

ISSN 1349-2721

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

13
2015
March



滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究

No.13

March 2015

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
平田 弘美
大脇万起子
渡邊友美子

Journal of Nursing Studies

Editor-in-Chief Akira Yamada
Editors Satoru Mori
Hiromi Hirata
Makiko Oowaki
Yumiko Watanabe

人間看護学研究 第13号
発行日 2015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) 東 呉 竹 堂 (ひがし印刷)

ISSN 1349-2721
School of Human Nursing
The University of Shiga Prefecture
2500 Hassaka, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan
tel 0749-28-8631, fax 0749-28-9501

Printed by HIGASHI PRINT

巻頭言



人間看護学部 学部長

もり
森

さとる
敏

看護界においても、Evidence-Based Nursing (EBN、科学的根拠に基づいた看護)の重要性が強調されるようになった。従来の経験に基づいた看護から脱却し、科学的に立証された看護を提供していく努力が求められている。EBNは、ケアの質を確保するだけでなく、看護の専門性を確立していく上でも重要である。

EBNのエビデンスは、調査や実験により得られたデータを統計学的に解析することにより得られる。具体的には、データを適切な検定法で解析し、有意差を確認すればエビデンスとなる。研究者はエビデンスを論文にまとめて学術誌に投稿する。かくして、エビデンスが蓄積されていくのである。

そこで、看護研究においては、統計の知識・考え方を身につけておくことが必須となる。まず、得られたデータが「質的データ」なのか、「量的データ」なのかを区別する必要がある。前者はさらに、「名義データ」と「順序データ」に分けられる。アンケートでよく用いられる「とてもそう思う」「どちらかというと思う」「どちらかというと思わない」「まったくそう思わない」の4択で得られる回答は、「質的データ (順序データ)」である。質的データは平均値をとっても意味はなく、t検定も適用できない。

統計学的検討と言え、SPSSを使ってt検定やカイ二乗検定などを行うことのように誤解されがちであるが、"SPSSの使い方"よりも基盤となる"統計学の考え方"を身につけることの方が重要である。これを身につければ、統計の誤用を避けられるばかりでなく、結果の考察を適切に行うことができ、論文の質を高めることができる。記述統計、ノンパラメトリック検定なども、是非とも押さえておいていただきたい。

論 文

看護学生の志望動機と実習達成感、 看護職の職業的アイデンティティとの関係



清水 美恵、古株ひろみ
 本田可奈子、川端 智子
 玉川あゆみ
 大垣女子短期大学
 滋賀県立大学

背景 看護を志す学生は、看護職という将来の自分をイメージし、さまざまな動機を持って大学で教育を受けている。先行研究では、志望動機と職業的アイデンティティ、臨地実習と職業的アイデンティティの関係が報告されている。しかし、実習達成感を介した看護学生の入学の志望動機と看護職の職業的アイデンティティの関係を検証した研究はみられない。

目的 本研究では、看護学生の入学の志望動機が実習達成感を媒介して看護職の職業的アイデンティティに影響を及ぼすとした仮説モデルを検討した。

方法 対象者は、近畿圏の3つの看護系大学の4年生245名で、平成25年8月～平成26年2月に留置き法による自記式質問紙調査を行った。志望動機、実習達成感、看護職の職業的アイデンティティの関係について検討した。

結果 質問紙の回収数は174名（回収率71%）であった。欠損値を除いた154名を研究対象とした。各変数の相関分析では、「志望動機」と「実習達成感」、「実習達成感」と「看護職の職業的アイデンティティ」でそれぞれ有意な正の関係（ $r=.25, p<.01$ ； $r=.49, p<.01$ ）が示され、「志望動機」と「看護職の職業的アイデンティティ」との有意な関係は示されなかった。共分散構造分析では、志望動機が実習達成感を媒介することで看護職の職業的アイデンティティに影響を及ぼすというモデルが適合され、志望動機が実習達成感を媒介して、看護職の職業的アイデンティティを促進させることが示された。

結論 志望動機が高いと実習達成感が高められ、さらに、看護職の職業的アイデンティティの促進につながることを示された。看護職の職業的アイデンティティを促進させるためには、志望動機が高められる教育の支援と実習達成感が高まる教育の支援を強めていく必要性が示唆された。

キーワード 志望動機、実習達成感、職業的アイデンティティ

The Relationship between Motivation for Applying, Feeling of Achievement after Nursing Practice and Vocational Identity among Student Nurses

Yoshie Shimizu, Hiromi Kokabu, Kanako Honda, Tomoko Kawabata, Ayumi Tamagawa

Ogaki Women's College, The University of Shiga Prefecture

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：清水 美恵

大垣女子短期大学

住 所：岐阜県大垣市西之川町1-109

e-mail : s-yoshie@ogaki-tandai.ac.jp

I. 緒 言

看護大学へ入学してきた学生は、「こんな看護師になりたい」「看護の勉強がしたい」など看護に対しての夢を膨らませ、進学を決意したと考える。学生が自己の意志で、目指す看護師像を抱いて入学してきている場合、自分の選択した進路を実現するために目的意識をもってのことから、看護学を学ぶという学習意欲は高いと考える。先行研究でも、看護師を目指して入学してきた学生は、自己学習力や授業態度の評価が高い¹⁾、看護職への志望が高い看護学生は自己教育力が高い²⁾といったことを明らかにしている。しかし、一方では、「大学に憧れていた」「とりあえず大学に入学したかった」「親に勧められた」など、さまざまな志望動機をもち、看護大学に入学してくることが明らかにされている³⁾⁴⁾⁵⁾。この

ような看護への志望動機がない看護学生は、学習への取り組みが有意に低い⁴⁾ことや、看護学生の志望動機が入学後の学習に影響を及ぼす²⁾といった報告がある。

以上のことから、看護学生の入学の志望動機は、必ずしも全てが看護志向ではないが、入学後の学習態度に影響を与えるということが推測される。よって、看護学生の志望動機は、入学後の看護基礎教育をより効果的なものにするための重要な要因と考える。

看護学生は、看護基礎教育の影響を受け、自己の看護観について考え、導き出し確立させていく。さらに、看護を価値あるものと認識し、自己の看護職としての職業的アイデンティティを形成していくと考える。この看護職の職業的アイデンティティは、看護職を自分のものとして受け止め、看護の役割や価値を自己のものとする看護実践の基盤である⁶⁾。従って、看護職者が看護の質を高めていくためには、看護職の職業的アイデンティティの確立が必要不可欠であると考え。しかし、先述で示したように、看護学生の志望動機は、看護大学へ入学してくる看護学生の全てに看護という職業に対する意識が高いとはいえない。看護に対しての意識が低い看護学生が、教育を受けていく過程で、看護に対する認識を変化させ、看護職の職業的アイデンティティを形成していきける教育支援が必要と考える。

看護職の職業的アイデンティティの形成が影響を受けやすい要因の一つに、臨地実習がある。臨地実習では、それまで学内で学んできた知識や技術を統合し、看護の対象を通し看護実践能力が養われると考えるからである。臨地実習との関係を検討した先行研究では、臨地実習により職業レディネスや自己効力感を高めた⁷⁾、臨地実習により社会的スキルが高まった⁸⁾ということが明らかにされ、また、臨地実習前の3年次生より臨地実習後の4年次生が看護観を深めた⁹⁾、臨地実習が看護職の職業的アイデンティティに影響を及ぼす¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾などの報告がある。このようなことから、臨地実習の達成感（以下実習達成感とする）が、看護学生の看護に対する認識を高め、看護職に対してのイメージを膨らませ、看護職の職

業的アイデンティティ形成の促進につながると考える。

すでに先行研究では、志望動機と看護職の職業的アイデンティティの関係¹⁵⁾、実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの関係¹³⁾の検討の報告はある。しかし、志望動機と実習達成感の関係については報告されていない。そこで、本研究では、志望動機、実習達成感、看護職の職業的アイデンティティの関係（図1）について検討することを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象

調査の対象は、近畿圏の3つの看護系大学の各論実習を全て終了した4年生245名で、留置き法による無記名の自記式質問紙調査を行った。

2. 調査期間：平成25年8月～平成26年2月

3. 調査内容

- 1) 基本属性：年齢、性別、社会経験の有無、編入生または学部生の有無
- 2) 志望動機尺度：竹本³⁾の看護系大学への入学の志望動機の構造を明らかにした尺度を使用した。この尺度は、「ゆとり」「看護志向」「大学の経済価値」「学力」「消極的動機」「他者の勧め」の6因子からなる尺度で、22項目で構成されていた（表1）。評定は「とてもそうだ」から「全くない」の5件法で求めた。得点が高いと志望動機が高いことを示す。
- 3) 実習達成感尺度：草野ら¹⁶⁾が、実習に対し学生個人の欲求が充足されず、やれたという実感や達成感がなかったという内容の項目で作成した質問紙30項目に対して、本研究では、「実習に対し、やれたという達成感」について測定をすることにした。そこで、項目の表現を実習達成感を表す肯定的な表現に修正し「実習達成感」として使用した。この尺度の項目構成は、「患者関係」「学習環境」「看護過程」「到達感」「指導者」「担当教員」の6因子から構成されていた（表2）。評定は、「とてもそう思う」から「全くそう思わない」の5件法で求めた。得点が高いほど実習達成感が高いことを示す。
- 4) 看護職の職業的アイデンティティ尺度：藤井ら¹⁷⁾のアイデンティティの感覚に焦点を当てた医療職用の職業的アイデンティティ尺度32項目のうち、遠藤ら¹⁸⁾が選んだ20項目で「看護職の選択と成長への自負」「看護職観の確立」「看護職として必要とされることへの自負」「社会貢献への志向」の4因子で構成されていた（表3）。「非常にあてはまる」から「全くあてはまらない」までの7件法で評定した。得点が高いほど、看護職の職業的アイデンティティ

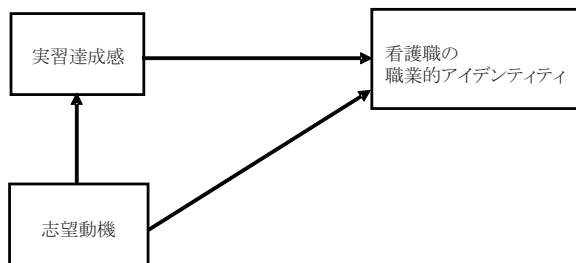


図1 志望動機、実習達成感、看護職の職業的アイデンティティの関係

が高いことを示す。

調査結果の分析は、統計ソフトSPSS Statistics base 22.0、Amos22.0を用いて、相関分析および共分散構造分析を行った。分析結果は、5%以下を有意水準とした。

4. 用語の定義

志望動機：看護学生の看護大学への入学を志望した動機

実習達成感：臨地実習に対して、看護学生個人の欲求が満たされ、やれたという達成感

看護職の職業的アイデンティティ：看護職を自分の職業として受け止め、価値あるものとする肯定的な感覚

5. 倫理的配慮

看護学科の責任者の了解を得た後、対象への研究の説明文、質問紙を郵送し本研究とは関係のない教員により学生に提示してもらい、対象学生の回答をもって調査協力の同意を得たものとした。また、収集したデータは匿名性、守秘義務を遵守し、A大学倫理審査委員会承認を得た（第349号）のち実施した。

Ⅲ. 結果

表1. 志望動機尺度の因子別質問項目

ゆとり
1)一般教養の勉強がしたかった
2)大学生活を楽しみかった
3)大学でサークル活動やバイトがしたかった
4)大学に憧れていた
5)大学卒業後の選択肢が増えると思った
6)ゆとり勉強がしたかった
看護志向
7)専門的に看護学を学びたかった
8)看護職を目指そうと思った
9)多くの知識を身につけたかった
10)医療系の学部に進みたかった
大学の経済価値
11)大学卒のほうが給料が高いと思った
12)見栄のため
13)将来の就職に有利だと思った
学力
14)受かりそうな大学・学部を選んだ
15)入学した大学・学部と自分の成績が一致した
16)進学校に在学していた
消極的動機
17)大学で勉強したかった
18)大学に行くのは当たり前だと思っていた
19)とりあえず大学に入学したかった
他者の勧め
20)家族や親類に看護師や医師など医療職がいた
21)親や親族に勧められた
22)高校までの教師に勧められた

質問紙の回収数174名（回収率71%）のうち、欠損値を除いた154名を分析対象者とした。

1. 基本属性

女性が147名、平均年齢21.9歳（SD=1.24）、社会人経験の有りが2名、編入生が21名、学部生が126名で、男性が7名、平均年齢24歳（SD=4.92）、社会人経験の有りが1名、編入生が5名、学部生が2名であった。

2. 志望動機、実習達成感、看護職の職業的アイデンティティの基本統計

志望動機、実習達成感、看護職の職業的アイデンティティの関係について、相関分析の結果を表4に示す。志望動機、実習達成感、看護職の職業的アイデンティティのそれぞれの尺度の項目の合計得点に対しての平均値を尺度の得点とした。相関係数は、「志望動機」と「実習達成感」、「実習達成感」と「看護職の職業的アイデンティティ」でそれぞれ有意な正の関係（ $r = .25, p < .01$; $r = .49, p < .01$ ）が示され、「志望動機」が高いと「実習

表2. 実習達成感尺度の因子別質問項目

患者関係
1)患者とコミュニケーションがとれた
2)患者の心理が理解できた
3)患者が自分を必要としてくれた
4)患者は実施したケアに満足してくれた
5)患者に施したケアは効果的であった
学習環境
6)病棟の人間関係はよかった
7)物品は充実していたので実習しやすかった
8)グループのチームワークは良かった
9)他に課題は多かったが実習に専念できた
10)専任の指導者がいてくれたので安心して実習できた
看護過程
11)障害された過程を捉えることはできた
12)情報分析はできた
13)情報の分析を看護問題につなげることができた
14)分析の看護の必要性を計画につなげることができた
15)計画の実施、評価修正ができた
到達感
16)看護技術はたやすくできた
17)カンファレンスはうまくできた
18)実習目標への到達感があった
19)積極的、意欲的に取り組めた
20)失敗や反省は次に活かさせた
指導者
21)指導者は疑問に対し、理論的に答えてくれた
22)指導者が技術面で一緒にしてくれた
23)指導者は記録に対してコメントしてくれた
24)指導者からほめられた
25)失敗したとき、指導者はやさしく指導してくれた
担当教員
26)教員はできたところをほめてくれた
27)教員は分析などをわかりやすく説明してくれた
28)教員は患者関係で方向性を示してくれた
29)教員は気にかけて声をかけてくれた
30)教員は師長と実習調整してくれた

表 3. 看護職の職業的アイデンティティ尺度の因子別質問項目

<p>看護職の選択と成長への自負</p> <p>1)私は看護職になることが自分らしい生き方だと思う 2)私は看護職を生涯続けようと思う 3)私は看護職以外の仕事は考えられない 4)私は看護職を選択したことはよかったと思う 5)私は看護職を志す学生であると他人に誇りをもって言うことができる</p> <p>看護職観の確立</p> <p>6)私は看護職のあり方について自分なりの考えを持っている 7)自分がどんな看護師になりたいかはっきりしている 8)自分がどんな看護をしたいかはっきりしている 9)私は自分らしい看護をしていくことができると思う 10)将来自分らしい看護ができるようになると思う</p> <p>看護職として必要とされることへの自負</p> <p>11)私は看護職としてこれまでもこれからも多くの人に必要とされていると思う 12)私は看護師として医療チームの一員として今後ますます必要とされると思う 13)私は看護者として患者に必要とされていると思う 14)私は看護師として背景に独自の学問体系をもっている 15)私は看護職として医療の世界で不可欠な存在であると思っている</p> <p>社会貢献への志向</p> <p>16)私は看護職として医療の発展に貢献していきたい 17)私は看護職として看護の世界の発展に貢献していきたい 18)私は看護職として社会に貢献していきたい 19)私は看護職として患者に貢献していきたい 20)私は看護職として患者の願いに応えたいと思っている</p>
--

達成感」が高められ、「実習達成感」が高いと「看護職の職業的アイデンティティ」が高かった。しかし、「志望動機」と「看護職の職業的アイデンティティ」との相関関係は示されなかった。

3. 志望動機、実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの関係を示すモデルの検討

志望動機、実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの関係モデルに対して共分散構造分析を行った。その結果、志望動機から実習達成感を介した看護職の職業的アイデンティティへの効果を示し、志望動機から看護職の職業的アイデンティティの直接の影響がないというモデルが示された(図2)。しかし、実習達成感に志

望動機が影響する説明率は6%であった。モデルの各適合度の指標は、 $\chi^2(192)=.661$ (ns)、GFI=.999、AGFI=.995、CFI=1.000、RMSEA=.000の値が得られた。 χ^2 は有意な値を示さず、GFIとAGFIは共に1に近い値を示した。さらにRMSEAが0.1以下の値であった。

IV. 考察

本研究では、志望動機、実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの関係について相関係数で分析を行った。その結果、志望動機と実習達成感、実習達成感と看護職の職業的アイデンティティに関係が認められた。志望動機と実習達成感の関係については、看護大学へ入学してくる看護学生の志望動機が高いと、実習達成感が高められる傾向を示した。従来の研究では報告されていないが、志望動機と実習達成感が弱い相関関係であったことから、志望動機は、実習達成感に対してそれほど影響を与えていなかったと考えられた。

次に、実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの関係の検討について、実習達成感は看護職の職業的ア

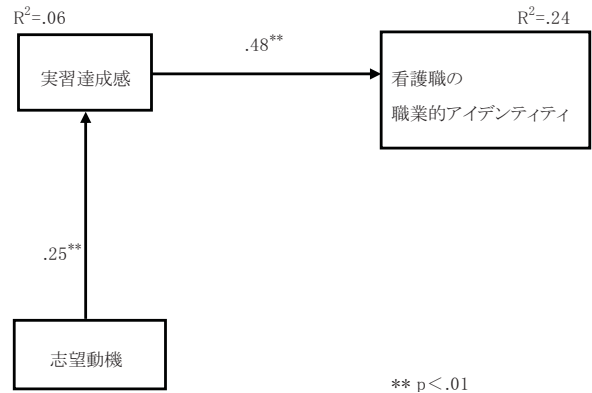


図2 実習達成感を介した志望動機と看護職の職業的アイデンティティの関係 (n=154)

表 4 志望動機、実習達成感、看護職の職業的アイデンティティの相関係数 (n=154)

	志望動機	実習達成感	看護職の職業的アイデンティティ	平均	SD	α
志望動機	-			3.59	.48	.76
実習達成感	.25**	-		3.59	.38	.90
看護職の職業的アイデンティティ	.15	.49***	-	4.88	.94	.95

*** p<.001,** p<.01

アイデンティティと関連があることが認められた。これは、辻田ら¹³⁾の実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの関係に類似していた。実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの正の関係から、実習達成感が看護職の職業的アイデンティティに効果的な影響を及ぼしたと考えられた。先行研究で、志望動機と看護職の職業的アイデンティティの関係¹⁵⁾の報告がある。しかし、本研究では、看護学生の志望動機が、看護職の職業的アイデンティティへの影響要因ではなかったと考えられた。

さらに、志望動機、実習達成感と看護職の職業的アイデンティティの関係を示すモデルを共分散構造分析で検討した。その結果、志望動機から実習達成感を介した看護職の職業的アイデンティティへの間接効果のモデルが示され、志望動機と看護職の職業的アイデンティティの直接効果は支持されなかった。つまり、看護職の職業的アイデンティティは、志望動機から強い影響は受けていなかったと考えられた。看護職に対して職業的モデルをもつ学生は看護職の職業的アイデンティティが高く¹⁹⁾、また、自己教育力と看護職の職業的アイデンティティの関係²⁰⁾は強いことが報告されている。よって、看護職の職業的アイデンティティに影響を及ぼしたのは、志望動機よりも、看護学生の学習環境や看護学生自身の学習意欲などであったと考えられた。

本研究で明らかとなった、志望動機から実習達成感を介した看護職の職業的アイデンティティへの効果を示すモデルの各適合度指標は、良好な値を示した。以上より、志望動機は実習達成感に影響を与え、さらに、実習達成感も看護職の職業的アイデンティティに対して影響力を持つことが明らかとなった。このことから、志望動機と看護職の職業的アイデンティティの関係は、実習達成感を媒介することによって説明できると考えられた。

実習達成感への影響に対して、志望動機が支持されたことは、看護を学びたい、看護職に就きたいという志望動機が実習達成感に影響したと考えられた。看護学生は、さまざまな志望動機をもち看護大学へ入学する³⁾⁴⁾⁵⁾。しかし、動機はさまざまであっても、入学前から看護を学ぶ意欲はもっていたことが考えられた。つまり、入学後も、その看護を学ぶ意欲が、臨地実習において効果を上げた可能性が考えられた。しかし、実習達成感への影響に対する説明率が6%であったことは、志望動機以外の仲間や教員、学内での講義、看護学生の生活環境などさまざまな要因が実習達成感に影響を与えたと考えられた。よって、実習達成感を強めるための教育には、看護学生の入学前からの志望動機を大切に、入学後においても、学習意欲が高められる教育支援をしていくことが重要であると考えられた。

実習達成感が看護職の職業的アイデンティティに影響を及ぼした。これは、臨地実習において、患者や家族を

通した援助の体験から、看護の援助者としてのあり方を学ぶ過程で、看護職に対する自信や成長、看護観の確立につながったものと考えられた。看護職の職業的アイデンティティを測定した研究では、看護職の職業的アイデンティティは1年次が最も高く、2年次で大きく低下し、3年次で再び高くなる²¹⁾ことが報告されている。本研究の分析対象は、各論実習を終了した4年生の看護学生であった。このことから、4年間の過程の中で、看護に対する興味や看護職の醍醐味が蓄積されたため、看護職に対する肯定的イメージが形成され、看護職の職業的アイデンティティの効果へとつながったと考えられた。

しかし、看護学生は臨地実習で、対人的、物理的、組織的な実習環境からさまざまなストレスを受けている²²⁾。患者や指導者、教員などとの人間関係や、看護過程の学習などの要因が実習達成感に影響を与えやすい¹⁶⁾²³⁾。そのため、看護学生が看護のすばらしさを実感し、看護職を自己のものへと確立できる教育支援が必要である。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、まず、志望動機と看護職の職業的アイデンティティとの関係が捉えられなかったことである。理由として、各論実習を終えた4年生に入学時の振り返りをさせるといった想起法に基づく質問紙調査のため、変数にバイアスが生じた可能性が推察された。次に、質問紙は無記名で、本研究とは関係のない教員により学生に提示してもらったが、学生にとっては直接教育を受けている教員であることから、結果にバイアスがかかった可能性を考慮しておく必要がある。

さらに、本研究で使用した竹本²⁾の志望動機尺度は、「ゆとり」「看護志向」「大学の経済価値」「学力」「消極的動機」「他者の勧め」の6因子で構成されていた。看護志向以外の因子を含めた合計得点を志望動機の高さとした評定方法には限界がある。

今後、縦断的調査や調査対象者、調査時期などを考慮し、さらに、実習達成感を規定する要因及び看護職の職業的アイデンティティを規定する要因について検討していくことが課題である。

VI. 結論

看護学生の入学の志望動機が実習達成感を介することで看護職の職業的アイデンティティ形成が促進された。さらに、看護職の職業的アイデンティティは、志望動機よりも実習達成感の影響のほうが強いことが示された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査に快くご協力してくださいました看護大学の教員の皆様ならびに学生の皆様に深謝いたします。

文 献

- 1) 池上真由美, 中桐佐智子, 岡本陽子: 看護学生の志望動機や満足感が学習態度に及ぼす影響, *インターナショナルNursing Care Research*, 11(1), 143-153, 2012.
- 2) 榎本朋子, 田邊美津子: 看護学生の入学動機と自己教育力との関連, *川崎医療短期大学紀要*, 32, 7-13, 2012.
- 3) 竹本由香里: 看護学生の看護系大学への進学志望動機の検討, *宮城大学看護学部紀要*, 11 (1), 13-20, 2008.
- 4) 石井俊行, 坪井敬子: 看護系大学1期生の志望動機と看護に関する捉え方, *インターナショナルNursing Care Research*, 8 (1), 2009.
- 5) 安藤正子, 神山とき江, 有井良江他: 看護専門学校における学生の実態調査—看護を志した動機に焦点をあてて—, *看護教育*, 第29回, 24-26, 1998.
- 6) グレック美鈴: 看護における1重要概念としての看護婦の職業的アイデンティティ, *Quality Nursing* 6 (10), 53-58, 2000.
- 7) 飯島佐知子, 賀沢弥貴, 平井さよ子: 自己効力感および職業レディネスによる看護大学生の看護管理実習の効果の評価に関する研究, *愛知県立看護大学紀要*, 14, 9-18, 2008.
- 8) 石光美美子, 古谷剛, 林美奈子: 看護大学生の半年間にわたる臨地実習前後の社会的スキルの変化, *目白大学健康科学研究*, 5, 61-66, 2012.
- 9) 安藤誌乃, 加世田有季, 中越登子他: 臨地実習前後における看護観の変化—看護学生の患者の捉え方に対する考え方の比較—, *バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌*, 10(2), 1-7, 2008.
- 10) マイマイティ パリダ, 紙屋克子, 本多陽子他: 実習直前指導が実習への姿勢と実習後の職業的アイデンティティに及ぼす影響, *茨城県立医療大学紀要*, 11, 55-64, 2006.
- 11) マイマイティ パリダ, 落合幸子, 池田幸恭他: 職業的アイデンティティを高める実習直前指導が看護学実習での学びに及ぼす効果, *茨城県立医療大学紀要*, 14, 77-86, 2009.
- 12) 古宇田美美, 大黒理恵, 佐藤初美他: 早期体験実習が看護学生の職業的アイデンティティ形成に及ぼす影響, *お茶の水看護学雑誌*, 4 (1), 15-21, 2009.
- 13) 辻田大介, 入山茂美, 高橋美和: 看護教育研究 看護学生の実習達成感と職業的アイデンティティの関連, *看護教育*, 52 (1), 42-46, 2011.
- 14) 上田伊佐子, 近藤春江, 山本美佐子他: 5年一貫課程の看護学生の「職業的アイデンティティ」の経年的変化と臨地実習が与える影響, *看護教育*, 51 (8), 702-707, 2010.
- 15) 河村彰美, 中川雅子, 藤田淳子他: 看護学生における看護婦のアイデンティティ形成と志望理由・学習進度との関係, *京都府立医科大学医療短期大学部紀要*, 10 (1), 91-99, 2000.
- 16) 草野ひとみ, 吉川千鶴子, 佐久間良子他: 充実しなかったと学生が判断した学習の影響要因—2年次・3年次の学生間での比較—, *看護教育*, 第31回, 164-166, 2000.
- 17) 藤井恭子, 野々村典子, 鈴木純恵他: 医療系学生における職業的アイデンティティの分析, *茨城県立医療大学紀要*, 7, 131-142, 2002.
- 18) 遠藤恭子, 米澤弘恵, 石綿啓子他: 基礎看護学実習IIが看護学生の思いやり行動と看護職アイデンティティに及ぼす影響, *獨協医科大学看護学部紀要*, 4, 19-31, 2010.
- 19) 落合幸子, 本多陽子, 藤井恭子他: 医療系学生における職業的アイデンティティの形成と教育—職業的モデルがいると職業的アイデンティティと自己効力感は高まるか—, *日本教育心理学会*, 47, 132, 2005.
- 20) 原厚子, 中沢みな子: 本校学生の自己教育力の現状と看護職アイデンティティの関係, *日本看護学会論文集 看護教育*, 29, 153 - 155, 1998.
- 21) 波多野梗子, 小野寺杜紀: 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化, *日本看護研究学会雑誌*, 16 (4), 21 - 28, 1993.
- 22) 奥百合子, 常田佳子, 小池敦: 看護学生の臨地実習におけるストレス, *医学と生物学*, 155 (10), 705 - 712, 2011.
- 23) 原田秀子: 臨地実習における看護学生の達成感に影響する要因の検討, *山口県立大学部紀要*, 8, 93-98, 2004.

(Summary)

The Relationship between Motivation for Applying, Feeling of Achievement after Nursing Practice and Vocational Identity among Student Nurses

Background Students in nursing colleges have various individual motivations but they share the same career prospects in nursing. Previous studies have reported the relationship between motivations for applying and vocational identities as well as between clinical practices and vocational identities. However, there has been no study that verifies the relationship between the students' motivations for applying for nursing colleges and their vocational identities in nursing, which is formed through the feeling of achievement after nursing practices.

Objective The study investigated a hypothetical model that assumed the motivations for applying for nursing colleges would affect vocational identities via the feelings of achievement after nursing practices.

Method A self-completed questionnaire (delivery and collection method) was conducted for 245 fourth-year nursing students in 3 nursing colleges in Kinki area from August 2013 to February 2014. The relationships between the motivations for applying, the feelings of achievement after nursing practices and the vocational identities were examined.

Results 174 responses were returned (collection rate of 71%). Among which 154 complete responses, without missing information, were used in the study. While the correlation analysis of

variables showed significant and positive correlations ($r=.25, p<.01$; $r=.49, p<.01$) between 'motivation for applying' and 'feeling of achievement after nursing practice' as well as 'feeling of achievement after nursing practice' and 'vocational identity', no significant correlation was found between 'motivation for applying' and 'vocational identity'. A covariance structure analysis was also carried out on the hypothetical model that assumed the motivations for applying for nursing colleges would affect vocational identities via the feelings of achievement after nursing practices. The result showed the model's suitability, demonstrating that motivations for applying for nursing colleges would enhance vocational identities via the feelings of achievement after nursing practices.

Conclusions The study demonstrated that higher motivations for applying would strengthen the feelings of achievement after nursing practices, and further, enhance vocational identities in nursing. It suggested the needs for strengthening the educational supports that would heighten the students' initial motivations as well as the feelings of achievement after nursing practices in order to enhance vocational identities in nursing.

Key Words Motivation for Applying Feeling of Achievement after Nursing Practice Vocational Identity

論 文

脳卒中患者のセルフマネジメントの困難 —脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の 語りからの検討—



片山 将宏¹⁾、横井 和美²⁾、奥津 文子³⁾

¹⁾ 生長会 ベルランド総合病院

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

³⁾ 関西看護医療大学

背景 脳卒中は、死亡原因では、がん、心疾患、肺炎について第4位である。また、寝たきりになる可能性の高い疾患の1位であることは知られている。現在、脳卒中患者は、入院期間の短縮化により、療養の場を早期から在宅に移行している。しかし、脳卒中患者のセルフマネジメントでの困難については、これまで明らかにされていなかった。

目的 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師（以下、認定看護師と略す）を対象に、支援者から見た脳卒中患者におけるセルフマネジメントの困難を明らかにすることである。

方法 研究デザインは質的因子探索型研究である。現在、病院勤務で、退院指導に携わっている認定看護師10名を対象に半構成的面接を行った。データ分析には、スーパーバイズを受け、分析の信頼性と妥当性の確保を務めた。

結果 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難については、539のコード、27のサブカテゴリ、9のカテゴリーを抽出した。

9のカテゴリーは以下のとおりである。①〈病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる〉、②〈精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい〉、③〈セルフマネジメントを左右する経済的余裕〉、④〈患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない〉、⑤〈退院後に継続して支える支援者の不足〉、⑥〈再発について十分な理解を得ることの難しさ〉、⑦〈認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい〉、⑧〈セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない〉、⑨〈チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備〉であった。

結論 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、9のカテゴリーから、【脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題】、【患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状】、【脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立できていない】に大別できると考えた。

キーワード 脳卒中 セルフマネジメントの困難 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師

Difficulty of a stroke patient's self-management -Examination of word Rika and others, stroke rehabilitation nursing certified nurse -

Masahiro Katayama¹⁾, Kazumi Yokoi²⁾, Ayako Okutsu³⁾

¹⁾Bell land General Hospital

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

³⁾Kansai University of Nursing and Health Sciences

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：片山 将宏

生長会 ベルランド総合病院

住 所：阪府堺市中区東山500-3

e-mail : m_katayama@seichokai.or.jp

I. 緒 言

脳卒中は、日本人の死亡原因として、がん、心疾患、肺炎について第4位であり、高齢者の急激な増加に伴い2020年には、約300万人まで患者数が増加すると見込まれている。また、寝たきりになる可能性の高い疾患の第1位であるが、入院期間の短縮化により、早期から療養の場を在宅に移行している。脳卒中患者・家族が、在宅療養生活を継続するため、サポート体制の充実がますます求められる。

脳卒中は、再発をくり返す疾患である。「脳梗塞においては年間5～15%、脳出血においては年間2～3%が

再発する¹⁾と述べている。しかし、「セルフマネジメントにより、再発予防が可能である²⁾」と報告がある。

これらの背景から、脳卒中患者に携わる看護師の役割は、再発予防を含めた在宅療養生活の支援が、重要になると考えた。

これまでの脳卒中患者を対象にした看護研究を文献検索した結果、リハビリテーションや日常生活等の入院生活に関する内容が全体の67.5%を占めていた。また退院後の療養生活で重要と考えたセルフマネジメント、再発に関する内容の看護研究はそれぞれ3件(0.6%)と、研究は進んでいなかった³⁾。この要因には、脳卒中患者の特徴に、認知障害など高次脳機能障害があり、自分の病気を理解することが難しく、他の慢性疾患のように、患者自身でセルフマネジメントを行うことが困難だと考えた。

セルフマネジメントの研究では、服薬の自己管理の基準に機能的自立度評価表(Functional Independence Measure 以後、FIMと略す)の認知3項目(理解・記憶・問題解決)に注目した研究⁴⁾や、脳梗塞患者の基礎疾患に対するセルフマネジメントに注目した研究が行われた⁵⁾。また、服薬の自己管理の基準に、FIM以外の尺度を用いた研究が行われていた⁶⁾。そして、患者の認知・意欲・健忘の有無がセルフマネジメントに影響していることが示されていた。

再発の研究では、退院指導の方向性⁷⁾や、患者自身が再発を脅威と考え、生活習慣の改善を望んでいること⁸⁾、再発を経験した患者の思い⁹⁾について示されていた。

しかし、これまでの研究では、脳卒中患者のセルフマネジメントについての困難は、明らかにされていない。今回、脳卒中患者の退院指導の役割を担っている脳卒中リハビリテーション看護認定看護師(以下、認定看護師と略す)を対象に、支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難を明らかにしたいと考えた。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的因子探索型研究

2. 研究対象

日本看護協会ホームページで登録されている全185名の認定看護師(2012年4月現在)のうち、脳卒中患者の退院指導に携わっており、研究の趣旨に同意が得られた認定看護師10名を対象者とした。

3. 研究期間

倫理審査委員会承認後の平成23年12月15日から平成24年12月末日。

4. データ収集方法

プライバシーが確保できる個室にて半構成的面接を行った。セルフマネジメントの概念¹⁰⁾をもとに作成したインタビューガイドを使用し、30分~1時間の面接を実施した。

対象者に承諾を得た上でICレコーダーに録音し、その上で逐語録を作成し、分析データとした。

5. 用語の定義

セルフマネジメントとは、①症状マネジメント②兆候マネジメント③ストレスマネジメントのための方法を身につけること¹¹⁾。

困難とは、物事をするのが非常に難しい事。苦しみ悩む事。苦勞する事。(大辞泉)

6. インタビューガイド

- 1) 認定看護師から観て、患者が症状マネジメントしていくことに対して困難と考えることは何ですか?
- 2) 認定看護師から観て、患者が兆候マネジメントに対して困難と考えることは何ですか?
- 3) 認定看護師から観て、患者がストレスマネジメントに対して困難と考えることは何ですか?

7. 分析方法

逐語録からセルフマネジメントの困難についての内容を抽出し、収集したデータから共通性や差異性で分類・整理しコード化した。

対象者と研究者の間で整合性を高めるために、対象者にもメンバーチェックに加わってもらった。データ分析には、スーパーバイズを受け、分析の信頼性と妥当性の確保を務めた。

8. 倫理的配慮

対象者に、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。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を保障した。本研究は、滋賀県立大学研究に関する倫理委員会(平成23年12月15日受付 第255号)の承認を得た。

III. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、認定看護師10名である(表1)。看護師経験年数は10年から21年であった。認定看護師の経験年数は、2年(2010年度取得者)3名、1年(2011年度取得者)7名であった。

表 1. 対象者の概要

所属部署	看護師 経験年数	認定看護 師経験年数
脳卒中ケアユニット(Stroke Care Unit 以下、SCUと略す)	14年	1年
SCU	10年	2年
SCU	11年	1年
急性期病棟	15年	1年
亜急性期病棟	10年	1年
回復リハビリテーション期病棟	19年	1年
回復リハビリテーション期病棟	17年	2年
SCU	21年	2年
急性期病棟と週1回の認定看護師外来	18年	1年
急性期病棟と週1回の認定看護師外来	15年	1年

2. 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難について

支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、539のコード、27のサブカテゴリー、9のカテゴリーを抽出した(表2)。

9のカテゴリーは《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》、《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》、《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》、《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》、《退院後に継続して支える支援者の不足》、《再発について十分な理解を得ることの難しさ》、《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》、《

表 2. 支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難

カテゴリー	サブカテゴリー
1) 病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる	(1) 認知に問題がある患者にはセルフマネジメント指導に限界がある
	(2) 身体機能の低下は日常生活を乱している
2) 精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい	(1) 患者に病気と向き合う精神的余裕がない
	(2) 脳卒中を患うと社会生活が狭まる
	(3) ストレス対処支援が難しい
3) セルフマネジメントを左右する経済的余裕	(1) 療養生活と仕事・家庭との両立が難しい
	(2) セルフマネジメントより経済的問題を優先する患者
4) 患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない	(1) 社会資源を投入しても患者の不自由さはなくなる
	(2) 蓄積していく家族の疲労・心労
	(3) 介護に対する家族の負担感
5) 退院後に継続して支える支援者の不足	(1) 発病前から続く家族関係の希薄さが及ぼす悪影響
	(2) 困ったときに身近にタイムリーに相談に応じられる体制がない
	(3) 退院した患者が地域でどのように暮らすかが見えにくい
	(4) セルフマネジメントを継続させるための支援者が必要
6) 再発について十分な理解を得ることの難しさ	(1) 軽症患者への支援の希薄さ
	(2) 患者・家族の再発に対する認識の低さ
	(3) 生活に気を付けていても再発する現実
7) 認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい	(1) セルフマネジメントの内容が難しい
	(2) 認定看護師でも判断が難しい
	(3) 自覚症状の乏しいため指導が難しい
8) セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない	(1) セルフマネジメント支援が一筋縄では行かないと感じている
	(2) 患者・家族の個別性に合った指導が難しい
9) チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備	(1) セルフマネジメント支援には時間と労力がある
	(1) 認定看護師の力の限界
	(2) 一般看護師もセルフマネジメント支援が十分に行えない現状がある
	(3) チーム医療が成立されにくい現状
	(4) シームレスな情報提供の難しさ

セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》、《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》であった。以下抽出された各カテゴリーを説明する。なお、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉、対象者の語った内容を代表的なデータとして「 」と、語りの補足は（ ）で示す。

1) 《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》

《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》には、〈認知に問題がある患者にはセルフマネジメント指導に限界がある〉、〈身体機能の低下は日常生活を乱している〉の2つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 認知に問題がある患者にはセルフマネジメント指導に限界がある

脳卒中に伴う意識障害、高次脳機能障害、認知症により患者自身でセルフマネジメントしていくことが出来なくなることを示す。以下が代表的な語りである。

「その人は記憶障害もあって説明しても5分後に忘れてしまって。たとえばバナナを食べて5分後に、バナナを買いに行くと言われコンビニに行かれようとして。さっき食べていましたよ、1日1本にしませんか？と伝えても覚えていない話なので。それを本人に伝えていく困難さをすごく感じました。」

(2) 〈身体機能の低下は日常生活を乱している〉

運動麻痺などの後遺症や、高齢化、鬱、筋力低下などが原因で活動が低下することを示す。以下が代表的な語りである。

「在宅に帰られると運動量も減るので筋力が落ちて、なんで車椅子に座っているの？という方も何人かいます。鬱でなくてもいます。」

2) 《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》

《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》には、〈患者に病気と向き合う精神的余裕がない〉、〈脳卒中を患うと社会生活が狭まる〉、〈ストレス対処支援が難しい〉の3つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 〈患者に病気と向き合う精神的余裕がない〉

突然の身体の変化に対して、患者・家族が受け入れられない、もしくは病気を重く受け止めすぎしてしまう、鬱など、セルフマネジメントすることが出来なほど精神的に追い詰められることを示す。以下が代表的な語りである。

「多く聞かれるのは、自分の身体がダメになって情けないと。情けないという声を一番よく聞きます

ね。申し訳ないプラス情けないですかね。」

(2) 〈脳卒中を患うと社会生活が狭まる〉

言語障害や麻痺などの身体症状や、退職後で元々社会とのつながりがほとんどない患者が退院後に新たに人との交流を築くことが困難なことを示す。以下が代表的な語りである。

「病気になったから役割をすべて取り上げられた。火事になるから家事をしなくていいよ。掃除しなくていいよ、となるとその人自身が皆から、私は何もさせてもらえない、あちこち一人で行ったらダメなの？なんでそんなことを言うの？って、患者さんが訴えて。」

(3) 〈ストレス対処支援が難しい〉

脳卒中患者が、日常的にストレスを抱えていても解消することが難しく、ストレスを解消されにくいことを示す。以下が代表的に語りである。

「職場でお話する友達もいなくて、1カ月の外来で1時間半話すのが唯一の話す時間だといいますね。奥さんともほとんど話をしないと。」

3) 《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》

《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》には、〈療養生活と仕事、家庭との両立が難しい〉、〈セルフマネジメントより経済的問題を優先する患者〉の2つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 〈療養生活と仕事・家庭との両立が難しい〉

脳卒中患者が、仕事・家庭復帰した後、体調管理より仕事や家事を優先してしまうことを示す。以下が代表的な語りである。

「このくらいの年齢（40歳代）だと管理職をしていて、まとめる方が多くなりますし。仕事の付き合いも断るわけにはいかないとっていた方もいました。」

(2) 〈セルフマネジメントより経済的問題を優先する患者〉

脳卒中患者が、何らかの経済的な問題を抱えており、セルフマネジメントより経済的な問題を優先しないと生活自体が困難になることを示す。以下が代表的な語りである。

「t-PAをして、ほとんど（麻痺など）何も残されずに帰られたものの、その後の通院を止めてしまった。その原因は、どうも派遣会社で休めない。でも自分の身体は動いている。通院しなくても別に支障がないという（患者の）判断で再発され、もっと重篤な症状になられた方が実際にいらっしゃいました。」

4) 《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》

《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》には、(社会資源を投入しても患者の不自由さはなくなる)、蓄積していく家族の疲労・心労、〈介護に対する家族の負担感〉の3つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 社会資源を投入しても家族の不自由さはなくなる

脳卒中患者が訪問看護などのサービスを受けられていても、日々の生活が不自由であることを示す。以下が代表的な語りである。

「あまり動かなかったと言う事をよく聞いていました。動きたい時に動けないだよと言っていて、そういう意味でトイレも一人で行けないので、例えばヘルパーさんが来るまでじっとしていると、我慢していたとかは伺いましたね。」

(2) 蓄積していく家族の疲労・心労

要介護状態の患者を介護している家族が、頑張っている姿を人から認められない、家族の介護疲れや、患者の衰えていく様子を向き合い続けなければならない状況から息抜きも出来ず、どんどんと家族自身が疲弊していることを示す。以下が代表的な語りである。

「息子さんの立場で考えたら。なんでこんなことになったのだろう？と。前に出来ていたのにと(思いが)あつて。お母さんが日付や名前が言えないのを前には腹が立っていたのですが、今は笑ってしまうという息子さんの精神状態も辛いです。」

(3) 介護に対する家族の負担感

介護者が高齢者で、さらに介護者自身も認知症を患っていても、兄弟や息子、親戚から介護を十分に手伝ってもらえないような状況の中で生活している様相を示す。以下が代表的な語りである。

「どうしてもお薬や食事、水分は、入院している時は1日水分1リットル飲むように工夫しますが。その人が老夫婦で、家に帰った時に夜間のトイレに行くわずらわしさと介助する人への気遣いもあって水分を控えてしまう。」

5) 《退院後に継続して支える支援者の不足》

《退院後に継続して支える支援者の不足》には、〈発病前から続く家族関係の希薄さが及ぼす悪影響〉、〈困った時に身近にタイムリーに相談に応じられる体制がない〉、〈退院した患者が地域でどのように暮らすかが見えにくい〉、〈セルフマネジメントを継続させるための支援者が必要〉の4つのカテゴリーを含めた。

(1) 発病前から続く家族関係の希薄さが及ぼす悪影響

患者自身が独居の場合や、何らかの理由で家族と

疎遠な状況により患者をサポートできないことを示す。以下が代表的な語りである。

「独居はダメです。どうせ、俺は一緒やと言って全然ダメです。毎回同じ説明しても一緒に、無理だから違うことを考えないといけないと思って。だから言い方を変えたりしますが。」

(2) 困った時に身近にタイムリーに相談に応じられる体制がない

脳卒中患者・家族が、日々の生活の中で心配していることや悩みをすぐに相談できないので、相談できる方法を模索しながら生活していることを示す。以下が代表的な語りである。

「(退院後に病棟に顔を出すのは) たぶん注意の一言が欲しいのだと思います。だれかに注意されないとちゃんとしないとか。あとは確かにこれをしていいか？これはどうなのか？とか。」

(3) 退院した患者が地域でどのように暮らすかが見えにくい

認定看護師がセルフマネジメント支援を行うが、退院後の療養生活に携われないケースも多い。そのため、退院後の患者・家族の支援が十分だったかを振り返られないことを示す。以下が代表的な語りである。

「ここは退院しても外来に通う方も少なく。外来リハビリはここではしていませんし。だから退院してからの患者さんがどうしているかというフォローできていないと私も感じますし、病院の中でも感じています。」

(4) セルフマネジメントを継続させるための支援者が必要

脳卒中患者が、セルフマネジメントを継続するためには支援者が必要不可欠であることを示す。以下が代表的な語りである。

「脳卒中の3年前、5年前、10年前に発症した患者さんの今の生活を見て、その人の前向きな意見を聞くことで、患者さんも先のイメージがつくと思います。患者会のようなものもそんなに多くはないかもしれないので。ここの病院も外来がないので支援の会が作れないのも私のジレンマです。」

6) 《再発について十分な理解を得ることの難しさ》

《再発について十分な理解を得ることの難しさ》には、〈軽症患者への支援の希薄さ〉、〈患者・家族の再発に対する認識の低さ〉、〈生活に気を付けていても再発する現実〉の3つのカテゴリーを含めた。

(1) 軽症患者への支援の希薄さ

脳卒中でも麻痺などの重篤な後遺症を残さない場合、セルフマネジメント支援をほとんど受けられな

いまま、もしくは支援しても再発を自覚されないまままで退院されることを示す。以下が代表的な語りである。

「もうなんか、人ごとのような感じですよ。特に症状が軽かった方は運ばれた時に軽い麻痺があっても、麻痺が軽減した場合は、また大丈夫だという思いから、どんなに指導しても人ごとのように聞いていますよね。」

(2) 〈患者・家族の再発に対する認識の低さ〉

脳卒中が再発する事実を患者・家族が認識するところまで理解が及んでいないことを示す。以下が代表的な語りである。

「どちらかといえば、楽観視しているというか。もう（脳卒中になって）悪くなったからこれ以上悪くはならないと考えて。」

(3) 〈生活に気を付けていても再発する現実〉

脳卒中患者・家族が再発の事実を認識し、日常生活に注意していたにも関わらず再発する、若しくは入院中で医療従事者が支援していても再発を免れないことがあることを示す。以下が代表的な語りである。

「きちんと守って、ちゃんとして生活していても、また再発した時に、言われた通りに薬を飲んでいるのに何で？と泣きながら言われたときに一番つらいですね。ちゃんとしているのに、家族もみんな協力しているのに何でと。」

7) 《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》

《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》には、〈セルフマネジメントの内容が難しい〉、〈認定看護師でも判断が難しい〉、〈自覚症状が乏しいため指導が難しい〉の3つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 〈セルフマネジメントの内容が難しい〉

脳卒中の再発予防で、一般的に言われている生活習慣の改善の内容自体が健常者でも難しいことを認定看護師も感じていることを示す。以下が代表的な語りである。

「理想と生活に乖離しているというか。こちらが指導しても、それ、あんたもできているのか？と言われかねない。」

(2) 〈認定看護師でも判断が難しい〉

ガイドラインで再発予防のエビデンスが示されているが、ガイドラインと脳卒中患者・家族の価値観は乖離している。セルフマネジメント指導をする認定看護師自身でもどこまで許容していいかの判断が難しいことを示す。以下が代表的な語りである。

「人によって価値観が大きく違っている方もいらして。煙草1本吸っても麻痺が悪化するという状況

の人がいたのですが、麻痺が残ってでも煙草が吸いたいと、そういう時には私たちはどう関わってあげばいいのだろうと考えて。」

(3) 〈自覚症状の乏しいため指導が難しい〉

再発予防のセルフマネジメントの多くは効果が見えにくく患者・家族にとって達成感が得られにくく、セルフマネジメントを継続するために工夫していることを示す。以下が代表的な語りである。「なんか目に見えて変わったとかではないです。塩分を下げたら血圧が下がるとか目に見えて効果があるといいですが、禁煙したとかですぐに何かが変わるものでないし、禁煙したら再発しないとも必ず言えないです。」

8) 《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》

《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》には、〈セルフマネジメント支援が一筋縄では行かないと感じている〉、〈患者・家族の個別性に合った指導が難しい〉、〈セルフマネジメント支援には時間と労力がある〉の3つのカテゴリーを含めた。

(1) 〈セルフマネジメント支援が一筋縄では行かないと感じている〉

脳卒中患者が、説明を受けたことを実践する難しさ、生活習慣を変えることの難しさを示す。以下が代表的な語りである。

「出血の可能性があるので血圧も測ってと言っても、その人は毎日4時に起きてA県まで仕事に行って、帰ってくるのは22時とかで。そんな生活している人に血圧を毎日測れとはいえず。再出血のサインを見逃したかと思って。そう考えるとちゃんとできなかつたかと思って。でも言えなかつたです。私も4時に起きて血圧測るのは無理です。」

(2) 〈患者・家族の個別性に合った指導が難しい〉

脳卒中患者の特徴に高齢者が多いことや、麻痺などの身体症状のある患者・家族に対して個別性を捉えた指導をしていくことの難しさを示す。以下が代表的な語りである。

「じゃあ運動習慣をどう？具体的にどうすればいいか？そういうものなかなか場所がないというか。具体的な内容を提示するのが難しいなと思うことが多いです。」

(3) 〈セルフマネジメント支援には時間と労力がある〉

食事、服薬、運動などの生活習慣を変えることは、健常な人でも難しいことであるが、脳卒中患者ではセルフマネジメント支援に多大な時間と労力があることを示す。以下が代表的な語りである。

「その中で飲み忘れを多々繰り返す患者さんもありまして、そういう患者さんは食事の薬を朝、昼、晩にすると大概昼が忘れてしまったりするので。夕方の1回にしてもらおうと家族も夕方だと見に行ける家族に合わせて大事な薬を先生に相談するとか。あとはウォールポケットにして見えるようにして管理して、ヘルパーさんが来た時に確認してもらうようにしたりしていますね。」

<p>1. 脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる ・精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい 	<p>2. 患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・セルフマネジメントを左右する経済的余裕 ・患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない ・退院後に継続して支える支援者の不足 	<p>3. 脳卒中患者のセルフマネジメントを継続する方法が確立できていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再発について十分な理解を得ることの難しさ ・認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい ・セルフマネジメント支援を継続させることが十分に出来ていない ・チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備
--	--	--

図1. 支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難

9) 《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》

《チーム医療としてのセルフマネジメント支援が整っていない》には、〈認定看護師の力の限界〉、〈一般看護師もセルフマネジメント支援が十分に行えない現状〉、〈チーム医療が成立されにくい現状〉、〈シームレスな情報提供の難しさ〉の4つのサブカテゴリーを含めた。

(1) 〈認定看護師の力の限界〉

認定看護師として活動していく中で、勤務上の理由や病院の特性などからセルフマネジメント支援に力の限界を感じていることを示す。以下が代表的な語りである。

「難しいですね。難しいです。引き継ぎで退院後のケアマネージャーさんに申し送りしても限界がありますし。私とその患者さんの在宅の場に直接訪れて、患者さんの顔を突き合わせて在宅で生活を一緒に共有して、家に帰ってからのサポートが出来るかと言ったら限界がありますよね。」

(2) 〈一般看護師もセルフマネジメント支援が十分に行えない現状〉

看護師が、多忙な業務の中でセルフマネジメント支援をする難しさや、看護師によって再発予防の知識にばらつきがあることを示す。以下が代表的な語りである。

「看護師自身も（患者の回復過程に）着目して、再発はどうしても後回しになるのがあるのかも知れません。」

(3) 〈チーム医療が成立されにくい現状〉

看護師だけではなく、医師や薬剤師、セラピスト等の他職種と協力してセルフマネジメント支援していくことの難しい現状を示す。以下が代表的な語りである。

「退院までに薬剤師から薬剤の指導、（管理）栄養士から栄養指導を受けて、その内容をカルテに記載しています。読んでみて私たちもできるのかなって正直思います。」

(4) 〈シームレスな情報提供の難しさ〉

現在、脳卒中患者は地域完結型の医療が主流となっ

ている。急性期を脱した患者が回復期リハビリテーション病院や訪問看護等に療養の場を変えることでセルフマネジメント支援を行う上での弊害や、施設が変わった時の情報不足などを示す。以下が代表的な語りである。

「地域完結型では、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、療養型もしくは在宅になりますが、例えば病院が変わるとケアマネジメントや病気のマネジメントが出来ているのかわからないのですね。」

IV. 考 察

支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、前述の9のカテゴリーから成ることが明らかになった。さらにそれぞれのカテゴリーの特徴から3つに大別した（図1）。大別された3つのカテゴリーから、支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難について考察する。（図1挿入位置）

1. 【脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題】

この節では、《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》、《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》の2つのカテゴリーを考察する。

1) 《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》

セルフマネジメントは、患者自身が管理者となって症状マネジメント、兆候マネジメント、ストレスマネジメントの方法を身につけることであるが、認知面に問題が生じることでセルフマネジメントの方法を身につけること自体が困難になると考えられる。

先行研究では、認知とセルフマネジメントについて、Mini-Mental State Examination(MMSE)が17点以下を対象者に含めていない¹²⁾。この研究では、「認知機能は塩分制限と優位に関連を示し、認知機能が高い患者ほど、減塩していると答えた」¹³⁾と述べており、塩分制限が必要であることを認識出来れば、それに関連したセルフマネジメントを身につけることが可能であるといえる。しかし、塩分制限の必要性が理解でき

ない程の認知機能であれば、セルフマネジメントを身につけることが困難になると考える。

脳卒中では、運動麻痺などの後遺症により身体機能が低下することは知られている。先行研究では「軽度障害群は、ストレスの変化が最も大きい」¹⁴⁾と言われている。運動機能の障害は程度に関わらず、セルフマネジメントを困難にすると考える。

2) 《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》

脳卒中患者のセルフマネジメントと精神面との関連については、「客観的にADLが自立へ向かっている人を対象にしたにもかかわらず、意欲が低下しているものがいた」¹⁵⁾と報告がある。脳卒中患者のセルフマネジメントは、精神面の問題が関連するといえる。また、精神面の問題は、認定面、身体機能と関連すると考えられる。

脳卒中を患うことで、これまでの社会や家庭の役割だけでなく人間関係を維持していくことが困難になると考える。そして、社会や人とのつながりが希薄になることで、脳卒中患者の自尊感情を一層低下させ抑鬱な感情を強くすると考えた。先行研究では、「脳梗塞発症後も多くのことに生きがいもち、楽しみをもちながら生活することは自尊感情が高いことと関連し、まったく健康でないと感じながら生活することは自尊感情が低いことと関連していた」¹⁶⁾と述べている。脳卒中を患うこと自体が自尊感情を低下させる大きな要因であると考え、社会や人とのつながりを失うことでさらに自尊感情が低下することで自己否定となり、それまで行っていたセルフマネジメントの継続が困難になると考えた。

この節では、脳卒中患者におけるセルフマネジメントの困難は、病気そのものからの症状や後遺症が要因であると述べてきた。これらが、セルフマネジメントを実施する「行動」を困難にすると考えた。行動には「言語や運動を伴う行為だけでなく、通常は心の動きとみられる不安や怒り、悲しみや憂鬱などの感情、それら状況やものごとの受け止め方や考え方、いわゆる思考(認知)も含まれる」¹⁷⁾と言われている。脳卒中は、セルフマネジメントの認知・行為・感情に影響を及ぼす疾患といえる。

これに加えて、これまでの社会生活や人とのつながりを失うことがさらに自尊感情を低下させ、ストレスフルな状況を生み出すと考えた。これらが複合的に絡み合うことで、さらに認知面の問題、身体機能の低下、精神面の問題を悪化させ、ますますセルフマネジメントを困難にさせることが示唆された。これが、脳卒中患者のセルフマネジメントの困難の特徴であると考えた。

2. 【患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状】

この節では、《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》、《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》、《退院後に継続して支える支援者の不足》の3つのカテゴリーを考察する。

1) 《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》

経済面の問題は、脳卒中に限らずセルフマネジメントを困難にする。脳卒中では、後遺症によって仕事を失うなど、経済面の悪化に直接つながりやすい。先行研究では、「通院の経済的負担感のある者ほどセルフエフィカシーが低い傾向を認めた」¹⁸⁾と述べており、経済的負担感を強く感じている患者が、セルフマネジメントを継続することに負担を感じていることも考えられる。このことから、経済的問題がセルフマネジメントを困難にするといえる。

2) 《患者・家族が必要としているだけのサポートを提供できていない》

脳卒中患者が、セルフマネジメントを継続するためには、食事を作ってくれるといった行動的サポートと、情緒的に安定が高まる情緒的サポートが必要となる。この両方のサポートが十分に提供できず、セルフマネジメントを困難にしていることが認定看護師の語りからも示唆された。

先行研究でも「ソーシャルサポートが抑うつに直接関連していた。これは、ソーシャルサポートに対する意識や満足が高いほど抑うつ度合いが低いことを示している」¹⁹⁾と述べている。このことから社会資源を活用しても不自由な生活とを感じる場合は、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

3) 《退院後に継続して支える支援者の不足》

脳卒中患者のセルフマネジメント支援を継続的にサポートする支援者の存在が、セルフマネジメントを継続するためには必要と考える。脳梗塞発症後の自尊感情についての先行研究では、「自尊感情の関連要因として、発症3カ月後はADLの自律度と主観的健康観、6カ月後はADLの自立度と主観的健康感に加えて職場復帰状況と情緒的サポート提供者、1年後は主観的健康観と情緒的サポート提供者が示された」²⁰⁾と報告がある。このことから、退院後の療養生活では、時間と共に多くの自尊感情に影響する要因が存在するため、継続的なセルフマネジメント支援が欠如することで、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

脳卒中はセルフマネジメント自体に支障をきたすことが多いため、行動的なサポートと情緒的なサポートの両方が欠かせないと考える。特に家族の存在は、行動的なサポートと情緒的なサポートを行う最も重要な存在であると考え、家族の存在なしにはセルフ

マネジメントを困難すると考えた。

この節では、脳卒中患者・家族がセルフマネジメントを継続するためのサポート不足が十分に得られていないことが、セルフマネジメントを困難にする要因と考えた。脳卒中患者へのセルフマネジメントを困難にするサポートの問題は、経済的な問題、社会資源・人的資源の不足があると考えた。

3. 【脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立できていない】

この節では、《再発について十分な理解を得ることの難しさ》、《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》、《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》、《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》の4つのカテゴリーを考察する。

1) 《再発について十分な理解を得ることの難しさ》

脳卒中患者の再発予防についての先行研究では、「導入前の再発率が14.2%であったが、導入後4.3%と著明な減少が見られた」²¹⁾と報告がある。しかし再発について患者・家族から理解が得にくいことが語りからも示唆された。

軽症患者の場合は、症状も自覚症状もほとんど残さずに早期に退院することが多いことが、退院しても再発を意識できないままで生活することにつながると考える。そのため、退院時のセルフマネジメント指導だけでは患者自身が再発を意識することは困難と考える。

再発の先行研究で「対象者は再発を脅威に煩わせたくない思いを抱えており、再発について考えないように、また考えることを避けるようにしているとも思われた」²²⁾と述べている。患者が再発を認識が出来ていないように感じるのは、患者自身も再発について意図的に考えないようにしていることが考えられる。しかし、再発を認識しないままで生活することは、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

2) 《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》

脳卒中患者のセルフマネジメント指導は、患者の個別性に合わせることの難しさが語りから示唆された。

無症状性脳血管障害患者を対象とした先行研究では、動脈瘤の破裂に対して「発症の確率を医師でさえも確実に保証できないことについて多くの患者が困惑していることに注目する」²³⁾と述べている。つまり、セルフマネジメント指導に置きかえると、再発予防のリスクはわかっている、それぞれの患者がどの程度の生活習慣の改善で予防できるかを提示することは容易ではなく、そのことが患者にとって不確かさの状況を生み出すと考える。このような不確かさの状況でセルフマネジメントは困難にすると考えた。

3) 《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》

セルフマネジメント支援は、セルフマネジメントの獲得と継続にかかせないが、現状では十分に行っていないと感じていることが語りからも示唆された。セルフマネジメント支援が十分に継続できないことが、セルフマネジメントを困難にすると考えた。

退院指導の先行研究では「看護師の立場から退院指導を100%していると思われるが、患者側の立場からは退院指導があったと回答したのは26人(50%)であった」²⁴⁾と報告されている。このことから、脳卒中患者のセルフマネジメント支援は時間と労力をかけなければ患者のセルフマネジメントが困難になると考えた。

4) 《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》

セルフマネジメント支援の体制が十分に整備されていないことが、セルフマネジメントを困難にすると考えた。先行研究では、「ケア提供システム構築後脳梗塞の再発率は減少したが、その原因は、治療内容が変化していないという現状から、患者のセルフケア能力が向上させようと多職種が協働するシステムが有効に機能したことだと考える」²⁵⁾と述べている。このことから、チーム医療としてのセルフマネジメント支援が重要であると考えた。特に脳卒中患者では、セルフマネジメントの継続的な支援が必要であり、セルフマネジメント支援不足がセルフマネジメントを困難にすると考えた。

この節では、脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立していないことが、セルフマネジメントを困難にするとして述べてきた。先行研究では「入院期間3カ月以上群や転院あり群はADL・心身の不自由・不都合が多い群にもかかわらず、退院を前にした心配や予測できた困りごとは多いという結果は見出されなかった」²⁶⁾と述べられており、脳卒中患者のセルフマネジメント支援には時間と労力がかかるといえる。現在、入院期間の短縮化によって、セルフマネジメント支援が整備されないと脳卒中患者のセルフマネジメントは、ますます困難になると考えた。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、支援者から見た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難であり、脳卒中患者が考えるセルフマネジメントの困難とは乖離していると考えた。また、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師が急性期病院に配属していることが多く、在宅で過ごす患者へのセルフマネジメント支援が不足しており、現段階での一般化は難しいと考える。そのため、今後一般化するために、さらな

るデータの追加が必要であると考える。

V. 結 論

1. 支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、《病気や症状の悪化はセルフマネジメントの障害になる》、《精神的に不安定な患者にはセルフマネジメント支援を進めにくい》、《セルフマネジメントを左右する経済的余裕》、《患者・家族が必要としているだけのサポートが提供できていない》、《再発について十分な理解を得ることの難しさ》、《退院後に継続して支える支援者の不足》、《認定看護師もセルフマネジメント指導が難しい》、《セルフマネジメント支援を継続させることが十分にできていない》、《チーム医療としてのセルフマネジメント支援の未整備》の9のカテゴリーが抽出された。
2. これら支援者から観た脳卒中患者のセルフマネジメントの困難は、【脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題】、【患者・家族がセルフマネジメントするだけの十分なサポートが得られていない現状】、【脳卒中患者のセルフマネジメントを継続させる方法が確立できていない】に大別できると考えた。

謝 辞

稿を終えるにあたり、研究に多大なご協力をいただきました脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の皆様、対象施設の看護部の皆様に深甚の謝意を表します。

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24年度）を加筆・修正したものです。

文 献

- 1) 橋本洋一郎, 岡田 靖, 宮本享, 矢坂正弘(2009): 脳卒中の再発を防ぐ! 知っておきたいQ&A 76, 南山堂, 2-6.
- 2) Dominique A. Cadihac, PhD; Sally Hoffmann, B AppSc(Nurs); Monique Kilkeny, MPH; Richard Lindley, MD; Erin Lalor, PhD; Richard H. Osborne, PhD; Malcolm Batterbsy, PhD(2011): A Phase II Multicentered, single-Blind, Randomized, controlled Trial of the Stroke self-Management Program, Stroke 42, 1673-1679.
- 3) 片山将宏, 横井和美, 奥津文子(2012): 退院後の脳卒中患者の療養生活支援に関する看護研究の現状, 人間看護学研究10, 141-147.
- 4) 宮本美奈子, 田中サエ子, 原田昌子(2007): 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の服薬自己管理への取り組み, 日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ) 38, 189-191.
- 5) 鈴木亜季, 金子真弓, 原三紀子(2008): 脳梗塞患者の生活習慣病に対する捉え方, 日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ) 39, 214-216.
- 6) 小口弘子, 永井和美, 徳永タイ子(2009): 脳器質性疾患を有する利用者の服薬自己管理能力指標の検討 FIM、CAS、TBI-31、HDS-Rを使用して, 日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ) 40, 93-95.
- 7) 小山麻喜子, 渋谷奈津子, 澤江園子, 鶴川香織(2004): 初老期脳梗塞患者の疾患と生活改善に対する認識, 「再発予防に向けての退院指導の方向性」, 益田赤十字病院誌1, 109-112.
- 8) 長瀬亜岐, 野路有子(2005): 高齢脳卒中の食に関する意識構造と再発予防にむけた食事指導のあり方, 老年看護学10(10), 87-94.
- 9) 岩崎友理子(2007): 再発予防に対する退院指導に関連した研究, 日本看護学会論文集(老年看護) 38, 3-5.
- 10) 安酸史子(2010): 改訂2版 糖尿病患者のセルフマネジメント教育 エンパワメントと自己効力, メディカ出版, 16-18.
- 11) 前掲10)
- 12) 山口幸, 古瀬みどり(2012): 在宅軽症脳梗塞患者の再発予防に向けた自己管理行動と自己効力感、家族の支援行動および家族機能との関連, 家族看護学研究, Vol. 17(3), 146-158.
- 13) 前掲12)
- 14) 小西かおる(2001): 脳血管障害患者における障害によるストレスの認知的評価に関する研究-ADL、認知能力によるストレスの認知的評価とコーピング行動の特徴-, 老年看護学 Vol. 6 No. 1, 40-49.
- 15) 魚尾淳子, 河野保子(2011): 脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究-意欲、自己効力感、自己効力関係性の情報源との関係に焦点をあてて-, 日本看護研究学会雑誌Vol. 34 No. 1, 47-59.
- 16) 篠原純子, 金久重子, 児玉和紀, 百本文子, 迫田勝明(2003): 脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因, 日本看護研究学会雑誌, Vol. 26 No. 1, 111-122.
- 17) 足達淑子(2009): 第6章行動科学の応用, 畑栄一, 土井由利子, 行動科学 健康づくりのための理論と応用改訂第2版, 南江堂, 64-65.
- 18) 神島滋子, 片倉洋子, 野地有子, 丸山知子(2008): 通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討-アドヒアランスの視点から, 日本看護科学雑誌 28(1), 21-30.

- 19) 古川秀敏, 国武和子(2007): 地域住民高齢者の抑うつに関連要因-N県N町の老人クラブの調査結-, 日本看護研究学会雑誌, Vol. 30(4), 61-66.
- 20) 横山純子, 宮腰由紀子(2008): 脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因, 日本看護研究会雑誌31(1), 55-65.
- 21) 16) 野月千春(2007): 軽症脳梗塞患者の再発予防に向けたケア提供システムの構築, 看護Vol. 59 No. 5, 98-103.
- 22) 長瀬亜岐, 野路有子(2005): 高齢脳卒中の食に関する意識構造と再発予防にむけた食事指導のあり方, 老年看護学10(10), 87-94.
- 23) 山本直美, 石川雄一, 津田紀子, 矢田眞美子(2005): 不確実性の中での決断: 無償性脳血管障害患者の診断から予防的手術への決断のプロセス, 日本看護科学会誌, Vol. 25(1), 13-22.
- 24) 美ノ谷新子, 大西美智子, 佐藤裕子, 陣川チヅ子, 藤原泰子, 星野早苗, 宮近郁子, 山崎純一(2008): 順天堂医学, 54, 73-81.
- 25) 前掲16)
- 26) 前提19)

(Summary)

Difficulty of a stroke patient's self-management

-Examination of word Rika and others, stroke rehabilitation nursing certified nurse -

Background Stroke is the fourth most common cause of death in Japan, after cancer, heart disease, and pneumonia. Moreover, it is the disease that results in the highest rate of bedridden patients. With the recent shift towards shorter hospitalization periods, stroke patients are being moved home at an early stage for recuperation. However, the problems stroke patients face during self-management has been unclear to date.

Objective To obtain information from registered stroke rehabilitation nurse (hereinafter 'registered nurses'), as patients' supporters, about difficulties in self-management by stroke patients viewed from supporters.

Method A qualitative factor search method was used. Semi-structured interviews were conducted with 10 registered nurses involved, as part of their work at hospital, in guidance for patients after they leave hospital. Investigation was performed, at a suggestion of a supervisor, until the validity of the categories could be confirmed.

Results Regarding the difficulties in self-management for stroke patients viewed from supporters by registered nurses, 539 codes, 27 subcategories, and 9 categories were extracted. The nine categories were as follows; (1) obstacles

to self-management due to the disease or its symptoms, (2) difficulty of suggesting self-management for mentally unstable patients, (3) economic considerations affecting on self-management, (4) a lack of support needed by the patient and family, (5) a lack of support staff for continued support after hospital discharge, (6) difficulty in obtaining sufficient understanding of relapse, (7) difficulty of self-management guidance even by registered nurses, (8) insufficient efforts for continued self-management support, and (9) lack of organization in self-management support by medical teams.

Conclusions Based on the nine categories viewed from supporters, the difficulties broadly divided in self-management by stroke patients are: (1) problems arising from symptoms and after-effects caused by stroke, (2) lack of support for patients and families that would enable self-management, and (3) lack of an established method for promoting continued self-management by stroke patients.

Key Words **Stroke** Difficulties in self-management, Stroke rehabilitation nurse

研究ノート

長期療養高齢者への看護診断適用と 診断支援コンピュータシステムの開発： タブレットPCを用いて



森 敏¹⁾, 上野 悟²⁾, 畑中 裕司²⁾, 奥津 文子³⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾滋賀県立大学工学部

³⁾関西看護医療大学看護学部

背景 本格的な高齢時代に入り、「認知症」「寝たきり」など障害をもつ高齢者の莫大な介護負担が社会問題となっている。NANDA-I看護診断は、看護のみで改善可能な看護課題（看護の対象となる現象）を抽出するツールである。

目的 今回、「長期療養高齢者版の看護診断」を作成し、アセスメント情報の入力から看護診断ラベルの選定までを支援するコンピュータシステムを開発した。

方法 研究は以下の順序で実施した。

- (1) 「長期療養高齢者版の看護診断」の作成
- (2) アセスメントリストの作成
- (3) コンピュータプログラムの作成
- (4) タブレットPCとホストコンピュータの接続
- (5) 実地試行および動作チェック

結果 (1) 「長期療養高齢者版の看護診断」：領域1、2、3、4、5、6、7、9、11、12の10領域から46の診断ラベルを選定した。

(2) アセスメントリスト：個々の診断ラベルを導く診断指標を選定・考案した。

(3) プログラミング：診断指標の選択状況から診断ラベルを導く関数を考案し、自動選定プログラムを作成した。ファイルサイズは約2.8MBとなった。

(4) タブレットPCとホストコンピュータの接続：タブレットPCとホストコンピュータを、ローカルな無線LANで接続した。前者でアセスメント項目の入力、後者で処理・データベース化が可能となり、個々の高齢者の課題抽出のみならず経時変化も追跡可能となった。

(5) 実地試行：アセスメント項目の入力から、診断ラベルの自動選定まで問題なく動作した。入力に要する時間は一人あたり15分であった。ただし、無線ルータが有効な距離は約30メートルで、それより以上では入力不可であった。

Application of the nursing diagnoses and development of the supporting computer system for the elderly in long-term care facilities: By means of tablet computers.

Satoru Mori¹⁾, Satoru Ueno²⁾, Yuji Hatanaka²⁾, Ayako Okutu³⁾

¹⁾School of Human Nursing

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

³⁾Kansai University of Nursing and Health Sciences

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：森 敏

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : satomori@koto.kpu-m.ac.jp

結論 本システムの導入により、長期療養高齢者に対する看護診断の簡易化・迅速化が図られる。

キーワード 高齢者、看護診断、ケアプラン、コンピュータシステム、タブレットPC

I. 緒言

本格的な高齢時代に入り、「認知症」「寝たきり」など障害をもつ高齢者が増加し、その莫大な介護負担が社会問題となっている。もし、これらの要介護高齢者の状態を少しでも介護度の低い状態に改善できれば、その経済効果はきわめて大きい。

NANDA-I看護診断は、投薬などの医療行為を施さず

に、看護のみで改善可能な看護課題（看護の対象となる現象）を抽出するツールである¹⁻³⁾。これは、主に電子カルテを導入した急性期病院で使用されており、長期療養型施設において本アセスメントが実施されることはほとんどない。そのため、個々の高齢者の課題は把握されないまま、ケアが提供されているのが実情である。

今回、この看護診断を療養型施設に入所中の高齢者に適用し、診断を支援するコンピュータシステムを開発した。

II. 研究方法

研究は次の順序で進めた。

1. 「長期療養高齢者版の看護診断」の作成

米国で開発されたNANDA-I看護診断(2009-2011)の診断ラベルは200項目を超えている¹⁾。それらには、文化・医療制度の違いなどから実際には使用しにくいラベルも多数含まれており、わが国の臨床現場で使用できるものは、せいぜい50項目程度であるとされている^{3,4)}。

今回、対象者を長期療養型施設に入所する高齢者に限定することにより、本項目のさらなる絞り込みを行なった。すなわち、NANDA-I看護診断をベースに、療養型施設で使用可能な「長期療養高齢者版の看護診断」を作成した。

2. アセスメントリストの作成

看護診断は、対象者に看護診断指標（症候）が存在するかどうかを、質問および観察で見出すことにより行われる。そこで、これらの診断指標に、関連因子、危険因子を加えたアセスメントリストを作成した。アセスメントの枠組みには「NANDA-I 分類法II の13 領域」ではなく、ゴードンの「機能的健康パターンの11 パターン」を採用した⁵⁾。

「診断指標（質問・観察項目）の選定」に当たっては、次の3点に留意し、個々の診断指標に対する具体的な質問・観察項目を考案した。

- ① 診断ラベル毎に、重要度の高い診断指標を選択
- ② 医療問題を明確に区別
- ③ 診断指標が存在しない場合は、危険因子を参考に定義に沿った指標を考案

3. コンピュータプログラムの作成

アセスメント項目の選定状況により、診断ラベルを自動的に選定するコンピュータプログラムを作成した。プログラミングには、カード型データベースソフトのFile Maker Pro12[®]を用いた。

4. タブレットPCとホストコンピュータの接続

ホストコンピュータ（以下、ホストと略す）側のファイルにアクセスするためのソフトウェアであるFileMaker Go[®]をタブレットPC（iPad[®]）にインストールし、同端末でアセスメント情報の入力を行った。インターネットには接続せず、ローカルなワイヤレスネットワークを介してアセスメントデータをホストに転送し処理した（図1.）。これにより、アセスメント情報の入力・転送・処理・データベース化が可能になり、個々の高齢者の課題抽出のみならず経時変化も追跡可能となった。



図1 タブレットPCとホストコンピュータの接続

5. 実地試行および動作チェック

介護老人保健施設で上記システムを試行し、不具合のチェックを行った。

III. 結果

1. 長期療養高齢者版看護診断

最終的に、領域1、2、3、4、5、6、7、9、11、12の10領域から46の診断ラベルを選定した（表1.）。

2. アセスメントリスト

個々の看護診断において、診断を導く診断指標を選定・考案した（表2.）。

3. プログラミング

- ① 各項目が存在する場合は"1"、存在しない場合は"0"で入力する方式を採用した。
- ② 診断指標の選択状況から、診断ラベルを導く関数（*）を考案し、診断ラベルを自動選定するプログラムを作成した（表2.）。プログラムのファイルサイズは約2.8MBとなった。

4. タブレットPCをホストに接続

- ① タブレットPCとホストを同一の無線ルータ（Aterm WG1400HP?）に接続
- ② ホスト側のファイルから、ネットワーク共有を設定
- ③ タブレットPCのFileMaker Go[®]を起動し、ホストの追加、続いてファイル指定

上記で、タブレットPCとホスト間でファイルが共有されることを確認した。

ファイル共有後に、まずホスト側でフェイスシート情報を入力し、次にタブレットPC側で該当する対象者を選択し、アセスメント項目の入力を試行した。

表1 高齢者版看護診断：10領域、46診断ラベル

領域1.	ヘルスプロモーション（非効果的健康維持、非効果的自己健康管理）
領域2.	栄養（栄養摂取消費バランス異常：必要量以下、栄養摂取消費バランス異常：必要量以上、嚥下障害、体液量過剰、体液量不足、体液量不足リスク状態）
領域3.	排泄と交換（溢流性尿失禁、機能性尿失禁、切迫性尿失禁、腹圧性尿失禁）
領域4.	活動／休息（睡眠パターン混乱、不眠、移乗能力障害、床上移動障害、歩行障害、消耗性疲労、活動耐性低下、更衣セルフケア不足、摂食セルフケア不足、入浴セルフケア不足、排泄セルフケア不足）
領域5.	知覚／認知（言語的コミュニケーション障害）
領域6.	自己知覚（無力、自己尊重慢性的低下、ボディイメージ混乱）
領域7.	役割関係（家族介護者役割緊張、家族介護者役割緊張リスク状態）
領域9.	コーピング／ストレス耐性（非効果的コーピング、悲嘆、不安、死の不安）
領域11.	安全／防御（免疫機能促進準備状態、非効果的気道浄化、誤嚥リスク状態、組織統合性障害、皮膚統合性障害、皮膚統合性障害リスク状態）
領域12.	安楽（悪心、急性疼痛、慢性疼痛）

表2 看護診断の診断指標と関数

<フェイスシート>	
1.	患者の基礎情報：ID、氏名、カナ氏名、性別、生年月日、入院日、入院時年齢
2.	管理情報：入院年月日、連絡先
3.	医療情報：疾患名
4.	看護情報：介護保険の要介護度
<チェックシート>	
領域1. ヘルスプロモーション	
非効果的健康維持	
①	環境の変化に適応していない行動をとる
②	健康習慣の知識がない
③	健康探求行動が欠如している
* ①+②+③ ≥ 1（①から③のいずれかにチェックが入れば診断ラベルを選定）	
非効果的自己健康管理	
①	指示された自己管理があり、それを毎日の生活に組み込めない
②	指示に関する知識はもっている
* ①+② = 2（両項目にチェックが入った時に診断ラベルを選定）	

領域2. 栄養	
栄養摂取消費バランス異常：必要量以下	
①	十分な食事摂取でも体重が減少
②	食事がとれていない
③	食欲不振
④	身長
⑤	体重
* ① (BW ≤ BHxBHx22x0.8) & ②+③ ≥ 1	
栄養摂取消費バランス異常：必要量以上	
①	体重増加
②	過食
③	身長
④	体重
* ① (BW ≥ BHxBHx22x1.2) & ② = 1	
嚥下障害	
①	嚥下困難
②	咳き込み
③	つかえ感
④	食事中に何度もむせる
⑤	口腔内に食物が残留
⑥	なかなか呑み込まない
* ①+②+③+④+⑤+⑥ ≥ 1（=上記のいずれかがあれば診断ラベルを選定）	
体液量不足	
①	皮膚の弾力性の低下
②	尿量の減少
③	粘膜の乾燥
④	口が渇く
* ①+②+③+④ ≥ 1	
体液量過剰	
①	呼吸困難
②	浮腫
③	短期間での体重増加
④	圧痕
* ①+②+③+④ ≥ 2	
体液量不足リスク状態	
①	水分摂取量が少ない
②	水分摂取に影響する異常
③	下痢
* ①+②+③ ≥ 1	
領域3. 排泄と交換	
機能性尿失禁	
①	トイレにたどり着く前に排尿
②	歩行障害
③	衣服の着脱が上手く出来ない
* ① = 1 & ②+③ ≥ 1	
溢流性尿失禁	
①	少量の尿もれ
②	残尿感
③	残尿の増加
* ① = 1 & ②+③ ≥ 1	
腹圧性尿失禁	
①	咳嗽・笑い・くしゃみなど、労作時の尿もれ
* ① = 1	
切迫性尿失禁	
①	トイレにたどり着く前に排尿
②	強い尿意があり、我慢できずに直ぐに排尿
* ①+② ≥ 1	
下痢	
①	1日3回以上の液状便
* ① = 1	
便失禁	

- ①便臭
- ②便で汚れた衣服
- ③便意に気づかない
- *①+②+③ \geq 1

領域 4. 活動/休息

不眠

- ①入眠困難
- ②睡眠の持続困難
- ③眠った感じがしない
- ④翌日に影響を持ち越す睡眠障害を訴える⇒上記
- ⑤早朝覚醒
- *①+②+③+⑤ \geq 1

睡眠パターン混乱

- ①ぐっすり眠れない
- ②部屋が明るすぎる
- ③騒音
- ④寝具が合わない
- ⑤その他の環境要因
- *①=1 & ②+③+④+⑤ \geq 1

床上移動障害

- ①寝返りがうてない
- ②仰臥位から座位になれない
- *①+② \geq 1

移乗能力障害

- ①ベッドから椅子へ移乗できない
- ②ベッドから立位へ姿勢が変えられない
- ③椅子からベッドへ移動できない
- *①+②+③ \geq 1

歩行障害

- ①階段を上る能力の障害
- ②段差を乗り越える能力の障害
- ③斜面を降りる能力の障害
- ④斜面を登る能力の障害
- ⑤必要な距離を歩行する能力の障害
- *①+②+③+④+⑤ \geq 1

消耗性疲労 (=グッタリしんどい)

- ①注意・集中力の欠如
- ②活動の低下
- ③周囲への無関心⇒上記
- ④休憩の要求の増加⇒上記
- ⑤エネルギーがない⇒下記
- ⑥疲労感を訴える⇒疲労感の訴え
- ⑦ぐったりしている
- *⑥+⑦=2 & ①+② \geq 2

徘徊

- ①徘徊行動
- ②計画性のない歩行⇒上記
- ③活動過多⇒×
- ④制止をするのが難しい歩行
- ⑤目的のない歩行
- ⑥何かを探し求めて執拗なまでに歩く⇒上記
- *①+④+⑤ \geq 1

活動耐性低下 (=ハアハアしんどい)

- ①労作時の不快感
- ②労作時の呼吸困難
- ③倦怠感
- ④労作時の異常な心拍あるいは血圧の反応
- *③=1 & ①+②+④ \geq 1

入浴セルフケア不足

- ①浴室まで移動できない⇒下記
- ②体を拭けない⇒下記
- ③自力で入浴できない

*③=1

更衣セルフケア不足

- ①衣類を留める能力の障害⇒下記
- ②衣類を購入する能力の障害⇒下記
- ③衣類を身につける能力の障害⇒下記
- ④靴を履く能力の障害⇒下記
- ⑤靴下を履く能力の障害⇒下記
- ⑥衣類を脱ぐ能力の障害⇒下記
- ⑦靴を脱ぐ能力の障害⇒下記
- ⑧靴下を脱ぐ能力の障害⇒下記
- ⑨自分で衣服の着脱ができない
- *⑨=1

摂食セルフケア不足

- ①食物を器から口へと運べない⇒下記
- ②食物を噛むことが出来ない⇒下記
- ③食事を最後まで続けられない⇒下記
- ④食具は使えない⇒下記
- ⑤十分な量の食物を摂取できない⇒下記
- ⑥自力で食事ができない
- *⑥=1

排泄セルフケア不足

- ①自力で排泄の後始末ができない
- *①=1

領域 5. 知覚/認知

急性混乱

- ①見当識障害
- ②意識レベルの変動
- ③精神運動活動の変動
- ④幻覚
- ⑤落ち着きなくソワソワしている
- ⑥集中力の低下
- ⑦無気力
- *①+②+③+④+⑤+⑥+⑦ \geq 2

言語的コミュニケーション障害

- ①話せない
- ②不適切な言語表現
- ③呂律が回らない
- ④言葉の表出が出来ない
- ⑤言葉の理解が出来ない
- ⑥意思の疎通が出来ない
- *①+②+③+④+⑤+⑥ \geq 1

領域 6. 自己知覚

自尊感情慢性的低下

- ①他人の意見に依存し、自己主張できない
- ②自己否定的な発言を続ける
- ③自己への否定的フィードバックを誇張する⇒上記
- ④自己への肯定的フィードバックを拒絶する⇒上記
- ⑤視線を合わせない
- *①+②+⑤ \geq 1

自尊感情状況的低下

- ①状況に対処できないと自己評価する
- ②役立たずだと訴える
- ③自己否定的な発言
- *①+②+③ \geq 1

領域 7. 役割関係

介護者役割緊張

- ①介護者の将来的ケア能力を心配する
- ②被介護者の将来的な健康状態を心配する
- ③必要な役目を行うのが難しい
- *①+②+③ \geq 2

介護者役割緊張リスク状態

- ①介護者はストレスを感じている

- ②ストレス解消ができない
*①+②= 2
- 領域9. コーピング/ストレス耐性**
- 不安（行動指標・感情指標・生理的指標からそれぞれ一つ以上選ぶ）
 - ①生活上の出来事の変化を心配している
 - ②落ち着きなくソワソワしている
 - ③イライラしている
 - ④緊張した表情
 - ⑤心臓がドキドキする
 - *⑤= 1 & ①+②+③+④≥ 1
- 非効果的コーピング
 - ①自己または他者への破壊的行動
 - ②不適切な問題解決
 - ③入手可能な資源の活用が出来ない
 - *①= 1 & ②+③≥ 1
- 死の不安
 - ①終末期になることの不安を訴える
 - ②死の過程への恐怖感を訴える
 - ③自分の死が大切な人に及ぼす影響を心配する
 - *①+②+③≥ 1
- 悲嘆
 - ①くりかえし悲しみを訴える
 - ②心理的苦悩
 - ③喪失に伴う苦痛
 - *①+②+③≥ 1
- 領域11. 安全/防衛**
- 感染リスク状態
 - ①病原体との接触を回避する知識の不足
 - ②病原体への環境曝露の増加
 - ③慢性疾患（糖尿病、肥満）
 - ④免疫抑制
 - ⑤栄養不良
 - *①= 1 & ②+③+④+⑤≥ 1
- 非効果的気道浄化
 - ①咳が多い
 - ②咳がうまくできない
 - *①+②≥ 2
- 誤嚥リスク状態
 - ①嚥下障害
 - ②意識レベルの低下
 - ③上半身の挙上を妨げる状況
 - *①+②+③≥ 1
- 皮膚統合性障害
 - ①皮膚層（真皮）の破綻
 - ②皮膚表面（上皮）の破綻
 - *①+②≥ 1
- 皮膚統合性障害リスク状態
 - ①栄養状態のアンバランス
 - ②寝返りがうてない（床上移動障害）
 - ③身体拘束
 - ④循環障害
 - ⑤代謝障害
 - ⑥湿気
 - ⑦骨の突出
 - *①+②+③+④+⑤+⑥+⑦≥ 2
- 組織統合性障害
 - ①損傷を受けた組織
 - ②壊れた組織
 - *①+②≥ 1
- 高体温
 - ①正常範囲以上に上昇した体温

- ②皮膚に触れると温かい
- ③頻脈
- *①= 1 & ②+③≥ 1
- 領域12. 安楽**
- 悪心
 - ①悪心を訴える
 - ②悪心（吐き気）を訴える⇒上記
 - *①= 1
- 急性疼痛
 - ①疼痛を訴える
 - ②持続期間は6ヶ月以下である
 - ③疼痛の徴候が観察される
 - ④疼痛を避けるための体位・位置調整
 - ⑤疼痛部位をかばおうとするしぐさ
 - *①+②= 2 & ③+④+⑤≥ 1
- 慢性疼痛
 - ①疼痛を訴えている
 - ②疼痛が6ヶ月以上続いている
 - ③以前からの活動を続けられない
 - ④疼痛部位をかばおうとする行動が見られる
 - *①+②= 2 & ③+④≥ 1

5. 実地試行

タブレットPCで実際に患者データの入力を行ったところ、アセスメント項目の入力は迅速になされ、診断ラベルの自動選定まで問題なく動作した。入力に要する時間は約15分であった。

無線ルータが有効な距離は直線距離で約30メートルであり、それより以遠では入力は不可能であった。

IV. 考 察

1. コンピュータプログラムの問題点

今回開発したプログラムでは、以下の制約がある。

- ①ホスト側ではアセスメント項目を入力できない。
- ②ホスト側には診断結果が表示されるが、入力したアセスメント項目を修正できない。
- ③タブレットPCを診断結果のビューワとして使えない。

入力したアセスメント項目は、後日修正が必要な場合もあると考えられるので、修正が可能なプログラムに変更する必要がある。

2. ネットワークの問題点

無線LANの電波が届く距離は、施設的环境や機器の設置場所、2.4GHz帯・5GHz帯といった帯域の特性など、さまざまな要因で変わってくる。特に、無線LAN親機との間に遮蔽物がある場合、距離が遠い場合などでは、本システムは機能しない。そこで、本システムを導入するにあたっては、それぞれの施設の構造特性を考慮し、中継機（Aterm WG1800HP）を設置するなどの電波距離を延長させる手段を講じる必要がある。

V. 結 語

本コンピュータシステムの導入により、長期療養高齢者に対する看護診断の簡易化・迅速化が図られる。

文 献

- 1) Herdman TH (編). 中木高夫 (訳) : NANDA-I 看護診断 定義と分類(2009-2011) 1 -508, 2009、医学書院、東京
- 2) 江川隆子 (編) : これなら使える看護診断 厳選84

NANDA-I看護診断ラベル, 第4版, 1 -410, 2010、医学書院、東京

- 3) 佐藤重美 : 気楽に考えて使おう24の看護診断、1 -206, 1999、日本看護協会出版会、東京
- 4) 江川隆子 (編) : これなら使える看護介入-厳選47 NANDA-I看護診断ラベルへの看護介入, 1 -436, 2009、医学書院、東京
- 5) マージョリー・ゴードン : ゴードン看護診断マニュアル 機能的健康パターンに基づく看護診断、1 -386, 2010, 医学書院、東京

(Summary)

Key words elderly, nursing diagnosis, care-planning, computer system, tablet PC

研究ノート

看護学生の協同作業認識と 大学生活の経験との関連性



米田 照美, 川端 愛野, 伊丹 君和, 清水 房枝
滋賀県立大学人間看護学部

背景 協同作業認識を高めることは、将来、学生が社会人として働く上でも有益である。しかし、どのような経験をもつことが学生の協同作業認識を高めるのか明らかではない。今回、臨地実習の経験がほとんどない2年生と臨地実習をすべて終了した4年生の協同作業意識と大学生活における経験を調査した。そして、学生の協同作業意識と大学生活の経験（部活動、クラブ活動の経験、ボランティア活動の経験、アルバイト経験、家庭での生活経験）との関連性を検討した。

方法 1) 対象者：A看護系大学の看護学生2年生67名、4年生53名。2) 調査方法：平成26年7月。3) 調査内容：(1)長濱・安永らの開発した協同作業認識尺度18項目、(2)属性：性別、部活・サークルの所属、希望職種、大学生活の満足度など。4) 分析方法：SPSS19.0を用いた(Mann-WhitneyのU検定)。5) 倫理的配慮：本調査の目的・内容、参加の自由、個人評価に不利益がないこと、守秘義務について説明し、同意と協力を得た。本調査は公立法人滋賀県立大学に関する倫理審査会の承認(第206号)を得ている。

結果 有効回答118部(回収率98%)。対象者数は118名、性別は、男性5名(4%)女性113名(96%)、学年は2年生65名(55%)、4年生53名(45%)であった。1) 協同作業認識尺度の下位尺度の「個人志向」について、2年生が 17.8 ± 3.6 (平均 \pm SD)点、4年生が 16.6 ± 4.0 点であり、2年生が4年生よりも有意に高かった($p < 0.05$)。2) 全体では、協同効用の得点において、ボランティア活動有53名(39.3 ± 3.6 点)がボランティア活動無65名(36.9 ± 5.7 点)より、極めて有意に高かった($p < 0.001$)。3) 全体では、互恵懸念の得点において、家族同居あり86名(4.9 ± 2.0 点)が家族同居なし32名(4.3 ± 1.9 点)より、やや高い傾向にあった($p < 0.1$)。全体では、協同効用の得点において、家の手伝いをしている61名(38.8 ± 4.0 点)が、家の手伝いをしていない57名(37.1 ± 5.7 点)より、有意に高かった($p < 0.001$)。

考察 1. 学生は、ボランティア活動、家庭生活の経験を通し、促進的な相互依存関係の中で協同する経験を積み重ね協同効用を高めている可能性が考えられる。2. 下位尺度の「個人志向」において、2年生が4年生よりも有意に高いのは、大学入試など競争的関係な学習環境が経験の新しいこと、4年生は、臨地実習での協同学習経験の影響を受けていることが否めない。今回の調査結果からは、ボランティア活動・家庭生活の経験が臨地実習などの大学教育の経験との相乗効果により、学生の協同作業認識を高めている可能性が考えられる。

Relativity with experience of joint work recognition and university life of student nurse

Terumi Yoneda, Yoshino Kawabata, Kimiwa Itami,
Fusae Shimizu

University of Shiga Prefecture man Faculty of Nursing

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：米田 照美

滋賀県立大学 人間看護学部 基礎看護学

住 所：滋賀県彦根市八坂町2500

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

I. 緒 言

大学教育においては、学生を社会貢献できる人材に育成する上で、協同学習の理論と技法が合致しており、効果的であると言われている¹⁾²⁾³⁾。

看護系の大学では、4年間という限られた期間に看護専門職としての知識・技術・倫理を学生に習得させるために様々な授業方法が行われている。代表的な学習方法としては、一斉授業(集団学習法)や体験型学習、グループワークなどの小集団学習法、協同教育法などがあげられる。また、学生自身が主体的または能動的に学べるよう、自己学習を促すプログラムの実施や上級生が講義や

演習に参加し指導する学習法やTA参加型の学習法など、多様な学習方法が取り入れられている。

小集団学習は、演習・実習・講義を通して、看護教育に良く用いられる手法であり、中でも協同学習は、学生同士が協力的な関係を持ち、学びを深めあう効果が期待されている。そのため、小学校・中学校のみならず、大学教育においても取り入れられることが多い。ジョンソン&ジョンソンは、協同学習には、互恵的な相互依存性・積極的相互作用、グループ目標と個人の責任の明確化、小集団技能の奨励と訓練、グループの改善手続きの5つの原理があると述べている⁴⁾⁵⁾。代表的な学習技法としては、アロルソンのジグソー学習法やバズ学習法が挙げられる⁶⁾。

しかし、上記の協同学習法や小集団学習方法は、それを受ける学生自身が協同作業しながら学び合うことへの認識が学習効果や学習活動に影響する⁷⁾⁸⁾⁹⁾。よって、学生の協同作業認識を把握した上で、教育を行う必要がある。

協同作業認識を高めることは、将来、学生が社会人として働く上でも有益である。しかし、どのような属性や経験が学生たちの協同作業認識を高めることにつながっているのか明らかではない。先ほども述べたように看護教育においては、他学部との比較において小集団学習法を取り入れるケースが多い。特に3年後期～4年生前期の8ヶ月間に行われる臨地実習は、小集団で体験的に学習する場である。また看護系大学の特徴としては、他学部と比較して学業と職業が密接に連動しているため、大学教育期間中からすでに職業的社会化を促されると言われている¹⁰⁾。特に臨地実習は、看護専門職としての態度・規範を内在化させる教育形態として挙げられている¹¹⁾。その実習経験が学生自身の協同作業認識に大きな変化をもたらす可能性があると考えられる。また、他者との協同作業の経験は、大学内の演習や臨地実習以外の活動にとどまらない。大学外での経験が協同作業意識に影響を及ぼしている可能性も考えられる。

今回、臨地実習をほとんど経験していない2年生と看護基礎教育における臨地実習をすべて終了した4年生の協同作業認識を調査し、臨地実習が学生の協同作業認識に及ぼす影響を検討したいと考えた。また、大学における演習・臨地実習の経験以外の部活動、クラブ活動の経験、ボランティア活動の経験、アルバイト経験、家庭での生活経験からも影響を受けている可能性も高い。それらの属性の違いについても比較検討としたいと考えた。

II. 研究方法

1. 対象者：A看護系大学の看護学生2年生67名、4年生53名

2. 調査方法：自己記入式質問紙調査法

3. 調査時期：平成26年7月

2年生は、1年生8月に3日間の見学中心の基礎実習を修了している。4年生は、約7ヶ月間にわたる各論の臨地実習と3週間の統合実習などすべての臨地実習を修了している。

4. 調査内容

1) 長濱・安永らの開発した協同作業認識尺度18項目完全版⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

協同効用(9項目)、個人志向(6項目)、互恵懸念(3項目)の3因子から構成される。3因子18項目が適正モデルであるかは、確証的因子分析が行われ、十分な適合度が示されている。学生の抱く素朴な認識を考慮して、具体的に作成されたものである。調査に用いた質問項目に対し、どの程度同意できるかを5件法で評価するものである(1:全くそう思わない～5:とてもそう思う)。協同作業認識尺度は、協同効用(協同作業が効果的であると認識)を高く評価し、個人志向(個人作業を好む傾向)と、互恵懸念(協同作業による利益を得ることが難しいという認識)を低く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的であると判定される⁸⁾。

表1. 対象者の属性(n=118)

属性	2年生		4年生		全体		
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
学生	65	55%	53	45%	118		
性別	男性	3	5%	2	53%	5	4%
	女性	62	95%	51	4%	113	96%
職業	看護師	36	55%	32	60%	68	58%
	助産師	10	15%	5	10%	15	13%
	保健師	12	19%	6	11%	18	15%
	養護教諭	7	11%	10	19%	17	14%
大学でのクラブ活動経験	有	52	80%	29	55%	81	69%
	無	13	20%	24	45%	37	31%
ボランティア活動経験	有	28	43%	25	47%	53	45%
	無	37	57%	28	53%	65	55%
アルバイト経験	有	54	83%	46	87%	100	85%
	無	11	17%	7	13%	18	15%
大学生生活満足度	満足～やや満足	60	92%	49	92%	109	92%
	不満～やや不満	5	8%	4	8%	9	8%
大学卒業目指す自信	ある～ややある	57	88%	52	98%	109	92%
	ない～あまりない	8	12%	1	2%	9	8%
悩みの相談相手	有	61	95%	51	96%	113	96%
	無	3	5%	2	4%	5	4%
家族の同居	有	49	75%	37	70%	86	73%
	無	16	25%	16	30%	32	27%
家事手伝い	する～ややする	35	54%	26	49%	61	52%
	しない～あまりしない	30	46%	27	51%	57	48%

2) 属性に関する質問項目 (表1)

部活やサークルの所属、ボランティア活動の有無、希望する職種(看護師・助産師など臨床勤務または、保健師・養護教諭など保健機関の勤務)、大学生生活の満足、卒業目指してやっていけるかの自信の有無、アルバイト経験の有無、悩み相談相手の有無、家族との同居の有無、家事の手伝いの有無等である。

5. 分析方法

SPSS19.0を用いて分析実施(ノンパラメトリック検定Mann-WhitneyU検定)した。

6. 倫理的配慮

本調査の目的・方法・内容、参加の自由、個人の成績評価には不利益がないこと、得られたデータは研究目的以外に使用しないこと、守秘義務などについて説明し、同意と協力を得た。この調査の実施にあたり、公立大学法人滋賀県立大学研究に関する倫理審査会の承認を得た。

III. 研究結果

質問紙調査は、配布数127部、回収率119部(94%)、有効回答118部(98%)であった。

1. 対象者の属性について(表1)

対象者数は118名、性別は、男性5名(4%)女性113名(96%)、学年は2年生65名(55%)、4年生53名(45%)であった。希望する職業は、看護師68名(58%)、助産師15名(13%)、保健師18名(15%)、養護教諭17名(14%)である。

ボランティア活動の経験の有無は、有の回答が53名(45%)、無の回答が65名(55%)であった。アルバイトの経験の有無は、有りの回答が100名(85%)。無の回答が18名(15%)であった。大学卒業への自信について、「ある～ややある」との回答が109名(92%)、「ない～あまりない」の回答が9名(8%)であった。悩みを相談できる相手の有無について、有の回答が113名(96%)、無の回答が5名(4%)であった。家事の手伝いについ

て、有の回答が61名(52%)、無の回答が57名(48%)であった。家族同居有86名(73%)、家族同居無32名(27%)であった。

2. 協同作業認識尺度の学年別比較について(表2)

協同作業認識尺度について、表2に示すとおりである。下位尺度の「個人志向」について、2年生が17.8±3.6(平均±SD)点、4年生が16.6±4.0点であり、2年生が4年生よりも有意に高かった(t=0.036, p<0.05)。

3. 協同作業認識尺度と各属性のとの関連性について

1) ボランティア活動の経験の有無での比較(表3)

2年生では、ボランティア活動の経験の有が28名(43%)、活動無が37名(57%)であった。2年生では、協同効用の得点は、ボランティア活動有(38.8±3.5点)がボランティア活動無(37.0±6.3点)より、有意に高かった(t=0.033, p<0.05)。4年生では、ボランティア活動有が25名(47%)、活動無が28名(53%)であった。協同効用の得点は、ボランティア活動有(39.8±3.6点)がボランティア活動無(36.8±4.9点)より、有意に高かった(t=0.019, p<0.05)。全体では、ボランティア活動有が53名(45%)、活動無が65名(55%)であった。全体では、協同効用の得点は、ボランティア活動有(39.3±3.6点)がボランティア活動無(36.9±5.7点)より、極めて有意に高かった(t=0.001, p<0.001)。

以上のことから、2年生、4年生、全体を通して、

表3. ボランティア活動経験の有無の比較

学年 (n)	経験(n)	協同効用			個人志向			互恵懸念		
		Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準
全体 (118)	有(53)	39.3±3.6	39	0.001**	16.7±3.9	16	0.132	4.5±1.9	4	0.189
	無(65)	36.9±5.7	36		17.7±3.6	17		4.9±2.0	5	
2年 (65)	有(28)	38.8±3.5	38.5	0.033*	16.5±3.3	17	0.162	4.9±2.3	4	0.607
	無(37)	37.0±6.3	36		18.4±3.7	18		5.1±2.4	5	
4年 (53)	有(25)	39.8±3.6	40	0.019	16.4±4.5	15	0.436	4.6±1.3	4	0.148
	無(28)	36.8±4.9	36.5		16.7±3.3	16		4.2±1.4	4	

*p<0.05 **p<0.01

表2. 協同作業認識尺度と学年間の比較

学年(n)	協同効用			個人志向			互恵懸念		
	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準
全体 (118)	38.0±5.0	38	—	17.2±3.8	16.5	—	4.7±0.2	4	—
2年(65)	37.8±5.3	37	0.308	17.8±3.6	17	0.036*	5.1±2.3	5	0.364
4年(53)	38.2±4.6	39		16.6±4.0	16		4.4±1.4	4	

*p<0.05

表4. アルバイト経験の有無の比較

学年 (n)	経験(n)	協同効用			個人志向			互恵懸念		
		Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準
全体 (118)	有(100)	38.2±5.0	38	0.174	16.8±3.4	16	0.06△	4.7±2.0	4	0.871
	無(18)	36.5±4.4	37		19.3±5.0	19		4.8±2.1	4.5	
2年 (65)	有(54)	38.1±5.4	37	0.321	17.4±3.4	17	0.142	5.0±2.3	4.5	0.892
	無(11)	36.0±4.4	36		19.5±4.3	19		5.0±2.4	5	
4年 (53)	有(46)	38.3±4.6	39	0.493	19.1±6.3	17	0.303	4.4±1.4	4	0.714
	無(7)	37.3±4.6	37		16.2±3.3	16		4.6±1.5	4	

△p<0.1

ボランティア活動の経験の有無が協同効用の向上に関係している可能性が考えられる。

2) アルバイト有無での比較 (表4)

全体では、アルバイトの経験の有無では、アルバイト有の回答が100名 (85%)。無の回答が18名 (15%)であった。全体の個人志向の得点は、アルバイト有 (16.8±3.4点) がアルバイト無 (19.3±5.0点) より、低い傾向があった (t=0.06)。

以上のことから、アルバイトの経験の有無が協同効用の向上に関係している可能性が考えられる。

3) 大学で卒業目指してやっていく自信の有無での比較 (表5)

全体では、大学卒業への自信について、「ある～ややある」との回答が109名 (92%)、「ない～あまりない」の回答が9名 (8%)であった。全体で互惠懸念の得点では、自信がある (4.7±2.0点) が「自信がない」 (5.4±1.5点) より、やや低い傾向があった (t=0.085)。

以上のことから、「大学卒業への自信」が互惠懸念との関係している可能性が考えられる。自信のある学生は、自信がない学生と比較して、互惠懸念が低い傾向にある。

4) 悩みを相談できる相手の存在の有無での比較 (表6)

4年生では、相談相手有りが51名 (96%)、相談相手無が2名 (4%)であった。4年生の協同効用の得点は、相談相手の有 (38.4±4.5) が、相談相手の無 (32.5±2.1点) より、やや高い傾向があった (t=0.07)。全体では、悩みを相談できる相手の有無につ

いて、有の回答が113名 (96%)、無の回答が5名 (4%)であった。全体の協同効用の得点は、相談相手の有 (38.1±5.0点) が、相談相手の無 (34.2±4.0点) より、有意に高かった (t=0.048, p<0.05)。相談相手は、友人が大多数であった。

以上のことから、相談相手の有無が協同効用の向上に関係性があることが考えられる。

5) 家族同居の有無での比較 (表7)

2年生では、家族同居有49名 (75%)、家族同居無16名 (25%)であった。2年生の協同効用の得点は、家族同居あり (38.5±5.5点) が、家族同居なし (35.4±4.2点) より、有意に高かった (t=0.022, p<0.05)。4年生では、家族同居有37名 (70%)、家族同居無16名 (30%)であった。4年生の互惠懸念の得点は、家族同居あり (4.8±1.4点) が、家族同居なし (3.7±0.8点) より、有意に高かった (t=0.003, p<0.005)。

全体では、家族同居有86名 (73%)、家族同居無32名 (27%)であった。全体での互惠懸念の得点では、家族同居あり (4.9±2.0点) が家族同居なし (4.3±1.9点) より、やや高い傾向にあった (t=0.058)。

家族との同居生活が、互惠懸念を高くする可能性が考えられる。しかしながら、2年生においては、協同効用の向上に関係性があることが考えられる。

6) 家の手伝いの有無での比較 (表8)

4年生で家の手伝いをしていると答えた学生は、26名 (49%)、していないと答えた学生は27名 (51%)であった。4年生の、協同効用の得点は、家の手伝い

表5. 大学卒業目指してやっていく自信の有無の比較

学年 (n)	経験(n)	協同効用			個人志向			互惠懸念		
		Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準
全体 (118)	有(109)	38.1±5.0	38	0.13	17.8±3.8	17	0.482	4.7±2.0	4	0.085△
	無(9)	35.8±4.7	35		16.7±3.5	15		5.4±1.5	5	
2年 (85)	有(57)	38.0±5.4	37	0.316	17.9±3.6	18	0.331	4.9±2.4	4	0.126
	無(8)	36.3±4.8	35		17±3.6	15.5		5.6±1.5	5.5	
4年 (53)	有(52)	38.3±4.5	39	0.176	16.6±3.9	16	0.393	4.4±1.4	4	0.919
	無(1)	—	—		—	—		—	—	

△p<0.1

表6. 悩み相談相手の有無の比較

学年 (n)	経験(n)	協同効用			個人志向			互惠懸念		
		Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準
全体 (118)	有(113)	38.1±5.0	38	0.048**	17.1±3.7	16	0.188	4.7±2.0	4	0.104
	無(5)	34.2±4.0	33		19.4±3.8	20		5.6±1.3	5	
2年 (85)	有(62)	37.9±5.3	37	0.308	17.7±3.5	17	0.396	5.0±2.4	4	0.293
	無(3)	35.3±4.9	33		19.7±4.5	20		5.7±1.2	5	
4年 (53)	有(51)	38.4±4.5	39	0.071△	16.5±3.9	16	0.291	4.4±1.4	4	0.288
	無(2)	32.5±2.1	32.5		19.0±4.2	19		5.5±2.1	5.5	

△p<0.1 **p<0.05

表7. 家族同居の有無の比較

学年 (n)	経験(n)	協同効用			個人志向			互惠懸念		
		Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準
全体 (118)	有(86)	38.1±5.1	38	0.619	17.1±3.8	16	0.403	4.9±2.0	4	0.058△
	無(32)	37.5±4.6	4.6		17.7±3.7	17		4.3±1.9	3	
2年 (85)	有(49)	38.5±5.5	38	0.022**	17.4±3.6	17	0.188	5.0±2.4	4	0.912
	無(16)	35.4±4.2	35		18.7±3.6	19		5.1±2.3	5	
4年 (53)	有(37)	37.6±4.7	39	0.174	16.5±4.1	16	0.853	4.8±1.4	4	0.003*
	無(16)	39.6±4.0	39.5		16.6±3.6	16		3.7±0.8	3	

△p<0.1 *p<0.05

表8. 家の手伝いの有無の比較

学年 (n)	経験(n)	協同効用			個人志向			互惠懸念		
		Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準	Mean±SD	中央値	有意水準
全体 (118)	有(61)	38.8±4.0	39	0.009**	17.4±3.9	17	0.854	4.7±2.3	4	0.282
	無(57)	37.1±5.7	36		17.0±3.7	17		4.8±1.7	5	
2年 (85)	有(35)	37.9±3.9	38	0.281	18.1±3.7	17	0.706	5.4±2.6	5	0.226
	無(30)	37.6±6.7	36		17.4±3.5	17.5		4.6±1.9	4	
4年 (53)	有(26)	40.0±3.9	40.5	0.005**	15.7±3.2	15.5	—	3.8±1.0	3	0.001**
	無(27)	36.4±4.5	36		17.4±4.4	16		5.0±1.4	5	

**p<0.01

をしている(40.0±3.9点)が、家の手伝いをしていない(36.4±4.5点)より、有意に高かった($t=0.005$, $p<0.05$)。互惠懸念の得点では、家の手伝いをしている(3.8±1.0点)が家の手伝いをしていない(5.0±1.4点)より、極めて低かった($t=0.001$, $p<0.001$)。

全体で家の手伝いをしていると答えた学生は、61名(52%)、していないと答えた学生は57名(48%)であった。全体では、協同効用の得点は、家の手伝いをしている(38.8±4.0点)が、家の手伝いをしていない(37.1±5.7点)より、有意に高かった($t=0.009$, $p<0.05$)。

家事の手伝いの経験の有無が、協同効用の向上に関係性があることが考えられる。また、4年生においては、互惠懸念を低さと関係している。

7) 大学でのクラブ活動の有無、希望職種による違い

協同作業認識尺度と「希望職業」「大学でのクラブ活動」「大学生生活の満足度」に関しては、有意差はみられなかった。

IV. 考 察

1. 協同作業認識とボランティア活動との関連について

2年生も4年生もそして全体でも、協同効用の得点は、ボランティア活動有がボランティア活動の無より、極めて有意に高かった。以上のことから、2年生、4年生、全体を通して、ボランティア活動の経験が協同効用の向上に関係性があることが考えられる。ボランティア活動では、他者と協力し合い、連携し、助け合う援助的な活動経験である。そのような経験を重ねることで、協同作業認識も徐々に向上していったのではないだろうか。

また、調査結果から、アルバイトの経験の有無が協同効用を高める可能性が考えられた。アルバイトは、ボランティアと異なり、賃金は発生するものの、学生が他者と協力し合い、連携し、作業する経験である。そのため、協同作業認識にも影響したものと考えられる。

協同効用は、18～19歳の年齢層と20代～30代年齢層と比較すると18～19歳の年齢層が有意に低いという報告がある⁷⁾。2年生と4年生を比較したところ、有意差はなかった。協同効用が低くなるこの年齢期に、ボランティア活動やアルバイト経験を積むことは、他者との相互作用経験を重ねることになる。

ジョンソン、ジョンソン&ヒュールベックは、「技術、政治、経済、環境と言った人間生活の諸側面でますます協同が必要になっている」と述べている¹²⁾。また、協同に付随する特徴として、「友好性、助け合い、支え合い、気遣い、尊敬、責任感、信頼感などを仲間に対して持つようになる」ことを挙げている⁹⁾。大学時代に促進的な

相互依存関係をうまく構築・維持する能力を培うことで、異なる立場の相手との葛藤を協同の枠内で問題解決し、降りかかる変化に適応できる力を体験的に習得できる。また、その能力は、学生が近い将来、就職し、組織の一員として職場に適応し、協同して働くための必要な能力となる。今回の調査結果からは、ボランティア活動の経験が臨地実習などの大学教育と相乗効果となり、学生の協同する認識を高める可能性が考えられる。

学年間の比較では、下位尺度の「個人志向」において、2年生が4年生よりも有意に高かった。「個人志向」が4年生より2年生に有意に高かったのは、4年生と比較して、2年生の方が大学入試を目標に他者と競争的関係の学習環境を経験が新しいためと考えられる。ジョンソン&ジョンソンは、競争的動機づけに付随する特徴として、「心配、失敗の恐れ、競争相手に対する敵意、他人の勝利を妨げようという関心、自己志向性、勝つことを強調する価値観」を挙げている⁹⁾。他者との関係性を引き裂き、対立させる学習環境から、対人関係やコミュニケーションなどの社会的技能の育成は期待できないと言われている¹³⁾。近年、新人社員の早期退職などが問題となっている。そのような中、組織の一員として職場に適応するためには、学生時代から、促進的な相互依存関係を維持し、協同する経験を積み重ねることが、学生の社会化を促進する有用な体験になると考える。

協同作業に否定的な学生は外的に動機づけられ学習し、肯定的な学生は内発的動機づけられ学習しているという報告がある⁹⁾。本来ならば、大学の基礎教育(演習や臨地実習)を通して、すべての学生が協同作業認識を高めることが学習効果を考える上でも、社会人として働く上でも望ましい姿である。しかし、学生時代から、ボランティアやアルバイト先、家庭内で相互依存関係をうまく活用し、他者と協同する経験を体験的に積み重ねることができるなら、それは、学生の学習や人間性の成長に大いに役立つものと考えられる。

2. 協同作業認識と家庭での生活経験との関連について

家族との同居生活においては、互惠懸念を高くする可能性が考えられる。しかしながら、2年生においては、協同効用を高める可能性もある。また、家事手伝いの経験においては、家事手伝いをしている方が協同効用を高める可能性がある。

現代の若者は、ライフスタイル、家族形態など個人の自由な選択が認められる「個人化」が広がり、対人関係の結びつきが以前よりも希薄であると言われている¹²⁾。促進的な相互依存関係を構築・維持する能力を培う場合は、家庭内でも同じである。学生自身の家族関係が相互依存関係であるとしたら、学生が家族のために協力し、助け合う経験をもつ可能性も考えられる。また、家庭におい

でも両親、祖母、兄弟など異なり世代との交流や関係を構築し、共に促進的な相互依存関係のなかで作業ができる経験は少なからず存在し、日常的に協働作業認識も培われる可能性があると考えられる。

V. 結 語

今回、A大学看護系2年生4年生の協同作業認識とその属性について調査した。以下のことが明らかとなった。

1. 2年生、4年生、全体いずれも、ボランティア活動、アルバイトの経験、家庭生活の経験が協同効用を高めている可能性が考えられる。ボランティアなどの活動を通して、促進的な相互依存関係を維持し、協同する経験を積み重ねることは、学生の協同作業認識に影響する。
2. 下位尺度の「個人志向」において、2年生が4年生よりも有意に高かった。2年生は、大学入試など競争的關係な学習環境の経験が新しいこと、4年生は、臨地実習など小集団での協同学習経験の影響が考えられる。

謝 辞

本研究は、ごく一部の限られた大学での調査であるため、結果の一般化には限界がある。本研究をまとめるにあたり、調査に協力して下さいました看護学生の皆様に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 杉江修治, 協同学習入門、ナカニシヤ出版, p29-64, 2011.
- 2) 杉江修治, 教育心理学と実践活動 協同学習による授業改善 教育心理学年報 vol. 45, p156-165, 2004.
- 3) 安永悟: 協同学習による大学授業への展望, 日本教育心理学, vol48, 163-172, 2009.
- 4) ジョンソン, D. W./ジョンソン, R. T/ホルベック, E. J.: 学習の輪, 二瓶社, 7-28, 2010.
- 5) Johnson, D. W., & Johnson, R. T, Instructional goal structure: cooperative, competitive, or individualistic. Review of Educational Research, 44, 213-240, 1974.
- 6) Aronson, E., Blaney, N. T., Sikes, et. al. Busing and racial tension: The jigsaw route to learning and liking. Psychological Today, Feb., p43-59, 1975.
- 7) 長濱文与・安永悟, (2008). 協同作業の認識が学習意欲に及ぼす影響. 日本教育心理学会第50回総会論文集, 2-31, 2008.
- 8) 長濱文与・安永悟・関田一彦他: 協同作業認識尺度の開発, 教育心理学研究, 57. 24-37, 2009.
- 9) 長濱文与・安永悟, 大学生の協同作業に対する認識の変化, 南山大学紀要, 35-42. 2009.
- 10) 長谷川美貴子: 看護学生における職業社会化と職業意識の関係性, 淑徳短期大学紀要, No. 51, 167-184, 2012.
- 11) 13) 白鳥さつき: 看護大学生が看護職を自己の職業と決定するまでのプロセスの構造, 日本看護研究学会雑誌, Vol. 32 No. 1, 113-123, 2009.
- 12) Johnson, D. W., Johnson, R. T, & Hulubec, E. J. Cicles of learning: Cooperation in the classroom (3rd ed). Interaction Book Company.
- 13) 杉江修治, 協同学習の展開, 中京大学教養論叢, 38(3), 175-190, 1998.

研究ノート

医療機関における発達障害児への
看護の課題に関する文献検討

玉川あゆみ¹⁾, 古株ひろみ¹⁾, 川端 智子¹⁾, 渡邊 香織¹⁾

¹⁾滋賀県立大学 人間看護学部

背景 発達障害児は、その障害特性により生活上で様々な困難に遭遇する。医療機関への受診においても、その困難が報告されてきている。発達障害児が医療機関を受診するには、医療者側の発達障害に対する理解と個々の障害特性に応じた工夫がなければ、安心して受診し、診療を受けることが難しい。よって、発達障害児の障害特性に応じた医療機関における支援を検討していく必要がある。

目的 発達障害児に関する看護研究を概観し、医療機関における発達障害児とその家族への看護に関連する研究をさらに詳しく分析し、医療機関における発達障害児と家族への看護の課題を明らかにする。

方法 医学中央雑誌Web版 (Ver. 5) 及びCiNii国立情報学研究所論文情報ナビゲーターにて「自閉症児」「発達障害児」「看護」をキーワードとして文献検索を行った。看護・発達障害児に関係しない文献を除外し、対象を2000年から2013年の文献を選定し93件に絞り込み、そこにハンドサーチで得られた12件を加えた、合計105件を分析対象とした。さらに対象文献の年次推移と内容の類似性に基づいて研究内容を分類した中から、医療機関における発達障害児と家族への看護に関する文献を詳しく分析した。

結果 発達障害児への看護に関する研究は、2005年以降に急激な増加があった。医療機関における発達障害児への看護の実践では、発達障害児の主要な問題行動に対する看護の報告が多くを占めた。発達障害児に関わる看護師は、発達障害児への対応に困難を感じており、その対応策として家族支援の有効性が示唆されていた。また一方で、発達障害児の家族も、医療機関への受診に多くの困難を抱えている現状が明らかになった。

結論 1) 個々の発達障害児の障害特性に応じた根拠に基づく看護を提供するため、エビデンスの高い研究を重ね発達障害児への看護の方法を構築していく必要がある。2) 米国で示されている発達障害児と家族への具体的な看護の方法を、日本の医療機関でも応用していけるか検討が必要である。3) 発達障害児に関する看護の専門的知識と技術を高めていくために、今後臨床での教育プログラムの構築、及び看護基礎教育での教育のあり方への検討が必要である。

キーワード 発達障害児 自閉症児 看護 医療機関への受診 文献検討

An Literature of nursing problem research on children with developmental disease in medical institutions

Ayumi Tamagawa¹⁾, Hiromi Kokabu¹⁾, Tomoko Kawabata¹⁾, Kaori Watanabe¹⁾

¹⁾The University of Shiga Prefecture The School of Nursing

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：玉川あゆみ

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : tamagawa, a@nurse. usp. ac. jp

I. 緒 言

特別支援教育の本格的実施や、発達障害者支援法の施行などに伴い、発達障害児者への支援が進んできている。とりわけ、発達障害者支援法においては、地域支援体制の整備や支援手法の開発、専門的人材の養成等の施策、情報提供や普及啓発等が開始され、生涯における支援の必要性が明確化された。これにより、発達障害に関する理解や認識も広がりを見せ、発達障害児とその家族への支援体制は急速に整えられている。

発達障害児者は、その認知特性からコミュニケーションが苦手であったり、場面の切り替えが苦手であったりする。さらには、限定された興味や活動、多動性や衝動

性等の不応行動があり、日常生活上で様々な困難を抱えていることが考えられる。また、その障害特性は外見上からは解りにくく、周囲からの障害に対する理解が得にくいこともあり¹⁾、更なる困難を招くことも予想される。

医療機関への受診に関しても、発達障害児者の障害特性から、慣れない場所で長く待つことができないことや、パニックを起こしてしまい診療が受けられない等の困難が報告されている²⁾。これらの困難は、疾患の発見や治療が遅れることに繋がり、生命の危険につながることもある。また、幼少期に医療者に不適切な対応をされることによって、成人期における医療を受けにくくさせており、発達障害者の健康管理が問題視されている。医療者は、これらの現状を強く認識し、特に幼少期における適切な対応を考えていく必要がある。

しかし、外来看護師は、日常的に発達障害児と関わる機会が多いものの、発達障害に特化した専門的な教育を受ける機会が少なく³⁾、発達障害やその看護に対する知識不足により、適切な対応をとることが難しい状況にあると推測される。

そこで本研究では、発達障害児に関する看護研究を概観し、医療機関における発達障害児と家族への看護の課題を明らかにする。

II. 用語の定義

発達障害児：「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」とし、「18歳未満については発達障害児としている」という、発達障害者支援法で定めるものとする⁴⁾。

III. 研究方法

1. 研究対象

「発達障害児」のシソーラス検索では、「自閉症児」に関する文献を含まないことがあるため、キーワードは「自閉症児」「発達障害児」「看護」とし、医学中央雑誌Web版にてキーワード検索を実行した。その結果、「自閉症児」and「看護」が108件、「発達障害児」and「看護」が243件であった。その後、原著論文のみの選定とし、重複しているもの、看護・発達障害児に関係しない文献を除外し108件が抽出された。

同様にCiNii国立情報学研究所論文情報ナビゲーターにて検索した結果、「自閉症児」and「看護」が44件、「発達障害児」and「看護」が58件が抽出された。これらも同様に整理したところ、8件が抽出され、合計116件となった。この内、学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議で学習障害の定義や判断が示されたことで、保護者などにも発達障害という概念が浸透してきた2000年を区切りとして、それ以前の文献を除外した結果、93件となった。さらに、医療機関での看護に関する文献をより多く把握し検討するために、ハンドサーチにより、海外文献を含む12件を追加し、合計105件を研究対象とした。

2. 分析方法

文献数の年次推移と研究内容の分析を行った。研究内容の分析は、研究の記載内容を要約し、内容の類似性に基づいて分類した。

次に、分類した中から医療機関における発達障害児と家族への看護に関する文献をさらに詳しく分析し、医療機関における発達障害児と家族への看護の課題を明らかにした。

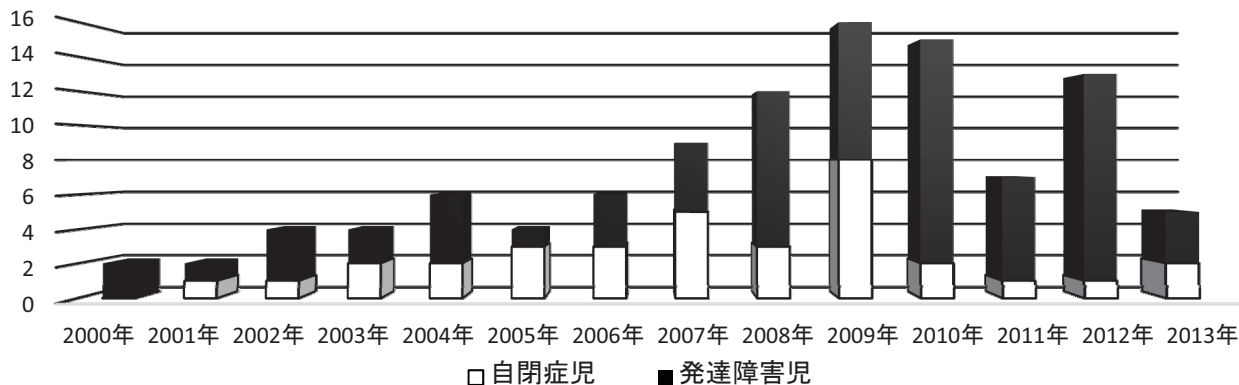


図1 発達障害児への看護に関する文献の年次推移

IV. 結果

1. 発達障害児への看護に関する研究の動向

1) 文献の年次推移

発達障害児への看護に関する文献の年次別文献推移は、2000年2件（2%）、2001年2件（2%）、以降年々増え続け、2009年には16件（15%）とピークに達している。（図1）

2) 研究の内容の分類

研究の内容としては、地域での支援に関する文献34件（32%）、家族の心理社会的問題に関する文献15件（14%）、医療機関における発達障害児と家族への看護に関する文献50件（48%）、文献検討2件（2%）、学生の学びに関する文献4件（4%）であった。（図2）

地域での支援に関する文献34件の内訳は、「保健師による発達障害児と家族への支援と役割に関する文献」17件（16%）、「保健師による発達障害児の早期発見・早期支援のための課題に関する文献」6件（6%）、「地域サポートシステムに関する文献」11件（10%）であった。家族の心理社会的問題に関する文献15件の内訳は「発達障害児の家族のストレス・QOL等に関する文献」4件（4%）、「発達障害児の家族関係・家族機能・家族特性に関する文献」6件（6%）、「発達障害児の家族支援に関する文献」5件（5%）であった。医療機関における発達障害児と家族への看護及び支援に関する文献50件の内訳は「発達障害児への看護実践に関する文献」28件（27%）、「発達障害児に関わる看護師及び支援者に関する文献」12件（11%）、「発達障害児の家族に関する文献」10件（9%）であった。文献検討に関する文献2件は、「発達障害をもつ人への看護の実態に関する文献的考察」1件（1%）、「自閉症児を育てている母親の成長に関する文献的検討」1件（1%）であった。学生の学びに関する文献4件は、「発達障害児と実習・演習を通した関わりからの学びに関する文献」4件（4%）であった。

2. 医療機関における発達障害児と家族への看護及び支援に関する研究の動向

1) 発達障害児への看護実践に関する研究

発達障害児を対象とした研究内容は、発達障害児の主要な問題行動に対する看護の報告が24件（86%）、プレパレーション4件（14%）であり、その全てが事例・実践報告であった。また、研究対象となった発達障害の内訳は、発達障害児（詳細は不明）17%、自閉症児52%、注意欠陥多動性症候群10%、広汎性発達障害17%、アスペルガー症候群4%であった。対象年齢は、その殆どが学童期から思春期であった。

発達障害児への病棟での看護は、子どもの他害行為、こだわり行動、破壊や生活習慣活動の未確立といった問題行動に対して、「行動制限」⁵⁾⁶⁾、「視覚的・物理的構造化を生活の中に取り入れこんでいくこと」⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾、「医療者と子どもの信頼関係を構築できるように個別的に関わり、安心感を与えること」⁵⁾⁷⁾⁹⁾で、問題行動を減少させることに効果があったと報告されていた。また、脳性麻痺を伴う場合や、視覚障害があっても、対象に合った構造化を取り入れることが有効であったと報告されていた¹⁰⁾¹¹⁾。一方で、子どもの認知能力レベルによっては、視覚的構造化や段階的課題を与えても問題行動が減少しないという指摘もあった¹²⁾。

外来での看護は、採血時のプレパレーションに構造化や絵カードを取り入れることの有効性が報告されていた¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。また脳波の検査では、事前に子どもの障害特性や、睡眠に関する情報を得た上で援助を計画していくことの重要性が示唆されていた¹⁶⁾¹⁷⁾。家族が安心して主体的に外来診療や検査に臨めるようにするには、母子双方への援助と共感的態度を示し、個別的な援助を行うことが有効であったと報告されていた¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。さらに、外来受診の予約時には、看護師が家族のニーズを把握し、障害特性にあった援助が提供で

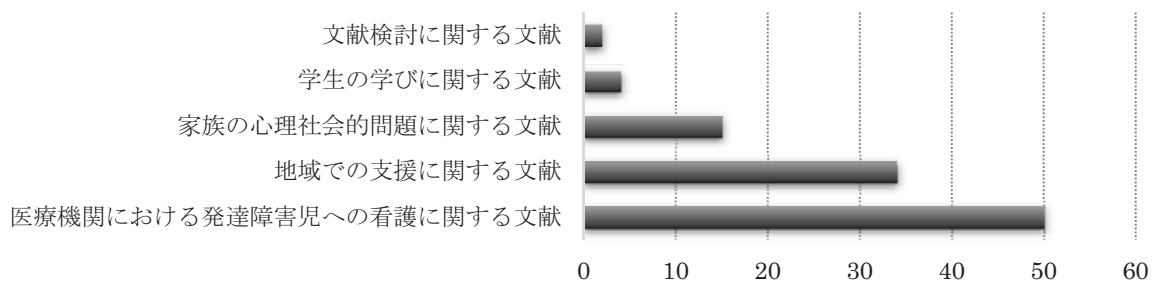


図2 2000年～2013年における発達障害児への看護に関する文献の内訳

きるように情報を得ることで、子どもと家族の意思決定を支える効果があったと報告されていた¹⁹⁾。加えて、家族によっては、家族の障害受容や理解が乏しい場合があり、障害を受容し理解してもらうための支援の重要性が報告されていた²⁰⁾。

2) 発達障害児に関わる看護師及び支援者に関する研究

看護師及び支援者を対象にした研究は、発達障害児への対応に関する研究が10件(83%)、発達障害児に関わる看護師の暴力対処やストレスに関する研究が2件(17%)であった。

発達障害児に関わる看護師は、外来診療における発達障害児の対応に困難を感じていた³⁾²¹⁾。対応しきれない困難さや葛藤を抱えている原因として、専門的な学習の機会が少ないことや、障害に対する理解が十分でないことが示唆されていた³⁾²¹⁾。加えて、発達障害児に対応する外来看護師の困難には、外来看護師の専門的知識とコミュニケーション力が影響していることが示唆されていたが、その具体的な内容までは示されていなかった²²⁾。発達障害児が入院する病棟で勤務する看護師は、戸惑いやストレスを感じる事が多く、その理由の一つとして発達障害児への対応の仕方の違いが挙げられた²³⁾。

発達障害児への対応に関する研究において、支援者が発達障害児への対応効力感が高い程、一見対処が難しいと感じる出来事に対しても、積極的に支援に取り組める事を報告している²⁴⁾。この研究の対象である支援者は心理・教育・医療を含む支援者であり、看護師は3名含まれていた。発達障害児への対応効力感は、「支援者が発達障害児に関する臨床場面では出会う出来事に対して、どの程度対応できると思うか」²⁴⁾と定義される。対応効力感を高めるために、支援者が発達障害児の家族支援を積極的に実施することが必要だと指摘しているが、その他の影響要因は検討されていなかった²⁴⁾。

発達障害児及び障害者の医療機関への受診に関して、医療者を対象に診療ハンドブックが開発されていた。そこでは、診療に関するバリアフリーを広く周知するために、関わり方の工夫や、診療、処置に対する具体例が述べられていた²⁵⁾。また、家族の障害に対する理解は、医療者以上に理解していることもあれば、理解や受容ができていないこともあるため、家族には柔軟な対応が求められることも報告されていた²⁵⁾。

一方、米国のMargaret C. Soudersは、発達障害児及び障害者に対する看護の具体例を報告していた。外来受診より前に、親とのディスカッションを通して、診療や処置を実施するための物理的な環境設定の必要性が導きだされることで、診療の効率性や質が向上す

ることが明らかにされていた。さらには、診療や処置時に本人が安心して協力できるよう、「Imitation/role modeling paired with reinforcement」「Reward」「Shaping」「High-probability request/low-probability request」「Differential reinforcement」「Token systems」「Choices」「Visual」「Distraction techniques」「Body-hold techniques」の10項目で構成された具体的な看護の方法を障害特性によって組み合わせることで、対応に困難を感じる診療や処置に対しても効果的に介入することができ、肯定的な医療経験を促進できることが報告されていた²⁶⁾。しかし、この米国での具体的な看護の方法を日本の看護実践で活用したという報告文献はなかった。

3) 発達障害児の家族に関する研究

発達障害児の家族を対象にした研究は、医療機関への受診に関する文献7件(70%)、養育上の悩みに関する文献3件(30%)であった。

発達障害児が医療機関を受診する診療科は「歯科」「精神神経科」「内科」の順に多く、家族が発達障害児の受診に関して困難を感じる診療科は、「耳鼻咽喉科」「歯科」「眼科」の順で高かった。その理由として、医療器具を使用した検査や治療が難しいことや、障害特性により触れられることを苦手としていることが報告されていた²⁷⁾。

発達障害児と家族は、日常的な健康問題に関して、身近な医療機関を利用したいと望んでいるが²⁾、「動いて検査ができないこと」や、「大声や奇声をあげる」などの理由で、受診を断られるという経験をしていた²⁸⁾。また、診察してもらえぬ医療機関でも、子どもが初めていく場所や、嫌な記憶が残る場所であるとパニックを起こして医療機関の建物に入れないことや、待合室で周囲の人々からの障害に対する理解が得られないという困難を抱えていた²⁾²⁸⁾²⁹⁾。さらには、医療機関を受診することができても、多動や感覚過敏によりパニックを起こすなどの障害特性から、診察を受けることにも大きな困難が付きまとうと報告されていた²⁾²⁸⁾²⁹⁾。発達障害児の家族は、医療者から多動やパニックに対する苦情を言われる等の対応を受けることが多く、医療者の障害特性に関する知識不足や理解不足があると感じていた²⁾²⁸⁾²⁹⁾。

発達障害児の家族は、これらの困難を克服するために「医療機関に行くための準備」をし、あらかじめ「医療機関に協力」を求めている。また、「待てない待ち時間の工夫」をしたり、子どもと医療者の「コミュニケーションの仲介」をしたりして、「診察にあたりじっとしているため」の様々な工夫、苦勞、経験を積み重ねていた²⁸⁾。そのような中で、発達障害児の家族

は、医療者の「児を安心させる言動」「待ち時間・待合室の配慮」「児の安全への配慮」「保護者への共感的態度」「看護師による医師への働きかけ」「視覚的情報の提供」等を良い対応であると感じており、それによって、子どもがパニックを起こすことなく受診できたことが報告されていた³⁰⁾。

V. 考 察

1. 発達障害児への看護に関する研究の動向

発達障害児に関する研究の年次推移をみると、2005年以降に急激な増加がみられる。また、「自閉症児」よりも「発達障害児」という概念を用いた研究数が、多くの割合を占めるようになってきている。これは、それまで自閉症、広汎性発達障害等、別々に捉えられていた障害を含めて、「発達障害」という概念が成立したことや³¹⁾、診断基準が整備されたことが影響していると考えられる。

研究内容の分類としては、医療機関における発達障害児と家族への看護及び支援に関する文献が48%と大きな割合を占めたが、これに関しては後述する。続いて多くみられたのは、地域での支援に関する文献が32%、家族の心理社会的問題に関する文献14%と、合わせると全体の約半数を占めた。これは、2005年に発達障害者支援法が施行され、その中で、地域における発達障害児及びその家族に対する支援の必要性が明確化されたことが影響していると考えられる。したがって、地域保健を担う保健師を対象とした役割の明確化や早期発見、早期支援に関する研究が増加したことが示唆される。またそれに伴い、地域での支援に欠かせない発達障害児の家族に関する心理社会的問題に着目した研究の増加がみられたと考えられる。学生の学びに関する文献も少数であったがみられた。これは臨床において、発達障害児との関わりが増加していることから、基礎教育においても、発達障害児に関する教育の必要性が望まれていることが示唆された。

2. 医療機関における発達障害児と家族への看護及び支援に関する研究の動向

1) 発達障害児への看護実践に関する研究の動向

発達障害児を対象とした研究は、自閉症児が半数を占め(52%)、その障害特性への対応に、個別性や専門性が特に必要であることが示唆された。また、対象年齢が学童期以降に多いことに関しては、障害の出現の仕方に多様性を伴うことや、家族の発達障害への認識や受容段階が影響し、発達障害と診断されるのが学童期以降に多くなることが影響していると考えられる。

研究内容に関しては、殆どが発達障害児の主要な問題行動に対する看護の報告であり、実践方法において

は共通する部分が多く見られた。その内容として、視覚的構造化や物理的構造化を活用するTreatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (以下、TEACCHプログラムとする)やPicture Exchange Card System (以下、PECSとする)を活用した報告^{5)~18)}が多くを占めた。このことから、TEACCHプログラムやPECSなどの視覚的・物理的構造化は、問題行動の減少や、ADLの向上、また検査手順の見通しをもつために効果的であることが示唆された。発達障害児の多くがもつ想像力の障害は、次に起こることの見通しが持てないことへの困難さがある。そのため、構造化された環境や対応が、見通しのつかないことによる不安や混乱の軽減をはかり、場面にあった行動をとりやすくしたと考えられる。しかし、発達障害児の障害特性は、子ども一人ひとりによって違い、同じ構造化が全ての子どもに効果があるわけではないことも報告されていた¹²⁾。療育現場や教育現場では、発達障害児が場面にあった適切な対応がとれるように、子どもの力を引き出す方法としてTEACCHプログラムやPECS以外にも多くの試みがされており、その方法は多岐にわたる³²⁾。このことから、医療機関での診療場面や看護場面においても、子ども一人ひとりの障害特性にあった看護の方法を構築していくために、エビデンスの高い研究を積み重ねていく必要がある。

2) 発達障害児に関わる看護師及び支援者に関する研究の動向

発達障害児に関わる看護師及び支援者に関する研究は、外来診療における発達障害児への対応に関する研究が多く(83%)を占めた。

発達障害児や障害者の医療機関への受診に関する診療ハンドブックには、発達障害児者への関わり方の工夫や、診療、処置に対する具体例が述べられていた²⁵⁾。しかし、発達障害児に関わる看護師は、外来診療における発達障害児と家族に対応しきれない困難や葛藤を抱えており³⁾²¹⁾、その要因として発達障害に関する理解や知識が十分でないことが示唆された³⁾²¹⁾。看護師は、発達障害児に対する困難を軽減していけるよう、障害特性に関する理解と、知識やスキルを修得していく必要がある。だが、発達障害児への対応に困難を感じている看護師は、発達障害に関する専門的な学習を受ける機会が少ないことも報告されている³⁾。これらのことより、発達障害児に関する看護の専門的知識と技術を高めていくための教育プログラムの構築や、看護基礎教育での教育の在り方の検討が必要であると考えられる。

発達障害児への対応効力感を高めるためには、

発達障害児の家族支援が有効であることが報告されていたが、診療に携わる看護師を対象とした報告はなかった²⁴⁾。また、米国のMargaret C. Soudersが報告している発達障害児と家族への具体的な看護の方法の中にも、家族と協働する中で家族支援の有効性が指摘されていた²⁶⁾。現在、日本において、発達障害児への看護に関して標準化されたものはなく、看護師による発達障害児の家族支援の有効性も明らかでない。今後は、米国で示されている発達障害児と家族への具体的な看護の方法を、日本の医療機関でも応用していけるか検討が必要である。

3) 発達障害児の家族に関する研究の動向

発達障害児の家族に関する研究は、医療機関への受診に関する研究が70%を占めた。このことから、発達障害児と家族は、日常生活とは異なる環境である医療機関への受診に多くの問題を抱えていることが明らかになった。

発達障害児は、一般診療への受診で特に耳鼻咽喉科や眼科等で困難を感じていた。これは、発達障害児の障害特性の一つである感覚過敏への影響が大きい診察に、特に困難があることが示唆された。また、その他にも発達障害の障害特性による問題行動や、医療者側の不適切な対応に困難を感じており²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾、それが医療機関への受診に関する困難を強めている要因の一つであることが考えられた。

一方、外来診療において、医療者から受けた良い対応として報告されていた「児を安心させる言動」「児の安全への配慮」「視覚的情報の提供」は、上述した米国のMargaret C. Soudersが報告している10項目にある「Visual」「Rewards」「Distraction techniques」「Body-hold techniques」等に相当している部分があり、その有効性が伺えた³⁰⁾。しかし、それ以外にも家族は「待ち時間・待合室の配慮」「保護者への共感的態度」を良い対応であると捉えている³⁰⁾。このことから、発達障害児の家族は、発達障害児と同じように医療機関への受診に困難や不安を抱えていることが示唆され、家族への看護も重要であると考えられた。

医療者は、発達障害児とその家族に必要な看護を提供していくために、医療機関への受診における問題を強く認識する必要がある。そして、発達障害児と家族が安心して外来診療を受けられるように、障害特性を理解し、それぞれのニーズに合わせた具体的な対応を明らかにしていくことが重要であると考えられた。

VI. 結 語

医療機関における発達障害児への看護に関する文献検

討の結果より、次の3点が看護の課題として明らかとなった。

- 1) 個々の発達障害児の障害特性に応じた根拠に基づく看護を提供するため、エビデンスの高い研究を重ね発達障害児への看護の方法を構築していく必要がある。
- 2) 米国で示されている発達障害児と家族への具体的な看護の方法を、日本の医療機関でも応用していけるか検討が必要である。
- 3) 発達障害児に関する看護の専門的知識と技術を高めていくために、今後臨床での教育プログラムの構築、及び看護基礎教育での教育のあり方への検討が必要である。

文 献

- 1) 中田洋二郎：保護者への支援，（斎藤万比古，編），発達障害とその周辺の問題，261-272，2008，中山書店，東京。
- 2) 小室佳文，前田和子，長崎多恵子，他：自閉症児・者の受療環境に関する家族のニーズ，小児保健研究，64，（6），802-810，2005。
- 3) 坪見利香，大見サキエ：軽度発達障害と診断または推測される子どもに対する小児科外来看護師の対応の困難さの現状と課題，育療，44，40-51，2009。
- 4) 厚生労働省：発達障害支援法，2005。
- 5) 東江幸子，笠原篤徳，流禮子，他：広汎性発達障害児の他害行為に対する取りくみ，阪府立精神医療センター紀要，（5），48-52，2005。
- 6) 新垣和之，川下静代，輪違知代子，他：自閉症児に構造化を取り入れた援助を試みて 生活にルーティンを作りADLの自立を目指す，日本看護学会論文集，小児看護，（33）76-78，2003。
- 7) 齊藤恵子，石田淳造：思春期広汎性発達障害患者の看護 段階的目標にトークン・エコノミーを用いた1事例，日本精神科看護学会誌，53（2），2010。
- 8) 水嶋康夫，岡村道代：自閉症児のコミュニケーション方法と自己決定への援助，日本看護学会論文集，小児看護，（37），179-181，2007。
- 9) 西川悠紀：自閉症児に対する排泄援助排泄の恐怖心から安心へ，日本精神科看護学会誌，46，（2），522-525，2003。
- 10) 中村雅子，寺林玲子，長谷部玲子：自閉症を伴う脳性麻痺児の適応行動への援助 食事・排泄・遊び場面で視覚的な提示を用いて，日本看護学会論文集，小児看護，（39），80-82，2009。
- 11) 真島美絵，濱松明美，近藤佳澄，他：視覚障害及び広汎性発達障害児の摂食援助 視覚以外の感覚を利用した構造化を取り入れて，日本看護学会論文集，小

- 児看護, (37), 209-211, 2007.
- 12) 松田清隆: 刺激を最小限にした生活空間の有用性—自閉症児の激しいこだわり行動の減少を目指して—, 東京福祉保健医療学会誌, 92-93, 2007.
 - 13) 中野さちこ, 大野尚美, 岩吹美紀, 他: 発達障害児へのインフォームドコンセント 採血への取り組み, 日本看護学会論文集, 小児看護, (35), 134-136, 2005.
 - 14) 川合由美, 坪見利香子: 子どもが主体的に採血に臨むための工夫 発達障害児におけるプリパレーションを考える, 日本看護学会論文集, 小児看護, (34), 127-129, 2004.
 - 15) 井出佳奈恵, 平元泉, 高倉弘美: 発達障害児における採血時のプレパレーションの検討, 日本看護学会論文集, 小児看護, (40), 57-59, 2010.
 - 16) 川合由美, 坪見利香: 発達障害児の検査における睡眠導入への援助 とくに睡眠導入が困難な2事例より, 日本看護学会論文集, 小児看護, (33), 106-108, 2003.
 - 17) 名平球美, 細谷悦子, 稲村道子, 他: 年齢ごとのプレパレーション(障害児)自閉症児が脳波検査を受ける場合, 小児看護, 31, (5), 672-674, 2008.
 - 18) 高木陽子, 東美香, 大島ヤエ子: 自閉性障害児の関わりから考える外来看護 患児と母親の主体性を生かした関わり, 日本看護学会論文集, 小児看護, (34), 101-103, 2004.
 - 19) 藤井安恵, 金丸正子, 白神尚美, 他: 発達障害児外来における看護師の意識的な取り組み初診予約時の家族への電話対応について, 旭川荘研究年報, 35(1), 114-115, 2004.
 - 20) 竹田奈津子: 専門医療機関における発達障がい児と家族への支援—看護師の役割と実際—, 小児看護, 35(5), 621-626, 2012.
 - 21) 坪見利香, 大見サキエ: 小児外来看護師の軽度発達障害と診断・推測される子どもへの対応—対応困難とを感じる子どもへの看護と看護師の関わり—, 日本看護学会論文集, 看護総合, (40), 216-218, 2010.
 - 22) 坪見利香, 大見サキエ: 外来看護師の発達障害児への対応の困難さとコミュニケーション力との関連, 日本看護研究学会雑誌, 33(3), 244, 2010.
 - 23) 山本将耀, 中島一正, 市来千絵, 他: 第一種自閉症施設で勤務する看護師の職務ストレス実態調査, 日本看護学会論文集, 小児看護, (36), 342-344, 2006.
 - 24) 野田香織: 発達障害児の家族支援の実施に関する調査件研究—家族支援の実施が支援者に与える影響—, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 50, 181-188, 2010.
 - 25) 大屋滋, 村松陽子, 伊藤政之, 他: 発達障害のある人の診療ハンドブック医療のバリアフリー 自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究, NPO法人PandA-J, 2007.
 - 26) Margaret C. Souders, Denise DePaul, Kathleen G. Freeman, et al.: Caring for Children and Adolescents with Autism Who Require Challenging Procedures, Pediatric Nursing, 28(6), 555-562, 2002.
 - 27) 小川真美, 金子仁子: 自閉症児・者の医療機関受診に関する研究, 日本発達障害学会第47回研究大会発表論文集, 46, 2012.
 - 28) 鈴木のどか, 大久保功子, 三隅順子: 自閉症児の医療機関受診にまつわる親が感じた困難とその対処法, 小児保健研究, 72, (2), 316-321, 2013.
 - 29) 書上まり子, 小口多美子: 自閉症児の医療機関受診時の困難と医療者への要望—家族によるアンケート調査より—, 日本看護学会論文集, 小児看護, (38), 152-154, 2008.
 - 30) 小口多美子, 書上まり子: 医療者から受けた良い対応 自閉症児の保護者からのアンケート調査より, 獨協医科大学看護学部紀要2, 35-42, 2009.
 - 31) M. Rutter (著), 荻野泉, 他 (訳): 自閉症スペクトラムの発生率: 経年変化とその意味, 自閉症と発達障害研究の進歩, 3-23, 星和書店, 東京.
 - 32) 平岩幹男: 自閉症スペクトラム障害—療育と対応を考える, 1-48, 2012, 岩波書店, 東京.

研究ノート

看護専門学校生の学業継続に影響する要因

住谷 圭子¹⁾, 甘佐 京子²⁾, 松本 行弘²⁾, 山下真裕子³⁾¹⁾近江八幡市立看護専門学校²⁾滋賀県立大学人間看護学部³⁾神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

背景 2013年から過去5年間、看護師養成所の入学者のうち約3300人(15%)が留年、休学、退学している¹⁾。約6割の学生が「学校を辞めたいと思ったこと」があると回答しており、臨地実習・対人関係・日々の学習上の課題等に多くの学生がストレスを感じているとの報告がある²⁾。看護基礎教育在り方検討会において日本看護協会では看護師の養成・確保の3つの観点のひとつとして「看護学生の退学者の防止」を挙げている³⁾。

目的 看護専門学校生の学業継続に影響する要因を明らかにする。

方法 看護専門学校卒業後の新人看護師13名に学業継続に影響する要因についてインタビュー(半構造化面接)を実施した。収集したデータは、内容を質的に分析し、コード化し、類似した項目ごとに集約し、カテゴリーを抽出した。

結果 学業の継続が困難と感じた要因(体験)と学業継続を支えた要因(体験)の2つに分けられた。全コード数305のうち、学業困難体験は15のサブカテゴリーから、3つのカテゴリー、【実習を通して感じた困難な体験】【日々の学習を通して感じた困難な体験】【学生生活を通して感じた人間関係の困難な体験】が抽出された。学業継続を支えたと感じた要因は、20のサブカテゴリーから、3つのカテゴリー【自己の気持ちの持ち方】【自己の行動の工夫】【支援してくれた人の存在】が抽出された。

結論 看護専門学校生の学業継続に影響する要因は、学業継続が困難と感じた要因と学業継続を支えた要因があった。学業継続を支えた要因には、自己の気持ちの持ち方と行動、支援をしてくれた人の存在が必要であった。

キーワード 看護専門学校生、学業継続、学習支援

I. 緒言

近年、看護学生の留年や退学が増加し続けている。過去5年間の看護師養成所の学校数は482校(2007)から、500校(2012)と増加している。しかし、入学者の数は24092人(2012)に対し、卒業生数は20806人となり、入学者の15%(3286人)が留年もしくは休学、あるいは退学していることが推測できる¹⁾。看護師養成所に入学した学生の1割が退学し、退学率は、約1割を占める。また約1割弱の学生が留年している。休学後に退学する学生も増えている²⁾。看護学生の6割以上が「学校をやめたいと思ったこと」があり³⁾⁴⁾、その理由は、看護師の適性や自己の能力などがあげられ、学校を辞めようと思った看護学生(看護専門学校3年課程)は、全学年の6割以上を占める。看護教育のカリキュラムの過密さがあり、その中でも実習記録が大変、課題が多いなどの実習

The factors of program completion among Nursing Students in Nursing Training Schools.

Keiko Sumitani¹⁾, Kyoko Amasa²⁾, Yukihiro Matsumoto²⁾, Mayuko Yamashita³⁾

¹⁾Nursing School of Oumihatiman municipal,

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

³⁾Kanagawa University of Human Services, Faculty of Health & Social Services School of nursing

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先:住谷 圭子

近江八幡市立看護専門学校

住所:滋賀県近江八幡市江頭町983

e-mail: hachmans@zc.ztv.ne.jp

の困難さや、授業が難しい、教員、家族との関係などがある⁵⁾。退学や留年となった原因の一つには、臨地実習が不合格となり、単位未修得となったことがあげられる。看護学生が入学後、学生生活で最もストレスを感じたことは臨地実習、次いで対人関係、日々の学習上の課題がある⁶⁾。また、看護学導入時期に学生が感じる困難性として、【今までとは異なる学習方法】、【慣れない環境】、【科目の位置づけの認識不足】、【学習資源の不便さ】、【看護学に対する学習意欲、動機づけの違い】があげられている⁷⁾。看護学生の学習に関するストレス、特に実習に関する不安やストレスなどは多くの報告がある⁸⁾。看護学生の学生生活で学生が最もストレスを感じたことは、対人関係、学習、実習が上がっており、その中でも特に実習という意見が多くある⁹⁾。看護学生にとって、臨地実習は、履修上最大の課題であり¹⁰⁾多くの研究者が看護学生の学習上の危機について臨地実習の存在を挙げている¹¹⁾。臨地実習が不合格になり留年となった学生がどのようなプロセスを経て、看護師になることができたのか学生の体験に関する研究¹²⁾¹³⁾がある。そこでは、学業を継続することを支援する家族や友人、教員の存在が挙げられている。また、学校をやめたいという気持ちを実習の中で乗り越えた報告もある¹⁴⁾。

2009年の看護基礎教育在り方検討会で日本看護協会が提示した【今後求められる看護師の資質と教育～20年後の看護師確保の観点から～】¹⁵⁾では看護師の養成・確保の在り方の3つの観点に、入学者の確保、早期離職の防止、そして退学者の防止を挙げている。看護学生は在学中に多くの困難や課題に直面し、ストレスの多い状況にある。しかし、困難を感じつつもそれを乗り越え、多くのことを学び、入学生約9割の看護学生は、卒業に至るまで学業を継続することができている。困難要因に着目した先行研究はみられるが、困難状況を乗り越えるに辺り、具体的に何が支える要因になったのかに焦点をあてた研究はみあたらない。学生の学業継続を支える要因を明らかにすることは支援方法を検討する上で重要な示唆を得ることができると考える。そこで、看護学生の学業継続に影響する要因を明らかにし、支援方法の一助とする。

II. 研究目的

看護専門学校生の学業継続に影響する要因を明らかにする。

III. 用語の操作的定義

学業継続に影響する要因：看護学生が在学中、学業を続けることが難しいと考えたとき、それを乗り越え、卒

業要件を満たすまで、勉学を行うことに影響する要因と定義する。この要因は学業を継続することを支えることに影響する要因と学業の継続が困難になることに影響する要因に分けられる。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン 看護専門学校生にとって学業の継続に影響する体験を明らかにし理解するために質的記述的研究とする。

2. 研究参加者

専門学校を卒業した卒業後1年目の看護師 13名

1) 対象の選定理由 学生時代の在学中に学業継続に影響する体験を色濃く鮮明に覚えている卒業後1年目の専門学校卒業の新人看護師を選定した。

2) 選定方法

各研究協力施設の施設長及び看護部を通し文書にて研究参加者を募った。

3. 調査内容 (インタビューガイド)

学業継続に影響する要因：

学生時代に学業の継続が困難であると感じた体験の有無と感じた時期及び内容、どのように乗り越えていったか、乗り越えていくのに必要なもの(こと)、学業継続を支援してくれたもの(こと)

4. データ収集

1) 調査期間：平成24年9月～12月

2) 調査方法：インタビューガイドにそって、半構成面接を実施した。実施回数は1人につき1回、所要時間は30～60分程度であった。なお、参加者の承認を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音した。

3) 調査場所：対象者の指定する場所に出向き、本人のプライバシーが確保できる個室で、インタビューを実施した。

5. データ分析方法

ICレコーダーに録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、コード化し、似た意味合いを持つコードをカテゴリー化した。

6. 倫理的配慮

研究者が研究協力施設の施設長宛へ、口頭ならびに文書で、また個人の研究対象者へは文書で研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険などについて、口頭および文書により十分な説明を行い、理解を得た上で研究

の協力で同意を得られたものを対象者とした。インタビュー内容は、本人の同意を得、ICレコーダーに保存した。取得した個人情報は、管理と制御を行った。本研究は研究者の所属する機関の研究に関する倫理審査会の承認を得て実施した。(平成24年9月承認番号306)

1. 対象者の基本属性 (表1 参照)

専門学校卒業後1年目の看護師13名にインタビューを実施した。年齢幅は21~34歳で、平均年齢は26.3歳であった。性別の内訳は女性10名、男性3名であった。

現在の勤務病棟は外科系病棟3名、内科系病棟3名、重症心身障害児施設2名、精神科病棟4名、老人保健施設1名であった。

表1 対象者の基本属性

項目		結果
年齢		26.3 歳±
性別	男性	3名
	女性	10名
勤務病棟	o n a	R ...
	" n a	R ...
	d s {	Q ...
	, - " a	S ...
	v {	P ...

2. インタビュー内容の結果および分析

インタビューガイドにそって収集したデータを質的に分析した結果、学業継続に影響する要因として、学業の継続が困難と感じた要因(体験)と学業の継続を支えた要因(体験)の2つに分けることができた。

1) 学業の継続が困難であると感じた体験

収集したデータを質的に分析した結果、全コード数305のうち、学業継続が困難だと感じた体験は、15のサブカテゴリーに分類された。さらに、サブカテゴリーから、以下の【実習を通して感じた困難な体験】【日々の学習を通して感じた困難な体験】【学生生活を通して感じた人間関係の困難な体験】の3つのカテゴリーが抽出された。

各領域のカテゴリーは【 】で囲み、サブカテゴリーについては[]で囲んだ。また、生データは『 』で囲み、斜め文字とした。

(1) 【実習を通して感じた困難な体験】

このカテゴリーには、以下の5つのサブカテゴリーが存在した。

① [実習中の睡眠不足]

『全然寝れず、実習に行っていた、最後の一年はしんどかった。記録やって寝れない。』 『実習中は寝れずにきつい。最初の1週間は寝れない。次の週は少しは寝れる。』 『眠れない、記録もあるし。大変やけど、やることだけやって睡眠時間をとっていた。』 『実習中は記録で体力を使う。朝も早起き、2時間の仮眠で、今思うとよくやったと思う。』

② [実習中の課題の多さ]

『専門の実習が大変。最後の年の中間ぐらい。もうしたくない。実習が、一番しんどかった。』 『実習がしんどい。くらべものにならないくらいしんどい。苦手な領域が、母性が大変でした。』 『実習の提出物の多さ。患者さんの疾患の勉強。アセスメント、膨大な課題。』 『実習中が一番しんどい。時々辞めたいと思ったことがある。課題が多い。』

③ [実習中の緊張感]

『実習先で緊張する。居場所がなかった。』 『学生の居場所がない。』 『病院、病棟によって雰囲気が違う。』 『病棟によって学生の受け入れが違う。』

④ [実習中の人間関係]

『実習は人との関係のタイミングが合わないとうまくいかない。』 『グループメンバーによってモチベーションが下がる。合う人、合わない人がいた。』 『実習は人が相手なのでどうあがいてもあかんときもあった。』

⑤ [実習指導の厳しさ]

『実習中に怒られ、自分には看護師は向かへんと思った。辞めようと思った。』 『指導者さんは、厳しいし、知識をいっぱいもってらして、これはどうなの?といわれても応えることができなかった。』

(2) 【日々の学習において感じた困難な体験】

このカテゴリーには以下の6つのサブカテゴリーが存在した。

① [テストの多さ]

『学校の勉強は、勉強した後、テストの繰り返し、ばっかりだった。』 『2年生は、テスト三昧。寝れない。後半はテストと看護過程。』

② [専門科目の難しさ]

『1年生の3ヶ月目がいやだった。専門的な勉強が始まり、これが続くのかと思った。やっていけるのかなと思った。』

③ [勉強に集中できない]

『関連図書けへん。壁にぶつかる。ひきずりながら3年に行く。』

『勉強は歳いってる分、頭に入らなかった。』

④ [座学が続く時期]

『座学は1年生が大変 座ってきくばかり、疲れました。』

⑤ [他の学生への劣等感]

『自分がどんだけサボってきたか 今になってわかってくる』

⑥ [国家試験への不安]

『国家試験の勉強も大変。プレッシャー感じる。』

(3) 【学生生活を通して感じた人間関係の困難な体験】

このカテゴリーには以下の4つのサブカテゴリーが存在した。

① [友達との関係]

『同級生でも何人も辞めた人がいる。自分がなんでこの道をめざしたのかうっすらしてたように思う。』

『大半は、実習でつまずき、辞めた友人がいる。』

『実習で辞めていく人もみてきた。自分も無理かなと思った。』

② [教員との関係]

『学校は厳しかった。学校の先生は厳しい。結構厳しい。』

③ [家族との関係]

『高校に入るときは、美容関係に行きたかった。親に勧められた。』

『親が病気で病院に行って大変だった。家のこととかせなあかんし、』

④ [指導者との関係]

『実習では、指導者さんの意見が違い、困った。』

2) 学業の継続を支えた要因

学業の継続を支えた要因については、20のサブカテゴリーが抽出され、そこから【自己の気持ちのもち方】【自己の行動の工夫】【支援してくれる人の存在】の3つのカテゴリーが抽出された。

(1) 【自分の気持ちのもち方】

このカテゴリーには以下の5つのサブカテゴリーが存在した。

① [気分の転換を図る]

『趣味に没頭する。実習中はしんどかって、燃え尽きてる時は趣味に没頭する。』 『遊べる時は遊ぶ。休む時は休む。気分を変えてリフレッシュする。』

② [自分を励ます]

『人間やればなんでもできる。向いてないなと思ってもなんとかなる。』

『自分でやればなんでもできる。身体悪くても、頭

悪くても、やればなんとかなる。』 『1、2年生頑張ってきたんや。みんな頑張ってきたんやし、私も頑張れると思った。』

③ [期待できる自分をイメージする]

『入学時にみんなを巻き込んでいた。最初の気持ちはなんやったん。看護師になりたい思いはあった。自分がなりたいと思うのが一番。』

『なった先のことを考える。ボーナスもらったら、こんな病棟で働いて、怒られてばかりでない自分を思い描く。』

④ [周囲の支えに感謝する]

『周りの支え。いろんな人に感謝している。』

『患者さんの思いはその人にしかわからない。でも、わかろうとすることが大事。』

⑤ [あきらめない]

『自分からあきらめなかったことがよかった。』 『自分でやれることはやってしまう。自分で後悔する諦め方はしない方がいい。』

(2) 【自己の行動の工夫】

このカテゴリーには以下の7つのサブカテゴリーが存在する。

① [適度に頑張る]

『そこそこでやっていく。パーフェクトは難しい。』 『頑張りすぎはよくない。ほどほどにバランスをとる。』

② [健康を維持する努力をする]

『体調を崩さない。もともと身体が弱い。メンタル面も弱い。冬場とか季節の変わり目に体調を崩しやすい。気をつけていた。』

『身体は崩さないように、3年後半はやるだけのことはやった。』

『必死でした。健康に気をつけた。』

『休む時は休む。2年の実習は遠く、ルームシェアをしていた。』

③ [勉強方法を工夫する]

『家庭があったので、帰るときに頭のなかで整理していた。計画的に学習を進める。実習中は帰って先に計画を立てて、自分の中ですることを決めてやった。』

『どこでつまづくのかそれぞれ違う、実習の計画たてるのが苦手、テストが苦手とか、それぞれ、自分だけが大変じゃない。と思ってできることからする。』

④ [要領よく勉強する]

『要領よくやらないと。勉強、勉強だと押しつぶされそうになる。』

⑤ [事前学習をする]

『患者さんが変わったり、小児実習が大変だったが、事前学習でなんとか乗り切れた。』

- ⑥ [友人と教えあう]
『年下の子に頭下げて、教えてもらった。恥ずかしいけど。』
『クラスメイトと誰かと勉強している方が記憶に残る 国家試験の前は』
- ⑦ [自己の責任を振り返る]
『引き返せへんと思った。3年の半ばでやめられない。生活かかってる。』
『お金借りていたので、頑張らなくてはいけない。』
『奨学金の返済があり、後戻りできない。3年で卒業せんとあかん。』
- (3) 【支援してくれる人の存在】
このカテゴリーには以下の7つのサブカテゴリーが存在した。
- ① [実習のグループメンバー]
『同じ実習に行く実習メンバーに支えてもらった。』
『実習メンバーで助け合う。実習はつらいけど。達成したときは、グッとくる。』
『支えてくれたメンバーもいた。』
- ② [友人の存在]
『仲のいい子と不満を言いあい、ため込まず、実習していた。』
『仲のいいクラスメイトと励ましあう。一番は一緒に学ぶ仲間がいたこと。みんなでお互い励まし合いながら、日々のいつもいてる環境が頑張ろうと思えた。』
『クラスメイト誰とでもうまくいけた。いけるように考えていた。』
『学内以外の友達は、なにもわからないけど、それでもいろいろ、聞いてもらえた。』
- ③ [家族の存在]
『支えてくれたのは母親「なれるんやったら、なり」といわれた。』
『家族は何にも知らない。どんだけ大変か。一緒にいないからわからない。でも、国家試験受けてがんばれやと言われていた。』
『家族も食事も作ってくれて、3年間応援してくれた。』
『家族が支えてくれた。「お母さん、夜中に泣きながら記録書いてたやん。頑張ってたやん。」っていつてくれた。』
『私は一回社会に出た。また学生になっても母がお弁当作ってくれた。母親が支えてくれた。』
- ④ [先輩の存在]
『学校に遊びにきた先輩に「今、やってることは無駄にはならない。学生時代やってることは無駄にはならない。絶対に。」といわれた。励ましてもらった。その時はわからなかったが今は看護師になって

わかる。』

『奨学金生の集会に参加し、先輩のアドバイスをきいた。顔を合わせると、声をかけていただいた。』

- ⑤ [恋人の存在]
『彼女が支えてくれた……一番』
- ⑧ [実習指導者の存在]
『病棟の指導者さんは、怖いひとばかりじゃなく優しい方もいた。』
- ⑦ [看護教員の存在]
『先生のサポートも実習中は、安心したり、頑張ろうかなとも思えた。』
『いい先生にめぐりあえたら。いい関係でいられるから』

VI. 考 察

1. 学業継続を困難にさせる要因と学業継続を支える要因

1) 学業継続を困難にさせる要因

学業を困難にさせる要因として【実習を通して感じた困難な体験】【日々の学習を通して感じた困難な体験】【学生生活を通して感じた人間関係の困難な体験】の3つのカテゴリーが抽出された。学生時代に学業の継続が困難であると感じた人は、13人中9人(70%)であり、その中でも、実習中に辞めたいと感じた体験をした人は9人(100%)であり、その中の1人は「しょっちゅう実習中に辞めたい」と感じる体験をしていた。看護学生の学校をやめたい理由のなかに実習の困難さがあり⁵⁾看護学生の履修上の最大の課題は臨地実習で¹⁰⁾、学習上の危機の存在とされている¹¹⁾。

【実習を通して感じた困難な体験】は、先行研究と同様に臨地実習が学習上の危機であることを示している。看護学生の实習に関するストレスは強く、この臨地実習が学生の心身の健康を保ちにくい状況を作り出しており¹⁰⁾、心身の健康は臨地実習中が続くにつれ更に乱れやすい状況になる。学習継続の困難を生じさせる要因ともなる。本研究では実習中に感じた学業困難な体験は、実習中の睡眠不足であった。睡眠不足は実習中の課題の多さによって生じていた。また、実習中は慣れない学習環境による緊張感や、人間関係に疲弊している現状もあった。実習中は人間関係を円滑に調整し維持していく力も必要となってくる。実習中の人間関係の中には、実習指導者や学校の教員、実習グループメンバーなどがある。看護学生の看護師の資格を取りたいという目標は学習継続の大きな原動力となっており、学校を辞めたいと思いつながらも、2割の学生が学習を継続していた¹⁷⁾。実習中の辞めたい体験の中に

実習指導の厳しさが挙げられている。実習中に自分は看護師に向いてないのではないか、看護師になるのを辞めようかという思いを抱くような怒られ方を体験した人もいた。看護師の資格を取りたいという学業継続の原動力を損なってしまうほどの体験もあった。学生の学習意欲の低下を招き、学習継続への影響について看護師、教員による言語的暴力の体験が関与している報告もある¹⁸⁾。指導する側が学生の学習意欲を引き出すような実習指導が必要である。また、実習以外にも看護学生が【日々の学習において感じた困難な体験】は、テストの多さ、専門科目の難しさ、勉強に集中できない、座学の続く時期への疲れ、国家試験への不安、他学生への劣等感が挙げられた。入学当初の学習動機を中心は「学習に対する責任の受容」があり¹⁹⁾、学習動機を維持しつつ、主体的に日々の学習に取り組むことが過密なカリキュラムを乗り越えて学業を継続する力となる。【学生生活を通して感じた人間関係の困難な体験】は、友人との関係、教員との関係、家族との関係、指導者との関係のそれぞれの関係性の保持することの困難性が挙げられた。看護学の看護技術習得過程における経験の特徴として、「学習継続へ向けた仲間との関係性保持」があげられており²⁰⁾、学業を支えるためには、その周囲に存在する人との人間関係を保持する必要性も示唆されている。臨床実習において困難な状況にあった看護学生は、その状況と向き合い、何らかの行動を起こすことで困難を乗り越えることができている²¹⁾。

2) 学業継続を支える要因

学業継続を支える要因として【自己の気持ちの持ち方】【自己の行動の工夫】【支援してくれる人の存在】が抽出された。なかでも、行動について、「勉強方法を工夫すること」、「要領よく勉強すること」、「事前学習をすること」といった、学習についての記述だけでなく、「健康を維持すること」〔適度に頑張ること〕等健康面に配慮する記述も含まれている。先行研究でも学業継続のために健康的な学生生活を過ごすための指導を検討し、精神的ストレスと身体症状の関連に有意差がみられている²²⁾。健康を維持するための努力は学業継続の基盤となる。学習を継続の過程で生じる様々な困難状況を受け入れ、乗り越えていくために心身の健康は重要である。教員は、学生の学習状況だけでなく、身体状況にも目を向け必要に応じて指導を行う必要がある。

また、「努力をすること」、「友人と教え合うこと」、「経済的な支援を受けること」、「自己の責任を振り返ること」が挙げられている。学生は、実習中に他者の存在が重要であり自分にはなかった考えに気づくことで困難な状況を乗り越えることができるといわれてい

る²¹⁾。本研究においても、【支援してくれる人の存在】として〔実習のグループメンバー〕、〔友人〕、〔家族〕、〔先輩〕、〔恋人〕、〔実習指導者〕、〔教員〕が挙げられた。即ち、学生は教員の存在だけでなく、様々な人間関係を拠り所にして、学業を継続することができている。しかし、臨床実習というよりストレスフルな環境においては、教員のより積極的な、情動への介入とSAT気質コーチング法により、学生のメンタルヘルスが改善し、自己イメージ変容支援が有効であることが示唆されている²⁴⁾。様々な背景を持つ学生に配慮しながら、看護教員は学習継続を支援している²³⁾。看護学生が判断に困った実習場面において、「学習継続へ向けた精神的支援」が教授活動として展開されているが、学生が認識しにくい活動であることが明らかになっているという報告もある。²⁵⁾ 教員の関わりが効果的になるように学生からのフィードバックを確認し、介入していくことが重要である。

Ⅶ. 結 語

学生は3年間の学生生活を継続するうえで、実習中の困難な体験、日々の学習での困難な体験、学校生活の人間関係における困難な体験等から学業継続が困難と感じていた。しかし、自分の気持ちの持ち方と行動を整え工夫すること、および周囲の人々の存在に支えられながら、学業を継続することができていた。

看護教員は、教育的な支援者としてどのような介入が必要か具体的な検討を深める必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様へ感謝いたします。なお、本研究は、2013年度滋賀県立大学大学院修士論文の一部に加筆したものです。

文 献

- 1) 厚生労働省 (2010, 2012) 厚生労働統計一覧 看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況, 2013. 10. 20, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/100-1.html>.
- 2) 富樫和代, 東條美春, 安藤恵子, 他: 3年課程看護専門学校の過去10年間における退学・休学・留年の実態, 中国四国地区国立病院付属看護学校紀要, 第2巻 88-91, 2006.
- 3) 本田英子: 看護学生の悩み学校をやめたくなくなった思いの調査—YG性格検査との関連から, 看護教育, 35, 419-426, 1994.

- 4) 小林民恵, 兵藤好美: 看護学生のストレスに影響を及ぼす要因, 岡山大学医学部保健学科紀要, 17-25, 2007
- 5) 吉野ひろ子, 川田淳子, 大竹由美子: 看護専門学校(3年課程)における学生が学業継続をはかる要因, 東京都福祉保健医療学会誌, 平成20年受賞演題論文, 9-16, 2009.
- 6) 柴田文子, 井上真弓, 江藤和子: GHQ精神健康調査にみる看護学生のストレス状況とその背景, 第39回地域看護, 188-191, 2008.
- 7) 大久保暢子, 佐竹澄子, 大橋久美子他: 看護学導入期の学生が感じる困難性の検討, 聖路加看護学会, 15(1), 9-16, 2012.
- 8) 宮崎晴佳, 増本紘子, 岩永喜久子: 看護学生の臨地実習におけるストレスと対処行動, 第38回日本看護学会論文集(看護教育) 48-50, 2008.
- 9) 柴田文子, 井上真弓, 江藤和子: GHQ精神健康度調査にみる看護学生のストレス状況とその背景. 第39回地域看護, 188, 2008
- 10) 渋谷恵子: 実習評価への学生の思いとそれを理解した指導・評価の必要性, 看護人材教育 2(4) 82-87, 2005
- 11) 篠原百合子, 澁谷恵子: つまづきやすい学生のためのメンタルヘルスケア, 看護人材教育 6(2) 83-87, 2008
- 12) 臺野美奈子, 岡田洋子: 臨地看護学実習評価が不合格になり留年となった学生の体験—インタビューを用いた学生時代の振り返りから—, 第26回日本科学学会学術集会講演集, 173, 2006
- 13) 臺野美奈子: 臨地看護学実習評価が不合格になり留年となった学生の体験に関する質的研究, 第27回日本科学学会学術集会講演集, 181, 2007
- 14) 米津真紀, 佐々木幸子, 田中道子他: 学校をやめたという気持ちを実習の中で乗り越えた過程の分析, 看護教育18号, 268-291, 2002.
- 15) 久常節子: 今後求められる看護師の資質と教育～20年後の看護職確保の観点から～, 社団法人日本看護協会2010.
- 16) 宮崎晴佳: 看護学生の臨地実習におけるストレスと対処行動, 第38回日本看護学会論文集(看護教育), 48-50 2008.
- 17) 鈴木桂子, 相原恵, 小口なみ他: 看護学生の学業継続意志と達成動機およびソーシャル・サポートとの関係, 日本看護学会論文集 看護教育 40号, 275-277, 2010.
- 18) 堂石光美, 橋本笑子, 三島真由美他: 臨地実習において看護学生が体験した暴言・暴力の実態, 中国四国地区国立病院付属看護学校紀要第8巻, 101-102, 2012.
- 19) 西蘭貞子: 看護大学生における自己学習力の変化の検討: 大阪医科大学看護研究雑誌 3巻, 90-99, 2013.
- 20) 吉田三紀: 看護専門学校における学生相談からみた学生のメンタル・ヘルスについて, 京都中央看護保健専門学校紀要, 第15巻 55-59 2007.
- 21) 佐藤亜月子: 臨地実習において看護学生が困難と捉えた体験の乗り越えかた—4年次生に焦点をあてて—, 日本看護研究学会雑誌, 33(3) 2010.
- 22) 江藤和子: 看護学生の心身の健康状態の関連性についての検討, 第38回看護教育, 290, 2007.
- 23) 渡邊恵: 看護教員が認識する社会人経験のある学生の学習者としての特徴と教育の困難感, 日本看護学会論文集, 看護教育43号106-109 2013.
- 24) 渡辺洋子: 学習継続が困難な看護学生への他者報酬型自己イメージ低減に向けての一事例, 帝京平成看護短期大学紀要 22号 25-28 2012.
- 25) 鶴田晴美: 看護学生が判断に困った実習場面における学生と指導者が認識した教授活動, お茶の水看護学雑誌, 5(1), 25, 2010

研究ノート

子宮頸がん検診の受診行動への影響因子と受診率向上に向けた取り組みに関する文献検討



中村 和代¹⁾, 渡邊 香織¹⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

背景 我が国における子宮頸がんの罹患者は20~40歳女性で増加している。この年代は生殖年代であるため、妊孕性・妊娠・分娩への影響が危惧されている。しかし、我が国の子宮頸がん検診の受診率は低く、特に20歳代女性の受診率の低さが問題となっている。したがって、リプロダクティブヘルスの観点から、若い女性の子宮頸がん予防が重要であり、この年代の受診率向上が喫緊の課題となっている。

目的 我が国における20歳代女性の子宮頸がんおよび検診の認知度、検診に対する思い、受診行動への影響因子、また、受診率向上に向けた取り組みに関する既存研究を概観し、分析することである。

方法 医中誌Web、CiNii Article、PubMed、CINAHLを検索して、過去10年間の子宮頸がんおよび検診の認知度、検診に対する思い、受診行動への影響因子、受診率向上に向けた取り組みに関する計33文献を抽出し、その内容を検討した。

結果 20歳代女性の子宮頸がんおよび検診の認知度は低く、検診の受診意欲は高いが受診行動には結びついていなかった。検診の受診・未受診理由や受診行動への影響因子が明らかになってきており、その結果に基づいて受診率向上に向けた取り組みも行われ始めている。しかし、検診の受診という行動変容まで効果がみられた取り組みは、無料クーポン券の配布および受診勧奨プログラムの実施のみであった。

結論 20歳代女性の認知度の向上には、若い年代に合った情報提供ツールの検討や、学校における10代からの子宮頸がんに関する教育が必要である。受診行動への影響因子は明らかになってきているが、効果的な取り組みは少ない。認知度を向上させ、検診の受診意欲を行動変容へ繋げるために、検診の利点が羞恥心などの検診の障壁を上回ることを周知させる取り組みが必要である。

キーワード 子宮頸がん、子宮頸がん検診、受診率、受診行動、影響因子

I. 緒言

子宮頸がんは女性特有のがんであり、我が国における2010年の罹患者数は約11,000人、死亡数は2,664人で年々増加傾向にある¹⁾。39歳未満の女性では罹患者率・死亡率ともに乳がんに次いで2番目に多い¹⁾。罹患者のピークの

20歳代後半~40歳は女性の妊孕期間と合致しているため、女性のリプロダクティブヘルスにおける影響は大きい。

子宮頸がんは、Human Papilloma Virus (HPV) 感染から子宮頸部上皮内腫瘍 (Cervical intraepithelial neoplasia : CIN) を経て浸潤癌へと進行するが、CINの段階で発見し治療すれば、予後も良く子宮温存も可能であるため、早期発見が重要である²⁾。また、子宮頸がんは、一次予防のHPVワクチンと二次予防の子宮頸がん検診の併用で、ほぼ完全に予防・早期発見が可能であり、予防・検診ともに方法がほぼ確立できている数少ない癌である³⁾。我が国においても、2010年より公費助成によるHPVワクチン接種が開始されていたが、数件の重大な副反応が報告された。副反応とワクチンとの因果関係が解明されていないため、2013年6月に厚生労働省は子宮頸がん予防ワクチンの積極的勧奨中止を勧告⁴⁾し、現在も継続されている。そのため、HPVワクチン接種の積極的勧奨がなされていない現在、子宮頸がん予防に

The factors associated with cervical cancer screening behavior and an approach to improve screening rate : A literature review

Kazuyo Nakamura¹⁾, Kaori Watanabe¹⁾

¹⁾The University of Shiga Prefecture School of Human Nursing

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：中村 和代

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : nakamura.ka@nurse.usp.ac.jp

において検診の果たす意義は大きい。

しかし、現在の我が国における子宮頸がん検診の受診率は、2010年で24.3%であり、他の経済開発協力機構加盟国(Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) 諸国と比較して低い¹⁰⁾。特に、20歳代女性の検診率は、20~24歳が10.2%、25~29歳が24.2%で、他の年代よりも非常に低い⁵⁾。

この年代の女性は生殖年代であり、且つ、子宮頸がんの罹患率が高い¹⁾。そのため、妊婦健康診査の初期検査で子宮頸がん検診を初めて受けた時に、CINおよび子宮頸がんと診断されることもあり、子宮頸がんの1~3%は妊娠中に診断されている⁶⁾。また、円錐切除術後の妊娠は、早産予防のための頸管縫縮術や切迫早産での入院加療を要し⁷⁾、円錐切除術既往妊婦の早産率22.7%⁸⁾は一般の早産率3~5%と比較して高いなど、妊娠経過への影響が報告されている。さらに、円錐切除術での頸管腺もしくは頸部組織の切除は、妊娠時の感染防御機構の低下、あるいは妊娠維持機構の減弱を引き起こすため破水しやすく、それが早産を引き起こすと考えられている⁹⁾ことから、分娩への影響もある。また、円錐切除術は、子宮頸部の構造変化や頸管粘液減少などの機能低下により、不妊の原因となることも指摘⁹⁾されており、妊孕性への影響も否めない。このように、子宮頸がんは女性のリプロダクティブヘルスと大きく関わっている。

以上のことから、子宮頸がんの予防と子宮頸がん検診の受診率向上は、女性のリプロダクティブヘルスにおいて喫緊の課題である。

先行研究において、女性の子宮頸がん・HPVに関する認知度や子宮頸がん検診に対する思い⁴⁰⁾、子宮頸がん検診の受診行動への影響因子¹¹⁾などに関する報告が散見されるが、受診率向上に向けた取り組みを実践したものは少ない。

本研究の目的は、我が国における20歳代女性の子宮頸がんおよび検診の認知度、検診に対する思い、受診行動への影響因子、受診率向上に向けた取り組みに関する既存研究を概観し分析することである。また、本研究の結果を、20歳代女性の子宮頸がん検診の受診率向上に向けた教育プログラムを開発するための基礎資料とする。

II. 研究方法

1. 文献検索方法

「子宮頸がん」、「子宮頸がん検診」、「受診」、「教育」、「予防」を日本語キーワードに、「cervical cancer」、「screening」、「education」、「prevention」、「intervention」を英語キーワードとした。国内文献は、医学中央雑誌 Web Ver 5、CiNii Articleの検索システムを利用し、海外文献は、PubMed、CINAHL の検索システムを利

用して、過去10年間について検索した。その結果、医中誌 114件、CiNii Article 43件、PubMed 86件、CINAHL 44件が検出された。

原著論文を対象とし、そのタイトルと要旨から看護に関する文献を抽出した。子宮頸がんおよび検診の認知度、検診に対する思い、受診行動への影響因子に関する文献は、対象の年齢を30歳未満とした。受診率向上に向けた取り組みに関する文献は、文献数が少ないため対象年齢を規定せずに抽出し、取り組みの内容と効果を検討した。その他に重要と考える文献についても抽出し、国内文献31件、海外文献2件の計33件を分析対象とした。

2. 分析方法

「子宮頸がん・子宮頸がん検診の認知度」、「子宮頸がん検診に対する思い」、「子宮頸がん検診の受診行動への影響因子」、「子宮頸がん検診の受診率向上に向けた取り組み」の4つのカテゴリーに文献を分類し、それぞれ分析を行った。

III. 結果

1. 研究の動向

文献検索対象とした2004年~2014年の10年間で、子宮頸がんおよび子宮頸がん検診の認知度、検診に対する思い、検診の受診行動への影響因子に関する文献は、2010年1件、2011年2件、2012年6件、2013年13件、2014年1件(1~4月)であった。受診率向上に向けた取り組みに関する文献は、2006年1件、2010年1件、2011年1件、2012年2件、2013年4件、2014年(1~4月)1件であった。

2. 研究デザイン

「子宮頸がん・子宮頸がん検診の認知度」に関する文献は、15件(量的記述研究3件、量的比較記述的研究12件)であった。「子宮頸がん検診に対する思い」に関する文献は、16件(量的記述研究1件、量的比較記述的研究11件、記述相関関係的研究1件、質的研究3件)であった。「子宮頸がん検診の受診行動への影響因子」に関する文献は、21件(量的記述研究5件、量的比較記述的研究12件、記述相関関係的研究1件、質的研究3件)であった(重複あり)。

「子宮頸がん検診の受診率向上に向けた取り組み」に関する文献は、10件(量的記述研究1件、準実験研究9件[1群事後テストデザイン1件、2群事後テストデザイン1件、1群事前事後テストデザイン4件、2群事前事後テストデザイン3件])であった。

3. 子宮頸がん・子宮頸がん検診の認知度

1) 対象者

対象者は、大学生12件（医療系学生を含む文献11件、含まない文献1件）、一般女性3件であった。

2) 標本サイズ・標本抽出法

標本サイズは、100人未満2件、100～500人未満9件、500～1000人未満3件、1000人以上1件であった。標本抽出法は、全て非確率標本抽出法であった。

3) 測定方法

全てが質問紙法であり、質問紙は研究者が先行研究を参考に独自に作成していた。子宮頸がんに関する質問項目は、子宮がんの種類、疾患名の認知度、子宮頸がんの原因、HPVの感染経路、罹患が増加している年代、早期発見・早期治療の有効性、HPVワクチン接種後の検診の必要性、子宮頸がんの初期症状、子宮頸がんの情報源などであった。

子宮頸がん検診に関する質問項目は、子宮頸がん検診の存在、子宮頸がん検診の推奨受診開始年齢、推奨受診間隔、検査方法や内容、検診実施施設や場所、無料クーポン券制度の認知度などであった。

4) 分析結果

(1) 子宮頸がんの認知度

子宮頸がんの認知度は、医療系大学生のみの対象では、18.9%¹³⁾～97.7%²⁵⁾、医療系を一部含む大学生では、3.2%²⁴⁾～81.6%²⁴⁾、一般女性では、12.8%¹⁶⁾～76.4%¹⁵⁾であった。一般女性における認知度が50%以下の項目は、子宮がんの種類、子宮頸がんの原因、HPVの感染経路、早期発見・早期治療の有効性であった。一方、罹患が増加している年代の認知度は、52%¹⁷⁾～59.5%²⁰⁾であった。

子宮頸がんの認知度が有意に高い人の特性は、性交経験あり¹²⁾¹⁴⁾²⁴⁾、年齢が高い²⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁴⁾、子宮頸がん検診の受診経験者²¹⁾、看護系大学生¹⁴⁾¹⁷⁾²³⁾であった。一方で、性交経験の有無による有意差はないとの報告もあった¹⁷⁾。

子宮頸がんや検診の情報源は、テレビやラジオなどのマスメディア¹⁶⁾²⁰⁾²⁴⁾³⁰⁾、家族や友人¹⁶⁾²⁰⁾²⁴⁾³⁰⁾、無料クーポン券に記載された情報¹⁶⁾²⁴⁾³⁰⁾、医療施設のポスターやリーフレット¹⁶⁾²⁰⁾³⁰⁾などであった。

(2) 子宮頸がん検診の認知度

子宮頸がん検診の認知度は、医療系大学生のみの対象では12.3%²⁾～100%³⁰⁾であったが、検査方法や内容の認知度は最も高く55.4%²⁵⁾と、他の項目と比較して低かった。また、医療系を含む大学生では、2.7%²⁴⁾～65.0%¹⁷⁾、一般女性では、7.2%²⁷⁾～28.8%²⁷⁾であった。これら対象において、認知度が50%以下の項目は、推奨受診開始年齢、推奨受診間隔、検査方法や内容、検診実施施設と場所であった。特に、検査方法

や内容の認知度は、7.2%²⁷⁾～21.3%¹⁾と他の項目と比較して低かった。

子宮頸がん検診の認知度が有意に高い人の特性は、性交経験あり²⁴⁾、年齢が高い²⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁴⁾、看護系大学生¹⁴⁾であった。一方で、性交経験の有無による有意差はないとの報告もあった³⁰⁾。

4. 子宮頸がん検診に対する思い

1) 対象者

対象者は、大学生13件（医療系学生を含む文献12件、含まない文献1件）、一般女性3件であった。

2) 標本サイズ・標本抽出法

標本サイズは、量的研究では100～500人未満10件、500～1000人未満2件、1000人以上1件であり、質的研究では6～19人であった。標本抽出法は、全て非確率標本抽出法であった。

3) 測定方法

量的研究は、全て質問紙法であり、研究者が理論や先行研究を参考に独自に作成していた。質的研究では、全て面接法を用いていた。

4) 分析結果

子宮頸がん検診の今後の受診意欲を報告した文献は9件であり、対象者の60.8%²⁸⁾～97.5%²⁵⁾に受診意欲がみられた。

子宮頸がん検診の受診に対する意識が高い人の特性は、子宮頸がん検診の受診経験者²⁾、性交経験あり¹⁷⁾、子宮頸がんや検診の認知度が高い²⁰⁾²³⁾、看護系大学生²³⁾であった。一方で、性交経験の有無による有意差はないとの報告もみられた¹²⁾。また、性交経験あり、子宮頸がんおよび検診の認知度が高い人は、検診の必要性や子宮頸がんに対する危機感を理解していた¹⁷⁾。

検診未受診者で今後の受診意思を持つ人は、セクシュアリティに対する考え方が反映される性イメージを明るい・恥ずかしくないと考えていた²²⁾。また、受診経験者で今後も継続した受診意思がある人は、自分を健康と捉える主観的健康観が高く、検診煩わしさが低かった²²⁾。

5. 子宮頸がん検診の受診行動への影響因子

1) 対象者

対象者は、大学生15件（医療系学生を含む文献14件、含まない文献1件）、一般女性5件、子宮頸がん検診受診者1件であった。

2) 標本サイズ・標本抽出法

標本サイズは、量的研究では100人未満2件、100～500人未満11件、500～1000人未満3件、1000人以上2件であり、質的研究では6～19人であった。標本抽出法は全て非確率標本抽出法であった。

3) 測定方法

量的研究は、全て質問紙法であった。そのうち2件は、がん検診信念尺度日本語版²⁴⁾とHealth Locus of Control (HLC) 尺度³²⁾の既存尺度が使用されていた。その他は、研究者が先行研究を参考に独自に作成していた。質的研究では、全て面接法を用いていた。

4) 分析結果

対象者の子宮頸がん検診の受診率は、18~19歳女性は0%¹⁵⁾~3.3%¹²⁾、20~29歳女性は0%²⁶⁾~36.4%¹⁵⁾であった。

子宮頸がん検診受診者の受診のきっかけは、無料クーポン券が届いた^{2)15)16)20)24)27)30)~32)}、親や友人の勧め²⁾¹⁵⁾¹⁶⁾²³⁾²⁴⁾²⁷⁾³¹⁾³²⁾、がんの早期発見や自分の健康管理のため²⁾¹⁶⁾²³⁾²⁴⁾³²⁾、医療関係者からの勧め^{15)27)30)~32)}、自治体などの広報^{15)23)30)~32)}、不正出血などの症状があった¹⁵⁾¹⁶⁾²⁰⁾²³⁾、婦人科受診のついで¹⁶⁾²⁰⁾²⁴⁾、などであった。

検診環境に求める要件は、女性医師や女性スタッフによる検診¹⁶⁾²⁰⁾³⁰⁾³⁶⁾、検診費用が安い・無料である¹⁵⁾¹⁶⁾²⁰⁾³⁰⁾³⁶⁾、検診時間や期間が自由¹⁶⁾²⁰⁾³⁶⁾、自宅・職場・学校の近くで受診可能¹⁶⁾³⁶⁾、検査前の詳しい説明³⁰⁾³⁶⁾、プライバシーが守られている³⁰⁾³⁶⁾、などであった。

検診の未受診理由は、検診への抵抗感・羞恥心^{2)13)~16)23)24)27)30)36)37)}、費用がかかる^{13)~16)20)23)24)27)30)~32)36)37)}、自分には必要ないと思う^{13)~16)23)~25)27)30)37)}、時間がない^{2)15)16)23)24)26)30)~32)36)}、面倒¹⁵⁾¹⁶⁾²⁰⁾²⁷⁾³⁰⁾³¹⁾³²⁾³⁷⁾、きっかけがない²⁾¹⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾³⁰⁾、何も症状がないため¹⁶⁾²⁰⁾²³⁾²⁴⁾²⁷⁾³¹⁾³²⁾、結果が怖い^{15)16)23)25)30)~32)}、検査が怖い¹⁵⁾²⁴⁾²⁵⁾³⁰⁾³⁶⁾、検査内容がわからず不安¹³⁾¹⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾³⁰⁾、受診方法や受診場所がわからない¹⁵⁾¹⁶⁾²⁴⁾²⁷⁾³¹⁾³²⁾³⁶⁾、検診の案内がないため²⁾¹⁵⁾²⁴⁾²⁷⁾³⁰⁾、周囲に検診を受けた人がいない¹⁵⁾¹⁶⁾²⁶⁾³⁰⁾などであった。

検診の未受診者の特徴は、未婚者¹⁹⁾²⁰⁾、年齢が若い¹⁹⁾、婦人科受診の経験がない²⁰⁾、であった。一方、受診者の特徴は、既婚者¹⁶⁾³²⁾、年齢が高い³²⁾、婦人科既往歴・受診歴あり²⁾¹⁶⁾、子宮頸がん検診の受診経験者³²⁾、就業者³²⁾、子どもがいる²⁰⁾³²⁾、日常から子宮頸がんを話題にする²⁾、であった。

受診率へ影響する特性は、性交経験あり²⁴⁾、年齢が上がるにつれて¹³⁾¹⁶⁾²⁴⁾、看護系大学生²³⁾、子宮頸がんおよび検診の認知度が高い¹⁵⁾ことであり、これらの特性を有する対象の受診率が有意に高かった。また、検診未受診者はがん検診信念尺度の危険得点が有意に低かった²⁴⁾。

受診行動への影響因子は、子宮頸がん検診に対する関心²⁸⁾、産婦人科受診経験の有無²⁸⁾、子宮頸がん検査方法の認知²⁸⁾、子宮頸がん検診の必要性や有効性²⁸⁾、検査や結果に対する受け止め方²¹⁾、リプロダクティブヘルス意識が高い²²⁾、検診煩わしさが低い²²⁾、頸がんや検診の認知度が高い²¹⁾²²⁾²⁸⁾、などであった。

6. 子宮頸がん検診の受診率向上に向けた取り組み

1) 対象者

対象者は、大学生3件(全て医療系学生を含む)、高校生1件、一般女性6件であった。

2) 標本サイズ・標本抽出法

標本サイズは、量的研究は100人未満4件、100~500人未満4件、1000人以上2件であった。標本抽出法は、全て非確率標本抽出法であった。

3) 測定方法

質問紙法、携帯メールを用いたアンケート、自治体の受診者数および受診率の統計が使用されていた。質問紙法のうち2件は、日本語版Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II)³³⁾、自己効力感尺度⁴⁰⁾、健康信念モデル尺度⁴⁰⁾の既存尺度を使用していた。その他は、研究者が先行研究を参考に独自に作成していた。

4) 分析結果

受診率向上に向けた取り組みとして、自治体の無料クーポン券制度⁴¹⁾、検診対象者への受診勧奨³⁶⁾³⁹⁾⁴²⁾、健康教育³⁴⁾³⁵⁾³⁷⁾、ピアエデュケーション³⁸⁾⁴⁰⁾、などが実施されていた。

自治体の子宮頸がん検診無料クーポン券制度は、受診率の増加を目的として2009年から開始され、対象年齢者への無料クーポン券が配布されている。検診対象者への受診勧奨であるコール・リコールプログラムは、郵便・電話・携帯メールマガジンなどを用いて検診の受診を促す取り組みを実施していた。健康教育は、対象者への子宮頸がんに関する健康教育講座の提供による教育プログラムを実施していた。ピアエデュケーションは、仲間同士で子宮頸がんについての正しい知識・スキル・行動を共有し合って、対象者の主体的な行動変容を目的に実施されていた。

子宮頸がんおよび検診の認知度への効果は、健康教育1件とピアエデュケーション1件で評価されており、ともに取り組みによる認知度の上昇がみられた³⁵⁾³⁸⁾。検診に対する思いへの効果は、健康教育4件での評価において、全てで検診に対する受診意欲が向上する効果がみられた¹¹⁾³⁴⁾³⁶⁾³⁷⁾。検診の受診行動への効果は、無料クーポン券配布1件、受診勧奨3件、健康教育1件、ピアエデュケーション1件で評価されており、受診行動をとる行動変容に効果がみられたのは、無料クーポン券配布と郵便・電話による受診勧奨⁴¹⁾⁴²⁾であった。

IV. 考 察

1. 看護における子宮頸がんに関する研究の動向

看護における子宮頸がんに関する文献は、過去10年間で年々増加しており、特に2012年から増加傾向であった。

これは、子宮頸がんが予防可能ながんとして注目を得たことが影響していると考えられた。また、2004年に厚生労働省により子宮頸がん検診開始年齢が20歳へと引き下げられ、20歳代女性の子宮頸がんの認知度や検診の受診行動の実態調査が増加し、同年代女性の受診率の低さが明らかになった。これらのことから、受診率向上に向けた取り組みの必要性が高まり、受診率向上に効果的な取り組みを構築し評価するために、文献数が増加したと考えられた。

2. 現状と今後の課題

20歳代女性の子宮頸がんおよび検診の認知度は、医療系学生では全体的に高いが、項目による差を認めた。医療系学生の認知度が全体的に高い理由は、大学で関連講義を受ける機会があることや、医療分野への関心が高いことなどが考えられた。医療系以外の対象は、認知度が50%以下の項目が多く、一般女性の認知度が低い現状が明らかになった。認知度の結果に幅がみられるのは、質問紙は研究者が独自に作成したものであり、質問項目の表現に統一性がないことが回答に影響しているためと推察された。また、子宮頸がんという疾患名の認知度は高いが、子宮頸がんの原因についての認知度は低いといった質問項目間の認知度の差も影響していると考えられた。

厚生労働省の子宮頸がんに関する対策が開始されたことで、子宮頸がんおよび検診の情報が自治体やマスメディアから発信される機会が増加し、女性が知識や情報を得る機会が増えたと考えられる。しかし、20歳代女性の認知度は低かった。その理由は、20歳代女性の情報源がテレビ・ラジオ、家族・友人、無料クーポン、医療施設のポスターなどの受動的な情報収集が主であることが関係していると考えられた。受動的な情報収集では、子宮頸がんが自分に関係すると認識されにくく、その後の能動的な情報収集行動や正しい知識の獲得が困難となる。また、友人に検診の受診経験者が少なく正しい情報を得られない、無料クーポン券が確実に対象者へ届いていない、医療施設の受診機会が少ない年代のため効果的に情報を入手できていないことが推察された。したがって、20歳代女性が容易で確実に情報を得られるような、効果的な情報発信方法を検討する必要がある。また、情報源が学校教育と答えた人は少なかった。この背景には、文部科学省の学習指導要領の性教育には、子宮頸がんに関する内容は含まれていない⁴³⁾ことも少なからず影響していると推察された。したがって、学校教育課程における、子宮頸がんに関する知識普及が重要と考えられた。

検診に対する思いについては、20歳代女性の今後の受診意欲は高いにもかかわらず、実際の受診行動に結びついていないことが明らかになった。受診意欲には、子宮頸がんや検診に対する認知度や、検診の必要性に対する

理解度が影響している。一般女性と比較して認知度の高い医療系学生であっても、受診行動には結びついていないことが受診率から推測された。このことから、認知度は受診行動の影響因子であるが、認知度の向上だけでは受診行動にまでは至らないことが明らかとなった。また、検診の非定期受診者は定期受診者と比較して、検診への障害を強く認知し、自己効力感が低く、子宮頸がんの罹患性の認識が低く⁴⁴⁾、これらが検診の受診を妨げる大きな障害となることが示唆された。したがって、受診行動という行動変容に至るには、検診による利益が障害を上回るといった検診の必要性が理解できるような教育や支援が必要と考えられた。さらに、受診環境を整備し、未受診理由の解消に向けた教育や支援体制の構築と実践で、その効果を評価していく取り組みの重要性が示唆された。

我が国における受診率向上に向けた取り組みは少なく、標準サイズは小さく、取り組み内容も標準化されたものはなかった。健康教育やピアエデュケーションは、認知度や検診に対する受診意欲の向上に効果がみられたが、行動変容には至らなかった。したがって、認知度の上昇や検診に対する意識変容だけでは行動変容にまで至らないことが明らかになった。一方、効果がみられたコール・リコールプログラムは、英国では国家単位で実践され、効果が証明されている支援プログラムである⁴⁵⁾。このように、海外で効果が証明されているプログラムを、我が国で展開していくことも検討していくべきであろう。受診率向上に向けた取り組みに関する文献が少なく、無料クーポン券の配布や、郵便・電話による受診勧奨以外には、行動変容に効果的な取り組みを特定することはできなかった。効果的な取り組みをさらに検討するためには、介入群とコントロール群を設定した縦断的研究の実践を積み重ね、効果を評価していくことが必要と考えられた。

V. 結語

1. 20歳代女性の子宮頸がんおよび検診の認知度は、他の子宮頸がん検診対象年齢層と比較して低かった。
2. 20歳代女性の子宮頸がん検診の受診意欲は高いが、受診率へは反映されておらず、受診意欲があっても受診行動には至っていないかった。
3. 子宮頸がん検診の受診のきっかけ、検診環境へ求める要件、未受診理由が明らかになった。
受診行動への影響因子は、子宮頸がんおよび検診の認知度、検診の必要性の理解度、自分の健康への関心、検診への抵抗感が小さいことであった。
4. 受診行動をとる行動変容に効果がみられた取り組みは、無料クーポン券配布および郵便・電話による受診勧奨であった。

文 献

- 1) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報統計, <http://ganjoho.jp/public/index.html>
- 2) 梅澤敬, 星山佳治, 落合和徳, 他: 30歳未満女性の子宮頸がんに対する意識とがん検診受診要因に関する研究. 厚生指標, 59(2), 17-22, 2012.
- 3) 山本寄人, 吉田しのぶ, 永井立平, 他: 40歳以下の若年者の子宮頸癌・高度異形成患者の検討. 日本がん検診・診断学会誌, 20(2), 172-175, 2012.
- 4) 厚生労働省 平成25年6月14日健発0614第1号「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の対応について(勧告)」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/>
- 5) 厚生労働省 平成22年国民生活基礎調査結果
- 6) 大塚伊佐夫, 松浦拓人, 伊豆田千夏, 他: 経産分娩は若年子宮頸部浸潤癌奨励の予後に影響するか?. 産婦人科の実際, 61, 12, 2012.
- 7) 森澤宏行, 高橋佳容子, 厚木右介, 他: 当院における子宮頸部円錐切除術の検討. 産婦人科の実際, 63(1), 127-131, 2014.
- 8) 関典子, 児玉順一, 楠本知行, 他: 円錐切除後妊娠における円錐切除の高さと早産の関連性についての検討. 産婦人科の実際, 58(13), 2191-2193, 2009.
- 9) 川越俊典, 蜂須賀徹: 特集 子宮頸がんにおける妊孕性温存と妊娠への影響. 産婦人科の実際, 62(12), 1728-1734, 2013.
- 10) OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- 11) 佐々木綾子, 波崎由美子, 山田須美恵, 他: 更年期女性における乳がん・子宮がん検診受診行動の影響要因と受診率向上をめざした健康教育プログラムの効果に関する研究. 福井大学医学部研究雑誌, 7(1), 15-28, 2006.
- 12) 関屋伸子, 原由希子, 谷口一郎, 他: 若年男女における子宮頸がん検診に関する意識の比較. 日本看護学会母性看護, 第41回, 33-35, 2010.
- 13) 海老原直子, 小牧宏一, 吉田由紀: 子宮頸がん検査およびHPV予防ワクチン接種に対する大学生の意識. 埼玉県立大学紀要, 13, 57-65, 2011.
- 14) 大見広規, 石川弘枝, 高橋奈緒子, 他: 大学生のヒトパピローマウイルスと子宮頸がん予防ワクチンについての認知度と態度. Campus Health, 48(2), 163-168, 2011.
- 15) 岩谷澄香, 炭原加代, 柳澤奈美, 他: 子宮頸がん予防行動に関する研究 保育所の乳幼児の母親および保育所職員対象. 母性衛生, 52(4), 500-506, 2012.
- 16) 岡村絹代, 中越利佳, 則松良明, 他: 愛媛県内における勤労女性の子宮頸がん検診受診の現状と課題. 愛媛県立医療技術大学紀要, 9(1), 23-29, 2012.
- 17) 田中千春, 国府浩子: 若年者の子宮頸がん検診に関する知識と意識. 日本がん看護学会誌, 26(2), 35-44, 2012.
- 18) 田中貴子, 村山力則, 齋藤志保子: 子宮頸がん検診受診率向上を目指した若い女性の意識に関する検討 フォーカスグループインタビュー法による質的分析. 秋田県健康環境センター年報, 55-65, 2012.
- 19) Chen H-Y, Kessler CL, Mori N, et al.: Cervical cancer screening in the United States, 1993-2010, Characteristics of Women Who Are Never Screened. Journal of Women's Health, 21(11), 1132-1138, 2012.
- 20) 岡村絹代, 中越利佳, 則松良明: 20歳代勤労女性の子宮頸がん検診受診行動と関連要因の検討. 四国公衆衛生学会雑誌, 58(1), 152-159, 2013.
- 21) 佐藤公子, 末松伸枝: 20歳台女子学生の子宮頸がん検診に影響する要因の検討. 臨床婦人科産科, 67(1), 187-192, 2013.
- 22) 中越利佳, 岡村絹代, 則松良明: 20歳代勤労女性の子宮頸がん検診受診の行動変容ステージと関連要因 リプロダクティブヘルス意識・セクシャリティとの関連性から. 母性衛生, 54(1), 164-171, 2013.
- 23) 和泉美枝, 眞鍋えみ子, 吉岡友香子: 女子大学生の子宮がん検診受診とHPVワクチン接種行動の関連要因に関する研究. 母性衛生, 54(1), 120-129, 2013.
- 24) 亀崎明子, 田中満由実, 保田昌子, 他: 女子大学生の子宮頸がんに関する知識習得状況と予防行動の実態および関連要因の検討. 母性衛生, 54(2), 303-310, 2013.
- 25) 助川明子, 大重賢治, 坂梨薫, 他: ヒトパピローマウイルスワクチンのキャッチアップ接種世代における子宮頸がん予防の知識と態度. 思春期学, 31(3), 316-326, 2013.
- 26) 岩崎和代, 齋藤益子, 木村好秀: 子宮頸がん検診率に影響を与える女性の意識. 女性心身医学, 18(2), 225-233, 2013.
- 27) 片桐希, 上條優子: 看護学生の子宮頸がんの予防知識と受診行動に関する実態調査. 長野県看護研究会, 第34回, 4-6, 2013.
- 28) 井上福江, 濱田維子, 田中佳代: 文系大学の女子学生における子宮頸がん検診に対する行動採択と影響因子 行動採択に関わる因子の検討. 母性衛生, 54(1), 138-145, 2013.

- 29) 林雅俊, 玉井輝章, 坂本秀一, 他: 公費助成による HPVワクチン接種者とその保護者の子宮頸癌・HPV に対する意識調査. 埼玉産科婦人科学会雑誌, 43(1), 3-6, 2013.
- 30) 縣文実: 20代女子看護学生の子宮頸がん検診に関する意識調査. 奈良県母性衛生学会雑誌, 27, 44-47, 2014.
- 31) 小林知佳, 加納尚美: 看護学生における子宮頸がん検診の受診行動の要因に対する考え方. 茨城県母性衛生学会誌, 31, 1-6, 2013.
- 32) Matsuo I, Nishizawa Y, Matsuo K, et al.: Cervical cancer screening behavior and factors associated with screening behavior. 弘前医学, 64, 103-118, 2014.
- 33) 平島太郎, 土屋耕治, 元吉忠寛, 他: 態度の両価性が行動意図の形成に及ぼす影響 子宮頸がん検診の受診を対象とした検討. 実験社会心理学研究, XX(X), 1-10, 2013.
- 34) 中木龍夫, 小川勝成: 広島県における高校保健体育教育の中での子宮頸がん検診啓発活動の実践. 医学検査, 59(10), 1183-1187, 2010.
- 35) 安藤明子, 高橋裕子, 沖永明美, 他: 学生への子宮頸がん予防教育の成果についての検討. CAMPUS HEALTH, 48(2), 103-108, 2011.
- 36) 河野美江, 小海志津子, 岩成治: 島根県の20代女性に対する携帯メールマガジンによる子宮頸がん検診受診勧奨プログラム. 日本臨床細胞学会誌, 52(6), 540-544, 2013.
- 37) 片山友子, 水野由子, 稲田紘: 短大生の子宮頸がん予防のための検診とワクチン接種に関する意識調査. 総合健診, 40(5), 512-524, 2013.
- 38) Yamaguchi N, Tsukamoto Y, Shimoyama H, et al.: Effects of peer education interventions aimed at changing awareness of cervical cancer in nursing students. The Niigata Journal of Health and Welfare, 11(1), 32-42, 2013.
- 39) Abdullah F, Su T. T.: Applying the Transtheoretical Model to evaluate the effect of a call-recall program in enhancing Pap smear practice: A cluster randomized trial. Preventive Medicine, 57, S83-S86, 2013.
- 40) 清水かすみ, 石田貞代: 子宮頸がん介入プログラムの効果の検討. 日本健康医学会雑誌, 22(4), 264-271, 2014.
- 41) 花出有芸, 有賀美穂, 吉田奈緒子, 他: 無料クーポンによる子宮頸がん検診受診についての報告. 予防医学ジャーナル, 465, 30-33, 2012.
- 42) 伊藤ゆり, 北尾淑恵, 中山富雄, 他: 子宮頸がん検診の無料クーポン券配布および未受診者への受診再勧奨の効果: コール・リコール制度の試み. 公衆衛生, 76(10), 827-832, 2012.
- 43) 文部科学省: 学校教育全体で取り組むべき課題と学習指導要領等の内容
www.met.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/022/siryu/06092114/001/004/003.htm
- 44) 清水かすみ, 石田貞代, 花田富美子, 他: 成人女性の子宮頸がん検診に関する認知の検討 定期受診行動と認知の関連. 日本健康医学会雑誌, 21(4), 261-267, 2013.
- 45) Hanley S. J. B.: 英国における子宮頸がん予防のためのパブリックヘルス教育. 産婦人科の実際, 59(4), 583-589, 2010.
- 46) 笹川寿之, 井上正樹, 他: 子宮頸癌に関する一般女性の認知度調査. 日本医事新報, 4401, 68-72, 2008.

研究ノート

地域診断に関する学生の理解度の検討

—実習前後の比較から—



馬場 文¹⁾, 飯降 聖子¹⁾, 小林 孝子¹⁾, 小島 亜未¹⁾, 川口 恭子¹⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

背景 地域診断は保健師の重要な技術として位置づけられている。そのため、保健師教育において地域診断の基礎的な学習を行わせることは、欠かせないものとなっている。

目的 地域診断学習の有効な教育方法を検討するために、実習前後における理解度の変化を明らかにすることを目的とした。

方法 A大学看護学部68名の学生を対象に、自己記入式質問紙調査を実施した。調査は、同一の調査内容で、地域看護論実習前・実習後の2回実施した。調査内容は、「地域診断方法の理解度について(6項目)」、および「コミュニティ・アズ・パートナーモデルの地域アセスメント領域に基づく地域に対する理解度について(12項目)」である。分析は、1)各質問項目に対する4段階の評価1:そう思う、2:まあそう思う、3:あまり思わない、4:思わない、について実習前と実習後の別にそれぞれの回答者数を単純集計し、割合を求めた。2)各質問項目の実習前群と実習後群とを比較し、理解度の中央値の有意差について、Mann-WhitneyのU検定を行った。3)各質問項目について、個々の学生の実習前と実習後の理解度の変化を比較した。同一学生の4段階評価の回答について、実習前後の評価を差し引き、その有意差について、Wilcoxonの符号付順位和検定を行った。4)前述2)3)の分析は、SPSS Statistics 20を用いて行った。

結果 調査票の回収数は66名(回収率97.0%)であった。地域診断方法の理解度について(6項目):全項目において、実習前から実習後の評価は有意にプラスに変化していた。コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度について(12項目):12項目中11項目の質問において、実習後の理解度が有意にプラスに変化していた。唯一、「地域の「生活習慣」の特徴がわかった」、の項目では有意差が認められなかった。実習後の評価が低下した割合が比較的高い項目は、1位地域の「経済」の特徴がわかった(22.7%)、2位地域の「生活習慣」の特徴がわかった(16.6%)、3位地域の「安全と交通」の特徴がわかった(15.2%)、4位地域の「保健医療と社会福祉」の特徴がわかった(12.1%)であった。

結論 地域診断方法の理解度、およびコミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度について、実習をとおして概ね理解が進んでいることが確認された。理解が進んでいない項目については、情報をアセスメントし、それらの関連性を検討できる力量、さらに生活実態との関連性を推測できる力量を、地域診断の学習過程、特に地域看護論実習において育成する必要性が示唆された。

The analysis of comprehension about community diagnosis : comparative study of practice

Aya Baba¹⁾, Seiko Iburi¹⁾, Takako Kobayashi¹⁾, Ami Kojima¹⁾, Kyoko Kawaguchi¹⁾

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

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先:馬場 文

滋賀県立大学人間看護学部

住 所:彦根市八坂町2500

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

キーワード 地域診断 コミュニティ・アズ・パートナーモデル 理解度

I. 緒 言

保健師の多くは地方自治体において、住民の健康の維持・増進を目指す活動を行っている。住民の健康上の課題にはさまざまな種類があり、その優先度については地方自治体により異なる。そこで保健師には、地域で顕在化している健康上の課題の優先度を明らかにすることや潜在している課題を明らかにすることが求められる。齊

藤は、保健師活動における地域診断は、「地域の情報収集・評価（アセスメント）・診断（健康課題の判断）・診断後の対策の計画・実施・事後評価から成り立ち、それらが継続して繰り返される過程である」と述べている（斉藤，2013）¹⁾。

また、保健師活動には、個別の課題を普遍化して地域全体の課題として取り上げることも求められている。それは日頃の保健師活動から課題を拾い上げ、蓄積していく作業によって、可能となることである。橋本は、「保健婦の日常活動のなかからの情報資料は、自治体の保健計画を進めるうえで最も重視されるべきものといっよい」（橋本，1975）²⁾と述べ、従来から重視されている活動である。

最近では、「地域における保健師の保健活動について」³⁾および「地域における保健師の保健活動に関する指針」⁴⁾（厚生労働省健康局，2013）において、自治体保健師の「地区担当制」を再び推進している。そのうえで、複雑化・高度化・多様化している住民ニーズや新たな健康課題に効果的に対応するために、保健師が地域診断に基づきPDCA サイクルを実施することが強調されている。

このように、地域診断は保健師の重要な技術として位置づけられている。そのため、保健師教育において地域診断の基礎的な学習を行わせることは、欠かせないものとなっている。

地域診断・地域保健看護活動展開モデルとして代表的なものには、「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」「PDCAサイクルモデル」「プリシード・プロシードモデル」などがある⁵⁾が、これらを活用した地域診断の学習方法について明確に示された文献や資料は少ない。松井らは、地域看護診断の学習に用いる理論や枠組みについて、文献検討から「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」を活用したものが多くと報告している。⁶⁾また同モデルを基本とした、地域診断に特化したテキストも出版されている⁷⁾⁸⁾。

筆者らが携わる保健師教育の現場において、学生は、講義・演習における地域診断の学習について「難しい」「イメージが持ちにくい」などの印象を持っている。しかし、その後の実習において、多くの学生が地域診断の意義や必要性について理解が深まるということ、筆者らは実感している。

以上のことから本研究は、地域診断の学習について有効な教育方法を検討するために、実習の前後における理解度の変化を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

本研究は、量的記述的研究方法を用いた。

用語の定義、地域診断に関する学習過程、調査対象者、調査期間、調査方法、分析方法、倫理的配慮は、以下1～7のとおりである。

1. 用語の定義

- 1) 地域診断：地域診断とは、地域の情報収集・評価（アセスメント）・診断（健康課題の判断）・診断後の対策の計画・実施・事後評価から成り立ち、それらが継続して繰り返される過程をいう（斉藤，2013）¹⁾。A大学看護学部の学習過程においては、診断（健康課題の判断）後の対策の計画までを学生に行わせている。
- 2) 地区踏査：地区踏査は、金川らが述べる「地区視診」と同義とする。地区視診とは、人びとが生活している住居や街並み、暮らしぶりなどを実際に目で観察し、直接的なデータを得るための、フィールドワークにおける情報収集のひとつの方法である（金川ら，2011）⁷⁾。
- 3) コミュニティ・アズ・パートナーモデル：コミュニティ・アズ・パートナーモデルは、米国のアンダーソン（Anderson ET）とマクファーレン（McFarlane J）が1996年に提唱した（1988年に前身のコミュニティ・アズ・クライアントモデルが提唱されている）。このモデルは、地域を対象とし、そして地域をパートナーとして位置づけた看護の過程である。A大学看護学部の地域診断の学習では、このモデルによる地域のアセスメント領域を取り入れている。このモデルでは、地域のアセスメント領域として「地域のコア」と「8つのサブシステム」を設けている。「地域のコア」とは、①地域の歴史、②人口統計、③民族性（習慣・文化・伝統）、④価値観と信念、である。「8つのサブシステム」とは、①物理的環境、②保健医療と社会福祉、③経済、④安全と交通、⑤政治と行政、⑥コミュニケーション（情報）、⑦教育、⑧レクリエーション、である。⁷⁾⁹⁾¹⁰⁾

2. 地域診断に関する学習過程

A大学看護学部の地域診断に関する学習過程は、次の通りである。

- 1) 地域看護管理論の講義（3年次前期）において、地域診断に関する基礎的な内容を学習した。具体的には、地域診断の意義、目的、地域診断に用いられる理論・コミュニティ・アズ・パートナーモデルを用いた地域診断のすすめ方（特に情報収集およびアセスメントについて）である。
- 2) 地域看護論演習（3年次前期）において、学生全員がA大学所在地のB市について地域診断を行った。情報収集とアセスメントは、コミュニティ・アズ・パートナーモデルのアセスメント領域に基づいて実施した。

- (1) 学生は5～6人のグループで、B市および管轄の保健所等が発行する既存資料を中心にデータの収集とアセスメントを行った。
 - (2) 地域看護論演習の時間内に地区踏査を実施した。
 - (3) (1)(2)の情報とアセスメントを統合し、B市の健康課題を抽出した。
- 3) 地域看護論実習(3年次後期)では、2)で実施した地域診断の手順をふまえて、実習先の自治体の地域診断を行った。演習と同様に情報収集とアセスメントは、コミュニティ・アズ・パートナーモデルのアセスメント領域に基づいて実施した。
- (1) 地域看護論実習の目的は、「地域で生活する個人・集団ならびにそれらを取り巻く地域を対象とした総合ケアシステムについての理解を深める。また、保健所・市町村保健センターといった行政機関などの活動をとおして、個人・家族、集団を対象とした看護活動を展開するための基礎的能力を養う」である。また、地域診断についての実習目標は、「個人・家族が生活している地域のヘルスニーズを理解するとともに、地域保健活動の展開方法を学ぶ」としている。
 - (2) 実習前の事前学習として、実習先の自治体や管轄の保健所等が発行する既存資料を中心にデータの収集とアセスメントを行い、健康課題を抽出した。
 - (3) 実習中に、地区踏査、住民へのインタビュー、保健福祉事業への参加、家庭訪問、健康教育の実施等を通じた情報収集を行った。
 - (4) 実習前の既存資料による情報収集、アセスメント、および健康課題に、実習中に得た情報を追加し、再度健康課題の見直しを行った。
 - (5) 健康課題を解決するための、地区活動計画の立案を行った。

3. 調査対象者

調査対象者はA大学看護学部の学生で、前述2.で述べたとおり、地域診断について教授する科目(地域看護管理論、地域看護論演習、地域看護論実習)をすべて履修し、かつ本研究の趣旨に賛同し同意を得ることができた者68名である。

4. 調査期間

平成25年(2013年)7月～平成26年(2014年)5月

5. 調査方法

自己記入式質問紙調査を実施した。調査は、対象者に同一の質問内容で、実習前・実習後の2回実施した。2回の調査時期と調査内容は、以下のとおりである。

1) 調査時期

- (1) 実習前：調査対象者が3年次前期で地区診断について学習する、講義科目(地域看護管理論)および演習科目(地域看護論演習)がすべて終了した時点。
- (2) 実習後：調査対象者が3年次後期(編入学生は4年次前期)に履修する実習科目(地域看護論実習)が終了した時点。

2) 調査内容

以下(1)(2)の質問項目について、1：そう思う、2：まあそう思う、3：あまり思わない、4：思わない、の4段階の評価のうち、いずれかあてはまるところへの記入を求めた。

なお、質問項目は、岩本ら(2009)の研究¹¹⁾で用いられた質問項目を参考に作成した。

- (1) 地域診断方法の理解度について以下の6つの質問を設けた。①地域診断を実施する目的がわかった ②地域診断の方法・プロセスがわかった ③対象地域の情報収集ができた ④収集した情報を分析できた ⑤対象地域の健康課題を導くことができた ⑥地区踏査の視点がわかった
- (2) コミュニティ・アズ・パートナーモデルの地域アセスメント領域に基づいて、地域に対する理解度について以下の12の質問を設けた。①歴史の特徴がわかった ②人口統計の特徴がわかった ③生活習慣の特徴がわかった ④価値観や信条の特徴がわかった ⑤物理的環境の特徴がわかった ⑥保健医療と社会福祉の特徴がわかった ⑦経済の特徴がわかった ⑧安全と交通の特徴がわかった ⑨政治や行政の特徴がわかった ⑩コミュニケーションの特徴がわかった ⑪教育の特徴がわかった ⑫レクリエーションの特徴がわかった

6. 分析方法

- 1) 各質問項目について、実習前と実習後の別に、1：そう思う、2：まあそう思う、3：あまり思わない、4：思わない のそれぞれの回答者数を単純集計し、割合を求めた。
- 2) 1)の集計の各質問項目について、実習前群と実習後群とを比較し、理解度の中央値に有意な変化があるか、Mann-WhitneyのU検定を行った。
- 3) 各質問項目について、個々の学生の実習前と実習後の理解度の変化を比較した。各質問項目の理解度を、1：そう思う、2：まあそう思う、3：あまり思わない、4：思わない の4段階で評価し、実習前から実習後の評価を差し引き、実習前後の評価の変化を比較し、Wilcoxon の符号付順位和検定を行った。
- 4) 上記2) 3)の分析は、SPSS Statistics 20を用いて行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、滋賀県立大学研究に関する倫理審査会の承認を得て実施している（平成25年7月5日受付第354号）。調査対象者に対して、本研究の意義、目的、方法、成績評価と無関係であること、個人情報の保護について文書および口頭で説明した。その後、対象者の自由意志によって研究への参加の同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 調査票の回収結果

対象者68名に調査票を配布し、回収数66名（回収率97.0%）であった。

2. 各質問項目の回答状況（単純集計）

1) 「地域診断方法の理解度について」（質問数6）の回答状況

結果の詳細は、表1-1に示すとおりである。

結果については、「そう思う」「まあそう思う」に回答した者を「理解度が高い者」に、「あまり思わない」「思わない」に回答した者を「理解度が低い者」に分類した。

なお、文中の①～⑥の表記は、表1-1と同じく各質問項目の番号である。

(1) 地域診断方法の理解度（実習前の理解度）

【実習前の理解度が高い者の割合について】：実習前の調査では、地域診断方法の理解度を問う6項目すべての質問における「理解度が高い者」の割合は、約65%～85%であった。その中で、理解度が高い者の割合が多い項目の上位3項目は、1位③対象地域の情報収集ができた（そう思う：16.7%、まあ

そう思う68.2%、合計84.9%）、2位①地域診断を実施する目的がわかった（そう思う：18.2%、まあそう思う：62.1%、合計80.3%）および、3位④収集した情報を分析できた（そう思う：4.5%、まあそう思う：75.8%、合計80.3%）であった。

なお、最も高い評価の「そう思う」に回答した者の割合が多い項目は、上位3項目では、1位①地域診断を実施する目的がわかった（そう思う：18.2%）、2位②対象地域の情報収集ができた（そう思う：16.7%）、3位⑥地区踏査（地域を見ること）の視点がわかった（そう思う：9.1%）であった。

【実習前の理解度が低い者の割合について】：実習前の調査では、地域診断方法の理解度を問う6項目すべての質問における「理解度が低い者」の割合は、約15%～35%であった。その中で、理解度が低い者が多い項目の上位3項目は、1位⑥地区踏査（地域を見ること）の視点がわかった（思わない：0.0%、あまり思わない：34.8%、合計34.8%）、2位⑤対象地域の情報とその分析を統合し、健康課題を導くことができた（思わない：1.5%、あまり思わない：27.3%、合計28.8%）、および、3位②地域診断の方法・プロセスがわかった（思わない：1.5%、あまり思わない：25.8%、合計27.3%）、であった。

(2) 地域診断方法の理解度（実習後の理解度）

i) 【実習後の理解度が高い者の割合について】：6項目の質問すべてにおいて、理解度が高い者が95%以上を占めた。上位から順に、1位①地域診断を実施する目的がわかった（そう思う：75.4%、まあそう思う24.6%、合計：100.0%）、1位（同率）②地域診断の方法・プロセスがわかった（そう思う：

表1-1 地域診断方法の理解度について

		1：そう思う		2：まあそう思う		3：あまり思わない		4：思わない		計		実習前群と 実習後群の比較 Mann - Whitneyの U検定：p値	
		回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%		
① 地域診断を実施する目的がわかった	実習前	12	18.2	41	62.1	13	19.7	0	0.0	66	100.0	0.000	**
	実習後	49	75.4	16	24.6	0	0.0	0	0.0	65	100.0		
② 地域診断の方法・プロセスがわかった	実習前	5	7.6	43	65.2	17	25.8	1	1.5	66	100.0	0.000	**
	実習後	34	52.3	31	47.7	0	0.0	0	0.0	65	100.0		
③ 対象地域の情報収集ができた	実習前	11	16.7	45	68.2	10	15.2	0	0.0	66	100.0	0.000	**
	実習後	29	43.9	36	54.5	1	1.5	0	0.0	66	100.0		
④ 収集した情報を分析できた	実習前	3	4.5	50	75.8	13	19.7	0	0.0	66	100.0	0.000	**
	実習後	26	39.4	37	56.1	3	4.5	0	0.0	66	100.0		
⑤ 対象地域の情報とその分析を統合し、健康課題を導くことができた	実習前	2	3.0	45	68.2	18	27.3	1	1.5	66	100.0	0.000	**
	実習後	27	40.9	38	57.6	1	1.5	0	0.0	66	100.0		
⑥ 地区踏査（地域を見ること）の視点がわかった	実習前	6	9.1	37	56.1	23	34.8	0	0.0	66	100.0	0.000	**
	実習後	28	42.4	36	54.5	2	3.0	0	0.0	66	100.0		

** < 0.01

52.3%、まあそう思う：47.7%、合計100.0%)、3位⑤対象地域の情報とその分析を統合し、健康課題を導くことができた(そう思う40.9%、まあそう思う：57.6%、合計98.5%)、4位③対象地域の情報収集ができた(そう思う：43.9%、まあそう思う56.1%、合計98.4%)、5位⑥地区踏査(地域を見ること)の視点がわかった(そう思う：42.4%、まあそう思う：54.5%、合計96.9%)、6位④収集した情報を分析できた(そう思う：39.4%、まあそう思う56.1%、合計95.5%)、という結果であった。

ii) 【実習後の理解度が低い者の割合について】：実習後の理解度が低い者の割合は、どの項目においても無し、あるいは少ない結果であった。実習後においても理解度が低いものが低率ではあるが認められた項目は、1位⑥地区踏査(地域を見ること)の視点がわかった(あまり思わない：3.0%) および、2位④収集した情報を分析できた(あまり思わない4.5%)、3位③対象地域の情報収集ができた(あまり思わない：1.5%)、4位⑤対象地域の情報とその分析を統合し、健康課題を導くことができた(あまり思わない：1.5%) の4項目であった。

2) 「コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度について」(質問数12)の回答状況

結果の詳細は、表1-2に示すとおりである。

結果については、「そう思う」「まあそう思う」に回答した者を「理解度が高い者」に、「あまり思わない」「思わない」に回答した者を「理解度が低い者」に分類した。

なお、文中の①～⑥の表記は、表1-2と同じく、各質問項目の番号である。

(1) 「コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度(実習前の理解度)

i) 【実習前の理解度が高い者の割合が多い項目(上位3項目)】：1位②地域の「人口統計(人口構成など)」の特徴がわかった(そう思う：24.2%、まあそう思う：68.2%、合計92.4%)、2位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった(そう思う：19.7%、まあそう思う60.6%、合計80.3%)、3位⑤地域の「物理的環境」の特徴がわかった(そう思う：9.2%、まあそう思う：70.8%、合計：80.0%)であった。

表1-2 コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度について

		1：そう思う		2：まあそう思う		3：あまり思わない		4：思わない		計		実習前群と 実習後群の比較 Mann-Whitneyの U検定：p値
		回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	
① 地域の「歴史」の特徴がわかった	実習前	8	12.1	43	65.2	15	22.7	0	0.0	66	100.0	0.004 *
	実習後	19	28.8	41	62.1	6	9.1	0	0.0	66	100.0	
② 地域の「人口統計(人口構成など)」の特徴がわかった	実習前	16	24.2	45	68.2	5	7.6	0	0.0	66	100.0	0.000 **
	実習後	38	57.6	28	42.4	0	0.0	0	0.0	66	100.0	
③ 地域の「生活習慣」の特徴がわかった	実習前	13	19.7	40	60.6	12	18.2	1	1.5	66	100.0	0.051
	実習後	20	30.3	40	60.6	6	9.1	0	0.0	66	100.0	
④ 地域の「価値観や信条」の特徴がわかった	実習前	0	0.0	13	19.7	47	71.2	6	9.1	66	100.0	0.000 **
	実習後	4	6.1	33	50.0	27	40.9	2	3.0	66	100.0	
⑤ 地域の「物理的環境」の特徴がわかった	実習前	6	9.2	46	70.8	12	18.5	1	1.5	65	100.0	0.000 **
	実習後	30	45.5	31	47.0	5	7.6	0	0.0	66	100.0	
⑥ 地域の「保健医療と社会福祉」の特徴がわかった	実習前	3	4.5	44	66.7	18	27.3	1	1.5	66	100.0	0.000 **
	実習後	25	37.9	29	43.9	12	18.2	0	0.0	66	100.0	
⑦ 地域の「経済」の特徴がわかった	実習前	0	0.0	23	34.8	41	62.1	2	3.0	66	100.0	0.029 *
	実習後	5	7.6	31	47.0	26	39.4	4	6.1	66	100.0	
⑧ 地域の「安全と交通」の特徴がわかった	実習前	10	15.2	41	62.1	13	19.7	2	3.0	66	100.0	0.000 **
	実習後	29	43.9	31	47.0	6	9.1	0	0.0	66	100.0	
⑨ 地域の「政治や行政」の特徴がわかった	実習前	0	0.0	16	24.2	44	66.7	6	9.1	66	100.0	0.000 **
	実習後	5	7.6	39	59.1	22	33.3	0	0.0	66	100.0	
⑩ 地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった	実習前	1	1.5	8	12.1	50	75.5	7	10.6	66	100.0	0.000 **
	実習後	19	29.2	35	53.8	10	15.4	1	1.5	65	100.0	
⑪ 地域の「教育」の特徴がわかった	実習前	1	1.5	20	30.3	36	54.5	9	13.6	66	100.0	0.000 **
	実習後	16	24.6	31	47.7	18	27.7	0	0.0	65	100.0	
⑫ 地域の「レクリエーション」の特徴がわかった	実習前	0	0.0	14	21.2	44	66.7	8	12.1	66	100.0	0.000 **
	実習後	16	24.6	34	52.3	15	23.1	0	0.0	65	100.0	

* < 0.05 ** < 0.01

なお、最も高い評価である「そう思う」に回答した者の割合が多い項目は、1位②地域の「人口統計（人口構成など）」の特徴がわかった（そう思う：24.2%）、2位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった（そう思う：19.7%）、3位④地域の「安全と交通」の特徴がわかった（15.2%）であった。

- ii) 【実習前の理解度が低いものの割合が多い項目（上位3項目）】：1位⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった（思わない：10.6%、あまり思わない75.5%、合計86.1%）、2位④地域の「価値観や信条」の特徴がわかった（思わない：9.1%、あまり思わない：71.2%、合計：80.3%）、3位②地域の「レクリエーション」の特徴がわかった（思わない：12.1%、あまり思わない：66.7%、合計：78.8%）であった。

なお、最も低い評価である「思わない」と回答した者の割合が多い項目は、1位⑪地域の「教育」の特徴がわかった（思わない：13.6%）、2位⑫地域の「レクリエーション」の特徴がわかった（思わない：12.1%）、3位⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった（思わない：10.6%）であった。

- (2) 「コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解状況（実習後の理解状況）

- i) 【実習後の理解度が高い者の割合が多い項目（上位3項目）】：1位②地域の「人口統計（人口構成など）」の特徴がわかった（そう思う：57.6%、まあそう思う：42.4%、合計100.0%）、2位⑤地域の「物理的環境」の特徴がわかった（そう思う：45.5%、まあそう思う：47.0%、合計92.5%）、3位①地域の「歴史」の特徴がわかった（そう思う：28.8%、まあそう思う62.1%、合計：90.9%）、同率3位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった（そう思う：30.3%、まあそう思う：60.6%、合計：90.9%）、同率3位⑧地域の「安全と交通」の特徴がわかった（そう思う：43.9%、まあそう思う：47.0%、合計：90.9%）であった。

なお、最も高い評価である「そう思う」に回答した者の割合が多い項目は、1位②地域の「人口統計（人口構成など）」の特徴がわかった（そう思う：57.6%）、2位⑤地域の「物理的環境」の特徴がわかった（そう思う：45.5%）、3位⑧地域の「安全と交通」の特徴がわかった（そう思う：43.9%）であった。

- ii) 【実習後の理解度が低い者の割合が多い項目（上位3項目）】：1位⑦地域の「経済」の特徴がわかった（思わない：6.1%、あまり思わない：39.4%、合計45.5%）、2位④地域の「価値観や信条」の特

徴がわかった（思わない：3.0%、あまり思わない：40.9%、合計：43.9%）、3位⑨地域の「政治や行政」の特徴がわかった（思わない：0.0%、思わない33.3%、合計33.3%）であった。

なお、最も低い評価である「そう思わない」に回答したものは少数であったが、⑦地域の「経済」の特徴がわかった（思わない：6.1%）、④地域の「価値観や信条」の特徴がわかった（思わない：3.0%）、⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった（思わない：1.5%）でわずかに認められた。

3. 各質問項目についての理解度の変化

- 1) 実習前群と実習後群の理解度の比較（1対1の対応なし）

実習前群の回答結果と実習後群の回答結果について、理解度の中央値の変化を比較し、Mann-WhitneyのU検定を行った。

- (1) 地区診断方法の理解度について：実習前群の回答と実習後群の回答の中央値は、有意に変化しているという結果であった。（表1-1右欄）

- (2) コミュニティアズパートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度について：実習前群の回答と実習後群の回答の中央値は、ほとんどの項目において、有意に変化しているという結果であった。唯一、③地域の「生活習慣」の特徴がわかった、の項目においては、有意差が認められなかった。（表2-2右欄）

- 2) 実習前群と実習後群の理解度の比較（1対1の対応あり）

- (1) 地区診断方法の理解について（質問数6）の理解度の変化

結果は、表2-1に示すとおりである。

6つの質問すべてにおいて、実習前から実習後の評価がプラスに変化している者の割合が高くなっていった。そして、それらすべての項目についてWilcoxonの符号付順位和検定を行ったところ（表3-1）、実習後の理解度が、有意にプラスに変化しているという結果が得られた（有意水準0.01）。

- i) 【実習前後の評価がプラスに変化した者の状況】

実習前と実習後の評価が、1ランクプラスに変化している者が、すべての項目においておよそ半数を占めていた。

2ランク以上プラスに変化している者が1割以上あったのは、1位①地域診断を実施する目的がわかった（16.9%）、2位②地域診断の方法・プロセスがわかった（13.8%）、3位⑥地区踏査（地域を見ること）の視点がわかった（12.1%）であった。

実習前と実習後の評価が同等であった者の割合は、

すべての項目で約30%~40%認められた。

ii) 【実習前後の評価が同等であった者の状況】

実習前と実習後の評価が同等であった者の割合は、すべての項目で約30%~40%認められた。実習前と実習後の評価が同等であった者の割合が多いものから、1位④収集した情報を分析できた(42.4%)、2位③対象地域の情報収集ができた(37.9%) 3位⑤対象地域の情報と分析を統合し、健康課題を導くことができた(37.9%)であった。

iii) 【実習前後の評価がマイナスに変化した者の状況】

実習後の評価がマイナスに変化している者は、ごくわずかであった。

他項目に比べてマイナスに変化している者が多かったのは、1位③対象地域の情報収集ができた(12.1%)、2位④収集した情報を分析できた(6.1%)であった。

(2) コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解について(質問数12)の理解度の変化

結果は、表2-2に示すとおりである。

これらの質問において、実習前から実習後の評価がプラスに変化している者の割合は、ばらつきがみられるものの、Wilcoxon の符号付順位和検定を行ったところ(表3-2)、12項目中11項目の質問において、実習後の理解度が有意にプラスに変化しているという結果が得られた(有意水準0.01または0.05)。唯一、③地域の「生活習慣」の特徴がわかった、の項目については有意差が認められなかった。

i) 【実習前後の評価がプラスに変化した者の状況】

実習前から実習後の評価がプラスに変化した者の

割合が50%を超えているのは、1位⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった(75.4%)、2位⑫地域の「レクリエーション」の特徴がわかった(64.6%)、3位⑨地域の「政治や行政」の特徴がわかった(59.1%)、4位⑪地域の「教育」の特徴がわかった(56.0%)、5位④地域の「価値観や信条」の特徴がわかった(54.5%)、6位⑧地域の「安全と交通」の特徴がわかった(50.0%)であった。

中でも、実習前と実習後の評価が2ランク以上プラスの変化をしている者の割合が比較的高かった項目は、1位⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった(30.8%)、2位⑪地域の「教育」の特徴がわかった(27.2%)、3位⑫地域の「レクリエーション」の特徴がわかった(26.1%)、であった。

ii) 【実習前後の評価が同等であった者の状況】

実習前と実習後の評価の変化が無く同等であった者の割合は、各項目で約25%~55%認められた。特に評価が同等であった者の割合が約50%あった項目は、1位①地域の「歴史」の特徴がわかった(54.5%)、2位②地域の「人口統計(人口構成など)」がわかった(48.5%)、3位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった(47.0%)、地域の「物理的環境」の特徴がわかった(46.2%)、であった。

実習前後の評価が同等であった者の割合が他項目に比べて少ない項目は、⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった(24.6%)、⑪地域の「教育」の特徴がわかった(31.8%)、⑫地域の「レクリエーション」の特徴がわかった(32.3%)、であった。

iii) 【実習前後の評価がマイナスに変化した者の状況】

実習前に比べて実習後の方が評価が低い者があ

表2-1 地域診断方法の理解度について実習前後の変化

	実習前 - 実習後							総計
	-3	-2	-1	0	1	2	3	
① 地域診断を実施する目的がわかった (%)	0	0	2	22	30	11	0	65
	0.0	0.0	3.1	33.8	46.2	16.9	0.0	100.0
② 地域診断の方法・プロセスがわかった (%)	0	0	1	24	31	8	1	65
	0.0	0.0	1.5	36.9	47.7	12.3	1.5	100.0
③ 対象地域の情報収集ができた (%)	0	0	8	25	31	2	0	66
	0.0	0.0	12.1	37.9	47.0	3.0	0.0	100.0
④ 収集した情報を分析できた (%)	0	0	4	28	31	3	0	66
	0.0	0.0	6.1	42.4	47.0	4.5	0.0	100.0
⑤ 対象地域の情報とその分析を統合し、健康課題を導くことができた (%)	0	0	2	25	33	5	1	66
	0.0	0.0	3.0	37.9	50.0	7.6	1.5	100.0
⑥ 地区踏査(地域を見ること)の視点がわかった (%)	0	1	2	24	31	8	0	66
	0.0	1.5	3.0	36.4	47.0	12.1	0.0	100.0

※各項目の理解度(1:そう思う2:まあそう思う3:あまり思わない4:思わない)について、実習前スコアから実習後スコアを引いた値。マイナスの欄は実習後の方が理解度のスコアが低いもの。プラスの欄は、実習後の方が理解度のランクが高いもの。

た項目は、12項目中11項目であった。実習後の方が評価が低い者の割合が1割を超えたものは、1位⑦地域の「経済」の特徴がわかった(22.7%)、2位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった(16.6%)、3位⑧地域の「安全と交通」の特徴がわかった(15.

2%)、4位⑥地域の「保健医療と社会福祉」の特徴がわかった(12.1%)であった。

⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった、の項目のみ、実習後に評価が低くなった者が0であった。

表2-2 コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度について実習前後の変化

	実習前 - 実習後							総計
	-3	-2	-1	0	1	2	3	
① 地域の「歴史」の特徴がわかった (%)	0	0	6	36	22	2	0	66
② 地域の「人口統計(人口構成など)」の特徴がわかった (%)	0	0	5	32	26	3	0	66
③ 地域の「生活習慣」の特徴がわかった (%)	0	3	8	31	20	3	1	66
④ 地域の「価値観や信条」の特徴がわかった (%)	0	1	5	24	33	3	0	66
⑤ 地域の「物理的環境」の特徴がわかった (%)	0	0	3	30	28	4	0	65
⑥ 地域の「保健医療と社会福祉」の特徴がわかった (%)	0	1	7	27	23	8	0	66
⑦ 地域の「経済」の特徴がわかった (%)	0	0	15	24	23	4	0	66
⑧ 地域の「安全と交通」の特徴がわかった (%)	0	0	10	23	28	4	1	66
⑨ 地域の「政治や行政」の特徴がわかった (%)	0	0	5	22	34	5	0	66
⑩ 地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった (%)	0	0	0	16	29	20	0	65
⑪ 地域の「教育」の特徴がわかった (%)	0	1	5	21	21	16	2	66
⑫ 地域の「レクリエーション」の特徴がわかった (%)	0	0	1	21	26	16	1	65

※各項目の理解度(1:そう思う 2:まあそう思う 3:あまり思わない 4:思わない)について、実習前スコアから実習後スコアを引いた値。マイナスの欄は実習後の方が理解度のスコアが低いもの。プラスの欄は、実習後の方が理解度のランクが高いもの。

表3-1 地域診断方法について実習前後の理解度の比較

	実習前の理解度	実習後の理解度	Wilcoxonの符号付順位和検定
① 地域診断を実施する目的がわかった (n=65)	2.02±0.620	1.25±0.434	0.000 **
② 地域診断の方法・プロセスがわかった (n=65)	2.21±0.595	1.48±0.503	0.000 **
③ 対象地域の情報収集ができた (n=66)	1.98±0.568	1.58±0.528	0.000 **
④ 収集した情報を分析できた (n=66)	2.15±0.472	1.65±0.568	0.000 **
⑤ 対象地域の情報とその分析を統合し、健康課題を導くことができた (n=66)	2.27±0.542	1.61±0.523	0.000 **
⑥ 地区踏査(地域を見ること)の視点がわかった (n=66)	2.26±0.615	1.61±0.551	0.000 **

各項目の理解度(1:そう思う 2:まあそう思う 3:あまり思わない 4:思わない)のスコア平均値±SD

** p<0.01

表3-2 コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素について実習前後の理解度の比較

		実習前の理解度	実習後の理解度	Wilcoxonの符号付 順位和検定	
① 地域の「歴史」の特徴がわかった	(n=66)	2.11±0.585	1.80±0.588	0.001	*
② 地域の「人口統計（人口構成など）」の特徴がわかった	(n=66)	1.83±0.543	1.42±0.498	0.000	**
③ 地域の「生活習慣」の特徴がわかった	(n=66)	2.02±0.668	1.79±0.595	0.067	
④ 地域の「価値観や信条」の特徴がわかった	(n=66)	2.89±0.530	2.41±0.656	0.000	**
⑤ 地域の「物理的環境」の特徴がわかった	(n=66)	2.12±0.573	1.62±0.627	0.000	**
⑥ 地域の「保健医療と社会福祉」の特徴がわかった	(n=66)	2.26±0.563	1.80±0.728	0.000	**
⑦ 地域の「経済」の特徴がわかった	(n=66)	2.68±0.531	2.44±0.726	0.028	*
⑧ 地域の「安全と交通」の特徴がわかった	(n=66)	2.09±0.696	1.65±0.644	0.000	**
⑨ 地域の「政治や行政」の特徴がわかった	(n=66)	2.85±0.561	2.26±0.590	0.000	**
⑩ 地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった	(n=65)	2.95±0.539	1.89±0.710	0.000	**
⑪ 地域の「教育」の特徴がわかった	(n=65)	2.79±0.691	2.03±0.728	0.000	**
⑫ 地域の「レクリエーション」の特徴がわかった	(n=65)	2.91±0.575	1.98±0.696	0.000	**
各項目の理解度（1：そう思う 2：まあそう思う 3：あまり思わない 4：思わない）のスコア平均値±SD				* p < 0.05	
				** p < 0.01	

IV. 考 察

1. 地域診断方法の理解度

1) 実習前の理解度について

実習前でありながらも、地域診断方法についての全ての質問項目で、理解度が高い者が多数を占めていた。特に理解度が高かった項目は、1位③対象地域の情報収集ができた、2位①地域診断を実施する目的がわかった、3位④収集した情報を分析できた、であった。

学生の学習過程において、地域看護論演習では、グループで行政等から発行されている統計資料や健康づくり計画などを中心に情報収集・アセスメントし、それらを統合して健康課題を抽出する作業を行わせている。加えて、その作業の段階ごとにグループワークで実施する作業工程を示し、学生への意識付けを促したことにより、このような結果が得られたのではないかと考える。

しかし、地区診断方法の理解度を問う6項目の質問の中で、理解度の低い者の割合が最も多かったのは、⑥地区踏査（地域を見ること）の視点がわかった、であった。これは、地域看護論演習におけるB市内の地区踏査の所要時間が1時限（90分）と限られていたことによるものと考えられる。

実習前の理解度が低い者の割合が次に多かったのが、⑤対象地域の情報とその分析を統合し、健康課題を導くことができた、および②地区診断の方法・プロセス

がわかった、であった。地域看護論演習では、A市の地域診断における「健康課題の抽出」までをゴールに設定した。地域診断は、さまざまな統計などから情報を取捨選択し、アセスメントを行い、それらを統合して健康課題を抽出するという作業を行わなければならない。そこでは、根拠となるデータやアセスメントの関連を捉え、筋道立てて考えながら、健康課題の抽出に結びつけていく必要がある。地域看護論演習では、このような作業をうまく進行できないグループが多くみられた。そのため、前述の項目に理解度の低い回答が集中したのではないかと考えられる。

2) 実習後の理解度について

実習後には、地区診断方法の理解状況について問う6項目すべての項目において、理解度が高くなった。統計的にも、実習前に比べて実習後の理解状況は有意に高くなっている。

地域看護論演習では、地域診断の情報源は行政機関から出されている統計資料などが主であった。一方実習では、保健福祉事業への参加、健康教育の企画立案と実施、家庭訪問、そして地区踏査と様々な場面から情報を得ることができる。また、地域診断をすすめるプロセスにおいて、実習先の保健師活動や住民の生活に直に接することにより、新たな気づきや問題意識をもって取り組むことができる。このような実習による体験が、地域診断の理解状況の促進につながったのではないかと考える。

3) 地域診断方法の理解の促進に向けて

上記1)および2)で述べたように、調査の結果から、実習を体験することによって、地域診断の意義や過程、方法などについて、学生の理解が促進されることが示唆された。座学中心の講義や限られた資料をもとに行う演習に比べて、住民が生活し、保健師が活動する実習地域に出向き、地域の状況を見聞することにより、学内の学習で得た知識の理解が促進されるのは、いわば当然のことといえる。

このような地域診断方法の理解に与える実習の効果を、さらに有効なものにするために、以下の2点を検討した。

- (1) 今回理解度がやや低い者の割合が最も多かった項目は、⑥地区踏査（地域をみること）の視点がわかった、であった。これについては、地区踏査の意義や視点を講義・演習でより具体的に伝えていく工夫が必要であると考えます。
- (2) 次に理解度がやや低い者の割合が比較的多かった項目は、②地域診断の方法・プロセスがわかった、⑤対象地域とその分析を統合し健康課題を導くことができた、であった。これらについては、様々な情報の優先度を見極め、必要な情報を取捨選択する方法について具体的に伝える必要があると考える。そして、得られた情報をアセスメントし統合する思考過程を促すために、アセスメント結果の関連性を検討する方法の指導と、その時間を十分に確保するなどの工夫が、地域看護論演習および地域看護論実習において必要であると考えます。
- (3) 地域看護論実習における地域診断の実践により、地域診断は①地域保健活動（特に行政）における保健福祉施策の根拠となるものであること、②地域保健活動で展開するPDCAサイクルの根幹となる要素であること、を認識させるねらいがある。実習終了後の学生の自己評価を参照すると、「（地域診断をとおして）健康ニーズを解決するための施策化の必要性について理解できたか」は約50%の学生が「よく理解できた」と評価していた。「地域保健活動の展開過程の理解」については「よく理解できた」と評価した学生は約30%であった。このことから、今回の調査のような地域診断の具体的な手法に焦点をあてた理解度の評価だけではなく、本来の地域診断の意義を幅広くとらえた観点での理解度の確認が必要であると考えます。

2. コミュニティ・アズパートナー・モデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度

1) 実習前の理解度について

実習前の理解度が高い者の割合が多い項目は、1位

②地域の「人口統計（人口構成など）」の特徴がわかった、2位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった、3位⑤地域の「物理的環境」の特徴がわかった、4位④地域の「安全と交通」の特徴がわかった、であった。

これらの項目は、実習前の地域看護論演習において使用した資料（行政が発行する地域概況を示す資料、統計資料、および健康づくり計画など）から、基本的な情報を得られるものである。対象地区の「人口統計」「生活習慣」「物理的環境」「安全と交通」については、このような資料から、ある程度まとまった情報を得ることが可能であったため、「そう思う」「まあそう思う」と回答した者が多かったのではないかと推察される。

一方、実習前の理解度が低い者の割合が多い項目は、1位⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった、2位④地域の「価値観や信条」の特徴がわかった、3位⑫地域の「レクリエーション」の特徴がわかった、4位⑪地域の「教育」の特徴がわかった、であった。

これらの項目は、地域看護論演習で使用した行政の統計資料などに掲載されている情報が少ないものである。実習前の段階で、理解度が低いことは、認めざるを得ないと考えられる。

2) 実習後の理解度について

実習後において、理解度が高い者が90%以上を占めた項目は、②地域の「人口統計（人口構成など）」の特徴がわかった、⑤地域の「物理的環境」の特徴がわかった、①地域の「歴史」の特徴がわかった、③地域の「生活習慣」の特徴がわかった、地域の「安全と交通」の特徴がわかった、である。

一方、実習後において、理解度が低い者が占める割合が、他項目と比べて、やや多いとみられた項目は、⑦地域の「経済」の特徴がわかった、④地域の「価値観や信条」の特徴がわかった、④地域の「政治や行政」の特徴がわかった、であった。

これらについては、次項3)と併せて考察を行う。

3) 実習前後の理解度の変化について

コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度については、③地域の「生活習慣」の特徴がわかったの項目を除いて、実習前から実習後の理解度の変化が、有意にプラスに転じていた。

(1) 実習後に理解度がプラスに転じた項目について

実習前から実習後の評価がプラスに変化した者の割合が多い（50%以上）項目は、1位⑩地域の「コミュニケーション」の特徴がわかった、2位⑫地域の「レクリエーション」の特徴がわかった、3位⑨地域の「政治や行政」の特徴がわかった、4位⑪地域の「教育」の特徴がわかった、5位④地域の「価値観や信条」の特徴がわかった、6位⑧地域の「安

全と交通」の特徴がわかった、であった。これらの、地域の「コミュニケーション」「レクリエーション」「政治や行政」「教育」「価値観や信条」「安全と交通」といった項目は、実習前に既存の統計資料や行政が発行する資料では、情報量が少なく実態が把握しにくい項目である。「レクリエーション」「コミュニケーション」「価値観や信条」「安全と交通」については、実習における地区踏査・保健福祉事業への参加・健康教育の企画と実施などの場面をとおして、理解したという実感を持つことができる。また、「政治や行政」「教育」といった項目は、実習前にはイメージしにくい項目であるが、実習において、実習施設における組織体系、行政機関としての位置づけ、そして関係機関との連携などを学ぶことから理解が進んだのではないかと考える。

(2) 理解度に変化が無かった項目について

実習前と実習後の理解度の変化が無く、評価が同等であった者が約50%認められ、他の項目に比べて多かったのは、1位①地域の「歴史」の特徴がわかった、2位②地域の「人口統計（人口構成など）」がわかった、3位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった、4位⑤地域の「物理的環境」の特徴がわかった、であった。これらの項目は、実習前、実習後ともに理解度が高い者が占める割合が多い項目であった。したがって、これらの項目は、決して理解度が低いわけではないが、実習後のより一層深い理解につながっていないとも考えられる。特に、「生活習慣」「物理的環境」の項目については、実習地域に向向くことによって初めて把握することができる情報が多いと予想していた項目である。実習前に資料等から把握しアセスメントしたことに満足するのではなく、地域に生活する人々の様子をさまざまな視点から捉えていくことができるような、指導上の工夫が必要である。例えば、「地域の歴史的・文化的背景と食習慣」、「地域の地理的な状況と住民の健康状態」、「地域の特徴的な産業と住民の労働状況」などの視点から住民の生活実態を捉えることを、具体的に教授する必要があると考える。

(3) 実習後に理解度がマイナスに転じた項目について
実習前より実習後の方で理解度が低い者が認められた項目で、その割合が比較的多かった（1割以上）項目は、1位⑦地域の「経済」の特徴がわかった、2位③地域の「生活習慣」の特徴がわかった、3位⑧地域の「安全と交通」の特徴がわかった、4位⑥地域の「保健医療と社会福祉」の特徴がわかった、であった。「経済」については、実習の中でも情報を得る機会や手段が少なく、このような結果となることは想定できた。地域の経済状況は、住民の健康

との直接的な関連がとらえにくく、実習においても経済状況の情報に接する機会が非常に少ないためであると考えられる。例えば地域の経済状況の悪化などは、生活上の格差、ひいては健康の格差につながる可能性があるということなどを、具体的に伝えていく必要がある。

また、「生活習慣」「保健医療と社会福祉」については、先の（2）における考察と同様に、実習前に資料等から把握しアセスメントしたことに満足するのではなく、地域看護論実習をとおして、地域に生活する人々の様子をさまざまな視点から捉えていくことができるように指導する必要がある。

4) コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解の促進に向けて

コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた12項目の質問から、対象地域の理解度を確認した。全体をとおしての理解度は概ね良好な状況であったと考えられる。特に、実習後に理解度がプラスに変化していることが確認でき、実習をとおして対象地域に対する理解促進の効果があったといえる。

コミュニティ・アズ・パートナーモデルを用いた地域診断や地域診断学習の長所として、北園ら（2002）¹²⁾ 岩本ら（2009）¹¹⁾ は、情報収集とそのアセスメントに必要な領域が予め設定されていることを挙げている。A大学看護学部の地域診断の学習過程においても、コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素を示すことで、情報の整理とアセスメントの枠組みが明確になり、学生による地域診断の作業がよりスムーズにすすめられたのではないかと考える。その一方で、岩本ら（2009）¹¹⁾ は、「各構成要素だけの情報を単独で理解するのではなく、それらを統合して地域の人々の生活状況や特徴、健康についての理解を促す必要がある」と述べている。このことは、A大学看護学部の地域診断の学習においても同様のことがいえる。各構成要素の実態相互の関連や、データと住民の生活実態との関連などを推測できる力量を、地域診断の学習過程、特に地域看護論実習において育成する必要があると考える。

V. 結 語

A大学看護学部68名の学生を対象として、自己記入式質問紙調査を実施した。調査は、対象者に同一の質問内容で、地域看護論実習前・実習後の2回実施した。調査票の回収数は66名（回収率97.0%）であった。

その結果、地域診断方法の理解度、およびコミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素に基づいた対象地域の理解度について、実習をとおして概ね理解が進んで

いることが確認された。

理解が進んでいない項目については、情報をアセスメントし、それらの関連性を検討できる力量、さらに生活実態との関連性を推測できる力量を、地域診断の学習過程、特に地域看護論実習において育成する必要性が示唆された。

本研究の限界と課題として以下のことが考えられる。

- (1) 実習前の地域看護論演習の対象とした地域と、実習中に対象とした地域が同一ではない。
- (2) 実習はグループごとに対象地域が異なり、その規模も環境もさまざまである。
- (3) コミュニティ・アズ・パートナーモデルの各構成要素の意味や把握すべき内容についての基本的な理解度のベースラインが、学生ごとに様々である可能性がある。
- (4) 地域診断の具体的手法の理解度だけではなく、地域保健活動の展開過程における地域診断の意義についての理解度を確認し、地域診断の学習にフィードバックさせる必要がある。

今後は上記の課題を考慮した上で、より有効な地域診断の学習方法について検討をすすめていきたい。

謝 辞

本研究の調査にご協力くださった学生の皆様に、感謝を申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 齊藤恵美子：第3章基礎技術2 地域診断・組織診断 (井伊久美子 他編), 新版保健師業務要覧 (第3版), 101 - 108, 2013, 日本看護協会出版会, 東京.
- 2) 橋本正己：地域保健活動の動向と課題, 126, 1987, 医学書院, 東京.
- 3) 厚生労働省健康局長通知, 平成25年4月19日付健発0419 第1号, 地域における保健師の保健活動

について

- 4) 厚生労働省健康局長通知 別紙, 平成25年4月19日付健発0419 第1号, 地域における保健師の保健活動に関する指針
- 5) 津村智恵子：第3部第2章C地域診断・地域保健看護活動の展開過程 (津村智恵子, 上野昌江編), 公衆衛生看護学, 256, 2012, 中央法規出版(株), 東京.
- 6) 松井陽子, 植村小夜子, 飯降聖子ら：日本看護科学学会発表地区診断に関する効果的な教育プログラムの構築に向けて—第1報—, 日本看護科学学会第31回学術集会講演集, :311, 2011.
- 7) 金川克子：3 地域看護診断の方法 (金川克子・田高悦子編), 地域看護診断 (第2版), 37, 2011, 東京大学出版会, 東京.
- 8) 佐伯和子：I 地域看護アセスメントガイドとは (佐伯和子編著), 地域看護アセスメントガイド—アセスメント・計画・評価のすすめかた—, 2 - 5, 2007, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 9) 神馬征峰：第6章地域組織活動の展開C地域組織活動で活用できる理論・方法論, 標準保健師講座2・地域看護技術 (第2版), 189 - 192, 2009, 医学書院, 東京.
- 10) Elizabeth T . Anderson , Judith McFarlane(ed.), 金川克子・早川和生 (監訳), コミュニティアズパートナー—地域看護学の理論と実際—, 第2版, 147-188, 2007, 医学書院, 東京.
- 11) 岩本里織, 小倉弥生, 茅本善子ら：コミュニティアズパートナーモデルを用いた地域看護診断の学習効果—演習後の学年比較、実習前後比較から—, 神戸市看護大学紀要, 13:49-56, 2009.
- 12) 北園明江, 二宮一枝, 小野ツル子：Community as partner Model を用いた地域看護診断実施の課題—加茂川町における地域看護診断を例にして—, 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 2002.

研究ノート

看護における「巻き込まれ」の概念分析



牧野 耕次¹⁾, 比嘉 勇人²⁾, 甘佐 京子¹⁾, 山下真裕子³⁾, 松本 行弘¹⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾富山大学大学院医学薬学研究部

³⁾神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

背景 看護における「巻き込まれ」は両価的な側面があり、また、その訳語もinvolvementとover-involvementがあり、概念が共有されないまま使用されている。

目的 本研究では、文脈や状況によって、概念の意味するところが変わる「巻き込まれ」に対して、文脈依存的な語に適したRodgersの方法を用いて概念分析を行う。

方法 「巻き込まれ」の概念に関する記述のある33件を分析対象とし、「巻き込まれ」概念の先行要件・属性・帰結に関する記述を抜粋した。抜粋した記述を「巻き込まれ」概念の先行要件・属性・帰結にまとめ、質的帰納的に内容を分析し看護における「巻き込まれ」概念の先行要件・属性・帰結を抽出した。また、「巻き込まれ」の関連概念をあげ、「巻き込まれ」との違いを吟味した。

結果 看護における「巻き込まれ」の先行要件として、【看護師の管理的制約】【看護師の能力】【患者の感情】【患者の状況】【患者の意志】【家族の混乱】の6カテゴリー、属性として、【看護師に陰性感情が起こる】【患者との距離感が保てなくなる】【患者に共感する】の3カテゴリー、帰結として、【看護師の対応困難】【看護師のバーンアウト】【看護師自身の振り返り】【看護師の成長】【患者の感情表出】【状況の肯定的な変化】の6カテゴリーが抽出された。また、看護における「巻き込まれ」の関連概念として、逆転移、involvement、over-involvementが挙げられた。

考察 看護での「巻き込まれ」における先行要件・属性・帰結の関連性および両価性、時間的3つの観点、程度、関連概念という視点でそれぞれ考察を行い、概念の混乱した状況の整理を行った。

結論 看護基礎教育から継続教育において、「巻き込まれ」が先行要件・属性・帰結および関連概念など、共有できる知識と体験から理解され、技術として活用されるようになることが期待される。看護における「巻き込まれ」という用語の概念的な限界を補い、その概念を包括する代替語として、involvementが提案された。

キーワード 巻き込まれ、概念分析、involvement

Conceptual Analysis of *Makikomare* in Nursing by Beth L. Rodgers's Method

Koji Makino¹⁾, Hayato Higa²⁾, Kyoko Amasa¹⁾, Yukihiro Matsumoto¹⁾, Mayuko Yamashita¹⁾

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

²⁾Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

³⁾Kanagawa University of Human Service, Faculty of Health & Social Services School of Nursing

2014年9月30日受付、2015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

I. 緒言

看護において、「巻き込まれ」という用語は、看護師への警告として使われることが多い¹⁾。看護の文献においても、否定的な側面で、その概念がとらえられている。その一方で、経験を積んだ看護師による「巻き込まれないと看護は始まらない」「巻き込まれて何が悪いの?」「巻き込まれてもいいじゃないか」²⁾など、「巻き込まれ」に関する肯定的な発言もきかれる³⁾。牧野は、意図せず巻き込まれていた精神科の看護師が、経験を積むことで巻き込まれたと感じた経験を振り返り、「巻き込まれ」を看護として、主体的、意図的に活用していることを示唆している¹⁾。

以上のように「巻き込まれ」の概念には、両価的な側

面がある。牧野らは、「巻き込まれ」はわが国において看護におけるかかわり（involvement）の否定的な側面で主に使われることが多いと指摘している⁴⁾。その理由として「巻き込まれ」の受動的な語感を挙げている。受動的で自律性を失うイメージを惹起させる語感をもつ「巻き込まれ」は、専門職である看護師の教育上、特に忌避されると考えられる。さらに、看護師が「巻き込まれ」を否定的な意味で捉えた場合、患者との距離を取りすぎて、患者看護師関係をに基づいた患者理解が困難になると「巻き込まれ」を否定的にとらえる弊害も牧野らは指摘している¹⁾。

「巻き込まれ」は国外（英語圏）におけるinvolvementの訳語としても使われている。また、involvementも、「巻き込まれ」同様、看護師への警告として使われている⁵⁾⁶⁾。しかし、involvementの訳語として必ずしも、「巻き込まれ」のみが使用されるわけではなく、「関与」⁷⁾「かかわり」⁸⁾などの語も使用されている。また、involvementの訳語の「巻き込まれ」⁹⁾が、新訳版で「かかわり」⁸⁾へと変更される著作もみられるなど、わが国では、「巻き込まれ」とinvolvementの概念について、混乱した状況がみられる。

わずかではあるが、「巻き込まれ」を掲載している看護関連の辞典もみられる。「看護学事典」において、岡谷¹⁰⁾は「巻き込まれ」の訳語をover-involvementとし、「人との関係の中で、自分の方向性を見失って他者の世界に引き込まれること」としている。また、「巻き込まれ」について、「見失う」やover-involvementという語が用いられ、否定的な側面が説明されているが、「しかし、巻き込まれを上手に活用することで現実的な関係を信頼関係へと発展させることができる」¹⁰⁾と、肯定的な側面も記載されている。「精神保健看護辞典」¹¹⁾では「巻き込まれ」の訳語として、involvementとover-involvementが採用され、「他者との関係において、主体性を意識的、無意識的に相手に合わせてものごとを感じたり、行動したりすること」と説明されている。「精神保健看護辞典」¹¹⁾では、「巻き込まれ」が否定的な意味での使用が多いと説明されているが、患者の主体性を保ちながら、看護の専門性を発揮するには、ほど良い程度の「巻き込まれ」が必要であるとも説明されている。両辞典ともに否定的な側面が主に説明され、肯定的な側面については、わずかに言及する程度の説明が行われている点は同じであるが、訳語に違いが見られる。

以上のように、臨床看護師から研究者に至るまで、「巻き込まれ」という概念が共有されないまま、使用されている現状がみられる。したがって、本研究では、文脈や状況によって、概念の意味するところが変わる「巻き込まれ」に対して、文脈依存的な語に適したRodgers¹²⁾の方法を用いて概念分析を行う。Rodgers¹²⁾の概念

分析は、概念の属性だけでなく先行要件および帰結を提示し、文脈だけでなく時間的観点も考慮することができ、「巻き込まれ」の概念分析に適している。「巻き込まれ」の概念分析を行うことは、臨床のおよび学術的にその概念を共有することへの一助となる。また、Rodgersの概念分析法を用いることで、概念の属性だけでなく、その先行要件および帰結も明らかになるため、実践のおよび理論的にも更なる方向性への示唆が得られる。

II. 研究方法

1. データ収集方法

国内医学論文情報のインターネット検索サービス「医中誌Web」を用いて、「患者看護師関係」「巻き込まれ」をキーワードに、1983年～2011年の文献を検索した。その結果、17文献が得られた。その17件のうち、看護学生の「巻き込まれ」は除外した。また、引用に看護における「巻き込まれ」に関する記述がみられた場合、可能な限り引用元となる文献も含めた。さらに、「巻き込まれ」を掲載している看護関連の辞典2件を含めた。最終的に「巻き込まれ」の概念に関する記述のある33件を分析対象とした。

2. 分析方法

33件の分析対象文献から、「巻き込まれ」概念の先行要件・属性・帰結に関する記述を抜粋した。抜粋した記述を「巻き込まれ」概念の先行要件・属性・帰結にまとめて、質的帰納的に内容を分析し看護における「巻き込まれ」概念の先行要件・属性・帰結を抽出した。また、「巻き込まれ」の関連概念をあげ、「巻き込まれ」との違いを吟味した。

III. 研究結果

分析の結果、抽出された看護における「巻き込まれ」の先行要件・属性・帰結（図1）について、順に説明を行う。次に、「巻き込まれ」の関連概念について説明を行う。

1. 看護における「巻き込まれ」の先行要件

「巻き込まれ」の先行要件として【看護師の管理的制約】【看護師の能力】【患者の感情】【患者の状況】【患者の意志】【家族の混乱】の6カテゴリーが抽出された。

看護師側の要件としては、看護業務内容¹³⁾・余裕のなさ¹⁴⁾¹⁵⁾・他の患者への対応を中断しなければならない状況¹⁾¹⁵⁾など、【看護師の管理的制約】が、看護師の「巻き込まれ」へとつながっていた。また、臨床経験の少なさ¹⁾¹⁴⁾¹⁶⁾・看護師自身の能力¹³⁾・患者が表出する感情の意味を理解していない¹⁵⁾・患者を十分に把握できない¹⁵⁾・

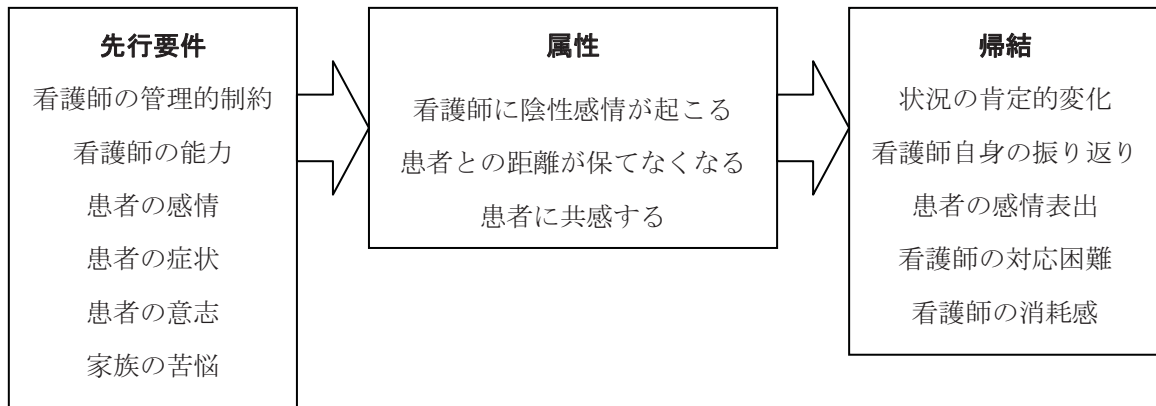


図1. 巻き込まれの概念分析結果

自分一人に対応してしまおうと思う¹⁵⁾、かかわれるかどうかの査定¹³⁾など、【看護師の能力】の限界も「巻き込まれ」につながっていた。一方で、「巻き込まれ」を振り返り¹⁾、経験を積み¹⁾【看護師の能力】が向上することで、患者のペースでかかわり患者を理解することができるようになるなど「巻き込まれ」を活用するようになっていた¹⁾。

患者側の要件では、気分変動¹⁷⁾・怒り¹⁾¹⁸⁾¹⁹⁾・攻撃¹⁾¹⁷⁾²⁰⁾²¹⁾・イライラ¹⁵⁾¹⁷⁾・興奮²⁰⁾・不安¹⁵⁾¹⁸⁾・悩み²²⁾・悲嘆²²⁾など【患者の否定的な感情】¹⁵⁾¹⁸⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾により、看護師は患者に巻き込まれていた。次に、症状¹⁾²¹⁾²⁶⁾・身体機能低下¹⁵⁾¹⁹⁾²⁷⁾・苦痛が取り除かれない¹⁵⁾・ヒステリー発作²⁵⁾²⁸⁾・心気的な訴え²³⁾²⁵⁾²⁸⁾・手洗いが止められないこと²⁹⁾・問題³⁰⁾・希死念慮³¹⁾・自殺企図³¹⁾など【患者の状況】でも、看護師の「巻き込まれ」が起きていた。さらに、様々な要求¹⁴⁾・患者の期待²²⁾・無視するような態度¹⁵⁾・拒否¹⁵⁾²²⁾・納得しない態度¹⁵⁾¹⁹⁾・苦情¹⁵⁾・繰り返される訴え¹⁵⁾²³⁾²⁸⁾³¹⁾など【患者の意志】と向き合うことでも「巻き込まれ」が起きていた。最後に、妻³²⁾や夫³³⁾など【家族の混乱】³³⁾が先行要件となっていた。

2. 看護における「巻き込まれ」の属性

「巻き込まれ」の属性として【看護師に陰性感情が起こる】【患者との距離感が保てなくなる】【患者に共感する】の3カテゴリーが抽出された。

看護師は、上記の先行要件により、どうしても患者に添えない感情³¹⁾や、怒り¹³⁾¹⁵⁾¹⁹⁾・不安¹³⁾・憂うつ²²⁾・負担¹⁸⁾・役割についての葛藤¹³⁾¹⁷⁾²²⁾・戸惑い¹³⁾¹⁵⁾¹⁷⁾³²⁾などの否定的な感情¹³⁾¹⁹⁾や逆転移¹⁰⁾を引き起こし、それらに対して感情をコントロールできなくなっていた。これら、看護師の感情的な反応を【看護師に陰性感情が起こる】とした。

また、看護師は、中立になれなかったり³²⁾、患者の世界に取り込まれそうになったり²¹⁾、患者を幼児扱いした

り³⁰⁾、患者に振り回されたり¹⁴⁾³³⁾、コントロールされたりする³⁰⁾など【患者との距離感が保てなくなる】²⁰⁾²²⁾³⁰⁾状況が起こっていた。

さらに、否定的な看護師の感情だけではなく、看護師は患者の世界・苦悩・苦痛などを共有し¹⁴⁾²²⁾²⁴⁾、その気持ちに寄り添う²⁷⁾ことで、患者との同調²²⁾一体感¹⁶⁾を感じていた。これら、看護師の肯定的な経験を【患者に共感する】とした。

3. 看護における「巻き込まれ」の帰結

「巻き込まれ」の帰結として【看護師の対応困難】【看護師のバーンアウト】【看護師自身の振り返り】【看護師の成長】【患者の感情表出】【状況の肯定的な変化】の6カテゴリーが抽出された。

「巻き込まれ」により、思いを先輩に話したり¹⁴⁾、患者と自分の感情を整理したり¹⁴⁾するなど【看護師自身の振り返り】¹⁵⁾³¹⁾を行っていた。また「巻き込まれ」を体験し、深く学ぶ²⁷⁾【看護師の成長】¹⁴⁾がみられていた。一方で、看護師が職務を遂行できなくなったり³⁰⁾、患者へのアプローチが途切れたり²²⁾、何をしたらよいのかわからなくなったり¹⁵⁾、患者を避けたり²²⁾、防衛的になったりする¹⁹⁾など【患者との対応困難】³²⁾³³⁾もみられていた。また、喪失感¹⁶⁾・自責感²²⁾・疲労感¹⁹⁾・空虚感¹⁹⁾・無益感²²⁾¹⁹⁾・消耗感¹⁹⁾を抱いたり、エネルギーを吸い取られたと感じたりする¹⁷⁾など、【看護師のバーンアウト】²⁵⁾にも至っていた。患者が泣いたり¹⁾、看護師が話を聴いたりする¹⁾など【患者の感情表出】¹⁾が促されていた。また、看護師が方向性を見いだしたり²⁷⁾、役割を果たせたり²²⁾、患者が暴力を自制したりする¹⁷⁾など【状況の肯定的な変化】も見られていた。

4. 「巻き込まれ」の関連概念

「巻き込まれ」の関連概念として、逆転移が挙げられる。逆転移は、特定の患者に理由のない感情を抱いたり、患者に特定の感情を抱いたりすることである。岡谷¹⁰⁾は、

「巻き込む側・巻き込まれる側双方において、精神的には転移・逆転移が存在する」と述べている。「巻き込まれ」は、学術的な用語というよりは、もともと主観性を含んだ臨床体験に根ざした用語である。一方、逆転移は、精神分析の「分析」という語にもあらわれているとおり、客観性を重視した精神分析理論における学術的な用語である。

次に、両価的な意味をもち、「巻き込まれ」が訳語として使われるinvolvementも関連概念として挙げられる。involvementは、「巻き込まれ」と同様、教育において警告の対象とされる一方で、Travelbee⁷⁾、Peplou³⁴⁾、Watson³⁵⁾、Benner⁶⁾など、わが国においても著名な看護理論家により肯定的に評価されている。involvementも両価的な側面があり、「巻き込まれ」と同義のようである。しかし、わが国における「巻き込まれ」よりも、involvementは肯定的に評価されていると言える。その理由として、「巻き込まれ」の語感やinvolvementに対する著名な看護理論家による肯定的な評価などが挙げられる。また、「関与」「かかわり」など、involvementは能動的な側面を持っていることも理由として挙げられる。

最後に、over-involvementも「巻き込まれ」の関連概念と考えられる。なぜなら、「巻き込まれ」の過剰な程度を表すover-involvementが時に「巻き込まれ」の訳語として使用されているためである¹⁰⁾³⁶⁾。過剰な意味を示す接頭語のover-が示す通り、over-involvementには、肯定的な側面は含まれていないことが、「巻き込まれ」との違いである。

IV. 考 察

1. 「巻き込まれ」の先行要件・属性・帰結の関連性および両価性に関する混乱

本研究結果である「巻き込まれ」の先行要件は、看護師側の要件と患者側の要件に分かれていた。看護師側の先行要件である【看護師の管理的制約】【看護師の能力】の限界および、患者側の先行要件である【患者の感情】【患者の状況】【患者の意志】【家族の混乱】により、看護師は状況をコントロールすること、すなわち主体性をもって専門職として看護を行うことができなくなっていると考えられる。このような看護師の「巻き込まれ」に対応するのは、本研究結果の「巻き込まれ」の属性である【看護師に陰性感情が起こる】【患者との距離感が保てなくなる】であると考えられる。以上のような「巻き込まれ」の帰結として、【看護師の対応困難】【看護師のバーンアウト】が対応している。時間の経過としては、このような「巻き込まれ」により、【看護師の対応困難】がみられ、そのような経験が繰り返されることで、【看護師のバーンアウト】が起きていると考えられる。

「巻き込まれ」の概念に関する混乱した状況において、以上のような「巻き込まれ」の否定的な側面は、大半の看護師のとらえ方である。

一方で【看護師の能力】の向上により、患者のペースでかかわることで患者を理解することができるようになるなど、「巻き込まれ」を活用するようになっていた。このような「巻き込まれ」の肯定的な側面に対応する属性は【患者に共感する】であると考えられる。

これら「巻き込まれ」の否定的な側面と肯定的な側面をつなぐには、帰結における【看護師自身の振り返り】が重要となる。「巻き込まれ」は、看護師個人の主観的な体験である。牧野¹⁾は、精神科の経験の浅い看護師は、意図せずに「巻き込まれ」に陥るが、その「巻き込まれ」を振り返ることで、主体的に「巻き込まれ」を活用し、患者のペースでかかわることで患者を理解するようになるという指摘している。すなわち、「巻き込まれ」の否定的な側面である【看護師に陰性感情が起こる】【患者との距離感が保てなくなる】に対する【看護師自身の振り返り】により、【看護師の成長】が起こり、肯定的な側面の「巻き込まれ」である【患者に共感する】ようになり、その帰結として【患者の感情表出】【状況の肯定的な変化】が起こるといえるように、「巻き込まれ」の否定的な側面から肯定的な側面への移行が、【看護師自身の振り返り】により起こるという一つのモデルが示唆される。このモデルから、教育的に「巻き込まれ」が警告の対象となることや、経験を積んだ看護師が「巻き込まれ」を肯定的に捉えていることが理解できる。

2. 「巻き込まれ」に関する時間的3つの観点

本研究結果における先行要件・属性・帰結は、次の時間的3つの観点からとらえることができると考えられる。すなわち、患者との1場面における「巻き込まれ」、看護師と受け持ち患者など患者看護師関係の展開における「巻き込まれ」、看護師のキャリアにおける「巻き込まれ」である。患者との1場面における「巻き込まれ」は、時間的3つの観点の中で一番短く、患者とのかかわりにおいて、その場面だけで起こりえる「巻き込まれ」である。看護師と受け持ち患者など患者看護師関係の発展における「巻き込まれ」は、複数のかかわりの場面が積み重なり形成される患者看護師関係の展開過程で起こる「巻き込まれ」である。看護師のキャリアにおける「巻き込まれ」は、「巻き込まれ」の否定的な側面から肯定的な側面への移行が【看護師自身の振り返り】により起こるといふ前述したモデルに該当する。看護師のキャリアにおける「巻き込まれ」では、意図的に主体性をもちながら、患者の主体性も尊重し「巻き込まれ」を活用するというように、技術的に「巻き込まれ」がとらえられている。また、【看護師自身の振り返り】が行われない場合は、技術的に「巻き込まれ」を活用するまでには至らず、先

行要件などの状況がそろえば否定的な側面の「巻き込まれ」を繰り返す傾向にあると考えられる。

3. 「巻き込まれ」の程度における混乱

主に否定的な側面で「巻き込まれ」の概念が使用される場合、「巻き込まれすぎ」や過剰な「巻き込まれ」を意味している場合が多いと推察される。すなわち、「巻き込まれ」の否定的な側面の属性である【看護師に陰性感情が起こる】【患者との距離感が保てなくなる】ことにより、患者の世界に引き込まれる程度が過剰になるということである。患者の世界に引き込まれる程度が過剰でなければ、患者の世界を体験的に理解し【患者に共感する】（「巻き込まれ」の肯定的側面）ことが可能である。「巻き込まれ」が、実際は「巻き込まれすぎ」や過剰な「巻き込まれ」を意味しているという推察の根拠としては、「巻き込まれ」の訳語に、over-involvementが使われている¹⁰⁾³⁶⁾ことが挙げられる。involvementの訳語が「巻き込まれ」であっても、「かかわり」や「関与」であっても、そのinvolvementに「過剰な」という否定的な意味を含んだ接頭語が付された単語が、「巻き込まれ」の訳語として使われている。involvementの訳語の一つに「巻き込まれ」があるにもかかわらず、「巻き込まれ」の訳語がover-involvementであるというのは、非常に奇妙で、混乱を招くのは当然である。元来「巻き込まれ」自体が、主観的な個人の臨床体験に根ざしたものであり共有が困難で、その程度の共有はさらに困難である。したがって、定義されず、体験を概念で共有されていない「巻き込まれすぎ」や過剰な「巻き込まれ」を、受動的で自律性を失うイメージを惹き起させる否定的な語感をもつ「巻き込まれ」という用語で慣用的に集約して表現しているのだと考えられる。したがって、「巻き込まれ」の程度における混乱を避けるには、前述の「巻き込まれ」の否定的な側面と「巻き込まれすぎ」や過剰な「巻き込まれ」の関係を理解することが重要である。また、患者の体験世界を理解し【患者に共感する】ことが可能な「巻き込まれ」も程度が過剰ではないレベルで存在していることを理解することも重要である。

以上の「巻き込まれ」とinvolvement、over-involvementにおける概念の考察を踏まえ、程度を縦軸に、受動性と能動性を横軸にその混乱を整理し、「巻き込まれ」と関連用語との関係図として図2に示した。

4. 「巻き込まれ」と逆転移について

逆転移は、精神分析の実践でも使用されている、精神分析理論により明確に規定された用語である。精神分析理論は、元来、心的エネルギーを想定する³⁷⁾など、客観性に基づく科学を指向している。精神分析の実践においては、クライアントが楽な姿勢で自由連想ができるようカウチを使用し、分析家との物理的距離を一定にし、心理的には中立にするなど、客観性を保つ工夫がなされて

いる。客観性を重視する精神分析において、精神分析家の未解決の葛藤をクライアントに重ね合わせる逆転移は、治療の妨げとなる。すなわち、客観的な治療に、精神分析家の主観が入り込むことで客観性が脅かされることを問題視しているとも考えられる。そこで、精神分析家は、客観性を担保するために、上級の分析家による教育分析（訓練分析）を受けることを重要視してきた。一方、看護では、24時間患者と向き合い訴えの窓口となることが多い。また、時に「自分の方向性を見失って他者の世界に引き込まれる」「巻き込まれ」を経験し、その経験を振り返ることで、「巻き込まれ」を活用し、自分を見失わずに患者の世界に引き込まれ、患者を理解し援助することもできるようになると考えられる。このように逆転移と「巻き込まれ」の概念においては、学問的背景や客観性と中立性のとらえ方が異なっていると考えられる。精神分析では、客観性や中立性を重視してきた背景がある。看護は、客観性や中立性を軽視している訳ではないが、その実践中は客観性や中立性を保つことが非常に難しい。24時間患者の訴えに直面し、コールされれば必ず対応し、体に触れ本人に苦痛を与える治療の補助を行い、治療が行えなくなり苦痛を抱えたままの患者や家族にも寄り添い続けてきた。このような看護の歴史の中で、看護師は当然、「巻き込まれ」を引き起こして、時に対応困難に陥ったり、燃え尽きたりするなど、苦痛を経験してきた。その体験を振り返り、「巻き込まれ」を活用することで、客観性や中立性とは異なった次元で、患者の経験世界を理解し、援助における専門性を発展させてきたと考えられる。逆転移という概念の背景には、客観性や中立性を担保する治療環境の設定や教育分析など非常に高度な専門性が存在する。同様に、治療環境を固定的

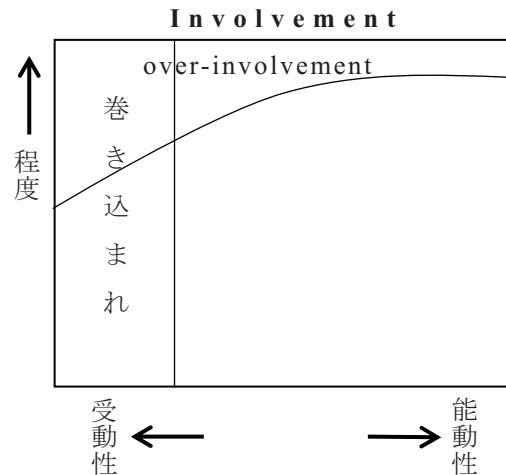


図2. 「巻き込まれ」と関連用語との関係

に設定することが困難なために、実践における客観性や中立性を一定に保つことが非常に難しい看護においては、「巻き込まれ」という概念や技術を発展させる途上にあると考えられる。

5. 「巻き込まれ」の概念における更なる発展への影響や仮説の特定

以上考察してきたとおり、看護における「巻き込まれ」の概念に対する理解は、複数の側面が関連し合い複雑で混乱した状況にある。【看護師に陰性感情が起こる】【患者との距離感が保てなくなる】という「巻き込まれ」の否定的な側面から【患者に共感する】という肯定的な側面への移行が【看護師自身の振り返り】により起こるといふ仮説は、「巻き込まれ」の概念や技術を発展させる上で重要なモデルとなる。専門性が失われ、燃え尽きたり、傷ついたりする可能性のある「巻き込まれ」の概念を理解・共有することなく、警告するのみでは、「巻き込まれ」を技術的に活用することは困難である。時に巻き込まれすぎるとは看護師として避けられないものであり、慣用的に「巻き込まれ」という用語が使われている臨床実践では、「巻き込まれ」の概念を理解し、その体験を振り返る教育が必要である。

「巻き込まれ」の概念は前述した通り、複数の側面が関連し合い複雑で混乱した状況にあるため、学術的な用語としての限界もあると考えられる。そこで、関連概念であるinvolvementを「巻き込まれ」の代替語とすることについて、検討する。involvementには、「巻き込まれ」の他に、「関与」「かわり」という肯定的にもとらえることができる訳語がある。そのため、意味としては否定的な側面を持ちながら、「巻き込まれ」よりも、involvementの方が肯定的側面とその両価性を理解することが容易である。また、involvementには、over-（過剰な）とunder-（過少な）という接頭語を付すことで、明確にその程度を示すことが可能である。「巻き込まれ」の過少な状況を表し、かつ、「巻き込まれ」と関連づけることができる端的な表現の日本語の用語はない。そのため、involvementにおいてunder-（過少な）という接頭語を使用できることは非常に便利である。さらに、Benner³⁸⁾はinvolvementを熟練看護師の技術としてとらえている。否定的な「巻き込まれ」の体験を振り返ることで、「巻き込まれ」を技術的に活用することができるというモデルもinvolvementに適用できる可能性がある。逆転移という概念は、精神分析理論に明確に規定され、実践で活用されている。同様に、involvementもTravelbee⁷⁾、Peplou³⁴⁾、Watson³⁵⁾、Benner⁶⁾など、わが国においても著名な看護理論家により、肯定的に評価されているため、今後、明確に概念を規定し、実践における技術的活用の可能性に向けて、さらなる理論構築が期待される。しかし、involvementは英単語であるため、まだ、

わが国看護の全ての領域に浸透しているとは言いがたい。新たな概念と理論的枠組みを、「巻き込まれ」のような慣用的な使用の影響を受けることなく導入できるという機会にすることも可能であると考えられる。

本研究では、「巻き込まれ」の属性として【看護師に陰性感情が起こる】という結果が得られた。「巻き込む側・巻き込まれる側双方において、精神分析的には転移・逆転移が存在する」と言われている¹⁰⁾。【看護師に陰性感情が起こる】のは、陰性の逆転移であると考えられるが、本研究結果においては、陽性の逆転移がみられなかった。これは、対象になった文献が主に、「巻き込まれ」に関する問題について検討していることによると考えられる。また、「巻き込まれ」を肯定的にとらえた場合、患者に感情移入し【患者に共感する】ことにより生じる感情も肯定的にとらえられるため、陽性の逆転移が問題になりにくいと考えられる。患者に恋愛感情を抱くなど、明確な陽性の逆転移は、病棟のルールに反するため、わが国では文献に取りあげにくいことが考えられる。

V. 結 語

1. 看護基礎教育において、「巻き込まれ」が先行要件・属性・帰結および関連概念から、共有できる知識として理解されることが期待される。
2. さらに、継続教育において、「巻き込まれ」が、その体験を振り返ることから理解され、技術として活用されるようになることが期待される。
3. 看護における「巻き込まれ」という用語の概念的な限界を補い、その概念を包括する代替語としてinvolvementが提案された。

謝 辞

本研究にご助言いただいた皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は、平成24年度科学研究費補助金基盤研究(C) (課題番号：24593500) を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) 牧野耕次：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.
- 2) 知識裕子：【BPD患者を支える「いいじゃないか」的考え方】 BPD患者への私のかかわり方 プラス思考で究極の自分磨き 巻き込まれたっていいじゃないか，精神科看護，36(6)，18-22，2009.
- 3) 勝眞 久美子，北出 千春，上平 悦子：相手の感情

- に巻き込まれることに関する看護師の認識, 日本看護学会論文集: 看護管理, 36, 39-41, 2006.
- 4) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子 他: 看護における involvement の概念, 人間看護学研究, 1, 51-59, 2004.
 - 5) Milligan-Hecox, J. R., England, M. & Artinian, B. M., Context of involvement. B. M. Artinian & M. M. Conger, Eds, The Intersystem Model; Integrating Theory and Practice. (2nd ed), 49, Sage Publications, 1997.
 - 6) Benner, P.: From Novice to Expert; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. pp. 163-166, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984.
 - 7) Travelbee, J.: Interpersonal Aspect of Nursing. pp.145-147, F. A. Davis Company, Philadelphia, 1971, 長谷川浩, 藤枝知子 (訳), ジョイス・トラベルビー (著): 人間対人間の看護, pp.215-218, 医学書院, 1974.
 - 8) 井部俊子 (監訳), パトリシア・ベナー (著), ベナー看護論 (新訳版) 初心者から達人へ. 141-148, 医学書院, 2005.
 - 9) 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 (訳), パトリシア・ベナー (著): ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー. pp.116-117. 医学書院, 1992.
 - 10) 見藤隆子・小玉香津子・菱沼典子 (総編集), 岡谷恵子: 看護学事典, 「巻き込まれ」, pp.638, 日本看護協会出版, 2003.
 - 11) 精神保健看護辞典編集委員会編, 瀧川薫総編集委員長: 精神保健看護辞典, 「巻き込まれ」, pp.316, オーム社, 2010.
 - 12) Rodgers, B. L.: Concept analysis: an evolutionary view. In: Rodgers, B. L. & Knafl, K. A. (Eds): Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications, pp.77-102, Saunders, Philadelphia, 2000.
 - 13) 鈴木千衣: 小児がん患者-看護婦関係における看護婦の心理的な距離感の構成因子と意味, 看護研究, 31(2), 179-188, 1998.
 - 14) 小川未来, 小橋みち子: 看護師の語りを通じた成長についての検討 ベナー看護論を用いて, 日本精神科看護学会, 52(1), 2009.
 - 15) 窪田博美, 菅沼千晶, 辛島奈津子 他: 患者に対し肯定できない感情を抱いた場面における看護師の感情の分析, 日本看護学会論文集: 成人看護II, 38, 365-367, 2008.
 - 16) 山田理絵, 泉キヨ子, 平松知子 他: 臨床看護師の直感と病院, 経験年数, 職種との関連性の検討, 日本看護管理学会誌, 10(2), 40-47, 2007.
 - 17) 福地由紀子, 齊藤富美子, 植木純子: 対応に苦慮した被虐待児の一例, 神奈川県立こども医療センター看護研究集録, 29, 60-62, 2006.
 - 18) 細見潤, 藤本洋子, 片平久美 他: 看護婦のメンタルヘルスに関する調査, 看護研究, 31(5), 39-45, 1998.
 - 19) 濱田穂: 薬物依存症者への看護における無力感の意味 看護師の語りより, 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 10-19, 2009.
 - 20) 乙黒仁美: 入院治療を受けている統合失調症患者への不穏時の看護介入における構成要素, 日本精神科看護学会誌51(2), 207-211, 2008.
 - 21) 富川明子: 精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験, 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 72-81, 2008.
 - 22) 渡邊知佳子: 看護者が不妊症患者と関わる中で感じる困難や葛藤, 日本助産学会誌, 20(1), 69-78, 2006.
 - 23) 南香織, 中村望, 矢野優子: 精神科病床機能分化に関連した看護師のストレス, 日本精神科看護学会誌, 52(1), 130-131, 2009.
 - 24) 勝眞久美子, 北出千春, 上平悦子: 相手の感情に巻き込まれることに関する看護師の認識, 日本看護学会論文集: 看護管理, 36, 39-41, 2006.
 - 25) 山崎登志子, 齋二美子, 岩田真澄: 精神科病棟における看護師の職場環境ストレスとストレス反応との関連について, 日本看護研究学会雑誌, 25(4), 73-84, 2002.
 - 26) 三好広伸: 人格障害患者の看護, 日本精神科看護学会, 51(2), 2008.
 - 27) 岩永真由美, 岡崎寿美子: 難病看護領域におけるエキスパートナースの看護の実際に基づく看護診断, 千里金襴大学紀要, 125-132, 2008.
 - 28) 石川恵美子, 島美樹, 佐々木裕子 他: 精神科に勤務する看護師のストレスについての意識調査, 福島農医学48(1), 2006.
 - 29) 齋二美子, 石田真知子: 強迫神経症患者の強迫的確認行動に関わる看護師の感情と対処行動, 東北大学医療技術短期大学部紀要, 12(1), 1-9, 2003.
 - 30) 難波貴代, 北山秋雄, 三縄久代 他: 高齢者虐待における介入モデルの開発, 日本保健福祉学会誌, 13(1), 7-18, 2006.
 - 31) 北由希: うつ状態による希死念慮の強い患者へのかかわり, 日本精神科看護学会誌, 51(2), 436-440, 2008.
 - 32) 多崎恵子, 稲垣美智子: 糖尿病教育における患者-

- 家族関係に対する看護師の認識の変化, 金沢大学つるま保健学会誌, 26(1), 103-106, 2002.
- 33) 千崎美登子, 峰岸秀子: がん患者・配偶者への予期的悲嘆ケアプログラムにおけるがん看護専門看護師の調整と実践, 日本がん看護学会誌, 18(1), 2004.
- 34) Peplau, H. E. Professional closeness, as a special kind of involvement with a patient, client, or family group. *Nursing Forum*, 8(4), 342-360, 専門職業人としての《したしみ》患者やその家族との特殊なかかわりあい, 総合看護, 5(3), 66-81. 1970.
- 35) Watson, J. *Nursing: Human Science and Human Care; The Theory of Nursing.* pp64-67, 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, pp93, 医学書院, 1992.
- 36) 橋本愛: 「情緒的巻き込まれ」に関する研究 共感性との関連から, 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要, 16, 238-247, 2001.
- 37) 加藤敏, 神庭重信, 中谷陽二 他(編): 現代精神医学事典, 精神分析, pp601, 弘文堂, 2011.
- 38) Benner, P., Sutphen, M. & Leonard, V., 早野ZITO真佐子(訳), ベナー ナースを育てる, pp. 262-276, 医学書院, 2011.

(Summary)

Background *Makikomare* in nursing has an ambivalent aspect, whose English translation can be either "involvement" or "overinvolvement" and whose concept is used without being shared.

Purpose This research is aimed to conduct conceptual analysis of *makikomare* whose conceptual meaning varies according to contexts and situations by using the method of Beth L. Rodgers which is appropriate to the analysis of contextual words.

Methods Thirty three cases of articles which mentioned the concept of *makikomare* were analyzed inductively, and prerequisites, attributes and consequences of the concept of *makikomare* were extracted. The difference between *makikomare* and its relevant concepts was also examined.

Results Following categories were extracted: managerial constraints of a nurse, nurse's ability, emotion of a patient, situations of a patient, the will of a patient, and confusion of family members as six categories of prerequisites of *makikomare*; negative emotion of a nurse, the difficulty in keeping an appropriate distance from a patient, and empathizing with a patient as three categories of attributes of *makikomare*; and

nurse's difficulty in dealing with a patient, nurse's burnout, nurse's reflection, nurse's growth, emotional expression of a patient, and positive change of situations as six categories of consequences of *makikomare*. In addition, countertransference, involvement, and overinvolvement were specified as relevant concepts of *makikomare* in nursing.

Discussion Each category was examined by the relevance and ambivalence of prerequisites, attributes, and consequences of *makikomare* in nursing, three stages of temporal perspective, their degrees, and relevant concepts for removing conceptual confusion.

Conclusion It is expected that *makikomare* is understood from its prerequisites, attributes, consequences, and relevant concepts and from shared knowledge and experience and made used of as a skill in both basic nursing education and continuing nursing education. The concept of "involvement" was proposed as an alternative term which includes the meaning of the term - *makikomare* and compensates for its conceptual limitations.

Key Words *makikomare*, concept analysis, involvement

研究ノート

高齢の慢性心不全患者の
自己管理に関連した文献検討光岡 明子¹⁾, 平田 弘美²⁾¹⁾滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程²⁾滋賀県立大学人間看護学部³⁾彦根市立病院

心不全はすべての心疾患の終末的な病態といわれており、老年期に急増する。高齢慢性心不全患者は、入退院を繰り返すことが多く、その要因として、服薬管理や塩分・水分制限の不徹底といった不十分なセルフケア行動に関する要因があげられる。今回、高齢慢性心不全患者の自己管理に関する研究において、明らかにされていないことを明確にすることを目的に文献検討を行った。

文献検討の結果、高齢慢性心不全患者が再入院する要因や、医療者が患者への自己管理指導不足が影響し、正しい自己管理が行えていないという実態が明らかになった。その反面で、自己管理を継続し、症状を悪化させずに療養生活を送る患者の生活は明らかにされていないことも判明した。また、自己管理におけるすべての介入研究において、療養生活を送るうえで適切な自己管理の継続や、患者の特性をふまえた実践可能な具体的な自己管理指導の重要性が示唆された。しかし、その介入の効果は退院直後など短期的にしか評価されておらず、信頼性・妥当性が検証されていない独自の尺度で評価している研究がほとんどであった。今後、介入の評価時期や、評価の尺度など評価方法の検討の必要性が示唆された。

キーワード 慢性心不全、高齢患者、自己管理、文献検討

I. 緒言

心不全はすべての心疾患の終末的な病態といわれており¹⁾、進行すれば生命予後は非常に悪く、5年生存率は50%以下である²⁾。慢性心不全は老年期に急増し、50歳代での慢性心不全の発症率は1%であるのに対し、80歳以上になると10%に達する¹⁾。超高齢社会の我が国にお

いて、高齢者の慢性心不全罹患率は上昇し続け³⁾、今後我が国の主要な社会問題になることが予想されている¹⁾。

慢性心不全患者は、入退院を繰り返すことが多く、再入院の実態調査では、73.9%が65歳以上であった⁴⁾。慢性心不全が憎悪し、再入院に至る要因として、心筋虚血、不整脈、感染症などの医学的要因だけではなく、服薬管理の不徹底や塩分・水分制限の不徹底といった不十分なセルフケア行動に関する要因も少なくない⁵⁾。その上高齢患者においては、複数の基礎疾患を重複していることが多く、自覚症状が非典型的であること、運動量の低下により自覚症状が出現しにくいこと、認知機能低下により適切に愁訴できないことなどがあり、心不全の初期兆候が見逃され、高い再入院率に結び付いていると報告されている³⁾⁶⁾。高齢者の心不全による再入院を予防するためには、心不全症状の増悪を予防することが必要である。そのためには、自宅での服薬管理や食事・水分の調節・管理を徹底して行えるような支援（自己管理支援）が必要不可欠となる⁷⁾。

自己管理行動への支援とは、心不全憎悪の要因となる水分管理、塩分制限、適切な運動と休息、薬物療法、適

Literature Review of Self-Care in Elderly Patients with Chronic Heart Failure

Akiko Mitsuoka¹⁾, Hiromi Hirata²⁾

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

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

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：光岡 明子

滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程

住 所：彦根市八坂町2500

切な受診行動を、患者や家族が効果的に実行・継続できるような教育的支援である⁸⁾。しかし、高齢者にとって長年培ってきた生活習慣は簡単に変えられるものではなく、自己管理の知識を提供しても行動に移すことが困難な場合が多いと言われている⁷⁾⁸⁾。そのため、医療者は一方的に患者に知識の提供をするのではなく、患者の認識や価値観、患者の望む生活を把握したうえで、患者が継続できる患者教育が必要である⁹⁾。また、再入院を繰り返す患者においては、その患者にとって今何が課題かを患者とともに考え、自己管理ができるように焦点をあてた支援が重要である⁸⁾。さらに高齢者においては、加齢に伴う身体的、認知・心理的、社会的変化が影響するため、心疾患だけでなく、合併疾患の管理、身体機能・認知・心理状態の把握、家族を含めた個別性の高い患者教育支援が重要である¹⁰⁾。そして、症状増悪を予防できるように患者を導くためには、医療者がセルフケアという患者自身による健康管理を継続することの困難さを理解し、患者が適切に継続して実践できるよう働きかけることがきわめて重要である¹¹⁾。

II. 研究方法

今回の文献検討では、高齢の慢性心不全患者の自己管理に関する文献検討を行い、高齢の慢性心不全患者の自己管理に関する研究において明らかにされていないことを明確にすることを目的とした。医学中央雑誌Web版を用いて、「心不全・高齢者・自己管理・患者教育/患者指導・再入院」をキーワードとして、原著論文で、看護に関する条件とし、1998年11月から2014年1月までの文献を検索した。

III. 研究結果

医学中央雑誌Web版を用い、原著論文、看護文献を条件とする文献で、「心不全and高齢者」をキーワードとして抽出した文献は169件、「心不全and高齢者and自己管理」は34件、「心不全and高齢者and患者教育/患者指導」は30件、「心不全and高齢者and再入院」は20件であった。その中から、研究内容を吟味し、重複文献を除外した結果、45件の文献が選出された。これら45件を、高齢慢性心不全患者における1. 再入院に至る要因、2. 患者の特性、3. 自己管理指導の実際について分類した。

1) 再入院に至る要因

高齢の慢性心不全患者を対象にした再入院の実態調査¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾、自己管理に関する実態調査¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾²²⁾²³⁾、自己管理における介入研究^{24)~34)}の介入前のアセスメントより、再入院に至る要因を導きだした。その結果、慢性心不全患者が再入院に至る要因として、内服、食事・

塩分制限、水分制限、安静、症状の観察について、指導されたことが確実に実行できていないことが明らかになった。また指導されたことが実行できないのは、加齢による身体的、心理的、社会的変化が原因となっていることも明らかになった。

(1) 内服について

内服が確実に実行できない理由として、内服を飲み忘れる、落としてしまう、中断してしまうということが報告されている。内服を忘れてしまう理由としては、うっかり飲み忘れる、飲んだか飲まないか忘れるといった加齢に伴う記憶力・認知機能の低下や¹²⁾¹³⁾¹⁶⁾¹⁷⁾²¹⁾³⁰⁾³²⁾、家族やヘルパーが不在で飲み忘れる²¹⁾³⁰⁾、介護者が忙しく忘れてしまう¹³⁾、食事時間が不規則である²¹⁾といった介護者による理由や患者の生活上の問題が報告されている。また、薬を落としてしまうと視力低下のため見つけられない¹⁶⁾といった加齢に伴う感覚機能の低下や、薬の数や回数が多いこと²¹⁾も確実に内服できない理由として報告されている。

また、医師の指示なく内服を中断してしまい、それが原因で症状が悪化し再入院となる場合もある。中断してしまう理由としては、「症状がよくなったからやめた」²⁴⁾、「症状がないことから内服の必要性を自覚しにくく、薬の内服に抵抗がある」、「経済的な負担がある」¹⁹⁾ことなどが報告されている。

忘れずに内服ができていない患者の中からは、「薬の作用を知らない」¹²⁾¹⁶⁾³⁵⁾、「薬の名前が分らないが飲むように医療者にいわれているから内服はしている」¹²⁾¹⁷⁾、「飲み忘れ時の対処方法がわからない」³⁵⁾、「将来薬をやめることができると思っている」³²⁾などといった患者の発言が報告されている。これらの発言から、内服はしているが内服薬や内服の必要性の理解不足であると思われる、医療者側の指導・説明の不足が指摘されている¹⁷⁾。

(2) 食事療法・塩分制限について

高齢慢性心不全患者が、食事療法・塩分制限が確実に実行できない原因として、患者が食事制限の必要性を理解できない等の患者側の原因と、患者への指導不足といった医療者側の原因が報告されている。患者の理解不足については、食事療法や塩分制限について指導を受けたが守ることができない¹²⁾²⁵⁾³⁶⁾、退院後は守れていたが徐々に味付けが濃くなってしまった、今までの食生活を変えることができない¹³⁾、薄味の食事に塩分を足して食べていた¹²⁾¹⁶⁾、家族からうるさく言われるストレスで間食してしまう³¹⁾というように、指導されたことを理解していても患者の治療に対する意欲が低く、継続できないことが報告されている。また濃い味のものを少し食べたほうが良いといった自己流の管理をしていた¹²⁾という間違った知識により塩分制限

ができていない現状も報告されている。

その一方で、医療者からの具体的な指導が行われていない²¹⁾、食事指導をうけた人と食事を作る人が違うために適切な食事療法が実行できていない¹⁶⁾というように、医療者側の指導不足や不適切な指導方法が原因で、退院後食事・塩分制限が守れていないことが報告されている。

(3) 水分制限について

水分制限が確実に実行できない原因として、水分制限の必要性を指導され気をつけていたが、具体的な対策もせず守れていない¹⁶⁾、わかっているにもかかわらず口渇という現象に耐えられず、飲みすぎと感じていても水分摂取してしまう¹²⁾¹⁸⁾³¹⁾、うるさく言われるためにストレスで飲水してしまう³¹⁾というように、水分制限の必要性は理解できていても具体的な対策ができていない、欲求やストレスで飲んでしまうということが報告されている。また水をたくさん飲んだほうがよいと聞いた¹⁴⁾³³⁾、ジュースは水分に入れていなかった¹⁶⁾、水分はジュースのことでお茶やお水を水分とは思っていない¹⁶⁾というように、間違った知識のために水分制限が守れていない現状も報告されている。

患者が水分制限を実行できない医療者側の原因として、患者に1日の水分量を指導していない¹²⁾¹⁸⁾というように、医療者が患者の退院後の生活において何が重要なかを具体的に指導していないために実行できないことが報告されている。

(4) 安静について

必要な安静が守れない原因として、心負荷はいけなないとわかっているにもかかわらず安静が守れていないということが明らかになった。その理由として、体調がよいと動きすぎてしまう²⁹⁾³⁶⁾というように、体調がよいと過信して動きすぎてしまい、心負荷をかけていた。また、他者を頼りたくないために自分で動いてしまう³¹⁾³⁷⁾³⁸⁾、夫の介護を自分がおこなわなければならない³⁷⁾、エレベーターがなく階段で4階まであがらなければならない²⁸⁾といった人に頼りたくないという意思や、他者への遠慮、心負荷を避けることができない生活環境などにより心負荷を軽減できない行動をとっていることが明らかになった。

(5) 心不全症状の観察について

高齡心不全患者が、症状の観察を正しく行えない理由として、指導をしても時間が経つと症状や体重管理のことを忘れてしまう¹³⁾、体重増加時に息切れがあったにもかかわらずそれを心不全増悪の兆候であると認識できない³³⁾というように、心不全症状の理解不足により、心不全症状の観察が正しく行えず、適切な行動をとることができないことが報告されている。その一方で、心不全の症状に気づいていても次の受診まで待

つ¹²⁾¹⁸⁾、我慢して受診しない¹²⁾というように、症状の悪化を感じながらも適切な行動をとることができていない現状も報告されている。

(6) 高齡に関することについて

高齡心不全患者においては、加齢による身体的、心理的、社会的要因が影響し、それが心不全増悪の原因になっていることが報告されている。感冒などの感染症・肺炎・嚥下機能低下による誤嚥性肺炎により心不全が増悪し再入院となること¹⁴⁾、足が悪いなどの身体的な理由で受診に介助が必要であり、受診に苦痛を感じている¹⁶⁾²⁸⁾という加齢に伴う身体的影響で心不全症状が悪化し再入院となったり、受診が遅れたりすることが報告されている。また受診・治療や交通費がかかるという経済的な負担があり、通院が困難となる¹⁶⁾、というように、年金生活の中での経済的負担といった高齡者特有の原因も報告されている。

2) 患者の特性

平田ら¹⁴⁾は、心不全で入院した後期高齡者の患者の状況の把握と看護師・薬剤師・栄養士の介入状況を把握し、後期高齡者の心不全患者の再入院を予防するための支援を検討している。1年間の調査期間の間に心不全により入院した患者は66名、平均年齢83.2±4.6歳であり、そのうち期間中に2回以上入院したものは19名(28.8%)であった。再入院までの期間は61~90日までが8名(42%)で、再入院の理由は低心機能6名(31.6%)、虚血性心疾患3名(15.8%)、塩分水分過剰摂取3名(15.8%)、腎機能低下3名(15.8%)が多くみられた。しかし、再入院数については、調査期間の1年の間に再入院した患者が19名であり、調査期間以前に入院歴があり、今回の期間中に入院したといった期間中以外の再入院数は不明である。しかし1年間という間に28.8%は再入院し、90日以内に14名(73.7%)が再入院していると報告している。

長岡ら²⁰⁾は、安全安楽な在宅生活を送るための効果的な看護支援の検討を目的に、高齡心不全患者の退院時と退院2か月後に身体・生活・心理状態を比較している。2か月間に再入院した患者としなかった患者を比較し、2か月間に再入院した者は、今までも心不全での入院歴が多く、心不全の程度が重症であることがわかった。また、独居、家事役割がある、要介護者、自己管理についての自己評価が高いというような特徴・特性があることが判明した。

佐佐木ら³⁹⁾は、2病院に通院中の循環器疾患患者94名(31~90歳)を対象に、慢性心不全患者のセルフマネジメントと健康関連QOL、自己効力感の関連を明らかにすることを目的にアンケート調査を行った。その結果、男性よりは女性で、慢性疾患を合併し、禁煙できた者、家族形態が単身よりも2人暮らしの患者が、問題解決方

法を獲得していると報告している。また退院7～12か月より退院6か月以内で、心不全の重症度が軽い患者の方が、生活の調整・工夫しながら自己管理行動を行っている」と報告している。そして、退院7～12か月で「生活の工夫」の得点が低下することから、退院後6か月を境に自己管理の継続が困難となり、症状が増悪することに影響していると述べている。この研究は、循環器疾患を有する患者を対象にしており、対象者の平均年齢は67.9歳であるが、最少年齢は31歳であるため、高齢患者のみの研究結果ではない。

上谷ら²³⁾は、仕事をもつ慢性心不全患者の生活調整についての実態を調査し、患者がどのようなセルフモニタリングを行っているのかを明らかにしている。50～70歳代の6名(男性5名)の患者を対象とし、心不全の入院回数は1回が5名、2回が1名で、罹患期間は1年3か

月～4年半であった。患者は、過去の経験から症状を把握しており、身体から感じる限界を目安にして活動量を調節していた。また、そのような生活調整の根底には、医師の評価や意見を受診時以外に聞くことができないため、自分自身で活動量を調節するしかないという患者の思いがあることがわかった。また、仕事を大切にしつつ健康管理を優先する患者と、仕事をしていると体の細かいことまで気にしてられない、効果がないことは続けてられないという生活調整への関心を向ける余裕がない患者が存在することが明らかになった。山下ら³⁷⁾も同様に、症状が悪化しない生活を優先する患者と、症状悪化よりも価値観を優先する患者が存在すると報告している。価値観を優先する患者は、心不全状態が重症(NYHAがⅡ度以上)で、独居や高齢者世帯、経済的な問題を有するといった患者の特性を報告している。

表1 患者の自己管理に関する介入研究

研究方法	題名	対象	指導前のアセスメントの方法と内容	指導内容	評価時期と方法
症 例 研 究	カルガリー式家族アセスメントモデルを用いた家族援助の振り返り～慢性心不全での入退院を繰り返さないために～ (2008, 谷井ら, 広島県立病院医誌)	再入院した患者2名(70代男性、80代女性)とその家族	入院時にカルガリー式家族アセスメントモデルを使用し、自己管理の実態、認知、行動、感情についての問題、患者と家族の間の悪循環パターンについてアセスメント	アセスメントにより導いた問題点	退院1年後に面接または電話による聞き取り調査により評価
	個別性を考慮した服薬指導の効果～正しい知識がない慢性疾患患者の1事例を通して～ (原田ら, 2005, 山口県看護研究会学術集会プログラム集録)	入院した85歳女性1名	改訂長谷川式簡易質問知能評価スケールにて認知症の有無を確認後、服薬能力判定試験(J-RACT)を使用した面接にて服薬状況、薬効に対する知識、副作用への対応、服薬理由の理解、服薬に対する自覚についてアセスメント	薬について(薬名、薬効、服薬回数、量、副作用)、内服の必要性	指導開始し、実際に自己管理を行い、4日間連続して自己管理できたとき
	心不全患者の生活指導にEASEプログラムと自己効力感尺度を使用した事例 (上田ら, 2012, 山口大学医学部付属病院看護部看護研究集録)	再入院した患者2名(73歳男性、64歳女性)	慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度を用いて自己効力感を測定し、さらに面接により、入院前の日常生活状況についてアセスメント	自己効力感が低い項目(食事、飲水制限、体重管理など)	面接により評価
	入退院を繰り返す心不全患者へのニーズに合った個別的反退院指導 (尾島ら, 2005, ICUとCCU)	再入院を繰り返す85歳女性1名	入院2日後一般病棟に転床時にヘンダーソンのニーズ論を活用し、患者・家族の未充足なニーズを分析	未充足な部分(飲水制限、過負荷について)	退院後初回外来時または電話で確認し評価
	2病院に通院する複合疾患患者の心不全コントロールと生活調整 (仲村, 2013, 看護研究)	再入院した83歳女性1名	入院中適宜面接を実施	塩分制限の方法や過活動に対する対処法	外泊後に評価(方法の記載はない)
再入院する心不全患者への生活指導～心不全アセスメントツールを用いた個別的生活指導を試みて～ (乾ら, 2009, 奈良県立三室病院看護学雑誌)	再入院した患者3名(64歳男性、83歳男性、58歳女性)	自宅での生活状況、とくに問題と考えられる塩	アセスメントシートで明らかになった問題点	退院後(時期や回数は不明)に診療録、看護記録、CNS実践記録より確認し評価	

研究方法	題名	対象	指導前のアセスメントの方法と内容	指導内容	評価時期と方法
症 例 研 究	心不全患者へのセルフモニタリングの有用性 (内藤ら, 2013, 山梨県立中央病院年報)	患者6名 (男性2名、平均年齢61歳、初回入院5名、6名とも同居家族あり)	記載なし	バイタルサイン、体重、水分、内服、自覚症状 自己管理表への記載を指導	退院後初回と外来受診時 面接を実施
	慢性心不全患者の継続支援を考える～自己管理シートを用いて (平野ら, 2013, Best Nurse)	慢性心不全患者6名 (70～90代、男性3名、初回入院2名、家族の支援必要な患者1名)	指導前に独自のアセスメント用紙を使用し、入院前の生活習慣(症状の観察、内服、塩分・食事・水分制限、感染予防、運動)についてアセスメント	症状の観察、内服、塩分・食事・水分制限、感染予防、運動	外来受診時に自己管理チェックリストによる自己評価と面接
	心不全教室を取り入れた患者指導の有効性の検討 (脇本, 2013, 福岡赤十字看護研究会集録)	心不全患者15名 (男性9名、平均年齢83.1歳) A群(指導歴なし8名) B群(指導歴あり7名)	慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度を用いたアンケート調査と面接により日常生活行動についてアセスメント	症状の観察、内服、塩分・食事・水分制限、運動	教室の後に退院1週間後、セルフ・エフィカシー尺度によるアンケートにて調査
	高齢心不全患者の服薬アドヒアランス向上を目指した地域連携の取り組み (志賀ら, 2010, 心臓リハビリテーション)	70歳以上の入院患者で心臓リハビリテーション・服薬指導を受けた患者19名 (男性8名、平均年齢82.1±5.6歳)	指導前に独自のアセスメント用紙を使用し、服薬状況と管理能力についてアセスメント	服薬管理能力に応じた服薬管理	訪問時適宜確認
	慢性心不全患者管理における服薬指導の重要性 (田崎ら, 2005, ハートナーシング)	心不全増悪で入院し、退院後6か月以上経過観察できた患者62名 (男性37名、平均年齢75±10歳)	入院後症状が軽快した時、独自のアセスメント用紙を用いて服薬や心不全に対する知識についてアセスメント	服薬の重要性、服薬中断による弊害に重点をおいた指導 くすり箱を使った実践	退院6か月後にアンケート調査
	慢性心不全の外来患者に対する自己管理教育プログラムの有効性 (大津ら, 2011, Japan Journal of Nursing Science)	心不全外来患者102名 介入群(50名)対照群(52名)		心不全の病態・症状、悪化の誘因、症状増悪時の症状と対処法、毎日の体重測定、塩分、水分、内服管理、運動、活動、危険因子の是正	6・9・12か月後

3) 自己管理指導の実際

高齢の慢性心不全患者に対して、実際に自己管理指導の介入をした研究の文献が12件あり、表1に示した。これらの12件の文献のうち、6件が1～3名を対象とした事例研究、5件が準実験研究、1件が実験研究であった。

(1) 事例研究における自己管理支援と効果

6件の事例研究があり、そのうち4件の研究²⁶⁾²⁸⁾²⁹⁾³¹⁾は、慢性心不全患者の再入院が多いことに着目し、入退院を繰り返す患者を対象にしていた。

原田ら²⁴⁾は、内服管理のできない83歳の女性を対象に、改訂長谷川式簡易質問知能評価スケール(HDS-R)、服薬能力判定試験(J-RACT)と面接を行うことで、実際の服薬状況や知識、服薬する理由の理解などを確認しアセスメントを行った。アセスメントの結果、

看護師は患者にあった方法を検討し、内服自己管理を開始した。その結果、患者は内服の知識が身につく、自己管理が可能になったと報告している。しかし詳しい指導内容や自己管理の方法が記載されていないため、看護師の指導がどのように効果的であったのかわからなかった。

乾ら²⁶⁾は、心不全増悪により再入院した患者3名に対して、独自のアセスメントシートを用いてこれまでの生活を振り返り、再入院の要因を明らかにし、具体的な目標を患者とともに立案し、キーパーソンを含めた介入を行った。指導の評価は、退院2週間後に、患者の外来カルテから退院後の生活状況と脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)、心胸郭比(CTR)、体重のデータから判定し、指導が効果的であったと報告している。

しかし、患者の基礎疾患、左室駆出率（EF）、BNP、CTRのデータをふまえて、どのように具体的な指導を行ったのかは明記されていなかった。

仲村²⁸⁾は、糖尿病と慢性心不全の治療のために2つの病院に通院する80歳代女性を対象に、医療者の記録から看護援助をまとめ、患者との面接により、今までの自己管理行動についてアセスメントを行い、看護支援について検討し、介入している。その結果、具体的な指導や介入を行うことで再入院までのインターバルが延長し、再入院時の体重を抑えることができるようになったなど、介入の効果を報告している。

尾島ら²⁹⁾は、再入院を繰り返す85歳女性を対象に、ヘンダーソンのニード論を活用し、なぜ自己管理が不十分であるかをアセスメントし、基本的欲求を充足するために必要な援助を見出していた。その結果、再入院の要因は食事と心臓への過負荷と考え、それらについて具体的に指導した。退院後は娘やヘルパーの支援により自己管理の継続が可能となり、その後再入院したが、入院時の重症度は以前に比べ軽減し、入院日数の短縮、再入院までのインターバルは延長し、指導の効果を報告している。

谷井ら³¹⁾は、2名の再入院した患者（70代男性、80代女性）とその家族を対象に、カルガリー家族介入アセスメントモデル（CFIM）を用いて、各患者の再入院の要因や患者と家族間の悪循環パターンによりおこる要因を分析した。悪循環パターンを断ち切るための看護介入を検討し、パンフレットを用いて自己管理指導や看護支援を行った。その結果、退院1年後の電話による聞き取り調査では、自己管理が継続できており、患者と家族の悪循環パターンも改善したと報告している。

上田ら³³⁾は、再入院した慢性心不全患者2名（73歳男性、64歳男性）を対象に、自己効力感を測定し、自己効力感の低い項目を中心に患者から半構成的インタビューを行い情報収集し、EASEプログラム（Encourage Autonomous Self-Enrichment Program）から患者の目標や性格にあった技法を選択し、その技法で指導を行った。退院後の初回外来時に指導したことが継続できているか、入院前と退院後の生活の違い等について再度半構成的インタビューと自己効力感測定を行った。介入前後で比較した結果、患者2名とも指導されたことは継続でき、自己効力感も向上していた。しかし、今までの指導と比べてEASEプログラムを導入したことがどのように効果的だったのかが評価されていなかった。

(2) 準実験研究における自己管理支援と効果

5件の準実験研究のうち、自己管理指導を行うために、パンフレットを用いて指導を行った研究が3件あ

った²⁵⁾²⁷⁾³⁴⁾。

平野ら²⁵⁾は、患者7名（70～90歳代）を対象に、指導前にパンフレットを使用し、患者と今までの生活習慣をふりかえり、問題点を抽出した。そして、実践可能な管理方法を患者とともに考え、患者は具体的な内容を記載した慢性心不全自己管理シートを用いて自己管理を実践した。指導後と退院後の外来受診時にチェックリストを用いて聞き取り調査を行い、5段階評価し、できた理由とできなかった理由を振り返った。その結果、対象者全員の退院後の評価が維持・向上したと効果を報告している。

内藤ら²⁷⁾は、患者6名を対象に、セルフモニタリングの有用性と行動変容について検討することを目的として、バイタルサイン・体重・水分管理・内服の有無・自覚症状の有無をセルフモニタリングできるよう自己管理表を作成し、患者にそれらを継続して記入してもらった。その結果、退院後の外来受診時に面接を行った際に、自己管理表の記入が継続できており、対象者全員の症状悪化はなかった。また、家族も患者と一緒に症状の観察を行い、内服や食事の管理をするといった家族の意識にも変化があったと報告している。対象患者は、年齢が40代1名、50代2名、60代2名、80代1名（平均年齢61歳）と成人期から老年期と幅があり、1名は心不全と診断されて14年経過した入院歴（4回）がある患者、残り5名は初回入院患者と対象に偏りがあり、患者の心不全の重症度を示す記載はなかった。また介入前に患者の生活状況などアセスメントをどのように行ったか、またどのような指導を行ったうえで自己管理表を用いた介入を行っているのか明記されていなかった。

志賀ら³⁰⁾は、患者が在宅で服薬を確実にに行えないことを問題とし、その解決策として在宅で確実に服薬できる方法を検討し、指導することを目的とした地域連携での取り組みを報告している。慢性心不全患者で心臓リハビリテーションと服薬指導を行った19名（男性8名、平均年齢82.1±5.6歳）のうち、服薬指導を受けた患者14名を対象に行った。入院時に患者、家族から情報を得るだけでなく、ケアマネージャーからも情報提供を依頼した。その情報から在宅での服薬状況についてアセスメントし、抽出された問題点から具体的な解決策を検討し、その解決策を家族やケアスタッフと共有した。入院中から退院後の状況をふまえて服薬指導し、患者が内服管理を実践できるようになったと報告している。また、家族やケアマネージャーに退院後に必要な援助を依頼し、退院後も患者が服薬を確実にできるよう、家族やケアスタッフから協力が得られるようになったと報告している。

脇本³⁴⁾は、15名（男性9名、年齢51～88歳、平均83.

1歳)の患者を対象に、集団指導による自己効力感向上の効果を検討することを目的に、心臓病教室(1回4~6名で30~40分間パンフレットを用いた集団指導)を実施した。指導前後と退院後に慢性疾患患者の健康行動に対するセルフエフィカシー尺度を用いたアンケート調査を行い、自己効力感の変化を比較した。その結果、自己効力感は、指導前より指導後に16.4%上昇するが、退院1週間後は指導後より4.3%低下していた。また、退院後のアンケート結果では、退院後の自己管理の不安や困難が自己効力感低下の原因となっていることがわかった。脇本(2013)は、対象者をA群(指導歴なし8名)とB群(指導歴あり7名)に分類し、アンケートの得点から自己効力感の変化の違いを調査した。その結果、B群は過去に指導を受けた経験があるため、退院後の生活を意識しやすく、また集団指導という場で他患者と意見交換をすることで、患者同士が精神的な支えになり、自己効力感の向上につながったと集団指導の効果を報告している。しかしA群は、1回の指導では心不全や自己管理に対して十分理解できないこと、また安心できた入院生活とは違い退院後の生活に不安を生じることから、退院1週間後に自己効力感が低下すると分析している。

田崎ら³²⁾は、再入院の原因が服薬の乱れであったという先行研究の結果から、今回の研究では服薬指導によりコンプライアンスを改善し、心不全増悪による再入院を予防することを目的として、慢性心不全増悪で入院し、退院後6か月以上経過観察できた患者62名(男性37名、平均年齢75±10歳)を対象に、服薬指導の介入とその効果を報告している。介入前にアンケート調査を行い、心不全に対する理解度や服薬に対する考え方等、服薬指導するうえで必要な情報収集を行い、その結果をもとに、看護師が対象者に心不全の正しい知識を指導した。服薬については、薬剤師が患者だけでなく家族を含めて指導した。その結果、退院時にはほぼ全員の患者が確実に服薬できるようになったと報告している。また、服薬指導を行っていなかった事前調査時と比較し、6か月以内に再入院した患者は27%から16%に減少し、そのうち服薬の乱れで入院した患者は21例から1例に減少したと報告している。

(3) 実験研究における介入の効果

大津ら⁴⁰⁾は、慢性心不全の外来患者の臨床転帰を改善することを目的として、自己管理教育プログラムを用いたランダム化対照試験を行った。慢性心不全の外来患者102名を対象に、介入群50名と対照群52名に分け、対照群には医学的治療と標準ケアを行い、介入群にはそれに加え6か月間の自己管理教育プログラム(外来診察時に看護師が毎月1回の指導を行う)を実施し、その後6か月のフォローアップセッションを実

施した。性別、年齢、独居者、基礎疾患、血圧値、NYHAの分類、内服薬の種類については、2群間での差はなかった。プログラムを実施した結果、主要転帰として、介入群においては、3か月、6か月後のBNP値が著しく改善していた。NYHAの分類に関しては、介入前はⅢ度の割合が全体の20%であったが、12か月後には全体の6.4%になり、13.6%の対象者がⅡ度に改善していた。また、収縮期血圧、体重についても介入群においては、改善が認められたと報告している。さらに、Mac Newの心不全特異的尺度において、感情面、身体面、社会面と、それらをトータルしたものにおいて、介入群の得点は対照群と比較して6、9、12か月すべてで有意な差を認めたという二次的な転帰を報告している。

IV. 考 察

1) 高齢慢性心不全患者に対する自己管理支援のあり方

高齢慢性心不全患者が、心不全症状の増悪により再入院に至る要因として、内服、食事・塩分制限、水分制限、安静、症状の観察が行えていない、守れていないということが明らかになった。そしてこれらの要因の背景には、加齢による身体的、心理的、社会的な要因が影響しているということや、医療者が患者に具体的な自己管理指導を行えていないという医療者側の要因があることがわかった。また、再入院する患者は、心不全の程度が重症であり、心不全の入院歴が多く、独居や高齢者のみの世帯で生活しており、家事役割がある、要介護者、経済的な問題があるなどの特徴があることが明らかになった。また、退院後の自己管理に関する調査において、自己評価が高いという特性をもっていることも明らかになった。これらのことから、心不全の病態がそれほど重症ではなく、ある程度自己管理できる患者であれば、心不全の症状を増悪させずに再入院を予防することが可能であると考えられる。

先行研究の結果から、看護師は患者個々の生活習慣や患者が今まで生きてきた過程・価値観などの生活背景を把握し²¹⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁸⁾²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾³³⁾³⁷⁾、病気の背景や加齢により起こっている身体機能の低下、精神的な変化や認知機能の低下、経済的な問題がないかなど患者が療養生活を送るうえでの症状が増悪するリスクを把握し¹⁶⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾³⁷⁾、再入院する患者の特性を含めた情報収集を行いアセスメントすること²⁰⁾が重要であるということがわかった。しかし、患者への自己管理指導は、患者の病気に対する認識の違いや長年の生活習慣の確立により、看護師が患者に決められた自己管理指導を一方的に行うだけでは、患者が退院後の生活調整を行い、自己管理を確立していくことは困難である。眞茅ら⁷⁾は、生活習慣は長年培ってきたもので

あり、様々な知識を有していても行動に移すことが困難な場合が多く、患者の退院後の生活をアセスメントしたうえで、患者が継続できる療養指導を提供すること、そして、患者が生活の中で心不全とうまく折り合いをつけてやっていく自信をもてるように援助することが必要であると述べている。また、先行研究からも、看護師は患者が望む生活を把握し²¹⁾²⁸⁾²⁹⁾³¹⁾³⁷⁾、患者とともに自己管理の目標を考え、患者の生活に即した実践可能な自己管理方法を検討し、それが実践できる具体的な指導する行うこと²¹⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁸⁾²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾³²⁾³³⁾³⁷⁾が重要であるということが示唆された。さらに、小川ら⁴¹⁾は、療養者のセルフケア不足や家族の協力が得られない等によって再入院がおこっていると判断された段階で、訪問看護の導入を推奨している。また支援の有無にかかわらず再入院を繰り返す場合には、患者と話し合う場をもち、患者が頼れる支援者を提供することの必要性も述べている。先行研究からも、患者だけでは自己管理の継続が困難であると判断した場合は、患者を支える家族やケアマネージャー・ケアスタッフといった医療スタッフとコンタクトをとり、自宅での介護者にも同様の指導を行い、援助を依頼することの必要性²⁰⁾²¹⁾³⁰⁾³¹⁾が示唆された。

2) 自己管理継続に必要な評価のあり方

眞茅ら⁷⁾は、心不全患者の退院後の自己管理は、医療者が提供した教育や相談支援の効果を評価する際の重要な結果であり、臨床転帰改善のための手段でもあるため、患者の自己管理に対する指導効果を検証していくことは必要であると述べている。先行研究における介入研究の効果の評価は、自己管理指導の介入の直後や、退院後の初回外来時で評価されている研究がほとんどであった。長期的に自己管理指導の介入効果を評価しているものは、退院6か月後に評価していた研究1件のみであった。また、介入効果を評価する方法や、評価する時期は研究により異なり、どうしてその時期にその評価方法にしたのかという根拠を明確にしている研究はなかった。自己管理指導の効果の評価方法として、信頼性・妥当性が検証されていないオリジナルの質問紙で評価している研究がほとんどであり、信頼性・妥当性が検証された尺度を使用した研究は、慢性疾患患者の健康行動に対するセルフエフィカシー尺度を使った2件のみであった。また、信頼性・妥当性が検証されたヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度日本語版を用いて自己管理の評価をしている研究はなかった。

自己管理の評価時期として、平田ら¹⁴⁾は、退院後6か月で2.5割、退院1年後に3割が再入院すると報告していることや、佐佐木ら³⁹⁾は、自己管理の継続は6か月を境に自己管理継続が困難になると報告していることから、退院後6か月以降に自己管理指導の評価をすることが必

要かと思われる。特に退院後の再入院患者が増加すると予測される時期に自己管理指導の評価をすることは有用であると考えられる。しかし、先行研究における自己管理指導の介入研究では、長期的・定期的に介入の評価が行われていないため、退院後の患者の自己管理が継続できているのか、患者の症状が悪化することなく長期的に再入院を予防できているのかは明らかにされていない。

3) 先行研究から導いた今後検討すべきこと

平田ら¹⁴⁾の研究結果から、高齢慢性心不全患者は、7割近い患者が再入院せず療養生活を送っていると推測された。しかし慢性心不全患者に関するほとんどの先行研究が、正しい自己管理ができず再入院する患者のみを対象に、自己管理の現状や問題点を明らかにする研究であった。その反面、自己管理を継続し、心不全症状をコントロールし、再入院することなく療養生活を送っている患者に焦点をあてた研究はほとんどなかった。心不全患者が療養生活を送る中で自分なりに生活調整する現状を明らかにする研究が2件あったが、それらはいずれも後期高齢期にある患者を対象にした研究ではなかった。

以上のことから、高齢慢性心不全患者が自己管理を継続し、症状をうまくコントロールしながら療養生活を送る患者の生活は明らかにされていない。そのため、後期高齢期にある慢性心不全患者が、どのように症状をコントロールしながら自宅で療養生活を送っているのか、生活の中で症状が悪化しないように行っていることは何なのかなど自己管理を行うことができる要因を明らかにすることが必要である。そのことから、高齢慢性心不全患者の自己管理指導のあり方を検討し、看護師による効果的な指導の実践により患者の自己管理で症状をコントロールし、再入院を軽減することができるのではないかと考える。

V. 結語

今回、高齢慢性心不全患者に関する文献検討を行うことで、患者の心不全症状が増悪し、再入院する患者の要因やそれらの要因の背景には加齢による身体的・心理的・社会的な変化や、医療者の患者への具体的な自己管理指導の不足が影響し、正しい自己管理が行えていないという実態が明らかになった。その反面で、患者自身が自己管理を継続し、心不全症状を悪化させずに療養生活を送る患者の生活は明らかにされていないということも判明した。

また、自己管理におけるすべての介入研究において、患者の自己管理のための介入は効果的であったと報告されていた。そしてその効果から、療養生活を送るうえで適切な自己管理の継続や、患者の特性をふまえた実践可

能な具体的な自己管理指導の重要性が示唆された。しかし、その介入の効果は、退院直後など短期的にしか評価されておらず、介入の長期的な効果は明らかにされていない。そして、その評価は、信頼性・妥当性が検証されたセルフケア行動を測る尺度を用いて評価されていない現状があり、これらのことから評価時期や評価方法の検討が求められる。

引用文献、参考文献

- 1) 日本循環器学会, 日本冠疾患学会, 日本救急学会等合同研究班報告: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン慢性心不全治療ガイドライン2010改訂版, http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_matsuzaki_h.pdf, 2010.
- 2) 佐藤幸人, 沼澤洋平, 香坂俊, 他: 心不全治療・看護の必修キーワード21&63のオキテ ハートナーシング13, 2013.
- 3) 上村史朗, 斉藤能彦: 高齢者心不全の生活管理, *Geriatric Medicine*, 50(1), 39-42, 2012
- 4) 嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子, 他: 再入院を繰り返す慢性心不全患者の実態調査と疾患管理 心臓リハビリテーション12 (1), 118-121, 2007.
- 5) Tsuchihashi M, Tsutui H, Kodama K et al.: Clinical characteristics and Program hospitalized patients with congestive heart failure-a study in Fukuoka Japan, *Japan Circulation Journal*, 953-959, 2000.
- 6) 松本和則, 島田裕之: 高齢者の臨床, 老年医学2版, 中外医学社, 2010.
- 7) 眞茅みゆき, 池亀俊美, 加藤尚子: 心不全ケア教本, 株式会社メディカルサイエンスインターナショナル, 2012.
- 8) 宮脇郁子: 生きるよろこび -療養生活を支える循環器看護の専門性-, 日本循環器看護学会誌, 19 (1), 10-12, 2013.
- 9) 鷺田幸一: 病院と在宅をつなぐチーム医療の新たな挑戦-, 日本循環器看護学会誌, 19 (1), 69-71, 2013.
- 10) 眞茅みゆき: 超高齢者心不全ケア, 内科, 113 (3) 505-509, 2014.
- 11) 服部容子: 心不全患者のセルフモニタリングの概念分析, 日本看護科学学会誌, 20 (2), 74-82, 2010.
- 12) 赤土壽枝子, 吉田さとみ, 袖山孝子, 他: 再入院した慢性心不全患者の日常生活における自己コントロール不足の要因と指導の検討, 奈良県立三室病院看護学雑誌24, 7-10, 2000.
- 13) 濱岸泰美, 西本佳奈: 高齢者の心不全再発患者の実態調査, 公立能登総合病院医療雑誌22, 33-55, 2012.
- 14) 平田明美, 服部紀子, 青木律子, 他: 後期高齢者にある心不全患者の入退院の実態と支援体制, 横浜看護学雑誌4 (1), 99-103, 2011.
- 15) 児玉理恵, 土斐崎聡子, 村松智子: 入退院を繰り返す心不全患者の日常生活の実態調査, しょうけん浜松労災病院学術年報2003, 139-141, 2004
- 16) 信岡由夏, 鷹林広美, 徳満久美子, 他: 高齢の心不全患者の生活上の問題-再入院患者の調査より-, 日本看護学会論文集, 老年看護, 37号, 100-102, 2007.
- 17) 森脇陽子, 武田沙織, 松本圭子, 他: 再入院した高齢患者と家族の自宅での服薬管理方法に関する実態, 松江市立病院医学雑誌14 (1), 35-41, 2010.
- 18) 山根弘典, 清水志保, 寺崎昌美, 他: 再入院をする心不全患者の実態調査, 京都市立病院紀要29 (1), 35-37, 2009.
- 19) 古知里美, 旗持知恵子: 慢性心不全患者の服薬コンプライアンスに関する調査, 呼吸器&循環器ケア9 (4), 98-103, 2009.
- 20) 長岡沙紀子, 内田陽子: 高齢心不全患者の退院時及び退院2か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア: 安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討, 群馬保健学紀要32, 61-69, 2011.
- 21) 内藤真弓, 旗持知恵子: 高齢心不全患者のセルフケアの実態-独居と家族同居の患者の事例を通して, ハートナーシング20 (12), 1246-1251, 2007.
- 22) 関利志子: 慢性心不全で通院する後期高齢者のセルフケアの課題と看護援助, 老年看護学13 (1), 40-48, 2008.
- 23) 上谷千夏, 瀬戸奈津子, 清水安子: 仕事をもつ慢性心不全患者が生活調整をするためのセルフモニタリング, 日本循環器看護学会誌8 (2), 17-25, 2013.
- 24) 原田園子, 石井あや, 影土井裕子: 個別性を考慮した服薬指導の効果-正しい知識がない慢性疾患患者の1事例を通して-, 山口県看護研究学会学術プログラム・集録4, 48-50, 2005.
- 25) 平野由衣, 谷口恵子, 八文字早希, 他: 慢性心不全患者の継続支援におけるシートの有用性-慢性心不全自己管理シートを用いて-, *Best Nurse* 24 (11), 70-73, 2013.
- 26) 乾早紀子, 西田典子, 三木紗希恵, 他: 再入院する心不全患者への生活指導-心不全アセスメントシートを用いた個別的な生活指導を試みて-, 奈良県立三室病院看護学雑誌25, 2009.

- 27) 内藤真弓, 有泉優子, 飯室昌美, 他: 心不全患者へのセルフモニタリングの有用性, 山梨県立中央病院年報39, 71-73, 2013.
- 28) 仲村直子: 看護実践における事例研究 事例研究の実際-2病院に通院する複合疾患患者の心不全のコントロールと生活調整, 看護研究46(2), 163-168, 2013.
- 29) 尾島直子, 島崎博子, 田中敬子: 入退院を繰り返す心不全患者へのニーズに合った個別的な退院指導-ヘンダーソンのニーズ論を活用して-, ICUとCCU 29(9), 818-822, 2005.
- 30) 志賀幸子, 平川かなこ, 松崎由美, 他: 慢性心不全患者の服薬アドヒアランス向上を目指した地域連携の取り組み, 心臓リハビリテーション, 15(2), 314-318, 2010.
- 31) 谷井有紀, 石橋里美, 井ノ本裕子, 他: カルガリー家族アセスメントモデルを用いた家族援助の振り返り-慢性心不全での再入院を繰り返さないために-, 広島県立病院医誌40(1), 163-169, 2008.
- 32) 田崎美里, 山口幸恵, 砂原洋子, 他: 慢性心不全患者管理における服薬指導の重要性-心不全治療における看護サイドからのアプローチ-, ハートナーシング, 18(6), 602-605, 2005.
- 33) 上田美香, 石川佳子, 関谷志麻子, 他: 心不全患者の生活指導にEASEプログラムと自己効力感を使用した事例, 山口大学医学部付属病院看護部看護研究抄録, 6-11, 2012.
- 34) 脇本育美: 心不全教室を取り入れた患者指導の有効性の検討, 福岡赤十字看護研究会集録27, 21-24, 2013.
- 35) 相馬幸理子, 手島和江, 秋吉三保子, 他: 高齢心不全患者の家族介護者の内服薬に関する知識と服薬管理の実際, 西尾市民病院紀要22(1), 78-82, 2011.
- 36) 後藤秀世, 長井裕介, 長沼文雄, 他: 慢性心不全患者における在宅療養上の問題点の抽出および患者教育に関する検討, 心臓リハビリテーション10(1), 130-135, 2005.
- 37) 山下亮子, 増島麻里子, 眞嶋朋子: 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整, 千葉看護学会会誌16(2), 45-53, 2011.
- 38) 與儀晃美, 松本美恵, 水田厚子: 入退院を繰り返す慢性心不全患者の看護-在宅療養に向けたサポート体制作りを中心として-, ハートナーシング16(6), 523-527, 2003.
- 39) 佐佐木智絵, 重松裕二: 慢性心不全患者のセルフマネジメントと健康関連QOL 一般自己効力感との関係, 近大姫路大学看護学部紀要5, 21-30, 2013.
- 40) Otsu H, Moriyama M: Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure, Japan Journal of Nursing Science 8(2), 140-152, 2011.
- 41) 小川真里子: 病院と在宅をつなぐ-チーム医療の新たな挑戦-, 日本循環器看護学会誌9(1), 72-73, 2013
- 42) 阿川慶子, 原祥子, 小野光美, 他: 高齢慢性心不全患者の日常生活における身体変化の自覚老年看護学17(1), 46-54, 2012.
- 43) Hamaguchi S et al. : Predictors of long-term adverse outcomes in elderly patients over 80 years hospitalized with heart failure : A report from the Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD), Circulation Journal 75, 2403-2410, 2011.
- 44) 旗持知恵子: 心不全患者のセルフマネージメントの概念分析, 山梨県立看護大学短期大学部紀要9(1), 103-113, 2003.
- 45) 服部容子: 心不全患者のセルフモニタリングに関する文献レビュー, 甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編(3), 7-13, 2009.
- 46) Hattori Y, Taru C, Miyawaki I: Development of an Evaluation Scale for Self-Monitoring by Patients with Heart Failure, Kobe Journal of Medical Sciences 57(2), E63-E74, 2011.
- 47) 加藤綾子: ADL維持と安静を支える援助を通して学んだこと-患者の行動変容を促すには-川崎市立川崎病院事例研究集録13回, 22-24, 2011.
- 48) 加藤尚子, 佐野美穂, 脇田早苗, 絹川弘一郎: 心不全疾患看護プログラムの開発と展望 心不全疾患管理プログラムの意義と開発までの経緯, 看護技術57(7), 640-645, 2011.
- 49) 小暮あすか, 小武方希穂子, 山地のぶ子: 心不全疾患看護プログラムの開発と展望 疾患管理プログラムの活用, 看護技術57(7), 645-650, 2011.
- 50) 小泉雅子: 高齢患者の看護ケアのポイント-フィジカルアセスメント-, HEART 3(3), 56-64, 2013.
- 51) 小島雅代: 慢性疾患患者のQOLと疫学: Quality of Life Journal 12(1), 85-90, 2011.
- 52) 中原賢一: 臨床 高齢者の心不全 高齢者心不全のCGAと介護, 日本老年医学学会雑誌43(2), 179-181, 2006.
- 53) 大津美香: 介護老人福祉施設において認知症を合併する高齢慢性心不全療養者に対して実施されている疾病管理の実態, 日本循環器看護学会誌9(1),

- 109-116, 2013.
- 54) 大津美香：看護師が診療所外来に通院中の認知症を有する高齢心不全療養者の疾病管理において抱えている対応困難と支援の実態，保健科学研究3, 101-111, 2013.
- 55) 大津美香：外来看護師が感じる認知症を有する高齢心不全患者の対応困難と支援の実態，日本認知症ケア学会誌12 (3), 619-630, 2013.
- 56) Otsu H, Moriyana M : Follow-up study for a disease management program for chronic heart failure 24 months after program commencement, Japan Journal of Nursing Science 9 (2), 136-148, 2012.
- 57) 大津美香, 森山美知子, 眞茅みゆき：認知症を有する高齢慢性心不全患者の再入院の要因と在宅療養に向けた疾病管理の実態，日本循環器看護学会誌 8 (2), 35-46, 2013.
- 58) 大津美香, 森山美知子, 眞茅みゆき：認知症を有する高齢心不全患者の急性増悪期において看護師が対応困難と認識した支援の実態，日本循環器看護学会誌 8 (2), 26-34, 2013.
- 59) 三野恭代、小島礼奈：慢性心不全患者の過程での生活管理方法を探る－個別性を重視した支援に向けて取り組んだ1事例の振り返り，公立能登総合病院医療雑誌23, 24-26, 2013.
- 60) 竹松百合子, 小島重子, 齊藤文子, 他：退院後2年間在宅治療した慢性心不全患者のQOLとセルフケアの評価，心臓44 (10), 1258-1264, 2012.
- 61) Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S et al. : Home-Based Disease Management Program to Improve Psychological Status in Patients With Heart Failure in Japan , Circulation Journal 77 (4), 926-933, 2013.
- 62) Tsutui H ,Tsuchihashi-Makaya M, Kinugawa S et al. : Clinical characteristics and outcome of hospitalized patients with heart failure in Japan. Rationale and Design of Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD). Circulation Journal, 1617-1623, 2006.
- 63) 山口雄司, 高橋永子, 相田舞, 他：心不全を有する認知症のある患者の看護－看護師の認識の変化が看護援助を効果的にした事例，日本看護学会論文集, 老年看護, 41, 80-83, 2011.

研究ノート

Establishment and Validation of the Japanese Version of the Exposure to Disruptive Behavior Scale

Hiromi Hirata¹⁾¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

西欧諸国では、認知症高齢者による攻撃的行動が、施設や病院で働くスタッフにストレスを与えることが問題になっている。我が国においては、看護師による認知症高齢者の攻撃的行動に関する研究は始まったばかりであり、その攻撃的行動によるスタッフのストレスを測る尺度として信頼性・妥当性が確立したものはまだない。

今回、カナダで開発されたThe Exposure to Disruptive Behavior Scale (EDBスケール) を日本語訳し、信頼性・妥当性の検証を行った。 α 係数は0.94であり、Stressor Assessment Scaleを使った構成概念妥当性も立証された。

今後、日本のあらゆる施設で、日本語版EDBスケールを使って、認知症高齢者による攻撃的行動の発生頻度や、その行動によるスタッフのストレスを測定することが可能となった。

Key words aggressive behavior, dementia, disruptive behavior, formal caregiver, translation

INTRODUCTION

Caring for elderly people with dementia can be burdensome for formal caregivers, especially when an elderly person exhibits aggressive behavior¹⁾²⁾³⁾⁴⁾. Formal caregivers in nursing homes are frequent targets of aggressive behaviors because they occur most often while caregivers are assisting residents with dementia in activities of daily living³⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾. After incidents involving aggressive behaviors, many formal caregivers report experiencing stress and other negative feelings⁸⁾⁹⁾, fear⁵⁾⁷⁾, and distress¹⁰⁾. Not surprisingly, aggressive behaviors by residents can increase staff turnover rates⁹⁾¹¹⁾¹²⁾.

Japanese researchers have begun to determine the prevalence, correlates, and consequences of aggressive behaviors. Although fewer studies on the association between aggressive behaviors and dementia have been conducted in Japan than in Western countries, some Japanese researchers have reported a positive association between aggressive behaviors by older adults with dementia and negative effects on formal caregivers, such as stress and burnout¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾. However, none of these studies were conducted using a valid measurement that identified the relationship between dementia-related aggression and caregiver stress in Japan¹⁷⁾.

Because there was no measurement that measures both the frequency of aggressive behaviors and level of occupational stress in Japan, the Exposure to Disruptive Behavior (EDB) scale was translated from English into Japanese. Since quantitative measurements must be reliable and valid in the culture where the research is conducted¹⁸⁾, a Japanese version of the EDB scale would allow assessments of the relationship between dementia-related aggression and caregiver stress in Japan.

Exposure to Disruptive Behavior Scale の信頼性・妥当性の検証

平田 弘美¹⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：平田 弘美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

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

Purpose of the Study

The purpose of this research was to develop a Japanese version of the EDB scale. The study addressed a specific aim: To translate the EDB scale into Japanese and establish preliminary evidence for reliability and validity.

METHODS

Research Design

This research employed a cross-sectional design. Data were collected from care workers (CWs) who were working in 10 nursing homes in Japan. The present study was reviewed and approved by the Institutional Review Boards (IRBs) of the two institutions where the researcher belonged to.

Setting

This study was conducted in special care units (SCUs) for residents with dementia in 10 nursing homes in northern and western areas of Japan. Based on the standard promulgated by Japan's Ministry of Health, Labour and Welfare, the hiring ratio of residents to care workers should be three-to-one in nursing homes. Extrapolating from this standard, a care worker is in charge of 10 residents in a day shift. The dementia rank established by the ministry in 1993 assigns ranks from I through M. The rank M is defined as the most severe dementia, in which shows severe mental disturbance and problematic behaviors that require special treatment. A special care unit for residents with dementia is one in which all residents in the unit are suffering with mild or severe dementia that exceeds III in the ministry's dementia ranking.

Study population

Convenience sampling was used to recruit 137 CWs¹⁹⁾²⁰⁾ in 10 nursing homes. CWs were recruited as participants for this study because they provide the majority of direct care for residents in nursing homes in Japan. CWs who met the following inclusion criteria were eligible for this study:

- (1) They provided direct care to residents with dementia.
- (2) They had worked full-time as a CW in the SCU at the facility for at least three months.
- (3) They were able to read and write Japanese.

Instrument Translation

The Exposure to Disruptive Behavior (EDB) scale was translated into Japanese, using the guidelines for cross-cultural adaptation of self-report measures²¹⁾. The present study conducted the instrument translation in six stages.

Stage one. This stage was the initial translation. Two translators who were bicultural in U.S. and Japanese cultures and whose native language was Japanese independently translated the scale from English to Japanese²¹⁾²²⁾. The first translator (T1) was well-versed in health care terminology and gerontological nursing, and the second translator (T2) was well-versed in medical terminology as well as the cultural and linguistic nuances of the target language (Japanese).

Stage two. In this stage, the translations were synthesized through discussions among the two translators and investigator. They compared the two translated versions of the EDB scale (T1 and T2) and discussed discrepancies or problematic wording between them. The translators and investigator then developed a single common translation of the EDB scale (T12).

Stage three. In this stage, a back translation was performed by additional two translators (the third and the fourth translator). Both of them were completely blinded to the original version of the EDB scale. The third translator was well-versed in health care terminology and gerontological nursing, and translated the EDB scale from Japanese into English (BT1). The fourth translator was not very knowledgeable about medical terminology, but was well-versed in the cultural and linguistic nuances of the target language (English). This translator also translated the scale from Japanese into English (BT2).

Stage four. This stage involved an expert committee review. The translation committee was composed of the investigator and all four bilingual and bicultural translators. The translation committee reviewed all translations (T1, T2, T12, BT1, and BT2) and achieved consensus on any discrepancies. The committee then developed a pre-final Japanese version of the EDB scale for field testing. The translation committee also produced a written report in Japanese in which the rationale for each decision was explained. Before pre-testing, the back-

translated English version of the pre-final EDB scale was reviewed by three dissertation committee members and a panel of Ph.D. students, all of whom were native English speakers and well-versed in gerontological nursing. This review used the Content Validity Index (CVI), a measurement that is commonly used as an early step to enhance the construct validity of a measurement²³⁾. The CVI is measured on a 4-point scale, with 4 being the highest relevance to the construct. Item CVI (I-CVI) is computed by dividing the number of raters who gave a 3 or 4 rating to an item by the total number of raters. I-CVI scores range from 0 to 1, whereby higher numbers indicate higher agreement regarding an item among the raters. Scale CVI (S-CVI) is computed by dividing the number of items for which the I-CVI is ≥ 0.8 by the total number of items. A CVI of 0.8 means that 80% of raters (i. e., four of the five raters) agreed that the translated items were equivalent to the original items. The investigator also asked the reviewers to provide comments and suggestions. The four items of the pre-final version of the EDB scale were revised according to CVI scores and rater feedback.

Stage five. This stage involved pre-testing of the pre-final Japanese version of the EDB (EDBJ) scale with 10 CWs who did work similar to that performed by the study participants. This pre-testing determined whether the Japanese version of the scale could be understood and completed by the pre-testers. Participants for pre-testing were informed of the pre-test's risk (minimal) and were asked to sign a waiver of informed consent. After completing the questionnaire, each participant was interviewed to clarify their understanding of each questionnaire item. While most pre-testers were able to understand all items, some were unsure of the meaning of one of the items. As a result, the investigator added a short explanation for that item.

Stage six. In this final stage, translation committee members reconvened to make a final decision on whether the translated version of the scale was ready to be used for data collection. They reviewed participant comments related to item meaning and recommended final revisions. The translation committee decided upon the final version of the Japanese translation by consensus.

Survey Administration

After receiving permission to conduct the study from the administrators of 10 nursing homes and obtaining approval from the IRBs at the two institutions where the researcher belonged to, the researcher delivered the questionnaires to each facility. Questionnaires were given to the head nurse or person in charge of the unit in order to ensure that only one questionnaire was distributed to each potential participant. The investigator also gave this individual a written explanation of the purposes, procedures, benefits, and possible risks of the study to CWs who were potential participants. Since the questionnaire was self-administered, a returned and completed questionnaire was considered consent to participate in the study. Roughly one week after questionnaires were delivered to each facility, the researcher collected completed questionnaires from the SCUs. In the end, a total of 134 questionnaires were returned by participants and collected by the researcher.

Measures

Frequency of aggressive behaviors and the resultant occupational stress. The EDB scale measures both the frequency of disruptive behaviors (including aggressive and aversive behaviors) and level of occupational stress due to disruptive behaviors. It has demonstrated strong internal consistency reliability with Cronbach's α coefficients of 0.93 to 0.95⁷⁾ and 0.92 to 0.94²⁾.

In this scale, respondents are asked "How many times in the last year have you been physically or verbally assaulted by a resident in your unit?" and "How have you felt about each of these 20 types of behaviors when the behavior was directed at you?" Exposure to the 20 behaviors is rated on a six-point scale, ranging from Never occurs (1) to *More than once per shift* (6). Scores range from 20-120, with higher scores indicating greater exposure to aggressive behaviors. The CW's occupational stress from the behaviors is rated on a four-point scale, ranging from *Not affected* (1) to *Extremely stressed* (4). These scores range from 20-80, with higher scores indicating higher stress from aggressive behaviors.

Construct validity testing of the EDBJ scale.

The validity of the EDBJ scale was tested with the Stressor Assessment Scale (SAS) for direct CWs in

nursing homes²⁴). The SAS has demonstrated high validity among CWs in long-term care facilities for older people²⁵. The instrument consists of 29 items with four subscales: conflict with superiors, conflict with residents, conflict with colleagues, and work burden. Because the SAS was being used to establish the validity of the EDB scale, this study used only the subscale of conflict with residents (Cronbach's $\alpha = 0.78$)²⁵. This subscale has six items and uses a three-point scale, ranging from *Not at all* (stressful) (1) to *Very stressful* (3). The maximum score is 18 points, with a higher score indicating higher stress²⁵. Much like the EDBJ scale, the subscale of conflict with residents measures the amount of stress felt by direct CWs when a resident was uncooperative or displayed problematic behavior. Therefore, it was expected that the correlation between the EDBJ scale and SAS would be fairly high. The SAS questions can be answered in just a few minutes.

Analysis

Data were analyzed using SPSS software (v21.0, IBM, Chicago, IL). P values $<.05$ were considered statistically significant. Internal consistency (Cronbach's α) was analyzed to measure the reliability of each scale and subscale.

Exploratory factor analysis is used to identify a set of latent constructs underlying a battery of measured variables. Although prior research studies of the EDB scale have not reported a factor analysis²⁾⁷⁾, the instrument contains items related to both aggressive and aversive behaviors. Therefore, exploratory factor analysis was performed to determine whether two different constructs in the EDB scale are actually present. One way to evaluate construct validity is by determining if a theoretical relationship between two measures of the same construct is supported. Therefore, the construct validity for stress from disruptive behaviors in the Japanese version of the EDB (EDBJ-S) scale was examined with the SAS. In both the EDBJ-S scale and SAS, a higher score indicates higher stress. Thus, if variables of the EDBJ-S scale are positively associated with those of the SAS, the constructs of the EDBJ-S scale and SAS are considered the same. In this way, the expected positive correlation contributes evidence of construct validity²⁶⁾.

RESULTS

The present study recruited 137 potential participants. Participants completed the questionnaires at their work sites, and 134 completed questionnaires were returned (97.8% response rate). Of these, 129 were considered valid and met the following inclusion criteria of, (1) the care worker (CW) provided direct care for residents with dementia; (2) the CW worked full time (about 40 hours per week) on the special care units (SCUs) in the facility for at least 3 months; and (3) the CW was able to read and write Japanese.

Demographic Characteristics

Demographic characteristics of the participants are presented in Table 1. Female participants comprised 68.2% of the whole and 41.1% were in their thirties. In addition, 41% had worked as a CW for over ten years.

Content Validity

After the original EDB scale was translated from English into Japanese and then back-translated from Japanese into English, the CVI was used to explore whether the content of the original EDB scale was appropriately translated in the pre-final form of the EDBJ scale. Results for the I-CVI ranged from 0.8 to 1.0 and the S-CVI was 1.0 (see Table 2). These results indicated high agreement between the content of the original EDB scale and pre-final version of the EDBJ scale.

Table 1
Participant Demographic Characteristics (N = 129)

Participant characteristic	N (%)
Gender	
Female	88 (68.2)
Male	41 (31.8)
Age	
Under 30	31 (24.0)
30-39	53 (41.1)
40-49	22 (17.1)
50-59	15 (11.6)
Over 60	8 (6.2)
Experience as CW	
Less than 1 yr, less than 5 yrs	36 (27.9)
5 yrs - less than 10 yrs	40 (31.0)
Over 10 yrs	53 (41.1)

Table 2
Content Validity Index for the EDBJ

Item #	Original version	Back-translated version	I-CVI
1	Swearing at caregiver	Shout abusive languages to the caregiver.	0.8
2	Yelling or screaming at caregiver	Yell or shout at the caregiver.	1.0
3	Verbally threatening	Threaten caregiver	0.8
4	Complaining about care	Complaint about the care.	1.0
5	Repeatedly seeking attention	Try to get attention repeatedly	1.0
6	Throwing objects or food at caregiver	Throw or fling objects and/or food at caregiver.	1.0
7	Interfering in staff work	Interfere caregiver's work.	1.0
8	No response to questions by caregiver	Do not respond to caregiver's questioning.	1.0
9	Pinching	Pinch caregiver.	1.0
10	Spitting on caregiver	Spit at caregiver.	1.0
11	Biting	Bite caregiver.	1.0
12	Scratching	Scratch the caregiver.	1.0
13	Threatening gesture	Threaten by gestures.	1.0
14	Punching	Punch caregiver.	1.0
15	Slapping	Slap caregiver.	1.0
16	Kicking	Kick caregiver.	1.0
17	Fecal smearing	Rub stool.	0.8
18	Sexual comments	Speak with obscene word.	0.8
19	Sexual behavior in front of caregiver	Make sexually unpleasant behavior in front of the caregiver.	1.0
20	Touching caregiver sexually	Touch the caregiver in a sexually unpleasant manner.	0.8

Scale-CVI = 1.00

Based on the reviewer feedback, and with the four translators' agreement, the investigator changed subtle Japanese expressions in four items (1, 18, 19, and 20) in order to clarify and convey the intended meanings.

These items included the following:

- Item 1: the expression “Shout abusive languages to caregiver (介護者をののしる)” was changed to “Swearing at caregiver (介護者を口汚くののしる).”
- Item 18: “Speak with obscene word (性的に不快な言葉を言う)” was changed to “Sexual comments (卑猥なことを言う).”
- Item 19: “Make sexually unpleasant behavior in front of caregiver (介護者の前で性的に不快な行動をする)” was changed to “Sexual behavior in front of caregiver (介護者の前で卑猥な行動をする).”

- Item 20: “Touch caregiver in a sexually unpleasant manner (性的に不快な方法で介護者を触る)” was changed to “Touching caregiver sexually (卑猥な方法で介護者を触る).”

Following revision of these four items, the pre-final version of the EDBJ scale was pre-tested by 10 CWs who perform similar work to that done by the study participants. While pre-testers were able to understand all items, some were not confident about the meaning of item 8, “No response to questions by caregiver.” Therefore, the investigator revised this to include the term “ignore.” The investigator reported the pre-test results and final changes made to the EDBJ scale to the dissertation chair and translation committee members. The translation committee came to a consensus to decide on the final version of the EDBJ scale.

Exploratory Factor Analysis

Exploratory factor analysis was used to examine the EDBJ-F (frequency of disruptive behavior) scale and EDBJ-S (stress from disruptive behavior) scale to identify a set of latent constructs underlying a battery of measured variables. The analysis identified three factors from both scales. From the EDBJ-F scale, 10 items (items 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, and 17) loaded on Factor 1; three items (items 18, 19, and 20) on Factor 2; and seven items (items 1, 2, 3, 4, 5, 7, and 8) on Factor 3. The factor correlation was 0.34 between Factors 1 and 2 of the EDBJ-F scale, 0.52 between Factors 1 and 3, and 0.32 between Factors 2 and 3 (see Table 3).

Table 3
Factor Correlations on EDBJ-F

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	--		
Factor 2	.34	--	
Factor 3	.52	.32	--

From the EDBJ-S scale, seven items (items 9, 10, 11, 12, 14, 15, and 16) loaded on Factor 1; four items (items 17, 18, 19, and 20) on Factor 2; and nine items (items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,

and 13) on Factor 3. The factor correlation was 0.46 between Factors 1 and 2 of the EDBJ-S scale, 0.67 between Factors 1 and 3, and 0.55 between Factors 2 and 3 (see Table 4).

Table 4
Factor Correlations on EDBJ-S

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	--		
Factor 2	.46	--	
Factor 3	.67	.55	--

The factor correlations between Factors 1 and 3 of both the EDBJ-F and EDBJ-S scales and the correlation between Factors 2 and 3 of the EDBJ-S scale were 0.52 or more, indicating high correlations between these factors. Consequently, the results of exploratory factor analysis suggest the presence of one major factor in both scales. When used in English, the EDB scale was used as a single scale with one factor. Results of the factor analysis of the EDBJ scale suggest that it can also be used as a single scale with one factor.

Reliability and Validity

Cronbach's α values obtained for the study population were $\alpha = 0.92$ for the EDBJ-F scale, $\alpha = 0.94$ for the EDBJ-S scale, and $\alpha = 0.94$ for the entirety of the EDBJ scale. All of these values indicate good reliability²⁶⁾.

Construct validity for the EDBJ-F and EDBJ-S scales was examined in terms of the subscale of conflict with residents using the SAS ($\alpha = 0.77$ with this sample). Variables of the EDBJ-F scale were positively associated with variables of the SAS ($r = 0.27$, $p = 0.002$), and variables of the EDBJ-S scale were positively associated with variables of the SAS ($r = 0.49$, $p < 0.0001$) (see Table 5). The expected pattern and significant correlation between the scales thereby contribute not only to evidence of construct validity²⁶⁾, but also to evidence of reliability and validity for the EDBJ scale.

Table 5
Hypothesized and Observed Relationships Among
EDBJ and SAS Variables

Variable	SAS	
	Hypothesized	Observed
EDBJ-F	+	+ ($r = 0.27, p = 0.002$)
EDBJ-S	++	+ ($r = 0.49, p < 0.001$)

DISCUSSION

Prior to the present study, no valid measurement was available to assess the association between dementia-related disruptive behaviors and caregiver stress in Japan. As such, the EDB scale was translated from English into Japanese and its validity was confirmed in this study. When measures such as the EDB scale are translated and used across cultures, they must be adapted culturally in order to maintain content validity of the instrument²¹. Certain customs and values are unique to the Japanese culture; a good example of this is the concept of *joge* (hierarchy), in which a younger person respects an older person²⁷. Given the context of the present study, it was unclear whether or not caregiver perception of disruptive behaviors by older adults with dementia would be affected by this unique cultural norm. As a result, careful scrutiny was required to confirm that the cultural adaptation of the translated version maintained the content validity of the original instrument. In this study, the original EDB scale was translated from English into Japanese by four Japanese translators. Since the English language contains words that do not exist in Japanese (e.g., "swearing"), the four translators chose Japanese words that conveyed the closest meaning to the English originals. After the EDB scale was back-translated into English, the CVI was used to examine whether the content of the original EDB scale was appropriately translated in the pre-final version of the EDBJ scale. The CVI results indicated a high agreement between the content of the original EDB scale and pre-final version of the EDBJ scale. Accordingly, it was concluded that the EDBJ scale was culturally adapted and maintained the content validity of the original EDB

scale.

According to Beaton et al. (2000), the final step of cross-cultural adaptation of self-report measurements is a full assessment of the score level of attributes: reliability and construct validity. The original EDB scale has demonstrated strong internal consistency reliability, with Cronbach's α coefficients of 0.93 to 0.95⁷⁾ and 0.92 to 0.94²⁾. The EDBJ scale was also found to have strong internal consistency reliability, with Cronbach's α coefficients of 0.92 to 0.94. In addition, this study established preliminary evidence for construct validity of the EDBJ scale based on correlations with hypothesized relationships with another scale. Therefore, EDBJ scale can be considered a valid measurement tool for assessing the frequency of disruptive behaviors and occupational stress resulting from disruptive behaviors among formal caregivers in Japan.

The validity of the EDBJ scale was tested with the SAS²⁴. Even though the SAS has four subscales (i.e., conflict with superiors, Cronbach's $\alpha = 0.87$; conflict with residents, Cronbach's $\alpha = 0.78$; conflict with colleagues, Cronbach's $\alpha = 0.82$; and burden from job, Cronbach's $\alpha = 0.82$)²⁵, only the conflict with residents subscale was used for this study. Because this particular subscale measures the amount of stress felt by formal caregivers when a resident is uncooperative or displayed problematic behavior, the correlation between the EDBJ scale and SAS was expected to be fairly high. However, the strength of the correlation between variables of the EDBJ-F (frequency of disruptive behavior) scale and SAS was low ($r = 0.27, p = 0.002$). In addition, the strength of the correlation between variables of the EDBJ-S (occupational stress from disruptive behavior) scale and SAS was moderate ($r = 0.49, p < 0.0001$)²⁸. One reason for the low to moderate correlation may have been that only one of the four SAS subscales was used to establish the validity of the EDBJ scale. If all four SAS subscales were used, the strength of the correlation between variables of the EDBJ scale and SAS might have been higher.

The EDB scale consists of 20 items, each of which represents a different aggressive or aversive behavior. As a result of exploratory factor analysis, the EDBJ scale was used as a single scale with

one factor. However, the degree of stress exhibited among CWs depended upon whether the behavior was aggressive or aversive. Comparison of the mean degrees of stress associated with aggressive versus aversive behavior revealed that the most stressful behaviors were all aggressive rather than aversive. The behaviors found to be most stressful among CWs were "Scratching" (M = 2.53), followed by "Pinching" (M = 2.44), "Biting" (M = 2.43), "Yelling or screaming at caregiver" (M = 2.43), and "Kicking" (M = 2.22), all of which were considered aggressive behaviors. This indicates that CWs consider aggressive behaviors to be more stressful than aversive behaviors. In addition, when the researcher interviewed CWs during pre-testing, one stated that she experienced aggressive behaviors that were not included in the EDBJ scale, such as hair-pulling. The Ryden Aggression Inventory, developed in the United States, also does not include pulling hair. Additional aggressive behaviors experienced by Japanese CWs, but not included in measurements of aggressive behaviors developed in Western countries, may also exist. Focusing on the relationship between aggressive behaviors and stress from these may require researchers to revise and develop the EDBJ scale to apply to CWs in Japan.

Conclusion and Implications for Future Research

Until now, there were no scales available to identify the relationship between dementia-related disruptive behaviors and caregiver stress in Japan. In this study, the EDB scale was translated from English into Japanese, and preliminary evidence was obtained regarding instrument reliability and validity. This translated instrument measures the frequency of disruptive behaviors (including aggressive and aversive behaviors) and occupational stress experienced due to those behaviors. The EDBJ scale enables Japanese researchers to compare further the frequency of aggressive and aversive behaviors by residents, as well as CW stress due to those behaviors in various settings in Japan.

ACKNOWLEDGEMENTS

I greatly appreciate all forms of support provided

for the present study, which include the Dean's Award for Doctoral Dissertations at Oregon Health & Science University, the Fumiko Yamaji Trust for Academic Nursing Education Research, and the Lindeman Nursing Scholarship.

I also want to thank Dr. Terri Harvath, Dr. Lois Miller, Dr. Glenise McKenzie, and Dr. Nathan Dieckmann for their assistance and support during this study.

REFERENCES

- 1) Kunik, M.E., Snow, A.L., Davila, J.A., McNeese, T., Steele, A.B., Balasubramanyam, V., Doody, R., Schulz, P.E., Kalavar, J.S., Walder, A., Morgan, R.O.: Consequences of aggressive behavior in patients with dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22, 40-47, 2010.
- 2) Morgan, D.G., Stewart, N.J., D'Arcy, C., Forbes, D., Lawson, J.: Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 347-358, 2005.
- 3) Ryden, M.B., Bossenmaier, M., & McLachlan, C.: Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Research in Nursing & Health*, 14, 87-95, 1991.
- 4) Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisse, J.S., Heck, E., Sloane, P.D.: Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45, Special Issue 1, 96-105, 2005.
- 5) Åström, S., Karlsson, S., Sandvide Å, Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., & Saveman, B.: Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 410-416, 2004.
- 6) Gates, D.M., Fitzwater, E., & Meyer, U.: Violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 12-22, 1999.
- 7) Middleton, J.I., Stewart, N.J., & Richardson, J.S.: Care giver distress related to disruptive behaviors on special care units versus

- traditional long-term care units. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 11-19, 1999.
- 8) Bright, R.: The use of music therapy and activities with demented patients who are deemed "difficult to manage." *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 6, 131-144, 1986.
 - 9) Earthy, A., MacCourt, P., & Mitchell, J.: Promoting a cultural shift and a system change to respond to agitated and excessive behaviours (REAB). Perspectives: *The Journal of the Gerontological Nursing Association*, 32, 5-13, 2008.
 - 10) Wood, S. A., Cummings, J. L., Barclay, T., Hsu, M. A., Allahyar, M., & Schnelle, J. F.: Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress in professional caregivers. *Aging & Mental Health*, 3, 241-245, 1999.
 - 11) Cooler, C. Y.: Perspectives of a clinical trials research nurse. *International Psychogeriatrics*, 8, 465-468, 1996.
 - 12) Heine, C. A.: Burnout among nursing home personnel. *Journal of Gerontological Nursing*, 12, 14-18, 1986.
 - 13) Koshitani, M.: A study of violence against caregivers by elderly with dementia [Japanese]. *Journal of the Japan Academy for the Prevention of Elder Abuse*, 4(1), 76-88, 2008.
 - 14) Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H.: Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253. 2010. doi:10.1016/j.gerinurse.2010.01.002
 - 15) Nakamura, Y.: Perception of caregivers through responses to aggressive behaviors in demented elderly [Japanese]. *Journal of Fukui Medical University*, 11(1-2), 37-52, 2010.
 - 16) Tanaka, T., Kazui, H., Morihara, T., Gola m, S., Kudo, T., & Takeda, M.: Post-marketing survey of donepezil hydrochloride in Japanese patients with alzheimer's disease with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Psychogeriatrics*, 8(3), 114-123, 2008.
 - 17) Hirata, H.: A Literature Review of Aggressive Behavior among Older Adults in Japanese Long-term Care Facilities. *Bulletin of Takarazuka University School of Nursing*, 25, 161-169, 2012.
 - 18) Maneesriwongul, W., & Dixon, J.K.: Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 175-186, 2004.
 - 19) Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D., & Hitomi, H.: Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 807-816, 2009.
 - 20) Soper, D. Statistics Calculators. Retrieved from <http://danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=16>, 2006.
 - 21) Beaton D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B.: Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine Journal*, 25, 3186-3191, 2000.
 - 22) Sousa, V.D., & Rojjanasrirat, W.: Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 268-274, 2010.
 - 23) Polit, D.F., Beck, C.T., & Owen, S.V.: Focus on research methods. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467, 2007.
 - 24) Yatomi, N., Nakatani, Y. & Makita, F. Roujinnkaigo staff no stressor assessment scale no kaihatsu [Japanese]. *Social Gerontology*, 34, 49-59, 1991.
 - 25) Onodera, A., Azechi, R., & Shimura, Y.: Relationship between stressors and burnout in care staff for the elderly [Japanese]. *Journal of Japan Socio-Gerontological Society*, 28, 464-475, 2007.
 - 26) DeVellis, R.F.: *Scale Development: Theory and Applications* (2nd ed.). London: Sage Publications, 2003.
 - 27) Yamakuse, Y.: *Heart & Soul of the Japanese*. Tokyo: IBC Publishing, 2011.
 - 28) Munro, B.H.: *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

研究ノート

新人看護師の自殺のハイリスク者との関わりの現状



藤野 裕子¹⁾, 甘佐 京子²⁾, 松本 行弘²⁾

¹⁾滋賀県立精神医療センター

²⁾滋賀県立大学

医療従事者は、自殺のハイリスク者に関わる機会が多く、自殺のハイリスク者に対して適切な対応ができることが求められる。しかし、現状において、わが国の医療従事者の自殺問題に関する知識や意識は低く、教育の重要性が指摘されている。

今回、新人看護師の臨床現場における自殺のハイリスク者との関わりの現状を明らかにすることを目的に、卒後1～1年6か月の看護師を対象に、質問紙による調査を行った。28名の回答が得られ、その結果から、75%の看護師が就職して1年半までの期間に、患者から希死念慮を話されており、希死念慮を持っているのではないかと感じたことがある経験を合わせると、85.7%の看護師が就職して1年半までの期間に、患者の希死念慮に遭遇していることがわかった。臨床場面で、新人看護師は自殺のハイリスク者と関わっているが、その関わりに必要な学習は具体的にされていない。新人看護師自身もそのことを不安に思っている。看護基礎教育課程での具体的な教育が必要であることが示唆された。

キーワード 自殺対策 新人看護師 教育

I. 緒言

我が国の自殺者数は、平成10年に急増し、3万人を超える状態が続いていた。平成24年の自殺者数は14年ぶりに3万人を下回ったが、自殺による死亡率は、欧米の先進諸国と比較して高い水準にある。また、自殺は多くの年齢層での死因の上位を占めており¹⁾、自殺予防は我が国が取り組むべき重要な課題の一つであるといえる。自殺者の内、原因・動機が特定できた者の原因・動機は、「健康問題」が最も多い。この傾向は我が国だけでなく、欧米の各国においても同様にみられる¹⁾。自殺の背

景には何らかの精神疾患が関与していることが多いと考えられているが、身体疾患もまた自殺の重要な危険因子である²⁾。自殺は様々な要因が複雑に重なり合って生じるものであり、身体疾患と自殺を直接的に関連づけることは難しいが、身体疾患によって生じる身体的な苦痛、社会的活動への参加の制限や治療を受けるために生じる経済的な問題など、身体疾患をもつ人もまた、自殺のハイリスク者である。一般病院で29%、精神科病院および精神科病床を有する病院では66%が過去3年以内に入院患者の自殺事例を有している³⁾ことから、精神科医療に携わる者に限らず、医療従事者は、自殺のハイリスク者に関わる機会が多い人であるといえる。

また、自殺未遂者や自殺によって遺された遺族や自殺未遂者の家族等も自殺のハイリスク者と考えられている²⁾。自殺未遂者は、その身体状態によっては一般救急医療の対象になることもある。三次救急医療を担う救命救急センターへの搬送患者の10～20%が自殺企図者であり、救命救急センター等で入院に至った自殺企図例の42%に過去の自殺企図歴がある。さらに、自殺未遂者や自傷患者の3～12%がその後自殺をしている。家族の自殺を経験した人は、そうでない人に比べて、自殺率が3倍も高い⁴⁾という報告もある。自殺未遂者が搬送される医療機関、救急医療部門の医療従事者は、自殺のハイリスク

Current state of the novice nurses about intervention in suicide highrisk individual

Yuko Fujino¹⁾, Kyoko Amasa²⁾, Yukihiro Matsumoto²⁾

¹⁾Shiga Mental Health Medical Center

²⁾School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：藤野 裕子

滋賀県立精神医療センター

住 所：草津市笠山8丁目4-25

e-mail : yukowisteria@yahoo.co.jp

者を最初に発見する機会の多い人であるといえる。

医療従事者には、これらの自殺のハイリスク者に対して適切な対応ができることが求められる。しかしながら、現状において、わが国の医療従事者の自殺問題に関する知識や意識は低い^{5) 6) 7) 8)}。自殺のハイリスク者である精神疾患を抱えた人の多くは、精神疾患に対する知識不足や偏見から、直ちに精神科医療を求めてくることは少なく、様々な身体症状を訴えて、各種の医療機関を受診している⁹⁾。自殺予防のためには、全ての医師が、日常診療の場において、うつ状態、うつ病について正しく理解し、うつ病を早期に診断し、適切な治療に結びつけることが、重要である。しかし、精神科医がうつ病と診断した患者のうち、内科医がうつ病と診断した患者の割合は、他国の割合と比べて大変低く^{9) 10)}、うつ病の患者の多くが医療機関にかかっているにもかかわらず、適切な診断・治療がなされていないことが考えられる。また、未遂者が搬送される医療機関、救急医療部門においては、誤解による過った対応が未だに繰り返されている現状があり、啓発・教育の重要性が指摘されている¹¹⁾。自殺は病死や事故死よりもさらに、残された人に複雑で長期間に渡る影響を与え、自殺者親族等の中には、専門的なケアが必要になる親族もいるが、医療機関における精神科的ケアが十分でない⁴⁾。自殺者数の減少のためには、すべての医療従事者が自殺問題に関して正しい知識をもち、適切な介入ができるようになるための学習の機会が必要である。

我が国においては、医師教育に関しては、厚生労働省により、生涯教育等の機会を通じ、精神科以外の診療科の医師に対して、うつ病等の精神疾患について診断・治療技術の向上を図ることを目的とした研修事業が行われている²⁾。看護師教育に関しては、厚生労働省により、がんや糖尿病といった重篤な慢性疾患に苦しむ患者等からの療養生活上の相談や心理的ケアを適切に受けることができることを目的とした研修事業が行われている²⁾。

自殺問題に関する看護師への教育についての先行研究においては、臨床場面における看護師の自殺のハイリスク者との関わりから、自殺のハイリスク者に対して適切な行動ができるための教育の必要性和教育内容へのいくつかの示唆がされている^{12) 13) 14) 15) 16) 17)}。診療科を限らず、すべての看護師が自殺問題に関して正しい知識をもち、適切な介入ができるようになるためには、看護基礎教育課程での教育が必要であると考え、看護基礎教育課程における教育についての研究は、まだ少ない。今後、看護基礎教育課程における自殺問題に関する教育の現状と課題を明らかにしていくことが必要であると考え、そこで本研究では、新人看護師の臨床現場における自殺のハイリスク者との関わりの現状を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

近畿圏内の救急救命センター全23施設と、救急告知病院全622施設の内、病床数の多い58施設、A県の精神科救急受け入れ病院1施設の、2012年4月の新卒採用者を対象とした。救急救命センターと、救急告知病院を選択した理由は、自殺のハイリスク者を受け入れている可能性が高く、新人看護師が自殺のハイリスク者と関わった経験からの情報が得られやすいと考えたためである。精神科救急受け入れ病院を選択した理由は、新人研修等で自殺のハイリスク者へのケアについて学習している可能性が高く、学習経験の有無と、自殺のハイリスク者との関わりとの関連の考察に必要な情報が得られやすいと考えたためである。また、救急告知病院の内、病床数の多い施設を選択した理由は、新卒者が採用されている可能性が高いと考えたためである。

2. データ収集方法

A県の救急告知病院2施設と精神科救急受け入れ病院1施設では、看護部長に本研究の趣旨について文書と口頭で説明し同意が得られた後、各施設の2012年4月の新卒採用者全員に質問紙配布を依頼した。その他の病院へは、看護部長宛に本研究の趣旨についての説明と協力依頼の文書と、各施設2名分の調査対象看護師への、本研究の趣旨についての説明と協力依頼の文書と質問紙、返信用封筒を郵送した。A県の救急告知病院2施設と精神科救急受け入れ病院1施設以外は、1施設あたり2名を対象とした理由は、時間の制約により、全施設へ直接依頼にいくことが困難であり、郵送による文書での依頼となったため、対象者数の把握ができなかったためである。

3. 調査内容

調査は質問紙法にて実施。質問項目は、①対象者の属性(年齢、性別、看護基礎教育の最終教育課程、所属部署)、②自殺に関するこれまでの学習内容および方法、③看護師として自殺のハイリスク者と関わった経験の有無、④自殺未遂患者とその家族への看護師としての対応についての思い、⑤希死念慮がある(もしくはあると思われる)患者への看護師としての対応についての思い、⑥自殺のハイリスク者に看護師として関わるにあたって学習しておきたいことに関する37項目とした。回答は、④⑤は「全くそう思う」から「全く違うと思う」の4段階のリックカート法を用い、⑥は自由記述とした。質問項目の作成にあたっては、ゲートキーパー養成や救急医療場面での自殺未遂者ケアの展開を目的として作成された研修資料を参考に作成した。

4. データ収集期間

2013年3月～9月

5. 分析方法

単純集計により、分析した。

6. 用語の定義

[希死念慮]

「死にたい」という気持ち。

[自殺企図]

希死念慮により、自殺するための行動を行うこと。

[自傷]

本研究においては、希死念慮は存在せず、自殺の意図はなく故意に自らに損傷を与える行為とする。

[自殺対策]

自殺の事前予防、自殺発生の危機対応、事後対応の3段階を総称して自殺対策とする。

[自殺予防]

自殺対策と同義で使われることも多いが、本研究においては、自殺対策の内の、自殺の事前予防のこととする。

[自殺関連行動]

本研究においては、自殺企図、自傷行為を総じて、自殺関連行動とする。

[自殺のハイリスク者]

本研究においては、希死念慮があるひと、自殺関連行動を実行した者とする。

7. 倫理的配慮

本研究は、滋賀県立大学研究に関する倫理審査委員会の承認を得て実施した。

調査の結果は、統計的に処理され、個別の施設名や個人名が表に出ることは一切ないことを説明し、同意が得られた場合のみ、質問紙に記入の上、返送してもらえるように依頼した。

Ⅲ. 結果

合計204名分の調査用紙を配布し、29名の回答を得た。(回答率10.4%)。36項目中16項目の欠損値がある1名を除く28名を分析対象とした。(有効回答率96.6%)

1. 対象者の属性

分析対象者の内訳は、男性が4名(14%)、女性が24名(86%)であった。年齢の中央値は23.0であった。看護基礎教育を受けた課程は、専門学校(3年制)が17名(61%)、大学が10名(36%)、高等学校専攻科が1名(3%)であった。調査時の配属部署は、一般病棟が18名(64.3%)、精神科を主とする病棟が7名(25.0%)、

救命救急部門が3名(10.7%)であった。

2. 自殺に関するこれまでの学習内容および方法

1) 看護基礎教育課程での学習

看護基礎教育課程で、自殺に関する講義を受けたと答えた者は、22人(78.6%)であった。22人が受けたと答えた講義内容は、【自殺のリスクファクターやうつ病の知識・およびその対応(講義)】が21人(95.5%)、【自殺の実態についての統計(講義)】が20人(90.9%)で、ほとんどの者が学習したと答えている。その他の内容については、【自殺のサインを査定する方法(講義)】が5人(22.7%)、【希死念慮を持つ人に出会ったときに利用できる身近にある専門の機関(講義)】と【希死念慮の確認(演習)】が4人(18.2%)、【自殺を打ち明けられたときの対応(講義)】が3人(13.6%)、【自殺行為の振り返り(演習)】が2人(9.1%)、【行動化しない約束(演習)】が1人(4.5%)であった。

2) 新人教育での自殺に関する学習について

新人教育で、自殺に関する研修を受けたと答えた者は、6人(21.4%)であった。6人が受けた研修内容は、【自殺のリスクファクターやうつ病の知識・およびその対応(講義)】が4人(66.7%)、【自殺の実態についての統計(講義)】【自殺のサインを査定する方法(講義)】【自殺を打ち明けられたときの対応(講義)】【希死念慮の確認(演習)】が3人(50.0%)、【自殺行為の振り返り(演習)】が2人(33.3%)、【行動化しない約束(演習)】が1人(16.7%)であった。

3. 看護師として自殺のハイリスク者と関わった経験の有無(表1)(表2)

21人(75.0%)が【患者から「死にたい気持ち」を話されたことがある】と答えた。

配属部署別では、精神科では全員が話されたことがあり、救命救急部門と一般病棟では2/3の新人看護師が話された経験があると答えた。

【患者が「死にたい気持ち」を持っているのではないかと感じたことがある】と答えた者も21人(75.0%)であった。部署別の割合も精神科では全員が感じたことがあり、救命救急部門と一般病棟では2/3の新人看護師が感じた経験があると答えた。

【患者から希死念慮を話された】、もしくは【希死念慮をもっているのではないかと感じた】のいずれかの経験があると答えた者は、24人(85.7%)で、どちらもないと答えた者は4人(14.3%)であった。【患者に「死にたい気持ち」の有無を確認したことがある】者は、10

人(35.7%)であった。患者が死にたい気持ちをもって
いるのではないかと感じたことがあると答えた21人の内、
気持ちを確認したことがある者は、10人(48%)であ
った。

【自分が主となって自殺完遂者の対応をしたことがあ
る】者は、3人(10.7%)で、2人は精神科病棟、1人
は一般病棟の所属であった。【先輩や同僚が自殺完遂者
の対応をしているところをみたことがある】者は、4人
(14.3%)であった。【自分が主となって自殺未遂者の
対応をしたことがある】者は、4人(14.3%)で、3人
は精神科病棟、1人は一般病棟の所属であった。【先輩
や同僚が自殺未遂者の対応をしているところをみたこと
がある】者は、7人(25.0%)であった。

4. 自殺未遂患者とその家族への看護師としての対応に ついての思い(表3)

実際に対応したことの有無に関わらず、自分の考えに
一番近いものを4段階で回答を求めた結果は、表3のと
おりであった。

「全くそう思う」と「ややそう思う」を「思う」、「や
や違うと思う」と「全く違うと思う」を「違うと思う」
の2群に分けたところ、【家族に、自殺企図の状況につ
いて聞くことは難しい】とと思っている者は、20人(71.4

%)、【自殺未遂者に、自殺企図の状況について聞くこ
とは難しい】とと思っている者は、25人(89.3%)であ
った。【自殺企図の状況については、家族自身が話した
がらなければ聞かないほうがよい】とと思っている者は、13
人(46.4%)、【自殺企図の状況については、患者自身
が話したがらなければ聞かないほうがよい】とってい

表1 患者から「死にたい気持ち」を話された経験

(n=28)

	精神科	救命救急	一般病棟
ある	7人	2人	12人
ない	0人	1人	6人

表2 患者が「死にたい気持ち」を持っているのではな
いかと感じた経験

(n=28)

	精神科	救命救急	一般病棟
ある	7人	2人	12人
ない	0人	1人	6人

表3 自殺未遂者とその家族への看護師の対応についての考え

(n=28)

	全く そう思う	やや そう思う	やや 違うと思う	全く 違うと思う
家族に、自殺企図の状況について聞くことは難しい	1人	19人	7人	1人
	20人		8人	
患者に、自殺企図の状況について聞くことは難しい	3人	22人	3人	0人
	25人		3人	
自殺企図の状況については、家族自身が話したがらな ければ聞かないほうがよい	0人	13人	12人	3人
	13人		15人	
自殺企図の状況については、患者自身が話したがらな ければ聞かないほうがよい	1人	13人	13人	1人
	14人		14人	
家族に、精神科受診について説明するのは難しい	2人	20人	3人	3人
	22人		6人	
患者に、精神科受診について説明するのは難しい	3人	18人	5人	2人
	21人		7人	
家族に、精神科受診について説明することは適切でな い	0人	1人	16人	11人
	1人		27人	
患者に、精神科受診について説明することは適切でな い	1人	2人	13人	12人
	3人		25人	
患者に、死にたい気持ちがあるかどうかについては尋 ねにくい	5人	18人	3人	2人
	23人		5人	
患者に、自殺をしないという約束をしてもらうことは 難しい	11人	16人	1人	0人
	27人		1人	
患者との会話で自殺を話題にすると、かえって自殺の 可能性を高めてしまうと思う	3人	12人	11人	2人
	15人		13人	
自殺未遂者の言葉や態度に振り回されている、もしく は振り回されるのではないかと感じる	1人	12人	12人	2人
	13人		14人	
自殺未遂者を救命することは無駄だと感じる	0人	2人	12人	14人
	2人		26人	

る者は、14人 (50.0%) であった。【家族に、精神科受診について説明するのは難しい】とと思っている者は、22人 (78.6%)、【患者に、精神科受診について説明するのは難しい】とと思っている者は、21人 (75.0%) であった。【家族に、精神科受診について説明することは適切でない】とと思っている者は、1人 (3.6%)、【患者に、精神科受診について説明することは適切でない】とと思っている者は、3人 (10.7%) であった。【患者に、死にたい気持ちがあるかどうかについては尋ねにくい】とと思っている者は、23人 (82.1%)、【患者に、自殺をしないという約束をしてもらうことは難しい】とと思っている者は、27人 (96.4%)、【患者との会話で自殺を話題にすると、かえって自殺の可能性を高めてしまうと思う】と答えた者は、15人 (53.6%) であった。【自殺未遂者の言葉や態度に振り回されている、もしくは振り回されるのではないかと感じる】と答えた者は、13人 (46.4%)、【自殺未遂者を救命することは無駄だと感じる】と答えた者は、2人 (7.1%) であった。

5. 希死念慮がある (もしくはあると思われる) 患者への看護師としての対応についての思い (表4)

実際に対応したことの有無に関わらず、自分の考えに一番近いものを4段階で回答を求めた結果は、表4のとおりであった。

「全くそう思う」と「ややそう思う」を「思う」、「やや違うと思う」と「全く違うと思う」を「違うと思う」の2群に分けたところ、【患者に、死にたい気持ちがあるかどうかについては尋ねにくい】とと思っている者は20人 (71.4%)、【患者に、自殺をしないという約束をし

てもらうことは難しい】とと思っている者は、24人 (85.7%)、【患者との会話で自殺を話題にすると、かえって自殺の可能性を高めてしまうと思う】と答えた者は、14人 (50.0%) であった。【家族に、精神科受診について説明するのは難しい】とと思っている者は、19人 (67.9%)、【患者に、精神科受診について説明するのは難しい】とと思っている者は、21人 (75.0%) であった。【家族に、精神科受診について説明することは適切でない】とと思っている者は、2人 (7.1%)、【患者に、精神科受診について説明することは適切でない】とと思っている者は、2人 (7.1%) であった。【自殺未遂者の言葉や態度に振り回されている、もしくは振り回されるのではないかと感じる】と答えた者は、13人 (50.0%) であった。

6. 自殺のハイリスク者に看護師として関わるにあたって、どのようなことを学習していれば、関わることの不安が軽減すると思うか (表5)

どのようなことを学習していれば、関わることの不安が軽減すると思うか、自由記述による回答を求めたところ、13人からの回答があった。回答の内容は表5の通りである。

IV. 考 察

1. 新人看護師の自殺のハイリスク者との関わりの現状

調査の結果から、75%の看護師が就職して1年半までの期間に、患者から希死念慮を話されており、希死念慮を持っているのではないかと感じたことがある経験を合わせると、85.7%の看護師が就職して1年半までの期間

表4 希死念慮がある (もしくはあると思われる) 患者とその家族への看護師の対応についての考え (n=28)

	全く そう思う	やや そう思う	やや違うと 思う	全く違うと 思う
患者に、死にたい気持ちがあるかどうかについては尋ねにくい	0人	20人	7人	1人
	20人		8人	
患者に、自殺をしないという約束をしてもらうことは難しい	3人	21人	3人	1人
	24人		4人	
患者との会話で自殺を話題にすると、かえって自殺の可能性を高めてしまうと思う	2人	12人	12人	2人
	14人		14人	
患者の言葉や態度に振り回されている、もしくは振り回されるのではないかと感じる	1人	12人	10人	3人
	13人		13人	
家族に、精神科受診について説明するのは難しい	0人	19人	6人	3人
	19人		9人	
患者に、精神科受診について説明するのは難しい	4人	17人	5人	2人
	21人		7人	
家族に、精神科受診について説明することは適切でない	0人	2人	15人	11人
	2人		26人	
患者に、精神科受診について説明することは適切でない	0人	2人	14人	12人
	2人		26人	

に、患者の希死念慮に遭遇している。実際に自殺関連行動を行った患者の対応については、14.3%の看護師が就職して1年半までの期間に、自分が主となって自殺未遂者の対応しており、10.7%の看護師は就職して1年半までの期間に、自殺完遂者の対応をしている。新人看護師を対象に調査した先行研究はないため、結果を比較することはできないが、精神科以外の病棟に勤務している看護師を対象に行った研究の結果においても、62.5%の看護師が過去5年間に自殺未遂者のケアを実施した経験がある¹⁵⁾と報告されていることや、一般病院の29%、精神科病院および精神科病床を有する病院では66%の病院が、過去3年以内に入院患者の自殺事例を有している³⁾ことから、多くの新人看護師が、自殺のハイリスク者と関わっていると考えられる。

2. 新人看護師の自殺のハイリスク者との関わりに関する学習状況

今回の調査において、新人教育で自殺に関する研修を受けた者は21.4%であり、基礎教育課程では78.6%の新人看護師が、自殺に関する学習をしたと答えているが、その学習内容は概論にとどまっている。また、約90%の看護師が、患者に精神科受診について説明することは適切であると考えているが、75%の看護師は実際に説明するのは難しいと感じていることや、約90%の看護師が患者に自殺しない約束をしてもらうことは難しいと感じていること、患者が希死念慮を持っているのではないかと気付いているのに実際に確認した者は48%であったという結果からも、自殺のハイリスク者に対して、実際に介入するための具体的な方法についての学習が不足していると考えられる。

表5 自殺のハイリスク者に看護師として関わるにあたって、どのようなことを学習していれば、関わることの不安が軽減すると思うか

記述内容（原文のまま記載）	所属部署
希死念慮のある患者への対応方法	一般病棟
精神の領域を学習することや、人との関わり方を学んでいく。	一般病棟
実際の自殺未遂を対応したNsのはなしや、Drのはなしをリアルに聞いていれば違うと思う	一般病棟
自殺のハイリスク者の心理状態や、自殺のサインがあったときの対応方法などを学習していればいいかな…と思います。卒後、学習の機会がないので研修などあれば参加していきたいです。	一般病棟
自殺未遂者の救命方法	精神科病棟
自殺未遂者、希死念慮はうつ病と思いがちであるが、統合失調症の症状にも現れやすく、常にハイリスク状態にあると危キ感を持つことがもっと大切である。また、家族介入（今迄の経過）等を参考にして、未然に防げるものであると信じて看護に当たってほしい。	精神科病棟
様々なケースを知り、対応方法を理解しておけば適切な関わりができやすいかと思えます。また完璧な関わりを目指す緊張が増えてプレッシャーを与えてしまうと思うので、気負いすぎないことがよいと思えます。	精神科病棟
希死念慮緩和のための具体的な働きかけ方	精神科病棟
自殺企図を打ち明けられた時の対応を具体例を挙げて知っていればシュミレーションしやすく、実際うちあけられた時の不安・とまどいを多少は軽減できるのでは、と思えます。	精神科病棟
自殺ハイリスク者や家族が考えること、感情の推移、また行為をおこした時、そのあとの受容の過程など、一般的にでもかまわないので、当事者がどのような心理の流れで生活していくのかが知りたい。それを知っていると、ある程度次の行動や心理を予測して関われそう	救命救急
自殺未遂者や自殺者の遺族の思いや実話、看護師としての体験談、対応の方法など学んでおくと不安が少しでも軽減すると思えます。	救命救急
自殺念慮のある患者との対応、うつについての学習、がんの心の変化	一般病棟
学校では概論や統計などを浅く触れていただけで、実際にそのような対象と出会ったらどのような対応をするかなどは触れておらず考える機会が少なかった。一般病棟に勤務していて"死にたい"と言われることはあっても実際に行動化する人は出会ったことがないため、今日の前に自殺未遂者あるいは希死念慮のある対象に出会ったときにどうしてよいのか正直わからない。そのような場面に出会ったときの看護師としてとるべき行動の具体例が知りたい。一年目から今まで対象のフィジカル面ばかりにとらわれてしまって、メンタル面のアセスメントができていないように思う。一般病棟ではなかなかそのような場面に出会う機会は少ないが、一般病棟だから関係ないってわけでもない。具体的にこういった対象にであったら自分はどうしたらいいか考えておかないといけないと思った。	一般病棟

自殺のハイリスク者に看護師として関わるにあたって、どのようなことを学習していれば、関わることの不安が軽減すると思うかという問いに対する、自由記述の内容からも、13人中9人が「対応」「方法」「働きかけ方」といった表現で具体的実践的な学習の必要性を述べていることから、新人看護師自身もこれらの学習が不足していると感じていることが推測される。

精神科以外の看護師を対象とした先行研究¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁸⁾においても、具体的なスキルの学習が不足しており、学習不足から生じる不安感が自殺未遂患者及び家族への回避的な態度や介入へのためらいに関連していると述べられており、多くの看護師が、自殺のハイリスク者に関わるために必要な具体的実践的な学習が不足している状態で、臨床では対応を求められていると考えられる。

3. 看護基礎教育課程で自殺対策に関して教育することの必要性

新人看護師の早期離職の原因として、看護基礎教育で修得する看護技術と臨床現場で求められるものとにギャップがあり、医療現場に対応できないという現状がある¹⁹⁾²⁰⁾。そのため、看護基礎教育では、今日の医療現場に対応できるための知識や技術の基盤を形成する教育内容としていく必要があるということが課題とされている¹⁹⁾²⁰⁾。自殺対策に関しても、多くの新人看護師が、自殺のハイリスク者に関わっている現状から、自殺対策に関して看護基礎教育課程で教育することの必要性は高いと考える。

4. 研究の限界と課題

今回の研究は、標本数が少なく、また、調査対象の選択にあたっては、自殺のハイリスク者を受け入れている可能性が高い施設を意図的に選んだことにより、この結果を一般化することは難しい。しかし、これまで自殺対策に関する教育について、新人看護師に焦点をあてた研究はなく、今回の調査結果は、今後、看護基礎教育課程における自殺問題に関する教育の現状と課題を明らかにしていくための貴重なデータであると考えられる。回答率が低かったことの要因として、自殺というテーマが、回答者の心理的外傷体験を惹起する可能性があることで、看護責任者の協力同意が得られなかったことが考えられる。文書を郵送する方法ではなく、対面して説明をし、同意を得ることが必要であったと考える。質問項目については、質問の意図の捉え方に回答者によって違いが生じている可能性があることと、自由記述の回答についても意図の読み取りが難しいものがあつたことも本研究の限界である。今回の研究結果を基に質問項目やデータ収集方法についても検討し、再調査を行い、結果の信頼性を高めることが今後の課題である。

V. 結 語

臨床場面で、新人看護師は、自殺のハイリスク者に関わっている。しかし、そのかわりに必要な、自殺のリスクの査定や具体的に話を聴く方法などの学習は不足しており、新人看護師自身もそのことを不安に思っていることが、結果から示唆された。

今回の研究結果を基に、質問項目やデータ収集方法などを検討し再調査を行い、結果の信頼性を高め、看護基礎教育課程における自殺問題に関する教育の現状と課題を明らかにしていくことが、今後、必要である。

文 献

- 1) 内閣府：平成25年版 自殺対策白書，〈<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2013/pdf/index.html>〉，2013_11_22.
- 2) 内閣府：自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～，〈<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/20120828/honbun.pdf>〉，2013_11_30.
- 3) 南良武，岩下覚，河西千秋：精神科領域における医療安全管理の検討 その1－病院内における自殺に関するアンケートー，患者安全推進ジャーナル，13，64-69，2006
- 4) 厚生労働省：自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書，〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0328-2.html>〉，2013_11_10
- 5) Kawanishi, T., Sato, R., Yamada, T., et al. : Knowledge and attitudes of nurses, nursing students and psychiatric social workers concerning current suicide-related issues in Japan, Primary Care Mental Health, 4 (4), 285-292, 2006.
- 6) Sato, R., Kawanishi, C., Ymanada, T., et al. : Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: Preliminary study, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60, 558-562, 2006.
- 7) 岡田史，町田いづみ：コ・メディカルスタッフの精神医療における知識について－看護師・薬剤師－，最新精神医学，12 (5)，467-472，2007.
- 8) 伊藤敬雄：自殺予防対策のための効果的な医学教育法の開発，〈<http://kaken.nii.ac.jp/pdf/2011/seika/C-19/32666/21591534seika.pdf>〉，2013_11_30.
- 9) 内閣府：平成19年版 自殺対策白書，〈<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2007/pdf/index.html>〉，2013_11_22.

- w8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2007/html/index.html>, 2013_11_30.
- 10) Ohtsuki, T., Inagaki, M., Oikawa, Y., et al.: Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study, *BMC Psychiatry*2010, 10:30/1471-244X/10/30, 2010.
 - 11) 河西千秋:自殺問題が深刻化してから以降のわが国の自殺未遂者対策の経緯, *総合病院精神医学*, 23(3), 241-246, 2011.
 - 12) 永島佐知子:自殺未遂をして入院してきた統合失調者に対する看護師の思いと看護援助の実際—自殺行為の再発予防に向けた看護援助の検討—, *日本精神保健看護学会誌*, 15(1), 11-20, 2006.
 - 13) 瓜崎貴雄, 桑名行雄:救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度:構成要素と傾向についての質的研究, *大阪府立大学看護学部紀要*, 15(1), 1-10, 2009.
 - 14) 瓜崎貴雄, 桑名行雄:救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度—構成要素と傾向についての量的研究—, *日本精神保健看護学会誌*, 19(1), 23-33, 2010.
 - 15) 田井雅子, 野嶋佐由美, 畦地博子, 他:自殺未遂患者のアセスメントと介入に関する調査, *高知女子大学看護学会誌*, 38(1), 32-42, 2012.
 - 16) 杉本圭以子, 影山隆之:自傷患者に対する救急患者の関わりの実態と関連要因, *日本看護科学会誌*, 33(1), 52-60, 2013.
 - 17) 坂田真穂:患者の自殺が看護師に与える心理的影響と臨床心理士による心理的支援の検討, *京都大学大学院教育学研究科紀要*, 59, 485-497, 2013.
 - 18) 岩切幸子, 白石裕子:一般病院看護師の自殺未遂患者および家族への看護ケアにおける阻害要因の検討, *南九州看護研究誌*, 8(1), 1-11, 2010.
 - 19) 厚生労働省:看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/s0420-13.html>>, 2014_1_24
 - 20) 厚生労働省:看護教育の内容と方法に関する検討会報告書, <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>>, 2014_1_24

活動と資料

高齢者におけるラフターヨガによる笑いの
身体的・心理的効果に関する研究山村みづほ¹⁾, 平田 弘美²⁾¹⁾滋賀医科大学医学部附属病院²⁾滋賀県立大学人間看護学部

「笑い」には、“楽しい状況から自然に笑いが発生する”という「受身の笑い」と“楽しいことはないが、自ら笑いを発生させる”という「自発的な笑い」がある。今回、高齢者を対象に、「自発的な笑い」の一つであるラフターヨガを用い、その効果を検討することを目的に研究を行った。

対象者は、体操教室に通う健康な65歳以上の男女（延べ41名）であった。2週間に一度、計4回のラフターヨガを行い、ラフターヨガ実施前後に血圧、脈拍数、呼吸数、SpO₂、感情の変化（フェイススケール）を測定した。最終回のラフターヨガ実施後には、無記名式のアンケート調査も行った。

ラフターヨガの身体的効果については、ラフターヨガ実施後に、脈拍数、呼吸数の平均値が有意に減少し、SpO₂の平均値が有意に上昇した。心理的効果は、フェイススケールの得点が有意に低下した。アンケート調査からも、「体が楽になった」などすべてがポジティブな回答であった。

ラフターヨガ実施後に脈拍数、呼吸数の平均値が減少したこと、SpO₂の平均値が上昇したこと、フェイススケールの平均値が低下したことなどから、ラフターヨガは身体的にも心理的にも効果があると思われる。

キーワード ラフターヨガ、高齢者、身体的効果、心理的効果

I. 緒言

わが国では少子高齢化が進み、2014年の総人口に占める65歳以上の割合は25.9%となっている¹⁾。少子高齢社会が加速し、高齢者の総人口に占める割合が増加することに伴い、医療費増大などの問題が起こっている。今後も社会保障制度を継続していくために、医療費が削減されると予想され²⁾、そのためには高齢者の健康の維持・

増進が必要であるといえる。

近年、健康の維持・増進の視点で、笑うことが身体に効果をもたらすと注目され、笑いの効果について様々な研究がされている。笑いには2種類あると言われており、“楽しい状況から自然に笑いが発生する”という「受身の笑い」と、“楽しいことはないが、自ら笑いを発生させる”という「自発的な笑い」に分類されている³⁾。「受身の笑い」に関する先行研究では、身体的効果として、NK細胞活性ならびにアレルギー反応などの免疫系に対して効果があった⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾という報告のほか、疼痛緩和⁸⁾⁹⁾や血糖上昇を抑制する作用があると¹⁰⁾報告されている。心理的効果では、ストレスコーピング¹¹⁾、不安や緊張の緩和¹²⁾などの効果が報告されている。

「自発的な笑い」に関する先行研究では、ラフターヨガが多く用いられている。ラフターヨガは、1995年にインド人医師Madan KatariaとヨガインストラクターであるMadhuri Katariaによって考案され、笑いのエクササイズとヨガの呼吸法を組み合わせたものである¹³⁾。ラフターヨガは、形から入る笑いの健康法で、作り笑いから始めて徐々におかしさを感じて本物の笑いになると

“Physical and psychological effects of laughter yoga among older adults”

Miduho Yamamura¹⁾, Hiromi Hirata²⁾

¹⁾Shiga University of Medical Science Hospital

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

2014年9月30日受付、2015年1月9日受理

連絡先：平田 弘美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

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

いう方法である。「自発的な笑い」に関する先行研究の結果によると、身体的効果として、NK細胞活性への効果、コルチゾールの低下¹⁴⁾、血圧の低下¹³⁾が報告されている。心理的効果では、日本版POMS（感情プロフィール検査）において“緊張—不安”、“抑うつ”、“疲労”、“敵意—怒り”、“混乱”が有意に減少し、逆に“活力”は増加したと報告がされている¹⁴⁾。以上のことから、「受身的な笑い」だけでなく、「自発的な笑い」も健康の維持・増進に効果があると考えられる。

今までに述べた「笑い」に関する先行研究では、学生から高齢者まで様々な年齢層を対象に研究されており、高齢者のみを対象にした研究は少ない。高齢者は、加齢に伴って脳細胞に退化が起り、ユーモアの理解や事実を認識・解釈して適切に対応することが難しくなることから、「笑い」が少なくなると言われている¹⁵⁾。また、高齢者の加齢による生理的変化は、個人差が大きい。これらのことから、高齢者の「受身の笑い」に関する効果は、個人個人によって差が大きいのではないかと考えられる。したがって、高齢者に対して「笑い」の効果を得るためには、ユーモアを理解する必要がない、自ら積極的に笑う動作を行う「自発的な笑い」を用いた研究方法が適していると考えられる。

「自発的な笑い」を用いるラフターヨガによって、高齢者に身体的効果・心理的効果を得ることが出来れば、将来的に看護や介護の現場で、積極的にラフターヨガを取り入れたアクティビティができるのではないのかと考える。そこで今回、高齢者を対象に、自発的な笑いの方法の一つであるラフターヨガを用い、その効果を検討することを目的に介入研究を行った。

II. 研究方法

1. 対象者

A市主催の体操教室に毎週通い、質問に対して回答が可能な認知機能を有する65歳以上の男女で、本研究の趣旨に賛同・同意した41名（延べ数）を対象とした。

2. 期間

データ収集は、平成25年8月6日、20日、9月3日、24日で行った。

3. 調査方法

本研究への協力を得るため、体操教室の責任者及びラフターヨガ認定ティーチャーに研究者が直接連絡し、研究の趣旨を説明して研究への協力を得た。その後、体操教室に通う65歳以上の男女に本研究の趣旨を説明し、研究参加への同意を得て同意書にサインをしていただいた上で、介入研究を行った。研究当日は、ラフターヨガ実

施前に血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度、フェイススケール⁵⁾（図1）を測定し、ラフターヨガ認定ティーチャーが、45分間のラフターヨガを行った。ラフターヨガ後、ラフターヨガ実施前に測定したものと同一6項目を測定した。血圧・脈拍については、計測者による値の差をなくすため、1人の研究協力者が1台の自動血圧計を用いて測定した。ラフターヨガは8月～9月の期間で2週間に一度、計4回行い、最終回（4回目）のラフターヨガ実施後には、独自で作成したアンケート用紙を用いて、無記名式のアンケート調査を行った。



図1. フェイススケール

4. 調査・測定内容

- ① 基本属性（年齢、性別）
- ② ラフターヨガ実施前後のバイタルサイン値（血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度）
- ③ ラフターヨガ実施前後の気分・感情の変化（フェイススケール、アンケート）

フェイススケールは、現在の気分・感情を「にっこり笑った顔」から「普通の顔」、そして「しかめっ面」までの5段階の顔を表示し、対象者に選択してもらい、気分・感情を主観的に評価するスケールである。1～5段階評価で数値が低い方が気分・感情が良いと感じていることを表している。

5. 分析方法

ラフターヨガ前後で収集したデータ（血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度、フェイススケール）をもとに、IBM SPSS Statistics21を使用して記述統計、およびt検定（有意水準を0.05未満）を行った。

6. 倫理的配慮

滋賀県立大学倫理審査会により承認を得た上で、データ収集を行った。研究対象者に対し、文面を用いて、研究の目的、方法、研究への参加は任意であり、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できることを説明し、同意書へのサインにより、研究参加への同意を得た。フェイススケールの測定用紙やアンケートは無記名とし、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を行っ

た。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暗号化して取り扱い、データは、学内での研究発表終了後に消去または裁断処理により廃棄した。

ラフターヨガにおける身体的・心理的効果を測定するため、血圧（収縮期、拡張期）、脈拍数、呼吸数、酸素飽和度、フェイススケールをラフターヨガ実施前後に測定した。

その結果を表1に示した。

Ⅲ. 研究結果

研究参加に同意し、ラフターヨガに参加した者は延べ41名であった。

1. 対象者基属

対象者の年齢は73歳～82歳であり、平均年齢は77.3歳（SD=2.8）であった。また対象者の性別の内訳は、女性40名（97.6%）、男性1名（2.4%）であった。

2. ラフターヨガ前後の測定値の比較

3. ラフターヨガによる身体的効果

1) 血圧

① 収縮期血圧

ラフターヨガ実施前の収縮期血圧の平均値は、137.2mmHg（最小値99.0mmHg、最大値185.0mmHg、SD=20.5）であり、ラフターヨガ実施後の平均値は、140.5mmHg（最小値111.0mmHg、最大値193.0mmHg、SD=18.8）であった。ラフター

表1. ラフターヨガ前後の血圧・脈拍数・呼吸数・酸素飽和度・フェイススケールの変化

ID	収縮期血圧(mmHg)		拡張期血圧(mmHg)		脈拍数(回/分)		呼吸数(回/分)		酸素飽和度(%)		フェイススケール(点)	
	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後	実施前	実施後
1	177	188	95	93	83	75	24	18	98	99	3	2
2	123	118	67	70	53	49	18	18	98	97	4	3
3	139	140	73	78	74	67	22	18	98	99	3	2
4	133	153	83	88	82	72	19	15	97	99	3	1
5	138	145	76	71	64	59	18	15	98	99	4	3
6	143	134	78	74	74	65	24	22	99	99	3	2
7	135	128	91	81	64	59	18	18	98	99	2	2
8	137	148	103	96	85	70	20	18	98	99	3	1
9	133	111	80	74	78	65	16	14	99	99	4	3
10	122	134	56	71	72	59	23	19	96	99	4	2
11	166	166	80	85	80	76	21	18	98	99	3	2
12	183	150	95	90	61	55	21	20	98	98	3	3
13	146	127	78	72	76	70	16	18	98	98	3	2
14	136	119	76	71	55	53	20	18	98	99	4	3
15	148	147	86	77	74	61	15	15	98	98	3	2
16	147	150	79	82	80	70	22	18	98	99	2	2
17	162	168	71	66	67	60	15	16	98	99	1	2
18	149	146	70	80	63	55	20	18	99	99	3	2
19	119	145	59	77	81	57	17	16	99	99	4	2
20	125	123	65	70	66	61	20	18	99	99	3	2
21	118	124	69	86	61	55	22	20	98	97	3	2
22	142	154	96	92	83	64	18	16	99	99	3	2
23	113	135	53	62	67	55	18	18	97	99	5	3
24	119	140	63	73	67	60	21	18	99	99	3	2
25	129	144	73	79	66	61	19	21	99	99	3	2
26	105	111	66	66	71	57	16	14	98	99	3	2
27	124	147	77	88	53	49	19	18	97	98	3	2
28	126	150	94	99	81	75	16	17	98	99	3	2
29	107	136	52	69	73	69	18	19	96	96	4	3
30	146	157	60	65	60	62	18	19	98	98	3	3
31	144	130	81	82	80	71	18	14	97	97	3	3
32	170	159	84	82	69	68	23	19	99	99	3	2
33	99	124	58	77	69	64	19	16	97	98	5	4
34	185	193	87	97	67	70	20	18	99	99	3	3
35	105	113	52	59	70	61	18	16	94	96	4	3
36	126	117	74	76	61	62	18	19	96	96	2	2
37	157	152	87	85	62	60	18	17	99	99	3	3
38	138	138	82	83	83	75	17	15	97	98	3	2
39	145	139	79	70	70	63	18	16	97	99	3	2
40	137	143	70	69	64	69	20	18	99	99	3	2
41	130	116	87	87	75	74	17	15	98	99	3	2

※血圧・脈拍数・呼吸数・フェイススケールは値の低下、酸素飽和度は値の上昇したものに網掛けをした。

ヨガ実施後の平均値に上昇がみられたが、実施前後の収縮期血圧の平均値をt検定で比較したところ、有意差はみられなかった ($p=0.15$) (表2)。

② 拡張期血圧

ラフターヨガ実施前の拡張期血圧の平均値は、75.7mmHg (最小値52.0mmHg、最大値103.0mmHg、SD=12.9) であり、ラフターヨガ実施後の平均値は、78.3mmHg (最小値59.0mmHg、最大値99.0mmHg、SD=9.9) であった。ラフターヨガ実施後の平均値に上昇がみられた。実施前後の拡張期血圧の平均値をt検定で比較したところ、有意差が認められた ($p=0.04$) (表2)。

2) 脈拍数

ラフターヨガ実施前の脈拍数の平均値は、70.3回/分 (最小値53.0回/分、最大値85.0回/分、SD=7.2) であり、ラフターヨガ実施後の平均値は、63.5回/分 (最小値49.0回/分、最大値76.0回/分、SD=8.7) であった。ラフターヨガ実施後の平均値に低下がみられた。実施前後の脈拍数の平均値をt検定で比較したところ、有意差が認められた ($p<0.001$) (表2)。

3) 呼吸数

ラフターヨガ実施前の呼吸数の平均値は、19.0回/分 (最小値15.0回/分、最大値24.0回/分、SD=1.9) であり、ラフターヨガ実施後の平均値は、17.4回/分 (最小値14.0回/分、最大値22.0回/分、SD=0.6) であった。ラフターヨガ実施後の平均値に低下がみられた。実施前後の呼吸数の平均値をt検定で比較したところ、有意差が認められた ($p<0.001$) (表2)。

4) 酸素飽和度

ラフターヨガ実施前の酸素飽和度の平均値は、97.9% (最小値94.0%、最大値99.0%、SD=1.1) であり、ラフターヨガ実施後の平均値は、98.5% (最小値96.0%、最大値99.0%、SD=2.3) であった。ラフターヨガ実施後の平均値に上昇がみられた。実施前後の酸素飽和度の平均値をt検定で比較したところ、有意差が認められた ($p<0.001$) (表2)。

表2. ラフターヨガ実施前後の血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度、フェイススケールの比較

	ラフターヨガ前	ラフターヨガ後
収縮期血圧	137.2mmHg	140.5mmHg
拡張期血圧	75.7mmHg*	78.3mmHg*
脈拍数	70.3回/分***	63.5回/分***
呼吸数	19.0回/分***	17.4回/分***
酸素飽和度(SpO ₂)	97.9%***	98.5%***
フェイススケール	3.2点***	2.3点***

* $p < 0.05$, *** $p < 0.001$

4. ラフターヨガによる心理的効果

1) フェイススケール

フェイススケールは5段階評価とし、3を基準として、数値が低いほど気分・感情が良いということを示している。ラフターヨガ実施前のフェイススケールの平均値は、3.2点 (最小値1.0点、最大値5.0点、SD=0.7) であり、ラフターヨガ実施後の平均値は、2.3点であった (最小値1.0点、最大値4.0点、SD=0.9)。ラフターヨガ実施後の平均値に低下がみられた。実施前後のフェイススケールの平均値をt検定で比較したところ、有意差が認められた ($p<0.001$) (表2)。

2) アンケート結果

アンケート調査は、①ラフターヨガ実施前後での気分・感情の変化について、②「受け身の笑い」と「自発的な笑い」での笑った後の気分・感情の違いについて、③ラフターヨガを体験した感想の3つの項目で、それぞれ自由記述で回答してもらった。アンケート調査は、介入期間の最終日 (第4回目のラフターヨガ終了後) に行った。最終回の参加者は10名で、全員 (10名) がアンケートに回答した。

① ラフターヨガ実施前後での気分・感情の変化について

対象者に「ラフターヨガを行う前と後で、感情や気分に変化はありましたか?」という質問に対して、「はい」または「いいえ」で回答してもらった。その結果、10名中全員が「はい」と回答し、ラフターヨガの前後で、気分・感情に変化があったと答えた。自由記載には、「楽しい気分になった」(6名)、「体が楽になったり、軽くなったりした」(3名)という意見がみられた。

② 「受け身の笑い」と「自発的な笑い」での笑った後の気分・感情の違いについて

対象者に「日常生活の中で楽しさやおかしさを感じて笑ったときと、ラフターヨガで笑ったときでは、笑った後の感情や気分の違いはありましたか?」という質問に対して、「はい」または「いいえ」で回答してもらった。その結果、10名中全員が「はい」と回答し、「受け身の笑い」と「自発的な笑い」では笑った後の気分・感情の違いがあったと答えた。自由記載には、「普段より大きな声を出して笑うことが出来た」(3名)、「思いっきり笑うことが出来て、体がすっきりしたような気がする」(3名)、「気持ちが良い」(2名)という意見がみられた。

③ ラフターヨガを体験した感想

10名の対象者から得たラフターヨガを体験した感想について、表3に示した。「体が軽くなった気がした」、「毎日楽しく生活することができた」、「楽しかった」など、すべてがポジティブな感想であった。

表3. ラフターヨガを体験した感想

感想
家でもなるべく、思いっきり体を動かしながら大声で笑いたいが、皆の前では恥ずかしい。しかし、せっかく習ったので皆に教えてあげて笑いたい。体が軽くなった気がした。
ラフターヨガを教えてもらって毎日楽しく生活することが出来た。内向的な性格だったが、少しでも明るくなったような気がした。
楽しかった。
日常の中でも取り入れてみたい。
いろいろな悩みがあっても、明るく楽しく頑張っていこうと思えた。
普段から笑顔で接するようになった。
症状、体、心、暮らしはみんなつながっているように思った。100%健康はあり得ないが、そのつながりを意識しつつこれからも体をいたわりたいと思った。
老人2人の生活では笑うこともなかった。これからは、出来るだけ参加していきたいと思う。家でも家族の人に大笑いしてもらおうように心がけたい。
継続すれば、体にもよくなるのではと感じた。
血圧も下がって、ヨガのおかげだと感じた。

IV. 考 察

今回、自発的な笑いをを用いた健康法であるラフターヨガを取り入れて、身体的・心理的効果を検討するために介入研究を行った。身体的効果を測定するため、ラフターヨガ実施前後で血圧（収縮期、拡張期）、脈拍数、呼吸数、酸素飽和度を比較した。また、心理的効果を測定するため、毎回、フェイススケールを用いて実施前後の対象者の主観的な気分・感情の変化を比較した。また、最終回にラフターヨガを体験した感想など自由記載で答えるアンケート調査を行った。

1. ラフターヨガによる身体的効果

脈拍数、呼吸数を測定した結果、ラフターヨガ実施後に脈拍数が減少している人は41名中38名、呼吸数が低下している人は41名中30名であった。どちらの項目も、ラフターヨガ実施前後の平均値の比較では、実施後の値が有意に低下している結果となった。このような結果になった理由として、ラフターヨガの特徴である、笑う動作を含めたエクササイズとリラクゼーションの両方をセッションの中で行うことが関連しているのではないのかと考える。

ラフターヨガでは、セッションの中に、身体を自由に動かしながら笑い、しばらくして、笑いをやめて腹式呼吸をするエクササイズの時間と、楽な姿勢を取って呼吸を意識をおき、気を静めてリラックスするリラクゼーション

の時間がある。一般的に、人が活動するときやストレスを感じたとき、脳が興奮し、酸素を大量消費することで、酸素供給が不足する。そのため、視床下部では、交感神経を優位にするように指示を出し、血圧を上昇させたり、呼吸数を増加させたりして、酸素供給を行うと言われている¹⁰⁾。一方、休息しているときやリラックスしているとき、脳の興奮が抑えられ、酸素供給が十分に行われている状態となる。そのため、交感神経と相反する働きを行う副交感神経が優位に働き、血圧の低下、脈拍数の減少、呼吸数の減少が起こる。つまり、副交感神経が優位になれば、血圧の減圧効果や、脈拍数や呼吸数の安定につながると言える。

笑いをつかさどる中枢には、大脳新皮質、大脳辺縁系、視床下部の三つがあり、特に視床下部は、自律神経である交感神経と副交感神経をコントロールしている。人が笑うとき、呼吸に関連する呼吸筋や腹筋は通常時よりも大きく動いている。それらを大きく動かすことによって、ガス交換の効率が上昇し、酸素が体内へと大量に入る。よって、酸素が十分に供給された状態となり、視床下部では、副交感神経を優位にするように指示を出し、副交感神経が優位な状態になる。したがって、ラフターヨガによる笑いのエクササイズや腹式呼吸、気を静めるリラクゼーションなどにより、副交感神経が優位に働き、有意に脈拍数の減少、呼吸の安定（呼吸数の減少）へとつながり、身体へのリラクゼーション効果が得られたので

はないのかと考える。

さらに、交感神経と副交感神経は、相互に作用し合っており、副交感神経緊張の効果は、交感神経緊張の存在下で増強されると言われている¹⁷⁾。つまり、一度交感神経を優位にする時間を作ることによって、副交感神経の効果は増強されるということを示している。ラフターヨガでは、セッション中に設けられた身体を自由に動かす時間で交感神経を刺激し、一度優位にさせる。そして、笑いやリラクゼーションの時間で身体をリラックスさせ、副交感神経を優位にさせている。このことから、副交感神経を優位にさせるリラクゼーションだけを行うよりも、ラフターヨガを行い、交感神経と副交感神経を交互に優位にさせる方が、脈拍数の減少や呼吸の安定（呼吸数の減少）に効果があるのではないのかと考える。

一般的に高齢者は、呼吸筋、横隔膜などが、加齢により弱くなることから、呼吸効率が低下し、肺気量の減少、ガス交換の効率低下が生じ、成人と比較して、酸素飽和度が低くなると考えられている¹⁸⁾。ラフターヨガ実施前後の酸素飽和度の値をみると、41名中21名が実施後に上昇し、41名中10名は実施前後ともに99%と良好であった。平均値の比較では、実施前は97.9%、実施後は98.5%であり、有意に上昇する結果となった。今回の対象者は、体操教室に通う高齢者であったため、健康に対する意識が高く、運動を日常的に行っていた。したがって、ラフターヨガ実施前から、酸素飽和度の値は良好であったと考えられる。そのうえ、今回はラフターヨガを実施してもらい、笑うことで呼吸に関与している呼吸筋や腹筋が通常時よりも更に大きく動かすことが出来たと思われる。このことから、ガス交換の効率が上昇し、ラフターヨガ実施前よりも更に酸素飽和度が上昇する結果につながったのではないのかと考える。また、ラフターヨガの呼吸法である腹式呼吸を意識的に行うことは、横隔膜を大きく動かし、それに伴い肺全体が大きく動くことで、残気量を減少させることにつながる。このことから、酸素飽和度の有意な上昇につながったのではないのかと考える。

一方、血圧は脈拍数や呼吸数に比べ、ラフターヨガ実施後の収縮期血圧は41名中24名、拡張期血圧は41名中22名が上昇していた。その反面、ラフターヨガ実施後に収縮期血圧が低下している人は、41名中16名、拡張期血圧が17名であった。ラフターヨガ後の血圧の平均値は上昇していたが、約4割の対象者の血圧は、収縮期・拡張期共に低下していた。ラフターヨガの血圧低減効果を調査した福島¹⁹⁾の研究では、ラフターヨガ実施後に、収縮期血圧は15名中13名、拡張期血圧は15名中8名が低下し、実施前後の平均値の比較では、収縮期・拡張期血圧共に実施後に低下していたと報告している（収縮期血圧のみ有意差を認めた）。また、穴井¹⁹⁾の研究では、収縮期血

圧は16名中11名、拡張期血圧は16名中7名が低下し、実施前後の平均値の比較では、収縮期血圧は実施後に上昇していたが、拡張期血圧は低下していたと報告している（収縮期・拡張期血圧共に有意差は認められなかった）。これらの先行研究の結果では、収縮期血圧の低下は半数以上にみられ、拡張期血圧の低下は著明ではないものの、双方ともに実施後の平均値に低下がみられた。

上記に述べた先行研究では、学生から高齢者まで様々な年齢層を対象に研究されていた。本研究では、高齢者のみ（平均年齢77.3歳）を対象にし、ラフターヨガ施行後、半数以上の対象者の血圧（収縮期、拡張期）が上昇していた。高齢者は、加齢に伴い動脈が硬化し、血管の収縮力が低下しているため血圧が変動しやすい。このことから、高齢者は成人と比較して、血圧が変動しやすく、上昇しやすいということが言える。本研究で半数以上の対象者の血圧が上昇した理由として、高齢である対象者の血圧は、脈拍数や呼吸数などの他の測定項目と違い、ちょっとした体動や感情の変化で変動しやすいということが原因ではないのかと考える。血圧は、身体の状態を敏感に反映して細かく変動するため、歩いたり、会話したりすることでも20mmHg程度上昇すると言われていた²⁰⁾。そのために、血圧のみが上昇していたのではないのかと考える。

今回の方法では、計測者による値の差をなくすため、1人の研究協力者が1台の自動血圧計を使用して、順番に1人ずつ血圧を測定しており、ラフターヨガ終了直後に血圧を測定した対象者と、最後に血圧を測定した対象者との間に時間差が生じてしまった。そのため、対象者全員がラフターヨガの効果を受けている状態で血圧を測定することが出来なかった。ラフターヨガに参加していた対象者はほとんどが女性で、ラフターヨガが終了し血圧が測定されるまでの待ち時間、談笑している対象者がほとんどであった。そのため、ラフターヨガ実施後の血圧の平均値が上昇してしまったのではないのかと考える。ラフターヨガ実施後に血圧の低下がみられた穴井¹⁹⁾の研究では、リラクゼーションの時間が終わった後、対象者には、座位で安静状態を10分間保ってもらう時間を設けて測定を行っていた。したがって、ラフターヨガ実施後の正確な血圧の値を測定するためには、ラフターヨガ終了後に、対象者全員が談笑することなく安静を保った状態で血圧を測定する必要があったと考える。

また、血圧は、身体の状態だけでなく、周りの環境や気温でも変動すると言われていた²⁰⁾。今回の研究では、地域住民が自由に使用できる会館の和室を会場として使用していたため、リラクゼーションの時間に外部からの雑音や話し声が聞こえるときがあった。また、研究期間は8月～9月で、真夏に行っていたため冷房を使用していたが、冷房の設定温度を一定にせずに行っていた。こ

のことから、その日の環境や室温の状況で、血圧の変動に違いがあったとも考えられ、血圧が環境や室温に左右されないように、同じ条件の環境の下で研究を行う必要があったと考える。

2. ラフターヨガによる心理的効果

ラフターヨガ実施前後でフェイススケールを測定した結果、ラフターヨガ実施後にフェイススケールの得点が低下している人は、41名中28名であった。また、ラフターヨガ実施前後の平均値の比較では、実施後の値は有意に低下し、気分や感情が良くなったという結果になった。また、アンケート調査において、④ラフターヨガ実施前後で、気分や感情に変化はあったか、という質問に対する自由記載欄には、「楽しい気分になった」や「体が楽になったり、軽くなったりした」というラフターヨガによる効果を示す意見がみられた。

このような結果となった理由の一つとして、笑いによる副交感神経への影響が考えられる。笑いには、前述で述べたとおり、呼吸筋や腹筋を意識的に大きく動かすため、ガス交換の効率が上昇し、酸素が体内へと大量に入る。したがって、酸素が十分に供給された状態となり、視床下部では、副交感神経を優位にするように指示を出し、副交感神経が優位な状態になる。また、高柳¹⁰⁾は、「笑うと、幸せホルモンと呼ばれるセロトニンの値が高まりやすい」と述べている。セロトニンは、人間の精神面に大きな影響を与え、心身の安定や心の安らぎなどに関与する。このことから、ラフターヨガで笑うことによって、副交感神経が優位となり、またセロトニンが脳内に多量に分泌されたことで、心身ともに安定し、フェイススケールの得点が低下したのではないのかと考える。また、心身の安定が図れたことによって、前述のようなラフターヨガの効果を示す意見が得られたと考える。

アンケート調査の②の質問で、日常生活の中で笑うときとラフターヨガで笑うときの違いについては、「普段より大きな声を出して笑うことが出来た」、「思いつき笑うことが出来て、体がすっきりしたような気がする」、「気持ちが良い」という意見があった。ラフターヨガでは、参加者が大きな声を自由に出し、好きなように笑うことができる。今回の対象者は、普段体操教室に通う仲間同士であり、周囲に遠慮や我慢することなく、また緊張感などを感じずに、日常生活での笑い以上に、思いつき笑うことができたと考えられる。仲間同士で笑い合い、自己解放感を共有することによって、ストレスの軽減となり、気持ちが良いと感じることが出来たのではないのかと考える。そして、自由や解放感を感じることで、日常生活での笑いよりも、副交感神経をより優位にしたり、セロトニンを多量に分泌させたりすることにつながり、有意に心理的な効果も現れたのではないのかと考え

る。

アンケート調査の③ラフターヨガに関する感想では、様々な意見がみられたが、「明るい気分になった」、「楽しくなった」というポジティブな感想が多数みられた。一般的に高齢者は、定年退職、配偶者の死、身体面の老化といった、社会的、心理的、身体的な喪失体験を経験し、それらに反応して抑うつ状態になることが多くなる。抑うつ状態になると、心身ともに疲れを感じ、思考が否定的になり、笑うことも少なくなる。また、様々な喪失体験から、日常生活での刺激が少なくなり、笑う機会が失われると考えられる。対象者の中には「老人二人の生活では笑うこともなかった」、「内向的な性格」といった意見もあり、笑う機会が少ないということは、前述で述べたとおり、高齢者の特徴であると言える。しかし、ラフターヨガを体験して、上記のように肯定的でポジティブな意見が多数みられたことから、笑うことは、気分や感情が前向きなものへと変化することにつながっていると考えられる。特に、笑う機会が少なくなる高齢者にとって、ラフターヨガを通して意識的に笑うことは、気分や感情を良いものへと変えるために有効的な方法であると考えられる。

この研究の限界として、毎週開催される体操教室に通う高齢者を対象に行ったため、4回のラフターヨガに初めて参加された高齢者もいれば、複数回参加した高齢者もあり、参加回数にばらつきがみられた。各ラフターヨガの開催には2週間の間隔があったが、対象者の参加回数により、初めてラフターヨガに参加した人と複数回参加した人のラフターヨガから受ける影響（心理的影響など）が変わってくるのではないかと考えられる。この研究の今後の課題として、一定の高齢者を対象にラフターヨガを施行し、その効果を測定する必要があると思われる。

V. 結 語

今回、高齢者におけるラフターヨガによる笑いの効果を検討するため、介入研究を行ったところ、以下についての知見を得た。

1. 身体的効果として、ラフターヨガ前後における血圧（収縮期、拡張期）の平均値は実施後に上昇していたが、約4割の対象者の血圧に低下がみられた。また、脈拍数、呼吸数の実施後の平均値は有意に減少し、酸素飽和度の実施後の平均値は有意に上昇していた。このことから、ラフターヨガは身体的効果があると示唆された。
2. 心理的効果として、ラフターヨガ実施前後におけるフェイススケールの得点の平均値は、実施後に有意に低下していた。またアンケート調査では「楽しい気分になった」、「明るい気分になった」、「体が楽になった

り、軽くなったりした」などのポジティブな意見がみられた。このことから、ラフターヨガは気分や感情をより良いものへと変化させ、心の安定につながることが示唆された。

謝 辞

今回の研究にあたり、研究に快くご協力いただきましたA市主催の体操教室の皆様、またラフターヨガ認定ティーチャーの原さん、ならびにご指導いただきました諸先生方に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 総務省統計局人口推計：<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi840.htm>
- 2) 伊藤雅治：国民衛生の動向・厚生指標，第57巻第9号，217-234，2010.
- 3) 林啓子，山内恵子，岡村聖子：“笑みからチカラ”，メディカルレビュー社，2005.
- 4) 伊丹仁朗：笑いと免疫能，心身医学，34，566-571，1994.
- 5) 西田元彦，大西憲和：笑いとNK細胞活性の変化について，笑い学研究，8，27-32，2001.
- 6) Takahashi, K., Iwase, M., Yamashita K., et al. : The elevation of natural killer cell activity induced by laughter in a crossover designed study, *Int. J. Mol. Med.*, 8, 645-650, 2001.
- 7) 田中愛子，市村孝雄，岩本テルヨ：笑いが免疫機能等に与える影響，山口県立大学看護学部紀要，7，121-125，2003.
- 8) 吉野禎一，中村洋，判治直人，他1名：関節リウマチ患者に対する楽しい笑いの影響，心身医学，36，559-564，1996.
- 9) Matsuzaki, T., Nakajima, A., Ishigami, S., et al. : Mirthful laughter differentially affects serum pro-and anti-inflammatory cytokine levels depending on the level of disease activity in patients with rheumatoid arthritis, *Rheumatology*, 45, 182-186, 2006.
- 10) Hayashi, K., Hayashi, T., Iwanaga, S., et al. : Laughter lowered the increase in postprandial blood glucose, *Diabetes Care*, 26, 1651-1652, 2003.
- 11) 大平哲也，今野弘規，佐藤眞一，他1名：笑いの頻度と心理的健康との関連についての疫学研究—森田療法予防医学への応用に関する検討—，メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集，17，25-30，2005.
- 12) 加古佳織：線条体黒質変性症患者にユーモアを取り入れた看護，患者満足，3，150-157，1999.
- 13) 福島裕人：ラフター（笑い）ヨガの血圧低減効果について，笑い学研究，16，109-113，2009.
- 14) 西田元彦，福島裕人：作り笑い（整膚と笑いヨガ）による健康効果—心理学的，免疫学的，内分泌学的指標から—，笑い学研究，19，67-74，2012.
- 15) 橋元慶男：笑いと脳活性化—高齢者のための笑いと健康—，睡眠と科学，26，7-10，2011.
- 16) 高柳和江：笑いの医力，64-67，73，西村書店，2009.
- 17) 井上博：循環器疾患と自律神経機能，59-60，医学書院，2006.
- 18) 奥野茂代，大西和子：老年看護学 I 老年看護学概論，38-39，ヌヴェールヒロカワ，2002.
- 19) 穴井めぐみ：笑いヨガの効果に関する研究，福岡女学院看護大学紀要，2，33-39，2012.
- 20) 大日本住友製薬：<http://www.ds-pharma.co.jp/>

人間看護学研究投稿規定

(平成18年5月17日改正)

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、必要に応じて倫理審査委員会等の承認を得ていること。また、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3部（うち2部は表紙・抄録から著者名・所属名を削除する）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（CD、USB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

(平成24年1月25日改正)

1. 原稿構成

- (1) 原稿は、表題頁、要旨、本文、文献、英文抄録、図・表の順とする。和文要旨、英文抄録の各末尾に6個以内のキーワード Key wordsをつける。
- (2) 表題頁には、表題、著者名、所属機関名を記し、その下に間隔をあけて連絡先（氏名、所属、住所、電話、Fax、E-mailアドレス）、原稿の枚数および図・表の数、希望する原稿の種類を明記する。和文の原稿にあっては、表題、著者名、所属名の英文訳を付すこと。
- (3) 原著論文の要旨は、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）。その他の原稿の要旨には見出しをつけない（500字以内）。
- (4) 本文は、I. 緒言、II. 研究方法、III. 研究結果、IV. 考察、V. 結語、の順に記載する。「総説」「活動と資料」の場合はこれに準じなくても良い。
- (5) 文献の記載は、2.(9)に従う。
- (6) 原著論文には英文抄録（500語以内）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。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) 原稿はパソコンで作成する。
- (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・表は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめ、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。
- (8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1) 2) 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記載する。雑誌略名は医学中央雑誌、Index Medicus, International Nursing Index に従う。
- (9) 文献の記載方法

著者名は3名までを表記し、それ以上は、“他”または“et al.”を用いる。
記述の順序は以下のとおり。

- ・雑誌の場合：著者名：論文題名、雑誌名、巻（号）：最初頁～最終頁、発行年
- ・単行書の場合：著者名、書名（版）、引用頁、発行年、発行所、発行地名
- ・分担執筆の場合：著者名、章の標題（編者名）、書名（版）、引用頁、発行所、発行地名
- ・訳書の場合：原著者名、訳者名、書名、引用頁、発行年、発行所、発行地名

(例)

- 滋賀一郎, 琵琶花子, 八坂太郎, 他：看護の方法. 看護雑誌30, 311-315, 2011.
- 滋賀一郎：看護の源流, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.
- 滋賀一郎, 琵琶花子：看護研究の方法. (明智太郎 他, 編) 人間看護研究, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.
- Biwa AB, Johnson P (著), 滋賀一郎 (訳)：看護研究, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.

目次

巻頭言

森 敏

原著

看護学生の志望動機と実習達成感、看護職の職業的アイデンティとの関係
清水美恵、古株ひろみ、本田可奈子、川端智子、玉川あゆみ … 1

脳卒中患者のセルフマネジメントの困難
—脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の語りからの検討—
片山将宏、横井和美、奥津文子 … 9

研究ノート

長期療養高齢者への看護診断適用と診断支援コンピュータシステムの開発：タブレットPCを用いて
森 敏、上野悟、畑中裕司、奥津文子 … 21

看護学生の共同作業認識と大学生生活の経験との関連性
米田照美、川端愛野、伊丹君和、清水房江 … 29

医療機関における発達障害児への看護の課題に関する文献検討
玉川あゆみ、古株ひろみ、川端智子、渡邊香織 … 35

看護専門学校生の学業継続に影響する要因
住谷圭子、甘佐京子、松本行弘、山下真裕子 … 43

子宮頸がん検診の受診行動への影響因子と受診率向上に向けた取り組みに関する文献検討
中村和代、渡邊香織 … 51

地区診断に関する学習効果の検討
—実習前後の比較から—
馬場 文、飯降聖子、小林孝子、小島亜未、川口恭子 … 59

看護における「巻き込まれ」の概念分析
—Rodgersの革新的概念分析法を用いて—
牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、山下真裕子、松本行弘 … 71

高齢者の慢性心不全患者の自己管理に関連した文献検討
光岡明子、平田弘美 … 81

Translation and Validation of the Japanese Version of the Exposure to Disruptive Behavior Scale
平田弘美 … 93

新人看護師の自殺のハイリスク者との関わりの現状
藤野裕子、甘佐京子、松本行弘 … 103

活動と資料

高齢者におけるラフターヨガによる笑いの身体的・心理的効果に関する研究
山村みづほ、平田弘美 … 111

Contents

Foreword

Satoru Mori

Original Articles

The Relationship between Motivation for Applying, Feeling of Achievement after Nursing Practice and Vocational Identity among Student Nurses
Yoshie Shimizu, Hiromi Kokabu, Kanako Honda, Tomoko Kawabata, Ayumi Tamagawa … 1

Difficulty of a Stroke Patient's Self - Management - Examination of Word Rika and Others, Stroke Rehabilitation Nursing Certified Nurse -
Masahiro Katayama, Kazumi Yokoi, Ayako Okutsu … 9

Notes

Application of the Nursing Diagnoses and Development of the Supporting Computer System for the Elderly in Long-term Care Facilities: By Means of Tablet Computers.
Satoru Mori, Satoru Ueno, Yuji Hatanaka, Ayako Okutu … 21

Relativity with Experience of Joint Work Recognition and University Life of Student Nurse
Terumi Yoneda, Yoshino Kawabata, Kimiwa Itami, Fusae Shimizu … 29

An Literature of Nursing Program Research on Children with Developmental Disease in Medical Institutions
Ayumi Tamagawa, Hiromi Kokabu, Tomoko Kawabata, Kaori Watanabe … 35

The Factors of Program Completion among Nursing Students in Nursing Training Schools
Keiko Sumitani, Kyoko Amasa, Yukihiro Matsumoto, Mayuko Yamashita … 43

The Factors Associated with Cervical Cancer Screening Behavior and an Approach to Improve Screening Rate: A Literature Review
Kazuyo Nakamura, Kaori Watanabe … 51

The Analysis of Comprehension about Community Diagnosis : Comparative Study of Practice
Aya Baba, Seiko Iburi, Takako Kobayashi, Ami Kojima, Kyoko Kawaguchi … 59

Conceptual Analysis of Makikomare in Nursing Using Beth L. Roger's Analytical Method
Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa, Yukihiro Matsumoto, Mayuko Yamashita … 71

Literature Review of Self-Care in Elderly Patients with Chronic Heart Failure
Akiko Mitsuoka, Hiromi Hirata … 81

Translation and Validation of the Japanese Version of the Exposure to Disruptive Behavior Scale
Hiromi Hirata … 93

Current State of the Novice Nurses about Intervention in Suicide Highrisk Individual
Hiroyuki Fujino, Kyoko Amasa, Yukihiro Matsumoto … 103

Reports and Materials

Physical and Psychological Effects of Laughter Yoga among Older Adults
Miduho Yamamura, Hiromi Hirata … 111