

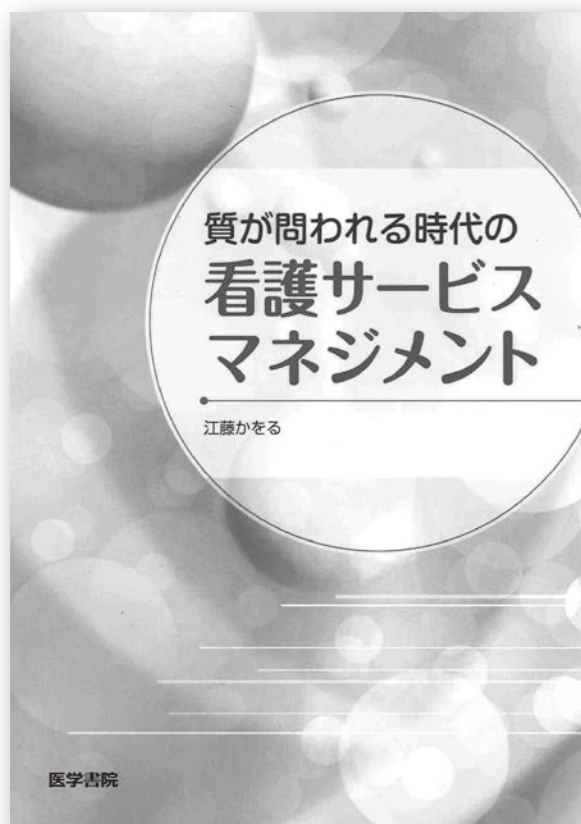
JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 34 Number 4 September 2011 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[34巻 4号]

好評書『看護サービスマネジメント―「患者」から「顧客」の時代へ』がリニューアル!



質が問われる時代の 看護サービス マネジメント

江藤 かをる エデュネット協会代表

人材育成コンサルタントとして病院の研修に数多く携わっている著者が、「医療はサービス業である」という視点から、一般企業のマネジメント事例やマネジメント論を取り入れて独自の「看護サービスマネジメント」について言及。著者自身が看護や医療現場を実際に見聞きする中で得た改善・改革のヒントは、きわめて具体的。組織的サービスの質を高めることが求められる今日の看護師・看護管理者に、患者サービスの本質を伝える1冊。

●A5 頁224 2011年

定価2,730円(本体2,600円+税5%)

[ISBN 978-4-260-01311-6]

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更となります。

[目次]

第1章 患者満足(PS)と顧客満足(CS)

患者満足(PS)と顧客満足(CS)
経営感覚とPS
従業員満足(ES)もなおざりにしない
Evidence Based Design

第2章 サービスと組織

サービスは組織的に提供する
組織での管理者の位置づけ
リーダーとしての管理者のスタイル
「組織」を理解する

第3章 サービス人間を育てる

「お手軽」に人は育たない
採用で8割が決まる
新人の育て方
医療界における教育不足のツケ
価値観・立場の違いへの配慮
サービス人間とは

第4章 看護師としての適性を養う

看護サービスの基礎の基礎
悪しき慣行
敬語はいらない?
対人サービスにおけるトラブル
病棟から外へ目を向ける
ユマニチュード



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

携帯サイトはこちら



一般社団法人日本看護研究学会平成23年度会員総会において、次の事項（会告（1）～（2））が提案のとおり決定されましたのでお知らせいたします。

会 告（1）

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程に基づいた選考の結果、平成22年度奨励賞受賞論文が下記のとおり決定し、会員総会終了後、表彰・記念品授与が行われました。

平成23年 8 月 7 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

記

受賞対象論文：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

日本看護研究学会雑誌31巻 1 号, pp.55-65, 2008

筆 頭 著 者 名：横山 純子

共 同 著 者 名：宮腰 由紀子

受賞対象論文：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

日本看護研究学会雑誌31巻 1 号, pp.47-54, 2008

筆 頭 著 者 名：加藤 真由美

共 同 著 者 名：小松 佳江, 泉 キヨ子, 西島 澄子, 平松 知子, 浅川 康吉, 樋木 和子

受賞対象論文：親の役割受容と親役割行動が子どもの評価する家族機能と精神的健康に与える影響

The Influence of Parental Role-Acceptance and Parental Role Behavior to Family Function and the Mental Health of Adolescents

日本看護研究学会雑誌32巻 2 号, pp.55-63, 2009

筆 頭 著 者 名：高見 三奈

共 同 著 者 名：佐藤 幸子, 塩飽 仁

会 告（2）

第40回（平成26年度）学術集会会長は、日本赤十字看護大学 中木 高夫氏 に決定しました。

第41回（平成27年度）学術集会会長は、広島大学大学院保健学研究科 宮腰 由紀子氏 に決定しました。

平成23年 8 月 7 日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告（3）

一般社団法人日本看護研究学会定款第 4 章第11条および、同評議員選出規程により、一般社団法人評議員選挙（2011年）を行いますのでお知らせします。

評議員任期 平成24年定時社員総会の日より平成28年定時社員総会の前日まで

平成23年 9 月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告（４）

一般社団法人日本看護研究学会評議員選挙（2011年）選挙管理委員については、学会誌34巻2号（6月20日発行）会告（2）においてお知らせしました。

選挙管理委員長について評議員選出規程第8条2.により、委員長を下記のとおり委嘱しました。

記

委員長 石川 ふみよ 氏

任期は評議員選挙（2011年）に関する業務の完了までとする。

平成23年9月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

会 告（５）

一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程第2条3.第3条により以下のとおりとします。

1）選出する評議員の定数

1. 北海道	4名	2. 東北	5名	3. 関東	5名	4. 東京	10名	
5. 東海	12名	6. 近畿・北陸	16名	7. 中国・四国	10名	8. 九州・沖縄	9名	
							合計	71名

2）投票締切日 平成23年11月30日

3）投票の方法

投票はWeb上または郵送によって行われますが、方法については選挙人に対して別途送付する投票要領をご覧ください。

平成23年9月20日

一般社団法人 日本看護研究学会
選挙管理委員会
委員長 石 川 ふみよ

会 告（6）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成24年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成23年 9 月20日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名 称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条（目 的）

本会は日本看護研究学会の事業の一として、優秀な看護学研究者の育成の為に、その研究費用の一部を授与し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第3条（資 金）

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条（対 象）

日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めた者若干名とする。

2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

5) 奨学金は年間50万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

第5条（義 務）

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、その学術集会号に奨学会報告掲載する義務を負うものとする。

2) 奨学会研究の成果を原著レベルの論文として誌上発表する義務を負うものとする。

第6条（授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第7条（罰 則）

奨学金を受けた者が義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、授与された奨学金の全額を返還しなければならない。

第8条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 平成24年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー 6 部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。または、申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者。研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

3. 応募期間

平成23年11月1日から平成24年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

日本看護研究学会奨学会委員長（以下奨学会委員会と略す）は、応募締切後、規程に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長	深井喜代子	理事	（岡山大学大学院保健学研究科）
委員	紙屋克子	理事	（静岡県立大学大学院看護学研究科）
	新道幸恵	理事	（日本赤十字広島看護大学）
	松岡緑	理事	（学校法人福岡女学院看護大学）
	良村貞子	理事	（北海道大学大学院保健科学研究院）

6. 奨学金の交付

選考された者には、年間50万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒260-0015 千葉市中央区富士見2-22-6 富士ビル6階
一般社団法人 日本看護研究学会
奨学会委員会 委員長 深井喜代子

（注1）審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにすること。

会 告 (7)

第38回日本看護研究学会学術集会を下記のとおり、沖縄県宜野湾市において開催いたしますのでお知らせいたします。

平成23年 9 月20日

第38回日本看護研究学会学術集会
会長 宇 座 美代子
(琉球大学医学部保健学科地域看護学 教授)

記

メインテーマ：文化に根ざす看護研究の道 ～沖縄から発信～

期 日：平成24年 7 月 7 日 (土), 8 日 (日)
プレカンファレンスセミナー 7 月 6 日 (金)
会 場：沖縄コンベンションセンター
〒901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜 4 - 3 - 1

第38回日本看護研究学会学術集会 事務局
企画運営本部
〒903-0215 沖縄県西原町上原207
琉球大学医学部保健学科地域看護学内
第38回日本看護研究学会学術集会 事務局
FAX：098-895-1432
E-mail：muza@eve.u-ryukyu.ac.jp

運営事務局
〒900-0015 沖縄県那覇市久茂地 3 - 1 - 1 日本生命那覇ビル 6 F
株式会社 沖縄コングレ
TEL：098-869-4220 / FAX：098-869-4252
E-mail：jsnr38@okicongre.jp
ホームページ <http://www.okinawa-congre.co.jp/jsnr38/>

日本看護研究学会入会申し込み等
〒260-0015 千葉市中央区富士見 2 - 22 - 6 富士ビル 6 階
一般社団法人日本看護研究学会事務局
TEL：043-221-2331 / FAX：043-221-2332
E-mail：info@jsnr.jp

会 告 (8)

日本看護研究学会雑誌33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。

P29 本文

誤

3. 平均心拍数 (表 2 - 1, 2 - 2, 表 3 - 1, 3 - 2)

平均心拍数の区間ごとの比較 (表 2 - 1) では, 看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでの移動前, 移動中, 移動後でそれぞれ, 62.0 ± 8.7 回/分, 62.4 ± 8.5 回/分および 61.8 ± 8.3 回/分であり, 看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでは 62.0 ± 8.5 回/分, 60.4 ± 7.8 回/分および 61.1 ± 8.4 回/分であった。

(2) 以下の通り訂正いたします。

P29 図表

誤

表 2 - 1 平均心拍数 (区間ごとの比較) n = 19

区間	ベッドの高さ	平均値 $\pm$ SD	p 値
移動前	看護師の腰部負担の少ない高さ	62.0 ± 8.7	0.101
	看護師の腰部負担の大きい高さ	62.0 ± 8.5	
移動中	看護師の腰部負担の少ない高さ	62.4 ± 8.5	0.784
	看護師の腰部負担の大きい高さ	60.4 ± 7.8	
移動後	看護師の腰部負担の少ない高さ	61.8 ± 8.3	0.059
	看護師の腰部負担の大きい高さ	61.1 ± 8.4	

正

3. 平均心拍数 (表 2 - 1, 2 - 2, 表 3 - 1, 3 - 2)

平均心拍数の区間ごとの比較 (表 2 - 1) では, 看護師の腰部負担の少ない高さのベッドでの移動前, 移動中, 移動後でそれぞれ, 62.0 ± 8.7 回/分, 62.0 ± 8.5 回/分および 62.4 ± 8.5 回/分であり, 看護師の腰部負担の大きい高さのベッドでは 60.4 ± 7.8 回/分, 61.8 ± 8.3 回/分および 61.1 ± 8.4 回/分であった。

正

表 2 - 1 平均心拍数 (区間ごとの比較) n = 19

区間	ベッドの高さ	平均値 $\pm$ SD	p 値
移動前	看護師の腰部負担の少ない高さ	62.0 ± 8.7	0.101
	看護師の腰部負担の大きい高さ	60.4 ± 7.8	
移動中	看護師の腰部負担の少ない高さ	62.0 ± 8.5	0.784
	看護師の腰部負担の大きい高さ	61.8 ± 8.3	
移動後	看護師の腰部負担の少ない高さ	62.4 ± 8.5	0.059
	看護師の腰部負担の大きい高さ	61.1 ± 8.4	

目 次

— 原 著 —

気管挿管患者の口腔ケアにおけるグリセロールを含む希釈イソジン液の殺菌効果と持続時間の延長	1
--	---

岡山大学病院 門 田 耕 一

香川大学医学部環境保健科学 田 中 輝 和

統合失調症の病識の構造	11
-------------------	----

独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター 菅原(阿部)裕美

筑波大学大学院人間総合科学研究科 森 千 鶴

採血を受ける子どもの非効果的対処行動の関連要因の検討	23
----------------------------------	----

山形大学医学部看護学科 佐 藤 志 保

山形大学医学部看護学科 佐 藤 幸 子

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 塩 飽 仁

— 研究報告 —

新卒看護師の看護技術に対する看護教員と看護実践者の評価の視点と到達基準

— 輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の観察を通して —	33
------------------------------------	----

半田常滑看護専門学校 新 美 綾 子

新卒看護師の蓄積的疲労徴候と離職願望の関連

— 新卒保健師および新卒歯科衛生士との比較 —	45
-------------------------------	----

長野県立こども病院 鬼 澤 典 朗

信州大学大学院医学系研究科 松 永 保 子

長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討	55
--	----

九州大学大学院医学系学府保健学専攻 藤 野 成 美

広島大学大学院保健学研究科 岡 村 仁

卒後2～5年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連	65
---------------------------------------	----

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 吉 田 え り

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 山 田 和 子

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科 森 岡 郁 晴

新卒看護師の看護技術習得の実態と指導者・看護師長の期待に関する研究	73
---	----

香川大学医学部看護学科 野 口 英 子

香川大学医学部看護学科 當 目 雅 代

香川大学医学部看護学科 金 正 貴 美

香川大学医学部看護学科 竹 内 千 夏

香川大学医学部看護学科 小 笠 美 春

水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス — 水俣病患者の語りを通して —	83
福岡大学医学部看護学科 古賀佳代子	
— 技術・実践報告 —	
特定機能病院看護職の退院支援活動に事例検討会が及ぼした効果	95
元東邦大学医学部看護学科 長谷川 美津子	
東邦大学医療センター大森病院 鈴木 加乃	
東邦大学医療センター大橋病院 菊地 京子	
— 総説 —	
看護実践能力に関する概念分析：国外文献のレビューを通して	103
広島大学大学院保健学研究科 高瀬 美由紀	
川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 寺岡 幸子	
広島大学大学院保健学研究科 宮腰 由紀子	
広島都市学園大学健康科学部看護学科 川田 綾子	
— 資料・その他 —	
終末期の患者が食べることの意味	111
東京女子医科大学病院 大塚 有希子	
日本赤十字秋田看護大学 尾岸 恵三子	

CONTENTS

Original Papers

Glycerol Prolongs the Duration of the Bactericidal Effect of Isodine in the Oral Care of Patients with Tracheal Intubation	1
Okayama University Hospital : Koichi Monden	
Environmental Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagawa University : Terukazu Tanaka	
Structure of Illness Insight in Patients with Schizophrenia	11
National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Center : Hiromi (Abe) Sugawara	
University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive Human Sciences : Chizuru Mori	
Factors Associated with Children's Ineffective Coping Behavior during Blood Sampling	23
Yamagata University, Faculty of Medicine, School of Nursing : Shiho Sato	
Yamagata University, Faculty of Medicine, School of Nursing : Yukiko Sato	
Tohoku University Graduate School of Medicine, Health Sciences : Hitoshi Shiwaoku	

Research Reports

Evaluation Viewpoints and Attainment Benchmarks Used by Nursing Teachers and Nursing Practitioners in Evaluating the Nursing Skills of New Graduate Nurses	
— Through the Observation of Changing Night Clothes Skills for Patients with Infusion Lines —	33
Handa Tokoname Nursing School : Ayako Niimi	
Comparative Study of the Cumulative Fatigue Symptoms and It's Relation with Motivation to Leave Employment between Three Groups of New Graduates: General Practice Nurses, Public Health Nurses and Dental Hygienists	45
Nagano Children Hospital : Noriaki Onizawa	
Graduate School of Medicine, Shinshu University : Yasuko Matsunaga	
Construction of Assessment Criteria for Suffering of Long-Term Inpatients with Schizophrenia and its Reliability and Validity	55
Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University : Narumi Fujino	
Hiroshima University, Graduate School of Health Sciences : Hitoshi Okamura	
Relationship between Self-Efficacy and Stress Reaction among Nurses with 2-5 Years of Job Experience	65
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Eri Yoshida	
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Kazuko Yamada	
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ikuharu Morioka	

State of Nursing Skill Acquisition among Newly Graduated Nurses and Expectations of Instructors and Chief Nurses	73
Kagawa University Faculty of Medicine School of Nursing : Eiko Noguchi Kagawa University Faculty of Medicine School of Nursing : Masayo Toume Kagawa University Faculty of Medicine School of Nursing : Takami Kinsyo Kagawa University Faculty of Medicine School of Nursing : Chinatsu Takeuchi Kagawa University Faculty of Medicine School of Nursing : Miharuru Ogasa	
The Psychological Process Leading to Patient's Application for Minamata Disease Compensation: A Study through Narrative	83
Fukuoka University, Faculty of Medicine, School of Nursing : Kayoko Koga	
Technical Report	
The Effect of Case Studies on Discharge Support Activity by Nurses in a Special Functioning Hospital	95
Former School of Nursing, Faculty of Medicine, Toho University : Mitsuko Hasegawa Toho University Medical Center Omori Hospital : Kano Suzuki Toho University Medical Center Ohashi Hospital : Kyoko Kikuchi	
General Remark	
A Concept Analysis of Nursing Competence: A Review of International Literature	103
Hiroshima University, Graduate School of Health Sciences : Miyuki Takase Kawasaki University of Medical Welfare, Faculty of Health and Welfare, Department of Nursing : Sachiko Teraoka Hiroshima University, Graduate School of Health Sciences : Yukiko Miyakoshi Hiroshima Cosmopolitan University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing : Ayako Kawada	
Preliminary Session	
The Meaning of the Eating Behavior for Terminally Ill Patients	111
Tokyo Women's Medical University Hospital : Yukiko Otuka The Japanese Red Cross Akita College of Nursing : Emiko Ogishi	

気管挿管患者の口腔ケアにおけるグリセロールを含む 希釈イソジン液の殺菌効果と持続時間の延長

Glycerol Prolongs the Duration of the Bactericidal Effect of
Isodine in the Oral Care of Patients with Tracheal Intubation

門 田 耕 一¹⁾ 田 中 輝 和²⁾
Koichi Monden Terukazu Tanaka

キーワード：気管挿管患者，口腔内細菌，グリセロール，ポビドンヨード

Key Words：intubated patients, bacteria in the oral cavity, glycerol, povidone-iodine

I. 序 論

気管挿管による人工呼吸管理は，呼吸状態の悪化をきたした患者に対して経口的もしくは経鼻的に気管内へ気管チューブを挿入して機器による換気を行い，急性期を脱するための治療である。この診療処置を行っている期間の合併症として，近年「VAP（Ventilator-Associated Pneumonia）：人工呼吸器関連肺炎」が注目され，臨床的に大きな問題となっている。VAPとは，「挿管前には明らかな肺炎を呈さなかった患者が，気管挿管による人工呼吸管理開始後48時間以降に発症する肺炎」¹⁾である。VAPの発症機序はさまざまであるが，その中でも重要な要因の一つは，チューブと気管内壁との間隙を通じて口腔内分泌物が下気道内へ流入し，本来無菌的な肺内へ口腔内細菌が播種されることである。重症患者は，生体防御能が低下していることが多く，口腔内常在菌ですら起炎菌となりうる。また，常時開口状態にあることや唾液分泌能の低下は口腔内乾燥，口臭の増強や口腔内の自浄作用減退による細菌増殖を誘発しやすい。

VAP予防のための看護手技の一つとして「口腔ケア」が各施設において行われている。定期的に口腔内洗浄を行うことにより下気道へ播種される可能性のある口腔内の細菌数を減少させることで，VAP発症予防の手段の一つとしている。現在，口腔ケアについて，より効果的な方法を模索してさまざまな検討がなされているが，わが国においてはマニュアルとして臨床的に広く認められた方法は確立されていない。

A病院では，スワブによるブラッシングと原液のイソジン液（10%ポビドンヨード）による口腔ケアが行われている。ブラッシングによる物理的な口腔内細菌の除去および洗浄が口腔ケアの効果に大きく影響するが，用いられる口

腔洗浄液に関しても口腔内細菌数の減少効果の持続には差がある。A病院では口腔洗浄液としてイソジン液を原液のまま使用している。その理由は，イソジン（ポビドンヨード）は有機物と接触することで殺菌効果が減弱することを考慮し，有効ヨウ素濃度のより高いものを使用することにより殺菌効果の増強と持続を期待しているためである²⁾。しかし，イソジンは粘膜に対して刺激性があり，粘膜と長時間接触していると口腔内の粘膜組織を障害する可能性が出てくる。組織傷害作用はイソジンの濃度が高いほど強くなる³⁾。したがって，現在含嗽に用いられているイソジン液は必ず希釈して使用するよう指示されている。

Iida-Tanakaらは，80%グリセロールで希釈したイソジン液により緑膿菌殺菌効果の持続時間が延長することを報告している⁴⁾。松永らは，経口挿管患者の口腔ケアにイソジン・グリセリン液（イソジン液34 mL，グリセリン966 mL，蒸留水500 mLにより作成した液）を舌苔除去の目的で使用し⁵⁾，また，荒木らは，保湿に主眼をおいてグリセリン・レモン液を口腔洗浄液として用い⁶⁾，両文献ともに口腔内乾燥予防とそれによる舌苔予防の効果を認めている。

米国CDC（Centers for Disease Control and Prevention）では，口腔ケアの口腔洗浄液に0.12%グルコン酸クロルヘキシジン（商品名：ヒビテン・グルコネート）を推奨している。それは，強い陽イオン性を持っており，陰性に荷電している菌体表層に吸着して殺菌作用を示すことが明らかにされているからである。しかし，アナフィラキシーショックの発生の危険があるため，わが国ではグルコン酸クロルヘキシジンの口腔粘膜への使用は禁忌となっている⁷⁾。

感染予防における口腔ケアの有効性は，口腔内の十分な物理的洗浄と保湿，細菌増殖の阻止にある，ということが出来る。イソジン液の殺菌効果については広く認められて

1) 岡山大学病院 Okayama University Hospital

2) 香川大学医学部環境保健科学 Environmental Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagawa University

いるが、その濃度、口腔ケアの1日の施行回数や手技などは各施設において異なっている。3～4時間ごとに口腔ケアを行うとしても、必ずしも明確な根拠に基づいて1日の施行回数決定されているわけではない。また、口腔ケア後の口腔内細菌数の変化について検討しているものはあるものの、6時間ごとの平均値であって^{8, 9)}、1日の口腔ケア施行回数決定の根拠となる時間単位の経時的変化を調べているものはほとんどない。

A病院 集中治療部においても、気管挿管患者の肺炎予防として看護師による口腔ケアを行っている。それは、岩永らによる、脳低温療法時の肺酸化能に及ぼす口・鼻腔内ケアの効果に関する研究結果¹⁰⁾を根拠にして、口腔ケアにイソジン液（原液）10 mLと滅菌水500 mLを使用している。現在、多くの医療施設において、重症患者に対する効果的な口腔ケアが検討され、プラークコントロールや口腔内の保湿の重要性を述べている報告が多いものの、明確なプロトコルとなりうるものは未だ示されていない。

これらの問題点を改善し、殺菌効果を低下させることなく効果的な口腔ケアを行うために、今回、口腔ケアに用いる口腔洗浄液としてグリセロール添加希釈イソジン液を検討することとした。グリセロールを添加することは、口腔内の保湿効果を期待できるほか、イソジン液の殺菌効果の持続にも有効であり、また、イソジン液を希釈することで口腔粘膜障害の危険性を減少させることができると考えたからである。この口腔洗浄液と現在使用しているイソジン液（原液）による口腔ケアの効果とを比較することでその有効性を明らかにし、より効果的な口腔ケアを行うために本研究を行った。

II. 研究目的

口腔ケアの口腔洗浄液としてグリセロール添加希釈イソジン液を用い、口腔内細菌に対する殺菌効果とその持続時間について、従来のイソジン液（原液）を用いた口腔ケアと比較検討する。

III. 研究意義

グリセロール添加希釈イソジン液による口腔内細菌の殺菌効果とその持続時間の延長が示されれば、気管挿管患者に対する効果的なVAP予防策の一助となり得る。

IV. 研究方法

1. 材 料

イソジン液（10%ポビドンヨード）およびグリセロー

ル（グリセリン）は、それぞれ明治製菓株式会社および和光純薬工業株式会社より購入した。今回実験に使用した大腸菌は、A病院検査部にて患者の咽頭部より分離・同定され提供されたものである。大腸菌の増殖にはInfusion Broth（Becton Dickinson Microbiology Systems, Cockeysville, MD）を用いた。口腔内細菌の採取には、メンティップ2P1512/EOG滅菌済（日本綿棒株式会社）を使用した。イソジンを不活化するために用いたチオ硫酸ナトリウム（ $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ ）は和光純薬工業株式会社より購入した。

2. 寒天培地の作成

大腸菌の定量には1.5%寒天（和光純薬工業株式会社）添加Infusion Broth培地を、口腔内細菌の定量には、それに10%ウシ胎児血清（Trace Scientific Ltd, Melbourne, Australia）を追加した培地を無菌的に作成し使用した。

3. 口腔内洗浄液の作成

クリーンベンチ内で無菌操作により、イソジン液、グリセロールおよび滅菌蒸留水を1:6:13の割合に混合し、滅菌瓶に入れた後、A病院救命救急センターICUにて冷所（4℃）保存した。対照として、従来の口腔洗浄液であるイソジン液（原液）を用いた。

4. 希釈イソジン液の殺菌効果の検討

イソジン液を滅菌蒸留水、ボランティアより採取した唾液（オートクレーブ滅菌）、またはグリセロール（最終濃度30%および50%）により2倍段階希釈し、その中に大腸菌を混和し、30秒間希釈イソジン液に浮遊させた。その後直ちに、等量の0.5%チオ硫酸ナトリウムを含む生理食塩水を加え（最終濃度0.25%）、イソジンを不活化した。その混合液を生理食塩水で希釈した後、10 μLずつをInfusion Broth寒天培地に接種し、37℃、16時間培養後に、コロニー形成が認められない希釈イソジン液の最終希釈濃度を測定した。

5. グリセロール添加による希釈イソジン液の殺菌効果の持続時間の検討

グリセロールによる希釈イソジン液の殺菌効果の持続時間の延長効果を検討するために、10%（最終濃度）唾液を含む滅菌蒸留水で100倍希釈したイソジン液、および10%唾液と20～40%（最終濃度）グリセロールを含む100倍希釈イソジン液それぞれに大腸菌を浮遊させ、37℃にて孵置後1時間ごと6時間まで、その浮遊液中の残存生菌数を定量した。1時間ごとに大腸菌と薬剤の混合液を採取し、直ちに等量の0.5%チオ硫酸ナトリウム添加生理食塩水を混和し、イソジンを不活化した後、その10 μLずつ

をInfusion Broth寒天培地に接種し、37℃、16時間培養後、形成されたコロニー数から残存生菌数を算定し、3回の実験算定値の平均を求めた。

6. 健康人の口腔内細菌に及ぼす希釈イソジン液とグリセロール添加の効果の検討

健康人ボランティア男性10名（20～28歳）に、研究の趣旨、方法および安全性を説明し、同意を得て、10名を5名ずつに分け、新しい口腔洗浄液である30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液（Aグループ）またはグリセロールを含まない20倍希釈イソジン液のみ（Bグループ）で含嗽を行い、口腔内細菌数の経時変化を測定した。なお、ボランティア10名については口内炎はなく、う歯は適正に治療されており、投薬治療も受けていない。含嗽方法については、口腔洗浄液10 mLを5 mLずつ2回に分けて、口腔内全体に口腔洗浄液を接触させ、各回30秒間ずつ含嗽してもらった。口腔内細菌数の測定は、口腔・咽頭部をメンティップで十分に拭い、0.5%チオ硫酸ナトリウム添加生理食塩水5 mLに浸し、メンティップに付着している口腔内細菌を浮遊させた。このようにして、含嗽前、含嗽後

1時間ごとに6時間、口腔内細菌を採取し、0.5%チオ硫酸ナトリウム添加生理食塩水で希釈し、その10 μLずつを10%ウシ胎児血清を含むInfusion Broth寒天培地に接種し、37℃、16時間培養後、形成されたコロニー数から残存生菌数を算定した。結果は、採取された含嗽前の細菌数に対する含嗽後の細菌数をパーセント表記し、Aグループ・Bグループ間での含嗽後の各時間におけるt検定を行った。なお、データの分析にはJMP Ver. 8を用い、有意水準は $p < .05$ とした。

7. 対象患者（表1、2）

A病院救命救急センターICUに入室した気管挿管患者のうち、新しい口腔洗浄液（A液）を使用する口腔ケアの実施に対して同意の得られなかった患者には、イソジン液（原液、B液）を用いた従来どおりの口腔ケアを実施した。患者数は4名で、性別は男性2名、女性2名、年齢は71～81歳であった。

A液を用いた口腔ケアの実施に対して同意の得られた患者は6名で、性別は男性4名、女性2名、年齢は55～82歳であった。救命救急センターICUへの入室の理由となっ

表1. イソジン原液使用患者

患者	年齢	性別	主訴	咽頭部細菌培養 (入室時)	使用抗生剤に 対する感受性	WBC ($\times 100/\mu\text{L}$)	CRP (mg/dL)	採取 口腔内細菌数 (ケア前)
1	81	M	肺炎 肺線維症	細菌のコロニーを 認めず	NT	56	0.01	1.60×10^5
2	78	M	胸痛	Normal bacterial flora	NT	76	NT	1.86×10^5
3	71	F	血管炎疑い ARDS疑い	<i>Aspergillus</i> spp.	NT	310	10.84	2.51×10^5
4	73	F	意識障害	<i>Staphylococcus aureus</i>	S	142	0.05	2.06×10^6

NT : not tested
S : sensitive

表2. 30%グリセロール加20倍希釈イソジン液使用患者

患者	年齢	性別	主訴	咽頭部細菌培養 (入室時)	使用抗生剤に 対する感受性	WBC ($\times 100/\mu\text{L}$)	CRP (mg/dL)	採取 口腔内細菌数 (ケア前)
1	55	M	意識障害	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	S	145	0.01	3.80×10^4
2	59	M	肺挫傷 頭部外傷 胸部外傷	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	S	103	0.01	1.00×10^7
3	68	M	交通外傷	Normal bacterial flora	NT	52	NT	8.00×10^5
4	65	F	意識消失	<i>Serratia marcescens</i>	NT	141	0.75	1.14×10^5
5	75	M	心肺停止	<i>Enterobacter cloacae</i>	NT	72	0.12	6.60×10^5
6	82	F	劇症肝炎 疑い	細菌のコロニーを 認めず	NT	115	10.53	4.40×10^3

NT : not tested
S : sensitive

た傷病名（主訴）、入室時の咽頭部細菌の同定結果、使用
 抗生剤に対する感受性、入室時の末梢血白血球数、CRP
 およびメンティップにより採取された口腔内細菌数はそれ
 ぞれ表 1、2 のとおりであった。

8. 承諾の取得方法および倫理的配慮

救命救急センター ICU への入室時、疾患の特性上、患
 者自身が意思疎通をはかることが困難な状態に陥っている
 か、治療の必要上、鎮静下にあることが多い。そのため、
 本人の研究への理解および研究への参加の承諾を得ること
 に困難が伴う。よって、救命救急センター ICU へ入室後、
 従来の口腔ケアの方法、今回の研究の目的とその方法、効
 果、および A 液中の成分であるグリセロールに関しては、
 高濃度グリセロールが経静脈的にあるいは経腸管的に臨床
 の場において投与されていることを説明し、安全性を書面
 にて患者の家族に説明した。今回の研究内容および研究の
 過程で知り得た情報は、本研究論文のみに使用するもの
 であり、その際に患者個人が特定されないよう配慮をす
 ること、また、研究期間中に疑問があれば質問ができるよ
 うな環境を設けること、いかなる時点においても研究への
 参加は拒否できること、研究への参加を拒否してもその
 後の診療において不利益を被らないことを説明し、同意
 を得ることにより倫理的配慮を行った。また、A 液を使用
 することに同意が得られなかった患者に対して、B 液を用
 いた従来の口腔ケア施行時のデータ収集についても同様
 の説明を行い、同意を得た。

9. 気管挿管患者の口腔ケアによる口腔内細菌の減少効果の検討

A 液を口腔ケアに使用することに対する同意の得られ
 た患者には、6 時間ごと 1 日 4 回口腔ケアを実施した。同
 意が得られなかった患者には、従来どおり、B 液による口
 腔ケアを 4 時間ごと 1 日 6 回行った。メンティップによ
 る口腔内細菌の採取は、口腔ケア開始前、第 1 回口腔ケ
 ア後 1 時間ごとに行い、第 2 回口腔ケア直前まで実施
 した。結果は、採取された口腔ケア前の細菌数に対する
 口腔ケア後の細菌数をパーセント表記し、A 液群・B 液
 群間での口腔ケ

ア後の各時間における t 検定を行った。なお、データ
 の分析には JMP Ver.8 を用い、有意水準は $p < .05$ とした。

10. 口腔ケアの方法（手技）

口腔ケアの方法（手技）は、従来、A 病院救命救急セ
 ンター ICU で行われているものである。

- 1) 口腔ケア前に口腔・鼻腔・気管内の吸引を行い、
 気管チューブのカフに空気を 1 mL 追加注入し、カフ
 圧を上げる。
- 2) 次に 250 mL の滅菌微温湯で口・鼻腔内を洗浄し
 つつ吸引し、口腔洗浄液を含ませたペブコデントスワ
 ブ（センチュリーメディカル社）を用いて、菌、菌肉、
 舌部をブラッシングする。この際、出血傾向のある患
 者にはブラッシングの代わりにメンティップによる
 マッサージを行う。
- 3) 再度、250 mL の滅菌微温湯により洗浄し、メン
 ティップにて口腔洗浄液を咽頭粘膜、菌肉、舌、鼻腔
 に塗布し、気管内を吸引後、カフ圧を元に戻す。
- 4) 最後に呼吸音を聴取して終了する。

V. 結 果

1. 希釈イソジン液の殺菌効果に及ぼす唾液及びグリセ ロールの影響（表 3）

滅菌蒸留水でイソジン液を希釈し、30 秒間大腸菌に接
 触させた場合には、1,024 倍希釈まで大腸菌は完全に殺
 菌されていた。唾液でイソジン液を希釈し、30 秒間大
 腸菌に接触させた場合には、32 倍希釈まで大腸菌は完
 全に殺菌されていたが、64 倍希釈では、生菌が残存
 していた。一方、30% または 50% グリセロールでイ
 ソジン液を希釈し、30 秒間大腸菌に接触させた場合
 には、30%、50% のいずれの濃度のグリセロールを
 用いても、滅菌蒸留水による希釈の場合とまったく同
 様に、1,024 倍希釈まで大腸菌は完全に殺菌されて
 いた。以上の結果は、蒸留水の代わりに唾液で希釈す
 るとイソジン液の殺菌効果は 1/32 に減弱することを示
 している。他方、30% および 50% グリセロールが存
 在してもイソジン液の殺菌効果には影響を与えないこ
 とも示している。

表 3. 唾液、滅菌蒸留水およびグリセロールによる希釈イソジン液の大腸菌に対する殺菌効果

希釈液	接触時間 (秒)	希釈倍数 (倍)								
		8	16	32	64	128	256	512	1024	2048
唾液	30	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
滅菌蒸留水	30	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)
30% グリセロール	30	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)
50% グリセロール	30	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

(+) : 生菌によるコロニーを認める
 (-) : 生菌によるコロニーを認めず

2. 希釈イソジン液の殺菌効果持続時間に及ぼすグリセロールの影響

グリセロールは粘度が高い液体であり、口腔ケアに用いる口腔洗浄液としての実用性の観点から20%、30%、40%の濃度のグリセロールの、希釈イソジン液殺菌効果の持続

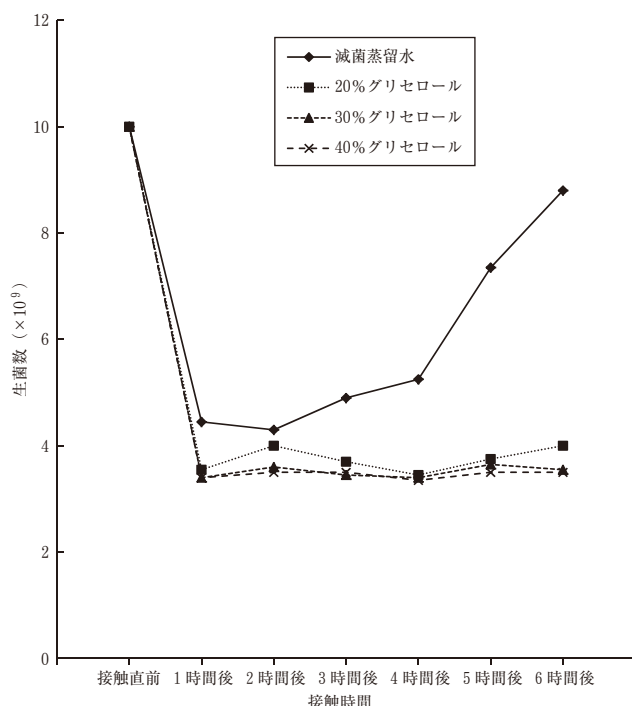


図1. グリセロール添加による、100倍希釈イソジン液の大腸菌増殖抑制作用に及ぼす影響

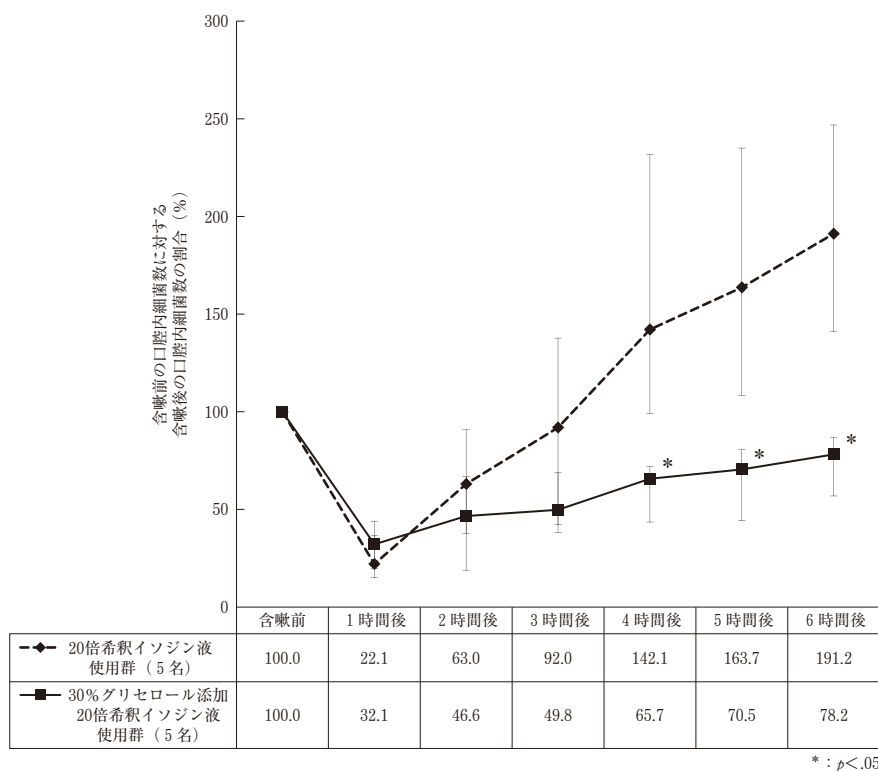
時間に及ぼす影響を検討した。

図1に示すように、いずれの濃度のグリセロールも希釈イソジン液の殺菌効果の持続時間を延長させ、6時間後まで最大殺菌効果を持続させた。

以上の結果より、気管挿管患者の口腔ケアに使用する口腔洗浄液中のグリセロールの濃度は、患者口腔内において唾液等で希釈されることを考慮し、30%で用いることにした。

3. 健康人における口腔内細菌数に及ぼす20倍希釈イソジン液単独と30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液(A液)の効果の比較

図2の点線で示すように、20倍希釈イソジン液のみによる含嗽を行った場合(Bグループ)では、1時間後までに口腔内細菌数は最少になるがすぐに増加に転じ、含嗽4時間後には含嗽前よりも口腔内細菌数は増加し、その後も継続して増加した。一方、図2の実線で示すように、30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液(A液)による含嗽を行った場合(Aグループ)では、1時間後までに口腔内細菌数は急激に減少し、その後、徐々に増加するが6時間後においても口腔内細菌数は含嗽前より低下(56.9~86.8%, 平均78.2%)していることが明らかになった。さらに、含嗽後3時間までは両グループ間に有意差は認められなかったが、4時間以降6時間後まではBグループに比し、Aグループの口腔内細菌数の減少率が有意に大きいことが明ら



* : $p < .05$

図2. 30%グリセロール添加/非添加20倍希釈イソジン液を用いた含嗽の口腔内細菌数への影響 (健康人)

かになった ($*p<.05$)。なお、A液を用いた含嗽による副作用は認められなかった。

4時間後と実線6時間後の比較)。なお、A液を用いた口腔ケアによると思われる副作用は認められなかった。

4. 気管挿管患者に対する2種類の口腔洗浄液を用いた口腔ケアによる口腔内細菌数の減少効果の比較

救命救急センターICU入室気管挿管患者のうち、イソジン液（原液、B液）を口腔洗浄液として用いて従来どおりの口腔ケアを実施した患者は4名であった。図3の点線で示したように、口腔ケア前の口腔内細菌数に対する、口腔ケア4時間後の口腔内細菌数の割合は47.8~58.2%（平均55.2%）であった。

口腔洗浄液として30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液（A液）を使用して口腔ケアを実施した患者は6名であった。図3の実線で示すように、口腔ケア前の口腔内細菌数に対する、口腔ケア4時間後の口腔内細菌数の割合は17.9~50%（平均33.6%）であり、B液を口腔洗浄液として用いた口腔ケアの場合（図3の点線）より口腔内細菌数の割合は有意に減少していた ($*p<.05$)。しかし、口腔ケア後3時間までは両群間に有意差は認められなかった。口腔ケア前の口腔内細菌数に対する、A液を用いた口腔ケア6時間後の口腔内細菌数の割合は47.5~71.82%（平均59.0%）であり（図3の実線）、B液を用いた口腔ケア4時間後の口腔内細菌数の、口腔ケア前の口腔内細菌数に対する割合（平均55.2%）とほぼ同等であった（図3の点線

VI. 考 察

今回、気管挿管患者に対する口腔ケアに用いる口腔洗浄液として、グリセロールを含む希釈イソジン液の殺菌効果とその持続作用について検討を行った。

唾液中には多くの有機物が含まれており、口腔洗浄液としてイソジン液を用いると、その有機物によりイソジン液の殺菌効果が減弱する。そこでイソジン液を蒸留水、唾液、30%または50%グリセロールにより希釈し、大腸菌に対する殺菌効果を比較した（表3）。その結果、イソジン液を唾液で希釈すると、蒸留水で希釈したイソジン液の殺菌効果の1/32に減弱してしまうことが明らかになった。林らは「ポビドンヨードから遊離したヨードが夾雑有機物に作用して消費される間に、一部の細菌が死滅せずに残存すれば、若干のタイムラグの後それらの細菌が急激に増殖することになる。この問題を回避するためには、新たにイソジン液を作用させるか、高濃度のイソジン液を使用すればよい」¹¹⁾と述べている。しかし「高濃度のイソジン液を使用することは副作用の出現・悪化をきたすことになり、最善の方法ではない」¹¹⁾とも述べている。一方、30%または50%グリセロールにより希釈したイソジン液の殺菌

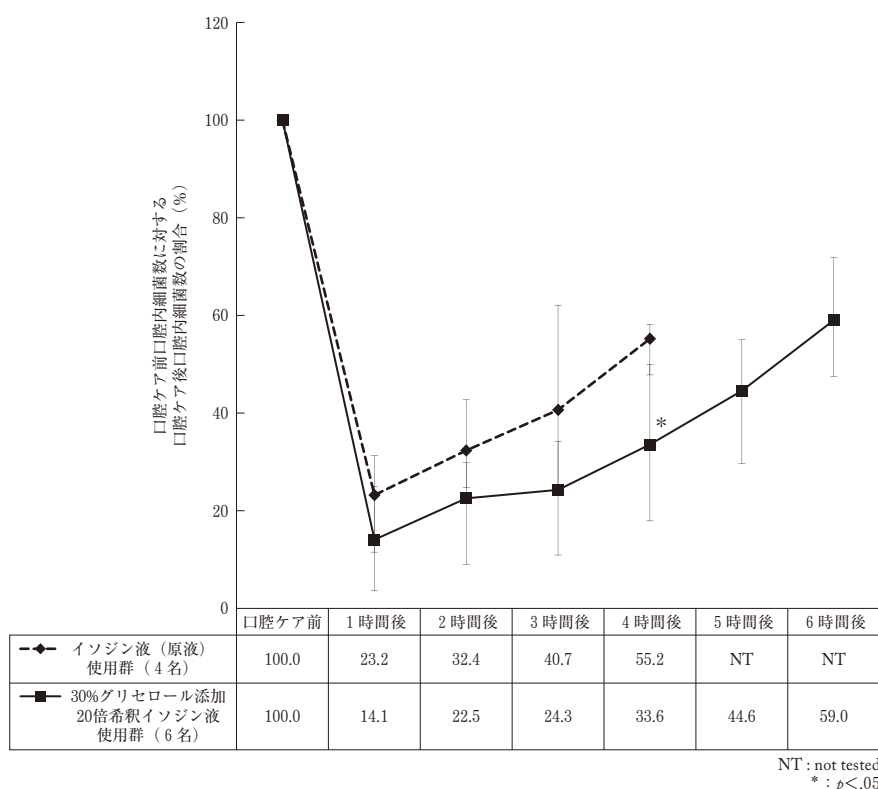


図3. 30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液およびイソジン液（原液）を用いた口腔ケアによる口腔内細菌数への影響（挿管患者）

効果は、蒸留水で希釈した対照のイソジン液と同等であり、1,024倍希釈まで大腸菌を完全に殺菌していた。しかも、30%、50%のいずれのグリセロール濃度によっても希釈イソジン液の殺菌効果に差は認められなかった（表3）。このことは、有機物であるグリセロールはイソジン液の殺菌作用自体には影響しないと考えられる。

そこで、イソジン液の殺菌効果を持続させる作用を有するとの報告があるグリセロールを口腔洗浄液に加え、その効果を検討した。図1に示すように100倍希釈イソジン液の殺菌効果は、10%唾液および20~40%グリセロール存在下で少なくとも6時間持続した。グリセロールを含まない対照の100倍希釈イソジン液の場合は、3時間以後大腸菌は急激に増殖していた。この結果から、グリセロールは少なくとも20~40%の濃度で希釈イソジン液の殺菌効果を持続させる作用を有することが明らかになった。

グリセロール添加希釈イソジン液を口腔洗浄液として口腔ケアに使用すると、口腔内において唾液その他により口腔洗浄液がさらに希釈される可能性が考えられる。その点を考慮して、イソジン液の希釈は、最小殺菌濃度の約1.5倍、すなわち20倍希釈で用いることとした。この希釈（有効ヨウ素濃度：0.5 mg/mL）は含嗽剤イソジンガーゲルの使用にあたって指示されている有効ヨウ素濃度（15倍希釈：0.47 mg/mL）に近似するものである。グリセロールの使用濃度についても、口腔ケア時に唾液等で同様に希釈される可能性を考慮して、有効最小濃度の1.5倍、すなわち30%グリセロールを用いることとした。グリセロールは濃度が高いほうが、イソジン液の殺菌効果の持続時間を延長させる効果が大きい（図1）。しかし、グリセロールは非常に粘度の高い液体であるため、極端に使用濃度を高くすると、口腔洗浄液としての使用が困難になる可能性があり、実用性の観点からも30%グリセロールを用いることにした。

基礎的検討結果から、20倍希釈イソジン液と30%グリセロールの併用が、実際に口腔内の細菌に対して期待どおりに有効に作用するか否かを、健康人を対象に検討した（図2）。20倍希釈イソジン液で含嗽した後の口腔内細菌数の、含嗽前の口腔内細菌数に対する割合を調べたところ、20倍希釈イソジン液のみの含嗽（Bグループ）では、含嗽4時間後には、ほぼすべての被験者において含嗽前の口腔内細菌数を上まわっていた。30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液（A液）による含嗽（Aグループ）では、含嗽4時間以後6時間まで、すべての被験者において含嗽前の口腔内細菌数以下に抑制され、Bグループに比し、口腔内細菌数の減少率に有意差が認められた（* $p < .05$ ）。これは期待されたとおりの結果であり、30%グリセロール添加に伴う20倍希釈イソジン液の殺菌効果の持続時間の明ら

かな延長が達成されている。

A液を気管挿管されている患者の口腔ケアの口腔洗浄液として用い（A液群）、従来より使用されているB液を口腔洗浄液として用いた場合（B液群）と、口腔ケア後の口腔内細菌数の減少効果を比較検討した。両群における口腔ケアの手技は同一で、1回の口腔ケアに用いる口腔洗浄液の量はともに10 mLであるが、口腔洗浄液の種類が異なることと、B液群では4時間ごとに口腔ケアを実施するが、A液群は6時間ごとに口腔ケアを実施する点が異なっている。B液群の口腔ケア4時間後の口腔内細菌数の、口腔ケア前の口腔内細菌数に対する割合は平均55.2%であり、A液群のそれは平均33.6%と有意に低率であった（ $p < .05$ ）。しかし、A液群では6時間ごとに口腔ケアを実施するため、口腔ケア6時間後の口腔内細菌数の割合を同様に調べると、平均59.0%であった。これはB液群の口腔ケア4時間後の口腔内細菌数の減少の割合との間に、有意差は認められなかった（ $p = .501$ ）。このことは、口腔洗浄液としてB液を用い、4時間ごと1日6回口腔ケアを実施する従来の方法と、A液を用い、6時間ごと、1日4回の口腔ケアによる口腔内細菌減少効果はほぼ同程度であることを示している。

健康人にA液で含嗽をしてもらった場合（6時間後78.2%）に比し、同じA液を用いて口腔ケアを施行した気管挿管患者の場合（6時間後59.0%）には、口腔内細菌数の減少の割合が大きい。この差が出現した理由としては、口腔内の唾液の存在量と口腔ケアの手技の違いが考えられる。健康人の場合は、口腔洗浄液を5 mL口腔内に含み、口腔全体に十分に接触させながら30秒間含嗽する手技を2回連続して行ってもらった。ブラッシングなどの物理的手技は加えず、大量（500 mL）の滅菌微温湯で洗浄しながら吸引するなどの操作も加えていないため、口腔洗浄液中のイソジン液が、より多量の唾液により希釈されるとともに、その中に含まれているタンパク質を中心とした多量の有機物により不活化されたためと考えられる。一方、気管挿管患者の場合は、250 mLの滅菌微温湯を用い、吸引しつつ口腔内をブラッシングしながら2回洗浄後10 mLの口腔洗浄液を5 mLずつ2回に分けて口腔内に塗布している。したがって、口腔内に残存する唾液および有機物が減少し、イソジン液が不活化されにくかったものと考えられる。奥田¹²⁾は、口腔内細菌が心内膜炎、肺炎や腎炎などを惹起する原因となり得ることに対して注意を喚起したうえで、ブラッシングなどの物理的除菌を行った後に消毒剤などの抗菌性洗浄を行うことの重要性を指摘している。今回の検討においても、大量の微温湯とブラッシングによる物理的除菌を行った気管挿管患者のほうが、健康人の含嗽のみ施行した場合より、A液を用いた口腔ケア1時間後の

口腔内細菌数の減少の割合が著しく、かつ、6時間後の口腔内細菌数の減少の割合も大きい傾向が認められている。

以上の諸点を総合すれば、A液による6時間ごと、1日4回の口腔ケアは、B液による4時間ごと、1日6回の口腔ケアと、口腔内細菌の殺菌および再増殖抑制において少なくとも同等の効果が期待できると考えられる。また、イソジンには組織傷害性があり、イソジンの濃度が高くなるほど、その傷害性は強くなる³⁾。30%グリセロールを添加することによりイソジン液を20倍に希釈し、かつ6時間ごとの口腔ケアにより、B液（原液のままのイソジン液）を用いた4時間ごとの口腔ケアと同等の口腔内殺菌効果が認められたことは、高濃度イソジン（ポビドンヨード）による口腔粘膜障害のリスクを軽減させることができると考えられる。さらに、このA液を用いた口腔ケアが気管挿管患者のVAP発症を有効に抑制できれば、科学的根拠に基づいた口腔ケアに繋がるものと期待される。

VII. 研究の限界

今回の研究では、口腔ケアによる口腔内細菌数の減少という点に焦点をあてて検討した。今回得られた結果から、口腔洗浄液として30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液を用いることによって、目的とした口腔内細菌数のより効率のよい減少効果を達成できることが確認された。しかしながら、対象患者を救命救急センターICUに入室した気管挿管患者に限定したことにより、十分な症例数を確保できなかった。したがって、既往歴や主傷病などの影響因

子となりうる条件をそろえたうえでの真に臨床に有用な研究にまで至ることができなかった。さらに、この口腔洗浄液を用いた口腔ケアにより、気管挿管患者に合併する肺炎の発症を有効に予防できるか否かについては、今後十分な症例数の確保のもとに研究を継続していく必要がある。

VIII. 結 論

1. イソジン（ポビドンヨード）は唾液によってその殺菌効果が減弱される。
2. グリセロール添加により、希釈イソジン液の殺菌効果の持続時間の延長が期待できる。
3. 十分なブラッシングと30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液を口腔洗浄液として使用した口腔ケアを実施することで、少なくとも6時間の口腔内細菌の減少効果の維持が期待できる。この方法は、イソジン液（原液）を用いた4時間ごとの同様の口腔ケアによる口腔内細菌の減少効果に匹敵するものである。

謝 辞

本研究にご協力頂いた患者様、香川大学医学部附属病院前救命救急センター長 前川信博 教授をはじめとする医師の方々、看護部および救命救急センターICU・集中治療部 松本佐和子看護師長をはじめとする看護師の方々、そして基礎的研究に際して大腸菌を提供していただいた、同附属病院 検査部 根ヶ山 清 副技師長に心より感謝申し上げます。

要 旨

人工呼吸管理下における合併症であるVAP（人工呼吸器関連肺炎）の発症要因の一つは、口腔内細菌が肺内に播種されることによる。そこで口腔内細菌を減少させ、VAPを予防する目的で、希釈イソジン液を用いた有効かつ効率のよい口腔洗浄液の開発を試みた。新しい口腔洗浄液として30%グリセロール添加20倍希釈イソジン液（A液）を作成し、気管挿管患者の口腔ケアに使用し、口腔内細菌数の減少について、従来から用いられている原液のイソジン液（B液）と比較した。口腔ケア4時間後の口腔内細菌数は、口腔ケア前に比しB液では平均約55%に減少、A液では平均約34%にまで減少していた。さらに、A液では口腔ケア6時間後においても平均約59%に減少していた。A液を用いた口腔ケアが口腔内細菌を効率よく減少させるとともに、その効果を持続させ、VAPを有効に予防できる方法の一つとなり得ることが示唆された。

Abstract

Ventilator-associated pneumonia (VAP), which is one of the complications in patients under mechanical ventilation with tracheal intubation, continues to be a serious clinical problem. One of the important factors of VAP development is thought to be the dissemination of bacteria in the oral cavity into originally sterile lungs. To decrease in the oral bacterial population, a new mouth cleaning solution comprising 30% glycerol and 20-fold dilution of Isodine (solution A) was formulated. The bactericidal effect of solution A was compared with that of the undiluted Isodine (solution B) currently used for oral care. Solution B use decreased the average number of bacteria in the oral cavities of patients to about 55% at 4 hours after the oral care. Solution A produced a superior reduction in average number of bacteria to about 34% in the same time, and to about

59% at 6 hours.

These findings indicate that glycerol prolongs the duration of the bactericidal effect of Isodine in the oral care of patients with tracheal intubation, and that performing oral care with solution A is more effective than that with solution B. Solution A may therefore be potentially effective in reducing the occurrence of VAP.

文 献

- 1) 日本呼吸器学会呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会：成人院内肺炎診療の基本的考え方，杏林社，2002.
- 2) 相引眞幸，武田浩子，ほか：脳低温療法におけるオーラルケアの必要性（丸川征四郎 編著：ICUにおけるオーラルケア），14-23，メディカ出版，大阪，2000.
- 3) 岩沢篤郎，中村良子：ポビドンヨード製剤の使用上の留意点．Infection Control, 11(4), 18-24, 2002.
- 4) Kyoko Iida-Tanaka, Terukazu Tanaka, Kiyoshi Negayama, et al.: Bactericidal action of povidone-isodine is enhanced and prolonged by deferoxamine mesilate and Glycerol. Dermatology, 204 (suppl 1), 134, 2002.
- 5) 松永昌誉，大平福美，ほか：経口挿管中患者の舌苔予防に対する口腔ケアの評価．日本看護学会第32回成人看護 I，169-171, 2001.
- 6) 荒木麻美，小杉千恵子，ほか：口腔ケアにおけるグリセリン・レモンの効果．磐田市立総合病院誌，4(1), 33-37, 2002.
- 7) 篠崎正博：消毒薬の問題点（クロルヘキシジンによる口腔内消毒）（丸川征四郎 編著：ICUにおけるオーラルケア），118-121，メディカ出版，大阪，2000.
- 8) 石川ふみよ，後藤志保，ほか：人工呼吸器装着患者の口腔ケアにおける中性電解質の効果．日本保健科学学会誌，7(3), 148-155, 2004.
- 9) 岸 光男，高橋雅洋，ほか：口腔ケアの評価指標と real-time PCRによる舌苔中細菌数との関連性．口腔衛生学会雑誌，56(5), 665-672, 2006.
- 10) 岩永康之，相引眞幸，ほか：脳低温療法時の肺酸素化能に及ぼす口鼻腔内ケアの効果．日本救急医学会雑誌，10(7), 407-414, 1999.
- 11) 林要喜知，山崎蘭子，ほか：人にやさしい口腔ケアに関する研究－イソジンと緑茶の抗菌活性の比較とそれらの併用の可能性について－．旭川医科大学紀要，vol 21, 43-52, 2000.
- 12) 奥田克爾：命を狙う口腔細菌．歯界展望，91(6), 1288-1297, 1998.

〔平成22年5月14日受 付〕
〔平成23年4月19日採用決定〕

統合失調症の病識の構造

Structure of Illness Insight in Patients with Schizophrenia

菅原(阿部)裕美¹⁾ 森 千 鶴²⁾
Hiromi (Abe) Sugawara Chizuru Mori

キーワード：病識，統合失調症，服薬態度

Key Words：illnessinsight, schizophrenia, drug-taking attitude

I. 緒 言

1. 統合失調症者における病識

統合失調症において、「病識」欠如はもっともよく観察される所見の一つである¹⁾。これは、統合失調症者が自己の病的体験を客観的に見る機能がうまく働いていないことによると考えられる²⁾。自己を客観視できないために少なからず病的体験に不安定さを感じ、妄想的に認識しているので、病識欠如があらわになりやすい³⁾。また、自己の病気の症状を気づく過程で何らかの心理的要因が混入し、心理的な防衛機制または対処方法として病識欠如が現れる^{3), 4)}。

病識が不十分であると、服薬の継続が困難になることが大きな問題になる。統合失調症の再発原因の50～70%が服薬中断と考えられている⁵⁾。また、退院後1年で統合失調症者の40～50%、2年でだいたい4分の3が服薬を自己中断している⁶⁾。

服薬を継続できない要因には、通院手段、医療費などの環境要因や処方に対する不満などがあるが、最も大きく関連している要因は病識であり^{6), 7)}、入院中からの病識のレベルの向上に向けたかかわりが期待されている。しかし、精神科看護師は、「病識欠如」を看護問題としてあげているにもかかわらず、「患者にどう働きかけていいのかわからない」と消極的態度をとる傾向にある⁸⁾。このことから、精神科看護師は統合失調症者において病識のレベルの向上へのかかわりを重要視していながらも、具体的な看護の介入が見出せていないのが現状だと考えられる。

2. 病識の関連要因

a. 服薬態度

統合失調症者において、服薬態度は病気の再発や症状の悪化を左右する重要な行動である⁵⁾。渡邊⁷⁾は、服薬コン

プライアンスの指標であるDrug Attitude Inventory (DAI)と病識のレベルを示すSchedule for Assessment of Insight日本語版(SAI-J)を用いて、服薬コンプライアンスと病識との関連を検討したところ、SAI-Jの総得点、下位項目すべてにおいてDAIと正の相関が認められた、と報告している。したがって、病識と服薬行動は関連が強いと考えられる。江波戸⁹⁾は慢性期の統合失調症者に服薬態度に関するインタビューを行い分析したところ、服薬態度への関連因子として「病気の認識の有無と程度」を抽出している。同様にWeidenら¹⁰⁾の研究によると、統合失調症者のアドヒアランスの概念を服薬コンプライアンスとして、服薬ノンコンプライアンスの因子に疾病に対する否認や勝手に自分の病気が治癒したと判断すること等を抽出している。これらの報告は、病識が不十分であると服薬継続が困難であることを示している。

b. インフォームド・コンセント

2002年7月、「精神分裂病」から「統合失調症」へ呼称が変更され、西村ら¹¹⁾は呼称変更1年後の病名告知の実態調査を行っている。これによると、65%が本人に病名告知し、21%が「告知しない」、14%が「どちらともいえない」と報告している。このことは、呼称変更された現在においても、すべての統合失調症者が告知をされているとは言えないことを意味している。主治医から病名や症状の説明がなければ、統合失調症者も十分に自己の病気について理解できず、本人なりの合理的な解釈をする可能性がある。したがって、主治医からの病名の説明の内容によって、統合失調症者の病識の程度が変化すると考えられる。

c. Health Locus of Control

田邊¹²⁾はHealth Locus of Control (以下HLC)とは、Rotterの社会的学習理論の概念であるLocus of Control (以下LOC)を健康教育に適用したものであると説明している。また、HLCは、健康を自分自身の努力によって得られる

1) 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Center

2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科 University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive Human Sciences

と信じる人 (Internals), 医療従事者や運によって得られると信じる人 (Externals) に人間の保健態度の傾向を区別できるという考え方である¹³⁾。渡辺は, Internals 傾向者はセルフケア行動に適し, Externals 傾向者はコンプライアンス行動に向いている, と指摘している¹³⁾。セルフケア行動との関連や慢性疾患患者の HLC 特性などの研究で広く用いられている。

入山¹⁴⁾ は肝硬変患者のセルフケア行動の関連要因として, 病気の認識と HLC をあげて関連みたところ, Internals 傾向者は病気の認識の項目「生活調整は肝機能の維持・改善に効果がある」, Externals 傾向者は「病気に関する知識・情報を集める」で平均得点が有意に高かった, と報告している。これは, HLC の傾向によって, 病気に対する認識の仕方が異なることを示唆している。また, 磯谷ら¹⁵⁾ は糖尿病性腎症患者で糖尿病教室受講の有無で HLC を比較したところ, 健康は「運に支配されている」と考える CHLC (Chance Health Locus of Control) 項目「病気になるときはなる, 健康でいたいと思えば健康になる」で未受講者の得点が有意に高かった, と報告している。この結果も入山¹⁴⁾ の研究と同様に, 病気である自分をどのように受け止め, 保健行動につなげるのかは同じ疾患の患者でも異なり, それはもともと個人に存在する HLC 傾向が影響すると思われる。

統合失調症者を含む精神障害者の HLC の傾向は他の集団と変わらない, との報告があり¹⁶⁾, このことを考慮すると, 慢性疾患の一つである統合失調症にも HLC の考え方を応用することが可能であると考ええる。したがって, 統合失調症者の HLC の傾向は病識に影響を与えようとする。また, 堀毛¹⁷⁾ は HLC が Internals 傾向者と Externals 傾向者の 2 次元ではなく, 多次元であると述べている。そして, HLC の傾向をより細かく分ける必要があるとして, 「自分自身」「家族」「専門職」「偶然」「超自然」をあげている。これは, Externals 傾向者のなかでもどういったものを想定しているのかが具体的になるため, HLC の傾向をより細かく検討することができる。

d. 精神症状

金ら¹⁸⁾ は統合失調症者 18 名に対し, 病識のレベルを示す SAI-J と精神症状を示す Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) との関連を検討したところ, SAI-J の下位項目「自己の疾病についての意識」と BPRS 総得点に負の相関があり, 精神症状の重症度が疾病の自覚を妨げる, と報告している。吉松¹⁹⁾ は, 精神症状が著しい場合, とくに急性期の統合失調症者は病的体験にのみ込まれるか, 病的体験と格闘するのが精一杯な状態にある, と述べている。したがって, 精神症状が著しいと自己の精神症状の洞察はできず, 病気であることの認識は難しく, 病識のレベルは低く

なると考えられる。

e. 心理教育

大島²⁰⁾ は心理教育について, 疾病・障害をもつ本人および家族を対象に, 単に必要な知識・情報を提供するだけでなく, 対象者が地域の各プログラムに主体的に利用し, 自分らしく地域生活を営める力量を身につける援助である, と説明している。心理教育の効果に関する研究はこれまで多くされており, 日域ら²¹⁾ は, 1 クール 5 回の心理教育の前後で病識のレベルを示す Schedule for Assessment of Insight 日本語版 (SAI-J) を測定したところ, SAI-J では下位項目の「治療と服薬の必要性」「自己の疾病についての意識」において有意に改善した, と報告している。したがって, 心理教育は服薬継続の必要性や自己の病気の気づきに効果があり, 病識を高めるうえで有効である。

f. 認知行動療法

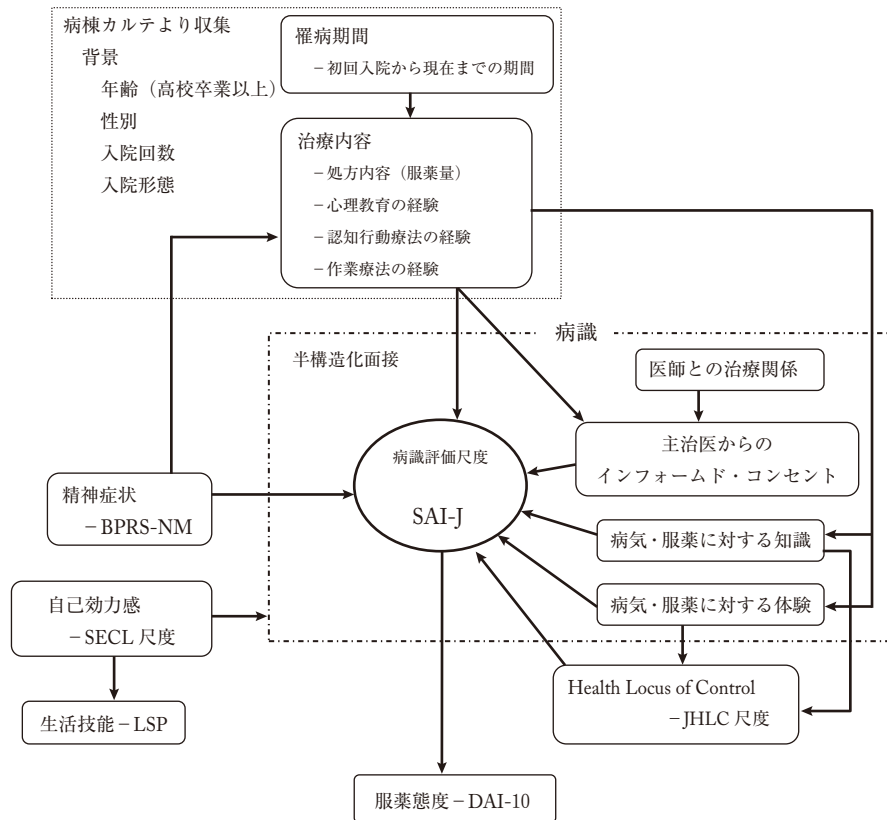
認知行動療法は, 行動療法を出発点としつつ観察学習など社会的学習理論や認知の構えに関する研究成果を取り入れて発展したものである²²⁾。幻聴のある患者に認知療法を取り入れた看護面接を行い, 面接前後で評価を比較した研究では, 面接前には「命令される」「従わないと危害が及ぶ」「話すと相手に危害が及ぶ」「食事はとってはいけない」と受け止めていたのが, 幻聴を「無視しても大丈夫」「気にしないでいると楽になる」「ため込みすぎない」というようにとらえ方が変化した, との報告がある²³⁾。池淵^{1), 24)} は, 病識欠如を病気に対する対処行動としてとらえ, 認知行動療法の目的が一つ一つの対処行動を改善することと考ええると, 病識には認知行動療法の介入が期待される, と説明している。統合失調症者に対して行われる社会生活技能訓練 (Social Skills Training: SST) も認知行動療法の一つであり²⁵⁾, 認知行動療法の経験の有無で病識のレベルは変化すると思われる。

II. 概念枠組みと研究目的

本研究の概念枠組みを図 1 に示した。

本研究において, 病識はあり・なしで評価できない主観的なものと考え, 精神障害による何らかの変化を本人が気づくことによって自分の行動を決定する指標となる本人の精神障害に対する意識, と定義した。病識には, David ら²⁶⁾ があげた SAI-J の「治療と服薬の必要性」「自己の疾病についての意識」「精神症状についての意識」が含まれる。さらに, 医師との治療関係, 主治医からのインフォームド・コンセントの内容, 病気・服薬に対する知識と体験が含まれている。そして, 先行研究から, 統合失調症者の病識には, 現在の精神症状, 治療内容, Health Locus of Control が影響を与えようとする。初回入院から現在まで

統合失調症の病識の構造



- ・ The Schedule for Assessment of Insight 日本語版 : SAI-J
- ・ Brief Psychiatric Rating Scale Nursing Modification : BPRS-NM
- ・ 日本版 Health Locus of Control 尺度 : JHLC
- ・ Drug Attitude Inventory : DAI-10
- ・ Self-Efficacy for Community Life scale : SECL
- ・ Life Skills Profile : LSP

図 1. 概念枠組み

の期間に治療内容も少しずつ変わっていくため、薬の効果や症状の変化を体験したり、教育を受けることで病気・服薬に対する知識を得る。その知識と体験で健康や病気に関する Health Locus of Control も異なると考える。また、主治医からのインフォームド・コンセントは主治医との治療関係が影響している。さらに Lee²⁷⁾ は、何らかの行動が生じるにはそのための知識や技能だけでなく、自己効力感が影響する、と指摘している。本研究では自分の行動を決定することまで含んでおり、病識に影響する因子として自己効力感を考えた。病識はこれらの複数の要因より影響を受け、病識の程度が本人の服薬態度につながると仮定する。本研究は、統合失調症者の病識に影響を与える関連要因として、服薬態度、HLC、病気・服薬に対する知識、病気・服薬に対する体験、精神症状、治療内容、主治医からのインフォームド・コンセント、自己効力感をあげ、病識の構造を明らかにすることである。また、これらの結果から病識のレベルを高める看護介入の示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者

本研究の対象者は精神科病院に入院中または、地域に生活している統合失調症者で主治医および受持ち看護師、施設スタッフに調査許可が得られた102名を対象とした。

具体的な選定基準は、次のとおりとした。

- ① ICD-10およびDSM-IVで統合失調症と診断された者
- ② 主治医および受持ち看護師、施設スタッフに調査許可が得られた者
- ③ 知的発達障害や、脳器質障害をもたない統合失調症者
- ④ 本研究の調査項目内容を理解し、回答が得られると考えたため、高卒以上の学歴の統合失調症者
- ⑤ 本研究の研究課題、目的について了解が得られた者

2. 調査期間

2008年4月～8月。

3. 対象施設

精神科病院 2 施設および精神科病棟 3 病棟、精神障害者小規模作業所 1 施設。

4. 調査内容

a. 背景情報

年齢、性別、罹病期間、入院回数、入院形態、治療内容（処方内容、心理教育・認知行動療法・作業療法を受けた経験と内容）を診療録より収集する。心理教育・認知行動療法・作業療法を受けた経験は、これまでに 1 回でも経験があった人となない人で情報を収集した。精神症状の評価には Brief Psychiatric Rating Scale Nursing Modification（以下 BPRS-NM）を用いた。これは、Overall と Gorham²⁸⁾ の医師用に精神医学的診断に広く活用されていた Brief Psychiatric Rating Scale を看護師の観察によって評価可能なものに改変した評価尺度である。幻覚、思考内容の異常などの精神症状 18 項目、7 段階で評価され、得点が高いほど重症であることを示す。本研究において、BPRS-NM の評価は研究者が行ったが、評価した内容を受持ち看護師および主治医に確認してもらい、その妥当性を確保した。生活技能は Life Skills Profile（以下、LSP）で評価した。LSP は、1989 年に Rosen, Parker らによって開発され、日本語版は長谷川らによって信頼性・妥当性が検討され、確認されている²⁹⁾。5 つの下位尺度（身辺整理、規則遵守、交際、会話、責任）で、全 39 項目で構成されている。

b. 主治医からのインフォームド・コンセント

主治医から対象者の病気の説明について情報を得る。

c. 自己効力感

自己効力感の評価には、自己効力感尺度（Self-Efficacy for Community Life scale：以下 SECL）を用いた。SECL は大川ら³⁰⁾ が発表した自記式調査票および面接法によって行われる統合失調症者の自己効力感尺度であり、信頼性・妥当性は確認されている。これは、地域生活で必要とされる 18 の行動に対し 11 段階で評価し、得点が高いほど自己効力感が高いことを示す。

d. Health Locus of Control

HLC 評価には日本版 Health Locus of Control 尺度（以下 JHLC）を用いた。JHLC は堀毛¹⁷⁾ によって信頼性が認められている。25 項目で、自分自身、家族、医師、偶然、超自然の 5 つの下位尺度から構成されている。原版では各項目に対し、「非常にそう思う」～「まったくそう思わない」の 6 段階で評価している。しかし、これまでの統合失調症者に対する研究は、集中力や持続力の問題から 6 段階で評価することが対象者の苦痛となると判断され、4 段階評価に評価法を変更して行っている^{16), 31)}。本研究においても、堀毛の承諾を得たうえで、4 段階評価とした。

e. 服薬態度

服薬態度の評価には服薬に対する態度尺度（Drug Attitude Inventory：以下 DAI）を用いた。DAI は Hogan ら³²⁾ が開発した自記式評価尺度で、日本語版は宮田ら³³⁾ が発表し、内的整合性と信頼性が確認されている。本研究では、対象者の負担を考慮し、DAI 短縮版である DAI-10³⁴⁾ を用いた。なお、DAI-10 の作成者から直接使用する許可を得て使用した。

f. 病識評価

病識評価には病識評価尺度（Schedule for Assessment of Insight）日本語版（以下 SAI-J）を用い、SAI-J 項目に病気・服薬に対する知識と体験を盛り込み半構造化面接を行った。

SAI-J は David²⁶⁾ が発表した統合失調症者の病識を評価する尺度で、半構造化面接によって行われる尺度である。日本語版は、酒井ら³⁵⁾ がその信頼性と妥当性について検討し、確認している。以下 3 つの下位項目、「治療と服薬の必要性」「自己の疾病についての意識」「精神症状についての意識」で構成されている。

5. 調査方法

対象施設では受持ち看護師・主治医、施設スタッフに研究目的と調査内容・方法を説明し、対象者の選定に協力を得た。対象者の背景として、年齢、性別、罹病期間、入院回数、入院形態、治療内容（処方内容、心理教育・認知行動療法を受けた経験と内容）を診療録より収集し、地域で生活している対象者については本人から情報を得た。さらに対象者に BPRS-NM と LSP を用いて研究者が評価した。入院中の統合失調症者の病識は、主治医がどのように本人にインフォームド・コンセントをとっているかが影響するため、本人への病気の説明の内容について、主治医および看護師より情報を得た。対象者に対しては、まず初めに都合のよい日時と進め方、場所を決めた。面接前に約 5 分程度で記載できる DAI-10 を記入してもらい、その後、SAI-J の項目と病気・服薬に対する知識と体験の内容について、半構造化面接を行った。半構造化面接は対象者の負担を考慮し、2 回に分けて実施し、対象者の希望によっては 1 回で終了するように配慮した。半構造化面接で得られたデータは、信頼性を確保するために対象者の了解を得て IC レコーダーに録音し、了解が得られなかった対象者については、対象者の了解を得て面接内容をその場でメモに書き留める方法で実施した。面接終了後、対象者に約 10 分程度で記載できる SECL と JHLC へ記入をしてもらった。

6. 分析方法

統計的分析には、SPSS 17.0J、Amos 7.0J を用いた。

各尺度の信頼分析を行い、Cronbachの α 係数を求め各尺度の信頼性を確認した。半構造化面接時にICレコーダーに録音されたデータは、すべて逐語録に起こした。各対象者の逐語録から、SAI-Jの質問内容に対する発言はSAI-Jの点数化に沿って評価した。SAI-Jの質問内容に対する発言以外の発言内容について分析を行った。逐語録に起こしたデータは言葉を補って意味解釈し、データを文脈ごとにコード化し、意味内容の類似性に基づきカテゴリー化を行った。カテゴリー化にあたり、2名の精神科看護の専門家からスーパーバイズを受け、信頼性・妥当性を確保した。得られたカテゴリーについて主成分分析を行い、主成分分析で得られた第1因子の各カテゴリーの表出に有無、各尺度の合計点を変数とし、共分散構造分析を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、研究対象者の人権擁護をはかるため、筑波大学『医の倫理委員会』で承認後、各研究対象病院の倫理委員会で承認を受けたうえで実施した。病院以外の対象施設については、施設責任者に本研究の研究計画書の内容および実施について、文書と口頭で説明し、承諾を得た。その際、入院に対する同意能力と研究に対する同意能力は必ずしも一致しないため、対象者である統合失調症者には本研究の同意能力は十分にあるとみなすものとして承認を得た。加えて、主治医の判断より会話が成立しないほど精神症状が不安定である場合は除外することとした。対象者となる統合失調症者には、主治医からの病名の告知状況に合わせ、研究依頼文および同意書を選択し、研究の目的と方法、調査への参加は自由であること、不参加であっても不利益を受けることはないこと、中止の自由、匿名性の確保を説明し、同意書に署名を得た。

IV. 結 果

1. 対象者の背景

研究の対象となった統合失調症者は102名で、そのうち対象者から同意が得られたのが76名であった。また、同意が得られた76名のうち、途中中断した対象者が7名、終了後辞退したのが2名であった。さらに、思考内容の混乱が著しく、面接内容が本研究の目的と異なってしまったのが6名であり、計15名を除外した。したがって、有効な回答が得られた61名（80.0%）を分析対象とした。

対象者の背景は表1に示した。男性40名、女性21名、平均年齢44.85歳、標準偏差12.41（range：21～68）であり、性別と年齢に有意な関連は認められなかった。入院中の対象者の入院形態は、措置入院3名、医療保護入院22名、任意入院32名、地域で生活している対象者は4名であった。入院中の対象者は、平均罹病期間15.18年、標準偏差11.97（range：1か月～41.08年）であり、平均入院回数4.70回、標準偏差4.14（range：1～24）であった。また、全対象者の抗精神病薬の服薬量をChlorpromazine（CP）に換算して算出したところ、平均857.6mg、標準偏差544.6（range：50～2454.6）であった。統合失調症者の精神症状を示すBPRS-NM版の合計点は平均値34.7点、標準偏差8.7（range：18～53）であった。また、病棟カルテより対象者の治療内容について情報を収集したところ、心理教育を1回でも受けたことがある人は5名、認知行動療法を1回でも受けたことがある人は17名、作業療法を1回でも受けたことがある人は22名だった。

2. 主治医からのインフォームド・コンセント

対象者の主治医に病気の説明を本人にどのように伝えただか情報を得たところ、「病名と症状を告知している」人

表1. 対象者背景

	計 61	男子 40	女子 21
入院形態			
措置入院	3	2	1
医療保護入院	22	12	10
任意入院	32	23	9
在宅	4	3	1
年齢（歳）	44.9 ± 12.4	44.3 ± 12.5	46.0 ± 12.6
罹患期間（年）	15.2 ± 12.0	16.2 ± 12.2	13.4 ± 11.6
入院回数（回）	4.7 ± 4.1	5.3 ± 4.8	3.6 ± 2.3
CP換算（mg）	857.6 ± 544.6	871.0 ± 555.0	832.6 ± 537.2
BPRS合計（点）	34.7 ± 8.7	34.7 ± 9.0	34.5 ± 8.3

CP：chlorpromazine

BPRS：Brief Psychiatric Rating Scale-NM

18名、「病名のみ告知している」人17名、主治医があえて幻聴や妄想などといった言葉を用いず「天の声」など対象者本人にとっての「合理的な言葉で説明している」人4名であった。現在の主治医が患者に対する病名の説明を「把握していない」と答えたのが14名であった。

3. 自己効力感尺度

自己効力感尺度であるSECLの α 係数.86で信頼性があると判断した。また、SECL合計点は平均値129.4点、標準偏差27.2 (range: 50~176) であった。

4. 日本版 Health Locus of Control 尺度

JHLCについては、下位項目ごとに信頼性の検討を行った。JHLC-自分自身は α 係数.80, JHLC-家族は α 係数.79, JHLC-医師は α 係数.83, JHLC-偶然は α 係数.81, JHLC-超自然は α 係数.80であり、全下位項目において信頼性があると判断した。また、JHLC-自分自身合計点は平均値16.7点、標準偏差3.3 (range: 7~20), JHLC-家族合計点は平均値16.7点、標準偏差3.2 (range: 6~20), JHLC-医師合計点は平均値14.8点、標準偏差3.7 (range: 5~20), JHLC-偶然合計点は平均値12.6点、標準偏差4.1 (range: 5~20), JHLC-超自然合計点は平均値11.7点、標準偏差4.1 (range: 5~20) であった。

5. 生活技能

生活技能を示すLSPについては、下位項目ごとに信頼性の検討を行った。LSP-身辺整理 α 係数.86, LSP-交際 α 係数.84, LSP-会話 α 係数.68であり、これらの下位項目については信頼性があると判断した。しかし、LSP-規則遵守 α 係数0.47, LSP-責任 α 係数0.59であり、これらの下位項目については信頼性が低かった。また、LSP-身辺整理合計点は平均値22.1点、標準偏差4.8 (range: 12~31), LSP-規則遵守合計点は平均値38.4点、標準偏差1.8 (range: 32~40), LSP-交際合計点は平均値13.3, 標準偏差4.5 (range: 6~24), LSP-会話合計点は平均値16.2点、標準偏差3.5 (range: 9~23), LSP-責任合計点は平均値17.0点、標準偏差1.9 (range: 10~20) であった。

6. 服薬態度

服薬に対する態度尺度であるDAI-10の信頼性の検討を行ったところ、DAI-10は α 係数.68で信頼性があると判断した。また、DAI-10合計点は平均値1.6, 標準偏差4.8 (range: -8~10) であった。

7. 病識評価尺度 (SAI-J)

病識評価尺度であるSAI-Jの信頼性の検討を行ったところ、

SAI-Jは α 係数.87で信頼性があると判断した (表2)。また、SAI-J合計点は平均値8.8点、標準偏差4.9 (range: 1~9) であり、SAI-J下位項目「治療と服薬の必要性」平均値3.4点、標準偏差1.6 (range: 1~6), SAI-J下位項目「自己の疾病の意識」平均値2.5点, 1.9 (range: 0~6), SAI-J下位項目「精神症状の意識」平均値1.2点、標準偏差1.3 (range: 0~4) であった。

表2. 調査尺度の信頼分析

	Cronbach α
SAI-J	.87
DAI-10	.68
SECL	.86
JHLC 尺度	
JHLC-自分自身	.8
JHLC-家族	.78
JHLC-医師	.83
JHLC-偶然	.81
JHLC-超自然	.8
LSP	
LSP-身辺整理	.88
LSP-規則遵守	.47
LSP-交際	.84
LSP-会話	.66
LSP-責任	.59

SAI-J: The Schedule for Assessment of Insight
日本語版 (病識評価尺度)

DAI-10: Drug Attitude Inventory
10項目版 (服薬に対する態度)

SECL: Self-Efficacy for Community Life scale
(自己効力感尺度)

JHLC: 日本語版 Health Locus of Control

LSP: Life Skills Profile

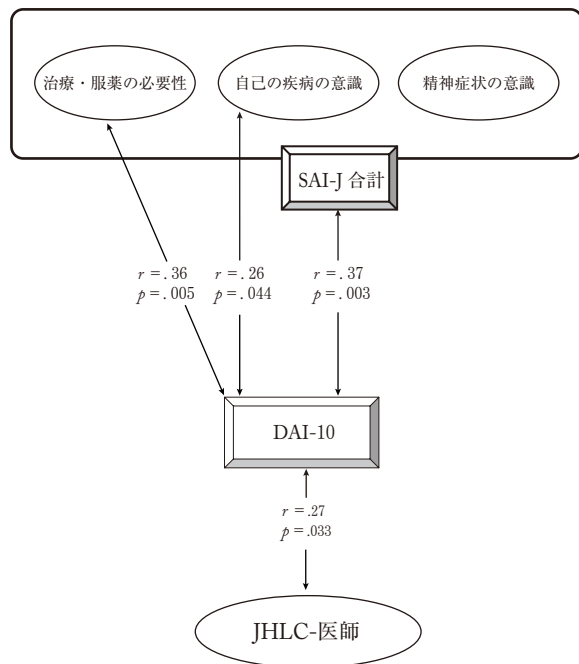
8. 病識評価尺度と関連要因との関連

a. 病識評価尺度と服薬態度との関連

SAI-J合計点、SAI-J下位項目の得点とDAI-10との相関をみた (図2)。その結果、SAI合計点とDAI-10との間の相関係数 $r = .37$ ($p = .003$) であり、弱い正の相関が認められた。また、SAI-J下位項目「治療・服薬の必要性」とDAI-10との間の相関係数 $r = .36$ ($p = .005$) で弱い正の相関が、さらにSAI-J下位項目「自己の疾病の意識」とDAI-10との間の相関係数 $r = .26$ ($p = .044$) であり、ごく弱い正の相関が認められた。SAI-J下位項目「精神症状の意識」とDAI-10との間には相関は認められなかった。

b. 病識評価尺度と自己効力感尺度との関連

SAI-J合計点、SAI-J下位項目の得点とSECL合計点との相関をみたところ、SAI合計点、SAI-J全下位項目との間に相関は認められなかった。



SAI-J : The Schedule for Assessment of Insight 日本語版 (病識評価尺度)
 DAI-10 : Drug Attitude Inventory 10項目版 (服薬に対する態度)
 JHLC : Health Locus of Control 日本語版

図2. 病識評価尺度と服薬態度、HLCの関連

c. 病識評価尺度とHealth Locus of Controlとの関連

JHLC下位項目ごとにSAI-J合計点、SAI-J下位項目との相関をみたところ、JHLC-自分自身、JHLC-家族、JHLC-医師、JHLC-偶然、JHLC-超自然、すべてにおいて相関は認められなかった。

9. 服薬に対する態度尺度と他の要因との関連

a. 服薬に対する態度尺度と自己効力感尺度との関連

DAI-10と自己効力感尺度であるSECLとの相関をみたところ、相関は認められなかった。

b. 服薬に対する態度尺度とHealth Locus of Controlとの関連

DAI-10の得点とJHLCの得点を下位項目ごとに相関をみた。その結果、JHLC-自分自身、JHLC-家族、JHLC-偶然、JHLC-超自然との間には相関は認められなかったが、JHLC-医師との間の相関係数は $r = .27$ ($p = .033$) であり、ごく弱い正の相関が認められた (図1)。

10. カテゴリ統合までの経過

半構造化面接の面接回数は平均1～2回、1回あたりの面接時間は平均24分56秒であった。半構造化面接で得た各対象者のデータの逐語録から、SAI-Jの質問内容に対する発言はSAI-Jの点数化に沿って評価した。また、SAI-Jの質問内容に対する発言以外の発言内容と医師との治療関係などの発言内容は、病気に対する認識、服薬経験、服薬に

関する感情、服薬の受け止めであり、これらについてカテゴリー化を行った。このとき、服薬経験と感情で区別したのは、対象者によって同じ服薬に関する経験でもそのときに抱く感情は異なっていたためである。例えば、薬が精神症状に効いているという体験に対し、薬のおかげでよくなったと感じる人もいれば、あまり薬に頼るのはよくないと抵抗を示す人もいた。したがって、経験と感情で区別しカテゴリー化を行った。SAI-Jの質問内容以外の発言内容である病気に対する認識とは、病気であると意識するまでの自己の体験やそれに対する本人の解釈が含まれているため、SAI-Jの下位項目「自己の疾病についての意識」、「精神症状についての意識」と区別した。

発言内容を簡潔な表現にまとめてコードとした結果、総数1006コードであった。コードを類似性に沿って集め、132のカテゴリに統合した。

11. 共分散構造分析によるモデルの検討

a. カテゴリの変数への置き換え、因子の抽出

半構造化面接で得た各カテゴリに対し、表出あり・なしで名義変数とし、主成分分析を行った。主成分分析を行った結果、第1因子は30カテゴリで構成されており、主成分分析は第1因子が観測変数の主成分を示す。したがって、主成分分析で得られた30カテゴリを共分散構造分析で検討する因子とした。

第1因子に抽出された「現主治医より何も説明を受けない」「病名がわからない」「病名の発言拒否」「病的体験に対し悪い気はしてない」「病的体験に対し嫌な感情」「病的体験の妄想的意味づけ」「病的体験に対し“大変だった”」「病的体験の客観視」「病的体験を事実だと思う」「病的体験に対し現実感をもってとらえている」「正確な入院理由の認識」「強制的に入院させられた」の12カテゴリは病気に対する認識に区分した。「病的体験の客観視」とは病的体験を妄想的に解釈するのではなく、病気と関連づけて客観視できることであり、「病的体験に対し現実感をもってとらえている」は自己の病的体験に対し実際に起こったことであるとしてとらえているのではなく、起こったことが非現実的でおかしいかっただと考えているという内容が含まれ、本研究では区別してカテゴリー化した。

また、「精神症状に対する薬の効果の体験」「副作用が少ない体験」「薬を飲んでも精神症状が改善しない」「過去に薬で状態悪化した体験」「理由は語らないが服薬中断した体験」「前主治医の処方が悪くなかった体験」「周囲から薬に関する肯定的な意見を受けた体験」の7カテゴリを服薬経験に区分した。

さらに、「薬のおかげで精神症状がよくなった」「薬の副作用が少なくなってよい」「薬を飲んでも精神症状が改善

効果の体験（推定値.705）」から影響を受けており、DAI-10合計点（推定値.169）へ影響をしていた。加えて、「薬を飲んでも精神症状が改善しなくて嫌」は「薬を飲んでも精神症状が改善しない体験（推定値.470）」から影響を受け、DAI-10合計点（推定値.154）へ影響していた。「薬を飲んでも精神症状が改善しない体験」は、HLC-超自然（推定値.170）「現主治医より何も説明を受けていない（推定値.105）」「病的体験の客観視（推定値 -.279）」から影響を受けていた。

V. 考 察

1. 病識の構造

バスモデルの構造から、「病的体験に対し現実感をもってとらえている」がSAI-J下位項目「自己の疾病の意識」「精神症状の意識」の得点へ影響を与え、SAI-J下位項目「自己の疾病の意識」「精神症状の意識」の得点が「病的体験の客観視」に影響し、SAI-J下位項目「治療と服薬の必要性」へと影響を与えていた。本研究では「病的体験に対し現実感をもってとらえている」は自己の病的体験に対し実際に起こったことであるととらえているのではなく、起こったことが非現実的でおかしいかっただと考えているという内容が含まれている。Aaronら³⁶⁾は、統合失調症者はもともと現実検討能力が乏しいうえに著しい妄想があると現実検討の過程がうまく機能せず、病的体験を妄想づけて認識し、妄想や幻聴を強めることがある、と説明している。したがって、本研究において病的体験に対する現実感の程度が自己の体験が精神症状であり、自分が病気であると意識することに影響を与えたと考える。また、「病的体験の客観視」とは病的体験を妄想的に解釈するのではなく、病気と関連づけて客観視できることであり、自己の病的体験を病気と関連づけて解釈することができるかが治療と服薬の必要性に影響すると考えられた。加えて、「病的体験に対し現実感をもってとらえている」は「正確な入院理由の認識」に影響を与えていることから、病的体験に対する現実感の程度は入院を自分のこととして認識し、入院の必要性を理解することにつながると推察された。

「正確な入院理由の認識」は「薬のおかげで精神症状がよくなった」という感情に影響を与えているが、「薬のおかげで精神症状がよくなった」は「精神症状に対する薬の効果の体験」からの影響度が高い。これは、自分が入院が必要な状態であるとの認識に加え、実際に薬を内服して症状が改善した経験が「薬のおかげで精神症状がよくなった」という感情を生じさせたと考えられる。「薬のおかげで精神症状がよくなった」という感情はDAI-10合計点にも影響を与えており、同時に「薬を飲んでも精神症状が改

善しなくて嫌」という否定的な感情もDAI-10合計点に影響を与えていた。つまり、単に服薬体験が服薬態度に影響するのではなく、体験に伴って生じた感情が服薬態度に影響を与えていることが示された。中村³⁷⁾は「感情は基本的に快と不快の心理的経験」と述べ、「感情は行動の動機的機能をもつ」と説明している。これは、本研究で体験が服薬態度に影響するのではなく、体験から生じた感情が服薬態度に影響するという結果を支持するものであり、服薬に関する感情が服薬継続への動機的作用をもっていると推察された。加えて、中村³⁷⁾は「不快をもたらす刺激からは回避的行動を引き起こす」と説明しているが、本研究では、「薬を飲んでも精神症状が改善しなくて嫌」と感じているとDAI-10合計点が高く、必ずしも否定的な感情が否定的な服薬態度へつながるわけではないことを示している。中村³⁷⁾は、行動の動機には認知・感情・欲求がその個人の体験やパーソナリティによって複合的に作用する、と加えて説明している。さらにDAI-10合計点にSAI-J下位項目「自己の疾病の意識」「治療と服薬の必要性」の認知の側面が影響していたことを考慮すると、たとえ否定的な感情があったとしても、病気・服薬に対する認知の仕方によって肯定的な服薬態度もとることができると考えられた。

本研究では、服薬体験から服薬に関する感情が生じ、服薬態度へと影響を与えているが、注目すべき点は服薬体験に「病的体験の客観視」が影響を与えている点である。病的体験に対して病気と関連づけて客観視することが「精神症状に対する薬の効果の体験」に影響し、「薬を飲んでも精神症状が改善しない体験」への影響度は低くなることが認められた。Philip³⁸⁾によると、自己の経験を認識する過程は健常者では簡単であるが、統合失調症者の場合は認識する過程に障害があり、重度の場合は出来事の内容を否定することもある、と説明している。Philip³⁸⁾が述べる認識する過程の障害が、本研究で得られた「病的体験の客観視」と関連していると仮定すると、認識する過程の障害が少なからず客観視に影響し、薬の効果の体験の有無に影響していたと推察された。

また、本研究ではSECLの合計点が「病的体験に対し現実感をもってとらえている」に負の影響を与えていることが示された。SECLは自己効力感を示す尺度であり、尺度の特徴として、現実検討能力の評価ができない人は得点を高くつけることがある³⁹⁾。そのため、本研究では「病的体験に対し現実感をもってとらえている」に影響を与えたと考えられた。さらに、JHLC-超自然が「薬を飲んでも精神症状が改善しない体験」に影響を与えていた。JHLC-超自然とは「健康でいられるは神様のおかげである」といった項目が含まれている。もともと、健康・病気に対し医師に委ねるや自分で対処するなど考えるより、

「神」など宗教的なものに頼る傾向があると、たとえ薬が効果があつたとしても本人が「薬を飲んでもいても精神症状が改善しない体験」と認識すると考えられた。本研究からは、JHLC-超自然以外の項目はパスモデルに組み込まれなかったが、もともと個人の個人がもつ健康や病気に対する考え方が服薬体験に影響しており、病識の構成要因であると考えられた。

本研究では、病識は多次元であり、精神障害による何らかを変化を本人が気づくことによって自分の行動を決定する指標となる本人の精神障害に対する意識、と定義していた。本研究の結果からも、病識にはSAI-J下位項目だけでなく、病的体験の客観視や服薬体験、服薬の関する感情も含まれ、多次元であった。これまでの研究では病識と服薬態度を別の次元としてとらえて関連を検討している報告がある^{7), 21)}。しかし、本研究の病識の定義をもとに病識の構造を考えると、DAI-10も病識の構成要因であると仮定できるのではないかと考えられた。濱田⁴⁰⁾は、病識のレベルが低くても治療を受け入れている人もおり、そういった人々は病気そのものよりも「生活しづらさ」を認識している、と説明し、病識と「生活のしづらさ」を区別して述べている。しかし、その「生活のしづらさ」も本人がとらえる病的体験の解釈として病識の一部であると考ええる。このことを考慮すると、病識をこれまでの報告のように病気という狭い概念でとらえるのではなく、統合失調症者が病的体験をどのように客観視し、入院、治療についてどのように受け止めて服薬態度につながっていくのか、広い見方で病識をとらえていくことが必要になると考えられた。

2. 看護援助への適用

精神科看護の具体的な援助場面では、病識を看護問題としてあげられる傾向にあるが、具体的な看護介入を見出せていない。釜⁸⁾の報告によると、経験年数が影響するが精神科看護師は患者の病識のレベルが低いと判断した途端、消極的な態度をとる傾向にある、と述べている。また、その理由に「どう働きかけていいかわからない」をあげている。したがって、病識を高める看護介入の示唆を得ることは精神科看護において必要である。本研究の結果から、統合失調症の病識レベルの向上に向けて、注目すべき点は2つある。1つは、本研究結果から抽出された「病気に対する認識」の内容である。石川⁴¹⁾は、患者が「病気」をどう考えているのか、自己を客観視する能力は病識にかなり左右される、と述べている。本研究で「病的体験に対し現実感をもってとらえている」はSAI-J得点に影響を与えているだけでなく、正確に入院理由を理解することにつながっていた。また、「病的体験の客観視」は服薬の体験に影響を与えており、病的体験の客観視の有無で薬が症状

に効果あつたとの体験になるか、薬を飲んでも改善しないと体験するが左右されていた。したがって、統合失調症者が自己の精神状態についてどのように考えているかを看護師は把握することが必要である。統合失調症者のなかには、精神症状が重度で妄想などの病的世界に取り込まれ、内的世界に引きこもってしまう人もいる。とくに慢性期の統合失調症者は病的世界と現実の世界の区別ができず、病的体験を客観的にみることが難しい場合がある¹⁹⁾。しかし、異常体験に対して客観視する能力は、精神障害者に問わず、誰でももっている精神機能である⁴¹⁾。病的体験の客観視が困難な場合においても、何かしかなの生活のしづらさや病的体験に左右されることへの危機感をもっていると思われる。病的体験すべてを客観視できなくても、生活のしづらさを手がかりに現在の自己の状態について統合失調症者とともに看護師が考えることで病的体験をより客観視できるようになり、かわりには可能であると考ええる。また、病識レベルの向上に向けて、注目すべき点のもう1つは、服薬経験である。これまでDAI-10を用いて、現在飲んでいる薬についての理解や必要性を看護師が把握することがあっても、これまでの服薬体験を表出してもらうかわりには少なかったのではないと思われる。本研究から、「精神症状に対する薬の効果の体験」「薬を飲んでも精神症状が改善しない体験」がそれぞれ「薬のおかげで精神症状がよくなった」「薬を飲んでも精神症状改善しなくて嫌」という感情を介してDAI-10合計点に影響を与えていた。また、SAI-Jの下位項目「自己の疾病の意識」「治療と服薬の必要性」がDAI-10合計点に影響を与えているが、「精神症状の意識」については、服薬体験と感情を介してDAI-10合計点に影響を与えている。したがって、服薬体験の表出を促すことも統合失調症者の体験や感情を把握することにつながり、服薬態度を高め、病識全体を高めていくことができると思われた。このような本人の病的な体験や服薬体験の表出を促すことが病識を高める看護であると考えられた。さらに、本研究ではパスモデルに精神症状の程度を示すBPRS-NSが組み込まれなかった。これは、病識の構造には精神症状のレベルは関係ないことを示しており、急性期・慢性期問わず、病識を高めていく看護介入することが可能であると考えられた。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は入院患者だけでなく、地域に生活している統合失調症者も対象者とし、広い範囲で病識を検討する必要があると考えていた。しかし、地域で生活している対象者は4名であり、精神症状や生活技能が高い集団である可能性がある。また、精神科病院2施設および精神科病棟3病棟と精神障害者小規模作業所1施設のみであり、本研究の結

果を一般化するには限界がある。また、心理教育や認知行動療法などは各対象施設で微妙に異なる可能性もあり、本研究では確認がとれていない。さらに、本研究では、現主治医・看護師でインフォームド・コンセントの内容を把握していない者がいた。そのため、病識と主治医からのインフォームド・コンセントの関連を十分に検討することができなかった。これらのことが本研究の限界である。

今後は、地域で生活する統合失調症者の対象者数を増や

し、本研究で仮定した病識の構造を検討していくことが必要である。また、施設毎の心理教育や認知行動療法の違いや本人がどのように病気の情報を取得したのかを考慮した関連要因の検討をする必要がある。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただいた対象者の皆様、対象施設の看護部長、スタッフの皆様に感謝します。

要 旨

本研究は、統合失調症者の病識のレベルを高める看護介入をするために、統合失調症者の病識に影響を与える関連要因を明らかにすることを目的とした。

統合失調症者を対象者として病識評価尺度 (SAI-J)、服薬態度、HLC、病気・服薬に対する知識、病気・服薬に対する体験、精神症状、治療内容、主治医からのインフォームド・コンセント、自己効力感について調査した。このほかに半構造化面接を実施し、分析の結果、病気の認識、服薬経験、感情、受け止めなどが抽出された。各尺度の合計点とカテゴリについて共分散構造分析を行い、病識のパスモデルを作成した。「病的体験の客観視」がSAI-J、服薬体験に影響を与えており、服薬に関する感情が生じて服薬態度尺度の合計点に影響を与えていた。

このことから、病的体験を客観視できるようにかわり、服薬体験の表出を促すことが病識のレベルを高める看護であると考えられた。

Abstract

The objective of this study was to elucidate the factors affecting schizophrenia patients' awareness of their illness, so that nursing interventions can be devised to enhance levels of insight in these patients.

We investigated the following in participants with schizophrenia: the Japanese version of the Schedule for Assessment of Insight (SAI-J), drug-taking attitude, health locus of control (HLC), knowledge of disease/medication, experience in relation to disease/medication, psychotic symptoms, type of treatment, the attending physician's explanation of informed consent, and self-efficacy. Additionally, we conducted semi-structured interviews. Information on such factors as the participants' awareness of their disease, drug-related experiences, emotions, and state of acceptance were extracted from an analysis of the interview results. Covariance structure analysis was used to examine the total scores of the individual scales and categories so as to construct a path model for illness insight. The "objective standpoint of the disease experience" influenced the SAI-J and drug-related experience scores, leading to the emergence of feelings regarding medication. This affected the total scores on the drug-taking attitude scale.

Our findings indicated that nursing intervention that improves insight should be able to help patients to take an objective standpoint of their disease experience and to express their medication-related experiences.

文 献

- 1) 池淵恵美：「病識」再考．精神医学，46(8)，806-819，2004．
- 2) Hoffman, R, McGlashan, T: Corticocortical connectivity, autonomous network, and schizophrenia. Schizophrenia Bull, 20, 257-261, 1994.
- 3) 金 吉晴：病識の諸相．精神科治療学，13(9)，1073-1078，1998．
- 4) 西園昌久：病識の精神力動．精神医学，5(2)，111-119，1963．
- 5) 畑田けい子，中根允文：服薬コンプライアンスと分裂病の長期転帰．臨床精神医学，28(6)，609-614，1999．
- 6) 渡邊衡一郎：さらなるアドヒアランスの向上に向けて我々が取り組めること．臨床精神薬理，11，749-759，2008．
- 7) 渡邊衡一郎：服薬コンプライアンスに対する通院精神分裂病者の服薬観と病識の影響．慶應医学，77(6)，309-317，2000．
- 8) 釜 英介：精神分裂病者の病識に対する看護者の理解と態度．こころの看護学，1(2)，149-155，1997．
- 9) 江波戸和子：慢性精神分裂病者の服薬行動に影響を与える因子とその関連性について，精神保健看護学会誌，3(1)，34-43，1994．
- 10) Weiden, P, Rapkin B, et al: Rating of medication influence (ROMI) Scale in Schizophrenia. Schizophrenia Bull, 20(2)，297-310，1994．
- 11) 西村由貴，大野 裕：統合失調症の病名告知の実態調査－呼称変更後1年を経て．精神誌，106(11)，1523-1524，2004．
- 12) 田邊恵子：Health Locus of Control尺度の開発と研究の動向．川崎医療福祉学会誌，5(2)，33-41，1995．
- 13) 渡辺正樹：Health Locus of Control による保健行動予測の試み．東京大学教育学部紀要，25，299-307，1985．
- 14) 入山恵子：肝硬変患者のセルフケア行動に関する研究－病気の認識・ソーシャルサポート・HLCとの関連－．神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録，381-388，1999．

- 15) 磯谷文衣, 工藤せい子, ほか: 糖尿病性腎性患者の受診態度と性格特性の関係について. 日本看護研究学会雑誌, 23(1), 73-82, 2000.
- 16) 東口和代, 寺井登志美, ほか: 精神障害者のHealth Locus of Controlと保健行動との関連 (第1報) - 精神障害者のHealth Locus of Controlについて -. こころの健康学, 2(2), 161-168, 1998.
- 17) 堀毛裕子: 日本版Health Locus of Control尺度の作成. 健康心理学研究, 4(1), 1-7, 1991.
- 18) 金 吉晴, 坂村 雄, 他: 精神分裂病の主観体験と病識. 厚生省精神・神経疾患研究委託費 精神分裂病の病態解析に関する臨床研究, 平成5年度研究報告書, 135-139, 1993.
- 19) 吉松和哉: 特集 - 病識をめぐって - 総説. 精神科治療学, 3(1), 3-15, 1988.
- 20) 大島 巖: 総論「心理教育」とは何か - そしてその可能性. Review, 35, 4-7, 2001.
- 21) 日域広昭, 町野彰彦, ほか: 統合失調症の急性期治療過程における病識や「薬に対する構え」の変化 - SAI-J, DAI-30を用いた多面的な検討 -. 臨床精神医学, 34(8), 1073-1078, 2005.
- 22) 安西信雄: 患者本人への心理教育 - 認知行動療法の応用可能性 -. 臨床精神医学, 30(5), 517-521, 2001.
- 23) 前川早苗: 評価尺度で示す「認知療法を取り入れた看護面接」による変化. 精神看護, 9(2), 29-35, 2006.
- 24) 池淵恵美: 治療抵抗性分裂病 (統合失調症) への対処 - 治療抵抗性統合失調症への対処 - 心理社会的治療. Schizophrenia Frontier, 4(4), 26-31, 2003.
- 25) 安西信雄: 社会生活技能訓練 (SST) の適応拡大と技法の修正. 臨床精神医学, 32(10), 1203-1208, 2003.
- 26) David, A, Buchanan, A, et al: The Assessment Insight in Psychosis. British Journal Psychiatry, 161, 599-602, 1992.
- 27) Lee, C: Self-efficacy and behavior as predictors of subsequent behavior in an assertiveness training programme. Behav Res Ther, 21(3), 225-232, 1983.
- 28) Overall, J E, Gorham, D R: The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports, 10, 799-812, 1962.
- 29) 長谷川憲一, 小川一夫, ほか: Life Skills Profile (LSP) 日本版作成とその信頼性・妥当性の検討. 精神医学, 39(5), 247-555, 1997.
- 30) 大川 希, 大島 巖, ほか: 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の開発 信頼性・妥当性の検討. 精神医学, 43(7), 727-735, 2001.
- 31) 北岡和代, 奥村登志美, ほか: 精神障害者のHealth Locus of Controlと保健行動との関連 (第2報). こころの健康学, 3(3), 231-238, 1999.
- 32) Hogan, T P, Awad, A G, et al: A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics. reliability and discriminative validity. Psychol Med, 13, 177-183, 1983.
- 33) 宮田量治, 藤井康男, ほか: 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ (その1) 薬に対する構えの調査票 (Drug Attitude Inventory 日本語版) による検討. 精神神経学会誌, 98, 1045-1046, 1996.
- 34) 宮田量治: 治療遵守の評価方法: 分裂病の薬物コンプライアンス. 臨床精神医学, 増刊号, 265-275, 1999.
- 35) 酒井佳永, 金 吉晴, ほか: 病識評価尺度 (The Schedule for Assessment of Insight) 日本語版 (SAI-J) の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学, 29(2), 177-183, 2000.
- 36) Beck, A T, Baruch, E, et al: A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. Schizophrenia Research 68(s2-3), 319-329, 2004.
- 37) 中村陽吉: 心理学的社会心理学. 84-86, 光生館, 東京, 1973.
- 38) Philip D 著, 丹羽真一, 福田正仁監訳: 統合失調症の認知機能ハンドブック - 生活機能の改善のために -. 35-46, 南江堂, 東京, 2004.
- 39) 瀬戸屋 (大川) 希, 大島 巖, ほか: 統合失調症者の自己記入式調査に対する回答信憑性 - 統合失調症者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) に対する回答の検討から. 精神医学, 45(5), 517-524, 2003.
- 40) 濱田龍之介: 統合失調症を有する人の病識と障害認識. 精神科臨床サービス, 4(3), 298-303, 2004.
- 41) 石川 清: 精神分裂病群と神経症の病識について. 精神医学, 5(2), 105-110, 1963.

〔平成22年8月6日受付〕
〔平成23年4月19日採用決定〕

採血を受ける子どもの非効果的対処行動の関連要因の検討

Factors Associated with Children's Ineffective Coping Behavior during Blood Sampling

佐藤 志保¹⁾

Shiho Sato

佐藤 幸子¹⁾

Yukiko Sato

塩 飽 仁²⁾

Hitoshi Shiwaku

キーワード：子ども，採血，対処行動，プレパレーション

Key Words：preschool children, blood sampling, coping behavior, preparation

I. 緒 言

検査や処置は身体的苦痛，心理的苦痛を伴うことが多い。子どもは，認知能力や言語能力などがまだ十分に備わっていないことから，検査や処置の目的や必要性について十分に理解できない，それまでの経験や対処能力が少ないなどにより，受容できず抵抗したまま処置や検査に臨まざるを得ないことがある。このため，子どもには対処能力を高め，主体的な参加を促すための援助が重要となってくる¹⁾。

治療や検査を受ける子どもに対して認知発達に応じた方法で説明し，子どもや親の対処能力を高めるような環境および機会を与える援助にプレパレーションがあげられる。認知能力がまだ十分に備わっていない子どもに，これから受ける検査や処置のプレパレーションを行うことにより，自分なりに理解し，納得し，それらに対処する能力を高めることができると考えられており¹⁾，臨床の場で積極的に活用され始め，小児看護のなかでも広く浸透してきている。

研究者は，採血を受ける子どもにプレパレーションを実施し，プレパレーションがこれから受ける採血に対する理解や納得だけでなく，子ども自身が感じる痛みを弱める効果があることを検証した²⁾。しかし一方で，それでもやはり採血を納得して受容できず，泣き続け抵抗する，暴れるなどの効果的でない対処行動を示す子どもも少なくないのが現状である。

採血を含めた痛みを伴う検査や処置を受ける子どもの対処行動に関する研究には，対処行動の実態を明らかにした研究^{3), 4)}や，対処行動に影響を及ぼす要因を報告したもの^{5)~10)}，検査や処置を受け入れて獲得していくプロセスを明らかにしたもの¹¹⁾などが報告されており，子どもの対処行動に影響を及ぼす要因には，発達段階，過去の痛み経験，事前の説明，保護者の認識やかかわりなど^{4)~10)}が

あげられている。これらの要因が多くの対処行動につながることは明らかにされているが，主体的に取り組めず泣き続け抵抗する，不安や緊張を強く表わすなどといった非効果的な対処行動との関連を調査した研究は見当たらず⁹⁾，より個別的な看護介入やプレパレーションを必要とする子どもの関連要因について，十分検討されているとは言えない。

プレパレーションに関する研究は実践報告や事例報告^{12)~15)}のほか，有効性を検証した報告^{2), 16), 17)}も行われ，プレパレーションが子どもの心理的混乱の減少につながる^{16), 17)}や痛みの軽減に有効であること²⁾などが報告されてきている。また，プレパレーションのガイドブック¹⁸⁾やケアモデル^{19)~24)}，チェックリスト²⁵⁾などが作成され，実施するための手立ても示されるようになってきた。このようななかで，プレパレーションを実施するにあたり，子どもの背景をアセスメントし個別性に配慮して行うことの重要性が指摘されており^{2), 18)}，そのためには，主体的に取り組めず，対処能力を発揮できない子どもの背景を明確にする必要があると考える。

そこで本研究は，痛みを伴う検査や処置のなかでもより日常的に行われ，苦痛な体験として受け止められることが多い採血において，認知の発達段階として物事を一般化したり推論したりする能力が欠けている²⁶⁾といわれ，最もプレパレーションが必要とされる3歳から6歳の子どもを対象に，非効果的な対処行動を示す子どもの関連要因を明らかにすることを目的として行った。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

本研究における「採血を受ける子どもの対処行動」とは，子どもが採血を受けるときに示す身体的苦痛，心理的苦痛

1) 山形大学医学部看護学科 Yamagata University, Faculty of Medicine, School of Nursing

2) 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 Tohoku University Graduate School of Medicine, Health Sciences

に対する反応や行動と定義し、これらは採血への協力の程度、情緒の度合いにより測定した。また、「非効果的対処行動」とは、採血を受ける子どもの対処行動のうち、主体的に取り組みず抵抗するなどの身体的苦痛や、不安や恐れなどの心理的苦痛を強く示す子どもの反応や行動と定義した。

2. 対象

東北地方の県庁所在地にある大学病院小児科外来で採血を受ける3歳から6歳の子どもとその保護者のうち、調査協力に同意の得られた子どもとその保護者を対象とした。なお、発達段階により対処行動への影響が考えられるため、発達障害の認められた子どもは対象から除外した。

3. 調査期間

調査期間は、平成21年6月から同年9月までとした。

4. 調査方法

本研究は、子どもの対処行動を測定する尺度を用いた参加観察法と質問紙調査法により実施した。処置室に入室するまでの子どもの対処行動と採血中における子どもの対処行動を参加観察法にて行動観察し、また、採血前に保護者へ質問紙調査を実施した。非効果的群と効果的群の分類は、採血中の子どもの行動観察をもとに行い、関連要因については、保護者への質問紙調査と処置室に入室するまでの子どもの行動観察をもとに行った。方法は、採血前に対象者より同意を得た後、保護者から質問紙に記入してもらい、子どもの行動を観察した。

5. 調査項目

a. 採血中における子どもの対処行動の観察

小関¹⁶⁾が開発した情緒スコア、協力行動スコアの測定（参加観察法）を用いて、採血中の子どもの対処行動を観察した。この2つのスコアは、子どもの対処行動を評価する観察方法として先行研究^{18), 27)}などで広く活用されている。処置室入室から採血針穿刺直前までをⅠ期、採血針穿刺から抜去までをⅡ期、採血針抜去から処置室退室までをⅢ期とし、各期における対処行動をそれぞれ評価した。

(1) 背景

基本属性として子どもの性別、年齢、疾患名を診療録より記録した。また、調査時の採血における採血時間の計測、穿刺者、穿刺回数、穿刺体位、保護者のかかわりについて観察した。

(2) 対処行動

評価には、既存の尺度である情緒スコア¹⁶⁾、協力行動スコア¹⁶⁾の2つを用い、採血中の子どもの対処行動を客観的に測定した。

①情緒スコア

採血に対する子どもの不安や恐れを評価するため、Wolfer²⁸⁾の開発したManifest upset scaleを小関¹⁶⁾が一部修正した情緒スコアを使用した。1点、3点、5点の3件法で得点化し、得点が高いほど不安や恐れなど心理的混乱が高いことを示す。

②協力行動スコア

採血に対してどの程度協力的に取り組めるかを評価するため、Wolfer²⁸⁾の開発したCooperation Scaleを小関¹⁶⁾が一部修正した協力行動スコアを使用した。1点、3点、5点の3件法で得点化し、得点が高いほど協力的な行動が取れていないことを示す。

(3) Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

痛みに対する行動の測定には、McGrathら²⁹⁾が開発した針の穿刺などの痛みに対する行動を客観的に測定する尺度を使用した。この尺度は、啼泣、顔の表情、言語的表現、体幹の姿勢、タッチ、足の姿勢の6項目において行動を観察する。項目ごとに3つから6つの行動があげられており、それぞれの行動が得点化されているもので、4点から13点までの得点がつけられる。全項目の総得点が高いほど、痛みが強いことを示す。

b. 処置室に入室するまでの子どもの対処行動の観察

子どもが採血を受けることを予測した時点、あるいは採血を告げられた時点から、処置室に入室するまでの子どもの行動を客観的に測定する目的で、情緒スコア¹⁶⁾と協力行動スコア¹⁶⁾の2つの尺度を用い、研究者が参加観察を行った。

c. 保護者への質問紙調査

(1) 子どもの属性

痛みを伴う処置に関する子どもの背景を把握するため、過去の採血経験の有無、採血経験回数、前回の採血からの期間、採血や予防接種以外の強い痛みを伴う経験の有無、入院経験の有無について保護者から質問紙に記入してもらった。

(2) 子どもの対処行動の予測

調査時の採血に対して、子どもがどのような対処行動をとると予測されるか、保護者に予測してもらった。予測される行動には先に述べた情緒スコア、協力行動スコアの2つを用いた。

(3) The State - Trait Anxiety Inventory (STAI)³⁰⁾

保護者自身の不安の程度を把握する目的で、Spielbergerらが開発した不安を測定する尺度を使用した。状態不安と特性不安の両面を測定できる尺度であり、本研究では、子どもの採血に対する保護者の不安を把握するために状態不安尺度のみを用いた。20項目の質問で構成されており、20

点から80点までの得点がつけられる。全項目の総得点が高いほど不安が強いことを示す。

6. 倫理的配慮

研究計画は、山形大学医学部倫理委員会、調査施設の大学病院倫理委員会に提出し、倫理審査を受け承認を得た。対象者には、調査の趣旨とともに、調査への協力は自由であること、いつでも調査を取りやめることができること、取りやめたり参加を拒否しても治療上の不利益をこうむらないこと、得られた情報は研究以外に使用しないこと、個人情報には連結不可能匿名化とすること、調査結果は個人を特定できないように処理を行ったうえで公表すること、診療録より診断名などの情報を得ることについて口頭と書面にて説明し、同意の得られた子どもと保護者を対象とした。なお、両者から口頭で同意を得た後、保護者より同意書にて同意を得た。

7. 分析方法

子どもが示した採血中の対処行動をもとに、非効果的群と効果的群に分類し、2群間における子どもの年齢、過去の痛み経験、事前の説明、処置室に入室するまでの子どもの行動、また、採血に対する保護者の不安や予測について関連要因を比較検討した。

独立した2群の差の検定にはMann-WhitneyのU検定（正確確率検定）、比率の差の検定にはFisherの直接確率検定を用いて分析を行った。関連要因の影響度を測定するために、先にあげた関連要因を独立変数、採血中の対処行動の得点を従属変数とする重回帰分析を行った。なお、統計解析にはSPSS 17.0J for Windowsを使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象の背景

依頼した子どもと保護者49組のうち、全組から同意が得られ、依頼後に発達障害の認められた子どもと採血以外の処置の追加があった子どもの2例を除外した47組（95.9%）を分析対象とした。対象となった子どもの平均年齢±SDは4.8±1.1歳、男児26名（55.3%）、女児21名（44.7%）であり、全員が過去に採血を経験していた（表1）。また、

表1. 子どもの属性

	平均±SD	人（%）
年 齢（歳）	4.8±1.1	
性 別		
男 児		26（55.3）
女 児		21（44.7）
採血経験		
あ り		47（100.0）
な し		0（0.0）

付添いの保護者は母親が8割以上を占め、子どもの採血に対する保護者の状態不安の平均得点±SDは42.0±8.5点であった（表2、3）。

調査時の採血における状況を、表4に示した。今回の採血時間の平均±SDは、4.4±2.7分であった。調査を実施した小児科外来での採血は、処置担当の医師、看護師により外来処置室で行われた。仰臥位で穿刺するか、坐位で穿刺するかは可能な限り子どもの希望に沿って行われ、また、保護者は処置室に入室することが可能であり、採血中に子どものかたわらで見守っていることや、採血されていないほうの手を握り子どもを励ますなど、処置に介入することができる状況であった。本調査でも、28名（59.6%）の保護者が、採血時に子どもと一緒に処置室に入り、保護者から抱っこされて採血を受けたり、採血されていないほうの手を握り声かけしてもらうなど、子どもに何らかの介入を行っていた。

参加観察法にて得られた採血中の子どもの対処行動を、表5に示した。情緒スコアの中央値（範囲）は、Ⅰ期からⅢ期の各期において、それぞれ1（1－5）点であり、協力行動スコアでも、Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期それぞれにおいて1（1－5）点であった。CHEOPSによる痛みに対する行動

表2. 保護者の属性

	人（%）
母 親	40（85.1）
両 親	5（10.6）
祖 母	1（2.1）
祖父母	1（2.1）
合 計	47（100.0）

表3. 保護者の状態不安と保護者の予測

n = 47

	平均±SD	中央値（範囲）
保護者の状態不安（STAI）得点	42.0±8.5	
保護者の予測	情緒スコア	3（1－5）
	協力行動スコア	3（1－5）

表4. 採血中の子どもの状況

	平均±SD	人（%）
採血時間（分）	4.4±2.7	
穿刺者	医 師	44（93.6）
	看護師	3（6.4）
穿刺回数	1 回	43（91.5）
	2 回	4（8.5）
穿刺体位	仰臥位	21（44.7）
	坐 位	26（55.3）
保護者のかかわり	処置に入る	28（59.6）
	かたわらで見守る	17（36.2）
	介入なし	2（4.3）

の得点では、Ⅰ期が8（6－13）点、Ⅱ期が8（6－13）点、Ⅲ期が6（6－10）点であり、処置室に入室してから採血針を抜去するまでが高く、採血針を抜去してからのⅢ期に入ると低下する傾向がみられた。

非効果的群と効果的群の分類について、現在のところ、一般化され標準化された基準は見当たらないため、本研究においては小児看護の専門家と検討し、採血中の子どもの行動を観察した情緒スコア、協力行動スコアの得点をもとに行った。採血中の経過に沿って対処行動の観察を行うため、採血中をⅠ期からⅢ期に分けて観察したが、採血中の子どもの対処行動は、より詳細に把握できるようにⅠ期からⅢ期までの情緒スコア、協力行動スコアの総得点を算出して分布の確認を行った。その結果、分布に2峰性が認められたため、分割点を総得点18点とし、18点以上を非効果的群12名（男児6名、女児6名）、17点以下を効果的群35名（男児20名、女児15名）に分類した（表6）。さらに、この2群において、CHEOPSによる採血中の痛みに対する行動を比較したところ有意差がみられ、非効果的群は、効果的群に比べてCHEOPSの得点が高く、痛みに対する行動観察においても啼泣する、暴れるなどの行動を示していたことから、この群分けが妥当であることが示され

表5. 採血中の子どもの対処行動得点

n = 47		
		中央値（範囲）
情緒スコア	Ⅰ期	1（1－5）
	Ⅱ期	1（1－5）
	Ⅲ期	1（1－5）
協力行動スコア	Ⅰ期	1（1－5）
	Ⅱ期	1（1－5）
	Ⅲ期	1（1－5）
CHEOPS得点	Ⅰ期	8（6－13）
	Ⅱ期	8（6－13）
	Ⅲ期	6（6－10）

表6. 非効果的群と効果的群における子ども属性

		非効果的群	効果的群	計
性 別	男 児	6（50.0）	20（57.1）	26（55.3）
	女 児	6（50.0）	15（42.9）	21（44.7）
合 計		12（100.0）	35（100.0）	47（100.0）
疾患名	内分泌、栄養、代謝疾患	5（41.7）	11（31.4）	16（34.0）
	新生物	3（25.0）	8（22.9）	11（23.4）
	腎尿路生殖器系の疾患	2（16.7）	7（20.0）	9（19.1）
	血液・造血器疾患、免疫機構の障害	1（8.3）	4（11.4）	5（10.6）
	筋骨格系結合組織の疾患	0（0.0）	1（2.9）	1（2.1）
	神経系の疾患	0（0.0）	1（2.9）	1（2.1）
	不 明	1（8.3）	3（8.6）	4（8.5）
	合 計	12（100.0）	35（100.0）	47（100.0）

数値：人（％）

非効果的群と効果的群における性別、疾患名の比較：NS（Fisherの直接法）

た（表7）。

子どもの疾患名は、ICD-10³¹⁾に基づき分類した結果、両群とも内分泌、栄養、代謝疾患が最も多く、ついで新生物、腎尿路生殖器系の疾患であった（表6）。非効果的群、効果的群における性別、疾患名を比較したところ、2群間に差はみられなかった。

2. 非効果的群と効果的群における比較

非効果的群と効果的群において、子どもの年齢、過去の採血経験や入院経験、事前の説明、処置室に入室するまでの子どもの行動、子どもの採血に対する保護者の予測、保護者の不安を比較した。

a. 年齢（表8）

非効果的群の平均年齢は4.1歳、効果的群は5.0歳であった。2群間において比較したところ有意差がみられ（ $p = .013$ ）、非効果的群は効果的群に比べて年齢が有意に低かった。

表7. 非効果的群と効果的群におけるCHEOPS得点の比較

中央値（平均値）		
Ⅰ期	非効果的群	11.0（11.0）
	効果的群	7.0（7.3）
Ⅱ期	非効果的群	12.0（11.7）
	効果的群	8.0（7.7）
Ⅲ期	非効果的群	9.0（8.7）
	効果的群	6.0（6.3）

 p 値：Mann-WhitneyのU検定（正確確率検定）

表8. 非効果的群と効果的群における子どもの年齢の比較

中央値（平均値）		
非効果的群	4.0（4.1）	$p = .013$
効果的群	5.3（5.0）	

 p 値：Mann-WhitneyのU検定（正確確率検定）

b. 過去の採血経験や痛みの経験, 入院経験 (表 9, 10)

対象の子ども全員が過去に採血を経験しており, なかでも採血回数31回以上が両群とも最も多く, また, 前回の採血からの期間は1か月以内, 3か月以内と続き, 両群とも日常的に採血を経験していた。採血や予防接種以外の強い痛みを伴う経験があった子どもは非効果的群3名(6.4%), 効果的群7名(14.9%)であり, ほとんどの子どもが入院を経験していた。過去の採血回数, 最終採血時期, 採血や予防接種以外に経験した強い痛みを伴う経験, 入院経験において非効果的群と効果的群で比較したところ, 有意差はみられなかった。

c. 事前の説明 (表11)

採血の前に医療者もしくは保護者から採血の説明が行わ

れていた子どもは, 非効果的群11名(23.4%), 効果的群26名(55.3%)であった。非効果的群と効果的群において, 事前の説明の有無を比較したところ, 有意差はみられなかった。

d. 処置室に入室するまでの子どもの行動 (図1)

非効果的群と効果的群において, 処置室に入室するまでの子どもの行動を比較したところ, 情緒スコアも($p = .012$), 協力行動スコアも($p = .001$)ともに有意差がみられ, 非効果的群は効果的群に比べて両スコアの得点が高かった。

e. 保護者が予測する子どもの対処行動 (図1)

非効果的群と効果的群において, 保護者が予測する子どもの対処行動を比較したところ, 情緒スコアも($p = .000$), 協力行動スコアも($p = .000$)ともに有意差がみられ, 非効果的群は効果的群に比べて情緒スコア, 協力行動スコア

表 9. 過去の採血回数, 前回の採血からの期間

		非効果的群	効果的群	計
採血回数	1～5回	0 (0.0)	4 (11.4)	4 (8.5)
	6～10回	3 (25.0)	3 (8.6)	6 (12.8)
	11～20回	3 (25.0)	9 (25.8)	12 (25.5)
	21～30回	1 (8.3)	3 (8.6)	4 (8.5)
	31回以上	5 (41.7)	14 (40.0)	19 (40.4)
	無回答	0 (0.0)	2 (5.7)	2 (4.3)
合 計		12 (100.0)	35 (100.0)	47 (100.0)
前回採血からの期間	1週間以内	0 (0.0)	3 (8.6)	3 (6.4)
	1か月以内	8 (66.7)	15 (42.9)	23 (48.9)
	3か月以内	2 (16.7)	8 (22.9)	10 (21.3)
	6か月以内	1 (8.3)	4 (11.4)	5 (10.6)
	1年以上	1 (8.3)	3 (8.6)	4 (8.5)
	無回答	0 (0.0)	2 (5.7)	2 (4.3)
合 計		12 (100.0)	35 (100.0)	47 (100.0)

数値: 人数 (%)

非効果的群と効果的群における採血回数, 最終採血時期の比較: NS (Fisherの直接法)

表10. 採血や予防接種以外の強い痛みを伴う経験, 入院経験

		非効果的群	効果的群	計
強い痛みを伴う経験	あ り	3 (25.0)	7 (20.0)	10 (21.3)
	な し	9 (75.0)	28 (80.0)	37 (78.7)
合 計		12 (100.0)	35 (100.0)	47 (100.0)
入院経験	あ り	11 (91.7)	31 (88.6)	42 (89.4)
	な し	1 (8.3)	4 (11.4)	5 (10.6)
合 計		12 (100.0)	35 (100.0)	47 (100.0)

数値: 人数 (%)

非効果的群と効果的群における強い痛みの経験, 入院経験の比較: NS (Fisherの直接法)

表11. 事前の採血説明

	非効果的群	効果的群	計
あ り	11 (91.7)	26 (74.3)	37 (78.7)
な し	1 (8.3)	9 (25.7)	10 (21.3)
合 計	12 (100.0)	35 (100.0)	47 (100.0)

数値: 人数 (%)

非効果的群と効果的群における強い痛みの経験, 入院経験の比較: NS (Fisherの直接法)

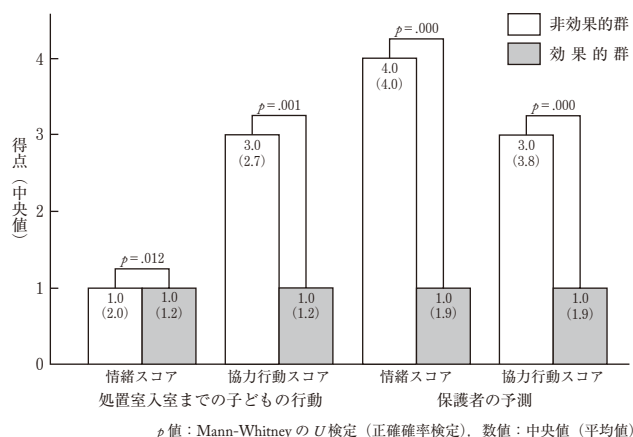


図 1. 非効果的群と効果的群における処置室入室までの子どもの行動と保護者の予測の比較

の得点が高かった。

f. 採血に対する保護者の不安の程度 (表12)

子どもの採血に対する保護者の状態不安の平均得点は、非効果的群42.8点、効果的群41.7点であった。STAIの評価段階基準³²⁾では42点を境に、以下を普通、以上を高いと判断できるが、2群間の比較において統計学的な有意差はみられなかった。

3. 採血中の子どもの対処行動の影響要因

採血中の子どもの対処行動に関連する要因の影響度を検討するために、採血中の対処行動の得点を従属変数とし、年齢、過去の採血経験、入院経験、事前の説明の有無、処置室に入室するまでの子どもの行動 (情緒スコアと協力行動スコア)、保護者の予測 (情緒スコアと協力行動スコア)、保護者の不安を独立変数とし、ステップワイズ法による重回帰分析を行った (表13)。その結果、重相関係数.761、調整済み決定係数.569を示し、「保護者の予測 (情緒スコア)」により採血中の対処行動の56.9%が説明された。

4. 処置室に入室するまでの子どもの行動、保護者の予測と採血中の対処行動

処置室に入室するまでの子どもの行動を、採血中の対処行動と同様に、非効果的、効果的に分類した (表14)。この分類は、小児看護の専門家と検討し、採血中の子どもの対処行動を分類した得点をもとに算出し、処置室入室までの情緒スコアと協力行動スコアの合計点6点以上を非効果的、6点未満を効果的とした。分類した結果、処置室に入室する前から非効果的な対処行動を示していた子どものうち、非効果的群であった子どもは7名中4名、処置室に入室する前から効果的な対処行動を示していた子どもが効果的群であった子どもは40名中32名であった。処置室に入室する前から協力的でなく落ち着かない行動を示していた子

表12. 非効果的群と効果的群における保護者の状態不安の比較

	中央値 (平均値)
非効果的群	40.5 (42.8)
効果的群	41.0 (41.7)

Mann-Whitney の U 検定: NS (正確確率検定)

表13. 採血中の対処行動に関連する要因の重回帰分析 (ステップワイズ法)

変 数	標準偏回帰係数 (β)	p 値
保護者の予測 (情緒スコア)	.761	.000
重相関係数 R	.761	
R ²	.579	
調整済み R ²	.569	

n = 47

表14. 処置室入室までの子どもの行動における非効果的群と効果的群の分類

	非効果的群	効果的群	計
処置室入室までの非効果的行動	4 (33.3)	3 (8.6)	7 (14.9)
処置室入室までの効果的行動	8 (66.6)	32 (91.4)	40 (85.1)
合 計	12 (100.0)	35 (100.0)	47 (100.0)

数値: 人数 (%)

表15. 保護者の予測における非効果的群と効果的群の分類

	非効果的群	効果的群	計
非効果的予測	12 (100.0)	13 (37.1)	25 (53.2)
効果的予測	0 (0.0)	22 (62.9)	22 (46.8)
合 計	12 (100.0)	35 (100.0)	47 (100.0)

数値: 人数 (%)

どもが非効果的群に含まれるリスク比は、効果的群に比べて2.9倍高い結果であった。

保護者が予測する子どもの対処行動も、上述と同様に非効果的、効果的に分類したところ (表15)、非効果的な対処行動をとると予測された子ども (非効果的予測) は25名 (53.2%)、効果的な対処行動をとると予測された子ども (効果的予測) は22名 (46.8%) であった。保護者から非効果的な対処行動をとると予測された子どものうち、13名が効果的群に属していた一方で、保護者から効果的な対処行動をとると予測された子どもは、全員が効果的群に属していた。

IV. 考 察

1. 年 齢

非効果的群は、効果的群に比べて年齢が有意に低く、先行研究^{5)~7)}と同様の結果が得られた。三上ら²⁷⁾は、子ど

ものの年齢に加え、認知領域の発達が生血への協力行動や心理的混乱からの回復につながることを報告しており、認知領域に働きかけるプレパレーションが生血に対する心理的混乱、痛みへの対処能力を高める可能性を示唆している。プレパレーションは、子どもの認知能力に合わせた方法で実施することが重要であり¹⁾、Piagetの認知発達段階^{26), 33)}をもとに、発達段階区分によるアプローチ方法を提示したもの^{18), 25)}や、2-5歳、5-7歳といった年齢区分によって作成されているものもある。しかし、本研究において、幼児期後半のなかでも、より年齢の低い子どもが非効果的群に含まれ効果的な対処行動をとれていなかった結果から、とくに年齢の低い3歳、4歳の子どもには効果的な対処行動をとれるように、各年齢ごとの認知能力に合わせた言語を選択してプレパレーションを行うことや、具体的な対処方法を組み込んだプレパレーション内容にするなどの必要があると考えられた。

2. 処置室に入室するまでの子どもの行動

処置室に入室するまでの子どもの行動において、非効果的群は効果的群に比べて情緒スコア、協力行動スコアの得点が有意に高かったことから、採血時に対処行動をうまくとれない子どもは、採血前、処置室に入室する前から落ち着かず協力的でない行動を表出していたと考えられる。また、処置室に入室する前から協力的でなく落ち着かない行動を示していた子どもが非効果的群に含まれるリスクは、効果的群に比べて2.9倍高い結果であった。これらのことから、プレパレーションのアセスメントをする際には、処置室に入室するまでの子どもの行動を客観的に評価することが重要であり、入室前から落ち着かず協力的でない行動を示す子どもには、そうでない子どもよりも採血前に心理的準備を整えられる時間を十分に確保しプレパレーションを実施するなど、子どもの特性や反応にあわせたプレパレーションが必要であると考えられる。

3. 保護者の予測

保護者の予測においても、非効果的群は効果的群に比べて情緒スコア、協力行動スコアの得点が有意に高い結果が得られ、非効果的群の子どもの保護者は、効果的群に比べて採血時の子どもの行動を心理的混乱が強く協力的でない行動をとるだろうと予測していた。さらに、重回帰分析の結果から、保護者の情緒スコアによる予測により、採血中の対処行動の56.9%が説明された。保護者の予測のなかでも、とりわけ情緒の度合いの予測が影響することから、採血前に保護者から情緒スコアを用いて予測してもらうことで、採血中の子どもの対処行動の予測が可能になると考えられる。また、保護者の予測において、非効果的群に含ま

れるリスク比の算出には至らなかったが、効果的予測の子どものうち、非効果的群に属した子どもがいなかったことから、保護者は子どもの行動を的確に予測することができていたと考えられる。Leeら³⁴⁾は、痛みを伴う処置に対する小児の反応を予測するのに、母親からの情報は最も有効である、と述べており、武田⁶⁾は、母親から情報を得ることは、個々の小児が生血に対して示す反応や行動を予測し、その意味を理解するうえで大きな助けになる、と述べている。本研究においても同様の結果が得られ、子どもの特性をよく理解している保護者の予測は、それまで経験した場面においてきわめて有効であることが示唆された。

4. 過去の採血経験や入院経験、事前の説明、採血に対する保護者の不安

本研究では、子どもの過去の採血経験や入院経験、事前の採血の説明の有無、保護者の不安において、非効果的群と効果的群の差はみられなかった。武田⁶⁾は、過去の痛み経験は子どもが生血を予測し評価するうえで重要な要因であったことや、母親の不安が子どもの不安を助長し、子どもの行動にも影響を及ぼしていたことを報告しており、また、西村ら⁷⁾は、入院経験や心理的準備をする機会があった子どものほうが、多くの対処行動をとれていたことを報告している。本研究でこれらの項目に差がみられなかった要因には、対象のなかには過去に繰り返し採血を経験していた子どもがいたことや、病院に来院すると採血があることを経験的に理解していた子どももいたこと、さらに、これに伴い保護者も、子どもが生血を受けることについて大きな不安はなかったこと、などが考えられた。事前の採血の説明についても、質問紙の負担や採血前の時間の都合上、本研究では説明内容の程度までを詳しく把握することはできなかった。既に採血の経験がある子どもと保護者においては、これらに関連はみられなかったが、今後、初めて採血をする子どもや採血経験の少ない子どもについて、事前の説明の程度についてもより深く調査しながら検討していく必要があると考える。また、処置に対する子どもの対処行動において、現在までに効果的、非効果的な対処行動の一般化され標準化された基準は見当たらなかったことから、本研究での対処行動の得点分布をもとに2群に分類し、分析を行った。この得点の分類により、これらの項目に差がみられなかった可能性も考えられるため、今後、一般化が可能な得点区分も含め、これらの項目についてさらに検討することが必要であると考えられた。

5. 研究の限界と今後の課題

調査を実施した場所が大学病院であり、対象者全員が生血の経験を持ち、繰り返し経験していた子どももいたこと

から、本研究の結果が初めて採血を経験する子どもや採血経験が少ない子どもなどにもあてはまるとは言い切れない。また、対象数が少なく、今後も対象数を増やしてさらに信頼性、妥当性を高めていく必要があると考えられる。

本研究により、採血を受けるにあたり年齢や処置室に入室するまでの対処行動、保護者の予測など、非効果的な対処行動を示す子どもの関連要因が示唆された。採血前、これらを情報収集しアセスメントすることにより、子どもの特性を把握し、個別性を兼ね備えたプレパレーションが可能になると考えられる。具体的に、年齢の低い子どもや処置室に入室するまでに拒否的な行動や落ち着きのない行動を示す子ども、保護者から採血中に非効果的な対処行動をとると予測された子どもには、採血前に時間を確保しプレパレーションを実施することが必要であると考えられる。また、協力行動が低い子どもには効果的な対処行動についての情報提供を取り入れた内容のプレパレーション、情緒的に落ち着かない行動を示す子どもにはディストラクションや遊びを取り入れた内容のプレパレーションのように、プレパレーションの内容は個別性を兼ね備えたものを検討していくことが重要である。今後、この関連要因を含めた具体的に活用可能なアセスメントシートを作成し、その活用と子どもの個別性を兼ね備えたプレパレーションの実施に向けて検討していく必要がある。

V. 結 論

外来で採血を受ける3歳から6歳の子どもとその保護者

を対象に、採血中の子どもが示した対処行動をもとに非効果的群と効果的群に分類し関連要因を比較検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 非効果的群は効果的群に比べて、子どもの年齢が有意に低かった。
2. 処置室に入室するまでの子どもの行動において、非効果的群は効果的群に比べて情緒スコア、協力行動スコアが有意に高かった。
3. 採血前の保護者の予測において、非効果的群は効果的群に比べて情緒スコア、協力行動スコアが有意に高かった。
4. 採血中の子どもの対処行動の影響要因には、採血前の保護者の情緒スコアの予測が抽出された。
5. 採血を受ける子どもに対して、採血前に年齢、処置室に入室するまでの子どもの行動、保護者の予測を把握することが重要であり、これらをアセスメントすることは個別性を兼ね備えたプレパレーションにつなげられることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました患児および保護者の皆様、大学病院小児科の医師、外来師長はじめ看護師の皆様に厚く御礼申し上げます。本研究は、平成20-21年度科学研究費補助金（若手研究（スタートアップ））、課題番号20890026）の助成を受けて行った研究の一部である。また、本研究は、第36回日本看護研究学会学術集会（岡山）で発表した。

要 旨

本研究の目的は、採血を受ける子どもを非効果的群と効果的群に分類し、非効果的な対処行動をとる子どもの関連要因を明らかにすることである。小児科外来で採血を受ける3～6歳の子どもと保護者49組を対象とし、保護者による質問紙調査と採血場面の参加観察を行った。結果、非効果的群12名、効果的群35名に分類され、非効果的群は効果的群に比べて年齢が有意に低かった。また、処置室に入室するまでの子どもの行動と保護者の予測において情緒スコア、協力行動スコアが有意に高く、採血中に効果的な対処行動をとれない子どもは処置室入室前から落ち着かず協力的でない行動を示し、保護者も同様に予測していた。採血中の子どもの対処行動の影響要因には、採血前の保護者の情緒スコアの予測が抽出された。以上より、採血を受ける子どもに対して、採血前に年齢、処置室に入室するまでの行動、保護者の予測を把握することが重要であることが示唆された。

Abstract

Purpose: This study investigated the factors associated with ineffective coping behaviors exhibited by children during blood sampling.

Materials and Methods: Coping behavior of 49 children aged 3-6 years was observed based on the Manifest Upset and Cooperation Scales during blood sampling; their parents responded to a questionnaire before the procedure. We obtained permission after an ethical examination of the facility with which the researchers were affiliated.

Results: Children were assigned to ineffective ($n = 12$) and effective ($n = 35$) coping behavior groups based on the Manifest Upset and Cooperation Scales. The children in the ineffective coping behavior group were younger than those in the

effective coping behavior group ($p = .013$). The child's tendency toward ineffective coping behavior before blood sampling and the parent's prediction was higher in the ineffective coping behavior group as compared with the effective coping behavior group ($p = .000$). Multiple regression analysis revealed that the parent's prediction based on the Manifest Upset Scale was the significant factor that influenced a child's coping behavior.

Conclusion: The study findings suggest that it is important to take into consideration a child's age and behavior, and the parent's prediction before blood sampling.

文 献

- 1) Thompson, R H, Stanford, G (小林登監修, 野村みどり監訳): 病院におけるチャイルドライフ—子どもの心を支える“遊び” プログラム—. 157-168, 中央法規, 東京, 2003.
- 2) 佐藤志保, 塩 飽仁: 外来で採血を受ける子どもに行うプリパレーションの有効性の検証. 北日本看護学会誌, 10, 1-12, 2007.
- 3) 武田淳子, 松本暁子, ほか: 痛みを伴う医療処置に対する幼児の対処行動, 千葉大学看護学部紀要, 19, 53-60, 1997.
- 4) 岡本幸江: 小手術を受ける幼児後半の子どもの姿, 日本看護科学会誌, 19(3), 11-18, 1999.
- 5) 中村美穂, 兼松百合子, 小川京子: 医療処置をうける小児の痛みの程度と行動に表れる反応. 千葉大学看護学部紀要, 15, 45-52, 1993.
- 6) 武田純子: 採血に対する幼児の反応・行動に影響を及ぼす要因. 千葉看護学会会誌, 4(2), 8-14, 1998.
- 7) 西村真実子, 津田朗子, ほか: 痛みを伴う処置を受ける子どもの反応と関連要因の関係. 金大医保紀要, 23(2), 127-131, 1999.
- 8) 武田淳子, 山手美和: 痛みを伴う医療処置に対する子どものストレス・コーピングと看護ケア. 小児看護, 26(8), 987-991, 2003.
- 9) 添田啓子: 侵襲的処置を受ける子どもの反応と看護. 埼玉県立看護大学紀要, 2, 43-56, 2000.
- 10) 鈴木里利: 処置場面における子どもの行動・反応と看護婦のかかわりに関する文献検討. 聖路加看護学会誌, 4(1), 51-63, 2000.
- 11) 鈴木祐子, 佐藤幸子, ほか: 親がとらえた子どもが採血を受け入れるプロセス. 北日本看護学会誌, 10(1), 25-36, 2007.
- 12) 吉田洋子, 龍 知子, ほか: 絵本を用いたプリパレーションに対する子どもと家族の反応. 日本小児看護学会誌, 13(2), 21-25, 2004.
- 13) 高橋清子, 榎木野裕美, ほか: 日本の小児看護におけるプリパレーションに関する文献検討. 日本小児看護学会誌, 13(1), 83-91, 2004.
- 14) 櫻田章子, 山口道子, ほか: 日本の小児看護におけるプレパレーションの現状—文献の検討から—. 東京女子医科大学看護学会誌, 2(1), 45-51, 2007.
- 15) 橋本浩子, 谷 洋江: 点滴・採血を受ける血液・腫瘍疾患の子どものストレスの状態とプレパレーション時の反応および処置中の行動. 日本小児看護学会誌, 18(1), 65-71, 2009.
- 16) 小関和代: 幼児期の外科小手術に対する心理的準備. 看護研究, 17, 83-91, 1984.
- 17) 小川純子: 小児がんの子どもの処置に対する主体性を高める看護援助. 千葉看護学会会誌, 8(1), 8-14, 2002.
- 18) 田中恭子: 小児医療の現場で使えるプリパレーションガイドブック. 31-33, 71-73, 日総研出版, 愛知, 2006.
- 19) 高橋清子: 医療処置を受ける子どもへのケアモデル 2—5歳頃の子どものケアモデル. 小児看護, 31(5), 583-588, 2008.
- 20) 榎木野裕美: 医療処置を受ける子どもへのケアモデル 2—5歳頃の子どもの持つ親へのケアモデル. 小児看護, 31(5), 589-595, 2008.
- 21) 松森直美: 医療処置を受ける子どもへのケアモデル 5—7歳頃の子どものケアモデル. 小児看護, 31(5), 596-602, 2008.
- 22) 二宮啓子: 医療処置を受ける子どもへのケアモデル 5—7歳頃の子どものもつ親へのケアモデル. 小児看護, 31(5), 603-608, 2008.
- 23) 江本リナ: 医療処置を受ける子どもへのケアモデル 約8歳以上の子どもへのケアモデル. 小児看護, 31(5), 609-615, 2008.
- 24) 勝田仁美: 医療処置を受ける子どもへのケアモデル 約8歳以上の子どもをもつ親へのケアモデル. 小児看護, 31(5), 616-620, 2008.
- 25) 蝦名美智子: 医療処置を受ける子どもへのケアモデル ケアモデル作成の経緯. 小児看護, 31(5), 579-582, 2008.
- 26) Carter, B (横尾京子訳): 小児・新生児の痛みと看護. 19-20, メディカ出版, 大阪, 1999.
- 27) 三上千佳子, 佐藤幸子, 他: 幼児の採血への対処行動に関連する要因. 北日本看護学会誌, 13(1), 1-11, 2010.
- 28) Wolfer, J A, Visintainer, M A: Pediatric surgical patient's and parent's stress responses and adjustment. Nursing Research, 24(4), 244-255, 1975.
- 29) McGrath, P J, Johnson, G, et al.: CHEOPS: a behavioral scale for rating postoperative pain in children. In: Fields, H L, et al (Eds): Advances in Pain Research and Therapy, 395-402, Raven Press, New York, 1985.
- 30) 曾我祥子: STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) について. 看護研究, 17(4), 107-116, 1984.
- 31) 厚生労働省: 疾病, 傷害及び死因分類, 2010-03-20 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>
- 32) 中里克治: STAI (河野友信 編: 心身医学のための心理テスト). 27-30, 朝倉書店, 東京, 1990.
- 33) 本郷一夫 編著: 発達心理学 保育教育に活かす子どもの理解. 27-29, 建帛社, 東京, 2007.
- 34) Lee, L W, Whittr-Traut, R C: The role of temperament in pediatric pain response. Pediatric Nursing, 19, 49-63, 1996.

〔平成22年9月27日受 付〕
〔平成23年6月14日採用決定〕

新卒看護師の看護技術に対する看護教員と 看護実践者の評価の視点と到達基準

— 輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の観察を通して —

Evaluation Viewpoints and Attainment Benchmarks Used by Nursing Teachers and
Nursing Practitioners in Evaluating the Nursing Skills of New Graduate Nurses
— Through the Observation of Changing Night Clothes Skills for Patients with Infusion Lines —

新 美 綾 子
Ayako Niimi

キーワード：新人看護師，看護教員，看護実践者，寝衣交換技術，看護技術評価

Key Words：new graduate nurses, nursing teachers, nursing practitioners, changing night clothes skills,
evaluation of nursing skills

I. 緒 言

近年，新卒看護師の看護実践能力の低下が問題とされ，新卒看護師の看護技術に対する期待は低く¹⁾，新卒看護師はできないのが当たり前と考えられている^{2), 3)}。新卒看護師の看護技術に対する低い評価は米国でも同様で⁴⁾，わが国固有の問題ではない。日本看護協会は看護基礎教育が看護現場で求められる実践能力を育成できていないとし，看護基礎教育の修業年限延長を求める声明を発表した⁵⁾。厚生労働省は「看護基礎教育の充実に関する検討会」を立ち上げ，看護基礎教育で修得する看護技術と臨床現場で求められるものにはギャップがあると明言し，看護実践能力の強化，看護技術の確実な習得をめざしたカリキュラム改正を実施した⁶⁾。特に，新カリキュラムにおいては看護技術の卒業時の到達度が提示され，看護基礎教育で確実な到達を目指すことが明示された。

このように，新卒看護師の看護実践能力の低さは看護基礎教育に問題があるにとらえられており，看護基礎教育の改善と看護技術の到達度を踏まえた卒後臨床研修の実施によって新卒看護師の看護実践能力に関する問題の解決を図ろうとしている。そもそも看護基礎教育における技術教育の目標は，看護基礎技術を適用するための技能を身につけ，“できる”ように訓練すること⁷⁾である。カリキュラム改正前より，看護基礎教育では模擬患者を導入した技術演習⁸⁾，臨地実習での技術評価⁹⁾など看護技術の習得に向けて様々な取り組みが行われてきた。卒業時には技術演習や技術試験を行って，技術の習得状況を確認している学校も多くみられ¹⁰⁾，看護教員は学生の看護技術を「でき

る」状態に到達させるよう努力をしてきた。しかし，新卒看護師の技術を看護実践者は「できない」と評価している^{1), 3)}。また，看護基礎教育卒業時の看護技術の到達目標として示された目標表現に同意するか否かを調査した研究¹¹⁾によると，看護実践者と教育者の同意率には差があり，教育者が卒業時点で「できる」とする目標は看護実践者より高い水準の目標であった。同じ目標表現に対して，教育者と看護実践者とは「できる」と判断する基準が異なっていることがうかがえる。看護教員と看護実践者の新卒看護師に対する認識の差は米国でも同様で，新卒看護師は安全で効果的なケアを提供するための十分な準備状態にあると約90%の看護教員が認識しているのに対し，看護管理者はわずか10%であったと報告されている¹²⁾。

ところが，このように「できない」とされている新卒看護師の看護技術は，新卒看護師自身の自己評価が低いことで判断されている傾向がある¹³⁾。自己評価は自分なりの目標や評価基準に照らした評価であり¹⁴⁾，必ずしも客観的な状態を表しているとはいえない。また，新卒看護師に対して行われている指導看護師等の他者評価についてみると，アンケート調査によるものが多く¹⁵⁾，新卒看護師の看護技術を直接観察して評価しているものはわずかである¹⁶⁾。そのうえ，他者評価の基準は「一人でできる」「指導のもとでできる」「できない」などが用いられており^{17), 18)}，「一人でできる」の明確な概念規定はなく，評価者が何をどのように判断して評価しているのか不明である。看護技術は認知領域，情意領域，精神運動領域で構成されるが¹⁹⁾，対象に実施する看護技術は精神運動領域で表現される。技能に対する評価方法は観察法が最も適切であり²⁰⁾，自己評価

やアンケート形式による他者評価は新卒看護師の看護技術を正確に評価しているとはいえない。

このように、評価方法にばらつきがある新卒看護師の看護技術に対する評価は、基準が不明確なまま結果についてのみ論じられている傾向がある。評価は、評価者がもつ目標や理想を基準にして行われる判断であり、評価の際の着眼点や「できる」と判断する状態は、評価者が目指している方向性を示している²¹⁾。したがって、看護教員と看護実践者の新卒看護師の看護技術に対する評価の視点と到達基準が明確になることは、両者が新卒看護師の看護技術に対して大切にしていることが明らかになり、看護基礎教育と看護実践現場における連携した技術教育の構築を可能にする。そのためには、観察による評価方法において新卒看護師の看護技術に対する正確な評価を得る必要がある。また、看護教員と看護実践者の評価を比較するためには、同一の対象を同時に評価する必要がある。しかし、看護教員と看護実践者が同一の新卒看護師の看護技術を、観察法を用いて同時に評価している研究は見当たらなかった。そこで、本研究は、看護教員と看護実践者が新卒看護師の看護技術を同時に観察する方法を用いて、看護教員と看護実践者が看護技術の評価する際に着眼する視点である評価の視点を明らかにする。同時に、看護教員と看護実践者は新卒看護師の看護技術に対して何をもって「できる」あるいは「できない」との評価を下すのか確認するため、両者の看護技術の到達基準を明らかにする。

II. 研究目的

新卒看護師が実施する看護技術に対する看護教員と看護実践者の評価の視点と到達基準を、輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の観察を通して明らかにする。

III. 用語の定義

1. **新卒看護師**：3年課程看護基礎教育機関を平成20年3月に卒業して病院で勤務している看護師。
2. **看護教員**：卒業時に学生の看護技術到達度を確認している3年課程看護基礎教育機関で、基礎・成人・老年看護学のいずれかを担当している教員経験3年以上の教員で、専修学校の教員の場合は教員養成講習会修了者。
3. **看護実践者**：3年課程看護基礎教育機関の主たる実習病院で、学生の実習指導および新卒看護師の指導経験のある臨床経験5年以上の看護師。
4. **評価の視点**：輸液ラインのある患者の寝衣交換技術について、看護教員および看護実践者自身の理想や目標と対照させて解釈し、善し悪しの価値判断を行う過程におけ

る着眼点。

5. **到達基準**：輸液ラインのある患者の寝衣交換技術を「一人でできる」と判断した状態。

IV. 研究方法

本研究のデザインは半構成的面接に基づいた質的記述的研究である。

1. 研究対象

看護教員10人、看護実践者10人。

2. データ収集方法

a. データ収集時期

本研究の趣旨は就職後できるだけ早い時点の新卒看護師の看護技術に対する評価の視点を明らかにすることであるが、就職直後の新卒看護師の心身の負担を考慮し、就職後1か月を経過した平成20年5月をデータ収集時期とした。

b. データ収集場面の設定

(1) 看護技術の選定

輸液ラインのある患者の寝衣交換技術は、臨地実習では指導のもとで実施できる技術に位置づけられ、新人看護職員研修到達目標にも示されている。また、新卒看護師にとっては自信のない技術²²⁾であることなどから、看護教員と看護実践者は指導のポイントや独り立ちが可能かどうかの評価基準をもっていると考えられるため、観察対象の技術として選択した。

(2) 患者設定・状況設定

看護学校の実習室に模擬病室を設営し、和式寝衣を着用した模擬患者の左前腕に輸液ラインを装着し実際に滴下させた。患者は安定した状態であるが、自力で体位変換はできず、応答は「はい」「いいえ」のみできるとした。寝衣交換の要請が家族からあり、新卒看護師がひとりで実施することになったというシナリオを設定した。寝衣交換の方法や使用物品に制約は与えず、新卒看護師の判断で自由に行えるようにした。

(3) 看護技術の観察と半構成的面接

観察対象となる新卒看護師の精神的負担を考慮して、新卒看護師を同時に観察するのは看護教員と看護実践者各1人ずつの2人とした。看護教員と看護実践者は新卒看護師と過去から現在まで関わりのない人であることを条件に選択して1組とし、2人の新卒看護師の寝衣交換技術をベッドの周囲を自由に動いて観察した。同時に、新卒看護師が実施する看護技術は撮影し、観察後に見落とした部分や気になった部分をビデオで確認した。その後、個別にインタビューガイドに基づいて半構成的面接を行い、面接内容を逐語録

に起こした。インタビューガイドは、①この看護師は一人で輸液ラインのある患者の寝衣交換技術ができると思うか、②気づいた点は何か、③この看護師に対して寝衣交換技術を指導するとしたら何を指導するか、④普段、寝衣交換技術を指導するときは何を指導するか、⑤寝衣交換技術の善し悪しを判断するときの基準は何か、の5つの質問とした。

c. 看護技術を実施した新卒看護師

B県内にある300～1000床の5つの病院に勤務している20人（女性19、男性1）の新卒看護師で、年齢21～27（平均 22 ± 1.5 ）歳、専門学校卒16人、大学卒4人であった。一人1回ずつ寝衣交換技術を実施した。

d. データ収集方法の妥当性と信頼性

本研究では、新卒看護師の看護技術に対して看護教員と看護実践者が内面にもっている価値判断を調査する必要があることから、実際に新卒看護師が実施している看護技術を観察してもらい、観察者の内面にあるものが語られる半構成的面接法によるデータ収集は妥当であるといえる。また、インタビューガイドとして、新卒看護師の看護技術に対する評価を直接問う質問、善し悪しの判断に基づいて実施される指導の側面からの質問、観察者の普段の評価や指導を想起させる質問とともに、「気づき」という観点からの質問を含めた。「気づき」とは自己の内部に生じる感覚とその感覚を意識化すること²³⁾である。本研究においては、看護技術を観察することにより、観察者がもっている感受性によって得られた感覚を言語で表現してもらう必要があると考え、「気づいた点」を質問に含むこととした。このインタビューガイドと得られた逐語録からデータとして取り出す「評価」に関する内容については、本調査に先立って実施した予備調査の結果と本調査におけるデータ収集のプロセスを通して、質的研究に知見のある複数の看護研究者のスーパーバイズを受け、信頼性を確保した。

3. 分析方法

本研究は、看護教員と看護実践者の評価の視点を明らかにすることを目的とし、評価の視点はその人の善し悪しの価値判断に基づいていることから、現象を抽象化したカテゴリーの相違や種類のバラエティを示すことではなく、データが記述されたラベルの訴え（志）を十分に聞き、素データの意味の類似性に着目して組み立てていくことで、最終的にとらえた現象の全体像が構造的に描写されるKJ法²⁴⁾によって分析を行う。KJ法とは、川喜田二郎氏²⁵⁾によって創案され、定性的なデータをまとめるのに有効な方法とされ、問題の基本構造を個性把握的・定性的・総合的に捉える方法である。その手続きは、データの最小単位を設定してそれらをラベルに記入し、データの主張する類似性に着目してグループ化し、そのグループの内容を現すよ

うな一文を考えて、それを「表札」として記述する。さらにグループ間の関係が明らかになるような空間配置、図解化、図解をもとにした叙述化といった一連の作業工程を繰り返すことから構成されており、これらの手続きを通して非構造的なデータを構造化することが可能となる。

以上の手法を用いて、本研究では看護教員と看護実践者それぞれの「評価の視点」と、両者がより重きを置く評価を見出すために「到達基準」を分析する。なお、現在、川喜田二郎氏の創案したKJ法をさらに学術的に発展させた質的統合法（KJ法）²⁶⁾が開発されているが、本研究では川喜田二郎氏の創案したKJ法の手法を用いている。

a. 評価の視点の分析

逐語録から新卒看護師を「評価」している記述を一つの意味ごとに区切って抽出し、中心的意味内容を簡潔に示すラベルを作成した。看護教員と看護実践者のラベルは分けてKJ法によって分析し、最終表札をシンボルマークとした。

b. 到達基準の分析

評価の視点の分析に使用したラベルの中から、その看護師が輸液ラインのある患者の寝衣交換技術を「できる」または「できない」との判断を決定づけた記述のラベルのみを抜き出した。「できない」と決定づけられたラベルの内容も評価者が重きを置いている評価の視点であることから、到達基準の分析には必要であると判断した。看護教員と看護実践者のラベルは分け、そのラベルの訴え（志）に耳を傾けながら、「輸液ラインがある患者の寝衣交換技術を一人でできると判断する状態は」という問いをかけてKJ法によって分析し、最終表札をシンボルマークとした。

c. 分析の厳密さの保証

本研究では、質的研究において保証する必要がある厳密さを確立するために、ラベル作成、グループ編成、図解化については、KJ法と質的研究に知見のある複数の看護研究者のスーパーバイズを受けた。また、確証性を確保するために期間をおいて複数回分析を繰り返し、結果の反復を得て一貫性を確認した。

4. 倫理的配慮

研究計画はA大学研究倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者および研究に協力する新卒看護師は、所属機関の長に研究の趣旨を説明して推薦を依頼した。推薦された人に個別に、研究趣旨、方法、協力内容を説明し承諾を得た。その際、参加の自由と拒否しても不利益はないこと、プライバシーの保護を保証した。とくに、評価を受ける立場となる新卒看護師に不利益が生じないように、観察する看護教員・看護実践者は過去から現在までに関わりのない人とし、新卒看護師の勤務先がユニフォーム等で特定されないように配慮した。

V. 結 果

看護教員10人は、B県内の5つの看護専門学校に勤務する女性9人、男性1人で、年齢35～54（平均43.4±5.7）歳、教員経験3～18（平均11.9±4.4）年であった。輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の臨地実習での指導経験を全員が有し、学内での指導経験は9人、そのうち5人は卒業時の技術演習での指導経験を有していた。看護実践者10人は、B県内の4つの病院に勤務していた。全員女性で、年齢26～50（平均36.9±6.9）歳、臨床経験5～26（平均14.5±6.0）年であった。現在の勤務場所は、病棟勤務が9人、病院内の看護教育を担当する部署の所属が1人であった。輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の新人に対する指導経験は全員が有し、看護学生の臨地実習における指導経験は8人が有していた。

結果の表示については、KJ法で分析した最終表札であるシンボルマークを【 】、シンボルマークを構成する最終の表札を〔 〕で表示し、さらに、その表札を構成する下位グループの表札をグループ編成段階の高い順に〈 〉《 》で表示した。また、図中のアルファベットは、逐語録の記述から作成したラベルをAとし、アルファベット順にグループ編成の段階を表した。さらに、アルファベット横の数字は表札番号、（ ）内の数字はその表札を構成しているラベルの枚数とした。表札間の関係を記号と適切な添え言葉で表した。

1. 看護教員と看護実践者の評価の視点

看護教員の半構成的面接の所要時間は平均24.9（±3.2）分で、逐語録から作成したラベルは276枚であった。ラベルの意味の類似性によるグループ編成は3～5段階で、評価の視点は6つのシンボルマークで表された。シンボルマーク間の関連から看護教員の評価の視点は【患者を尊重した丁寧な実施】と【合理的、効率的な実施】によって【患

者に苦痛・危険がない寝衣交換の基本的な方法】と【輸液の安全な継続のための輸液ラインの取扱い方】ができているか、【時間がかかっても一人でやり遂げる】ができているか、【基本から離れている実施】になっていないかであった（図1-①）。

一方、看護実践者の半構成的面接の所要時間は平均22.3（±2.6）分で、逐語録から作成したラベルは249枚であった。ラベルの意味の類似性によるグループ編成は2～4段階で、評価の視点は6つのシンボルマークで表された。看護実践者の評価の視点は【患者を尊重した継続した声かけ】をしながら【合理的、効率的な実施】で【患者に苦痛や危険がない寝衣交換】と【輸液の安全な継続のための輸液ラインの取扱い方】ができているかであり、【臨床現場のやり方だから安心】という視点がすべてのシンボルマークに影響し、臨床現場のやり方を基準に評価していた。そこで、未熟な技術であっても【臨床現場のやり方だから安心】であれば【新人だから容認できる実施】という視点も有していた（図1-②）。看護教員は技術的な部分、なかでも基本的な方法で実施されているかといった評価の視点をもっているのに対して、看護実践者は声かけにも評価の視点を持ち、臨床現場のやり方を基準に評価しているという相違を認めた。

これら、看護教員と看護実践者のシンボルマークから、「安全・安楽な寝衣交換」「輸液ラインの安全な取扱い」「患者を尊重」「技術の合理性、効率性」について両者が評価をしていることと、「新人の未熟な技術」「臨床現場のやり方」について両者が相反する見方をしていることを見出した（表1）。そこで、それぞれについてシンボルマークを構成している表札を比較しながら述べる。

a. 安全・安楽な寝衣交換について

「安全・安楽な寝衣交換」であるかを評価している看護教員のシンボルマークは、【患者に苦痛・危険がない寝衣交換の基本的な方法】で、111枚のラベルで構成された。

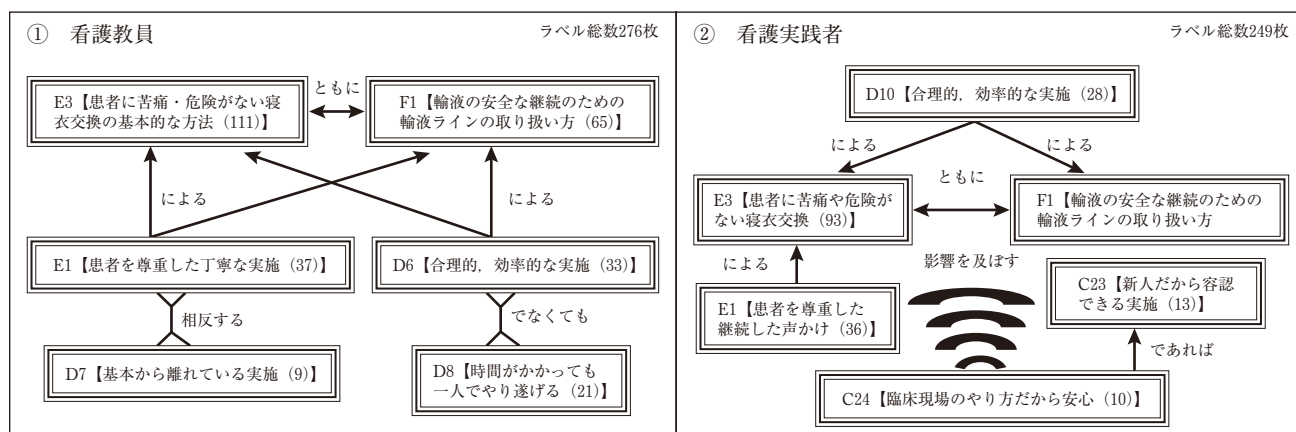


図1. 輸液ラインのある患者の寝衣交換技術に対する看護教員と看護実践者の評価の視点シンボルマークの関係図

表 1. 看護教員と看護実践者の評価の視点シンボルマークの共通性

看護教員の評価の視点シンボルマーク	看護実践者の評価の視点シンボルマーク	両者のシンボルマークの共通した意味内容
患者に苦痛・危険がない寝衣交換の基本的な方法	患者に苦痛や危険がない寝衣交換	安全・安楽な寝衣交換
輸液の安全な継続のための輸液ラインの取扱い方		輸液ラインの安全な取扱い
患者を尊重した丁寧な実施	患者を尊重した継続した声かけ	患者を尊重
合理的、効率的な実施		技術の合理性・効率性
時間がかかっても一人でやり遂げる	新人だから容認できる実施	新人の未熟な技術
基本から離れている実施	臨床現場のやり方だから安心	臨床現場のやり方

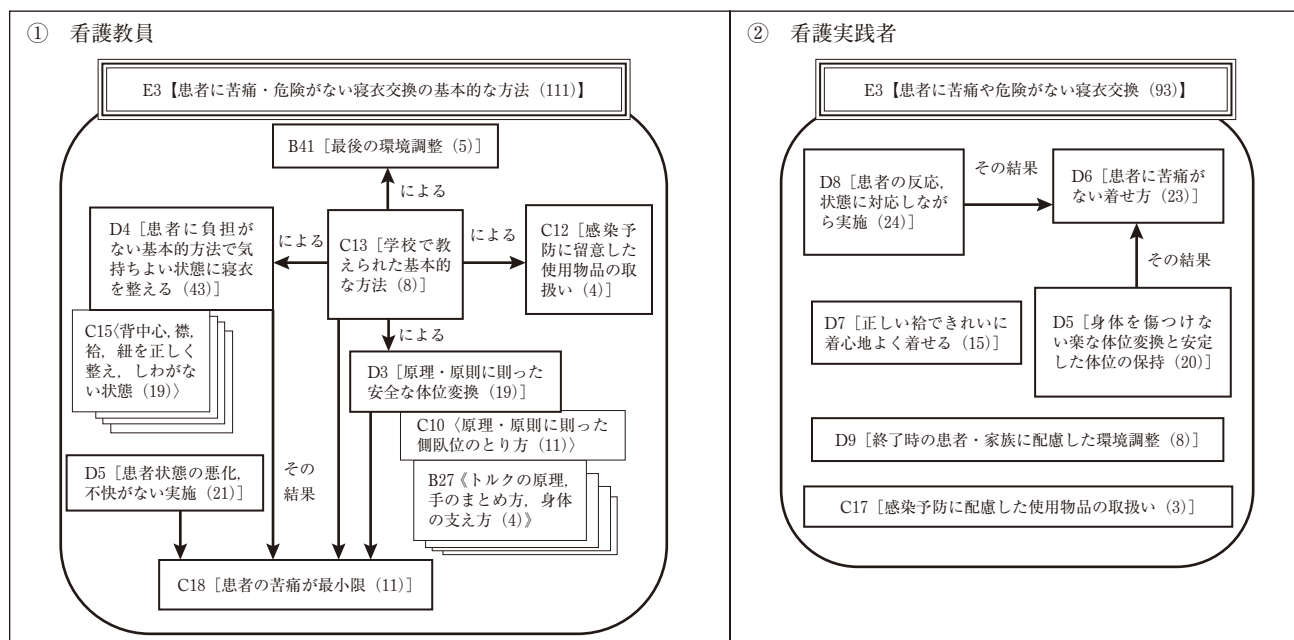


図 2. 「安全・安楽な寝衣交換」について評価する看護教員と看護実践者のシンボルマークを構成する表札

看護教員は「学校で教えられた基本的な方法」であるかを中核に、寝衣の〈背中心、襟、袖、紐を正しく整え、しわがない状態〉に整えるなど「患者に負担がない基本的な方法で気持ちよい状態に寝衣を整える」ことができているか、《トルクの原理、手のまとめ方、身体の支え方》など「原理・原則に則った安全な体位変換」であるか、[最後の環境調整]をしているか、[感染予防に留意した使用物品の取扱い]をしているかに着目していた。また、これら基本的な方法と「患者状態の悪化、不快がない実施」によって「患者の苦痛が最小限」であるかにも着目していた（図 2-①）。一方、看護実践者のシンボルマークは【患者に苦痛や危険がない寝衣交換】で、93枚のラベルで構成された。看護実践者は「患者の反応、状態に対応しながら実施」することと「身体を傷つけない楽な体位変換と安定した体位の保持」によって「患者に苦痛がない着せ方」ができているか、[正しい給できれいに着心地よく着せる]こと、[終了時の患者・家族に配慮した環境調整]、[感染予防に配慮した使用物品の取り扱い]ができているかに着目

していた（図 2-②）。看護教員が、寝衣の整え方や体位変換が学校で学習した基本的な方法で行われているかを重視していたのに対し、看護実践者は実施されている方法よりも、結果として患者に苦痛がなかったか、安全が守られたかと家族への配慮の有無に着目しているという相違が認められた。

b. 輸液ラインの安全な取扱いについて

「輸液ラインの安全な取扱い」について評価しているシンボルマークは看護教員、看護実践者とも【輸液の安全な継続のための輸液ラインの取扱い方】で、構成するラベル数は看護教員65枚、看護実践者69枚であった（図 3-①、②）。シンボルマークの下位の表札も、両者とも「輸液ラインの安全な取扱い方」と「実施前・中・後の滴下、輸液ライン、刺入部の観察」で、評価の視点は同等であった。しかし、これら2つの表札を構成しているラベル数には差があり、[輸液ラインの安全な取扱い方]のラベル数は看護教員のほうが多く47枚で、そのうち27枚のラベルは〈袖を通す時の滴下筒、ボトル、輸液ラインの取扱い方〉に視

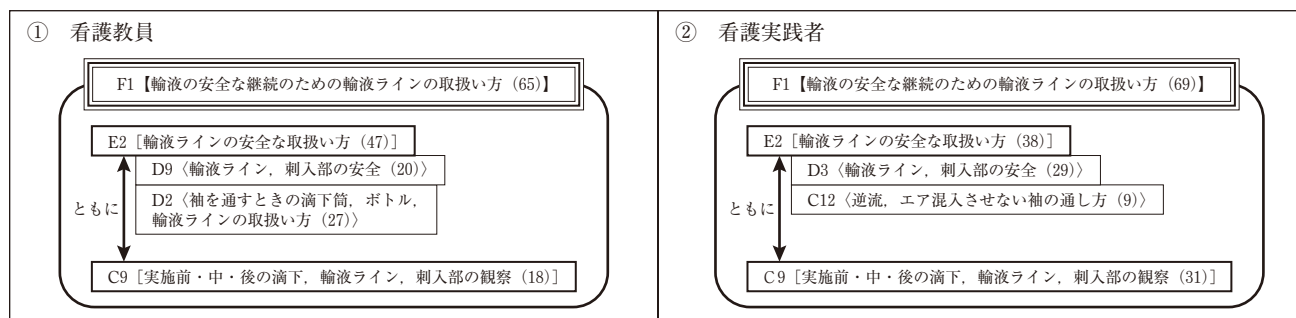


図3. 「輸液ラインの安全な取扱い」について評価する看護教員と看護実践者のシンボルマークを構成する表札

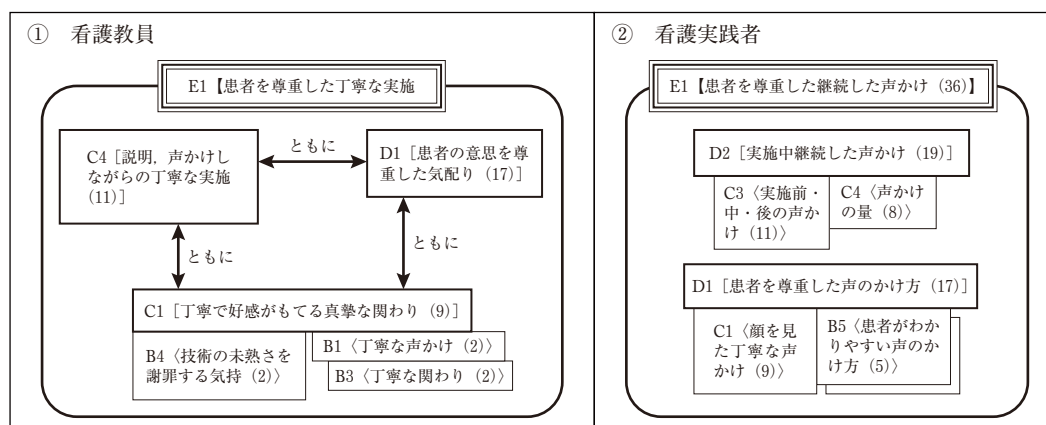


図4. 「患者を尊重」について評価する看護教員と看護実践者のシンボルマークを構成する表札

点を当てていた。それに対し看護実践者は〈輸液ライン、刺入部の安全〉に29枚のラベルを認め、袖の通し方に着眼している〈逆流、エア混入させない袖の通し方〉のラベル数は9枚であった。一方、[実施前・中・後の滴下、輸液ライン、刺入部の観察]は、看護教員18枚に対し看護実践者31枚であった。これらから、看護教員は袖の安全な通し方についての視点を看護実践者より多く有し、袖の通し方に重きを置いていたが、看護実践者は輸液ラインや刺入部の安全が守られていることと観察について重きを置いて評価をしている傾向が認められた。

c. 患者を尊重することについて

「患者を尊重」しているかを評価している看護教員のシンボルマークは、【患者を尊重した丁寧な実施】で、37枚のラベルで構成された。看護教員は[説明、声かけしながらの丁寧な実施]であるか、[患者の意思を尊重した気配り]ができていないか、[丁寧で好感がもてる真摯なかわり]であるかに着眼していた(図4-①)。一方、看護実践者のシンボルマークは【患者を尊重した継続した声かけ】で、36枚のラベルで構成された。看護実践者は《最初と最後の声かけ》《次の行動を伝える声かけ》などの〈実施前・中・後の声かけ〉と〈声かけの量〉などに着目し、[実施中継続した声かけ]をしているか、〈顔を見た丁寧な声かけ〉〈患者がわかりやすい声のかけ方〉など[患者を

尊重した声のかけ方]であるかに着眼していた(図4-②)。看護教員は実施方法、関わり方など多角的な視点で患者を尊重した実施であるかを評価していたが、看護実践者は患者に対する声かけを重視している傾向が認められた。

d. 技術の合理性、効率性について

「技術の合理性、効率性」について評価しているシンボルマークは看護教員と看護実践者はともに【合理的、効率的な実施】で、構成しているラベル数は看護教員33枚、看護実践者28枚であった。両者のラベルには同等の内容を多数認めたが、その構成の相違から異なる表札となった。すなわち、看護教員は[作業環境とボディメカニクス]がどうか、[合理的な手順でスムーズに実施]しているかに着眼し(図5-①)、看護実践者は[作業しやすい環境、物品の配置]をして[患者に協力を求める声かけ]をしながら[ボディメカニクスを活用した合理的、効率的な実施]ができていないかに着眼していた(図5-②)。両者ともボディメカニクス、作業環境、合理的な実施に着眼していることは共通しているが、看護実践者には患者に協力を求める声かけに着眼する特徴を認めた。

e. 新人の未熟な技術について

「新人の未熟な技術」の意味内容が含まれる看護教員のシンボルマークは、【時間がかかっても一人でやり遂げる】

で21枚のラベルで構成されていた。看護教員は、コツを覚えればできるようになると「新人に対する期待」をもちながら、試行錯誤しても「間違いを修正しながら危険なく一人でやり遂げる」ことができているか、「患者に苦痛のない範囲での実施時間の延長」であるかに着眼していた（図6-①）。一方、看護実践者のシンボルマークは「新人だから容認できる実施」で13枚のラベルで構成された。看護実践者は、新人の「技術に対する余裕のなさ」に着眼し、「危なっかしい技術」に「新人に対する期待とのギャップ」を感じながら、「未熟な技術を新人だからと容認」していた（図6-②）。新卒看護師の未熟な技術に対して、看護教員は試行錯誤しながらも一人でやり遂げる姿を成長した姿としてとらえていたが、看護実践者は今はできないが仕方がないという見方をしており、両者の「新人の未熟な技術」に対する見方は相反していた。

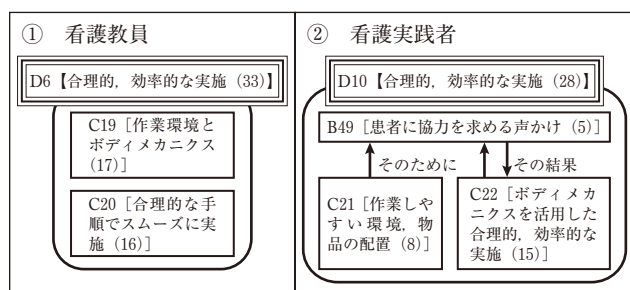


図5. 「技術の合理性、効率性」について評価する看護教員と看護実践者のシンボルマークを構成する表札

f. 臨床現場のやり方について

「臨床現場のやり方」の意味内容が含まれる看護教員のシンボルマークは、【基本から離れている実施】で、9枚のラベルで構成された。看護教員は、新卒看護師が使用する言葉や実施方法が「臨床の慣例的方法」になっていないか、「自分本位な実施」になっていないかの両面に着眼していた（図7-①）。一方、看護実践者のシンボルマークは「臨床現場のやり方だから安心」で10枚のラベルで構成された。看護実践者は、「現場のやり方」である「自分と同じやり方」をしていることと「臨床現場での実際の新人の様子」を基準に「ハラハラしない」かを評価していた（図7-②）。「臨床現場のやり方」に対して、看護教員は否定的、看護実践者は肯定的な、それぞれ相反する見方をしていた。

2. 看護教員と看護実践者の到達基準

看護教員の到達基準の分析に使用したラベルは82枚、グループ編成は3～4段階で、4つのシンボルマークで表された。看護教員が「一人でできる」と判断する状態は、患者に配慮した安全な体位変換と正しい寝衣の整え方ができているなど【患者に苦痛を与えない寝衣交換技術】と点滴の滴下と刺入部の観察とともに、安全な袖の通し方ができ、輸液ラインの安全が保たれているなど【輸液の安全な継続のための輸液ラインの取扱い】が【周囲を見渡しながらの丁寧でスムーズな実施】で行われていることであった。そして、多少時間がかかっても、危険なく【一人でや

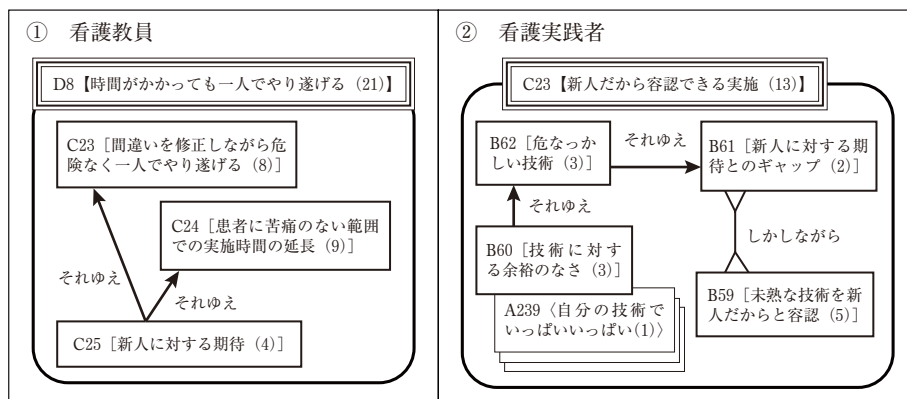


図6. 「新人の未熟な技術」について評価する看護教員と看護実践者のシンボルマークを構成する表札

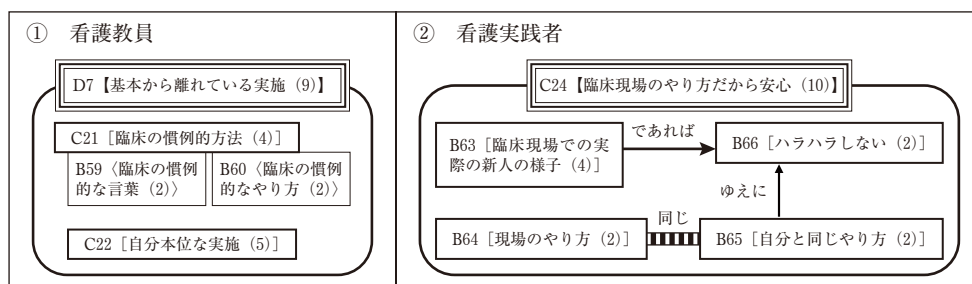


図7. 「臨床現場のやり方」について評価する看護教員と看護実践者のシンボルマークを構成する表札

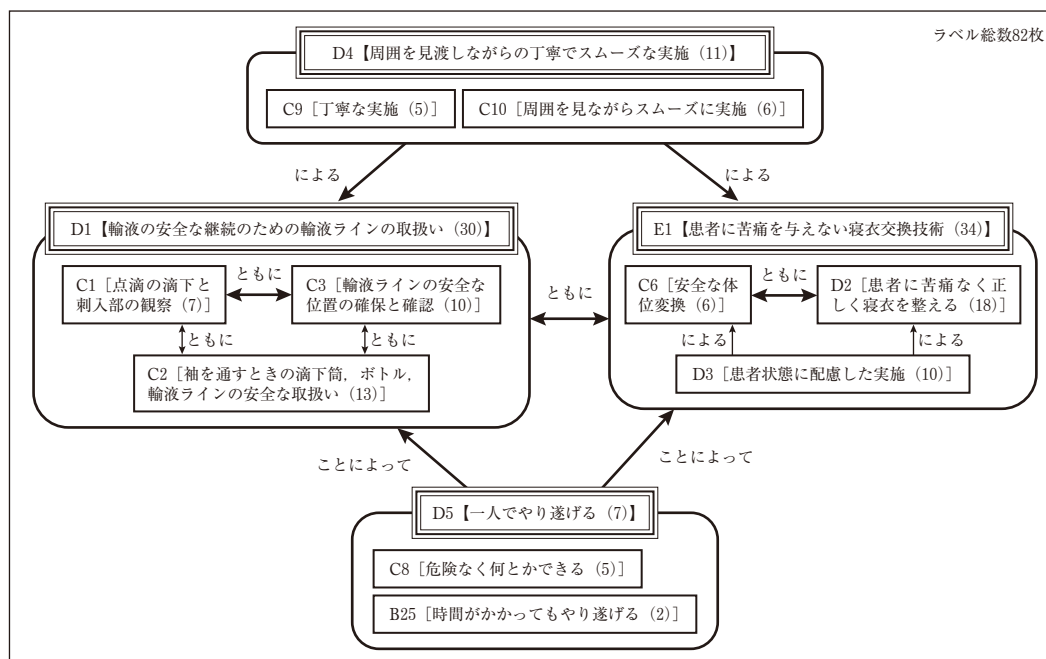


図8. 輸液ラインのある患者の寝衣交換技術に対する看護教員の到達基準

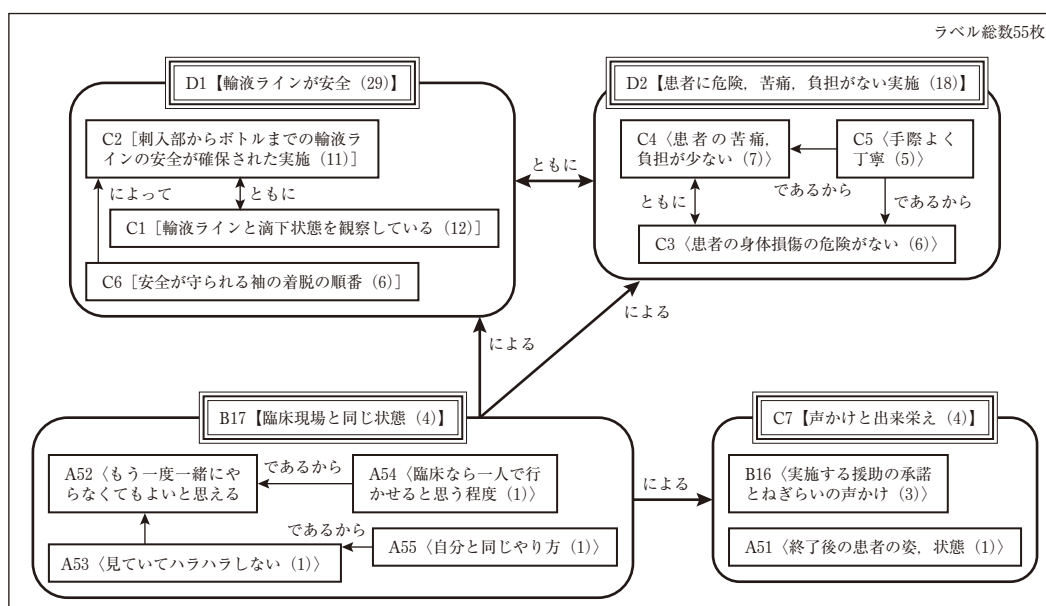


図9. 輸液ラインのある患者の寝衣交換技術に対する看護実践者の到達基準

り遂げる】ことができれば「一人でできる」と判断していた(図8)。一方、看護実践者の到達基準の分析に使用したラベルは55枚、グループ編成は1～3段階で、4つのシンボルマークで表された。看護実践者が「一人でできる」と判断する状態は、自分と同じやり方であったり、臨床なら一人で行かせていると思えるなど【臨床現場と同じ状態】によって【輸液ラインが安全】かつ【患者に危険、苦痛、負担がない実施】ができていたことであったが、臨床現場と同じやりかたであれば【継続した声かけと出来栄】だけで「できる」と判断することもあった(図9)。

VI. 考 察

看護教員と看護実践者のシンボルマークから、両者が「安全・安楽な寝衣交換」「輸液ラインの安全な取扱い」「患者を尊重」について評価をしている共通性を認めたことは、「安全」「安楽」「対象の尊重」が看護基礎教育と看護実践現場において普遍的な原則として貫かれていることを示していると考えられる。また、「技術の合理性、効率性」は新卒看護師の看護技術の習得のレベルに関する評価である。教授内容を構成する際の教授目標分類²⁷⁾のうち、

技能の習得に関する精神運動領域の教授目標は、模倣、コントロール、自動化の順に高次の目標となり²⁸⁾、そのうちコントロールレベルは基本動作を組み合わせて行動の流れをつくって実践する能力である。「技術の合理性、効率性」について看護教員と看護実践者が評価をしていたことは、新卒看護師の輸液ラインのある患者の寝衣交換技術にコントロールレベル以上の習得を求めている点で両者が一致していると考えられる。しかし、看護教員と看護実践者のこのような共通性を認めたものの、それらを評価するための視点には相違を認めた。また、新人の未熟な技術と臨床現場のやり方については両者は相反する見方をしていた。評価者は何かしらの枠組みに準拠して、被評価者についての限定した情報に着目し、その情報を解釈し、意味づけ、それをもとに評価を下すと考えられている。この、評価者が拠り所とする枠組みには、あらかじめ作成された評価の視点や基準などの外的準拠枠と、個人が自ら獲得し保持している内的準拠枠が想定されている²⁹⁾。本研究においては、外的に評価の枠組みを与えていないため、両者の評価はそれぞれが有している内的準拠枠を拠り所に行っていると考えられる。内的準拠枠は、具体的には評価者の過去の経験、仕事上の規範についての考え、課題状況の困難さについての考えなど³⁰⁾であるといわれており、したがって、両者の評価は、それぞれが身を置く看護基礎教育と看護実践現場の状況に大きな影響を受けていることが考えられる。そこで、看護基礎教育と看護実践現場の特徴から両者の評価について考察する。

1. 看護教員の評価の特徴

技術教育は行われる場により内容や目標は異なる。大学などの教育機関では技術の法則性の追求が主題で、行動の熟達や事態の現実的な処理能力、経験主義的な判断ではなく、原理的な理解や法則的な把握が求められる³¹⁾。看護基礎教育では、その看護技術を安全、安楽に実施するための認知領域、情意領域、精神運動領域の教授内容が抽出され³²⁾、エビデンスを明確にして看護技術を教授している。また、校内実習では、教授した一つ一つの動作を、患者に対する説明などの「看護技術に伴うコミュニケーション」³³⁾をとりながら、丁寧に実施することを学生に求めている。看護教員が着眼していた、体位変換時のトルクの原理、寝衣を整える際の背中心の位置、正しい衿、紐の結び方、しわの伸ばし方、輸液ラインとボトルを袖に通すときの滴下筒の向きやクレンメの操作などは、輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の精神運動領域の教授内容である。看護教員は輸液ラインのある患者の寝衣交換技術が安全、安楽に実施されていたかを、教授内容である一つ一つの技術が患者への説明や声かけをしながら正確に丁寧に実

施されていたかに視点をあてて評価をしていた。看護実践者が実施方法よりも、援助の結果として対象が安全であったか、安楽であったかに視点をあてていることと比較すると、看護教員は基本的な方法による実施が対象の安全・安楽に直結していると認識していることがうかがえる。ところが、看護実践現場で実施されている方法は、業務の効率性を優先して簡略化された方法や慣例的な方法が多く³⁴⁾、看護基礎教育との乖離が指摘されている^{35), 36)}。臨地実習において学生が看護実践現場の方法をそのまま実施することは学習にならないとされ、学生は学校で学習した方法による看護技術の実施を求められることもある³⁷⁾。これらのことが、看護教員が看護実践現場の方法を【基本から離れている実施】とする背景にあると考えられる。また、輸液ラインのある患者の寝衣交換技術の卒業時の到達度は、現行カリキュラムにおいては指導のもとで実施できるレベルに設定されており⁶⁾、一人で安全に実施できることを目指した指導が行われている。ゆえに、新卒看護師が一人でやり遂げることを看護教員は到達基準とし、試行錯誤しながらも一人でやり遂げる姿を成長した姿としてとらえていると考えられる。

2. 看護実践者の評価の特徴

看護実践現場における技術教育は企業内教育の性質をもつ。企業内の技術教育は、現場ですぐ役立つ技能の形成、一定の作業条件、現場秩序、服務規律に迅速に適応し、遵守する態度（社会的能力）の育成に焦点があてられる³¹⁾。看護実践現場では多様な条件をもつ患者に看護が実践され、患者の安全と安楽に細心の注意が払われている^{38), 39)}。よって、新卒看護師には現場で行われている方法や病棟規範、慣習に従った方法での看護技術の実施、患者の状態に対応しながらの実施が求められ、患者が安全であったか、安楽であったかに関心が寄せられると考える。看護実践者の評価の視点においても、[身体を傷つけない楽な体位変換]、[患者の反応、状態に対応しながら実施]などの表札が認められ、患者の状態を常に気にかけながら安全、安楽に実施することを大切にしていることが示されている。また、看護実践現場における患者の看護師に対する満足度は、「苦痛を聞いてくれる」「要望を聞いてくれる」「笑顔でいる」などの看護師の応対面が、「注射などを上手に行う」などの技能面よりも高く⁴⁰⁾、看護師は「患者を見て（目を見て）話す、了解なしの行為をしない、対話する、患者に理解できる言葉で話す」に価値を置いていると報告されている⁴¹⁾。これらは、看護実践者の〈顔を見た丁寧な声かけ〉〈患者がわかりやすい声のかけ方〉〈最初と最後の声かけ〉〈次の行動を伝える声かけ〉の表札と同等の内容である。加えて、看護実践者は日頃から「家族に声をかける」、

「家族からの質問や要求に対しては誠実に対応する」「家族にねぎらいの言葉をかける」など家族への配慮をしながら看護を実践しており⁴²⁾、このことが、[終了時の患者・家族に配慮した環境調整]のように、家族への配慮にも着目した表札として示されたと考える。これらのことから、看護実践者が評価の視点としていた患者の安全・安楽や患者に対する声かけ、家族への配慮は、看護実践者が常日頃心がけ、大切にしていることであると考えられる。また、臨床現場と同じ状態、患者の安全・安楽、声かけと出来栄などが看護実践者の到達基準にもなっていたことは、これらが看護実践現場における新卒看護師に対する指導目標にもなっていると推察できる。したがって、新卒看護師の指導的立場にある看護実践者は、就職した新卒看護師にどのように変わってほしいかの具体的なイメージをもっていると考えられ、「新人の未熟な技術」に対して、成長した姿としてとらえる看護教員とは相反する、今はできないが仕方がないといった見方に結びついていると考える。

以上より、看護教員と看護実践者の新卒看護師の看護技術に対する評価の視点や到達基準の相違は、看護基礎教育と看護実践現場において大切にしていること、目指していることの相違であることが明らかになった。同時に、就職直後の新卒看護師が看護基礎教育とは異なる視点で評価をされていることも確認された。新卒看護師の技術教育に関する看護基礎教育と看護実践現場との効果的な連携のためには、まず、看護基礎教育と看護実践現場においてそれぞれ大切にされていることを相互に理解しあうことが重要である。そのうえで、看護基礎教育においては看護技術の到達度を看護実践者の理解が得られるように具体的に示すとともに、確実な到達を目指した教育計画の検討が必要である。また、看護実践現場においては、実施されている慣例的な看護の方法について、エビデンス、安全性、効果などを検証し、臨地実習で学生に体験させることができる技術として確立していく必要があると考える。

VII. 結 論

新卒看護師の看護技術に対して、看護教員は技術面に焦

点をあて、学校での教授内容である基本的な方法で行われているか、患者を尊重した丁寧な実施であるか、一人でやり遂げることができるかを評価の視点とし、一人でやり遂げることを到達基準としていた。一方、看護実践者は、臨床現場のやり方を基準に、声かけなどの患者応対面と、患者に苦痛や危険がなかったかを評価の視点とし、臨床現場と同じ状態で患者に苦痛、負担なく安全にできることを到達基準としていた。さらに、看護実践者には、声かけと出来栄により看護技術全体の評価を決定づける傾向を認めた。また、看護実践者が評価の基準としている臨床現場のやり方を、看護教員は基本から離れている実施としてとらえる相違を認めた。看護教員と看護実践者の評価の視点と到達基準には、それぞれが身を置いている場において大切にしていることが反映されていた。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、観察対象の看護技術が輸液ラインのある患者の寝衣交換技術のみであることと、研究対象者が看護教員、看護実践者各10人であり、限られた対象からのデータ収集であったことである。今後は、評価の対象とする看護技術の種類と対象者を広げて一般化をはかる必要がある。また、今後の課題は、看護実践現場と看護基礎教育における相互理解に基づいた技術教育について検討することである。

謝 辞

今回の研究にあたり、協力いただきました看護実践者ならびに看護教員の皆様、20人の新卒看護師の患者役になってくださいました模擬患者様、そして、一生懸命に看護技術を行ってくださいました新卒看護師の皆様に感謝申し上げます。

本研究は、愛知県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆修正したものです。修士論文作成にあたりご指導いただきました天津廣子教授、曾田陽子准教授に厚くお礼申し上げます。

要 旨

新卒看護師が実施する輸液ラインのある患者の寝衣交換技術を看護教員と看護実践者が同時に観察する方法を通して、新卒看護師の看護技術に対する看護教員と看護実践者の評価の視点と到達基準を明らかにした。看護教員は技術面に焦点をあて、(1)教授内容である基本的な方法で行われているか、(2)患者を尊重した丁寧な実施であるか、(3)一人でやり遂げることができるかを評価の視点とし、看護技術を一人でやり遂げることを到達基準としていた。看護実践者は、臨床現場のやり方を基準に、(1)声かけなどの患者応対面はどうか、(2)患者に苦痛や危険がなかったかを評価の視点とし、臨床現場と同じ状態で患者に苦痛、負担なく安全にできることを到達基準とし

ていた。さらに、看護実践者には、声かけと出来栄により看護技術全体の評価を決定づける傾向を認めた。また、看護実践者が評価の基準としている臨床現場のやり方を、看護教員は基本から離れている実施としてとらえる相違を認めた。

Abstract

This study clarified the evaluation viewpoints and attainment benchmarks of nursing teachers and nursing practitioners who simultaneously observed the skill of new graduate nurses in changing the nightclothes of patients with infusion lines. Nursing teachers focused on technical aspects, with the following three evaluation viewpoints: (1) whether the basic procedures, as taught in school, were performed; (2) whether the procedures were performed accurately in a polite manner; and (3) whether the procedures completed were done by oneself, that is, without help from anyone else. The completion of the nursing procedures by oneself was the attainment benchmarks. Meanwhile, based on nursing procedures at clinical sites, the nursing practitioners used the following as evaluation viewpoints: (1) whether the nurse talked positively to the patient and (2) whether the patient suffered any unnecessary pain or harm. As the attainment benchmark, they adopted one's success at being able to make the patient feel safe without suffering pain or burden in situations identical to clinical sites. However it was admitted that there was a tendency for the evaluations of the overall nursing skills to be determined by nurses' verbal communication and satisfactory completion without regarding each individual step of the procedures. Moreover, nursing teachers considered the nursing procedures used at clinical sites, which formed the criteria used by nursing practitioners, to be far removed from the basic procedures.

文 献

- 1) 矢川 信：臨床の看護師が新人看護師に期待する能力。日本看護学会論文集（看護総合），37，104-106，2006。
- 2) 井部俊子：看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究－新卒者の卒後臨床研修と看護実践能力の実態。平成10年度厚生省科学研究（医療技術評価総合研究），22，1999。
- 3) 鈴木充子，小口久美子，ほか：新人看護職員の臨床看護実践能力育成に向けての取り組み－自己評価・管理者評価を行っている効果と課題。日本看護学会論文集（看護教育），36，60-62，2005。
- 4) Cynthia M Thomas, Marilyn Ryan, Kay Hodson-Carlton: Competency Levels of New Registered Nurses: Perceptions of Nurse Managers. 2009-10-3.
http://www.michigancenterfornursing.org/mimages/2009_summit/thomas_competency.pdf
- 5) 日本看護協会：看護師の基礎教育はこれでいいのか？。2007-11-16.
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2005pdf/teian050915-2.pdf>
- 6) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書。2008-10-23.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- 7) 桑野タイ子：私たちは看護技術教育をこう考える。看護教育，39(1)，70，1998。
- 8) 山口静江，安達恵理：基礎看護技術演習における模擬患者活用の学習効果－模擬患者への援助体験の有無から学びの違いを考える。日本看護学会論文集（看護教育），36，15-17，2005。
- 9) 大石淳子，中島奈緒子，ほか：実習効果を左右する実習指導評価のポイント－看護実践能力育成のための技術教育の取り組み，学内から臨床につなげた技術評価。看護人材教育，3(6)，68-77，2007。
- 10) 長島貴久代：臨床現場が看護基礎教育に求める「卒業前技術教育」についての一考察。東京都保健医療学会誌，(108)，360-361，2004。
- 11) 小山真理子，及川育子，ほか：看護基礎教育における看護技術教育の充実に関する研究－看護基礎教育卒業時の到達目標－。厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）平成17年度総括研究報告書，29-33，2006。
- 12) Berkow S, Virkstis K, Stewart J, Conway L : Assessing new graduate nurse performance. Nurse Educ., 34(1)，17-22，2009。
- 13) 日本看護協会：2002年度新卒看護師の『看護基本技術』に関する実態調査報告書。日本看護協会，2003。
- 14) 梶田穀一：教育評価。100-104，有斐閣，東京，1997。
- 15) 梅野貴恵，山崎和代，ほか：本校卒業生の卒業後3ヶ月時点での基礎看護技術到達度の実態と臨床の期待。九州国立看護教育紀要，5(1)，38-45，2002。
- 16) 本田美奈加，佐々木理恵子，ほか：新卒看護師の看護実践能力の実態と傾向－本学卒業の新卒者の自己評価と上司による他者評価から－。日本赤十字秋田短期大学紀要，(12)，21-30，2007。
- 17) 橋本さき子，斉藤和香子，ほか：学生の修得度をふまえた看護技術教育の強化 [1]－卒業時の基礎看護技術修得状況。看護展望，31(8)，94-100，2006。
- 18) 船場直美，森 留美，ほか：新人看護臨床実践能力の認識度調査。日本看護学会論文集（看護管理），36，3-5，2006。
- 19) 田島桂子：看護実践能力育成に向けた教育の基礎（第2版）。53，医学書院，東京，2007。
- 20) 橋本重治：到達度評価の研究－その方法と技術－。13-19，図書文化社，東京，1985。
- 21) 前掲20)，80。
- 22) 前掲11)，73。
- 23) 石橋通江，川上晴実，樋泉幸子：精神看護学実習におけるサイコドラマの教育的効果－ドラマ体験に見られた感情と気づきの形成－。日本赤十字九州国際看護大学IRR，(6)，49-57，2008。
- 24) 正木治恵：看護学研究における質的統合法（KJ法）の位置づけと学問的価値。看護研究，41(1)，5，2008。
- 25) 川喜田二郎：統発想法。中公新書，1986。
- 26) 山浦晴男：科学的な質的研究のための質的統合法（KJ法）と考察法の理論と技術。看護研究，41(1)，11-32，2008。
- 27) 日本医学教育学会監修，日本医学教育学会教育開発委員会編集：医学教育マニュアル1－医学教育の原理と進め方。28-32，篠原出版，1990。

- 28) 前掲19), 39.
- 29) 柳澤さおり, 古川久敬: 対人評価の正確さに関する研究の展望. 九州大学心理学研究, 1, 79-93, 2000.
- 30) 柳澤さおり, 古川久敬: 評価者が持つ“内的準拠性”の探索的研究. 産業・組織心理学会第15回, 136-139, 1991.
- 31) 山崎昌甫: 技術教育への視点 (メヂカルフレンド社編集: 看護技術論). 227, メヂカルフレンド社, 東京, 1977.
- 32) 前掲19), 138.
- 33) 片山はるみ, 西川まり子, ほか: 基礎看護技術演習における情意領域への教育効果 (第2報) - Simulated Patientを導入した浣腸の援助技術. 広島国際大学看護学ジャーナル, 5(1), 3-13, 2008.
- 34) 青木光子, 関谷由香里, ほか: 清潔の援助技術の教育内容に関する検討 - 臨床の清潔場面の参加観察を通して -. 日本看護学会論文集 (看護教育), 37, 221-223, 2006.
- 35) 高橋清美, 佐藤友美, ほか: 看護基礎教育における看護技術教育に関する一考察 - 臨床における実態調査をもとに. 福岡県立大学看護学部紀要, 3(1), 39-46, 2005.
- 36) 尾崎道江, 倉持亨子, ほか: 基礎看護技術の教材に使用する看護物品に関する調査, 日本看護学教育学会第17回学術集会講演集, 138, 2007.
- 37) 和賀徳子: 「目標行動の設定 - 目標行動の達成」における教授 = 学習活動によって形成される臨地実習の構造. 日本看護学教育学会誌, 第19回学術集会講演集, 137, 2009.
- 38) 一瀬久美子, 堀江令子, ほか: 看護師が抱える職場ストレスとその対応. 保健学研究, 20(1), 67-74, 2007.
- 39) 佐居由美子: 看護実践場面における「安楽」という用語の意味するもの. 聖路加看護大学紀要, (30), 1-9, 2004.
- 40) 木村美智子, 杉浦美佐子, ほか: 看護に対する入院患者の満足度と病院推薦意志に及ぼす要因. 日本看護学会論文集 (看護管理), 31, 117-119, 2000.
- 41) 工藤二郎, 尾田日出子, ほか: 看護のアイデンティティ (その5) - 看護技術に関する大学生と看護師の価値観の相違とその意味. 西南女学院大学紀要, 9, 1, 2005.
- 42) 三浦まゆみ, 中村令子, ほか: 入院患者の家族への日常的なかかわり行動に対する看護師の認識 - 東北地区・国立病院機構看護師の調査から -. 岩手県立大学看護学部紀要, 8, 1-12, 2006.

〔平成22年6月4日受 付〕
〔平成23年3月8日採用決定〕

新卒看護師の蓄積的疲労徴候と離職願望の関連

— 新卒保健師および新卒歯科衛生士との比較 —

Comparative Study of the Cumulative Fatigue Symptoms and It's Relation with
Motivation to Leave Employment between Three Groups of New Graduates:
General Practice Nurses, Public Health Nurses and Dental Hygienists

鬼澤典朗¹⁾
Noriaki Onizawa

松永保子²⁾
Yasuko Matsunaga

キーワード：蓄積的疲労徴候，離職願望，新卒看護師，新卒保健師，新卒歯科衛生士

Key Words：cumulative fatigue symptoms, motivation to leave employment, new graduate general practice nurses,
new graduate public health nurses, new graduate dental hygienists

I. はじめに

高齢化の進展によりさまざまな疾患を有する医療依存度の高い高齢者の増加や疾病構造の変化に加え，医療の高度化・複雑化，医療安全対策など看護を取り巻く環境の変化に対応した適切な看護の提供がますます求められている。そのために，中核的な病院の多くが，平成18年4月の診療報酬改定で新たに導入された7対1入院基本料を導入した。これにより，勤務する看護師の労働環境の改善や，より一層の看護の質向上が期待できる一方で，より多くの看護師を雇うことが必要となった。

しかし，日本看護協会による『2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査』¹⁾では，2003年度の病院における新卒看護職員の離職率が8.8%で，病院に就職した現役新卒看護職員のほぼ11人に1人が離職している現状が明らかとなっている。また，その後の同様の調査でも，2005年度の新卒看護職員離職率が9.3%²⁾，2006年および2007年度が9.2%^{3), 4)}と，病院における新卒看護職員の離職率は2003年度に比して増加している。

新卒看護職員の職場定着を困難にしている臨床側の要因として，「勤務交代制など不規則な勤務形態による労働負荷が大きい」といった職場環境があげられている¹⁾。実際に，病院における看護師のような交代制勤務者は，不規則な勤務のために，睡眠時間の減少，家庭や社会生活を維持することの難しさなどのために，欠勤率や離職率がより高くなるとの報告もある⁵⁾。病院における新卒看護師の離職要因についての研究でも，勤務形態や職務内容に関連した身体的負担が離職の一因となっている^{6)~10)}，と報告され

ている。

このように，看護師という職業は，夜間の就労という不規則な交代制勤務に加えて，患者との人間関係の構築や責任の重さから身体的・精神的疲労が大きく，それが高じると職場への定着が困難になり，さらには転職や離職に繋がることが推察される。しかし，病院に勤務する新卒看護師の疲労と離職願望との関連を明らかにした研究はない。したがって，新卒看護師が離職願望を抱く時期に感じる疲労の現状を明らかにする必要があると考える。

加えるに，病院に勤務する新卒看護師の職場への定着を困難にしている要因として「現代の若者の精神的未熟さや弱さ」を指摘する意見も多く¹⁾，現代の若者の考え方や心理が離職願望に関係すること¹¹⁾や，新卒看護師自身も精神的未熟さや弱さを感じていること¹²⁾などが示されている。また，一般に若年者ほど疲労の訴え率が高い傾向にあるが¹³⁾，若年者に疲労の訴えが多い理由として，単にネガティブな感情を表出しているのか，実際に疲れているのか断言することは難しい。したがって，新卒看護師に特徴的な蓄積的疲労の徴候を知るためには，年齢の高低に影響されない同年代の他職種と比較する必要があると考えられる。

以上のことにより，新卒看護師と同じく新規に就職した同年代の医療職のなかから，病院以外に勤務し日勤の勤務形態である新卒保健師，および病院以外の医療機関である診療所で日勤の勤務形態をとり，かつ，看護師同様に診療の補助を業としている歯科衛生士とを比較することで，新卒看護師が離職願望を抱く時期における特徴的な蓄積的疲労の徴候を明らかにできる，と考えた。

1) 長野県立こども病院 Nagano Children Hospital

2) 信州大学大学院医学系研究科 Graduate School of Medicine, Shinshu University

Ⅱ. 研究目的

20代女性の新卒看護師における蓄積的疲労徴候を同年代の新卒保健師と新卒歯科衛生士の蓄積的疲労徴候とを比較して、その特徴を明らかにする。また、新卒看護師の蓄積的疲労徴候と離職願望との関連を明らかにする。

Ⅲ. 本研究における用語の定義

1. 新卒看護師、新卒保健師、新卒歯科衛生士：「新卒看護師、新卒保健師、新卒歯科衛生士とは、就業経験をもたない新規就業看護師、保健師、歯科衛生士」とする。

2. 蓄積的疲労徴候：渡辺¹⁴⁾は「疲労はその定義や概念がさまざまであり、筋肉疲労以外では客観的測定法がないために定義付けすることは難しい」と述べている。越河ら¹⁵⁾は「ある期間、停滞して感ずるような、または、ときおり感ずる症状・違和感が持続し、蓄積されている状態」を「蓄積的疲労徴候」という言葉を用いて表現している。

したがって、本研究においては、「蓄積的疲労徴候とは、ある期間、停滞して感ずるような、または、ときおり感ずる症状・違和感が持続し、蓄積されている状態」とする。

3. 離職願望：「離職願望とは、いまの職業を辞めたいという気持ち」とする。

Ⅳ. 研究方法

1. 調査対象者

新卒看護師、新卒保健師、新卒歯科衛生士（以下、「3職種」とする）を対象に調査を実施した。

a. 新卒看護師について

N県内の届出病床数300床以上の病院のうち、研究への協力が得られた17病院に2008年度採用された新卒看護師337名を対象とした。

b. 新卒保健師について

N県およびN県内の市町村に就職した新卒保健師のうち、7月に県主催で開催された研修会に参加した55名を対象とした。

c. 新卒歯科衛生士について

N県内の歯科衛生士養成所4校のうち、研究への協力が得られた3校を2007年度に卒業し2008年度に歯科診療所等に就職した新卒歯科衛生士65人を対象とした。

2. データ収集時期

調査は、3職種ともに2008年7月に実施した。

3. 調査内容

a. 基本的属性と蓄積的疲労徴候

財団法人労働科学研究所により市販されており、越河らにより開発された蓄積的疲労徴候インデックス（CFSI：Cumulative Fatigue Symptoms Index）¹⁵⁾を用いた。

この質問票は、基本的属性として、性別、20歳代、30歳代といった年齢段階、常日勤・交代制勤務・パート勤務・派遣勤務といった勤務形態、仕事の内容および心身の症状や状態などに関する81項目の質問から構成されている。これら81項目は、8つの特性項目群、身体的側面からの負荷を表す指標として「一般的疲労感（10項目）」「身体不調（7項目）」「慢性疲労徴候（8項目）」、精神的側面からの負荷を表わす指標として「不安感（11項目）」「抑うつ感（9項目）」「気力の減退（9項目）」、社会的側面からの負荷を表わす指標として「イライラの状態（7項目）」「労働意欲の低下（13項目）」から構成されている¹⁶⁾。

また、このCFSIは、越河らが男子37,646例、女子23,835例の調査データから下記のような数式により平均訴え率を算出後、その平均訴え率を「基本平均訴え率」とし、それから「基本パターン」となるレーダーチャートを作成して、その「基本パターン」と研究の対象集団のデータから算出した平均訴え率より作成したレーダーチャートのパターンとを比較することで、対象集団の精神的側面（左側）、身体的側面（右側）、社会的側面（中央）からの負荷の「方向性」を視覚的に判定できることが特徴となっている¹⁶⁾。

$$\text{平均訴え率} = \frac{\text{当該項目群への合計得点}}{\text{当該項目群の項目数} \times \text{対象人数}} \times 100$$

CFSIを選択した理由としては、仕事や生活場面の負荷事象を「自覚される心身症状」から探ろうとする評価尺度であり、信頼性・妥当性ともに検証されているためである¹⁷⁾。また、一定の時点での症状ではなく、ある期間停滞して感ずるような、あるいは、ときどき感ずる症状に重点をおいて応答を求めている¹⁸⁾ことから、応答記入の時点の影響が少ない質問項目であるため、本研究の調査用紙として適していると判断した。

b. 離職願望

「ここ数週間で看護師・保健師・歯科衛生士を辞めたいと思ったことがありますか」との質問で、辞めたいと思う程度を「とてもある」、「ややある」、「あまりない」、「全くない」の4段階で調査した。

4. データの収集方法

a. 新卒看護師について

N県内の届出病床数300床以上のすべての病院（29病院）の看護部責任者に対して、文書にて本調査に対する協力依

頼を行うとともに、2008年度に採用した新卒看護師数を調査した。そのうち、調査への協力に対する同意が得られた17病院に対して、看護部責任者を通じて調査書類の配布を依頼するとともに、新卒看護師人数分の調査用紙と返信用封筒を郵送し、個別郵送法で回収した。また、返信をもって研究への同意とみなした。

b. 新卒保健師について

2008年7月の県主催の『新卒保健師研修会』に参加した新卒保健師55名に対して、主催担当者の許可を得て、研修会終了後に研究者が直接口頭と文書にて本研究の趣旨を説明し、調査用紙を全員に配布した。調査用紙は、研修会場出口に回収箱を設置して、回収箱へ投函してもらうことで回収した。また、回収箱への投函をもって研究への同意とみなした。

c. 新卒歯科衛生士について

N県内の歯科衛生士養成所4校に対して、専任教員宛てに本調査への協力を依頼し、3校から調査への協力が得られた。3校のうち2校は、各養成所主催の『就職報告会』に参加した新卒歯科衛生士に対して、研究者が直接口頭と文書にて本研究の趣旨を説明し、調査用紙を全員に配布した。調査用紙は、研修会場出口に回収箱を設置して回収した。また、回収箱への投函をもって研究への同意とみなした。

残りの1校は、養成所責任者に調査用紙の配布を依頼し、個別郵送法で回収した。返信をもって研究への同意とみなした。

5. 倫理的配慮

調査対象施設の看護部責任者および歯科衛生士養成所専任教員宛に、研究内容の説明・回収方法、対象者への倫理的配慮等を記載した依頼文を郵送し、施設としての研究への協力を文書により確認した。

調査対象者に対しては、協力の有無により不利益をこうむることがないように、また、個人が特定されることがないように調査用紙は無記名であること、すべてのデータは研究目的以外で使用しないこと、データは鍵のかかる引き出しに保管すること、研究終了後は廃棄処分にすること、研究結果は公表することがあること、希望する施設や個人には結果を知らせることができること、S大学医学部医倫理委員会の承認を得ていること、などを口頭または文書にて説明し、調査用紙の回答をもって研究への同意とみなした。

6. 分析方法

分析には、市販の統計ソフトSPSS 17 for Windowsを使用した。

a. 3職種の蓄積的疲労徴候の比較について

CFSIの81項目に○がつけられた場合を1点として計算し、3職種別にCFSIの平均訴え率を算出した。その後、3職種別にレーダーチャートのパターンを作成し、基本パターンと比較した。

また、3職種のCFSI得点の平均点および特性項目群別のCFSI得点の平均点を算出し、それぞれについて有意水準5%として一元配置分散分析を実施した。その後、有意差が認められた場合には、Bonferroni法による多重比較を行った。

b. 蓄積的疲労徴候と離職願望との関連について

新卒看護師、新卒保健師あるいは新卒歯科衛生士を辞めたいと思ったことが「とてもある」「ややある」と答えた者を「離職願望がある」群、「あまりない」「全くない」と答えた者を「離職願望がない」群として、3職種の離職願望の有無について比較した。

また、3職種の離職願望の有無別にCFSIの平均訴え率を算出し、おのおのをレーダーチャートで表し、離職願望の有無別にパターンを比較した。

さらに、3職種の離職願望の有無別にCFSIの平均点を算出し t 検定を行い、特性項目群毎の離職願望の有無別にCFSIの平均点についても t 検定を行った。

V. 結 果

1. 回収率および分析対象者数

回収数は、新卒看護師155名（回収率45.9%）、新卒保健師55名（回収率100.0%）、新卒歯科衛生士45名（回収率69.2%）であった。

CFSIは、性差により結果が異なる傾向にある¹⁹⁾ことから、分析は女性のみとし、男性（新卒看護師10名、新卒保健師2名）を除外した。また、全般的に低年齢の人達の平均訴え率が高く、高年齢では平均訴え率が低い傾向にある²⁰⁾ことから、30歳代以上の者（新卒看護師6名、新卒保健師4名）を分析から除外し、20歳代のみを対象とした。

以上のことにより、20歳代女性の新卒看護師139名、新卒保健師49名、新卒歯科衛生士45名を分析対象とした。

また、分析対象者の勤務形態は、新卒保健師、新卒歯科衛生士の全員が日勤勤務であり、新卒看護師の124名（89.2%）は交代制勤務であった。

2. 3職種の蓄積的疲労徴候の比較について

a. 3職種の平均訴え率と基本平均訴え率との比較

（図1）

新卒看護師の平均訴え率は、すべての特性項目群で基本平均訴え率を上まわった。レーダーチャート上のパターン

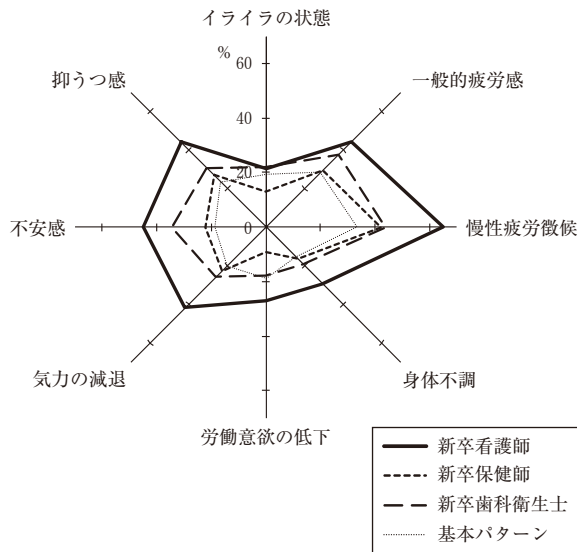


図1. 3職種の平均訴え率と基本平均訴え率との比較

の比較では、身体的側面（右側）からの負荷を表す「一般的疲労感」「慢性疲労徴候」「身体不調」と、精神的側面（左側）の負荷を表す「抑うつ感」「不安感」「気力の減退」が突出していた。

新卒保健師の平均訴え率は、身体的側面の「一般的疲労感」「慢性疲労徴候」「身体不調」と、精神的側面の「抑うつ感」「不安感」「気力の減退」で基本平均訴え率を上まわったが、社会的側面の「イライラの状態」「労働意欲の低下」では、基本平均訴え率を下まわった。

新卒歯科衛生士の平均訴え率は、「労働意欲の低下」を除いた7つの特性項目群で基本平均訴え率を上まわった。レーダーチャート上のパターンの比較では、身体的側面（右側）からの負荷を表す「一般的疲労感」「慢性疲労徴候」と、精神的側面（左側）の負荷を表す「不安感」「抑うつ感」が突出していた。

3職種の平均訴え率の比較では、新卒看護師は、身体的側面からの負荷を表す「一般的疲労感」「慢性疲労徴候」「身体不調」、精神的側面からの負荷を表す「気力の減退」「不安感」「抑うつ感」、社会的側面からの負荷を表す「労働意欲の低下」の7つの特性項目群で最も高い平均訴え率

を示し、次に、新卒歯科衛生士、新卒保健師の順に高い平均訴え率を示していた。また、レーダーチャート上のパターンの比較では、3職種ともに身体的側面（右側）と精神的側面（左側）が突出していた。

b. CFSI得点の比較（表1）

3職種のCFSIの平均点は、新卒看護師が 30.9 ± 16.4 点（mean $\pm$ SD）、新卒保健師が 17.4 ± 9.9 点、新卒歯科衛生士が 22.5 ± 16.6 点であった。また、一元配置分散分析の結果、有意差が認められた（ $F = 16.0$, $p < .01$ ）。さらに、多重比較の結果、5%水準で有意差がみられ、新卒看護師が新卒保健師や新卒歯科衛生士に比べて高いことが確認された。

3職種の特性項目群別のCFSIの平均点を一元配置分散分析した結果、身体的側面の負荷を表す「一般的疲労感」（ $F = 7.1$, $p < .01$ ）, 「身体不調」（ $F = 7.3$, $p < .01$ ）, 「慢性疲労徴候」（ $F = 16.8$, $p < .01$ ）, 精神的側面の負荷を表す「気力の減退」（ $F = 10.4$, $p < .01$ ）, 「不安感」（ $F = 15.5$, $p < .01$ ）, 「抑うつ感」（ $F = 10.5$, $p < .01$ ）, 社会的側面の負荷を表す「労働意欲の低下」（ $F = 11.7$, $p < .01$ ）に有意差が認められた。さらに、多重比較の結果、5%水準で有意差がみられ、身体的側面の負荷を表す「身体不調」と「慢性疲労徴候」、精神的側面の負荷を表す「気力の減退」「不安感」および「抑うつ感」において、新卒看護師が新卒保健師や新卒歯科衛生士に比べて高いことが確認された。また、身体的側面の負荷を表す「一般的疲労感」と、社会的側面の負荷を表す「労働意欲の低下」において、新卒看護師が新卒保健師に比べて高いことが確認された。

3. 3職種の蓄積的疲労徴候と離職願望との関連について

a. 離職願望の有無

新卒看護師は、「離職願望がとてもある」が26名（18.7%）, 「ややある」が57名（41.0%）, 「あまりない」が36名（25.8%）, 「全くない」が20名（14.3%）であった。新卒保健師は、「離職願望がとてもある」が2名（4.0%）, 「ややある」が15名（30.6%）, 「あまりない」が22名（44.8%）, 「全くない」が10名（20.4%）であった。新卒歯科衛生士は、「離職願望がとてもある」が3名（6.6%）, 「ややある」が13

表1. 3職種のCFSI得点の比較

CFSI 平均点	身体的側面			精神的側面			社会的側面	
	一般的 疲労感	身体不調	慢性疲労 徴候	気力の 減退	不安感	抑うつ 状態	イライラの 状態	労働意欲の 低下
新卒看護師 (n = 139)	30.9 ± 16.4 *	4.4 ± 2.6 *	2.1 ± 1.7 *	5.2 ± 2.4 *	3.8 ± 2.8 *	4.9 ± 3.0 *	4.0 ± 2.4 *	1.5 ± 1.7 *
新卒保健師 (n = 49)	17.4 ± 9.9	2.9 ± 1.8	1.2 ± 1.4	3.4 ± 2.1	2.1 ± 2.3	2.5 ± 1.9	2.4 ± 1.8	$.9 \pm 1.2$
新卒歯科衛生士 (n = 45)	22.5 ± 16.6	3.8 ± 2.4	1.3 ± 1.6	3.5 ± 2.3	2.3 ± 2.3	3.8 ± 2.9	2.8 ± 2.3	1.6 ± 2.0

*: $p < .05$

名 (28.8%), 「あまりない」が18名 (40.0%), 「全くない」が11名 (24.4%) であった (図2)。

また, 「離職願望がとてもある」と「ややある」を「離職願望のある」群, 「離職願望があまりない」と「全くない」を「離職願望のない」群の2群に分けて検討した結果, 「離職願望がある」群は, 新卒看護師が83名 (59.7%), 新卒保健師が17名 (34.7%), 新卒歯科衛生士が16名 (35.6%) で, 新卒看護師の「離職願望がある」群の割合が最も多かった。

b. 離職願望の有無による平均訴え率の比較

新卒看護師は, すべての特性項目群において, 離職願望がある者が離職願望がない者の平均訴え率を上まわった (図3)。

新卒保健師は, 「身体不調」を除いた7つの特性項目群において, 離職願望がある者が離職願望がない者の平均訴え率を上まわった (図4)。

新卒歯科衛生士は, 身体的側面の負荷を表す「慢性疲労徴候」, 精神的側面の負荷を表す「抑うつ感」「不安感」「気力の減退」, 社会的側面の負荷を表す「労働意欲の低下」の5つの特性項目群において, 離職願望がある者が離職願望がない者の平均訴え率を上まわった。しかし, 身体的側面の負荷を表す「一般的疲労感」「身体不調」, 社会的側面

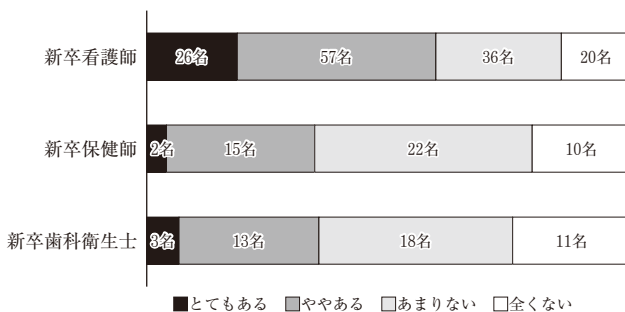


図2. 3職種の離職願望の比較

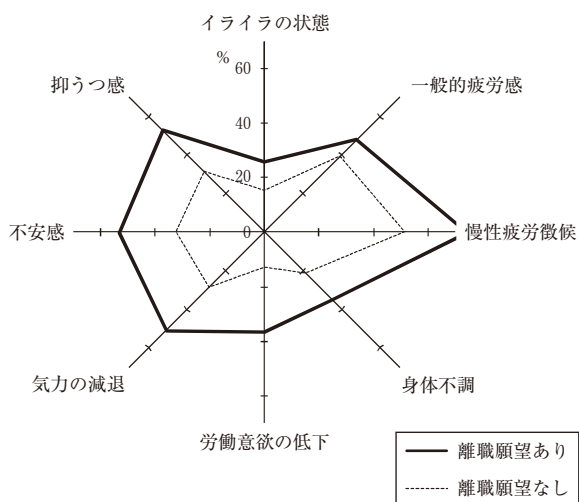


図3. 新卒看護師の離職願望の有無による平均訴え率の比較

を表す「イライラの状態」では, 離職願望がある者は離職願望がない者の平均訴え率を下まわった (図5)。

c. 離職願望の有無によるCFSI得点の比較 (表2)

新卒看護師の「離職願望あり」のCFSIの平均点は 36.8 ± 16.0 点 (mean $\pm$ SD), 「離職願望なし」の平均点は 22.3 ± 12.8 点であった。新卒保健師の「離職願望あり」の平均点は 21.9 ± 11.6 点, 「離職願望なし」の平均点は 15.0 ± 8.1 点であった。新卒歯科衛生士の「離職願望あり」の平均点は 22.6 ± 16.6 点, 「離職願望なし」の平均点は 22.5 ± 16.9 点であった。また, 3職種の離職願望の有無による t 検定の結果, 新卒看護師に有意差 ($t = 5.916, p < .01$) が認められ, 新卒保健師も有意差 ($t = 2.439, p < .05$) が認められた。

さらに, 3職種の離職願望の有無による特性項目群別のCFSIの平均点を t 検定した。その結果, 新卒看護師は, 身体的側面の負荷を表す「身体不調」 ($t = 3.371, p < .01$) 「慢性疲労徴候」 ($t = 4.714, p < .01$), 精神的側面の負荷を表す「気力の減退」 ($t = 4.572, p < .01$) 「不安感」 ($t =$

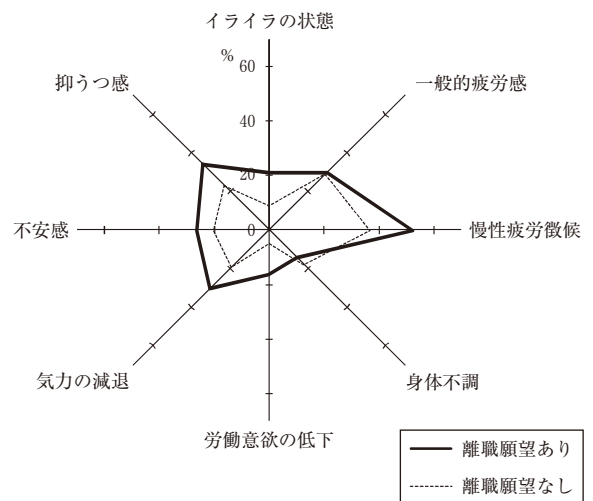


図4. 新卒保健師の離職願望の有無による平均訴え率の比較

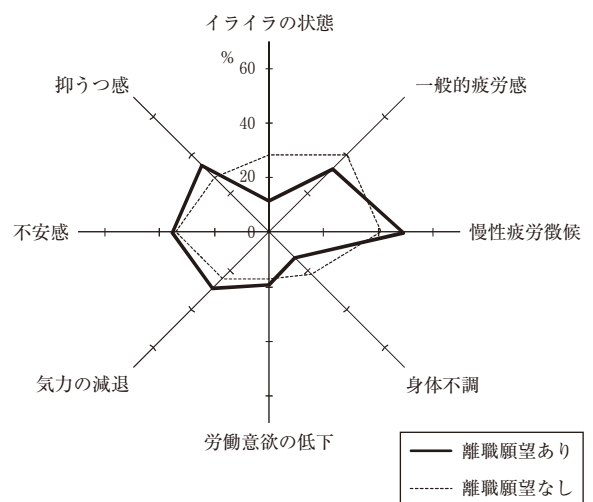


図5. 新卒歯科衛生士の離職願望の有無による平均訴え率の比較

表 2. 3 職種の離職願望の有無によるCFSI得点の比較

mean ± SD

	離職 願望	CFSI 平均点	身体的側面			精神的側面			社会的側面	
			一般的 疲労感	身体不調	慢性疲労 徴候	気力の 減退	不安感	抑うつ 状態	イライラの 状態	労働意欲の 低下
新卒看護師 (n=139)	あり (n=83)	36.8±16.0	4.8±2.5	2.4±1.7	6.0±2.0	4.6±2.8	5.9±3.0	4.7±2.5	1.8±1.8	4.7±3.4
	なし (n=56)	22.3±12.8	3.9±2.7	1.5±1.5	4.1±2.5	2.6±2.3	3.6±2.3	2.8±1.8	1.1±1.4	1.7±1.9
新卒保健師 (n=49)	あり (n=17)	21.9±11.6	3.0±2.0	1.0±1.3	4.2±1.9	2.7±2.4	2.9±2.0	3.1±2.0	1.5±1.4	2.1±2.6
	なし (n=32)	15.0±8.1	2.9±1.8	1.3±1.5	2.9±2.1	1.7±2.1	2.2±1.8	2.1±1.6	0.6±0.9	0.7±1.3
新卒歯科衛生士 (n=45)	あり (n=16)	22.6±16.6	3.3±2.5	0.9±1.3	3.9±2.0	2.6±2.6	3.9±3.1	3.1±2.4	0.8±1.5	2.5±2.6
	なし (n=29)	22.5±16.9	4.0±2.4	1.6±1.7	3.3±2.5	2.2±2.1	3.8±2.9	2.6±2.3	2.0±2.2	2.2±3.4

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

5.116, $p < .01$)「抑うつ状態」($t = 5.380$, $p < .01$), 社会的側面の負荷を表す「イライラの状態」($t = 2.596$, $p < .05$)「労働意欲の低下」($t = 6.076$, $p < .01$)の7つの特性項目群において有意差が認められた。

新卒保健師は, 社会的側面の負荷を表す「イライラの状態」($t = 2.227$, $p < .05$)「労働意欲の低下」($t = 2.174$, $p < .05$)において有意差が認められた。

新卒歯科衛生士は, 社会的側面の負荷を表す「イライラの状態」($t = 2.183$, $p < .05$)で有意差が認められた。

VI. 考 察

1. 3 職種の蓄積的疲労徴候について

本研究において, 新卒看護師の平均訴え率と基本平均訴え率を比較すると, すべての特性項目群において新卒看護師の平均訴え率が基本平均訴え率を上まわり, 新卒看護師の蓄積的疲労徴候は, 越河らが設定した基本平均訴え率と比較すると強く, とくに身体的側面と精神的側面からの負荷が強いことが確認された。新卒保健師および新卒歯科衛生士の平均訴え率と基本平均訴え率との比較では, 新卒看護師ほどではないが, 新卒看護師と同様に両者とも身体的側面と精神的側面を示す特性項目群が基本平均訴え率を上まわった。このことは, 今回の調査対象者が20歳代の新卒者であり, 越河ら¹⁹⁾の研究における, 全般的に低年齢の人達の平均訴え率が高い傾向にあることから推察されることである。

しかし, 3 職種で比較すると, 一元配置分散分析の結果からも新卒看護師が新卒保健師や新卒歯科衛生士よりもCFSIの得点が有意に高く, やはり新卒看護師は身体的側面, 精神的側面からの負担を強く感じていることが明らかになった。

以上のことから, 新卒保健師や新卒歯科衛生士と比較す

ると, 新卒看護師の蓄積的疲労の徴候としては, 身体的側面からみると「慢性疲労徴候」と「身体不調」が高いことであり, 精神的側面からみると「気力の減退」と「不安感」, および「抑うつ感」が高いことであった。

新卒看護師の身体的側面や精神的側面からの負荷が強いことは, 20～24歳の看護職員880人を調査した研究²¹⁾で「慢性疲労徴候」や「不安感」が突出していることや, 経験年数別の調査結果²²⁾での経験年数が1年未満の看護師は10年以上の看護師に比較して「慢性疲労徴候」が有意に高いこと, 経験年数が1年未満の看護師は経験の未熟さや職場環境に適応するうえで強いストレスを受ける時期²³⁾とされる研究からも, とくに経験年数の浅い若い年代の看護師にみられる特性項目であると考えられる。

一般的に7月頃に開始される夜間勤務は, 新卒看護師の生活スタイルに変化をもたらすとともに, 夜間勤務が自律神経系に影響を及ぼすことで, 日勤務より疲労が強いことを示している研究²⁴⁾がある。また, 看護師の交代制勤務の違いによる自覚される疲労症状の比較研究においても, 深夜勤務を行っている看護師に疲労自覚症状を訴える者が多い^{24), 25)}との報告があるように, 交代制勤務における夜間勤務が新卒看護師の疲労を強くし, その疲労が蓄積されていることは確実である。「慢性疲労徴候」は, 仕事の忙しさのパロメーター²⁶⁾でもあり, 一人で患者を受け持つなど自立を求められることにより仕事が増えて忙しくなり, オーバーワークとなっていることも考えられる。

また, 精神的側面の「気力の減退」や「不安感」でも, 新卒看護師は, 新卒保健師, 新卒歯科衛生士に比べて高い傾向にあることから, 新卒看護師は, 身体的な疲労の蓄積に加え, 看護師としての経験不足や職場環境へまだ十分に馴染めないでいることからの不安感が強く, 実に不安定な精神状態にあることが明らかであると考えられる。

さらに, 新卒看護師においてのみ, 社会的側面の「労働

意欲の低下」が突出していることが挙げられる。「労働意欲の低下」は、やる気や志気の低下を示し、仕事に対しやりがいを感じないものほど高くなる²⁷⁾ことから、新卒看護師は、さまざまな要因により就職後早期から労働意欲が低下している状態にあり、やりがいを見出せずにいる可能性も考えられた。

小木²⁸⁾は、全身的な疲労感に加えて、身体の不調など自律神経系の症状があり、気力の低下、労働意欲の低下、自信のなさ不安が重なることからバーンアウト状態が生じると述べており、新卒看護師のバーンアウトと疲労に関する報告も多い^{29)~31)}。本研究の結果からも、新卒保健師や新卒歯科衛生士と比較して新卒看護師は身体的側面からの負荷が強く、それに加えて気力が減退している、あるいは、労働意欲が低下している心身の状態は、バーンアウトになりやすい状態であると考えられる。

疲労感、意欲や達成感に大きな影響を及ぼすので³²⁾、バーンアウトにさせないためにも、新卒看護師の心身の消耗を最小限にし、新卒看護師が仕事への意欲や理想、やる気を持続させることができるようなかかわりをする必要がある。そのためには、労働と健康との調和をはかり、新卒看護師が「明るくいいきと、積極的に仕事に取り組める」ように職場環境を整えること、組織として新卒看護師をサポートし、育てることが重要であると考えられる。

2. 蓄積的疲労徴候と離職願望との関連について

離職願望について、「ある」と回答した新卒看護師は59.7%であったが、新卒保健師は34.7%、新卒歯科衛生士は35.6%であった。このことは、水田ら⁷⁾の報告と同じ結果であり、新卒看護師は就職3か月後頃という時期に、新卒保健師、新卒歯科衛生士よりも「離職願望」が強いことが本研究ではじめて明確になった。

また、3職種の蓄積的疲労徴候について離職願望の有無で比較したところ、新卒看護師と新卒保健師とに、離職願望がある者はない者よりも蓄積された疲労の徴候が強いことが認められ、新卒看護師と新卒保健師には蓄積的疲労徴候と離職願望とに関連があることが明らかになった。

新卒歯科衛生士においては、離職願望の有無により身体的側面や精神的側面で有意差がみられなかった。また、蓄積的疲労の徴候として、「労働意欲の低下」を除く7つの特性項目群において基本平均訴え率よりも高い平均訴え率を示していたものの、3職種の比較では、身体的側面の「身体不調」「慢性疲労徴候」や、精神的側面の「気力の減退」「不安感」「抑うつ感」の得点为新卒看護師より有意に低かった。新卒歯科衛生士の現職場での就業継続意思と労働条件との関連についての研究³³⁾では、離職の要因として「専門キャリアの評価の認知」「自由に発言できる職場

風土」「職場の快適性」「医師との協力体制」「人間関係の困難さ」「自律的な業務機会の不足」などがあげられており、職場への不満や不備から離職を考える者が多いことが報告されている。したがって、新卒歯科衛生士は、新卒看護師や新卒保健師と違い、疲労あるいは疲労感から離職を抱くのではないと考えられた。

新卒保健師においては、社会的側面の「イライラの状態」「労働意欲の低下」で離職願望の有無により有意差がみられた。越河³⁴⁾は、「イライラの状態」が、仕事や職場環境等により負荷がかかることによるイライラした不満の表現であり、「労働意欲の低下」は、まさに働く意欲やモラルの低下といったやる気のもととなることを示している、と述べている。このことから、新卒保健師で離職願望のある者は、仕事や職場環境への不満があり、働く意欲や、やる気が低下していることが考えられた。

新卒看護師の離職願望の有無においては、身体的側面の「一般的疲労感」を除いた特性項目群に有意差が認められた。このことは、新卒看護師が心身に多大なる疲労を蓄積していることを示したと考えられる。

水田ら⁷⁾は、新卒看護師が就職3か月後頃に離職願望が高まる要因として「仕事の失敗」が多いことを指摘している。このことは、疲労に付随して起こる作業能力や集中力の低下³⁵⁾、睡眠不足などが影響し、そのために注意力が維持できないことで仕事の失敗が多くなると考えられる。すなわち、新卒看護師においては、仕事の失敗の原因が、蓄積された疲労によっても引き起こされている可能性が高いと考えられる。また、失敗の体験は、しばしば喪失感や無力感、絶望感などの心理的反応を伴った疲労を感じる³⁶⁾とされ、この心理的反応については、若年勤労者の離職願望と比較的強い相関がみられる「うつ」との関連も示唆されている³⁷⁾。このように、新卒看護師は、蓄積された疲労などが原因となる仕事の失敗やミスを起こすかもしれないという不安から、さらに疲労を感じるといった悪循環に陥ってしまい、その結果、離職願望を高めていることが示唆された。

日本看護協会の調査⁴⁾では、手厚い看護配置の7対1病院の新卒看護職の離職率が低く、新卒看護師の定着対策には多様な勤務形態の導入がもっとも効果的であることが報告されている。また、交代制勤務の影響による疲労を軽減するように考慮することは新卒看護師の退職率の低下に貢献する³⁸⁾ことや、看護師の二交代と三交代の勤務負担について主観的症状、心拍数および身体活動について調査した結果、二交代制勤務者は三交代制勤務者に比較して、疲労の訴えが少なく、心拍数や身体活動性は低下していた³⁹⁾との報告もある。さらに、疲労の蓄積を予防するには、仕事の負担を減らし睡眠・休息をしっかり取ることが

必要であるとの報告⁴⁰⁾もある。

したがって、夜間勤務が新卒看護師の蓄積的疲労徴候を生み出し、それが新卒看護師の離職願望を高めていることが示唆されたので、今後、勤務体制と蓄積的疲労および離職願望との関連を実証する必要がある。また、「職場の健康管理」といった視点からも、新卒看護師の疲労の蓄積を組織の問題ととらえ、軽減する方策を早急に実施することが、離職に歯止めをかけるためにも重要であると考ええる。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究においては、各都道府県における新卒看護師の離職率に差があるなかでの一地域での調査であり、届出病床数だけで調査対象の病院を決定したため、職員配置数や診療科の違いなど調査対象者である新卒看護師の職場環境や

業務内容の違いもある。また、3職種の分析対象人数が少なく偏っていたことなどが、結果に影響した可能性を否定できない。しかし、以上のことをすべて統一することは不可能に近く、このことが本研究の限界であると考ええる。今後は、調査地域および対象者数を増やし、職場環境をさらに精査したうえで比較・検討する必要がある。

また、今回の研究は、蓄積的疲労徴候と離職願望についての横断的な調査であり、蓄積された疲労の徴候を強く訴えている者が実際に離職しているのかどうかは明らかになっていない。したがって、今後、蓄積的疲労徴候の強い者が実際に早期離職するのかどうか、早期離職者が多くいるのかどうかを明確にするために、縦断的な調査をすることや、今回の調査結果を踏まえて、新卒看護師の早期離職に歯止めをかけるためにも、疲労が蓄積されない具体的な方法を探究していくことが今後の課題であると考ええる。

要 旨

早期離職率の高い新卒看護師の就労における疲労の実態を把握するために、新卒看護師、新卒保健師および新卒歯科衛生士の蓄積的疲労徴候を比較し、それぞれの蓄積的疲労徴候と離職願望との関連について検討した。

方法として、新卒看護師139名、新卒保健師49名、新卒歯科衛生士45名を分析対象とし、蓄積的疲労徴候インデックス (CFSI: Cumulative Fatigue Symptoms Index) を用いて質問紙調査を行った。

その結果、新卒看護師が新卒保健師や新卒歯科衛生士に比べてCFSIの平均得点が高いことが確認された。また、特性項目群別の比較では、新卒看護師において身体的側面である「慢性疲労徴候」、「身体不調」と、精神的側面である「気力の減退」と「不安感」、および「抑うつ感」が有意に高いことが明らかとなった。さらに、離職願望と蓄積的疲労徴候との関連では、離職願望がない者よりも有意に疲労が強いことが確認された。

Abstract

In order to clarify the conditions of fatigue in the work of new graduate nurses, who have a high rate of early turnover, we compared the cumulative fatigue symptoms of new graduate general practice nurses (GPN), new graduate public health nurses (PHN), and new graduate dental hygienists (DH) and investigated the relationship between the motivation to leave employment and cumulative fatigue symptoms in each group.

The subjects of the study included 139 GPN, 49 PHN, and 45 DH. We conducted a questionnaire survey using the cumulative fatigue symptoms index (CFSI).

According to the results, a comparison of the CFSI scores revealed that the new graduate GPN had a significantly higher mean CFSI score compared to the new graduate PHN and the new graduate DH. Moreover, among the new graduate GPN, the rate of physical characteristics, such as "chronic fatigue syndrome" and "physical disability", and mental characteristics, such as "decreased vitality", "anxiety", and "depressive feelings", was significantly high. New graduate GPN, who felt motivation to leave employment, had higher mean CFSI than new graduate nurses who no felt such motivation. Furthermore, we observed, that they felt significantly greater fatigue than those who no felt motivation to leave employment.

文 献

- 1) 日本看護協会調査・広報部：2004年 新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書。社団法人日本看護協会，東京，16-17，2005。
- 2) 日本看護協会調査・広報部：「2006年 病院における看護職員需給状況調査」結果概要。2007-3-26。
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2006pdf/20070326-02.pdf>
- 3) 日本看護協会調査・広報部：「2007年 病院看護実態調査」結果速報。2008-2-28。
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2008pdf/20080228-2.pdf>
- 4) 日本看護協会調査・広報部：「2008年 病院における看護職員需給状況調査」結果速報。2009-6-16。
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2009pdf/20090616-1.pdf>

- 5) Acacia Aquirre, Alex Kerin: Shiftwork Practices 2005: Executive Summary. Circadian Technologies Japan, Inc, 2004.
<http://www.circadian.co.jp/pdf/Shiftwork.pdf>
- 6) 大村知美, 牛之濱久代, ほか: 看護職者の離職希望につながるストレスについて－卒後3年未満の看護職者に対するアンケートより－. 第36回日本看護学会論文集 (看護管理), 253-255, 2005.
- 7) 水田真由美, 上坂良子, ほか: 新卒看護師の健康度と離職願望. 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 7, 21-27, 2004.
- 8) 長谷川真美他, 今川詢子, ほか: 新人看護師の早期離職防止への職場サポート－就職後3ヶ月経過した新人看護師の離職・就業継続意識から－. 第37回日本看護学会論文集 (看護管理), 424-426, 2006.
- 9) 松下由希子, 柴田久美子: 新卒看護師の早期退職に関わる要因の検討－職業選択動機と入職半年後の環境要因を中心に－. 山梨県立看護大学紀要, 6, 65-72, 2004.
- 10) 禿小恵子, 大室律子: 大都市のA大学病院に勤務する20歳代看護師の就職・離職に関する実態調査. 第37回日本看護学会論文集 (看護管理), 421-423, 2006.
- 11) 清水寛子, 日下ゆみ, ほか: いまどきの新卒看護師の離職願望に関する要因. 第36回日本看護学会論文集 (看護管理), 71-73, 2005.
- 12) 宮澤明子, 松本じゅん子: 新卒看護師の精神的未熟さ・弱さに対するスタッフ看護師および新卒看護師自身の認識. 長野県看護大学紀要, 10, 69-78, 2008.
- 13) 越河六郎, 藤井亀, ほか: 労働負担の主観的評価法に関する研究(3)－年齢段階と特性別平均訴え率－. 労働科学, 69(3), 79-100, 1993.
- 14) 渡辺恭良: 疲労の科学. 医学のあゆみ, 204(5), 293-295, 2003.
- 15) 越河六郎, 藤井 亀: 労働と健康の調和CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) マニュアル. 財団法人労働科学研究所出版部, 神奈川, 48, 2002.
- 16) 前掲15), 50-54.
- 17) 越河六郎: CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) の妥当性と信頼性. 労働科学, 67(4), 145-157, 1991.
- 18) 前掲15), 48.
- 19) 前掲15), 125.
- 20) 前掲15), 127.
- 21) 平井康子: 看護職の健康調査CFSI応答パターンとその判定評価. 第36回日本看護学会論文集 (看護管理), 59-61, 2006.
- 22) 佐藤和子: 看護職者の勤務条件と蓄積的疲労との関連についての調査. 大分看護科学研究, 2(1), 1-7, 2000.
- 23) 伊藤聖子, 柿宇土敦子: 新人ナースの離職願望とその要因. 日本赤十字社幹部養成所紀要, 5, 29-42, 1989.
- 24) 久繁哲徳, 大原啓志: 病院看護婦の疲労と健康状態について. 労働科学, 61(11), 517-528, 1985.
- 25) 松本一弥, 笹川ヒミ子, ほか: 交代勤務制が病院看護婦の生理機能に及ぼす影響. 産業医学, 20, 81-93, 1978.
- 26) 前掲15), 135.
- 27) 前掲15), 134.
- 28) 小木和孝: 現代人と疲労. 紀伊国屋書店, 198, 1994.
- 29) 鈴木英子, 叶谷由佳, ほか: 大学病院に勤務する新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスとバーンアウトリスク. 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 89-99, 2005.
- 30) 鬼澤典朗, 松永保子: 新規採用看護職員の燃えつきと自尊感情に関する研究－入職直後, 3カ月後, 7カ月後における比較－. 長野県看護研究発表会, 2008.
- 31) 鬼澤典朗, 松永保子: 新規採用看護職員のバーンアウトと自尊感情に関する研究－新卒者および既卒者における就職直後と3カ月後の比較－. 第39回日本看護学会論文集 (看護管理), 372-374, 2008.
- 32) 梶本修身: 疲労の定量化法. 医学の歩み, 204(5), 378, 2003.
- 33) 大平章子, 小黒 章: 歯科衛生士の就業継続に関わる要因－新潟県における調査－. 明倫雑誌, 5(1), 21-29, 2002.
- 34) 前掲15), 51-52.
- 35) 井上正康, 倉垣弘彦, ほか: 疲労の科学. 講談社, 9, 2002.
- 36) 前掲35), 55.
- 37) 楠奥繁則: 若年労働者の離職願望の研究. 日本労働社会学会『通信』, 18(3), 4, 2006.
- 38) West SH, Ahern M, et al: New graduate nurses adaptation to shift work: can we help?. Collegian, 14(1), 23-30, 2007.
- 39) Fukuda H, Takahashi M, et al: Nurses' workload associated with 16-h night shifts on the 2-shift system, I: Comparison with the 3-shift system. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53, 219-221, 1999.
- 40) 厚生労働省: 労働者の疲労蓄積度チェックリストについて.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/06/tp0630-1.html>

〔平成22年6月25日受 付〕
〔平成23年4月12日採用決定〕

長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成と その信頼性・妥当性の検討

Construction of Assessment Criteria for Suffering of Long-Term Inpatients with
Schizophrenia and its Reliability and Validity

藤 野 成 美¹⁾
Narumi Fujino

岡 村 仁²⁾
Hitoshi Okamura

キーワード：苦悩，精神科，統合失調症，尺度
Key Words：suffering, psychiatric, schizophrenia, scale

I. 緒 言

わが国は世界的にみても人口対精神病床数が多く，精神科における長期入院患者が多い。これに対して，多くの先行研究^{1)～6)}により，入院医療を中心とした治療体制から通院医療や在宅支援を含めた包括的なケア体制の重要性が示唆されている。厚生労働省の平成20年患者調査⁷⁾によると，本邦の精神科入院患者数は30.7万人，通院患者は290.0万人である。このうち統合失調症患者は入院が18.5万人，通院が60.8万人とそれぞれおよそ6割と2割を占めており，統合失調症が精神医療の主たる対象として，今後さらに支援体制を充実すべき重要な疾患といえる。

統合失調症の脱施設化を完了し，地域ケアを発展させている国外の先行研究の報告^{8)～10)}では，わが国の現状からは推し測ることが困難なほど，精神医療改革は発展している。米国精神医学会の統合失調症ガイドライン第2版¹¹⁾では，病理の治療を目標とするのではなく，症状の軽減・消失と生活機能の向上が治療目標であり，生活目標とアスピレーション（切望，抱負，大志などと訳される）の実現を支援する治療同盟を築くことが基本であることが強調されてきている。つまり，患者個人のアセスメント・評価をする際に，病気の治療・障害の機能回復を第一優先で取り組むのではなく，一人の人間として地域社会でその人なりの生活ができるようにすることを重視し，人間中心のサービスを提供するという価値意識ベースの実践を尊重する医療サービスが尊重されつつある¹²⁾。したがって，統合失調症の症状鎮圧を第一目標とするのではなく，患者自身が抱えているさまざまな思いや不安，実存的苦悩にも十分耳を傾け，その人なりの生活全般を標的として，可能な限り生活しやすく，人生を楽しむ素地が失われることのないよう

に支援することが重要である。

しかし，わが国においては，長期入院統合失調症患者が抱えているさまざまな思いや不安，苦悩について検討された報告は少ない。心理的側面に対するアセスメントや看護介入は，それぞれの看護者の経験知や臨床判断に頼ることが多いため，精神科看護の専門性としては十分に確立されているとは言えない。さらに，苦悩を測定可能にするような観察指標や測定用具に関する研究は行われていない。苦悩は，生きる過程におけるその人の信念や価値態度，患者の認知的な要素と強く関連している⁵⁾。長期入院統合失調症患者においても，一人の人間としてとらえ，人として評価することを第一優先にし，人として地域で普通の生活ができるようにする人間中心の医療，人間中心のケアを目指すために，苦悩を抱える患者の心理を明らかにし，苦悩を緩和するケアが今後さらに重要であると考えられる。

そこで，本研究では長期入院統合失調症患者が経験している苦悩を明らかにし，苦悩を緩和することができれば，患者のQOL向上の一端を担う重要な精神的ケアにつながるという視点に立ち，長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度を開発し，その信頼性と妥当性を検討することを目的として研究を行った。

II. 本研究の目的

本研究の目的は，長期入院統合失調症患者の苦悩を評価する質問紙「長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度」を開発し，その信頼性と妥当性を検討することである。長期入院統合失調症患者の苦悩を評価することに有効で，かつ簡便であるスケールを開発することによって，苦悩を抱える患者の心理を理解し，患者のQOL向上の一端を担う重

1) 九州大学大学院医学系学府保健学専攻 Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

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

要な看護援助への示唆を得ることができると考える。

Ⅲ. 長期入院統合失調症患者の 苦悩評価尺度原案の項目作成

1. 本研究における苦悩の概念

Travelbee¹³⁾ は、苦悩は一般的に身体的ないし心理的な痛みの人間体験を記述するのに用いられる、と述べており、英語ではsufferingが同様の意味をもつ。不快な情動を表す用語には、ほかに怒り、不安、恐れなどがあるが、苦悩はそのなかでも高次の精神的営みによって起こるものであり、刺激に対する不快や苦痛の上位概念として位置づけられている¹⁴⁾。Rhodesら¹⁵⁾ は、苦悩の関連用語として苦痛(distress)、痛み(pain)をあげ、これらの相違点について、苦痛はある特定のものから経験する知覚的な負の動揺として用いることが多く、痛みは患者側の認知的要素がその患者の知覚や感覚とより強く複合されたものである、と述べている。よって本研究では、苦悩を、不快感情であり人としての統合性やそれらを維持することを妨げられたり、個人の存在や実存性に脅威が迫っていることによって引き起こされる心理的・身体的苦痛ととらえた¹⁶⁾。

2. 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案における 内容的妥当性と表面的妥当性の検討

まず、長期入院統合失調症患者の苦悩に関する文献検討を行った。しかし、国内においては先行研究が見当たらなかった。国外における苦悩の研究についても長期入院統合失調症患者を対象とした先行研究はみられず、また文化的背景の相違から具体的な質問項目は抽出されなかった。そこで、まず先行研究として筆者らは面接調査を行い、長期入院統合失調症患者の苦悩を患者の語りから明らかにし、質問項目を作成する方法を選択した¹⁷⁾。その結果、長期入院統合失調症患者の苦悩の下位概念として明らかになったのは、孤独への脅威、精神疾患を抱えて生活する苦悩、社会適応能力の低下から生じる生活の困難性、実存性が脅かされることへの不安、自己受容性の低下に伴う苦悩の5つであった。そこで、長期入院統合失調症患者の苦悩の下位概念の内容を吟味し、精神看護学を専門とする大学教員3名による専門的な見地から、内容・表現の適切さに関する意見を参考に、合計30項目を抽出した。さらに、30項目の内容を洗練するため、死に関する直接的な表現の項目、患者にわかりにくい内容であると思われる項目、質問内容があいまいでかつ似たような内容である項目をこれらの専門家による検討を交えて修正、削除を行った。さらに、表現の適切さや質問票としての回答のしやすさ、対象者の回答困難の有無を確認するために、協力施設の精神科デイケア

に参加しているメンバー15名(男性9名、女性6名)に、回答を依頼した。このメンバー15名については、本研究協力に対して同意が得られており、地域社会において自立した生活が可能なセルフケアレベルであることを外来主治医に確認し、対象者として選定した。依頼に際しては、事前に研究の趣旨とプライバシーの保護、調査は自由参加であり途中辞退に対して不利益はこうむらないこと、匿名であることについて、文書と口頭で説明を行った。これらの結果をもとに2回目の項目の修正を行い、自己記入式質問紙を作成した。

修正、変更を行った項目として、「希死念慮を抱くことがある」という項目について、精神看護学を専門とする研究者から、死に関して直接的な表現ではないかとの指摘を受けた。そこで、「死にたいと思ったことがある」と表現を変更し検討を重ねたところ、「自分はそのまま死んだほうがましだ」と切実な危機感を表現したほうがよいとの対象者からの意見があり修正を行った。「過去の妄想体験のフラッシュバックがづらい」という項目は、精神看護学を専門とする研究者と過半数の対象者から、多くの意味内容を含んでいる項目であり回答しづらいのではないかという意見から、削除することとした。「完治することがない疾患を一生背負うことに苦悩を感じる」という項目は、対象者から表現がわかりにくく回答しにくいという意見が得られたため、「病気を一生背負っていかなければならないのがづらい」という表現に修正した。「服薬に伴う倦怠感や頭重感がづらい」「薬の副作用である便秘がづらい」という2項目は、副作用の具体的な内容を表現しているため「薬の副作用がづらい」という端的な表現に変更した。同様に「退院後、年金生活に対して不安だ」「退院後、金銭面で援助がないことに対して不安だ」という2項目は、「退院後、経済的に不安である」と1つの項目にまとめて修正を行った。また、「退院後、仕事で生計を立てることが不安である」「退院後、自分にあう仕事が見つからないことがづらい」「退院後、就職先が見つからないことが不安である」という3項目は、「退院しても就職先がなかなかみつからないことがづらい」という1つの項目として修正を行った。「精神科病院に入院していることを周囲に知られることを家族が嫌がるのがづらい」という項目については、意味の多重性があると考えられ、より明確な意味を表現する質問項目に修正すべきであるという意見があった。そこで家族サポートに関しては「家族とうまくコミュニケーションがとれないのがづらい」「過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがづらい」という2項目によって内容が具体的に表現されているため、ここでは「精神科病院に入院していることを周囲に知られるのがづらい」と表現の一部を変更し、回答しやすい文言に修正した。

最終的に、内容的・表面的妥当性の検討によって作成された長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案は、5 下位概念25項目構成であり、「かなりそう思う」5点、「そう思う」4点、「どちらともいえない」3点、「あまりそうではない」2点、「そうは思わない」を1点として、得点が大きいほどより苦悩を抱えていることを示す5段階リッカートスケールとした。

IV. 研究方法

長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案25項目を使用して、尺度の信頼性については内的整合性、基準関連妥当性、因子分析による構成概念妥当性の検討を目的に、横断的質問紙調査を実施した。

1. 調査対象および期間

本研究の対象者は、以下の適格要件を満たし、研究協力に対する同意が得られた精神科病院に長期入院中の統合失調症患者とした。また、統合失調症患者における自己記入式研調査に対する回答の信憑性を検討した瀬戸屋ら¹⁸⁾の研究によると、急性症状がおさまリ、質問紙に回答できると主治医が判断した患者において、抽象的な表現を避け、具体的内容を示した項目を特徴とする調査内容であれば、おおむね信憑性のあるデータが得られると示されている。そこで、対象者の適格要件として、①国民衛生の動向(2010)¹⁸⁾によると精神科における平均在院日数は312.9日(2008)とされる。さらに先行研究を考慮して、本研究における長期入院は5年以上とする、②研究協力病院の主治医がInternational Classification of Diseases (ICD-10)により統合失調症と診断し、さらに服薬は継続しているが、陰性症状や陽性症状が日常生活に影響を及ぼさない程度に状態が安定しており、言語的コミュニケーションに問題がないと判断した患者、③質問紙への記入に際して、日常生活において現実検討能力、判断力、理解力に支障がないと主治医が判断した患者、④20歳以上とし、精神遅滞、認知障害、アルコール依存、薬物依存、その他の器質的要因がない患者、⑤文書と口頭による説明で研究参加に同意した患者とした。調査期間は、2006年6月5日から同年7月28日であった。

2. データ収集内容と調査方法

データ収集内容として、対象者の背景(性別、年齢、発症年齢、罹病期間、入院期間)、苦悩評価尺度、基準関連妥当性を検討するため、理論的に関連があると予測されたThe Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版(JSQLS)¹⁹⁾の30項目、うつ性自己評価尺度(Self-rating Depression

Scale: SDS)の20項目を同様に調査した。がん患者を対象としたSuffering調査票²⁰⁾において、SDSおよび栗原班QOL調査票²¹⁾との関連性が明らかにされている。統合失調症は、慢性疾患としてその経過が生涯にわたることが特徴的であり、治療のみならずQOLが注目されている²²⁾。また、精神疾患は必ずしも身体的苦痛を伴うものではなく、がんのように死に直結するという生命の危機に脅かされるわけではないが、病と向き合う過程でおこるQOLを脅かす環境要因、社会的問題、対人関係の問題など苦痛が複合、集積し、それらがコントロールの範疇を超えるとときに経験する苦悩は計り知れないと考える。従来、統合失調症患者のQOL評価には、Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey questionnaire (SF-36)²³⁾やHeinrichsらのQuality of Life Scale (QLS)²⁴⁾などが用いられてきたが、これらは他者評価式であるため、本研究においては自己評価式であるJSQLSを選定した。また、筆者が行った先行研究¹⁷⁾では、長期入院統合失調症患者の苦悩のカテゴリとして「自己受容性の低下に伴う苦悩」「実存性が脅かされることへの不安」があげられ、苦悩と抑うつ的な心理状態の関連性が示唆されたことからSDSを選定した。

a. The Japanese version of the Schizophrenia Quality of Life Scale (JSQLS)

本研究では統合失調症患者のQOLを評価するために、Wilkinsonら²⁵⁾により作成されたSchizophrenia of Life Scale (SLS)の日本語版を用いた(以下JSQLSと略す)。JSQLSは統合失調症患者の認知と関心を測定する自己記入式質問紙である。「心理社会関係Psychosocial」「動機と活力Motivation/energy」「症状と副作用Symptoms/side effects」の3つの領域にわたる30項目で構成されており、各項目は0点から4点で測定される(「一度もない」0点、「ほとんどない」1点、「ときどきある」2点、「よくある(たいていできる、よく思う)」3点、「いつもある(いつもできる、いつも思う)」4点)。スコアが低いほどQOLが良好であることを示し、得点上昇とともに心理社会関係の障害、動機・活力の低下、症状・副作用において強度が増すことを示す。JSQLS日本語版の信頼性・妥当性については検証されている²⁴⁾。

b. Self rating Depression Scale (SDS)

抑うつの判定には、Zungら²⁶⁾により開発され福田ら²⁷⁾により邦訳されたSelf rating Depression Scale(以下SDSと略す)日本語版を用いた。この尺度は「感情」「生理的随伴症状」「心理的随伴症状」から構成される自己記入式質問紙である。「感情」は抑うつ気分・啼泣、「生理的随伴症状」は朝方抑うつ気分・睡眠障害・食欲減退・性的関心低下・体重減少・便秘・動悸・疲労感、「心理的随伴症状」は不快気分・精神運動性減退・精神運動性興奮・希望のな

さ・焦燥・不決断・自己過小評価・空虚・自殺念慮・不満足の抑うつ状態因子から構成される。各項目は1点から4点で測定される（「ないかたまたま」1点、「ときどき」2点、「しばしば」3点、「いつも」4点）。得点が高いものほど抑うつ症状が強いことを示す。日本語版の信頼性・妥当性は検証されている。区分点を39/40点とし、40～49は軽度、50～59は中等度、60以上は重度とされる。

3. 倫理的配慮

本調査は、研究実施施設の倫理審査委員会で承認が得られた後に実施した。また、協力病院の病院長、看護部長、主治医に対して調査目的と趣旨を説明し、文書にて承諾を得た。対象者選定にあたっては、質問紙への記入に際して、日常生活において現実検討能力、判断力、理解力に支障がないと主治医が判断し、自由意思で同意の署名が可能である患者を対象とした。対象者に対しては、研究の趣旨ならびに倫理上の配慮について記載した文書をもとに説明を行い、口頭および書面で同意を得た。対象者が研究参加に同意した後でも随時参加中止の申し出を受け入れ、それにより患者が受ける治療・看護に不利益はないこと、調査に関する質問には常時応じる体勢であることをわかりやすい言葉で説明した。また、研究の目的でデータを使用することは施設責任者の承諾を得ており、個人の対象者が特定されないようプライバシーと匿名性を厳守すること、データは本研究以外には使用しないことを遵守した。また、調査前後の精神・身体症状の変化を注意深く観察し、変化がみられた場合は、直ちに調査を中断し、診察が即可能である万全な体勢で調査を実施した。

4. 分析方法

本研究は、長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案の調査結果に基づき、以下の内容で検討を行った。①信頼性は、Cronbachの α 係数.7以上を基準に内的整合性を検討した。Cronbachの α 係数については、一般的に.7以上であれば許容しうる範囲であり、理想的には.8以上とされている²⁸⁾。②基準関連妥当性については、苦悩評価尺度と類似した概念をもつ他の外的基準とのPearsonの積率相関係数を算出し、.4以上を基準として妥当性を検討した。本研究では、抑うつ症状の自己評価尺度であるSDSと統合失調症患者の認知と関心を測定するために作成されたQOL評価尺度であるJSQLSを選定した。③構成概念妥当性については、25項目で因子分析（主因子法、プロマックス回転）を施行した。プロマックス回転を使用した理由は、苦悩評価尺度の構成概念間には相関があると予測されるためである。1つの因子に因子負荷量が.4以上となることを確認し、因子の解釈を行い、苦悩評価尺度の因子妥当性

を検討した。因子分析の基準はKMO値.6以上とした。なお、これらの統計的解析にはSPSS 17.0J for Windowsを使用した。

V. 結 果

1. 対象者の基本属性

対象者の適格条件を満たし、研究協力に対する同意が得られた50名に対して、質問紙を用いた聞き取り面接調査を行った。対象者は男性32名（64%）、女性18名（36%）であり、平均年齢 59.7 ± 11.3 歳であった。平均罹病期間は 28.86 ± 10.6 年、平均発症年齢は 30.9 ± 11.9 歳であった。平均入院期間は 10.7 ± 10.23 年であった。対象者の基本属性を表1に示した。

表1. 対象者の基本属性

項 目		$n = 50$	
性別	男性	32名 (64%)	
	女性	18名 (36%)	
平均年齢		59.7歳	(SD11.31)
平均罹病期間		28.9年	(SD10.60)
平均発症年齢		30.9歳	(SD11.91)
平均入院期間		18.7年	(SD10.23)

2. 質問項目の選定

長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案は25項目で構成され、全体の α 係数は.80であった。まず、各項目において、記述統計の結果から平均値と標準偏差に回答分布の偏りと考えられるシーリング効果、フロア効果による影響を及ぼすと考えられる項目である「病気を一生背負っていかなければならないのがつらい」「精神科病院に入院していることを知られたくないと思う」「医療者になかなか自分の気持ちを伝えられないのがつらい」という3項目を除外した。次に、残った22項目に対して主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。苦悩評価尺度原案の因子負荷量、共通性、因子寄与率および因子相関係数を表2に示す。初期の固有値と筆者らの先行研究¹⁷⁾による長期入院統合失調症患者の苦悩が5つのカテゴリーで示されたという仮説をもとに、暫定的に因子数を設定し分析を行った。その結果、4および5因子設定の両分析において23項目を選定したところ、4因子構造において、全23項目がいずれか1つの因子に.34以上の因子負荷量を示した。しかし、この時点での累積寄与率は43.50%と低く因子負荷量の低い項目が認められたため、再度因子分析により項目の検討を行うこととした。その際、因子負荷量が.40未満の項目、第1因子「退院したいけど退院できないのがつらい」、第2因子「薬の副作用がつらい」「薬を今後も飲み

表2. 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の因子負荷量とCronbachの α 係数の結果

n = 50

No.	項 目 内 容	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
I 自尊感情の低下に伴う苦悩 ($\alpha = .85$)						
19	自分はそのまま死んだほうがましだと思う	.85	-.42	.04	.09	.47
25	人生は無意味な感じがする	.79	-.09	.16	.01	.72
24	自分は価値のある人間だとは思わない	.75	.06	-.01	-.16	.75
18	生きていくことに自信がない	.67	.23	-.21	.03	.52
17	人生の楽しみが見出せない	.46	.23	.12	-.13	.46
5	独り取り残された感じがする	.43	.31	.01	-.06	.73
II 社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安 ($\alpha = .78$)						
14	退院しても経済的な不安がある	-.02	.66	.25	-.12	.69
16	今後の自分の将来を考えると不安になる	-.05	.65	-.13	.17	.5
22	ストレスにどう対処していいのかわからない	.07	.64	-.17	.12	.46
13	退院しても就職先がなかなかみつからないのがつらい	.18	.55	.25	-.07	.73
23	他人が自分のことを信頼してくれないことがつらい	.16	.45	.03	.25	.72
21	今後、病気とうまく付き合っていけるかどうか不安になる	.25	.44	-.11	.04	.7
III 家族サポートの欠如 ($\alpha = .70$)						
2	退院しても家族は自分の面倒をみてくれないことがつらい	.17	-.39	.79	.2	.74
3	過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがつらい	-.18	.43	.57	.01	.53
1	家族とうまくコミュニケーションがとれないのがつらい	-.16	.11	.56	-.16	.38
4	自分を理解してくれる人が周囲にいないのがつらい	.17	.06	.47	.08	.54
IV 精神障害を抱えて生活する苦悩 ($\alpha = .88$)						
8	幻聴や妄想が今後も続くと思うとつらい	.32	-.02	.03	.93	.73
9	幻聴や妄想があると日常生活に支障をきたすのがつらい	-.15	.28	.59	.83	.75
factor correlation		I	II	III	IV	
I		1				
II		.39	1			
III		.11	.22	1		
IV		.09	-.1	-.12	1	

主因子法 プロマックス回転

KMO値 = .67, Cronbachの α 係数 = .82, 累積寄与率52.64%

続けなければならないのがつらい」「他人との付き合い方がわからなくて不安である」を含む4項目を除外した。最終的に、固有値、寄与率、解釈可能性を考慮して総合的に判断した結果、4因子からなる18項目が長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度における最適解として選択され、累積寄与率は52.64%に上昇した。因子抽出後の共通性が.300以下、すなわち説明力がないとされる該当項目はなかった。しかし、第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」は2項目と項目数が少なく、他の3因子と相関もほとんど認められないことから、再度、第4因子2項目を除外し16項目で因子分析を行った。累積寄与率27.86%という結果となったため、第4因子2項目は除外しないこととして最終的に4因子18項目を選定した。

4因子は以下のように解釈し命名した。第1因子は、「自分はそのまま死んだほうがましだと思う」「人生は無意味な感じがする」などの6項目で構成されていた。この因子は、患者が自分自身に対する尊重や価値、存在意義の評価が低下することによって生じる苦悩を表現しているため「自尊感情の低下に伴う苦悩」と命名した。第2因子は、「ス

トレスにどう対処していいのかわからない」「今後の自分の将来を考えると不安になる」などの6項目で構成されていた。この因子は、ストレス対処能力、社会生活技能などの社会適応能力が低下していることにより、将来に不安を生じていることから「社会適応能力から生じる将来に対する不安」と命名した。第3因子は、「家族とうまくコミュニケーションがとれないのがつらい」「過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがつらい」などの4項目で構成されていた。この因子は、本来であれば患者自身の最も理解者となるはずの家族と信頼関係が構築されていないに伴う苦悩であると考えられることから、「家族サポートの欠如」と命名した。第4因子は、「幻聴や妄想が今後も続くと思うとつらい」「幻聴や妄想があると日常生活に支障をきたすのがつらい」の2項目で構成されていた。幻聴や妄想などを精神症状であると認識しているがゆえに生じる苦悩であると解釈し「精神障害を抱えて生活する苦悩」と命名した。以上のように、長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度は第4因子18項目で構成された(表2)。

3. 信頼性・妥当性の検討

長期入院統合失調症患者50名における18項目からなる苦悩評価尺度の平均値と標準偏差は全体得点で 44.96 ± 14.43 点であり、19点から81点の範囲にあった。各因子別の平均値と標準偏差は、第1因子「自尊感情の低下に伴う苦悩」が 13.44 ± 6.82 点であった。第2因子「社会適応能力低下から生じる将来に対する不安」が 16.76 ± 6.86 点であった。第3因子「家族サポートの欠如」が 10.98 ± 4.84 点、第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」が 3.78 ± 2.83 点であった。Kolmogorov-Smirnovの正規性検定において、合計得点は正規分布であることを示した ($z = .14, p = .20$)。

a. 苦悩評価尺度の信頼性

尺度の信頼性について、因子ごとに内的整合性の指標であるCronbachの α 係数を算出した結果、18項目全体においてCronbachの α 係数は.82であった。各因子は第1因子が.85、第2因子が.78、第3因子が.7、第4因子が.88であった。いずれも内的整合性の基準とされる.70以上を示した。各項目における相関係数については、質問1、質問2が.31、質問8が.32、項目9が.33とやや低かったことから、これらの項目の苦悩評価尺度への寄与は少ないことが考えられる。しかし、苦悩評価尺度の合計点と各項目の相関関係はすべての項目が苦悩評価尺度と有意な関連を示したことから、苦悩評価尺度の内的整合性が確認された(表3)。

表3. 苦悩評価尺度と各項目の関連

		$n = 50$
苦悩評価尺度		相関係数
項目1	家族とうまくコミュニケーションがとれないのがつらい	.31*
項目2	退院しても家族は自分の面倒をみてくれないことがつらい	.31*
項目3	過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがつらい	.51**
項目4	自分を理解してくれる人が周囲にいないのがつらい	.4 **
項目5	独り取り残された感じがする	.6 **
項目8	幻聴や妄想が今後も続くと思うとつらい	.30*
項目9	幻聴や妄想があると日常生活に支障をきたすのがつらい	.33*
項目13	退院しても就職先がなかなかみつからないのがつらい	.69**
項目14	退院しても経済的な不安がある	.62**
項目16	今後の自分の将来を考えると不安になる	.49**
項目17	人生の楽しみが見出せない	.60**
項目18	生きていくことに自信がない	.60**
項目19	自分はそのまま死んだほうがましだと思う	.60**
項目21	今後、病気とうまくつきあっていけるかどうか不安になる	.55**
項目22	ストレスにどう対処しているかわからない	.54**
項目23	他人が自分のことを信頼してくれないことがつらい	.58**
項目24	自分は価値のある人間だとは思わない	.58**
項目25	人生は無意味な感じがする	.6 **

** $p < .01$ * $p < .05$

b. 苦悩評価尺度の妥当性

まず、苦悩評価尺度とSDSとの基準関連妥当性の検討を行った。SDSの本研究におけるCronbachの α 係数は.92であった。苦悩評価尺度の合計得点とSDS合計得点とのPearson相関係数は $r = .47$ ($p < .001$)であり、有意な正の相関を認めた。次に、JSQSLの本研究におけるCronbachの α 係数は.91であった。苦悩評価尺度の合計得点とJSQSL合計得点とのPearson相関係数は $r = .60$ ($p < .001$)であり、有意な正の相関が示された。

c. 各下位概念の関連構造

因子分析において、各要因への影響を示す因子間相関係数行列を求めた。因子間相関では、第1因子「自己尊重の低下による苦悩」と第2因子「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」における相関係数は.39であり、軽度の正の相関が認められた。第1因子と第3因子「家族サポートの欠如」は.11、第2因子と第3因子は.22とかなり低い相関であった。第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」は他の因子間とほとんど関係性がみられない結果であった(表2)。

VI. 考 察

1. 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の項目選定について

苦悩とは、生きる過程におけるその人の信念や価値態度、患者の認知的な要素と深く関連している。そのため、苦悩を評価することは、患者のQOL向上の一端を担う重要な精神的ケアであると考えられる。しかし、精神科における長期入院統合失調症患者が、病と向き合う過程で起こるQOLを脅かす社会環境要因、心理的要因など苦痛が複合・集積し、それらがコントロールの範疇を超えるときに経験する苦悩は計り知れないことが予測されるにもかかわらず、それらについての研究は見当たらなかった。そこで、苦悩評価尺度を開発するにあたり、先行研究¹⁷⁾において長期入院統合失調症患者の苦悩の本質の要素を患者の語りから明らかにした。その結果、長期入院統合失調症患者が経験する苦悩として「孤独感への脅威」「精神障害を抱えて生活する苦悩」「社会適応能力の低下から生じる生活の困難性」「実存性が脅かされることへの不安」「自己受容性の低下に伴う苦悩」が抽出された。これらを苦悩評価尺度の構成要素として、苦悩の下位概念の内容を吟味し、合計30項目を抽出し苦悩評価尺度原案を作成した。予備調査、本調査を実施し、開発した尺度の検証を試み、質問項目を吟味・洗練した結果、最終的に主因子法プロマックス回転による因子分析により抽出された4因子18項目の苦悩評価尺度を考案した。4因子は「自尊感情の低下に伴う苦悩」

「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」「家族サポートの欠如」「精神障害を抱えて生活する苦悩」によって構成された。18項目は、「自尊感情の低下に伴う苦悩（6項目）」「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安（6項目）」「家族サポートの欠如（4項目）」「精神障害を抱えて生活する苦悩（2項目）」で構成されており、下位概念間の質問項目数にはばらつきがみられた。

先行研究¹⁷⁾に示された5つの下位概念と本尺度各因子の比較を行うと、「実存性が脅かされることへの不安」「自己受容性の低下に伴う苦悩」が第1因子「自尊感情の低下に伴う苦悩」に集約され、「社会適応能力の低下から生じる生活の困難性」は第2因子「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」に、「孤独感への脅威」のサブカテゴリとして家族のサポートの欠如は示されており、そのまま第3因子「家族サポートの欠如」として命名し、第4因子においては「精神障害を抱えて生活する苦悩」として一致しており、先行研究で示されていた構成概念のカテゴリ名をそのまま命名することができた。したがって、長期入院統合失調症患者における苦悩を直接的に表現できており、内容的妥当性が確認された。また、適合度指標の値からも、これら4因子からなる苦悩評価尺度は十分な構成概念妥当性を有することが確認された。

2. 苦悩評価尺度の信頼性・妥当性

本尺度の信頼性に関しては、全体得点のCronbachの α 係数は.80、4下位概念の α 係数は.70～.88であり、いずれも内的整合性の基準とされる.70以上を示した。このことから尺度全体と4下位概念は、十分な内的整合性が確認された。

本尺度の基準関連妥当性を検討した結果、苦悩評価尺度合計得点とSDS合計得点とのPearson相関係数は $r = .47$ ($p < .001$)であり、有意な正の相関を認めた。また、苦悩評価尺度の合計得点とJSQLS合計得点とのPearson相関係数は $r = .60$ ($p < .001$)であり、有意な正の相関が示された。國方ら²⁹⁾は、統合失調症患者の抑うつ状態は、病気であるという現実の認識、社会復帰などの将来に対する苦悩、無力感、孤独感などが原因となって生じる、と述べている。また、多くの先行研究^{29)～32)}で、統合失調症患者の抑うつ状態とQOLの関連が明らかにされている。以上のことから、苦悩評価尺度の基準関連妥当性を支持する結果が示された。

因子間相関では、第1因子「自己尊重の低下による苦悩」と第2因子「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」の相関が.39と軽度の相関が認められた。しかし、第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」は、他の3因子との相関関係はほとんど認められなかった。つまり、第

4因子は他の下位概念とほとんど関係性のない独立した因子ということが考えられる。しかし、少ない項目数であるにもかかわらず、安定して抽出されるという結果を考慮すると、削除すべきではない苦悩に関する特別な意味を含むことも大いに考えられる。精神障害を抱えて生活することが、自尊感情の低下や社会適応能力の低下に伴う将来への不安、家族のサポートの欠如における苦悩に大きく関係するわけではないことを示唆していると考ええる。本調査の対象者の平均年齢は 59.7 ± 11.3 歳であったことから、世代間交代に伴う両親によるサポートの期待は薄いことが大いに予測されるなかで、幻聴や妄想が今後もずっと続くのではないかという苦悩は計り知れないと考えられる。つまり、家族関係の複雑さに伴う個々の背景の相違が法則性の少なさやばらつきに大きく寄与していることも否めない。このような状況から因子間相関の低さや第4因子の項目数の少なさについては、多くのことを示唆している可能性が高く、項目内容を再検討することも必要となる可能性があり、今後の研究課題といえる。

3. 尺度の有用性について

本尺度は、長期入院統合失調症患者の苦悩の特徴を把握でき、患者が一人の人間として現状をどのように認知しているのかを理解するための客観的な基礎資料になりうると考える。看護者の経験を問わず、患者の苦悩を全人的な側面からの状態像として早期にアセスメントするためにも有用である。また、質問項目が18項目という比較的少ない項目によって、患者にとって負担が少なく、短時間で回答できる実行可能性が高い尺度であるといえる。しかし、18項目で人間の苦悩を網羅しているとはいえないことも視野に入れて検討することが必要である。本尺度の活用については、単に苦悩をあまり抱えていない、多く抱えていると評価するだけではなく、下位概念の得点が平均よりはるかに高い場合、その具体的な内容についてアセスメントし、具体的な支援方法を検討していくことが重要である。しかし、先行研究により長期入院統合失調症患者が抱えている複雑に集積した苦悩は心身ともに苦しい状況をもたらしていることも明確に示されたことから、質問項目だけでは測定し得ない苦悩の本質があることを念頭において、患者との信頼関係を構築するための支援を継続しつつ、患者の苦悩の全体像を把握しながらケアにつなげることが必要不可欠であると思われる。

慢性化した患者へのかかわりは、医療者さえも無力感に陥りやすく、慢性患者というレッテルを貼ることで治療努力を回避し、家族も社会も徐々に拒否的、無関心になっていくと指摘されている現状がある³³⁾。個々の患者が抱くさまざまな思いを十分に把握するためにも、患者と医療者の

意思疎通は常に重要である。その際、医療者側の一方通行的なケアにならないよう、個々の苦悩の内容に応じた支援プログラムを構築することが、苦悩緩和につながると考える。苦悩評価尺度を作成したことで、患者が直面している苦悩を明らかにし、そのニーズに対応するべく個別的な支援策を講じることの重要性が示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究において、最終的に4下位概念18項目からなる長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度が考案され、信頼性と妥当性があることが示された。しかし、一般的にデータ

数は質問項目の5倍～10倍程度必要と示唆する文献³⁵⁾があり、面接を用いたアンケート調査ということを考慮しても、本研究の調査においてデータ数が十分であるとはいえない。また、因子分析の結果、第4因子の項目数が2であり、他の3下位概念とのアンバランスさが明らかとなった。したがって、今後の課題として、さらに対象者の範囲を拡張して尺度の適用性を検証し、精神科医療施設だけではなく地域で生活する統合失調症患者に適用できるよう尺度の有用性向上をはかっていく必要があると考えている。

要 旨

本研究の目的は、長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討することである。統合失調症患者50名を対象として、個人面接による質問紙調査を行った。苦悩評価尺度試作案は、25項目5段階のリッカートスケールとした。その結果、18項目が抽出され、「自尊感情の低下に伴う苦悩」「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」「家族サポートの欠如」、「精神障害を抱えて生活する苦悩」4下位因子が抽出された。18項目全体のCronbachの α 係数は.82で、4下位因子は.7～.88であり、内的整合性が確認できた。今後は本尺度を活用することで、患者の苦悩の内容に応じた個別支援プログラムを構築することができ、苦悩緩和とケアに有用であると考えられる。

Abstract

The purpose of this study was to construct assessment criteria for suffering of long-term inpatients with schizophrenia and examine its reliability and validity. Then, we conducted a questionnaire survey through individual interview. Fifty inpatients with schizophrenia were used as the subjects. The questionnaire in its trial version had 25 items with a fine-point Likert-Scale. After analyzing the items, 18 items were selected and 4 areas were named: (1) suffering due to reduced self-respect, (2) anxiety about their own future due to decreased social applicability, (3) lack of familial support, and (4) suffering due to living with a mental disorder. Cronbach's α of 18 items was .82 and that of the 4 areas was .7-.88. These results showed an internal consistency of the subscale. Therefore, it was thought that the assessment criteria will be useful for planning individual support programs for inpatients to deal with various suffering and also for their palliative care.

文 献

- 朝比奈昌子, 倉橋憲一, ほか: 社会的長期入院患者への取り組み 自発性・自主性を喚起するために. 病院・地域精神医学, 45(3), 299-300, 2002.
- 清水美津子, 小野崎孝, ほか: 長期入院患者の退院にむけての援助. 病院・地域精神医学, 45(2), 224-225, 2002.
- 松枝美智子: 精神科長期入院患者の社会復帰援助が成功するシステム上の要因－日本版治療共同体の実践の分析から. 福岡県立大学看護学部紀要, 2(2), 80-91, 2005.
- 猪俣好正: 精神障害者の社会復帰と福祉の現状. 臨床精神医学, 31(2), 125-132, 2002.
- 奥村太志: 社会復帰の意向を持つ長期入院精神分裂病者の現状及び退院についての認識. 名古屋市立大学看護学部紀要, 2, 47-55, 2002.
- 菊池謙一郎: 在院10年以上の精神分裂病者の退院意向調査. 看護展望, 23(10), 98-106, 1998.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 患者調査. 厚生統計協会平成22年全国編, 東京, 2010.
- 伊勢田堯, 長谷川憲一, ほか: 統合失調症治療における家族支援. こころのりんしょう, 29(2), 257-262, 2010.
- 伊勢田堯, 西田淳志, ほか: 英国における精神保健福祉改革の動向－更なる進化のプロセス－. 精神保健政策研究, 18, 79-88, 2009.
- 伊勢田堯, 岡崎祐士, ほか: 英国の精神保健改革における人材開発への挑戦－新しい仕事の仕方－. 臨床精神医学, 39, 181-186, 2010.
- 佐藤光源, 樋口輝彦, ほか監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン－コンペディウム. 医学書院, 2006.
- 安部川智浩: 治療ガイドラインと寛解過程論. こころのりんしょう, 29(2), 257, 2010.
- 長谷川浩: トラベルビー人間対人間の看護. 医学書院, 東京, 1995.
- 金子真理子: 「がん患者苦悩尺度」の開発－信頼性と妥当性の検討. 聖路加看護学会誌, 3(1), 25-31, 1999.
- Rodgers, B, Cowles, K: A Conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. journal of Advanced Nursing, 25(5), 1048-1053, 1997.
- Case, E: The nature of suffering and the goals of medicine. New England Journal of Medicine, 306, 639-645, 1982.
- 藤野成美, 脇崎裕子, ほか: 精神科における長期入院患者の

- 苦悩. 日本看護研究学会誌, 30(2), 87-95, 2007.
- 18) 瀬戸屋希, 大島 巖, ほか: 統合失調症者の自己記入式調査に対する回答信憑性. 精神医学, 45(5), 517-524, 2003.
 - 19) 財団法人厚生統計協会 編: 国民衛生の動向2010/2011. 厚生省の指標・臨時増刊, 57(9), 114, 186, 2010.
 - 20) 兼田康宏, 今倉 章, ほか: The Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版 (JSQSL). 精神医学, 46(7), 737-739, 2004.
 - 21) 金子真理子, 真嶋朋子, ほか: Suffering 調査票の開発. 日本看護科学学会誌, 26(3), 3-12, 2006.
 - 22) 栗原 稔: がん薬物療法の合理的評価法に関する研究. 厚生省がん研究助成金による研究報告集, 245-250, 1989.
 - 23) 中根允文: 精神障害における QOL. 長崎国際大学論叢, 6, 153-159, 2006.
 - 24) 福原俊一: SF-36日本語版マニュアル (Ver12). パブリックリサーチヘルスセンター, 東京, 2001.
 - 25) Herschbach, P, et al: Development and psychometric properties of a disease-specific quality of life questionnaire for adult patients with growth hormone deficiency. Eur J Endocrinol, 145: 255-265, 2001.
 - 26) Wilkinson, G, Hesdon, B, Wild, D, et al: Self-report quality of life measure for people with schizophrenia. The SQLS Br J Psychiatry, 17742-46, 2000.
 - 27) Zung, W W K: Factors influencing the Self-Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry, 16, 543-547, 1967.
 - 28) Zung, W W K, 福田一彦, 小林重雄 構成: 日本版 SDS (Self-rating Depression Scale) 使用手引き, 5-14, 三京房, 京都, 1983.
 - 29) Nunnally, J C: Psychometric Theory (2nd ed). New York, McGraw-Hill. 1978.
 - 30) 國方弘子, 三野善央: 統合失調症患者の生活の質 (QOL) に関する文献的考察. 日本公衆衛生雑誌, 50(3), 377-387, 2003.
 - 31) 安藝浩史: 統合失調症の主観的および客観的 QOL と家族による生活技能評価と関連の検討. 精神薬療研究年報, 37, 169-176, 2005.
 - 32) 鈴木勇一: 精神分裂病のクオリティ・オブ・ライフー困難感を指標に用いた検討. 北里医学, 31, 309-318, 2001.
 - 33) 酒井佳永, 金 吉晴, ほか: 精神分裂病患者の家族負担に関する研究. 精神医学, 44(10), 1087-1094, 2002.
 - 34) 樋口康子, 稲岡文昭 監修: 精神看護. 文光堂, 東京, 77, 1998.
 - 35) 松尾太加志, 中村知靖: 誰も教えてくれなかった因子分析. 北大路書房, 京都, 38, 2003.

〔平成22年10月14日受 付〕
〔平成23年5月2日採用決定〕

卒後2～5年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連

Relationship between Self-Efficacy and Stress Reaction among Nurses with 2-5 Years of Job Experience

吉田 えり 山田 和子 森岡 郁晴
Eri Yoshida Kazuko Yamada Ikuharu Morioka

キーワード：自己効力感，ストレス反応，看護師，職業性ストレス，重回帰分析

Key Words：self-efficacy, stress reaction, nurse, job stress, multiple regression analysis

I. はじめに

看護職は、対人支援の職業のなかでも人の健康にかかわる専門性が求められる職業であり、数ある職業のなかでもストレッサーが多く^{1), 2)}、ストレス反応も多くなりやすい^{3), 4)}。そのなかでも新人看護師は、はじめて行う看護技術や複数患者の受け持ちを経験し、リアリティ・ショックが生じることもある^{5)～8)}。そのような状況を防ぐために、多くの施設では、同僚の支援としてプリセプターをつけている^{9), 10)}。さらに、ストレッサーを和らげるための上司の支援として、師長が新人看護師の行動や看護活動を見守り、話しかける機会も多い。このように、新人看護師は、同僚・上司などの職場の支援を多く受けている。

卒後2年日以降の看護師は、患者ケアを一人で行えるとみなされ、明確なプリセプターがいなくなる。師長の関心は新人看護師へ移行するため、同僚・上司などの職場の支援は少なくなる。臨床経験が増えたために、役割は与えられるが、十分な裁量権はまだない。異動に伴う新たな学習や人間関係の形成、役割の変更が生じることもある^{11), 12)}。木村¹³⁾は、人材育成の効果が上がってくるには5年間くらいかかることを述べている。一方、私生活においても、結婚・出産・育児のライフイベントが発生し、生活リズムの変更を求められる者もいる¹⁴⁾。ライフイベントによって就業の継続が困難になりやすい時期は、卒後5年前後に相当する⁹⁾。したがって、職業生活や私生活に変化の多い5年目までの時期、すなわち、卒後2～5年目の看護師は似たような状況にあり、職場の課題を抱えているが、職場の支援は少なく、ストレスが高い状況にあると考える。

ところで、近年、健康行動形成や教育場面においてストレスの認知的評価へ介入する自己効力感の活用が注目されている¹⁵⁾。自己効力感が高いとき、積極的で効果的な行動がとれ、情緒的にも安定した状態を保つことができるとされ^{15)～17)}、自己効力感が高いと情緒的な安定が得られ、ス

トレス反応は少ないと考えられる。しかし、これまで、特定の状況や、勤務部署、施設に所属する看護師を対象にした自己効力感やストレス反応の研究はある¹⁸⁾が、職場支援の少なくなる卒後2～5年目の看護師の自己効力感とストレス反応との関連を明確に示した文献は見当たらない。

そこで、本研究の目的は、卒後2～5年目の看護師の自己効力感とストレス反応との関連を明らかにし、ストレス反応の軽減につながる支援方法の示唆を得ることとした。

II. 研究方法

1. 研究対象

対象施設は、病床数や診療科、病院の機能、卒後研修のプログラム、プリセプター制度の導入等の看護師教育が類似した公立医科大学附属病院2施設とした。対象者は、その施設に勤務する卒後2～5年目の看護師302名であった。

2. 調査方法

調査は、郵送自記式質問紙法で行った。人数分の質問紙を一括して各施設の担当者に郵送し、対象者への配布を依頼した。対象者が無記名で質問に回答後、添付している返信用封筒に質問紙を厳封し、投函する方法で回収した。

調査期間は、平成22年2月上旬～3月上旬で、人事異動や役割変更などによる影響が少ないと予測される時期に行った。

調査内容は、一般性自己効力感尺度、看護師のストレッサー尺度、職業性ストレス簡易調査票を用い、さらに自己効力感に関する要因、属性を尋ねた。

一般性自己効力感尺度¹⁹⁾は、「行動の積極性」7問、「失敗に対する不安」5問、「能力の社会的位置づけ」4問の3下位尺度で構成される、個人の一般的な自己効力感の認知の高低を測定するための質問である。各質問に当てはまる場合は1点、当てはまらない場合は0点を付与し、反転

項目の場合、当てはまる場合は0点、当てはまらない場合は1点を付与した。自己効力感の認知が高ければ高い得点になる。

看護師のストレッサー尺度²⁰⁾は、「仕事の困難さ」6問、「人命にかかわる仕事内容」5問、「患者・家族との関係」5問、「働きがいの欠如」4問、「患者の死との直面」4問、「医師との関係」4問、「連絡・コミュニケーション不足」4問、「技術革新」3問の8下位尺度からなる、看護師特有のストレッサーを特定するための質問である。各質問に、「そうだ」は4点、「まあそうだ」は3点、「ややちがう」は2点、「ちがう」は1点を付与し、反転項目の場合、「そうだ」は1点、「まあそうだ」は2点、「ややちがう」は3点、「ちがう」は4点を付与した。ストレッサーが高ければ高い得点になる。

職業性ストレス簡易調査票²¹⁾は、「仕事の状態」17問、「最近1か月の状態」29問、「周りの方々の状況」9問と「満足度」2問から構成されている。これらの質問項目は、ストレスの原因と考えられる因子を9つの下位尺度（以下、ストレス要因：「心理的な仕事の負担（量）」「心理的な仕事の負担（質）」「自覚的な身体的負担度」「職場の対人関係上のストレス」「職場環境によるストレス」「仕事のコントロール度」「技能の活用度」「仕事の適性度」「働きがい」）に、ストレスによって起こる心身の反応を6つの下位尺度（以下、ストレス反応：「活気」「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」「身体愁訴」）に、ストレス反応に影響を与える他の因子を4つの下位尺度（以下、影響因子：「上司からの支援度」「同僚からの支援度」「家族・友人からの支援度」「仕事や生活の満足度」）に、それぞれ分類される。下位尺度における因子の点数は、それぞれ5段階に換算して評価を行った（標準化得点を用いた評価法）。点数が高いとストレスに関して良好な状態を示すことから、ストレス要因、ストレス反応は低く、影響因子は高いと評価される。

自己効力感に関する要因（以下、上司・同僚との状況）は、自己効力感を高める4つの要因^{15)～17)}である成功体験、代理的体験、言語的説得、情動的喚起に相当する上司・同僚との状況を把握するための自作の質問で、上司・同僚との状況を卒後2～5年目の看護師5名に尋ねた結果をもとに作成した。上司との状況15項目、同僚との状況14項目で合計29項目であった。回答の得点化として、各質問に、「そうだ」は4点、「まあそうだ」は3点、「ややちがう」は2点、「ちがう」は1点を付与した。上司・同僚の支援が高いと高い得点になる。質問29項目の得点分布は正規性があり、Cronbachの α 信頼性係数は.893であったため、分析にはそれぞれの項目の得点を使用した。

属性では、性別・年齢、卒後年数、配偶者・子供の有無、配属部署を尋ねた。

3. 解析方法

いくつかの質問項目の回答状況に2施設間の差異を認めたが、今回は卒後2～5年目の看護師の自己効力感とストレス反応との関連を明らかにすること目的としているため、2施設のデータを合わせて解析することにした。また、卒後2～5年目の各年ごとについてもいくつかの質問項目に差異を認めたが、全質問数の5%であったため、すべての卒後年数を合わせて解析することにした。

相関係数にはSpearmanの順位相関を用いた。関連する要因の抽出には、重回帰分析を行った。なお、各尺度の測定値の平均値における本研究と先行研究との差の検定には t 検定を行い、1%未満を有意と読み取った。

統計解析ソフトは、SPSS 17.0 (SPSS Japan) を用いた。

4. 倫理的配慮

質問紙は無記名であり、本研究に同意しない場合であっても不利益を受けないこと、本調査への参加は自発的意思で行われること、また、入力データの保存・保管の方法などを文書で説明し、質問紙の返送をもって研究対象者から同意を得たものとした。

なお、本研究は和歌山県立医科大学倫理委員会の承認後開始した。

Ⅲ. 結 果

質問紙の回収数は205（回収率は67.9%）であった。卒後年数に記載のない者、各尺度の1下位尺度で過半数を超える欠損値がある者は除外したので、解析に用いた有効回答数は199で、有効回答率は65.9%であった。

1. 対象者の属性

対象者の属性をみると（表1）、性別は、女性が84.9%であった。年齢は、24歳から25歳までのものが56.3%であった。卒後年数は、2から3年の者が60.3%であった。配偶者があると答えた者は8.6%で、子供があると答えた者は4.1%であった。配属部署は、外科系病棟で勤務している者が35.2%で最も多く、ついで内科系病棟で勤務している者が28.6%であった。

2. 一般性自己効力感

一般性自己効力感の因子別の平均値・標準偏差を、表2に示す。因子によって質問項目数が異なるために、因子別の平均値を質問項目数で除した項目平均でみると、「失敗に対する不安」「行動の積極性」「能力の社会的位置づけ」の順に高かった。

表1. 対象者の属性

n = 199		
カテゴリー 項目	例数*	%
性別	199	
男性	30	15.1
女性	169	84.9
年齢 ¹⁾	197	
22歳	4	2.0
23歳	24	12.2
24歳	57	28.9
25歳	54	27.4
26歳	36	18.3
27歳以上	22	11.1
卒後年数	199	
2年	76	38.2
3年	44	22.1
4年	49	24.6
5年	30	15.1
配偶者の有無 ²⁾	198	
有	17	8.6
無	181	91.4
子供の有無 ³⁾	195	
有	8	4.1
無	187	95.9
配属部署（複数回答可）		
内科系病棟	57	28.6
外科系病棟	70	35.2
周産期病棟（NICU含む）	18	9.0
救急（ICU・CCU・HCUなど）	31	15.6
その他	33	16.5

*：1）無回答2名，2）無回答1名，3）無回答4名

表2. 一般性自己効力感の因子別平均値・標準偏差

因子	平均値	標準偏差	項目平均
失敗に対する不安	2.4	1.5	0.5
行動の積極性	2.6	2.0	0.4
能力の社会的位置づけ	0.9	1.1	0.2
計	5.9	3.4	0.4

3. 看護師のストレッサー

看護師のストレッサーの因子別の平均値・標準偏差を、表3に示す。因子によって質問項目数が異なるために、因子別の平均値を質問項目数で除した項目平均でみると、「人命にかかわる仕事内容」について「技術革新」が高い得点であった。また、「医師との関係」が最も低い得点であった。

4. 職業性ストレス簡易調査票

ストレス要因の因子別の平均値・標準偏差をみると（表4）、「自覚的な身体的負担度」の得点が最も低く、ついで「心理的な仕事の負担（質）」「心理的な仕事の負担（量）」の得点が低かった。

表3. 看護師のストレッサーの因子別平均値・標準偏差

因子	平均値	標準偏差	項目平均
人命にかかわる仕事内容	18.8	1.6	3.8
技術革新	9.9	1.9	3.3
連絡・コミュニケーション不足	11.2	3.0	2.8
仕事の困難さ	15.8	3.1	2.6
患者の死との直面	10.1	3.3	2.5
患者・家族との関係	10.4	3.9	2.1
働きがいの欠如	8.0	2.2	2.0
医師との関係	7.4	2.7	1.8

表4. 職業性ストレス簡易調査票の因子別平均値・標準偏差

項目 因子	平均値	標準偏差
ストレス要因		
働きがい	3.2	1.1
職場環境によるストレス	3.1	1.1
仕事の裁量度	2.9	0.8
職場の対人関係上のストレス	2.9	0.8
技能の活用度	2.9	0.6
自覚的な仕事の適性度	2.7	0.9
心理的な仕事の負担（量）	1.9	0.9
心理的な仕事の負担（質）	1.6	0.8
自覚的な身体的負担度	1.4	0.6
ストレス反応		
身体愁訴	3.2	1.1
イライラ感	2.7	1.0
抑うつ感	2.6	1.0
活気	2.6	1.1
不安感	2.6	0.9
疲労感	2.4	0.9
影響因子		
家族や友人からの支援度	3.8	1.2
同僚からの支援度	3.4	1.0
上司からの支援度	3.4	0.8
仕事や生活の満足度	2.9	0.8

ストレス反応の因子別の平均値・標準偏差では（表4）、「疲労感」の得点が最も低かった。

影響因子を構成する因子別の平均値・標準偏差では（表4）、「家族や友人からの支援度」の得点が最も高く、ついで「同僚からの支援度」「上司からの支援度」であり、「仕事や生活の満足度」の得点が最も低かった。

5. 上司・同僚との状況

上司・同僚との状況は、「そうだ」「まあそうだ」の回答を合わせ「そうだ」とし、その割合を求めた結果を表5に示す。

上司との状況では（表5）、「上司は業務を任せてくれる」が8割を超えていた。一方、「上司は業務の進み具合をほめてくれる」、「折にふれ、上司は自己の看護観を話してく

れる」は5割に満たなかった。

同僚との状況では(表5),「休憩時間,同僚と食事をとる」「同僚に打ち明けた悩みの秘密が守られている」「休憩時間,同僚と患者の話をする」の3項目は8割を超えていた。一方,「同僚と自分たちの看護観について話す」「連休などを活用し,同僚と旅行へ行く」,業務終了後,同僚とカラオケへ行く」の3項目は5割に満たなかった。

6. ストレス反応に関連する要因

重回帰分析に際し, Spearmanの順位相関で.6以上の相関係数を強相関ありと判断し, 除去することにした。一般性自己効力感3因子, 看護師のストレスサー8因子, ストレス要因9因子, ストレス反応6因子, 影響因子4因子,

表5. 上司・同僚との状況

		<i>n</i> = 199	
項	目	例数	%
上司との状況			
上司は業務を任せてくれる		167	83.9
上司は休暇の希望を聞いてくれる		154	77.4
業務で困っているとき, 上司からの確なアドバイスがもらえる		151	75.9
ヒヤリ・ハットを起こしたとき, 上司は適切な指導をしてくれる		148	74.4
業務で悩んでいるとき, 上司は悩みを聞いてくれる		141	70.9
上司は適切に叱ってくれる		138	69.3
上司に打ち明けた悩みの秘密が守られている		138	69.3
上司からさりげなく声をかけてくれる		136	68.3
目標にする上司がいる		131	65.8
上司はタイミングよく報告・連絡を聞いてくれる		126	63.3
見守る上司のまなざしはあたたかい		119	59.8
難しい業務に取り組んでいるとき, 上司は励ましてくれる		118	59.3
上司は担当業務の希望を聞いてくれる		103	51.8
上司は業務の進み具合をほめてくれる		94	47.2
折にふれ, 上司は自己の看護観を話してくれる		68	34.2
同僚との状況			
休憩時間, 同僚と食事をとる		176	88.4
同僚に打ち明けた悩みの秘密が守られている		166	83.4
休憩時間, 患者の話を同僚とする		165	82.9
同僚と院内研修に参加する		154	77.4
業務終了後, 同僚と食事へ行く		143	71.9
業務時間外, 同僚とメールや電話をする		141	70.9
同僚と院外研修に参加する		123	61.8
目標にする同僚がいる		117	58.8
休憩時間, 同僚に業務上の悩みを話す		110	55.3
上司の悪口を同僚という		102	51.3
業務終了後, 同僚と飲みに行く		101	50.8
自分たちの看護観について同僚と話す		97	48.7
連休などを活用し, 同僚と旅行へ行く		92	46.2
業務終了後, 同僚とカラオケへ行く		64	32.2

上司・同僚との状況29項目の間で, 相関係数を求めた。ストレス反応と関係の深い因子や項目は残し, 複数の因子や項目を取り込んでいるものを除去した。除去した9項目を表6に示す。

最終的な説明変数は, 一般性自己効力感3因子, 看護師のストレスサー7因子, ストレス要因8因子, 影響因子4因子, 上司・同僚との状況22項目(同僚との状況:12項目, 上司との状況:10項目)とし, 目的変数をストレス反応6因子の合計点として, 重回帰分析をステップワイズ法により行った。その結果を表7に示す。選定された要因は, 看護師のストレスサー「仕事の困難さ」, ストレス要因「仕事の裁量度」, 上司・同僚との状況「上司の悪口を同僚と言う」, 看護師のストレスサー「患者・家族との関係」, 影

表6. 強相関がみられたため除去した項目

除去項目	除去項目に関係が強い項目
業務終了後, 同僚と食事に行く	業務終了後, 同僚と飲みに行く ($r = .748$)
	業務時間外, 同僚とメールや電話をする ($r = .696$)
業務終了後, 同僚とカラオケへ行く	業務終了後, 同僚と飲みに行く ($r = .618$)
上司からさりげなく声をかけてくれる	上司のまなざしはあたたかい ($r = .739$)
業務で困っているとき, 上司からの確なアドバイスがもらえる	業務で悩んでいるとき, 上司は悩みを聞いてくれる ($r = .720$)
	ヒヤリ・ハットを起こしたとき, 上司は適切な指導をしてくれる ($r = .619$)
業務で悩んでいるとき, 上司は悩みを聞いてくれる	ヒヤリ・ハットを起こしたとき, 上司は適切な指導をしてくれる ($r = .685$)
ヒヤリ・ハットを起こしたとき, 上司は適切な指導をしてくれる	上司は適切に叱ってくれる ($r = .648$)
難しい業務に取り組んでいるとき, 上司は励ましてくれる	上司は業務の進み具合をほめてくれる ($r = .635$)
連絡・コミュニケーション不足	患者・家族との関係 ($r = .601$)
働きがい	働きがいの欠如 ($r = -.733$)

表7. 選定された項目および標準化係数

Step	取り込まれた項目	標準化係数	有意確率
1	仕事の困難さ	-0.173	0.003
2	仕事の裁量度	0.285	0.000
3	上司の悪口を同僚という	-0.247	0.000
4	患者・家族との関係	-0.198	0.000
5	仕事や生活の満足度	0.163	0.004
6	心理的な仕事の負担(質)	0.157	0.002
7	失敗に対する不安	0.147	0.006
8	同僚からの支援度	0.135	0.011

響因子「仕事や生活の満足度」、ストレス要因「心理的な仕事の負担（質）」、一般性自己効力感「失敗に対する不安」、影響因子「同僚からの支援度」の計8変数であった。

「仕事の困難さ」「上司の悪口を同僚という」「患者・家族との関係」は負の、「仕事の裁量度」「仕事や生活の満足度」「心理的な仕事の負担（質）」「失敗に対する不安」「同僚からの支援度」は、正の標準化係数であった。

一般性自己効力感「失敗に対する不安」がストレス反応にかかわる要因であったことから、この因子にかかわる要因を検索した。目的変数を「失敗に対する不安」とし、説明変数を「上司の悪口を同僚と言う」を除く上司・同僚との状況21項目として、ステップワイズ法により選択した。その結果、「上司は業務の進み具合をほめてくれる」（標準化係数.196、有意確率.006）が選定された。

IV. 考 察

本研究においては、卒後2～5年目の看護師を対象にした。Benner⁷⁾によると、看護師は臨床経験4年目から別の区分になる。しかし、本研究においても卒後2～5年目の各年における差がある項目は全質問数の5%であったこと、また坂野ら²²⁾も卒後1～5年目を経験年数の少ない看護師としてとらえていたことから、本研究では卒後2～5年目を合わせて検討することにした。なお、本研究では対象者にプリセプターやチームリーダーを担当の有無は尋ねていないが、その業務を含めた業務内容を看護師のストレスサーとして尋ねている。

1. 対象者の一般性自己効力感

対象者の一般性自己効力感の合計点を、坂野ら¹⁹⁾が一般成人276名（平均年齢：35.1±12.1（標準偏差）歳）を対象に行った調査結果（平均値：9.6±3.9点）と比較した。また、小谷野²³⁾が都市型病院6施設の病棟に勤務する女性看護師999名（平均年齢：27.0±5.0歳、平均臨床経験年数：5.0±4.6年）を対象に行った調査結果（平均値：7.5±3.9点）と比較した。いずれの場合も、本対象者の一般性自己効力感は有意に低くなっていた。

卒後2～5年目の看護師は、一般成人や経験年数の多い看護師と比較し、看護実践上における成功体験が少ないこと²³⁾が一因と考えられる。与えられた役割のなかで成功体験が得られ、自己効力感が高まるような取り組みを検討することが必要であろう。

2. ストレスの現状

看護師のストレスサーは、三木ら²⁰⁾が関東近郊の一般病院4施設に勤務する女性看護師957人（平均年齢：32.5±

10.1歳）を対象に調査を行っている。卒後年数は明確ではないが、この調査結果と比較すると、本研究は「仕事の困難さ」「人命に関わる仕事内容」「連絡・コミュニケーション不足」「技術革新」が有意に高く、「患者・家族との関係」「医師との関係」が有意に低かった。なかでも、項目平均で1点以上差のみられた「人命に関わる仕事内容」（本研究：3.8点、三木ら：1.3点、以下、本研究の項目平均点vs三木らの項目平均点とする）、「技術革新」（3.3点vs 1.9点）、「医師との関係」（1.8点vs 3.0点）が、卒後2～5年目の看護師のストレスサーの特徴と考える。患者の人命を左右する判断やケアを提供していくこと、勤務時間外でも看護研究等仕事と向き合うことがストレスサーとなっていると考える。しかし、医師とは良好な連携がはかれている、あるいは、医師へ連絡する機会が少ないためストレスサーとなっていない、とも考える。

職業性ストレス簡易調査票は、加藤ら²⁴⁾が21企業・団体に勤務する成人女性2,185名（平均年齢：35.3±10.2歳）を対象に行った調査結果との比較を行うことにした。そこで加藤らが用いている素点換算票を用い、仕事の状態の場合、「そうだ」1点、「まあそうだ」2点、「ややちがう」3点、「ちがう」4点、最近1か月間の状態の場合、「ほとんどなかった」1点、「ときどきあった」2点、「しばしばあった」3点、「いつもほとんどあった」4点、まわりの方々の状況の場合、「非常に」1点、「かなり」2点、「多少」3点、「全くない」4点、満足度の場合、「満足」1点、「まあ満足」2点、「やや不満足」3点、「不満足」4点として得点化し、因子ごとに平均値を求め直した。その結果を加藤らの結果と比較すると、本研究における卒後2～5年目の看護師は、一般成人女性に比べ、ストレス要因では「心理的な仕事の負担（量）・（質）」「自覚的な身体的負担度」「職場の対人関係上のストレス」「働きがい」の項目平均が有意に低く、ストレスは高くなっていた。一方、「職場環境によるストレス」「仕事の裁量度」の項目平均が有意に高く、ストレスは低くなっていた。ストレス反応では「活気」の項目平均が有意に低く、活気は低くなっていた。また、「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」の症状は強くなっていた。影響因子では「上司・同僚からの支援度」の項目平均が有意に低く、支援度は高くなっていた。一方、「仕事や生活の満足度」は有意に高く、満足度は低かった。

さらに、党ら²⁵⁾が大学病院に勤務する新人看護師144名（平均年齢：24.7±3.6歳）を対象に行った調査結果とも比較を行うことにした。そこでは、党らが用いた加藤ら²⁴⁾の簡易判定法に合わせて、ストレス要因を「仕事の負担度」「仕事のコントロール度」「仕事での対人関係」「仕事の適合性」の下位尺度に、ストレス反応を「心理的ストレス反応」「身

体的ストレス反応」の下位尺度に、影響要因を「職場の支援」に分類し、各質問項目における4段階の回答を、好ましくないほうの二つと、好ましいほうの二つに2分割し直した。その結果を党らの結果と比較すると、本研究における卒後2～5年目の看護師は、新人看護師に比べ、ストレス要因では「仕事の負担度」の平均値が有意に高く、ストレスは高くなっていた。また、ストレス反応では「心理的ストレス反応」が有意に高く、ストレスは高くなっていた。

これらの比較により、仕事の負担度（量・質）のストレス要因や疲労感を中心としたストレス反応が高いことが、卒後2～5年目の看護師のストレスの特徴としてあげられる。

本研究の結果では、上司・同僚との状況のうち「上司は業務を任せてくれる」が8割を超えていた。一方、「上司は業務の進み具合をほめてくれる」「折にふれ、上司は自己の看護観を話してくれる」は5割に満たなかった。上司は臨床経験の浅い看護師においても業務を任せているが、看護師に伝わるように、任せた業務の進み具合をほめる機会が少ないことがうかがえた。また、多くの実践から得られた看護観を話すことは臨床経験の浅い看護師の看護観を深めるためにも重要であると考えが、そのような機会が少ないこともうかがえた。

同僚との状況では、「休憩時間、同僚と食事をとる」「同僚に打ち明けた悩みの秘密が守られている」「休憩時間、同僚と患者の話をする」の3項目は8割を超えていた。休憩時間内には同僚と食事をとったり、患者の話をしたりと、良好な人間関係が築けていると考える。秘密が守られているという信頼関係が成立しているからこそ、ストレスの高い職場環境のなかでともに過ごすことができていると考える。一方、「同僚と自分たちの看護観について話す」「連休などを活用し、同僚と旅行へ行く」「業務終了後、同僚とカラオケへ行く」の3項目は5割に満たなかった。看護観を話すには、勤務時間内にある程度の時間が必要であるがそのような機会は少なく、また、勤務時間外に同僚と長時間の行動をともにするような親密な関係はない、と考える。勤務時間外は、職場の人間関係から離れたい、あるいは、旅行へ行く余裕がない、とも考えられる。

3. ストレス反応に関連する要因

「仕事の困難さ」「上司の悪口を同僚と言う」「患者・家族との関係」はストレス反応を高める要因として、「仕事の裁量度」「仕事や生活の満足度」「心理的な仕事の負担（質）」「失敗に対する不安」「同僚からの支援度」はストレス反応を低くする要因としてあげられた。

ストレス要因では「仕事の裁量度」「心理的な仕事の負担（質）」がストレス反応と関連し、影響因子では「仕事や生活の満足度」「同僚からの支援度」がストレス反応と

関連していた。仕事の裁量度がない状態で能力を越えた業務を行うことは、ストレス反応を高くする。この要因は、森本²⁶⁾が対人援助サービス従事者の職場ストレスサーとしてあげている「職務量の多さ・職務の質的困難さ」を支持する結果であった。一方、「仕事や生活の満足度」や「同僚からの支援度」は、これまでの報告²⁴⁾と同様に卒後2～5年目の看護師においてもストレス反応を下げる要因であった。

看護師のストレスサー尺度²⁰⁾のなかでは、「仕事の困難さ」「患者・家族との関係」がストレス反応と関連していた。前述のように三木ら²⁰⁾の調査と比較してもこの2要因は特徴であり、卒後2～5年目の看護師のストレスサーとしてはこの2要因が特徴として考えられる。この時期の看護師は、慣れない業務や体験したことのない業務を行い、納得のいくような看護を行えないことや、患者・家族との対応に悩み、患者・家族からケアに理解を得られない状況が続くことで、ストレス反応が高くなるのであろう。

さらにストレス反応を下げる要因として、一般性自己効力感「失敗に対する不安」が少ないことが選定されていた。「失敗に対する不安」の自己効力感が高いと、積極的に効果的な行動を遂行しやすくする^{15)～17)}。卒後2～5年目の看護師の場合は、積極的な行動をとることができると、仕事の困難さを克服することが容易になり、また効果的な行動をとることができると、患者・家族の関係性のよりよい構築を行うことができると考えられる。これらのことから、情緒的に安定した状態になり、ストレス反応を起こしにくくなると考えられる^{15)～17)}。また、不安に対する自己効力感、不安が起きたときにでもストレスサーをコントロールできる¹⁷⁾ことから、ストレス反応への直接的な効果も否定できない。

そして、「失敗に対する不安」には「上司は業務の進み具合をほめてくれる」が関係していた。ほめるという支援²⁷⁾は自己効力感を高める4情報源の一つである言語的説得に相当し、自己効力感を高める最も手軽な手段であることから^{15), 16)}、卒後2～5年目の看護師へ日常的に用いる有用な手段であると考え。しかし、言語的説得にのみによって高められた自己効力感は、困難に直面した際に簡単に消失してしまうことがある²⁸⁾。困難に直面した場合でも、自己効力感が消失しないためには、達成感が重要である^{29), 30)}。上司は、業務の進み具合をほめるためにも、達成感が認識できるためにも、目標設定を行うことが必要であらう。

一方、上司・同僚との状況では「上司の悪口を同僚と言う」ことがストレス反応と関連していた。重回帰分析の標準化係数から判断すると「上司の悪口を同僚と言う」ことが多いとストレス反応が高いとなるが、これは、ストレス

反応が高いときにコーピングを行うことで情動の安定をはかっている、と解釈した。

これまでの研究は、新人看護師に焦点が当てられることが多く、また自己効力感やストレスの現状など、それぞれの状態をとらえたものが多い²⁵⁾。しかし、本研究は、職場支援の少なくなる時期ではあるがキャリア形成や就業の継続で最も重要な位置づけにある^{8), 9)} 卒後2～5年目の看護師の自己効力感がストレス反応に関係する可能性を明確にしたもので、私たちが調べた範囲では、これまでこのような報告はなされていない。

卒後2～5年目の看護師のストレス反応を軽減させるためには、「仕事の困難さ」を解消するような支援・研修や、「患者・家族との関係」がうまくいくような調整・支援が望まれる。自己効力感もストレス反応にも関係することが本研究の成果として明らかになったことから、卒後2～5年目の看護師が専門職として成長していく過程で自己効力感が強化されるように、職場内の上司・同僚が意識して対応することが望まれる。

4. 本研究の限界と課題

今回の研究対象施設は、公立医科大学附属病院2施設であり、入院患者の在院日数が短いために、そこに勤める看護師は急性期にある患者ケアにかかわることが多い。このような状況を踏まえると、卒後2～5年目の看護師という母集団すべてを包括しているとはいえない。また、卒後2～5年目の看護師に期待される役割や業務内容は、臨床経験の増加にともないそれぞれの卒後年数で異なるために、自己効力感やストレスの種類も卒後年数で異なっていることが考えられる。今後は、一般病院等に勤務する卒後2～5年目の看護師や期待される役割・業務内容に応じた検討をする必要があると考える。

V. 結 語

本研究では、公立医科大学附属病院に勤務する卒後2～5年目の看護師199名を対象に、自己効力感とストレスの現状、ストレス反応との関連、自己効力感を高める支援を検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 一般性自己効力感は「失敗に対する不安」が高かった。
2. 看護師のストレスサーでは「人命にかかわる仕事内容」「技術革新」が高く、「医師との関係」が低いことが特徴としてあげられた。
3. 特徴的なストレス要因として「自覚的な身体的負担度」「心理的な仕事の負担（質）・（量）」があげられ、ストレス反応は「疲労感」が中心であった。また、「仕事や生活の満足度」は低くなっていた。
4. 「仕事の困難さ」「上司の悪口を同僚と言う」「患者・家族との関係」はストレス反応を高める要因として、「仕事の裁量度」「仕事や生活の満足度」「心理的な仕事の負担（質）」「失敗に対する不安」「同僚からの支援度」はストレス反応を低くする要因として関連していた。
5. 「失敗に対する不安」には、「上司は業務の進み具合をほめてくれる」が関連していた。

以上のことから、卒後2～5年目の看護師のストレス反応には自己効力感が関係しており、上司の支援としてほめることは自己効力感を高め、ストレス反応を軽減できる可能性のあることが示された。

謝 辞

本研究にご協力くださいました公立医科大学附属病院の看護部長をはじめとして、対象看護師の皆様、ご指導いただきました和歌山県立医科大学大学院 松井和子教授、水主千鶴子教授に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成21年度日本看護研究学会近畿・北陸地方会特別研究助成事業の研究助成を受けたものです。

要 旨

卒後2～5年目の看護師の自己効力感とストレス反応との関連を明確にするために、質問紙調査を行い、有効回答者199名を解析した。

自己効力感では、失敗に対する不安が高かった。看護師のストレスサーでは、人命に関わる仕事内容、技術革新が高く、医師との関係が低かった。職業性ストレスでは、自覚的な身体的負担度、心理的な仕事の負担（質・量）がストレスの原因であった。ストレス反応は疲労感が中心で、影響を与える因子は仕事や生活の満足度が低かった。

重回帰分析では、仕事の困難さ、上司の悪口を同僚と言う、患者・家族との関係がストレス反応を高くし、仕事の裁量度、仕事や生活の満足度、心理的な仕事の負担（質）、失敗に対する不安、同僚からの支援が低くする要因であった。失敗に対する不安には、上司はほめてくれる、が関連していた。

卒後2～5年目の看護師のストレス反応は、上司がほめることで軽減できる可能性があることが示された。

Abstract

This study incorporated a questionnaire survey on 199 nurses having 2-5 years of job experience with the objective of clarifying the relationship between self-efficacy and stress reactions. Anxiety over failure was high for self-efficacy. Among the nurse stressors, those that had job descriptions involving potential loss of human life and technical innovation were high, while relationships with doctors were low. The questionnaire on job stress showed that subjective physical burden and psychological load (quality and quantity) were characteristic job stressors. Fatigue was at the center of the stress reactions. Satisfaction with job or life was low in the factors effective on stress reactions.

The results of multiple regression analysis showed that the factors increasing stress reactions were job difficulty, speaking ill of supervisors with colleagues, and the relationship with the patient and the patient's family, while those decreasing them were the level of job discretion, satisfaction with work or life, psychological load (quality), anxiety over failure, and support from colleagues. Anxiety over failure was related to supervisors' praise. It follows that supervisors' praise of nurses with 2-5 years of job experience may prove effective in reducing stress reaction with regards to self-efficacy.

文 献

- 1) 三木明子, 原谷隆史: 看護師の年代別職業性ストレスの特徴－看護師ストレス－尺度を用いた検討－. 日本看護学会論文集 (看護総合), 33, 68-70, 2002.
- 2) 一瀬久美子, 堀江令子, ほか: 看護師が抱える職場ストレスとその反応. 保健学研究, 20(1), 67-74, 2007.
- 3) 森 俊夫, 影山隆之: 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査. 産業衛生学会誌, 37, 135-142, 1995.
- 4) 武井麻子: ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか－感情労働の時代－. 88-122, 大和書房, 東京, 2006.
- 5) 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と回復に影響する要因－. 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 91-99, 2004.
- 6) 勝原裕美子, ウィリアムソン彰子, ほか: 新人看護師のリアリティ・ショックの実態と類型化の試み－看護学生から看護師への移行プロセスにおける二時点調査から－. 日本看護管理学会誌, 9(1), 30-48, 2005.
- 7) Benner, P. (井部俊子 監訳): 新訳版ベナー看護論－初心者から達人へ (From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice). 11-32, 医学書院, 東京, 2005.
- 8) 勝原裕美子: 看護師のキャリア論. 35-76, ライフサポート社, 東京, 2007.
- 9) 小野公一: キャリア発達におけるメンターの役割－看護師のキャリア発達を中心に－. 85-102, 白桃書房, 東京, 2007.
- 10) 前掲7), 149-166.
- 11) 前掲7), 127-140.
- 12) 前掲8), 77-113.
- 13) 木村眞子: 看護部長の役割－5年後を見すえたマネジメント－ (特集＝ナースマネージャーの仕事再点検). 看護展望, 36(3), 10-14, 2011.
- 14) Schein, E.H. (二村敏子, 三善勝代 訳): キャリア・ダイナミクス－キャリアとは生涯を通しての人間の生き方・表現である－ (Career Dynamics by Schein, E.H. Matching individual and organizational needs). 19-29, 30-37, 38-50, 51-65, 66-86, 89-104, 105-126, 127-141, 201-218, 235-260, 白桃書房, 東京, 1991.
- 15) 坂野雄二, 前田基成: セルフ・エフィカシーの臨床心理学. 2-11, 33-46, 94-105, 北大路書房, 東京, 2002.
- 16) Bandura, A.: Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215, 1977.
- 17) Bandura, A. 編 (本明 寛, ほか 訳): 激動社会の中の自己効力 (Self-Efficacy in Changing Societies). 1-41, 179-204, 金子書房, 東京, 1997.
- 18) 上地 賢, 小原厚子, ほか: 循環器病棟看護師の専門的自律性形成に関わる要因の研究. 日本看護学会論文集 (看護総合), 38, 61-63, 2007.
- 19) 坂野雄二: 一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討. 早稲田大学人間科学研究, 2(1), 91-98, 1989.
- 20) 三木明子, 原谷隆史, ほか: 看護師のストレス－と業務上の事故および病欠欠勤の検討. 日本看護学会論文集 (看護総合), 29, 156-158, 1998.
- 21) 下光輝一: 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル－より効果的な職場環境等の改善対策のために－. 平成14～16年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究【職場環境等の改善によるメンタルヘルスの研究】, 2005.
- 22) 坂野雄二 監修, 嶋田洋徳, 鈴木伸一 編著: 学校・地域におけるストレスマネジメント. 113-134, 北大路書房, 東京, 2004.
- 23) 小谷野康子: 看護婦の自己効力の特性とその関連因子. 聖路加看護学会誌, 3(1), 78-84, 1999.
- 24) 加藤正明, 大野 裕, ほか: 労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」. 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書, 「ストレス測定」研究グループ報告, 2000.
- 25) 党 沙織, 馬場園明, ほか: 新人看護職員の自我状態と心理的ストレス反応との関連について. 医療福祉経営マーケティング研究, 1(1), 19-29, 2006.
- 26) 森本寛訓: 医療福祉分野における対人援助サービス従事者の精神的健康の現状と, その維持方策について－職業性ストレス研究の枠組みから－. 川崎医療福祉学会誌, 16(1), 31-40, 2006.
- 27) 速水俊彦: 自己形成の心理－自律的動機づけ－. 1-46, 81-119, 金子書房, 東京, 1998.
- 28) 宮本美沙子, 奈須正裕 編著: 達成動機の理論と展開－続 達成動機の心理学－. 115-131, 133-159, 金子書房, 東京, 1995.
- 29) 海保博之監修, 鹿毛正治 編: 動機づけ－情意のはたらき (朝倉心理学講座8, 教育心理学, 6). 120-137, 朝倉書店, 東京, 2006.
- 30) 鹿毛雅治: 内発的動機づけの展望. 教育心理学研究, 42(3), 345-359, 1994.

[平成23年1月6日受 付]
[平成23年5月24日採用決定]

新卒看護師の看護技術習得の実態と 指導者・看護師長の期待に関する研究

State of Nursing Skill Acquisition among Newly Graduated Nurses and
Expectations of Instructors and Chief Nurses

野口 英子 當目 雅代 金正 貴美
Eiko Noguchi Masayo Toume Takami Kinsyo
竹内 千夏 小笠 美春
Chinatsu Takeuchi Miharu Ogasa

キーワード：新卒看護師，看護技術，期待，指導者，看護師長

Key Words：newly graduate nurses, nursing skills, expectation, instructors, chief nurses

I. はじめに

医療の高度化・専門化が進み、それに伴い看護業務も多様化し、より患者の立場に立った資質の高い看護師が求められる傾向にある。しかし、基礎教育においては国民の医療安全への意識が高まる中、学生の臨地実習場面における技術提供の範囲や機会が限定されることが多くなっている。そのため卒業時に一人でできる看護技術が少なく、自信がもてないまま不安のなかで業務を行っているといわれている。また基礎教育で習得する看護技術と臨床現場で求められる技術にギャップがあることが問題視され、基礎教育内容の充実をめざして平成21年看護基礎教育カリキュラム改正となった¹⁾。

これまでも看護技術力向上を目指しさまざまな取組みがなされてきている。新卒看護師がそれまで育った看護基礎教育の環境から一変して、臨床という複雑な場面に慣れ、一人前の看護師になるまでには時間を要し、卒業後は各施設においての卒後教育が重要であることは多くの研究でいわれており^{2)~6)}、新人看護師研修制度が努力義務となってきた。しかし、卒業直後の実践能力と臨床で求められるレベルには依然として大きなギャップがあり、多くの新卒看護師が看護技術に対してストレスを感じている^{7)~11)}現状があり、理想と現実のギャップからバーンアウトにより離職する者も多い。これらに対して、卒業までに1つでも自信をもってできる技術を身につけておくことで苦痛の対処に役立つこと¹²⁾や、より確かな技術経験をもつことで職場適応によい影響がある¹³⁾との示唆もあり、離職対策のためにも看護基礎教育課程での看護技術教育の充実が不可欠である。

看護技術教育に関する研究は、看護学生の卒業時点の技術到達度を調査した研究^{14)~17)}、新卒看護師自身の評価による技術到達度の報告^{18)~21)}、新卒看護師自身の評価と指導者の期待に関する報告^{22), 23)}、指導者等の他者評価による新卒看護師の実態と期待の報告^{24)~28)}等がある。新卒看護師が自信をもって患者に提供できる看護技術習得のために、臨床で求められている看護技術到達度や技術内容を知ることが看護技術教育に有用である。また、新卒看護師の看護技術の程度については職場適応との関連性やバーンアウトへの影響²⁹⁾もいわれていることから、新卒看護師の看護技術習得状況がバーンアウト状態や適応の程度と具体的にどのようなかわりがあるか明らかにすることは重要であると考えられる。すべきことは完璧にやろうという気持ちをもって物事に取り組むというような自己に完全性を求める傾向が強い者ほど適応的であることが報告³⁰⁾されており、本研究では適応の程度について自己志向的完全主義尺度を用いて調査を実施する。

本研究の目的は新卒看護師のバーンアウト状態、および看護師長、指導者それぞれの自己志向的完全主義傾向と、新卒看護師の看護技術習得の実態と看護師長、指導者の技術習得の期待を明らかにし、看護技術教育に関する示唆を得ることである。

II. 研究の枠組み

1. 用語の定義

(1) 看護技術：看護学の知識と技能が態度として統一されて人間の意識的な行動として表現されるもので、看護学としての裏づけをもっているもの。看護技能とは、方法や

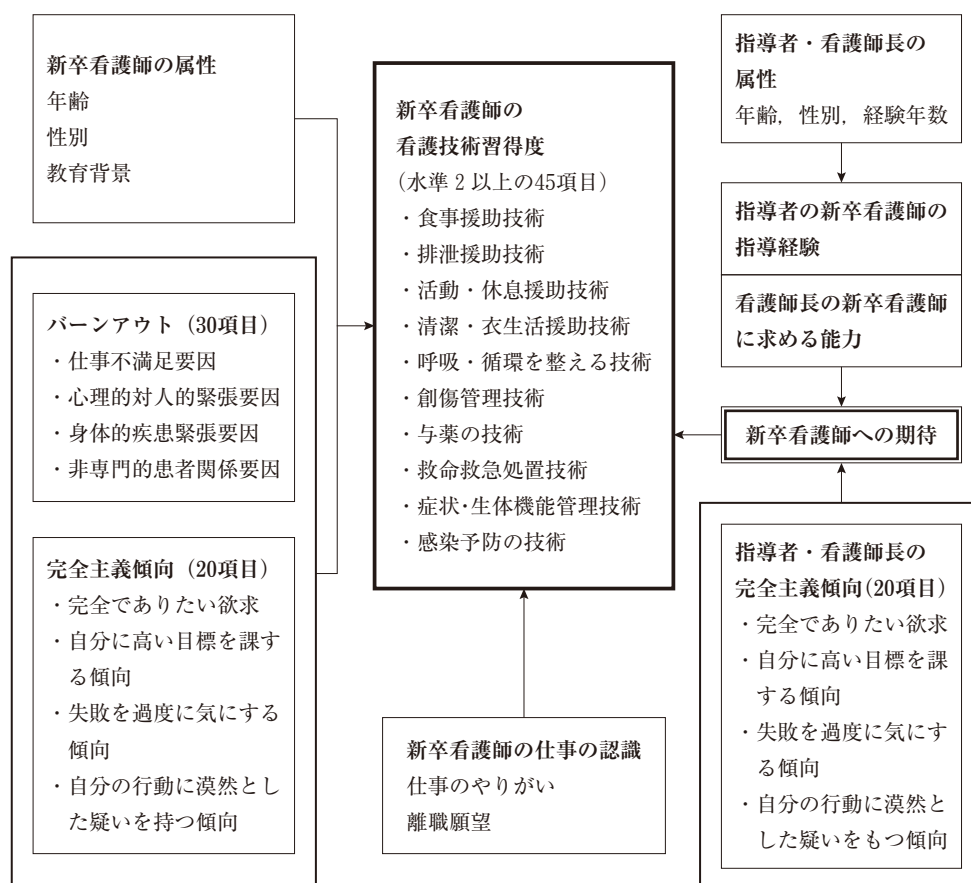


図1. 調査の枠組み

手順といった運動機能の習得を示すものとして区別する。

(2) バーンアウト：仕事に対する否定的な態度、低い自己概念、患者に対する関心の欠如などに伴い、身体的・情緒的疲弊状態に陥る状態。自分の理想を求めて悩みながら努力してきたが、その結果、不満足感や失敗感をもつに至ったものである、と定義する。よく似た意味で使用されることもあるが、リアリティショックとは、実際に職場で仕事を始めるようになって、予期しなかった苦痛や不快さを伴い耐えがたい現実に出くわしたときに見られる身体的・心理的・社会的なショック症状のことである、として区別する。

(3) 自己志向的完全主義：自分が理想とするかたちに近づけようと努力し、物事に対して完全性を追求すること。

2. 調査の枠組み

図1に示す。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象

中国・四国・近畿地方の300床以上の総合病院で研究協力の得られた6施設の看護師で、2年目看護師165名、指

導者150名、看護師長90名である。

2. 調査期間

平成18年5月～7月である。

3. 調査方法

各施設の看護部長宛に、①2年目看護師、②指導者、③看護師長用の質問紙を送付し、病院での配布を依頼した。回答は自己記入方式で記入後は個別に返信用封筒に入れ、郵送無記名で回収した。

①2年目看護師には、昨年1年間を振り返ってもらい、新卒看護師としての1年間の状況について回答を得た。

②指導者は、新卒看護師への指導経験があるものから回答を得た。

4. 調査内容

(1) 対象者の属性

年齢、性別、看護師経験年数および看護師長経験年数について尋ねた。

(2) 看護技術習得度45項目

平成14年文部科学省の「看護学教育のあり方に関する検

討会」で臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術水準として示された看護実践を支える技術学習項目13項目に沿って作成されたガイドラインを用いた³¹⁾。

看護技術水準1（看護学生が単独で実施できるもの）、水準2（教員や看護師の指導・監視の下で学生が実施できるもの）、水準3（学生は原則として見学）の分類から、基礎教育で概ね実施している水準1の項目を除き、新卒1年目での習得状況に差が生じるとされる水準2以上の技術項目を採用した。回答は習得度を問う形式で、「採用時すでに一人でできる」「1年以内に一人でできる」「1年以内に指導があれば一人でできる」「1年以内では一人でできない」「機会がない」の5段階評価とした。

(3) 質問項目

2年目看護師には仕事に対する認識、卒業までに身につけておきたい看護技術、バーンアウト状態を調査し、指導者には新卒看護師への指導を経験して思うことに関連した内容19項目の質問を実施した。看護師長には新卒看護師に求める能力を調査した。2年目看護師、指導者、看護師長への質問項目は、先行文献を参考に研究者間で検討を重ね、本調査のために作成したものである。また2年目看護師、指導者、看護師長の自己志向的完全主義尺度を調査した。

(4) 尺度の説明

バーンアウト尺度³²⁾：ヘルスプロフェッショナルに見られるバーンアウトを測定する尺度で、信頼性、妥当性の検証はされている。「仕事不満足要因」「心理的・対人的緊張要因」「身体的疾患緊張要因」「非専門的患者関係要因」の4カテゴリー30項目で、20点から140点にわたり、点数が高いほどバーンアウト状態が重いことを示す。

自己志向的完全主義尺度³³⁾：桜井・大谷らによって信頼性、妥当性が検証された尺度で、4カテゴリー20項目からなる。「完全でありたいという欲求（DP）」「自分に高い目標を課する傾向（PS）」「失敗を過度に気にする傾向（CM）」「自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向（D）」の4カテゴリーからなり、「非常にあてはまる」から「全くあてはまらない」の6段階評定で、点数が高いほど完全主義が強く適応的であることを示す。

5. 倫理的配慮

調査にあたり研究目的・内容を文書で看護部長宛てに送付し、加えて口頭で説明を行った。各施設内で研究参加に関する検討をしていただいた後、研究参加の同意が得られた施設に質問紙を送付した。対象者への配布は看護部から研究に関する説明文書、質問紙、返送用封筒をセットにして行った。対象者への依頼は説明文書にて、研究目的・内容・参加の自由・守秘性・個人や施設の特定はされない・

研究目的以外に使用しないことを明記した。質問紙は各自で個別の封筒により無記名自己郵送返送式とし、アンケートの返送により同意を得た。またデータ管理について、電子化されたデータは鍵のかかる場所で保管し、回収した質問紙は密封された袋に保存し、電子化されたデータとは別に鍵のかかる場所に保管した。分析後は速やかにシュレッダーにかけて破棄することとした。

6. 分析方法

分析は単純集計および統計解析には統計ソフトSPSS for Windows 16.0Jを用いた。有意水準は5%未満とした。2年目看護師は看護技術45項目とバーンアウト尺度、完全主義尺度の関連についてPearsonの相関分析を行った。2年目看護師、指導者、看護師長の完全主義傾向は分散分析を行った。新卒看護師の卒業までに身につけておきたい看護技術の自由記載は看護実践を支える技術学習項目13項目に沿って内容を分類した。看護師長の新卒看護師に求める能力は、優先順位の高いものから1～5の順位で回答されたものに対して、1位に5点、2位に4点、3位に3点、4位に2点、5位に1点の点数を与え、点数の高い項目から順位をつけ、リッカートスケールとして処理した。

IV. 結 果

アンケートの回収率は2年目看護師106名（64.2%）、指導者112名（74.6%）、看護師長72名（81.1%）であった。2年目看護師は看護技術項目、バーンアウト尺度、完全主義尺度のすべてに完全回答が得られた92名（86.8%）を解析対象とした。指導者、看護師長は看護技術項目のすべてに完全回答が得られた指導者98名（65.3%）、看護師長57名（63.3%）を対象とした。

1. 対象者の属性

平均年齢は2年目看護師23.6±2.4歳、指導者29.0±6.0歳、看護師長49.2±4.7歳であった。性別は2年目看護師女性83名（90.2%）、男性9名（9.8%）、指導者は女性97名（98.9%）、男性1名（1.1%）、看護師長は女性57名（100%）であった。2年目看護師の教育背景では看護系大学40名（43.5%）、看護系短大29名（31.5%）、看護専門学校3年課程15名（16.3%）、看護専門学校2年課程4名（4.3%）、高等学校専攻科4名（4.3%）であった。

指導者の看護経験年数は、3年未満15名（15.3%）、3年以上5年未満30名（30.6%）、5年以上10年未満28名（28.6%）、10年以上25名（25.5%）であった。

看護師長の師長経験年数は、1年未満7名（12.3%）、1年以上3年未満13名（22.8%）、3年以上5年未満8名

(14.0%), 5年以上10年未満11名(19.3%), 10年以上18名(31.6%)であった。

2. 新卒看護師の看護技術習得状況(表1)

新卒看護師の看護技術習得度では「採用時すでに一人で行える」と回答した上位3項目の技術は、「ストレッチャー移送」18名(19.6%),「浣腸の実施」16名(17.4%),「血糖測定の実施」14名(15.2%)であった。また、看護技術45項目で「採用時すでに一人で行える」と回答した技術が1つもない者は53名(57.6%)であった。

次に「1年以内に一人で行える」と回答した技術は「輸液ラインが入っている患者の寝衣交換」72名(78.3%),「末梢静脈内点滴の管理」68名(73.9%),「輸液ポンプの操作」67名(72.8%)であった。「1年以内に指導があれば一人で行える」と回答した技術は、「医療器材の洗浄・消毒・滅菌の区別の実施」39名(42.4%),「無菌操作の確実な実施」38名(41.3%),「ドレーンの管理」35名(38.0%)であった。「1年以内では一人で行えない」技術は「電気的除細動が必要な状況の判断」26名(28.3%),「気道確保エアウエイの挿入」16名(17.4%),「心肺蘇生法の実施」「気管内挿管の介助」15名(16.3%)であった。「機会がない」と回答した技術は「胃内視鏡検査時の援助」「気管支鏡検査時の援助」74名(80.4%),「新生児の沐浴の実施」68名(73.9%),「胸骨圧迫心臓マッサージの実施」65名(70.7%)であり、「機会がない」技術が20項目以上ある者は15名(16.3%)であった。

表1. 新卒看護師の看護技術習得 上位3項目 n = 92

技術項目	人数 (%)
「採用時すでに一人で行える」	
ストレッチャー移送	18 (19.6)
浣腸の実施	16 (17.4)
血糖測定	14 (15.2)
「1年以内に一人で行える」	
輸液ラインが入っている患者の寝衣交換	72 (78.3)
末梢点滴静脈内注射の管理	68 (73.9)
輸液ポンプの操作	67 (72.8)
「1年以内に指導があれば一人で行える」	
医療器材の洗浄・消毒・滅菌の区別の実施	39 (42.4)
無菌操作の確実な実施	38 (41.3)
ドレーンの管理	35 (38.0)
「1年以内では一人で行えない」	
電気的除細動が必要な状況の判断	26 (28.3)
気道確保(エアウエイの挿入)	16 (17.4)
心肺蘇生法の実施	15 (16.3)
「機会がない」	
気管支鏡検査の援助	74 (80.4)
胃内視鏡検査の援助	74 (80.4)
新生児の沐浴の実施	68 (78.9)

3. 新卒看護師に求める看護技術について(表2)

指導者の新卒看護師に求める看護技術では、「採用時すでに一人で行える」ことを期待する技術の上位3項目は「ストレッチャー移送」32名(32.7%),「酸素ボンベの操作」21名(21.4%),「直腸内与薬方法の実施」18名(18.4%)であった。「1年以内に一人で行える」を期待する技術は「末梢静脈内点滴の管理」85名(86.7%),「中心静脈栄養の管理」「導尿の実施」「血糖測定の実施」79名(80.6%),「気管内吸引の実施」78名(79.6%)であった。「1年以内に指導があれば一人で行える」を期待する技術は「人工呼吸器装着中の患者のケア」「心肺蘇生法の実施」41名(41.8%),「気管内挿管の介助」38名(38.8%),「人工呼吸器の操作」37名(37.8%)であった。「1年以内では一人で行えない」と回答した技術は「電気的除細動が必要な状況の判断」31名(31.6%),「人工呼吸器の操作」23名(23.5%),「気管内挿管の介助」19名(19.4%)であった。「機会がない」技術は「胃内視鏡検査時の援助」60名(61.2%),「新生児の沐浴の実施」57名(58.2%),「気管支鏡検査時の援助」49名(50.0%)であった。

看護師長の新卒看護師に求める看護技術では、「採用時すでに一人で行える」ことを期待する技術上位3項目は「ストレッチャー移送」31名(54.4%),「静脈血採血の実施」21名(36.8%),「浣腸の実施」「輸液ラインが入っている患者の寝衣交換」18名(31.6%)であった。「1年以内に一人で行える」を期待する技術は「末梢静脈内点滴の管理」「経鼻あるいは胃瘻チューブからの栄養注入」48名(84.2%),「輸液ポンプの操作」46名(80.7%),「同性の膀胱留置カテーテルの挿入」「気管内吸引の実施」44名(77.2%)であった。「1年以内に指導があれば一人で行える」を期待する技術は「人工呼吸器の操作」「気道確保エアウエイの挿入」「ストーマ造設者へのケアの実施」26名(45.6%),「気管内挿管の介助」「一時的止血法の実施」25名(43.9%),「関節可動域訓練の実施」「低圧持続吸引器の操作」24名(42.1%)であった。「1年以内では一人で行えない」と回答した技術は「電気的除細動が必要な状況の判断」21名(36.8%),「人工呼吸法バックマスク法の実施」14名(24.6%),「気道確保エアウエイの挿入」13名(22.8%)であった。「機会がない」技術は「新生児の沐浴の実施」29名(50.9%),「胃内視鏡検査時の援助」27名(47.4%),「気管支鏡検査時の援助」26名(45.6%)であった。

また、「採用時すでに一人で行える」を期待する技術が1つもなかった指導者は47名(48.0%),看護師長は19名(33.3%)であった。

表2. 新卒看護師に期待する看護技術 上位3項目

指導者			看護師長		
順位	人数	%	順位	人数	%
「採用時すでに一人で行える」					
1 ストレッチャー移送	32	32.7	1 ストレッチャー移送	31	54.4
2 酸素ボンベの操作	21	21.4	2 静脈血採血の実施	21	36.8
3 直腸内与薬方法の実施	18	18.4	3 浣腸の実施	18	31.6
			輸液ラインが入っている患者の寝衣交換	18	31.6
「1年以内に一人で行える」					
1 末梢点滴静脈内注射の管理	85	86.7	1 経鼻あるいは胃瘻チューブから栄養剤の注入	48	84.2
2 中心静脈栄養の管理	79	80.6	末梢点滴静脈内注射の管理	48	84.2
導尿の実施	79	80.6	2 輸液ポンプの操作	46	80.7
血糖測定の実施	79	80.6	3 同性の膀胱留置カテーテルの挿入	44	77.2
3 気管内吸引の実施	78	79.6	気管内吸引の実施	44	77.2
「1年以内で指導があれば一人で行える」					
1 人工呼吸器装着中の患者のケア	41	41.8	1 人工呼吸器の操作	26	45.6
心肺蘇生法の実施	41	41.8	ストーマ造設者へのケアの実施	26	45.6
2 気管内挿管の介助	38	38.8	気道確保：エアウェイの挿入	26	45.6
3 人工呼吸器の操作	37	37.8	2 気管内挿管の介助	25	43.9
			一時的止血法の実施	25	43.9
			3 関節可動域訓練の実施	24	42.1
			低圧胸腔内持続吸引器の操作	24	42.1
「1年以内では一人で行えない」					
1 電気的除細動が必要な状況の判断	31	31.6	1 電気的除細動が必要な状況の判断	21	36.8
2 人工呼吸器の操作	23	23.5	2 人工呼吸法：バックマスク法の実施	14	24.6
3 気管内挿管の介助	19	19.4	3 気道確保：エアウェイの挿入	13	22.8
「機会がない」					
1 胃内視鏡検査時の援助	60	61.2	1 新生児の沐浴の実施	29	50.9
2 新生児の沐浴の実施	57	58.2	2 胃内視鏡検査時の援助	27	47.4
3 気管支鏡検査時の援助	49	50.0	3 気管支鏡検査時の援助	26	45.6

4. 新卒看護師の看護技術習得度と指導者および看護師長の期待の比較

「採用時すでに一人で行える」ことを期待する看護技術で、新卒看護師の看護技術習得度と期待との差が最も大きかった技術の上位3項目は、指導者では「無菌操作の確実な実施」「ストレッチャー移送」「直腸内与薬方法の実施」、看護師長では「ストレッチャー移送」「静脈血採血の実施」「無菌操作の確実な実施」であった。

また「採用時と1年以内に一人で行える」ことを期待する技術で、指導者・看護師長の期待度が50%以上だが、新卒看護師の習得度が50%未満の看護技術は指導者では10項目、看護師長では8項目あった。上位3項目を示す。指導者では「静脈内注射の実施」で74.5%の期待度に対し新卒看護師の習得度は32.6%、「医療器材の洗浄・消毒・滅菌の区別の実施」では76.5%に対し新卒看護師40.2%、「12誘導心電図の実施」では72.4%に対し新卒看護師44.6%であった。

看護師長では、「医療器材の洗浄・消毒・滅菌の区別の実施」で82.5%の期待度に対し新卒看護師の習得度は

40.2%、「低圧持続吸引中の患者のケア」では50.9%に対して新卒看護師29.3%、「12誘導心電図の実施」で63.2%に対して新卒看護師44.6%であった。

指導者、看護師長ともに「採用時と1年以内に一人で行える」ことを期待している割合が50%未満の項目は45項目中15項目あった。「気道確保エアウェイの挿入」「電気的除細動が必要な状況の判断」「人工呼吸器の操作」「気管支鏡検査時の援助」では指導者、看護師長の期待度は30%未満となっていた。

5. 看護技術習得度とバーンアウトおよび完全主義傾向の関連

新卒看護師のバーンアウト得点は平均 62.7 ± 17.6 点で、「1年以内では一人で行えない」看護技術項目が多いほどバーンアウト得点が高く ($r = .226, p < .05$)、「機会がない」ため経験する技術項目が多い者ほどバーンアウト得点が低かった ($r = -.321, p < .01$)。

自己志向的完全主義尺度の平均得点は、「完全でありたいという欲求 (DP) 17.7 ± 4.1 」,「自分に高い目標を課

表3. 新卒看護師の看護技術習得とバーンアウト、完全主義傾向の関連

(n=92)

		技術習得度				
		「採用時すでに一人のできる」	「1年以内に一人のできる」	「指導があれば1年以内に一人のできる」	「1年以内では一人のできない」	「機会がない」
mean ± SD (点)						
バーンアウト尺度	62.7 ± 17.6	-.141	.106	.138	.226 *	-.321 **
自己志向的完全主義尺度						
DP	17.7 ± 4.1	-.800	.280	.043	-.060	-.019
PS	18.3 ± 4.4	-.025	.048	-.036	-.205 *	.072
CM	15.9 ± 4.1	-.086	.179	.025	.062	-.256 *
D	20.4 ± 4.0	-.280 **	.022	.217 *	.058	-.145

* $\rho < .05$

** $\rho < .01$

* $p < .05$ ** $p < .01$

表4. 新卒看護師、指導者、看護師長の完全主義傾向の平均値と分散分析結果

完全主義傾向	新卒看護師	指導者	看護師長	分散分析結果 F (2,244)
	mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD	
DP	17.7 ± 4.1	17.9 ± 4.3	17.2 ± 4.5	0.46
PS	18.3 ± 4.4	18.6 ± 3.4	18.8 ± 3.7	0.67
CM	15.9 ± 4.1	14.5 ± 4.0	14.1 ± 4.8	4.12 *
D	20.4 ± 4.0	19.9 ± 4.4	19.2 ± 4.4	1.52

* $p < .05$

する傾向 (PS) 18.3 ± 4.4], 「ミスを過度に気にする傾向 (CM) 15.9 ± 4.1], 「自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向 (D) 20.4 ± 4.0」であった。新卒看護師の看護技術習得度との関連では, 「1年以内に指導があれば一人のできる」技術が多い者ほどD (自分の行動に疑いをもつ傾向) が高く ($r = .217, p < .05$), 「採用時すでに一人のできる」技術が多い者ほどDが低かった ($r = -.280, p < .01$)。

また「1年以内では一人のできない」技術が多い者ほどPS (高い目標を課する傾向) が低く ($r = -.205, p < .01$), 「機会がない」技術が多い者ほどCM (ミスを過度に気にする傾向) が低かった ($r = -.256, p < .01$)。(表3)

指導者および看護師長の完全主義傾向では, 指導者DP 17.9 ± 4.3, PS 18.6 ± 3.4, CM 14.5 ± 4.0, D 19.9 ± 4.4, 看護師長DP 17.2 ± 4.5, PS 18.8 ± 3.7, CM 14.1 ± 4.8, D 19.2 ± 4.4であった。新卒看護師と指導者, 看護師長の完全主義傾向について分散分析を行った結果, CMで有意な結果が得られた ($F = 4.12, p < .05$)。有意であったCMについて多重比較を行なったところ, 新卒看護師は看護師長より有意に高い得点を示しており ($p < .05$), 新卒看護師は看護師長よりも失敗を過度に気にする傾向が強かった。(表4)

6. 新卒看護師の仕事と看護技術に対する認識

新卒看護師の仕事に対する認識では, 看護学校で学んだ知識は患者様の援助に生かせましたか, の問いは「生かせた」11名 (12.0%), 「やや生かせた」53名 (57.6%), 「あまり生かせない」25名 (27.2%), 「生かせていない」2名

(2.2%)であった。

看護学校で学んだ技術は患者様のケアに生かせましたか, の問いでは「生かせた」9名 (9.8%), 「やや生かせた」54名 (58.7%), 「あまり生かせない」26名 (28.3%), 「生かせていない」2名 (1.1%)であった。

自分は看護師に向いていると思うか, の問いでは「そう思う」6名 (6.5%), 「少し思う」41名 (44.6%), 「あまり思わない」37名 (40.2%), 「思わない」4名 (7.6%)であった。

仕事にやりがいを感じますか, の問いでは「感じる」23名 (25.0%), 「まあ感じる」48名 (52.2%), 「あまり感じない」17名 (18.5%), 「感じない」3名 (3.3%)であった。

仕事を辞めたいと思ったことがありますか, の問いでは「ない」4名 (4.3%), 「ほとんどない」12名 (13.0%), 「ときどきある」44名 (47.8%), 「よくある」31名 (33.7%)であった。

卒業時の自分の技術レベルと就職時に求められた技術レベルはどうだったか, の問いには「求められるレベルは高かった」31名 (33.7%), 「求められるレベルはやや高かった」54名 (58.7%), 「求められるレベルはやや低かった」6名 (6.5%), 「求められるレベルは低かった」0名 (0%)であった。

新卒看護師の看護技術について, 「卒業までにどのような技術ができていれば就職後の助けになったか」を自由記載で求めた結果, 106名中53名 (50%)より回答が得られた。具体的な項目では, 「点滴静脈内注射・中心静脈栄養

の管理」「静脈内注射・皮内・皮下・筋注」「輸液ポンプの操作」といった水準2の「与薬の技術」をあげており、35名（66.0%）と最も多かった。次に「採血」「血糖測定」といった水準2の「症状・生体機能管理技術」であり、15名（26.8%）があげていた。また水準1の「吸引」の「呼吸・循環を整える技術」をあげたものが8名（14.3%）と多かった。

7. 指導者の新卒看護師への指導経験

新卒看護師への指導経験に関する質問19項目から、「そう思う」の回答割合が高かった上位5項目は、「自分の知識・技術の確認になった85名（78.7%）」「自信のない分野の指導は難しい68名（63.0%）」「自身の成長や振り返りを行えた68名（63.0%）」「業務をしながらの指導で負担が多く指導に余裕がもてない45名（41.7%）」「注意の仕方が難しい43名（39.8%）」であった。

8. 看護師長の新卒看護師に求める能力

看護師長が新卒看護師に求める能力について優先順位5位までを調査した結果、優先順位の高かった項目は、第1位「看護の手技能力」、第2位「患者とのコミュニケーション能力」、第3位「やさしさ・思いやり」、第4位「礼儀正しさ、挨拶」、第5位「自己学習能力」であった。

V. 考 察

1. 新卒看護師の看護技術習得の現状と期待について

新卒看護師の教育背景としては看護系大学40名（43.5%）、ついで看護系短大29名（31.5%）であり、看護系の大学・短大出身者が75.0%を占めていた。

新卒看護師の看護技術習得度では、「採用時すでに一人でできる」と回答した技術項目が1つもなかった者が57.6%と半数以上もいた。これは、臨地実習において看護学生が行なう基本的な看護技術水準として示されている水準2（教員や看護師の指導・監視の下学生が実施できるもの）が比較的高度な看護技術であることが考えられる。臨地実習で経験できたとしても何度も経験できるわけではなく、採用までに一人でできていたと自信をもって回答するレベルに到達するには難しく、基礎教育だけでは十分な習得が困難であることを示している。「1年以内では一人でできない」技術項目では、「電気的除細動が必要な状況の判断」や「気道確保」「心肺蘇生法の実施」など水準3の救命救急処置技術が多く含まれていた。また「機会がない」技術項目では20項目以上ある者が16.3%おり、「気管支鏡検査の援助」や「胃内視鏡検査の援助」「新生児の沐浴の実施」などの特殊な検査や援助技術が多く、卒後1年が経

過しても配属部署によっては経験することがないことを示している。つまり、未経験な技術を多く抱えたまま2年目を迎えていることが示唆された。

「採用時すでに一人でできる」ことを期待する技術で、新卒看護師の習得度に比べて指導者や看護師長の期待に最も大きな差がある項目は、「無菌操作」「ストレッチャー移送」「採血」「直腸内与薬方法」であった。看護技術においては卒業直後の能力と臨床で求められるレベルのギャップを減少させることが重要で^{35)~37)}、離職予防にもつながる。これらの技術レベルのギャップをどのように減少させていくかが課題である。「採血」や「直腸内与薬」は、侵襲的な処置であるため繰り返し練習することが困難であり、無資格の学生が臨地実習の場で実施するには学生の実施場面が限られること、学内では主にモデル人形を用いた擬似患者での練習であるため、自信をもって一人でできるレベルにまで至らないことが新卒看護師の習得度を低くしている要因であると考えられる。しかし、卒後臨床では多くの場面で求められる技術であり、無菌操作やストレッチャー移送と同様に学生の習得度を上げていく教育方法の工夫が必要であり、基礎教育が強化していくべき項目であると考えられる。学内でのモデル人形を用いた教育プログラムの開発や学生同士で繰り返し練習できる環境を整備する必要がある。

「1年以内に一人でできる」ことを期待する技術項目では、指導者、看護師ともに末梢静脈内点滴の管理といった「与薬の技術」を8割があげており、卒後1年以内に確実に習得できるようにしていく必要のある技術といえる。また「1年以内で指導があれば一人でできる」技術では気管内挿管の介助やエアウェイの挿入など水準3の「救命救急処置技術」が多く、採用時すでに一人でできる、あるいは1年以内に一人でできること期待している割合も3割未満と期待は低かった。これらの技術は基礎教育だけでは習得が不十分であり、卒後1年目あるいはそれ以降での継続教育のなかで強化していくべき項目であり、教育内容の検討と充実の必要性が示唆された。

2. 新卒看護師の看護技術習得に影響を与える要因について

新卒看護師のバーンアウトと看護技術習得との関連については、「1年以内では一人でできない」技術が多い者ほどバーンアウト状態が重いことが示された。一方「機会がない」技術が多い者ほどバーンアウト状態が軽かった。つまり機会がないために一人でできない技術が多いことより、機会はあるが1年目ではマスターできない技術を多く抱えているほうがバーンアウトに陥りやすいことが考えられた。したがって、配属部署で経験できる看護技術を卒後1年間で確実に習得できるような臨床での教育が重要である。

完全主義と看護技術習得の関連については、「採用時すでに一人できる」技術が多い者ほどDの傾向が低く、「1年以内で指導があれば一人できる」技術が多い者ほどDの傾向が高かった。Dは課題の出来栄えに対して常に漠然とした不安をもち、自分がきちんと行動したかどうか疑いをもってしまう傾向であり、その傾向が高いと抑うつや絶望感に陥りやすいといわれている³⁴⁾。つまり、「採用時すでに一人できる」技術が多い者ほど抑うつ・絶望感に陥る傾向が低いと考えられ、基礎教育においては演習内容の強化により採用までに1つでも多く技術を獲得できるような工夫が必要である。本学では、シミュレータ教材を使用し臨床現場に即した環境設備での状況設定技術演習を行い、看護技術の獲得を目指している。また、採用までに一人できる技術項目数の多少だけでなく、1つの看護技術を確実に習得し実施できるようシミュレータ教材を用いた学内での反復自己学習促進の取組みも効果的であると考えられる。一方、「1年以内で指導があれば一人できる」技術が多い者ほどDの傾向は高く、周囲から指導がなければ一人できるレベルには到達できないことで、抑うつや絶望感に陥りやすい状態にあると考えられる。したがって、新卒看護師には、卒後1年目は指導者に指導を仰ぐことが必要な時期であることを説明することや、看護技術の習得状況を評価することで確実に実施できる技術が増えていることを自覚するようなかかわりが必要である。これらの卒後1年間の技術教育を充実させるような教育方法の充実とともに、基礎教育課程から臨床教育への継続した教育プログラムを検討していく必要がある。

新卒看護師と指導者、看護師長の完全主義傾向については、新卒看護師は看護師長に比べて失敗を過度に気にする傾向（CM）が高い集団であることがわかった。完全主義のなかでもCM傾向を強くもっていることが不適応に陥る最も大きな原因と考えられ、ストレスの強さに関係なく常に抑うつや絶望感に陥りやすい状態であることがわかっており³⁴⁾、このような新卒看護師の傾向を考慮していくことは重要である。新卒看護師が何事も完璧にできなければならないと強く思い込み過ぎないように、失敗は周囲からの評価を下げるものではなく、次への成功につながるととらえられるよう、指導者・看護師長からのサポートが必要であると考えられる。

3. 新卒看護師の仕事に対する認識と習得を希望する看護技術について

新卒看護師の仕事に対する認識では、看護学校で学んだ知識、技術が患者の援助に生かされたか、の問いでは「生かした」「やや生かした」と回答した者は60%以上いた。一方、就職時に求められた技術レベルは「高かった」「やや

高かった」と回答した者は92.4%と多く、看護学校で学んだ技術レベル以上のものを臨床において要求されていると認識している新卒看護師の現状が示された。したがって、看護技術教育においては臨床で求められる技術内容を十分反映できる教育内容を考慮していくことも必要である。また新卒看護師の仕事のやりがいについては、「やりがいを感じる」「まあ感じる」と回答したものが77.2%いたが、81.5%が仕事を辞めたいときに「よくある」「ときどきある」と回答していた。つまり新卒看護師は仕事に対してやりがいを感じながらも、その一方で、離職への思いも同時に抱く不安定な心理状態であることが推察できた。

卒業までにどのような看護技術ができていれば就職後の助けになったか、の質問では「注射」「点滴」「採血」「吸引」を多くの者があげている。これらは指導者や看護師長が1年以内に一人できることを期待している技術にも含まれており、就職後からすぐに実施が求められる技術である。先行研究においても新人看護師自身が困難を感じ、強化が必要な項目と感じているものとして「点滴」「輸液ポンプ」「注射」「採血」「吸引」をあげており³⁸⁾、本研究とはほぼ同様の結果が得られた。患者への侵襲の高い技術であるからこそ学生の間には確実な技術を身につけ、就職後臨床で患者に提供できるようにしなければならない。

4. 指導者の指導経験と看護師長の新卒看護師に求める能力について

指導者の新卒看護師への指導経験を通しての思いでは「自分の知識・技術の確認になった」「自身の成長や振り返りを行えた」と新人指導を自己の成長の促進因子であると前向きにとらえることができていた。しかし、自信のない分野の指導は難しいことや負担が多く指導に余裕がないなど、指導による負担も大きく、指導者への負担感や指導の困難感を軽減し、モチベーションを高めるような指導者に対する指導プログラムも同時に検討していく必要があると考える。

看護師長が新卒看護師に求める能力を示した結果では、第1位は看護の手技能力であり、看護師長が新卒看護師に求める能力において看護技術が大変重要視されていることが再確認された。次には患者とのコミュニケーション能力であり、本学においても模擬患者を設定した対話学習プログラムを取り入れるなど、単に看護技能の習得のみにとどまらず患者とのコミュニケーションを通して看護技術の提供ができる人材の育成が重要であると考えられる。また、やさしさ・思いやり、礼儀正しさ・挨拶などの人間性も重視しており、患者との良好な関係性を築けるよう受け持ち患者へのかかわり方や言葉遣いなど、実習場面で教員や指導者がロールモデルとなり学生に示していくことが必要である

と考える。そして、自己学習能力など学生時代の与えられる教育から自身で学習し獲得していく能力が求められていることがわかった。

VI. 結 語

新卒看護師の技術習得の現状と指導者・看護師長の期待および技術習得に影響を与える要因に関する調査を実施した結果、以下のことが明らかになった。

1. 新卒看護師の技術習得度では看護技術45項目中「採用時すでに一人でできる」と回答した技術が1つもない者が57.6%、「機会がない」と回答した技術が20項目以上ある者が16.3%であった。
2. 「採用時すでに一人でできる」ことを期待する技術で新卒看護師との差が最も大きかった技術は、指導者では「無菌操作の確実な実施」「ストレッチャー移送」「直腸内与薬方法の実施」、看護師長では「ストレッチャー移送」「静脈血採血の実施」「無菌操作の確実な実施」であった。
3. 新卒看護師の看護技術到達習得度とバーンアウトの関連では、「1年以内では一人でできない」看護技術が多いほどバーンアウト得点が高く、「機会がない」ため経験する技術が少ない者ほどバーンアウト得点が低

かった。

4. 新卒看護師の看護技術習得度と自己志向的完全主義尺度の関連では、「1年以内で指導があれば一人でできる」技術が多い者ほどD（自分の行動に疑いをもつ傾向）が高く、「採用時すでに一人でできる」技術が多い者ほどDが低かった。また「1年以内では一人でできない」技術が多い者ほどPS（高い目標を課する傾向）が低く、「機会がない」技術が多い者ほどCM（ミスを過度に気にする傾向）が低かった。
5. 新卒看護師の仕事へのやりがいについては「やりがいを感じる」「まあ感じる」と回答した者は77.2%いた。一方で、仕事を辞めたいと思ったことが「よくある」「ときどきある」と回答した者が81.5%いた。
6. 看護師長が新卒看護師に求める能力について優先順位の高かった項目は、第1位「看護の手技能力」、第2位「患者とのコミュニケーション能力」、第3位「やさしさ・思いやり」、第4位「礼儀正しさ、挨拶」、第5位「自己学習能力」であった。

謝 辞

本調査に快くご協力をいただきました病院施設の看護部の皆様に深謝いたします。

要 旨

新卒看護師の看護技術習得の現状と指導者、看護師長の期待を明らかにするために基礎的な看護技術45項目の調査を実施した。対象は2年目看護師92名、指導者98名、看護師長57名。その結果2年目看護師の57.6%は看護技術45項目のうち、採用時にすでに一人でできる技術が1つもなかった。また機会がなくできない技術が20項目以上ある者が16.3%いた。新卒看護師への期待において、指導者の48.0%、看護師長の33.3%は採用時すでに一人でできることに対する期待はなく、1年以内に一人でできることを期待していた。救命救急処置技術は、1年目で指導があればできることを期待していた。

以上のことから、基礎教育課程では学内演習での技術教育を充実させていくことが重要である。また基礎教育と卒後教育を連携させた継続的教育プログラムの必要性が示唆された。

Abstract

In the present study, we investigated the current state of nursing skill acquisition among newly graduated nurses and the related expectations of instructors and chief nurses. Subjects comprised 92 second-year nurses, 98 instructors and 57 chief nurses. A questionnaire survey was conducted regarding ability to perform 45 basic nursing skills. A total of 57.6% of second-year nurses were unable to independently perform even one of 45 identified nursing skill items at the time of hiring. Furthermore, 16.3% had had no opportunity to perform 20 or more of the skill items. With regard to expectations for skill acquisition, 48.0% of instructors and 33.3% of chief nurses did not expect newly graduated nurses to be able to independently perform any skills at the time of hiring but anticipated they would be capable of doing so within one year. It was expected that nurses would be able to perform skills related to life-saving emergency treatment if they received instruction during their first year of employment.

These findings demonstrate the importance of improving skill training during practice in undergraduate courses. The need for a continuous education program linking undergraduate with postgraduate education is also suggested.

文 献

- 1) 看護基礎教育の充実に関する検討会ワーキンググループ：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書．2007.
- 2) 市川和可子，佐藤るみ子，ほか：わが国における新卒看護師に関する文献の検討．福島県立医科大学看護学部紀要，31-39，2003.
- 3) 井部俊子：看護系大学新卒者の臨床実践能力．病院，61(4)，288-295，2002.
- 4) 石作恵美子，赤星誠美，ほか：新人看護師の就職時の看護技術修得状況．日本看護学会論文集（看護管理），292-294，2004.
- 5) 宗村美江子，佐藤八重子：新卒者の実践能力；臨床側からの問題認識と対策についての考え方．看護展望，26(5)，29-34，2001.
- 6) 松元智恵子，鈴木香理，ほか：新人看護職員の臨床実践能力の修得に関する院内教育の構築とその実践の評価．日本看護学会論文集（看護教育），75-77，2005.
- 7) 田口正男：定着を阻む古くて新しい看護教育の問題点．看護教育，46(7)，526-531，2005.
- 8) 大久保仁司，平林志津保，ほか：新卒看護師が入職後3ヶ月までに感じるストレス．奈良県立医療大学看護紀要，4，26-33，2008.
- 9) 樋之津淳子，高島尚美，ほか：新人看護師6ヶ月までの看護実践能力の修得過程の分析．筑波医療短期大学研報，23，27-32，2002.
- 10) 野田順子，猿渡祐子，ほか：新人看護師のストレスと看護技術評価および職場適応評価との関連について．日本看護学会論文集（看護管理），117-118，2002.
- 11) 平塚陽子，中島春香，ほか：新卒看護師が感じる看護基礎教育と看護臨床現場とのギャップ．北日本看護学雑誌，11(2)，13-21，2009.
- 12) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究．日本看護研究学会雑誌，27(1)，91-99，2004.
- 13) 稲垣美紀，土居洋子，ほか：学部学生の卒業時における看護技術の習得状況（第1報）．大阪府立看護大学紀要，8(1)，47-52，2002.
- 14) 宮脇美保子：大卒看護師1年目の体験．日本看護学教育学会誌，15(1)，15-23，2005.
- 15) 藤内美保，安部恭子，ほか：大学における看護基本技術に関する教育のあり方．看護教育，44(9)，788-793，2003.
- 16) 深田順子，百瀬由美子，ほか：看護実践能力に対する学生による縦断的自己評価からみた大学における看護技術教育の検討．愛知県立看護大学紀要，14，73-84，2008.
- 17) 遠藤みどり，石田貞代，ほか：看護実践能力向上のための取り組み．山梨県立大学看護学部紀要，9，43-54，2007.
- 18) 吉田礼子：新卒看護師の看護実践能力と卒後教育における学習経験との関連から見た看護基礎教育評価．東海大学短期大学紀要，39，71-80，2005.
- 19) 近藤ふさえ，土屋有利子，ほか：新卒看護師と看護学生の基礎看護技術の経験に関する調査．杏林大学研究報告，23，79-93，2006.
- 20) 高島尚美，樋之津淳子，ほか：新人看護師12ヶ月までの看護実践能力と社会的スキルの修得課程．日本看護学教育学会誌，13(3)，1-17，2004.
- 21) 佐藤まゆみ，大室律子，ほか：看護系大学を卒業した新人看護職者における看護実践能力の習得状況．看護管理，16(8)，676-681，2006.
- 22) 鈴木充子，小口久美子，ほか：新人看護職員の臨床実践能力育成に向けての取り組み．日本看護学会論文集（看護教育），60-62，2005.
- 23) 大木信子：先輩看護師の新人看護師に対する臨床実践能力評価の視点．神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，28，214-221，2003.
- 24) 中村雅子，山下清美，ほか：国立病院・療養所における新卒看護婦に求められる基礎看護技術修得に対する期待度とその実態に関する研究．九州国立看護教育紀要，4(1)，49-58，2001.
- 25) 梅野貴恵，山崎和代，ほか：本校卒業生の卒業後3ヶ月時点での基礎看護技術到達度の実態と臨床の期待．九州国立看護教育紀要，5(1)，38-45，2002.
- 26) 寺澤明子，戸村道子，ほか：赤十字看護大学教員および赤十字医療施設に勤務する中間看護管理者が看護師に期待する基礎的能力および大卒看護師に期待する看護実践能力．日本赤十字看護学会誌，5(1)，70-79，2005.
- 27) 看護実践能力育成プロジェクトチーム：新卒看護師に期待される看護実践能力達成度の検討．愛知県立看護大学紀要，14，29-36，2008.
- 28) 飯岡佐知子，曾田陽子，ほか：看護師長による看護大学卒業生の看護技術達成度の評価．愛知県立看護大学紀要，14，53-62，2008.
- 29) 清水光栄，古井 景：職域における抑うつと完全主義との関係について．産業衛生学雑誌，46，173-180，2004.
- 30) 齋藤路子，沢崎達夫，今野裕之：自己志向の完全主義尺度と自己の不完全性認知の関連の検討．目白大学心理学研究，5，93-106，2009.
- 31) 竹尾恵子：臨地実習のための看護技術指導ガイドライン．378-380，学研，2005.
- 32) 稲岡文昭：Burnout現象とBurnoutスケールについて．看護研究，21(2)，27-35，1988.
- 33) 松井 豊（編）：心理判定尺度集Ⅲ．229-232，サイエンス社，2005.
- 34) 桜井茂男，大谷佳子：自己に求める完全主義と抑うつ傾向および絶望感との関係．The Japanese Journal of Psychology，68(3)，179-186，1997.
- 35) 別所幸子，水谷良子，ほか：新卒看護師の教育に関する研究．日本看護学会論文集（看護管理），51-53，2003.
- 36) 中川雅子，明石恵子：新卒看護師に対する教育の実態と課題．看護，56(3)，40-44，2004.
- 37) 永田美和子，小山英子，ほか：新人看護師の看護実践上の困難の分析．桐生短期大学紀要，16，31-36，2005.
- 38) 永田美和子，小山英子，ほか：新人看護師の看護実践上の困難と基礎教育の課題．桐生短期大学紀要，17，49-55，2006.

平成22年7月12日受 付
平成23年6月1日採用決定

水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス

— 水俣病患者の語りを通して —

The Psychological Process Leading to Patient's Application for
Minamata Disease Compensation: A Study through Narrative

古 賀 佳代子

Kayoko Koga

キーワード：水俣病補償制度，水俣病患者，聴き取り，語り

Key Words：Minamata disease compensation, Minamata disease patient, interviewing, narrative

I. 緒 言

水俣病は、日本の高度経済成長期に発生した公害病として広く知られている。昭和31年の公式発表から平成18年で50年の節目を迎えたが、「50年経っても水俣病は終わらない」と患者や研究者達は主張する。その理由として、水俣病のもつ原因機序の複雑さ、現在でも確定していない水俣病の症状がある^{1)~7)}。また、平成16年10月15日の関西訴訟最高裁判決後、3,765人⁸⁾（平成18年3月末時点）の住民が水俣病患者として公害健康被害の補償等に関する法律（以下公健法と称す）の認定を求めて申請していることも、水俣病問題が解決していないことの一つである。

水俣病が多発した当時、不知火海沿岸に住んでいたのは約20万人であり、これらの人々は多かれ少なかれ汚染魚を食していたと考えられるため、水俣病の典型的な症状を有しないまでも何らかの健康障害を持つ者は少なからず存在していると考えられる⁹⁾。平成18年版環境白書⁸⁾によると水俣病被害の概要は、公健法に基づく水俣病認定者は2,955人、平成7年の政治解決による救済は11,152人、関西訴訟等の損害賠償認容者55人、平成17年10月以降に新規申請し保健手帳を交付された者1,987人と16,149人（約8%）が救済されているが、この限定的な救済さえ該当することなく声をあげられない人が未だに多く埋もれている。

いままでの水俣病の研究では、高岡¹⁰⁾は、水俣病総合対策事業対象患者は水俣病認定患者との比較で、変わらない自覚症状を示すことを報告しており、また牛島ら¹¹⁾も、65歳以上の水俣病認定患者と水俣病総合対策事業対象患者の比較で介助を要する者の割合に差がない、と水俣病認定患者と水俣病総合対策事業対象患者に変わらない症状があることを報告している。また、メンタル面に注目した研究として杉澤¹²⁾は、未申請者群と比較して認定患者群や

非認定患者群の精神健康度は低かったと指摘し、二塚ら¹³⁾は、メチル水銀汚染地域住民は主に「抑うつと不安」をもち、それは健康状態に強く影響する、と補償を受けていない住民にも目を向けている。

水俣病認定患者のみならずメチル水銀汚染地域住民に何らかの健康障害があると指摘されるなかで、まだ救済されていない住民に対してどのような支援ができるだろうか。水俣病における保健師活動について川田¹⁴⁾は、昭和30年前後の水俣病発生当初から昭和46年までは肢体不自由児に対して、昭和47年以降は福祉事業として家庭訪問を実施していたと報告しているが、水俣病患者への保健師の対応についての研究はほとんど見当たらない。関西訴訟最高裁判決後、認定申請者数が増え続けているいま、「申請する」ことに焦点を当て申請に至るまでの心理的变化を探ることは、まだ埋もれている未救済者に対して具体的支援の糸口を見つける意義があるものと考ええる。

そこで、本研究は水俣病補償制度に申請した方を対象に、聴き取り調査を行うことによって、本人が水俣病と自覚してから申請に至るまでの心理的プロセスを明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

本研究では、水俣病補償制度として、公健法に基づく認定制度と平成7年の政治解決策で行われた水俣病総合対策事業（医療手帳対象者、保健手帳対象者）の2つを指す。水俣病申請者とは、この2つの水俣病補償制度に申請した人、とする。水俣病認定患者とは、公健法に基づく認定制度で認定された人とし、水俣病患者とは、本人が水俣病と自覚している未認定患者を含める。

Ⅲ. 研究方法

1. デザイン

申請に至るまでの心理的プロセスを明らかにするために、聞き取り調査から得られたデータから帰納的に分析する質的記述的研究である。聞き取りは、従来の「聞き取り」に代えて「聴き取り」を用いる。「聴き取り」は本人に自由に語ってもらうことを重視する研究方法である。「聞き取り」は意図せず自然に耳に入ってくる方法であるが、「聴き取り」は意図して聴き、語り手の内面世界を引き出し、語り手の思いや経験を十分につかむことができる方法である。

2. 研究対象

財団法人水俣病センター相思社（以下、相思社と略す）の責任者に紹介を受け、熊本県水俣地区に在住し本研究に同意を得られ、意思疎通が可能な水俣病補償制度に認定申請した経験がある者2名である。水俣病患者は、これまで度重なる調査への協力によって調査への拒否反応が考えられたため、相思社を通して水俣病患者と接触することで不信感を少なくすることができると考えた。相思社は、水俣病に関する調査研究ならびに普及啓発を行うことを目的として、水俣市に拠点を置き、水俣病患者および関係者の生活全般の問題について相談、解決を行っている団体である。

3. データ収集方法

a. 聴き取り方法

- ①財団法人水俣病センター相思社へ聴き取り調査の協力・依頼
- ②聴き手は研究者と同行者1名の2名
- ③データは、対象者の了解を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。
- ④1回目の面接で聴き取ったデータがある程度整理したところで、対象者にデータの誤解や追加がないか再度訪問し確認した。1回の面接時間については1時間を予定するが、本人の承諾を得れば2時間程度にした。2時間を超える場合は2回目の面接を調整し、負担がないように配慮した。

b. 聴き取り内容

(1) 基本属性

基本属性として、年齢、性別、職業、家族構成、親族を収集した。

(2) ありのままに自由に語っていただく内容

「いままでどのような生活を送ってこられたのか、ありのままを話してください」と研究目的とともに伝え、自由に語っていただいた。聴き取りにあたっては、対象者の主観的経験に焦点を当てるので、対象者が自分の経験や思い

について自由に語れるように配慮した。聴き取り場所は自宅とし、生活の場で聴くことで、より対象者の語りを忠実にとらえることができると考えた。

4. データ分析方法

a. 理論的基盤

Blumerのシンボリック相互作用論を理論的基盤としておいた。Blumerのシンボリック相互作用論は、人と人との社会的相互作用、とくにシンボリックな相互作用を主たる研究対象とし、そうした現象を「行為者の観点」から明らかにしようとするものである¹⁵⁾ととらえられている。また、行為が起きる環境を、それが外部の研究者にとってどう見えるかではなく、その行為の当事者にとってどう現れるかという見地から記述しなくてはならない¹⁵⁾と述べられている。本研究では水俣病申請者を対象に、自分が水俣病ではないかと思い始めてから申請に至るまで、の心理的プロセスを明らかにすることである。水俣病申請者がどのような思いで申請に至ったのか、行為者である水俣病申請者の見地から現象をとらえることが大切である。シンボリック相互作用論がとらえる方法と本研究で明らかにした方法が一致していたことから、シンボリック相互作用論を参考に分析していった。

b. 分析手順

水俣病認定申請者の「申請する」に注目して、申請に至るまでの心理的プロセスを明らかにするためには、水俣病の歴史に長く複雑な補償制度等が絡んでいるため、対象者の誕生からいままでの生き方があるがままにとらえる必要があり、以下の手順に従って行った。

1. ICレコーダーの録音を逐語録に起こして内容を熟読し、対象者の生活史をまとめた。水俣病関連の文献と照らし合わせ、水俣病の歴史と生活史の関連を時系列にして表で分析した。水俣病の歴史と対象者の生活史との関係などで不明な点は、本人に再度確認した。
2. 聴き取った内容は、Blumerのシンボリック相互作用論を背景におくGrounded Theory Approachを参考に分析を行った。時系列に沿って整理した表を整理したうえで、心理的プロセスに関連する内容を抜粋し、語り手の思いを読み解きながら解釈し、文章のつながりや文脈のもつ意味を把握しながらコード名をつけた。次の対象者の面接やデータ分析にも活用した。対象者のデータごとに分析を進め比較検討しながら、類似性・差異性を検討しながらサブカテゴリーを生成した。そしてカテゴリーへと抽出し、抽出されたカテゴリーは、カテゴリー間の関連性を時間の経過に沿って示し、それぞれが関連づけられていることを確認し、構造化した。

5. 倫理的配慮

相思社に対しては、研究目的と紹介していただく対象者への配慮について説明を行った。紹介していただいた対象者に対しては、調査前に研究目的と研究への参加・協力の自由、プライバシーの保護などについて口頭で説明し、書面にて同意を得てから行った。研究結果の公表については、個人が特定されないよう匿名性をはかる配慮をしたが、本人の「後世に語りつないでいきたい」という強い希望があり、実名を出すこととした。なお、本研究は九州看護福祉大学研究倫理審査委員会での審査を経て調査を実施した。

6. 信頼性と妥当性

質的研究では、量的研究と同様の信頼性や妥当性を求めることは困難であるが、分析が対象者の語りを正確に表現できているかの信憑性を得るため、聴き取った内容は聴き取り後2週間以内に他の研究や文献等で照合するように心がけ、曖昧な点は追加の聴き取り調査で再確認するようにした。データの解釈・分析については、同じ研究室の仲間とディスカッションを行い、さらにスーパーバイザーの助言を受けた。

IV. 結 果

対象者2名の平均面接回数は2回、平均面接時間は90～120分であった。

1. 研究対象者の生活史

研究対象者の事例紹介は表1、2に示した。2人には17歳の年齢の差があり、それぞれの水俣病の歴史も違っていた。

緒方正実氏と松崎重光氏の違いを述べる。緒方正実氏は、家族と一緒に同じ屋根の下に暮らし同じ食事をして、祖父母・母は水俣病認定患者と認定され、妹は胎児性水俣病と認定されているが、緒方正実氏だけ水俣病認定患者と認定されなかった。水俣病症状があるが、たった一人で平成7年の水俣病総合対策事業の水俣病認定申請に至る。松崎重光氏は、漁業を職業としていた。地域ぐるみで生活しており「毎日魚を食べているが、認定された人と認定されなかった人がいる」と不満を抱え、妻とともに昭和48年公健法の水俣病認定申請に至る。

a. 緒方正実氏（「 」ゴシック体部分は本人の語りを示す）

網元である緒方家の6人兄弟の次男として出生した。自分が水俣病ではないかと強く意識し始めたのは10代後半の頃からであるが、過去を振り返れば2歳の時点で毛髪水銀値226ppmであったことが明るみになり「生まれた前から被害されて生まれてきとるから、どれが正常でどれが異常なのかわからないわけですよ」と、生まれたときから被害を受けていたと強調する。中学生のときに、水俣病認定申請準備中であつた父親を心不全で亡くす（享年38歳）。中学卒業後の進路は漁を受け継ぐことは当然と考えていた

表1. 研究対象者の事例紹介

	緒方正実氏	松崎重光氏
年齢	48歳	65歳
性別	男	男
職業	自営業（建具店経営）	漁業
家族構成	妻、子供2人の家族4人	妻、子供3人の家族5人
親族	親族の一家か網元（網元とは中小企業みたいに従業員を雇う。多いときで40名いた） 祖父・祖父母：認定患者 母：認定患者 父：認定申請準備中に死亡 兄：医療手帳受給者 妹：胎児性水俣病患者	父：認定患者
自覚症状	2歳の時点で、毛髪水銀値226ppm。 手足のしびれ・感覚障害、足のつり、からす曲がり、吐き気を催す頭痛、視野狭窄、話し続けると舌が麻痺する。	23歳の頃、医師に「低音が聞こえていない。70歳の耳だ」と補聴器を進められる。手足のしびれ、視野狭窄、耳鳴り。
公健法の補償制度の認定申請回数	合計4回 1回目：平成9（1997）年の39歳 2回目：平成10（1998）年の40歳 3回目：平成11（1999）年の41歳 4回目：平成12（2000）年の42歳	合計3回程度 1回目：昭和48（1973）年の32歳 2回目：覚えていない 3回目：覚えていない
平成7（1995）年の政府最終解決策の総合対策事業の申請の有無	38歳のとき、申請するが「非該当」	54歳のとき、申請して「医療手帳受給者」となる。

水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス

表 2. 水俣病の歴史と緒方正実氏と松崎重光氏の生活史

西暦 (年)	水俣病の歴史 (チッソの動き)	緒方正実氏		松崎重光氏	
		生 活 史	申請に至るまでの 心理的プロセス	生 活 史	申請に至るまでの 心理的プロセス
1932 (S7)	3月：チッソ水俣工場で、アセトアルデヒドの生産開始				
1941 (S16)				9月29日：芦北郡津奈木町福浦で次男として出生	
1948 (S23)				6歳：小学校入学	
1954 (S29)	6月：水俣市でネコが狂い死に し始め、ほとんど全滅			12歳：小学校卒業、中学校入学	
1956 (S31)	5月1日：細川院長が脳症状を 呈する患者の発生を報告。熊本 水俣病の公式確認			15歳：中学校卒業 中学卒業後、漁の修行のため、 1年ばかり女島に行く	
1957 (S32)	10月：厚生省厚生科学研究班 「化学毒物として、セレン、マ ンガンのほか、タリウムが疑わ れる」と発表	12月28日：華北郡芦北町大字女 島に網元である緒方家の次男と して出生		16歳：福浦に帰って、父と兄、 松崎氏で流し網やゴチ網をする	
1959 (S34)	7月：熊本県議会「水俣病特 別対策委員会」を設置 12月： 「水俣病患者診査協議会」が設 置 ←認定制度の始まり 11 月：排水路変更を止め、もとの 百間港に戻る。 12月：チッソ は排水浄化装置完成	2歳：毛髪水銀値226ppmと家 族のなかでも最高値。祖父、急 性劇症型水俣病でわずか3か月 で他界（解剖後認定）。この頃、 熊本県が緒方家の毛髪水銀値を 調査しているが、公表も行政指 導もせず、経過する。	・「生まれる前から被害されて 生まれてきとるから、どれが正 常でどれが異常なのかかわから ないわけです」	18歳：「水俣の明神にボラ刺し 網に行くとイワシがいっぱいい た。それを食べたネコが1週間 くらいで全部死んだ」と話す	
1960 (S35)	7月：水俣市漁協、水俣地先 1000メートル以内の漁獲禁止区 域を設定し、漁獲を自主規制			・重光氏の父親が漁業のデモや 殴り込みに参加する。重光氏 は、兄と海でラジオを通して ニュースを聞いていた	・「そのものも経験がないから ね。水俣病との病像論ちゅうそ れも全然知らんから。ただ環境 庁というだけであって、あの 人たちはあそこのお城の上ではわ からんと」
1961 (S36)	9月：厚生省、「水俣病患者診 査会」発足				
1962 (S37)	11月：水俣病患者診査会、脳性 小児麻痺様患者16人を初めて胎 児性水俣病と診断	5歳：地域の人によだれがひと いと指摘され、病院に行くが 「食べすぎ」と診断			
1964 (S39)	3月：「熊本県水俣病患者審査 会設置条例」公布（水俣病患者 診査会を改組）	7歳：女島小学校入学（2005年 閉校） 小学校入学の年齢時に養護学校 を勧められたが、普通の学校に やりたいという親の願いから1 年遅れて入学する。		23歳：「シャーン、シャーン」 と絶えない耳鳴りに襲われる。 医師に「低音が聞こえていな い。70歳の耳だ」と補聴器を勧 められる。カラス曲がりが手足 のしびれに襲われた。	・ただ問題は、そこに不服があ るわけですよ。認定している人 とぜんぜん差はないではないで すか。認定された人と認定では ないですよといわれた人と、全 然そこで育った同じでしょ。
1966 (S41)	6月：アセトアルデヒド設備排 水を完全循環方式に改良	9歳：運動中に柱にぶつかり顔 の右をぶつけ大怪我をし病院に 行く。			
1966 (S42)				26歳：結婚	・「みんなが一斉に申請してた んだけど、私は遅れたもんな。 もう申請はせんでおこうと思っ たよ。やっぱり、子供がおっ たけん、その当時の水俣という のは、実際口をおさえるとかい う時期だったから、子供が嫁げ んとか、嫁のきてがないとか、 就職もないとか言われれば（中 略）申請はせんほうがよかち、 やめっとったんです」 ・「（認定申請）しようかといっ たら集中検診にかかって、みん な棄却、棄却」
1968 (S43)	5月：チッソは、アセチレン法 アセトアルデヒド製造を中止 （公式発表から12年が経つ） 9月：政府は水俣病を公式に公 害病と認定			27歳：芦北郡芦北町女島天口に 居を構える 12月：第1子（長女）誕生	↓ ・「ネコが死んでいるのに、あ んたたちはどう思うのでそれを 言いたい。ネコと一緒になって 食べたその魚でネコはごろごろ 死んでいったとばい。私たとは 死ななかったからいいものの、 一番の認定者じゃないの、と言 いたい」
1969 (S44)	12月：「公害に係る健康被害に 関する特別措置法（旧法）」が 公布（S45年2月1日施行）	12歳：女島小学校卒業 湯浦中学校入学		1月22日：第2子（次女）誕生	↓
1970 (S45)				29歳：手のしびれや視野狭窄な ど、水俣病による症状がだんだ んひどくなってくる	
1971 (S46)	3月：チッソはアセチレン法塩 化ビニール製造中止 4月：水俣市および保健所、地 元医師の協力で多発地区、茂道 住民の一斉健康調査	14歳：水俣病認定申請準備中 であった父親を心不全で亡くす （享保38歳）。			
1972 (S47)	2月：熊本県、水俣湾周辺住民 健康調査第2次検診実施（対象 者11,784人）	15歳：中学校卒業と同時に、叔 父、兄とともに漁へ出るように なる。		31歳：魚が全然売れなくなり、 福岡の鞍手に新幹線編りに出稼 ぎに行く。1か月も経たないう ちに「不知火海の家は安全で す」と看板が出て、女島に戻る 3月27日：第3子（長男）誕生	

水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス

西暦 (年)	水俣病の歴史 (チッソの動き)	緒方正実氏		松崎重光氏	
		生 活 史	申請に至るまでの 心理的プロセス	生 活 史	申請に至るまでの 心理的プロセス
1973 (S48)	7月：厚生省、「魚介類の水銀暫定的規制値」制定			32歳：妻と一緒に認定申請、保留 ・検診を10回ぐらい受ける ・3番目の子どもをおんぶしながら運動や集会に参加していた	・「叔父さんが『馬鹿どんが、皆、魚ば食うとつとが、いまは若かけんな、症状は出らんでも、歳とってきたら必ず症状の出る。だから申請ばせ』ちゅうてから、言いなはったけん、出したったい」
1974 (S49)	7月1日：熊本県による集中検診開始（8月31日まで） 9月：「公害健康被害補償法（新法）」が施行				
1975 (S50)		17～19歳：交通事故に遭い、右大腿骨複雑骨折にて1年10か月入院。			
1977 (S52)	7月1日：環境庁、「水俣病対策の推進について」を発表し、①後天性水俣病の判断条件、②認定業務は県が行う 8月：熊本県、水俣病相談事務所設置（熊本県健康センター内）	19歳：知人の「大工が足が悪くてもできる仕事があるから」との紹介で、建具店に勤務し始める。10月25日：右大腿骨骨折による右膝関節の著しい障害によって、身体障害者手帳を交付された（第2種5級）	・「水銀に被害されていなければ優れた才能の持ち主になっただかもしれないし、大学まで行って、さらにある分野の専門家になっているかもしれん、といろんなことを考えたことがあった」		
1978 (S53)	7月：環境庁、新環境事務次官通知 10月：国立水俣病研究センター設立	20歳：湯の児りハビリセンターに再入院（半年で退院）前回の入院と合計して4回手術施行			
1979 (S54)	2月14日：「水俣病認定業務の促進に関する臨時措置法」施行	21歳：結婚。水俣市袋に居住を移す。見習いの身分だが初めて独立。 第1子（長女）誕生	・「ものすごくチッソに恨みがあつたわけですよ。飛び込んで一緒に死んでやろう、という考えがあつたぐらい。だから許すことができんから、補償を受け取ることもできんくて申請しなかった」 ・「自分の水俣病を隠していたこともあつたんですよ。当然、自分が生きていくなかで無難に行きたいと誰しもがあると思うわけで。水俣病ということをあえて自分が言う必要はないし、もし言つたならば差別されるというのがまああつたですから、言わないほうがいい、知られないほうがいいとずっと思っていた」 ・「はっきり言えば、水俣病の認定申請をして補償金を受け取つたって、それを上まわる苦勞が待ち構えていると」 ↓ ・「そのなんですかね。私は水俣病に認定してほしいというのは補償金を目的に言っているんじゃないんだよ、ということをきちんとかたちにして示したかつたもんだけん」 ・自分の人生に後悔したもんですから、水俣病を隠してきた自分の人生にやはり悔いがあつたもんですから ・「自分はどういう道に、いま世の中にいるのか考えたならばですね、逃げてはならんというか」 ・「自分の一生は自分のなかでつくっていくもんだし。（中略）自分は水俣病と闘うしかない」 ↓		
1980 (S55)		22歳：結婚当初妻に緒方家一族が水俣病であることや、幼少時代水俣病でいじめられたことを告げずにいたが、この頃初めて告白			
1984 (S59)		26歳：第2子（長男）誕生、腋毛・眉毛がないため市立病院の皮膚科受診			
1985 (S60)		27歳：叔父が、6歳当時の記憶を頼りに熊本県に毛髪水銀値の情報公開を求め、正実氏自身、一族の中で一番毛髪水銀値が高い226ppmであることを知る			
1988 (S63)	8月：熊本県、水俣市漁協と水俣湾の水銀汚染魚の一斉捕獲実施 10月：チッソ、交渉団の盛り込み排除等を求める仮処分申請	30歳：緒方建具店自営開始			
1989 (H1)	6月：熊本県、水俣市漁協の協力で2回目の汚染魚の一斉捕獲				
1995 (H7)	3月31日：水俣病総合対策医療事業申請受付終了 12月15日：水俣病関係関係会議と閣議で未認定患者を救済する政府最終解決策を決定	37歳：主治医が認定申請書を熊本県に提出するが、一部分破り捨てたことが明るみになる。 ・いままではゴールドマン、アイカップにより視野狭窄が認められれば視野狭窄ありと確定していたが、健診検査内容に視野狭窄があれば瞳孔視野測定器、MRIで検査するようになる（緒方氏の話による）。		下 線：社会制度（行政による補償制度）の実施 二重線：「申請した」時期を示す 太 字：聞き手が考える対象者の一番訴えたい思い → ：気持ちの移り変わり	
1996 (H8)	1月：水俣病未認定患者を救済する政府解決策のに基づき、被害者への一時金の支払開始（1人当たり260万円） 1月22日：環境庁と熊本・鹿児島・新潟の3県、水俣病総合対策医療事業の申請受付開始（7月1日で受付締切）	38歳：1995年政府最終解決策に基づく医療事業に申請するが、非該当となる。	・「これで水俣病を忘れよう、みんなと一緒に一応の解決策をやって自分で新しい人生をつくっていくしかない、と思った。あいまいな解決だけどこれ『私も決着します』と申請した」		

が、17歳の頃に交通事故で右大腿部を骨折し、完全に治癒するまでに約4年の月日を要している（本人は水俣病が原因だと話す）。19歳になると、知人の「大工なら足が悪くてもできる仕事がある」という勧めで建具店に勤務し始める。「水銀に被害されていなければ優れた才能の持ち主になっとなったかもしれないし、大学まで行って、さらにある分野の専門家になってるかもしれん、といろんなことを考えたことがあった」と、水俣病が人生を大きく変えたと話す。その後、21歳のときに結婚し、30歳で建具店として独立経営に至る。足のつり（からす曲がり）、指のつり、吐き気を催す頭痛、しゃべり続ければ舌の麻痺、手足のしびれ、体毛が生えない、視野狭窄に長年苦しまされてきており、仕事や日常生活にも「人の何倍も努力をしている」と支障をきたしている。平成7年の政府最終解決策が正式に実施され、「これで水俣病を忘れよう」「みんなと一緒に一応の解決策をやって自分で新しい人生をつくっていく」という思いで申請に踏み切っている。

b. 松崎重光氏

5人兄弟の次男として出生。「親父も漁師でね。こっちには小さい頃からよく船をこいで遊びに来ていました」と話す。松崎氏が18歳の昭和34年頃は、「水俣の明神にボラ刺し網に行ったところが、もうそりゃあ、いっぱいイワシがおってね、びっくりした。そのとき、たまたま違う網も船に乗せとったけん、すぐ網を刺し替えて獲ったったい。ものすごく獲れてな」と魚が豊富な時期であったと当時の生活の様子を語る。また、地域との関係は「（魚や野菜を）持っていきなせ、はい持って行きますな感じで」と近所でのやり取りは当たり前で、地域ぐるみで生活していた。18歳頃に、漁師たちのチッソに対するデモや殴り込みが始まる。松崎氏が水俣病の症状を感じ始めたのは23歳の頃で、耳鳴りや手足の痺れで悩まされた。不自由な体の状態でも家族のために漁師を続けるが魚が獲れない、売れない時期が続き、出稼ぎに行くこともあった。松崎氏も、緒方氏と同様に痛みを伴う手足のしびれ、手足のつり、視野狭窄、耳鳴りに苦しまされ、漁の仕事や日常生活に支障をきたしている。松崎氏は、昭和48年32歳のときに、知人の勧めをきっかけに初めて公健法の水俣病認定申請に踏み切る。

2. 水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス

対象者が語ったすべての内容を分析した結果、89のコードが切片化され、8つのサブカテゴリーから【怒りや不安などの葛藤】、【自己実現の模索】、【新しい人生に向けての決心】の3つのカテゴリーが抽出された（表3）。見出された3つのカテゴリーについての説明を記述する。なお、【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」ゴシツ

表3. 分析結果：水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセスの抽出

カテゴリー	サブカテゴリー
怒りや不安などの葛藤	・行政・チッソに対しての怒り ・言わないほうがいい（差別、偏見） ・隠したい
自己実現の模索	・行政に示したかった ・逃げてはならない ・水俣病に被害されたことを認めてほしい ・悔いが残る
新しい人生に向けての決心	・皆と一緒に解決しようと思った

ク体部分は本人の語りを示す。

a. 【怒りや不安などの葛藤】

【怒りや不安などの葛藤】は、〈行政・チッソに対しての怒り〉を感じながらも申請して補償されたいという思いと、〈言わないほうがいい（差別・偏見）〉や〈隠したい〉と差別されることを恐れ、申請しないほうがいいと複雑な感情が心の中に存在し、今後の自分はどうすべきか迷っている状態を指す。申請しなかった理由として、「同時にそれまでものすごくチッソに恨みがあったわけですよ。飛び込んで一緒に死んでやろうという考えがあったぐらい。だから許すことができんから、補償を受けとることもできなくて申請しなかった。（緒方氏）」とチッソに対しての怒りや恨みを感じている。この怒りは、チッソだけではなく「ただ環境庁というだけであって、あの人たちはあそこのお城の上ではわからんと。絶対その現場を見てそんなことしていま総理大臣もわかんないと思うのよ。（松崎氏）」と行政に対しての不信感もみられる。「東京だったら早かったと思うよ（松崎氏）」との言葉から行政の対応が遅れたこと、ずさんな対応に対しての不信感の感情もみられる。

また、発生当時は水俣病に対して差別や偏見があった。「自分の水俣病を隠していたこともあったんですよ。当然自分が生きていくなかで無難に生きたいと誰しもがあると思うわけで。水俣病ということをあえて自分が言う必要はないし、もし言ったならば差別されるというのがまだあったですから、言わないほうがいい、知られないほうがいいとずっと思っていた。例えば被害されたことで自分の人生がプラスになるのであれば、それは私は水俣病に被害されました、私は水俣病患者なんですというと思うんです。しかし、言うことでマイナスになるならばあえて言う必要はないし、言わないほうがいい、言う必要もないわけですよ。（緒方氏）」と地域からの差別を恐れて申請できずにいた。また、松崎氏も「もう申請はせんでおこうと思ったとよ。やっぱり、子供がおったけん、その当時の水俣というのは、実際口を押さえるとかいう時期だったから、子供が嫁げんとか、嫁の来手がないとか、就職もないとか言われ

れば、子供がまだ学校に行っとったでしょうが、そんな子もばもったですけんねえ。申請はせんほうがよかち、やめとったですよ。(松崎氏)」と自分や子供の就職・仕事に差し支えると差別や偏見を恐れ、水俣病というレッテルを貼られたくないという恐れ・不安の感情がみられる。「はっきりいえば水俣病の認定申請をして補償金を受け取ったってそれを上まわる苦勞が待ち構えていると。(緒方氏)」と補償される以上の苦勞が待ち構えていた。このように、行政やチッソに対しての怒りや不信任、自分や家族の結婚・仕事に影響するだろうという差別や偏見への恐れ、将来に対しての不安と多くの感情を抱きながら孤立化していき、ますます申請するという手段から遠ざかっていった。

b. 【自己実現の模索】

【自己実現の模索】は、自分のいままでの人生を振り返り、差別や偏見を上まわる自己の役割や意味〈行政に示したかった〉〈逃げてはならない〉〈水俣病に被害されたことを認めてほしい〉〈悔いが残る〉をかたちとして探し求める過程を指す。

自分の役割は何か考えたとき、「そのなんですかね、私は水俣病に認定してほしいというのは補償金を目的に言っているのではないんだよということをきちんとかたちに示したかったもんだけん。(中略)一人一人に目を向けなさいといいたい。(緒方氏)」や、「ネコが死んでいるのに、あんたたちはどう思うのてそれをいいたい。だから、あんた知っとたね、知らんでしょうが。ネコと一緒に食べて食べた、その魚でネコはごろごろ死んでいったとばい。私たちは死ななかつたからいいものの、一番の認定者じゃないの、と言いたい。(松崎氏)」といままで抑えていた感情を〈行政に示したかった〉〈逃げてはならない〉と自己のなかで水俣病に被害されたことの意味づけを模索している。そのほか、「自分は道に、いま世の中でいるのか考えたならばですね、逃げてはならんというか。本当は逃げたほうが楽になって普通の生活をしたほうがですね、私はもう本当はいいのかな、と思うときもあるとです。補償なんかはいらない、というふうに思うときもあるからですね。だけど、ここで自分が逃げてしまったら後悔するだろうな、とも考えるとです。自分の一生は自分のなかでつくっていくもんだし。たとえ、ここで自分が逃げたとしてもさらなる問題にぶつかってそこで格闘していかなければならんとですから。自分は水俣病と闘うしかない。(緒方氏)」といった、水俣に向き合う決心を自分なりにつけている。また、「私が認定されることは一つの私が気が休まるということにもなりますよね。(松崎氏)」という言葉からも、水俣病認定者に認めてもらう(補償される)ことが、差別や偏見、恐れ等の枠を超えて自己実現を果たす大

きな行動力の源になっていた。

c. 【新しい人生に向けての決心】

【新しい生活に向けての決心】は、【怒りや不安などの葛藤】と【自己実現の模索】の間を時間をかけて行き来しているなか、社会の動きや他者の支援をきっかけに自分の考えや自己の役割を確固たるものにし、〈皆と一緒に解決しようと思った〉と水俣病に被害され生きてきたいままでの自分の人生に向きあう決心をつけたことを指す。

緒方氏は、「それまでは恨みがずっと思い続いていたんですけど、ごまかされるもんかとずっと思っていたんですけど、ごまかしは絶対のらないと思っていたんですけど、やはりまわりの人達が変わっていく姿を見て自分だけがとり残されているような気がしたときに、いまの自分の強がっている思いが政治決着終了後にそれから先の人生がうまくいくだろうか、といろんなことが不安になった。ほとんどの人達が水俣病のことを一応解決が終わって、自分だけが怒りや不満が残っているなかで、日常生活にしても仕事の取り引きにしても人間の付き合いにしても、うまくいかなかったといろんな不安があった。で、うまくできないだろうということになったんですね。みんなと一緒に一応の解決策をやって、自分で新しい人生をつくっていくしかないと思った。あいまいな解決だけとこれで私もこれで決着しますと申請したんです。(緒方氏)」と平成7年の政治最終解決策の総合対策事業をきっかけに、皆と一緒に解決しようという思いで申請している。また、松崎氏も「そうしたところがほら、井川太二の叔父さんがですね、『馬鹿どんが、みんな魚ば食うととが、いまは若かけんな、症状は出らんでも、歳とってきたら必ず症状の出る。だから申請ば出せ』ちゅうてから、言いなはったけん、出したったい。(松崎氏)」¹⁶⁾と叔父さんの言葉をきっかけで申請に至っていた。

以上のように、水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス(図1)は、水俣病特有の症状を自覚したときから認定申請まで大きく3つのステップをたどっていた。ステップ1【怒りや不安などの葛藤】では、申請したいが差別や偏見、補償問題、行政・チッソへの不信任等多く理由から申請できず多くの感情が葛藤していたが、常にステップ2【自己実現の模索】と行き来し、自分のなかで〈逃げてはならない〉〈悔いが残る〉と被害されたことの意味づけや自己の役割を見出そうとしていた。ステップ3【新しい人生に向けての決心】という申請に至るまでの大きな原動力として、他者の支援と社会の動き(補償制度)が大きくかかわっていた。自分が水俣病だと自覚してから申請するまでの時間は対象者の症状やまわりの環境によっても違うが、さまざまな苦難を乗り越えていた。

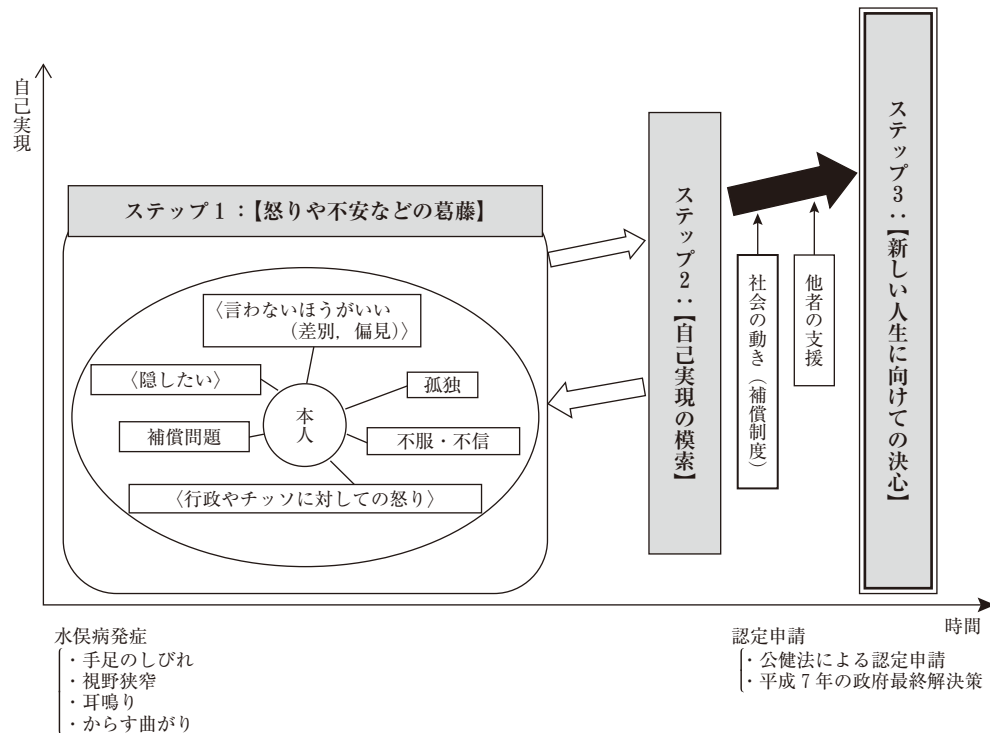


図1. 水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセス

V. 考 察

1. 水俣病補償制度の申請する意味について

水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセスの構造をみると、ステップ1の「怒りや不安などの葛藤」とステップ2の「自己実現の模索」は常に行き来していた。

ステップ1の「怒りや不安などの葛藤」については、行政やチッソに対する怒り、偏見・差別、補償問題、否認、孤立化、不信感等多くの感情が葛藤していた。

行政やチッソに対する怒りは、当時の水俣は「チッソあつての水俣」や「水俣のドル箱」といわれるほど日本の企業を支えており、行政はチッソを潰すわけにもいかず、原因をあいまいにし、公式発見から排水口をとめるまでに12年かかっている¹⁷⁾。その他、「ブラブラ事件」問題や一斉検診等でほとんどの申請者は棄却され、行政の表面的な対策などのずさんな対応に対して怒りと不信感を抱いており、そこには「ものすごくチッソに恨みがあつたわけですよ。飛び込んで一緒に死んでやろうという考えがあつたぐらい。だから許すことができんから、補償を受け取ることでもできんくて申請しなかった」という言葉からも、まだ自分のなかで許すことができない、自分のなかで解決できない、といった怒りの感情がみられる。また、偏見や差別については自分だけではなく子供の結婚や就職に影響すると考え「認定されてもそれ以上の苦勞が待ち構えている」との言葉からもわかるように水俣病をますます隠すようになっていった。水俣病補償制度に認定申請し、水俣病と認

められれば補償もついてくるため、「金目当て」といった偏見もあり、ますます声をあげにくい状況に置かれていた。

しかし、水俣病による不健康な状態を抱えながらも「このままでは悔いが残る」「行政に訴えたい」といったように自己のなかで「生きる力」を見出している。そこには、解決に向けての「スピリチュアルな健康 (spiritual well-being)」があるといえる。スピリチュアリティについては、窪寺¹⁸⁾は定義で「人生の危機に直面して生きる拠りどころが揺れ動き、あるいは見失われてしまったとき、その危機状況で生きる力や、希望を見つけ出そうとして、自分の外の大きなものに新たな拠りどころを求める機能のことであり、また、危機のなかで失われた生きる意味や目的を自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能のことである」と述べている。また、Tayler, Elizabeth J¹⁹⁾は「人間の活力と行動や思考になくなくてはならない基本的源泉である」と述べている。このようにステップ1とステップ2を繰り返しながら「スピリチュアルな健康 (spiritual well-being) = 自分の役割、生きる目標」を見つけ、自分の気持ちを整理し確固たるものにしたときに、初めて次の段階に進むことができるといえる。認定申請する、という決心を固めるには勇気があることである。人は困難に直面したとき、問題を他者に任せようとしたり、未解決のままにしたりして次へのステップに進むことができずにいることがあるが、今回の聴き取り対象者が次のステップに進むことができたのは、2人とも他者の声かけがきっかけで申請する決心をつ

けている。

「申請する」は、ただ単なる①補償してほしいという思い、だけではなく、②自分のいままでのつらい過去を認め新しい未来に向けての決意、という2つの意味がそこには込められている。次のステップを踏むためには、本人が素直な気持ちで自分に向き合い、自問自答する過程で「スピリチュアルな健康 (spiritual well-being)」を見出す必要があり、それを見出すためには、他者の支援や社会の動き (補償制度) が必要不可欠となっていた。保健師として、「申請する」という表面上のかかわりだけではなく、自己模索の過程を得て自分自身の真の解決ができるよう、次のステップに切り替えることができるよう、いままでの苦難をともに乗り越える支援が必要であると示唆される。

2. 語りから学ぶ保健師の役割

未救済者への支援の一つとして、他者の支援と社会の動き (補償制度) が、対象者の行動変容に関係していることがわかった。この立場に近い存在が行政組織に所属する「保健師」であり、積極的にかかわる必要がある。その際の保健師の姿勢として、以下の2つが重要だと示唆を得た。

a. 水俣病患者が望むのは補償だけの問題ではなく、水俣病患者が何に苦しみどういう不安を抱えているかを把握したうえでの真の解決策

平成16年10月の関西訴訟最高裁判決で、水俣病の責任が国・県にあると行政側の責任を問う原告側が勝利したことによって、認定申請者が3,765人も出てきたのは埋もれていた人が数多くいたこと、何らかの健康障害をもっている人、救われない人が多くいることを示しており、真に水俣病問題が解決していない証拠といえる。すなわち、水俣病は終わっていないのである。現在も水俣病患者に対して救済策を思案中であるが、水俣病患者が望むのは補償だけの問題ではなく、水俣病患者が何に苦しみどういう不安を抱えているかを把握したうえでの真の解決策である。

今回の調査結果、「申請する」ことは、単なる補償制度を受けるというだけではなく、その人一人一人の真の解決策、次へのステップであった。自分のいままでの水俣病に苦しめられた事実を受け止め、今後どのように生きていくのかを見出し、生きる力や自己の価値観を見出して一步を踏み出すことが重要である。行政組織に所属する私たちができることとしては、まず声なき声を他者に伝えることができるように環境を整えること、そして常に寄り添いながらその人が「生きる力」を身につけられるようにともに考え、気持ちを整理するような「スピリチュアルな健康 (spiritual well-being)」を念頭に置いたかかわりが求められる。

b. 保健師の役割として一人一人に目を向け、住民とともに解決していこうとする「住民主体」のかかわり

水俣病発生当初からの保健師の取り組みについて触れると、川田¹⁴⁾は昭和30年前後の水俣病発生当初から昭和46年までは肢体不自由児に対して、昭和47年以降は福祉事業として家庭訪問を実施した、という活動を報告している。昭和47年からの家庭訪問については、認定患者のみ年2回の家庭訪問を行っているという。本研究の研究対象者は少ないと思われるが、深い語りを通して言葉を受け止めたときに、緒方氏の「一人一人に目を向けなさい」という言葉は保健師にも問われているのではないかと実感した。

櫃本²⁰⁾が、「経済優先の短絡的な施策に振り回されず、地域で住民と一緒に、地域特性やニーズを踏まえて、腰を据えて取り組んでいくことが必要」というように、保健師の役割も制度の枠のなかで活動するのではなく、原点に返って地域に出て住民の声に耳を傾け、住民とともに地区の問題を把握し、どう対処していくかともに考える必要がある。水俣地区は、水俣病という環境汚染が大勢の地域住民の健康を奪った。これは置き換えると、長崎では原爆問題、市町村では少子高齢化や虐待問題等、それぞれの市町村が抱える問題と同じである。制度に振り回される保健師ではなく、地域に向かい住民の求める問題を解決しようとする現場主義を貫いて、一人一人の住民が示す問題や地域特性を踏まえ、住民とともに解決していこうとする「住民主体」のかかわりが、いまの保健師には最も求められる役割の一つだと考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の聴き取った対象者が2名と少なかったため、一般化するのには限界がある。また、水俣病問題は差別や偏見といった問題も絡んでいたことから、なかなか本音で話していただくまでには多くの時間が必要であったため、限界があった。しかし、限られた時間のなかで対象者の語りをじっくり聴き、自分なりに一生懸命に理解しようと努めたことは信頼関係を築く基本的姿勢であったと思われる。このような未救済者が注目されるなかで、どのような思いで現在に至っているのか、健康上どのような問題をもって生活をしているのか、今後も事例を増やして、明らかにしていくことが必要であると考えられる。

VII. 結 論

本研究は、水俣病補償制度に認定申請する心理的プロセスを明らかにすることを目的に、2名の対象者に面接を実施した。その結果、水俣病発症当初は水俣病特有の手足の

しびれや視野狭窄等の症状がありながらも、「行政・チッソに対しての怒り」、「言わないほうがいい（差別や偏見）」、「隠したい」といった、補償してもらう以上にそれを超える苦勞が待ち構えているという恐れなど、多くの葛藤から申請に至っていなかった。しかし、時間が経過するにつれ、自己の役割は何かと模索し自己のなかで生きる意味を見出したときに、そこには自己実現を果たす大きな原動力があった。「申請する」は、ただ単なる補償してほしいという思いだけではなく、自分のいままでのつらい過去を認め、新しい未来に向けての決意という2つの意味がそこには込められていた。また、「申請する」という行動変容に大きく関係していたのは、他者の支援（声かけ）と社会の動き（補償制度）がもっとも大きく影響していた。

水俣病問題は複雑な問題であるが、平成16年の関西訴訟最高裁判決後は未救済者に対して救済策を検討中である。住民に一番近い存在である「保健師」が、未救済者に対し

てどのような思いで現在に至っているのか、健康上どのような問題をもって生活をしているのか、表面上のみならず内に秘めた思いも汲み取り、今回のプロセスを把握したうえで、その人の方向性を見出すことが保健師には求められると示唆を得ることができた。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快くご協力いただきました緒方正実さんと松崎重光さん、さらには聴き取り対象者を紹介し聴き取りに際してさまざまな配慮を行ってくださいました水俣病センター相思社の皆様に厚くお礼申し上げます。また、研究のご指導を頂いた三育学院大学教授 名原壽子先生に深く感謝致します。

本論文は、2007年の修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセスを明らかにすることを目的に、水俣病補償制度に認定申請した経験がある者に聴き取り調査を行った。その結果、水俣病補償制度の申請に至るまでの心理的プロセスは、【怒りや不安などの葛藤】【自己実現の模索】【新しい人生に向けての決心】の3つのカテゴリーと8つのサブカテゴリーに分類された。

「申請する」は、ただ単なる補償してほしいという思いだけではなく、そこには、自分のいままでのつらい過去を認め、新しい未来に向けての決意という2つの意味が込められていた。また、「申請する」という行動変容に最も大きく影響していたのは、他者の支援（声かけ）と社会の動き（補償制度）であった。まだ何らかの補償を受けていない方に対して、表面上のみならず内に秘めた思いも汲み取り、その人の方向性を見出すことが保健師には求められる、と示唆を得ることができた。

Abstract

To clarify the psychological process leading up to patients' applications for compensation through the Minamata disease compensation system, we investigated the process by documenting the experience of a qualified Minamata disease patient. The investigation identified three stages of the psychological process which leads to the application for Minamata compensation: 'struggling with anger and concern', 'seeking self-actualization' and 'determination to have a new life'. Eight subcategories within these stages were also identified.

Applying for compensation follows not only the development of a desire for compensation but also a difficult struggle to achieve acknowledgement of two elements: self-actualization and a new future. Results indicated that the decision to apply for compensation was significantly related to behavioural changes supported by another person's assistance (even if only through conversation) and a social process (the compensation system). The applicant's desire for the public health nurse at the resident's nearest facility (administrative organisation) to keep the application secret, not only externally but also within the organisation, was taken into consideration, enabling the applicant to progress through the process with the support of the public health nurse when requested.

文 献

- 1) 原田正純：水俣病医学研究の歩みと今日の課題（有馬澄雄 編：水俣病－20年の研究と今日の課題－）。4, 青林舎, 東京, 1979.
- 2) 原田正純：慢性水俣病の臨床症状（有馬澄雄 編：水俣病－20年の研究と今日の課題－）。301, 青林舎, 東京, 1979.
- 3) 土井陸雄：有機水銀中毒の研究状況とその社会医学的検討（有馬澄雄 編：水俣病－20年の研究と今日の課題－）。70, 青林舎, 東京, 1979.
- 4) 水俣市立水俣病資料館 編：水俣病－その歴史と教訓－。20, 水俣市企画課, 熊本, 2000.
- 5) 原田正純：水俣病問題は終わっていない－あらためて解決へ

- 前進を－. 環境と公害, 35(2), 2-3, 2005.
- 6) 宮本憲一：水俣病問題の残された責任. 環境と公害, 35(2), 4-9, 2005.
 - 7) 緒方正実：水俣終わっていない. 朝日新聞, 4月16日10版16, 2006.
 - 8) 環境省 編：平成18年版環境白書. 2010.08.27.
<http://www.env.go.jp/policy/hakusyo/h18/index.html#index>
 - 9) 二塚 信, 庄野昌博, ほか：メチル水銀汚染地域住民のメンタルヘルスの状態とその関連要因. 日本衛生学雑誌, 60, 346, 2005.
 - 10) 高岡 滋, 川上義信, ほか：メチル水銀汚染地域の患者の自覚症状－水俣病の真実を探求し伝え続けるために. 第6回水銀国際会議研究発表演題報告書, NPOみなまた, 48-53, 2002.
 - 11) 牛島佳代, 岡 知子, ほか：メチル水銀汚染地域住民の健康状態と生活状況. 日本衛生学雑誌, 56(1), 452, 2001.
 - 12) 杉澤あつ子：水俣病発生地域に居住する漁民の心身の健康状態. 日本公衆衛生雑誌, 41(5), 428-439, 1994.
 - 13) 二塚 信, 庄野昌博, ほか：メチル水銀汚染地域住民のメンタルヘルスの状態とその関連要因. 日本衛生学雑誌, 60, 2005.
 - 14) 川田由美：水俣病発生当初から20余年の保健師の取り組み－家庭訪問による取り組みを中心に－. 九州看護福祉大学 修士論文, 17, 2006.
 - 15) Blumer, H (後藤将之訳)：シンボリック相互作用論－パースペクティブと方法. 94, 勁草書房, 東京, 1991.
 - 16) 三原浩良：生かされていることに感謝して (水俣病患者連合編：魚湧く海). 葦書房, 97, 1998.
 - 17) 橋本道夫：水俣病の悲劇を繰り返さないために－水俣病の経験から学ぶもの－. 中央法規出版, 東京, 2000.
 - 18) 窪寺俊之：スピリチュアルケア入門. 12, 三輪書店, 東京, 2000.
 - 19) Elizabeth Johnston Taylor (江本愛子, 江本新 訳)：スピリチュアルケア－看護のための理論・研究・実践. 4, 医学書院, 東京, 2008.
 - 20) 櫃本真事：FACE2006 住民が健康と感じられるための行政責任とは何か 考えていきましょう. 地域保健, 37(9), 2, 2006.
 - 21) 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. 177-276, 弘文堂, 東京, 2006.
 - 22) キャロル・チェニッツ, W, スワンソン, ジャンニス M (樋口康子, 稲岡文昭 訳)：グラウンデッド・セオリー－看護の質的研究のために－. 医学書院, 東京, 1992.
 - 23) 原田正純：“負の遺産”から学ぶ～坂本忍さんと語る～ (水俣学ブックレット). 29, 熊本日日新聞社, 熊本, 2006.
 - 24) 川北 稔, 成元 哲, ほか：申請を遅らせた住民の「水俣病」イメージ. 公衆衛生, 70(4), 288-291, 2006.

〔平成22年11月26日受 付〕
〔平成23年6月7日採用決定〕

特定機能病院看護職の退院支援活動に 事例検討会が及ぼした効果

The Effect of Case Studies on Discharge Support Activity by Nurses in a Special Functioning Hospital

長谷川 美津子¹⁾
Mitsuko Hasegawa

鈴木 加乃²⁾
Kano Suzuki

菊地 京子³⁾
Kyoko Kikuchi

キーワード：退院支援，事例検討，在宅看護

Key Words：supported discharge, case studies, home care nursing

I. はじめに

2006年に医療法が改正され¹⁾，医療計画では医療提供施設相互間の機能分担，および業務連携を確保するための体制強化や，在宅医療推進の方向性が示された。この方針を受けて，急性期病院では入院期間の短縮が課題となり，退院支援に関する実態調査^{2)～4)}や，院内に退院支援の専門部署を設置した施設からの活動状況が多数，報告^{5)～9)}されている。

さらに，特定機能病院における退院支援部署に関する研究報告¹²⁾，退院計画スクリーニング票に関する研究^{13)～15)}，病院看護師の退院支援に向けた学習会¹⁶⁾，在宅ケア事業所のかかわり¹⁷⁾，看護師の退院支援の認識^{18, 19)}，大学看護教員のかかわり²⁰⁾についての研究報告も行われている。

退院支援を担う看護師の育成に関しては，全国訪問看護事業協会の退院調整看護師養成プログラム（4日間の講義・演習にフォローアップ研修）講習会¹⁰⁾や，2008年からは日本訪問看護振興財団が2日間の退院調整看護師育成セミナー¹¹⁾があるが，いずれも短期間の講習会であり，病棟看護師全体の退院支援能力向上を目的にした継続的な研修はほとんどないのが現状である。

病棟看護職の質は退院支援の質に大きく影響を与えていると指摘されている²¹⁾。退院支援は病棟看護職が行う日常ケアの一部であると考え，退院支援専門部署の活動を有効に活用するためにも，看護職の退院支援の力量を向上させることが重要であると考え，その一方法として，病院看護職と地域の在宅看護職等の参加による事例検討会が有効ではないかと考えた。しかし，このような事例検討会が病院看護職に及ぼした成果についての報告はない。

そこで，本研究は病院看護職と在宅関連看護職等が参加

する事例検討会が病院看護職の患者・家族への退院支援活動に及ぼした効果について検討することである。

II. 対象と方法

1. 用語の定義

退院支援とは，篠田，宇都宮^{22), 23)}の定義を参考にして次のように定義する。「患者が自分の心身に起こっている病態から，生活するうえで起こる支障を理解し，そのうえでどのような生活を送りたいかを決定する，あるいは決定したことを可能にするために，家族を含めた人，環境の調整や教育指導を提供し，諸サービスの活用を支援する院内の活動である」。

2. 対象病院の退院支援に関する組織と事例検討会

2005年6月，都内大学付属のA特定機能病院（以下，A病院と略す）では地域医療支援センター部門（兼務の医師1人・事務職8人・介護福祉士6人・看護師1人）を設置した。

2006年4月，看護部では看護職の力量を向上させ，退院支援の看護ケアを促進するために，退院支援強化プロジェクト（以下，プロジェクトと略す）を発足させた。プロジェクトの1年目は，入院早期から退院支援活動を開始できるように「退院計画スクリーニングシート」を作成し，その活用のフォローを推進した²⁴⁾。さらに，看護師が退院支援を円滑に行えるように，2年目の後半（2007年10月）からは，隔月の18時から19時まで，2年間（10回），自由参加形式の「病院看護職と訪問看護師・介護支援専門員・在宅看護教員を交えての事例検討会」（以後，事例検討会と略す）を，開催した。

1) 元東邦大学医学部看護学科 Former School of Nursing, Faculty of Medicine, Toho University

2) 東邦大学医療センター大森病院 Toho University Medical Center Omori Hospital

3) 東邦大学医療センター大橋病院 Toho University Medical Center Ohashi Hospital

事例提供者の所属は、内科系病棟 7 事例、混合病棟 1 事例、精神科病棟 1 事例、訪問看護ステーション 1 事例であった（表 1）。

事例検討会参加者の人数は表 2 に示すとおりである。

3. 調査対象者

対象者の条件は、A 病院で事例検討会を開催した期間に直接患者とかかわる部署に継続在職しており、かつ、事例検討会開始年（2007 年）において、就業 1 年未満の看護職を除いた看護職（365 人）とし、そのなかから、事例検討会に参加実績のある人 125 人（46.8%）を対象とした。

4. 調査方法

無記名式の質問紙調査法とした。配布方法はプロジェクトのメンバーが各看護部署に配布し、回収は看護部に設置した回収箱への留め置きとした。

調査設問内容は属性として年齢、所属、参加意思の有無、事例検討会参加実績、参加回数、参加への決定者、とした。

効果に関する設問は 2 つで、各設問には 6 項目の選択肢を準備して複数回答を求めた。

設問 1 は「事例検討会に参加して役立ったこと、がありましたか」（以後、「役立ったこと」と略す）とした。回答の選択項目は①「連携の必要性がわかった」（以後、「連携の必要性」と略す）、②「いろいろな考えを聞けてケアの視点が広がった」（以後、「ケア視点拡大」と略す）、③「地域・在宅との連携の仕方がわかった」（以後、「在宅連携の仕方」と略す）、④「在宅での具体的なアドバイスが聞けて、入院中のケアが具体的にイメージできるようになった」（以後、「ケアのイメージ化」と略す）、⑤「退院に向けて院内で使える資源の活用がわかった」（以後、「院内資

源活用」と略す）、⑥「役立つことはなかった」である。

設問 2 は「事例検討会に参加して、あなた自身、および職場で変化したことはありましたか」（以後、「変化したこと」と略す）とした。回答の選択項目は①「積極的に退院支援へのかかわりを意識して患者・家族と接するようになった」（以後、「意識的にかかわる」と略す）、②「主治医に患者の退院の目安・基準を確認するようになった」（以後、「主治医に確認」と略す）、③「退院調整のためのカンファレンスを開催するようになった」（以後、「退院カンファ開催」と略す）、④院内の「地域医療支援センターを活用するようになった」（以後、「センター活用」と略す）、⑤「訪問看護師やケアマネジャーと直接、連絡をとるようになった」（以後、「VNS 等に直接連絡」と略す）、⑥「何も変化しなかった」（以後、「変化なし」と略す）である。

表 2. 事例検討会参加者人数

開催回数	参加者人数（%）		
	院 内	外 部	合 計
1	45 (92)	4 (8)	49
2	48 (94)	3 (6)	51
3	35 (88)	5 (13)	40
4	36 (73)	13 (27)	49
5	41 (80)	10 (20)	51
6	40 (82)	9 (18)	49
7	45 (90)	5 (10)	50
8	53 (85)	9 (15)	62
9	61 (91)	6 (9)	67
10	48 (94)	3 (6)	51
平均人数	45 (87)	7 (13)	52 (100)

院内：病院看護職 外部：病院看護職以外

表 1. 10 回の検討事例一覧

回数	事例（同居状況を中心にした概要）	事 例 提 供 者 の 検 討 課 題
第 1 回	80 歳男性。妻との二人暮らし。	妻が退院を拒否している。どのような退院支援を行ったらよいか。
第 2 回	50 歳代男性。妻との二人暮らし。	精神疾患のある妻から褥創の処置ができないと訴えあるケースの援助。
第 3 回	57 歳男性。独居。	入院中の退院支援の振り返り。
第 4 回	意識レベル 200～300 の男性高齢者。息子と二人暮らし。	経済的、介護力がなく全身状態の悪く、胃瘻・気管切開の処置がある状況での退院支援。
第 5 回	83 歳男性、妻と息子夫婦と同居。	在宅での胃瘻管理・尿道カテーテル管理の実際を知りたい。
第 6 回	精神疾患と精神発達遅延のある 40 歳男性。独居。	在宅での生活に向けての援助方法と在宅で受けることのできるサービスは何かを知りたい。
第 7 回	末期がんで退院となった 72 歳男性。妻と娘の三人暮らし。	在宅看護側から在宅初期に予測できる問題を病院退院時にとどのように情報を共有できるか。
第 8 回	67 歳女性。夫と同居。	インスリン・血液透析・褥創処置があり、介護力不足で本人と夫の在宅希望が叶えられなかった。どう対応すべきだったか。
第 9 回	神経難病の 40 代男性。妻と娘 2 人との同居。	妻の介護不安へのケア。呼吸困難の在宅緩和ケア（麻薬の使用）を知りたい。
第 10 回	唸り声を発生する 73 歳男性。妻と息子と同居。	家族への経済的負担を最小限にしたサービスの導入。唸り声のため不眠の妻へのかかわり方。

5. 分析方法

調査項目は単純集計をした。「役立ったこと」と「変化したこと」の各回答別に職位、参加の動機、参加回数とのクロス集計を行い、 χ^2 検定した。事例検討参加後に「変化なし」群と「変化あり」群の「役立った」選択項目の比較はMann-WhitneyのU検定を行った。有意水準は.05未満を「有意」とした。

6. 倫理的配慮

事前に研究計画書と調査用紙を看護部に提出し、承認を得た後、師長会で説明会を行い部門責任者の了解を得た。調査用紙に研究の主旨、個人情報保護の厳守、学術的利用以外の不使用、不利益について説明を記載し、対象者には調査用紙の投函をもって調査への承諾と考えること、を説明し配布した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特性

年齢は25～59歳までの範囲で、20代44人（35.2%）、30歳以上81人（64.8%）、平均年齢は34.2±7.9歳（管理職39.2±8.5歳、スタッフ32.6±6.7歳）であった。職位では、主任以上の管理職は39人（31.2%）、スタッフ85人（68.0%）、不明1人（0.8%）であった。事例検討会への参加の動機については、自分自身（以後、自分と略す）75人（60.0%）と最も多く、上司の勧め（以後、上司と略す）42人（33.6%）、その他7人（5.6%）であった。事例検討会参加回数は1回58人（46.4%）、2回以上67人（53.6%）であった。

2. 「役立ったこと」

参加者125人の「役立った」項目は、「連携の必要性」92

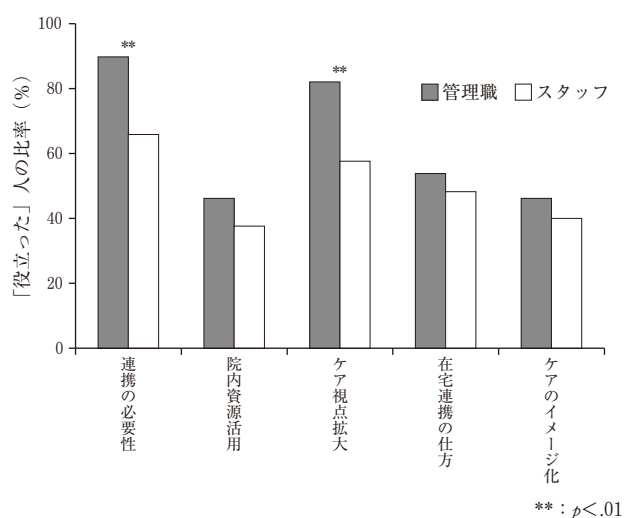


図1-1. 職位別「役立った」項目選択者の比率

人（73.6%）が最も多く、「ケア視点拡大」82人（65.6%）、「在宅連携の仕方」63人（54.4%）、「ケアのイメージ化」53人（42.4%）、「院内資源活用」は51人（40.8%）となっていた。「役立つことはなかった」と回答した人は皆無であった。

職位別では、「役立った」と回答した5項目のすべてにおいて、管理職群がスタッフ群より高い比率であった。「連携の必要性」と「ケア視点拡大」の両項目は両者ともに上位2位を占めており、前者の項目は管理職群35人（89.7%）、スタッフ群は56人（65.9%）、後者の項目では管理職群は32人（82.1%）、スタッフは49人（57.6%）で、管理職群はスタッフ群より有意に役立っていた（ $p<.01$ ）（図1-1）。

参加の動機別で「役立った」と回答した項目は、5項目すべてにおいて自分群のほうが上司群よりも高い比率であった。両群ともに上位2位を占めた項目は「連携の必要性」と「ケア視点拡大」で、60%以上の人が役立っていると回答した。両項目は上司群と比較すると自分群のほうが有意に役立っていた（ $p<.05$ ）（図1-2）。

参加回数別は、5項目すべてにおいて1回参加者群が2回以上参加者（以後、複数回と略す）群よりも「役立った」と回答した比率が高く（図1-3）、1回参加者群が複数回群より「院内資源活用」において有意に役立っていた（ $p<.01$ ）。また、両群ともに共通して、「連携の必要性」と「ケア視点拡大」が上位2位を占めた。

3. 「変化したこと」

「変化があった」と回答した人は112人（89.6%）であった。「変化したこと」の項目は「意識的にかわる」が73人（58.4%）で最も多く、ついで「主治医に確認」60人（48.0%）、「退院カンファ開催」55人（44.0%）、院内の「セ

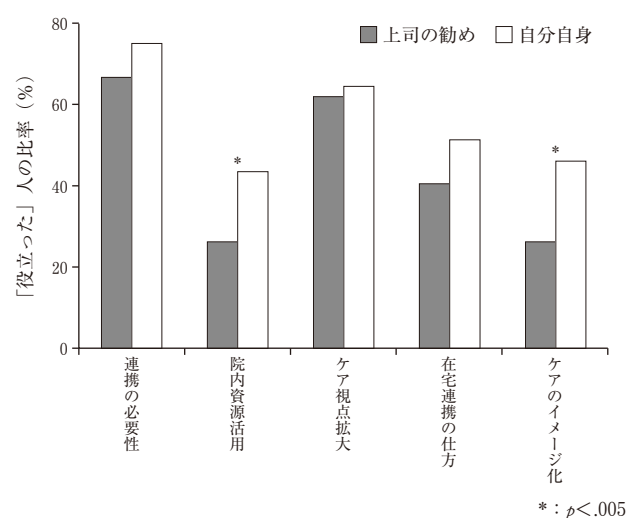


図1-2. 参加動機別「役立った」項目選択者の比率

ンター活用」49人(39.2%),「VNS等に直接連絡」40人(32.0%)であった。「変化なし」は13人(10.4%)であった。

職位別の管理職群は、「変化があった」5項目すべてにおいてスタッフ群より変化した比率は高く、「変化なし」は管理職群3人(7.7%)スタッフ群9人(10.9%)でスタッフ群のほうが高かった。両群ともに最も多かったのは、「意識的にかかわる」で、管理者職群25人(64.1%),スタッフ群47人(55.3%)であった。しかし、両群の比較では6つの選択項目における有意差は認められなかった。

参加動機別は、「変化があった」5項目すべてにおいて自分群のほうが上司群の比率より高く、「退院カンファ開催」と「センター活用」の項目においては自分群のほうが有意に高かった($p<.05$)。また、両群ともに第1位は「意識的にかかわる」であり、50%強の人が変化した(図2-1)。

参加回数別は、1回参加者群と複数回群では1回参加者

群のほうが「変化した」全項目において比率が高く、「VNS等に直接連絡」「意識的にかかわる」「変化なし」が有意に高かった($p<.05$, $p<.01$, $p<.01$)。また、第1位の項目は両群ともに「意識的にかかわる」であった(図2-2)。

4. 事例検討会参加後の「変化なし」13人について

職位別では、スタッフ9人(69.2%),管理職4人(30.8%)であった。参加の動機別は「自分自身」7人(53.8%),「上司の勧め」5人(38.5%),「その他」1人(7.7.8%)であった。参加回数は12人(92.3%)が1回となっていた。

変化のなかった13人の「役立った」項目は「ケア視点拡大」8人(61.5%)が最も多く、次に「連携の必要性」5人(38.5%)であったが、5項目すべてにおいて「変化が

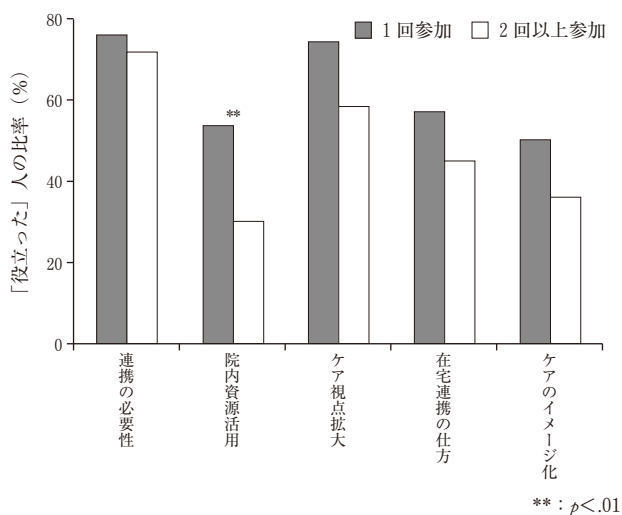


図1-3. 参加回数別「役立った」項目選択者の比率

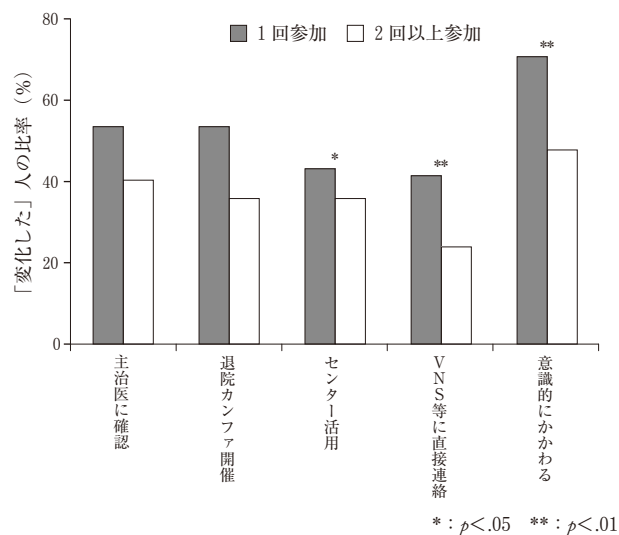


図2-2. 事例検討会後の参加回数別「変化した」項目選択者の比率

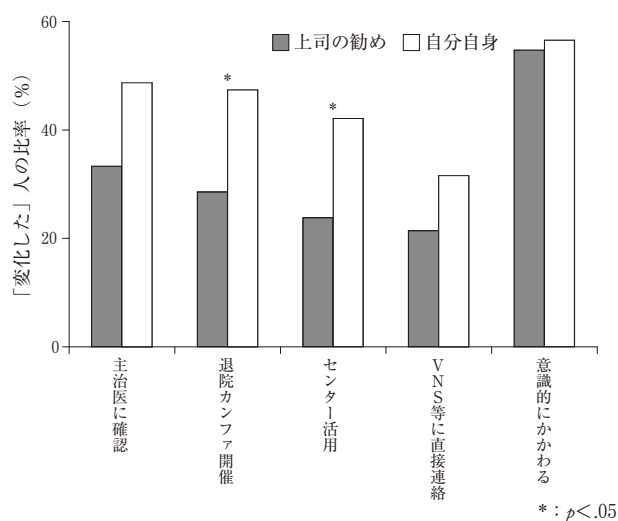


図2-1. 事例検討会後の参加動機別「変化した」項目選択者の比率

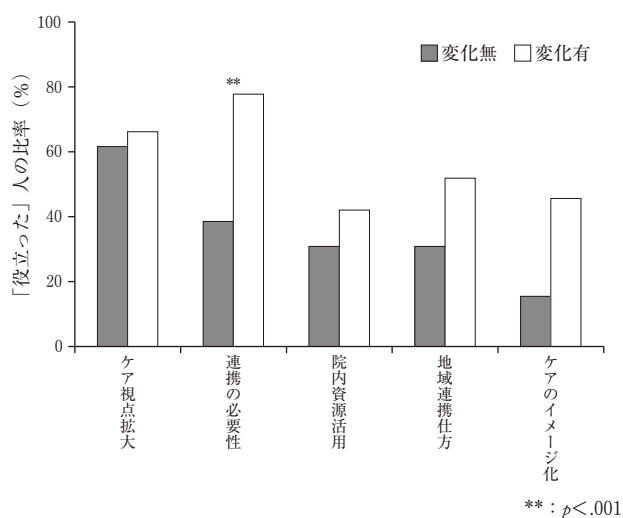


図3. 事例検討会後の変化有無別「役立った」項目選択者の比率

あった」群よりも「変化なし」群のほうが低い比率であり、項目別の比較では「連携の必要性」が「変化なし」群において有意に低かった ($p < .01$) (図3)。

IV. 考 察

1. 事例検討会が退院支援活動に及ぼした効果とその要因

特定機能病院では、目の前で命の危険にさらされている患者の救命・治療が主となり、看護職の意識からは患者の退院後の在宅生活に即した支援は落ちやすい状況である²⁵⁾。

今回の分析対象者125人が、事例検討会が「役立った」と選択した項目は「連携の必要性」(73.6%)、次に「ケア視点拡大」(65.6%)であり、この2項目は職位別・参加の動機別・参加回数別においても上位2位を示した。また、事例検討会後の退院支援に関する行動変化は60%弱の人が「意識的にかわる」ようになり、この項目は職位別・参加動機別・参加回数別でも第1位を示していた。これらの結果から、事例検討会が病院看護職の退院支援に向けての意識の向上や行動を変えるきっかけとなっていることが推察される。

とくに管理職に対しては、「役立った」項目の5項目すべてにおいて、スタッフよりも高い比率を示し、「連携の必要性」と「ケア視点拡大」の項目は有意に ($p < .01$) 役立っており、「変化した」ことについても5項目全部において管理職群がスタッフ群よりも高い比率であった。その1要因として、平成9年に3年課程の看護教育に在宅看護論が科目として初めて位置づけられたが、管理職の平均年齢は約39歳であり、この年代層は看護職者養成機関の看護教育課程において、在宅看護論の科目がない世代である。そのため在宅療養者のケアの体験がなく、事例検討を通しての在宅看護の学びが若い世代のスタッフより多くあったのではないかと推測される。また、指導的立場の管理職はベナーによる「中堅 (Proficient)」²⁷⁾ 以上のレベルである。ベナーは、中堅の学習にはケーススタディが最もよいと指摘しており、事例検討会は管理職にとって有効な学習方法であることが推察される。

また、「変化した」項目においても管理職群がスタッフより高い比率になったのは、職務上の責任と権限がスタッフより大きく、役立つと思われたことは実行に移しやすい立場にあることによる、と考えられる。

2. 退院支援への効果をさらに高めるための検討

今回の調査結果では、自分の意思で事例検討会に参加することを決定した看護師は、上司から勧められた人々よりも、院内の資源の活用やケアのイメージ化について有意に

役立っていた。「変化した」事項も、自分の意思で参加している看護職は退院カンファレンスの開催や地域医療支援センターの活用が、上司の勧めで参加した看護職と比べ有意に高い比率であった。これらのことから、退院支援に関してのモチベーションが高く、学習のレディネス状態にある人には、自由参加型的事例検討会の方法は効果があるのではないかと考えられる。一方、上司の勧めであっても、「連携の必要性」や「ケア視点拡大」について約60%の人が役立っていたことから、関心のない人の意識を変えるには、研修参加を勧めるなどの方法でスタッフに学習の機会を与えるという上司の役割が重要であることが推察される。

開催した事例検討会は、さまざまな所属に属する人々(病棟勤務場所が異なる看護職、数か所の訪問看護ステーション看護師や介護支援専門員、在宅看護教育職、等)で構成されている。そのため、多角的な意見による討議は病院看護師の考えを深め、具体的で実践的な知識と援助法のアドバイスを得る機会となっている²⁶⁾、と考えられる。今後、病院看護職の退院支援の力量を効果的に高めるためには、病院内の資源のみならず、在宅関連機関や看護系教育機関と協働した検討会を開催することが有効であると考えられる。

看護職が退院支援を行う際には、院内の各職種・関連部門との連携や地域の在宅関連機関との連携が必要となることが多い。今回、事例検討会への参加後に、自分自身や職場で変化したことがなかった群は「変化した」と回答した群に比べ、「連携の必要性」において有意に低かったことから、退院支援を効果的に行うためには「連携の必要性」の認識が低い看護職に対して、その必要性についての現任教育の強化の必要性が示唆される。

V. まとめ

特定機能病院看護師と在宅看護関係者による事例検討会が、病院看護師の退院支援に及ぼした効果を明らかにするため、質問紙調査を行い、事例検討会に参加した125人を分析した結果、以下の結論を得た。

1. 事例検討会に参加して役立ったことは、「連携の必要性がわかった」92人(73.6%)が最も多く、次に「いろいろな考えを聞けてケアの視点が広がった」82人(65.6%)であり、「役立たなかった」と回答したものは皆無であった。
2. 事例検討会参加後に自分や職場が変化した人は112人(89.6%)で、その内容は「積極的に退院支援へのかかわりを意識して患者・家族と接するようになった」が73人(58.4%)で最も多かった。

3. 職位別において、管理職は「連携の必要性がわかった」と「いろいろな考えを聞けてケアの視点が広がった」において、スタッフ群より高率に役立っていた ($p < .05$)。
 4. 参加動機別では参加を自分で決定した群は、院内資源の活用やケアのイメージ化について上司の勧め群よりも役立ち ($p < .05$)、その後の行動についても、退院カンファレンスの開催や地域支援センターの活用において有意に変化していた ($p < .05$)。
 5. 参加回数別では、「院内資源活用」について1回のみの参加者のほうが複数回参加者より有意に役立っており ($p < .05$)、その後の行動変化についても1回のみの参加者のほうが「積極的に退院支援へのかかわりを意識して患者・家族と接するようになった」($p < .01$)、と「訪問看護師等に直接連絡するようになった」($p < .05$)の項目において、高い比率で変化していた。
 6. 事例検討会参加後に自分や職場が変化しなかった13人と変化のあった112人では、「連携の必要性」の項目が「変化なし」群において有意に低かった ($p < .01$)。
- 以上のことから、病院看護職と地域の在宅看護関係者等

との事例検討会は病院看護職の退院支援に関する「連携の必要性」や「ケアの視点の広がり」の理解に役立ち、退院支援への積極的なかわりの動機づけとして、有用な方法であることが示唆された。

VI. 本調査の限界と今後の課題

今回の調査では、「役立った」5項目すべてにおいて、1回のみの参加者が複数回の参加者よりも高い比率であった要因については、「参加回数別の参加理由」や「事例提供者であるかの区別」等の設問を準備していなかったため、明らかにできなかった。対象者の参加回数別による効果や、事例検討会に参加していない約半数の看護師については今後の課題である。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、質問紙調査にご協力くださった看護師の皆様と、退院支援強化プロジェクトメンバーの看護師の皆様にご心よりお礼申し上げます。

要 旨

【目的】本研究は、特定機能病院看護職（以後、看護職）と在宅看護関係者が参加する10回の事例検討会（以後、検討会）が看護職の退院支援活動に及ぼした効果を明らかにする。

【方法】A特定機能病院で開催した検討会に参加した看護職125人を対象者とし、無記名質問紙調査法で行った。

【結果】役立たなかった人は皆無であった。役立った項目は、「連携の必要性がわかった」92人（73.6%）が最も多く、次に「ケアの視点の拡大」82人（65.6%）であった。検討会後に行動が変化した項目は「退院支援のために積極的に患者・家族と接するようになった」が60%弱であった。変化のなかった13人（10.4%）と変化のあった112人（89.6%）の比較では、「連携の必要性」について前者群が有意に低かった ($p < .01$)。

【結論】検討会は、看護職の退院支援に関する連携の必要性の理解やケアの視点拡大に有用であることが示唆された。

Abstract

Objective: The present study clarifies that the case studies with home visiting nurses had an effect on the discharge support of the hospital nurses.

Methods: 125 nurses participated in the case study program. Ten case study conferences were held over a period of 2 years at which nurses were asked to fill out an anonymous questionnaire.

Results: The most useful item was “The necessity of cooperation has been understood” (92 people; 73.6%). The next most useful item was “Expansion of the aspect of caring” (82 person; 65.6%). There were no items that were not useful. After the case study, about 60 percent of the nurses saw a positive change in discharge support of patient and family. About 40 percent of the nurses began confirming the physician’s treatment plan and could prepare a discharge support plan earlier. Nurses also began holding discharge adjustment conferences. 13 people’s behavior remained unchanged were significantly low compared with 112 people who’s behavior changed according to “The necessity of cooperation has been understood”, ($p < .01$).

Conclusion: These results suggest that case studies with home visiting nurses are useful for the expansion of nurses’ views and their understanding of the necessity for cooperation concerning discharge support.

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向．厚生指針，56(9)，168-174，13-22，2009.
- 2) 永田智子，大島浩子，ほか：退院支援の現状に関する全国調査－病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて．病院管理，41(4)，301-310，2004.
- 3) 丸岡直子，洞内志湖，佐藤博美，ほか：石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題．石川看護雑誌，5，1-10，2008.
- 4) 中西三春，長江弘子，ほか：病院における高齢者への退院支援の実施状況の調査－在宅ケア事業所の関与に着目して．日本公衆衛生雑誌，55(7)，456-464，2008.
- 5) 宗川千恵子：急性病院における退院支援の実践．臨床看護，32(13)，1984-1989，2006.
- 6) 吉良潤一，岩谷友子，ほか：医療連携コーディネーターが活動の軸に九州大学病院「地域医療連携センター」．コミュニティケア，8(3)，16-21，2006.
- 7) 桃谷恵子：「地域医療センター」との分業で進める地域連携－神戸市立西市民病院「地域連携室」．コミュニティケア，8(3)，22-27，2006.
- 8) 柳澤愛子：東大病院における退院支援の現状と課題－地域連携室において看護職の果たす役割．病院，66(5)，386-390，2007.
- 9) 積田文江，三崎明見，ほか：地域医療連携室における退院支援の取組．京都市立病院紀要，27(1)，15-18，2007.
- 10) 宇都宮宏子：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例．日本看護協会出版会，168，2009.
- 11) 松井美嘉子，角田直枝：退院調整看護師の教育(1)．保健の科学，52(7)，2010.
- 12) 田代久男，大竹まり子，ほか：特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と転院・施設入所の退院支援の比較．日本看護研究学会雑誌，32(5)，83-92，2009.
- 13) 鷺見尚己，奥原芳子，ほか：大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証．看護称号科学研究会誌，10(3)，53-64，2007.
- 14) 森鍵祐子，叶谷由佳，ほか：特定機能病院における早期退院支援を目的としてスクリーニング票の導入および妥当性の評価．日本看護研究学会誌，30(4)，27-35，2007.
- 15) 森鍵祐子，大竹まり子，ほか：急性期病院における早期退院支援を目的としてスクリーニング票の導入．日本在宅ケア学会誌，12(1)，26-34，2008.
- 16) 吉田千文，佐藤真粧美，ほか：看護師の行う退院支援と継続学習及び組織的取り組みに関する実態．日本看護学会論文集(地域看護)(1374-825)38，190-192，2008.
- 17) 中西三春，長江弘子，ほか：病院における高齢者への退院支援の実施状況の調査－在宅ケア事業所の関与に着目して．日本公衛誌，55，7456-463，2008.
- 18) 松永篤志，永田智子，ほか：特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況－退院支援部署の有無による比較に焦点を当てて．病院管理，41(3)，185-194，2004.
- 19) 嶋村淳子，吉田久美子，ほか：病院看護師の在宅支援の看護につての研究(第4報)－3施設の看護師の認識と行動．東京歯科大学看護専門学校紀要，18(1)，1-34，2008.
- 20) 細川満子，石鍋圭子，ほか：計画的な退院の促進に向けた大学教員による病院支援の評価：療養型病床における看護・介護職の認識・行動の変化から．リハビリテーション連携科学，9，91-98，2008.
- 21) 松永篤志，永田智子，ほか：特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況－退院支援部署の有無による比較に焦点を当てて．病院管理，41(3)，185-194，2004.
- 22) 篠田道子：なぜいま退院支援なのか．看護学雑誌，70(7)，600-611，2006.
- 23) 宇都宮宏子：退院調整看護師の活動の実践(1)．保健の科学，52(8)，551-561，2010.
- 24) 菊地京子，鈴木加乃，ほか：A病院看護部の退院支援強化プロジェクトの2年間の活動報告．東邦大学看護研究会誌，6，28-33，2009.
- 25) 目黒衣留舞，桜井久美子，ほか：都内の特定機能病院および一般病院における退院計画実施状況に関する実態調査．日本看護管理学会誌，4(1)，5-12，200.
- 26) 長谷川美津子，土川稔美，ほか：訪問看護における事例検討について．日本難病看護学会誌，2(1)，73-78，1998.
- 27) ベナー，パトリシア(井部俊子，ほか訳)：ベナー看護論－達人ナースの卓越性とパワー．10-27，医学書院，東京，1992.

〔平成22年10月14日受 付〕
〔平成23年4月22日採用決定〕

看護実践能力に関する概念分析：国外文献のレビューを通して

A Concept Analysis of Nursing Competence: A Review of International Literature

高 瀬 美由紀¹⁾
Miyuki Takase

寺 岡 幸 子²⁾
Sachiko Teraoka

宮 腰 由紀子¹⁾
Yukiko Miyakoshi

川 田 綾 子³⁾
Ayako Kawada

キーワード：看護実践能力，概念分析，国際視点

Key Words：nursing competence, concept analysis, International perspectives

I. 緒 言

看護教育が高等化する一方で、新卒看護師の看護実践能力低下が浮き彫りとなっている。その背景には、基礎看護教育で習得する看護技術力の低下があるとされており、これは医療技術の進歩に伴いますます複雑化していく看護業務の現状と相反するものである。新卒看護師の看護実践能力を向上し、この矛盾を解決するために、さまざまな技術教育への取り組みが行われてきた。しかしその一方で、わが国では、看護実践能力＝看護技術力とした認識が浸透しており、このような狭義の認識が、看護師育成者の視野を狭め、新卒看護師の看護実践能力向上を阻みかねない状況を招いている。

これを受けて近年では、文部科学省¹⁾や厚生労働省²⁾が提言するように、看護実践能力を看護技術の習得という一面だけではなく、看護実践に必要な倫理観や看護管理能力の保持、および専門職としての学習態度形成など、多面的な要素を含んだ総合能力としてとらえる考え方にシフトしてきた。しかし神原ら³⁾による文献レビューが指摘するように、わが国における看護実践能力の定義は多岐にわたり、共通認識として活用できるレベルにはない。また、その定義も看護実践能力の構成要素を述べるにとどまっているのが現状である。

わが国における看護実践能力の考え方に示唆を与え、より明確な看護実践能力の定義、およびその構成要素を同定するために、看護実践能力に関する議論が盛んな欧米諸国を中心とした国外の文献を概観することが有用だと考えられる。国外の看護実践能力を検証した研究には、神原ら³⁾と吉田⁴⁾によるものがある。しかし、神原ら³⁾の研究は国外研究の動向を調査したに過ぎず、また吉田による概念分析は、新卒看護師の看護実践能力に限定されており、看

護師全般に適用できる看護実践能力の考え方を明らかにしたものではない。そこで本研究の目的は、国外文献のレビューを通して、諸外国で考えられている看護実践能力の概念を明確にすることにより、わが国における概念発展の方向性に示唆を与えることである。

II. 研究方法

本研究では、看護実践能力の概念を明らかにするために、Rogers⁵⁾の概念分析法を用いた。Rogersの概念分析法は、①関心をよせる概念と、その関連用語の設定、②文献検索の対象・領域の特定、③抽出された文献から概念の属性や先行・帰結因子に関する情報の収集、④収集した情報の分析、そして⑤概念発展の方向性や仮説などの提示、から構成されている。

検索対象は、看護実践能力の英訳に相当する nursing competence に主題を置いた英語文献とした。Competence の関連用語としては、competency, competencies, competent が存在するため、文献検索は nurs* と competen* のキーワードを掛け合わせて実施した。検索データベースには CINAHL と MEDLINE を用い、対象出版年は 2000 年から 2009 年とした。検索された文献については、まず研究タイトルと抄録から本研究目的との関連性を検証し、ついで本文を精読することにより研究対象の可否を判断した。また、対象出版年以外に出版された重要文献の除外を避けるために、研究対象文献で繰り返し引用されている文献も、対象とした。さらに、欧米諸国の公的看護組織のウェブサイトから、看護実践能力基準に関する公文書を入手し、これらも分析対象とした。しかし、①専門看護師などの高度看護実践に関する実践能力に限定した文献、②特定看護領域もしくは役割における看護実践能力に特化した文献、お

1) 広島大学大学院保健学研究科 Hiroshima University, Graduate School of Health Sciences

2) 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 Kawasaki University of Medical Welfare, Faculty of Health and Welfare, Department of Nursing

3) 広島都市学園大学健康科学部看護学科 Hiroshima Cosmopolitan University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

よび③継続的看護実践能力に言及した文献、は除外した。したがって、本研究で検証する看護実践能力の概念は、特定看護領域におけるものではなく、看護師全般に適用できる看護実践能力である。

上記検索の結果、60文献^{6)~65)}が研究対象として抽出された。そこから看護実践能力に対する考え方や、その属性および先行・帰結因子、そして関連用語に関する情報を抽出した。看護実践能力の考え方については、その視点（着眼点）と議論の方向性の類似性を整理し、カテゴリー化した。また看護実践能力に必要な要素（属性）と、その先行・帰結因子に関しては、Rogers⁵⁾の提言に則り、類似した情報をサブカテゴリーとして集約し、さらにそれを包含的でより凝集性の高い集合体となるようにカテゴリー化し、それぞれの要約的特徴を明らかにした。関連用語については、Rogers⁵⁾の提言どおりカテゴリー化せず、用語の提示にとどめた。

Ⅲ. 結 果

以下、カテゴリーを《 》で、それを構成するサブカテゴリーを【 】で示す。

1. 看護実践能力の考え方

看護実践能力に対する考え方については、次の3つの視点、すなわち《実践能力とは？》《看護実践能力の目的》《能力発揮レベル》から論じられていた。まず、《実践能力とは？》については、既に先行文献において3つに大別されていた^{6)~14)}。1つめは、実践能力は一つ一つの核となる技術を実施できることであり、その評価は技術の施行をもって行われる、という【行動主義論】である。この考え方では、人が何を知っていて、どのような態度や考え方に基づいて業務を実施したかは無視され、何ができるかに焦点が当てられる。2つめの考え方は【一般特性論】といわれ、実践能力は効果的な業務遂行に必要な個人がもつ特性（知識や批判的思考力、性格など）によって構成される、という考え方である。この考え方は、個人の特性に焦点を当てるものであり、その特性と業務が行われる文脈との関係は無視する。3つめは【全体論】と呼ばれ、実践能力は特定の文脈で必要とされる知識や技術、態度、思考力そして価値観などの要素からなる、という考え方である。この考え方では、実践能力は単に個々の業務をこなすことによって評価されるのではなく、その実践に関与した思考や判断、態度などのすべての要素を考慮すべきとしている。

国外の看護界においては、3つめの【全体論】が一般的に受け入れられていた。なぜなら、看護実践能力は実際の看護が提供されるさまざまな場・文脈で発揮されるもので

あるため、獲得した技術や知識、そして本来その人がもっている特性は、一つ一つの看護実践の場で応用されなければならないからである^{9), 15)}。つまり看護実践では、異なる状況下での知識や技術の移行力（transferability）^{16), 17)}が必要とされているのである。したがって、一般特性論のように個人の特性に焦点を当て、その特性が生かされる文脈を無視した考え方、行動主義論のように技術を実施する状況や対象を無視し、一定の環境で単に技術が実施できればよいという考え方は、看護実践とは相容れないとされている^{16), 17)}。実際、全体論が示すように、看護実践能力の定義には知識や技術、態度、思考力そして価値観などの多面的要素が含まれていることが多い^{e.g., 18)~24)}。

《看護実践能力の目的》については、専門職として【安全で効果的な看護を提供】し、【人々のwellbeingを守る】こと、と位置づけられていた。前者では、安全で倫理的な看護実践^{21), 22)}、期待された水準での業務・役割遂行^{6), 22), 25)}、効果的で熟練された看護役割の遂行^{23), 24), 26), 27)}、そして非監督下、もしくは自己責任における安全で効果的な看護実践^{7), 8), 17), 28)~31)}、があげられていた。後者では、人々の健康や安全、welfareを守り^{19), 20), 32)}、対象者に理想的な結果をもたらすため^{6), 18)}とされていた。

国外の文献を概観すると、看護実践能力に対する考え方については一致した意見が示されているが、看護実践能力の《能力発揮レベル》においてはコンセンサスが得られていなかった。つまり能力の水準をどのように考えるかについては、【潜在レベル論】と【行動レベル論】に二分されていた^{6), 33)}。【潜在レベル論】は看護実践能力を、効率的かつ安全に看護を実施するための潜在能力（potential）とし、それはその人が“できる（can）”ことは意味しても、その人が実際に“している（do）”こととは関係がないとするものである^{6), 7), 34)~36)}。つまり行動と潜在能力は常に相関しているとは限らず³⁴⁾、行動を起こすためには看護実践能力以外に、その能力を活用できる力と活用しようとする意志・意欲が必要である、と主張しているのである²²⁾。看護実践能力の定義のなかには力量（capacity）という言葉が使われることも多いが^{17), 29), 37)~39)}、これも潜在能力と類似した意味合いで使用されていた。したがって、看護実践能力自身は直接観察不可能であるため、その能力は実践を通して推察するしかない^{13), 39)}というのが潜在レベル論である。それとは反対に【行動レベル論】では、看護実践能力を潜在能力の保持にとどまらず、その能力を活用し、そして行動として実証する能力をも含めて定義している^{6), 15), 18), 40)~45)}。この考え方はICN（International Council of Nurses）における看護実践能力の定義⁴⁾やIOM（Institute of Medicine）が推奨する全医療専門職に対する実践能力の定義^{19), 32)}にも反映されていた。

2. 看護実践能力の属性

前述のように、看護実践能力には、単に技術や効果的な業務遂行に必要な個人特性だけではなく、特定の文脈で必要とされる知識や技術、態度、思考力そして価値観などの多面的要素の保持が必要とされている。そしてこれらの要素は、3 カテゴリーに分類できた。

1つめのカテゴリーは、看護に対する《個人適正》に関するもので、これには【性格】と【認知・思考力】のサブカテゴリーが含まれた。【性格】のなかには愛情³⁹⁾や理解¹³⁾、自己制御³⁹⁾、自信⁴⁶⁾などが含まれ、【認知・思考力】には、批判的思考力^{27), 35), 39), 47)~50)}や問題解決能力^{13), 28)}、省察力¹³⁾などが含まれた。

次のカテゴリーは《専門的姿勢・行動》に関するものであり、これは【専門的・倫理的・法的看護実践】と【専門的成長の促進行動】の2つのサブカテゴリーから構成された。【専門的・倫理的・法的看護実践】には、専門職としての行動基準（専門的役割の充足に向けた行動^{27), 51), 52)}や専門職としての責任^{21), 24), 28), 34), 40), 53)}、自律性²¹⁾、自己の能力限界の認識³⁰⁾や倫理基準（説明責任や患者権利の尊厳など^{13), 19), 21), 26), 35), 44), 47), 50)~56)}に則した姿勢・行動、および看護師に関連する法令に準拠する姿勢・行動^{23), 49), 51), 53), 57)}が含まれた。また【専門的成長の促進行動】には、看護師としての成長を促進する姿勢・行動（継続学習の推進とそれによる最新の知識・技術の保持など^{10), 30), 35), 44), 46), 49), 53), 54), 56)}が含まれた。

最後のカテゴリーは《専門知識と技術に基づいたケア能力》であり、これは以下に示す6つのサブカテゴリーで構成された。まず【他の医療専門職者と協働する能力】は、他職種とのコミュニケーションや協働をはかりながら、医療チームの一員として対象者のwellbeingに貢献する能力^{19), 24), 28), 34), 35), 51), 52), 58), 59)}を示しており、【人間関係形成能力】は、コミュニケーションや相互理解を通して、看護の対象者・同僚看護師および他の医療専門職者との人間関係を形成する能力^{10), 20), 24), 27), 28), 30), 39), 47), 49), 51), 53), 54), 60)}を表していた。また【教育・指導能力】は、看護の対象者や同僚看護師の教育・指導能力^{18), 20), 34), 47), 49), 54), 57), 61)}を含んでおり、【看護管理能力】は、看護実践を可能にする資源・環境・人材の管理^{26), 40)}や業務の計画・調整^{26), 47)}、リーダーシップ・チーム形成能力^{20), 23), 46)~49), 51), 54), 62)}、および組織変革の推進³⁴⁾などを含んでいた。そして【看護の安全と質を保証する能力】は、革新的なケアアプローチの導入³⁴⁾や医療システムの改善²¹⁾、研究とEBNの実践^{10), 19), 28), 34), 38), 47), 51), 53), 54), 58), 59)}、および情報科学を活用した情報収集^{19), 34), 39), 51), 58), 59)}を通して、看護の安全とケアの質向上に貢献^{18), 19), 26), 51), 58), 59), 61)}する姿勢・行動を求めている。最後に、【看護展開能力】は情報収集、アセスメント、計画、実施、評価など、一連の看護

展開を通して、看護の対象者に最高水準のケアを提供する能力^{10), 18), 20), 21), 23), 24), 27), 30), 34), 40), 44), 46), 49), 53), 54), 56), 58), 63)}で構成された。

3. 看護実践能力の先行・帰結因子

看護実践能力の先行因子は、《職場環境因子》に由来するものと《個人因子》によるものの2 カテゴリーに分けられた。《職場環境因子》に関するものには、医療機器の使用状況³⁷⁾や専門領域による業務特性¹¹⁾、組織や病棟の風土^{37), 64)}、成長の機会³⁷⁾、そして看護実践能力の使用頻度¹¹⁾などの【学習に適した環境】が含まれた。また《個人因子》には、好奇心や進んで質問をする姿勢³⁷⁾、レジネス³⁷⁾、意欲³⁷⁾、自己効力感²⁹⁾などの【個人特性】と【経験】^{11), 12), 37)}が含まれた。

帰結因子に関しては、それを明確に示している文献および研究報告は確認できなかった。しかし、看護実践能力の帰結と看護実践能力を保持する目的は表裏一体と考えるならば、その帰結因子は、前述したように、専門職として安全で効果的な看護を提供し、人々のwellbeingを守ることであると解釈できる。

4. 関連用語

英語では実践能力（competence）の類似語として competency が存在する。Competency は知識や技術、個人特性など人々が職場にもたらすもので、competence はそれがパフォーマンスというかたちで表されるもの^{39), 43)}という考え方がある一方で、competence は知識・技術・態度などの属性を示し、その属性が統合されてパフォーマンスを形成するものが competency とする考え方¹⁷⁾もあった。さらに、competency はリーダーシップなどの特定の能力を表し、competence は能力全体を表すという考え方³⁸⁾も示されていた。しかし competence と competency の違いを明らかにしようとする試みがある一方で、この両方が混同され混乱をきたしているのが現状である^{6), 65)}。

もう1つの類義語はパフォーマンスである。とくに実践能力を行動レベルとみる場合、看護実践能力は知識や技術などの保持だけでなく、それを行動に移して実証することをも含むため、パフォーマンスは看護実践能力と密接な関係にあるとされていた^{c.g., 41)}。

IV. 考 察

国外文献を整理すると、看護実践能力とは看護実践における専門的責任を果たすために必要な個人適性、専門的姿勢・行動、そして専門知識と技術に基づいたケア能力という一連の属性を効果的に発揮できる能力、と定義できる。

また看護実践能力のある人とは、上記の一連の属性を保持し、もしくはそれに加えてこれらの属性を発揮するための意欲と能力をもち、そしてこれらの特性を活かすことにより安全かつ効率的で、専門的な看護ケアを対象者に提供し、対象者のwellbeingを守ることができる者である、といえる。

国外文献のレビューにより、看護実践能力に対する考え方が明らかになった一方で、それをより明確に定義するためには、いくつかの課題が残されていることも明らかになった。まず1つめの課題は、看護専門職として、最低限どの程度の実践能力を保持するべきかということが未だ明らかにされていないことである。看護実践能力は、個々の看護師の看護経験年数やその内容によって異なるものであるが、最も実践能力の低いとされている新卒看護師が安全かつ効果的に看護を提供するためには、それぞれの実践能力属性をどの程度獲得しているべきかを明らかにすることは重要である。また経験豊かな看護師にとっても、看護実践能力の目的のなかにある、期待された水準での業務・役割遂行^{30), 35), 17)}を果たすためには、誰のどの程度の期待なのかを明確に認識しておく必要がある。これに関しては、患者が期待する看護実践能力を検証する質的研究⁶⁶⁾が実施されているが、患者にとって看護師の実践能力を評価することは難しく、患者が大切と考えている看護技術の優先順位を明らかにしたにとどまっている。

次の課題は、看護実践能力を潜在レベルでみるべきか、行動レベルでみるべきかの総意が得られていないことである。これは、それぞれの見方に利点と欠点があるためと考えられる。例えば看護実践能力を潜在能力としてみる場合、潜在能力は目に見えないものであるため、他者評価が困難となる。それどころか、自己の潜在能力に気づいていない場合は自己評価さえ不確かなものとなり、看護実践能力を評価することができなくなる。反対に、看護実践能力を行動レベルとしてみる場合は、評価は容易になる。しかしその一方で、看護実践能力とパフォーマンス (competence vs performance) との境界が不明瞭となり、両者が混同される恐れがある。わが国における看護実践能力の研究に、Schwirian, P.M. によって開発された 6- Dimensions of Nursing Performance Scale が多用化されているのもそのためであろう³⁾。看護実践能力を潜在能力としてみるか、行動レベルとしてみるかは、看護実践能力の解釈や評価に多大な影響をもたらすため、早急な認識の統一が必要である。

その他の課題としては、看護実践能力の理論化である。現在の看護実践能力に関する文献では、その定義と属性についての議論に焦点が当てられ、それぞれの看護実践能力を構成する属性がどのように関連しあっているかなどを理論化したものは少ない⁷⁾。またいくつかのモデル提言はさ

れているものの^{21), 44), 48), 51), 58)}、看護実践能力を構成する属性間の関係を同等ととらえる傾向にあり、属性の階層化などに言及したものも少ない。さらに、看護実践能力の先行・帰結因子についての議論・研究も乏しく、看護実践能力解明に対する議論や研究は今後も継続が必要と考えられる。

またわが国においても、少なくとも3つの課題が存在すると言える。まず1つめは、以上に示した国外における看護実践能力の概念や概念発展の課題を考慮しながら、わが国で活用できる看護実践能力の定義と構成要素を明らかにすることである。そして2つめは、看護実践能力に関する正しい認識を浸透させることである。とくに、看護実践能力を看護技術力とし、演習室など一定の状況下で看護技術力を評価する方法は行動主義論的な考え方であり、さまざまな状況で必要とされる看護実践能力を反映しているとはいえない。したがって、看護実践能力の特定要素に焦点をおいた教育・評価は見直されるべきであろう。

近年、看護教育の高等化による理論重視の教育によって、新卒看護師の看護実践能力が低下していると言われている。確かに、臨地実習時間の削減や臨地実習で経験できる看護技術の範囲が限られてきているため、新卒看護師の看護技術力は低下しているとされているが⁶⁷⁾、果たして看護実践能力そのものが低下しているかどうかは疑問である。上記にも示したとおり、看護実践能力は技術力だけではなく、倫理観や他職種との連携、看護管理能力や研究能力など、多様な要素を含むものである。これらの要素は、看護教育が大学に移行したことにより、より習得可能になったのではないかと考える。例えば、大学では他の医療職を専攻する学生との交流が可能であり、それにより学生のうちから相互の役割理解や人間関係形成が可能となる。また、看護の大学教育化により就学時間数が増加し、看護実践を支える医療倫理や法制、人間関係論、看護管理論、および研究方法論などの教育が充実化された。このような考え方に基くと、新卒看護師の看護実践能力は低下しているどころか、実際には向上しており、単に評価する側の認識が技術力に偏っているために、「いまどきの新卒看護師は看護実践能力がない」という虚像を生み出している可能性も否めない。

新卒看護師の看護実践能力を適切に評価するため、そして看護実践能力と先行・帰結因子との関係を検証するためにも、看護実践能力を測定する尺度が必要である。しかし現在のわが国では、信頼性と妥当性があり、かつ看護実践能力を多角的な視点から評価できる尺度が存在しないのが現状である。先行研究で看護実践能力評価に使用されている尺度の多くは、看護技術に重点をおいたチェックリスト形式のものや、日本での信頼性や妥当性が検証されていない欧米尺度の邦訳修正版、もしくは信頼性や妥当性が未検

証の自作質問紙などである。したがって3つめの課題は、看護実践能力を厳密に評価できる尺度を開発することである。そのためにも看護実践能力の概念を明確にしておくことが肝要である。

V. 結 語

看護実践能力は、看護師としての役割を担うために必要な中核となる能力である。そのため、看護実践能力の定義を明確にすることは、看護師を養成するうえでのカリキュ

ラムの基盤を明確にすることにつながる。また看護実践能力の属性を明瞭にすることは、看護は単なる日常生活援助技術や診療の補助技術を提供する技術職ではなく、多面的な能力を要する専門職であると位置づけるためにも重要である。

しかし、看護の質の向上・維持に重要な看護実践能力の概念は未だ発展過程にあり、その定義、レベル、そして構造の明確化など、残された課題も多い。国外の看護実践能力に関する見解や課題を考慮しながら、わが国でも、その概念明確化に向けてさらなる検証が必要とされている。

要 旨

本研究の目的は、国外文献を通して、看護実践能力の概念を検証することである。文献検索はCINAHLとMEDLINEを用い、nurs*とcompeten*のキーワードを掛け合わせて実施した。対象出版年は2000年から2009年とした。その結果、60文献を抽出した。看護実践能力の概念は、Rogersの概念分析法を用いて検証した。その結果、看護実践能力とは、看護実践における専門的責任を果たすために必要な個人適性、専門的姿勢・行動、そして専門知識と技術に基づいたケア能力という一連の属性を発揮できる能力、と定義できた。しかし、看護実践能力の発揮レベルについては総意が得られておらず、認識の統一が必要である。また、看護実践能力の構造化や先行・帰結因子の探求が不十分であり、看護実践能力の概念を確立するためには、さらなる検証が必要とされている。

文 献

- 1) 文部科学省：看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標。2008-8-21
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm
- 2) 厚生労働省：「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書。2008-8-21
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html>
- 3) 神原裕子，荒川千秋，ほか：国内外における看護実践能力に関する研究の動向。目白大学健康科学研究，1，149-158，2008。
- 4) 吉田礼子：新卒看護師のclinical competence：ロジャースの方法に基づいた概念分析。東海大学短期大学紀要，41，83-91，2007。
- 5) Rogers, B L: Concept analysis: an evolutionary view. In: Rogers, B L & Knafl, K A (Eds.): Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications, 77-102, Saunders, Philadelphia, 2000.
- 6) Cowan, D T, Norman, I, et al: Competence in nursing practice: a focused review of literature. Int J Nurs Stud, 15, 20-26, 2007.
- 7) King's College London, National Nursing Research Unit: Nursing competence: what are we addressing and how should it be measured?. 2009-10-31
<http://www.kcl.ac.uk/content/1/c6/05/68/69/PolicyIssue18.pdf>
- 8) Fordham, A J: Using a competency based approach in nurse education. Nurs Stand, 19 (31), 41-48, 2004.
- 9) McCready, T: Portfolios and the assessment of competence in nursing: a literature review. Int J Nurs Stud, 44, 143-151, 2007.
- 10) Cowan, D T, Wilson-Barnett, D J, et al: Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. Int J Nurs Stud, 45, 902-913, 2008.
- 11) Meretoja, R, Leino-Kilpi, H, et al: Comparison of nurse competence in different hospital work environments. J Nurs Manage, 12, 329-336, 2004.
- 12) Dellai, M, Mortari, L, et al: Self-assessment of nursing competencies: validation of the Finnish NCS instruments with Italian nurses. Scand J Caring Sci, 23, 783-791, 2009.
- 13) Goncz, A: Competency based assessment in the professions in Australia. Assess Educ Princ Pol Pract, 1 (1), 27-44, 1994.
- 14) Levett-Jones, T L: Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. Nurse Educ Pract, 7, 112-119, 2007.
- 15) Redfern, S, Norman, I, et al: Assessing competence to practise in nursing: a review of the literature. Res Papers in Educ, 17 (1), 51-77, 2002.
- 16) Norman, I J, Watson, R, et al: The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwife students. Int J Nurs Stud, 39, 133-145, 2002.
- 17) Cassidy, S: Interpretation of competence in student assessment. Nurs Stand, 23 (18), 39-46, 2009.
- 18) Meretoja, R, Isoaho, H, et al: Nurse competence scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs, 47 (2), 124-133, 2004.
- 19) Greiner, A C, Knebel, E: Health professions education: a bridge to quality. 3-4 & 45-73, National Academies Press, Washington, DC, 2003.
- 20) Klein, C J, Fowles, E R: An investigation of nursing competence and the competency outcomes performance assessment curricular approach: senior students' self-reported perceptions. J Prof Nurs, 25, 109-121, 2009.
- 21) College and Association of Registered Nurses of Alberta: Entry-to-practice competencies for the registered nurses profession. 2009-11-30
<http://www.nurses.ab.ca/carna-admin/Uploads/Entry-to-Practice%20Competencies.pdf>
- 22) Eraut, M: Concepts of competence. J Interprofessional Care, 12,

- 127-139, 1998.
- 23) Australian nursing and Midwife Council: Common competencies for registered nurses in the Western Pacific and South East Asian region (WPSEAR). 2010-4-24
<http://www.anmc.org.au/userfiles/file/wpsear/publications/Competency%20standards%20WPSEAR.pdf>
 - 24) Nursing Council of New Zealand: Competencies for registered nurses. 2010-4-24
<http://www.nursingcouncil.org.nz/download/73/rn-comp.pdf>
 - 25) Tabari-Khomeiran, R, Kiger, A, et al: Competence development among nurses: the process of constant interaction. *J Contin Educ Nurs*, 38, 211-218, 2007.
 - 26) Ramritu, P L, Barnard, A: New nurse graduates' understanding of competence. *Int Nurs Rev*, 48, 47-57, 2001.
 - 27) The Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC): National competency standards for registered nurse. 2009-10-20
http://www.anmc.org.au/userfiles/file/competency_standards/Competency_standards_RN.pdf
 - 28) An Bord Altranais Irish Nursing Board: Scope of nursing and midwifery practice framework. 2009-11-15
<http://www.nursingboard.ie/GetAttachment.aspx?id=bb27dbe6-26dc-4cea-9239-344b66c72321>
 - 29) Lauder, W, Watson, R, et al: An evaluation of fitness for practice curricula: self-efficacy, support and self-reported competence in pre-registration student nurses and midwives. *J Clin Nurs*, 17, 1858-1867, 2008.
 - 30) An Bord Altranais Irish Nursing Board: Requirements and standards for nurse registration education programmes (3rd ed). 2010-4-24
<http://www.nursingboard.ie/GetAttachment.aspx?id=1f86bb01-83cb-4fbf-89b7-d1a5bda8e72e>
 - 31) United Kingdom Central Council (UKCC): Fitness for practice: The UKCC commission for Nursing & Midwifery education. 2010-4-24
<http://www.placements.combined.nhs.uk/files/users/wilsos/Downloads/Fitness%20for%20practice.pdf>
 - 32) National Council of State Boards of Nursing (USA): NCSBN model nursing practice act and model nursing administrative rules. 2010-4-24
https://www.ncsbn.org/Model_Nursing_Practice_Act_December09_final.pdf
 - 33) Girot, E A: Assessment of competence in clinical practice: a review of the literature. *Nurse Educ Today*, 13, 83-90, 1993.
 - 34) O'Conner, S E, Smith, P R L, et al: An evaluation of the clinical performance of newly qualified nurses: a competency based assessment. *Nurse Educ Today*, 21, 559-568, 2001.
 - 35) Hsu, L, Hsieh, S: Testing of a measurement model for baccalaureate nursing students' self-evaluation of core competencies. *J Adv Nurs*, 65, 2454-2463, 2009.
 - 36) McConnell, E A: Competence vs. competency. *Nurs Manage (Lond)*, 32(5), 14, 2001.
 - 37) Khomeiran, R T, Yekta, Z P, et al: Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *Int Nurs Rev*, 53, 66-72, 2006.
 - 38) Clinton, M, Murrells, T, et al: Assessing competency in nursing: a comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes. *J Clin Nurs*, 14, 82-94, 2005.
 - 39) Zhang, Z, Luk, W, et al: Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. *J Adv Nurs*, 33, 467-474, 2001.
 - 40) Poster, E, Adams, P, et al: The Texas model of differentiated entry-level competencies of graduates of nursing programs. *Nurs Educ Perspect*, 26(1), 18-23, 2005.
 - 41) Meretoja, R, Leino-Kilpi, H: Instruments for evaluating nurse competence. *J Nurs Adm*, 31, 346-352, 2001.
 - 42) Lazarus, J B, Lee, N G: Factoring consumers' perspectives into policy decisions for nursing competence. *Policy Polit Nurs Pract*, 78, 195-207, 2006.
 - 43) Greenhalgh, T, Macfarlane, F: Towards a competency grid for evidence-based practice. *J Eval Clin Pract*, 3, 161-165, 1997.
 - 44) International Council of Nurses: Nursing care continuum framework and competencies. 34-37, International Council of Nurses, Geneva, 2008.
 - 45) Grundy, L: Pathways to fitness for practice: national vocational qualifications as a foundation of competence in nurse education. *Nurse Educ Today*, 21, 260-265, 2001.
 - 46) Bartlett, H P, Simonite, V, et al: A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes. *J Clin Nurs*, 9, 369-381, 2000.
 - 47) Lenburg, C B, Klein, C, et al: The COPA model: a comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nurs Educ Perspect*, 30, 312-317, 2009.
 - 48) Del Bueno, D J: Buyer beware: the cost of competence. *Nurs Econ*, 19, 250-257, 2001.
 - 49) Liu, M, Kunaikikul, W, et al: Development of competency inventory for registered nurses in the people's republic of china: scale development. *Int J Nurs Stud*, 44, 805-813, 2007.
 - 50) Lenburg, C B: The framework, concepts and methods of the competency outcomes and performance assessment (COPA) model. *Online J Issues Nurs*, 4(2), manuscript 2, 1999.
 - 51) Massachusetts Department of Higher Education & Massachusetts Organisation of Nurse Executives: Creativity and connections: building the framework for the future of nursing education and practice. 2010-04-21
<http://www.mass.edu/currentinit/documents/NursingCoreCompetencies.pdf>
 - 52) Nursing & Midwifery Council: The code: standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives. 2009-11-21
<http://www.nmc-uk.org/aDisplayDocument.aspx?documentID=5982>
 - 53) Hengstberger-Sims, C, Cowin, L S, et al: Relating new graduate nurse competence to frequency of use. *Collegian*, 15, 69-76, 2008.
 - 54) Liu, M, Yin, L, et al: Competency inventory for registered nurses in Macao: instrument validation. *J Adv Nurs*, 65, 893-900, 2009.
 - 55) Cochrane, D, Palmer, J, et al: Formulating a web-based educational needs assessment questionnaire from healthcare competencies. *Nurse Researcher*, 16, 64-75, 2009.
 - 56) Nursing & Midwifery Council (UK): Standards of proficiency for pre-registration nursing education. 2010-4-24
<http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=328>
 - 57) Watson, R, Calman, L, et al: Assessing clinical competence in student nurses. *J Clin Nurs*, 11, 554-555, 2002.
 - 58) Armstrong, G E, Spencer, T S, et al: Using quality and safety education for nurses to enhance competency outcome performance assessment: a synergic approach that promotes patient safety and quality outcomes. *J Nurs Educ*, 48, 686-693, 2009.
 - 59) Preheim, G J, Armstrong, G E, et al: The new fundamentals in nursing: introducing beginning quality and safety education for

- nurses' competencies. J Nurs Educ, 48, 695-697, 2009.
- 60) Beyea, S C, von Reyn, L, et al: A new residency program for competency development using human patient simulation. J Nurses Staff Dev, 23, 77-82, 2007.
- 61) Meretoja, R, Leino-Kilpi, H: Comparison of competence assessments made by nurse managers and practising nurses. J Nurs Manage, 11, 404-409, 2003.
- 62) Tzeng, H: Demand and supply for nursing competencies in Taiwan's hospital industry. Nurs Econ, 21 (3), 130-139, 2003.
- 63) Robert, K, Lockhart, R, et al: A competency transcript to assess and personalize new graduate competency. J Nurs Adm, 39 (1), 19-25, 2009.
- 64) Ying, L, Kunaiktikul, W, et al: Nursing competency and organisational climate as perceived by staff nurses in a Chinese university hospital. Nurs Health Sci, 9, 221-227, 2007.
- 65) Watson, R, Stimpson, A, et al: Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. J Adv Nurs, 39, 421-431, 2002.
- 66) Calman, L: Patients' views of nurses' competence. Nurse Educ Today, 26, 719-725, 2006.
- 67) 厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書（案）. 2010-9-8
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0323-6a-01.pdf>

〔平成22年10月4日受付〕
〔平成23年4月4日採用決定〕

M55

フィジカルアセスメント トレーニングモデル

"Physiko"



新・看護師教育 カリキュラムに対応

Physiko はフィジカルアセスメント技術を向上させ、看護の臨床実践能力を高める学習に適した全身モデルです。

■ 実習項目

- 問診・コミュニケーション
- 目の視診
- 血圧測定
- 心電図シミュレーション
- 脈診
- 心音の聴診
- 呼吸音の聴診
- 腸音の聴診

Physiko を用いた看護師教育現場での活用

- 3 種のプログラムモード設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- 12 人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- 豊富な症例設定で、基本的に習得すべきアセスメントを繰り返し学習
- 人体と同様に可動し、問診のできる全身モデル



MW 1 浮腫触診モデル



重症度の異なる圧痕性浮腫を触診検査

MW 7 血圧測定トレーナー"あつ姫"



習熟度に応じたモード変更で効果的に学習

MW 8 経管栄養シミュレータ



経管栄養法の手順を総合的にトレーニング

2010-11 総合カタログ・単品パンフレットがございます。

オンラインカタログから検索・ダウンロードしていただけます。 ● <http://www.kyotokagaku.jp>



株式
会社

京都科学

URL ● <http://www.kyotokagaku.com>
e-mail ● rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社・工場 〒612-8388 京都市伏見区北寝小屋町15番地
TEL.075-605-2510 (直通) FAX.075-605-2519

東京支店 〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目26番6号
NREG本郷三丁目ビル 2階
TEL.03-3817-8071 (直通) FAX.03-3817-8075

終末期の患者が食べることの意味

The Meaning of the Eating Behavior for Terminally Ill Patients

大 塚 有希子¹⁾
Yukiko Otuka

尾 岸 恵三子²⁾
Emiko Ogishi

キーワード：終末期患者，食べること，意味

Key Words：terminally ill patient, eating behavior, meaning

I. はじめに

臨床看護師としての研究者は、患者との日々の関わりの中から「口から食べる」ということの重要性を感じている。口から食べることは、単に栄養素を摂取するだけでなく、食べる人と「食べ物」「食べさせる人」「食事の場」とが触れあうことにより、五感を通して脳に刺激を与え、人間らしく生きる原点として、人に生きる喜びと楽しさを与えるという重要な意義をもつ¹⁾。しかし、日本における食の援助に関する研究は、援助の根拠を生理機能のみに求めるものが主流であり²⁾、生活している人の食を捉えて援助を行った研究や、生きる力や食べる意欲を引き出す食への援助について行われた研究は少ない。

研究者の経験では、終末期の患者は身体的、精神的苦痛などのさまざまな側面から影響を受け、ひと口の食べ物を口にすることすらままならなくなることがあった。しかし、できなくなることが増えていく終末期の患者にとって、食べるということは、看護師のかかわりにより最後まで残されることがある。

終末期の患者が思い出の味を想起し、また再び病床で味わうことができれば、その食べものにまつわる思い出や人との関わりなどを思い返し、今の生を生きていることを実感することができる³⁾。食べることで自分の残された時間を自分の思うように生きていると感じることができれば、終末期の患者は食べることに支えられ、その生を意味あるものとして捉えられると考える。

現在、終末期の患者への食の援助では、患者の食べたいものを知り、提供することで、喜びと自信をもたらし回復意欲につながること⁴⁾や、患者の食べることのニーズや希望を聞きかわかることで、食べることへの希望が生きる意欲につながるにより⁵⁾、その重要性が明らかになってきている。そして、食べるものがホスピスで過ごす人の

生命の源として深い意味をもつものであることがわかってきている⁶⁾。このように、食べることが生きる意欲につながるということが明らかになってきているが、「食」に対する言動の全般にわたって、その意味をとらえようと試みた研究はこれまでにない。さらに、患者が食べることの意味を明らかにすることにより看護援助にどのような示唆が得られるのかについては、十分に研究がされておらずさらに検討が必要である。これらの点について、本研究は、食べる意味を引き出すことを意図した看護実践を実際に行うなかから明らかにするものである。

II. 研究目的

終末期の食の援助において、患者が食べることを意味を明らかにする。

III. 用語の定義

本研究において「終末期」とは、予後6か月以内と医療者が考える時期から死に至るまでの経過であり、かつ患者自身が数か月以内に死が訪れることを意識している時期と定義する。また、「食べるものの意味」とは、食べることは食べものを体内に取り込むことであり、水などを飲むことや、実際に食べられなくても食べたいものを思い浮かべることも含み、そこに看護師が意図的に関わることにより患者が得る価値のある内容と定義する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

研究方法として質的記述的研究を選択した。

1) 東京女子医科大学病院 Tokyo Women's Medical University Hospital

2) 日本赤十字秋田看護大学 The Japanese Red Cross Akita College of Nursing

2. 研究対象者

研究の対象者は、A病院の呼吸器外科内科の混合病棟に入院している疾患を問わない終末期の成人の患者で、研究者がプライマリナースであり、主治医、病棟師長の許可と対象者自身の研究協力の意志確認が得られた3名すべてとした。3名とも予後が6か月以内であると告知を受け、認識していた。

3. データ収集期間

2006年6月～11月

4. データ収集方法

研究者がプライマリナースとしてかかわる患者のうち、研究対象者の条件にあてはまる患者を選び、対象者の許可を得て、年齢、性別、病名、症状、治療過程、治療内容、日常生活動作、食事内容、食べる量・内容、食事時間、社会的状況、家族の状況について診療記録から情報収集を行った。

研究者が日常生活の援助を通してかかわっていくなかで、研究者としてのかかわりとして、食べることがもたらす意味をくみとり、その人が食べて満足を得て、その意味を感じられるような援助を行った。

具体的には、かかわるなかできっかけを見つけ、病気についてどうとらえているか、一番辛いことは何か、食べることの意味を引き出すために、いま食べたいと思うものとそのものにまつわるエピソード、食べることで思い出に残っていること、辛いときに支えになる食べものなどについて、対象者に語ってもらった。そして、可能な限り、食べたいと思うものを食べられるような提案や調整、準備を行い、実際に食べられた後には、そのことを一緒に思い返すことができるようにかかわった。

研究者がかかわるなかから得た、対象者の語りの内容と変化する状況、食べたいと思うものについて語るに至った過程とそのものを食べた反応、研究者のかかわりを記録した。

5. データ分析方法

1. 事例毎に記録を熟読し、要約し、終末期の患者が食べるということにはどのような意味があるかについて、場面ごとに記述した。
2. 個々に抽出された意味について、3事例を通して内

容の共通するものを分類し、終末期の患者にとっての意味について、抽象度を上げ、記述した。

データの分析においては、信憑性の確保のため、意味の記述、分類、抽象度を上げた記載のそれぞれの段階で、食看護学の研究者ならびに質的看護研究者3名と解釈の飛躍がないかを繰り返し吟味した。

6. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の主旨について文書と口頭での説明を行い、自由意志のもとに承諾を得て、同意書に署名をもらった。その際に、対象者に終末期であることを明示することは精神的負担を与える可能性があるため、対象者に伝える研究テーマは、「入院中に食べたいと思うものがその人にとってもつ意味に焦点を当てたかわり」とした。また、対象者が研究を意識して結果に影響を及ぼさないよう、研究を意識せず過ごしてもらうよう口頭で説明した。

研究者は対象者のプライマリナースであるが、研究への協力を辞退した場合でも、それによって不利益をこうむることはないことを説明した。研究の途中でも中止することが可能なこと、たとえ中止となっても不利益はないことを説明した。

終末期の患者が対象であり、心身の苦痛が強いことが考えられるが、プライマリナースとしての日常生活援助を優先し、状態のよいときを見計らって話をしてもらい、不利益、危険が生じないように配慮した。

この研究の実施に際し、A医科大学倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た。

V. 結 果

1. 対象者の概要

対象者の概要については表1に示す。

2. 分析結果

a. 抽出された意味

3事例を分析し、終末期の患者が食べることの意味として、23の場面（本稿では一部を掲載）から、表2に示す6つのサブカテゴリと3つのカテゴリが抽出された。

以下、抽出された3つの意味について、それぞれ説明する。

表1. 対象者の概要

対象者	年齢	性別	疾 患 名	入院期間
A	50歳代	女性	肺がん	約1か月、17日間
B	70歳代	男性	肺がん、間質性肺炎、糖尿病	11日間
C	70歳代	男性	肺がん、多発性脳転移、副腎転移	約1か月半

表2. 終末期の患者が食べることの意味

サブカテゴリ	カテゴリ
食べて味わい満たされる 思い出の味を懐かしむ	深く味わい、心地よい思いに 浸る
食べものから生きる力をもらう 食べられることを実感する	食べることで、生きている自 分を支える
大切な人とともに味わい最期に 向けて準備をする	食を通して最期に向けて準備 をする
食べることで食べものに託され た思いに応じる	

【深く味わい、心地よい思いに浸る】

これは、終末期の患者が心身の苦痛が強くなり、食べることに気持ちが向かないことや、食べたいと思っても思うように食べられない状況のなか、心から食べたいと思うものを食べることができれば、そのひとときその人は心地よい思いに浸ることができるということである。このカテゴリは、食べたいと思うものを思い描き、思い描いたものを実際に食べることができれば、その人はその味を味わい、満たされるという〈食べて味わい満たされる〉と、自分が死ぬであろうことを感じながら生きているなか、懐かしい味を思い出し、その味とその周辺の出来事を思い返しながらかるとき、その人は懐かしみながら、自分のいままでの人生を振り返るという〈思い出の味を懐かしむ〉の2つのサブカテゴリから得られた。

【食べることで、生きている自分を支える】

これは、死ぬまでの限られた時間のなか、終末期の患者が自分に必要だと考えるものを自分で選び、食べることは、生きていることを実感し、生きている自分を支えることになるということである。このカテゴリは、自分に死が近づいていることを感じながらも、食べることで、元気になり、望みを叶えようとすることを表す〈食べものから生きる力をもらう〉と、身体を休めることもままならない状態であっても、自分で食べたいものを選び、ひと口であっても自分の力で食べることで、まだ残された力があることを実感することができるという〈食べられることを実感する〉の2つのサブカテゴリからなる。

【食を通して最期に向けて準備をする】

このカテゴリは、できなくなることが多くなっていく終末期の患者に残されたこととして食べることがあり、食を通して、自分の人生や人とのつながりに一つ一つ納得をしながら区切りをつけていくことを表す。このカテゴリは、残された時間のなかで自分が思い描いたように特別な食べ物を大切な人と味わい、残された力で思い出を残すという〈大切な人とともに味わい最期に向けて準備をする〉と、大切な人が用意してくれた食べものを食べることで、大切な人にありがたく思う気持ちを伝えと同時に、食べている自分があることが、自分が死んだ後の大切な人の悲しみ

を癒し、支えることになるという〈食べることで食べものに託された思いに応じる〉という2つのサブカテゴリからなる。

b. 看護援助事例にみる終末期の患者が食べることの意味

研究者は、食べる意味を引き出すことを意識した実践を行った。事例ごとに、食べることの意味について記述する。

以下、事例ごとに経過を記述し、斜体文字は対象者と研究者のやりとりにおいて意味が表された場面、〈 〉にその場面から抽出したサブカテゴリを表し、解説する。

(1) 残していく人への思いを食べものに馳せるAさん

Aさんは肺がんと診断された50歳代の女性であり、昨年まで飲食店を営んでいた。一人暮らしをしており、キーパーソンとしてパートナーの男性がいる。母と妹が近県に在住している。前年より咳嗽を認め、徐々に呼吸苦を認めるようになり受診し、肺がんと診断される。本人へ予後が月単位であることが伝えられる。

入院時より酸素吸入が開始され、Aさんは呼吸苦が強くなり、咳が昼夜間わず継続し、また今後の治療や死への不安のため、夜はよく眠れず、食事もありとれていない状態であった。研究者はAさんの思いを傾聴し、呼吸苦や不安が強いときはかたわらにるようにした。また、研究者はAさんの苦痛が軽減されるよう呼吸介助を行い、また安楽な体位の工夫や去痰剤入りの加湿器の設置を行い、症状緩和について医師と調整をした。

症状に対する対症療法やイレッサによる治療が行われ、少しずつAさんの自覚症状は改善していき、Aさんはベッドから離れ、車椅子で過ごす時間をもてるようになる。また研究者が思いを聞き、眠れるように整えた夜は眠れることもあった。

ある日の夕方、Aさんは酸素吸入を行い、息を切らせながら、「こんなふうになる前の状態で、せめて1か月あればね。行きたいところに行って、好きなことして、好きなもの食べて。その後なら、どうなってもいいのよ。でも、このまま終わりっていうのはひどいと思わない？ 何となく病院に行ったのに、検査して、すぐ入院して、もう命が数か月って言われて。こんな人生だから、人に迷惑をかけてまで長生きしたいとは思ってないのよ。でも、せめて、自分の思うように動いたりできる時間が、1か月はあってほしいわね。これじゃあんまりだと思わ。いまのままじゃ、苦しくて何もできないでしょ」と表情を陰しくして語る。研究者はAさんの思いを聴いたうえで、残された時間でできることは残されていないかと思い、「……何かしたいことはありますか」と聞いてみる。Aさんは「そうね……」と考えた様子の後、「河口湖

のほうに行きたいわ。彼と2人で行ってね、近くでゴルフをして。(…中略…) イタリアンを食べるのよ。あんまりたくさんは食べられないから、コースのなかで、お品書きを見て、好きなものだけ食べるの。少しずつね。すっごくおいしいの。もう1回食べたいわ。行けるかしらね」と表情を和らげて語る。

肺がんで余命数か月と伝えられたAさんは、先が短いことを知りながらも、苦しくて身体を動かすことも眠ることもままならず、辛い症状や死に気持ちが向かいがちであった。研究者は、Aさんが現状を辛く思う気持ちを語るのを聞いた後に、いまの状態ですることはいないのかという思いをもち、声をかけている。それによりAさんは思い出の味を思い返す。その言葉や和らいだ表情が示すように、それは思い出の味を〈深く味わい、心地よい思いに浸る〉ことを表していると考える。また、死ぬ前にやりたいことについて語っていくうちに、思い出の味を食べることを含めた具体的なイメージができあがっていき、もう1回食べたいと思うようになり、実際にパートナーと食べに行くことができたことが後のかわりからわかっている。これは死を考え、不安の強いAさんにとって〈食べものから生きる力をもらう〉ことになっていると考える。

入院から数日後、Aさんは研究者にお母さんが面会に来ることを話す。

Aさんは研究者に、気があわず疎遠になっている母を心配させたくなく、肺炎で入院していると伝えてあること、今回は母と会う最後の機会であると考えていることを話す。研究者は話を聞いていくうちに、Aさんとお母さんの関係がよかったときはなかったのかと考えて、お袋の味について聞いてみる。Aさんは「お袋の味……」と少し考えた様子の後、「あるわよ。炊き込みご飯ね。子供の頃から行事があったりなんかすると、必ずつくってもらったの。豚のバラ肉が入っていて、あとは牛蒡でしょ、人参。いろいろ入っているのよ」と思い出しながら話す。研究者はお母さんと会う最後の機会になるかもしれないのなら、その味をもう一度味わって欲しいという思いをもち、「美味しそうですね。今度お母さんがいらっしゃるときに、それをつくってきてもらえないかしら」と勧めてみる。Aさんは「えっ。……そうね、食べたいわね。でも、体調が悪いみたいだしつくれるかしら……」と考えている様子であった。研究者は「もしこれが最後だったってわかったら、お母さん悲しいでしょうね」と自分が感じていたことを伝えてみる。Aさんは「そうね、きっと悲しむわね。あのときが最後だったってね。頼んでみるわ。せっかく会うのなら、私が好きなものをつくってきてもらうわ」と話す。

母との面会が実現した後、研究者はAさんの病室を訪ねる。研究者はAさんから面会の様子を聞いた後で、「懐かしい味は召し上がったかしら?」とお袋の味について触れてみる。Aさんは「もう全然だめだったわよ。だって味つけが違うんだもの」と顔をしかめて言う。研究者は、食べたいと思ったものではなかったのかと思い、聞いてみると、Aさんは「向こうも歳をとってだんだんわからなくなってきているのもあるし、食べるほうの健康を考えて、薄味にしたり、豚のバラ肉じゃなくて、鶏肉にしたりね。余計なことして。全然考えているのと違ったわよ。やっぱり昔とは違っているのよね」と話す。研究者が「思い出の味ではなかったんですね……」と言うと、Aさんは「でもね、生姜の糠漬けが入っていて。珍しいでしょ。昔から母がつくっていたのよ。それは、昔のままで美味しかった。そう、この味よって感じだったわ」とうれしそうに言い、「味は違っちゃっていたけど、持ってきてもらったものって、昔からよくつくってもらっていたものなのよ。遠足とか、出かけるときの定番ね。……でも、これで最後。母に会うのもね。……病気のことは言わないわよ、それでいいの。懐かしい味を食べて最後にできたわ」と話す。

Aさんは気があわず疎遠である母と最後に会おうと考える。Aさんは呼吸苦があるなかで母との別れについて考えながらも、研究者の問いから懐かしい味と子供の頃の思い出を思い返ししながら研究者に語る。そのAさんの言動が示すように、これは〈思い出の味を懐かしむ〉ことを示している。

また、Aさんは母とのよい思い出を思い起こさせてくれる味を思い返すうちに、いまの母との関係とは違う関係があったことも思い返す。研究者の勧めにより、Aさんは母との面会のときに、その味を食べたいと考え、また母の気持ちを思い、自分の好きなその味をつくってきてもらおうと考え、食べるに至る。このことは「懐かしい味を食べて最後にできたわ」という言葉が示すように、Aさんが自分で母との最後の場をつくり、懐かしいと心から思える味を食べ、母との関係を自ら終結させたことであり、Aさんにとって〈大切な人とともに味わい、最期に向けて準備をする〉ことを示している。

Aさんの呼吸状態は安定し、徐々に安静度を拡大していく。Aさんには家に帰りたという強い希望があり、在宅酸素療法を導入し、入院から24日目に退院となる。

退院後、2か月を経過する頃より、徐々に呼吸苦が出現し、救急外来を受診する。肺がんの進行と肺炎の合併が疑われ、緊急入院となる。入院時より最大量の酸素が投与されるが、会話や床上での体動で酸素飽和度が70%まで低下

するなど、呼吸状態は安定しない。再入院後、本人からは呼吸苦、痰が多いこと、動けないこと、点滴が漏れること、不眠、便秘などについて訴えがある。医療者は訴えを聞き、苦痛が増強しないようかかわるが、Aさんの状態は悪化していき、呼吸苦と倦怠感が強く、食事がとれない状態が続く。

亡くなる5日前、研究者が訪室すると、Aさんはうとうとされている様子であるが、研究者に気づき、微笑む。そして退院後の話などをした後に「でも今回はもう帰れないと思ってるの。こんなじゃあね」と話す。研究者はAさんの気持ちを感じる。研究者はAさんとお母さんとの関係が気になり、「Aさんのお母さんは入院したこと知ってらっしゃるのかしら」と触れてみる。Aさんは「入院したことは母には伝えてない。あれから母には会ってないわよ」と言う。Aさんの命が数日であることを感じている研究者は、母との思い出の味をもう一度思い出してもらいたいと思い、「そうなんですね……。あのとき、お母さんの味を召し上がったんですよね」と言ってみると、Aさんは「あのときの味ね。思っていたのと違ったのよね。歳とともに変わっていくのよ。仕方ないわね」と言う。研究者が「生姜の糠漬けも召し上がったんですっけ?」と聞くと、Aさんは「そうそう、糠漬けは昔のままでおもしろかったわ。懐かしい味を食べられてよかった。……母も、もし自分が死んだ後に、何かしてあげられてよかったって思うんじゃないかしら。やっぱり食べられてよかったと思う」と呼吸苦のため休み休みもゆっくりと話す。

Aさんは気があわず疎遠である母に、最期まで自分が肺がんであること、母より先に逝かなくてはいけないことを告げず、死を迎えようとしている。自ら頼み、最後に母に会ったときにつくってもらった懐かしい味を味わえたことを思い返し、母の味を食べられてよかったと思う。さらに「母も、もし自分が死んだ後に、何かしてあげられてよかったって思うんじゃないかしら」というAさんの言葉が示すように、近く訪れる自分の死は母を悲しませることになるが、自分がつくったものを最後に食べさせることができたと思えば、それは母の悲しみを和らげることになり、Aさんにとって〈食べものに託された思いに応じる〉ことであることを示す。

(前場面の続き) 研究者は話した後であることを考え、水を勧める。Aさんはひと口含む。研究者は呼吸状態が安定しており、ひと口でも何か食べられるものがあるのではないかと考え、「何か召し上がりますか?」と聞いてみる。Aさんは「冷蔵庫にカマンベールチーズが入っていない?」という。研究者は冷蔵庫の中から

カマンベールチーズを出し、ひと口サイズにしてAさんに渡す。Aさんは少し酸素マスクをずらして口に入れ、味わっている。研究者は他に食べられるものがないかと考え、自らの経験から「ほかにはアイスとかゼリーはどうかしら」と聞いてみる。Aさんは「そうね……。アイス、食べたいわね」と言う。研究者はAさんが一人で食べられるように、アイスをナイフでひと口サイズにして、1切れ重くないよう紙コップに入れ、プラスチックのスプーンをつけてAさんに渡す。Aさんはゆっくり口まで運び、「……あーおいしい」と言う。

研究者は呼吸状態を確認し、本人がもし望むのであれば、もう少し食べられるのではと考え、勧めてみる。Aさんは「もう少しいただこうかしら」と言い、研究者はアイスを2切れコップに入れて渡す。Aさんはそれをゆっくり食べながら、「食べられるものね……」と言う。

その日の夜間、Aさんはサンドイッチと牛乳とバナナを食べ、入院後初めてポータブルトイレに降りて排便をする。

数日後、本人より、呼吸を楽にする薬を使ってほしいという希望があり、鎮静剤を開始する。その後徐々に呼吸、全身機能が低下していき、翌日、Aさんは永眠される。

Aさんは、息苦しくて、身動きも思うようにできず、自分でできることで残されたことはごく限られていた。呼吸苦があり食べられない状態が続いているAさんであったが、研究者の問いに、食べたいものをあげ、研究者が食べやすいように整えたものを自分の力で食べ、おいしいと感じることができる。さらに研究者の勧めで、もうひと口味わう。「食べられるものね……」という言葉が示すように、長い間思うように食べられなかったAさんが自分に残された力で食べることにより、〈食べられることを実感する〉ことになっていると考える。食べられることを実感したAさんは、さらに食べること、排泄をすることへの意欲を持つことができる。

(2) 妻の用意した食べものに支えられたBさん

Bさんは肺がん、間質性肺炎、糖尿病の70歳代の男性で、食品関係店の経営をしている。2年前に肺がんを診断され、治療を受けながらも仕事を続けていたが、半年ほど経った頃より呼吸苦が続き、全身に浮腫がみられ、緊急入院となる。

間質性肺炎と胸水の貯留が認められ、治療により呼吸苦はやや改善するが、咳嗽や全身の浮腫による苦痛がみられる。Bさんは仕事に戻りたいという気持ちを強くもち、身のまわりのことは自分でやり、トイレまで歩き、いままでの生活を続けようと努力しており、医療者はできるだけB

さんの思いに沿い、介入する。

入院後、治療の効果はなく、徐々に全身、呼吸状態は悪化していく。Bさんからは、「もう終わりかな。そろそろお迎えが来るのかな」などの悲観的な言葉や仕事を気にする言葉が聴かれ、家族や看護師に苛立ちを表すこともある。研究者はBさんの辛い思いに沿いたいと考え、思いを聞き、Bさんと相談しながら環境や体位を整え、少しでも休めるようかかわる。呼吸状態が悪く、食事を止めることも検討されたが、Bさんは食べることを希望され継続される。

Bさんには制限食が提供されており、食種の変更は医師より許可が出ず、研究者は今後のことを考えてみると、食事を楽しみとしていいのでないかと医師に伝え、差し入れを許可してもらう。研究者はその旨をBさんと妻に伝え、食べられそうなものがあれば可能な範囲で差し入れてもらいたいと思っていることを伝える。Bさんはうれしそうな表情を見せる。

翌日の夕食前、研究者が訪室すると、Bさんはうれしそうに「今日は天井を持ってきてもらいました。夕食に食べたいと思って」と自ら話される。研究者はその様子をうれしく思い、「いいですね。天井ですか。普段からお好きなんですか?」と聞く。Bさんは「天婦羅が大好きなんです。でも糖尿病があるでしょ。いままでは、健康に気をつけて、そういうものは食べなかったんです。野菜を中心にして、お肉も減らしてね。……いまは何でも食べようと思って。何でも食べて、力をつけて、早く、仕事の第一線に戻りたいんです。自分がやらないといけないことがたくさんあって」と話す。

夕食後に再度研究者が訪室すると、Bさんは苦笑いを浮かべて「それが思ったような味じゃなくて。全然美味しくなくて、やっと半分食べたんです。自分が食べたいと思って持ってくるように頼んだんですけどだめでしたね。調子が悪いから味もわからないんでしょうね。でも食べなくちゃ元気になるんですよ……」と話す。その後、研究者は、Bさんの思うように食べられず悔しく思う思いを聞き、眠れるよう体位や環境を整える。

翌朝、夜間はよく眠れたとBさんは研究者に話す。そして朝食前、Bさんにはこっと笑いながら「お腹が空いている気がして、昨日の残りの天井を食べました。病院のご飯も食べられそうです」と言う。

その後、Bさんはそれまで残しがちであった病院食をほとんど食べられるようになり、妻にカツサンドなどを引き続きリクエストし食べることができる。

死が近く病状が思わしくないなか、研究者の勧めで天井

をリクエストしたBさんの「何でも食べて、力をつけて、仕事の第一線に戻りたい」という言葉が示すように、それは〈食べものから生きる力をもらう〉ことであり、Bさんは食べることで回復への望みをかけていたと考える。研究者が話を聞き眠れるようにかかわり、夜間休息がとれた翌朝は、調子がよく、昨夜はおいしくないと感じた天井をBさんはおいしく食べ、その後食べる意欲が出てくる。

亡くなる前日の夜間、Bさんは最大量の酸素が投与されているが呼吸苦が強く、食事が食べられない状態となる。医師より、呼吸を楽にする方法はモルヒネしかないことが伝えられ、Bさんは希望され、モルヒネ開始後、全身状態に変動はなく、呼吸苦が改善する。

翌朝、本人からは「天国に行きたい」との言葉が聴かれ、夜間は休めている様子であったとの情報を研究者は得る。

研究者が訪室時、Bさんは自分の身体を動かすこともままならない様子であり、研究者の顔を見るなり、いらいらした口調で思うよう動けない状態について訴えられる。研究者はBさんの様子に驚いたが、かたわらにいて訴えを聴く。オーバースペーステーブルの上には手つかずの朝食が載せられている。訴えを聞いていくうちに、Bさんは排泄がしたいのに、どうしていいかわからなくなり、動揺してしまっていることがわかる。研究者はいったん朝食を下げ、差込便器を用意し、楽な体位に整え、Bさんが排泄できるようにする。排泄後、Bさんは「……朝ごはんにしましょう」と言う。研究者は、会話でも酸素飽和度が60~70%と呼吸状態が不安定になっていることを考えるが、Bさんの思いを尊重したいと考え、食事を温め、食べやすいようひと口サイズにして提供する。研究者はBさんの両脇に安楽枕を置き、座位が保てるように支持する。研究者が介助し、Bさんは吸い飲みから水をひと口、口に含む。Bさんは一息つく。その後、食事になかなか手の伸びないBさんに対し、研究者が介助しようとするが、Bさんは「……いや、いい……。自分で食べたい……」と酸素マスクをずらして、パンを選び、ひと口口に入れる。そしてBさんは「……果物が食べたい。うちのが用意したのがあるんです……」と言う。研究者は、妻が用意した、柿、りんご、みかんを並べて、フォークを添える。Bさんは柿を選び、口に運ぶ。目を閉じて咀嚼している。Bさんは「また食べるから、そのままにしておいてください」と言い、そのままの体勢で休む。

その後、妻、娘が来院し、ベッドのまわりを囲んでいる。Bさんは「さっきね、柿を食べたんだよ。おいしかった」と息切れをしながら家族に話している。家

族は涙ぐみながらも笑顔で対応している。

その後、全身の機能が徐々に低下し、家族が見守るなか、永眠される。

妻は後日、あのとき、Bさんが最後に柿を食べたことをうれしく思っていることを研究者に話す。

Bさんは亡くなる日の朝にも、食べることへの意欲を見せている。それは、毎日の営みである排泄をし、食べるということを続ける努力であり、死ぬ間際になっても、自分の力で口から食べて、〈食べものから生きる力をもらう〉ことであったことを示している。亡くなる間際の全身状態が悪化していくそのなかで、研究者はBさんの落ち着いた気持ちに沿いながら、苦痛を取り除くようにかかわり、食べることを整え、Bさんは食べることができる。そのときBさんが食べたいと思ったものは、自分が食べたいと思って家族に用意してもらった柿であった。Bさんは、柿を自ら口に運び、その後その柿を用意してくれた妻に柿を食べたことを伝えることは、妻が後にそのことをうれしく思うことができていることから、大切な人が用意してくれた食べ物を〈食べることで託された思いに応じる〉ことであると考ええる。

(3) 家族とともに食べることへの希望を持ったCさん

Cさんは肺がん、多発性脳転移、副腎転移の70歳代の男性であり、現在無職で妻と二人暮らしをしている。3年前に肺下葉切除術を受け、その後入院を繰り返し、化学療法、放射線療法を行う。退院後38度代の発熱があり、緊急入院となる。

入院時より高熱が続くが、原因は特定されず。ふらつきが著明であり、失禁や不明言動が見られる。研究者が訪室して声を掛けても、Cさんははっきり覚醒しないことや、ご飯を食べたか覚えていないなどの言動が見られることが続く。

夕食時に研究者が訪室すると、Cさんは食事をしており、食事はあまり進んでいない様子である。研究者は下膳した後、「調子がよくないですかね。あんまり召し上がってらっしゃらなかったですね」と声をかけてみる。Cさんは「調子はそうでもないんですけど、食べる気がなくて。最初は体力をつけて早く帰りたいって頑張って食べていたんですけど、全然よくならないし、病院食に飽きてしまいました」と言う。研究者はCさんの辛い気持ちを感じ、「そうですか……。何か食べたいものってありますか」と聞いてみると、Cさんは「いろいろありますよ。一番は隅田川の駒形橋にある富川のうなぎが食べたい。後は浅草にあるお店のどじょう鍋。うなぎとどじょう鍋、食べたら元気になる気がして。……でも、このままじゃがんの治療はできないし、どうにもならないよ。病院からは出ら

れないし、治療もできなくて」と話される。

Cさんは発熱や倦怠感のため、自分の思うように過ごせず、食べられない状況が続いているが、食べたいものについて研究者が聞くと、Cさんは具体的に考えている。先が長くないと知りながらも、治療は進まず思うように生きられていないと感じているCさんにとって、「食べたら元気になる気がして」との発言が示すように、その食べ物を食べることは、〈食べものから生きる力をもらう〉ことを示していると考ええる。しかし、Cさんは元気になり、病院から出られないと食べられないこと、いまは治療が進んでいないことも同時に感じている。

入院から1か月ほど経ち、全身状態が落ち着いてきた頃、研究者が夕食時に訪室すると、Cさんは端座位で食事に向かっており、あまり手はつけられていない様子であった。Cさんは研究者の姿を見つけると、「家に帰ると、家内が倒れちゃうって子供に言われたし、もう家に帰るのは諦めて、病院で最期までお世話になることにしました。これはもう決断したことです」と硬めの表情で自ら語り始める。その後もCさんは同様の話を繰り返される。Cさんの話が落ち着いてきた頃を見計らい、研究者はCさんの本当は家に帰りたいたいを感じ、「病院で最期まで過ごされることにしたとしても、調子がいいときには外出や外泊で家に帰ることもできるかもしれないですね」と伝えてみる。Cさんは「……そうか、そうすれば、家に帰れますね」と言い、考える様子をする。研究者は何かが希望がもてるといいと考え、「そうですね。もし家に帰ったら、何かしたいことはありますか」と聞いてみる。Cさんは、「もし家に帰れるのなら……」と少し考えた様子の後、「すき焼きが食べたい。松坂牛のね。やっぱりおいしい肉が食べたい。孫も呼んで、みんなでわいわいやりたいね」と表情を明るくして話される。

その後Cさんはリハビリを行い、実際に外泊することができる。帰院された後もCさんの状態は落ち着いている、という情報を研究者は得る。

研究者が訪室し「お家に帰れてよかったですね」と声をかけると、Cさんは「本当によかった。一時は家に帰ることなんて諦めていたのに。家族もこれなら帰ってきてもやっていけるって」と表情穏やかに話される。「何よりですね。本当によかったです。そういえば、すき焼きは食べられましたか?」と研究者が聞いてみると、「食べましたよ。食べることは食べておいしかったんですけど、孫が来なくてね。なかなか忙しいみたいで。今度帰ったら一緒に食べようと思って」とCさんはうれしそうに話される。

このまま最期を病院で迎える決心をしたCさんに、研究

者は本当に家に帰らず最期を迎えていいのだろうか、何か希望をもってもらいたいと思い、もし家に帰れるとしたらという前提でやりたいことについて聞く。死を意識したCさんが最期を迎える前にやっておきたいこととしてあげたことは、家族で焼き物を食べることであった。Cさんが表情を明るくし、家族との食事の様子を思い描き、それをかなえるためにリハビリに取り組む様子や実際に家族とともに焼き物を食べられたことは、Cさんが残された自らの力で食事の場面をつくることであり、〈大切な人とともに味わい、最期に向けて準備をする〉ことをしていたことを示している。

一時は家族の受け入れ態勢が整わず、難しいと考えられた退院であったが、家族との調整が進み、緊急入院から1か月半後、退院となる。その1か月半後、再入院となり、入院時は意識があるが、呼吸苦が強く、モルヒネの投与が始められる。徐々に呼吸状態が悪化し、1週間後に永眠される。

VI. 考 察

1. 終末期の患者が食べることの意味を得ること

本研究で得られた3つの意味を終末期の患者が得ることについて考察する。

a. [深く味わい、心地良い思いに浸る]

終末期には、痛みや倦怠感、呼吸苦など病気の進行に伴い、さまざまなことができなくなっていく。そして、症状に起因するものや治療に関すること、精神的なことから食べられなくなっていくことが多い。そのようななか、終末期の患者が少量でも自分で選んだ食物を食べるということは、最も身近な自己決定、自己実現の一つである⁷⁾。終末期の患者が本当に食べたいものを選び、味わうことができれば、死を待つだけの時間から一転し、自分の思いを実現し満たされた心地よいときを過ごすことができ、それは終末期の患者にとって重要な意味をもつと考える。

また、今回かかわった対象者は、自分が死ぬであろうことを感じながら生きているなか、何かのきっかけで懐かしい味を思い出すとき、その味を通して、その時代やその周辺の出来事を思い出していた。そして、その語りのなかで、過去を懐かしみながら、対象者は自分のいままでの人生を振り返っていた。終末期の患者が、思い出の味を思い出し、懐かしんでも、その味をもう一度食べることは難しいことが多い。しかし、懐かしい味を振り返り、思い出のなかでもう一度その味を味わいながら語ることは、終末期の患者が想像力を働かせながら、生きる力を生み出す瞬間になると考える。

b. [食べることで、生きている自分を支える]

進行がんの患者にとって食べられないことは不安を生じさせるが⁸⁾、今回かかわった対象者は、不安を感じつつも、残された時間を充実したものにしたい、生きたいという思いから、食べようと考えるときがあった。そのようなときに食べたいと思うものは、自分が元気になるために必要だと考えるものであった。そして、元気をもらえると考えるものを食べているにもかかわらず状態が悪くなっていても、亡くなる直前まで食べることを続けていた。

患者を取り巻く状況が厳しい状況へ変化しても、患者自身がその状況を認知したうえで、自分にとって意味あるものを見出し、何か一つでも明るい未来の可能性を見出せるような見方ができたとき、患者は希望を抱き続けることができる⁹⁾。死ぬことへの不安を抱えているなか、終末期の患者にとって必要なのは、自分を支えてくれる何かがあり、安心できることである。対象者は、食べることで生きる力を得て、生きること、自分の思うように過ごすことへ望みをかけていた。それは食べることで生きようとし、残された時間を充実したものにしたいと願うことであったと考える。そして、たとえ思うように食べられない状態であったとしても、生きていることを感じながら、食べるものにこだわり、ひと口ひと口に意味を感じ、大切に食べる。

死が近づくにつれて、それまでできていた生活習慣を思うように行えなくなっていくが、そのようななかで終末期の患者が食べたいものを自分で選んで食べるということは、積極性があり、能動的に生きていることを感じ、生きている自分を支えることになるのだと考える。

c. [食を通して最期に向けて準備をする]

今回の対象者が、死を十分に受け入れて逝くことができたかという点、そうではなかった。それぞれのなかで、生きてやらなくてはいけないこと、もう一度やっておきたいこと、残していく人への気がかりで心配なことや先に逝って済まなく思う気持ちが尽きることはなかった。

終末期の患者は、家族の後悔ができるだけ少ないほうが、自分を失った哀しみから回復しやすいだろうという配慮をし、自分を越えたところで自分が残していけるものがあることに気づいている³⁾。死を意識した患者は、自分に残された食べるということを通して、残していく家族への配慮をすることができる。大切な人が用意してくれたものを食べることが、大切な人を喜ばせ、安心させ、さらに食べている自分の存在が、自分が死んだ後の大切な人の悲しみに影響することに気づいていると思われる。終末期の患者が、食べる機会を自分で思い描いたように過ごすことは、自分の人生や人とのつながりに一つ一つ納得をしながらか区切りをつけ、最期に向けて自分自身で準備をすることになると考える。

また、食を供給するということは、供給者が「あなたは私にとって大切」というメッセージを無意識のうちに送っていることになる¹⁰⁾。大切な人が自分のことを思い用意してくれた食べものを食べ、そのメッセージを受け取り、さらに食べることで「いま生きていることを支えられている」というメッセージを送り返すことも終末期の食には含まれていると考える。終末期の患者は食にこのような思いをこめて逝き、そのメッセージは、その人が死んだ後も、用意してくれた人のなかに大切に残っていくことになる。

生き続けられず、大切な人との関係を終わらせなければならぬ終末期の患者にとって、大切な人とともに「食べる」ということは、自分が逝った後のことも踏まえた大切な人との関係の再構築であり、非常に深い意味をもつものであると考える。

2. 終末期の患者が食べることを得るために必要な看護師のかかわり

本研究において終末期の患者が食べることの3つの意味が抽出された。ここでは終末期の患者が食べることを意味を得るために必要な看護師のかかわりについて考察する。

人間はさまざまな環境のなかで“その人らしく生きる”ことを培い、“その人らしい自己実現”の欲求が生じ、日常生活の基本ともいえる食生活に表現される。その援助においては“その人らしい食生活”が営めるようにかかわることが必要である¹¹⁾。終末期の患者が食べることを意味を得るためには、看護師は、その人の生きてきた人生、人とのつながりなど、その人らしさが最も表現されることについて触れ、そのことを踏まえながら、その人の食べることににかかわっていくことが必要であると考えられる。

終末期がん患者への看護師のかかわりとして、身体的苦痛の緩和が前提として重要であることと理解したうえで、患者への「配慮された言葉かけや行動」が患者の見方を変化させ、意味を見出す契機となること¹²⁾、また食へのこだわりや排泄行為の自立など生への希望を示すときには、その環境を整える援助が重要であることが言われている¹³⁾。

終末期の患者が食べることを意味を得るためにも、看護師は同様のかわりを行う必要があると考える。終末期の患者が死に向かう苦しみの中、その心身の苦痛が緩和されなければ、いくら看護師が食べることにかわろうとしても、十分に受け入れられない。看護師が心身の苦痛を取り除いたうえで、患者に関心を持って問いかけ、食べることに意識が向いたところで積極的に働きかけることで、患者は心を動かし、食べることを意味を得ることができるようになる。看護師が食べることを意味を知り、その意味を終末期の患者が得られるよう意図的にかかわることは、死に向かう限られた時間を過ごす終末期の患者が生きるうえで重要な意味をもつと考える。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の3事例は呼吸器疾患の終末期の患者であり、対象者の食べる機能は比較的最後まで残されていた。他の疾患によっては、早い段階から食べる機能が低下することがあり、食べることを意味も違うかたちで表されることが考えられる。

今後は、終末期の患者に対する食へのかかわり続けながら、その人にとっての食べたいと思うものや、さまざまな疾患や経過での食べることを意味について知り、食の援助について検討を続けていくことが必要であると考えられる。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいましたいまは亡き研究対象者とA病院の病院長、主任教授、看護部長、病棟師長に心より感謝致します。本研究において、ご多忙のなか、多くの時間を割いてご指導頂いた、太田美帆先生、三浦美奈子先生、竹内千鶴子先生に深く感謝致します。なお、本研究は2006年度東京女子医科大学大学院看護学博士前期課程大塚有希子の修士論文の一部に加筆、修正を加えたものである。

要 旨

本研究は、終末期の患者が食べることもつ意味を明らかにすることを目的とした。入院中の終末期の患者3名を対象とし、個別事例を質的に記述する研究方法で行った。3事例を分析した結果、終末期の患者が食べることを意味として、〈深く味わい、心地よい思いに浸る〉〈食べることで、生きている自分を支える〉〈食を通して最期に向けて準備をする〉の3つが抽出され、終末期における食の意義と終末期の患者が食べることを意味を得られるように看護師が援助していくことの重要性が示唆された。

Abstract

This study was designed to elucidate the meaning of the eating behavior for terminally ill patients. This study included 3 terminally ill inpatients, and the method included qualitative description of individual cases. The following 3 items were extracted as the meaning of what terminal patients of their act of eating from the results: “savoring what they want to eat to derive a sense of satisfaction”, “eating and supporting oneself who is alive”, “eating and preparing for their last moment”. These items suggest the meaning of eating in terminal patients as well as the importance of the nurses’ thinking on the meaning of and involvement in the food intake of terminal patients.

文 献

- 1) 手嶋登志子：生命の質を高める食生活．保健の科学，43(7)，527-531，2001.
- 2) 遠藤和子：患者の「食」を考えるうえでのエビデンス．EB-Nursing，1(4)，12-14，2001.
- 3) 山口厚子：終末期がん患者の生きる意味の探求．看護研究，36(5)，49-61，2003.
- 4) 西本佳代，石塚清子：回復意欲につながった末期患者への食事援助．看護技術，34(6)，95-99，1988.
- 5) 吉山弓子，戸井間充子，ほか：肺がん終末期患者の「食べる」ことの意味を問う．月刊ナースデータ，23(2)，77-81，2002.
- 6) Meares C J: The “dinnerhour” and other losses: caring for a hospice patient who ceased nutrition. (BOSTON COLLEGE) PH.D, 219p, 1995.
- 7) 斎藤厚子，近藤美知子，ほか：QOLを高めるための食事の工夫．共済医報，44(2)，156-159，1995.
- 8) Hawkins C.: Anorexia and anxiety in advance malignancy: the relative problem. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 13(2)，113-117，2000.
- 9) 濱田由香，佐藤禮子：終末期がん患者の希望に関する研究．日がん看会誌，16(2)，15-25，2002.
- 10) 黒江ゆり子：病いと慢性性 Chronicityと食に関する一考察－糖尿病における患者と家族の語りをもととして．大阪市立大学看護短期大学紀要，3，61-70，2001.
- 11) 尾岸恵三子，正木治恵：看護栄養学．8-26，医歯薬出版株式会社，東京，2005.
- 12) 高橋正子，稲垣美智子：終末期がん患者のスピリチュアルベインが緩和される過程－看護により癒される体験から．金沢大学つるま保健学会誌，32(1)，49-57，2008.
- 13) 磯部佳代，中野りか，ほか：終末期の40歳代肺がん患者の意思を尊重した援助－呼吸困難感を増をさせながらも自ら行動することを望んだ事例．日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），38，17-19，2008.

〔平成22年8月6日受 付〕
〔平成23年5月26日採用決定〕

一般社団法人
日本看護研究学会
会報

第 85 号

(平成23年 9 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

第38回日本看護研究学会学術集会開催にあたって……………	1
一般社団法人日本看護研究学会	
平成23年度第1回理事会・議事録……………	3
一般社団法人日本看護研究学会	
平成23年度第2回理事会・議事録……………	7
一般社団法人日本看護研究学会	
平成23年度定時社員総会 議事録……………	9

第38回日本看護研究学会学術集会開催にあたって “文化に根ざす看護研究の道 ～沖縄から発信～”

第38回日本看護研究学会学術集会

会長 宇 座 美代子

(琉球大学医学部保健学科地域看護学 教授)

第38回日本看護研究学会学術集会は、平成24年7月7日(土)、8日(日)に沖縄コンベンションセンターで開催させていただくことになりました。沖縄での本学術集会の開催は初めてであり、看護実践現場からの研究発表の場として本学術集会が有意義なものになることを願いながら、役員一同、鋭意準備を進めているところでございます。

沖縄には、歴史的に培われてきた独特な文化があります。琉球舞踊を始めとする伝統芸能は、日常生活の中で子どもから高齢者まで多くの人々に親しまれています。また、ユイマール(助け合い)、イチャリバチョウデー(会えば兄弟)、チュガルクスイヤンドウ(人が薬である)の方言が示すように、人とのつながりを大事にする風土が残っています。しかし、ここ沖縄でも人々のつながりが年々希薄になりつつあることが危惧されています。

このような背景をふまえ、今、あらためて地域の歴史・文化・生活の面から人々のつながりと健康との関連を再考する必要があると考え、第38回日本看護研究学会学術集会のテーマは「文化に根ざす看護研究の道」としました。日常生活に独特な文化が入り込んでいる沖縄の地で、文化に根ざした看護がどのように実践されているのか、そして、文化に根ざす看護研究とは何かを考えてみたいと思います。

教育講演では、実践の場で求められる質の高い研究を行うにはどうしたらよいか、臨床看護研究のエビデンスとなるような量的・質的な研究方法についてわかりやすくお話していただき、文化に根ざす看護研究について理解を深めたいと思います。

特別講演では、沖縄の文化である琉球舞踊やコミュニティと音楽に関連した研究者の講演を通して、

看護実践の技を形式知として表現していく方法についての示唆を得たいと思います。

シンポジウムでは、沖縄の文化に根ざす看護や看護研究について4人のシンポジストとともに参加者と意見交換を深めたいと思います。また、今話題のDV（ドメスティック・バイオレンス）について、DVの被害者、医療者、加害者はDVをどのようにとらえているのかを3人のシンポジストにお話しいただき、今後のDV対策や研究の情報発信の場となることを目指しています。

本学術集会では、地域で生活する人々に視点を当てた看護実践の在り方を考え、看護の本質に迫るような「文化に根ざす看護研究の道」を沖縄から発信していきたいと思います。

本学術集会が次の研究へのエネルギーとなりますよう、研究発表とともに沖縄の自然と文化を楽しんでいただきたいと思います。多くの皆様のご参加をお待ちしています。

一般社団法人日本看護研究学会 平成23年度第1回理事会・議事録

開催日時：2011年5月15（日）13：10～16：00

開催場所：広島大学東京オフィス 4階・408

出席：石井トク、泉キヨ子、井上智子、叶谷由佳、紙屋克子、川口孝泰、小板橋喜久代、塩飽 仁、
新道幸恵、近田敬子、中木高夫、林みよ子、深井喜代子、松田たみ子、松岡 緑、宮腰由紀子、
山口桂子、山田律子、良村貞子 各理事

安藤詳子 監事

第38回学術集會会長 宇座美代子氏

欠席：宇佐美しおり、黒田裕子、小松浩子 各理事、金井一薫 監事

理事長挨拶：

冒頭、理事長より、今年度開催の選挙および東日本大震災に関連する新規事業案の検討について説明があった。

なお、今回は、審議事項が多いことから、審議事項から検討することとなった。

審議事項

1. 平成22年度事業報告

総務・林理事より、資料に基づき、平成22年度事業が報告された。

異議なく、承認された。

2. 平成22年度決算報告

1) 会計報告

会計・宮腰理事より、資料に基づき、平成22年度の学会会計および36回学術集會会計、37回学術集會会計について報告された。

HP関連経費の内容と支払額が合致しないように思われるが、記載以外の内容も含むかという質問があった。これに対して、会計・宮腰理事より、記載とおりである旨が回答された。このほか異議はなく、決算報告は承認された。

2) 監査報告

安藤監事より、平成22年度会計監査について会計士および監事による監査が終了した旨が報告され、異議なく承認された。

3. 大規模災害支援事業について

理事長より、大規模災害支援事業について、本学会の事業とすることについて説明された。この点について、異議なく承認され、本事業の検討に入ることとなった。

理事長より、資料に基づいて、大規模災害支援事業の目的や趣旨等の詳細が説明された。被災者の定義、対象とする災害の規定、被災した会員の会費免除若手研究者の条件、について審議された。審議で提案された事項を修正することを前提とし、活動企画案は承認された。これを受けて、支援金募集のための口座を開設することとなった。

4. 平成23年度事業案について

総務・林理事より、資料に基づいて、平成23年度事業案が説明され、異議なく承認された。

また、理事長より、第37回集会の進捗状況について説明された。招聘講演については、講師の来日停止により講演方法を変更し、それに伴って会長講演の日程調整中である旨が報告された。なお、これらの変更は、参加者の不安を煽らないよう、理事以外への公開はしないこととする旨が説明された。

5. 平成23年度予算案について

会計・宮腰理事より、資料に基づいて予算案が報告され、例年の予算案に、選挙関連費用と新規事業となった災害支援に関する費用を追加した旨が説明された。また、今年度より事業費と管理費を区分した様式に変更した旨と会費の値上げの検討について説明された。

会費の値上げに関連して学術集会抄録号のあり方についての意見交換がなされたが、次年度予算に向けて継続審議することとなった。

6. 奨励賞受賞論文の推薦について

委員長・松岡理事より、資料に基づき奨励賞受賞3課題が推薦された。すでに書面理事会において承認されており、異議なく承認された。

なお、委員長を松岡理事から新道理事に変更されることが報告された。

7. 第38回学術集会について

集会長・宇座氏より、資料に基づき進捗状況が報告された。主に、台風を鑑み7月を開催日に設定したこととプログラム案が説明され、意見交換が行われた。プログラム案と予算案について修正することを前提に承認された。

8. 平成26年（2014年）日本看護研究学会 第40回学術集会長および平成27年（2015年）日本看護研究学会 第41回学術集会長推薦について

理事長より、第40回および第41回の学術集会長として、第40回に中木理事、第41回に宮腰理事が推薦された。推薦された両学術集会長について異議はなく、承認された。

9. 将来構想ワーキング関連

1) 看護技術の普及について

担当・泉理事より、資料に基づいて看保連合総会報告および本学会が推薦する「寝たきり患者の生活行動回復技術」に対する学会支援の検討状況が報告された。「寝たきり患者の生活行動回復技術」

は、6月に申請予定であり、今後も引き続き検討する予定である。

2) 公益法人化について

理事長より、公益法人化に向けた検討をしている旨が説明され、今回は審議事項はなかった。

10. 評議員・役員選挙について

理事長より、評議員・役員選挙について、前回同様の方法で行うこと、10月公示・11月投票とすることが説明された。異議なく承認された。

11. その他

1) 社員の定年制について

理事長より、社員の定年制提案の趣旨が説明された。この件は、6月の理事会で審議することとなった。

2) ホームページのサイトリニューアル

担当・塩鮑理事より、資料に基づいて、サイトリニューアルに関する仕様概要と管理費について説明された。異議はなく、承認された。

報告事項

1. 会員数の動向について

総務・林より、会員数の動向が報告された。

2. 各委員会実績報告および平成23年度活動計画について

1) 編集委員会

委員長・中木理事より、資料に基づいて、平成22年度の投稿論文状況と平成23年度の執筆要項の検討予定について説明された。

2) 奨学会委員会

委員長・紙屋理事より、資料に基づいて、奨学会委員会規程の検討および奨学金助成者決定、奨学会研究助成者の成果報告状況について報告があった。

3) 学会賞奨励賞委員会

委員長・松岡理事より、資料に基づいて報告された。

4) 研究倫理委員会

委員長・石井理事より、活動概要が報告された。なお、震災の影響から委員会活動の検討が遅れたため、次回報告されることとなった。

5) 国際交流推進委員会

委員長代理・良村理事より、活動が報告された。今年度も学術集会において交流集会を開催する旨が説明された。

3. その他

1) 第37回学術集会関連

理事長より、第37回集会の進捗状況が説明され、集會事務局担当・林より、拡大実行委員の推薦の依頼および理事の宿泊の取りまとめについて説明があった。

2) 地方会活動

理事長より、各地方会活動の詳細は、社員総会で報告いただく旨と、東海地方会および近畿・北陸地方会の地方会学術集会が震災に伴い中止した旨が報告された。

3) 入会申し込み理事会承認について

次回承認いただく。

4) 日本学術会議について

川口理事より、特定看護師に関する事項とケアに対する教育のあり方の2事業を検討している旨の情報提供があった。

5) 日本看護系学会協議会および看護系学会社会保険連合（看保連）の活動

看保連の活動は、先に審議事項で泉理事が報告した通りである。

次回会議予定

理 事 会：6月5日 10時30分～

社員総会：6月5日 13時～

一般社団法人日本看護研究学会 平成23年度第2回理事会・議事録

日 時：平成23年6月5日（日）10：30～11：50

会 場：東京工科大学医療保健学部蒲田キャンパス12号館3階M310（多目的実習室）

出席：石井トク、泉キヨ子、井上智子、宇佐美しおり、川口孝泰、紙屋克子、叶谷由佳、小板橋喜久代、
新道幸恵、塩飽 仁、近田敬子、中木高夫、林みよ子、深井喜代子、松岡 緑、宮腰由紀子、
山口桂子、山田律子、良村貞子 各理事
金井一薫 監事

欠席：黒田裕子、小松浩子、松田たみ子 各理事
安藤詳子 監事

理事長挨拶：

審議事項：

1. 平成23年度定時社員総会準備について

理事長より、定時社員総会の準備について説明された。定款に基づき社員総会次第を修した結果、予算案を審議事項から外したが、重要な事項であることから「理事会報告」の項を新たに設けることとした。これについて異議なく、承認された。

2. 予算の修正

会計理事・宮腰理事より、資料に基づいて、新規事業となった災害支援事業関連の修正点が説明された。災害支援寄付金収入300万円、災害支援事業特別会計繰入金支出300万円とし、社会貢献事業費支出100万円と修正された。

社員総会・資料P38「災害支援特別会計収支予算書」には、社会貢献事業費支出が明確にされていないため予算案と合致する内容に修正することとなった。このほかに異議はなく、修正予算案は承認された。

3. 第2回評議員選挙・役員選挙、および選挙管理委員選任について

理事長より、資料に基づいて、選挙のスケジュール・方法が説明された。定款上の規程に基づき学会誌9月20号公示、11月1日より1ヶ月間でweb投票、新評議員・理事名簿を学会誌4月20日号公表とする予定である。

選挙管理委員については、理事長として、関東近辺の2名（石川ふみよ先生、小山幸代先生、神田清子先生）が提案された。選挙管理委員候補者について異議なく、承認された。

4. 大規模災害支援事業の実施について

1) 委員会規程

理事長より、資料に基づいて、大規模災害支援事業委員会規程修正案が説明された。

第4条（活動事項）の2）の事項が追加された。この点について異議なく、承認された。

2）大規模災害支援事業実施に関する事項

理事長より、資料に基づいて、修正された本事業の目的・趣旨等が説明された。

質疑応答の結果、以下の4点が決定した。修正した実施要領を書面審議とし、承認後にHPに掲載することとなった。

- ・募集定員と支給額は規定せず、寄付金状況と申請者状況によって流動的に対応する旨を記載する
- ・申請書の添付書類は、全ての提出を義務付けないが、「全て揃えて提出することが望ましい」という文言に修正する
- ・添付書類に「罹災証明書」と「罹災届出証明書」を追加する
- ・書類に関しては、受給者も推薦者も自筆署名とする

また、理事長より寄付者の減税対応が不可能なことが説明された。さらに、寄付金の振込先については、様々な手段で対応可能なように早々に検討することとなった。

5．入会申込理事会承認一覧について

各理事より入会申込書一覧が確認された後、承認された。

6．その他

1）奨学会委員会・委員長交代報告

奨学金委員長・紙屋理事より、深井喜代子先生を新委員長とする旨が報告された。

2）次回理事会予定

37回集会前日の平成23年8月6日（16時～19時）とする。

一般社団法人日本看護研究学会 平成23年度定時社員総会 議事録

日 時：平成23年6月5日（日）13：00～14：50
会 場：東京工科大学医療保健学部新校舎 3号館10階31001講義室
社 員：任期 平成24年社員総会まで 130名
任期 平成26年社員総会まで 49名

総会に先立ち、理事長が議長をつとめることが報告された。本会は、出席74名、委任状106名で総会が成立していることが確認された。

理事長挨拶（山口桂子理事長）

一般社団法人へ移行してから2年を経過したことが報告された。大震災による、事務局の被害がある中で、本日の定時社員総会が開かれたことに感謝する一方、一般社団法人日本看護研究学会として、大震災の被害および被災に遭われた会員に対し、今後、継続して支援を行いたいと考えていると述べられた。

議 長：山口桂子理事長

書記の任命：

会議の開始に伴い、理事会から推薦された書記が拍手で承認された。

書記：市江和子 評議員（聖隷クリストファー大学）

川島和代 評議員（石川県立看護大学）

報告事項：

1. 会員数の動向について（林みよ子理事）資料1

庶務担当から、会員数の動向が報告された。

会員数は、平成23年4月1日現在、5,850名（内訳 名誉会員11名、理事22名、監事2名、評議員155名、一般会員5,660名）である。

平成23年5月31日現在では、会員総数6,003名（内訳 名誉会員11名、理事22名、監事2名、評議員156名、一般会員5,812名）である。

2. 各委員会活動実績報告および平成23年度活動計画について

1) 編集委員会（中木高夫委員長）資料2

編集委員会から、以下の報告があった。

投稿論文の掲載状況

平成21（2009）年度は83編の応募、採用41編、辞退6編、不採用34編、不受理2編

平成22（2010）年度は88編の応募、採用20編、辞退2編、著者返却中15編、不採用34編

経過中（委員会審議12編、査読中1編、再査読2編、再々査読2編）

平成23（2011）年度は、6月3日現在、13編の応募がある状況である。

平成23年6月20日に34巻2号、平成23年9月20日に34巻4号を発行予定である。

2）奨学会委員会（紙屋克子委員長）資料3

奨学会委員会から、以下の報告があった。

奨学会研究助成を検討した。また、成果については、資料に基づき授与者の研究活動が報告された。奨学会報告研究について、原著論文として投稿すると審査に時間を要するため速やかに研究報告できるよう検討することになった。平成23年から深井喜代子理事が委員長を担当する。

3）学会賞・奨励賞委員会報告（松岡緑委員長）資料4

学会賞・奨励賞委員会から、以下の報告があった。

委員会で学会賞・奨励賞規定および学会賞・奨励賞委員会規定の確認を行った。選考基準は、①オリジナリティ、②原著論文としての一貫性、③看護実践への示唆・貢献度、④今後の研究に対する期待度の4視点である。

奨励賞については、次の3名とする。

- ・横山 純子氏 医療法人 玄州会光武内科循環器科病院
- ・加藤真由美氏 新潟大学医学部保健学科
- ・高見 三奈氏 独立行政法人労働者健康福祉機構 横浜労災病院

学会賞については規定にあった会員がいないことから、推薦者なしとした。

平成23年度は学会賞・奨励賞委員会は、新道幸恵理事が委員長を担当する。

4）研究倫理委員会（石井トク委員長）資料5

研究倫理委員会から、以下の報告があった。

委員会では第36回学術集会における「研究倫理」よろず相談の来訪者と内容の検討を行った。さらに、平成23年度の活動方針・内容について検討を行い、第37回学術集会においても「研究倫理」よろず相談コーナーの開設、交流集会の企画を行うことが報告された。

5）国際活動推進委員会（井上智子理事代理 松田たみ子理事）

国際活動推進委員会から、以下の報告があった。

会員の国際的活動と交流を支援することを目的に平成19年度から活動を開始し、学術集会において特別交流集会を企画してきたが、これを定例とする予定である。

3．第37回学術集会について

学術集会長黒田裕子氏が所用で欠席のため、学術集会事務局林みよ子氏が報告された。震災後の調整困難な中ではあるが、順調に準備をすすめている。事前参加登録は、5月末現在のところ561名である。一般演題は、口演196演題、示説273演題、計469演題の発表が予定されている。

4．第38回学術集会について（山口桂子理事長）資料7

第38回学術集会は、開催地は琉球大学、学術集会長は宇座美代子氏である。平成24（2012）年7月7日・8日、沖縄コンベンションセンターにおいて開催される。日程が早いのは、台風の影響を考慮したためであると報告があった。初めての沖縄県における学術集会開催なので、出席者への協力依頼があった。

5. その他

1) 日本学術会議の活動について（川口孝泰理事）

日本看護系学会協議会との合同での活動としては、特定看護師について、専門看護師（CNS）、NP、APN、フィジシャンアシスタントなど専門職のあり方について検討されている。また、学術会議の看護部門からは、初等教育の中に看護に関する教育を入れてほしいという要望を文部科学省に出していることが報告された。

2) 日本看護系学会協議会の活動について（泉キヨ子副理事長）

日本学術会議と合同で行っている内容については、以上の報告のとおりであったが、それ以外では総会が本日開催であり、報告は特になし。

3) 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について（泉キヨ子理事）資料6

「看保連」関連ワーキング委員会から、以下の報告があった。

本学会理事（紙屋）、および本学会会員（林、日高）から看保連に出している「寝たきり患者の生活行動回復の看護技術（仮題）」のイノベーションについて、将来構想委員会のワーキンググループが学会の支援・方略について検討する。さらに、看保連の技術委員会とも情報を交換し、本学会としての取り組みを検討する。

引き続き、看護系学会等社会保険連合（看保連）総会の報告があった。

6. 地方会の活動について 資料8

1) 北海道地方会（平典子評議員）

学術集会、特別講演、地方会ニュースの発行、研究奨励賞の選考等について報告された。

会員数が少ないため、活動の維持が困難な点が報告された。

2) 東海地方会（天野瑞枝評議員）

会計年度が変更されたため年度内に2つの学術集会の開催となった。ただし、第15回東海地方会学術集会は、東日本大震災のため開催中止になり、学術集会の対応が説明された。ニュースレターの発行、サマーセミナーの開催などが報告された。

3) 近畿・北陸地方会（阿曾洋子評議員）

近畿・北陸地方会学術集会は、震災の影響により中止となった。今年度のセミナーにおけるポスター発表により、地方会発表とみなすこととなった。会計の出費増が課題である。また、看護研究継続セミナー、ホームページのアクセス増・リレーブログ、ニュースレターの発行について報告された。

4) 中国・四国地方会（山勢博彰評議員）

中国・四国地方会学術集会の開催、学術委員会や広報委員会の活動について報告された。地方会の発展に貢献のあった会員に感謝状を贈呈した。

5) 九州・沖縄地方会（代理・小田正枝評議員）

学術集会開催、ニュースレターの発行等について報告された。地方会の発展に貢献のあった会員に感謝の記念品を贈呈した。

審議事項：

1. 平成22年度事業報告（林みよ子理事） 平成23年度定時社員総会（資料）参照
社員総会資料1頁に沿って、平成22年度の事業報告がされた。

2. 平成22年度決算報告（宮腰由紀子理事）

- 1) 会計報告

社員総会資料2～29頁に沿って、平成22年度決算報告が説明された。

- 2) 監査報告（金井一薫監事）

社員総会資料30～31頁に沿って、監査報告があった。

・会計監査報告（公認会計士 大島良弘）

・監査報告（安藤詳子監事，金井一薫監事）

上記について異議なく，挙手をもって賛成者多数で承認された。

3. 第2回評議員選挙・役員選挙，および選挙管理委員選任について（山口桂子理事長）

一般社団法人日本看護研究学会に移行し，2回目の評議員選挙が行われる。今回の選挙は，法人になる前からの評議員が任期終了になり，本来の定数の残り半数（約50名）が選出される。被選挙人の資格は，5月31日の会費納入状況によって決定する。

選挙日程は，定款により9月に会告する。11月中にWEB上の投票（あるいは郵送）による選挙となる。地区定数や被選挙人，選挙人は，8月の会員総会で報告する。

審議事項は，評議員の中から選挙管理委員を選任することである。一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規定第8条（選挙管理委員会）により選挙管理委員3名を選出し，互選により委員長を決定する。立候補者を募ったがいなかったため，理事会から次の3名が推薦され，拍手で承認された。

・石川ふみよ氏：東京工科大学医療保健学部看護学科

・神田 清子氏：群馬大学大学院保健学研究科

・小山 幸代氏：北里大学看護学部

4. その他

なし

理事会報告：

1. 第2回（平成23年度）評議員選挙・役員選挙の実施について（山口桂子理事長）

審議事項3. 選挙管理委員の選任に先立ち報告した。

2. 大規模災害支援事業の実施について

委員会規程及び，具体的な実施内容について（山口桂子理事長）資料9

震災発生に関する支援事業として，具体的に推進することが理事会として決定された。「一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会規程」ならびに「大規模災害支援事業実施に関する事項」が提起された。本事業の目的は大規模災害で被災された看護職をめざす学生の就学継続と，若手

看護研究者の研究継続を支援することであると説明された。

さらに、理事会報告資料をもとに、本事業の趣旨、対象者、支援内容、大規模災害支援事業委員会の設置など具体的な実施内容について説明された。会員の中から困っている被災者を推薦する、資金源は会員からの支援金（1口2,000円、何口でも可）である。振込取扱票を配布、支援と協力依頼があった。

3. 平成23度事業案について（林みよ子理事）社員総会資料 32頁

社員総会資料に沿って、平成23年度事業案が説明された。

4. 平成23年度予算案について（宮腰由紀子理事）社員総会資料 33～38頁

社員総会資料に沿って、平成23年度予算案が説明された。

収支予算書総括表において災害支援事業特別会計を項目として設けた。450名の新入会員を見込んでいる。社会貢献事業の中に、災害支援事業を含める。災害支援に寄せられた寄付は、災害支援事業のみに充当する。

5. 奨励賞受賞論文の推薦について（松岡 緑理事）

委員会で選定、社員総会で推薦し、会員総会で承認するために松岡理事から社員総会総会資料にもとづき説明された。

6. 第40回・41回（平成26・27年度）学術集会会長の推薦について（山口桂子理事長）

第39回学術集会集会長はすでに了承されている。学術集会会長は、石井範子氏（秋田大学）により、平成25（2013）年8月22日23日両日の開催予定である。

第40回・41回（平成26・27年度）学術集会会長が以下の2名が推薦され、拍手をもって承認された。

- ・第40回学術集会 中木高夫氏 日本赤十字看護大学
- ・第41回学術集会 宮腰由紀子氏 広島大学

7. その他

1) 学会誌の発送経費について

従来、本学会では、学会誌第3号（プログラム集）については、会員全員に発送してきたが、発送費用がかさむ経緯があり、DVD化等の意見も出てきている。紙媒体の学会誌作成に対する意見を伺いたい旨の発問があった。

意見としては、紙媒体の学会誌第3号については、過渡期的な対応も必要であるが、今後はDVD等に変えていってもよいのではないかと。論文等が読みやすい冊子にする必要がある、冊子をフリーアクセスにとの要望、資源の活用の視点からも、紙媒体はできるだけ避けてほしい、学術集会に参加するということと、論文へのフリーアクセスとするには学会員でなくてもよいという方向性もある等の意見がだされた。

2) 評議員のメーリングリストの作成

緊急時の連絡、評議員の意見集約のためメーリングリスト作成の承諾をとる予定である。

以上 記録：市江和子、川島和代

一般社団法人日本看護研究学会

第16回 九州・沖縄地方会学術集会開催のご案内

東北・関東大地震から半年が経ちました。一刻も早い復旧、復興を祈念しております。

第16回九州・沖縄地方会学術集会のテーマは、“看護・看護学の進化・発展を支える看護研究―「つかえる」エビデンスを「つくる」―”と致しました。実践の場で活用される（つかえる）研究成果を発信していく（つくり、つたえる）ことが、看護研究には求められております。看護の質を向上させ、看護が社会のニーズに的確に答えていくために、特に若い会員のみなさまにとって、地方学術集会の場が実践現場での課題や経験を、エビデンスとして可視化していくプロセスの基本を学ぶ場として役立つことを期待しております。

特別講演では、山口県立大学学長の江里健輔先生に「看護研究への期待」のテーマでご講演をいただき、看護研究への示唆をいただく予定です。日頃の研究の成果を共有し、これからの看護研究について意見交換ができ、参加して良かったと思って頂けるような学会となることを願っております。多くの皆さまのご参加を心よりお待ち申し上げます。

第16回学術集会実行委員長 草間 朋子

テ マ：看護・看護学の進化・発展を支える看護研究―「つかえる」エビデンスを「つくる」―

会 期：平成23年11月12日（土）9：00～16：00

会 場：大分県立看護科学大学（大分県大分市廻栖野2944-9）

○基調講演：Evidence Based Nursing（EBN）をめざして

講師：草間朋子（大分県立看護科学大学 学長）

○特別講演：看護研究への期待

講師：江里健輔（山口県立大学 学長）

○一般演題（口演・ポスター）

○企業展示や懇親会なども企画しております。詳しくは、

学会HP ホームページ（<http://www.qo-kango.oitacity.jp/>）にてご確認ください。

○演題募集は終了しました。

学術集会参加の事前申込み：平成23年9月9日（金）までにお願ひします。期日を過ぎますと、当日受付となります。

参加費：会員事前参加申込み 3,500円 当日4,000円、学部生 無料（抄録代別）
非会員事前参加申込み 4,000円 当日4,500円、大学院生1,000円（抄録代含）

問い合わせ先：大分県立看護科学大学

第16回日本看護研究学会 九州・沖縄地方会学術集会事務局 高野政子

E-mail：takano@oita-nhs.ac.jp TEL：097-586-4420～4422

一般社団法人日本看護研究学会

第16回 東海地方会学術集会のご案内

テーマ：看護実践能力を高める ― 体験から学び・培う

2009年4月、改正看護教育カリキュラムがスタートしました。改正カリキュラム検討の過程で看護教育に携わる者や教育を受ける者に求められる能力として「創造的な発想ができる能力」が挙げられ能力開発の必要性が示されました。しかし、看護職や看護教育者の発想が必ずしも柔軟でないことも指摘されています。こうした背景を受け、近年学術集会などで看護と創造性に関するテーマが取り上げられ、ディスカッションも盛んに行われています。

今回の学術集会では、看護実践能力を高めるための能力開発に関する考え方や能力開発のための具体的な技法を共に学ぶ機会として、各分野の専門家による講演とワークショップを計画いたしました。

第16回一般社団法人日本看護研究学会
東海地方会学術集会プランナー 佐藤 道子

◆日 時：2012年2月12日（日）

◆会 場：アクトシティ浜松 コンgressセンター 4 階

〒430-7790 浜松市板屋町111-1

アクセス JR浜松駅より徒歩5分

◆プログラム

◇基調講演：組織マネージメントに求められるコンピテンシー（仮称）

朴 在鏞先生（韓国 嶺南大学心理学部教授）

◇教育講演：今求められている看護師としての力量をいかに形成するか

山本 加枝子先生（医療法人弘遠会 すずかけ新病院準備室）

◇ワークショップ1：学生が生き活きする「ラベルワーク技法を用いたカンファレンス」

青山 誘子・夏目 みつ子先生（浜松市立看護専門学校 看護教員）

◇ワークショップ2：看護職者に求められる資質としての“個性的能力”と“創造性”を伸ばすほめ言葉

弓野 憲一先生（日本創造学会会長）

◇ワークショップ3：創造的会話を自然に引き出す「プレスター」と「アイデア専用ホワイトボード」を使ったブレインストーミング体験

石井 力重先生（アイデアブラント代表）

◇ワークショップ4：実践し省察する―実践の展開を語り／プロセスを聴きとる

渋江 かさね先生（静岡大学教育学部准教授）

◇一般演題（口演・示説）

◆演題及び参加申し込み

◇一般演題の募集

◎申し込み期限：平成23年11月14日（月）

◎申し込み方法：東海地方会のHPをご覧ください

◎学術集会参加申し込みについて

事前参加申し込み期限：平成23年12月9日（金）

（当日は混雑が予想されます。事前申し込みをお勧め致します）

参 加 費：会員 3,000円，非会員 4,000円

◎演題発表者と共同研究者について

発表者および共同研究者は全て日本看護研究学会員に限ります。

非会員の方は，日本看護研究学会事務局（千葉）で入会手続きを完了してからご応募下さい。

◇参加費振り込み先

口座番号：00850－7－142916

加入者名：日本看護研究学会東海地方会

<お問い合わせ及び申し込み先>

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453

聖隷クリストファー大学看護学部 第16回日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

Mail：16toukai-c@seirei.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会

第25回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

テーマ：「看護実践に紡ぐケアの専門性」

日本看護研究学会第25回近畿・北陸地方会学術集会を平成24年3月3日（土）に大阪万博公園横の大阪大学吹田キャンパスにある保健学科棟で開催することになりましたので、ご案内申し上げます。

高度医療に伴う患者の多様なニーズに応えるために、看護職のみならず他職種も含めた専門性をうまく織り込んだ看護ケアの充実が必要です。そこで、本地方会では、「看護実践に紡ぐケアの専門性」のテーマで、午前には臨床心理士、医療ソーシャルワーカー、患者体験のある看護師による講演を、午後には専門的ケアを实践されている看護職によるさまざまな看護セミナーを企画しました。

多数ご参加して下さいますようお願いしております。

学術集会会長 藤原千恵子
(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)

◆日 時：平成24年3月3日（土） 10:00～16:00

◆会 場：大阪大学医学部保健学科棟

アクセス：<http://sahswww.med.osaka-u.ac.jp/www/access/index.html>

◆プログラム

◇講 演：10:05～11:15 3つの講演のうち1つを当日選択

①「臨床心理士が捉える入院している患者家族の支援」

吉津 紀久子氏（阪大病院 保健医療福祉ネットワーク・臨床心理士）

②「地域連携の変遷と展望～医療ソーシャルワーカーの視点から～」

福森 優司氏（阪大病院 保健医療福祉ネットワーク・医療ソーシャルワーカー）

③「患者体験を“語る”～患者として、看護師として」

菊池 素子氏（元 阪大病院 看護師長）

◇地方会総会：11:40～12:30

◇一般演題発表（ポスターのみ）：12:40～13:50

◇看護セミナー：14:00～15:30 5つのセミナーのうち1つを希望（事前登録者は希望を受付）

①外来での化学療法時のケア（①がん）：田墨 恵子氏（阪大病院 がん看護専門看護師）

②糖尿病看護教育（②糖尿）：瀬戸 奈津子氏（阪大大学院保健学専攻）

③リンパ浮腫ケア（③リンパ）：井沢 知子氏（京大病院 がん看護専門看護師）

④ポジショニングの基本（④ポジ）：宮嶋 正子氏（和歌山医大 皮膚・排泄ケア認定看護師）

⑤肺炎予防の口腔ケア（⑤口腔）：池 美保氏（阪大歯学部附属病院）

◆演題申込み期間：2011年9月1日（木）～11月15日（火）消印有効

郵送にて受付（詳細は学会HPにてご確認ください）

◆事前参加申込期間：2011年9月1日（木）～2012年1月13日（金） 当日参加もできます

参加費振込先：郵便振込 口座番号 00930-5-312589

加入者名 日本看護研究学会第25回近畿北陸学術集会

通信欄 ①会員の有無 ②看護セミナーの第3希望までのセミナー記号 ③弁当事前予約の有無

◆参 加 費：会員事前登録4,000円（当日5,000円）、非会員事前登録5,000円（当日6,000円）

学 生：1,000円（学生証をお示し下さい・院生は含みません）

◆問い合わせ先：大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 藤原 千恵子 研究室

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-7

連絡用E-mail：kinki-hoku25@sahs.med.osakau.ac.jp

学会HP：http://www.jsnr.jp/kinki_hokuriku/index.php

一般社団法人日本看護研究学会

第25回 中国・四国地方学術集会のご案内

看護活動の成果を評価することは、さらに良い活動を生み出す力となります。看護活動の評価では、人を対象に行いますので、看護研究倫理が問われます。そこで今回は、評価方法と研究倫理に焦点をあてて、皆さまと考えて参りたいと、テーマ「看護活動を測る ～諸科学と看護学の協働」を企画いたしました。

広島県で行う今回は、中国・四国地方9県が独立地方会として学術集会を開催してちょうど一巡する集会となります。会場である広島大学霞キャンパスは、広島駅から続く平坦な道を歩いても30分とかからない便利なところです。早春の息吹の中で、看護活動の充実に向け、皆さまと共に熱く学びあって頂ければ幸いです。多くの皆様の御参加を、実行委員一同、心よりお待ちしております。

第25回学術集会実行委員長 宮腰由紀子

テーマ：「看護活動を測る ～諸科学と看護学の協働」

会 期：平成24年3月4日（日）9：00～16：20

会 場：広島大学霞キャンパス 保健学研究科棟・医学部教育棟

プログラム

○一般演題（口演・示説）

演題・抄録締切は11月14日（月）正午。ポスター賞・スライド賞を予定しています。

○学術委員会企画

特別セミナー1 「看護研究における倫理－基礎編：基礎的知識を身につけよう！」

講師 内田 宏美（島根大学医学部看護学科教授）

特別セミナー2 「看護研究における倫理－実践編：こんなときどうする？研究におけるジレンマ」

コメンテーター 吾郷美奈恵（島根県立大学短期大学部教授）

* 具体的事例を用いたグループワークを行います。

○第25回学術集会企画

教育講演1 「活動を測ろう ～生体機能から探る」

講師 弓削 類（広島大学大学院保健学研究科教授）

教育講演2 「活動を測ろう ～測定データの意味を引き出す」

講師 梯 正之（広島大学大学院保健学研究科教授）

* 情報処理室でのコンピュータ操作を伴います。

教育講演3 「活動を測ろう ～評価尺度を作る」

講師 交渉中

○交流集会 交渉中

○企業展示

◎懇親会：平成24年3月3日（土）18:00より 会場 交渉中 会費 5,000円

参加申し込み：事前登録は平成24年1月20日（月）までをお願いいたします。期日を過ぎますと、当日受付となります。各々の参加費は、次の表のとおりです。

参加費	事前登録：平成24年1月20日まで	当日受付
会 員	4,000円	5,000円
非 会 員	5,000円	6,000円
学 生	1,500円	2,500円

問い合わせ先：日本看護研究学会中国・四国地方会 第25回学術集会事務局

〒734-8551 広島県広島市南区霞1-2-3

広島大学大学院保健学研究科 基礎看護学研究室 事務局長 高瀬 美由紀

Tel：082-257-5963 内線 6326

日本人間工学会関東支部 第41回大会開催のご案内

2011年8月31日

一般社団法人 日本人間工学会関東支部長 八田 一利

大会長 大倉 典子

会員の皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さてこのたび、下記の要領で日本人間工学会関東支部第41回大会を開催いたしますので、多数の皆様のご発表、ご参加をお願い申し上げます。また、シンポジウムや企画セッション等のご提案も歓迎いたしますので、事務局までご連絡ください。

記

- 主 催 : 日本人間工学会関東支部
- 期 日 : 2011年12月10日(土)、11日(日)
- 場 所 : 芝浦工業大学 豊洲キャンパス 教室棟 (東京都江東区豊洲 3-7-5)
最寄り駅は有楽町線・ゆりかもめ 豊洲駅等。
アクセスの詳細は、以下のウェブサイトをご参照ください。
http://www.shibaura-it.ac.jp/access/toyosu_map.html
- テ ー マ : あなたのための人間工学
- 内 容 : シンポジウム、企画セッション、一般講演、懇親会
(12月11日(日)には関東支部卒業研究発表会を同時開催します。
例年とは異なり、日曜日の開催ですのでご注意ください。)
- 主な日程 : シンポジウムや企画セッションのご提案の締切 9月16日(金)
講演申込み締切 10月7日(金)
講演原稿締切 10月21日(金)

詳細な情報は、大会ホームページ (<http://jes-kanto41.jp>) にも掲載いたしますので、ご参照下さい。
なお今回は、プログラムの送付は行いませんので、大会ホームページにてご確認ください。

以上

【問い合わせ先】

〒135-8548 東京都江東区豊洲 3-7-5
芝浦工業大学工学部情報工学科内
日本人間工学会関東支部第41回大会事務局 (木村昌臣)
FAX : 03 (5859) 8501 (学科共通)
E-mail office@jes-kanto41.jp

日本学術会議の動き

幹事会報告

第123回幹事会

日時 平成23年4月28日(木)

会議の概要

審議事項

- 移転検討委員会委員の決定について承認されました。
- 外国人会友(仮称)制度検討委員会委員の決定について承認されました。
- 若手アカデミー委員会委員の決定について承認されました。
- 国際人権ネットワーク対応委員会委員の決定について承認されました。
- 人間及び地球研究対応委員会委員の決定について承認されました。
- 科学者委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 国際委員会委員等の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の改正及び分科会委員の決定について承認されました。
- 自然災害軽減のための国際協力の在り方検討委員会設置要綱の改正及び分科会委員の決定について承認されました。
- 東アジア共同体の学術基盤形成委員会委員の決定について承認されました。
- 研究にかかわる「評価システム」の在り方検討委員会委員の決定について承認されました。
- 報告「ものづくり支援のための計算力学シミュレーションの品質保証に向けて」について承認されました。
- 報告「遺伝子組換え作物実験施設の環境整備」について承認されました。

○提言「我が国の子どもの育成環境の改善に向けてー成育方法の課題と提言ー」について承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体の指定(8団体)について承認されました。

今回、指定が承認された「協力学術研究団体」は次の8団体です。

- ・日本デジタルゲーム学会
- ・バイオメディカル・ファジィ・システム学会
- ・日本高等教育学会
- ・メンタルケア学術学会
- ・ライフサポート学会
- ・ゼオライト学会
- ・愛知県理学療法学会
- ・関東甲信越英語教育学会

○平成23年度地区会議事業計画が承認されました。

○公開シンポジウム等20件の主催及び国際会議1件の後援が承認されました。

○連携会員の辞職(1件)が承認されました。

○第27回国際生物学賞の受賞候補者の推薦が承認されました。

第124回幹事会(持ち回り)

日時 平成23年5月16日(月)

会議の概要

審議事項

- 外部委員候補者の推薦について承認されました
(第一東京弁護士会資格審査会員と予備委員及び懲戒委員会委員と予備委員)

平成23年7月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成23年7月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「シミュレーション・予測と情報公開に求められること—これまで・今・これから—」

日時 平成23年7月14日(木)13時30分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「予測科学の進展と情報展開」山形俊男

「大気拡散シミュレーション—SPEEDI—」

鈴木 靖

「原子力安全確保とシミュレーション—役割と限界—」松浦祥次郎

「災害時における心理と安全の社会学」

廣瀬弘忠

「学術研究とアウトリーチ」早野龍吾

「政策形成への科学的助言」有本建男

「科学的」とは何か」柴田文隆

◆「食料生産から生物多様性を考える」

日時 平成23年7月15日(金)13時00分～17時15分

場所 名古屋大学野依記念学術交流館

次第 「世界におけるミツバチの現状と減少の原因」

門脇辰彦

「途上国農業から見た生物多様性と私達の食卓」

夏秋啓子

「農家のための生物多様性—環境保全型害虫管理技術の展開」大野和朗

「作物の栽培と雑草の多様性」富永 達

「根寄生雑草と食料生産—ストリゴラクトンか

ら見た生物の機能多様性とその農業利用—」

米山弘一

「欧米における農業の生態影響評価・最前線」

片木敏行

◆「新時代の昆虫科学を拓く2」

日時 平成23年7月16日(土)13時00分～17時20分

場所 名古屋大学野依記念学術交流館

次第 「細胞内カルシウム動態のかく乱を特徴とする殺虫作用」正木隆男

「アジアにおける昆虫媒介性感染症とそのベクター」澤辺京子

「食品への昆虫混入とその防止法」

宮ノ下明大

「アルカロイド利用昆虫の化学生態学」

本田計一

「トンボにおける色彩多型の発生・進化機構」

二橋 亮

◆中国・四国地区会議主催講演会

日時 平成23年7月23日(土)14時00分～17時00分

場所 愛媛大学 南加記念ホール

次第 「愛媛大学先端研究—拠点化の歩み—」

◆「市民社会のなかの人文・社会科学

—市民との対話— PARTIII」

日時 平成23年7月24日(日)14時00分～17時00分

場所 九州大学西新プラザ

次第 大震災と人文・社会科学の課題

「長寿社会における被災地のまちづくり」

秋山弘子

「地域の視点からみる震災復興のデザインと

地方自治体のベアリング支援」碓井照子

「震災後の雇用と経済政策」樋口美雄

日本学会会議の動き

「わが国の企業経営実態—震災に耐えうる強い底力」白田佳子

◆「新たな歯科医療制度を考える II」

日時 平成 23 年 7 月 25 日(月)13 時 00 分～16 時 30 分

場所 日本学会会議講堂

次第 「歯科医療経済から見た現状分析と対策」

川渕孝一

「日本の歯科医療制度と国際比較」尾崎哲則

「歯科の適正医療費を考える」新田 浩

「歯科診療報酬の現状と課題」鳥山佳則

◆日本学会会議近畿地区会議学術講習会

「世界の目から見た日本の大学評価 (仮)」

日時 平成 23 年 7 月 30 日(土)13 時 00 分～17 時 00 分

場所 日本学会会議講堂

次第 「世界の大学評価：最近の動向と問題点 (仮)」

榎本哲夫

「世界の大学評価からみた日本の大学 (仮)」

依田高典

◆「心の先端研究への扉」

日時 平成 23 年 7 月 30 日(土)13 時 00 分～18 時 00 分

場所 熊本大学文学部

次第 「『輝く貝』の誕生—考古学からみた美しさの認識—」木下高子

「遺伝子と心理学—「遺伝マインド」という考え方」安藤寿康

「表情と音声による視聴覚情動認知の文化間比較」田中章浩

「こころと加齢の多様な関係」鈴木敦命

「錯覚のおかげで検出感度がよくなる視覚パラダイム」村上郁也

「子どもから事実を聞き出す司法面接」

仲真紀子

「ヒトのここをチンパンジーから眺める」

友永雅己

◆「進化する生物の世界—生体高分子から生物多様性、脳—神経系から人間社会まで」

日時 平成 23 年 7 月 31 日(日)13 時 00 分～17 時 00 分

場所 京都大学時計台百年記念ホール

次第 「古細菌からわかる生命の初期進化 40 億年前の世界」山岸明彦

「第二の遺伝暗号—エビゲノム」加藤茂明

「気候変動によって植物は進化するか？」

清水健太郎

「生物多様性のバイオインフォマティクス」

伊藤元己

「動物コミュニケーションから考える言語の起源」岡ノ谷一夫

「種分化の分子基盤：ヴィクトリア湖の魚たち」

岡田典弘

◆「第 30 回混相流シンポジウム」

日時 平成 23 年 8 月 7 日(日)9 時 00 分～12 時 00 分

場所 京都工芸繊維大学松ヶ崎キャンパス

次第 菱田公一／植田充美／三上正男／高田保之／池田駿介

◆「光触媒とメカトロニクスの世界：未来を支える科学・技術」

日時 平成 23 年 8 月 8 日(月)15 時 00 分～17 時 00 分

場所 東北大学片平キャンパス

次第 「研究も教育も感動から—光触媒」藤嶋 昭

「半導体集積回路に異分野技術を融合したマイクロシステム」江刺正喜

◆「感覚器医学ロードマップ：感覚器障害の克服と支援を目指す10年間の中間報告会」

日時 平成23年8月9日(火)14時00分～17時00分

場所 日本学会議講堂

次第 I. 感覚器の再生研究

伊藤壽一／高橋政代／白馬伸洋

II. 感覚器障害の治療の研究

石橋達朗／石田 晋／中川隆之

III. 人工感覚器の進歩

加我君孝／不二門 尚／宇佐美真一

◆「予知して防ぐタバコの害」

日時 平成23年8月20日(土)13時00分～15時00分

場所 熊本テルサホール

次第 大野竜三／松沢成文／菅野 恵／瀬戸皖一

◆「科学・技術の過去・現在・未来
—ゆめロードマップ—」

日時 平成23年8月24日(水)

場所 日本学会議講堂

次第 特別講演「戦後の科学・技術の発展をささえたもの(仮題)」小林 誠

「科学・技術アクションプラン(仮題)」

和泉 伸一郎

「科学・技術のゆめロードマップ」

後藤俊夫

パネルディスカッション

「わが国の科学・技術を真に強くする方策と展望」

◆「東北アジアにおける地表プロセス、自然災害そして歴史的環境変動」

日時 平成23年9月1日(木)9時00分～16時00分

場所 金沢大学

次第 セッション1「地表プロセスと自然災害・環境変動」

セッション2「巨大地震と地形災害」

◆「子どもにやさしい都市の実現に向けて」

日時 平成23年9月20日(火)

場所 日本学会議講堂

次第 第一部 講演会：子どもの育成環境の諸問題と展望

第二部 シンポジウム：子どもにやさしい都市の実現に向けて

日本学会協議の動き

幹事会報告

第125回幹事会

日時 平成23年6月2日（木）

会議の概要

審議事項

- 国際委員会における小分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会における運営要綱の一部改正及び分科会委員の決定について承認されました。
- 提言「農業・食糧・環境をめぐる北東アジアの連携強化に向けて」について承認されました。
- 報告「知能的太陽光植物工場の新展開」について承認されました。
- 提言「学術と産業を結ぶ基盤研究および人材育成の強化—応用物理からの提言—」について承認されました。
- 提言「老朽・遺棄化学兵器の廃棄処理の実施における保安対策—中国の遺棄化学兵器処理の開始に当たって—」について承認されました。
- 報告「巨大複雑系社会経済システムの創成力強化—科学技術駆動型イノベーション創出力強化に向けて—」について承認されました。
- 国際会議関係について、平成23年度代表派遣（平成23年7月～9月）が承認されました。
- 第11回アジア学会協議（11th Science Council of Asia Conference）への会員の派遣及び外国人の招聘が承認されました。
- 公開シンポジウム等16件の主催及び国際会議2件の後援が承認されました。
- 連携会員の辞職（1件）が承認されました。
- 定年により退任する会員の連携会員への就任について承認されました。

○日本学会協議会員の辞職について、総会の議決を求めることが承認されました。

○補欠の会員の候補者を推薦する部が承認されました。

*6月に定年で退職される金澤会長より退任のご挨拶がありました。

第126回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年6月16日（木）

会議の概要

審議事項

○公開シンポジウム等2件の主催が承認されました。

第127回幹事会

日時 平成23年6月23日（木）

会議の概要

審議事項

- 分野別委員会における分科会委員及び小委員会委員の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会の設置、設置要綱の決定及び委員会委員の決定について承認されました。
- 提言「ODAの戦略的活性化を目指して」について承認されました。
- 提言「よりよい高齢社会の実現を目指して—老年学・老年医学の立場から—」について承認されました。
- 提言「障害福祉統計の整備について—根拠に基づく障害者福祉にむけて—」について承認されました。
- 提言「エビデンス創出を目指す検証的治療研究の推進・強化に向けて」について承認されました。
- 報告「エネルギーと科学・技術についてのアジア諸国との連携強化」について承認されました。

- 学術の発展に著しい貢献をしたと認められる科学者に対し「日本学術会議栄誉会員」の称号を授与する制度を新たに設けるため、日本学術会議会則の一部を改正する規則について総会の議決を求めることについて承認されました。
- 日本学術会議の行う国際学術交流事業の実施に関する内規の一部改正について承認されました。
- 国際会議の後援1件について承認されました。
- 日本学術会議協力学術研究団体の指定（3件）について承認されました。
今回、指定が承認されました「協力学術研究団体」は、次の3団体です。
 - ・九州・山口スポーツ医・科学研究会
 - ・日本情報科教育学会
 - ・日本フランス語教育学会
- 公開シンポジウム等9件の主催及び国内会議3件、国際会議1件の後援が承認されました。
- 賞候補者の推薦（1件）が承認されました。
- 連携会員の辞職が承認されました。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成23年8月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「予知して防ぐタバコの害」

日時 平成23年8月20日(土)13時00分～15時00分
場所 熊本テルサホール
次第 「脱タバコ社会を目指して—日本学術会議のとりくみ」大野竜三

「スモークフリー社会を目指して—受動喫煙防止条例について」松沢成文
「心臓血管外科医からみた喫煙という習慣」菅野 恵
「放射能の害とタバコの害」渡邊一夫／瀬戸皖一

◆「科学・技術の過去・現在・未来—ゆめロードマップ—」

日時 平成23年8月24日(水)13時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 特別講演「戦後の科学・技術の発展をささえたもの（仮題）」小林 誠
「第4期科学技術基本計画」泉 紳一郎
「理学・工学分野における科学・夢ロードマップ」後藤俊夫
パネルディスカッション
「わが国の科学・技術を真に強くする方策と展望」

◆「日本の生命科学が国民の健康に果たす役割」

日時 平成23年8月27日(土)12時45分～16時10分
場所 くまもと県民交流館パレア
次第 「レトロウイルス感染症：日本と世界」高月 清
「日本のライフサイエンスのマスタープラン」浅島 誠
「食品の安全と国民の健康」唐木英明
「さとやま：生物多様性と生態系模様」鷺谷いづみ
「日本の医療体制の現在と未来」桐野高明
「放射線ひばくと健康」大野和子
「新興感染症と国民の健康」満屋裕明
「生体肝移植の最前線」猪股裕紀洋

日本学会会議の動き

幹事会報告

第128回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年7月7日（木）

会議の概要

審議事項

- 報告「日本学会会議の機能強化について」が承認されました。

第129回幹事会

日時 平成23年7月11日（月）

会議の概要

審議事項

- 分野別委員会における運営要綱の一部改正及び分野別委員会における小委員会委員の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会における分科会の設置及び分科会委員並びに委員会委員の決定について承認されました。
- 研究にかかわる「評価システム」の在り方検討委員会における委員の決定について承認されました。
- 公開シンポジウム等5件の主催が承認されました。
- 22期に新たに任命される連携会員の候補者が承認されました。

第130回幹事会

日時 平成23年7月28日（木）

会議の概要

審議事項

- 国際人権ネットワーク対応委員会における委員の決定について承認されました。
- 部が直接統括する分野別委員会合同分科会の設置及び委員の決定について承認されました。

- 東日本大震災対策委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 提言「人類の持続性確保に貢献するフロンティア人工物科学技術の推進」について承認されました。
- 提言「地域主権改革と博物館—熟成社会における貢献をめざして—」について承認されました。
- 提言「歴史学・考古学における学術資料の質の維持・向上のために—発掘調査の在り方を中心に—」について承認されました。
- 報告「資源循環型ものづくりを実現するための学術的指針—地球温暖化対策を主対象に—」について承認されました。
- 提言「子供を元気にする運動・スポーツの適正実施のための基本指針」について承認されました。
- 提言「気候変動下における水・土砂災害適応策の深化に向けて—第一次提言—」について承認されました。
- 提言「新しい高校地理・歴史教育の創造—グローバル化に対応した時空間認識の育成—」について承認されました。
- 提言「我が国の医学教育はいかにあるべきか」について承認されました。
- 提言「社会のための学術としての『知の統合』—その具現に向けて—」について承認されました。
- 提言「わが国に望まれる食品安全のためのレギュラトリーサイエンス」について承認されました。
- 提言「学術統計の整備と活用に向けて」について承認されました。
- 提言「国民の健康増進を支える薬学研究—レギュラトリーサイエンスを基盤とした医薬品・医療機器の探索・開発・市販後研究の高度化を目指して—」について承認されました。
- 提言「IT社会の最適化—日本の復興と新成長のために—」について承認されました。

- 報告「昆虫科学の果たすべき役割とその推進の必要性」について承認されました。
- 日本学術会議協力学術研究団体の指定（4件）について承認されました。
今回、指定が承認されました「協力学術研究団体」は次の4団体です。
 - ・日本運動器疼痛学会
 - ・日本ベンチャー学会
 - ・中部教育学会
 - ・日本伝統獣医学会
- 公開シンポジウム等10件の主催及び国内会議5件の後援が承認されました。
- 「日本学術会議の活動状況等に関する年次報告書（平成22年10月～平成23年9月）」の作成について承認されました。
- 「第21期における分科会活動の総括結果について」が承認されました。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成23年9月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「日本における老年学・老年医学推進のためのシンポジウム」

日時 平成23年9月14日(水)13時00分～15時25分

場所 東京大学山上会館

次第 「日本学術会議臨床医学委員会老化分科会からの提言について」大内尉義
「老年医学の卒前・卒後教育の現状と展望」

下門顕太郎

「老年学の推進と研究、教育体制構築の展望」

荒井秀典

「高齢者医療体制をどのように構築していくか」

鳥羽研二

「在宅医療・チーム医療、介護システムの開発とその意義」三浦久幸

◆「社会的なるものの復権

—あらためてモダニティを問う—

日時 平成23年9月17日(土)16時20分～18時20分

場所 関西大学第3学舎 A201

次第 「社会的なるものと社会学—モダニティの学の終焉のあとに何が可能か—」盛山和夫
「日常生活世界と『社会的なるもの』」那須 壽
「被災の共同体と社会的なるもの」竹沢尚一郎

◆「子どもにやさしい都市の実現に向けて」

日時 平成23年9月20日(火)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 第一部 講演会：

子どもの成育環境の諸問題と展望

「成育空間について」仙田 満

「成育方法について」内田伸子

「成育時間について」佐々木宏子

「災害と子どもについて」矢田 努

第二部 シンポジウム：

子どもにやさしい都市の実現に向けて

木下 勇／小澤紀美子／五十嵐 隆／

藤原朋子／熊谷俊人

◆「平成23年度産学官連携推進会議

—我が国の復興・再生に向けた産学官連携の促進—

日時 平成23年9月21日(水)～22日(木)

日本学術会議の動き

場所 東京国際フォーラム

次第 科学技術政策担当大臣／西田厚聰／川口淳一郎／江刺正喜／児玉龍彦 他

◆「地球環境・気候変動と農業環境工学」

日時 平成 23 年 9 月 21 日(水)9 時 30 分～16 時 45 分

場所 タワーホール船堀 小ホール

次第 第一部「地球環境と黄砂による農業影響」
第二部「地球温暖化による農業影響とその対応策」

◆「植物工場における基盤技術の最新動向」

日時 平成 23 年 9 月 21 日(水)13 時 00 分～17 時 00 分

場所 タワーホール船堀 瑞雲

次第 「光環境制御技術と光を活用する植物生産」
後藤英司
「高度化された植物生産環境における根の生育と機能」吉田 敏
「イオン濃度制御法による培養液管理」
位田晴久
「工業化のための植物バイオテクノロジー」
高山真策

◆「男女共同参画社会における研究者の育成・支援を考える」

日時 平成 23 年 9 月 25 日(日)16 時 10 分～18 時 10 分

場所 鹿屋体育大学

次第 「研究者としてのエンパワメントを目指して」
樋口 満
「研究者のワーク・ライフ・バランス」
工藤保子
「ライフステージにおける研究者支援」
水村真由美

◆「東アジアにおける現代の地表プロセスと長周期環境変動」

日時 平成 23 年 10 月 10 日(月)～14 日(金)

場所 中国成都市

◆「第 7 回構造物の安全性・信頼性に関する国内シンポジウム」

日時 平成 23 年 10 月 12 日(水)～14 日(金)

場所 日本学術会議講堂

次第 「地震リスクマネージメントのツールとしての性能設計」R. K. McGuire
「不確実な将来のためのモデルベース計画：インフォ・ギャップ理論」Yakov Ben-Haim

◆「大規模計算科学シンポジウム」

日時 平成 23 年 10 月 17 日(月)10 時 00 分～17 時 50 分

場所 日本学術会議講堂

次第 講演 1：気象・海洋
「全球・局地降水洪水モデルによる都市洪水の早期警戒システムの開発」Jaiho Oh
「機構研究に向けた渦解像海洋モデリング」
Matthew Hecht
「海洋炭素循環モデリング：21 世紀の予測に重要なスケールとプロセスとは？」
Keith Rodgers
講演 2：地震・防災
「韓国における原子力発電プラントのコンピュータ利用オンライン監視システム」
Y-J Kim
「自身の物理と数値シミュレーション及び時空間地震活動パターン解析による予測」
John B. Rundle
「システムを用いた大規模ハリケーン洪水シミュレーション」Richard A. Luettich

◆「口腔顎顔面領域における再生医療の現状と課題」

日時 平成23年10月18日(火)14時30分～16時30分

場所 名古屋国際会議場

次第 「骨軟骨再生医療の現状と展望」高戸 毅
「歯周組織再生療法の現状と課題」村上伸也
「未来の歯科治療としての歯科再生医療」
辻 孝

◆原子力総合シンポジウム2011

「原子力安全の再構築—東日本大震災を踏まえて—」

日時 平成23年10月19日(水)10時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「原子力災害にかかわる提言」成合英樹
「原子力事故評価と今後の対応」澤田 隆
「地震と津波評価」入倉孝次郎
「航空事故事例から原子力発電所の安全を考
える」垣本由紀子
「放射線の分布と影響」柴田徳思
「放射線・放射能と除去回復」田中 知
パネルディスカッション「原子力安全の再構築」

◆「第55回材料工学連合講演会」

日時 平成23年10月19日(水)～21日(金)

場所 京都教育文化センター

次第 基調講演、特別講演 他

◆「わが国のパブリックヘルス領域の緊急課題の解
決に向けて」

日時 平成23年10月19日(水)15時50分～17時40分

場所 秋田県民会館 アトリオン音楽ホール

次第 「日本学術会議提言『健康食品に関する法制度
整備の必要性について—パブリックヘルスの
立場から—』と今後のアクション」大濱宏文
「病院勤務医師の長時間過重労働の改善にむ

けて」高野健人

「わが国の健康の社会格差の現状理解とその
改善に向けて」川上憲人

「わが国の公衆衛生向上に向けた公衆衛生大
学院の役割と今後のアクション」小林廉毅

◆日本学術会議東北地区会議主催講演会

「東日本大震災からの復興と科学・技術」

日時 平成23年11月11日(金)13時00分～17時00分

場所 岩手大学教育学部北桐ホール

次第 「東北地方太平洋沖地震による津波発生のメ
カニズム」今村文彦
「津波被害とまちづくり」南 正昭
パネルディスカッション
「被災地に寄りそう支援活動と科学・技術」

◆「第1回計算力学シンポジウム」

日時 平成23年11月11日(金)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「マルチエージェント交通流シミュレーショ
ンにおける交通事故モデリング」吉村 忍
「離散変分法の非一様格子への拡張」
杉原正顯
「さまざまな時空間スケールの地球流体」
高橋桂子

◆「サイエンスアゴラ2011」

日時 平成23年11月18日(金)～20日(日)

場所 日本科学未来館 他

次第 シンポジウム「科学・技術でわかること、わ
からないこと」、体験展示「miniセルフエスタ」

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投 稿 者

本誌投稿者は、著者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（謝辞も含む）を削除したもの）、および電子媒体（フラッシュメモリ、ＣＤのいずれか、ラベルには著者、表題、使用ＯＳ、使用ソフトウェアを明記する）を添えて下記に送付する。

〒260-0015 千葉市中央区富士見２-22-6 富士ビル６階

一般社団法人日本看護研究学会 編集委員会 委員長 中木 高夫 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。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。

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判にコピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式（URL:<http://jama.ama-assn.org/>））の論文題名、およびキーワード（5語以内シソーラスで確認する）、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) 原則としてデータ入稿とし、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、シングルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。英文についてはネイティブチェックの確認書を同封すること。
- 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) 図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成し、本文データとは別のファイルで、それぞれオリジナルデータのまま入稿する。
- 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-終ページ、発行年（西暦）。

※ただし、「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない（以下、例2）。

－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, 5, 132-138, 2000.

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）。

－例－

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門、23-52、研究学会出版、大阪、1995.

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名（編）：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）。

－例－

- 4) 研究花子：不眠の看護、日本太郎、看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ、123-146、研究学会出版、東京、1998.
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996.

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、URL

－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 (フラッシュメモリ, CD の, いずれか) で提出する。ラベルには著者、表題、使用 OS、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。
- 7) 平成21年 8 月 2 日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月 5 日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成23年度会費のご案内について

4月20日、6月20日、今回9月20日付けにてご案内いたしております。

平成23年度会費をまだお納めいただいていない方は、お早めに同封の振込用紙または、下記の口座宛にお振込下さい。

学会誌は平成23年度会費が未納でも、平成23年3月31日までに平成23年度から「退会」のお申し出のない会員の方には、すでに平成23年度発行雑誌34巻1号～3号までお送りし、本日4号をお送りします。

記	
会費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員には同姓・同名の方がおりますので、お振込の際、必ず会員番号をご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご記入の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、雑誌送付封筒のラベルに明記してあります。

ラベル見本

260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22-6 富士ビル6F 千葉 花子 (3)(ち9999)(2010) 平成23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. 送付先等ご変更についてお願い

送付先変更の場合、本誌巻末の「変更届」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき、難しい読みの場合は、フリガナを付記の上、FAX (043-221-2332) またはメール (info@jsnr.jp) でお知らせ下さい。

3. 送付先不明者の確認

学会誌34巻2・3号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

く0033 遠藤美根子 し0466 塩屋 秀子 に0230 西 典子 に0236 西村 明子 ほ0053 本間美知子
ま0111 松橋 綾子 む0022 村上みち子

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	10:00～15:00	F A X	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第34巻 4号

会員無料配布

平成23年9月20日 印刷

平成23年9月20日 発行

編集委員
委員長

中木 高夫 (理事)	日本赤十字看護大学
浅野 美礼 (会員)	筑波大学大学院人間総合科学研究科
井手知恵子 (会員)	大分大学医学部看護学科
宇佐美しおり (理事)	熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学
片岡 純 (会員)	愛知県立大学看護学部
勝山貴美子 (会員)	横浜市立大学医学部看護学科
川口 孝泰 (理事)	筑波大学大学院人間総合科学研究科
北 素子 (会員)	東京慈恵会医科大学医学部看護学科
小松 浩子 (理事)	慶應義塾大学看護医療学部
佐藤 政枝 (会員)	首都大学東京健康福祉学部看護学科
柴山 健三 (会員)	相山女学園大学看護学部看護学科
杉浦 太一 (評議員)	岐阜大学医学部看護学科
村岡 宏子 (会員)	東邦大学看護学部
谷津 裕子 (会員)	日本赤十字看護大学

(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒260-0015 千葉市中央区富士見2-22-6
富士ビル6階

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

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 千葉市中央区都町1-10-6

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

1. 大学, 短期大学, 専修学校在学中の学生は入会できません。なお, 前述の身分に該当する方で, 学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は, 発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2. 入会を申し込まれる場合は, 評議員の推薦, 署名, 捺印, 入会申込み本人氏名, 捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。

3. 入会申込書の送付先: 〒260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22番6号 富士ビル6階
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後, その旨通知する際に入会金3,000円, 年会費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
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については, 慎重に取り扱い, 本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

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

フリガナ	氏名	専門区分	看護学・医学・その他 ()
氏名	性別	年 月	性 別
性別	年 月	性 別	性 別
TEL	FAX	TEL	FAX
自宅・所属 (いずれかに○)	〒	〒	〒
E-mail	E-mail	E-mail	E-mail
自宅	TEL	FAX	FAX
評議員推薦者氏名	評議員推薦者氏名	評議員推薦者氏名	評議員推薦者氏名
推薦者所属	推薦者所属	推薦者所属	推薦者所属
理事会承認年月日	理事会承認年月日	理事会承認年月日	理事会承認年月日
局	受付番号	局	受付番号
入	受付日	入	受付日
欄	通知番号	欄	通知番号

地区名	都道府県名
1 北海道	北海道
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7 中国・四国	高松, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 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 _____

フリガナ _____

氏名の変更 _____

地区の変更

地 区 割

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

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

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自 宅 ()

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

一般社団法人日本看護研究学会 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			
和文抄録文字数		英文抄録使用語数	
字		語	
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: _____			

*受付年月日: ____年 ____月 ____日

●アセスメントの方法と中範囲理論の使い方がわかるわかりやすい解説書！

事例展開でわかる

看護診断をアセスメント

■黒田裕子（北里大学看護学部教授）編

■B5判 2色刷 178頁 定価2,520円（本体2,400円 税5%）ISBN978-4-263-23553-9

- 看護診断の基本からアセスメントの方法、NANDA-I 看護診断の使い方までが学べ、看護計画が立てられる。わかりやすく簡潔にまとめられた内容は、学生のテキストとしてはもちろん、日常の臨床に臨む看護師の入門書としても最適。
- 第一線で臨床に当たる看護師の、現場体験に基づく困難な事例、失敗や成功事例をヒントにし、アセスメントの方法と、看護診断、NOC、NIC、中範囲理論をわかりやすく解説。

◆本書の主要目次

第1章 看護診断の基本

看護診断とは何か 看護成果と看護介入

第2章 看護診断をアセスメント

外傷性脊髄損傷の患者の看護診断 — 急性期の事例 特発性間質性肺炎の患者の看護診断 — 慢性期の事例 高齢の乳がん患者の看護診断 — 終末期（緩和ケア）の事例 統合失調症の患者の看護診断 — 精神科

経科の事例 ハイリスク妊婦の看護診断 — 母性領域の事例 急性糸球体腎炎の患児の看護診断 — 小児領域の事例

第3章 NANDA-I看護診断・NOC・NICを用いた看護支援システムの構築と監査

看護支援システムの構築 看護記録の監査法

■看護診断を提案する方法

最新刊

事例展開でわかる
看護診断を
アセスメント



ナーシング・ポケットマニュアル

基礎看護技術

■岡本恵里（三重県立看護大学看護学部教授）

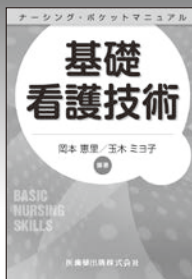
玉木ミヨ子（埼玉医科大学短期大学看護学科教授）編著

■A6判 2色刷 288頁 定価2,520円（本体2,400円 税5%）ISBN978-4-263-23971-1

- ヘンダーソンの14の基本的欲求を充足する行動（生活行動）を助けるための看護技術を柱に、診療の補助技術を組み入れて解説した、看護学生の臨地実習や卒後の現場でも活用しやすいハンディなテキスト。
- 看護技術を活用して援助する時の手順（準備から実施方法、実施時の留意点）に沿って記述。また、援助時のポイントと根拠を簡潔に明示している。さらに、患者の状態によって、基本的な援助技術だけでは対応できない場合の援助方法についても、わかりやすく解説している。

最新刊

基礎
看護技術



●多くの上級実践者が自信を持って技術を展開し、現場の家族ケアが豊かになるために！

実践力を高める 家族アセスメント Part II

ファシリテートのエキスパートをめざして

FASC式家族事例検討の展開から研究へ カルガリー式家族看護モデル実践へのセカンドステップ

■小林奈美（北里大学看護学部教授）著

■B5判 2色刷 124頁 定価3,360円（本体3,200円 税5%）ISBN978-4-263-23523-2

- 本書は、家族システムケア研究会（Family Systems Care-Japan: FASC-J）の家族事例検討会におけるファシリテータの実践力を高めることを目的としてまとめている。家族事例検討の実践は、理論を理解しづらい現場向けに、家族事例の読み解きを通して、要点を学習することを目的とするものである。
- ファシリテータとは、家族事例の読み解きを行う役割を担う者であり、事例検討に向けた模擬事例の準備、家族の読み解き、参加者からの情報の引き出し、軌道修正、明日からできることへの助言、等の技術が求められる。
- 本書では、事例検討会に参加する組織・ファシリテータ・参加者の役割や学びと関連させながら、ファシリテータが備えるべき技量を説明する。また、検討会の逐語録を3事例あげている。そこでは、ファシリテータがいかに参加者を導いていくのかが明らかにされる。
- また、最終章では、さらなる上級実践へ向けて、「事例検討会と事例研究の違い」「事例研究として成り立つための要件」などを懇切に解説している。『グループワークで学ぶ家族看護論 第2版』『実践力を高める家族アセスメントPart I』を読了し、カルガリー式家族看護モデルに関する基礎知識を習得した後に、本書を読むことを推奨する。

最新刊

