

ISSN 1349-2721

# 人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

9

2011  
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 山田 明  
編集委員 森 敏  
安原 治  
伊丹 君和  
金森 京子  
西川みゆき  
川端 愛野

## Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Akira Yamada  
Editors Satoshi Mori  
Osamu Yasuhara  
Kimiwa Itami  
Kyoko Kanamori  
Miyuki Nishikawa  
Yoshino Kawabata

人間看護学研究 第9号  
発行日 2011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 (有) 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

## 論 文

# 医療現場に勤務する看護師を対象とした ボディメカニクス学習教材の活用と評価



伊丹 君和<sup>1)</sup>、安田 寿彦<sup>2)</sup>、西村 泰玄<sup>2)</sup>、橋本 洋平<sup>2)</sup>、中藤 紘子<sup>2)</sup>  
古川 純子<sup>2)</sup>、村田由紀子<sup>3)</sup>、山田 博子<sup>1)</sup>、米田 照美<sup>1)</sup>、松宮 愛<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学工学部

<sup>3)</sup> 彦根市立病院

**背景** 看護師の職業性腰痛は深刻であり、効率よく腰部負担の少ない動作を行うためにボディメカニクスを適切に活用することが求められる。しかし、ボディメカニクスの知識や技術、認識不足のために、多くの看護師が日常業務の中で前傾姿勢など腰部負担のかかる動作を行っているのが現状である。

**目的** 本研究では、医療現場に勤務する看護師を対象として、ボディメカニクス活用への意識向上および看護動作時の姿勢改善を旨として開発したボディメカニクス学習教材の活用と評価を行うことを目的とした。

**方法** 1. 本学習教材の概要：腰部に負担がかかる危険な前傾姿勢角度をリアルタイムまたは再生時に表示する。なお、腰部にかかる関節モーメントの算出などから前傾姿勢における危険角度40°と定めた。2. 方法：2009年8月、研究の趣旨に賛同が得られた32名の看護師を対象とした。

評価方法は、対象者に本学習教材の姿勢計測センサを装着した後、日常的に医療現場で実施しているベッドメイキング動作を以下の設定1~3の順に実施し、前傾姿勢角度データの比較を行った。設定1：普段通りの動作、設定2：適切なベッド高（身長比45%）での動作、設定3：本学習教材を活用して客観的に評価した後の動作とする。

分析は、SPSS16.0 for Windowsを用いてWilcoxonの符号付き順位検定を行い、本学習教材活用の有効性を角度変化から検証した。

また、本学習教材活用前後に意識調査を実施した。内容は、ボディメカニクスおよび本学習教材活用における意識とした（5件法）。

**結果** 設定1では、前傾姿勢角度の平均は $55.6 \pm 14.7^\circ$ と最も高く、腰部負担のかかる危険角度域となっていた。設定2では $43.2 \pm 11.5^\circ$ であり、普段の動作より有意に減少が認められたものの腰部に負担がかかる危険域の角度であった。設定3では、前傾姿勢角度は有意に改善され $28.0 \pm 11.3^\circ$ であった。

また、本学習教材活用によって「ボディメカニクスを今後活用していきたい」という看護師が4.5 $\pm$ 0.7点から4.8 $\pm$ 0.4点に有意に増加した（ $p < 0.01$ ）。

**結論** 看護師を対象として、ボディメカニクス学習教材の活用と評価を行った結果、ボディメカニクス活用への意識向上と看護動作時の姿勢改善が認められた。今後も継続研究を行い、本学習教材活用の有効性および看護師の腰痛予防への効果を検証する。

**キーワード** 看護動作、前傾姿勢、腰痛、ボディメカニクス

## I. 緒 言

看護師の腰痛は、「職業性腰痛」ともいわれ、他職種業種と比較してその割合は高い<sup>1)</sup>。また、休業を必要と

する重症腰痛症の発生比率も高いことが指摘されており<sup>2)</sup>離職者防止の観点からも深刻な課題となっている。また、海外においても看護師の腰痛は同様の状況であり、他職種より1.47倍高い頻度との報告<sup>3)</sup>や、最も腰痛の多い職種であったとの報告もある<sup>4)</sup>。

このような看護師の職業性腰痛の背景の一つとして、日常的に行われている上体の前屈や捻転などの不自然な姿勢や重量物を取り扱う動作の頻度が他職種と比較して有意に多いことがあげられている<sup>5)</sup>。北西ら<sup>6)</sup>は、看護

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：伊丹 君和

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：k-itami@nurse.usp.ac.jp

師への調査の結果、腰痛を起こした姿勢として73.6%の者が「前屈時、中腰」であったと報告している。すなわち、看護動作時の前傾姿勢を改善し、腰部への負担を軽減させることが重要である。

1994年には当時の労働省より「職場における腰痛予防対策指針」が公表されているものの、医療や介護現場において腰痛対策に取り組む職場は少ない。また、現在、腰痛発症を予防する方法として、腰痛体操などによる腹筋や背筋の筋力強化<sup>8)</sup>、コルセット着用による腰部筋の補強<sup>9)</sup>、援助支援機器<sup>10)</sup>など、各分野からの考案・開発が進みつつあるが、実際の医療や介護現場で活用されている例は少ない。そのような中、簡便かつ確実に腰痛発症を予防する方法として、ボディメカニクスの活用が推奨された<sup>11)</sup>。

ボディメカニクスは、物理学と力学の諸原理を利用した経済効率のよい動作とされ<sup>12)</sup>、その活用は姿勢改善を促し、腰痛予防が可能となると考える。しかし、ボディメカニクスは実践者自らがその技術を習熟しない限り現場で活かすことはできない。看護師を対象に行った調査においても、忙しさなどを理由に適切に活用していないことや、ボディメカニクスについての知識不足も指摘されている<sup>13)</sup>。

このような現状の中、実際に医療現場に勤務する看護師に対する「腰痛予防のためのボディメカニクス活用」についての具体的な教育支援が必要と考える。

ボディメカニクスは、その効果を十分に理解した上で、実際に自らが技術を習熟し実践できなければ活かされない。客観的に自己の動作を評価し、個々の学習者に応じてボディメカニクスの知識および技術の習得を行うことが重要と考えるが、現在そのようなボディメカニクス活用の評価・学習教材は確立されていない。

そこで我々は、看護師の腰痛予防教育の一環として、看護動作における腰痛発症の要因の中で最も比重の高い前屈すなわち「傾斜の大きい前傾姿勢」の発生を「音」と「映像」によってリアルタイムにフィードバック可能な学習教材を開発することにした。腰部に負担がかかる看護動作には重量物を取り扱う動作や捻転、重心の変化など考慮すべき点は多様であるが<sup>14)</sup>、本学習教材では看護学生や新人看護師でも理解可能な基礎看護技術である「臥床患者なしのベッドメイキング」動作をとりあげることにした。評価のポイントも理解しやすいものとなるように、看護動作における腰痛発症の要因として最も多い上体を前屈させる前傾姿勢の改善に焦点をあて開発した。なお、前傾姿勢を改善するためには基底面を広くとるように大きく足を開き、膝を屈曲して重心を下げる必要がある。したがって、本学習教材では、前傾姿勢角度とともに両膝の屈曲角度も計測することにした。

以上のように、開発した本学習教材は、姿勢計測セン

サを装着した学習者が自己の動作時の前傾姿勢角度と両膝屈曲角度を客観的に認知し、ボディメカニクス活用への意識向上および看護動作時の姿勢改善を目ざすものである。

本研究では、医療現場に勤務する看護師を対象として、ベッドメイキング動作における前傾姿勢角度に着目して開発したボディメカニクス学習教材の活用と評価を行うことを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 開発したボディメカニクス学習教材の概要

#### 1) 危険角度における音発生機能

本研究では、前傾角度を先行研究も参考にして<sup>15)</sup>直立時に肩峰角点と大転子最外側点を結んだ直線を基線(0°)とし、肩峰角点と大転子最外側点を結んだ直線と基線のなす角度と定義した。図1に示すA点が大転子最外側点、B点が肩峰角点である。

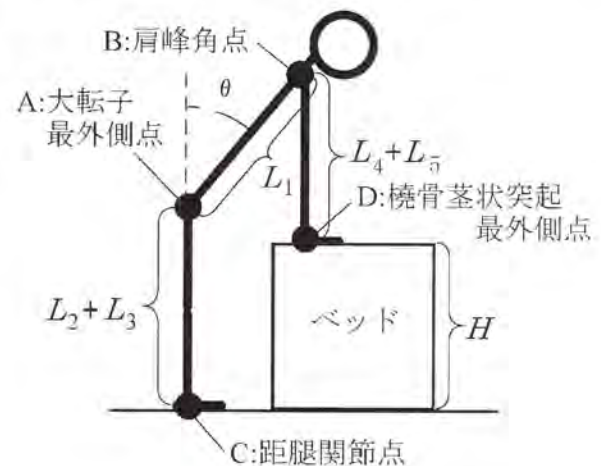


図1 危険角度の算出方法

また、前傾角度の評価指標については、学習者がわかりやすくフィードバックできるように、危険角度と注意角度の2つの指標を設定することにした。すなわち、腰部にかかる負担が大きいと判断できる危険な角度(以下、危険角度)と、注意が必要な角度(以下、注意角度)の2つである。ベッドメイキング動作を行なう際、ベッドの高さは身長約45%が妥当であるということが示されている<sup>16)</sup>。そこで、ベッドの高さを身長45%に設定し、膝関節を全く曲げずにベッドの上面に手をついた場合の前傾角度φを算出した。すなわち、ベッドの高さを適切に設定したにもかかわらず、ボディメカニクスを活用して腰部負担を軽減しようとする努力を全く行っていない場合の前傾角度φを算出し、これを危険角度と定義する

ことにした。図1に危険角度の算出方法を示す。ベッド高さ(身長 $\times 0.45$ ) = ,大転子最外側点高 A - 距腿関節点高 C =  $L2 + L3$  (大腿部 + 下腿部), 肩峰点高 B - 大転子最外側点高 A =  $L1$  (体幹部), 肩峰点高 B - 橈骨茎状突起最外側点 D =  $L4 + L5$  (上腕部 + 前腕部) とすると:

$$L1 \cos \phi + L2 + L3 = H + L4 + L5 \quad (1)$$

という関係がある。日本人の平均的な体格データ<sup>15)</sup>を、式(1)に用いて危険角度 $\phi$ を算出すると、男性で $41.7^\circ$ 、女性で $42.5^\circ$ であった。したがって、危険角度を $40^\circ$ と設定し、危険角度に近づいていることを知らせる注意角度を $30^\circ$ と定めた<sup>15)</sup>。

本学習教材では、視覚だけでなく聴覚からもリアルタイムに自己の動作姿勢を客観的に認知させることが効果的と考え、前傾角度が危険角度あるいは注意角度に到達したことを学習者に知らせる音発生機能を搭載した。すなわち、動作時にリアルタイムで自己の前傾角度の度合いを認識できるように、前傾角度に応じてパーソナルコンピュータの内蔵スピーカーから2種類の警告音を出力する機能を搭載した。前傾角度が注意角度 $30^\circ$ を超えたときに807Hz、前傾角度が危険角度 $40^\circ$ を超えたときにはより高音である2250Hzの警告音を発生させる。本研究で開発したシステムにおける新しい試みは、このような「音」によってリアルタイムに前傾角度を学習者に知らせる機能である。

## 2) 本学習教材の表示機能

### ・動作映像表示機能



写真1 本学習教材を活用して看護動作を行っている様子

学習者が自己の看護動作姿勢をリアルタイムまたは繰り返し再生して見ることができるよう、動作映像の録画および再生機能を搭載している。また、実際の看護動作とデータ表示とを合わせて見易いように、スクリーン

を用いてリアルタイムに表示した(写真1)。

なお、動作映像はパーソナルコンピュータのUSB端子に接続できるCCDカメラを使用して取得した。本研究で使用したCCDカメラは(株)ロジクール社製Qcam Pro 4000である。解像度は横320 $\times$ 縦240点、1秒間に画像9~10枚で使用した。

### ・関節角度(角度メータ・グラフ)、角度平均値表示機能

看護動作中の前傾角度と両膝の屈曲角度を、メータおよびグラフとして同時に表示する。データ取得が始まると、リアルタイムでメータおよびグラフに前傾角度と両膝の屈曲角度を表示するとともに、各メータの下に現在の角度を数値でも表示する。さらに、その時点での角度平均値も同時に表示される。また、学習者に対する視覚的フィードバックの効果を高めるために、前傾角度を表示するメータ内の危険角度域を赤色、注意角度域を黄色で表示して、不適切な前傾角度となっていることを認識しやすくした。動作映像データ、前傾角度および膝屈曲角度はコンピュータに保存することができるので、動作終了後、いつでも再生可能であり、学習の進捗状況の確認に使用することができる。

図2は、本学習教材の表示画面である。

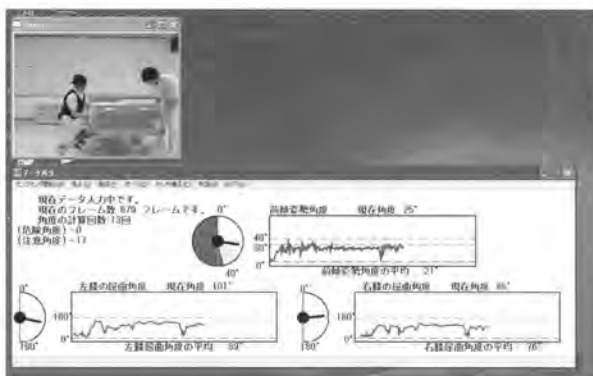


図2 本学習教材における表示画面例

## 3) 姿勢計測センサ装着具

前傾姿勢計測センサは、(株)緑測器製の傾斜角センサBlue Pot Model UV -1Wを用いた。これは、(株)日新企画製のプロテクターBEADS PAD VESTを使用して製作したベスト型の装着具であり、対象となる学習者が装着する。傾斜角センサを内蔵した直方体のブロックをマジックテープでプロテクター背部に貼り付けることで、前傾角度を計測できる仕組みとした。このプロテクターは弾力性があり、装着しやすく両脇にマジックテープによって胴体周りの寸法を容易に調節できるので、身体にフィットさせることができるとともに、総重量590

gと軽量である。

膝の屈曲角度の測定は、下肢関節角度検出用センサ(DKH社製Flexible Goniometer System)を用いて計測する。装着具は、伸縮性のある布素材で製作した。できる限り看護動作を妨げないように、膝関節の上と下(大腿部および下腿部)のそれぞれ2箇所に伸縮性のある帯を巻きつけて下肢関節角度検出用センサを装着している。装着具にセンサを固定するためにはマジックテープを使用した。

写真2は、姿勢計測センサを装着した様子である。



写真2 製作した姿勢計測センサを装着した様子

## 2. ボディメカニクス学習教材の活用と評価

### 1) 対象

研究の趣旨に賛同が得られた32名の看護師(女性31名、男性1名)を対象とした。

なお、今回評価したベッドメイキング動作は日常的に医療現場で実施しているものであり、臥床患者なしで下シーツのみを実施する基礎的な看護動作である。方法は、シーツの両角はいずれも三角に折り返すよう統一した。ベッドメイキングは実際の看護現場で実施されている2人法とし、センサ装着者である対象者がベッド右側に位置してシーツ作成を行った。ベッド左側に位置する補助者の看護師は左側のシーツ作成を行ったが、動作を統一するために同一の看護教員が実施した。また、服装は、ナース服およびナースシューズとした。

### 2) 本学習教材を活用した場合の角度変化

評価の方法としては、対象者にボディメカニクス学習教材の姿勢計測センサを装着した後、ベッドメイキング動作を以下の設定①～③の順に実施し、前傾姿勢角度および両膝屈曲角度の比較を行った。

設定①：普段通りの動作(本学習教材非活用)

設定②：適切なベッド高(身長比45%)での動作(本

### 学習教材非活用)

設定③：本学習教材を活用して客観的評価した後の動作(本学習教材活用)

なお、設定①では、データ取得のために姿勢計測センサは装着しているが本学習機能は活用せず、普段通りに実施したベッドメイキング動作を行う。ボディメカニクス活用の有無については特定していない。

設定②では、適切なベッド高に合わせるものの効果を認識してもらうことも意図している。ベッド高を身長比45%に合わせることを説明を行った後、高さ調節を行い実施してもらった。本設定で実施後、データ再生機能で1回目と2回目の動作を客観的に評価してもらう。

設定③では、「音」発生機能も含め、リアルタイムに本学習教材の機能をフル活用した上での動作を行う。なお、姿勢計測センサ装着による弊害や実施回数を重ねることによる学習効果を考慮して、対象者は事前に装着具を装着してのベッドメイキング動作を2～3回練習した後に実施した。

また、本学習教材の活用終了後、ボディメカニクスの原理と活用方法について資料化したものを用いて説明を行った。

### 3) ボディメカニクスおよび本学習教材活用における意識調査

ボディメカニクスは、その効果を十分に理解した上で、実際に自らが技術を習熟し実践できなければ活かされない。したがって、看護動作におけるボディメカニクス活用への意識向上は重要である。

そこで、本学習教材活用前後に意識調査を実施した。内容項目は、ボディメカニクス活用に対する実態および意識、腰痛自覚率、本学習教材活用の評価であり、自記式質問紙法とした。

なお、ボディメカニクス活用に対する実態については、本学習教材活用前に、①ボディメカニクスの知識をどのように得たのか、②ボディメカニクスの活用度(5件法)、③ボディメカニクスの活用内容(自由記述)についての回答を得た。

また、ボディメカニクス活用に対する意識については、本学習教材活用の前後に、①ボディメカニクスについて知っている、②ボディメカニクス活用は腰痛予防にとって効果がある、③ベッドの高さ調節を行うことは看護師の腰痛予防のために効果がある、④ボディメカニクスを今後活用していきたい、の4項目について、5件法(5点:思う、4点:少し思う、3点:どちらともいえない、2点:あまり思わない、1点:思わない)で評価してもらった。

腰痛自覚率については、本学習教材活用前に、①看護職に就いてから看護援助が原因の腰痛を経験したことがあるかについては、はい・いいえでの回答を求め、②日

表1 医療現場における本学習教材活用の有無による動作時角度変化(n=32)

評価内容	前傾姿勢角度	左膝屈曲角度	右膝屈曲角度
設定①: 普段通りの動作 (教材非活用)	55.6±14.7	17.8±13.0	19.9±15.8
設定②: 適切なベッド高での 動作(教材非活用)	43.2±11.5	12.6±9.0	15.7±13.7
設定③: 本学習教材を活用 して客観的評価した後の動作	28.0±11.3	30.3±14.9	35.9±19.0

\*\*: $p<0.01$ , \*\*\*: $p<0.001$ 

常の看護援助の中でシーツ交換(ベッドメイキング動作)自に腰痛を自覚しているかについては5件法(5点:自覚している, 4点:少し自覚している, 3点:どちらともいえない, 2点:あまり自覚していない, 1点:自覚していない)で回答を得た。

本学習教材活用の評価については, ①機能評価として, 本学習教材活用後に, 危険角度における音発生機能, 危険角度における色別表示など8項目について5件法(5点:思う, 4点:少し思う, 3点:どちらともいえない, 2点:あまり思わない, 1点:思わない)で評価してもらった。同様に, ②自己評価として, 本学習教材活用によって自己の看護動作を客観的にチェックできるか, 本学習教材活用は看護動作時のボディメカニクス活用への関心を高めると思うか, など4項目について5件法(5点:思う, 4点:少し思う, 3点:どちらともいえない, 2点:あまり思わない, 1点:思わない)で回答を得た。

#### 4) 分析方法

本学習教材活用の有効性を検証するため, 本学習教材を活用した場合の角度変化についてSPSS16.0 for Windowsを用いてWilcoxonの符号付き順位検定を実施した。また, 本学習教材活用における意識調査については各5件法での評価を実施した後, 本学習教材活用前後の比較を, ノンパラメトリック検定を用いて分析した。

#### 5) 倫理的配慮

対象には本研究の目的, 方法について説明した後, 研究協力に際しては以下の倫理的配慮を行うことを説明し, 書面による同意を得た上で実施した。倫理的配慮については, 得られたデータは研究目的以外の目的で使用されることはないこと, 個人を特定できないよう処理されプライバシーは保護されること, 研究途中に拒否されても何ら不利益は被らないこと, 協力の有無と成績は一切関係ないこと, 守秘義務について保証することを約束した。また, 研究の公開のお願いについても併せて同意を得た。なお, 本研究は滋賀県立大学倫理審査委員会および対象とした医療現場における所属長の承認を得ている。

### Ⅲ. 研究結果

対象者32名の年齢は26.1±5.9歳(平均±標準偏差)であり, 身長は158.2±5.4cm, 医療現場における看護師としての勤務経験は4.7±4.5年であった。

#### 1. 本学習教材を活用した場合の角度変化

本学習教材活用の有無による動作時姿勢角度の結果を表1に示す。

表2 本学習教材を活用しての自己評価(n=32)

調査項目	自己評価 (5件法)
本学習教材活用によって, 自己の看護動作を客観的にチェックできるか	4.9±0.3
本学習教材の活用はボディメカニクス学習にとって効果があるか	4.8±0.4
本学習教材活用は看護動作時のボディメカニクス活用への関心を高めると思うか	4.7±0.5
本学習教材を活用した今回の計測は楽しかったか	4.6±0.6

注)5点が満点

普段通りの動作(設定①)時のベッドの高さは59.6±7.9cmであった。普段通りの動作では, 前傾姿勢角度の平均は55.6±14.7°と最も高く, 腰部負担のかかる危険角度域となっていた。また, 膝の屈曲角度の平均も左膝17.8±13.0°, 右膝19.9±15.8°という結果であり, ほとんど膝を屈曲していないことが示された。

次に設定②は, 適切なベッド高での動作であり, ベッドの高さは70.2±1.2cmであった。適切なベッド高での動作における前傾姿勢角度は43.2±11.5°であり, 普段の動作よりは有意に減少が認められたものの, 腰部に負担がかかる危険域の角度であった。

次に, 本学習教材を活用して客観的評価した後の動作(設定③)では, 前傾姿勢角度は有意に改善され, 28.0±11.3°という結果であった。これは, 腰部への負担が少ない安全域の数値である。また, 膝の屈曲角度も本学習教材活用時に35.9±19.0°と増加していた。

#### 2. ボディメカニクスおよび本学習教材活用における意識調査

##### 1) 本学習教材活用の学習効果および機能評価

本学習教材活用の学習効果についての調査結果を表2に示す。

本調査結果から, 「本学習教材活用によって, 自己の看護動作を客観的にチェックできる」と回答した者が4.9±0.3点と最も高値を示しており, 「本学習教材の活用はボディメカニクス学習にとって効果がある」と回答

した者も $4.8 \pm 0.4$ 点と高値であった。

また、本学習教材の機能評価についての調査結果を表3に示す。

本調査結果から、本学習教材の機能評価は高得点が得られており、特に、「危険角度における音発生」機能が $4.8 \pm 0.7$ 点と高い評価を得たことが示された。

表3 医療現場の看護師における本学習教材の機能評価 (n=32)

表示機能	表示機能評価 (5件法)
危険角度における音発生	$4.8 \pm 0.7$
危険角度における色別表示	$4.8 \pm 0.8$
動作映像	$4.7 \pm 0.5$
角度グラフ	$4.7 \pm 0.8$
角度メータ	$4.6 \pm 0.8$
再生機能	$4.6 \pm 0.8$
角度平均値表示	$4.5 \pm 1.0$
リアルタイム機能	$4.5 \pm 1.0$

注)5点が満点

## 2) ボディメカニクス活用の意識および実態、腰痛自覚率

本調査結果から、対象者の96.9%が「ボディメカニクスについて知っている、少し知っている」と回答した。また、ボディメカニクスについての知識は、「講習」50.0%、「人から聞いた」21.9%、「文献」18.8%、「学校の授業」6.2%で得たという結果であった。しかし、「日常の看護動作のなかで、ボディメカニクスを活用しているか」に対しては、「少し活用している」21.9%、「活用している」3.1%という低値であった。

表4 本学習教材活用におけるボディメカニクス活用の理解と意識の変化

項目	本学習教材活用前	本学習教材活用後
ボディメカニクスについて知っている	$4.3 \pm 0.5$	$4.4 \pm 0.6$
ボディメカニクス活用は腰痛予防に効果がある	$4.6 \pm 0.7$	$4.8 \pm 0.4$ △
ベッドの高さ調節を行うことは看護師の腰痛予防のために効果がある	$3.6 \pm 1.4$	$5.0 \pm 0.2$ ***
ボディメカニクスを今後活用していきたい	$4.5 \pm 0.7$	$4.8 \pm 0.4$ **

注)5件法 △p<0.1, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

また、本学習教材活用におけるボディメカニクス活用の理解と意識の変化について、調査結果をもとに表4に示す。

調査結果から、本学習教材活用によって「ボディメカニクスを今後活用していきたい」と回答した者が $4.5 \pm 0.7$ 点から $4.8 \pm 0.4$ 点に有意に増加した (p<0.01)。また、「ベッドの高さ調節を行うことは看護師の腰痛予防のために効果がある」と回答した者も、 $3.6 \pm 1.4$ 点から $5.0 \pm 0.2$ 点と有意に増加した (p<0.001)。

一方、対象者の62.5%の者が調査時に腰痛を自覚していた。また、「日常の看護動作のなかで、ベッドメーカー動作時に腰痛を自覚するか」に対しては56.2%が腰痛を自覚すると回答していた。

## IV. 考 察

### 1. ボディメカニクス学習教材活用における前傾姿勢改善および腰部負担軽減の可能性

本研究では、医療現場に勤務する看護師を対象として、開発したボディメカニクス学習教材活用の有効性を検討した。

まず、普段通りのベッドメーカー動作を行った結果、前傾姿勢角度の平均は $55.6 \pm 14.7^\circ$ と最も高く、腰部負担のかかる危険角度域となっていた。また、ほとんど膝を屈曲していないことが示された。看護師が腰痛を起した姿勢として73.6%の者が「前屈時、中腰」であったとの報告<sup>5)</sup>にもあるように、看護動作時の前傾姿勢は職業性腰痛の原因といえる。今回の結果から、実際の医療現場で行われている看護動作は、腰痛を発症しやすい典型的なボディメカニクス非活用姿勢となっていることが示唆された。

このような看護師の普段の看護動作におけるボディメカニクス非活用な動作姿勢は、看護学生と比較しても顕著といえる。看護学生を対象として同様の設定で実施した前傾姿勢角度の平均値は $46.0 \pm 6.7^\circ$ であり<sup>15)</sup>、看護師の $55.6 \pm 14.7^\circ$ と比較すると低い。

また、今回実施した看護師における普段の動作時のベッドの高さは $59.6 \pm 7.9$ cmと低値であったが、この値は以前調査した医療現場でのベッドの高さ平均 $51.7 \pm 5.9$ cmに近い値といえた<sup>16)</sup>。同様に、看護学生における普段の動作時のベッド高は $65.2 \pm 4.0$ cmと看護師よりも高く、看護学生と医療現場で勤務する看護師とのボディメカニクス活用への意識と理解度に差があることが示唆された。次に、本学習教材を活用して客観的評価した後の動作では、前傾姿勢角度は有意に改善され、 $28.0 \pm 11.3^\circ$ という結果であった。これは、腰部への負担が少ない安全域の数値である。また、前傾姿勢角度同様、膝の屈曲角度も本学習教材活用時に $35.9 \pm 19.0^\circ$ と増加しており、こ



の際の動作姿勢は膝を曲げて腰を下げている動作といえる。本学習教材を活用した場合、看護動作時に自己の動作姿勢を「音」と「映像」からリアルタイムに認知およびフィードバックすることになり、前傾姿勢とならないように両膝を屈曲して重心を低くするというボディメカニクスを活用した姿勢となりやすいと考えられた。このことは、本学習教材の機能評価において、「危険角度における音発生」「危険角度における色別表示」「動作映像」機能が高評価を得たことから伺える。したがって、本学習教材の活用は、看護動作における前傾姿勢への意識を高め、姿勢改善を促すことが可能であると考えられた。なお、設定③は設定②と同様のベッドの高さであったが、同じベッドの高さでもボディメカニクスを意識しながら動作を行えば姿勢改善可能であることが確認された。ボディメカニクスは、物理学と力学の諸原理を利用した経済効率のよい動作とされ<sup>10)</sup>、その活用は姿勢改善を促し、腰痛予防が可能となると考える。今回開発したボディメカニクス学習教材は、看護動作時の前傾姿勢角度と膝屈曲角度をボディメカニクス活用の評価指標としたが、前傾姿勢とならないように両膝を屈曲して重心を低くするということは、重心が看護師の基底面積の範囲内で動いていることも意味し、このような動きが連動してはじめて安定した動作となり、腰部への負担が軽減すると考えられる。

## 2. ボディメカニクス活用への意識向上と看護師への再教育の必要性

本調査結果から、「日常の看護動作のなかで、ボディメカニクスを活用しているか」に対しては「少し活用している」21.9%、「活用している」3.1%という結果であり、実際にボディメカニクス活用を理解し活用している看護師を依然として少ないことが認められた。また、ボディメカニクスについての知識は、「講習」50.0%、「人から聞いた」21.9%、「文献」18.8%、「学校の授業」6.2%で得たという結果も得られ、医療現場で学習の場が設けられていないことが明らかとなった。本研究では、本学習教材活用終了後にボディメカニクスの原理と活用方法についての説明も加えたが、このような教育は必要であることを再認識した。現在医療現場に勤務する看護師に対して、知識の面および実際の医療現場におけるボディメカニクス活用方法について再教育していくことは、看護師の職業性腰痛軽減につながると考える。

また、本学習教材の活用前後において、「ボディメカニクスを今後活用していきたい」と回答した者が有意に増加し、「ベッドの高さ調節を行うことは看護師の腰痛予防のために効果がある」と回答した者も同様に有意に増加した。

しかし、本調査結果より、対象とした看護師の62.5%

の者が腰痛を自覚しており、「日常の看護動作のなかで、ベッドメイキング動作時に腰痛を自覚するか」では56.2%の者が「腰痛を自覚する」と回答していた。このことから、医療現場に勤務する看護師の腰痛率は依然として高いことが示された。

ボディメカニクスは、その効果を十分に理解した上で、実際に自らが技術を習熟し実践できなければ活かされない。客観的に自己の動作を評価可能である本学習教材の活用は、ボディメカニクス活用への理解と意識向上が図れることが認められ、今後も看護動作時の前傾姿勢改善ひいては腰痛軽減に向けて、医療現場に勤務する看護師に対して今回開発したボディメカニクス学習教材を活用し再教育を継続して行うことは意義があると考えられる。

## V. 結 語

看護師32名を対象として、ベッドメイキング動作におけるボディメカニクス学習教材活用の有効性を検討し、以下の結果が示された。

1. 普段のベッドメイキング動作における看護師の前傾姿勢角度の平均は $55.6 \pm 14.7^\circ$ と最も高く、腰部負担のかかる危険角度域となっていた。
2. 本学習教材を活用してベッドメイキング動作をした場合、前傾姿勢角度は有意に改善され、 $28.0 \pm 11.3^\circ$ と腰部への負担が少ない安全域となった( $p < 0.001$ )。
3. 本学習教材の機能評価では、「危険角度における音発生」機能の評価が $4.8 \pm 0.7$ 点と最も高得点であった。
4. 本学習教材活用によって、「ボディメカニクスを今後活用していきたい」という看護師が $4.5 \pm 0.7$ 点から $4.8 \pm 0.4$ 点に有意に増加した( $p < 0.01$ )。

以上の結果から、医療現場に勤務する看護師を対象としてボディメカニクス学習教材の活用と評価を行った結果、ボディメカニクス活用への意識向上と看護動作時の姿勢改善が示され、その有効性が認められた。

## 謝 辞

本研究の実施にあたりご協力いただきました看護師の皆様へ深謝致します。なお、本研究は、平成20～21年度滋賀県立大学特別研究費および滋賀県立大学人間看護学部学部長裁量経費によって実施された。

## 文 献

- 1) 大原啓志, 青山英康: 職業性腰痛の疫学と課題, 日本災害医学会会誌, 42 (6), 413-419, 1994.
- 2) 甲田茂樹, 久繁哲徳, 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.
- 3) Dehlin, O., et al : Back symptoms in nursing aides in a geriatric hospital, *Scand.J.Rehad.Med.*, 8, 47-53, 1976.
  - 4) Jensen, R.C. : Disabling back injuries among nursing personnel, *Research needs and justification. Res. Nurs. Health.*, 10, 29, 1987.
  - 5) 北西正光, 名島将浩 : 看護業務従事者における腰痛の疫学的検討, *日本腰痛会誌*, 1(1), 13-16, 1995.
  - 6) 田部由紀子, 他 : 看護師の腰痛緩和-腰部保護ベルトと腰痛体操の経時的効果の比較, *日本看護学論文集 看護管理*, 29, 188-190, 1998.
  - 7) 伊藤俊一, 菊本東陽, 他 : 腰椎コルセットの効果に関する筋電図学的検討, *理学療法学*, 23, 46, 1996.
  - 8) 安田寿彦, 林 琢磨, 他 : 自立支援型移乗介助ロボットの研究, *日本機械学会福祉工学シンポジウム*, 213-216, 2005.
  - 9) 武末希子, 水戸優子, 他 : 看護におけるボディメカニクスに関する文献の検討, *東京都立医療技術短期大学紀要*, 第11号, 175-181, 1998.
  - 10) 小川鑑一, 鈴木玲子, 他 : 看護動作のエビデンス, *東京電気大出版局*, 2003.
  - 11) 久留島美紀子, 伊丹君和, 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.
  - 12) 平田雅子 : 腰痛を引き起こす姿勢, 動作-ボディメカニクスの観点から-, *看護技術*, 36(15), 11-15, 1990.
  - 13) 大森静恵, 佐々山香, 他 : ベッド足浴時における看護師の腰部の負担度, *クリニカルスタディ*, 18(4), 32-37, 1997.
  - 14) 伊丹君和, 藤田きみゑ, 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*, 4, 21-27, 2000.
  - 15) 人間生活工学研究センター : 日本人の人体計測データ, 2003.
  - 16) 伊丹君和, 安田寿彦, 他 : ボディメカニクス活用動作に関する教育用自己チェックシステムの試作 (第2報), *日本教育工学会第23回全国大会*, 465-466, 2007.
  - 17) 藤田きみゑ, 横井和美, 古株ひろみ, 伊丹君和, 他 : 看護作業姿勢と腰部への負担に関する研究, *滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌*, 3, 1-7, 1999.
  - 18) 伊丹君和, 安田寿彦, 他 : ベッドメーカーキング動作における前傾角度に着目したボディメカニクスチェックシステムの開発, *日本教育工学会誌*, 第33巻1号, 1-9, 2009.

## (Summary)

# Application and evaluation of a body mechanics learning material by nurses working in medical settings

Kimiwa Itami<sup>1)</sup>, Toshihiko Yasuda<sup>2)</sup>, Yasuharu Nishimura<sup>2)</sup>,  
Yohei Hashimoto<sup>2)</sup>, Hiroko Nakafuji<sup>1)</sup>, Furukawa Jyunko<sup>2)</sup>, Murata  
Yukiko<sup>3)</sup>, Hiroko Yamada<sup>1)</sup>, Terumi Yoneda<sup>1)</sup>, Ai Matsumiya<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> School of Engineering, The University of Shiga Prefecture

<sup>3)</sup> Hikone Municipal Hospital

**Background** Occupational lower back pain is a serious problem among nurses, and appropriate application of body mechanics is important for enabling efficient actions with minimal burden on the lower back. However, at present many nurses routinely perform actions that place a burden on the lower back, such as forward leaning, due to lack of body mechanics techniques as well as knowledge and awareness of body mechanics.

**Objective** The objective of the present study was to apply and evaluate a body mechanics learning material developed for the purpose of increasing the awareness of body mechanics and improving posture during nursing actions, using nurses working in medical settings as subjects.

**Methods** 1. Overview of the present learning material: Dangerous angles of forward leaning at which a burden is placed on the lower back are displayed in real-time or on replay. Dangerous angles of forward leaning were defined as 40 based on calculation of the joint moment on the lower back and other data. 2. Methods: Subjects were a total of 32 nurses who consented to participate in the study in August 2009.

After attaching the posture measurement sensors of the present learning material to subjects, subjects were instructed to perform bedmaking, an action they routinely perform at work, under three settings (1-3) in the following order.

Setting 1: Normally performed action, Setting 2: Action performed at a suitable bed height (45% of body height), Setting 3: Action performed after using and objectively evaluating the present learning material. Data on angles of forward leaning were compared among these settings and analyzed by performing the Wilcoxon signed rank test using SPSS version 16.0 for Windows. The effectiveness of the present learning material was verified based on changes in the angle of forward leaning.

In addition, an awareness survey was conducted before and after application of the present learning material. Survey contents were awareness of body mechanics as well as application of the present learning material (five-point scale).

**Results** The mean angle of forward leaning was the largest for Setting 1 at 55.6 14.7°, which was at a dangerous level resulting in burden on the lower back. The mean angle for Setting 2 was 43.2 11.5°, which was significantly smaller than for Setting 1 but still at a dangerous level resulting in burden on the lower back. The mean angle of forward leaning for Setting 3 was 28.0 11.3°, indicating a significant improvement.

Furthermore, the mean score for "wish to use body mechanics in the future" increased significantly ( $p < 0.01$ ) from 4.5 0.7 to 4.8 0.4 points following application of the present learning material.

**Conclusion** Application and evaluation by nurses of a body mechanics learning material showed an increase in the awareness of body mechanics as well as improvement of posture during nursing actions. We will conduct further research in the

future in order to verify the effectiveness of the present learning material and its effects on prevention of lower back pain in nurses.

**Key Words** nursing action, angles of forward leaning, lower back pain, body mechanics

## 論文



# 直接血圧測定値と間接血圧測定値の間に誤差を生じさせる要因についての検討

酒田 宴里

滋賀県立大学 人間看護学研究科 人間看護学専攻修士課程

**背景** 血圧測定方法は、間接血圧測定法と直接血圧測定法の2種類に大別される。この2方法による同一患者の血圧測定値に誤差を生じることがあるが、この誤差は治療方針に影響を与える可能性がある。しかし、この誤差を生じる原因については、測定環境や患者の臨床データなど、患者特性を含めた検討がなされていない。

**目的** 間接血圧測定値と直接血圧測定値の比較検討を行い、両者の間に誤差を生じる原因を検討する。

**方法** 橈骨動脈内に動脈圧ラインが挿入されている成人患者で、病状が安定しており、担当医師に参加可能であると判断された患者100名を対象とした。期間は2009年9月から2010年6月の間に行った。血圧値の記録については、10時、14時、18時に動脈圧ラインによる直接血圧測定を行うと同時に、聴診法による血圧測定を実施した。患者情報はカルテから収集した。また先行研究を参考に、動脈圧ラインの波形の歪みや間接血圧測定値に影響を与えと考えられる要因を除去し、血圧測定を実施した。さらに、先行研究を参考に本研究では測定誤差範囲の基準を15%に設定し、患者を誤差範囲別に分類して比較検討を行った。分析はSPSS(ver.16)for Windowsを使用し、差の検定のためにKruskal Wallis検定を行った。なお、有意水準は5%とした。また、本研究はA病院ならびにB病院の倫理審査委員会の承認を得た。

**結果** 対象患者100名(男性53名、女性47名)の平均年齢は72.7±12.3歳(男性71.8±11.2歳、女性73.7±13.6歳)、間接法による平均収縮期血圧は136.8±24.5mmHg(男性137.5±24.0mmHg、女性136.1±25.3mmHg)であった。血圧測定毎に直接・間接血圧測定値に15%以上の測定誤差を認めたもの(A群)は全体の24%を占め、3回測定中誤差の頻度が1~2回であったもの(B群)も全体の24%に認めた。また、3回測定したうち10%以上15%未満の差を認めるが15%以上の差を認めないもの(C群)は全体の20%に認められ、さらに誤差が正常範囲内のもの(D群)は全体の32%であった。各群の平均収縮期血圧は、A群149.2±27.6mmHgが最も高く、有意差を認めた。また、BUN値やCr値についてもA群がそれぞれ19.3±14.3mg/dl、1.6±1.6mg/dlと最も高値を示し、有意差を認めた。しかし、RBC、Hb、Ht、PLT、Na、K、WBC、CRPなどの各値と、抗凝固剤の使用の有無の全ての項目では有意差を認めなかった。

**結論** 直接・間接血圧測定値に15%以上の測定誤差を生じる症例では、高血圧や腎機能障害が認められ、高齢であった。

**キーワード** 直接血圧 間接血圧 血圧測定誤差

## I. 緒言

血圧測定の起源は紀元前約1550年前の古文書「Edwin Smith Papyrus」<sup>1)</sup>に始まる。さらに、約2000年以上前に記された中国の医学書「黄帝内経素問」<sup>2)</sup>には、血圧

や脈拍と健康との関連についての記載がある。これらの事象により、古来、血圧は重要な健康指標であったことが窺える。

現在における血圧測定方法は、大きく間接血圧測定法と直接血圧測定法の2種類に大別される。この2方法による同一患者の血圧測定値に誤差を生じることがあるが、この誤差が大きくなれば診断や治療方針に影響を与えかねない。確かに、カフ圧迫法(上腕動脈)と血管留置カテーテル(橈骨動脈)では測定部位が異なり、身体表面からの測定と血管内での直接の測定では、その値に差が生

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先: 酒田 宴里

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

じる可能性がある。事実、先行研究<sup>3)</sup>によると、直接法の方が間接法よりも最高血圧が高く、最低血圧が低くなる傾向があり、この差の割合は最高血圧・最低血圧ともに10%前後であると報告されている。また、間接血圧測定値については、簡易の装置を用いた聴診法で血圧測定を行うため、カフ幅と上腕周囲径の比率、カフを巻く強さ、カフ圧の減圧速度、カフと心臓の位置関係、聴診器を設置する位置などの要因により、数mmHg程度の誤差が生じると報告されている<sup>3)</sup>。

しかし、血圧の変動は必要不可欠な身体情報で、治療方針に大きく影響する。血管留置カテーテルを挿入している患者の多くは、持続的に血圧のモニタリングが必要とされる急性期の患者であり、この2つの血圧測定値に誤差が生じるとは治療方針を混乱させる原因となる。そのため、これらの誤差を生じさせる要因を検討する必要があると考えた。

先行研究において、間接血圧測定値と直接血圧測定値の誤差に関する文献は国内で1報のみであった。この報告<sup>4)</sup>では、間接血圧測定値と直接血圧測定値を比較し、直接法の方が収縮期血圧は高く、拡張期血圧は低く、この誤差は収縮期、拡張期ともに10%前後であることが示されている。また、その誤差を生じる要因として、脈拍、収縮期血圧値、拡張期血圧値の相関について検討されているが、収縮期血圧と拡張期血圧の間には相関がなく、間接血圧測定に用いるカフ幅や、直接血圧測定に用いるカテーテルの条件によって、両者の測定値の誤差が大きくなることが示されている。

しかし、この報告では間接血圧測定値と直接血圧測定値の誤差を生じる要因として、患者年齢、脈拍、カフ幅、血圧値との相関関係、カテーテルの条件しか検討しておらず、疾患や血液データなどを含む患者情報や、測定時の時間帯、患者の体位など、測定環境についての検討がなされていない。

本研究では、そのような患者情報や測定環境も含めて、間接血圧測定値と直接血圧測定値の誤差を生じる原因を検討した。

## II. 対象ならびに方法

### 1. 用語の定義

- 1) 直接血圧測定値：橈骨動脈内の留置針から血圧トランスデューサーで測定された血圧測定値。
- 2) 間接血圧測定値：上腕動脈のカフ圧迫による聴診法で測定された血圧測定値。

### 2. 研究対象者

A病院またはB病院に入院し、橈骨動脈内に動脈圧ラインが挿入されている成人患者で、病状が安定しており、

担当医師に参加可能であると判断された患者100名を対象とした。

## 3. 測定方法

### 1) 使用物品

直接法では、両病院ともに留置カテーテルとしてBD動脈留置針の20G針を採用していた。モニタリングシステムとしてA病院ではダイナボット社製カスタムキットを、B病院ではEdwards Lifesciences社製モニタキットを接続していた。また、間接法による血圧測定には、耐衝撃性ギャフリー・アネロイド血圧計デュラショックを使用した。

なお、両病院ともに留置針やモニタリングシステムの採用にあたり、観血的血圧波形の歪みを考慮してカテーテルの材質などを他社の製品と比較して選択したわけではなく、モニタリングシステムについても同様であった。

### 2) 実施方法

#### (1) 血圧測定方法

##### ① 動脈圧ラインによる血圧測定

橈骨動脈に20Gの留置針が経皮的に穿刺されており、生食500mlにヘパリン5000単位を混注した輸液を加圧バックに装着されている患者に対して、圧トランスデューサーに接続したトランスミッターを介して経時的に血圧測定を行った。

心臓とトランスデューサーとの位置関係は、通常は背面より胸部の厚さの1/3の前額面と第4肋間と胸骨との横断面との交点、つまり血液を全身に駆出する左心室の位置を基準にとり、これより位置がずれると、血圧測定値に誤差が生じるとされている<sup>5)</sup>。そこで、誤差を生じさせないように、第4肋間と腋窩中線の交点を動脈圧ラインのゼロ点に設定した。

動脈圧ラインの波形は、カテーテルの屈曲や閉塞、カテーテル先端の血管壁への接触や気泡の混入など、多くの要因により鈍化する。従って、渡辺ら<sup>6)</sup>の報告を参考に、血圧波形が鈍化しないよう調整し、動脈圧ラインによる直接血圧測定値を記録した。具体的な方法としては、留置針挿入部の手首をシーネなどを用いて固定する、血圧波形を見ながら留置針の挿入角度や長さを変えて再固定する、また、回路内の気泡を確認したりヘパリン加生食のフラッシュを行うなどとした。

さらに、栃久保ら<sup>5)</sup>によると、血圧測定値の誤差をなくすためには、カテーテルの容積弾性率を高く（硬く）、カテーテルの直径を大きく、カテーテルの長さを短くする必要があるとされているが、本研究ではカテーテルの種類を変更することが不可能であったため、各病院で採用されている動脈

圧ラインによって血圧測定を行った。

## ② 血圧計を用いた血圧測定方法

心臓の位置は第4肋間と胸骨左縁の交点とされており、上腕の位置が心臓の位置よりも高い場合は血圧は低く、逆に心臓よりも低い位置に上腕があると血圧は高くなる<sup>4)</sup>。したがって、この誤差を最小限にするため、心臓と上腕の位置が同じになる体位で測定した。また、側臥位での測定の場合は、心臓と上腕の位置による血圧の変動を考慮した。

## (2) 血圧測定時間ならびに血圧測定回数の設定

Millar-Craigら<sup>1)</sup>によると、血圧の1時間平均値は午前10時頃に1日の最高値を記録し、それ以降、徐々に低下を示すリズムがある。そこで、血圧測定開始時間を10時に設定し、以後4時間毎に10時、14時、18時に血圧値を記録した。また動脈圧ラインによる直接血圧測定を行うと同時に、聴診法による血圧測定を実施した。さらに、測定誤差を検討するための測定回数として、今回、直接・間接血圧値とともに3回ずつ測定し、差の検定を行った。

## (3) 患者の情報収集

患者の既往歴や生活歴などの情報はカルテから情報収集した。血液データについては、血圧測定時に最も近い日に採血されたデータを参考にした。また、血圧測定の体位については、患者が仰臥位の場合は動脈圧ライン挿入側の上腕での測定を行い、側臥位の場合は上腕の圧迫による血圧変動が生じないように、上側の上腕で測定した。なお、側臥位での測定の際には、心臓との位置関係の確認のために体位も記録した。

## 4. 分析方法

解析には、統計解析ソフトSPSS (ver.16) for Windowsを使用し、差の検定のためにKruskal Wallis検定を行った。なお、有意水準は5%とした。検定方法については、2標本ずつMann Whitney検定で多群を検定すると誤って有意差を生じる確率が高くなるため、本研究では多群を同時に比較するKruskal Wallis検定を実施した。

## Ⅲ. 倫理的配慮

患者には、研究への参加、あるいは不参加で、不利益を受けないことを保障した。また、取得した個人情報主任研究者の責任の下に管理し、厳格なアクセス権限の管理と制御を行う、研究者相互間でのデータのやり取り・保管にあたっては個人を特定できないようにして取り扱う、など個人情報管理の徹底を図った。

なお、本研究は、A病院とB病院、それぞれの倫理委員会の承認を得た。

## IV. 結果

対象患者100名(男性53名、女性47名)の平均年齢は72.7±12.3歳(男性71.8±11.2歳、女性73.7±13.6歳)、平均収縮期血圧は136.8±24.5mmHg(男性137.5±24.0mmHg、女性136.1±25.3mmHg)であった。

3回測定毎に15%以上の血圧差を認めた患者は24名(24%)であり、これをA群とした。また、3回測定のうち1~2回の測定で15%以上の差を認めた患者は24名(24%)であり、これをB群とした。さらに、3回測定のいずれかで10%以上15%未満の差を認めたが15%以上の差を認めなかった患者は20名(20%)であり、これをC群とした。最後に、1回も10%以上の差を認めなかった患者は32名(32%)であり、これをD群(正常群)とした。

なお、A群からD群までの検討を行う際、A群は明らかに血圧測定値に誤差を認めるものであり、またB群は1~2回15%以上の差を認めたため何らかの問題があると考えられるが、C群は誤差があるものの、本研究で設定した15%以上の誤差範囲に至らないため除外し、A群とB群そしてD群との間にて検討を行うこととした。また、これら群分けに用いた血圧値は、直接血圧値と間接血圧値に誤差が生じた際より臨床的意義が高いと考えられる収縮期血圧値を用いた。

各群別の平均年齢は、A群70.9±2.13歳、B群71.3±3.4歳、C群74.65±3.0歳、D群73.8±1.7歳であった。これらについてA・B・D群間でKruskal Wallis検定を行った結果、有意差を認めなかった。

各群別の平均収縮期血圧は、A群149.2±27.6mmHgが最も高く、次いでC群134.7±15.6mmHg、B群134.1±28.7mmHg、D群131.0±20.8mmHgの順であった。また、高血圧の分類では、正常血圧群患者の割合は、A群7名(29.2%)、B群13名(54.2%)、C群7名(35%)、D群17名(53.1%)、高血圧群の割合はA群17名(70.8%)、B群11名(45.8%)、C群13名(65%)、D群15名(46.9%)であった。平均拡張期血圧もA群71.1±12.7mmHgが最も高く、次いでB群67.4±12.0mmHg、D群64.3±8.1mmHgであり、表1に示した。これらについてA・B・D群間でのKruskal Wallis検定を行った結果、有意差を認め(p=0.003)、A群が他群より有意に血圧が高いことが示された。さらに、A・B・D群間の拡張期血圧においても検定を行ったが、これには有意差を認めなかった。また、間接血圧測定による平均血圧値は表2に示した。

各群の血圧測定時間別(10時、14時、18時)の直接法による平均収縮期血圧は10時でA群149.5±27.3mmHg、B群133.2±28.4mmHg、D群131.0±21.4mmHg、14時で

表1 血圧分類による直接法での群別平均血圧値(mmHg)

	全体		正常血圧群		高血圧群		
A 群	24 名	収縮期	149.2±27.6	7 名	111.4±9.0	17 名	164.7±13.7
		拡張期	71.1±12.7	(29.2%)	59.9±7.0	(70.8%)	75.7±11.7
B 群	24 名	収縮期	134.1±28.7	13 名	111.5±11.3	11 名	160.9±16.8
		拡張期	67.4±12.0	(54.2%)	60.9±10.3	(45.8%)	75.1±9.3
D 群	32 名	収縮期	131.0±20.8	17 名	114.4±10.5	15 名	149.7±11.2
		拡張期	64.3±8.1	(53.1%)	61.7±7.0	(46.9%)	67.2±8.6
全体	100 名	収縮期	136.8±24.5	44 名	113.8±10.7	56 名	154.9±15.5
		拡張期	66.8±10.8	(44%)	60.4±8.1	(56%)	71.8±10.1

表2 直接法・間接法による群別平均血圧値(mmHg)

		直接法		間接法	
A 群	24 名	収縮期	149.2±27.6	収縮期	115.0±20.0
		拡張期	71.1±12.7	拡張期	66.2±11.9
B 群	24 名	収縮期	134.1±28.7	収縮期	114.8±23.1
		拡張期	67.4±12.0	拡張期	64.5±10.0
D 群	32 名	収縮期	131.0±20.8	収縮期	124.9±20.6
		拡張期	64.3±8.1	拡張期	65.2±8.4
全体	100 名	収縮期	136.8±24.5	収縮期	119.8±20.2
		拡張期	66.8±10.8	拡張期	65.6±9.7

は148.6±26.2mmHg、B群133.3±28.3mmHg、D群130.6±21.1mmHg、18時でA群149.0±27.2mmHg、B群132.8±28.9mmHg、D群131.8±22.4mmHgであった。また、間接法による平均収縮期血圧は、10時ではA群113.5±3.9mmHg、B群112.1±4.4mmHg、D群123.8±3.7mmHg、14時ではA群114.4±4.0mmHg、B群115.1±4.3mmHg、D群124.1±3.5mmHg、18時ではA群117.0mmHg±4.3mmHg、B群117.2±5.4mmHg、D群で126.6±3.8mmHgであった。これらについて、A・B・D群間ならびに各群内で10時・14時・18時の時間別平均収縮期血圧の検討を行ったが、いずれの場合も有意差は認めなかった。

次に、降圧薬の内服または持続注射を受けていた患者のA・B・D群間における平均収縮期血圧を表3に示した。このA・B・D群間におけるKruskal Wallis検定の結果、有意差を認めなかった。

また、喫煙歴・飲酒歴の有無と血圧との関係について表4に示した。A・B・D群間におけるKruskal Wallis検定の結果、飲酒歴の有無では有意差を認めなかったが、喫煙歴の有無では、喫煙歴がある場合、B群の平均収縮期血圧が158.0±17.2mmHgと有意に高い結果になったが(p=0.018)、喫煙歴がない場合のA群も149.2±26.5mmHgと高い値を示した。しかし、この結果はA群の喫煙者数がわずか3名と少ないため、その意義は不明であ



表3 降圧薬の使用状況と収縮期血圧の関係

	全体			使用			未使用		
	人数	平均 収縮期血圧	歪度	人数	平均 収縮期血圧	歪度	人数	平均 収縮期血圧	歪度
A群	24名	149.2±27.6	-.465	15名 (62.5%)	157.5±26.6	-.891	9名 (37.5%)	135.2±24.6	-.356
B群	24名	134.1±28.7	.388	11名 (45.8%)	142.3±31.3	-.024	13名 (45.2%)	127.2±25.4	.705
D群	32名	131.0±20.8	.081	17名 (53.1%)	137.4±23.1	-.537	15名 (46.9%)	123.7±15.5	.551

る。  
患者の基礎情報のうち、A・B・D群間のBMIの平均値と肥満分類について表5に示した。A・B・D群間におけるBMIならびに肥満度に差があるか否かをKruskal Wallis検定を実施して検討したが、有意差を認めなかつた。

た。  
各群における基礎疾患は、消化器疾患患者46名(46%)、そのうちA群9名(37.5%)、B群7名(29.2%)、C群11名(55%)、D群19名(59.4%)であった。また、脳疾患患者16名(16%)、そのうちA群6名(25%)、B群6名(25%)、

表4 喫煙歴・飲酒歴と収縮期血圧の関係

	喫煙歴あり		喫煙歴なし		飲酒歴あり		飲酒歴なし	
	人数	平均 収縮期血圧	人数	平均 収縮期血圧	人数	平均 収縮期血圧	人数	平均 収縮期血圧
A群	3名	148.7±42.2	21名	149.2±26.5	4名	147.0±32.6	20名	149.6±27.5
	12.5%	歪度 -1.728						
B群	6名	158.0±17.2	18名	126.2±27.5	6名	144.5±35.7	18名	130.7±26.2
	25%	歪度 1.165						
D群	15名	132.7±18.3	17名	129.5±23.3	9名	131.1±16.7	23名	130.9±22.6
	46.9%	歪度 .323						

表5 群別BMI値の平均と分類

	平均 BMI 値	歪度
A群	22.9±4.2	1.016
B群	21.6±2.8	-.151
C群	20.0±5.7	.708
D群	22.1±2.7	1.142

C群2名(10%)、D群2名(6.3%)であった。さらに、循環器疾患患者16名(16%)、そのうちA群3名(12.5%)、B群5名(20.8%)、C群3名(15%)、D群5名(15.6%)、呼吸器疾患患者は12名(12%)であり、そのうちA群2名(8.3%)、B群3名(12.5%)、C群2名(10%)、D群5名(15.6%)、その他の疾患は10名(10%)であった。これら基礎疾患における各群間のKruskal Wallis検定では有意差を認めず、基礎疾患と血圧誤差には関係が認められなかった。

循環動態に最も影響すると考えられる既往歴の有無に

表6 RBC値、Hb値

	RBC ( $\times 10^4/\mu\text{l}$ )				Hb (g/dl)			
	全体	歪度	男性	女性	全体	歪度	男性	女性
A群	375.8 $\pm$ 100.9	-.907	375.1 $\pm$ 119.4	376.4 $\pm$ 87.3	13.0 $\pm$ 5.3	2.656	13.1 $\pm$ 2.9	12.9 $\pm$ 6.8
B群	375.0 $\pm$ 105.2	.736	386.5 $\pm$ 128.2	361.4 $\pm$ 73.3	11.3 $\pm$ 3.5	.807	11.6 $\pm$ 4.5	10.9 $\pm$ 2.1
D群	378.4 $\pm$ 84.0	.762	365.8 $\pm$ 75.7	406.1 $\pm$ 98.5	11.5 $\pm$ 2.6	.250	11.3 $\pm$ 2.9	12.0 $\pm$ 2.6
全体	366.5 $\pm$ 93.6	.286	366.6 $\pm$ 101.5	366.4 $\pm$ 84.9	11.5 $\pm$ 3.7	2.434	11.6 $\pm$ 3.3	11.4 $\pm$ 4.1

表7 Ht値の分類(全体)

	平均値	歪度	低値	正常	高値
A群	37.5 $\pm$ 11.0	0.192	11名(45.8%)	10名(41.7%)	5名(20.8%)
B群	38.0 $\pm$ 13.5	0.586	15名(62.5%)	3名(12.5%)	6名(25%)
D群	36.1 $\pm$ 8.9	.757	21名(65.6%)	7名(21.9%)	4名(12.5%)
全体	35.9 $\pm$ 17.0	.795	64名(64%)	20名(20%)	16名(16%)

表8 PLT値( $\times 10^4/\mu\text{l}$ )と抗凝固剤使用の関連

	抗凝固剤使用		抗凝固剤不使用	
	A群	16.5 $\pm$ 2	3名(12.5%)	21.3 $\pm$ 9.7
B群	18.1 $\pm$ 8.3	5名(28.3%)	18.9 $\pm$ 9	19名(79.2%)
D群	18.7 $\pm$ 10.4	3名(9.4%)	19.5 $\pm$ 7.5	29名(90.6%)
全体	17.7 $\pm$ 7.7	15名(15%)	20 $\pm$ 9.1	85名(85%)

表9 PLT( $\times 10^4/\mu\text{l}$ )値の分類

	全体	歪度	低値	正常	高値
A群	20.7 $\pm$ 9.4	1.636	5名(20.8%)	18名(75%)	1名(4.2%)
B群	18.7 $\pm$ 9.0	.528	8名(33.3%)	15名(62.5%)	1名(4.2%)
D群	19.4 $\pm$ 7.9	0.051	12名(37.5%)	20名(62.5%)	0名

表10 Na(mEq/l)値の分類

	全体	歪度	低値	正常	高値
A群	141.9 $\pm$ 5.5	.903	1名(4.2%)	20名(83.3%)	3名(12.5%)
B群	139.2 $\pm$ 5.6	-.449	4名(16.7%)	18名(75%)	2名(8.3%)
D群	138.3 $\pm$ 4.1	-.474	4名(12.5%)	27名(84.4%)	1名(3.1%)

表11 K(mEq/l)値の分類

	全体	歪度	低値	正常	高値
A群	3.9±0.5	-.205	2名(8.3%)	22名(91.7%)	0名
B群	4.1±0.8	.397	4名(16.7%)	18名(75%)	2名(8.3%)
D群	4.0±0.5	.099	5名(15.6%)	27名(84.4%)	0名

表12 BUN値(mg/dl)の分類

	全体	歪度	正常	低値	高値
A群	19.3±14.3	3.471	9名(37.5%)	2名(8.3%)	13名(54.2%)
B群	18.7±12.6	2.630	9名(37.5%)	4名(16.7%)	11名(45.8%)
D群	14.0±7.2	1.853	9名(25%)	12名(37.5%)	11名(37.5%)

表13 Cr値(mg/dl)の分類

	全体	歪度	正常	低値	高値
A群	1.6±1.6	2.733	16名(66.7%)	0名	8名(33.3%)
B群	1.1±0.5	1.733	14名(58.3%)	1名(4.2%)	9名(37.5%)
D群	0.9±0.4	1.784	27名(84.4%)	1名(31.2%)	4名(12.5%)

表14 TP値(g/dl)の分類

	全体	歪度	低値	正常
A群	6.4±0.8	-.388	16名(66.7%)	8名(33.3%)
B群	6.0±1.5	-.353	15名(62.5%)	9名(37.5%)
D群	5.2±1.2	.555	27名(84.4%)	5名(15.6%)

ついで、高血圧の既往歴のある患者がA群15名(62.5%)、B群13名(54.2%)、C群10名(50%)、D群12名(37.5%)、糖尿病がA群4名(16.7%)、B群4名(16.7%)、C群5名(25%)、D群4名(12.5%)、心疾患(心不全、不整脈など)はA群3名(12.5%)、B群2名(8.3%)、C群5名(25%)、D群8名(25%)であった。A・B・D群間におけるKruskal Wallis検定の結果、既往歴と血圧誤差には有意差を認めなかった。

次に、血液データ、薬剤使用の有無、既往等について

の結果を表6～表16に示した。

このうち、各群間におけるBUN値についてKruskal Wallis検定の結果、A群の平均BUN値は19.3±14.3mg/dlと有意に高い値(p=0.048)を示した。

またCr値も、A・B・D群間におけるKruskal Wallis検定によって有意差を認め、A群の平均Cr値が1.6±1.6mg/dlと有意に高い値(p=0.042)を示した。

さらに、血清総タンパク(TP)値と血清アルブミン(Alb)値について、A・B・D群間におけるKruskal

表15 Alb値(g/dl)の分類

	全体	歪度	低値	正常
A群	3.6±0.7	-.458	15名(62.5%)	9名(37.5%)
B群	3.2±0.8	-.721	16名(66.7%)	8名(33.3%)
D群	3.0±0.8	.160	26名(81.3%)	6名(18.8%)

表16 炎症反応

	WBC (×10 <sup>3</sup> /μl)		CRP (mg/dl)	
	全体	歪度	全体	歪度
A群	8.7±3.8	.412	2.4±4.8	3.203
B群	10.2±4.9	.887	3.5±5.5	3.232
D群	9.5±3.9	.640	4.8±6.7	1.513
全体	9.3±4.6	1.434	3.7±5.6	2.124

Wallis検定を行った結果、TP値はA群6.4±0.8g/dl(p=0.001)、Cr値もA群3.6±0.7g/dl(p=0.010)とA群が有意に高値を示したが、TP値もAlb値も正常範囲内の変動であり、病的意義は認められなかった。また、A・B・D群間におけるRBC値、Hb値、Ht値、PLT値、Na値、K値、WBC値、CRP値、抗凝固剤の使用有無の全ての項目において有意差を認めなかった。

以上の結果より、直接血圧測定値と間接血圧測定値に最も誤差が生じたA群は、他群と比べて平均収縮期血圧、平均BUN値、平均Cr値が有意に高値であることが示された。

## V. 考察

2009年における日本の死因順位別死亡数<sup>7)</sup>を見ると、血圧が関連すると考えられる心疾患や脳血管疾患による死亡者数が全体の27%を占めている。中でも、心筋梗塞やくも膜下出血などは死亡率が高く、高血圧であるほどそのリスクは高まる。

今回の研究結果では、直接法と間接法の2種の血圧測定値に誤差を生じた。先行研究<sup>3)</sup>では、これら2方法による血圧測定値について、容認できる誤差の範囲は10%前後と報告されているため、本研究では明らかな誤差の範囲を15%以上と設定した。具体的な15%以上の差とは、間接法による収縮期血圧が130mmHgの患者の場合、直接法による値は約150mmHgを示すことになる。また更

に血圧が上昇していればその誤差範囲は大きくなり、降圧剤投与の必要性を生じさせる要因ともなる。しかしながら、本研究ではそのA群の割合が全体の24%も存在した。さらにA・B群を合わせると全体の48%にも上り、単なる誤差として見過ごせない結果となった。

前述したように、直接法は持続的な血圧のモニタリングが必要と

される急性期の患者に実施されるため、2つの血圧測定値に15%以上の測定誤差が出現することは治療方針に大きな影響を与える。先行研究<sup>3)4)</sup>では、その誤差を生じる要因として年齢、脈拍、収縮期血圧値と拡張期血圧値との相関について検討されているが、これらの要因についてはほとんど相関がなかった。一方、間接血圧測定に用いるカフの幅や直接血圧測定に用いるカテーテルの条件により両者の測定値の誤差が大きくなることが報告されている。しかしながら、血圧測定環境ならびに患者の血液データや嗜好の有無など、患者特性を含めた文献が見当たらなかったため、誤差の程度によって分類した各群を比較し、検討を行った。

先行研究<sup>3)</sup>ではそのデータの収集にあたり多数の看護スタッフが血圧測定を行っていた。しかし、スタッフ各人の測定方法、すなわちカフを巻く強さ、カフ圧の減圧速度、カフと心臓の位置関係、聴診器を設置する位置、コロトコフ音の聴取などにて、数mmHg程度の誤差が生じることが報告<sup>4)</sup>されているため、この測定者間の差を排除するために、測定者を1名に限定した。これにより、主任研究者のみが血圧測定を行い、手技の違いによる誤差が生じないように配慮した。

先行研究<sup>6)</sup>によれば、直接血圧測定法の誤差の要因となる動脈圧波形の歪み(鈍化)に最も大きく関与するのは、カテーテルそのものやモニタリングキットの材質・形状、回路内に残った気泡などとされている。そのため、それらの要因を取り除いた正しい圧波形<sup>5)</sup>を参考にして、回路内の気泡の除去、カテーテル挿入部の手首の角度調整、カテーテルの屈曲や挿入されているカテーテルの長さの調整、ヘパリン加生食のフラッシュなどを行い、動脈圧ラインの歪みの要因を最大限に除去した。一方、望ましいカテーテルの性状として、硬く、内径が大きく、短いカテーテルの使用が推奨<sup>6)</sup>されている。本研究を行った2病院では、カテーテルの材質や器材を血圧誤差が生じないよう特に選択したわけではなく、各病院の方針に基づいて選択していたため、カテーテルの性質に関しては比較検討出来なかった。しかし、同一病院のすべての患者には同種の器材が用いられていた。

以上のごとく、先行研究を参考に直接・間接血圧測定

値に誤差を生じると考えられる要因を可能な限り排除して測定を行った。それでもなお、この2方法による血圧測定値に15%以上の誤差を認める症例が全体の約1/4を占める結果となった。これら症例における検討の結果、測定誤差が大きいA群に高血圧の症例が多く、さらに腎機能の悪化が認められ、また対象者のほとんどが70歳以上の高齢者であることが示された。

本研究では、対象者の多くが70歳代であったことから、年齢による血圧測定値の誤差については有意差を認めず、また年代別の比較を行うことも出来なかった。

本検討の予測としては、血液粘性に関連する血小板値の異常や喫煙・飲酒の嗜好、肥満などが関連すると想定していたが、これらは全てに有意差を認めなかった。また、先行研究<sup>1)</sup>によると、血圧の1時間平均値は午前10時頃に1日の最高値を記録し、それ以降、徐々に低下を示すリズムがあるとされていたが、本研究ではその傾向は認められなかった。

今回得られた高血圧、腎機能の悪化、高齢者というこの3つの要素は、A群における動脈硬化の存在を推測させた。動脈硬化が進行する要因の一つとして高血圧が重要視されているが、動脈硬化は血管壁の肥厚や硬化など機能低下を示した動脈病変の総称<sup>4)</sup>である。特に、細小動脈硬化は全身のあらゆる部位の細小動脈にみられる動脈病変である。この血管壁の劣化や弾力性の低下は、測定部位が異なる2つの血圧値に影響する可能性が考えられる。また、加齢に伴う血管弾力性の低下や脆弱化もその要因になりうる。

しかしながら、対象者は動脈圧ラインが挿入されている急性期の患者であるため、動脈硬化を進行させる他の要因である糖尿病の存在は検討されていない。また、動脈硬化を確認するための超音波エコーなどの検査も実施されていなかった。従って、高血圧、腎機能の悪化、高齢者という3つの指標から動脈硬化を証明するためには、これら検査の検討(HbA<sub>1c</sub>の測定や超音波検査)が必要である。

今後は、想定される動脈硬化の証明のために、硬化の増悪因子となる糖尿病の有無や、硬化の程度を計測できる超音波エコー、あるいはその他の誤差を生じる要因であるカテーテルの材質の違い、さまざまな測定時間帯における血圧測定、さらに若年層も加えたより幅広い年齢層を対象として、再検討する必要があると考えている。

## VI. 結 語

本研究により以下のことが示された。

1. 直接・間接血圧測定毎に15%以上の測定誤差を生じるA群は全体の24%に上り、B群と合わせると全体の約1/2を占める結果となった。
2. 直接・間接血圧測定値に15%以上の測定誤差を生じる症例において、高血圧や腎機能の悪化が、またいずれも70歳以上の高齢者であることが示された。
3. この直接・間接血圧測定値に誤差を生じる要因として、動脈硬化が示唆された。

## 謝 辞

本研究を遂行するに当たり、臨床研究の機会を与えて頂いた大阪府三島救命救急センター所長秋元寛様、看護部長山口智鶴子様、ICU科長三宅千鶴子様、ならびにICUスタッフの皆様、北摂総合病院院長木野昌也様、医師中尾圭一様、看護部長伊藤照美様、看護長木戸香織様、ならびにICUスタッフの皆様にご感謝申し上げますと共に、本研究の指導者である藤田きみゑ教授、奥津文子教授、横井和美准教授に深謝いたします。

## 引用・参考文献

- 1) 栃久保修：血圧の測定法と臨床評価,第1版,メディカルトリビューン,1988
- 2) 藪内清：中国の科学,第1版,p361-438,中央公論社,1979
- 3) 小池龍平ら：ICUにおける直接血圧測定値と間接血圧測定値との比較検討,日本医療機器学会雑誌,47(4),p185,1977
- 4) 日和田邦男：血圧の異常 16.2本態性高血圧症 3)診断・鑑別診断,内科学,第7版,p648-651,朝倉書店,1995
- 5) 渡辺広昭ら：観血的血圧波形の歪みとその対策,ICUとCCU,10(2),p153-157,1985
- 6) 栃久保修ら：血圧モニター,ICUとCCU,17(4),p357-365,1993
- 7) 厚生労働省(2009)：平成21年人口動態統計(確定数)の概況  
[www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei09/index.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei09/index.html),2010\_11\_09.
- 8) 金井正光：臨床検査法提要,第32版,金原出版株式会社

## (Summary)

# Factors affecting the difference between direct and indirect blood pressure measurements.

Sakata Eri

University of Shiga Prefecture Graduate School Human Nursing, Human Nursing Science

**Objective** We analyzed factors affecting the difference between direct and indirect blood pressure measurements.

**Methods** One hundred patients with arterial lines in their radial arteries were studied for the difference between direct and indirect blood pressure measurements. Patient information was obtained from their clinical records. With each measurement, factors causing possible measurement errors were carefully avoided. The patients were divided into four groups according to the range of the difference, and each group was compared for selected factors statistically.

**Conclusions** The difference by fifteen percents or more between direct and indirect blood pressure measurements was observed in about a quarter of the patients (A group of the patients). No

statistically significant differences were found between each group in such blood data as RBC, Hb, Ht, PLT, Na, K, WBC, and CRP. The history of anticoagulant therapy, alcohol taking, or smoking does not appear to affect the difference. The frequency of hypertension, and renal function abnormality is significantly higher in the A group patients. In addition, all of these patients were aged 70 or older. Therefore, it is suggested that the factors affecting the difference between direct and indirect blood pressure measurements include hypertension, renal function and aging.

**Key Words** Direct measurement of blood pressure, Indirect measurement of blood pressure, The differences in measurement of blood pressure

## 論 文

# 認知症高齢者の攻撃性に対する 赤ちゃん人形療法の効果



畑野 相子<sup>1)</sup>、北村 隆子<sup>1)</sup>、安田 千寿<sup>1)</sup>、嶋田 裕子<sup>2)</sup>、御船 泰秀<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup> 介護老人福祉施設 真盛園

<sup>3)</sup> まほまほドールセラピー研究会

**背景** 高齢化と共に、認知症高齢者は増加している。認知症高齢者のケアで難しいのは心理・行動症状への対応である。心のケアとしてさまざまな非薬物療法が試みられている。人形療法もその一環として位置づけられるが、研究はあまり進んでいない。

**目的** 心理・行動症状の攻撃性に視点をあて、赤ちゃん人形療法の効果を検証することを目的に介入研究を行った。

**方法** 介護老人福祉施設に入所している1組の認知症のある高齢者夫婦。主として、攻撃性を有する妻を対象に、1年間、赤ちゃん人形療法を行った。

**結果** 妻の攻撃性は、介入後1か月頃からなくなり、夫に対する不満や嫉妬心は介入後4か月から徐々に軽減し、その後はなくなった。それだけでなく、夫を思いやる言動が見られるようになった。そして、介入後6か月が経過した平成22年1月末から夫婦が同室で生活できるようになった。

**結論** 赤ちゃん人形療法により攻撃的言動は減少した。その要因として、以下のことが示唆された。

1. 認知症高齢者が、赤ちゃん人形に自分の気持ちを投影し、そのことで安心感を得ることができる。赤ちゃん人形は認知症高齢者の心理の移行対象となっている。
2. 赤ちゃん人形療法に対象者の状況に合わせた方法を取り入れると相乗効果が得られる。
3. 赤ちゃんの特徴である、可愛さ、小さい、柔らかさは笑顔を誘い、これが快の感情を優位にし、気持ちの安定につながる。

**キーワード** 赤ちゃん人形療法 攻撃性 認知症高齢者 非薬物療法  
行動・心理学的症状 (BPSD)

## I. 緒 言

国立社会保障・人口問題研究者が平成18年12月に推計した将来人口によると、65歳以上の老年人口が総人口に占める割合は、平成17年では20.2%であったが、平成67年には40.5%に達すると予想されている<sup>1)</sup>。高齢社会における最大の健康課題は介護予防であるが、要介護認定者の概数は、平成14年では303万人、平成17年では411万人、平成21年では469万人と年々増加している。平成14年の要介護(要支援含む)認定者(第1号被保険者)のうち「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」は約149万人(47.5%)で、要介護者の2人に1人は

認知症を有している<sup>2)</sup>。老年人口の増加に伴い、認知症をもつ高齢者の概数は平成17年で180万人であったが、平成42年頃には300万人に増加すると推計されている。認知症の有病率は、前期高齢者では2~3%、後期高齢者では10%、85歳以上になると25%と推計されている<sup>3)</sup>。このような現状から、介護予防の中心的課題は認知症の予防・ケア対策である。

認知症とは、いったん知能を獲得し成熟した脳組織が後天的な器質的变化により持続的に損傷され、病前にあった知能を中心とする精神機能が低下し、そのため日常生活に支障をきたす症状の総称である。したがって、認知症の中心となる症状(中核症状)は記憶機能と理解や認識などの認知機能の障害である。知的能力や今までの生活史や人間関係は、人が生きていくうえでの拠り所であり、これを失うことは不安以外の何物でもない。室伏は認知症高齢者が生きる拠り所を失うことにより、存在不安が生じることがQOL(Quality of Life)を考える上で

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先: 畑野 相子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

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

の本質的課題であると指摘している<sup>4)</sup>。存在不安とは、ここでずっと安住して暮らしていけるかどうかという、人間の根源的な不安である。

知的機能障害を背景に、このような不安感などの心理的要因が作用して、幻覚や徘徊などに代表される行動・心理学的症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia :以下BPSDとする)が出現する。BPSDは個人差が大きく、全く出現しない人もあれば、激しい症状を呈する人もあり、症状も様々である。人は、不安が生じると、対処行動をとり、不安軽減の緩和に努める。しかし、認知症は知的機能低下を伴うことから、自分の不安やストレスの原因を自覚して対処したり、他者に伝え支援を求めることが難しい。不満や不安等が軽減されない状態が持続した結果BPSDが出現する。従って、BPSDには原因があるが、周囲にはその原因が容易に理解できないので、対応に苦慮する。介護する者にとってBPSDは困った行動と認識され、当事者や家族の生活のしづらさの原因になっている。認知症高齢者のケアを考える上で大切なことは、不安や焦燥感やストレスなどに目を向けて対処することである。

認知症高齢者の心のケアについては、様々な非薬物療法が治療戦略の一翼を担っており、代表的なものとして精神療法、認知行動療法、心理教育などがある。ドールセラピーはダイバーショナルセラピーの一つとして我が国に紹介された<sup>5)</sup>。そして、2001年6月にNHK番組「関西クローズアップ現代」で、人形を抱いた高齢者が生き生きとした自分を取り戻している姿が放映され、人形が心のケアに大きく役立っていると報じられた。それを契機にドールセラピーに対する関心が一挙に高まり、積極的に取り組まれたが、その後発展することはなかった。ドールセラピーに関する先行研究も数少なく、研究は緒についたところである<sup>6-9)</sup>。

しかし、人形を抱き、いつくしんでいる高齢者は実在する。人形を抱いて過ごせば療法になるわけでない。高

齢者の生活背景と人形を抱くことの意味を理解したかわりこそ療法といえるものである。高齢者が人形を抱く意味を明らかにし、赤ちゃん人形療法として確立することは、高齢者のQOLを高めるケアの一助となる。

親松らは、人形を抱いて生活していた認知症高齢者を介護していた人々から聞き取りをし、認知症高齢者が人形を抱くことの意味を、「老いによるさまざまな喪失を、生きてきた証としてつなぎとめる役割としての人形があった」と述べている<sup>8)</sup>。

筆者は、平成19年からグループホームの協力を得て、赤ちゃん人形療法の効果と効果的な人形の素材を開発することを目的に、介入研究に取り組んできた。その結果、赤ちゃん人形を用いた効果として、①暴言や暴力等の行為等が緩和した(2事例)、②重度認知症による失語症を有するひとが、「冷たいね」など意味ある言葉を発した(1事例)、③淋しさが緩和した(1事例)を得た<sup>9)</sup>。赤ちゃん人形を可愛がることにより、暴言や暴力が緩和したことについて、「世話をする」「育てる」という母としての役割、あるいは母として果たしたかった役割を、人形に移行して再現することで欲求が満たされ、精神的安定を得たのではないかと考察した<sup>9)</sup>。しかし、事例数も少なく、その成果を普遍化するには至っていない。

そこで、本研究では、認知症高齢者のBPSDの1つである攻撃的行動に視点をあて、その緩和を目的に赤ちゃん人形療法を行い、ケアの有効性を検証することを目的とした。

## II. 概念枠組み

Kitwood T. は認知症の人の心理的なニーズを5辨の花にたとえ、その中心に愛(Love)をおき、それを取り囲む花びらとして、愛着(Attachment)、慰め(Comfort)、アイデンティティ(Identity)、役割(Occupation)、帰属意識(Inclusion)を挙げている。

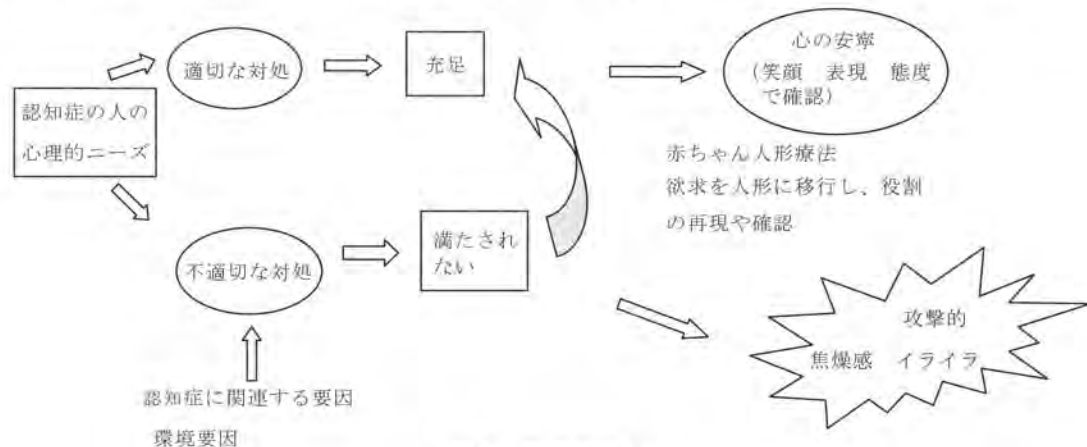


図1 概念枠組み



この5つの要素のうち、どれかが満たされると波及効果を及ぼし、心の安寧につながるとしている<sup>12)</sup>。

ヒトはニーズを満たすために様々な行動をとり、気持ちの安寧を図っている。しかし、認知症を発症すると、中核症状である記憶障害や認知機能の低下により、適切な行動がとれず、ニーズが満たされにくくなる。この状態が持続するとBPSDとして出現する。赤ちゃん人形療法を行うことで、高齢者自身が赤ちゃん人形に自分のニーズを投影するか、あるいは世話をする対象としての意味を見だし、愛を取り巻く5つの要素のいずれかを満たす。そして、要素間に波及効果が生じ、心の安寧を取り戻し、攻撃的なBPSDは軽減されると予測した。概念枠組みを図1に示した。

### Ⅲ. 用語の操作的定義

赤ちゃん人形療法とは、療法として確立されたものではない。ここでは、赤ちゃん人形を媒体にして、対象者と支援者がコミュニケーションをとりながら行うケア全般とし、その手順は以下の通りとした。

#### 1. 赤ちゃん人形を用いるケアの前提の確認

介入するにあたり、赤ちゃん人形を用いたケアの前提として、次のことを関係者間で確認したい。赤ちゃん人形療法は、高齢者が持っている能力を引き出す手段である。従って、赤ちゃん人形に特別の力があるのではなく、高齢者自身が赤ちゃん人形に何かを見出して、感情を表出したり潜在していた能力を発揮するのである。その過程に赤ちゃん人形が介在するので、赤ちゃん人形を抱いてもらえばなしにはしない。また、赤ちゃん人形を「モノ」として扱うのではなく、「ヒト」として大切に扱う。

#### 2. 初回導入時の進め方と注意点

対象者の自尊心を傷つけないために、対象者のために人形を準備したとするのではなく、「職員が人形を買ってきたので、見てください」など職員主語で話しかける。もしくは、数体の人形をみせ、好みの人形を選んでもらうにする。具体的には、「私の赤ちゃんです。見てください。」「かわいい人形があったので思わず買ってきました。」と言うように話しかける。あるいは、2～3体の赤ちゃん人形を示し、「どの人形が好きか教えてください。」など好みのものを選択してもらうようする。

#### 3. 毎回のセッションの進め方

好みの人形が確定した場合は、その人形を用いる。赤ちゃん人形を対象者に手渡し、話しかける。対象者が赤ちゃん人形を抱かない場合は、職員が抱くか対象者の傍

表1 語りかけの参考例

①子どものころ、人形で遊びましたか。
②人形を見て思い出すことや感じることを教えてください。
③子どもさんはおられますか。
④子育ては大変でしたか。                      など

に置く。話しかける内容は自由とするが、話が出てこない時は参考例を参照に、語りかける。参考例として示した内容の一部を表1に示した。

セッション時間は、30分程度とし、長くても1時間を超えないようにする。セッション終了時は、本物の赤ちゃんと認識している場合は「向こうで寝かせてきます」や「ミルクの時間です」等と話しかけ終了する。

#### 4. 赤ちゃん人形療法を中止するとき

対象者と赤ちゃん人形の共生関係が強くなり、対象者と赤ちゃんの2者世界が構築され、第3者を寄せ付けない状況になる危険性が生じた場合は、直ちに赤ちゃん人形療法を中止する。

## Ⅳ. 研究方法

### 1. 対象事例

介護老人福祉施設に入所している1組の認知症を有する高齢者夫婦を対象に、介入研究を行った。

### 2. 事例選定の理由

夫婦は同じ施設に入所しているが、妻の攻撃性が原因で、妻は1階、夫は2階と別々の階で生活していた。妻の攻撃性が軽減すれば、夫婦同室が可能であると考えられた。可能な限り、当たり前前の夫婦として生活をしてもらいたいと考え、対象事例とした。

### 3. 介入期間

平成21年7月～平成22年8月

### 4. 用いた赤ちゃん人形

#### (1) 用いた人形の特徴

用いた赤ちゃん人形はNo1～No3の3種類で、その特徴を表2に示した。

No1：目は開閉し、マネキン人形様のリアルな顔。大きさ35cm……（以下リアル小と称する）

No2：目は開閉し、マネキン人形のリアルな顔。大きさ50cm……（以下リアル大と称する）

No3:目は開のまま、和風人形の顔。大きさ35cm  
……(以下和風と称する)

表2 人形の特徴

	No1	No2	No3
大きさ	35cm	50cm	35cm
重さ	1kg	1.5kg	800g
顔	リアル	リアル	和風
目	開閉する	開閉する	開いたまま
固さ	固い	固い	柔らかい
頸定	可	可	可
座位	可	可	可
素材	樹脂	樹脂	布製

(2) No1~No3の赤ちゃん人形を用いた根拠

筆者が平成19年に行った好まれる人形の素材の研究の結果、好まれる人形の共通の条件は、目は開閉するか開眼していることであった。重さは、高齢者の腕力を考慮すると1.5Kg以下が好ましいことが示唆され、大きさや顔や固さなどは、高齢者によって好みはさまざまであった<sup>9)</sup>。この結果を踏まえ、目は開眼しているか開閉することを絶対条件とし、前回の研究で好まれた人形を考慮してNo1~No3の3体を用いた。

## 5. 調査内容

### (1) 対象者の属性

- ①性別 ②年齢 ③子どもの数と子育て経験
- ④職業歴(時期、職務内容)
- ⑤趣味・特技(若い時の趣味・特技)
- ⑥認知症の程度

### (2) 日常生活の状況

- ①1日の過ごし方
- ②日常生活におけるコミュニケーションの手段と能力
- ③日常生活における行動障害の状況

### (3) 赤ちゃん人形療法時の観察項目は、表情、発言内容、人形に対する態度、夫に対する感情表出状況、攻撃的行動の出現状況

### (4) 他の働いかけを併用した時は、人形に対する態度、夫婦の関係、日常生活に必要な能力の観察をした。

## 6. 情報の集積方法

### (1) 赤ちゃん人形療法は施設の職員が行い、観察内容を記録してもらった。

赤ちゃん人形療法の実施する職員一人を決め、継続的に関わった。

### (2) 月1回、施設の職員と赤ちゃん人形療法の結果を

もとに事例検討を行なった。

### (3) 赤ちゃん人形療法の頻度は1~2週間に1回程度とし、1回の時間は概ね30分程度とした。研究者も施設の職員と協力して、毎月1回程度、赤ちゃん人形療法の実際の場に参加し、観察内容をフィールドノートに記録した。

### (4) 日常生活状況は、施設の職員から聞き取りをした。

## 7. 分析方法

### (1) 対象の攻撃性や日常生活状況の変化を、観察記録、フィールドノート等から分析した。

### (2) 対象の攻撃性の変化や日常生活における変化を、赤ちゃん人形療法時の対象者の反応と関連させて分析し、赤ちゃん人形療法の効果を検討した。

## V. 倫理的配慮

### (1) 赤ちゃん人形療法の介入研究は、施設における生活支援の一環として実施した。

### (2) 研究対象者及び家族に対して、研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険性について文書により十分説明を行った。予測される危険性として、対象者の赤ちゃん人形に対する関心が強度に強まると2者間の強力な共生関係が生じ、第三者を寄せ付けなくなることを説明した。危険性が危惧された場合は、直ちに赤ちゃん人形療法を中止すると伝えた。併せて、参加は自由であること、参加を拒否しても何ら不利益を被ることはないこと、参加を途中で中止することも可能であること、観察内容は目的以外に利用しないこと、研究結果を論文として発表するに当たっては個人が特定される記載は一切しないこと、研究終了後は情報を破棄することを伝え、了解を得た。理解を求めた上で、対象者及び家族から同意書に署名をもらった。実施にあたっては、滋賀県立大学研究に関する倫理審査委員会の承認を得た。

### (3) 調査内容の保管に当たっては、個人を特定できないようにして取り扱い、安全管理の徹底をはかった。

## VI. 結果

### 1. 事例紹介

#### (1) 夫(A氏)は91歳、認知症高齢者自立度はⅢb。日常生活動作(ADL)は、移動は杖歩行、食事と整容と排泄は自立、入浴は一部介助であった。A氏は、調理師として働いていたが、54歳で退職し、その後妻とともに養鶏、養蜂、農業等を営んでいた。日常生活状況は、いつも柔和な表情で、2階のダイニングルームでソファに座って過ごすことが多かった。

- (2) 妻(Bさん)は84歳、認知症高齢者自立度はⅢb。日常生活動作(ADL)は、移動は歩行器使用、食事と整容と排泄は自立、入浴は一部介助であった。「肩が痛い」「膝が痛い」など不定愁訴が多く、日常生活状況は、痛みのせいもあり居室で横になることが多かった。ダイルームのテーブルに座って過ごすこともあったが、話し相手はいなかった。表情は、常に眉間にしわをよせ、不機嫌そうな表情をしていた。そして、「夫がちょっと会いに来てくれない」「夫が浮気している」と職員に訴えた。「ご主人のところへ行きますでしょうか?」と職員が声かけするも「行かない。向こうが会いに来るものや」との返答だった。時々2階へ会いに出向いたり、夫にも1階に来てもらい夫婦と一緒に過ごす時間を設けたが、いつも喧嘩になり、妻は夫が使っている杖で夫をたたくこともあった。この施設の構造は、妻のいる1階に浴室があるため、入浴日には、夫は女性職員の手引き歩行で、浴室に向かうのが日課だった。それを見て、妻は、「若い女と浮気をしている」と言って怒り出すことが度々あった。家族も、夫婦と一緒に居るといつも喧嘩になるので、別々にしておいて欲しいと希望していた。
- (3) 夫婦の間に子どもは3人生まれたが、男児は腸閉塞で乳児期に死亡した。娘が2人あり、下の娘について、妻は「目が大きく、まつげが長かった」とよく話してくれた。娘がキーパーソンで、瀬回面会に来ていた。
- (4) 妻は、若い頃、和裁や華道を習っていた。現在も、月に1回アクティビティケアとして、華道をしている。

## 2. 取り組みの経過

### (1) 介入回数と頻度

実際に赤ちゃん人形療法が実施できたのは23回であった。介入頻度は月3回の時もあれば、月1回の時もあり、ばらつきがあった。平均すると、2週間に1回の頻度であり、時間は短くて15分、長くて60分、平均30分程度だった。

### (2) 介入の経過

介入経過は、赤ちゃん人形療法の対象として、誰にスポットを当てたかによって、大きく4つの時期に分けられた。第1段階は、妻のみを対象に赤ちゃん人形療法を試みた1~3回のセッションである。第2段階は、夫婦と一緒に居る場をつくり、夫婦それぞれに赤ちゃん人形療法を試みた4回~6回のセッションである。第3段階は、外出という働きかけと並行して、夫婦を対象に赤ちゃん人形療法を試みた7~12回のセッションである。第4段階は、夫婦同

室での生活が開始し、夫婦を対象に赤ちゃん人形を試みた13回~23回であった。

### (3) 各段階における夫婦の反応

#### ① 第1段階

妻が好んだ赤ちゃん人形はリアル大であった。人形を見て、「かわいい」「目が大きい」「まつ毛が長い」と言って笑顔で赤ちゃん人形を抱いた。「足が冷たいね」と語りかけ、足をさすったり、布団に入れる行動がみられた。青い服を着た赤ちゃん人形をみて、乳児期に腸閉塞で死亡した長男のことを語った。夫については、「夫が会いに来ない」と不満を訴えた。

「この子(赤ちゃん人形)は何という名前ですか」という問いかけに、名前を付けることができなかった。

#### ② 第2段階

妻はリアル大を好み、人形を見て、「かわいい」「目が大きい」「まつ毛が長い」と言って笑顔で赤ちゃん人形を抱いた。夫にリアル小を渡すと「かわいい」といって笑顔であかちゃん人形を抱き、口づけ等をして可愛がったが、長時間抱くことはしなかった。夫が赤ちゃん人形を可愛がる様子を見て、妻は「汚い」ときつい口調で話した。夫婦と一緒にいても、喧嘩することはなく、妻が夫に暴力をふるうこともなかった。

この施設の構造は、妻が生活している1階に浴室があり、入浴日には、夫は女性職員の手引き歩行で浴室に向かった。妻は、その姿を見て「若い女と手をつないで、浮気している」と言ってヒステリックになった。そんな時、妻の話を聴き、赤ちゃん人形を渡すと笑顔になり、「かわいい」と言って抱き、落ち着きを取り戻した。そして、夫について「金はなかったがよく働いた。優しい人だったから、今までやってこられた」と繰り返して話した。

「この子(赤ちゃん人形)は何という名前ですか」という問いかけに、名前を付けることができず、職員が「Mさん」(夫の名前にちなんだ名前)を提案して、それに決まった。その名前を呼んであやした。

#### ③ 第3段階

妻はリアル大を好み、人形を見て、「かわいい」「目が大きい」「まつ毛が長い」「冷たいね」と言って笑顔で赤ちゃん人形を抱いた。夫に対する暴力的行為は、見られなかった。「夫が会いに来ない」という訴えは激減し、月に1回程度となった。

「この子(赤ちゃん人形)は何という名前でしたか」という問いかけには答えられなかった。新

たに「Gちゃん」(娘の名前)をつけ、その名前を呼んでかわいがった。

気分転換目的で、施設外で赤ちゃん人形療法を実施した。人形に対する反応は、「かわいい」「目が大きい」「まつ毛が長い」「冷たいね」と言って笑顔で赤ちゃん人形を抱き、施設内における反応と同じだった。暴力的言動が見られなくなったので、2010年1月末から夫婦同室に踏み切った。

④ 第4段階

夫婦同室になってからは、「夫が来ない」という発言は無くなった。夫が女性職員に手引き歩行されて浴室に向かっている姿を見ても、「夫が浮気している」という言動はなかった。デイルームで2人並んで食事をとり、妻は何かと夫の世話をやいていた。夫婦同室になってから、「お父さんがいてくれるから安心、淋しくない」との発言が

あった。

「この子(赤ちゃん人形)は何という名前ですか」という問いかけには答えられず、新たに夫の名前をつけ、その名前を呼んでかわいがった。

赤ちゃん人形療法と並行して、日常生活の間隔を取り戻すことを目的にスーパーに買い物に行ったり、外食を試みた。外食の際、自分の漬物を夫に渡したり、お茶の心配をするなどの配慮が見られた。買い物では夫のズボンを選び、支払いもした。夫婦同室後、夫婦間でトラブルになることは全くなかった。

赤ちゃん療法開始して1年が過ぎた8月上旬に花火見学に出かけた。その時、夫は妻の背中に手を回し、妻は夫の膝に手いて花火を見ていた。

あかちゃん人形療法の実際を表3に示した。

表3 赤ちゃん人形療法の実際

		赤ちゃん人形療法時の状況							
月	回数	対象	使用した人形と渡し方	表情	人形に対する反応	発言など	夫婦の関係性	時間	その他
第1段階	8月	妻	リアル大の人形を持って訪室。赤ちゃん連れてきました。	笑顔	「かわいい」と目のあたりを触った。「この子男の子やな。うちも男の子産んだけど、腸閉塞で亡くした」「今は娘があんじょうしてくれる。病院に行くとき手を引いてくれる」「こんな子欲しいけれど、世話が大変」等の発言があった。ほっぺや手に触り、かわいいと何回も言った。	生まれた地では、昆布飴を婿養子が配るなどの話。最近おしっこが出ない。腎臓でもわるいのかな。	「5か月も今まで会いに来てくれない」「さみしい。もう離婚や。若いのがいいんやろ」「家に帰りたい」等の発言があった。	40分	
第1段階	8月	妻	居室にリアル大と小の2体の人形を持って訪室。「どっちが可愛いですか」と語りかけた	笑顔	「どっちもかわいい」と言って頭をなでた。リアル大を胸に抱き語りかけた。「かわいい」を繰り返し、あやす、ほっぺに触るなどの言動があった。うちも男の子産んだけど、腸閉塞で亡くしたんや。今は娘が良くしてくれる。	人形を棚にもたれかけ、「苦勞して生きとうない」と語った。母親が変わって淋しかった。義母は恐かったけれど、習い事をさせてくれたことが今ではうれしい等、生育歴を話した。肩と手の痛み訴えた。	「5か月も今まで会いに来てくれない」「さみしい。もう離婚や。若いのがいいんやろ」「家に帰りたい」等の発言があった。	40分	名前をつけることできず

第 2 段 階	9月	4 夫婦	リアル大の人形を持って行き、「連れてきました」と妻に渡した。	笑顔	妻は人形を大事そうに抱いた。夫はそっとほっぺや指にさわり、あやした。夫に人形を渡すと、「かわいい」と言ってほっぺや口にチューをした。		夫は子どもの世話をしてくれたいかと妻に問うた。「1回も世話をしてくれたい」と返さなかった。夫が可愛がる様子を見て、妻は「汚い」といった。	20分	
	10月	5 夫婦	リアル小の人形に赤い着物を着せて持って行き「かわいいでしょう」と声かけをし、夫婦の間に置いた。	笑顔	妻は「かわいいな」「私のことじっと見ている」との言動があった。性を尋ねると「顔が男の子や」と言った。赤い服を着ているが、男の顔やと言った。夫は「かわいい」と言ってほっぺに触った。「なんて言う名前ですか」と聞くも返答なし。職員が「まさお」と言うと、夫は「まさお」といって可愛がった。妻は赤ちゃん人形療法実施中落ち着いていたが、終了後はウロウロした。「小さいな。ばあー」といってあやした。「この子いくつ？」との質問をしてきた	うちのお父さんは京都にいかはった等の生活をした	「M」と呼んで、夫婦で可愛がった。うちのお父さん、大きな声出したこと、怒鳴られたことも、たたかれたこともない。私の方が、ぎゃあぎゃあいうの。	30分	* 職員が人形の名前「M」(夫にちなんだ名前)提案し、決定 * 下剤を飲み、ウロウロしていたが、赤ちゃん人形療法中は落ち着いていた。
	11月	6 妻	職員は、妻の話をよく聞いてから、リアル小の人形を見せた。	人形を見て笑顔	表情が和らいだ。妻は赤ちゃん人形をなで、「かわいい」を連発した。子どもが死亡した話にはならなかった。	入浴日に、女性職員が夫を手引き歩行している姿を見て、妻は若い女と手をつないでいると言ったヒステリックになった	その後「夫に見舞いに来たい」と語った。職員が「お父さんに見舞いに来てくれますよ」と言うと、はにかむ様子が見られた。		
第 3 段 階	12月	7 妻	施設外へ移動。「この子もいますよ」と妻にリアル大の人形を渡した。	笑顔	大事そうに人形を抱き、「長い睫毛して、おめめ大きい」と言ってあやした。「冷たい」と言って人形の足をさすり、ずっと人形を抱いていた。「かわいい」とずっと人形を抱いていた。	「いいとこやな」と話した。	夫に対する不満の発言は見られなかった。		施設外で昼食をした。普段より沢山食べた。
	12月	8 妻	リアル大の人形「連れてきました」と渡した。	笑顔	人形を抱き、顔を眺めながら「大きい目している。長いまつげして、うちの下の娘も長かった」と語った。「かわいい」と人形をゆすりながら抱きた。「名前付けましょうか」と語りかけると「Gちゃん」(下の)娘の名前と応えた。「言い名前ですわ」と言うと、照れ笑いしながら、終始人形の頬をつつきながら、抱いていた。	「娘がよくしてくれる」など娘の話	夫に対する不満の発言は見られなかった。	20分	* 人形の名前「Gちゃん」と妻がつけた
	1月	9 妻	居室にリアル大の人形を持って訪室。「この子の名前覚えてますか」と話しかけた。	笑顔	名前を尋ねると、少し考えて「Gべ・G・Gちゃん」と反応した。「寒いやろう」と言って人形を布団の中に入れて、横になった。「しゃべる相手がいなかったから淋しがかった」「話していると気が紛れる」と語った。	「足が痛い。」と訴えた。「デイルームで話をしたり歌ったりすると気分が変わるよ」と働きかけるも横になっていると楽になると拒否。	夫について「うちの人の、ひとつも見舞いに来てくれへん」と訴えた。職員が夫に伝えておくと、照れ笑いしながら「かまへん」と語った。	25分	夫婦とリアル大の人形が写った部屋の写真に妻の部屋に貼った。妻は居室で横になっていた。名前Gちゃんと認識

第 3 段	階	1月	10	妻	<p>ダイルームのテーブル席で入所者同士話しているところにリアル大の人形を持って行き、「この子の名前覚えていますか」と語りかけた。</p>	<p>名前を尋ねると、少し考えて「Gちゃん」と回答した。「覚えていてくれたんですね」と言うと、「わからん」と言いながら、人形を抱き、「冷たい」と言って人形の足をさすった。職員が人形をテーブルの上に座らせると、「上手に座って」といい、服を直した。他の利用者が人形を抱きあやすも、怒ることなく眺めていた。</p>		<p>夫に対する不満の発言は見られなかった。</p>	20分	
			11	夫婦	<p>リアル大と小と和風の3体の人形を「連れてきた」と言って渡した。</p>	<p>妻は「あー来ていたの」と言ってリアル大の人形を喜んで抱いた。夫がリアル小を抱いているのを見て、「お父さんとここにもいる」と言って微笑んだ。夫はすぐ人形を机の上に置いた。リアル大だけにすると、夫婦で人形を眺めた。</p>	<p>夫「これ大きくなったら、偉いことやで」妻「大きくならへんかったら化け物やで」子どもについて「小さいとき死んだんや、生きていたらおおきくなつたらうね」と話した。</p>			<p>妻が人形を抱き、その横で夫が昼寝</p>
第 4 段	階	2月	12	夫婦	<p>「買い物に行こう」と夫婦をスーパーへ誘い、車の中でリアル大の人形を渡した。次に和風の人形を渡した。</p>	<p>「あー寒かったやろ」といって、足をなでた。和風の人形に対して「この子毛が3本で寒そうや」と言って抱いていた。リアル小の人形に対して「あー来たの。おばあちゃんとここにおいで」と言って抱いた。</p>	<p>買い物の話やお金の支払いの話 出生地の話</p>	<p>店内では、妻は車椅子に乗り、夫が押した。何か飲むかと聞くと「温かいのがいいな-お父さん」と夫に語りかけた。夫は「何でもいい」といい、結局コーヒーにした。昼食時、妻は夫に「お腹すいたね」と語りかけ、2人で仲良く食べていた。食事中、妻はお茶の心配をしたり、「お父さんこれ食べ」と世話をやいた。「金なかったけれどこの人優しいからやってくれた。酒もタバコもしない」と繰り返した。</p>		<p>施設外での食事に誘った。妻は「この支払い大丈夫ですか？」とお金の心配をした。「お父さん楽しかったね」とご機嫌であった。</p>
		3月	13	妻	<p>リアル大の赤ちゃん人形を持ってきた。「久しぶりに持ってきました。こまの子覚えてますか」と言ってリアル大の人形を渡した</p>	<p>「もう忘れた。あかん」と言いながら、少し考えて「Gベ・G」等と言いがなかなか出てこなかった。「Gちゃんです。思い出しましたか」と言うとうなずき、抱きながら「寒いやろ」と言って、布団の中に入れ、しばらく一緒に寝た。</p>		<p>ダイルームで並んで座っている。食事の時は並んですわる。食後は、妻は部屋で休む。夫はダイルームで昼寝したり、椅子に座っている。</p>		<p>妻はベッドに横になっていた。職員が「どうしたの」と問うと「膝が痛い。横になると楽になる」とのことだった。名前Gと認識</p>
		3月	14	妻	<p>「久しぶりですね」と言ってリアル大の人形を渡した。</p>	<p>顔がほころんだ。大事そうに抱きながら、「寒い寒い」と言って人形の足をさすった。「この子覚えてますか」と問うと、少し考えて「Gちゃん」と回答した。「大きい目目をして」といって抱き、あやした。</p>	<p>人形の名前を、けんぼうと呼んでいた。淋しという。</p>	<p>ダイルームで並んで座っている</p>		<p>居室のベッドに座って淋しそうな表情をしていた。</p>

第4段階	4月	15	夫婦	ダイルームのソファに夫婦が並んで座り、話している所にリアル大の人形を持って行き、妻に手渡した。	笑顔	妻は、顔をほころばせ、「お父さん、この子かわいいね」と語った。「寒い寒い」と人形の手や足をさすり、大事そうに抱いた。夫は隣でうとうとしながら、人形の頬に触った。妻は、人形に夫の名前を付け、その名前を呼んだ。「女なの子じゃないんですか」と職員が問うと「男の子」と言い、しばらく抱いていたが、「重い」と言って人形を手放した。		ダイルームで並んで座っている		人形療法後も夫婦2人がソファに座ってくつろいでいた。
		16	夫婦	「久しぶりでず」リアル大を連れて行った。	笑顔	手足が痛いといいながら、人形をあやした。「可愛い」と言って毛布で人形をくるんで寝かせた。「つぶさへんかな」と心配そう。				
		17	夫婦	「連れてきました」とリアル大を渡した。	笑顔	夫婦2人で「ほらほら」とあやした。音が人形の頬に触ると、妻は夫の頬に触り、「ざらざらや」と言った。	男の子産んでよかった。死んだけれど	ダイルームのソファで実施。	30分間 夫の名前でかわがった。	
	5月						夫は「顔色悪いな。具合悪いんか」と声かけしていた。妻が受診した後、「どこへいったんや。わしは寝ているしかできひんのやな」と言っていた。			妻5月7日～10日 体調不良。救急車で受診
		18	夫婦	リアル大を持って具合を窺った	愛想笑い	いつものように、人形を抱かなかった。	「お父さん、男の子がほしかったんやろ」と語った。			「早く良くなってね」と言うも愛想笑いをしていた。
	6月	19	夫婦	夫と共にリアル大を持って声かけをした。	笑顔	リアル大の人形を示し、足をこそぼるってみせると、「こそばゆいよ」といった。	夫が「がんばれよ」と言うと、「お父さんもがんばってね」といって、夫の肩をたたいた。	夫が妻を励ます。	60分	妻体調不良
			夫婦	リアル大の人形を持って訪室した。	笑顔	かわいいと言って人形を抱いた。亡くなった子の名前を教えてくれた。「お父さんかわいそうやったわ、女の子ばかりで」と語り、「女の子が2人いた。今どれくらいかな、高校生くらいかな」と語った。		トイレ誘導すると、お父さんも行ってきいなと気配りをした。夫の姿を探すこともない。昼食は一緒に食べたが、食後は居室に戻り、一人で休む。夫との距離感が持っていた。	35分	35分間。 夫はダイルーム、妻は居室
		21	妻と他の入居者	ダイルームで、妻を含む3人の女性が座っているテーブルで実施。	笑顔	「どうしたの?」と言って人形を抱き、あやした。「名前覚えていますか」と問うと「わからない」という。	お父さんは〇〇、夫をさして、この人は△△、私は××、ややこしいなーと話す。妻は「この子髪の毛ないな」「お父さんもないのよ」と話した。		30分	30分間 ユーモアが聞けた 夫の名前を人形につけた。

第 4 段 階	7 月	22	夫婦	デイルームで夫婦がくつろいでいるところに人形を持って行った。	笑顔	妻が人形を抱き、夫が横からほっぺをさわった。「大きい目をしているな。長いまつげ長かった。娘は2人とも片付いている。今は楽させてもらっている」と語った。	花火を見に行ったときのこと。夫は妻の後ろに手を回し首をもんだりし、妻は夫の膝の上に置いている光景がみられた。	お父さんな声出したことない。私の方がガミガミ言っている。お父さんがいると安心する		
			妻	居室でベッドに横になっている。「足の具合はどうか」と声をかけた。人形用いず。	笑顔なし		具合を尋ねると、まだ少し痛いとのこと。お父さんがいると安心するわ	お父さんがいると安心する。		妻は足の痛みを訴えていた
	8 月	23		デイルームに夫婦2人でいるところに、リアル大人形を持って行った。夫婦の間においた。	笑顔	夫は頬をつついた。妻は人形を引き寄せ「寒くないか」といって手足を温めた。「大きい目しているな」といってじっと見つめていた。夫が人形にさわっても怒ることなく、見守っていた。	花火がきれい	妻は、夫のことを大きな声出したことない、私の方がガミガミ言っていた。部屋にお父さんがいると安心する。昼食時、妻は、おしぼりで箸を拭き、夫に渡す。妻の配膳が先になると、「お父さんののは？」という。「お父さんにお茶入れてあげて」と世話をやく。「お父さんのそばに行きますか」と職員が話しかけると「私もたまには女友達と話したいこともあるの」との返答があった。	30分	花火見物した。夫は妻の背に手を回し、妻は夫の膝に手を置いていた。

## Ⅶ. 考 察

1年間にわたり赤ちゃん人形療法を実施してきた。妻の攻撃性は、介入後1か月頃から軽減し、夫に対する不満や嫉妬心は介入後4か月から徐々に軽減し、その後はなくなった。それだけでなく、夫を思いやる言動が見られるようになった。そして、介入後6カ月が経過した平成22年1月末から夫婦が同室で生活できるようになった。この変化に赤ちゃん人形療法が果たした役割について考察した。

### 1. 妻の攻撃的な言動の背景

妻の攻撃的な言動は「夫がいてくれると安心」という発言より、不安や寂しさが起因していると考えられた。その根拠として、第1に、妻が語る生活史は、「お父さん」という言葉が実の父親であったり、夫であったり混沌としており、夫婦で作り上げてきた生活史が正しく想起できないこと、第2に、妻は女性職員に手をひかれていた夫を見て浮気と思うなど、正しく認識する能力が低下していることが挙げられる。室伏が言うように、生きる拠り所になる生活史を失い、不安な世界にいたと推測

できる。人は受け入れがたいストレスに出会ったとき、不安、抑うつ、怒り、孤独感、ストレス反応を呈するといわれている<sup>11)</sup>。妻の攻撃的言動は、物忘れや判断力・認知力の障害などの中核症状を背景にしたストレス反応で、膝や肩の痛みがそれに影響していたと考えられる。妻の心理の根底にあるものは、「夫と一緒に居たい」「夫の気持ちを引き付けたい」等の愛されたいという欲求であったと推測できる。しかし、妻には自分のイライラ感や不安な気持ちの原因が分からず、また適切に対処行動がとれないので、不安感や焦燥感が増し、それが夫に対する暴力的言動となって表現されたものと思われる。その行為が夫と一緒に居ることを不可能にし、一緒に居られないからますます焦燥感が増すという悪循環になっていた。

認知症の中核症状は記憶の障害、認知機能の障害などの知的機能障害である。そのため、過去の記憶が想起しにくく、新しい出来事の記憶が困難となり、事態を予期することは不可能に近い。従って、認知症高齢者の世界は「今、その時」がすべてであり、情動も「今、その時」



の快・不快に左右されやすくなる。室伏は、「痴呆性高齢者がそれまでの生き方の拠り所としていた知的能力や生活史を失い（健忘）、人間関係も失うことによって、生きる不安（存在不安）が起きることが、本質的な問題である」と述べている<sup>4)</sup>。すなわち、自分はどうなってしまったのか、これからどうなっていくのだろうか、このまま存在していいのだろうかという不安である。あるいは、周りで起きていることが理解できず、自分が取り残されたという思いに襲われ、このままでもいいのかという不安である。

このような不安が背景にあり、焦燥感やイライラ等のBPSDが出現したと推測できる。不安感に視点をおき、できるだけ安心感が大きくなるようにケアすることが認知症ケアの本質である。

## 2. 赤ちゃん人形療法の効果

赤ちゃん人形を抱いて過ごしてもらうだけでは療法と言えない。対象の心理を把握したうえで、それに見合ったかかわりをして、初めて療法といえる。

赤ちゃん人形に対する妻の態度は一貫して、「かわいい」「娘も目が大きかった」と言って笑顔で人形を抱き、「寒い寒い」と言って赤ちゃん人形の手足をさする言動が見られた。この言動は、対象をいとおしく思いやり、愛情に裏打ちされた行為である。妻の赤ちゃん人形をかわいがると言動は、妻自身が主体的かつ能動的に、他者（赤ちゃん人形）に愛情を注ぐ行為である。かわいがるとを継続したことにより、愛着感が満たされていったと推測できる。また、赤ちゃん人形の寒さを和らげる行為は、いとおしく思うからできる行為であり、弱者と認識して、世話をやく行為である。自分にできることを他者（赤ちゃん人形）に施すことで、役割意識を自覚し、そこから自分らしさを取り戻していったと推察できる。認知症高齢者の心理的ニーズについて、Kitwood T. は「慰め（安定性）」「愛着（絆）」「帰属意識（仲間入りのニーズ）」「没頭性（役割意識）」「自分らしさ（物語性）」の5つがあり、いずれかが安定すると波及効果があると述べている<sup>15)</sup>。妻にとって赤ちゃん人形は、愛情を注ぐ対象であり、役割意識を取り戻す対象であったと考えられる。日常生活の中でこの心理的ニーズが満たされることが、安寧な生活をする上で重要である。

赤ちゃん人形に名前を付けることは、人形全般ではなく、固有の意味を付加した特別なものである。第1段階では赤ちゃん人形に名前を付けることができなかったが、第2段階では職員の提案で、夫の名前にちなんだ名前がついた。第3段階では、妻が「G」と娘の名前をつけ、第4段階では夫の名前に変わった。名前を付け、名前を呼んでかわいがるとは、人形一般に愛情を注ぐのではなく、特定の対象に愛情を注ぐことに他ならない。妻に

とって、人形の意味は自分が愛情を注ぐ対象であったと考えられる。娘や夫の名前をつけたことから考えると、娘や夫に愛の拠り所を求めていると思われる。

Winnicottは、母親がそばにいない時に子どもを慰め落ち着かせる母親の代理になるものとして移行対象（transitional object）という概念を示している。移行対象は、母親との分離の痛みに対する緩衝材としての働きをしたり、さらに大切なものを失った後に、新たな世界を獲得する「橋渡し」になるとも述べている<sup>16)</sup>。一人であることの不安や満たされない愛情欲求を、自分がしてほしいことを移行対象である人形にすることで、その思いを満たす。また、移行対象は、人が成人してからも、さまざまな現実との葛藤に際して、現実との橋渡しとして現れると述べている<sup>17)</sup>。

すなわち、妻にとっての赤ちゃん人形は、夫から愛してもらいたい気持ちを人形に託し、自分が人形を愛することでその気持ちをみたとする移行対象であったといえる。妻にとっての赤ちゃん人形の意味は、第1段階では可愛いという気持ちを注ぐ対象の総体としての意味、第2段階では夫と赤ちゃん人形が重なり始め、第3段階では赤ちゃん人形と娘を重ね、よくしてくれるという感謝と子どもを育てた役割を感じ、第4段階では夫婦として関係性を確実していったことにあると考える。

当事者が持つ欲求や不満は様々であるが、当事者が赤ちゃん人形にその気持ちを移行し、気持ちを出出することで、当事者が癒される。その媒介に赤ちゃん人形が役割を果たしていると考えられる。

気持ちを移行する対象は、他にもいろいろあるが、赤ちゃん人形の特徴は、ヒトの形をしており、可愛く、小さく、丸く、柔らかいなどである。人の形をしているので、魂のある物として認識されやすい。また、人は、小さく、丸く、柔らかいものを可愛く感じるといわれている。視覚や聴覚からの情報が、大脳辺縁系にある記憶を蓄積する扁桃体の引き出しから記憶を引き出すことによって感情が生まれる。記憶はその時の感情と共によみがえることもあれば、感情だけがよみがえることもある。扁桃体は視覚や聴覚から入ってきた情報を過去の記憶と照らし合わせて嫌なことなのか、楽しいことなのか振り分けている。この機能によって、私たちは感情を表現するだけでなく、価値判断や多様な思考を展開することができる<sup>20)~22)</sup>。

この事例の場合、赤ちゃん人形を男と認識した情報は、腸閉塞で死亡という悲しい記憶につながり、「睫毛が長い」や「目が大きい」なその視覚情報は、良くしてくれるという娘の記憶につながったといえる。不快の感情はACTHやノルアドレナリンやコルチゾールなどの神経伝達物質が分泌される嫌悪系神経回路のスイッチがオンになり、感謝の気持ちや快の感情は、ドーパミンやセ

ロトニンなどの神経伝達物質が分泌される報酬系神経回路のスイッチがオンになる。報酬系神経回路からの神経伝達物質が分泌されると、最適な状態になるように調整機能が働く(21)。妻が笑顔になったことは、報酬系神経回路のスイッチが入り、快の感情が優位になり、その結果、暴力や暴言の軽減につながったと思われる。子育ての体験は忘れにくい記憶である。従って、ヒト型の人形は、かわいさとの相乗効果で、子育ての記憶とむすびつきやすいといえる。

### 3. セッションの妥当性

今回のかかわりの基本は、月に2回程度の頻度で、1回のセッションは30分程度、妻が好んだ赤ちゃん人形を用いてコミュニケーションを図ったことである。

3体の赤ちゃん人形の中で、妻が好んだのはリアル大であった。この人形に対する発言は、「じっと私を見ている」「大きな目をしている。娘の目も大きかった」「長いまつげをしている。娘もまつ毛が長かった」などであり、笑顔で語っている。妻は、リアル大の赤ちゃん人形の特徴から娘をイメージし、娘がよくしてくれていることへの感謝の気持ちにつながっている。それは、妻の「娘がよくしてくれる」「楽ししてもらっている」という発言から推測できる。リアル大の人形に青い服を着せた時は、男の子のイメージになり、乳児期に腸閉塞で亡くなった息子の思い出につながり、暗い話になった。服の色を変えてみたが、しばらくは顔を見て男の子として認識していた。しかし、時間経過の中で、赤ちゃん人形のかわいさ、目の大きさ、まつ毛の長さに関心が集中し、娘のイメージへとつながり、「よくしてくれる」という言葉に代表されるように感謝の気持ち、すなわち快の感情に変化している。快の感情は、海馬につながるA10神経を刺激し、神経伝達物質であるドーパミンを分泌する<sup>14)</sup>。快の感情が優位になることは、即ち穏やかになることであり、これが攻撃的言動の軽減・消失につながったと考える。

人は同じものを見ても、見方や感じ方は異なる。それには単に感性だけの問題ではなく、生活史と深く結び付いている。人の生活史は十人十色であるから、自分の生活史にフィットした赤ちゃん人形を当事者を選択してもらうことが赤ちゃん人形療法を行う上のポイントと考える。今回は、今までの研究成果<sup>9)</sup>をふまえて3体の赤ちゃん人形を準備し、自分の好む人形を選択してもらった。妻がリアル大の赤ちゃん人形を好んだのは、目の大きさやまつ毛の長さが娘のイメージにつながったためではないかと推測する。認知症高齢者は記憶の想起が困難であるが、何体かの人形を比べることで、自分の求めるものが分かってくると思われる。

また、選択することは、自主性を育むうえでも重要で

ある。しかし、沢山の中から選択することは迷いを誘い、混乱させることにもなる。数体の中から、自分に合ったものを選択できるようにすることが支援の重要なポイントである。

セッションの時間は、長くて1時間、短くて15分程度であった。人間の集中力は15分と言われている。加齢とともに、集中力や下肢筋力や腕力が低下する<sup>15-17)</sup>。したがって、赤ちゃん人形を長く抱き続けることは困難である。実際に15回目のセッションでは「重い」と言って、赤ちゃん人形を置く場面もあった。疲労すると快の感情は生まれにくい。1回のセッション時間はおおむね30分程度が妥当と思われるが、設定時間の有効性については十分検討するには至っていない。効果的な時間設定については今後の課題である。

赤ちゃん人形療法を行うことで、職員と対象者がかかわる時間が日常より長くなり、視線も対象者に向く。自分に注意・関心が向けられることは、快の感情をもたらすし、安心感につながる。赤ちゃん人形療法の効果と職員からの自分に注がれる時間の長さが相乗作用をなし、安心感につながり、攻撃的言動が軽減したとも考えられる。

### 4. 他の働きかけとの併用

#### (1) 夫婦と人形の3者が映った写真の活用

夫婦は他人であり、血のつながりはないが、親と子どもは血縁で結ばれている。女性にとって、子どもを産み、育てた思い出は簡単に喪失するものではない。夫との縁は切れても、子どもと縁を切ることはできない。妻は、リアル大の人形を娘のイメージにつなげていた。また、夫婦の関係において、最初、妻は「お父さん」という言葉を多く発したが、実父のことを指していたり、夫のことを指していたり混沌としていた。夫婦と人形の3者が映った写真を置いたことは、夫婦の間に子どもがいることの象徴になったと考える。リアル大の赤ちゃん人形が子育てのイメージにつながり、そこから、子育ての頃に夫が介在したことを想起し、その意識が強化されていったと考える。夫婦であることが確認できると、夫婦の絆へとつながる。この夫婦は、本来仲が良かったので、愛し、愛されたい感情につながっていったと思われる。その後も「お父さん」という言葉を発するが、意味するところは明確に夫であった。イメージ化する上で写真や映像などの媒体は具体的イメージにつながりやすいという研究結果も報告されている<sup>18-19)</sup>。

写真を提示した時期は、介入後5カ月ごろである。この時期は、妻は夫の存在をはっきり認識しだした頃である。混沌としている時期に、写真や映像を提示しても効果は期待できない。写真を眺め、夫婦で話すことが、夫婦である意識を高める。夫との生活を認識し始めていた時期に用いたことが、夫婦の絆の強化につながったと思

われる。

## (2) 買い物体験

夫婦同室になる前に2回、同室後に1回、買い物などの取り組みを実施した。外出には赤ちゃん人形を持って行き、それを媒体にコミュニケーションを図った。妻からは「あんたも来ていたのか」との発言が見られている。夫婦は、買い物や外食を大変喜び、楽しんでいる姿があった。楽しみの中に、子育てのイメージが付加され、より夫婦の絆を確かめたと考える。暴言や暴力は全くなく、夫を思いやる妻の姿があった。

外出等のアクティビティケアは、気分転換に効果的であり、夫婦の関係性に作用している。今回の取り組みを時系列に見ると、赤ちゃん人形療法により攻撃性が減少してから、外出等のアクティビティケアを実施した。マズローのニーズの階層論で考えると、愛情や所属のニーズが満たされたので、より高次のニーズの充足に向かっていったと考えられる。このケースにとって、今後はより高次のニーズである「自己尊重」や「自己実現」を充足するケアが必要と思われる。赤ちゃん人形療法の効果と限界については、今後の課題である。

## VIII. 研究の限界

妻の攻撃性が原因で、夫婦が別々に生活していたが、赤ちゃん人形療法を実施することにより夫婦同室での生活が可能になった。しかし、赤ちゃん人形療法と平行して、外出等のアクティビティケアを平行して行っており、赤ちゃん人形療法のみが夫婦の変化に影響を及ぼしたとは言い切れない。今後は、事例数を増やすこと、観察項目を徹底すること、ストレス度などの客観的データを収集して、信頼性と妥当性の確保に努めていきたい。

## IX. 結 論

認知症高齢者の攻撃性に対する赤ちゃん人形療法の効果を検証する目的で実践的研究を行った。本研究の対象は、妻の攻撃的言動が原因で、夫婦同室ができなかったが、赤ちゃん人形療法開始後から攻撃的言動が減少し、介入6ヶ月後から夫婦同室が可能になった。その変化と赤ちゃん人形との関連において、以下のような示唆を得た。

1. 認知症高齢者が、赤ちゃん人形に自分の気持ちを投影し、そのことで安心感を得ることができる。赤ちゃん人形は認知症高齢者の心理の移行対象となっていた。
2. 赤ちゃん人形を抱きつばなしでは療法とは言えない。対象者に好きな人形を選択してもらい、対象に合わせた時間設定などをしていくことが重要である。今回の世に写真を利用や買い物に行くなど、対象者の状況に

合わせた方法を並行して行くと相乗効果が得られることが示唆された。

3. 赤ちゃんの特徴である、可愛さ、小さい、柔らかさは笑顔を誘い、快の感情につながるということが示唆された。

## 謝 辞

本研究に快く参加していただきましたご夫妻およびご家族、ならびに共同研究に取り組んでいただきました施設の職員の皆様、論文作成に当たりご指導いただいた諸先生方に深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 厚生統計協会、国民衛生の動向、2010/2011
- 2) 介護白書(平成18年版),社団法人全国老人保健施設協会,ぎょうせい,2007
- 3) 「老人保健福祉計画策定にあたっての痴呆老人の把握方法等について」平成4年2月老計第29、老健4号
- 4) 室伏君子、メンタルケアの実践的原則、老年期地方診断マニュアル、日本医師会、1995
- 5) 芹沢隆子:心を活かすドールセラピー,赤ちゃんの人形療法,出版文化社,2003
- 6) 山里尚子、田場真由美 栗栖瑛子:施設利用の認知症高齢者のロボット型人形に対する反応の分析 ロボット型人形の提示前後の比較、日本看護学会論文集 老年看護38号 p208 210 2008.2
- 7) 田村俊世、中島一樹、南部雅幸、中村加銘子、米満里美、伊藤朗子、東祐二、藤元登四郎、宇野広:重度痴呆性高齢者看護支援のための人形療法,日本バーチャルリアリティ学会論文誌,Vol.6 No.3 2001
- 8) 親松恵子、畑野相子、山根寛:認知症高齢者が人形を抱くことの意味,精神認知とOT,Vol.2 No.4 2005 p341
- 9) 畑野相子:認知症高齢者にとっての人形の意味と適合素材に関する研究、滋賀県社会福祉研究第12号 滋賀県社会福祉研究会 2010, 2
- 10) 岡本拓三 並河正晃 藤本直樹 森山美知子:高齢者医療福祉の新しい方法論、医学書院、1998. 10
- 11) 加藤 司:対人ストレスコーピングハンドブック、p55-p64、ナカニシヤ出版、2008.11
- 12) Tom Kitwoot,高橋誠一訳:認知症のパーソンセンタードケア,筒井書房,2006
- 13) Winnicott DW,橋本雅雄訳:遊ぶことの現実,p1-35,岩崎学術出版社,1979
- 14) 大村政男、井出雅弘監修、小林幹児編:回想療法の理論と実際,p26,アテネ書房,2006

- 15) 吉川敏一：アンチエイジング医学、その理論と実践、診断と治療社、2006. 6
- 16) 日本抗加齢医学会専門医・指導士認定委員会、アンチエイジング医学の基礎と臨床、2007. 2
- 17) 安藤進 鈴木隆雄 高橋龍太郎（財）東京都老人総合研究所:老化のことを正しく知る本、中経出版、2000. 8
- 18) 宮坂忠夫 川田智恵子 吉田亨：健康教育論p129-130 2006.1
- 19) ダレ・トヤ、渡邊岸子：個人回想法の実施方法及び評価方法に関する検討、新潟大学医学部保健学科紀要9巻2号、141-146 2009
- 20) 米山公啓：脳の地図帳、青春出版社、2009, 7
- 21) 林啓子、林隆志：笑み筋体操、法研、2008. 9
- 22) 橋本嘉男：笑いと健康、笑いと健康の感動療法（Thanks Therapy）、TT研究会出版部、2008.2

## (Summary)

# The effect of the baby doll treatment over a elderly dementia person's aggressiveness

Aiko Hatano<sup>1)</sup>, Takako Kitamura<sup>1)</sup>, Chizu yasuda<sup>1)</sup>,  
Yuuko Shimada<sup>2)</sup>, Yasuhide Mifune<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> Old man welfare institution Shinseien

<sup>3)</sup> Maho-maho dole therapy meeting for the Study

**Background** Elderly dementia persons are increasing in number with aging. The correspondence to psychology and action condition is difficult at a cognitively impaired elderly person's care. Various nonpharmacological therapies as a care of the heart are tried. Although a doll treatment is also positioned as part of that, research is seldom progressing.

### Objective

**Purpose** The viewpoint was hit to the aggressiveness of psychology and action condition, and practical research was done for the purpose of verifying the effect of a baby doll treatment.

**Methods** Elderly-people husband and wife with 1 set of dementia which has entered nursing-care welfare facilities for the aged. The baby doll treatment was performed for one year mainly for the wife who has aggressiveness.

**Results** The wife's aggressiveness disappeared around from after-intervention one month, it reduced gradually from after-intervention four months, and the dissatisfaction to a husband and the jealousy heart were lost after that. It does

not come out so much and the speech and conduct which sympathize with a husband came to be seen. And husband and wife can live now on the same room from the end of January, Heisei 22 after-intervention six months passed.

**Conclusion** Offensive speech and conduct decreased by the baby doll treatment. The following things were suggested as the factor.

1. A elderly dementia person can project his feeling on a baby doll, and can get sense of security by that. The baby doll has been the shift target of a elderly dementia person's psychology.
2. A synergistic effect will be obtained if the method united with the candidate's situation is taken in to a baby doll treatment.
3. This which invites a smiling face makes feeling of predominance, and the loveliness which is a baby's feature, and small softness lead to the stability of a feeling.

**Key Words** Baby doll treatment Aggressiveness Elderly dementia person Non-medical therapy Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

## 論 文

# 造血器腫瘍に対する化学療法目的で長期入院した患者の 社会復帰に至るまでのプロセス —日常生活上の問題に焦点をあてて—



後藤 真美子<sup>1)2)</sup>、澤村 侑香里<sup>1)</sup>、上村 和恵<sup>1)</sup>、奥津 文子<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>彦根市立病院

<sup>2)</sup>滋賀県立大学人間看護学研究科人間看護学専攻修士課程

<sup>3)</sup>滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 造血器腫瘍に対する治療は、抗腫瘍薬や造血幹細胞移植の開発により著しく進歩している。しかしその発展の陰に、様々な弊害が出現していることも見逃せない。治療に伴う合併症や治療自体が患者の日常生活に及ぼす弊害に対し、リハビリテーションプログラムの検討・導入が始められている。しかし、造血器悪性腫瘍の治療目的で長期入院をした患者が退院後どのように社会復帰へ向かうのか、その過程における日常生活上の問題を明らかにした研究はなされていない。

**目的** 造血器腫瘍に対する化学療法や末梢幹細胞移植のために長期入院した患者の社会復帰プロセスを把握し、日常生活上の問題を明らかにする。

**方法** 平成20年4月までに造血器腫瘍により多剤併用化学療法、末梢幹細胞移植を受けクリーン病床を経験後、外来通院中である患者5名 に対しインタビューを行い、その内容を質的に分析した。

**結果** 全406のコードが抽出され、さらに60のサブカテゴリーに分類された。各サブカテゴリー間の関係性を踏まえ、それらを包括する7つのカテゴリーが抽出された。カテゴリー名は、「家族友人との良好な関係」、「社会復帰への誘因」、「外来治療への移行に対する不安」、「医療者との信頼関係からの影響」、「筋力体力の低下」、「有害事象、ボディイメージの実際」、「心の持ち方」であった。

**結論** 社会復帰には時期があり、病気・移植などの治療が「負」としてではなく「懐かしい経験」として前向きに捉えられるようになったとき、すなわち受容が行われた時期に一致する。また、自分自身の頭髮の回復等、ボディイメージの回復が心の回復を促し活動範囲の拡大に影響を及ぼしているといえる。造血器腫瘍の治療が長期に及ぶのと同様に、回復にも長期間の時間が必要である。造血器腫瘍の治療のための長期入院は患者それぞれの生活全般に多くの変化をもたらす。移植治療による長期入院を乗り越え、社会復帰するには個々の環境と時間に合わせて、きめ細やかな支援をしなければならないことが示唆された。

## I. 緒 言

アルキル化剤が白血病の治療薬となってから、抗ガン剤の開発進歩はめざましいものがある。分子標的治療薬が開発され、チロシンキナーゼ阻害剤や抗CD20モノクローナル抗体により、さらに治療効果が向上した。造血器腫瘍に対する抗がん剤治療は、通常はより効果を得るために多剤併用で行われる。作用機序が異なるので交差耐性を生じにくく、さらに副作用の重複がないようにプ

ロトコルが設計されているため、患者の身体的苦痛は軽減されている。顆粒球コロニー刺激因子を投与する支持療法を用いて化学療法の間隔を短縮し、治療効果を高める試みもされている。このような背景から入院期間は短縮されてきているものの、汎血球減少症が重篤になるケースも多く、また患者・家族の不安や通院手段などの問題もあり、未だ長期入院も多い。

造血幹細胞移植を受けた長期入院患者に対して、退院後に遭遇する機能障害を最小にするためのリハビリテーションプログラムの検討・開発は、少しずつ進められている。

しかし、それらの患者がどのようにして退院後様々な日常生活上の問題を乗り越え、社会復帰への道を行くのか、そのプロセスを検討した研究は見当たらない。

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：後藤真美子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：zi40mgotou@nurse.usp.ac.jp

そこで、造血器腫瘍に対する多剤併用化学療法や末梢幹細胞移植のために長期入院をした患者をとりあげ、その社会復帰に至るプロセスを把握し、日常生活上の問題を明らかにすることを目的に研究を行った。

## II. 研究方法

### 1) 研究対象

2008年4月までに造血器腫瘍により多剤併用化学療法または末梢幹細胞移植を受け、クリーン病床での入院を経験し、A病院に外来通院している患者のうち、研究の意義を説明した後、インタビューに協力が得られた5名を対象とした。

### 2) 研究期間

A病院倫理審査委員会承認後の2008年9月から12月までの4ヶ月間。

### 3) データ収集

実施日程は研究対象患者が外来受診した後の一時間を予定した。事前にインタビューについて説明し時間調整を行った。実施場所は外来で、利用可能な個室を準備し患者への負担を最小にするように努力した。

入院中の外泊時の過ごし方や退院後の生活をインタビューガイドにそって半構成的面接法で行った。インタビューは本人の同意を得てICレコーダーに録音した。

### 4) 分析方法

分析方法は録音した内容をもとに逐語録を作成した。対象者の回復過程に焦点を当てるため、分析には、現象をもとにそのプロセスを分析し概念の枠組みを見出す方法であるグランデット・セオリー・アプローチ<sup>1)12)</sup>を用いた。ICレコーダーに録音したインタビューデータを読み込み、意味が読み取れる文章または段落で区切り、意味のある文脈にラベル名をつけた。次に意味の類似するラベルを集め小カテゴリーを作り、さらに共通する小カテゴリーに名前をつけ、それらを包括する概念を抽出した。

分析結果に信頼性・妥当性を確保するために、分析を進めながら、A病院で看護経験があり現象への理解の深い研究者間で何度もインタビューデータを見直し、内容の取り違いやニュアンスのずれはないか確認した。カテゴリ名やその内容の妥当性、分析の方向性、分析結果の提示方法などについて、質的研究の経験がある研究者と討議し、信頼性を高めた。

### 5) 倫理的配慮

対象となる患者に対して、口頭と書面にて、研究主旨

と共に「研究への協力の可否は自由であり協力しないことで不利益をこうむることは一切ないこと」等を伝えた。また、プライバシーの保護を確約し、得られた情報は研究以外には使用せず、発表する際は個人が特定できないよう処理することを伝えた。その上で同意が得られた者から署名を得て研究を行った。また、本研究を実施するに当たり、A病院倫理審査委員会の承認を得た。

## III. 研究結果

### 1) 患者の属性

年齢は40才代後半から50才代の男性2名と女性3名である。3名はびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の患者で、いずれもR-CHOP、CHASER-G後自家移植を受けている。1名は胃MAL Tリンパ腫のために胃切除術を受け、血液内科へ転科後R-CHOPを受け退院した。最後の1名は多発結節のために入院し生検により非ホジキンリンパ腫と診断された。リンパ腫切除後血液内科でR-CHOP療法を受け、その後放射線治療を受けた後に退院した。(表1)

表1 患者属性及びインタビュー概要

性別	年齢	病名	治療法	インタビュー概要
① 男	50代	DLBCL (びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫)	R-CHOP→CHASER-G RFSH RLEED→RFSH RFSH後40日で退院。	入院中から退院後までの生活について振り返り調査を行った。退院後の生活様式が変化していない。現在は週3回通院している。
② 男	50代	DLBCL	R-CHOP→RFSH→CHASER-G→RFSH R-CHOP→RFSH→RLEED→RFSH	入院中から退院後の生活について振り返り調査を行った。入院中は退院後の生活様式とほぼ同じであった。退院後は生活様式が変化していない。退院後は週3回通院している。
③ 女	50代	DLBCL	R-CHOP→RFSH→CHASER-G→RFSH R-CHOP→RFSH→RLEED→RFSH RFSH後10日退院	「退院」という言葉に引っかかって調査が難しい(自分が退院してから退院したか確認して退院したか)等の質問が複数ある。退院後は生活様式が変化していない。退院後は週3回通院している。
④ 女	40代	ML	多発結節にて外科的切除後血液内科転科。3回R-CHOP療法後退院	入院中は生活様式がほとんど変わらない(入院中から退院後の生活様式とほぼ同じであった)。退院後は生活様式が変化していない。退院後は週3回通院している。
⑤ 女	40代	ML	胃MAL Tリンパ腫にて胃切除術を外科で受けてから血液内科転科。3回R-CHOP療法後退院後放射線治療を受け退院	入院中は生活様式がほとんど変わらない(入院中から退院後の生活様式とほぼ同じであった)。退院後は生活様式が変化していない。退院後は週3回通院している。

### 2) 結果

造血器腫瘍に対する化学療法目的で長期入院した患者の、社会復帰に至るまでの日常生活上の問題点を抽出してカテゴリー化を行った。その結果、[家族友人との良好な関係]、[社会復帰への要因]、[外来治療への移行に対する不安]、[医療者との信頼関係からの影響][筋力低下・体力の低下]、[有害事象、ボディイメージの実際]、[心の持ち方]の7つのカテゴリーが抽出された。(表2)

以下に各カテゴリーの内容の中で特徴的な部分を、

[ ]はコアカテゴリー、「」はサブカテゴリー、<>はラベルで詳述する。

表2 造血管腫瘍に対する化学療法目的で長期入院した患者の社会復帰に至るまでの因子

カテゴリー	サブカテゴリー
家族友人との良好な関係	友人の存在 家族の協力 家族への負い目 家事からの解放 老人介護からの解放 家族とのコミュニケーション(増減) 親戚とのつきあい 配偶者の配慮・励まし 親としての役割意識
社会復帰への欲因	社会復帰への自発的な欲因 社会復帰への時期・季節 職場復帰(できた人、できなかった人) 経済的な問題(保険も含めて)
外来治療への移行に対する不安	外来治療のメリット 外来治療のデメリット 癌分子生物学情報化への不安
医師との信頼関係からの影響	信頼効果 移籍を乗りこえるために 治療への不安 移籍への思い 寛容への不安 主治医の介入 再発への不安 医師への依存 治療効果 医師者の言動からの影響
筋力・体力の低下	筋力低下の実際 外出時の活動量要因 外出時による疲労感(筋肉痛) 外泊時の運動量と入院中の運動量の比較 筋力低下の自覚 体力低下の自覚 入院中のリハビリの継続
有害事象、ボテイメージの実際	有害事象の実際 ボテイメージウィッグの使用状況 住者の視線(近所の人からの視線) 音響抑制との実際 消化器症状の実際と典型
心の持ち方	幸運を数える 運動の自立 健康を考える プラス思考 退院への不安 入院環境依存 感謝の気持ち 趣味の重要性 外泊のメリット(気分転換) 外泊への思い(外泊と日替) 恐怖 悲憤性 季節の移り変わり

(1) 「家族友人との良好な関係」

サブカテゴリーとして①「友人の存在」、②「家族の協力」、③「家族への負い目」、「家事からの解放」、⑤「老人介護」、⑥「家族とのコミュニケーション」、⑦「自己犠牲」、⑧「役割葛藤」、⑨「親戚とのつきあい」、⑩「配偶者の配慮・励まし」となった。

①「友人の存在」のサブカテゴリーに含まれる事例には以下のようなものがある。

退院後<老犬との散歩>を一日の区切りにして生活の立て直しを図っていたが、その老犬の死によって再度精神的な「悲しみ」により行動範囲も狭まってしまった。そこから再度立て直しのきっかけとなったのは、老犬との散歩の習慣を散歩という共通の趣味で<友人作り>をすることに生かし、<友人との夜間の散歩の目録>を実現することができ、それにより、日常生活に活気を取り戻し、生活行動範囲の広がりを持つことができていったと語った女性がい

た。入院中にメールでの<友人の励まし>が心の支えであったという話もあった。外泊時の友人が講演会に連れ出してくれたというエピソードもあり、入院中家族だけではなく同年代の女性の友人による励ましが精神的な支えとなっていた。造血管腫瘍の場合、汎血球減少の時期には外出や外泊は制限される。また、夜間不眠により不安も強くなるが、夜間、電話も利用できないときに、携帯メールやPCメールがコミュニケーションのツールとして使用しやすいものであったようだ。長期療養となると、毎回付き添ったり送迎したりでは家族に疲労がつるのが、家族では気がつかないところに友人が時々連れ出してくれたことは、家族にも本人にも気分転換となり、長い入院生活や退院後の生活の支援になった。

② ⑥「家族の協力」「家族とのコミュニケーション」では、<家族の励まし><外泊時の娘との時間><外泊時の家族との団らん><家族の共同作業による夕食作りを通じたコミュニケーション><家族からの声かけ><家族への感謝><子どもの協力><子どもとのコミュニケーション>などのラベルが見られた。家族との時間が外泊時や退院後に取れて家族関係が強くなったことが窺える。入院前には忙しくて家族との時間も何気なく過ぎていたが、入退院で家族との時間をもてたことで家族からの無形の支えがあることに本人が気づいている。家族との共同作業としての家事を自覚し、<家事の楽しさ>を語る例もあった。病気、入院、退院を通じて、家族との時間を取ることで家族の団結を実感し、家事という作業が苦から「楽」へと視点が転換したと考えられる。

③ ⑤⑦⑧「家族への負い目」「家事からの解放」「老人介護」「自己犠牲」「役割葛藤」は、<母として父としての役割>を遂行できない苦しみや、<家族への依存>を苦にする言葉も聞かれた。反対に「家事からの解放」では、入院生活を家庭の束縛からの解放<自由な時間>と感じているケースもあった。しかし、家庭の束縛からの解放と捉えつつも、役割遂行できない現状へのいら立ちが「家族への負い目」として本人の心を苦しめていたようである。その一方で、退院後<夫の父への生活介護><夫の父の通院補助行為>などが<自立運転へのきっかけ>となり、生活行動の回復につながった。否が応でもそうならざるを得なかった経緯がある。また、それによる<退院後の時間のなさ><退院後の疲労感><退院後のいらだち>といった不満も出現することとなる。<運転は自立へのきっかけ><運転の自立が生活の自立>というラベルもあった。夫の父(老人)を介護することで生じる病後の疲労感や苛立ちを我



慢しつつ（「自己犠牲」）、「老人介護」のために必要な生活行動範囲の拡大をすることで、生活の自立、回復の自覚に至っていることが窺える。

- ⑨ 「親戚とのつきあい」では、上記の家事や老人介護などに関する＜親戚への負い目＞などを語る人もある一方、家族に恵まれていた対象者には＜両親の疾患への理解＞があり、＜両親からの協力＞などが得られたケースもあった。
- ⑩ 「配偶者の配慮・励まし」では、①から⑨までの項目のキイパーソンとなるのがやはり配偶者であることがわかる。家族間の調整や家事のサポートの主な協力者として配偶者がいて、配偶者の調整で他の家族員が参加している。発病して落ち込みが激しく投げやりになっていた患者に「こんな高い入院治療費をやりくりしているのは、あんたがよくなってくれると信じているからやないか」と叱咤激励の言葉をかけてくれたことで前向きになれたと語る人もあり、配偶者のちょっとした言葉や気遣いが患者の心を支え、闘病意欲を高めていることが窺える。

## (2) [医療者との信頼関係からの影響]

サブカテゴリーとして、①「治療への不安」、②「病気への不安」、③「再発への不安」、④「疾患受容」、⑤「治療効果」、⑥「医療者の影響」、⑦「医療者への依存」、⑧「医師の介入」、⑨「移植への思い」、⑩「乗り越える」が挙げられる。

＜医療者への信頼＞＜医療者からの保護への安心感＞＜医療者からの後押し＞＜医療者の言動が支え＞のように、医師を含む医療チームによる患者への支えは大きかった。それゆえに、＜医療者の言動への戸惑い＞といった言葉もあり、信頼関係とともに患者の心を支えもし不安にもさせてしまっていた。医療者の言葉の影響は大きいといえる。また、＜階段でのリハビリは不適＞＜医師からの「リハビリ不適応」の言葉＞＜主治医の言葉の重さ＞＜医師の鷹揚な態度の影響＞＜医師からの後押し＞など、医師の介入の影響も大きく治療への不安に繋がりがやういと感じていた。

「（移植を）乗り越える」ために、＜移植に対するイメージの切り替え＞＜移植のプラス面を考える＞＜移植は健康へのきっかけ＞など、移植へのイメージマネジメントを意識的に行っていた。また、＜移植を乗り越える＞ことを＜移植経験への懐かしさ＞という表現に置き換えていた。移植という辛い経験さえも懐かしく思えるような状態、すなわち、疾患や治療の受容が、乗り越えた状態として語られていた。

## (3) [心の持ち方]

＜限界のある生命への気づき＞＜輪廻転生＞＜孫の

誕生＞＜生命への驚き＞など、病気になったことで生命の不思議に気づかされ、また、健康の意義について考えるようになっていく。しかも、それをプラスの方向で考えている。＜副作用の軽さ＞＜悪い方には考えない＞＜検査結果の安心＞＜日常生活への順応の喜び＞＜小さな幸運の積み重ね＞＜入院環境＞などで幸運と考えることによって思考をプラスに転換させている。＜運転の自立＞＜美容院へ行きたい＞＜自分へのご褒美＞など、比較的小さな目標を設定し達成することで自己効力感が高まったと受け止めていた。一方、＜再発への不安＞や＜孤独への不安＞という負の感覚もあり、＜他人の死が自分に投影＞など、決して全てが前向きというわけではなかったと言えるが、その中で、＜アンラッキーには触れない＞や＜気分転換の必要性＞などで、なるべく＜前向きに捉える努力＞をした。

## (4) [筋力体力の低下]

入院中は、＜外泊の疲労感＞などで＜筋力の徐々の衰え＞が＜筋力低下への気づき＞となっていったようだ。また、退院後も＜俊敏な動作適応できないことへの驚き＞＜一年経過しても筋力回復が遅延＞＜体重減少したが重いという感覚＞などで、継続して筋力運動の必要性が認識されている。＜リハビリの継続＞と＜リハビリの内容＞は各人まちまちであったが、体力の衰えの回復には心がけていた。

## (5) [有害事象、ボディイメージの実際]

＜移植前の強化療法による有害事象＞及び＜R-CHOP療法による有害事象＞の内容が挙げられている。＜消化器症状＞や＜骨髄抑制との関連＞についての項目も多くあった。＜ウィッグの活用＞＜ウィッグの心理面への効用＞＜ウィッグの外見的なメリット＞＜ウィッグのファッション性＞などウィッグの活用により＜ボディイメージ＞を良好に保てるように努力していた。ボディイメージの維持により、心の平衡が保たれると感じていた。

脱毛に対する保清維持のための＜丸刈りへの決意＞や＜髪を丸刈りにする事への気持ち＞や、女性の＜髪への思い＞、脱毛による＜ボディイメージの変容＞への動揺が窺える。＜髪のはえかた＞＜髪の長さがパロメーター＞に見られるように、＜ボディイメージの変容＞、ボディイメージの回復が心の持ち方を前向きにしているともいえる。＜他者の励まし＞＜他者の視線＞などが、＜ボディイメージが変容＞した患者の動揺をさらに助長している。ボディイメージの回復が＜目標＞目安となると受け止めていた。

(6) [社会復帰への要因]

＜社会復帰へのきっかけとしての季節＞＜活動を起こす季節＞＜冬季の活動状況の実際＞など、社会復帰や生活の順応には季節が関係していることがわかる。活動しやすい季節、復帰しやすい季節、きりの良い季節といったことが関係していると考えられる。＜半年が目安＞というように、＜社会復帰の時期＞を具体的に述べている。社会復帰には他にも＜デスクワーク＞＜仕事の内容＞＜職場の地理＞など、仕事に関する環境が社会復帰促進に適しているかどうか関係してくる。また、＜体力への自信のなさ＞＜社会復帰への焦り＞＜不慮の心不全による復帰の遅れへの焦燥＞＜社会から忘れられる事への恐怖＞などの不安も大きい。長期入院治療に伴う社会からの取り残され感が、働き盛りの患者に「焦り」「焦燥感」という感情を抱かせていると考えられる。それと共に、＜保険の重要性＞＜経験者としての助言＞＜保険タイプへの不満＞など、保険による＜経済的な問題＞にも左右されると捉えていた。

(7) [外来治療への移行に対する不安]

＜クリーン病床への依存＞＜マスクへの依存＞＜汎血球減少時の感染への不安＞＜外来治療への不安＞＜感染予防の意識＞＜医療者への依存＞などで、＜外来治療への移行＞に対する不安があることがわかった。とくに感染の危険に対しては、自分自身の＜清潔習慣化＞は出来ていると感じているが、外来での＜感染への不安＞を大きく感じていた。

＜外来治療への不安＞が大きいことは＜外来治療のデメリット＞にも繋がっている。しかし、一方で＜在宅の利点＞もあり、自宅の環境や家族のサポートがある患者にとっては外来治療の利点は大きなものと受け止めていた。

[社会復帰への要因]のきっかけを得るようになる。その経過に対し、常に[心のあり方]が作用し、[家族友人との良好な関係]、[医療者との信頼関係]、[外来治療への移行に対する不安]の外的作用が加わって、その[心のあり方]が前向きなプラス思考に変容していくことがわかった。このプロセスは、患者が長期入院による様々な有害事象を乗り越え、前向きに社会復帰するために必要なプロセスであり、このプロセスを踏むことで、患者それぞれがそれぞれに社会復帰をなしていったことに繋がっていた。

2) 社会復帰過程に必要な支援について

社会復帰には患者の身体的、精神的、社会的な回復が必要である。しかしそれに加え、化学療法、移植などの苦痛の多い治療経験が、辛いだけの経験としてではなく、「懐かしい経験」という懐旧の思いを含んだ経験として、患者が捉えられるように変化している。「辛い治療経験」が「懐かしい経験」に変化する時期は、すなわち「乗り越えた時期」と一致し、その時点を超えなければ社会復帰には至らないと考える。また、「乗り越えた時期」を迎えるためには、時間が必要である。石田ら<sup>7)</sup>は、「時間が問題を解決する」と述べている。時間が物事を解決するように悩んでも解決しない問題も時間の流れに任せる事で道が拓ける事があるという事実について「ただ、時間が経っていくのに任せるだけ」という患者の語りを例に挙げて、説明している。患者の気持ちを受け止め、心理過程に寄り添い、時間の流れを共有することで、「乗り越えた時期」を患者と共に迎えることができる。患者の社会復帰を支援するためには、患者と時間を共有し支える必要があることが確認できた。

有害事象や長期入院による日常生活の変化を受容することには時間が必要であるが、それと共に有害事象、特

IV. 考 察

1) 造血器腫瘍に対する化学療法目的で長期入院した患者の、社会復帰に至るまでのプロセス

造血器腫瘍に対する化学療法目的で長期入院した患者の、社会復帰に至るまでのプロセスは、[家族友人との良好な関係]、[社会復帰への要因]、[外来治療への移行に対する不安]、[医療者との信頼関係からの影響]、[筋力低下・体力の低下]、[有害事象、ボディイメージの実際]、[心の持ち方]、の7つのカテゴリーで構成されている。図1に示すとおり、患者は造血器腫瘍に対する化学療法目的で長期入院し、まず、[筋力体力の低下]を自覚し、これに対処しようとするところから始まる。その後、[有害事象、ボディイメージの実際]が起り、時間とともにボディイメージの変容から回復することで、



図1 造血器腫瘍に対する化学療法目的で長期入院した患者の社会復帰に至るまでのプロセス（横軸は時間軸とする）

に頭髪の回復と体重の回復などの外見の明らかな回復が、乗り越えるための大きな要因となっていることが明らかになった。外見の回復が心の回復を促し、活動範囲の拡大に影響を及ぼし、それが対人関係の回復へとつながって、社会復帰への一步を踏み出していると考ええる。

また、石田ら<sup>11)</sup>は、乗り越える要因として家族のサポートと同病者のサポートが必要とも述べている。本研究結果から考えると、退院後の生活の再構築には、家族に加えて、同病者を含む友人の存在が大きい。退院前からの友人だけではなく、入院中の仲間や退院後の友人から、直接的間接的に外界への興味や刺激をうけることによって社会復帰のきっかけを得ていた。したがって周囲のサポートが必要であることがより明確になった。造血器腫瘍の治療による長期入院を経て、大きな社会的ダメージを負いつつ回復する過程には、「時間」という要素に加え、家族・友人などの重要な他者とのつながりを介して社会との接点を持続することが、乗り越える要因として必要不可欠であると考ええる。

移植治療を含め造血器悪性腫瘍治療による長期入院を乗り越え、社会復帰するには、医療従事者・患者間の強い信頼関係を保ちつつ、有害事象を整え、体力の保持を図り、さらには家族友人などの周囲のサポートが得られるようにコーディネートする必要があることが明確になった。

## V. 結 論

- ・造血器腫瘍の化学療法による長期入院は、患者それぞれの生活全般に多くの変化をもたらしている。
- ・移植治療を含め造血器悪性腫瘍治療による長期入院を乗り越え、社会復帰するには、医療従事者・患者間の強い信頼関係を保ちつつ、有害事象を整え、体力の保持を図り、さらには家族や友人などの周囲のサポートが得られるように、コーディネートする必要があることが明確になった。

## VI. 本研究の限界と課題

本研究の対象者はA病院血液内科クリーン病棟退院後の患者5名であり、一つの医療機関を対象にしており、人数も少数である。対象としている医療機関の体制や地域性の影響を受けているものと考えられ、本研究の結果を一般化するには限界がある。今後は、地域性、医療機関の特徴などを考慮し対象者数を増やして実証的研究に発展させていくことが必要である。

なお、本研究の要旨は2010年第24回日本がん看護学会学術集会において発表した。

## 謝 辞

本研究を行うに当たり、ご協力して下さいましたご家族の皆様、医療機関の皆様様に深謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 石田和子,下田薫,中村美代子.骨髄移植患者の退院後における適応問題の分析.群馬保健学紀要20:41-47,1999
- 2) 石田和子,見代裕子,石原元子.造血幹細胞移植患者の思いと期待についての縦断的探求.群馬保健学紀要23:77-83,(2002)
- 3) 石橋美和子.同種骨髄移植を受ける患者の不確かさとその対処.日本がん看護学会誌.16巻2号5-14(2002)
- 4) 水野道代.長期療養生活を続ける造血器がん患者にとっての希望の意味とその構造.日本がん看護学会誌17:5-14,(2003)
- 5) 外崎明子.我が国の造血細胞移植患者のヘルスプロモーションにおける看護支援の展望.日本がん看護学会誌.17巻4-12(2003)
- 6) 外崎明子.造血細胞移植を受ける患者の心理的安定に関する縦断的研究-その1.日本がん看護学会誌.18巻1号3-13(2004)
- 7) 石田和子,神田清子,白石美咲.造血幹細胞移植体験が生き方に与える影響と移植を乗り越えた要因.がん看護,10巻2号,171-179,(2005)
- 8) 赤穂理絵.造血幹細胞移植における精神医学.精神医学.47(8):863-868,(2005)
- 9) 高橋奈津子,雄西智恵美.造血細胞移植の治療過程にあるがん患者の情報ニーズと情報探求行動の分析.日本がん看護学会誌21巻2号38-43(2007)
- 10) 清水研,浅井真理子,中野智仁,梅澤志乃,秋月伸哉,内富庸介.造血幹細胞移植を受け得る血液癌患者に対する精神症状スクリーニング.総病精医.Vol.20,No2,123-128(2008)
- 11) 戈木クレイグヒル滋子.質的研究方法ゼミナール.医学書院、東京、(2008)
- 12) 戈木クレイグヒル滋子.グランデッド・セオリー・アプローチ 理論を生みだすまで.新曜社、(2008)

## (Summary)

# The process to social reintegration in patients after long-term hospitalization for hematopoietic tumor chemotherapy

Mamiko Gotou<sup>1)2)</sup>, Yukari Sawamura<sup>1)</sup>, Kazue Kamimura<sup>1)</sup>, Ayako Okutsu<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Hikone municipal Hospital

<sup>2)</sup> University of Shiga Prefecture Graduate School Human Nursing

<sup>3)</sup> University of Shiga Prefecture School of Human Nursing

In the present study, we aimed at finding problems in the process to social reintegration in the patients after long-term hospitalization for chemotherapy and stem cell transplantation for hematopoietic tumors.

**Objective** Five patients treated with multidrug chemotherapy and stem cell transplantation in clean wards were studied. All of them are being followed in out patient clinics. The interviews were approved by the participants though both oral and written consents, and permitted by their physicians.

**Methods** Through semi-structured interviews, we asked participants such questions as follows.

- How was your hospital life.
- How is your life going after leaving hospital.
- How long did it take for you to get back to your duty life as before.

**Result and consideration** Three patients were treated with stem cell transplantation, and two were treated with R-CHOP and subsequent

radiotherapy after the surgical operation.

406 codes were extracted, from which 80 subcategories and 7 categories were classified as follows: 1) excellent relationships with their family or friends; 2) factors leading to social reintegration; 3) anxiety with outpatient treatments; 4) relationships with medical staff; 5) physical energy loss; 6) adverse effects and negative images to themselves; 7) attitude of mind. It is suggested that the excellent relationship with family members or friends is important for the positive body image of patients, which in turn affects the attitude of minds. Consequently, all of these factors, along with the rehabilitation, lead to social reintegration.

For Society reintegration after the long-term hospitalization, various supports are needed to deal with problems in an individual patient.

**Key Words** the long-term hospitalization for chemotherapy, hematopoietic tumor patients,

## 論文



# コーチング教育のコミュニケーション態度 に対する変容効果

—X事業所男性管理職補佐社員を対象としたOKグラムによる検討—

中田ゆかり<sup>1)</sup>、比嘉 勇人<sup>2)</sup>、牧野 耕次<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 参天製薬株式会社 滋賀工場

<sup>2)</sup> 富山大学大学院医学薬学研究部

<sup>3)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 企業労働者が精神的ストレスにより健康被害を受けることが増加しており、組織的・継続的な精神保健一次予防の対策が必要とされている。しかし、その具体的な方策と効果に関する研究報告は少なく、精神保健一次予防対策の一つの方法として「従業員間の良好なコミュニケーションの促進」が提言されている。

**目的** 本研究では、精神保健一次予防の観点からX事業所の管理職補佐社員を対象にコーチング教育プログラムを実施し、コーチング教育のコミュニケーション態度に対する変容効果を行動面と認知面から検討した。

**方法** X事業所管理職補佐社員41名のうち、有効回答21名(男性)を分析対象者とした。コーチング教育プログラムは、2008年8月から2009年8月にかけて実施した。行動面と認知面の変容効果は、対象者が回答したOKグラムの4項目(「他者否定」「他者肯定」「自己肯定」「自己否定」)の各平均値差を指標とした。統計解析は、「第1回(導入部)」のOKグラムの4項目の結果を各ベースラインとして定め、一元配置分散分析(多重比較)を行った。なお、行動面の変容効果については「第2回(発展①)」「第3回(発展②)」の結果から検討し、認知面の変容効果については「第4回(まとめ)」の結果から検討した。

**結果** 認知面は、OKグラムの4項目の平均値差が「他者否定：-2.8」「他者肯定：+3.2」「自己否定：-6.4」「自己肯定：+4.7」で、すべてに有意差( $p<0.01$ )が認められた。行動面については、すべてに有意差は認められなかった。

**結論** コーチング教育の行動面への変容効果は確認することができなかった。これは、認知と行動は相関しづらいこと、教育の実施間隔が3~5ヵ月と短期間ではなかったこと、さらにその間に反復練習やフォローアップができなかったことが行動面での習得に負の影響を及ぼしたのではないかと考えられる。一方、認知面への変容効果が認められたことから、コーチング教育は精神保健一次予防対策の有効的手段になることが示唆された。今回、コーチング教育の変容効果が乖離していたことから、今後は認知面と行動面の各々に特化した段階的教育プログラム開発および教育効果を維持・強化するフォローの役割を担う人材育成が必要と考えられた。

**キーワード** コーチング教育、コミュニケーション、精神保健一次予防

## I. 緒言

厳しい経済環境の下、企業間の競争の激化や人事労務管理の変化等、労働環境の急激な変化に伴う労働者のストレスは増加の一途にある。厚生労働省が行った「平成19年労働者健康状況調査」<sup>1)</sup>では、約6割の労働者が

「仕事に関して強い不安・悩み・ストレスを感じる」状況にある。財団法人社会経済生産性本部<sup>2)</sup>が上場企業に対して最近3年間の心の病の増減傾向を調査したところ、56.1%の企業が「増加傾向」と回答している。また、メンタルヘルスが不調になると、メンタルヘルス不調関連疾患の治療費や二次的な健康障害の治療費、休業による労働損失、体調不良者の出勤中の生産性低下による労働損失などの経済的損失を生じる。実際、島ら<sup>3)</sup>の調査では、うつ病などの精神疾患による休業によって企業が受ける損失は年間9468億9400万円にのぼると推計されている。

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：中田ゆかり

参天製薬株式会社滋賀工場

住 所：滋賀県犬上郡多賀町四手348-3

e-mail：Yukari.Nakada@santen.co.jp

こうしたメンタルヘルス不調者の増加に対して、厚生労働省は労働者のメンタルヘルス対策を推進するため、2000年8月に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を策定した。しかし、その後も労働者の受けるストレスは増大傾向<sup>1)</sup>にある。精神障害等に係る労災補償状況<sup>4)</sup>をみると、2002年度の認定件数100件、2003年度108件、2004年度130件、2005年度127件、2006年度205件と年々増加傾向を示している。そこで、2006年3月には、事業場においてより積極的に労働者の心の健康の保持増進を図ることを目的として、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が策定されている。

企業においては、うつ病を中心とするメンタルヘルス不調者が増加しており、うつ病を患う労働者の休業および生産性低下に伴う経済的損失、および職場においてこのような労働者に対する安全配慮義務をどのように遂行していくかということが問題となっている。また、うつ病を患う労働者は、身体的疾病による休業に比べて休業期間が長期になることが多く、復職しても再燃・再発による休業の繰り返しや発病以前の業務遂行レベルに戻るまでのリハビリ期間を要するなど、その対応に苦慮している企業が多い。

メンタルヘルス不調者をサポートする産業保健スタッフ（産業医、産業看護職、産業カウンセラー等）の予防活動として、作業環境改善や労働安全衛生教育などの問題を未然に防ぐための「一次予防」、調査票によるスクリーニングや健診・診療などの問題の早期発見と対処を目的とした「二次予防」、そして治療と職場復帰支援、再発予防を中心とした「三次予防」がある。しかし、現実には復職困難事例、対人関係スキルの未熟さやパーソナリティ上の問題による職場不適応事例<sup>5) 6) 7) 8)</sup>等への対応に追われていることが多い。また、職場からメンタルヘルス不調者が出現すると、業務負荷の調整を図るために他の従業員に業務が分散され、結果的に他の従業員の業務負荷が増大し、新たなメンタルヘルス不調者が出現するという悪循環に陥る場合もある。このため、組織的・継続的な精神保健一次予防対策が強調されているが、その具体的方策と効果についての研究報告は少ない。

医薬品製造工場であるX事業所においても精神保健予防対策の強化が検討され、2007年11月に事業所社員を対象とした調査が実施された。その結果、「コミュニケーション不足と精神的健康問題との関連」が明らかとなり、「従業員間の良好なコミュニケーションの促進」が精神保健一次予防対策として最重要課題であることが指摘された。この調査結果から、「良好なコミュニケーション」のためには「コミュニケーション・スキルの向上」「信頼関係」「指示命令型でなく、双方向のコミュニケーション」「一人ひとりの個性に合わせる」「互いに学び合う」が必須であり、その条件を満たすものとして「コーチン

グ」に着目した。

そこで本研究では、精神保健一次予防の観点から、X事業所の管理職補佐社員を対象に、コーチング教育プログラムを作成・実施し、コーチング教育のコミュニケーション態度（認知面・行動面）に対する変容効果について検討することを目的とした。

なお、本研究では、管理職補佐社員を「係長クラスおよび部下をもつ工程責任者の職位の者」と定義した。

## II. 研究方法

### 1. プログラム内容

コーチング教育は、2008年8月から2009年8月の間に4回シリーズで実施し、1回あたり2時間で計8時間とした。

実施時期は、教育受講に際し業務上最も出席しやすい2008年8月（第1回）、2009年1月（第2回）、2009年5月（第3回）、2009年8月（第4回）とした。

実施方法は、講義と演習（ロールプレイを含む）とした。その講師は、本研究の研究者が担当した。

教育内容は、研究者が文献等を参考に対象者のコミュニケーション・スキルや理解度を考慮して独自に考案した内容とした。第1回は「コーチング概要」「コーチングの考え方」「傾聴スキル」、第2回は「第1回の復習」「質問のスキル」、第3回は「第1回・第2回の復習」「承認のスキル」、第4回は「第1回・第2回・第3回の復習」「総まとめ演習」「質疑応答」とした（表1）。

### 2. 対象者

X事業所の管理職補佐社員で研究の協力が得られた41名のうち、2008年8月から2009年8月までの4回のコーチング教育を2回以上受講した有効回答者21名を分析対象とした。分析対象は、X事業所の管理職補佐社員のうち女性の数が男性の5分の1であったため、全員男性とした。

### 3. 調査方法

調査は、杉山<sup>9)</sup>による対自および対人態度の基本的あり方の強さの程度を示す『OKグラム（「他者否定（Z）（以下、Z）」「他者肯定（Y）（以下、Y）」「自己肯定（W）（以下、W）」「自己否定（X）（以下、X）」）40項目』を利用した質問紙による記名式質問票を用いて、第1回の開始前、第2回の終了後、第3回の終了後、第4回の終了後の計4回実施した。コーチング教育開始前（第1回）の結果をベースラインとして定め、認知面は第1回と第4回の結果から、行動面は第1回と第2回と第3回の結果から検討した。なお、第4回のOKグラムの回答指示文については、「このコーチング教育が目指

表1 コーチング教育プログラムの内容

第1回(2008年8月) : ベースラインの測定

1. コーチング概要
  - 1) コーチングの語源
  - 2) コーチングの目的
2. コーチングの考え方
  - 1) コーチングの基本的な考え方
  - 2) コーチングのエッセンス(「信」「認」「任」)
  - 3) コーチングの哲学
  - 4) コーチングの人間観
3. コーチングのスキル①: 『傾聴スキル』
  - 1) コミュニケーションの割合
  - 2) 「きく」の意味
  - 3) 話を「聴く」ポイント
  - 4) 話を「聴く」座り方・姿勢
  - 5) 『傾聴スキル』を用いた演習

第2回(2009年1月) : 行動面の測定①

1. 第1回の復習
  - 1) コーチング概要
  - 2) コーチングの考え方
  - 3) コーチングのスキル①: 『傾聴スキル』
  - 4) 『傾聴スキル』を用いた演習
2. コーチングのスキル②: 『質問のスキル』
  - 1) コーチングに必要な質問: 拡大質問・未来質問・肯定質問
  - 2) 「GROWモデル」と質問例
  - 3) 『質問スキル』を用いた演習

第3回(2009年5月) : 行動面の測定②

1. 第1回・第2回の復習
  - 1) コーチングのスキル①: 『傾聴のスキル』
  - 2) コーチングのスキル②: 『質問のスキル』
  - 3) 『傾聴スキル』と『質問スキル』を用いた演習
2. コーチングのスキル③: 『承認のスキル』
  - 1) 『承認のスキル』とは
  - 2) 『承認のスキル』に必要なポイント
  - 3) 「ほめ言葉」を伝えるときのポイント
  - 4) 4つのタイプ
  - 5) 『承認スキル』を用いた演習

第4回(2009年8月) : 認知面の測定

1. 第1回・第2回・第3回の復習
  - 1) コーチングのスキル①: 『傾聴のスキル』
  - 2) コーチングのスキル②: 『質問のスキル』
  - 3) コーチングのスキル③: 『承認のスキル』
2. 総まとめ演習
3. 質疑応答

していたより良い上司像について、」を原文「次の質問に（中略）お答えください。」の冒頭に追加した。

#### 4. 分析方法

対象者21名の得られたデータ（Z、Y、W、X）を数量化し、おのおの第1回、第2回、第3回、第4回について一元配置分散分析および多重比較を行った。

『OKグラム』の採点方法は、Z、Y、W、X各10項目（全40項目）の質問に対し、「あてはまる」を2点、「どちらともいえない」を1点、「あてはまらない」を0点とし、リッカート法を用いて点数を合計（0～20点）した。ZとXは点数が高いほど否定度が強い傾向にあると判断され、YとWは点数が高いほど肯定度が強い傾向にあると判断される。

研究仮説については『コーチング教育実施後の行動面および認知面において、ZとXの平均得点が有意に低くなり、Y、Wの平均得点が有意に高くなる』と設定した。

統計処理はSPSS 17.0J for Windowsを使用し、有意確率を $p < 0.05$ とした。

#### 5. 倫理的配慮

事前に研究者がX事業所の事業所長に本研究の趣旨・目的を説明し、秘密厳守を約束した上で、本研究の実施について同意と了承を得た。

対象者に対しては、研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険などについて、文書を用いて口頭で十分な説明を行った。この内容を理解したうえで、研究に参加することに同意する場合は、自らの自由意志に基づき同意書に署名または記名・押印して提出をするものとした。特に「研究への参加は任意であり、参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなくこれを撤回することができる」ことの保障を強調した。

取得した個人情報、X事業所健康支援室内で管理し、厳格なアクセス権限の管理と制御を行った。本研究への参加により心身の不調が生じた場合は、ただちに産業医の介入を要請することとした。

### III. 研究結果

#### 1. コーチング教育開始前の分析結果

分析対象者21名の内訳は、20歳代3名、30歳代12名、40歳代3名、50歳代3名であり、4回の教育のうち3回以上受講した者は19名、2回以下の受講者は2名であった。

全体でのコーチング教育開始前のOKグラムの結果（平均得点±標準偏差）は、Zが $6.43 \pm 3.82$ 点、Yが $14.19 \pm 2.16$ 点、Wが $9.81 \pm 3.64$ 点、Xが $8.00 \pm 3.62$ 点

であった。

また、正規性の検定結果から、すべて $p > 0.05$ を満たしており、正規分布に従っていると判断した（表2）。

表2 OKグラムの正規性の検定結果（コーチング教育開始前）

項目	Shapiro-Wilkの正規性の検定		
	統計量	自由度	有意確率
他者否定（Z）	.96	21	.43
他者肯定（Y）	.96	21	.51
自己肯定（W）	.94	21	.21
自己否定（X）	.92	21	.09

a. Lilliefors有意確率の修正

\*. これが真の有意確率の下限です。

#### 2. コーチング教育開始後の分析結果

Zは、第1回が $6.43 \pm 3.82$ 点、第2回が $6.19 \pm 4.20$ 点、第3回が $6.90 \pm 4.25$ 点、第4回が $3.67 \pm 2.99$ 点で、実施時期で有意差が認められた（ $F = 6.410$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0.001$ ）（図1）。

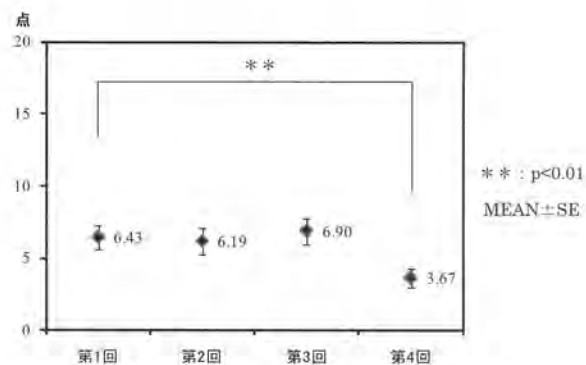


図1 他者否定（Z）平均得点の変化（n=21）

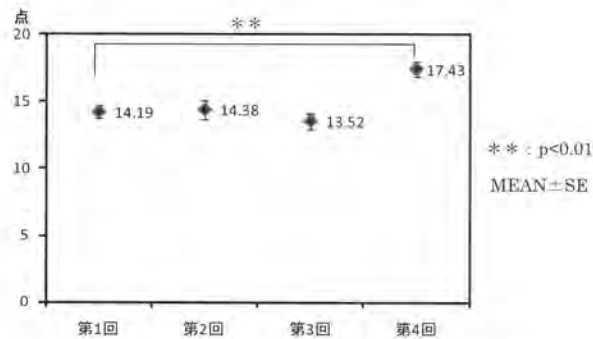


図2 他者肯定（Y）平均得点の変化（n=21）



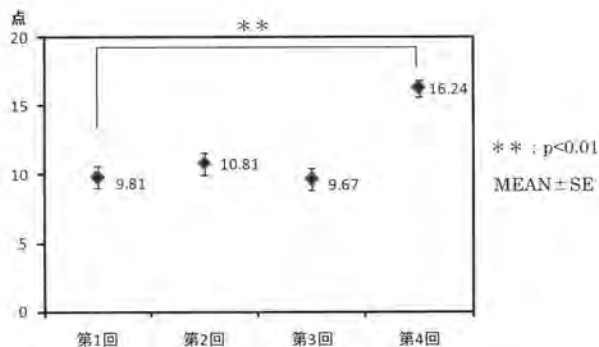


図3 自己肯定 (W) 平均得点の変化 (n=21)

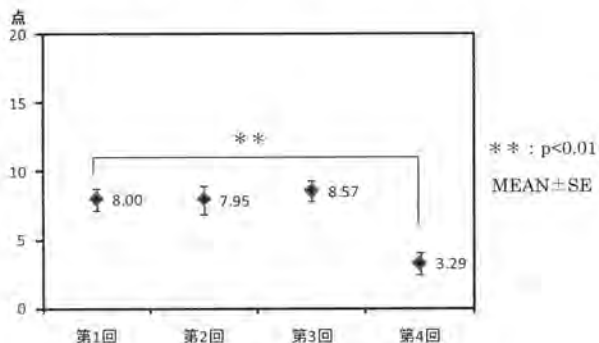


図4 自己否定 (X) 平均得点の変化 (n=21)

Yは、第1回が14.19±2.16点、第2回が14.38±3.28点、第3回が13.52±2.82点、第4回が17.43±2.56点で、実施時期で有意差が認められた (F=13.085, df=3, p<0.001) (図2)。

Wは、第1回が9.81±3.64点、第2回が10.81±3.57点、第3回が9.67±3.53点、第4回が16.24±2.90点で、実施時期で有意差が認められた (F=27.777, df=3, p<0.001) (図3)。

Xは、第1回が8.00±3.62点、第2回が7.95±4.69点、第3回が8.57±3.28点、第4回が3.29±3.52点で、実施時期で有意差が認められた (F=14.034, df=3, p<0.001) (図4)。

Z、Y、W、Xのすべてにおいて実施時期で有意な差が認められたため、さらに多重比較を行ったところ、第1回と第4回の比較でZ、X、Y、Zの各平均得点間に有意差が認められた (すべてp<0.001) (表3)。

以上より、認知面の変容効果については研究仮説が支持されたが、行動面の変容効果は認められなかった。

#### IV. 考察

分析対象者のZ、Y、W、Xの各項目において、認知面での変容効果が有意に認められたが、行動面での変容効果は認められなかった。

本研究では、コーチング教育実施ごとに『OKグラム』を実施したが、第2回、第3回の行動面での変容については想定していた『開始前よりもZとXの平均得点が有意に低くなり、Y、Wの平均得点が有意に高くなる』とは逆の傾向が示唆された。この結果については、教育が進むごとにコーチングに関する知識が増えたが、現場で活用しようと試みた際に、知識ではわかっているも実行できていない自分への葛藤やジレンマ等を感じていたのではないかと考えられた。また、職場の実態に合わせ、参加しやすい時期に教育実施時期を設定したが、その間

表3 OKグラム4項目の第1回をベースラインとした多重比較の結果

項目	(I)実施時期	(J)実施時期	平均値の差(I-J)		有意確率 <sup>a</sup>	差の95%信頼区間 <sup>a</sup>	
			標準誤差			下限	上限
他者否定(Z)	第1回	第2回	.24	.64	1.00	-1.63	2.11
		第3回	-.48	.89	1.00	-3.08	2.13
		第4回	2.76	.73	.01	.64	4.89
他者肯定(Y)	第1回	第2回	-.19	.67	1.00	-2.15	1.76
		第3回	.67	.58	1.00	-1.04	2.37
		第4回	-3.24 *	.68	.00	-5.22	-1.26
自己肯定(W)	第1回	第2回	-.33	1.00	1.00	-3.27	2.60
		第3回	-.14	1.05	1.00	-3.21	2.92
		第4回	-6.24 *	1.09	.00	-9.77	-3.37
自己否定(X)	第1回	第2回	-1.00	.78	1.00	-3.28	1.27
		第3回	.14	.71	1.00	-1.93	2.22
		第4回	-6.43 *	.97	.00	-9.28	-3.58

推定周辺平均に基づいた

a. 多重比較の調整: Bonferroni.

\*, 平均の差は.05水準で有意です。

隔が3～5ヵ月となり、行動変容が生じにくい状況であったとも考えられる。さらに、その間に反復練習やフォローアップができなかったことも行動面での習得に負の影響を及ぼしたのではないかと考えられる。教育間隔を短くすることは職場の実態上困難であると考えられるため、教育効果を持続させる補填的方法は、フォローアップ体制を確立する必要があると考えられる。

さらに、教育プログラムの内容として、2回目以降は前回の復習の際に、受講者が実際に職場で活用しきれなかった事例などを演習するなどを組み込んでいくと、より職場に即した形で理解が深められたのではないかと推察される。

また、教育回数については、今回のプログラムでは4回で設定した。今回、受講回数別の検討を行っていないため、より効果の高い教育回数を明示することは困難だが、4回目の教育内容が総まとめであったことから、3回程度が妥当ではないかと推察される。

これらのことより、コミュニケーション態度の行動面への変容効果の高いコーチング教育プログラムの構築および職場でのフォロワーの役割を担う人材育成が必要であると考えられた。

一方、第4回の認知面での変容は、想定していたとおりZ、Xの平均得点が有意に低くなり、Y、Wの平均得点が有意に高くなった。

米川<sup>10)</sup>の自己肯定と自己受容の効果を検討した研究では、社会人9名(男性1名、女性8名、平均年齢38.5歳)に2日間のコーチングプログラム(グループワーク)を行い、どちらも参加前より参加後に有意に得点が高くなったと報告している。本研究と米川の報告では「実施期間」「対象者」「評価尺度」が異なるが、認知面への変容効果については短期集中法でも十分な有効性が得られると推察される。

ゴールドスミスら<sup>11)</sup>は、「理解することと実践することのあいだには、非常に大きなギャップがある。リーダーシップ開発研修は、人は理解すれば実行する、という一つの大きな誤った仮定にもとづいている。それは真実ではない。私たちは理解してもやらないことが多い。」と、認知と行動は相関しないことと述べている。本研究においても、認知と行動は乖離していた。また、佐藤<sup>12)</sup>は、「上司が部下の能力を十分に引き出し、コーチングが機能するためには、上司の側に『部下を信頼し、あえて教えないという覚悟と度量』が必要である。」と述べているが、今回のコーチング教育では、上司に対してこのような動機づけを行うまでには至らなかったと考えられる。

本研究では、評価尺度として『OKグラム』を用いた。コーチングのスキルには「傾聴スキル」「承認スキル」があり、対自および対人を認め、褒めるといった姿勢が要求されること、認知面での変容が有意に認められたこと、

さらに行動面と認知面の乖離を確認できたことにより、『OKグラム』を用いたことは適切であったと考えられる。

本研究では、コミュニケーション・スキル教育の手法としてコーチングを採用した。コミュニケーション・スキルの関連手法には、カウンセリングやアドバイジング、コンサルティング、ティーチング、メンタリング、マネージングなどがあるが、近年はコーチングやメンタリングを採用している企業が多い。本間<sup>13)</sup>によると、コーチングとメンタリングの共通点は「個別指導によって問題解決・状況対応能力を高める」ことである。一方、相違点は、メンタリングが「同じ会社・職業での個人的経験を元に指導」するのに対して、コーチングは「対象は多様で個人的経験のない分野でも可能」とされていることである。今回の教育対象者は管理職補佐社員であり、彼らは10年以上の職歴を持った一般社員など多種多様な一般社員とかかわりを持つことが多いため、新任者への指導という性質が強いメンタリングよりも適合していたといえる。また、管理職補佐社員を対象とした本研究では、コミュニケーション・スキルが不十分な状況でメンターとして行動してしまうと、個別指導をされる側のメンティへの負の影響も懸念されることから、「双方向でコミュニケーションを行い、お互いに学び合う」という視点をもつコーチングの選択は適切であったと考えられる。今回の研究は、1事業所のみを対象としており、分析対象者数が少なかった点、性別での検討を行っていない点が研究の限界である。

コミュニケーション態度の行動面への変容効果の高いコーチング教育プログラムの構築および、職場でのフォロワーの役割を担う人材育成等のシステム構築が、今後の課題である。

## V. 結 語

今回、X事業所の「従業員間の良好なコミュニケーションの促進」という課題に対し、精神保健一次予防の観点から、X事業所の管理職補佐社員を対象に、4回シリーズでコーチング教育を実施した。コーチング教育によるコミュニケーション態度(行動面と認知面)の変容効果については『OKグラム』による記名式質問紙を用いて検討を行った。有効回答21名に対して一元配置分散分析および多重比較を行った結果、行動面への変容効果は認められなかったが、認知面への有意の変容効果が認められたことより、企業労働者へのコーチング教育が精神保健一次予防対策の有効手段になることが示唆された。

コミュニケーション態度の行動面への変容効果の高いコーチング教育プログラムの開発、および職場でのフォロワーの役割を担う人材育成が、今後の課題である。

## 謝 辞

本研究に協力していただきましたX事業所の事業所長ならびに従業員の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は滋賀県立大学大学院人間看護学専攻科に提出した修士論文（平成 21年度）を加筆・修正したものです。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：平成19年労働者健康状況調査結果の概況, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/index.html>, 2008.
- 2) 財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所：産業人メンタルヘルス白書 2008年版, p. 63, 財団法人 社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所, 2008.
- 3) 島悟, 倉林るみい, 毛利一平, 佐藤恵美：精神障害による疾病休業に関する事業場調査. うつ病を中心としたところの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究, 厚生労働科学研究 労働安全衛生総合研究事業, 2004.
- 4) 厚生労働省：脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成18年度）について, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/05/h0516-2.html>, 2007.
- 5) 岩谷泰志：未熟なパーソナリティの関与するうつと職場復帰支援, 日本精神科病院協会雑誌, 26 (11), p. 34-38, 2007.
- 6) 広瀬徹也：反復欠勤者—その病態と対応—, 精神科治療学, 22 (2), p. 153-158, 2007.
- 7) 小嶋秀幹, 中村純：病休・休職者の動向とうつ病, 臨床精神医学, 35 (8), p. 1047-1051, 2006.
- 8) 福井城次：対応困難事例への対応と職場復帰支援, 日本医師会雑誌, 136 (1), p. 65-72, 2007.
- 9) 杉田峰康：医師・ナースのための臨床交流分析入門, p. 80-84, 医歯薬出版, 1990.
- 10) 米川和雄：コーチングにおける自己肯定と自己受容の効果検討について, 桜美林国際学論集, 10, p. 247-254, 2005.
- 11) Marshall Goldsmith, Mark Reiter：What Got You Here Won't Get You There, Hyperion, 2007, 斎藤 聖美訳, コーチングの神様が教える「できる人」の法則, p. 248, 日本経済新聞出版社, 東京, 2007.
- 12) 佐藤英郎：部下の能力を100%引き出す職場のコーチング, p. 44, アーク出版, 2002.
- 13) 本間正人：入門ビジネスコーチング, p. 47-58, PHP研究所, 2001.

## (Summary)

# Effects of coaching education on attitude change in communication - The examination by using OK gram for male employees assisting managers at X business office -

Yukari Nakada<sup>1)</sup>, Hayato Higa<sup>2)</sup>, Koji Makino<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Santen Pharmaceutical Co., Ltd. Shiga factory

<sup>2)</sup> Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, UNIVERSITY OF TOYAMA

<sup>3)</sup> University of Shiga Prefecture School of Human Nursing

**Background** Organizational and continuous measures for the primary prevention of mental health problems have been stressed against the increase trend in health damage caused by psychological stress on company employees. However, there are few study reports on the specific measures and effects of the primary prevention of mental health problems. "The promotion of good communication between employees" is recommended as a key element in the primary prevention of mental health problems.

**Objective** The purpose of this study is to examine the effects of coaching education on attitude change in communication (behavioral and cognitive sides) by implementing the coaching education program for male employees assisting managers at X business office in terms of the primary prevention of mental health problems.

### Purpose

**Methods** Twenty-one valid responses (men) among forty-one male employees assisting managers at X business office were analyzed. The coaching education program was implemented between August 2008 and August 2009. Regarding the effect of the behavioral and cognitive sides, the mean difference of each of the four OK gram items, such as "Other-denial", "Other-affirmative", "Self-affirmative", and "Self-denial" based on the subjects' answers, was indexed. The results of the four OK gram items in the first research

(Introduction) were set as baseline for each item and statistical analysis was conducted by using one-way analysis of variance. In addition, the effect of change in the behavior side was evaluated based on the results from the second research (Development 1) and the third research (Development 2). The effect of change in the cognitive side was evaluated based on the results from the fourth research (conclusion).

**Results** The cognitive side showed mean differences in the following four OK gram items: Other-denial: -2.8; Other-affirmative: +3.2; Self-denial: -6.4; Self-affirmative: +4.7. Significant differences in all were found ( $p < 0.01$ ). However, the behavior side showed no significant difference in any of the four items.

**Conclusion** The effect of change in the behavior side of coaching education showed no significant differences in the first, the second and the third researches. While no significant difference in the behavior side in this research was found either, the effect of change in the cognitive side showed significant differences in all four OK gram items of the first and fourth researches. Consequently, implementing coaching education for male employees assisting managers indicated that the primary prevention of mental health problems can be effective. This coaching education showed no relationship between effects of the subjects' communication attitude on change in the cognitive

and behavior sides. The challenge for the future will be not only to develop the gradual educational program specified for each of the cognitive and behavior sides but also to establish a human resource development system for followers who

will play a role in maintaining and enhancing the educational effects.

**Key Words** coaching education, communication, primary prevention for mental health problem

## 研究ノート

# 大腿骨骨折治療を受けた高齢患者の1年間の生活状況

## —生活の再構築と看護師との関わりにおける事例検討—



安田 千寿、北村 隆子、畑野 相子  
滋賀県立大学人間看護学部

キーワード 高齢者 大腿骨骨折 生活の再構成

### I. 緒言

健康な高齢者が大腿骨を骨折後に、寝たきりになる例が後を絶たない。この寝たきりは骨折が直接の原因ではなく、入院中の筋力低下のために歩行能力が低下し、退院後には外出などの活動が制限されることが原因と考えられている。この生活機能の低下については、厚生労働省老健局が「生活不活発病」として取り上げ、「生活が不活発であることが良くない」という、寝たきりの原因を明らかにすることの認識を、専門職や地域住民が共有することが重要だと述べている<sup>1)</sup>。したがって我々は、高齢者が前向きな気持ちになり活発な生活を取り戻していけるよう、生活に視点を当てた退院計画に焦点をあて、大腿骨頸部骨折をきたした高齢者の退院後の生活状況を追跡調査している。

本研究はその中の1事例を取上げ、退院後、どのように生活が再構築されていくのかを分析し、入院中に実施すべき看護について検討することを目的とした。

### II. 研究方法

#### 1. 対象

対象は大腿骨骨折により入院治療を受けた高齢患者(以下A氏とする)1名であった。

#### 2. 調査期間

調査は、退院直前と退院1ヵ月後、6ヵ月後、1年後

に行った。

#### 3. 調査方法

退院直前の第1回目の調査は、病棟面談室で行った。退院後は対象者の了解のもと、研究者2名が自宅を訪問し、対象者の自室で半構成的面接調査を行った。

##### 1) 質問項目

対象者の属性、退院指導内容(対象者からの聞き取りとカルテの記述を参照)、入院中に受けた退院指導の有無と、指導があった場合は指導された事項の継続内容、健康のための活動内容、地域活動への参加内容、役割、楽しみ、1週間の平均外出頻度、主な一日の体位、介護保険サービスの利用状況、日常生活機能の指標として機能的自立度評価表<sup>2)</sup>(FIM)、老健式活動能力指標<sup>3)</sup>(IADL)、意欲(やる気スコア<sup>4)</sup>)、について質問した。

##### 2) 測定項目

体重、握力、生活習慣記録機(ライフコーダEX)による歩行数を測定した。生活習慣記録機の装着期間は面接日から9日間とし、装着の初日と最終日を除外した7日間の平均値を1日の歩行数とした。

#### 4. 倫理的配慮

病棟スタッフを通して面接を了解された入院患者に対して、研究の内容を説明し、同意を得られた方を対象とした。退院直前の第1回目の調査は、同意後に行った。退院後の調査は、電話で研究の協力を再度確認し、同意が得られた対象と日程調整を行い訪問した。

説明は、研究の趣旨と内容、参加・中断は自由であること、それに伴う治療上の不利益を伴わないこと、研究計画に同意したのちも自由に中断することができることを伝えた。以上の説明後、文書で同意を得た。研究計画は、公立大学法人滋賀県立大学研究に関する倫理審査委

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先: 安田 千寿

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

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

員会（申請番号第44号）および対象者が入院治療を受けた病院の承認を受けた。

### Ⅲ. 結果

A氏は80歳代女性。息子夫婦と孫と同家屋に住んでおり、日中は一人で過ごしていた。骨粗鬆症と頻尿病の内服治療を受けており、円背（胸椎後湾）があったが、日常の身の回りのことは自立していた。A氏は、自宅の庭で転倒、左大腿骨頸部骨折のため観血的骨折接合術（ストライカーロングネール）を受けた。入院期間は療養病棟での入院を含め49日間であった。病棟で生活する移動手段は車椅子だったが、機能訓練室では歩行器を使用していた。A氏の経過を表1～3に示した。

退院時の指導はクリニカルパスに従って行われた。しかし、A氏は「指導はなかった」と回答しており、家人も在宅生活で役立っている指導は受けていないと回答した。入院前は日中一人で過ごしていたが、退院後1ヶ月は終日、6ヶ月以降からは半日息子の妻が付き添っていた。A氏は退院後より週に3回、通所リハビリを受けていた。

表1 各項目の1年間の経過

	の健康のため 活動の動機	役割	楽しみ	均1週間の 外出の平 度	一日の体 位	のサ介 内護 容ス險	F I M	I A D L	意 欲	体 重	平 均 握 力	歩 行 一 日 数	そ の 他
入院前	畑散歩 墓参り 家事 通ハ ビリ	畑散歩 墓参り 食事 支度	畑散歩 友人との会話	7日	良く動 いてい る	なし	120	10	16 (退院前)	不明 (退院前)	11.9 (退院前)	測定 なし	左ひざが痛い 正座ができない 家の中に愚だ愚だいるのはすきで は鎌を持って畑に行っていた。
退院後1ヵ月	屋内歩 行足 踏み	なし	屋内で好き なところへ行 ける	3日	座っ ている ことが 多い	住宅改修（トイ レ） デイケア3回（入 浴2回・下肢の 上下運動・段差は 手引き歩行） 福祉用具（歩行 器）の貸与	110	4	12	41	9.2	193	左足に力が入らない 左足が曲がらない 一人で立てないので役割・日課は 無理。要介護2 退院時は歩けなかった。負ぶって 家の中にあがった。 家の中では良くしてもらっている リハビリで訓練して歩けるよう になった。 編み物をしようと思っている
退院後6ヵ月	踏み すを ぼく 畑	壇参 り 草む し	食事 を動 かす 車に 座っ たこ つで 自分 のぼ つが きる	7日	多座 って いる こと が	福祉用具（歩行 器）の返却 デイケア2回（入 浴1回・浴槽を たたく時に介助 される）	110	4	13	40	12.2	274	夜間ポータブル 湯船が深いから怖くて手伝って もらう 要支援2 何もなしでは歩けない 左足が戻らん デイでは似たような人がいるので 友人もできた。
退院後1年	1日2回 家を 歩く (100 m道) 壇参 り	歩壇参 り	散歩	7日	良く動 いてい る	デイケア2回/W (入浴1回・両上 下肢運動)	111	4	9	39	12.8	527	嫁に助けてもらわんとできない ことが多い。私は何もできない。座 椅子で嫁と一緒に壇参り。子供 たちがやってくれるので気が入 らない デイでは自分より悪い人がいる、 私は足も動くし感謝。

#### 1. 身体機能の変化

日常生活活動の変化を表す項目として【健康のための活動】【FIMの合計点数】【IADL合計点】【一日の体位】【一週間の平均外出頻度】に着目した。日常生活活動内容と活動範囲の評価指標としては【平均握力】【一日歩行数】【体重】に着目した。

A氏の入院前の【健康のための活動】は「近医ヘリハビリに通う、毎日の散歩がてらの墓参り、家事、畑で野菜を作る」であった。退院後1ヶ月は、「屋内歩行とリハビリのための足踏み」となった。この頃の【一週間の平均外出頻度】は3回で、週3回の通所リハビリテーションが唯一の外出の機会になっていた。同時に【FIMの合計点】は120点から110点へと減少し、【IADL合計点】も10点から4点になり、その中の手段的自立の得点は、4点から0点に低下していた。しかし、退院後6ヶ月からの【健康の為の活動】は、リハビリのための足踏みに上肢の運動も加わり、また、屋外での歩行と畑での草むしりも新たに取り込こんでいた。このような活動が継続し、退院後1年には1日に2回の屋外歩行を取り入れ、通所リハビリテーション以外にも自主的に外出する

表2 時期別にみたFIMの詳細

	セルフケア						排泄コントロール		移 乗			移 動		コミュニケーション		社会的認知		
	食事	整容	清拭	更衣上	更衣下	トイレ	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子	トイレ	浴槽	歩行	階段	理解	表出	社会的交流	問題解決	記憶
入院前	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	1	7	7	7	7	7
退院前	7	7	4	7	7	6	7	7	6	6	5	6	1	7	7	7	7	7
退院後1ヵ月	7	7	4	7	7	6	7	7	6	6	4	6	1	7	7	7	7	7
退院後6ヵ月	7	7	4	7	7	6	7	7	6	6	4	6	1	7	7	7	7	7
退院後1年	7	7	4	7	7	7	7	7	6	6	4	6	1	7	7	7	7	7

表3 時期別にみたIADLの詳細

	手段的自立					知的能動性				社会的役割			
	一人で外出	買い物	食事の用意	請求書の支払	預金の出し入れ	書類の記入	新聞	本や雑誌	健康への関心	友人の家を訪ねる	相談に乗る	病人を見舞う	若者に話しかける
入院前	○	○	○	○		○	○	○			○	○	○
退院後1ヵ月							○	○	○				○
退院後6ヵ月							○	○	○				○
退院後1年							○	○	○				○

ことが日課になっていた。反面、【FIMの合計点】と【IADL合計点】は、退院後1ヶ月から1年後までに大きな変化はなく、FIMが110点前後、IADLが4点で経過した。

【平均握力】は退院前に11.9kgだったのが、退院後9.2kgに減少したが、その後退院6ヵ月後に12.8kgとなっていた。【一日歩行数】は、退院後6ヶ月の193歩から徐々に増加し、退院後1年では527歩であった。【体重】退院前の体重は計測できず不明であるが、退院後徐々に減少し1年後には2kg減少している。

## 2. 精神的变化

精神的变化を表すものとして、【役割】【楽しみ】【意欲合計点】に着目した。

自分の【役割】は、入院前には「草むしり、食事の支度、散歩がてらの墓参り」であったのが、退院後1ヶ月では役割は「なし」と回答した。退院後6ヶ月からは「仏壇参り」が加わり、1年後まで継続されている。

【楽しみ】では入院前には「畑作業、散歩の途中で人に会って話をする」ことであったのが、退院後1ヶ月では「家の中で好きな所へ行けること」、退院後6ヶ月では「食べること、何もできないが動けると気持ちがいい、老人車に座って自分のことがポツポツ出来る」、退院後1年では「散歩」と毎回変化していた。【意欲合計点】は、退院前に16点だったが、徐々に意欲が上昇し、退院後1年では9点になった。

## IV. 考 察

### 1. A氏の変化における要因

A氏は退院後1ヶ月時点で身体機能が大きく低下し家の中だけの生活であったが、1年かけて徐々に屋外を歩くまでに身体機能が回復している。A氏にとってこの1年の身体機能の回復過程は順調に見えるが、生活を再構築するという視点では、役割の遂行や社会参加が退院後の生活から激減している。以下調査結果から、身体機能



の回復、役割遂行を伴う活動と社会参加縮小の要因について考察していく。

A氏は術後から歩行器を用いた機能訓練を行っており、退院直前にはFIMの得点が示すように、移乗は見守り程度で自力で行えるまでに回復していた。もともと畑で鎌を振っていたA氏は、骨折前のFIM得点がすべて自立レベルで基礎体力が保たれており、そのことが手術に伴う体力の低下を最小限に止めたと考えられる。

しかし、退院後1ヶ月の時点では座っていることが多く、歩行も屋内に限定されていた。この行動範囲の縮小はA氏の身体機能回復を一時的に阻害することとなった。行動範囲を縮小させた原因として、生活を営むのに必要な食事と排泄の自立が最優先事項となったこと、入院前の楽しみや役割が畑や墓参りが中心で、屋内で活動する習慣がほとんどなかったことが考えられる。

また、入院環境で歩行器を使用することが可能でも、自宅では歩行器を使用するにあたり、段差のある生活環境等が障害となっていることを示している。

A氏の退院後1か月までは一旦身体機能が落ち込んだものの、退院後6ヶ月からは徐々に回復してきている。この回復に向かわせるきっかけとなったものは、通所リハビリテーションでの歩行訓練の効果だったと考えられる。歩行に関するFIM得点は6点であった。補助具で歩いているにも関わらず座位の多い生活であったが、リハビリにより“家でも歩ける”という効果を実感することで、歩行への自信をもち意欲が向上したと考えられる。さらにA氏は、骨折を機にこれまでなかったIADLの「健康への意識」の点数が上がっていた。健康への関心を持ったことで、リハビリ効果を実感しやすく、より意欲を高める要因になっていたと考えられる。また、退院後6ヶ月は晩春から初夏に向かう季節であり、たまたま外出に好都合な時期と重なったことも要因である。ただ、依然として入院前の役割や楽しみが戻ってこないのは、A氏が障害を受容した結果、役割や楽しみを価値観を転換してしまったことと、家族のサポート意識の在り方にあると考えられた。A氏は自分の患肢が完全回復しないため自身を障害者と捉え、生きる価値や家庭における自分の立場を転換したと考える。家族はA氏が医療機関にかかってから過度に慎重になり、A氏に役割を担わせることに慎重になったためと考えられる。

## 2. 入院中の看護者の在り方

### 1) 入院中の他職種との連携

A氏が受けた術式は術後早期よりリハビリが可能で、患側に早くから荷重をかけられるのが特長である<sup>8)</sup>。機能訓練室では、早期から歩行器を使用したリハビリが実施されていた。A氏への歩行器の導入は、安定した歩行を保ち下肢機能を回復させる他、自立歩行に対する意欲

へとつながる効果がある。この効果を退院後の生活にも継続させていくことが重要である。しかしA氏は、機能訓練室で一定の効果を得る機会を持ちつつも、一日の大半を占める病棟では車椅子生活であった。訓練室と病棟生活の隔たりにより、排泄方法やIADLにかかる手段は結局これまでの生活とは異なるものに変えなければならなかった。したがって入院中に使用する補助具は、在宅での生活を見据えたものに統一する必要がある、1日を通して歩行する機会をつくり、歩行に自信を持たせることが重要だと考える。このような取り組みによって、A氏は、入院中の下肢筋力低下と左下肢への荷重の不安が、もっと早期に軽減できたのではないかと考える。

在宅生活に移行していくための入院中の取り組みは、「しているADL」と「できるADL」のギャップを解消することが重要である。つまり医療によって機能障害をできるだけ少なくして、残存能力を引き出すということだけではなく、その能力を生活上で継続して使っていく力を持つこと—生活リハビリ<sup>9)</sup>へと移行するのが望ましい。大腿骨頸部骨折をきたした高齢者の退院後1ヶ月の生活は、日常生活動作のための具体的調整が必要で試行錯誤の毎日となる<sup>7)</sup>。そのような退院後の具体的な調整をスムーズに行うためには、退院後の生活を視野に入れた看護者による生活リハビリの援助が重要である。

### 2) 家族への介入

家族への指導・関わりもまた、重要である。家族が在宅生活で、起立や歩行を支える際には不安や抵抗感が存在し<sup>1)</sup>、A氏のように通所リハビリテーションに通って初めて、在宅での歩行生活に自信が持てることが考えられる。在院中の家族の積極的なリハビリへの参加はリハビリ効果を増大させるのみでなく、退院後も快適な身体的・精神的回復および生活の質の向上が期待できる<sup>9)</sup>とされており、入院早期より家族の不安や抵抗感を把握し、それらを解消する関わりが望ましい。不安を解消するための介入として、入院中に家族が在宅を想定したケアに参加し、それを看護師が確認し評価することが効果的と考えられた。A氏の場合、こうすることでより早く歩行が安定し、ベッドサイドに置かれたポータブルトイレも早くから撤去できたかもしれない。家族が退院後の経過の見通しが持てるように、入院中早期から退院後を見据えた指導介入が必要であることを強く認識した。

### 3) 「活動」と「参加」の取り込みを可能にする具体的指導

ICFの視点から見ると、A氏が入院前までに行っていた食事準備等や歩行の「活動」は、多くの「心身機能」に支えられており、「心身機能」と「活動」と「社会参加」は相互に関連し合っている<sup>10)</sup>。生活を再構成するためには、心身機能のみの回復ではなく、役割活動や社会参加も同時に生活に組込まなければならない。

しかし、墓や仏壇へのお参りは花瓶を持って水道へ行き、水を汲んで花を生け、屈んで供え物をし、しゃがんだり畳に座るのが普通である。畑の世話に関しては手に鍬を持ち、荷物を持ち、長靴をはいて出かけるのだから、これらの活動をそのまま再現しようと思うと、たとえ歩行器があったとしても、衣服や靴の着脱や歩行がどれほど困難かが推測される。したがって、その人の生活習慣や価値感を継続させていくためにどの動作が継続できるか、どんな動作の確立が必要かをアセスメントし、使用する物品の変更や、身体の使い方の変更、身体の意識的な訓練を取り入れていくことが重要である。それが、入院中に本人と家族を包括的にアセスメントできる看護師の役割だと考える。身体機能の変化がありながらも、役割や社会参加を継続しようとするには精神的な活力が必要である。看護師は、この精神的な活力が損なわれないように、そしてその活力を役割や社会参加へと向けられる心理的なケアを大切にしなければならない。

### 3. 退院後の外来通院での看護

在宅生活に戻って初めの1ヶ月は、生活を再構成するにあたり、本人や家族が入院時には想像しえなかった困難や、実生活での具体的な悩み・戸惑いが明らかになってくる。初めての外来受診時期は退院後1ヶ月頃が多く、一旦低下した心身機能が表面化しやすい。この時期に患部の評価にとどまらず、看護師が生活の再構成の視点で介入し、今後の生活の方向性をともに考え修正していくことが大切だと考える。そのためには初回の外来受診時に、病棟看護師が生活活動の修正・助言が行えるようなシステム作りも今後は必要であろう。

## V. 結語

A氏のたどった経過は、我々の追跡調査の代表的な事例の一つである。この1事例を通し、生活の再構築経過を分析し、改善点をさぐることができた。このことから、入院期間中に在宅環境と生活動作を想定し、残存機能を実際に活用しながら指導すること、季節も考慮し活動範囲を広げる方法を示すこと、退院後の一時的な機能低下も含めて今後の回復過程を説明し、家族と本人に見通しを持たせることが必要だと考えられた。また生活を再構築するには歩行能力の回復のみならず、意欲や役割意識

を保ち続けられる活動を取り入れることが必要であると示唆された。

## 謝辞

本研究にあたり調査にご協力いただきました皆様、ならびに医療施設の看護師の方々に深謝いたします。

## 文献

- 1) 北村隆子、畑野相子、安田千寿、大腿骨頸部骨折を経験した高齢者の退院後の生活に関する縦断的研究—退院1ヶ月後の生活活発度の違いに及ぼす要因—、日本看護研究学会第22回近畿・北陸地方会学術集会抄録集、53、2009
- 2) 千野直一編、脳卒中患者の機能評価S I A SとF I Mの実際、ジュプリング・フェアラク東京(株)、1997
- 3) 古谷野亘、地域老人における集団的ADL—社会的機能の障害及びそれと関連する要因—、社会老年学、33、56-67、1991
- 4) 岡田和悟、小林祥泰、青木耕、須山信夫、山口修平、やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価、脳卒中、20(3)、318-323、1998
- 5) 渡辺欣忍、大腿骨近位部骨折・大腿骨骨幹部骨折に対する骨接合術と看護、荻野浩編、整形外科看護スタンダードテキスト下肢編、77-86、株式会社メディカ出版、2010
- 6) 松村秩編著、生活リハビリテーションマニュアル、中央法規出版社、1992
- 7) 千葉京子、中村美鈴、長江弘子、大腿骨頸部骨折術後高齢者が「生活の折り合い」に向かう心理的過程—退院1週間前から退院後1ヶ月後までの経過—、日本看護研究学会雑誌、26(5)、73-86、2003
- 8) 熊崎博司、大塚功、急性期病院から在宅へ、地域リハビリテーション、2(6)、486-491、2007
- 9) 前島伸一郎、大沢愛子、岸田芳幸、家族指導による機能訓練—脳卒中病棟における指導、総合リハビリテーション、33、51-57、2005
- 10) 大川弥生、ICFから高齢者医療・介護を考える、老年看護学、13(2)、18-27、2009

## (Summary)

One year follow up of the elderly who received  
hip fracture treatment with attention to living activities.

—Case examination of life restructuring in relation with nurses—

Chizu Yasuda, Takako Kitamura, Aiko Hatano

The University of Shiga Prefecture, School of Human Nursing

**Key Words** elderly person, hip fracture, restructuring of life

## 研究ノート

# A県下における口腔ケアの現状



大辻 裕子  
滋賀県立大学 人間看護学部

**背景** 近年、口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防に効果があると報告されている。しかし、看護領域における口腔ケア研究は、各種ケア法による口腔内細菌の減少率の比較、効率的な口腔ケア用品の開発など数少ない。また、口腔ケアの方法も標準的なものではなく、それぞれ病院が独自の方法で実施しているのが現状である。

**目的** 科学的根拠に基づいた口腔ケア法の確立を目指して、A県下の口腔ケアの実態を調査した。

**方法** A県下で口腔ケアを全介助で実施している48病院を選び、そこに勤務する看護師から聞き取り調査を行った。看護師が行っている口腔ケアの手技ならびに方法を見学し、半構成的質問調査を実施した。調査項目は、口腔ケアの手技とその根拠、含嗽液の種類、使用物品、1日のケア回数、1回のケア所要時間、マニュアルの有無、評価表の有無など15項目とした。

**結果** 口腔ケア法は、ブラッシングと清拭がそれぞれ50.0%であり、手技は病院毎に様々で統一されたものはなかった。口腔ケア法の根拠については、根拠不明が33.3%を占めた。口腔ケア時に使用する含嗽液は、水、緑茶、モンダミン®、マウスウォッシュ®、重曹など11種類であり、口腔ケア回数は3回/日が68.8%と最も多く、1回の口腔ケア所要時間は4～5分が41.7%で最も多かった。口腔ケアのマニュアルがあると回答した病院は68.8%であったが、実際には、看護師個人の考えや技量により口腔ケアが実施されていた。口腔ケア評価表やアセスメント表を使用している病院は12.5%あり、72.9%の病院が何らかの方法で評価を行っていた。口腔ケアの課題として、統一したケア方法がなく技術に個人差があると54.2%が回答した。

**結論** 口腔ケアにおける問題点は、標準的方法がないこと、またそれを実施する看護師の技術力に差があることであり、今後、科学的根拠に基づいたアセスメント法の導入およびケアマニュアル作成の必要性が示唆された。

**キーワード** 口腔ケア、看護技術、感染予防

## I. 緒言

脳血管疾患の増加に伴い<sup>1)</sup>、口腔ケアを必要とする患者が、病院、施設、在宅において増加している。このような背景を基に、口腔ケア学会が設立され<sup>2)</sup>、摂食・嚥下リハビリテーションの見直し<sup>3)</sup>、栄養サポートチーム(Nutrition Support Team : 以下NST)<sup>4)</sup>の設置などが行われている。

口腔ケアには、口腔衛生を目的とした狭義の口腔ケアと、咀嚼・嚥下・発音・呼吸などの口腔機能の回復をも

含めた広義の口腔ケアがある<sup>5),7)</sup>。また、衛生管理を主眼とした器質的口腔ケアと、機能面に重点をおく機能的口腔ケアという分類に分けられることもある<sup>6),8)</sup>。

口腔ケアを怠ると、呼吸器感染症の発症につながる。とくに脳血管障害の後遺症を抱えた患者は、意識障害、摂食障害、嚥下障害などを伴うため、呼吸器感染症の発症リスクが高まる。これらの患者に対しては、呼吸器感染症の予防のみならず、口腔内の機能向上を含めた広義の口腔ケアが求められる。

口腔ケアに関わる職種は、医師・歯科医師・保健師・看護師・歯科衛生士・理学療法士・言語聴覚士・介護福祉士など多岐にわたる<sup>9)</sup>。しかし各職種は、予防・治療・看護・介護など異なる視点から介入を行うため、各職種間における技術と認識には差が認められる。

先行研究では、日常的な口腔ケアに加えて歯科医師や

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：大辻 裕子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : otsuji. h@nurse.usp.ac.jp

歯科衛生士が介入した専門的口腔ケアの実施による誤嚥性肺炎の予防効果<sup>10-12)</sup>や、口腔内の環境改善を目的とした報告がなされている<sup>13-16)</sup>。看護における口腔ケアに関する研究は、口腔内細菌の減少を目的としたケア方法の比較<sup>17)18)</sup>、効率的な口腔ケア用品の検討<sup>19)</sup>、効果的な口腔ケア方法<sup>20)</sup>の検討などである。しかし、いずれも口腔ケア法に定まったものがなく、各病院、各職種が独自の方法で実施しているのが現状である<sup>21)22)</sup>。

米国疾病管理予防センター(Centers for Disease Control and Prevention:以下CDC)のガイドライン<sup>23)</sup>においても、口腔ケアを行う者に対して、手袋・マスク・エプロンなどの着用など標準予防策が示されているものの、口腔ケアの手順や方法については触れられていない。加えて、口腔ケアの技術に関する著書<sup>25-28)</sup>は数多くあるにも関わらず、標準的なケア方式は確立されていない<sup>29)30)</sup>。

さらに、脳血管障害患者は、意識レベルの評価尺度<sup>31-33)</sup>が様々であること、機能障害の程度に個人差があること、開口が困難な患者もいることから統一されたケア方式がなく、医療現場における口腔ケアは日常行われるべき看護技術でありながら、個人の技術力に頼っているのが現状である。

このような現状を踏まえて、口腔内環境の改善が期待できる、科学的根拠に基づいた口腔ケア方式の確立が必要と考えた。そこで今回は、科学的根拠に基づいた狭義の口腔ケア方法確立に向けての前段階調査として、医療現場で実践されている口腔ケアの現状を明らかにすることを目的として、A県下の病院における全介助で口腔ケアが必要な患者への施術方法の調査ならびに施術者に対する半構成的質問調査を行った。

## II. 研究方法

### 1. 用語の操作的定義

口腔ケア：口腔環境を改善するための口腔内の清潔を目的とした狭義の口腔ケアを指し、看護師の全介助による日常的な口腔ケアを指す。

含嗽液：口腔ケアにて、清拭や洗浄に用いる液体の総称。

### 2. 対象

平成21年A県病院名簿に記載されている60病院のうち、口腔ケアを行っている48病院である。

### 3. 調査期間・調査方法

調査期間は平成21年5月～平成22年8月に実施した。調査方法は、上記60病院に対し、電話にて口腔ケアが必要な患者の有無を確認し、口腔ケアを実施している48病

院を選定した。次に、これらの病院に対して、本研究の目的と主旨を説明し協力を依頼した。各病院にて口腔ケアを実施しており、技術的にも長けている主任クラスならびに中堅の看護師に半構成的質問調査を実施した。また、日常的に行っている口腔ケアの手技、方法を見学した。

調査の内容としては、先行研究を参考に次の15項目とした。1) 病院の病床数、病棟の病床数、病棟の医療・療養・介護療養区分、2) 病院機能評価機構の認定の有無、3) 全介助で口腔ケアが必要な患者の疾患別分類、4) 1病棟における全介助で常時口腔ケアが必要な患者数、5) 現在行っている口腔ケア方法の手技方法と根拠、6) 口腔ケアのマニュアルの有無、7) 使用薬剤の有無、8) 使用物品、9) 1日の口腔ケア回数、10) 1回の口腔ケア所要時間、11) 口腔ケア施術実施時の看護師の人数、12) 口腔ケアの評価表の有無、評価の方法、13) 口腔ケアにおける他職種との連携、14) 口腔機能の向上への取り組み、15) 口腔ケアにおける課題である。

### 4. 倫理的配慮

調査対象者に対して、調査の意義・目的・方法について説明した。また、調査への参加は自由であること、同意しない場合であっても不利益は受けないこと、同意した場合でも撤回可能なこと、匿名によって個人名が特定されることなどが無いこと、研究結果は研究以外の目的に用いられないことが無いことを、口頭と文書にて説明した。調査への協力にあたっては、同意書への署名により確認した。また、口腔ケアを観察する患者ならびに家族に対しては、文書を用意し口頭で説明した。

なお、本研究は2009年度5月に行われた滋賀県立大学倫理審査委員会の承認を得た。

## III. 結果

### 1. 対象の属性

48病院の病床数を図1に示した。「100床以下」6病院(12.5%)、「100～199床」23病院(47.9%)、「200～399床」8病院(16.7%)、「400～499床」4病院(8.3%)、「500床以上」7病院(14.6%)であり、「100～199床」の病院が最も多く、次いで「200～399床」、「500床」以上の順になっていた。

### 2. 患者の疾患構成

各病院における口腔ケアを必要とする患者の基礎疾患を図2に示した。「脳血管疾患」44病院(91.7%)、「呼吸器疾患」17病院(35.4%)、「循環器系疾患」9病院(18.8%)、「神経系疾患」7病院(14.6%)、「悪性新生物」6病院(12.5%)、「内分泌系疾患」2病院(4.2%)、「消化

器系疾患」2病院(4.2%)、「重症心身障害」2病院(4.2%)であり、脳血管障害患者が最も多かった。

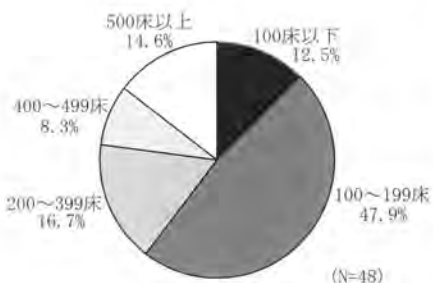


図1 対象病院の病床数の比率

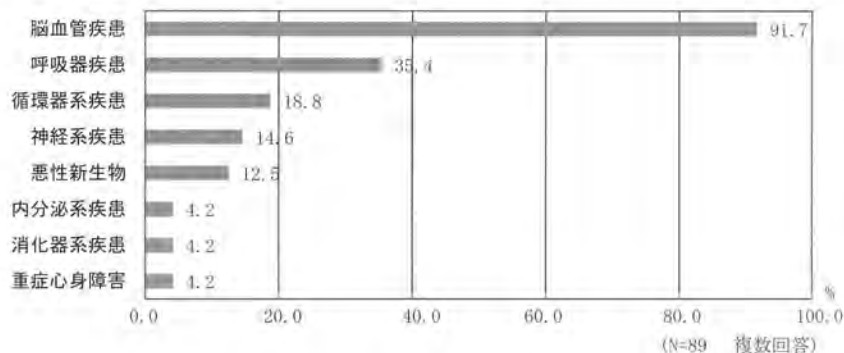


図2 口腔ケアが必要な患者の疾患別分類

### 3. 口腔ケアの清掃方法

口腔ケアの清掃方法を図3に示した。「ブラッシングと清拭」24病院(50.0%)、「清拭のみ」21病院(43.8%)、「ブラッシングと洗浄」3病院(6.2%)であり、半数の病院がブラッシングと清拭を組み合わせる方法を実施していた。

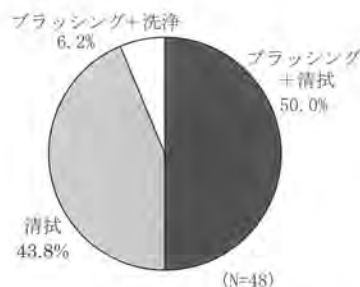


図3 口腔ケアの方法

### 4. 口腔ケアに用いる物品

口腔ケアに使用する清掃物品を表1に示した。また、各病院における清掃物品の使用割合を図4に示した。

口腔ケア時に使用する清掃物品は、「歯ブラシ」45病院(93.8%)、「スポンジブラシ」35病院(72.9%)、「ガーゼ」30病院(62.5%)、「舌ブラシ」27病院(56.3%)、「特殊ブラシ」14病院(29.2%)、「吸引機能付ブラシ」13病院(27.1%)、「綿棒」11病院(22.9%)であった。清掃方

法はブラッシングと清拭を合わせて実施することが多いことから、歯ブラシ、スポンジブラシ、ガーゼが使用しやすい物品と考えられた。しかしながら、ブラッシングや清拭および洗浄時においては、これらの物品の使用方法について統一された磨き方や清拭の方法がなく、その具体的な方法は個々の看護師の技術と感覚に委ねられていた。

表1 口腔ケア時に使用するケア物品

清掃物品	内 容
吸引機能付 ブ ラ シ	吸引チューブ付歯ブラシ、吸引チューブ付スポンジブラシなど吸引機能を備えたブラシである。
特殊ブラシ	モアブラシ <sup>®</sup> (株式会社オーラルケア) くるリーナブラシ <sup>®</sup> (株式会社オーラルケア) ICUブラシ <sup>®</sup> (株式会社オーラルケア) タンポポの種 <sup>®</sup> (STBヒグチ) 経管栄養や胃瘻などで経口摂取をしていない方を対象として、口腔粘膜のケア用として開発されたブラシ、歯の裏側が磨けるよう開発されたブラシ、電動歯ブラシなどを含む。

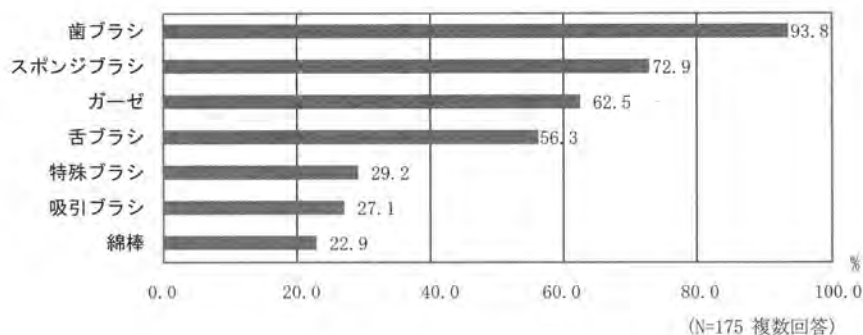


図4 口腔ケアに使用する物品

### 5. 口腔ケアに用いる含嗽液

口腔ケアに用いられる含嗽液の種類とその使用頻度を図5に示した。「緑茶」、「番茶」などは19病院(32.7%)、「水」15病院(25.9%)、「モンダミン<sup>®</sup>」や「マウスウォッシュ<sup>®</sup>」などの洗口剤は13病院(22.4%)、「重曹」などその他薬剤は7病院(12.1%)、「イソジンガーゲル<sup>®</sup>」などの含嗽剤は4病院(6.9%)であった。含嗽液には、主に、水・緑茶・番茶などの日常の生活飲料が多く用いられ、次いで、モンダミン<sup>®</sup>、マウスウォッシュ<sup>®</sup>などの洗口剤が使用されていた。

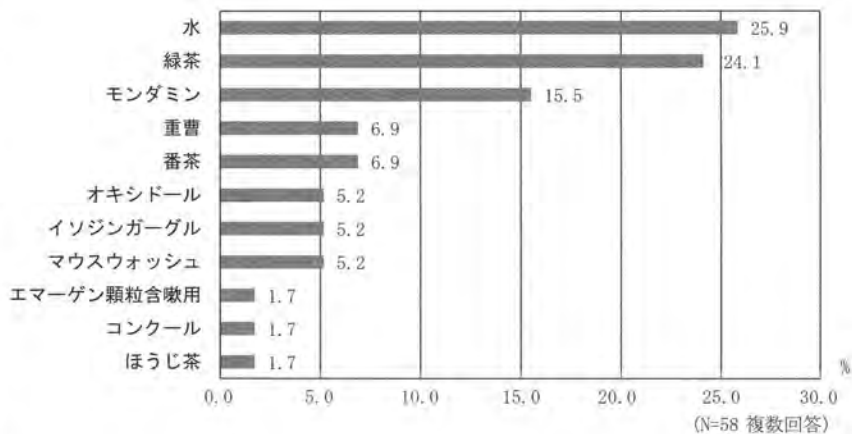


図5 含嗽液の種類

### 6. 唾液分泌を促すケア

「唾液腺マッサージや人工唾液の使用などのケアを実施している病院」は5病院(10.4%)、「行っていない病院」は43病院(89.6%)であった(図6)。複数回答によるその内訳は、「唾液腺マッサージを実施」4病院(8.3%)、「唾液分泌促進剤を使用している」5病院(10.4%)であったが、この2法を共に実施している病院があるため、実際に唾液分泌のケアを実施している病院はわずか1割であった。

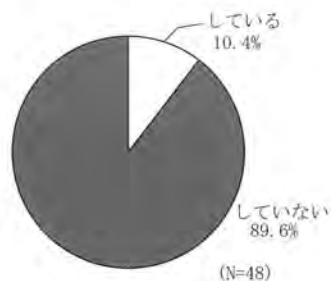


図6 唾液のケア

## 7. 保湿ケア

「保湿ケアを実践している病院」は41病院(85.4%)、「していない病院」は7病院(14.6%)であった。各病院にて口腔保湿対策として用いられていた品目ならびにその成分を表2に示し、使用頻度を図7に示した。

各病院における口腔内の保湿ケアには、「保湿剤」28病院(50.0%)、「アズノール」12病院(21.4%)、「グリセリン」5病院(8.9%)、「水や緑茶などを噴霧」4病院(7.1%)、「市販のものを噴霧」3病院(5.4%)、「ワセリン」1病院(1.8%)であった。この他に、保湿のために「マスクを使用する病院」

が2病院(3.6%)、「蜂蜜を塗布する病院」が1病院(1.8%)であった。以上、保湿ケアには、医療薬剤よりも口腔ケア開発商品による保湿剤が多く導入されていた。

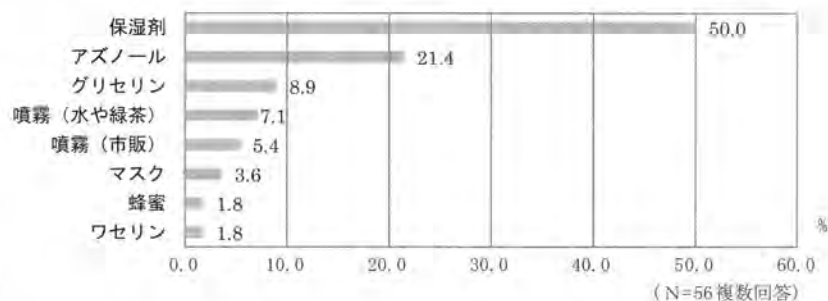


図7 口腔内の保湿対策(実施施設は41施設)

表2 口腔内の保湿対策

品 目	成 分 ・ 用 途
保 湿 剤	<p>ウェットキーピング® (オーラルケア社) 成分：水、グリセリン、ベタイン、キシリトール、ヒドロキシエチルセルロース、ラクトフェリン、メリアアザジラクタ葉エキス、エタノール、BG、リン酸2Na、リン酸Na、メチルパラベンなどを配合、それを塗布すること。</p> <p>バイオティーンオーラルバランスジェル® (ティアーアンドケー株式会社) 成分：加水分解水添デンプン、ポリメタクリル酸グリセリル、ラクトベルオキシダーゼ、グルコースオキシダーゼ、リゾチーム、ラクトフェリン、キシリトールなどを配合、それを塗布すること。</p> <p>マウスピュア® (川本産業) 成分：グリチルリチン酸ニカリウム、濃グリセリン、ヒアルロン酸Na、香料(梅エッセンス)、エタノール、プロピレングリコール、バニリン、キシリトール、カルボキシビニルポリマー、安息香酸Na、パラベン、トリエタノールアミン、精製水などを配合しており、それを塗布すること。</p>
アズノール	0.003%アズノール軟膏を塗布すること。
グリセリン	外用皮膚軟化剤のグリセリンを塗布すること。
噴 霧 (水や緑茶)	スプレー式の容器に水や緑茶を入れ噴霧すること。
噴霧(市販)	<p>アクアマウススプレー® (有限会社ハセガワ) 成分：ソルビトール、乳タンパクエキス、ラクトフェリン、塩化カリウム、塩化ナトリウム、塩化マグネシウム、キシリトール、マルチトール、サッカリンNa、ヒドロキシエチルセルロース、安息香酸Na、メチルパラベンNa、プロビルパラベンNa、リン酸2k、クエン酸、塩化カルシウムなどを配合、それを塗布すること。</p> <p>ウェットケアプラス® (キッセイ薬品工業株式会社) 成分：環状オリゴ糖、キシリトール、マルチトール、グリセリン、香料、酸味料、リンゴ酸、リンゴ酸ナトリウム、ヒアルロン酸、カテキン、安息香酸、ビタミンCなどを配合しており、それを塗布すること。</p>



### 8. 1日の口腔ケア回数

患者1人に対する1日の口腔ケア回数を図8に示した。「4回」3病院(6.2%)、「3回」33病院(68.8%)、「2回」5病院(10.4%)、「1回」7病院(14.6%)であり、食事回数に合わせて1日3回8時間間隔で実施している病院が大半であった。

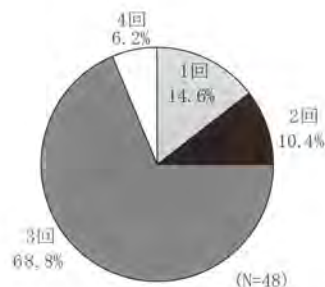


図8 1日の口腔ケア回数

### 9. 1回の口腔ケア所要時間

1回の口腔ケア所要時間を図9に示した。「10分以上」1病院(2.1%)、「5～10分」2病院(4.2%)、「4～5分」20病院(41.6%)、「3～4分」14病院(29.1%)、「1～3分」9病院(18.8%)、「1分以内」2病院(4.2%)であった。以上、口腔ケアの所要時間は、3分以上5分以内が70.7%を占めた。

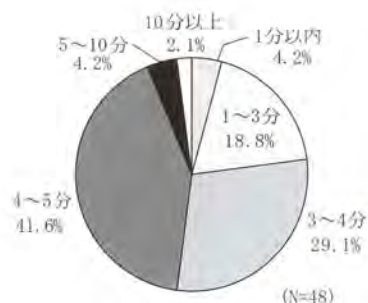


図9 1回の口腔ケアに要する時間

### 10. 口腔内の評価と口腔ケア後の評価

口腔ケア評価表やアセスメント表の有無を図10に示した。「評価表やアセスメント表がある」のは6病院(12.5%)、「無い」のは42病院(87.5%)であった。

評価表やアセスメント表がない病院が大多数を占めていた。「口腔ケア施術後の評価をどのようにしているのか」の質問に対しては、「評価表はないが病院なりに評価している」29病院(60.4%)、「評価していない」19病院(39.6%)であった。このうち、評価していると回答した病院の評価方法を図11に示した。図11より、「看護師ではなく歯科部門が評価」13病院(44.8%)、「経過記録やフローシートで経過を評価」9病院(31.0%)、「口腔内トラブルがある時のみ看護計画に立案し評価」6病院(20.7%)、「看護師個人の主観で評価」5病院(17.2%)、「申し送りで伝える」5病院(17.2%)、「看護計画に立案し評価」4病院(13.8%)、「摂食・嚥下認定看護師により評価」2病院(6.9%)、「独自の評価表を使用」1病院(3.4%)、「カンファレンスにて評価」1病院(3.4%)などであった。一方、「口腔ケアの評価を行っていない」と回答した19病院(39.6%)の内訳は、「口腔ケアは業務の一つであるため評価する必要がない」11病院(57.9%)、

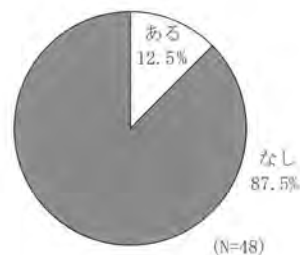


図10 口腔ケア評価表

「経過記録やフローシートにチェックを入れるが評価の意識はない」8病院(42.1%)などであった。

以上より、「評価表やアセスメント表を使用している病院」は6病院(12.5%)であったが、「評価表はないが病院なりに評価している病院」が29病院(60.4%)あり、合計35病院(72.9%)が何らかの評価を行っていた。しかしながら、看護師により患者の口腔内の状態をアセスメントし、「状態に合わせたケア方法の検討やケアの質を評価している病院」は13病院(27.1%)に留まった。

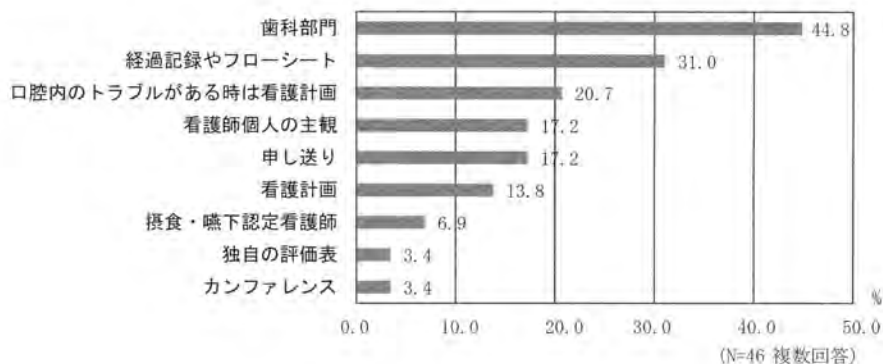


図11 実際の評価方法(評価している29施設)

### 11. 口腔ケアマニュアル

口腔ケアのマニュアルの有無を図12に示した。「マニュアルがある病院」は33病院(68.8%)、「無い病院」は12病院(25.0%)、「作成中」3病院(6.2%)であった。しかし、マニュアルは整備されているが活用されていない病院もあり、実際のケアは個々の看護師の技術に委ねられていることが多かった。



図12 口腔ケアマニュアルの有無

### 12. 口腔ケア方法の根拠

複数回答による、口腔ケアの方法の根拠を図13に示した。「文献を参考にしている」15病院(31.3%)、「歯科部門と連携している」11病院(22.9%)、「研修会で教わった方法」8病院(16.7%)、「院内看護研究結果による方法」7病院(14.6%)、「以前から施術している方法」16病院(33.3%)であった。

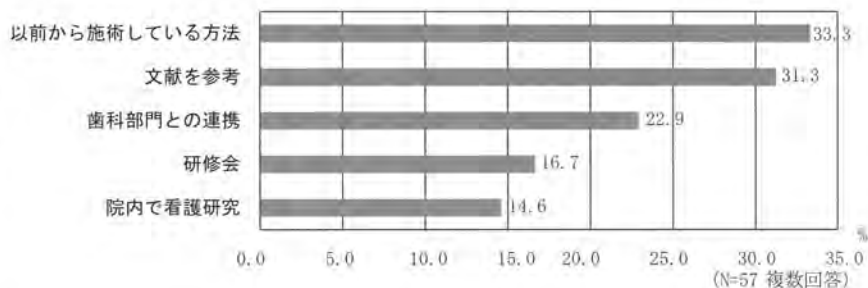


図13 口腔ケア方法の根拠

### 13. 口腔ケアにおける課題

口腔ケアにおける課題は、問題点と口腔ケアが実施しにくい状況の2点に大きく分けられた。このうちの口腔ケアにおける問題点を図14に示した。「統一したケア方法がなく、技術に差がある」26病院(54.2%)、「口腔内・ケア方法の評価ができていない」10病院(20.8%)、「ケア物品のコストがかかる」9病院(18.8%)、「必要な回数のケアができていない」5病院(10.4%)、「ケアにかかる時間がない」5病院(10.4%)、「人員不足でケアが十分にできない」5病院(8.3%)、「患者の状態に合わせたケアができていない」5病院(8.3%)、「介護の視点からのケアになっている」4病院(6.3%)、「家族の協力が得られない」2病院(4.2%)、「マニュアルがない」1病院(2.1%)、「マニュアル通りではない」1病院(2.1%)であった。

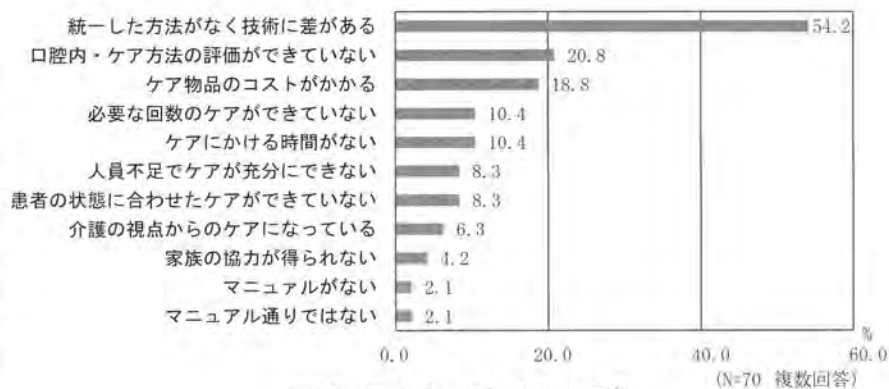


図14 口腔ケアにおける問題点

間がない」5病院(10.4%)、「人員不足でケアが充分にできない」4病院(8.3%)、「患者の状態に合わせたケアができていない」4病院(8.3%)、「介護の視点からのケアになっている」3病院(6.3%)、「家族の協力が得られない」2病院(4.2%)、「マニュアルがない」1病院(2.1%)、「マニュアル通りではない」1病院(2.1%)などであった。

口腔ケアにおける問題点としては、半数以上が、「統一した方法がなく、看護師間の技術に差がある」と回答していた。

また、口腔ケアを実施しにくい状況を図15に示した。「開口ができない」14病院(29.2%)、「出血しやすい」4病院(8.3%)、「嘔まれそうになる」4病院(8.3%)、「乾燥して痰がとりづらい」3病院(6.3%)、「歯がぐらついている」2病院(4.2%)、「舌苔がとれない」1病院(2.1%)などであった。

#### 14. 口腔機能向上への取り組み

口腔機能の向上を目指した取り組みを図16に示した。「取り組んでいる」14病院(29.2%)、「時々取り組んでいる」7病院(14.6%)、「取り組んでいない」27病院(56.2%)であり、約半数の病院が口腔ケアは口腔内の清掃として捉えており、口腔機能を高めるケアとして認識していないことが示された。

#### 15. 他職種との連携

他職種との連携については図17に示した。「歯科部門」17病院(35.4%)、「言語聴覚士(Speech Therapist：以下ST)」11病院(22.9%)、「NST」10病院(20.8%)、「その他」3病院(6.3%)、「連携なし」16病院(33.3%)であった。その他は、「耳鼻科部門」、「皮膚科部門」、「理学療法士(Physical Therapist：以下PT)」などであり、約7割以上の病院で、他職種との連携を図りながら口腔ケアが実施されていた。

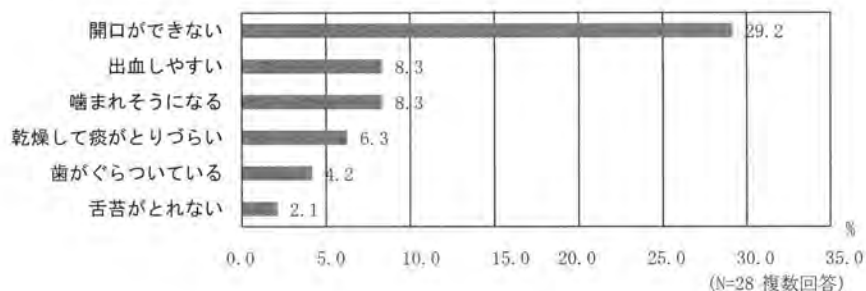


図15 口腔ケアが実施しにくい状況

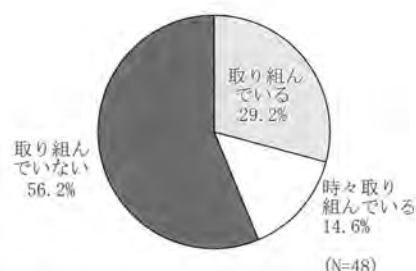


図16 口腔機能向上への取り組み

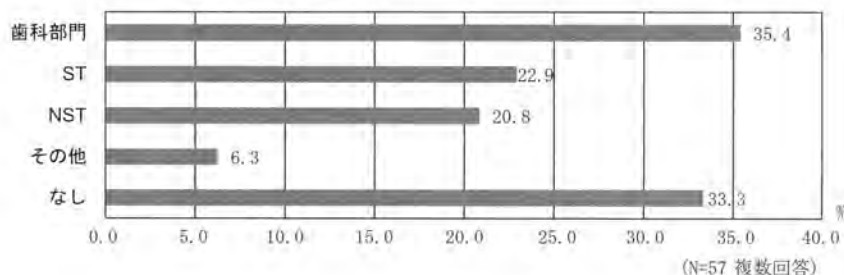


図17 口腔ケアにおけるチーム医療

## IV. 考 察

「口腔ケア」の歴史は米国の看護現場から始まったとされている。1960年にVirginia Hendersonは、著書「看護の基本となるもの」<sup>34)</sup>の中で、看護師による口腔ケアの重要性を述べている。1980年代にはわが国にも紹介され、現在は、口腔ケアは、医師・歯科医師・看護師・介護士など多職種が関わるケアへと発展している<sup>2)4)14)</sup>。

脳血管障害の後遺症のある患者の口腔は、唾液の分泌量が減少することにより自浄作用が低下し、口腔内の乾燥・舌苔・口臭・歯肉出血などが起こりやすい。また、口腔内細菌が繁殖し、それに伴って呼吸器感染を合併しやすい<sup>35)</sup>。

Penfieldの大脳皮質における運動野の配置図<sup>36)</sup>に示されるごとく、口腔と咀嚼に関する領域は非常に大きいことから、意識障害のある患者への口腔ケアは大脳を刺激し、意識回復を促すと報告されている<sup>37)38)</sup>。

### 1. 口腔ケアが必要な患者の基礎疾患

口腔ケアが必要な患者は、脳血管疾患が大半を占めた。それら患者の多くは、摂食・嚥下障害を有する臥床状態にあり、経管栄養や胃瘻を通して栄養補給がなされていた。自ら含嗽や歯磨きができないこのような状態では、誤嚥や不顕性肺炎を予防する見地から、口腔ケアが必要不可欠な看護技術であると報告されている<sup>35)38)40)</sup>。

### 2. 口腔ケアの実態と看護の役割

口腔ケアは、含嗽・粘膜ケア・歯磨き・唾液ケア・保湿ケア・口腔機能訓練の6つに分類される<sup>41)</sup>。しかし、含嗽ができない患者では、口腔内に水を注入後に、吸引器具を用いて洗浄した水を吸い取るので、誤嚥の危険が伴い熟練した技術が必要となる。

清拭と洗浄に対する見解は様々であるが<sup>41)42)</sup>、主に臨床現場で実施されている方法は1)歯のブラッシングと口腔粘膜の清拭、2)歯を含めた口腔内の清拭のみ、3)歯のブラッシングと口腔内洗浄の3種類である。今回の検討では、口腔ケアの方法は、「歯のブラッシングと粘膜の清拭」が約半数を占め、次いで「清拭のみ」であり、「ブラッシングと洗浄」はわずか6.2%に留まっていた。

ブラッシングは、歯を磨いて歯垢を除去する。清拭は、口腔粘膜の汚れを拭き取る。洗浄は、含嗽液で汚れを洗い流しながら吸引する方法である。これらのうち、洗浄は誤嚥のリスクを伴うために高度な実施技術を要求される。その一方、清拭は、口腔内粘膜の汚れを取り除くことに主眼がおかれており、看護師1人で実施できることから多くの病院で行われている。清拭は、口腔内粘膜の刺激が大脳の刺激につながることや、口腔機能の廃用予

防、また唾液腺を刺激し唾液の分泌を促す<sup>43)</sup>などの利点もある。口腔ケアが必要な患者は、咀嚼・嚥下・発声・呼吸などの口腔機能も低下し、唾液の自浄作用が損なわれているので、通常の口腔ケアでは不十分である。そのため、看護師が行う口腔ケアでは、口腔内の清掃、唾液の分泌促進、口腔機能の維持・回復を目指した口腔ケアが望まれる。口腔ケアは口腔機能の訓練も兼ねている<sup>37)40)</sup>ことを認識しながら、患者の状況に合わせたケアを行う必要がある。

今回の調査においても、看護師が実施しやすい口腔ケアの方法は、先行研究に示された方法<sup>43)48)</sup>と同じく、誤嚥の危険性の少ない口腔内清拭であった。また、口腔ケアに使用する清掃物品としては、歯ブラシ・スポンジブラシ・ガーゼが主に用いられていた。しかし、歯垢の除去には歯ブラシによるブラッシングが欠かせない<sup>47)</sup>ことや、スポンジブラシの清掃効果が高い<sup>49)</sup>ことから、歯のケアと粘膜のケアを併せて行える歯ブラシとスポンジブラシの併用が望まれる。

また今回、看護師は自らが行っているケア方法に疑問を抱きながら実施しているという結果を得た。先行研究<sup>49)</sup>では、口腔ケアは5分以上の時間が必要とされているが、実際は多忙さのため5分が限界であることが報告されている。そこで、ケアの手順の改善ならびに清掃物品の選択、さらにその他工夫が必要と考えられる。

今回の結果では、11種類もの含嗽液が用いられていた。含嗽液に関する先行研究<sup>50)51)</sup>は、清掃効果・殺菌効果・口臭予防効果・唾液分泌促進効果などを期待したものであったが、今回の結果でもその使用根拠は明確ではなかった。

米国においては、VAP（人工呼吸器関連肺炎）予防のために、感染の原因となる細菌に対して非アルコール性の口腔リンスを用いることが推奨されている<sup>57)59)</sup>。しかし、わが国では様々な含嗽液が用いられており、今回の調査でも同様であった。今後、感染の予防のEBM（Evidence-based medicine）に基づいた含嗽液を選択する必要があると考えられる。

全介助で口腔ケアが必要な患者は、口腔内の自浄作用が低下しており、また口が閉じられずに口腔内汚染や乾燥が著しいことから、口腔粘膜の保護が必要となる。この口腔内の保湿のために、半数以上の病院で保湿剤が用いられており、その品目としては、医療薬剤よりも口腔ケア開発商品が数多く導入されていた。

米国では、口腔粘膜の保護のためには唾液成分を含んだ水溶性の保湿剤を用いることが推奨されている<sup>57)59)</sup>。わが国においても、非アルコール性の口腔リンスと保湿剤の併用による口腔内環境を改善する取り組みがなされている<sup>46)</sup>が、今後、保湿対策の標準化に向けてさらに検討する必要があると考えられる。

1日の口腔ケア回数は、先行研究<sup>65)66)</sup>と同様に1日3回が約7割を占めていた。また、口腔ケアに要する時間は、3分以上5分以内が約7割を占めていた。この1日3回という数字は、口腔ケアが食事や経管栄養の時間と合わせて実施されていることによる。しかし、米国では食事回数によらず、個々の患者の口腔アセスメントに基づいて実施されている<sup>61)</sup>。

今回の調査では、経過記録やフローシートを用いてケアの評価を行っていた病院があったが、歯科医師や歯科衛生士が評価している病院も約4割あった。一方で、評価を行っていない病院も約4割存在した。この評価をしない主な理由は、多数の看護師が口腔ケアは業務の一つだが、評価に値しない看護技術と考えているためであった。実際口腔ケアは根拠のないまま実施されていることが多かった。さらに、成書に記載されている口腔アセスメント指標は、現場では使用しにくいこともその要因として考えられた。歯科医師が考案したアセスメント指標は項目数が多く、多忙な看護の現場では使用しづらい。病院独自で考案されたアセスメント指標<sup>62)63)</sup>も存在するが、妥当性の評価がなされていない。米国においては、1980年代後半より看護の現場において標準化されたアセスメント指標<sup>64)</sup>が用いられており、わが国においても標準化されたアセスメント指標の導入が必要と考えられる。

今回の調査から、含嗽液や口腔内粘膜の保護のためのケア開発商品が広く利用されていることが明らかになったが、水や茶のような生活飲料も使用されていた。毎日数回、必要に応じて行われる口腔ケアには、安価で手に入りやすいものを使用することが望ましいが、その科学的根拠が必要となる。今後、すべての含嗽液や粘膜保湿剤を科学的に検証を行う必要があると考えられる。

### 3. 口腔ケア方法の検証

先行研究<sup>64)65)</sup>においても口腔ケアは病院独自の方法で実施されており、今回の結果と併せて、ケア法が確立していないと考えられた。また、そのケア法の根拠も、文献や看護研究、研修会あるいは歯科部門との協議など、各病院が独自に設定したものであり一律ではなかった。さらに、個々の患者の口腔内環境が異なるため、マニュアル通りにはケアが行われていなかった。

先行研究<sup>66)</sup>にて、看護師は口腔ケアの方法に疑問を抱いていることが報告されているが、今回の調査でも、病院で実施している口腔ケア法には根拠がなく、以前から施している方法と回答した病院が33.3%存在した。また、口腔ケアにおける問題として、調査した病院の半数以上で統一された方法がなく、看護師の技量にも差があることが指摘されていた。

### 4. 口腔ケアにおけるチーム医療

誤嚥性肺炎の予防には、日常の口腔ケアに加えて専門職による口腔ケアの有効性<sup>10)12)</sup>が指摘されており、今回も約7割の病院で看護師が他職種と連携を図りながら口腔ケアを実施していた。

近年の、口腔機能の向上への取り組みは、摂食・嚥下リハビリテーション分野にて盛んに行われており<sup>67)68)</sup>、また、歯科医師や歯科衛生士・看護師・栄養士・ST・OTなどとの連携<sup>69)</sup>により口腔ケアが実践されている。今回の調査でも、約3割の病院が口腔内の清掃のみならず、口腔機能の向上に取り組んでいた。特に、摂食・嚥下障害を伴い全介助で口腔ケアを行っている患者は、脳血管障害の患者が多数を占めることから、他職種と協働しながら、より良い口腔ケアを実践することが必要であると考えられる。

今後は、米国のプロトコルに準じた口腔アセスメント表を用いて、科学的根拠に基づいた手順の策定および含嗽液の選定、物品の選択などを検討する予定である。

## V. 結 語

科学的根拠に基づいた狭義の口腔ケア方法の確立に向けて、A県下の病院で実践されている口腔ケアの現状を明らかにすることを目的として調査を実施した。

1. 口腔ケアの方法や回数、実施時間などは病院により様々であり、標準的なものではなかった。
2. 口腔ケア評価表を使用している病院は1割のみであったが、約7割の病院が何らかの方法で評価を行っていた。
3. 約7割の病院が他職種と連携し口腔ケアを実践していた。
4. 半数以上の病院で口腔機能の向上に向けた取り組みはなされていなかった。
5. 口腔ケアにおける問題点は、統一された方法がなく看護師の技術力に差があることであり、今後科学的根拠に基づいたケアマニュアル作成の必要性が示された。

## 謝 辞

本研究を遂行するにあたり、ご協力をいただきましたA県48病院の病院長様および看護部長様、ならびに病棟の看護師の皆様、被験者になっていただいた患者様に感謝を申し上げますと共に、本研究の指導者である藤田きみゑ教授、奥津文子教授、横井和美准教授に深謝致します。なお、本研究は平成21年度滋賀県立大学学部長裁量経費の助成を受けて実施致しました。

## 文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標，56(9)，51-54，厚生統計協会，2009.
- 2) 阪口英夫：口腔ケアの歴史，日本口腔ケア学会誌，2(1)，5-14，2008.
- 3) 鎌倉やよい：摂食・嚥下が困難な人へ看護はどう貢献できるか，EB NURSING，6(3)，8-10，2006.
- 4) 佐藤エキ子：NSTは効果があるか-チームによる栄養療法の手法と効果のエビデンス，EB NURSING，6(1)，8-10，2006.
- 5) 菊谷武：口腔ケアの基礎知識，菊谷武監修，口をまもる生命をまもる基礎から学ぶ口腔ケア，2-14，学習研究社，2007.
- 6) 米山武義：口腔ケアはなぜ必要か，日本歯科医師会監修，EBMに基づいた口腔ケアのために-必読文献集，26-32，医歯薬出版株式会社，2002.
- 7) 米山武義：口腔ケアの定義，下山和弘他編集，日本老年歯科医学会監修口腔ケアガイドブック，2-4，口腔保健協会，2008.
- 8) 米山武義：高齢者の誤嚥性肺炎予防と口腔ケア，誤嚥性肺炎を予防する口腔ケア(下巻)，5-52，株式会社オーラルケア，2008.
- 9) 村松真澄他：チームで進める口腔ケアの実際，日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌，17(2)，139-142，2007.
- 10) Yoneyama T et al：Oral care and pneumonia, *Lancet*, 1354, 515, 1999.
- 11) 米山武義他：要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究，日本歯科医学会誌，20，58-68，2001.
- 12) 米山武義：誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの効果，日本老年医学会雑誌，38(4)，476-477，2001.
- 13) 弘田克彦他：プロフェッショナル・オーラル・ヘルス・ケアを受けた高齢者の咽頭細菌数の変動，日本老年医学会雑誌，34(2)，125-129，1997.
- 14) 菊谷武他：高齢入院患者における舌背上のカンジタについて-摂取食形態，唾液分泌量との関係-，老年歯科医学，13(1)，23-28，1998.
- 15) 田村文誉他：摂食・嚥下障害者における栄養摂取方法と口腔内環境との関連，老年歯科医学，15(1)，14-23，2000.
- 16) 足立三枝子他：専門的口腔清掃は特別養護老人ホーム要介護者の発熱を減らした，老年歯科医学，15(1)，25-30，2000.
- 17) 平松喜美子他：非経口摂取者における口腔ケアと細菌数の推移，米子医学雑誌，55(5)，234-241，2004.
- 18) 吉田里枝他：オリーブオイルを用いた口腔ケア後の口腔内乾燥の改善細菌数の減少，鶴岡荘内病院誌，14，47-50，2002.
- 19) 井淵吉美他：マウスウォッシュとオーラルバランスを導入した口腔環境改善への取り組み，旭赤医誌，6，25-27，2007.
- 20) 小泉敦子他：意識障害のある患者の口腔ケア-ブラッシング法の効果の検討，東邦大学看護研究会誌，1(1)，18-23，2003.
- 21) 吉田恵子他：意識障害患者の感染予防に有効な口腔ケアの検討-口腔ケアの文献，日本看護学会論文集：総合看護，31，32-34，2000.
- 22) 塚本容子他：肺炎防止のための口腔ケアの研究の動向-2000年から2005年の日本と海外の研究論文の比較から，北海道医療大学看護福祉学部紀要，12，37-44，2005.
- 23) 佐藤田鶴子監修：最新 歯科医療における院内感染対策-CDCガイドライン，43-48，末永書店，2004.
- 24) Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007, 満田年宏訳・著，隔離予防策のためのCDCガイドライン-医療環境における感染性病原体の伝播予防(1)，49-62，ヴァンメディカル，2007.
- 25) 池西静江：やってみよう基礎看護技術，2(1)，103-107，メディカ出版，2007.
- 26) 三上れつ他：演習・実習に役立つ基礎看護技術-根拠に基づいた実践を目指して，3(1)，40-43，ヌーヴェルヒロカワ，2008.
- 27) 古屋敦子：確実に身につけたい基本看護技術50-清潔・衣生活援助-口腔ケア，臨床看護，33(4)，532-535，2007.
- 28) 竹尾恵子監修：Best臨地実習のための看護技術指導ガイドライン，148-158，学研，2005.
- 29) 迫田綾子：ケアの視点からの口腔ケア論，日本口腔ケア学会誌，3(1)，5-14，2009.
- 30) 村松真澄：基礎から学ぶ-さまざまな患者への口腔ケア，Nursing Today，24(1)，18，2009.
- 31) 馬場元毅：絵でみる脳と神経-しくみと障害のメカニズム(3)，70-76，医学書院，2009.
- 32) 東北療護センター遷延性意識障害度スコア表：<http://www.kohnan-sendai.or.jp/>
- 33) 千葉療護センター重症頭部外傷後遺症患者レベル判定表：<http://chiba-ryougo.jp/>
- 34) Virginia Henderson：Basic Principles of Nursing Care, ICN, USA, 1960, 湯楨ます・小玉香津子訳，看護の基本となるもの(新装版)，3，57-58，日本看護協会出版会，2009.
- 35) 木田正芳他：脳血管障害後遺症に伴う嚥下障害について，老年歯科医学，9(2)，66-72，1996.
- 36) Penfield, W. et al：The cerebral cortex of man. Macmillan, 248, 1950.
- 37) 紙屋克子：私の看護ノート，医学書院，1993.
- 38) 黒岩恭子：食べられる口をつくる実践口腔ケア，誤

- 嚥性肺炎を予防する口腔ケア(下巻) 摂食機能向上により患者のQOLを高める, 149-193, 株式会社オーラルケア, 2008.
- 39) 小長谷貴子, 柿木保明: 口腔ケアが必要な理由, 鈴木俊夫他編, JNNスペシャルNO.73これからの口腔ケア, 18-23, 医学書院, 2003.
  - 40) 北川善政他: 口腔ケアの基礎知識, *Nursing Today*, 24(1), 19-23, 2009.
  - 41) 村松真澄: 口腔ケアの実践の基本技術, *Nursing Today*, 24(1), 24-29, 2009.
  - 42) 松尾なみえ: 脳神経外科病棟における口腔ケア-意識障害をもつ患者の口腔ケア, *看護*, 27(3), 432-436, 2001.
  - 43) 岸本裕充: ナースのための口腔ケア実践テクニック, 1(3), 30-36, 昭林社, 2007.
  - 44) 倉科憲治他: 口腔粘膜の清掃法, 口腔ケア学会編集, 口腔ケア基礎知識-口腔ケア4級・5級認定資格基準準拠, 37-39, 末長書店, 2008.
  - 45) 道中俊成他: 脳神経外科疾患患者に携わる看護師が実践する口腔ケアの知識と課題に関する研究, *看護学統合研究*, 8(1), 28-41, 2006.
  - 46) 迫田綾子: わが国の看護職における口腔ケアの現状と課題・1-口腔ケア行動の現状と教育・組織アセスメント, *看護管理*, 16(6), 473-476, 2006.
  - 47) 熊坂士他: 口腔清掃用具の種類によるプラーク除去効果の比較, *日本口腔ケア学会雑誌*, 3(1), 27-30, 2009.
  - 48) 鈴木章他: 要介護老人の口腔ケアに用いる補助器具の清掃効果-綿棒と柄付きスポンジの比較, *老年歯科医学*, 8(2), 128-136, 1994.
  - 49) 有田美恵他: 入院患者の口腔ケアに対する看護師への意識調査, *広島大学歯学雑誌*, 41(1), 71-75, 2009.
  - 50) 白井やよい他: 洗口剤のCandida albicansに対する殺菌効果, *老年歯科医学*, 19(4), 284-288, 2005.
  - 51) 榊靖枝他: 意識障害患者への梅酢含嗽水による唾液分泌の促進効果, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 34, 12-13, 2003.
  - 52) 室井志保他: レモンティーグリセリンを用いた口腔内乾燥予防への効果-イソジンガーゲル液との比較, *全国自治体病院協議会雑誌*, 421, 91-92, 2003.
  - 53) 有木園子他: 意識障害患者の唾液分泌促進を試みて-だし昆布水の有効性, *日本看護学会論文集(成人看護II)*, 35, 36-38, 2005.
  - 54) 野村知世他: ヒアルロン酸含有の洗口液と二重水による口腔ケアを試みて, *トヨタ医報*, 17, 69-74, 2007.
  - 55) 福山恭子他: 緑茶含嗽による静菌作用の持続効果の検討, *日本看護学会論文集(総合看護)*, 38, 29-31, 2007.
  - 56) 三島真里子他: 水道水と濃度の異なるレモン水を使用した口腔ケアによる唾液分泌量の変化-効果的な口腔ケアの検討, *看護・保健科学研究誌*, 9(1), 200-204, 2009.
  - 57) Schleder B et al: You can make a difference in 5 minutes, *Evidence-Based Nursing*, 7, 102-103, 2004.
  - 58) スーディK: ここまでは見極め, これだけは実践したい口腔ケアのポイント③感染予防と口腔ケア, *Nursing Today*, 24(1), 37-39, 2009.
  - 59) Schleder B et al: The Effect of a Comprehensive Oral Care Protocol on Patients Risk for Ventilator-Associated Pneumonia, *J Advocate Health Care*, 4(1), 27-30, 2002.
  - 60) 熊坂士他: アンケート調査による東京女子医科大学病院病棟看護師の口腔ケアの現状, *東京女子医科大学雑誌*, 77(7), 337-345, 2007.
  - 61) Eilers J et al: Development, Testing, and Application of the Oral Assessment Guide, *Oncology Nursing Forum*, 15(3), 325-330, 1988.
  - 62) 島美貴子他: 口腔ケアチームの活動を通じ口腔内清潔の維持増進を図る-チームメンバーの知識・技術の変化と口腔ケアアセスメントシートの活用, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 37, 74-76, 2006.
  - 63) 西村江美他: 脳血管障害患者の転棟から退院(転院)までの口腔ケアプロトコルの作成, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 37, 155-157, 2006.
  - 64) 田中奈苗他: 口腔ケアにおける統一したアプローチの方法, *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 17, 51-53, 2005.
  - 65) 山本亜希子他: 遷延性意識障害患者に対する口腔ケアの改善への取り組み, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 37, 164-166, 2006.
  - 66) 山中亮佑他: 八戸赤十字病院における入院患者に対する専門的口腔ケアについて, *八戸赤十字病院紀要*, 8(1), 11-15, 2008.
  - 67) 鎌倉やよい: ヒストリカルレビュー-看護領域, *日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌*, 9(1), 27-35, 2005.
  - 68) 浅田美江: 摂食・嚥下障害患者に対する看護の役割, *臨床看護*, 35(4), 435-441, 2009.
  - 69) 迫田綾子: 摂食・嚥下障害患者への口腔ケア, *臨床看護*, 35(4), 518-527, 2009.

**(Summary)**

**Survey of Oral Care in A Prefecture**

Hiroko Otsuji

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

**Key Words** Oral Care, Nursing Technique, Infection control



## 研究ノート

地域高齢者に対する転倒予防のための  
フットケア習得に向けた健康教室の効果北村 隆子<sup>1)</sup>、岡本 秀己<sup>2)</sup><sup>1)</sup>滋賀県立大学人間看護学部<sup>2)</sup>滋賀県立大学人間文化学部

**背景** 近年、高齢者の転倒予防を目的としたフットケアが注目されている。転倒予防対策として筋力トレーニングの効果が報告されてきている。しかし、転倒予防には、下肢の筋力だけでなく、身体のバランスをとり踏んばる能力を高めるための足指の動き、足裏感覚の感受性を鍛えるフットケアが重要である。本来、転倒予防としてのフットケアは、地域に在住する高齢者が自ら実施することが必要である。しかし、看護師などの専門職が実践的介入を行った報告はあるが、高齢者自身によるセルフケアの効果に関する報告は、ほとんどみられない。

**目的** 地域に在住する高齢者に対して、転倒予防を目的としたフットケア習得に向けた健康教室を開催し、その効果を把握することである。

**方法** 対象は、A町の老人会に参加する高齢者である。健康教室は、3か月ごとに開催し、1年後にその効果を評価した。測定項目として、足に関する質問、Up&Goテスト、ロープくぐりなどを行った。

**結果** 健康教室開催前後の足裏への関心は、転倒リスクなし群では変化を認めなかったが、転倒リスクあり群では介入後に全員が「気にしている」と答えた。しかし、1年後の時点で足指体操を週に2～3日実施しているものは、両群ともに3人(33.3%)であった。

**結論** 介入前に転倒リスクを有している者の足裏状態への関心は介入後に高まったが、フットケアの実践については継続して行っているものは少なかった。今後の課題として、継続可能な介入方法と、高齢者が安全に爪切りなどを行えるセルフケア技術を提供していく必要があると考える。

**キーワード** 地域高齢者、フットケア、転倒予防、健康教室

## I. 緒言

近年、高齢者の転倒予防を目的としたフットケアが注目されてきた。転倒を原因とする要介護高齢者数は、脳血管疾患を原因とするそれよりも増加傾向にある<sup>1)</sup>。また、地域高齢者が持つストレングスについての我々の調査から、高齢者の日常生活の目標は「寝たきりにならないこと」であることがわかった<sup>2)</sup>。寝たきりの原因には、転倒による骨折、あるいは転倒恐怖による生活の不活発化などがある。高齢者の転倒予防対策として、下肢筋力トレーニングが行われ、多くの効果が報告されている。しかし、姫野ら<sup>3)</sup>は、運動器向上のプログラムは資源が活用できる人のみ可能であることを指摘している。また、

下肢の筋力が向上しても、身体を支える足の機能が低下していると、立位・歩行時のバランスを失い、ふらつき、転倒を引き起こす危険性が高まる。身体のバランスをとり、踏んばる能力を高めるためには、足指の動き、足裏感覚の感受性を鍛えるフットケアが重要である<sup>4)5)6)</sup>。

フットケアの先行研究によると、デイサービスを利用する高齢者あるいは施設入所中の高齢者に対して研究者が足底部の指圧・マッサージを実施することにより、足底の感覚入力維持・向上が期待できると報告されている<sup>7)8)</sup>。

本来、高齢者自身の課題である転倒予防のためには、健康なうちから自分でフットケアを行っていく必要がある。フットケアの一部である足指体操は、高齢者のバランス能を高める効果も指摘されている<sup>9)</sup>。しかし、筋力トレーニングへの関心は持っていない、足部の健康に関心を持っている高齢者は少なく、転倒予防を目的としたフットケアに関する介入研究も少ない<sup>10)</sup>。

そこで、地域の老人会に所属する高齢者に対して、高

2010年9月30日受付、2011年1月9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

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

高齢者が自らフットケアに関心を持ち実践できるように、健康教室を開催した。

## II. 目的

本研究の目的は、地域に在住する高齢者に対して、転倒予防のためのフットケア習得を目的とした健康教室を開催し、その効果を把握することである。

## III. 研究方法

### 1. 対象

A自治会老人会に所属する高齢者を対象とした。

### 2. 健康教室の開催

フットケアを習得するために健康教室を開催した。教室の開催頻度は、3ヶ月毎に計4回開催した。各回で足部に関する基礎知識の講義と足指体操<sup>1)</sup>を実施した(表1)。

表1 健康教室の講義内容

回数	テーマ	内容
第1回	足指体操の方法と効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>足裏に重要性について</li> <li>足指体操と転倒予防</li> <li>足指体操の方法</li> </ul>
第2回	足アーチの重要性と転倒予防のための歩き方	<ul style="list-style-type: none"> <li>足のアーチの役割</li> <li>正しい歩き方</li> <li>歩幅と転倒との関係</li> </ul>
第3回	爪の働き 転倒予防に必要な筋力体操	<ul style="list-style-type: none"> <li>爪の働き</li> <li>爪の切り方</li> <li>足の形に合わせた靴の選び方</li> <li>歩行に関連した筋肉体操の方法</li> </ul>
第4回	足裏病変について	<ul style="list-style-type: none"> <li>足裏の感性について(足裏刺激と脳の活性化)</li> <li>胼胝、鶏眼の原因と予防について</li> </ul>

### 3. フットケア実践の評価項目

健康教室におけるフットケアの効果を評価するために、健康教室の第1回目(以下、介入前とする)と第4回目(以下、介入後とする)に評価項目の測定を行った。測定項目の内容は、Up&Goテスト<sup>2)</sup>、握力、ロープくぐり<sup>3)</sup>、1週間の歩行数であった。質問紙調査の内容は、属性、老研式活動能力指標、足に関する意識および内容などであった。

### 4. 分析方法

健康教室の目的は、転倒予防に向けたフットケアの習得である。したがって、介入前の転倒リスクの有無によって対象を2群に分類し、その2群間の比較で介入による効果を検討した。

解析には、統計解析ソフトSPSS (Ver16) for Windowsを使用し、危険率5%を有意差ありとした。独立2群の差の検定は、Mann-Whitney検定、 $\chi^2$ 検定を行った。関連2群の差の検定には、Willcoxonの符号付き順位検定、McNemar検定を用いた。

### 5. 倫理的配慮

健康教室開催時に研究の目的・方法、参加の自由性等についての説明を行った。本研究計画については、滋賀県立大学の研究に関する倫理委員会の承認を得た。

## IV. 結果

### 1. 対象者の属性(健康教室開催前)

分析の対象は、介入前後に測定結果が得られた高齢者18人とした。18人の内訳は、男性5人、女性13人であり、平均年齢は71.6±6.2(mean±S.D.)歳であった。

介入前の調査で、「最近の1か月間に転倒経験があるか」の質問に対して「転倒経験なし」と答えたものを「転倒リスクなし群(以下、なし群)」、「よくつまずくが転倒はない」または「転倒経験あり」と答えたものを「転倒リスクあり群(以下、あり群)」とした。

なし群は9人(男性3人、女性6人、平均年齢69.8±4.2歳)であった。一方あり群は9人(男性2人、女性7人、平均年齢73.4±7.5歳)であった。両群間の平均年齢には有意な差を認めなかった。

老研式活動能力指標の手段的自立度得点(5点満点)はなし群4.6±1.0点、あり群3.9±1.2点であった。体調不良の有無では、腰や足の痛みを訴えたものは、なし群で2人、あり群で4人であった。介入前の足裏の自覚状態について、足指が開きやすい、歩きやすいと答えたものは、両群ともに半数以下であった(表2)。

### 2. 健康教室終了時におけるフットケアの実施度

健康教室に参加した高齢者が、4回の健康教室で講義したフットケアをどの程度実施しているのかをみた(表3)。

「足指体操」については、「週に2~3日実施」しているものは、両群ともに3人であった。「歩き方」について気にかけているものは、「なし群」6人に対し、「あり群」4人であった。「爪のきり方」について気にかけているものは、「なし群」2人、「あり群」3人であった。「靴の選び方」について気にかけているものは、「なし群」

表2 健康教室開催前の足裏の自覚

	転倒リスクなし(n=9)		転倒リスクあり(n=9)	
	人	(%)	人	(%)
足の指はよく動く	6	(66.7)	9	(100.0)
足の指はよく開く	5	(55.6)	6	(66.7)
足の裏は軟らかい	3	(33.3)	4	(44.4)
魚の目、タコができてにくい	6	(66.7)	8	(88.9)
腫れにくい	8	(88.9)	7	(77.8)
しびれはない	7	(77.8)	8	(88.9)
歩きやすい	4	(44.4)	2	(22.2)

表3 健康教室終了後におけるフットケア実施度と開催前の転倒リスクとの関係

		転倒リスクなし(n=9)		転倒リスクあり(n=9)	
		人	(%)	人	(%)
足指体操	週に2~3日	3	(33.3)	3	(33.3)
	思いだした時	5	(55.6)	5	(55.6)
	あまりしない	1	(11.1)	1	(11.1)
筋力体操	週に2~3日	3	(33.3)	1	(11.1)
	思いだした時	5	(55.6)	8	(88.9)
	あまりしない	1	(11.1)	0	0.0
歩き方	気にかける	6	(66.7)	4	(44.4)
	気にしない	3	(33.3)	5	(55.6)
爪の切り方	気にかける	2	(22.2)	3	(33.3)
	時々気にかける	5	(55.6)	3	(33.3)
	気にしない	2	(22.2)	3	(33.3)
靴選択	気にかける	2	(22.2)	5	(55.6)
	時々気にかける	3	(33.3)	2	(22.2)
	気にしない	4	(44.4)	2	(22.2)

表4 健康教室開催前後におけるバランス能力、握力、歩行数の変化

		転倒リスクなし(n=9)		転倒リスクあり(n=9)	
		人	(%)	人	(%)
Up&Goテスト	(sec.)	9.3	8.8	10.8	11.5
ロープくぐり	(sec.)	3.5	2.9	4.2	3.6
握力	(kg)	26.7	27.8	26.1	23.1
歩行数	(歩)	8915	9760	6941	6703

2人、「あり群」5人であった。

### 3. 健康教室開催前後の変化

#### 1) 測定値の変化

健康教室におけるフットケアの効果を把握するために、開催前後（介入前、介入後）の下肢バランス（Up&Goテスト、ロープくぐり）、歩行数、握力の測定値を検討した（表4）。

Up&Goテストの測定値は、「なし群」が介入前9.3秒、

介入後8.8秒、「あり群」が介入前10.8秒、介入後11.5秒であった。両群ともに介入前後の測定値に有意な差を認めなかった。また、介入前は両群間に有意な差を認めなかったが、介入後はあり群が有意に高値であった（ $p < 0.05$ ）。

ロープくぐりの測定値は、「なし群」が介入前3.5秒、介入後2.9秒、「あり群」が介入前4.2秒、介入後3.6秒であった。介入前・後のそれぞれの時期において、両群間に有意な差を認めなかった。「なし群」においては、介

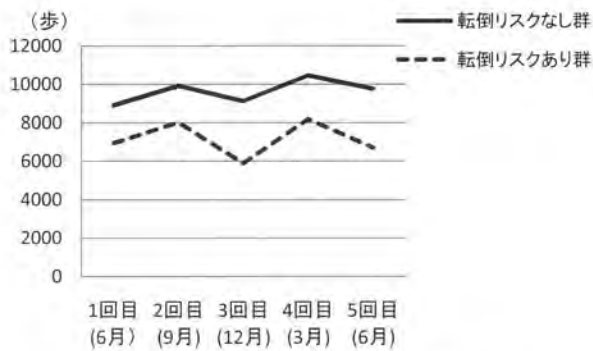


図1 健康教室開催毎の歩行数の変化

入前に比べ介入後に速くなる傾向を示した ( $p=0.09$ )。

握力は、「なし群」が介入前26.1kg, 介入後27.8kg, 「あり群」が介入前26.1kg, 介入後23.1kgであった。両群ともに介入前後に有意な差を認めた ( $p<0.05$ )。

歩行数については、教室開催毎に歩行数の記録を行った。各回の歩行数の変化を図1に示した。各回ともに歩

行数は「なし群」に多く、4回の平均値は「なし群」9555歩、「あり群」7146歩であり、有意な差を認めた ( $p<0.05$ )。また、各群において、介入前後に有意な差を認めなかった。

## 2) 足裏への関心度の変化

健康教室では毎回足指体操を実施し、足裏への関心度および足指体操の持続が高まるように働きかけた。足裏への関心度の変化は、表5に示した。

足裏への関心度を、「よく気にする」と「時々気にする」を「気にかける」、「あまり気にしない」と「気にしない」を「気かけない」に分類した。「なし群」では、介入前後ともに「気にかける」ものが6人であった。「あり群」では「気にかける」ものが介入前には5人であったが、介入後は9人になった。

## 3) 生活スタイルの変化

介入前後の生活スタイルの変化を示した(表6)。

「動いていることが多い」ものは、介入前は両群ともに7人であったが、介入後は「なし群」では8人になった。あり群では介入前「横になっていることが多い」2

表5 健康教室開催前後における足裏状態関心度の変化

	転倒リスクなし(n=9)				転倒リスクあり(n=9)			
	介入前		介入後		介入前		介入後	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
よく気にする	1	(11.1)	1	(11.1)	3	(33.3)	5	(55.6)
時々気にする	5	(55.6)	5	(55.6)	2	(22.2)	4	(44.4)
あまり気かけない	2	(22.2)	2	(22.2)	4	(44.4)	0	0.0
全く気かけない	1	(11.1)	1	(11.1)	0	0.0	0	0.0

表6 健康教室開催前後における1日の生活の過ごし方の変化

	転倒リスクなし(n=9)				転倒リスクあり(n=9)			
	介入前		介入後		介入前		介入後	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
動いていることが多い	7	(77.8)	8	(88.9)	7	(77.8)	7	(77.8)
座っていることが多い	2	(22.2)	1	(11.1)	0	0.0	2	(22.2)
横になっていることが多い	0	0.0	0	0.0	2	(22.2)	0	0.0

表7 健康教室開催前後の転倒リスクの変化

		介入後		
		転倒リスクなし	転倒リスクあり よくつまずく	転倒あり
		人	人	人
介入前	転倒リスクなし(n=9)	6	0	3
	転倒リスクあり	0	5	1
	(n=9) 転倒あり	2	0	1

人であったが、介入後は「座っていることが多い」2人になった。

#### 4) 転倒リスクの変化

介入前後の転倒リスクの変化を示した(表7)。

「なし群」では、介入後3人が転倒を経験していた。転倒の理由は、「田んぼから上がる時」、「畑のツルに引っかかった」という突発的な出来事であった。

「あり群」では、介入前「転倒はしていないがよくつまずく」もの6人のうち、介入後に1人が転倒経験ありと答えていた。また、介入前の「転倒経験者」3人のうち2人は介入後に転倒経験なしと答えていた。

## V. 考 察

本研究の目的は、地域に在住する高齢者に対して行った、フットケア方法の講義の効果を把握することである。ここでは、介入前の転倒リスクの有無別にフットケアに関する健康教室の効果を検討し、今後の地域高齢者に対するフットケアの在り方について考察した。

### 1. 健康教室による足裏への意識変化

足裏状態を気にする者は、なし群では介入前後に人数変化を示さなかった。あり群では、介入後は全員が意識するようになっていた。また、介入後に転倒経験なしと答えたものが2人増加しており、転倒について改善傾向にあった。西田<sup>14)</sup>が述べるように、あり群は介入前に転倒経験あるいは転倒恐怖を有していたため、健康教室がきっかけとなり自分の足に意識を持つようになったと考えられる。しかし、歩き方について気にかけているものは4人(44.4%)、足指体操を習慣として実施しているものは3人(33.3%)であった。気にかけてはいるが全員が行動をとるまでには至っていなかった。

足指体操は家庭で気楽に取り入れられる運動といわれている<sup>14)</sup>が、1年間の介入期間の中で習慣化したものは、両群合わせても6人であった。自分の足に関心を持ったにもかかわらず、フットケアを継続するまでには至らなかった。

### 2. 介入による測定値の変化

バランス能力の指標であるUp&Goテストの測定値は、なし群では改善したが、あり群では所要時間がやや増えた。ロープくぐりの測定値は、なし群では介入後に速くなる傾向にあったが、あり群では測定値の短縮はみられたものの有意な差を認めなかった。また、歩行数は一貫して「なし群」が「あり群」よりも多かった。握力については、なし群では介入後に増加したが、あり群では減少した。「あり群」の高齢者は、腰痛・ひざ痛有訴者が4名存在しており、このような運動器系の症状がバランス能力や筋力の測定に影響を及ぼしたとも考えられる。

また、あり群の老研式活動能力指標・手段的自立度得点は3.9点であった。4点以下の場合は要介護度の予備軍といわれている<sup>15)</sup>。全員が会場まで徒歩で参加できていたが、手段的自立度得点、歩行数、Up&Goテストの測定値がなし群よりも低い状態にあることから、あり群では何らかの歩行機能の問題を抱えていることが考えられる。

### 3. フットケアの継続に向けた対策

北村ら<sup>9)</sup>の報告によると、平均年齢80歳の高齢者への介入では、Up&Goテストの測定値が13秒から11秒に有意に改善した。しかし、この場合、介入間隔は1ヵ月毎であった。今回の検討では、対象者の平均年齢が北村ら<sup>9)</sup>の報告よりも7歳若いにもかかわらず、十分な効果を示さなかった。この原因として介入間隔が考えられる。今回の3ヵ月ごとの開催期間は、A町老人会からの依頼によるものであった。初回の教室でフットケアの重要性を提示した後、1ヵ月以内、すなわち準備期に開催<sup>17)</sup>していれば動機づけになったかもしれない。また、教室開催期間は1年間にわたっての講義であり、足病変については最終回に行った。講義内容の順序がフットケアの実践に影響したことも考えられる。

介護保険等のサービスを利用していない高齢者に対してフットケアをセルフケアとして取り入れていく場合、老人会、地域サロンなどを講習機会や会場として活用しやすい。しかし、老人会などの行事の一環として組み込もうとすると、どうしても開催期間が制約される。このような場合であっても、高齢者がフットケアに対して行動変容を示していくには、実施頻度を記入してもらうなどのセルフモニタリングができる環境を支援することが必要であろう<sup>17)</sup>。

また、高齢者が実測値の変化を把握することは、習慣化の動機付けとして大切である。今回、バランス力を維持向上するための足指体操の効果把握のために、ロープくぐり、Up&Goテストを用いた。この測定項目は、足指体操の効果を間接的に示すものである。たとえば、足趾の着床状況や開き方などの変化が視覚的に把握できる足底分圧などを取り入れていくと、行動変化につながったのかもしれない。

### 4. フットケアのセルフケア技術への課題

山下ら<sup>8)</sup>、姫野ら<sup>11)</sup>は、デイサービスなどを利用する対象者に対して研究者が施設で実施したフットケアの効果を報告している。介護予防の視点から考えると、高齢者自身が在宅でフットケアを実践する必要がある。しかし、高齢者の中には、腰が曲がりやすく足先まで手が届かない、手が震えて足が支えられない、目が見にくいといった足の爪まで十分見えない、といった状況を抱えている

ものも多い。このような高齢者が、介護保険の認定を受けサービスを使っているとは限らない。むしろ、自立した生活を送っているものが多い。自分の足で歩ける生活を維持するためには、高齢者自身がフットケアを実践できなければならない。今後の課題として、高齢者自身が安全に足のセルフケアが実践できるように、加齢に伴う身体機能の影響に配慮した安全なフットケア・セルフケア技術の提供が必要である。

## VI. 結 論

地域の老人会に所属する高齢者18人に対し、転倒予防を目的としたフットケア習得に向けた健康教室を1年間実施した。その効果を検討した結果、下記の項目が示唆された。

1. 健康教室開催前後の足裏への関心は、転倒リスクなし群では変化を認めなかったが、転倒リスクあり群では、介入後に全員が「気にしている」と答えていた。
2. 足指体操を週に2～3日実施しているものは、両群ともに3人(33.3%)であった。
3. 高齢者がフットケアをセルフケアとして実施するためには、加齢に伴う身体機能の変化を踏まえた技術の提供が必要である。

我々はA町の健康教室を現在も継続中である。今回の結果をもとに、フットケアの継続と安全なセルフケア技術について、検討を重ねていきたい。

## 謝 辞

健康教室に参加いただいたA町老人会の皆様、またこの教室の運営を支えてくださいました老人会の役員の皆様へ感謝いたします。

本研究の一部は、第8回日本フットケア学会年次学術集会(2010年2月)で報告した。

## 文 献

- 1) 厚生労働省老健局計画課 介護予防に関するテキスト等調査研究委員会編：介護予防研修テキスト第1章，22-31，社会保険研究所，東京，2001.
- 2) 北村隆子：地域サロンにおける高齢者の強み(ストレッチング)に関する研究，第25回滋賀県社会福祉学会要旨集，76，2007.
- 3) 姫野稔子，小野ミツ：在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアの効果の検討，日本看護研究学会雑誌，33(1)，111-119，2010.
- 4) Province MA，Hadley EC，Hornbrook MC，et al：The Effect of Exercise on Falls in Elderly Pati-

ent：A Preplanned Meta-analysis of The FICSIT trails，JAMA273:1341-1347，1995.

- 5) 黒柳律雄，奥泉宏康，武藤芳照他：転倒予防に役立つ身体機能評価と運動の効果，総合リハ，32(3)，231-237，2004.
- 6) 宮川春妃著：第1章 メディカルフットケアの基本，メディカルフットケアの技術，24-28，日本看護協会出版会，2003.
- 7) 姫野稔子，三重野英子，末弘理恵他：在宅後期高齢者の転倒予防に向けたフットケアに関する基礎的研究，-足部の形態・機能と転倒経験および立射バランスとの関連-，日本看護研究学会雑誌，27(4)，2004.
- 8) 山下和彦，野本洋平，梅沢淳他：転倒予防のための高齢者の足部異常改善による身体機能の向上に関する研究，東京医療保健大学紀要，1，2005.
- 9) 北村隆子，臼井キミカ：地域サロンに参加する高齢者を対象とした転倒予防プログラム-バランス能力維持・改善のための足指体操の有効性-，人間看護学研究，2，71-78，2005.
- 10) 平松和子：転倒予防を目的としたフットケア研究の動向と看護研究の課題，看護研究，42(4)，2009.
- 11) 厚生労働省老健局計画課 介護予防に関するテキスト等調査研究委員会編：第VI章 転倒予防を目的とした実践指導の事例，介護予防研修テキスト，99-109，社会保健研究所，2001.
- 12) 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.
- 13) 種田行男：高齢者の活動能力評価についての研究会協同研究 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 山形研究会報告書，27-34，1996.
- 14) 西田佳世：健康な高齢者のフットケアに関する実態調査，日本医学看護学教育学会誌，17，44-51，2008.
- 15) 鈴木隆雄，金憲経，吉田英世：地域在宅高齢者を対象とした転倒予防体操教室。 Aging&Health, 10, 20-21, 2002.
- 16) 藤原佳典，天野秀紀，熊谷修司他：在宅自立高齢者の介護保険認定に関連する身体・心理的要因-3年4ヵ月間の追跡調査から-，日本公衆衛生雑誌，53(2)，77-90，2006.
- 17) 土井由利子：第3章 行動変容のモデル，畑栄一，土井由利子編，行動科学 健康づくりのための理論と応用，17-34，南江堂，2003.

## (Summary)

# Effectiveness of a Health Education Program on Foot Care in the Prevention of Falls in Elderly People in a Community

Takako Kitamura<sup>1)</sup>, Hidemi Okamoto<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> School of Human Cultures, The University of Shiga Prefecture

**Key Words** elderly people in a community, foot care, fall prevention, health education program

## 研究ノート



# リカレント教育としての大学と職能団体の 協同による臨床看護研究の支援 —看護研究支援者育成研修後の実態調査—

横井 和美<sup>1)</sup>、古株ひろみ<sup>1)</sup>、田畑 公子<sup>2)</sup>、牧野 恵子<sup>2)</sup>、奥津 文子<sup>1)</sup>

滋賀県立大学 人間看護学部

<sup>1)</sup>滋賀県立大学 人間看護学部 地域交流看護実践研究センター

<sup>2)</sup>滋賀県看護協会

**背景** 地域の看護職に対する看護研究支援を目的として、本学はリカレント教育の一環として地域の職能団体と協同で看護研究支援者育成研修を、平成17年度より行なってきた。今後も、本研修を成果の多いものにするために、研修終了後の受講者の活動状況を把握しておく必要がある。

**目的** 看護研究支援者育成研修の受講者の過去5年間の動向と、研修終了後の所属施設での活動状況を調査し、大学がリカレント教育として看護研究支援を行っていくには、どのようなシステムの構築が必要かを検討した。

**方法** 対象は、平成17年度から大学と地域の職能団体とで協同開催している看護研究支援者育成研修(研修名:臨床看護研究サポートのスキルアップ)を受講した103名である。調査は、研修申込書より受講者の動向を把握した。また、研修終了後に無記名式の自記式質問用紙を送付し所属施設における看護研究支援状況を調査した。

**結果** アンケート回収率は41%(42名)であった。研修後に受講者の80%(34名)が所属施設で看護研究支援活動を行っていた。また、所属施設での看護研究活動の変化では、「施設の看護研究サポート体制が構築・改善された」が45.2%(19名)、「大学に研究相談を行うようになった」が23.8%(10名)、「何も変わらない」は23.8%(10名)であった。看護研究サポート研修で役に立ったことは、「看護研究計画書の書き方・必要性が理解できた」が38.1%(16名)、「文献検索の方法が習得できた」が33.3%(14名)であった。

**結論** 看護研究支援者育成研修の受講者は、研修後、所属施設で看護研究支援活動を実践していた。また、大学の研究相談を利用したり、共同研究を行ったり、看護研究活動を発展させていた。大学が地域の職能団体と協同で開催した看護研究支援者育成研修は、リカレント教育機能を発揮でき、大学と臨床をつなぐ看護研究支援システムの一つになり得た。

**キーワード** リカレント教育、生涯学習、看護研究支援、大学連携、活動調査

## I. はじめに

科学技術の進歩、国際化、情報化、高齢化の進展、男女共同参画社会の形成など、社会が刻々と変化している。人々が社会の変化に適切に対応して人間性豊かな生活を送るためには、機会を捉えて学習することが必要であり、リカレント教育がすすめられている。リカレント教育は、「教育はすべての人々にとって生涯を通じて必要である」という考え方を基礎としている。学校教育を終えた後、

社会人が大学等の教育機関で受ける教育であり、仕事に就きながら必要な知識や技能を習得する教育訓練(OJT)と、仕事を一時的に離れて行う教育訓練(OFFJT)に分けられる。

看護職者を対象としたリカレント教育は、従来から看護継続教育として実施されてきた。この看護継続教育を担当する機関として、1)看護職養成に関連する2省庁(文部科学省、厚生労働省)の管轄下にある組織、2)地方自治体の看護職に関連する部局、3)都道府県のナースセンター、4)全社連、日赤等を設置母体とする継続教育の専門機関、5)日本看護協会などが挙げられ、生涯学習の機会を提供している<sup>1)</sup>。特に、「看護師の人材確保の促進に関する法律」(1992年)が施行されて以降、質の高い看護職者の確保のために、看護系大学・大学院

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先:横井 和美

滋賀県立大学人間看護学部

住所:彦根市八坂町2500

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



が各都道府県に複数ヶ所設置され、看護継続教育の役割を担っている。看護系大学・大学院は、学部への編入学や大学院など社会人入学制度があり、リカレント教育の機能を有している。また、本学は地域連携を大学の教育理念に挙げており、附属の交流研究施設を通して看護職者に継続教育の機会を提供している。

看護系大学の果たすべき役割として、看護職者による研究の活性化や看護研究支援システムの構築などが報告されている<sup>2)</sup>。求められる看護継続教育内容として、専門分野の追究と看護研究支援が挙げられる。実際、大学教員や大学院生関わった看護研究が増加し、病院施設内での看護研究支援体制も大学と連携して行われるようになってきた<sup>3)・4)</sup>。

しかし、看護系大学・大学院が急増し、大学卒業看護師が4割を占めるようになってきた今日でも、看護継続教育に大学を活用するものは多くはない。そこで、地域の看護職者のリカレント教育に寄与することを目指し、本学は平成17年度より、同地域の看護継続教育を担っている職能団体と協同で看護研究の支援研修を実施してきた。これらの研修を受けた受講者は、1) 看護研究過程の伝授、2) 研究計画書の作成への助言、3) 研究の動機付けになるような環境作り、4) 研究者の心理的なサポートなど、臨床看護研究のサポートを具体的に見出していた<sup>5)</sup>。

今回、過去5年間の看護研究支援者育成研修の受講者の状況と研修後の施設内での活動状況を調査し、大学がリカレント教育として看護研究支援を行っていくシステムの構築について検討した。

## II. 研究方法

### 1. 対象

対象は、平成17年度から大学と地域の職能団体とで協同開催している看護研究支援者育成研修（研修名：臨床看護研究サポートのスキルアップ）を受講した103名である。

### 2. 調査期間：平成21年9月～平成21年12月

### 3. 調査方法と内容

受講者に対して、無記名式の自記式の調査用紙を送付し、所属施設における看護研究支援状況や看護研究活動、および今後どのような支援を希望しているかを調査した。対象者に対して本研究の意義を文書で説明し、調査用紙への記入を求めた。回収封筒の返送をもって研究に対する同意を得たと判断した。

#### 2) 質問内容

- (1) 対象者の属性：年齢、性別、施設規模、職位、受講した研修名、研究支援の立場等
- (2) 研修終了後の質問紙調査項目

施設内での看護研究の位置づけと受講者の看護研究サポートの立場、受講後の看護研究活動と変化、看護研究サポート研修で特に役に立ったこと、修得したい研究過程の内容に関して回答を求めた。分析方法は、記述統計およびクロス集計とした。

### 4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究の意義・目的等を紙面にて説明を行い、質問紙調査は無記名で匿名性を保障した。本研究は、滋賀県立大学倫理審査委員会の承認を得て行った。

### 5. 用語の定義

リカレント教育とは、広義には社会人が人生の途上でさまざまな形で学ぶことを意味するが、狭義には高等教育機関など整った教育機関で教育を受けることを意味するとあり、循環・反復型の教育体制とされている『日本大百科全書』。

## III. 実施した看護研究支援者育成研修の概要

### 1. 研修目的

研修目的は、1) 個人あるいはグループで実施した看護研究の研究プロセスを振り返ることにより個人の看護研究実践力の向上をめざす、2) 看護研究過程の自己評価から研究サポートの視点を身につけることとした。

### 2. 研修内容

看護研究支援者育成研修は「臨床看護研究サポートのスキルアップ」と称した。地域交流看護実践研究センター専門委員と看護協会生涯教育担当の教育委員が協同で企画した。

また、受講条件は、1) 既存看護研究の抄録もしくは論文を提出できる者、2) 研究を指導する立場にある者、3) 所属長の推薦を得た者とした。研修日程は、平成17年度は5日間、平成18年度からは6日間実施した。研修内容は、研修日毎に演習と講義を組み合わせ、個人またはグループの課題が次回研修日までに到達できるように時間配分を行った（表1）。研修場所は、初日と終了日は看護協会研修センターとし、2日目から5日目の4日間は大学で行った。

### 3. 看護研究支援者育成研修の流れ

看護研究支援者育成研修の流れを図1に示した。A県の職能団体である看護協会はラダー別に生涯教育研修を企画している。大学と協同開催する看護研究支援者育成研修は指導者研修として位置づけられている。指導者研修であることから、受講者の条件設定を行った。研修の

表1 「臨床看護研究サポートのスキルアップ」研修のプログラム

開催日数	研修日の目標	開催場所	内容	
			午前	午後
1日目	臨床看護研究の意義と看護研究をクリティークする意義の理解を深める	看護協会	講義	講義・演習
2日目	既存研究の研究過程の評価（研究目的から研究方法まで）と、文献検索の方法、文献の読み方、文献の利用方法を再学習する	大学	講義	講義・演習
3日目	研究計画書の再作成による既存研究の見直しを行なう	大学	演習	講義
4日目	各研究方法のデータ収集、整理の方法と分析方法の理解を深める	大学	講義	講義・演習
5日目	既存研究の研究過程の評価（結果、考察）と、抄録、論文のまとめ方、プレゼンテーションの方法を再学習する	大学	講義	演習
6日目	既存研究のクリティークから研究サポートの方法を見出す	看護協会	演習	演習

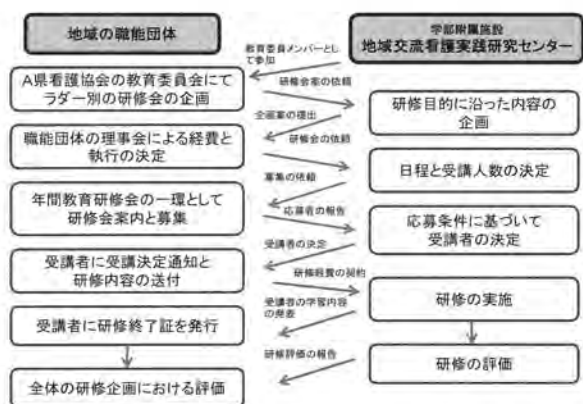


図1. 看護研究支援者育成研修会の運営の流れ

広報は大学ホームページや看護協会教育計画書において両者が行った。研修の受付は看護協会が行い、運営は大学学部附属施設である本センターで実施し複数の大学教員が半日単位で研修を担当した。研修終了後には、看護協会から研修修了証が発行された。研修修了証の取得者に対して、翌年度以降に開催される同研修の演習以外の講義の参加案内状を送付し、本センター独自の企画で受講者のフォローアップ研修として実施した。

## IV. 結果

### 1. 対象者の属性

各年度の受講者属性を表2に示した。過去5年間に研修を受講した103名の内、研修後の活動状況について調査協力の得られた者は42名で、回収率は41%であった。各年度の回収率は、17年度は23.3% (30名中7名)、18年度は41.2% (17名中7名)、19年度は47.4% (19名中9名)、20年度は50% (20名中10名)、21年度は52.9% (17名中9名)であった。

また、調査に協力の得られた職位は、看護師長クラスが60% (5名中3名)、主任・副看護師長クラスが48.3% (43名中21名)、スタッフが32.7% (55名中18名)で、いずれの職位も約半数から回答を得た。研修を利用した医療施設数は26施設で、県内医療施設60施設の43.3%を占めた。

受講者が本研修以前に受けていた主な研修を図2に示した。実習指導者研修受講者は35.7% (15名)、施設内教育研修受講者は16.7% (7名)、看護管理ファーストレベル研修受講者は21.4% (9名)、同セカンドレベル研修受講者は4.8% (2名)であり、70%以上の者が管理教育的研修を受講していた。

さらに、受講者たちの施設における看護研究活動位置づけを図3に示した。「年1回、部署単位で看護研究が業務としてある」は52.4% (22名)、「2年に1回、部署単位で看護研究が業務としてある」は14.3% (6名)、「部署単位のエントリー制で発表は不規則」は28.6% (12名)、「研究は個人活動で業務になっていない」は2.4% (1名)、「部署ではなく卒後研修の一環になっている」は2.4% (1名)であった。

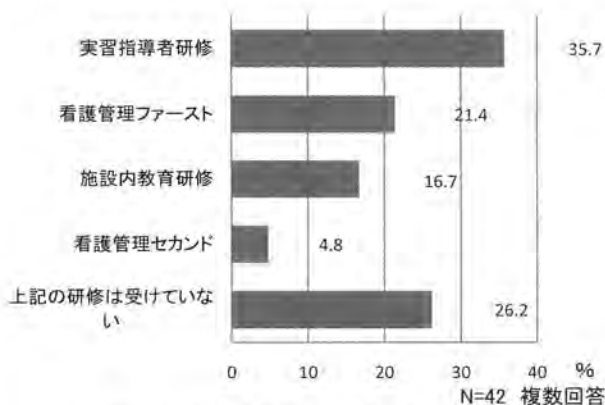


図2. 本研修以前に受けていた研修名

表2. 5年間の看護研究サポート研修の受講者の概要

	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	総数	
受講者数	30	17	19	20	17	103	
受講者の平均年齢 (歳)	38	35	37	38	37	37	
年齢の幅 (歳)	31~54	25~43	26~45	28~52	27~54	26~54	
受講者の所属施設	施設総数 (実質数)	15	12	17	15	13	26
施設規模	500床以上	4	5	4	5	4	6
	201~500未満	6	3	8	8	4	11
	200未満	5	4	5	2	5	9
受講者の職位	スタッフ (人)	15	10	10	12	8	55 (53%)
	主任職 (人)	14	7	8	6	8	43 (42%)
	師長職 (人)	1	0	1	2	1	5 (5%)
アンケートの回収数	7	7	9	10	9	42	
受講者に対する回答率	23%	41%	47%	50%	53%	41%	

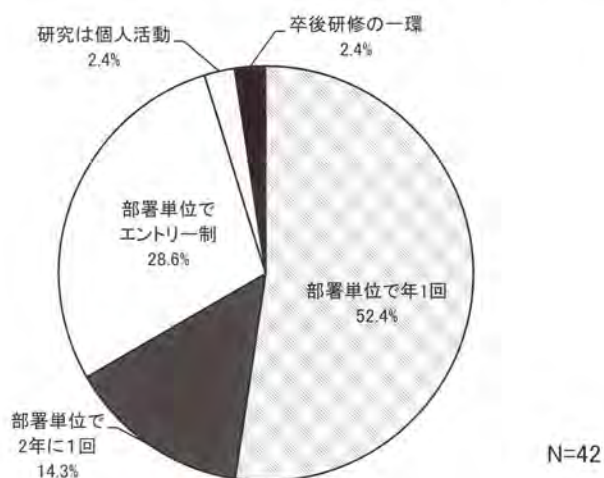


図3. 施設における看護研究活動の位置づけ

## 2. 研修後の研究活動状況

受講者が研修後に施設内で行っている看護研究サポート活動を図4に示した。「研究グループの一員として活動している」者は21.4% (9名)、「直接研究活動はしていないが、部署内での研究グループを支援している」者は23.8% (10名)、「施設全体の委員として研究活動を支援している」者は35.7% (15名)であり、受講後に80%の者が何らかの看護研究支援活動を行っていた。具体的な研究活動内容では、「施設内での研究発表を行った」は31.0% (13名)、「施設外での研究発表を行った」は23.8% (10名)、「所属施設の雑誌に論文が掲載された」は7.1% (3名)であった。

研修後に所属施設における看護研究活動の変化を図5に示した。「施設内で看護研究サポート体制の構築や改善があった」は45.2% (19名)、「大学に研究相談を行うようになった」は23.8% (10名)、「看護研究発表が研修前より盛んになった」は9.5% (4名)、「大学と共同研究を行うようになった」は7.1% (3名)、「何も変わらない」は23.8% (10名)であった。「施設内で看護研究サポート体制の構築や改善があった」と回答した19名のうち13名は主任や師長職の者であった。

また、受講者自身の変化では、「大学院で研究について学ぶ機会を得た」は9.5% (4名)、「学会での看護研究発表が増した」は4.8% (2名)、「何も変わらない」は14.3% (6名)、「研究活動をしていない」は19.0% (8名)であった。

受講者に対して職場での研究相談の変化を訊ねたところ、「研究相談事が増した」が47.6% (20名)、「研究

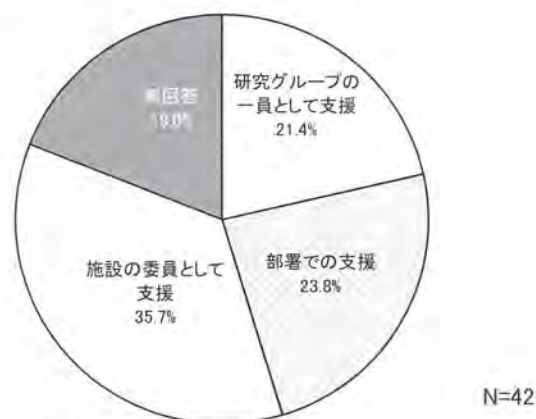


図4. 施設内での研究支援の位置づけ

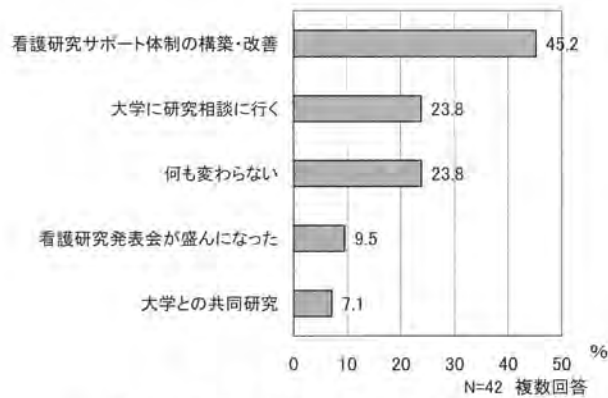


図 5. 施設で変化した看護研究活動

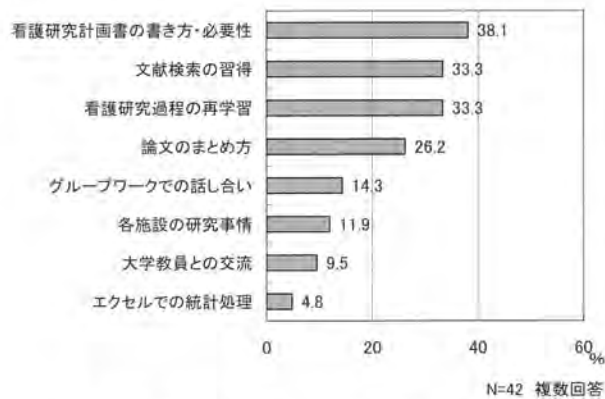


図 6. 看護研究サポート研修で役立ったこと

相談事は変わらない」は47.6% (20名)であった。

### 3. 看護研究支援者育成研修の内容についての評価

看護研究活動を行うに当たって研修で役に立った内容を図6に示した。「看護研究計画書の書き方・必要性が理解できた」は38.1% (16名)、「文献検索が習得できた」は33.3% (14名)、「看護研究全般の再学習ができた」は33.3% (14名)、「論文のまとめ方・発表の仕方が理解できた」は26.2% (11名)であった。研究過程とは直接関係ないが「グループワークで研究サポートについて話し合ったこと」は14.3% (6名)、「他施設の方と交流ができ研究事情が把握できた」は11.9% (5名)、「大学教員との交流でき研究相談がやすくなった」は9.5% (4名)といった意見もあった。

今後、看護研究サポートに当たって修得したい研究過程の内容を図7に示したところ、「データの整理・分析」は71.4% (30名)、「統計について」は59.5% (25名)と研究方法の習得についての内容が際立った。

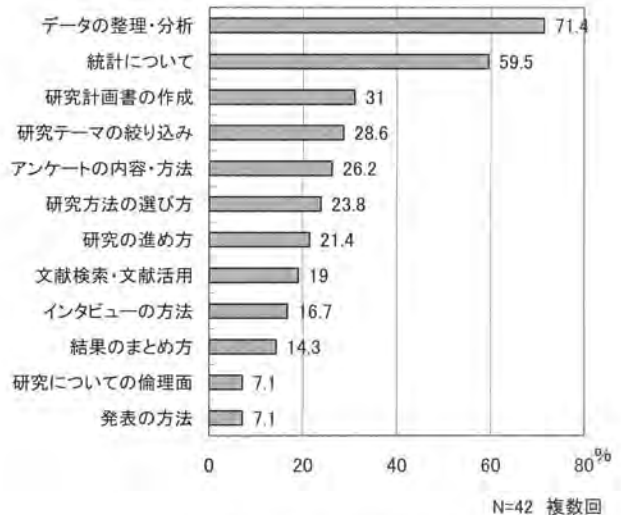


図 7. 修得したい研究過程

## V. 考察

### 1. 看護研究支援者育成研修受講生の動向

研修に対して受講条件を設定したこともあって、5年間の受講者の内訳は、平均年齢が37.2±6.5歳と看護熟練者であり、主任以上の看護管理者も半数近くを占め、7割以上は施設内教育担当研修や実習指導者研修を受講しているなど指導的立場にあるものであった。施設内での看護研究は業務や卒後研修に組み込まれ、専門職としての能力を高めるためにも看護研究活動は欠かせないものであり、施設内での研究支援が求められる。施設内における看護研究支援について報告<sup>10)・15)</sup>がなされるようになり、組織内での看護教育活動や業務管理を担う者の活動が期待される。本調査における看護研究活動の支援は、看護管理者や実習指導者などの指導的立場にあるものが担っていた。本研修内容には、研究過程の振り返りから支援の方向性を見出す演習を組み入れている。研修後の施設内での看護研究サポートでは、研究グループの一員として活動したり、部署内で研究グループを支援したり、施設の委員として研究支援をする者が8割を占めていた。このことから、看護研究支援者育成研修は、実践に繋がることができる看護継続教育であると考えられる。ただ、既存看護研究の提出を受講条件としたため定員に達しない年度もあった。今後は、受講者の条件設定を見直し、それに応じた研修内容を組み立てていく必要がある。

### 2. 看護研究支援活動の実態からの研修評価

受講者が研修後、臨床現場で具体的にどのようなサポートを行なったのか追跡調査を行った結果、受講者の半数は研修後に看護研究について相談される機会が増えたと回答していた。何らかのかたちで施設内での看護研究支

援を行っている者は8割に昇った。研修後の施設内での変化では、「施設内で看護研究サポート体制の構築や改善」や「看護研究発表が研修前より盛んになった」など施設内での研究活動が活性化していた。受講者の半数が主任職以上の中間管理者や施設内教育を担当している者であったことが、研修後に所属施設内でのシステムの構築や活動の活性化に貢献できた要因と考える。

一方、対外的な活動として「大学に研究相談を行うようになった」や「大学と共同研究を行うようになった」と、研修を大学で開催し大学教員が複数関わったこともあり、大学との連携が増してきた。個人レベルでの具体的な研究活動では、施設内外での研究発表・雑誌への論文投稿・大学院進学などがみられた。看護専門職にとって研究は必要な活動であり、臨床の現場においても常に実施されている。今回の研修は、臨床の看護研究を支援する立場の者が、再び研究活動に関する知識や技術を獲得し、臨床現場での活動に活かしていることから、リカレント教育としての機能を果たしたと考える。また、研修終了者に対して、部分的ではあるが翌年度の同研修会へ参加する機会（フォローアップ研修）を提供していることも臨床と教育の循環を助ける体制となっている。しかし、「何も変わらない」、「研究活動していない」者が1～2割存在し、誰もが獲得した知識や技術を実践していけるわけではない。受講者の看護活動の中で、必要となった時に、繰り返し学習できる機会を継続して提供していくことが必要である。特に、修得したいと受講者が望んでいる内容は、岩瀬<sup>19)</sup>の報告と同じように「データの整理・分析」や「統計について」など研究の方法に関することであり、必要性を感じた時に再び学べるシステムを構築しておくことが必要と考える。

### 3. 大学と職能団体との協同による看護研究支援体制づくり

従来から看護職者の職能団体である看護協会は都道府県レベルで生涯教育研修を実施し、看護研究においてもさまざまな研修を実施していた。この看護研究の研修の多くは、大学より講師を招き開講されている。一方、看護系大学・大学院も各都道府県に複数設置され、大学の地域貢献として種々の講演会や看護研究学習会などを催されている。本センターにおいても、看護研究のサポートとして、研究相談（随時）・文献検索システムの利用・看護研究学習会・共同研究・研究発表会の開催などを行っている<sup>17)</sup>。このように地域の看護職者にとっては、学べる機会や場所が増加し、学習環境は整備されている。しかし、内容や講師の重なりなど、職能団体としての継続教育と大学側の継続教育の役割分担は必ずしもうまくいっていない。ラダー別に継続教育が企画されるのが主流となっている今日、大学が開催する看護研究学習会の

位置づけを一考する必要がある。

今回の看護協会と共同開催した看護研究支援者育成研修は、指導者研修として生涯学習プログラムに位置づけ、看護協会が行う他の看護研究研修会とは差別化を図った。受講者の条件設定を行うことから研修窓口は看護協会とし、運営は大学が実施し複数の大学教員が関わった。看護協会を窓口とし受講者を募ったところ、県内の4割の医療施設から申し込みがあった。継続的に受講者を送り出している施設もあり、職能団体は研修の窓口としては最適であったと考える。受講者の役に立ったことに、「グループワークで研究サポートについて話し合ったこと」「他施設の方と交流ができ研究事情が把握できた」があり、身近な施設との情報交換や仲間づくりにも寄与していた。

また、「大学教員との交流でき研究相談が行いやすくなった」「大学に研究相談を行うようになった」「大学と共同研究を行うようになった」「大学院で研究について学ぶ機会を得た」など、看護研究活動に大学のサービスを利用したり、個人のキャリアアップを図ったりしていたことは、今回の研修が、新たな知識・技術を習得する契機になっていたことになる。この意味においても、職能団体と大学が協働する継続教育は、リカレント教育としての機能を果たしていると考えられる。

## VI. 結 語

看護系大学の役割として、看護職者による研究の活性化や看護研究支援システムの構築が求められる中、看護系大学と看護職能団体の看護協会が協同して行った看護研究支援者育成研修の受講者は、研修後に所属施設において看護研究支援活動を実践していた。大学で開催したり複数の大学教員が研修運営に関わったりすることで、受講者は大学を身近なものにとらえ、大学への研究相談や共同研究など研究活動を発展させていた。さらに大学院への進学など個人のキャリアアップにも繋げていた。一方、職能団体である看護協会が窓口となることで多くの受講生を集めることができていた。また、各施設の主任クラスの者が受講していたことが、所属施設内での看護研究の支援活動が円滑に行われ、施設内での看護研究支援体制の構築や改善に寄与したと考えられる。以上、大学が地域の職能団体と協同で開催した看護研究支援者育成研修は、臨床現場の看護研究活動や看護研究支援活動を発展させていたことからリカレント教育機能を果たせ、大学と臨床をつなぐ看護研究支援システムの一つになり得たと考える。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました研修受講者の皆様、研修運営にご協力いただきました滋賀県立大学人間看護学部教員の皆様、滋賀県看護協会常任委員教育委員の皆様に深謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 杉森みどり, 舟島なをみ: 看護教育学第4版, 医学書院, p359, 2004.
- 2) 平山朝子, 岩村龍子, 大川真知子: 組織の活性化を導く看護研究支援 看護研究支援システムの構築に果たすべき大学の責務, 看護展望34巻5号, p47-51, 2009.
- 3) 岩村龍子, グレグ美鈴, 大川真知子, 他: 看護大学における岐阜県内看護職への研究支援システムの構築, 岐阜県立看護大学紀要 第4巻1号 p185-190, 2004.
- 4) 藤井博英, 角濱春美, 宮本亜矢子: 看護研究「サポート」実践講座 青森県看護協会における看護研究支援の実際とその成果, 看護人材教育3巻6号, p127-132, 2007.
- 5) 西平倫子, 宮芝智子, 大塚久美子, 他: 兵庫県下の病院における看護研究支援の実態と課題「継続教育を目的とした看護研究」の支援体制の検討, 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要16巻, p85-95, 2009.
- 6) 宮芝智子, 西平倫子, 坂下玲子: 兵庫県下の病院における看護研究支援の実態と課題 臨床実践者による看護研究への支援体制, 兵庫県立大学看護学部地域ケア開発研究所紀要17巻 p117-129, 2010.
- 7) 吾郷美奈恵, 加藤真紀, 山下一也, 他: 臨床看護研究の現状とポートフォリオを活用した臨床看護研究の支援, 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要2巻 p107-115, 2010.
- 8) 酒井太一, 内田荘平, 吉岡正子: 福岡看護協会における「研究発表支援員」制度の評価と課題 学会発表に向けた看護研究支援取り組み, 日本看護学会論文集 看護管理 40号p267-269, 2010.
- 9) 横井和美, 豊田久美子, 米田照美, 他: 大学と地域が連携した臨床看護研究のサポート育成に対する試み—臨床看護研究サポートのスキルアップ研修の評価—, 人間看護学研究6, p63-70, 2008.
- 10) 中野美智子, 柏葉英美: 看護研究「サポート」実践講座 岩手県立病院における看護研究指導者養成研修の実際, 看護人材教育3巻4号, p107-112, 2006.
- 11) 中野美智子, 富山香: 看護研究「サポート」実践講座 岩手県立病院における看護研究指導者養成研修の概要と仕組みづくり, 看護人材教育3巻3号, p117-122, 2006.
- 12) 堀江玲子, 内田律子: 院内看護研究における看護研究委員の研究支援プロセス, 日本看護学会論文集 看護教育39号, p36-38, 2009.
- 13) 船山真理子, 平前政武, 平前君恵, 他: 自主的研究支援プロジェクトが及ぼす看護研究活動への影響—院外発表と研究活動の推移及びプロジェクト参加者の認識から, 日本看護学論文集 看護管理39号, p199-201, 2009.
- 14) 姫野美香: 看護研究に対する看護職の認識と委員会活動への課題 支援体制の変化とその評価について, 日本看護学会論文集 看護管理38号, p297-299, 2008.
- 15) 佐野恵子: 組織の活性化を導く看護研究支援「支援プログラム」と専任指導者による看護研究支援の取り組み, 看護展望34巻5号, p52-55, 2009.
- 16) 岩瀬信夫, 小松万喜子, 吉田加代子, 他: 東海地域で働く看護職者の研修ニーズ調査の結果の報告, 愛知県立看護大学紀要14巻, p149-157, 2008.
- 17) 滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター編集: 滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター活動報告書 第2～5巻.

## (Summary)

# Support for Clinical Nursing Research with University Professional Organization collaboration -Investigation of research support activities of those who received nursing research support training as recurrent education-

K. Yokoi<sup>1)</sup>, H. Kokabu<sup>1)</sup>  
K. Tabata<sup>2)</sup>, K. Makino<sup>2)</sup>, A. Okustu<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Human Nursing Research Center for Unification Nursing Practice school of  
Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> Shiga Nursing Association, Inc.

**Key Words** recurrent education, lifelong learning, support for nursing research, collaboration with university, investigation of activities

## 研究ノート

糖尿病教育入院患者への看護介入における  
質問紙PAIDの有用性中川 美和<sup>1)</sup>、横井 和美<sup>2)</sup>、奥津 文子<sup>3)</sup><sup>1)</sup> 滋賀県立大学大学院研究生<sup>1)2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 2型糖尿病は予防可能であり、自己管理により悪化を防ぐことができる疾患であるため、看護師の介入の仕方ですべての糖尿病患者を減らすことが可能である。血糖コントロールと自己管理を高めるための糖尿病教室では知識を与えるだけではなく心理的アプローチが必要である。そこで糖尿病教育入院患者の自己管理に対する負担感情を把握するために、糖尿病問題質問票Problem Areas in Diabetes Survey (PAID)を用いて心理的アプローチを行った。

**目的** 糖尿病教育入院患者の心理的アプローチのためにPAIDを使用して心的ストレスを評価し、PAIDの点数変化から看護介入の方向性を見出す。

**方法** 対象者は2週間の糖尿病教育入院プログラムを初めて体験する5名とした。

PAIDを入院直後と入院後1週間目、退院前日の合計3回実施した。個室で30分～40分程度看護師が関わりを持ちながら、患者に記入してもらった。各回の合計点数と各項目の点数変化をもとに、事例ごとに対象者の負担感情と行った看護介入の内容を検討し、PAIDを活用して看護介入を行った。

**結果** A氏は初回のPAIDの合計点数は95点中70点で、PAIDの結果を参考にして負担感情の原因を理解するように努めた。退院時には55点にまで下降し、外来指導へつなげた。B氏は、初回は95点中58点であった。「低血糖不安」の項目が高かったため低血糖に対する不安の内容をじっくり話してもらった。2回目は51点に下降し退院時は33点になった。C氏は、初回は95点中47点であった。2回目は55点と上昇したため、C氏の生活状況に合わせた指導を栄養士に依頼したところ、退院時は42点になった。D氏の点数は入院時は95点中40点で、その後51点、49点と変化した。入院時よりも退院時の方が高得点であるがPAIDを通じて思いを表出できるようになった。E氏に対しては、本人の努力を認めることで2回目から95点中33点となり、負担感情がなくなった。

**考察** 入院時のPAIDでは、入院時点での心理状態を把握することによって方向性を見出すことが可能である。2回目のPAIDでは、1回目から点数が下降しなかった項目と点数が上昇した項目の負担感情に対して介入の修正が行えた。退院時のPAIDでは看護介入の評価ができるので、外来の継続看護につながることも可能である。

**キーワード** PAID 負担感情 自己管理

## I. 緒言

厚生省による国民健康調査によると糖尿病が強く疑われる人や可能性を否定できない「予備群」が、合わせて2210万人と推計(2008年度)されている。糖尿病が疑われる人は、10年前の1997年と比べ約1.3倍に増え、増加ペースが加速している。糖尿病はタイプによっては予防可能であり、自己管理により悪化を防ぐことができる疾

患であるため、看護師の介入の仕方ですべての糖尿病患者を減らすことが可能である。しかし患者にとって、自己管理を継続し今までの生活を改めるための行動変容は困難であり、患者の心理的負担は大きい。この点を把握しながら看護師は看護援助を行う必要がある。

河口<sup>1)</sup>は「看護師をはじめ医療者は一方的に患者に知識を与えるのみの作業を続けており看護師はどのように教えるかについて自信がない。どのように疾患知識や技術を教えるのか、やる気のない患者と総称されている患者にどのようにアプローチするのかは、何を教えるのかというのと同じだけ重要である。情報を患者に与えるだけでは不十分であり、効果的な患者教育をするためにはもっと多くの知見が必要である」と述べている。またウ

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：中川 美和

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : zs42mnakagawa@ec.usp.ac.jp



イリアム・ボランスキー<sup>2)</sup>は「感情的な負担が高いと自己管理がうまくできなくなる」と述べている。すなわち糖尿病患者が自己管理を続けていく上で、看護師は必要な知識を提供するのみならず、療養生活における感情的負担を把握し軽減しながら自己管理への支援を行っていく必要がある。

このような中、今日、療養生活における自己管理の負担感情を把握する質問票PAID (Problem Areas in Diabetes Survey) の開発がなされている。この質問票PAIDを用いることによって療養生活の変化ステージごとの負担感情が示され、どの変化ステージにも負担感情があることが示された<sup>3)</sup>。PAIDはセルフケア態度、低血糖の有無、慢性合併症、インスリン使用、血糖コントロールと関連があることが明らかになっている。石井らによって作成された日本語版PAIDは、血糖コントロールが不良な患者がどのような点に困難を感じているかを明らかにすることに役立つとされている<sup>4)</sup>。またPAIDを用いて負担感情を評価したうえで、個々の患者に応じた介入により負担感情を減らし、血糖コントロールを改善するという試みがなされ、介入の有効性も示唆されている<sup>5)</sup>。

しかしPAIDを使った介入の有効性は示されているが、それぞれの負担感情内容に対して行った具体的な看護の内容や、その効果に関する報告例は少ない。そこで、今回、期間が限定されている糖尿病教育入院患者の心理的アプローチの方法としてPAIDを用い、そのPAIDによる評価を用いて看護介入をどのように進めていけばよいかを検討した。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

糖尿病患者の血糖コントロールのための教育入院プログラムを持っているA施設で、初めて教育入院プログラムを経験する者のうち、本研究の趣旨に賛同し紙面または口頭での説明に対して協力が得られた患者5名を対象とした。

### 2. 実施場所

2週間の糖尿病教育入院プログラムを実施しているA病院B内内分泌内科病棟

### 3. データ収集方法

PAIDは一般的には介入の前後に2回行われることが多いが、今回は介入の変化を見るために3回実施した。2週間の教育入院プログラムの中で合計3回PAIDを実施して、PAIDの変化と看護介入の変化を見た。実施する時期は入院時(糖尿病教室参加前)と入院後1週間目、

さらに退院前日とした。患者とは個室で30分～40分程度関わりを持ち、PAID記入を依頼した。PAID記入時、患者からの質問や相談があればその都度対応した。また各回ごとにPAIDの合計点数を算出し、PAIDの点数を看護スタッフに伝えた。2回目の調査後は病棟カンファレンスでPAIDの合計点数変化の情報を提示し、評価した。

### 4. 実施期間

平成21年7月1日～平成21年7月31日に実施した。

### 5. 調査内容

PAIDはアメリカのJoslin Diabetes Center で開発された糖尿病問題領域質問票であり、これは、自己管理ができない患者は糖尿病やその治療に関する知識がないわけではなく、糖尿病やその治療に対する負担感情が高いという臨床的観察に基づいて作成されている。この質問票は、糖尿病であること、糖尿病の治療、糖尿病に基づく症状や合併症が、社会的機能や心理状態に与える影響を測定するものである<sup>6)</sup>。この質問票を用いることにより、一時点での患者の負担感情の把握が可能であるとされている。

PAIDの質問は20項目からなる。質問に答えやすいように研究者自身がわかりやすい言葉に修正したものを使用し、自由記載を求めた。20項目の中で倫理的問題があると考えられた項目、「糖尿病を診てもらっている医者に不満がある」を省いた19項目の質問用紙を使用した。PAID質問各19項目に対する回答はそれぞれ1～5点に点数化され、合計点は最低19点 最高95点である。点数が高いほど負担感情が大きいとされている。(資料1参照)

### 6. 分析方法

糖尿病教育入院患者5名に対して行ったPAIDの各時期の合計点数と、項目別の点数変化から、各対象者の負担感情の状況を明確化し、看護介入へのPAIDの有用性を検討する。

### 7. 用語の定義

負担感情とは、糖尿病を治療していくことにあたり、能力以上に課せられた仕事や責任が治療に影響を与えるほどの重荷となる感情をいう。この感情の負担を負担感情とし、PAIDで4点以上を示した項目は負担感情が高い感情とした。

### 8. 研究における倫理的配慮

研究対象者に対して、研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険などについて、文書により十分な説明

を行い、理解を得たうえで同意書に署名または記名・押印を求めた。また研究を実施するにあたり滋賀県立大学倫理審査委員会（承認番号113号）において承認を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1 対象者属性

今回、糖尿病教育プログラムも糖尿病教室も初めてであるという5名を対象者とした。5名とも2型糖尿病で血糖コントロールを目的とした教育入院であった。罹病期間は1年から30年と幅はあったが、全員初めての教育入院であった。

対象者の属性を表1に示した。

表1 対象属性

	年齢	性別	糖尿病型	罹病期間	入院目的	合併症	入院時HbA1c
A	54	女	2型	1年	血糖コントロール及び合併症の精査	無	9.80%
B	55	男	2型	6年	血糖コントロール及び合併症の精査	無	6.70%
C	54	男	2型	2年	全身倦怠感が強いインスリン導入目的	無	10%
D	68	女	2型	30年 (受療期間0年)	インスリン導入 精査加療目的	有(網膜症)	12.10%
E	66	男	2型	21年	インスリン強化療法後内服	無	12.50%

#### 2 各事例のPAIDの変化と看護介入

A氏とB氏は徐々に点数が下降した。C氏とD氏は2回目のPAIDで一度点数が上昇し再び下降した。E氏は2回目からは負担感情の合計点数が低くなり3回目では少し点数が上昇しているが、負担感情の高い項目は見られなくなった。事例ごとにPAIDの変化と看護介入を記す。

##### 事例1

A氏の特徴はPAIDの点数減少が著明だったことである。A氏は一昨年まで糖尿病を指摘されたことがなかった。糖尿病と診断されてから食事療法と運動療法を開始したが、自己判断で中断していた。今回が初めての治療であるため糖尿病の知識もまったくなかった。1回目のPAIDでは合計70点であった。「非受容」、「怒り」、「ゆううつ」、「食の楽しみ略奪」、「怖い」が5点であった。非受容が高かったため、入院してすぐ血糖自己測定が開始された。A氏は自分自身の血糖と常に対面する機会を持つことで自分がどれくらい高血糖であるかを認識していった。ほとんどの項目で負担感情が高得点であったため、A氏が「糖尿病をどんな病気であると考えているか」「治療を実行できる自信がどれくらいあるか」「治療法についてどれくらい理解できているか」など、毎日関わりを持ちながら今までの生活状況を把握した。

1週間後に2回目のPAIDを行うと、70点から59点に下降した。1回目に5点であった「合併症不安」「怒り」「非受容」は下降した。「怖い」「食の楽しみ略奪」「ゆう

うつ」は少し下降したがまだ高得点のままであった。入院1週目のカンファレンスでA氏の負担感情の変化をつたえ、2週目からは「食の楽しみ略奪」や「食事への執着」への介入として栄養士による「食事療法」、「運動療法」の個人的な指導が始まり、糖尿病教室に加えて「退院してからの具体的なメニューの作成」や「家族の協力を得ることの必要性」「カロリーの計算方法」などの個人的指導が栄養士や看護師から行われた。

しかし2週目の糖尿病教室では合併症に関する具体的な内容になってきたため、「治療脱線不安」、「怖い」に関しては糖尿病教室後に、必ず「おさらいシート」で知識の確認を行い、糖尿病教室で不明であった点に関して説明を付け加え、A氏に疑問が残らないように心掛けた。これを続けることで、A氏は1回目に比べ積極的に質問をするようになり、退院前の3回目のPAIDの合計は55点となった。「ゆううつ」の高得点が4点から3点に減少し「インスリンも運動も頑張っていこうと思う」という前向きな発言も聞かれた。「治療がいや」などの項目はまだ点数が高く漠然とした不安が残っているものの、「家に帰ってからの問題、帰ってからのことが心配」と具体的な不安が出現してきた。

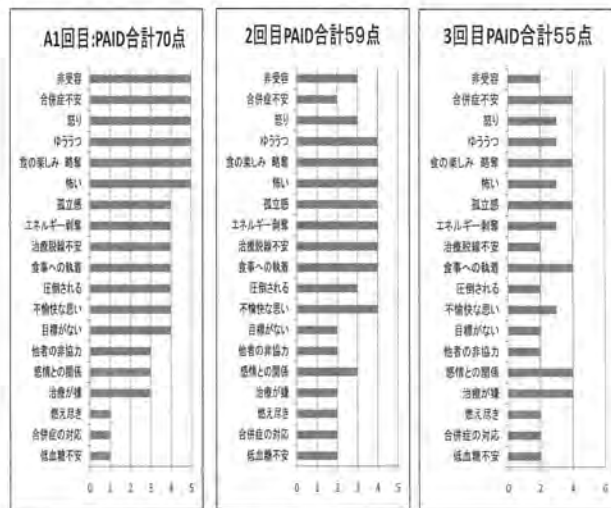


図1 点数変化が著明だったA氏

##### 事例2

B氏の特徴は高得点の負担項目の数がかなり減少したことである。入院時のB氏は、インスリン療法をしていないのに頻回に低血糖を起こしていたため、入院時に内服薬の調整が行われた。スタッフは入院して食事が減少したためだろうと考えたが、B氏からは食事についての話がなかなか聞けずいた。B氏は「怖い」、「合併症不安」が5点であり、「目標がない」、「治療が嫌」、「ゆううつ」、「圧倒される」、「低血糖不安」、「怒り」、「治療

脱線不安」が4点と高得点であった。B氏からは低血糖に関する質問が多かったので、低血糖に対するB氏の思いを聞くことから始めた。低血糖に関する基礎知識をパンフレットに作成し、B氏の不明点を少しずつ明らかにしていった。

1週間後の2回目のPAIDでは、「低血糖不安」は5点に上昇した。そこでB氏に「低血糖になる原因を一緒に考えてみよう」と持ちかけた。「低血糖が起こったのは薬が効きすぎたからと考えられますが、食事が今まで多すぎたということは考えられませんか？」と尋ねると、食事に関して初めて話し、食習慣の見直しを積極的に行うようになった。B氏の低血糖不安の根底には、悪性腫瘍の可能性に対する不安があることを知り、検査結果を早く報告してもらうように担当看護師から医師に伝えた。3回目のPAIDでは合計点数が58点から33点まで大幅に下降し、「食事への執着」はまだ高得点であったが「暴飲暴食をやめる、インスリンはうちたくないと思っていたがインスリンはすい臓を休めるものだから、悪いばかりでないとわかった」と前向きな目標設定ができていた。

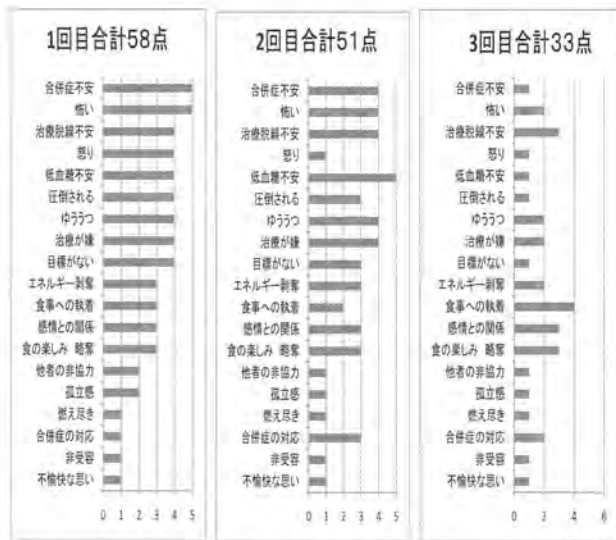


図2 高得点の負担項目の数が減少したB氏

### 事例3

C氏は負担感情の点数が一度上昇した事例であった。C氏は以前に薬物治療を中断した経緯があった。妻を2年前に亡くしてからは、外食が出来合いのものを食べているようになっており、日常生活の乱れから自己コントロールが悪化しインスリン導入目的で入院してきた。「合併症不安」、「ゆううつ」、「食の楽しみ略奪」、「感情との関係」、「圧倒される」、「治療脱線不安」が4点であったため、これらの高得点に対する介入を行った。C氏の食の好みと今までの食事の摂り方など、入院前の生活状

況をインタビューする機会を何度も設けた。1回目のPAIDの結果と入院前の生活状況をスタッフに報告し、「食の楽しみ略奪」に関しては娘夫婦と外食を続けられるように、栄養士に「外食の取り方」を個別に指導するよう依頼した。入院生活が進むにつれ「ゆううつ」や「怖い」、「低血糖不安」、「治療脱線不安」が4点となり、「食事への執着」が上昇し、「合併症不安」は依然として4点であった。C氏はPAIDの前日に糖尿病教室で合併症について勉強していたので、知識が増えたためか「低血糖不安」や「治療脱線不安」が高くなった。

2回目のPAID後、病棟のカンファレンスでPAIDの点数の変化を報告し、C氏の発言やインスリン使用状況の情報を得ながら知識の確認と疑問点の解消を行った。また「食事への執着」に関しては、外食時の注意点や惣菜の選び方など日常生活に即した指導を栄養士に依頼した。

3回目のPAIDでは、まだ「合併症不安」や「食事への執着」は残っているものの「食事にも気をつけて頑張る」と前向きな発言があり、外食のとり方など具体的な退院後の生活目標が語られた。

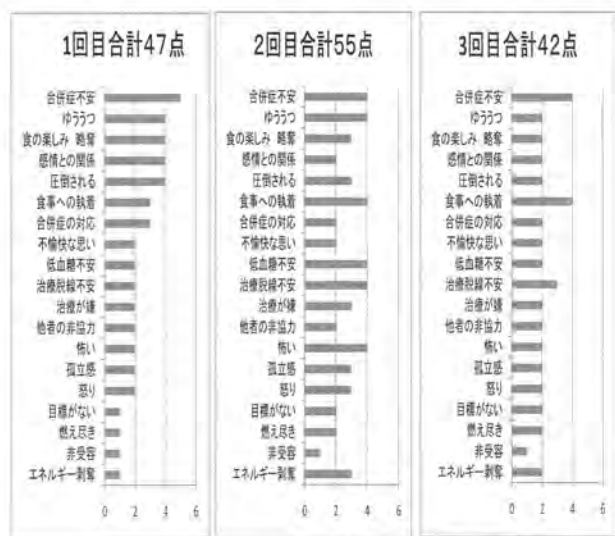


図3 負担感情の点数が一度上昇したC氏

### 事例4

D氏は負担感情の点数が入院時より退院時の方が上昇した事例である。D氏は38歳の時に直腸癌でストーマを造設していた。その際、高血糖を指摘されたが、同時に死を覚悟し、あえて食事制限は行わず民間療法のみ行ってきた。しかし平成21年に物が二重に見えるようになり、糖尿病性網膜症のために入院となった。1回目のPAIDは44点であり、19項目中5項目が4点であった。また「治療がいや」、「食の楽しみ略奪」、「食事への執着」、

「合併症不安」、「合併症の対応」が4点であった。

1回目のPAIDでD氏は質問用紙に答えながら、今までの糖尿病への思いを話した。訪床回数を増やし、D氏と関わる時間を多くとり、思いを聞くように心がけた。その結果、病院の糖尿病の治療は全く効果がないという認識をD氏が持っていることが明らかになった。これまでの自分の生活が変化することや網膜症になってしまったことによる不安が大きいためであった。D氏の思いとPAIDの結果をスタッフに報告し、D氏と関わる時間を増やすことにした。

1週間後に2回目のPAIDを実施すると（2回目はインスリン導入後に行った）、点数は51点で、7項目で高得点であった。「不愉快な思い」が5点、「ゆううつ」「治療脱線不安」が4点となった。「治療がいや」「食の楽しみ略奪」「食事への執着」「合併症不安」は4点のままであった。引き続きD氏と関わる時は時間を十分に設け、D氏が思いをしっかりと表出できるよう心がけた。糖尿病教室で分からなかったことは、パンフレットを作成して理解してもらうようにした。D氏は積極的に食事指導も受けるようになった。

退院前の3回目のPAIDの点数は49点であった。入院時より点数は上がったが今後の治療目標として「ラジオ体操をする、食事カロリーを考えながらとる」など、具体的な目標を立てることができた。

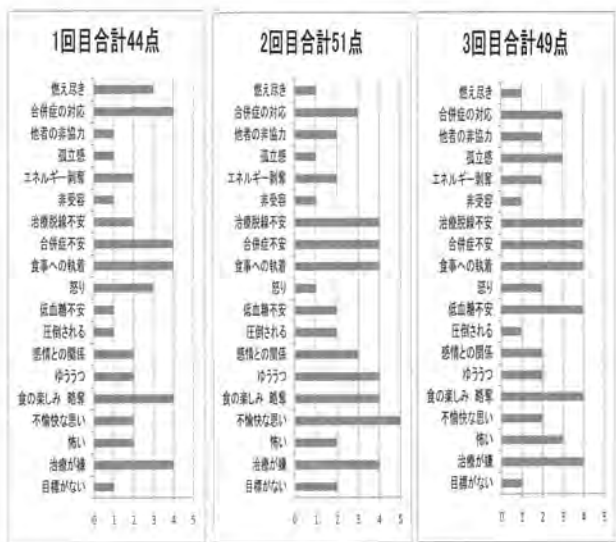


図4 入院時より少し点数が上昇したD氏

～5点であり、「燃えつき」が5点、「食の楽しみ略奪」、「合併症不安」が4点であった。

PAID質問に答えてもらいながら、今までのE氏の食事量と運動量を把握した。運動療法という点では、週3～4日の通勤を自転車にしたり、休日には何時間も散歩をしていた。食事についても健康食品と呼ばれるものを積極的に摂取するようになった。今までのE氏の取り組みを十分評価したうえで、栄養士に個別指導を依頼したところ、E氏はかなり過剰のカロリーを摂取していたことが判明した。血糖自己測定が開始され、どれだけ自分が高血糖かを自覚し、食事療法と薬物療法を行うことで徐々に血糖が下がっていった。PAIDの結果はスタッフに報告した。

1週間後の2回目のPAIDは33点で、4点以上の項目は1つもなかった。PAIDを2回終了した後、病棟のカンファレンスでPAIDの点数の変化を報告した。2回目以降は退院後の生活に関するより具体的な質問が増え、具体的に1日の行動スケジュールを立てるまでに至った。運動療法を積極的に行えるように、E氏の体重と年齢から割り出した「消費カロリー別運動量一覧」を渡した。退院前の3回目のPAIDでは合計が38点で、「食事もこれからは自分で作るようにする、目標は食事運動をして菓を飲まなくていいようにする、食事は油を使わずに作る」など具体的な目標が設定できた。

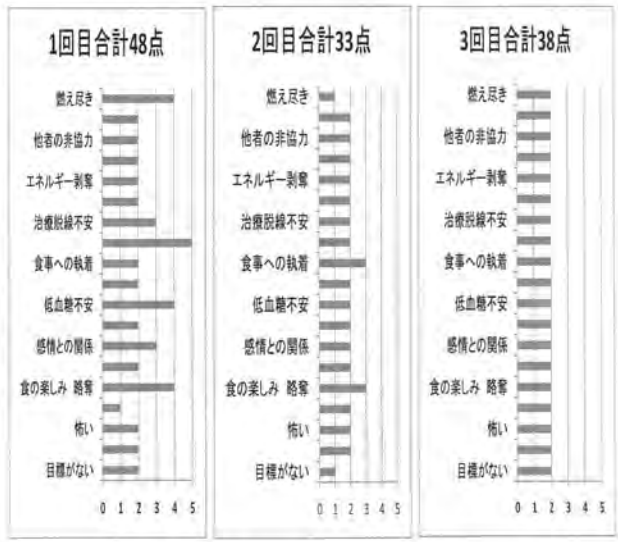


図5 燃え尽きの負担感情が高かったE氏

事例5

E氏は2回目以降に負担感情がなくなった事例であった。E氏は16年前から高血糖を指摘されたが、何度も入院を拒否し、運動療法のみで治療をおこなってきた。1回目のPAIDは合計48点であった。19項目中4項目が4

IV. 考察

今回、2週間の糖尿病教育入院の患者5名に対してPAIDを3回実施することによる入院中の負担感情の変化を検討し、PAIDを3回実施する意義と看護介入に対す

る有用性が明確になった。

A氏の特徴はPAIDの点数減少が著明であったことである。1回目のPAIDでは非受容が高かったため、自己血糖測定を開始した。その結果、自分がどれくらい高血糖であるか認識してもらうことが出来た。2回目のPAIDでも負担感情が下がらない高得点の項目に着目して介入を行うことができ、3回目のPAIDでは具体的な退院後の不安が明らかとなった。このように、PAIDの変化に応じて介入を行ったことが著明な点数減少につながったものと考えられる。

B氏の特徴としては高得点の負担項目の数がかなり減少したことがあげられる。B氏は、「低血糖不安」の項目の負担感情が高く、入院中も低血糖に関する質問ばかりであったためB氏の低血糖に対する思いを聞くことから始めた。1週間後の2回目もまだ「低血糖不安」は高得点であったため、B氏とともに低血糖になる原因と一緒に考えていった。このように、不安の大きさをPAIDの変化で把握しながらより踏み込んだ介入が行えたことが3回目のPAIDで点数が大幅に下がる結果につながったと考えられる。

C氏は負担感情の点数が一度上昇したことが特徴であった。高得点の項目に対する介入を行い、入院前の生活状況をインタビューする機会を何度も設けた。2回目のPAIDで点数が上昇したのは、糖尿病教室を通じて合併症や低血糖の知識が増えたことが一因であろうということが、PAIDの点数変化から推測出来た。

D氏にとっては、PAIDが今までの糖尿病への思いを話す契機となった。点数自体は入院時より少し上昇しているが、長年の糖尿病への思いを話すことで「治療を行って行こう」という大きな心理変化が現れ、治療に対して前向きな姿勢へとつながっていると考えられた。

さらにE氏は2回目以降に負担感情が減少したのが特徴であった。E氏は「燃えつき」の負担感情が高かった。「燃えつき」の項目が高いことから、今までのE氏の取り組みを十分評価したうえで、介入することが必要であると判断できた。

以上、これらの5事例では、入院時のPAIDによって入院時点での心理状態を検討することで、糖尿病患者の療養生活における負担感情の大きさが把握でき、看護介入の方向性を見出すことができた。すなわち入院時のPAIDはこれまでの生活状況のみならず、「糖尿病への思い」、「治療に対する姿勢」、「何に不安を持っているか」などを把握する指標となり、入院中の看護介入の方向性を見出すために有用であった。また入院時に示された高得点の負担感情に焦点をあてて看護介入を始めることで、患者が入院に集中できる環境づくりが行えた。例えばB氏のようにインスリン導入目的で入院してきたにも関わらず「低血糖不安」が強い場合には、まず低血糖不安を

取り除くことにより治療に専念できる環境作りが可能となった。またE氏のように「燃えつき」の項目が高得点の場合には今まで行ってきたE氏の生活を評価し認めた上で治療を開始することで、入院生活に専念できるようになった。また2回目のPAIDを行うことによって、入院1週間の評価と、残された負担感情の内容が明らかになり、1回目で下がらなかった項目や2回目で点数が上昇した項目などの負担感情に対して介入の修正が可能となった。患者は1週間でPAIDを通じて糖尿病と向き合い、質問数が増えたり、治療に向き合うようになった。しかし中にはC氏のように2回目のPAIDで負担感情が上昇する者も出てきた。これは知識量の増加と治療の難しさを把握することにより「合併症不安」、「治療脱線不安」などの負担感情が表出されやすくなったためだろうと考えられた。退院時のPAIDによって看護介入の評価ができ、外来の継続看護へつなぐことができた。例えばA氏のように負担感情が高得点のまま退院する患者には、退院後、外来で重点的にフォローするべき内容を把握することが可能となる。PAIDはこれまで介入の前後で行われることが多かったが、今回のように入院中にも一度PAIDを実施することで、2週間の短い教育入院の中でも、患者にはさまざまな心理変化があることが確認できた。すなわち、負担感情の変化を認識しているかどうかで看護介入の仕方は大きく変わる。PAIDを3回行えば、患者の感情の変化を理解し新たな問題点を把握しやすくなるので、見いだした個別性のある看護介入の方向性の決定や個別性に有用である。しかし、今回の研究は事例件数が少ないため結論を出すには限界がある。今後、事例件数を増やし実証する予定である。

## V. 結 論

PAIDを実施し、その点数変化から5事例の看護介入との効果を解析したところ、以下のことが明らかとなった。PAIDの点数の変化で優先すべき問題が分かり、介入のポイントが明確となるので、患者の負担感情に合わせた個別の看護介入ができる。またPAIDを教育入院の前後だけでなく中間にも行うことで患者の負担感情の具体的な変化が把握でき、タイムリーに看護の評価・修正ができる。さらにPAIDの点数をもとに看護師が関わりを持ちながら患者がPAIDを記入していくことは、患者が看護師に不安を表出できる場を提供することとなる。以上により、PAIDを入院前後のみならず中間にも行うことの有効性が確認された。

## 謝 辞

本研究にご協力下さいました対象者の皆様に感謝いたします。また、対象者に出会える機会を提供して頂き、ご多忙の中様々なご配慮を頂きました医療施設の医師及び看護部長、看護師の皆様にご礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 河口てる子：「心理的アプローチは糖尿病看護に何をもちたらずか」変わる糖尿病患者教育 看護学雑誌 63 (4) 353 医学書院 1999.
- 2) 石井均：糖尿病ケアの知恵袋「良き治療同盟を目指して」 p.99 医学書院 2004.
- 3) 竹内志保・本間健：「都市部診療所に通院中の2型糖尿病患者の負担感情」日本看護学会誌 15 (2) 104-113 日本看護協会 2006.
- 4) 石井均：糖尿病、臨床のためのQOLハンドブック P.70-79 医学書院 2001.
- 5) 藤井仁美：「糖尿病臨床におけるPAIDの有用性について」糖尿病 51 (6) 503 日本糖尿病学会 2008.
- 6) Polonsky WH：, etal:Assesment of diabetes-related distress, DiabetesCare 18(6)754-760 1995.
- 7) Prochaska JO, Velicer WF:The transtheoretical model of health behavior change American Journal of Health Promotion, 12(1) 38-48 1997
- 8) 石井均：患者の準備状態に対応したサポートの方法 看護学雑誌 63 (4) 335-341 医学書院 1999.

### 資料 使用したPAID質問票

資料1 PAID質問票の答え方		①	②	③	④	⑤
ご自身の考えで、以下に示すような糖尿病に関する事柄がどのくらい負担に感じられていますか？お答えください。						
それぞれの質問項目について、最も当てはまる答えの番号に○を付けてください。たとえば、ある質問項目がご自身にとって、心配でもなく、当てはまらず、問題になっていなければ「1」に○を付けてください。もしそのことで大変お悩みになっていれば、「5」に○をして下さい。それぞれの質問について、1から5の段階の中から番号で選んでください。						
		① で全く 問題 ない	② であ まり 問題 ない	③ い ど え ら な い も	④ 煩 ん で い る	⑤ い ち げ ん で い る
1	糖尿病の治療法（食事療法、運動療法、飲み薬、インスリン注射、自己血糖測定など）について、はっきりした、具体的な目標がない。					
2	自分の糖尿病の治療法がいやになる。					
3	糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると不安になる。					
4	糖尿病の治療に関連して、周りの人たちから不愉快な思いをさせられることがある。（例えば、他人があなたに何を食べるべきか指示するなど。）					
5	食べ物や食事の楽しみがなくなったような感じがする。					
6	この先も糖尿病を持ちながら生活していくことを考えるとゆううつになる。					
7	自分の気持ちや感情が糖尿病に影響されているか関係しているのかどうかわからない。					
8	糖尿病になり打ちのめされたように感じる。					
9	低血糖が心配である。					
10	糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると腹が立つ。					
11	常に食べ物や食事が気になる。					
12	将来のことや重い合併症になるかもしれないことが心配である。					
13	糖尿病を管理していくことから脱線した時、罪悪感や不安を感じる。					
14	自分が糖尿病であることを受け入れていない。					
15	糖尿病のために毎日多くの精神的エネルギーや肉体的エネルギーが奪われていると思う。					
16	糖尿病のせいでひとりぼっちに感じることもある。					
17	自分が糖尿病管理のために努力していることに対して、友人や家族は協力的でないと感じる。					
18	自分が持っている糖尿病の合併症に対処していくことが難しいと感じる。					
19	糖尿病を管理するために努力し続けて、燃え尽きてしまった。					

## (Summary)

# Usefulness of PAID for effective nursing intervention in inpatient diabetic education

MIWA NAKGAWA<sup>1)</sup>, KAZUMI YOKOI<sup>2)</sup>, AYAKO OKUTSU<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Research student of graduate School of Human Nursing The university of Shiga Prefecture

<sup>2) 3)</sup> School of Human Nursing The university of Shiga Prefecture

**Key Words** PAID, Sense of burden affection, Self management

## 研究ノート



# 中学校養護教諭の語りからみえてきた 問題行動を示す生徒への対応の現状と課題 —精神疾患への早期介入に向けて—

甘佐 京子<sup>1)</sup>、長江美代子<sup>2)</sup>、土田 幸子<sup>3)</sup>、山下真裕子<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup>日本赤十字豊田看護大学

<sup>3)</sup>三重大学医学部

**背景** 精神疾患、なかでも統合失調症については、精神病未治療期間(以後DUP: duration of untreated psychosis)が長いほど回復までに時間を要し、再発率も高いといわれている。そこで、DUPを少しでも短縮し、早期に医療に繋げていくこと(早期介入)が重要である。統合失調症の前駆症状(暴力・攻撃性・強迫症状・抑うつ等)は、好発年齢とされる10代後半から20代前半より、さらに2~4年前に出現すると言われており、日本では中学生の時期にあたる。中学校において、こうした前駆症状はしばしば問題行動ととらえられるが、早期の医療的介入が必要である。

**目的** 精神疾患が疑われる生徒に対し、学校現場ではどのような対応がなされているのか。その現状と、早期介入に向けての課題について検討する。

**方法** 1) 研究参加者: A県内において中学校養護教諭の経験のある女性4名。

2) 方法: 面接は半構成面接とし「生徒に見られる問題行動」、「問題行動を呈する生徒に対する対応」、「養護教諭の役割」および、「対応する上で障害となるもの」などについてインタビューを実施。

3) 分析方法: 質的記述的分析。

**結果** 養護教諭の語りから抽出された問題行動には、統合失調症の前駆症状と共通する、「攻撃的な態度・暴言」「過度の自己アピール」「集中力の無さ」「落ち着きの無さ」や、より病的な「強迫的行動」や「目つきの変化」「不可解な行動」が見られた。養護教諭は、それが病的なものか、発達上の問題なのか、正常な域での反抗なのかの判断に迷っていた。また、独自で対応する場合と、担任をはじめとする学校内で組織的に対応・判断する場合があった。対応する上で問題になることとしては「保護者との関係」があり、「保護者の思い・考え」を優先しなければならなかった。また、家族以外の要因としては、教員間の連携、中でも「担任教員との関係」「教員の理解(知識)の無さ」や、組織内で「養護教諭に対する理解の不足」があった。

**結論** 学校現場において問題行動は増加しており、その対応には養護教諭のみならず全教員が苦慮していることが伺える。精神疾患に対する偏見は根深いものがあり、保護者・教員ともに正しい知識を持つことが必要である。早期介入を行うためには、養護教諭を中心として、問題行動を呈する生徒に対応するシステムを構築する必要がある。

**キーワード** 早期介入、養護教諭、問題行動、思春期、精神疾患

## I. 緒言

精神科領域において、精神疾患に対する早期発見・早期介入の重要性が指摘されている。なかでも統合失調症では、精神病未治療期間(以後DUP: duration of un-

reated psychosis)が長期予後を規定するとされ、DUPが長いほど回復までに時間を要し、再発率も高いといわれている。また、再発の繰り返しは残遺性の症状を発展させ、社会的・職業的機能をも低下させる。その結果、長期の入院を余儀なくし、社会からの孤立状況を生み出す<sup>1)</sup>。DUPを少しでも短縮し、早期に医療に繋げていくこと(早期介入)が、早期の回復・社会復帰を可能とし、患者個人にとっても、社会全体にとっても重要である<sup>2)</sup>。イギリスでは、2001年に医療改革が行われ、精神保健政策のなかで早期介入に向けた指針が示された。早期介入

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先: 甘佐 京子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

e-mail: amasa.k@nurse.usp.ac.jp



の成果としては、医療コストの減少・自殺率の減少・復学および復職率の向上・家族のサービス満足度の向上などが報告されている<sup>3)</sup>。

DUPの短縮化が叫ばれているが、発症から初回受診に至るまでに逡巡する家族は少なくない<sup>4)</sup>。DUPは医療とつながる迄の期間であり、家族が患者の変化に気づいても直ちに医療につなげるケースは稀である。これには、患者自身の病識の欠如・家族自身の精神疾患への偏見、前駆症状のあいまいさが関与していると考えられる。

統合失調症の前駆症状(暴力・攻撃性・強迫症状・抑うつ等)が現れるのは<sup>5)</sup>、好発年齢とされる10代後半から20代前半より、さらに2～4年前といわれている。この時期は、思春期前期から中期で、日本では中学生にあたる。中学校において、このような前駆症状はしばしば「生徒の問題行動」としてとらえられている。思春期特有の感情の揺れや問題行動<sup>6)</sup>と類似する部分が多く、精神疾患と判断することは困難である。こうした状況の中で精神疾患が疑われる生徒に対し、学校現場ではどのような対応がなされているのか。学校で唯一医療的知識を持つ養護教諭は、不登校生徒の保健室登校の受け入れにも関わり、問題行動を示す生徒との接触も少なくないと推測される。そこで、養護教諭の関わりや介入の現状を明らかにすることで、学校現場における早期介入のための課題を見出すことができるのではないかと考えた。

## II. 目的

中学校に勤務経験のある養護教諭の語りから、精神疾患が疑われる生徒に対し学校現場ではどのような対応がなされているのか、対応を阻む要素は何なのか、それらを調査することで、早期介入に向けての課題を明らかにすることを本研究の目的とする。

## III. 用語の定義

問題行動：思春期の内的葛藤により生じる問題行動および諸症状<sup>7)</sup>と、それに重畳する統合失調症の前駆症状としてみられる諸症状(集中力の低下、疲れやすさ、寡黙、強迫症状、不潔恐怖、不登校、抑うつ、自殺念慮等)<sup>8)</sup>。

早期介入：早期発見・早期治療を行うための介入。早期発見することで未治療期間を短縮し予後の安寧をはかる<sup>2)</sup>。

## IV. 研究方法

1) 研究参加者：A県内の中学校において現在養護教諭として勤務しているか、あるいは中学校の養護教諭を

複数年経験した女性4名。養護教諭歴は20年から34年であり、いずれも中学校勤務歴は10年以上である。

2) 方法：研究参加者に面接調査を実施。面接は半構成面接とし「生徒に見られる問題行動」、「問題行動を呈する生徒に対する対応」、「養護教諭の役割」および、「対応する上で障害となるもの」などについてのインタビューを実施。インタビュー時間は33分25秒±8分32秒(mean±SD)であった。面接内容は、回答者の許可を得てICレコーダーに録音した。

3) 分析方法：現状を明らかにすることを目的とした質的記述的分析<sup>9)</sup>。

4) 倫理的配慮：参加者に書面および口頭で研究の主旨を説明し、同意を得た。協力者のプライバシーの保護および、面接の中で語られた内容から個人や施設が特定されることがないように配慮することを確約した。また、今回得られたデータは研究代表者が責任を持って保管し、研究終了後にはすべて消去することも伝えた。

なお、本研究は、滋賀県立大学の研究に関する倫理委員会の承認を受けた(2008年第94号)。

## V. 結果

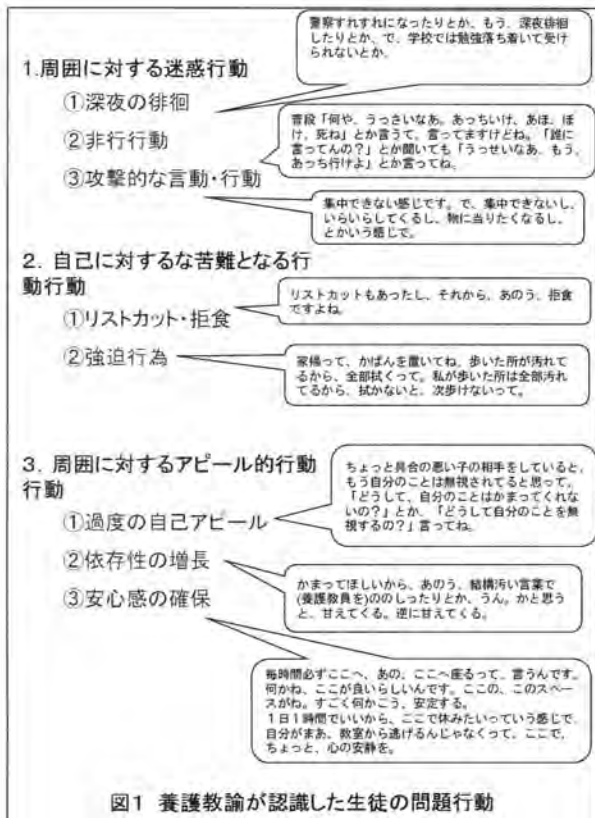
結果より抽出されたカテゴリーを『』内に、サブカテゴリーを「」内に示した。

### 1. 養護教諭が認識した生徒の「問題行動」(図1)

生徒たちの「問題行動」としては、『周囲に対する迷惑行為となる行動』『自己に対して苦難となる行動』『周囲に対するアピールの行動』の3つのカテゴリーが抽出された。『周囲に対する迷惑行為となる行動』のサブカテゴリーとしては、「深夜の徘徊」「非行行動」「攻撃的な言動・行動」が存在した。「攻撃的な言動・行動」としては、イライラした感情や集中力の低下から物にあたりたり、教室を出たり入ったりを繰り返すというケースがあった。また、『自己に対して苦難となる行動』としては、「リストカット・拒食」「強迫行為」が、サブカテゴリーとして抽出された。これらは、集中力の低下などよりも一層病的な行動であり、危機的な状況であるととらえられていた。次に、『周囲に対するアピールの行動』には、「過度の自己アピール」「依存性の増長」「安心感の確保」の3つのサブカテゴリーが存在した。生徒は、保健室を安全な場、養護教諭を依存できる対象ととらえ、自己をアピールしていた。しかし、自分が受け入れられていないと判断した場合は、攻撃性を秘めたアピールをするように養護教諭は捉えていた。

### 2. 養護教諭の役割と介入(図2)

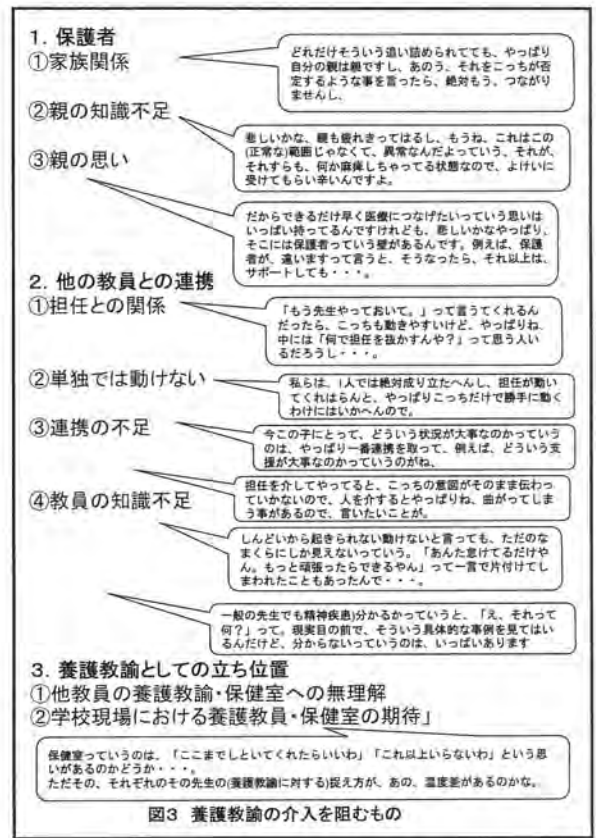
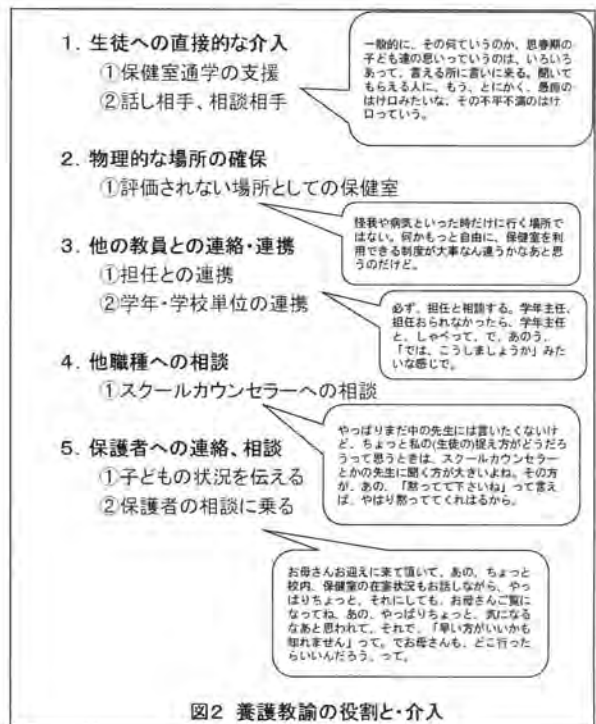
問題行動をもつ生徒に対する養護教諭の役割としては、



『生徒への直接的な介入』『非難場所としての保健室の確保』『他の教員との連絡・連携』『他職種への相談』『保護者への連絡・相談』の5つのカテゴリーが抽出された。『生徒への直接的な介入』では、「保健室登校の支援」「話し相手・相談相手」のサブカテゴリーが存在した。養護教諭は、一般科目を担当する教諭(以下、一般教諭と略す)とは異なり、保健室登校の生徒を支えたり、保健室を訪れる生徒の対応にあっていた。また、『物理的な非難場所の確保』では、生徒が評価されない安全な場所、また、教室にいることができない生徒の逃げ場所として、保健室の場づくりを行っていた。さらに、『他の教員との連絡・連携』では、「担任との連携作り」「学年・学校単位での連携作り」など、生徒への対応の在り方について一般教諭との連携を図っていた。『他職種への相談』では、「スクール・カウンセラーへの相談」を行い、自己の判断の確認や、専門家の知識をもとにした対応を検討していた。『保護者への連絡・相談』では、「子どもの状況を伝える」「保護者の相談に乗る」等のサブカテゴリーが存在し、担任と調整しながらも、時には積極的に家族と対応していた。

3. 養護教諭の介入を阻むもの(図3)

養護教諭は、生徒に対してさまざまな関わり・役割を果たそうとしているが、その行為を阻む要因として以下



の категорияが抽出された。ひとつは『保護者』であり、「家族関係」「親の知識不足」「親の思い」のサブカテゴリーが存在した。「家族関係」の内容では、親にむしる問題があると思われるケースでも、子どもである生徒が親をかばったり、親に報告されることを拒んだりする場合である。また、「親の知識不足」では、保護者に精神疾患の知識が無く、偏見から受診や学校からの介入を嫌う場合である。「親の思い」は、知識不足と重なる部分もあるが、親として子どもである生徒の異常性を認めたくない場合である。

つづいて『他の教員との連携』では、「担任との関係」「単独では動けない」「教員間の連携の不足」「教員の知識不足」の4つのサブカテゴリーが存在した。「担任との関係」では、学校においてクラス担任の存在が大きく、生徒に関することは担任を抜きにしては語れず、まずは担任に話を通すこと、判断を委ねることが必要と感じている。この順番が狂う(担任を抜かず)と、問題の解決をより複雑にすることも感じながら、一方では他者(担任等)が介入するため、生徒の状況が家族に十分伝わらないことに疑念を抱いている。「単独では動けない」ということについても、早期介入の必要性を感じても養護教諭が単独で動くことは難しく、むしろ一般教諭のサブ的な位置づけで動くことを余儀なくされている。そうした状況の中で「教員間の連携の不足」が生じた。すなわち、養護教諭と一般教諭では生徒に対する対応が異なり、それが生徒の混乱を招く場合があった。また、「教員の知識不足」では、一般教諭の精神疾患や精神的な問題についての知識が十分でないことが、養護教諭の対応を阻むこともある。養護教諭が必要な休息と判断しても、一般教諭は生徒の行為を「怠け」や「甘え」と判断することがあり、養護教諭はその対応の調整に苦慮していた。もう一つの対応を阻む要因は、『養護教諭としての立ち位置』であり、「一般教諭の保健室・養護教諭への無理解」「学校現場における養護教員・保健室への期待」がサブカテゴリーとして存在した。「そこまでしてもらわなくてもいい」というニュアンスが伝わってくる場合もあり、これらは、一般教諭が養護教諭に何を期待しているかであり、養護教諭という専門職のアイデンティティに関わる問題である。

## VI. 考察

学校現場、特に小学校・中学校では生徒による暴力行為の発生件数が調査を開始して以来、過去最高となっている<sup>8)</sup>。不登校を含め生徒の「問題行動」と呼ばれる行動が減少することは無い。そこで、一般教諭および養護教諭はこのような問題行動を呈する生徒に日々対応することになる。養護教諭は、教員の中では医療的な専門知

識を持つものとして、生徒の「問題行動」を単なる思春期の反抗的態度としてだけではなく、病的なものとして捉えうる。「目つき」「奇異な動き」「攻撃的な言動・行動」等から病的なものを感じ取ったり、強迫行為や摂食障害といった疾患の症状として捉えている場合も多い。これらの状態は統合失調症の前駆症状と重なる部分がある。

しかしながら、養護教諭が単独で介入することは稀である。担任教諭や管理者である校長等と連携し、教員と生徒あるいは教員と保護者の間を調整したり、一般教諭を支援したりすることが多いと考えられる。実際、担任教諭は学級の生徒を把握すればよいが、養護教諭は全校生徒を対象としなければならないことから、特定の生徒にのみ介入することは難しい。統計的にも、不登校や暴力行為における指導・相談は主として担任教諭が行っており、養護教諭が行う件数はその1/10足らずである<sup>9)</sup>。

教育現場においては、教員間でいかに連携を図るかが、早期介入には重要と考えられる。教員間の連携を阻む要因の一つとして、教員の精神疾患に対する知識不足が挙げられた。発達障害については、平成15年より特別支援教育体制推進事業が生まれ、さらに平成20年には発達障害等支援・特別支援教育統合推進事業が実施されるなど、手厚い施策が展開されている<sup>1)</sup>。また、教員を対象とした研修会や勉強会も多く、発達障害児の教育や対応については大きな関心もたれている。一方、精神疾患はそうした支援事業の対象にはならず、教員は手がかかる状況にあっても特別な支援は受けられない。また、精神疾患については、中学校の保健体育の教科書にもほとんど触れられておらず<sup>10)</sup>、教員自身の知識も十分ではないと推測される。精神疾患の前駆症状なのか、思春期の感情の揺れから来るものなのか、それとも発達障害圏内の反応なのか。一つの生徒の言動・行動をどのように判断するかで、その後の対応が大きく変わる。その判断が教員間で異なる場合、最終的に混乱をきたすのは生徒自身である。そのことを念頭に置き、より確かな知識を共有していくことが重要な課題である。

次に、「保護者との関係」「保護者の思い・考え」を優先することで、対応が困難となる場合もあった。精神疾患に対する教員の知識が十分でないように、多くの保護者もまた知識を持ち合わせていない。さらに、社会に存在する精神疾患に対するスティグマ、親として事実を否定したい気持ちが生じることも特別なことではない。先行研究でも、統合失調症の場合、発症してから受診に至るまでの期間は数カ月から数年と報告されている<sup>11)</sup>。それは、前駆症状の不確定さのみならず、最初に相談する機関が、医療施設ではなく児童相談所が多いことから、精神疾患かもしれないという選択肢は家族にとっては、後方に位置すると考えられる。中学生を対象にした精神

疾患に対する認識調査でも、自らの年齢が発症年齢に該当する統合失調症や強迫性障害については病名すら認識されていない現状であった<sup>10)</sup>。養護教諭や一般教諭が疾患の存在に気がついたとしても、当事者である生徒や保護者の認識が十分でないと、迅速な介入は困難である。また、養護教諭の介入をさらに困難にしているのは、担任教員中心の組織のなかで、「一般教諭の保健室・養護教諭への無理解」「学校現場における養護教員・保健室への期待」の2点が考えられる。養護教諭は、教員資格を持った教員でありながら、その役割は著しく限定されている。教員としてのアイデンティティだけではなく、専門職として何をすべきか、どう動くべきか、多くの養護教諭が自らの立ち位置や専門性に自問自答している<sup>11)</sup>。教員としてのアイデンティティが、専門職としての行動を規制してしまうこともある。今後、教員と専門職のアイデンティティを統合した養護教員が、生徒と一般教諭、生徒と保護者の連携のかなめとなることが望まれる。また、メンタルヘルス教育、疾患教育なども養護教諭が行うことが望ましいと考える。オーストラリアでは、学校精神保健増進プロジェクト「マインドマターズ(Mind Matters)」が創設されている。マインドマターズは、中等教育(11歳～17歳)にある生徒のこころの健康増進・予防・早期介入を促すための国家的プロジェクトである。11歳からその発達段階に応じたプログラムが組まれており、それを実施する教員も研修を受け十分な知識のもとに実践している<sup>12)</sup>。齋藤<sup>13)</sup>は著書の中で、教員養成課程の必修科目として児童青年精神医学を学ぶ必要性を訴えている。その知識が早期介入につながり、当事者である生徒をより早く専門家に橋渡しできるからである。こうした役割をまず養護教諭が担っていくことが期待されている。また生徒・一般教諭・保護者にも精神疾患の啓発活動を実施することが必要である。

## Ⅶ. 結 論

問題行動を示す生徒には、医療については門外漢である一般教諭、なかでも担任に多くの判断が委ねられる。担任としての責任から問題を抱え込む一般教諭と、担任との関係によっては必要な介入さえも躊躇し担任に対応を委ねる養護教諭が存在した。「精神疾患への無理解」は精神疾患に対する基本的な知識や情報の欠如によるものであり、教職員に対して精神保健教育を行うことが必要である。ここで、介入に向けた課題を図4に示す。教員が専門的な知識を持ち、養護教諭・一般教諭が自らの役割を明確にした上で連携を保ち、生徒に対応していくことが早期介入につながると考えられる。さらに、早期介入をより確実にするには、当事者になる可能性のある生徒や保護者に対しても、精神疾患の正しい知識を啓発

していくことが重要である。

## 謝 辞

日々の激務の中で、本研究に参加協力していただいた養護教諭のみなさまに心から感謝いたします。

本研究は科学研究費補助金を受け行った(基盤研究(C) 課題番号19592587)。

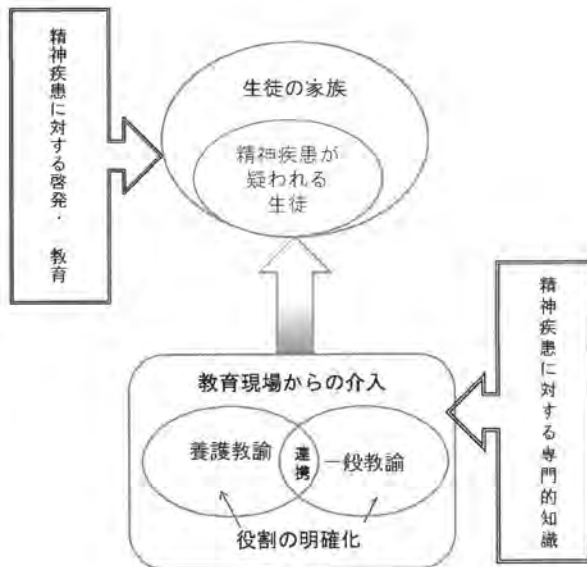


図4 介入に向けた課題

## 文 献

- 1) 松本和紀：イギリスにおける早期介入 国の政策に採用され普及するサービス、こころの科学、133号、33-39、日本評論社、2007。
- 2) 原田修一郎、青木省三：前駆期の周辺の問題 引きこもりを中心に、水野雅文編集、専門医のための精神科臨床リュミエール5 統合失調症の早期診断と早期介入、44-51、中山書店、2009。
- 3) 西田淳、石倉習子：ワークショップ1-2 英国の早期介入の取り組み、日本精神障害者リハビリテーション学会2008資料集、105、2008。
- 4) 甘佐京子：新たな家族支援に向けてー精神分裂病患者の家族の訴えを通してー、滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌、第5号、53-59、2001。
- 5) 広沢郁子：第1章 学童期と思春期の統合失調症、中根晃、牛島定信、村瀬嘉代子編集、子供と思春期の精神医学、第1版、452-458、金剛出版、2008。
- 6) 齋藤万比古：第18章中学生のこころのケア 児童精

- 神科医から学校への提言, 不登校の児童・思春期精神医学, 225-238, 金剛出版, 2006.
- 7) グレック美鈴: 質的記述的研究, グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編集, よくわかる質的研究の進め方・まとめ方, 54-71, 医歯薬出版株式会社, 2007.
  - 8) 文部科学省ホームページ: 平成20年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について, [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/chousa01/shidou/1267646.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/shidou/1267646.htm)
  - 9) 国民衛生の動向2010/2011, 第9編 学校保健, 379-381, 財団法人厚生統計協会, 2010.
  - 10) 甘佐京子, 比嘉勇人, 田中知佳, 長江美代子, 牧野耕次, 松本行弘: 中学生を対象とした「こころの病気」に対する意識調査, 人間看護学研究, 第7号, p73~79, 2009.
  - 11) 甘佐京子, 比嘉勇人, 牧野耕次, 松本行弘: 急性期における統合失調症患者家族アセスメントツールの考案, 人間看護研究, 第4号, 23-34, 2006.
  - 12) 杉村直美: 養護教諭という職—学校内における位置と専門性の検討—, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要, 第51巻, 1号, 75-86, 2004.
  - 13) 白井有美, 崎川典子, 岡田直大, 針間博彦: マインドマターズの概要とスクールマターズ, こころの科学, No143, 119-126, 2009.

## (Summary)

Current situations and problems in dealing with student  
who shows problem behavior show by junior  
high school nurse-teacher's talk  
-For the early Intervention in the psychological illness -

KYOKO AMASA, <sup>1)</sup>MIYOKO NAGAE<sup>2)</sup>, SACHIKO TUTIDA<sup>3)</sup>, MAYUKO YAMASITA

<sup>1)</sup> University of Shiga Prefecture School of Human Nursing

<sup>2)</sup> Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

<sup>3)</sup> Mie University Faculty of Medicine

**Key Words** Early Intervention, School nurse, problem act, adolescence, mental illness

## 研究ノート



# 精神科看護師による上手くいかなかったという 思いのある事例解釈の変化 —看護における「かかわり (involvement)」を学習して—

古山 祐可<sup>1)</sup>、田中能理子<sup>1)</sup>、牧原 加奈<sup>1)</sup>、二上 嘉代<sup>1)</sup>、牧野 耕次<sup>2)</sup>、比嘉 勇人<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>滋賀県立精神医療センター

<sup>2)</sup>滋賀県立大学人間看護学部

<sup>3)</sup>富山大学大学院医学薬学研究部

**背景** 「かかわり」が重要な位置を占める精神科看護師は、客観的なコミュニケーションスキルなどの対人関係技術を、価値観や感情をもった自分自身を道具とした自分仕様の「かかわり」に仕立てていくことが必要である。看護における「かかわり (involvement)」自体に焦点をあて、系統的に学習することで、精神科看護師が自分自身の「かかわり」に自信を持つことにつながると考えた。

**目的** 本研究は「かかわり (involvement)」の4視点学習前後の看護師の変化を明らかにすることを目的とする。

**方法** 精神科病棟に勤務する看護師4名が過去の上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述を作成する。次に、看護における「かかわり (involvement)」の学習会およびグループディスカッションを行う。その前後にinvolvement関連尺度を用いてinvolvementの傾向を測定する。看護における「かかわり (involvement)」の学習会およびグループディスカッション後に、上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈を再記述し、involvement関連尺度得点の特徴と合わせて、対象者の変化を分析する。

**結果** 過去の上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」からも限界設定を行っていた意味など肯定的な側面に気づくことができた。また、気づかずに巻き込まれていたことや、患者との距離の近さや距離の取り過ぎなど、自分自身の「かかわり」に関する傾向に気づくことができた。精神科看護師としての「聴くこと」や「伝えること」など「かかわり」を行っていく上での方向性に気づききっかけになった。

**結論** 看護における「involvement (かかわり)」の学習会およびグループディスカッション前後の4名の精神科看護師の変化を、過去の上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述とinvolvement関連尺度点数を用いて分析した結果、以下の3点が示唆された。

1. 過去の上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」のからも肯定的な側面に気づくことができた。
2. 「かかわり」や関係性、距離感などに関する自分自身の傾向に気づくことができた。
3. 精神科看護師としての「かかわり」の方向性に気づききっかけになった。

**キーワード** かかわり、involvement、巻き込まれ、精神科、看護師

## I. 緒言

精神科看護師は、臨床において日々患者とかかわり、研究のタイトルや臨床現場での申し送りなどに、「かかわり」という言葉を頻繁に使用している。このように、

精神科看護師は「かかわり」を大事にしているが、「かかわり」は広範な概念であり、把握することが難しい。また、一般的にも使用される言葉であるため、看護における「かかわり」に焦点を当て、系統的に研究が続いている研究者もほとんどいない。看護学校においても、「かかわり」自体に焦点を当て、系統的に学んだ経験はない。そのため、臨床での「かかわり」はほとんどが手探りで、自分の「かかわり」に自信を持つことに困難を感じている看護師も多いのではないだろうか。コミュニケーションスキルは、看護学校から繰り返し学習して

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

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

いる。しかし、感情や価値観を持った自分自身を道具とし<sup>1)</sup>、全く同じ場面が一つとしてない「かかわり」において、コミュニケーションスキルを教科書通りに応用するのは難しい。また、先輩看護師の「かかわり」を形だけ真似ても、その裏にある想いや根拠は様々であり、先輩が行ったようにスムーズに事が運ばない場合も多い。精神科看護では、プライマリーナースとして責任を果たしたいと思う一方、患者は感情表現がストレートであることも多く<sup>2)</sup>、看護師自身が傷つきたくないと思ったり、失敗するのではないかと恐怖感を持ったり、踏み込めないもどかしさを感じることもある<sup>3)</sup>。

精神科看護師は、客観的なコミュニケーションスキルなどの対人関係技術を、価値観や感情をもった自分自身を道具とした自分仕様の「かかわり」に仕立てていくことが必要である。また、感情や価値観を持った自分自身を道具として用いる看護における「かかわり」自体を系統的に学ぶことも必要であると考えた。牧野ら<sup>4)5)6)</sup>は、看護におけるinvolvement(かかわり、巻き込まれ)に焦点を当て、系統的に研究を続けている。広範囲なinvolvement(かかわり)の概念を「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」という4視点で捉え、説明している。今回、牧野らの「involvement(かかわり)」の4視点を学習し、それをを用いて上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」を振り返った。本研究では、「involvement(かかわり)」の4視点学習前後の看護師の変化を明らかにすることを目的とする。「involvement(かかわり)」の4視点学習後の振り返りの変化を確認することにより「かかわり」を系統的に学び発展させることにつながると考えられる。

## II. 方法

### 1. 研究対象：関西圏の精神科に勤務する看護師4名

### 2. データ収集および分析

- 1) 看護師4名が上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述を作成する。
- 2) 学習会およびグループディスカッション前にinvolvement関連尺度を用いてinvolvementの傾向を測定する。involvement関連尺度は以下の2尺度である。

- ①看護師版対患者Over-Involvement尺度<sup>6)</sup>：看護師の対患者に対する巻き込まれすぎの傾向を5件法により測定する12項目(10~60点)からなる尺度。「残心感(4項目)」「被影響性(5項目)」「気がかり(3項目)」の3つの因子から構成される。「残心感」は、受持ち終了後にも残る患者への思い、「被影響性」は、患者の状態に対する過度の反応、「気がかり」は、仕事の責任の範囲以上に患者のことが気になることである。
- ②看護師版対患者Under-Involvement尺度<sup>7)</sup>：看護師の

対患者に対する距離が大きくなる傾向を5件法により測定する10項目(10~50点)からなる尺度。「非自己開示(4項目)」「不関与(3項目)」「固定的関係(3項目)」の3つの因子から構成される。「非自己開示」は看護師自身の、気持ちやプライバシーなどを患者に教えようとししないこと、「不関与」は、患者の内的世界に看護師自身からかかわろうとししないこと、「固定的関係」：患者との関係性を固定化しようとするものである。

- 3) 看護における「かかわり(involvement)」の学習会(表1、図1)を行う。

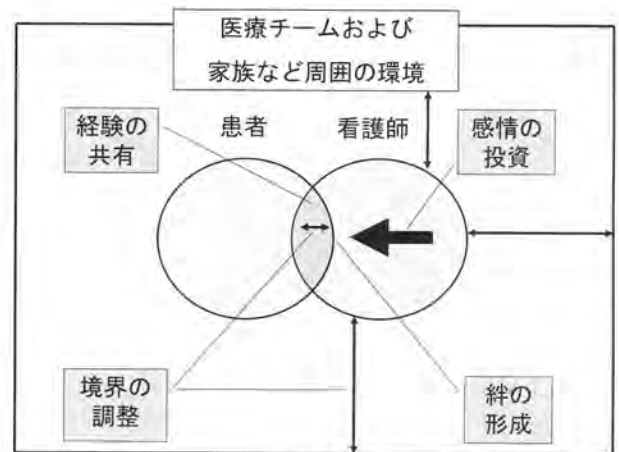


図1 看護における「かかわり (involvement)」の概念図

- 4) 学習会後にinvolvement関連尺度を用いてinvolvementの傾向を測定する。
- 5) 1回の学習会を受けただけでは、それぞれの解釈が不十分であると考えられるため、その事例解釈をもとに、「かかわり(involvement)」の4視点を入れながら、前回との事例解釈の変化や解釈方法についてグループでディスカッションを行う。
- 6) グループディスカッションの内容をふまえて、再度、事例解釈の記述を作成する。学習会およびグループディスカッション前後の事例の解釈および尺度得点に変化があったかどうかを評価する。

### 3. 用語の定義

看護における「かかわり(involvement)」：看護師が「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」の4つを行いながら、患者と対応すること。

「経験の共有」：時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること。自身の経験していることを患者に伝えること。



表1 看護における「かかわり (involvement)」に関する学習会内容

1. 看護における「かかわり (involvement)」の前提
  - 1) 自分自身を媒体 (道具) として用いる
  - 2) 「診療の補助と療養上の世話」は「かかわり」を通して行われている
  - 3) プロセスとして「かかわり」を考える

基本的に良い悪いという判断は避ける
2. 看護を支えているもの
  - 1) プロフェッショナリズム
 

臨床現場で看護を守る外枠として機能⇒価値観の多様化、専門細分化などによる限界
  - 2) ケアリング
 

看護の中心概念として機能⇒巻き込まれやゆらぎの位置づけや概念化に関する限界  
ケアリングでできなかったと思った時、自分自身の人間性を否定してしまう可能性
  - 3) 「かかわり (involvement)」の可能性
 

プロフェッショナリズムとケアリングの機能していた面を活かし限界を補う
3. 看護における「かかわり (involvement)」の重要性
  - 1) プロフェッショナリズムとケアリングの長所を残しながら、限界を補う
  - 2) 24時間対象と向き合い「かかわり」を大切にし、磨いてきた歴史がある
 

看護師は、「かかわり」ということに関しては、プロフェッショナルになれる  
様々な役割や職業でどのように人とかわればよいのかわからない人が増えてきた?  
⇒看護の「かかわり (involvement)」の応用可能性
  - 3) 巻き込まれを振り返ることで自分を道具とした「かかわり」を磨くことができる
  - 4) 「かかわり (involvement)」の4視点が振り返りの視点となる
  - 5) 患者の主体性と看護師の専門性 (主体性) が尊重される⇒相互主体的看護の可能性
  - 6) 複雑で多様な「かかわり」を4視点をを用いることで比較的容易に言語化できる
4. 看護における「かかわり (involvement)」の4視点
  - 1) 「経験の共有」：時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること。自身の経験していることを患者に伝えること。
  - 2) 「感情の投資」：患者に対して感情や関心をむけること。
  - 3) 「絆の形成」：患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる。その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる。
  - 4) 「境界の調整」：患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと。それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと。
5. 看護における「かかわり (involvement)」の統合
 

4視点から振り返り⇒4視点の具体的な関連性⇒統合させて次回に「かかわり」を行う

表2 学習会およびグループディスカッション前後のA看護師の事例解釈の変化

	学習会およびグループディスカッション前	学習会およびグループディスカッション後
A 看護師の事例解釈	<p>かかわりを持つ前から、振り回しのある患者であり、かかわりにくい嫌な患者であると勝手な先入観を持ってしまっていた。実際、入院されると、かかわりやすそうな、手のかからない患者であった。自分より年上の女性であり、表面上は、自分のことを受け持ち看護師として認めているようであったが、何か壁があるような気がして、心の中には苦手意識を持ってかかわっていた。先入観により、振り回しのある患者であると考え、振り回されないようにしなければならぬという思いがかかわっていた。A氏にとって自分は、新人看護師であり、かなり年下で、頼りなく映っていると考えていた。しかし、受け持ちとして、A氏に何か返さなければという思いも強かった。</p>	<p>個人的な私と看護師としての私との境界の調整ではなく、自分の中で壁を作ってしまった。先入観から、想像の患者に関心が向いており、実際の患者に関心が向いていなかったという意味で感情の投資も不十分であったように思う。壁があるように感じていたが、それは知らぬ間にA氏に対して自らが壁を作っていた為であった。相手をまず受け入れることや、関心を示すことが必要であった。関心がA氏に向いておらず、自分がA氏にどのように映っているかを気にしており、自分に関心が向いていた。A氏がどのように感じているのか、関心を示し、話し合うことで、経験を共有していくことが必要であったように感じた。</p>
B 看護師事例解釈	<p>彼女の思いに共感し、気持ちに寄り添うことを心掛けていた。しかし、違反行為などがあった場合、責任感や使命感にかられ、担当として何かしなければいけないという気持ちになり、言いにくいこともなるべく言うように努力していた。しかし、自分の言う事は聞いてもらえない=彼女に好かれていないだろうという感覚があり、かかわりたくないという気持ちになったが、担当であるため、なるべくかかわる時間を持つようにした。</p>	<p>彼女の気持ちに寄り添いたい思いと看護師の役割を果たさなければという思いがあったが、看護師の役割を果たす方に関心が傾き、看護師としての自分と個人的な自分の境界の調整が上手にできていなかった。また、言いにくいことも責任感や使命感にかられ、なるべく言うように努力していたが、それは、結局関心が彼女に向いているのではなく自分に向いていた。彼女に対してかかわりたくないという気持ちがあり、関心が向かず感情の投資ができていなかった。また、好かれていないだろうという個人的な思いこみに左右され、境界の調整も上手にできず、つながりを深められなかったため絆の形成もできていなかった。</p>
C 看護師事例解釈	<p>受け持ち看護師である私のことをどう認識しているのか、彼からは全く表出はなく、自分からも聞けなかった。経験不足はもちろん、人間力の不足や知識の無さを突きつけられたことが不全感の原因ではないかと自己分析している。</p>	<p>受け持ち看護師である私のことをどう認識しているのか、彼からは全く表出はなく、自分からも聞けなかった。私がどう感じていたのかも伝えられていなかった。受け持ち看護師として私がどう感じ、どのように考えているか伝えることを看護の一つとしてできていたかもしれない。それは長い目で見た時に看護となって、治療につながった可能性もあったのでは、と思う。自閉的で体験に悩まされ続けていた彼と経験の共有をすることは大変難しいことであり、彼を理解しようと絆の形成を目指すプロセスそのものが看護になる、と気付ければよかった。この事例の不全感や自責感は、私に何が飛び出してくるか分からない彼らの本音に直面する覚悟ができておらず、踏み込むことができなかったことが原因だろう。多くが想像になってしまっていた。私自身の様々な思いには気付いていたのだから私個人としてではなく、看護として「聴くこと」や「伝えること」から始めるべきだった。</p>
D 看護師事例解釈	<p>担当である私に嫌な思いをさせることで、気を引こうとしているように感じた。その為、かかわるのがとても苦痛で同僚に相談し限界設定をすることで患者と線を引いてかかわるようになった。担当という責任感があり、抱え込みすぎてしまいもう二度と入院してほしくないと感じた。今まで、受け持ち患者をこんなに苦痛に感じたことはなかった。</p>	<p>患者自身が患者役割を取れず、看護師の私と線を引いてかかわることができなかった。今まで自分自身が知らず知らずのうちに、巻き込まれていたことに気が付いた。また、患者を何とかしてあげたいという思いが、強すぎて距離がとれていなかったことがわかった。限界設定したことは、境界の調整の中でも、どこまで援助するのかの見極めとなり、悪循環を断ち切ることにつながっていた。</p>

「感情の投資」：患者に対して感情や関心をむけること。

「絆の形成」：患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる。その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる。

「境界の調整」：患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと。それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと。

4. データ収集期間：2009年7月～12月

5. 倫理的配慮：研究に関する管理者の承諾を得た上で、データの匿名性を遵守し、個人のプライバシーを保持する。研究で得られた情報は看護研究メンバー間のみで共有するものとし、口外しない。研究目的以外には、情報を使用しないことなどを対象者に説明し、文書と口頭により同意を得た。滋賀県立大学の研究に関する倫理審査委員会の承認を得て行われた。

### Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の特徴：精神科看護経験5年目1名、3年目1名、2年目2名。性別は全員女性、年齢層は30代2名、20代2名。

#### 2. 分析の結果

1) 各看護師の学習会およびグループディスカッション前後（以下介入前後と記す）の各看護師の事例解釈の変化は以下のとおりである（表2）。

A看護師は、介入前は「かかわり」において、壁を感じ新人看護師として頼りなく思われていると感じていた。介入後は、その壁が自分の中に作られたものであることに気づき、関心が患者ではなく自分に向き、自分が患者にどのようにみられているのかを気にしていたことに気づいた。

B看護師は、介入前は受持ちという責任感から言いにくいことも言っていたが、それがきいてもらえないことで、好かれていないと感じていた。介入後は、患者に関心が向いた上での役割意識ではなかったことに気づいた。好かれていないと感じ、その思い込みに左右されていたことで、信頼関係構築が難しくなったことに気づいた。

C看護師は、介入前は受持ち看護師のことを患者がどう認識しているのかが聞けず、人としての力が不足していたと感じていた。介入後は、看護師自身がどう感じ考えているかを伝えていなかったことに気づき、人としてではなく、看護師として、「聴くこと」や

「伝えること」から始めるべきであったと感じた。

D看護師は、介入前は責任感から、抱え込み過ぎていたことに気づいていた。介入後は、患者を何とかしてあげたいという思いが強すぎて、知らず知らずのうちに巻き込まれ過ぎていたことに、気づいた。限界設定を行ってかかわることで、どこまでかかわるのかの見極めとなっていたことに気づいた。

2) 学習会およびグループディスカッション前後でのinvolvement関連尺度得点の変化と得点に関する各看護師の認識の変化は、C看護師とD看護師に特徴がみられた。A看護師とB看護師についても気づきは見られたが、尺度得点に大きな特徴は見られなかった（表3）。

C看護師は、over-involvementは、「被影響性」が23点から4点下がり、19点となり、患者の状態に一喜一憂する過度の反応が改善され、under-involvementは、合計が33点から20点になり、-13点下がったことについて、学習会およびグループディスカッションにより、距離を取り過ぎる傾向が改善されたと感じていた（表4）。

D看護師は、under-involvementでは、他のメンバーと比べても得点が低く、患者との距離が近いことに初

表3 involvement各看護師の関連尺度得点の変化

over-involvement								
看護師	残心感 (4項目 4～20点)		被影響性 (5項目 5～25点)		気がかり (3項目 3～15点)		合計(12項目 12～60点)	
	前	後	前	後	前	後	前	後
A	11	11	21	17	13	11	45	39
B	14	13	21	20	12	12	47	45
C	13	13	<b>23</b>	<b>19</b>	15	14	51	46
D	<b>18</b>	<b>18</b>	19	17	12	9	49	44
under-involvement								
看護師	非自己開示 (4項目 4～20点)		不関与 (3項目 3～15点)		固定的関係 (3項目 3～15点)		合計(項目 10項目10 ～50点)	
	前	後	前	後	前	後	前	後
A	13	14	9	7	11	9	33	30
B	9	10	9	8	10	9	28	27
C	12	8	10	6	11	6	<b>33</b>	<b>20</b>
D	11	10	<b>3</b>	<b>3</b>	14	10	28	23

注： は特徴がみられた得点

表4 学習会およびグループディスカッション前後のCおよびD看護師の尺度得点の特徴

	学習会およびグループディスカッション前	学習会およびグループディスカッション後
C 看護師 の特徴	over-involvementの合計得点は、51点でメンバーの中で最も高いが、under-involvementは、大差はない。このことから、特に心の距離が近い傾向があるが、実際には距離を取りすぎており、近すぎて踏み込めないという両価性が表れている。	over-involvementの中でも、被影響性が23点から4点下がって、19点となっており、患者の状態に一喜一憂する過度の反応が改善されている。under-involvementは、合計が33点から20点になり、-13点とかなり下がっている。これは、距離を取り過ぎる傾向が改善されていることがわかると共に学習会及びグループディスカッションの影響をかなり受けていることが明らかになっている。
D 看護師 の特徴	over-involvement：残心感の値が高いが、普段から受け持ち患者が退院後どうしているか気になっているという自覚はあった。担当看護師として当然のことだと思っていた。 under-involvement：不関与の値は3点と他のメンバーより低く、特に患者の内的世界に自らかかわろうとしているということがわかった。	over-involvement：気がかりの項目に特に変化がみられた。それは、患者責任もあることに気付き、仕事と割り切り責任の範囲以上に患者のことを考えないように意識するようになった。残心感の値は高値のまま変化は無かったことから、やはりこの傾向が強いことには変わりはないが、今後、意識していくことで、変化していく可能性があると考ええる。 under-involvement：固定的な関係については、14点と特に高かったが4点下がって10点となっている。これは、看護師だから何とかしなければという気持ちが和らいだことが分かった。不関与の部分では学習会及びグループディスカッション前後で変化がなく、他のメンバーと比較しても、かなり点数が低いことに気づいた。患者との距離が近い傾向にあるということに初めて気がついた。

めて気づいていた。気がかりの点数が3点低下していることについて、患者の責任もあることに気付き、仕事と割り切り責任の範囲以上に患者のことを考えないように意識するようになったことを挙げていた(表4)。

#### IV. 考察

これまで、コミュニケーションについて学んだことはあったが、看護における「かかわり」について系統的に学んだのは今回が初めてであった。精神科では、個々に病状や社会的背景が大きく異なり、特に個別性のある「かかわり」を求められる。しかし、各看護師自身の個別性に応じた「かかわり」に関するマニュアルは無く、自分の経験や他のスタッフの「かかわり」を見て自力で学ぶのが基本となっている。正しい答えの無い中で、自己流で、手探りで、迷いながらも、一生懸命に日々患者とかかわっている。だが、常に自分の「かかわり」が正しいのか、このままで良いのかというもどかしさを感じることが多いのが現状である。

今回「かかわり (involvement)」ということについて初めて学習会およびグループディスカッションという形で学ぶ機会を得た。「かかわり」について具体的に「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」

の4視点を学んだ事により、特定の患者との「かかわり」はもちろん、自分自身の「かかわり」の傾向を客観視する良い機会となった。自分のどの部分が不足していたのか、今後はどのような点に注意して「かかわり」を持っていけばよいかイメージしやすくなったように感じる。これまでは、自分の「かかわり」を悲観したり、あれでよかったのかと後悔したり、否定的に捉えていることが多かった。結果も大事であるが、そのプロセスを重視することが大切であることを知り、自分の「かかわり」を認めることも大切であるということに気付くことができた。

「経験の共有」では、患者看護師双方の価値観、人生観などを共有することが非常に重要であると知った。看護側が当たり前だと思っても、患者側にとって、当たり前でないことは多々ある。患者の本当の思いを知るためには、常識にとらわれたり、看護者の価値観や人生観等の枠だけで決めつけたりすることなく、双方の思いを確認し、共有することが大切である。

「感情の投資」では、患者に対して看護師の感情や関心を向けることが、看護において非常に重要であると学んだが、実際には、関心が自分に向けてしまっていることが多いことに気付いた。たとえ否定的な感情であっても、一旦そこで立ち止まり、客観的に、まずは、ありのまま

の自分の感情を認めてみる。その感情に対して自分を責める必要はなく、その感情に気づくことが重要である。それによって、関心を患者に向けてかかわることができるようになる。すると、自分自身の感情に振り回されることなく、意図的にかかわることができるようになり、看護の専門性を発揮できるようになるということがわかった。

「絆の形成」とは信頼関係を築いていくことである。専門職として相手をまずは受け止める覚悟が必要であり、患者のありのままの感情や思いを尊重し、患者の配慮や感謝も素直に受け入れ、相手を認めることで絆の形成が深まっていく。

「境界の調整」では、患者看護師間の境界の調整も大事であるが、看護師としての自分と個人的な自分の境界の調整も非常に大事であるということに気付いた。患者との境界は今までなんとなく意識していた。だが、看護師としての自分と個人的な自分との間には境界があり、それが患者看護師間の境界と連動していると考えられることについては、この学習会およびグループディスカッションによって初めて認識することができた。それによって、これまで持ち続けていた不全感の原因がわかり、少し自分を肯定的に捉えることができるようになった。

また、involvement関連尺度に関しては、4人の年齢、経験年数や看護観、性格傾向が多様であり、学習会およびグループディスカッション前後の数値が、点数化されることで、漠然と感じていた学習会およびグループディスカッション前後の患者への思いの変化を、はっきりと自覚することができた。それぞれに自分の「かかわり」の傾向を再認識し、意外な部分を知ることにもつながった。これにより、患者との距離を意識してかかわろうとする契機となった。

私たちは、これまで患者との「かかわり」に精神的な疲労を感じていた。漠然と身に着けていたコミュニケーションの方法で、患者とかかわり続けることは、特に経験の浅い看護師にとっては、自尊心の低下を招く要因になり、時にやりがいを感じながらも、看護の道から離れてしまうことにもなりかねない。たとえ一生懸命にかかわり看護しても、自分の「かかわり」を否定的に捉え、それが不全感に終わってしまうことも多々ある。看護師は自分の感情を押さえつける印象があり、自分の思いを患者に伝えることはタブーであるように感じていた。だが、自分の感情を看護として伝えることも可能で、双方のためにどのように伝えるかが重要であるということを知り、気持ち楽になった。自分自身が失敗と感じた「かかわり」も失敗と捉えず、患者にとって大事な情報や双方の経験のひとつとして捉えることなど、今後活かすことが大切であるということもわかった。事例の振り返りの中でも、学習会およびグループディスカッショ

ン前後を比べると、学習会およびグループディスカッション後は客観的に振り返ることができており、前向きな表現もみられるようになった。

本研究結果により、自分の傾向や、個性を否定的に捉えず、必要以上に落ち込むことなく、それらを活かして精神科において自分らしく看護を続けていくための方向性が示唆された。

## V. 結 語

看護における「involvement（かかわり）」の学習会およびグループディスカッション前後の4名の精神科看護師の変化を、上手いかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述とinvolvement関連尺度点数を用いて分析した結果、以下の3点が示唆された。

1. 上手いかなかったという思いのある患者との「かかわり」のからも肯定的な側面に気づくことができた。
2. 「かかわり」や関係性、距離感などに関する自分自身の傾向に気づけた。
3. 精神科看護師としての「かかわり」の方向性に気づくきっかけになった。

## 謝 辞

研究遂行にあたり、ご協力いただいた施設の皆様に深謝申し上げます。

なお、本研究は平成19年度科学研究費補助金基盤研究(C) (課題番号：19592588) を受けて行った研究の一部である。

## 文 献

- 1) 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, 93, 医学書院, 1992
- 2) 武井麻子: 精神看護学ノート 第2版, 55-57, 医学書院, 2005
- 3) 阿保順子: 第2章人格障害患者の看護のこれまでと現在, 阿保順子, 柏田孝行編著, 境界性人格障害患者の理解と看護, 37-38, 精神看護出版, 2008
- 4) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvementの概念, 人間看護学研究, 1, 51-59, 2004
- 5) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要

- 素とその関連要因, 人間看護学研究, 2, 41-51, 2005
- 6) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 3, 105-112, 2006
- 7) Stuart, G. W.: Chapter 1 Roles and functions of psychiatric nursing: competent caring, Stuart, G. W., Laraia, M. T., Principle and practice of psychiatric nursing 8th edition, Mosby, Inc., 2005, 美濃由紀子, 第1章 精神科看護師の役割と機能: 有効なケアリング, 安保寛明, 宮本有紀監訳, 金子亜矢子監修, 精神科看護—原理と実践 原著第8版, 8-9, エルゼビア・ジャパン, 2007

## (Summary)

# Changes in How Psychiatric Nurses Interpreted Cases in Which "Things Did Not Seem to Go Well" —Learning About "Involvement" in the Context of Nursing—

Yuka Huruyama<sup>1)</sup>, Noriko Tanaka, Kana Makihara<sup>1)</sup>, Kayo Nikami<sup>1)</sup>,  
Koji Makino<sup>2)</sup>, Hayato Higa<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Shiga Mental Health Medical Center

<sup>2)</sup> School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

<sup>3)</sup> Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research,  
University of Toyama,

**Background** "Involvement" plays an important role in psychiatric nursing. Nurses must use themselves, whatever their values and feelings, to transform objective communication skills and other techniques of interpersonal relations into their own styles of involvement. Our idea was to help psychiatric nurses achieve confidence with involvement by focusing attention on involvement as such so they could learn about it systematically.

**Objective** The study aims to show the changes nurses undergo before and after they learn about involvement from four perspectives.

**Methods** Statements by four nurses working in a psychiatric ward are transcribed as they interpret past cases of involvement with patients that did not seem to go well. This is followed by a study group and discussion of involvement in the context of nursing, before and after which involvement-related scales are used to measure the nurses' involvement tendencies. After this study group and discussion of involvement in the context of nursing, statements by the nurses are again transcribed as they reinterpret the past cases of involvement with patients that did not seem to go well. Changes in participants are analyzed using these statements and characteristics seen in their scores on involvement-related scales.

**Results** Participants became aware that even past involvements with patients that did not seem to

go well had certain positive aspects, for instance, in the sense that they had already been establishing boundaries. They also became aware of their own tendencies regarding involvement—for instance, a tendency to become over-involved without realizing it or to grow too close, or keep too great a distance, with their patients. It was a chance for them to become aware of the trajectory of involvement as psychiatric nurses.

**Conclusion** Based on their interpretations of past examples of involvement with patients that did not seem to go well and their scores on involvement-related scales, our analysis of the changes in the four psychiatric nurses before and after group study and discussion of "involvement" in the context of nursing indicates the following three points:

1. Participants became aware that even past involvements with patients that did not seem to go well had entailed certain positive aspects.
2. Participants became aware of their own tendencies regarding involvement, manner of relating, sense of distance, etc.
3. Participants had a chance to become aware of the trajectory of their involvement as psychiatric nurses.

**Key Words** involvement, over-involvement, psychiatry, nursing

## 研究ノート



## 精神科看護師による境界の調整に関する技術的要素

牧野 耕次<sup>1)</sup>、比嘉 勇人<sup>2)</sup>、甘佐 京子<sup>1)</sup>、山下真裕子<sup>1)</sup>、松本 行弘<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup>富山大学大学院医学薬学研究部

**背景** 看護における境界に関する文献は個を重視する文化圏で多くみられる。患者-看護師関係における境界を問題としてとらえられてきた経緯があり、境界をいかに守るかという発想が強かったと考えられる。一方、本邦では、海外ほど患者-看護師関係における境界に焦点があてられる機会が少ない。自他の境界が不明確になると言われる統合失調症の患者や、責任を転嫁し他者への攻撃的言動や過剰な要求がみられる人格障害を持つ患者などのかかわりにおいては、境界を調整することが非常に難しい。その難しさゆえに、意識するしないにかかわらず、精神科看護師は境界を調整する技術を身につけてきていると推察される。境界の調整に特有の難しさがある精神科に勤務する看護師を対象とすることで、比較的容易にその技術に焦点を当て、これを明らかにすることが可能である。さらに、今後、他領域の看護師にも応用可能であろう。また、精神科看護師が有する境界調整の技術的要素を抽出することは、精神科看護師が禁止事項を単に暗記するだけでなく、生きた技術を習得し、状況に応じて柔軟かつ意図的に活用できるようになることにつながる。

**目的** 精神科に勤務する看護師が通常行っている境界の調整に関して、その技術的要素を明らかにすることを目的とする。

**方法** 対象は精神科に勤務する7名の看護師である。対象者の「境界の調整」について、先行文献<sup>1)</sup>を参考に、「境界の調整」が困難な状況、患者との距離をどのように調整しているか、患者-看護師双方の責任をどのように調整しているか、などを1対1の半構成面接で質問し、その逐語録を質的帰納的に分析してカテゴリーを抽出した。

**結果** 対象者の逐語録を質的帰納的に分析した結果、【外的調整】【情報の調整】【内的調整】【境界線の調整】【主体性の尊重】【境界の緩和】の6つのカテゴリーが抽出された。境界という用語を理解しながらも、はじめは「境界の調整」ということをあまり意識していなかったり、話の中で境界に違和感を示したりする対象者も見られた。

**結論** 精神科に勤務する看護師7名を対象に、「境界の調整」について、半構成の面接を行った。その逐語録を質的帰納的に分析した。その結果、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素として、【外的調整】【情報の調整】【内的調整】【境界線の調整】【主体性の尊重】【境界の緩和】の6つのカテゴリーが抽出された。

**キーワード** 境界、精神科、看護師、技術

## I. 緒言

境界とは、二つ以上のものを区切る時の境となるものであり、人間に関しては身体的、心理的、社会的、霊的(スピリチュアル)境界があると言われている。一般的には虐待や依存、他者との境界を適切に保てない等の問

題が、境界にかかわる問題として注目されている<sup>1)2)</sup>。

人間に関する境界という学術的な概念は、もともと心理学的に自我境界(ego boundary)<sup>3)</sup>という意味で用いられてきた。それは、「意識に表れない人格personalityの諸側面からの区別」という内的な自己の境と、「その人の外側であって、心理的にのみ経験されているような現実の世界からの区別」という外界と自己との境に関する用語である。患者-看護師関係における境界に関しては、看護師が患者に害を及ぼしたり搾取的であったりする境界の侵害(boundary violations)、および侵害にまで至らない境界の越境(boundary crossings)について

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先: 牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

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



の文献が多い<sup>116)</sup>。これらの用語は、もともとは精神科やメンタルヘルスに関連した治療者が利用者の境界を侵害することがあるという文献に由来し、治療者側の性的な境界の侵害に関するものが多い<sup>117)</sup>。境界の侵害と境界の越境を概念枠組みとして、医療職者と利用者の関係性を説明する境界理論という用語も使用されている<sup>118)</sup>。その後、患者—看護師関係における境界に関しては、親密さと安全な距離感<sup>119)</sup>やアドボカシー<sup>120)</sup>、暴行傷害の治療プログラムに参加させられた司法患者の看護<sup>121)</sup>、事例報告<sup>122)</sup>など多様な視点で研究されている。境界の侵害は精神科看護の教科書にも記載され、どのようなことが侵害に当たる可能性があり、どのような判断が求められるかが挙げられ、本邦でも翻訳されている<sup>123)</sup>。それらの例のいくつかは、精神科への就職や実習のオリエンテーションにおいても紹介されている。しかし、境界の侵害という視点を紹介し、どのようなことに境界が発生し、そこでどう判断するかを初心者に提示することには重要な意味がある。

概観した文献は個を重視する文化圏のものであり、患者—看護師関係における境界が「問題点」としてとりあげられてきた経緯があり、境界をいかに守るかという発想が強いと考えられる。一方、本邦では、患者—看護師関係における境界が問題とされることは少なく、患者—看護師関係における境界概念に焦点を当てた研究はほとんど見られない。牧野<sup>124)</sup>は、海外の看護における involvement (かかわり) に関する研究に焦点を当て、その構成要素として「境界の調整 (= 患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと・それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと)」を抽出している。その「境界の調整」では、一対一の患者—看護師関係だけでなく、それを内包する病棟や家族などの組織や環境が患者—看護師関係における境界に影響を与えていること、また、責任の境界だけでなく、仕事とプライバシーの境界など複数の境界を調整していることが示唆されている。

自他の境界が不明確になると言われる統合失調症の患者や、責任を転嫁し、他者への攻撃的言動や過剰な要求がみられる人格障害の患者とのかかわりにおいては、境界を調整することが非常に難しい<sup>125)</sup>。また、その難しさゆえに、意識するしないにかかわらず、精神科看護師は境界を調整する技術を身につけてきていると推察される。したがって、本研究では、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素を明らかにすることを目的とする。まずは、境界の調整に特有の難しさがある精神科に勤務する看護師を対象とすることで、比較的容易にその技術に焦点を当て、明らかにすることが可能であると考えられ

る。また、今後、他領域の看護師にも応用可能である。さらに、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素を抽出することは、精神科看護師が単なる禁止事項を暗記するだけではなく、その技術を状況に応じて柔軟かつ意図的に活用できるようになることにつながる。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

関西圏の精神病院に勤務する看護師7名。

### 2. 用語の操作的定義

境界：本研究は質的記述的研究であり、はじめから定義を明確にしすぎると、現場でさまざまに生起し、実際に看護師が調整している境界の在り様の可能性を排除することにつながる危険性がある。したがって、さまざまな可能性を排除しないよう、本研究では「患者と看護師がかかわる際に生起するさかい(境)」と定義した。

### 3. データ収集方法

対象者が勤務する病院でプライバシーを確保できる一室を借り、対象者の「境界の調整」について、先行文献を参考に「境界の調整」が困難な状況、患者との距離をどのように調整しているか、患者看護師双方の責任をどのように調整しているか、などを聞く1対1の半構成の面接を1回約1時間行った。対象者の同意を得て、テープレコーダーに録音し逐語録を作成した。

### 4. 分析方法

- 1) 各逐語録をもとに意味の取れる最小単位に(基本的に1文)にする。
- 2) 最小単位から意味の類似したものを集め抽象化し、小カテゴリーを抽出する。
- 3) 小カテゴリーから類似したものを集め抽象化し、中カテゴリーを抽出する。
- 4) 中カテゴリーから類似したものを集め抽象化し、カテゴリーを抽出する。
- 5) 分析結果については、精神看護学領域で質的研究の経験がある大学教員2名と、在職中で連絡可能な対象者に了解可能であるかどうかの確認を行う。

### 5. 研究期間

平成21年11月～平成22年4月

### 6. 倫理的配慮

看護管理者から研究実施に関する承諾を得たのち、研究概要とともに、「研究への参加は任意であり参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと」、

「参加に同意した場合であっても不利益を受けることなくこれを撤回することができること」、「守秘義務は遵守すること」などを対象者候補の看護師に説明し、口頭と文書により同意を得られたものを対象者とした。本研究は、滋賀県立大学の研究に関する倫理審査委員会の承認を得て行われた。

### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 対象者特徴

7名の対象者の年齢は、20代が3名、30代が2名、40代が1名、50代が1名であった。精神科看護経験年数は、1～5年が3名（うち1名は他科の看護師経験4年以上あり）、6～10年が1名、16～20年が3名（うち2名は他科の看護師経験4年以上あり）であった。対象者は全て女性であった。

#### 2. 分析結果

対象者の逐語録を質的帰納的に分析した結果、【外的調整】【情報の調整】【内的調整】【境界線の調整】【主体性の尊重】【境界の緩和】の6カテゴリーが抽出された（表1）。境界という用語を理解しながらも、はじめは「境界の調整」ということをあまり意識していなかったり、話の中で境界に違和感を示したりする対象者も見られた。それらの対象者も具体的に半構成の質問項目を聞いていくと、「境界の調整」を意識的、無意識的に行っていた。以下、逐語録からの抜粋はポイントを変え斜体で表記し、内容が変化しない範囲で本研究者が意味を補足したり、省略したりする場合は（ ）を用いた。

A看護師：（境界を調整することは）あまり意識しては行っていなかったんですが、入り込みすぎではいけないという思いはあったんで、常に一歩引いているような状況で、ただ、気持ちだけはまるで家族のことを考えるかのように一生懸命考えているというような状況で、今にして思うとすごくしんどかったなと思いますね。

G看護師：何やる、境界とは別やと思います。むしろ、その境界をつくらないですむ一つの方法かもしれないって言う…。それは境界とは逆な話じゃないかなという気がする。

1) 【外的調整】は、チームに対して患者とのかかわりに関する相談を行い、病棟内の決まりごとに関する調整を行うこと。また、患者とのかかわりにおいて一人で対応することに限界を認めた場合は、他の看護師や医師と対応を代わることや応援を呼ぶことで外的な人材により境界を調整することである。【外的調整】は、中カテゴリー〈チームとの調整〉と〈人的調整〉で構成されてい

表1 精神科に勤務する看護師による境界の調整に関する技術的要素

小カテゴリー	中カテゴリー	カテゴリー
チームへの相談	チームとの調整	外的調整
ルールの調整		
看護師を代える	人的調整	
応援を呼ぶ		
担当を代わる		
医師に代わる	事実の確認	情報の調整
無理なことを伝える		
事実を伝える	理由の確認	
理由を説明する		
理由を聴く	公私の調整	
個人情報を伝える		
プライバシーを守る	感情の調整	内的調整
距離を置いて保つ		
感情を出す		
気持ちを抑える		
感情を切り替える		
家まで引きずる	患者の見極め	
どこまでできるか見極める		
患者をアセスメントする	ラインの調整	
症状により対応する		
ラインの確認		
足並みをそろえる		
公平性を保つ		
折り合いをつける	踏み込んだ援助	
ラインを越える		
勤務外に公務を行う		
敢えて援助を行う	患者の尊重	主体性の尊重
チャレンジしてみる		
核心に触れる	責任の調整	
アイメッセージを使う		
保証する		
感情に配慮する	経験の共有	
感情を引き出す		
責任の自覚を促す	境界の緩和	
自主性を促す		
プライバシーを共有する		
感情の共有		
現実の共有		
感情を伝える	距離の調整	
時間を増やす		
近づく		
関心を向ける		

た。

**E看護師**：人を代えますね、(他の)看護師と代わるということもありますし、看護師が言うことは聞けない、医者言うことなら聞けるっていう、いくら病状であっても、そういう部分のある方がおられるので、医者と代わるという部分も。あとは、指示であっても、私のイメージの中では、抑制とか施錠という意味であれば、確かに時間は決まっていますけれども、説明、必要性を説明して駄目であっても、また時間を置いて説明に行ったら、今度は納得していただけるという場合もあるので、それを主任とか、師長に説明して。待てるどころまでは待つっていうようなこともしますかね。それで、もしも必要ないということになれば、先生に指示もらって、時間の変更であるとかできるので。

2)【情報の調整】は、対象者は患者が病棟内で希望する行動等に関するフィードバックを率直に返すこと。また、患者看護師双方の希望や言動の理由を確認し、制限の必要性を説明していた。看護師の個人情報については、必要に応じて伝える範囲を調整することである。【情報の調整】は、中カテゴリー〈事実の確認〉と〈理由の確認〉、〈公私の調整〉で構成されていた。

**D看護師**：(こちらの援助が患者さんの意向に沿わないときは)説明とか大事になってくるとは思うんですけど、援助だけじゃないと思うんですけどね。もう意向に沿わへんことばかりやと思うんですよ。すべてが。入院自体も意向に沿ってないと思うので。そうなってくると、入院自体がもう不満やろうし。でも、その中で、しゃべることも大事だったり、援助になったりとか。集団生活とか、もう無理やりさせてるみたいなことになってるので、説明が大事。

**C看護師**：(こちらのプライバシーを患者がきくことについて)悪気があってきてはるわけじゃないかなって思うんです。悪気があって、こう何かたくらんではるなっていうふうにごっちが受け取ったら、もちろん言わないですけど。普通に会話の流れできてきはったら、別にそんなに隠し通さんでもいいん違うかなって思うので。

3)【内的調整】は、患者との心理的および物理的距離を調整し、感情に気づいて、かかわりによって生じる自己の感情に対応しようとする。また、患者の症状や能力を見極めながらかかわることである。【内的調整】は、中カテゴリー〈感情の調整〉と〈患者の見極め〉で構成されていた。

**A看護師**：(受持ち患者が)今日大変やったんやで、全然悪気ないですよ、その方々(他の看護師)は、で、

報告して下さったときに、あーがっくりっていう、見えてがっくりしてるなっていうのがわかるぐらいだったと思うんです、むこう(他の看護師にとって)はね、でもこれじゃあ、だめだめだめと思って、私ちょっと今、必要以上に落ち込もうとしているんじゃないかなみたいな、ぱっと切り替えるようにして、かたちだけでも、そんなに私落ち込んでないよみたいな感じで、元気に振る舞ったりしてたのかなと思うんですけど、実際は心では、結構、申し訳ないなあ、私のせいかなあとは、今も思ったりしますけど、必要以上にそこに気を向けすぎないように、今思うと、そこで境界という部分をつくっていた、つくれるようになってきてたんじゃないかなあ。

**E看護師**：依存性の高い人とかには、感情的にそのラインは越えないですね、私は。(中略)そこで感情移入とかしたりとか援助してしまうと、どんどん依存性を高めるんじゃないかっていう不安があるので。はい。ただ、依存性がいくら高いからといって、そこですべて、距離保って全く入らないと、やはり相手傷つけてしまったりとか。この人は信頼できないっていうことで関係がこじれたりするので、すべてを境界引くわけではないですけどね。(患者の要望を)きけるところまでの、依存性が高くてきまきまです。

4)【境界線の調整】は、他患や他の看護師に配慮し、どこまで患者にかかわるのかを判断し、時には仕事の枠を超えて患者に関することに従事することである。【境界線の調整】は、中カテゴリー〈ラインの調整〉と〈踏み込んだ援助〉で構成されていた。

**G看護師**：よう言いますもんね、「あと何分ね」とか。割と。あなただけじゃなく、ごめんねっていうような感じで。「ほかにも見なあかん患者さんいるから、ほかにも、この時間になったら行かないとあかんから」というふうに言って。この時間までだったら大丈夫やからっていうふうにして、割と行くので。で、「あっ、ちょっと過ぎた。ごめん、過ぎてるわ。待ってはる人がいるので、ごめんね」とかって言って、出ていくこととかね。電話でもそうですね。「ずっと聞いてあげたいけど、この電話は1本しかないから、今待ってくれてはる人もあるので」とか言って。「続きはまた今度ね」みたいな感じで言ったりとかしますね。そういうことを伝えることは大事やと思ってるんです。自分だけのもんとか、思い通りにとかっていうふうには無理なんやで、っていうことを話す。そういうことで「ほかにもいてはるのや」とか。まあ私を無視してはるとか、そういうなんじゃなくて。みんな公平っていうか、そういうふうに感じてもらえるようになっていこうふうにするから、しんどうなるとかいうことは少な

いかもしいです。

A看護師：受け持ち患者さんのお父さんが亡くなった時に、私がお葬式と一緒にいったということが、あったんですね。それはちょっと今でも過ぎた行為だったのかもしれないし、自分でもまだ消化しきれてない、私が境界を侵しちゃったのかなあということがありました。(中略) その許可も、まっなんとなく押し切ったというか、(チームの話し合いでも)私を応援してくれる方がいたので、その方が上手にしてくれはってこぎつけたというふうな感じだったんですけども。(結果は)患者さんにとってはすごく良かったみたいで、本人にとっても、家族にとっても「そこまでしてくれはった」ということで、ぐっと距離は縮まった気がします。そこで、信頼関係が深まったというふうな実感してます。(中略) 大きな影響がありました。何かにつけてあの時、ああいうふうしてくれはったし、私のことは信頼してるというふうな言葉ももらいました。

5) 【主体性の尊重】は、患者の個性を保証し、自主性や自発性を重んじることである。【主体性の尊重】は、中カテゴリー〈患者の尊重〉と〈責任の調整〉で構成されていた。

G看護師：(責任という言葉)口には最初からしないので、どういう生活をしてきたのかとか。物事の見え方とか判断の仕方とかね。何か行動を起こしたときとかね。その理由を聞いてみたりとか。いろんな中でじゃあどうしていったらいいかなっていう、一緒に考えることによってね。で、最終的には、やっぱり自分で判断していくしかないんじゃないかなっていうふうなふうな流れでいきますわ。

F看護師：引きこもってるような陰性症状の強い患者さんとか(中略)大丈夫なんよっていうことを保証しつつ。あんまり強引にはならんように。その人が出られる範囲とか。その人があんまりそうやって根掘り葉掘りとか、がっつと介入されることってすごくしんどいことかもしれないので。患者さんの反応乏しい人は表情とか態度っていうか見るしかないですかね。言語的なやりとりでは、境界って探ることは難しいのかなと思うので。反応の乏しい人に関しては言語的よりは観察的なところで。相手の判断じゃないけども、こっちが判断するしかないのかなあと。保証しながら。本人のとしての安全が何か、なかなかかわからないですけどね。

6) 【境界の緩和】は、境界を明確にすることでなく、患者との信頼関係の構築やサポートを強化するために、境界を意識させないようにかかわることである。「境界

の調整」を意識してかかわる必要がある場合以外は、境界を意識せず、必要性に応じて意図的に境界を緩和させ、関係性の構築に重点を置くこと。【境界の緩和】は、中カテゴリー〈経験の共有〉と〈距離の調整〉で構成されていた。

B看護師：毎日、あいさつだったりとか(中略)何か全然たわいもない雑談とか(中略)音楽聞いてたら、「何聞いてるの」とかって言ったりとか(中略)全然たわいもないこととかしゃべったりとか(中略)それを聞くとこっちも興味を持ってるといのが相手に伝わると思うし、向こうも、何かしゃべってくれるようになるというか、何かちょっと距離が近づいていくなかっていう。全然知らん、まだ全然関係ができてないときやっても。だんだん、毎日関係がだんだんできていくなという感じですかね。

E看護師：私は家族構成であるとか生い立ちであるとかは、特に隠すということはないですね。まあ患者さんによりますけど(中略)その患者さんが、家族関係に悩んでいたりとか。虐待受けてたりとかね、そういうのとかですかね。そういう方には言ってますかね(中略)言ってしまうことで、いろんな家があるんだなというのを…。で、相手が楽になる場合には言うかなと。ただ、こっちの言った情報が相手にとって(中略)相手にとってそれが全然楽になるものではなかったら言わないんですけど。

#### IV. 考 察

患者-看護師関係における境界は、先行文献からもわかる通り個を尊重している文化圏で特に用いられている概念であり、特別にその概念に焦点を当てるのが少ない本邦の看護師が、患者-看護師関係において変動している境界を把握し、調整することは難しいと考えられる。したがって、面接開始時、境界を明確には意識していない看護師がほとんどであった。さらに、境界を意識しない上に、共感や受容が看護において重要な位置を占めているため、境界という言葉が壁や距離を作り共感や受容に反することであるかのように捉えられ、面接の開始時に違和感を示す対象者も見られたと考えられる。無論、意識していないからと言って何もしていないわけではない。境界を無視して、援助しすぎれば「お節介」や「過干渉」になり患者の主体性や自律性を侵害することになる。また、距離を取り過ぎれば、信頼関係を構築することができない。患者から境界を侵されれば、それは暴力や攻撃、理不尽なクレームということになるかもしれない。患者が引きこもってかかわりが持てなければ、やはり信頼関係を構築していくことは難しい。対象者らは、このような状況が起こりやすい精神科の臨床経験の中で、

苦勞しながらも、意識するしないにかかわらず精神科看護における境界の調整に関する技術を実践していた。面接では、先行文献を参考に「境界の調整」が困難な状況や、患者との距離をどのように調整しているかなどを質問することで、対象者は境界を調整する技術を語った。

【外的調整】は、精神科における看護師と患者を内包する人的環境を活用することであり、チームで交代しながら患者にかかわる看護において重要である。さらに、個人の限界は誰にでもあり、経験年数によってもその限界は違う。【外的調整】を行い、患者看護師双方にとってできる限り納得のいくようにかかわることは、精神科経験の少ない看護師にとってもチームや患者にとってもケアの質を高めるものである。その時、個々の看護師が限界を知っておくということが重要となる。自己の限界を否定的なものであるという側面のみで捉えている場合、相談をしたり、交代をしてかかわってもらえなかったり、躊躇することで、チームの力を活用できず、緊急性がある場合には重大な事態に陥りかねない。【外的な調整】が、個人のかかわりの限界をチームで補う上で重要な「境界を調整する技術」であるということチームで共有しておくことが必要である。

【情報の調整】とは、例えば、必要な治療的な行動制限の中で出てくる患者からの実現不可能な要求に対して、状況を説明し対応できないことを事実として率直に伝える、ということである。また、そのような要求をする理由を聴くことで患者の思いを共有し、要求に対する代替案を検討するなど、できるだけ患者の立場に添おうとすることができる。治療的に必要な行動制限に対して実現不可能な要求をする患者であっても、その状況を受け入れやすくなると考えられる。この時、対象者らはできない状況や理由などの情報を客観的な事実として扱い、制限がもたらす不自由さや要求する気持ちなど、共感できるところには共感していた。もちろんそうすることで、要求が必ずしも収まるわけではないが、互いが感情的にエスカレートすることを可能な限り避けていたと考えられる。症状や障害で衝動耐性が低下していたり、思考障害で状況の理解が困難であったりするため、感情的にエスカレートしやすい患者に対応する精神科では、【情報の調整】は重要な技術となりえる。

精神科看護師は主に自分自身を道具（媒体）として患者にかかわり、感情的に揺さぶられることもあるため、【内的調整】の中でも特に〈感情の調整〉は重要である。自己内で解決するには限界があり、〈患者の見極め〉によってどこまでかかわり援助するのか、できるのかを把握することで、〈感情の調整〉を補うことができると考えられる。しかし、特に経験の少ない看護師は〈感情の調整〉自体が難しく、かつ、〈患者の見極め〉も未熟であるため、チームのサポートが欠かせない。経験の少な

い看護師をサポートする側は、経験の少ない看護師が〈感情の調整〉と〈患者の見極め〉のどちらに苦慮しているのか、それらの【内的調整】能力がどの程度ついているのかを指標にすることもできる。

【境界線の調整】において、対象者は、他の患者との公平性や、他の看護師で構成されたチームのバランスに配慮し、患者にどこまでかかわるかのライン（境界線）を調整していた。周囲に足並みをそろえて折り合いをつけるだけでなく、時には責任のとれる範囲でそのラインを敢えて越えたり、踏み込んだ援助を行ったりすることで、対象者はより患者のニーズに添うために、かかわりの能力を伸ばしていたと考えられる。このように、患者にどこまでかかわるかのラインを見極め、時に広げていくことで、患者のニーズにより幅広く対応できることになり、看護師個々のかかわる能力を伸ばし、責任の幅を広げることにつながると考えられる。その時、ラインを越えたかかわりが看護師のケアとしてどうであったのかという振り返りが重要である。その振り返りが、そのラインを越えたかかわりを経験として積み上げ、【境界線の調整】という技術的要素、ひいては「境界の調整」という技術を多様な状況に応用可能なものにしていくと考えられる。

対象者は自身を主語に話すアイメッセージを使って、押しつけにならないように配慮し患者のことを保証することで、患者の思いを引き出していった。保証するだけでなく、責任や自主性を促すことで、患者の【主体性の尊重】を行っていた。人は境界があることで自分であるところ（アイデンティティ）が明らかになり、責任や自主性が発生する<sup>2)</sup>。看護師は代価を得てサービスを提供するため、看護師にもともとある個人的な主体性と看護師の専門性が混ざり合って看護師の主体性となり、患者一看護師関係のなかで機能していると考えられる。患者一看護師関係においては、どこまでどのように患者にかかわるか、ということで看護師のかかわりにおける専門性（主体性）の境界が明確になると考えられる。したがって、看護師が患者にかかわり、専門性（主体性）を発揮することにより、患者の境界でかたちづくられた主体性を脅かす可能性がある。看護師の専門性（主体性）は発揮すればいいというものではなく、患者の主体性を尊重すること自体をその専門性に内包していることに気づいておくことが重要である。加えて、精神科の看護は1回きりではなく、限られたメンバーで継続的に行われるので、継続的に看護師の主体性や専門性が脅かされる患者一看護師関係は、長期的な視点に立つと患者の不利益につながると考えられる。したがって、患者看護師双方の主体性のバランスが保たれ相互に主体的であることが、非常に重要であると考えられる。看護師は自身を道具（媒体）として患者にかかわるため、看護師の主体性＝専門

性ではなく、看護師の個人的な主体性も同時に機能する可能性がある。看護師の個人的な主体性が機能し始めると看護師の専門性が機能不全を起こすことが考えられるので、振り返りのポイントとしては、看護師の個人的な主体性と専門性のバランスやどちらが機能しているかに気づき、どう専門性を発揮していくのかを考察することが重要である。

対象者は、はじめ境界に対して意識しないか違和感を示したが、それを証明するかのように【境界の緩和】では、経験を共有し患者との距離を近づけるかかわりを行っていた。そうすることで、患者の境界を緩め患者の世界に入り込み、患者を理解し患者—看護師関係の構築に繋がっていると考えられる。牧野ら<sup>14)</sup>は、看護におけるかかわり (involvement) の構成概念として、「境界の調整」のほかに、「経験の共有」や患者に関心を向けることである「感情の投資」を抽出している。【境界の緩和】の〈経験の共有〉や〈関心を向ける〉も内容的には同じ内容を含んでいるが、ここでは境界を緩めるという境界を調整する技術として、経験を共有し患者に関心を向けていると位置付けた。

境界の侵害と境界の越境を概念枠組みとして、医療職者と利用者の関係性を説明する境界理論という用語<sup>15)</sup>が使用されているが、本研究結果は守るべき境界という視点だけでなく、多様な6つの視点が提供されている。今後、境界に関する理論を補足する上で重要な示唆を与えるものである。また、前述したように、具体的に何が境界の侵害になるかの判断<sup>16)</sup>を精神科看護の教科書で提供することは、初心者にとっては重要である。本研究結果は、多様な6つの視点を提供しているため、初心者が状況に応じて柔軟に「境界の調整」に関する技術を発達させていく上で重要な指標となると考えられる。

牧野ら<sup>14)</sup>は、プライバシーと職業に関する境界について「患者・家族と看護師・チームの価値観や思い、そして法律やその施設のルール、暗黙の了解、仕事量、看護師の技術などに影響を受け、変動し非常に複雑である」と考察している。本研究結果では、プライバシーを患者に伝えることに関して、【情報の調整】の小カテゴリーに《個人情報伝える》と【境界の緩和】の小カテゴリーに《プライバシーを共有する》がみられた(表1)。《個人情報伝える》は、ただ、個人情報を伝えるか伝えないかに焦点が当てられている。一方、《プライバシーを共有する》は、経験を共有することで、【境界の緩和】を意図しており、ケアとして行われていた。このように境界は、一定の基準が明確に存在するわけではなく、状況や文脈によって変動する概念であり、境界を調整する技術を修得するのは非常に困難である。教育や経験、振り返りが大変重要になると考えられる。今回の研究は1施設で対象者も7名であった。今後、施設と対象者を増

やした上で、精神科看護における境界の調整に関する技術を看護師がどのように修得しているかを明らかにしたい。

## V. 結 語

関西圏の精神病院に勤務する看護師7名を対象に、「境界の調整」について、半構成の面接を行った。その逐語録を質的帰納的に分析した。結果、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素として【外的調整】【情報の調整】【内的調整】【境界線の調整】【主体性の尊重】【境界の緩和】の6カテゴリーが抽出された。

## 謝 辞

研究遂行にあたり、ご協力いただいた施設の皆様に深謝申し上げます。

なお、本研究は、平成21年度科学研究費補助金基盤研究(C)(課題番号:21592912)を受けて行った研究の一部である。

## 文 献

- 1) Cloud, H., Townsend, J.: Boundaries, Zondervan, Grand Rapids, 1992 中村佐知, 中村昇共訳, 境界線, 地引網出版, 2004
- 2) Donaldson-Pressman, S, Pressman, R. M.: The Narcissistic Family: Diagnosis and Treatment, Jossey-Bass Inc Pub, New York, 1994, 岡堂哲雄監訳, 自己愛家族 アダルトチルドレンを生むシステム, 47-48, 金剛出版, 東京, 1997
- 3) Landis, B.: Ego boundaries, International Universities Press, Inc., Boston, 1970, 馬場禮子, 小出れい子, 自我境界(現代精神分析双書 第2期 第7巻), 1-7, 岩崎学術出版社, 1981
- 4) Melia P., Moran T. & Mason T.: Triumvirate nursing for personality disordered patients: crossing the boundaries safely. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 15-20, 1999
- 5) Melia P., Moran T. & Mason T.: Triumvirate nursing for personality disordered patients: crossing the boundaries safely. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 15-20, 1999
- 6) Gutheil, T. G., Gabbard, G. O.: The concept of boundaries in clinical practice: the theoretical and risk-management dimensions, The

- American Journal of Psychiatry, 150(2), 188-196, 1993
- 7) Gabbard G. O.: Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations, The American Journal of Psychiatry, 50(3), 311-322, 1996
  - 8) Gutheil, T. G., Gabbard, G. O.: Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings, The American Journal of Psychiatry, 155(3), 409-414, 1998
  - 9) Allan, H. & Barber, D.: Emotional boundary work in advanced fertility nursing roles. Nursing Ethics, 12(4), 391-400, 2005
  - 10) Rushton, C. H., McEnhill, M. and Armstrong, L.: Establishing therapeutic boundaries as patient advocates, Pediatric Nursing, 185-205, 22(3), May-June, 1996
  - 11) Schafer, P. and Peternelj-Taylor, C.: Therapeutic relationships and boundary maintenance: the perspective of forensic patients enrolled in a treatment program for violent offenders, Issues in Mental Health Nursing, 24, 605-625, 2003
  - 12) Shaffer, L. C.: When the barriers are broken: an oncology perspective that questions the reality of how nurses navigate the nurse-patient relationship boundary, Home Health Care Management & Practice, 19(5), 382-384, 2007
  - 13) Stuart, G. W.: Chapter 2 Therapeutic nurse-patient relationship, Stuart, G. W., Laraia, M. T., Principle and practice of psychiatric nursing 8th edition, Mosby, Inc., 2005, 秋山美紀, 第2章 治療的な患者と看護師の関係, 安保寛明, 宮本有紀監訳, 金子亜矢子監修, 精神科看護—原理と実践 原著第8版, 19-70, エルゼビア・ジャパン, 2007
  - 14) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 3, 105-112, 2006.

## (Summary)

# Identification of Skill Factors in Negotiating Boundaries in the Nurse-Patient Relationship Executed by Nurses Working in Psychiatry

Koji Makino<sup>1)</sup>, Hayato Higa<sup>2)</sup>, Kyoko Amasa<sup>1)</sup>  
Mayuko Yamashita<sup>1)</sup>, Yukihiro Matsumoto<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup>Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research,  
University of Toyama

**Background** The literature on boundaries in nursing is abundant in cultural areas where individuality is valued. The nurse-patient relation has been considered in terms of the issues of the boundaries, with an emphasis on the question of how to protect these boundaries. In contrast, in Japan, the boundaries have not been focused in the context of nurse-patient relations. Negotiating boundaries is extremely difficult, especially with patients with schizophrenia, for whom the line between self and others are presumably blurred, or with patients with personality disorders who tend to blame others and to do aggressive behaviors or excessive demands. For this difficulty, it can be surmised that psychiatric nurses may have acquired better skills for negotiating boundaries, with or without awareness. Because of the particular difficulties in negotiating boundaries in Psychiatry, nurses working in this field may be a good subject to study for understanding these skills; such skills might also be applicable to nurses in other fields in future. Moreover, identification of the skill factors in negotiating boundaries done by psychiatric nurses may lead to show principles for dealing with boundaries. With such principles, nurses would not need to memorize a list of prohibitions, but instead, can use them flexibly according to circumstances.

**Objective** This study aims to reveal skill factors related to negotiating boundaries executed by

nurses working in Psychiatry.

**Methods** Seven nurses working in Psychiatry were interviewed on the "negotiating boundaries" using semi-structured one-on-one interviews according to the literature. The questions to the respondents include how they negotiated difficult situations and their distance to patients, as well as how they negotiated mutual patient-nurse relationship. Categories were identified by performing qualitative inductive analysis on the literal transcripts of these interviews.

**Results** Qualitative inductive analysis of the respondents' transcripts identified six categories: outward negotiations, informational negotiations, inward negotiations, boundary-line negotiations, respect of individuality, and boundary softening. While respondents understood what the term negotiation means, some were not initially aware of "negotiating boundaries" and even expressed discomfort with the word in conversation.

**Conclusion** Semi-structured interviews on "negotiating boundaries" were conducted with seven nurses working in a psychiatric hospital. Qualitative inductive analysis was performed on the literal transcripts of those interviews. It identified six categories for skill factors related to negotiating boundaries by psychiatric nurses: outward negotiations, informational negotiations, inward negotiations, boundary-line negotiations, respect of individuality, and obscuring of boundaries.

**Key Words** boundary, psychiatry, nurse, skill



## 資料と報告



# 幼児前期の子どもの採血に抱っこで 付き添う体験をした母親の思い

古株ひろみ<sup>1)</sup>、流郷 千幸<sup>2)</sup>、松倉とよ美<sup>3)</sup><sup>1)</sup>滋賀県立大学<sup>2)</sup>聖泉大学<sup>3)</sup>滋賀県立小児保健医療センター

キーワード 幼児前期の子ども、採血、母親の付き添い、座位、プレパレーション

## I. はじめに

プレパレーション（心理的準備）の普及により、治療や検査・処置場面で、子どもが主体的に参加できるための取り組みがこの10年の間に盛んに行われるようになった。しかし、採血などの一般的な処置では未だに母親と子どもが分離されていることも多い<sup>1)2)</sup>。また、看護者の意識に関する調査においても「生後6ヶ月～3歳までの乳幼児にとって採血や注射の処置に母親の同席が必要であると認識する看護師は約3割であった<sup>3)</sup>」と報告されている。

一方、佐藤ら<sup>4)</sup>はプレパレーションの実践を積み重ねた看護師へ調査を行い、母親の処置への参加が重要であることを述べている。さらに、処置に対する母親の認識では、幼児の母親の6割が不安を抱いていた<sup>5)</sup>が、高橋ら<sup>6)</sup>は3～4歳児の処置や検査に付き添った母親が、付き添いにより母親自身の不安が軽減される、また付き添うことにより母親の存在価値を見出すといった認識の肯定的変化を述べている。

吉田ら<sup>7)</sup>は、付き添いがある場合と無い場合との比較から、幼児後期の子どもでは、検査・処置場面で母親が子どもと分離している場合には子どもの不安・恐れが深まるとし、母親が付き添う場合でも母親の子どもの気持ちの共有者・代弁者としての関わりの必要性を強調している。WHOは、親のケアへの参加や医学的処置の際の

同席を勧めており、また、子どもの権利条約も認知発達にさらに未熟な幼児前期では母親と引き離されることで両者にストレスを与えると述べられている。そこで、親と子が主体的に参加できる介入方法が研究されている。具体的な介入では、親と子どもが安心感を得られる方法として座位で付き添う方法が有効であると言われている<sup>8)9)10)</sup>。

先行研究では<sup>11)12)</sup>、幼児後期の子どもへの処置に付き添った母親への効果を明らかにしているが、幼児前期の子どもに焦点を当てた研究はまだみられない。母親の立場からも、幼児前期の子どもと同席することは多くの母親の願いでもある。

そのため、幼児前期の子どもとその母親が採血などの処置へ主体的に関わるためには看護者としてどのような支援が必要であるのかを明らかにしたいと考えた。

## II. 目的

幼児前期の子どもの採血に抱っこで付き添う体験をした母親の思いを明らかにすることを目的とした。

## III. 方法

### 1. 対象

採血前に書面及び口頭にて説明し、承諾が得られた1歳～3歳6ヶ月までの子どもの採血に抱っこで付き添った母親18名である。

### 2. 調査方法

採血前の待合い場所から母親とその子どもに関わり、

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：古株ひろみ

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

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

処置室への入室時も同行し採血時の子どもと母親の様子を観察した。また、採血終了後に母親から付き添い・抱っこでの採血などについて語ってもらった。面接時間は20分程度である。

### 3. 採血の方法

処置室付き添い希望の有無を確認後、入室し、子どもの好きなDVDのソフトを選んでもらう。母親は椅子に座り、母親の膝に子どもと向き合うまたは後からの抱っこの姿勢で子どもを抱き、採血側の反対側にDVDプレイヤーを置き、子どもの手を採血台に乗せ、採血を行う。看護師や母親は声かけ・おもちゃで気を紛らわせる・DVDを見せるなどのサポートを行う。採血後は採血部分にキャラクターが描かれた絆創膏を選んで貰い、「頑張ったね」と子どもに声をかけて、採血を終了する。

### 4. 分析方法

面接内容を逐語録として、抱っこで付き添う体験の事柄の特徴的な発言を抽出し類似性に基づき分類した。

分析過程において、複数の小児看護専門領域の研究者で検討を重ねた。

### 5. 倫理的配慮

採血前に書面及び口頭にて母親に説明を行い、署名にて同意を得た。対象者には研究の目的・方法・プライバシーの確保・参加の任意性と中断の自由と、また研究内容の公表の可能性などを説明し同意を得た。なお、A大学およびA病院倫理委員会の承認を得て行った。

### 6. 用語の操作的定義

幼児前期：1歳から3歳6ヶ月の子どもとした。

抱っこ：母親が椅子の上に座りその膝の上に子どもを抱く姿勢とした。

### 7. 調査期間

平成21年1月～平成22年6月

## IV. 結果

子どもの年齢は1歳～3歳6ヶ月であった。その内訳は1歳児7名、2歳児8名、3歳児3名であった。母親は平均年齢34.1±3.4(26-38)歳。今回が初めての採血であったのは2名であるが、その内1名は注射の経験がある。その他の子どもはすべて採血の経験があり、5回以上採血したことがある子どもが1名いた。

採血時の子どもの様子から、採血時、ほとんど泣かず採血できていたのは2名(事例i・k)、であり、共に2歳児であったが、採血経験の有無による影響は無かつ

た。1歳児でも泣くもののすぐに治まる(事例c)、採血前から採血中まで激しく泣く(事例g)など事例により様々であるが、ほとんどの子どもは採血中泣いており、年齢による差はみられなかった。他にDVDの使用が良かったとする意見や、子どもの主体を引き出すため看護師のゆっくりと関わる姿勢から母親が安心感を得た発言が聞かれた。

また、6名の母親は事前に子どもに採血の説明をしており、その子どもの年齢は、1歳7ヶ月1名、2歳児3名、3歳児2名であった。

抱っこで付き添った母親の思いの分析結果から、【一緒に安心】、【泣くことを受容】、【抱っこの難しさ】の3つのカテゴリーと8つのサブカテゴリーを抽出した。以下、抽出されたカテゴリーについて面接データを加えながら、カテゴリー【 】、サブカテゴリー「 」、主要データ〈 〉を用いて説明する。

#### 1. 【一緒に安心】

このカテゴリーは母親が子どもと抱っこで一緒に付き添うことの意義を表している。4つのサブカテゴリーを抽出した。

過去の採血経験から、子どもと引き離されたことで〈泣き声だけの不安〉〈離れることへの不安〉から「母子分離経験からの不安」を感じていた。

また、母親が処置中傍にいても、〈子どもの顔を押さえる辛さ〉〈押さえるのは一緒にとは違う〉と感じた過去の採血場面と比較して、〈母親として参加する感じ〉〈声のかけやすさ〉からの抱っこ姿勢による「子どもとの一体感」を感じていた。また、付き添うことで〈人見知りする〉子どもにとっても、〈子どもの不安も減る〉と子どもの立場から「一緒に子どもの不安軽減」になると認識しており、〈抱っこでの採血は良かった〉と「抱っこの良さ」から付き添う事を肯定的に感じ、母親は【一緒に安心】と一緒に参加することで安心だったと感じていた。

#### 2. 【泣くことを受容】

このカテゴリーでは、子どもの泣く姿に対する母親の思いを表している。2つのサブカテゴリーが抽出された。母親は採血場面で泣いている子どもを見て、〈泣くだろう〉〈やっぱり泣いた〉と子どもが「予測通りの反応」であったと感じていた。また、一緒にいることで、〈泣いててもあー泣いてるわって感じ〉、〈怖くて泣いてただけ〉と泣いている状態が理解できることで、「泣いてもがんばっている」と子どもの状況を捉えて、母親は子どもが【泣くことを受容】を経て、泣くことには心配や不安がないことを感じていた。

#### 3. 【抱っこの難しさ】

このカテゴリーでは、母親の抱っこ姿勢での参加の難しさを表している。2つのサブカテゴリーが抽出された。

表1 子どもの採血時の様子

	子どもの年齢	採血経験	採血時の児の様子
a	1歳0ヶ月	有	平静に入室する。採血中は泣き、立とうとして動く。
b	1歳1ヶ月	有	入室は平静に。抱っこしてしばらくするとDVD見ているが、駆血帯を巻くと泣くがDVDで泣きやむ。採血中は泣いているが、時々立とうとするが大きく暴れることなし。採血後は直ぐ泣きやみはいはいして機嫌良い。
c	1歳2ヶ月	無	入室は平静で母親に抱っこされて来る。向かい合わせに座る。DVD見ているが、刺した後より泣く。DVD はあまり見てない。足を踏ん張って立つ。時々うゑんと泣くが直ぐに治まる。
d	1歳5ヶ月	有	入室は平静で、駆血帯で関わりと泣き始める。ずっと泣いたまま。
e	1歳6ヶ月	有	入室の誘導にも応じる。向かい合わせで抱っこで、DVD見ている。おとなしく見ていたが、手を押さえられると泣き出し、DVDを見ないでやや暴れ泣いている。穿刺後も同じ様に泣いている。
f	1歳7ヶ月	有	それまではおとなしい。針を刺すと泣く。シール貼っても泣いている。
g	1歳8ヶ月	有	座った時から泣いていた。針を刺す時も泣いている、採血中は反って動く。終わったら泣きやむ。
h	2歳2ヶ月	有	入室までは普通に手を引かれて入る。抱っこされて、DVDを見る。手を押さえられてから泣く。最初は強く泣き、一端治まるが、終わりの方で強く大泣きする。抜針後もしくしく泣くが、処置室を出てからは泣かずに一人で歩く。
i	2歳2ヶ月	無	子どもはDVDみたり、採血操作をみたりするが、採血中は泣かず。
j	2歳4ヶ月	有	すんなり入室するが採血の姿勢になると泣く。針を刺す前にDVD見ているが、針を刺している間に再び泣き動く。採血後は自分でご褒美シールを持って、シールを貼って貰い泣きやむ。
k	2歳4ヶ月	有	誘導に応じて平静に入室し、DVD見ていた。針を刺したときに、少し顔をしかめるが、ずっとDVD見て泣かずにいる。
l	2歳6ヶ月	有	手をにぎられたら大きく泣く。「ママ」刺したら泣く、足動く、よこにいるお父さんが足おさえる。終われば泣きやむ。
m	2歳8ヶ月	有	DVD見ながら入ってくるが、座ると緊張が強くなる。はじめはそれどころでは無い感じだが、落ち着いたらDVD見ている。針を刺すと泣き、動く。抜針後もぐずぐず泣く。母親に顔を埋める
n	2歳8ヶ月	有	入室は平静で抱っこされDVD見ている。針を刺した時に泣く。採血中ずっと泣いている。
o	2歳9ヶ月	有	入室の時、少し立ち止まる。DVD見ている。ゴム巻いただけで泣く。針を刺している時それを見ている。少し痛がり泣くが、その後DVD見ている間に終わる。
p	3歳0ヶ月	有	DVD見ていたが、採血開始し手を見て泣く。「いたい」「いたい」と採血中ずっと泣く。
q	3歳3ヶ月	有	「ちっくんいや、ちっくんいや」と言って入ってくる。抱っこしているが、針を刺す前から泣く、痛いといっている。針を刺すときも泣く。「ちっくんいや」「ちっくんいや」足は動かすが、手は動かさず。終わると泣きやむ。
r	3歳6ヶ月	有	入室時はDVD見ながら機嫌良く入ってくるが、腕をまくる時に泣き出す。採血中に暴れて泣いている。抜針後も泣いている。

表2 採血に抱っこで付き添った母親の思い

カテゴリー	サブカテゴリー
一緒に安心	母子分離経験からの不安 子どもとの一体感 一緒に子どもの不安軽減 抱っこの良さ
泣くことを受容	予測通りの反応 泣いてもがんばってる
抱っこの難しさ	子どもの動き 子どもの成長

＜力が強くて大変＞と抱っこの感想を述べ、1歳児ではく立つので大変＞と感じる「子どもの動き」による大変さと合わせて、前回の採血経験から＜だんだん力強くなる＞とした「子どもの成長」から母親は【抱っこの難しさ】を感じ、抱っこも子どもを後から抱える姿勢で臨み、＜向かえ合わせより楽、でも顔が見えない＞と上手な抱き方を模索していた。

## V. 考察

今回、幼児前期の子どもの採血に抱っこで付き添った母親の経験から得た思いについて分析し、【一緒に安心】、【泣くことを受容】、【抱っこの難しさ】3つのカテゴリーを抽出した。

対象となった母親のうち16名は、過去に子どもが採血を受けた経験があり、その中には処置場面で子どもと分離された経験や、処置に同席しても母親がわが子を押さえつけていた経験を持っていた。佐藤ら<sup>15)</sup>の、大学生の採血経験の語りでは、2・3歳頃に『押さえられる行為は母親でも嫌』と感じていたり、母親と無理矢理引き離され恐怖を感じたなど、親との分離不安や親に押さえつけられたことを、子どもの立場で述べており、今回母親が語った過去の採血で感じていたストレスを子どもも同様に感じていると考えられた。さらに、幼児前期では母親自身、子どもが低年齢であるほど母子分離を実施することが難しいことが示唆された。

抱っこで付き添う採血は、子どものそばにすることで子どもとの一体感や子どもの不安が軽減できるという安心感から、【一緒に安心】と感じていることが分かった。今回は幼児前期であり、母親にとって抱っこして参加することは＜母親として参加する感じ＞やく声のかけやすさ＞などから自然な介入を促しやすい姿勢であり、なだめたり、励ましたりできることで、抱っこでの参加が効果的であると考えられる。吉田ら<sup>16)</sup>は、幼児後期の子どもの

処置で母親が傍にいても医療者の要請に合わせるような強要者の役割を担うと子どもの混乱の引き金になるとし、一緒にいる母親が『気持ちの共有』など気持ちの共有者や代弁者としての関わりの必要を示していた。

見知らぬ人に取り囲まれることや痛みから生じる恐れで、幼児前期の子どもの泣くのは認知発達のレベルでは当然の反応である<sup>15)16)</sup>。その状況を一緒にいることで、＜怖くて泣いていただけ＞と子どもの泣いている状態が理解できることで、【泣くことを受容】を経て、子どもの気持ちに共感することが母親にも出来、さらにそのことが子どもの感情表出を支えていたと考える。

母親は抱っこで「子どもとの一体感」を感じていたが、「抱っこの良さ」と共にDVDの良さも感じていた。DVDの存在は入室時の緊張した母親にも子どもに声がかげやすくなり、子どもが一瞬でもDVDに興味を示すことで母親も共感できる時間を持つなど、DVDは母親が主体的に関われる支援の一つとなっていた。さらに、看護者のゆっくりと関わる姿勢から母親が安心感を得たという発言から、先行研究にもあるように看護師の子どもへの声かけが母親の＜関わりモデル＞になること<sup>17)</sup>など、ただ抱っこして採血するだけではなく、看護者を含めて処置する環境を作り上げていくことの必要性が示唆された。

幼児後期を対象とした先行研究においても母親が付き添うことの意味や抱っこの有効性を述べていた<sup>18)19)20)</sup>。

今回の幼児前期においても同様に母親が付き添うこと、特に抱っこでの付き添うことの意味を得ることができた。しかし、子どもが泣いて暴れ動いた場合に、【抱っこの難しさ】を感じていることが分かった。チャイルドライフ・スペシャリストが述べる介入にもディストラクションや声かけ、抱っこ姿勢が示されている<sup>21)</sup>。だが、今回の結果から年齢や体格などに応じた抱っこの方法を具体的に示すことが必要であると考え、母親に子どもの安全性を踏まえた具体的な抱き方に対する支援の必要性が示唆された。

採血などの処置について母親は子どもに言っても解らないと思っているが<sup>22)</sup>、子どもに採血経験のある場合、母親は事前説明が必要であると感じている<sup>23)</sup>。今回も採血経験のある子ども6名の母親が子どもに採血の事前説明を行っていた。母親の＜病院に行くと言ったら"ちっくんやな"と子どももわかっていた＞といった発言から、採血に臨む母親と子どもの覚悟が感じられた。今後は採血場面の取り組みだけでなく、事前の関わりへの支援の必要性も更に示唆された。

## VI. 結論

幼児前期の子どもの採血に抱っこで付き添う体験をし

た18名の母親の思いについて検討した。幼児前期の子どもの処置に母親が付き添うことの意義や抱っこ姿勢の効果と発達や体格に応じた抱き方の支援の必要性が示唆された。

ただ、母親と子どもが主体的に処置に取り組むためには、看護者を含めた医療者とともに、処置に取り組める環境を作り上げていくことの必要性も示唆された。

また、母親を中心に今回は検討していたが、観察を重ねている中で父親同伴や、父親が採血に抱っこで参加し、待合いで母親は下のきょうだいと待っているといった父親の参加がみられるようになってきている。母親のみならず父親を対象とした関わりや家族機能を捉えてケアを考えていく必要性も今後の課題である。

## 謝 辞

今回の調査に当たり、快くご協力頂きました皆様に感謝致します。

## 文 献

- 1) 杉本陽子, 前田貴彦, 蝦名美智子, 二宮啓子, 半田浩美, 松森直美, 鈴木敦子, 植木野裕美, 赤川晴美, 高橋清子, 鎌田佳奈美: 子どもが採血・点滴を受けるときに親が付き添うことについての実際と親の考え, 三重看護学誌, 7 101-108, 2005.
- 2) 鈴木恵理子, 小宮山博美, 宮谷恵, 小出扶美子, 入江晶子, 松本かよ: 小児の侵襲的処置における家族の付き添いの実態調査 2005年の調査を1995年の調査と比較して, 日本小児看護学会誌, 16(1) 61-68, 2007.
- 3) 平岩洋美, 福嶋友美, 大西文子: 乳幼児の採血・注射時に親が同席することの現状と看護師の認識, 日本小児看護学会誌, 17(1) 51-57, 2008.
- 4) 佐藤徳子, 津田美知恵, 森田康子, 加悦嘉子, 工藤好子: 採血・点滴処置時のプレパレーションを実施した看護師の気づき, 日本看護学会論文集 小児看護, 40号 9-11, 2010.
- 5) 流郷 千幸, 宮内 環: 幼児の処置場面における保護者のかかわり, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 1 (1), 46-55, 2003
- 6) 高橋友希, 森本明美, 小林聖子, 小原悦子: プレパレーションを取り入れた児の処置に対する母親の意識の変化 採血検査に参加した母親のアンケート調査を実施して, 日本看護学会論文集 小児看護, 38号 316-318, 2008.
- 7) 吉田美幸, 鈴木敦子: 検査・処置を受ける幼児後期の子どもの必要としている母親の関わり, 日本小児看護学会誌, 18(1) 51-58, 2009.
- 8) 吉田陽子, 沢内節子, 毛利幸江, 中村令子採血場所の選択肢を設け, 小児の意思を尊重した採血方法椅子に座り腕を出す姿勢での採血を実施できる年齢の検討:, 日本看護学会論文集, 小児看護 33号 133-135, 2003.
- 9) 細野恵子, 市川正人, 上野美代子: 小児科外来で採血・点滴を座位で受ける乳幼児に付き添う家族の認識, 日本小児看護学会誌18(3) 52-56, 2009.
- 10) 細野恵子: 外来で母親の付き添いのもとに座位で採血あるいは点滴を受ける幼児の対処行動, 日本小児看護学会誌, 19(1) 88-94, 2010.
- 11) 中松己志子, 山崎博美, 恒川幸美, 扇原益美: 持続点滴施行時の親の思いと児の反応, 日本看護学会論文集 小児看護 30号 71-73, 2000.
- 12) 前掲書, 10)
- 13) 佐藤加奈, 蝦名美智子: 大学生が語る幼児期の注射の経験, 日本小児看護学会誌 18(1) 105-111, 2009.
- 14) 前掲書, 7)
- 15) 坂本扶美枝, 相吉恵: 子どもへのプレパレーション 混合病棟で取り組めること, 小児看護 30(10) 1419-1426, 2007.
- 16) 上田礼子: 生涯人間発達学, 91-92, 三輪書店, 2009.
- 17) 前掲書, 4)
- 18) 前掲書, 6)
- 19) 前掲書, 9)
- 20) 前掲書, 11)
- 21) 前掲書, 15)
- 22) 込山洋美: ケアに必要な知識と留意点 検査・処置を受ける子どもをもつ親の思い, 小児看護 23(13) 1744-1748, 2000.
- 23) 戸井紀子, 安田明美: 子どもの採血における事前説明の必要性に対する母親の思い, 日本看護学会論文集 小児看護 38号 122-124, 2008.
- 24) 武田淳子: 採血に対する幼児の反応・行動に影響を及ぼす要因, 千葉看護学会誌 4(2) 8-14, 1998.
- 25) 込山洋美, 筒井真優美, 飯村直子, 蝦名美智子, 二宮啓子他: 検査・処置を受ける子どもと親のずれ, 日本小児看護学会誌 10(1) 9-16, 2001.
- 26) 二宮啓子, 蝦名美智子, 半田浩美, 片田範子, 勝田仁美他: 検査・処置を受ける子どもへの説明と納得の過程における医師・看護師・親の役割 日本小児看護学会誌 8(2) 22-30, 1999.
- 27) 松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子, 片田範子, 勝田仁美, 小迫幸恵他: 「検査・処置を受ける子どもへの説明と納得」に関するケアモデルの実践と評価(そ

の2) 子どもの力を引き出す関わりと具体的な看護の技術について, 日本看護科学会誌, 24(4) 22-35,

2004

## (Summary)

# How do mothers feel when blood collection is made to their infants in their arms ?

Hiromi Kokabu<sup>1)</sup>, Chiyuki Ryugo<sup>2)</sup>, Toyomi Matsukura<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> Seisen University

<sup>3)</sup> Shiga Medical Center for Children

**Key Words** blood collection, mother's presence , seated on mothers' laps , Preparation

(平成18年5月17日改正)

# 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：内外の人間看護学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) 原稿の種別は著者が行うが、編集委員会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（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。  
 原著・総説・研究ノート：12頁以内  
 活動と資料：6頁以内  
 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、本文をワード形式で、図表をワード・エクセル形式で保存したパソコン記憶媒体（FD、CDなど）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られることがあるが、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。



# 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) 原著論文には、英語抄録をつけること。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、パーソナルコンピュータで作成する。
- (2) 原稿はA4版横書きで、1頁1200字（40字×30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<sup>1)</sup> <sup>2)</sup> のように半角上付き番号で示し、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。

## 原著

医療現場に勤務する看護師を対象としたボディメカニクス学習教材の活用と評価  
伊丹君和、安田寿彦、西村泰玄、橋本洋平、中藤紘子、古川純子、村田由紀子、山田博子、米田照美、松宮 愛 …… 1

直接血圧測定値と間接血圧測定値の間に誤差を生じさせる要因についての検討  
酒田宴里 …… 11

認知症高齢者の攻撃性に対する赤ちゃん人形療法の効果  
畑野相子、北村隆子、安田千寿、嶋田裕子、御船泰秀 …… 21

造血器腫瘍に対する化学療法で長期入院した患者の社会復帰に至るまでのプロセス  
—日常生活上の問題に焦点をあてて—  
後藤真美子、澤村侑香里、上村和恵、奥津文子 …… 37

コーチング教育によるコミュニケーション態度の変容効果  
—X事業所男性管理職補佐社員を対象としたOKグラムによる検討—  
中田ゆかり、比嘉勇人、牧野耕次 …… 45

## 研究ノート

大腿骨骨折治療を受けた高齢患者の1年間の生活状況  
—生活の再構築と看護師との関わりにおける事例検討—  
安田千寿、北村隆子、畑野相子 …… 55

A県下における口腔ケアの現状  
大辻裕子 …… 61

地域高齢者に対する転倒防止のためのフットケア習得に向けた健康教室の効果  
北村隆子、岡本秀己 …… 75

リカレント教育としての大学と職能団体の協同による臨床看護研究の支援—看護研究支援者育成研修後における施設活動の実態調査—  
横井和美、古株ひろみ、田畑公子、牧野恵子、奥津文子 …… 83

糖尿病教育入院患者への看護介入における質問紙PAIDの有用性  
中川美和、横井和美、奥津文子 …… 91

中学校養護教諭の語りからみえてきた問題行動を示す生徒への対応の現状と課題  
—精神疾患への早期介入に向けて—  
甘佐京子、長江美代子、土田幸子、山下真裕子 …… 99

精神科看護師による上手くいかなかったという思いのある事例解釈の変化  
—看護における「かかわり (involvement)」を学習して—  
古山祐可、田中能理子、牧原加奈、二上嘉代、牧野耕次、比嘉勇人 …… 107

精神科看護師による境界の調整に関する技術的要素  
牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、山下真裕子、松本行弘 …… 117

## 資料と報告

幼児前期の子どもの採血に抱っこでつき添う体験をした母親の思い  
古株ひろみ、流郷千幸、松倉とよ美 …… 127

## Original Articles

Application and evaluation of a body mechanics learning material by nurses working in medical setting  
Kimiwa Itami, Toshiniko Yasuda, Yasuharu Nishimura, Yohei Hashimoto, Hiroko Nakafuji, Jyunko Furukawa, Yukiko Murata, Hiroko Yamado, Terumi Yoneda, Ai Matsumiya …… 1

Factors affecting the difference between direct and indirect blood pressure measurements.  
Eri Sakata …… 11

The effect of the baby doll treatment over a elderly dementia person's aggressiveness  
Aiko Hatano, Takako Kitamura, Chizu Yasuda, Yuuko Shimada, Yasuhide Mihune …… 21

The process to social reintegration in patients after long-term hospitalization for hemopoieic tumor chemotherapy  
Mamiko Gotou, Yukari Sawamura, Kazue Kamimura, Ayako Okutsu …… 37

Effects of coaching education on attitude change in communication -The examination by using OK gram for male employees assisting managers at business office -  
Yukari Nakada, Hayato Higa, Koji Makino …… 45

## Notes

One year follow up of the elderly who received hip fracture treatment with attention to living activities. -Case examination of life restructuring in relation with nurses-  
Chizu Yasuda, Takako Kitamura, Aiko Hatano …… 55

Survey of Oral Care in A Prefecture  
Hiroko Otsuji …… 61

Effectiveness of a Health Education Program on Foot Care in the Prevention of Falls in Elderly People in a Community  
Takako Kitamura, Hidemi Okamoto …… 75

Support for Clinical Nursing Research with University Professional Organization collaboration - Investigation of research support activities of those who received nursing research support training as recurrent education -  
Kazumi Yokoi, Hiromi Kokabu, Kimiko Tabata, Keiko Makino, Ayako Okutsu …… 83

Usefulness of PAID for effective nursing intervention in inpatient diabetic education  
Miwa Nakagawa, Kazumi Yokoi, Ayako Okutsu …… 91

Current situations and problems in dealing with students who shows problem behavior show by junior high school nurse-teacher's talk-for the early intervention in the psychological illness-  
Kyoko Amasa, Miyoko Nagae, Sachiko Tutida, Mayuko Yamasita …… 99

Changes in How Psychiatric Nurses Interpreted Cases in Which "Things Did Not Seem to Go Well"  
- Learning About "Involvement" in the Context of Nursing -  
Yuka Hurrayama, Noriko Tanaka, Kana Makihara, Kayo Nikami, Koji Makino, Hayato Higa …… 107

Identification of Skill Factors in Negotiating Boundaries in the Nurse-Patient Relationship Executed by Nurses Working in Psychiatry  
Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa, Mayuko Yamashita, Yukihiko Matsumoto …… 117

## Reports and Materials

How do mothers feel when blood collection is made to their infants in their arms?  
Hiromi Kokabu, Chiyuki Ryugo, Tomomi Matsukura …… 127