should have unfair research burden or benefit
Goal	Best treatment for individual patient	Benefit society by producing knowledge to benefit future patients
Patient/subject Motivation	Meet health care goals	1) Help society 2) Better treatment 3) Inducements to be subject (Money, free treatment etc.)
Clinician/Researcher Motivation	Help individual patients	Produce knowledge to help whole class of patients

Minimizing Harm – Data Safety Monitoring Plans

- A plan for monitoring risk and acting on harm
- Reporting adverse events to Research Ethics Committee
- Plan for suspending research if harm is pervasive
- Plan for suspending research and offering the intervention to all subjects if the intervention is proven to work well

Protection of Vulnerable Persons

- Children
- The Decisionally Impaired
 - Mentally Ill
 - Substance Abusers
 - Alzheimer's Disease
- Prisoners
- Emergency or Disaster care
- Minority Populations
- International Research

Referrals for problems discovered through research

- Plan ahead
 - If studying something like suicidal thinking be prepared for immediate intervention
- Set trigger score for any tests used
 - Depression scale
- Researcher must be qualified to assess and refer
- The referral must be practical for the individual

Issue of social utility & concern for individual's well-being

- The Tuskegee syphilis study (1932-1972) in African American men

The Tuskegee Syphilis Study

- In 1932, the United States Public Health Service (USPHS) initiated the Tuskegee Syphilis Study to document the *natural history of syphilis*.
- The subjects of the investigation were 399 poor black sharecroppers from Macon County, Alabama, with latent syphilis and 201 men without the disease who served as controls.
- The physicians conducting the Study deceived the men, telling them that they were being *treated* for "bad blood."

The Tuskegee Syphilis Study (cont'd)

- However, USPHS deliberately denied treatment to the men with syphilis and they went to extreme lengths to ensure that they would not receive therapy from any other sources.
- In exchange for their participation, the men received free meals, free medical examinations, and burial insurance.
- Published medical reports have estimated that between 28 and 100 men died as a result of their syphilis.

Justification for limited research involving deception

1. Incomplete disclosure is truly necessary to accomplish the goals of the research
 2. No undisclosed risks to subjects that are more than minimal
 3. An adequate plan for debriefing subjects, when appropriate, and for dissemination of research results to them
- (Belmont Report, 1978)

Declaration of Helsinki 2004 Article 30

- At the conclusion of the study, every patient entered into the study should be assured of access to the best proven prophylactic, diagnostic and therapeutic methods identified by the study

Issue of Informed consent, privacy, confidentiality & concern for individual's well-being

- You are a member of a research team that is developing a family history tool to assist in identification of individuals and families at increased risk of cardiovascular disease. The study involves taking family histories, establishing the DNA sequences of 250 different genes using microarray technology, and gathering data on a wide variety of environmental factors. The DNA samples will be stored in your institution's DNA biobank.

You designed the study so that participants would not receive individual results, and this was stated in the consent form. You have recruited 5000 research subjects and collected their family histories and environmental exposures. You also have complete sequence data on all 250 genes. You are now in the process of analyzing the data and identifying risk factors.

Suddenly you realize that you have found an extremely strong connection involving specific alleles of two different genes (named Strbk1 and Strbk2) plus an environmental exposure. When both alleles are present in an individual and that same individual is exposed to the environmental risk factor caffeine, the result is almost always a massive stroke (usually fatal) at a very young age. Further, you realize that there is a simple remedy (avoidance of caffeine) that is very likely to prevent stroke in these individuals.

- You would like to warn the mutation carriers, and you have maintained a secure database linking their contact information with study number. However, participants were told that they would not receive any individual results, and the possibility of re-contact was not mentioned.

To inform the participants or not?
If yes, How?

- While you are trying to decide what to do about the study results, you learn that researchers from another institution have requested access to the DNA samples for a different cardiovascular study. The consent form for your study said nothing about who has access to the DNA samples.

- For research involving the use of specimens or materials from a "data bank" (including discarded specimens), informed consent will not be required if all of the following conditions are met:
- (i) The organization in charge of the "data bank" agrees to the use of specimens in the "data bank" as proposed by the researcher;
- (ii) The organization withholds from the researcher all recorded information which allows the identification of the patients/subjects concerned;
- (iii) The specimens from the "data bank" will not be used for DNA work. (HK PolyU ethics guide, 2000)

International Research

- Local Approval
- Informed Consent
 - Enrollment and maintenance
- Community Impact
- Local Standard of Care
- Community Input
- Community Involvement

Special Ethical Consideration: Respect for Community

- Consider the effects of possible results on:
 - Community's self conception
 - Perceptions outside the community
 - Changes to health care delivery by implementing results
 - Potential problems implementing results
 - Effects on the entire community arising from individual participation

*From: ICNE (2003), *Nursing Ethics* 10(2), pg. 125-126.

今後の医療安全対策について

～行政の立場から～

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 室長 佐原 康之

平成11年に特定機能病院で患者取り違え事故が発生して社会問題となり、医療事故、医療安全に対する国民の関心が高まる契機となった。

厚生労働省においては、平成14年4月に医療安全対策検討会議が取りまとめた「医療安全推進総合対策」に基づき、医療機関内の安全管理体制の整備、医療安全支援センターの整備、ヒヤリ・ハット事例の収集等、医療安全対策の体制整備を図ってきた。平成16年10月からは（財）日本医療機能評価機構による事故等事案の収集事業が開始され、医療安全対策の大きな枠組みができてきた。

平成17年6月には、医療安全対策検討会議において、今後の医療安全対策に関する報告書が取りまとめられた。「医療安全推進総合対策」の考え方を尊重しつつ「医療の質の向上」という観点を一層重視し、これまでの対策の強化と新たな課題への対応について提言を行ったものである。その内容については、社会保障審議会医療部会において取りまとめられた「医療提供体制に関する意見」（平成17年12月）に盛り込まれ、医療安全の確保については、医療制度改革の柱のひとつとなっている。

医療制度改革においては、これまでの取組みに加え、安全管理体制の整備や院内感染制御体制の整備を全ての医療機関、助産所に義務付けるとともに、都道府県が設置する医療安全支援センターを制度化し、患者との話し合いが進むよう医療機関への助言を行うなどの体制の整備を図るこ

ととした。これらの施策を実施するため、平成18年6月に医療法等の改正法案が国会で可決成立した。この第5次改正医療法においては、第3章「医療の安全の確保」とし、第6条の9から12に、国の責務・病院等の管理者の責務・医療安全支援センター・情報の提供等が示された。これに伴い、平成19年3月30日付けで厚生労働省医政局長より都道府県知事に対して「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」の通知を行い、管下政令指定都市、保健所設置市、医療機関、関係団体等に対する周知を依頼した。この通知では第2項目に「医療の安全に関する事項」とし、項目毎に具体的内容を規定している。

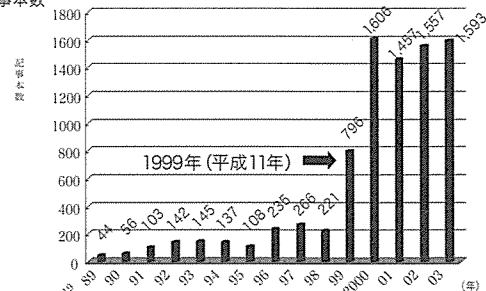
この他、個別施策の一つとして、医療の透明性を高め、医療の安全性の向上を目指して「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が平成17年度から開始されている。本事業においては、診療行為に関連した死亡を対象に、臨床医、法医、病理医による解剖やカルテなどの調査を実施し、死因究明及び再発防止策を総合的に検討し、評価結果を遺族、医療機関に報告している。今後、「モデル事業」の実施状況を踏まえながら、死因究明のあり方について、具体的な検討を進めていく予定である。

国民の医療への期待に応え、安全、安心で良質な医療を確保するため、医療安全対策に対し、学会会員各位をはじめ関係者のご理解とご協力をお願いしたい。

Key Words

1. アウトカム評価
2. ピア・レビュー
3. 看護職の関与・役割

全国紙5紙(朝日、読売、毎日、産経、日経)にみる医療過誤(ミス)をテーマにした記事本数



注1) 日経テレコン21(日本経済新聞社)による記事検索で、「医療過誤」、「医療ミス」を題材(見出し、本文、キーワード、分類語)にした記事本数(ダブリは除外)をカウントした。隔年に突如に起きた過誤(ミス)を調べたものではない。
 注2) メディカル朝日 平成16年3月号より引用
 注3) 記事本数=過誤+ミス+重復

厚生労働科学研究
医療事故の全国的発生頻度に関する研究班
(主任研究者：堺 秀人 神奈川県病院事業庁長)

調査期間 : 平成15年～平成17年
調査対象 : 特定機能病院等18病院
調査診療録数: 4,389冊 (入院)

有害事象の比率: 6.8% (297件)
(うち、予防可能性が低い又は困難な事例が76.8%)

報告義務医療機関 (H18. 12. 31現在)

特定機能病院
大学病院 (本院)
国立高度専門医療センター
国立ハンセン病療養所
国立病院機構の開設する病院 } 273病院

(参加登録申請医療機関 (300病院)
報告義務対象医療機関以外で参加を希望する医療機関は、必要事項の登録を経て参加することができる。)

医療機関数 及び 事故報告件数

	登録病院数 (H18. 12. 31現在)	平成18年事故報告件数	
		総数	死亡
合計	273	1,296	152

*平成18年12月31日現在の報告義務対象医療機関の病床数総計は147,836床である。

医療安全への厚労省の施策

2001年: 厚労省医療安全推進室 設置
2002年: 医療安全推進総合対策の策定
2003年: 厚労大臣医療事故対策緊急アピール
2004年: 医療事故情報収集等事業 開始

課 題

- ・1990年代まで、医療安全については語られず、医療事故の実態も不明。
- ・2000年以降、医療事故の実態が明らかに。
- ・しかし、我国の医療制度は、医療事故があることを前提に制度設計されていなかった。

2006年: 第5次医療法改正

医療安全について、初めて法律に明記

1. 委員会の設置
2. 指針の策定
3. 研修の実施
4. 院内事故報告・調査体制の整備

改正医療法

- ・第1章 総則
- ・第2章 医療に関する選択の支援等
- ・第3章 医療の安全の確保
- ・第4章 病院、診療所及び助産所
- ・第5章 医療提供体制の確保
- ・第6章 医療法人
- ・第7章 雑則
- ・第8章 罰則
- ・附則

Donabedian's Model と医療安全

1. Structure	・医療安全管理委員会の設置 ・医療安全管理者の配置 ・研修の実施
2. Process	・医療安全管理指針の策定 ・医療事故報告制度 (院内、公的)
3. Outcome	個々の医療事故の調査・評価

課 題

- 1990年代まで、医療安全については語られず、医療事故の実態も不明。
- 2000年以降、医療事故の実態が明らかに。
- しかし、我国の医療制度は、医療事故があることを前提に制度設計されていない。
- したがって、事故（過誤）の判断は、警察・司法が担ってきた。

事故の調査

- 航空機・鉄道事故
→ 航空・鉄道事故調査委員会
- 海難事故
→ 海難審判庁
- 食中毒
→ 保健所（都道府県知事）
- 医療事故
→ ???

日本医学会加盟 19学会の共同声明 (平成16年9月)

診療行為に関連して患者死亡が発生したすべての場合について、中立的専門機関に届出を行う制度を可及的速やかに確立すべきである。



原因究明・再発防止へ

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

TOP

- 事業概要
死亡原因、目的についてご紹介いたします。
- フローチャート
全体の流れについてご紹介いたします。
- モデル地域
モデルとなる地域の事例をご紹介します。
- リンク
関連ウェブサイトのご案内いたします。
- ダウンロード
関係資料もダウンロードできます。

当モデル事業では、診療行為に関連した死亡について、死因究明及び再発防止を目的として、中立的な立場で解剖、分析、検証します。



モデル事業の目的

1. 正確な死因の究明と再発防止策の検討、
2. 評価結果をご遺族へ説明し、医療の透明性の確保を図る。
3. 広く医療関係者に周知することで、医療の質と安全性の向上、

モデル事業の実施状況

【実施主体】 (社) 日本内科学会(他、37学会が協力)

【モデル地域】

平成17年 9月～東京都、愛知県、大阪府、兵庫県
平成18年 2月～茨城県
平成18年 3月～新潟県
平成18年10月～札幌市
平成19年 7月～福岡県

【実施状況(平成17年9月～平成19年7月1日現在)】
受付件数 55件

関係学会の協力体制

1. 日本医学会加盟の38学会が協力
2. モデル事業実施8地域で
3. 合計 2,109名の臨床医が登録
4. 日本病理学会・法医学会からも解剖担当医が登録

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

TOP

- 事業概要
死亡原因、目的についてご紹介いたします。
- フローチャート
全体の流れについてご紹介いたします。
- モデル地域
モデルとなる地域の事例をご紹介します。
- リンク
関連ウェブサイトのご案内いたします。
- ダウンロード
関係資料もダウンロードできます。

当モデル事業では、診療行為に関連した死亡について、死因究明

中立的第三者によるピア・レビューの試み



調整看護師

1. 各モデル地域の事務局に数名配置
2. 各事事故例について、基礎的な調査の実施
3. 遺族のケア、地域評価委員会との調整

2006年 衆議院厚生労働委員会決議

医療事故等の問題が生じた際に、医療行為について第三者的な立場による調査に基づく公正な判断と問題解決がいつでも得られるような仕組み等環境を整備する必要がある。

厚生労働省 試案

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」

2007年3月9日公表

4月20日までパブリックコメント募集

診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する検討会

- 医師、看護師、法律家、患者遺族等より構成
- 警察庁・法務省も参加
- 医療事故調査のあり方について、厚労省試案をたたき台に議論
- 本年4月から検討開始（これまで6回開催）

「モデル事業」と「第三者機関」

- 学会の独自の取り組みとしての「モデル事業」ではなく、
- 法律等に基づく「第三者機関」を制度化するか否かが論点

厚労省検討会での指摘

1. 純粋に医学的な観点からの原因究明のみを目的とするのではなく、
2. 再発防止を視野に入れ、要因分析をした上で、根本原因に遡った提言ができる組織とすべき。
3. 調査・評価の実施・人材育成にあたっては、医師だけでなく看護師等の役割も重要。

医療事故の当事者 (2006年)

職種	事故報告件数
医師	986
看護師	691
歯科医師	42
准看護師	32
薬剤師	14

(2006年 医療事故情報等収集事業報告より抜粋)

医療過誤による行政処分件数 過去5年間 (2002～2006年)

職種	件数
医師	57
看護師	45

診療行為に関連した 死亡の調査分析モデル事業

TOP

○事業概要

この事業は、自治体において、

モデル事業として、

実施されています。

○モデル地域

ある自治体において、

事業が実施されています。

○第三者機関

第三者機関として、

実施されています。

当モデル事業では、

モデル事業では、看護師・薬剤師が、参加しつづける。



第三者機関でも、看護界の積極的な関与が望まれる。

Key Words

1. 個別の事例に関するアウトカム評価の時代に
2. 第三者機関を通じたピア・レビューの仕組みの制度化も視野に、
3. 看護職の積極的な関与・役割を期待

◆シンポジウム1◆

医療の安全と安心の確保～医療事故防止の探求～

医療事故防止の課題

～患者側弁護士の立場から～

弁護士 鈴木 利 廣

1. 医療事故への公正な社会的対応のあり方

これまで医療事故に対する社会的対応は極めて不十分でした。

医療事故に限らずどの分野においても、人の生命健康に重大な影響を及ぼした事故が起きた場合、①事故の報告、原因究明、分析が行われ、それが②再発防止と③被害救済に反映されます。再発防止策は個別的対応としての加害者への行政処分と一般的対策としての日常的安全対策にも活かされることになります。

時には例外的に刑事捜査が開始され刑事責任追求につながることもあります。この刑事責任は加害者に対する応報・懲罰的側面と一般予防的側面をもっています。

以上を模式図にしたのが図1です。

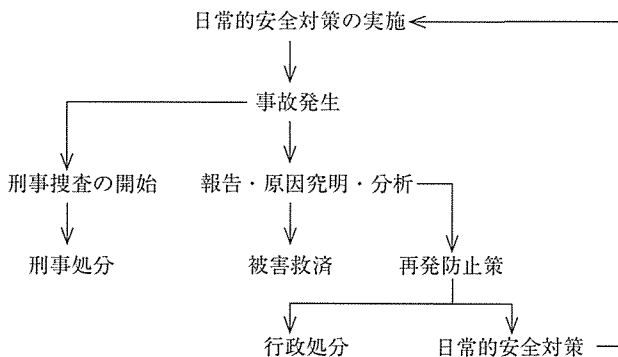


図1 医療事故への公正な社会的対応のあり方

ところが、医療事故分野では、これまで日常的な安全対策は個々の医療従事者に依存し、事故が発生しても、報告・原因究明・分析・再発防止策すら行われるシステムはありませんでした。

あるのは、民事訴訟による被害救済制度だけでした。例外的な刑事責任もほとんど追及されることはありませんでした。

1999年の2つの医療事故がきっかけとなって、社会的信頼性の高いと思われていた大病院でのヒューマンエラーによる患者死亡事故が報道に吹き出て、2001年以降本格的な制度改革が始まったのです。しかし、いまだ改革途中です。

2. 医療事故対策の基本的視点

私が考える医療事故防止のための基本的視点は、以下の3点です。

1) 組織のリスクマネジメント（損失防止）から患者の安全確保へ

リスクマネジメント（RM）は経済学的手法で、組織（会社）の経済的損失防止のためのリスク管理の考え方です。

医療事故対策をRMの考え方で実践すれば、起きた事故を病院の損失につなげない消極的対策になりがちです。例えば、起きた事故は表面化させず、責任追及に対しても徹底して争う姿勢が強まります。

医療事故対策の第1の基本は、患者の安全をいかに確保すべきか、という極めて当たり前の発想が必要なのです。米国でもその発想の転換は90年代後半のことでした。

2) 起きた事故への適切な対応

第2の基本は、起きた事故へ適切に対応するという事です。それは以下のことに配慮するという事です。

① 事案の徹底分析と再発防止へのフィードバック

これについてはすでに述べました。

② 被害者への誠実な対応

被害者に対する加害者の対応は、法的責任の有無にかかわらず誠実に対応することです。

これまで、医療従事者・医療機関では、医療事故被害者への対応の仕方についてRMの考え方しかなかったように思います。誠実に対応すべきとした本邦での最初の提言は、国立大学附属病院長会議「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）」（2001年）でした。

この点、東京都衛生局「医療事故・医事紛争予防マニュアル」（1998年）の不誠実な対応は社会的批判を受けて、2002年に改訂されました。

それではどのような対応が、被害者に誠実と伝わるのでしょうか。

それは医療事故被害者がどのような願いを持っているかを知って、対応することです。

医療事故被害者は以下のような願いを持っています。

a 原状回復のための医療保障

- b 原因究明、情報開示と説明責任
- c 責任があるなら、その明確化と謝罪
- d 再発防止策の実施と報告、検証
- e 一定の要件の下での金銭的補償・賠償

以上の要望に医療機関が誠実に対応していないと感じれば、被害者は刑事処分、行政処分、報道による批判等の社会的制裁を求めることになり、それがかなえられなければ、勝ち目の薄いとされている民事訴訟提起に追い込まれていくのです。

③ 社会的責任への適切な対応

専門家の社会的責任は極めて重要です。専門性と責任性は表裏一体のものと考えるべきです。とりわけ失敗した際の信頼回復は責任への対応によって左右されると思います。

責任は回避すべきものでなく、適切に対応すべきと考えるべきです。

3) 医療の質の改善

医療事故は医療の質にかかわる問題です。従って第3の基本は、医療の質の改善の一環として医療事故防止対策に取り組む必要があるということです。

そしてかかる対策においては、「To Err is Human」(人は誰でも間違える)を前提とした患者安全対策が必要です。

これまでは、「医療従事者は誤りを犯してはいけない」とされてきました。しかし、医療従事者も人間であるからこそ誤りを犯します。誤りが起きても患者に危害を及ぼさない安全対策こそが必要なのです。

3. 被害救済と事故防止策の関係

1) 損害賠償責任の考え方

損害賠償責任制度は過失責任主義の原則によって支えられています。過失の本質については悪しき結果の予見(予測)可能性を前提にした回避(防止)義務違反ととらえられています。

つまり、損害賠償責任は防止義務を怠ったことが責任原因とされているのです。従って医療事故訴訟は事故防止策を求めて提起されているととらえることもでき、また現に被害者たちがそう考えて行動することも少なくありません。

*なお、最高裁判所平成8年1月23日判決は責任基準について次のように述べています。「人の生命及び健康を管理すべき業務(医業)に従事する者は、その業務の性質に照らし、危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務を要求されるのであるが、具体的な個々の案件において、債務不履行又は不法行為をもって問われる医師の注意義務の基準となるべきものは、一般的には診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準であ

る。そして、この臨床医学の実践における医療水準は、全国一律に絶対的な基準として考えるべきものではなく、診療に当たった当該医師の専門分野、所属する診療機関の性格、その所在する地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮して決せられるべきものであるが、医療水準は、医師の注意義務の基準(規範)となるべきものであるから、平均的医師が現に行っている医療慣行とは必ずしも一致するものではなく、医師が医療慣行に従った医療行為を行ったからといって、医療水準に従った注意義務を尽くしたと直ちにいうことはできない。」

2) 患者家族参加型医療事故対策としてのインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセント(I・C)の核は医師の説明義務にあり、それは危険情報についての患者家族との共有化にあります。

最高裁判所判決にみる説明義務の範囲は、医療行為実施に際し、①診断(病名、病状)②医療行為の内容と予後③危険性④他の選択肢の内容と利害得失⑤実施しない場合の予後、ですが、③危険性の情報提供が重要とされてきました。

現代医療は個々の診療に潜む危険を医師や医療従事者だけで管理することは困難です。ですからシステムが必要ですが、そのシステムの中に患者家族の参加も求めるべきと考えます。

例えば、誤投薬は医療従事者のダブルチェック(複眼)や機械(バーコード)などで防止しようと考えられてきましたが、最後の制止者は患者家族なのです。患者家族が薬物療法の処方計画を正しく理解していれば防げる誤投薬も少なくないでしょう。

また、外来患者や退院患者が在宅で発症する危険については、患者家族が正しい情報を知らなければ管理できないことになります。

*退院時の療養指導についての最高裁判所平成7年5月30日判決(新生児核黄疸事件)は、「産婦人科の専門医である被上告人としては、退院させることによって自らは上告人夏子の黄疸を観察することができなくなるのであるから、上告人夏子を退院させるに当たって、これを看護する上告人花子らに対し、黄疸が増強することがあり得ること、及び黄疸が増強して哺乳力の減退などの症状が現れたときは重篤な疾患に至る危険があることを説明し、黄疸症状を含む全身状態の観察に注意を払い、黄疸の増強や哺乳力の減退などの症状が現れたときは速やかに診察を受けるよう指導すべき注意義務を負っていたというべきところ、被上告人は、上告人夏子の黄疸について特段の言及もしないまま、何か変わったことがあれば医師の診察を受けるようにとの一般的な注意を与えた

みで退院させているのであって、かかる被上告人の措置は、不適切なものであったというほかはない。」と述べています。

4. 刑事責任論と事故防止

刑事責任の制度趣旨は、刑罰権の発動による懲罰、応報、再教育であり、犯罪抑止のための最終手段とされています。

本邦最古の医療過誤刑事判決は、1907年（明治40年）東京区裁判所の無罪判決（事案は子宮内反症による死亡）です。有罪判決は1930年（昭和5年）福島地方裁判所のもの、鉗子分娩による子宮破裂事案で、脱出した小腸を臍帯と誤認して切断したために死亡した事案です（罰金400円）。

医療事故の刑事責任について、どのように考えるべきでしょうか。

1) 最近の事案（05年秋～07年春の1年半）

最近の事案は以下のような状況です。

① 駿河台日大病院酸素チューブ接続ミス死事件（05.10）について、捜索押収（05.10.27）

② 埼玉医大病院抗がん剤過量投与死亡事件（00.10）について、最高裁上告棄却決定で有罪確定（05.11.15）

③ 東京女子医大病院人工心肺死亡事件（01.3）について、東京地裁で無罪判決（05.11.30）

④ 京都・宇治川病院誤投薬事件（01.1）について、大阪高裁で禁錮10月の実刑判決（06.2.2）

⑤ 横浜市立脳血管医療センター脳内視鏡手術事件（03）について、捜索押収（06.3.9）

⑥ 福島県立病院帝王切開出血死事件（04.12）について、逮捕・捜索押収（06.2.18）及び起訴（06.3.10）

⑦ 杏林大病院割り箸刺入死事件（99.7）について、東京地裁で無罪判決（06.3.28）

⑧ 川崎協同病院治療中止殺人事件（98.11）についての東京高裁で有罪判決（07.2.28）

⑨ 慈恵医大青戸病院腹腔鏡事件（02.11）について、東京地裁（06.6.15）、東京高裁（07.6.5）で有罪判決

⑩ 横浜市立大学病院患者とりちがえ事件（99.1）について、最高裁上告棄却決定で有罪確定（07.3.26）

2) 処罰範囲

処罰範囲については、次の2つの無罪判決が平均的医師の能力を基準とすると述べています。

*①東京高裁判決昭和53年11月15日（フォルクマン阻血性拘縮事案無罪判決）「平均的整形外科医としてとるべき医療手段を怠ったとはいえない」②東京地裁判決平成

13年3月28日（いわゆる薬害エイズ帝京大病院事件無罪判決）は「刑事責任が認められるのは、通常の血友病専門医が本件当時の被告人の立場に置かれれば、およそそのような判断はしないはずであるのに、利益に比して危険の大きい医療行為を選択してしまったような場合であると考えられる。」

3) 管理責任者の立場の医師への刑事責任

近年の刑事判決は、管理責任者の立場の医師の責任にも拡大し始めています。

例えば、最高裁判所平成17年11月15日判決（埼玉医大病院事件判決）では、科長（教授）に、抗癌剤療法について自ら調査検討して主治医の投与計画を是正し、副作用の報告を指示すべき注意義務を怠ったとして、禁錮1年、執行猶予3年の判決が確定しました。

4) まとめ

ロバート・レフラー氏は、「アメリカでは医療の質をコントロールするうえで民事上の医療過誤訴訟と病院の評価認定手続きが中心的役割を果たし、同僚審査も比較的確立しているので、病院の評価認定手続きや医療の質の向上を目的として収集された病院内の情報をいかに原告弁護士の手から守るかが、主として議論の中心となってきた。これに対し、日本では、民事訴訟や病院認定手続きなどによる病院への圧力がはるかに小さく、医療の結果について客観的なデータもなく、さらに同僚審査や専門家集団としての自律的懲戒システムも弱いため、医療界の透明性を高めるための手段として刑事法がますます社会的に重要な役割を果たすようになっている。そこで病院側が刑事訴追への危機によって病院自体の自己検証実施をためらう結果にならないかが、議論の中心となっている。」（医療事故に対する日米対応、判例タイムズ1133-27、2003年）と述べています。

また、松尾邦弘検事総長は、「医療事故については、専門家が再発防止の観点から原因を調査する仕組みを作り、その上で、刑事責任追及が必要なケースを捜査対象にすることを検討すべきだろう。」（06.5.30 読売新聞インタビュー記事）と述べています。

1999年以降、刑事処罰の最終手段性が発揮されて、厚生省、文科省を中心に医療界の改革が始まったわけです。

冒頭で述べたあるべき社会的対応がないがために、刑事責任追及が行われたと言っても過言ではありません。医療界を中心としたピアレビューが制度化し、再発防止や被害者対応の充実により刑事処罰は後退すべきであると考えています。

医療の現場で必要とされるもの

～医療安全管理専門員の立場から～

岩手県立大船渡病院 医療安全管理専門員 川 原 玲 子

岩手県立大船渡病院の医療安全管理専門員を、務めております川原でございます。本日はこのような機会を与えていただき、ありがとうございます。

専従の医療安全管理専門員となり2年目に入りました。

新聞やテレビでは連日のように、医療事故報道がクローズアップされております。

安全で質の高い医療を提供する事は社会の強い要請であり、安全確保への取組みは 病院の運営上からも最重要項目になっています。

また医療を受ける側にとっても安全と安心の確保は最も重要なことです。

今、医療現場で必要なものは何か、日々の活動から感じていることを報告いたし、皆様と共に考える場に出来たらと思っておりますので、宜しくお願いいたします。

はじめに、岩手県立病院の医療安全体制についてご紹介いたします。

岩手県は、神奈川、東京、千葉、埼玉を合わせた面積よりも広く、全国で北海道に次ぐ広さです。

昭和初期、広い県土の厳しい医療情勢を解決するべく、先人たちは共同の医療施設を、県内各地に開設しました。

この背景から県営医療は昭和25年11月に発足しました。

県立病院の総括は岩手県医療局（以下医療局）が行っています。

医療局は、先人たちが掲げた「県下にあまねく医療の均てんを」を『岩手県立病院の基本理念』としています。

県民が等しく医療の恩恵を受けられるように、医療環境の整備に努めてまいりました。

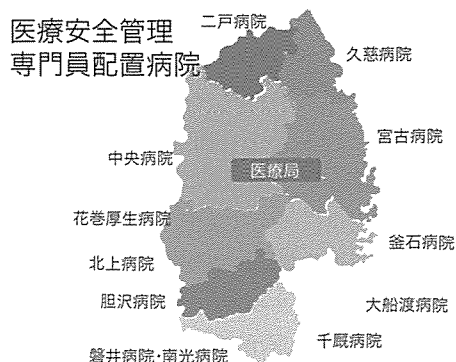
現在、医療局は全国の都道府県立病院の中で、最も多い23病院4地域医療センターを展開しています。

全体は9つの保健医療圏域からなっています。

県立病院の医療安全対策は、『岩手県医療局医療安全対策指針』に基づき病院毎に取り組まれています。

しかし、急速な医療環境の変化の中、更なる医療安全の充実に向けて、平成18年に広域基幹病院及び臨床研修指定病院の11病院に医療安全管理室が設置され、専従の医療安全管理専門員が配置されました。

19年度には新たに精神科病院も加わり、12病院に医療安



全管理専門員が配置されています。

医療局では医療安全管理専門員の業務を、インシデントレポートの収集、分析や改善策の検討・及び医療安全研修の企画立案・医療安全に関する委員会の運営等、安全管理体制を行うための中心的な役割としています。

専門委員会は月1回定例会議を行います。

会議では基準の作成、インシデントの評価基準の確認や対応策など、現状の問題点を検討し共有の場としています。

以前は各々の病院内のものであった医療機器の不備や、安全器具の不具合などの情報についても、病院間で共有できるようになりました。このことは自施設での確認や点検の強化につながっています。

又医療局開催の職員研修では、“医療安全”についての講師を務めています。

この講義は現場に根ざした内容で解りやすいとの評価をいただいています。

次に大船渡病院の医療安全対策について報告をします。

大船渡病院は、気仙保健医療圏の広域基幹病院として救命救急医療を担うほか、圏域内の他の県立病院への診療応援・業務応援などの地域医療支援を行っています。

主な医療安全活動については、次のとおりです。

1. 医療安全に関する各種マニュアル及び基準の作成、見直し
2. インシデントレポートの収集・分析予防策の検討
3. アクシデントに関する調査
4. 医療安全に関する研修の企画・立案・実施

5. 医療安全情報の収集と広報活動
6. 医療安全パトロール：隔月
7. 圏域病院の安全活動

岩手県立大船渡病院概要

- 病床数 479床
- 広域基幹病院
- 臨床研修医指定病院
- 病院機能評価 Ver5（平成18年度取得）
- 看護配置 10対1 入院基本料
- 常勤職員数 483名（常勤医46名・看護職員293名）

先進的な医療安全活動を展開している施設の活動成果を、学会や文献から学び、当院に即した効果的な方法を模索しながら医療安全に関する業務を行ってきました。

当病院の安全管理体制は医療安全管理委員会の下部組織として、セーフティマネジメント部会が設置されています。部会は各職種から選出されたセーフティマネジャーで、構成されており、各部署の安全活動の中心的な役割を果たしています。

セーフティマネジャーとしての自覚を深め、患者様及びスタッフの誰が見ても分かるように、左肩にワッペンをつけて活動しています。

職種別インシデント報告件数について、述べたいと思います。

日本医療機能評価機構『医療事故情報収集等事業第8回報告書』の資料では、インシデント報告者の看護師の占める割合が75.7%でした。当院の平成18年度の職種別インシデント報告数でも、90%が看護科から提出されています。

インシデントは思いがけない出来事で、適切な処置がなされないと事故になる可能性のある事象です。24時間患者様に接している看護師が、インシデントに遭遇する場面が最も多い職種であることは、私たちが身を持って体験しています。

多くのインシデント報告が提出される背景には、看護科が医療専門職の中で最も組織化された職業集団であり、危機管理教育がなされていること、報告体制が確立されていることにあります。

ここで医療事故について、述べます。

7月に機能評価機構医療事故情報収集等事業の平成18年度年報が公表されました。

医療事故分類を見てみると、事故の内容は治療処置が34%療養上の世話が26.8%を占めています。事故の当事者は医師が52.5%、次に看護師が37.9%と多くなっています。このことは、直接患者側に医療を提供する役割を担っている医師や看護師が、事故の当事者になる確率が高いことを

示しています。

ヒヤリハット発生要因では、日本医療機能評価機構『医療事故情報収集等事業第8回報告書』によると、確認・心理的状況・患者・家族への説明・スタッフ間の連携不足等のヒューマンエラーが、全体の60%を占めています。

医療局では4半期毎に、インシデントレポート集計を報告しています。

当院の18年度のインシデント発生要因は、医療局とほぼ同様の結果でした。

不注意・思い込み、スタッフ間の意志疎通・連絡不十分、患者への説明・指導不十分などのヒューマンエラーが全体の53%を占めています。

インシデント内容では、離床センサーのスイッチ入れ忘れ・輸液ポンプの開始のスイッチ押し忘れ・時間流量の設定間違え・確認手順の不履行などが報告されています。

安全を考慮してシステムが改善され、機器が導入されても、介在する医療者が人間である限り、ヒューマンエラーは後を絶ちません。

医療分野での“思い込み”“不注意”“連携不足”は、全てにおいて深刻な有害事象を引き起こす可能性を持っています。このことを私たち医療する側は、十分理解しているはずですが、一方患者側の視点に立つと、一つ一つの行為に対して、専門職である医療従事者に期待するところは大きく、“思い込み”“不注意”“連携不足”などは、考えられないことです。

昨年の事例です。

脳血管障害があり、寝たきりで意思疎通が困難な患者様でした。在宅で長女が献身的にケアをしていた方でした。

入院後、まもなく処置中に骨折をしてしまいました。骨折を疑った時点で撮影したレントゲン写真は、骨粗鬆が非常に進んだ状態で、レントゲン写真を見た何人かの医師は「これでは少しのことで骨折しても仕方が無い。」と言います。

骨折に関与したと思われる部署でも「自分たちは、普通の対応をした。」と話しました。長女は「母の骨がもろいのは知っていた。しかし専門の人たちがいる病院では、そのことを解っていると思っていた。自分の家で骨折するなら仕方ないが、病院で骨折するなんて納得がいかない。」と話されました。

骨折の原因を作ったと思われる部署のスタッフへの怒りは、直接ケアをする看護師にも向けられました。担当の病棟師長は悩みながらも、あくまで患者さん本位の姿勢を崩さず、主治医と整形外科医の病状説明の場を必要に応じセッティングをしたり、ケアを統一するなどの対応をしました。

私は自分の立場を伝え、長女の話しを傾聴し、意思の確

認を行いました。計4回の面接を行いました。回を重ねるうちに「看護師さんは一生懸命世話をしてくれている。疲れないうくらい気を使ってくれている。私のほうも皆さんが知っているものと思い込まずに、骨がもろいと言うことを看護師さんへ情報提供すべきだった。」と話されました。

病院では、多くの専門職が一人の患者に接しています。今回の事例は骨粗鬆症という情報が医療者間及び家族と医療者間で共有できなかった例です。

今まで、他部署と医療事故に対して話し合う機会がありませんでした。

インシデント報告から、事故防止に必要なものは、危機管理意識の向上と、職種を越えた情報交換及びコミュニケーション技術であることがうかがえます。更に患者側と医療側の感覚の食い違いは、アクシデントや深刻なクレームへと発展する可能性を秘めています。

経験や技術には個人差があり、個人のリスク感性やコミュニケーションスキルを高めるためには、学習や訓練が必要です。

そこで、当院で起きたインシデント事例・クレーム事例を題材にコミュニケーションをテーマとした研修会を開催しました。

多くの参加者を得るために、多職種が声優となり院内のインシデントをマンガにして上映し、参加者間で意見交換をすることで適切な対応を考えました。

「もし、私が患者さんだったならこのように思う。こうしたら良かったのではないか。」「自分の部署でもあり得る事例であり、考えさせられた。自分の部署でも共有できる。」などの意見が出されました。また、多くの部門で意見交換することで、職種を超えた情報交換とリスクの共有ができたこと好評でした。この研修はシリーズ化を考え、今年度の予定にも組み込んでいます。研修会に参加できなかった職員には、担当部署のセーフティマネジャーが伝達講習を行っています。

今年度第1回目の医療安全研修は、専門職の代表によるシンポジウムを行いました。

テーマは「知ってください。私たちのリスク」として、医師が座長を務め、薬剤科、放射線科、臨床検査科、看護科から、それぞれの部署で抱えているリスクを発表しまし

た。実施後のアンケートでは、他部門のインシデントを聞くことができよかった・他職種の要望にも応えられるように努力したい・お互いの立場を理解し、連携していくことの重要性を学んだ・との意見が出ました。

医療組織は言うまでも無く、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師など、多職種の専門職によって構成されています。多職種の複数のスタッフが協働して患者の治療を行っている集団です。

しかし目的は同じですが、医師は治療結果を重視し、看護師は看護過程を重視します。技術を提供する職種は、より正確で確実なデータの提出を重視します。これらのことが1つの事象に対しての考え方に職種間の違いが出てくる要因と考えます。

先日出勤伝達講習で、ある部署の職員から、「お知らせが入っていても、自分たちが参加していいものかどうか。関係ないのではと思った。」と言われました。

このような部署間の意識差を縮小していくことが、課題のひとつと考えます。

飯田・飯塚・棟近監修の“医療の質用語辞典”によると、多職種が共同しやすい職場風土は、合同の研修会や勉強会などの機会を増やすことによって醸成される。

多職種が互いの発想や考え方を共有し問題解決に向けて協力する中から、多くの理解が生まれ、望ましいチーム医療を達成できる基礎を作ることができると述べています。

人が介在する医療の現場からヒューマンエラーをなくすることは困難です。でも防ぐことはできます。それには医療スタッフ個々が職種を越えた相互理解のもとに、エラーの防御壁にならなければいけないという意識を持ち続けることが必要です。

それには、職種横断的な医療安全教育を行い、問題意識の共有、医療事故防止の共有等を図らなければなりません。特に、いくつもの防御をすり抜けて最後の当事者になる看護師は、各職種にむけて問題提起し、現場を理解してもらえるようにアピールすることが必要です。

そして、エラーを、誰かが発見・指摘し修正できるような職場風土を作ることが大切と考えます。

文 献

- 1) 飯田修平・飯塚悦功・棟近雅彦監修：医療の質用語辞典

◆シンポジウム1◆

医療の安全と安心の確保～医療事故防止の探求～

看護教育の立場より

名古屋大学 山内 豊明

教育場面と実践場面との違い

現実には何が行われているのかを考えると、一つ一つは簡単なことでありながら、問題は同時進行がなされていることに起因することが少なくない。いわゆる多重課題ということであるが、これを実践経験が乏しい学生にも分かる例でまずは伝えるような試みが必要であると思われる。

“基礎力”として何が必要か

「あまりにも簡単なことすらできない」とよく言われるが、まずはそれは本当に「簡単な」ことなのであるのかについて検討すべきであろう。

たとえば加減乗除や簡単な比例計算のような場合には必ず出来なければならないものであり、米国ではこれらが『満点』でないと実習に参加することができないのである。このような確実に出来なければならないものについては、ある程度の繰り返し訓練を行い克服すべきであろう。

しかしそのタスクは実は多重課題になっていないであろうか。そうであるならば繰り返しの訓練だけでは解決には結びつかず、「どう段取りするのか」といったある意味でのマネジメント力の養成も必要となろう。

またそれは一人でできることなのか、あるいはシステムの問題かも関与してこよう。システムの問題となれば、個人の力量の強化だけでは解決しない問題であろう。

であるから教育にあたってはまず、何をを目指すのか、それはどの範囲の課題なのかという整理と確認が不可欠であり、これをはっきりさせないままではどこに進むかが分からないので、何をやっても徒労に終わりがかねない。

『事実』を把握する力の育成

報道記事の基本は5W1Hと言われる。しかしこのうちWHYは考察である。このWHYを当事者に求めることは、事故報告書としては問題であろう。『なぜ』は当事者に求めないことが報告書の基本であり、何故を求めることは反省文を書かせることに繋がりがかねず、犯人探しといった誤った方向に進めかねない。

事故等の報告書で大切なことは「いつ」「どこで」「(誰が)」「何が」「どうなった」という事実確認であり、必ずしも「誰が、どうした」ではない、ということをは肝に銘じたい。

しかるに各自の運用能力を向上させるには、まずは何が

「事実」であり、何は「考えたこと」なのかを区別することが基本中の基本であると考ええる。よってまずは素材となる事実の把握が出来なければ始まらない。つまり肝心なことは事実を把握できる力であるが、その事実を共有できる力も不可欠であろう。

素材としての事実が把握できたとしても、それだけでは活用できない。活用できる、すなわちアセスメントが出来るというためには、事実の存在を認識し、それを吟味でき、その結果を表出できる必要がある。つまり一個人の内的な世界での「納得」で終わらせてはならない。言い換えれば「分かったこと」を他者と共有できて初めて「使える」ことになるのである。

したがって把握した事実を整理し伝える言語的能力が鍵となる。思考は言語的操作ができるからこそ成り立つものであり、論理的に考えるとは、感じるということと本質的に異なるものである。

経験豊かになれば一々考えずに「ピンとくる」ようになるであろうが、それはきちんと考えることが出来たことの積み重ねの賜物である。感じることには再現性や安定性は必ずしも保証されない。

基礎教育の目標としては「勘の働く」ことよりも確実性を担保できることを求めるべきであると考ええる。そのためにも論理的思考を行えるための基礎を固めることこそが入門教育の使命と考える。

『リスク』と『クライシス』との区別

リスクとクライシスは別の概念である。このことについての考え方の整理・整頓を促すことも必要であろう。それによってリスクゼロ神話から解放してやらねばなるまい。

そのことは、いつも正直に、特にクライシス時には「事柄」は振り返るが「個人」を責めて片付けない、という根本原則を徹底して身につけさせるべきであろう。

ただ必ずしも実践経験が十分ではない学生に分からせるには、学生自らがイメージできる事柄で例示してやることも必要であろう。

一例として『「雨が降りそうな時にどうします？」をリスク管理とし、「突然雨が降ってきたらどうします？」というものがクライシス・マネジメントである』のように示すことも教育上有効な方法であると考ええる。

“基礎力”として何が必要か

- 『あまりにも簡単なことすらできない』??
 - それは本当に『簡単な』ことなのか?
 - これはある程度の（繰り返し）訓練を
 - 多重課題になっていないのか?
 - どう「段取り」するのか
 - 個人でできることなのか
 - システムの問題か

必ず出来なければならない例

- 四則演算：加減乗除
 - 簡単な比例計算
 - 1グラムの薬が5ml溶液になっている時、その薬が0.8グラム必要な場合に溶液として何ml必要か？
- これが『満点』でないと米国では実習にできない

『事実』を把握する

- 5W1H – why = 4W1H
 - いつ
 - どこで
 - （誰が）
 - 何が
 - どうなった

（必ずしも「誰が、どうした」ではない！）
- 『なぜ』は当事者に求めない

『事実』を共有する

- 「アセスメントができる」ということ
 - 認識する
 - 吟味する
 - 表出する
- 「分かった」「納得した」で終わらない
- 「共有した」で初めて成り立つ

『リスク』と『クライシス』

- 概念や考え方の整理・整頓
- リスクゼロ神話からの解放
- いつも正直に
 - 特にクライシス時には
- 『事柄』は振り返るが『個人』を責めて片付けない

学生に分からせるには

- 学生の経験や知識で了解可能な例で
 - 「雨が降りそうな時にどうします？」
 - リスク管理
 - 「突然雨が降ってきたらどうします？」
 - クライシス・マネージメント

妊産褥婦の気分と対児感情との関連および「怒り－敵意」に関する要因

Correlation of Moods and Feeling for a Child in Pregnant and Parturient Woman,
and the Influence Factor for “Anger-Hostility”

武 田 江里子¹⁾

Eriko Takeda

田 村 一 代²⁾

Kazuyo Tamura

キーワード：妊産褥婦，気分，対児感情，怒り－敵意

Key Words：pregnant and parturient woman, profile of mood states, the feeling for a child, anger-hostility

I. はじめに

2006年6月に厚生労働省から発表された合計特殊出生率1.25にみられるように、年々少子化は進んでいる。女性は子どもを産まなくなり、また産んでも育てる過程において様々な困難感を訴えている。それに伴い、青少年の犯罪の増加や母親の子どもへの虐待のニュースを耳にすることが多くなっている。虐待件数は統計を取り始めた平成2年度を1とした場合平成16年度にはその約30倍と年々増加しており、主たる虐待者は実母が62.4%と最も多くなっている¹⁾。その背景に養育環境や母親を主とする人間関係の問題がとりざたされている。

子どもの人格形成は母親のみの問題ではないが、子どもにとって母親との関係は、胎生期を含めて最初の人間関係であることは否めない事実である。ロビン・カー²⁾は胎生期～生後24ヶ月で人間の気質は決まってくると述べており、齋藤³⁾はその気質に社会的な学習、つまり親との愛着関係が加わり人格ができると述べている。吉田⁴⁾も「妊娠・出産期の家族の情緒的な出会いの中で、まずその始まりでありかつ中心となるのは、やはり母親と乳児の出会いであろう」と母親と子どもの関係の重要性を述べている。母親の気分や感情は子どもの心身の成長発達に影響をもたらすことは多く指摘されている^{5)～7)}。母親が子どもを「可愛い」と思い育てることは、母子関係により影響をもたらし、良好な母子関係は子どもの成長発達に良い影響をもたらすと言える。

しかし、妊娠中および出産後は、メンタルヘル스에障害をきたすリスクの高い時期であり、その妊娠中から母親の子どもへの愛着形成は始まっており、妊娠期からの関わり的重要性が指摘されている⁸⁾。つまり、母親が妊娠期をどのような気分でも過ごすことができたのか、どのような気分が子どもへの感情にどのように影響しているのか、その妊

娠期の気分は産後にどのように影響しているのかを知ることは、その期間に接する医療従事者にとって重要な情報となる。

先行研究では、妊娠期から産後の気分は相関していることが報告されており^{9)～10)}、初産・経産、職業の有無および母乳とも関係していることが明らかにされている。対児感情については、妊娠期・産後それぞれに影響する要因が分析されているが、初産・経産による影響については研究者によりまちまちの見解であった^{11)～13)}。このことは、ひとつの要因だけの影響ではなく、幾つかの要因が複雑に絡み合っていることを示している。今回の研究では、様々な影響要因の結果として表出される「母親の気分」に着目し、その気分と子どもへの感情の関係を中心に分析し、特に「怒り、憎しみ、敵意」は、母性感の障害の主要因のひとつとされている¹⁴⁾ことから、「怒り－敵意」については時期別に影響要因を探ることとした。

II. 研究目的

妊産褥婦の気分が子どもへの感情にどのように影響しているのかを明らかにする。

1. 対児感情および気分の経時的変化と、各時期間の対児感情の関連を明らかにする。
2. 対児感情と気分の関連、特に妊娠末期の気分は妊娠末期から産後の対児感情に影響しているのかを明らかにする。
3. 「怒り－敵意」の各時期間の関連と対児感情との関連および影響要因を明らかにする。

<用語の操作的定義>

本稿で用いる「子どもに対する感情」は花沢氏の開発した対児感情尺度の接近得点を肯定的感情、回避得点および拮抗指数を否定的感情として表し、「妊産褥婦の気分」は

1) 山梨大学大学院医学工学総合教育部博士課程 Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi

2) 大草レディスクリニック Okusa Lady's Clinic

日本版POMS (Profile of mood states) による6領域の気分
で表す。その中に「怒り－敵意」という領域が含まれている。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

「関連検証研究」 自己記入式質問票による調査研究

2. 調査対象

2つの産婦人科クリニックにおいて、妊娠末期の時点で
正常に経過し同意の得られた妊婦70名を対象として、産褥
早期 (入院中)、産褥1ヶ月まで追跡した。

3. 調査期間

2005年6月から9月。

4. 調査方法

妊娠末期 (36週以降)、産褥早期 (入院中もしくは退院
直後)、産褥1ヶ月健診の3回の時期に、同じ対象者に以
下の3つの質問紙による調査を行った。

①属性及び妊娠・分娩・産褥に関する事項 (3つの時期
でそれぞれ異なる質問紙)

②対児感情 (3つの時期共通)

③日本版POMS (3つの時期共通)

1) 外来通院時に書面及び口頭にて説明し、同意の得られ
た妊婦による自己記入式調査。

この時に、入院中及び産褥1ヶ月健診時にも同様に調査
させていただくことの下承を得る。受診時に記入できな
かった妊婦については帰宅後記入し郵送してもらう。

2) 産後入院中の褥婦による自己記入式調査。

入院中に記入できなかった褥婦については、退院直後に
郵送してもらう。

3) 産褥1ヶ月健診受診の褥婦による自己記入式調査。

健診時に記入できなかった褥婦については、帰宅後郵送
してもらう。

5. 調査内容

①属性及び妊娠・分娩・産褥に関する事項 (妊娠末期)
年齢、仕事の有無、核家族か否か、出産経験。(入院中)
出産満足、児の体重、児への栄養方法、母乳への思い。(産
褥1ヶ月) 健診で注意を受けたか否か、里帰りの有無、児
への栄養方法、母乳への思い、出産体験の良し悪し。

②各時期のストレスの有無と内容: 各時期のストレス内
容については表8参照。

③対児感情: 愛着的感情をみる接近項目14項目、否定的
感情をみる回避項目14項目の計28項目で構成されている。
項目は「そんなことはない」「少しそのとおり」「そのとおり」
「非常にそのとおり」の4件法で評定される。0～3点の
それぞれの合計点で表す。また拮抗指数として、(回避得
点/接近得点×100) を算出した。これは、個人の中の「可
愛いと思う反面、わずらわしく感じる」などのアンビバレ

ントな感情を表す。

④ 日本版POMS: 「緊張－不安」「抑うつ－落込み」「怒
り－敵意」「活気」「疲労」「混乱」の6つの領域から構成
されている。この6つの領域でストレス反応の結果起こる
すべての情動を網羅していると言われている。質問紙は、
気分・感情を表す65項目の言葉が提示されており、項目ご
とに、その項目が表す気分や感情が過去1週間位の間に「全
くなかった」(0点) から「非常に多くあった」(4点) の
5段階のいずれかを選択するようになっている。各領域で
合計点を算出する (65項目中7項目のダミー項目が含まれ
ている)。各得点から標準化得点 $[T \text{ 得点} = 50 + 10 \times (\text{素得点} - \text{平均値}) / \text{標準偏差}]$ を求め、その求めた得点を用
いる。

6. 分析方法

データの統計学的処理は、統計ソフトSPSS (12.0J) を
用いて行った。気分と対児感情の関連についてはピアソン
相関係数を用い、カテゴリーデータである項目と気分およ
び対児感情の関係については相関比イータを用いた。3つ
時期での比較については反復測定一元配置分散分析を用
い、各時期の対児感情に影響する気分を重回帰にて分析し
た。

7. 倫理的配慮

対象者には、以下を明記した依頼文によって同意を得た。
また依頼先のクリニックの管理者・責任者には目的・方法
を説明し同意を得た上で実施した。

①研究協力で得られたデータは研究目的以外の目的で使
用されることはない。

②得られた情報は個人を特定できないよう処理され、プ
ライバシーは保護される。

③調査協力に拒否されても、一切不利益は被らない。調
査途中においても同様である。

④守秘義務については保証する。

調査用紙の回収にあたっては、封筒及び回収箱を準備し、
他人に見えないよう配慮した。

Ⅳ. 結 果

調査票の配布70名、妊娠末期では69名より回収 (回収率
98%, 全て有効回答)、産褥早期 (入院中) では68名より
回収 (回収率97%, うち有効回答67名)、産褥1ヶ月健診
時では66名より回収 (回収率94%, うち有効回答65名) で
あった。

以後、妊娠末期については「妊娠末期」、産褥早期 (入院中)
については「入院中」、産褥1ヶ月健診時については「産
褥1ヶ月」と表示する。

1. 対象の背景

1) 妊娠末期の調査内容の結果を表1に示した。

家族構成では「核家族」が、仕事では「仕事あり・またはあった」が、流産経験では「経験なし」の人が多い傾向にあった。

2) 入院中の調査内容の結果を表2に示した。

表1 初回調査における対象の属性 n = 69

年齢	30歳未満	33 (47.8)
	30歳以上	36 (52.2)
家族構成	核家族	52 (75.4)
	その他同居人あり	17 (24.6)
仕事	仕事なし	26 (37.3)
	仕事あり・またはあった	43 (62.7)
妊娠歴	初妊婦	35 (50.7)
	経妊婦	34 (49.3)
流産経験	経験あり	10 (14.5)
	経験なし	59 (85.5)
出産歴	初産婦	42 (60.9)
	経産婦	27 (39.1)

人数 (%)

表2 入院中の背景 n = 67

出産満足	満足	63 (94.0)
	不満足・その他	4 (6.0)
児への栄養方法	母乳のみ	10 (14.9)
	混合またはミルク	57 (85.1)
母乳への思い	絶対に母乳で	4 (6.0)
	できれば母乳で	63 (94.0)

人数 (%)

表3 産褥1ヶ月の背景 n = 65

健診時の注意	注意受けた	8 (12.3)
	注意なし	57 (87.7)
里帰り	した	37 (56.9)
	しなかった	28 (43.1)
児への栄養方法	母乳のみ	16 (24.6)
	混合またはミルク	49 (75.4)
母乳への思い	絶対母乳で	3 (4.6)
	できれば母乳で	62 (95.4)
出産のわだかまり	わだかまりあり	9 (13.8)
	わだかまりなし	56 (86.2)
出産体験	良い体験	57 (87.7)
	良くない体験	8 (12.3)

人数 (%)

出産満足では「満足」が、児への栄養方法では「混合またはミルク」が、母乳への思いでは「できれば母乳で」の人が多い傾向にあった。

3) 産褥1ヶ月の調査内容の結果を表3に示した。

健診時の注意では「注意なし」が、児への栄養方法では「混合またはミルク」が、母乳への思いでは「できれば母乳で」が、出産のわだかまりでは「わだかまりなし」が、出産体験では「良い体験」の人が多い傾向にあった。

2. 対児感情の経時的変化と各時期間の関連

3つの時期では入院中が接近得点が最も高く、回避得点・拮抗指数が最も低く推移した(図1)。3つの時期間で比較すると、接近得点においては反復測定一元配置分散分析で有意な差($p=0.013$)がみられたが、回避得点、拮抗指数においては3つの時期間では有意差はみられなかった。各時期間での相関をみると、接近得点においては妊娠末期と入院中が $r=0.525^{**}$ 、妊娠末期と産褥1ヶ月が $r=0.596^{**}$ 、入院中と産褥1ヶ月が $r=0.650^{**}$ であった。回避得点においては入院中と産褥1ヶ月で $r=0.597^{**}$ であった。拮抗指数においては入院中と産褥1ヶ月で $r=0.507^{**}$ であった(表4)。($^{**}p<0.01$)

3. 気分の経時的変化(図2)

各時期の平均値は、「緊張－不安」は時期での変化はほ

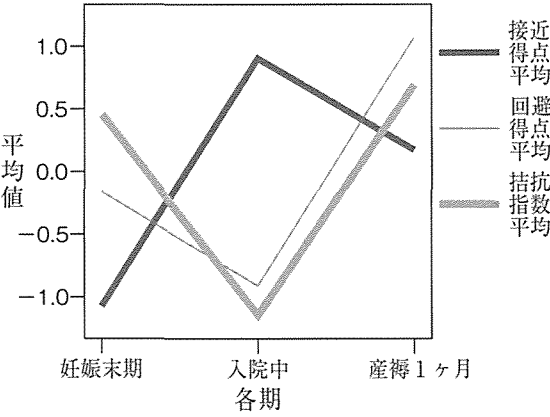


図1 3つの時期の対児感情の平均値の経時的変化 (各時期の接近・回避・拮抗それぞれの値を平均値0、標準偏差1になるように標準化して用いた。)

表4 各時期の対児感情の相関(ピアソン相関係数)

		入 院			産褥1ヶ月		
		接近得点	回避得点	拮抗指数	接近得点	回避得点	拮抗指数
妊 娠	接近得点	0.525 ^{**}	0.075	-0.054	0.596 ^{**}	0.051	-0.121
	回避得点	0.021	0.371 ^{**}	0.304 [*]	-0.107	0.429 ^{**}	0.434 ^{**}
	拮抗指数	-0.116	0.343 ^{**}	0.307 [*]	-0.287 [*]	0.361 ^{**}	0.437 ^{**}
[*] p<0.05 ^{**} p<0.01		入 院	接近得点		0.650 ^{**}	-0.037	-0.202
			回避得点		0.083	0.597 ^{**}	0.478 ^{**}
			拮抗指数		-0.050	0.590 ^{**}	0.507 ^{**}

とほとんど他の気分比べてやや高めに経過し、「抑うつ－落込み」「怒り－敵意」「疲労」「混乱」は妊娠末期から入院中に減少し、入院中から産褥1ヶ月に上昇する傾向がみられた。「活気」は逆に妊娠末期から入院中に上昇し、入院中から産褥1ヶ月にかけて減少する傾向がみられた。3つの時期間で比較すると、反復測定一元配置分散分析で「怒り－敵意」($p=0.000$)、「活気」($p=0.02$)において有意差がみられた。初産・経産で対応のないt検定を行ったところ、入院中の「緊張－不安」「活気」「疲労」、産褥1ヶ月の「緊張－不安」「抑うつ－落込み」「疲労」「混乱」で

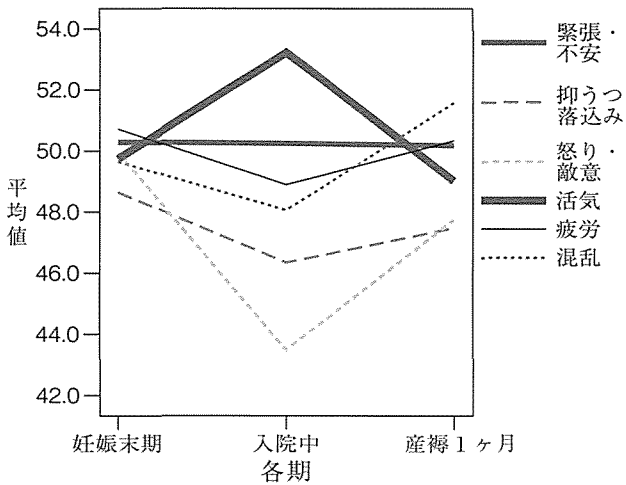


図2 3つの時期の気分の平均値の経時的変化

有意差 ($p<0.05$) があった。入院中の「活気」は経産の方が、それ以外は初産の方が有意に高い平均値を示していた。妊娠末期の気分においては有意差はなかった。

4. 対児感情と気分との関連

1) 各時期の対児感情に影響する気分

各時期の対児感情(接近得点, 回避得点, 拮抗指数)をそれぞれ目的変数として, 各時期の気分を説明変数として重回帰分析を行った(表5-1, 2, 3)。妊娠末期ではいずれも高い決定係数(調整済み R^2)は得られていないが, 接近得点と拮抗指数が予測に役立つ ($p<0.05$) 重回帰式となっており, その中でみると「活気」が接近得点の重回帰の予測に役立つ ($p=0.007$) 結果となった。入院中では接近得点が $R^2=0.392$, $p=0.000$ で予測に役立つ重回帰式となっており, その中で「活気」が接近得点の重回帰の予測に役立つ ($p=0.000$) 結果となった。産褥1ヶ月では $R^2=0.228\sim0.330$, $p=0.016\sim0.001$ で予測に役立つ重回帰式となっており, その中で「活気」が接近得点の重回帰の予測に役立つ ($p=0.002$) 結果となった。

2) 妊娠末期の気分と各時期の対児感情との関連

妊娠末期の気分が妊娠末期・入院中・産褥1ヶ月の対児感情にどのように関係しているのか, ピアソンの相関係数にて分析した(表6)。妊娠末期の気分のため, 妊娠末期の対児感情との相関は高く,「抑うつ－落込み」「疲労」「混乱」と回避得点・拮抗指数とは有意な正の相関がみられ,

表5-1 妊娠末期の対児感情と気分との関連: 重回帰分析(強制投入法)

($n=69$)

目的変数	調整済み R^2	説明変数	標準化係数 (β)					
			緊張－不安	抑うつ－落込み	怒り－敵意	活気	疲労	混乱
接近得点	0.227 ($p=0.012$)	説明変数	0.360	-0.333	-0.196	0.344**	0.194	-0.022
回避得点	0.150 ($p=0.110$)		-0.117	0.392	-0.379	-0.033	0.108	0.204
拮抗指数	0.184 ($p=0.042$)		-0.215	0.472	-0.301	-0.078	0.038	0.271

** $p<0.01$

表5-2 入院中の対児感情と気分との関連: 重回帰分析(強制投入法)

($n=67$)

目的変数	調整済み R^2	説明変数	標準化係数 (β)					
			緊張－不安	抑うつ－落込み	怒り－敵意	活気	疲労	混乱
接近得点	0.392 ($p=0.000$)	説明変数	0.175	0.052	-0.067	0.620**	0.248	-0.222
回避得点	0.166 ($p=0.082$)		0.325	0.169	0.105	-0.013	0.024	-0.203
拮抗指数	0.128 ($p=0.204$)		0.233	0.089	0.119	-0.195	-0.116	-0.059

** $p<0.01$

表5-3 産褥1ヶ月の対児感情と気分との関連: 重回帰分析(強制投入法)

($n=65$)

目的変数	調整済み R^2	説明変数	標準化係数 (β)					
			緊張－不安	抑うつ－落込み	怒り－敵意	活気	疲労	混乱
接近得点	0.228 ($p=0.016$)	説明変数	0.351	-0.011	-0.366	0.476**	-0.002	0.053
回避得点	0.307 ($p=0.001$)		0.044	0.163	0.237	0.077	0.321	-0.101
拮抗指数	0.330 ($p=0.001$)		-0.132	0.225	0.340	-0.043	0.282	-0.102

** $p<0.01$

表6 妊娠末期の気分と各時期の対児感情との相関（ピアソン相関係数）

		妊娠			入院			産褥1ヶ月		
		接近	回避	拮抗	接近	回避	拮抗	接近	回避	拮抗
妊 娠	緊張－不安	0.013	0.196	0.222	0.19	0.284*	0.192	0.02	0.126	0.103
	抑うつ－落込み	-0.179	0.249*	0.325**	0.058	0.207	0.177	-0.185	0.191	0.242
	怒り－敵意	-0.249*	0.039	0.132	0.055	0.069	0.037	-0.206	-0.095	-0.02
	活気	0.357**	-0.107	-0.172	0.330**	0.02	-0.078	0.355**	-0.088	-0.156
	疲労	-0.058	0.259*	0.287*	0.023	0.072	0.055	-0.073	0.197	0.195
	混乱	-0.086	0.286*	0.348**	0.021	0.116	0.111	-0.125	0.153	0.171

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

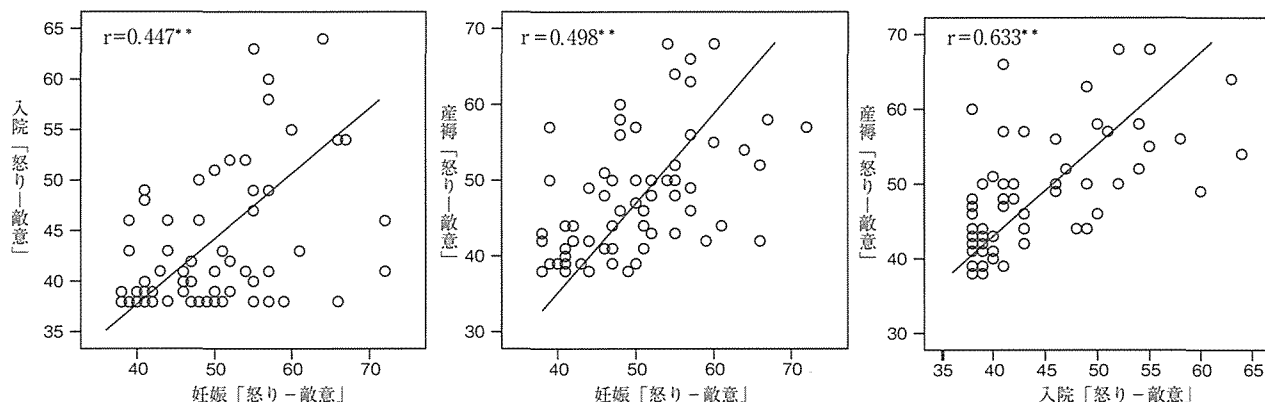


図3 「怒り－敵意」の各時期の相関（散布図）

r: ピアソン相関係数 ** $p < 0.01$

表7 各時期の「怒り－敵意」と対児感情の相関（ピアソン相関係数）

		妊娠			入院			産褥1ヶ月		
		接近	回避	拮抗	接近	回避	拮抗	接近	回避	拮抗
妊娠「怒り－敵意」		-0.249*	0.039	0.132	0.055	0.069	0.037	-0.206	-0.095	-0.020
入院「怒り－敵意」		-0.100	0.099	0.113	-0.114	0.281*	0.261*	-0.264*	0.158	0.210
産褥「怒り－敵意」		-0.073	0.253*	0.217	-0.097	0.308*	0.287*	-0.233	0.492**	0.533**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

接近得点と「活気」は正の相関、「怒り－敵意」とは負の相関がみられた。妊娠末期の「活気」は妊娠末期のみでなく、入院中および産褥1ヶ月の接近得点とも有意な正の相関がみられた。「緊張－不安」は妊娠末期の対児感情とは有意な相関はみられなかったが、入院中の回避得点と有意な正の相関がみられた。

5. 「怒り－敵意」と対児感情との関連および影響要因

1) 各時期の「怒り－敵意」の関連

3つの時期の反復測定一元配置分散分析ではグループ間で有意差 ($p = 0.000$) がみられた。それぞれの時期での相関係数を求め散布図に示した (図3)。いずれの時期間においても有意な相関がみられた。

2) 各時期の「怒り－敵意」と対児感情の関連

表6と一部重なるが、ここでは「怒り－敵意」を主とした結果を示す (表7)。妊娠末期では、接近得点と負の相

関がみられた (結果: 4－2) 参照)。しかし、その後の対児感情との相関はみられなかった。入院中の「怒り－敵意」は入院中の回避得点・拮抗指数と正の相関がみられ、産褥1ヶ月の接近得点と負の相関がみられた。産褥1ヶ月の「怒り－敵意」は妊娠末期の回避得点と正の相関が、入院中および産褥1ヶ月の回避得点・拮抗指数と正の相関がみられた。

3) 各時期の「怒り－敵意」に影響する要因

それぞれの時期の「怒り－敵意」と時期別の調査内容の項目 (2区分のカテゴリーデータ) とを相関比にて分析し、その関連をみた (表8)。妊娠末期では、ストレスの有無と有意な関連がみられ、その中身では「夫のこと」「義理の親のこと」「家事協力がいい」「相談相手なし」と有意な関連がみられた。入院中においては有意な関連がみられたものはなかった。産褥1ヶ月では、ストレスの有無と有意

表8 各時期の「怒り－敵意」に関連する要因（相関比）

(n = 69)		(n = 67)		(n = 65)	
項目（妊娠）	妊娠 「怒り－敵意」	項目（入院）	入院 「怒り－敵意」	項目（産褥）	産褥 「怒り－敵意」
年齢	0.002	出産満足	0.030	健診時の注意	0.012
初産・経産	0.051	母乳か否か	0.190	里帰り	0.023
仕事	0.080	母乳への思い	0.068	母乳か否か	0.068
家族構成	0.222	ストレスの有無（51）	0.238	母乳への思い	0.053
ストレスの有無（54）	0.247*	（ストレス内容）		出産わだかまり	0.181
（ストレス内容）		出産時の疲労（13）	0.093	出産体験	0.053
自分の容姿（5）	0.013	夜眠れない（8）	0.071	ストレスの有無（43）	0.351**
お腹の赤ちゃん（15）	0.226	産後経過（15）	0.093	（ストレス内容）	
出産のこと（22）	0.218	赤ちゃんの経過（15）	0.024	産後の疲労（4）	0.097
上の子のこと（9）	0.114	母乳のこと（20）	0.042	夜眠れない（12）	0.250*
夫のこと（5）	0.275*	留守宅のこと（6）	0.090	産後経過（4）	0.210
義理の親のこと（12）	0.426**	産後の手伝い（3）	0.067	赤ちゃんの経過（9）	0.111
自分の親のこと（5）	0.154	育児すること（9）	0.078	母乳のこと（12）	0.015
家事協力ない（3）	0.239*	なんとなく不安（13）	0.115	赤ちゃんが泣く（7）	0.111
なんとなく不安（19）	0.067	自分の容姿（8）	0.004	自分の容姿（13）	0.185
思うように動けない（19）	0.032	赤ちゃんが泣く（0）	－	育児の手伝いなし（2）	0.062
相談相手なし（2）	0.404**	イメージと違う（0）	－	夫との関係（4）	0.161
病院の対応（0）	－	病院の対応（0）	－	義理の親との関係（6）	0.198
				自分の親との関係（3）	0.072
				イメージと違う（1）	0.162
				なんとなく不安（13）	0.234
				自由な時間ない（11）	0.294*
				相談相手なし（0）	－
				病院の対応（0）	－

備考：各項目は、2区分の回答によるカテゴリーデータになっている。

各項目の（ ）内は、該当者数を示す。

ストレス内容は複数回答である。

*p>0.05 **p<0.01

な関連がみられ、その中身では「夜眠れない」「自由な時間がない」と有意な関連がみられた。

V. 考 察

対象は核家族が多く、仕事を持つ女性が多いという一般的傾向を持った対象群であった。

1. 対児感情の経時的変化と各時期間の関連

3つの時期の変化をみると、入院中が接近得点が高く、回避得点・拮抗指数が低いという対児感情が最も安定している良好な時期と考えられる。入院中という産褥早期は、分娩体験に心がとらわれていたり、心身の疲労や不慣れな体験から、子どもを可愛いと思う余裕は持ちにくい⁵⁾と言われているが、本研究ではその入院中が最も対児感情が良好であった。これは、ほとんどの母親が自分の出産に「満足」と回答している（表2）こと、入院中は常に支援者が側にいるため不安が少ないことが要因としてあげられる。産褥1ヶ月の接近得点が妊娠末期より高いのは、子どもに対する愛着の結果と考えられるが、回避得点も高く、その結果、拮抗指数が高くなっていることから産褥1ヶ月は、「子どもは可愛いが、疲れてわずらわしいこともある」

というようなアンビバレントな感情が強い時期であると考えられる。

各時期の相関の結果（表4）から、妊娠末期に接近得点が高い人はその後の経過においても高く経過することを示しており、妊娠末期に「子どもを可愛い」という感情（肯定的感情）を持っている妊婦は、その後も継続して同様の感情を持つことが多いと言える。妊娠末期から子どもへの愛着形成がなされていくこと⁸⁾、そしてその感情は後々まで影響することから、この時期の子どもへの感情を促す働きかけは重要である。

入院中と産褥1ヶ月の回避得点・拮抗指数の高い相関から、入院中に否定的な感情を持ってしまうと産褥1ヶ月まで継続されてしまう可能性が高いと言える。入院中は母親自身の心身のコントロールが上手いかわないと、子どもに関心が向かないと言われている⁵⁾。しかし、入院中の十分なケアが母親のコントロールに役立つとも言われており⁵⁾、入院中の子どもへの否定的な感情が産褥1ヶ月まで引きずらないよう、入院中のケアの重要性を認識する必要がある。

2. 気分の経時的变化

各時期の中では入院中が最も気分が良い方向に向いている結果となっており、これは長谷川ら¹⁵⁾の研究と同様の結果であった。無事わが子を出産した安堵感と、いつでも援助者が近くにいるという安心感がそのような気分に影響していると考えられる。ほとんどの女性は、分娩という体験を通して妊婦という立場からの解放と無事出産したということにおいて、強い解放感と生命に対する愛を体験するとルービン¹⁶⁾も指摘するように、入院中というこの時期は多くの女性がこのような気分を抱くと言われている。しかし、同時にこの時期はホルモンの変化や、役割移行に伴う自我の調整の結果としてマタニティ・ブルーが起こりやすい時期でもある⁵⁾。このように良い気分を持ちやすいが、ちょっとしたことで容易に気分が変化しやすい時期が入院中と言える。この時期は愛着形成の障害が発生する時期でもあり¹⁴⁾、また医療従事者の関わり方は、褥婦の気分に影響を及ぼす¹¹⁾ということから、我々は単にルーチン的な入院中のケアを行うだけではなく、それらのことを十分認識してケアにあたる必要がある。Vivette Glover¹⁷⁾らは、動物実験から「出産後、特に出産直後の環境を操作することにより、出産前のストレスの行動面への影響のいくらかは予防することができる」と、出産後の環境を調整することにより、妊娠中のストレスによる影響を減ずることができることを示唆している。

入院中から産褥1ヶ月にかけて否定的な気分が上昇することは、退院して新しい家族が増え、その結果自分を取り巻く環境も大きく変化し、それに適応しながらも育児・睡眠不足と疲労が蓄積されている結果と解釈する。この退院して産褥1ヶ月までの時期にどのような援助をしたら、入院中の気分を維持できるのか、また産褥1ヶ月での低下を少しに抑えられるのかと言うことが重要な課題となってくる。クラウスら¹⁸⁾も、入院中に支援的ケアを行うことは、親と子の絆形成過程の始まりに最も役立つ環境をつくりあげるのに役立つことを述べている。

「緊張－不安」は3つの時期を通して常にやや高値の状態で経過し、妊娠・分娩・産褥という非日常的な出来事に対する緊張と不安の結果とみられる。特に初産婦は経産婦より「緊張－不安」が強いということは、非日常的かつ未知なことにに対する不安によると考えられる。ある程度の不安は、生命力の表れであり、適応し順応するためには必要なことではあるが¹⁹⁾、母親の不安は「子どもに対する感情」に影響を及ぼすため⁶⁾、こちらで介入できることについては援助する必要があると言える。入院中における支援として育児技術や母乳支援が中心となりやすいが、同じように気分への働きかけについても積極的に取り組むことが必要となってくる。

3. 対児感情と気分との関連

いずれの時期においても、接近得点と「活気」が有意に相関しており、活気のある妊産褥婦は子どもに対しても良い感情を抱くということが予測できる。妊娠末期の「活気」は各時期の接近得点と有意な相関がみられることから、妊娠末期の「活気」を上昇させるような働きかけは後々の子どもへの感情にも良い影響をもたらすと言える。また、妊娠末期の「怒り－敵意」「抑うつ－落込み」「疲労」「混乱」は妊娠末期の対児感情とは相関がみられたが、入院中および産褥1ヶ月には影響がみられなかったことから、妊娠末期への精神的フォローは問題点の抽出に目を向けるだけでなく、「活気」づけるケアが必要と言える。妊娠末期の「緊張－不安」については、妊娠末期の対児感情とは相関がなかったが、入院中の回避得点と有意な相関がみられた。これは、妊娠中の不安は産褥早期の母子関係に影響するということであり²⁰⁾、その要因として「非日常のおよび未知なこと」への緊張－不安が考えられることから、母親学級などによる情報の提供や健診時のスタッフの関わりは重要と考える。

4. 「怒り－敵意」と対児感情との関連および影響要因

「怒り－敵意」はそれぞれの時期で相関していたことから、一度そのような気分を持つとなかなかその気分を払拭するのは難しいことがうかがえる。しかし、病的な怒りというのは母親のボンディング障害の一要因であることから²¹⁾、どの時期においても「怒り－敵意」を多く表出する妊産褥婦には、その気分に対するケアが重要となる。各時期の「怒り－敵意」の対児感情への影響をみてみると、妊娠末期では接近得点と負の相関があったことから、この妊娠が望まれた妊娠か、また妊婦が妊娠をどのように受けとめているかということがその要因として考えられる⁸⁾、²¹⁾。今回の調査項目の中で「怒り－敵意」と関連があったのは夫や義理の親のこと、相談相手がいないというような人との関係、そして家事協力が無いという実際的な項目と関連がみられた。出産や胎児、自分自身に関するのではなく、その周囲（プライベートな環境）が影響しているということである。夫を含めた家族全体を見据えた働きかけの必要性が確認できた。入院中の「怒り－敵意」については入院中の回避得点・拮抗指数と相関し、産褥の接近得点と負の相関があったことから、他の時期より安定している入院中にあっても「怒り－敵意」を感じる母親は、子どもに対しても否定的感情を抱きやすく、その気分は産褥1ヶ月において子どもに対する愛着を少なくするという影響をもたらしていたと考えられる。しかし、調査項目の中では有意に関連していた項目はなかった。このことから入院中は「怒り－敵意」があっても、回避得点・拮抗指数が上昇するというのではなく、子どもに対して否定的な感情

を抱いてしまうことから「怒り－敵意」が上昇すると思われる。入院中の子どもに対しての感情については〈考察1〉でも述べたが、母親自身の心身のコントロールが上手くいっていなかった可能性もその要因⁵⁾として考えられる。産褥1ヶ月の「怒り－敵意」については妊娠末期・入院中・産褥1ヶ月の全ての時期の回避得点と相関し、入院中・産褥1ヶ月の拮抗指数と相関があった。これは、妊娠末期や入院中に子どもに対して否定的な感情を持っていたことが、産褥1ヶ月になって「怒り－敵意」の表出につながったと考えられる。産褥1ヶ月の調査項目の中では「夜眠れない」「自由な時間がない」という、育児の結果としての自分自身への影響と有意な関連がみられた。産褥1ヶ月の「怒り－敵意」は拮抗指数とも高い相関がみられたことから、「子どもは可愛いが自分自身への影響はストレスとなることもある」というようなアンビバレントな感情がうかがえる。

いずれの時期においても「怒り－敵意」と各時期のストレス以外の背景とは関連がなかったことから、よりパーソナルな情報が必要であり、そのためには妊娠期からの継続した関わりが重要と言える。また各時期の気分・対児感情は関連があることをわきまえて、その場かぎりの支援とならないよう心がける必要がある。

研究の限界と今後の課題

妊娠末期・入院中・産褥1ヶ月という縦断的調査研究ではあるが対象数が69名と少ないこと、および対象の選定にあたって無作為ではないことから、結果は「この対象における」結果であり、今後は対象数を増やすとともに無作為抽出での選定を行うことが必要である。また、属性や影響要因などは、よりパーソナルな情報からの分析が必要なことから質的研究を行い結果を積み上げていくことが課題と考える。

VI. 結 論

1. 子どもに対する感情は入院中が最も良好であった。妊娠末期に肯定的感情が高い人は、その後も高く経過し、入院中に否定的感情が高い人は、産褥1ヶ月までその傾向が続いていた。
2. 気分は入院中が最も良好であり、入院中から産褥1ヶ月にかけては否定的な気分が上昇していた。妊娠末期から産褥1ヶ月にかけては常に「緊張－不安」が高い傾向があった。
3. いずれの時期においても「活気」は子どもに対する肯定的感情をもたらししていた。妊娠末期の「抑うつ－落込み」「疲労」「混乱」は子どもに対する否定的感情をもたらししていたが、その後まで影響することはなかった。妊娠末期の「緊張－不安」は入院中の子どもへの否定的感情に影響していた。
4. 「怒り－敵意」はそれぞれの時期に関連していた。妊娠末期に「怒り－敵意」を感じている妊婦は子どもに対する肯定的感情が低かった。入院中に「怒り－敵意」を感じる母親は子どもに対する否定的感情を抱きやすく、その気分は産褥1ヶ月においては子どもに対する肯定的感情を低くする傾向がみられた。妊娠末期・入院中に子どもに対する否定的感情を持っていた母親は産褥1ヶ月に「怒り－敵意」を抱く傾向がみられた。
5. 「怒り－敵意」という気分には、妊娠末期はプライベートな環境が、産褥1ヶ月では育児の結果としての自分自身への影響が関連していた。

以上から、妊産褥婦の気分は子どもに対する感情の予測に役立ち、気分の対児感情への影響はそれぞれの時期で異なっていた。

付 記

本研究の一部は第32回日本看護研究学会学術集会において報告した。

要 旨

本研究の目的は、妊産褥婦の気分が対児感情にどのように影響しているのかを明らかにすることである。妊娠末期まで正常に経過した妊婦69名を入院中・産褥1ヶ月と追跡調査した。結果、「活気」はどの時期でも接近感情と関連していた。妊娠末期の「抑うつ－落込み」「疲労」「混乱」は回避・拮抗感情と関連し、「怒り－敵意」は接近感情と負に関連していたが、産後と関連はなかった。逆に「緊張－不安」は妊娠末期の対児感情に関連なく入院中の回避感情に関連していた。入院中の「怒り－敵意」は回避・拮抗感情と関連し、その気分は産褥1ヶ月においては接近感情と負に関連し、妊娠末期・入院中に回避・拮抗感情を持っていた母親は産褥1ヶ月の「怒り－敵意」と関連していた。「怒り－敵意」は全ての時期に関連していた。気分が対児感情にどのように影響するかは時期により異なっており、妊産褥婦の気分は子どもに対する感情の予測に役立つことが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to find how moods influence feeling for a child in pregnant and parturient woman. 69 pregnant women who has passed normally until the pregnancy end, conduct follow-up examine still postpartum. Result was as follows. The correlation was seen “vigor” and positive feeling for a child at each time. The correlation was seen “depression-dejection” “fatigue” “confusion” and negative feeling for a child in pregnancy end, and the negative correlation was seen “anger-hostility” and positive feeling for a child, but no correlation in postpartum. The correlation was seen “tension-anxiety” in pregnancy end and negative feeling for a child in early postpartum. The correlation was seen “anger-hostility” and negative feeling for a child in early postpartum. The negative correlation was seen “anger-hostility” in pregnancy end and positive feeling for a child in postpartum. The mother who had negative feeling for a child in pregnancy end and early postpartum, expressed a lot of “anger-hostility” in postpartum. The correlation was mother’s moods and feeling for a child. However, how it influenced it was different depending on time.

文 献

- 1) 雇用均等・児童家庭局総務課児童相談係：平成16年度社会福祉行政業務報告、平成16年度児童相談所における児童虐待相談処理件数、2005.
- 2) ロビン・カー＝モース、メレディス・S・ワイリー、朝野富三他監訳：育児室からの亡霊、20-47、毎日新聞社、東京、2000.
- 3) 齋藤 学：過食症の治り方、アディクションと家族、20(3)、271-279、2003.
- 4) 吉田敬子：母子と家族への援助、97-107、金剛出版、東京、2003.
- 5) 和田サヨ子、新道幸恵：母性の心理社会的側面と看護ケア、99-122、医学書院、東京、1997.
- 6) I. F. ブロックinton、岡野禎治監訳：母性とメンタルヘルス、370-381、日本評論社、東京、1999.
- 7) 加藤和生：愛着と児童虐待－愛着の病理、教育と医学、52(5)、442-451、2004.
- 8) 吉田敬子：胎児期からの親子の愛着形成、母子保健情報、54、39-46、2006.
- 9) 長谷川トミエ：妊婦・褥婦の気分・感情の状態の変化とその関連性、山口県立大学看護学部紀要、(5)、11-17、2001.
- 10) 片岡千雅子、佐藤喜根子ら：妊娠・分娩・産褥期における婦人の気分・感情状態の経時的変化、母性衛生、41(1)、85-93、2000.
- 11) 伊東和子、清野喜久美ら：産褥期の対児感情を左右する影響要因、母性衛生、37(4)、455-463、1996.
- 12) 阿南あゆみ、竹山ゆみ子ら：対児感情に影響を及ぼす要因の検討－産後入院中の母親の質問紙調査から－、産業医科大学雑誌、27(4)、385-393、2005.
- 13) 佐々木睦子、猪下光：妊娠期から産褥期における母親の感情の変化－対児感情・対夫感情の推移、香川医科大学看護学雑誌、7(1)、101-108、2003.
- 14) 山下洋：産後うつ病とBonding障害の関連、精神科診断学、14(1)、41-48、2003.
- 15) 長谷川トミエ、松本一弥：妊婦・褥婦の精神身体症状とPG濃度、母性衛生、43(4)、463-472、2002.
- 16) ルヴァ・ルービン、新道幸恵他訳：母性論－母性の主体的体験、83-134、医学書院、東京、1997.
- 17) Vivette Glover, Thomas G O’ Connor、吉田敬子訳：出産前の母親のストレスや不安が子どもへ与える長期的影響、臨床精神医学、33(8)、983-994、2004.
- 18) M. H. クラウス、J. H. ケネル他、竹内徹訳：親と子のきずなはどうつくられるか、1-51、医学書院、東京、2003.
- 19) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気、4-44、メヂカルフレンド社、東京、1996.
- 20) 香取洋子、高橋真理：妊婦の不安が産褥早期の母子関係に及ぼす影響、日本女性心身医学会雑誌、10(3)、154-162、2005.
- 21) I. F. ブロックinton、吉田敬子訳：母子間のボンディング形成の障害の診断学的意義、精神科診断学、14(1)、7-17、2003.

〔平成18年10月23日受 付〕
〔平成19年10月30日採用決定〕

施設高齢者の転倒予防のための運動プログラム（全身版） の開発とその効果

Outcomes of a Whole-Body Exercise Program for Fall Prevention Among Elderly Persons
in a Long-Term Care Facility

加 藤 真由美 ¹⁾	小 松 佳 江 ²⁾	泉 キヨ子 ³⁾	西 島 澄 子 ²⁾
Mayumi Kato	Yoshie Komatsu	Kiyoko Izumi	Sumiko Nishijima
安 田 知 美 ²⁾	平 松 知 子 ³⁾	浅 川 康 吉 ⁴⁾	樋 木 和 子 ²⁾
Tomomi Yasuda	Tomoko Hiramatsu	Yasuyoshi Asakawa	Kazuko Higi

キーワード：施設、転倒予防、運動プログラム（全身版）、高齢者

Key Words : elderly persons, fall prevention, a whole-body exercise program, in a long-term care facility

I. はじめに

高齢者の転倒は、脳血管疾患、高齢による衰弱に次ぎ介護が必要となった原因の第3位¹⁾になっており、自立から依存した生活への移行の引き金となっている。高齢者に転倒による損傷や転倒恐怖感が生じれば、活動制限により筋力低下や廃用症候群が起こる危険性²⁾がある。筋力低下や廃用症候群の1つである関節拘縮・変形は転倒要因³⁻⁴⁾でもあり、高齢者の転倒はらせん状に悪循環を引き起こす。施設高齢者の転倒率は20-30%^{3, 5)}であり、95%の骨折は転倒による⁶⁾と報告されている。施設高齢者は重複した疾患や障害により転倒リスクは高く、また、加齢に加え低運動状態により骨粗しょう症が進行し、損傷は重症化しやすいことから、施設高齢者の転倒予防は重要である。

施設高齢者の主な転倒要因は、筋力やバランスなど身体機能低下による移乗・移動能力の低下⁷⁻⁹⁾、認知機能の低下^{7, 10)}、転倒恐怖感¹¹⁻¹³⁾、環境の不備⁷⁾などである。転倒は移乗・移動時に7-8割発生¹⁴⁾しており、1年間で20%の施設高齢者に移乗・移動能力の低下がみられ、うち50%が転倒¹⁵⁾していたことから、移乗・移動能力の維持・向上は転倒予防にとって重要と考える。関節拘縮・変形による足部・足趾機能の低下は転倒要因⁴⁾となり得るが、施設高齢者は脳血管疾患などによる運動機能障害をともなっていることが多く、また療養のため低運動状態にあり、筋・骨格系での機能低下や廃用が生じやすい状況にある。脳血管疾患や大腿骨頸部骨折患者が8割を占める対象の調査では、関節の7割、運動方向の約5割に可動域制限が起こっており¹⁶⁾、関節機能の障害が問題となっている。その

ため、筋力低下のみならず関節拘縮・変形予防を含めた安全に移乗・移動できる身体能力の維持・向上を支える看護支援が必要と考える。

施設高齢者の身体能力低下に対する転倒予防として、下肢の筋力運動、歩行やバランストレーニング¹⁷⁻²⁰⁾、足趾機能を高めるトレーニング²¹⁾が試みられている。しかし、それらの対象は病状が比較的安定した自立度の高い高齢者であり、医学的管理が必要な依存度の高い高齢者に対しての試みは少ない。私たちは、医学的管理が必要であっても運動が可能な施設高齢者を対象に、移乗・移動能力の維持・向上を目的とした下肢中心の運動プログラム²²⁾を開発した。その際、患者の刻々と変動する健康状態や生活習慣を最も知るケアの中心者である看護師が指導でき、かつ運動は習慣的に行うことで効果が得られるため病棟生活に取り入れ可能なものとした。プログラムは、運動による損傷や発症を起こさず、下肢筋力と移乗・移動能力は維持でき、バランス能力は向上し、転倒件数が減少した点で、施設高齢者に対して有効と評価した。

今回は、下肢に加え、歩行補助具使用時や移乗時に身体を支える重要な役割を果たしている上肢に着目した。また、転倒は知的活動の低下^{7, 10)}が関わっているため、日々の運動参加が知的活動の維持・向上に影響している²³⁾ことにも着目した。

II. 研究目的

本研究は、転倒予防のため医学的管理を必要としながらも、全身状態が安定している施設高齢者を対象に、移乗・

1) 新潟大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Niigata University

2) 医療法人社団浅ノ川金沢循環器病院 Kanazawa Cardiovascular Hospital

3) 金沢大学大学院医学系研究科 Department of Nursing, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

4) 群馬大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University

移動にかかわる上下肢筋力および身体バランスを高め、かつ知的活動と転倒予防への自信を高められる、病棟生活に取り入れ可能な看護師が指導できる運動プログラム（全身版）を開発し、その効果を検討することを目的とした。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象

対象は療養病床（医療型）において、患者・家族から本研究に書面により同意が得られた65歳以上の高齢者40名（83.9±9.1歳）であり、うち運動プログラムに参加した介入群（2病棟）21名、対照群（1病棟）19名であった。なお、対象は医学的管理が必要であるが、身体状態は安定しており、急性期にある心疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、筋・骨格系疾患になく、慢性期であってもコントロール不良な疾患を有していず^{18-19, 24)}、本研究の参加に医師から承諾が得られた者であり、疼痛により運動できない者は除いた。

対象の選定手順は、まず運動による心身への健康障害発生を予測・予防するため、前述の健康基準を確実に判断できると考えられる経験年数5年以上の看護師に身体状態が安定している患者をリストに挙げてもらった。次に、リストから運動および身体測定について医師の承諾が得られた者のみを抽出した。さらに、運動は能動的行為であり、ある程度理解できる対象を選定するため、「袖を通すので腕を伸ばしてください。」や「コップを取ってください。」などケア時の声かけによる動作反応を通して、知的面での簡易なスクリーニング²⁵⁾を実施し、研究依頼をする対象をしばった。最終的には、患者および家族から本研究に同意が得られた者のみとした。

2. 運動プログラム（全身版）の開発

本プログラムは脆弱な高齢者を対象としているため、効果のみならず、対象が医学的管理下にあるため安全に行えること、病棟の日課となれるよう高齢者が参加したいと思え、かつ看護師が指導できることを骨子とした。

1) 転倒予防の効果

筋力・バランス運動、柔軟体操の併用は転倒予防に効果²⁵⁻²⁷⁾があるため、運動内容はそれらを組み合わせたものとした。移乗・移動能力を高めることが目的のため、筋力運動と柔軟体操はそれらに関与する筋群を選択した。すなわち、上肢は肩関節、肘関節、手指関節の屈曲・伸展筋群、下肢は股関節の屈曲・伸展・外転・内転筋群および膝関節と足関節の屈曲・伸展筋群、体幹は姿勢起立筋群（1部）であった。柔軟体操は、特にアキレス腱の伸展運動を組み入れた。バランス運動は足趾が動的バランスに与える影響²⁸⁾を踏まえ、足趾運動を含めた。知的活動への働きかけとしては、大きな古時計を歌詞なし・テンポ80で設定

し、厚生労働省運動指導員の助言から、両上肢を体に触れるという同じ動作を行いながらも、リズムに乗って体に触れる位置を変えて最後は両上肢を挙上する思惟的な動きを取り入れた。

2) 安全に行える

トレーニングの際、ヴァルサルヴァ反応による自律神経反応が予測されるため、ウォーミングアップから始めクールダウンを取り入れた。ボルグスケール（自覚的運動強度スケール）²⁹⁾ 15点以上は筋力強化に適しているが、無酸素状態となるため循環動態に変動が起こる可能性がある。そのため、運動負荷量は有酸素で行える11-13点（「楽である」-「ややきつい」）程度を目標とした。事故予防のため、運動はすべて座位で行える内容とした。

3) 病棟の日課となれる

太極拳は転倒予防に対して有効であるが、動きの難易度が高く模倣は脆弱な施設高齢者にとって精神的な苦痛となりかねないため、高齢者が日課として参加したいと思えるように、模倣しやすい動きを選択した。また、内容が分かりやすくなるよう、運動する身体部位に合わせ上肢、下肢・上体、足部・足趾の3部構成にし、1・2部間と2・3部間に次の部に切り替わる合図として、それぞれ10秒間の間奏時間を入れた。実施は職員の業務との兼ね合いから、運動にかかる時間（準備・後始末を含む）に留意^{19, 22)}し、10分程度を目安とし、1時間のレクリエーション内に行うこととした。

作成した運動プログラム（全身版）（表1）は週5日間、3ヶ月間行った。実施にあたっては、動きに慣れてもらうため導入前に10日間（土・日曜日は除く）の練習期間を設けた。

3. 介入効果の評価

1) 評価時期

運動期間は2004年5月31日-2004年8月30日であり、介入効果の評価は転倒・損傷状況を除き、運動開始前（ベースライン）と終了後（ベースラインから3ヵ月後）の状態を比較した。転倒・損傷状況は運動開始前の3ヶ月間、運動期間中の3ヶ月間、運動終了後の3ヶ月間の推移とした。

2) 介入群と対照群の特徴の比較

① 年齢、性、主な疾患

年齢、性、主な疾患は管理者および対象・家族から許可を得て診療記録から情報を得た。

② 移乗・移動能力

移乗・移動能力は千野³⁰⁾の機能自立度評価法（functional independence measure, FIM）を、施設構造の特徴から病棟看護師とともに一部修正したマニュアルを作成し、使用した。すなわち、入浴場に段差のある浴槽とない浴槽があり、ない浴槽を使用している場合の出入りは「またぐ」という言葉は削除した。判定内容は、移乗（ベッドと椅子・車椅

表1 転倒予防のための運動プログラム（全身版）

ウォーミングアップ:腕を大きく振りながら足踏みを行う（2-3分）

1. 主に上肢・手指の運動

- 1) 両上肢を前方に伸展し、その状態で手のひらを閉じて・開く（4回）
- 2) 両上肢を前方に進展した状態で、指折り（1回）
- 3) 両上肢を前方に進展・屈曲する（4回）
- 4) 両上肢を上方に進展・屈曲する（4回）
- 5) リズムに合わせ、大腿部・腹部・両肩部・頭頂部を順に軽くタッチした後、両上肢を挙上する（2回）

2. 股関節の運動、アキレス腱・上体側面のストレッチング

- 1) (膝関節屈曲状態で) 右股関節を屈曲する（4回）
- 2) (膝関節屈曲状態で) 左股関節を屈曲する（4回）
- 3) 踵をできるだけ進展する（4回）
- 4) できる範囲で開脚してもらう（4回）
- 5) 左右にそれぞれ上体の側面を伸展する（8回）

3. 膝・足関節の運動

- 1) 右足関節を伸展・屈曲する（4回）
- 2) 左足関節を伸展・屈曲する（4回）
- 3) 右膝関節を伸展・屈曲する（4回）
- 4) 左膝関節を伸展・屈曲する（4回）
- 5) 足趾を屈曲・伸展する（4回）

クールダウン:両上肢をゆっくりと広げて深呼吸をする（数回）

運動はウォーミングアップとクールダウンをはさみ、3部構成となっている。

留意点

- ・集団で行う。
- ・すべての動作は座位で行う。
- ・音楽や号令を用い、楽しく分かりやすくする:大きな古時計（歌詞なし・テンポ設定80）。
- ・人工関節全置換術後など可動域制限のある対象には、個別に運動内容を検討し、指導する。

子間), 移乗 (トイレ), 移乗 (浴槽, シャワー), 移動 (歩行・車椅子) の4項目とした。なお, 得点は1項目あたり1-7点, 28点満点であり, 得点が高い程機能自立度が高いことを示す。

③ 知的活動

Mini-Mental State Examination (MMSE) は世界的に使用されている知能評価法であり, 11項目・30点満点で20点以下は認知症などの可能性がある³¹⁾とされている。

④ 転倒リスクの程度

転倒リスクの程度の判定は転倒予測アセスメントツール³²⁾を使用した。項目は転倒経験の有無 (あり: 4点, なし: 0点), 知的活動 (問題あり: 1点, なし: 0点), 日常生活に支障を来す視力障害の有無 (あり: 0.5点, なし: 0点), 排泄介助の有無 (あり: 1点, なし: 0点), 移動能力の種類 (車椅子: 1点, 歩行補助具: 0.5点, 独歩・ベッド上安静: 0点), トリガー (転倒の引き金となる出来事) の有無 (あり: 1点, なし: 0点), 対象が転倒する可能性に対する看護師の直感の有無 (あり: 1点, なし: 0点) の7項目から成る。得点幅は0-9.5点であり, 得点が高いほど転倒リスクが高いことを示す。

3) アウトカム指標

① 移乗・移動能力

移乗・移動能力の評価は前述のFIMを用いた。

② 筋力

(a) 下肢筋力

下肢筋力は移乗・移動動作に相関の高い膝関節伸展運動時の最大等尺性筋力 (kg)³³⁻³⁴⁾を徒手保持型解析システム μ TAS-MT 1 (株式会社アニマ) を用い, 再現性が高いとされる固定用ベルト³⁵⁾を使用し, 盲検化のため施設外の理学療法士が測定した。具体的には, 徒手筋力測定器のセンサー部位を足首上に固定し, 対象は固定ベルトを着用している状態で抵抗に対してできるだけ強い力で膝関節を伸展し, 左右交互2-3回測定した。分析には左右それぞれの筋力の最大値を採用した。実際の測定には1-2度練習してから本測定を行った。なお, 徒手保持型解析システム μ TAS-MT1は, 計測精度0.1%の誤差であり, 検者内検査-再検査の相関係数は0.95と高く, HOGGA社製MICRO FET 2との一致率が0.95と高い³⁶⁾。

(b) 握力

握力はグリップトラックコマンダー (日本メディアア) を使用し, 左右交互に2回測定し, 最大値を分析に使用した。測定時の姿勢は座位であり, 上腕は体側に付けた中間位, 肘関節は90度屈曲位, 前腕・手関節は中間位の状態 (the American Society of Hand Therapists)³⁷⁾で握り部を把持してもらった。

③ バランス

バランスは, 立位姿勢における静止時の身体の揺れ (重心動揺), 動的バランス能力としてファンクショナルリーチ (Functional Reach, FR) テスト³⁸⁾, 足趾機能のバランス制御に果たす役割^{4, 28)}として足趾の接地状態を測った。重心動揺はグラビコーダGS-10 (株式会社アニマ) を用いた。対象は測定板に素足で立位となり, 両上肢は体側に垂らした姿勢で身体が安定してから20秒間2m先の黒点を注視してもらい揺れを測定した。分析には総軌跡長 (cm), 外周面積 (cm²), 矩形面積 (cm²) を用いた。FRテストは, 直立から前傾姿勢をとった際の到達距離 (cm) を動的バランスの指標としている。評価は, 25cm以上をオッズ比1とし, 15-25cmが2.0 (95% CI: 1.4-2.9), 15cm以下が4.0 (95% CI: 2.0-8.1), まったく測定できない場合が8.1 (95% CI: 2.8-23.2) であり, 到達距離が短い程転倒リスクは高く, 15cm以下がその境界³⁹⁻⁴⁰⁾とされている。対象には肩が測定板に対して垂直になるように立ってもらい, 右上肢は90度挙上し, 手指は伸ばし, できるだけ前傾姿勢をとってもらった際のスタートポイントからエンドポイントまでを測った (cm)。足が完全に床から離れた場合は無効となる。できるだけ2度測定し, 分析には最大値を用いた。安全への配慮として, 測定は2名で行った。

足趾の接地状態は、ビジュアルピドセラピーシステム（生体科学研究所）⁴¹⁾を用いて捉えた。これは、測定装置部分と解析装置部分からなるカメラ付きピドスコープであり、接地状態を示した画像が印字される。足趾の評価は、加辺²⁸⁾の足趾機能の実験時の分類と恒屋⁴²⁾の足趾接地評価基準を参考に「全趾がグレードGの状態で接地している」が1点、「拇趾はグレードGの状態で接地しているが、第2趾－第5趾のいずれかの足趾接地がグレードPまたはFとなっている」が2点、「第2趾－第5趾はグレードGで接地しているが、拇趾はグレードPまたはFとなっている」が3点、「拇趾を含む全ての足趾の接地がグレードPまたはFとなっている」が4点とした。なお、グレードGとは接地が十分確認できるもの、グレードPとは接地は確認できるが不完全なもの、グレードFは接地が全く確認できないもの⁴²⁾を示す。

④ 知的活動

知的活動はMMSEとN式老年者用精神状態評価尺度（NMスケール）を用いた。認知機能の低下者では、質問や指示による評価に困難な場合がある。NMスケール⁴³⁾は高齢者の精神活動を観察することから評価できる方法であり、知的活動が正常な高齢者から認知症のある高齢者まで使用できる。NMスケールは家事・身辺整理、関心・意欲・交流、会話、記銘・記憶、見当識の5項目から成る。評価は、1項目あたり0－10点、計50点満点であり、重症（0－16点）、中等症（17－30点）、軽症（31－42点）、境界（43－47点）、正常（48－50点）に分類される。

⑤ 転倒恐怖感・転倒自己効力感

転倒恐怖感は転倒要因や活動制限の原因となる⁴⁴⁾ばかりか、「また転ぶのではないか。」と不安をもちながら日常生活を送ることであり、療養生活において転倒恐怖感が軽減され、転倒自己効力感が高まることが望まれる。転倒恐怖感の測定には直接恐怖感を問う方法と転倒自己効力感尺度を用いる方法があり、今回は段ら⁴⁵⁾が施設高齢者に適応できるよう作成した転倒自己効力感尺度を用い、聞き取り調査した。尺度はベッドからの起き上がり、車椅子の乗り降り、トイレ、整容、坐る・立ち上がる、移動、ベッド周囲の整理、入浴、更衣の9項目の動作から成っている。1項目は1－4点、総得点は36点満点であり、得点が高い程自己効力感が高いことを示す。質問方法は、段らの方法を採用し、「あなたは、転ばないで〇〇するのをどれくらい自信をもって出来ますか？」であり、回答は「全く自信がない（0点）」「あまり自信がない（1点）」「まあ自信がある（2点）」「たいへん自信がある（3点）」の4択とした。信頼係数は0.88である。なお、転倒自己効力感尺度は高齢者に答えてもらうスケールであり、信頼性を得るためHDS-Rが21点以上ある者を対象とした。

⑥ 転倒・損傷状況

転倒・損傷状況は転倒調査用紙を用いて情報を得た。用紙は転倒に遭遇または対象から報告を受けた看護師に記載してもらった。なお、転倒とは、自分の意思からではなく、身体の前足以外以外の部分が床についた状態であり、ベッドから落ちるから転落まで含むが、失神（脳血管疾患、心臓病、一過性脳虚血発作、メニエール氏病などの発症）による転倒は除くとした。転倒者とは、研究期間中に1度でも転倒した者とした。

⑦ 運動についての対象の反応

対象の反応は、運動による損傷や発症の有無、疼痛の変化の有無、負荷量の程度について聞き取り調査した。負荷量の程度はボルグスケール²⁹⁾を用いた。

4) 分析方法

介入群と対照群の特徴の比較はMann-WhitneyのU検定法により、運動前後の比較はWilcoxonの順位和検定によりDr SPSS II for Windowsを用いて統計的に分析した。有意水準は0.05未満とした。

4. 倫理的配慮

対象・家族には本研究の目的、方法、運動・測定にともなうリスク、記録の閲覧・研究の公開のお願いおよび倫理的配慮を説明し、書面による同意を得た。運動・測定にともなうリスク予防には、看護師がバイタルサインや他の症状をモニターし、対象が運動や測定参加が可能かどうか判断した。また、運動・測定中の発症や事故を予防するため、整理・整頓されたデイルームを使用し、複数の看護師・介護職員が立ち会い事故防止と異常の早期発見を行った。倫理的配慮の説明内容は、研究期間中であっても研究協力を辞退できる、途中で辞退しても何ら療養上の不利益とならない、研究で知りえた情報は秘密厳守する、研究以外でデータを使用しない、データは鍵のかかる部屋に保管し、対象はコード化して特定できないようにし、研究終了後はデータを廃棄することなどであった。

IV. 結 果

1. 対象の概要（表2）

性別は、介入群は男性5名（23.8%）、女性16名（76.2%）、対照群は男性2名（10.5%）、女性17名（89.5%）であり、平均年齢はそれぞれ82.5±11.1歳と85.4±6.2歳であった。主な疾患は介入群と対照群ともに循環器疾患が最も多く、次いで脳血管疾患、骨関節疾患、糖尿病の順であった。FIMの得点は、介入群は21.8±4.5点、対照群は22.8±3.9点であり、移乗・移動能力に差はなかった。MMSEの得点は、介入群は23.4±5.4点、対照群は22.4±5.3点であり、知的活動に差はなかった。転倒予測アセスメントツールの得点は、介入群は5.2±2.9点、対照群は3.2±2.7点であり、

介入群の方が転倒リスクは高く有意差がみられた。

2. 運動プログラム（全身版）の効果

1) 移乗・移動能力（表3）

FIMの得点は、介入群は運動前21.8±4.5点、後21.6±5.0点と変化しなかったが、対照群は22.8±3.9点から23.8±4.4点と向上し有意差がみられた。

2) 筋力（表3）

下肢筋力は、介入群の右は11.7±5.1kgから11.8±5.2kgと変化しなかったが、対照群は8.9±4.4kgから9.9±4.0kgと増加し有意差がみられた。左は介入群と対照群ともに有意差のある変化はなかった。握力は介入群と対照群ともに変化はなかった。

3) バランス（表3）

重心動揺（外周面積）は、介入群は5.2±2.1cm²から3.6±2.6cm²と減少し有意差がみられたが、対照群は5.1±3.1cm²から5.8±4.6cm²と変化はなかった。FRは、介入群は15.0±5.0

cmから15.1±7.7cmと変化しなかったが、対照群は17.8±5.0cmから13.1±6.9cmと減少し有意差がみられた。足趾接地状況は、得点では両群ともに変化はなかった。しかし変化の状況（表4）において、介入群では右接地の改善者が6名（28.6%）、左が8名（38.1%）と3－4割おり、一方対照群では右が4名（21.1%）、左が3名（15.8%）と2割程度であった。

4) 知的活動（表3）

MMSEの得点は、介入群は23.4±5.4点から22.9±6.2点と変化しなかったが、対照群は22.4±5.3点から19.8±6.6点と低下し有意差がみられた。MNスケールの得点は、介入群は34.9±10.5点から36.1±10.6点と変化しなかったが、対照群は39.6±11.0点から34.6±10.5点と低下し有意差がみられた。

5) 転倒自己効力感（表3）

転倒自己効力感の得点は、介入群は23.7±5.2点から26.4±4.0点、対照群は26.2±3.7点から28.2±3.3点であり、ともに増加し有意差がみられた。

6) 転倒・損傷状況（表5）

転倒件数は、介入群は、運動開始前3ヶ月間は12件、期間中は5件に減少し、終了後3ヶ月間は4件へと維持でき

表2 対象の概要

項 目		介入群 n = 21	対照群 n = 19
平均年齢（歳）		82.5 ± 11.1	85.4 ± 6.2
性	男性	5 (23.8)	2 (10.5)
	女性	16 (76.2)	17 (89.5)
主な疾患 (重複)	循環器疾患	17 (81.0)	12 (63.2)
	脳血管疾患	10 (47.6)	8 (42.1)
	骨関節疾患	5 (23.8)	3 (15.8)
	糖尿病	3 (14.3)	3 (15.8)
	その他	4 (19.0)	8 (42.1)
機能自立度評価法（FIM）（点）		21.8 ± 4.5	22.8 ± 3.9
Mini-Menatl State Examination（点）		23.4 ± 5.4	22.4 ± 5.3
転倒予測アセスメントツール（点）		5.2 ± 2.9	3.2 ± 2.7*

* p < 0.05
Mann-Whitney検定

表4 足趾接地の改善状況

		介入群 n = 21		対象群 n = 19	
右足趾	変化なし	14	(66.7)	13	(68.4)
	改善	6	(28.6)	4	(21.1)
	悪化	1	(4.8)	2	(10.5)
左足趾	変化なし	12	(57.1)	13	(68.4)
	改善	8	(38.1)	3	(15.8)
	悪化	1	(4.8)	1	(5.3)

人数（%）

表3 運動効果

N = 40

項 目		介入群 n = 21		対照群 n = 19	
		運動前	運動後	運動前	運動後
機能自立度評価法（FIM）（点）		21.8 ± 4.5	21.6 ± 5.0	22.8 ± 3.9	23.8 ± 4.4*
下肢筋力（kg）	右	11.7 ± 5.1	11.8 ± 5.2	8.9 ± 4.4	9.9 ± 4.0*
	左	9.2 ± 4.7	9.3 ± 4.7	8.1 ± 3.9	9.6 ± 4.4
握力（kg）	右	11.9 ± 8.3	14.0 ± 8.3	11.0 ± 5.3	10.2 ± 4.7
	左	9.4 ± 6.8	9.7 ± 7.0	10.2 ± 3.4	12.4 ± 10.9
重心動揺	総軌跡長（cm）	73.6 ± 28.8	66.2 ± 23.9	62.2 ± 18.2	64.1 ± 25.9
	外周面積（cm ² ）	5.2 ± 2.1	3.6 ± 2.6*	5.1 ± 3.1	5.8 ± 4.6
	矩形面積（cm ² ）	19.1 ± 10.5	14.7 ± 11.0	18.4 ± 18.5	11.0 ± 13.1
ファンクショナルリーチ（cm）		15.0 ± 5.0	15.1 ± 7.7	17.8 ± 5.0	13.1 ± 6.9*
足指接地（点）	右	2.2 ± 1.1	2.0 ± 1.0	2.6 ± 1.1	2.3 ± 1.1
	左	2.4 ± 1.3	1.9 ± 1.0	2.4 ± 1.2	2.3 ± 1.2
Mini-Menatl State Examination（点）		23.4 ± 5.4	22.9 ± 6.2	22.4 ± 5.3	19.8 ± 6.6*
NMスケール（点）		34.9 ± 10.5	36.1 ± 10.6	39.6 ± 11.0	34.6 ± 10.5**
転倒自己効力感		23.7 ± 5.2	26.4 ± 4.0*	26.2 ± 3.7	28.2 ± 3.3*

Wilcoxonの順位和検定

* p < 0.05, ** p < 0.01

表5 転倒・損傷状況

項 目	介入群 n=21			対照群 n=19		
	運動開始前	運動期間中	運動終了後	運動開始前	運動期間中	運動終了後
転倒件数	12	5	4	2	1	4
転倒者数	8	5	3	2	1	4
損傷件数	1	0	2	1	1	4

た。対照群はそれぞれ2件、1件、4件であった。損傷件数は、介入群は1件、0件、2件と推移したが、対照群は1件、1件、4件と運動終了後3ヶ月間の4件すべての転倒で損傷が起っていた。

3. 対象の反応

ボルグスケールにおいて運動開始時が 11.5 ± 1.9 点、終了前が 10.6 ± 2.1 点であり、運動参加により負荷の自覚がやや軽減し、運動期間中をとおして11点（「楽である」）程度であった。トレーニングによる発症や損傷は起こらなかった。実施しての感想は、「自分のためになる」11名（52.4%）、「心がうきうきする」2名（9.5%）、「その日によってきつく感じる運動もあるけど大丈夫」2名（9.5%）、「運動の長さが調度良い」1名、「今までこのような運動がなかったから、ありがたい」1名などであり、拒否する対象はいなかった。「日によってきつく感じる」と述べた対象には、看護師が運動を行ってよいかその都度判定し、体調不良がある場合は運動前に看護師に申し出ること、および運動の際は4回繰り返す動作であれば実施回数を適宜減らすなど、本人の出来る範囲で運動参加するよう個別に指導した。

V. 考 察

今回は、施設高齢者の転倒予防のため移乗・移動にかかわる上下肢筋力および身体バランスを高め、かつ知的活動向上と転倒予防への自信を高めることを目的として、テンポ80のリズムで設定した筋力運動、バランス運動、柔軟体操から成る運動プログラム（全身版）を開発し、実施した。その結果、介入群においてバランス能力と転倒自己効力感は向上し、移乗・移動能力、下肢筋力、握力、知的活動は維持し、転倒件数・転倒者数は減少し、運動による発症や損傷がなかった点から、運動プログラム（全身版）は脆弱な療養病床の高齢者の転倒予防に有効であると示唆された。すなわち、重心動揺において介入群は減少できたが、対照群は変化せず、FRにおいて介入群に変化はなかったが、対照群は17.8cmから13.1cmへと減少し、介入群にバランス能力の向上がみられた。対照群はFRにおいて、転倒リスクの境界域である15cm³⁸⁾を下回っていた。介入群のバランス能力改善の背景には、足趾設置状況に3-4割の改善がみられたことから足趾機能を高めるための運動と足部の伸展筋であるアキレス腱の柔軟体操により足部の安

定性が高まったためと考えられた。足趾は床を把持することで身体をこらえさせる働き^{21, 46)}があり、足趾接地状態が不良な高齢者では、転倒経験ありの割合が高かったと報告⁴¹⁾がある。施設高齢者は運動機能障害や療養により歩行距離は短く、車椅子使用者では移乗時以外は低運動状態にあり、足部の変形や足趾機能の低下が起りやすく、意識して動かす機会を設ける必要がある。なお、足部の評価として、ビジュアルピドセラピーシステムで足底面の形状を捉えられるが、対象は循環器疾患を有している対象が介入群で8割、対照群で6割おり、足部の浮腫状態が変化しやすく今回は評価から除いた。

介入群の移乗・移動能力と筋力は維持したが、対照群において有意に向上したことは理学療法による歩行訓練など個別の指導がかかわっていた影響が考えられた。運動効果をみるには、このような個別指導についても調べる必要があったと考えられた。

先行研究において、運動効果には身体機能の改善に加え、転倒要因となっている知的活動²³⁾や抑うつ⁴⁷⁻⁴⁸⁾など精神活動への効果も報告されている。今回は知的活動において、介入群のMMSEおよびNMスケールの得点はともに維持したが、対照群はともに低下した。このことは、運動による脳血液循環の増大⁴⁹⁾が影響したこと、および運動と音楽療法の原理を併用して活かすことは認知機能改善に効果があり⁵⁰⁾、テンポに留意した運動により知的活動活性へのフィードバックが強化され、知的レベルの維持につながったと考えられた。精神活動において、今回は測定項目が多く対象への負担を考慮し、高齢者の転倒要因であるうつについてフォローしなかったが、転倒に対する自己効力感に向上がみられた。Myers⁵¹⁾は実質的な身体機能と自覚している身体機能とに関連があると述べており、今回はバランス能力に改善がみられたことが転倒自己効力感を高めた背景と考えられた。対照群も自己効力感に向上があったが、このことは移乗・移動能力と下肢筋力に改善があったためと考えられた。

運動に対する対象の反応は、「日によってきつく感じる運動もあるが大丈夫」と述べた2名を除き、「自分のためになる」や「心がうきうきする」といった参加動機につながる反応を示しており、心身への負担の少ない、高齢者が参加したいと思える運動プログラムを実現したと示唆

された。その背景には、脆弱な施設高齢者の負荷量の程度を「楽である」に設定したこと、およびボルグスケールにより対象の立場から捉えたため、対象へ心身の負担とならなかったことが考えられた。また、模倣しやすい動きを採用し、内容が分かりやすいよう3部構成に工夫したことも参加意欲の維持に寄与したと考えられた。

本研究の限界としては、対象が脆弱な療養病床の高齢者のため運動に参加できる人数が限られたことであった。

VI. 結 論

本研究は、脆弱な施設高齢者の移乗・移動に伴う上下肢筋力および身体バランスを高め、かつ知的活動と転倒予防への自信を高めるため病棟生活に取り入れ可能な看護師が指導する転倒予防のための運動プログラム（全身版）を開

発し、その効果を検討した。結果、バランス能力と転倒自己効力感は向上し、移乗・移動能力、下肢筋力と握力、知的活動は維持し、転倒件数・転倒者数は減少し、運動による発症や損傷は起こらなかった。これらの点から、本プログラムは脆弱な施設高齢者の転倒予防に有効であると示唆された。

謝 辞

本研究にともなう運動参加および測定に快くご協力くださいました高齢者の方々に心から感謝を申し上げます。また、開発にご助言をいただきました厚生労働省運動指導員の方に感謝いたします。

本研究は、平成14年度～平成16年度科学研究費補助金(基盤研究(C)(2)) (課題番号:14572270)により行った研究の1部である。

要 旨

本研究は、脆弱な施設高齢者の転倒予防のため、移乗・移動にかかわる上下肢筋力および身体バランスを高め、かつ知的活動の向上と転倒予防への自信を高めるために病棟生活に取り入れ可能な看護師が指導する運動プログラム（全身版）を開発し、その効果を検討した。運動内容は上下肢の筋力運動、バランス能力を高めるための足部（足趾含む）運動、柔軟体操、認知機能に影響させるためのテンポを取り入れた運動であり、週5回を3ヶ月間実施した。対象は療養病床における65歳以上の高齢者であり、介入群（運動参加者）は21名、対照群は19名であった。結果、バランス能力と転倒自己効力感は向上し、移乗・移動能力、下肢筋力と握力、知的活動は維持し、転倒件数・転倒者数は減少し、運動による発症や損傷は起こらなかった。これらの点から、本運動プログラム（全身版）は脆弱な施設高齢者の転倒予防に有効であると示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to examine the effects of a whole-body exercise program to improve fall-related outcomes for elderly persons in a long-term care facility. The training consisted of a warm-up, static stretching, muscle strengthening in the upper and lower extremities, toe exercises, and a cool-down with rhythm for cognition. The study design was a prospective clinical trial. Participants were 40 (21 intervention, 19 control) elderly persons in a long-term care facility. The intervention period was 3 months, with outcomes measured before and after intervention. Outcome values were mobility, handgrip strength, muscle strength in the lower extremities, postural sway, toe function, cognitive status, fall self-efficacy, and number of falls and injuries. The intervention group showed increased balance and fall self-efficacy, maintained mobility, toe function, cognitive status, and muscle strength, and a decreased number of falls and fallers. No training-related medical problems occurred. The whole-body exercise program was shown to be acceptable for use among elderly persons in a long-term care facility.

文 献

- 1) 厚生労働省：平成16年度国民生活基礎調査 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合，2005-07-20，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa04/4-2.html>.
- 2) Rubenstein, L., Robbins, A. S.: Falling syndromes in elderly persons. *Comprehensive Therapy*, 15(6), 13-18, 1989.
- 3) Kiely, D. K., Kiely, D. P., et al.: Identifying nursing home residents at risk for falling, *J Am Geriatr Soc*, 46, 551-555, 1998.
- 4) 加辺憲人：足趾の機能，理学療法科学，18(1)，41-48, 2003.
- 5) 加藤真由美，泉キヨ子，他：入院高齢者の転倒要因についての研究－3種類の施設の前向き調査から－，金大医保紀要，24(1)，127-134, 2000.
- 6) Cali, C. M., Kiel, D. P.: An epidemiological study of fall-related fractures among institutionalized older people, *J Am Geriatr Soc*, 43, 1336-1340, 1995.
- 7) Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., et al.: Fall in the nursing home, *Annals of Internal Medicine*, 121(6), 442-451, 1994.
- 8) Asakawa, Y., Ikezoe, T., et al.: Relationship between falls and knee extension strength in the elderly, *J Am Geriatr Soc*, 8, 45-48, 1996.
- 9) Thapa, P.B., Brockman, K.G., et al.: Injurious falls in nonambulatory nursing home residents: A comparative study of circumstances, incidence, and risk factors. *J Am Geriatr Soc*, 44, 273-278, 1996.
- 10) 栗田 正，片山 晃，他：Alzheimer型痴呆，混合型痴呆患者

- における転倒骨折と認知機能障害。問題行動との関係，日本老年医学会雑誌，34，662-667，1997。
- 11) Evitt, C. P., Quigley, P. A.: Fear of falling in older adults: A guide to its prevalence, risk factors, and consequences, *Rehabilitation Nursing*, 29, 207-210, 2004.
 - 12) Friedman, S.M., Munoz, B., et al.: Falls and fear of falling: Which comes First? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention, *J Am Geriatr Soc*, 50, 1329-1335, 2002.
 - 13) 加藤真由美，泉キヨ子，他：療養型病床群における高齢者の転倒恐怖感と移乗・移動能力との関係，金大医保つるま保健学会誌，28(1)，151-157，2004。
 - 14) 平松知子，泉キヨ子：施設高齢者の転倒－老人病院と老人保健施設の違い－，金大医保紀要，22，179-182，1998。
 - 15) 加藤真由美，泉キヨ子，他：入院高齢者の転倒予防因子に関する研究－下肢筋力および骨量の追跡調査を通して－，老年看護学，4(1)，58-64，1999。
 - 16) 小泉幸毅，小川 章，他：拘縮の実態，奈良 勲，浜村明徳（編）：拘縮の予防と治療，1-17，医学書院，東京，2003。
 - 17) Donald, I. P., Pitt, K., et al.: Preventing falls on an elderly care rehabilitation ward. *Clinical Rehabilitation*, 14(2)，178-185, 2000.
 - 18) Hauer, K., Rost, B., et al.: Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *J Am Geriatr Soc*, 49(1)，10-20, 2001.
 - 19) Schoenfelder, D. P.: A fall prevention program for elderly individuals: Exercise in long-term care settings, *J Gerontol Nurs*, 26(3)，43-51, 2000.
 - 20) Schoenfelder, D. P., Rubenstein, L. M.: An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents, *Applied Nursing Research*, 17(1)，21-31, 2004.
 - 21) 小林隆司，細田昌孝，他：高齢者の足指把握訓練が静的重心動揺に及ぼす影響，日本災害医学会会誌，47，633-635，1999。
 - 22) Kato, M., Izumi, K., et al.: Development of an exercise program for fall prevention for elderly persons in a long-term care facility, *Japan Journal of Nursing Science*, 3(2)，107-117, 2006.
 - 23) Diesfeldt, H. F., Diesfeldt-Groenendijk, H.: Improving cognitive performance in psychogeriatric patients: The influence of physical exercise, *Age and Ageing*, 6(1)，58-64, 1977.
 - 24) Buchner, D.M., Cress, M.E., et al.: The Seattle FICSIT/ MoveIt study: The effect of exercise on gait and balance in older adults, *J Am Geriatr Soc*, 41, 321-325, 1993.
 - 25) Nowalk, M.P., Prendergast, J.M., et al.: A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities; the falls FREE program. *J Am Geriatr Soc*, 49, 859-865, 2001.
 - 26) Province, M.A., Hadley, E.C., et al., the FICIST Group: The effects of exercise on falls in elderly patients: A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials, *J Am Geriatr Soc*, 273(17)，1341-1347, 1995.
 - 27) Tinetti, M. E., Baker, D., et al.: Yale FICSIT: risk factor abatement strategy for fall prevention, *J Am Geriatr Soc*, 41, 315-320, 1993.
 - 28) 加辺憲人，黒澤和生，他：足趾が動的姿勢制御に果たす役割に関する研究。理学療法科学，17(3)，199-204，2002。
 - 29) 浅川康吉，高橋龍太郎，他：筋力と高齢者のADL－下肢筋力と転倒・ADL障害の関連－。理学療法ジャーナル，32，933-938，1998。
 - 30) 千野直一：FIMの背景と特徴・FIMの評価法，千野直一（編）：脳卒中患者の機能評価 SISAとFIMの実際，43-96，シュプリンガー・フェアラーク東京，東京，1997。
 - 31) 平沢秀人，小山恵子：痴呆の診断と治療，平沢秀人（編）：痴呆性高齢者ケアマニュアル，50-73，Medical View，東京，1999。
 - 32) 泉キヨ子，牧本清子，他：入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの開発（第2報），つるま保健学会誌，25(1)，55-63，2001。
 - 33) 浅川康吉，池添冬芽，他：高齢者における下肢筋力と起居・移動動作能力の関連性，理学療法，24，248-253，1997。
 - 34) 西島智子，小山理恵子，他：高齢者における等尺性膝伸筋力と歩行能力との関係。理学療法科学，19(2)，95-99，2004。
 - 35) 山崎裕司，長谷川輝美，他：等尺性膝伸筋力と移動動作の関連－運動器疾患のない高齢者を対象として－，総合リハビリテーション，30(8)，747-752，2002。
 - 36) 植松光俊，井上和久，他：小型床反力計を応用した受圧部・受感部一体型ハンドヘルドダイナモメーターの臨床的意義，埼玉県立大学紀要，1，165-171，1999。
 - 37) Bohannon, R. W.: Quantitative testing of muscle strength: Issues and practical options for the geriatric population, *Top Geriatr Rehabil*, 18(2)，1-17，2002。
 - 38) Duncan, P. W., Studenski, S., et al: Functional Reach: Predictive Validity in a Sample of Elderly Male Veterans, *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 47(3)，M93-M98, 1992.
 - 39) Weiner, D. K., Duncan, P.W., et al: Functional Reach: A Marker of Physical Frailty, *The American Geriatrics Society*, 40, 203-207, 1992.
 - 40) Duncan, P. W., Weiner, D. K., et al: Functional Reach: A New Clinical Measure of Balance, *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 45(6)，M192-M197, 1990.
 - 41) 平松知子，泉キヨ子，他：転倒予防に関する地域高齢者の足部の実態－足趾の接地状態と足底，姿勢，バランス，筋力および転倒との関係－，老年看護学，9(2)，116-123，2005。
 - 42) 恒屋昌一，白井永男：健康成人における直立時の足趾接地の実態，理学療法学，33(1)，30-37，2006。
 - 43) 小林敏子，播口之朗，他：行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度（NMスケール）および日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）の作成，臨床精神医学，17(11)，1653-1668，1988。
 - 44) 新開省二：ランクJ（生活自立）在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理社会的特徴。厚生科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 地域在宅高齢者の「閉じこもり」に関する総合的研究 平成13年度 総括・分担研究報告書，6-17，2002。
 - 45) 段亜梅，泉キヨ子，他：施設高齢者における転倒予防自己効力感の測定－日常生活動作別の分析と関連要因－，老年看護学，10(2)，41-50，2002。
 - 46) 木藤伸宏，井原秀俊，他：高齢者の易転倒性を予測する因子の抽出とその予防のための訓練法の開発，第15回「健康医科学」研究助成論文集，25-36，2000。
 - 47) Means, K. M., O' Sullivan, P.S., et al.: Psychosocial effects of an exercise program in older persons who fall, *J Rehabil Res Dev*, 40(1)，49-58，2003。
 - 48) 竹中晃二：メンタルヘルスの改善に影響を与える運動・スポーツの実践，臨床精神医学，31(11)，1315-1320，2002。
 - 49) 加藤守匡，奥野純子，也：身体運動による痴呆予防の可能性，*Cognition and Dementia*, 2(2)，47-51，2003。
 - 50) 池田道智江，鈴木みずえ，他：重度認知症高齢者に対する看護介入としての他動式リズム運動の効果，看護研究，39(4)，301-313，2006。
 - 51) Myers, A. M.: Psychological indicators of balance confidence: Relationship to actual and perceived abilities, *MEDICAL SCIENCE*, 51A(1)，M37-M43, 1996。

平成19年3月20日受 付
平成19年11月1日採用決定

脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因

Factors Associated with Changes in Self-Esteem after Stroke

横 山 純 子¹⁾

宮 腰 由起子²⁾

Junko Yokoyama

Yukiko Miyakoshi

キーワード：自尊感情，脳梗塞，看護，縦断的研究

Key Words : self-esteem, stroke, nursing, longitudinal study

I. 緒 言

本邦は世界に類をみない超高齢社会を迎え、それに伴い脳卒中の総患者数が増加している。脳卒中は寝たきりの原因の3割を占めており、発症後の急性期医療からリハビリテーションまで総合的な対策の必要性が指摘されている¹⁾。脳卒中がもたらす障害は、運動機能、行為、認知、コミュニケーションなど広範囲にわたるため、患者はActivity of daily living（以下ADLと記載）においてさまざまな影響を受ける²⁾。加えて、脳卒中の発症は突然であり、手足の麻痺、意識消失、呂律困難など一瞬にして劇的な身体の変化を及ぼすため、患者は、「こんな状態になってしまっただけは終わりで。自分のことが自分でできないのが情けない。家に帰っても邪魔になるだけ。」³⁾「できることがないがや、何もない。情けないね。」⁴⁾など脳卒中発症後に変化した自己に戸惑い、自己に対する感情が変化したことを語っている。このように脳卒中発症後に、これまでできていたことが突然にできなくなることは、自己概念に影響を及ぼし、自尊感情低下と関連する可能性がある⁵⁾。先行研究により、脳卒中発症後の自尊感情と関連する要因として、経済的満足感、主観的健康感、楽しみの有無、日常生活動作の障害の程度、生きがい⁶⁾、コミュニケーション能力⁷⁾、社会との交流、情緒的サポート⁸⁾が示されている。しかし、これらはすべて横断的研究であり、脳卒中発症後の経過と共に自尊感情がどのように変化しているか、どの時期にどのような要因が自尊感情と関連するかを明らかにした研究はみられない。自尊感情は精神的健康の基盤であるとされ、Quality of Lifeとも関連する^{9, 10)}。自尊感情が低いということは自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を示しており¹¹⁾、自分をどう感じるかということが心のあり方や生き方、人生そのものに影響を及ぼすと思われる。そのため、脳卒中発症後の自尊感情の経時的変化および時期別の自尊感情の関連要因を明らかにし、自尊感情を高める介

入を行うことは、Quality of Lifeの向上につながると考えられる。

II. 研究目的

脳梗塞発症後の急性期から自尊感情の経時的変化を捉え、自尊感情の関連要因を時期別に明らかにし、脳梗塞発症後の看護介入について検討する。

III. 用語の定義

Rosenberg¹¹⁾による自尊感情の定義を基に、自尊感情を自己に対する肯定的または否定的な態度と定義し、自尊感情が低いことは自己否定、自己不満を示し、自尊感情が高いことは自己肯定、自己満足（これでよいと考える）を示すとした。

IV. 研究方法

1. 対象

本調査では、脳卒中の中でも発症数が多い脳梗塞患者を対象とした。調査協力施設として、A市都心部に位置する病床数700床のA病院に依頼した。臨床診断が脳梗塞であり、CTまたはMRIによって病巣が確認され、脳梗塞発症後30日以内である人を調査協力依頼者とし、コミュニケーションに支障がある人（重度の構音障害、失語症など）、脳梗塞発症前または調査時に認知症、うつ病と診断されている人を依頼対象から除外した。

2. 調査方法

2002年7月1日から2004年3月31日の間に入院した患者に対し、自記式質問紙調査を実施した。入院中の調査は対象者の状態が安定してから面接法で行い、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後には郵送法にて行った。筆記が困難な場合には家族などが代筆した。

1) 医療法人玄州会光武内科循環器科病院 The Healthcare Corporation Genshu-Group, Mitsutake Cardiovascular Hospital

2) 広島大学大学院保健学研究科 Hiroshima University Graduate School of Health Science

3. 調査票の構成

1) 自尊感情

自尊感情の調査票としては、RosenbergのSelf-Esteem^{11, 12)} (以下RSEと記載)を用いた(表1)。RSEは、10項目について「そう」「ややそう」「ややちがう」「ちがう」の4段階評価を行う。各々に点数が定められており、合計点が10~40点となる。得点が低いほど、自尊感情が低いことを示す。臨床的にRSE得点20点以下は低い自尊感情、30点以上は高い自尊感情とみなされる¹³⁾。現在広く用いられている自尊感情尺度は、妥当性が確認されている^{14, 15)}。

2) 自尊感情の関連要因

脳卒中患者を対象とした先行研究^{6, 8)}において、自尊感情と職業の変化、主観的健康感、情緒的サポート提供者、老研式活動能力指標、外出頻度などの関連が示されている。Crouchら¹⁶⁾は、自尊感情の低下は財政的な支払能力の障害、生産性の障害、仲間との関係の変化(失業)、長期化する病気、人間関係の変化によって生じると述べている。これらをもとに、本研究では、財政的な支払能力の障害、生産性の障害、仲間との関係の変化(失業)として職場復帰状況^{8, 17)}と経済的満足感¹⁷⁾、長期化する病気として主観的健康感¹⁷⁾、人間関係の変化として情緒的サポート提供者^{8, 18)}、それにADLの自立度を加え、関連要因として尋ねた。

ADLの自立度の調査票としては、Barthel Index¹⁹⁾(以下BIと記載)を用いた(表2)。BIは自立の機能を評価する10項目からなる尺度である。各項目に重み付けがしてあり、5点刻みの100点満点で評価する。BI得点100点はADLが自立、85点は65%が自立歩行であり、BIが低いほどADL障害が重いことを意味する²⁰⁾。BIは、脳卒中患者のADL評価に広く用いられ^{6, 7, 21)}、妥当性、信頼性は検証されている^{22, 23)}。

職場復帰状況^{8, 17)}は、「入院前の職場に復帰した、入院前から仕事はしていない、休職中である、仕事を変った、

仕事を辞めた」の中から該当するものを尋ねた。経済的満足感¹⁷⁾は、家庭の経済状況に関する満足感を「非常に満足している、まあまあ満足している、どちらともいえない、あまり満足していない、まったく満足していない」の中から該当するものを尋ねた。

主観的健康感¹⁷⁾は、全般的な現在の健康状態、同年代の人と比べた健康状態、健康状態満足感について質問した。全般的な現在の健康状態は「まったく健康である、かなり健康である、普通である、あまり健康ではない、まったく健康ではない」、同年代の人と比べた健康状態は「よい、だいたい同じ、悪い」、健康状態満足感は「非常に満足している、まあまあ満足している、どちらともいえない、あ

表2 Barthel Index Scale

質問項目		配点
食事	自分で食べることができる	10
	少し手伝ってもらえば自分で食べることができる	5
	食事はすべて介助してもらう	0
移乗	自分で移動できる	15
	少し介助してもらえば自分で移動できる	10
	移動はすべて介助してもらうが座ることはできる	5
	座ることができない	0
整容	洗顔、整髪、歯磨き、ひげそりを自分で行うことができる	5
	洗顔、整髪、歯磨き、ひげそりに介助が必要	0
トイレ動作	自分でトイレ動作を行うことができる	10
	少し介助してもらえばトイレ動作を行うことができる	5
	トイレ動作はすべて介助してもらう	0
入浴	自分で入浴動作を行うことができる	5
	入浴には介助が必要である	0
歩行	1人で歩くことができる	15
	介助があれば歩くことができる	10
	車椅子にて自立でき、曲がり角もうまく曲がれる	5
	歩くことはできない	0
階段昇降	階段の昇り降りができる	10
	介助があれば階段の昇り降りができる	5
	階段の昇り降りができない	0
着替え	自分で更衣できる	10
	介助は必要だが半分以上は自分で更衣できる	5
	更衣にはすべて介助が必要である	0
排便	自分で排便できる	10
	時々排便を失敗することがある	5
	便の失禁がある、おむつを使っている	0
排尿	自分で排尿できる	10
	時々排尿を失敗することがある	5
	尿の失禁がある、おむつ、またはカテーテルを使っている	0

太字は最高点

Functional evaluation: the Barthel Index (Mahoney, Barthel, 1965)

表1 Rosenberg's Self-Esteem Scale (宗像訳)

質問項目
1. だいたいにおいて自分に満足している。
2. 時々、自分がでんでだめだと思う。
3. 自分には良いところがたくさんあると思う。
4. たいていの人がやれる程度にはやれる。
5. 自分には自慢するところがありなと思う。
6. 時々、まったく自分が役立たずだと感じる。
7. 少なくとも他人と同じくらいの価値にあると思う。
8. もう少し自分を尊敬できたらよいと思う。
9. だいたい自分は何をやってもうまくいかない人間のように入る。
10. すべて良いほうに考えようとする。

健康のセルフケア行動 (宗像, 1988)

表3 National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

質問項目	
1a 意識水準	0 完全覚醒 1 簡単な刺激で覚醒 2 繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 3 完全に無反応
1b 意識障害－質問 (今月の月名及び年齢)	0 両方正解 1 片方正解 2 両方不正解
1c 意識障害－従命 (開閉眼、「手を握る・開く」)	0 両方正解 1 片方正解 2 両方不正解
2 最良の注視	0 正常 1 部分的注視麻痺 2 完全注視麻痺
3 視野	0 視野欠損なし 1 部分的半盲 2 完全半盲 3 両側性半盲
4 顔面麻痺	0 正常 1 軽度の麻痺 2 部分的麻痺 3 完全麻痺
5 上肢の運動(右) *仰臥位の時は45度右上肢 9: 切断、関節癒合	0 90度*を10秒間保持可能(下垂なし) 1 90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 2 90度*の掌上または保持ができない 3 重力に抗して動かない 4 全く動きがみられない
上肢の運動(左) *仰臥位の時は45度左上肢 9: 切断、関節癒合	0 90度*を10秒間保持可能(下垂なし) 1 90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 2 90度*の掌上または保持ができない 3 重力に抗して動かない 4 全く動きがみられない
6 下肢の運動(右) 9: 切断、関節癒合	0 30度を5秒間保持可能(下垂なし) 1 30度を保持できるが5秒以内に下垂 2 重力に抗して動きがみられる 3 重力に抗して動かない 4 全く動きがみられない
下肢の運動(左) 9: 切断、関節癒合	0 30度を5秒間保持可能(下垂なし) 1 30度を保持できるが5秒以内に下垂 2 重力に抗して動きがみられる 3 重力に抗して動かない 4 全く動きがみられない
7 運動失調	0 なし 1 1肢 2 2肢
8 感覚	0 障害なし 1 軽度から中等度 2 重度から完全
9 最良の言語	0 失語なし 1 軽度から中等度 2 重度の失語 3 無言、全失語
10 構音障害 9: 挿管または身体的障壁	0 正常 1 軽度から中等度 2 重度
11 消去現象と注意障害	0 異常なし 1 視覚、触覚、聴覚、視空間、または自己身体に対する不注意、あるいは1つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象 2 重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意

脳卒中患者における機能評価法について(戸島雅彦, 西谷幹雄, 2000)
A modified national institute of Health Stroke Scale for use in stroke clinical trials (Lyden, Lu, 2001)

まり満足していない, まったく満足していない」の中から該当するものを尋ねた。

情緒的サポート提供者^{8, 19)}は, 「一緒に楽しい時間を過ごせる人, 心配事を聞いてくれる人, 自分を高く評価してくれる人」それぞれの有無を尋ねた。

3) 基本的属性

年齢, 性別, 入院日数, 入院時の機能障害(National Institute of Health Stroke Scale^{24, 25)};以下NIHSSと記載, 表3), 梗塞側, 梗塞の種類(ラクナ梗塞, アテローム血栓性脳梗塞, 脳塞栓症), 発作(初発, 再発), 転帰, 麻痺側, 婚姻状況などの情報をカルテから収集した。利き手, 職業の有無, 在学年数は調査票から情報を得た。

4. 倫理的配慮

本研究はA病院の倫理委員会の承認を受け, 研究計画書に基づき, 文書にて同意の得られた対象者に実施した。対象者には, 研究目的, 具体的内容, 手順を説明し, 調査を拒否することにより不利益を受けないこと, 希望によりいつでも研究への参加を辞退できることを伝えた上で同意を得た。対象者のプライバシーを保護するために, データは鍵の掛かる場所に保管する, 調査票はナンバーリングをして名前や住所が特定されないようにする, 本研究目的の用途以外には使用しないなどの配慮をして, 調査を実施した。

5. 分析

自尊感情の経時的変化の検討にRepeated measures ANOVA(その後の比較に多重比較Dunnettのt検定), 自尊感情と関連要因の検討にt検定, 一元配置分散分析(その後の比較にBonferroni検定), Pearsonの積率相関係数, Spearmanの順位相関係数を用いた。ADLの自立度と自尊感情の関連では, 入院時と3ヶ月後のADLの自立状況をもとに3群(障害あり;入院時と3ヶ月後のBI得点が100点未満, 自立まで回復;入院時のBI得点は100点未満だが3ヶ月後のBI得点は100点, 入院時より自立;入院時と3ヶ月後のBI得点がともに100点)に分類し, 分析を行った。各時期(3ヶ月後, 6ヶ月後, 1年後)において, RSEを目的変数, ADLの自立度, 主観的健康感, 職場復帰状況, 経済的満足感, 情緒的サポート提供者を説明変数として, 重回帰式に投入し, ステップワイズ法による検定を行った(F値確率は投入0.05, 除外0.10)。回答はすべて順序尺度として扱い, 欠損値は平均値で置換した。RSEは現在の自分自身に対する感情を示すため, その時点での状況が最もRSEに関連すると考え, 横断的に関連要因の分析を行った。統計解析にはSPSS14.0Jを使用し, いずれの検定も危険率5%未満を有意とみなした。

V. 結 果

1. 対象集団と基本的属性

126人を初回調査対象者とし、4回の調査（入院時、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後）を実施した。そのうち、アンケートの有効回答が4回未満であった34人を分析対象から除外し、すべての調査に協力が得られた92人を分析対象者とした。分析対象者は、平均年齢66.2才（SD = 10.6）、入院時の平均NIHSS 3.4点（SD = 2.6）、入院日から初回調査までの期間は平均12.3日（SD = 7.1）であり、男性（63人68.5%）、右側の梗塞（47人51.1%）、ラクナ梗塞（35人38.0%）、初発（79人85.9%）の割合が高い傾向にあった。基本的属性のうちRSEとの関連が示唆された項目は、転帰、上肢の麻痺、NIHSSであった（ $p < 0.05$ ）（表4）。転院した人、上肢の麻痺がある人、NIHSSが低値で入院時の機能障害の程度が重い人は、RSEが低い傾向にあった。

2. 脳梗塞発症後の自尊感情の経時的変化

本調査におけるRSEのCronbach'sの α は0.762~0.869で

表4 基本的属性とRSEの関連

属性	人数	入院時RSE 平均値(点)	SD	検定	p値
性別	男性 63 女性 29	30.7 29.3	6.2 5.5	$t = 1.048$	0.298
梗塞側	右側 47 左側 40	30.3 30.6	6.8 5.1	$t = -0.226$	0.822
梗塞の種類	ラクナ 35 アテローム血栓性 23 脳塞栓症 23	30.3 29.1 32.0	5.7 6.8 5.6	$F = 1.365$	0.261
発作	初発 79 再発 13	30.3 30.0	6.1 5.5	$t = 0.155$	0.877
転帰	自宅 78 転院 9	31.0 23.2	5.9 2.3	$t = 3.902$	<0.001
利き手	右利き 84 左利き 3 両利き 5	30.5 28.3 27.8	5.9 9.5 6.4	$F = 0.615$	0.543
上肢の麻痺	なし 50 右側 15 左側 26	31.8 28.8 28.1	5.3 5.7 6.8	$F = 3.976$	0.022
下肢の麻痺	なし 51 右側 16 左側 22	31.4 29.8 28.1	5.4 5.5 7.4	$F = 2.538$	0.085
職業	あり 47 なし 45	31.0 29.5	5.2 6.7	$t = 1.179$	0.242
在学年数	0~9年 16 10~13年 35 14年以上 34	31.3 28.4 31.4	5.5 6.4 5.6	$F = 2.578$	0.082
婚姻状況	既婚 73 死別 7 未婚 2	30.1 32.9 28.0	6.4 3.8 4.2	$F = 0.770$	0.467
年齢	92			$r = 0.089$	0.396
入院日数	92			$r = 0.029$	0.783
NIHSS	92			$\rho = -0.295$	0.004

t: t検定 F: 一元配置分散分析 r: Pearsonの積率相関係数
 ρ : Spearmanの順位相関係数
*: $p < 0.05$ Bonferoniの検定
RSE: Rosenberg's Self-Esteem Scale
NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale

表5 RSEの変化

時期	RSE 平均値 (点)	SD	多重比較 Dunnetのt検定 平均値の差 標準誤差 p値
入院時	30.2	6.0	
3ヶ月後	30.7	6.2	$\dagger 1$ 0.45 0.55 0.754
6ヶ月後	30.7	6.5	$\dagger 2$ 0.41 0.55 0.793
1年後	30.7	6.0	$\dagger 3$ 0.41 0.55 0.793

Repeated measures ANOVA $n = 92$ $F = 3098.675$ $p < 0.001$
RSE: Rosenberg's Self-Esteem Scale

表6 5点以上のRSEの変化

時期	RSE得点の変化		
	5点以上 上昇	5点以上 低下	合計
入院時から3ヶ月後	22	17	39 (人)
3ヶ月後から6ヶ月後	14	12	26
6ヶ月後から1年後	11	8	19

RSE: Rosenberg's Self-Esteem Scale

表7 RSE得点20点未満の人のRSE得点の経時的変化

性別	年齢区分	入院時 NIHSS	RSE得点			
			入院時	3ヶ月後	6ヶ月後	1年後
男性	後期高齢者	4	13	24	14	19 (点)
男性	後期高齢者	0	17	19	22	27
男性	前期高齢者	7	17	25	17	25
男性	後期高齢者	5	22	19	25	25
女性	後期高齢者	1	24	12	28	24
男性	後期高齢者	6	26	21	13	21
男性	壮年者	5	20	31	16	23
女性	壮年者	1	27	25	19	28
男性	後期高齢者	4	24	23	17	17
女性	前期高齢者	5	21	21	19	15
女性	前期高齢者	6	28	21	21	17

太字: RSE得点20未満
RSE: Rosenberg's Self-Esteem Scale
NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale

あった。RSEの平均値は入院時30.2点（SD = 6.0）、3ヶ月後30.7点（SD = 6.2）、6ヶ月後30.7点（SD = 6.5）、1年後30.7点（SD = 6.0）であったが、Repeated measures ANOVAにより、自尊感情は変動していることが示された（ $p < 0.001$ ）（表5）。RSE得点が5点以上変動した人は、入院時から3ヶ月後39人；上昇22人、低下17人、3ヶ月後から6ヶ月後26人；上昇14人、低下12人、6ヶ月後から1年後19人；上昇11人、低下8人であり、上昇と低下がほぼ同数となっていた（表6）。臨床的にRSEがかなり低いとみなされるRSE得点20点未満の人の割合は、各時期において92人中3~7人（3.3~7.6%）であり、4回の調査すべてのRSE得点が20点未満の人はみられなかった（表7）。

3. 脳梗塞発症後の自尊感情の関連要因

1) ADLの自立度と自尊感情

本調査におけるBIのCronbach'sの α は0.860~0.902であった。入院時にBI得点が100点未満の人、つまりADL

の自立に何らかの障害がある人は42.4%（92人中39人）であったが、時とともに徐々にその割合は減少し、1年後には13.0%（92人中12人）となっていた（表8）。入院時、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後、すべての時期においてBIとRSE間に0.371～0.457（ $p<0.001$ ）の正の相関がみられ、BI得点が低いとRSE得点も低かった（表9）。つまり、ADLが自立していない人は自尊感情が低い傾向にあった。

表8 BI得点100点未満の割合の経時的変化

BI得点	入院時	3ヶ月後	6ヶ月後	1年後
BI100点未満	39 (42.4)	18 (19.6)	16 (17.4)	12 (13.0)
BI100点	53 (57.6)	74 (80.4)	76 (82.6)	79 (86.8)

BI：Barthel Index ※1年後欠損データ1人

表9 BIとRSE間の相関関係の経時的変化

	入院時	3ヶ月後	6ヶ月後	1年後
ρ 値	0.397	0.452	0.457	0.371
p 値	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

ρ ：Spearmanの順位相関係数
BI：Barthel Index
RSE：Rosenberg's Self-Esteem Scale

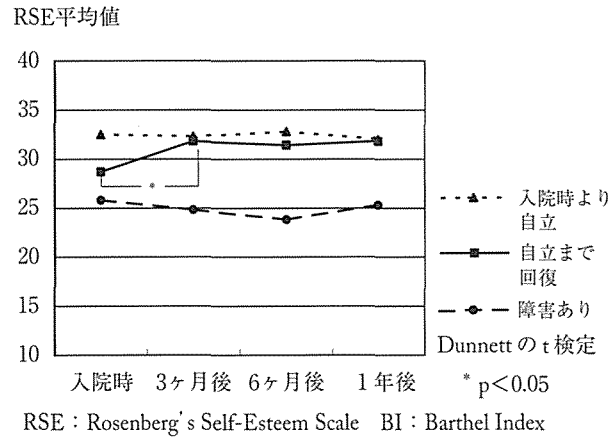


図1 BI得点群別のRSEの経時的変化

ADLの自立度と自尊感情の関連をより明確にするため、入院時と3ヶ月後のADLの自立状況をもとに、障害あり群、自立まで回復群、入院時より自立群に分類し、RSE平均値の比較を行った。入院時のRSE平均値は、入院時より自立群32.5点（SD = 5.0）>自立まで回復群28.7点（SD = 5.1）>障害あり群25.8点（SD = 6.8）の順に低値を示し（ $p<0.001$ ）、障害あり群のRSE平均値は3ヶ月後24.8点（SD = 6.2）、6ヶ月後23.8点（SD = 6.5）、1年後25.3（SD = 5.7）といずれの時期も低値であった（表10）。入院時と3ヶ月後のRSE平均値を比較すると自立まで回復群のみが、入院時28.7点（SD = 5.1）よりも3ヶ月後31.8点（SD = 5.2）が高く（ $p<0.05$ ）、経時的変化がみられ、ADLの自立状況の回復と自尊感情の上昇との関連が示された（図1）。

3）職場復帰状況、経済的満足感と自尊感情

入院前に収入を得る仕事をしていた人は43人（46.7%）、時々していた人は4人（4.3%）、無職の人は45人（48.9%）であった。1年後に仕事を辞めていた人は13人（14.1%）であり、ほとんどの人が1年後には仕事を継続するか、辞めるかが決まっていた。経済的満足感は、12～16人（13.3～17.6%）があまり満足していない～まったく満足していないと答えていたが、まあまあ満足している～非常に満足しているが72.6%を占めた。脳梗塞発症6ヶ月後において、仕事を辞めた人のRSE平均値26.1点（SD = 4.6）は、入院前の仕事に復帰した人のRSE平均値33.3点（SD = 4.7）に比べ、低かった（ $p<0.01$ ）（表11）。つまり、仕事を辞めた人は入院前の仕事に復帰した人よりも自尊感情が低かった。

4）主観的健康感と自尊感情

全般的な健康状態は、3～4割の人があまり健康でない～まったく健康でないと答えていたが、普通と答えた人も3～4割であった。同年代の人と比べた健康状態は3割の人が悪い、4割の人がだいたい同じと答えていた。健康状態満足感は、3～4割の人があまり健康でない～まったく

表10 BI得点群別のRSE

発症3ヶ月後の ADLの自立状況	人 数	%	RSE平均値										
			入院時BI平均値		入院時		3ヶ月後		6ヶ月後		1年後		
障害あり (BI100点未満)	18	19.6	71.4 (18.2)	71.4 (18.2)	25.8 (6.8)	25.8 (6.8)	24.8 (6.2)	24.8 (6.2)	23.8 (6.5)	23.8 (6.5)	25.3 (5.7)	25.3 (5.7)	点(SD)
自立まで回復 (BI100点)	23	25.0	84.8 (12.9)	84.8 (12.9)	28.7 (5.1)	28.7 (5.1)	31.8 (5.2)	31.8 (5.2)	31.4 (5.5)	31.4 (5.5)	31.8 (4.6)	31.8 (4.6)	
入院時より自立 (BI100点)	51	55.4	100.0 (0.0)	100.0 (0.0)	32.5 (5.0)	32.5 (5.0)	32.3 (5.4)	32.3 (5.4)	32.8 (5.3)	32.8 (5.3)	32.0 (5.7)	32.0 (5.7)	
		検定	76.287	†1	11.475	†2	12.639	†2	17.118	†2	10.674	†2	
		p値	<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		

†1：Kruskal-Wallis検定（ χ^2 値） †2：一元配置分散分析（F値）
群間の比較（BIはMann-Whitney検定、RSEはBonferroni検定） *： $p<0.05$ ***： $p<0.001$
ADL：Activity of daily living BI：Barthel Index RSE：Rosenberg's Self-Esteem Scale

表11 職場復帰状況、経済的満足感とRSEとの関連

項目	3ヶ月後			6ヶ月後			1年後		
	人数	RSE 平均値 (点)	SD	人数	RSE 平均値 (点)	SD	人数	RSE 平均値 (点)	SD
仕事復帰状況	90			92			91		
①仕事を辞めた	9	28.7	7.3	12	26.1	4.6	13	30.1	5.4
②仕事を変った	2	32.5	10.6	2	23.0	5.7	—	—	—
③休職中	10	29.5	5.8	4	26.5	7.3	2	24.5	3.5
④入院前から仕事はしていない	39	29.9	6.7	38	30.5	7.3	40	29.7	6.9
⑤入院前の仕事に復帰した	30	32.6	5.1	36	33.3	4.7	36	32.0	4.9
一元配置分散分析	F値	1.215		4.708			1.736		
	p値	0.311		0.002			0.165		
経済的満足感	89			91			90		
①まったく満足していない	8	29.5	5.0	4	30.5	6.1	6	27.7	4.8
②あまり満足していない	7	30.3	6.2	12	26.3	6.5	6	28.2	3.3
③どちらともいえない	9	28.3	4.0	10	30.4	4.5	12	28.8	4.4
④まあまあ満足している	51	30.7	6.8	54	31.0	6.5	50	31.4	5.7
⑤非常に満足している	14	34.1	4.8	11	33.5	6.9	16	32.6	7.7
一元配置分散分析	F値	1.458		2.007			1.598		
	p値	0.222		0.101			0.182		

** : p<0.01 Bonferoniの検定 RSE : Rosenberg's Self-Esteem Scale

表12 主観的健康感とRSEの関連

項目	3ヶ月後			6ヶ月後			1年後		
	人数	RSE 平均値 (点)	SD	人数	RSE 平均値 (点)	SD	人数	RSE 平均値 (点)	SD
全般的な健康状態	90			92			91		
①まったく健康でない	5	24.8	6.0	5	18.8	5.9	4	20.5	4.7
②あまり健康でない	26	27.6	6.0	32	27.7	5.7	31	27.6	5.1
③普通である	37	32.1	5.1	30	33.2	4.8	29	32.3	4.8
④かなり健康である	17	34.1	5.8	17	34.7	4.3	19	33.7	5.3
⑤まったく健康である	5	33.6	5.6	8	32.0	6.1	8	35.3	4.2
一元配置分散分析	F値	5.957		13.236			11.609		
	p値	<0.001		<0.001			<0.001		
同年代の人と比べた健康状態	83			89			83		
①悪い	30	28.2	5.6	33	27.1	6.5	30	27.0	5.5
②だいたい同じ	39	32.4	6.3	43	32.6	5.4	40	32.6	5.2
③よい	14	32.9	4.8	13	34.7	5.3	13	35.7	3.5
一元配置分散分析	F値	5.394		11.631			16.813		
	p値	0.006		<0.001			<0.001		
健康状態満足感	91			92			91		
①まったく満足していない	9	26.8	5.7	11	23.3	6.6	11	24.5	5.6
②あまり満足していない	28	29.1	5.1	23	28.5	6.6	30	28.6	5.2
③どちらともいえない	15	29.8	5.1	8	29.1	5.6	9	29.0	5.4
④まあまあ満足している	32	33.1	7.0	47	33.2	4.7	32	34.1	4.6
⑤非常に満足している	7	34.1	4.3	3	38.0	3.5	9	34.8	4.4
一元配置分散分析	F値	3.534		9.731			11.129		
	p値	0.010		<0.001			<0.001		

* : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001 Bonferoni検定 RSE : Rosenberg's Self-Esteem Scale

健康でないと答えていたが、3～5割の人はまあまあ満足していると答えていた。全般的な健康状態、同年代の人と比べた健康状態、健康状態満足感ともに、すべての時期においてRSEとの関連がみられた (p<0.05)。全く健康でない、同年代の人と比べた健康状態が悪い、健康状態にまったく満足していないと回答した人のRSEは低値を示し (表12)、主観的健康状態が悪い人は自尊感情も低かった。

5) 情緒的サポート提供者と自尊感情

一緒に楽しい時間を過ごせる人がいない人は7～9人、心配事を聞いてくれる人がいない人は6～8人、自分を高く評価してくれる人がいない人は8～13人であり、各回答とも情緒的サポート提供者がいないと回答した人は約1割であった。自分を高く評価してくれる人はすべての時期において、一緒に楽しい時間を過ごせる人は6ヶ月後と1年

表13 情緒的サポート提供者とRSEの関連

項目	3ヶ月後			6ヶ月後			1年後		
	人数	RSE 平均値 (点)	SD	人数	RSE 平均値 (点)	SD	人数	RSE 平均値 (点)	SD
一緒に楽しい時間を過ごせる人	89			88			89		
①いない	7	27.3	4.8	9	21.6	5.4	7	23.3	6.2
②いる	82	31.1	6.3	79	31.8	5.9	82	31.4	5.6
t検定	t値	-1.569		-4.923		-3.653		-3.653	
	p値	0.120		<0.001		<0.001		<0.001	
心配事を聞いてくれる人	88			92			89		
①いない	6	30.2	6.1	7	26.3	7.6	8	27.4	7.4
②いる	82	31.0	6.2	85	31.0	6.3	81	31.1	5.9
t検定	t値	-0.315		-1.871		-1.673		-1.673	
	p値	0.753		0.065		0.098		0.098	
自分を高く評価してくれる人	74			74			69		
①いない	13	26.8	6.0	8	22.5	6.4	8	24.0	6.9
②いる	61	32.4	5.8	66	31.9	6.1	61	32.2	5.4
t検定	t値	-3.145		-4.096		-3.893		-3.893	
	p値	0.002		<0.001		<0.001		<0.001	

RSE : Rosenberg's Self-Esteem Scale

表14 RSEを説明する要因 (RSEを従属変数とした重回帰分析)

目的変数	説明変数	標準偏回帰 係数 (β)	t値	p値	重相関 係数 (R)	決定係数 (R^2)
3ヶ月後の RSE	ADLの自立度 (BI)	0.248	2.597	0.011	0.489	0.239
	全般的な健康状態	0.362	3.788	<0.001		
6ヶ月後の RSE	ADLの自立度 (BI)	0.217	3.021	0.003	0.761	0.579
	職場復帰状況	0.303	4.267	<0.001		
	健康状態満足感	0.387	5.244	<0.001		
	一緒に楽しい時間を過ごせる人	0.211	2.502	0.014		
	自分を高く評価してくれる人	0.190	2.299	0.024		
1年後の RSE	全般的な健康状態	0.233	2.070	0.041	0.659	0.434
	健康状態満足感	0.363	3.291	0.001		
	自分を高く評価してくれる人	0.271	3.275	0.002		

3ヶ月後 n=92 F(2/89)=13.987 p<0.001

6ヶ月後 n=92 F(5/86)=23.625 p<0.001

1年後 n=92 F(3/88)=22.516 p<0.001

RSE : Rosenberg's Self-Esteem Scale ADL : Activity of daily living BI : Barthel Index

後において、RSEと関連することが示され、自分を高く評価してくれる人がいない、一緒に楽しい時間を過ごせる人がいないと回答した人のRSEは低値であった ($p<0.01$) (表13)。つまり、自分を高く評価してくれる人がいない人、一緒に楽しい時間を過ごせる人がいない人は自尊感情が低かった。心配事を聞いてくれる人とRSEの関連はみられなかった。

6) 時期別にみた自尊感情の関連要因

RSEを目的変数、ADLの自立度、職場復帰状況、経済的満足感、主観的健康感（全般的な健康状態、同年代の人と比べた健康状態、健康状態満足感）、情緒的サポート提供者（一緒に楽しい時間を過ごせる人、心配事を聞いてくれる人、自分を高く評価してくれる人）を説明変数として、

重回帰式に投入し、ステップワイズ法による分析を行った結果を表14に示す。3ヶ月後のRSEは、ADLの自立度と全般的な健康状態によって23.9%が説明された ($p<0.001$)。6ヶ月後のRSEは、ADLの自立度、職場復帰状況、健康状態満足感、一緒に楽しい時間を過ごせる人、自分を高く評価してくれる人によって57.9%が説明された ($p<0.001$)。1年後のRSEは、全般的な健康状態、健康状態満足感、自分を高く評価してくれる人によって43.4%が説明された ($p<0.001$)。主観的健康感はずべての時期において、RSEの説明変数として示された。

VI. 考 察

1. 脳梗塞発症後の自尊感情の経時的変化

本研究におけるRSE平均値は30.2～30.7点であり、入院時～1年後まで安定して高値を示した。これらの値は、老人100人を対象とした先行研究²⁶⁾、男性30.0点 (SD = 5.1)、女性28.5点 (SD = 5.4) と近似した値であり、他疾患患者を対象とした先行研究^{27, 28)}；造血管腫瘍患27.6点 (SD = 5.3)、虚血性心疾患患者28.4点 (SD = 6.1) よりも高値であり、一見、脳梗塞発症後も自尊感情は維持されているようにみえた。しかし、本研究対象者の約4割のRSEが時期により5点以上変動しており、すべての時期のRSEが20点以下の者もみられず、経時的に捉えると個々のRSEは変動していることが明らかとなった。脳梗塞発症後は自分らしさを獲得する上で、様々な思いを抱きながら揺れ動く⁴⁾。これまで、基本的な自尊感情は幼少時の家庭内での生活体験に基づくものであり変化しにくい¹⁶⁾、Rosenbergの自尊感情は変化しにくいTrait Self-Esteemであると報告されていたが²⁹⁾、大人になっても自己概念が変化し、理想自己と知覚している自己に矛盾が生じる出来事があった場合には、自尊感情は変化すると考えられた。

2. 脳梗塞発症後の自尊感情の関連要因

基本的属性のうちRSEとの関連が示唆されたのは、転帰、上肢の麻痺、NIHSSのみであり、性や梗塞部位による差はみられなかった。転院する、入院時に上肢の麻痺がある、入院時の機能障害の程度が重いことはすべてADLと関連する要因であり、BIを介して間接的にRSEへ影響している³⁰⁾と考えられた。どの時期においても、BIとRSEとの間には $p = 0.371 \sim 0.457$ の正の相関を認め ($p < 0.001$)、入院時と3ヶ月後のADLの自立状況ごとにRSE平均値を比較すると、入院時より自立群 > 自立まで回復群 > 障害あり群の順に低く ($p < 0.001$)、障害あり群のRSE平均値はどの時期においても23.8～25.8点と低値を示し、入院時にADL障害があったが、3ヶ月後には自立した群 (自立まで回復群) のRSE平均値だけに経時的な変化がみられたことから ($p < 0.001$)、自尊感情はADLの自立が妨げられると低下し、ADLが自立すると上昇すると考えられた。ADLなど、今までできていたことができなくなると、理想自己と知覚している自己の矛盾が生じるため、「満足していない」「だめだ」「価値がない」「うまくいかない」と感じ、自尊感情が低下すると考えられた。ADLに障害がみられた場合には、急性期から継続的に自立に向けてリハビリテーションを継続すること、その中で、できるだけ残存機能を活用し、ADLの自立に向けて援助すること、ADLの再獲得と共に、脳卒中患者の回復体験を支え、価値の変換を意味付け、現実的に即した自己理解ができるように支援していくこと³¹⁻³³⁾が必要である。1年後には

86.8% (92人中79人) の人がBI100点となっており、ADLの自立度は3ヶ月後と6ヶ月後のRSEの説明変数として示されたことから、発症後半年間の精神的援助が特に重要となるといえる。

本研究の分析対象者92人中45人 (48.9%) は発症前から無職であり、有職者47人中、発症1年後に仕事を辞めた人は13人 (27.7%)、元の職場に復帰した人は36人 (76.6%) であった。復職率が高い理由として、重症者が対象から除外されていること、治療法の進歩と共に予後が改善していることが考えられる。しかし、仕事を辞めた群のRSE平均値は、元の職場に復帰した群のRSE平均値よりも有意に低値であった ($p < 0.001$)。60歳以上の男女を対象とした調査においても、職業の有無は自尊感情の関連要因となっており³⁴⁾、脳血管障害患者を対象とした先行研究においても、発症後に職業の変化があった人は自尊感情が低かった ($p < 0.05$)⁸⁾。これらのことから、脳梗塞発症後には、できるだけ元の職場に復帰できるような支援と仕事を辞めた人に対して自尊感情を高める介入を行うことが必要であると考えられた。脳血管障害患者20人を対象とした先行研究においても、発症から6ヶ月以内に50%、1年以内に80%が復職していたことや³⁵⁾、職場復帰状況は6ヶ月後のRSEの説明変数として示されたことから、復職に到るまでのおよそ1年間の支援が特に重要であると考えられる。6ヶ月後に職場復帰できるかどうかを看護介入の重要な手がかりとし、職場との連携を図り、6ヶ月後までの職場復帰をめざすこと、6ヶ月後までに職場復帰が望めない人に対して精神的な支援を行うことが必要であると考えられた。経済的満足感は、全体的にみるとRSEとの間の有意な関連はみられなかった。高齢者は年金受給などにより、脳梗塞発症後の収入に影響を受けにくいと推察され、年代別の検討が必要であると考えられた。

全般的な健康状態、同年代の人と比べた健康状態、健康状態満足感とRSEとの関連が示され ($p < 0.05$)、主観的健康感、脳梗塞発症後の自尊感情と関連する重要な要因であると考えられた。主観的健康感、健常者³⁶⁾、外来通院中の脳梗塞患者⁶⁾を対象とした研究においても自尊感情との関連が示されている。これらのことから、健康状態が悪化すると、生活や自己実現に様々な影響が及び自尊感情へ影響すると考えられた。脳梗塞発症後も外来通院時の看護や訪問看護を通じて、継続的なケアを行い、できるだけ健康が維持できるように治療の継続、健康の保持、増進、異常の早期発見に向けた援助を行っていくことが重要といえる。

情緒的サポート提供者のうち、一緒に楽しい時間を過ごせる人、自分を高く評価してくれる人と自尊感情との関連が示唆された。一緒に楽しい時間を過ごせる人がいない、自分を高く評価してくれる人がいないことは自尊感情が低

いことと関連していた ($p < 0.05$)。重回帰分析の結果、一緒に楽しい時間を過ごす人と自分を高く評価してくれる人が6ヶ月後、1年後のRSEの説明変数として示されたことから、6ヶ月後以降の情緒的サポート提供の状況が自尊感情を維持する上で特に重要であると考えられた。情緒的サポートと自尊感情の関連は先行研究によっても示されている⁸⁾。患者は家族との関係の中で、支えられ、脳梗塞発症後の自己の変化や障害を受容し、変化した自己を受け止めていく^{37, 38)}。このため、脳梗塞発症後の回復過程において、患者が家族や周囲の人から情緒的支援を受けられるよう、家族を含めた教育やカウンセリングなどの介入、医療職者が積極的に肯定的な評価を伝えていくことなどが重要であるといえる³⁹⁾。

脳梗塞発症後の自尊感情の関連要因として、発症3ヶ月後はADLの自立度と主観的健康感、6ヶ月後はADLの自立度と主観的健康感に加えて職場復帰状況と情緒的サポート提供者、1年後は主観的健康感と情緒的サポート提供者が示されたことから、自尊感情を高めるためには、常に健康状態に留意しながら、発症6ヶ月後までは動作、役割の再獲得に向けた支援を中心に、発症6ヶ月後以降は情緒的サポート支援を中心に援助していくことが重要であると考えられた。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、対照集団を設置しておらず、調査結果が脳梗塞発症後に特有なものかを明らかにすることはできなかった。また、1施設の患者を対象とした調査であったこと、27.0%の脱落がみられたことから、脳梗塞患者全体の結果を反映しているとはいえない。しかし、脳梗塞発症後の自尊感情に関する重要な示唆を得ることができた。また、今回の調査では、退職者や主婦などの役割変化と自尊感情の関連、誰からの情緒的支援が自尊感情に影響するか、過去のどのような要因が未来の自尊感情に影響するか、麻痺の程度の詳細や梗塞部位および範囲の詳細と自尊感情との関連を明らかにすることができなかった。今後は、これらを明らかにしていくと同時に、脳梗塞発症後に自尊感情が

低下している人に対する看護介入および予防的看護介入の効果を明らかにしていくことが課題である。

VII. 結 論

1. 基本的属性のうちRSEとの関連が示唆された項目は、転帰、上肢の麻痺、NIHSSであり ($p < 0.05$)、転院した人、上肢の麻痺がある人、NIHSSが低値で入院時の機能障害の程度が重い人は、RSEが低い傾向にあった。
2. RSEの平均値は入院時30.2点 ($SD = 6.0$)、3ヶ月後30.7点 ($SD = 6.2$)、6ヶ月後30.7点 ($SD = 6.5$)、1年後30.7点 ($SD = 6.0$)であったが、個々のRSEは変動していた ($p < 0.001$)。
3. 脳梗塞発症後の自尊感情にはADLの自立度、職場復帰状況、主観的健康感、情緒的サポート提供者（一緒に楽しい時間を過ごせる人と自分を高く評価してくれる人の有無）が関連しており、ADLの自立度は3ヶ月後と6ヶ月後、職場復帰状況は6ヶ月後、主観的健康感はすべての時期（3ヶ月後、6ヶ月後、1年後）、情緒的サポート提供者は6ヶ月後と1年後のRSEの説明変数として示された。
4. 自尊感情を高めるためには、常に健康状態に留意しながら、発症6ヶ月後までは動作、役割の再獲得に向けた支援を中心に、発症6ヶ月後以降は情緒的サポート支援を中心に援助していくことが重要であると考えられた。

謝 辞

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただきました対象者の皆様、多大な協力をいただきました対象施設の皆様に深甚の謝意を表します。また、研究に当たり貴重なご助言を頂いた財団法人放射線影響研究所児玉和紀先生にお礼を申し上げます。

なお、本研究は平成18年度広島大学大学院保健学研究科保健学専攻博士論文に加筆修正を行ったものであり、その一部は日本応用心理学会第71回大会、第31回日本看護研究学会学術集会、第10回日本看護研究学会九州地方会学術集会、第3回広島保健学学会学術集会において発表した。

要 旨

本研究の目的は、脳梗塞発症後の急性期から自尊感情の経時的変化を捉え、自尊感情の関連要因を時期別に明らかにすることである。4回の調査（入院時、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後）すべてにおいて協力が得られた脳梗塞患者92人を分析対象者とした。各時期のRosenberg's Self-Esteem (RSE) の平均値は30.2～30.7点と安定して高値を示したが、個々のRSEは時期により変動していた ($p < 0.001$)。脳梗塞発症後の自尊感情にはADLの自立度（3ヶ月後と6ヶ月後）、職場復帰状況（6ヶ月後）、主観的健康感（すべての時期）、情緒的サポート提供者（6ヶ月後と1年後）が関連していた ($p < 0.05$)。脳梗塞発症後の患者の自尊感情を高めるためには常に健康状態に留意しながら、発症6ヶ月後までは動作と役割の再獲得に向けた支援を中心に、発症6ヶ月後以降は情緒的サポート支援を中心に援助していくことが重要であると考えられた。

Abstract

The purpose of this study was to analyze changes in Self-Esteem after stroke and to determine the factors associate with Self-Esteem at different stages. There were 92 respondents who answered questionnaires at four different times (at hospital admission, 3 months, 6 months, and 1 year after stroke). Based on the Rosenberg's Self-Esteem scale (RSE), the survey results for all four times indicated a high, steady average score of between 30.2 and 30.7, while individual RSE scores varied ($p < 0.001$). The Self-Esteem after stroke correlated with activity of daily living (ADL) (3 months and 6 months after stroke), back-to-work situation (6 months later), subjective health (all four times), and emotional support provider (6 months later and 1 year later) ($p < 0.05$). The results suggest that it is necessary to improve the level of Self-Esteem, every time after stroke should spent focusing on particular attention to the patient's health condition, the first 6 months after stroke should be spent focusing on providing support to help patients re-acquire their role and performance level, and the following 6 months should be spent focusing on providing emotional support.

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標 国民衛生の動向, 52(9), 144, 2005.
- 2) 佐渡島省三, 杉森 宏 他：脳卒中患者の退院後の機能予後－発症3年2ヶ月後の福岡県における調査－, 脳卒中, 17(2), 153-159, 1995.
- 3) 大淵律子, 大西和子 他：高齢患者のリハビリテーション看護の考察, 三重看護学誌, 4(1), 11-16, 2001.
- 4) 倉石真理：機能訓練（A型）に通院する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得のプロセス, 日本看護研究学会誌, 30(1), 119-127, 2007.
- 5) 大川嶺子, 長田久雄 他（訳）：看護診断にもとづく老人看護学4 心理社会的変化とケア, 151-158, 医学書院, 東京, 2004.
- 6) 篠原純子, 児玉和紀 他：脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 26(1), 111-122, 2003.
- 7) 十川千夏, 猪木美里 他：ADL, コミュニケーションと自尊感情との関連性－脳卒中後遺症をもつ在宅療養高齢者の場合－, 日本看護学会論文集第33回地域看護, 102-104, 2002.
- 8) 千葉さおり, 阿部佳恵 他：家庭復帰した脳血管障害患者の自尊感情と社会生活要因との関連, 山形医学, 19(1), 35-45, 2001.
- 9) 黒田裕子：クオリティ, オブ, ライフ (QOL) その概念的な側面, 看護研究, 25(2), 2-10, 1992.
- 10) Kermode S., MacLean D.: A study of the relationship between quality of life, health and self-esteem, Australian Journal of Advanced Nursing, 19(2), 33-40, 2001.
- 11) Rosenberg, M.: Society and the adolescent self-image, Princeton University Press, Princeton, 1965.
- 12) 宗像恒次：健康のセルフケア行動, 看護技術, 34(9), 12-17, 1988.
- 13) 菅佐和子：SE (Self-Esteem) について, 看護研究, 17(2), 117-123, 1984.
- 14) 伊藤忠広：自尊心概念及び自尊心尺度の再検討, 東京大学教育学部紀要, 34, 207-215, 1994.
- 15) 篠原純子, 児玉和紀 他：脳梗塞発症後の患者における Rosenberg 自尊感情尺度の信頼性, 妥当性, 九州大学医療技術短期大学部紀要, 29, 87-96, 2002.
- 16) Crouch, M.A., Straub V.: Enhancement of self-esteem in adults, Family & Community health, 6(2), 65-78, 1983.
- 17) 大和三重, 前田大作 他：日本の高齢者の自尊感情とその要因分析, 老年社会科学, 12, 147-167, 1990.
- 18) 百瀬由美子, 丸山ひさみ 他：在宅難病患者の生活満足度とソーシャル, サポートに関する研究, 信州大学医療技術短期大学部紀要, 21, 91-100, 1995.
- 19) Mahoney, F.I., Barthel, D.W.: Functional evaluation: the Barthel Index, Maryland State Medical Journal, 14, 61-65, 1965.
- 20) 正門由久, 永田雅章 他：脳血管障害のリハビリテーションにおけるADL評価－ Barthel indexを用いて－, 総合リハビリテーション, 17(9), 689-694, 1989.
- 21) Kelly-Hayes, M., Beiser A., et al.: The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study, Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 12(3), 119-126, 2003.
- 22) Granger, C.V., Greer, D.S., et al.: Measurement of outcomes of care for stroke patients, Stroke, 6, 34-41, 1975.
- 23) Granger, C.V., Albrecht, G.L., et al.: Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index, Archives of physical medicine and rehabilitation, 60, 145-154, 1979.
- 24) 戸島雅彦, 西谷幹雄 他：脳卒中患者における機能評価法について, 道南医学会誌, 35, 181-183, 2000.
- 25) Lyden, P.D., Lu, M., et al.: A modified national institute of Health Stroke Scale for use in stroke clinical trials, Stroke, 32(6), 1310-1317, 2001.
- 26) 河合千恵子, 下仲順子：老人の Quality of life と家族関係に関する研究, 日本教育心理学会第30回総会発表論文集, 108-109, 1988.
- 27) 神田清子, 飯田苗恵 他：がん化学療法を受けた造血管腫瘍患者の自尊感情およびその関連因子, がん看護, 1(3), 242-247, 1996.
- 28) 篠原純子, 松岡緑 他：虚血性心疾患患者の不安, ストレス, 家族関係と自尊感情の関連性, 九州大学医学部保健学科紀要, 6, 9-16, 2005.
- 29) Chang, A.M., Mackenzie, A.E.: State self-esteem following stroke, Stroke, 29, 2325-2328, 1998.
- 30) 篠原純子, 宮腰由紀子 他：脳梗塞患者の入院時における自尊感情とADLの関連, 広島大学保健学ジャーナル, 5(1), 28-34, 2005.
- 31) 末永由理, 遠藤淑美 他：長期在宅脳血管障害患者の回復過程, 川崎市立看護短期大学, 6(1), 37-49, 2001.
- 32) Secrest, J.A., Thomas, S.P.: Continuity and discontinuity: the quality of life following stroke, Rehabilitation Nursing, 24(6), 240-246, 1999.
- 33) 酒井郁子, 島田宏美 他：ミネソタ州医療施設における脳卒中患者への患者教育, 指導, 千葉大学看護学部紀要, 26, 105-110, 2003.
- 34) 橋本有理子, 木村 汎：老年期の自尊感情に関する一研究,

- 大阪市立大学生生活科学部紀要, 45, 231-241, 1997.
- 35) 杉山篤代, 西嶋洋明 他: 脳血管障害者の就労状況と復職後の問題点, 静岡労災病院学術年報, 9-10, 2003.
- 36) 北村隆子, 臼井キミカ 他: 地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因, 人間看護学研究, 3, 1-9, 2004
- 37) 梶原敏夫, 高橋玖美子: 脳卒中患者の障害受容, 総合リハビリテーション, 22(10), 825-831, 1994.
- 38) 千田みゆき, 飯田澄美子: 脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因, 日本看護科学会誌, 17(2), 43-53, 1997.
- 39) Evans, R.L., Matlock, A-L., et al.: Family intervention after stroke: Does counseling of education help?, Stroke, 19, 1243-1249, 1988.
- [平成19年5月12日受付]
[平成19年12月20日採用決定]

「病気関連不安認知尺度」の因子不変性に関する検討

Factorial Invariance for the Cognition Scale of Illness-related Anxiety

谷 村 千 華

Chika Tanimura

森 本 美智子

Michiko Morimoto

キーワード：入院患者，不安認知，同時因子分析

Key Words：inpatients, cognition during anxiety, simultaneous factor analysis

I. 緒 言

Lazarusら¹⁾は、ストレス状況において表出されるストレス反応の個人差に、ストレッサーに対する個々人の認知的評価が影響していることを強調している。このことを基礎に、近年、病気や健康に関する様々な認知的評価の指標が開発されている^{2)~9)}。

外来通院患者を対象とした疾患特異的な指標としては、放射線療法中のがん患者²⁾，糖尿病患者³⁾，腎移植後の患者⁴⁾など，それぞれ特定の疾患に罹患し，特定の治療を受けている患者特有のストレッサーに対する認知的評価を測定することを目的としたものである。また，一般外来患者が医療場面において経験するストレッサーを測定する指標としては，新名，坂田らの外来患者用ストレス評価票(SIO：Stress Inventory for Outpatients)⁵⁾，⁶⁾がある。この指標は，性別・年齢などの基本的属性に関係なく，外来患者であればどの疾患患者にも適用可能な尺度となっている。

一方，入院患者の認知的評価を測定する疾患特異的な指標としては，小西⁷⁾が開発した脳血管障害によるストレスの認知的評価尺度(CADS：Cognitive Appraisal of Disability for Stroke)がある。また，一般の入院患者が入院中に何らかの対処が必要であると認知する心理社会的ストレッサーを測定するための指標として，Volicer⁸⁾らのHospital Stress Rating Scale (HSRS)がある。この指標は，入院患者のストレッサーを考慮したストレス要因で構成されているが，音や温湿度など入院環境の因子がウェイトを占めており，患者が入院生活を送るうえで遭遇する心理的ストレッサーを適切に反映するには至っていない。また，入院患者の病気に対する認知を評価できる指標としてMishel⁹⁾が開発した病気の不確かさ尺度(MUIS-C：Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form)があるが，MUIS-Cは病気や治療に関する不確かさを問うものであり，必ずしも入院患者が病気や入院に伴い心理面の諸課題に取り組むうえでのストレス認知を評価したものではない。

したがって，従来開発が行われ種々の研究に用いられてきた指標は，患者が病気や障害をもちながら入院生活する上でのストレスや不安認知を測定できるものではなかった。さらに，これら指標の開発においては探索的因子分析の検討にとどまっており，構成概念妥当性が十分に吟味されているとはいえない。

以上の点を背景に，著者らは病気や障害をもちながら生活する一般の入院患者のストレッサーやストレス認知を評価できる指標を開発することを目的に，ストレス認知を「病気や障害をもちながら生活するうえで患者がもつ不安」という側面からとりあげて，構造方程式モデリングを用いデータに対する適合度の高い「病気関連不安認知尺度」を検討してきた¹⁰⁾。さらに，「病気関連不安認知尺度」を用いて不安認知と精神的健康との関連性について検討し，入院患者の不安認知が精神的健康に影響を及ぼすことを明らかにしてきた¹⁴⁾。入院患者が抑うつに陥りやすいことは従来から指摘されているが^{11~13)}，著者らが「病気関連不安認知尺度」を用いて示した結果は，入院患者の不安認知に介入することで精神的健康の維持・改善を目指すことができる可能性を示唆しているものであった。つまり，入院患者の精神的健康を維持・改善していくには，個々の患者が抱える不安認知を適切に評価し，その方策を検討していくことが必要であると言えよう。「病気関連不安認知尺度」は，すでに開発時と異なる集団で交差妥当性を確認している尺度であるが，基本的属性の中では年齢は患者のストレスや不安認知に影響を及ぼす要因の一つとして示されており¹⁴⁾，¹⁵⁾，また，年齢によって発達課題や社会的役割などを特徴づけられることから年齢によって不安認知の因子構造が異なることも予測される。今後本尺度を使用し，入院患者が抱える不安認知の把握，精神的健康の阻害に至る心理的プロセスの解明，精神的健康を維持する要因を明らかにしていくためには，様々な特性を持つ患者集団においても不変で強固な因子構造モデルを備えた測定尺度を用いる

必要があり、「病気関連不安認知尺度」の因子不変性について検討しておくことが不可欠であろう。

本研究は、著者らが開発した「病気関連不安認知尺度」の因子構造モデルを、対象は同じでも、年齢によってグループ化した標本に当てはめ、その因子構造モデルの不変性について、同時因子分析を用いて検討することを目的とした。また併せて、年齢が異なる2群間において、「病気関連不安認知尺度」で測定された因子得点にどのような特徴があるかについて検討した。

Ⅱ. 方 法

本研究の対象とする資料は、著者らが実施した病気関連不安認知尺度の開発¹⁰⁾及び入院患者の不安認知が精神的健康に及ぼす影響を明らかにした研究¹⁴⁾から抜粋した。これらの調査は、総合病院に入院している満20歳以上で、産科病棟、精神科病棟、緩和ケア病棟、救命救急センター以外の病棟に入院している患者のうち、精神薬を内服していない者、認知機能の低下していない者で、状態が安定している者を対象にして行われた。

2000年5月の調査時点では病床数700床の1施設の総合病院に入院している患者477名のうち自記式の回答の可能な322名を選定し、回答が得られたのは260名であった。2003年5月の調査時点では病床数700床および440床の2施設、2003年8月の調査時点では病床数700床の1施設に入院している患者1294名のうち、自記式の回答の可能な505名を選定し、回答が得られたのは442名であった。上記2調査にて回答が得られた計702名のデータのうち、分析には「病気関連不安認知」の項目に欠損値を有しない565名のデータを用いた。

前記いずれの調査も、倫理的配慮として、その目的および方法、研究参加は自由意志であること、参加の有無によって不利益を受けないこと、個人は特定されないことを調査依頼文にて説明し、また、各個人の秘密を厳守するため、調査票と共に封筒を配布し、封印のうえ提出するように説明するといった手続きをとって行われた調査である。また、回収にあたっては、病棟毎に回収箱もしくは回収袋を設置し、調査の同意が得られた者のみ自由意志で回答がなされるように配慮した。調査票の回答をもって研究協力の受諾とした。

「病気関連不安認知尺度」は、病気・症状悪化（3項目）、医療の質の不確実性（3項目）、生活制限・縮小（3項目）、家族・友人関係の変化（3項目）、目的・価値喪失（3項目）の5因子15項目で構成されている。回答は、15項目各々について現在の不安や心配の程度を3件法で求め、「常に心配：2点」「時々心配：1点」「心配していない：0点」とする得点化を行った。得点が高いほど不安認知が強いこと

を意味する。検討すべき「病気関連不安認知尺度」の因子構造モデルは、「病気・症状悪化」「医療の質の不確実性」「生活制限・縮小」「家族・友人関係の変化」「目的・価値喪失」を一次因子、「病気関連不安認知」を二次因子とする二次因子モデルである。

統計解析では、前記尺度の因子構造モデルの適合度を、年齢によってグループ化した2つの標本（65歳未満群、65歳以上群）において、同時因子分析で検討した。この方法は、複数の母集団において同じ観測変数を扱って同一の因子構造を確認することを目的とし、段階的にモデルのパラメータに制約を加えることによって、集団間の因子構造の異同を適合度の差異から検証する方法である¹⁶⁾。したがって、同時因子分析による因子不変性の強度は、第1ステップは等値制約なし、第2ステップは一次因子の因子負荷量(λ)を等値制約する、第3ステップは λ に加えて二次因子の因子負荷量(γ)を等値制約する、第4ステップは λ 、 γ に加えて、観測変数の残差分散(θ_ϵ)を等値制約する、第5ステップは λ 、 γ 、 θ_ϵ に加えて、一次因子の残差分散(ψ)を等値制約する、第6ステップは λ 、 γ 、 θ_ϵ 、 ψ に加えて、二次因子の分散(ϕ)も等値制約するといった6つの条件下で観察し、その適合度の適切さを検討した。モデルの適合度の判定には、説明力の指標として χ^2 値/df比、適合度指標 Goodness of Fit Index（以下、GFIと略す）および比較適合度指標 Comparative Fit Index（以下、CFIと略す）、Root Mean Square Error of Approximation（以下、RMSEAと略す）、安定性の指標として修正適合度指標 Adjusted GFI（以下、AGFIと略す）を採用した。一般的に、 χ^2 値/df比は2ないし3未満¹⁷⁾、GFI、AGFIは0.9以上¹⁸⁾、CFIは0.95以上¹⁹⁾、RMSEAは0.06以下¹⁹⁾であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断されている。また、各推定値の有意性は、推定値をその標準誤差で除した値（以下、「t値」とする）で評価し、その絶対値が1.96（5%の有意確率に相当）以上を有したものを統計学的に有意と判断した²⁰⁾。

以上に加えて、年齢の異なる65歳未満群、65歳以上群の間において、「病気関連不安認知尺度」で測定された因子得点にどのような特徴があるのかについて検討した。統計解析には、病気関連不安認知総合得点および各下位因子得点が正規分布に従っていなかったため、データ値の順序情報を用いる Mann-Whitney 検定を用いた。統計解析ソフトとして SPSS Version 13.0J for Windows、AMOS Version 4.0 を使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象の属性に関する分布

対象の属性分布は、表1に示した。年齢分布は、65歳

表1 対象者の属性分布

属性		全サンプル (n=565)		65歳未満群 (n=293)		65歳以上群 (n=272)	
性別	男性	297	(52.6%)	144	(49.1%)	153	(56.2%)
	女性	68	(47.4%)	149	(50.9%)	119	(43.8%)
年齢 (歳)	平均±SD (range)	61.1±13.8	(21-88)	50.5±10.5	(21-64)	72.5±5.2	(65-88)
傷病の種類 ^a	感染症および寄生虫症	15	(2.7%)	10	(3.4%)	5	(1.8%)
	新生物	204	(36.1%)	113	(38.6%)	91	(33.5%)
	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	18	(3.2%)	14	(4.8%)	4	(1.5%)
	内分泌、栄養および代謝疾患	49	(8.7%)	26	(8.9%)	23	(8.5%)
	神経系の疾患	5	(0.9%)	1	(0.3%)	4	(1.5%)
	目および付属器の疾患	5	(0.10%)	1	(0.3%)	4	(1.5%)
	耳および乳様突起の疾患	34	(6.0%)	16	(5.5%)	18	(6.6%)
	循環器系の疾患	55	(9.7%)	14	(4.8%)	41	(15.1%)
	呼吸器系の疾患	37	(6.5%)	12	(32.4%)	25	(9.2%)
	消化器系の疾患	72	(12.7%)	42	(14.3%)	30	(11.0%)
	皮膚および皮下組織の疾患	3	(0.5%)	2	(0.7%)	1	(0.4%)
	筋骨格系および結合組織の疾患	31	(5.5%)	14	(4.8%)	17	(6.3%)
	尿路性器系の疾患	31	(5.5%)	16	(5.5%)	15	(5.5%)
	損傷、中毒およびその他の外因の影響	40	(7.1%)	22	(7.5%)	18	(6.6%)
	分類できないもの	50	(8.8%)	24	(8.2%)	26	(9.6%)
	(複数回答)						
	悪性疾患 (再掲)	198	(35.0%)	110	(37.5%)	88	(32.3%)
	非悪性疾患 (再掲)	366	(64.8%)	183	(62.5%)	183	(67.3%)
	不明 (再掲)	1	(0.2%)	0	(0.0%)	1	(0.4%)
治療内容	手術による治療	196	(34.7%)	102	(34.8%)	94	(34.6%)
	点滴による治療	223	(39.5%)	137	(46.8%)	86	(31.6%)
	放射線による治療	70	(12.4%)	39	(13.3%)	31	(11.4%)
	リハビリテーション	70	(12.4%)	31	(10.6%)	39	(14.3%)
	(複数回答)						

a 傷病の種類は厚生労働省の傷病分類 (ICD-10準拠) によって区分した

n.s: not significant (χ^2 検定)

未満群では、平均50.5歳 (標準偏差±10.5)、範囲21-64歳、65歳以上群では、平均72.5歳 (標準偏差±5.2)、範囲65-88歳だった。性別分布は、65歳未満群では、男性144名 (49.1%)、女性149名 (50.9%)、65歳以上群では、男性153名 (56.2%)、女性119名 (43.8%) であり、2群間の比率に統計学的な有意差は認められなかった。傷病の種類では、新生物に罹患している者が最も多く、全体で204名 (36.1%)、治療内容は点滴を受けている者が最も多く、全体で223名 (39.5%) だった。傷病の種類 (悪性・非悪性疾患)、治療内容において、2群間の比率に統計学的な差は認められなかった。

2. 病気関連不安認知の回答分布

病気関連不安認知の回答分布は表2に示した。「常に心配」の回答割合が最も高い項目は、「病気・症状悪化」における「病気が悪化するのではないか」であった。また、「家族・友人関係の変化」の「家族の関係が気まづくなるのではないか」、「医療の質の不確実性」の「医療従事者が自分の気持ちを聞いてくれないのではないか」の2項目は、「常に心配」の回答割合が最も低かった。

3. 病気関連不安認知尺度の因子不変性の検討

対象を年齢別に、65歳未満群と65歳以上群の2群に分類

し、同時因子分析による因子不変性の検討を行った。その結果は表3に示した。パラメータの等値制約の追加により、GFIの値は減少したが、全てのパラメータを等値制約した第6ステップのモデルの条件下においても、 χ^2 値/df比は2.520、GFIは0.893、AGFIは0.874、CFIは0.935、RMSEAは0.052となっており、GFI、AGFIは0.9、CFIは0.95を若干下まわっていたが、RMSEAは0.06以下であり、モデルの統計学的許容水準を満たしていた。なお、第6ステップでの標準解を図1に示した。二次因子から一次因子、一次因子から観測変数への推定値はいずれもt値1.96以上で、統計学的に有意な水準であった。

4. 65歳未満群と65歳以上群における病気関連不安認知得点の比較

65歳未満群と65歳以上群の病気関連不安認知総合得点および下位因子得点の差の検定結果は表4に示した。病気関連不安認知総合得点においては、65歳未満群と65歳以上群の間に統計学的な有意差は認められなかった。下位因子得点をみると「目的・価値喪失」得点において、2群間の測定値は統計学的に有意差が認められた ($p<0.05$)。

「病気関連不安認知尺度」の因子不変性に関する検討

表2 病気関連不安認知の回答分布 (n=565)

尺度項目	回答分布			
	常に心配	時々心配	心配していない	
病気・症状悪化				
X01. 病気が悪化するのではないかと	167 (29.5)	262 (46.4)	136 (24.1)	
X02. 痛みや苦痛が増すのではないかと	113 (20.0)	262 (46.4)	190 (33.6)	
X03. 自分の病気の予後がよくないのではないかと	129 (22.8)	273 (48.3)	163 (28.9)	
医療の質の不確実性				
X04. 行われている治療や検査は安全だろうか	58 (10.3)	189 (33.4)	318 (56.3)	
X05. 医療従事者（医師や看護師）が自分の気持ちを聞いてくれないのではないかと	25 (4.4)	135 (23.9)	405 (71.7)	
X06. 十分納得のいく説明が受けられないのではないかと	32 (5.7)	154 (27.2)	379 (67.1)	
生活制限・縮小				
X07. 日常生活に制限を受けるのではないかと	73 (12.9)	247 (43.7)	245 (43.4)	
X08. 病気や障害を持ちながらでは自宅で生活が続けられないのではないかと	77 (13.6)	206 (36.5)	282 (49.9)	
X09. 現在の仕事（家事）ができなくなるのではないかと	94 (16.6)	206 (36.5)	265 (46.9)	
家族・友人関係の変化				
X10. 家族で過ごす時間がもてなくなるのではないかと	38 (6.7)	127 (22.5)	400 (70.8)	
X11. 家族の関係が気まずくなるのではないかと	25 (4.4)	74 (13.1)	466 (82.5)	
X12. 友達との集まりに参加できなくなるのではないかと	55 (9.7)	172 (30.5)	338 (59.8)	
目的・価値喪失				
X13. 旅行など自分の行きたいところへ行けなくなるのではないかと	85 (15.0)	209 (37.0)	271 (48.0)	
X14. 自分の趣味や生きがいをあきらめなくてはならないのではないかと	63 (11.1)	171 (30.3)	331 (58.6)	
X15. 自分の目標を変更しなければならないのではないかと	60 (10.6)	194 (34.3)	311 (55.1)	

単位：人数（%）

表3 病気関連不安認知尺度の同時因子分析による適合度

ステップ	等値制約	χ^2 値/df比	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
第1ステップ	等値制約なし	2.807	0.901	0.860	0.936	0.057
第2ステップ	λ	2.704	0.899	0.866	0.936	0.055
第3ステップ	λ, γ	2.650	0.899	0.868	0.937	0.054
第4ステップ	$\lambda, \gamma, \theta \varepsilon$	2.636	0.899	0.869	0.937	0.054
第5ステップ	$\lambda, \gamma, \theta \varepsilon, \psi$	2.613	0.897	0.870	0.936	0.054
第6ステップ	$\lambda, \gamma, \theta \varepsilon, \psi, \phi$	2.520	0.893	0.874	0.935	0.052

λ ：一次因子の因子負荷量 γ ：二次因子の因子負荷量 $\theta \varepsilon$ ：観測変数の残差分散 ψ ：一次因子の残差分散 ϕ ：二次因子の分散

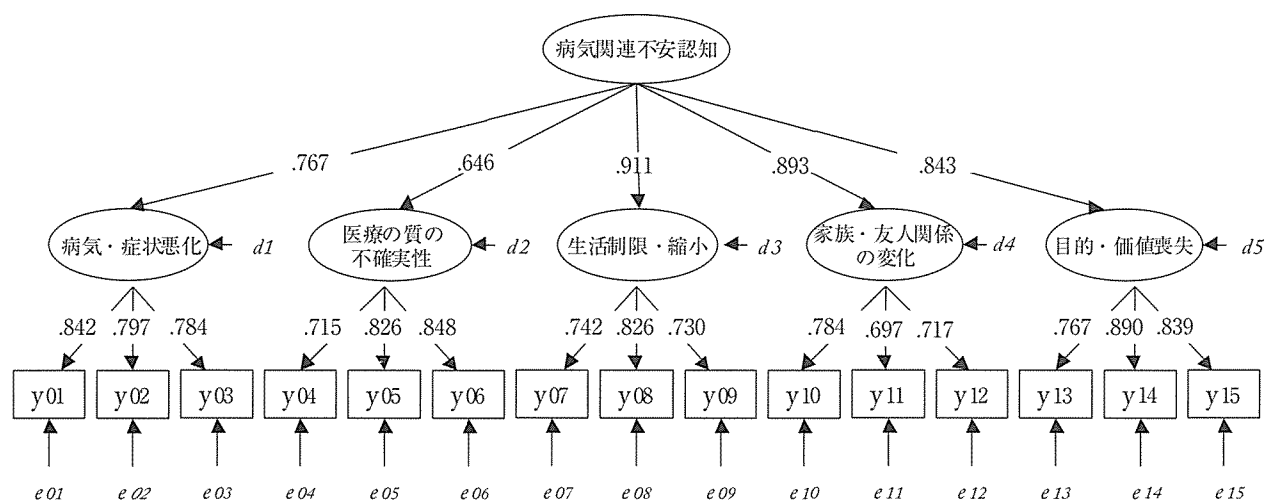


図1 第6ステップでの因子構造モデルの標準解

d：攪乱変数（disturbance variable），e：誤差変数（error variable）

注：すべてのパラメータを等値制約しているため65歳未満群（n=293）65歳以上群（n=272）の2群の二次因子から一次因子、一次因子から観測変数への標準化係数は同じである。

表4 65歳未満群と65歳以上群の病気関連不安認知得点の比較

		mean ± SD	median	mode
病気関連不安認知総合得点	65歳未満群	8.96 ± 6.9	8	0
	65歳以上群	8.98 ± 7.0	8	0
病気・症状悪化	65歳未満群	2.9 ± 1.9	3	3
	65歳以上群	2.8 ± 1.9	3	3
医療の質の不確実性	65歳未満群	1.4 ± 1.7	1	0
	65歳以上群	1.1 ± 1.5	0	0
生活制限・縮小	65歳未満群	2.1 ± 1.8	2	0
	65歳以上群	2.0 ± 1.8	2	0
家族・友人関係の変化	65歳未満群	1.0 ± 1.4	0	0
	65歳以上群	1.2 ± 1.5	1	0
目的・価値喪失	65歳未満群	1.6 ± 1.8	1	0
	65歳以上群	1.9 ± 1.9	1	0

*P<.05 (Mann-Whitney検定)

IV. 考 察

本研究は、「病気関連不安認知尺度」の因子構造モデルを、対象は同じでも、年齢によってグループ化した標本に当てはめ、その因子構造モデルの不変性について同時因子分析を用いて検討することを目的とした。その結果、「病気・症状悪化」「医療の質の不確実性」「生活制限・縮小」「家族・友人関係の変化」「目的・価値喪失」の5因子を一次因子、病気関連不安認知を二次因子とする因子構造モデルはデータに適合した。すべてのパラメータを等値制約した最も一般性の高いモデルにおいて、説明力の程度の指標であるGFI、安定性の程度の指標であるAGFIは、許容水準である0.9、CFIは0.95を若干下まわる結果を示したが、RMSEAの適合度指標は0.06を下まわり、統計学的許容水準を満たしていた。これらの結果から、「病気関連不安認知尺度」は、年齢の異なる標本においても、その因子構造モデルは不変であることが示された。一般的に、複数の標本に同一のモデルを当てはめても同一の解が得られることは難しく、パラメータの等値制約を加えると、全体としてモデルの適合度は低下する。そのような状況において、年齢の異なる標本で、概ね許容水準を満たす適合度が示せたことは、「病気関連不安認知尺度」の因子構造モデルの強固さ、つまり因子不変性を確認できたものといえよう。したがって、前記尺度は、年齢を問わず、入院患者の不安認知の測定尺度として優れたものであることを示唆したといえる。今後、この尺度を使用することで、幅広い年齢層における入院患者個々が抱える不安認知を理解し、臨床における看護介入の効果を適切に評価することができるものと考えている。

また年齢別に、病気関連不安認知総合得点の差の検定を行った結果、65歳未満群と65歳以上群の間で有意差は認められなかった。著者らの先行研究では、性別や年齢などの基本的属性や治療、入院期間などの背景要因の中で、年齢は、弱いながらも病気関連不安認知に影響を及ぼしている要因であり¹⁴⁾、高齢であるほど、病気関連不安認知総合得

点が高い傾向を示している。一方、任ら¹⁵⁾は、ストレスサーの認知およびストレス反応に影響する要因を検討し、年齢が若い群でストレスサーの認知が高いことを報告していることから、年齢によってストレスや不安認知への影響力は異なることが予測された。しかし、本研究結果は、年齢の違いによって病気や生活に関連した不安認知の程度は変わるものではなく、個々の患者が抱える不安認知を適切に評価し、介入していくことの必要性を示唆するものであった。

ただし、2群間において病気関連不安認知総合得点に差はみられなかったものの、下位因子である「目的・価値喪失」得点に有意差が認められたことから、入院患者の年齢を考慮した看護介入について、若干の示唆を得ることができると考えられる。

「目的・価値喪失」得点において、65歳以上群が有意に高いことは、高齢であるほど自分の趣味や生きがい、目標をあきらめたり、変更しなければならぬことに対する不安や心配が強い傾向を示している。高齢者は、今まさに人生の完成を迎える重要な時を過ごしている。近年では、高齢者のQOL向上のための生きがい支援の重要性は周知のことであり、看護者は、高齢の入院患者が入院や病気、障害によって今まで大切にしてきた価値観や生きがいを脅かされることに対して不安を感じる傾向にあることを理解し、共有することが必要ではないかと思われる。しかし、「目的・価値の喪失」得点は「病気・症状悪化」得点と比較すると低く、入院患者の心配事や不安は病気や症状に関連する内容に多いことは明らかである。したがって、年齢を問わず入院患者は、他の因子と比べると病気の予後や症状の悪化に対しての心配や不安認知の程度が強いことを理解することも必要である。ただし、著者らの先行研究において、病気関連不安認知の下位因子の中で「目的・価値の喪失」は最も精神的健康に関連するといった結果を得ており¹⁴⁾、入院患者の精神的健康を維持するためには、患者が病気や障害を、自分の趣味や生きがいにどの程度影響すると捉えているのか、自分の人生の目標にどのように影響しているかと捉えているのか、その認知に歪みはないのか、病気や障害によって目的・価値を喪失することに関する患者の心配や不安を看護者が捉え、状況に応じた援助を行っていくことが重要であると思われる。

V. 結 論

病気関連不安認知尺度の因子不変性の検証を目的として、年齢によってグループ化した標本に対し、同時因子分析を用いてその適合度を検討した。その結果、前記尺度は、年齢の異なる標本においても強固な因子不変性を示すことが明らかにされた。以上のことから、病気関連不安認知尺度は今後、入院患者の不安認知を適切に評価するために有

効に機能するものと推察された。また、65歳未満群と65歳以上群の間で病気関連不安認知総合得点に有意差は認められなかったことから、年齢に関わらず、個々の患者が抱える不安認知を適切に評価し、介入していくことの重要性が示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快く調査にご協力いただきました患者の皆様、病院関係者の皆様に深謝いたします。

要 旨

本研究は、「病気関連不安認知尺度」の因子構造モデルの不変性を検討するとともに、年齢の違いによる病気関連不安認知の特徴を明らかにすることを目的とした。分析対象は、565名の総合病院に入院している患者とした。検証すべき因子構造モデルは「病気・症状悪化」「医療の質の不確実性」「生活制限・縮小」「家族・友人関係の変化」「目的・価値喪失」を一次因子、「病気関連不安認知」を二次因子とする二次因子モデルとした。構造方程式モデリングによる同時因子分析を用い、前記因子構造モデルが年齢の異なる2群において、全てのパラメータを等値制約した条件下においても適合度を満たすことを明らかにした。この結果は、病気関連不安認知尺度の強固な因子不変性を示唆するものである。なお、年齢別に病気関連不安認知総合得点の差の検定を行った結果、有意差は認められず、年齢を問わず患者が抱える不安認知に介入していくことの重要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to evaluate factorial invariance for the Cognition Scale of Illness-related Anxiety and to determine characteristics of cognition during anxiety among inpatients by differences in age. Subjects comprised 565 inpatients in general hospitals. A secondary structure model was adopted for a factorial structure model, with "Aggravation of illness and symptoms", "Uncertainty of medical quality", "Limits to and reductions in activities of daily life", "Changes in relationships with family and friends" and "Loss of purpose and value" as first-order factors, and "Cognition during anxiety related to illness" as a second-order factor. Results of simultaneous factor analysis were determined for two samples across age by structural equation modeling, with a secondary structure model fit to all conditions of data with equality constraints for all parameters. The results suggested factorial invariance for the Cognition Scale of Illness-related Anxiety. In addition, factor means were estimated in simultaneous factor analyses in order to clarify relationships between cognition during anxiety related to illness and age. As a result, no significant differences were recognized between individuals <65-years-old and those ≥ 65-years-old. The results suggest that nurses should intervene in inpatient cognition during anxiety related to illness regardless of differences in age.

文 献

- 1) Lazarus, R.S., Folkman, S.: 本明 寛, 春木 豊, 他 (監訳): 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, 1998.
- 2) Oberst, M.T., Hughes, S.H., et al.: Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy, *Cancer Nursing*, 14, 71-78, 1991.
- 3) Carey, M.P., Jorgensen, R.S., et al.: Reliability and validity of the appraisal of diabetes scale, *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 43-51, 1991.
- 4) 中西健二, 山下 仰, 他: 腎移植後のストレスに対する認知評価が精神的健康に与える影響, *心身医学*, 42(8), 504-511, 2002.
- 5) 新名理恵, 坂田成輝, 他: 外来患者の心理的ストレス・プロセス (I): スレッサーと心理的ストレス反応との関係, *日本保健医療行動科学会年報*, 10, 121-139, 1995.
- 6) 坂田成輝, 新名理恵, 他: 外来患者の心理的ストレス・プロセス (II): スレッサー, 心理的ストレス反応とコーピングとの関係, *日本保健医療行動科学会年報*, 10, 140-156, 1995.
- 7) 小西かおる: 脳血管障害患者における障害によるストレスの認知的評価尺度の開発, *日本在宅ケア学会誌*, 4(1), 62-71, 2000.
- 8) Volicer, B.J., Bokannon, M. W.: A hospital stress rating scale, *Nursing Research*, 24(5), 352-359, 1975.
- 9) Mishel M.H.: Uncertainty in illness, *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232, 1988.
- 10) 森本美智子, 高井研一, 他: 病気に関連した不安認知尺度の開発, *岡山県立大学保健福祉学部紀要*, 8(1), 11-19, 2001.
- 11) Harter, M., Reuter, K., et al.: Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation, *Die Rehabilitation*, 39(6), 317-323, 2000.
- 12) Harter, M., Baumeister, H., et al.: Epidemiology of comorbid mental disorders in rehabilitation patients with musculoskeletal and cardiovascular disease, *Die Rehabilitation*, 41(6), 367-374, 2002.
- 13) Love A.W., Kissane, D.W., et al.: Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 246-250, 2002.
- 14) 森本美智子, 高井研一, 他: 病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響, *日本看護研究学会雑誌*, 28(2), 51-58, 2005.

- 15) 任 和子, 中井義勝, 他: 入院患者のストレッサーとストレス反応に影響を及ぼす要因について, 保健医療行動科学年報, 14, 150-166, 1999.
- 16) 狩野裕: AMOS, EQS, LISRELによるグラフィカル多変量解析, 現代数学社, 京都, 1997.
- 17) 古谷野亘: 老研式活動能力指標の交差妥当性: 因子構造の不変性と予測的妥当性, 老年社会学, 14, 34-41, 1992.
- 18) 豊田秀樹: SASによる共分散構造分析, 東京大学出版会, 東京, 1992.
- 19) Hu, Li-tze., Bentler, P. M.: Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives, Structural Equation Modeling, 6(1), 1-55, 1999.
- 20) 狩野 裕, 三浦麻子: AMOS, EQS, LISRELによるグラフィカル多変量解析-目でみる共分散構造分析-(増補版), 現代数学社, 東京, 2002.

〔平成19年6月7日受 付〕
〔平成19年12月20日採用決定〕

統合失調症患者の表情認知における視線運動の特徴

A Characteristic of Eye Movement During Facial Affect Recognition in Patients with Schizophrenia

則 包 和 也

Kazuya Norikane

白 石 裕 子

Yuko Shiraishi

キーワード：統合失調症患者，表情認知，視線運動，対人関係

Key Words : patients with schizophrenia, facial affect recognition, eye movement, interpersonal relations

I. 緒 言

人間は1人で生きているのではなく、他者との関わりの中で社会生活を営む存在である。その社会生活の基盤となるのは対人関係であり、良好な対人関係は社会生活を営みやすくすると考えられる。対人関係において、さまざまなメッセージや情報を伝えあい、共有するためにはコミュニケーションが不可欠であるが、人と人が対面する場面では、言語的メッセージのみならず、非言語的メッセージが重要な役割を持つと考えられている。非言語的メッセージは、表情、しぐさ、声の大きさ、抑揚等によって伝達されるが、その中で表情についてはさまざまな研究が行われている。

Ekmanら^{1), 2)}は、人間に感情が湧いてきたときに、顔にその兆候が現れるのは、進化の遺産の一部であると述べると同時に、基本的感情については万国共通の表情によって表現され、把握されることを明らかにしている。また、表情は相手の抱えている感情を如実に伝える伝達経路であり、感情を把握するためには表情を読み解くことが重要であるとの指摘³⁾や、身体各部位による感情の表現の中で、顔は個性をアピールする最大手段であり、言葉と同等の価値を持っている⁴⁾等、表情は対人関係におけるコミュニケーションの中心的役割を担っている⁵⁾ことが明らかになっている。

これらの報告は、表情が感情を表出する重要なメッセージとして対人関係に大きな影響を与えることを示しており、良好な対人関係の構築と維持のためには、相手の表情から適切に感情を読み取る能力が必要であると考えられる。この表情認知能力は、主に視覚を通して得られる情報を基に機能するといわれているが、統合失調症患者において、この機能に障害が認められることが報告されている。

Wölwerら⁶⁾は、Ekmanら⁷⁾が提唱した基本的6感情を表現した表情写真を提示して、表情が表す感情を読み取る実験を行い、統合失調症患者は健常者と比較して、恐怖や悲しみ以外の感情において有意に正答率が低かったと報告

している。また、Walkerら⁸⁾やMandalら⁹⁾の研究では、全ての感情において有意に統合失調症患者の正答率が低かったという報告がなされており、統合失調症患者は相手の表情から感情を正確に読み取ることが難しいと考えられている。

また、統合失調症患者の認知機能の障害を、視線運動のデータから明らかにする研究もなされている。守屋ら¹⁰⁾は、視線運動測定装置を用いて統合失調症患者にS字型の図形を提示した場合に、健常者と比べて、図形の一定の部位に注視点が固着する傾向がみられたと報告している。一方、松井ら¹¹⁾は、ペントン図版¹²⁾と絵画完成図版を提示した場合に、注視点が狭い範囲に留まる傾向が強く、視線運動に無駄な動きや主要部分を見ていないことがあると報告しており、統合失調症患者の特徴的な視線運動が認知機能に影響を及ぼしていることが指摘されている。

このような統合失調症患者の対人関係障害に対して看護師は、さまざまなリハビリテーション活動を通して援助的関わりを行ってきた。現在多くの精神科病院やデイケア等で、看護師が指導的な役割を担って行うことが多い社会生活技能訓練（Social Skills Training以下SST）は、対人関係に必要な技能を身につけることによって、統合失調症患者が社会適応と自立的生活を効果的に学習できるように構造化されており^{12), 13)}、その有効性を示す報告は対照群をおいた臨床研究で多数みられている^{14), 15)}。しかしSSTにおいて、視線やアイコンタクトの適切な動きや方向についての指導は行われているが、相手の表情から感情を正確に捉える視点からの指導は少ないと考えられる。また統合失調症患者を対象として、表情認知の際の視線運動に焦点を当てた研究も極めて少ないのが現状である。

そこで、統合失調症患者が表情から感情を読み取る際の視線運動を研究することから、看護師による統合失調症患者の対人関係障害の改善を目指した援助に貢献できると考えた。今回の研究では、統合失調症患者の表情認知の機能

について、視線運動に着目した実験を行った。

II. 研究目的

本研究では、看護師が統合失調症患者の対人関係の障害に対して、効果的な援助と教育を行うための基礎資料とすることを目的とし、統合失調症患者と健常者の表情認知における視線運動の違いを、平均移動速度、平均停留時間、注視点の数に着目した比較検討から明らかにすることを目的とした。

III. 用語の定義

1. 注視点

注視点の定義はさまざまであるが、見る対象や実験の目的および対象者によって変更が必要であるという報告¹⁶⁾がある。そこで、本研究では視線の速度と停留時間に基準値を設定することにより、注視点の定義づけを行った。

視線の速度は、最高300度/秒以上に達することもある¹⁷⁾が、人間が効果的に情報を得ることが可能な視線の速度は低速であるといわれており、見る対象が動いている状況では、5～25度/秒であるとの研究報告¹⁸⁾や10度/秒付近とする研究報告¹⁹⁾がみられる。しかし、見る対象が静止している状況においては、視線の速度を5度/秒以下を基準とすることで一致している^{20), 21)}。

一方、視線の停留時間においては、視覚からの刺激が脳に伝達され、情報として処理されるのに必要な時間は、約100msecである^{22), 23)}といわれている。しかし、先行研究では対象者や刺激の種類に応じた停留時間が設定されている。鴻巣ら²⁴⁾は、健常者を対象とした日本語の文章読解における視線運動測定実験で、停留時間の基準を99msec以上としている。一方、Inuiら²⁵⁾は、4コマ線画の文脈理解に関して、提示時間を変えて比較した実験を行い、提示時間を144 msecにした場合に高い正答率が得られたと報告している。

また石崎ら²⁶⁾は音読困難者を対象としてひらがなやカタカナ文字を提示した実験で停留時間の基準を165msec以上としており、福田ら²⁷⁾の注視点の定義を目的とした研究では、150msec以上の停留時間を注視点の基準と報告している。

これらの研究は、視線の移動速度と停留時間および認知機能との間には強い関連があることを示している。本研究では、対象者に統合失調症患者が含まれることおよび人の表情写真を視覚刺激と設定することを考慮して、認知機能が十全に機能する注視点の定義を検討した。

すなわち、本研究において注視点とは、視線の速度的基準値を5度/秒以下、視線の停留時間の基準値を165msec以上とし、それぞれの基準を満たすデータであると定義した。

2. 基本的感情

心理学者のあいだでは、感情が多面的な現象であることは認められているが、感情の定義については、ほとんど意見の一致をみていないのが現状である²⁸⁾。

しかし、感情の分類については、Ekman²⁹⁾らが提案した分類方法が広く用いられており、悲しみ、怒り、驚き、恐怖、嫌悪、幸福の6つの感情に分類されている。彼らはアメリカ人、日本人、ブラジル人等の複数の国民と、当時外界との接触がほとんどなかったパプアニューギニア南西部の高地で生活をする住民への実験データの比較検討を行った結果、感情が顔面に表出する場合、基本的な感情に関する限り、文化や言語、民族や人種等の相違を超えて一致するという結論に至った。

本研究ではこの分類方法を採用し、悲しみ、怒り、驚き、恐怖、嫌悪、幸福を基本的感情と定義した。

3. 認知機能

認知とは外界の事物に関する情報を選択的に取り入れたうえで、それが何であるかを判断したり解釈することであると説明されている³⁰⁾が、本研究では、人間の表情という対象を、視覚情報として捉えて判断・解釈する実験を実施することから、福井³¹⁾やRatey³²⁾らを参考にした。

すなわち認知機能とは、眼球から脳に送られた視覚情報を、記憶や経験からの学習との比較検討を通して、判断し解釈する機能であると定義した。

IV. 研究方法

1. 対象者

被験者群として、A病院のデイケア施設の利用者のうち、ICD-10³³⁾で統合失調症と医師に診断された利用者9名、および対照者群として、A病院に勤務する医療スタッフ8名、合計17名を対象とした。

2. 実験期間

平成18年2月～6月

3. 実験方法

1) 表情写真の作成

悲しみ、怒り、驚き、恐怖、嫌悪、幸福の基本感情を適切に表現した表情写真を作成するため、現役の男性劇団員(20歳台)にモデルを依頼した。撮影時の光源の角度、フラッシュ光、シャッタースピード、絞り、ISO感度、レンズ口径、アングル、モデルとレンズとの距離等を同一の条件にするために、プロのカメラマンがデジタルカメラを用いてスタジオ撮影を行った。各感情について20～30パターンの表情写真を撮影した。

2) 刺激画像の選出と決定

撮影した表情写真の中から、各感情を適切に表現していると思われる表情写真6パターンを、研究者2名で繰り返

し吟味し、合計36パターンを選出した。

選出した表情写真は感情毎に分け、それぞれ1枚のフリップに掲載し、19～74歳までの幅広い年齢層（平均年齢 39.8 ± 16.9 歳）の男女60名（男性20名 女性40名）に提示した後、アンケート調査を行った。調査データの結果より、感情を最も適切に表す写真を、感情毎に1パターン選出し、合計6枚の表情写真を刺激画像として決定した。

3) 実験手順

- ① A病院のデイケア施設に隣接し、光や音などの外部の刺激をある程度遮断できる部屋を実験室として使用し、対象者1名、研究者2名およびテクニカルアドバイザー1名が入室して実験をすすめた。実験には、視線運動測定装置（後述）、操作用パーソナルコンピューター（以下PC）、記録用ビデオカメラを使用した。また、画像はプロジェクターを用いてスクリーンに照射し提示した。対象者とスクリーンの視距離は3mとし、上下20度・左右20度の範囲内で、縦78cm×横56cmの刺激画像が視角に入るように設定した（図1）。この設定は、対象者が刺激画像を見る際に、顔や首を動かさずに眼球運動だけで見ることが可能であるように配慮したためである。
- ② 所定の場所に着席した対象者に、研究者1が実験の概要の説明と体調の確認を行った後、視線運動測定のためにゴーグルの装着を促した。
- ③ 基本感情を文字で記載した画像（以下文字表記画像）をスクリーンに提示しながら、研究者1が対象者に、これから提示する刺激画像が表現している最も適切と思われる

る感情を、この中から選択して口頭で答えるよう説明した。またその際、正解・不正解は問わないので、安心して答えて良いことを強調して伝えた。さらに、刺激画像を見るときの注意事項として、できるだけ体の動きを少なくして、顔や首を動かさずに画像を見ること、まばたきは自由にして良いこと、途中で気分が悪くなった場合はいつでも知らせて良いことを伝えた。

- ④ 対象者の了解を確認した後、実験を開始した。研究者2が、PCを操作して刺激画像を10秒間示した後、②で述べた文字表記画像を再提示し、回答を求めた。表情写真の提示を10秒間と設定したのは、視覚以外の情報が対象者の表情認知に影響を及ぼすことを最小限にするためである。一方、文字表記画像は提示時間を設定せず、対象者から回答があるまで提示した。この過程を1セットとし、基本感情に沿って、計6セットを実施した。なお刺激画像は、驚き、怒り、幸福、嫌悪、恐怖、悲しみの順番で掲示した（図2）。

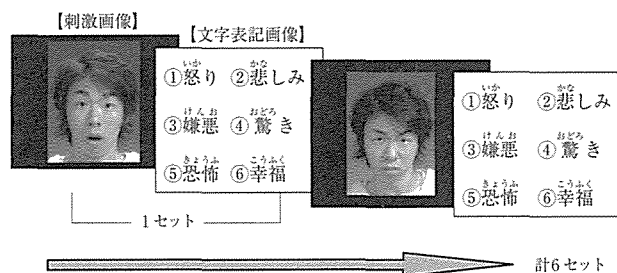


図2. 刺激提示の流れ

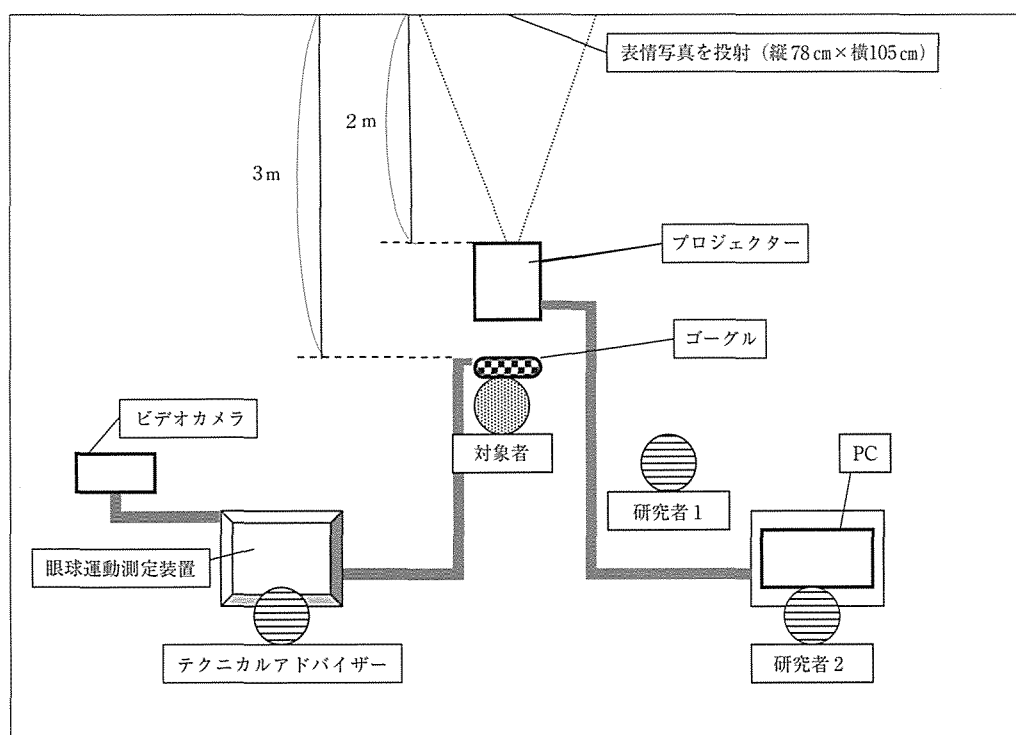


図1. 実験室の状況

⑤実験終了後、ゴーグルを外した対象者に、再度体調の確認を行った。

視線運動測定装置について

本研究で使用した視線運動測定装置（竹井機器Talk eye II）は、拘束感の少ない軽量ゴーグルを装着し、眼球（単眼）に微弱な赤外線を照射して、センサーでその反射を検出することによって視線運動を測定する。これによって、視線の移動速度や停留時間等のデータが測定可能である。

4. データ分析方法

各刺激画像を対象者に提示した10秒間×6画像の視線の動きを記録した。記録したデータから、被験者群と対照者群の視線の平均停留時間と平均移動速度のデータを用いて統計解析を行った。また、視線の速度を5度/秒以下、視線の停留時間を165msec以上の基準を満たすデータを注視点として、その数を測定し、統計解析を行った。分析は、Mann-WhitneyのU検定を用いた。データの解析にはSPSS Ver 13.0 J. for Windowsを使用した。

5. 倫理的配慮

本研究は、統合失調症患者を対象とすること、および視線運動測定装置を使用してデータを収集するためにゴーグル等の器具を装着する必要があることから、以下のことについて配慮した。

実験を実施する2日前に、研究者がデイケア施設を訪問し、今回の研究の趣旨、日程、場所、実験方法および研究への協力が任意であり、研究の途中であっても拒否・中断が自由にできること、得られたデータは統計的な処理を行うため個人の特定はできないこと等をデイケア利用者およびスタッフへ口頭で説明した。またデイケア利用者には、必要なら実験室にスタッフが同席することも可能であることを伝えた。2日前に説明を行ったのは、本研究への理解と協力を得るために、十分に検討し、納得する時間が必要であると考えたためである。

実験を実施する当日に、デイケア施設を再訪問してデイケア利用者およびスタッフから協力者を募り、実験の対象者となることを同意書への署名をもって了解を得た。

V. 結 果

1. 対象者の概要

被験者群9名のうち正確なデータが得られた4名と、対照者群8名のうち正確なデータが得られた6名の合計10名を対象者として分析を行った。

被験者群は、男性3名、女性1名であり、年齢は35～67歳で、平均年齢は52.5±10.9歳であった。全被験者は抗精神病薬を服用中であり、クロルプロマジン換算で153.1±111.5mgであった。対照者群は、男性4名、女2名であり、

表1. 対象者の概要

	被験者（4名）	対照者（6名）
性別	男 3名 女 1名	男 4名 女 2名
年齢（M ± SD）	52.5 ± 10.9歳	46.2 ± 16.2歳
抗精神病薬服用量 CP換算値 （M ± SD）	153.1 ± 111.5mg	

表2. 眼球運動速度・停留時間・注視点数の比較

	停留時間：msec （M ± SD）	眼球運動速度：deg/s （M ± SD）	注視点数 （M ± SD）
被験者群 n = 4	68.1 ± 51.7	37.9 ± 87.5	35.3 ± 13.2
対照者群 n = 6	88.0 ± 74.5	19.7 ± 41.8	119.2 ± 22.1

Mann-WhitneyのU検定 ** : p < .01 * : p < .05

年齢は27～67歳で、平均年齢は46.2±15.2歳であった（表1）。実験に要した時間は、1名につき約20分間であり、実験後に体調や気分の不調を訴えた対象者はいなかった。また、被験者群でスタッフの同席を求めた者はいなかった。

2. 視線の平均停留時間と平均移動速度の比較

被験者群と対照者群で、視線の平均停留時間および平均移動速度の比較を行ったところ、被験者群は停留時間において有意に短く、移動速度において有意に遅かった（p < 0.01）（表2）。

3. 注視点の数についての比較

注視点の数を被験者群と対照者群で比較を行ったところ有意差がみられ、被験者群が有意に少なかった（p < 0.05）（表2）。また、刺激画像毎の注視点の数を、被験者群と対照者群で比較したところ、被験者群は全ての刺激画像において著明に少なかった（図3）。また、被験者群と対照者群から典型例を選出して、注視点の数と分布の状態を点で表して比較したところ、被験者の注視点は著明に少なく、限定された範囲に分布していた（図4）。

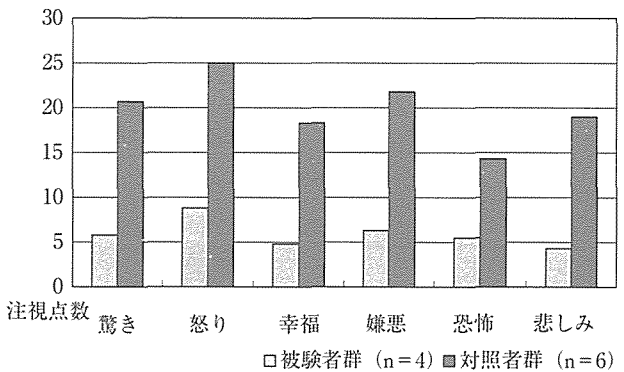


図3. 刺激画像毎の注視点の数（平均値）の比較

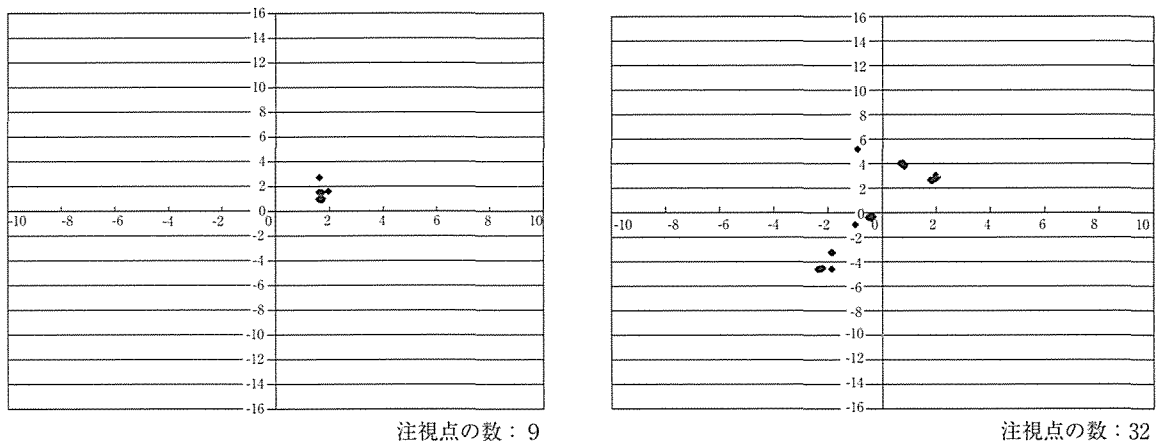


図4．注視点の数と分布の典型例（“嫌悪”を表現した刺激画像の提示した場合：左が被験者の例、右が対照者の例）

VI. 考 察

本研究は、表情から感情を読み取る際の統合失調症患者と健常者の視線運動を、定量的データを用いて比較検討するものである。したがって視線運動に影響を与える可能性がある性別、年齢、抗精神病薬の服用について文献から検討した。

性別と年齢については、男性27名、女性33名を対象とした研究から、男女の性差が視線運動に与える影響はみられないが、年齢の高低によって若干の影響がみられ、加齢に伴って視線の動きが幾分少なくなるという報告³⁴⁾がなされている。本研究における被験者群と対照者群の平均年齢の差は少ないと思われることから、年齢による影響はないと推測される。

次に、被験者群が服用している抗精神病薬が視線運動に及ぼす影響については、健常者に抗精神病薬を急性投与したときの視線運動を観察した実験において、視線運動には特徴的な変化はみられなかったとする報告³⁵⁾や抗精神病薬の投与量と眼球運動の関係について、関連がみられなかったという報告^{36), 37)}がなされている。これらのことから、性別、年齢、抗精神病薬の服用から受ける視線運動への影響はほとんどなく、本研究で得た視線運動のデータは、比較検討が可能であると推測された。

被験者群と対照者群の視線運動の平均移動速度には有意差がみられ、被験者群は対照者群に比べて移動速度が速いことが明らかになった。また平均停留時間においても両群に有意差がみられ、被験者群は対照者群に比べて時間が短いことが明らかになった。これらの結果から、対照者群が表情写真を見る際に、視線を定めて時間をかけて見ているのに対して、被験者群は、視線が定まらず、時間をかけて見ていないことが示唆された。

視線運動解析装置を用いた先行研究では、図（S字様の単純な幾何学図形・電車路線料金表）や絵（小動物と戯れる人物）を刺激画像として設定している場合^{38), 39)}は、健

常者と比較して統合失調症患者の方が平均停留時間が長いという結果が報告されているのに対して、人の表情写真を刺激画像と設定した先行研究⁴⁰⁾や本研究では、統合失調症患者の方が平均停留時間が短いという結果で一致している。平澤⁴¹⁾は、統合失調症患者の関係妄想による視線恐怖や対人関係の希薄さから現実的な接触を避けようとして注視が減少すると述べていることから、たとえ静止画像であっても人の表情が対象であることが、被験者群の平均停留時間の減少につながったのではないかと推測され、対人関係における統合失調症患者の視線は、相手の顔に長く留まらず、直視する行為が少ない傾向があることが示唆された。

さらに注視点の数においても両群に有意差がみられ、被験者群は対照者群に比べて注視点の数が著明に少なく、基本的感情を表現した6つの刺激画像すべてにおいて注視点の数が少ないことから、表情が表現する感情に関係なく、注視することが少ないことが明らかになった。また、対照者の注視点は、視覚対象の上下左右の広い範囲に及び、ある程度の規則性を持って分布する傾向があるのに対して、被験者の注視点は、視覚対象の一点に固着し、移動がほとんどみられない傾向があることが明らかになった。この結果は、多くの先行研究の報告と一致するものであり、統合失調症患者は意識的に見るという視線運動が少なく、対象を漠然と見ているということが示唆された。本研究において注視点を、視覚情報を判断し、解釈することが可能な視線運動として定義したことを踏まえると、注視点の数が多く、広い範囲に移動している傾向が強い対照者群は、認知機能を十分に機能するための視覚情報を多く取り入れていることが推測されるのに対して、注視点の数が少なく、狭い範囲に固着する傾向の強い被験者群は、認知機能を十分に機能させるための情報が不足しているのではないかと考えられる。Findlayら⁴²⁾は、注視という行為は対象に注意を向ける過程であり、注視されない対象は記憶されないと

述べている。これらのことから統合失調症患者の注視点の数の少なさと移動範囲の狭さが、表情認知機能の障害と関連していることが示唆された。

また、平均移動速度、平均停留時間、注視点の数と分布の結果を合わせて検討すると、対照者群は人の表情から感情を判断する際に指標となるポイントを重点的に見ていると考えられた。表情は眉毛、眼、鼻、口唇等のさまざまなパーツの変化の組み合わせからつくりだされるものであり⁴³⁾、対照者群はこれらのパーツを、視覚情報として選択的に捉えることによって、表情が表す感情を判断することが推測された。

一方、被験者群は表情から感情を判断する指標としてのポイントを持っていないこと、あるいはポイントに着目していないと推測され、意図的ではなく目的を持たずに表情を見る傾向が強いと考えられた。林⁴⁴⁾は、Mackworthら⁴⁵⁾の健常者を対象として行った研究（布のマスクを被って両眼周辺だけを出している顔の写真を用いた場合に、情報価値の高い部分に注視点が多く集中するとの報告）を紹介し、対象全体を部分的に分けて情報価値という視点から順位を付けて不要な部分を切り捨てることで、視覚からの情報収集力として必要であると述べている。これらのことから、表情から感情を判断する際に、情報価値が高い顔のパーツを取捨選択する能動的な視線の動きが、統合失調症患者に少ないことが、表情認知機能に影響を与えていることが示唆された。

VII. 結 論

統合失調症患者は対象が人の表情写真の場合、健常者と比較して、視線の平均移動速度と平均停留時間において有意に少なく、対人関係において相手の顔に視線を向けていない傾向が強いことが示唆された。また注視点の数において統合失調症患者は健常者に比べて注視点の数が少なく、顔の一部分に固着する傾向が強いことから、意識的ではなく、漠然と顔を見ていることが考えられ、注視点の数の少なさと移動範囲の狭さが視覚情報の不足につながり、表情認知機能の障害と関連していることが示唆された。

また、統合失調症患者は、表情から感情を判断する指標としてのポイントを持っていないこと、あるいはポイントに

着目していないと推測され、意図的に見るのではなく、目的を持たずに表情を見る傾向があると考えられたことから、表情から感情を判断する際に、情報価値が高い顔のパーツを取捨選択する能動的な視線の動きが統合失調症患者に少ないことが、表情認知機能に影響を与えていると示唆された。

VIII. 今後の課題

本研究では、統合失調症患者の表情認知における視線運動の傾向が、移動速度や停留時間、注視点の数や分布において、健常者との比較から明らかになったと考える。しかし対人関係において、相手の感情を読み取るためには、表情だけではなく、声の大きさ、言葉の抑揚、態度等さまざまな非言語的表現を総合的に分析し判断することが必要である。今後は、眼球運動の測定と聴覚等からの刺激を組み合わせた研究を行うことによって、統合失調症患者の対人関係の障害について、看護師が効果的な援助と教育を具体的にを行うことができるように取り組んでいきたい。

一方、本研究の限界としては、対象者の数が十分でない可能性が挙げられる。当初、研究への協力に同意し実験に参加した対象者は17名であったが、本研究のデータとして使用できたのは10名のデータに限られた。その原因として、実験中の対象者の動きにより、装着しているゴーグルが微妙にずれて、正確なデータを得ることができなかったと思われる。このような問題が起こることは、研究計画当初に想定され、顎台を用いて対象者をある程度固定した状態で実験を行うことも検討した。しかし、対象者の侵襲の大きさを考慮し、顎台を用いない方法で実験を行うことを選択した。今後視線運動解析装置を用いた実験を継続していく中で、データの正確性の向上と対象者の侵襲を最小限にすることの両立に配慮し、十分な対象者数の確保を目指して研究を行っていきたいと考える。

IX. 謝 辞

本研究は、実験に参加していただいた方々のご協力があってこそ実施できたものであり、ここから一人一人に深く感謝を申し上げます。そして研究にご協力をいただいた施設の皆様には、特別に御礼を申し上げたいと思います。

要 旨

本研究の目的は、統合失調症患者と健常者の表情認知における視線運動の違いを明らかにすることである。統合失調症患者4名と健常者6名を対象として、提示した表情写真が表す感情を読み取る際の視線の動きを、視線運動解析装置で記録した。その結果、統合失調症患者は健常者と比較して、視線の平均停留時間が有意に短く、平均移動速度が有意に速いことが明らかになった。また、統合失調症患者は、注視点の数が有意に少ないことが明らかになった。これらの結果から、統合失調症患者は対人関係において、相手の顔に視線を向けないことから、表情をよく見ていないことが考えられた。また、統合失調症患者は顔の一部分だけを見る傾向が強く、表情を漠然とみており、視覚情報の不足が推測されること、および顔のパーツを選択的に捉える能動的な視線の動きが少ないことが明らかになり、表情認知機能の障害との関連が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to identify differences in eye movement between patients with schizophrenia and healthy subjects when identifying facial expressions. The eye movements of four subjects with schizophrenia and six healthy subjects were recorded with an eye movement recording device while the subjects categorized facial expressions of emotions in photographs. The results clearly showed a significantly shorter mean fixation time and a significantly higher mean velocity of eye movement in schizophrenic subjects compared to healthy subjects. In addition, schizophrenic subjects also had a significantly lower number of fixation points. These results suggest that deficits in facial affect recognition in patients with schizophrenia may be related to the following factors: inadequate visual information arising from difficulties experienced in perceiving the faces of others and a strong tendency to focus on one part of the face during interpersonal relations, and insufficient active eye movement when selectively identifying facial parts.

文 献

- 1) Ekman P., Friesen V.: 工藤力訳, 表情分析入門 表情に隠された意味をさぐる, 33-42, 誠信書房, 東京, 1975.
- 2) Ekman P.: 菅晴彦訳, 顔は口ほどに嘘をつく, 115-119, 河出書房新社, 東京, 2003.
- 3) 相川 充: 人づきあいの技術 社会的スキルの心理学, 42-45, サイエンス社, 東京, 2000.
- 4) 大坊郁夫: しぐさのコミュニケーション 人は親しみをどう伝えあうか, 33-34, サイエンス社, 東京, 2000.
- 5) 竹原卓真, 野村理郎: 「顔」研究の最前線, 北大路書房, 62, 東京, 2004.
- 6) Wölwer W., Streit M., et al: Facial affect recognition in the course of schizophrenia, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 246, 165-170, 1996.
- 7) 前掲書1), 31, 1975.
- 8) Walker E., Samuel J.: Cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics, J Abnorm Psychol, 89(3), 428-436, 1980.
- 9) Mandal M.K., Ray A.: Responses to facial emotion and psychopathology, Psychiatry Res, 20, 317-323, 1987.
- 10) 守屋裕文: 注視点記録装置を用いた慢性分裂病患者とその家族の開眼時眼球運動の研究, 精神誌, 81(8), 523-558, 1979.
- 11) 松井三枝, 湯浅 悟, 他: 精神障害における認知機能 精神分裂病を中心に, 神心理, 9(1), 47-53, 1993.
- 12) Liberman R.P., DeRisi W., et al: 池淵恵美監訳, 精神障害者の生活技能訓練ガイドブック, 17, 医学書院, 東京, 1989.
- 13) 池淵恵美, 佐藤健二, 他: 精神分裂病の社会生活技能 (Social Skills) の構造について, 精リハ誌 3(2), 150-156, 1999.
- 14) 鈴木 丈: 精神病院における生活技能訓練の実践と精神分裂病患者の行動改善, 臨精医 19(9), 1345-1351, 1990.
- 15) 皿田洋子: 精神分裂病を対象とした生活技能訓練とその効果, 精神神経医学雑誌, 94(2), 171-188, 1992.
- 16) 福田亮子, 佐久間美能留, 他: 注視点の定義に関する実験的検討, 人間工学, 32(4), 197-204, 1996.
- 17) 渡部 毅, 坂田春夫, 他: 視覚の科学, 45, 写真工業出版社, 東京, 1975.
- 18) 山田光穂, 福田忠彦: 画像における注視点の定義と画像分析への応用, 電子通信会論誌, 69(9), 1335-1342, 1986.
- 19) 前掲書16), 197-204, 1996.
- 20) 前掲書18), 1335-1342, 1986.
- 21) 前掲書16), 197-204, 1996.
- 22) 下中弘編集: 新版 心理学事典, 658, 平凡社, 東京, 1981.
- 23) 乾 敏郎: 視覚情報処理の基礎, 154, サイエンス社, 東京, 1990.
- 24) 鴻巣 努, 重松 淳, 他: 第二言語としての日本語読解における視覚情報処理に関する人間工学的研究, 人間工学, 35(3), 135-144, 1999.
- 25) Inui T., Miyamoto K.: The time needed to judge the order of a meaningful string of pictures, J Exp Psychol, 7, 393-396, 1981.
- 26) 石崎 俊, 福田忠彦: 音読困難者の眼球運動特性に基づく新しい読字モデル, KEIO SFC JOURNAL, 2(1), 92-112, 2003.
- 27) 前掲書16), 197-204, 1996.
- 28) Randolph, R.: 堀内久美子訳, 感情の科学, 誠信書房, 東京, 1996.
- 29) 前掲書1), 31, 1975.
- 30) 前掲書22), 657, 1981.
- 31) 福井康之: まなごしの心理学 視線と人間関係, 78-82, 創元社, 大阪, 1984.
- 32) Raley J.J.: 堀千恵子訳, 脳のはたらきのすべてがわかる本, 62, 107, 角川書店, 東京, 2001.
- 33) World Health Organization: The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 95-118, WHO, Geneva, 1992.
- 34) 豊田 堯: 注視点記録装置を用いた内因性うつ病患者の開眼

- 時眼球運動の研究, 精神誌, 80(11), 617-645, 1978.
- 35) 安藤克己, 守屋裕文, 他: 薬物急性投与時の眼球運動について, 精神薬療基金研究年報, 95-100, 1973.
- 36) 前掲書33), 617-645, 1978.
- 37) 前掲書11), 47-53, 1979.
- 38) 前掲書11), 47-53, 1979.
- 39) 中山広宣, 森田喜一郎, 他: 精神分裂病者の探索眼球運動と課題遂行能力 - 電車路線図料金表を用いて -, 作業療法 21 (1), 38-43, 2002.
- 40) 志水隆之, 岩瀬真生, 他: 精神分裂病患者の視覚情報処理過程 - 表情認知の障害について -, 臨精医 28(1), 75-84, 1999.
- 41) 平澤久一監修: 精神科看護のコミュニケーション 非言語的アプローチ [動作・表情・タッチ] を活用したかわり方, 16, 日総研出版, 愛知県, 2005.
- 42) Findlay J., Gilchrist I.: 本田仁視監訳, アクティブ・ビジョン - 眼球運動の心理・神経科学 -, 42, 143, 北大路書房, 京都, 2003.
- 43) 前掲書 1), 39-162, 1975.
- 44) 清水寛之編著: 視覚シンボルの心理学, 43-44, プレーン出版, 東京, 2003.
- 45) Mackworth, N, H., Morandi, A, J.: The gaze selects informative details within pictures, Percept Psychophys, 2, 547-552, 1967.
- 注
ベントン視覚記銘検査で記銘力を検査するために用いる図版
- [平成19年7月6日受付]
[平成19年10月22日採用決定]

重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の 反応を理解し意思疎通が可能となるプロセス

The Process by which Nurses Working at an Institution for Severely Handicapped Children Understand
the Responses of Severely Handicapped Children and Individuals and Achieve Mutual Understanding

市 江 和 子

Kazuko Ichie

キーワード：重症心身障害児施設、重症心身障害児・者、意思疎通、プロセス

Key Words : institution for severely handicapped children, severely handicapped children and individuals,
mutual understanding process

I はじめに

重症心身障害児とは、児童福祉法第43条の4で、「重度の知的障害および重度の肢体不自由が重複している児童」のことをいう。重症心身障害児施設は、「これらの児童を入所させ、これを保護するとともに、治療および日常生活の指導をすることを目的」とする。重症心身障害児施設は児童福祉法により規定されている児童福祉施設であり、同時に医療法上の病院としての機能をあわせもっている¹⁾。そのため、児童福祉法に関連した施設ではあるが、障害の程度が重く、医療ケアに必要な18歳以上の重症者が入所できる。この、18歳以上も含めたことにより、成人に達しても児童福祉施設に入所が可能と承認された（これを「児者一貫」という）²⁾。

施設では、医師・看護師等の医療スタッフと、指導員、保育士、介護福祉士等の主に生活を援助するスタッフが勤務している。看護師は、他の医療職や、教育・福祉・保健・行政、その他多様な職種と連携をとりながら、看護の専門的ケアを提供する³⁾。看護師には専門的な知識・技術が求められるが、重症心身障害児・者（以下、障害児・者とす）は重篤な障害を有するため、反応をよみとりコミュニケーションの手がかりを得ることが難しい状況で看護を行う場合もあるといえる。

障害児・者は、自分の意図や要求を他者に伝達することや他者からの働きかけを理解することができにくい。そのため、「反応が乏しい」とみなされる傾向がある。しかし、実はさまざまな表現方法で感情や要求を伝えている。そして、その表現や行動をとらえ援助する看護師の実践があると考えられる。

気持ちの通じ合いや情報の教授に関するコミュニケーションの研究では、重度・重複障害を伴う子どもとのコミュ

ニケーション改善の検討⁴⁾、発達障害児の認知発達を意識したコミュニケーション指導の方法⁵⁾、重度の知的障害と視覚障害を併せもつ児童とのコミュニケーションの充実を目指した取り組み⁶⁾、重症心身障害児（者）の12歳から37歳までを対象としたコミュニケーション行動に関する事例研究⁷⁾等、実践的に検証されてきた。処遇が違う外国においては、障害児・者への地域における社会的支援の実態についての研究がされている^{8), 9)}。

障害児・者へ援助に関する研究や支援はさまざまになされてきたが、援助者の関わり方や思いに焦点化した研究は少ないと指摘されている¹⁰⁾。これまで、障害児・者と看護師との関係を成立させる過程を明らかにした論文はほとんどみあたらない。

本研究に取り組む筆者の動機は、かつて重症心身障害児施設を見学した中で、筆者が言語が聞き取れず意思の疎通が困難だった経験に基づく。一方、そのような児の反応を読み取り、他者に言語化し伝えることができる看護師の存在に驚いたことによる。特に、コミュニケーションがとりにくい場面で、的確に意思をとらえ、対象にあった看護ができていたことが印象的であった。障害児・者に接する時、何をどのように援助したらよいか把握できないため、看護師は戸惑うことが多い現状がある。障害児・者と看護師が、意思の疎通が図れることで、援助はより適切となり、対象にあった内容ができるといえる。そのため、意思をとらえる能力は、どのように獲得されるかを明らかにしたいと考えた。看護師の意思をとらえる過程を検討することは、施設における看護師の新人教育や現任教育に貢献すると思われる。

本研究は、重症心身障害児施設に勤務する看護師の障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセスを明

らかにすることを目的とした。

II 用語の操作的定義

意思：何事かをしようとする考え。思い¹¹⁾。

疎通：支障なく通ること。途中でさまたげられないこと¹²⁾。

意思疎通とは、ある意味や目的をもつ考えや思いを、ある手段によって、発信したり、受信したりすることによって、お互いに通じ合うこととする。

III 研究方法

1. 研究協力者

対象者はA県内の重症心身障害児施設に勤務する看護師で、重症心身障害児・者看護（以下、障害児・者看護）の経験3年以上を対象とした。協力者は、病棟師長および部門責任者と相談の上選定した。研究依頼は、研究の主旨を文書と口頭で説明し、研究協力の承諾を文書で行った。対象者の経験年数を3年以上としたのは、中堅者の実践は通常、約3～5年間、類似した患者集団を対象に働いているナースたちにみられるというBenner¹³⁾の期間に準じ、状況を全体的にとらえることができる者であると判断したからである。協力を得た2施設4病棟の看護師15名から同意を得て面接を実施した。

研究協力者の基本的属性は、年齢27歳～52歳、看護師歴は6年～36年、うち障害児・者看護の経験年数は3～7年であった（表1）。

2. データ収集の方法

本研究では、一連の認識の過程を明らかにするためグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）を用いた。この手法で質的研究を行い、上記の対象者に半構造化面接

を行った。インタビュー場所は各施設のプライバシーが保てる部屋、インタビュー時間は60～90分間である。質問内容は、①日常の看護実践の中で心に響いたこと、②看護実践の中で大切に思うこと、③障害児・者看護へのきっかけから現在の自分に関して思うこと、④障害児・者へ関わりの中で自分が変わったと思うこと、変わってきたと思うこと、⑤障害児・者に対するケアでよかったと思える体験、⑥障害児・者の気持ちがわかったと思えた体験、等である。データ収集期間は、2005年7月から9月である。

3. 倫理的配慮

研究への協力は自由意思であること、いったん研究協力に了承した後でも取りやめることができること、負担に感じる時はいつでも中止できること、研究結果を論文にすること等を説明し、文書および口頭で承諾を得た。また、プライバシーの配慮を厳守する旨を同意書に明記、個人的な情報は公表せず、テープは研究終了後に破棄することを述べた。研究結果に関しては、プライバシーを配慮した上で学会等に発表する可能性や本研究以外には使用しないことを説明し、同意書への署名を得た。

研究計画書は、所属大学研究倫理委員会の審査において了承を受けた。

4. 分析

1) 分析の方法

データ分析は、GlaserとStraussが考案したGTAを修正して開発された、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAとする）を使用した。

M-GTAは、社会的相互作用に関係した人間行動の予測と説明に関わる。それはまた、研究者がその意義を明確に確認している研究テーマによって限定された範囲内において、データに根ざした解釈的な分析により、説明力に優れた理論を生み出す実践的アプローチである^{14), 15)}。さらに、実践的な活用として看護実践につなげることに適しているとされる¹⁶⁾。本論は、看護師が障害児・者を理解し意思疎通を確立するプロセスを明らかにすることが目的であり、看護実践につなげるため、M-GTAが妥当と考えた。

2) 分析の展開

本論では、研究テーマ“意思の疎通”に関連の強い文脈に着目し、データを説明する概念を生成した。その際に、概念名、概念の定義、概念を支持する語り、理論的メモを記入する分析ワークシートを使用した。そして、継続的比較分析を行い、生成した概念の補足、修正または削除と新たな概念の生成を、ワークシートを使用しながら継続する段階として、オープンコーディングを行った。次いで、生成された概念と類似した関連性の高い概念は何かをデータを通して検討する理論的サンプリングを実施した。こうした分析から理論的メモを作成し、概念間の関係性から

表1 対象者の背景

事例	年齢 (歳)	経験年数 (年)	勤務年数 (年)	障害児・者看護経験年数 (年)
1	29	7	5	5
2	26	8	7	7
3	28	6	6	6
4	30	8	7	7
5	30	6	6	6
6	32	12	7	7
7	30	10	5	5
8	27	6	6	6
9	31	6	4	4
10	31	6	6	3
11	29	8	8	6
12	40	19	19	5
13	36	10	7	5
14	40	15	15	7
15	52	36	17	7

カテゴリーを形成した。さらに、概念の関係の結果図とストーリーラインの作成を行った。

以上の手順に沿って、質的研究の専門家によるスーパーバイズの下で分析を行った。内容に関しては、小児看護の研究者と繰り返し検討した。

IV 結 果

M-GTAによる分析で生成した結果図（図1）の全体的な流れを、概念名とカテゴリー名を用いて説明する。プロセスは、2つのカテゴリーとそれらに含まれない9つの概念で構成されている。本文中の“ ”は概念名を、< >はカテゴリー名を表す。対象者の発言は、斜体で「 」内に示し、末尾の（ ）内に事例を示した。

看護師は、“重症心身障害児・者をケアすることへの期待”から看護の現場にやってくる。しかし、対象者は臨床に入ってから実際に障害児・者と対面した初期には、<衝撃的体験>をする。彼らの身体的異質性に“偏見や驚き”を覚え、仕事内容に不慣れな上に、障害児・者とうまくコミュニケーションがとれないため、つねに“周囲の状況がわからないあせり”や“戸惑い”があって不安な状態で彼らに接してしまうという循環がみられる。

その一方で、3つの方策<対象接近方略>、<看護実践の多角化>、<対象者把握法の確立>により、対象に近づいていくことが確認された。日々の業務の中で、とにかく自ら対象に働きかけたり（“自己から働きかける対象接近”）、対象の全体像をとらえようとした（“生活と全体をとらえての対象接近”）といった<対象接近方略>の実

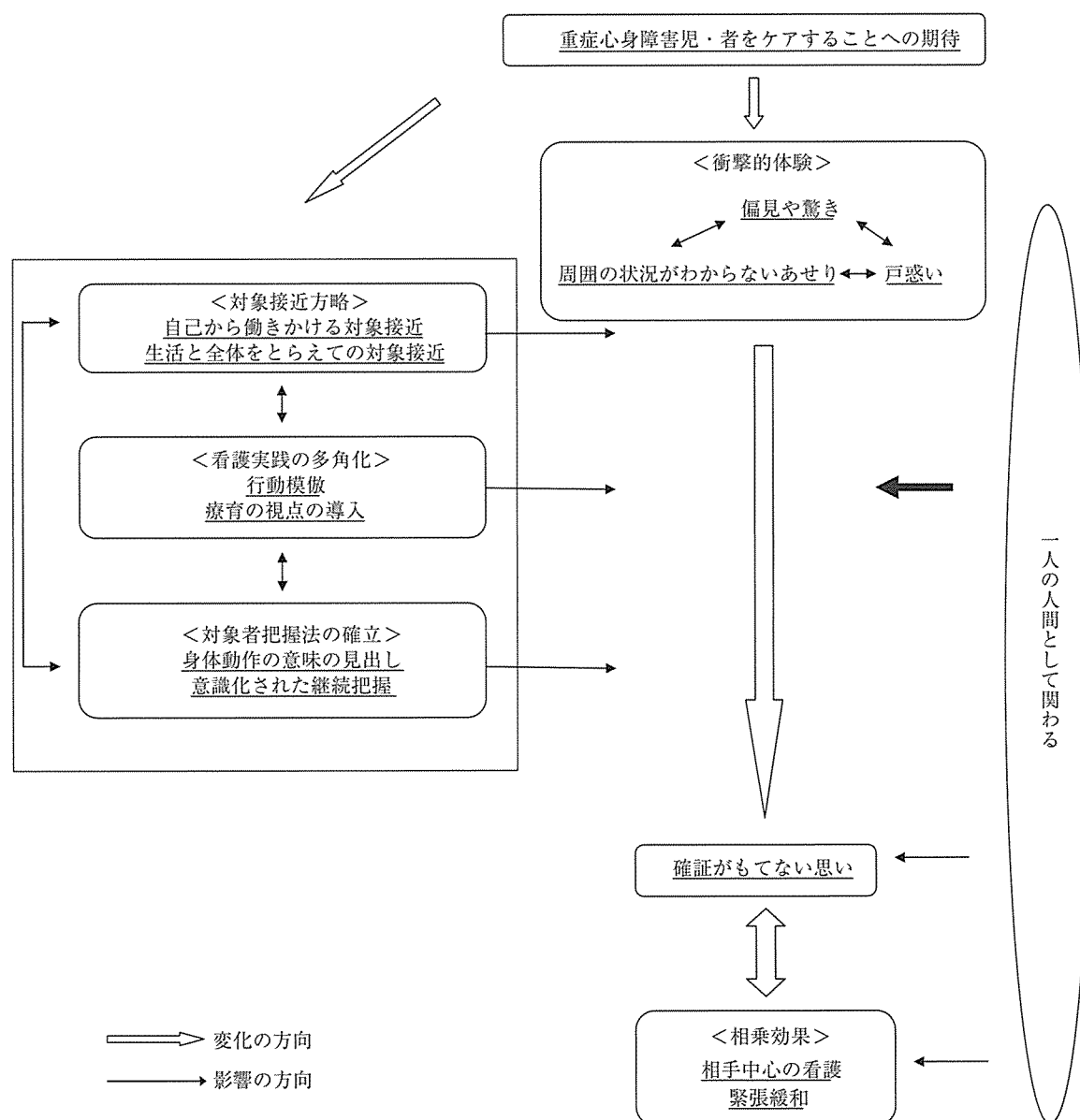


図1 重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセス 結果図

行である。そして、その過程で、先輩看護師等の接し方を真似してみたり（“行動模倣”）、他の職種の援助視点を取り入れたり（“療育の視点の導入”）して、＜看護実践の多角化＞を図る。そうすることで、注意深く障害児・者の“身体動作の意味の見出し”をすること、反応を“意識化された継続把握”することといった＜対象把握法の確立＞をする。この＜対象接近方略＞＜看護実践の多角化＞＜対象把握法の確立＞により、看護師は障害児・者に対するかわりが見えるようになる。

そこには、障害児・者への看護が特別な人への援助ではなく、“一人の人間として関わる”ことが基盤となっている。ただし、時に自分の対象への理解の確実さが不安になり、“確証がもてない思い”を抱くことはある。

そして、お互いの関係性を築く＜相乗効果＞として、“相手中心の看護”ができ、その援助が障害児・者の緊張を解きほぐすことにつながって（“緊張緩和”）、対象理解を深める能力を確たるものにする。こうして看護師は、障害児・者との意思疎通が可能となっていく。

1. 重症心身障害児・者をケアすることへの期待

“重症心身障害児・者をケアすることへの期待”とは、看護師として施設で働き、障害児・者看護を实践したいという希望が込められた思いのことである。

「この施設見学に来て、あったかい雰囲気があったというか。子ども達がいとoshiiという感情を覚えてぜひ接したいと思い、就職しました（事例7）」、「募集の記事を見て、子ども達と一緒に生活してみませんか？という、その一文にすごく興味を引かれて来ました（事例6）」、と待ち望んだ思いをもって施設に就職したことが語られた。

2. 衝撃的体験

カテゴリー＜衝撃的体験＞とは、“偏見や驚き”、“周囲の状況がわからないあせり”、“戸惑い”の3つの概念からなる。勤務をはじめた中で、障害児・者に対して偏見や哀れみの感情をもち、衝撃を受けつつ、病棟の状況が分からないため環境や業務にあせったり戸惑うことである。

“偏見や驚き”とは、障害児・者に対して偏見や哀れみの感情がわくとともに、その外観や行動に驚きをもつことである。

ある看護師は、就職時に「ちょっと、偏見ではないけれど、…中略…、普通の人と違うと思っていた自分がいました（事例2）」、と偏見が重なった思いがあったことが回想された。「すごい衝撃でしたね。身体の麻痺とか。今まで見たことのない身体つきをしていたので。はっという。ものすごい衝撃でした（事例7）」、「どう言ってよいかわかりませんでした。身体も結構、拘縮とか変形があるので、触っていいのかということも分からない状況でした（事例3）」、と変形や拘縮に驚き、衝撃を受けたことが

語られた。

“周囲の状況がわからないあせり”とは、看護を実践する時、自分をとりまく環境を見る余裕がなく、対象が理解できないために心理的に苛立ち、悪循環になっていることである。

「新人の時は、自分のことだけを考えていました。もう、必死で、自分のことしか見えない状況でした（事例10）」と、自分に課せられた業務をこなすだけに精一杯な状態であったことが伺える。また、「最初の頃は、なんで、こんな反応がでているのだろうかと思っていました。なんで、こういう風な行動をしてくれるのだろうか。なんで、こう言っているのだろうかとか、全然分かりませんでした。…中略…私がこうだと思っていることと全然違っているということが、繰り返しありました（事例5）」と、看護師自身の気持ちと障害児・者の行動や感情についての行き違いがあり、もどかしさを感じていたことが述べられた。

“戸惑い”とは、看護に対しての反応をとらえることができず、対象が理解できないことやどのようにしたらよいかわからない状況を表す。

「この職場に来て、今までの環境と違って余りにも違っていましたので、戸惑いとかありました。相手を言葉で汲み取れないもどかしさとかもあって、戸惑いました（事例1）」、「あまり表出がない子だと、たとえば、手とか洗っていても、気持ちいいのかなって思っていました。これで、いいのかなっていう風に、戸惑いみたいなものを感じながらやっていました（事例8）」と語った。実施した援助への反応がつかめないことで、混迷した気持ちが語られた。

3. 対象接近方略

カテゴリー＜対象接近方略＞は、“自己から働きかける対象接近”、“生活と全体をとらえての対象接近”の2つの概念からなり、看護師が日々の実践を重ねていく中で、障害児・者を理解するために主体的に近づくための援助を表している。

“自己から働きかける対象接近”とは、対象を理解するために自分から相手に興味をもち、身体接触などを用いながら、意識して対象に近づくことである。

働き出してから気持ちとして、「利用者さんへ興味をもたないことには、関心をもたないことには続かないと思います（事例5）」、「利用者さんに近づくには、自分から、近づいていくことだと思います。自分から声がけとかしていくことだと思います（事例12）」、と語った。看護師からの働きかけが、障害児・者へ接近していく際に大切になるという思いがみられた。

さらに、「肌と肌で付き合っています。やっぱり肌のぬくもりとか、笑顔のかけ方とかで、反応が全然違うと思っています（事例15）」、「相手に触れたりすることで、そこ

から話が広がることがありますから、違うと思います（事例7）」というように、スキンシップ等で接することが対象理解につながるということが述べられた。

“生活と全体をとらえての対象接近”とは、施設における入所が日常生活の場であることを認識し、障害児・者の生活リズムと全体像を把握して近づくことである。

「お顔で何か示してくれるのだけではないと気づかされたのは、手を握って教えてくれた時でした。…中略…その子の日常の中で、どんな反応を返しているのかを知らないといけないと思います（事例8）」と、顔や表情だけでなく、全身の観察の必要性を語った。さらに、「こちらが業務的にしきるのではなく、生活の面を見ていくことです。利用者さんのリズムに合わせた生活の援助をしていくことが大事だと思います（事例1）」と、生活者であることをふまえ、生活全般をとらえて歩み寄ることが重要であると語った。

4. 看護実践の多角化

カテゴリー＜看護実践の多角化＞は、“行動模倣”、“療育の視点の導入”の2つの概念からなり、日常の看護実践能力を高める工夫を、看護師自身が周囲の人間関係をもとに、幅広く取り入れることを表している。

“行動模倣”とは、施設の中で協働する師長、看護師、保育士、指導員等の接し方を真似し、自分なりの援助のコツを知ることである。

「先輩だったり、新しい人とか、それぞれがいろいろな考えをもっていますよね。対応の仕方を見て、いいなとか思って見ていました。そこから刺激を受けて変わってきました（事例1）」、「経験豊かな人の技術をちょっと見ていたというか、真似していたとかあります。で、どういう枕を使っていたとか、どういう風な姿勢に維持していたとかいう観察はしていましたね（事例13）」と、他のスタッフの行動、態度から援助のコツを学びながら、独自の援助方法をつくり挙げていた。

“療育の視点の導入”とは、保育士、指導員等によるかわりを見ることで、援助に療育の見地を取り入れることである。

看護師は、指導員、保育士による障害児・者へ関わりを知るにより、療育について考えていた。「私は最初、勝手に黄色なら黄色のタオルを持って行ったら、保育士さんの方から、『選べるの』と言われたのです。そこで、こっちで勝手に強制していることが多いかなって気がついたのです（事例4）」、「声のかけ方が、保育士さんのかけ方が、とても参考になるのです。保育士さんが言った一言で、相手が、すごくスムーズに動いたりするので、なんだろうって思っています（事例5）」と、他職種からの助言を受け入れたり、自分が見た場面における他職種の関わりによる障害児・者の行動をとらえ、援助に療育としての判断・考

えを取り入れていた。

5. 対象者把握法の確立

カテゴリー＜対象者把握法の確立＞は、“身体動作の意味の見出し”、“意識化された継続把握”の2つの概念からなり、障害児・者を理解するために、対象が示す行動や感情を把握する方法を確立することである。

“身体動作の意味の見出し”とは、障害児・者の行動や感情の変化には背景があり意味があることをふまえ、その変化の意味を判断し考えることである。

変化の例としては、目の瞬き、耳がびくんと動く、泣いている時のオムツ交換であった。その場面について、「これも、1年目では分からなかったことです。…中略…、自分で分かったのは、耳をこうやっていたので、耳痛いので、いや違うって。その時にテレビを見ていたので、はっと思って、音量上げてほしいのって。そうって。コミュニケーション分かってうれしい、アーという感じでした（事例1）」と、その時の印象と発見の感動を語った。また、「私の中では、少しの体動とか、表情の変化とか、体温もそうですし、息の仕方もうそうですし、すべてが、コミュニケーションだと思います。今見えているものとか、それで分かることが、コミュニケーションだと思うのです（事例11）」という語りがあった。「自分の気持ちが伝わったというか、私の存在が心地よいと思ってもらえたと思うのは、その人の笑顔が見える時です（事例2）」と、しぐさや全身状態に、障害児・者の反応は現れるとしてとらえられていた。

“意識化された継続把握”とは、看護師の判断や根拠を明確にするため、意識して観察を継続することである。

「ここでは、長い目で患者さんをみる事ができるので、日々の成長を少しづつ追っています。目標を、来年にはこれができればいいなとか考え、長い目をもっています（事例3）」と語った。「継続してみることが大切です。たとえば、1日5分でも、毎日みていくことが大切な、と思います（事例7）」と、看護師が対象の成長・発達に長期的な展望をもち、継続的に関わる必要が語られた。

6. 一人の人間として関わる

“一人の人間として関わる”とは、障害があるなしにかかわらず、障害児・者に対して尊厳をもつ人間としてとらえ、相手との関係を築いていくことである。

「障害者だとか健常者だとか区別なく、普通に話しかけると、ちゃんとした反応が返ってくるので、そういうところですかね（事例13）」、「まずは、人間だから。やっぱり、人間対人間でかかわりたいと思っています（事例15）」と、障害をもつ人という意識を抱くことなく、誰もが同じ「人間」であるとして接する重要性が述べられた。また、「ひとりひとり、やっぱり、違います。ひとりひとり、尊厳をもって行う意識が大切になります（事例14）」、「ここに来

で、この人たちがいるということをあまり知らなかったのです。より深い、人として、どうしたらよいのだろうかということを考えるようになりました（事例1）」と、対象を尊厳をもった人間としてとらえ、個別性をふまえて関係を築く必要が語られた。

7. 確証がもてない思い

“確証がもてない思い”は、看護をする中で、障害児・者の行動に、自分が予測したことと合致しているかどうか自信がもてず、思いが一致していないのではないかという感情をもつことである。

「なんとなくというか、つかめきれて言い切れない時とがあります。なんとなく、勝手な考えかもしれませんし。結局、そこにいっちゃうのですね（事例7）」、「やっぱり、利用者さんの理解というのは、私は、たぶん、何十年いてもできないと思います。でも、分かろうと思って、自己研鑽していくことは大事だなんて感じました（事例11）」という、確証がもてない感情がジレンマとして語られた。その中にも、自らが対象を分かろうと努力する気持ちがうかがえた。

8. 相乗効果

カテゴリー＜相乗効果＞とは、“相手中心の看護”、“緊張緩和”の2つの概念からなり、障害児・者を中心においた看護を実践する中で気持ちが相手に伝わったと思え、緊張がとけ、相互関係がもてることである。

“相手中心の看護”とは、日常の看護業務の中で気分的に余裕ができ、対象を中心においた看護ができることである。

「自分に余裕がない時、利用者さんの反応は違うなって感じます。今ではそれがすごく分かるようになりました。いろいろなことを感じ取ることが、すごく大切なことだと分かるようになりました。（事例6）」と、ゆとりをもつことが相手の思いを考えることにつながり、反応を感じ取り、相手の意思を考えた看護になることが述べられた。「こちらが、相手にトイレに行くことを急いで言えば言うほど、ダダをこねます。…中略…。けれど、こちらが待つと、ひよっと、乗ってくれるとかいうことがあります（事例5）」と、相手の行動を待つことができ、ゆとりの気持ちをもつ援助の必要性が語られた。

“緊張緩和”とは、看護師の気持ちが障害児・者に伝わり、相互関係がもて、双方の緊張がほぐれることである。

「私たちも表情に敏感ですが、すごい敏感ですね。忙しいというと、すぐ察知します。やばいなって。見ているなって思います（事例9）」、「ぎこちない感じで入り込むと、利用者さんも緊張が強いので、よけいに身体が硬くなるので注意しています（事例7）」と語った。

さらに、障害児・者との日常における関係について、「自

分がこちらの方と一緒にすごすことが心地よくて仕方がないのです。みんなからいろいろ受けるのが好きなんです。ただ、みんなに幸せな気分をもらっているだけなのです。ちゃんと向き合っているかなという感じが、自分の中では、思わせてもらっています（事例2）」と、看護師が日常業務の中で、障害児・者との気持ちの交流ができていると感じる思いが語られた。

V 考 察

全体の分析の結果、重症心身障害児施設に勤務する看護師の障害児・者の反応を理解し、意思疎通が可能となるプロセスが明らかになった。

看護師は、障害児・者看護の実践に期待をもって就職するが、環境に驚き、状況がよくわからない混迷の中、関係性をもつことが始まっていた。就職した時の＜衝撃的体験＞は、“偏見や驚き”、“周囲の状況がわからないあせり”、“戸惑い”によることから出発していた。偏見とは、実際の経験より以前に、あるいは実際の経験に基づかないで、ある人とか事物に対してもつ好きとか嫌いとかという感情である¹⁷⁾。特に、障害者に対する偏見は、障害者との相互作用がなく、行動の経験を欠いた認知・感情ベースの態度だと考えられる¹⁸⁾。看護師は障害児・者の反応に驚き、これまでにない経験に、偏見という感情を抱いたのではないかと推測する。さらに、就職した時の状況として、看護師は対話にたよれない無反応さに、あせりや戸惑いを感じたと思われる。一般病院の新人看護師の職場適応においても、【ゆとりのなさ】の“あせり”、【不安感】として“未知への戸惑い”が指摘されている¹⁹⁾。したがって、新しい環境への就職時には、あせりや戸惑いは共通する要因ともいえる。しかし、障害児・者施設においては、対象の行動の意味が理解できないことが重なり、偏見とあせりや戸惑いの感情が循環し、実践に満足感や達成感が得られない状況であったと考える。

その中で、看護師は障害と向かい合う期待で臨んだ職場で、対象への接近法を試みることに進みだしていた。＜対象接近方略＞、＜看護実践の多角化＞、＜対象者把握法の確立＞は、対象の理解はあらゆる手段によって実施するという気づきの表れと推測する。すなわち、言語で対象を理解するというこれまでの看護から、言葉だけで対象をとらえるのではないとする看護の発見といえる。看護師は、障害児・者の反応は全身から発せられとしてとらえるようになっていた。そこには、対象を理解するには行動を単独でとらえるのではなく、全体をみる重要性が認識されたことによると考える。全体像を把握し生活状況を知る、身体に直接触れるということは、反応理解につながる関連性が示唆される。

さらに、対象に近づくために、自分だけでなく他職種の行動や援助をとらえることを活用し、実践の幅を広げるように試みられていた。＜看護実践の多角化＞は、＜対象接近方略＞、＜対象者把握法の確立＞と相互に関係し、意思疎通が可能となるプロセスに影響すると考える。

就職して感じたあせりや戸惑いは、自分なりの方法を確立することによって関係をつくることへの自信となり、障害児・者を一人の人間として関わることを土台に、反応をとらえようとする行動つながっていくと思われる。

障害児の反応の程度に対する看護師の態度の特徴には、「反応のない小児に対しては、言語的な思いやりや尊重の表出が少なく、非言語的にも愛着や好意等の感情の表出が少ない」²⁰⁾という参加観察の報告がある。関係は、お互いが反応をとらえようとすることで成立する。対象に反応がないとするのではなく、反応をとらえることができたという思いが、関係成立に重要となると考える。対象の全身に目配りをして、わずかな表情の変化や身体の動きからでも、反応を読み取っていく関わりが重要である。川住は²¹⁾、障害児・者の気持ちや意志への読み取りは、はじめは不確実で誤る可能性があるが、かかわりを続ける中で精度は高まっていくと述べている。看護師は、障害児・者のほんの小さなしぐさに目をむけ、聞きなれない言葉に耳を傾けるようになっていた。そして、自発的に働きかけることの大切さに気づき、対象が示す反応や行動に着目していた。

山下は、「障害者の意思についての解釈が広がっていくほど、介助者と障害者とのかかわりはより深くなり、両者の関係性や障害をその人固有のものとし、いわば“わたし・あなた”の関係になりうる」と指摘している²²⁾。今回の対象者である看護師においても、“一人の人間として関わる”ことを基盤に、障害児・者の生活リズムと全体をとらえることができていたと思われる。あせりや戸惑いの感情を乗り越え、対象理解の必要を考えることの大切さに気づくで、関わりが深まっていくといえよう。看護学生の障害者に対する態度で、ビデオを視聴した学生は、講義を聴講しただけの学生に比べて、態度の測定をした場合にポジティブになったことが報告されている²³⁾。また、河内らは、小児看護学実習で発達に障害をもつ子どもを受け持った学生が、患児の快・不快のサインやわずかな表情の意味が理解でき、達成感や満足感が得られたとしている²⁴⁾。対象の理解は、実際に接することから始まり、表情やサインを受けとめその意味が理解できたと思える体験により、相互の関係に満足感が生まれると思われる。

さらに、看護師自身にゆとりができることで、お互いの緊張をとくことができ、＜相乗効果＞が生み出されるとい

える。「ちゃんと向き合っているかなという感じがあり、自分の中では、思わさせてもらっています」という言葉から、まず対象が存在し、相手を中心に看護を考えようとする姿勢の変化をうかがうことができる。糸賀は²⁵⁾、障害者との共同生活の中で、いつのまにか「私たち自身のこの子どもをみる目の変革を経験させられてきた」と述べている。看護師は、障害児・者とのふれあいの中で、自分が変化してきたことに気づくことができてくると思われる。

対象に関わることで、相手は反応を示す。そして、その反応を自分の理解でよいと思う納得の作業を繰り返すことで、看護師は自分なりの確証をもとうとする努力をしていた。お互いの反応が呼応しあうことで、「意思の疎通が可能」と看護師が感じる事が可能となりだしたと推測する。反応をとらえ、反応が自分の思いと重なることで確証はさらに深まり、看護師と障害児・者の意思の疎通を可能にすると考える。

VI おわりに

本研究は、重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセスを明らかにすることが目的であった。分析の結果、看護師は、障害児・者の外観へ受け入れられない思いを抱き関係性が始まっていたが、障害児・者を一人の人間としてみることを基盤に、障害児・者との相乗効果をもつことができていた。

看護師は反応のとらえ方に自信がもてない思いを抱きながら、日々の援助を考え、自分の中で納得ができるように実際に関わっていくことを繰り返していた。その繰り返しにより、反応が理解でき、意思疎通が可能となるプロセスになると考える。

VII 本研究の限界と課題

本研究の対象者は、2施設15名に限定しており、一般化に限界がある。また、懐古的な質的研究であるので、記憶が曖昧になっている点が挙げられる。今後、研究結果の信頼性を高めるために、施設と対象者をふやすこと、他機関での調査と参加者へのフィードバックが課題である。

VIII 謝 辞

お忙しい中、調査にご協力いただきました皆様に深く感謝いたします。

またご指導いただきました東京大学上廣死生学講座の山崎浩司先生、ご助言をいただきました立教大学社会学部の木下康仁先生に深く感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる質的帰納的分析により、重症心身障害児施設に勤務する看護師が重症心身障害児・者の反応を理解し、意思疎通が可能となるプロセスを明らかにすることである。対象者は、同意を得た看護師15名で、半構成的面接法により調査した。分析の結果、5つのカテゴリとそれに含まれない3つの概念に分けられた。看護師は、＜衝撃的体験＞をしながら、＜対象接近方略＞、＜看護実践の多角化＞をはかり、＜対象者把握法の確立＞をしていた。重症心身障害児・者に“一人の人間としてかわかる”ことを基盤とし、対象との＜相乗効果＞をもっていた。関わりには、“確証がもてない思い”を抱きつつ、相手を中心にした看護を考え、お互いの緊張感がとけることで、意思の疎通が可能になっていくというプロセスになると考える。

Abstract

The objective of the present study was to elucidate the process by which nurses working at an institution for severely handicapped children understood the responses of severely handicapped children and individuals and achieved mutual understanding using qualitative inductive analysis based on a modified grounded theory approach. Semi-structured interviews were conducted on 15 nurses who consented to participate in this study. Analysis revealed five categories as well as three additional concepts. While facing “shocking experiences”, nurses worked to “establish ways to understand each individual” through “strategies for approaching each individual” and “diversification of nursing practice”. Nurses based their actions on the concept that severely handicapped children and individuals should be “treated as humans”, and had “synergy” with these individuals. In addition, a process in which nurses overcame “a sense of uncertainty” and achieved mutual understanding by providing nursing centered on the severely handicapped children and reducing the mutual tension was identified.

文 献

- 1) 林 優子：第3編第1章 重症心身障害児施設の入所機能，岡田喜篤，末光 茂，他（編）：重症心身障害療育マニュアル，222，医歯薬出版，東京，2002。
- 2) 曾根 翠：重症心身障害児の概念と定義，小児看護，24(9)，1070-1073，2001。
- 3) 森 秀子：第1章 障害の概念，及川郁子監修：小児看護学叢書 4 発達に障害のある子どもの看護，11，メヂカルフレンド社，東京，2001。
- 4) 芳野正昭，長友周悟 他：重度・重複障害を伴う子どもとのコミュニケーションを改善する為の教師の「読み取る」「伝える」「係わる」技術の検討，佐賀大学文化教育学部研究論文集，8(1)，1-11，2003。
- 5) 宇佐川浩：発達障害児のコミュニケーション指導，淑徳大学研究紀要，29，143-166，1995。
- 6) 山内康弘：重症心身障害児とのコミュニケーション－表出が極めて微弱であり，コミュニケーションが最も困難であると考えられる事例に関して－，岐阜大学教育学部障害児教育実践センター年報，1，5-17，1994。
- 7) 山下滋夫：重度心身障害児（者）のコミュニケーション行動に関する実践的研究，山梨大学教育学部研究報告 第一分冊 人文社会科学系，40，172-179，1989。
- 8) Hagberg, B., Edebol-Tysk, K. et al: The basic care needs of profoundly mentally retarded children with multiple handicaps, Developmental Medicine and Child Neurology, 30, 287-293, 1988.
- 9) Brandt, P.A.: Clinical assessment of the social support of families with handicapped children, Issues in comprehensive pediatric nursing, 7, 187-201, 1981.
- 10) 山下幸子：重度心身障害者と介助者とのコミュニケーションに関する質的研究，社会福祉学，43(1)，227-236，2002。
- 11) 日本国語大辞典 第二版編集委員会編：日本国語大辞典 第二版 第一巻，934，小学館，東京，2003。
- 12) 日本国語大辞典 第二版編集委員会編：日本国語大辞典 第二版 第八巻，434，小学館，東京，2003。
- 13) Benner, P.: From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice, Menlo Park, California; Sddison-Weeley, 1984 井部俊子，井村真澄 他（訳）：ベナー 看護論 達人ナースの卓越性とパワー，22，医学書院，東京，2004。
- 14) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い，弘文堂，東京，2003。
- 15) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ－質的実証研究の再生－，弘文堂，東京，1999。
- 16) 水野貴子，中村菜穂，他：小児がんの患児の入院初期段階における母親役割の変化と家族の闘病体制形成プロセス（第1報），日本小児看護学会誌，11(1)，23-30，20002。
- 17) Allport, G.W.: The Nature of Prejudice, 原谷達夫，野村昭（訳）：偏見の心理，5-6，培風館，東京，1970。
- 18) 山内隆久：偏見解消の心理 対人接触による障害者の理解，20，ナカニシヤ出版，京都，2000。
- 19) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因－，日本看護科学会誌，23(4)，41-50，2004。
- 20) 山口朝美，松尾智美，他：障害児の反応の程度による看護婦の態度の特徴－VTR撮影による参加観察法を用いて－，第22回 日本看護学会集録 小児看護，371-373，1991。
- 21) 川住隆一：障害のある子どもとのコミュニケーション，小児看護，へるす出版，26(6)，675-681，2003。
- 22) 前掲書。10)
- 23) Sadlick, M., Penta, F, B: Changing nurse attitudes toward quadriplegics through use of television, Rehabilitation Literature, 36, 274-278, 1975.
- 24) 河内しのぶ，濱田裕子：コミュニケーションが困難な子どもとの相互作用における学生の学習体験，日本小児看護学会誌，13(1)，11-17, 2004。
- 23) 糸賀一雄：NHK ブックス 67 福祉の思想，日本放送出版協会，10-11，1986。

平成19年2月16日受 付
平成19年10月30日採用決定

急性期統合失調症患者に対する看護介入としての 心理教育プログラムの開発過程

Development Process of a Psychoeducation Program as a Nursing Intervention
for Acute Schizophrenic Inpatients

松 田 光 信
Mitsunobu Matsuda

キーワード：心理教育，統合失調症，プログラム開発，看護介入

Key Words：psychoeducation, schizophrenia, program development, nursing intervention

I. はじめに

本邦の精神医療施策は、ノーマライゼーションおよびリハビリテーションの理念に基づき長期入院医療から地域医療へと構造転換し、精神疾患患者の慢性化と長期入院を防ぐシステム構築を目指している^{1), 2)}。この流れの中で、1997年に新設された精神科急性期治療病棟は、患者が3ヵ月以内に退院できるよう支援する特定機能病棟にあって、再発予防に向けた積極的な精神科リハビリテーションが不可欠である³⁾とされている。精神科の代表疾患である統合失調症をもつ患者は、病識の欠如を来しやすいため、自己判断で服薬を中断し症状を再燃させることがある。したがって、医療者は、このような状況を予防するための一つの戦略として、患者本人に対する心理教育に注目している。

しかし、恒常的なマンパワー不足に悩む医療施設においては、心理教育を導入することに難しさを抱えていることも事実である。そこで、心理教育の本質について、患者を心理的にサポートしようとする医療者の姿勢にあると述べた前田⁴⁾に依拠し、十分なマンパワーを持たない医療施設であっても、看護師の主体的活動により実施可能な心理教育プログラムを開発することが急務であると考えた。

本論文の目的は、精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者の服薬と病気の受け止めを促進することを目指す、看護介入としての心理教育プログラム開発過程を報告することである。

II. 方 法

心理教育プログラムの開発過程は、次の3段階を経た。

1. 心理教育関連文献の検索と内容分析の段階：国内外で報告された統合失調症患者に対する心理教育関連文献の中から、プログラムの内容が掲載されている文献を選定し、そ

の内容の共通性と相違性を分析した。文献検索には、医学中央雑誌Web版、CINAHL、Pub Medを使用した。また、キーワードには、服薬教育、患者教育、心理教育、精神科、または、Psychoeducation, Psychosocial Treatment, Psychosocial Intervention, Compliance Therapy, Schizophrenia, Mental Disabilityを使用した。

2. 統合失調症患者の主観的経験を記述する段階：心理教育を受ける統合失調症患者の「服薬の受け止め」に関する主観的経験を記述した。

3. 看護介入としての心理教育プログラムを開発する段階：精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者に対して看護師が提供できる心理教育プログラムを開発した。

III. 結 果

ここでは、心理教育プログラム開発過程の各段階について述べる。

1. 心理教育関連文献の検索と内容分析の段階

心理教育プログラムの内容を掲載している文献を選定し、著者、発表年、プログラムの内容について、表に整理した（表1）。表に整理した具体的な内容については、国内文献と海外文献に分類して以下に述べる。

1) 海外のプログラム内容

Hornung et al.⁵⁾は、心理教育プログラムの5つの目的として、(1) 統合失調症患者の病気と利用可能な療法に関する知識を向上すること、(2) 切迫する再発の早期徴候を教育すること、(3) 神経遮断薬による薬物療法の管理を共に決定するよう改善すること、(4) 精神的危機に対処するための具体的な戦略を改善すること、(5) 統合失調症の再発を予防すること、を挙げている。Goldstein⁶⁾によれば、心理教育プログラムは最大の効果を目的として、(1) 最近の精神病患者のエピソードをまとめること、(2) 脆弱性の

表1 心理教育プログラムの内容が揭示されていた文献

著者（発表年）	プログラム内容
Williams (1989)	①統合失調症について、②病気の本質について、③薬物療法の基礎について、④薬物療法の副作用の特徴について、⑤一般的な健康に注意することの大切さについて、⑥どのように社会的スティグマを管理するかについて、⑦社会的コミュニケーションスキルの発展について、⑧認識とレッテルの感覚について、⑨病気の将来的なエピソードの可能性に関する患者の認識の探究について
前田ら (1992)	①病気と症状（「病気になる」ということ、症状と診断について、大事なことは症状を自覚すること）、②精神科の症状（精神科の症状の特徴、精神科の自覚症状）、③精神科の薬について（精神科の薬の種類、メジャー・トランキライザー、マイナー・トランキライザー、薬についてのQ&A）
後藤 (1995)	①参加者自己紹介とワークショップの説明、②精神分裂病についての講義（歴史・疫学、生物学的基礎、注意覚醒モデル、ストレス-脆弱性モデル）、③自由討議・質疑応答、④薬物療法、感情表出、遺伝についての講義、⑤家族へのガイドラインの説明、⑥質疑応答・自由討議
臼井ら (1995)	①病気はなぜ起こるのか（ドーパミン仮説）、②向精神薬の働きと副作用、③病気の経過と症状、④病気とのつき合い方・訪問看護師の利用、⑤社会へのプロローグ
Hornung et al. (1996)	①統合失調症患者の病気と利用可能な療法に関する知識を向上すること、②切迫する再発の早期徴候を教育すること、③神経遮断薬による薬物療法の管理を共に決定するよう改善すること、④精神的危機に対処するための具体的な戦略を改善すること、⑤統合失調症の再発を予防すること
Goldstein (1996)	①最近の精神病患者のエピソードをまとめること、②脆弱性の受容と抗精神病薬の必要性を含むこと、③ストレスフルな生活上の出来事と再発とをつなぐよう促すこと、④患者の人格と彼らの障害を区別すること
Nightingale & Mc Queeney (1996)	セラピストが主な話し手として行動し、教材にはしばしば資料、VTR、フィルムが用いられ、最も伝統的な教室のように構造化される
木戸 (1996)	(1) 基本セッション1：①導入（オリエンテーション・自己紹介）、②統合失調症の知識の伝達1（概略・歴史・脆弱性・症状・経過）、③グループ討議 (2) 基本セッション2：①統合失調症の知識の伝達2（原因）、②統合失調症の知識の伝達3（治療）、③グループ討議 (3) 基本セッション3：①リハビリテーションやその他の自立援助システム、②対応1（対応の基本伝授）、③グループ討議、④質疑応答と感想 (4) フォローアップセッション1＜約3ヵ月後＞：①その間の病状変化・問題点・対応の仕方の報告、②対応2（批判の減少）、③対応3（感情的巻き込まれ）(5) フォローアップセッション2＜約6ヵ月後＞：①その間の病状変化・問題点・対応の仕方の報告、②経済的な援助システム、③対応4（患者の努力・達成の是認・家族が楽しみをみつけること）、④終結
鈴木ら (1997)	(1) 教育セッション：①ストレス-脆弱性モデル、②フィルターモデル、③過覚醒モデル、④病気のコースについての仮説、⑤骨折や捻挫の比喩、⑥予後について、⑦病状について、⑧薬物療法の作用、⑨薬物療法の副作用、⑩入院治療と外来治療、⑪病状に応じた対処のノウハウ、⑫再発の予防とその関連、⑬EE研究から導かれること、⑭障害とリハビリテーション、⑮リハビリテーションのモデル、⑯精神科における車いす、⑰福祉的な援助、⑱就労ということについて、⑲家族自身の健康を守ることにについて (2) グループセッション
伊藤ら (2001)	①病気の特徴と回復までの経過、②薬の作用と上手な付き合い方、③薬の副作用と相談の仕方、④再発の予防、⑤よりよい生活のために
羽山 (2002)	①病気と治療、②精神科の薬の作用と副作用、③自分の調子（体調・具合）の変化と薬の付き合い方、④退院後の生活で大事なこと、⑤Q&A
原田 (2002)	①「正体不明の声」が生じるわけ、②精神科では「正体不明の声」を「幻聴」「幻声」と呼んでいます、③「幻聴のルーツは本人の気持ちや考えです、④「幻聴」をもたらす悪影響1、⑤「幻聴」をもたらす悪影響2、⑥「幻聴・妄想」の治療の基本、⑦「幻聴・妄想」のクスリによる治療、⑧「幻聴・妄想」に対処するための生活上の注意、⑨「幻聴」の受け止め方、⑩「幻聴」への態度
大森ら (2003)	(1) 導入・家族評価：EEや実際のコミュニケーションパターンの判定 (2) 情報提供：①歴史と疫学、②生物学的根拠、③統合失調症の体験、④症状と経過、⑤合併症や併存する問題、⑥治療、⑦遺伝、⑧社会資源、⑨再発のサインと気づき、⑩家族の対応 (3) グループワーク：①コミュニケーション強調訓練 (CET: Communication Enhancement Training)、②問題解決 (4) 終結セッション
内野ら (2003)	①精神病の症状と精神病の疫学について（講義）、②病因論-ストレス脆弱性仮説について（講義・復習とディスカッション）、③ドーパミン仮説と薬の効く仕組みについて（講義・復習とディスカッション）、④薬の副作用・再発の予防について（講義）、⑤利用できる社会資源について（最終ディスカッション）
蒲田 (2004)	①精神障害の原因・症状・経過とその治療方法、②生活障害とリハビリテーション、③社会資源、④お互いの体験の共有などの相互交流、⑤対処法の練習

受容と抗精神病薬の必要性を含むこと、(3) ストレスフルな生活上の出来事と再発とをつなぐよう促すこと、(4) 患者の人格と彼らの障害を区別すること、を論点として説明すべきであるとしている。Nightingale & Mc Queeney⁷⁾は、一般的に3週間から1ヵ月の急性期ケアに焦点を当てた精神科の入院治療において心理教育的グループが行われると

し、それはセラピストが主な話し手として行動し、教材にはしばしば資料、VTR、フィルムが用いられ、最も伝統的な教室のように構造化されると説明している。そして、基本的なゴールは、根本的な人格構造を変化させることではなく、むしろ適応機制を通してエゴ機能を強くすることだと述べている。

また、Williams⁸⁾は、患者－看護者関係の文脈に教育を含めた看護実践方法として、心理教育に関する看護モデルを報告している。この教育は、例えば、薬物療法とその副作用や日常生活活動に関する通常のタイプの患者教育だけではなく、心理教育、すなわち病気そのものについての説明、どのように病気に適応するか、あるいはどのように病気と共に生きるかを熟考して項目に含めている。そして、患者－看護者関係は、統合失調症患者の看護ケアの中で最も重要な治療の道具だとし、治療に対する患者のアドヒアランスに関連する最も重要な変数は、ケア提供者と患者との関係の質であると述べている。さらに、心理教育は、統合失調症患者が病気の体験を受け容れることや統合することを高める可能性があるとし、全ての患者が同じことを学ぶ必要はないが、基本的な項目には(1)統合失調症について、(2)病気の本質について、(3)薬物療法の基礎について、(4)薬物療法の副作用の特徴について、(5)一般的な健康に注意することの大切さについて、(6)どのように社会的スティグマを管理するかについて、(7)社会的コミュニケーションスキルの発展について、(8)認識とレッテルの感覚について、(9)病気の将来的なエピソードの可能性に関する患者の認識の探究について、の9つがあると述べている。

2) 国内のプログラム内容

早期から統合失調症患者本人とその家族に対する心理教育を手がけた前田ら⁹⁾のプログラムは、(1)病気と症状(病気になるということ、症状と診断について、大事なことは症状を自覚すること)、(2)精神科の症状(精神科の症状の特徴、精神科の自覚症状)、(3)精神科の薬について(精神科の薬の種類、メジャー・トランキライザー、マイナー・トランキライザー、薬についてのQ&A)という内容で構成されている。後藤¹⁰⁾は、(1)参加者自己紹介とワークショップの説明、(2)精神分裂病についての講義(歴史・疫学、生物学的基礎、注意覚醒モデル、ストレス－脆弱性モデル)、(3)自由討議・質疑応答、(4)薬物療法、感情表出、遺伝についての講義、(5)家族へのガイドラインの説明、(6)質疑応答・自由討議という流れでプログラムを構成している。同年に発表された臼井ら¹¹⁾による看護系の論文には、(1)病気はなぜ起こるのか(ドーパミン仮説)、(2)向精神薬の働きと副作用、(3)病気の経過と症状、(4)病気との付き合い方・訪問看護師の利用、(5)社会へのプロローグ、で構成されたプログラムが紹介されている。

木戸¹²⁾が監修した心理教育実践マニュアルは、大きく5つのセッションで構成されていた。このマニュアルの内容は、(1)基本セッション1：①導入(オリエンテーション・自己紹介)、②統合失調症の知識の伝達1(概略・歴史・脆弱性・症状・経過)、③グループ討議、(2)基本セッ

ション2：①統合失調症の知識の伝達2(原因)、②統合失調症の知識の伝達3(治療)、③グループ討議、(3)基本セッション3：①リハビリテーションやその他の自立援助システム、②対応1(対応の基本伝授)、③グループ討議、④質疑応答と感想、(4)フォローアップセッション1(約3ヵ月後)：①その間の病状変化・問題点・対応の仕方の報告、②対応2(批判の減少)、③対応3(感情的巻き込まれ)、(5)フォローアップセッション2(約6ヵ月後)：①その間の病状変化・問題点・対応の仕方の報告、②経済的な援助システム、③対応4(患者の努力・達成の是認・家族が楽しみをみつけること)、④終結、で構成されフォローアップ方法をも含むものである。また、心理教育のセッションの組み立て方を解説した鈴木ら¹³⁾は、(1)ストレス－脆弱性モデル、(2)フィルターモデル、(3)過覚醒モデル、(4)病気のコースについての仮説、(5)骨折や捻挫の比喩、(6)予後、(7)病状、(8)薬物療法の作用、(9)薬物療法の副作用、(10)入院治療と外来治療、(11)病状に応じた対処のノウハウ、(12)再発の予防とその関連、(13)Expressed Emotion (EE) 研究から導かれること、(14)障害とリハビリテーション、(15)リハビリテーションのモデル、(16)精神科における車いす、(17)福祉的な援助、(18)就労ということ、(19)家族自身の健康を守ること、という内容で構成している。全国精神障害者家族連合会が作成した精神疾患患者本人に対する心理教育用テキスト¹⁴⁾は、(1)病気の特徴と回復までの経過、(2)薬の作用と上手な付き合い方、(3)薬の副作用と相談の仕方、(4)再発の予防、(5)よりよい生活のために、という5項目で構成されている。さらに、原田¹⁵⁾は、統合失調症患者の主症状である幻聴と妄想に焦点をあてて、(1)「正体不明の声」が生じるわけ、(2)「正体不明の声」を「幻聴」「幻声」と呼ぶ、(3)「幻聴のルーツは本人の気持ちや考え、(4)「幻聴」のもたらす悪影響1、(5)「幻聴」のもたらす悪影響2、(6)「幻聴・妄想」の治療の基本、(7)「幻聴・妄想」のクスリによる治療、(8)「幻聴・妄想」に対処するための生活上の注意、(9)「幻聴」の受け止め方、(10)「幻聴」への態度、という10項目で構成している。

羽山¹⁶⁾が考案したプログラムは、(1)病気と治療、(2)精神科の薬の作用と副作用、(3)自分の調子(体調・具合)の変化と薬の付き合い方、(4)退院後の生活で大切なこと、(5)Q&A、の5項目である。内野ら¹⁷⁾は、急性期治療病棟で実践している心理教育プログラムを提示している。その内容は、(1)精神病の症状と精神病の疫学について(講義)、(2)病因論－ストレス脆弱性仮説について(講義・復習とディスカッション)、(3)ドーパミン仮説と薬の効く仕組みについて(講義・復習とディスカッション)、(4)薬の副作用・再発の予防について(講義)、(5)利用

出来る社会資源について（最終ディスカッション）、の5項目で構成されている。大森ら¹⁸⁾は、(1) 歴史と疫学、(2) 生物学的根拠、(3) 統合失調症の体験、(4) 症状と経過、(5) 合併症や併存する問題、(6) 治療、(7) 遺伝、(8) 社会資源、(9) 再発のサインと気づき、(10) 家族の対応、という10項目でプログラムを構成している。

蒲田¹⁹⁾は、国内の精神科領域における心理教育の有識者で研究班を立ち上げ、「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン」を発表した。これは、精神疾患の病期別に患者本人用とその家族用に内容を区別して提示した、国内初のガイドラインと考えられるものである。このガイドラインの急性期患者本人用の項では、(1) 精神障害の原因・症状・経過とその治療方法、(2) 生活障害とリハビリテーション、(3) 社会資源、(4) お互いの体験の共有などの相互交流、(5) 対処法の練習、の5項目が提示されている。

以上より、プログラムの内容には、研究者間での共通点と多少の相違点があることが確認できた。全てのプログラムで確認された共通点は、薬物療法に関する項目のみであったが、半数以上のプログラムで確認された共通点は、病気および症状、精神疾患の原因、困難への対処方法に関する項目であり、これらの共通点は、先述した患者の教育的な援助に関するニーズに合致するものであった。

表2 心理教育プログラムの内容の類似点の分析

内容 著者（発表年）	薬物治療	病気と症状	病因（生物学的モデル）	対処法	社会資源	経過	再発予防	薬・病気の受容	症状管理	リハビリテーション	Q & A	ステージ
Williams (1989)	■	■		■					■			■
前田ら (1992)	■	■						■				■
後藤 (1995)	■	■	■	■								
臼井ら (1995)	■	■			■	■		■				
Hornung et al. (1996)	■	■		■			■	■	■			
Goldstein (1996)	■	■	■				■					
木戸 (1996)	■	■	■	■	■	■				■		
鈴木ら (1997)	■		■	■	■	■				■		
Chien et al. (2001)	■			■	■				■			
伊藤ら (2001)	■	■		■		■	■	■				
羽山 (2002)	■	■					■	■			■	
原田 (2002)	■	■	■				■	■				
大森ら (2003)	■	■	■	■	■	■			■			
内野ら (2003)	■	■	■		■		■					
蒲田 (2004)	■	■	■	■	■	■				■		
合計	15	12	9	9	7	6	6	6	4	3	2	1

※ ■印：プログラムに含まれていた内容

3) 国内外の心理教育プログラムの内容分析

看護介入としての心理教育プログラムの内容を検討する過程では、前述した精神疾患患者本人に対する心理教育に関する文献からプログラムの内容を抜粋し、類似した内容をまとめてカテゴリー化した。そして、それぞれのカテゴリーに含まれる文献数を出し、文献数の多い順に並べて内容の共通性を確認した（表2）。その結果、全てのプログラムの共通点は、「薬物治療」を取り上げていることであった。また、半数以上のプログラムで取り上げられていた内容は、「病気と症状」、「病因」、そして、「対処法」の順に多いことがわかった。

次に、文献をまとめてカテゴリー化した内容と「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン（主任研究者：蒲田2004）」の中で当事者への情報提供内容として記載されている（1）精神障害の原因・症状・経過、（2）治療法、（3）生活障害とリハビリテーション、（4）社会資源、の4項目との整合性を確認した。

一方、プログラムの構造を検討する際には、同様の文献の中から形式、回数、時間を抜粋した。その結果、時間は1時間～2時間半、頻度は週2回～月1回、1クルールの回数は4回～12回、担当者数は2～3名、担当者の職種は医師・精神保健福祉士・看護師などであることがわかった。

2. 統合失調症患者の主観的経験を記述する段階

これから開発する看護介入としての心理教育プログラムは、患者の主体的意識を重要視する服薬アドヒアランス向上を目指すものでなければならないと考えた。そのためには、思考内容や思考過程の障害を特徴的な症状とする統合失調症患者が、心理教育を受けることによって、服薬に対する認識をどのように変化させるのかという主観的経験を記述する必要があると考えた。そこで、北陸地方と近畿地方にある民間単科精神病院の精神科急性期治療病棟に入院し、心理教育を受ける統合失調症患者8名（女性5名、男性3名）から協力を得て、半構成的インタビューによるデータ収集を実施し、それを継続的比較分析した。

その結果、統合失調症患者の主観的経験による「服薬の受け止め」は、＜医療者への信頼＞対＜医療者への不信＞、＜薬に頼る＞対＜薬に頼りたくない＞、＜生活に服薬を組み込む＞対＜生活に服薬を組み込まない＞、＜孤独感からの開放＞対＜孤独な生活＞という『対立カテゴリー』で説明された。また、これに関連する患者の認識には、＜自分が病気だと思わない＞、＜自分は病気かもしれない＞、＜病気を隠して生きる＞という『病気の受け止めカテゴリー』、そして、病気とうまく付き合いながら無理のない生活を送ることを意味する＜退院後は上手に暮らす＞という『将来見通しカテゴリー』が見出された。

この研究は、心理教育を受ける統合失調症患者の「服薬の受け止め」に焦点を当てて実施したものであったが、患者の「服薬の受け止め」は、「病気の受け止め」と強く絡み合っているため、双方の関連において検討する必要性が浮き彫りになった。したがって、精神科急性期治療病棟で実施する心理教育においては、患者の「服薬の受け止め」と「病気の受け止め」の双方に焦点を当て、短期間で提供可能な支援でなければならないと考えられた。

そこで、より患者のニーズに応えるプログラムを開発するためには、患者の主観的経験に焦点を当てた本研究結果を踏まえて、患者と医療者との良好な関係を構築すること、服薬に対する患者の価値を高めること、病気の受け止めを促進すること、退院後の生活設計への関心を喚起すること、等を意図する必要があるとの示唆を得た。

3. 看護介入としての心理教育プログラムを開発する段階

看護介入としての心理教育プログラムは、心理教育関連文献の検索と内容分析の段階、および、統合失調症患者の主観的経験を記述する段階による示唆を受けて開発した。

1) プログラム作成上の課題

開発するプログラムの目的は、精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者の服薬と病気の受け止めを支援することである。したがって、プログラム作成上の課題には、(1) 患者のニーズに応えられること、(2) 早期退院を目指す精神科急性期治療病棟に入院中の患者が対象であること、(3) 統合失調症患者の服薬と病気の受け止めを促進するために必要な情報を含むこと、(4) 入院中の現在とその延長線上にある退院後の生活を視野に入れること、(5) 看護師による実践が可能であること、の5点が考えられた。また、具体的には、(1) 患者が抱える服薬に対する恐怖感を軽減出来る情報を検討すること、(2) 精神疾患・ストレス・服薬・リハビリテーションがどのように関係しているのかを簡潔に説明できる図を考案すること、(3) 患者が現在および過去の自己に意識を向けられるような話し合いのテーマを設定すること、(4) 服薬や病気に関する患者の疑問を解決することを意図したQ&Aを作成すること、(5) 再発予防に向けた生活上のポイントを示すこと、(6) 他職種との連携方法を検討すること、が考えられた。

上記課題を考慮すると、開発する心理教育プログラムは、入院生活を送る患者の最も近くにいる看護の特質を生かすこと、そして患者の「生活」そのものに焦点を当てることにより、看護師が実践するに相応しいものになると考えた。

2) プログラム内容の原案作成

本プログラムの内容は、(1) 心の病気の症状、(2) 心の病気とストレスの関係、(3) 薬の作用と副作用、(4) 健康的な生活を送るための方法、の4つのテーマで構成した。各テーマの概要と根拠は、次の通りである。

(1) 心の病気の症状

ここでは、統合失調症患者に現れることの多い症状を、患者の主観的な経験を重視した表現で簡潔に紹介した。ここで提供する情報は、患者同士が各々の経験を振り返り、また、語り合う際の題材になり得ると考えた。また、各々の患者が数々の経験を振り返り語り合うことにより、書籍等に記載される一般的な精神症状やプログラムに参加する他者の経験内容と自己の経験内容とを比較し、その類似点と相違点に気づくことが出来るのではないかと考えた。

(2) 心の病気とストレスとの関係

ここでは、ストレス-脆弱性仮説²⁰⁾を参考にして、心の病気は特別な病気と捉えられがちであるが、誰でも罹り得ることを強調した。この説明を助けるためには、文章だけでなく図を用いることにより視覚に働きかけた方が、イメージすることや理解することを助けるのではないかと考えた。また、患者のイメージや理解を助ける図は、身近にあるモノを素材にした方が良いと考え、「コーヒーフィルター」を人、「雨」をストレスと見立てて説明する図を考案した(図1)。この図を「コーヒーフィルター・モデル」と名づけた。このモデルを使用すれば、「病気にかかりやすい人」と「病気にかかりにくい人」との違いを、同じ容量の形の異なるコーヒーフィルターの図で説明可能となり、形の違いこそが「個性の違い」とであると強調できるのではないかと考えた。そして、“全ての人は、同じ容量を持つ同じ人間である”ことを伝え、さらに、病気があるが無かろうが“全ての人は対等であり、平等である”ことを伝えることこそが重要だと考えた。このように象徴化したモデルを使用することは、病気-ストレス-服薬-リハビリテーションの関係を説明する際に、思考過程に障害をきたす統合失調症患者の理解を助けるのではないかと考えた(図2)。

(3) 薬の作用と副作用

ここでは、精神科で処方される主な内服薬の種類とその主作用を強調して情報提供することにより、患者が服薬に対する恐怖感を軽減させることを目指した。また、テキス

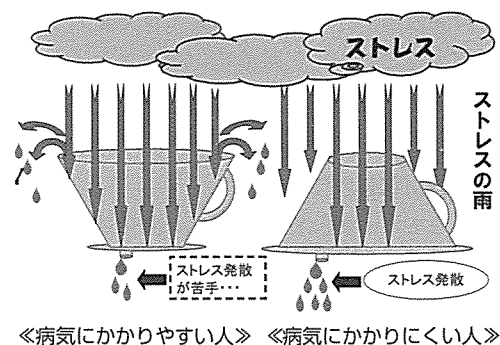


図1 心の病気とストレスの関係

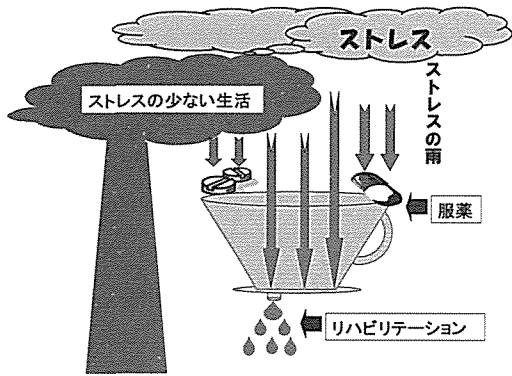


図2 病気・ストレス・服薬・リハビリテーションの関係

[illegible]

図3 服薬内容記入用紙

トには、服薬に関するQ&Aを設けたほか、患者が服薬している薬剤の商品名、薬剤の種類、飲み方について記入するための書式を作成した（図3）。この書式への記入を患者が行うことにより、服薬に関する学習効果が高まるのではないかと考えた。さらに、服薬状況と心身症状を自己チェックする課題を設定することで、患者が自らの健康管理に目を向けるようになるのではないかと考えた。

(4) 健康的な生活を送るための方法

ここでは、記述的研究の結果に基づいてそのポイントを抽出し、文頭が「なくすなくすり」という標語となるように列挙した(図4)。これにより、患者は、健康的な生活を送るためのポイントを意識しやすくなるであろうし、服薬継続の重要性を意識するのではないかと考えた。また、現在ならびに入院前の一日の生活スタイルを記入する書式を作成し活用することで、入院前後の生活スタイルを比較し、退院後の生活上の工夫点を患者と看護師との協同で検討出来るのではないかと考えた。

3) 心理教育用教材の作成

看護介入としての心理教育プログラム開発過程は、図5に示した通りである。心理教育用教材は、前述したプログラムの内容に基づいて作成した「患者用テキスト」と「心理教育運営用マニュアル」の2種類である。これらの内容妥当性を検討するために、精神科急性期治療病棟における

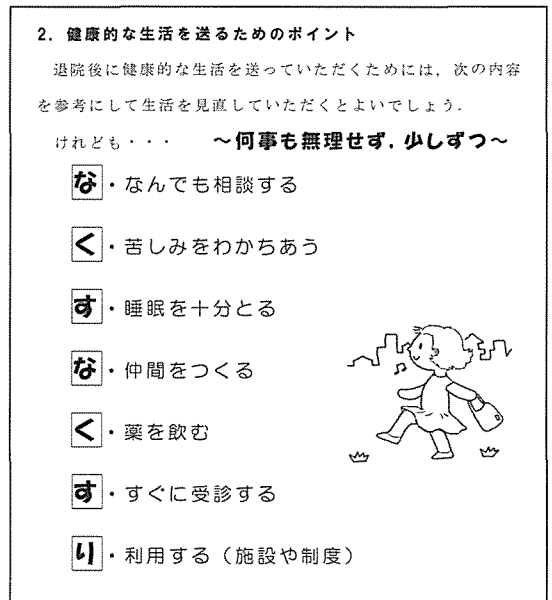


図4 健康的な生活を送るための方法

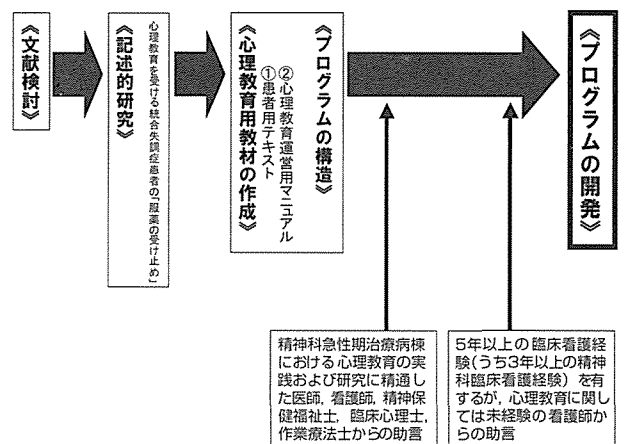


図5 心理教育プログラム開発過程

心理教育の実践および研究に精通した医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士から助言を受けた。「患者用テキスト」の主な改善点は、文字サイズを大きくする、一般的に使用される薬品名の紹介は不要である、現在服用している薬品名がテキストに書き込める方が良い、であった。「心理教育運営用マニュアル」の主な改善点は、リーダーが用いる介入技術を解説する際に具体例を提示した方が良い、であった。これらの助言に基づいて修正を繰り返した。さらに、2種類の心理教育用教材の活用しやすさを検討するために、5年以上の臨床看護経験を持ち、そのうち3年以上の精神科臨床看護経験を有するが、心理教育の実践未経験者である看護師（看護学修士）の協力を得て、心理教育がイメージ出来るか、作成したプログラム運営用マニュアルの内容で実施出来るか、という観点から助言を得た。その結果、「心理教育運営用マニュアル」のみ改善点があっ

た。それは、リーダーが用いる介入技術に関することであり、もっと分かりやすい具体例を提示することであった。これらの助言に基づいて、繰り返し修正し完成させた教材の概要を以下に示す。なお、テキスト作成においては、患者という表現を全て参加者に置換した。これは、患者が主体的にプログラムに参加していることを表現したいと考えたからである。

(1) 患者用テキストの作成

①プログラムの目的と目標

開発したプログラムの目的は、「精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者が、自己の入院前の生活をプログラムに参加する他の患者および看護師と共に振り返ること、服薬と病気の知識を獲得すること、そして、服薬と病気の受け止めを促進すること」とした。また、プログラムの目標は、(1) 患者が、病気の一般的な症状や他の患者が経験する症状を知ることにより、自己の症状に気づく、(2) 患者が、発病あるいは症状が再燃した頃の自己を振り返り、その頃に経験したストレスに気づく、(3) 患者が、病気そのものやその治療による苦悩の経験を、他の患者と共有し支えあう(4) 患者が、入院前の生活スタイルを見直し、自己に合った再発予防の仕方を見つける、の4点とした。

なお、患者用テキストには、プログラムの目的と目標を簡潔に記載した。

②看護介入としての心理教育プログラムの概要

プログラムの内容は、第1回目：心の病気の症状、第2回目：心の病気とストレスの関係、第3回目：薬の作用と副作用、第4回目：健康的な生活を送る方法、からなる4部構成とした。情報提供の順序性については、疾患の理解、

治療の種類、症状の自己管理へと流れるようにし、退院後の生活改善に関心が向くように計画した。毎回のセッションでは、テーマに沿った話し合いのテーマも設定した。また、第2回目と第3回目には課題を提示し、それを次のセッションに持ち寄って活用することにより、テキストに記載した内容の理解を助けることができると考えた。完成したプログラムの概要は、表3に示した。

(2) 心理教育運営用マニュアルの作成

心理教育運営用マニュアルは、看護師が心理教育プログラムを円滑に運営することを支援し、介入内容を標準化するために作成した。マニュアルは、心理教育プログラム実施前・実施中・実施後に区分して解説した。実施前の項目では、会場準備と患者情報の収集方法について記載した。実施中の項目では、プログラムの流れ、実施者の姿勢、実施者がグループを運営するために用いる介入技術について記載した。実施後の項目では、セッション中の患者の様子を看護スタッフに報告する方法、患者が抱える問題を解決するために他の専門職に橋渡しする方法、そして毎回のセッションを評価する方法について記載し、それに活用するための書式を作成した。

4) プログラムの構造

プログラムの構造については、精神科臨床における実践可能性および有益性の観点から、心理教育用教材の内容妥当性検討の際に協力を得た医師らからの助言を得た。主な助言の内容は、対象者数を増やした方がよい、患者への負担を考慮して実施頻度を減らした方がよい、であった。これらの助言に基づいて、次のように修正し完成させた。

(1) 形式は、クローズドセッションとした。これは、患者同士が共有する各々の体験が、他者に聞かれる心配をしなくてもよいこと、参加者が固定されることによりグループ凝集性が高まること、テキストの内容には学習を進める順序性があるため、継続的な参加を促せると考えたからである。(2) 対象者は、精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者とした。これは、病棟の機能から早期退院を目指す患者が多いことと、同じ病気を持つ患者であれば互いの体験の中に共通性が確認し合える、と考えたからである。(3) 対象者数は、5～7名の小グループとした。当初は、入退院が激しい病棟の特殊性を考慮して2～3名としていたが、専門家からの助言を受けて理想的な学習グループの人数に修正した。(4) 学習方法は、看護師が講義形式で行う情報提供と参加者同士のグループディスカッションとした。これは、思考過程に障害が現れやすい統合失調症患者が医療者から提供された情報の内容を理解するために、一般論の説明だけではなく各自の体験と繋ぎ合わせる上で必要だと考えたからである。(5) 実施頻度と回数は、1週間に1回、合計4回実施、すなわち1クール4週

表3 統合失調症患者に対する看護介入としての心理教育プログラム概要

第1回目：心の病気の症状について	
＜オリエンテーション＞	
【自己紹介】“学習会に参加した動機について”	
【話し合い】“自分に当てはまる症状や気になる症状がありますか？”	
第2回目：心の病気とストレスの関係について	
【話し合い】“自分にとってのストレスはどのようなことですか？”	
＜課題＞次回までに、自分が飲んでいる薬の名前と種類を確認しておいてください。	
第3回目：薬の作用と副作用について	
【話し合い】“薬を飲むことで調子が良くなったこと、または、薬の作用で気になることがありますか？”	
＜課題＞健康チェック表を付けてみてください。	
第4回目：健康的な生活を送る方法について	
＜ワーク＞一日の過ごし方（現在と退院後）について、紙に書いてみましょう。	
【話し合い】“退院してから上手に暮らすために、どのような工夫をしますか？”	

間プログラムとした。これについても当初は、病棟の特殊性を考慮して1週間に2回、合計4回、1クール2週間プログラムとしていたが、患者への負担がかかるのではないかと助言を受けて修正した。(6)実施時間は、1回60～90分とした。心理教育では、情報提供とグループディスカッションが極めて重要であり、これを行うには時間を要するからである。

IV. おわりに

精神科急性期治療病棟に入院中の「統合失調症患者本人に対する看護介入としての心理教育プログラム」の開発過程では、心理教育関連文献の検索と内容分析の段階、統合失調症患者の主観的経験を記述する段階、看護介入としての心理教育プログラムを開発する段階を経て、その成果として、「患者用テキスト」と「心理教育運営用マニュアル」の2種類の心理教育用教材、そして、プログラムの構造を

創造した。恒常的なマンパワー不足に悩む本邦の精神医療において、本プログラムが成果を発揮すれば、統合失調症患者の服薬と病気の受け止めを促進し、服薬アドヒアランスを向上させ、再発を予防することができると思われる。本プログラムを精神科臨床で実施した成果については、後に報告する。

謝 辞

本研究を推進するにあたりご指導くださいました聖路加看護大学の田代順子先生、萱間真美先生、そして久留米大学医学部精神神経科学教室の前田正治先生と教室の専門家の方々に、心より感謝いたします。本研究は、聖路加看護大学に提出した博士論文の一部に加筆したものです。なお、本研究は科学研究費補助金若手研究(B)、基盤研究(C)を受けて実施しました。

要 旨

目的：地域で暮らす精神疾患患者の症状再燃を予防するには、積極的な精神科リハビリテーションが不可欠であり、その一方略として患者本人に対する心理教育がある。本研究の目的は、精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者に対して、看護師の主体的活動により実施可能な心理教育プログラムを開発した過程を報告することである。

方法：心理教育プログラムを開発する過程では、①心理教育関連文献の検索と内容分析の段階、②統合失調症患者の主観的経験を記述する段階、③看護介入としての心理教育プログラムを開発する段階、を経た。

結果：開発した心理教育プログラムは、心理教育用教材としての「患者用テキスト」と「心理教育運営用マニュアル」の2種類、および、プログラムの構造である。本プログラムは、統合失調症患者の服薬と病気の受け止めを促進し、服薬アドヒアランスを向上させ、再発を予防することができると期待できる。

Abstract

Purpose: To prevent the relapse of symptoms in community-dwelling patients with mental illness, active psychiatric rehabilitation, including psychoeducation for the patients themselves, is essential. This paper reports the process of developing a psychoeducation program practicable by voluntarily acting nurses for schizophrenic inpatients on acute psychiatric units.

Methods: The process of developing the psychoeducation program included three steps: 1) searching for and reviewing psychoeducation-related literature, 2) describing subjective experiences in schizophrenic patients, and 3) developing the program as a nursing intervention.

Results: The resulting program for psychoeducation consists of two types of training materials, a patient's textbook and an instructor's manual, as well as the program structure. This program is expected to encourage schizophrenic patients to accept of medication and illness, improve their medication adherence, and protect against the relapse of symptoms.

文 献

- 1) 藤村尚宏, 蜂矢英彦: 精神科急性期病棟, 63-67, 金剛出版, 東京, 1998.
- 2) 平田豊明: 精神病急性期治療の戦略と戦術, 臨床精神薬理, 8, 377-386, 2004.
- 3) 浅井邦彦: 精神科における急性期・慢性期医療とリハビリテーション, 精神神経学雑誌, 103(3), 228-241, 2001.
- 4) 前田正治: なぜ精神分裂病患者に対して心理教育を行う必要があるのか?, 臨床精神医学, 26(4), 433-440, 1997.
- 5) Hornung, P. W., Kieserg, Angela. et al.: Psychoeducational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings, Patient Educ Couns, 29(3), 257-268, 1996.
- 6) Goldstein: Psychoeducation and family treatment related to the phase of a psychotic disorder, Int Clin Psychopharmacol, 11, 77-83, 1996.
- 7) Nightingale, L. C. & Mc Queeney, D. A.: Group therapy for

- schizophrenia: combining and expanding the psychoeducational model with supportive psychotherapy, *Int J Group Psychother*, 46 (4), 517-533, 1996.
- 8) Williams, C. A.: Patient education for people with schizophrenia, *Perspect Psychiatr Care*, 25 (2), 14-21, 1989.
 - 9) 前田正治, 向笠広和, 他: 分裂病者に対する心理教育ミーティング, *臨床精神医学*, 21 (7), 1195-1202, 1992.
 - 10) 後藤雅博: [特集分裂病者の社会復帰-新しい展開] 地域ぐるみの心理教育, *精神医学*, 37 (1), 59-64, 1995.
 - 11) 臼井よし子, 田中美恵子: ナースによる服薬教育グループの実践モデル-慢性精神分裂病患者の服薬態度の違いからみたグループ展開の検討-, *臨床看護研究の進歩*, 7, 136-144, 1995.
 - 12) 木戸幸聖 監修: 心理教育実践マニュアル, 金剛出版, 東京, 1996.
 - 13) 鈴木 丈, 伊藤順一郎: SSTと心理教育, 中央法規出版, 東京, 1997.
 - 14) 伊藤順一郎, 土屋 徹, 他 編: 統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版 あせらず・のんびり・ゆっくりと ~病気・くすり・くらし~, 財団法人全国精神障害者家族会連合会, 2001.
 - 15) 原田誠一: 「正体不明の声」ハンドブック-治療のための10のエッセンス-, アルタ出版, 東京, 2002.
 - 16) 羽山由美子: 精神分裂病患者の症状管理プログラムの開発-学際的チームによる心理教育グループ-, 科学研究費補助金(基盤研究(C)(2))研究成果報告書, 2002.
 - 17) 内野俊郎, 前田正治: 【これだけは知っておきたいエンパワメント 当事者が力を発揮するのをどう援助するか】援助技術 当事者への心理教育, *精神科臨床サービス*, 3 (4), 461-466, 2003.
 - 18) 大森一郎, 上原 徹, 他: [特集これだけは知っておきたい-心理社会的介入の導入と実際] 心理教育(サイコエデュケーション), *精神科臨床サービス*, 3 (1), 43-47, 2003.
 - 19) 蒲田重治郎: 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン(暫定版), 2004.
 - 20) 松下正明: 心理社会ストレスと脆弱性, 佐藤光源, 松岡洋夫(編): *臨床精神医学講座第2巻精神分裂病I*, 117-122, 中山書店, 東京, 1999.

〔平成19年8月7日受付〕
〔平成19年10月30日採用決定〕

在宅で生活している青年期 Duchenne 型筋ジストロフィー患者の外出について

－本当は行きたい外出を取り戻すプロセス－

Adolescent Duchenne Muscular Dystrophy Patients Living at Home and their Desire to Go Out

－ The Process of Regaining a True Desire to Go Out of the House －

大 和 貴 子 山 口 桂 子¹⁾

Takako Oowa Keiko Yamaguchi

キーワード：青年期, Duchenne 型筋ジストロフィー, 外出

Key Words : adolescent, Duchenne muscular dystrophy, going out

I. はじめに

Duchenne 型筋ジストロフィー（以下, DMD とする）は、発達段階に伴って徐々に進行する男性のみに発症する疾患で、人口10万人に2～3人¹⁾、平均死亡年齢26.8歳と報告されている²⁾。このような疾患である DMD 患者は、死への不安が日常生活の場において影響し³⁾、また、短い一生の中で、種々の問題が青年期に集約した形で顕在化していると言われている⁴⁾。さらに、小笠原⁵⁾は「DMD 患者は思春期には自分自身の病気の予後を理解するようであり、その意味では幾重もの『喪失体験』に襲われている」と述べている。これらのことから予後を認知したり、死を予感させるような疾患の進行に直面せざるを得なくなった青年期 DMD 患者は、発達課題を達成しにくい状況となっていることが考えられる。また、一般に、青年期の発達は社会生活の中で培っていくものであるが、DMD 患者においては、疾患による身体的・精神的条件から、社会生活もままならない状況となってしまう、発達課題が達成しにくいことも考えられる。社会生活の中でも、特に、身体的条件による制限が大きいと考えられる外出行動の制限は、青年期の発達を培う機会を減らす原因と考えられる。

そのような状況にある青年期 DMD 患者の外出についての研究は少ない。入院中の筋ジストロフィー患者の外出については、物理的環境や、人的環境、病状、性格といった要因が外出行動に影響しており^{6) 7)}、行動範囲の拡大が自信や今後の意欲につながると言われている⁷⁾が、在宅で生活している DMD 患者の外出においては、サポート環境などが大きく異なっており、この結果がそのまま当てはまるかどうかは明らかにされていない。また、一方、疾患の予後の問題に直面せざるを得なくなった青年期 DMD 患者においての心理的状況や外出との関係についても明らかに

されていない。

また、本研究者は、これまで在宅で生活している DMD 患者に対して看護を行ってきた中で、大学へ進学し、電動車いすサッカーなどさまざまな活動に積極的な姿勢をもち、外出できている DMD 患者がいる一方で、家に閉じこもりがちで、何事においても消極的な姿勢である DMD 患者など、さまざまな青年期をおくる DMD 患者に出会ってきた。外出に対し、積極的な姿勢を持つ DMD 患者と消極的な姿勢である DMD 患者には確かに身体的な条件の違いが見られるようであったが、単にそれだけがそれぞれの要因となっているのかどうかは分からなかった。また、外出できている DMD 患者にとって、「外出はとても大切なもの」であるということを彼らの言葉から認識してはいたものの、実際の外出では何が起きているのかを具体的に知る機会はなかった。

そこで、本研究は、在宅で生活し外出が可能である青年期以降の DMD 患者の青年期時代の「外出において印象に残っていること」についての語りから、「外出」に影響を与えた出来事や思い、関連性について明らかにし、青年期 DMD 患者の外出に対する支援方法を検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究参加者

A 病院に通院治療中で、本研究の研究協力者である主治医によって面接や参加観察を受けることが可能とされた、在宅で生活している青年期以降の DMD 患者3名（以下、参加者とする）。概要は表1に示すとおりである。

2. データ収集方法とデータ収集期間

データ収集は、主に面接により行なった。面接場所は、参

1) 愛知県立看護大学 Aichi Prefectural College of Nursing & Health

表1 参加者の概要

No.	①	②	③
調査開始時の年齢	20代	10代	30代
職業等	大学生	作業所	デイサービス
ADL状況	全介助	全介助	全介助
会話	可能	可能	可能
ヘルパー利用状況	あり	あり	なし
外出時の車いすの利用	あり	あり	あり
電動車いすの利用	なし	あり	なし
人工呼吸器使用状況	鼻マスク	鼻マスク	気管切開
予後を知った時期	高校生	高校生	高校生

加者が負担にならない場所を参加者本人に選択してもらい、プライバシーが保てるようにした。面接は、「外出において印象に残っていること」を主な質問とした半構成的面接を行なった。参加者の負担を最小限にするため、月に1回のペースで計6回行ない、1回の面接時間は30～60分程度とした。面接内容は、参加者本人の同意を得た上で、メモや録音をし、研究者自身が逐語録を起こした。また、データの分析において参考にするため、研究者は「観察者としての参加者」として、参加者の同意を得た上で、日常生活や外出時の様子を参加観察した。また、参加観察した内容は、参加者の同意を得てメモをとった。データ収集期間は平成16年3月～10月であった。

3. 分析方法

本研究は、質的帰納的方法で分析を行なった。分析はStrauss & Corbin⁸⁾によって開発されたグラウンデッド・セオリーと、木下^{9) 10)}が独自の修正を加えた修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした。以下に、分析例を示す。

「…やっぱり、なんていうんだろ、理解しなければ、いろいろ、なんていうんだろ、悩んでることとかを、悩んでる答えを、見つけにくいと思うんだよね。次こうなるっていうことも考えないといけないし。それはやっぱり分かってないと考えれないから、うん、だから、知った上でいろいろ、考えたから、やっぱり知ってないと思えることもできなかったわけだし、考えていくうちに、なんていうんだろ、完全に、あー、99%悩まなくなったっていう感じだから。出発点、っていう感じかな、うん」。斜体で示した部分に、「疾患の現実を自分なりに消化していくことで徐々にリセットできる」というコード名をつけた。これは、『もともと疾患の進行に対し、疑念を抱きつつも、いつかは治ると考えていた参加者が、予後不良であるという事実を知ることによって、ショックを受け、行動力の低下を招いていた。しかし、今まで疾患のことを知ら

なかったために、悩みや、漠然とした不安の解決法が見つけにくい状況だったが、徐々に疾患の現実を自分自身に納得させることで、悩みの内容や問題が明確になり、解決策が見出せ、次に困難に遭遇しても対処できるようになっていた。疾患のことを自分自身に納得させることのできた自分は今までの自分とは違い、新たなスタートラインに立つ、リセットされた自分になる』と解釈したことを表している。分析が進んでいく中で、浮かんできたこのようなアイデアは、理論的メモとして書き留めていき、そして、コード間の類似性から分類したものをサブカテゴリーとして新たに命名し、さらに、サブカテゴリー間の類似性から分類したものをカテゴリーとして新たに命名した。

4. 研究の厳密性

データのコード化、コードからサブカテゴリー、サブカテゴリーからカテゴリーの生成における各段階の分析プロセスにおいて、適宜スーパービジョンを受けた。また、参加者は3名だったが、参加者が語っている言葉の意味を解釈し、不足している内容を次の面接で確認する方法で、1人6回面接した。4～5回目の面接で、データ間の隙間がうまり、6回目の面接で、再度確認した。これらのデータで順に分析を進めたところ、各カテゴリー間の関係性が見出されたことから、特定の具体的領域の範囲内という領域密着型ではあるが、一般化できるものと判断した。

5. 倫理的配慮

研究者が研究の主旨や内容、また、研究への参加は自由意思であることやプライバシーを保護し、提供されたデータはすべて匿名性を守り、研究目的以外には使用しないことなどを文書と口頭で説明し、同意を得た。なお、本研究は、B大学倫理審査委員会にて許可を得た(15B大12-15)。

6. 用語の定義

「外出」とは、「目的、手段は問わず、自宅から外に出かけること」とした。

Ⅲ. 結 果

参加者3名の面接内容の全逐語録から32のコードが見出され、「本当は行きたい」をコアカテゴリーとする4つのカテゴリー、そして、それらを説明する10のサブカテゴリーが見出された。これらは、疾患の現実と直面した状態をスタートとした「本当は行きたい」外出を取り戻すプロセスを導き出していた。以下にまずストーリーラインを示し、ついで、カテゴリーごとに説明を加えるが、以下の文中では、参加者を、NO.①、NO.②、NO.③とし、コアカテゴリーを< >、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、例示部分を「 」で示す。

1. ストーリーライン (図1)

参加者は、もともと外出することは好きな方たちばかりであった。そのため、身体的にも精神的にも外出ができにくくなった状況下でも、「やっぱり外に出ることは好きだし」といった発言があった。これは、疾患の予後を知ること、精神的に落ち込み、一時的に外出のことなど考えられない状況から抜け出したときの、外出行動の根底にあり、その後の外出行動を支えるものでもあったため、これを《本当は行きたい》と命名し、コアカテゴリーにおいた。

また、全体のプロセスとしては、まず、〔治るはず〕と思っていた参加者は、予後不良だという〔疾患の事実直面する〕が、その後【疾患を受容することからの意欲の回復】に至っていた。これは、疾患の事実を受容するのに必死で〔外出のことなど考える余地すらない〕状況から、疾患を徐々に受容することで〔新たな自分に切り替わっていく〕ことになっていた。そして、《本当は行きたい》とい

う気持ちが根底にあることから、【外出欲望からの外出実行力の再獲得】となっていた。これは、〔きっかけから外出欲望が生まれる〕が、〔新たな外出の問題が立ちふさがる〕ため、すぐには外出できない。しかし、外出するために、自分自身で何らかの対策を講じ、なんとか〔外出の問題をすべてカバーできる〕ことで〔これなら出かけられる〕と確信した。そして、外出が成功することで〔外出に価値を見出す〕ことができ、〔自分を肯定的にとらえられる〕ようになるという【外出の経験から得られた充実感】が生まれていた。しかし、一方で、疾患を徐々に受容することで、【絶対的な予後不良の中であるがままだに生きる姿勢】も身につけており、これは外出行動すべてに影響を及ぼしていた。

2. 【疾患を受容することからの意欲の回復】

まず、【疾患を受容することからの意欲の回復】に至る前段階として、2つのサブカテゴリーが現れていた。疾患の予後を告知される以前は、疾患の名前やだんだん歩けな

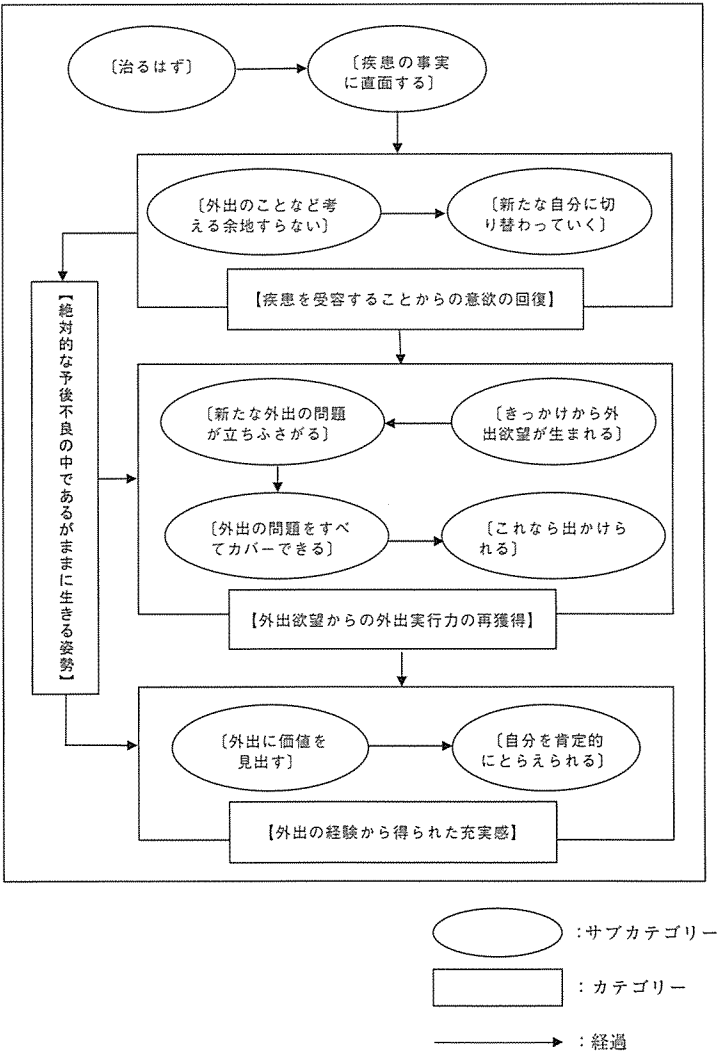


図1 《本当は行きたい》外出を取り戻すプロセス

くなって車いす生活になっていくといった身体的な症状のみを知っており、いずれは治ると思っていた。これを〔治るはず〕と命名した。

「ちっちゃい頃は、まず、歩けなくなったから、足が悪いだけみたいな情報しか入ってなくて、で、徐々に、出来ないことが増えてくるにも関わらず、気にしてなかったのか。ま、そのうち治るんかなって感じで (NO.①)」

そして、参加者はみな、高校生のときに、治ると思っていた疾患が治ることはなく、更には予後不良であるといった事実を知ることとなった。これを〔疾患の事実直面する〕と命名した。

「最初のうちは、ま、いろいろ探してたんだけど、ネットやってから、暇だし、なんか、あーたまたま、じゃあ自分の障害でも調べてみるか、っていうことで調べたら、嘩然っていうか…。悲しくないような、悲しいような、なんか、さびしい、気持ちになりましたね。うん。(NO.②)」

参加者は、疾患の事実直面し、外出のことなど考えられない状況になっていたが、時間の経過とともにそれを自分の中に徐々に受け止めていき、自分の生活について考えられる意欲を取り戻していた。これを〔疾患を受容することからの意欲の回復〕とカテゴリー化し、これには2つのサブカテゴリーが含まれていた。まず、疾患の進行による現実や、予後不良なことを認知する場面に直面し、参加者はそのことを理解するのに必死で、外出のことなど考えられない状況となっていた。これを〔外出のことなど考える余地すらない〕とした。

「結構そんな時にショックが大きくて、で、何事にも、やる気がなくなっててっていうか、出たいとも思わないし、ちょっと誘われて出るのも、ちょっとなって感じで。出かけることは出かけるんだと思うけど、誘われれば、すごい乗り気っていうか、誘ってくれたから、あ、いってみようかって感じで。(NO.①)」

これは、高校生の時に、予後不良であるという疾患の事実自ら直面したことによって、今まで知っていた事実と違うことを受け止めることに必死で、そのことだけしか考えられない状況を示していた。何もかもやる気力がなくなってしまい、今までできていた外出のことも考えられなくなっていた。そのため、自分から外出しようなどとも思えず、人から誘われてようやく重い腰をあげるといった状況となっていた。

しかし、疾患による現実を徐々に自分なりに受け入れていこうとすることで、今まで疾患のことしか考えられなかった自分から、生活のことなどを考えられるような違った自分になっていった。これを〔新たな自分に切り替わっていく〕とした。

「…やっぱり、なんていうんだろ、(疾患を)理解しなけ

れば、いろいろ、なんていうんだろ、悩んでることとかを、悩んでる答えを、見つけにくいと思うんだよね。次こうなるっていうことも考えないといけないし。それはやっぱり分かってないと考えられないから、うん、だから、知った上でいろいろ、考えたから、やっぱり知ってないとも考えることもできなかったわけだし、考えていくうちに、なんていうんだろ、完全に、あー、99%悩まなくなったっていう感じだから。出発点、っていう感じかな。うん。(NO.①)」

これは、疾患を知っていることが悩んでいる問題解決するためには必要なことで、疾患を知らなければ解決しようにも解決できないことであり、そして、疾患を知り、自分なりに受け止めることができることによって、自分の生活について考えられるようになったため、疾患を知らなかったころの自分とは違う自分へと変わっていったことを示していた。

3. 【外出欲望からの外出実行力の再獲得】

外出したいと思えるようになったところへ、外出したいと思えるきっかけが出現し、それを実現させるために具体的な方法を考え、再び外出できるようになっていた。これを【外出欲望からの外出実行力の再獲得】とカテゴリー化し、これには、3つのサブカテゴリーが含まれていた。まず、〈本当は行きたい〉と思っているところに、青年期の発達課題に直結するきっかけから外出したいという気持ちが生じていた。これを〔きっかけから外出欲望が生まれる〕とした。

「で、でれるようになったっていうのは、やっぱり、大学入るために、始めた電動車いすサッカーがきっかけで、いろいろな人と、交流ができるようになって、で、サッカーも楽しいし、生きがいできたって感じで、熱中するものもできて、そこから広がって。(NO.①)」

「あ、結構出る機会が多くなった、出ようって思えるのが強くなった要因として、あ、好きな子ができて、その子と出かけたっていう気持ちが出てきたっていうのも影響して。(NO.①)」

これらは、電動車いすサッカーを通して自分の成長を感じられたり、好きな子と出かけたという性的感情が生じるといった、青年期の発達課題を達成しようとするきっかけから、今までにない外出への強い欲望が生じたことを示していた。

しかし、参加者の前に、新たに外出意欲を低下させる要因が出現し、外出できない状況になっていた。これを〔新たな外出の問題が立ちふさがる〕とした。

「ま、とにかく、こういう(人工呼吸器を装着した)状態で、外へ出るもんですから、どうしても人の目、が気になって、気になってたんで。ま、だからって、外に行かないかって、そうでないんですけど、ま、出る度にその、人

に、人から、呼吸器つけてるよっていうか、目が多少は気になってましたね。(NO.③)」

これは、車いすに加えて人工呼吸器を装着して外出すると、周りの人は奇異の目で見えるため、他人の目が気になってしまい、外出をためらわせていたことを示していた。

また、次のような語りもみられた。

「仲良かった友達も、一番忙しいときで、そういった中、あんまり負担もかけたくもないし、ゆっくりもして欲しいから。(NO.①)」

これは、大切な友達に迷惑をかけたくないために、外出をためらわせていたことを示していた。

他にも、情報不足、物理的問題といったことで、外出を妨げていた。

しかし、外出したい気持ちが強いいため、自らがこれらの問題を何とか解決しようと模索していた。そして、何らかの解決策が見つかることで問題をカバーする方法が見つかった。これを「外出の問題がすべてカバーできる」とした。

「あと、人目とかも、あの彼女ができてからは、別に、なんていうの、見た目を、気にしないって言ってくれる人が、できて、だんだん気にならなくなって、今は、いてもいなくても、気にならないっていうか、うん。(NO.①)」

これは、他の人がどのように見ていようとも、障害者である自分のことをいいと言ってくれる人が現れることによって、また、彼女をつくれるという健全人となら変わらないことができることで、今まで抱いていた外見によるコンプレックスを打破することができ、外出できるようになっていたことを示していた。

そして、実際に外出すると、思い描いていたほど困難な状況に遭遇することもなかったため、次また出かけられると確信していた。これを、「これなら出かけられる」とした。

「結構、疲れるのかなって、思ってたんですけど、ま、疲れるは疲れるんですけど、最初思ってた、その疲れるだろうっていう、のとは違って、あまり疲れなかったです。これなら行けるなっていう、それで確信した。(NO.③)」

これは、外出することで自分にかかってくる負担がかなり大きいものであろうと予測していたが、実際に外出してみると、思っていたよりも負担が少なく、これなら次また行きたい所へ行けると確信したことを示していた。

4. 【外出の経験から得られた充実感】

実際に問題なく外出できることで、生活の充実感へとつながっていく経過がみられ、これを【外出の経験から得られた充実感】とカテゴリー化した。これには、2つのサブカテゴリーが含まれていた。外出が成功することによって、楽しい、また行きたいなどといった外出への価値が生

まれてきていた。これを「外出に価値を見出す」とした。

「まず、普通に外かけて、遊べるっていうのが、楽しい。あと、買い物も好きだし、服とか、で、それも好きだし、あとライブとかも好きだから、なんていうの、好きなものができるように、なったし、やっぱ、好きなことやってれば楽しいし、とにかく楽しいことかな。(NO.①)」

これは、自分が望んでいる外出ができることで、楽しさという価値を外出に見出していたことを示していた。

また、次のような語りもみられた。

「…で、あとはもう、1ヶ月に1回はガイドヘルパーで、外出支援、だから、そういうのに出かけられるっていう。ま、長ければ3時間くらい、使えるから、はい。だから、わりと、はい。ガイドヘルパーとかは常連になろうかなーとか思ってるんですよ。そういうコーナーの。身体は障害を持てますけど、そういうことに関しては、もう、その辺の話がそうかもしれない。欲望がちょっと。ちょっといかんね。」

これは、自分が行きたいと思っていた場所に行けるなんて考えられなかったが、ガイドヘルパーが見つかることにより、外出する手段を得て、外出への楽しみを見出していたことを示していた。

そして、この一連の外出における流れから、疾患のことなど何事においても前向きな考え方が生まれ、疾患の進行による現実を自然な流れと捉えられるようになっていた。これを「自分を肯定的にとらえられる」とした。

「ま、今は、ま、だんだん、以前のこと思えば、ま、機能的に、落ちてきてるんですけど、でもなんとかその、自発（呼吸）する、そんな長くはできないんですけど、なるべく自発（呼吸）できる、機能だけは、保てないと、どこも行けなく、なっちゃうんで、その機能だけは、保ちたいなと思って。(NO.③)」

これは、さまざまな外出できない状況をくぐりぬけ、ようやく外出できるようになったこの状況を大切にするために、疾患が進行していく中で、自分には何が必要でそれを保つために何ができるのかを考えられるようになっていたことを示していた。

5. 【絶対的な予後不良の中であるがまめに生きる姿勢】

しかし、参加者は、疾患を徐々に受け止められ、外出が可能になったとする一方で、疾患の絶対的な予後不良の中で、疾患の進行に左右されながらも、なるようにしかならないといった考え方を根底に持っていることが明らかになった。この考え方は、面接内容の端々に現れ、外出に充実感を得られたとしても、今後の疾患の進行による切迫感はなく、むしろ疾患が進行して外出ができなくなったとしても、仕方のないこととして受け入れられるようになっていた。これを【絶対的な予後不良の中であるがまめに生き

る姿勢」とカテゴリー化した。

「ま、あきらめるのに到達する時間、到達していく時間の中で自然と、まあ、こうなのかという、感じですね。(NO.③)」

これは、気管切開をすることによって、死を予感させるような疾患の進行を経験したが、それを一生懸命自分の中に受け入れようとするのではなく、徐々に、時間の経過とともに、その状況をあきらめという形で、受け入れていていたことを示していた。

IV. 考 察

本研究では、在宅で生活している青年期DMD患者の外出における体験について、グラウンデッド・セオリーを参考に質的帰納的方法で分析を行なった結果、《本当は行きたい》外出を取り戻すプロセスを導き出した。

以下、結果内容について考察する。

1. 《本当は行きたい》と思う理由

本研究の参加者は、もともと外出が好きであった方たちであったために、身体的条件はかなり困難な状況にあっても、《本当は行きたい》という気持ちが外出行動の根底にあることを確認することができた。森本ら¹¹⁾は、「娯楽・趣味活動などは人間の特質であり、生活・人生に潤いをもたらし、生きるための活力になり、あるときには苦難を乗り越えるためのオアシスであり、家の中にいても、郵便・電話・ファクシミリ、コンピュータ通信などを利用して、娯楽・趣味や社会交流もいくらかは可能であるが、『外出』という手段は、これらをより拡大させることができる」と述べている。これは、本研究でのDMD患者にも当てはまることであった。もともと外出が好きで、実際に外出できていた参加者たちであったため、外出できない状況になったとしても、外出のことが忘れられず、どこかに《本当は行きたい》思いを抱いていたと考えられる。また、多田羅ら¹²⁾は「入院中のDMD患者には長期臥床に対する抵抗感が少なく、離床への関心が少ないといった現状があり、これは社会生活経験の少なさが影響している」と述べている。このことから、本研究の対象である在宅で生活しているDMD患者は、徐々に疾患が進行していても、在宅で生活しているという環境から社会生活経験が入院中のDMD患者よりも豊かであり、過去に外出できていた経験から外出に対する思いが強く、《本当は行きたい》という気持ちが根底にあり続けたものと推測される。

また、一般的にDMD患者は消極的で無気力、自己を傷つけないような態度を取ろうとする傾向が強く、感受性は低下し、現実の把握がうまくできず、批判力も低下しているといった特徴がある¹³⁾ため、そのような心理的な特徴のあるDMD患者は「行きたい」と思っている、言い出せ

ず、行動に移せない可能性があるとの指摘がこれまでにはあったため、そのような中で、DMD患者が外出をしたいと思っているのかを確認する必要があると考えられる。また、DMD患者の一般的な心理状態ばかりに気を取られていて、個々の望む本音を聞くことができれば、DMD患者のQOL向上への道は閉ざされてしまうかもしれない。また、無理に外出を押しつけると、それはまるで訓練のようになってしまい、外出への意欲の減退につながる可能性がある。よって、DMD患者が《本当は行きたい》と思っていることをより個別的に確認することから、外出に対する看護支援が始まると考える。

2. 《本当は行きたい》外出を取り戻すプロセスとは

参加者は、疾患の事実を認知する前まで、身体的な疾患の進行を大きな問題としてとらえることなく外出できていた。しかし、予後不良であり、徐々に進行していくという事実を認知したり、死を予感させるような出来事に遭遇することによって、[外出のことなど考える余地すらない]状況になっていた。これは、Easson¹⁴⁾も述べているように、青年期に疾患の予後を認知したり、死を予感させるような体験をした参加者たちの精神的ダメージがとても大きいことを示していた。しかし、本研究の参加者は、青年期の間に徐々に疾患を受容し、新しい自分に切り替わっていくという体験をしており、河野¹⁵⁾や福永ら⁴⁾も述べているように、DMD患者は身体症状の進行にも関わらず青年期という短期間にさまざまな問題を乗り越えていくことによって健常者と同様な精神的発達がみられていると考えられる。よって、青年期DMD患者にとって疾患の予後を認知するという問題がその後の精神的発達を促し、生活の質を高める上で非常に重要であることが明らかとなった。本研究の参加者たちは、みな、高校生のときに自分で調べて疾患の予後を知る結果となり、「一番ショックだった」と語っている。このようなことも踏まえうえて、今後、いつ、誰が、どのように告知するかといった個々のインフォームド・コンセントについて、家族や医療者だけでなく、学校といったDMD患者に関わる人々すべてがネットワークを結べるようなシステム作りが必要と考えられる。

DMD患者は、《本当は行きたい》と思っているだけでは実行力にはつながらず、何かしら外出するための〔きっかけから外出欲望が生まれる〕ことで、外出することができていた。そもそも外出するためには目的が必要であるが、その目的を見つけるためにきっかけが必要であることが明らかとなった。三澤¹⁶⁾も述べているように、外出するための第一歩としてきっかけが重要であるといえる。しかし、きっかけは自分自身で見つけられる場合もあるが、なかなか自分では見つけられない場合もある。参加者の話の中でも「外出のきっかけは自分では見つけにくいから周り

からの働きかけも必要」という意見もあり、外出したいと思っているのに、自分できっかけを見つけられないようであれば、DMD 患者でも大学へ行っている人がいることや、車いすサッカーができることなど、他の DMD 患者の具体的情報を提示するといった、周りが外出を促すきっかけを作る必要があると考えられる。

外出欲望が高まる中、DMD 患者は「新たな外出の問題が立ちふさがる」こととなっていた。外出における問題については、檜垣¹⁷⁾や千葉¹⁸⁾が身体障害者における外出を阻害する要因として人的・物理的な問題をあげている。これらの外出を阻害する要因については DMD 患者においても同様であった。しかし、本研究の参加者には、外出における 2 つの大きな精神・心理的問題がみられた。1 つは、他者から自分はどのように見られているのかといった外見における問題であった。手島¹⁹⁾も述べているように、外見を気にせず外出できるようになるためには、患者自身が疾患を受け止められることが重要であり、前述のように疾患受容の面での看護支援を行っていく必要性がある。もう 1 つは、川井²⁰⁾も述べるように、性における問題であった。青年期は性的な成熟による主観的・客観的な変動に直面していること²¹⁾が影響していると考えられる。この問題に対して、参加者からも、「ヘルパーは男性がいい」といった意見も聞かれたことから、男性による支援者が増加することで、より外出もしやすくなるのではないかと考えられる。また、今後疾患が進行していくと、医療行為が増加し、ヘルパーに医療行為は認められていないため、ヘルパーとの外出は困難となり、家族の負担も増加することが考えられる。五十嵐²²⁾も述べているように、医療スタッフが外出に付き添うことにより、外出のさらなる実現が可能となると考えられる。アメリカでは、神経筋疾患専門の訪問看護サービスがあり²³⁾、在宅における神経筋疾患患者の QOL 向上のための看護支援を行なっている。このように、日本においても DMD 患者に対して医療スタッフが外出支援できるようなシステムを、病院や居宅支援サービスなどといった地域密着型で導入していく必要があると考えられる。外出欲望が生じてから直面することになった外出を阻害するこれらの問題に関しては、外出を一時躊躇させる要因にはなっているが、外出のことなど考えられなくさせるような状況にはさせていなかった。これは、「本当は行きたい」気持ちに加えて外出欲望があることで、行きたい気持ちが大きくなり、問題を対処しようという考えが生じており、また、外出のことなど考えられなくしていた疾患による問題を自分なりに解決できていたことが大きく影響していると考えられる。

また、疾患の予後不良な事実や死を予感させるようなできごとに直面し、そのことを受け入れることに必死で、

外出のことなど考えられない状況となっていた DMD 患者は、徐々にその事実を受け入れていくことで、現在の医療では止めることはできない絶対的な予後不良の中で、疾患の進行に身を任せ、あるがままに生きていこうとする術を身につけていた。これは、戈木²⁴⁾や秋元²⁵⁾が述べているがん患者のように、疾患とともに積極的に一生懸命生きていく姿勢とは異なり、DMD 患者は疾患を徐々に受け入れられると、ある程度積極的な考え方を持てるものの、疾患が進行したり、自分に対する負担が大きくなると、やりたいことでもあきらめるといった、修正が可能な生き方を身につけていた。このような生き方は、甲村²⁶⁾が「DMD 患者の多くは観念的にも実質的にも過去・現在・未来という時間の流れは理解してはいても、『現在』を拠り所として生きている」ということが当てはまると考えられる。彼らは、過去にできたことができなくなったことを振り返りたい気持ちや、また未来に確実にやってくる死や更なる疾患の進行などの不安よりも、今を生きることを大切にするためと考えられる。そして、少しでも身体的・精神的負担を軽減することで、少しでも長生きしたいという思いもあると考えられる。また、甲村²⁷⁾が述べているように、DMD 患者は時間について、勝手に過ぎていくものと考えていることも当てはまる。絶対的な予後不良の中、何かしなければといったあせる気持ちよりも、「仕方がない」、「どうしようもない」といった考え方が強いいため、時間に対して関心があまりないと考えられる。このような DMD 患者の生き方は、「本当は行きたい」外出においても無理をしてまでもやろうとはしないといった考え方に反映していることが明らかとなった。

疾患の絶対的な予後不良の中で、自然と身についたあるがままに生きる姿勢は、青年期 DMD 患者特有の生き方であると考えられる。青年期 DMD 患者は残り少ない人生であるため、他者からみるといろいろなことをしたいのではないかと感じてしまうが、実はそうではなく、自分がやりたいと思っていることを自分に負担のかからない程度にやれる範囲内でやっつけようと考えているのである。そのため、青年期 DMD 患者の外出における看護支援を行なう時には、疾患による絶対的な予後不良の中であるがままに生きるという姿勢を尊重しながら提供していく必要がある。

V. 本研究の限界

本研究は、在宅で生活し、もともと外出が好きな、疾患の予後を認知している青年期 DMD 患者に対してのみ説明力をもつという方法論的限界があるため、疾患の予後を認知していない患者や、入院中の患者においても、今後、検討する必要があると考えられる。また、本研究の対象は DMD 患者にとってかなりデリケートな問題に焦点を当

て、患者との信頼関係やデータの質の深さに重点を置いたため、3名という少ない人数であった。そのため、ヴァリエーションに欠けていると考えられ、今後、事例数を増やし、更なる検討が必要であると考えられる。

また、本研究は、DMD患者が本当は行きたい外出を取り戻すプロセスの全体像を明らかにしたため、例えば告知時期といったステージごとの具体的な実態までは明らかにされなかった。そのため、今後、本研究で明らかになったステージごとの調査をすることで、より深い実態が明らかになると考えられる。

VI. 結 論

これまで、在宅で生活している青年期DMD患者の外出における体験について、明らかにしたものはなかった。今回、在宅で生活している青年期DMD患者の外出における体験について明らかにしたところ、疾患の予後不良な事実と直面した状態からスタートとした、《本当は行きたい》外出を取り戻すプロセスを導き出した。青年期DMD患者の外出を困難にしている問題には、物理的・人的な問題よりも、疾患の予後不良な事実を受け入れなければならないことが大きな問題となっていた。この疾患を受け入れられるということは、すべての行動力の源であり、疾患の事実を徐々に受け入れていくことによって、自分の生活について考えることができるようになっていた。青年期DMD患者が《本当は行きたい》外出をするためには、疾患を受容していることが必要であり、インフォームド・コンセントの重要性、また、疾患の受容に関する看護支援の必要性が示唆された。そして、疾患が徐々に受け入れられることで、生活に対する意欲が湧き、《本当は行きたい》と思っていた外出について考えられるようになっていた。そこへ、きっかけがあると《本当は行きたい》という外出欲望を増強させ、外出しようとするが、疾患の進行や外出欲望に伴って外出における新たな問題が生じていた。しかし、

外出欲望が強いため、新たな問題や、もともと外出を阻害していた問題をカバーできる方法を模索し、見つけ出すことができていた。実際に生じている外出における問題や、その対処方法が明らかとなったため、今後外出を考えているDMD患者に対して、外出における問題やその対処方法といった情報提供をすることによって、より外出しやすくなると考えられる。そして、《本当は行きたい》外出が成功することは、外出に価値を見出すことができ、「また行きたい」という次の外出目標を作り出していた。また、《本当は行きたい》外出が実現できることで、自分を肯定的にとらえられるようになるといった、疾患の受容をさらに促進させる影響があることが明らかとなった。このことから、《本当は行きたい》外出をすることによって、生活における充実感や、自分の疾患をより受け入れられるようになるといったQOL向上が確認されたため、《本当は行きたい》と思っているが行動に移すことのできないDMD患者に対し、外出における看護支援をしていく必要があると示唆される。また、疾患を受容していく段階から徐々に疾患の絶対的な予後不良の中で、あるがままに生きていくという手段も獲得していた。この生き方は、DMD患者特有であり、外出行動すべてに影響を与えていたため、この生き方を尊重した看護支援を行なう必要がある。

以上のことから、《本当は行きたい》外出をすることによって、充実感が生まれ、QOL向上につながる事が明らかとなったことから、《本当は行きたい》外出に対する具体的な看護支援をしていく必要性が示唆された。

謝 辞

研究に快くご協力してくださった参加者、関係者および病院関係者の方々に心より感謝いたします。また、スーパバイザーとしてご指導をいただきました岡山大学医学部保健学科 秋元典子教授に深く感謝いたします。

要 旨

本研究は、グラウンデッド・セオリーを参考に、在宅で生活している青年期Duchenne型筋ジストロフィー患者の外出に影響を与えた出来事や思い、関連性を明らかにし、外出に対する支援方法を検討することを目的として、青年期にある3名に参加観察と半構成的面接により調査した。その結果、疾患が予後不良である事実と直面した状態をスタートとした《本当は行きたい》外出を取り戻すプロセスが明らかになった。これは、【疾患を受容することからの意欲の回復】に至ることにより、【外出欲望からの外出実行力の再獲得】が生まれ、実際に外出することで【外出の経験から得られた充実感】が生じていた。しかし、一方で、疾患を徐々に受容することで【絶対的な予後不良の中であるがままに生きる姿勢】も身につけており、これは外出行動すべてに影響を及ぼしていた。この結果から、疾患の受容、外出するきっかけ作りや実際の外出での問題に対する支援の必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify, with reference to Grounded Theory, the events and thoughts that affect adolescent Duchenne muscular dystrophy patients living at home in going outside, and the relationship between these events and thoughts.

Methods to support them in going out were then investigated. Participatory observations and semi-structured interviews were conducted of three adolescents. The results indicated a process for regaining a real desire to go out, which started with the adolescents facing the reality of their poor prognosis. In this process, reacquiring the ability to go out from the desire to go out was achieved after they reached a state in which they recovered their motivation by accepting their disease. A sense of fulfillment was also obtained from their experience of going out when they actually did it.

However, by gradually accepting their disease, they adopted an attitude of living within their absolutely poor prognosis, and this affected all their behavior in going out. These results suggest the need to create opportunities for adolescent Duchenne muscular dystrophy patients to accept their disease and to go out, and to provide them with support for problems encountered in actually going out.

文 献

- 1) 埜中征哉：最も分かりやすい筋疾患の話筋肉の病気、難病と在宅ケア、4(12)、23-27、1999.
- 2) 石原傳幸：筋ジストロフィーにおける心肺不全－病態と治療、柳澤信夫（編）：Annual review 神経2004、340-346、中外医学社、東京、2004.
- 3) 鈴木健一：Duchenne型進行性筋ジストロフィー症患者の心理的側面に関する一考察－病と死の意識に関して－、児童青年精神医学とその近接領域、36(4)、271-284、1995.
- 4) 福永秀敏、今村葉子：Duchenne型筋ジストロフィー患者の心理的問題と受容過程、日本医事新報、3548、49-51、1992.
- 5) 小笠原昭彦：対象喪失と悲哀の心理、岡堂哲雄（編）：患者の心理とケアの指針、114-125、金子書房、東京、1997.
- 6) 小西哲郎、久恒康江、他：長期入院の成人筋ジストロフィー患者の外出外泊に関する意識調査及びパンフレット作成、厚生省精神・神経疾患研究委託費による11年度研究報告集、293、2000.
- 7) 井上玲子、佐藤紀美子、他：人工呼吸器装着患者の行動範囲拡大とQOLの関係、厚生省精神・神経疾患研究10年度研究報告書 筋ジストロフィー患者のQOLの向上に関する総合的研究、72-74、1999.
- 8) Strauss, A. L., Corbin, J. 著、南裕子訳：質的研究の基礎－グラウンデッド・セオリーの技法と手順、医学書院、東京、1999.
- 9) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ、弘文堂、1999.
- 10) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチへの実践－質的研究への誘い－、弘文堂、東京、2003.
- 11) 森本茂、前嶋知映：外出の重要性－娯楽・作業・趣味・社会的交流、ブレインナーシング春期増刊、166-188、1999.
- 12) 多田羅勝義、多田清美、他：人工呼吸器装着筋ジストロフィー患者の長期臥床の原因に関する研究、厚生省精神・神経疾患研究委託費による9年度研究報告集、250、1998.
- 13) 白橋宏一郎：病児の心理、岡堂哲雄、患者の心理 現代のエスプリ、68-80、至文堂、東京、1982.
- 14) Easson, W. M. 著、大阪府立看護短期大学発達研究グループ訳：死にゆく子供 子供は死を理解している、77-100、医学書院、東京、1982.
- 15) 河野慶三：Duchenne型筋ジストロフィーの心理状態と行動特性の分析、心身医学、24(2)、117-124、1984.
- 16) 三澤了：移動の自由と自立生活、総合リハビリテーション、24(3)、246-252、1996.
- 17) 楢垣みちよ、赤澤良子、他：身体機能障害者の公共交通機関利用を妨げる要因、岡山大学医学部保健学科紀要、10、85-90、2000.
- 18) 千葉かえで：在宅重度障害者の外出を阻害する因子、リハビリテーション研究紀要、6、75-76、1995.
- 19) 手島正行：外見に現れた傷や障害をもつ患者のためにできる支援活動－米国の重度熱傷体験者が取った行動とその方法、看護学雑誌、64(5)、432-437、2000.
- 20) 川井充、杉山浩志、他：社会性を育てる指導－ボランティアとの外出を通して－、厚生省精神・神経疾患研究委託費による9年度研究報告集、178、1998.
- 21) 岡堂哲雄、内山芳子、他：患者ケアの臨床心理－人間発達学的アプローチ－、医学書院、東京、1978.
- 22) 五十嵐勝朗、下山庸子、他：人工呼吸器装着患者の外出に関する一考察－病棟旅行への参加から－、厚生省精神・神経疾患研究委託費による11年度研究報告集、254、2000.
- 23) 松下祥子、輪湖史子：米国の神経筋疾患療養者の訪問看護－テキサス州の神経筋疾患専門訪問看護会社の研修を通じて－、難病と在宅ケア、7(6)、49-51、2001.
- 24) 戈木クレイグヒル滋子、寺澤捷子、他：闘病という名の長距離走－病名告知を受けた小児がんの子どもの闘病体験、看護研究、37(3)、267-283、2004.
- 25) 秋元典子、佐藤禮子：子宮がん患者が広汎子宮全摘出術後を安寧に生きるための強靱さの獲得を促進する看護援助、千葉看護学会会誌、9(1)、26-33、2003.
- 26) 甲村和三、小笠原昭彦：Duchenne型筋ジストロフィー患者の「時間」および「将来」に関するイメージの分析、心身医学、28(4)、317-323、1988.
- 27) 甲村和三、小笠原昭彦：Duchenne型筋ジストロフィー患者の「時間」イメージの分析、日本心理学会第51回発表論文集、754、1987.

〔平成19年1月17日受 付〕
〔平成19年11月1日採用決定〕

施設入所認知症高齢者にみられるBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) ケアのための新たな概念の構築：問題行動パラダイムを越えて

Constructing of the New Concept of BPSD Caring for People with Dementia Living in Facilities;
Beyond the Paradigm which BPSD is the Problematic Behavior

九津見 雅 美
Masami Kutsumi

山 田 綾
Aya Yamada

伊 藤 美樹子
Mikiko Ito

三 上 洋
Hiroshi Mikami

キーワード：認知症高齢者，BPSD，ケアスタッフ，安寧

Key Words：people with dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia, care-provider, peace

I 緒 言

認知症は、大きく記憶障害や見当識障害といった中核症状と行動と心理面での症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia, 以下BPSD) に大別される^{1, 2, 3)}。またBPSDは出現頻度は高いが必須の症状ではない^{2, 4)}。BPSDの行動面での症状には、攻撃、喚声、不穏、焦燥、徘徊、文化的に不適切な行動、性的抑制欠如、収集、罵り、つきまといなどがあり、心理面での症状には、不安、うつ気分、幻覚、妄想などがある³⁾。

これまで一般的にBPSDは「問題行動」と称され、社会規範に対する不適応、逸脱、異常として語られてきた⁵⁾。わが国での認知症高齢者に対するケアは、専門の入所施設でも、次々に発生するBPSDに関連するさまざまな症状や現象に対してその場しのぎであったり、拘束・抑制や、行動制限、収容、隔離というやり方で行われてきた⁶⁾。近年の認知症高齢者グループホームや小規模多機能ホームの登場は、こうした大規模施設での画一的なケアから1人ひとりその人らしさを大切にしたいケアへと、わが国の高齢者ケアのあり方に劇的な変化をもたらした⁷⁾。ケアの一貫として環境づくりが重要視されるようになったことで、ケアの前提としての人権やノーマライゼーションをもとに安心や快さ、より家庭的なケアを提供するためのユニットケアが導入されるようになるなど、住み慣れた風景の中での生活の継続性がいかに大切かが問われるようになった⁶⁾。認知症高齢者へのケアの歴史はまだ半世紀ほどであるが、BPSDに対するケアは「ケアスタッフにとっての問題」への対応から、認知症高齢者の人権尊重やQOLの向上に大きな関心が向けられるようになるなど大きく進歩してきたといえよう。

現在BPSDに対しては薬物療法・介護・リハビリテーション・社会的資源の利用など様々な方向からのアプローチ

がなされている⁸⁾が、一方でBPSDの出現は介護者の介護負担感を強めたり^{9, 10)}、うつ病¹¹⁾を生じさせたりする他に、老人虐待^{10, 12)}や介護者による被介護者の殺人や心中事件にまで追い詰める場合があるなど、介護の継続を困難にしている^{9, 13)}。これは施設ケアにおいても同様にしばしば深刻な問題となっている。しかしながらケア自体は、認知症高齢者にとっては人と相互に関わる機会として最も重要であり¹³⁾、また最近の研究においてBPSDは認知症高齢者を取り巻く環境やケアのあり方等によって引き起こされるものであることが指摘されている¹⁴⁾。つまり認知症高齢者のQOLは提供されるケアによって左右される¹⁵⁾と言える。竹村ら¹⁶⁾は被援助者に対して援助者が持つ対人感情が、援助行動やその意図認知を規定することを明らかにしている。これを踏まえると、認知症高齢者に対するケアの質向上を目指すには、ケアスタッフがBPSDをどのように捉え理解しているのかということは非常に重要であると言える。またケアスタッフがBPSDを問題行動と捉えることはケアに悪影響を与えると考えられ、その捉え方自体が問題だと指摘できる。

そこで本研究では、ケアスタッフが認知症高齢者にみられるBPSDに対して「BPSDは問題行動である」という主流のパラダイムに囚われずに関わるのが人権擁護の観点やその人らしさを高めるケアにつながるのではないかとこの仮説をたてた。認知症高齢者が複数入所する施設のケアスタッフの中にはBPSDの問題行動パラダイムに囚われて、BPSDに嫌悪感を抱きつつケアしている者もいるだろうが、日々ケアを提供する中での些細な対応や考え方、提供したケアがうまくいっているという感覚や見方の中に洗練されたものやBPSDへのケアとして有効なものがある可能性がある。本研究ではそれを理論化することを目的とし、

1) 介護保険施設に勤務するケアスタッフにおけるBPSD

の捉え方、2) ケアの結果としてBPSDがどのように転帰することがよりよいと感じているのかについて質的方法により分析を行った。

認知症高齢者は2015年には250万人にのぼると予測されて¹⁷⁾いるが、BPSDに対する効果的なケアはまだ確立されていない状況にあり、BPSDへのケア確立への取り組みは急務であると言える。本研究の成果は、BPSDへのケアに対する新たな視点を提供し、認知症高齢者の尊厳を重視したケアのあり方についての示唆を与えるものと考えられる。また同時にそれによってケアの質が高まれば、ケアスタッフにとってのBPSDへのケアの負担を軽減が期待できるものと考えられる。

II 方 法

1. 調査対象者の勤務施設および対象者の選択方法

1) 調査対象者勤務施設の概要

介護保険施設の種類や規模によりケアスタッフの配置数は異なり、またケアを行う対象である入所者の基本属性は異なることが予測される。本研究では、幅広いBPSDへのケアの概念を聞き取るために、東大阪市福祉部健康福祉局高齢介護室に協力を得て、介護保険3施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）と認知症高齢者を対象とした認知症対応型共同生活介護を選択した。

2) 対象者の選択方法

現在、認知症高齢者へケアが提供される場は在宅や施設があるが、介護保険3施設に入院・入所している約69万人のおよそ8割にあたる約57万人が「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」¹⁸⁾であり、これらの施設では認知症高齢者へのケアの経験が蓄積されていると推測できる。このことを踏まえ本研究では介護保険施設のケアスタッフを調査対象とした。介護保険施設（以下、施設）で働く職種は介護職、看護職、リハビリテーション職、医師、相談員など多岐にわたるが、入所者の生活において主たるケア提供主体となるのは、入所者の生活面をケアする介護職、医療面をケアする看護職である。介護職と看護職の専門性は異なるが、入所者の施設生活が円滑に営むことができるようにケアを行うという点で一致していること、またケアスタッフのBPSDの捉え方自体をリサーチクエストとしたため、本研究では特に介護職と看護職は区別せず、この両者をまとめてケアスタッフとした。

インタビュー対象者の選定は、まず、ケア経験年数が幅広くなるよう、また資格の条件については各施設規定の職員配置割合に準じるように依頼し、施設長を通じて調査協力の意思を確認して得た。インタビュー実施に先立って、分析の際は同時に行い、次のインタビューでの比較対照の方向性を明らかにし、インタビュー内容の修正を行

い、条件を意図的に選定して施設長に依頼するという手順を踏まえた。以上により、ケアスタッフがBPSDをどのように捉えているのか、BPSDの望ましい転帰の概念が飽和化するまでサンプリングを続けた（理論的サンプリング¹⁹⁾）。具体的な理論的サンプリングの比較軸として、職場環境、ケアスタッフとしてのケア経験、年齢、私的な介護経験、現職場以外での認知症ケアの経験などである。インタビュー対象者は15人である。

2. データ収集

データは、インタビューガイドを用いて半構造的インタビューによって収集した（2005年1月から2005年5月）。2004年10月にケアスタッフ4人に対してヒアリングを実施し、それを踏まえてインタビューガイドを作成・改訂した。

インタビューガイドは、対象者の属性、BPSDをどのように捉えているかという概念、BPSDがどのように転帰することが望ましいと考えてケアをするかなどの項目からなる。異常や逸脱行動の発現が発端となって認知症という診断が下されることもある現状を踏まえるとともに、インタビュー対象者がBPSDを想起しやすいように、まずは問題行動パラダイムに立ってBPSDの概念を聞き出すを試みた。具体的には「日々ケアを行う中で困ったなどと思うことがありますか」「ケアする中で対応に困ったことを教えてください」「困った時、具体的にどのように対応されましたか」というワーディングを用いた。インタビューは主に対象者の勤務施設で、個室か周囲が気にならない環境で行い、インタビューである筆者とインタビュー対象者の一対一で実施した。インタビューの内容は対象者の同意を得てICレコーダーに録音記録し、逐語録を作成した。

3. データ分析

分析は、Glaser & Strauss¹⁹⁾によるGrounded Theory Approachを参考に、帰納演繹的な継続的比較による質的分析を行った。まず、対象者の個人特性に留意しながら逐語録を繰り返し読み、ケアスタッフが施設に入所している認知症高齢者にみられるBPSDをどのように捉え、BPSDに対して実際どのようにケアしているか、という視点でデータをコード化した。また語りの中から、BPSDを問題行動として捉えていない語りや、問題行動として捉えられている語りに着目し、文脈や背景、条件についてコード化を行った。ついで理論的サンプリングにより得た他のケースや異なる捉え方との比較分析を継続して行った。そして比較分析を通して最後に各カテゴリーを体系的に関連づけ、BPSDを問題行動としない概念について理論生成を試みた。

分析初期の段階において質的研究法に詳しい研究者のsupervisionを得るとともに、臨床経験のある大学院生が参加する質的分析セッションを行って検討した。また分析

結果の妥当性を高めるために、member validationの1つのslightly stronger version²⁰⁾を用いてケアスタッフにBPSDの概念やBPSDの転帰などの各カテゴリーを体系的に関連づける前の段階をフィードバックして意見をもらい、それを踏まえて分析を進めた。

BPSDの概念とBPSDの望ましい転帰についてカテゴリー間の関係を体系づける分析過程において、実際にBPSDにどのような対処を行っているのかというケアは非常に重要であった。BPSDをどのように捉えているかという意図認知に対して実施するケアがBPSDの転帰を左右するのであるからBPSDへのケアを考慮することは分析過程には不可欠であった。ケアの実際については註⁽¹⁾に示した。また本稿は、認知症ケアの質向上を目指し、BPSDに対する既存概念に囚われない新たなパラダイムを提起することを目的としているため、BPSDの概念とBPSDの望ましい転帰について取り上げた。

4. 倫理的配慮

本研究は、大阪大学医学部医学倫理委員会の承認（承認番号486）を得て行った。また、研究協力の依頼にあたり、インタビュー対象者にはまず施設長を通じて協力を依頼してもらい、再度研究者がインタビュー実施時に研究目的、研究への参加および中止は自由であること、対象者のプライバシーの保護、研究成果の公表について、文書および口頭で説明し、文書で同意を得た。インタビューの録音記録や逐語録、分析過程のメモ等の資料は筆者の責任のもと厳重に管理した。

Ⅲ 結 果

インタビュー所要時間は1人につき50分～130分（平均57分）であった。

15人の協力者の属性を表1に示す。性別は男性が5人、年齢は20代、30代がもっとも多くそれぞれ5人、職種は介護職が11人、看護職が4人であった。経験年数は5年以上

表1. インタビュー対象者の属性 (n=15)

	人		人
性別		勤務施設の種類	
男性	5	介護老人福祉施設	4
女性	10	介護老人保健施設	4
年齢		介護療養型医療施設	4
20代	5	グループホーム	3
30代	5		
40代	4	経験年数	
50代	1	3年未満	3
職種		3年以上5年未満	2
介護職：介護福祉士	7	5年以上10年未満	7
介護職：ヘルパー2級	4	10年以上	3
看護職（准看護師含む）	4		

10年未満がもっとも多く7人であった。

本研究におけるカテゴリー、サブカテゴリーが導かれたプロセスについて、以下に記述していく。なお『 』はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、()内は文脈を明らかにするための筆者の補足である。対象者が語った生の言葉は「斜体」で表記し、[]内には対象者の職種を示した。

ケアスタッフがBPSDをどのように捉えているかについて分析の結果、BPSDは、BPSDを呈する本人やその周囲の入所者やケアスタッフにとっての『心と身体の安寧を脅かす』と落ち着いて自分らしくいられる『居場所の安寧を脅かす』の2つから捉えられていることが明らかになった。またこれらの脅かされやすさは〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉によって説明できた。

1. 『心と身体の安寧を脅かす』

『心と身体の安寧を脅かす』は、BPSDが認知症高齢者本人の精神面である心や身体の安寧を脅かす〈認知症高齢者本人の心と身体の安寧を脅かす〉と、BPSDが別の入所者やケアスタッフ等、周囲の人の心や身体の安寧を脅かす〈周囲の人の心と身体の安寧を脅かす〉の2つから構成されていた。

1) 〈認知症高齢者本人の心と身体の安寧を脅かす〉(図1)
初期の認知症によくみられるだけでなくケアスタッフが難渋する症状の一つである物盗られ妄想²¹⁾を認知症高齢者が抱いたりすることや、妄想により不安や不穏状態に陥ることそのものが認知症高齢者本人の心の安寧を脅かしているとケアスタッフが捉えているということである。

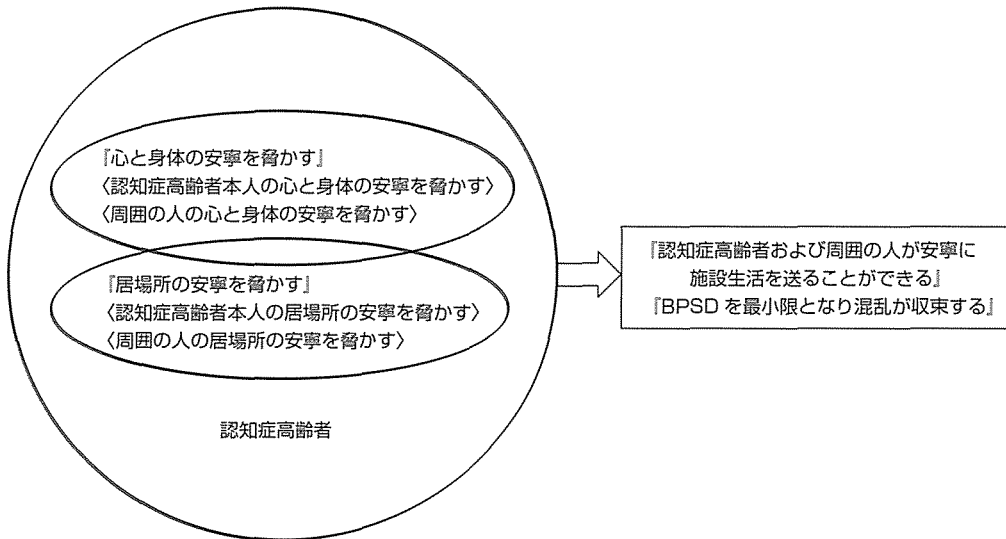
「(お金や通帳などの大切なものが)なくなったなくなったってずーっと言うて、だんだんひどくなると‘あんたが盗ったんやろ’って言われることはありますね。
[介護職]」

一方、徘徊という行動だけであれば問題行動ではないが、認知症高齢者に点滴など何らかの処置がなされているという条件下においては徘徊によって処置等に影響が生じ、点滴やチューブ類などが抜けてしまうことで身体に侵襲があり身体の安寧が脅かされるために、徘徊が問題行動と捉えられることが示された。

「普通に徘徊するだけだったら、言ったら疲れるまでグルグル歩いてくれて別にいいんですけど、点滴やらチューブやらいっぱい入ってのおかまいなしの無理矢理の徘徊なんで、危険じゃないですか。[看護職]」

2) 〈周囲の人の心と身体の安寧を脅かす〉(図1)

大声や不穏、暴力といったBPSDを呈している認知症高齢者を周囲の人が目の当たりにすることで、その大声や暴力が自分にいつふりかかってくるのか、という不安や恐怖心を生じさせる可能性があり、これが周囲の人の心の安寧



を脅かしていた。

「夜にとりあえず（家族の名前を）呼んでみたり、叫んでみたり、みたいなことは（周囲の人の）迷惑になりますよね〔介護職〕」

「ここが1人の場所で自由にできるんやったらいくら不穏行動が1, 2時間続いてもいいんだけど、あとの7人（他の入所者）に聞こえてる人には聞こえてるんで…〔介護職〕」

暴力や暴言が他の入所者へ向かうとBPSDが周囲の人の身体の安寧を脅かすものとなることが示された。暴力は入所者だけでなくケアスタッフに向かうこともあり、ケアスタッフの身体の安寧を脅かすこともあった。

「利用者さん同士のいざこざもねえ、その人たちが困るでしょう〔介護職〕」

「（暴力があるときには）かわしてかわして。（中略）男性の方で杖振り回したりとか、直接殴ってきたりとか、おっかけてきたりとかいう人もいたので、逃げて受け止めて誰か来てーって言って。どうにかして、もうほんとにかなわないものなんです、男の人の力、いくら年いっててもね。〔介護職〕」

3) 当事者に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉（図2）

心や身体の安寧の脅かされやすさについては、制止や抑制という〈BPSDを引き起こす触媒作用〉と〈BPSDの共鳴〉によって詳しく説明できると考えられた。〈BPSDを引き起こす触媒作用〉とは、例えば、同じ事を何度も言うなど訴えの反復強迫は執拗であることが多く、ケアスタッフはBPSDそのものを制止したいが、ケアとして制止や抑制をしてもBPSDを止めることにはならないことを経験的に認知していた。またBPSDの発現によって当該認知症高齢者

の不穏やBPSDのさらなる悪化や遷延を招くと考えられていた。これはBPSDがBPSDに反応するというスパイラルな現象を制止や抑制、あるいは認知症高齢者自身の不穏な心情が触媒となって促進させていると理解することが可能である。そこで、これを当事者に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉と名付けた。触媒とは少ないエネルギーで化学反応を進行させる物質である。ここで触媒作用を持つのは周囲の人による制止・抑制などの関わりと、認知症そのものである。またBPSDがBPSDに呼応、反応することを〈BPSDの共鳴〉と名付けた。

「（何回も同じこと言うとき）途中でとめたりするじゃないですか。もういいからとか言って。すると余計にひどくなったり、長引いたりするんですよ。〔介護職〕」「徘徊の人はそのまま徘徊してもらってる方がいいかなと。まあ、そのうち目的が見つかったら徘徊もとまりますし、まあ、ただ何気なく徘徊してるだけじゃないかなと。（中略）変にまた徘徊をとめたりするとこの人不穏になるんじゃないかなとそんな風に僕は考えてしまうんです。〔介護職〕」

また心や身体の安寧の脅かされやすさは、〈BPSDを引き起こす触媒作用〉の存在以外に、認知症の程度によっても異なると考えられた。

「1時間2時間も徘徊する人いるんですけど、それだけ歩いたらフラフラになってくるじゃないですか。そういう時は‘ちょっとこっちでコーヒーでも飲みませんか’とか声かけるんですけど、‘いや結構です’って断ったりされるんです。そのまま徘徊をほっとくのも危ないんで転倒しないように付き添ったりするんですけど、向こうにしたら何でついてくるのかが分からなくて、ついてくる人に対して暴言吐いたりとかあ

ります。でも会話もできないくらい、意思疎通もすごく難しいくらい痴呆が進んでる人の徘徊の場合だと、
どういう風に声をかけても徘徊は止まらないんですけど、ほんとにダメなんですけど、無理矢理座らせたりして目の前にコーヒーとか置いておくとコーヒー飲んで落ち着いたりすることもあるんです。〔介護職〕

これは認知症が軽度～中度でコミュニケーションが可能な場合には周囲の関わりが触媒となって〈BPSDの共鳴〉が生じやすいが、重度となると周囲の言語的な関わりそのものが理解されないために〈BPSDの共鳴〉が生じにくいことが示された。認知症が重度の場合、意思疎通は困難となるが、これは逆に捉えたと周囲から影響されにくくなるということが示唆された。この場合の〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉は認知症高齢者本人に向かう

ており、自らのBPSDによって本人の心や身体をさらに脅かすことを意味しており、この脅かされやすさは認知症の程度によって異なると考えられた。

4) 周囲に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉(図3)

先述した〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉について、ここでは周囲に向かうものについて説明する。施設という複数の認知症高齢者がいるという背景のもと、周囲にいる認知症高齢者において〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉は生じることが認められた。

ある認知症高齢者に不穏が生じて、周囲の入所者に認知症がなければ、大声や不穏が認知症によるものだと周囲の人は理解でき客観視できる。しかし周囲に認知症高齢者が複数いる施設の場合は、ただその場で不穏が生じている

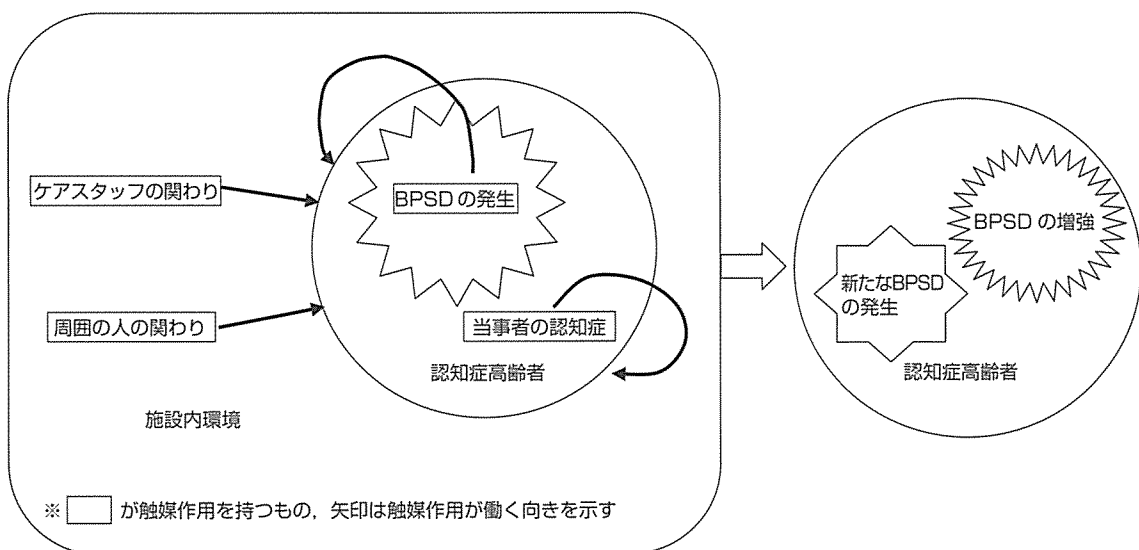


図2. 当事者に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉

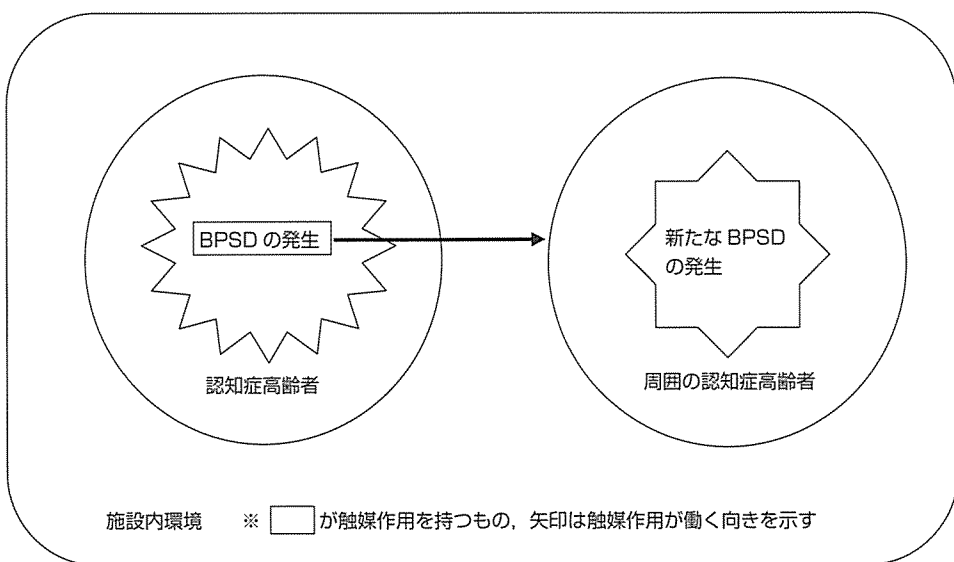


図3. 周囲に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉

ことが〈BPSDを引き起こす触媒作用〉となって、周囲の認知症高齢者の心の安寧を脅かし、ひいてはその周囲の人に〈BPSDの共鳴〉を生じさせることが認められた。またはじめにBPSDを呈していた認知症高齢者に対して周囲の人の〈BPSDの共鳴〉が〈BPSDを引き起こす触媒作用〉を有することもあった。このことはBPSDの呼応、反応は、それを呈した当事者内の反応にとどまらず、周囲にいる認知症高齢者においても認められることを意味する。こうしたBPSDの相互作用（入所者同士の関わり合いではない）は、複数の認知症高齢者が入所する施設特有の現象であると考えられる。

「一人不穏がはじまると、その人の叫び声じゃないけど、大きな声とかで、そわそわ徘徊すると、なんか次々に他の人たちも立ってはなんか不穏状態になるってことありますよね、連鎖反応みたいなこと〔介護職〕」

また施設に認知症高齢者のみが生活する認知症対応型共同生活介護ではBPSDそのものや〈BPSDを引き起こす触媒作用〉や〈BPSDの共鳴〉の出現頻度は多いが、同時に認知症のない人も入所する他の介護保険3施設ではBPSDの出現そのものが少なく〈BPSDを引き起こす触媒作用〉や〈BPSDの共鳴〉も少なかった。さらには、入所する認知症高齢者の数や認知症の程度といった施設ごとの入所者の特性や、施設内のユニットやケア単位によっても異なっていた。

「認知症の階にいた時はケンカとかも多くて大変でしたけど、配置換えになって（認知症の人がほとんどいない階に移動になって）からはごたごたも少なくなりました。〔介護職〕」

2. 『居場所の安寧を脅かす』（図1）

『居場所の安寧を脅かす』には、BPSDが〈認知症高齢者本人の居場所の安寧を脅かす〉と、〈周囲の人の居場所の安寧を脅かす〉という2つのサブカテゴリーで構成されていた。居場所とは、施設での生活基盤となるベッド周辺もしくは居室という物理的な居場所だけでなく、施設生活を送る集団に所属する中での個々のプライベートな空間を指し、落ち着ける場所、自分らしくいられる場所を示す。

1) 〈認知症高齢者本人の居場所の安寧を脅かす〉

BPSDによって物理的に自分の居場所に居られなくなったり（具体的に）居づらくなることや、ここには居られないという思いが、認知症高齢者本人に居場所の安寧を脅かしていた。

「（オムツの中に排便をして便を）手でいじったり、壁に便をこすりつけたりしたら、臭いが部屋中に充満するし、‘ああー、大変’って感じですよ。〔看護職〕」
「仕事にいかなあかんのや。だからここ開けて行かせてくれ。仕事にいかな金もらわれへんし、ここの宿代

も払われへんやろ。金払われへんかったらここ出て行かなあかん’とか真剣におっしゃったりします。〔介護職〕」

2) 〈周囲の人の居場所の安寧を脅かす〉

施設には認知症のある入所者もいれば認知症のない入所者も生活している。BPSDが生じることで、周囲の人の居場所にあるもの、つまり周囲の人に帰属するものが持ち去られたり、周囲の人にとっての居場所に居づらくなったり居られないようになったりすることで、居場所の安寧が脅かされていた。具体的には認知症高齢者による他の入所者の居室への入り込みや、収集癖、トイレ以外での排泄などがある。

「徘徊してね、他の人の居室に入って、居室のお洋服とかを自分のものと勘違いして持っていきはるんですよ。そうしたら、そのお部屋の人がやっぱり怒りますよね。〔介護職〕」

「尿意はあるけどトイレがわからないからかゴミ箱におしっこをされる方がいますねえ。もうその部屋に入った途端尿臭がすごいするんです。（中略）そうしたら同じお部屋の人はくさくて（部屋に）居られないですよ。どうにかしないと、ってなって色々してみたんです。ベッドの横にポータブルトイレおいてみたんですけどやっぱりゴミ箱にされて。じゃあゴミ箱をどけたらポータブルトイレにするかなあという話になってどけてみたんですけど、そしたらお部屋のすみっこでおしっこをされてしまって〔介護職〕」

3. 『心と身体の安寧を脅かす』、『居場所の安寧を脅かす』が重なり合う部分

この2つの要素は重なり合う部分があることが確認された。重なり合うとは、なぜ自宅ではない施設で生活しているのか理解できないことや、認知症由来の強いこだわりなどが原因で、BPSDそのものがBPSDを呈する認知症高齢者本人および周囲の人の心と身体の安寧を脅かすだけでなく、居場所の安寧までも脅かすという概念である。

認知症となっても過去の古い記憶は保持されることが多く、かつての生活習慣は残存することが多い。施設入所により認知症高齢者自身の記憶にあるかつての仕事や家事や癖など長年生活習慣に則った行動を行えないことがあると、その生活習慣を遂行できない焦燥感に駆られ不安や不穏というBPSDとなって現れ、心と身体の安寧および居場所の安寧の双方を脅かすこととなっていた。

「自分の飲んだ薬の袋とか、便とか流さずに置いておく方がいます。薬の袋がなくなったら飲んだ証拠がなくなるって言って、便も（便をしたという証拠を残すために）トイレの窓とかにトイレトペーパーにくるんで置いてあるんです。すごい臭いんですけど、職

員と決めた時間でなおかつその方の目の前で‘捨てるよー’って言ってからじゃないと捨てたら駄目なんです。そのこと知らない清掃の人が勝手に捨てたことがあって、その時はえらい剣幕で怒りはって、大声で怒鳴るわ、‘こんなこと勝手にされるとここにおられへん、こわいところや!’とか言って…大変でしたよ。〔介護職〕

4. ケアスタッフが感じるBPSDの望ましい転帰 (図1)

ケアスタッフが感じるBPSDの望ましい転帰として、『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』、『BPSDが最小限となり混乱が収束する』という2つが抽出された。

1) 『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』

BPSDを呈している認知症高齢者本人はもちろん、周囲の入所者もBPSDに心や身体、居場所の脅かされずに安寧に施設生活を送ることができるという概念である。

「徘徊についてはある程度好きなように動いてもらおうっていうのがありますね。一回その徘徊がきつくて、他の人の部屋に入ったりとかするので、ある程度行動規制じゃないですけど、常に寮母の目の届くところにいてもらうようにしたら、その方の痴呆どんどんすすんでいくのが目にみえてわかったんですね。それで家族さんとも相談して、一度他の方とトラブルになるかもしれませんが、このまま痴呆が進むよりかは少し自由にして頂いて、様子を見させて下さいっていうのを家族さんに了承得た上で、トラブルがあるようなことも一応家族さんには説明して、自由にして頂いたらある程度そこで(認知症の)進行がとまったというか、以前の行動を規制する前の方に戻られたので、そのような対応はしてます。ある程度自由に、転倒の危険のある方は見守り、付き添いっていうのは徹底されてますね。〔介護職〕」

このように徘徊に対して行動抑制をせずに認知症高齢者本人の歩きたいという欲求を満たし、認知症が進まないよう、なおかつ周囲の人(この文脈においては家族も含む)への配慮もおこなうことで、安寧に施設生活を送ることができるような関わりが望ましい転帰として語られた。

2) 『BPSDが最小限となり混乱が収束する』

〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉が未然に防がれ、発生してしまったBPSDが増強せずケアスタッフからみた認知症高齢者や周囲の人における混乱が最小限で収束するという概念である。このように収束させるためには認知症高齢者の過去や性格、生活習慣を把握し、これまでにケアしたことのあるBPSDに対しては、どのようにケアすれば混乱が少なく済むかをケアスタッフが経験的に知っていることが重要であった。またこのことは多数の入

所者を少ないケアスタッフで受け入れていく上での効率性という文脈でも語られた。

「暴力や暴言のときとか(中略)一気にガーッてはき出さすと、割としゃーって何もなかったように、さっきまで暴れたのがうそみたいな感じになることがちょっとわかってきたんで。そのときはもうすごい他の利用者さんにも迷惑かけるから本当はねえ(静かにしてもらうようにした方がいいのだけど)。そんな見て周りの利用者さんも落ち着きなくなったりすることもあるんですけど。他に対処の仕方がね、ないんですよ。部屋に閉じこめてっていうのもそんな拘束の一つになるし〔介護職〕」

BPSDを呈する認知症高齢者がいる場合、認知症のない周囲の人はそれを不本意であっても受け容れることが求められる。拒絶することは施設生活の継続を困難にするからである。ケアスタッフはBPSDそのものや、BPSDを呈する認知症高齢者にばかり目をとられがちであるが、それ以外の周囲の入所者はBPSDによって常に脅かされやすい状況におかれていることを念頭においてケアする必要性が示された。

「スタッフに対して怒鳴ったり噛んだり毛引っ張ったりとか。利用者さんに(そのような行為が)あったらその時点でここではもうアウト(施設から強制退所となることを意味する)ですよ。そんな様子を見て(別の)利用者さんは怖かったとか言わはるんですよ。そんなところで生活するのも辛いでしょうけど仕方ない部分もありますしね、だからどうやって対応したらいいのかはいつも考えるようにしてます。〔介護職〕」

認知症の場合、意思疎通を図ること自体が困難となることも少なくない。BPSDが生じた際、それを最小限に収束させるために何らかのケアを提供するが、対象が認知症高齢者となると一般的な感情として叱責などしても相手は理解できないことが多いだけでなく、認知障害のため、その常識そのものが通用しないことが多々ある。意思疎通が図れないことそのものはケアする中で問題であることは間違いないのだが、何が認知症高齢者にとっての安寧かを探ることがケアの在り方として有効である可能性がある。

「問題行動っていうか、(意思)疎通のとれないことが一番困りますね。違う風に理解されてたりとか。今こういう風に(インタビュー対象者とインタビューをしている筆者との)会話できてるじゃないですか、でも全然会話できないときありますよね。(中略)例えば‘オムツかえましょう、きれいにつけますね、’って言っても、‘私オムツおしっこしてないから(かえなくても)大丈夫ですよ’って言われたら、それはかみ合ってることじゃないですか。でも‘オムツかえましょうかー’っ

て言うても、‘何言うてますのー、ごはんだですがなー’とか言われたら、オムツってことの認識がないじゃないですか。そしたらやっぱり多少オムツってことの認識持ってもらわないとかえれない。女の人ですから、そりゃ意味もわからんとズボンおろされたら、大声も出ますし、抵抗もしますし、暴力もしますよ、絶対に。もう全然会話が成り立たない、もう突然何をやってるのかわからないってなると、もう大変です。でもオムツとかは替えないといけないですし、やり方は難しいですね。〔介護職〕

IV 考 察

1. BPSDの概念に関する考察

BPSDの概念は『心と身体の安寧を脅かす』、『居場所の安寧を脅かす』という2つのカテゴリーで構成されることが明らかとなった。このことからBPSDのみられる認知症高齢者だけでなく、認知症のない入所者に対してBPSDが及ぼす影響を考慮すると、ケアスタッフはBPSDのみられる認知症高齢者にのみ着目するのではなく施設全体を見渡してケアを提供する必要性が示唆された。また、認知症があってもBPSDは必発ではなく、BPSDが出現しない認知症では初期には認知症に気づかれにくいことや、高齢になればこのくらいの記憶の障害は当たり前と捉えられ、認知症が中等度になるまで気づかれないこともある⁴⁾。本稿ではBPSDへのケアにおいて問題と捉えられやすいBPSDについてとりあげたが、自発性低下や無為などの陰性症状を呈するBPSDは周囲の安寧を脅かさないためにケアスタッフによって問題と捉えられにくく、放置されてしまうことが多々あることが推測された。

認知症高齢者は施設という一般に比べ限定された状況下であっても、施設内の他の入所者やケアスタッフという周囲の人や自身の認知症によって〈BPSDを引き起こす触媒作用〉が生じ、〈BPSDの共鳴〉としてBPSDが出現したり増強したりすることが明らかとなった。またBPSDや〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉の出現頻度が施設の持つ特性によっても異なっていたことから、この事象は施設でなくても在宅であっても生じうることであると考えられた。またBPSDには触媒作用や共鳴があるため、認知症高齢者ばかりの施設では、入所者数が少なくてもケアスタッフの負担は非常に大きくなりやすいと言えよう。

今回調査対象としたケアスタッフが働く施設は介護保険施設（福祉施設や病院など）という生活丸抱えの施設であり、これらはGoffman²²⁾のいう全制的施設と同義である。全制的施設という集団生活は入所者同士の間の接触を余儀なくし、一切が丸見えになり、入所者同士の相互接触が非常に増大すること²⁰⁾が指摘されている。今回のインタ

ビュー対象者の勤務する施設では個室がほとんどなかったため、入所者のプライベートな空間は自身のベッド周囲に限定されてしまうということもあり、精神的に落ち着いて過ごす居場所に対する不安があることが推察された。

2. BPSDへのケアに対する新たな視点への提言

従来BPSDは問題行動であるというパラダイムで長年捉えられてきたこと、また沖中²³⁾が身体障害をもつ高齢者が認知症高齢者に対して負のラベル付けをしていることを指摘しているように、BPSDがみられる認知症高齢者はネガティブに捉えられているのが現状である。このようなパラダイムから脱却し本研究で明らかになったBPSDの概念やBPSDの望ましい転帰を理解することで、認知症高齢者に対する理解が深まることとなり、BPSDに対するケアの視点も徐々に変化していくと考えられる。これによりケアスタッフはもちろん、認知症のない周囲の施設入所者のBPSDが生じた際の関わり方そのものを変容させうる可能性があると考えられるだけでなく、さらには家族介護者の認知症高齢者への関わり方の手がかりとすることができると思われる。ただし本稿では紙面の制限で、ケアという行動と、BPSDの概念という意図認知および望ましいBPSDの転帰についての関係までは記述することができなかった。

本研究の結果からBPSDの概念についてまとめると、BPSDとは具体的には認知症にみられる不穏や被害妄想、暴力、徘徊などさまざまな精神症状や行動であり、それらは認知症高齢者本人だけでなく周囲の人の安寧を脅かす可能性があるものである。またBPSDは触媒作用を有し共鳴するものであると考えられた。ケアスタッフにとってBPSDの概念をこのように理解することは、BPSDを抑制、制止することが有効ではないことの理解に繋がり、また安寧を中心に考えることによって認知症高齢者の人権やノーマライゼーションにも配慮したケアの発展に有益であると考えられる。

V 本研究の限界と今後の課題

BPSDへのケアの実際とBPSDの転帰を対応させて十分に検討できていないため、施設ケアの現場での入所者とケアスタッフの相互作用に関する調査が必須であろう。しかし、本研究は施設における認知症高齢者ケアの中範囲理論の構築の一助となりうると考えられる。

本研究の対象者数は少なかったものの、BPSDの概念が飽和化したことからデータとしては十分であったと考えられる。今回の対象者において問題行動パラダイムは比較的意識されていたが、積極的な非問題行動パラダイムでの意図認知や行動が十分には明らかになっていないことから、BPSDへのケアの新たな視座を浮き彫りにするために、調

査対象者を在宅ケアスタッフや、認知症高齢者を自宅で介護する家族にも焦点を当てるといった更なる調査や研究が待たれるところである。

VI 結 論

施設入所認知症高齢者のケアの現場を担うケアスタッフを対象とした半構造的インタビューにより、BPSDの概念やBPSDの望ましい転帰について以下のことが明らかとなった。

BPSDの概念には『心と身体の安寧を脅かす』、『居場所の安寧を脅かす』という2つのカテゴリーとこれら2つには重なり合う箇所があること、これらが〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉という事象を引き起こしていたことが示された。〈BPSDを引き起こす触媒作用〉とはBPSDが生じた際の周囲の人の関わりや、認知症やBPSDそのもののことであり、これらの触媒作用の結果、〈BPSDの共鳴〉として認知症高齢者本人や周囲の認知症高齢者においてBPSDが増強したり新たなBPSDが生じたりしていた。

BPSDの望ましい転帰は『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』、『BPSDが最小限となり混乱が収束する』という2つのカテゴリーから構成されていた。前者は施設という限られた場所だけでなく自宅をはじめとする生活の場において、安寧に生活を送ることができるようにするということは人権擁護の観点からも非常に大切であり、認知症高齢者の人権を尊重する上で非常に重要であると考えられる。後者は〈BPSDを引き起こす触媒作用〉、〈BPSDの共鳴〉が未然に防がれ、発生してしまったBPSDが増悪せず認知症高齢者や周囲の人における混乱が最小限で収束するという概念である。このように収束させるためにはケアスタッフが認知症高齢者の過去や性格、生活習慣などを把握していることが重要であり、このような転帰を望みケアに取り組み、BPSDの概念を捉え直すことでBPSDへのケアの質改善が期待できる。

謝 辞

本研究は平成16年度総合健康推進財団の助成を受けて行われた。本調査の実施機会を下さった東大阪市福祉部健康福祉局高齢介護室の皆様、本調査の実施にあたりインタビュー調査にご協力頂きました皆様に深謝致します。またmember validationに協力して下さった松下電器健康保険組合松下介護老人保健施設は一とびあの介護福祉士の泉敦子さんに感謝いたします。

註

- (1) 本稿で着目しなかったBPSDへのケアの実際について以下に示す。
 - ①母親が子どもに接する際の関わりに似たケア、認知症高齢者本人がしたいように行動してもらうという考えを持った上でのケアが見いだされた。具体的には付き添う、行動を見守る、訴えを傾聴する、認知症高齢者を否定したり強制しないといったケアであった。
 - ②ケアスタッフは認知症高齢者の思いに近づき、心に寄り添おうと努力し、自分がされて嫌なことをしない、認知症高齢者本人の考えを取り入れるという視点にたったケアが見いだされた。具体的には執拗な訴えに対して間違いを指摘したりすることはかえってBPSDを長引かせる可能性があるため、その対応として事実と異なることであっても叱責したりせずに認知症高齢者の言うことにあわせるというケアが行われていた。
 - ③BPSDに対してケアスタッフ自身の気持ちを穏やか（感情そのままむき出しにしてケアするのではなく、感情をコントロールして接する）に保ち、認知症高齢者に接するケアが見いだされた。
 - ④BPSDのみられる認知症高齢者を危険のないよう見守り、周囲にいる入所者の安全管理義務を果たし、なおかつケアスタッフ自身の身体を守るための対処をとることで認知症高齢者から自らを含めた周囲の人の心と身体の安寧を維持することに努めるケアで、具体的には認知症高齢者に必要最低限の関わりは持つが自分からは進んで近寄らないようにしたり、BPSDをやり過ごす、見過ごす、対処を先延ばし（時間をあけて再度対処する）にするというケアが見いだされた。『（徘徊を）とめようとしたら拘束とかにもつながつちゃう〔介護職〕』という発言からわかるように、認知症高齢者の行動制限はこれまで慣習的におこなわれてきた背景があるのだが、行動制限をおこなうことは身体の安寧維持と身体拘束は紙一重の問題であり、その狭間でケアスタッフはジレンマを抱えていることが示された。

要 旨

BPSDは問題行動と捉えられてきた。本研究では複数の認知症高齢者の入所する施設ケアスタッフの中にケアがうまくいっているという感覚や見方、対応の中に洗練されたものや有効なものがあると仮定し、ケアスタッフにおけるBPSDの捉え方とBPSDの転帰について理論化を試みた。その結果、BPSDは『心と身体の安寧を脅かす』、『居場所の安寧を脅かす』という2つとそれらの重なる概念として捉えることが可能で、施設では安寧が脅かされる抑制や不安などBPSD自体が〈触媒〉となって〈BPSDの共鳴〉が起これると説明された。BPSDの望ましい転帰は『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』、『BPSDが最小限となり混乱が収束する』という2つから構成されていた。安寧を鍵概念とする本研究の視点は認知症高齢者の人権やノーマライゼーションに配慮したケアの発展に有益だと考えられる。

Abstract

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) have been generally considered as problematic behaviors. In this paper we intended to provide a new view point by analyzing cultivated care experiences of care-providers (nurses and care workers) in nursing facilities. The results are that BPSD include two basic concepts and their composition as 'threatened peace of mind and body of people with dementia' and 'threatened peace of their environment and surrounding people'. In addition, a repression against BPSD and BPSD itself such as an anxiety, works as "the catalyst" and causes "the resonance of BPSD" in the facilities. And the desirable outcome of BPSD was constituted two factors such as 'people with dementia and surrounding people can lead a peaceful life in facilities' and 'minimize BPSD, and all confusions are settled'. This new prospective concept of BPSD care in which peace is a key concept, would be helpful for developing dementia care with consideration of the human rights of people with dementia and normalization.

文 献

- 1) 犬塚 伸, 高橋 徹, 天野直二: 痴呆の行動異常判定の原則と基準, 老年精神医学雑誌, 13(2), 143-151, 2002.
- 2) 三好功峰: 痴呆における行動異常の生物学的・精神病理学的理解, 老年精神医学雑誌, 13(2), 163-168, 2002.
- 3) 三好功峰: BPSDとは, 臨床精神医学, 29(10), 1209-1215, 2000.
- 4) 小林敏子: BPSDへの対応, 臨床精神医学, 29(10), 1245-1248, 2000.
- 5) 天田城介: 〈老い衰えゆくこと〉の社会学, 112-117, 多賀出版, 東京, 2003.
- 6) 川越博美, 山崎摩耶, 他: 訪問看護研修テキスト, 286-288, 日本看護協会出版会, 東京, 2005.
- 7) 山口 宰: ユニットケア導入が認知症高齢者にもたらす効果に関する研究—従来型特別養護老人ホームにおける実践事例を基に—, 社会福祉学, 46(3), 75-86, 2006.
- 8) 一宮洋介, 江 渡江, 他: 高齢者専門病院における Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) の検討, 順天堂医学, 49(1), 97-101, 2003.
- 9) Finkel S.: Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), Int J Geriatr Psychiatry, 15(supple 1), S2-S4, 2000.
- 10) Ory, MG., Hoffman, RR., et al.: Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers, The Gerontologist, 39(2), 177-185, 1999.
- 11) Schulz R., Visintainer P., et al.: Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving, Journal of Gerontology, 45(5), 181-191, 1990.
- 12) 本間 昭: 痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか, 老年精神医学雑誌, 10(7), 787-793, 1999.
- 13) 社団法人日本精神科病院協会高齢者対策・介護保険委員会編: 老人性痴呆疾患の治療・介護マニュアル 痴呆とその随伴症状への対応, 165, 株式会社ワールドプランニング, 東京, 2004.
- 14) 山口 宰: 認知症高齢者介護におけるグループホームケアの効果に関する実証的研究, 社会福祉学, 46(2), 100-111, 2005.
- 15) 小澤 勲: 痴呆性老人のQOLとはなにか, 老年精神医学雑誌, 11(5), 477-482, 2000.
- 16) 竹村和久, 高木 修: 対人感情が援助行動ならびに非援助行動の原因帰属に及ぼす影響, 実験社会心理学研究, 30, 133-146, 1990.
- 17) 介護支援専門員編集部: 現在の痴呆性高齢者ケアについて—2015年の高齢者介護資料より, 介護支援専門員, 6(3), 13-15, 2004.
- 18) 厚生労働省高齢者介護研究会: 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～, 2007-07-23, www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3b.html.
- 19) B・G・グレイザー, A・L・ストラウス (後藤 隆, 大出春江, 他訳): データ対話型理論の発見, 64-112, 145-167, 新曜社, 東京, 1996.
- 20) Clive Seale: The Quality of Qualitative Research, 61-71, SAGE PUBLICATIONS, London, 1998.
- 21) 小澤 勲: 痴呆老人からみた世界 老年期痴呆の精神病理, 53-134, 岩崎学術出版社, 東京, 1998.
- 22) E. ゴッフマン (石黒毅訳): アサイラム 被施設収容者の日常世界, 14-51, 誠信書房, 東京, 1989.
- 23) 沖中由美: 身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己ラベリング, 日本看護研究学会雑誌, 29(4), 23-31, 2006.

〔平成19年1月15日受付〕
〔平成19年11月5日採用決定〕

圧力の異なる末梢部温湯清拭が皮膚血流反応に及ぼす影響

Pressure Difference on the Cleansing of Bed Bath in the Limbs Alters the Peripheral Skin Blood Flow Responses

須藤 小百合¹⁾ 青木 健²⁾ 富岡 真理子³⁾
Sayuri Sudo Ken Aoki Mariko Tomioka
真砂 涼子⁴⁾ 松田 たみ子⁵⁾
Ryoko Masago Tamiko Matsuda

キーワード：皮膚循環，皮膚温，看護技術，清拭方向，清拭圧

Key Words：cutaneous circulation, skin temperature, nursing skill, direction of massage, pressure of massage

I. はじめに

看護技術としての清拭には清潔を保つだけでなく、局所の循環促進効果もあるとされる。このうち、温湯清拭において循環促進に関係する要因としては、主に温湯の温度、皮膚を摩擦するマッサージ、拭く方向および拭く力（清拭圧）などが考えられる¹⁾。これまで先行研究では、清拭に用いるタオルの持つ熱（温度）や拭く方向の違いと皮膚循環の促進効果との関係についての検討がされている²⁻⁵⁾。一方、清拭圧については、先行研究⁴⁻⁷⁾においても測定されているものの、すべて単一の清拭圧条件のみで実験が実施されている。したがって、清拭圧の違いが皮膚末梢循環の促進に影響を及ぼすかどうかについて、科学的な根拠に基づいて検討することが必要であると考えられる⁸⁾。

清拭の実施にあたり、四肢は末梢循環を促進させるうえで重要な部分ととらえられ、これまで特に上肢への清拭を対象とした研究が行われてきた^{1-3, 7, 8)}。しかし、そのほとんどが、全身清拭の一部位としての位置づけから、上肢一箇所のみへの摩擦刺激に対する効果に着眼しており、上下肢の両方を温湯清拭した際の循環促進効果については検討されていない。さらに、清拭以外の看護ケアとして末梢循環促進を意図したマッサージなどの研究では10-15分間^{9, 10)}と比較的長い時間、複数箇所への頻回の刺激に対する結果が検討されている。しかし、清拭に関する研究では、一箇所の数回から20回程度の摩擦刺激に対する効果を検討しており、明らかな循環促進効果の有無について判断するのは難しい。

実際、長期安静臥床により循環血液量や血漿量は減少し、さらに下肢では動脈における血管収縮力の低下¹¹⁾と

静脈の拡張性（引き延ばされやすさ）の増大^{12, 13)}から鬱血や循環低下をきたしやすく、浮腫が起こりやすい。近年、下肢の循環低下に伴いリスクが高まる肺塞栓症・深部静脈血栓症の予防ガイドライン¹⁴⁾が作成され、末梢循環を促進する重要性が改めて見直されてきている。したがって、安静臥床中の対象者に行う清拭などの清潔ケアにおいても末梢循環の促進を意図することは重要であると思われる。このことから四肢への温湯清拭が、末梢循環を促す効果的な看護ケアになりうるかどうかについて検討していく必要がある。

これらのことをふまえ本研究では、異なる圧力での四肢末梢部への頻回の温湯清拭が、実施中および清拭後の末梢部皮膚血流反応に及ぼす影響について、基礎研究の見地から検討を行った。

II. 研究方法

1. 被験者

被験者は、健康な成人男性9名（年齢 21.8 ± 1.6 歳、平均値 $\pm$ 標準偏差）とした。全ての被験者には事前に本研究の主旨、実験条件および測定内容について口頭および文書で説明し、実験参加の同意を得た。なお、被験者には実験開始時刻の12時間前からカフェインの摂取、ならびに3時間前から食物の摂取を制限した。

2. 実験期間および条件

本実験は2004年9月28日～10月27日の期間に実施した。実験室内の環境は、室温約26℃、相対湿度約60%に設定・維持した。なお、本実験の測定項目である末梢の皮膚血流

1) 東京女子医科大学東医療センター Tokyo Women's Medical University Medical Center East

2) 日本大学医学部社会医学系 Department of Social Medicine, Nihon University School of Medicine

3) 癌研究会有明病院 The Cancer Institute of Hospital of Japanese Foundation of Cancer Research

4) 自治医科大学看護学部 Jichi Medical University School of Nursing

5) 群馬大学医学部保健学科 Department of Nursing, Gunma University School of Health Science

量は1日の中で変動することから¹⁵⁾、その変動による影響を小さくするため、すべての実験は午前10時半から午後1時までの間に実施した。

清拭圧は、通常清拭を行う際と類似の圧（通常圧、N: 1.8kgf/cm²）および通常清拭よりも弱いなでる程度の圧（弱圧条件、L: 0.9kgf/cm²）の2条件を設定した。本研究では、清拭圧の異なる2条件間での被験者の体格（身長、体重、体表面積）の違いによる影響を排除するため、各被験者はそれぞれ別の日に実施された圧条件の異なる2回の実験の両方に参加した。また、各被験者における圧条件の順番についても、2つのパターン（A: 1回目: N, 2回目 L, B: 1回目: L, 2回目 N（条件））に振り分けられた。

本研究で用いた両清拭圧条件はあらかじめ実施した予備実験より設定されたものである。これは先行研究⁴⁻⁷⁾にて報告されている各清拭圧には、その測定方法に違いがあり、一定の基準圧が得られなかったためである。なお、本実験における全ての清拭は、手技の統一をはかるため同一検者が行った。

3. 実験手順

被験者は少なくとも測定開始30分前までに実験室に入室し、あらかじめ用意された同一のTシャツおよびショートパンツを着用後、実験終了までベッド上にて仰臥位姿勢を保持した。被験者へのすべての測定用機器取り付けを確認後、実験を開始した。各実験は15分間の安静（前安静）、約3分間の清拭、15分間の安静（後安静）から構成されている（図1）。

清拭部位は右前腕内側（手関節から上30cmまでの範囲）、右および左下腿前面内側（内踝部2cm上から膝関節下5cmまでの範囲）の3部位とした。

清拭は右前腕内側、右および左下腿前面内側の順番に1部位につき10回（末梢から中枢方向）、これを4サイクル繰り返し、約3分の間に計120回拭いた。なお、毎回検者が目標圧と同様の清拭圧を維持できるよう、モニタから出力圧の情報が視覚的にフィードバックされた。各清拭は50℃に維持された温湯で絞ったウォッシュクロスを約10cm×10cmの大きさに折り行い、1部位（10回）終了ごとに、別の絞られたばかりのウォッシュクロスに取り替え、次の部位に移った。各清拭部位にのみ、清拭後、保温

用のバスタオルを被せた。なお、清拭圧の違い以外の影響を小さくするため、清拭部位、清拭時の体位、被験者の四肢の角度、温湯の温度については、圧条件の異なる両実験間で、同じ条件にあわせた。

清拭中、痛みや不快感を伴わないかの主観聴取を1試行（10回）ごとに実施し、口頭にて自由回答を得た。その結果、清拭中、清拭による痛みや不快感を訴えた被験者はいなかった。

4. 測定項目

測定項目は、清拭圧、皮膚血流量、局所皮膚温、心電図による心拍数および血圧（収縮期、拡張期血圧および平均血圧）である。

清拭圧は、圧力センサ（イナストマー:イナバゴム）を用いて、右前腕内側は手関節から15cmの位置、左右下腿前面内側はそれぞれ内踝部から上5cm、脛骨触知部から1横指の点に貼付し、測定した。また、圧力センサを固定するためドレッシングテープにて清拭部位まで覆った（図2）。この際、ドレッシングテープは清拭部分まで広範囲に貼付した。理由は、温湯清拭により皮膚に付着した水分の気化熱による熱放散を最小限にすることに加え、同一部位に複数回の刺激を行うことによる皮膚への摩擦の影響を避けるためである。なお、圧力センサより得られる圧力値の再現性を保つため、毎回実験前にセンサ上におもりを乗せ、実測値との校正を行った。さらに、頻回な清拭刺激によりセンサの劣化が予想されたことから、被験者ごと（清拭圧の異なる2回の実験ごと）に新しいセンサに取り替えた。

皮膚血流量測定は、レーザードップラ血流計（moorLAB: Moor Instruments）を用いて左右手掌および左前腕の3箇所測定した。

皮膚血流量測定部の局所皮膚温については、皮膚血流測定プローブから数ミリ離れた位置に薄型熱電対（銅-コンスタンタン）を貼付し測定した。他の4部位（左胸、左上腕、左大腿および左下腿）の局所皮膚温は、それぞれ熱電対（銅-コンスタンタン）を生体用テープ（Micro-pore: 3M）で貼付し測定した。

心電図は胸部双極誘導により、生体アンプ（A-MA-98: アイテックニューロサイエンス）を介して測定した。

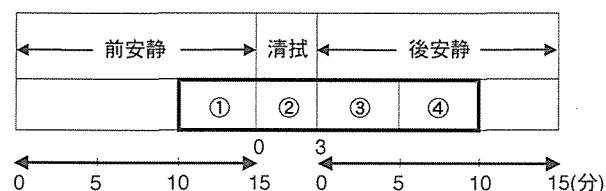


図1 実験プロトコル図1 実験プロトコル

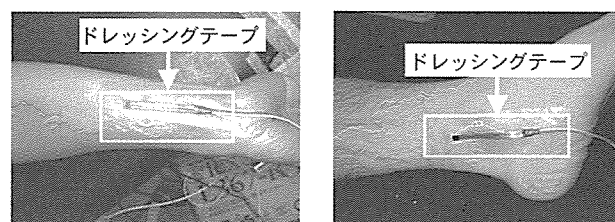


図2 圧力センサの貼付位置

血圧はトノメトリ連続血圧計 (JENTOWcs: COLIN) を用い、動脈感知センサを左手首の撓骨動脈上に固定し、測定した。

皮膚温データはハイブリットレコーダ (WE4000: Yokogawa) を介して 1 秒毎にパーソナルコンピュータ (EdiCube Note NC-610: EpsonDirect) に記録した。清拭圧、皮膚血流量、心電図および血圧については、データ収集システム (intercross-310: インタークロス) を介してサンプリング周波数250Hzで連続的にパーソナルコンピュータ (Inspiron 2650: Dell) に記録後、皮膚血流量については 1 秒ごとの平均値を算出した。

5. データ処理および統計解析

平均皮膚温は、測定された局所皮膚温データより以下の式を用いて算出した。

$$\text{平均皮膚温} = 0.3 \times \text{胸} + 0.3 \times \text{上腕} + 0.2 \times \text{大腿} + 0.2 \times \text{下腿}^{16)}$$

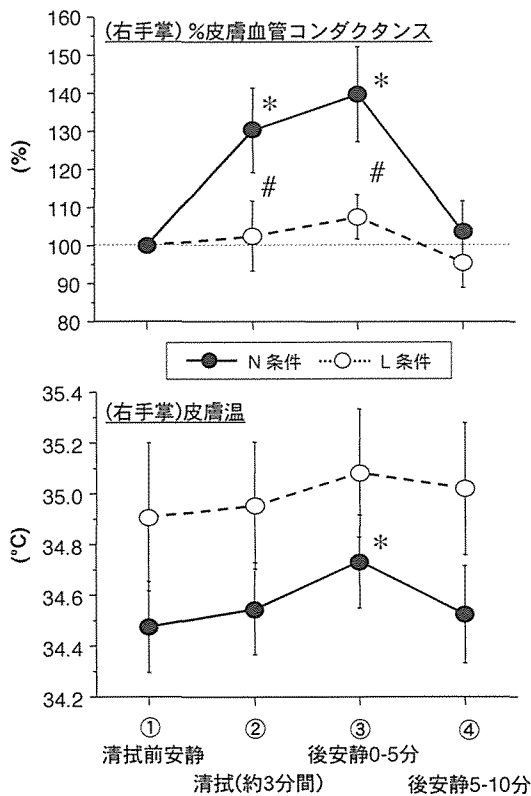
また、皮膚血流量の指標として、皮膚血流量を拍動ごとの平均血圧で除した皮膚血管コンダクタンスを算出した。コンダクタンスは抵抗の逆数であり、すなわち皮膚血管コンダクタンスは皮膚血管における血液の流れやすさを意味し、血圧の変動により引き起こされる皮膚血流量の変化を除いた、より末梢皮膚血管の変化に関係した血流反応を示

すデータである¹⁷⁻¹⁹⁾。さらに、皮膚血管コンダクタンスについては、清拭前安静値を100としてその後のデータ区間ごとに相対値 (%皮膚血管コンダクタンス) を算出し、統計解析データとして用いた。すべての個人データについて、清拭前 5 分、清拭時、清拭後安静 0 - 5、5 - 10 分のデータを使用し、データ区間ごとに平均値を算出した (図 1 中①~④)。

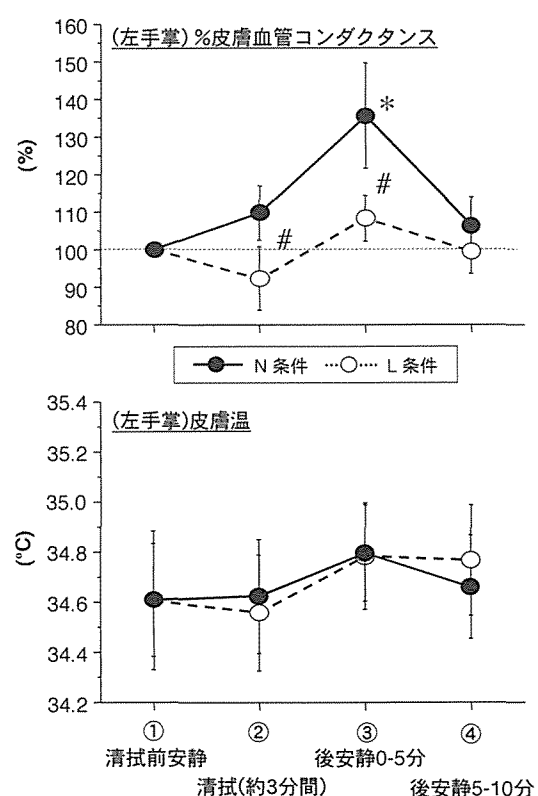
両清拭圧条件間での圧力センサによる清拭圧の有意差検定には、paired t-testを用いた。各生理データにおける両清拭圧条件間の有意差検定には、繰り返しのある二元配置分散分析 (因子: 清拭圧, データ区間) を用い、さらに清拭圧条件間に有意差が認められた場合は Bonferroni post-hoc testを行い、有意差のあるデータ区間を確認した。また、各条件内における経時的な変化を確認するために、繰り返しのある一元配置分散分析 (因子: データ区間) を行い、清拭前安静時データとの多重比較として Dunnett's testを用いた。いずれの場合も有意水準は 5 % 未満とした。なお、清拭圧を除く全てのデータは平均値 ± 標準誤差で表した。

Ⅲ. 結 果

各清拭圧条件における全試行の平均出力圧は、N 条件が 1.80 ± 0.25 , L 条件が $0.86 \pm 0.17 \text{ kgf/cm}^2$ (平均値 ± 標準偏



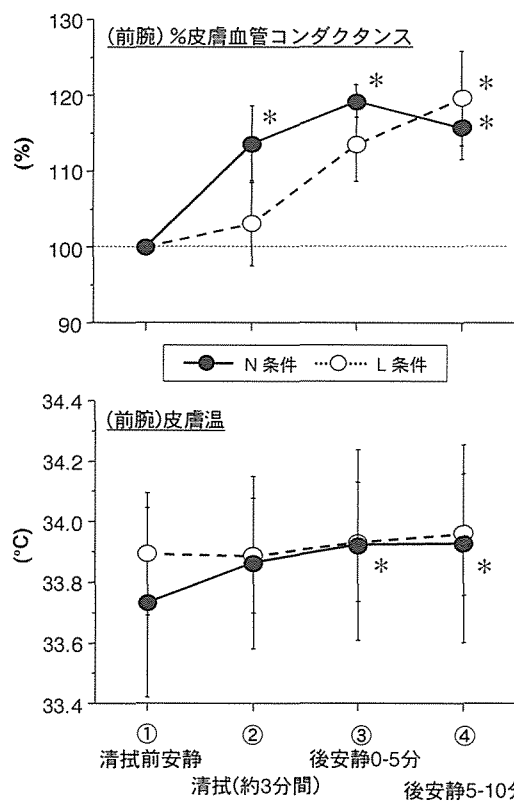
#, L 条件との間に有意差 ($p < 0.05$)
*, ①清拭前安静 (5 分) との間に有意差 ($p < 0.05$)



#, L 条件との間に有意差 ($p < 0.05$)
*, ①清拭前安静 (5 分) との間に有意差 ($p < 0.05$)

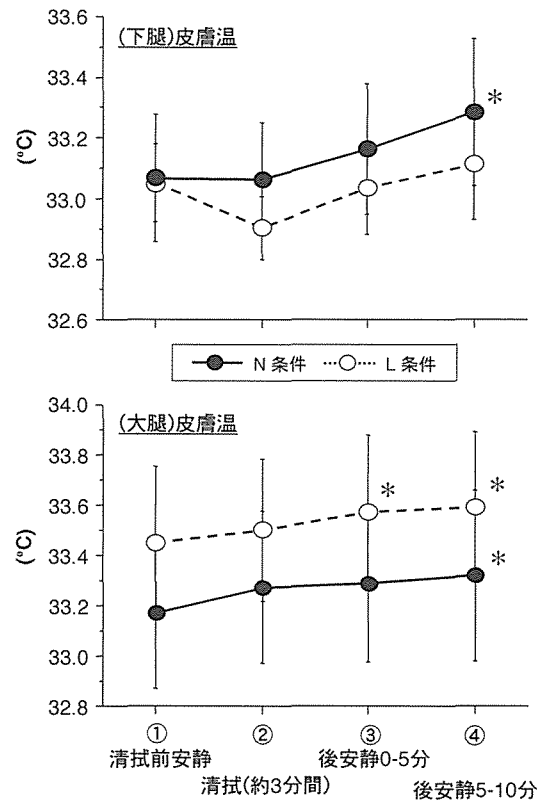
図 3 (右手掌) 皮膚血管コンダクタンスと皮膚温の変化 (mean ± SE)

図 4 (左手掌) 皮膚血管コンダクタンスと皮膚温の変化 (mean ± SE)



*, ①清拭前安静 (5分) との間に有意差 ($p < 0.05$)

図5 (左前腕) 皮膚血管コンダクタンスと皮膚温の変化 (mean ± SE)



*, ①清拭前安静 (5分) との間に有意差 ($p < 0.05$)

図6 下腿および大腿皮膚温の変化 (mean ± SE)

表1 皮膚温, 心拍数, 血圧の変化 (mean ± SE)

		①清拭前安静	②清拭	③清拭後安静 (0 - 5分)	④清拭後安静 (5 - 10分)
胸皮膚温 (°C)					
	N条件	34.4 ± 0.3	34.5 ± 0.2	34.4 ± 0.2	34.4 ± 0.2
	L条件	34.2 ± 0.2	34.2 ± 0.2	34.2 ± 0.2	34.3 ± 0.2
平均皮膚温 (°C)					
	N条件	33.7 ± 0.2	33.8 ± 0.2	33.8 ± 0.2	33.8 ± 0.2
	L条件	33.9 ± 0.2	33.9 ± 0.2	33.9 ± 0.2	33.9 ± 0.2
心拍数 (拍/分)					
	N条件	58 ± 4	63 ± 3*	59 ± 4	58 ± 4
	L条件	62 ± 4	62 ± 3	62 ± 3	62 ± 3
収縮期血圧 (mmHg)					
	N条件	126 ± 3	125 ± 2	122 ± 2	126 ± 2
	L条件	127 ± 5	128 ± 4	126 ± 4	127 ± 5
拡張期血圧 (mmHg)					
	N条件	69 ± 4	68 ± 3	68 ± 4	69 ± 3
	L条件	68 ± 4	67 ± 4	67 ± 4	67 ± 4
平均血圧 (mmHg)					
	N条件	88 ± 3	87 ± 2	86 ± 3	88 ± 2
	L条件	87 ± 4	87 ± 4	87 ± 4	87 ± 4

*, ①清拭前安静 (5分) との間に有意差 ($p < 0.05$)

差)であり、L条件に比べてN条件の方が、有意に高値を示した。これらの値は当初の設定清拭圧(N条件:1.8, L条件:0.9 kgf/cm²)に近似する結果であった。

右手掌の%皮膚血管コンダクタンスは(図3上)、清拭中から後安静5分までL条件に比べてN条件の方が、有意に高値を示した。またN条件においては、清拭前に比べて清拭中および後安静5分まで有意に増加した。右手掌皮膚温については(図3下)、N条件にのみ、清拭前に比べて後安静0-5分において有意な上昇が認められた。

清拭を実施していない左側上肢における手掌の%皮膚血管コンダクタンス(図4上)も右手掌と同様に、清拭中から後安静5分までL条件に比べてN条件の方が、有意に高値を示した。またN条件にのみ、清拭前に比べて後安静0-5分において有意な増加が認められた。一方、左手掌皮膚温については(図4下)、両条件ともに有意な変化は認められなかった。

また左手掌と同じく、清拭を実施していない左側上肢における前腕の%皮膚血管コンダクタンス(図5上)においても、N条件で清拭前に比べて清拭中から後安静10分まで有意に増加し、さらにL条件においても清拭前に比べて後安静5-10分において有意な増加が認められた。一方、左前腕皮膚温(図5下)については、N条件でのみ、清拭前に比べて清拭後10分まで有意な上昇が認められた。

以上の結果、%皮膚血管コンダクタンスは、N条件での清拭中には、清拭実施側である右手掌だけでなく(図3上)、清拭未実施側の左手掌(図4上)や前腕(図5上)においても、有意な増加を示していた。

清拭を実施した下腿の皮膚温(図6上)は、N条件でのみ清拭前に比べて清拭後5-10分まで有意に上昇した。一方、大腿皮膚温(図6下)においては下腿皮膚温同様、N条件における清拭後5-10分での有意な上昇に加え、L条件においても、清拭前に比べて清拭後10分まで継続的に有意な上昇が認められた。

表1は胸皮膚温、平均皮膚温、心拍数および血圧パラメータにおけるデータ区間ごとの値を示している。N条件の心拍数にのみ、清拭前に比べて清拭中の有意な増加が認められた。しかし、胸皮膚温、平均皮膚温および血圧パラメータには両清拭圧条件ともに、清拭による有意な変化は認められなかった。

IV. 考 察

先行研究によると、熱布貼用などの短時間局所温熱刺激に対する刺激部位の皮膚血流量や皮膚温の変化は、温度や貼用時間の違いに加え、刺激後の水分拭き取りや保温操作の有無などにより異なっている^{4, 5, 20-22)}。しかし、本研究では清拭圧の違い以外は、同一被験者で、かつ清拭部位、

清拭時の体位、被験者の四肢の角度、温湯の温度を含め同じ条件で実施したこと、通常清拭を行う際と類似の圧条件(N条件)と通常清拭よりも弱いな程度の圧条件(L条件)との間にみられた皮膚血流ならびに皮膚温応答の違いは、主に清拭圧の違いによるものであると考えられる。これまでも、いくつかの先行研究において、清拭の圧力が測定されているが⁴⁻⁷⁾、本研究での圧力値とそれら報告結果とでは必ずしも一致していない(1程度~3弱 kgf/cm²)。この結果が一致しない理由として、清拭圧の測定方法の違いや測定のタイミング、使用布の乾湿の違い等が考えられる。しかし、本研究では清拭1回ごとに圧力の確認を行ったことから、実験を通じて両清拭条件とも一定圧での清拭を維持することができた。

通常清拭時と類似の圧での清拭中には、心拍数にも有意な増加が認められた。対して、皮膚血流量の指標である皮膚血管コンダクタンスの有意な増加は、心拍数には変化がない清拭終了後にも認められた。すなわち、この皮膚血管コンダクタンスの増加は心拍数の変化にのみ影響されたものではないと考えられる。本研究において、通常清拭時と類似の圧での類回の清拭中には、清拭実施側である右手掌だけでなく(図3上)、清拭未実施側の左手掌(図4上)や左前腕(図5上)においても、皮膚血管コンダクタンスは有意に増加しており、清拭未実施の反体側左手掌や前腕も含めた末梢循環を促進させることができた。前腕の一部を赤外線や温水などで加温すると、1-2分でその部位のほか、さらにそれより末梢部まで血流量の増加が生じるが、この反応は加温実施側にしか現れない²³⁾。したがって、本研究結果における皮膚血管コンダクタンス増加の全てをこの局所的要因のみで説明することはできない。一方、本研究同様、片腕だけの乾布による摩擦²⁴⁾や1分間の温ウォッシュクロス貼用による温熱刺激^{22, 25)}に対し、刺激側の指と共に反対側の指の皮膚血流量も類似の変化を示す傾向にあるとの報告がある。これらのことから、本研究における通常清拭時と類似の圧での末梢部温湯清拭による皮膚血管コンダクタンスの増加は、熱刺激による局所的要因だけでなく、自律神経系を介して引き起こされた反応であると推察される。

前腕の皮膚血管は、交感神経系血管収縮神経と能動的血管拡張システムの両方の調節を受ける一方、手掌の血管は交感神経系血管収縮神経による調節を受けている¹⁷⁾。しかし、前腕の皮膚血管においても、皮膚温35℃程度までは皮膚血管収縮神経のみにより制御されている^{18, 19)}。したがって、末梢部温湯清拭により皮膚血管収縮神経の活動性が低下したことにより、左右上肢の皮膚血管コンダクタンスが増加した可能性が考えられる。また、左右手掌の皮膚血管コンダクタンスには、清拭前に比べて清拭後5-10分では

すでに有意な変化は認められなかった。一方で、左前腕部においては清拭前に比べて清拭後安静10分まで引き続き有意な増加を示していた。手掌には毛細血管のほかにも動静脈吻合が存在し、寒冷や温熱刺激に対する皮膚血流の反応性は、手掌の方が前腕に比べて早い²⁶⁾。本研究での手掌と前腕における皮膚血流の反応性の違いにも、この血管分布の部位的な違いが関係していると考えられる。

なでる程度の強さである弱い圧での刺激でも清拭後、前腕皮膚血管コンダクタンスの増加（図5上）や大腿皮膚温の上昇（図6下）が認められた。また、通常清拭時と類似の圧で清拭を実施した条件でも皮膚血管コンダクタンスと皮膚温の結果では、清拭による皮膚血管コンダクタンス増加の方が、同一部位の皮膚温上昇より早くとらえられた。これらのことから、なでる程度の弱い圧で実施した頻回の清拭刺激においても部位によってはある程度、末梢血液循環が促進されていたと推察される。

本研究では、上下肢の末梢部においてのみ頻回の清拭を実施した。一方、頻回な清拭は皮膚バリア機能の低下を引き起こすとの報告もある²⁷⁾。そこで、皮膚への影響を考慮し、本研究ではドレッシングテープで皮膚を被覆した状態で清拭を行った。実際のウォッシュクロスやタオルを用いた清拭では摩擦による刺激が大きくなることが予想されることから、摩擦が少ない素材の選択、または石鹸を用いるなど、皮膚への摩擦力を弱める工夫を行い、皮膚への安全面を確保する必要があると考える。また、左右下腿、右前腕部に対する各40回（合計120回）の刺激は通常清拭より大きな刺激であるため、どの程度の清拭刺激（回数）から、はっきりと循環促進効果が得られるのかについて、今後も検討していく必要があると思われる。

また本研究では、9名の男性のみを被験者として用いた。末梢循環や皮膚温への清拭の効果に関する先行研究では、4～27名の主に女性被験者を対象としているが、なかでも本研究の被験者数と近い、被験者数10名前後による報告例が最も多い^{2・8)}。次に男女差に関して、常温環境下での皮膚血管の収縮力は男性に比べ女性の方が強く、前腕の皮膚血流量は低値を示す²⁸⁾。一方、血管拡張物質の皮下導入や局所加温に対する末梢の皮膚血管拡張度は、男性に比べて女性の方が大きい^{28, 29)}。男女5名ずつ（計10名）を被験者とした中村ら²⁾の研究においても、手背皮膚血流量は清拭前、乾布による清拭中ともに、男性の方が女性よりも高値を示している。しかし、この中村ら²⁾のデータ

より算出した清拭による皮膚血流量の増加度は、女性の方が大きくなる。これらのことから、末梢部温湯清拭による循環促進効果は、男女で同様の傾向を示すことが予測されるが、その変化量には男女差が存在する可能性もあり、今後、多くの被験者数や男女差も考慮にいたし、より詳細な研究が期待される。

本研究結果より、皮膚への摩擦力や清拭回数など皮膚への影響を十分に考慮する必要があるものの、治療・検査によりいずれかの四肢を安静に保つ必要があるような対象者に対し、通常清拭圧の温湯清拭により安静部位以外の上下肢を意識的に頻回の刺激をすることで、安静部位の末梢循環についても促進させる可能性が期待される。一方、弱い清拭圧での末梢部温湯清拭についても、ターミナル期の患者の黄疸や浮腫などへのケアとして応用の可能性が考えられる。

また実際の清拭場面において、より末梢循環の促進効果を得るには、拭く部位の範囲や回数だけでなく、清拭圧も対象者に合わせて変化させることに加え、さらに四肢等を温タオルで蒸す動作を繰り返し入れることや、手足のマッサージを組み合わせるとよいのではないと思われる。

そして今後、さらにこのような清拭技術の身体への影響について科学的に検討していくことが、温度刺激や圧力刺激などの各要素を効果的に取り入れた新たな看護ケアの開発にも結びつくと思われる。

V. ま と め

通常清拭時と類似の圧での約3分間（3部位、計120回）の末梢部温湯清拭により、清拭未実施の反対側も含めた末梢部皮膚の血液循環を一定時間にわたり促進させることが確認できた。一方、通常清拭よりも弱いなでる程度の清拭圧でも部位によっては皮膚血流量指標の増加や皮膚温の上昇がみられた。したがって、通常の温湯清拭においても対象者の状況に応じて清拭部位、清拭回数ならびに清拭圧を変化させることや、他の温熱刺激と組み合わせて使用することで、より末梢循環の促進効果が得られると思われる。

謝 辞

本研究に快く協力してくださいました東京都立大学の学生の皆様に、深く感謝いたします。

本研究は、第32回日本看護研究学会学術集会において報告したものをまとめたものである。

要 旨

本研究では、清拭における圧の影響に着目し、異なる圧力での末梢部温湯清拭の皮膚血流反応への効果を検討した。9名の成人男性に安静後、約3分間の温湯清拭を実施した。清拭圧は1.8（通常圧条件）および0.9（弱圧条件：なでる程度） kgf/cm^2 に設定した。清拭部位は右前腕および左右下腿前面内側の3部位とし、1部位10回（末梢から中枢）を4サイクル、計120回拭いた。通常圧条件では右手掌に加え、清拭未実施側の左手掌や前腕の皮膚血流量指標は清拭後も有意に増加した。このことから、末梢部のみの通常圧温湯清拭でも、頻回に行うことで、末梢循環は清拭未実施側の部位も含め、ある程度促進されることが示唆された。一方、弱圧条件でも右前腕の皮膚血流量指標は有意に増加した。したがって、通常の温湯清拭による末梢循環の促進を考えるうえでも、対象者の状況に応じ清拭部位、圧、回数などを変えて実施することが効果的であると思われる。

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of pressure difference attributable to bed-bath cleansing of the limbs to peripheral skin blood flow responses. Nine male subjects underwent bed bath treatment for about 3 min after a resting period. Two different treatment pressures were selected: normal and lower pressure conditions were set respectively as 1.8 and 0.9 kgf/cm^2 . The sites of the bed bath treatment were the right forearm and medial side of the lower legs. Each site was treated 40 times with a peripheral-to-center direction. In normal pressure conditions, skin blood flow index on the right and left palm and left forearm still increased significantly after the end of the bed bath treatment. These results indicate that the peripheral cutaneous circulation of both treated and untreated sides would be improved by frequent bed bath treatment with normal pressure on limbs in practical situation. Bed bath treatment with lower pressure also increased skin blood flow index significantly on the right forearm. Results suggest that regulation of the sites, the treatment pressures and the number of times of usual bed baths for each patient would be effective.

文 献

- 1) 松田たみ子：清拭への援助技術 循環を促す清拭の技術 経験的知識。Nursing Today 別冊「ナーシング・トゥデイ」, No. 9 看護技術の科学と検証 日常ケアの根拠を明らかにする（川島みどり監）, 79-83, 1999.
- 2) 中村久美子, 今留忍, 他：清拭時の摩擦方向が四肢の循環に及ぼす影響について, 月刊ナーシング, 20(9), 148-153, 2000.
- 3) 吉岡多美子, 草川好子, 他：看護技術がもたらす生体への効果の解析 3 - 清拭時の摩擦方向が血圧・皮膚血流・皮膚温の変動に及ぼす影響 -, 日本看護研究学会雑誌, 26(3), 313, 2003.
- 4) 浅川和美, 奥村百合恵, 他：清拭による局所循環促進効果 - 皮膚の表面温度・血流の変化からとらえる -, 看護技術, 45(3), 103-108, 1999.
- 5) 松村千鶴, 田中輝和：清拭における温熱刺激及び摩擦刺激が心身に及ぼす影響 - 熱布貼用と熱布清拭の比較 -, 香川医科大学看護学雑誌, 7(1), 21-32, 2003.
- 6) 安部テルコ, 西沢義子, 他：清拭による脈波, 心拍数および皮膚温の変化, 弘前大学教育学部紀要, 55, 83-91, 1986.
- 7) 安ヶ平伸江：上肢を異なる2方向で拭いた時の自律神経系反応の比較, 日本看護技術学会誌, 3(1), 51-57, 2004.
- 8) 松田たみ子：生活への援助技術を科学する - 清拭の四肢の拭き方の検討から -, 日本看護研究学会雑誌, 21(5), 33-37, 1998.
- 9) 新田紀枝, 阿曾洋子, 他：足浴, 足部マッサージ, 足浴後マッサージによるリラクゼーション反応の比較, 日本看護科学会誌, 22(3), 55-63, 2002.
- 10) 上馬場和夫, 許鳳浩, 他：手部と足部の押圧刺激による循環・呼吸・自律神経系の変化の違い, 東方医学, 19(4)・20(1), 13-22, 2004.
- 11) Arbeille, P., Sigaud, D. et al.: Femoral to cerebral arterial blood flow redistribution and femoral vein distension during orthostatic tests after 4 days in the head-down tilt position or confinement. Eur. J. Appl. Physiol, 78, 208-218, 1998.
- 12) Convertino, V.A., Doerr, D.F., Stein, S.L.: Changes in size and compliance of the calf after 30 days of stimulated microgravity. J. Appl. Physiol, 66(3), 1509-12, 1989.
- 13) Belin de Chantemèle, E., Pascaud, L. et al.: Calf venous volume during stand-test after a 90-day bed-rest study with or without exercise countermeasure. J. Physiol, 561(2), 611-622, 2004.
- 14) 肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン作成委員会：肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン, Medical Front International Limited, 東京, 2004.
- 15) Smolander, J., Härmä, M. et al.: Circadian variation in peripheral blood flow in relation to core temperature at rest. Eur. J. Appl. Physiol, 67, 192-196, 1993.
- 16) Ramanathan, N.L.: A new weighting system for mean surface temperature of human body, J. Appl. Physiol, 19(3), 531-533, 1964.
- 17) Johnson, J.M., Proppe, D.W.: Cardiovascular adjustments to heat stress. In: Fregly, M.J., Blatteis, C.M. (Eds): Handbook of Physiology, Environmental Physiology. sect.4, Vol.I, chapt. 11, 215-243, Am. Physiol. Soc., Bethesda, 1996.
- 18) Pérgola, P.E., Johnson, J.M. et al.: Control of skin blood flow by whole body and local skin cooling in exercising humans. Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol, 270, H208-H215, 1996.
- 19) Kamijo, Y.I., Lee, K. et al.: Active cutaneous vasodilation in resting humans during mild heat stress. J. Appl. Physiol, 98, 829-837, 2005.

- 20) 村上静子, 安斎三枝子, 他: 看護技術としての清拭-皮膚温・熱流測定からの検討-, 看護技術, 31(3), 127-130, 1985.
- 21) 奥村百合恵, 浅川和美, 他: 温湯清拭による皮膚の血液循環促進効果-アルコール負荷による検討, Ann. Physiol. Anthropol., 13(1), 49-54, 1994.
- 22) 真砂涼子, 三隅順子, 他: 清拭技術の生体に及ぼす効果に関する基礎研究 1-局所温度刺激の皮膚血流と皮膚温への影響-, 日本看護科学学会誌, 16(2), 第16回日本看護科学学会講演集, 130-131, 1996.
- 23) Crockford, G.W., Hellon, R.F. et al.: Thermal vasomotor responses in human skin mediated by local mechanisms, J. Physiol., 161, 10-20, 1962.
- 24) 吉岡多美子, 草川好子, 他: 看護技術がもたらす生体への効果の解析 2-清拭時の摩擦方向が皮膚血流と皮膚温変動に及ぼす影響-, 日本看護研究学会雑誌, 25(3), 205, 2002.
- 25) 三隅順子, 松田たみ子, 他: 清拭技術の温熱効果に関する基礎研究-局所温熱刺激が心身に及ぼす影響-, 日本看護研究学会雑誌, 20(3), 124, 1997.
- 26) Johnson, J.M., Pèrgola, P.E. et al.: Skin of the dorsal aspect of human hands and fingers possesses an active vasodilator system. J. Appl. Physiol., 78(3), 948-954, 1995.
- 27) 佐伯由香, 中野榮子: 清拭の洗浄度ならびに皮膚生理機能に及ぼす清拭の影響, 日本看護研究学会雑誌, 29(3), 252, 2006.
- 28) Algotsson, A., Nordberg, A. et al.: Influence of age and gender on skin vessel reactivity to endothelium-dependent and endothelium-independent vasodilators tested with iontophoresis and a laser Doppler perfusion imager. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci., 50 (2), M121-127, 1995.
- 29) Kunkel, C.F., Figoni, S.F. et al.: Scanning laser-Doppler imaging of leg- and foot-skin perfusion in normal subjects -Analysis of age, gender, site and laser-type effects-. Am. J. Phys. Med. Rehabil., 86 (4), 262-271, 2007.

〔平成18年11月16日受 付〕
〔平成19年12月6日採用決定〕

日本看護研究学会 第18回 北海道地方会学術集会のご案内

テーマ：がん医療の変革のとき—看護としての挑戦—

がんと共に生きる人々は、高齢化と相まって年々増加の一途をたどっています。しかし、これらの人々は、がんと診断されたときから自らの生き方を選択しようにも、必要な医療や情報が得られず、「がん難民」とさえ称されています。

この状況に対する施策として、昨年6月、がん対策基本法が制定され、我が国のがん医療は、急速に変わりつつあります。また、時を同じくして、がん医療に携わる専門職者を育成するプランがいくつか推進されており、がん医療において看護が果たす役割が期待される今、看護職者には、がんと共に生きる人々をどのようにとらえ、看護の何を変え、何を継続していくのか、その選別と新たな方向性の模索が求められていると言えます。

本学術集会では、がんを持つ人々の生活を「がんサバイバーシップ」としてとらえ、シンポジウムや研究発表を通して、サバイバーシップを理解するための視点やサバイバーシップへの支援についてどのように取り組んでいったらよいのかを検討したいと思います。

日本看護研究学会 第18回北海道地方会学術集会長 平 典子

開催日時：平成20年6月28日（土）12：30～17：00

会 場：北海道医療大学 札幌サテライトキャンパス

札幌市中央区北3条西4丁目 日本生命札幌ビル5階 011-761-7055

会 費：会員 2,000円 非会員 3,000円 学生 1,000円

プログラム

12：30 総会

13：20 学術集会開会

13：25 シンポジウム～がんサバイバーシップを支えるために

がんサバイバーの立場から 本田麻由美氏（読売新聞 記者）

サポートグループ活動 長谷川美栄子氏（がんを知って歩む会）

ナースへのサポートプログラム 川村三希子氏（kanwa-n-net）

15：30 研究発表（口演）

17：00 閉会

問い合わせ先

日本看護研究学会北海道地方会学術集会事務局 明野伸次

TEL 0133-23-1859 E-mail akeno@hoku-iryo-u.ac.jp

日本看護研究学会 東海地方会 第2回セミナー開催のお知らせ（第2報）

テーマ：「看護研究への取り組みの実際」 －質的研究をはじめる第1歩にしよう！－

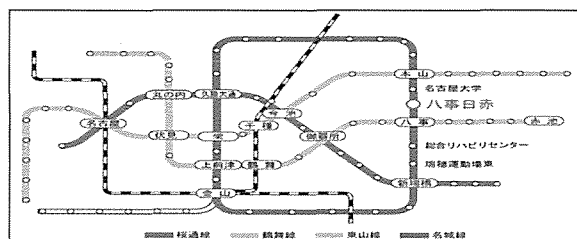
このたび、質的研究に興味、関心がある方々を対象に、講義・ワークショップを通して、実際に質的研究を進める方法の入門編セミナーを企画させていただきました。本セミナーは、質的研究の手法を、講義・ワークショップを通して実践的に学ぶことを目的としています。講義は、質的研究の特徴、方法について、基礎的な知識の導入としております。ワークショップでは、「質的データ」をどう分析するのか、具体的な方法を知り小グループで実際に体験していただければと考えております。

質的研究への取り組みの第一歩として、多くの皆様のご参加をこころよりお待ちしております。

2008年4月

日本看護研究学会東海地方会第2回セミナー企画者 市江和子・柿原加代子

日時：2008年8月9日（土）10時～16時
会場：名古屋第二赤十字病院（八事日赤）
研修ホール（1階）・会議室（地下）
〒466-8650 名古屋市昭和区妙見町2番地9



プログラム：

☆10時30分～12時20分 講演「質的研究について」 山崎浩司氏
東京大学大学院人文社会系研究科 次世代人文学開発センター 上廣死生学寄附講座 講師

☆13時30分～16時 ワークショップ グループに分かれて実施（先着46名）

（1）質的研究のエッセンスを体感するためのグループワーク

- ・担当：山崎浩司（東京大学）
- ・人数：16名
- ・内容：比較的入門者むけに、グループワークを通して質的研究の方法を学ぶ。

（2）内容分析

- ・担当：市江和子（聖隷クリストファー大学看護学部）
田中昭子（名古屋市立大学看護学部）
- ・人数：30名程度
- ・内容：記載されたデータについて、内容の類似性・差異性による文脈を分け、意味のまとまりを分類する。得られた分類から、その意味を反映した内容をカテゴリー化する方法を学ぶ。

★参加費：講演—会員 無料・非会員 1,000円 ワークショップ—会員・非会員とも無料
★参加申し込み：Emailにて、講演・ワークショップ（1）、（2）への参加の希望、氏名、所属、会員番号、
連絡先（FAX Email等）を記入の上、お申し込み下さい。折り返し参加についてご連絡致します。（ワークショップは、先着順にて締め切らせていただきます）
★問い合わせ先：市江和子
〒433-8558
浜松市北区三方原町3453 聖隷学園 聖隷クリストファー大学 看護学部
e.mail：kazuko-i@seirei.ac.jp TEL/FAX：053-439-1963（ダイヤルイン）

第12回東海地方会学術集会以参加のお礼とお詫び

皆様方におかれましては、益々ご活躍のこととお慶び申し上げます。

この度の学術集会以では、多くの参加者をお迎えし開催することができました。心よりお礼申し上げます。

一方で、会場の収容人数を超える事前申し込み数になったことから、事前申込者の一部の方や、当日参加を希望して来られた方に参加をお断りしなくてはならなかったことにつきまして、深くお詫び申し上げます。

第12回日本看護研究学会東海地方会学術集会大会長 藤井 徹也

日本看護研究学会東海地方会会長 渡邊 順子

第29回バイオメカニズム学術講演会 (SOBIM2008 in Hiroshima)

開催のご案内

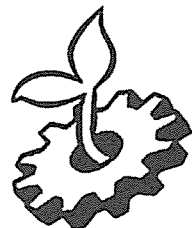
主催：バイオメカニズム学会

会期：2008年10月25日（土）・26日（日）

会場：広島大学 東広島キャンパス

〒739-8524 広島県東広島市鏡山一丁目1番1号

SOBIM2008
in Hiroshima
Society of
Biomechanisms



本年度の第29回バイオメカニズム学術講演会は、広島大学東広島キャンパスで開催されます。バイオメカニズム学会は、1973年の発足以来、理工学、医学、人文科学などのさまざまな分野の研究者に交流の場を提供し、バイオメカニクスや機能代行、ロボットなどの研究をリードしてきました。本学術講演会では「工学・医学・生物学・心理学を融合し進化するバイオメカニズム」をテーマとして、生体機能の計測・解析・制御、医療福祉応用、産業応用などバイオメカニズムの基礎研究から応用研究、さらには新分野との融合の試みなどさまざまなトピックスの講演を広く募集いたします。皆様の積極的なご参加をお待ちしております。

実行委員長：辻 敏夫（広島大学）

プログラム委員長：柴 建次（広島大学）

講演発表募集

- 講演申込締切 2008年7月4日（金）（予定）
- 予稿原稿投稿締切 2008年9月12日（金）（予定）

●会場までの交通機関

JR山陽本線「西条駅」で下車→JR/芸陽バス広島大学行き（3番のりば）に乗車
「広島大学中央口」で下車（約20分、片道280円）
広島大学HP <http://www.hiroshima-u.ac.jp/index-j.html/>

●問い合わせ先

第29回バイオメカニズム学術講演会事務局

〒739-8527 広島県東広島市鏡山1-4-1

広島大学大学院工学研究科生体システム論研究室

第29回バイオメカニズム学術講演会事務局

実行委員長 辻 敏夫

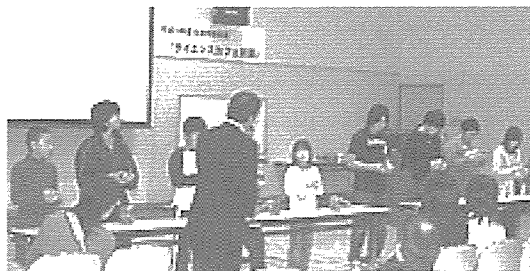
電話：082-424-7676, Fax：082-424-2387

総合e-mail：sobim08@hiroshima-u.ac.jp

学術講演会HP：<http://home.hiroshima-u.ac.jp/~sobim08/>

■ 北海道地区会議主催公開学術講演会、「サイエンスカフェ釧路」

平成19年12月22日（土）、日本学術会議北海道地区公開学術講演会、「サイエンスカフェ釧路」が釧路市生涯学習センターで開催されました。本イベントでは、海部宣男先生（日本学術会議第三部部長、放送大学教授、国立天文台名誉教授）による講演「とけた冥王星の謎と新しい太陽系の姿」があったほか、「何でも聞いてみよう宇宙の謎」というテーマで海部先生と観客が気軽に語り合ったり、「科学のおもしろさへの招待」として、「高専ロボコン」に参加したロボットを観客が実際に操縦する機会を設けるなど、釧路工業高等専門学校（以下、釧路工業高専）の学生による様々な催しが行われ、盛況のうちに終了しました。



■ 九州・沖縄地区会議主催公開学術講演会「地域バイオマス資源の有効活用」

平成20年1月22日（火）、宮崎県にて日本学術会議九州・沖縄地区会議主催公開学術講演会「地域バイオマス資源の有効活用」が開催されました。当日は、唐木第二部長、共催大学の宮崎大学、九州保健福祉大学の先生よりそれぞれ講演があり、約100名の一般聴講者を交え活発な質疑応答なども見られました。



なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel： 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■ IAC (インターアカデミーカウンスル) 理事会 (報告)

2008年1月28日～30日に、第8回 IAC理事会が、オランダ芸術科学王立アカデミー (アムステルダム) にて開催されました。本理事会には、15カ国のアカデミー並びに関連機関の代表者が参加し、日本学術会議からは、金澤一郎会長、唐木英明第二部部长 (G8学術会議分科会委員長)、綱木雅敏事務局次長等が出席しました。理事会では、昨年秋公表された IACエネルギー報告のフォローアップ、新規プロジェクトである「感染症のモニタリング機能強化」等について議論が行われたほか、ICSU、IAP等関連機関の活動報告等がありました。最終日には IAP 執行委員会との初めての合同会議が開催され、連携強化に向けた活発な意見交換が行われました。また、日本学術会議は今年3月に G8 学術会議を主催の後、G8 サミットに向けた各国学術会議の共同声明を取りまとめることから、今年の共同声明のテーマ案について金澤会長が説明を行いました。



■ 日本学術会議主催公開講演会「生殖補助医療のいま—社会的合意を求めて—」

日本学術会議では、代理懐胎を中心に生殖補助医療をめぐる様々な問題について、「生殖補助医療の在り方検討委員会」で審議を行っていますが、委員会でやってきた検討の状況を広く説明し、参加者の理解を深めていただくとともに、参加者の方々の議論を委員会における審議に活かすことを目的とした講演会を1月31日(木)に日本学術会議講堂にて開催しました。



ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。
 [日本学術会議事務局企画課]〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34
 (Tel: 03-3403-1906、E-mail: p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

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」と朱書きし、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。刷紙媒体に必要な著者は，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，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作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30mm、上下余白50mm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）、始ページー終ページ、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ー終ページ、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、始ページー終ページ、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/journal/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、A 4 サイズの用紙に配置した場合に必要な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20年度会費納入のご案内について

平成19年度会費をお納めの上、平成20年3月31日までに、平成20年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌31巻1号を送付いたしております。

平成20年度会費未納の方は、お早めに同封の振り込み用紙または、下記の納入方法でお振込下さいますようお願いいたします。

記	
年会費	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、会員番号は、必ずご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、氏名、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご確認の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記してありますので、ご確認下さい。

ラベル見本

260-0856
千葉県中央区亥鼻1-2-10
千葉 花子
(3)(ち9999)(2007)
平成20年度会費をお支払い下さい。

- ①：地区番号
②：会員番号
③：会費最終納入年度

2 送付先等変更の場合・学会誌巻末の「変更届」に新しい送付先を楷書でお書きいただき、フリガナを付記し、FAX(043-221-2332)又はメール(info@jsnr.jp)で事務局までお知らせ下さい。

3 下記の方が、住所不明です。ご存知の方は、ご本人または、事務局までご連絡をお願いいたします。

い0527 石黒千映子 く0234 久野 典子 た0691 竹田 歩 と0117 堂下 芳美
と0196 遠田 和子 ひ0252 日隈 輝美(2006)
か0383 片岡 ゆみ く0124 功刀 任子 さ0570 三部真由子 な0477 中島 宣昭(2005)

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

※ 個人情報の管理について

日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱い、本会運営目的のみに使用いたしております。

日本看護研究学会雑誌

第31巻 1号

会員無料配布

平成20年4月20日 印刷

平成20年4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 川西千恵美(理事) 徳島大学医学部保健学科

山勢 博彰(理事) 山口大学大学院医学系研究科

平元 泉(評議員) 秋田大学医学部保健学科

森 千鶴(評議員) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

佐々木綾子(会員) 福井大学医学部看護学科

多田 敏子(会員) 徳島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 千葉県中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

新ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: info@jsnr.jp

発行者 山口 桂子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町1-10-6

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

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費7,000円、合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日（2週間）以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、（ ）内に専門の研究分野を記入して下さい。

6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

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

8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。
- *個人情報の管理について

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

-----（切り取り線より切ってお出してください）-----

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

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

フリガナ				専門区分	看護学・医学・その他（ ）				
氏 名				生 年	西暦 年 月	性別 男 ・ 女			
所 属	TEL		FAX		地 区 割				
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒							
E - m a i l									
自 宅	TEL		FAX						
評 議 員 推 薦 者 氏 名				会員番号					
推 薦 者 所 属									
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日								
	受付番号		年度入会会員番号						
	受 付 日		巻 号～						
	通知番号		送 付 日						
						1 北 海 道 北海道			
						2 東 北 青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島			
						3 関 東 千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟			
						4 東 京 東京, 埼玉, 山梨, 長野			
						5 東 海 神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重			
						6 近畿・北陸 滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川			
						7 中国・四国 島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知			
						8 九 州 福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄			

変 更 届

日本看護研究学会事務局 宛（FAX 043-221-2332）

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

勤務先の変更

所 属 名：

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

氏名の変更

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先（ ） 自 宅（ ）

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

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

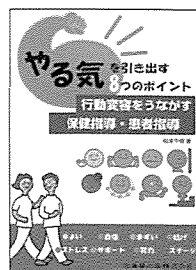
*受付年月日: ____年 ____月 ____日

医歯薬出版の 新刊書 好評書

◆平成20年4月から実施の「特定検診・保健指導」のテキストとして最適の実務ガイド！

やる気を引き出す8つのポイント 行動変容をうながす保健指導・患者指導

松本千明／著
A5判 110頁
定価1,680円
(本体1,600円 税5%)



◆疫学の基本的な考え方が理解できるように全体の流れを重視してまとめた疫学の入門書！

基本からわかる 看護疫学入門

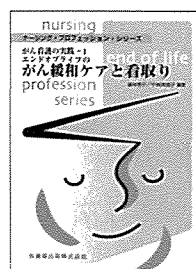
大木秀一／著
B5判 164頁
定価2,940円
(本体2,800円 税5%)



◆図・写真・イラストを多用し、事例紹介やポイントにはコラムなどを挿入しながらわかりやすく構成！

ナーシング・プロフェッション・シリーズ がん看護の実践-1 エンドオブライフのがん緩和ケアと看取り

嶺岸秀子 千崎美登子／編
B5判 212頁
定価3,780円
(本体3,600円 税5%)



◆皮膚・排泄ケア(WOC)認定看護師の役割、資格取得プロセスを明記し、専門的な知識や技術の習得に欠かせない内容を解説！

ナーシング・プロフェッション・シリーズ ストーマケアの実践

松原康美／編著
B5判 172頁
定価3,360円
(本体3,200円 税5%)



◆コミュニケーションの基本的知識をその根拠も含めて理解し、より効果的な実践につなげるために不可欠の書！

自分を見つめる カウンセリング・マインド

ヘルスケア・ワークの基本と展開

五十嵐 透子／著
B5判 152頁
定価2,940円
(本体2,800円 税5%)



◆“こころ”と“からだ”のセルフ・コントロールを望むすべての人々に贈る行動療法の入門書！

リラクゼーション法の理論と実践

ヘルスケア・ワーカーのための行動療法入門

五十嵐透子／著
B5判 178頁
定価2,730円
(本体2,600円 税5%)

