

目 次

総 説

- アジア太平洋地域の結核対策と結核医療の史的考察 渡部 幹夫 …… 1

原 著

- 大義と神託：聴衆を統合する改革者 ソジャーナー・トルース 宮津多美子 …… 11
- 自分の変化の記述と後の回想との関連
— 20代から30代にかけての縦断的検討 — 山岸 明子 …… 23
- 外来通院中の全身性エリテマトーデス患者の認知する療養上の困難と関連要因
青木きよ子・高谷真由美・田邊 雅美
高崎 芳成 …… 30

研究報告

- ピアノ演奏習熟度別初見課題遂行時における脳神経活動に関する NIRS を用いた調査
中島 淑恵・市江 雅芳 …… 40
- 認知症高齢者の入院に伴う介護家族の負担感の変化 杉山 智子・湯浅美千代・高橋 典代 …… 45
- 身体的治療を受ける認知症高齢者への看護スキルとその構造
— 高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟看護師への面接から —
湯浅美千代・杉山 智子・仁科 聖子
工藤 綾子・杉山 典子 …… 53
- 精神科看護職者の性役割パーソナリティ (gender role personality) と
メンタルヘルスおよび臨床看護能力との関連についての検討 小田切美紀・與古田孝夫 …… 61
- ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動
樋口キエ子・大木 正隆・上村 和子
中田 真理・諏訪 綾子 …… 69
- 大学病院で入院児をケアする看護師の「子どもの最善の利益の保証」に関する意識と実践
西村あをい・小林八代枝・熊野 瑞生 …… 75
- 成人看護実習で実施している看護師同行実習における技術経験
青木きよ子・中島 淑恵・安井 大輔
吉田 澄恵・高谷真由美・桑子 嘉美 …… 82
- 4 年制大学における看護学生の職業的社会化
— 4 年次の学生を対象として (第 4 報) — 小元まき子・宮脇美保子・寺岡三左子 …… 91

実践報告

- A 看護系大学の地域貢献活動に関する研究
— 中学校の養護教諭との連携の実際 — 永野 光子・服部 恵子・工藤 綾子
小元まき子・宮脇美保子・青木 博美
稲富 恵子 …… 97
- 複数の体験を組み入れた成人看護実習が学生の実践能力に与える影響
高谷真由美・桑子 嘉美・中島 淑恵
安井 大輔・吉田 澄恵・青木きよ子 …… 102

 総 説

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.1-10 (2009)

アジア太平洋地域の結核対策と結核医療の史的考察

National Tuberculosis Control Program of Asia Pacific Region and Historical Consideration of Tuberculosis Epidemic of Today

渡 部 幹 夫 *
WATANABE Milkio

要 旨

国際結核胸部疾患連合の第1回アジア太平洋地区会議が2007年8月にマレーシアのクアラルンプールにて開催された。この会議では結核の高度蔓延国とされるカンボジア、中国、インドネシア、フィリピン、タイ、ベトナムの6カ国、中度蔓延国の香港、日本、韓国、マレーシア、シンガポールの5カ国、低蔓延国であるオーストラリアから国家の結核対策プログラムの発表があった。その後一般演題として興味深い演題を発表したインド、南アフリカ、ニュージーランドの3カ国を含めてWHOのWEBにて公開されている各国の結核統計の経年的変化を検討して、日本の歴史的結核統計『結核統計総覧』との比較により興味ある結果がえられた。

1. WHOの結核統計データベースについては加盟国からのデータの提出に関わる問題があると思われる。
2. WHOの統計値を日本の結核コントロール史の統計値に比べると、現在のアジア諸国の結核医療の有効性は劣るように思われる。
3. 南アフリカの結核の蔓延は世界的な大問題である。
4. アジア諸国の結核の流行状況が大きく違うことはアジア太平洋地域の国際関係上の問題でもある。

索引用語：結核、アジア太平洋地域、南アフリカ、WHO、医学史

Key Words : tuberculosis, Asian Pacific Region, South Africa, WHO, medical history

I. 緒 言

結核について述べることは多くの困難を伴う作業である。結核菌の感染に基づく疾病であり、その病態や治療については確立されたものがあるが、患者のおかれた社会を含めて問題の多くを臨床医学の範囲にとどめることは難しく、社会医学的なアプローチが必ず必要である¹⁾。医学的に解決されなければならない問題と国際政治を含めて多くの問題がある²⁾。また1980年代以降爆発的に流行の始まったHIV/AIDSは、HIV感染による免疫不全が非発症結核菌感染者の結核発症をきたすことや新たな結核菌感染者を増やすこと、治療に当たっては結核の病像が典型的なものとは異なり、抗結核薬と抗HIV薬による治療と管理が容易でなく、臨床医学の現場でも大きな問題となっている³⁾。このようなことから先進諸国では再興感染症として

問題になっているが、発展途上国においてはむしろ都市化・工業国化に伴う新興感染症である。化学療法にて終わりを告げるはずであった人類の脅威であった感染症時代の終焉は、なかなか到来しそうにない。

UNION・IUATLD (International Union Against Tuberculosis & Lung Disease) は1920年にパリにて設立された国際的な結核対策の機関であり2008年7月までに38回の国際会議を開催している。

2007年マレーシアのクアラルンプールにおいて第1回のAsia Pacific Region (IUATLD-APR) Conference が開催された。会議のテーマとして Overcoming An Old Scourge With A New Face (HIV/TB Co-Infection) が掲げられていた。8月2日から5日の会議に参加し、アジア太平洋地域のかかえる結核問題を、国際的な視野から考える機会を得た。会議で発表された各国の演題には興味深い演題が多く、そのいくつかについて報告し、日本の結核史と比較して現代医療の歴史的な観点から考察を加える。

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 25, 2008 原稿受領)

II. 方 法

会議において National Tuberculosis Control Programme が報告された11カ国と、興味のある報告がされた3カ国の保健統計を WHO の WEB にて公開されている1990年以降のデータベースから結核死亡率・結核罹患率・平均寿命・HIV/AIDS 陽性率を取り出して検討した⁴⁾⁵⁾。現在の各国の統計数値と日本の『結核統計総覧』⁶⁾『結核の統計』⁷⁾を参考に検討して考察を加えた。

III. 会議のプログラムについて

この会議はマレーシアの独立建国50年の記念年に合わせ Malaysian Association for the Prevention of Tuberculosis が、その年次総会に International Union Against Tuberculosis & Lung Disease と共催する国際会議としてアジア太平洋地域の各国へ参加を呼びかけて開催されたものである。8月2日には Pre-Congress Workshops として次の4つのワークショップが開催された。Workshop 1: National Tuberculosis Control Program, Workshop 2: Sleep Apnoea, Workshop 3: Diagnostic and Interventional Pulmonology, Workshop 4: Smoking Cessation であった。

Workshop 1 では High TB burden countries (高度蔓延国)としてカンボジア、中国、インドネシア、フィリピン、タイ、ベトナムが報告した。Intermediate TB burden countries (中度蔓延国)として香港、日本、韓国、マレーシア、シンガポールが報告した。Low TB burden countries (低蔓延国)としてはオーストラリアが報告した。Workshop 2, 3, 4 は International Union の欧米の先進諸国を含めた胸部肺疾患対策の対象が結核から他のものにも移って来ている事を示すものとする。本稿では結核問題のみを述べる。8月3, 4, 5日の一般演題は今日の各国の結核医療がおかれた社会の一面を語り、日本の医学と医療の現在及び歴史と比較して、興味を持たれる演題が多かった。それぞれの演題抄録は会議プログラム⁸⁾に記載されているので以下の論文では発表者を記載する。

1. 結核対策の国家戦略 (Workshop 1 より)

1) カンボジア

TB と HIV の両疾病の有病率の高いカンボジアにとってこの2疾病のコントロールプログラムは分離しており、TB 患者に対する HIV 検査を100%行うことが財政的にも施設的にもいまだむずかしい状況にある (Khun)。

2) 中国

広大で巨大な人口をかかえる中国は国家を挙げて結核対策に取り組んでいる。

国家戦略の全般に対する報告があったがその中で興味をもたれた報告をひとつあげる。結核対策として DOTS が導入されているが、その振興政策として結核患者と診断して DOTS に患者を導入した医師、成功理に DOTS を終了した医師に対して20から80元の報奨金が与えられるとのことである (Jiang)。

3) フィリピン

結核対策は国家政策として強力にすすめられており、DOTS が全国で展開されている。HIV の感染はフィリピンでは流行が抑えられている状態であるが、TB-HIV に対する共同戦略は今後の課題としている (Rosaling)。

4) タイ

結核に対する国家戦略が1950年より開始され2006年までに4回の実態調査が行なわれている。1989年のタイにおける HIV 感染の大流行が始まるまで、結核対策は順調に効果を挙げていたが、HIV 感染と結核の重感染は極期には50%となり結核が再興してしまった。結核対策の強化のための財政的政策が近日中にとられる予定となっている (Charoen)。

5) ベトナム

9年間を超える WHO の強化対策にもかかわらず結核患者の減少傾向にはない。HIV 感染の広がりも不安材料である。十分な結核管理の出来る医療機関の不足、感染の可能性の高い貧困層の人口が多いこと、私的医療機関の増加とそこでの不十分な治療が増えることにより、多剤耐性結核患者の増加を招来する可能性がある (Nguyen)。

6) 香港

香港は WHO により結核の中度に蔓延した国に分類されている。公的な結核病院の患者の匿名による HIV 検査において HIV の陽性率は0.6% (2006年)であった。結核患者は5つの公立病院において無料で医療を受けることが出来るが、自費による私的な医療機関における治療を受けることも禁じられてはいない。DOTS の実施率は100%となっている。新生児期の BCG 接種が99%の実施率で行なわれている (Tam)。

7) 日本

日本では結核性疾患患者の55%が65歳以上である。また地域による差が明確であり社会的弱者に多い。ホームレスや外国人の若年者にも多い。患者の発見の遅れが集団感染を招来することが多く、2000年から2004年に183の集団感染が報告されたがその22%は学校においておこっており、また同じく22%が病院や老人施設において発生している。結核の感染診断にクォンティフェロンによる検査が取り入れられている。多剤耐性菌の結核症は初回治療患者では0.7%と少ないが再

治療患者では9.8%に上る。日本では老人の結核患者が死亡の転帰をとることがあるために、DOTS 終了確認は81%であり WHO の国際的な目標に到達していない (Seiya Kato)。

8) 韓国

韓国の結核の感染と罹患率の急速な低下は国家としての結核対策が始まった1962年から2005年までの間に GDP が150倍に伸びたことが大きく寄与していると考えられる。1965年から1995年の間に5年毎の結核実態調査が行なわれて改善の統計があるが、近年、各種の結核に関する統計値の改善の鈍化傾向が見られる。その理由は人口の高齢化と北朝鮮を含む結核の高度蔓延国からの移住者の増加による可能性がある。1962年以来 BCG の接種と6歳以下の接触者に対する予防的化学療法が強力に行なわれているが、高校の生徒における結核の集団感染が問題となり、予防的化学療法の対象は2007年より高校生まで引き上げられた。結核医療における私的医療機関における患者発見や治療の実態についての把握が出来ない問題がありシステムとして改善されるべき問題が残っている (Lew)。

9) オーストラリア

オーストラリアは結核の低蔓延国に位置づけられている。オーストラリアで出生した国民の結核の発症は非常に少ない。2004年の統計では、オーストラリアの旧住民では人口10万対8.1の罹患率と高いが、オーストラリアに古くに移民した人々の子孫としてオーストラリアで出生した人のグループでは1.0の低い罹患率である。ところがオーストラリア以外の国で出生して、その後に移住してきたグループからは21.7の高い罹患率が記録されている。このグループからの罹患率が全体の82%を占めている。

これらの移民は結核の高度蔓延国からの移住者であり、その人々に対する対策がオーストラリアの結核対策として重要である。これらの人々の入国に当たり胸部レントゲン写真による検診と、結核既往歴のある移民については入国後の地域でのフォローアップが必要である。オーストラリアにおいて結核を完全に根絶することは難しいことと思われる (Guy b)。

インドネシアとシンガポールについては学会プログラムに抄録がなく、ここでは割愛する。

2. Scientific Programme と Free Paper Presentation について

Free Paper Presentation は口演及びポスターにて行なわれたが、シンポジウム演題を含めて特別に興味をもった演題について紹介したい。

1) Plenary Session [Public and Private Partnership for DOTS Implementation]

この講演は最終日にマレーシア Assunta Hospital の Kuppusamy Iyawoo がおこなった。世界的に、DOTS の実施により A) 2005年までに塗抹陽性の結核患者の70%を把握、その85%を治癒に導く、B) 2015年までに結核による死亡を1990年の半分にする、C) 2050年には結核による死亡を公衆衛生的な問題ではないとされる人口100万人に1以下までへらす、という Stop TB 戦略が進められている。これを実現するには公的な機関と私的な医療機関の共同がもっと密にならなければならないとマレーシアの課題を述べた。

私的な医療機関の結核医療に占める位置は小さいが重要な意味を持っているとしている。結核の登録制度下に有るわが国の医療制度の中からは理解のしにくいことであるが、国民皆保険制度ではなく登録制度も完璧ではない国においてこの問題の解決に医師会や結核予防協会、AIDS カウンシルなどの NPO との協同を強調していたが、そのことは容易なことではないであろう。日本の戦後期に新しい結核予防法が出来たときの日本の医学界の対応や、その後五次にわたりに行なわれた結核実態調査の調査結果をひも解くと私的な医療と公的な医療の連携は結核医療において必ずしも容易ではないことを日本の医療も経験してきた¹⁹⁾。

2) Free Paper Presentation (口演) で興味深かった四演題について

(1) Multi- and Extensively Drug Resistant TB in Children : First Case Series

この演題は南アフリカ Center for AIDS Programme of Research in South Africa の Bamber により報告された。

この施設に1995年から2006年の間に耐性(多剤耐性を含む)結核菌感染の小児98人が入院してきた。そのうち6例が HIV 陽性であった。小児の耐性結核の診断は喀痰の検査だけでは出来ない。便、耳やへそ、痔瘻の膿やリンパ節、脳脊髄液の培養により診断できることもある。結核菌の培養検査法は日数がかかりすぎもっと早く診断できる方法が必要である。耐性結核症の流行地域から来院した子供、耐性結核菌患者との接触のあった子供では耐性結核菌に感染していることを前提に診療をせざるを得ない。診断の遅れと HIV の感染の有無そして適切な治療の出来ないことが予後を左右している。共同発表者の Nasari Padayatch は南アフリカの小児医療、結核医療の過酷さは想像を超えるものであることを小児の結核性髄膜炎について報告している²⁰⁾。しかしこのような状況は HIV の問題と耐性結核菌の問題はなかったにしても、小児結核が多く化学療法のない時代には日本でも乳児死亡率が高く同様な状況に在ったのではないかと考えられる²¹⁾²²⁾。サハラ以南アフリカと総称されるアフリカ諸国の医療問題には

アジアのものとは別の問題があると考える。

(2) Association Between Distance to HIV Testing Site and Uptake of HIV Testing for Tuberculosis Patients in Cambodia

この演題はカンボジア Center for Disease Control and Prevention の Nong Kanara が報告したものである。カンボジアは HIV 陽性率 (1.9%)、結核の人口10万対の罹患率も508とアジアで一番高い。結核患者の10%は HIV 感染者である。結核クリニックにおいて HIV の検査が出来ないために、最も近い HIV 検査施設を紹介する仕組みになっている。HIV 検査施設までの距離が HIV 検査受診率に影響するかどうかを検討した。隣接する HIV 検査機関を有する結核クリニックの患者は76%が検診を受けたが、自動車による15分以内の距離にある HIV 検査機関の受診率は50%、15から30分の距離にある検査機関の受診率は33%、30分を超える距離にある検査機関での受診率は57%であった。中程度の距離の HIV 検査機関への受診率が一番低い結果である。発表者の結論は結核クリニックにおける On-site の HIV 検査が可能となるような体制を作ることが急がれるというものであった。施設、技術者、設備、試薬など問題の多くは財政的なものによるのであろうが、それを超えた政治的、文化的問題がカンボジアの現代史の中にあることを感じさせられた。

(3) Homeopathy as an Adjuvant to Chemotherapy Improves Clinical Outcome in Relapsed Pulmonary Tuberculosis.

この演題はインド NMP Medical Research Institute の Neha Sharma が報告したものである。無作為割り付け二重盲検法として行なわれた、ホメオパシーを併用した、再発肺結核に対する治療である。47名の再発肺結核に対して、抗結核薬とホメオパシー群24例、抗結核薬とプラセボ群23例の比較で、一時的結果を喀痰の菌陰性化、体重増加、血沈とヘモグロビン値、二次的結果を咳の増減、寝汗、胸痛、呼吸困難、咯血、発熱、QOL で評価した。測定は治療前と抗結核薬治療開始6ヶ月後、及び終了3ヶ月経過後の3回行った。結果はホメオパシー群のほうに優位な改善を認めたものが体重増加、喀痰陽性の陰性化率 (87.5%)、症状の早期改善の3項目あり QOL の全てにおいて統計学的に有意改善が見られた。6ヶ月治療終了3ヵ月後の喀痰結核菌陽性率は、ホメオパシー群12.5%であったのに対してプラセボ群では52.17%であった。結論として結核の治療におけるホメオパシーの併用療法が有効であるとしている。

(4) Why the TB Incidence Rate is not Falling in New Zealand

この演題はニュージーランドの Wellington School of Medicine and Health Sciences の Das D K が報告した。ニュージーランドの1995年から2004年の保健統計で結核の罹患率が減少しない理由を次のように報告している。

ニュージーランドの結核患者の2/3は結核の高度蔓延国からの移民である。その1/4は入国後1年以内に発症している。ニュージーランド生まれのマオリ族と40歳以下の太平洋諸島生まれの人を除いて、ニュージーランドにおける国内の多くの地域で結核の感染や再発は減少している。HIV や多剤耐性の結核の問題はニュージーランドでは大きな問題とはなっていない。ニュージーランドの結核の統計の改善しない理由は、高度蔓延国からの移民が入国後に発症することが多いためである。しかし、アフリカやアジア及び太平洋諸国からの移民がニュージーランドの別のコミュニティに感染を広げていることはない。このことは結核対策には世界的な規模での対策と共に、地域における対策が重要であることを示唆していると述べた。ニュージーランドの結核登録治療システムの有効性を報告したものと考える。

IV. WHO データベースにおけるアジアの結核

National Tuberculosis Control Programme で報告を行った高度蔓延国: カンボジア、中国、インドネシア、フィリピン、タイ、ベトナム、中度蔓延国: 香港、日本、韓国、マレーシア、シンガポール、低蔓延国: オーストラリア、及び一般演題において興味深い発表のあった、インド、南アフリカ、ニュージーランドについて WHO の WEB に掲載されている感染症と保健統計のデータベースから考察を加える。香港については掲載がなくここからは除いた。南アフリカをこの稿に含めることはアジアの結核を論ずるのに不適当かもしれないが、今回の会議に参加報告がされたことと、アジアの問題と別な問題が世界にあることがわかるので加えて論ずる。なお、2007年の IUATLD の世界会議は南アフリカにて開催された。WHO の WEB データベースは1990年よりのものが公開されている¹¹⁾。提示した表は2006年の全結核死亡率が高い順に著者が編集して並べた。他の表も同順とした。

1. 結核死亡率について

死亡率 (対人口10万人) は南アフリカが1990年の78から2006年の218まで減ることなく激増している。カンボジアは119から92へ減少したが、1994年1996年を中心に123まで増加した統計が残る。同じ期間にフィリピンは80から45に

表1 結核死亡率

Communicable Diseases -> Tuberculosis (as of 17 March 2008) -> Estimated TB -> Estimated TB deaths (MDG indicator 23) -> TB mortality, all forms (per 100 000 population per year) -> Total																	
(Periodicity: Year, Applied Time Period: from 1990 to 2006)																	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
South Africa	78	78	82	84	87	95	102	113	124	122	161	186	177	199	202	213	218
Cambodia	119	119	120	120	123	121	123	119	117	114	113	111	106	101	98	93	92
Philippines	80	79	78	76	80	74	78	76	74	70	58	54	52	49	48	47	45
Indonesia	90	86	83	79	76	75	72	70	67	63	62	59	53	50	46	41	38
Viet Nam	39	36	34	32	29	31	28	26	25	24	24	24	24	24	23	23	23
India	42	42	42	43	42	43	42	43	43	42	41	38	37	33	30	29	28
Thailand	28	28	29	29	29	29	29	28	26	24	23	21	21	20	20	20	20
Malaysia	22	21	20	20	19	19	18	23	23	23	18	18	18	18	18	18	17
China	24	23	23	22	21	22	21	20	20	20	20	19	19	18	17	16	15
Republic of Korea	19	16	15	13	12	11	11	10	9	8	9	8	9	9	9	10	10
Singapore	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	2	2
Japan	6	6	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3
New Zealand	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Australia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

WHO データベースより著者編集

表2 結核罹患率

Communicable Diseases -> Tuberculosis (as of 17 March 2008) -> Estimated TB -> Estimated TB incidence -> TB incidence, all forms (per 100 000 population per year) -> Total																	
(Periodicity: Year, Applied Time Period: from 1990 to 2006)																	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
South Africa						317	332	360	406	479	576	683	780	852	898	925	940
Cambodia	586	580	574	569	563	557	552	546	541	536	530	525	520	515	510	505	500
Philippines	337	333	330	327	324	320	317	314	311	308	305	302	299	296	293	290	287
Indonesia					311	304	297	290	283	276	270	263	257	251	245	239	234
Viet Nam	202	200	198	197	195	193	191	189	187	185	183	182	180	178	176	174	173
India	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
Thailand	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142
Malaysia	119	118	117	115	115	114	113	112	111	110	109	108	107	106	105	104	103
China	116	115	114	113	112	111	110	109	108	106	105	104	103	102	101	100	99
Republic of Korea	165	145	129	112	106	98	93	87	80	71	72	74	83	80	83	85	88
Singapore	50	50	51	48	47	47	48	48	46	43	37	35	33	32	30	28	26
Japan	47	46	44	42	41	39	38	38	37	37	34	32	29	28	26	24	22
New Zealand	10	10	9	9	10	10	10	10	11	11	11	9	10	10	9	9	9
Australia	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6

WHO データベースより著者編集

減少。インドは42から1993年1997年1998年の43を除いて減少しており2006年は23である。タイは28から1992年～1996年の29の微増を経て2006年は20となっている。マレーシアは1990年の22から2006年17まで減少しているが、高度蔓延国に分類されている中国の統計値とあまり変わらない値が続いている。南アフリカを除いて、アジア太平洋諸国の結

核死亡率は減少しているとしてよい。日本は6から3に減少している(表1)。

2. 結核罹患率について

罹患率(対人口10万人)は南アフリカ1995年以降、インドネシア1994年以降のものが掲載されている。南アフリカが1995年の317から2006年の940まで激増しているが、ア

表3 平均寿命と HIV/AIDS 陽性率

	Life expectancy at birth (years) 2006			2006 HIV/AIDS(%)
	both sexes	males	females	
South Africa	51.3	50	52.6	18.8
Cambodia	62	59	64.7	1.6
Philippines	67.5	64.4	71	<0.1
Indonesia	67.7	66.2	69.1	0.1
Viet Nam	71.9	69.4	74.7	0.4
India	62.8	61.8	63.8	0.9
Thailand	72	69	74.9	1.4
Malaysia	71.6	69.3	74.1	0.5
China	73.4	71.7	75.2	0.1
Republic of Korea	78.8	75.4	82.1	<0.1
Singapore	80.5	78.1	82.9	0.3
Japan	82.6	79.2	85.9	<0.1
New Zealand	80.3	78.3	82.1	0.1
Australia	81.6	79.2	83.9	0.1

WHO データベースより著者編集

アジア諸国の結核罹患率は高度蔓延国のカンボジアが1990年の589から2006年500、フィリピンが1990年の337から2006年287と減少しているように中度蔓延国、低蔓延国でもわずかながら減少している。同じ期間に日本は47から22、オーストラリアは7から6への減少である。ただしインドは168が17年間続いている、タイは142が同じように17年間続いている。このようなデータベースについては疑問が残る。マレーシアは119から103とわずかに減少している。同程度の結核罹患率を持つ中国が高度蔓延国に分類されているが、WHOはマレーシアを中度蔓延国に分類している(表2)。

3. 平均寿命と HIV/AIDS の浸潤率について

WHOにより公表されている2006年の、ゼロ歳児の平均余命(平均寿命)と成人(15歳から49歳)のHIV/AIDSの感染者の割合を表にまとめた。南アフリカの平均寿命は51.3歳、成人のHIV/AIDS陽性率18.8%であり、アジアではカンボジアの平均寿命が62歳、陽性者率が1.6%である。日本の平均寿命は82.6歳、陽性者率は0.1%以下となっている(表3)。

V. 日本の結核史とアジアの現在の結核問題

日本は世界の最長寿命国であるが、今も結核については中度蔓延国に残る。日本の長寿国へのプロセスは健康転換の研究課題として、経済学や日本学の大きな主題である。明治維新後、西欧諸国の産業革命に遅れて工業国化した日本の健康転換は西欧諸国の健康転換と大きく異なり、研究の課題は多い。一方ではアジアの発展途上国にとって、ひ

とつのモデルとなっていた。しかし、日本の保健・医療の仕組みは今大きな転換期にあり、モデルとなり得ないことが多いと考える。医療史として日本の結核史を見ると、現在も中度蔓延国に残るとはいえ、研究・医療・社会保障のそれぞれにおいて解決すべき問題に対処してきたと考える。それにはたしてきた結核予防法や結核研究所の存在と化学療法の確立期に結核予防法と国民皆保険制度下で医療が行なわれたことの効果は大きかったと考える。

今回とりあげた各国の2006年の平均寿命と結核にかかわる二つの指標、結核死亡率と結核罹患率が日本では何年頃の指標に当たるのかを『結核統計総覧』及び『結核の統計』をもとに探してみた。WHOの公開データベースと『結核統計総覧』の比較は、ともに推計値による統計値であり、方法論的問題がないとはいえないが、興味あることなので報告する(表4)。

1. 平均寿命について

表4に見るように2006年の平均寿命は日本がオーストラリアやニュージーランドよりも長い。結核の中度蔓延国として分類されるマレーシアは高度蔓延国とされている中国、ベトナム、タイ、フィリピンと平均寿命では大きくは異なる。

インド、カンボジア、南アフリカの平均寿命は他の高度結核蔓延諸国と比べて際立って短い。HIVの流行も含めて、全体としての保健と医療を含む社会の問題であろう。

これを日本の平均寿命が延びてきた経過と比較してみる。平均寿命は男子と女子にて少しの違いはあるが、それぞれの国の平均寿命は日本の平均寿命ではおおよそ次の

表4 各国の平均寿命・結核死亡率・結核罹患率と日本の相当年

国	平均寿命(両性)	日本の相当年	結核死亡率	日本の相当年	結核罹患率	日本の相当年
南アフリカ	51.3	1935	218	1922/ 1940	940	???
カンボジア	62	1951	92	1952	500	1955
フィリピン	67.5	1963	45	1956	287	1966
インドネシア	67.7	1963	38	1958	234	1968
ベトナム	71.9	1968	23	1964	173	1970
インド	62.8	1953	28	1962	168	1971
タイ	72	1968	20	1966	142	1971
マレーシア	71.6	1968	17	1968	103	1974
中国	73.4	1971	15	1970	99	1975
韓国	78.8	1990	10	1974	88	1976
シンガポール	80.5	1997	2		26	2002
日本	82.6	2006	3	2006	22	2006
ニュージーランド	80.3	1996	1		9	
オーストラリア	81.6	1997	1		6	

WHO データベースと結核統計総覧・結核の統計から著者作成

年に当たる。オーストラリア1997年、ニュージーランド1996年、シンガポール1997年、韓国1990年、中国1971年、マレーシア1968年、タイ1965年、インド 1953年、ベトナム1968年、インドネシア1963年、フィリピン1963年、カンボジア1951年、南アフリカ1935年である。

2. 結核死亡率について

2006年の人口10万対結核の死亡率 (HIVの有無にかかわらず) は日本では WHO の統計では3とされている。WHO 統計ですでに日本より少ないオーストラリア、ニュージーランドはともに1であり、シンガポールは2である。この3国を除いた諸国の結核死亡率と日本が同じ値であった年をあげる。

韓国10で日本の1974年に相当する (以下同様に記載)。中国15で1970年、マレーシア17で1968年、タイ20で1966年、インド28で1962年、ベトナム23で1964年、インドネシア38で1958年、フィリピン45で1956年、カンボジア92で1952年、南アフリカ218で1922年及び1940年となる。

3. 結核罹患率について

2006年の WHO 資料では日本の結核罹患率は人口10万あたり22とされ、オーストラリア6、ニュージーランド9である。シンガポールは26であり日本の2004年の値に当たる。【結核統計総覧】で日本の相当年 (近接年度) を探してみた。韓国88で日本の1976年 (以下同様に記載)、中国99で1975年、マレーシア103で1974年、タイ142で1971年、インド168で1971年、ベトナム173で1970年、インドネシア234で1968年、フィリピン287で1966年、カンボジア500で1955年ごろ、南アフリカの940は日本では記録を見出せない。

VI. 考 察

今回の論文では結核の蔓延の状況を一般に使われている High TB burden countries (高度蔓延国)・Intermediate TB burden countries (中高度蔓延国)・Low TB burden countries (低蔓延国) として記述してきたが、元来の burden の意味は負担である。2006年の世界の新生結核患者は920万人に及ぶ。そのうちの8割の患者が人口も多く発症率も高い22の国から発生している。これ等の国をWHOの結核対策の重点国として既に1990年代末に国連のミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) 策定において国家・社会の経済的な負担を含めて High TB burden countries (結核高負担国) としたことから始まる。状況は今も大きくは変わらず、中高度蔓延国・低蔓延国の呼び方も一般化している¹⁴⁾。一方世界の工場化してきたアジア諸国の結核問題には驚くべき多様性がある。アジア諸国が目指してきた日本は結核の大問題をすでに経験してきたが、その歴史について、特にその文化史的な研究には多くのものがある^{15) 16)}。18世紀後半からの工業化の中で高度の蔓延を経験した西欧諸国と比較した場合に、遅れて近代化、工業国化、軍事大国化した日本では結核の蔓延は19世紀の末から始まり、20世紀の後半まで続き、現在も結核の低蔓延国とはならず、中高度蔓延国として残っている¹⁷⁾。西欧諸国の結核の蔓延は結核菌の発見されるより以前からのものであるが、日本の蔓延は結核菌の発見されたころにはじまり、化学療法のない時代の医学や社会の努力が第二次世界大戦に向かう時代に結核の死亡率を押し下げてきていた¹⁸⁾。しかし第二次世界大戦とその敗戦は日本の

結核蔓延を未曾有のものとした²⁹。結核症の統計としての捉えにくさは結核対策の難しさの原因でもあり、その問題を解決するために、日本は終戦後の混乱期を脱しつつあった昭和28年から5年ごとに全国結核実態調査を行って、結核症の確実な統計資料を持つことと、対策に生かすことを試みた³⁰。著者は結核実態調査と例年の結核の統計値の異なることを報告してきた³¹。その研究から結核の罹患率がどの程度正確に計算できうるものであるかに大きな疑問をもつようになった³²。20年間全く変化のない統計値が掲載されている国があるなど、WHOの結核の統計にも各国からのデータ収集の段階からの問題があるのであろう。この問題については石川による「結核負担(burden)推計の問題点」を記した論文が発表され疫学として結核を取り扱う上で必ず念頭に置かなければならないことが理解できる³³。

日本では、結核の死亡率が低下してきたのと、平均寿命が延びてきた経過が平行して起こったように見える。現在のインドの結核死亡率は28であり平均寿命は62.3歳であるが、同程度の結核死亡率は日本では1962年であり、その当時の平均寿命は66歳を超えて長い。南アフリカの現在の結核死亡率は218であり平均寿命は51歳である。近い値の結核死亡率を日本では1922年頃と1940年頃に記録しているが当時の平均寿命はそれぞれ42歳程度及び50歳未満であり現在の南アフリカよりも短かった。これは結核の指標が、その国家、社会と保健医療にかかわる政治・経済・行政の複雑な問題にかかわるものであることを示していると考えられる³⁴。平均寿命は結核のみにより決定されるものではなからうが、疾病転換・寿命延長の視点からは興味深い一つの指標ではあろう。

日本の結核死亡率と結核罹患率と各国のそれを比較すると、シンガポールを除いて、結核死亡率が日本と同じ年の結核罹患率は日本より低い。逆に言えば、同じ罹患率の時代に日本は低い死亡率を達成してきた。このことから、結核の治療におけるDOTS戦略やその他の方法によっても、それぞれの国では日本がたどってきたよりも有効な結核医療が行なわれていない可能性も考えられる。日本の過去の結核の疫学のデータと比較して、アジア諸国の現在の結核疫学データは日本の結核医療がたどってきたように効果的には、おこなわれていないように見える。実際は結核と医療だけに基因するものではなく、複雑なものであろう。このことについてはより深い研究の領域が残る。

高度蔓延の時代、結核症には日本社会はある意味では寛容であったようにも思われる。日本では結核予防法は感染症法に取り込まれる形で廃止となり、結核症に対する社会の対応はむしろ非寛容なものとなってきている。すな

わち低蔓延国への戦略転換と考えられる。しかし、日本の高度蔓延状況の時代よりも多くの結核症を抱える南アフリカの発表からは、そこにある現実に対応するためには世界的な対応を考えなければならない重大な問題があることを考えさせられる³⁵。今日の日本の結核の問題については多くの論文がある一方、国際的な問題についての教科書的な記載は少ない³⁶。もっと世界的な視野が必要であろう。

HIV感染の問題や、第二次大戦後のアジアに起こった、いくつかの内戦を含む戦役、難民の発生、そして工業化の進展や医療制度の違い、政治体制の多様性など数値として比較することには問題が多すぎるとも考えられる。しかし、現代の世界ではそのような多様な国家社会の間での交流は想像を超えたスピードで増えている。低蔓延国においても結核のサーベイランスが軽視されていないことはオーストラリアやニュージーランドの報告にあるとおりであるが、国際関係の中の公衆衛生の問題はもっと強調されるべきであろう³⁷。人の感染症としての結核が今までたどってきた疾病転換が健康転換に寄与して来たことが、今後も続くとは必ずしもいえないであろう³⁸。健康転換と寿命延長にかかわってきた近現代の結核問題の多様性をアジアでの国際会議にて再認識したので、日本の結核史と比較して論じた。

VII. 結 論

1. WHOの結核統計データベースについては加盟国からのデータの提出に関わる問題があると思われる。
2. WHOの統計値を日本の結核コントロール史の統計値に比べると、現在のアジア諸国の結核医療の有効性は劣るように思われる。
3. 南アフリカの結核の蔓延は世界的な大問題である。
4. アジア諸国の結核の流行状況が大きく違うことはアジア太平洋地域の国際関係上の問題でもある。

謝 辞

本研究は平成17-20年度文部科学省科学研究費研究助成「医療史から見た戦後期の予防接種法と結核予防法の研究」及び平成19年度順天堂大学医療看護学部共同研究費助成「日本における医療の有効性とリスクの研究」の一部として行なったものです。記して助成に感謝します。

引用文献

- 1) 青木正和：理解しにくい病気、結核の歴史 第1版、講談社、東京、9-53、2003。
- 2) Nicholas B.King：Immigration, Race and Geographies of Difference in the Tuberculosis Pandemic, Matthew

- Grandy and Alimuddin Zumla ed, 1st Ed, *The Return of the White Plague*, Verso (London), 39-54, 2003.
- 3) Wafaa M. El-Sadr, Simon J. Tsiouris : HIV-Associated Tuberculosis: Diagnostic and Treatment Challenges : *Semin Respir Crit Care Med.* 29: 525-531, 2008.
 - 4) WHO (2008.8.10) : Global TB database , http://www.who.int/tb/country/global_tb_database/en/print.html
 - 5) WHO (2008.8.10) : Life tables for WHO member status, http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm
 - 6) 結核予防会：表1人口・出生・死亡・自然増加・結核死亡数・率、年次別、結核統計総覧1900-1992, 結核予防会, 東京, 22-23, 1993.
 - 7) 結核予防会：資料 表6 新登録結核患者数及び罹患率の年次推移, 結核の統計2006, 結核予防会, 東京, 27, 2006.
 - 8) Programme Book : International Union Against Tuberculosis & Lung Disease 1st Asia Pacific Region (IUATLD-APR) Conference 2007 : The Malaysian Association for the Prevention of Tuberculosis, Kuala Lumpur Malaysia, 2007.
 - 9) 青木純一：結核予防法（1919年）の成立と展開, 結核の社会史 第1版, 御茶の水書房, 東京, 141-162, 2004.
 - 10) 渡部幹夫：結核予防法成立時の医療行政史の一面, 日本医師会雑誌135(6), 1341-1347, 2006.
 - 11) Nesri Padayatchi, Sheila Bamber, Halima Dawood, Razia Bobat : Multidrug-Resistant Tuberculous Meningitis in Children in Durban, South Africa : *Pediatr Infect Dis J*, 25(2), 147-150, 2006.
 - 12) 宮本忍：乳幼児死亡と結核, 日本の結核 第1版, 朝日新聞社, 東京, 38-45, 1942.
 - 13) 渡瀬博俊, 小池梨花, 井口ちよ：1950年代の東京都乳幼児の結核感染状況の推定, 結核, 83(7), 503-506, 2008.
 - 14) WHO : Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008, WHO Press, Geneva Switzerland, 17-38, 2008
 - 15) 福田真人：結核と医学, 結核の文化史 第1版, 名古屋大学出版会, 名古屋, 226-362, 1995.
 - 16) 小松良夫：近代化と結核, 結核 日本近代史の裏側 第1版, 清風堂書店, 大阪, 61-112, 2000.
 - 17) 青木正和：わが国の結核疫学の特徴, 複十字, 322, 9-11, 2008.
 - 18) 結核予防会：表2 結核死亡率・性・年齢階級・年次別, 結核統計総覧1900-1992, 結核予防会, 東京 24-31, 1993.
 - 19) 青木正和：死病, そして沈黙へ 敗戦から今日, 結核の歴史 第1版, 講談社, 東京, 193-267, 2003.
 - 20) 厚生省：結果の概要, 昭和28年結核実態調査, 結核予防会, 東京, 45-107, 1955.
 - 21) 渡部幹夫：結核実態調査の医療史的研究, 民族衛生72 (付録) 136-137, 2006
 - 22) 渡部幹夫 (2008.11.25) : 「日本の近代化と健康転換」 Working Paper 004 2007年12月, <http://web.hc.keio.ac.jp/~asuzuki/BDMH/HTJ/HTJWP004WatanabeTB.pdf>
 - 23) 石川信克：わが国の結核対策の現状と課題 (3) 「世界, 日本の結核の疫学と課題」, 日本公衛誌, 55(11), 791-794, 2008.
 - 24) Léopold Blanc, Mukund Uplekar : The present Global Burden of Tuberculosis, Matthew Grandy and Alimuddin Zumla ed, 1st Ed, *The Return of the White Plague*, Verso, London UK, 39-54, 2003.
 - 25) 岡田耕輔：IUATLD 報告 結核に立ち向かうべき課題, 複十字, 319号, 12-13, 2008
 - 26) 四元秀毅：結核の現状, 四元秀毅 山岸文雄 編集, 医療者のための結核の知識 第2版, 医学書院, 東京, 1-7, 2005.
 - 27) WHO : Health service Coverage, World Health Statistics 2006, WHO Press, Geneva Switzerland, 34-41, 2006.
 - 28) Paula I.FUJUIWARA : International Standards for Tuberculosis Care (ISTC) : What is the importance for Japan : 結核, 83(7), 537-541, 2008.
 - 29) James C.Riley, *Rising Life Expectancy A Global History*, Cambridge University Press, 2001, Cambridge UK ; 門司和彦ほか訳：健康転換小史, 健康転換と寿命延長の世界誌 第1版, 明和出版, 東京, 29-53, 2008.

Review Article

Summary

National Tuberculosis Control Program of Asia Pacific Region and Historical Consideration of Tuberculosis Epidemic of Today

International Union Against Tuberculosis & Lung Disease 1st Asia Pacific Region (IUATLD-APR) Conference 2007 was held in Kuala Lumpur from August 2nd to 5th 2007. In the pre-congress workshop, reports on national tuberculosis control programs were presented by 6 countries with a high TB burden (Cambodia, China, Indonesia, Philippines, Thailand, Vietnam). Five countries with an intermediate TB burden (Hong Kong, Japan, Korea, Malaysia, and Singapore) and one country with a low TB burden (Australia) presented the same themes. Following the workshop, some very interesting papers were presented by India, South Africa, Cambodia and New Zealand.

I collected the historical statistics on tuberculosis from all of these countries (since 1990) using WHO WEB Database of Communicable Diseases, and compared these data with historical statistics of tuberculosis in Japan (Kekkakutoukeisouran). This comparison provided interesting results as shown below. Some discussions and summaries are presented in this paper.

1. WHO Database of Communicable Disease appears to have some problems in collecting raw data.
2. Compared with the history of tuberculosis control in Japan, Asian countries do not seem to be able to provide successful tuberculosis treatment according to the data from WHO Database.
3. The tuberculosis pandemic in South Africa is quite a serious public health problem.
4. Big differences in the tuberculosis epidemic conditions between Asian countries have an impact on Asian Pacific international relations.

Key words : tuberculosis, Asian Pacific Region, South Africa, WHO, medical history

WATANABE Mikio

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P. 11-22 (2009)

大義と神託：聴衆を統合する改革者 ソジャーナー・トルース

Cause and Prophecy : Sojourner Truth as a Mediating Orator

宮 津 多美子 *

MIYATSU Tamiko

要 旨

ソジャーナー・トルースは19世紀後半、奴隷制廃止と女性参政権獲得のために熱弁を振るった改革者であり伝道師である。トルースの人生は現代でも「伝説」として語り継がれている。本稿ではさまざまなグループの聴衆を統合したトルースの「仲介者」としての資質、雄弁さ、ウィット、宗教観について考察する。

まず、トルースは雄弁さで人々を魅了した。彼女は文盲ゆえに他人・聴衆の心理を読み、真意を見抜く能力を身につけた。即興の演説で培われた雄弁さは筋書きの決まった講演を目の離せないライヴショーへと変えた。奴隷の経験を雄弁に語り政治的に利用できるトルースの主張は人種・階級を越え、人々の心に届いた。

次にトルースはウィットやパフォーマンスで聴衆の注目を集めた。賛美歌を熱唱し、ユーモア、皮肉、ウィットを盛り込む講演者は聴衆の反感や軽蔑を笑い拍手へと変える。反論者を糾弾せずウィットで攻撃するトルースに人々は喝采した。

最後にストウが「巫女」と呼んだトルースの宗教観は人々に感銘を与えた。どのような大義を掲げようと彼女の主張には神の教えがあった。子供に読んでもらい習得した聖書の知識とその教えを自らの経験に照らし合わせて悟った「真理 (truth)」こそ、彼女の真骨頂である。

逗留者 (sojourner) として各地を旅し、神の真理 (truth) を伝道したトルースは人種・性別・階級で分断された人々を和解させ統合する。神に導かれ社会を改革しようとしたソジャーナー・トルースはこれらの資質によって「伝説」となり、現代の改革者たちにも影響を与え続けている。

察引用語：ソジャーナー・トルース、反奴隷制、改革者、巫女、女性参政権

Key Words : Sojourner Truth, anti-slavery, reformer, sibyl, women's suffrage

"I have never in my life seen anything like the *magical* influence [of Truth] that subdued the mobbish spirit of the day and turned the jibes and sneers of an excited crowd into notes of respect and admiration" (emphasis added), writes the nineteenth-century feminist, Frances Dana Gage, who presided at the 1851 Woman's Rights Convention at Akron, Ohio, about the effect of a speech given by Sojourner Truth (c. 1797-1883). An attendant at a religious meeting was also quoted in *The National Anti-Slavery Standard* in 1863 as saying, "This unlearned African woman

[Sojourner Truth], with her deep religious and trustful nature burning in her soul like fire, has a *magnetic* power over an audience perfectly astounding" (Truth, "Book" 146-47; emphasis added). The heroine in *Narrative of Sojourner Truth* is thus an illiterate ex-slave woman who has such a magical and magnetic power on the podium that she changes audiences' boos and hisses into roars of applause and laughter.

Even today—more than two centuries after her birth—the "legend" of Sojourner Truth is alive in the minds of scholars as well as people in general. Nell Irvin Painter, a historian and Truth's biographer, writes in 1996 that "Sojourner Truth has become American material culture's female equivalent of Malcolm X" (273): "Truth's T-shirts,

* 順天堂大学医療看護学部

* *School of Health Care and Nursing, Juntendo University*
(Nov. 28, 2008 原稿受領)

lapel buttons, and postcards” are consumed by young Americans who only know the simplified history of Truth (277). Biographies of Sojourner Truth have been published by scholars of black women’s studies and feminist critics since the mid-1990s after the reevaluation of Truth². Carleton Mabee, one of Truth’s biographers, also states that “[s]he became in her time and ours an inspiration to women, to blacks, to the poor, and to the religious” (ix). What is imprinted on our mind is “a heroic Truth who never tires, never doubts, achieves in the most discouraging of circumstances” (Painter 277). The history of Sojourner Truth is inspiring to anyone who is interested in racism and sexism as well as social reforms.

Throughout the nineteenth-century, there were several African American women evangelists and activists in the North, like Sojourner Truth: they include Rebecca Jackson, Maria Stewart, Jarena Lee, Nancy Prince, Mary Ann Shadd Cary, Frances Ellen Watkins Harper, Harriet E. Wilson, Sarah Parker Remond, Rebecca Cox Jackson, Julia Foote³. Living in the North, they could witness and experience reform movements, because many of active reformers lived “north of the Mason-Dixon line” (Walters 17). Inspired by the religious revivalism of the 1820s as well as the white abolitionist movement, these women started to preach, lecture, and even write on various issues, which, they believed, would lead to elevating the race and achieving racial uplift (Peterson 3). Truth was only one of those traveling evangelists and preachers who were motivated to be “doers of the word, not hearers only” (Truth, “Book” 250). Then, how did the fame and influence of this once-enslaved illiterate African American woman outlive that of other black women, some of whom were highly educated and intelligent enough to refute their white counterparts? What made it possible for her name and place in American history to be remembered and respected even today?

Although she was fighting for many unpopular or controversial causes, such as the abolition of slavery, women’s rights, temperance, and racial equality, Truth did not make many enemies. Addressing her audience, white and black, as “chirlern,” Truth embodied a “mother” figure who could mediate different groups of people: men and women; the white and the black; one group of reformers and another; and even people and God. People were persuaded by this compelling speaker’s simple words. At first, Truth was only

famous among abolitionists and feminists but then gained national recognition in April, 1863, when an article, “Sojourner Truth, the Libyan Sibyl,”⁴ by Harriet Beecher Stowe, was published in *Atlantic Monthly*. According to the author of *Uncle Tom’s Cabin*, Truth had the power “to move and bear down a whole audience by a few simple words” (168). Truth thus attracted an audience with her strong accent, melted people’s hatred and anger with her wit, and united people who were fighting for various causes.

This study examines how Sojourner Truth mediated different groups of people. Her strong points, eloquence, wit/humor and the inclusion of religious teaching in her lectures, will be discussed in this paper, because these features have made her speeches timeless and made Truth a great orator.

I. Truth’s Illiteracy and Eloquence

Frederick Douglass, Truth’s fellow orator and statesman in the nineteenth century, asserts in the *Narrative of the Life of Frederick Douglass* that literacy is not only the secret of “the white man’s power to enslave the black man” but also “the pathway from slavery to freedom” (32). Slave masters were afraid to teach slaves to read and write because, if given literacy, they would become arrogant and disobedient to slave owners. Moreover, if they became literate, they would gain a “voice” to denounce slavery and slave masters by, for example, writing about their experience as slaves. Therefore, giving slaves education was prohibited by law in many states in the South during the period of slavery.

In her article, “Figurations for a New American Literary History: Archaeology, Ideology, and Afro-American Discourse,” Houston A. Baker, Jr. compares Douglass’s process of acquiring literacy to the Fall of Man. The “Edenic calm” in a slave master’s household is disrupted when mistress, Sophia Auld (Eve) starts to teach a slave to read and write (42-43). Baker suggests Douglass the slave is in some ways similar to the serpent in that he induces Sophia (Eve) to give him “the Tree of Knowledge.” However, it is, in fact, Mr. Auld (who says “the Tree of Knowledge must be denied the slave at all cost”) who is “more akin to the legendary serpent” because he is the person who ironically tells Sophia (Eve) the importance of the “Tree of Knowledge,” which is consequently responsible

for destroying the Edenic peace (42-43; emphasis in original). Thus, literacy gives Douglass “a new and special revelation” (Douglass 31), and he becomes the reader, and then the writer, expressing his own views about slavery and society.

If literacy works the same as the Tree of Knowledge for (ex-)slaves, Truth remains a faithful servant in the Edenic world, which is under the protection of God. Unlike Douglass, for Truth, literacy does not necessarily mean freedom or intelligence. Douglass was a runaway slave from the South (Maryland), and Truth was a slave in the North (New York), many of whose states were ready to abolish slavery by gradual steps. Isabella, a slave from New York State, was to be legally freed on July 4, 1827⁵, and slaves were encouraged to learn letters by the state government. Literacy, a weapon to battle against the whites, made it possible for Douglass to be an orator in the antislavery movement, but, conversely, it is illiteracy that gave Truth “a new and special revelation,” which consequently made her an eloquent orator.

Truth’s inability to read and write was common among nineteenth-century slaves⁶, and her illiteracy is also attributed to her experience in bondage. Truth’s first language was Dutch, and it remained her only language until she was nine. She was born and named “Isabella” in about 1797 in Hurley, New York. Since her parents, James and Elizabeth, were slaves of the Colonel Johannis Hardenbergh (referred to as “Ardinburgh” in the *Narrative*) who belonged to the class called “Low Dutch,” Truth did not understand any language other than Dutch until she was sold to another slave master, English-speaking John Neely (or Neely), at the age of nine (26). Truth confesses that her lack of language ability enraged her new master (and mistress), who turned out to be the cruelest master that she had had in her whole life. “Now the war begun” (26; emphasis in original) says Truth. Neely punished the nine-year-old slave girl who did not understand their commands by whipping her “till the flesh was deeply lacerated, and the blood streamed from her wounds” (26). It is possible that this traumatic experience related to the language worked as a disincentive for her to learn how to read and write English properly. In any case, throughout her life, Truth “lost neither the accent nor the earthy imagery of the Dutch language that made her English so remarkable” (Painter 7).

Mabee points out another possible cause of Truth’s illiteracy: Truth might have had a learning disability (61-63). Truth declares that there were no opportunities for her to learn to read and write, but Mabee doubts that, because “educating slaves in New York State was never prohibited” (10). Moreover, Truth would have been given opportunities to learn how to read and write, if she had desired to do so, because she was surrounded by educated reformers, editors, and even school teachers while traveling as an itinerant preacher in the 1850s (Mabee 61-63). One pastor’s comment in 1879 proves her difficulty in learning letters: Truth confessed “[t]he letters all got mixed up and [she] couldn’t straighten them out” (Mabee 62-63). In 1880 she also tried to sign her name “Sojourner” in capital letters but ended in failing to write recognizable letters (Mabee 63). For these reasons it seems reasonable to conclude that her probable learning disability may have been another reason for her lifetime illiteracy.

In Truth’s case, illiteracy, not literacy, worked favorably in her later freed life as a preacher and orator. As a lecturer, Truth was sensible, eloquent, and suggestive. I agree with Erlene Stetson’s view that “clearly it is Truth’s experience of illiteracy that functions as an *authorizing* strategy in her stories about her life and that forms the bridge between her lived experience and the development of her mature political thought” (3; emphasis added). Unlike other black orators and authors of slave narratives, Truth was a Northern slave, but she had the same experience as Southern slaves did. In fact, her illiteracy was something that proved her authenticity as a victim of the “peculiar institution.” Moreover, according to Stetson, when having others read for her, illiterate Truth developed the analytical skill to distinguish the written words from the truth she learned in her lived experience (5). Truth thus found the truth about life and acquired wisdom without education.

Truth’s saying about her illiteracy, “I don’t read such small stuff as letters, I read men and nations” (Stanton 926), suggests her confidence in her own perception of others. Truth was even proud of her illiteracy: “What a narrow idea a reading qualification is for a voter . . . I know and do what is right better than any big men who read” (Stanton 926). Her being illiterate trained her to be a great improvisational speaker, because illiterate Truth had to face an audience without scripts or drafts of speeches, and, instant-

ly, in the midst of a speech, discern what they wanted to hear and what should be said. Truth the speaker read “men and nations,” instead of letters, and learned what she could do for her cause.

Her improvisational skills and eloquence are shown in her famous Akron speech, which has made Truth immortal in history. It is also remembered as the one with her repeated questions: “A’n’t I a woman?” (or “Ain’t I a woman?”). According to Gage, who presided at the convention in 1851, Truth spoke as follows:

Wall, chilern, what dar is so much racket dar must be somethin' out o' kilter. . . . *Dat man ober dar say dat womin needs to be helped into carriages, and lifted ober ditches, and to hab de best place everywhar. Nobody eber helps me into carriages, or ober mud-puddles, or gibbs me any best place! . . . And a'n't I a woman? Look at me! Look at my arm! I have ploughed, and planted, and gathered into barns, and no man could head me! And a'n't I a woman? I could work as much as and eat as much as a man—when I could get it—and bear de lash as well! And a'n't I a woman?* (*sic*; Gage 104; emphasis added)

Being a colored woman among a white audience, Truth was not welcome as a speaker, since many of the audience did not want to mix up the two issues, women's rights and the abolition of slavery, in their discussion. However, facing a heckler's prejudices against (white) women, Truth, who was a victim of both issues, instantly learned of the necessity of rebutting his contention and proving how closely they were related. Truth, leaving the pulpit, was greeted by “[l]ong-continued cheering” (Gage 106) by the audience, which demonstrates that they were totally persuaded by Truth's point that women's rights should be discussed by and for all women, not just white women. It is also worth noting that Truth relied only on her memory when giving a speech. With her constant assessment of the situation and the audience, her live-show speech excited the audience. During the above speech, she refuted each heckler, one by one. Truth remembered who had said what and what needed to be said to whom in the situation she faced. In other words, without heckling, Truth might not have given this famous speech. Truth was trained to be an eloquent, pertinacious orator through experience.

Truth's lack of knowledge of letters made her more conscious of others' real intentions and rhetoric. Painter introduces a nineteenth-century feminist's (Elizabeth Lukins') impression of Truth: Truth's heart is “as soft and loving as a child's,” and her “eye will see your heart and apprehend your motives, almost like God's” (Painter 146-47). Indeed, Truth finds the *truth* and lies in other people's motives.

Truth's simple logic also comes from her experience of illiteracy. It is easy for us to understand her arguments because she orally learned about and then orally conveyed what she thought should be reformed in society. She is frank and straightforward, and her points based on natural rights are clear. For example, she gave a speech on women's rights in 1867, which was reported in a newspaper:

I used to work in the field and bind grain, keeping up with the cradler; but [men] never doing no more, got twice as much pay; so with the German women. They work in the field and do as much work, but do not get the pay. We do as much, we eat as much, we want as much. I suppose I am about the only colored woman that goes about to speak for the rights of the colored woman. I want to keep the thing stirring, now that the ice is broke. What we want is a little money. You men know that you get as much again as women when you write, or for what you do. . . . Now colored men have right to vote; and what I want is to have colored women have the right to vote. There ought to be equal rights now then ever, since colored people have got their freedom. (*New York Tribune* 10 May 1867: 8. Fitch 123-24)

What Truth says in the quotation is simple and sounds reasonable to us today: the same amount of work is worth the same wages regardless of the worker's race or gender, and women deserve the same rights men who have the right to vote. She unifies two causes, the issues of gender and race. The reporter concludes the article: “The address of Sojourner Truth was one of the most pointed, clear, chiseled arguments we have ever heard in favor of ‘[e]quality, without regard to race or sex’” (124). Truth's vernacular way of speaking and her clear-cut logic are appealing to reform-minded middle-class white men and women.

Truth is thus a great improvisational orator who can make use of her lived experience whenever she wishes. She

simply tells the truth that makes sense to all. Familiar with the nation's controversies, Truth knows what rhetoric seems effective when she speaks as a representative of her sex and race. Truth's improvisational oratorical skills and her outspokenness impressed many people, and her illiteracy contributes to her eloquence and articulation when speaking for her cause, whatever it was.

II. Truth's Wit, Humor, and Singing

Truth's speeches sparkled with wit, humor and ironies, as well as wisdom. The following article shows how eager an audience was to listen to the old six-foot-tall ex-slave woman at the State Sabbath School Convention in 1863:

Seeing the dilemma of the moderator and speaker, Rev. T. W. Jones arose, and addressing the moderator, said that the speaker was "Sojourner Truth." This was enough: five hundred persons were instantly on their feet, prepared to give the most earnest and respectful attention to her who was once but a slave. Had Henry Ward Beecher, or any other such renowned man's name been mentioned, it is doubtful whether it would have produced the electrical effect on the audience that her name did. (*National Anti-Slavery Standard*, 11 July 1863: 4; Fitch 119)

It is true that Truth was already a celebrity, because it was three months after Stowe's article had been released, but "the electrical effect" Truth had produced explains something more: the audience expected a stirring and exciting speech given by Truth. They think, at least, that Truth the speaker is worth listening to, and what makes her speech different from others' is her use of wit. It is her strategy to "keep her audience involved" (Fitch 34), and to have people share her views and opinions.

Truth could silence hecklers by outwitting them, and she would "rebuke those who challenge her causes" (Fitch 34) with humor from the pulpit. For example, in the Akron speech, she asks: "Whar did your Christ come from? From God and a woman. Man had not'ing to do with him. . . . [I]f de fust woman God ever made was strong enought to turn de world upside down all her one lone, all dese togeder, . . . ought to be able to turn it back, and get it right side up again, and now dey is asking to, de men better let 'em" (*sic*; Fitch 104). Making fun of men's objections against

women's suffrage, Truth declares that men and women are equal to God, and that men should respect women's roles, including childbearing. She thus effectively used humor to contradict her opponents without making them too hostile to her.

Another episode, introduced in the *Narrative*, proves how quick-witted Truth was. It is, in fact, one of the most often quoted examples of Truth's humor. When she was planning to send a Thanksgiving dinner for colored soldiers encamped in Detroit during the war, she met a gentleman and invited him to donate for the entertainment. He not only refused to do so, but also made some severe remarks about the war, the nigger, etc. Much surprised, Truth asked who he was. The answer given was, "I am the only son of my mother." "I am glad there are no more," said Truth, and passed on (173). Truth thus outwitted her opponent.

Truth was by nature a happy person who liked to entertain people around her. Stowe recalls days when she spent time with Truth: "Sojourner staid several days with us, a welcome guest. Her conversation was so strong, simple, shrewd, and with such a droll flavoring of humor, that the Professor [another guest in the house] was wont to say of an evening, 'Come, I am dull, can't you get Sojourner up here to talk a little?'" (165) Truth's art of narration was highly praised by whomever she met or she spoke to. Stowe and her guests were really enjoying their conversation with Truth.

Truth's singing was also remarkable. Truth often sang with her "deep" but "sweet and powerful" voice in her lectures. According to Olive Gilbert, the writer of *Narrative of Sojourner Truth*, one friend of Truth's in Springfield speaks as follows: "She [Truth] continued a great favorite in our meetings, both on her remarkable gift in payers, and still more remarkable talent for singing" (114). Singing was definitely another strategy of Truth to keep her audience "involved" in her talking.

One time, Truth's singing even calmed a violent mob and changed them into an earnest audience. When Truth first met "a party of wild young men" among the audience at an 1843 Millerite camp meeting, she "found herself quaking with fear," because they "collected their friends, to the number of a hundred or more, dispersed themselves through the grounds, making the most frightful noises, and threatening to fire the tents" (115-16). At first, she won-

dered whether she should run away and hide herself from them, but then she suddenly remembered that she was “a servant of the living God” and thought “the Lord shall go with and protect me” (116). Then she started to sing the hymn on the resurrection of Christ, which made the mob calm down. Encircling Truth, they entreated Truth to sing one more hymn, and Truth called out to them, “[I]f I will sing one more hymn for you, will you then go away, and leave us this night in peace?” (118) They agreed and finally left the meeting quietly. Truth sang a hymn, to borrow Stowe’s words, “with all her soul and might” (159) and “with a triumphant energy that held the whole circle around her intently listening” (161) — her singing had such a dramatic effect on people.

Truth sang songs which she composed herself as well as ones she had learned from others (Mabee 221, Fitch 58). Truth had a good memory for songs. She remembered and sang the hymn which she heard at a religious meeting she first attended in 1817, and frequently sang it in her own meetings all her life (Truth, “Memorial” 227). Among fourteen songs which Truth sang in her speeches, one of her original songs, “I Am Pleading for My People,” is quoted most. Truth often used the music of famous songs with her own original song lyrics, for example, using the tune of Stephen C. Foster’s “Oh, Susanna,” in her song called, “I’m on My Way to Canada,” and words from “John Brown’s Body” in “We Are the Valiant Soldiers” (Mabee 229). Truth was gifted in singing as well as making songs.

Mabee declares that these songs sounded similar to slave songs or spirituals in the South (230). Growing up as a slave, Truth had unconsciously adopted the oral tradition African Americans had preserved as their cultural heritage from Africa. Paul Gilroy explains in *Black Atlantic* that music became vital as a form of individual autonomy for slaves who were denied access to literacy as well as other cultural opportunities (74). Singing was important for illiterate Truth because it provided her with a cultural form to express her own thoughts and values as an autonomous individual. Singing must have healed herself as well as an audience.

Then, what made Truth an entertainer with a sense of humor and the talent for singing? I suggest it was due to the necessity of her traveling. She was a “sojourner” all her life. Truth kept going on her speaking campaigns even

when she was in her seventies. After starting her pilgrimage in 1843, she had to look for places to stay while traveling as a preacher. Gilbert writes in the *Narrative*, “Whenever night overtook her, there she sought for lodgings—free, if she might—if not, she paid; at a tavern, if she chanced to be at one—if not, at a private dwelling; with the rich, if they would receive her—if not, with the poor” (101). It is possible that Truth liked to be a welcomed guest in her white friends’ houses and that she rewarded their cordiality with stories, humor, and singing.

When thinking of her sense of humor, we also have to focus on her financial problems. She had to be “popular” to sell her *Narrative* and earn money to pay back the debt on her house, and then sustain herself and her family. Truth had been badly off her whole life, and all three of her daughters “worked as domestic servants and died poor” (Painter 253). In her late sixties, Truth, being ill for weeks and financially in trouble, was saved by people’s donations, and she thanked the donors, listing their names, in *Anti-Slavery Standard* (Truth, “Book” 144-46). It is also known that Truth never took money for her work, “saying she worked for the Lord” (114). Her only means of earning money was to sell her *Narrative*, 25 cents a copy for a 128-page soft-covered edition (Painter 111), and her *carte-de-visite* to people after she gave a speech. “I sell the Shadow to Support the Substance” was the phrase she had printed on her *carte-de-visite*, which she sold for about 33 cents for each (3 1/4” x 2 1/4”) and 50 cents for a larger cabinet card (Painter 198). To support herself (the Substance), she had to sell as many books and *cartes-de-visite* (the Shadow) as possible.

These facts seem to explain how Truth became “a great favorite” at meetings and conventions, and how ready she always was to speak in public. Truth’s speeches, utilizing wit and singing as well as wisdom, were something different from others’. Refusing money for her speeches, Truth remained a faithful servant of God and kept spreading the truth as a “truth-telling entertainer” (Painter 147).

III. Truth’s Religious Faith

“Sojourner Truth” was a name that separated herself from her past as a slave and was also the name given by God. Truth explains to Stowe how she got her new name:

My name was Isabella; but when I left the house of

bondage [the Dumonts], I left everything behind. I wa'n't goin' to keep nothin' of Egypt [i.e., her past as a slave, as in *Exodus*] on me, an' so I went to the Lord an' asked him to give me a new name. And the Lord gave me Sojourner, because I was to travel up an' down the land, showin' the people their sins, an' bein' a sign unto them. Afterward I told the Lord I wanted another name, 'cause everybody else had two names; and the Lord game me Truth, because I was to declare the truth to the people. (Stowe 164)

Truth was reborn as a servant of God, or "sibyl," and started preaching on June 1, 1843. Her mission at that time was to be "a traveling evangelist," speaking for God (Mabee 44); anti-slavery and women's rights were not yet her causes. It was at the Northampton Association of Education and Industry¹⁴ where Truth met "the most prominent of American reformers" such as William Lloyd Garrison, Douglass, Wendell Phillips, Sylvester Graham¹⁵. These abolitionists and social reformers instilled Truth with a hatred for slavery, and later a love for feminism (Painter 88-95).

Even after Truth started to protest against slavery, sexism, and racism, she remained a "sibyl." Her belief is well-expressed in her speeches. Whatever the theme of a speech was, she would include episodes of Biblical characters, if she thought it appropriate. For example, in one speech, she mentioned Shadrach, Meshach, and Abednego from the Book of Daniel, and, in another, Lazarus, Mary, and Martha from the *Book of Luke*. Because of her faith in God, her speeches sounded like a preacher's sermons, not like a reformer's or an activist's protest.

Truth's first encounter with God/Jesus is worth mentioning. When she was asked by Dr. Beecher what she preached from, Truth answered, "When I preaches, I has jest one text to preach from, an' I always preaches from this one. My text is, 'WHEN I FOUND JESUS!'" (*sic*; Stowe 154). According to Truth, God appeared Himself when Mr. Dumont, her last slave master¹⁶, came to Mr. Wagoner's to take his runaway slave, Isabella, back to his house. She heard the voice of God saying "[Dumont] was *all over*" (65). Then she feels somebody stands between God and herself, and suddenly she notices that "it is *Jesus!*" (67) Until then, she had faithfully devoted herself to her master, and "looked upon her master as a *God*" (33; empha-

sis in original), but Truth then realized that "there was no place, not even in hell, where God was not" (65). God/Jesus, revealing Himself, prevented her from going back to her former life as a slave. Truth's God was her protector who changed her later life.

Being a "sibyl," Truth seems quite friendly to her God. As a child, Isabella was taught by her mother, Mau-mau Bett, that God would hear, see, and protect her up in the sky, so she used to look up at the sky and shout so loud to God that He could hear her when she was in trouble. Later she spoke louder to God, "relat[ing] to God, in minute detail, all her troubles and sufferings," and inquired, "Do you think that's right, God?" (60-61). One time in a moment of trial, Isabella the mother, in trying to save her son Peter¹⁷ who had been illegally sold to a Southern planter, even threatened God, shouting, "Oh, God, you know I have no money, but you can make the people do for me, and you must make the people do for me. I will never give you peace till you do, God" (70). Surprisingly, here, she almost ordered and threatened God to help her. When she learned of the death of Eliza, a daughter of Mrs. Gedney who had ridiculed Isabella's attempt to get her son back, Isabella "ejaculated, in her anguish of mind, 'Oh, Lord, render unto them [her tormentors] double! . . . Oh, my God! [T]hat's too much—I did not mean quite so much, God!'" (58). Truth seems to have been very frank and friendly to her God. God is, for her, a protector, and even like a close friend.

Truth often mentioned characters or episodes from the Bible. Then, why was the *illiterate* Truth so familiar with what is written in the Scriptures? It was because she learned the Bible by hearing the text read by others, and she preferred to hear it read by children, especially those who had just learned how to read, to hearing it read by adults. In her *Narrative*, Truth revealed that while adults would give her their explanations and interpretations whenever she asked them to re-read a passage, "[c]hildren, as soon as they could read distinctly, would re-read the same sentence to her, as often as she wished, and without comment" (108-9). So Truth not only remembered the texts as written, but also "compared the teachings of the Bible with the witness within her" (109), trying to apply what was written in the Scriptures to incidents and experiences she had had so far in her own life, and, then, the other way around,

Scrutinizing each passage, Truth mastered the whole Bible, which became her primary source in her speeches.

Truth's quotes from the Bible in her speeches impressed well-educated people, both white and black. In her 1853 speech, for example, which was given at a women's rights convention in New York, she referred to the Book of Esther¹⁴ in order to criticize the government's reluctance to enfranchise women:

There was a king in old times in the Scripters that said he'd give away half of his kingdom, and hang some body as Haman. Now, he was more liberaler than the present King [President] of the United States, 'cause he wouldn't do that for the women. But we don't want him to kill the men, nor we don't want half of his kingdom; we only want half of our rights, and we don't get them neither. But we will have them, see'f we don't, and you can't stop us, neither; see'f we can!" (*sic*; *New York Daily Times* 8 Sept. 1853, Fitch 114)

Painter points out that "Truth's metaphor works on two levels": Esther represents women as a whole as well as the Jews, or the oppressed race, like African Americans in American society (135-36). The audience would instantly realize the double meaning of the story of Esther: Haman's plot to slaughter his enemies is compared to the white's oppression of the black and men's oppression of women, and Esther's wish to reverse Haman's order, to civil rights and women's rights. Thus Truth miraculously changes even "hisses, groans, and undignified ejaculations" of the audience into great applause. Her familiarity with the Scriptures proves her "authenticity" as a Christian, which supports the validity of her views. Painter explains that these references from the Scriptures were effective because people of Truth's generation "so often reread their Bibles that they knew them practically by heart" (135).

Another example of Truth's piety is shown in her question directed to Frederick Douglass ("Is God dead?") in the 1852 meeting held in Ohio. Stowe introduced an anecdote related by Wendell Phillips:

[As one of the chief speakers,] Douglas had been describing the wrongs of the black race, and as he proceeded, he grew more and more excited, and finally ended by saying that they had no hope of justice from the whites, no possible hope except in

their own right arms. It must come to blood; they must fight for themselves and redeem themselves, or it would never be done. Sojourner was sitting, tall and dark, on the very front seat, facing the platform; and in the hush of deep feeling, after Douglass sat down, she spoke out in her deep, peculiar voice, heard all over the house, "Frederick, is God dead?" The effect was perfectly electrical, and thrilled through the whole house, changing as by a flash the whole feeling of the audience. Not another word she said or needed to say; it was enough. (Stowe 168; emphasis in original)

What is important in this quotation is that Truth rejects violence in the name of God to end slavery. Her word is derived from her deep faith in God. Truth warns people that using violence and shedding blood are not the best solution to the nation's problem, no matter how evil their enemies seem to be. Consequently, of course, they failed to avoid the Civil War, and resorted to violence as Douglass desired in 1852, but this comment of Truth's shows how unique Truth was among activists and reformers in the mid-nineteenth century. Phillips (and Stowe) emphasized the power of Truth's simple words stemmed from her faith, a power that could silence a whole audience with one question.

Truth was thus not only an orator but also a "sibyl." Her words are supported by episodes in the Scriptures, and through referring to God, she guides people to the truth. Truth is the racial Other to a white audience, abolitionists and feminists, but her words are familiar to them since she uses the same language as other Christians do. The woman who speaks the simple truth about God and life is thus accepted by people regardless of race and gender. Truth's faith is something that unites different groups of people.

Conclusion

Truth was the favorite of her friends, many of whom were the *crème de la crème*, or the cultural elite of the "tumultuous" mid-nineteenth century—"reform-minded clergymen, lawyers, judges, and their wives" who would always welcome Truth as a house guest (Painter 181). Truth even met three presidents — Abraham Lincoln in 1864, Andrew Johnson in 1865, and Ulysses S. Grant in 1870 (McKissack 144-45; 155) — and Truth even had Lincoln sign his name in her "Book of Life," that is, "a combination scrapbook and

autograph book" (McKissack 146), when she visited President Lincoln, accompanied by her white companion Lucy Colman on October 29, 1864. Truth could make appointments with the presidents because she had many supporters, both white and black, who made it possible. Her "Book of Life" is filled with prominent people's autographs, such as those of Garrison, Phillips, Douglass, Stowe, Parker Pillsbury, Lydia Maria Child, Elizabeth Cady Stanton, Susan B. Anthony, Lucretia Mott, Lucy Stone, Amy Post, and senators from Alabama, Illinois, Michigan, Kansas, and other states.

In spite of her illiteracy, since she was surrounded with willing amanuenses and even biographers, especially among middle-class white women, Truth successfully had her messages delivered to later generations. Her white friend, Gilbert, spent three years on Truth's biography, *Narrative of Sojourner Truth*, the sale of whose copies continuously provided Truth with living expenses. Stowe also published "Sojourner Truth, a Libyan Sibyl" in 1863. Frances Titus, Truth's Battle Creek friend, added the *Book of Life* in 1875, and then the *Memorial Chapter to Narrative* in 1883, upon Truth's death. They all give us vivid descriptions of Truth's life and career as a preacher and orator in various reform movements.

Truth's illiteracy, however, poses a problem in regard to the accuracy of reports of her statements. All the texts of her speeches and comments were recorded by other people's hands. Although some of her letters were dictated word by word, almost all articles, reports, and reminiscences were based on others' memories and impressions of Truth. For example, Truth's remarks, such as "Ar'n't I a woman?" and "Is God dead, Frederick?" had different (or original) versions¹⁶. Painter declares that "Sojourner Truth belongs to a company of 'invented greats'" like Joan of Arc in France and Betsy Ross¹⁶ in the United States (285-86). There were also unfavorable comments on Truth in her time: some critics considered Truth to be "a crazy, ignorant, repelling negress" (Truth, "Book" 204) and "scattering" in her remark" (Truth "Book" 231). If someone hostile to her, for example, a famous Southern writer, instead of Stowe, had taken up their pen to describe Truth, only emphasizing her faults, she would have been recorded and remembered differently in history. Without any document written by Truth herself, nobody knows exactly what Truth

thought and spoke in the nineteenth-century America.

Moreover, although the accomplishments of Truth the orator have been much publicized by her white friends and passed down to later generations in written texts, Truth the person still puzzles us. For example, she rarely spoke about her family. Why did she efface her family from her public self? And why did Truth, who was so wise and sensible, so easily get involved in the incident of the Matthias Kingdom¹⁷? Nevertheless, in spite of the many mysteries about her personal life, Truth was always honest as well as appealing to her friends. In the *Narrative*, Gilbert writes, "There are some hard things that crossed Isabella's life while in slavery, that she has no desire to publish, for various reasons" (81). Truth deliberately remained silent about some incidents in her life, and the third person's narrative made it easier for Truth to keep things unspoken.

Truth was illiterate, but she had an incredible influence on the white reformers. The white woman suffragists Elizabeth Cady Stanton and Susan B. Anthony included Sojourner's speeches, but they did not those of an educated and "graceful" black woman, Frances Ellen Watkins Harper, in their commemorative *History of Woman Suffrage* (Painter 225). Unlike Truth, whom they favored, Harper was too educated and too aggressive against white women. Painter quotes Harper as saying, "[I]f there is any class of people who need to be lifted out of their airy nothings and selfishness, it is the white women of America" (Harper 219). Here, Harper clearly denigrated the idea of any cooperation between the white and the black in resolving the problem of women's suffrage. While Truth demanded the rights of all women, Harper tried to uplift only black women, not all women, and also publicly denounced the self-centeredness of white women. Contrary to Harper, Truth, the defender of all women's rights, was always a welcomed speaker in any meeting and convention.

In conclusion, Truth was not an enemy of the white people, like other ex-slave orators or authors of slave narratives. Even if the theme in her lectures was antislavery, she was spreading the gospel, instead of censure. The *New York Tribune* reports Truth's comments on September 16, 1853: "After speaking of the condition of the colored race, she spoke of the white people, and their holding human beings in bondage, and asked how it would be with them when summoned before the bar of judgment to answer for

their deeds upon earth” (Fitch 153). Truth asked the white people whether they had a clear conscience before God in terms of slavery and urged them to make a decision themselves.

Truth was a determined reformer and orator who understood her role as a black woman in an Age of Reform. Truth elicited laughter and tears from audiences of any color, and even reminded them of their belief in God. I believe that it is her religious faith as well as her lived experience that bridged the gap between herself and people of different classes, races, and gender. Her saying, “Is God Dead?”, which is engraved on her tombstone, symbolizes her life as a “sibyl.” Truth thus united and mediated different groups, transcending the boundaries of race and gender by means of her eloquence, humor, and faith in God.

Notes

1. Sojourner Truth, “Book of Life,” *Narrative of Sojourner Truth: A Bondswoman of Olden Time, With a History of Her Labors and Correspondence Drawn from Her “Book of Life”* (1850; New York: Oxford UP, 1991) 135; emphasis added. All further references from the text are given parenthetically. Carleton Mabee, a biographer and historian, doubts about the reliability of Gage’s account on Truth at the convention, insisting that Gage the poet might have dramatized the effect of Truth’s speech in her report (78-79).
2. The reprint version of *Journey Toward Freedom: The Story of Sojourner Truth* (originally released in 1967) is printed in 1990. *Sojourner Truth: Slave, Prophet, Legend*, by Carleton Mabee and Susan Mabee Newhouse, is published in 1993; *Glorying in Tribulation: The Lifework of Sojourner Truth*, by Erlene Stetson and Linda David, in 1994; Nell Ivin Painter’s *Sojourner Truth: A Life, a Symbol*, in 1996; Suzanne Pullon Fitch and Roseann M. Mandziuk’s *Sojourner Truth as Orator: Wit, Story, and Song*, in 1997. Other Truth’s biographies include *Sojourner Truth: God’s Faithful Pilgrim* (1938) written by Arthur Fauset and *Her Name Was Sojourner Truth* (1962) by Hertha Pauli.
3. For details, see *Doers of the Words: African-American Women Speakers and Writers in the North* (1830-1880) by written Carla Peterson.
4. Stowe’s article in 1863 had many factual errors. For example, she wrote that Truth was born an African, but she had never been to Africa all her life; Truth was reported to have been dead in the article, but she was still alive then.
5. Although the legal emancipation of Isabella was scheduled on July 4, 1827, she walked out of Dumont’s plantation in November or December, 1826, when she was offended because Dumont violated his promise of emancipating her a year earlier than the date (Painter 21-25).
6. There is no official record of slaves’ literacy before the Emancipation, but some historians estimated that the literacy rate of slaves was below two percent. See Franklin 155-56 for details.
7. Truth’s biographers and historians, including Painter, Mabee and Newhouse, Stetson, conclude that Truth never used the phrase “Ar’n’t (or A’n’t) I a woman?” in her 1851 speech. The reason they do is that there are other recorded versions of this speech, one of which is written by Marius Robinson, of Salem, Ohio, editor of the *Anti-Slavery Bugle*. Robinson’s versions and other versions completely lacked that famous phrase “Ar’n’t I a woman?” which was allegedly repeated many times in her speech. As many critics point out, it is likely that Gage wrote her report on Truth’s speech in rivalry with Stowe, who strengthened her own fame by “catapult[ing] Truth from relative obscurity” (Clinton 183). Nevertheless, the phrase has an important meaning when we speak of Truth, because Truth at least “implied a similar meaning, if not the precise phrasing” (Fitch 74) and many women there, like Gage, must have received that message from Truth.
8. Henry Ward Beecher was Harriet Beecher Stowe’s younger brother and a prominent antislavery minister.
9. Millerites were the followers of William Miller who predicted the return of Christ from March 21, 1843 to October 22, 1844 (Painter 80-81). Truth was thought to be closer to the Millerites in 1843. (Painter 87).
10. Truth had stayed for a while at the Northampton Association of Education and Industry, a cooperative community, what we now call a “commune,” which

was spreading in the 1840s. Northampton, in Florence, Massachusetts, was started by George W. Benson in 1841 and had 210 members at its peak in 1844-45. It was dissolved due to financial failure in 1846.

11. William Lloyd Garrison was president of the American Anti-Slavery Society and editor of the *Liberator*; Wendell Phillips was a well-known antislavery reformer and orator; Sylvester Graham was a health evangelist. Truth had opportunities to meet these prominent reformers at Northampton because the founder, Benson, was Garrison's brother-in-law. Garrison printed the *Narrative of Sojourner Truth* on credit in 1850, and Truth kept paying back the debt until the mid 1850s.
12. After she walked away from Dumont's plantation, Isabella was legally a slave of Issac Van Wageningen, who actually took care of Isabella as a benefactor.
13. Truth had five children. Truth's son, Peter, is the only child of Truth's visible in her *Narrative*; Truth never mentioned her daughters, Diana, Elizabeth, and Sophia. The fifth child is thought to have died in infancy in late 1810s (Painter 18-19).
14. In the Book of Esther, Esther, a Jewish woman who hides her origin and becomes queen, dares to speak to Xerxes, the king, that Haman, the king's favorite courtier, plans to massacre all the Jews. When she is asked, "What is it, Queen Esther? . . . Tell me what you want, and you shall have it — even if it is half my empire" (Esther 5:3) by the king, she answers, "[My] wish is that I may live and that my people may live" (Esther 7:3). Outraged Xerxes revoked the order and hanged Haman for his plot against the Jews.
15. Truth's question is believed to be "Is God gone?" (Painter 162; Mabee 83-85).
16. Betsy Ross, a "woman celebrated for sewing the first American flag", was only "a seamstress living in Philadelphia where the Declaration of Independence was being drafted" (Painter 286).
17. Robert Matthews declared that he was the Prophet Matthias, possessed with the spirits of both Matthias and Jesus Christ. In 1833, he started the Matthias Kingdom, a religious cult, with Elijah Pierson, which Isabella joined as a servant, and the only black person. Matthias was tried for murdering Pierson in 1835 but found innocent because there was no evidence of his

having poisoned him. Isabella testified on Matthias's behalf at his trial. It is unknown why Isabella was so loyal to Matthias even after he turned out to be an impostor, who, voiding legal marriages of the members, had sexual relationships with all the women except Isabella, the only black person in the Kingdom. For details, refer to Painter 48-61, and Mabee 25-42.

Works Cited

- Baker, Jr., Houston, A. "Figurations for a New American Literary History: Archaeology, Ideology, and Afro-American Discourse." *Blues, Ideology, and Afro-American Literature: A Vernacular Theory*. Chicago: U of Chicago P, 1984. 15-63.
- Bernard, Jacqueline. *Journey Toward Freedom: The Story of Sojourner Truth*. 1967; New York: Feminist, 1990.
- Buhle, Mari Jo, and Paul Buhle, eds. *The Concise History of Woman Suffrage: Selections From History of Woman Suffrage (Elizabeth Cady Stanton, Susan B. Anthony, and Matilda Joslyn Gage, eds. Vol. 1-6. 1881, 1886, 1887, 1902, 1922.)* Urbana, IL: U of Illinois P, 2005.
- Clinton, Catherine. *Harriet Tubman: The Road to Freedom*. Boston, MA: Back Bay, 2005.
- Douglass, Frederick. *Narrative of the Life of Frederick Douglass, an American Slave Written by Himself*. 1845; New Haven: Yale UP, 2001.
- Fitch, Suzanne Pullon, and Roseann M. Mandziuk. *Sojourner Truth as Orator: Wit, Story, and Song*. Westport, CT: Greenwood, 1997.
- Franklin, John Hope and Alfred A. Moss, Jr. *From Slavery to Freedom: A History of African Americans*. 1947; New York: Knopf, 2002.
- Gage, Frances, D. "Akron Convention, Akron, Ohio, May 28-29, 1851. Reminiscences by Frances D. Gage of Sojourner Truth." Buhle 103-105.
- Gilroy, Paul. *The Black Atlantic: Modernity and Double Consciousness*. Cambridge, MA: Harvard UP, 1993.
- Harper, Frances Ellen Watkins. *A Brighter Coming Day: A Frances Ellen Watkins Harper Reader*. Ed. Frances Smith Foster. New York: Feminist, 1990.
- Mabee, Carleton, and Susan Mabee Newhouse. *Sojourner Truth: Slave Prophet, Legend*. New York: New York State UP, 1993.

- McKissack, Patricia and Fredrick McKissack. *Sojourner Truth: Ain't I a Woman?* New York; Scholastic, 1992.
- Painter, Nell Irvin. *Sojourner Truth: A Life, a Symbol*. New York: Norton, 1996.
- Peterson, Carla. *Doers of the Words: African-American Women Speakers and Writers in the North (1830-1880)*. New Brunswick, NJ: Rutgers UP, 1998.
- Truth, Sojourner. (Written by Olive Gilbert.) *Narrative of Sojourner Truth: A Bondswoman of Olden Time, With a History of Her Labors and Correspondence Drawn from Her "Book of Life"*. 1850; New York: Oxford UP, 1991.
- . "Book of Life." 1875. *Narrative of Sojourner Truth*. Ed. Frances W Titus. 127-320.
- . "A Memorial Chapter. 1883." *Narrative of Sojourner Truth: A Bondswoman of Olden Time, With a History of Her Labors and Correspondence Drawn from Her "Book of Life"*. Ed. Frances W Titus. 223-43.
- Stanton, Elizabeth Cady, Susan B. Anthony, and Matilda Joslyn Gage. *History of Woman Suffrage*. 6 vols., 1881-1922. CD-ROM. Bank of Wisdom. 1999.
- Stetson, Erlene, and Linda David. *Glorying in Tribulation: The Lifework of Sojourner Truth*. East Lansing: Michigan State UP, 1994.
- Stowe, Harriet Beecher. "Sojourner Truth, the Libyan Sibyl." Truth, "Book of Life," *Narrative* 151-72.
- Walters, Ronald G.. *American Reformers: 1815-1860*. Rev. Ed. 1978; New York: Hill and Wang, 1997.

Original Paper

Summary

Cause and Prophecy: Sojourner Truth as a Mediating Orator

Sojourner Truth, born "Isabella," was a nineteenth-century ex-slave orator and reformer whose causes included both antislavery and woman suffrage. She has been well-known to feminists due to her saying, "Ain't I a Woman?," but now Truth has won immortality among people in general as a strong-willed, untiring orator. I believe what made her immortal was her work of mediating different groups of people, such as men and women, the white and the black, radicals and moderates. As an orator, she mediated an audience with her eloquence, wit, and religious faith.

First, Truth's eloquence paradoxically came from her illiteracy, which forced her to develop the ability to be an engaging orator who could instantly ascertain what should be said on the pulpit without any script. As she declared, "I don't read such small stuff as letters, I read men and nations." She could draw on her own lived experience in a political context. Her illiteracy also authenticates her experience as an ex-slave.

Second, Truth was an entertainer. Her speeches began with singing a hymn, and then she elicited applause and laughter from an audience. She could cleverly respond to hecklers with wit and jokes. Her sense of humor and singing made her a favorite, both in public and in private.

Finally, her faith was something that connected people of all colors. She could quote the Bible whenever she chose, because she learned it from children, who would read her any passage as often as she wished. Thus, she orally mastered the Scriptures, applied the gospel to her lived experience, and then orally delivered the truth to an audience. Her wide knowledge of the Bible was vital to her fame as an orator.

Despite the fact that she was an illiterate ex-slave woman, Sojourner Truth's name survives in history, and she has become a "legend." With her eloquence, wit and faith, Truth inspired — and continues to inspire — people, mediating those with different interests.

Key Words : Sojourner Truth, anti-slavery, reformer, sibyl, women's suffrage

MIYATSU Tamiko

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P. 23-29 (2009)

自分の変化の記述と後の回想との関連 — 20代から30代にかけての縦断的検討 —

The Relationship Between One's Description of Own Change and Recollections:
A Longitudinal Analysis from Their Twenties to Thirties

山 岸 明 子*
YAMAGISHI Akiko

要 旨

本研究は20名の成人女性に対して20代から30代の4時点で自分の変化についての記述と IWM に関する質問紙, 30代に面接場面で過去について語ってもらうという縦断的データを分析したものである。本研究の目的は1) 各時点で測定された IWM 得点の変化と, 当時の回想内容の肯定度の変化との関連, 2) 各時点で記述された自分の変化の記述と, 30代の時点でそれらの時期を retrospective に振り返って語られたものから抽出された本人の変化との関連について検討を行った。

その結果, 1) 各時点で測定された IWM 得点の変化と, 当時被調査者が記述した自分の変化が肯定化/否定化していたかどうかに関連がある, 2) 当時の変化のタイプと, 後の回想でのその時期の語りのタイプとの一致度は高くない, 3) 変化の内容については, 一貫性やその人なりのテーマがある者とそうでない者がおり, 現在のテーマが過去の変化のとらえ方に影響する者も見られることが示された。

要 引 用 語 : 回想, 変化, 成人女性, 縦断的検討, 週及的データ

Key Words : recollection, change, female adult, longitudinal analysis, retrospective data

I. はじめに

過去についての本人の語りに関する研究は, ライフストーリー研究やナラティブ研究として, また自伝的記憶の問題として, 近年研究が盛んに行われている。それらによれば, 過去の語りとは過去に現実にあった経験がそのまま語られたものではなく, その経験を語り手が意味づけ組織化したもの, 本人によって再構成されたものであり, どのような経験が過去になされたかという事実だけではなく, それをどうとらえるかという現在のあり方が関係していることが指摘されている¹⁾。成人愛着研究 (Main, et.al) においても, 過去の愛着経験の語りから現在の内的作業モデルが査定されており²⁾, 現在のあり方が過去の語りを規定することを前提としている。

一方発達心理学では過去の語り³⁾が retrospective なデータとして使用されることがある。発達とは時間の経過の中

での変化といえるが, その検討は横断的なデータによって異なった年齢集団の平均的变化に基づいてなされることが多く, 同一集団を縦断的に追う研究は少ない。同一集団の変化を簡便にとらえる方法として retrospective なデータを使用する場合もある。以前のことの情報を後の回想によって得て, それを現在を規定する一つの要因として考えるわけだが, 後の回想, retrospective なデータがどの位過去の現実の経験 (当時の本人にとっての経験) を反映しているのかが問題になる。

Henry 他 (1994) は prospective に追ったデータと retrospective なデータを比較し, retrospective な方法で過去を構成できるか検討している⁴⁾。3才から18才までほぼ2年間隔で8回縦断的にデータを収集し, 18才時に児童期・青年期に関して retrospective なデータを取り prospective なデータと比較しているが, 1) 相関はあっても一致率は高くないこと, 2) 心理・社会的変数は相関も高くないことが示され, retrospective なデータは注意して使用することが必要としている。

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 27, 2008 原稿受領)

自伝的記憶の研究においても、異なった時期に再生を求めた時に同じ事が思い出されるか否かの検討がなされている。1ヶ月(神谷, 1997)⁴⁾, 3ヶ月(佐藤, 1998)⁵⁾, 1年(神谷, 2002)⁶⁾の間隔で半数近くが入れ替わっており、何を思い出すかは再生時の状態等の影響を受け、自伝的記憶の安定性は必ずしも高くないことが示されている。

また山岸(2006a, 2006b, 2007)⁷⁾⁸⁾⁹⁾は生育史を異なった時期に記述してもらって、retrospectiveなデータのもつ意味について検討するという試みを行っている。山岸(2006a)⁷⁾では青年後期と初期成人期(7年の間隔)に同じ形式で記述された2つの生育史の類似性と異質性を検討し、類似性が見られる一方、変動も見られ、特に同じエピソードを肯定的に語ることや否定的なエピソードが入れ替わるというような変化が多いことが示されている。これは2回の回想の一致・不一致の検討であるが、回想に回想時の状況(発達状況を含めて)が影響しており、回想=過去の経験ではないことを示唆している。更に山岸(2007)⁹⁾はその4年後(最初の時期から11年後)に面接調査を行い、自由記述と面接での2回の語りを比較して本人がもった印象について分析している。同じという印象をもつ者と異なるという印象をもつ者が見られ、異なることに驚く者もいる一方、異なることを自分なりに意味づけ解釈する者も見られた。この研究は、過去の語りが「現在の自分の物語や暗黙理論と整合的になるように構成化される」だけでなく、回想の変化に対しても自分の物語や暗黙理論に合うように解釈されることを示している。

本研究でも引き続き「過去の語りとは何か」をめぐる検討を行うが、本研究では2時期に語られた同じ過去を比較するのではなく、各時点で記述された「それ以前と比べて自分は変わったか」に関する回答と、時間が経ってからretrospectiveにそれらの時期を振り返って語られたものから抽出される本人の変化との比較を行う。つまり山岸⁹⁾の一連の研究とは異なり、今回は遠い過去の生育史ではなく、各時点でそれ以前と比べて「自分が変わったか」に関する語りについてprospectiveにデータを収集していき、時間が経ってからretrospectiveにそれらの時期を振り返って語られたものとの比較を行う。「自分は変わったか、どう変わったのか」の認知は、それぞれの時期に何を体験しそれが自分にどう影響したかの認知によって規定されるが、後に振り返る時に各時期の自分の経験や変化は当時と同じようにとらえられるのか、それともその後様々な経験をし状況や本人がもつ枠組みが変化すると、同じ時期の全体的印象が異なった形でとらえられるのかを縦断的データに基づいて検討する。

また「ある時期の自分をめぐる認知」としてBowlbyの内的作業モデル(Internal Working Model, 以下IWMと略記)¹⁰⁾をその時期の対人的枠組みのよさの指標としてとらえて、回想との関連の検討も行う。IWMは乳児期からの対人的相互作用の中で構成される「自分は他者から受け入れられているか、他者は自分に応じてくれるか」という「自他の有効性に関する内的表象」であり、対人的情報を処理し行動する際の枠組みになるとされる。それを測定する様々な方法が考案されているが、ここでは質問紙法を用い、各時期に測定されたIWM得点の変化と後の回想時の語りの変化との関連について検討する。つまり後の回想において肯定化-否定化した時期には、その当時の対人的枠組みに関する得点もそれに応じた変化をしていたのかどうかを検討する。

II. 方 法

1. 被調査者

1994年看護系短期大学在学中(以後短大時代と略記する)の3年時から縦断的調査(1994(I)/1996(II)/2001(III)/2005(IV))に参加し、面接調査にも応じた32~33才の女性20名。その内10名は4時点、8名は3時点(IIなし1名、IIIなし7名)、2名は2時点(II IIIなし)で質問紙調査に回答している。現在の職業は看護師8名、保健師2名、助産師1名、養護教諭1名、非常勤職3名、専業主婦5名である。既婚者が11名、子どもがいる者8名、妊娠中2名。居住地は関東地区が15名、遠隔地5名。

2. 質問紙調査

【調査時期】1994年(時期I)、1996年(時期II)、2001年(時期III)、2005年(時期IV)

【調査内容】Hazan & Shaver(1987)¹¹⁾に基づく読摩・戸田(1988)¹²⁾のIWM(Internal Working Model)の18項目(Secure, Ambivalent, Avoidant各6項目)について5件法で回答してもらおう。更に1996年/2001年/2005年には前回の調査からの自分の変化に関する質問を行った。「ここ~年(前回の調査からの年数)で自分は変わったと思うか」についての4件法の回答、「どう変わったか、何により変わったと思うか」について自由記述で回答してもらった。時期Iは教室で集団で実施、IIからIVは郵送法で行った。

3. 面接調査

【調査時期】2005年7月~9月(質問紙調査の約半年後)(時期V)

【手続き】時期IVの質問紙調査依頼時に、面接調査の依頼も併せて行い、研究成果を匿名で且つ個人が特定できない形で公表することの了解を得た。日程を調整して、大学の

表1 肯定化/否定化/変化なしの分類の例

(I→II (短大→就職2年目)の例)	
・肯定化	「中・高に比べるととけ込んでなく、学校の活動にも参加しなかった」 →「いきいたいところに就職し、いい友達に恵まれた。いろいろ経験できた」
・否定化	「やりたいことに一歩進んで嬉しかったし、色々な人と知り合えて楽しかった。実習は大変だったけれど」 →「先輩がこわくて大変だった。夜中によびだされたりした」
・変化なし	「勉強・実習が大変だったが友達ができたり、好きなことをやっていたから楽しかった」 →「仕事は大変だったがいい同僚に恵まれ楽しかった。寮は寂しくて実家に帰ったりもしていた」。
(II→III (就職2年目→20代後半)の例)	
・肯定化	「就職して、職場でただされて几帳面・神経質になった。厳しい環境に置かれて、他人に対して厳しくなった。」 →「結婚した頃 必要とされていると思った。」
・否定化	「責任の重い仕事だったが、責任感をもって仕事をしていた」 →「仕事を変ったが、思っていた仕事と違ってストレスが多かった。結婚し妊娠して、病院といざこざがありやめた」
・変化なし	「専攻科の時、彼氏とのことで勉強をさぼることが多くなり、つきあいを続けるか悩んでいた」 →「悩みつつも付き合い続けていた。別れる決心がつかなかった。仕事はやりがいがあってよかったが、プライベートの方で精神的にもやややっていた」
(III→IV (20代後半→現在)の例)	
・肯定化	「(看護師うまくいかず)色々考えて、そういえば養護教諭になりたかったことを思い出して、なろうと思って勉強をしていた。」 →「養護教諭の仕事が楽しい。自分が楽しめる仕事できてすごいと思う。妊娠も楽しみだけど、基本的に仕事の方が楽しい。」
・否定化	「仕事を変ったが、思っていた仕事と違ってストレスが多かった。結婚し妊娠して、病院といざこざがありやめた」 →「育てにくい長男で子育てが大変。開業医で働くが、いざこざがありやめた。」(大変さ・理不尽さが強く語られる)
・変化なし	「仕事は楽しく充実していた。精神的に大人になり色々見えてきた。3月に結婚した」 →「子育てが楽しい。でも友達が頑張っていると仕事したくもなる。資格をとる勉強も始めている」

研究室まで出向いてもらった。面接では、幼少期から短大時代までの生育の過程、そして卒業後にどのようなことがあったか、どのような時期だったかを、順を追って語ってもらった。更に「自分が変わったと思う時期があるか、いつ、どう変わったか、何により変わったか」や、「親に対する気持は変わったか」今までの人生で重要だった事、現在の状況等について自由に語ってもらった。了解を得て、レコーダーに録音して書き起こした。時間は1時間程度。

研究デザインが複雑なため、本研究で取り扱うデータを図1にまとめた。

4. 倫理的配慮

2000年10月の調査(時期III)依頼時に、研究目的の説明と研究成果として公表することに関する informed consent の書面を同封し、同意し且つ調査協力に応じるとした者のみを以後の調査対象者とした。2005年の面接時に

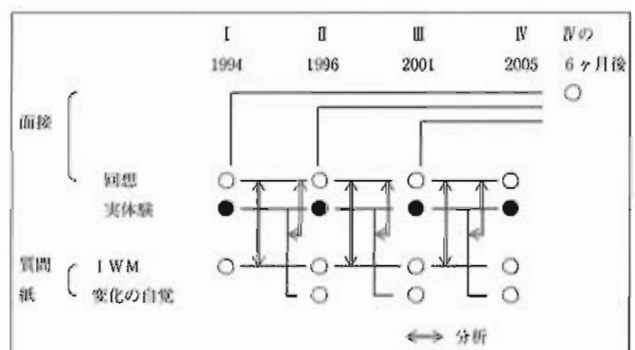


図1 研究デザイン

は、プライバシーにかかわる調査への複数回の協力、遠方からの参加への謝辞を述べ、言いたくないことは言わなくてよいこと、研究以外で口外することはないが、研究誌に匿名で公表する可能性があることを伝え、再度諾否を口頭で求めた。また面接中にネガティブ度が強いことが語ら

れた場合は、できるだけ共感的に話を聴き、その後雑談も含めて肯定的な話に戻るよう配慮した。

Ⅲ. 結果と考察

1. 変化の指標の抽出

本研究では複数の時期間の変化について検討するが、質問紙調査をした4時期のⅠ→Ⅱ、Ⅱ→Ⅲ、Ⅲ→Ⅳの変化の他に、時期が抜けている場合はⅡ→Ⅳ等の変化も含めることとした。分析対象とするのは20名の延べ48ケースの変化である。1) 質問紙調査での自分の変化についての自由記述、2) 面接時の回想、3) 質問紙調査でのIWMについて、各時期間の変化を抽出し検討を行った。

質問紙調査での自分の変化についての自由記述(Ⅱ、Ⅲ、Ⅳの時期に実施)については、変化の方向が肯定的・否定的の観点から、肯定的変化/否定的変化/肯定的・否定的の両方の記述や肯定・否定とは異なった変化/変化なし(変化なしとして自由記述がないもの)の4つに分類した。それぞれの該当者数は、31, 8, 7, 2であった。肯定的な変化が31(64.6%)と多く、2/3を占めていた。

面接時の回想については、まず短大時代と卒後の語りから4つの時期に該当する回想内容をまとめ、以前の時期の回想と比較して、語りの肯定度・否定度が変化しているかの査定を行った。肯定化/否定化/肯定度の変化なしに分類した(表1にⅠ→Ⅱ、Ⅱ→Ⅲ、Ⅲ→Ⅳ各々に関して肯定化/否定化/肯定度の変化なしに該当する例を示した)。3つのカテゴリーに該当するケースは各々18, 13, 17ケースであった。(なお面接での回想は質問紙での現在に至る変化に比べて肯定化が少ないが、「肯定化」は肯定度の変化の指標であり、肯定的な語りが少ないわけではない。)

IWMについては、質問紙調査をした4時期のIWM得点(Secureの合計点×2 - Ambivalentの合計点 - Avoidantの合計点)を各々算出し、2時期間の得点変化(Ⅰ→Ⅱ、Ⅱ→Ⅲ、Ⅲ→Ⅳ、時期が抜けている場合はⅡ→Ⅳ等)を算出した。48のケースの平均(標準偏差)は-1.04(9.50)であった。

2. 回想の肯定度の変化とIWM得点の変化との関連

回想の変化3群別のIWMの変化得点の平均値(標準偏

差)は表2の通りである。1要因の分散分析の結果 $F(2,45)=5.49$ で $p<.01$ で有意であった。多重比較の結果、肯定化している者は否定化している者よりもIWM得点が上昇しており($p<.01$)、後からの回想と当時の対人的枠組みのあり方とが関連していることが示された。

更に上昇・下降の程度が高い者の傾向を分析するために、変化得点が+6以上を上昇群、-6以下を下降群、他を変化小群とし、IWMの変化得点の3群と回想の変化の3群のクロス表を作成した(表3)。カイ二乗検定で有意差($p<.001$)が見られた。上昇群は肯定化が8名(80%)と多く、対人的枠組みが好転している者は、後の回想でも対人的経験がよくなっていると認知する者が多かった。下降群は否定化が一番多いとはいえ8名(57%)であり、肯定化の者が5名(36%)見られている。IWM得点が下降しているが回想では肯定化している者の回想内容を見ると、5名中4名が結婚をした時期であった。結婚についての語りは肯定的である一方、その当時のIWM得点は下降しており、結婚する時期は一般的な対人的枠組みの安定度が減じる場合があることが示された。

全体的に、後からの回想と当時の対人的枠組みのあり方との関連が見られ、対人的枠組みの得点が上昇し肯定的になっている時期は後の回想でも内容が肯定化し、得点が下がり否定化している時は回想内容も否定化する傾向があり、また変化が少ない時は回想でも肯定度の変化は少ない傾向があること、但し結婚した時期は語りは肯定的である一方、その当時のIWM得点は下降している場合があることが示された。

3. 各時期の変化の記述と後の回想の肯定度の変化との関連

各時期に前回と比べて自分は変わったと思うか回答してもらった変化(「肯定的変化/否定的変化/両方・中立/変化なし」と、面接時に語ってもらった4時期の回想の肯定度がどう変化しているか(「肯定化/否定化/無変化」)との関連を表4に示した。前者は各時期の変化の自覚をprospectiveに聞いていったもの、後者は面接時に過去をretrospectiveに語ってもらって研究者が肯定度の変化を評定したものである。肯定的に変化したと当時自

表2 回想の変化3群別のIWMの変化得点

	N	IWMの変化得点
肯定化	18	2.83 (10.68)
否定化	13	-7.54 (8.79)
変化なし	17	-0.18 (5.83)
計	48	-1.04 (9.50)

表3 IWMの変化得点と回想の変化のクロス表

	上昇	下降	変化小	計
肯定化	8	5	5	18
否定化	1	8	4	13
変化なし	1	1	15	17
計	10	14	24	48

覚していた者は必ずしも後の回想において回想内容が肯定化しているとは限らず (31名中10名), 否定化7名, 無変化14名である (それぞれ58.8%, 53.8%, 77.8%)。後の回想で肯定化している者17名中, 当時肯定化したと思っていた者は10名で, 6名は当時はむしろ否定的に変化したと感じていた。当時「変化なし」と記述していた2名は, 面接時の回想内容では否定化している者であった。当時の自分の変化の自覚 (肯定化/否定化) と後の回想でのその時期の語りのあり方との一致度は高くなく, 当時は肯定化したととらえる者が全体的に多いが, 否定化したととらえていた者がむしろ後になるとその時期を肯定的にとらえていたり, 変化なしと自覚していた者が後になるとその時期を否定的にとらえている傾向が示された。

4. 複数回の語りの特徴

表5は, 面接での語りも含めて, 複数回の語りの特徴を内容の類似性の観点から分類したものである。Aは自由記述での複数回の記述と面接での語りがどれも似ている者 (例えば「自主性が増した」「色々考えられるようになった」「視野が広がった」等が, 複数の時期で繰り返される), Bも同様に語りが類似しているが, 以前は言わなかった他の時期でも同様なことを語るようになってきている者である (例えば社会人になって「自分の考えや意見を以前よりも言うようになった」ということがくりかえし語られるが, そのことが高校時代の変化にも広がる。あるいは「仕事を始めると仕事は生きがいではなく生活の手段になった」と語られていたが, 「子どもが生まれると仕事は生きがいではなく生活の手段になった」というように, 時期や状況を超えて同じことが語られている)。ACは細かい内容は異なっても人間関係に関する変化であるというように弱い一貫性がある場合, Cは各時期で異なったことを語る場合である。

様々な経験の中で人は様々なに変化すると思われるが, どの時期もほぼ同じようなことを語る者が18名中8名と半数近く見られ, その内3名は自分のもつテーマが後に別のところにも広がっている。一方各時期で異なったことを語るCも6名見られた。なおそのような語りの類似性

表4 変化の自覚と各時期の回想内容の変化との対応

	肯定化	否定化	無変化	計
肯定化	10	7	14	31
両方・中立	1	3	4	8
否定化	6	1	0	7
変化なし	0	2	0	2
計	17	13	18	48

は子どもあり群/結婚群/独身群で異なる傾向が見られ (表5の右欄に該当者が子あり, 妊娠中, 結婚しているが子なし, 独身なのかを記した), 一貫した語りは独身群に多く, 異質な語りは子あり群に多い傾向が見られた。独身群は変化の内容が同一であったり似ているのに対し, 子あり群は子育てをする中で様々な経験をしているため, 変化の種類も多様なためと考えられる。

IV. 討 論

「自分は変わったか, どう変わったのか」の認知は, それぞれの時期に何を体験しそれが自分にどう影響したかの認知によって規定されるが, 後に振り返る時に各時期の自分の経験や変化は当時と同じようにとらえられるのか, それともその後様々な経験をし状況や本人がもつ枠組みが変化すると, 同じ時期の全体的印象が異なった形で見られるのかを明らかにするために, 1) 各時点で測定されたIWM得点の変化と, 各時期の頃の回想内容の肯定度の変化との関連, 2) 各時点で記述された自分の変化の自覚と, 時間が経ってから retrospective にそれらの時期を振り返って語られたものから抽出された本人の変化との関連について, 縦断的データに基づいて検討を行った。

まず各時点で測定されたIWM得点の変化と回想内容の肯定度の変化との間には関連が見られ, IWM得点が上昇し肯定的になっている時期は後の回想でも内容が肯定化し, 得点が下がり否定化している時は回想内容も否定化する傾向があり, また変化が少ない時は回想でも肯定度の変化は少ない傾向が見られた。Bowlbyの内的作業モデルは基本的に変わりにくいものとして考えられているが¹⁰⁾, 本研究では肯定的な経験をしている時にはIWM得点が高くなるという関連が見られた。但し結婚した時期は語りは肯定的になる一方, その当時のIWM得点は下降している場合があることが示された。結婚はストレス度が高い出来事であるし¹¹⁾, 周囲の人との新しい対人関係を築いたり, 慣れない世界に入ることが対人的枠組みを不安定にすると考えられる。

各時期に記述された変化の自覚と後の回想の肯定度の

表5 複数回の語りの特徴

	該当者数	該当者の結婚等に関する特性
A 一貫した語り	5	◎ □ □ □ □
B 一貫性の波及	3	◎ ◎ □
ACAとCの中間	4	◎ ○ □ □
C 異質な語り	6	◎ ◎ ◎ ◎ ○ □

<注> 3時点以上の参加者18名

◎子あり ◎妊娠中 ○既婚 □独身

変化との関連に関しては、当時記述された自分の変化の自覚（肯定化／否定化）と後の回想でのその時期の語りのあり方は一致度は高くなく、不一致な場合も多かった。当時は肯定化したととらえる者が全体的に多かった（65%）が、それらの者の後年の回想はさまざまであったし、否定化したととらえていた者がむしろ後になるとその時期を肯定的にとらえていたり、変化なしと自覚していた者が後になるとその時期を否定的にとらえていることが示された。

各時期の自分の変化は、様々な変化があってもその中で肯定的なものが語られやすく、その時期によい経験をし自分にとってよい時期だったということとは異なっているのかもしれない。否定化したととらえていた者がむしろ後になるとその時期を肯定的にとらえているというのは、当時つらかったことが後には肯定的なものになる場合を示し、変化なしと自覚していた者が後になるとその時期を否定的にとらえているのは、「変化なし」と答えることの否定性を表しているように思われる。

本研究では各時期の記述及び面接での語りと複数回自分の変化について語ってもらったが、それらの複数回の語りを内容の類似性の観点から検討すると、どの時期もほぼ同じようなことを語る者と各時期で異なったことを語る者が見られ、一貫した語りは独身群に多く、異質な語りは子あり群に多い傾向が見られた。独身群は生活上の変化があってもその変化は基本的にそれまでと連続的で似ているのに対し、子あり群は生活の枠が大きく変わり様々な経験をしているため、変化の種類も多様なのだと考えられる。

本研究では、複数の時点でそれ以前と比べて「自分が変わったか」に関して prospective にデータを収集していき、時間が経ってから retrospective にそれらの時期を振り返って語られたものとを比較するという。今までなされてきた研究とは異なった観点から、過去の語りとは何かの問題を検討した。その結果、後に振り返る時の回想は必ずしも当時のとらえ方と同じではないことが示され、「過去の語りとは過去に実際にあった経験がそのまま語られたものではなく、語りの時点で語り手が意味づけ再構成化されたものである」とする見解を新たな視点から示したという意義があると考えられる。

なお Henry 他³⁾の幼少期から青年期に関する縦断的研究では、回想と実際の状況とはかなり異なっていることが示されていたが³⁾、青年後期から成人期初期に関して行った本研究では、それと比べると回想と実際の状況とは一致する場合も多いことが示された。この時期は幼少期に比べて記憶が確かであり、自己も確かなものになっているためと考えられる。但し本研究の被調査者は何度も調査に

じていることや、時間をかけて面接調査にまで来てくれた者であり、調査に対して熱心な者が多いことが関与している可能性もある。

本研究では、各調査時点で「自分の変化」として述べられている時期と、後の回想時に語られている時期の対応がおおよそのものであるという限界がある。どちらもその時点で一番印象的だったことが語られているという意味での対応はあるが、かつての変化の記述そのものを後の回想時にどうとらえるかという形でより厳密に検討していくことも必要であろう。また「自分がどう変化したか」の記述と、各時期の印象についての語りから研究者が抽出した変化を比較するという手法をとったが、できるだけ同質のデータを取る研究デザインで更に詳しく検討していくことが必要と思われる。

本研究は平成16～17年度科学研究費（基盤研究 C-2「現在および過去の対人的経験の認知と語り方に関する縦断的研究」研究代表者 山岸明子）の補助を受けた。また一部を日本発達心理学会第17回大会（2007）、日本心理学会第71回大会（2007）で発表した。

謝 辞

何回もの調査にご協力下さり、また研究誌にその結果を公刊することを了承して下さいました被調査者の皆様に、心からお礼申し上げます。

文 献

- 1) やまだようこ：人生を物語ることの意味—なゼライフストーリー研究か—, 教育心理学年報, 39, 146-161, 2000.
- 2) Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J.: Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50, 66-106, 1985.
- 3) Henry, B., Moffitt, T.E., Caspi, A., Langley, J., & Silva, P.A.: On the "remembrance of things past": A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, 6-2, 92-101, 1994.
- 4) 神谷俊次：自伝的記憶の感情特性と再想起可能性, アカデミア（南山大学）自然科学・保健体育編, 6, 1-11, 1997.
- 5) 佐藤浩一：「自伝的記憶」研究に求められる視点,

- 群馬大学教育学部紀要 人文・社会科学編, 47, 599-618, 1998.
- 6) 神谷俊次: 自伝的記憶の保持に関する追跡的研究, アカデミア (南山大学) 人文・社会科学編, 74, 269-289, 2002.
- 7) 山岸明子: 7年後に再度記述された生育史の分析—類似性と異質性の分析—, 医療看護研究, 2, 1-10, 2006a.
- 8) 山岸明子: 対人的枠組みと過去から現在の経験のとりえ方に関する研究, 風間書房, 2006b.
- 9) 山岸明子: 11年前に記述した生育史と現在の回想について30代女性をもつ印象, 医療看護研究, 3, 1-8, 2007.
- 10) Bowlby, J.: 母子関係の理論Ⅱ 分離不安, 黒田実朗他訳, 岩崎学術出版社, 1977. (原著1973)
- 11) Hazan, C., & Shaver, P.R.: Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality & Social Psychology*, 52, 511-524, 1987.
- 12) 詫摩武俊・戸田弘二: 愛着理論からみた青年の対人態度: 成人版愛着スタイル尺度作成の試み, 東京都立大学人文学報, 196, 1-16, 1988.
- 13) Holmes, D.S.: Differential change in affective intensity and the forgetting of unpleasant personal experience. *Journal of Personality & Social Psychology*, 15, 234-239, 1970.

Original Paper

Summary

The Relationship Between One's Description of Own Change and Recollections: A Longitudinal Analysis from Their Twenties to Thirties

This article was analyzed based on 20 females' longitudinal data which were gathered at 4 time points from their twenties to thirties and were consisted of their descriptions of their own change and questionnaire about IWM on each time point and their retrospective narrative in interview in their thirties. The purpose is to examine 1) the relationship between the change of IWM scores and the change of affirmative degree of recollections of corresponding time, and 2) the relationship between description of own change on those days and the change which was extracted from retrospective narrative in their thirties.

The results were as follows; 1) there were relationship between the change of IWM scores and the type of description of their own change (whether positive or negative), 2) correspondence was not high between the type of description of own change on those days and the type of change through recollections of corresponding time in their thirties, 3) as to contents of change, there were some who have consistency and their own theme, and some who don't. There were some whose present theme effects the content of change in past.

Key Words: recollection, change, female adult, longitudinal analysis, retrospective data

YAMAGISHI Akiko

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P.30-39 (2008)

外来通院中の全身性エリテマトーデス患者の 認知する療養上の困難と関連要因

Systemic Lupus Erythematosus Outpatient-Perceived Problems with Convalescence and Related Factors

青 木 きよ子*1
AOKI Kiyoko

高 谷 真由美*1
TAKAYA Mayumi

田 邊 雅 美*2
TANABE Masami

高 崎 芳 成*3
TAKASAKI Yoshinari

要 旨

目 的：SLE 患者の療養上の困難と関連要因を明らかにする。

方 法：首都圏の特定機能病院に通院している SLE 患者162名に、16項目の療養上の困難と背景要因についての自記式質問紙調査を実施した。有効回答数116名を分析した。

結 果：1. 対象者の平均年齢は46.8歳、女性が9割以上と性差を認め、罹病期間は5年以上で、就労状況は主婦や非正規社員が多く、特定疾患医療費補助の利用者が多かった。セルフケア行動では、定期受診と服薬の実施率が高くなっていった。

2. 療養上の困難は、病気の進行に対する不安や、将来への不安など、病気の不確かさによるものの認知が高くなっていった。療養上の困難の16項目は、因子分析で【療養に伴う心理的ストレス】【身体症状に伴う苦痛】【外見の変化への戸惑い】【経済・役割上の軋轢】の4因子が抽出された。

3. 療養上の困難認知のG-P分析では、トータルスコアおよび4因子において有意差があった。さらに、療養上の困難認知の関連要因としては年齢、性別、症状の有無、QOLがあげられた。

考 察：患者の療養上の困難認知は特に QOL と強い相関があり、療養上の困難認知の低減をはかることが QOL の維持・向上に必要であることが示唆された。

索 引 用 語：SLE 患者、療養上の困難、関連要因、認知評価、QOL

Key Words：systemic lupus erythematosus (SLE) patients, problems with convalescence,

factors associated with the perceived problems, evaluation of perceived problems, QOL

1. はじめに

慢性疾患は、時間の経過と共に重症化するため、長期にわたる自己管理が不可欠となる。そのため患者のゴールは、患者・家族の持てる力が最大限に発揮され、QOL

(Quality of Life) が維持されることにあるといえる。全身性エリテマトーデス（以後 SLE とする）は、妊娠可能な女性に多く、その発症率に著明な性差が認められる膠原病の代表的な疾患である。日本における有病患者数は約 53,000人（厚生統計協会2008）で、徐々に増加傾向にある。かつては、予後不良で致命的疾患と考えられていたが、診断技術と治療法の発達により今日では、慢性に経過する比較的生命予後の良好な疾患に変貌しつつある。しかし、生命予後の改善に伴い、患者には難治性の病態とその合併症による生活上の困難が生じることが多いことが指摘され

*1 順天堂大学医療看護学部

*2 順天堂大学医学部附属順天堂医院

*3 順天堂大学医学部

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

*2 Juntendo Hospital

*3 School of Medicine, Juntendo University

(Nov. 28, 2008 原稿受領)

ている¹⁾。ストレス状況において現れるストレス反応の個人差は、ストレスに対する個人の認知的評価が影響することを Lazarus ら²⁾は指摘している。この認知評価に対しては、近年、本態性高血圧に対する認知評価過程³⁾、がん患者の治療への認知過程⁴⁾、病気関連の不安認知尺度⁵⁾などさまざまな病気や健康を測定する指標の開発がこころみられている。SLE 患者においても療養に伴う生活上の困難の認知的評価が、障害がおよぼす身体的苦痛、家族関係、療養が長期化することによる経済的負担などと関連し、患者および家族の QOL に影響を及ぼすと予測される。

慢性疾患のうち、有色人種でとりわけ女性に多いとされている SLE 患者の看護研究においては、SLE 患者の他者との関係性について、病気をみせるか否か、わかってもらえないか否かの体験⁶⁾をしていること、SLE 患者の QOL は、症状との関連性⁷⁾が明らかにされている。さらに、SLE 患者は、病気と共に生きる人生の受けとめを基盤に、体調の管理と人生の充実をはかるという対処⁸⁾や、SLE 患者への心理的支援の影響⁹⁾が論じられている。SLE を含めた自己免疫疾患については、自己免疫疾患の病気の不確かさと関連要因¹⁰⁾、難病患者の受容過程¹¹⁾、自己免疫疾患用の QOL 尺度開発¹²⁾などがある。しかし、SLE 患者が、療養上の困難をどの程度認知しているかを明らかにし、長期療養が必要な SLE 患者の療養上の困難の認知と、個人特性や、病状の程度、社会的支援、セルフケア行動との関連から検討した研究はこれまでなされていない。

そこで、本研究では、SLE 患者における療養上の困難を具体的にどの程度認知しているか、また、これらの認知がどのような背景要因と関連するかを明らかにし、看護介入のための基礎資料を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象および調査方法

1) 対象者：2006年2月～3月に首都圏にある特定機能病院一施設の外来に受診した SLE 患者のうち、外来診療後に研究の主旨を口頭と書面で説明し、研究協力を依頼し、協力に同意が得られた患者である。

2) 調査方法：外来受診をした SLE 患者に診察終了後に研究者が研究の主旨を説明し、同意が得られた患者に調査用紙への回答を依頼し、郵送法で回収した。

2. 調査内容

1) 背景要因

本研究では SLE 患者の背景要因を選定するために、国際生活機能分類 (WHO) を参考にした。健康状態を構成する個人因子としては年齢、性別の2項目、環境因子とし

ては、支援者数、支援者の理解の程度、医療・福祉サービス制度の利用の有無、医療・福祉職の利用の有無の4項目を、身体機能としては罹病期間、症状の有無、入院回数の3項目を、活動としてはセルフケア行動10項目を、参加については職業の有無1項目の計20項目あげた。セルフケア行動については、「する」を4、「ときどきする」を3、「あまりしない」を2、「しない」を1とする4件法で回答を求めた。得点が高いほどセルフケア行動がとれていることを示し、各項目と項目全体の合計得点を算出した。さらに、生活の質を査定するために QOL を測定した。SLE の QOL に関連する研究では、Medical Outcome Study Short Form (SF-36) と、BILAG (British Isles Lupus Assessment Group) による活動性スコア¹³⁾、および Systemic Lupus International Collaborating Clinics と ACR (American College of Rheumatology) より提唱されている障害度指標 (SLICC/ACR Damage Index) の障害度スコア¹⁴⁾と関連する傾向があることが報告されている。わが国においては、SLE 患者用の QOL 尺度開発として予備的研究の報告¹⁵⁾があるのみである。そのため、本研究では包括的な QOL 尺度として、すでに信頼性・妥当性が検討されている QOL 尺度を用いた。この尺度は Ferrans¹⁶⁾により開発され、一部の項目に疾患特異性の表現を加え信頼性・妥当性¹⁷⁾が検討されている。この尺度は25項目からなり、「健康と身体機能」、「心理およびスピリチュアル」、「社会および経済」、「家族」の下位概念で構成され、クロニック illness と共に生活する人々の生活の諸要素を多角的に考察されている尺度¹⁸⁾である。評価は「非常に」を5、「かなり」を4、「どちらとも」を3、「あまり」を2、「まったく」を1とする5件法で回答を求め、トータルスコアは25～125であり、得点が高いほど QOL が高い状態を表す。

2) 療養上の困難

SLE 患者の療養上の困難の質問紙の作成では、まず、関連文献¹⁹⁾を参考に、共同研究者4名で項目を検討し17項目を選出した。これらの項目が、SLE 患者についての内容を反映しているか、質問内容が理解できるか否かを、研究協力が得られた SLE 患者7名に意見を求め、表面的妥当性を確認した。療養上の困難については、「非常に問題と感ずる」を4、「かなり問題と感ずる」を3、「あまり問題でない」を2、「全く問題と感ずない」を1とする4件法で回答を求めた。得点が高いほど療養上の困難の認知が高いことを示す。療養上の困難の17項目については主因子法による因子分析、バリマックス回転を行い、最終的に16項目について療養上の困難の項目を抽出した。これらの項目について、Kaiser-Meyer-Olkin 測定

表 1 対象者の特性

年齢	n=116	職業	n=116
20～29歳	8 (6.9%)	専業主婦	50 (43.1%)
30～39歳	34 (29.3%)	パート	23 (19.8%)
40～49歳	28 (24.1%)	正社員	17 (14.7%)
50～59歳	27 (23.3%)	自営業	11 (9.5%)
60～69歳	15 (13.0%)	無職	9 (7.6%)
70歳以上	4 (3.4%)	その他	5 (4.3%)
平均年齢	46.8歳 (SD13.1)		
性別	n=116	支援者の理解	n=115
男性：女性	7 (6.03%) : 109 (93.96%)	十分に理解あり	42 (44.8%)
罹病期間	n=113	かなり理解あり	41 (35.3%)
1年未満	3 (2.7%)	どちらとも	14 (12.1%)
1～5年	10 (8.8%)	あまり理解していない	6 (5.2%)
5年以上	100 (88.5%)	まったく理解しない	1 (0.9%)
入院経験	n=116	医療福祉サービス制度の利用状況	n=114
1～2回	62 (53.4%)	利用あり (複数回答)	76 (65.5%)
3～4回	21 (18.1%)	内訳 特定疾患医療費	66
5回以上	17 (14.7%)	更正医療	2
入院経験なし	16 (13.8%)	障害年金	2
		障害手当	2
		介護保険	2
		その他	4
		利用なし	38 (32.8%)
症状の有無	n=110	保健・医療福祉職の利用状況	n=115
症状あり	79 (71.8%)	利用あり	7 (6.0%)
(複数解答)		内訳 ヘルパー	2
皮膚症状	42	保健師	2
関節症状	34	ボランティア	2
倦怠感	21	その他	1
浮腫	12	利用なし	108 (93.1%)
その他の症状	52		
症状なし	31 (28.2%)		
支援者数	n=116	セルフケア行動	n=114
1～2人	67 (57.7%)	定期的受診をする	平均値 3.91 SD 0.31
3～4人	26 (22.5%)	薬の服用	3.87 0.34
5人以上	17 (14.6%)	疲労を蓄積しない	2.71 0.88
支援者なし	6 (5.2%)	人間関係を円滑に	2.89 0.93
		ストレスを貯めない	2.63 1.00
支援者	n=116	感染予防	2.62 1.20
支援者あり	110 (94.8%)	他者との交流	2.62 0.97
主な支援者 (重複解答)		皮膚の保護	2.00 1.12
配偶者	83	食事療法	1.75 1.45
親	57	社会資源の活用	1.75 1.36
娘・息子	37	トータルスコア	26.77 4.99
兄弟	27		
その他	12		
支援者なし	6 (5.2%)		
		包括的QOL尺度	n=112
		最小値	25
		最大値	125
		平均値	72.94
		SD	17.98

(KMO)により、標準妥当性を確認した。療養上の困難については、因子分析結果から得られた、【療養に伴う心理的ストレス】【身体的症状に伴う苦痛】【外見の変化への戸惑い】【経済と役割上の軋轢】の4下位尺度得点および16項目のトータルスコアを使用した。また、尺度全体および、下位尺度の信頼性については、Cronbach α 係数、およびG-P分析 (Good-Poor Analysis)により確認した。

3. 分析方法

対象者の背景要因および療養上の困難の実態把握のために記述統計を行った。療養上の困難については、自作式質問紙であることから、表面的妥当性、標本的妥当性を確認し、項目数が多いことから因子分析を行った。因子分析の信頼性については、Cronbach α 係数、および療養上の困難のトータルスコアの平均値より、低値群と高値群のG-P

分析により確認した。また、療養上の困難のトータルスコアおよび下位尺度スコアと背景要因との関連性を Spearman の順位相関係数による有意差検定を行い検討した²⁾。さらに、関連性のあった背景要因について、療養上の困難のトータルスコアの平均値より、低値群と高値群の2群に分類し、療養上の困難の関連要因に対する弁別力を検定した。有意水準は $p < 0.05$ とした。統計分析に使用したソフトは、SPSS 15.0J for Windows である。

4. 用語の定義

- 療養上の困難： SLE を病む人々およびその家族が、療養生活をする上で問題と認知し、何らかの対処を必要とする事柄
- セルフケア行動： SLE を病む人々およびその家族が、寛解状態を維持するために一般的に必要とされる行動
- QOL： 健康や身体機能、心理およびスピリチュアル、社会および経済状態、家族に対する主観的満足感

Ⅲ. 倫理的配慮

所属機関の倫理委員会の承認後、患者の診療機関の倫理委員会で承認を受けた。SLE 患者へは、診療終了後、研究者の立場、研究目的と方法、個人情報保護のため匿名と秘守性、研究参加は自由意思に基づくものであり、研究協力の有無により受ける診療や看護において不利益は被らないこと、得られたデータは研究目的以外に使用しないこと、研究成果を公表する場合があることを口頭と書面により説明し、研究への同意が得られた場合に調査用紙を配布した。

Ⅳ. 結果

1. 対象者の概要 (表 1)

質問紙配布者数162名、回答者数116名 (回収率71.6%) を分析対象とした。

対象者116名の平均年齢は46.8歳 (SD13.1歳)、性別は男性7名、女性109名であった。職業は主婦50名 (43.1%)、パート勤務23名 (19.8%)、正規社員17名 (14.7%) の順となっていた。SLE の病歴は5年以上が100名 (88.5%) であり、診断後の入院経験はありが100名 (86.2%) で、入院回数は1回～2回、3回～4回の順となり、最多は20回の入院経験があった。現在症状がありは79名 (71.8%)。その主なものは皮膚症状42名、関節症状34名、倦怠感21名、浮腫12名、その他の症状52名であった。療養支援者についてはありが110名で、支援者数は1名～2名が最も多く、支援者なしも6名みられた。主な支援者は、配偶者、親、兄弟の順と

なり、子供の支援は少なくなっていた。支援者の理解は十分理解あり42名 (44.8%)、かなり理解あり41名 (35.3%)、どちらも・あまり・全く理解しないを合わせて21名 (18.2%) となっていた。家庭療養で医療福祉制度を活用しているのは76名 (65.5%) で、特定疾患医療費補助の受給が主であった。医療福祉職を利用しているのは7名 (6.0%) と少数であった。セルフケア行動がとれていた項目は、「定期的を受診をする」、「指示された服薬をする」、「疲労を蓄積しない」、「家庭内の人間関係を円満にする」の順となっていた。セルフケア行動で低くなっていた項目は、「社会資源の活用」、「食事療法の実施」、「皮膚の保護」の順となっていた。セルフケア行動のトータルスコアは、26.77 (SD4.99) であった。QOL 尺度トータルスコアの平均値は72.94 (SD17.98) であった。QOL 尺度トータルスコアは最小25、最大125となった。

2. 療養上の困難

療養上の困難16項目中で、平均値が高く問題と認知されていた項目 (表 2) は、「病気の進行の不安」、「将来の不安」、「医療費の負担が大きい」、「関節痛」、「いらいらする」の順となっていた。困難との回答が低くなっていた項目は、「家庭内での権威の低下」、「発熱」、「貧血」の順であった。療養上の困難のトータルスコアは、36.11 (SD9.78) であった。

表 2 療養上の困難

	n=115	
	平均値	標準偏差
病気の進行の不安がある	3.03	1.01
将来の不安がある	2.95	1.03
医療費の負担が大きい	2.82	0.96
関節が痛い	2.33	1.12
いらいらする	2.20	0.97
倦怠感がある	2.25	0.94
浮腫がある	2.22	0.98
皮膚・レイノーがある	2.17	1.01
周囲の理解がない	2.15	1.02
家族への気兼ねがある	2.04	1.29
脱毛が気になる	1.94	1.01
支援されることの負担感がある	1.94	0.91
妊娠できない	1.75	1.05
貧血がある	1.63	0.85
発熱がある	1.63	0.82
家庭内での権威の低下がある	1.50	0.83
トータルスコア	36.11	9.78

療養上の困難の16項目の主因子による因子分析、バリマックス回転で4因子が抽出され、累積寄与率は64.5%であった (表 3)。これらの項目の Kaiser-Meyer-Olkin 測定 (KMO) は、0.852 ($p=0.000$) となり、標本妥当性が示された。

表3 療養上の困難 因子分析結果

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
【療養に伴う心理的ストレス】				
家庭内の権威の低下がある	0.835	0.107	-0.074	0.142
家族への気兼ねがある	0.772	0.171	0.129	0.104
支援されることが負担が大きい	0.765	0.100	0.132	0.283
将来の不安がある	0.661	-0.001	0.532	0.111
病気の進行が不安である	0.647	0.008	0.438	0.146
いらいらする	0.614	0.225	0.079	0.335
【身体的症状に伴う苦痛】				
発熱がある	0.096	0.799	0.125	0.310
関節が痛い	0.353	0.743	0.212	-0.180
貧血がある	-0.083	0.657	0.253	0.061
倦怠感がある	0.398	0.647	0.154	0.235
【外見の変化への戸惑い】				
皮膚・レイノーがある	0.223	0.194	0.680	-0.003
浮腫がある	0.185	0.331	0.661	-0.037
脱毛が気になる	-0.150	0.282	0.650	0.419
【経済と役割上の軋轢】				
医療費の負担が大きい	0.288	-0.050	-0.009	0.744
妊娠できない	0.223	0.203	0.076	0.698
周囲の理解がない	0.474	0.291	0.223	0.495
固有値	6.120	1.975	1.226	1.001
分散%	38.251	12.347	7.660	6.230
累積%	38.251	50.559	58.258	64.556

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

信頼性

Cronbach のアルファ	トータル	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
	0.886	0.871	0.776	0.659	0.670

表4 療養上の困難 G-P 分析

	低値群 n=76		高値群 n=39		t 値
	平均値	SD	平均値	SD	
療養上の困難トータル	28.91	5.39	45.69	4.93	-16.262***
第1因子【療養に伴う心理的ストレス】	11.41	3.03	18.23	3.39	-10.977***
第2因子【身体的症状に伴う苦痛】	6.54	2.06	10.38	2.63	-7.962***
第3因子【外見の変化への戸惑い】	5.34	1.97	8.23	1.94	-7.483***
第4因子【経済と役割上の軋轢】	5.62	1.90	8.85	1.55	-9.143***

***p<.001

因子分析による第1因子は、「家庭内の権威の低下」, 「家族への気兼ね」, 「援助されることが負担」など家族に対する引け目などに関する3項目および、「将来への不安」, 「病気の進行の不安」などの病気の不確かさに関する3項目からなり, 【療養に伴う心理的ストレス】とした。第2因子は「発熱」, 「関節痛」, 「貧血」など SLE 特有の身体症状に関する4項目からなり, 【身体的症状に伴う苦痛】とした。第3因子は、「皮膚・レイノー」, 「浮腫」, 「脱毛」など, 症状の中でも外見の変化を伴う3項目からなり, 【外見の変化への戸惑い】とした。第4因子は, 「医療費の負担が大きい」, 「妊娠できない」, 「周囲の理解がない」など,

経済問題と役割上の問題に関する3項目からなり【経済と役割上の軋轢】とした。

これらの療養上の困難の16項目は, トータルスコアとすべての項目において p<.001以上の相関が認められ, Cronbach α 係数は, 項目全体で0.89, 第1因子は0.87, 第2因子は0.78, 第3因子は0.66, 第4因子は0.67となり信頼性が確保されていた。

療養上の困難のトータルスコアの平均値 (36.11) より, 低値群 (n=76) と高値群 (n=39) の2群に分け, G-P 分析 (表4) を行った。療養上の困難トータルスコアにおいては低値群 (28.91 SD5.39) 高値群 (45.69 SD4.93) p<.001,

表5 療養上の困難との背景要因との関連

	年齢 n=115	性別 n=115	症状の有無 n=109	近親者の 療養の理解 n=114	QOL n=112
療養上の困難トータルスコア	-.218*	.209*	-.378***	.181	-.426***
第1因子【療養に伴う心理的ストレス】	-.169	.084	-.256**	.104	-.428***
第2因子【身体的症状に伴う苦痛】	-.040	.195*	-.412***	.148	-.383***
第3因子【外見の変化への戸惑い】	-.059	.191*	-.396***	.043	-.331***
第4因子【経済と役割上の軋轢】	-.460***	.241**	-.198*	.244**	.167

Spearmanの相関係数 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

表6 療養上の困難の低値群、高値群の2群と関連要因との差の検定

		療養上の困難		有意確率
		低値群	高値群	
年齢 ¹⁾	平均：48.07 SD：13.69	平均：40.62 SD：9.78		.003**
近親者の療養理解 ¹⁾	平均：1.69 SD：0.87	平均：1.97 SD：1.01		.791
QOL ¹⁾	平均：77.84 SD：16.93	平均：64.31 SD：16.58		.008**
性別 ²⁾	男性：7 女性：69	男性：0 女性：39		.050*
症状の有無 ²⁾	ある：46 ない：25	ある：32 ない：6		.025*

¹⁾ t検定 ²⁾ χ²検定 * p<.05 ** p<.01

第1因子【療養に伴う心理的ストレス】においては、低値群 (11.41 SD3.03) 高値群 (18.23 SD3.39) p<.001, 第2因子【身体的症状に伴う苦痛】においては、低値群 (6.54 SD2.06) 高値群 (10.38 SD2.63) p<.001, 第3因子【外見の変化への戸惑い】においては、低値群 (5.34 SD1.97) 高値群 (8.23 SD1.94) p<.001, 第4因子【経済と役割上の軋轢】においては、低値群 (5.62 SD1.90) 高値群 (8.85 SD1.55) p<.001となった。療養上の困難のトータルスコアおよび4因子のG-P分析では、全てにおいて2群で有意差があり弁別力があつた。

療養上の困難トータルスコアと背景要因に有意な相関があつたもの(表5)は、年齢 (r=-.218 p<.05), 性別 (r=.209 p<.05), 症状の有無 (r=-.378 p<.001), QOL尺度 (r=-.426 p<.001) であつた。療養上の困難の第1因子【療養に伴う心理的ストレス】と有意な相関があつたのは、症状の有無 (r=-.256 p<.01), QOL尺度 (r=-.428 p<.001) であつた。第2因子【身体的症状に伴う苦痛】と有意な相関があつたのは、性別 (r=.195 p<.05), 症状の有無 (r=-.412 p<.001), QOL尺度 (r=-.383 p<.001) であつた。第3因子【外見の変化への戸惑い】と有意な相関があつたのは、性別 (r=.191 p<.05), 症状の有無 (r=-.396 p<.001), QOL尺度 (r=-.331 p<.001) であつた。第4因子【経済と役割上の軋轢】と有意な相関があつたのは、年齢 (r=-.460 p<.001), 性別 (r=.241 p<.01), 症状の有無 (r=-.198 p<.05), 近親者の療養上の理解 (r=.244 p<.01) であつた。

療養上の困難のトータルスコアの低値群と高値群の2群と、関連要因との差の検定(表6)で、年齢においては低値群 (48.1歳 SD13.69) 高値群 (40.6歳 SD9.78) p<.01となり、困難の認知の高値群は年齢が低くなつていた。性別では、低値群 (男性：7 女性：69) 高値群 (男性：0 女性：39) p<.05となり、女性の方が困難を認知していた。症状の有無では、低値群 (ある：46 ない：25) 高値群 (ある：32 ない：6) p<.05となり、症状のある人の方が困難を認知していた。QOLでは、低値群 (平均：77.84 SD：16.93) 高値群 (平均：64.31 SD：16.58) p<.01となり、困難を認知している人のQOLは低くなつていた。近親者の理解については、困難を認知している群の方が数値は高いが有意差はなかつた。

V. 考 察

1. SLE患者の療養の実態

SLEは、かつては予後不良の病気であつたが、副腎皮質ステロイドホルモン療法を基本とした治療方法の進歩により、長期に寛解導入が可能となり慢性に経過する病へと変化している。生命予後が著しく改善されたことから、加齢や長期療養に伴う合併症などが新たな問題とされている¹⁾。今回の対象者の罹病期間は9割が5年以上と長く、対象者の平均年齢は46.8歳 (SD13.1歳)、しかも、60歳以上が15%を超えており生命予後の改善を反映し、対象者の年齢は加齢傾向を示していた。

SLEの発症率は、性差が著しい。今回の調査結果でも

女性が9割以上を占め、就労状況は主婦や非正規社員が多くなっていた。そのため、夫や両親の支援を得、特定疾患医療費補助を利用して療養しており、環境要因や社会的背景の影響を強く反映する結果となっていた。

対象者の病態は慢性に経過するものの、治療を行っていても皮膚症状、関節痛、倦怠感などの顕在する症状が70%以上にみられた。これらの症状を緩和し、寛解状態を維持するために、定期的を受診をする、指示された服薬をする、疲労を蓄積しないようにする、家庭内の人間関係を円満にするなどのセルフケア行動をとっていた。SLE患者のセルフケア行動において、定期受診と服薬に関する実施率が顕著に高く、治療効果への認識の高さがセルフケア行動に結びつくといった結果であった。セルフケア行動をとる上で、脆弱性の自覚、効果の自覚は、自己効力を高める要因になることがあげられている²⁴⁾。定期的を受診し、患者の多くは指示されたステロイドホルモンを服用することが寛解状態の維持につながることを体験しているSLE患者のセルフケア行動も、これらの研究成果を支持するものであった。その他にSLE患者のセルフケア行動の特徴としては、ストレス緩和のため、家族や他者との人間関係を円満にするように心がけ、長期療養を継続させていることが挙げられた。

2. SLE患者の療養上の困難

SLE患者の療養上の困難の16項目の表面的妥当性、標本的妥当性は確保できた。16項目の因子分析から抽出された4因子の累積寄与率は64.5%であった。これらの因子のCronbach α 係数は、0.89~0.66となり信頼性は確保されていた。また、療養上の困難のトータルスコアの平均値より、低値群と高値群の2群に分けたG-P分析では、トータルスコアおよび、4因子の全てにおいて2群間に差があり弁別力があつた。これらから、本研究で使用したSLE患者の療養上の困難の質問紙は尺度開発の可能性の示唆を得た。

Lazarusら²⁵⁾は、ストレスの認知評価に影響する要因として、新奇性、予測性、できごとの不確実性、差し迫った危険性、持続する時間等をあげている。さらに、Mishel²⁶⁾は、症状のパターンが一定で、その人にとって馴染みがあり、一貫性のある出来事は、不確かさの認知が低くなるとしている。SLE患者の療養上の困難としてあげられた第1因子の【療養に伴う心理的ストレス】は、日常生活においての家族に対する些細な気兼ねや、「将来への不安」、「病気の進行の不安」などの病気の不確かさを含む幅広いストレスであった。また、SLE患者が療養上の困難を高く認知していたのは、病気の進行に対する不安や、将来への不安といった病気の予測性につき難く、できごとの不確実性、

病気が長期間持続することから生ずる不安であった。これらのことから、看護介入では予測がつきにくく、不確実性からくる不安の軽減を図る支援が必要であるといえた。

第2因子の【身体的症状に伴う苦痛】および第3因子の【外見の変化への戸惑い】は、SLE患者に特有にみられる苦痛および、病気による害一喪失の体験からくるものと考えられた。橋本²⁷⁾は、SLE患者の特徴として、同じ病態を有していても、患者個々で臨床症状は多彩であり、個人差が大きいことをあげている。これらの指摘と同様に、SLE患者の療養上の困難の認知は、根治療法が望めず、出現する症状も多彩で個人差が著しいことを反映したものであり、出現する多彩な症状の緩和が求められていた。

第4因子の【経済と役割上の軋轢】は、初発年齢が20~30歳代の妊娠可能年代にある女性の病むことにより生ずる性役割を反映した因子であり、関川²⁸⁾の指摘する疾患の発症率の著しい性差から、環境要因や男女の社会的背景、生活習慣の差異などへの影響を示す、SLEに特有な療養上の困難であったといえる。また、慢性疾患は、経済的な負担が大きいことが特徴としてあげられている²⁹⁾。なかでもSLEは難病に指定され、いまだ根治療法が確定されておらず生涯療養を必要とする。再燃と寛解を繰り返すものの病気の進行は、職業の継続を困難にさせ、収入が不安定になることもある。さらに、介護のために家族が失業するという状況も起こりうる。専業主婦や非正規社員という雇用条件で働いている対象者にとって、病気療養に伴う経済的負担は、大きな療養上の困難として認知されることが今回の結果からも明らかとなった。また、この因子と関連があつた近親者の理解については、よく理解してくれるほど、社会生活上の負目や軋轢を認知しやすい状況があつた。福田³⁰⁾は、SLE患者が他者との関係性において病気の影響を最小にするために、「病気をみせる」「病気を見せない」を意図的に行う患者の体験を見出している。したがって、家族関係において患者自身が相手に対して、誠実・率直・対等な立場で自分の気持ちや意見をわかりやすく伝えられることが必要であると考えられた。

療養上の困難のトータルスコアと背景要因で関連があつたものは、年齢、性別、症状の有無、QOLであった。背景要因の中で、年齢は、患者の不安認知に影響を及ぼす要因として示され³⁰⁾、任ら³¹⁾は、ストレスの認知およびストレス反応に影響する要因を検討し年齢が若い群でストレスの認知が高いことを報告している。今回の結果も、若い対象者において療養上の困難を高く認知していた。性別では女性がより困難を認知し、性差により認知に差が生じていた。また、症状のある人は、療養上の困難を

高く認知し、SLEに伴う症状コントロールの必要性があった。さらに、療養上の困難と関連性が強くなっているQOLについては、看護介入のアウトカム指標として重要視されている。SLE患者が生涯にわたりセルフコントロールをするためには、療養上の困難の認知を低減させ、患者および家族のエンパワーメントを培える看護介入が必要であるといえた。具体的には、支援者に気兼ねや負い目を持ちやすい女性の立場を念頭に、介入時には、療養上の困難の関連要因としてあがった、年齢、性別を考慮し、症状のコントロールができるよう支援すること、さらに、患者自身がアサーティブな近親者との関係が築けるように支援する必要があるといえた。

3. 研究の限界と今後の課題

SLEは、かつては予後不良の病気であったが、治療方法の進歩により、長期に寛解導入が可能となり慢性に経過する病へと変化している。今後は、加齢や長期療養に伴う腎、脳、心肺、関節障害、悪性腫瘍などの合併症などが新たな問題とされている。今回の研究対象者は、主婦、パート勤務、正規社員等社会活動が可能な比較的コントロールが良好なSLE患者が多くなっていた。しかし、今回の対象者の平均年齢は46.8歳、さらに、60歳以上が15%を超えていて加齢傾向を示していた。そのため、年齢が高く症状が進行した対象では、機能障害がどのように生活行動を制限させているか、生活行動の制限が、どのように療養上の困難認知に影響を及ぼすかなどを把握し、これらを含め、療養上の困難についてさらに検討を加える必要がある。また、看護介入を考えるうえで健康行動に対して自己効力感を持っている人は、ストレス認知が低くなるとの研究成果⁹⁾もあることから、療養上の困難と自己効力感の関係を検討していくことも課題である。

療養中にもかかわらず本研究に快く協力して頂いた被調査者の皆様、調査にご協力下さいました病院関係者の皆様に深く感謝致します。

本研究は、平成17年度順天堂大学学長プロジェクト研究費および平成18年度医療看護学部共同研究費の補助を受け実施し、本研究の一部は、第29回日本看護研究学会（別府）において発表した。

文 献

- 1) 橋本博史：全身性エリテマトーデス臨床マニュアル、2-7、第1版、日本医事新報社、2006。
- 2) Lazarus R S, Folkman S.: Stress, Appraisal, and Coping, 1984, ストレスの心理学 第2刷, 実務教育出版, 14-23, 1992。
- 3) 宮松直美, 徳川早知子, 中野雅子, 他: 本態性高血圧患者におけるストレス認知の特徴, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 3(1), 70-74, 2005。
- 4) 鈴木久美, 小松浩子: 初めて病名を告知されて治療に臨む壮年期がん患者の認知評価とその変化, 日本がん看護学会誌, 16(1), 17-27, 2002。
- 5) 森本美智子, 高井研一, 中嶋和夫: 病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響, 日本看護研究学会誌, 28(2), 51-58, 2005。
- 6) 福田和明: 全身性エリテマトーデス女性病者の他者との関係性における体験, 日本看護科学会誌, 25(2), 56-64, 2005。
- 7) Hui-Chuan H, Chung-Tei C, Kuan-Chia L, et al.: The Relationships Between Disability Level, Health-Promoting Lifestyle, and Quality of Life in Outpatients With Systemic Lupus Erythematosus, Nurs Res, 15(1), 21-31, 2007。
- 8) Lash AA: Quality of life in systemic lupus erythematosus, Appl Nurs Res, 11(3), 130-137, 1998。
- 9) 有田祥子, 井上智子: 青壮年期女性 SLE 患者のセルフマネジメント定着化プロセスと看護支援に関する研究, 保健医療社会学論集, 18(1), 14-24, 2007。
- 10) Karlson, EW, Liang, MH. et al.: A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus, Arthritis Rheum. 50(6), 1832-1841, 2004。
- 11) 野川道子, 佐々木栄子: 自己免疫疾患患者の病気の不確かさとその関連要因, 日本難病看護学会誌, 8(3), 293-299, 2004。
- 12) 矢倉紀子: 難病患者の疾病受容過程に関する検討, 日本難病看護学会誌, 7(3), 172-179, 2003。
- 13) 川南勝彦, 藤田利治, 箕輪真澄, 他: 難病患者に共通の主観的 QOL 尺度の開発, 日本公衆衛生雑誌, 47(12), 990-1003, 2000。
- 14) Stoll T, Gordon C, et al.: Consistency and validity of patient administered assessment of quality of life by the MOS SF-36 ; Its association with disease activity and damage in patients with systemic lupus erythematosus, J. Rheumatol, 24(8), 1608-1614, 1997。
- 15) Thumboo J, Fong KY, et al.: Validation of the MOS SF-36 for quality of life assessment of patients with systemic lupus erythematosus in Singapore, J.Rheumatol, 26(1), 97-102, 1999。

- 16) 船内正憲, 玉置千勢, 山形俊昭, 他: 全身性エリテマトーデス患者の生活の質 (Quality of life, QOL) - 簡便法による予備的検討, *Jpn.J.Clin.Immunol*, 28(1), 40-47, 2005.
- 17) Ferrans CE: Development of a conceptual model of quality of life, *Sch Inq Nurs Pract*, 10(3), 293-304, 1996.
- 18) 青木きよ子: 在宅酸素療法患者の QOL の向上をめざしたアセスメント指標の開発, *日本看護科学会誌*, 18(3), 45-55, 1998.
- 19) 青木きよ子: 在宅酸素療法患者の Quality of Life と関連要因, *民族衛生*, 67(6), 277-290, 2001.
- 20) Lubkin IM., Larsen PD.: *Chronic Illness; Impact and Interventions*. 2002, クロニックイルネス 人と病いの新たななかかわり, 141-156, 医学書院, 2007.
- 21) 佐々木毅: 診断のポイントとベストの治療ガイドライン 全身性エリテマトーデス, *内科*, 93(2), 242-247, 2004.
- 22) 三森経世: リウマチ・膠原病診療チェックリスト 第1版, 文光堂, 1-200, 2004.
- 23) 浦上昌則, 脇田貴文: 心理・社会科学研究のための調査系論文の読み方 第1刷, 東京図書, 130-136, 2008.
- 24) 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二: 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連, *心身医学*, 36(6), 499-505, 1996.
- 25) Mishel, M.H: Uncertainty in chronic illness, *Annu Rev Nurs Res*, 17, 269-294, 1999.
- 26) 関川巖: 膠原病と性差医学 - SLE を中心として -, *リウマチ科*, 34(5), 573-578, 2005.
- 27) Strauss A L, Corbin F G, Maines S W, et al.; *Chronic Illness And The Quality of Life*, 1984, 南裕子監修, 慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点 第1版, 医学書院, 45-63, 1987.
- 28) 谷村千華, 森本美智子: 「病気関連不安認知尺度」の因子不変性に関する検討, *日本看護研究学会誌*, 31(1), 67-73, 2008.
- 29) 任和子, 中井義勝, 他: 入院患者のストレスとストレス反応に影響を及ぼす要因について, *保健医療行動科学年報*, 14, 150-166, 1999.
- 30) Karen G., Barbara KR., Frances ML., (Eds): *Health Behavior and Health Education ; theory research and practice*, 2002, 曾根智史, 湯浅資之, 渡辺基, 他訳, 健康行動と健康教育 理論 研究 実践 第1版, 医学書院, 50-73, 2006.

Original Paper

Summary

Systemic Lupus Erythematosus Outpatient-Perceived Problems with Convalescence and Related Factors

Purpose: To clarify the problems with convalescence perceived by patients with systemic lupus erythematosus (SLE patients) and the factors associated with them.

Method: A self-reporting questionnaire survey was conducted on 162 SLE patients visiting university hospitals in the metropolis. The questionnaire contained 16 questions related to the perceived problems with convalescence and the factors associated with them; 116 valid responses were analyzed.

Results:

1. The characteristics of the subjects enrolled in this study were as follows: average age, 46.8 years; 90% of the subjects were females, indicating a large gender difference; the disease duration was five years or longer; most of the subjects were occupied as housewives or non-permanent employees; a significant proportion was receiving specified-disease medical expense aid. In terms of self-care activities, a high percentage of the patients visited the hospital to undergo routine medical examinations and regularly took the prescribed medications.
2. Among the perceived problems with convalescence, in a high proportion of the cases, they were related to the uncertainty of the clinical course of the disease; e.g., anxieties about the pattern of disease progression and about the future. From the answers to Item 16 focusing on factor analysis of our questionnaire, four factors were extracted: [psychological stress associated with convalescence], [pain caused by physical symptoms], [anxiety about changes in appearance], and [struggle against economic suffering and the role in society].
3. The G-P analysis of perceived problems with convalescence revealed significant differences between each two groups in the total scores as well as the scores for the four factors. In addition, the results suggested that the age, gender, presence/absence of symptoms and the QOL were factors that were significantly related to the perceived problems with convalescence.

Discussion: A strong correlation was observed between the problems with convalescence perceived by the patients and the QOL; therefore, it is suggested that an attempt to alleviate perceived problems with convalescence is essential to sustain and improve SLE patients' QOL.

Key Words : systemic lupus erythematosus (SLE) patients, problems with convalescence, factors associated with the perceived problems, evaluation of perceived problems, QOL

AOKI Kiyoko, TAKAYA Mayumi, TANABE Masami, TAKASAKI Yoshinari

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.40-44 (2009)

ピアノ演奏習熟度別初見課題遂行時における
脳神経活動に関する NIRS を用いた調査

A Near-Infrared Spectroscopy-based Study of Cranial Nerve Activity during
Music Sight-Reading Practice, by Level of Piano Performance Proficiency

中 島 淑 恵 *1 市 江 雅 芳 *2
NAKAJIMA Yoshie ICHIE Masayoshi

要 旨

近年、音楽の聴取時における、生理学的指標、高次脳機能の測定による研究が行なわれてきているが、能動的な音楽活動に関する研究はまだ少ない。今回は、演奏活動は、高次の脳神経活動を活性化するのか研究を行った。神経活動の評価には、脳血流成分を非侵襲的に連続測定することが可能な近赤外分光法 (NIRS) を用い、ピアノ演奏における前頭前野の変化を測定した。

対象は、音楽の専門教育を受けたことのある被験者14人を、ピアノの演奏能力により上級者群と初級者群に分類した。課題には初めて見聞きする曲を準備し、課題1では各群の演奏習熟度に応じた1曲を、課題2では曲の難易度を変えた各群共通の3曲をそれぞれ演奏した。初見の課題を繰り返し演奏する場合、初級者では、繰り返し演奏する時に酸素化ヘモグロビン (oxy-Hb) は増加し、前頭前野の神経活動が活性化すると考えられた。上級者では、タスク時の oxy-Hb 値に大きな変化はなく、前頭前野の神経活動は活性化していないと考えられた。難易度の異なった曲を演奏する場合においては、初級者では難易度が上がるとともに oxy-Hb 値が増加したが、上級者では課題1と同様に、タスク時における oxy-Hb 値は増加しなかった。

要 引 用 語：近赤外分光法、前頭前皮質、初見、ピアノ演奏、習熟度別

Key Words : NIRS, Prefrontal Cortex, sight reading, piano performance, skill level

I. はじめに

近年、音楽療法は広く認知され、代替補完療法の一つとして医療に用いられることも出てきた。その効果に関する評価は、研究者の専門性により様々な解釈が行われ、療法を受けた対象者の感情や行動に変化が認められても、科学的に根拠を実証することが困難であるとされている。今後、音楽療法が日本の医療現場で広く応用されるためには、医学的な手法により客観的なデータを提示し、音楽の効果に関する多くの臨床研究が必要になると考えられる。

現在、国内外を問わず音楽療法のセッションには、能動的な音楽活動が多く取り入れられている。音楽聴取の場合に比べ、演奏時の高次脳機能などの評価は困難で先行研究が少ない。音楽聴取時における研究報告では、fMRI や PET を使用して、高次脳機能や生理学的指標の評価が試みられている。長谷川¹⁾は、ピアノ演奏の経験が豊富な被験者に対し、ピアニストが演奏している映像を提示して、大脳のどの部位が活性化するか、fMRI で計測を行なった。その映像を見ることで演奏熟練者は、頭頂葉、前運動野、補足運動野、視覚野、前頭頂葉、下前頭回、上側頭回等領域における神経活動の活性化を示した。この研究は、演奏技術の習得や演奏経験の蓄積により、視覚的情報のみで大脳皮質の多くの神経活動が活性化すると報告している。音楽を演奏する経験は、脳神経活動に何らかの影響を与えている可能性があり、演奏熟練者と非熟練者における神経活動は異なる、と考えられる。

*1 順天堂大学医療看護学部

*2 東北大学未来科学技術共同研究センター音楽音響医学創製分野

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

*2 Tohoku University New Industry Creation Hatchery Center(NICHe)

(Nov. 28, 2008 原稿受領)

音楽活動に関連する高次脳機能を研究する上で、有力な実験機材とされる fMRI や PET であるが、楽器演奏等の身体運動を伴う研究には適していない。そこで、近年普及している近赤外分光法 (NIRS: near-infrared spectroscopy) を用い、音楽演奏時の脳循環動態を人体に非侵襲的な方法で、リアルタイムに計測した。NIRS は fMRI や PET と同様に、脳局所活動領域の血流変化を利用し、脳内ヘモグロビン (Hb) の濃度変化を測定し、皮質表層の活動を捉えることが出来る。神経活動と血流変化の関連は、神経血管カップリング理論により評価することができる。しかし、NIRS は神経活動の局在や活動の抑制を評価することは難しい。

本研究では、演奏能力別に被験者を分類した課題曲を提示し、演奏による前頭前野の酸素化ヘモグロビン (oxy-Hb) 濃度の変化を、NIRS を用いて部分的な大脳皮質の神経活動を評価した。ピアノ演奏は手指の運動を伴うため、相当する運動野の神経活動は活性化すると考えられる。前頭前野の機能の全容は解明されていないが、運動神経や感覚神経を活用する演奏課題では、前頭前野が高次機能の連合野として活性化することが予測される。

II. 研究目的

本研究では、異なる要素を持つ課題曲を提示し、繰り返してピアノ演奏を行う際の前頭前野の神経活動を計測し、能動的音楽活動が前頭前皮質の神経活動を活性化するか、演奏の習熟度により異なるか評価した。

III. 方 法

1. 対 象

音楽大学出身でレッスン受講歴がある、ピアノや音楽の専門教育を受けた経験がある、右利きの健常成人で、不整脈等心疾患の既往がない者とした。利き手は「H.N 利き手テスト」(1975)にて判定した。被験者は、男性4名、女性10名、計14名。19歳～53歳(平均30.4±9.9歳)で、音楽歴や既往歴を聴取し、本研究の目的と内容を書面及び口頭で説明後に同意を得て実験を行った。

2. 課 題

予備実験では、提示された演奏課題の難易度により前頭前野で測定した oxy-Hb の変化量が異なっていた。よって、本実験では演奏能力により上級者と初級者の2群に分け、課題を新曲視奏することとした。新曲視奏とは、今まで演奏した経験が無い初めて聴く曲を、楽譜が提示された後、直ちに演奏する方法のことである。課題は、拍子、テンポ、調性に偏りがないよう選曲し、音楽家の監修を仰いだ。

1) レベル分類

佐藤ら²⁾の初見演奏用教本より選曲した16小節の小曲を20秒間予見(演奏前に提示された曲を読譜する)し、メトロノームをテンポ120に設定して新曲視奏を行なう。テンポ保持、旋律の流れ、ミスタッチの有無により、点数化し演奏習熟度を判定した。

上級者群と初級者群は各7名で、上級者群は、年齢34.7±12.1歳、専攻楽器はピアノで経験年数が27.3±14.3年間であった。初級者群は、年齢26±6.2歳、専攻楽器はピアノ1名、フレンチホルン5名、バイオリン1名であり、ピアノ以外は単旋律楽器であった。被験者群のピアノの経験年数は9.3±4.1年間で、他専攻楽器の経験年数は15.3±5.8年間であった。

2) 課題 1

ピアノ演奏習熟度別に準備した1曲²⁾を新曲視奏する課題である。タスクはピアノ演奏とし、レストは譜面台上に提示した一つの単語を見ることとした。NIRSによる測定では、安静時の oxy-Hb 値を基準値としてベースラインを設定し、タスクによる oxy-Hb の相対的な変化が計測できるプロトコルを組む必要がある。よって、60秒のレストの後に、「タスク60秒レスト60秒」を1セットとし3回実施した。

3) 課題 2

ピアノ演奏習熟度が異なる2つの群で、同一の3曲²⁾を新曲視奏する課題である。タスク、レスト、ベースラインの設定は課題1と同様として、ベースラインの測定後、難易度が異なる3曲を順番に提示し、「タスク60秒レスト60秒」を1セットとし2回実施した。難易度は1曲目が初級用、2曲目が中級用、3曲目が上級用とした。

3. 測定方法

1) 実験環境

実験は防音室(ヤマハ製、アビテックス)で行なった。普通騒音計(小野測器、LA-1350)を使用し、計測レンジ「20-100dB」で環境音を測定。環境音圧レベルが56～58dB、演奏時音圧レベルが83～85dBとなるように設定した。なお、室内環境及び音環境を一定に保つため、空調は24度に設定した。また、左右のスピーカーから3mのクロスポイントに頭部が位置するよう椅子を配置した。

2) 音響機材

- (1) 電子ピアノ (P-80W: ヤマハ製)
- (2) プリアンプ (アキュフェーズ製、C-2800)
- (3) アンプ (アキュフェーズ製、P-7000)
- (4) スピーカー (パイオニア製 S-1EX, 再生周波数帯域 28 Hz～100 kHz)

3) 実験機材

脳機能イメージングとして NIRS (光トポグラフィ: 日立メディコ製, ETG-4000 24チャンネル解析) を用いた。近赤外光波は700~1000nm の波長を持ち, 可視光より波長の長いものである。近赤外光の長所は, 生体組織内で強く吸収され, 皮膚, 骨, 筋肉などの組織に対する生体透過性も高い。一方, 水の影響を受けやすく, 光は組織内で吸収, 散乱を繰り返し頭皮上へ戻ってくる。本機では, S/N 比を最小限にするため開発された, 695nm と 830nm の 2種類の近赤外光を使用している。赤外光照射プローブならびに光受容プローブは 3 cm 間隔で配置し, 神経活動を観察する部位に固定する。それにより, 酸素化ヘモグロビン (oxy-Hb), 脱酸素化ヘモグロビン (deoxy-Hb), そして両者の和である総ヘモグロビン (total-Hb) の濃度変化を空間的, 時間的に計測する。本研究では oxy-Hb を指標として用いることとした。測定された値は, 安静などのレスト状態のデータを利用してベースラインを作成し, そのベースラインの基準からの血中ヘモグロビン (Hb) の濃度変化量 (mM*mm) を算出し記録される。プローブは, 3×3 の格子状に配置されたものを 2 枚配列し, 18本のプローブを左右の前頭部に固定した。固定位置は, 脳波記録の電極を配置する際に用いられる国際10-20法 (Jasper, 1958)¹⁾ に従い, 前頭前野の位置に相当する Fp1 と Fp2 を起点とした。分析には, 正中前頭部の位置に相当する Fz 周囲の左右のチャンネルから2箇所抽出しデータを解析した。0.1

秒ごとに記録されたデータは, テキストファイルとして出力し, SPSSver.17で分析を行った。課題 1 では t 検定, two-way ANOVA を用い, 課題 2 では t 検定, one-way ANOVA により検定を行なった。各データの有意確率は 5% とした。

IV. 結 果

1. 課題 1

課題 1 は, 初級者, 上級者, 各群の演奏習熟度に相当した 1 曲を 3 回繰り返し演奏する課題である。1 曲を繰り返し演奏した時の oxy-Hb の変化を図に示し分析した (図 1)。

1) 初級者

1 回目, 2 回目, 3 回目と繰り返すごとに oxy-Hb は増加したが, 有意差はなかった。

2) 上級者

1 回目の演奏より 2 回目で oxy-Hb は増加したが, 有意差は無かった。2 回目の演奏より 3 回目で oxy-Hb は減少したが, 有意差は無かった。

3) 初級者と上級者間の比較

繰り返し回数による初級者と経験者の oxy-Hb の変化には, two-way ANOVA にて検定を行ったが, 有意差は無かった。

2. 課題 2

課題 2 は, 初級者と上級者で同じ課題 3 曲を, 2 回繰り返して演奏した。曲 1 が初級, 曲 2 が中級, 曲 3 が上級の難易度であった。課題毎に繰り返しの oxy-Hb の変化を調査し, 各群の変化を検討した (図 2)。

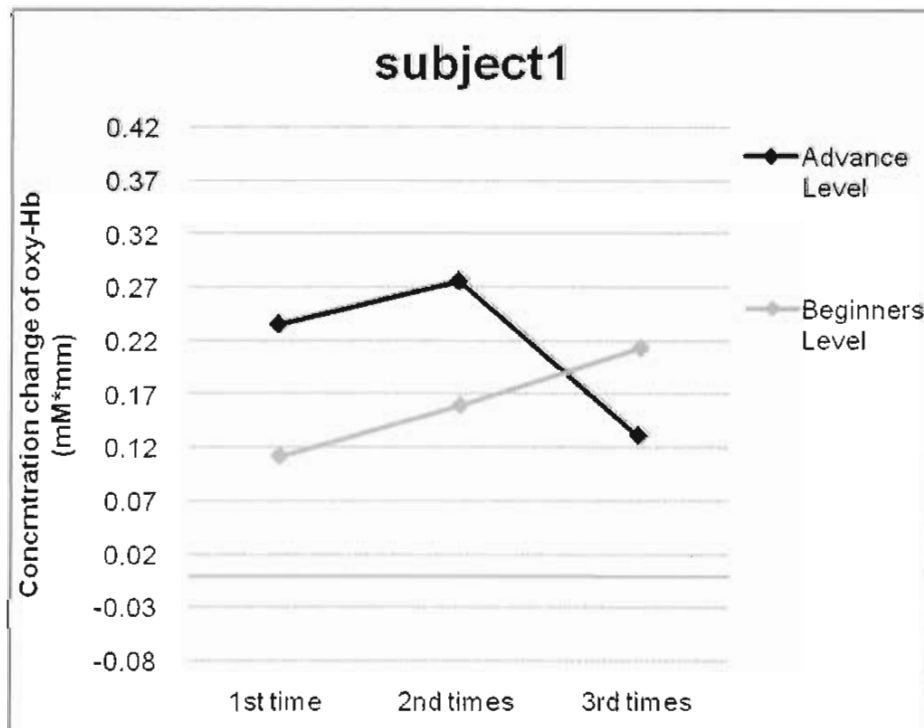


図 1 課題 1 における酸化ヘモグロビン (oxy-Hb) 変化量

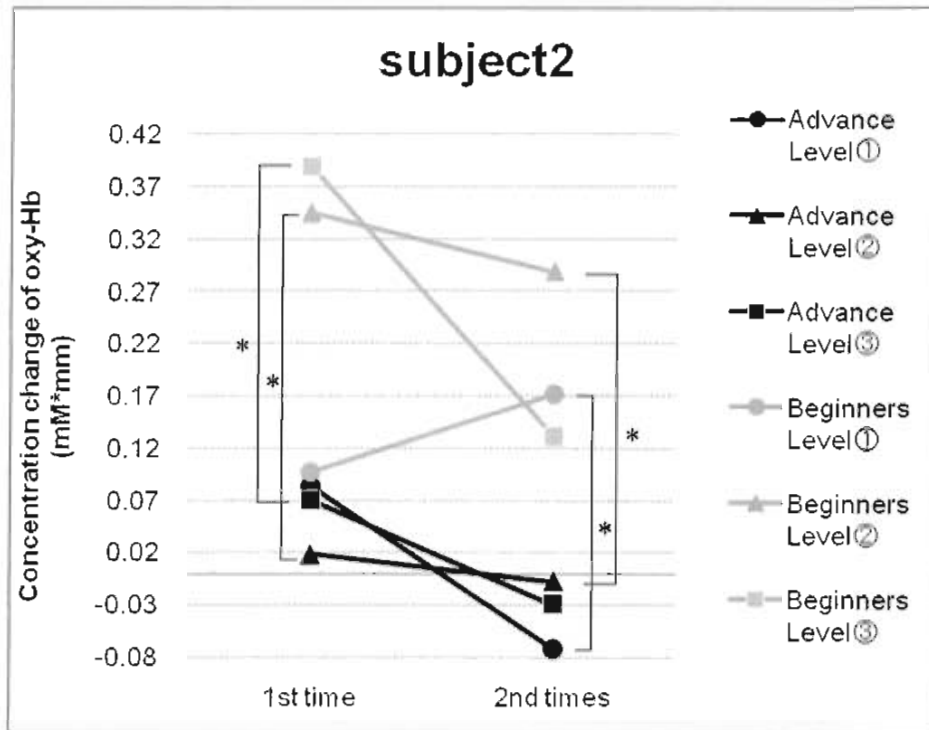


図2 課題2における酸化ヘモグロビン (oxy-Hb) 変化量 * : P<0.05

1) 初級者

曲1では2回目の演奏時に oxy-Hb が増加したが、有意差は無かった。曲2では2回目に減少したが、有意差は無かった。曲3では2回目に有意に減少した。また、全曲で2回目の演奏時に oxy-Hb が安静時より高い値を示した。

2) 上級者

全曲で2回目の演奏時に oxy-Hb が減少したが、1回目の演奏時との有意差は無かった。全曲で2回目の演奏時に oxy-Hb が安静時より低い値を示した。

3) 初級者群と上級者群での比較

曲1で初級者は、2回目演奏時に上級者より有意に高い値を示した。曲2で初級者は、1回目、2回目演奏時に上級者より有意に高い値を示した。曲3で初級者は、1回目演奏時に上級者より有意に高い値を示した。また、全てのタスクで、初級者は上級者よりも oxy-Hb が大きな値を示した。

V. 考 察

NIRS 計測による oxy-Hb の変化を、脳の神経活動指標として考察するためには、その関連性について明らかにしなければならない。まず、神経活動が活性化することにより局所脳血流量 (rCBF) が増加し、その結果 total-Hb が上昇する事は明らかになっている。また、fMRI と NIRS の同時計測にて、両者が示した神経賦活とされる信号は良

好な相関を示す¹⁾と報告されている。しかし、NIRS は、時間分解能で脳派計測に劣り、空間分解能や深部到達性で fMRI や PET と比べ劣るため、皮質の機能局在を論じることが不可能である。しかし、能動的音楽活動を行なう高次脳機能の評価として非侵襲的で、動作を伴う活動中にも計測ができ、機器の騒音も伴わない、という点で非常に優れた方法であると考えられる。

課題1は、同じ曲を繰り返し演奏するタスクだが、NIRS による計測では、運動・感覚刺激系のタスクで慣れが生じることにより、oxy-Hb は減少するといわれている。本研究でも、繰り返しとともに oxy-Hb は減少すると思えたが、初級者は演奏習熟度に相応する曲を演奏したとき、演奏を繰り返すことで頭前野が活性化することが示唆された。

また、上級者では、ベースラインとした安静時に比べ演奏することで oxy-Hb は顕著に増加しなかった。音楽学習は、知覚的な組織化を容易にし²⁾、ピアノ熟練者は、読譜により聴覚表象を形成する³⁾といわれる。知覚的な組織化とは、読譜から曲を演奏する上で必要な、あらゆる情報を認知し、進行を予測し、実行できる技能である。また、聴覚表象とは、記譜された音符から、具体的な音としてイメージ化されている状態である。前頭前野は動作の概念化、プランニングなどの注意行動で賦活化するとされる⁴⁾。上級者は、初見演奏することで前頭前野の神経活動は活性化せず、rCBF は増加しなかったことが示唆される。

課題 2 では、3 段階の難易度の曲を用い課題を行った。演奏習熟度に相当した曲を演奏することは、難易度の低い簡単なものに比べ前頭前野の活性化を促す⁹⁾とされている。予備実験では同様に、習熟度に相当した曲を演奏した時に oxy-Hb が増加し、また、それ以上の課題では減少する傾向が認められた。しかし、本研究で分類した習熟度別で見ると、初級者は、1 回目の演奏時に易しいものより難しい課題で oxy-Hb が増加していた。上級者では、実験 1 と同様に oxy-Hb は演奏により変化がなく、曲による変化も明らかではなかった。2 回目の演奏では、安静時より全ての曲で oxy-Hb が減少する現象が確認できた。

これまでの先行研究では、音楽経験や専門教育を受けた経験があるものは、音楽聴取の行為であっても、腹側線状体、下前頭回、前上島、扁桃核、海馬、海馬傍回が賦活化すると報告されている¹⁰⁾。NIRS では、測定プローブの範囲外である深層の皮質神経活動は反映されないため、今回は前頭前野以外の神経活動は観察できない。しかし、先行論文で報告されている、音楽を聴取することにより賦活化されている部位は、演奏時にも変化が起きていると考えられる。今回は、初級者において初見課題時は易しいものより難しい課題で前頭前野が活性化し、上級者では初見課題では前頭前野が活性化しないことが示唆された。被験者数が少ない中での比較であったため、今後は更なるデータを蓄積し追加調査を行っていく必要がある。

VI. 結 論

ピアノ演奏が初級の被験者では、初見演奏で前頭前野の神経活動が活性化し、2 回程度の繰り返しでは活性が持続する。一方、演奏上級の被験者では、初見演奏課題で前頭前野の神経活動は活性化しないため、創造的な活動や好みの楽曲の演奏などの音楽活動が適しているのではないかと推測された。

本研究の結果により、今後の音楽療法の実施や、楽器未経験者の演奏活動支援に応用して行きたい。

謝 辞

本研究を終えるにあたり、実験に協力いただいたボランティアの皆様、選曲に助言くださいました聖徳大学の山田准教授に心より感謝いたします。

引用文献

- 1) 長谷川武弘：ピアノ演奏動作認知時の模倣機能に関わる神経機構の検討—functional MRI 研究—, 感性福祉研究年報, 4, 63-68, 2004.
- 2) 佐藤 暢宏, 白川 雅樹：よくわかるピアノ初見トレーニング, 財団法人ヤマハ音楽振興会, 10, 18, 63, 116-117, 1998.
- 3) 保坂千里：ピティナ・ピアノステップ曲集 2, 全音楽譜出版社, 20, 35, 2000.
- 4) 佐藤光源, 松岡洋夫編集：最新臨床脳波学, 普及版第 1 版, 2-37, 浅倉書店, 2006.
- 5) 柏倉健一：機能的 MRI と光トポグラフィの同時計測, 日本小児放射線学会雑誌, 20(1), 24-31, 2004.
- 6) Rudolf E Radocy, J. David Boyle: Psychological Foundations of Musical Behavior, 1979, 徳丸吉彦, 藤田美美子, 北川純子. 音楽行動の心理学 第10版, 262-290, 音楽之友社, 1985.
- 7) 増田清香, 片平健太郎, Dilshat Abla, 他：音楽熟練者における聴覚表象の形成, 認知神経科学, 6(2), 63, 2004.
- 8) Joaquín M : The Prefrontal Cortex : Anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe, 2005, 福居顕二. 前頭前皮質 前頭葉の解剖学, 生理学, 神経心理学, 第 3 版, 239-240, 新興医学出版社, 2006.
- 9) Keiji Hashimoto Shoko Tategami Takatsugu Okamoto et al : Examination by Near-Infrared Spectroscopy for Evaluation of Piano Performance as Frontal Lobe Activation Task, Eur Neurol, 55, 16-21, 2004.
- 10) 亀山正樹, 福田正人, 伊藤誠, 他：気分障害の局所脳血流量変化—多チャンネル NIRS による検討—, 臨床脳派, 48(2), 206-211, 2006.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.45-52 (2009)

認知症高齢者の入院に伴う介護家族の負担感の変化

Characteristics and the Change of Family Caregiver Burden in a Ward for the Elderly with Dementia who has Physical Complications

杉山 智子*
SUGIYAMA Tomoko

湯浅 美千代*
YUASA Michiyo

高橋 典代*²
TAKAHASHI Noriyo

要旨

本研究の目的は、高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院している認知症患者を介護する家族にインタビューを行い、「入院前の介護家族の負担感」と「入院後の介護家族の負担感」の変化について、それぞれの特徴を比較し、明らかにすることである。研究方法は、半構造化面接を実施し、逐語録とした。分析は入院前、入院後それぞれの介護家族の負担感についてコード化し、カテゴリーを抽出した。その結果、入院前の介護家族の負担感【十分なケアや治療を受けるために努力を強いられる負担感】、【身体疾患の出現・悪化の不安】、【精神症状への対応困難】、【入院させることへの罪悪感や葛藤】、【周囲や病院・施設への気遣いに伴う負担感】、【一人で介護を担う状況に伴う負担感】、【介護と介護家族の健康問題による身体的負担感】、【介護の未熟さに伴う負担感】の8つのカテゴリーが抽出された。入院後の介護家族の負担感【退院先を決める負担感】、【病院のケアや治療への不満や不安】、【患者の身体症状の悪化を予測した不安】、【面会に関する負担感】、【入院に伴う縛られ感】の5つのカテゴリーが抽出された。入院後、介護家族の負担感【質的な変化を伴い存続していることが明らかとなり、入院後、負担感に焦点をあてた家族ケアが必要であると考えられた。】

索引用 語：認知症、負担感、介護家族、高齢者、身体合併症

Key Words : dementia, burden, family caregiver, elderly, physical complication

I. はじめに

認知症高齢者の在宅介護は虚弱高齢者や他の疾患をもつ高齢者の介護よりも介護負担が大きいことが知られている¹⁾。在宅介護者の介護負担軽減目的のショートステイや通所系サービスが充実し、それを併用することによって介護負担が軽減するといわれている²⁾。しかし、それは一般的なもので家族の負担感が全てなくなるわけではない。例えば、高齢者が施設に入所しても家族の介護は継続するといわれる。実際、高齢者が施設に入所した後も介護する家族の精神的健康度は下がった状態が続くことが明らかになっている³⁾。では、認知症高齢者が治療のため

に病院に入院する場合の介護家族の心情はどのようなものだろうか。治療してもらえ安心感や実際の介護の負担がなくなることから心身ともに負担感が減ることが予測される。しかし、施設入所の調査と同様、負担感が続くことも考えられる。さらに、治療に関連した負担のほか、入院中のADLの低下から介護の内容や量の変化などのため退院後に新たな介護の問題が生じること、それゆえ退院先を探す必要が生じる⁴⁾など、介護家族の負担は容易に軽減されないことが予想される。

そこで、身体合併症を有する認知症患者が入院した際に介護家族の負担感はどうに変化するのか、入院前後の負担感の特徴を比較して明らかにし、看護の課題を明確化したいと考えた。

II. 研究目的

高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院している認知

*1 順天堂大学医療看護学部

*2 順天堂大学医学部附属順天堂大学東京江東高齢者医療センター

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

*2 Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center

(Nov. 28, 2008 原稿受領)

症患者を介護する家族の「入院前の介護家族の負担感」と「入院後の介護家族の負担感」の変化について、それぞれの特徴を比較することから明らかにする。

Ⅲ. 用語の定義

介護家族：入院前に認知症患者の介護をしており、入院後も面会をしている家族員。

負担感：心境や不安などを含む実際の負担。身体的、精神的、社会的、経済的、心理的な不安・不満などネガティブな気持ち。

入院前：患者が現在入院している病院に入るまでの期間。

入院後：対象患者が入院して2週間以内の期間。なお、2週間以内と設定した理由は、入院初期の時期にあたり、介護家族が入院前と入院後の両時点の心境について語るができると考えられたためである。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者：高齢者専門病院の高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院した認知症患者の介護家族のうち、研究協力の承諾が得られた者7名。なお、対象病棟の特性として、入院期間は概ね3か月と設定されている。また、入院時、介護家族には、洗濯物の引き取りや衣類、おむつ類の補充を行うために週に1度は来院してほしい旨が伝えられている。付き添いは臨終が予測される時期など特別な場合のみ許可される。閉鎖病棟であり、出入りや荷物の管理は鍵を必要とし、患者は広いリビングルームで日中を過ごしている。

2. 調査期間：平成19年8月から平成20年2月

3. 調査方法：面接ガイドを用いた半構造化面接

当該病棟に設置されている面談室にて実施した。対象者には病棟管理者より事前に研究依頼書とともに面接ガイドを提示した。また、了承がとれた対象者のみ機器を用いて録音を行った。面接時間は30分と設定し延長しないよう配慮した。対象者が希望する場合は他の家族員が同席する場での面接とした。

4. 面接ガイド：面接ガイドは以下の通りである。

- 1) 患者様が入院して、どのような気持ちになりましたか？
- 2) 以前、現在、今後とそれぞれ不安なことはありますか？それはどのような内容ですか？
- 3) 看護師や看護助手が行うケアに対して期待することがあったら教えてください。

5. 分析方法

記録は逐語録とした後、入院前と入院後の負担感についてそれぞれ分析した。分析は、類似した意味のまとまりごとにコード化し、カテゴリーを抽出した。カテゴリーは一

旦、第一著者が抽出した後、共同研究者と共に確認をし、精度を高めた。

6. 倫理的配慮

順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会にて承認を受けた後に研究を開始した。主な配慮点は、まず、対象者には入院から2週間以内に病棟の管理者である共同研究者より研究の趣旨を口頭ならびに文書にて説明して研究協力を依頼し、同意が得られた後に面接日を対象者の都合のよい日に設定した。面接にあたって、面接を実施する研究者から、面接は途中退席・発言拒否も可能であること、面接終了後でも撤回は可能であることを面接開始前に口頭ならびに文書にて説明をし、本人から口頭にて研究協力の承諾と同意文書への署名を得た上で実施した。なお、録音は許可を得られた場合に限り実施し、録音データについては研究終了後に処理を行った。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の属性

本研究の対象者である介護家族の属性を表1に示す。対象者の年齢は、50歳代から70歳代にわたり、平均年齢は66.3歳であった。また患者の年齢は、60歳代から80歳代であり、平均年齢は76.7歳であった。対象者と患者との関係は妻が5名、娘が1名、嫁が1名であり、全員が女性であった。患者は全員認知症の診断を受けていた。入院後、認知症と身体合併症の精査、治療が行われた。また、施設からの入院1名のほか6名は自宅からの入院であった。退院先の予定は未定であるが、この時点で自宅希望4名、施設希望2名、施設へ戻る1名であった。

2. 入院前の介護家族の負担感の内容

入院前の負担感について、表2より合計73コードから22のサブカテゴリー、8つのカテゴリーにまとめられた。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〔 〕で示す。

1) 【十分なケアや治療を受けるために努力を強いられる負担感】

このカテゴリーは、〔入院先や施設で介護を求められる負担感〕、〔満足いくケアや治療を提供することのできないジレンマ〕、〔受け入れ先を探す負担感〕の3つのサブカテゴリーからなり、他医療施設や介護施設では受診、入院する場合に付き添いを求められる、看護師や介護スタッフが行う日常生活ケアに介護家族も協力しなければならないなどの体験であった。

2) 【身体疾患の出現・悪化の不安】

このカテゴリーは、〔緊急時の受け入れ困難の体験〕、〔入院までの対応負担〕、〔生命を預かるプレッシャー〕と

表1 対象者の属性 (N=7)

	年齢	性別	患者との続柄	患者の年齢	患者の性別	患者の疾患	入院前居所	退院後の希望
A	70歳代	女性	養子の嫁	80歳代	女性	脳血管性認知症 心不全 糖尿病	自宅	施設
B	70歳代	女性	妻	70歳代	男性	アルツハイマー型認知症 肺炎	自宅	自宅
C	50歳代	女性	娘	80歳代	女性	アルツハイマー型認知症 肺炎	施設	施設
D	70歳代	女性	妻	70歳代	男性	アルツハイマー型認知症 浮腫	自宅	自宅
F	60歳代	女性	妻	70歳代	男性	認知症 うつ病 高血圧	自宅	施設
F	60歳代	女性	妻	60歳代	男性	前頭側頭型認知症 高血圧	自宅	施設
G	70歳代	女性	妻	70歳代	男性	アルツハイマー型認知症 肝臓	自宅	自宅

〔症状が安定しない状況への不安定感〕の4つのサブカテゴリーからなる。患者が健康状態を介護家族に明確に訴えることができず、患者の健康管理を引き受けなければならないことに伴う負担感や、患者の身体疾患の出現・悪化の際の受け入れ先がない現状での負担感が語られていた。

3) 【精神症状への対応困難】

このカテゴリーは、〔患者のBPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) に対する対応困難〕、〔薬物コントロールの難しさ〕の2つのサブカテゴリーからなる。これは、認知症高齢者の精神症状に対する対応や薬物コントロールを介護家族に強いられている現状が語られたものであった。

4) 【入院させることへの罪悪感や葛藤】

このカテゴリーは、〔入院させることへの罪悪感〕と〔将来への不安〕の2つのサブカテゴリーからなる。これは、入院待機の間にもう少し在宅介護を継続できるかもしれないという感情や患者が嫌だと思われる入院を介護家族自身が決定したことへの精神的負担感であった。

5) 【周囲や病院・施設への気遣いに伴う負担感】

このカテゴリーは、〔施設や病院への申し訳なさ〕と〔迷惑をかけているという思い〕の2つのサブカテゴリーからなる。患者が認知症に伴うBPSDなどの症状をもっていることで周囲や施設、一般病院でうける反応から迷惑や申し訳なさを抱えることでその場にいることへの負担感を示していた。

6) 【一人で介護を担う状況に伴う負担感】

このカテゴリーは、〔協力が得られない状況による負担感〕、〔介護家族自身の健康不安による介護継続を断念する

可能性への不安〕、〔サポート不足による介護継続の断念の可能性への不安〕と〔社会的交流の断絶〕の4つのサブカテゴリーからなる。これは、周囲や家族員が不在または別居という現状や自身の健康問題から、介護家族自身が何かあったら患者は今後どうなるだろうかという負担感や不安を示した。

7) 【介護と介護家族の健康問題による身体的負担感】

このカテゴリーは、〔介護における身体的負担〕、〔介護家族自身の新たな身体疾患の出現による負担感〕と〔在宅介護継続による疲労蓄積〕の3つのサブカテゴリーからなる。これは、介護による疲労蓄積や介護家族自身の疾患に伴う身体的負担感である。

8) 【介護の未熟さに伴う負担感】

このカテゴリーは、〔介護の未熟さによる身体的負担〕と〔介護の未熟さによる精神的負担〕の2つのサブカテゴリーからなる。これは、在宅で行っていた介護方法が自己流であることで身体的な負担となっていたり、未熟な故に介護できなかつたり、施設職員から指摘されることで自責的になっていたりするという負担感であった。

3. 入院後の介護家族の負担感の内容

入院後2週間以内の気持ちや心境についての語りを分析した。表3より合計47コードから18のサブカテゴリー、5つのカテゴリーにまとめられた。

1) 【退院先を決める負担感】

このカテゴリーは〔退院までに期限があることによる負担感〕、〔受け入れてくれる施設を探さなければならない負担感〕と〔在宅介護を引き受けなければならない負担感〕の3つのサブカテゴリーからなる。これは、身体疾患や精

表2 入院前の介護家族の負担感の内容

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
入院していても介護を継続する状況 入院先で介護を強いられる 他の病院で介護家族のケアが求められる 施設での介護を手伝わざるを得ない状況	入院先や施設で介護を求められる負担感	十分なケアや治療を受けるために努力を強いられる負担感
身体疾患が悪化した際の受け入れ病院が選択できない不安 入院期間を制限される(完全に治らないまま退院を余儀なくされる) 入院先で思うような介護を受けられなかったことによる症状出現のショック 十分なケアを提供してもらえない 一般病院の入院でADL低下した現状へのショック	満足いくケアや治療を提供することのできないジレンマ	
入院前にいた施設に戻れない 入院前にいた施設での対応がない	受け入れ先を探す負担	
緊急時に受け入れを拒否される 緊急時に受け入れる病院がみつからない 緊急時にどの病院でも受け入れてもらえるわけではない現実への落胆	緊急時の受け入れ困難の体験	身体疾患の出現・悪化の不安
入院したい時にすぐにできない	入院までの対応負担	
緊急時にいつでも対応しなければならない 自宅で患者の健康管理の責任を負うこと (自宅で)患者が本当に体調が悪いかわからない 身体症状の変化を察して受診させること	生命を預かるプレッシャー	
身体症状が安定しない 身体症状によるADL低下の不安 精神症状を受け止めなければならない負担 身体合併症を抱える不安感 身体症状が悪化していく状況への不安感 症状の進行を受け止め続ける負担 ADLが低下していた現状へのショック	症状が安定しない状況への不安定感	精神症状への対応困難
介護拒否や暴言への対応に対する苦慮、徘徊や放尿への対応を常になさなければならない身体的精神的負担感、介護拒否の対応への苦慮、昼夜逆転による介護家族の生活の乱れ(身体的)、大声への対応に対する苦慮、常に目を離せないという緊張感、入眠障害に対する常時監視の精神的負担、介護家族の睡眠中断による身体的負担、患者の要求への対応に関する苦慮、症状(暴言や拒否)が出現しないように意識的に配慮する、行方不明になる精神的負担、患者が思い通りにならない状況への負担感、患者の容赦ない暴言を受けとめ続ける負担	患者のBPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) に対する対応困難	
自分で薬物(服用)と与薬するタイミングを見計らえないといけない負担感、薬物療法のコントロール不良による予測困難な行動に対する不安	薬物コントロールの難しさ	
患者が入院への抵抗感を抱えていることへの気づき 在宅介護の終了符を打つかの葛藤	入院させることへの罪悪感	入院させることへの罪悪感や葛藤
介護継続による先行きがみえない負担感 患者の行き場がないことへの不安	将来への不安	
(常に徘徊し、転倒事故を起こすなど)施設への迷惑がかかっていること、精神症状出現による他者や施設に対する迷惑、入院期間が長くなることへの申し訳なさ	施設や病院への申し訳なさ	周囲や病院・施設への気遣いに伴う負担感
近所に迷惑がかかっている精神的負担感	迷惑をかけているという思い	
近隣への影響への危惧、他の家族員のサポートが得られない状況からくる負担感、自分以外の家族への協力を依頼しなければいけない状況、自分以外の家族への負担の配慮	協力が得られない状況による負担感	一人で介護を担う状況に伴う負担感
自身の健康不安による介護が継続できなくなるかもしれない不安、介護家族自身の新たな身体症状の出現により介護が継続できないかもしれない危機感	介護家族自身の健康不安による介護継続を断念する可能性への不安	
介護を継続や協力がいまい不安 介護を継続するものがいなくなるプレッシャー	サポート不足による介護継続の断念の可能性への不安	
友人との交流がもてない、自由時間が少ないことによる負担感	社会的交流の断絶	介護と介護家族の健康問題による身体的負担感
介護家族自身の身体疾患による介護の身体的負担、失禁に対する介護(洗濯)による身体的負担、身体がついていかず辛い、常に介護し続けることでの身体的疲労の蓄積	介護における身体的負担	
介護家族自身の新たな身体疾患の出現による負担感 介護家族自身の身体状態が改善しない	介護家族自身の新たな身体疾患の出現による負担感	
患者の症状持続と介護家族の疲労蓄積による負担感 自身が保ってきたバランスが変調したことによる負担感 介護家族の緊張感の持続による精神的負担感	在宅介護継続による疲労蓄積	介護技術の未熟さに伴う負担感
介護技術不足からくる身体的介護への負担感、自宅での介護(入浴)の方法がわからないストレス、介護技術の未熟さについての落胆	介護技術の未熟さによる身体的負担感	
知識不足からくる自信喪失感 (介護技術がないことによる)在宅介護ができないという現状	介護技術の未熟さによる精神的負担感	

表3 入院後の介護家族の負担感の内容

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
入院期間に期限がある タイミングよく施設をみつけなければならない	退院までに期限があることによる負担感	退院先を決める負担感
施設を探し続けなければならないという現実への負担感 退院後に思うような施設に入所したいと思うが施設がみつからないかもしれないという不安感 身体合併症があることによって施設入所ができない可能性	受け入れてくれる施設を探さなければならない負担感	
在宅介護の限界という思い 在宅介護継続のための住宅改装に関する負担 入院により在宅における介護家族自身が行うケアへの不安増大	在宅介護を引き受けなければならない負担感	
他患者と自分の患者とのケアの違い 病院のケア方法と自分のケア方法との違い 介護家族自身が思うようなケアが提供されていないことへの危惧 病院のケア方法に納得がいかない状況への不満 思うようなケアが遂行されているかどうかへの疑念 病院へのケアに満足できない	患者に対して介護家族が期待したケアが遂行されないジレンマ	病院のケアや治療への不満や不安
以前のケアと比較して満足できない不満 前の方が手をかけてくれたという思い	入院前のケアとの相違に関する不満	
入院の目的が遂行されないジレンマ 期待した治療が受けられない	期待した治療や検査が遂行されないジレンマ	
患者の状況が把握できない 入院中の生活についての情報提供が不十分	患者の情報提供がされない不安や不満	
患者の症状に対する期待と諦め 患者の状態の見通しに対する不安 身体症状の進行への不安 入院したにもかかわらず身体症状が改善しない状況に対する不安	症状の不安または悪化に伴う不安	患者の身体症状の悪化を予測した不安
BPSDの薬物療法によるADL低下による不安	身体合併症への治療に伴うADL低下への危惧	
面会に通うことへの身体的負担 面会のための病院が遠い 面会時に行う洗濯に関する負担感 面会をしながら自身の仕事をこなす身体的負担	面会の身体的負担	面会に関する負担感
面会への義務に対する精神的負担感 週1回という決められた面会設定への負担感	面会の義務感	
面会へ向かう時間的拘束や労力への負担感 面会のために要する時間の拘束	面会による時間的拘束	
食事が思うように摂れない患者に自身ができることを行う(差し入れ) ADL低下における面会時のケア提供への負担感	面会時に介護を継続する負担感	
患者の不安に対する対応困難 患者の精神症状に対して応え続けることの負担感 患者の帰宅欲求に対応できない精神的負担感	症状に対する対応への負担感	
スタッフにケアの手間をとらせることへの申し訳なさ 担当がわからずケアを頼むことへの遠慮 スタッフへの依頼に対する躊躇 担当以外のスタッフへの依頼に対する遠慮 患者が病院に迷惑をかけているのではないかと危惧	スタッフとのかかわりに関する負担感	
患者の状態が良くなり常に解放されない	患者への気掛かりからくる精神的解放感の欠如	
縁がっていた患者を入院させたという申し訳なさ もう少し自分で介護できたかもしれないという葛藤	患者を入院させたという罪悪感や葛藤	入院に伴う縛られ感
入院費が高い	患者の入院による経済的負担	

神症状により今後入所できる施設も限定され、入院期間が3ヶ月と設定されている中で施設を探す負担感や在宅介護の現実を予測しての負担感を示していた。

2) 【病院のケアや治療への不満や不安】

このカテゴリーは、〔患者に対して介護家族が期待したケアが遂行されないジレンマ〕、〔入院前のケアとの相違に関する不満〕、〔期待した治療や検査が遂行されないジレンマ〕、〔患者の情報提供がされない不安や不満〕の4つのサブカテゴリーからなる。これは、入院にあたり期待した治療やケアが遂行されないこと、介護家族が行ってきた介護

やこれまでのサービスとの比較によって引き起こされる不満や不安が精神的負担感として示された。

3) 【患者の身体症状の悪化を予測した不安】

このカテゴリーは、〔症状の不安または悪化に伴う不安〕と〔身体合併症への治療に伴うADL低下の危惧〕の2つのサブカテゴリーからなる。これは、入院前の身体症状が軽減しないことや入院後の治療や入院生活によってADL低下がみられることに伴い、患者の身体症状の悪化を予測した不安などが負担感として示された。

4) 【面会に関する負担感】

このカテゴリーは、〔面会の身体的負担〕、〔面会の義務感〕、〔面会による時間的拘束〕、〔面会時に介護を継続する負担〕、〔症状に対する対応への負担感〕と〔スタッフとのかわりに関する負担〕の6つのサブカテゴリーからなる。面会にまつわる身体的、精神的な負担感が多く語られた内容であった。

5) 【入院に伴う縛られ感】

このカテゴリーは、〔患者への気掛かりからくる精神的解放感の欠如〕、〔患者を入院させたという罪悪感や葛藤〕と〔患者の入院による経済的負担〕の3つのサブカテゴリーからなる。これは、患者を入院させたという罪悪感や葛藤、また入院後の患者の様子が気になることで精神的な解放感が得られず、精神的な負担感が語られたものである。

VI. 考 察

1. 入院前後における介護家族の負担感の比較

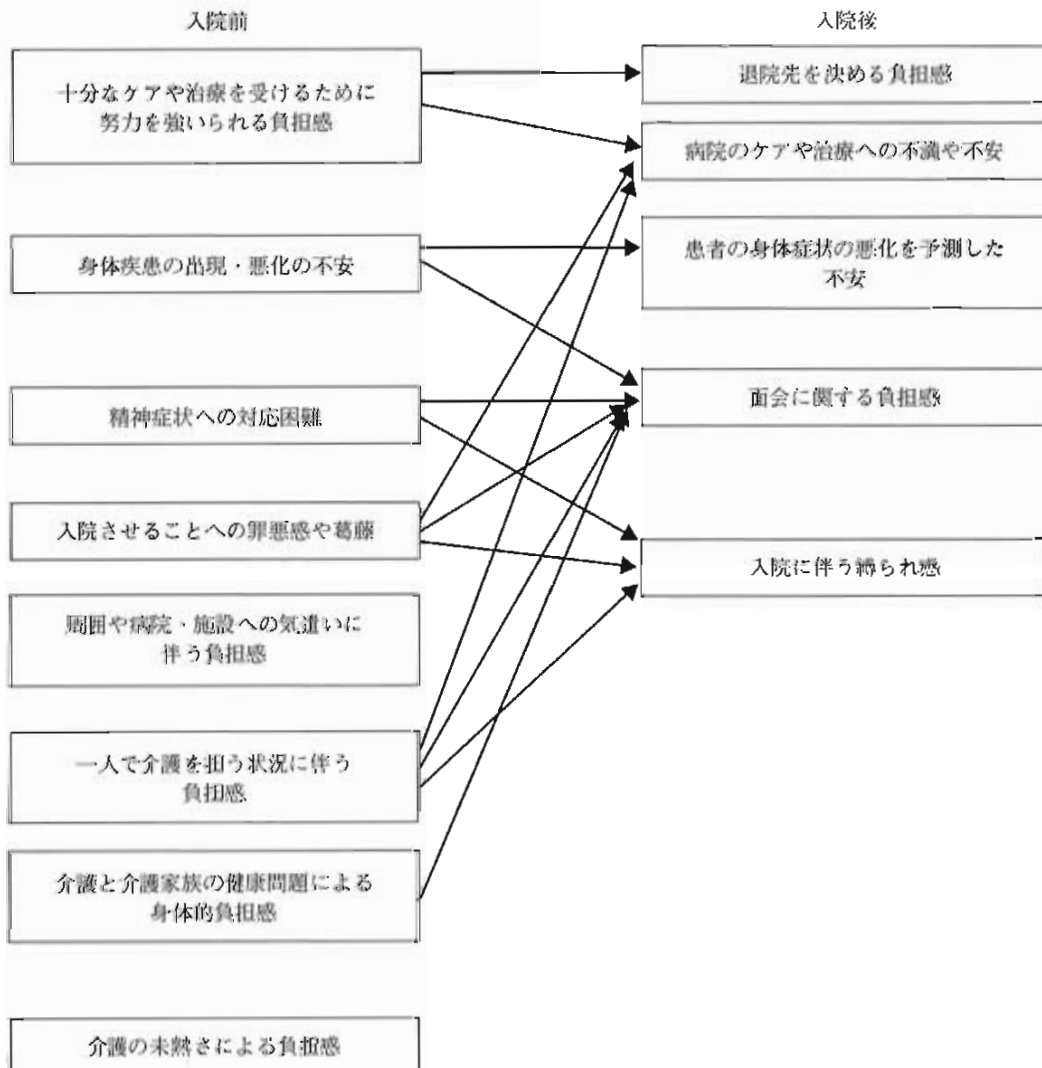


図1 入院前後の介護家族の負担感の変化

高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院中の認知症高齢者の介護家族を対象に、入院前の負担感と入院後の負担感の特徴を明らかにした。両者を比較してみると、まず、入院後の負担感の種類は入院前よりも少なくなっていた。しかし、負担感は軽減しているというよりは、入院前の負担感の内容が質的に変化していると考えられた(図1)。

入院後の負担感として挙げられた【退院先を決める負担感】は入院前に既に経験している【十分なケアや治療をうけるために努力を強いられる負担感】と同様に、特に退院後の行き先を施設入所とした介護家族で語られた、施設を探すタイミングや入所できる施設が限られている等、受け入れ困難な状況に直面していることや身体合併症を伴うことで退院後の行き先の選択は慎重になる必要があることから不安を抱えていると考えられる。

また、入院後の【病院のケアや治療への不満や不安】は入院前の【十分なケアや治療をうけるために努力を強い

られる負担感】や【入院させることへの罪悪感や葛藤】、【一人で介護を担う状況に伴う負担感】という在宅介護を継続するためにしてきた苦労や努力、そして断念への葛藤の思いが、病院へのケアや治療への期待として変化した負担感と考えられた。これは対象者が全員女性であることや対象者7名中5名が妻であったことから、保護者としての役割遂行や責任から生じた可能性もある。その上、入院後の【病院のケアや治療への不満や不安】というカテゴリーはスタッフに関する内容も多く含まれ、介護家族にとっては病棟スタッフとの関係が構築されていない入院初期の特徴といえる。一方、入院前の【十分なケアや治療をうけるために努力を強いられる負担感】や【入院させることへの罪悪感や葛藤】、【一人で介護を担う状況に伴う負担感】は一般高齢者や身体合併症をもたない認知症高齢者の介護負担¹¹⁾の研究ではみられない負担感であり、身体合併症をもつ認知症高齢者の在宅介護者の負担感の特徴と考えられた。

入院後の【患者の身体症状の悪化を予測した不安】については、入院前の【身体疾患の出現・悪化の不安】から変化した負担感と考えられた。これは、入院による環境の変化、検査結果から新たな症状・疾患の出現や【身体合併症への治療に伴うADL低下への危惧】などの状況に変化した不安であると考えられる。

入院前の【介護と介護家族の健康問題による身体的負担感】をもっていた介護家族では、入院後の【面会に関する負担感】の中の【面会の身体的負担】や【面会時に介護を継続する負担】、【面会による時間的拘束】が負担になると考えられた。また、【精神症状への対応困難】を負担感としてもっていた介護家族では、入院後も帰宅欲求を訴える患者への対応への困惑として変化した、【身体疾患の出現・悪化の不安】や【入院させることへの罪悪感や葛藤】、【周囲や病院・施設への気遣いに伴う負担感】、【一人で介護を担う状況に伴う負担感】が生じると考えられた。施設高齢者の家族の面会に関する研究では、面会時に入居者に対して様々な介護行動をとって支援する“施設家族介護”の経験がみられ、その帰結として家族自身の肯定的感情や家族の面会が入居者に及ぼす効果の認識などの肯定的認識、あるいは絶え間ない入居者への気遣いなどの否定的認識が生じることが想定された¹²⁾。本研究の対象者も面会時に患者の様子を伺うだけではなく、週1回の面会時に認知症による失禁のため大量の洗濯を行う、オムツや衣類などの不足物の持参を行う【面会の義務感】や、食事介助や差し入れを介護家族自らの意思で行う行動などの【面会時に介護を継続する負担感】があり、これは施設高

齢者の介護家族にみられた否定的認識¹³⁾に相当する。さらに施設とは異なり、病院は生活の場ではなく治療の場であるために介護家族が患者の生活の部分の負担が必要がある。在宅であれば同一の場で行なわれることも病院になると距離が生じることによって負担感を増大させると考えられた。

最後に【入院に伴う縛られ感】がみられた。これは入院前の【精神症状への対応困難】、【入院させることへの罪悪感や葛藤】や【一人で介護を担う状況に伴う負担感】が変化したものであると考えられた。【精神症状への対応困難】が生み出された患者の状況が大きく変わることがないため、患者からの“どうして入院させたのか”といった訴えに対して【入院させることへの罪悪感や葛藤】の負担感が増強することや介護を一人で担っていた状況からくる自責感などから【一人で介護を担う状況に伴う負担感】から解放されず、入院している患者の様子が気になり、精神的解放感が得られない状況を生み出していると考えられる。これまでレスパイトの目的である“入院”によって身体的ならびに精神的な負担感が軽減されると報告されている¹⁴⁾。しかし、本研究の結果で明らかに軽減したといえるのは、【介護の未熟さによる負担感】だけだった。つまり、入院によっても介護家族の負担感はその性質を変え、容易に軽減されないことが示されたと考える。

2. 認知症高齢者の入院後の家族看護の課題

入院前後にもつ介護家族の負担感の変化から、身体合併症をもつ認知症高齢者の入院後、病棟での家族看護の課題を考えてみたい。

一般高齢者や認知症高齢者の家族に対する看護に対しては、施設や在宅領域では多く検討されている。しかし、入院中の高齢者の家族看護に対しては細かく検討されているものが数少ない。本研究の結果から、入院中の認知症高齢者の家族看護の課題を挙げることは重要と考える。

入院初期は介護家族と病棟スタッフとの関係が構築されていない時期であり【病院のケアや治療への不満や不安】が増大しやすいため、入院当初から介護家族との関わりを積極的にもち介護家族の思いを聞いていく必要がある。介護家族の負担感入院前に抱えていた負担感がその性質を変えていくと考えられたため、入院前の負担感についても理解することが重要と考えられた。

次に、介護家族は面会についても負担感をもっているが、面会時に介護家族への看護を意識的に実施することで【病院のケアや治療への不満や不安】などの負担感を軽減させる機会となりうる。介護家族の面会は患者の状況だけではなく、治療やケアについての情報提供を密に行うなど支援

の場と考えて、関わりをもつ必要があると考えられた。

最後に、介護家族にとって【退院先を決める負担感】は大きいものである。入院初期から介護家族が【退院先を決める負担感】をもつことを念頭に、入院できる期間だけを伝えるのではなく、介護家族の思いを聞き、具体的な行動に向けての情報提供を行うなどのサポートが重要と考えられた。

一般的には、高齢者の家族の介護負担軽減のポイントとして、介護者の心身のストレスを軽減し、ストレスの緩和がある^{13,14}。上記で述べた看護の課題は、家族のストレスの緩和のための具体的方策といえる。

VII. 本研究の限界と今後への示唆

本研究の限界として、第一に1病棟のみを対象とした研究であり、対象者数も数少ないことがあげられる。今後、一般化していくためには更に病棟数ならびに対象者数を増やす必要があると考えられる。第二に、患者の身体合併症に対する疾患が多岐に渡っていることから、その疾患の重症度や特性により介護家族の抱える入院後の負担感は異なるとも考えられる。そのため、患者の疾患や重症度によつての介護家族の負担感の特性についても検討していく必要があるだろう。第三にインタビューを実施した時期が入院後2週間以内であることから、この2週間の気持ちの変化が生じることも否めない。入院後1週間は環境変化により患者の症状が変わりやすく、それに伴い、介護家族も落ち着かない状況である。そのため介護家族の研究参加は負担が大きく、困難と考えられた。今後、入院時の調査を行う場合は方法を工夫する必要がある。

しかし、本研究により入院後も介護家族は様々な負担感を抱えており、負担感の質的な変化が明らかとなり、入院後の家族看護の重要性を示すことができたと思う。看護スタッフは入院後に介護家族の負担感は軽減すると思いつまらず、入院時から介護家族の負担感に焦点をあてアプローチする必要があるだろう。

謝 辞

本研究は平成19年度順天堂大学医療看護学部共同研究費により実施し、日本老年看護学会第13回学術集会にて本研究の一部を発表した。本研究の実施にあたり、ご協力いただきました対象者や病院関係者の皆様に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 鹿子供宏, 上野伸哉, 安田肇: アルツハイマー型老年認知症患者を介護する家族の介護負担に関する研究—介護者の介護負担感, パーンアウトスケールとコーピングの関連を中心に—, 老年精神医学雑誌, 19(3), 333-341, 2008.
- 2) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋: 家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性, 日本老年医学会雑誌, 44(6), 717-725, 2007.
- 3) 佐伯あゆみ, 大坪靖直: 認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究, 家族看護学研究, 13(3), 132-142, 2008.
- 4) Engedal K: Day care for demented patients in general nursing homes. Effects on admissions to institutions and mental capacity, Scand J Prim Health Care, 7(3), 161-166, 1989.
- 5) Arai Y, Kumamoto K, Washio M, et al: Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long-Term Care insurance system, Psychiatry Clin Neurosci, 58(4), 396-402, 2004.
- 6) 深堀浩樹, 須貝佑一, 水野陽子, 他: 特別養護老人ホーム入所者の家族介護者における精神的健康とその関連要因, 日本公衆衛生雑誌, 52(5), 399-410, 2005.
- 7) 湯浅美千代, 小川妙子, 石塚敦子, 他: 認知症専門病棟における入院長期化の要因と退院支援の内容—看護職者へのグループインタビューより—, 医療看護研究, 3(1), 50-57, 2007.
- 8) Zarit SH, Reever KE, Back-Peterson J: Relatives of the Impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist, 20, 649-655, 1980.
- 9) 博野信次, 小林広子, 森悦朗: 痴呆性患者の介護者の負担: 日本語版 Zarit Caregiver Burden Interview による検討, 脳神経, 50, 561-567, 1998.
- 10) 深堀浩樹, 山本則子, 杉山智子, 他: 特別養護老人ホームの入居者に面会する家族が行う“施設家族介護”, 家族看護学研究, 14(1), 10-20, 2008.
- 11) 谷口寛子: 介護役割の受容と継続の過程—介護療養病棟に入院した痴呆高齢者の家族介護者2例の事例検討をとおして—, こころの健康, 18(2), 41-49, 2003.
- 12) 直井道子: 高齢者と家族, サイエンス社, 1993.
- 13) 金川克子, 野口美和子: 最新高齢者看護プラクティス 地域・在宅における高齢者への看護 8章 介護家族への看護の展開, 中央法規, 2005.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P.53-60 (2009)

身体的治療を受ける認知症高齢者への看護スキルとその構造
— 高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟看護師への面接から —

The Skills and Structure of Nursing for Elderly Dementia Patients Receiving Therapy for Physical Illness: Interviews of Nurses Assigned to a Ward for Mental Patients with Physical Complications at a Geriatric Hospital

湯 浅 美千代 *1
YUASA Michiyo

杉 山 智 子 *1
SUGIYAMA Tomoko

仁 科 聖 子 *1
NISHINA Kiyoko

工 藤 綾 子 *1
KUDO Ayako

杉 山 典 子 *2
SUGIYAMA Noriko

要 旨

身体的治療を受ける認知症高齢者に対する看護スキルを明らかにし、その内容を構造的に示すことを目的として、高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟に働く看護師を対象とした半構造化面接調査を実施した。計11回の面接（面接対象者は計19名）の内容を逐語録とし、類似した内容ごとにコード化、カテゴリー化した結果、カテゴリーⅠ『治療処置時の看護スキル』（【患者が受け入れやすい関わり】【確実な実施の優先】【危険回避の最終手段としての行動制限】など6つのサブカテゴリーを含む）、カテゴリーⅡ『身体的アセスメントスキル』（【直感的把握】【分析的把握】の2つのサブカテゴリーを含む）、カテゴリーⅢ『スキル発揮の基盤』（【対象を理解した、心地よい患者・看護師関係の構築】【チーム内・チーム間の相互理解と協力】など5つのサブカテゴリーを含む）が示された。カテゴリー間の関連を構造化して示し、『スキル発揮の基盤』の全てのスキルおよび、『治療処置時の看護スキル』の中の【患者が受け入れやすい関わり】を行っていくことで、『治療処置時の看護スキル』の中でも患者の苦痛を伴うスキルである【確実な実施の優先】【危険回避の最終手段としての行動制限】を抑制しようと考えられた。

索引用 語：認知症、高齢者、治療処置、看護スキル

Key Words : dementia, elderly, medical treatment, nursing skill

I. はじめに

Kitwood¹⁾によるパーソン・センタード・ケアの提唱により、認知症をもつ高齢者（以下、認知症高齢者）の介護は大きく変わってきた。その流れは日本にも影響を及ぼし、介護保険施設での身体拘束禁止、小規模多機能施設やグループホームなどのような環境を重視した施設づくりがなされている。一方、医療施設での認知症高齢者のケアはその流れにのることができていない。長期療養を主と

した病院を除き、医療施設は一般的に生活よりも治療重視の環境である。また、介護保険施設の種類別にみた調査²⁾において、「認知症高齢者に身体拘束をしない」と答えた割合は、特別養護老人ホームや介護老人保健施設に比べ療養型医療施設では少なかった。一般病院ではさらに患者は治療が必要な状態にあることから事故や生命の危険が高く、「緊急やむを得ない場合」として身体拘束がなされやすいと考えられる。

認知症高齢者は、認知症の治療以外にも、老化や疾病に伴うさまざまな疾患への罹患、転倒事故などに伴い入院加療が必要になる。入院すると慣れない環境におかれ、点滴治療や検査のための食事制限など、認知症の人にしてみると理解しがたい苦痛を味わうことになる。加えて、医療ス

*1 順天堂大学医療看護学部

*2 順天堂大学医学部附属順天堂大学東京江東高齢者医療センター

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

*2 Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center

(Nov. 28, 2008 原稿受領)

スタッフが認知症高齢者の特性や心情を十分理解できず、パターン化された対応やルーティンの医療処置をそのまま実施しようとする、医療者への抵抗や反発が認知症患者の大声や暴力の原因となる。さらにその行動を認知症の症状悪化と誤解するような事態もある²⁾。また、認知症の人は治療が必要な状況になっても入院できない現状がある。介護老人保健施設の看護管理者を対象とした調査では、「大声、暴力行為等により、他の患者に迷惑がかかりそうな認知症高齢者の入院治療が困難である」「認知症でない人に比べて入院が困難である」ことが約50%の回答者からあげられていた³⁾。同様のことは医療施設を利用する家族への調査⁴⁾でも述べられていた。その要因として、認知症患者を引き受ける医療施設の看護師たちが認知症患者への看護に困難を感じる状況^{5)~7)}があげられる。

認知症の人への看護方法については、長期療養を主とする病院での認知症患者への日常生活援助実施上のスキル⁸⁾やQOLを高めるケア技術⁹⁾については報告されているが、治療に関わる部分で認知・記憶の障害や行動障害にどのように対応するか、より安定した心身の状態を導くにはどのように援助するか、急性期を担う病院の環境でどのように援助するかといった具体的な看護スキルは明らかにされていない。認知症高齢者への対応方法をより多く明らかにすることは看護師たちのもつ困難感の解消に役立つのではないかと考えた。

高齢社会において、疾病をもち入院して治療を受ける認知症高齢者が増加することを考慮すると、治療の場でどのように看護するかは重要な課題である。そこで、薬物療法や外科的処置、対症療法など身体面に関わる治療場面での認知症高齢者に対するさまざまな看護スキルを多く見出し、治療の場の看護師が選択して活用できるようにしたいと考えた。その第一歩として、日々治療を受ける認知症高齢者への看護を経験している看護師への面接調査を行い、質的分析方法によって看護スキルを示すことを試みた。

II. 研究目的

本研究の目的は、身体的治療を受ける認知症高齢者に対する看護スキルを明らかにし、その内容を構造的に示すことである。

III. 研究方法

1. 用語の定義

本研究で用いる「看護スキル」は、看護師が認知症高齢者に看護を提供する際に用いる技術であるが、医療処置的な技術や手技にとどまらず、関わり方やコミュニケーション

ン、配慮を含むものとした。

2. データ収集期間

平成19年12月～平成20年1月

3. 面接対象者

治療を受ける認知症高齢者への看護方法をさまざまに語ることができる看護師として、高齢者専門病院の1つの一般精神科身体合併症治療病棟に勤務する看護師に面接を依頼した。当該病棟の患者のほとんどが高齢であり、認知症とそれ以外に治療を必要とする疾患を有している。そのため、精神科医師が行う認知症に関する治療と並行して、他科の医師により、肺炎に対する抗生物質の点滴治療や消化器系疾患に対する内視鏡による検査や治療、白内障手術など、さまざまな治療が行われている。このことから、この病棟に働く看護師は、精神科治療だけでなく一般病院で通常行なわれる治療処置に関わる看護を認知症高齢者に対して日々提供していると考えた。看護師経験が2年に満たない者は看護業務を覚える時期にあり看護方法をさまざまに語ることはできないと考え、看護師経験年数が2年以上で研究協力を依頼し承諾が得られた者を面接対象者とした。

4. データ収集方法

データ収集方法は半構造化面接である。面接ガイドは以下とした。

- ①困難さを感じた事例の状況と、それにどのように対処したか
- ②困難さを感じない事例の状況と、通常行っている対処
- ③認知症患者がスムーズに治療を受ける上で効果的だったこと
- ④治療を必要とする認知症患者の看護で大事にしていること

面接では、できるだけ多くの内容を話してもらうため、グループ面接を取り入れた。グループ面接では互いの話を聞くことで刺激しあい自分の経験を振り返り、思い出して語る事ができる。しかし、相手によっては緊張したり十分話せなかったりする。また、人数が多ければ一人が語る時間は制限されるため、希望によって個別または2名程度のグループ面接とした。面接を行う研究者はできるだけ話しやすい環境とし、対象者の話を引き出すように心がけた。

面接時間は30分～1時間を予定し、対象者の許可を得て録音し、逐語録とした。

5. 分析方法

本研究では対象者や面接グループの特性による分析を行わないため、全ての面接を同一に扱った。まず逐語録を

繰り返し読むことで全体の内容を把握し、治療を受ける認知症高齢者に対して意識的あるいは経験的に行っている看護を抽出し、コード化した。コード間の比較、集約によりカテゴリー化した。分析はまず第1著者が行い、その結果について3名の共同研究者が妥当であるか点検し、合意が得られるまで修正した。

IV. 倫理的配慮

研究の計画段階から病棟看護師長に相談し、研究実施の許可を得た。順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の審査を受け、研究の承認が得られてから、病院の看護管理者に口頭および文書で研究について説明し許可を得た。その後、文書により病院長に研究の許可を得た。面接対象者には病棟師長より研究の趣旨を文書と口頭で説明してもらい、面接対象者の都合に合わせて面接日時および個別またはグループの割り振りを設定してもらった。対象者には面接開始前に再度研究者から研究の趣旨および、話したくないことは話さなくてよいこと、いつでも辞退ができること、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、個人名が特定されないよう番号管理をすること、研究終了後録音テープは消去、記録物はシュレッダー処理することなどを説明し、研究協力同意書への署名を得た。

V. 結果

11回の面接（面接対象者は計19名）ではさまざまな場面や方法が語られた。しかし、認知症患者の治療や処置に際して「あまり困っていない」と言い、特別な看護スキルとして語った者は少なかった。治療や処置時の看護方法よりも、通常の関わりで大事にしていることやチームアプローチの具体的内容の方が多く語られた。治療や処置の際は「最終的には強制的になってしまう」、薬やミトンなどの「行動制限もする」ということがほとんどの対象者から語られた。ただし、行動制限や強制的に実施することによる危険性や問題点も同時に述べていた。また、数は少なかったが、苦痛や身体面の変化を言葉で伝えることができにくい認知症高齢者の身体面のアセスメント方法についても述べていた。

逐語録を質的に分析した結果、『治療処置時の看護スキル』『身体的アセスメントスキル』『スキル発揮の基盤』の3つのカテゴリーを示すことができた。以下、それぞれのカテゴリーについて説明する。なお、カテゴリーを『』で、サブカテゴリーを【】で、コードを[]で示す。

1. カテゴリーⅠ『治療処置時の看護スキル』(表1)

このカテゴリーは内服薬、検査、点滴等の治療処置に関

わる看護スキルの具体的内容のコードからなる6つのサブカテゴリーから構成された。

サブカテゴリー1【患者が受け入れやすい関わり】は認知症患者が痛みや不快な処置を受け入れやすくする看護スキルであり、[威圧的でなく穏やかな雰囲気関わり][患者が怒ったら、逆らわずにまず謝る]などの17コードから示された。サブカテゴリー2【予測した対処】は患者の状況や危険を予測して予め対処しておく看護スキルであり、[危険を予測し、監視できる環境、体制をつくる]などの3コードから示された。サブカテゴリー3【危険までの時間かせぎ】は危険が生じるまでに時間がかかるようにして事故に至る前に発見、対処するという看護スキルであり、[ライン類に気づかせない][傷は覆う]などの5コードから示された。「手が創部にいきそうになったら話しかけるなどして気を紛らわせる」「点滴刺入部は包帯で巻いておくと時間かせぎになる」という語りに代表されるように、危険回避のさまざまな手段であるが確実性は高くなく、見守りによる予防を補強する手段である。サブカテゴリー4【確実な実施の優先】は患者にとって嫌なこと、不快なことであっても、あるいは同意の有無に関わらず、必要な治療処置であるならばこれを優先し確実に実施するという看護スキルであり、[必要なことは強制的になっても実施する][薬と一緒に食べてくれる物に混ぜる]などの4コードから示された。

サブカテゴリー5【実施できないときの次の手】は、さまざまな対処をしても患者の拒否などで実施できない場合にとる方策であり、[実施できないときは時間をずらす][実施できないときは場所をかえる]などの6コードから示された。サブカテゴリー6【危険回避の最終手段としての行動制限】は、術後の安静や創部保護、安全のため、患者にとっては苦痛になるとわかっていても行わざるを得ない行動制限について語られたものであり、[危険が予測される場合はミトンで手の動きを抑制する]などの5コードから示された。

2. カテゴリーⅡ『身体的アセスメントスキル』(表2)

このカテゴリーは認知症患者が必要な治療処置を適切な時期に適切に受けるためのアセスメント方法が示されたものであり、2つのアセスメント方法【直感的把握】【分析的把握】の2つのサブカテゴリーから構成された。サブカテゴリー1【直感的把握】は[先入観をもたないで見る]などの3コード、サブカテゴリー2【分析的把握】は[患者の言動の原因・意味を考える]などの5コードから示された。

3. カテゴリーⅢ『スキル発揮の基盤』(表3)

表1 カテゴリーI「治療処置時の看護スキル」のサブカテゴリー、コードおよび具体的な表現の例

サブカテゴリー1. 患者が受け入れやすい関わり	
コード1)	しつこくしない（「しつこく聞かない（必要な事柄であったとしても）」など）
コード2)	一定の距離をとる（「（患者にとって嫌なことをしたとき）距離をおいて嫌な記憶を残さない」など）
コード3)	威圧的でなく穏やかな雰囲気に関わる（「威圧的な態度や口調は禁忌」「急に押さえつけない」など）
コード4)	恐怖心をおこさない（「恐怖心をおこすような説明はあえてしない」「（点滴や注射は）普通に笑いながら、話しかけながら刺す」など）
コード5)	無理強いしない（「無理強いしない」「自分の方法を通そうとしない」）
コード6)	患者のペースに合わせる（「患者のペースに合わせる」）
コード7)	急かさない（「急かさない」「急かした態度・雰囲気を出さない」）
コード8)	患者が落ち着くまで待つ（「落ち着くまで待つ」「落ち着くまで望むようにして待つ」）
コード9)	タイミングを図る（「（内服は）食後間をあけないですばやく飲ませる」「自然な流れで誘う」など）
コード10)	医療者のしてもらいたいことよりも先に患者の欲求をみとす（「欲求を満たす」など）
コード11)	好みの方法で行う（「酸素チューブは）本人の好む方法でとめる」など）
コード12)	患者の気を紛らわせる（「暴言・暴力時は）話を聞いて気を紛らわす」など）
コード13)	患者が怒ったら、逆らわずにまず謝る（「怒られたらまず謝る」「怒られたら逆らわない」）
コード14)	機嫌をよくして、うまくなだめながら実施する（「お茶やお菓子で気分をよくする」「うまくなだめる」など）
コード15)	あきらめず何度も行う（「（内服を）何度も繰り返す」など）
コード16)	思いを率直に、しっかり伝える（「素直に話す」「危ないことは危ないと言う」など）
コード17)	処置・治療は説明してから行う（「（内服・処置は）声をかけてから行う」「わかることを信じて説明する」「理由を説明し依頼する」など）
サブカテゴリー2. 予測した対処	
コード1)	危険を予測し対処する（「術後のトラブルを予測して準備する」「不穏を予測し早めに安静の拡大の許可を得ておく」など）
コード2)	状況を予測し対処する（「疲労を予測し患者に確認して休息をとらせる」など）
コード3)	危険を予測し、監視できる環境、体制をつくる（「家族の付き添いによる監視」「検査時は医師が付きそう」「見守るケア体制」「センサー対応」など）
サブカテゴリー3. 危険までの時間かせぎ	
コード1)	ライン類に気づかせない（「ライン類は目に入らないように」「点滴は気づきにくい時間に行う」など）
コード2)	傷は覆う（「創部は自然なもの（足の傷では靴下）で隠す」「眼科手術後の創部保護のためにゴーグルをつける」など）
コード3)	危険や苦痛の回避のために気を逸らす（「針を刺す前に話しかけて処置から気を逸らす」「嫌な処置には食べ物で気を逸らす」など）
コード4)	ライン類は固定を確実にする（「酸素チューブはテープでとめる」「胃管はオプサイトを鼻から耳元まで広く固定」など）
コード5)	ライン類は触れない位置にする（「点滴は手で触りづらいところに刺入」など）
サブカテゴリー4. 確実な実施の優先	
コード1)	必要なことは強制的になっても実施する（「安静が必要なならADLを落としてでも行う」「必要な処置・検査は抵抗されても行う」「採尿が必要ななら導尿しても行う」など）
コード2)	薬は一緒に食べてくれる物に混ぜる（「拒薬の場合は食べ物に混ぜる」など）
コード3)	患者の嫌なことは最小限ですませる（「点滴ではなく内服へ」「安静保持の時間は短く」など）
コード4)	危険が伴う場合は一人では行わない（「処置は複数で実施」「暴力には複数で対処」など）
サブカテゴリー5. 実施できないときの次の手	
コード1)	実施できないときは時間をずらす（「内服拒否の場合は時間をあけてトライ」「できる患者から先に行う」など）
コード2)	実施できないときは人をかえる（「拒否されたら人をかえてトライ」「別の人のふりをしてトライ」「男性にやってみよう」など）
コード3)	実施できないときは場所をかえる（「拒否されたら）場所をかえる」）
コード4)	実施できないときのための妥協案・代替案をもつ（「検査拒否ではナースが行く、それでだめなら医師が行く、それでだめなら延期」など）
コード5)	実施できないときのための細かい指示を医師から得ておく（「最悪の場合を予測し、対応できるよう指示を得ておく」など）
コード6)	実施できないときは中止する（「内服できないときは仕方がないのでスキップする」）
サブカテゴリー6. 危険回避の最終手段としての行動制限	
コード1)	危険が予測される場合はミトンで手の動きを抑制する（「術後の創部保護のためミトン使用」など）
コード2)	危険が予測される場合は行動を抑制する（「見守り困難な場合は行動制限」「安静保持困難があれば行動制限」など）
コード3)	危険が予測される場合はつなぎ服を着用する（「バルン自己抜去が頻回な場合につなぎ服」）
コード4)	危険が予測される場合はキーパーをつける（「見守り困難な場合にキーパーをつける」）
コード5)	危険が予測される場合は薬物を使用し行動を抑制する（「入院時の興奮状態で薬物使用」「安静が保てないことが身体に影響する場合に薬物使用」など）

表2 カテゴリーⅡ「身体的アセスメントスキル」のサブカテゴリー、コードおよび具体的な表現の例

サブカテゴリー1. 直感的把握	
コード1)	先入観をもたないでみる (「大丈夫だと思わない」「気を緩めないで見る」「先入観をもたないで見る」など)
コード2)	言葉でなく、見て、感じ取る (「言葉ではなく、患者を見て感じ取る」「全体を広くとらえる」など)
コード3)	いつもと違うことを感じる (「いつもと違う手の握り方、強さ、言動 (から感じ取る)」など)
サブカテゴリー2. 分析的把握	
コード1)	患者の言動の原因・意味を考える (「問題となっている言動の原因・理由を考える」「考えないといけないという意識をもつ」など)
コード2)	何か原因があるという信念をもつ (「急変を予知させるサインがあるはず」「拒否・怒りには原因がある」など)
コード3)	疾患として認知症を理解する (「認知症という病気を理解する」「レビー小体型認知症の特徴をふまえた把握」など)
コード4)	状態を見極める (「知識をもって観察しアセスメントする」「身体面を理解し、行動との関係を評価して対策を考える」など)
コード5)	身体面・医療面の原因を予測し医療的関わりにより特定する (「身体疾患の影響を予測して検査をしてもらう」など)

表3 カテゴリーⅢ「スキル発揮の基盤」のサブカテゴリー、コードおよび具体的な表現の例

サブカテゴリー1. 対象を理解した、心地よい患者・看護師関係の構築	
コード1)	人間対人間として関わる (「普通の人として会話する」「認知症だからできない、いい加減にする、ということは禁忌」など)
コード2)	ケアの原則を守ることを前提とする (「内服薬は食事に混ぜない」「点滴に頼らない」「行動制限は最小限。できればしない」「不快なことはさせない」など)
コード3)	患者が心地よくなるコミュニケーションにする (「話しやすい話題」「本来のその人を刺激する会話」など)
コード4)	患者にとって心地よい・適切な環境にする (「落ち着く環境にする」「わかりやすい環境」など)
コード5)	患者のことがわかる (「行動がよめる」「気持ちがわかる」「患者らしさに気づく」など)
コード6)	お互いを知る努力をする (「顔見知りになる努力をする」「相手を理解しようというところから始める」「十分理解できない部分があるということ認識しておく」など)
コード7)	家族から情報を得る (「入院前の生活と患者本来の姿を家族から聞いてケアに活かす」など)
コード8)	認知症・高齢者が好き、興味がある (「認知症に興味をもつ」「高齢者が好き」など)
コード9)	余裕をもつ、いらいらしない (「余裕が必要」「いらいらしていることが伝わらないようにする」など)
コード10)	スタッフがストレス対処法をもつ (「癒しの場をもつ」「否定的な感情を押し殺さない」など)
サブカテゴリー2. よりよい方法の探索	
コード1)	試行錯誤する (「失敗の積み重ね」「いろいろな方法、いくつかのパターンを探る」など)
コード2)	アイデアを出す (「一つの方法に固執しない」「患者の言葉、スタッフ間の話からアイデアをもつ」など)
コード3)	患者を優先し、病院の既成概念を超える (「病院の既成概念にとらわれないで患者優先」「治療効率よりも患者優先」「時間よりも患者優先」など)
コード4)	患者の行動・反応パターンを探る (「サイン、行動パターンを把握」「バルンはどのくらい気にするかを見て、危険回避の対策を選択」など)
サブカテゴリー3. 実践的な知識獲得	
コード1)	経験から学ぶ (「対応の方法を実践から学ぶ」「アセスメント力は情報、経験、学習から」「認知症でない人とのコミュニケーションで学んだことを活かす」など)
コード2)	振り返りから学ぶ (「事例を振り返り次に活かす」「自分を振り返る」「自分の態度、雰囲気を知り、患者や状況にあったものにする」など)
コード3)	指摘から学ぶ (「ほかのスタッフの指摘から学ぶ」「新たな見方の指摘を自分たちの知識にしていく」など)
サブカテゴリー4. チーム内・チーム間の相互理解と協力	
コード1)	チームメンバーと情報を共有し検討する (「カンファレンスで話し合う」「チームで情報を共有し、予測的対応をとる」など)
コード2)	スタッフと相互理解し協力する (「スタッフは (患者が) 指示どおりにできないことについて理解がある」「スタッフはたいへんなときは助けてくれる」など)
コード3)	他職種と連携し協力し合う (「ミーティングして助手と業務分担する」「検査室との連携」「薬剤科との連携で (薬は) 飲みやすい形態を工夫」「検査は医師が付き添い、鎮静が必要な場合に投与する」など)
コード4)	医師と連携し治療を検討する (「いい場所に点滴を刺してもらう」「疑問のある治療方針について確認」「認知症を細かく診断し治療する」など)
サブカテゴリー5. 家族とのコミュニケーションと支援	
コード1)	家族に話す (「積極的に家族と話す」「トラブルになる前によく話しておく」「よいことも悪いことも話しておく」など)
コード2)	家族に聞く (「家族が話したいこと、尋ねたいことを聞いていく」「退院についての思いを聞く」など)
コード3)	家族と関係をもつ (「(家族と) コミュニケーションをとる」「家族との関わりをもつ」など)
コード4)	家族指導を行う (「受け持ちナースが段取りをしてその日の担当ナースが指導する」など)

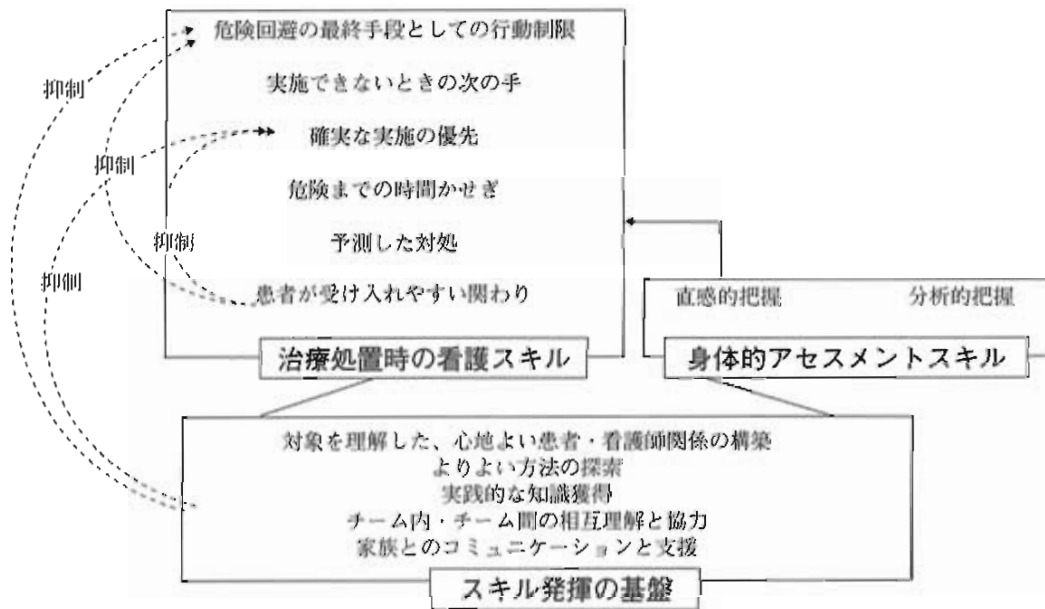


図1 身体的治療を受ける認知症高齢者への看護スキルの構造図

このカテゴリーは、認知症患者および家族との基本的な関わりやチームアプローチに関する方策で、治療処置場面とは限らずに提供される必要のある看護スキルである5つのサブカテゴリーから構成されている。これらは治療処置の場面で看護スキルが発揮されるための前提となるものとして示した。サブカテゴリー1【対象を理解した、心地よい患者・看護師関係の構築】は、認知症患者への看護の前提であり、[人間対人間として関わる][患者にとって心地よい・適切な環境にする]などの10コードから示された。サブカテゴリー2【よりよい方法の探索】は、患者にとって適切な方法を探していくアプローチ方法であり、[試行錯誤する]などの4コードから示された。サブカテゴリー3【実践的な知識獲得】は、認知症患者への看護を学ぶ方法であり、[経験から学ぶ]などの3コードから示された。サブカテゴリー4【チーム内・チーム間の相互理解と協力】は、[チームメンバーと情報を共有し検討する]などの4コードから示された。サブカテゴリー5【家族とのコミュニケーションと支援】は、[家族に話す]などの4コードから示された。

VI. 考 察

1. 構造的にみた治療を受ける認知症高齢者に対する看護スキル

カテゴリーおよびサブカテゴリーの関連を考え、その構造を図式化した(図1)。「治療処置時の看護スキル」は、「スキル発揮の基盤」となるさまざまな看護スキルの上になって治療を受ける認知症高齢者への看護スキルの中心

となる。また、「身体的アセスメントスキル」は、身体悪化の徴候の把握や問題と思われる行動の原因や意味を探り解決に導くための方法であり、予測した対処の適時実施に貢献する。つまり、「治療処置時の看護スキル」をうまく発揮させるスキルと位置づけられた。

『治療処置時の看護スキル』の中の【患者が受け入れやすい関わり】や『スキル発揮の基盤』のさまざまな看護スキルを実施することは、患者が医療スタッフや治療を受け入れやすくすると考えられる。図中に破線の矢印で示したように、これらのスキルは患者に苦痛をもたらす看護スキルである【確実な実施の優先】【危険回避の最終手段としての行動制限】を抑制しうると考えられた。

2. 治療を受ける認知症高齢者の看護への示唆

治療を受ける認知症高齢者に対する看護スキルの内容を構造的にとらえたことから、治療を受ける認知症高齢者の看護への適用について考えたい。

まず、認知症高齢者では認知症以外の心身のさまざまな要因のほか環境要因なども絡んでアセスメントすることが困難であるが、今回提示した『身体的アセスメントスキル』は、その難しさに対応するための方法を示したものといえる。サブカテゴリーとして示した【直感的把握】【分析的把握】を意識的に用いる教育方法の開発は、クリティカルパスのように規定された援助方法が適用されにくい認知症高齢者への看護を創造的に実施できる能力に結びつくと考えられた。

また、谷口¹⁷⁾は、医療施設において認知症高齢者は“見守りの必要性”が高い者であり、緊迫する医療現場の中で

注意義務の負担、責任となり、事故回避を困難に感じることから、認知症高齢者に対する看護師の困難感が生じているという。今回の研究で得られた『医療処置時の看護スキル』の中の【危険までの時間かせぎ】という看護スキルは見守りを補強する内容であり、困難感を感じる看護師の安心材料になりうると考えられた。

今回の面接では、ほとんどの対象者から「行動制限」があげられた。遠藤¹³⁾は、「もともと身体拘束は医療現場でせん妄や認知症のある患者に対するケアの方法として、やむをえない手段として、また安全を確保する手段として広く定着していた」と述べ、身体拘束の弊害と医療機関での身体拘束禁止の取り組みの必要性を述べている。井口¹⁴⁾は、医療現場の治療やそれに伴うケアが不適切であることによって行動障害(BPSD)が生じ、その結果身体拘束を受けたことに対し、病院を相手に訴訟を起こした高齢患者の事例をあげ、「被告病院は『お年寄りだから、認知症だから』と軽んじ、傲慢になっていたのではないかと述べている。しかし、医療スタッフの見方の問題、倫理的な問題というだけでなく、治療を受ける認知症高齢者に対する看護スキルをもたないという技術的な問題から、今回の研究では患者の危険回避のための“最終手段”に位置づけられた行動制限が簡単に行われる可能性があると考えられた。

井口¹⁴⁾は、認知症高齢者の尊厳を守るためにアセスメントをきちんとし、ケアに手抜きをしないことが必要と述べているが、このためにも図1に示した看護スキルを臨床現場に定着させる必要があると考える。特に、患者の苦痛をもたらす看護スキルである【確実な実施の優先】【危険回避の最終手段としての行動制限】を抑制しようと考えられた『治療処置時の看護スキル』の中の【患者が受け入れやすい関わり】や『スキル発揮の基盤』のさまざまな看護スキルは重要である。松岡ら¹⁵⁾は、認知症高齢者のQOLを高めるケア技術として9因子を明らかにしているが、このうち“患者に合わせた対応”、“存在の尊重”、“混乱させない対応”、“安心感の補強”、“家族関係の維持”という5因子は、本研究結果の【患者が受け入れやすい関わり】や『スキル発揮の基盤』にあげられた看護スキルに含まれるといえる。このことから、これらのカテゴリーに含まれる具体的な看護スキルは、認知症高齢者の治療を行う病院の看護師に強化すべき内容と考えられた。

VII. まとめ

1. 高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟の看護師への面接内容を質的に分析した結果、治療を受ける認知

症高齢者への看護スキルの内容として、6つのサブカテゴリーからなる『治療処置時の看護スキル』、3つのサブカテゴリーからなる『身体的アセスメントスキル』、5つのサブカテゴリーからなる『スキル発揮の基盤』が示された。

2. 『治療処置時の看護スキル』は治療を受ける認知症高齢者への看護スキルの中心であり、『スキル発揮の基盤』の上にたち、『身体的アセスメントスキル』に支えられるという構造が示された。

3. 『スキル発揮の基盤』の全てのスキルおよび『治療処置時の看護スキル』の【患者が受け入れやすい関わり】を行っていくことで、『治療処置時の看護スキル』の中でも患者の苦痛を伴う看護スキルである【確実な実施の優先】【危険回避の最終手段としての行動制限】を抑制しようと考えられた。

VIII. おわりに

高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟に働く看護師たちへの面接から、治療を受ける認知症高齢者に対するさまざまな看護スキルをまとめ、構造的に示すことができた。

今回の結果は1つの専門病棟の看護師への面接から得られたものであるが、当該病棟は約3ヶ月の入院期間が許される病棟であり、平均入院期間が1ヶ月に満たない急性期病院の現状とは異なると考えられる。本研究結果をもとに、他の病院・病棟の看護師からもデータを収集して広く活用できる知識としたい。

謝辞

本研究は、平成19年度順天堂大学医療看護学部共同研究費により実施し、日本老年看護学会第13回学術集会においてその要旨を発表した。本研究実施にあたり、ご協力いただいた病院関係者の皆様、面接対象者の皆様に感謝申し上げます。

文献

- 1) Tom Kitwood: Dementia Reconsidered: the person comes first, Open University Press, 1997.
- 2) 根本敬子: 介護保険施設における認知症のリスクとリスクマネジメントの実態—全国調査の結果より、認知症高齢者のリスクマネジメント (湯浅美千代編), 初版, 164-166, すびか書房, 2007.
- 3) 諏訪きゆり, 湯浅美千代, 酒井郁子, ほか: 医療依存度の高い認知症高齢者の治療と看護計画, 185, 日経研, 2006.

- 4) 諏訪さゆり：医療ニーズの高い認知症高齢者を支える介護施設の取り組み，認知症ケア事例ジャーナル，1(3)，261-268，2008.
- 5) 菅谷綾子，湯浅美千代，諏訪さゆり，ほか：痴呆症の人が医療機関を利用する際に家族が抱く困難，負担，不満についての実態調査，利用者中心の継続的痴呆ケアの実践研究「医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究」平成15年度老人保健健康増進等事業報告書，49-95，2004.
- 6) 湯浅美千代，野口美和子，吉田千文，ほか：大学病院等高度先進医療を行う病院において高齢者をケアする上で看護婦が抱く困難感について，千葉大学看護学部紀要，19，117-124，1997.
- 7) 野口美和子，湯浅美千代：老人病院における痴呆患者の問題行動についての看護婦のとらえ方，千葉大学看護学部紀要，20，101-106，1998.
- 8) 湯浅美千代，野口美和子，小野幸子：老人痴呆患者の問題行動に対処する方法，千葉大学看護学部紀要，23，39-45，2001.
- 9) 谷口好美：医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造，老年看護学，11(1)，12-20，2006.
- 10) Louise Nolan：Caring for People with Dementia in the Acute Setting: A Study of Nurses' Views, British Journal of Nursing, 16(7), 419-422, 2007.
- 11) 杉山智子，松井典子，杉下知子：アルツハイマー型中期痴呆患者に対する望ましいケアの検討—排泄・身支度ケアへの抵抗に注目して，老年看護学，8(1)，31-38，2003.
- 12) 松岡千代，塩塚優子，榎谷佳代，ほか：痴呆性老人のQOLを高めるケア技術の分析—看護職者への質問紙調査を通して—，老年看護学，3(1)，64-71，1998.
- 13) 遠藤英俊：病院における高齢者虐待（病院の役割），治療，87(12)，3283-329，2005.
- 14) 井口昭子：認知症高齢者ケアにおける尊厳，総合ケア，17(8)，21-24，2007.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P.61-68 (2009)

精神科看護職者の性役割パーソナリティ (gender role personality) とメンタルヘルスおよび臨床看護能力との関連についての検討

The Correlations between Gender Role Personalities of Psychiatric Nursing Professionals and Their Mental Health and Clinical Nursing Capability

小田切 美 紀 *1

ODAGIRI Miki

與古田 孝 夫 *2

YOKOTA Takao

要 旨

沖縄県内の公私立病院7施設に勤務する看護職者650名を対象に性役割パーソナリティと、メンタルヘルスおよび臨床看護能力との関連を明らかにすることを目的に検討を行った。その結果、性役割パーソナリティのうち望ましい性格類型と考えられている両性具有型のパーソナリティを有するものは、良好な精神的状態にあり自尊感情も高く、臨床看護能力において高い能力を有することが示唆された。本結果から、性役割パーソナリティの観点から看護の専門性や職場の人間関係を含む職務環境の改善に向けた取り組みの必要性が示された。

索引用語：精神科看護、性役割パーソナリティ、メンタルヘルス、臨床看護能力

Key Words : psychiatric nursing, gender role personality, mental health, clinical nursing capability

I. はじめに

近年、医療技術の高度専門化や慢性疾患の増加に伴い、看護実践における判断技術や対応技術など、専門的能力が一層強く求められている。精神科看護分野においては、平成7年の精神保健福祉法制定の成立にともない、精神医療も従来の入院医療から精神障害者の社会復帰の促進やノーマライゼーションへとその理念も変遷しつつあり、精神科看護職者においても今後ますますその専門性が問われてくる¹⁾ことが考えられる。また、平成8年の看護教育のカリキュラム改正にともない、精神看護学が看護教育の一つの柱として位置づけられ、他科とは異なる精神科看護の専門性を明らかにしていくことが今後ますます重要になってくる。

看護職の場合、明治13年に東京慈恵会医科大学において日本最初の看護師が誕生後、100年以上を経過しており、その歴史は長い。それだけに新規の職業に比べ、看護職の

場合は看護師特有の役割や人格像の期待内容が明確であり、その方向に沿ってパーソナリティの形成が行われているのが現状²⁾である。また近年、看護職への男性進出が進みその数も増加しているが、とりわけ精神科医療において男性の担ってきた役割は大きい。しかし管理収容に傾きがちだった精神科医療の歴史的背景、男性看護職者に負わされてきた患者に対する抑圧的、管理的な役割が存在していたことは否定できない。一方で、女性看護職者は、精神科以外の一般診療科の経験者が多く、患者に対するフィジカルアセスメント能力を発揮している印象を受ける。著者は精神科看護の臨床実践の経験から、看護スタッフの男女間で教育的背景や一般診療科を含む看護経験年数、患者への看護援助や精神看護に対する問題意識のあり方が異なる様相をもつことに興味を覚えた。こうした精神科看護の歴史や現状をふまえ、他科にはみられない精神科看護特有の性役割に着目し、臨床看護能力との関連から検討した研究はほとんどなされていない。また、看護職者の精神的健康に関する研究を探索すると、福岡ら³⁾は、経験年数が短いほど精神的不健康度が高いことを報告し、宗像ら⁴⁾は看護職者の精神的不健康の原因として、日常苛立事、仕事への志気の低下、ソーシャルサポートの不足、逃避的問

*1 順天堂大学医療看護学部

*2 琉球大学医学部保健学科精神看護学

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

*2 School of Health Sciences, University of the Ryukyus

(Nov. 30, 2008 原稿受領)

題対処行動などを挙げている。細見ら¹¹⁾は看護師などの医療従事者のメンタルヘルスは単に本人自身の問題にとどまらず、サービスを受ける患者に対しても多大な影響を及ぼし、医療の質そのものを左右することを指摘している。

こうした点をふまえ、本研究は精神科看護職者のもつ性役割パーソナリティに焦点をあて、メンタルヘルスや臨床看護能力との関連を明らかにすることを目的に検討を行った。

II. 用語の定義

精神科看護職者：精神科において看護に従事する看護師、准看護師、看護助手

性役割：社会（文化）から性に応じて期待される一連のパーソナリティ特性、性に対する社会的役割期待¹²⁾

臨床看護能力：看護実践における判断技術や対応技術

III. 方法

1. 対象

沖縄県内の公私立病院7施設の精神科に勤務する看護職者（以下、精神科看護職者）830名に対し、平成13年11月に無記名式の留置調査を実施し、650名（78.3%）から回答を得た。そのうちの有効回答の得られた対象数について検討を行った。

2. 倫理的配慮

調査依頼は病院長または看護部長に直接行い、研究の主旨を説明し、了承を得た。対象者に対しては、看護師長へ調査協力および撤回の自由についての説明を依頼した。記入後ただちに密封できるよう封筒を添付し、プライバシーの保護に留意した。同意が得られた場合にのみ調査用紙へ記入してもらい、回収を持って研究への同意が得られたとした。

3. 調査内容

調査内容は、性役割を測るスケールとして The Personal Attribute Questionnaire（以下、PAQ）を使用した。性役割と対象者のメンタルヘルスとの関連指標として、自尊感情には Self-esteem Scale を、精神的健康度の測定には General Health Questionnaire 12 Scale（以下、GHQ）を用いた。臨床看護能力との関連では、看護職者のアサーション（自己表現）の測定には野末ら¹³⁾による「ナースのアサーション（自己表現）インベントリー」を、臨床能力を測るスケールには、辻本ら¹⁴⁾による「看護者のこころのケア満足度」及び菊池¹⁵⁾による「看護職の職務における自律性の因子」を用いた。

PAQ は Spence ら¹⁶⁾が1974年に、Sex Role Stereotype Questionnaire¹⁷⁾をもとに開発した性役割スケールである。

これは男性性を測る男性性尺度（以下、M 尺度）、女性性を測る女性性尺度（以下、F 尺度）、どちらかが一方の性に典型的な、社会的望ましさを測る Masculinity-Femininity Scale（以下、MF 尺度）の3つの下位尺度から構成され、各々8項目から構成されている。下位尺度のうち MF 尺度の高い得点は男性性を、逆に低い得点は女性性を意味している。したがって、PAQ において男性性が高いということは M 尺度と MF 尺度の点がともに高くなった場合であり、より女性性が高いということは F 尺度の得点のみが高くなった場合である。得点の算出は、性役割特性の各設問について5段階評定で0～4点を配点するもので、各下位尺度の得点範囲は0～32点である。調査項目が少なく、比較的簡便な質問票であり、信頼性・妥当性が確認されている。

Self-esteem（以下、自尊感情）は、Rosenberg により開発された「自己に対する尊重や価値」を評定するもので、信頼性・妥当性の確認されている星野¹⁸⁾の Self-esteem Scale 日本語版を使用した。この尺度は10項目からなり、1～4点までの4段階尺度で評定を行うものである。

GHQ は Goldberg により開発された精神的健康度を測る指標で、信頼性・妥当性の確認されている中川ら¹⁹⁾による日本語版を使用した。これは0点から3点の4段階尺度で評定を行い、得点が低いほど精神的健康度は良好であることを示している。

「ナースのアサーション（自己表現）インベントリー」²⁰⁾は、看護職者個々の表現特性を自己検証できるように開発したもので、「患者」、「医師」、「上司」、「部下」、「同僚」の各対象に対して、非主張的（non-assertive：Na）、攻撃的（aggressive：Ag）、アサーティブ（assertive：As）の3つの自己表現15項目について、1～5点の5段階で評定を行う。

「こころのケア満足度」²¹⁾は、中野²²⁾の「エンパワメント現象を生み出す看護者のこころのケア特性」を参考にして作成された17項目の尺度であり、1～5点の5段階で評定を行う。

「看護職の職務における自律性因子」²³⁾は38項目から構成され、「抽象的判断能力」、「具体的判断能力」、「認知能力」、「実践能力」、「自立的判断能力」の5つの能力について、1～5点の5段階で評定を行う。

4. 分析方法

PAQ による性役割パーソナリティ類型分類は Spence ら²⁴⁾により考案された Median Split 法により行った。これは PAQ による M 尺度、F 尺度、MF 尺度の3つの下位尺度ごとに中央値を求め、その組み合わせにより両性具有

表1 対象者の基本属性 n(%)

内容	男	女
年齢(n=616) ^{(注)***}	34.1(9.8)	41.9(9.0)
一般診療科経験年数(n=381) ^{(注)***}	2.8(5.4)	8.1(6.5)
精神科経験年数(n=606) ^(注)	11.6(9.1)	11.4(8.3)
看護資格		
看護師(n=645)	109(40.5)	241(64.1)
准看護師	100(37.2)	106(30.9)
看護助手	60(22.3)	19(5.1)
職位***		
看護部長(n=644)	2(0.7)	4(0.3)
副看護部長	1(0.4)	1(0.3)
師長(課長)	11(4.1)	34(9.1)
主任(係長)	21(7.8)	26(7.0)
スタッフ	234(87.0)	310(82.7)
勤務病棟*		
閉鎖(n=635)	135(51.0)	154(41.8)
開放	70(26.5)	95(25.7)
準開放	24(9.1)	34(9.2)
その他	36(13.6)	86(23.3)
教育歴*		
高校卒(n=634)	230(85.8)	299(81.7)
短大卒	10(3.7)	15(4.1)
大学卒	12(4.5)	7(1.9)
その他	16(6.0)	45(12.3)
看護教育***		
准看護師学校(n=587)	100(43.4)	107(29.9)
准看護師学校から	72(31.3)	115(32.2)
看護専修学校		
看護専修(3年課程)	40(17.3)	123(34.4)
その他	18(7.0)	12(3.3)

注) 年齢, 一般診療科経験年数, 精神科経験年数は Mean(SD), t 検定

表2 性役割スケール各類型の頻度と割合

組合せ	類型	n (%)
高男性・高女性	両性具有型	158 (28.1)
高男性・低女性	男性型	69 (12.3)
低男性・高女性	女性型	125 (22.2)
低男性・低女性	未分化型	211 (37.5)

型, 男性型, 女性型, 未分化型の4つに類型化するものである。下位尺度各8項目の内容については内的整合性を確認するために Cronbach の α 係数を求めた。

基本属性および基本属性と性役割パーソナリティ類型との関連については χ^2 検定, t 検定を行った。自尊感情, GHQ, 「ナースのアサーション(自己表現)インベントリー」, 「こころのケア満足度」, 「看護職の職務における自律性の因子」の6スケールと PAQ との関連については F 検定を行った。なお有意水準は5%を基準とし, 統計解析には Macintosh 版 SPSS6.1 を使用した。

IV. 結果

1. 対象者の基本属性(表1)

対象者650名の性別による内訳は男性271名(41.7%), 女性379名(58.3%)で女性の占める割合が高く, 性別による平均年齢と看護経験年数の平均値の比較では男性34.1

表3 対象者の基本属性と性役割パーソナリティとの関連 n(%)

内容	両性具有	男性型	女性型	未分化型
性別*				
男(n=563)	67(28.0)	40(16.7)	50(20.9)	82(34.3)
女	91(28.1)	29(9.0)	75(23.1)	129(39.8)
勤務病棟				
閉鎖(n=536)	62(24.2)	32(12.5)	65(25.4)	97(37.9)
開放	41(28.3)	22(15.2)	26(17.9)	56(38.6)
準開放	16(39.0)	4(9.8)	8(9.8)	13(31.7)
その他	38(34.9)	10(9.2)	23(21.1)	23(34.9)
職位				
看護部長(n=557)	3(60.0)	0(.0)	1(20.0)	1(20.0)
副看護部長	0(.0)	1(50.0)	1(50.0)	0(.0)
師長(課長)	16(48.5)	3(9.1)	7(21.2)	7(21.2)
主任(係長)	14(32.6)	8(18.6)	10(23.3)	11(25.6)
スタッフ	122(25.7)	56(11.8)	105(22.2)	191(40.3)
教育歴				
高校卒(n=398)	128(27.6)	56(12.1)	49(23.1)	79(37.1)
短大卒	4(18.2)	5(22.7)	2(9.1)	11(50.0)
大学卒	7(43.8)	3(18.8)	2(12.5)	4(25.0)
その他	14(29.2)	4(8.3)	12(25.0)	18(37.5)
看護資格				
看護師(n=558)	94(30.3)	39(12.6)	75(24.2)	102(32.9)
准看護師	37(20.8)	19(10.7)	38(21.3)	84(47.2)
看護助手	25(35.7)	10(14.3)	12(17.1)	23(32.9)
看護教育*				
准看護師学校(n=510)	40(22.7)	18(10.2)	40(22.7)	78(44.3)
准看護師学校から	45(27.1)	17(10.2)	39(23.5)	65(39.2)
看護専修学校				
看護専修(3年課程)	42(29.4)	23(16.1)	35(24.5)	43(30.1)
その他	15(60.0)	1(4.0)	3(12.0)	6(24.0)

χ^2 検定 *p<0.05

表4 自尊感情と性役割パーソナリティとの関連

類型	n	Mean	(SD)
両性具有型	150	27.5	(3.3)
男性型	63	26.1	(2.7)
女性型	122	24.8	(3.1)
未分化型	196	24.3	(3.2)

F検定 $p<0.001$

歳、女性41.9歳であり、女性で高値であった ($p<0.001$)。一般科での看護経験年数は男性2.8年、女性8.1年と女性で長く ($p<0.001$)、精神科の看護経験年数は男性11.6年、女性11.4年であり統計的差異を認めなかった。

職務に関連する項目でみると、看護資格では看護師の占める割合は女性241名 (64.1%)、男性109名 (40.5%) であり、看護助手は男性60名 (22.3%)、女性19名 (5.1%) であった。職位では、男女間で大きな差を認めず、教育歴では男女ともに高校卒者の占める割合が高かった。勤務病棟でみると、男性では閉鎖病棟勤務の者が半数以上を占めているのに対し、女性ではその他 (高齢者認知症病棟、アルコール専門病棟等) の占める割合が高かった。看護に関わる教育背景をみると、准看護師学校は男性100名 (43.4%)、女性107 (29.9%) で男性の占める割合が高く、看護専修学校卒者は男性40名 (17.3%)、女性123名 (34.4%) で女性の占める割合が高かった。

2. 性役割パーソナリティ類型について

今回使用したPAQの下位尺度8項目についてCronbachの信頼性係数 α をみると、両性具有型が0.50、男性型0.65、女性型0.77であった。PAQで測定する3つの下位尺度の中央値は、M尺度が16.0、F尺度19.0、MF尺度15.0であった。算出した各下位尺度の中央値をもとに類型化した、性役割パーソナリティ類型別の頻度と割合をみると (表2)、高男性・高女性 (M尺度16点、F尺度19点以上) の両性具有型が158名 (28.1%)、高男性・低女性 (M尺度16点以上、F尺度19点以下) の男性型69名 (12.3%)、低男性・高女性 (M尺度16点以下、F尺度19点以上) の女性型が125名 (22.2%)、低男性・低女性 (M尺度16点以下、F尺度19点以下) の未分化型が211名 (37.5%) であった。

3. 対象者の基本属性と性役割パーソナリティ類型との関連 (表3)

対象者の基本属性と性役割パーソナリティ類型の比較では、性別では男性と女性の構成員の比率に差が見られ、女性に比べ男性では男性型の占める割合が高かった ($p<0.05$)。看護に関わる教育背景でみると、未分化型では准看護学校卒の者が占める割合が高かった ($p<0.05$)。

4. 対象者のメンタルヘルスと性役割パーソナリティ類

表5 GHQ得点と性役割パーソナリティとの関連

類型	n	Mean	(SD)
両性具有型	154	1.2	(1.8)
男性型	69	1.5	(2.2)
女性型	119	2.6	(3.0)
未分化型	200	2.4	(3.0)

F検定 $p<0.001$

① 得点が高いほど、精神的健康度は悪いことを示している。

型との関連

自尊感情と性役割パーソナリティ類型別での比較では (表4)、両性具有型が最も高く、未分化型で低値であった ($p<0.001$)。

GHQと性役割パーソナリティの類型別での比較では (表5)、両性具有型で低値であり、女性型で高値であった ($p<0.001$)。

5. 対象者の臨床看護能力と性役割パーソナリティ類型との関連

1) アサーション (Assertion, 自己表現) と性役割パーソナリティ類型との関連 (表6)

アサーションと性役割パーソナリティ類型との関連でみると、患者との関係ではAsは両性具有型で高かった ($p<0.001$)。医師との関係では、Asは女性型で最も低く ($p<0.05$)、Agは両性具有型で ($p<0.001$)、Naは女性型、未分化型で高値であった ($p<0.05$)。上司との関係では、Asは両性具有型、男性型で最も高かった ($p<0.001$)。部下との関係では、Asは両性具有型で高く ($p<0.001$)、Naは未分化型で高値であった ($p<0.001$)。同僚との関係をみると、両性具有型ではAsは最も低値であったが、逆にAgは最も高かった ($p<0.001$)。

2) 「こころのケア満足度」と性役割パーソナリティ類型との関連 (表7)

精神科看護において患者の看護援助に必要な「こころのケア満足度」17項目の平均比較では、4項目を除く13項目で差を認め、いずれも両性具有型が高値を示し、未分化型で低値を示していた ($p<0.001$)。

3) 看護の自律性と性役割パーソナリティ類型との関連 (表8)

「看護職の職務における自律性因子」の抽象的判断能力、具体的判断能力、認知能力、実践能力、自立的判断能力の5つの能力について、性役割パーソナリティ類型との関連をみた。その結果1項目を除く37項目において両性具有型で高値を示し、次いで男性型、女性型、未分化型の順であった。

表6 アサーションと性役割パーソナリティとの関連

対象	表現	項目	n	Mean (SD)			
				両性具有型	男性型	女性型	未分化型
患者	Aa	3 自分が何かミスをした時、そのことについて患者にきちんと謝る***	533	4.2 (0.7)	4.0 (0.6)	4.1 (0.7)	3.6 (0.8)
	Ag	2 患者の話しや訴えに耳を傾けるよりも、患者を説得することが多い	533	2.5 (0.9)	2.8 (0.7)	2.5 (0.8)	2.7 (0.7)
	Na	1 患者の不満をぶつけられたり怒鳴られたりしても、黙って耐える	534	3.2 (0.9)	3.1 (0.9)	3.2 (0.9)	3.1 (0.8)
医師	Aa	5 患者ケアへの意見が異なる時、医師の意見にも耳を傾けるが、自分の意見も言う*	529	2.5 (0.8)	2.5 (0.8)	2.2 (0.8)	2.6 (0.8)
	Ag	6 医師から自分の仕事ぶりについて批判されると、むきになり反論する***	531	3.5 (0.9)	3.4 (0.7)	3.2 (0.8)	3.1 (0.8)
	Na	4 医師の指示や治療方針に疑問や不満があっても、何も言わずにそれに従う*	527	2.6 (0.9)	2.6 (0.9)	2.9 (0.8)	2.9 (0.7)
上司	As	9 上司の指示や方針に疑問を感じた時、上司の考えを聞き、自分の意見も述べる***	530	3.6 (0.9)	3.6 (0.7)	3.1 (0.9)	3.1 (0.7)
	Ag	7 上司のリーダーシップの取り方に不満や疑問がある時、上司を批判したり責めたりする	526	3.0 (1.0)	3.1 (0.8)	3.1 (0.9)	3.0 (0.8)
	Na	8 自分のことをわかってもらえないと思っても、上司にそれを言わない	527	2.7 (1.0)	2.7 (0.9)	2.4 (0.9)	2.6 (0.8)
部下	As	12 上司(先輩)としての自分の言動に誤りがあったと思われる時は、率直に謝る***	525	4.1 (0.9)	3.5 (1.0)	4.0 (0.7)	3.5 (0.8)
	Ag	11 要領が悪かったり、ミスが多い看護師に対しては、つい口調が厳しくなる	527	2.6 (0.9)	2.8 (0.9)	2.4 (0.9)	2.7 (0.8)
	Na	10 部下(後輩)の仕事に疑問や不満を抱いても、話し合うことをためらう***	520	2.4 (0.9)	2.7 (0.9)	2.6 (0.9)	2.8 (0.7)
同僚	As	14 同僚と意見が異なる時、お互いに納得のいくまで話し合う***	530	2.2 (0.8)	2.5 (0.8)	2.7 (0.9)	2.8 (0.7)
	Ag	13 同僚に対して、「こうするべき」とよく指示をする*	529	3.3 (0.9)	3.1 (0.8)	3.1 (0.8)	2.9 (0.7)
	Na	15 患者について、同僚とは違う意見や見方を持っていても言わない	528	2.8 (0.9)	2.7 (0.8)	2.3 (0.9)	2.6 (0.7)

F検定 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

As: アサーティブな自己表現, Ag: 攻撃的な自己表現, Na: 非主張的な自己表現

表7 「こころのケア満足度」と性役割パーソナリティとの関連

項目	n	Mean (SD)			
		両性具有型	男性型	女性型	未分化型
1 その時々適切な方法を選択し、ケアを行うことができる***	532	3.7 (0.9)	3.4 (0.7)	3.4 (0.7)	3.2 (0.7)
2 患者のたどる経過を見通し、それに添いながらケアを行うことができる***	530	3.5 (0.9)	3.3 (0.7)	3.3 (0.7)	3.1 (0.7)
3 経験を基に患者のニーズを明らかにし、ニーズに適したケア方法を選択し、用いることができる***	530	3.5 (0.8)	3.5 (0.7)	3.3 (0.7)	3.1 (0.7)
4 適切な判断を基にケアの方向性を決定することができる	527	3.4 (0.8)	3.4 (0.7)	3.3 (0.7)	3.2 (0.7)
5 弱っている患者の自我を強化できる	526	3.2 (0.8)	3.0 (0.7)	3.0 (0.7)	2.9 (0.7)
6 ケア行動を駆使し苦痛を軽減できる***	527	3.4 (0.7)	3.2 (0.7)	3.2 (0.7)	3.0 (0.6)
7 入院生活のなかで、日常生活のケアを通して患者に安心する時間を提供できる	522	3.3 (0.8)	3.3 (0.7)	3.1 (0.7)	3.0 (0.6)
8 患者本来の生活を入院生活の中に取り入れられる	521	3.0 (0.9)	3.0 (0.7)	2.8 (0.8)	2.9 (0.7)
9 日常生活のケアを通して患者が将来について希望を持てるように働きかけられる*	527	3.3 (0.7)	3.3 (0.8)	3.2 (0.7)	3.0 (0.6)
10 ケア場面において患者の反応を読み取り、ケアの妥当性・適切性を判断することができる***	529	3.4 (0.8)	3.3 (0.6)	3.2 (0.7)	3.0 (0.6)
11 患者・看護者関係を常に評価し、ケアにつなげることができる***	530	3.5 (0.8)	3.4 (0.7)	3.3 (0.7)	3.1 (0.6)
12 提供した看護と患者および自らのこころの動きの振り返りをし、看護観を深めることができる***	531	3.6 (0.7)	3.4 (0.7)	3.4 (0.7)	3.1 (0.7)
13 チームの力を活用し、互いに協力しながらケアにあたる***	529	3.8 (0.8)	3.4 (0.7)	3.6 (0.8)	3.3 (0.7)
14 患者のその人らしい生き方を最大限尊重することができる***	531	3.6 (0.9)	3.4 (0.8)	3.5 (0.8)	3.2 (0.6)
15 ひとりの人間として自らの過去の体験を活用し、ケアを展開することができる***	531	3.6 (0.8)	3.6 (0.7)	3.4 (0.8)	3.2 (0.7)
16 患者の現実認識や対処能力を高め、患者の抱えている問題を解決できるように援助することができる***	529	3.4 (0.7)	3.3 (0.6)	3.2 (0.7)	3.1 (0.6)
17 自分の感情をコントロールし、看護者として冷静に患者を捉え、ケアを展開できる***	529	3.5 (0.8)	3.3 (0.8)	3.3 (0.8)	3.1 (0.7)

F検定 *p<0.05 ***p<0.001

表8 看護の自律性と性役割パーソナリティとの関連

項目	n	Mean (SD)			
		両性具有型	男性型	女性型	未分化型
抽象的判断能力					
1 将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる***	532	3.5 (0.8)	3.3 (0.6)	3.0 (0.7)	2.9 (0.6)
2 患者の変化 (結果) を予想して看護を選択することができる***	532	3.6 (0.7)	3.5 (0.6)	3.2 (0.7)	3.1 (0.6)
3 患者のニーズに一致した看護を選択することができる***	532	3.5 (0.7)	3.3 (0.6)	3.2 (0.6)	3.0 (0.6)
4 患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる***	532	3.6 (0.8)	3.4 (0.7)	3.3 (0.7)	3.1 (0.6)
5 患者の心理的变化に応じて看護方法を変更できる***	532	3.7 (0.8)	3.5 (0.7)	3.4 (0.7)	3.2 (0.6)
6 看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる***	533	3.3 (0.8)	3.1 (0.7)	2.9 (0.7)	2.9 (0.7)
7 患者の社会適応を促進するための指導ができる***	532	3.3 (0.8)	3.3 (0.7)	3.1 (0.7)	2.9 (0.6)
8 看護モデルを用いて看護方法を決定することができる*	528	3.1 (0.7)	3.1 (0.6)	2.9 (0.6)	2.9 (0.6)
9 患者の医療への不信感や不安を説明を行うことにより和らげられる***	533	3.4 (0.7)	3.3 (0.7)	3.2 (0.7)	3.0 (0.6)
10 看護を常に創意工夫することができる***	532	3.3 (0.7)	3.3 (0.7)	3.0 (0.6)	2.9 (0.6)
11 患者の情動の変化 (怒り・悲しみ) に対処することができる***	533	3.6 (0.8)	3.3 (0.6)	3.3 (0.7)	3.0 (0.6)
12 患者の個性性を考慮した看護を実施することができる***	532	3.6 (0.7)	3.4 (0.6)	3.3 (0.7)	3.1 (0.6)
具体的判断能力					
1 患者の急激な生理的变化に対応することができる***	533	3.5 (1.0)	3.3 (0.9)	3.1 (0.9)	3.0 (0.7)
2 突然の患者の生理的变化に応じて看護方法を変更できる***	534	3.7 (0.9)	3.4 (0.9)	3.4 (0.8)	3.1 (0.7)
3 患者に必要な情報を直ぐに集めることができる***	530	3.4 (0.8)	3.3 (0.7)	3.0 (0.6)	2.9 (0.6)
4 患者の検査結果と症状の問題を理解することができる***	532	3.3 (0.9)	3.2 (0.8)	3.1 (0.7)	2.9 (0.7)
5 患者の意識レベルの変化を確実に把握することができる***	531	3.4 (0.9)	3.3 (0.7)	3.1 (0.7)	2.9 (0.6)
6 私の立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	526	3.2 (0.8)	3.0 (0.5)	2.9 (0.5)	2.9 (1.5)
7 看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる***	533	3.4 (0.8)	3.2 (0.8)	3.0 (0.6)	2.9 (0.6)
8 看護方法を一人で選択できる***	532	3.2 (0.8)	3.2 (0.8)	2.7 (0.7)	2.8 (0.6)
認知能力					
1 患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる***	531	3.4 (0.7)	3.4 (0.7)	3.1 (0.6)	2.9 (0.6)
2 治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる***	533	3.3 (0.7)	3.3 (0.6)	3.1 (0.7)	2.9 (0.6)
3 思考に将来起こるであろう危機を予測することができる***	533	3.3 (0.8)	3.3 (0.7)	3.1 (0.7)	2.9 (0.6)
4 これまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる***	533	3.4 (0.7)	3.3 (0.7)	3.2 (0.6)	3.0 (0.6)
5 患者の価値観を十分に理解することができる***	531	3.4 (0.7)	3.3 (0.6)	3.2 (0.6)	3.0 (0.6)
6 患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる***	532	3.4 (0.7)	3.3 (0.6)	3.2 (0.7)	2.9 (0.6)
7 患者の言動に共感的理解を示すことができる***	532	3.5 (0.7)	3.3 (0.7)	3.4 (0.7)	3.1 (0.6)
8 患者のニーズに直ぐ気づくことができる***	533	3.3 (0.7)	3.1 (0.6)	3.0 (0.6)	2.9 (0.6)
9 患者の言動と感情の不一致を理解することができる***	532	3.4 (0.7)	3.4 (0.7)	3.2 (0.6)	3.0 (0.7)
10 患者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる**	533	3.4 (0.7)	3.2 (0.7)	3.2 (0.7)	3.0 (0.6)
実践能力					
1 患者の突然の求めにも躊躇なく応じることができる***	531	3.4 (0.8)	3.2 (0.8)	3.1 (0.6)	3.0 (0.6)
2 患者が落ち着いて看護を受けられるように配慮できる***	532	3.5 (0.8)	3.3 (0.7)	3.3 (0.5)	3.0 (0.5)
3 他職種 (栄養士・作業療法士) と連携を上手に取ることができる***	529	3.5 (0.9)	3.2 (0.8)	3.1 (0.6)	3.0 (0.7)
自立的判断力					
1 患者の訴えがなくても何を看護すべきか判断できる***	534	3.3 (0.8)	3.3 (0.7)	3.1 (0.5)	2.9 (0.6)
2 患者の言動に感わずに適切な看護方法を選択できる***	534	3.5 (0.7)	3.3 (0.7)	3.1 (0.5)	3.0 (0.5)
3 他者の助言を受けずに看護方法を選択することができる***	534	3.2 (0.8)	3.1 (0.7)	2.9 (0.6)	2.9 (0.5)
4 患者の意思を尊重した看護方法を選択できる***	533	3.3 (0.7)	3.1 (0.6)	3.0 (0.6)	2.9 (0.6)
5 患者が心情を表現しなくても精神的援助を計画できる***	533	3.3 (0.8)	3.2 (0.7)	3.0 (0.6)	2.9 (0.6)

F検定 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

V. 考 察

1. 対象者の基本属性と性役割パーソナリティ類型との関連

両性具有型とはアンドロジェイニクスなタイプであり、男女いずれかの性の型づけを受けず、男性役割と女性役割のいずれの役割も状況に応じて自由に選べる柔軟な性役割感を有しており、東²⁾は「望ましい性役割パーソナリティ」、門脇³⁾は「適応的で理想的な人格の持ち主」と位置づけている。本研究は、精神科看護職者のもつ両性具有型をはじめとする性役割パーソナリティに焦点をあて、メン

タルヘルスや臨床看護能力との関連を明らかにすることを目的とした。

対象者の基本属性と性役割パーソナリティ類型の比較結果では、男性と女性の構成員の比率に差が見られ、女性に比べ男性では男性型の占める割合が高かった。看護に関わる教育背景でみると、両性具有型ではその他の占める割合が高く、未分化型は准看護学校卒の者が高値を示しており、教育背景との関連が示唆された。近年、准看護師の養成が廃止になる動きや、看護基礎教育を4年制にする動きがあ

るなか、今回得られた知見は看護教育の質を検討する上で示唆を与える結果であると考えられる。

性役割パーソナリティに関する看護職者を対象とした研究²⁾では、男性性に比して女性性が高い女性型の出現率は職位の上昇にともない減少し、リーダーシップを必要とする業務につき、監督職（主任）さらには管理職（師長）という業務を遂行していくうちに、男性性がより開発・形成されていくことが指摘されている。本結果では、職位では有意差を認めず、看護経験年数との関連からも明らかにできなかったが、精神科以外の他科を含め、今後詳細な検討を要する課題であると考えられる。

2. 対象者のメンタルヘルスと性役割パーソナリティ類型との関連

自尊感情と性役割パーソナリティ類型との関連では、Self-esteem 得点は両性具有型で最も高く、未分化型で低値であった。菅¹⁰⁾は、自尊感情は個人の生き方に大きな影響を与え、「健康的な自己愛」として重要であり、自尊感情が社会の中で自分の存在を維持していく上で大きな要素となることを指摘している。看護職者を対象とした先行研究¹⁰⁾では、自尊感情が高い看護師ほど専門職的自律性が高いことが報告されている。両性具有型と男性型はいずれも男性性が高いということでは共通しているが、男の生物学的性に共通した特性にとどまらず、社会的、政治的、経済的活動にたずさわるときに必要とされる人格特性である¹¹⁾とされている。今回の結果において両性具有型で Self-esteem 得点が高かったことから、男性役割と女性役割のいずれの役割も状況に応じて自由に選べる看護職者は、臨床能力に裏づけられた自信と有用感が結果として自尊感情を高めていることが推察される。

GHQ と性役割パーソナリティとの関連では、GHQ 得点は両性具有型で最も低値であり、女性型で高値を示した。GHQ を用いた医療従事者を対象とした職種別の神経症圏の割合は、看護職が最も高く、なかでも精神科看護職者は精神的健康度が低い¹²⁾との報告があり、その背景には、精神科は予後不良の患者や入退院を繰り返す患者が多く、そのことが看護師のストレス要因となり精神的健康が障害されやすいことが指摘されている¹³⁾。本研究結果においては、両性具有型において精神的健康度が良好であったことから、自尊感情を基盤とした臨床における自己効力感が精神健康の保持・向上に寄与していることが推察される。

3. 対象者の臨床看護能力と性役割パーソナリティ類型との関連

アサーションと性役割パーソナリティ類型との関連をみると、アサーションを示す As は、患者との関係では両性

具有型で高く、医師との関係では女性型で最も低く、他の類型はほぼ同様の値を示した。職場での人間関係でみると、As は上司、部下との関係ともに両性具有型で高く、逆に同僚との関係では両性具有型で As は最も低値であった。アサーションとは適切な方法で自分の考えや意見、相手への要望を率直・正直に表現し、自他を大切にしたい表現、言論の自由を尊重した態度であり、今回の結果では、両性具有型は患者、上司、部下との関係ではアサーティブな関係構築がなされる一方で、医師、同僚との関係では必ずしも良好な関係づくりがなされていない可能性が示唆された。前述した両性具有型では自尊感情が高く、いわば自らのプライドに関わる関係場面では Ag である攻撃的な自己表現として表出され、関係を阻害する要因として影響する可能性が示唆される。アサーションは人間関係の構築を職業とする看護職者にとって重要な臨床看護能力とされ、アサーションが低い状態にあると、言いたいことを我慢し、結果としてコミュニケーション不足をきたしやすく、我慢が昂じて突然攻撃的になってしまうこともあるとされ、こうした攻撃的な自己表現の蓄積は、看護職者の燃え尽き症候群につながり、職場の中でのいじめや患者ケアに悪影響を及ぼすことが指摘されている¹⁴⁾。今回の結果は、自らの性格類型や陥りやすい傾向を自覚し、アサーティブな言動を心がける対処能力の向上が、患者・医療者関係を基盤とする臨床看護能力に有用に寄与することを示唆する結果であると考えられる。

精神科看護において患者の看護援助に必要な「こころのケア満足度」17項目の比較結果では、4項目を除く13項目で差を認め、いずれも両性具有型が高値を示し、未分化型で低値を示していた。主体性や自主性、責任や統制力は看護職者の満足度を高める要因¹⁵⁾であるとされており、両性具有型の性役割パーソナリティは、先の結果より患者や上司、部下へのアサーティブな対応傾向が高く、「ケア全般における臨床判断」「精神面に着目したケア」「患者・看護者関係を活用したケア」「その人らしさを支えるケア」といった、患者との機微に富む柔軟な対応技術場面においてもその臨床能力を発揮しやすいことが考えられる。同様に、「看護職の職務における自律性因子」の抽象的判断能力、具体的判断能力、認知能力、実践能力、自立的判断能力の5つの能力いずれについても両性具有型で高くみられたことから、両性具有型の性役割パーソナリティは精神科看護職者の臨床看護能力と高い関係性を有することが推測される。臨床判断を重視し臨床看護能力の向上に尽力した Benner¹⁶⁾は、看護職者を初心者、新人、一人前、中堅、達人に分け、3～5年の経験を積んだ中堅看護職者は、状況を部分よりも全体としてとらえることが特徴で、さらに上級

の達人になると全体状況を直観的に深く理解した上で、問題領域に正確にねらいをつけると述べている。これには年齢などの加齢にともなう要因とあわせて精神科看護の経験にともなう熟練度が影響することは自明であるが、こうした熟練度に応じて両性具有型の比率が高くなり、看護の熟練度を高め専門性に貢献している可能性が考えられる。

VI. 結 論

精神科看護職者の性役割パーソナリティと、メンタルヘルスおよび臨床看護能力との関連を明らかにすることを目的に検討を行った。その結果、性役割パーソナリティのうち望ましい類型と考えられている両性具有型のパーソナリティを有するものは、良好な精神的状態にあり自尊心も高く、臨床看護能力において高い能力を有することが示唆された。

VII. 研究の限界

本研究の測定用具に使用した PAQ は、文化的背景や土壌の異なるアメリカで開発された概念スケールであるため、今後も継続して精神科看護職者を対象としてケース数を積み重ねるとともに、さらに近年の性役割の変化を加味した日本人に適する新しいスケールの開発が必要であると考えられる。

謝 辞

本研究は琉球大学大学院修士論文（平成14年度）の一部であり、本研究の調査に際し、多大な協力を賜った沖縄県内の公私立病院7施設の理事長、院長に厚く謝意を申し上げ、調査にご協力いただいた看護スタッフの皆様には感謝いたします。

引用文献

- 高橋清久, 大島巖: ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進めかた. 精神障害者社会復帰促進センター, 2001.
- 東清和: 看護職の職位と性役割パーソナリティとの関連性, 産業・組織心理学研究, 4(1), 3-16, 1990.
- 稲岡文昭, 松野かほる, 宮里和子: 看護職にみられる Burnout とその関連に関する研究, 看護, 36, 81-104, 1984.
- 宗像恒次, 稲岡文昭, 高橋徹, 他: 燃えつき症候群, 金剛出版, 32-95, 1988.
- 細見潤, 中野素子, 池田政和, 他: 医療従事者のメンタルヘルスに関する調査, 精神医学, 40, 83-91, 1998.
- 柏木恵子: 青年期における性役割認知, 教育心理学研究, 15(4), 193-202, 1967.
- 野末武義, 野末清香: ナースのアサーション (自己表現) に関する研究 (1) — ナースのアサーション (自己表現) の特徴と関連要因 —, 精神保健看護学会誌, 10(1), 86-94, 2001.
- 辻本真由美, 筒口由美子: 看護者のこころのケア満足度に関する研究: 富山医科薬科大学看護学会誌, 3, 9-18, 2000.
- 菊池昭江: 看護専門職における自律性と学生指導役割との関連, 日本看護科学会誌, 19(3), 47-54, 1999.
- Spence, J.T., Helmreich, R.L.: Masculinity and femininity: Their Psychological dimensions, correlates and antecedents. University of Texas Press, 1978.
- Spence, J.T., Helmreich, R.L., Stapp, J.: The Personal Attributes Questionnaire A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity, JSAS Catalogue of Selected Documents in Psychology, 4, 127, 1974.
- Rosenkrantz, p., Vogel, S., Bee, H., et al: Sex-role stereotypes and self-concepts in college students, Journal of Consulting Clinical Psychology, 32, 287-295, 1968.
- 星野命: 感情と心理の教育 (2), 児童心理, 24, 161-193, 1970.
- 中川泰彬, 大坊郁夫: 精神健康調査票手引, 日本文化科学社, 1985.
- 中野綾美: エンパワメント現象を生み出す看護者のこころのケアの特性, 看護研究, 29(6), 69-78, 1996.
- 志自岐康子: 看護婦の専門職的自律性と関連する因子の分析, 東京都立医療技術短期大学紀要, 11, 75-82, 1998.
- 門脇千恵, 佐々木和義: 看護系学生の性役割志向性に関する実態調査—同一都市地区の学生の比較—, 神戸市看護大学紀要, 3, 69-73, 1999
- 菅佐和子: SE (Self-esteem) について, 看護研究, 17(2), 22, 1984.
- 門脇文子, 奥川直子, 久世信子, 他: 看護婦の精神健康の実態調査—TEG・GHQ を用いて—, 日本看護研究学会雑誌, 15, 92, 1992.
- Benner, P.: From Novice to Expert -Excellence and Power in Clinical Nursing Practice-, 1984, 井部俊子監訳, 井村真澄, 上泉和子, 新妻浩二訳: ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー—, 医学書院, 1992.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.69-74 (2009)

ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動

Visiting Nurses' Nursing for End of Life Care in Terminal Patients,
a Transitional Period from Hospital to Home Care

樋 口 キエ子 *1
HIGUCHI kieko

大 木 正 隆 *2
OOKI Masataka

上 村 和 子 *3
UEMURA Kazuko

中 田 真 理 *3
NAKADA Mari

諏 訪 綾 子 *3
SUWA Ayako

要 旨

本研究の目的は、病院を退院し在宅でターミナル期を迎える患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動を明らかにすることである。研究方法は、関東地域の訪問看護ステーションに属する訪問看護師を研究協力者とし半構成的面接を行った。面接内容はテープ録音し、逐語記録とした。分析方法は、データを質的帰納的に内容の分析を行った。結果および考察として、ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動は、【在宅療養選択の尊重と後押し】他5カテゴリ、『介護者の主体性を尊重し在宅介護を後押しする』他17サブカテゴリとその内容が抽出された。訪問看護師の看護活動は類似する内容から対象者の意思の後押しなど3つに分類された。

ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動は、在宅での看とりの積み重ねから在宅移行後の家族の生活の質からの病院関係者への提言、家族が在宅での看取りをやり抜き、家族自身誇りが持てるような支援をしていた。

索 引 語：ターミナル期患者、在宅移行時、訪問看護師、訪問看護活動

Key Words : end of life care in terminal patients, from hospital to home care, visiting nurse, visiting nurses' nursing

I. はじめに

1994年10月の健康保険法改正によるあらゆる年齢の対象への訪問看護制度の創設は、種々のライフステージにある人を対象とした訪問看護へとその活動を拡大したり。その結果、対象者の年齢枠が拡大されただけでなく、ターミナル期患者や医療処置の必要な対象者、難病患者へと対象者を拡大した。特に平成18年の在宅支援診療所の制度化、がん対策基本法の制定はターミナル期患者の在宅移行

への推進を図るための施策である。人生の最後を住み慣れた自宅で過ごしたいと思う人々は少なくない。このような人々には病院から地域に戻っていく際に、治療と共に看護が継続していくように療養体制を整えることが必要である。しかし病院から地域への看護職への連携は現在のところ必ずしも円滑にしているとはいえず、そのしわ寄せは、在宅でターミナル期のケアをになう家族介護者をして訪問看護師に生じている¹⁾。近年、連携の高まりに呼応し在宅移行時の支援に関する先行研究は、在宅療養支援ネットワーク作りへの取り組み²⁾、訪問看護師の退院支援に関する研究³⁾、継続看護のツール開発に関する研究⁴⁾がある。一方、在宅ターミナルに関する報告は、ターミナル期における訪問看護師の意思決定⁵⁾や訪問看護のエビデンス⁶⁾、家族支援⁷⁾、在宅ホスピスの準備⁸⁾に関する研究がある。しかしターミナル期患者の在宅移行時に焦点

*1 順天堂大学医療看護学部

*2 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学

*3 茨城の訪問看護ステーション 葛西

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

*2 Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Allied Health Sciences Home Care Nursing

*3 Apple home-visit nursing station 'kasui' center

(Nov. 28, 2008 原稿受理)

をあてた訪問看護師の看護活動に関する報告は希少である。

わが国では、2006年の介護保険制度の改正により特定疾病に末期がんが認められたことや、診療報酬の改定に伴う在宅ターミナル加算の増額により、今後高齢者のみならず、多様な終末期患者の在宅移行が予測される。在宅ホスピスの準備のアセスメント領域として大木¹⁰⁾は、社会的援助の準備にチームケアの有用性、患者家族間の関係性の調整の領域をあげケア体制整備を指摘する。また、在宅ターミナル期患者の条件として新津¹¹⁾は①本人および家族が在宅での療養を希望②在宅療養中の介護力③24時間対応可能な訪問診療訪問看護④苦痛症状の緩和⑤在宅療養困難時のベッド確保⑥疾患の状態を理解する専門職の存在を述べている。

医療従事者不在の家庭でこれらの条件をふまえ、ターミナル期の療養者とその家族の生活の質を高めるためには、在宅移行時における病院と訪問看護師間の連携が不可欠でありその良否が患者とその家族の望む生活、療養継続に影響する¹²⁾。訪問看護師は患者家族の自己決定を支えるために専門職として、1人の人間として自身の最善の自己決定は何かの方向を見極めた看護活動が求められる¹³⁾。在宅移行直後から療養者の生活の場において生活支援をになうのは訪問看護師であり、その看護活動は療養の継続と患者家族の生活の質に影響する。

本研究の目的は、病院を退院し在宅で終末期を迎える患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動をあきらかにすることである。終末期患者の円滑な在宅移行時の訪問看護活動をあきらかにすることにより在宅で終末期を望む療養者と家族の安心、終末期患者の在宅移行時のケアの質向上に繋がると考える。

<言語の定義>

・ターミナル期患者：現代の医療技術・医学をもってしても治癒の見込みのない病状にある患者で苦痛の緩和や精神的なサポートをはじめ、QOLを尊重して死の瞬間までケアを必要とする人。終末期と同意味で使用する。

・在宅移行：ターミナル期患者が病院を退院し自宅療養へ移行すること。

・訪問看護活動：ターミナル期患者の病院から在宅移行(移行初期を含むため、事例により臨死期含む)時の訪問看護師の看護活動、これまでの経験からの知識、判断を含む。

II. 方法

1. 研究デザイン：訪問看護師の在宅移行時の看護活動を探求するために質的帰納的研究方法を用いた。

2. 研究協力者：関東地域のステーションに属する訪問看護師で調査協力に同意の得られた9名(以下協力者)なお協力者の選択は、次の手続きを経た。①ステーション管理者に研究の主旨と調査協力について文書と口頭で説明し承諾を得た後に協力候補者の一任をした。②協力候補者に研究者が、研究計画書と倫理的配慮について口頭と文書で説明をし、調査に協力できる場合は同意書を頂いた。
3. データ収集方法：プライバシーが保障される場所で半構成的面接を行った。質問は「これまで病院から在宅に移行する終末期患者の看護活動、また印象に残っている場面や関わりの体験をお聞かせ下さい」とした。面接内容はテープ録音し、逐語記録とした。面接期間は、平成19年7月から20年2月である。
4. 倫理的配慮：研究の主旨、研究参加への自由意思の尊重、匿名性と秘守性などの倫理的事項を書面と口頭で説明をし、同意書に記入して頂いた。第1研究者所属大学学部の倫理審査で承認を得た。
5. 分析方法：質的帰納的に内容の分析を以下の手順で行った。①在宅移行時におけるターミナル期患者の看護活動としてまとまりのある記述を抜き出しデータとする。②データを内容の類似性により分類しサブカテゴリとする。③次に類似性のあるサブカテゴリをまとめて命名しカテゴリとした。
6. 信憑性と正確性について：データの信憑性を高めるため①データ収集の4年前から病院から在宅移行時における訪問看護活動について数箇所のステーションより情報提供を受け、病院とステーションの連携状況の把握に努めた。②分析は複数の共同研究者でデータを繰り返し熟読した上で分析した、なお研究者間で相違が生じた場合は、できるだけ一致するまで分析を繰り返し行った。③分析結果を協力者に提示し助言を受けコメントは追加をした。分析結果は支持された。

III. 結果

1. 調査協力者

1) 属性は、年齢33-47歳(平均年齢40.8歳)、訪問看護勤務年数4-14年(平均8.6年)、看護職経験10-26年(平均16.4年)、9名全員常勤、うち管理者7名であった。

2) 在宅移行時の連携は、事前訪問1ヶ月平均2.1回、ケアカンファレンス参加1ヶ月平均5.3回であった。

2. 面接データの分析

9名の語りは、15-20記録単位(平均17)看護活動を抜き出した文脈の最小単位を1記録単位とした。面接時間

表1 ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護活動

カテゴリ	サブカテゴリ
1) 【在宅療養選択の尊重と後押し】	本人・配偶者の意思の尊重と後押しを判断する
	介護者の主体性を尊重し在宅介護を後押しする
	訪問看護の経験から自宅退院へのタイミングを提言する
2) 【在宅療養に向けた病状管理の環境調整】	在宅療養継続を視点とした受診医の調整をする
	病状の変化に伴う療養場所の選択肢を支える
	往診医との事前調整によりトラブルを最小限にする
3) 【円滑な訪問看護に向けた関係性の構築】	家族との触れ合いによる関係性の構築を図る
	退院前訪問により継続訪問への安心をもたらす
4) 【家族関係の見極めと持てる力の後押し】	面接により家族関係の修復に努める
	看取り時に双方の持てる力を後押しする
	親子の絆にもとづき告知のタイミングを生かす
5) 【家族のケアの過程を支え思いを実現させる】	家族が安心できるケアの提供をする
	家族のケアの見守りと承認をする
	状態変化時の混乱を乗り越える過程を支える
	予測事態を見越した対応で自宅での看取りを可能にする
6) 【家族で看とったことへの労いと誇りがもてる関わり】	家族で看取ったことへの労いと賞賛をする
	家族負担の見極めによる代替者の調整をする
	母親役割遂行への後押しをする

は、40～60分（平均50分）である。

分析の結果、訪問看護師の在宅移行時の看護活動は、6カテゴリ【在宅療養選択の尊重と後押し】、【在宅療養に向けた病状管理の環境調整】、【円滑な訪問看護に向けた関係性の構築】、【家族関係の見極めと持てる力の後押し】、【家族のケアの過程を支え、思いを実現させる】、【家族で看とったことへの労いと誇りがもてる関わり】と【本人・配偶者の意思の尊重と後押しを判断】他18サブカテゴリとその内容で形成された（表1）。

カテゴリを【 】、サブカテゴリを「 」, 具体例を「 」で示す。

1) 【在宅療養選択の尊重と後押し】

病院医療従事者に退院後の意向を話す機会がなかった患者家族の意向を訪問時に聴き、望む在宅生活が過ごせるために看護職としてできることを模索、実行する訪問看護師の看護活動が抽出された。

「本人・配偶者の意思の尊重と後押しを判断」、「介護者の主体性を尊重し在宅介護を後押しする」、「訪問看護の経験から自宅退院へのタイミングを提言する」とその内容で構成された。医師より在宅は無理と宣告された患者の希望をかなえる為に、介護者の主体性を尊重しつつ環境調整をする訪問看護の様子が示された。

具体例として「本人はもちろんご主人が家で看たいと思っていると感じたので、私たち（訪問看護師）はどうか家で看れないかと思っていた。」「本人達がどう過ごし

たいかに沿って、多少無理だと思ってもそれをするにはどうするかを早めにケアマネジャーや訪問看護師に繋ぐと上手くいくことを退院前会議で提示した。」があった。

2) 【在宅療養に向けた病状管理の環境調整】

状態悪化時の受け入れ先が不明、最期の場所が不明確なため不安を抱く患者の安心に向け、近医と調整をとり対処可能な環境を整える訪問看護師の看護活動が抽出された。【療養継続を視点とした受診医の調整】、【病状の変化に伴う療養場所の選択肢を支える】、【往診医との事前調整によりトラブルを最小限にする】とその内容で構成された。病状の変化に応じて往診医と連絡を図り大事に至らないよう、また患者家族が安心できる在宅療養体制を整える訪問看護の様子が示された。

具体例として「往診医と〇病院の医師で連絡をとってもらい普段は往診医、何かあったら〇病院へ連絡することを家族に説明をし、往診医を紹介した。」があった。

3) 【円滑な訪問看護に向けた関係性の構築】

家族の不安内容を把握し、その軽減に向けた看護活動をすることや訪問に行けないときのケアの指導を通じて家族との関係性を引き出す訪問看護師の看護活動が抽出された。

「家族との触れ合いによる関係性の構築」、「退院前訪問により継続訪問への安心をもたらす」で構成された。病院の退院前訪問で顔を合わせたことで、家族が安心して訪問看護師に相談を持ちかける様子、訪問時共にケアができ

ることを心待ちにする家族の様子が示された。

具体例として「看護師さんが来るのを楽しみにしている、看護師さんは家族と触れ合うものだ」と家族にいわれた。」があった。

4) 【家族関係の見極めと持てる力の後押し】

病院医療従事者に家で看るのは無理だと説明されたにも関わらず、自宅に引き取った配偶者である父親と、在宅を諦めていた息子達と面接を繰り返した結果、患者配偶者の意向と折り合いをつけたり、介護力の見極めをする訪問看護師の看護活動が抽出された。

「面接により家族関係の修復に努める」、「看取り時に双方の持てる力を後押し」、「親子の絆にもとづき告知のタイミングを生かす」とその内容で構成された。在宅を希望する両親の受け入れを拒否する子供たちと面接を繰り返した結果、息子たちが看取りの過程を受け入れ家族全体に変化が生じた様子が示された。

具体例として「息子たちは、退院後に集まる機会がふえ、家族のお互いが気持ちを近づけ、打ち解けあうことが出来た、連絡ノートをつくり介護の順番の調整を行なえるようになったし、訪問看護師不在時に連絡を取り合っていた。」があった。

5) 【家族のケアの過程を支え、思いを実現させる】

家族介護状況に応じた見守りやケアの補完、患者の状態に応じて家族へ病状の説明をし、心の準備ができるように関わる訪問看護師の看護活動が示された。

「家族が安心できるケアの提供をする」、「家族のケアの見守りと承認をする」、「状態変化時の混乱を乗り越える過程を支える」、「予測事態を見越した対応で自宅での看取りを可能にする」とその内容で構成された。家族が、日ごろの患者の習慣や好みをケアの過程に反映することを手助けしたり、ケアをしているという思いを家族自身に抱かせようとする訪問看護師の看護活動が抽出された。

具体例として「家族の方も学習して訪問に行けないときはみんなで同じようにやってくれました。状態が変化したときは混乱したがそれも乗り越えた後は、強くなったように思う。」があった。

6) 【家族で看取ったことへの労いと誇りがもてる関わり】

家族が協力し合い最後までケアを全うし、在宅で看取りを行った家族への労いとその家族と一緒に看取りに関わったことを看護師として誇りに思えたこと、また誇りに思えたことを家族に伝えることで家族自身も誇りがもてる関わりをする訪問看護師の看護活動が示された。

「看取り時に双方の持てる力の後押しをする」、「家族で看取ったことへの労いと賞賛をする」、「母親役割遂行への

後押しをする」とその内容で構成された。

具体例として「自宅でご主人の膝に抱っこされ最期を迎えたことについて、息子たちは良かったと感謝した、在宅で亡くなることは12%未満であることを伝え、家族が在宅で看取られた皆さんは私にとって誇らしいことですよと伝えた。」があった。

上記のターミナル期患者への在宅移行時における訪問看護師の看護活動は、在宅移行時(一部臨死期までを含む)における円滑な訪問看護活動からみて次の3つに分類された。

分類1は〈対象者の意思の後押しに関する看護活動〉、カテゴリ1)【在宅療養選択の尊重と後押し】。分類2は、〈病状の管理とその調整に関する看護活動〉、カテゴリ2)【在宅療養に向けた病状管理の環境調整】、3)【円滑な訪問看護に向けた関係性の構築】。分類3は、〈家族役割遂行への看護活動〉、カテゴリ4)【家族関係の見極めと持てる力の後押し】、5)【家族のケアの過程を支え、思いを実現させる】、6)【家族で看とったことへの労いと誇りがもてる関わり】である。

IV. 考 察

在宅で終末期を迎える患者の在宅移行時における円滑な訪問看護師の看護活動は、在宅で終末期を望む療養者と家族の安心、在宅移行時から臨死期に至るケアの質に繋がる在宅移行の円滑化に向けた訪問看護活動の3つの分類に添って述べる。

1. 分類1〈対象者の意思の後押しに関する看護活動〉について

カテゴリ1)の具体例に「本人達がどう過ごしたいかに沿って・・・(中略)早めにケアマネジャーや訪問看護師に繋ぐと上手くいくことを退院前会議で提示した」があった。

このような訪問看護師の退院前会議における退院後の他職種との連携、サービス利用の提言は、これまでの訪問看護の経験知があってできることである。今回の調査協力者の訪問看護勤務平均8.6年、管理者7名は知識・経験の積み重ねが習得されている立場の訪問看護師と推測する。松村¹⁾は熟練訪問看護師の看護実践者としての重要性を指摘する。訪問看護師としての経験知が退院後の方針に役立つよう積極的な参加が必要と考える。退院前に関係者が顔を合わせて行う退院前会議の効用は大きい。今回の調査では、ケアカンファレンス参加は平均月5.3回である。回数の評価は内容と関連させて行う必要があるが、今後は退院前会議の目的に応じた会議の質向上が課題と考える。

在宅ホスピスにおいてチームケアの有用性が指摘されている一方で、医療従事者・地域住民の訪問看護の認知度は低く¹⁰⁾、今後更なる啓蒙が必要と考える。在宅ターミナルの条件の第1に「本人が在宅を希望していること、次に家族が希望し介護力があること」¹¹⁾がある。本研究における在宅を望む患者の意向を尊重し、後押しできるケア計画とその技術を模索する訪問看護師の活動は、在宅ターミナルケアの条件を整える対象者の意思の後押しに関する看護活動であり、大木¹⁰⁾の在宅ホスピスの準備の領域5【本人・家族間の関係調整への準備】と共通する結果であった。

2. 分類2〈病状の管理とその調整に関する看護活動〉について

カテゴリ2)の具体例「往診医と〇病院の医師で連絡をとってもらい・・・(中略)」, カテゴリ3)【円滑な訪問看護に向けた関係性の構築】の具体例「看護師が来るのを楽しみしている、看護師は家族と触れ合うものだ・・・(中略)」があった。退院後のニーズ調査で患者家族の不安の第一は「退院後、何かあったらどうするか」が挙げられている¹²⁾。また在宅ターミナルの条件として、24時間対応可能な訪問診療訪問看護・苦痛症状の緩和および在宅療養が困難時のベッド確保など緊急時の体制整備がある。

本研究における訪問看護師の看護活動「療養継続を視点とした受診医の調整」は、医療従事者不在の家庭において、患者家族が大事に至らないよう療養体制を整える看護活動である。この病状の管理とその調整に関する訪問看護活動は、大木¹⁰⁾の在宅ホスピスの準備の領域1【疼痛そのほか苦痛症状のマネジメントへの準備】と共通する結果であった。

3. 分類3〈家族役割遂行への看護活動〉, カテゴリ4)5)6)について

カテゴリ4)【家族関係の見極めと持てる力の後押し】の具体例「退院後に集まる機会がふえ…打ち解けあうことが出来た…介護の順番の調整を行なえるようになった…(中略)」は、訪問看護師の「面接により家族関係の修復に努める」の効果と考える。この家族は在宅での看取りで夫婦と息子たちで意見が異なっていた。吉田¹³⁾は「家族内に病人が生じると家族という関係で生じる介護の責任と個人の自己実現とが競合し、統一した意思決定を行うことが難しい」と述べる。この場合の対応は、看護師は特定の個人に偏って意見を支持することなく、家族を構成するひとり1人の思いに耳を傾け、家族員同士が折り合いをつける過程を支援する役割が求められる¹⁴⁾。本研究における具体例P-3「…介護の順番の調整を行なうようになった…(中略)」は、家族員同士が折り合いをつける過程を支援した訪問看護活動の結果であり、家族役割遂行への看護活動

と考える。

またカテゴリ5)の『家族が安心できるケアの提供をする』の具体例「家族の方も学習して訪問に行けないときはみんなで同じようにやった。・・・(中略)」があった。医療の専門家ではない家族が、処置を担う場合、大変なのは退院直後である。処置に慣れるまでに1～3ヶ月要する¹⁵⁾といわれる。本研究の『家族が安心できるケアの提供をする』, 『家族のケアの見守りと承認をする』は、松村等¹⁶⁾の訪問看護師の家族指導のプロセスを辿っていた。今回訪問看護師の関わりは、訪問初期は家庭でのケアの方法を家族に提示し、家族と共にケアを実施し、段階的に看護師不在でもケアができるように関わっていた。在宅移行という課題に取り組んでいる家族の支援として大切なことは、問題点を出すのではなく、家族の持つ力や長所を引き出し主体性が発揮できるように支えることである¹⁷⁾。これら訪問看護師の看護活動は、家族役割遂行への看護活動と考える。

本研究においてターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動は、在宅移行初期はもちろん、最期のケアにも影響していた。特にカテゴリ6)の具体例「Aさんが、…家族が在宅で看取られた皆さんは私にとって誇らしいことですと伝えた。」があった。この患者の場合、病院では意向を話す間もなく退院し、当初は息子たちとトラブルが生じたが、移行初期の円滑な訪問看護活動により在宅を選択して良かったと思える最期を迎えることができた。

患者のできれば住み慣れた自宅で最後を迎えたいと言う意思の傾聴、できるだけ望みをかなえてあげたいと思う家族の意向を汲み、在宅を選択して良かったと思える在宅移行時における訪問看護活動は、病院関係者との計画的連携が不可欠である¹⁸⁾。そのためには、訪問看護師側からの在宅移行時の看護活動の啓蒙、早期からの退院支援への取り組み、退院させる側(病院)の継続課題の明確化と訪問看護への継続、退院支援の定期的な評価、地域と病院看護職の相互交流の実施など、また行政においては、対象者の療養生活に即した在宅ケアの推進が求められる。

V. 結 論

1. ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動は、【在宅療養選択の尊重と後押し】他5カテゴリ, 【介護者の主体性を尊重し在宅介護を後押しする】他17サブカテゴリが抽出された。
2. 訪問看護師の看護活動は、類似する内容から分類1対象者の意思の後押しに関する看護活動, 分類2病状の管理とその調整に関する看護活動, 分類3家族役割遂行への看護活動に分類された。

3. ターミナル期患者の在宅移行時における円滑な訪問看護師の看護活動は、在宅移行初期はもちろん、最期のケアにも影響していた。
4. 療養者家族の安心と在宅選択への誇りがもてる支援に向け、訪問看護の経験から病院関係者への提言、病院看護職との連携推進に向けた活動が不可欠である。

Ⅵ. おわりに

今後、厚生労働省は病院ベッド数を減らす方針にある一方で、高齢化に伴って死亡者数は激増する。つまり病院を退院し在宅でターミナル期を迎える人々が増加する。病院と地域看護職の円滑な連携により A 氏のような事例の報告が増えることを願っている。

謝 辞

本調査にご協力を頂いた訪問看護師に深く感謝します。本研究は平成19年度順天堂大学医療看護学部学内共同研究費の助成を受けて実施し、第14回日本家族看護学会学術集会で発表したものに加筆修正をした。

文 献

- 1) 川越博美：訪問看護ステーションの現状と課題. 保健の科学, 42, 784-789, 2000.
- 2) 熊谷靖代：終末期の家族看護をめぐる看護師のジレンマ, 家族看護, 1(2), 12-17, 2003.
- 3) 柳沢愛子：地域医療連携室の役割と課題. 看護展望, 27(2), 24-29, 2002.
- 4) 樋口キエ子, 大木正隆：訪問看護師が認識する退院支援の現状と課題, 第12回日本在宅ケア学会抄録集, 119, 2008.
- 5) 安川順子, 春岡登志子：「家で最後を迎えたい」と言う患者の意向に沿えた事例をどうし外来看護師の役割を考える, 第38回地域看護, 23-24, 2007.
- 6) 樋口キエ子, 赤沼智子, 内田明子：実用性を目指した在宅移行時アセスメントシートの開発過程, 臨床看護, 34(13), 2059-2067, 2008.
- 7) 松村ちづか：終末期の自己決定を支える訪問看護, 4-10, 日本看護協会出版会, 2003.
- 8) 川越博美, 長江弘子, 松村ちづか他：訪問看護の効果—在宅ターミナル—, 看護研究, 35(1), 45-53, 2002.
- 9) 森山美智子, 宮下美香：退院に向けた家族支援, 家族看護, 2(1), 16-21, 2004.
- 10) 大木正隆：在宅ホスピスケアの準備に関するがん高齢者用アセスメントツールの開発, 御茶ノ水医学雑誌, 54(4), 125-146, 2006.
- 11) 新津ふみ子：在宅老人への訪問看護アセスメントから実際, 1989.
- 12) 樋口キエ子：医療的ケアをになう家族介護者支援に関する研究. 日本在宅ケア学会誌, 8(1/2), 50-57, 2004.
- 13) 吉田千文：退院に向けた家族看護における看護師のジレンマ, 家族看護 2(1), 22-29, 2006.
- 14) 星直子編集, 樋口キエ子, 村松真千子, 上野公子他：家族看護学, 82-90, 中央法規, 2007.
- 15) 樋口キエ子, 丸井英二, 田城孝雄：重度要介護者の家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味, 家族看護研究, 13(1), 29-36, 2007.
- 16) 樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子, 他：退院後の療養生活の実態と退院支援体制の検討, 医療看護研究, 3(1), 82-89, 2007.
- 17) 山田雅子：医療提供体制の改革に向けた退院調整の意義, 看護管理, 16(11), 888-891, 2005.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.75-81 (2009)

大学病院で入院児をケアする看護師の「子どもの最善の利益の保証」に関する意識と実践

The Consciousness and Practice of Nurses Who Care Children at University Hospital About "The Best Interests of The Child"

西村 あをい*
NISHIMURA Awoi

小林 八代枝*
KOBAYASHI Yayoe

熊野 瑞生*
KUMANO Mizuki

要旨

目的：大学病院で入院児をケアする看護師の意識と実践の実態を、「子どもの最善の利益の保証」という視点で明らかにする。

方法：2007年10～11月、首都圏の大学病院（3施設）小児病棟（4病棟）に勤務する看護師120名を対象とし、無記名自記式の質問紙を配付して調査を実施した。その内容は、対象者の背景と日本看護協会の「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利」を基に作成した子どもの権利に関する質問30項目を意識と実践に分類し調査した。

結果：1) 子どもの最善の利益の保証に関する調査において、対象者の意識は実践より有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。2) カテゴリー別の分類では、平均値が高く、意識・実践の有意差が顕著なのはA：説明と同意（ $p < 0.001$ ）、B：最小限の侵襲（ $p < 0.001$ ）であった。3) カテゴリー別の分類において平均値が低く、意識・実践の有意差が顕著なのはG：教育・遊びの機会の保証（ $p < 0.001$ ）、I：平等な医療を受ける（ $p < 0.001$ ）であった。

索引用語：子どもの権利、子どもの最善の利益、小児病棟の看護師、意識と実践

Key Words：children's right, the best interests of the child shall be a primary consideration, nurses who care children at pediatric ward, the consciousness and practice

I. はじめに

1989年国際連合総会において「児童の権利条約」が採択され、わが国もこれを1994年に批准した。1999年には日本看護協会より「小児看護領域の看護業務基準」が出され、小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為が示された。わが国において子どもの人権擁護の考え方が定着してきたのはごく最近のことであり、医療を取り巻く人々の意識にも子どもや親の権利擁護に向けての関心がようやく芽生えて来たと言っても過言ではない。

最近の看護研究では、井上ら¹⁾の小児看護実践で看護師が直面する倫理的問題や蝦名ら²⁾の医療に関する子どもへの説明に関する調査研究が行われているが、その数は少ない。

このような中で、2003年に小林らは、入院児を看護する関東甲信越地区の3種類の小児病棟（小児専門病院、総合病院小児病棟、成人・小児混合病棟）に勤務する看護師450名を対象として、「児童の権利に関する条約」の重要な理念である「子どもの最善の利益の保証」という概念が、どの程度意識・実践されているかを3病棟別に調査した³⁾⁴⁾。この研究からは、子どもの最善の利益の保証に関する意識は実践より高く、3病棟別の比較では、総合病院小児病棟が小児専門病院や成人・小児混合病棟の看護師より意識・実践ともに高いという結果が明らかになった。そこで今回は、高度で専門的な医療の追求と地域の中核的医療を担う大学病院の小児病棟に勤務する看護師が、「子どもの最善の利益の保証」をどのように意識しながら実践しているのか、意識と実践の間にはどの程度の違いがあるのか、その実態を明らかにしていきたい。本研究の意義は、入院児をケアする看護師に、子どもの最善の利益の保証に関す

*1 順天堂大学医療看護学部

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 26, 2008 原稿受領)

る看護の実践内容を具体的に提示することが出来るもの
と考える。

II. 目的

大学病院で入院児をケアする看護師の意識と実践の実態を、「子どもの最善の利益の保証」という視点から明らかにする。

III. 用語の定義

意識とは：看護師が看護活動を行う時の基となる思い
や行動

実践とは：看護師が行っている看護上の活動

IV. 研究方法

1. 対象

首都圏の大学病院（3施設）小児病棟（4病棟）に勤務する看護師120名（看護師長を除く）。

2. 調査方法

2007年10～11月、無記名自記式の質問紙を対象者に配付し、小児病棟内に設置した所定の調査用紙回収箱1個により回収した。

3. 内容

1) 対象者の背景

表1参照。

2) 子どもの最善の利益の保証に関する意識と実践（表2）

日本看護協会の「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利」を基に、小林らが作成した子どもの権利に関する質問紙⁹⁾を用いた。質問紙は看護師自身の最近1～2週間の看護実践を振り返って意識と実践それぞれ30項目を調査する内容であり、子どもの最善の利益がどの程度保障されているかを質問した。各項目の評定は「いつもそう思う（いつもそうしている）」4点、「時々そう思う（時々そうしている）」3点、「あまり思わない（あまりしていない）」2点、「全く思わない（全くしていない）」1点の4段階とした。

4. 分析方法

統計解析にはSPSS14.0Jを使用した。意識と実践の30項目の得点は単純集計を行って平均値を算出した。また意識と実践間はマンホイットニーの検定により比較し分析した。さらに調査終了後、日本看護協会の「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利」に関する内容分類を参考にして3人の研究者で討議した結果、30項目の内容を9つのカテゴリーに分類し、t検定により平均値を比較し分析した。

5. 倫理的配慮

調査に当たっては所属する学部の研究等倫理委員会において承認後、対象施設の倫理審査を受け、承認後に実施した。調査対象者には看護師長から口頭と文書で説明後、質問紙を渡してもらった。文書による説明においては、調査への協力は自由意思で行い、業務評定には何ら不利益を受けない、研究協力の中断も可能である、プライバシーは保護される、学術雑誌や学会等での発表もあり得ること等を確認した。また回収は個人ごとの質問紙を封筒に入れて閉封後に所定の回収箱で行い、回収をもって協力者の同意が得られたとした。

V. 結果

対象者への配付数120部、回収数112部（回収率93.3%）であった。このうち有効回答は104部（有効回答率92.9%）でこれを分析対象とした。

1. 対象者の背景（表1）

対象者の性別は女性102名（98.1%）、男性2名（1.9%）であった。年齢は20歳未満2名（1.9%）、20～25歳未満42名（40.4%）、25～30歳未満42名（40.4%）、30～35歳未満15名（14.4%）、35～40歳未満2名（1.9%）、40歳以上1名（1.0%）であった。専門資格は看護師104名（100%）であ

表1 対象者の背景 n=104

項目		人数(名)	割合(%)
性別	女性	102	98.1
	男性	2	1.9
年齢	20歳未満	2	1.9
	20～25歳未満	42	40.4
	25～30歳未満	42	40.4
	30～35歳未満	15	14.4
	35～40歳未満	2	1.9
	40歳以上	1	1.0
専門資格	看護師	104	100.0
	保健師	19	18.3
	養護教諭	4	0.04
	准看護師	1	0.01
専門学歴	専門学校	35	33.7
	短期大学	43	41.3
	大学	24	23.1
	大学院（修士課程）	2	1.9
小児看護の通算経験年数	1年未満	25	24.0
	1～3年未満	34	32.7
	3～5年未満	24	23.1
	5～10年未満	15	14.4
	10年以上	6	5.8
子どもの権利に関する学習経験	あり	85	81.7
	なし	19	18.3

表2 子どもの最善の利益の保証に関する意識と実践

(数値は平均値)

項目	意識	実践	有意差
A: 説明と同意	3.67	3.44	***
(1) 子どもが理解しやすい言葉や方法で検査について説明する	3.88	3.71	**
(2) 子どもが理解しやすい言葉や方法で検査について説明後に意思決定を下す	3.48	3.16	***
(3) 子どもが理解しやすい言葉や方法で治療について説明する	3.78	3.63	.
(4) 子どもが理解しやすい言葉や方法で治療について説明後に意思決定を下す	3.40	3.11	***
(5) 子どもが理解しやすい言葉や方法で看護について説明する	3.86	3.63	**
(6) 子どもが理解しやすい言葉や方法で看護について説明後に意思決定を下す	3.62	3.37	***
B: 最小限の侵襲	3.88	3.74	***
(7) 子どもにとって痛みや苦しみを伴う行為をする時は、最小限になるよう努力する	3.88	3.74	***
C: プライバシーの保護	3.64	3.56	*
(8) 看護師側の考えで子どものプライバシーを干渉し名誉及び信用を脅かさない	3.63	3.47	*
(9) 看護師側の考えで保護者のプライバシーを干渉し名誉及び信用を脅かさない	3.71	3.58	*
(10) 医療行為が必要になった原因を子どもの同意なしに他者に知らせない	3.50	3.48	
(11) 医療行為が必要になった原因を保護者の同意なしに他者に知らせない	3.78	3.77	
(12) 身体の露出を最低限にする	3.58	3.49	
D: 抑制と拘束	3.81	3.72	.
(13) 身体の拘束や固定は、子どもの状態に応じて必要最小限にする	3.82	3.73	
(14) 子どもの安全のためにやむを得ず拘束や固定を行う場合は、子どもの理解度に応じて説明する	3.76	3.63	*
(15) 子どもの安全のためにやむを得ず拘束や固定を行う場合は、保護者の理解度に応じて説明する	3.86	3.82	
E: 意思の伝達	3.73	3.60	**
(16) 子どもが自分の意見を表現する自由を妨げない	3.71	3.63	
(17) 子どもが自分の意思を表現した場合、それを注意深く聞き取り観察する	3.83	3.68	**
(18) 可能な限り子どもの要求にこたえる	3.64	3.49	**
F: 家族からの分離の禁止	3.29	3.14	**
(19) 面会人の制限は子どもの希望に応じて考慮する	3.16	2.88	***
(20) 面会時間の制限は子どもの希望に応じて考慮する	3.24	2.98	***
(21) 面会人の制限は保護者の希望に応じて考慮する	3.25	3.20	
(22) 面会時間の制限は保護者の希望に応じて考慮する	3.30	3.29	
(23) 家族の付き添いは子どもの希望に応じて考慮する	3.34	3.06	***
(24) 家族の付き添いは保護者の希望に応じて考慮する	3.45	3.44	
G: 教育・遊びの機会の保証	3.35	2.98	***
(25) 子どもの発達・能力に応じた遊びを保証する	3.47	3.13	***
(26) 子どもの発達・能力に応じた学習を保証する	3.37	2.89	***
(27) 子どもが多様な情報(テレビ・ラジオ・新聞・映画・図書・インターネットなど)に接する機会を保証する	3.22	2.93	***
H: 保護者の責任	3.69	3.52	**
(28) 保護者がその子どもの状況に応じて適切な援助が出来るよう支援する	3.69	3.52	**
I: 平等な医療を受ける	3.46	3.25	***
(29) 親の経済状態、社会的身分に関わらず、子どもに必要な医療や看護が受けられるよう援助する	3.61	3.50	
(30) 子どもが公的扶助(育成医療等)を受けられるよう配慮する	3.32	3.01	***
平均値	3.61	3.44	***

*p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

り、この中には保健師19名(18.3%)、養護教諭4名(0.04%)、准看護師1名(0.01%)、の資格取得者がいた。専門学歴では専門学校卒35名(33.7%)、短期大学卒43名(41.3%)、大学卒24名(23.1%)、大学院修士課程卒2名(1.9%)であった。

小児看護の通算経験年数は1年未満25名(24.0%)、1～3年未満34名(32.7%)、3～5年未満24名(23.1%)、5～10年未満15名(14.4%)、10年以上6名(5.8%)であった。また、小児看護領域における「子どもの権利に関する学習」経験ありとするものは85名(81.7%)、経験なしとするものは19名(18.3%)であった。

2. 子どもの最善の利益に関する意識と実践(表2)

対象者全体の平均値は意識3.61、実践3.44で意識が有意に高かった($p<0.001$)。また30項目別平均値の全てにおいて意識の平均値が高かったが、意識が実践より有意に高いのは30項目中20項目であった。

また調査終了後に、30項目の内容を9つのカテゴリー(A～I)に分類して平均値の比較を実施したので、今回はこのカテゴリーに沿って結果を報告する。

3. 各カテゴリーにおける意識と実践(表2)

A: 説明と同意

意識は3.67、実践は3.44であり、両者には顕著な有意差($p<0.001$)が認められた。また各項目の比較では6項目全てに有意差が認められた。

B: 最小限の侵襲

意識は3.88、実践は3.74と、9カテゴリーの中で意識・実践共に最も平均値が高く、また両者には顕著な有意差が認められた($p<0.001$)。

C: プライバシーの保護

意識は3.64、実践は3.56で、意識の平均値が有意に高かった($p<0.05$)。しかし各項目の比較で有意差が認められた($p<0.05$)のは、(8)看護師側の考えで子どものプライバシーを干渉し、名誉及び信用を脅かさない、(9)看護師側の考えで保護者のプライバシーを干渉し名誉及び信用を脅かさないという2項目だけであり、他の3項目には有意差が認められなかった。

D: 抑制と拘束

意識は3.81、実践は3.72で、意識の平均値が有意に高かった($p<0.05$)。各項目の比較では、(14)子どもの安全のためにやむを得ず拘束や固定を行う場合は、子どもの理解度に応じて説明する、の1項目のみ有意差が認められた($p<0.05$)。

E: 意思の伝達

意識は3.73、実践は3.60で、意識の平均値が有意に高かった($p<0.01$)。各項目の比較では、(16)子どもが自分の意

思を表現した場合にそれを注意深く聞き取り観察する、(18)可能な限り子どもの要求に応える、の2項目に有意差が認められた($p<0.001$)。

F: 家族からの分離の禁止

意識は3.29、実践は3.14と、9カテゴリーの中で意識の平均値が最も低かった。また意識の平均値は実践より有意に高かった($p<0.01$)。各項目の比較では、(21)面会人の制限は子どもの希望に応じて考慮する、(20)面会時間の制限は子どもの希望に応じて考慮する、(23)家族の付き添いは子どもの希望に応じて考慮する、の3項目に有意差が顕著($p<0.001$)であったが、他の3項目に有意差は認められなかった。

G: 教育・遊びの機会の保証

意識は3.35、実践は2.98で、9カテゴリーの中で実践の平均値が最も低かった。また意識と実践には有意な差が認められた($p<0.001$)。各項目の比較では3項目全てに顕著な有意差が認められた($p<0.001$)。

H: 保護者の責任

意識は3.69、実践は3.52で、意識の平均値が有意に高かった($p<0.01$)。

I: 平等な医療を受ける

意識は3.46、実践は3.25であり、両者には有意な差が認められた($p<0.001$)。各項目の比較では、(30)子どもが公的扶助(育成医療など)を受けられるよう配慮する、において有意差が顕著に認められた($p<0.001$)。

VI. 考 察

1. 子どもの最善の利益に関する意識と実践

今回の調査から、首都圏大学病院の小児病棟で子どものケアを行う看護師は、子どもの最善の利益を保証したいという高い意識を持ちながらもそれが実践、すなわち日常の看護行為には結びついていないという実態が示唆された。この傾向は小林らが実施した2003年の調査⁴⁾と同様であるが、この調査では意識と実践の比較において有意差が認められなかった。では何故、今回の調査では有意差が顕著に認められたのか、その理由を対象者の背景から考察する。本対象者104名の年齢は30歳未満が82.7%、30歳以上が17.3%、また小児看護の通算経験年数も3年未満が56.7%という若い集団である。そして専門学歴では、短期大学と大学、大学院卒業者を合わせると大学卒業者の割合が66.3%と高く、さらに子どもの権利に関する学習経験ありが81.7%を占めている。つまり、高学歴で小児看護に関する基礎的知識の修得は出来ているが、年齢的には若く、専門職業人としての成熟途上にある段階の集団と言える。

そのため、子どもや親の権利を守ることの重要性は認識出来ていても、多忙極める医療現場でそれをどのように実践すべきなのか迷いが生じていたり、看護を客観的に評価する力量が不足していることから、自分の実践した看護を低く評価する傾向があるのではないかと考える。

また、近年において小児医療は目覚ましい進歩を遂げているが、これまでは子どもを医療の主体とする見方、すなわち病院の中では子どもの人権を尊重した関わりが必ずしも重んじられてきたわけではなかった。これは、未成年者は父母の親権（子どもを監護、教育する権利と義務）に服することを前提とした生活を送っているため、医療機関においても子どもの診療には親などの保護者の意向を最大限に重視するのである。しかし、その反面として子どもの意向を軽視する傾向が長い間続いてきたからなのではないかと考える。しかし1994年に子どもの権利条約を批准してからは、わが国においても子どもの「生きる権利」「育つ権利」「守られる権利」「参加する権利」等の保障が取り上げられ、子どもを取り巻く社会で周知されるようになって来た。そして1999年に日本看護協会から「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」が示され、その指針は看護基礎教育や小児看護の臨床現場にも急速に浸透していった。今後は、子どもの権利に基づく小児看護の考え方を学生時代に学び、そして実践を臨床現場で経験していく看護師が増加していくことが予測できる。このように小児看護に求められる内容が変化していく中で、小児病棟においては子どもの最善の利益の保証に基づく実践があらゆる面で可能になるよう、ルーチン化している日常業務の見直しや看護行為手順の再検討が必要である。そして、小児看護業務の実践こそが子どもの権利を侵しやすいためである、という認識を持ちながら子どもと関わるのが重要である。

2. 各カテゴリーにおける意識と実践

ここでは、意識と実践の有意差が顕著 ($p < 0.001$) であった4つのカテゴリーを取り上げ考察する。

1) A: 説明と同意

成人患者を対象とした医療においては患者に必要な検査や治療、看護を実施する場合、必ず患者本人に説明が行われ、同意を得た上で実施される。患者には適切な医療を受ける権利とともに、主体的な意思を尊重される権利があり、これらは基本的人権であると理解されている⁷⁾からである。そして、主体的な意思を尊重される権利の中核には患者が自己の病状や医療行為の目的や方法、危険性などについて正しい説明を受け、理解した上で自主的に選択・同意・拒否できるというインフォームド・コンセントの原則があ

る。では、患者自身がこれらを自主的に選択できない小さな子どもの場合は説明をしなくて良いのか、という問題が発生する。近年、日本の小児看護研究において多く取り上げられるテーマのひとつに「プレパレーション」がある。プレパレーションとは、及川⁸⁾によると子どもが病気や入院によって引き起こされる様々な心理的混乱に対し、準備や配慮をすることによりその悪影響を避けたり和らげ、子どもや親の対処能力を引き出すような環境を整えることを意味している。また蛭名⁹⁾は医療を受けるとき、理由よりも何が起こるかを子どもがわかる方法で説明し、子どもが感じる様々な不安や恐怖感を予防したり緩和したりすることによって、子どもの潜在的にもっている対処能力を引き出し、子どもが頑張ったと実感できるように関わり、子どもの自己肯定感を高め、健全な心の発達を支援することとしている。このようなプレパレーションの概念や重要性が叫ばれている中で、本調査対象者もその必要性は充分認識しているにも関わらず実践に至らない理由として、大学病院の機能的な特徴が関係しているのではないかと考える。つまり、大学病院は医師の教育機関という目的を持っているため、一般の総合病院に比較して医師あるいは研修医の数が多く、1人の患者には様々な背景の医師がチームを組んで治療を担当する。したがって、入院中の子どもに必要な説明を実施する場合、治療や検査に関しては医師が、入院生活全般に関しては看護師が、というように役割分担して実施することが可能である。しかし、松森¹⁰⁾の示唆にもあるように、今後は子どもへの説明に、医師との役割分担ではなく共同作業としての「補い合う」の考え方が必要となる。すなわち、患者の反応にも柔軟に対応しながら役割を分担するという発想から、「考え方の違いを尊重しながら統合する」という発想への転換が小児医療現場では求められるのではないかと考える。

2) B: 最小限の侵襲

小児病棟で実施される検査・処置にはバイタルサイン測定、レントゲン撮影、採血といった多くの子どもが経験する一般的なものから、腰椎穿刺や骨髄穿刺という特定の疾患の診断や治療に伴う侵襲が大きいものまで様々な内容がある。大学病院には、その専門性と最新の医療技術に期待して様々な疾患の患者が入院してくるため、子どもの診断や治療を通じて侵襲を受ける機会が多くなる。現在では侵襲の大小や緊急性の有無に関わらず、検査・処置の実施前には子どもの理解度に応じた説明が行われるようになって来た。しかし検査・処置時の苦痛の緩和には、子どもへの説明を徹底して精神的緊張感を持たせないように事前に準備するだけでなく、子どもが拒んだとき押さえ

でも処置を早く終わらせるよう徹底すること、お気に入りのものを持たせて気を紛らわせること、子どもの頑張りを認めてほめること等¹³⁾、子どもの特徴を捉えた上での専門的な関わり方を医療者はさらに強化していかなければならないと考える。

また欧米の小児病院では、チャイルドライフスペシャリスト（慣れない病院で入院生活を過ごす子どもの精神的負担をできる限り軽減しながら、家族とともにその闘病生活を支援する専門職）を中心として、小児科医・麻酔科医・看護師等が協力しながら子どもの苦痛を取り除く試みが積極的に実施されている¹⁴⁾。わが国においても、入院生活や治療に伴う子どもの苦痛を「我慢」という形で終わらせず、苦痛軽減への取り組みと評価が積極的に行われるよう推進したい。

3) G：教育・遊びの機会の保証

9 カテゴリーの中で最も意識と実践の平均値が低いのが教育・遊びの機会の保証であった。これは、小児病棟で生活する子どもにとって学習や遊びの援助は必要不可欠なものであるが、大学病院という高度先端医療を追求する施設における小児病棟では、子どもの養育環境よりも治療環境の整備が優先される現状を示しているのではないかと考える。

乳幼児期の子どもは、入院し家族との分離を余儀なくされることによって分離不安や情緒障害を示しやすくなる。また治療や入院による苦痛体験やその過程で感じる様々な不安や遊びの欠如などからストレスが溜まり、退行現象や、睡眠・食事等の異常行動が生じることもある。これらの問題への対処として、家族との面会時間の拡大・自由化や家族の希望による付き添い選択性の導入などがより一層望まれる。また、遊びを通じて情緒的な安定を図り、発達を促す上でも病院内で保育が出来る環境作りも必要である。小児病棟の社会的環境整備としては、1999年からは病棟保育導入促進事業が国の施策に取り込まれ、さらに2003年度からは医療保険制度の診療報酬に病棟保育士加算が組み込まれるようになった¹⁵⁾。長期療養児を多く抱える大学病院において、病棟保育士やチャイルドライフスペシャリスト等子どもの成長発達を支援する専門職を積極的に配置したり、プレイルームの運営を推進することは特に重要であると考えられる。

また学童期以上になると、基本的な生活習慣が形成され、学校生活の中での友人や教員との人間関係を通じて社会性を学んでいく。そのため入院や治療のために学校を欠席がちになると学習に遅れが出たり仲間や社会からの疎外感を感じるようになり、子どもの不安感や劣等感が高ま

ることになる。病気の子どもに対する教育は、病弱養護学校や院内学級や訪問学級等によって行われている。しかし、これらの学校への入学には普通学校からの学籍の移動手続きが必要なため、それまで通学していた学校からの移動を子どもや家族が好まないことも多い。さらに、家族の気持ちの中にも「病気の子どもに無理して勉強させなくても良い。」という考えが根強くあることで、病気の子どもの教育が進まないことを西牧¹⁶⁾は指摘している。そのため最近では、一部の自治体で、副籍という考え方を導入し始めている。すなわち、院内学級などに学籍を移すときには、前籍校（もとの学校）にも副籍を持ち、入院中でも前籍校との交流が続き、病気の状態が良くなれば前籍校に復帰できるシステムである。また河合¹⁷⁾は、医療施設内に病弱教育がない場合や混合病棟の場合などは、病弱教育の存在を認識する機会が少ないことから、各医療施設で受けることができる教育環境について、子どもや家族に知らせることが重要であると述べている。

2007年に実施された学校教育法の改正により養護学校は特別支援学校に名称変更となり、身体障害児だけでなく慢性疾患等の病弱児の教育の充実に社会の目が向けられるようになって来ている。今後は、子どもの教育を受ける権利をさらに具体化出来るよう、家族と医療者・教育関係者がさらに連携を取りながら支援していくことが望まれる。

4) I：平等な医療を受ける

わが国では1958年に新国民健康保険法が制定され、国民皆保険が確立して来た。そのため、日本国民は医療費の3割を支払えば良い事になっているが、特殊な手術や高額な医療薬品、あるいは継続的な治療が必要な場合、その負担は病気の子どもを抱える家族にとっては大きなものとなり、生活そのものが破綻してしまう場合がある。これは子ども本人に収入がないのはもちろんであるが、親権者が若くて収入が低かったり、安定した収入を得ることが困難であることが影響する。そのため小児医療分野では、小児慢性特定疾患治療研究事業医療給付制度などの医療費の公費負担制度を始めとして様々な社会保障制度が設けられ、それを活用することで医療費を軽減し、安心して子どもと家族が医療を受けられるようになっている。しかし、看護師自身が小児医療に関する社会保障制度の知識や関心が少なかったり、子どもの家庭の経済状況の把握が不足している場合には、病気の子どもの養育に必要な情報が行き届かない可能性もある。高度先端医療を追求し、慢性疾患や難治性の疾患の子どもを対象とする大学病院の小児病棟では、看護師自身も最新の医療扶助に関心を持ち、その概要を理

解することで家族の経済問題に関わる役割があることを認識する必要がある。また適切な時期を見計らって家族を医療ソーシャルワーカーに繋いでいくことで、チーム医療としての連携を図ることが重要であると考えられる。

VII. 結 論

1. 子どもの最善の利益の保証に関する調査において、対象者の意識は実践より有意に高かった。
2. カテゴリー別の分類において平均値が高く、意識・実践の有意差が顕著なのはA：説明と同意、B：最小限の侵襲であった。
3. カテゴリー別の分類において平均値が低く、意識・実践の有意差が顕著なのはG：教育・遊びの機会の保証、I：平等な医療を受けるであった。

謝 辞

本研究は、平成19年度順天堂大学医療看護学部共同研究費により実施し、日本小児看護学会第18回学術集会において発表した。本研究実施にあたりご協力を頂きました調査対象者及び施設の皆様に感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 井上みゆき：小児看護実践で看護師が直面する倫理的問題と看護師の対応，日本看護科学学会誌，21(1)，61-70，2001.
- 2) 蛭名美智子，赤川晴美，杉本陽子他：子どもと親へのプレパレーションの実践普及，平成14・15年度厚生労働省科学研究報告書，1-191，2004.
- 3) 小林八代枝，星直子，霜田敏子：入院児に接する看護師の意識と実践—子どもの最善の利益に視点を当てて—第24回日本看護科学学会学術集会，590，2004.
- 4) 星直子，小林八代枝，霜田敏子：子どもの最善の利益の保証に関する看護師の意識と実践—施設の実態の分析—第25回日本看護科学学会学術集会，165，2005.
- 5) 小林八代枝，星直子，霜田敏子他：入院児に接する看護師の意識と実践—子どもの最善の利益に視点を当てて—，医療看護研究，4(1)，10-19，2008.
- 6) 前掲書5)
- 7) 増子孝徳：医療処置を受ける子どもと「子どもの権利」「患者の権利」，小児看護，31(5)，548-556，2008.
- 8) 及川郁子，田代弘子：病気の子どもへのプレパレーション，中央法規，東京，2-9，2007.
- 9) 蛭名美智子：検査・処置を受ける子どもへの説明：概説：小児看護，23(13)，1737-1738，2000.
- 10) 松森直美，蛭名美智子，赤川晴美他：子どもと親へのプレパレーションの実践普及，平成14・15年度厚生労働省科学研究報告書，163-174，2004.
- 11) 蛭名美智子，赤川晴美，杉本陽子他：子どもと親へのプレパレーションの実践普及，平成14・15年度厚生労働省科学研究報告書，29-36，2004.
- 12) 栃木県弁護士会（一木明，橋本健二郎，若狭昌稔他）：医療における子どもの人権，明石書店，東京，223-237，2008.
- 13) 谷川弘治，駒松仁子，松浦和代他：病気の子どもの心理社会的支援，ナカニシヤ出版，東京，175-189，2004.
- 14) 西牧謙吾，滝川国芳：病気の子どもの学校教育と教師による教育支援の仕組み・活用法，小児看護，30(11)，1536-1542，2007.
- 15) 滝川国芳，西牧謙吾：病気のある子どもの教育支援，小児看護，30(10)，1452-1457，2007.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.82-90 (2009)

成人看護実習で実施している看護師同行実習における技術経験

Skill Experience Obtained by Accompaniment a Nurse during Clinical Practice for Adult Health Nursing

青木きよ子*
AOKI Kiyoko

中島淑恵*
NAKAJIMA Yoshie

安井大輔*
YASUI Daisuke

吉田澄恵*
YOSHIDA Sumie

高谷真由美*
TAKAYA Mayumi

栗子嘉美*
KUWAKO Yoshimi

要旨

目的：看護実践能力の育成への取り組みとして、A大学の成人看護実習で展開している体験型実習のうち、看護師同行実習時の看護技術経験の実態を明らかにする。

方法：A大学3年生103名のうち、研究協力に同意した学生の成人看護実習Ⅰ・Ⅱおよび、成人看護実習Ⅰ・Ⅱで行う看護師同行実習時の看護技術経験リストの技術経験を分析した。

結果：看護師同行実習では、成人看護実習Ⅰの場合、周手術期に特徴的な看護実践に必要な技術の経験が強化できていた。成人看護実習Ⅱの場合、慢性的な疾患をもつ人の多様な健康レベルに応じた看護場面における生活援助技術の経験を強化できたことがわかった。

考察：看護師同行実習は、成人看護実習の目標にあげた技術経験内容を補充できた。したがって、受持患者の看護を中心とした実習だけでは学ぶことに限界のある看護技術経験の機会が得られる実習形態であることが判明した。

結論：看護師同行実習は、患者に必要な治療や看護ケア場面に参加できる経験が得られ、看護実践能力を培うための機会となりうる学習方法であるとの示唆を得た。

索引用語：成人看護実習，看護実践能力，看護師同行実習，技術経験

Key Words：adult health nursing practice, nursing practice ability, nursing accompaniment practice, skill experience

1. はじめに

近年の医療の高度化・複雑化に伴い医療の質確保，医療安全の体制の確立等から，看護現場では高い実践能力が求められている。しかし，臨地実習が行われる臨床は，入院患者の高齢化，重度化が進む一方で在院日数の短縮化が図られ，患者も安全で質の高い医療や看護サービスの提供を求め，患者の権利擁護などの点から教育上の制約も大きくなっている。このような現実を反映し，基礎教育終了時の看護実践能力と現場で求められる実践能力に乖離がおき，2004年度の日本看護協会による病院看護基礎調査および病院看護職員需給状況調査によると，新卒看護職者の1年

以内の離職率は9.3%で，看護師11人に1人となり，新卒採用者の早期離職が大きな問題となっている¹⁾。新卒看護職者の職場定着を困難にしている要因としては，知識・技術の不足や医療事故への不安があげられ，これらの改善をはかるために，看護の多様性を学ぶための総合実習等を設けた看護師養成所指定規則の改定が平成21年度から行われることとなった。また，医療の質確保，医療安全の体制の確立のためには，新卒看護職員の卒後研修の制度化が必要であるとの議論がなされている。

このような現状において，看護基礎教育における看護実践能力の育成のために不可欠な臨地実習が重要な学びの場となるためには，現状に即した効果的な実習方法を検討する必要がある。そこで，看護基礎教育における看護実践能力の育成に関する研究を概観したところ，学内演習の工

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 28, 2008 原稿受領)

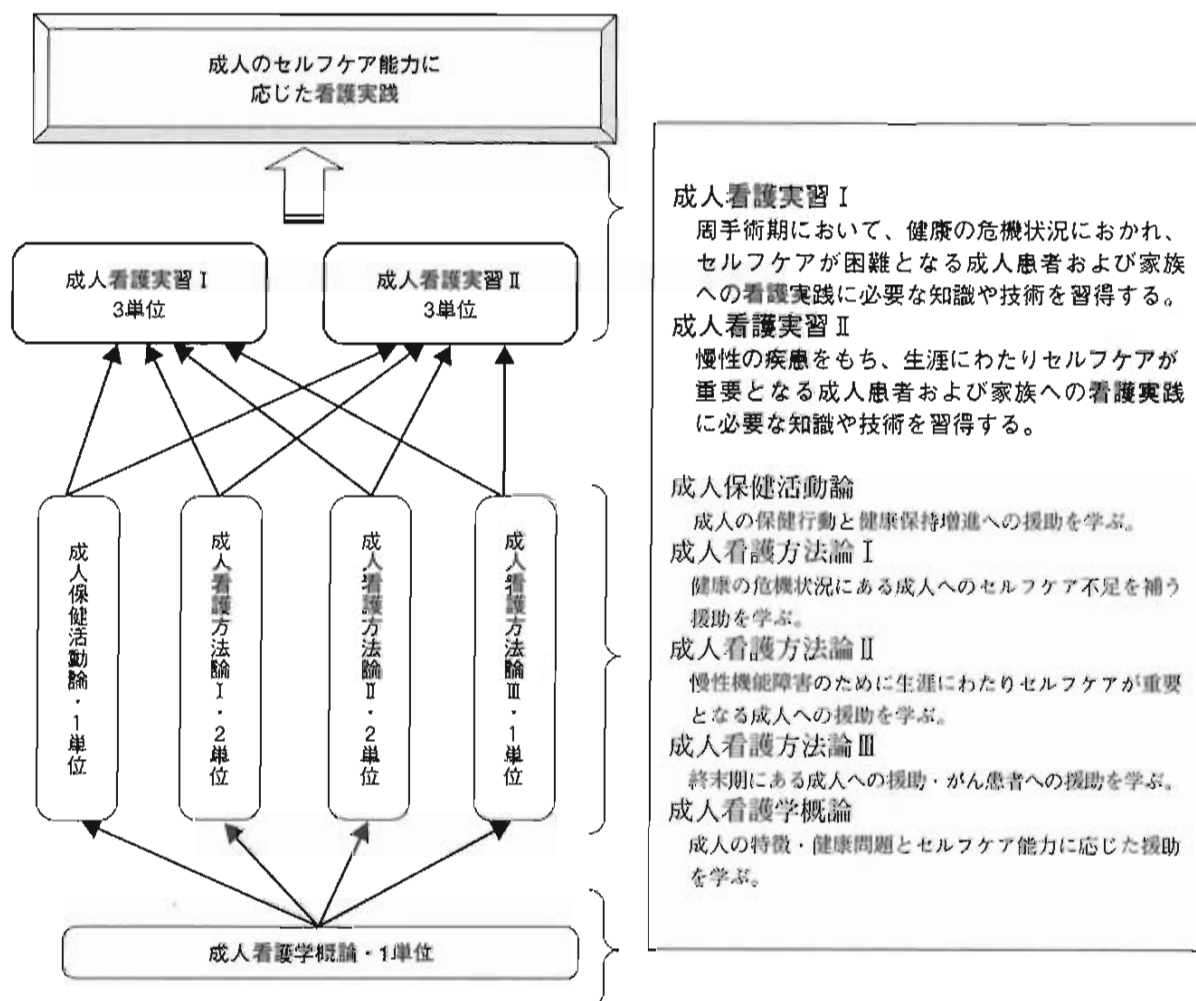


図1 成人看護学の科目構成と実習の位置づけ

夫²¹⁾, 具体的な実習の展開方法¹⁴⁾, チェックリストの作成等¹⁴⁾の報告がみられた。このように、看護基礎教育においては、実習での技術経験について論じている論文は多数見られる。これらの研究の多くは、看護基礎教育の実習方法として主流である患者を受持ち、その患者の情報を収集し、アセスメント、看護診断、計画立案、計画に沿った看護の実施、一連の過程の評価といった受持ち患者についての看護実践における技術経験を論じたものである。本研究で明らかにしようとする看護師同行実習という新たな実習方法の試みによる技術経験の学習効果を検証したものはみあたらなかった。

A大学の成人看護実習では、看護実践能力育成への取り組みとして、受持患者の看護過程を展開する実習の他に、体験型実習を導入している。成人看護実習では従来どおり受持患者の看護過程を展開する学習方法を中心に置いている。その他に体験型実習として、手術室、ICU・救命センター、検査室実習、外来透析室、外来化学療法室での

実習を取り入れている。これらの体験型実習では、現実的な実践を反映した場への参加であり、治療法や健康問題を持って生活するという患者の思い、生活を直接知る機会、チームでの連携・協働のありかたを学ぶ機会が得られるとともに、看護技術の体験率の向上がはかれるのではないかと考えた。また、これらの体験型実習は、高度で複雑化する臨床現場で効果的な実践に必要とされる精神運動性スキルとコミュニケーションスキル、組織を理解して働くためのスキルの発達、つまり、クリティカルシンキングの発達を促し、受持患者の看護ケアだけでは限界がある、治療法や健康問題を持って生活するという患者の看護体験が得られ、看護専門職者としての社会化をめざすために有効な方法であると予測された。これらの体験型実習を導入にした経緯については報告している²²⁾。

そこで、高度で複雑化する臨床現場で、受持患者の看護過程を展開する実習では学習機会に限られる治療法や健康問題を持って生活するという患者への看護体験が得ら

表1 成人看護実習で実施している看護師同行実習

種類	成人看護実習 I	成人看護実習 II
目標	<p>周手術期患者に必要なとされる治療や看護ケア場面に参加し、手術を受ける患者に必要な看護実践能力を培う。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 周手術期にある患者に必要なケアおよび診断・治療に伴う援助を体験し、ケアの重要性や多様性を知る。 2) 周手術期にある患者に必要なケアおよび診断・治療に伴う援助技術を学ぶ。 3) 看護師同行実習を通して専門的職業人としての態度を養う。 	<p>重症患者に必要なとされる治療や看護ケア場面に参加し、重症患者の看護に必要なとされる看護実践能力を培う。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 重症患者に必要なケアおよび診断・治療に伴う援助技術を体験し、ケアの重要性や多様性を知る。 2) 重症患者に必要なケアおよび診断・治療に伴う援助技術を学ぶ。 3) 看護師同行実習を通して専門的職業人に必要な態度を養う。
方法	<ol style="list-style-type: none"> 1) 3週間のうち1日は看護師同行実習を行う。 2) 帰宅する予定の患者または術後1病日目の患者を担当する2年目以上の看護師に同行し、指示に従って部分参加する。 3) 患者・家族への説明は、ケア開始前に看護師が口頭で説明し承諾を得る。 4) 承諾が得られた患者のケアに同行し看護師の指導のもとに看護体験をする。 5) 看護師同行実習日までに、初回離床場面の援助、術後1病日目の清潔の援助、疼痛緩和に対する援助、包帯交換の援助について事前学習をする。 6) 実習前日に同行するケア内容が決定している場合は、必要な事前学習をする。 7) 実習終了後に体験したケア内容について所定の実習記録に記載し、整理する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 実習期間内に1日は、看護師同行実習を行う。 2) 実習日は、学生の実習状況を考慮し決定する。 3) 原則として2年以上の経験を持つ日勤看護師の看護業務に同行する。 4) 患者・家族への説明は、ケア開始前に看護師が口頭で説明し承諾を得る。 5) 承諾が得られた患者ケアに同行し看護師の指導のもとに看護体験をする。 6) 実習前日に同行するケア内容が決定している場合は、必要な事前学習をする。 7) 実習終了後に体験したケア内容について所定の実習記録に記載し、整理する。

れ、看護専門職者としての社会化をめざす多くの学びができていと予測される体験実習の学習効果を検討する。その中で、本研究では、看護師同行実習で学べている看護技術経験の特徴を明らかにし、実習指導方法により、技術経験にどのような変化をもたらすかの視点から看護実践能力育成について考察する。

II. 研究目的

看護実践能力の育成への取り組みとして、A大学の成人看護実習で展開している体験型実習のうち、看護師同行実習時の看護技術経験の実態を明らかにする。

【用語の定義】

体験型実習：

従来の受持患者の看護過程を展開する学習を中心におく学習では学習の機会が限られている治療法に伴う看護や、病気を抱って生活する患者の理解のために、現実的な実践を反映した学習体験を提供するねらいとして行われる実習をさす。

看護師同行実習：

受持患者ケアは行わず、複数患者のケアを行う病棟看護師に同行し、看護師が実践する患者ケアに看護師と共に参加する実習で、体験型実習の一つである。

III. 研究方法

1. 対象：A大学3年生。103名。

2. 調査期間と内容

成人看護実習I・IIの実習評価を終了した平成19年12月上旬に教室で研究の主旨を書面と口頭で一斉に説明し、同意書にサインが得られた学生の成人看護実習I・IIの全体および、成人看護実習I・IIで行う看護師同行実習時の看護技術経験リストの経験内容を分析する。研究については、A大学研究等倫理委員会の承認を得て実施した。

<看護技術経験リストのチェックについて>

① 看護師同行実習は、成人看護実習IおよびIIの実習期間中（5月から11月）に、それぞれ1日実施する。内容、方法については、表1参照。

② 実習当日に原則として記録用紙1枚を使用し実習内容をまとめる。

③ 看護技術経験リストは、4年間の技術経験内容をチェックするリストにおいて、成人看護実習IおよびIIの全体の実習について、それぞれをチェックし、看護師同行実習では同内容の別用紙を1枚使用し技術経験内容を整理する。なお、技術経験のチェックは、助言を受けて一人で実施するレベル、教員・指導者と共に実施するレベル、見学レベル、経験なしの4レベルで自記式としている。経験内容については、見学レベル、教員・指導者とともに実施するレベル、助言を受けて一人で実施レ

表2 成人看護実習Iの看護技術経験

n=66

カテゴリ	項目	看護師 同行実習				成人看護 実習I 全体			
		助言を受けて一人で実施	教員・指導者とともに実施	見学	経験者数	助言を受けて一人で実施	教員・指導者とともに実施	見学	経験者数
生体機能観察	バイタル	42	0	22	66	66	0	0	66
	意識・瞳孔	1	1	8	10	20	9	17	40
	身体測定	0	0	21	21	2	3	16	21
	聴診	7	7	18	32	52	6	2	60
	水分出納	0	0	11	11	52	6	2	60
	神経	0	0	11	11	22	3	12	37
	ECGモニター	1	6	12	19	19	10	21	50
	SpO ₂	9	1	25	35	31	6	22	59
環境整備	ベッドメイク	33	17	2	52	59	6	1	66
	就床リネン	9	14	2	25	11	31	1	43
	治療病室準備	1	12	12	41	3	22	19	44
	環境整備	36	10	5	51	59	2	2	64
呼吸・循環援助	排痰援助	0	0	12	12	6	7	18	31
	吸引	0	1	19	20	2	2	50	54
	酸素吸入	1	0	19	20	8	4	48	60
	酸素ボンベ	20	0	0	20	35	7	3	45
	ネプライザー	0	0	9	9	5	20	35	60
	弾性包帯	2	5	17	24	30	19	12	61
食・栄養援助	食・栄養観察	3	6	17	26	46	1	2	49
	食事介助	7	2	4	13	17	0	5	22
	摂食・嚥下訓練	0	0	0	0	17	0	5	22
	経管栄養	1	2	12	15	5	3	21	29
排泄援助	自然排尿	2	3	17	22	27	6	8	41
	自然排便	1	1	8	8	35	7	4	46
	便器使用	0	3	5	8	2	6	7	14
	留置カテー	0	1	25	26	11	11	40	64
	オムツ交換	1	14	11	26	7	18	7	32
	浣腸	0	0	3	3	0	0	3	3
	ストーマ管理	0	0	3	3	1	0	11	12
	納便	0	0	2	2	1	1	3	5
清潔・衣生活援助	入浴・シャワー	1	5	7	13	16	16	2	34
	部分浴	5	4	4	13	31	7	2	40
	陰部洗浄	1	9	15	25	20	10	13	43
	清拭	5	22	10	37	46	5	1	62
	洗髪	1	4	13	18	40	4	3	51
	口腔ケア	2	1	13	16	17	5	16	28
	寝衣交換	0	25	11	36	34	26	2	62
	整容	2	1	4	7	27	2	8	37
活動・安楽援助	ADL評価	0	0	3	3	16	3	5	24
	体位変換	4	22	15	41	28	29	1	58
	歩行介助	5	3	13	21	35	5	4	44
	移動・移送	7	21	16	44	41	16	2	59
	自・他動運動	0	0	3	3	45	6	2	53
	魔法	1	1	2	4	45	6	2	53
	指圧・マッサージ	1	1	2	4	21	2	1	24
	リラクゼーション	0	0	0	0	11	3	4	18
薬物療法の援助	経口与薬	0	1	47	48	6	7	49	62
	外用薬	1	2	14	27	11	6	17	34
	座薬	0	0	2	2	0	1	8	9
	注射輸液準備	0	0	53	53	3	5	47	55
	筋・皮下注射	0	0	10	10	1	0	27	28
	輸液管理	0	1	46	47	22	11	29	62
	IVH管理	0	2	15	17	0	6	23	29
	輸血管理	0	0	7	7	0	1	21	22
	硬膜外チューブ	0	0	7	7	3	9	23	35
	麻・鎮痛薬管理	0	0	12	12	0	0	30	30
創傷管理	創部観察	4	6	35	45	45	13	6	64
	創傷処置	0	4	32	36	14	19	28	61
	褥創予防ケア	0	1	5	6	3	9	13	25
	ドレーンチューブ	0	0	42	42	22	16	22	60
感染・安全管理	手指消毒	60	1	6	61	66	0	0	66
	汚物処理	25	9	16	50	40	7	6	53
	消毒・滅菌取扱い	2	3	26	31	26	15	17	50
	カウンタックニック	9	2	2	13	18	3	31	52
	転倒リスクスコア	0	1	8	9	5	3	27	35
	医療機器取扱い	0	0	19	19	0	2	50	52
	患者確認システム	1	2	38	41	14	3	43	60
	事故リスク発見予見	12	5	18	35	46	2	7	55
検査・処置援助	医薬品取扱い	0	0	21	21	3	2	28	33
	採血	2	1	12	15	4	1	28	33
	BS測定	0	0	17	17	9	2	20	31
	検体採取	0	1	19	20	1	6	16	33
	生理機能援助	0	0	6	6	7	5	11	23
	画像診断援助	0	1	10	11	9	25	19	53
	手術前処置援助	0	0	9	9	1	4	31	36
	内視鏡援助	0	0	0	0	0	0	2	2
	穿刺時援助	0	0	0	0	0	0	8	8
	死後処置	0	0	0	0	0	0	0	0
救命救急処置	体位気道確保	0	0	0	0	0	0	44	44
	器具気道確保	0	0	1	1	1	0	54	55
	人工呼吸	0	1	2	3	0	1	29	30
	心マッサージ	0	0	0	0	0	0	4	4
	体外除細動器	0	0	0	0	0	0	7	7
	救急処置	0	0	0	0	0	0	0	0
教育・相談	オリエンテーション	0	2	31	33	8	9	45	60
	生活相談指導	0	2	11	14	22	8	10	40
	社会資源の活用	0	0	1	1	2	0	3	5
	指導教材作成	0	0	2	2	19	3	3	25
連携・調整	看護職連絡調整	2	2	49	53	45	6	11	62
	関連職種連絡調整	0	2	37	39	9	6	40	55
	周辺職種連絡調整	0	1	25	26	9	1	24	44

経験者数太字：全体との比較で経験数が半数以上であったもの

ベルについて、達成度の高い項目の経験を記している。

3. 分析

① 看護師同行実習の看護技術経験リストの技術経験内容を構成する14カテゴリとそのカテゴリ項目毎に、成人看護実習Ⅰ・Ⅱの全体と経験者数を比較する。ここでは、看護師同行実習と全体の実習では、到達レベルに差があるため、看護師同行実習で経験できる機会が全体の経験者数と比較して半数以上となる技術経験項目を、看護師同行実習で経験できる機会が多く得られる項目とした。

さらに、看護師同行実習の14カテゴリとそのカテゴリ項目毎の実践レベルの特徴を分析する。

4. 倫理的配慮

- ① A大学研究等倫理委員会の承認を得て実施する。
- ② 研究協力の依頼は、実習評価終了後の平成19年12月に行う。
- ③ 研究目的と方法、匿名性と秘守性、自由意思に基づく研究参加への保証、本研究に限った研究成果の使用の保証を口頭と書面より説明し、研究の協力を得る。
- ④ 研究協力が得られなかった学生の看護師同行実習に関する記録内容および看護技術経験リストは、教育上のみの使用とする。

IV. 結 果

1. 看護師同行実習における成人看護実習Ⅰの技術経験

成人看護実習Ⅰ全体と成人看護実習Ⅰで行った看護師同行実習での技術経験について表2に示す。

成人看護実習Ⅰの同行実習では、14カテゴリ中、「呼吸・循環援助」「救命・救急処置」を除く、12カテゴリに属するいずれかの項目において、技術経験の機会が多く得られていた。

「生体機能観察」では、看護師同行実習で、バイタルサイン、意識状態・瞳孔の観察、身体測定、聴診、SpO₂の観察が全体の経験者数と比較して半数以上となる項目で、看護師同行実習で技術経験の機会が多く得られていた。バイタルサインの観察は、助言を受けて一人で実施するレベルの経験となっていた。「環境整備」では、ベッドメイキング、就床患者のリネン交換、治療病室の準備、環境整備の4項目全てにおいて、経験の機会が多く得られ、ベッドメイキング、環境整備は、助言を受けて一人で実施するレベルの経験となっていた。「食・栄養援助」では、食事・栄養状態の観察、食事介助、経管栄養についての経験の機会が多く得られ、食事介助では、助言を受けて一人で実施するレベルの経験であった。「排泄援助」では、自然排尿

への援助、おむつ交換の技術経験の機会が多く得られ、この2項目は見学を中心とした経験であった。「清潔・衣生活援助」では、陰部洗浄、清拭、寝衣交換の技術経験の機会が多く得られ、陰部洗浄、寝衣交換については、教員・指導者の指導とともに実施するレベルの経験となっていた。「活動・安楽援助」では、体位変換、移動・輸送の技術経験の機会が多く得られ、教員・指導者の指導とともに実施するレベルの経験となっていた。「薬物療法の援助」では、経口与薬、外用薬の塗布・貼用、注射輸液の準備、輸液の管理、IVHの管理の技術経験の機会が多く得られ、これらの技術経験は見学レベルの経験となっていた。「創傷管理」では、創部観察、創傷処置、ドレーン・チューブ類の管理の技術経験の機会が多く得られ、これらの項目は見学レベルの経験となっていた。「感染・安全管理」では、手指消毒、汚物処理、消毒・滅菌物品の取扱い、患者確認システム、事故リスク発見予見、医薬品の取扱いの技術経験の機会が多く得られ、手指消毒、汚物処理については、助言を得て一人で実施するレベルの経験となっていた。その他の項目については、見学レベルの経験となっていた。「検査・処置援助」については、BS測定、検体採取についての技術経験の機会が多く得られ、これらの項目は見学レベルの経験となっていた。「教育・相談」については、オリエンテーション、「連携・調整」については、看護職間の連絡調整、関連職種間との連絡調整、周辺職種間との連絡調整の経験の機会が多く得られ、これらの項目は見学レベルの経験となっていた。

看護師同行実習および、成人看護実習Ⅰ全体において経験の機会が得られていない項目は、「検査・処置援助」の内視鏡援助、穿刺時援助、死後処置および、「救命・救急処置」の全ての項目で、これらの項目は侵襲の大きい検査・処置項目であることがわかった。

2. 看護師同行実習における成人看護実習Ⅱの技術経験

成人看護実習Ⅱ全体と成人看護実習Ⅱで行った看護師同行実習での技術経験について表3に示す。ここでも成人看護実習Ⅰと同様に、看護師同行実習で経験できる機会が全体の経験者数と比較して半数以上となる技術経験項目を、看護師同行実習で経験できる機会が多く得られる項目とした。成人看護実習Ⅱでは、技術経験リスト14カテゴリ中、「生体機能観察」、「環境整備」、「呼吸・循環援助」、「食・栄養援助」、「排泄援助」、「清潔・衣生活援助」、「感染・安全管理」、「救命・救急処置」の8カテゴリに属するいずれかの項目において、技術経験の機会が多く得られていた。

「生体機能観察」では、看護師同行実習で、バイタルサイン、身体測定、聴診、水分出納、ECGモニター、SpO₂観

表3 成人看護実習Ⅱの看護技術経験

n=70

カテゴリ	項目	看護師 同行実習				成人看護実習Ⅰ 全体				
		助言を受けて一人で実施	教員・指導者とともに実施	見学	経験者数	助言を受けて一人で実施	教員・指導者とともに実施	見学	経験者数	
生体機能観察	バイタル	1	35	30	66	0	70	0	70	
	意識・瞳孔	0	0	5	5	9	0	5	14	
	身体測定	2	0	18	20	2	7	18	27	
	聴診	4	6	19	29	4	46	4	54	
	水分出納	3	0	17	20	3	20	17	40	
	神経	0	0	2	2	1	6	3	10	
	ECGモニター	3	1	18	22	4	10	11	25	
	SpO ₂	1	7	28	36	1	45	9	55	
環境整備	ベッドメイク	8	37	0	45	4	66	0	70	
	就床リネン	15	5	4	24	18	13	2	33	
	治療病室準備	5	0	5	10	5	3	8	16	
	環境整備	8	38	9	55	0	70	0	70	
呼吸・循環援助	排痰援助	3	0	7	10	4	7	5	16	
	吸引	1	0	19	20	0	2	21	23	
	酸素吸入	3	2	25	30	5	16	26	47	
	酸素ボンベ	4	0	13	17	15	9	13	37	
	ネブライザー	0	1	9	10	2	8	13	18	
	弾性包帯	3	0	3	6	3	4	5	12	
	食・栄養援助	3	4	24	31	5	48	3	54	
食事介助	1	1	12	14	0	12	7	19		
摂食・嚥下訓練	0	0	2	2	0	2	1	3		
経管栄養	1	0	4	5	1	0	4	5		
排泄援助	自然排尿	3	6	19	28	3	32	4	39	
	自然排便	3	2	8	13	4	27	5	36	
	便器使用	6	3	9	18	6	7	9	22	
	留置カテー	7	1	17	25	7	7	24	38	
	オムツ交換	17	7	11	36	17	14	9	40	
	洗腸	0	1	4	5	0	1	8	9	
	ストーマ管理	0	0	4	4	0	2	7	9	
	摘便	0	0	1	1	0	1	2	3	
	清濁・衣生活援助	入浴・シャワー	2	2	3	7	9	19	2	21
		部分浴	2	5	7	14	7	35	3	45
陰部洗淨		13	12	11	36	13	15	15	43	
清拭		17	9	8	34	17	39	3	59	
洗髪		6	2	7	15	7	33	7	47	
口腔ケア		3	6	11	20	3	13	10	26	
寝衣交換		18	5	8	31	23	30	3	56	
整容		4	6	5	15	8	30	2	40	
活動・安楽援助	ADL評価	0	0	0	0	2	16	6	24	
	体位変換	6	2	4	12	21	24	6	51	
	歩行介助	0	0	5	5	4	26	5	34	
	移動・移送	7	3	2	12	11	47	3	61	
	自・他動運動	0	0	0	0	1	12	6	19	
	電法	2	5	6	13	4	34	8	46	
	指圧・マッサージ	0	0	0	0	0	20	0	20	
	ラクセーション	0	0	0	0	3	1	1	5	
	薬物療法の援助	経口与薬	2	0	11	13	17	9	40	66
		外用薬	2	0	4	6	6	17	19	42
座薬		0	0	3	3	0	0	8	8	
注射輸液準備		3	3	12	18	15	3	46	64	
筋・皮下注射		0	0	2	2	1	1	38	40	
輸液管理		1	0	13	14	10	16	37	63	
IVH管理		0	0	4	4	4	9	17	30	
輸血管理		0	0	4	4	1	0	14	15	
硬膜外チューブ		0	0	0	0	1	1	3	5	
麻・鎮痛薬管理		0	0	4	4	4	0	25	29	
創傷管理	創部観察	1	0	9	19	12	24	11	47	
	創傷処置	1	0	8	9	7	4	32	43	
	褥創予防ケア	1	0	4	5	9	6	16	31	
	ドレーンチューブ	0	0	3	3	4	5	14	23	
感染・安全管理	手指消毒	0	66	0	66	0	70	0	70	
	汚物処理	5	5	2	12	7	41	4	52	
	消毒・滅菌取扱い	1	0	5	6	3	15	15	33	
	カウンテクニク	0	1	1	2	2	26	10	38	
	転倒リスクスコア	0	0	0	0	5	9	20	34	
	医療機器取扱い	0	0	4	4	2	1	36	39	
	患者確認システム	0	0	6	6	5	16	27	48	
	事故リスク発見予見	1	2	7	10	4	48	1	53	
	医薬品取扱い	0	0	5	5	4	2	23	29	
	検査・処置援助	採血	0	0	3	3	0	0	41	41
BS測定		1	0	4	5	7	19	28	54	
検体採取		1	0	4	5	5	11	13	29	
生理機能援助		0	0	3	3	7	2	9	18	
画像診断援助		0	0	2	2	18	12	26	56	
手術前処置援助		0	0	0	0	3	0	7	20	
内視鏡援助		0	0	2	2	6	1	16	23	
穿刺時援助		0	0	2	2	2	2	13	18	
死後処置		0	0	0	0	0	0	1	1	
救命救急処置		体位気道確保	0	0	2	2	0	0	4	4
	器具気道確保	0	0	0	0	0	0	4	4	
	人工呼吸	0	0	0	0	0	0	2	2	
	心マッサージ	0	0	0	0	0	0	0	0	
	体外除細動器	0	0	0	0	0	0	1	1	
	救急処置	0	0	0	0	0	0	1	1	
教育・相談	オリエンテーション	0	0	10	10	3	4	28	35	
	生活相談指導	1	0	7	8	6	28	15	49	
	社会資源の活用	0	0	1	1	2	2	5	9	
	指導教材作成	0	1	2	3	4	38	0	42	
連携・調整	看護職連絡調整	1	0	27	28	8	47	11	62	
	関連職種連絡調整	1	0	22	23	7	17	33	55	
	周辺職種連絡調整	1	0	15	16	4	10	28	44	

経験者数太字：全体との比較で経験数が半数以上であったもの

察が全体の経験者数と比較して50%以上となり技術経験の機会が多く得られていた。バイタルサインの観察は、教員・指導者とともに実施するレベルの経験であり、身体測定、聴診、水分出納、ECGモニター、SpO₂観察は、見学レベルの経験であった。「環境整備」では、ベッドメイキング、就床患者のリネン交換、治療病室の準備と、環境整備の4項目全てにおいて経験の機会が多く得られ、これらの項目は、助言を受けて一人で実施するレベル、および教員・指導者とともに実施するレベルの経験となっていた。「呼吸・循環援助」では、排痰援助、吸引、酸素吸入、ネブライザー、弾性包帯の使用の技術経験の機会が多く得られ、これらの項目は見学レベルの経験となっていた。「食・栄養援助」では、食事・栄養状態の観察、食事介助、摂食・嚥下訓練、経管栄養と、このカテゴリすべての項目について技術経験の機会が多く得られ、これらの項目は見学レベルの経験となっていた。「排泄援助」では、自然排尿への援助、便器使用、留置カテーテルの管理、オムツ交換、浣腸の経験の機会が多く得られ、オムツ交換は、助言を得て一人で実施するレベルの経験、その他の項目は見学レベルの経験となっていた。「清潔・衣生活援助」では、陰部洗浄、清拭、口腔ケア、寝衣交換の技術経験の機会が多く得られ、陰部洗浄、清拭、寝衣交換については、助言を得て一人で実施するレベル、口腔ケアについては、見学レベルの経験となっていた。「感染・安全管理」の手指消毒が、教員・指導者とともに実施するレベルで、「救命・救急処置」の体位・気道の確保が見学レベルの経験となっていた。

その他のカテゴリの技術経験は、受持患者の看護、および他の体験型実習として展開している「透析室実習」「検査室実習」「化学療法室実習」から学んだ技術経験であった。

看護師同行実習および、成人看護実習Ⅱ全体において、技術経験の機会が得られていない項目は、「救命・救急処置」の体位による気道確保、器具による気道確保、人工呼吸、心マッサージ、体外除細動器の扱いであることがわかった。

V. 考 察

成人看護実習Ⅰにおける看護師同行実習の技術経験の特徴として、技術経験リストの14カテゴリ中、「呼吸・循環」「救命・救急処置」を除く、12カテゴリに属するいずれかの項目において、技術経験の機会が多く得られていたことがあげられた。これらの項目は、「助言を得て一人で実施する」、「教員・指導者とともに実施する」、「見学する」の3レベルの経験の機会であった。成人看護実習Ⅰにおける看護師同行実習は、表1に示したように、周手術期患

者への看護を中心とした経験ができるように実施している。本研究の結果から、成人看護実習Ⅰにおける看護師同行実習は、目的に合致した手術を受ける患者に必要な治療や看護ケア場面に参加し、看護実践能力を培うための機会となり得ているといえた。つまり、看護師同行実習でも、周手術期の受持患者の看護過程を展開する実習とともに、多くの技術が経験できていることがわかった。このことから、看護師同行実習をとり入れる時期を検討することでさらに効果的な実習が展開できることが予測された。例えば、看護師同行実習を実習前半に行うことで、周手術期患者への看護技術のイメージ化ができやすくなる。後半に行えば看護師の技術との比較から自己の技術評価や、技術の意味づけにおいて効果があると考えられた。

一方、成人看護実習Ⅰにおける看護師同行実習の技術経験の特徴は、「生体機能観察」「環境整備」「呼吸・循環援助」「食・栄養援助」「排泄援助」「清潔・衣生活援助」など、ベッド上で生活する患者の援助技術を学ぶ機会となっていた。これらの項目は、「助言を得て一人で実施する」、「教員・指導者とともに実施する」、「見学する」の3レベルの経験の機会であった。成人看護実習Ⅱは、慢性疾患を持つ患者への看護を軸にした実習であるが、この実習における看護師同行実習は、表1に示すように、重症患者への看護を中心とした学習ができるように実施している。本研究の結果から、看護師同行実習が、患者の病態に大きく影響される慢性疾患患者の看護について、受持患者への看護だけでは機会が限られるベッド上で生活する患者に必要とされる生活援助技術を多く経験し、援助の基本や多様性について学ぶ機会が提供できる方法になっているといえた。半面、「薬物療法の援助」「感染・安全管理」「検査・処置」「教育・相談」「連携・調整」については、看護師同行実習での経験は限られ、受持患者の看護、他の体験型実習として行っている透析療法、外来化学療法、検査室実習を含めた成人看護実習Ⅱ全体での技術経験内容であった。これらの内容についても、看護師をロールモデルとして看護実践を学ぶことの意義は大きいので、さらに病棟側指導者との連携を強化することで学習の機会を提供していきたい。

松下ら²¹⁾は、卒業研究として行った看護実践を分析し、日本看護系大学協議会で提案している看護実践能力の中で「ヒューマンケアの基本に関する実践能力」「看護の計画的展開能力」「ケア環境とチームケア体制整備能力」の4項目については学習できているが、「特定の健康問題を持つ人への看護実践能力」の学びにくさをあげている。筆者らが行った卒業生に対するカリキュラムの評価研究¹⁰⁾においても卒業生は、「特定の健康問題を持つ人への看護

実践能力」を養える教育を求めている。このように、受持患者の看護だけでは、学習機会に限られてしまいがちな経験を、成人看護実習Ⅰでは、周手術期に特徴的な看護実践に必要とされる技術、成人看護実習Ⅱでは、慢性的な疾患をもつ人の多様な健康レベルに応じた看護場面における生活援助技術の経験の強化につながる事が推察できた。これらから、「特定の健康問題を持つ人への看護実践能力の育成」には効果的な方法であると示唆された。キャスリンら²⁸⁾は、実践での学習活動は、教室では獲得できない知識の獲得に注目すべきであり、看護ケアを観察し、実践し、評価するといった実践の学習活動をとおして、看護特有のクリティカルシンキングのスキルを発展させていくといている。その意味において、看護師同行実習は、看護師の行うケア場面に参加することから、日常に行われる看護ケアについての経験が得られる機会となり、看護実践に必要とされるクリティカルシンキングのスキルを発展させていく実習形態の一方法であるといえる。

教育における経験の重要性を指摘しているデューイ²⁹⁾によれば、真実の教育は全て、経験をとおして生じるが、経験と教育は相互に直接的な関係にあるのではなく、つぎに展開してくる経験の成長を阻止したり歪めたりするよう経験は、非教育的なものであるとしている。また、経験における観察だけでは十分でなく、見るもの、聞くもの、触れるものが何であるか、その「意味」を十分理解できることが重要であるといっている。さらに、経験の効果は、表面にはすぐ現れず、経験が未来により望ましい経験をもたらすことができるように促すためには、直接的な快さを越えた種類の経験が求められているとしている。したがって、看護師同行実習での経験が未来により望ましい経験をもたらす、経験が真の教材になりうるように、技術経験を意味付ける指導や、成長を促進する技術経験内容の精選が不可欠と考える。さらに、今回の調査から明らかになった臨地実習で学生の経験の機会がえられにくい技術内容については、患者への安全・人権の擁護等から実践の場では学びにくい内容であるため、教材開発、学内演習、教育方法の検討等を学内全体で検討し、充実させる必要がある。

今後は、学生が記録した看護師同行実習における学びから、看護実践能力の向上、自己の課題の抽出や意識化、自己研鑽への効果を、質的な側面から明らかにしたい。

VI. 結 論

1. 看護師同行実習では、成人看護実習Ⅰの場合、周手術期に特徴的な看護実践能力の強化ができていた。成人看護実習Ⅱの場合、慢性的な疾患をもつ人の多様な

健康レベルに応じた看護場面における生活援助技術の経験を強化できたことがわかった。

2. 看護師同行実習は、成人看護実習の目標にあげた技術経験内容を補充できた。したがって、受持患者の看護を中心とした実習だけでは学ぶ機会が限定される看護技術経験の機会が得られる実習形態であることが判明した。

3. 看護師同行実習は、患者に必要な治療や看護ケア場面に参加できる経験が得られ、看護実践能力を培うための機会となりうる学習方法であるとの示唆を得た。

本研究に快く協力して頂いた被調査者の皆様に深く感謝致します。

本研究は、平成20年度順天堂大学医療看護学部共同研究費の補助を受け実施し、本研究の一部は、第18回日本看護学教育学会（筑波）において発表した。

文 献

- 1) 日本看護協会 2004年「新卒看護職員の早期離職等実態調査」: http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2004pdf/press20050224_03.pdf.
- 2) 川島麻子, 野口多恵子, 丹桂子, 他: 基礎看護領域における看護実践能力育成にむけた演習の試みと課題, 山口県立看護大学紀要, 9, 57-65, 2005.
- 3) 渡邊江利子, 荒木清美, 坂本淑江, 他: 指導者が学内で体験する筋肉注射の技術チェック, 九州国立看護教育紀要, 10(1), 16-23, 2008.
- 4) 吉村弥須子: 周手術期看護実習における学生の体験からの学び ICU に入室した患者への術後看護の体験, 大阪市立大学看護学雑誌, 3, 49-60, 2007.
- 5) 宮崎貴子, 丹波淳子, 大西潤子, 他: 看護基礎教育における外来化学療法見学実習のあり方の検討, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 20, 25-35, 2007.
- 6) 内海文子, 松本幸子, 片穂野邦子, 他: ホスピス病棟見学実習における学生の学習内容 実習記録の分析から, 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要, 7, 45-52, 2007.
- 7) 坂本祐子: ホスピス見学実習におけるコミュニケーション不安と見学の効果 コミュニケーション場面の代理体験による準備性の変化, 看護展望, 32(10), 1034-1039, 2007.
- 8) 深澤佳代子: 看護基礎教育における手術室看護の位置づけと教授方法について, 日本手術医学会誌, 27(4), 296-298, 2006.

- 9) 大谷則子, 堀之内若菜, 中井裕子, 他: 手術室見学実習における学び 二つの実習形態による比較検討による考察, オペナーシング, 21(6), 662-672, 2006.
- 10) 細川つや子, 安福真弓: 成人看護実習での学生の学び到達目標との関連に焦点をあてて, 吉備国際大学保健科学部研究紀要, 10, 63-68, 2005.
- 11) 相原優子, 勝山貴美子, 渡邊順子, 他: 看護学生が捉えた早期体験実習における体験の意味, 日本看護医療学会雑誌, 7(2), 27-35, 2007.
- 12) 高谷真由美, 乗子嘉美, 吉田澄恵, 他: 複数患者受け持ち実習と学習効果—成人看護実習における取り組み—, 看護展望, 32(7), 672-678, 2007.
- 13) 青木きよ子, 吉田澄恵, 高谷真由美, 他: 看護実践力育成のための看護課題実習, 看護展望, 33(1), 74-80, 2008.
- 14) 水田真由美, 鈴木幸子, 山田和子, 他: 実習個人票を活用した看護基本技術習得の検討, 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 3(1), 27-33, 2007.
- 15) 遠藤みどり, 石田貞代, 松下由美子, 他: 臨地実習で技術項目リスト・チェック表の活用, 山梨県立看護大学紀要, 9, 43-54, 2007.
- 16) 井山ゆり, 長崎雅子, 吉川洋子, 他: 臨地実習における効果的な看護基本技術自己評価表の作成, 日本看護学会論文集 看護教育, 36, 146-148, 2005.
- 17) 実習委員会看護技術教育検討班: 卒業時の基礎的な看護実践能力に関する検討 学生の看護臨地実習における看護技術の実施経験に関するアンケート調査から, 名古屋市立大学看護学部紀要, 5, 29-34, 2005.
- 18) 叶谷由佳, 小泉仁子, 日下和代, 他: 臨地実習における各領域共通の看護技術チェックリスト導入の試み, 看護教育, 44(12), 1030-1039, 2003.
- 19) 青木きよ子, 吉田澄恵, 高谷真由美, 他: 卒業生によるカリキュラム改変に伴う教育評価, 医療看護研究, 2, 102-109, 2006.
- 20) 青木きよ子, 吉田澄恵, 高谷真由美, 他: 看護実践能力を育むために体験型実習を取り入れた成人看護実習の取り組み, 医療看護研究, 3, 75-81, 2007.
- 21) 松下光子, 片岡三佳, 藤澤まこと, 他: 「地域基礎看護学卒業研究Ⅰ」において学生が体験した看護実践能力の項目, 岐阜県立看護大学紀要, 8(1), 3-10, 2007.
- 22) Kathleen B. Gaberson, Marilyn H. Oermann: Clinical Teaching Strategies in Nursing, 1999, 勝原裕美子監訳: 臨地実習のストラテジー, 第1版, 16-25, 東京, 2002.
- 23) John Dewey: Experience and Education, 1938, 市村尚久訳: 経験と教育, 第6版, 16-149, 東京, 2008.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P.91-96 (2009)

4年制大学における看護学生の職業的社会化

—4年次の学生を対象として (第4報)—

The Professional Socialization of Nursing Students Four-year Baccalaureate Programs :
The fourth grader (Fourth Report)小元 まき子*
OMOTO Makiko宮脇 美保子*
MIYAWAKI Mihoko寺岡 三左子*
TERAOKA Misako

要旨

本研究は、看護系大学生が看護基礎教育課程の期間において、看護専門職として必要な知識・技術・態度をどの様に身につけていくのかを明らかにすることを目的に、看護系大学1年次より縦断的に行っている研究である。今回は、看護系大学4年次における職業的社会化について分析を行った。

分析の結果、看護系大学4年次の研究参加者が習得していた職業的社会化の内容として【看護師として必要な素養】【看護の特質】【看護の魅力】の3カテゴリを形成していた。そして、4年次の看護系大学生の職業的社会化に影響を及ぼしていた体験は、正規のカリキュラムである講義、臨地実習の他、国家試験の勉強、考える時間をもてたことなどであった。

また、看護系大学4年生が看護の魅力の内面化するためには、臨地実習において看護の魅力を経験していることが必要であることが示唆された。

索引用 語：職業的社会化、看護学生、4年制大学、教育課程

Key Words : professional socialization, nursing students, four-year baccalaureate programs, curriculum

I. はじめに

職業的社会化とは、将来従事する、または現在従事している職業の地位・役割達成に必要とされる知識・技能・価値規範を獲得し、その職業への一体化を確立してゆく過程である¹⁾。看護基礎教育課程修了後、国家資格を取得し看護職に従事する看護系大学生は、看護基礎教育課程の期間において、看護専門職として必要な知識・技術・態度を習得していくことが必要である。そこで、本研究では、看護系大学生が、看護専門職として必要な知識・技術・態度をどのようにして身につけていくのかを明らかにすることを目的に、大学1年次より縦断的研究に取り組んできた。これまで1～3年次までの分析を終了し報告している²⁾³⁾⁴⁾。1年次にはそれまで持っていた看護師という職業に対する漠然としていたイメージが講義・演習・臨地実習により具体的なものへと変化しつつあったが、まだ、

看護師というものを外から眺めていた。この時期は、看護師としての社会化というよりも、クラブ活動やアルバイトの経験を通して社会人に必要な対人関係の持ち方や社会生活における規範を獲得していた。2年次では主として臨地実習・講義から、理想と現実のギャップ、看護師という職業の厳しさを実感し、リアリティショックを受けていた。3年次には1年間の臨地実習を通し、理想と現実の調整をしながら、それまでに学習した知識・技術を実践に適用することで将来自分が就く看護師についての意味づけを行っていた。

小論では最終学年である4年次の看護系大学生の職業的社会化について報告する。

II. 研究目的

1. 研究方法

看護系大学生を対象とした縦断的研究であり、質的記述的研究方法を用いた。

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 28, 2008 原稿受領)

2. 研究参加者

研究参加者は、1年次より継続して研究に参加している看護系大学の4年生4名。

3. 調査期間

2007年4月から2008年2月。

4. 研究方法

1) データ収集

データは、インタビューにより収集した。

個人に対するインタビューは各2回（4月・1月）、グループでのインタビューは1回（9月）実施した。インタビュー内容は研究参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。1回のインタビューに要した時間は、個人は約45分～60分、グループは約90分であった。

2) インタビュー内容

インタビューは、インタビューガイドに基づいて実施した。内容は、①4年生になって学生としてあるいは日々の生活の中で気持ちの変化はあったか、②現在の自分は看護師に近づいていると思うか、③看護師になる上で大切にすべき価値や行動はあると思うか、④実習を終えて気持ちの変化はあったか、⑤4年間を振り返って思うことは何か、⑥最近どのようなことを考えるかである。

個人インタビューでは、4月は①～③と⑥について、1月は、①～⑥について、グループインタビューでは、①～④と⑥について質問した。

3) データ分析

録音したインタビュー内容より逐語録を作成し、質的データとした。データをもとに共同研究者各々が精読した。そして看護専門職として必要な知識・技術・態度を習得していると思われる内容を抽出しコード化、更にカテゴリー化した。データのコード名、カテゴリー名については共同研究者3名でその妥当性について検討した。

5. 倫理的配慮

研究参加予定者には、4年次4月に研究者が文書と口頭により研究計画、研究に伴う利益および不利益、研究への参加・撤回に関する自由意思の尊重について下記の内容を説明した。その後、同意書に署名をもらい研究協力に関する継続意思があることを確認した。

①研究への参加は4年間継続することを前提とするが、いつでも撤回することができる。

②本研究への参加の有無による教育上の不利益は一切ない。

③インタビュー日時の設定は参加者の希望を優先し、集団で実施する場合にはメンバーと情報の共有をしても良

いかどうかを確認する。インタビュー内容は、録音することについての同意を得て、録音後に削除したい内容があれば逐語録より削除する。

④データは、研究者が責任を持って管理する。また、録音した内容は逐語録作成後に消去し、逐語録は研究が終了した時点でシュレッダーにかけて廃棄する。

Ⅲ. 結 果

今回の研究参加者が4年間を振り返って語った大学のカリキュラムについては、次のような特徴があった。1年次は知識と技術の習得を目的とした学内での講義・演習が主で、臨地実習は1週間のみであり、「1年の後半はちょっとバタバタした印象が残っている。大変だった。」と語った。2年次は、臨地実習は5週間に増えたものの学内における授業が殆どであり、1年次と大きな違いはなく、「1・2年で結構いっぱい、いっぱいだったので、詰め詰めなのはしょうがないけど、でももう少しゆとりがあるとよかった。」と振り返った。3年次は、1年の約半分が臨地実習で占められていたが、「3年の実習が1番心配で、大きなイベントだった。」ことや「3年であそこまでギューギューにしなくても、4年生の初めくらいまで（実習を）やっても遅くない。」と評価していた。4年次は3週間の実習の他は、選択科目の履修が残っているのみで、大きなイベントは就職試験と国家試験の勉強だけであり、比較的ゆとりをもって過ごしていた。参加者は、それまでの3年間と比較して「今年は空き時間が多くて少し戸惑っている。」と感じながらも、「ここの1年でこれまで学んだことを振り返る時間があって、もう一度看護とは何かをゆっくり考えることができたことはとてもよかった」と評価していた。

看護師としての職業的社会化として研究参加者は、【看護師として必要な素養】【看護の特質】【看護の魅力】を内面化していた。以下、結果をカテゴリー【】、サブカテゴリー【】、データを「」またはイタリック体で示す。

1. 【看護師として必要な素養】

看護師として必要な素養とは、看護を職業とする人に必要な知識や技術に関することである。サブカテゴリーとして、【自分から患者に近づく】【患者を気遣う】といった患者との関係に関するものと、【時間を管理する】【自分をコントロールする】という自分自身に関するものがあった。

1) 【自分から患者に近づく】

参加者は、自分から患者に近づくことができる能力が看護師には求められていると理解していた。そのためには、看護師は自分からコミュニケーションのボールを患者に

投げるが必要であると考えていた。看護実践の場では、「ちょっと自分と合わない患者さんがいる」としても、「後ろ向きになるんじゃなくて、自分から積極的に関わっていくこと」が看護師には求められていると捉えていた。

その患者さんは、あまり自分に関わって欲しくないと思っていると感じました。こっちから話しかけても、何か拒否するみたいな患者さんで、そうすると、何かどうして良いのか判らなくて、話しかけづらくなって、遠ざかっていた自分がいて、でもそこで、何か自分が遠ざかってしまうと、何かどんどん患者さんとの距離も遠くなっていってしまう。

2) [患者を気遣う]

参加者は、不安を抱えたり、緊張している患者の心を、その場の状況にあったやり方で和ませることが看護師に求められる能力であると捉えていた。そのエピソードは、大学時代の先輩看護師が手術室に移送している患者を気遣っている場面についてであった。それは、参加者が、普段から知っている先輩の優しさを超えるものであり、看護師にはこうした患者を気遣うことのできる能力が必要であると認識していた。

Ope に行くときって (患者) は不安じゃないですか。看護師1人しかついていなくて、あと手術室の看護師に申し送るときに、その患者さんと普通の会話をしていたり、手術が終わったらこんなことしようね、みたいなことを言っていて・・・何気ない会話なんですけど、その人の心を和ませているっていうか、凄いなと思いました。

3) [時間を管理する]

参加者は時間の管理をすることを看護師に求められる能力として捉えていた。参加者は、学生の間は基本的に1人の患者を受け持って実習しているが、看護師になると、限られた時間内で複数の患者に必要なケアを行いながら他の業務も実施しなければならず、今でも「こんなにてんやわんやなのに、実際に働いたらどうなるんだろう。」という不安を抱えながらもその必要性を認識していた。

2人の患者さんを同時に受け持たせてもらって、2人だったんですけど、Aさんの1日の計画と、Bさんの方の計画を同時にやっていくことが凄く難しくって、楽しいってことも判ったんですけど・・・実際の看護師さんは、7人とか普通に受け持っているから、それが凄く大変なんだろうなって思いました。

4) [自分をコントロールする]

参加者は、わからないとき「はぁー」という反応をすることで患者に不安を与えたり、声にださなくても「疲れを顔にだす」などして、よけいな気遣いをさせないように自分自身をコントロールすることも看護師に必要な能力の一つであると捉えていた。

(患者さんが)「この人、仕事覚えるので精一杯だから、あまり言えないわ」みたいな、そういうふうにはなりたくない。自分がいっぱい、いっぱいのを患者さんには判らないように、・・・説明する時には大きい心をもっていたいと思います。

2. 【看護の特質】

看護の特質は、看護という仕事の内容を特徴づけるものであり、「[普通]を大切にする」[その人らしい生活環境を整える] [患者のニーズに応える] [基本を守るケアをする] という4つのサブカテゴリーから成っていた。

1) [[普通]を大切にする]

参加者は、病院は人間が生活する場所として「普通」ではないと捉え、「病院らしい病院は嫌だ」と語っていた。また、「生まれてから殆ど病院で過ごしている」患児に接し、病院の中だけで生活していると「私たちみたいに自然が多いところで過ごしている子たちと違って、身体も病気だけど心も病んでしまうのではないか」と考え、病院にいても可能な限り「普通」の状態に近づけることに看護の価値を見出していた。

その子が年齢相応の発達が出来るように考えて実習しました。基礎(看護学)でその人の生活環境を整えることを学んだじゃないですか。高齢者(看護学)の授業で聞いたんですが、有料老人ホームみたいに自分の使っていた家具を持ってくる国もあるじゃないですか。そういうのを学んで、それってやっぱり、有料老人ホームという環境に入っていくじゃなくて、新しい場所だけど、そこに住むということの重要性を学んだし、自分も自分の家がやっぱり落ち着くと思います。

2) [その人らしい生活環境を整える]

参加者は、今、目の前にいる患者の状態だけを見ているだけでは、本当に必要なケアを提供することができない、「患者さんの背景、生き立ち、価値観とか全体をみることが大事」であり、患者は、今は入院しているが、やがては退院してもとの生活に戻っていく存在であることを理解

し、もとの生活に戻るための手助けをすることが看護であることを理解していた。

今まで自分の生活があって、そこでちょっとずれて、病院にちょっと寄っているだけだから、その寄り道のところを上手く軌道修正するっていうか、そういうイメージでずね。

3) [患者のニーズに応える]

参加者からは、看護師が治療とは関係のない訴えに応えようとしなかった状況に直面した経験が語られた。看護は看護師が一方的に患者に必要であると判断したことを提供するのではなく、患者が本当に必要としていることに手を差し伸べることでありと認識していた。「治療もあるけど、患者さんがしたいこと」を尊重することが看護する上で重要なことであると受け止めていた。

患者さんにパジャマを探して欲しいと言われたことがあって、その時、看護師さんは、それは(患者さんの)わがままだと判断して、「学生さんは(患者さんに)使われるよ」という言う感じだったんです。でも、私はそれは違うと思いました……。今、本当に患者さんはパジャマを探してほしいんだと思いました。……そのパジャマが見つかった時、患者さんは凄く笑顔になったんです。

看護師にとって患者の行動に意味がないように思えても、人の行動にはその人にとっての意味があるということを知った場面であり、患者のニーズに応えることの大切さを再確認していた。

4) [基本を守るケアをする]

参加者は、学内で学んだ必要物品を「ちゃんと揃える」ことやケアを「省略したり看護師の都合を優先してはいけない」ことの大切さとともに、「患者さんの生い立ちや価値観とか全体をみることが大事」であり、その人に合ったケアをすることが看護師には求められていると語った。

学校だと清拭は、ちゃんと物品を揃えてから行うけど、でも病院にいったら(必要だと思われるものも)それは全くないから。後はそんなに清拭していないところ(病棟)では、タオルを絞って患者さんの所にもって行って「拭いて下さい」というのが清拭というところもあって。患者さんは、お風呂に入れないと、やっぱり気持ち悪いと思うから、患者さんに合わせてちゃんとお湯を使って(清拭)するとか、そういうのもちゃんと考えなきゃいけない

と思いました。

3. 【看護の魅力】

看護の魅力は、自分を看護師という職業に惹きつけるものであり、[看護師の関わりで患者が変化する][専門性がある]というサブカテゴリーがあった。

1) [看護師の関わりで患者が変化する]

参加者は、患者に「話しかけたら、その方が笑顔をみせる回数が増えた」、「あの時こうして、ああいう結果が出たから、今度はこうしてみよう」というように看護師の関わりによって患者が変化することにやりがいを感じていた。そして、「患者さんや家族からもらったものはすごく大きい」ものであり、看護師として働く自分を「凄く楽しみ」と語った。

最初は気難しいおばあさんだったんですけど、私が積極的に話しかけていったら、心を開いてくださるというわけではないんですけど、結構何でも(私を)頼ってくださって。最後は本当になんだろう、「有り難う」みたいな言葉をかけて下さって、やっぱり患者さんのそういう一言は、凄く自分の支えになっているというか、大きいと感じました。

2) [専門性がある]

参加者は、看護師の援助には、「理由があってやっている」ことを看護系大学に入学して初めて知り、「看護師ってすごい」と感じていた。患者さんは「家族に言えないことも、多分看護師には話すと思う」というように自らの経験から看護師という職業に専門性を見いだしていた。

(大学に)入る前は、看護師の仕事があまりわからなくて患者の目線でみていました。医師の介助とか、記録用紙があって、それをもとに情報を聞いていくというイメージ。マニュアルがあるイメージでした。……学校に入って学んでいくうちに、年々(看護の専門性)を実感してきました……「看護の対象は患者さんである前に人間である」と1年生の時に言われても「あー、そんなこと言ったら、何でも仕事はそうだ」ってちょっと思って。対人関係はどこでもあるし、と思っていました。でも人を「1人の人としてこの人はどういう人なんだろう」ということを考えることは、看護という仕事ならではないのかなと思うようになりました。

以上、看護師になるための職業的社会的化として、参加者は、【看護師として必要な素養】【看護の特質】【看護の魅

力】を内面化していた。インタビューの中で語られた内容は、4年次の経験ばかりでなく、これまでに受けた講義や実習を想起し、そこから発展的に、その意味づけをしていることもあった。

また、参加者が所属している大学では、4年次は、ほとんどのカリキュラムが終了しており、参加者は時間的なゆとりをもっていた。こうした時間のゆとりは、参加者が改めて「本当に自分は何をしたいのか」、「どんな看護師になりたいのか」、といったことについて考える上で重要な意味を持っていた。「3年課程は経験していないからわからないけど、この1年がなくて実習が終わってすぐに、国試、就職というのは辛いと思う」と語り、4年次に考える時間をもつことは、講義、演習、臨地実習と走り続けた自分たちにとっては必要かつ貴重であると捉えていた。

IV. 考 察

1. 看護系大学4年次の職業的社会的な内容

4年次の職業的社会的な内容として学生は、【看護師として必要な素養】【看護の特質】【看護の魅力】を挙げていた。

【看護師として必要な素養】とは、看護師に求められる知識・技能・たしなみを意味するものである。学生は、患者との人間関係を形成するための能力と自己管理としての課題を挙げており、4年間の学習を通して、看護職者に求められる能力について理解し、内面化しようとしていた。

次に、【看護の特質】では、看護という仕事を特徴づける内容について語られており、これは臨地実習における経験を通して内面化されていた。看護の特質について語る過程では、4年間の学習を振り返る時間をもつことができたことで拡散していた知識が学生の中で統合され、看護とは何かを自ら問い直すことができたものと考えられる。

【看護の魅力】は、臨地実習で看護を実践することの醍醐味が語られていた。これは、臨地実習において、自らその魅力を感じる体験ができ、それを通して内面化されたものと考えられる。そして看護の魅力看護学生自身が身をもって体験し、言語化、更に内面化していることは、今後、看護専門職者としての職業を担っていくときに強みになると考えられる。特に、看護という仕事に専門性を見出していることは、自分が就こうとしている仕事明確かつ重要であると認識していることの表れとして捉えることができる²⁾。白鳥は³⁾、看護学生の職業的社会的な内容に関する量的研究の中で、看護学生は最終学年の前半期までに職業レディネスが低下すること、専門教育や実習体験によって職業的同一性が促進されるというより、むしろ拡散傾向に向かうと推測されることを述べている。しかし、本研究に

おいては、参加者は臨地実習の体験を通して看護の魅力の内面化していると考えられた。看護学生の基礎教育と教員、医師、薬剤師といった他の職業人養成教育との最大の相違点は看護学実習の存在であり、学習方略、実習時間の長さ、学習環境のいずれも他に類を見ない授業である⁴⁾。故に、【看護の魅力】の内面化には人的、物理的な学習環境を整備することが極めて重要であると考えられる。

2. 看護系大学生が捉える4年制の基礎教育の意義

看護系大学4年次に行ったインタビューで語られた内容は、4年次の経験ばかりでなく、これまでに受けた講義や実習を想起し、そこから発展的に、その意味づけをしていることもあった。一般に3年制の看護基礎教育課程では、全ての臨地実習修了後は国家試験の準備に追われることが多く、研究参加者の所属する大学のように、それまでの学びを振り返るゆとりはないであろう。研究参加者は、4年次の国家試験の学習過程やゆとりあるカリキュラムのなかで考える時間を持てたことにより、これまでの講義・臨地実習での学びを振り返り、看護師として必要な知識、技術、価値等について自分の中での捉え直しをすることが出来たのではないかと考えられる。看護系大学生にとって4年次は、それまでの学習内容を振り返りこれから就くであろう看護職という職業への一体化を確立していくという意味において重要であることが示唆された。

一般の大学生にとっての4年次は、通常はこれから自分が就く職業を選択する時期であるが、看護系大学生の場合は、そのほとんどが入学時点からすでに職業に結びつく選択をしており、看護職としての職業的社会的な内容は4年間を通して行われている。看護系大学のカリキュラムは、学内の講義、演習で学習した知識、技術、態度・価値を臨地実習という授業を通して患者に適用することで看護職という職業への一体化が図られるように段階的に計画されている。看護系学生にとって、就職前に自分が看護職に就くということについて考える時間をもつことができることは、頭の整理とともに、気持ちの整理をした上で就職することができるという意味において有意義な時間として捉えることができるであろう。3年制課程と4年制課程の違いがここに現れているものと考えられる。

V. 結 論

1. 4年次には、1から3年次までに講義や臨地実習の学習や体験を振り返り、自分に必要な価値としての内面化が進んでいた。
2. 4年次の職業的社会的な内容に影響を与えていたのは、講義・臨地実習・国家試験の勉強の他、これまでの経験

を振り返りその意味づけをするために考える時間であった。

3. 看護系大学生が看護の魅力の内面化する上で、影響を及ぼしていたのは臨地実習であり、実習環境のありようが重要であることが示唆された。

VI. おわりに

本研究は、看護系大学生の職業的社会化がどのように進むのかを明らかにすることを目的に、大学1年次より縦断的に取り組んできた。今年度は最終学年の分析をすることができ、これにより限定された参加者ではあるが、看護系大学の学生の職業的社会化の過程の一例を明らかにすることができたと考える。これまで、各学年での職業的社会化について明らかにしてきた内容を、今後は、一連の過程の中で更に分析を進めていくことが必要であると考え。

研究参加者がどのように看護師としての社会化を遂げていくのか、また、異なるカリキュラムを受けた看護系大学生も同様の職業的社会化を遂げるのか更に研究に取り組むことが更なる今後の課題である。

引用文献

- 1) 今津孝次郎：教師の職業的社会化，三重大学教育学部研究紀要，30(4)，17-24，2004.
- 2) 宮脇美保子，島田千恵子，藤尾麻衣子：4年制大学における看護学生の職業的社会化－1年次の学生を対象として－（第1報），医療看護研究，2(1)，53-58，2006.
- 3) 宮脇美保子，島田千恵子，藤尾麻衣子，他：4年制大学における看護学生の職業的社会化－2年生を対象として－（第2報），医療看護研究，3(1)，64-68，2007.
- 4) 宮脇美保子，寺岡三左子，小元まき子：4年制大学における看護学生の職業的社会化－3年次の臨地実習における体験に焦点をあてて－（第3報），医療看護研究，4(1)，57-63，2008.
- 5) 本多-ハワード 素子：社会化における職業認識の獲得－女子大学生を対象とした就業前後の縦断調査研究，日本社会心理学会第49回大会，2003.
- 6) 白鳥さつき：看護学生の職業的社会化に関する研究，山梨医科大学紀要，19，25-30，2002.
- 7) 杉本みど里，舟島なをみ：看護教育学，医学書院，2004.

実践報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.97-101 (2009)

A看護系大学の地域貢献活動に関する研究

— 中学校の養護教諭との連携の実際 —

Study of Community Contributions by 'A' Nursing University :
Actual Activities in Collaboration with a Middle-School Yogo Teacher

永野光子*1
NAGANO Mitsuko

服部恵子*1
Hattori Keiko

工藤綾子*1
KUDO Ayako

小元まき子*1
OMOTO Makiko

宮脇美保子*1
MIYAWAKI Mihoko

青木博美*1
AOKI Hiromi

稲富恵子*1
INATOMI Keiko

要旨

目的：A看護系大学周辺地域に所在する小・中学校の養護教諭と連携した活動を実施・評価し、看護系大学との連携による成果を明らかにする。方法：A看護系大学との連携の要望があった小・中学校各1校の養護教諭と活動内容を検討し、実施した。活動内容の評価は、養護教諭を対象とした半構成的面接法によりデータを収集し、面接内容から成果と課題を整理した。結果および考察：中学校1校の養護教諭と共同し、生活習慣病経過観察と定期健康診断の補助を行った。生活習慣病経過観察は、合計12回実施した。連携による成果は、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ】【正確な測定と適切な指導の実施】【効果的な検診方法・記録方法の提示】【複数生徒の同時来室への対応】の4項目、連携における課題は、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ効果の減少】【検診項目・内容を洗練する必要性】の2項目であった。中学校の養護教諭との共同により、生徒の健康の維持・増進と、養護教諭が抱える問題に対する具体策の提示という看護系大学の特徴を活かした成果が得られた。

索引用 語：看護系大学, 地域貢献活動, 養護教諭

Key Words : nursing university, regional contribution, Yogo teacher

I. 緒言

地域の知的拠点である大学には地域貢献という重要な役割がある。A看護系大学は、学部の特徴を活かした地域貢献活動を提供することを目指し、研究を継続してきた。平成17年度は、大学周辺地域の住民を対象とし、A看護系大学に対する期待と要望を明らかにする調査を行った¹⁾。その結果、A看護系大学周辺地域に居住する住民が、医療・看護についての情報提供、家庭でできる看護・介護の講習会の開催、市民や小・中学生を対象とした健康教育

や、小・中学校との連携により住民との交流の機会を増やしてほしいという要望をもっていることが明らかになった。この結果をふまえ、平成18年度は、小・中学校との連携による地域貢献活動の可能性を探索するために、25校の養護教諭を対象とし、児童・生徒の健康管理上の問題とA看護系大学との連携の可能性について調査を行った。その結果、3名の養護教諭より連携を考えたいと回答があった。また、12名の養護教諭より得られた回答を分析した結果、連携の可能性のある活動は、「保健や総合学習の授業への参画」、「児童・生徒や保護者への健康教育の実施」、「健康診断の補助や救護班としての活動」であった。

今年度、連携を考えたいと回答した養護教諭3名のうち

*1 順天堂大学医療看護学部

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 28, 2008 原稿受領)

2名より、具体的な活動に向けた取り組みへの申し出があった。本研究は、これら2校の養護教諭と取り組んだ平成19年度の活動を報告し、A看護系大学との連携によりどのような成果が得られたのかを検討する。

II. 目 的

A看護系大学周辺地域に所在する小・中学校の養護教諭と連携した活動を実施し、その活動内容を評価することにより、A看護系大学との連携による成果を検討する。

III. 方 法

1. 対象校と活動内容の決定

平成18年度の調査により連携の希望があった2校（B小学校、C中学校）をA大学教員2名が訪問し、養護教諭と具体的な活動内容について検討した。

2. 活動内容の評価

1) データ収集

A大学教員と連携して活動した養護教諭を対象とする半構造化面接法により収集した。面接内容は、A大学教員との連携により得られた成果と課題である。

面接は2008年2月に行った。

2) 分析方法

- (1) 面接内容は養護教諭の承諾を得て録音した。
- (2) 録音した内容から逐語録を作成した。
- (3) 逐語録から「連携による成果」と「連携による課題」に該当する文章を抽出した。
- (4) 抽出した文章を意味内容の類似性にもとづき分類・整理し内容を示すカテゴリ名を命名した。

3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認を得た。

具体的には、活動内容は養護教諭と検討後に決定し、児童・生徒への負担を生じないよう準備を整えること、養護教諭への面接により収集したデータ及び小・中学校名は記号化し、個人が特定されることのないように配慮すること、養護教諭への面接により収集したデータ及び児童・生徒の個人情報は本研究目的以外には使用しないこと、研究協力はいつでも中止できることを本研究における倫理的配慮とした。これらを明記した研究計画書を養護教諭へ手渡し、研究の目的と方法、倫理的配慮について文書と口頭により説明した。

活動の対象者となった児童・生徒へは、初めてA大学教員と接する時に、養護教諭よりA大学教員の立場を説明してもらった。

IV. 結 果

1. 活動内容の決定

平成18年度の養護教諭を対象とした調査の結果、連携の希望があった2校（B小学校、C中学校）をA大学教員2名が訪問し、具体的な活動内容を検討した。その結果、B小学校からは具体的な活動への伸展が得られず、連携は実現しなかった。

C中学校のD養護教諭は、生活習慣病の経過観察を行っている生徒への健康相談の補助を要望していた。これは、D養護教諭が継続して取り組んでいる活動である。経過観察の対象者は、1年次の健康診断の結果、肥満度、血圧、コレステロール値が正常範囲を逸脱したため要観察対象となった生徒である。要観察対象者は各学年に5名前後ずつおり、毎月1回、放課後、任意で保健室を訪れ、身長・体重・血圧（自動血圧計）を測定し、肥満度の算出、生活習慣の自己評価、記録を行う。D養護教諭は、看護師であるA大学教員が関わることにより、正確な測定結果を得ること、生徒の自覚が高まることを期待していた。

生徒の身長・体重・血圧測定や健康指導は、看護師免許を有するA大学教員に実施可能な技術である。養護教諭との検討をふまえ、A大学教員がD養護教諭の設定した経過観察日にC中学校を訪問し、経過観察の補助を行うことを決定した。

また、A大学教員の日程が調整できた毎年1回行われる生活習慣病定期健康診断の補助を実施した。

2. 活動の実際

1) 生活習慣病経過観察への参加

生活習慣病の経過観察は、10月から3月までの毎月1～3回、合計12回実施した（表1）。A大学教員は毎回1～2名が参加した。D養護教諭は毎月、対象者の学年と性別ご

表1 生活習慣病経過観察への参加状況

回	年 月	検診の対象者(人数)	A大学教員
1	H19年10月	2年男子(2名)	1名
2		3年男子(3名)	2名
3		3年女子(3名)・3年女子(1名)	2名
4	11月	2年男子(2名)	1名
5	12月	2年男子(2名)	2名
6		3年女子(2名)	1名
7		3年男子(1名)	1名
8	H20年1月	1年女子(4名)	2名
9		2年男子(2名)	1名
10	2月	2年男子(2名)	1名
11	3月	2年男子(2名)	1名
12		1年男子(1名)	2名
	合計(延べ人数)	27名	17名

表2 C中学校 経過観察記録用紙

月 日	参加者	記録者
参加目的		
協力項目		
実施内容		
評 価		
備 考		

表3 A看護系大学との連携による成果と課題

連携による成果	経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ
	正確な測定と適切な指導の実施
	効果的な検診方法・記録方法の提示
	複数生徒の同時来室への対応
連携における課題	経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ効果の減少
	検診項目・内容を洗練する必要性

とに経過観察日を設定していた。そのため、同じ学年・性別の生徒の経過観察日には同じA大学教員が継続して訪問できるように調整した。1回の経過観察に要する時間は1時間程度であった。

経過観察日の具体的な活動は次のようであった。A大学教員は、生徒の来室を待って血圧測定を行い、生徒が行う身長・体重測定、肥満度の算出、記録を補佐した。その過程で、前回の測定からの1ヶ月間の生活を振り返り、よりのぞましい生活習慣の獲得に向けた情報収集と指導を行った。

測定結果は、D養護教諭が作成した記録用紙に生徒が記録する。記録用紙はコピーした1部を家庭に持ち帰り、原本を各自のファイルに綴じ、保健室に保管していた。経過観察を通し、測定結果を記録用紙に記載することに加え、グラフ化することをA大学教員が提案した。それは、グラフ化することにより測定値の変化が一目で把握できることによる。D養護教諭はグラフ用紙を作成し、翌月から生徒にグラフにすることを勧め、数名の生徒が取り組んだ。

経過観察を実施したA大学教員は活動内容を経過観察記録用紙(表2)に記録し、メンバー間で情報を共有した。

2) 生活習慣病定期健康診断への参加

これは、生活習慣病予防を目的とし、採血と血圧測定を行う年1回の定期健康診断である。今年度の対象者数は、1年生全員(160名)と2・3年生の要経過観察者15名(2年生4名,3年生11名)であった。日程が調整できたA大

学教員1名が参加し、採血前の生徒の準備状態の確認、採血をいやがる生徒への対応、採血後の止血状態の確認と対処、気分不快を訴えた生徒への対応などを行った。生徒は、採血後、採血部位を圧迫しながら教室に戻る。そのため、止血が確実に行われず、血が止まらない、一度止まったがまた出血した、と戻ってくる生徒が8名いた。また、採血により気分不快を起こした生徒1名は医師が診察し、気分不快が軽減するまで安静にするように指示があり、保健室に一人で寝かせていた。

以上のような健診の状況を把握したA大学教員は、担当者の目の届く範囲に、待機する部屋もしくはスペースを確保することを提案した。そうすることにより、採血が終了した生徒は止血状態を確認してから教室へ戻す、採血に使用した消毒綿をその場で回収・廃棄する、気分不快を起こした生徒を休ませる、ことが可能になる。

D養護教諭は、現状の問題点は漠然と認識していたが、前任者の方法を踏襲してきたため具体的な解決策は思い浮かばなかったと、次年度、方法を検討する意欲を示した。

3. 活動内容の評価

以上の活動の評価を目的に、D養護教諭を対象に半構造化面接を行った。面接内容は、A看護系大学との連携により得られた成果と課題である。面接は2008年2月にC中学校の保健室で行った。面接時間は約45分間であった。

1) A大学教員との連携による成果

面接の結果、A看護系大学との共同による成果は4項目

であった(表3)。4項目とは、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ】【正確な測定と適切な指導の実施】【効果的な検診方法・記録方法の提示】【複数生徒の同時来室への対応】である。

【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ】は、学外の専門家の存在が、経過観察を継続する必要がある生徒に対し、保健室への来室を促す動機づけになったという成果である。これまでは、経過観察日に担任や養護教諭が声をかけても、放課後になると忘れてしまうという状況があったが、「今日は〇〇の先生が来ているよ」と伝えることにより、生徒が保健室へ行ってみようかな、血圧を測ってもらおう、という気になるようだということがあった。

【正確な測定と適切な指導の実施】は、A大学教員が、水銀血圧計を用いて血圧を正確に測定すること、また、生活習慣に関わる生徒への指導内容が、養護教諭のみが関わって行うよりも、より専門的、個別的になったという成果である。身長・体重・血圧は、自動身長計、自動血圧計を用いて測定している。A大学教員が参加する日は水銀血圧計を用いて測定するため、正確に測定してもらえる、また、測定しながら1ヶ月間の過ごし方について会話を交わし、その情報に基づき個別に指導してもらっていることであった。

【効果的な検診方法・記録方法の提示】は、測定結果のグラフ化と採血時に予備の部屋もしくはスペースの設置を提案したことであり、現状の問題点を改善する具体的な方法を提示したという成果である。これは、A大学教員が保健室の活動に参加することにより、実施状況を客観的に把握でき、より効果的な方法を提示することにつながった。

【複数生徒の同時来室への対応】は、保健室に複数の生徒が一時に来室すると、養護教諭1人では対応が困難であり、観察項目を測って記録して終わり、ということもあったが、生活習慣病経過観察にA大学教員が参加している場合には、経過観察に来た生徒ひとりひとりに関わることができたという成果である。

2) A看護系大学との連携における課題

面接の結果、A看護系大学との共同における課題は、2項目であった(表3)。2項目とは、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ効果の減少】[検診項目・内容を洗練する必要性]である。

【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ効果の減少】は、経過観察を要する生徒に対し、当初は保健室来室を促す動機づけになっていたA大学教員の参加が、何回か顔を合わせるうちに慣れを生じ、保健室への来室を促す動機づけ効果が減少したという課題である。

【検診項目・内容を洗練する必要性】は、現在実施している検診項目や内容は、D養護教諭が独自に考案したため、個々の生徒の問題に応じた内容に洗練していく必要があるという課題である。

V. 考 察

平成19年度、A看護系大学は、連携の要望があったC中学校のD養護教諭との共同を实践した。その内容は、生活習慣病の経過観察および生活習慣病定期健康診断の補助であり、合計12回にわたり、のべ17名のA大学教員が参加した。これらのA看護系大学との連携は、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ】【正確な測定と適切な指導の実施】【効果的な検診方法・記録方法の提示】【複数生徒の同時来室への対応】という成果をもたらした。【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ効果の減少】[検診項目・内容を洗練する必要性]が課題となった。

このうち、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ】と【正確な測定と適切な指導の実施】は、生徒の健康の維持・向上をめざした直接的な活動である。また、【正確な測定と適切な指導の実施】は、D養護教諭が、「生徒への関わり方が専門的・個別的であり、自分ではこのような指導は難しいと感じ、とても参考になった。」と回答した内容を含んでいた。また、[検診項目・内容を洗練する必要性]が課題としてあげられた。これは、D養護教諭が独自に作成した検診項目や内容を、A大学教員の意見を参考にしながら、より効果的・個別的なものに洗練したいという要望である。これらは、A大学教員の参加が、生徒のみならずD養護教諭にも刺激となり、D養護教諭の実践内容の充実に向けた意欲の喚起という成果をもたらしたことを示唆する。

さらに、【効果的な検診方法・記録方法の提示】は、A大学教員が検診に参加したことにより、実施状況を客観的に把握でき、より効果的な方法を提案できたという成果である。A大学教員は、行われている検診方法を速やかに把握し、その場の状況に応じた改善策を提案した。D養護教諭は、検診結果のグラフ化は翌月から実施し、採血後の休憩場所の確保は次年度から取り入れたいという意欲を示した。先行研究¹¹⁾は、養護教諭が、「現実と乖離した健康診断の方法や内容」という健康管理上の問題を抱えていることを明らかにした。D養護教諭も同様に、検診の方法に漠然と問題を感じていたが、問題を明確にし、解決策を見出すには至っていなかった。これは、A看護系大学との連携が、養護教諭が抱える問題を解決する手段を提示する

という成果をもたらしたことを示唆する。

以上のように、A看護系大学との連携は、生徒への直接的な関わりによる成果とともに、D養護教諭にも成果をもたらしていた。看護師と養護教諭が共同し、各々の専門性を活かした活動の成果はすでに明らかになっており、本研究の結果も、看護系大学の特徴を活かした地域貢献活動の意義を示している。

次に、【複数生徒の同時来室への対応】は、複数の生徒が同時に保健室に来室すると、養護教諭が1名では対応しきれない状況に対する成果である。C中学校には現在、養護教諭は1名のみである。そのため、保健室を空けられない、複数の生徒に同時に対応できない、などの状況が見うけられた。このような状況が生じたときにも、経過観察を必要とする生徒に対し、A大学教員が支援できたことを示す。

一方、A大学教員の参加回数が増えるに伴い、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ効果の減少】という課題も生じていた。これに対しては、D養護教諭より、経過観察に毎月参加するのではなく、学期に1回程度のペースが効果的ではないか、という提案があり、今後の計画に反映する必要がある。

A看護系大学の今年度の活動は、1中学校の養護教諭との共同により得られた成果であり、D養護教諭と連携の内容・方法を検討し実現した。D養護教諭は、「(看護系大学の教員であるA大学教員に対し)何をお願いすれば、お互いにとって一番効果的なのかを考えた。」と発言していた。今回の連携は、D養護教諭の積極的な取り組みやA大学教員を受け入れようとする姿勢があってこそ実現できた。この活動を通し、大学の地域貢献活動は、大学側が連携したいと要望するだけでは実現できず、受け入れる側が連携を必要とし、連携を了解し、どのような活動が必要で、また実現可能なのかを検討する段階が重要であることが確認できた。今後は、今年度、関係が形成できたC中学校との連携を継続していくこと、また、D養護教諭から要望があった生活習慣病経過観察を要する生徒への指導や健康診断の補助、保護者への健康教室や学校間の養護教諭連絡会議への参加などの実現に向け活動していくことが課題である。

VI. 結 論

1. A看護系大学との連携の要望があった中学校の養護教諭と共同し、生活習慣病経過観察と生活習慣病定期健康診断の補助を行った。
2. 養護教諭を対象とした面接を行った結果、連携による成果は、【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ】【正確な測定と適切な指導の実施】【効果的な検診方法・記録方法の提示】【複数生徒の同時来室への対応】の4項目、連携における課題は【経過観察を要する生徒への保健室来室を促す動機づけ効果の減少】【検診項目・内容を洗練する必要性】の2項目であった。
3. A看護系大学との連携は、生徒の健康の維持・増進に向けた直接的な関わりとともに、養護教諭にも現状の問題に対する具体的な解決策の提示と意欲の喚起という成果をもたらした。これらは、看護系大学の特徴を活かした活動が有効であることを示唆している。

VII. おわりに

本研究は、看護系大学の特徴を活かした活動が、生徒と養護教諭の双方に成果をもたらしたことを示唆した。今年度の課題をふまえ、連携を継続することが今後の課題である。

引用文献

- 1) 永野光子, 高田千恵子, 藤尾麻衣子, 他: A看護系大学の地域貢献活動に関する研究 一地域住民の期待と今後の課題一, 医療看護研究, 3, 58-63, 2007.
- 2) 永野光子, 小元まき子, 河田幸恵, 他: A看護系大学の地域貢献活動に関する研究 一小・中学校の養護教諭との連携の可能性一, 医療看護研究, 4, 79-82, 2008.
- 3) 佐光恵子: 学校健康教育の推進者としての養護教諭の新たな役割, 群馬パース学園短期大学紀要, 5(1), 75-86, 2003.
- 4) 中村伸枝, 武田淳子, 伊庭久江, 他: 看護師と養護教諭との連携による学童と親を対象とした日常生活習慣改善プログラムの実施と評価, 千葉大学看護学部紀要, 26, 1-9, 2004.

 実践報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P.102-107 (2009)

複数の体験を組み入れた成人看護実習が学生の实践能力に与える影響

 The Effect on Student Nursing Ability from Adult Nursing Education
that Incorporates Multiple Hands-on Practice

高谷 真由美*
TAKAYA Mayumi

榎子 嘉美*
KUWAKO Yoshimi

中島 淑恵*
NAKAJIMA Yoshie

安井 大輔*
YASUI Daisuke

吉田 澄恵*
YOSHIDA Sumie

青木 きよ子*
AOKI Kiyoko

要 旨

A大学の成人看護実習では、受持ち患者の看護を展開しながら、ICU、透析室、化学療法室などの見学実習と病棟内で看護師に1日同行して実習を行う同行実習など複数の体験を取り入れている。本研究では、实践能力に関する自己評価の変化を分析することにより、複数の体験を組み入れた実習展開方法が実践能力にもたらす影響を考察した。

平成19年10月～11月に成人看護実習を行うA大学3年生60名を対象に、实践能力に関する12項目の質問紙調査を実習の前後で実施、個別郵送で回収した。実習前後の変化を統計学的に分析した。

回答が得られた29名分を分析した結果、実習前後の変化は、12項目すべてにおいて実習前より後の方が自己評価は高くなっていった。回答を「できる」、「できない」の2群に分類し、「できない」から「できる」への変化を見ると、3つの項目で、実習前「できない」から実習後「できる」に変化していた。平成15年度に実施した複数受持ち実習における研究結果では、前後の変化が9項目、「できる」への変化は2項目であった。

複数の体験を組み入れた成人看護実習で、実践能力の自己評価は向上しており、複数受持ち実習と比較しても実践能力に関しては同等の効果があると考えられた。

索 引 用 語：成人看護学，看護実践能力，看護学生，体験型実習，実習方法

Key Words：adult nursing, nursing ability, nursing student, hands-on practice, practical training

I. はじめに

新卒看護師の实践能力の低下が問題となって以降、実践能力を強化するために様々な問題提起や解決のための議論、提案がされてきた¹⁾²⁾³⁾。2008年度のカリキュラム改正においても、実践能力強化に重要な意味を持つ臨床実習に関して、十分な実習時間数の確保だけでなく、従来の実習方法を再検討する内容が組みこまれている¹⁾²⁾。看護師の实践能力は基礎教育だけで育成できるものではなく、臨床においても継続的に効果的な新人教育の方法を検討する必要がある、実践能力の強化については今後も教育・臨

床の双方が協力し、試行錯誤の中から見出していく必要がある。

看護師の实践能力に関しては、カリキュラムの違いによる検討⁴⁾⁵⁾⁶⁾や職場環境の影響⁷⁾⁸⁾、看護師の個人特性による影響⁹⁾¹⁰⁾などが報告されている。臨床実習方法が学生に及ぼす影響に関しては主に学生のレポートや面接結果による学習効果の報告¹¹⁾¹²⁾¹³⁾が多く、実習前後での変化が具体的に報告されているものは少ない。

A大学成人看護学では、臨床実習において看護実践能力を高めるために実習内容・方法を模索し、改善してきた。A短期大学（平成9年～17年）における成人看護実習では、実習中に複数の患者を受け持つことを実習方法として取り入れ、その実習形態が実践能力、技術経験に及ぼす影響について報告した¹⁴⁾。A大学の成人看護実習では、学習

*1 順天堂大学医療看護学部

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 28, 2008 原稿受領)

目標の達成度と実践能力の向上を意図して、1人の患者を担当し継続的に看護を展開しながら、ICU、透析室、化学療法室などでの見学実習と病棟内で看護師に1日同行して実習を行う同行実習を取り入れた。実習内容の報告¹¹⁾および実習方法の具体的な評価は行っているが、評価基準等の指標を用いてその効果を明らかにしていない。本研究では、実践能力に関する自己評価の変化という点から、複数の体験を組み入れた実習展開方法が実践能力に与える影響を明らかにしたので報告する。

II. 研究目的

複数の体験を組み入れた成人看護実習が学生の看護実践能力に与える影響を、実習前後の学生の自己評価の変化から明らかにする。

III. 実習の概要

1. 成人看護実習の目的・目標

- 1) 成人看護実習全体の目的：健康障害を持つ成人期にある対象者の看護実践を通して倫理観を養い、成人期にある人を理解し、セルフケア能力に応じた看護実践能力を培う。
- 2) 成人看護実習Ⅰ（急性期・周手術期実習）の実習目標：周手術期において、健康危機状況にあり、セルフケアが困難となる成人患者および家族への看護実践に必要な知識や技術を習得する。
- 3) 成人看護実習Ⅱ（慢性期・終末期実習）の実習目標：慢性の疾患を持ち、生涯にわたりセルフケアが重要となる成人患者および家族への看護実践に必要な知識や技術を習得する。

2. 実習の進め方

- 1) 成人看護実習Ⅰ：3週間の実習中に受持ち患者の看護を展開しながら、手術室・ICUでの見学実習を行い、期間中1日は実習病棟の看護師に同行する看護師同行実習を行う。
- 2) 成人看護実習Ⅱ：3週間の実習中に受持ち患者の看護を展開しながら、外来化学療法室、透析室、検査室での見学実習を行い、期間中1日は実習病棟において看護師同行実習を行う。
- 3) 成人看護実習Ⅰ・Ⅱ共に学生の3週間の実習スケジュールは個々に違っており、実習前に提示された予定表をみながら学生が自分で週・日の行動予定を組み立てる。例えば、外来化学療法室の見学実習が予定されている日の学生は、午前8時～8時50分までは実習病棟で1日の計画調整を行い担当患者への挨拶と情報収集を行った

後、9時～12時まで外来化学療法室で実習し、午後には病棟に戻って担当患者の看護を行う。

3. 比較したA短期大学の成人看護実習¹⁰⁾

成人看護実習はⅠ・Ⅱに分かれており、実習目標の概要、実習病棟、グループ人数、臨床の実習指導体制は、ほぼ本研究対象の実習と同様である。実習期間は成人看護実習Ⅰ・Ⅱ各4週であり、原則として複数の患者を受け持つことを実習要項に明記してある。受持ち患者の状態に合わせて実習を行うため、検査室、透析室、ICUで見学実習をする機会を得られる学生もいた。看護師同行実習は行っていない。

IV. 研究方法

1. 用語の定義

1) 看護実践能力

本研究では「看護実践能力」を、看護学の知識・技術を統合し、対象者に看護を提供するための諸能力：援助の技術・コミュニケーション能力・責務遂行能力・問題解決能力などが含まれる、と定義する。

2) 複数の体験を組み入れた実習

「複数の体験を組み入れた実習」とは、担当患者の看護を継続的に展開する実習期間中に、実習目標の達成、学生の経験を豊富にする、実践能力を育成するという意図に基づき、見学実習、同行実習などの体験型実習を組み入れた実習形態を示すものとした。

2. 対象

平成19年10月～11月に成人看護実習ⅠまたはⅡを履修したA大学3年生で、研究への協力への同意が得られた者とした。A大学3年生は、平成19年5月～7月、9月～11月にかけて、成人看護学、高齢者看護学、精神看護学、小児看護学、母性看護学、地域看護学の実習を履修するが、履修の順序はグループによって異なる。経験した実習によって学生の看護実践能力に差が生じると考えられるため、他領域の実習を複数既習した後の10月～11月に成人看護実習を履

表1 看護実践能力の自己評価用質問紙

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) 相手を尊重できる 2) 相手の意見を受容できる 3) 相手に共感できる 4) 相手との人間関係を築ける 5) 相手の状況に応じて対応を変えられる 6) ケアの優先順位がつけられる 7) 時間配分を考えて計画が立てられる 8) 患者・家族に説明ができる 9) カンファレンスで発言できる 10) 状況を考えて報告ができる 11) 臨床指導者や看護師に自分の考えが言える 12) 他職種に自分の考えが言える |
|---|

表2 実習前後の自己評価の変化

		n = 29 (人)									
		全くできない		あまりできない		できる		よくできる		かなりよくできる	
		前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
*	1. 相手を尊重した言葉使い	0	0	0	0	0	5	15	22	14	2
*	2. 相手の意見を受容	0	0	0	0	11	4	17	17	1	8
*	3. 相手に共感する	0	0	0	0	9	5	17	14	1	10
*	4. 相手と人間関係を築く	0	0	1	1	15	6	11	18	2	4
*	5. 状況によって対応を変える	0	0	4	0	18	10	7	17	0	2
*	6. ケアの優先順位	0	0	5	0	23	13	1	11	0	5
**※	7. 時間配分	0	0	6	0	20	15	3	11	0	3
**※	8. 患者・家族へ説明	1	0	12	3	14	17	2	6	0	3
*	9. カンファレンスで意見を述べる	0	0	4	4	18	10	7	12	0	3
*	10. 状況を考えた報告	0	0	5	3	18	9	4	12	0	5
*	11. 自分の考えを看護師に言う	1	0	8	3	16	13	3	11	1	2
**※	12. 自分の考えを他職種に言う	2	0	22	14	5	11	0	4	0	0

(* p<0.05 by Wilcoxon Signed-rank test)

(** p<0.05 by McNemar test)

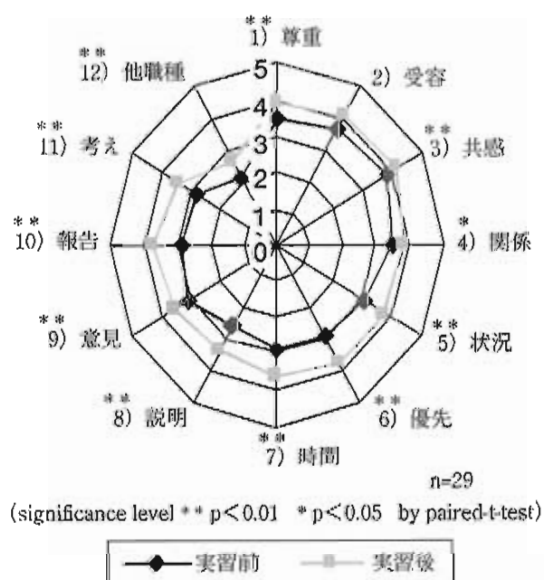


図1 実習前後の平均値の変化

修する学生を対象として選定した。

3. データ収集期間

平成19年10月～12月

4. データ収集方法

看護実践能力に関する12項目の質問紙(表1)を使用した。質問項目は、看護実践能力に関する文献検討^{30) 4) 7)}および、成人看護実習を担当していた研究者間の検討により作成し、それぞれ「全くできない」～「かなりよくできる」の5段階で記入する形式である。使用した質問紙は、A短期大学カリキュラムの複数患者受持ち実習の効果を評価するために作成されたものであるが、実習方法による違いを比較するために、内容は変更せずに用いた。

表3 実習後に変化した方向と人数

		n = 29 (人)		
		正	負	不変
1.	相手を尊重した言葉使い	14	2	13
2.	相手の意見を受容	15	1	13
3.	相手に共感する	12	1	16
4.	相手と人間関係を築く	14	3	12
5.	状況によって対応を変える	15	0	14
6.	ケアの優先順位	19	1	9
7.	時間配分	17	0	9
8.	患者・家族へ説明	18	1	10
9.	カンファレンスで意見を述べる	12	2	15
10.	状況を考えた報告	19	2	8
11.	自分の考えを看護師に言う	19	3	7
12.	自分の考えを他職種に言う	19	1	12

実習前の研究説明と質問紙の配布は対象となる実習のオリエンテーション終了後に行い、実習後は実習最終日に行った。研究説明と質問紙配布は実習グループごとに行い、個別郵送で回収した。質問紙に個人名や学籍番号は記入しないが、前後を対応させるために実習前と後で同じ記号を質問紙に記載してもらった。

5. 分析方法

入力したデータは、全体の平均値の変化、項目ごとの前後の変化、解答を「できる」「できない」の2群に分類した場合に「できない」から「できる」への変化を比較した。統計学的検定には対応のあるT検定、Wilcoxonの符号付順位和検定、McNemar検定を用いた。実習方法による違

表4 複数受持ち実習を行ったA短期大学学生との比較

質問項目	前後変化		「できる」への変化	
	複数受持	複数体験	複数受持	複数体験
1) 相手を尊重した言葉使い	*	*		
2) 相手の意見を尊重	*	*		
3) 相手に共感		*		
4) 相手と人間関係を築く	*	*		
5) 相手の状況で対応を変化	*	*		
6) ケアの優先順位	*	*		
7) 時間配分を考えた1日の計画立案	*	*		※
8) 患者・家族へ説明	*	*		※
9) カンファレンスで意見を言う		*		
10) 状況を考えた報告		*		
11) 臨床指導者・看護師に考えを言う	*	*	※	
12) 他職種に考えを言う	*	*	※	※

(* p<0.05 by Wilcoxon Signed-rank test)

(※ p<0.05 by McNemar test)

複数受持ち=平成15年度A短期大学成人看護学実習で複数の患者を同時に受け持った学生のデータ (n=18)

複数体験=本研究のデータ (n=29)

いを検討するために、平成15年度のA短期大学の複数受け持ち実習についてのデータ¹⁰⁾との比較も行なった。統計分析に使用したソフトはSPSSver.15である。

6. 倫理的配慮

前後比較のために質問紙に記入する記号は、個人名や学籍番号を用いず、個人が特定されないものを選択することを口頭および書面で依頼した。研究協力の有無が実習の評価に影響することは一切ないことを説明し、研究協力の依頼は原則として直接実習を担当しない共同研究者が行った。質問紙は個別に郵送で回収し、入力には外部に依頼した。本研究はA大学の研究倫理委員会の承認を得て行った。

V. 結 果

1. 平均値による実習前後の比較

質問紙の配布数は60、回収数は32(回収率53.3%)であり、実習前後の記号が一致した29名分を分析対象とした(有効回答率48.3%)。「まったくできない」を1点、「かなりよくできる」を5点として集計した項目別の平均値(図1)は、12項目すべてにおいて、実習前より実習後の方が有意に高くなっていった(対応のあるt検定 p<0.01, p<0.05)。前後の平均値の差が大きかった項目は、差が大きい順に「6:ケアの優先順位がつけられる」、「10:状況を考えて報告ができる」、「8:患者・家族に説明ができる」、「7:時間配分を考えた1日の計画が立てられる」、「5:相手の状況によって対応を変えられる」、であった。

2. 実習前後の個別の変化

実習前後の変化を個別に比較した結果(表2)では、項目1~12のすべてにおいて、全体的には自己評価が高い方向への変化がみられた。(Wilcoxon 符号付順位和検定 p<0.05)。変化の方向をみると(表3)、高い方へ変化した人が多かったのは「6:ケアの優先順位がつけられる」、「10:状況を考えた報告ができる」、「11:看護師に自分の考えを言える」、実習前後で変化なしの人が多かった項目は、「3:相手に共感できる」、「9:カンファレンスで意見を言える」、「10:状況を考えた報告ができる」であった。低い方向へ変化した人も各項目で1~3人程度みられたが、「5:相手の状況で対応を変えられる」、「7:時間配分を考えた1日の計画が立てられる」では低い方へ変化した人はいなかった。

3. 「できない」から「できる」への変化(表2)

自己評価の「全くできない」「あまりできない」を「できない」群、「できる」~「かなりよくできる」を「できる」群と2群に分類し、「できない」から「できる」への変化を分析した。その結果「7:時間配分を考えた1日の計画が立てられる」、「8:患者・家族への説明ができる」、「12:他職種に自分の考えが言える」の3項目で、実習後に「できる」へ変化していた(McNemar検定 p<0.05)。

4. 「複数患者同時受け持ち実習」を行ったA短期大学学生との比較(表4)

平成15年度に複数受け持ち実習を行ったA短期大学3年

生の研究結果では、複数患者を同時に受け持った場合には、6項目で実習後に自己評価が高くなる方向へ変化していた。「できない」から「できる」への変化では、「11：看護師に自分の考えが言える」と「12：他職種に自分の考えが言える」の2項目で「できる」へ変化していた。同時に複数の患者を受け持った場合も、学生の实践能力に関する自己評価は高まっていたが、本研究の結果より変化した項目数は少なかった。

Ⅶ. 考 察

本研究の結果から、複数の体験を組み入れた成人看護実習が看護実践能力の向上のために効果的であることが示唆された。学生の自己評価は全体的に「できる」という方向に変化しており、実習での経験が学生に臨床での実践の手がかりとなり、確信をもたらしていると考えられる。青山ら¹⁴⁾は看護技術の修得には「確信度」が関連しており、技術の修得における認知領域、精神運動領域の両方に「確信度」と相関が得られたと報告している。また、他の研究においても実践能力についての自己評価に他者との大きな乖離はみられておらず、自己評価の向上は実践力の向上に反映される有力な指標であると考えられる。

坂本¹⁵⁾は、総合的な実践力を身に付けるための基礎作りとして事実を見ることの重要性を述べており、臨床現場の事実を体験する場に参加することで真の実践力を身に付けることが可能になると提言している。A大学の成人看護実習における技術経験項目をA短期大学成人看護実習のものと比較すると、未経験という技術項目は減っていた¹⁴⁾。限られた実習期間に複数の体験を組み入れた実習形態は、学生が様々な看護の現場で起こる事実を見るという体験を増やし、実践力への手がかりを掴むこと¹⁶⁾につながったと考えられる。

実践能力に関する項目別の変化の特徴としては、時間配分や優先順位、状況を考慮した報告、などのように状況判断に関連した項目の自己評価が高い方向に変化していたことが挙げられる。複数の体験の中の1つである看護師同行実習では、複数の患者を受け持った場合の個別性に合わせた対応、臨機応変な対応、優先度を考えたスケジュールの組み立て方などを学んでいたことが学生のレポートから明らかになっている¹⁴⁾。これらは学生時代の臨床実習では経験することが少ないために、不安を感じていたとしても身に付ける機会がなく、複雑で変化に富む臨床現場で新人看護師が最初に感じる臨床現場での困難としても挙げられている^{17) 18)}。本研究の結果から、十分ではないにしても、実習内容と方法を工夫することで複雑な状況下でどう行動すべきなのかを考え、判断するという経験が可能になると思われた。

また、看護師や他職種に自分の考えが言える、という項目も低めの評価から高い方向へ変化していた。透析室、ICU、検査室など他職種との関わりが多い実習場での経験や、看護師同行実習で他職種やチーム内の連携、看護師間の情報交換や報告の様子を実際に見ること等も変化に影響した要因であると考えられる¹⁴⁾。新人看護師が実践力を伸ばしていくために重要な能力として、コミュニケーション能力や人間関係を形成する能力、さらには先輩看護師にタイミングよく助言を求められる力があると言われていた^{19) 20)}。臨床実習で状況を考えた報告や少なからず緊張を伴う状況で自分の考えを言えるようになるという力をつけることは、そのまま新人看護師になった時に実践力を伸ばす力になっていくと予測される。

A短期大学で実施していた、複数患者を同時に受け持つ実習も、実践能力向上に効果的であったことを報告している¹⁴⁾。本研究の結果はそれらと同程度またはそれ以上に実践能力の自己評価は高くなっており、複数患者を同時に受け持つという学生にとって難易度の高い実習と比較しても、多様な経験を組み込む形態の実習の効果の高さが示唆された。

本研究で用いた質問紙は、研究者らが複数受け持ち実習の効果を検証する意図で独自に作成したものであり信頼性・妥当性が確保されておらず、複数の体験を組み入れた実習の効果すべてを反映できるものではない。また、対象となった学生の範囲と数は少なく、同時期に他の領域で実習を行った学生との比較も行っていないため、結果が成人看護実習による効果のみを示しているとは言い難い。今後は評価指標やデータ収集方法を検討し、他者評価、卒業後の実践力等を含めて継続的に評価し、実習方法の改善につなげていく必要があると考えられる。

Ⅶ. 結 論

複数の体験を組み入れた成人看護実習前後の学生の自己評価の変化を調査し、看護実践能力に与える影響を考察した結果以下のことが明らかになった。

1. 複数の体験を組み入れた成人看護実習後、学生の看護実践能力に関する自己評価は高くなっていった。
2. 状況を考えた行動やコミュニケーション能力など、卒業後の看護実践能力向上への影響が大きく、実習での経験によって身に付けていくことが難しいと考えられていた項目においても高い方向への変化がみられた。
3. 複数患者を同時に受け持つ実習方法との比較においても、同等以上の効果があると考えられた。

謝 辞

本研究は平成19年度順天堂大学医療看護学部共同研究費により実施し、第18回日本看護学教育学会学術集会において発表した。研究にご協力いただいた皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 2007.
- 2) 坂本すが：臨床実習をどう見直し、組み立てるか—カリキュラム改正の意図を踏まえて—, 看護展望, 32(7), 12-15, 2007.
- 3) 文部科学省高等教育局医学教育課：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて, 2002.
- 4) 松山洋子, 山口瑞穂子, 込山和子：卒業生の臨床看護実践能力—自己評価と他者評価の比較から—, 順天堂医療短期大学, 8, 1-12, 1997.
- 5) 伊藤ひろみ, 倉田トシ子, 齊田昌子他：新卒看護婦・士の臨床実践能力に影響する要因, 日本看護研究学会雑誌, 23(3), 250, 2000.
- 6) 本田彰子, 牛久保美津子：新人看護師の臨床実践能力に関する評価—指導的立場の看護職者の視点から—, 千葉大学看護学部紀要, 24, 53-56, 2002.
- 7) 吉田礼子, 東則子, 福士茂子, 他：新カリキュラム卒業生の看護実践力評価—自己評価と他者評価を用いて—, 神奈川県立看護教育大学校紀要, 25, 67-77, 2002.
- 8) 中岡亜希子, 小笠原知枝, 久米弥寿子, 他：大卒の看護師が認識している看護実践能力—短大・専門学校卒者との比較—, 日本看護学教育学会誌, 14(2), 17-24, 2004.
- 9) 後藤桂子, 松谷美和子：新人看護師の看護実践を段階的に進める「総合実習」, 看護展望, 32(7), 687-694, 2007.
- 10) 高谷真由美, 栗子嘉美, 吉田澄恵, 他：複数受持ち実習と学習効果—成人看護実習における取り組み, 看護展望, 32(7), 672-678, 2007.
- 11) 青木きよ子, 吉田澄恵, 高谷真由美, 他：看護実践能力を育むために体験型実習を取り入れた成人看護実習の取り組み, 医療看護研究, 3(1), 75-81, 2007.
- 12) 青山美智代, 伊藤明子, 三毛美恵子他：看護技術の修得における確信度を用いた認知領域と精神運動領域の評価, 日本看護学教育学会誌, 17(1), 1-9, 2007.
- 13) 西田朋子：看護系大学卒業直後の新卒看護師が行う看護実践—臨床判断および医療チームでの看護実践に焦点をあてて—, 日本看護学教育学会誌, 16(2), p1-11, 2006.
- 14) 森真由美, 亀岡智美, 定廣和香子, 他：新人看護師行動の概念化, 看護教育学研究, 13(1), p51-64, 2004.

資料

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.108-114 (2009)

C県における地域包括支援センターの特徴と課題

The Problem and Characteristic of Community Based Comprehensive Care Center in C Prefecture

山口 忍*
YAMAGUCHI Shinobu

荒賀 直子*
ARAGA Naoko

葛西 好美*
KASAI Yoshimi

初鹿 静江*
HATUSHIKA Shizue

要旨

C県における地域包括支援センターの活動向上の示唆を得ることを目的に運営協議会と地域包括支援センターをそれぞれ対象として二つの調査を実施した。回収率は運営協議会64.2%、地域包括支援センター50.0%。その結果、市町村が実施主体の地域包括支援センターが8割あるため今後はその利点を生かした活動が望まれること、運営協議会と地域包括支援センターが連携強化しセンターの体制整備を行なっていく必要性、職種間連携を強化し実施主体が市町村であることをいかしたネットワーク作りが今後の課題であることが示唆された。

索引用語：地域包括支援センター、運営協議会、特徴

Key Words：community based comprehensive care center, management conference, characteristic

I. はじめに

地域住民の心身の健康保持や生活の安定のための援助や保健医療の向上、福祉の増進を中核的に担っていく機関として、国は平成18年度から介護予防の中核機関とするために自治体ごとに地域包括支援センターの設置を市町村に働きかけている¹⁾。先行文献では、北九州をはじめとする各自治体の特徴ある活動の報告例^{2) 3)}や、民生委員が大きく関与している現状の報告⁴⁾があるが研究はまだ進んでいない状況にある。

本研究ではC県に於ける地域包括支援センターの活動内容の分析を基に特徴・課題を把握し今後の地域包括支援センター、およびそこの保健師活動向上のための示唆を得ることを目的とした。

介護保険法において、地域包括支援センターの設置や体制整備については各市町村が事務局となって運営協議会の設置を義務付けており、地域包括支援センターの最高決定機関は運営協議会となる⁵⁾。そこで、「運営協議会」を

対象とした調査では運営協議会が把握すべきセンターの活動・評価について、また「地域包括支援センター」を対象とした調査では具体的な活動を把握した。

II. 運営協議会と地域包括支援センターの機能と役割

運営協議会：各市町村単位（保険者）で設置され地域包括支援センターの設置に際しては準備委員会の機能を果たし、地域包括支援センターの運営に際して公正・中立に運営されているかをチェックする役割を持つ。地域包括支援センターを複数の自治体で共同設置するときには運営協議会も共同設置する⁶⁾。

地域包括支援センター：地域包括支援センターが行う地域支援業務には、1. 高齢者や家族、地域住民からの総合的な介護・福祉にかかわる総合相談事業 2. 介護予防マネジメント 3. 包括的・継続的ケアマネジメント 4. 要介護者に対する虐待の防止と権利擁護事業の4つの役割がある。これらの「相談、予防、調整・連携、権利擁護」という4つの機能に応じた保健師、社会福祉士、主任介護支援相談員等の3専門職が業務を担っている。

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 30, 2008 原稿受領)

表1 運営方法の違いによる利点と欠点

	市町村が主体	業務委託	両者併用
利点	<ul style="list-style-type: none"> ・関係課との連携がとりやすい (10件)。 ・公平性が保てる (4件)。 ・介護保険、高齢者福祉、老人医療の情報がはやく入る (3件)。 ・委託料等の費用がかからず、経費が低くできる (2件)。 ・行政間・役割・地域の実状問題点分かる。 ・市町村じゃないと対応が難しい問題に対応できる (2件)。 ・市民が市に相談している安心感がある。 ・相談等に対して行政と一体的に対応することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフの確保が出来る。 ・休日・夜間の対応。 ・経費を抑える事ができる。 ・需用に合わせた設置ができる。 ・ランニングコストの削減。 ・専門職の配置が容易である。 ・信頼性が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民のより身近なセンターとして機能する点。 ・地域の実情が把握されている。 ・介護認定情報が得られやすい。 ・連携がとりやすい。 ・関係機関との連携が円滑に行われる。 ・業務の中核機関として有効に機能する点。
欠点	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制の確保が困難 (2件)。 ・エリアが広い①移動に時間がかかる。②市民にとって身近なセンターとはいえない。 ・センター以外の業務量が多く、人員不足 (4件)。 ・最少の人員配置の為、事業拡大等が困難で関係機関との調整が大変。 ・人事対応が自由になりにくい。「救う」という視点より「市の立場」が主になるときがある。 ・専門職の確保が困難。 ・地域の身近な場所で相談できない。 ・保健師が少ないため、保健事業や介護保険事業との兼務が大変。 	<ul style="list-style-type: none"> ・権限が弱い。 ・行政と包括の役割の明確化がむずかしい。 ・質の均一性確保に難点。 ・情報の伝達 (市と包括) に少し時間がかかる。考え方は統一する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の変動がある。 ・マンパワーの不足。 ・勤務時間等の制限がある。

Ⅲ. 方 法

「運営協議会」を対象とした調査を「調査1」、「地域包括支援センター」を対象とした調査を「調査2」として以下のように実施した。

1. 調査1

1) 対象および調査期間

運営協議会は市町村が事務局を担うことが介護保険法で義務付けられているため、C県内全市町村にある運営協議会56カ所の事務局メンバー各1名、合計56名を対象に、平成20年1月～2月に無記名自記式調査票を郵送により配布回収

2) 主な調査内容

- ①自治体の概要
- ②メンバー構成
- ③活動内容：地域包括支援センターの管理、地域のネットワークづくり・評価、保健師への期待、今後の課題

3) 分析方法

単純集計

2. 調査2

1) 対象および調査期間

平成19年12月現在において、C県地域包括支援センター協会が示す地域包括支援センター一覧簿²⁾を用いC県内全36カ所の地域包括支援センター所長もしくは保健師の活動に詳しい職員1名の合計36名を対

象に、平成20年1月～2月に無記名自記式調査票を郵送により配布・回収

2) 主な調査内容

- ①地域包括支援センター概要：活動の設置主体、開設年、職員数、職種
- ②活動内容：運営協議会との連携、利用者相談・対応、情報収集、他機関との連携

3) 分析方法

単純集計

Ⅳ. 結 果

A. 調査1の結果

1. 回答した自治体と地域包括支援センターの設置に関すること

回収数36件、回収率64.2%であった。地方公共団体の種類は23市11町1村であり、人口規模は、「10万人以上」11件 (30.6%) が最も多かった。

自治体が有する地域包括支援センター数は「1カ所」(74.3%) が最も高かった。「市役所との併設」は24件 (72.7%)、「保健センターとの併設」は8件 (23.5%) であった。設置主体は「市町村直営」29件 (80.5%)、「業務委託」12件 (33.3%) の順であった。設置主体別の利点と欠点は表1に示す。

2. 運営協議会のメンバー

運営協議会を構成する平均メンバー数は11.6名 (6

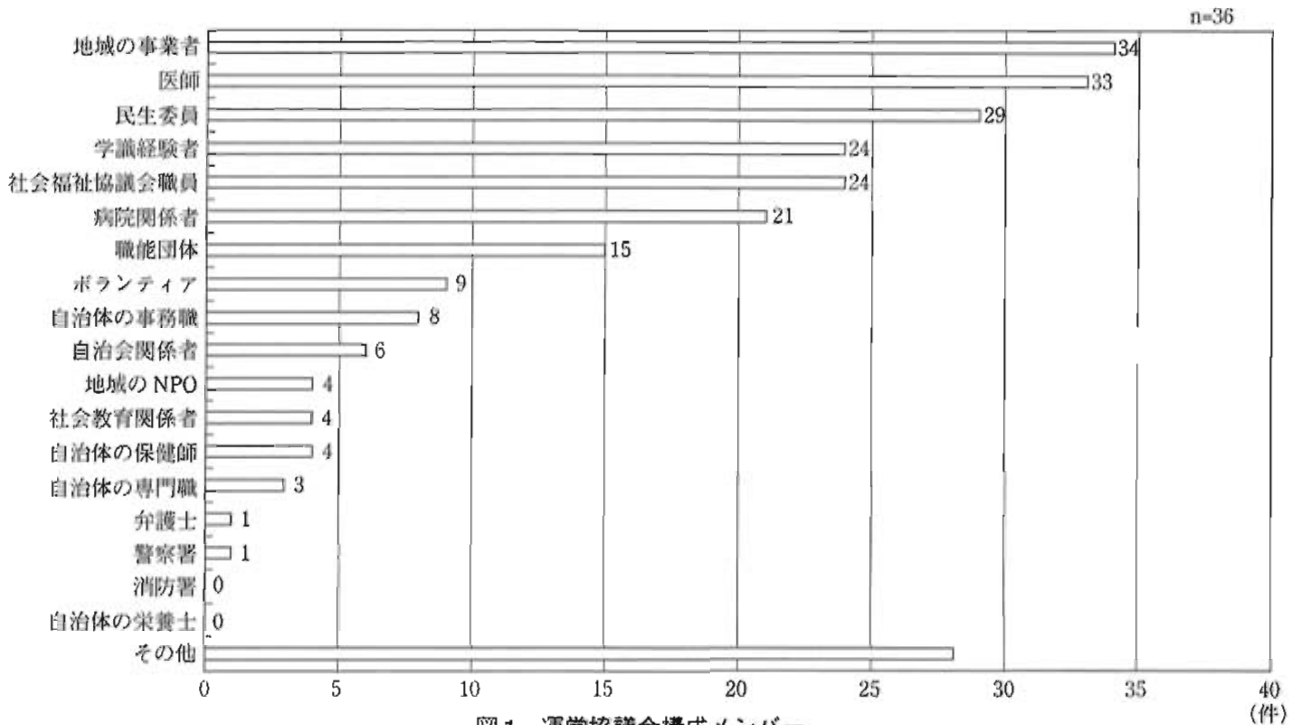


図1 運営協議会構成メンバー

表2 運営協議会の活動内容

n = 36

	よく実施している		実施している		少し実施している		全く実施していない		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(地域包括支援センターに関する会議)										
活動方針の検討	2	(5.6)	17	(47.2)	10	(27.8)	2	(5.6)	5	(13.9)
活動計画の検討	2	(5.6)	20	(55.6)	7	(19.4)	4	(11.1)	3	(8.3)
地域包括支援センターとの会議の設定	0	0	13	(36.1)	6	(16.7)	11	(30.6)	6	(16.7)
地域包括支援センターの活動の管理	0	0	15	(41.7)	8	(22.2)	8	(22.2)	5	(13.9)
地域包括支援センターと定期的な会議	0	0	10	(27.8)	6	(16.7)	15	(41.7)	5	(13.9)
地域包括支援センター同士の情報交換会の実施	2	(5.6)	3	(8.3)	5	(13.9)	17	(47.2)	9	(25.0)
地域包括支援センターと他機関の情報交換会	2	(5.6)	8	(22.2)	6	(16.7)	16	(44.4)	4	(11.1)
(近隣機関・住民との関わり)										
住民への広報活動	1	(2.8)	10	(27.8)	4	(11.1)	17	(47.2)	4	(11.1)
地域のネットワークづくり	1	(2.8)	7	(19.4)	7	(19.4)	15	(41.7)	6	(16.7)
地域の他機関との連携方法の確立	1	(2.8)	7	(19.4)	6	(16.7)	16	(44.4)	6	(16.7)
近郊自治体との意見交換	1	(2.8)	5	(13.9)	4	(11.1)	20	(55.6)	6	(16.7)
(地域包括支援センターの活動評価)										
口頭による把握	8	(22.2)	17	(47.2)	5	(13.9)	3	(8.3)	3	(8.3)
スタッフから聞き取り	8	(22.2)	18	(50.0)	5	(13.9)	3	(8.3)	2	(5.6)
利用者へのアンケート調査	0	0	4	(11.1)	8	(22.2)	22	(61.1)	2	(5.6)
利用者から聞き取り	4	(11.1)	7	(19.4)	13	(36.1)	10	(27.8)	2	(5.6)

名～17名)であった。構成メンバーの職種は「地域の事業者」34件(94.4%)「医師」33件(91.7%)、「民生委員」29件(80.6%)の順に高かった(図1)。「その他」28件(78.8%)の内容は「第一号被保険者(65歳以上の高齢者)」であった。

3. 運営協議会の活動内容(表2)

1) 地域包括支援センターに関する会議の実施

「活動方針の検討」「活動計画の検討」は29件(80.6%)で「地域包括支援センターの活動の管理」は23件(63.9%)で実施されていた。

2) 近隣機関・住民との関わり

「住民への広報活動」「地域のネットワークづくり」

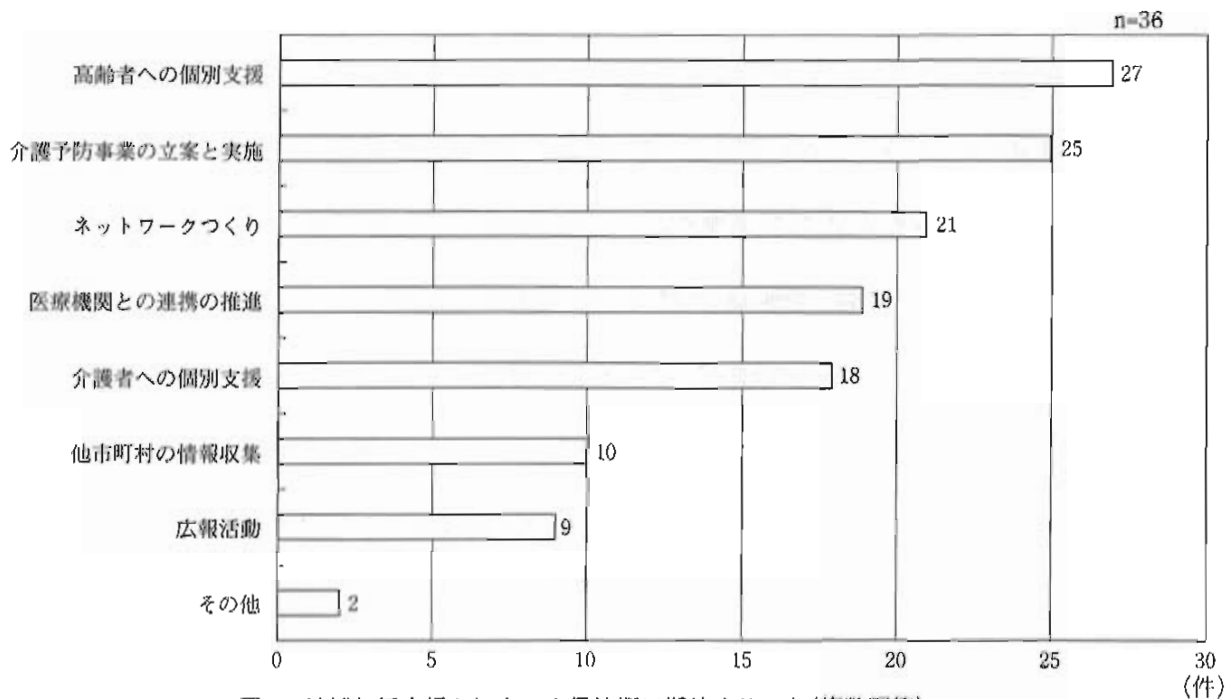


図2 地域包括支援センターの保健師に期待すること(複数回答)

はそれぞれ15件(41.7%)が実施していた。「地域の他機関との連携方法の確立」は14件(38.9%)で実施されていた。

3) 地域包括支援センターの活動評価の頻度と評価で困ること

地域包括支援センターの活動評価は、「スタッフからの聞き取り」31件(86.1%),「口頭による把握」30件(83.3%)が実施されており、「利用者へのアンケート調査」全く実施していないが22件(61.1%)であった。

活動状況の把握方法とその頻度は「相談件数の把握頻度」は年間平均9.3回(1回~12回),「事業実施件数の把握頻度」は年間平均9.3回(1回~12回),「文書による把握頻度」は年間平均8.2回(1回~12回)であった。

評価を行う上で困っていることは「評価項目が明確でない」24件(66.7%)が最も高く、次いで「評価方法がわからない」11件(30.6%)であった。

4. 地域包括支援センターの保健師に期待すること(図2)

最も高かったのは「高齢者への個別支援」27件(75.0%),次いで「介護予防事業の立案と実施」25件(69.4%),「ネットワークづくり」21件(58.3%)であった。

5. 地域包括支援センターの特徴的な取り組みと充実を図りたいこと

自由記載の内容を類似した内容ごとに分類した。

特徴的な取り組みとしての記載は9件あり、「住民間、組織間、職員間の連携の充実」6件、「地域の特徴をいかした事業・対応の充実」3件であった。充実を図りたいことの記事は18件あり、その内容は「特定高齢者への支援の充実」6件、「虐待防止ネットワーク事業の構築」5件、「地域でのネットワークづくり」4件、「介護予防事業の充実」3件であった。

運営協議会の今後の課題は、二つに分類され「地域包括支援センターと運営協議会との連携の強化」8件、「センター職員の確保に関すること」2件であった。

B. 調査2の結果

1. 地域包括支援センターの設置主体と職員概要

回収数18件,回収率50%であった。設置主体は「市町村のみ」7件(38.9%),「民間のみ」6件(33.3%),「市町村と民間の両方」5件(27.8%)であった。開設時期は「平成18年」15件(83.3%),「平成19年」3件(16.7%)であった。

職員数は平均6.9名(3名~17名)であった。職種は、「主任ケアマネジャー」は全数,「社会福祉士」17件(94.4%),「看護師」11件(61.1%),「保健師」11件(61.1%)の順であった。

2. 職種間交流と役割

スタッフの職種による業務内容の違いは、「ある」9件(50%)が最も高く、次いで「あまりない」7件(38.9%)であった。スタッフで業務に関する情報交

表3 地域包括支援センターの活動

n = 18

	よく実施している		実施している		少し実施している		全く実施していない		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(相談対応)										
事業所からの相談対応	11	(61.1)	6	(33.3)	1	(5.6)	0	0	0	0
窓口での相談対応	13	(72.2)	3	(16.7)	2	(11.1)	0	0	0	0
電話での相談対応	15	(83.3)	2	(11.1)	1	(5.6)	0	0	0	0
緊急相談対応	9	(50.0)	6	(33.3)	3	(16.7)	0	0	0	0
健康への不安に関する相談対応	5	(27.8)	9	(50.0)	3	(16.7)	1	(5.6)	0	0
介護者の健康維持の相談対応	5	(27.8)	7	(38.9)	4	(22.2)	1	(5.6)	1	(5.6)
(情報収集)										
介護サービス事業所の情報収集	2	(11.1)	14	(77.8)	1	(5.6)	1	(5.6)	0	0
地域の医療機関の情報収集	2	(11.1)	8	(44.4)	7	(38.9)	1	(5.6)	0	0
訪問系医療サービス事業所の情報収集	2	(11.1)	7	(38.9)	8	(44.4)	1	(5.6)	0	0
薬局、薬店の情報収集	1	(5.6)	1	(5.6)	6	(33.3)	8	(44.4)	2	(11.1)
趣味、生きがい系サークルの情報収集	0	0	7	(38.9)	8	(44.4)	2	(11.1)	1	(5.6)
自治会、町内会などで広報	1	(5.6)	5	(27.8)	8	(44.4)	3	(16.7)	1	(5.6)
地元企業への広報	0	0	0	0	2	(11.1)	15	(83.3)	1	(5.6)
(連携)										
社会福祉協議会との連携	6	(33.3)	6	(33.3)	5	(27.8)	0	0	1	(5.6)
公民館との連携	2	(11.1)	3	(16.7)	5	(27.8)	7	(38.9)	1	(5.6)
病院との連携	2	(11.1)	11	(61.1)	4	(22.2)	0	0	1	(5.6)
保健所との連携	2	(11.1)	6	(33.3)	8	(44.4)	1	(5.6)	1	(5.6)
警察との連携	2	(11.1)	6	(33.3)	7	(38.9)	2	(11.1)	1	(5.6)
消防署との連携	1	(5.6)	3	(16.7)	5	(27.8)	8	(44.4)	1	(5.6)
民生委員との連携	6	(33.3)	9	(50.0)	2	(11.1)	0	0	1	(5.6)
弁護士会との連携	0	0	1	(5.6)	6	(33.3)	10	(55.6)	1	(5.6)
(地域内での体制づくり)										
ボランティアの活用	1	(5.6)	6	(33.3)	9	(52.9)	1	(5.6)	1	(5.6)
近隣市町村との交流	0	0	8	(44.4)	7	(38.9)	2	(11.1)	0	0
地域住民による見守り体制づくり	1	(5.6)	3	(16.7)	11	(61.1)	2	(11.1)	1	(5.6)
地域の行事への参加	2	(11.1)	6	(33.3)	7	(38.9)	2	(11.1)	1	(5.6)

換は「とてもしている」「している」がともに9件(50.0%)であった。スタッフの業務内容はスタッフ間で「知っている」12件(66.7%)が最も高かった。

業務の中で「他機関との調整や連携」を主に担当しているのは「主任ケアマネジャー」10件(55.6%)、「地域の組織(自治会、町内会、サークル団体)との関係づくり」は「社会福祉士」「主任ケアマネジャー」とともに6件(33.3%)、「住民の新たなニーズの発掘」は「保健師」5件(27.8%)、「地域住民への広報活動」は「社会福祉士」6件(33.3%)が最も高かった。

3. 地域包括支援センターの活動(表3)

相談・対応については、「電話での相談」15件(83.3%)が、よく実施している割合が高く、一方「健康への不安に関する相談・対応」5件(27.8%)、「介

護者の健康維持の相談・対応」5件(27.8%)は低かった。情報収集については、「趣味、生きがい系サークルの情報収集」0件、「薬局、薬店の情報収集」1件(5.6%)はよく実施している割合が低かった。地域内での体制づくりについては、「近隣市町村との交流」は全く実施されていない。「地域行事への参加」2件(11.1%)、「地域住民による見守り体制づくり」「ボランティアの活用」1件(5.6%)も、よく実施している割合が低かった。よく連携をとっていると回答した割合が高かった地域の関係機関は「社会福祉協議会」6件(33.3%)、「民生委員」6件(33.3%)であった。

4. 運営協議会と地域包括支援センターの連携

地域包括支援センターからみた運営協議会との連

携は、「連携がとれていると思う」2件(11.1%)で、「連携はあまりとれていない」11件(61.1%)、「全くとれていない」3件(18.7%)であった。両者の連携の方法は「定期的な会議」9件(50%)、「文書による報告」2件(23%)が高かった。

5. 地域包括支援センターが抱える課題・介護予防や地域包括ケアに日頃感じていること

自由記載の内容を類似した内容ごとに分類した。21件の記載事項があり、「経営に関すること」7件、「ネットワークの構築に関すること」5件、「介護予防に関する理解や見直し」7件、「地域包括支援センター機能の明確化」1件、「地域包括ケアの具体的なモデルの検討」1件に分類できた。

V. 考 察

1. 運営方法の違いによる活動について

全国の地域包括支援センターの経営は、市町村直営型34.3%、委託型65.7%で委託が多い傾向である中²⁾、C県は8割が市町村主体であることが特徴の一つといえよう。行政主体で実施していると関係課との連携、公平性の面、情報収集とその対応がスムーズであることなどの利点があるとしており、また経費の軽減にもつながること等も挙げられている。全市全てで直営を導入している北九州においては、小学校単位での関係機関との連携をとり³⁾きめ細かいネットワークづくりを進めている。C県においても市町村主体を生かしたネットワークづくりを検討することが必要である。また市町村主体の場合、既存の保健事業との連携が行ないやすいことや、個人情報保護の観点からも虐待防止と権利擁護事業に取り組みやすいという利点があるため⁴⁾、その利点を生かした方策を検討する必要もあろう。

一方今回の結果では、業務委託にも行政で対応しにくい休日・夜間対応ができることやスタッフ確保が容易であること等にメリットがあるとしている。行政主体では休日対応や24時間体制をとることが難しく専門職確保が困難であること、業務委託では業務内容の質の確保が難しい等々の欠点も挙げられている。地域包括支援センターの委託を実施している秦野市では、業務内容の質の確保のために委託直前に地域包括支援センター全職員の研修を行なうことでスタッフの充実を図っていた⁵⁾。C県においても業務委託をしている市町村では必要なことである。

運営方法により一長一短がありどちらが良いかを決定することは難しい状況であるが、各自自治体、業者の実情を把握し、予算的な面も視野に入れ地域住民への支援が有効

に実施できる運営方法を検討していく必要がある⁶⁾。

2. 運営協議会の活動について

運営協議会では地域包括支援センターの活動方針や計画検討を実施しているが、具体的に会議や情報交換を実施しているところは少なかった。また活動状況の把握については、ばらつきはあるが事業実施件数、相談件数については同率で実施しており現状の把握は行われていると思われるが、評価については不十分であることが明確となった。

また地域包括支援センターの特徴的な取りくみは、各種の連携は勿論であるが地域の特徴を生かした事業・対応の充実があげられており、これらのことは地域包括支援センターが設置されるとき活動方針や計画に関わることであり今後更なる促進を図る必要がある。また充実を図りたいことでは、65歳以上で要介護・要支援にいたるリスクが高いいわゆる虚弱高齢者である特定高齢者への支援の充実、介護予防に関することや多様なネットワーク作りに関することが挙げられており、このことは地域包括支援センター事業の活動目的を検討するとき重要な内容となる。

地域包括支援センターにおける保健師活動では保健師本来の活動である高齢者への個別支援や介護予防への活動が期待され、これは他の自治体保健師自身も同様に考えている^{7) 8)}。これらのことから活動計画策定にあたっては各自自治体の社会背景や経済状況の特徴・課題を視野に入れ、地域で暮らす住民の介護予防や高齢者の健康対策・虐待予防等々の活動を充実させ住民のQOL向上に包括的・継続的支援の貢献は重要である。

3. 地域包括支援センターの活動について

設置主体については行政が約4割を占めており残りを民営、併設が分けている。

このことから運営協議会の設置主体との違いがあり、結果にもあるとおり連携のとりにくさが推測できる。活動内容では個別対応が主たるものとなり現状では本来の目的であるネットワーク作りも十分とはいえない面もあった。地域包括支援センターとのネットワークづくりは民生委員とは進んでいるが他の組織とのかかわりの頻度が少ないことが報告⁹⁾されている。地域包括支援センター活動の中で地域組織との関係作りや住民への広報活動がまだ不十分なことから、発足したばかりの運営協議会、地域包括支援センターであり地域住民や各種機関等に周知されていないこともあるため今後は周知を図り多方面との連携を構築することも必要になる。

今後は運営協議会が主体となって地域包括支援センター

の体制整備を図ることが課題と思われる。具体的には、運営協議会と地域包括支援センター間で具体的な課題について検討する会議の開催や、職種間の連携を密にしネットワークを構築することへの期待は大きい。また、自由記載で介護予防についての理解が様々であったり、具体的な地域包括ケアのモデルをもてないなどの悩みを抱えていたことから、様々な職種が集まっている地域包括支援センターにおいては職員間で知識や考えを共有できるよう研修が必要である。今回の調査では職員研修については把握していないため、今後地域包括支援センター職員のさらなる充実という点から研修についても把握する必要がある。

文 献

- 1) 石原美和：地域包括支援センターの役割, 保健師ジャーナル, 61(12), 1177-1179, 2005.
- 2) 石川貴美子：委託式の地域包括支援センターと介護予防活動の現在－神奈川県秦野市の取り組み, 保健師ジャーナル, 62(11), 912-919, 2006.
- 3) 清田啓子：直営式の地域包括支援センターと介護予防活動の現在－福岡県北九州市の取り組み－, 保健師ジャーナル, 62(11), 922-929, 2006.
- 4) 村山洋史, 奈良部晴美, 兒島智子, 他：地域包括支援センターとインフォーマル組織とのネットワーク構築に関する実態, 第66回日本公衆衛生学会総会抄録集, 54(10), 388, 2007.
- 5) 高室成幸：地域包括支援センター必携ハンドブック, 3版, 法研, 東京, 52-53, 2006.
- 6) 同上, 36-39, 2006.
- 7) 千葉県地域包括・在宅介護支援センター施設一覧 地域包括支援センターの部：(2007.12.17) <<http://www.chibaken-koureikyoku.or.jp/meibo/zaisi.htm>>.
- 8) 藤内修二：特集動き出した「介護予防」戦略, この現在この事例のここがポイント, 保健師ジャーナル, 62(11), 930-931, 2006.
- 9) 後藤好見：動き出した包括的・継続的ケアマネジメント機関における社会福祉士の役割－地域包括支援センターにおける総合相談・虐待防止－, 地域ケアリング 8(8), 12-16, 2006.
- 10) 山崎洋子, 芳我ちより：A 県内の地域包括支援センターにおける保健師活動の実態と課題, 第66回日本公衆衛生学会総会抄録集, 54(10), 535, 2007.
- 11) 高畑郁代：介護予防に関わる保健師の役割, 保健師ジャーナル, 62(11), 907-911, 2006.

研究ノート

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究5
P.115-121 (2009)

人工膝関節置換術を受ける関節リウマチ患者の 看護に関する国内の研究の動向と課題

Total Knee Arthroplasty Care in Patients with RA : Issues and Trends in Japan

栞子 嘉美*

KUWAKO Yoshimi

要 旨

本研究の目的は、我が国における関節リウマチ (Rheumatoid Arthritis : 以下 RA) と人工膝関節全置換術 (Total Knee Arthroplasty : 以下 TKA) を対象にした看護の実情と研究の動向を把握し、特に成人期の周手術期にある対象者に焦点を当てた看護の特徴や課題を考察することである。その目的に沿って、RA で TKA を受ける患者の現状や看護の必要性について述べた。次に医中誌で RA と TKA に加え、手術療法について過去10年間の研究の動向と看護実践を調査し、検討した。TKA の研究は徐々に増えてきており、看護実践では創部の腫脹、熱感、疼痛に関する内容が主であった。RA 患者の TKA の周手術期看護として、合併症や二次障害のリスクが高いため予防への患者教育が重要であることが示唆された。また、成人期にある対象の特徴に関しては、ライフサイクルに関連した周手術期看護の特徴が明らかにはならず、今後の研究課題といえる。

索引用 語 : 関節リウマチ, 人工膝関節全置換術, 看護実践, クリティカルパス

Key Words : rheumatoid arthritis, total knee arthroplasty, nursing practice, critical pass

I. はじめに

関節リウマチ (Rheumatoid Arthritis : 以下 RA) は自己免疫疾患のひとつであり、病変が関節滑膜にあり、全身の複数の関節に炎症を起し疼痛、腫脹、骨破壊へと進行していく疾患である。RA は女性の30-50代に好発し、高齢化が進む中、我が国では約60~80万人が罹患している。RA は未だ原因不明であるが、免疫システムの炎症サイトカインである腫瘍壊死因子 (Tumor Necrosis Factor) とインターロイキン (IL) や、T 細胞・B 細胞等が関節の炎症に関与している。それらをターゲットにした生物学的製剤が薬物療法として使用され、症状緩和や関節局所における過剰な炎症サイトカインの産生、そこから活性化された各細胞による関節への影響も抑えられている効果が報告されている¹⁾。

その結果、リウマチ治療は関節破壊が起こる前に寛解に至らせるという方向付けがされ、外科的治療もその適応や

内容にも変化が見られている。すなわち、滑膜炎のコントロールが可能となったために従来の滑膜切除術が減少し、人工関節置換術や頸椎後方固定術といった末期症状に対する手術が主となってきている²⁾。一方で、すでに関節破壊が進み、著しく日常生活動作 (以下 ADL) の制限や最新の薬物療法でも効果のない事例もある³⁾。人工関節置換術は RA 患者以外にも、変形性関節症 (変形性股関節症 : Hip Osteoarthritis : Hip OA, 変形性膝関節症 : Knee Osteoarthritis : Knee OA : 両者併せて以下 OA) の患者も対象である。

人工膝関節全置換術 (Total Knee Arthroplasty : 以下 TKA) を受ける患者は、痛みからの開放や ADL の拡大を期待し、また術後そうなったことを喜ばれる一方で、術後の合併症として深部静脈血栓 (Deep Vein Thrombosis : 以下 DVT) と併発する肺塞栓症 (Pulmonary Embolism : 以下 PE) や感染、腓骨神経麻痺等のリスクがある。RA 患者はそれらのリスクが高くなり、筋力の低下や皮膚の脆弱化、ステロイド内服による転倒や皮膚トラブルのリスクも生じやすい。また、手術した関節以外の関節痛や倦怠感等

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Nov. 30, 2008 原稿受領)

体調の日内変動がある。さらに、RA 患者は精神的にも高い不安状態や不安を強く感じやすく抑うつ傾向が認められ⁴⁾、TKA を受けた患者で神経症の傾向がある患者はない患者と比較して、術後の離床が遅れる、膝関節の屈曲可動域が狭い等の影響がある⁵⁾。すなわち、RA 患者の TKA 周手術期看護では心身はもちろん社会的側面も併せずすべての面で、アセスメント、実践共に質の高い看護が求められると言えよう。

医学中央雑誌で過去10年間の原著論文を検索すると、人工股関節全置換術 (Total Hip Arthroplasty 以下 THA) 340 件、TKA 25 件と、THA を対象にした研究や解説が圧倒的に多い。しかし、TKA は THA とともに高齢化に伴い患者の増加が見込まれる。一方、RA 患者は好発年齢が20~50代であり、筆者の経験では、RA 患者は THA より TKA を先に受けることが多い。RA 患者で膝関節は手関節と並んで初発することが多く、好発関節である⁶⁾ため、股関節に比べ膝関節の方が先に関節破壊が進むことが原因と考えられる。以上のことから、RA で TKA を受ける患者には、壮年期の発達課題を踏まえた周手術期看護が必要と考える。すなわち、術前オリエンテーションや入院から退院後を見据えた患者教育、術中・術後看護では、合併症や二次障害の予防と早期発見対処、回復期には退院後の日常生活指導において、高齢者とは異なった視点が重要であろう。そこで、本研究は我が国における TKA を受ける RA 患者を対象にした看護と研究の動向を把握し、特に成人期の周手術期にある対象者に焦点を当てた看護の特徴や課題を考察することを目的とする。

II. 文献検索の方法

RA で TKA を受けた患者の看護に関する研究動向を捉えるため、「RA」と「人工膝関節置換術」について WEB 版医学中央雑誌で、1999年から2008年の10年間にわたる国内の文献を原著と会議録を除く看護で特定して検索した。キーワードはより広く文献がヒットできることをねらい、「TKA」ではなく「人工膝関節置換術」にした。次いで、RA の周手術期看護の研究動向を把握するため同様の検索方法で、「RA」と「手術療法」を検索したが、原著論文に限ると動向が把握できにくかったため、「人工膝関節置換術」のみも検討した。

「RA」で「TKA」を受ける患者の周手術期看護の動向と課題を把握するため、解説・特集の文献も含めて看護の焦点が何かという傾向と文献数の推移を概観し、看護の特徴や課題等は原著論文に特定して入手可能なものについて検討、考察した。

III. 結 果

1. 「RA」と「人工膝関節全置換術」

「RA」に関しては206件、「人工膝関節置換術」は129件あり、両者の掛け合わせで15件が検索された。15件の内訳は解説・特集が9件（手術2件、看護4件、リハビリテーション1件、リウマチ病態1件、病院と病診連携のケア支援1件）であった。原著論文は6件であり、バス1件、創部の腫脹・熱感へのケア2件、QOL1件、関節の固定具と腹膜透析のセルフケア2件であった。この原著論文の内、RA 患者について記載されているのは、宮崎ら (2000) の『人工膝関節全置換術 (TKA) のクリティカルパス作成』1件で、所属病院で過去5年間のTKA85事例における疾患の特徴と術後経過傾向及びヴァリエーションの要因を、以下のように検討したものであった⁷⁾。RA 患者は関節の変形と拘縮による全身の痛みや、下肢だけではなく上肢筋力と巧緻性の低下があり、鎮静剤の使用量が多く、鎮痛剤を使用しても ADL に支障をきたし、痩せの傾向があった。TKA を受けた患者の特徴として、高齢の女性が多いこと、出血量が多く輸血を必要とすること、OA 患者は RA 患者に比べ肥満傾向にあり体重管理の必要性があることの3点が挙げられ、RA 患者の特徴と併せた4点をヴァリエーションとしてバスを作成した。バスは患者用と看護師用の2種類を作り、患者がイメージしやすいようにイラストを用いる、患者用のケアプランは簡潔かつ患者が行動しやすくなる表現にする等の工夫を図った。その結果入院時のリスクアセスメントを含めた情報の前評価や術前訓練が患者理解に役立ち、術前後の看護の方向性が明確になり、短期目標が立てやすくなる効果が述べられていた。

2. 「RA」と「手術療法」

「手術療法」は11,250件あったが、「RA」との掛け合わせの検索では52件であった。その内訳は手術28件（膝関節10件、股関節12件、肩関節4件、頸椎1件、手1件）、RA 8件、RA 患者手術（基礎知識）6件、セルフケア・ケア支援6件、リハビリテーション3件、精神面1件であった。

膝関節手術10件の内、解説・特集が6件、原著論文が4件であり、全てが上記の「人工膝関節置換術」で検索された文献に含まれていた。原著論文4件は、宮崎ら (2000) の『人工膝関節全置換術 (TKA) のクリティカルパス作成』⁸⁾、藤波ら (2007) 『人工膝関節全置換術後の創腫脹に対する看護アプローチを試みて』⁹⁾、柴田ら (2007) 『人工膝関節全置換術後におけるゴールドパックを用いたクライオセラピーの有効性の検討』¹⁰⁾、永翁ら (2002) 『慢性関節リウマチ患者にとって装着容易なニープレスの改良』¹¹⁾であった。宮崎らの文献以外は RA 患者の特徴や

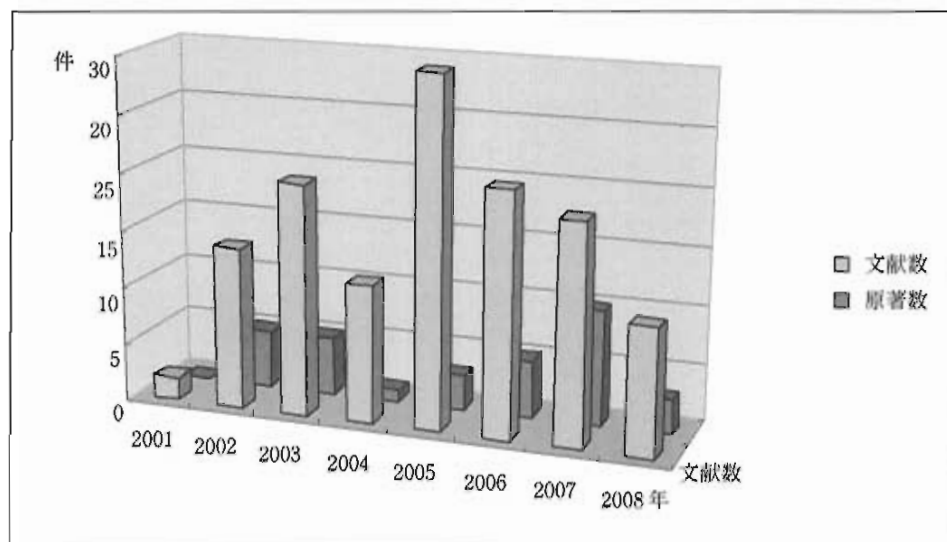


図1 人工膝関節置換術文献数と原著論文数の経時的変化

RA患者の周手術期看護として展開されていなかった。

3. 「人工膝関節置換術」

「人工膝関節置換術」で検索された129件中原著論文は32件あった。1999年から2008年まで10年間を検索し、解説・特集も含めた文献の経時的推移を図1に示した。なお、1999年と2000年は該当する論文はなかった。文献数として最も多いのは2005年（30件）であるが、原著論文数で見ると2007年が10件と最も多かった。

原著論文32件の内、研究方法・結果が曖昧なものは除外し、入手できた文献は16件であった²⁰⁾ (表1)。16件の文献を「RA患者でTKAを受けた患者の看護」の何を焦点にしたかで分類すると「創部腫脹に関する看護」が最も多く4件あり、他の「疼痛」「ADL・ROMの変化」等看護介入の研究とも関連していた。

佐藤ら(2006)の「清潔援助」には具体的なプランが報告されていた。TKA後の患者を2群に分け、週に2,3回の創部消毒をして抜糸までは創部をビニールで覆ってシャワーする方法と、創部を保護せずにシャワーする方法を実施し、感染兆候の有無やデータを比較検討した²⁰⁾。その結果、創部非保護でシャワーした群に感染兆候は見られず、患者の満足度も高かった。

当目ら(2006)は退院後の日常生活の実態をインタビューし、「手術までの道のり」「情報への関心」「患肢の状態の変化」「経過の見積もり」「日常生活への見積もり」「役割の再開」「再手術への心配」の7カテゴリーを明らかにした²⁰⁾。佐々木ら(2006)は健康関連QOLの調査で身体的QOLは向上しているが、日常生活の支障により主観的な健康関連QOLが低下していることを見出した²⁰⁾。石田ら(2007)は女性患者3名に入院前と手術前、手術後の3回

健康関連QOLを測定し、入院後は入院前に比べてほとんどの尺度で低下し、術後痛み尺度が軽減しても身体機能や日常役割機能の尺度は上昇しなかった等の結果を得た²⁰⁾。これらの文献よりTKA後2-3ヶ月は関節の痛みや腫脹、屈曲位が120-130度に制限され正座ができないこと等から、しばらくはQOLが低いという結果が得られた。

永翁ら(2002)の研究では、RA患者のTKA後看護として、患者が術後膝関節の装具(ニープレス)を装着する際、手指の変形や痛みによって困難があるため、装着しやすいものに改良した結果、装着しやすく膝の固定の安定性にも問題なかったことが報告されていた²⁰⁾。

IV. 考 察

今回の結果からは、文献はヒットしたが解説・特集が多く、RAでTKAを受ける患者の看護に関する研究は少なかったため、TKA患者の周手術期看護にRA患者の特徴を合わせて、看護の特徴と課題について考察する。

1. 看護の特徴

高齢化が進む社会においてTKAは手術件数の増加、また再置換術の増加が予測される。再置換術であれば手術時間は長く出血量も多いため、深部静脈血栓、腓骨神経麻痺や感染、創部腫脹・熱感、疼痛等のリスクはさらに高まる。人工関節置換術ではTKAと比較しTHAの方が研究、書籍類ともに多い。そのため、THAの周手術期看護との共通項の知識は応用しつつ、TKAに特徴的な看護を確立させていく必要があると考える。

例えば、TKA後は創部というより膝関節全体が腫脹し、なお熱感と痛みが退院後も約2-3ヶ月は継続していく。そのため、手術を決定する頃から手術に向けての準備と術

表1-1 TKAを受ける患者の看護に関する過去10年間の原著論文

	著者・発表年	研究目的	方法・研究対象	結 果
QOL	佐々木ら (2006)	TKAを受けた患者の主観的健康関連QOL (HRQOL) の検討	SF-36 対象：TKA術前患者4名 術後患者23名	術後経時的に身体的QOLは向上しているが、膝が曲がらない、立ち上がれない、十分に歩けないなどの日常生活への支障がHRQOLを低下させ、約半年かけて日常生活に適応している。
	石田ら (2007)	TKAを受ける患者のQOLを考えた指導を目指すためのTKA前後の患者の健康関連QOL検討	SF-36 入院前、手術前、手術後で比較 TKAを受けた3名の女性患者	入院前と入院後は殆どの下位尺度が低下した。手術前に比べて手術後は「体の痛み」スコアが上昇し、「身体機能」と「日常役割機能」は上昇しなかった。手術後は身体面より精神面の得点が増加した。
退院後生活	加藤ら (2006)	TKA患者の体重管理に対する意識と生活習慣の実態調査	体重、アンケート調査 TKA後1年以内の外来 対象：受診患者95名	対象者95名中、70歳代と80歳代併せて81%であった。入院中の食事療法は76.8%、栄養指導は59.7%が受講していた。体重は入院時より退院時に減少、退院時より外来受診時に増量し有意差があった。生活習慣では43.2%がほぼ毎日間食し、ほぼ毎日運動しているのは26.3%であり、退院後の体重管理に対する意識は低かった。
	当目ら (2006)	TKA患者の退院後の生活体験検討	半構成的面接、内容分析 対象：TKA患者6名	「痛みと闘い」「先延ばし」などのサブカテゴリーより【手術までの道のり】、「情報の入手」「社会資源の利用」より【情報への関心】、「患肢からのシグナル」「シグナルへの対処」より【患肢の状態の変化】、「経過の見積もり」、「補助具への思い」「正座ができない抵抗感」などより【日常生活への見積もり】、「役割の再開」、「健肢の手術の心配」「再置換術への恐れ」より【再手術への心配】の7つのカテゴリーが検出された。
ADL ROM	武田ら (2002)	TKA後リハビリテーションでウォーミングアップとCPMとの併用で目標ROM獲得できるか検討	ROM 患肢の腫脹、熱感、疼痛の観察	術後1日目からウォーミングアップを行い、CPM角度が順調にアップし、目標のROM120度に期間短縮して到達できた。また、患肢の腫脹、熱感、疼痛を軽減した。
	中野 (2006)	膝関節術後高齢で離床期にある患者のトイレ動作にかかる時間と疼痛の検討	トイレ動作の一連の動き12項目にかかる時間とNPIS (疼痛スケール) 対象：1名65歳女性	トイレ動作にかかった所要時間と疼痛は、初回動作をした術後3日目まで最大で以後徐々に軽減した
心理精神	当目ら (2006)	TKAを受ける患者の入院前から入院後の心理状態の変化を検討	SF-36 HSDS (Hospital Anxiety and Depression Scale) 対象：TKAを受ける患者20名	アンケート調査は入院前・入院後(1-3以内)の2回実施された。SF-36の得点は入院前から入院後に、「身体機能」「身体痛み」「全体的健康観」において有意に上昇し、「社会生活機能」が有意に低下した。
	本多ら (2006)	患者の心理傾向がTKA後の後療法の進行に与える影響の検討	GMI健康調査表 リハビリの進行状況 退院時アウトカム評価の4項目 対象：TKA後19名	GMIで心理的正常群11名と神経症的傾向の強い8名の2群で比較した。神経症的傾向の強い群は正常群より早期離床が遅れ、膝関節屈曲可動域も狭かった。
満足度	松本ら (2004)	TKAを受けた患者の術前の期待と手術後の満足度を明らかにする	アンケート調査 対象：TKA患者男性5名 女性12名 平均年齢72.4歳	術後1-3ヶ月(A)、3-6ヶ月(B)、6-12ヶ月(C)の3群に分けて比較検討した結果、A群は患部のしびれ以外の症状が残存し、B群は最もROMの否定的意見が多く、C群は随伴症状は消失しないが最も肯定的だった。

後のリハビリテーションや日常生活指導と自己対処法の獲得等への看護が必要であろう。術後の痛みや創腫脹等が原因で、日常生活における主観的健康関連QOLが低下

している結果からも、心の準備ができていないと手術した事への後悔が生じる危険性があると考えられるからである。正しい情報と適切な対処法を獲得すれば、後悔の念のよう

表1-2 TKAを受ける患者の看護に関する過去10年間の原著論文(つづき)

	著者・発表年	研究目的	方法・研究対象	結 果
疼痛	武田ら (2008)	TKA後の疼痛, CPM後疼痛, ROM拡大に対する漸進的筋弛緩法(PMR)の効果を比較検討	鎮痛剤+PMR群と鎮痛剤のみの投与群でTKA後痛, CPM後痛, 術後早期ROMの差で比較研究 対象: TKA後23名 (介入群: 12名鎮痛剤のみ11名)	PMRはOAのTKA術後痛に対し有意な鎮痛効果があり, CPMによる関節痛を鈍化させる効果があった。しかし, PMRによる鎮痛剤使用量の減少はなく, PMRの鎮痛効果は長時間持続しないことが示唆された。
創部腫脹熱感	岩田ら (2007)	TKA術後の患部熱感の自覚症状と皮膚温度の経時的变化の調査	モナサーム温度センサー 対象: 初回TKAを受けた患者28名	患部熱感は術後3~4週まで持続し, 術後4週までほぼ消失する。患部熱感と膝痛, 白血球数・CRP値・既往歴に明らかな関連はみられなかった。
	柴田ら (2007)	TKA後にコールドバックを用いたクライオセラピー効果の準ランダム化比較研究	対表面温度, 疼痛, 下肢の腫脹, PTINR 対象: TKA後患者48名48膝	対象をコールドバック・クライオセラピー実施群と日実施群に分けTKA後の体表面温度と疼痛を術室時, 術後4時間, 10時間, 24時間, 48時間, 72時間, 出血量と下肢の腫脹を術後24時間, 48時間, 72時間, PTINRを術前と術後4日目に測定した。体表温度は非実施群より1℃経時的に低下し有意差がみとめられたが, との項目の有意差は認められなかった。
	藤池ら (2007)	TKA後の創腫脹に対する大腿四頭筋運動, 下肢挙上, 足関節の底背屈訓練, CPMの効果の比較検討	創腫脹, 疼痛, 発熱, 患部熱感 対象: TKA後患者10名	対象を2群に分け, 大腿四頭筋運動と下肢挙上, CPMの従来法とそれに足関節の底背屈と運動を加え, CPMの回数増加した方法を実施する群を比較すると, 改定した方法群のほうが腫脹, 疼痛, 熱感の軽減効果が高く, 有意差が見られた。
	加藤ら (2004)	TKA後の患者の疼痛や腫脹に対するアロマセラピーの効果の比較検討	フェイススケール, 両下肢周囲測定アンケート調査 対象: TKA患者9名	創周囲にアロマセラピーとタッチングの介入を行い, 介入開始時と術後3週目で比較した結果, フェイススケールはアロマ群に効果が見られたが, 両下肢周囲値は両群とも軽減していた。
清潔	佐藤ら (2006)	TKA後患者の創部を保護せずに早期シャワーする群と従来どおりに消毒を行った群の感染兆候の比較検討	創の熱感, 発赤など感染兆候と患者の満足感 対象: TKA後患者13名 (8名非保護法 5名従来法)	定期的に消毒を行い創部を保護してシャワーした群より, 創部非保護でシャワーした群の方が創部の熱感・発赤が少なかった。また創部の非保護でシャワー浴を希望する患者が全体の77%であった。
装具工夫	永筋ら (2002)	RAでTKA術後装着可能なニープレスの改良	装具改善前後の装着状況の比較 対象: RAでTKA後患者30名	改良した装具の着脱は容易になった。手指の変形, 筋力・握力の低下, 可動域制限がRA患者は, 装具の長さを短くし, 固定ベルトに改良を加えることで装着が容易になる。改良した装具による膝の固定に問題はなかった。

な心理・精神面における機能低下を起こさずに, その後に訪れる痛みからの開放やADL拡大による精神的安寧とともに, 社会的交流も広がりを見せるであろう。

では, どのような情報を提供できればよいのか。当目ら(2006)の退院後の生活体験の明確化による研究から得られたカテゴリーによると²⁰⁾, 「患肢の状態の変化」, 「日常生活の振り返り」に含まれる正座ができなくなることから洋式生活への変更等の情報が必要だと考える。また, 同カテゴリーにある健肢の悪化や再置換術に対する「再手術への心配」への, 悪化予防としてのリハビリテーションの

継続や体重増加による患肢への負荷の軽減等の知識提供が必要となるであろう。また, それらが理解できても行動を継続できるための外来でのフォローや, 仲間作りへの働きかけも重要と考える。加藤ら(2006)の報告においてTKA後の外来患者は体重増加した者が多く, 体重管理に対する意識低下が認められている²¹⁾。体重管理が人工関節を長持ちさせることを認識できるようにすることと, 患者がせっかく手術したのに食事制限が始まったと思いきや, 楽しく継続できるように取り組める工夫も必要であろう。

TKAを受けたRA患者への援助として報告されていた文

献は1件のみであり、看護の特徴が見いだせたとはいえない。しかし、患者のニーズに沿った装具の開発、援助の工夫等の研究が増えることは、看護の質向上につながる。他方、TKAの周手術期看護でRA患者がより注意しなくてはならないのは、筋力の低下による転倒、それに伴う骨折、免疫力低下による感染等の予防対策である。合併症や二次障害以外で大切だと考えるのは、病気の進行に伴う他関節の手術や再置換術への心配である。自己対処と早期対処できるための正しい知識の提供がより必要であろう。

2. 看護の課題

RA患者でTKAを受けた患者の看護に関する研究論文が少なかった原因として、推測であるが「RA患者の周手術期看護」の概論的なものを適用して、まだ手術を特定して研究が進められていなかったことが考えられる。今後、TKAに限らずRA患者に行われる周手術期看護の研究が発展することは、RA患者の生活の質向上に寄与すると考える。

TKAを受けるRA患者の特徴として、高齢期患者が対象である研究はあったが、成人期にある対象について述べている研究はなかったため、その特徴は明らかとならなかった。RAの好発年齢30-50歳であるが、若年性リウマチによって壮年期前半にTKAを受ける患者もいる。また、RA患者は女性が多く、例えば退院後に痛みが継続し辛くても家事や育児を優先し無理をしまい、晩期合併症として注意が必要な感染が発症する、早期に治療が起きず長期化することや、結婚、出産などライフスタイルに関する問題があることが推察される。そのため、今後成人期にある対象の特徴を踏まえた看護の方向性を示す必要があると考える。

V. 結 論

RAでTKAを受ける患者の看護に関する国内研究はまだ少ないが、創部の腫脹・熱感、疼痛への看護に関する研究が多かった。また、RA患者はOA患者よりもTKAを受ける際の合併症や二次障害のリスクが高く、予防への患者教育が重要であることが示唆された。

成人期にある対象の特徴に関しては、ライフサイクルに関連した周手術期看護の特徴が明らかではなく、今後の研究課題と言える。

引用文献

- 1) 松平蘭：関節リウマチ患者の病態と最新治療, *Nursing Today*, 23(8), 10-16, 2008.
- 2) 森山美知子, 荻野浩：「関節リウマチ」のアウトカムマネジメントとディジーズマネジメント, *臨床看護*, 32(4), 516-523, 2006.
- 3) 前掲書2)
- 4) 山田恵美, 芦原睦：リウマチ患者への心理的サポート, *整形外科看護*, 9(7), 36-40, 2004.
- 5) 本多由佳, 松田絵里, 川村久美, 他：患者の心理傾向が人工膝関節置換術後の後療法の進行に与える影響, *整形外科看護*, 11(7), 83-90, 2006.
- 6) 東威：新図説臨床整形外科講座 リウマチとその周辺疾患11巻 初版, メジカルビュー社, 7-13, 1994.
- 7) 宮崎美智子, 貝川初子, 林かよ子：人工膝関節全置換術(TKA)のクリティカルパス作成, *日本看護学会論文集; 成人看護 I*, 31, 253-255, 2000.
- 8) 前掲書7)
- 9) 藤池美穂, 山本節子：人工膝関節全置換術患者の創腫脹に対しての看護アプローチを試みて, *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 19, 66-68, 2007.
- 10) 柴田幸子, 西之園絢子, 赤崎美由紀, 他：人工膝関節全置換術後におけるコールドバックを用いたクライオセラピーの有効性の検討, *日本看護技術学会誌*, 6(1), 54-60, 2007.
- 11) 永翁尚美, 江頭美保子, 長島智子, 他：慢性関節リウマチ患者にとって装着容易なニープレスの改良, *日本看護学会論文集; 看護総合*, 33, 150-152, 2002.
- 12) 佐々木美恵, 松館節子, 三野宮真弓：人工膝関節置換術を受けた患者の健康関連 QOL SF-36 想定結果と術後の回復体験から, *日本看護学会論文集; 成人看護 I*, 37, 159-161, 2006.
- 13) 石田淳子, 小林留美, 松館節子：人工膝関節置換術を受けた患者の健康関連 QOL, 患者の QOL を考えた指導を目指して, *成人看護学会論文集; 成人看護 II*, 38, 166-168, 2007.
- 14) 加藤由美, 廣野里子, 三原志津子：人工膝関節置換術後患者の体重コントロールに対する外来指導のあり方, *日本看護学会論文集; 老年看護*, 37, 195-197, 2006.
- 15) 当目雅代, 山内加絵, 吉田裕子, 他：人工膝関節置換術患者の退院後の生活体験の明確化, *日本看護学会論文集; 成人看護 I*, 37, 197-199, 2006.
- 16) 武田哲子, 池田俊介, 寒河江直江, 他：人工膝関節置換術後の関節可動拡大に対する看護アプローチ, 術前, 術後のウォーミングアップを試みて, *日本看護学会論文集; 成人看護 I*, 33, 167-168, 2002.
- 17) 中野健：高齢期患者の膝関節手術後の離床期までにおけるトイレ動作にかかる時間と疼痛の検討, *看護教育*, 47(8), 669-673, 2006.

- 18) 当目雅代, 山内加絵, 野口英子, 他: 人工膝関節置換術患者における入院前から入院後の心理的推移, 日本看護学会論文集; 成人看護 I, 37, 203-205, 2006.
- 19) 前掲書 5)
- 20) 松本貴子, 大和智恵子, 木股悠子, 他: 人工膝関節置換術を受けた患者の手術前の期待と手術後の現実, 日本看護学会論文集; 成人看護 II, 36, 416-418, 2004.
- 21) 武田宜子, 柳本優子, 富田真佐子, 他: 人工膝関節全置換術後痛, 持続的他動的運動後痛および術後早期関節可動域に対する漸進的筋弛緩法の効果, 日本整形外科看護研究会誌, 3, 56-63, 2008.
- 22) 岩田里美, 林明子, 西村登志子, 他: 人工膝関節全置換術後患部の熱感の持続時間の調査, 日本整形外科看護研究会誌, 2, 46-49, 2007.
- 23) 前掲書10)
- 24) 前掲書 9)
- 25) 加藤陽子, 鈴木千奈津, 庄子弘子, 他: 人工膝関節全置換術後の疼痛や腫脹に対してアロマセラピーがもたらす効果, 日本看護学会論文集; 成人看護 II, 35, 118-120, 2004.
- 26) 佐藤紫乃, 渋谷真由美, 中川知子, 他: 人工膝関節置換術後の患者に対する清潔援助 創部保護せずシャワー浴を試みて感染兆候や満足度の違い, 日本看護学会論文集; 成人看護 I, 37, 229-231, 2006.
- 27) 前掲書11)
- 28) 前掲書26)
- 29) 前掲書15)
- 30) 前掲書12)
- 31) 前掲書13)
- 32) 前掲書11)
- 33) 前掲書15)
- 34) 前掲書14)

 活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 5
P.122-131 (2009)

第4回医療看護研究会

第4回医療看護研究会は、2008年3月7日（金）、順天堂大学医療看護学部12教室及び新館2Fにおいて開催された。プログラムは、共同研究19題、奨励研究7題の口演とポスターセッションによる研究発表、および質疑応答が活発に行われた。

発表要旨

<共同研究>

テーマ：看護職者の院内教育プログラムの検討— 教育
ニード・学習ニードの診断を通して—

研究者：○永野 光子, 山本 育子

目的は A 病院に勤務する看護職者の教育ニード・学習ニードの現状に基づく院内教育プログラムの立案である。対象は A 病院に勤務する看護職者568名であり、データは郵送法により収集した。測定用具は、①教育ニードアセスメントツール—臨床看護師用— (EN), ②学習ニードアセスメントツール—臨床看護師用— (LN), ③院内教育プログラムに関する調査紙である。①②は先行研究により信頼性・妥当性が確保されている。③は共同研究者間の検討により内容的妥当性を確保した。分析はSPSS13.0Jを用い経験年数別に記述統計値を算出した。順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会および A 病院倫理委員会の承認を得た。

質問紙は294名より返送があり（回収率51.8%）、有効回答278を分析対象とした。EN 総得点は、1年目、2年目、3年目、5年目、4年目、11年目以上、6から10年目の順に高く、教育ニードが高から中程度であることを示した。下位尺度得点は【Ⅲ】、【Ⅵ】、【Ⅶ】が高く、主体的な学習・研究の実施や組織の一員としての役割遂行に必要な教育を受ける必要性を示した。LN 総得点は、3年目、2年目、1年目、6から10年目、5年目、4年目、11年目以上の順であった。具体的には、旧々の看護実践に必要な知識・技術、看護過程の展開方法、急変時の対応方法への要望が高く、社会情勢の変化や法律・制度、看護理論や研究成果の活用に関わる学習への要望が低いことを示した。

A 病院の院内教育プログラムは経年別・能力別・全職員対象型プログラムである。経験年数を主軸とし、教育ニード・学習ニードの結果を加味しながら修正や追加の必要

性を検討し、プログラムを立案した。

テーマ：救急外来における対応の円滑化要因の探索

研究者：吉田 澄恵, 米山 ふみ, 矢田 麻夏,
堀内 奈美, 山本 育子, 山下 篤美,
堀江みどり, 野澤 陽子

平成18年度に分析した急性冠疾患により緊急入院した2事例の再分析および追加事例分析の経過を報告する。再分析から、救急外来において看護師は、患者対応を円滑にするために、受け入れ準備段階から入院に至るまで継続的に【看護師自身の判断に基づいた自主的な行動】をしていることがわかった。内容は、<看視下での休息を考慮した観察室への患者移送><急変を考慮した処置室への患者移送><タイミングとわかりやすい治療情報提供を行うための医師説明の把握><緊急入院決定の見通しに合わせた家族連絡の促し><心負荷を考慮した携帯電話使用の促し><救急搬送情報入手時点からの緊急 PCI（冠動脈インターベンション）スタンバイに向けた関係部署への連絡><治療処置の展開予測に基づいた物品の準備と配置><医師主導の治療処置時の患者反応の把握と声かけ><スピーディな治療展開における心理的動揺への配慮>であった。そして、この行動は、【マンパワーと院内救急体制の充実した受け入れ時間帯】に【関係者に周知された施設内の対応パターンが存在】がある状態で、【個別の事前情報から推論できる患者固有の受け入れ準備】ができ、【対応する医師の専門領域と患者の病態のマッチング】がよく、【看護師間の臨床判断の共有と役割分担】や【医師—看護師の情報共有】がなされていると円滑に実施できるとモデル化できた。そして、追加事例《心不全に伴う呼吸苦で救急要請を繰り返す高齢女性と自宅療養を確立したい家族への対応》で、このモデルでの説明可能性を検討した。

テーマ：成人看護実習で実施している看護師同行実習の学習経験

研究者：○青木きよ子, 吉田 澄恵, 高谷真由美,
柴子 嘉美, 中島 淑恵, 安井 大輔

研究目的：本学部で導入している看護師同行実習からは、臨床現場で看護専門職者に必要とされる看護実践能力を育むための多くの学びが経験できていることが予測される。看護実践能力の育成に関する報告は、学内演習、チェックリストの作成、具体的な実習の展開方法に関する報告等がみられるが、同行実習について検討し、その学習効果を検証したものはみあたらない。本研究では、A大学の成人看護実習で展開している体験型実習のうち、看護師同行実習の学習経験を明らかにする。

研究方法：実習評価終了後に、研究協力の同意を口頭と書面で得られた平成19年度の3年生の成人看護実習Ⅰ（急性期看護実習）66名分、成人看護実習Ⅱ（慢性期看護実習）70名分の看護技術経験リストの経験率を全体と同行実習とで比較する。

結論：成人看護実習Ⅰの同行実習では、「生体機能観察」「環境整備」「食・栄養」「排泄」「清潔・衣生活」「体位変換」「薬物療法」「創傷管理」「感染・安全管理」「連携・調整」などの技術を経験する機会を得、同行実習の目的である、周手術期患者に必要とされる治療や看護ケア場面に参加し、手術を受ける患者に必要な看護実践能力を養う機会を得ていた。成人看護実習Ⅱの同行実習では、「生体機能観察」「環境整備」「呼吸・循環」「食栄養」「排泄」「清潔・衣生活」などの技術を経験し、受持患者では限られるベッド上で生活する患者に必要とされる生活援助技術を経験する機会を得ていた。一方、「薬物療法」「感染・安全管理」「検査・処置」「教育・相談」「連携・調整」等は、受持患者、透析療法、外来化学療法、検査室実習で得られた経験であり、同行実習では増加していないことが解った。

テーマ：医療政策の転換と日本社会の対応について—予防接種法の成立と国民保健

研究者：○渡部 幹夫, 坂本なほ子, 鈴木 晃仁,
永島 剛

歴史の転換期において医療も大きくその方向が変わった。日本の近代においては明治維新と太平洋戦争敗戦後の被占領下の医療政策がそれにあたる。現在の日本はそれに次ぐ転換期にある。今年度の研究の中から昭和23年に成立した予防接種法についてその制度の成立期の問題とその後の問題を報告して、これからの予防接種につい

て考察を加える。占領下に成立した予防接種法は明らかに GHQ/PHW の方針により法制化されたものであり、PHW の提起だけではなく SCAP（連合国最高司令官）の関わる FEC（極東米軍）の軍事の方針の下に日本で法制化されたものである。法制化にあたっては、日本国民に日本にて製造されたワクチンによる強制接種を、広い範囲に、多くの疾患に対して行なうことを目的としている。

予防接種の持つ意義、社会的価値はおおきいが、予防接種に対する忌避的な意識は日本にも、世界にも、存在してきたし、いまでも存在する。また科学的に解明された部分と、そうではないことがたぶんに存在する医療行為である。特に日本の法制定及びその後の歴史を研究したときに気づかれることは、予防接種の慎重接種の考え方の欠落と、予防医療政策の転換が遅れたことが明らかである。日本の厚生行政の歴史の一面として報告する。本研究は科学研究費基盤研究「日本の近代化と健康転換」代表：鈴木晃仁と連携して行い、WEBにて公開の予定である。

テーマ：ラクトシルセラミドを介した好中球機能発現の分子機構解明

研究者：○岩淵 和久, 堀 賢, 柳田 光昭,
吉崎 史子

体内に侵入した微生物は、好中球やマクロファージなどの食細胞によって取り込まれ（食食）、細胞内でとりこまれた小胞（食胞）とリソソームの融合により、消化・分解される。好中球やマクロファージの食食機構にはリピドラフトと呼ばれるスフィンゴ糖脂質とコレステロールや細胞内情報伝達分子に富む脂質ドメインが関与すると考えられているが、その分子機構については分かっていない。中性のスフィンゴ糖脂質（GSL）である LacCer（CDw17）は、好中球の GSL の70%以上を占め、細胞膜上で細胞内情報伝達分子と会合したりリピドラフトを形成している。LacCer はグラム陰性、陽性菌及び真菌など様々な病原微生物と選択的に結合することなどから、LacCer が好中球の病原微生物を食食・殺菌する過程に関与すると考えられている。本研究では、好中球が一般細菌と病原性抗酸菌を食食する過程での細胞膜と食胞膜のリピドラフトを分離し、プロテオミクス解析を行い、食食過程の違いを比較することで、食胞関連分子の探索を行い、新しいシグナル伝達経路を見出し、好中球の食食機構を明らかにすることを目的としている。本年度は、好中球の分化成熟にともってリピドラフトにどのような分子が会合するかをプロテオミクス解析することで、様々な食食関連分子が好中球分化に伴ってリピドラフトに出現

すること、特に、好中球の食食、遊走、接着において重要な働きをする C11b/CD18 (・2 integrin) が食食のための情報を LacCer のリビドラフトを介して Lyn を活性化させることで行うことを明らかとした。

参考文献：

1. Yanagida M, Nakayama H, Yoshizaki F, Fujimura T, Takamori K, Ogawa H, Iwabuchi K.: Proteomic analysis of plasma-membrane lipid rafts of HL-60 cells. *Proteomics*, 7: 2398-2409, 2007.
2. Nakayama H, Yoshizaki F, Prinetti A, Sonnino S, Mauri L, Takamori K, Ogawa H, Iwabuchi K.: Lyn-coupled LacCer-enriched lipid rafts are required for CD11b/CD18-mediated neutrophil phagocytosis of non-opsonized microorganisms. *J Leuk. Biol.* 83: 728-741, 2008.

テーマ：多読による英語教育—やさしい読み物の大きな力

研究者：○黛 道子, 神田みなみ, 小島 夕佳

最近の TOEFL スコアの国際比較でも日本は他のアジア諸国に劣り、日本の英語教育が運用力に結びついていないことを改めて示す結果であった。運用力を育てるため、本学部では訳読によらず、やさしい英語読み物を多読する授業を取り入れている。

授業で使用しているやさしい読み物は 1) 読む気持ちになる 2) 習慣的な訳読ぐせがとれる 3) どんな学習者も短時間なら、読むことができる 4) 部分ではなく、本を1冊読むことで自信がつくなどの利点を持ち、自然な言い回しや学校教科書にはない日常表現の獲得、基本語彙の反復による定着など多くの効果をもたらす。

アンケートでは例年、「楽しかった」との反応が多数を占め、「楽に読めるようになった」「速く読めるようになった」「嫌いだった英語が好きになった」「もっと読みたくなった」などのコメントが多数、寄せられている。

本年度、4月と1月に行った SLEP テスト (ETS) Reading Section の結果でも効果が認められ、やさしい本を読むことにより、運用的な読解力が向上したことが検証された。

本年度の結果の詳しい分析はこれからであるが、昨年度の SLEP テストの結果では、よりやさしい本を読んだ群が、より難しい本を読んだ群にまさる伸びを示した。無理せず、やさしい本をたくさん読ませること、多種多様なやさしい読み物を用意することが多読を成功させる鍵と考えられる。

テーマ：4年制大学における看護学生の職業への社会化
研究者：○小元まき子, 宮脇美保子, 寺岡三左子

目的：本研究の目的は、看護基礎教育課程における看護系大学生の看護職としての職業的社会化と、職業的社会化に影響を及ぼしている体験を明らかにすることである。

方法：研究協力者は、看護系大学の4年生で、1年次より継続して研究に協力している学生であり、本年度4月に研究協力継続の意思を確認した。データ収集はインタビュー(個人とグループ)とジャーナルにより行い、得られたデータより、看護系大学生の看護職への職業的社会化の状況と影響を及ぼしている体験を抽出し分析した。

結果および考察：4年生は、卒業後に取得する社会人・看護師という役割について具体的に考えていた。その考える時間をもてたことが、役割移行の準備をする上で重要であったと肯定的に捉えていた。参加者は、習得した専門的知識や技術、看護の価値や看護師としての態度について、これまでの体験を振り返ることで確認していた。さらに、看護師としての初期のキャリア展望を描き、看護師になることへの覚悟をするなど職業的社会化は深まっていた。

テーマ：看護系大学における地域貢献活動の実際—小・中学校との連携

研究者：○服部 恵子, 永野 光子, 稲富 恵子,
宮脇美保子, 工藤 綾子, 小元まき子,
青木 博美

本研究は、平成17年度から実施している看護系大学における地域貢献活動に関する研究の一環としての取り組みである。今年度は、本学部周辺地域の小・中学校との連携した地域貢献活動プログラムを立案・実施・評価することを目的に実施した。

昨年度、市内の小中学校の養護教諭13名を対象に、本学との連携可能性について調査し、小・中学校、各1校ずつから連携の希望があった。今年度はその2校の養護教諭と活動について検討した結果、A中学校での活動が実現した。

A中学校では、1年生次に生活習慣病検診を実施し、肥満度、コレステロール、血圧が高い生徒を養護教諭が3年間フォローしている。今回の活動内容は、生活習慣病の経過観察をしている生徒に対し、毎月1回の身長・体重・血圧測定、肥満度の算出と記録の補助、および生活指導を養護教諭とともに実施することである。10月～2月まで連続して経過観察に参加した結果、各学年の対象者が測定を継続しており、食生活や運動を見直す機会になって

いるなどの効果が見られた。

一方、次のような状況も明らかになった。生徒に測定日を連絡しても忘れやすい。生徒は放課後、部活動や塾などで忙しく、落ち着いて話をしにくい。生徒の家庭環境や家族関係も関わっている。また、生徒のプライバシーへの配慮が必要であるが、保健室で測定するため、けが人や病人があればその場で対応しなければならない。

これらは養護教諭が一人で対応するには困難であり、本学部との共同参画により充実・発展できる可能性が見出された。

テーマ：看護学生における「安楽」という概念の形成過程に関する研究—1年次前期終了時の捉え方—
研究者：○河田 幸恵, 村中 陽子

本研究の目的は、4年制看護系大学の看護学生が「安楽」の概念を形成していく過程を、学習進度との関連から明らかにすることである。今回は、講義・演習を中心に授業が展開された、1年次前期終了時における調査結果を報告する。

4年制看護系大学の1年次生8名を対象とし、安楽の定義、「自分自身にとって安楽な状態」、「患者にとって安楽な状態」についての半構成的インタビューを行い、安楽の捉え方に関する内容分析を行った。語りの中で用いられた表現を、Kolcabaが示した「安楽の4つの側面（身体的、心理精神的、環境的、社会文化的）」と「安楽の3つの感覚（Relief, Ease, Transcendence）」からなる構成分類に従ってコード化し、表現された頻度を比較した。

その結果、安楽の捉え方に関しては「身体的 Ease」「心理精神的 Transcendence」「環境的 Relief」「社会文化的 Relief」を表現した頻度が有意に高かった。また、自分自身の安楽に関しては、全ての側面において「Relief」の感覚を表現した頻度が高く、患者の安楽は「環境的 Ease」「環境的 Relief」「社会文化的 Relief」「心理精神的 Transcendence」を表現した頻度が高かった。これらの結果には、授業や演習で学習したこと、新たにスタートした学生生活におけるストレスや気付き、臨地実習を経験していないことによる不十分な患者イメージ等が影響していると考えられた。

テーマ：母親認知の縦断的变化—青年期から成人期にかけて—

研究者：○山岸 明子, 井森 澄江

目的：看護短大を卒業した30代女性の母親認知が、娘という立場で母親を見ていた青年期までの母親認知とどの

ように変わるのかについて、同一の被験者から得た縦断的データによって分析を行う。

方法：【被調査者】1994年から縦断研究をしている者の内、面接調査に応じるとした者20名。年齢32～33才。現在の職業は、看護師8名、保健師2名、助産師1名、養護教諭1名、パート職3名、専業主婦5名。【手続き】幼少期から短大時代まで、そして卒業後にどのようなことがあったかを中心に語ってもらい、その中で、母親はどのような人か、母親に対する気持は変わったか等について語ってもらった。結果と考察：面接場面での母親に関する語りが、肯定的・否定的カテゴリーに該当するかどうかから、現在の認知を肯定的／否定的／両面的に分類した。1994年の分類は山岸(2000)に詳しいが、本研究ではA)良好な関係 B)葛藤や問題がある関係 C)稀薄な関係とその程度の強さを入れたカテゴリーを使用し、今回の面接で現在の母親認知が肯定的／否定的／両面的の者が、1994年に各時期の母親をどのように記述していたかの検討を行った。その結果、現在が肯定的な者は11年前も良好な関係を記述していることが多いこと、現在否定的な者は11年前にも問題や葛藤を記述する者が多いこと、現在両面を語る者は幼児期につながりが薄いことを記述し、その後徐々に問題ある関係に移行し、大学時代には良好になる者が多いという傾向が見られた。今回の語りと11年前の生育史の記述は似ている場合が多く、11年間にいろいろなことがあっても母親への気持にはかなり一貫性があることが示された。

テーマ：複数の体験を組み入れた成人看護実習の実践能力育成効果に関する研究

研究者：○高谷真由美, 乗子 嘉美, 青木きよ子,
中島 淑恵, 安井 大輔

目的：成人看護実習では、病棟で継続的に受け持ち患者に看護を実施しながら、成人ⅠでICU、手術室、看護師同行、成人Ⅱで透析室、外来化学療法室、検査室、看護師同行、という複数の体験型実習を組み入れている。本研究は、複数の体験を組み入れた実習が学生の実践能力にどのような影響を与えているのかを明らかにすることを目的とする。

対象：平成19年度後期に成人看護実習ⅠまたはⅡを行い、研究協力に同意の得られた学生

期間：平成19年10月～12月

方法：1) 実践能力12項目を5段階で自己評価する質問紙を実習前後で記入し、変化を測定する。2) 平成17年度まで使用していた技術経験記録を使用し、実習終了後

に実施項目を記録する。3) 質問紙は実習前・後共に個別配布、郵送回収する。4) 結果は統計学的に分析を行う。平成15年度に行った、複数受け持ち実習に関する研究結果との比較を行う。5) 本研究は医療看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した。

結果：質問紙配布数60、回収数33、(回収率55%)であり、実習前後が揃い記入もれのない29名分を分析対象とした。実習前後での変化では、12項目すべてに有意な変化がみられた(Wilcoxon 符号付順位検定, $p<.05$)。5段階を「できる」「できない」の2群に分類して、「できない」から「できる」への変化をみると、「時間配分計画が立てられる」「患者・家族に対して説明ができる」「他職種に自分の考えが言える」の3項目で、有意な変化がみられた(McNemar 検定, $p<.05$)。平成15年度の結果との比較においても、実践能力の向上に有効であることが示唆された。

テーマ：学士課程の助産学生の職業アイデンティティの形成過程について一臨地実習での体験に焦点を当てて一

研究者：○小泉 仁子, 太田 奈美, 宮本 真巳

目的：本研究は、助産実習における体験を明らかにし、助産師としての職業アイデンティティ形成を促す実習のあり方を検討するための根拠となる資料を得ることを目的とした。

方法：関東地方の4年制大学で助産選択をし、臨地実習を行った学生のうち、本研究の趣旨を説明し協力の同意が得られた8名を対象とし、半構成的面接とフェイスシートとしての質問紙調査を実施した。実習中の体験に焦点を当てて検討するため、学生の抱いた感情に注目し分析を行った。倫理的配慮：順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認を得た。

結果および考察：

1. 助産師の志望動機は、【肯定的感情】と【なりたい自分】という2つのカテゴリーにまとめられた。
2. 助産実習の体験は、否定的感情を伴う体験と、肯定的感情を伴う体験に2分された。
 - 1) 否定的感情を伴う体験は、【助産実習の現実についていけないという思い】と【助産実習を乗り越えられないかもしれないという思い】という2つのカテゴリーを抽出した。
 - 2) 肯定的感情を伴う体験は、【助産実習を支えてもらっている思い】と【助産師としてやっていこうという思い】という2つのカテゴリーを抽出した。
3. 助産師としてのアイデンティティは、肯定的感情を

伴う体験と共に形成されていく。

否定的感情を伴う体験も適切な支援で肯定的感情に転化する。リアリティショックの強弱とその立ち直りの過程に職業アイデンティティ形成のポイントがあることが示唆された。

テーマ：高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院中の患者をもつ家族の負担感に関する研究

研究者：○杉山 智子, 高橋 典代, 仁科 聖子,
湯浅美千代

目的：高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院中の認知症高齢者家族の負担感を質的に明らかにする。

方法：【分析対象者】当該病棟に入院した認知症をもつ患者の家族3名(全員70歳代女性)。【調査時期・方法】①入院時として入院後2週間以内と②退院前として退院決定時または入院3ヶ月後の2回の半構造化面接。面接内容：入院前、中、退院後の3時点における不安や心境など。【分析】逐語録として記述した後、質的に分析し、3時点の変化を①入院時と②退院決定時で比較。

結果・考察：1) 入院時：入院前ではどの家族も患者の認知症症状における身体的、精神的負担を感じていた。また、「(自分が在宅介護を)もう少し頑張れたのではないか」という思いも抱いており、入院後も精神的解放感を得られない原因となっていた。また、入院中は病院側のケアや治療の考え方や期待の相違や面会への義務感による負担がみられた。退院後については考えてはいるもののまだ現実的ではない様子がみられた。2) 退院決定時：圧倒的に退院後の生活や介護についての不安がきかれた。その際に患者の精神症状が軽快した感があるものの、入院後に身体症状の変化や身体疾患を伴うことにより、入院させたことへの葛藤や自責感、また自宅介護への不安を大きくすることもあった。

結論：時間の経過により、家族の身体的負担は軽減されるが、精神的負担は軽減することはなかった。また不安はその程度や内容が変化するため、入院後の家族の精神的負担感への援助が必要と考えられた。

テーマ：千葉県内地域包括支援センターの活動の特色と課題

研究者：○山口 忍, 荒賀 直子, 葛西 好美,
初鹿 静江

目的：国は平成18年度から介護予防の中核機関になることを目的に地域包括支援センターの設置を進めている。地域包括支援センターは、地域ネットワーク機能をもち

それは保健師に大きく期待されていることである。その設置、運営については市町村の運営協議会で検討される。そこで地域のネットワーク活動に焦点をあて、地域包括支援センター及び運営協議会の活動内容を把握し、今後の活動への示唆を得る事を目的に調査を実施した。

方法：1月に、千葉県内全市町村運営協議会56箇所と地域包括支援センター36箇所に無記名自記式調査票を郵送により配布回収した。

結果：1)市町村運営協議会：36件の回答があった(回収率64.3%)。構成メンバーは平均11.6名、種類は「地域の事業者」「医師」は全数、「民生委員」が約85%、「社会福祉協議会職員」「病院関係者」「学識経験者」「当事者」は約70%であった。地域包括支援センターとの会議や活動の管理はほぼ半数で「実施」、両者の連携は「あまりとれていない」57.1%であった。「地域のネットワークづくり」は「全く実施していない」48.3%であった。2)地域包括支援センター：18件の回答があった(回収率50%)。構成メンバーは平均6.9名、職種は「主任ケアマネジャー」「社会福祉士」「保健師」「看護師」「ケアマネジャー」が高かった。運営協議会と「連携がとれている」は12.5%。「社会福祉協議会」「病院」「民生委員」とは全センターが連携をとっていた。77.8%が「地域の中核機関となっている」と回答した。

考察：地域包括支援センターでは本格的な活動が開始されていない状況であった。今後さらに具体的な取り組みについて把握が必要である。

テーマ：訪問看護師が認識する退院支援の現状と課題—訪問看護上の困りごと・役立ったことより—

研究者：○樋口キエ子, 大木 正隆, 原田 静香, 山口 和枝

目的：訪問看護師が認識する退院支援の現状を把握し、病院と地域看護職の退院支援のあり方を検討する。

方法：データ収集は、関東地域の訪問看護ステーションに属する訪問看護師6名を協力者として半構成的面接を行ない、データを質的帰納的方法で内容の分析を行った。結果および考察：面接時間は平均35分である。属性：平均年齢35歳、勤務年数平均5年である。分析の結果、訪問看護師が認識する退院支援の現状は、【患者家族の意向・医療従事者の方針不統一】【在宅での生活に沿わない継続ケアの指導】他5カテゴリ、【患者家族が意向を話す機会がなく退院後迷う】【在宅で応用可能な指導】他19サブカテゴリ、【患者家族が退院後の希望や意向を話す機会がなく退院し、在宅で悩んでいる】【病院医師と看護師の方針

が不統一で在宅移行後に患者家族が混乱した】他31コードが形成された。【患者家族の意向・医療従事者の方針不統一】と構成する内容では、患者家族にとり、退院後の意向を話す機会がない、医療従事者の方針が統一されないことで生じる不安が示された。【在宅での生活に沿わない継続ケアの指導】では、最初に指導された病院での方法を在宅用アレンジしようとしても修正が難しい様子が示された。【事前訪問・ケアカンファレンスによる訪問の円滑化】では、顔を合わせた会議により、リハビリチームや医師に変化が生じチームケアに繋がる様子が示された。訪問看護師が期待する退院支援は、対象者の生活の継続に即した内容であった。

テーマ：幼児を持つ母親のドメスティックバイオレンスの実態

研究者：大槻 優子, 石村由利子, ○飯野 伸子

目的：A市の幼児を持つ母親のドメスティックバイオレンス(以降DVとする)の実態を明らかにし、医療者が担う役割を検討するための基礎資料を得る。

方法：A市立幼稚園に通園している子どもの母親1,475人を対象として、DV被害の有無と内容、夫との生活の満足度、相談する専門機関の認識、被害時の対処方法について質問紙調査により実態を明らかにする。

倫理的配慮：順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認を得、アンケートへは無記名で協力は自由意思であることを明記し承諾を得た。

結果・考察：有効票は415(有効回収率28.1%)であった。DV被害を受けたことがある者は22人(5.4%)、DVの内容では身体的暴力12人(54.5%)、精神的暴力18人(81.8%)であり性的暴力はなかった。A市が20~70歳を対象に、平成17年度に行った調査結果では26%であったが、幼児を持つ20~40歳の方が割合は少なかった。また、夫との生活の満足度は非常に不満・やや不満が8人(36.3%)であり、専門機関の相談所については知らない者が13人(65%)と半数以上が認識していなかった。さらに、DVを受けたときの対処方法は実家や友人に相談した者が14人(63.6%)であり、専門の機関に相談した者は2人(9.1%)に過ぎなかった。これらのことから、DVの知識の普及とともにその対処方法についての啓発、医療機関はDVを発見する機会が多い場であるので医療者がDV発見の意識をもつことが重要である。

テーマ：新生児のケアに関する情報の実態

研究者：○西田みゆき、堀田 久美

研究目的：育児書における新生児に関する情報の内容を明らかにする。

研究方法：

1) 対象：0-6歳児までを対象とした内容で、最も新しいもの10冊とした。

2) 分析：K.Krippendorff (1989) の内容分析を参考に分析し、新生児に関する記事の内容をコード化した上、関連するコードをまとめ、内容を吟味してカテゴリー化した。

結果：

1) 分析対象の概要：執筆・監修者はいずれも小児科医師が関与しており、次いで産科医師3文献であった。看護職共同執筆者としているものとしては、助産師が参加しているものは1文献のみで、看護師が執筆に参加しているものはなかった。

2) 分析内容：文献において、新生児期について記載されている内容を分析し7項目に分類し、さらに細分類を行った。最も多かったのが、「育児技術」の項目と、「病気」に関連する項目であった。構成としては、日常的な生活ケアを具体的に写真やイラストを用いて丁寧に記載していた。産院や助産所での母親指導を念頭に置いた継続的な記事は見当たらなかった。

考察：新生児期は、母親の体力的に産後の疲労が強いため、まとまった記事をわかり易くまとめる必要がある。また、産院などで行われる指導を継続して行えるように連携していくことが大切であると考えた。

テーマ：入院児をケアする看護師の「子どもの最善の利益の保証」に関する意識と実践

研究者：○西村あをい、小林八代枝、熊野 瑞生

目的：入院児をケアする看護師の意識と実践の実態を、「子どもの最善の利益の保証」という視点で明らかにする。

方法：平成19年11月～12月、東京近郊の大学病院3施設の小児病棟に勤務する看護師104人を対象に、日本看護協会の「小児看護領域の看護業務基準」を基に作成した子どもの最善の利益に関する質問紙（4段階評定）を用いて調査を実施した。分析にはSPSS14.0を使用した。

結果及び考察：子どもの最善の利益に関する質問30項目の得点平均値は「意識」3.61、「実践」3.44であり、「意識」が有意に高かった（ $P < 0.001$ ）。つまり入院児をケアする看護師は、日々子どもの権利を意識した関わりを必要と感じながらも実践には至っていないことが示唆された。また各項目の比較では、30項目中20項目の「意識」が有

意に高いが、10項目に関しては有意差が認められなかった。この有意差が認められない項目は、「医療行為が必要になった原因を保護者の同意なしに他者に知らせない」、「子どもの安全のために、やむを得ず拘束や固定を行う場合は、保護者の理解度に応じて説明する」、「面会人（時間）の制限を保護者の希望に応じて考慮する」、「家族の付き添いは保護者の希望に応じて考慮する」であった。これは、子どもの養育責任を持つ保護者の価値観や権利が子ども自身より優先されるという小児看護の特徴が明らかになった。

テーマ：治療を必要とする認知症高齢者への看護スキル

研究者：○湯浅美千代、杉山 智子、仁科 聖子、杉山 典子

高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟に働く看護師たちが、高齢認知症患者にどのように看護を提供しているか、困難な事柄をどのように解決しているかを聞き取り、治療を必要とする認知症高齢者に対する看護スキルを明らかにすることを目的に、18名の看護師への面接調査を行なった。

その結果、①認知症患者対看護師という前に人間対人間の関係を忘れず、本人を第一に考えた対応をすること（本人のペースに合わせる、無理強いしないなど）、患者の言動の意味について考え、患者が心地よくなるようコミュニケーション・環境づくりをしていくことを基盤とし、②本人に受け入れられる方法を見出すために試行錯誤し、チームメンバーと情報を共有すること、③看護助手をはじめ、他職種と連携を図るが、そのための相互理解があること、特に、認知症について専門的な診断、治療ができる医師であるため、疾患と症状との関係を教えてもらえる、安静指示や処置、内服について患者が拒否し指示の遂行が困難な場合の妥協案や最も苦痛が少ない方法などを相談しやすいことが述べられた。また、④必要な治療、処置は強制的にでも短期間に確実にできるようにし、危険がある場合はミトン、鎮静剤を使用し行動を抑制するが、気づかせない方法、安全・確実な方法、監視体制、時間かせぎになる方法、方法の厳選、妥協案の備えなど、様々な工夫がされていた。さらに、⑤自ら訴えることができない認知症患者の異常の早期発見のために、先入観をもたずに微妙な違いを発見し検討していくことが述べられた。

<奨励研究>

テーマ：教育課程別（大学卒業・専攻科卒業）新任保健師のストレスの比較

研究者：○初鹿 静江

目的：大学卒業と専攻科卒業の勤務年数3年以内の新任保健師を対象に、学生実習期間の短縮が現状のストレスに及ぼす影響を検討することを目的に、バーンアウト指標を用いたストレス調査を実施した。

方法：看護大学および保健師養成専攻課程を有する20都道府県の中から無作為に市町村を抽出し、350市町村保健センターの新任保健師に実施した。

分析：バーンアウト調査票の総合得点をストレス得点とし、t検定、因子分析を実施した。

結果：回収は139件（回収率40%）、うち女性134件、男性5件、年齢構成は、21～25歳50%、26～30歳43%、31～35歳5.9%、36～40歳1.1%、平均勤務年数は、1年4ヶ月。卒業課程別では、修士課程6.4%、編入学を含む大学卒67%、短大専攻科12%、専門学校専攻科17%であり、修士課程を除く133件について、大学課程（92件）と専攻課程（短大専攻科17件と専門学校専攻科24件）に2区分しt検定を行った。大学卒業課程と専攻科卒業課程では、ストレス得点の平均値はほぼ等しく、統計的に有意差はなくストレスに違いはなかった。

次に、学生時代に3週間以上の市町村実習を行っていた割合は、大学で9%、専攻課程で53%と大学での実習時間は専攻課程に比較し短いという調査結果を得た。この結果から、実習期間の長短によるt検定を実施した。2週間以上の実習経験があるものは、2週間未満に比べ、ストレス得点の平均値は低かった（ストレスが少ない）が、統計学的には有意では無かった。

考察：教育課程別では、ストレス得点に差は無いが、実習期間の短縮は、新任保健師のストレスに何らかの影響を与えている可能性も否定できない。実習時間が短かった場合の因子分析では、因子抽出ができなかったため、別手法を試みる必要がある。

テーマ：保育者の「気になる子ども」への気づきと社会資源との連携の現状

研究者：○熊野 瑞生

目的：保育者の「気になる子ども」への気づきとその対応についての実態調査と、それに関する社会資源との連携の現状を明らかにする。

方法：平成19年7月～9月の期間で、東京近郊のA市の認可保育園と幼稚園に勤務する保育士378名、幼稚園教諭137名を対象に、「気になる子ども」の有無やその対応についての自記式質問紙を用いて調査を実施した。

結果及び考察：「気になる子ども」の存在について保育士は107人（55.2%）、幼稚園教諭は74人（71.2%）がいると回答した。保育者の「気になる」内容は、落ち着きのなさやこだわりの強さといった「行動的特徴」が最も多く、精神面・行動面での幼さ等の「発達全般」、友達と上手く遊べない等の「対人関係」と続いており、集団の中での問題行動や保育の困難性を感じる項目が多く挙げられ、これらは軽度発達障害の特徴と似ていた。「気になる子ども」への対応については、保育園・幼稚園ともに「話し合いの場を設ける」「補助の保育者をつける」「保護者と面談」「専門機関との連携」等を実践していたが、支援体制については7割近くの保育者が十分ではないと考えていたり、2～3割の保育者は具体的な専門機関について把握していないといった問題点も浮き彫りとなった。以上から、「気になる子ども」に対し、集団活動や対人関係を促せるように場面や状況に応じた関わりを提供したり、それに対する支援内容や体制の整備と強化をしていくことが必要であると言える。

テーマ：気管吸引に伴う収縮期血圧上昇要因の分析

研究者：○安井 大輔

研究目的：心臓・血管系手術後患者における気管吸引の看護行為に際し、最も留意すべきことは、安定した循環動態を保つことである。心臓・血管系手術後は、手術侵襲が大きいことや体外循環、術前のリスクにより循環動態が不安定になりやすく、循環管理が特に重要となる。心臓・血管系手術後患者に対して行われる看護ケアとして気管吸引を取り上げ、その循環動態に及ぼす影響を検討した結果、16例中15例には大きな変化は認めなかったものの、1例においては収縮期血圧の20mmHg以上の上昇を認めた。収縮期血圧の急激な上昇を認めた1例について検討することで、より一層安全に気管吸引処置を提供できると考え、本研究を行う。

研究方法：先に行った研究で得た、心臓手術（冠動脈バイパス、弁置換・形成）を受けた直後の患者に実施した気管吸引前後の血圧や脈拍などの測定値および患者背景などのデータを分析する。

結論：対象となった1例に関して、ラムゼイスコアが他症例よりも低かった。鎮静を深めることで交感神経活性は抑制されるが、このケースでは浅い鎮静であったため、気管

吸引により交感神経が刺激されて起こった反応であることが考えられ、循環動態の変化を極力起こさないためには、一定レベル以上の鎮静が有効であることが示唆された。また、全症例中最高齢であったことから、高齢者と気管吸引に関する文献検討をしたが、示唆は得られなかった。

テーマ：訪問看護ステーションの新規利用者における施設間の連携手段の特徴

研究者：○大木 正隆

本研究の目的は、訪問看護ステーションが新規利用者を受け入れるに際し、紹介先とどのような連携手段をとっているかその特徴を利用者・家族の状態別に明らかにすることである。対象は千葉県内の全訪問看護ステーション182か所に往復葉書による調査を依頼し、同意が得られた52か所のステーションに調査を依頼し、有効回答が得られた180事例（1ステーションあたり1～5事例）である。調査内容は、利用者・訪問看護師の属性、連携手段として、訪問看護師が初回訪問看護前に受け取った紙面情報の種類・電話連絡の有無、初回訪問看護前の病棟・自宅訪問の状況、初回訪問看護前のケアカンファレンス等の状況を調査した。また文献・先行研究を参考に作成した19項目（5段階リッカート尺度：とても課題あり～課題なし）からなる調査内容を用いて、利用者・家族の初回訪問看護前の状態を確認した。実際に行われた連携手段（8項目）の回数と利用者・家族の状態（19項目）とを相関分析した結果、9の相関（ $p<.05$ ）が確認された。また利用者・家族の状態別にどのような連携手段が必要かを明らかにするために、連携手段の事例に対する理想回数と利用者・家族の状態とを相関分析した結果、16の相関（ $p<.05$ ）が確認された。実際に初回訪問看護前の連携手段の実施回数と理想回数を比較した結果、5項目間で有意差（ $p<.001$ ）がみられた。連携の実施には、訪問看護ステーションに利用者依頼があった日から、初回訪問看護開始までの準備期間等が要因の1つとして影響していることが示唆された。

テーマ：在宅独居高齢者の終末期における実態を明らかにするための調査票作成

研究者：○仁科 聖子

目的：在宅独居高齢者の看取りの実施状況および看取りを可能にする看護援助と問題点を網羅的に収集するための方法を明らかにすることを目的に、文献と先行研究結果を元にヒアリングを行い、調査枠組みの作成を行う。

方法：ヒアリング対象者は、首都圏の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師で、在宅独居高齢者事例に関わり

死亡するまでの看取りを経験した者2名。データ収集方法は、昨年の研究結果及び文献より得られた内容を確認し、さらに追加項目があるかを聞き取った。ヒアリングでは、多くの職種や行政関係者が関わり、様々な立場から意見を交換することの重要性について語られた。ヒアリングにより調査枠組み及び調査項目を修正し、調査票を完成させる。

結果：在宅での看取りの状況は、地域や組織による違いがあると考えられた。そこで、訪問看護ステーションと訪問看護師それぞれを対象にする必要があると考えた。訪問看護ステーションの調査の内容は、在宅死の状況、緊急時連絡体制、サービス利用状況、連携方法についてである。訪問看護師を対象とした調査の内容は、援助方法に関する内容であり、独居高齢者の意思を尊重するための援助、独居高齢者の意思の確認、高齢者の不安・苦痛に対する援助、看取りの準備、家族に対する心理的な準備、他職種との連携方法である。

テーマ：胸膜中皮腫患者の入院中の療養生活上におけるケアニーズの特徴

研究者：○葛西 好美

背景：中皮腫は、発生原因の80%以上にアスベスト曝露歴が証明されている悪性腫瘍である。現在、決定的な治療方法は未開発であり、中皮腫患者への看護についても明らかにされていない状態にある。

目的：胸膜中皮腫患者の入院中の療養生活上におけるケアニーズの特徴を記述し、患者の身体的・精神的苦痛を軽減するためのケアのあり方を検討する。本年度は予備調査とし、インタビューガイドやデータ分析結果を検討し、今後の研究の方向性について考察することを目的とした。方法：呼吸器内科の主治医が身体的・精神的状態が安定していると判断し、研究同意の得られた胸膜中皮腫患者1名を対象に、半構成的質問紙によるインタビューを行った。調査内容は、患者属性、胸膜中皮腫と診断されたことによる心境、日常生活で困っていること、看護師に対して求めていることであった。予備調査は平成19年12月に行った。データ分析は、grounded theory approachを用いた。倫理的配慮として、本学倫理委員会、順天堂医院倫理委員会の承認を受けた。

結果と考察：胸膜中皮腫患者のケアニーズを示すカテゴリーは、【中皮腫診断に関するもの】、【中皮腫治療に関するもの】、【中皮腫による身体的苦痛と症状緩和に関するもの】に分類された。今後は、中皮腫患者の心理的状态をより深くインタビューできるようガイドを修正し、データ数

を増やして分析を進めていきたい。

テーマ：医療福祉の現場における最近の音楽療法の動向

研究者：○中島 淑恵

研究目的：音楽は、医療、福祉、療育の場でセラピーの目的として用いられる他に、その他の CAM と併用したり、BGM として利用されている。音楽療法には様々な手法があり対象に合わせ提供されているが、生体指標を用いて音楽の効果を検証する基礎的な研究も多く行われている。しかし、2004年までに誌上発表された文献の調査では、介入研究の分析として妥当性が低いものが多く、音楽療法の効果を客観的に評価しているものは少なかった。また、医療・福祉機関で行われているアクティビティや BGM の使い方から、スタッフに対する音楽療法の啓蒙が必要であると考えた。本研究では、その後の調査として過去4年間における日本の音楽療法の変遷を文献検討から明らかにし、今後の研究における示唆を得ることを目的とした。

研究方法：医学中央雑誌で「音楽」をキーワードに、2004年以降に掲載された原著論文を検索した。音楽性幻聴や失音楽に関するものは除き、音楽療法やその効果を検証した論文の対象、方法について調査した。

結論：242件の原著論文において、医療機関の利用者を対象とする文献が7割程度を占め、高次機能障害やパーキンソン病など、神経疾患のリハビリテーションに関するものが多かった。分析には、fMRI、その他脳機能画像、心電図やホルモンによる自律神経活動、心理評価尺度が評価として用いられていた。また、研究方法において RCT や症例対照研究など、音楽療法の効果を客観的に評価した論文が増加した。看護師による音楽を用いた研究では、喘息患児の吸入療法、検査室や手術室での BGM など、対象診療科や用途も様々であり、生体指標・心理尺度を用いた評価が行われていた。

医療看護研究

Journal of Health Care and Nursing

投稿規定

I. 投稿資格

投稿者は、本学部の教員及び編集委員会（当面研究委員会がかねる）が認めた者。共同研究発表の場合には、必ず本学部の教員が含まれていること。

・総説	16,000字（10枚）
・原著	16,000字（10枚）
・研究報告	11,200字（7枚）
・実践報告	11,200字（7枚）
・その他	11,200字（7枚）

II. 原稿の種類

原稿の種類は、総説・原著・研究報告・実践報告・その他であり、内容は次の通りである。

総説：特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、幅広く概観したもの。

原著：論理的かつ明確な構想に基づき得られた研究結果をもとに、新しい知見が論理的に示され、独創性があり、学術的な意義が明らかであるもの。

研究報告：内容的に原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きく、発表する価値が認められるもの。

実践報告：教育活動、医療看護実践の報告などで教育・医療看護実践の向上・発展に寄与し、発表の価値が認められるもの。

その他：学会参加報告等、編集委員会が認めたもの。

III. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

IV. 執筆要領

1. 原稿の書式

原稿のサイズはA4版とする。論文は和文を原則とし、A4用紙に40字×40行で印字する。

英文の場合はダブルスペースで印字する。

原稿提出の際は、オリジナル原稿およびコピー3部（表紙に論文題目のみ記載）を提出する。査読後の最終原稿にはフロッピーディスクを添付し、氏名とファイル名、フォーマット形式およびソフトウェアを記載する。

2. 原稿の長さ

投稿原稿の1編は、本文、図・表、文献を含めて下記の字数以内とする。超過した場合は、所要経費を著者負担とする。

3. 原稿の構成

1) 表紙

論文題目、著者名、所属を和文・英文でつけ、希望する論文の種類、連絡先を記入する。

2) 要旨とキーワード

論文には、和文要旨（500字以内）と5個以内のキーワード（和文・英文）をつける。原著の場合は、英文要旨（300語以内）もつける。

3) 本文

(1) 文字は、平かな、口語体、新かなづかいとし、句読点を明確に記す。

(2) 1桁の数字は全角入力、2桁以上の数字は半角入力、欧文の大文字・小文字は半角入力とする。

(3) 各章の見出し番号は、I, 1, 1), (1), ①の順とする。

(4) 単位は、m, cm, mm, g, mg, l, ml等とする。

(5) 略語は慣用のものとする。一般的でない略語を用いる場合は、論文の初出のところで正式用語とともに提示する。

4) 図・表の作成

図・表はそのまま製版するので、ワープロ製図した原図（コピーは不可）とする。写真は鮮明な紙焼き（モノクロ・手札製以上）に限る。裏面に、標題・著者名を明記する。

図・表は本文とは別に1枚ずつ白紙に貼付して添付し、本文中に挿入する位置を指定する。印字例にて各自レイアウトし、原稿制限枚数内に納める。

5) 文献

文献は主要なもののみ限定し、印刷されたもの、入手可能なものが望ましい。引用文献は引用順に番

号を付けて配列し、引用箇所には肩付数字 1) 2) 3) … を記入する。参考文献を入れる場合は、著者名のアルファベット順に末尾にまとめる。

著者名は3名まで記載する。

欧文雑誌名の省略は Index Medicus の省略名に準拠し、和雑誌名は省略しない。

<引用文献の記載例>

①雑誌—著者名：論文名，雑誌名，巻(号)，頁—頁，西暦年。

例) 原田静香，荒賀直子，山口忍，他：地域看護学専攻における在宅ケア実習の評価—実習対象者の調査から，順天堂医療短期大学紀要，15，36-44，2004。

②単行書—著者名：書籍名 版，発行所，発行地（東京の場合省略可），頁—頁，西暦年。

③翻訳書—原著者名：原書名，原書発行年，翻訳者名，翻訳書名 版，頁—頁，翻訳書の発行所，翻訳書発行年。

④ウェブページや PDF ファイルからの引用は，そのページのリファレンスとしての要件（URL が変化しない，誰でも閲覧可能など）を十分検討したうえで次のように行う。

・ウェブページからの引用—著者名（年，月，日）：タイトル<URL (Uniform Resource Locator)>。

例) 大谷和利 (2001.4.9)：“一度に1人ずつの革命：再び「なぜ Mac が好きだと言わないのか？」” <http://www.zdnet.co.jp/macwire/0104/09/c_hangeworld.html>

・PDF ファイル等の電子出版物—基本的に冊子体の雑誌の引用スタイルに準じて表記し，URL を明記する。

例) 太田勝正 (1999)：看護情報学におけるミニマ

ムデータセットについて，大分看護科学研究，1(1)：6-10. <[http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)>

V. 論文の採否

投稿原稿は査読を行い，編集委員会が原稿の採否，掲載順序を決定する。

VI. 校正

著者校正は初校のみとし，この際大幅な加筆修正は認めない。

VII. 著者が負担すべき費用

掲載料は無料とする。

別刷りは30部まで無料とし，それを超える部数は著者負担とする。その他，印刷上特別な費用を必要とした場合は著者負担とする。

VIII. 著作権

本誌に掲載された論文の著作権は，順天堂医療看護研究会に帰属し，本会が電子化の権利を有する。

IX. 原稿提出先

〒279-0023 千葉県浦安市高洲2-5-1

順天堂大学医療看護学部内

医療看護研究 編集委員会

TEL 047-355-3111

FAX 047-350-0654

この規定は、平成15年7月15日より発効する

平成20年7月1日 一部改正

