

ISSN 1349-2721

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

1

2004
March



滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究

編集委員長 石田 英實
編集委員 松本 行弘
森下 妙子
比嘉 勇人
小島 照子
滝澤 寛子
横井 和美

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Hidemi Ishida
Editors Yukihiro Matsumoto
Taeko Morishita
Hayato Higa
Teruko Kojima
Hiroko Takizawa
Kazumi Yokoi

人間看護学研究 創刊号

発行日 2004年3月31日

発行：滋賀県立大学人間看護学部
〒522-8533 滋賀県彦根市八坂町2500

電話 0749-28-8631

ファックス 0749-28-9501

印刷所 ㈲ひがし印刷

ISSN 1349-2721

School of Human Nursing

The University of Shiga Prefecture

2500 Hassaka, Hikone, Shiga 522-8533 Japan

tel 0749-28-8631, fax 0749-28-9501

Printed by HIGASHI PRINT

巻 頭 言



つついさちこ
井 裕 子

人間看護学部 学部長

平成15年4月に人間看護学部が発足しました。滋賀県は、健康・福祉分野の教育・研究をさらに充実するひとつとして、医療・看護領域の4年制看護学部を滋賀県立大学に開設しました。

本学部は、医療の進歩に伴う知識を修得するとともに、人間を深く理解し、個々人にあった看護技術で援助できる学生を育成することを期待されています。また、滋賀県の看護の質をさらに高めるための拠点としての役割も期待されています。

看護学は人間を対象として、どのような健康状態にある人にも、その人らしく生活できることを支える学問であり、実践の科学でもあります。つまり、看護学は個々の人間の根底にある生き方や自己概念を重視し、意欲を引き出し、ニーズに対する援助を実践することです。

看護学が発展するための研究は、人間の感性や行動を観察し分析することから始まっています。したがって、看護研究は、必ずしも数字で表し量的に理論化する研究ばかりではなく、洞察性の高い質的な研究も重要視しなければなりません。

本学術雑誌の創刊に際しては、学術雑誌検討委員会での議論と学部構成員からのアンケート等に基づき、学部全体の意見を集約し、このようなジャーナルの形をとるに至りました。そこで、内容も学術論文から学部内の活動などの情報を提供できるものになっております。

今後、学部で開催するセミナーや特別講義の内容なども掲載し、本誌の充実に努め、開かれた学部を目指します。本誌はじめ本学部の発展にご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。



論文



地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因

北村隆子¹⁾、臼井キミカ²⁾、筒井裕子¹⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部、²⁾大阪府立看護大学

背景 高齢者は、身体機能の低下や社会的役割の喪失から、自尊感情を低下させる傾向にある。この自尊感情の維持は、高齢者の生活の質を維持していくための重要な要素である。生活の質を維持するために市町村事業として展開されている介護予防活動は、虚弱高齢者を対象としながらも、健康な高齢者の参加がほとんどであった。一方で小地域単位でのサロン活動は、高齢者が徒歩で行ける範囲にあること、顔見知りの人が多く、人との交流が生みやすいことなどの利点がある。この点から、今後は小地域単位での虚弱高齢者を対象とした予防活動に拠点が置かれていくのではないかと考えられる。

目的 小地域活動である地域サロンにおける参加高齢者の自尊感情に影響する要因を把握することである。

方法 A県内3町の地域サロン開催日に、参加した高齢者に対し、日常生活動作能力測定（立ち上がり歩行能力・手腕作業能力・身辺作業能力・握力・長座体前屈）および質問票を用いて調査を行った。対象者57名の平均年齢は、78.4±6.2(mean±S.D.)歳、最高年齢92歳であった。

結果 自尊感情得点と生活満足度得点間には、有意な関係がみられた($p < 0.01$)。自尊感情に影響を及ぼす要因としては、群間に有意な差が見られたのは主観的健康観であった($p < 0.05$)。日常生活の活発さや加齢現象、家庭での役割においては、有意な差がなかった。生活能力においては、長座体前屈が大きいほど自尊感情も高い傾向を認めた。また、世帯別の自尊感情得点は、一人暮らしの群が他の群よりも低く、夫婦世帯が最も高かった。

結論 自尊感情の向上が生活の質を高めることにつながるということが、今回の研究においても明らかになった。また、高齢者自身が健康であると感じるほど自尊感情得点が高く、高齢者自身が認める健康観が影響を及ぼしている。健康観に影響する要因の一つには、生活能力の維持が重要な要素と考えられるものの、今回は生活能力と自尊感情得点の間に有意な関係を見いだせなかった。また、視力や聴力等の加齢現象と自尊感情得点の間にも有意な関係を認めなかった。サロン参加頻度においては、有意な関係が見られなかったが、参加頻度の高い群に自尊感情得点が高い傾向が見られることは、サロンにおける何らかの要因が影響しているものと思われる。サロンにおける内容と自尊感情との関係を検討していくことも今後の課題である。

キーワード 高齢者、自尊感情、地域サロン、介護予防

I. はじめに

高齢者は、加齢とともに身体機能の低下や社会的役割の喪失から、自己拒否や自己への不満足を感じ自尊感情を低下させる傾向にある。しかし、高齢者は単に弱い、停滞した存在ではなく、強い面を持ち合わせた、さらに

発展の力を持った存在¹⁾であり、高齢者が他者から必要とされ、大切にされていると感じることで、自信も持ち続ける²⁾。また地域における行事の参加やそこでの役割が、自尊感情に影響を及ぼしている³⁾。Shwartz⁴⁾は、「自尊感情を維持することは、上手に老いるための最も重要な要素であり、生活の質を維持するくさびである」と述べている。このように、高齢者が満足いく生活を送るためには、いかに自分を尊重できるかが重要な課題となってくる。

高齢者の生活の質を維持するために、平成12年度の介護保険制度の施行に伴い、市町村の介護予防・生活支援事業として転倒予防、閉じこもり予防等が展開され⁵⁾⁶⁾、

2004年1月15日受付、2004年2月25日受理

連絡先：北村隆子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

tel: 0749-28-8655 fax: 0749-28-9523

e-mail: tkitamur@nurse.usp.ac.jp

平成15年度からは介護予防・地域支え合い事業に名称変更され今日に至っている。また、小学校区や自治会単位、いわゆる小地域単位でのふれあいサロンが発展的に行われている⁹⁾。特に小地域単位での活動は、高齢者が徒歩で行ける範囲にあること、顔見知りの人が多く人との交流が生みやすいことなどの利点があり、参加者もまた身体的虚弱であったりすることが多い¹⁰⁾。また、飯谷ら¹¹⁾は、期待されたり、頼られることで元気を取り戻す高齢者も多く、このような状況は、小地域でのグループ活動の中で生まれやすいこと、またそのためには高齢者が持っている力を引き出すことの必要性を述べている。これまでの市町村単位の予防活動では、虚弱高齢者を対象としながらも、実際の参加者は健康な高齢者がほとんどであった。こういった点から考えると、今後は小地域単位での虚弱高齢者を対象とした予防活動に拠点が置かれていくのではないかと考えられる。

そこで、今回は小地域活動である地域サロンの活動に着目し、サロン参加高齢者の自尊感情に影響する要因を把握することを目的に調査を行った。

II. 用語の定義

今回の調査において、自尊感情の定義は、遠藤¹²⁾の「self-esteemは、人が持っている自尊心、自己受容などを含め、自分自身についての感じ方」とした。遠藤は¹³⁾高いself-esteemを持つことは、自分自身を「好ましいと人間」と感じ、自分の行動を積極的に「価値あるもの」として評価すると述べている。

III. 研究方法

1. 対象

調査の対象は、A県内のB町、C町、D町の3自治体に在住し、各町の地域サロンに現在参加している、あるいは以前に参加したことのある高齢者57名であった。地域サロンは、介護予防・生活支援を目的とし、町の民生委員、ボランティアが中心となり運営されている。調査の実施にあたり、事前に各町の民生委員に調査目的、内容等についての説明を行い調査日、場所等の調整を行った。調査は、各サロン開催日に行った。また、参加者への説明は、サロン開催初日に調査目的・内容の説明を記入した用紙を配布し、口頭での説明を加えた。説明後参加への同意を文章で得た。調査中に身体変化等があったり、また身体的に無理な内容であれば中止できることを付け加えた。

参加者57名の平均年齢は、78.4±6.2(mean±S.D.)歳、最高年齢92歳であった。性別は女性49名、78.7±6.3(mean±S.D.)歳、男性8名、76.9±5.7(mean±S.D.)歳で

あった。

2. 期間

調査期間は、平成15年10月～11月であった。

3. 方法

調査は、日常生活動作の測定および調査票に基づく面接調査により行った。日常生活動作の測定については、転倒等の危険防止のため各測定項目に担当者1名を配置し、対象者の安全を確保しながら行った。調査票の記入に際しては、民生委員、ボランティアのメンバーに記入補助の協力を依頼した。

1) 日常生活動作

日常生活動作は、生活体力と身体能力とした。種田ら¹⁴⁾は高齢者の体力概念を「機能的に自立して日常生活を支援なく過ごすための身体的な動作能力」と定義し、これを生活体力として評価している。この項目は起居能力、歩行能力、手腕作業能力、身辺作業能力の4項目から構成されている。生活体力の測定内容および方法については、明治生命厚生事業団体力医学研究所開発¹⁵⁾および柳堀ら¹⁶⁾の生活体力項目を参考に、調査場所・対象者の特性を考慮し、3能力(立ち上がり歩行、手腕作業、身辺作業)とした。また、身体能力は、握力、長座体前屈の2能力とした。調査開始前に血圧測定および身体状況についての確認を行った。

(1)生活体力

①立ち上がり歩行

椅子に座った状態から立ち上がり、3メートルの距離を往復し、椅子の座る時間までを測定した(Up&Goテスト)¹⁷⁾。歩行方法は日常の歩行手段で行い、日常生活で杖や手すりを使用している者はそれを用いた。

②手腕作業

机の上にテニスボールの空き缶を5つ置き、缶の前に並べたゴルフボールを開き手で1個ずつ取り、その中に順番に入れていく方法である¹²⁾¹⁸⁾。最初のボールをとってから、最後のボールを入れ終わった時間を測定した。ボールが入らなかった場合は、やり直しをした。

③身辺作業

手に持ったロープを身体前面から背部を通り前面に戻ってくる動作時間である。測定方法は、片腕を横に伸ばし反対側の肩峰から伸ばした腕の指先までの長さを測定し、その長さのロープの両端を握り、両手を前に伸ばした状態からロープを床に着けながら片足ずつまたぎ、ロープを背面から頭上を通して両大腿部前面につくまでの時間を測定した¹²⁾¹⁹⁾。途中ロープが手から放れてしまったり、ロープを踏んでしまったりした場合は、やり直しとした。また、この動作は片足バランスを要するため、転倒の危険性の高い対象者には施行しなかった。ロープは、外径

2cmの水道用ホースを用いた。

(2)身体能力

①握力

竹井機器のデジタル握力計を用いた。左右交互に2回ずつ測定し、左右それぞれの値の高い方の平均値を用いた。測定方法は、基本的には立位としたが、立位が不安定な者は、椅子に座っての測定とした。

②長座体前屈

竹井機器のデジタル長座体前屈計を用いた。2回測定し、値の高い方を測定値とした。対象の高齢者には、立ち上がり動作に困難をきたす者が多かった。そこで、ビール瓶ケースを6個並べ簡易の測定台とし、その上に計測器を置くことで、立ち上がり動作を助けた。

2) 調査票

調査票は対象者の概要、日常生活行動、健康状況、役割・生きがい、自尊感情尺度、生活満足度尺度を中心に作成した。

(1)対象者の概要

サロンに参加している対象者の概要を把握するために、年齢、性別、加齢現象として視力・聴力・物忘れの程度、サロン参加頻度等を項目とした。

(2)日常生活行動

日常生活行動については、日常の生活は毎日それほど異なるものではなく、1週間ぐらいを単位として捉えることができる¹⁵⁾という観点から、最近1週間の生活状況という設問の仕方で行った。生活行動の項目は岩崎ら¹⁶⁾の項目を参考に、活動的な項目を上げた。

(3)健康状況

健康状況については、現在の体の調子、膝・腰の痛みの有無、食欲の有無、主観的健康観について尋ねた。

(4)役割・生きがい

家庭での役割の有無、趣味・生きがいの有無およびその内容について尋ねた。

(5)自尊感情尺度

自尊感情尺度は、Rosenvergが作成した尺度の山本らによる邦訳版¹⁹⁾を用いた。国内における高齢者の自尊感情に関する研究は少なく、これらの文献はすべてRosenvergの尺度を使用していた²⁰⁾¹⁷⁾。Rosenverg¹⁰⁾は、自尊感情を他者との比較ではなく、自身で自己への尊重や価値を評価する程度と示している。尺度は肯定的質問5項目、否定的質問5項目の計10項目で構成されており、「あてはまる(5点)」から「あてはまらない(0点)」の5件法で求め、その合計点を自尊感情得点としている。否定的質問の5項目については、点数が逆転で計算される。

(6)生活満足度尺度

生活満足度は、QOLを表す尺度の一つとして用いられている。今回の調査では、古谷野ら¹⁸⁾の開発した生活満足度尺度(LSIK 9項目)を用いた。この尺度は、

PGCモラル・スケール、LSIAなどの既存の尺度に、日本の文化的背景を勘案して開発されたものであり、主観的幸福感の概念「人生全体についての満足感」「心理的安定」「老いについての評価」から構成されている。評価は、肯定的回答に1点、否定的回答に0点が与えられ、その合計点を生活満足度得点としている。

3) 分析方法

分析のための統計パッケージは、統計解析ソフトSPSS (Ver.11) for Windowsを用いた。

自尊感情を従属変数とし、説明変数に日常生活動作、日常生活行動、健康状況、生活満足度尺度とした。自尊感情と日常生活動作との相関の検定には、Pearsonの相関係数を用いた。グループ間の平均値の差の検定には、Mann-Whitney、Kruskal-Wallis検定を用いた。

IV. 結果

対象者は3地域にまたがるが、自尊感情および他の変数において地域間の有意差は認めなかった。したがって、分析は57名を対象に行った。得られた結果は、調査項目ごとの自尊感情得点の平均値を表1に、年齢別による日常生活動作・自尊感情・生活満足度の平均値を表2に、日常生活動作・自尊感情・生活満足度間の相関関係を表3に示した。

1. 対象者の自尊感情と生活満足度について

自尊感情10項目の各得点は、図1に示した。多くの項目が5点満点中3点以上(3.4±0.7 (mean±S.D.)点)であったが、「自分を自慢できる」、「自分を尊敬できる」は、それぞれ2.8点、1.6点と低かった。自尊感情得点は全体では34.5±7.1(mean±S.D.)点、生活満足度得点は4.9±2.0(mean±S.D.)点であった。自尊感情得点と生活満足度得点との間には、相関係数0.550で正の有意な関係を認めた(p<0.01)。

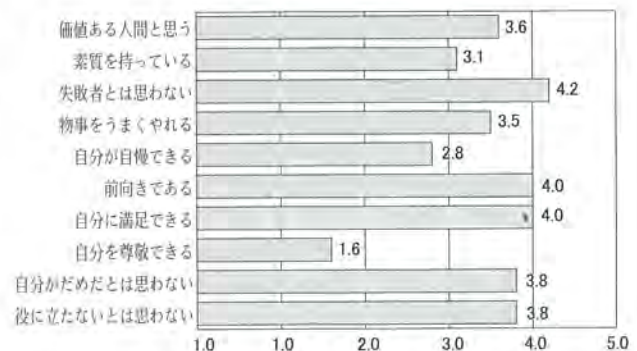


図1 自尊感情項目毎の得点

表1 調査項目別にみた自尊感情得点

項目	度数(人)	%	自尊感情得点 (平均値±S.D.)	検定値	
世帯状況	一人暮らし	19	33.3	32.2±8.7	n.s.
	夫婦二人	10	17.5	36.5±7.0	
	子どもと同居	28	49.1	35.3±7.1	
サロン参加状況	ほぼ毎回参加	40	70.2	35.0±6.2	n.s.
	その他	17	29.8	33.2±9.1	
介護保険の利用	利用していない	25	43.9	36.5±5.3	n.s.
	利用している	32	56.1	32.9±8.0	
現在の体の調子	良い	44	77.2	35.7±6.5	*
	良くない	13	22.8	30.2±7.7	
聴力	聞こえる	45	78.9	34.0±7.1	n.s.
	その他	12	21.1	36.3±7.0	
視力	読める	17	29.8	36.3±5.8	n.s.
	その他	40	70.2	33.7±7.6	
物忘れ	影響しない	53	93.0	38.0±6.5	n.s.
	その他	4	7.0	34.1±7.2	
転倒状況	転倒なし	31	54.4	34.9±7.2	n.s.
	転倒しやすい	26	45.6	33.9±7.1	
1日の過ごし方	動くことが多い	33	57.9	35.2±6.2	n.s.
	その他	24	42.1	33.5±8.3	
膝・腰痛の有無	なし	7	12.3	34.4±8.6	n.s.
	あり	50	87.3	33.4±7.6	
食欲の有無	あり	37	64.9	35.2±6.4	n.s.
	なし	18	35.1	32.6±8.6	
家の手入れ	した	44	77.2	35.2±6.2	n.s.
	していない	13	22.8	32.0±9.5	
買い物	行った	40	70.2	34.5±7.4	n.s.
	行っていない	17	29.8	34.5±6.7	
身の回りのこと	した	53	93.0	34.5±7.0	n.s.
	していない	4	7.0	33.3±9.5	
人を訪ねること	訪ねた	39	68.4	34.5±7.2	n.s.
	訪ねていない	17	29.8	35.3±6.2	
ニュースを見る	毎日見た	54	94.7	34.2±7.0	n.s.
	時々見た	3	5.3	29.7±9.7	
人が訪ねてくる	訪ねてきた	45	78.9	34.7±7.0	n.s.
	訪ね来ない	10	17.5	33.4±7.7	
健康観	健康である	43	75.5	35.9±6.2	*
	健康でない	14	24.5	30.0±8.1	
健康に良いことの継続	ある	45	78.9	34.3±7.5	n.s.
	ない	12	21.1	35.1±5.7	
楽しみ・生きがい	持っている	49	86.0	34.7±7.5	n.s.
	持っていない	8	14.0	32.8±3.7	
家での役割	ある	49	86.0	34.7±6.9	n.s.
	ない	8	14.0	33.0±7.1	

* : $p < 0.05$

注) 検定 ; 2 群間は Mann-Whitney、3 群間は Kruskal-Wallis で行った。

2. 対象者の属性と自尊感情との関係

年齢、性別、世帯状況、介護保険利用と自尊感情得点間には、有意な関係を認めなかった。しかし、80歳以上と未満の2群で比較した場合、80歳以上の自尊感情得点がやや高かった。また、世帯状況においては、一人暮らしの得点が最も低く、次いで子どもとの同居であり、得点が最も高かったのは夫婦世帯であった。サロン参加回数については、毎回参加とその他(時々参加する、あまりしない)の間には有意な差はなかったが、毎回参加すると回答した群の得点がやや高かった。加齢現象と自尊感情得点との間には有意な差を認めなかったが、「めがねをかけなくても新聞が読める」、「物忘れを感じない」、「転倒歴がない」と回答した群に自尊感情得点が高い傾向を認めた。

3. 日常生活動作と自尊感情との関係

日常生活動作の測定値と自尊感情得点間において、統計上有意な関係を示した項目はなかった。しかし、長座体前屈との間には、相関係数0.262($p = 0.051$)で、長座体前屈が大きいほど自尊感情も高い傾向を認めた。

4. 日常生活状況と自尊感情との関係

最近1週間に家の手入れや洗濯・掃除などの身の回りのことをしたとする群は、しなかった群に比べやや自尊感情得点が高いが、有意な差は認めなかった。また、買い物については、2群の得点はほぼ同じであった。

人を訪ねたり、訪ねられたり、ニュースを見るといった日常の社会関係項目と自尊感情得点との間に有意な差はなかった。しかし、人が尋ねてきたとする群の方がやや得点が高かった。

「楽しみや生きがい」、「家での役割」の有無と自尊感情得点の間には、有意な差はないが、あるとする群の方が2項目とも得点は高かった。

5. 健康状況と自尊感情との関係

現在体の調子が良いと感じる群に、また健康であると感じる群に自尊感情が有意に高かった($p < 0.05$)。また食欲がある群や、膝や腰の痛みがないと回答した群に、有意な差は認められなかったが、自尊感情得点が高い傾向にあった。

V. 考察

自治会単位での地域サロンは、高齢者の介護予防、ひいては生活の質を維持するために大きな期待が寄せられている。地域サロンに参加している高齢者の自尊感情に影響する要因を検討し、今後のサロンへの介入のあり方を考察した。

表2 年齢別に見た日常生活動作・自尊感情・生活満足度の平均値

	全 体		80 歳 未 満		80 歳 以 上		検定値
	度数(人)	平均値±S.D.	度数(人)	平均値±S.D.	度数(人)	平均値±S.D.	
年齢(歳)	57	78.4± 6.2	34	74.5± 3.8	23	84.2± 4.2	n.s.
最高血圧(mmHg)	57	143.2±19.1	34	143.5±20.2	23	142.7±17.7	n.s.
最低血圧(mmHg)	57	77.1± 9.3	34	78.6± 8.5	23	74.8±10.3	n.s.
体重(kg)	57	52.7± 9.7	34	54.4± 9.3	23	50.2±10.0	n.s.
立ち上がり歩行(秒)	57	12.6± 5.6	34	11.3± 3.2	23	14.6± 7.7	n.s.
手腕作業(秒)	57	4.4± 1.1	34	4.2± 1.0	23	4.7± 1.3	n.s.
身辺作業(秒)	54	4.8± 2.2	33	4.2± 1.4	21	5.8± 2.8	**
平均握力(kg)	57	21.0± 8.0	34	23.3± 8.2	23	17.8± 6.8	**
長座体前屈(cm)	56	30.1± 9.6	34	31.8± 8.6	22	27.5±10.7	n.s.
生活満足度尺度(点)	57	4.9± 2.0	34	4.6± 2.4	23	5.3± 1.4	n.s.
自尊感情(点)	57	34.5± 7.1	34	33.9± 7.7	23	35.2± 6.4	n.s.

** ; p<0.01

注) 検定はMann-Whitneyで行った。

表3 日常生活動作・自尊感情・生活満足度間の相関

	年齢	体重	最高血圧	最低血圧	握力	長座体前屈	立ち上がり歩行	手腕作業	身辺作業	自尊感情	生活満足度
年齢											
体重	-0.254										
最高血圧	0.119	0.115									
最低血圧	-0.08	0.157	0.564								
握力	-0.409 **	0.69 **	0.198	0.232							
長座体前屈	-0.349 **	0.178	-0.098	-0.038	0.263						
立ち上がり歩行	0.37 **	-0.224	-0.43	-0.175	-0.376 **	-0.401 **					
手腕作業	0.357 **	-0.107	0.019	0.094	-0.308 *	-0.319 *	0.376 **				
身辺作業	0.39 **	-0.198	-0.021	-0.175	-0.452 **	-0.384 **	0.662 **	0.044			
自尊感情	0.076	0.231	-0.109	-0.061	0.07	0.262	-0.136	-0.167	0.052		
生活満足度	0.129	0.227	-0.083	0.046	0.071	0.279 *	-0.107	-0.161	0.03	0.55 **	

* ; p<0.05 ** ; p<0.01

注) 数値はPearsonの相関係数を示す。

1. 自尊感情得点について

今回調査の対象となった高齢者の自尊感情得点は、34.5±7.1(mean±S.D.)点であり、これは、橋本ら³⁾の値(男性37.2点、女性36.1点)に比べやや低い傾向にあった。生活満足度との関係については、4件法で評価を行っている與古田ら³⁾のデータと直接比較することはできな

いが、今回の結果でも與古田ら³⁾と同様に肯定的な関係の存在が認められ、自尊感情の向上が生活の質を高めることにつながると考えられる。

2. 自尊感情を高める要因について

高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因について検討を

行った。

自尊感情は、自身が意義ある援助を行うことにより高められると言われている¹¹⁾。今回の調査項目において「家での役割」を意義ある援助と捉えると、役割あり群と、役割なし群との間に自尊感情得点の有意な差はなく、今回の調査項目では明らかにすることができなかった。調査対象者の世帯別の自尊感情得点では、一人暮らしの高齢者が他の高齢者よりもやや低い傾向にあった。一人暮らしであるために、家での役割は当然しなければならないことであり、またそれが誰からも喜ばれることなく、敢えて自分の役割であると意識していないことが考えられる。それは、子どもとの同居世帯では、その内の75%が家での役割を有していると答えていることからもうかがえる。自尊感情は、役割を有しているだけではなく、頼りにされていたり¹²⁾、物質的支援や生活的支援を提供していると感じているものほど、自尊感情が高まることが明らかにされている¹³⁾。したがって、家庭で単に役割をこなしているだけでなく、それが家族の役に立っていると感じられることが自尊感情の高まりにつながると思われる。数年前に夫を亡くしたある女性は、「料理を今は誰のためにつくるといってもなく、作り甲斐がない」と述べていたことから推測される。役割あり群の自尊感情得点が、ない群に比べやや高い傾向にあることをふまえると、一人暮らしの高齢者に対する関わりの工夫と共に、役割に対して周囲が感謝の気持ちを表すような関わり方が必要かもしれない。

さらに生きがいや楽しみを有している群に、自尊感情得点が高い傾向にあった。長年華道を続けてきた女性は、「今は花を活けても見てもらえる人もいず、活けてもつまらない。亡くなった夫が好きだったので、仏壇に花を毎日飾っている」と述べていた。このように役割や生きがいは単に高齢者の中に存在するだけでなく、それを誰かのために提供する、誰かの役に立っていると感じる、つまり意義ある援助に結びつくことが必要であると考えられる。

高齢者自身が何らかの援助の提供ができるということは、健康であり、それができる能力を有していることが必要である。そこで、健康面と自尊感情との関係についてみると、主観的健康観と自尊感情との間には、健康と感じている者ほど自尊感情得点が有意に高い傾向にあった。これは、橋本¹⁴⁾や大和¹⁵⁾らの結果と同様であり、主観的な健康観が自尊感情に影響を及ぼすと言える。身体に加齢現象として現れる聴力や視力については、ほとんどの対象者がめがねをかけたり補聴器を使用すれば生活に支障なく、また物忘れがあっても生活に支障を来さない状況であった。しかし、物忘れを感じない群は、物忘れを感じる群よりも自尊感情得点が高かった。物忘れは行動範囲の縮小につながり、趣味や生きがいなどの精

神活動の低下の原因になることが言われている¹⁶⁾。高齢者自身が役割や趣味などの意義ある援助を提供することができるためには、記憶力が低下しないような予防的支援を行っていくことも大切である。

生活を遂行するための能力については、身辺作業や立ち上がり歩行の測定値は、柳堀ら¹⁴⁾の測定値と比べると低値であった。これは、柳堀ら¹⁴⁾の調査対象者に比べ、今回の調査対象者は後期高齢者が中心であり、町内のサロン開催場所まで行くには老人車や杖が必要な集団であったことが影響していると考えられる。また、自尊感情が高いものほど長座体前屈の距離が長くなる傾向にあった。長座体前屈は、身体の柔軟性を示す指標の一つである。しかし、より生活に近い体力を示す身辺作業との間には関係を認めなかった。與古田ら¹⁷⁾の調査によると自尊感情と老研式活動能力間に有意な関係を示しており、生活能力の維持が自尊感情維持に重要な要素と考えられるものの、今回の結果からは絶対要件でない可能性がうかがえる。

サロン参加状況については、サロンにほぼ毎回参加している群が、その他の群よりも自尊感情得点が高い傾向にあった。また、人を訪ねるという活動的な内容よりも、人が家に尋ねてきたかどうかの受動的な項目において、訪ねてきたとする群の自尊感情得点が高い傾向にあった。サロンの場所で、近隣同士互いに気に掛け合ったり、民生委員やボランティアから気づかってもらうということや、人が自分の家に来てくれるということが、大事にされていると感じたり、気にかけてもらっているという情緒的サポートへの満足感につながっているのではないかと考えられる。このように社会的な支援を受けることも自尊感情の高まりには重要であり¹⁸⁾¹⁹⁾、またサリヴァン¹¹⁾が述べるように他の人々の自分への気遣い方が自分自身の評価、つまり自己への尊重につながると考えられる。

高齢者が援助の提供を受けたり、また提供したりすることが、高齢者の自尊感情の高まりに影響することがわかったが、身体能力的に弱くなってきている高齢者が、遠方に出かけ高度な援助の提供を行うことは困難である。しかし、サロンは、高齢者の日常生活の身近な場であり、集う人々も顔見知りである。その中で互いができることを提供しあうことで、自分が自慢できたり、尊敬できるようになるのではないかと考える。そのためには、田宮ら²⁰⁾も提言しているように、サロンを支援する側も高齢者の援助能力を高められるような方向性で関わっていくことが、今後必要とされるであろう。

VI. まとめ

地域サロンに参加している高齢者の自尊感情に影響す

る要因を検討するために、A県内の3町の高齢者57名に対し、日常生活動作能力および質問票を用いて調査を行った結果、次のことが明らかになった。

1. 自尊感情得点と生活満足度得点間には、相関係数0.550で正の有意な関係がみられた($p < 0.01$)。
2. 身体の調子が良いと感じる群の自尊感情得点は 35.7 ± 6.5 点、また健康であると感じる群のそれは 35.9 ± 6.2 点であり、それぞれの感じない群に比べ有意に高かった($p < 0.05$)。
3. 長座体前屈と自尊感情得点との間には、相関係数0.262($p = 0.051$)で、長座体前屈が大きいほど自尊感情も高い傾向を認めた。
4. 世帯状況別における自尊感情得点は、一人暮らしの群は 32.2 ± 8.7 点であり、夫婦二人暮らしの 36.5 ± 7.0 点、子どもと同居の 35.3 ± 7.1 点よりも、低い傾向にあった。

謝 辞

今回の調査に当たり、快くご協力いただきました三町の高齢者のみなさま、および調査の実施に当たり何かとお骨折りいただきました民生委員、ボランティアのみなさま、また、三町への調査調整にご支援をいただきました関係者の皆様に感謝いたします。

文 献

- 1) Erikson EH, Ericson JM, Kivnick HQ, 朝長正徳, 朝長梨枝子共訳: 老年期、みすず書房、東京、1990.
- 2) 橋本有里子、木村汎: 老年期の自尊感情に関する一研究—属性要因・ソーシャルサポートの授受評価要因などとの関連において—、大阪市立大学生活科学部紀要、45、231-241、1997.
- 3) 與古田孝夫、赤嶺依子、具志堅美智子: 沖縄における地域高齢者の self-esteem (自尊感情) とその関連要因についての検討、医学と生物学、144(5)、147-151、2002.
- 4) Shwartz AN: An Observation on Self Esteem as the Linchpin of Quality of Life for the Aged. The Gerontologist, 15, 470-472, 1975.
- 5) 石川県羽咋市福祉課健康推進係: 転倒・閉じこもりの予防プログラム開発、地域保健、31(11)、67-84、2000.
- 6) 若山好美、大岩敦子、池田由美子他: 閉じこもり予防事業が高齢者にもたらす結果について—参加者と非参加者の主観的健康観・身体・精神状態・医療費の分析から—、地域保健、33(5)、59-67、2002.
- 7) 河野あゆみ、金川克子、伴真由美他: 地域高齢者における介護予防をめざした機能訓練事業の評価の試み、日本公衆衛生誌、49(9)、983-991、2002.
- 8) 百瀬由美子、麻原きよみ、大久保功子: 小地域単位の住民主体による高齢者健康増進活動の評価—参加者の主体的効果を評価指標として—、日本地域看護学会誌、3(1)、46-51、2001.
- 9) 渡辺武美: “介護予防時代” に求められる市町村のシステムづくり、保健婦雑誌、57(6)、442-448、2001.
- 10) 飯谷信子、和田千恵美、林ゆりや他: 高齢者の「いきいき度」評価とねたきり予防活動のあり方に関する研究—寝たきり予防推進チームの効果的・効率的活動を目指して—、東京都老年学会誌、6、187-194、2000.
- 11) 遠藤辰雄、井上祥治、蘭千尋編: 「セルフ・エスティームの心理学—自己価値の探求」、ナカニシ出版、京都、1992.
- 12) 種田行男: 高齢者の活動能力評価についての研究会共同研究 共通測定・調査項目の開発 (経過報告). 高齢者の活動能力評価についての研究会 山形研究集会報告書、27-34、1996.
- 13) 柳堀朗子、白井みどり: 在宅高齢女性における日常生活動作の日常レベルと生活習慣の関連、日本公衆衛生雑誌、7、648-659、2002.
- 14) Podsiadle D, Richadson S: The Timed “Up&Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons, The American Geriatrics Society, 39, 142-148, 1991.
- 15) 岩崎清、芳賀博、中村洋一他: 高齢者の日常生活行動と健康、社会老年学、29、86-92、1989.
- 16) 山本真理子、松井豊、山成由紀子: 認知された自己の諸側面の構造、教育心理学研究、30、64-68、1982.
- 17) 大和三重、前田大作、野口裕二他: 日本の高齢者の自尊感情とその要因分析、老年社会科学、12、147-167、1990.
- 18) 古谷野亘、柴田博、芳賀博他: 生活満足度尺度の構造—因子構造の不変性—、老年社会科学 12: 102-116、1990.
- 19) 田高悦子、金川克子、立浦紀代子: 在宅高齢者の日常生活行動と介護予防—要介護関連指標との検討—、日本末病システム学会雑誌、8(2)、147-150、2002.
- 20) 原田さおり、蔡淑娟、崎原盛造他: 地域高齢者のソーシャルサポートと抑うつ症状及び生活満足度の関連、琉球医学会誌、20(2)、61-66、2001.
- 21) 田宮悦子、金川克子、立浦紀代子他: 地域虚弱高齢者に対する介護予防—試行的研究—、日本地域看護学会誌、4(1)、61-68、2002.

(Summary)

Factors related to self-esteem among elderly people in a neighborhood hall

Takako Kitamura¹⁾、Kimika Usui²⁾、Sachiko Tsutsui¹⁾

¹⁾The University of Shiga Prefecture

²⁾Osaka Prefecture College of Nursing

Background The elderly people shows the tendency to decrease the self-esteem from the decrease in bodily functions and the losses of the social role. The maintenance of this self-esteem is an important element to maintain the quality of the life of the elderly people. In the nursing prevention activity developed as a cities business to maintain the qualify of life, though a frail elderly people was targeted most of the participation was the healthy elderly people. On the other hand, the salon activity has advantages. It is a reason that the place of the salon is in the range to which the elderly people can walk to the place, and the elderly people are easy to have a lot of exchanges with the person. From this respect, we consider that a preventive activity intended for a frail elderly people develop in small region.

Objective The purpose of this study was to examine the factors related to self-esteem of elderly people participated in the service that took place in a neighborhood hall.

Method Objects were 57 old men who lived at three town in Shiga prefecture. The average age of the applicable person was 78.4 ± 6.2 (mean \pm S. D.) age. The highest age was 92 years old. This examination was proceeded in the date for service. The content of examination was as follows : the ADL(Activities of Daily Living) level (tests of functional fitness developed by Oida et al and Yanagibori et al, grip strength, sit and reach)and the questions related health status, habitual life style, role of daily life, satisfaction in

daily life and self-esteem.

Result The significant difference between the self-esteem and the life satisfaction was found ($p < 0.01$). The factors which influenced self-esteem were a view of subjective health ($p < 0.05$). In the activity of the daily life, phenomem of aging and role of daily life, the significant difference between group wasn,t found. Sit and reach test in ADL level was the significant difference($p < 0.05$). Self-esteem score of the group living alone was lower than other groups, and it of the group a married couple household was the highest.

Conclusion This study suggested that the improvement of self-esteem was connected with enhancing the quality of the life. And self-esteem score of old people that feel to be good health was the highest.

The maintenance of the life ability was important as one of the factors which influenced health.

But, relations between the life ability and self-esteem score couldn't be found. And, relations between aging phenomena and self-esteem score weren't recognized. Relations between participation frequency for the neighborhood hall service and self-esteem score weren't recognized. But because for high group of the participation frequency, self-esteem score showed a high tendency, we thought that some factors in the neighborhood hall service have an influence self-esteem.

As next assignment, we have to examine

relations with the contents in the service of a neighborhood hall.

Key words elderly, self-esteem, neighborhood service, preventive health care

 論 文

Comparative Study on Spiritual Care between Japan and Indonesia

- Focus on "Care after Death" in the Medical Field -



Norie Higa¹⁾ Hayato Higa²⁾

¹⁾ Graduate School of Human Cultures, The University of Shiga Prefecture

²⁾ School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Abstract

Background In the Japanese medical (nursing) field, in which caregivers are involved with patients of various religious backgrounds, the humane aspect tends to be taken lightly. Therefore, systematic care that considers the humane aspect, i.e., spiritual care, has not yet been established in Japan.

Objective On the basis of a study on the clinical medical practices of different cultures from anthropological and sociological viewpoints, we aim to clarify the hidden significance of spiritual care, fixed ideas on death and obstacles to performing spiritual care.

Method The method is participant-observation, actually joined the Jakarta Islamic Hospital (*Rumah Sakit Islam Jakarta*) for observations.

Results Care after death in Japan can be summarized in these ways. Care after death constitutes routine medical work. Care after death is the last nursing activity for a patient. Care after death is a courtesy shown toward the patient and his/her families. Care after death is customary or traditional practice. Care after death for Muslims in Indonesia does not mean disconnection of ties between the dead and this world, it rather offers a stage for reconfirmation of ties in which everyone is united.

Conclusion We present the significance of care after death in relation to nursing care.

1. Care after death offers a site for sharing between the caregivers and the dead.
2. Care after death in nursing means caring in a deplorable situation.
3. Care after death offers caregivers a role to be involved with the family.
4. Care after death helps in coping with death.
5. Caregivers must be engaged in care after death not as disposal workers, but as care workers.

Keywords care after death, spiritual care, nursing, Islam

I. Introduction

We believe that caregivers must be committed

to their patients with considerations given to the biological, sociological, psychological and humane aspects of patients. However, the humane aspect is often strongly influenced by the philosophical or religious beliefs of the patient. In the Japanese medical (nursing) field, in which caregivers are involved with patients of various religious backgrounds, the humane aspect tends to be taken lightly. Therefore, systematic care which considers the humane aspect, i.e., spiritual care,

2004年1月15日受付、2004年2月25日受理

連絡先：比嘉勇人

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

tel : 0749-28-8635 fax : 0749-28-9504

e-mail : higa@nurse.usp.ac.jp

has not yet been established in Japan.

However, there is a country in which systematic spiritual care has been established in the medical field. For example, spiritual care is performed in an Islamic hospital in the Republic of Indonesia around-the-clock. In this hospital, care after death, which is performed by caregivers in Japan, is classified as spiritual care. With respect to studies on care after death in Japan, Fujiwara (1995)¹⁾ have studied caregivers' awareness. Azuma et al.(2000)²⁾ have studied the involvement of caregivers and adults in general in terms of care after death and Takada et al. (1995)³⁾ have reported studies on ceremonial care after death.

However, there are few studies which focus on the care after death between different cultures. In particular, care after death in Christian culture is simplified and not classified as care. Therefore, a comparative study with a Christian culture has not been performed.

Among previous studies in Japan, there is much literature and many studies on the philosophy of life and death based on Christian and Buddhist ideas. However, there are no studies on medical practices based on Islamic ideas. Most studies on Islam focus on the Middle and Near East, and the Arab states as their study fields. However, few studies concern the Republic of Indonesia, a high proportion of the population of which is Muslim, the largest religious group in the world. Accordingly, in this paper, on the basis of a study on the clinical medical practices of different cultures from anthropological and sociological viewpoints, we aim to clarify the hidden significance of spiritual care, fixed ideas on death and obstacles to performing spiritual care. Although these are related to normal medical activities, they are difficult to be aware of within the Japanese medical field, which is a unique group.

II. Methods

Period : 1. Between January and March, 1995
 2. December, 1997
 3. Between December and January, 1999-2000

Field : The *Rumah Sakit Islam Jakarta* (Jakarta Islamic Hospital: RSIJ)

Method : Participant observation actually joined the hospital faculty for observations.

The following procedure was followed.

1. Obtained admission to enter a religious section inside the hospital for observations and became quasi-medical members.
2. Assisted the staff of the religious section in their hospital work and collected information from questionnaires and interviews.
3. Used VCR equipment only when prior permission was obtained.
4. Determined the significance attached to treatment after death in Japan, based on all the information acquired.

We extended the following ethical considerations to the family members in order to attend *jenazah*.

The social position of researchers (observers) and their affiliations were clarified. We also clarified that the study on *jenazah* was being performed with the permission of the hospital.

Next, we explained the purpose of this study and obtained permission to observe *jenazah*, to use a video camera and to make our study results public in academic societies. We explained to the family members that in presenting our study in academic societies we would guarantee confidentiality and protect the privacy of the deceased and his or her family. Even when the use of a video camera was not allowed, we explained that our presence would not disrupt the ritual of *jenazah* and were allowed to observe five rituals of *jenazah* with the permission of spouses or siblings.

One young woman's family did not allow us to use a VTR. Therefore, we only interviewed her family. Since only several hours had passed since her death, we explained the aim of our study very carefully, taking into consideration the state of her family.

III. Outline of *Rumah Sakit Islam Jakarta*

Rumah Sakit Islam Jakarta is a hospital related to the Mohamadia Foundation, with 507 beds as of December 1997. The hospital has 590 health personnel including doctors, nurses and pharmacists and 22 diagnostic courses. It is a middle-sized general hospital, ranked as a B class hospital among Indonesia's hospitals. In Indonesia's general hospitals including the aforementioned hospital, as shown in Figure 1, the religious section is usually manned by medical staff, which is not the case in Japan. Among the activities of the religious section is spiritual care, as a part of which, the families and relatives of the patient administer care after death.

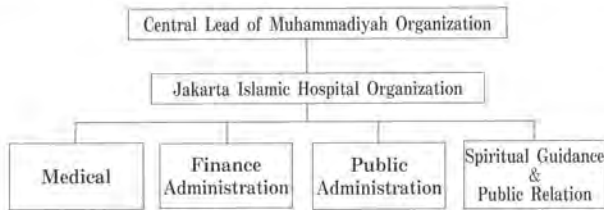


Figure 1 *Rumah Sakit Islam Jakarta* Organization

Figure 2 shows the monthly number of hospitalizations and death from January to November in 1997 at the *Rumah Sakit Islam Jakarta* hospital. The average monthly number of hospitalizations is approx. 2300, and that of deaths approx.

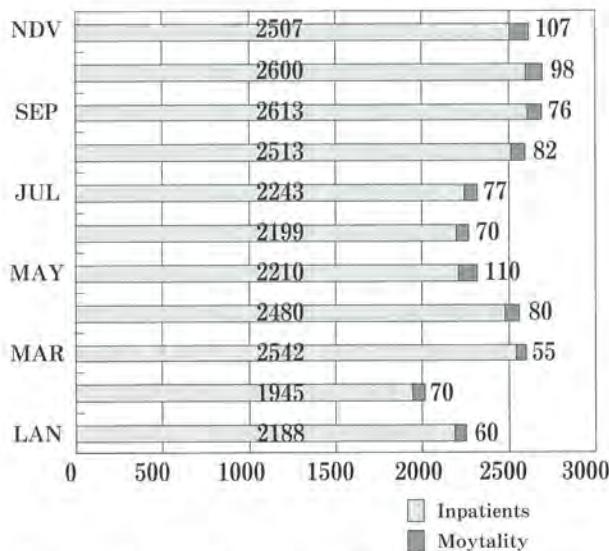


Figure 2 The monthly number of hospitalizations (1997)

80. The total number of patients who died at the hospital during this period is 885, among which 21 patients on average per month receive care after death.

IV. Results and Discussion

1. Care after death in an Islamic society

Patients who died at the *Rumah Sakit Islam Jakarta* hospital were stuffed with cotton in their ears and noses by caregivers in the hospital, prior to washing of the dead body.

Next, they were moved to a special room called *JENAZAH* in which full-time technical staff and *Rohaniawan* (preacher) belonging to the religious section, and the families and relatives of the patient perform washing of the dead body for 40 to 50 minutes.

Courtesy to the dead (*memandikan mayat: jenazah*)

In the hospital, which was our study field, when family members are in grief upon a patient's falling into a critical condition or passing away, a *Rohaniawan* visits to perform spiritual care at the request of caregivers in the hospital ward or of the family members themselves. *Memandikan mayat* is washing of the deceased in Indonesia. In this study, we compared *memandikan mayat*, commonly known as *jenazah* with care of the dead in Japanese. *Memandikan mayat* is an Indonesian term, which means "washing the remains." The common term of *jenazah* actually refers to the dead body. *Rohaniawans* usually call the ritual of washing the remains *jenazah* and use the term *jenazah* in their records. The room in which the remains are washed is also shown as the *jenazah*. The following outlines the process of washing the remains.

(1) People involved in *jenazah*

Among the four specialists present in the room for washing the remains, one or two specialists, a *Rohaniawan* and a family member of the same sex are involved in *jenazah*. If the deceased is one's spouse or child, a family member of the opposite sex is allowed to join in *jenazah*. However, if the deceased is female, neither her husband nor her sons can participate. Conversely, if a

husband dies, his wife often joins in *jenazah*. In December 1999 when the study was conducted, *jenazah* specialists were on duty around-the-clock in three shifts. When the study was carried out, there were four male specialists involved in *jenazah* for males. For females, female *Rohaniawan* perform *jenazah*. (In Islam, there is a rule that female patients are cared for by female caregivers and doctors and vice versa. Therefore, we saw many male caregivers in Indonesia, who are in the minority in Japan.)

(2) Structure of *jenazah* room

The *jenazah* room consists of four sections:

- 1) An office section
- 2) A washing and covering section
- 3) A praying and waiting section
- 4) An equipment section (in which only a stretcher for the deceased was kept)

In the washing section, there is a large bathtub to wash the remains. In this bathtub, many cushions are arranged like railroad ties in order not to cause injury to the remains. In the covering section, which is separated from the washing section by a curtain, there is a wooden rack for medical examination on which the remains are laid and covered with a cloth. In a corner of the covering section, there is a shelf on which items necessary for *jenazah* are stored. Specialists take items from the shelf and place them on the wooden rack.

(3) Procedure of *jenazah*

- 1) After being informed of a death by the ward caregivers, specialists come to the ward with a special stretcher attached with a covered cradle and transfer the remains to the *jenazah* room.
- 2) Covering cloth is prepared in the *jenazah* room. Two sheets of white cotton are spread on the wooden medical examination rack in the covering section. Another white cotton cloth is spread on the two sheets and a vinyl sheet is spread beneath the hips of the deceased. Finally, a fourth white cotton cloth is spread over the vinyl sheet. Then, white powder (from the smell, we assumed it is moth repellent such as parazole or paracyclobenzene) and

sandalwood powder (an aromatic tree in Indonesia) are sprinkled alternately all over the dead body. Four sheets of white cloth are prepared for male deceased, while an additional cloth is used for female deceased to cover her hair.

- 3) The remains are then placed in the bathtub in the washing section.
- 4) The patient's family, specialists and a *Rohaniawan* encircle the bathtub in a washing circle and perform the washing ceremony.
- 5) As mentioned previously, only the patient's family members of the same sex are allowed to participate. Only if one's spouse or child dies are family members of the opposite sex allowed to participate. We witnessed wives and daughters participating in washing the remains of husbands and fathers; however, we did not encounter any husbands or sons who participated in washing the remains of a wife or mother. Family members, who do not participate in washing the remains, wait in the waiting section.
- 6) Actual washing of remains

Solid soap is placed in a mitten-shaped towel. Those involved put their left hands inside the towel. The right hand is considered the "clean" hand by Islamic people. Then, using the mitten-shaped towel, the area around the navel and the abdomen are pressed in such a way that excretions remaining inside the abdominal cavity and urinary bladder are pushed out, and the genital area and anal passage are washed. Each family member washes the remains in this way in turn with a *Rohaniawan*. Next, the *Rohaniawan* pours water over the deceased in the order of hair, face, trunk, upper limbs and lower limbs three times each and then washes three times with soap, in this order. We assume that the number three stems from the three washings performed prior to each daily prayer. The deceased's mouth is washed as if cleaning his or her teeth with a small volume of water. Similarly, the back of the body is washed three times in the order of hair, back, buttocks and lower limbs with the remains positioned on the right and left sides.

- 7) After washing, moisture is lightly dried with a

bath towel. Then, the four corners of one sheet of cloth are held tightly by family members so as not to touch the sheet on the dead body. From above the cloth, water with dissolved paracyclobenzene powder is sprayed by hand all over the body. In addition, approximately 350 ml of perfume made from roses is sprayed on the body. Then, the whole body is wiped with a new towel and lightly covered by a traditional *batik* cloth. The deceased is carried in his or her family members' arms and transferred to the wooden rack for medical examination on which white cotton cloth has already been prepared.

- 8) For women with long hair, the hair is divided into three locks, and each lock of hair is braided. Then, the hair is covered by a white cotton cloth, as is traditional for Muslim women. A small amount of sandalwood powder is sprinkled on her face.

- 9) Covering the remains

The entire body is covered with cotton. Then, the remains are covered by the sheet of white cotton cloth spread on the wooden rack. The cloth covering the remains is tied at three to five positions using strings made from the edge of the sheet of white cotton cloth (at parts around the head, chest, upper abdomen, lower abdomen and feet).

- 10) Lastly, rose perfume is again sprayed on the deceased. After these ten steps, the washing ceremony, *jenazah*, is complete.

After the ceremony, the deceased is transferred to a waiting room on a stretcher on which prayers are written, which was also used to transfer the remains from the ward to the *jenazah* room. In the waiting room, the family prays for the deceased. If *jenazah* is completed by the time regular prayer begins, the deceased is carried to the place of worship inside the hospital. Hospital staff, patients and their families, who assemble in the place of worship, pray for the deceased. Then the deceased is transferred to his or her home or grave.

The woman seen in Figure 3 is the patient's wife. The patient's brothers were also in the room. They washed the patient's body one by



Figure 3 Care after death (*Memandikan mayat*)

one, talked about how the patient was before death, were often in tears but sometimes smiled.

Care after death (*Memandikan Mayat*) is essential for Muslims, to whom religion is life itself. For them, the concept of death of a third person or of one person does not basically exist. Muslims neither assume an indifferent attitude nor take an objective view of death. The reason is that their idea of death is that it is not the end of everything, and they believe that death is a transferring process in people's lives from life to death. Care after death (*Memandikan Mayat*) for Muslims does not mean disconnection of ties between the dead and this world, it rather offers a stage for reconfirmation of ties in which everyone is united.

From the aforementioned, care after death in the Islamic society is summarized as follows.

- 【1】 Care after death is essential in a Muslim's life (= religion).
- 【2】 Care after death is not an individual event.
- 【3】 Care after death is one aspect of the process from life to death.
- 【4】 Care after death is a ceremonial or ritual activity.

2. Care after death in Japan

As reported by Fujiwara et al.(2000)⁴⁾, care after death (or washing of the dead body) in Japan's hospitals is considered by majority of caregivers as the last nursing activity for patients. We are conducting research on care after death, targeting more than 3000 caregivers in Shizuoka Prefecture. Results suggest that caregivers administer care after death as a way of showing respect for the patient or on the basis of vague ideas, similar to results obtained in

previous research. We consider that care after death in Japan is performed to make the appearance change caused by death less obvious, based on traditional teaching.

From the aforementioned, care after death in Japan is summarized as follows.

- 【1】 Care after death is the last nursing activity for a patient.
- 【2】 Care after death is a courtesy shown toward the patient and his/her families.
- 【3】 Care after death is customary or traditional practice.
- 【4】 Care after death constitutes routine medical work.

Table 1 is comparison of care after death between general hospital in Japan and Indonesia.

3. Spirituality

We attempt to discuss the term spirituality, which is common to different cultures, including Islamic countries and Japan.

Spiritual activities including care after death (*Memandikan Mayat*), as observed in the Jakarta Islamic hospital, has been recognized as specialized work in Islamic society. Spirituality is the fundamental concept of such spiritual activities, and is also described as a unique and absolute power of God. The concept that spirituality is equal to the power of God exists in people's body and life internally. The concept exists in the Islamic society externally as a big idea which includes the standard of people's way of life and death.

Meanwhile, how can spirituality be defined in Japan? For example, sublimity, divinity or soul

Table 1 Comparison of care after death between general hospitals in Japan and Indonesia

	Japan	Indonesia
Who performs	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse (Caregiver) • Caregivers and family 	<ul style="list-style-type: none"> • Family and <i>Rohaniawan</i>
How long it takes	<ul style="list-style-type: none"> • Depends on cases 	<ul style="list-style-type: none"> • Approximately 40min
Where	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital room (private room) 	<ul style="list-style-type: none"> • Care after death is performed after transferring the dead body to a special room called <i>Janazah</i>
The way to do : in what form	<ul style="list-style-type: none"> • Bed bath 	<ul style="list-style-type: none"> • Washing
: what is used	<ul style="list-style-type: none"> • Lukewarm water • Water containing a disinfectant or lukewarm water 	<ul style="list-style-type: none"> • Water • Paracyclobenzen • Rose perfume
: after care	<ul style="list-style-type: none"> • Plugging cotton into mouth, nasal cavity, anal passage and genital area 	<ul style="list-style-type: none"> • Covering body with cotton
: clothes in the final stage	<ul style="list-style-type: none"> • Yukata (informal cotton kimono) or Kimono • Clothes which patient's family prepared 	<ul style="list-style-type: none"> • Covering with white cotton cloth, binding the body with strings of the cloth
Similarities	<ul style="list-style-type: none"> • Concepts of purification • Performance of rituals in hospitals 	
Other differences	<ul style="list-style-type: none"> • Involvement of caregivers • Involvement of family • Difference of cleaning in bed and washing (if patients die at home, some funeral parlors provide the service of washing the remains) • A hospital room (closed space) • A <i>Janazah</i> room (any family member can participate open event) 	

can be used to describe it. However, in this study, we want to express the term spirituality as the power of spirit (*ki*) which implies both the internal pride or heart, and external traits or atmosphere. In other words, "spirituality = power of spirit (*ki*)" can be interpreted by an image of spirit (*ki*) flowing into external world or spirit (*ki*) flowing into internal world.

Comparison of spirituality from different perspectives shows that spirituality represents intangible energy. We assume spirituality as being a power of significant influence.

However, in Japan, abstract and spiritual nursing care is entirely lacking. While concrete and objective nursing care in life is administered at a high level of efficiency, methods for abstract and subjective nursing care have not been established. The same can be said for care related to death.

Finally, we would like to discuss the significance of care after death from the point of caregivers. When caregivers feel the spirituality of the patient, which is an abstract and subjective power of the spirit (*ki*), the scope for sharing and exchanging between caregivers and patients appears; then caregivers confront one subject who is going to die. In this situation, caregivers take a role of sharing the process of transfer from life to death with the dead, in order to support families, who are coping with their loved ones' death or fully expressing their natural sadness. In Indonesia's Islamic society, such spiritual activity is performed by religious people, whereas in Japan it is expected to be performed by caregivers. Even though there are always discrepancies between an ideal situation and reality, we hope that more and more caregivers are involved in care after death not only on the basis of rationality or sanitation but also on the basis of their attachment to the meaning of the action.

From the aforementioned discussion, we present the significance of care after death in relation to nursing care.

- [1] Care after death offers a site for sharing between the caregivers and the dead.
- [2] Care after death helps in coping with death.
- [3] Care after death in nursing means caring in a deplorable situation.

- [4] Care after death offers caregivers a role to be involved with the family.
- [5] Caregivers must be engaged in care after death not as disposal workers, but as care workers.

Footnote

This work was supported in part by a 1999-2000 grant in aid for scientific research from the Ministry of Education, Science and Culture of Japan.

References

- 1) Fujiwara, A.(1995). Expert Nurse: Change of Nurse's Awareness on Care after Death, Tokyo: Syourinsya 11(9) pp30-pp33.
- 2) Azuma, R.,& Kanayama, M. et al.(2000). Progress in Clinical Nurse Study: Nurse's and General Adult's Awareness on Care after Death and the Position of Care after Death in Nursing, Tokyo: Health 11 pp130-pp136.
- 3) Takada,S.,& Kojima, M.(1995). Clinical Study of Death: Significance of Care before and after Death with Ceremony. Clinical Death III, Philosophy on Life and Death, Tokyo: Human and History, pp225-pp226.
- 4) Fujiwara, A.,& Ibe, T. et al.(2000). Nursing at the Death and Care after Death (separate volume), Systematic Science of Nursing Course, Tokyo: Igaku Shoin, 10 pp55-pp59.
- 5) Ibe, T.(1999). Nursing Management: Consideration of Care after Death and Its Environment, Tokyo, 9(3) pp193-pp196.
- 6) Soma, A.(1999). Nursing Management :From Perspective on Nursing Grief Care from the Dying Hour to Leaving the Hospital, Tokyo, 9(3) pp197-pp201.
- 7) Sato, Y.,& Hinohara, S. et al.(1988). How the Ceremony for the Dead was Started: Study of Life and Death, Tokyo, Technology Publication.
- 8) Kamii, F.,& Tamiya, H. et al.(1995). Manners at the Dying Hour -the Origin of Terminal Care in Japan-, Tokyo: Hokushi-Do.
- 9) *Rumah Sakit Islam Jakarta*.(1997). *Tuntunan Rohani Bagi Orang Sakit:Jakarta: Rumah Sakit Islam Jakarta*.

要 約

日本とインドネシアとのスピリチュアルケアの比較研究

—医療現場における「死後の処置」に焦点を当てて—

比嘉肖江¹⁾ 比嘉勇人²⁾

¹⁾滋賀県立大学大学院 人間文化学研究科

²⁾滋賀県立大学 人間看護学部

背景 宗教的土壌が多様な日本の医療（看護）現場では、形而上的要素が強く影響してくる人間学的側面へのケアが黙止されがちである。そのため、人間学的側面への系統的ケア、いわゆるスピリチュアルケアが不明瞭なままとなっている。

目的 宗教的基盤が明確な医療現場で実施されているスピリチュアルケアに参入して、日本の看護師が行っている「死後の処置」を相対化しその人間学的意義を顕在化させる。

方法 イスラーム・ジャカルタ病院 (*Rumah Sakit Islam Jakarta*) の宗教医療部準メンバーとなり、スピリチュアルケアに関して参与観察する。

結果 日本の医療現場における「死後の処置」は、「医療業務（ルーチン）」「患者への最後の看護」「患者や

その家族への礼節」「慣習（しきたり）」が主目的であり「現世（医療）と切り離す場」である。一方、インドネシアのムスリムにとっての「死後の処置」はスピリチュアル活動の一環であり、患者とその家族を含む関係者全員がひとつに結ばれているという「絆を再確認する場」であった。

結論 日本での「死後の処置」の場面にスピリチュアルな看護ケアを求める場合、以下のような人間学的意義をもつ。

1. 「場」の共有
2. 「喪の作業」の促進
3. 「共同行為者」としての役割
4. 「死（という出来事）」への対処
5. 「片づけ（処理）」ではなく手当て」としての処置

論 文

片麻痺模擬患者への
車椅子移乗援助に関する研究—患者の安全・安楽・自立および
看護者の腰痛予防を考慮して—伊丹君和¹⁾、藤田きみゑ¹⁾、横井和美¹⁾、久留島美紀子¹⁾森下妙子¹⁾、豊田久美子¹⁾、寄本 明²⁾、下野俊哉³⁾¹⁾滋賀県立大学人間看護学部、²⁾滋賀県立大学国際教育センター、³⁾医療法人石州会六日市病院

背景 車椅子移乗研究では、患者の安全・安楽・自立を考慮したもの、かつ、看護者の腰痛予防の観点から検討されたものは少ない。さらに、実際の臨床現場でどのような方法で車椅子移乗援助を行っているのかも不明である。

目的 本研究では、患者・看護者ともに有効な車椅子移乗の方法を検証することを目的とした。

方法 2002年6月、以下の調査および実験を実施した。

- 1) 実態調査 S県下100床以上4病院の看護者1070名を対象に無記名式質問紙による留置方式実態調査を実施した。
- 2) 移乗動作実験及び分析 看護者役は健康な看護学生10名とし、患者役は右麻痺状態を想定した平均的体格の看護学生1名とした。実験は、作業姿勢モニター (Macocet VM8-128)、表面筋電図 (Myo System1200) を用いて、看護者・患者役の筋活動、作業時前傾姿勢を分析した。尚、両者には各作業後、患者の自立・安全への考慮、腰部疲労について Visual Analog Scale 形式で記入させた。
- 3) 車椅子移乗動作の方法 車椅子移乗動作は、実態調査結果および先行研究を参考に、看護者の左足を患者の患側である右足の外側に置く方法 (外足) と患者の両足の間に置く方法 (中足) の2種類とした。

なお、対象は研究の趣旨に同意した者のみとし、研究参加に同意した後でもいつでも辞退可能であり、また、プライバシーの保護についても文書と口頭で伝えた。

結果 実態調査の結果、673名の回答が得られ (31.4±9.2歳)、中足が最も多く84.4%であり、外足5.2%、はさみ足4.2%の順となった。

次に、動作実験の結果、看護者の作業時に腰部に負担がかかりやすい前傾姿勢50度以上出現率は、中足法が37.5±32.8%であり外足法5.2±6.0%と比べて有意に高値を示した。また、筋活動においても、看護者では腰部筋である左右脊柱起立筋において中足法が高値を示した。一方、患者では左腓腹筋、左上腕二頭筋で外足法が高値を示した。患者の自立性を考慮したかの認識は、看護者・患者役ともに外足法が有意に高く、安全性においても同様であった。また、移乗時腰部疲労は、看護者では中足法が患者では外足法が高値を示し有意差を認めた。

結論 以上より、片麻痺患者に対する車椅子移乗に関しては、患者の自立・安全・安楽を十分に考慮しながら、かつ、看護者の腰部負担も軽減できる援助法を見出すことが重要であり、患者の麻痺側を固定し健側は活用してもらういわゆる外足法が適していると考えられた。

キーワード 安全、安楽、自立、腰痛、車椅子移乗援助

I. 緒 言

高齢化が進む中で、人間の基本的な生活行動に看護支援が必要な人々が増加するとともに、看護する側である臨床現場における看護者の腰痛は多発する状況にある。このため看護支援が必要な人々に対してその自立を目ざ

しサポートするとともに、看護者に対してもその身体的負担を軽減することが重要な課題となっている¹⁾³⁾。

今回我々は、基本的な生活行動の中でも、患者の生活行動の範囲をより拡大可能にする「動くこと」即ち「移動・移乗」に焦点を当てた。麻痺のある人や極度に体力を消耗している人の移動・移乗の手段としてはストレッチャー以外に車椅子が使われることが多い。しかし、車椅子を必要とする患者にとって、その移乗動作は容易ではなく、特に臨床の場面では看護者または介護者が全面的な援助を行っていることが多い。したがって、患者および看護者ともに安全・安楽に効果的に移乗する技術およびシステムの確立が急務である。

移乗動作は、看護する者と看護支援を受ける者との両者で行う協同作業に加えて、両者が極度に接近し、回転動作が加わるといふ複雑な動作構成に制限されること、並びに、両者の力作用が複雑であることにより定量的な

表1 実態調査における対象者の属性

年齢構成	人数 (%)
18-24歳	191名 (28.4%)
25-29歳	174名 (25.9%)
30-34歳	87名 (12.9%)
35-39歳	70名 (10.4%)
40-44歳	75名 (11.1%)
45-49歳	46名 (6.8%)
50歳以上	30名 (4.5%)
性別	人数 (%)
女性	638名 (94.8%)
男性	35名 (5.2%)
職種	人数 (%)
看護師	548名 (81.7%)
准看護師	37名 (5.2%)
介護者・看護助手	88名 (13.1%)
経験年数	人数 (%)
1年未満	46名 (6.9%)
1-5年	269名 (40.1%)
6-10年	175名 (26.1%)
11-15年	60名 (8.9%)
16-20年	66名 (9.8%)
21-25年	44名 (6.6%)
26-30年	10名 (1.5%)
31年以上	3名 (0.4%)

実験計測は推行しにくいという一面を持つ⁹⁾。石崎ら¹⁰⁾は、ベッドの高さと看護者の負担について、床反力計と加速度センサ式体幹傾斜角度測定装置を用いて椎間板内圧を推定し、高いベッドの場合、低いベッドに比較して椎間板内圧が小さいという結果を報告している。また、井上ら¹¹⁾は、移乗援助を行う者の腰部モーメントを計測することによって支援を行う者の身体的負担を評価し、力学的負担量を指標とする評価法と介助機器開発のための基礎データを提供している。さらに、水戸ら¹²⁾は介助者の足位置の違いによる動作分析を行い、麻痺足側に介助者の足を置く方がより安定した姿勢を保持できることを報告した。

一方、我々は、看護者の腰部負担軽減のための解決策策定を目的として、看護者の作業時生体負担について作業姿勢モニターによる作業時前傾姿勢分析、動作解析・筋電図学的分析によるひねり動作の分析および作業時平均心拍数測定・エネルギー消費量の算出等から労働科学的分析を行っている。その結果、看護者がベッドメイキング作業時に最も生体負担が少ない作業ベッドの高さは、看護者の身長とベッドの高さの割合、即ちベッド高/身長比が45%程度であり、かつ看護者の自覚した腰部負担も少ないことを明らかにした¹³⁾¹⁴⁾。

しかし、車椅子移乗に関する研究は、看護のみならず人間工学や理学療法の分野など様々な研究が行われてはいるものの未だ解決には至っておらず、患者および看護者ともに安全・安楽でかつ患者の自立を考慮した「動くこと」への看護支援を多角的に検証した研究は殆どない。また、実際の臨床現場や看護教育現場においても、移動・移乗の支援方法は確立できていないのが現状である。

そこで本研究では移動支援の中の車椅子を用いた移乗動作に焦点を当て、患者の安全・安楽・自立および看護者の腰痛予防を考慮した車椅子移乗の方法を検証することを目的とした。

II. 研究方法

2002年6月、以下の調査および実験を実施した。

1. 片麻痺患者への車椅子移乗動作の実態調査

看護管理者に調査の趣旨を説明し同意を得たS県下100床以上4病院の看護者・介護者1070名を対象に無記名式の質問紙による留置方式実態調査を実施した。尚、調査への参加は自由であることを説明するとともに専用の質問紙回収袋を設けるなど対象者のプライバシー保護に努めた。

質問内容は水戸¹⁵⁾の研究を参考に、普段臨床現場で看護者が実施している右片麻痺をもつ患者への車椅子移乗の方法を、中足(患者の両足の間に看護者の片足を置く

方法)、外足(患者の患側の足の外側に看護者の片足を置く方法)、はさみ足(患者の両足を看護者の両足ではさむ方法)、その他、の中から選択させた。

車椅子移乗における援助動作は、「構え」「立ち上げ」「回転」「座らせ」という4つの動作をから成り立っており¹⁾、片麻痺のある患者の場合は健側のベッドに対して30度から45度の角度に車椅子を固定し移乗する 경우가多い。

また、中足法の場合は図1左側の動作実験写真<中足法>に示しているように、患者の腰部に看護者の腕を回して両者の重心を近づけ、十分に抱え込み「立ち上げ」てから「回転」「座らせ」の体勢をとるとするのが一般的である。一方、外足法は、患者の麻痺側である下肢を看護者の片膝で固定しながら、図1右側の写真<外足法>のように患者自身が十分に残存能力を活用できるようなスペースを確保する、即ち看護者は患者を抱え込まない体勢をとる。尚、本実態調査においては、看護者と患者の足位置と移乗方法を示したのみで詳細については示

していない。

また、他項目についての調査結果については別途報告している¹⁴⁾。

2. 片麻痺患者への車椅子移乗動作実験

1) 実験条件及び方法

本研究の趣旨に同意を得た健康なS大学看護短期大学部3回生の看護学生10名を被験者とし、患者役は右麻痺状態を想定し患側の右前腕部と右膝部に麻痺ベルトを身につけた平均的体格の同短期大学部3回生の看護学生1名とした。尚、被験者は、作業および実験に支障をきたさないために筋肉を締め付けない着衣(Tシャツ・短パン)・動作しやすいシューズ(ナースシューズ)を装着した。

被験者10名の平均身長は 158.7 ± 3.2 (mean \pm S.D.) cm、平均体重は 52.0 ± 5.0 kgであり、患者役の身長は158.0cm、体重は50.0 kgであった。

2) 車椅子移乗動作の方法

車椅子からベッドへの模擬右麻痺患者移乗動作を、実態調査結果および水戸ら¹¹⁾の研究、山本ら¹⁵⁾による方法を参考に、中足法と外足法の2種類を設定し実施した。

車椅子は臨床現場で多く利用されている標準型を使用し、山本ら¹⁵⁾による方法をもとに患者の健側にベッドに対して30度の角度で固定し、ベッドの高さは患者の下腿高に合わせた高さとした。

本実験においては臨床現場で看護者が中足法・外足法として実施している方法の検証を行うため、被験者に対しては足位置以外、患者と向き合い患者の腰位置に手を回し把持すること(中足時)、患者の頭はベッド側にあること(外足、中足時)、十分に立ち上がってからベッド側へ回転すること(中足時)などを指示し、事前に動作映像¹⁵⁾を視聴させた後に練習を行った。また、患者役の被験者には、動作を統一するために中足・外足ともに健側である左上肢でベッド柵を持つよう指示した。

3) 測定および解析方法

作業実験における測定および解析方法としては、看護者および模擬患者役を各被験者として、車椅子移乗動作時の前傾姿勢・平均心拍数の分析、表面筋電図による筋活動分析および作業後の自覚症状調査を実施した。



図1. 実験写真(構えの状態)

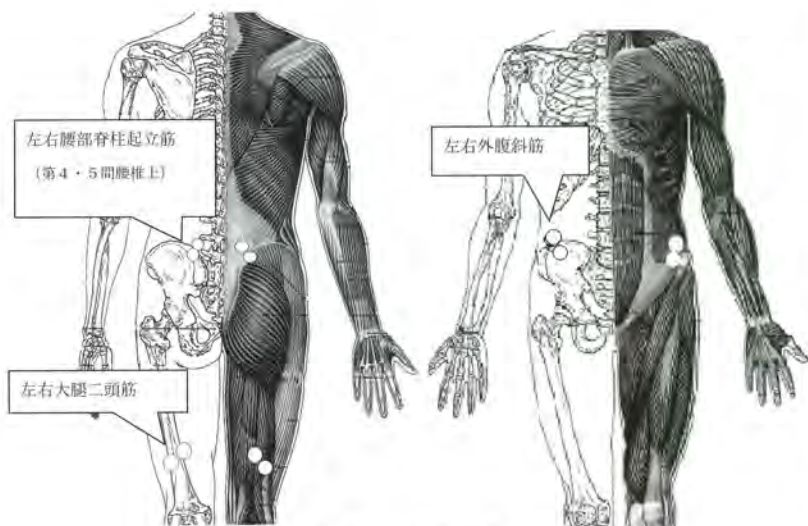


図2. 被験筋(看護者)における電極添付部位

・作業時前傾姿勢

看護者役の被験者に対して、作業姿勢モニター (Macocet VM8-128、VINE社) を装着し作業を行った。この際、移乗する側である右側の体幹部 (第7肋骨部) ・上腕部・前腕部・大腿部・下腿部の5ヶ所それぞれに動作角度センサーを、腰部に作業姿勢モニターを装着し、作業時前傾姿勢角度測定、作業時間計測を行った。

姿勢解析は、インターフェイス (Mac reader232/V MS3-232、VINE社) を用いてコンピューターに送り、姿勢動作解析プログラムを用いて解析した。

尚、姿勢動作を1秒毎のスティックピクチャーとして表示した。また、作業時前傾姿勢の頻度は、<直立>から<前傾角度90度以上>までの10度毎での算出となる。

・表面筋電図

看護者役の被験筋は、図2に示すように、作業時腰部負担に関係のある脊柱起立筋 (腸肋筋-第4・5腰椎部)、外腹斜筋、大腿二頭筋の3筋肉を選択し、選択された各筋肉の脊柱を中心とした左側右側の各被験筋に電極を貼付した (アース用電極は、頸椎上の皮膚に貼付)。同様に、患者役の被験筋は、移乗動作時の健側上下肢への筋活動を分析するため、健側左側の大腿直筋、腓腹筋、上腕三頭筋、上腕二頭筋を選択した。

表面筋電図 (Myo System1200 sEMG System SA KAI/米国 Noraxon社) を用い、サンプリング rate を 1000Hz で設定し計測した。尚、周波数特性は、10~500Hz 帯域であった。また、記録したデータは、各被験筋における筋活動電位の筋積分値 ($\mu V \cdot s$) を、解析ソフト Myo Research によって解析した。

尚、筋活動の個人差を考慮するため、被験者毎に各被験筋の最大筋量を測定し、その値を100%としてそれぞれの筋積分値の結果を相対比率で算出した。尚、最大筋量の測定は、同一の1名の理学療法士が実施し、検者が手で加える抵抗に逆らって被験者が最大限に関節を動かす筋力を表面筋電図により算出する方法を用いた。

・作業後の自覚症状調査

患者役被験者、看護者役被験者ともに、各作業終了直後に、車椅子移乗動作において「患者の自立性を考慮していたか」「安全性を考慮していたか」「腰部に疲労を自覚したか」について Visual Analog Scale (以下、VAS) 形式を用いて記入させた。また、それぞれの動作時に感じたことも自由解答にて記入させた。

III. 研究結果

1. 片麻痺患者への車椅子移乗動作の実態調査結果

有効回答は673名 (有効回答率68%) であり、対象者の属性については表1に示した。尚、対象者の平均年齢は 31.4 ± 9.2 (mean \pm S.D.) 歳であり、年齢構成は30歳

未満が全体の54.3%を占めていた。性別は女性638名 (94.8%)、男性35名 (5.2%)、職種は看護師548名 (81.7%)、准看護師37名 (5.2%)、介護職者88名 (13.1%) であり、平均経験年数は 8.1 ± 7.2 年であった。

片麻痺患者への車椅子移乗動作の実態調査結果は、図3に示すように、中足が最も多く568名 (84.4%) であり、外足35名 (5.2%)、はさみ足28名 (4.2%)、その他42名 (6.2%) であった。

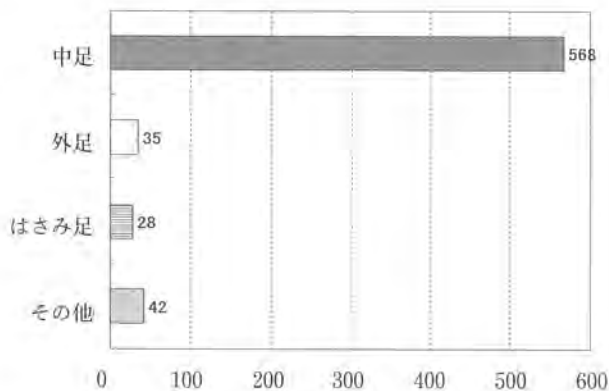


図3. 片麻痺患者への車椅子移乗動作の実態調査結果 (N=673)

2. 片麻痺患者への車椅子移乗動作実験結果

1) 作業時前傾姿勢

前傾姿勢45度以上となると作業者の腰部に負担がかかりやすいとされる¹⁰⁾。今回用いた作業姿勢モニターは10度毎の分析となるため、車椅子移乗動作において看護者が前傾姿勢50度以上となる出現率を算出し、図4に示した。その結果、車椅子移乗動作をこま切れにみると、

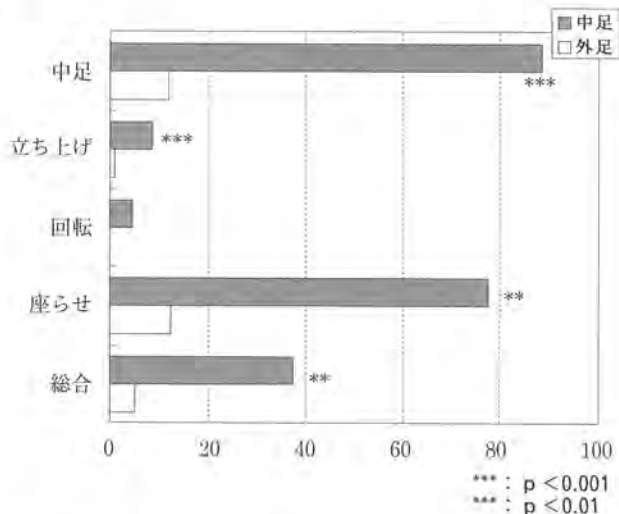


図4. 車椅子移乗動作-前傾姿勢50度以上出現率 (%)

「構え」時に中足法で前傾姿勢50度以上出現率は88.6±15.1%と高値を示し、外足法12.0±27.3%との間に有意差が認められた ($p < 0.001$)。同様に、「立ち上げ」時に中足法で8.6±5.3%、外足法1.0±3.2%であり ($p < 0.001$)、「座らせ」時においても中足法は77.6±38.8%と、外足法12.5±29.5%と比較して有意に高値を示した ($p < 0.01$)。

また、車椅子移乗動作を一連の動作(総合)でも、前傾姿勢50度以上の出現率は中足法37.5±32.8%、外足法5.2±6.0%であり有意差が認められた ($p < 0.01$)。

尚、図5に看護者における車椅子移乗動作の典型例をスティックピクチャーで見ると、中足法における「構え」時と「座らせ」時において、より深く前傾となり踏み込んでいる傾向にあることが示された。

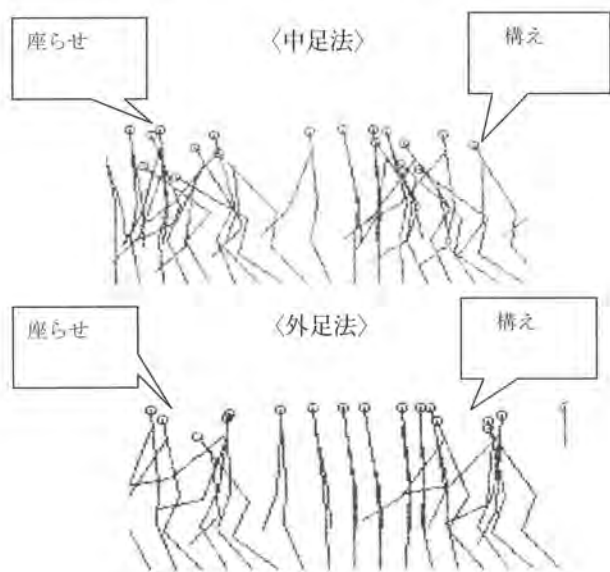


図5. 車椅子移乗動作時(看護者)のスティックピクチャー典型例

2) 作業時筋電図

車椅子移乗動作時の筋活動(%)を筋積分値により算出すると、看護者では腰部筋である左右脊柱起立筋において有意差は認められないものの中足法の方が外足法に比べ高値を示した。即ち、右脊柱起立筋において、中足法で39.7±24.3%、外足法で34.1±15.4%であり、左脊柱起立筋において、中足法で25.0±11.6%、外足法で24.2±11.5%であった(図6参照)。一方、看護者の左右脊柱起立筋における作業時の筋活動の左右差を図7に示したが、中足法、外足法ともに有意に左右差を認めた ($p < 0.05$)。

尚、図8に看護者における車椅子移乗動作時の筋電図波形の典型例を示した。これを見ても、中足法における左右脊柱起立筋の「構え」時及び外足法における左大腿

二頭筋の「座らせ」時に筋活動電位が高い傾向にあることが示された。

また、患者の筋活動においても有意差は認められないものの左腓腹筋、左上腕二頭筋で外足法の方が中足法に比べ高値を示した。即ち、左腓腹筋において、外足法で50.0±11.3%、中足法で36.6±7.5%であり、左上腕二頭筋において、外足法で93.2±3.1%、中足法で64.0±24.7%であった(図9参照)。

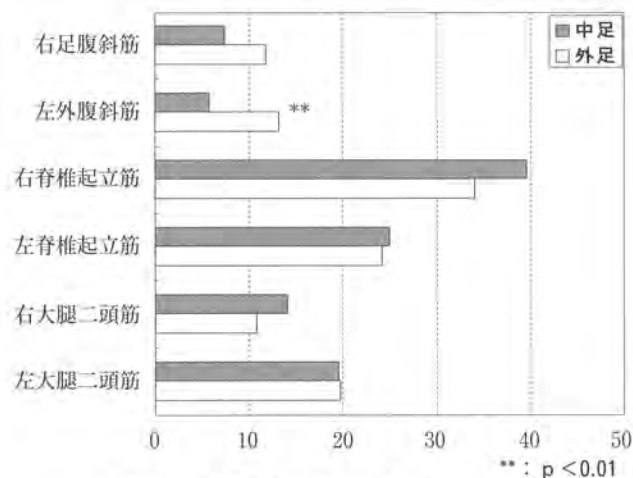


図6. 車椅子移乗動作-筋活動(%)

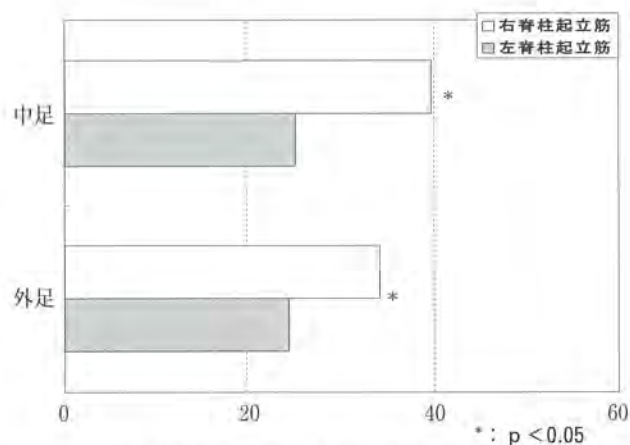


図7. 車椅子移乗時の看護者の腰部筋における左右差筋活動(%)

3) 作業後自覚症状

車椅子移乗動作において「患者の自立性を考慮していたか」という問いに対しては、図10に示すように看護者、患者役被験者ともに外足法が約80/100mm強と高値であり、中足法の約20-30/100mmと比べ有意差を示した ($p < 0.001$)。

次に、車椅子移乗動作において「安全性を考慮してい

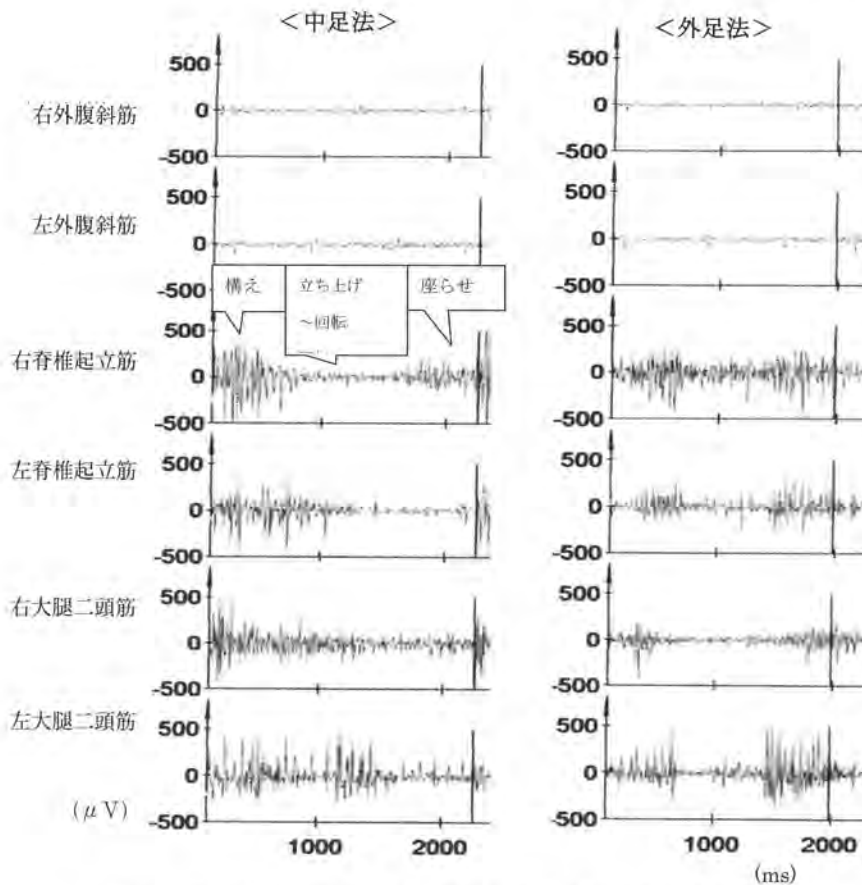


図8. 車椅子移乗動作時(看護者)の筋電図波形の典型例

たか」という問いに対しては、看護者、患者ともに外足法の方が中足法よりも高値を示した。そのうち、特に患者では中足法で $13.0 \pm 16.2/100\text{mm}$ 、外足法 $75.3 \pm 25.7/100\text{mm}$ であり有意差を認めた ($p < 0.001$) (図11参照)。

また、車椅子移乗動作時に「腰部に疲労を自覚したか」という問いに対しては、看護者では中足法が $55.0 \pm 15.2\text{mm}/100\text{mm}$ と高値を示し、外足法の $19.3 \pm 16.2/100\text{mm}$ と比べ有意差を認めた ($p < 0.01$)。

一方、患者では外足法が $36.3 \pm 32.3/100\text{mm}$ と高値を示し、中足法の $9.1 \pm 22.3/100\text{mm}$ と比べ有意差を認めた ($p < 0.05$) (図12参照)。

また、車椅子移乗動作時に感じたことを自由解答で記載してもらった結果、看護者では中足法で「外足より腰に負担を感じた」などの意見が多くみられた。一方、患者では中足法で「力はそんなにかけなかった」が、「麻痺側は固定されていないので危ない感じがした」という意見が多くみられた。

同様に、外足法では、看護者で「患者が健側を使っているため楽だった」という意見を認め、患者では「左足と左手にかなり力を入れなければいけない」という意見もあったが、「自立して腕の筋を使いながらも麻痺側は

がっちり固定されていたのでやりやすかった」「自立してスムーズに移動できた」などの意見が多くみられた。

IV. 考察

我々は看護者の腰部負担軽減のための解決策策定を目的として、看護作業に着目し労働科学的分析を行ってきた。その結果、看護者の作業時前傾姿勢やひねり姿勢が腰痛発症の要因となっていることを明らかにしつつある¹²⁾¹³⁾。しかし、ひねり姿勢の科学的分析はまだ解明されていない。車椅子移乗動作は、看護者の腰部にひねりが加わる動作であり、看護者の作業時腰痛発症の要因となっている率も高いことが予測される。しかし、実際の臨床現場や看護教育現場においても、車椅子移乗の支援方法は確立できていないのが現状である。

そこで本研究では、麻痺のある人への車椅子移乗の方法に焦点を当て、患者の安全・安楽・自立への考慮および看護者の腰痛予防の観点からの検証を行った。今回とりあげた車椅子移乗に関する研究はこのひねり姿勢の検討の糸口になるものと考えられる。

まず、実際の臨床現場における片麻痺患者への看護者が行う車椅子移乗動作の実態調査では、患者の両足の間に看護者の片足を置くいわゆる中足法が568名(84.4%)と有意に高値を示し、患者の麻痺側に看護者の片足を置くいわゆる外足法は35名(5.2%)のみという結果が得られた。中足法を多くの看護者が選択するその要因としては、車椅子移乗の援助法として古くより中足法が看護基礎教育で用いる看護技術教本に多く記載され教育されていること¹⁷⁾¹⁸⁾が考えられる。即ち、その看護基礎教育の学びをそのまま看護現場で多くの看護者が実施しているのが現状ではないかと推測された。

水戸ら¹⁴⁾は介助者の足位置の違いによる動作分析を行い、麻痺足側に介助者の足を置くいわゆる外足法が従来の中足法より安定した姿勢を保持できることを報告している。しかし、このように動作解析などの研究が進むにつれてその動作の善し悪しなどの根拠が示されつつある

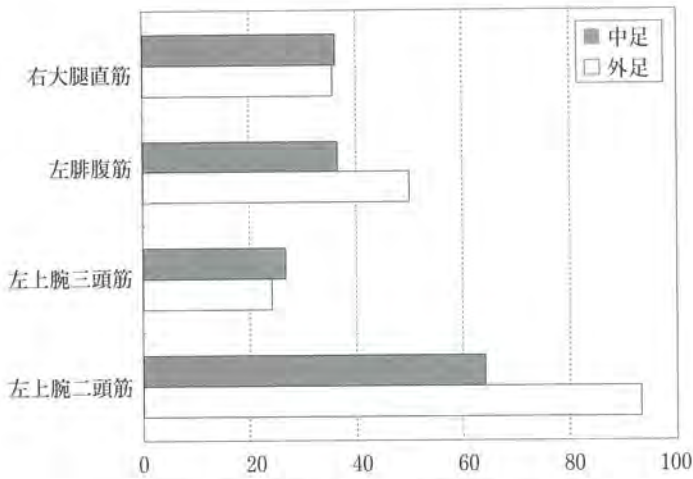
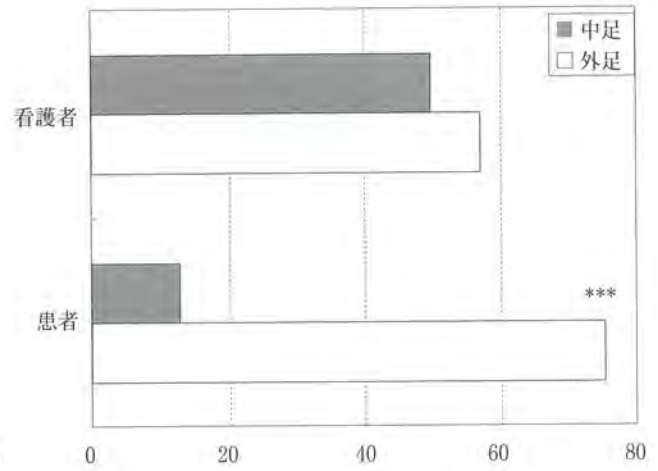
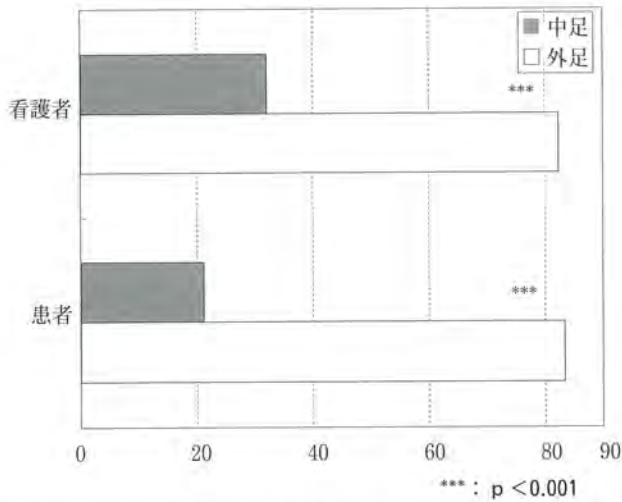


図9. 車椅子移乗動作-患者筋活動 (%)



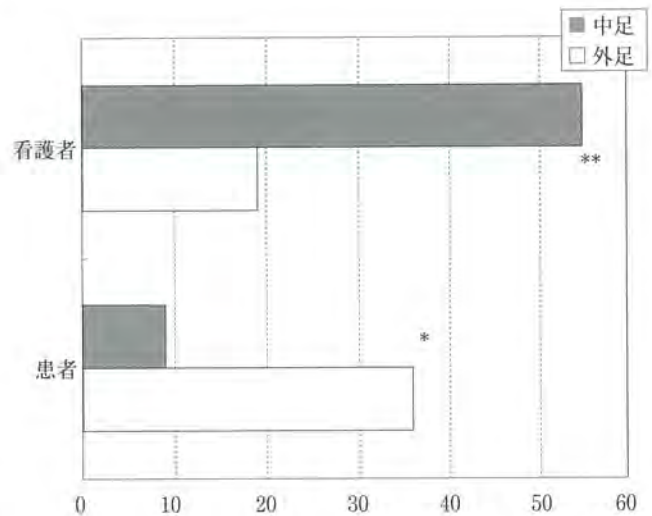
*** : p < 0.001

図11. 車椅子移乗動作-安全性の高さ認識 VAS(mm)



*** : p < 0.001

図10. 車椅子移乗動作-患者自立性の高さ認識 VAS(mm)



** : p < 0.01
* : p < 0.05

図12. 車椅子移乗動作-自覚疲労 VAS(mm)

ものの、看護基礎技術教本に明確にその根拠とともに車椅子移乗の方法を記載しているものは少なく¹⁰⁾、車椅子移乗における援助方法は各教員の手にて委ねられているところも多いといっても過言ではない。

右片麻痺患者を想定しての車椅子移乗動作実験結果では、移乗動作時に看護者が前傾姿勢50度以上となる出現率は中足法で有意に高値を示した。我々の作業姿勢モニターを用いた実験結果においても、作業ベッドの高さが低いほど前傾姿勢となる率が高くなり腰部への負担が大きくなることを明らかにしている¹²⁾¹³⁾。また、石崎ら¹⁰⁾も、ベッドの高さと看護者の負担について、床反力計と加速度センサ式体幹傾斜角度測定装置を用いて椎間板内圧を推定し、高いベッドの場合低いベッドに比較して椎間板

内圧が小さいという結果を報告している。作業時前傾姿勢が45度以上となると、腰背腱筋にかかる伸張力は大きくなり腰背部の筋肉よりもむしろ腰椎や靭帯への負担が考慮される。今回の実験結果では臨床現場で殆どの看護者が車椅子移乗援助時に行っているいわゆる中足法の方が外足法と比較して前傾姿勢となる率が有意に高いことが明らかとなり、看護者の腰痛発症要因のひとつとなっている可能性が示された。

また、作業時の看護者の筋活動を腰部筋である脊柱起立筋の結果では、有意差は認められないものの中足法が

外足法と比べて筋活動が高値を示した。中足法は患者の麻痺の有無に関わらず、患者の全体重を看護者が支え移動するという方法であり、特に患者を立ち上げようと構える際に看護者は前傾姿勢となり、特に、看護者の腰部筋に負担が加わるために筋活動が高くなったものと考えられる。一方、外足法では患者の麻痺側を意識し、麻痺側を守り、かつ患者の健側を活かす方法となる。そのため、看護者は患者の動きを支え見守る体勢となり、患側の下肢を固定する左大腿部筋への負担は高くなるもの看護者は前傾姿勢となることは少ない。従って、看護者の腰部筋への負担は外足法の方が中足と比べて軽度になると推測できるが、今回併せて実施した看護者が自覚した腰部負担度についての結果では、中足法が外足法に比べて有意に高値を示し、実験結果と一致する結果となった。また、今回の実態調査において車椅子移乗動作時に「中足」を用いた方法をとっている看護者が多いことと、以前我々が実施した腰痛を起こした看護作業の調査結果¹⁴⁾において、「体位変換」に次いで「車椅子移乗」が53.5%と高い率を示したことも本研究結果と関連するものと推測された。

加えて、作業時の看護者の右側と左側の脊柱起立筋の筋活動の差を分析した結果、中足法においても外足法においても有意に左右差が認められた。このことから、車椅子移乗の援助を行う際には看護者の身体が、腰部の筋活動がアンバランスとなる回旋姿勢、即ちひねり姿勢となることが明らかとなった。このひねり姿勢により椎間板への不均等な圧力がかかり作業時腰部負担の一因となることが推測される²⁰⁾²¹⁾。

一方、患者における移乗時筋活動は外足法の方が高値を示した。このことは、外足法では患者自身が健側を使う体勢となるため患者の筋活動が高くなり身体的な負担が加わったと考えられる。しかし、患者の自立を考えた時には、全介助に近い方法である中足法を用いるのではなく患者自身の残存機能を活かす外足法の方がより自立を考慮した方法と考えられる。しかしながら、患者には様々な身体状況が考えられるため、患者の身体状態よりの援助方法を選択するのは看護者が現場で判断しながら実施する必要がある。

また、実験後に看護者および患者役の被験者に対して、VAS方式での患者の自立、安全性への考慮の有無、自覚した腰部疲労度を調査した結果では、看護者および患者両者ともに外足法の方が中足法と比べて患者の自立や安全性を考慮した方法であると回答した。

看護技術教育においてはその援助技術の根拠を一つ一つ解明しながら個々の患者への看護支援を思考する能力を伸ばすことが重要と考えられるが、過去には援助技術が科学的根拠に基づいたものでなく、経験的な事象に由来することが多かったために、未解決の課題が多いのが

現状である。今回の研究では具体的に患者設定を右麻痺患者に統一したが、麻痺のある人のみならず車椅子移乗の看護支援を受ける個々の患者に対してそれぞれが援助技術の根拠を明確にした上で看護支援を行っていく必要がある。

実際の臨床現場における片麻痺患者への車椅子移乗動作の実態調査では、看護基礎教育で修得したと推測されるいわゆる中足法が多く用いられていることが明らかとなったが、援助技術方法の是非に関わらず看護基礎教育の持つ影響力の大きさとともに、今後更に援助技術方法の根拠を解明し確立していくことの重要性が示唆された。また、車椅子移乗の援助方法において患者の安全・安楽・自立および看護者の腰痛予防の両者を同時に考慮する必要があるが、本実験結果より、臨床現場で殆どの看護者が行っているいわゆる中足法は麻痺のある人の安全・安楽・自立を最も考慮した方法であるとの根拠は得られず、かつ看護者の腰部負担といった観点からの分析結果からもその妥当性の有無が疑問視される結果となった。したがって、本実験結果からは患者の麻痺側を守りながら患者自身の残存機能を活用するいわゆる外足法が患者の安全・自立および看護者の腰部負担軽減といった観点においてはより有効であると考察された。

V. 結 語

本研究より、片麻痺患者に対する車椅子移乗に関しては患者の自立・安全・安楽を十分に考慮しながら、かつ、看護者の腰部負担も軽減できる援助法を見出すことが重要であり、患者の麻痺側を固定し健側は活用してもらいいわゆる外足法が有効であると考察された。

しかし、今回の実験では患者設定が学生による模擬患者であるためその妥当性には限界があり、今後は実際にさまざまな障害を持つ個々の患者に対して最も有効な移乗方法を見いだす必要がある。今後も、引き続き「動く」ことに障害を持つ患者の安全・安楽・自立を図るとともに、看護者の腰痛予防も考慮した移乗法について検証していきたい。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力いただきました皆様、および実験機器を快く提供していただき格段なるご協力をいただいた酒井医療株式会社矢口潤哉氏に深謝致します。

本研究は、平成13・14年度文部科学省科学研究費（萌芽、課題番号13877417）により実施した。

文 献

- 1) 井上剛伸、Geoff Fernie and P.L.Santaguida: 介助用リフト使用時の腰部負担、バイオメカニクス15、243-254、2000.
- 2) 山崎信寿、山本真路、井上剛伸: 移乗介助動作の計測と腰部負担の軽減手法、第17回バイオメカニクス学術講演会講演予稿集、107-118、2001.
- 3) 井上真帆、山下久仁子、岡田 明: 高齢者の住宅内における移乗動作に関する基礎的研究、日本人間工学会関西支部大会講演論文集、123-124、1998.
- 4) Philip Harber, Elizabeth Billet, Mary Cutowski, 他: Occupational Low -Back Pain In Hospital Nurses, Journal of Occupational Medicine, 27(7)、518-524、1985.
- 5) D.A.Stubbs, P.W.Buckle, M.P.Hudson, P.M Rivers, 他: Back pain in the nursing Profession, ERGONOMICS, 26(8)、755-765、1983.
- 6) 甲田茂樹、久繁哲徳、小河孝則、他: 看護婦の腰痛症発症にかかわる職業性要因の疫学的研究、産業医学、33、410-422、1991.
- 7) 金田和容、白井康正、武内俊次、他: 看護職員の腰痛調査、日本腰痛会誌、2(1)、17-21、1996. 11
- 8) Ying Xu, Elsa Bach, Elsa Orhede: Work environment and low back pain: the influence of occupational activities, Occupational and Environmental Medicine, 54, 741-745, 1997.
- 9) 湯 海鵬、豊島進太郎、星川保、川端昭夫: 車椅子の移乗介護動作に関する運動学的分析研究、バイオメカニクス学会誌、27(1)、37-41、2003.
- 10) 石崎庄治、小川?一、塚越貴弘、大久保祐子、ベッドの高さと看護者の腰部負担について、第19回バイオメカニクス学術講演会講演予稿集、105-108、1998.
- 11) 水戸優子: 車椅子移乗時の介助者の足位置の違いによる動作の分析、看護人間工学研究、2、2000.
- 12) 伊丹君和、藤田きみゑ、寄本 明、古株ひろみ、横井和美、松井美紀子、藤迫奈々重、居原田玲香: 看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌、4、21-27、2000.
- 13) 伊丹君和、藤田きみゑ、寄本明、古株ひろみ、横井和美、藤迫奈々重、田中智恵、久留島美紀子、北村隆子、森下妙子: 看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究(第2報) - 作業時における教員・学生間のボディメカニクス活用の比較分析 -、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌、5、39-44、2001.
- 14) 久留島美紀子、伊丹君和、藤田きみゑ、森下妙子、他: 看護・介護作業時のボディメカニクス活用状況に関する一考察、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌、7、90-96、2003.
- 15) 山本康稔、加藤宗規、中村恵子: 腰痛を防ぐらくらく動作介助マニュアル、医学書院.
- 16) HAROLD PORTNOY 他: Electromyographic Study of Postural Muscles in Various Positions and Movements, 122-126, 1990.
- 17) 岡崎美智子: 基礎看護技術 - その手順と根拠、メヂカルフレンド社、1998.
- 18) 坪井良子、松田たみ子: 体位と移動、考える基礎看護技術II、279-282、2002.
- 19) 結城瑛子、水戸優子、野月千春、山本 基、山田紀代美: 体位と移動の援助技術について(2) 体位変換・移動、Nursing、16(1)、62-65、2001.
- 20) 森 健躬: 腰診療マニュアル、医歯薬出版、1996.
- 21) 大秦静恵、佐々山香、他: ベッド 上足浴時における看護者の腰部の負担度 - 前傾姿勢の角度と筋活動量の関係から -、クリニカルスタディ、18(4)、32-37、1997.
- 22) 伊丹君和、藤田きみゑ、古株ひろみ、矢口潤哉、北村隆子、横井和美、田中智恵、藤迫奈々重、甘佐京子、柴辻里香、森下妙子、寄本明、金田嘉清: 看護作業時のひねりが看護者の腰部に及ぼす影響 についての検討 - Noraxon社製 Myo System 1200 sEMG を用いての筋電図学的分析 -、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌、5、33-38、2001.
- 23) 伊丹君和、藤田きみゑ、矢口潤哉、森下妙子、下野俊哉: 看護作業時のひねりが看護者の腰部に及ぼす影響についての検討(第2報) - ベッドメーカー作業時の筋電図学的分析 -、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌、6、37-42、2002.
- 24) 労働省労働衛生課: 職場における腰痛予防対策マニュアル、中央労働災害防止協会、1996.
- 25) 伊丹君和、藤田きみゑ、寄本 明、古株ひろみ、横井和美、久留島美紀子、北村孝子、森下妙子、牧野耕次、甘佐京子: 看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究(第3報) - ベッドメーカー連続作業による生体負担分析 -、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌、6、43-48、2002.
- 26) Rene Caillet: Low Back Pain Syndrome、1995. 萩島秀男訳: 腰痛症、医歯薬出版、1998.
- 27) 酒井一博: 姿勢負担とその改善、労働の科学、45(9)、4-8、1990.
- 28) 宮腰由紀子、榎本麻里、佐野房恵、渡辺誠介: 看護動作の筋電図学的分析(その1)、日本看護研究学会雑誌、9(4)、1987.

(Summary)

A Study of Wheelchair Transfer Assistance Using Simulated Patients Trained to Portray Hemiplegic Patients

- Patient Safety, Comfort and Independence
V.S. Prevention of Low Back Pain among Nurses -

Kimiwa Itami¹⁾, Kimie Fujita¹⁾, Kazumi Yokoi¹⁾, Mikiko Kurushima¹⁾,
Taeko Morishita¹⁾, Kumiko Toyoda¹⁾, Akira Yorimoto²⁾, Toshiya Shimono³⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture ²⁾The University Center
for Intercultural Education, The University of Shiga Prefecture ³⁾Muikaichi Hospital
Department of Rehabilitation

Background As the Japanese population is graying rapidly, increasingly more people are seeking assistance in carrying out some of the basic everyday activities. In relation to this, and in the meantime, low back pain is becoming increasingly more prevalent among individuals in the nursing professions than among those in any other professions.

Objective The purpose of the present study is to determine how wheelchair transfers can be performed while not only ensuring patient safety, comfort and independence but also preventing low back pain among nurses.

Method The following methods were selected for the present study: a fact-finding survey of 1070 local hospital nurses and an analysis of posture and motion as well as muscle activities of ten nursing school students who performed wheelchair transfer assistance.

Results According to the results from the present survey, most nurses place one of their legs between one of the patient's legs when moving their patients. Our results also demonstrate that this

posture not only increases the risk of suffering from low back pain among nurses but also has negative impact on the patients' safety and independence.

Conclusions In view of the above, and in order to ensure patient safety, comfort and independence while minimizing the risk of low back pain among nurses, nurses should use one of their legs to support only the paralyzed leg of a patient, encouraging and enabling the patient to use his/her healthy leg to support his/her own body.

Key Words safety, comfort, independence, low back pain, wheelchair transfer assistance

論 文

安全なベッドからの 立ち上がりに関する研究 (その2)

—表面筋電図を用いた成人患者の下肢筋力の検討—



横井和美¹⁾, 伊丹君和¹⁾, 藤田きみゑ¹⁾, 寄本明²⁾,
前川直美¹⁾, 竹村節子¹⁾, 下野俊哉³⁾, 古川公宣⁴⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部, ²⁾滋賀県立大学国際教育センター,
³⁾医療法人石州会六日市病院, ⁴⁾医療法人啓友会介護老人保健施設フローレス犬山

背景 臨床でのベッドの高さは、車椅子からの移動がしやすく、足底が床に着き立ち上がりや腰掛に容易で、ベッドから転倒・転落の危険性が少ないなど、高さ設定に安全性・安楽性が求められる。しかし、われわれの調査では、臨床の患者に適したベッドの高さ設定については看護師との差異があり、高さ設定の種々の要因を追究することが必要とされた。

目的 様々なベッドの高さでの立ち上がりに要する下肢筋群の活動を表面筋電図にて測定した。即ち、筋力が低下した状況にある患者に対して、どのような高さ設定が安全であるのかを年代ごとの身体計測値並びに活動筋電位にて検討を加えた。

方法 健康な20歳から70歳代の女性83名を対象とした。個々の身体計測と下肢筋力測定を行った後に、ベッドからの立ち上がり時に使用される下肢筋群の表面筋電図測定を、下腿高に対する100%、120%、140%の高さ比率となる3段階で測定し、年代間比較を行なった。

結果 立ち上がりに必要な下肢筋力を総合評価する垂直跳び、長座体前屈及び握力は、年齢と共に低下していたが、最大筋活動電位の年代差は認められなかった。立ち上がり時の筋活動は、三段階のいずれの高さにおいても大腿直筋が最も高い筋活動を示し、次いで、大腿二頭筋、前脛骨筋、腓腹筋の順となった。

また、100%のベッドの高さでは全ての筋の活動率が高くなり、筋肉に対する負荷が上昇していた。さらに、筋活動率は年齢が高くなるに従い増加した。

結論 従来、示されていた下腿高と同じベッドの高さは、患者が適していると考えられるベッドの高さよりも立ち上がりに筋活動を要し、下肢筋力の低下している者にとっては負担がかかる。患者のベッドの高さ設定においては、身長や下腿高の身体寸法だけでなく、年齢や下肢筋力の程度をも考慮して安全性を高めることが望ましいと考える。

キーワード 立ち上がり動作、筋電図、ベッドの高さ、転倒防止、年代差。

I. はじめに

ベッドは入院中の患者生活の中心的な役割を担うため、ベッド並びにベッド周囲の病床環境の整備調整は看護の重要な役割となっている。また近年、入院在日数の短縮や回復促進のため等の理由による患者の早期離床が勧めら

れており、これに伴って、安全な離床対策となる環境整備が必須とされている。

臨床でのベッドの高さについては、立ち上がりや腰掛が容易であること、足底が床に着く高さであること、車椅子からの移動が容易であること、転倒・転落の危険性が少ないことなど、高さ設定に安楽性・安全性が求められる¹⁾。現状におけるベッドの高さはJIS規格²⁾に示された高さを基にした高さであり、介護者の負担軽減のためにも高さ調節可能なベッド³⁾が普及している。しかし、われわれの以前の研究では入院患者の約4割が使用中のベッドの高さに不満足を示し、臨床現場では患者に適したベッドの高さ設定がなされていないことが判明した⁴⁾。そこで、患者個々にとって適正と考えられるベッドの高さを、

2004年1月15日受付、2004年2月25日受理

連絡先：横井和美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：滋賀県彦根市八坂町2500

tel : 0749-28-8662 fax : 0749-28-9530

e-mail : yokoi@nurse.usp.ac.jp

患者身長ならびに下腿高の人体寸法の視点から検討した結果、ベッドからの立ち上がりや腰掛に適した高さは、履物を履いた身長 $31.2 \pm 2.8\%$ 、また履物を履いた下腿高 $119.4 \pm 11.2\%$ 、即ち、下腿高（膝蓋骨下部）から $8.0 \pm 4.4\text{cm}$ 高い高さであり、看護・介護現場で認証されていた高さ⁹¹⁰よりも更に高いことが示され、患者と看護者間で認識の差が生じていた⁹¹¹。

即ち、従来、提唱されてきた足底が床に着く下腿高の高さのベッドは、患者の考える適正な高さとは相違していた。その原因には、患者は加齢や疾病による種々の身体機能低下や、布団で寝起きている日本人の生活習慣などの心理的要因が関与していると考えられる。特に、入院患者は疾病の身体機能低下のみならず入院という活動制限下に置かれていることなどにより、下肢筋力低下をきたす可能性⁹¹²があり、自由に可動できる健常者と異なり、筋力低下のために自力での可動がやや困難な患者にとっては、この数値設定が安楽とは言い切れない。即ち、筋力が低下している患者には、上記の数値に加えて何らかの補正が必要となる可能性が想定される。加齢による筋力低下が立ち上がりに、どれくらい影響するのか表面筋電図測定により加齢による変化を前回の調査で検討した結果、青年者と中高年者に筋活動の差を認め⁹¹³、そこで、今回、さらに測定者を増し年齢毎に下肢筋力測定を行い、加齢による下肢筋力の変化を検討すると同時に、様々なベッドの高さでの立ち上がりに要する下肢筋群の活動を表面筋電図にて測定し、年代ごとの比較から、筋力が低下した状況である患者に対して、どのような高さ設定が安全なベッドの高さであるのかを検討した。

II. 研究方法

II-1. 対象

被験者は、研究の目的と方法を事前に説明し同意が得られ、日常生活動作に支障のない、また関節可動域障害を有さない健康な20歳から70歳代の女性83名で、20歳代18名、30歳代13名、40歳代10名、50歳代13名、60歳代18名、70歳代11名であった。測定は平成14年6月から12月にかけて実施した。

II-2. 方法

被験者の身体計測（身長、体重、下腿高）ならびに下肢筋力測定を行った。脚筋力は主として下肢伸筋群の静的筋力を示す尺度⁹¹⁴であることから、簡便な機器で測定できる脚伸展力（デジタル背筋力計を用いた垂直式両脚力）、垂直跳び（紐式測定法）、長座体前屈の測定を行い、加えて、他の筋力の測定値と比較的高い相関関係を有するとされ⁹¹⁵握力（デジタル握力計使用）測定を行った。

また、立ち上がり動作時の表面筋電図測定には、立ち上がり動作の動作筋や拮抗筋として考えられている筋群の

内、表面筋電図測定が可能な大腿直筋、大腿二頭筋、前脛骨筋、腓腹筋を選択し測定した。表面筋電図は、ペースト付ディスプレイ電極（blue sensor M-00-S）を図1に示したように各被験筋の筋腹中央に貼付して、電極間距離を35mmとした双極誘導法で4ch筋電計（Myo System1200sEMG SystemSAKAI /米国Noraxon社）を用いて測定した。測定周波数帯域は10~500Hz、サンプリング周波数は1000Hzとした。記録されたデータから平均振幅（ μV ）を解析ソフトMyo Researchにより求めた。さらに、理学療法士が被験者に反発できない程の強い負荷を掛け、被験者がその負荷に対して最も強い抵抗を示した時に測定した筋活動を最大筋活動として、その平均振幅を求めた。それぞれ大腿直筋max、大腿二頭筋max、前脛骨筋max、腓腹筋maxとして表し、個人差や条件差の影響を排除して検討ができるように、測定された各筋活動を最大筋活動との比率で求め活動率として表した。



図1 表面筋電図測定部位

II-3. 実験方法

被験者が立ち上がり動作を行うベッドの高さは、床からベッドパット上面までの高さとし、高さ調整の行なえる電動ベッドを使用した。また、ベッドの高さは、以前の研究により得られた数値、即ち、患者が使用しているベッドの高さの満足度から算出した数値（患者身長比率・下腿高比率）⁹¹⁶を基準とした。今回の実験におけるベッドの高さ設定は、各被験者の履物を履いた下腿高に対する100%、120%、140%の三段階とした。履物を履いた下腿高の100%のベッドの高さは、ほぼ下腿高に等しい高さであると同時に患者が「低い」と感じる高さであり、履物を履いた下腿高の120%に当たるベッドの高さは患者が「丁度良い」と感じる高さ、また、履物を履いた下腿高の140%のベッドの高さは患者がベッド昇降に際して「高い」と感じる高さである。

臨床現場における患者はベッドサイドで履物を履くため、患者が立ち上がった時の身長には履物の高さを加え

る必要がある。われわれは患者履物の平均的な高さを検討するために549名の患者の履物の高さを測定し、その平均値として 2.6 ± 0.7 cmという数値を得た³⁾。このことから、実用されている中では最も低い履物の高さ2.0cmの厚みの履物を用意し、被験者全員に同じ履物を履いて、立ち上がり動作を行わせた。

立ち上がり方法として、支持基底面の足底位置・足幅はすべて固定し、足底が浮かず、足引きをしなくても立てるようにした。また、立ち上がり時にはベッドに腰掛け、静止状態を確認した後、手を上半身に固定して手を使用せず立ち上がる方法、即ち、上肢筋は用いず下肢筋力のみを使用する立ち上がり方法にて、合図と共に被験者が立ち上がりやすい速さで立ち上がらせた。この立ち上りを、三段階のベッドの高さ毎に2回ずつ繰り返した。また、本研究では運動能力に対する加齢の影響を明らかにするために、前回の調査結果¹³⁾を考慮して体格が一定範囲内に納まるように、身長150cm前後、体重50kg前後でBMI〔カウプ指数：体重(kg)/身長²(m)²〕が標準内となるように被験者を選択した。

II-4. 分析方法

各被験者の立ち上がり動作時間は 2.0 ± 0.4 秒であったことから、表面筋電図は解析ソフトMyo Researchにより筋活動電位平均振幅 (μ V) を求め、さらに各筋群の最大筋活動電位の平均振幅との比率を、各ベッドの高さ別、

年代別に求めた。統計解析ソフトSPSS for Windowsを用いて、Pearsonの相関係数、t検定を実施して、検討を行った。

III. 結果

III-1. 対象者の属性

被験者の各年代の身体計測値と体力測定値の平均を求め、測定項目と年齢との相関を表1に示した。身体計測と年齢との関係で、身長と年齢と間に負の相関 ($r = -0.580, p < 0.001$) を認めたが、年代毎の平均によるt検定では10代と20代、20代と30代のように隣接する年代間での有意差は認められず、20代と60代、30代と70代に間に有意差を認め、若年者と高齢者に差を生じる結果となった。本研究の設定基準となる下腿高においても年齢との間に弱い負の相関 ($r = -0.221, p < 0.05$) を示し、t検定での年代間比較では有意差を認めなかった。また、被験者の体格を一定に揃えるように努力した体重に関しては、年齢との相関や各年代間の差は認めず、BMIに関しても年齢との間に弱い相関 ($r = 0.247, p < 0.05$) を示したものの、t検定による年代間比較で差はなく、いずれの年代もBMIは $20.9 \pm 1.7 \sim 22.8 \pm 2.6$ と標準内を示していた。

一方、体力測定では年齢と垂直跳びとの間に強い負の相関 ($r = -0.812, p < 0.001$) を認め、年齢を経るに従って測

表1：年代別にみた被験者の身体計測値と体力測定値

	全体	20代	30代	40代	50代	60代	70代	年齢との相関
人数	83	18	13	10	13	18	11	
年齢	47.5±19.2	20.4± 0.6	34.2± 1.7	44.0± 3.7	54.4± 3.4	64.9± 2.6	74.5± 2.9	
身長(cm)	152.6± 6.0	155.6± 4.9	156.4± 3.8	156.1± 2.2	151.8± 6.6	149.2± 5.3	146.2± 3.9	-0.580 ***
体重(kg)	50.6± 5.8	50.8± 5.0	52.3± 7.2	50.2± 3.3	52.4± 5.4	50.1± 5.9	47.3± 6.9	0.163
BMI	21.7± 2.4	20.9± 1.7	21.3± 2.5	20.6± 1.2	22.8± 2.6	22.5± 2.7	22.0± 2.5	0.247 *
下腿高(cm)	38.0± 2.1	38.6± 2.0	38.9± 1.3	38.2± 2.3	36.4± 2.2	37.9± 2.2	38.0± 1.5	-0.221 *
下腿高比率(%)	24.9± 1.3	24.8± 1.0	24.9± 0.8	24.5± 1.4	24± 1.1	25.5± 1.3	26.0± 0.9	0.222 *
握力(kg)	25.6± 5.2	26.6± 4.3	28.1± 3.7	26.3± 3.4	28.4± 4.5	23.9± 5.1	19.7± 5.4	-0.391 ***
脚伸展力(kg)	58.2±24.0	58.4±29.2	59.0±27.3	61.4± 2.1	69.6±26.0	55.6±16.3	44.8±17.9	-0.124
垂直跳び(cm)	29.2± 9.5	37.3± 5.0	36.6± 6.2	34.5± 7.4	38.0± 3.4	21.6± 5.1	15.6± 5.8	-0.812 ***
長座体前屈(cm)	37.4± 9.2	39.6± 6.3	36.3±10.5	46.1± 6.7	36.8± 5.5	37.3± 7.7	27.9±11.2	-0.282 ***
大腿直筋 max(μ V)	189.8±75.0	207.7±76.2	168.0±77.8	178.5±67.4	172.2±77.6	177.4±46.3	237.5±97.4	0.042
大腿二頭筋 max(μ V)	172.3±86.4	143.0±74.8	168.2±74.0	232.6±113.4	140.7±66.5	171.5±75.1	209.0±103.3	0.148
前脛骨筋 max(μ V)	353.1±165.5	346.7±104.7	327.4±107.6	486.4±341.5	328.2±147.8	318.0±104.9	345.3±145.2	-0.042
腓腹筋 max(μ V)	169.9±70.8	157.9±84.6	176.7±62.5	152.8±82.8	155.6±57.7	174.9±42.5	205.3±93.0	0.159

定値は低下していた。年齢と握力($r=-0.391, p<0.001$), 年齢と長座体前屈($r=-0.282, p<0.01$)との間にもそれぞれ弱い負の相関を認めた。また, 握力は, 身長との間($r=0.631, p<0.001$), 体重との間($r=0.395, p<0.001$), 脚伸展力との間($r=0.397, p<0.001$), 垂直跳びとの間($r=0.571, p<0.001$)に対しても正の相関を認めた。下肢筋力の総合力を表す垂直跳びは身長との間($r=0.593, p<0.001$)に正の相関を示したが体重との間には相関を認めなかった。身体計測値や体力測定値の他に, 各筋群の最大筋活動電位の平均振幅を大腿直筋 max, 大腿二頭筋 max, 前脛骨筋 max, 腓腹筋 max として表し, 年代毎の比較を行なったが, いずれも年代間の差はなく, 年齢による最大筋活動電位の相違は認めなかった。

III-2. 三段階のベッドの高さにおける各筋群の活動状況

各筋群の活動電位平均振幅を最大筋活動電位平均振幅に対する比率で求めたベッドからの立ち上がり時に活動する下肢筋群活動率は, いずれのベッドの高さでも大腿直筋が最も高く, 次いで大腿二頭筋, 前脛骨筋, 腓腹筋の順であった。各段階のベッドからの立ち上がりに要する大腿直筋の活動率は, 100%の高さのベッドでは最大筋活動電位の $36.7 \pm 17.9\%$ であり, 120%の高さのベッドでは $30.8 \pm 15.5\%$, 140%の高さのベッドでは $28.7 \pm 15.5\%$ であった。大腿直筋の活動率をベッドの高さ毎に比較すると, 100%の高さと120%の高さのベッド間では $p<0.001$, 120%と140%の高さのベッド間では $p<0.01$, 100%と140%の高さのベッド間では $p<0.001$ の有意差を認め, ベッドの高さが低くなるに従って大腿直筋の筋活動率が増加した。同様に, 前脛骨筋, 腓腹筋の活動率においてもベッドの高さが低くなるに従って筋活動率が増加した。大腿二頭筋においては100%と120%の高さのベッドの比較では有意差は認めなかったが, 120%の高さと140%の高さのベッドで, また100%の高さと140%の高さのベッドとの間にて有意差($p<0.05, p<0.01$)を認め, いずれの筋群においてもベッドが低いと筋活動率が上昇し筋肉負荷が増加した。(図2参照)

III-3. 年代による立ち上がり筋活動の相違

年代による立ち上がり筋活動率とベッドの高さとの関係を各筋群別に図3, 図4, 図5, 図6に示した。大腿直筋, 大腿二頭筋, 前脛骨筋, 腓腹筋各々の活動率と年齢との相関をみると, いずれのベッドの高さでも, 大腿直筋, 大腿二頭筋, 前脛骨筋の活動率は, 年齢との間に弱い正の相関($r=0.223 \sim 0.525, p<0.01$)を示し, 年齢が高くなるに従って筋活動の比率が高まっていた。しかし, 腓腹筋の活動は140%の高さのベッドにおいてのみ年齢との相関($r=0.223, p<0.01$)を認めたものの, 100%ならびに120%のベッドでは年齢との相関は認めなかった。

IV. 考察

立ち上がり動作には下肢筋力が関係¹⁴⁾⁽⁵⁾⁽¹⁶⁾するが, 高齢者では下肢筋力が低下すること¹⁷⁾⁽⁸⁾やベッド上安静により筋力の低下が認められること¹¹⁾などにより, 臨床現場で

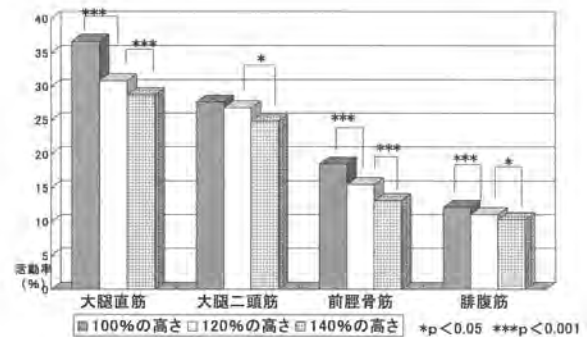


図2 ベッドの高さと下肢筋群の活動率の比較

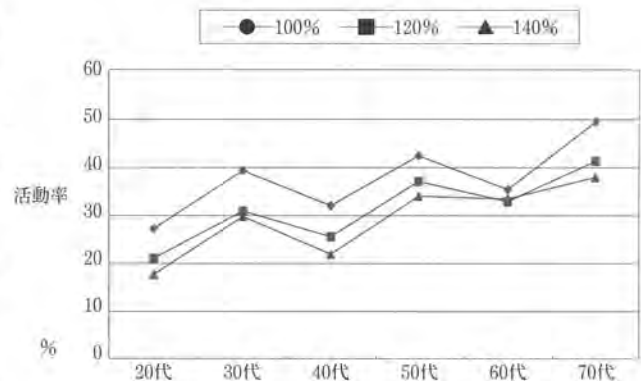


図3, 年代別の大腿直筋活動率

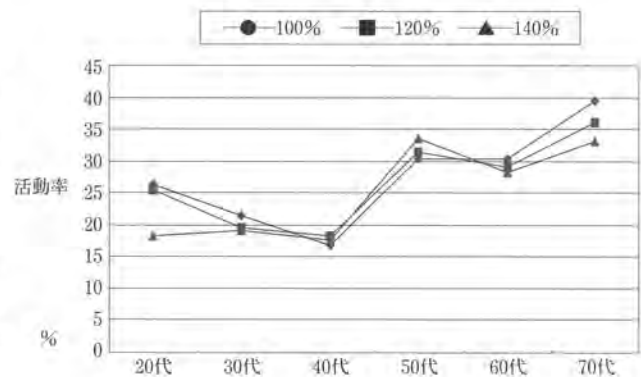


図4. 年代別の大腿二頭筋活動率

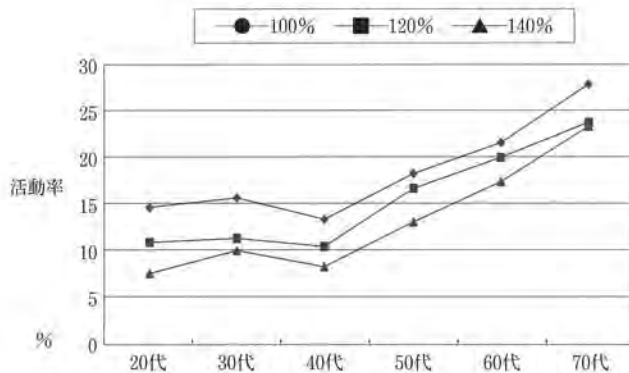


図5. 年代別の前脛骨筋活動率

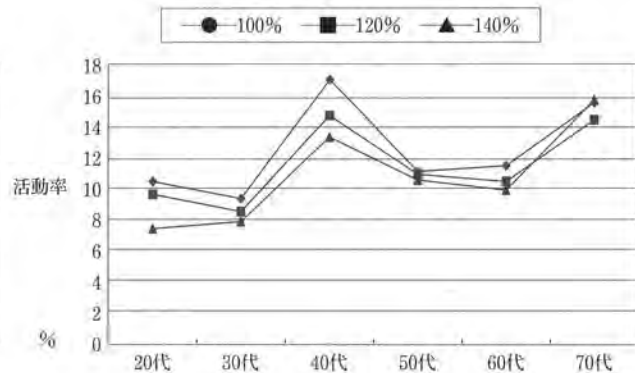


図6. 年代別の腓腹筋活動率

は、転倒予防対策の一つとして下肢運動訓練⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾が取り入れられ実施されている。しかし、ベッドサイドでの安全を確保するためには、下肢筋力の増強のみならず、患者個々の身体要因に合わせた立ち上がりを容易にする環境設定が必要となる。このため、病院施設の多くは、ベッドの高さ変更、ベッド柵の使用、ベッド周囲の確保・拡張整備などの環境調整を行っている。しかし、施設側が適切と考えるベッドの高さは、患者が適切と考えるベッドの高さとの間に数値的な差異を生じていた⁹⁾。このため、われわれは患者にとって適切なベッドの高さを検証⁽²⁰⁾したが、この数値は筋力が保持されている成人患者には適用されても、加齢などにより下肢筋力が低下した患者においては、この高さには何らかの補正が必要と考えられた。そこで、患者の筋力は年代毎にどの程度の差が生じるのか、また、筋力低下時における立ち上がり時の筋活動はどの様に変化しているのかの検討が必要になった。即ち、筋力低下時におけるベッドからの容易な立ち上がりを検討するために、立ち上がり時における下肢筋活動とベッドの高さとの関係を表面筋電図法にて比較検討した。

IV-1. 年齢と下肢筋力、筋活動との関係

今回の研究で体力測定項目に挙げた握力は、身体の筋肉量と相関する⁽¹³⁾と考えられており、下肢筋力を表すとされる脚伸展力と垂直跳びとの間に相関を認め、脚伸展力と垂直跳びが下肢筋力の状態を把握する項目として適していたことを再確認させた。すでに、年齢が増加するに従い関節可動域や筋力が低下し、立ち上がり動作における下肢筋力や下肢運動能力が低下することが報告⁽²²⁾⁽²³⁾されているが、今回の結果でも、握力や垂直跳び、ならびに長座体前屈は年齢との間に負の相関があり、年齢を経るに従って下肢筋力や柔軟性が低下していることが示された。本研究では運動能力に対する加齢の影響を明らかにするために、体格が一定に納まるように被験者を選定した。この結果、体重では全く年代間での有意差を認めず、BMIも各年代標準範囲であり、隣接する年代間での身長差を打ち消すことはできたが、最若年者層と最高齢者層との

間には身長差が生じてしまった。このため、下肢筋力の低下がすべて加齢の影響によって生じるとはいえず、身長差の影響も筋力低下に関与しているといわざるを得ない。

しかし、年代により下肢筋力差や身長差があるにも関わらず、年齢による最大筋活動電位の相違はなく、最大筋活動電位と握力・脚伸展力・垂直跳びとの間には関連が認められなかった。このことから、各下肢筋群の最大筋活動は、年齢や下肢筋力の強弱に関与しているとは限らないことが示された。

筋電図は、筋収縮によって起こる電位を表し、筋活動状況や筋疲労を検査することが可能であるが、筋肉量の異なった個体の比較を行うためには単なる活動電位の比較をもって検討することはできない。このため、各下肢筋群の動作時における活動電位と各筋肉の最大筋活動電位との比率で求めた各筋肉の活動率を算出し、この活動率にて比較検討を行った。即ち、この方法を用いて三段階の高さのベッドからの立ち上がり時における活動率と、年代との関係を各筋群毎に検討した。この結果、図3、図4、図5に示す如く大腿直筋、大腿二頭筋、前脛骨筋では、いずれの高さのベッドにおいても年齢との間に弱い正の相関を認め、高齢者ほど立ち上がり時における筋活動率が上昇することが示された。

D. Manchester²⁴⁾が、高齢者は若年者と異なり、起立・着席時に動作筋のみならず拮抗筋が平衡保持のために動員されること、即ち、年齢によって立ち上がりに使用される筋の活動差を報告している。また、黒後ら⁽²⁵⁾は、臀部が椅子の座面から離れる瞬間の体重心と支持基底面の関係を関節モーメントにより検証し、高齢者は臀部が座面から離れる瞬間では、体幹を大きく前傾するのに膝関節に生じるモーメントが小さく、その結果、下肢にかかる力が大きくなりバランスとしては不安定な状態であると述べている。今回の実験結果において、拮抗筋である腓腹筋の活動と年齢との相関を認めなかったことは、D. Manchesterや黒後らの報告を裏付ける結果となった。即ち、加齢

によって立ち上がり動作は変化し、使用される動作筋と拮抗筋の活動差を生じることから、ベッドの高さによっては立ち上がり時の可動関節のモーメントの差を生じさせ、ひいては体幹バランスに影響を及ぼす可能性が示唆された。

IV-2. ベッドの高さと立ち上がり下肢筋群の活動状況

立ち上がりに要する下肢筋群の内、表面筋電図測定が可能な大腿直筋、大腿二頭筋、前脛骨筋、腓腹筋の活動電位を測定し、各々の筋群の最大筋活動電位との比率を比較した結果では、いずれの高さのベッドからの立ち上がりでも大腿直筋が最も高く、次いで大腿二頭筋、前脛骨筋、腓腹筋の順の活動率を示し、年齢による大きな順位差は認めなかった。また、立ち上がり動作は、大腿直筋、次いで大腿二頭筋と大腿の筋群が、下腿の筋群よりも高い活動率を示した。

立ち上がり動作を関節モーメントで見ると臀部が座面から離れる時、上半身は前屈し弧を描きながら起き上がる³⁰⁾。このため、立ち上がり動作は、大腿筋群を含めた下肢筋群だけが関与するのではなく、上半身を起こす腹筋や腰背筋も活動する全身的動作であると考えられる。このことより、今回の実験では測定対象としなかった腹筋や腰背筋も、立ち上がり動作筋として、今後、測定する必要があると考えられた。

立ち上がり時の下肢筋群の活動率の内、最も高い活動率を示した大腿直筋は、下腿高の100%の高さのベッドからの立ち上がりにおいて最も活動率が高く、ベッドの高さが高くなる程、筋活動率は低下した。また、大腿二頭筋、前脛骨筋、腓腹筋においてもベッドの高さが高くなる程、活動率が低下した。即ち、低いベッドからの立ち上がりは、高いベッドからの立ち上がりよりも筋活動を要し、筋負荷をかけることになる。この筋負荷の差で、患者は、従来、示されていたベッドの高さ（足底が床につく下腿高の高さ）³¹⁾より筋活動を要しない下腿高の120%のベッド（下腿高より8.0±4.4cm高い高さ）を立ち上がりに適切と選択した³²⁾と考えられた。しかしながら、実験結果では、100%より120%のベッドが、120%より140%のベッドが、筋負荷が少ないことが示された。では、なぜ患者は140%ではなく120%の高さを最適であると選択したのか。健康者である被験者も下腿高の120%のベッドの高さが立ち上がり易いと答えていたが、140%のベッドの高さが最も立ち上がり易いという結果には至らなかった³³⁾。

前述した如く、立ち上がり時には上半身は前屈し弧を描きながら起き上がる。このため、ベッドが高くなればなる程、被験者は起立時の前屈姿勢の角度が小さくなり弧を画き難く、バランスを崩し易く不安定になる。また、140%の高いベッドは臀部位置より少し外れて腰かけ難く、座位が安楽でない。このことが、筋負荷が少ないにも拘らず140%より120%のベッドを選択した理由と考えられ

た。

入院生活におけるベッドは、患者にとって単に起座のみならずベッド昇降を行う生活の場である。筋負荷低減の見地からは140%の高さが至適となるが、ベッド昇降や起座においては不適となる。特に、高齢者にとっては高いベッドの昇降は転倒の危険性を付加することになる。事実、われわれの以前の研究における聞き取り調査では、ベッド昇降時には安全面から低いベッドが好ましいと回答する高齢者を数多く認めた。しかしながらも、ベッド使用感、利便性、負荷軽減、安全性面を統合すると120%の高さのベッドが至適であると念を更に強くした。今後、更なる検討を加えたい。

V. おわりに

現在、医療施設では利用する患者状況に応じてベッドの高さが調整できるものが普及しつつある。しかしながら、その割合は決して多いものではない。種々の原因で筋力や機能低下を有する患者は、立ち上がり時の筋活動の疲労度は高いものとする。それゆえ、患者にとって立ち上がりやすいベッドの高さは、単に、身長や下腿高などの身体寸法から算出された設定のみならず、年齢や下肢筋の活動率ならびに個々の関節可動状態、立ち上がり時の安心感など心理的な要因をも考慮し、安全性や安楽性を高める設定が看護者に求められる。

謝 辞

今回、この研究に協力を賜った医療機器メーカー酒井株式会社、測定にご協力頂いた矢口潤哉氏、また、被験者の皆様に深謝いたします。

なお、本研究は、第13回財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成金にて行われた。

VI. 参考引用文献

- 1) 今田拓：障害区分によるベッド基準化に関する研究、社会福祉法人福祉機器開発センター、1980。
- 2) 窪田静、河添竜志郎：寝たきり起こし、そのメカニズムとモノ選び、生活の多源性の中でのベッド選び、訪問看護と介護、Vol.4No.2、p982-988、1999。
- 3) 横井和美、藤田きみゑ、古株ひろみ、他：成人用ベッドにおける転倒予防に関する研究、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌第6号、p71-76、2002。
- 4) 丸田和夫：介護用ベッドの適応基準、PTジャーナル Vol.34No.7、p187-189、1996。
- 5) 日本工業標準調査会審議：JIS病院用ベッド、日本

- 規格協会,1994.
- 6) 伊丹君和,藤田きみゑ,寄本明,他:看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究,滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌第4号, p 21-27, 2000.
 - 7) 伊丹君和,藤田きみゑ,寄本明,他:看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究(第3報) ベッドメーカー連続作業による生体負担分析,滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌第6号, p 43-48, 2002.
 - 8) 横井和美,藤田きみゑ,古株ひろみ,他:成人用ベッドの至適高の検討—ベッドの高さと患者身長・下腿高との関係—,滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌第5号, p 61-67,2001.
 - 9) 藤田きみゑ,横井和美,伊丹君和,他:病院ベッドに関する一考察—ベッドの高さが決まる要因—,滋賀医学22巻2号, p 29-34,2000.
 - 10) 氏家幸子:基礎看護技術 第5版I,医学書院,p171-242,2000.
 - 11) 郡司篤晃,鈴木洋児:安静と体力低下—寝たきりになると体力が低下する理学的理由—,総合リハビリテーション26巻5号,p419-430,1998.
 - 12) 横井和美,藤田きみゑ,伊丹君和,他:安全なベッドからの立ち上がりに関する研究(その1)—青年者と中高年者のベッドの高さによる立ち上がり筋活動比較—,滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌第7号, p 49-54, 2003.
 - 13) 東京都立大学体力標準値研究会,編著:新・日本人の体力標準値2000,不昧堂, p 160,2000.
 - 14) 浅川康吉,池添冬芽,羽崎 完,他:高齢者における下肢筋力と起居・移動動作能力の関連性,理学療法学第24巻第4号,p248-253,1997.
 - 15) 沼沢さとみ,佐藤幸子,井上京子,他:老人施設における高齢者の転倒要因に関する検討,山形保健医療研究4巻,p11-19,2001.
 - 16) 大森圭貢,山崎裕司,横山仁志,他:立ち上がりの可否と下肢筋力の関連—高齢入院患者における検討—,総合リハビリテーション30巻2号, p 167-171,2002.
 - 17) 市橋則明,岡 英世,三浦 元,他:加齢による筋萎縮と筋力低下に関する研究,第13回健康医科学研究助成論文集,p11-17,1998.
 - 18) 池添冬芽,浅川康吉,羽崎 完,他:高齢者における下肢筋力と年齢との関連について,京都理学療法学会誌第28巻,p72-76,1999.
 - 19) 木藤伸宏,井原秀俊,三輪恵,他:高齢者の易転倒性を予測する因子の抽出と,その予防のための訓練法の開発,第15回「健康医科学」研究助成論文集平成10年度, p 25-36,2000.
 - 20) 辻博明:転倒防止のための体力測定と運動プログラム,別冊エキスパートナース,高齢者の重点ケア—嚥下障害,転倒防止,拘縮へのアプローチ,照林社, p 62-69, 1995.
 - 21) Fiatarone MA 著,浅川康吉,白田滋(訳):Fit for your life. 青木信雄,遠藤文夫(監訳):お年寄りのための安全な筋力トレーニング,保健同人社, 1997.
 - 22) 高木武二,坂本雅昭,斉藤明義,他:健常者の体幹前屈・伸筋力について,理学療法学18, p 481-485,1991.
 - 23) 千野直一:老齡者骨格筋,日本老年医学会会誌30, p 343-347,1993.
 - 24) Manchester D, Woollacott M, Zederbauer-Hylton N, Marin O. Visual, vestibular and somatosensory contributions to balance control in the older adult. Gerontol 1989;44:M118-127.
 - 25) 黒後裕彦,他:椅子からの立ち上がり動作における体重心位置と支持基底面の関係,内山靖,小林武,間瀬教史,編集:計測法入門—計り方,計る意味,協同医書出版, p184-188,2001.
 - 26) 山本康稔,加藤宗規,中村恵子:腰痛を防ぐらくらく動作介助マニュアル,p38-44,p184-191,医学書院,2002.

(Summary)

Bed Height and How it Affects Patients When Standing up from Bed (Part2)

- Analysis of Lower Limb Muscle Activity of Adults Using Surface Electromyogram-

Kazumi Yokoi¹⁾, Kimiwa Itami¹⁾, Kimie Fujita¹⁾, Akira Yorimoto²⁾,
Naomi Maegawa¹⁾, Setsuko Takemura¹⁾, Toshiya Shimono³⁾, Kiminori Furukawa⁴⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾The University Center for Intercultural Education, The University of Shiga Prefecture

³⁾Muikaichi Hospital Department of Rehabilitation

⁴⁾Florence Inuyama, a geriatric healthcare facility for the elderly funded by
Keiyu-kai Medical Corporation

Background Hospital beds should be adjusted to a safe and comfortable height in order to enable patients to transfer either to a wheelchair or to a standing or a seated position with minimal difficulties, to ensure that the soles of a patient's feet can be placed flat on the floor in a seated position, and to minimize the risk of fall injuries. Yet, few hospitals adjust the height of beds in such a way as to meet the needs of individual patients.

Objective Surface electromyogram (SEMG) was used to measure the patients' lower limb muscle activity as they transferred to a standing position from beds adjusted to three different heights. Body size and myoelectric potential values of patients were compared by age group in order to determine the safe bed height for patients with weakened muscles.

Methods Eighty-three female subjects whose ages ranged from 20 to 79 years were included in the present study. Firstly, their body size and muscle strength were measured. Secondly, SEMG was used to record the activity of lower limb muscles in these subjects as they moved from a seated to a standing position using hospital beds.

This measurement was taken for each of the following three bed heights: 100%, 120%, and 140% the leg length. Thirdly, comparison was made across the different age groups.

Results At all bed heights measured, the most active lower limb muscle was the rectus femoris, followed by biceps femoris, tibialis anterior, and gastrocnemius. Activities in all lower limb muscles were maximal when the height of the bed was adjusted to 100% the leg length, indicating that the muscle load can be reduced by using higher beds. Regardless of bed height, higher muscle activities were observed in older subjects.

Conclusion In Japan, it has been customary to adjust the bed height to equal the patient's leg length. However, this type of bed height imposes relatively great strain on patients when they try to move to a standing position. This is particularly true in patients whose lower limb muscles are weakened. In order to ensure that a patient can safely shift to a standing position, not only the body measurement (e.g., height and leg length) but also the age and the lower limb muscle strength of a patient should be considered when adjusting the bed height.

Key Words Standing position, electromyogram,
bed height, fall prevention, age difference.

Key Words : Standing position, electromyogram,
bed height, fall prevention, age difference.

研究ノート

新人看護師が先輩看護師から 受けた効果的な支援



久留島美紀子

滋賀県立大学人間看護学部

研究背景 新人看護師の職場適応を促す支援として、プリセプターシップなどのオリエンテーションが行われているが、日常的な看護実践場面での先輩看護師とのかかわりも職場適応の良否に影響することが報告されている。しかし、どのようなかかわりが新人看護師の職場適応を促進するかについては未だ明らかにされていない。

目的 日常の看護実践場面で、新人看護師が効果的な支援であったと感じた先輩看護師の言動を明らかにする。

方法 基礎看護教育を終え、医療施設に就職した新人看護師16名の協力を得て、就職後4ヶ月目に半構成的面接を行った。面接内容は、協力者の承諾を得て録音し、質的記述的に分析した。

結果 研究協力者は全員女性で、平均年齢22.4歳 (SD±1.82歳)、平均面接時間51.35分 (SD±4.71分)であった。面接内容には118のコードが含まれ、これらは23サブカテゴリー、さらに7カテゴリーへと抽象化された。

結論 新人看護師が効果的な支援であったと感じた先輩看護師の言動は7カテゴリーに分類され、これらの言動は、新人看護師の成長・発達に必要な認知・情意・精神運動の三領域に含まれる能力の発達を促す支援であると考えられた。

キーワード 新人看護師、先輩看護師、職場適応

I. 緒言

組織に新たに加入した個人が組織人として成長していくためにはいくつかの組織内環境に適応しなくてはならない¹⁾。特に、学生が社会人として初めて組織や職場に入り、その環境に適応することは職業的社会化と呼ばれ、青年期の発達課題とされている²⁾。看護師の場合も新人看護師の段階は職業的社会化の時期に相当し、最もストレスフルであり³⁾、基礎看護教育で学習した看護と現実の看護のギャップから生じる Reality Shock⁴⁾に陥ることもある。そのため、各医療施設では、職場への適応を促す目的でプリセプターシップなどのオリエンテーションを行っている。しかし、自己の経験からオリエンテーションよりむしろ、日常の看護実践場面での職場の先輩看護師とのかかわりを通じて、助けてもらったり、何気なく言葉をかけてもらうことが、新人看護師の職場適

応を促す上で有効な支援になるのではないかと感じていた。

これまで、新人看護師にとって先輩看護師とのかかわりは、職場適応の良否に影響することが報告されている^{5,6)}が、どのようなかかわりが新人看護師の職場適応を促すかについては明らかにされていない。そこで、本研究は新人看護師の職場適応を促進する支援体制を作るために、新人看護師が効果的な支援であったと感じた先輩看護師の言動を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

基礎看護教育を終え、医療施設に就職した新人看護師16人を対象に、就職後4ヶ月目に半構成的面接を行った。面接内容は、研究協力者の承諾を得て録音し、逐語的に転記したうえでカテゴリー化し解析した。また倫理的配慮として、1) 研究目的、2) 調査への協力は自由であり、拒否する権利がある、3) 拒否してもそのことによって不利益を被ることはない、4) 調査結果は、研究の目的以外に使用しないし結果から個人が特定されることはないことを、書面と口答で説明し、調査への協力に対する同意を書面によって得た。また、面接場所にはプライ

2004年1月15日受付、2004年2月25日受理

連絡先：久留島美紀子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：滋賀県彦根市八坂町2500

tel: 0749-28-8652 fax: 0749-28-9520

e-mail: kurushima@nurse.usp.ac.jp

バシーが確保でき、研究協力者が話しやすい静かな場所を設定した。

III. 結果

1. 研究協力者の背景

全員女性、平均年齢22.4歳（最年長28歳、最年少21歳、SD±1.82歳）、平均面接時間51.35分（最長60.4分、最短44.36分、SD±4.71分）。

2. カテゴリーの抽出

面接内容を逐語的に転記した後に繰り返し読み、新人看護師が先輩看護師の言動を効果的な支援として表現されている部分を抜き出した。そして、意味内容をゆがめることなく簡略化し一単位とし、118のコードとした。意味内容が類似するものをまとめてグループ化し、23のサブカテゴリーとし、さらに7カテゴリーへと抽象化した。

カテゴリーⅠ. 看護実践・業務遂行時の手助け

このカテゴリーには、「夜勤で仕事が手一杯のときに、患者にトラブルが起きたが、先輩が何も言わなくても助けてくれた」、「急変時に対応できず、ほとんど先輩に対処してもらった」など患者の急変など1人では対応できないような状況や、「さりげなく、新人のできない所、できていない所をしてくれる」、「初めて経験することでもまだあるので、自信のない場合は、一緒にお願ひしますと言えば必ずフォローしてもらえらる」といった日常的に先輩看護師から得ている支援が含まれている。

カテゴリーⅡ. 失敗時のフォロー

このカテゴリーには「失敗をしたときに泣いてしまったら『なぜパニックになったの?』と聞いてくれた」など、失敗の原因を明らかにしようとする言動や、「失敗をしても『次はこうしてみたら?』というアドバイスがもらえる」、「失敗したことを責めるのではなく、原因について話し合う場を設け、業務手順を変更してくれた」など、失敗を繰り返さないようにするための方策をとってもらえたことが含まれる。

カテゴリーⅢ. 根拠に基づいた知識の提供

このカテゴリーには「質問をしたとき、根拠にもとづいた説明をしてもらえる」、「質問をすると自己学習に役立つヒントを与えてもらえる」など、質問に対して先輩看護師から根拠に基づいた回答が得られる状況が含まれる。

カテゴリーⅣ. 看護師としての承認

このカテゴリーには「4月は、何をすることも先輩と一緒に。今は一人でできることも多くなってきた」、「『～した?』という先輩の確認が減ってきた」などの徐々に一人立ちしてきたことの実感や、「自分の受け持ち患者を持つようになった」、「緊急入院などの予定外の仕事を任

されるようになった」といった仕事の難易度が上がっていることを感じたり、「先輩に採血などを『してきてくれる?』と頼まれる」、「カンファレンスで必ず発言を求められる」など、職場のスタッフの一員として認められていることを感じられるような言動が含まれる。

カテゴリーⅤ. 努力や成長に対する評価のフィードバック

このカテゴリーには、「自分は技術面が足りないのに、患者には優しく接しようと思っているし、そのようにしていたら、師長がそんな自分を見ていてくれたようで、『それがいいのよ』と言ってきて自分のやっていることを肯定されたような気持ちになった」という新人看護師の日頃の努力を認め、それを伝えられる状況や、「アセスメントなどが良いとほめてもらえる」、「看護計画がよいと評価してもらえた」など記録に対する評価。さらに、「医師の診察の介助についたとき『結構できていたね』」、「『だいぶ動けるようになってきた』と言ってくれた」といった、技術、行動面での評価。そして「自己学習ノートを見て、『よく勉強している』と言ってもらった」という学習姿勢に対する評価が含まれる。これらの評価は、言葉あるいは文字によって直接新人看護師に伝えられていた。

カテゴリーⅥ. 励ましや気遣い

このカテゴリーには、「亡くなる患者が続いて精神的にも、肉体的にも参っていたときに、先輩が『お疲れ様。頑張っているのわかっていますよ』という手紙をロッカーに貼っておいてくれた。それを読んで、認められているんだと感じてうれしかった。張り詰めていた緊張の糸が少しゆるむのがわかった」、「もう一人の新人がやめたとき、みんなに『今一番不安なのはこの子なので皆で支えてやってほしい』と言ってくれたのがうれしかった」など、先輩看護師の慰撫的な言動が含まれる。

カテゴリーⅦ. サポート的な職場の雰囲気

このカテゴリーには「困ったことは病棟の先輩なら誰でも聞いてくれる」、「わからないことは先輩の誰でも教えてくれる」など、常に質問ができる雰囲気が職場にあることや、「いつも『手伝うことある?』と声をかけてくれるので、自分から（助けて欲しいと）言い易いし、常に助けてもらっているという感じがある」といった、常に気にかけてもらっていることを実感するような言葉かけが含まれる。

IV. 考察

田島は、学習から生じるほとんどの行為が認知領域、情意領域、精神運動領域の三つを含んでいるというブルームの思想に立脚し、看護行為は認知、情意、精神運動領域の内容から成り立つ²⁾と述べており、看護行為が学習

によってかたちづくられていることを示している。これは新人看護師の学習過程についても同様であると考えられたことから、新人看護師が看護行為を行う場面や場所、すなわち職場で先輩看護師から受けたと感じた支援もこの三つの角度から考察できると考えた。

新人看護師が、効果的な支援だと感じた看護実践・業務遂行時の手助けや、失敗時のフォローは、実際の看護活動に直接的に必要な支援であることから、看護技術の基本動作、人間関係の技術などを含む精神運動領域の能力⁷⁾に関わる支援であると考えられる。新人看護師は患者の急変に遭遇した場合の判断、対処に自信がない⁸⁾のはもとより、就職後4ヶ月目では日常的な看護においても実践能力は未だ十分でないと考えられる。そのため、新人看護師にとって看護技術の習得は、就職後早期の目標であると思われる。精神運動領域の能力は模倣、コントロール、そして自動化に至る⁷⁾とされているが、これらの支援は、模倣の段階に至る準備として必要な観察や知識を得る機会であるといえる。よって、就職後早期には、新人看護師の援助場面に随伴し、先輩看護師の看護技術を見せるような支援や、失敗を次の援助に生かせるような支援が効果的であると考えられる。

次に、新人看護師は根拠に基づいた知識の提供を効果的な支援としていた。この支援は、先輩看護師から知識を得る状況であることから、新人看護師の知識の習得と理解および知的諸能力の発達に関する認知領域の能力⁷⁾の発達に必要な支援であると思われる。新人看護師の臨床実践能力の成長や変化に影響を及ぼす因子として「知識と実践をつなぐような先輩の教え」⁹⁾がある。本研究でも、新人看護師が「質問をしたとき」、「わからないことを質問すると」といった新人看護師がそのとき最も必要としている知識を得た場合が効果的な支援であったことが示されている。このことから、根拠に基づきかつ、実践に応用できるような知識を供与することが有効な支援になると思われる。

新人看護師が支援と感じていた看護師としての承認、努力や成長に対する評価のフィードバック、励ましや気遣い、そしてサポートティブな職場の雰囲気は、先輩看護師の支援が新人看護師に喜びや癒しをもたらしていることから、情意領域⁷⁾の支援であると考えられる。

新人看護師は、業務分担や何気なく先輩看護師に仕事を依頼されることから「一人でもできる」、「仕事を任されている」と感じ、それを看護師としての評価あるいは能力の承認として認識している。このことから、先輩看護師に支援の意図がなくても新人看護師にとっては有効な支援になっていることが推察される。また、新人看護師は自分自身の技術、知識の未熟さを認識しており、それを補うために患者とのコミュニケーションや記録、自己学習において努力していた。その努力に対して、直接

的に言葉や文字で評価を伝えることは、上司や同僚の期待・評価に関する情報として有効な支援であると思われる。さらに、他者への支援場面において用いられるような先輩看護師の直接的な慰撫的な言動は、新人看護師の精神的支援として効果的であると考えられる。

新人看護師が「気兼ねなく質問できる」、「いつも気遣ってもらっている」ようなサポートティブな職場の雰囲気は、職場全体での新人看護師の受け入れ状態を示す指標として、効果的な支援であると思われる。このように「必要な支援がいつでも受けられる」と感じることは、「必要な支援が受けられない」と感じる場合と比較して、ストレスの影響を受けることが少ない¹⁰⁾ので、ストレスが高い新人看護師の時期には、サポートティブな職場の雰囲気が新人看護師のストレス対処能力を左右する要因として重要となる。従って、先輩看護師一人一人が、サポートティブな職場の雰囲気作りを心がけることが必要であると考えられる。

以上のように、新人看護師は、認知、情意、精神運動の三領域に含まれる能力の発達を促すような支援を効果的と感じていると考えられた。特に情意領域の支援では、先輩看護師の日常の何気ない言葉かけや、職場の雰囲気そのものが新人看護師にとって非常に有効な支援となっていることが明らかとなった。

V. 結語

就職後4ヶ月目の新人看護師自身が効果的な支援であったと感じた職場の先輩看護師の言動は、【看護実践・業務遂行時の手助け】、【失敗時のフォロー】、【根拠に基づいた知識の提供】、【看護師としての承認】、【努力や成長に対する評価のフィードバック】、【励ましや気遣い】、【サポートティブな職場の雰囲気】の7カテゴリーに分類された。またこれらの支援は、認知、情意精神運動の三領域に含まれる能力の発達を促す支援であると考えられた。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、面接に協力して下さいました新人看護師の皆様へ感謝申し上げます。

文献

- 1) 古川久敬:組織デザイン論 社会心理学的アプローチ,誠信書房,東京,1988.
- 2) 舟島なをみ:看護のための人間発達学,医学書院,東京,1995.
- 3) Dobbs, K. K. :The senior preceptorship as a

- method for anticipatory socialization of baccalaureate nursing students, *Journal of Nursing Education*, 27 (4), 167-171, 1988.
- 4) Kramer, M. : *Reality Shock*, Mosby, St. Louis, 1974.
 - 5) 板垣昭代: 新卒看護婦の職場適応意識に関する調査, *日本看護学会誌*, 4(1), 11-21, 1995.
 - 6) 片山富美代: 新人ナースの職場適応とスタッフの援助, *Nurse Date*, 19(7), 99-104, 1998.
 - 7) 田島桂子: 看護実践能力育成に向けた教育の基盤, 医学書院, 東京, 2002.
 - 8) 山口桂子: 小児病院新人看護婦の認知ストレスの変化, *小児看護*, 22 (7), 898-904, 1999.
 - 9) 井部俊子他: 看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究, <http://webabst.niph.go.jp/>
 - 10) 松井 豊, 浦 光博 (編): *対人行動研究シリーズ 7人を支える心の科学*, 誠信書房, 東京, 1998.

研究ノート

女子学生の携帯電話によるメール中毒状況と
その心理的特徴(第2報)

—女子大学生と看護学生との比較—



甘佐京子、藤田きみゑ、牧野耕次、比嘉勇人
滋賀県立大学人間看護学部

研究の背景 携帯電話によるメール(以下メールと略す)交換は、若者のコミュニケーションを支える重要な手段であり、寸暇を惜しんでメールを打つ姿は一種の社会現象にも成りつつある。しかし、インターネット中毒と同様にメール交換に傾倒している若者の心理的特徴については国内外においてほとんど報告されていないのが現状である。

目的 電子メールの中心的使用者である若者のメール使用状況や心理的特徴を明らかにすることを前提とし、コミュニケーションが重要な技術となる看護職を目指す3年過程の看護学生(以下、看護学生とする)と4年制の女子大学生(以下、女子大学生とする)を対象に調査を実施し結果の比較検討を行った。

研究方法 対象：S県内の看護短期大学生109名(回収率99%)および、S県内の4年制女子大学生244名(回収率92.7%)。調査方法：自記式質問紙を用いた自己報告法、プロフィールおよび、メール中毒度テスト⁶⁾、ならびにMMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) より抜粋した不安(A)、顕在性不安(MAS)、依存(Dy)尺度による心理測定を実施した。分析方法：量的分析。統計処理には統計ソフトSPSS10Jを使用した。

倫理的配慮：研究の趣旨を文章にて説明し、プライバシーの保護に努めた。

結果 両群のメール中毒度および心理テストの得点の平均を比較すると、メール中毒度、MAS、A、Dyいずれも看護学生が上回り有意差を認めた。また、メール中毒度とメール交換の人数(以下、人数と略す)・メールの回数(以下、回数と略す)・メールの使用時間(以下、時間と略す)は、両群共に正の相関を認めた。さらに、両群と回数、時間について、 χ^2 検定では双方にいずれも有意差を認め、回数、使用時間ともに看護学生の方が上回る結果となった。回数・人数・時間と中毒度および各心理テスト得点の多重比較では、女子大学生には、メール中毒度のみ有意差を、看護学生は、心理尺度にも一部有意差が認められた。

考察 看護学生は活用状況が活発であり、他者とのコミュニケーションを取る上で時間的・空間的な制約がより生じやすいことが推測できる。また、結果より特に回数と時間はメール中毒の重要な指標となることが第1報に続き再度確認することができた。さらに、回数が当事者の心理状況に何らかの影響を与えている可能性があり、今後その関係性を明らかにするべく、調査・検討を行なうことが重要な課題である。

結論 看護学生の方が大学生よりメールを活用しており、全体に不安傾向が強い。回数はメール中毒とも強い相関を持ちメール中毒の重要な指標である。

キーワード 携帯電話、電子メール、メール中毒、不安・顕在性不安・依存尺度

1. はじめに

携帯電話の普及率は世界的にも年々増加しており、日

本も欧州とほぼ変わらない普及率(人口普及率64.4%)を示している(電子情報技術産業協会調べ)。また、使用者の1/4は20代の若者という調査結果も出ている¹⁾。携帯電話は、1980年代にビジネスマンの仕事上のアイテムとして出現したにもかかわらず、今では若者のコミュニケーションを支える重要な手段と成りつつある。中でも携帯電話によるメール(以下メールと略す)交換は、対人関係を伴わずに文字で自由に表現できるその一方で、向き合っ

2004年1月15日受付、2004年2月25日受理
連絡先：甘佐京子
滋賀県立大学人間看護学部
住所：滋賀県彦根市八坂町2500
tel: 0749-28-8636 Fax: 0749-28-9505
e-mail: aurse@nurse.usp.ac.jp

状況や心理的特徴を明らかにすることを前提とし、3年過程の看護学生(以下、看護学生とする)と4年制の女子大学生(以下、女子大学生とする)を対象に調査を実施した。そこで、対人関係を伴う看護職をめざす看護学生と女子大学生とでは、メールの活用状況や活用者の心理的な特徴について、同年代の女性としての共通性および、相違性を明らかにするために比較検討を行った。

II. 研究方法

- 1.調査協力者：調査に同意が得られた、S県内の看護短期大学生1回生～3回生116名(回収率99%)および、S県内の4年制女子大学生1回生～3回生245名(回収率92.7%)。
- 2.調査方法：自記式質問紙を用いた自己報告法。学生の携帯電話及びメールに関するプロフィールおよび、The Health Resource Networkに掲載されたインターネット中毒チェックテストを基にしたメール中毒度テスト(表1)、三京房新日本版 Minnesota Multiphasic Personality Inventory(以下MMPIと略す)より抜粋した不安Anxiety Scale(以下Aと略す)、顕在性不安Manifest Anxiety Scale(以下MASと略す)、依存Dependency Scale(以下Dyする)尺度による心理測定

表1 メール中毒チェックリスト

1. 適当な時間でやめようと思っても、つい長時間メールをしてしまう
2. メールをする時間を自分でなかなかコントロールできない
3. 友人や家族からメールをする時間を減らすように注意される
4. メールができない日が数日も続くのは耐えられない
5. メールがやりすぎで、仕事に支障が生じたり人間関係に日々が入ったことがある
6. 今日1日くらいメールを送らないでおこうと思ってもつい手が出てしまう
7. メールが無くなったなら生き甲斐や人生の喜びが損なわれる
8. メールのために電話代がかさみ、自分でもどうしようかと思っている
9. メールを送っていないと友人関係が構築できない
10. 電車やバスなどの公共の場でもメールをしてしまう

あてはまる数が、7個以上…メール中毒 5, 6個…今後中毒に進行する可能性が高い 4個…中毒に進行する可能性は5分5分 3個以下…中毒傾向は認められない

を実施した。

尚、本研究においてメール中毒チェックテストの信頼性係数は $\alpha = 0.99$ であり信頼性が確保された。

3.分析方法：量的分析、統計処理として、 χ^2 検定、スピアマンの相関係数、および一元配置分散分析による多重比較を行った。

4.倫理的配慮：研究の趣旨を文章にて説明し、学生生活において協力の是非による不利益は一切生じないことを

伝えた。また、プライバシーを保護するためにアンケート用紙は無記名とした。

III. 結果

1. 調査協力者のプロフィールおよび携帯電話・メール使用の状況

調査協力者のプロフィール及び携帯電話の使用状況は表2の通りであった。学生の平均年齢は、看護学生が 19.7 ± 1.46 歳(mean \pm SD)、女子大学生が 19.9 ± 1.14 歳であった。また、居住状況は、一人暮らしの学生が看護学生では、38名34.2%に対し女子大学生は141名57.6%と約六割弱を占めた。また、電話料金の支払いについては双方共に親による支払いが6割を超えていた(図4)。携帯電話の所持率は97.3~100%とほぼ全員が所持しており、その中でメール機能を活用しているのは看護学生が108名100%、女子大学生が244名96.6%であった。なお、メールの使用状況、メール中毒度および心理尺度に関する分析については、メール機能を活用している学生のみを対象にした。

表2 調査協力者のプロフィール

		看護学生 (n=111)	女子大学生 (n=245)
年 齢		19.7 \pm 1.46歳 (M \pm SD)	19.9 \pm 1.14歳 (M \pm SD)
居住状況	家族と同居	70名(63.1)	100名(40.8)
	一人暮らし	38名(34.2)	141名(57.6)
	友人と同居	2名(1.8)	3名(1.2)
	その他	1名(0.9)	1名(0.4)
携帯電話 の所持	有 り	108名(97.3)	245名(100)
	メール機能 の活用	有108名(100) 無 0名(0)	有244名(99.6) 無 1名(0.4)
	無 し	3名(2.7)	無 0名(0)

メール機能の使用状況(図1, 2, 3)については、メールの交換回数、メールに使用する時間において χ^2 検定にて有意差($p < 0.05$)を認めた。メールの回数21回~30回以上の者は女子大学生が9.4%に対し看護学生は18.4%と2倍の割合を占めた。メールの使用時間では女子大学生の55.6%が30分未満であるのに対し、看護学生の57.6%が30分以上3時間未満の範囲と回答していた。

2. メール中毒度と心理尺度

メール中毒度については図5に示した通りである。女子大学生の192名(78.7%)、看護学生の70名(64.8%)に中毒傾向は認められなかった。また、中毒傾向が高まるにつれて、各段階における割合は看護学生が女子大生を上

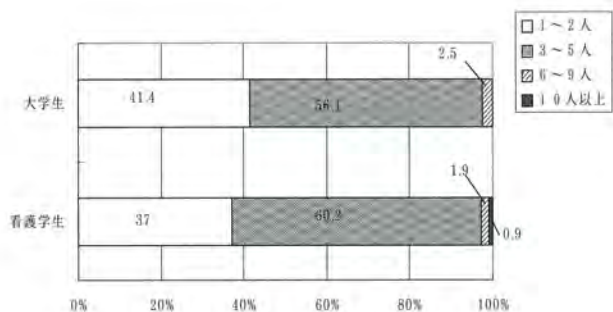


図1 メール交換人数の比較

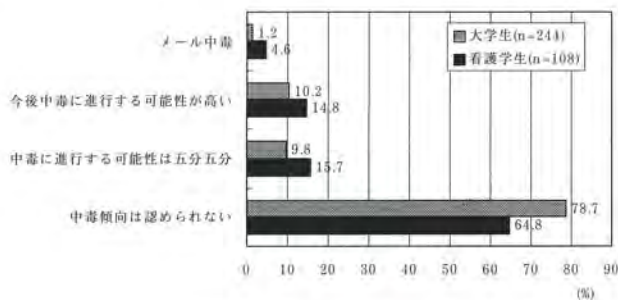


図5 メール中毒度比較

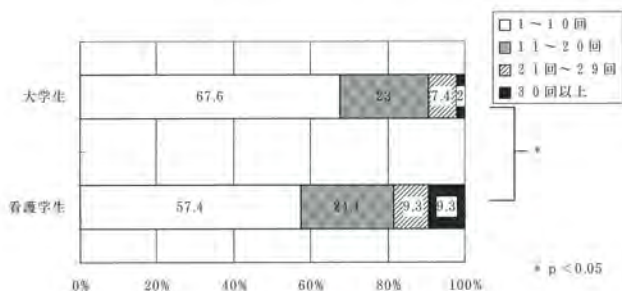


図2 メールの交換回数の比較

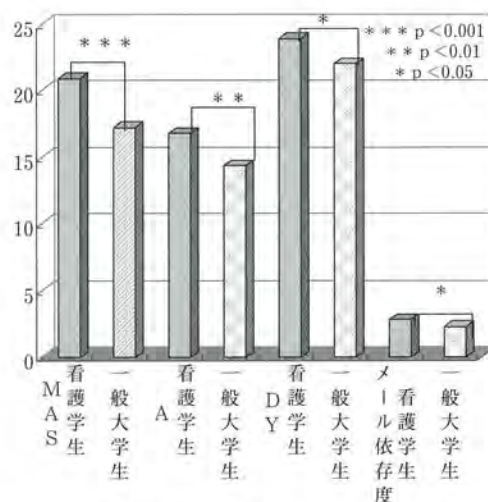


図6 心理尺度得点及びメール中毒度の比較

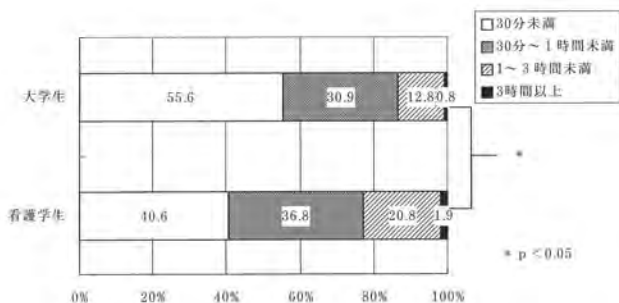


図3 メールに使用する時間の比較

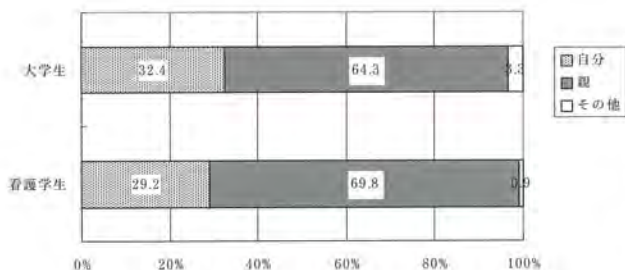


図4 電話料金の主な支払者

回る結果であった。

看護学生、女子大学生の二群間のメール中毒度および心理テストの得点の平均を比較すると、メール中毒度(p<0.05)、および心理尺度のMAS(p<0.001)、A(p<0.01)、Dy(p<0.05)の尺度得点はいずれも看護学生が女子大学生を上回り有意差を認めた(図6)。また、メール中毒度とメール交換の回数・メールの回数・メールの使用時間は、看護学生・女子大学生共に正の相関を認め、特にメール交換の回数は女子大学生($\gamma=0.42, p<0.01$)・看護学生($\gamma=0.45, p<0.01$)両群ともに強い正の相関が見られた(表3)。続いて、メールの回数(表4-①, ②)・人数(表5-①, ②)・時間(表6-①, ②)と中毒度および各心理テスト得点の多重比較では、女子大学生では、それぞれメール中毒度のみ有意差を認めたが、看護学生においては、A・MAS・Dyの心理尺度得点にも一部有意差が認められた。

さらに、メール中毒度の得点と各心理尺度の得点との相関は、女子大学生においてはAとMASにやや弱い正

の相関関係($\gamma=0.16\sim 0.19$, $p<0.05\sim 0.01$)、DYとの間にやや強い正の相関($\gamma=0.25$, $p<0.01$)が認められた。一方看護学生では、全てにおいて相関関係は認めら

表3 メール中毒度とメールの使用状況との相関

メール中毒度との相関	看護学生		女子大生	
	γ	p	γ	p
1日のメール交換の人数	0.2	*	0.22	**
1日のメールの回数	0.45	**	0.42	**
1日のメール使用時間	0.41	**	0.4	**
電話料金	0.45	**	0.14	*

表4-① メール中毒・心理状態とメールの回数との多重比較
女子大学生

	メールの回数	n	平均値	S.D	p
メール依存度	1~10回	165	1.81	1.36	
	11~20回	56	3.13	1.70	
	21~30回未満	18	3.44	1.62	
	30回以上	5	4.40	1.82	
	合計	244	2.29	1.62	
MAS	1~10回	165	17.21	7.75	
	11~20回	56	17.23	6.75	
	21~30回未満	18	15.00	7.58	
	30回以上	5	21.20	3.49	
	合計	244	17.14	7.46	
A	1~10回	165	14.70	7.70	
	11~20回	56	13.59	7.19	
	21~30回未満	18	11.94	7.49	
	30回以上	5	19.50	8.70	
	合計	244	14.30	7.58	
DY	1~10回	165	22.12	7.76	
	11~20回	56	21.80	7.82	
	21~30回未満	18	19.50	8.70	
	30回以上	5	27.60	8.88	
	合計	244	21.97	7.89	

**p<0.001, *p<0.01, *p<0.05

表4-② メール中毒・心理状態とメールの回数との多重比較
看護学生

	メールの回数	n	平均値	S.D	p
メール依存度	1~10回	61	2.21	1.46	
	11~20回	25	2.88	2.20	
	21~29回	10	4.40	1.35	
	30回以上	10	5.10	1.37	
	合計	106	2.85	1.90	
MAS	1~10回	61	22.48	7.86	
	11~20回	25	18.24	7.45	
	21~29回	10	16.90	5.47	
	30回以上	10	22.80	8.40	
	合計	106	20.98	7.85	
A	1~10回	61	18.25	8.47	
	11~20回	25	15.32	8.40	
	21~29回	10	10.60	4.38	
	30回以上	10	18.60	8.30	
	合計	106	16.87	8.39	
DY	1~10回	61	25.26	8.13	
	11~20回	25	22.00	7.99	
	21~29回	10	18.40	6.47	
	30回以上	10	27.20	8.47	
	合計	106	24.03	8.24	

**p<0.001, *p<0.01, *p<0.05

表5-① メール中毒度・心理状態とメール交換の人数との多重比較
女子大学生

	メールの回数	n	平均値	S.D	p
メール依存度	1~2人	101	1.78	1.3	
	3~5人	137	2.69	1.72	
	6~9人	6	1.67	1.86	
MAS	1~2人	101	16.71	7.35	
	3~5人	137	17.43	7.43	
	6~9人	6	17.5	10.88	
	合計	244	17.14	7.46	
A	1~2人	101	13.91	7.11	
	3~5人	137	14.63	7.82	
	6~9人	6	13.17	10.61	
	合計	244	14.3	7.58	
	1~2人	101	21.13	6.9	
	3~5人	137	22.7	8.29	
	6~9人	6	13.17	13	
	合計	244	22	7.88	

**p<0.001, *p<0.01, *p<0.05

表5-② メール中毒度・心理状態とメール交換の人数との多重比較看護学生

	メールの回数	n	平均値	S.D	p
メール依存度	1~2人	39	2.36	1.68	*
	3~5人	64	3.13	2.00	
	6~9人	2	4.00	0.00	
	合計	105	2.86	1.90	
MAS	1~2人	39	23.38	8.37	*
	3~5人	64	19.61	6.92	
	6~9人	2	23.50	17.68	
	合計	105	21.09	7.81	
A	1~2人	39	19.33	8.03	*
	3~5人	64	15.48	8.12	
	6~9人	2	20.50	13.44	
	合計	105	17.01	8.30	
	1~2人	39	26.77	8.23	*
	3~5人	64	22.38	7.72	
	6~9人	2	29.00	12.73	
	合計	105	24.13	8.21	

** p<0.001, * p<0.01, * p<0.05

表6-② メール中毒度・心理状態とメール交換に要する時間との多重比較看護学生

	メールの回数	n	平均値	S.D	p
メール依存度	30分未満	43	2.07	1.40	*** **
	30分以上1時間未満	41	2.71	1.86	
	1時間以上3時間未満	22	4.14	1.86	
	3時間以上	2	6.50	0.71	
	合計	108	2.81	1.90	
MAS	30分未満	43	23.07	7.49	
	30分以上1時間未満	41	20.10	7.95	
	1時間以上3時間未満	22	17.82	8.03	
	3時間以上	2	18.50	2.12	
	合計	108	20.79	7.90	
A	30分未満	43	18.63	8.41	**
	30分以上1時間未満	41	17.02	8.73	
	1時間以上3時間未満	22	12.14	6.90	
	3時間以上	2	16.50	2.12	
	合計	108	16.66	8.45	
DY	30分未満	43	25.63	8.34	*
	30分以上1時間未満	41	23.83	8.54	
	1時間以上3時間未満	22	19.73	7.15	
	3時間以上	2	28.00	4.24	
	合計	108	23.79	8.36	

** p<0.001, * p<0.01, * p<0.05

表6-① メール中毒度・心理状態とメール交換に要する時間との多重比較女子大学生

	メールの回数	n	平均値	S.D	p
メール依存度	30分未満	135	1.76	1.35	*
	30分以上1時間未満	75	2.69	1.52	
	1時間以上3時間未満	31	3.52	1.95	
	3時間以上	2	4.50	0.71	
	合計	243	2.30	1.62	
MAS	30分未満	135	16.55	7.69	
	30分以上1時間未満	75	18.51	6.96	
	1時間以上3時間未満	31	16.55	7.69	
	3時間以上	2	18.00	1.41	
	合計	243	17.16	7.47	
A	30分未満	135	14.00	7.6	
	30分以上1時間未満	75	15.15	7.91	
	1時間以上3時間未満	31	14.03	7.1	
	3時間以上	2	12.00	1.41	
	合計	243	14.32	7.59	
DY	30分未満	135	7.91	7.91	
	30分以上1時間未満	75	7.95	7.94	
	1時間以上3時間未満	31	8.13	8.13	
	3時間以上	2	2.83	2.83	
	合計	243	21.96	7.9	

** p<0.001, * p<0.01, * p<0.05

れなかった。

表7 メール中毒度と心理尺度得点の相関

メール中毒度との相関	看護学生		女子大生	
	γ	p	γ	p
A	0.06	n.p	0.19	**
MAS	0.09	n.p	0.16	*
Dy	0.06	n.p	0.25	**

IV. 考察

1. 学生にとってのメール使用の意義

今回、比較した女子大学生・看護学生の二群は、性別及び平均年齢はほぼ同等であり、社会的な役割も学生という観点では一致しており、基本的な背景に大きな差異は無いと考えられる。しかしながら、メールの使用状況に関しては回数・使用時間に関して有意差が認められた。一方メールをやり取りする人数は両群とも1~5人が最も多く差は認めていない。このことは、女子大学生と比較して、看護学生は決まったグループ(人数)の中で、頻りに継続したコミュニケーションを取るためにメールを

活用していることが推測できる。電子メールは時間に制約されることなく、メッセージを送ることが可能であると共に、相手が何処にいても通信が可能であるという特徴を持つ²⁾。この特徴は、様々な生活サイクルを持つ若者にとっては魅力的なコミュニケーション手段を提供していると考えられる。この事は、女子大学生・看護学生にとっても同様にあてはまるものの、活用状況が有意に活発と考えられる看護学生については、早朝から夕方まで緊密に組まれたカリキュラムの狭間で、他者とのコミュニケーションを取る時間的・空間的な制約がより生じやすい状況にあることが考えられる。

2. メールの使用状況とメール中毒度及び心理的特徴

メール中毒度については、看護学生の約4割が、中毒になる可能性を多かれ少なかれ抱えている状況であり、ここでもメールが看護学生のコミュニケーション、強いては人間関係の維持目的に欠かせないものであることが推測できる。しかし、電子メールによるコミュニケーションは電話や直接対話のように相手との同期性が必ず存在するものではなく、一方的である事は否めない³⁾。こうしたコミュニケーションは自己や世界を自分に都合よくカスタマイズし自己を防衛しつつ居心地の良い空間となり⁴⁾それが依存性を引き寄せるとも考えられる。

次に、心理尺度およびメール中毒度の得点とメールの活用状況については、女子大学生と看護学生では顕著な違いが見られている。女子大学生・看護学生両群共に、メールの使用状況とメール中毒度の得点に有意な差を認めている。これは、メールの使用状況とメール中毒度が強い相関を示したことと合致する結果であり、特に回数と時間はメール中毒の重要な指標となることが再度確認することができた。

心理尺度の得点とメールの使用状況について女子大学生には有意差は一切認めていない。対して、看護学生は心理尺度の得点とメールの使用状況において有意な差を認めている。ただし、中毒度が使用状況の段階に応じて規則的に変化しているが、使用状況の各段階において心理尺度の得点に規則的な増減は認められなかった。また有意差を認めるものの、メール使用と心理的特徴について明らかにできなかった。また、女子大学生のメール中毒度得点と心理尺度の得点に相関を認めたにもかかわらず、看護学生の心理尺度得点とメール中毒度の得点に何ら相関が認められないということは、看護学生のメールの使用状況のみが心理状態を反映しているとは考えにくい。即ち、メール使用状況別に心理尺度得点に有意差が生じたことは、今回協力対象となった看護学生のみに見られる特性と考えることができる。この原因の一つとして看護学生のメールが単なるコミュニケーションのみならず、連絡事項の伝達や確認のための問い合わせ等学業に関するものが含まれていると推測できる。それを

明らかにするためには、教育環境の異なる看護学生の調査協力者を増やしデータをさらに追加したうえで、再度分析検討を行なうことが必要だと考える。

また、使用状況の各段階に属するグループの心理尺度の平均得点の分布についても女子大学生・看護学生の二群で相似性はほぼ認められなかった。唯一、メールの回数については心理尺度の得点が回数の増加に連動して減少し、30回以上のところで再度心理尺度得点の上昇が見られた。即ち、回数が少なすぎても多すぎても不安や依存といった特性が生じることが考えられる。海外での電子メールについての聞き取り調査においても、電子メールは安価で手軽なコミュニケーション手段であるが、「少しでも早く返事をしないといけない」、「返事が遅いと気になる。」等と熱中すればするほどに不安が生じるという報告⁵⁾があった。

メールの回数はメール中毒とも強い相関を持ちメール中毒の重要な指標である事は前述した通りであるが、回数が当事者の心理状況に何らかの影響を与えている可能性があり、今後その関係性を明らかにするべく、調査・検討を行なうことが重要な課題である。

V. 結論

- 1) 看護学生は、女子大学生よりメール活用が多く、メールが重要なコミュニケーション手段となっている。
- 2) 女子大学生・看護学生共に1日のメールの回数・時間はメール中毒の重要な指標である。
- 3) 1日のメールの回数は、その日の心理状態と何らかの関連があると考えられる。

VI. 今後の課題

今回の調査では、教育環境が異なると、同性・同年代であっても心理尺度の傾向が異なり、メール中毒との関連を一般化した結果として考えることはできなかった。

今後、研究データを一般化していくためには、様々な生活背景を持つ青年期の集団のデータを収集し、さらに綿密な分析を進める必要がある。

VII. おわりに

若者文化は、時代と共に著しく変化していく。彼等のコミュニケーション手段も又同様である。携帯電話や電子メールも彼等にとっては単なる伝達道具ではなく、「絆」を築いていく上で重要なものである。また、大人や家族に対して若者独自の「秘密」の空間を作り出すものでもある。しかし、電子メールは「絆」を作るには一方的なコミュニケーション手段であり、秘密の空間は驚

くほどオープンな情報網でもある。こうした、不均等な側面を持つコミュニケーション手段に依存していくことが、日常の様々な事柄に支障を来さないことを懸念しつつ、その支障を早期に見出し、解決する術を検討していきたい。

謝 辞

今回の調査にあたり、調査に御協力頂いた女子大学生及び看護学生の皆様に心より感謝申し上げます。

<文献>

- 1) 堀口健二：PHS事業の現状と今後の展開～競合時代をPHSは生き残れるのか～、
<http://www5a.biglobe.ne.jp/~knj/index.html>
- 2) 石原潤：ITのコミュニケーション，現代のエスプリ417, 168-175,2002.
- 3) 岡本能理子：しゃべる一チャットのコミュニケーション空間一，現代のエスプリ 370,127-137,1998.
- 4) 岡田努：はまる一インターネット中毒，現代のエスプリ370,167-175,1998.
- 5) James.E,Mark Aakhus : Perpetual Contac Mobile Communication,Private Talk,Public Performance, Cambridge University Press,2002./
- 富田秀典監訳：絶え間なき交信の時代-携帯文化の時代- ,179-219,NTT出版株式会社、2003.
- 6) Kubey.R,Csikszentmihalyi.M : Television Addiction, 近江玲、小林久美子、向田久美子訳,テレビが消せない-依存が生む心理-,日経サイエンス6月号,36-44,2002.
- 7) 落合良行, 伊藤裕子, 斎藤誠一：青年の心理学, 有斐閣, 1993.
- 8) 服部祥子：生涯人間発達論, 第1版、医学書院, 2000.
- 9) 宮坂美帆, 日下和代, 叶谷由佳, 中山栄 純：孤独感から見た現代医療系大学生の人間関係の実態, 看護教育42(12)1116-1121,2001.
- 10) 服部祥子：自己と他者のコミュニケーション, 看護教育42(10)902-905,2001.
- 11) 高石浩一, 川村渉, 武藤晴栄, 池谷英雄：座談会インターネットにみる心の世界, 現代のエスプリ418, 5-36,2002.
- 12) Robert. K, Michael.J, Jyohn. R:INTERNET USE AND COLLEGIATE ACADEMIC PERFORMANNSE DECREMNTS, Journal of Communication,51(2), 366-382,2001
- 13) Annie.L : The limited capacity model of mediated message processing, Journal of Communication,50(1),46-70,2000.

研究ノート

看護における involvement の概念



牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、松本行弘
滋賀県立大学人間看護学部

はじめに 本論文では、両価的な意味をもつに至った“involvement”の概念を看護の中でどのように理解し使用していけばよいのか等について、文献整理を通し考察した。

“involvement”の概念と類似する用語“involvement”は、無意識の感情的反応だけでなく意識的な感情の反応も含んでおり、行動を伴うことが他の類似概念と大きく異なると考えられる。

看護領域における“involvement”への関心 1960年代以降、看護における“involvement”が文献の中でどのようにとらえられているか、年代で区分し概観した。

看護学領域以外の“involvement”への関心 看護学領域以外の“involvement”に関する文献についても学問領域ごとに概観し、その概念がどのようにとらえられているのか確認した。

“involvement”のさらなる探求の方向性 科学的客観性や中立性を重視するため、医学や心理学では“involvement”という概念そのものがほとんど重視されず、“involvement”の否定的側面に焦点が当てられることが多い。しかし、24時間患者やその生活における様々な問題に向き合い、健康であれば本人が行う日常生活動作を本人に代わって行い、ニーズを把握しながら苦痛を伴う医療的処置をも行わなければならない看護は中立性や距離を置くという視点よりも、避けがたい“involvement”を実践、評価し、発展させることでその中心的概念に位置づけてきたと考えられる。

キーワード 巻き込まれ、患者-看護師関係、逆転移、共感

1. はじめに

日本の看護教科書や看護関連文献では、“involvement”が「巻き込まれ」¹⁾「巻き込まれ関与すること」²⁾「関与」³⁾「かかわり(あい)」⁴⁾⁵⁾等と訳され用いられている。“involvement”の概念については、患者-看護師関係を構築する過程において患者の感情や認識を理解し苦痛を軽減するための不可欠要因として肯定的に捉えられることもあるが、精神科看護の領域では、患者の「対人操作」により看護師が「振り回され」適切な看護が継続できなくなる、という否定的意味合いで捉えられていた。ところが近年、精神科看護関連の教科書⁶⁾や事例報告⁷⁾においても“involvement”の肯定的側面が主張され始めた。研究論文のデータベースであるCINAHLと医学中央雑誌を利用して“involvement & nurse-patient relationship”、“関与”“巻き込まれ”

「かかわり(関わり)」と患者-看護師関係をキーワードに検索してみると、最近10年間で文献数が増加傾向にあるのがわかる(表1)。

しかしながら、論文の種別については「かかわり(関わり)」に関する事例報告が大多数を占めており、例えば「何々の患者とのかかわりを振り返る」というように「かかわり(関わり)」＝「看護」として扱われ、“involvement”の概念そのものに焦点を当てた研究論文はほとんどみられない。

表1. 患者-看護師関係における“involvement”関連の文献数の推移

『CINAHL』および『医学中央雑誌』*	Involvement	関与	巻き込まれ	かかわり(関わり)
1984~1988	1	0	0	18 (8)
1989~1993	8	0	0	23 (14)
1994~1998	78	2	2	41 (79)
1999~2003	83	1	5	105 (210)
計	170	3	7	187 (311)

*医学中央雑誌については1984年を1986年以前とした。また、機械などへの物理的な「巻き込まれ」および患者-看護師関係を含まない「かかわり(関わり)」は除外した。

そこで本論文では、両価性的な意味をもつに至った“involvement”の概念を看護の中でどのように理解し使用していけばよいのか等について、文献整理を通し考察してみたいと思う。

II. “involvement”の概念と類似する用語

involvementの概念との類似語には、次のようなものがある。

- 同一視（同一化：identification）
- 投影（投射projection）
- 投影同一視（投影同一化：projective identification）
- 共感（感情移入：empathy）
- 同情（sympathy）
- 同感（sympathy）
- コミットメント（commitment）

「同一視（同一化）」は、無意識に相手の考え、感情、態度を取り入れ真似ること、「投影（投射）」は、自分自身の感情や考えを相手のものとみなすこと、「投影同一視（投影同一化）」は、相手に対して強く思い入れを持つことで、自分の中に起きている感情は相手も感じているかと思ひ、自分にとって状況が悪化すると、それを相手の責任であるかと思ふことである。これらは、防衛機制であり基本的に無意識の反応である。「逆転移」は、精神分析の用語で本来は患者の転移に対する治療者の無意識的な反応（態度、感情、考えなど）である。「共感（感情移入）」は、対象の中に自分の心を入れ、対象の感情を感覚的に知覚することである。「同情」は相手に対するあわれみととらえられている。「同感」は一つのプロセスであり、その中で他人の苦悩を理解できそれによって心を動かされ、その原因を和らげたいと願うことである³¹⁰。「コミットメント」は、「既成の思想、心情、規範あるいはこれらを保持する集団に対して、感情的にあるいは制度的に関わりをもつこと」である³¹¹。また、コミットメントは看護において傾倒するという意味で患者に対しても使用するが、P. Bennerは、コミットメントはもともと社会学の用語として使用され、量的な語であり、強弱の観点から分析されると述べている³¹²。一方、Psychiatric Nursing in the Hospital and the Communityにおいては、“involvement”を他のメンタルヘルスの職種と看護を区別する特徴の一つと位置づけ、単に共感して話を聴くだけでは不十分で直接的な行動を伴うとしている³¹³。従って、“involvement”は、無意識の感情的反応だけでなく意識的な感情の反応³¹⁴も含んでおり、行動を伴うことが他の類似概念と大きく異なると考えられる。

III. 看護領域における“involvement”への関心

(1) 1960年代以前

“involvement”は否定的に捉えられ、問題視されることが多かった。職業的倫理観に関しては、仕事とプライベートを分けるラインを越えてはいけないという考え方があった³¹⁵。科学的客観性や中立性に関しては、感情的な中立性（affective neutrality）が治療的関係を客観的に保つものであり、関係が援助的でなくなるのは看護師が感情的に巻き込まれる（become involved）からであるという多くの社会学者による議論がある³¹⁶。公平性という観点では、看護師は一人の患者だけのものではなく、ケアの配分が極端に偏ってはならないという考え方があった³¹⁷。看護師の感情という観点においては、患者の感情に共感しすぎてどうしてよいかわからない状態に陥ることや、患者の問題を抱え込み精神的に参ってしまうことがあると言われている³¹⁸。また、患者の状態が悪い結末に至った時に看護師が精神的に傷つき、その後同じような患者に上手くかかわれなくなることや³¹⁹、看護師が患者と理解を深め合うことにより友人となった場合、看護師としての自分自身との間で役割葛藤に陥ること³²⁰などが問題点として挙げられている。これらの視点は、1960年代以降も継続して見られる。

(2) 1960年代～1970年代

J. Travelbeeは、患者との信頼関係（rapport）を築く上で“involvement”が必要であると述べている³²¹。また、J. Travelbeeは、その著書の中で“involvement”は、人への気づかい（caring）を援助行動に移す能力であり、そのレベルが成熟したものであれば看護を促進するとしている。そして、“involvement”がなければ、患者を知ることや人が危機のときに支えることができないこと、“involvement”の対象や手段、結果に注目しなければならぬことなどについて述べている³²²。彼女は、知的、感情的理解であるが中立的なプロセスである共感（empathy）よりも、その理解を援助につなげたいと願う同感（sympathy）をより看護にとって重要な段階としていたが、その両者をつなぐものとして“involvement”を位置づけていた。H. E. Peplauは、“involvement”の特殊な種類として「専門職的な接近（したしみ：professional closeness）」をあげ、それが看護の場や患者・看護師関係において重要な要素であると述べている³²³。その他、J. Goldsboroughは、患者・看護師関係は、“involvement”の本質的な過程でそれは看護の中心・核心であり、人に何が起っていて何が起ころうとしているのかを知り、その人と一緒にその人のために何かをすることであると述べ、“involvement”が可能となる条件として次の5つあげている³²⁴。

①看護師の態度が患者とともにあり、患者のためのものである②患者-看護師関係の目的が両者に明確である③看護師が自身の役割に気づいている④利用可能な患者-看護師におけるコミュニケーションの知識と技術を活用する⑤看護師が絶えず、評価と自己理解の過程にいる。S. Gadowは、看護師の個人的な部分と専門職的な部分の対立的な考え方について、患者を全体 (whole) としての人ととらえるなら、看護師も全体としての人として行動すること、「巻き込まれるようになる (become involved) こと」が求められていると述べている³⁰⁾。

(3) 1980年代以降

①B. M. Artinian

B. M. Artinianは、個人的な (personal) “involvement” に関して骨髄移植患者とその家族を対象に質的記述的研究を行い、家族のサポートが機能しなくなった場合、看護師はどれだけ個人的な “involvement” が必要かの判断を発達させると述べている³¹⁾。母親が付き添うことができない患児に対して、服や手料理を患児のために持ってきたり、病院から離れたところに住んでいてお金が尽きてしまった特別な関係にある家族に対して、外泊中や退院後の短期間、経過を見るために看護師が患者に自宅の部屋を貸したりすることがある。そして、看護師の “involvement” が患児だけを対象にしていた場合、母親を脅かす可能性があるが、家族を対象とした場合は患児がターミナル期を迎えた時に家族と現実を受け止めることができる。また、患児を擁護したり、他のスタッフが既にしているより多くのことをしてほしいと望んだりしたとき、他のスタッフの嫉妬や怒りをかうことがある。看護師はこの特別な関係にある患児がおかれた状況に感情的に反応し、患児が亡くなった時には、他の移植を待つ患児に対する思いと合わせて二重に苦痛を味わう。しかし、これらの “involvement” は、他者の人生経験全体に入っていく必要があるため、看護師自身の人生にも学ぶ機会を与えることなどを明らかにした。看護師は家族の役割を時取る必要があるが、不在の家族に取って代わることは決してできないとしている。また、患者のニーズと自分がそれにどれだけ答えることができるかをアセスメントすることによってのみ、患者-看護師双方にとって利益のある “involvement” がどの程度かというジレンマを解決することができるかと述べている。

さらに、B. M. Artinianはグラウンデッド・セオリーを用いた手法により、がん患者と看護師の特別な関係である “risking involvement (riskには「覚悟してやってみる」という意味がある)” のプロ

セスを明らかにした³²⁾。そのプロセスでは、看護師は意識的に、客観性を重視する看護師は無意識的に、その関係に入っていた。そのプロセスは、看護師にとって初めての “involvement” で詳細な観察や特別な注意や配慮を行ったり、個人的なスケジュールを調整したり、勤務外に患者の死に立ち会ったりする。そして、患者が亡くなった後、悲しみの受容や身体反応、成長があり、悲嘆を解決した時感情的な成熟があり、再び他の患者への “risking involvement” を決意し、“involvement” を実践する。一方、悲嘆が解決されなかった場合、“risking involvement” をしない決心をし、患者との接触の制限や平等に患者を「患者として」みるなど、慎重に感情的な中立性をとり “involvement” に抵抗することなどを明らかにした。

この2つの研究は、看護師は “involvement” の対象である患者の死によって大きな苦痛を味わうが、それを乗り越えることで成長することを示している。

②J. M. Morse

J. M. Morseは、8領域の看護師を対象にグラウンデッド・セオリーを用いた手法により、患者-看護師関係における看護師の “involvement” について、“clinical relationship (臨床的関係)” “therapeutic relationship (治療的関係)” “connected relationship (結びついた関係)” “over-involved relationship (巻き込まれすぎた関係)” の4つの患者-看護師関係のタイプを明らかにした³³⁾。ケアにおける時間、相互作用、患者のニーズ看護師のコミットメントが増すにしたがって “clinical relationship” “therapeutic relationship” “connected relationship” “over-involved relationship” と順に “involvement” は増し、“over-involved relationship” では、非常に多くの患者のニーズがあり、期間も長期にわたる。看護師の傾倒はケアの体制や他職種を圧倒する。看護師は患者と親友となり家族として扱われる。この関係においては、ケアの目標は捨てられ、患者も看護師もそれぞれの役割を放棄し、看護師は患者が退院しても他の施設に行けば、病院を移ることもある。J. M. Morseは、この研究により “involvement” に関するレベルとその関連要因を理論的に明らかにした。

③M. C. May

M. C. Mayは、患者-看護師関係における感情の中立と “involvement” についての研究において、急性期の内科と外科病棟の看護師を対象にグラウンデッド・セオリーを用いて、“involvement” の3つの特徴、患者を知ること (knowledge)、患者との

相互関係 (reciprocity)、看護技術の投資 (investment) を明らかにした²⁹⁾。また、以下の3つの患者-看護師関係におけるモデルも明らかにした。個人的な熱意と制度上の役割、客観性のバランスが保たれた“primary (本来の) involvement”は、患者に有益で問題はない。相互関係を強調し過ぎて看護の適当な役割調整のできない“demonstrative (あらわに示された) involvement”は、ケアの分配にも問題があり患者にも良い影響を与えない。相互関係よりもケアの投資が強調された“associational (共同的) involvement”は、労働やケアの分配に問題はないが、看護師を患者から遠ざけるので患者にとっては有効ではないことを明らかにした。

④M. C. Ramos

M. C. Ramosは、患者-看護師関係における最も近く知覚された関係について、主に内科・外科に3年以上勤務している看護師を対象にインタビューし内容分析を行い、患者-看護師関係の3段階のレベルと2つの難局 (impasse) を明らかにした²⁹⁾。レベルIは、看護業務が行われたかどうかという視点にもとづいて行動するレベルで、患者との面識や患者の意識がなかったり、他からの情報や患者と過ごす時間がほとんど得られなかったりする。機械のニーズに圧倒された場合にはその場で必要なデータ収集以外は排除される。患者とのつながりは表面的で簡単なものであり、深い感情的結びつきとは区別された。これは、忙しすぎて患者と話す時間がない、患者は他からサポートを受けている、患者と相性が合わないなどということにつながる。レベルIのひとつの結果として、表面的なつながりのみで認知の取次ぎに欠けている感情的“involvement”により、患者の状況に圧倒されどのようにしてよいかかわらず、苦痛を感じる“pure emotional impasse”が明らかになった。これは、「燃え尽き (burn out)」の原因にもなり、一時的な場合もあれば継続する場合もある。レベルIIは、患者と、感情的、認知的つながりがあり、患者の助けになる“involvement”である。これは、患者がコミュニケーションを取れなかったり、関係に参加できなかったりするため看護師が一方的にそのコントロールを保っている。その関係では、看護師は状況に認知的に、また感情的に入り込み、患者に対し気の毒に思う自身の感情を超えて患者が感じていることを感じようとする。患者の状態により、そのつながりは目的があり有効であるが、患者の望みや価値観はその看護師の仮説である。看護師がその関係のコントロールを保っているために様々な理由で過剰な権威の行使と受け取ら

れ“control impasse”に陥ることがある。以上のレベルや難局をこえるとレベルIIIへと関係は進んでいく。それはよりリラックスした近いつながりにより看護師はエネルギーを要するが、患者の苦しみを背負い込むことでエネルギーを得る。そのつながりは、感情的にも認知的にも患者とは区別されているが、非常に強く職業的にも評価されるものであり、“over-involvement”は伴わない。この関係の結果、看護師は「業務をこなす」よりも役立っていると感じ、楽しんで患者と時間を過ごし、患者が必要とする特別なニーズも患者にとってより完全なヘルスケアニーズの理解にもとづいて満たすことができる。レベルIIIの関係はすべての看護師が経験するわけではないことなどをM. C. Ramosは明らかにした。

⑤D. Field

D. Fieldは、CCUの看護師を対象に、死にゆく患者に対する“involvement”に関して、質的記述的研究を行った³⁰⁾。CCUにおける患者の死には、心停止による「突然の死 (quick death)」と慢性心不全による「ゆっくりとした死 (slow death)」があり、「突然の死」により名前も知らない「匿名の」死を親族に伝えることは、看護師にとって“involvement”がないことでより動揺する仕事である。慢性の心疾患患者はCCUに長く滞在し、看護師も患者のことをよく知り、“involvement”もある場合は、その死に心乱されるが、親族に伝える困難さは「匿名の死」より少ない。この研究が行われたCCUでは患者-看護師の割合が高く、比較的患者の滞在期間が短く、患者に対してより多くの“involvement”が許されているため、看護師たちは患者と多くの時間を過ごし、楽しんで仕事をしてきた。その理由を、ある看護師は“involvement”と答え、それにより、患者の知るべき、そして患者が知っておいてほしいと思うすべてを知ることができると述べている。それらの看護師による死にゆく患者への“involvement”は、首尾一貫しており、患者の他の側面に影響を与えることはなかった。

“involvement”と死にゆく患者の看護による満足や報酬は、患者が死を受け入れ、威厳を持った死につながるため、患者の死に対する開かれた意識と率直なコミュニケーションに関連している。死にゆく患者への“involvement”は代価もあるが、患者と看護師にとって否定的であるより肯定的であることが多い。個別化された患者ケアには、ある程度の“involvement”が避けがたく発生し、それは死にゆく患者への良い看護につながっていた。その一方で“involvement”をともなった患者が亡くなるたびに動揺し、私生活にまで影響を受ける看護師のケー

スも明らかにされている。

⑥M. Turner

M. Turnerは、“involvement”に関してがん看護を行う看護師を対象にグラウンデッド・セオリーを用いた手法により、“involvement”の肯定的側面と否定的側面を明らかにした²⁹⁾。肯定的側面に関して、看護師は仕事に満足し価値を見出し、患者はケアの継続や安心、安全、ケアに対する信頼を得ていた。否定的側面に関して、看護師は患者の独占や患者への過度の依存、仕事と私生活の切り換えができないこと、患者に関しては看護師への依存やその看護師が勤務していないときに問題であること、他の患者に対するケアの不平等などが明らかになった。その他、“involvement”を看護師自身が管理する上で、“involvement”と“over-involvement”に気づくこと、患者との関係において“involvement”をどこまでにするのか境界を設定することや仕事を「スイッチ・オフ」して私生活と区別することで“involvement”をコントロールしていることが明らかになった。

⑦J. Watson

J. Watsonは、個人的な部分と看護師である部分を分けず、看護師自身のあらゆる側面を使い全体の自己(entire self)でかかわる職業的な“involvement”が患者看護師のトランスパーソナル・ケア関係の概念に必然的に伴うと述べている³⁰⁾。

⑧P. Benner

Bennerは、“involvement”により「ナースたちは、みずから患者に対応するための資源をさらに十分引き出すことができ、かつ資源は、その患者、その家族、その状況に応じて提供されている」と仮説を立て、熟練看護師にはあるレベルの“involvement”が必要であると評価した³¹⁾。その後、P. Bennerは、気づかい(caring)が人にとって思考と感情と行為を区別しない第一義的なものであるとして、恋愛から看護を含めた仕事まで広く気づかい(caring)という語を用いて“involvement”を説明できるとした³²⁾。P. Bennerは、caringと“involvement”をほぼ同等に扱い、それらによって喪失や苦しみを体験するかもしれないが、気づかい(caring)があれば、喪失や苦しみに対処する中で喜びや充実感がもたらされると述べている³³⁾。以上のように、看護理論家は“involvement”を、それぞれの看護理論の中心的な概念として組み込み、その重要性について理論的に説明している。

P. Bennerの2つの著作において“involvement”が「巻き込まれ」³⁴⁾「巻き込まれ関与すること」³⁵⁾と翻訳され、“involvement”と「巻き込まれ」が関

連付けられ、その引用が見られるようになってきた⁷⁾。田中らは、Bennerを引用し、精神科看護における「巻き込まれ」の意味についてKJ法を用い、看護師は「巻き込まれ」により患者に対する負の感情を抱き看護師としてのアイデンティティの危機に陥るが、看護師として言動の意味づけを行い、患者理解のための新たな視点を得られる場合もあることを明らかにした³⁶⁾。また、患者-看護師関係に関して教科書でもBennerの文献が引用され、「巻き込まれ」の重要性が解説されるなど、“involvement”の肯定的側面にも焦点が当てられている⁶⁾。

それ以前は、現在もその視点は継続しているが、“involvement”は評価される前の海外と同様に否定的側面に焦点が当てられ、問題として扱われ、否定的な意味を含んだ「巻き込まれ」として認識されることがほとんどであった。事例研究や報告により、巻き込まれた看護を振り返り看護師自身の感情に気づくことの重要性を理解したという内容の報告が数多く行われている²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾。また、転移・逆転移や投影同一視(投影同一化)など精神力動的な枠組みによる「巻き込まれ」防止の解説が見られる。そこでは、患者は精神的身体的な苦痛のため退行的になり、依存的・感情的になりやすく過去の重要な他者に対する感情を看護師に向けること(転移)があり、それに対して、看護師が無意識的に過去の重要な他者に対する感情を患者にむけること(逆転移)が「巻き込まれ」であると解説されている³⁰⁾³¹⁾。また、患者が自分の感情を看護師のものとして看護師の中に見出し攻撃性を向け(投影同一視)、それに対して看護師が不快感など感情的に反応することが「巻き込まれ」と解説されている³²⁾³³⁾。それぞれ患者の転移や投影同一視、看護師の逆転移もしくは看護師自身の感情や行動に気づくことの重要性が述べられている。境界性人格障害患者の看護に関して、教科書では、患者の「対人操作」に巻き込まれないよう一貫した毅然とした態度でかかわる必要があると述べられている³⁴⁾。また、共感(感情移入)において、「巻き込まれ」に注意を促す記述が見られる³⁵⁾³⁶⁾。

III. 看護学領域以外の“involvement”への関心

患者-医師関係においても、患者-看護師関係と同様に距離を置いた客観的な態度が必要であると長い間考えられてきた³⁷⁾。しかし、文学作品³⁸⁾³⁹⁾や臨床経験などにより、患者に対する共感と専門的な客観性のバランスをどのように保つのか、即ちdetachment(距離を置くこと)と“involvement”の問題についても医師の間で議論が行われ始めた³⁷⁾⁴⁰⁾⁴¹⁾⁴²⁾。人として患者に関心を持ち

ながらも患者との間に距離を置くことにより客観的臨床判断を行い、“over-involvement (巻き込まれすぎ)”やパターンリズムを防ぐという意味で、「detached concern (距離を置いた関心)」や「compassionate detachment (思いやりながら距離を置くこと)」、「clinical distance (臨床的な距離)」などの用語が使用されている。

精神医学においては、統合失調症患者とその家族に関する感情表出 (expressed emotion) について一連の研究が行われている。G. W. Brownらは統合失調症患者の家族面接において、“involvement scale (尺度)”⁴³⁾を使用し、患者と家族のキーパーソン相互の感情表出におけるコントロールの程度や敵意の表出の程度、家族のキーパーソンから患者への支配的、指示的な行動の程度により、“involvement”を測定した。その後、J. LeffとC. Vaughnは、統合失調症患者の家族面接において、家族により「報告された行動」と家族の「面接中の行動」を基に、6段階の相対的評価尺度を用いて“emotional over-involvement (情緒的巻き込まれすぎ)”を測定した⁴⁴⁾。“over-involvement”は、「報告された行動」に関しては、〈大げさな情緒反応〉、〈自己犠牲と献身的行動〉、〈極端な過保護〉などの中に、そして、「面接中の行動」に関しては、〈態度表明〉、〈情緒表出〉、〈ドラマ化〉などの中に見いだされている。家族の患者へのかかわりが“over-involvement”である場合、退院した患者の予後に否定的に影響することやそれらの家族に対する教育的介入が効果的であることなどが明らかにされている。

精神分析学においては、医療者の“involvement”や“over-involvement”は逆転移 (countertransference) としてとらえられていることが多い³²⁾³³⁾⁴⁵⁾⁴⁶⁾。O. Kernbergは、逆転移の概念を、S. Freudに近い「古典的アプローチ (classical approach)」とD. W. Winnicott⁴⁷⁾らによる「全体主義的アプローチ (totalistic approach)」に分類している⁴⁸⁾。「古典的アプローチ」において、逆転移は、患者の転移に対する分析者の無意識的な反応と定義され、中立性 (neutrality) がより重視されている。一方、「全体主義的アプローチ」において、逆転移は治療状況における分析者による患者への全ての感情的反応とみなし、分析者の感情的な反応を排除せず焦点を当てることにより、患者を理解し援助するための重要な技術的道具として、分析を進める。M. Littleは、「古典的アプローチ」に近い定義を行っているが、患者とコミュニケーションをとるための材料として逆転移の使用を提案している⁴⁹⁾⁵⁰⁾ため、O. Kernbergは彼女を「全体主義的アプローチ」の「急進派」としている⁴⁹⁾。池田は、逆転移について触れながら、「治療者がある程度治療関係に巻き込まれなければ、患

者にはかかわれないし、巻き込まれすぎてしまえば観察できない」とし、ある程度巻き込まれながらも巻き込まれ過ぎずにいることは、極めて難しいが治療者の機能として必要なことであると述べている⁵¹⁾。

わが国の心理学界では、自己と他者との境界が保てない状態＝「巻き込まれ」として、否定的な意味で“involvement”がとらえられることが多い。鈴木・小川⁵²⁾や橋本⁵³⁾は“involvement”に関する尺度開発を行っているが、「情緒的巻き込まれ」の英語タイトルに、それぞれ“emotional over-involvement (直訳では、「情緒的巻き込まれすぎ」) ”、“emotional deep involvement (直訳では「情緒的深い巻き込まれ」) ”が使用され、「巻き込まれ」という概念が“involvement”ではなく、“over-involvement”としてとらえられている。

IV. “involvement”のさらなる探求の方向性

以上みてきたように、海外の看護においては1960年代から“involvement”を評価する動きが起こった。しかし、わが国の看護においては“involvement”という概念に対する肯定的な評価は海外文献の翻訳を待つまではほとんど見られなかった。これは、適した訳語がみられないことが大きく影響していると考えられる。

“involvement”の訳語である「巻き込まれ」は、能動的な意味はなく受動的な語であり、「関与」は、受動的な意味はなく能動的な語である。一方、“involvement”は、動詞形“involve”が他動詞で能動的であるが、看護において動詞として使用される場合は、“be involved”や“become involved”、“get involved”などというように受動態で使用されている。また、「巻き込まれ」¹⁾、「巻き込まれ関与すること」²⁾、「関与」⁹⁾、と翻訳されているように“involvement”は、能動的、受動的な意味を兼ね備えている。“involvement”の肯定的側面は、この能動的行動と結びついていることが多い¹¹⁾¹²⁾。

“involvement”の否定的側面に関しては、「事件や機械に巻き込まれる」という使われ方や看護における問題視は「巻き込まれ」、「involvement」双方にみられることである。しかし、日本語の「巻き込まれ」に関して、海外で評価されたような肯定的側面が語感から感じられないのは、受動的な語感、コントロール不能感や主体性の喪失感など否定的印象がより強く残るからであると考えられる。わが国においては、“involvement”は全体としては認識されず、その肯定的側面に関しては共感やその他の語が、否定的側面に関しては「巻き込まれ」が使用され、“involvement”が区別され認識されてきたと考えられる。しかし、「巻き込まれ」や“involvement”の現象や概念の認識が不明確なまま使用されるため、看護学生が患者に共感した時に「巻き込

まれた」と感じて、「involvement」を否定的に受け止めた場合、共感と「巻き込まれ」の間で深刻なジレンマに陥るような現象³⁶⁾が起こると考えられる。従って、「involvement」には否定的側面と肯定的側面があり、「involvement」のレベルが発展したものである場合³⁸⁾、患者にとって有効なものとなることを認識しておくことが看護にとって重要であると考えられる。「involvement」の結果が否定的なものであっても、患者のニーズと看護師自身がそれにどれだけ答えることができるかをアセスメントすること³⁹⁾が重要であり、否定的な結果を振り返ることにより「involvement」のレベルを有効なものへと発展させることが可能であると考えられる。

科学的客観性や中立性を重視するため、医学や心理学では「involvement」という概念そのものがほとんど重視されず、距離を置く (distance, detach) 視点から「involvement」の重要性を表現 (detached concern など) し、その一方で「involvement」の否定的側面に焦点が当てられることが多い。看護においても科学的客観性や中立性に関して同様の議論がある。しかし、人が疾患や障害により損い失った主体性 (それは排泄から死を迎えることにまで及ぶ) をその人が回復していくプロセスにおいて、看護師は主体性に基づいた多様で個別的なニーズを共有し、主体性を奪うことなくその人がニーズを満たすことを目標としてきた。そして、24時間患者やその生活における様々な問題に向き合い、健康であれば本人が行う日常生活動作を本人に代わって行い、ニーズを把握しながら苦痛を伴う医療的処置をも行わなければならない看護は中立性 (neutrality) や距離を置く (distance, detach) という視点よりも、避けがたい「involvement」を実践、評価し、発展させることでその中心的概念に位置づけてきた。今後、わが国においても、「involvement」に関して同様のプロセスを経ることにより、さらに患者の立場に立った看護につなげていくことが期待される。

以上、「involvement」に関する文献を中心に概観し考察してきたが、「involvement」は言語や文化により多様に理解されている可能性があり、本論文は、日本語と英語の文献を用いた概観および考察であるという限界がある。今後、看護師が「involvement」の能力を発展させるプロセスや関連因子・条件を明らかにし、看護師に対する「involvement」の教育的能力開発プログラムを作成していく必要があると考える。また、教師や介護関係職など他の対人援助職、または、育児などにも応用可能な概念であると考えられるため、更なる研究が行われることが望まれる。

文 献

- 1) Benner, P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. P163-166, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, p116-117, 医学書院, 1992.
- 2) Benner, P. & Wrubel, J. The Primacy of Caring: Stress and Coping Health and Illness. P1-56, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1989. 難波卓訳, 現象学的人間論と看護, p1-62, 医学書院, 1999.
- 3) Travelbee, J. Interpersonal Aspect of Nursing. P145-147, F. A. Davis Company, Philadelphia, 1971, 長谷川浩, 藤枝知子訳, 人間対人間の看護, p215-218, 医学書院, 1974.
- 4) Peplau, H. E. Professional Closeness... as a special kind of involvement with a patient, client, or family group. Nursing Forum, 8(4), p342-360, 専門職業人としての《したしみ》患者やその家族との特殊なかかわりあい, 総合看護, 5(3), p66-81. 1970.
- 5) Peplau, H. E. Professional Closeness. O'Toole, A. W., Welt, S. R. (edited by), Interpersonal Theory in Nursing Practice: selected works of Hildegard E. Peplau. p230-243, Springer Publishing Company, New York, 1989, 池田明子, 小口徹, 川口優子, 小林信, 吉川初江, 小田葉子訳, 専門職的な接近; ペプロウ看護論 看護実践における対人関係理論, p197-209, 医学書院, 1996.
- 6) 岡谷恵子, 援助関係の形成, 山崎智子 (監修), 野嶋佐由美 (編), 明解看護学双書3 精神看護学, p84-85, 1997.
- 7) 伊藤智恵, 巻き込まれていた自分を振り返る, 聖隷浜松病院看護研究収録, 1998号, p25-27, 1999.
- 8) Travelbee, J. What's wrong with sympathy? American Journal of Nursing, January; 64, p68-71, 1964.
- 9) 橋本満, コミットメント/ノンコミットメント, 盛岡清美, 塩原勉, 本間康平 (編集), 新社会学辞典, 第1版, p473, 有斐閣, 1993.
- 10) Burgess, L. The therapeutic alliance and the nurse-patient relationship. Psychiatric Nursing in the Hospital and the Community, (5th), p245, Appleton & Lange, Norwalk, 1990.
- 11) Artinian, B. M. Risking involvement with cancer patients. Western Journal of Nursing

- Research, 17(3), p292-304, 1995.
- 12) Field, D. Emotional involvement with the dying in a coronary care unit. *Nursing Times*, March 29; 85(13), p46-48, 1989.
 - 13) Heinrich, K. T. What to do when a patient becomes too special. *Nursing*, November; 22(11), p62-64, 1992.
 - 14) Cymerman, J. Advice, p.r.n. Emotional involvement: overstepping the line. *Nursing*, August; 26(8), p10, 1996.
 - 15) Artinian, B. M. Personal involvement with critically ill patients. *California Nurse*, January; 78(7), p4-5, 1983.
 - 16) Gardner, S. Involvement: One nurse's views on the importance of caring. *Nursing Times*, February 18; 67(7), p214-215, 1971.
 - 17) Emon, D. V. Emotional (over) involvement: Can nurse care "too much" for a patient? *Journal of Practical Nursing*, August; 30(8), p34-35, 1980.
 - 18) Travelbee, J. What do we mean by rapport. *American Journal of Nursing*, February; 63(2), p70-72, 1963.
 - 19) Goldsborough, J. Involvement. *American Journal of Nursing*, 69(1); January, p66-68, 1969.
 - 20) Gadow, S. *Existential Advocacy: Philosophical Foundations of Nursing*. Springer, New York, 1980.
 - 21) Morse, J. M. Negotiating commitment and involvement in the nursing-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, p455-468, 1991.
 - 22) May, C. Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 16, p552-558, 1991.
 - 23) Ramos, M. C. The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, p496-506, 1992.
 - 24) Turner, M. Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), p153-160, 1999.
 - 25) Watson, J. *Nursing: Human Science and Human Care; The Theory of Nursing*. P64-67, National League for Nursing, New York, 1988.
 - 稲岡文昭, 稲岡光子訳, ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア, p93, 医学書院, 1992.
 - 26) 田中美延里, 安酸史子, 精神科看護者にとっての「巻き込まれること」の意味: ベテラン看護者に対するアンケート調査結果より, *日本精神科看護学会誌*, 39, p211-213, 1996.
 - 27) 岩成幸子, 吉岡美代子, 小村育子, 藤江貞子, 宅和美晴, 神経性食思不振性患者の看護: 行動化に看護婦が巻き込まれた一事例, *日本精神科看護学会誌*, 36, p317-319, 1993.
 - 28) 大木幸子, 操作的事例とのかかわりからの学び: 引き起こされた「感情」の振り返りを中心に, *精神科看護*, 61, p56-60, 1997.
 - 29) 西本香代子, 神保勝俊, 精神科における患者-看護者関係: 転移・逆転移と看護上の問題, *臨床看護研究の進歩*, 2, p67-83, 1990.
 - 30) 加藤薫, 特集1心の「感染対策」はできていますか? 健全な職場環境づくりの処方箋; 他者のマイナス感情に巻き込まれない技術, *ヘルスカウンセリング*, 5(5), p26-31, 2003.
 - 31) 永井優子, 援助関係を構築する技術, 野嶋佐由美(監修), *実践看護技術学習支援テキスト 精神看護学*, p75, 日本看護協会出版会, 2002.
 - 32) 土居健郎, 新訂 方法としての面接, p116, 医学書院, 1992.
 - 33) 国生拓子, 全科に役立つ精神科看護の理論と実践(前編) 日常見かける精神症状への対応ポイント Instruction コミュニケーションと患者・看護者関係 転移・逆転移, *月刊ナーシング*, 16(12), 1996.
 - 34) 梶本市子, 問題行動を持つ人の看護, 山崎智子(監修), 野嶋佐由美(編), *明解看護学双書3 精神看護学*, 金芳堂, p170-171, 1997.
 - 35) 瀧川薫, *精神看護学*, 精神科看護の専門性をめざして 専門基礎編(上), 中央法規出版, p16, 1997.
 - 36) 武井麻子, 感情と看護, p89-90, 医学書院, 2001.
 - 37) Coulehan, J. L. Tenderness and steadiness: Emotions in medical practice. *Literature and Medicine*, 14(2), p222-236, 1995.
 - 38) Hemingway, A. "Indian Camp," in *The short stories of Ernest Hemingway*, p91-95, Scribner's, New York, 1953.
 - 39) Selzer, R. *Rituals of Surgery*. Simon and Schuster, New York, 1974.
 - 40) Borgenicht, L. Richard Selzer and problem of detached concern. *Annals of Internal Medicine*, 100(6), p923-934, 1984.
 - 41) Kim, J. Emotional detachment and involvement

- of physicians in literature. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*, 64(2): p32-38, 2001.
- 42) Halpern, J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. Oxford University Press, Oxford, 2001.
- 43) Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. & Wing, J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, p55-68, 1962.
- 44) Leff, J., Vaughn, C. *Expressed Emotion in Families*. Guilford Press, New York, 1985. 三野善央, 牛島定信訳, 分裂病と家族の感情表出, 金剛出版, 1991.
- 45) Hartman, G. R. The nurse-patient relationship and victims of violence. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(2), p175-192, 1995.
- 46) O'Kelly, G. Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), p391-397, 1998.
- 47) Winnicott, D. W. Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33: p17-21, 1960.
- 48) Kernberg, O. Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, p38-56, 1965.
- 49) Little, M. Countertransference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.*, 32, p32-34, 1951.
- 50) Little, M. Countertransference. *Bri. J. Med. Psychol.*, 33, p29-31, 1960.
- 51) 池田政俊, 巻き込まれることと巻き込まれないこと, *精神分析研究*, 45(1), p54-64, 2001.
- 52) 鈴木久美子, 小川俊樹, 「情緒的巻き込まれ」に関する心理学的研究 I : 尺度の作成, *筑波大学心理学研究*, 23, p237-245, 2001.

フォーラム

人間看護学部がめざす地域との連携と貢献

—平成15年度の活動を通して—



滋賀県立大学人間看護学部 豊田久美子
地域交流専門委員会委員長

はじめに

平成15年4月、滋賀県立大学人間看護学部は人間学を基盤にして、21世紀に求められる人間のありよう、絆、自己の存在を大切にできる看護の構築をめざして設置された。看護は人々がより健康あるいは安寧な状態になるよう、その生活を整えることを専門性に据えて、先輩諸氏によっての多くの実践知を含有している。しかし、そのことが必ずしも十分な言語化や体系化に至っていない。専門職として一層の質の向上が求められる今日、何より重要なのは、臨床や地域の現場の看護職と教育・研究に携わる者が、豊かな実践知を共有していくことである。実践を丁寧に見つめ、その特徴や意味、根拠を引き出したり、あるいは看護介入方法を創意工夫し、開発することは急務である。

そこで、人間看護学部においては、その連携を有機的に構築するために、平成16年度に学部付属施設として「地域交流看護実践研究センター」を開設することとなった。県内の看護関係者と滋賀県立大学との交流・連携を深め、地域での看護研究課題とその解決策を探求し、大学における学術研究の一層の充実と県内看護職の質質の向上に寄与することをその目的としている。

平成15年度は、その開設準備として、滋賀県内看護職員の人間看護学部に対するニーズの把握と専門講座を実施した。本稿においては、その概要を紹介する。

1. 県内看護職員の県立大学人間看護学部に対するニーズ調査の実施

(本調査における詳細な報告は別途の報告書で行うため、本稿ではごく一部の紹介にとどめる。)

1) 目的：滋賀県内看護職員の県立大学人間看護学部に対するニーズを把握し、これからの人間看護学部創出の基礎資料とする。

2) 方法：本調査は、平成15年8月に調査の同意を得られた滋賀県下の看護職員4700人に調査票を配布した。質問紙は主に看護職員の看護研究、専門講座に対する認識や実態、要望を把握するために、独自に作成したものをを用いた。質問紙は調査の趣旨に同意が得られた所属機関に一括送付し、回答後直ちに一人ずつ封筒に入れ厳封してもらいプライバシーが保持できるようにした。

3) 結果：3824人の回答を得た(回収率81.5%)。

図1では、臨床において看護研究をすすめていく上で困難なこと、図2では研究活動支援をどの程度必要としているかについての回答を示している。ほとんど項目において、八割以上が研究をすすめていくことに困難性を感じおり、タイムリーな助言や研修会におけるアドバイス、文献検索や取り寄せといった具体的な支援も強く求めていることが伺える。

看護の専門講座に対する希望について、図3に示した。事故防止や緩和ケア、家族看護、痴呆看護、介護予防、感染管理などいずれも社会情勢とリンクして今日的関心が高い。

看護において、本格的な研究活動の歴史は浅く、また看護分野の研究方法についても試行錯誤の段階である。臨床の知をいかにして取り出すか、表現するかについて、一層の具体的で綿密な連携が重要であることがこの調査から推測されよう。また、めまぐるしく変化する社会において、人々の健康問題も多様化しており、より専門的な知識を得たいという希望も大きい。看護実践研究センターでは、これらのことを視座において、研究支援、専門講座の活動をすすめていきたいと考える。

2. 専門講座の実施

平成15年度に看護職に対する専門講座を三回行った(表1)。テーマは「SARS」、「看護に求められる質的研究」、「実践・研究・教育の連携」といった実践現場、研究、教育にできるだけ即応したものを取り入れた。所

2004年1月15日受付

連絡先：豊田久美子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：滋賀県彦根市八坂町2500

tel : 0749-28-8649 fax : 0749-28-9517

e-mail : toyoda@nurse.usp.ac.jp

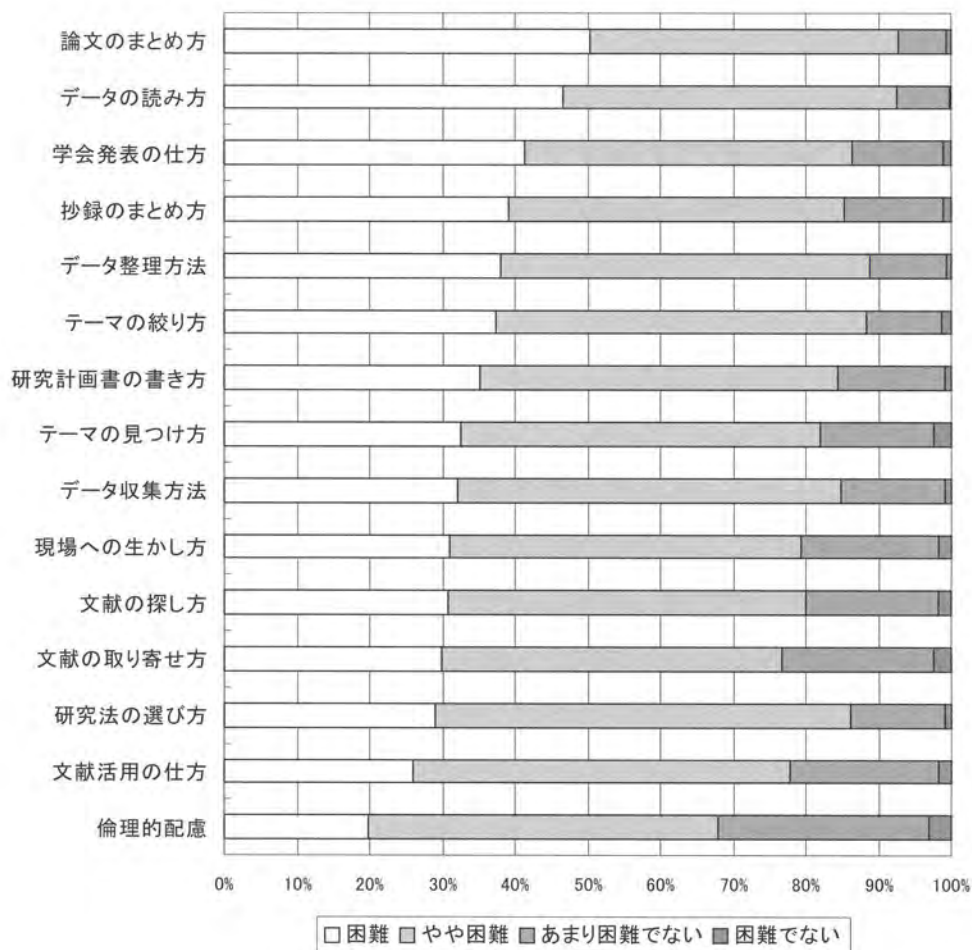


図1 看護研究を進めていく上での困難性

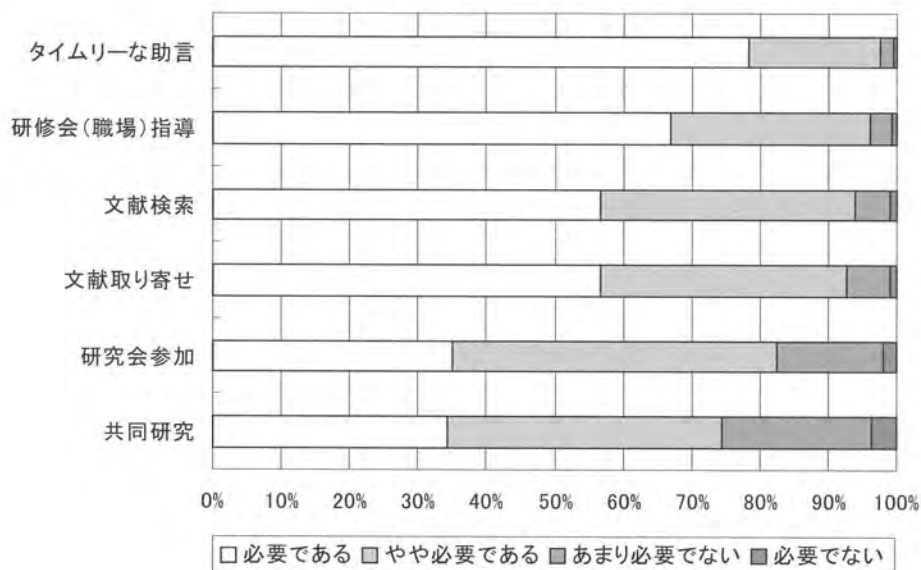


図2 必要な研究活動支援

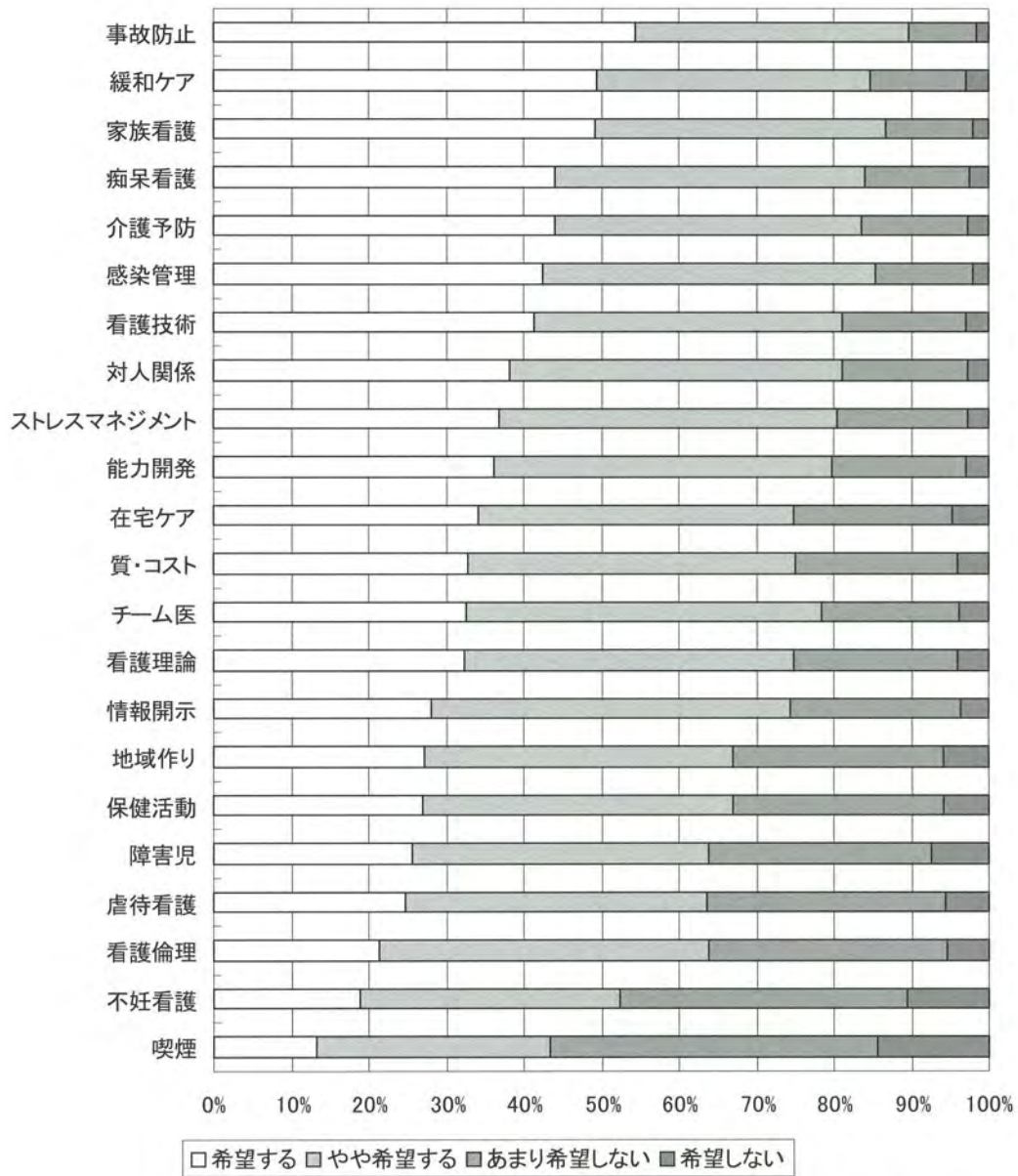


図3 希望する専門講座

表1 看護職に対する専門講座の実施内容

開催日時・場所	テーマ・講師	参加人数(学外)
第一回 日時：平成15年7月30日(水) 17:00～18:00 場所：短期大学部合同講義室	「SARSとインフルエンザ」 —流行原点としての香港と日本— ・山田明教授：人間看護学部	97名
第二回 日時：平成15年7月30日(水) 14:00～16:00 場所：短期大学部合同講義室	「今、看護に求められる質的研究」 —「看護現場」から見えてくるもの— ・クレッジ美鈴先生：岐阜県立看護大学助教授	137名
第三回 日時：平成16年1月24日(土) 14:00～17:00 場所：県立大学講義室	【特別講演】 「これからの看護が目指す実践・研究・教育の連携」 ・野口美和子先生：自治医科大学看護学部長 【シンポジウム】 「21世紀の看護実践を切り拓く看護教育とは」 ・村上厚子氏：津市民病院看護局長 ・石橋美年子氏：市立長浜病院看護局長 ・三上房枝氏：県健康対策課副参事 ・比嘉勇人教授：人間看護学部	161名

属別参加者数の推移(図4)、参加の動機(図5)を参加者から得たアンケートで見ると、参加者の職種は看護師が圧倒的に多く、また参加人数も回を重ねるにつれて多くなっている。半数以上の人は専門講座の内容に関心を持って参加しており、次に職場の上司に勧められて参加している。

今後は、職種、経験年齢、専門性などといった側面に焦点を絞り、内容、開催時間などを具体的なニーズに合ったものにしていく一層の工夫が必要である。

3. 地域交流看護実践センター運営協議会の設置

地域との交流をより実態に即した具体的なものにしていくために、滋賀県内看護関係者の方々に参画いただき、16年度より地域交流看護実践センター運営協議会を設置することとなった。15年度はその準備として二回の運営

検討会を行い、看護職と大学との連携のあり方、地域交流看護実践センターの運営について多くのご意見や要望をいただき、16年度の活動内容に反映していく予定である。

4. 今後の取り組み

人間看護学部においては、地域交流の拠点を「地域交流看護実践センター」において、以下の三点を中心に取り組んでいきたいと考えている。

- 1) 看護の研究課題の把握、研究支援、共同研究
- 2) 県内看護職員の専門性向上を目指した講座などの開催
- 3) 看護情報の発信

人々のより健康あるいは安寧な状態を整えることを支援する専門職としてその責任を果たしていくために、実

実践活動を行う現場の看護職員と教育・研究を担う大学とが、たて糸とよこ糸を織りなして一枚のタペストリーを創るように、連携、協力を深め合いたいと考えている。

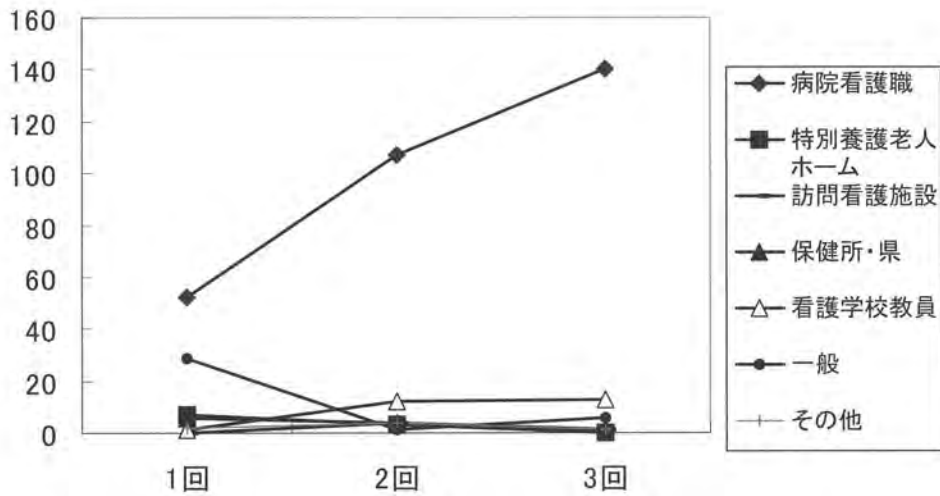


図4 所属別専門講座参加者数の推移

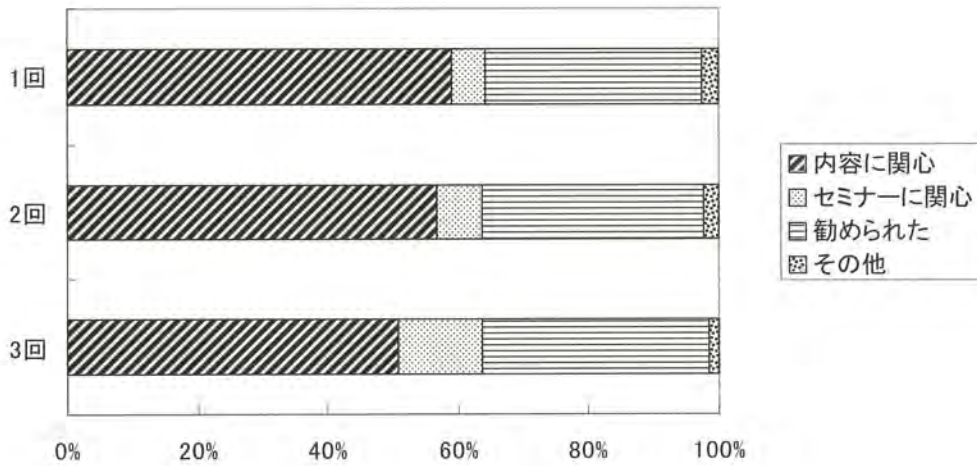


図5 専門講座の参加動機

人間看護学研究投稿規定

1. 趣 旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

2. 発 行

原則として毎年度1回発行する。

3. 投稿者の資格

原則として、滋賀県立大学人間看護学部の教員等が、第一著者あるいは共著者であること。ただし、人間看護学研究編集委員会(以下「編集委員会」という)から依頼された原稿に関してはこの限りではない。また、滋賀県下の関係者については、編集委員会の判断により投稿を認める場合がある。

4. 原稿の種類

(1)原稿の種類は、下記の通りとする。

原著論文：独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、論文としての形式が整っているもの。

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

研究ノート：内容的に原著論文の域に達していないが、研究結果の意義が大きく、発表の価値があるもの。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

フォーラム：人間看護に関わる海外事情、関連学術集会の報告、および掲載論文に対する意見など。

書評と紹介：内外の人間看護研究に関係する図書、論文および研究動向について批評、紹介をおこなうもの

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2)原稿の種類は著者が行うが、人間看護学研究編集委員会(以下「編集委員会」という)が種別変更を求める場合がある。

5. 原稿の制限事項

(1)投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2)原稿は刷り上がりで、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説：12頁以内(原稿1頁は1600字)

研究ノート・活動と資料：6以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、原稿中にもその旨が明記されていること。

7. 投稿手続

(1)原稿を3部(うち2部は複写でも可)を編集委員会に提出する。

(2)最終修正原稿を提出するときには、本文を保存(ワード・一太郎形式)したフロッピーディスク(CD-Rでも可)を添付する。

(3)提出場所

持ち込みの場合：編集委員会

郵送の場合：封筒の表に「人間看護学研究原稿」と朱書きし、下記に書留郵送する。

〒522-8533 彦根市八坂町2500

滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究編集委員会

8. 原稿の受付

上記7の投稿手続を経た原稿が、編集委員会に到着した日を受付日とする。なお、受付した原稿等はオリジナルを除いて理由の如何を問わず返却をしない。

9. 原稿の採否

(1)原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2)査読結果により原稿の修正を求めることがあるが、修正を求められた原稿著者は、編集委員会の指定した期日までに内容修正を行い再投稿すること。指定された期日以降に再投稿された場合は、原則として新規受付の取り扱いをする。

10. 著者校正

査読を経て、編集委員会に受理された最終原稿については、著者校正を1回行う。但し、校正時の加筆は原則として認めない。

11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

12. 著作権

原稿内容についての第一義的責任と権利は著者に帰属するが、原稿の編集・出版および電子情報化など2次的使用に関する権利は、編集委員会が著者から委託されたものとする。

なお、著者が電子情報化を希望しない場合は、投稿時に編集委員会に文書で申し出ることとする。

13. 掲載料・別刷

掲載料は無料とする。但し、特殊な図表等で特別な経費を要した場合には著者負担とする場合がある。別刷は希望者のみとし、費用は著者負担とする。

14. この規定は、平成15年12月1日より発効する。

原稿執筆要領

1. 原稿構成

- (1) 投稿原稿の構成は原則として以下の通りとする。
抄録：研究の「背景」「目的」「方法」「結果」「結論」にわけて、見出しをつけて記載すること。
(1,000字以内)
キーワード：6個以内
Ⅰ. 緒言：研究の背景・目的
Ⅱ. 研究方法：研究、調査、実験、解析に関する手法の記述および資料・材料の集め方
Ⅲ. 研究結果：研究等の結果・成績
Ⅳ. 考察：結果の考察・評価
Ⅴ. 結語：結論
文献：文献の記載は、2.(9)に従う。
- (2) 表紙上段には、表題（英文併記）、著者氏名（ローマ字氏名併記）、所属機関名（英文併記）、キーワード（英単語併記）、希望する原稿種別を記載する。
- (3) 表紙下段には、本文・図表・写真の枚数、および連絡先（氏名・所属機関名・住所・電話およびファックス番号・E-mailのアドレス）を記載する。
- (4) 原著論文および研究ノートには、英文抄録をつけること。その他の原稿の場合は、英文抄録を省略することができる。
- (5) 英文抄録（Abstract）は、Background・Objective Method・Results・Conclusions・Key Wordsの構成とし、500語程度とするが、1ページを英文抄録にあてるため、その範囲を超えなければ500語以上を認める。
- (6) 英文原稿の場合は、英文抄録と同様の要領で和文抄録をつけること。

2. 執筆要領

- (1) 原稿は原則として、コンピューターソフトまたはワードプロセッサで作成する。
- (2) 原稿はA4版横書きで、1頁1600字（40字×40行）になるように作成する。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、当用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字体の原綴で記載する。
- (5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位（kg、mg、mm、ml、kcal、℃など）を用いる。
- (6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関しては、初出時に簡単な説明を加える。

- (7) 図・表および写真は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめ、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。
- (8) 文献は、本文の引用箇所の肩に¹⁾と番号で示し、本文の最後に引用した番号順に整理して記載する。雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌ではINDEX MEDICUS、INTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。
- (9) 文献の記載方法
雑誌の場合：著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行所、発行年の順に記載する。
単行書の場合：著者名、書名、版、引用頁、発行所、発行年の順に記載する。
単行書（分担執筆）の場合：著者名、分担章標題名、編集名、書名、版、頁、発行所、発行年の順に記載する。
訳書の場合：原著者、書名、発行所、発行地、発行年、訳者名、書名、頁、発行所、発行年の順に記載する。

巻頭言

筒井裕子

論文

地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因
北村隆子、臼井キミカ、筒井裕子 …………… 1

日本とインドネシアとのスピリチュアルケアの比較研究
—医療現場における「死後の処置」に焦点を当てて—(英文)
比嘉肖江、比嘉勇人 …………… 11

片麻痺模擬患者への車椅子移乗援助に関する研究
—患者の安全・安楽・自立および看護者の腰痛予防を
考慮して—
伊丹君和、藤田きみゑ、横井和美、久留島美紀子、
森下妙子、豊田久美子、寄本明、下野俊哉 …………… 19

安全なベットからの立ち上がりに関する研究(その2)
—表面筋電図を用いた成人患者の下肢筋力の検討—
横井和美、伊丹君和、藤田きみゑ、寄本明、前川直美、
竹村節子、下野俊哉、古川公宜 …………… 29

研究ノート

新人看護師が先輩看護師から受けた効果的な支援
久留島美紀子 …………… 39

女子学生の携帯電話によるメール中毒状況と
その心理的特徴(第2報)
—女子大学生と看護学生との比較—
甘佐京子、藤田きみゑ、牧野耕次、比嘉勇人 …………… 43

看護における involvement の概念
牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、松本行弘 …………… 51

フォーラム

人間看護学部がめざす地域との連携と貢献
—平成15年度の活動を通して—
豊田久美子 …………… 61

Foreword

Sachiko Tsutsui

Articles

Factors Related to Self-esteem among Elderly People
in a Neighborhood Hall
Takako Kitamura, Kimika Usui and Sachiko Tsutsui …………… 1

Comparative Study on Spiritual Care between Japan and Indonesia
—Focus on “Care after Death” in the Medical Field—
Norie Higa and Hayato Higa …………… 11

A Study of Wheelchair Transfer Assistance Using
Simulated Patients Trained to Portray Hemiplegic Patients
—Patient Safety, Comfort and Independence V.S.
Prevention of Low Back Pain among Nurses—
Kimiwa Itami, Kimie Fujita, Kazumi Yokoi, Mikiko Kurushima,
Taeko Morishita, Kumiko Toyoda, Akira Yorimoto,
Toshiya Shimono …………… 19

Bed Height and How it Affects Patients When Standing up
from Bed (Part2)
—Analysis of Lower Limb Muscle Activity of Adults
Using Surface Electromyogram—
Kazumi Yokoi, Kimiwa Itami, Kimie Fujita, Akira Yorimoto,
Naomi Maegawa, Setsuko Takemura, Toshiya Shimono,
Kiminori Furukawa …………… 29

Notes

Effective Support to Novice Nurse from Senior Nurse
Mikiko Kurushima …………… 39

E-mail Addiction among Female and the Psychological
Characteristics of These Students (Part2)
—The Comparison of Nursing Student and with a University
Student—
Kyoko Amasa, Kimie Fujita, Koji Makino, Hayato Higa …………… 43

The Concept of Involment in Nursing
Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa, Yukihiko Matsumoto …………… 51

Forum

The Unification of the School of Human Nursing
—through Our Activities in 2003—
Kumiko Toyoda …………… 61