

ISSN 1349-2721

# 人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

4

2006

June



滋賀県立大学人間看護学部

## 人間看護学研究

編集委員長 石田 英實  
編集委員 松本 行弘  
藤井真理子  
西田 厚子  
伊丹 君和  
滝澤 寛子  
牧野 耕次  
鬼頭 泰子

## Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Hidemi Ishida  
Editors Yukihiro Matsumoto  
Mariko Fujii  
Atsuko Nishida  
Kimiwa Itami  
Hiroko Takizawa  
Koji Makino  
Yasuko Kito

人間看護学研究 第4号

発行日 2006年6月30日

発行 公立学校法人 滋賀県立大学人間看護学部  
〒522-8533 滋賀県彦根市八坂町2500

電話 0749-28-8631

ファックス 0749-28-9501

印刷所 (有) ひがし印刷

ISSN 1349-2721

School of Human Nursing

The University of Shiga Prefecture

2500 Hassaka, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan

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

Printed by HIGASHI PRINT

## 総説

# 看護におけるアドボカシー —文献レビュー—



竹村 節子  
滋賀県立大学 人間看護学部

**背景** 日本において看護領域でアドボカシーの言葉が紹介されたのはおよそ10年前である。

看護教育や臨床現場で比較的使われるようになったのは近年である。もともと法律用語である言葉を看護で用いることにはまだ問題がある。その理由は、アドボカシーの意味することや構成要素について不明確で混乱が生じているからである。従って、当然患者アドボケイトとしての役割について、どのような行動をすることなのかの明確な指針がない。アドボカシーの意味やアドボケイト役割について、看護基礎教育でどのように教授していくかが重要である。

**目的** 看護が行うアドボカシー (nursing advocacy) や患者アドボカシー (patient advocacy) の概念・モデルについて欧米の文献から探索し理解を深め、それについて看護基礎教育のなかでどのように教授するかを資料とする。

**方法** 看護におけるアドボカシーや患者アドボケイトに関する文献は日本では非常に少ない。そこで、頻りに引用されている看護アドボカシーの基礎理論といわれている文献や実証的研究について記述している文献を中心にレビューした。

**結果・考察** アドボカシーの意味は「～のために弁護する」「～のために声をあげる (代弁する)」「～のために支える」「～に力を与える」「～と協調して取り組む」「～から保護する」などに解されている。法的システムでは「法廷の裁判で任意の者の訴訟を弁護する」と明確に定義されている。看護文献では専門家による援助の「giving of: 惜しみない献身」として反映されがちである。文献の多くは、アドボカシー役割を誰が行うのが適任かという正当化論の内容が多い。また、実証的研究の殆どはインタビューによる質的記述式研究であり、患者、看護師、医師・環境の相互関係について提示している。

階層性のある医療体制の中では、看護師が患者のアドボケイトになることやアドボカシーを行うことは大きなリスクが伴うこと、アドボカシーを行うためには看護師個々の道徳的・義務的な考えや特性だけでは限界があることなどを明示している。これらのことを踏まえながら看護基礎教育でアドボカシー概念を理解させ、将来の看護の役割について探求していくよう動機づけることが大切である。さらに現場で派生する現象を検証しながら実践能力を向上させていくための継続教育が必要である。一方において、看護師がアドボカシー行動をしやすい職場環境を他職種と協働して構築していくことや将来的には看護職の身分を保障する法的な整備に向けての活動が重要である。

**キーワード** 文献、アドボカシーおよびアドボケイト、3者関係、概念・モデル、看護師の役割

## I. はじめに

わが国の看護領域でAdvocacyの言葉が紹介されたのは、1995年小玉氏による文献レビュー(小玉 1995)<sup>1)</sup>が最初であろう。その後アドボカシーに関する文献には、文献レビュー(鈴木 1997)<sup>2)</sup>、研究ノート(石本 2000)<sup>3)</sup>、

倫理的な文脈からの記述(石本 2000)<sup>4)</sup>、パイロットスタディ(Davis他 2002<sup>5)</sup>・2003<sup>6)</sup>)、海外研究の動向(石本 2003)<sup>7)</sup>、事例による提示(高田 2003)<sup>8)</sup>、文献レビュー(渡辺訳 2003<sup>9)</sup>、早野訳 2003<sup>10)</sup>)、コーディネーターナースのアボケイトとしての役割(渡辺・伊藤他 2003)<sup>11)</sup> などがある。看護系学会では、1997年に開催された「第16回日本看護科学学会」のシンポジウムで取り上げられ、さらに2004年の同学会第24回大会でも会長公演で示された。前者において武井(1997)<sup>12)</sup> は、「アドボカシーは疾患や障害をもつ当事者が自らの権利を主張できない場合、当事者に代わって第三者が権利を主張す

2006年3月10日受付、2006年5月17日受理

連絡先: 竹村 節子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

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

るシステムを指す」と述べている。さらに、看護師が患者のアドボカイトになり得るかについて、看護師の職業上の立場から考えなければならないことを示唆している。小林(1997)<sup>14)</sup>もケアに直接係わる看護師はアドボカイトにはなりにくく第三者的立場にあるもの(個人や機関)が行うのがよいとしている。後者において高崎(2005)<sup>15)</sup>は、高齢者虐待は高齢者への人権侵害であり、病弱な高齢者の人権を守るために支援するネットワークづくりの重要性を述べている。さらに、「看護職が保健医療福祉のサービスを必要とする高齢者やその家族と比較的初期の段階で接する機会が多いことや、対象者の医療的な側面と生活の側面を統合的にみることができるとしている」から、アドボカシーを確立するのが看護職の責務であるとしている。倫理問題に係わる専門家は「①専門領域における最高の能力、②有意義で社会的な価値をもつサービスへの貢献、③高度な自律性をもって実践する能力、④専門領域とその業務の場での確かな意思決定を下す能力という資質をもっていなければならない」とされていることを示し、アドボカイトとしての役割を担うための看護師の資質について示唆している。両学会においては、アドボカシーを行う対象者として、精神障害者や高齢者などに限定されている。

アドボカシーの概念・モデルや看護師のアドボカイトとしての役割についての記述に関する文献は、外国には多くあるもののわが国では少い。特に看護師がアドボカシーをどう理解し、どのような経験や教育を受けてきたかについての実証的研究の報告は欧米においても少ない状況で、わが国ではほとんどない。

アドボカシーの用語はもともと法律用語であり、それを臨床の場で用いることによる混乱がある上、学際的に関連があるため、アドボカシーの概念は複雑で曖昧である。欧米におけるアドボカシーに関する記述は、看護実践の、例えば意思決定の過程においてはなくてはならないもの、道徳的倫理的意味づけにおける実践的側面として自律性などといった看護概念に組み込まれたものとして、あるいは患者のエンパワーメントとして取り扱われている。

以上のことから、看護師のアドボカシー役割を考えていく上で、看護師がアドボカシーを行う整合性はあるのか、患者の看護をする看護師(当事者)がアドボカシー役割をすることができるのか、アドボカシーの機能は看護師にとってどんな位置づけなのか(役割拡大か新たな役割なのか)を明らかにしていく必要がある。また、近年において、看護基礎教育の教本の中にアドボカシーに関する記述が見受けられるようになってきている(坪井他1997<sup>15)</sup>、氏家他2001<sup>16)</sup>・2003<sup>17)</sup>、大西他2005<sup>18)</sup>、鈴木他2005<sup>19)</sup>、池松他2005<sup>20)</sup>)。殆どはアドボカシーを人権擁護と提示し、ごくわずかな紙面で述べているだけである。

看護師のアドボカシー役割を考える最初の場面は看護教育の場であるから、アドボカシー概念をどのように教えていくかが重要である。そのためにも外国の文献を紐解いていきながらアドボカシー概念を理解していくことが必要である。

## II. 欧米の文献によるアドボカシー概念・モデル

アドボカシーの概念はヘルスケアの場で、様々な職種の特任職行動を述べるために使われているが、アドボカシーの意味・概念について、根底にある前提を分析することの必要性が十分認識されていないかもしれない。しかし、アドボカシーの概念・モデルを探求するには日本の文献がないため、欧米の文献からレビューしていく必要がある。アドボカシー概念・モデルに関する欧米の文献の大半は、様々なヘルスケア従事者とそれに関連する専門家たちの誰がアドボカシー役割を行うのが適任かという、アドボカシー役割を主張する正当化論争に焦点を当てたものが多い。その中に患者/クライアントアドボカシーが専門看護師の新たな役割と主張しているものがあるが、アドボカイトとしての看護師に提案されたモデルは数が少ない上さまざまに解釈され曖昧であるために、実際にアドボカシーを行うにあたり明確な指針となり得ないのが現状である。しかし、それを認識した上で欧米の先人達がアドボカシーをどのように考えてきたかを探っていく。

### 1. アドボカシーの意味と背景

著者の多くは患者アドボカシーの議論を始めるときに、オックスフォード英語辞典(OED;1989)<sup>21)</sup>によるその言葉の意味を参照している。すなわち、「advocacy」という語の語源は15世紀にさかのぼることができ、「～のために弁護する、もしくは支える」という意味である。ラテン語の語源では「Ad」は「to」であり、「Vocare」は「to call」を意味する。法システムでは、役割は明瞭に定義されており、「advocate」は「determined with the 'advocate' as 'one whose profession is to plead the cause of any one in a court of justice; a counselor or counsel' — 「その(専門の)職業は法廷の裁判で任意の者の訴訟を弁護する者である; カウンセラーもしくは助言」とはっきり決められている。また「One who pleads, interceded, or speaks for, or in behalf of, another; a pleader, intercessor, defender」— 他人を弁護する人、仲裁する人、～の味方になり話をする人、弁護士、仲裁者(調停者)、擁護者—と明示している。これらの辞書の「語源」は看護のアドボカシーについて議論の根拠を提供するものの、看護へのアドボカシーの適用にあたっては無視される傾向にあると

Napley (1991)<sup>20</sup>は述べている。つまり、「calling to」は法システムでは「agency；代理行為・代理権」という概念に訳され、契約がクライアントとアドボケイトの間でまとめられるが、看護文献では、この役割の首唱者は患者/クライアントとは見なさず、むしろそれを主張する専門職と見なされ、クライアントによる「calling to」を直接表さずに、専門家による援助の「giving of；惜しみない献身」と反映しがちであるというのである (Mallik 1997)<sup>21</sup>。

医療におけるadvocacy modelsは看護の外部で開発されてきた。それは「the volunteer advocate；自発的アドボケイト」と「the professional advocate；専門的アドボケイト」である。患者アドボカシーにおけるvoluntary careersは、精神および身体障害者などの社会的弱者を支えるために開発されたもので、特定の医療ニーズに対する不十分なサービス供給への反応だった (Sang & O'Brien 1982<sup>22</sup>, Butler et al. 1988<sup>23</sup>)。現在では高齢者や民族的マイノリティなど市民権を奪われた他集団も包含している。

自発的枠組みの範囲内では、契約モデル (市民アドボカシー)、自己アドボケイトモデル (自己アドボカシー集団)、共同/団体モデル (政治的アドボカシー)、助言的ケースワークモデル (消費者自助グループ) のようなモデルがある。これらの思想は今日では社会的に無視された個人や集団へのエンパワーメントに転換されてきており、自己決定という概念を生み出している (Bernard & Glendenning 1990<sup>24</sup>, Wertheimer 1993<sup>25</sup>)。

これはサービス供給者から発生してきたので、医療専門職は自分をクライアントのために行動する最善のもの (地位や資格など) とは考えていないので、アドボケイトのニーズを考えることを拒否 (Butler et al. 1988) あるいは認識していなかった。

1970年代初頭、患者/クライアントアドボカシーにおける専門的役割すなわち「患者の代理」役割が病院内で普及した (Mallik 1984)<sup>26</sup>。この流れの源流は1960年代の公民権運動や消費者運動に辿る。公民権運動は有色人種とりわけ黒人の政治的権利を回復する自由闘争—米国所得制度における人種差別に対して法的な挑戦—として発生し、発展してきた。このとき急進的な弁護士とアドバイザーを引き入れたのである。対象者の自律を尊重し、「人たるに値する」生活、「人間の尊厳」を失わない生活の保障に向けた活動であった。そして、対象を「people in need (困難に陥っている人)」から「people with rights (権利の主体者)」として捉えられるようになった。自律の概念は自分の生き方を自分で決めることであり、自分の主体的な生き方を規制するより大きな概念である。これが20世紀にはいって生存権を中心とする「社会権」、つまり生存を可能に「してもらおう」権利につな

がった。社会権の実現には自らの権利を主張し、要求する自由権が認められていることが前提である。この基盤には1948年の世界人権宣言をはじめとして、多くの人権宣言・条約が制定され、人々の人権意識を向上させてきた背景があった。従って、クライアントが最善の自己決定ができるようにクライアントを助けることを通じて自律に向けて援助することをアドボケイトと解釈されている。この役割を誰が行うかの縄張り主張についての論争の記述が前述したように文献に多く見られる。

## 2. 看護におけるアドボカシーの発生とその背景

1964年の世界医師会「ヘルシンキ宣言」、1973年アメリカ病院協会「患者の権利章典に関する宣言」、1975年インフォームド・コンセントの指針が追加された「東京ヘルシンキ宣言」、1981年同意を欠く治療を不正行為とする判例を提示した「リスボン宣言」、1983年世界医師会の「医の倫理の国際要領修正」など、1970から80年代にかけて患者権利に関連したステートメントが明示された。その流れから1970年代初頭からアメリカの医療・看護の論文にアドボカシーの用語が登場しはじめた。

1975年アメリカの法学・生命倫理の第一人者であるAnnasが『患者の権利』<sup>27</sup>を著し、医療を受ける立場での権利と擁護の必要性をまとめた。その一年前の1974年に「The Patient right's advocate—can nurse effectively fill the role?—」<sup>28</sup>を掲載し、アドボケイトとして看護師を新しい専門職とする見方に疑問を呈している。その理由は「看護師は従来から医師の助手としてのイメージがあり、患者は安心して任せることができず、効果的に役割が取れないのではないか」という。しかし、彼はアドボケイトとしての看護師を否定しているのではなく、「医師から自律を果たし、患者の病院での立場を改善できるならば、看護師の社会的イメージは強化されるであろう」とも述べ、「ナイチンゲールが“害あるものを避ける”と書いているのは、身体的害のみでなく、患者の権利を含むものであり、看護師が権利の問題を促進することは重要な役割であろう」と締めくくっている。Annasが指摘するように、看護師には伝統的に医師の従属者としてのイメージが付きまとい、大学教育を受けた看護師が増加したアメリカでも、職業的自律が妨げられている現実があった。フェミニズムの広がりも手伝って、看護師は独立した専門職としての意識を高め、患者の権利擁護の役割を担うことを専門職倫理と位置づけようとした (Jenny 1979)<sup>11</sup>。

国際看護師協会 (ICN) も従来の看護のmetaphorを転換すべく、「看護師の第一の責任は看護ケアを要求する人々に対してある」とし、医師への従属を社会的にも払拭しようとした。Kosik (1972)<sup>29</sup>は「看護師はアドボケイトとしての最高の位置にいる」、「アドボカシーを

通して我々は真の問題に発言できる」、「患者アドボカシーは看護師の未来の希望」と位置づけ、「画一的で政治的な実践主義に重きが置かれている風潮にあっては、代弁者は率先してまた勇気を持って患者が制度上の障害を克服するようにしむける手腕を発揮すべきである」と述べている。

時代の背景には1960年代の消費者運動の一環として、ヘルスケアサービスへの不満が高まり、患者の権利を主張する風潮が生まれたこと、フェミニズムの広がりに伴う看護師の専門職としてのメタファーの転換が求められたことで看護におけるアドボカシーについて衆目を集めたのである。

### 3. 患者アドボカシーにおけるnursing careersモデル

#### 1) アドボカシーの哲学的モデル

看護は社会におけるその役割や機能によって定義されるべきではなく、医療へのその哲学的アプローチによって定義されるべきだとCurtin(1979)<sup>30)</sup>とGadow(1980)<sup>31)</sup>は述べている。Curtinによれば、看護の最終目的とは、他の人間の幸福である。看護師—患者関係の土台を形成するものへと至ることが「人間的アドボカシー」であるとしている。つまり、個々の患者の意思決定を受け入れ、またそれを支える雰囲気をつくることによって、看護師はアドボカシー役割を表現するのである。「人間的アドボカシー」として、看護師は患者の生あるいは死のうちに意味なり目的なりを見つかるのを援助すべきであり、そのような行為は看護を道徳的技術と定義するものであるし、また、看護師—患者関係を他のあらゆる行為が周りをぐるぐる回る軸として提示している。

Gadowは「実存的アドボカシー；existential advocacy」の中で哲学的アプローチをしている。しかし、看護師—患者関係における特徴のいくつかは、アドボカシーに対して同程度家父長主義（paternalism）の可能性も生み出すことを認めている。

要約すれば、CurtinとGadowの概念が集中しているのは、患者の自律性や看護師—患者関係は独自のものであるという二人の信念であり、また、なぜ看護師はアドボカシー役割が理想なのかという分析なのである。CurtinとGadowの定義には、看護師は単に患者の状況判断を助けるだけであり、それから患者がどんな行動を取るか自分で選択するので、看護師にとっては最小のリスクしか含まれない助言/カウンセリングの枠組みに適合するものである。この件に関してGadow(1989)<sup>32)</sup>は、初期に主張したモデルは自分の考えをはっきり述べられる患者には適合するが、自分自身の自律性を行使できない患者・自分の願望を他者に伝えられない患者（彼女はこの集団を「無言；silent」と分類している）には意味がないことを認めている。つまり、パターンリズム

につながる功利主義や慈善などの二者択一的な道徳的アプローチに戻ってしまうことがある。

#### 2) アドボカシーの機能的モデル

患者アドボカシーのKohnke(1982)<sup>33)</sup>のモデルは、個人に自己決定権があるというものであり、患者に知らせること、それから決定を行う患者の権利に加え、その者が行う決定を支えることを包含することをアドボカシーと定義している。知らせることは、情報を与えられた上での選択を行うために患者が必要とする情報を与えることである。そして、そのことに対して看護師は自分で行う選択があるという。言い換えれば、自分はアドボケイトしたいのかどうか、クライアントにこれまで非公開だった情報を伝えたいのかどうか、開示に係わるリスクを理解しているのかどうか、最終的には、最も適切な情報を持っているかどうかなど自分で決定しなくてはならないことを暗示している。すなわち、アドボカシー役割に対処する必要な知識やスキルを獲得する必要性と同時に、アドボカシーはリスクを伴うためこのキャリアを引き受ける危険を認めている。実質的にはインフォームド・コンセント論と有意な差はないことも明言している。Johnstone(1989)<sup>34)</sup>はKohnkeの「患者の自律性」や看護師が患者の決定に賛成でなければ、強制的と思われるようないかなる行為もやめなくてはならないとする「救出役割」は避けるという考えについて、肯定的に解釈すれば、それはエンパワーメントや「自己アドボカシー」を促進することである。しかし、否定的に見れば、それは患者を自分の運命に任せてしまうことを意味し、アドボカシー役割の「弁護する；pleading」また「守る；defending」部分を排除しているように見え、看護師の患者に対する行為の責任転換であると述べている。

#### 3) 「文化間の仲立ち役；cultural broker」モデル

先述の2つのモデルは個人の自律性の信奉が基盤にある考え方であるが、Jezewski(1993)<sup>35)</sup>の「文化間の仲立ち役（仲介役）；cultural broker」モデルは、患者アドボカシーにおけるキャリアの根拠のひとつとして挙げられる、「看護師はアドボケイトする最も有利な位置にいる」という機能的および量・質の時間的立場での「調停役」という考えを、アドボカシーに結びつけて提示したものである。人類学を学んだ経験から、「文化的仲介を行うこと」を集団間の橋渡し、結合、調停と描いている。患者の日常の生活における文化的システムと文化的システムとしての医療供給システム間の差異は、調停者としての看護師による説明なり決断を必要とする。この立場は看護師と患者との独自の関係を発展させ、看護師が患者アドボケイト役を引き受けることを促進させると述べている。

Jezewskiは「文化」という用語を最も広い定義において、身につけられたあるいは共有された、他者や外部

環境との相互関係における認識、解釈、行動の基準のシステムであるとしている。そして、ヘルスケア・システムは独自の価値、信念、習慣、行動、言語を持つ文化システムと見るならば、日常生活（普段の生活）をしている一般的な文化とは大きく異なるので、ヘルスケア・システムに入る患者はあたかも外国に入国する移民のような立場で、自分のものとは違う価値、信念、習慣、行動、言語を持つ文化に入ることになり、カルチャショックを受けるのだと述べている。この二つのシステム間の橋渡し、交渉、仲介によって擁護することができる仲介役を看護師としたのである。

Kosik (1972)<sup>40)</sup>は看護師の文化の仲立ち役について、「患者が持っているべき権利について知ることができるようにし、ヘルスケア・システムがそれを妨げることが決していないようにする心構えと勇気を持つこと」であると述べている。これは患者をエンパワーすることを意味すると同時に、必要な治療を得ることを妨げている領域において仲介することを意味している。アドボカシーを行う者は、ヘルスケア・システムを変えるものとして行動すること、つまり、ヘルスケアの獲得を妨げる政治的・経済的・文化的そして社会的障害を最小限化したり、取り除いたりするのである。このようにして、文化の仲立

ち役としてのアドボカシー役は全ての人間に平等・尊厳と尊重を持って奉仕するヘルスケア・システムを創造しようと試みることでであると述べている。

Brower (1982)<sup>41)</sup>は、システムを変えていくためにはシステムに関する知識を持ち、幅広い洞察力を有し、曖昧さや障害に耐えるだけの能力、そして少しの運が必要であると述べている。そして、文化間の仲立ちモデルを示している（図1）。文化間の仲立ちプロセスは三つのステージによって構成されている。第一段階は仲立ちの必要性を認識すること、第二段階はヘルスケアを促す仲立ち方略を実践する（アドボカシー役割を必要とするような問題を解決する）、第三段階はアドボカシー役割を必要とする問題が解決されたか評価することである。もし解決されていない場合は仲立ちのプロセスにおける介入条件の影響を再評価し、別の試み（代替方略）がなされる。介入条件とは患者やサービス提供者の年齢、文化に対する繊細さ、職業的地位、文化的背景、教育などや、経済力、政治力、ネットワークなどの権力（power）をもっているか持っていない（powerlessness）かである。権力を持っているかいないかは文化間の仲立ちに強い影響力をもたらす。医師によって支配される医療システムにおける看護師の相対的無力さと周辺性（marginality）が、患者と看護師自身を同一化すること—自分の立場を患者の立場に意識的に置く—を可能とするのである。つまり、看護師は無力ゆえ直面する障害を回避する方法を「学ぶ」ことができ、このヘルスケア・システムでうまくことを進めていくノウハウを習得するのである。このノウハウを持たない無力の患者—自己負担でヘルスケアを受けるだけの経済力や政治力あるいは精神物理的スタミナを有していない人達—を支援することで文化的仲立ちを有効に行うことができる。歴史的にも看護師は無力さと周辺性という逆境の中で強さと技術を身につけ、自分の影響力を強化する戦略を展開する能力を持っている。このような状況が看護師を患者の力強い擁護者としたという看護師の力の逆説（paradox）がここにある。

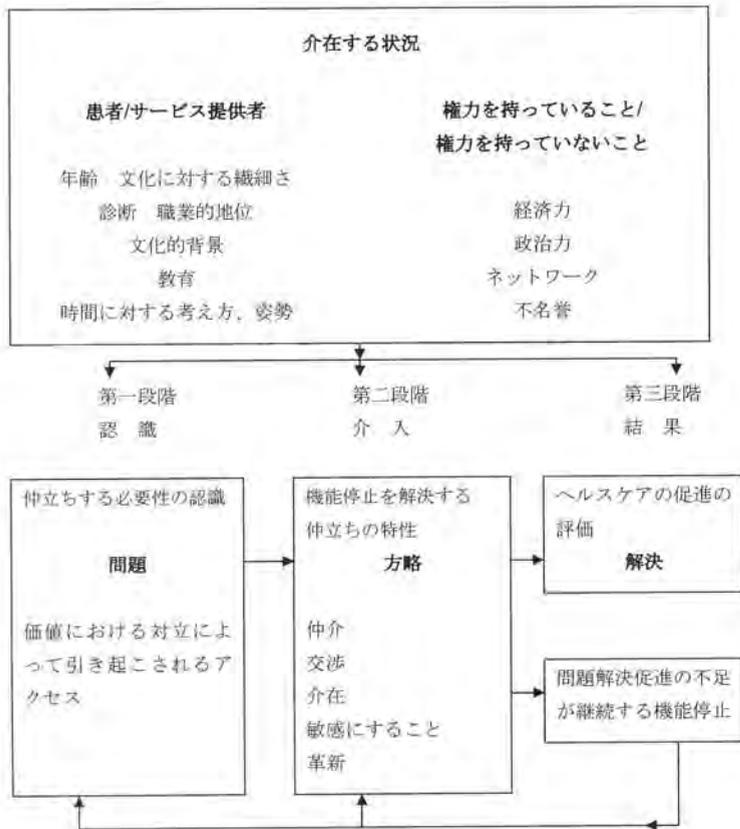


図1 文化間の仲立ちモデル

#### 4. 実証的研究から導かれた看護アドボカシーモデル

欧米におけるアドボカシー概念・モデルに関する実証的研究が少ないことを前述したが、それらの研究について、どのような方法で行い、どのような結果を見だし、アドボカシーをどのように概念づけているかを文献から見てみる。

## 1) アドボカシー・カテゴリーと相互作用領域の概念モデル

Chafeyら (1998)<sup>4)</sup>は、米国看護師の観点からみた患者アドボカシーに関する質的記述式研究を行なった。3つの異なる施設から、看護職としての勤務年数、背景、基礎教育、専門分野の項目において多様性をもたせた17名の病院看護師あるいはコミュニティー看護師へのインタビューを通じて、アドボカシーをどのように実践しているか、また、アドボカシーの実践を促進あるいは妨害する要因は何かについての意見を収集した。その結果、回答者の多くがアドボカシーを自分たちに課せられた最も重要な役割だとは考えていないことが判明した。しかし、回答をまとめてみると、アドボカシーの顕著な特徴として看護師と患者の関係が浮かび上がり、日常的に行う教育、情報開示、援助をアドボカシー活動と考えていること、アドボカシーの核となるのは責任とか倫理というよりむしろ個人対個人の係わり合いであると考えていることが明らかになった。アドボカシー活動を行わない理由として、時間的、経済的制約、雇用者の理解の低さ、組織上の力関係などといった職場環境での制約に、その他の要因、例えば自律性の欠如や疲労などが加わるためとしている。また、看護師が積極的にアドボカシー活動を展開するかしないかは医師しだいで、医師自身に参加する時間があるか、患者や看護師に対しどれほど誠実に心を開いてくれるか、個人的な態度はどうかなどに関わってくるようである。調査結果からクライアントアドボカシーの概念モデルを明らかにした(図2)。図において示された相互作用領域はカテゴリーの重複を意味し、アドボカシー活動におけるプロセスと結果において複数の変数が相互に関係しあっていることを示している。

「クライアントが示す特徴」は、クライアントが弱い立場にある、威圧されている、軽視されているといったようなクライアントの置かれている状況(特徴)、ある

いはクライアントが不満を述べているというような行為によって、看護師はクライアントに対するアドボカシーの実践を促されるようだ。

社会的・経済的・法的要素が含まれる「環境が示す特徴」は、職の保障、職員の配置、入院期間、雇用者の理解度、グループでの業務などといった職場にかかわる条件がアドボカシーの実践に影響を与える。この中にはアドボカシーのプロセスに影響を与える医師も含まれている。

「看護師が示す特徴」として、クライアントアドボカシーを実践するために看護師として必要な性格は、断固とした姿勢、見守り支える気持ち、倫理観、客観性、自己主張における積極性を挙げている。恐れ、疲労、苛立ち、ストレスからくる極限状態はアドボカイトとしての役割を果たすうえでこの上なくネガティブな影響をもたらすと述べている。

「看護師—クライアントの相互作用」について、クライアントのニーズがわかっている場合、看護師—クライアントの関係においてアドボカシーを行うためには、組織との調整あるいは組織との間に介入する必要がある。介入は時にクライアントのためあるいはクライアントと共に行われた。クライアントに権限を与え、サポートするにあたっては、クライアントの特性や看護師の信念が影響を及ぼしていた。話を聴く、そばにいる、時間を割く、効果的な対話といった個人対個人の関係が重要である。

「クライアント—環境の相互作用」では、看護師によるアドボカシー活動の多くの場合、クライアントに十分情報が与えられていなかったり、クライアントが恐れや不安を抱いていたり、保護されていないと感じた時に行われていた。

「看護師—環境の相互作用」については、パターナリズム、職員の数の少なさ、不安定な雇用条件、極度の経費削減などが相まってアドボカシー実践を拒むことになる。一方、法律が規定している場合、医療機関が患者の権利保護を理念として遂行している場合、アドボカシーを実践している看護師のサポートがある場合などは、アドボカシーの実践が促進される。

「看護師—クライアント—環境の相互作用」の部分はアドボカシーの核となる部分である。看護師はクライアントやその家族と共に、また他の看護師とチームとなって、特定されたクライアントのニーズが満たされるように環境へ働きかけることが必要であることを示している。例えば、周囲の状況を敏感に感じ取ることでできる看護師がサポートの得られる環境にいる場合や、情報を与えられていないクライアントに、クライアント中心の雰囲気の中で情報を与えることによって対話が可能になる。逆に、抑圧的な雰囲気では助けが必要なクライアントが

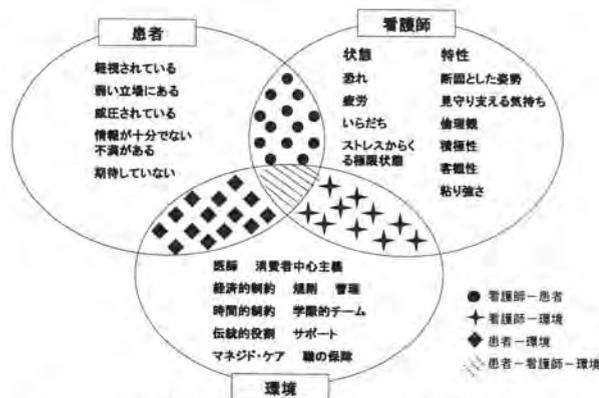


図2 アドボカシー・カテゴリーと相互作用領域の概念モデル

いて、看護師が擁護しようと思っても、同僚やその他の専門スタッフ、上司、家族などからの報復を恐れて実行に移せない。

この調査の結論は、アドボカシー活動は「自らのニーズを自らで満たせないクライアント」と「アドボカシーを促す特性を備えた看護師」と「クライアント・看護師の両者を圧することができない環境」が揃った場合に実践されることを示唆している。

## 2) アドボカシーの「3者からなる矛盾モデル；triadic conflict model」

Mallik (1997)<sup>43)</sup>が英国の実践看護師の患者アドボカシーの認識について質的研究を行った。1992年秋から1993年春までの臨床実践各部門の熟練看護師のフォーカスグループインタビューを用いた。サンプル総数は104名で、その内訳は精神保健看護師24名、学習障害者看護師12名、成人看護師56名、小児看護師5名、助産師6名、その他1名である。7グループに分け各グループの人数は最小10名から最大22名におよび平均15名である。経験年数は平均7年である。各グループで「患者アドボカシー」を描写する個々の出来事の一つ思い起こし、「物語(story-telling)」を記述した。その後、研究者から4～6名の小グループで物語を共有するように求められ、さらに述べられた状況をアドボカシーと解釈するのがあるいはそうでないかと解釈するののかについて賛否を求められた。お互い一緒に「物語」の出来事をめぐる感情を掘り下げ、その個々の状況でなぜアドボカシーが必要だったのか、なぜアドボカシーだと考えたのかを分析するように求められた。この方法は自分自身の注釈的モデルを展

開させる試みである。Silverman (1985)<sup>44)</sup>の‘realist (現実主義者)’アプローチやStraussとCorbin (1990)<sup>45)</sup>の質的分析のガイドラインに従って分析した結果、患者アドボカシーの看護モデルとして図3のtriadic conflict modelを提示した。これを簡単に説明すると、医療権威に関する患者の恐怖、患者の人権に対する脆弱性もしくは脅威、患者からの要望が、「アドボカシーに敏感に反応する」看護師に、反応を引き起こすような矛盾/潜在的矛盾状況で患者アドボカシーは生じる。患者は通常受動的であるかもしくは受け身にさせられており、看護師は直接的・間接的手段を用いて結果がうまくいくようにやり遂げようと試みる。患者を代弁し保護することを通じて患者/家族の選択を支持し、患者にとって益にならない/害になるような実践を防ぐのである。結果は成功につながり満足が得られることもある(肯定的な感情)し、結果は成功と思われても(成功しても)後でいやがらせや陰險な迫害を受けるというようなネガティブな影響も受ける。また結果が失敗・不成功ということもあり怒りや欲求不満という感情が残る。

本質的にアドボカシーのニーズは、脆弱な患者/クライアントと個々のコンテクストで支配されている専門家との力関係における不均衡によって生み出されている。患者/医師/看護師の三者において、階層性の医療現場では看護師は相対的に力/支配力が少なく、それがアドボカシー役割を引き受ける理由でもある。看護師も患者も現在の保健医療制度では無力であるため苦しんでいるのだから、両者は同盟を結ぶべきだと主張している(Winslow 1984)<sup>46)</sup>。しかし、看護師も必然的に患者との力関係の中におり、患者/クライアントにとっては「自律した」アドボカイトを持つことが依然として必要かもしれない看護師主導の体制の中にあるのである。アドボカイトは第一に患者/クライアントの利益になるように力の是正をしようとするので矛盾モデルを生むのである。

物語をデータとして用いるには限界がある。つまり、物語は意味を誤って伝えたり、誇張して‘story-teller’になることができる。患者アドボカシーは「よい面」の看護師を本質的に示す出来事の記述を招き(恣意的な強調や歪みによるpropagandaが生じる)、潤色(embellishment)のリスクがある。実際、看護師間でアドボカシーの例に対してお互いあまり批判的でなく、物語の多くにほぼ同意した。

## 3) 「リアクティブ(受け身的な事後対応)」および「プロアクティブ(積極的な事前対応)」なアドボカシー

Snowball(1996)<sup>46)</sup>による質的研究で、看護分野では先進的な位置にある英国の大学付属病院の一般内

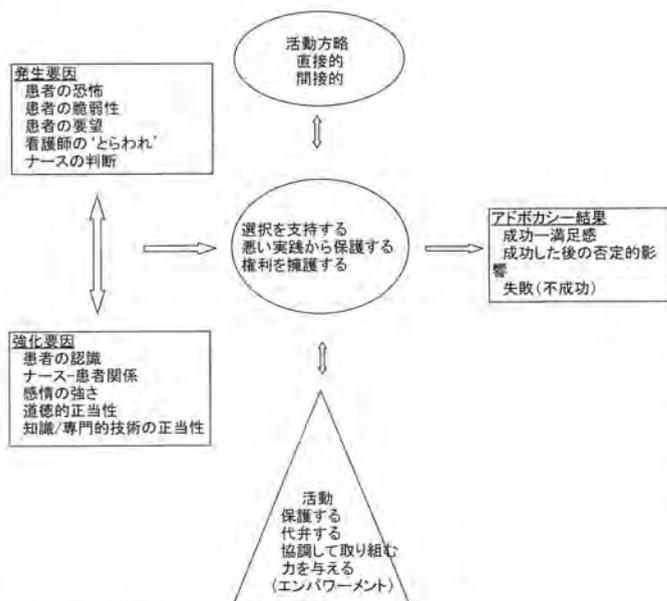


図3 アドボカシーの3者からなる矛盾モデル

科および外科病棟の成人看護専門看護師15名を対象とした。調査被験者のうち6名はプライマリー看護師あるいはチームリーダーである。男性3名、女性12名、年齢は27歳から47歳まで、登録後3年から25年（平均9年間）の経験を有していた。大学レベルの学問や臨床専門科目コースを受け「進んだ知識を身につけた」看護師である。データ収集方法は録音による半構成的インタビューを用い、看護師—患者アドボケイトという役割をどのように捉え、理解し、経験してきたかを調査したものである。データは質的研究に適切な手法で分析した。録音インタビューを書き起こし、カテゴリーを抽出した。主要なカテゴリーとして、アドボカシー達成のための鍵となる

「治療を目的とした関係」の重要性、「看護師と患者に共通する人間性」、アドボカシーが発生する「ケアを取り巻く文化的環境」、アドボカシーの「リアクティブ」および「プロアクティブ」なレベルがある。この主要カテゴリーとサブコードを示した概念図を作成した（図4）。アドボカシーは「患者との治療関係の上に生じるもの」で、この関係こそが「アドボカシーの鍵」を握るものである。健全な治療を目的とした関係を構築するためには、患者と共通した人間性を持つ必要がある。人間対人間として親近感を抱くことで、看護実践と患者の関係を向上させ、ひいてはケアそのものをより良い結果へと導くことが可能であることを示唆している。人間性に根ざした

ケアの促進について述べているのは、その背景に患者の権利を擁護し望みを満たすアドボケイトの役割を果たすための能力を高めたり制限したりすることになる環境があり、前向きな取り組みと同時に、ともすれば個人としてのリスクや職業上のリスクを負うかもしれない環境がある。経済的・政治的環境において看護師がどこまでアドボカシーを達成できるかは、医師や看護師などの医療専門家が専門家として何をすべきかのビジョンを見失わないこと、ネガティブな管理体制をヘルスケア従事者が「一丸となる」必要がある。アドボカシーの実践には受け持ち患者や病棟の患者など「特定の」あるいは「個人の」患者という狭い範囲でのアドボカシーを実践すること（reactive advocacy）以上に、スタッフの数の増加を求めたり、人員の配置を適切なものに変更したりというような広い視野に立った「全般的（general）」あるいは「集成的（collective）」アドボカシーあるいは「プロアクティブ（proactive）」アドボカシーが必要である。

本研究は小規模で探索的であるため結果を一般化することはできないが、アドボカシーの実践に関する見解や理解に関するさまざまな問題点が明らかにされた。既存の文献に見られる問題点もあれば、そこから広がったと思われる問題点もあり、とりわけ、アドボカシーを専門家としての業務と、個人としての人間性の両方を責務とすると捉える看護哲学の明確化に関連するものが多く示されている。

この研究の回答者は、看護師がアドボカシーを実践することによって他の医療従事者との間に力関係の戦いが生じるとは考えていないようである。ケアが行われ、アドボカシーが実践される環境とは、すべての貢献が平等に評価され、ヘルスケアを提供する側ではなく、患者サイドに最も力を持たせことができるような環境であるべきだという

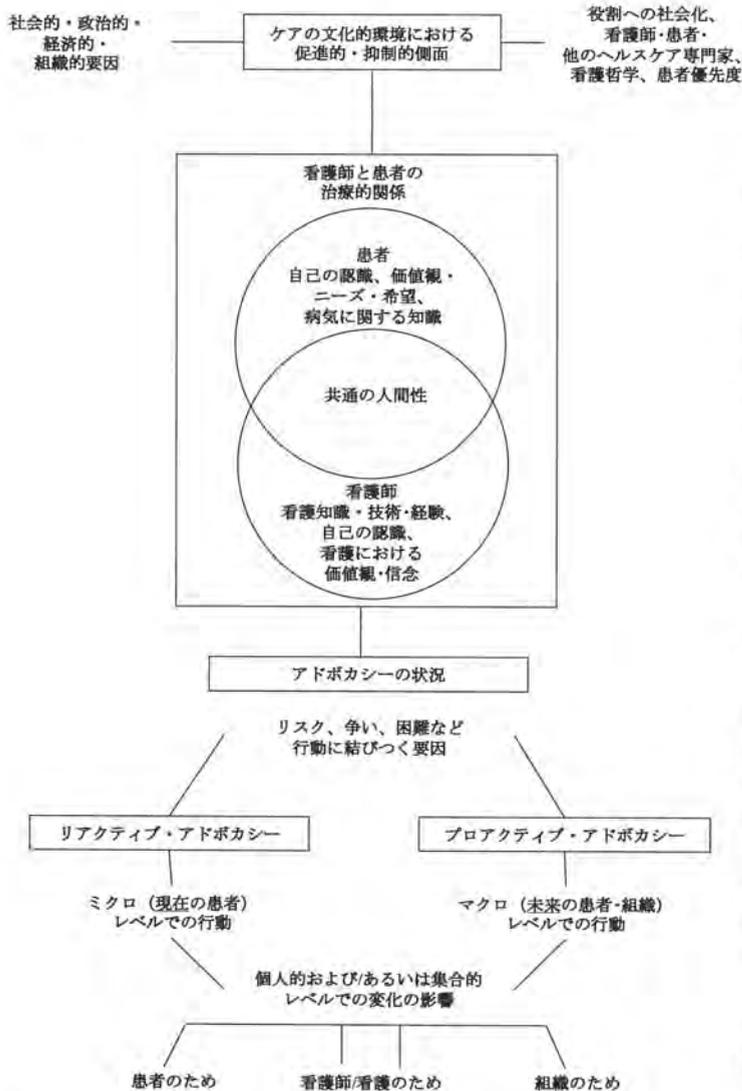


図4 リアクティブおよびプロアクティブなアドボカシーに関する概念図

はっきりとした見解をもっている。アドボケイトとしての役割を看護分野での力を高めるための機会と見るのではなく、ヘルスケア・システムの官僚的な枠組みの中で患者のケアの結果を左右すべくプロアクティブに働きかけ、アドボカシーが実践しやすいようにケアの環境を向上させるための機会と捉えている。組織的な取り組みの一環として、ヘルスケアに係わる他の専門職の人たちとの協力により、これまでの支配的な官僚体制と見なされていたものに対して効果的に立ち向かえるための手段のようだ。ともすればリスクの伴う状況下でアドボケイトとしての役割を果たすために、看護師が健全な職業上のアイデンティティを確率し、高い自尊心と自信を持つこと、ヘルスケア・チーム内での自分たちの影響力を意識することが重要だと考えている。鍵となる要因は、患者に対する看護の責任の焦点をどこにあてればいいのかについてしっかりした意見を持つこと、他者との関係において、また個人及び専門家としての「自己」に関しての安全が保証されていることにあるようである。

「物語」をデータにする限界についてはすでに述べているが、言葉による描写が実践の場でどう実践されているかは観察参加研究がなされる必要がある。

### Ⅲ. 考察

学際的に記述されている看護におけるアドボカシーの文献は特に米国に多くみられる。とりわけ近年になって患者アドボケイトとしての看護師の役割について書かれたものが多い。アドボケイト (advocate) は「仲裁者あるいは擁護者、他者を弁護する人」や「ケア」に焦点をあてた定義もある。しかし、看護師がアドボカシー (advocacy) をどのように理解しているかに関する意見を文献からみると、実にさまざまであることが分かる。逆に考えればアドボカシーという言葉は多様な行為を表すのに便利な用語であることは、まさしく Curtin (1983)<sup>47)</sup>のいう「患者のアドボケイトとしての看護師は、白衣に身を包んだ弁護士—神学者—心理学者—家庭相談員、おまけに竜退治の騎士として描かれている。このような“スーパー看護師”といったイメージ……」で、看護師は何でもやる職業であり特別に重要なことをしているわけでもない専門職としての評価が低いという従来からの認識がもたれる危険性が大きい。

アドボカシー役割を看護師が引き受けるときに生じるジレンマは、医療システム内の看護師の忠誠と責任の矛盾から起きているのである。アドボケイトとしての患者への看護師の係わりは、道徳的代理役としての看護師の地位に基づくものである。このような状況では Mallik & McHale 1995<sup>48)</sup>が述べているように、道徳的行為を実践するには多くの問題を生じることになり、アドボ

カシー行為を実践する自由がないことを意味している。つまり、Winslow (1984)<sup>49)</sup>が報告しているように、リスクを冒した究極の結果、社会的地位、仕事を失うことにもなり、最悪の場合はその状況を公表されること（裁判を受ける）になりかねない。

多くの文献から患者アドボケイトとしての看護師の専門的役割について知られるようになってきており、国際的にも日本でもアドボカシーは看護倫理要綱で支持している。しかし、看護領域の中の支持だけではなく、大衆の支持や看護師の将来のキャリアとしての患者アドボカシーを強化してくれる法的システムが必要である。それが得られるまでは個人に加えられる感情的・心理的・環境的制約以外に、システム上の権利はいまだに究極の処罰として失業させられるリスクを伴うもので、看護師にとっては相も変わらず個人の道徳的選択のままなのである。

患者アドボカシーを実践している米国においても文献から見る限りにおいて、その実践に困難が取り巻いているのがわかる。米国でアドボケイト役割を取り入れた後看護および看護師自身がどのように変化したか、看護師のおかれた環境や施設がどのように変化したかを検証していくことが重要である。

看護領域におけるアドボカシーの考え方も他の看護理論と同じく米国から取り入れたものであるから、人権意識が十分醸成されていない日本にそのまま導入することは、看護理論の臨床への導入と同じく大なり小なり矛盾が生じるのは当然である。日本におけるアドボカシー概念・モデルについて実証的な研究を重ね、日本の現状を認識しつつ将来のあるべき姿の医療に向けて、看護師は何をなすべきことあるいはなさねばならないことかを熟考し、患者の利益・権利を守ることができていない日本の医療現場に問題があるのならその問題を提起していけるようパワーをつけていくべき努力が必要である。そのために看護基礎教育のなかで看護師がアドボカシー行動をするには様々な問題や課題があることを含めて、アドボカシー概念について教授していくことが重要である。アドボカシーの概念を認識することで、将来の看護のあり方や看護師の役割について探求していく動機づけになる。その上で臨床の場で派生するアドボカシー現象を検証しながら、その時に対処できる実践能力を向上させていく継続的な教育が望まれる。

### Ⅳ. おわりに

日本の医療現場において、患者自らの価値観により「真に自己決定」するとはどういうことなのかを考えていくうちに、「インフォームド・コンセント」や「ケアリング」という概念・枠組みだけでは十分ではないとい

う思いがフツフツと湧いてきた。そんな状況のなかで目にとまったのが「advocacy」という言葉である。その言葉の概念や意味する内容を調べようとしたとき、日本の文献があまりにも少なく海外の文献に頼らざるを得ない高いハードルがあった。まだまだ多くの文献を読み込む必要があるが、アドボカシー研究の概要を少し垣間見ることができた。これを機に日本における看護が行うアドボカシーに関する研究を深めていきたい。

## 文献

- 1) Jenny J. (1979) Patient Advocacy -Another Role for Nursing, *International Nursing Review* 26 (6), 176-181 /小玉香津子監修(1995) : インターナショナル ナーシングレビュー 18 (5), 64-68.
- 2) Segesten K., Fagring A. (1996) Patient Advocacy-An Essential Part of Quality Nursing Care, *International Nursing Review* 43 (5), 142-144/鈴木琴江訳 (1997) : インターナショナル ナーシングレビュー, 20 (2), 12-14.
- 3) 石本傳江 (2000) : 看護におけるアドボカシー研究ノート, *The Japanese Red Cross Hiroshima Coll. Nurse* 1, 19-28.
- 4) 石本傳江 (2000) : 看護と「ケアの倫理」, *Quality Nursing* 6 (3), 84-89.
- 5) デービス アン, 小西恵美子, 田代麻里江 (2002) : 日本におけるナーシング・アドボカシー, 平成13年度木村看護教育振興財団看護研究助成報告書, 89-104.
- 6) Anne J Davis ,Emiko Konishi, Marie Tashiro (2003) : A PILOT STUDY OF SELECTED JAPANESE NURSES' IDEAS ON PATIENT ADVOCACY, *Nursing Ethics* 10 (4), 404-413.
- 7) 石本傳江 (2003) : 看護アドボカシーに関する海外研究の動向, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 62-69.
- 8) 高田早苗 (2003) : 看護実践におけるアドボカシーの意味, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 26-33.
- 9) Reah L. Curtin/渡辺富栄訳 (2003) : The Nurse as Advocate: Respecting the Patient as Person, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 34-38.
- 10) Lorraine M. Bossi, Janet Duncan/早野真佐子訳 : Nursing Role as Advocate in Patient Care Coordination and PACT at Children's Hospital, Boston, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 46-50.
- 11) 渡辺恵, 伊藤将子, 福山由美他 : HIV/AIDSコーディネーターナースのアドボカイトとしての役割, *インターナショナルレビュー* 26 (5), 39-45.
- 12) 武井麻子 (1997) : 新しい法律・制度と人権, *日本看護科学会誌* 17 (2), 33-34.
- 13) 小林信子 (1997) : 看護職が担える患者権利擁護活動とは, *日本看護科学会誌* 17 (2), 36-37.
- 14) 高崎絹子 (2005) : 患者・病弱者のアドボカシーと看護の責務, *日本看護科学会誌* 25 (2), 94-103.
- 15) 坪井良子・松田たみ子編 (1997) : 考える基礎看護技術, 41-42, 廣川書店, 東京.
- 16) 氏家幸子監修 (2001) : A成人看護学原論 第2版, 44, 廣川書店, 東京.
- 17) 氏家幸子監修 (2003) : Dリハビリテーション患者の看護 第2版, 39, 廣川書店, 東京.
- 18) 大西和子・岡部聡子編 (2005) : 成人看護学概論, 66, 150, ニューヴェルヒロカワ, 東京.
- 19) 鈴木志津江・藤田佐和編 (2005) : 慢性期看護論, 159-166, ニューヴェルヒロカワ, 東京.
- 20) 池松裕子・山勢善江編 (2005) : 急性期看護論, 20-21, ニューヴェルヒロカワ, 東京.
- 21) Oxford English Dictionary (1989) 2nd edn. Prepared by Simpson J.A. & Weiner E.S.L. Clarendon Press, Oxford, 131.
- 22) Napley Sir David (1991) *The Technique of Persuasion* 4th edn. Sweet and Maxwell, London.
- 23) Mallik M. (1997) *Advocacy in Nursing—a review of the literature*, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 130-138.
- 24) Sang B. & O'Brien J. (1982) *Advocacy—the UK and American experience*. King's Fund Project (Paper No51) . King's Fund, London.
- 25) Buter K. , Carr S. & Sullivan F. (1988) *Citizen Advocacy: a Powerful Partnership*. Adept Press Ltd, London.
- 26) Bernard M. & Glendenning F. (1990) *Advocacy, Consumerism and the Older Person*. Beth Johnson Foundation Publications, University of Keele, Keele.
- 27) Wertheimer A. (1993) *Speaking Out: Citizen Advocacy and Older People*. Center for Policy on Aging , London.
- 28) Mailick M.D. (1984) *Steps to professionalization : patient representative*. *Journal of Allied Health* 13 (4), 262-271.
- 29) ジョージ・J・アナス/上原鳴夫, 赤津春子訳 : 患者の権利, 日本評論社, 1992.
- 30) Annas J.G. (2004) *THE RIGHTS OF PATIENTS*. Third Edition, New York University Press,

- New York and London.
- 31) Annas J. G. & Healey J. (1974) The patients' rights advocacy-can nurse effectively fill the role?. *Journal of Nursing Administration* 4, 25-31.
  - 32) Kosik S. H. (1972) Patient advocacy or fighting the system. *American Journal of Nursing* 72 (4), 694-698.
  - 33) Curtin L.L. (1979) The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science* 1 (3), 1-10.
  - 34) Gadow S. (1980) Existential advocacy : philosophical foundation of nursing. *Nursing Images and Ideals*. 79-101, Spring Publishing Company, New York.
  - 35) Gadow S. (1989) Clinical subjectivity-advocacy for silent patients. *Nursing Clinics of North America* 24 (2), 535-541.
  - 36) Kohnke M. F. (1982) Advocacy: Risk and Reality. 13-38, CV Mosby Co, St Louis.
  - 37) Johnstone M.J. (1989) Bioethics—a Nursing Perspective. WB Saunders/Bailliere Tindall, Sydney.
  - 38) Jezewski M.A. (1993) Culture brokering as a model for advocacy. *Nursing and Health Care* 14 (2), 78-85.
  - 39) Kosik S.H. (1972) Patient advocacy or fighting the system. *American Journal of Nursing* 72 (4), 694-698.
  - 40) Brower H. T. (1982) Advocacy: what it is. *Journal of Gerontology Nursing* 8 (3), 141-143.
  - 41) Chafey K , Rhea M. & Shannon A. M (1998) Characterizations of Advocacy by Practicing Nurses, *Journal of Professional Nursing*, 14 (1), 43-52.
  - 42) Mallik M. (1997) Advocacy in nursing perception of practicing nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 303-313.
  - 43) Silverman D. (1985) *Qualitative Methodology and Sociology*. Gower, Aldershot
  - 44) Strauss A. & Corbin J. (1990) *Basics of Qualitative Research*. Sage Publishing, New-bury Park, CA.
  - 45) Winslow G.R. (1984) From loyalty to advocacy: A new metaphor for nursing. *The Hastings Center Report*, 14, 32-40..
  - 46) Snowball J. (1996) Asking nurses about advocating for patients: 'reactive' and 'proactive' accounts. *Journal of Advanced Nursing* 24, 67-75.
  - 47) Curtin L. L. (1983) The nurse as advocate : a cantankerous critique. *Nursing Management* 14,9-10.
  - 48) Mallik M & McHale J. (1995) Support for advocacy. *Nursing Times* 91 (4), 28-30.

## 論文

# 精神看護実習において看護学生に生じた involvement の概念分析とその多軸評定の作成



牧野 耕次、比嘉 勇人、甘佐 京子、松本 行弘  
滋賀県立大学 人間看護学部

**背景** 近年、わが国の看護において、involvementに関する研究が行われ始めている。involvementは、様々な側面に焦点が当てられ看護の中心的な概念であると示唆されている。しかし、看護における involvement の概念分析は行われておらず、精神科の看護においては、その概念やアセスメントを共有することは難しいのが現状である。したがって、精神看護実習において、患者に対する看護学生の involvement を、看護学生や実習指導者、教員が共有するために、その概念分析を行い、測定用具を作成することが必要である。

**目的** 精神看護実習において看護学生に生じた involvement の概念を明確にし、その測定用具を作成することを本研究の目的とした。

**方法** 看護学生40名を対象に、ハイブリッド・モデルを用いてデータ収集および分析を行った。

**結果** 精神看護実習において看護学生に生じた involvement の作業定義を「対人関係の過程で生じた、経験の共有・感情の投資・絆の形成・境界の調整で構成される看護現象である」とした。また、作業定義で明らかになった involvement の4つの構成要素（経験の共有・感情の投資・絆の形成・境界の調整）が、detachment（切り離された）—over-involvement（過剰な）—nursing involvement（適応的な）を軸に、どのように変化するのかを表した「看護学生における involvement 多軸評定」を作成した。

**結論** これらの結果により、精神看護実習において、教員および臨床実習指導者と学生が involvement に関してその概念や程度、注意点を共有できると考えられる。

**キーワード** 巻き込まれ、患者—看護師関係、看護学生、ハイブリッド・モデル

## I. はじめに

わが国において巻き込まれ、かかわり、関与などと訳されている involvement は専門職的ではないと1960年以前は、否定的側面が強調され問題視されていた。その後、患者—看護師関係の重要性が認められる過程で、involvement は患者の認識や感情を理解し苦痛を軽減する行動を起す上で必要不可欠なものとして認識されはじめた。複数の看護理論家たちは、その肯定的側面に焦点を当てその理論の中で involvement の概念を用いた<sup>1)2)3)</sup>。1980年代前半から看護における involvement に関する研究も始まり、そのレベル<sup>4)</sup>やプロセス<sup>5)</sup>などが明らかにされている。

わが国では、1970年代以降それらの看護理論家による著書が出版されるが、「関与<sup>1)</sup>」「巻き込まれ<sup>2)</sup>」「かかわり<sup>3)</sup>（関わり）」「巻き込まれ関与すること<sup>5)</sup>」など訳語が異なることなどにより involvement という概念自体が目されることはほとんどなかった。しかし、海外と同様の理由から「巻き込まれること」が問題視されることもある一方で、一部の教科書<sup>7)</sup>や事例報告<sup>8)</sup>の中で引用として海外の involvement が取り上げられ始めている。牧野ら<sup>9)</sup>は、involvement に関する文献検討による考察を行い、involvement より距離を置くなど客観性や中立性を重視する他の医療職に比べ、24時間患者と接し苦痛を伴う処置を行う看護では、避けたい involvement をその理論に組み込むことで、看護の中心的概念に位置付けているという点に注目した。そして、看護において評価されている involvement の肯定的側面は、共感やその他の語が使用され、否定的側面には「巻き込まれ」が使用されていると考察した。また、牧野<sup>10)</sup>は、精神科における看護師が、否定的な体験である involvement（巻き

2006年3月9日受付、2006年5月17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

込まれ)を振り返ることで、肯定的なinvolvementを技術として活用することにつなげていることを明らかにした。

わが国の看護においてはinvolvementの概念が不明確なまま使用されることが多いため、患者に共感する時に「巻き込まれた」と感じてinvolvementを否定的に受け止めた場合、共感とinvolvementの間でジレンマに陥る可能性<sup>11)</sup>が指摘されている。また、Airtinian<sup>12)</sup>は、深い対人関係のレベルで看護師はケアを行い、ケアを促進しようとする強い熱意をもって患者に巻き込まれつつけるが、「巻き込まれすぎではいけない」という看護師への警告は、看護におけるケアリングの価値を下げる方向に働くとして述べている。わが国においては、「巻き込まれ」と「巻き込まれすぎ」が同様に扱われることが多いため<sup>13)</sup>、involvementの概念を明確にするだけでなくその程度をアセスメントする測定用具が必要であると考えられる。特に、「巻き込まれ」が問題視されやすい精神科の病棟<sup>14)15)</sup>で、深い対人関係のレベルでケアを行うことが求められる精神看護実習において、看護学生がinvolvementの概念やその程度を把握する必要があると考えた。そこで、精神看護実習において看護学生に生じたinvolvementの概念を明確にし、その測定用具を作成することを本研究の目的とした。involvementの概念を吟味しその測定用具を作成することは、深い対人関係のレベルでケアを行うことを学ぶ上で、特に自己の振り返りやその指導に有意義であると考えられる。

## II. 方法

### 1. 研究対象

文書と口答で研究参加協力の同意が得られた看護学生40名。

### 2. 研究方法

看護におけるinvolvementの概念は臨床的な概念であるため、臨床での適応性を重視し、一つの概念に焦点を当て概念の定義と測定方法の探索を目的とするハイブリッド・モデル<sup>13)</sup>を用いて概念分析を行う。この研究方法は次の3つの段階に分かれている。

- 1) 理論的段階：本研究では、文献検索はデータベースCINAHLとPubMedを用いた。検索された文献からinvolvementの概念を抜粋し、抽象化しカテゴリー化を行い、作業定義を確定した。また、上記のデータベースによるinvolvementの検索に加え、国立国会図書館雑誌記事索引によるキーワード検索、該当文献の参考文献から概念や測定用具の比較検討を行った。
- 2) フィールドワークの段階：本研究のデータ収集では、現場で対象者に研究を意識させないため対象者のいな

いところでメモし、できるだけ早い時期にフィールドノートを作成し、それをデータとした。学生が実習中に書いた記録は学生の許可が得られたものをデータとした。作業定義で明らかになった構成概念を意識し焦点を当てながらフィールドワークを行った。ハイブリッド・モデルのデータ分析では、Wilson<sup>14)</sup>の類型学が応用されている。本研究では、Wilsonの類型学のうち、その概念の例であることが確かであるケースを示し、その概念の特性をみる①モデル・ケース、その概念を示しているのか不明確なケースをあげ、不明確にしている特性を示し、モデル・ケースの特性を明確にする②ボーダーライン・ケース、その概念に類似もしくは関連した概念をもったケースを示しその属性を検討することでその概念の範囲を明確にしていく③関連ケースを用いて、精神看護実習において看護学生に生じるinvolvementの概念を吟味した。そして、その測定用具も臨床に適用できるように検討を加え、概念と測定用具に追加および修正を行った。分析結果については、3ケースの対象者に提示し了解可能かどうかの確認を行った。また、質的研究の経験者2名に分析結果を提示し了解可能かどうかの確認も行った。今回、対象者が行う精神看護実習は、2週間中7日間を臨地で実習し、実習期間中、慢性期の統合失調症患者1名を受け持つ形態である。

- 3) 最終分析の段階：フィールドワークの詳細にもどり結果を適用可能性や出現頻度などにより再確認する。本研究では考察に含めた。

### 3. 研究期間

平成16年4月上旬～平成16年12月上旬

### 4. 倫理的配慮

対象者が受けると予想される不利益とその内容について以下のa～eを提示した。

- a. 研究を優先されて適正な実習指導が受けられないのではないかという不安
- b. 研究対象者とされることへの不安・不快感
- c. プライバシーが侵害されるのではないかという不安・恐怖
- d. 何をされるかわからない、何か特別なことをさせられるのかという不安
- e. 参加協力するかどうかや参加協力の程度が成績に影響するのではないかという不安。

以上の予想される不利益に対してどのように対処するのか、その保証について、①～④を口頭と文書にて説明した。

①参加協力は自由意志でありいつでも希望により中止でき、そのことによって不利益を受けない ②参加協力したか否が、評価・成績に影響することはない ③同意書と口頭により同意を得られた人を研究参加協力者(対

象者)とし、同意の得られなかった人からの情報はデータとして記録しない ④参加協力を途中で希望により中止する場合はその情報をデータとしてとるのをやめ、それまでのデータも使用しない。研究に協力しなかったことや中止したことで不安にならないよう精神的なフォローを行い、実習に集中できるようサポートする ⑤実習を指導するプロセスと本研究テーマの情報収集のプロセスは、関わった状況や気持ちを聴くことなどほとんど同じであると考えられる。仮に、相違が出た場合は研究より指導を優先する。イメージとしては、今まで教員が頭の中でつけていた実習指導ノートを、研究を行うために書き起こすというイメージである。したがって、学生が研究者との間で体験するのは、今までの学生が研究なしで実習指導を受けていた体験と変わらないと考えられる ⑥単位認定者には実習指導・評価に専念する。単位認定者と実習について話す時は研究者としてではなく、今までの実習どおり、教員として話す ⑦研究結果は、参加協力者の納得と同意を得てから発表する。納得と同意が得られない結果は発表しない ⑧研究や指導について、注文できる(研究のない普段の実習においてもオリエンテーションで伝えている。例:「気が散るのであっちへ行ってください」「患者さんのところへ行くので一緒に来てください」など) ⑨研究に協力しても、特別なことをする必要はない。実習に集中し、無理をする必要はない。参加協力を希望しても実習に集中できないと判断した場合は、こちらから参加協力をひかえてもらうことがある。それは研究や実習の評価ではなく、研究より実習を優先しているということである ⑩研究や実習に関しては納得がいくまで質問することができる ⑪研究に参加協力したかどうかも含め実習内容・研究で得た情報について、研究者は守秘義務を厳守する。参加協力者は、友達など他者に研究について自由に相談することができる ⑫結果を発表する時は、本人が特定できないよう名前は記号を使用するなど配慮する ⑬研究成果については参加協力者にフィードバックを返す ⑭単位認定者と

協力して主に研究者としてフィールドに入る日を設ける。

以上について、研究概要と共に文書と口答で説明し、同意書を得られた学生を対象者とした。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 理論的段階

文献検索については、各データベースの検索方法の形式が異なることから、データベースCINAHLでは、involvementがabstractに含まれ、nurse-patient relationshipがキーワードである文献(1982~2004)を検索し、データベースPubMedでは、involvementがタイトルまたはabstractに含まれnurse-patient relationshipがキーワードである文献(1982~2004、上記CINAHLで検索されたものは除く)を検索した。検索された文献から、患者-看護師関係における、看護師についてのinvolvement概念に関する記述(患者側についてのinvolvementは含まず)を抜粋し、抽象化しカテゴリー化を行い、看護におけるinvolvement概念の構成要素を抽出し、そのプロセスおよび引用文献の詳細は別途発表した<sup>15)</sup>。そして、作業定義を「対人関係の過程で生じた、経験の共有・感情の投資・絆の形成・境界の調整で構成される看護現象である」とし、その構成要素の内容<sup>16)</sup>を表1に示した(但し、太字はフィールドワークの結果により追加)。

看護におけるinvolvementの測定用具は、「患者-看護師関係のタイプと特徴」<sup>4)</sup>のみであった。これは、かかわる時間や相互作用、患者のニーズ、患者の信頼、看護師の患者を見る視点、患者の看護師を見る視点、看護におけるコミットメントそれぞれの変化に応じて、患者-看護師関係のinvolvementのレベルが「臨時的」「治療的」「結びついた」「巻き込まれすぎた」と4段階に変化することを示した表である。他に、測定用具ではないが、E. Arnold<sup>16)</sup>は患者-看護師関係において、治療的(therapeutic)関係を中心に据え、その両端を「切り離された(detached)」「巻き込まれすぎた(overinvolved)」

表1 看護学生におけるinvolvement概念の構成要素とその内容<sup>16)</sup>

構成要素	構成要素の内容
経験の共有	時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること・自身の経験していることを患者に伝えること
感情の投資	患者に対して感情や関心を向けること
絆の形成	患者とのつながりを深めていくこと・つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる・その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる
境界の調整	患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと・それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと

注: 太字はフィールドワークの結果により追加

としている。Morse<sup>4)</sup>とArnold<sup>16)</sup>の文献および看護におけるinvolvementのレベルに関する記述のある文献をもとにし、detachment(切り離された)―over-involvement(過剰な)―nursing involvement(適応的な)を軸とし、作業定義で明らかになったinvolvement概念における構成要素の内容の変化を表す「看護学生におけるinvolvement多軸評定」の枠組みを表2に示した(但し、太字はフィールドワークの結果により追加)。牧野<sup>10)</sup>は、精神科看護師の「巻き込まれ(involvement)」に関する研究において、detachmentに相当すると考えられる「距離を置いたかわり」を「巻き込まれ(involvement)」に含めていなかったが、今回の研究では、物理的な接触などさまざまな次元での交流が皆無ではないと考えられるため、involvementの中に含めた。また、detachmentの訳語について、対人関係においては完全な分離ではなくdetached concern<sup>17)</sup>という用語も見られることからdetachmentに相当する訳語として、「距離を置いた」という語を用いてきた<sup>9)10)</sup>。しかし、精神科において患者との距離を調整する意味で用いる「距離がとれる」<sup>10)</sup>「距離を置く」などの技術との区別が不明確となるため、今回の研究より、detachmentは「切り離された」と訳した。Arnold<sup>16)</sup>は、「切り離された(detached)」と「巻き込まれすぎた(overinvolved)」の間に「治療的(therapeutic)」を位置づけている。しかし、客観性をより重視する医学や心理学と比較して、看護ではinvolvementを中心的な概念に位置付けてきたと考察し

ており<sup>1)</sup>、「治療的な」とした場合、その区別があいまいになると考えたためtherapeutic involvementとせず、nursing involvementとし、「適応的な」という訳語を加えた。「適応的な」とすることにより、involvementが医療チームや家族など周囲の環境に影響されるという意味も含めた。

## 2. フィールドワークの段階

作業定義で明らかになった構成概念を意識し焦点を当てながらフィールドワークを行い、対象者の中から、以下に研究方法で述べた①モデル・ケース②ボーダーライン・ケース③関連ケースを示し、involvementの概念を明確にした。そして、理論的段階で得られた概念と測定用具に、追加および修正が可能かどうか分析を行った。そして、理論的段階で抽出された作業定義に含まれるinvolvement概念の構成要素の内容にフィールドワークの結果を加えた。また、理論的段階で示した枠組みについても、フィールドワークの結果を加え、最終的に「看護学生におけるinvolvement多軸評定」(表2)とした。

①モデル・ケース：学生A、女性、20歳代前半

病棟実習初日、Aは「もういいわ! あっち行って!」と受持ち患者のBさんから怒鳴られるが、一旦距離を置くと再びBさんから近づいてくるがあった。2日目には「今日は臭いし、あっち行って」と言われた。単位認定者より「その傷ついた気持ちをそのままBさんに返してくれたらいいねんで」と伝えられる。Aはその日の

表2 看護学生におけるinvolvement多軸評定

構成要素	detachment (切り離された)	nursing involvement (適応的な)	over-involvement (過剰な)
経験の共有	認知もしくは感情のレベルで患者と経験の共有ができない <sup>1)</sup>	認知もしくは感情のレベルで患者と経験を共有している <sup>18)19)</sup> ・自身の経験していることを患者に伝えることができる	自分だけが患者のことを完全に理解していると思う <sup>20)</sup>
感情の投資	患者との対応に不安を抱えているため患者へはほとんど感情や関心が向けられない <sup>1)21)</sup> ・自身の感情とは向き合えない <sup>21)</sup>	感情や関心が患者に向けられている <sup>22)</sup> ・自身の感情を自覚できる <sup>16)</sup>	消耗するほど感情を患者に向けるが自分の感情をコントロールできない <sup>20)23)24)</sup> ・患者の個人的救済者になろうとする <sup>20)</sup>
絆の形成	絆を形成できない <sup>10)</sup> ・心理的な距離を置き、近づけることができない <sup>1)10)</sup> ・患者を身近に感じられない <sup>10)</sup>	絆を形成できる <sup>25)26)</sup> ・患者との心理的な距離を近づけることができる <sup>4)25)</sup> ・患者を身近に感じる <sup>10)</sup>	強い絆を形成するが関係の終結に激しい苦痛を伴う <sup>4)20)</sup>
境界の調整	職業的境界線の内側だけで患者と対応しようとし、時に対応が困難となる <sup>10)</sup>	患者のニーズを満たすために職業的境界を調整することができる <sup>25)</sup> ・患者のニーズに応じて職業的責任を果たし、患者の負うべき責任を患者が果たせるようにする <sup>10)</sup>	看護師役割が放棄される <sup>4)</sup> ・患者の家族もしくはチームの理解を得られない <sup>21)</sup> ・患者の責任まで引き受ける <sup>10)</sup> ・自分の延長線上に患者をみるため同一化過剰となる <sup>1)</sup>

注：太字はフィールドワークの結果により追加

うちにそのアドバイスを実践した。(記録から)「あんた、やっぱり臭いわ。お風呂入ってんの?何か服が臭う」と言われて、「私、臭いって言われてショックです。なんか嫌な感じがしました」と返し、それに対してBさんは、「…ごめん」と謝っている。Aは次のように記録している。「(前略)患者は、拒否する言葉、思い返して私のところに戻ってくるという患者なりのコミュニケーションを通じて私に向かい合ってきてくれたのではないかと思う。(中略)患者との距離を縮めていくのには、看護者側から話したりするばかりではなく、『待つ』ということで患者からの距離の短縮という方法もあることを学んだ。(中略)患者が思っていることを自分の立場に置きかえてみることで、患者の辛さや苦しみがわかるということを実感できた。また、反対に患者の感じる喜びも共有することで患者の笑顔を中心に良かったと思えるようになったと思う。」Aは、Bさんの自尊心の低下を問題としてあげ看護計画を立て、最終日にはBさんから「あんたがいて良かったわ」「がんばることができたわ」などの発言も見られ、Aから「私がいなくても、Bさんはがんばれると思う」と伝えると、Bさんは「がんばろうと思うけど…まあ、がんばるわ。フフッ」と笑顔で答えるなどの変化が見られた。実習終了後、Aが持っていた「かかわり」についての概念についてきくと「精神看護実習前は、向こうからくるよりも、自分からなにかしたいとか、その人のことをもっと知りたいと思って自分から患者さんに対して行動するという感じ」ととらえていたが、「何をやるじゃなくても一緒にいたら、時間の共有とかでもかかわりなんかなあと思って」と話す。「巻き込まれ」ということに関しては、「患者さんに臭いって言われて、ほんまに自分がそうなんちゃうかなと思って、看護者としてその人にかかわっていかなあかんのに、先に自分のことを考えてしまった」ことをあげた。

Aのケースは、患者の言動による初期の動揺が短期間で解決し、その後安定し関係を深めることができていることから、nursing involvementのモデル・ケースとした。その理由として、Aは受持ち患者との時間や場の共有を意識し、看護の結果を共有している(経験の共有)。そして、単位認定者の助言により関心を患者に向けることができ(感情の投資)、「あんたがいてくれて良かった」という受持ち患者の言動からも患者-看護師関係の距離が近づき、信頼関係が形成されていたことがわかる(絆の形成)。また、看護目標を達成させ、実習終了後の方向性を示すことで看護学生としての責任を果たし、それ以降の責任を患者にゆだねている(境界の調整)。特に、自身の経験していることを患者に伝えることができていることは、初期の行き詰った関係を打開し深めることに非常に有効であり、表1および表2の「経験の共有」の内容に太字で追加した。Aは、「巻き込まれ」について、

患者に臭いと言われ動揺し、患者ではなく自分に関心に向いたことと考えている。牧野<sup>19)</sup>も「患者の言動による動揺」を「巻き込まれ」の要因としてあげているが、今回の多軸評定では、「患者の言動による動揺」はdetachmentからover-involvementの範囲に関係がなく見られることや一時的なものであることなど異質であると考えられる。一般的な「かかわり」として広義の意味でのinvolvement<sup>15)</sup>に含まれると考えられるが、患者の言動により影響を受け一時的に動揺するタイプの「巻き込まれ」では、関係が不安定になりその後の対応により、関係が深まるか、対応の困難さが継続するかの分岐点となる。これらのことから「患者の言動による動揺」は、広義の意味でのinvolvementには含まれるが、その動揺と分岐点となること<sup>27)</sup>に焦点を当て、特に「患者の言動、症状により看護学生が動揺し、一時的に対象者への関心より自分自身に関心が向く状態」を看護学生の「ゆらぎ」とすることで、よりinvolvementの概念が明確になると考えられる。Aは「ゆらぎ」を分岐点として関係を深め、nursing involvementへと至ったと考えられる。

②ボーダーライン・ケース：学生C、女性、20歳代前半

Cは、実習初日から、頭が故障しているという体験を持つ受持ち患者のDさんに「他の人と話してきて」と言われるが、「しゃべらないけど、一緒に居ていいですか」と言って一緒に過ごしていた。Dさんの好きなビーズや昔作っていた「帯留め」などDさんの好みに合わせて患者の負担とならないように一人で作業し、時々頭の故障や頭痛を訴えるDさんに見せるということを繰り返した。最終日前日、Dさんは、頭痛を訴えるが、完成した「帯留め」を見せると、「よーできたなあ。ほんまは、着物にするんやけど、服の横の方でくくっってもかわいいのとちゃうか。まあ座り」とCの体に巻いて結んでくれる。Cが「疲れましたか?私帰りますか?」とたずねても、Dさんは「いいや、おったらええ」と受け入れ、その日の帰りにDさんは「時間はあっという間に過ぎてしもたなあ」と感想をもらす。しかし、(記録より)「最終日の朝はすごい剣幕で『あっちへ行って』と言われ、最後の挨拶の時も『(手紙を)ごみになるで(中略)』と言われ、理由を明確に説明してくださることや私の最後の話を聞いてくださったことは大変ありがたいが、手紙が受け取ってもらえないことはショックだった」と記している。

Cは、時間や空間を患者と一緒に過ごしなが、2週間という時間をかけて少しずつ患者と「経験の共有」を行っている。最終日前日には、学生と話すことを避けていた患者から、「時間はあっという間に過ぎてしもたなあ」など「経験の共有」を確認する言葉が聞かれているため、nursing involvementのモデル・ケースに近いと考えられる。しかし、最終日には、受け取っても結局捨てるだ

けになると手紙を受け取らなかった受持ち患者の感情と、そのことを伝えてもらえるありがたさを思考では理解しているが、手紙を受け取ってもらえずショックを受けた学生の感情に相違が生じている。Cは受持ち患者の言動にショックを受け、上述した「ゆらぎ」の状態にあり、それが実習最終日のできごとで大きな影響を与えていると考えられるため、この時点においては、本ケースを nursing involvementのボーダーライン・ケースとした。

### ③関連ケース：学生E、女性、20歳代前半

Eは初日からほとんどの実習時間を、受け持ち患者のFさんの隣に座って過ごしている。しかし、Eの質問にFさん「はい」か「いいえ」もしくは、質問のオウム返ししか沈黙しか返さない。2日目のプロセスレコードで、沈黙も含め患者の言動に対して単位認定者から「考えたことだけでなくFさんの表情や言葉を受けてEさんはどんな感情を持ちましたか」「感じたことを（Fさんに）返してみよう」という指導を受けて、3日目には、「（Fさんが）寝られている時は、私は横にいないほうがいいですか」と尋ねることができる。それに対して「ここにいていいです」という返事をもらう。2週目に入り、待つこともできるようになり、それに伴いFさんから「行きましょうか」と声をかけられることもある。しかし、失禁や発熱など1週目に見られなかった出来事に対して言葉で患者の思いを確認することが難しく、Fさんの思いをいかに確認するかを考える段階で2週間の実習が終了する。実習終了時に以下のように記録で振り返る。「初め、自発性の低下しているFさんと関係を築くためには、自分からの働きかけが必要であると思っていた。しかし、関係は相互作用であるため、一人が一方向的に質問をしたり、促してばかりでは相手の目線で見れていないため、感情や思いなどを知ることができない。そのため、患者さんのことを知ろうとするには、Fさんと同じ目線を見て、Fさんのペースに合わせることも重要だと思った」「結果を求めて目に見える効果だけにとらわれすぎていたため患者にこうかわるとこういう結果、促すとこういう効果があると勝手に決めつけて、患者中心の看護を実施できなかった」

実習終了後、Eに「かかわり」についてたずねると、「今、考えてみると、精神病として考えすぎていた。患者さんに陰性症状があったから…精神病者というふうにはかかっていた気がする…学校へ行ったり仕事も少ししてはったからその辺でもう少しかかわれたら良かったと思う。勝手に自分で壁を作っていたというか、一歩置いてみていたからかかわりきれてなかった感じがする。（中略）私が言っていることをなんで受け入れてもらえないのかっていうのも今でもわからないしどういう思いだったのかっていうのも知らないし、かかわりきれてなかったのかな」と振り返る。

Eのケースは、「経験の共有」が進む前段階で受持ち患者の状態の変化があり、「受け入れてもらえないのかっていうのも今でもわからないし、どういう思いだったのかっていうのも知らない」「精神病者というふうにはかかっていた気がする」と振り返るなど患者との「経験の共有」や「絆の形成」が難しかったことが考えられる。また、「自分で壁を作っていた」「一歩置いてみていたからかかわりきれてなかった感じがする」と「感情の投資」という意味でも難しさがあり、相手の感情や思いがわからなかったことにより失禁などに対してもどのように促してよいか把握しきれず、専門職性を示す「境界の調整」も困難であったと考えられる。これらの理由により本ケースはdetachmentであるとした。意思の確認が難しい場合や期間に制約があり受持ち患者が一人で状態変化もありうる実習では、起こりやすいケースであると考えられる。患者のことを知ろうとするには同じ目線で患者のペースに合わせることも重要であるという振り返りもできているため、Eのケースも実習期間がもう少しあればnursing involvementに至る可能性があったと考えられる。

以上のフィールドワークの結果、看護におけるinvolvementの構成要素とその内容を以下のとおりとした。

**経験の共有：**時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること・自身の経験していることを患者に伝えること

**感情の投資：**患者に対して感情や関心を向けること

**絆の形成：**患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる。その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる

**境界の調整：**患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと・それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと

## IV. 考察

現在発表されている看護におけるinvolvementの測定用具は、「患者－看護師関係のタイプと特徴」<sup>4)</sup>のみである。その測定用具は、「臨床的」「治療的」「結びついた」「巻き込まれすぎた」という4つの関係の条件が示され、限られた時間に様々な状態にある複数の患者を受持つ病

棟の看護師に特に有用である。しかし、その測定用具で示されている4つの関係の中でinvolvementが最も少ないと考えられる「臨床的」関係では忙しい時間の中でニーズの少ない患者に対し、そのニーズに応じたinvolvementを看護師が病棟全体の動きを考え取ってコントロールしている側面もあると考えられる。したがって、一人の受持ち患者との良好な関係を目標とする精神看護実習など一つの患者－看護師関係を評定するには適していないと考えられる。E. Arnold<sup>16)</sup>は患者－看護師関係において、「治療的 (therapeutic)」を中心に据え、その両端を「切り離された (detached)」「巻き込まれすぎた (overinvolved)」としたが、それぞれの具体的内容を含めた測定用具として提示されているわけではない。今回の結果である「看護学生におけるinvolvement多軸評定」は、特に一人の受持ち患者との良好な関係を目標とする精神看護実習においては、教員および臨地実習指導者と学生がinvolvementに関してその概念や程度、注意点などを共有することができ、学生による自己の振り返りや教員および臨地実習指導者による指導上、有意義であると考えられる。例えば、客観的な視点を重視する場合の「情報収集」という視点よりも「経験の共有」という視点でとらえる方が、患者－看護師関係の相互作用を重視できると考えられる。「感情の投資」では、看護学生自身の患者に向けられている関心や感情の質・方向性、もしくは関係を作る目的などに焦点を当て振り返ることが可能である。「絆の形成」では、患者－看護師関係の関係性に焦点を当て、患者との距離や患者とどのような関係を築きやすいのかなどを振り返ることができる。「境界の調整」では、計画される看護が対象の患者はもちろんのこと患者を取り巻く家族や学生を取り巻く学校、実習病棟などを考慮に入れた場合に実現可能かという点に焦点を当てることができる。将来、程度の差はあるが制約の中で組織に所属し看護を行う場合に、実現・継続可能な看護をより高い質で行えるよう調整する能力が求められるが、実習時からそのような視点を持つことで、境界を検討し調整する能力を高めることができると考えられる。また、患者－看護師関係においても、どこまでどのような援助をするかにより、患者－看護師関係の境界が規定される点に焦点を当てることが可能であると考えられる。そして、これら4つの構成要素のdetachment (切り離された)－over-involvement (過剰な)－nursing involvement (適応的な)を軸とした変化を提示することにより、看護学生がinvolvementのバランス感覚を養う際の指標となると考えられる。

Turner<sup>20)</sup>はover-involvementの要因に「不十分な技術」や「無経験」、「不明確な境界」などをあげている。これらの要因は学生に該当するものが多く、本研究結果のinvolvement概念の構成要素である「境界の調整」に

影響を与えると考えられる。しかし、over-involvementに関しては、文献中に顕著な例が示されていることにより、多軸評定における枠組みを示すことが容易であったが、本研究のフィールドワークではover-involvementを明示した典型的なケースは見られなかった。これは、臨地実習指導者および教員のサポートやカンファレンスなどが、over-involvementの要因である「不十分な技術」や「無経験」、「不明確な境界」を補っていると考えられる。臨地実習指導者および教員のサポートやカンファレンスなどが機能せず「感情の投資」や「絆の形成」の程度が大きく、「境界の調整」が不明確になった場合には、精神看護実習においてもover-involvementが見られる可能性があると考えられる。臨地実習指導者および教員の十分なサポートやカンファレンスが機能することで学生は安心してinvolvementを行うことができると考えられる。また、Morse<sup>11)</sup>は、「長期間」「膨大なニーズ」をover-involvementの要因にあげている。「長期間」「膨大なニーズ」と向き合うことにより、看護師はinvolvementを看護の中心的な概念に位置付け発展させてきた。看護師は、involvementにより濃厚な患者－看護師関係を樹立することが可能である一方で、over-involvementに陥る危険性とも直面している。しかし、この実習は2週間と短期間であり、受持ち患者の疾患は原則的に慢性期の統合失調症でニーズは膨大とは言えないためover-involvementまでには至らなかったと考えられる。

本研究結果である「看護学生におけるinvolvement多軸評定」は、看護学生に焦点を当て作成されているが、疾患や精神および身体症状の程度や変化など患者側の要因も看護学生のinvolvementに大きく影響していることが考えられる。また、その結果は、2週間という実習期間と受持ち患者が慢性期の統合失調症であるという点で限界があり、今後、他の疾患も含め調査を行い、検討を加えていく必要があると考えられる。また、わが国においてinvolvementの訳語として使われる「かかわり」は、広義のinvolvementとして「働きかける」という意味で一般的な使われ方が多く見られた<sup>16)</sup>。これは、海外の文献においても見られる使われ方であるが、看護を含めるかどうか不明確であり、一般的な使用法であるため、本研究では除外した。また、看護における「ゆらぎ」に関しては概念分析が行われておらず、今後概念分析を行った上で、involvementとの関係をさらに考察していく必要があると考えられる。

## 謝辞

本研究を行うにあたり、研究に協力してくださった看護学生の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は平成16～17年度科学研究費補助金若手

研究B(課題番号16791455)を受けて行った研究の一部である。

## 文献

- 1) Travelbee, J. *Interpersonal Aspect of Nursing*. F. A. Davis Company, Philadelphia. 145-147, 1971. 長谷川浩, 藤枝知子訳, 人間対人間の看護, 215-218, 医学書院, 1974.
- 2) Benner, P. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. 163-166, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park. 1984. 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 116-117, 医学書院, 1992.
- 3) Watson, J. *Nursing: Human Science and Human Care; The Theory of Nursing*. 64-67, National League for Nursing, New York. 1988. 稲岡文昭, 稲岡光子訳, ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア, 93, 医学書院, 1992.
- 4) Morse, J. M. *Negotiating commitment and involvement in the nursing-patient relationship*. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468, 1992.
- 5) Artinian, B. M. *Risking involvement with cancer patients*. *Western Journal of Nursing Research*, 17 (3), p292-304, 1995.
- 6) Benner, P. & Wrubel, J. *The Primacy of Caring: Stress and Coping Health and Illness*. 1-56, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1989. 難波卓訳 現象学的人間論と看護, 1-62, 医学書院, 1999.
- 7) 岡谷恵子, 援助関係の形成, 山崎智子(監修), 野嶋佐由美(編), 明解看護学双書3 精神看護学, p84-85, 1997.
- 8) 伊藤智恵, 巻き込まれていた自分を振り返る, 聖隷浜松病院看護研究収録, 1998号, p25-27, 1999.
- 9) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘, 看護におけるinvolvementの概念, 人間看護学研究, 第1巻, 51-59, 2004.
- 10) 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, 第2巻, 41-51, 2005.
- 11) 武井麻子, 感情と看護, p89-90, 医学書院, 2001.
- 12) Milligan-Hecox, J. R., England, M. & Artinian, B. M. *Context of Involvement*. Artinian, B. M. & Conger, M. M. (Ed), *The Intersystem Model; Integrating Theory and Practice*. (2ed.), 49, Sage Publications, 1997.
- 13) Schwartz-Barcott, D. & Kim, H. S. *An Expansion and Elaboration of the Hybrid Model of Concept Development*. Rodgers, B. L. & Knafl, K. A. *Concept Development in Nursing; Foundations, Techniques, and Applications (2ed.)*, 129-159, W. B. Saunders Company, 2000.
- 14) Wilson, J. *Thinking with concepts*. 28-31, Cambridge University Press, London, 1969.
- 15) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘, 看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 第3巻.
- 16) Arnold, E. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses (3ed.)*, 84-85, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1999.
- 17) Kim, J. *Emotional detachment and involvement of physicians in literature*. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*, 64 (2) : p32-38, 2001.
- 18) Astrom, G., Norberg, A., Hallberg, I. R., Jansson, J. *Experienced and skilled nurses' narratives of situations where caring action made a difference to the patient*. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 7 (3) : 183-193, 195-198, 1993.
- 19) Eakes, G. G. *Grief resolution in hospice nurses. An exploration of effective methods*. *Nurse Health Care*, 11 (5) : 242-248, 1990.
- 20) Emon, D. V. *Emotional (over) involvement: Can nurse care "too much" for a patient?* *Journal of Practical Nursing*, August; 30 (8), 34-35, 1980.
- 21) Doona, M. E. *Travelbee's intervention in psychiatric nursing edition2*. F. A. Davis Company, Philadelphia, 長谷川浩, 対人関係に学ぶ看護 トラベルビー看護論の展開, 169-171, 医学書院, 1984.
- 22) Benner, P. & Wrubel, J. *The Primacy of Caring: Stress and Coping Health and Illness*. P1-56, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park. 1989. 難波卓訳, 現象学的人間論と看護, 1-62, 医学書院, 1999.
- 23) Artinian, B. M. *Personal involvement with critically ill patients*. *California Nurse*, January; 78 (7), 4-5, 1983.
- 24) Field, D. *Emotional involvement with the dying in a coronary care unit*. *Nursing Times*, March

- 29; 85 (13), 46-48, 1989.
- 25) Roberts, D., Snowball, J. Psychological care in oncology nursing: a study of social knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (1), 39-47, 1999.
- 26) Ramos, M. C. The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 496-506, 1992.
- 27) 尾崎新 (1999) : 「ゆらぐ」ことのできる力, 18-19, 誠信書房.
- 28) Turner, M. (1999) : Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3 (3), 153-160.

## (Summary)

# Analysis of the Concept of Involvement Occurring in Nursing Students during a Psychiatric Nursing Care Practicum and the Development of a Multiaxial Assessment for Involvement

Koji Makino Hayato Higa Kyoko Amasa Yukihiro Matsumoto

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

**Background** In Japan, studies on involvement in nursing are gradually becoming more common after the recent reviews of the evaluation of involvement in other countries. But in the past, involvement in nursing was considered to be a difficult issue in Japan and other countries from the employment ethics and objective scientific perspectives. In recent years, various aspects of involvement have been investigated and the importance of this concept has been recognized. It, however, has not been analyzed; therefore, it remains difficult to obtain widespread recognition of the concept of involvement in nursing.

**Objective** The present study aimed to clarify the involvement of nursing students during a psychiatric nursing care practicum, and develop a tool for measuring this involvement.

**Method** The study collected and analyzed data

from 40 nursing college students using the Hybrid Model of Schwart-Barcott & Kim.

**Results** From the results of this analysis, a working definition of involvement in the practicum was identified as "the nursing phenomenon that consists of sharing experiences, investing emotions, forming bonds, and negotiating boundaries, and that occurs in the process of human interaction." A "multiaxial assessment for involvement" was developed to describe changes in these four constituents associated with detachment, over-involvement, and nursing involvement.

**Conclusion** Results from this assessment will benefit teachers, practicum instructors, and students by allowing them to share the concept, degree, and important aspects of involvement.

## 論文

# 急性期における統合失調症患者家族 アセスメントツールの考案



甘佐 京子、比嘉 勇人、牧野 耕次、松本 行弘  
滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 国内の精神病院では急性期病棟（短期入院病棟）が定着しつつある<sup>1)</sup>。統合失調症を発症した患者を、短期間の入院で早期の退院に繋げるためには、入院時から患者の地域社会における支援者である家族へのケアが重要となる。しかし、急性期における家族に対するケアの確立は不十分な状況にある。

**目的** 精神科病院において急性期の患者家族に必要なケアを考察することを前提に、精神科に勤務する看護師に急性期の患者家族の状況や気になる家族についてインタビューし急性期の家族アセスメントツールを作成した。

**方法** 精神科に5年以上勤務する看護師10名に対し、急性期の家族の状況、看護師として気になる家族等について、インタビューを実施した。その内容を逐語録にし、質的な分析を試みた。

**結果** 「看護師から見た急性期の家族の状況」からは家族の状況を示す内容として、70のフレーズを抽出し、最終的には九つの中位カテゴリーへと分類することができた。また、「看護師から見て気になる家族」を示す内容として、54のフレーズを抽出し、最終的には九つの中位カテゴリーへと分類することができた。さらに、その結果から、家族の対処状況からの視点と、家族の資源や認知からの視点で捉える二種類のアセスメントツールを考案した。

**結論** 急性期の家族の状況を基に考案したアセスメントツールは、入院時から家族が示す反応を捉えながら、ケアの対象となるのか否かを判断していくものであり、精神科や家族へ対応の経験が浅い看護師であっても、アセスメントがしやすいと考える。また、気になる家族を基に考案したアセスメントツールは、問題となるポイントに焦点を当てたものであり、早期より看護の介入を見据えたアセスメントが展開できると考える。

**キーワード** 急性期、精神科看護、家族アセスメント

## I. 緒言

1999年の精神保健福祉法の改正を始まりとし、日本の精神医療・福祉の動向は大きな転換を求め続けられている。長期入院患者の脱施設化を図ると共に、2002年の精神科の診療報酬改定では、入院から3ヶ月間のみ適用される精神科急性期治療病棟入院料が引き上げられた。この背景には、新たな長期入院を防ぎ、短期間の入院で患者を地域に帰そうという意図がある。こうした、改正に伴い国内の精神病院では急性期病棟（短期入院病棟）が定着しつつある<sup>1)</sup>。

急性期病棟では、激しい精神症状を呈するものや、病識がないため不安が強い初発患者が対象であり、濃厚な医療・看護が実践される。一方、こうした患者の場合、その患者の家族もまた様々な不安を抱えている。とくに、初発患者の場合、患者が若年であるため、家族との結びつきも強く、患者同様に大きなダメージを受けている家族も少なくない。急性期においては、医療・看護の主たる対象は患者本人になることは当然であるが、急性期病棟の本来の目的が、短期入院から地域へ戻すことならば、当然地域での受け皿となる家族に対しても、速やかにダメージを取り除くよう働きかけ、患者の受け入れを進めていくことが必要となるのではないだろうか。そこで、今回精神科病院において急性期の患者家族に必要なケアを考察することを前提に、精神科に勤務する看護師に急性期の患者家族の状況や気になる家族についてインタビューを行い急性期家族のアセスメントツールを作成した。

2006年3月10日受付、2006年5月17日受理

連絡先：甘佐 京子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

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

## II. 研究方法

### 1. 目的

精神科急性期において、精神科看護師から見た患者家族の状況及び、気になる家族の要素を抽出し、急性期の患者家族のアセスメントツールを考案する。

表1 対象者プロフィール

勤務病院	単科精神病院A 2名
	単科精神病院B 4名
	総合病院精神科病棟4名
精神科勤務 平均年数	12.1±6.2年
他科勤務経験	有り6名 無し4名
男女比	男性2；女性8

N=10

### 2. 研究協力者

精神科に勤務経験が5年以上有り、急性期病棟もしくは急性期の患者を担当する経験をもち、学生指導をはじめとして、病棟内において指導的役割を担っている看護師で、研究の主旨を理解し自ら協力を申し出て下さった10名の看護師（表1参照）。

### 3. 倫理的配慮

研究協力者となる対象には、事前に研究の趣旨を口頭で説明し、調査中はプライバシーの権利、参加中断の権利及び特定の質問に対して拒否する権利を保証すると共に、面接の中で語られた患者に対する情報に関しては匿名性を保つと共に、個人が特定されるような特殊な背景については、内容から削除することも説明した。また、参加の意思は、あくまでも本人が決定することを前提とした。さらに、録音または記述にて記録したものについては研究者が厳重に保管し、本研究の全過程が終了後、すべて破棄することを確約した。

### 4. データ収集

データ収集は、研究協力者一名につき、おおよそ30～60分の半構成的面接を実施した。主な質問内容は、統合失調症およびそれに準ずる精神疾患患者の入院時を中心に急性期の家族の状況や、関わる中で気になる家族、さらに、現状の急性期における家族への支援等について質問し、それに対して自由に語ってもらうようにした。面

接回数は一人一回のみであり、落ち着いて周りを気にせず話ができるよう施設側に依頼し個室を準備していただいた。また、内容に偏りがでないように、対象者の勤務する施設については、うち2施設は県内において病院特定機能評価を得ており、のこる1施設を含めて長年にわたり学生実習施設としても、共に評価されている3施設を選択し、看護部に依頼し了承を得た。面接内容について、許可が得られた場合のみ録音を実施した。面接時間は、52分から27分であり、平均時間は33.4（±7.5）分であった。

### 5. 用語の定義

家族：夫婦の配偶関係や親子・きょうだいなどの血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立する小集団である（広辞苑）。ただし、本研究においては子どもである患者の保護的役割を担うものに焦点をおくため、主に父母を指す。

精神疾患：本研究で対象とする精神疾患は、統合失調症およびそれに準ずると考えられる精神病圏内の症状を呈している場合に限定する。

急性期：病気（統合失調症及びそれに準ずる精神病圏内の疾患）が急激に発症した時期であり、何らかの異常が身体的・精神的徴候として起こり、ある程度の速さで進行していく時期<sup>3)</sup>と定義する。また、期間としては精神科救急入院料の適応となる入院から3ヶ月程度の期間とする。

家族機能：Olson<sup>4)</sup>は、家族機能を、凝集性・柔軟性・コミュニケーションの3つに集約できるとしており、円環モデルによって統合的に把握しようとしている。本研究では家族機能を示すモデルのひとつとして、このOlson<sup>3)</sup>の円環モデルを用いて、家族機能を家族の絆を表す凝集性（密着—分離）・家族の対処能力を表す柔軟性（混沌—硬直）で示される家族の状況と操作定義する。家族の状況：統合失調症、またはそれに準ずる精神疾患を発症し精神科病棟あるいは精神病院への入院に至った急性期の期間に患者家族が示す状況と定義する。

気になる家族：精神科に勤務経験が5年以上有り、急性期病棟もしくは急性期の患者を担当する経験をもつ看護師が、病棟もしくは病院に入院してきた患者の家族との関わりを通し、専門職者として気にかかる存在ととらえられた家族と定義する。

### 6. 分析方法

データを逐語録に起こし、その内容を質的に分析した。分析は分析的コーディングの技法に準拠して行った。最初のコーディングではデータのコード化と類似したコードのカテゴリー化を行った。さらに、類似したカテゴリーが示す意味を検討し、包括的に説明しうる中核なカテゴ

リーを抽出していった。分析内容の妥当性を測るために、修士以上の学位を持ち精神科の臨床経験がある看護教員2名および、研究協力者からの意見も聞いた。

### Ⅲ. 結果および考察

#### 1. 看護師から見た急性期の家族の状況

家族の状況を示す内容として、70のフレーズを抽出し、ラベリングを行った。その結果24の下位カテゴリーに分類され、さらに9の中位カテゴリーへと分類することができた。なお、今回は家族の状況を概念化することが目的ではないため、より具体的な状況として9つの中位カテゴリー迄の分類とした。以下、9個のカテゴリーの内容についてデータを抜粋しながら提示する。

##### 1) 初めて体験する場所・医療に対する不安を持つ

このカテゴリーには、3つの下位カテゴリーが存在した。

①何かわからない事への不安：家族は、今生じている現象を理解するに至らない状況にあり、かなり強い混乱状態と考えることができる。

『初発のしかも患者さんやったんでうん、もうお母さんも何のことかわからんという感じで……。』

『まあそのうち、最初は、もうだから、何が何のこっちゃわからん、とりあえず、不安は不安やったんですけど、な、「どんな病気なんやろ?」「何で、こんなことするんやろ?』

②精神病(病院)に対する恐れ：家族は、初めての受診もしくは初めての入院に至るまで、精神病院や精神病に対して、ネガティブな感覚を抱いていることが少なくない。

『やっぱ、こう、表情堅くして帰られるって言うイメージがありますね。患者さんには会えないし、実際目で見ることではないし、やっぱり入院するときの怖いっていうのが、取れる訳じゃないし、やっぱ、精神科って言うイメージがあるじゃないですか。』

③病状に対する不安：家族は、精神疾患、中でも統合失調症の経過について不安を持ち、特に急性期の段階では、日々の病状の変化について気にかけることが目立つ。

『他にもいろいろ要素はあると思うんですけど、その、ちょっとしたことを聞いて、そうですか、ニコッていう感じはないですね。けど、「やっぱり、くくられてるんでしょ」とか。「でも、まだ会えないんでしょう」とか。』

##### 2) 入院前の状況により疲労と恐怖感を持つ

このカテゴリーには、2つの下位カテゴリーが存在した。

①子どもの対応への疲労感：家族は、急性期の精神症

状が著明な時期を患者と生活する体験をして入院に至った場合、精神的のみならず、身体的にも疲労を抱えていることが少なくない。

『一番、初期ですねだから、入院したその日に、先生のところに、来られて、ちょっと、一度入院して、……いちばん、やっぱり、入院初期ですね。だから、入院も一般、わっとなった状況の中で、あの、ご家族っていうのは、ほんとに精神的にも疲れてるんだけど』『うん、とか、まあ、アナムネとったら、分かるやん、暴れたりとか、どっか行ったりとか、いろいろ、あの一、もう今でも、糞巻き状態はないけども、あの、家族で、押さえつけて来ましたとかねって、それは、いろいろあるから。』

②暴力への恐れ：家族は、状況によって患者の暴力の対象になることもあり、直接対象となった家族にとっては、患者に対して恐怖を感じ拒絶することもあり得る。

『やっぱり、暴力を受けた場合は、もう、暴力っていうか、刃物とか、そういう持ち出した場合とかは、もうやっぱり、怖いっていうのがあるので、受け入れ、なかなか受け入れられなかったり、もう、別に暮らすとか、そういうことにもなりますね。』

##### 3) 子どもを手放すこと事への悲しみと抵抗

このカテゴリーには、2つの下位カテゴリーが存在した。

①患者から隔離された家族：家族は、閉鎖病棟への入院に至った時、患者の安全と精神の安静が目的とは言え、特に患者である子どもが若年の初発患者の場合、個室で施錠された部屋に入院することに不安を感じている。

『たいいてい急性期でこられた患者さんは緊急性のある人は結構医療保護入院とか、措置入院という方が多いので、その、個室に入られる方が多いじゃないですか。拘束とか隔離の人が多いいので面会も禁止というパターンが多いんですよ。だから、普通やったら、家族が、患者さんを目にして疑問に思って、これはどうということなんやろうかって看護者に質問をぶつけたりしてくると思うんですけど、それがいいじゃないですか。』

②子どもに対する愛着：家族は、元来の親子関係が背景にあることはもちろんであるが、入院を余儀なくされ、物理的に子どもと離れてしまう状況で子どもへの愛着を強めている。

『すごく、心配でたまらなくて、来たりとかね。ほっとけない状況とかですね。年齢とか、まあ、初発か、初発でないかとかあとう、ま、えーとね。』『入院して、その場で、あのねえ、なんかなんとかやってるんやけど、急に、あとう、次の日ぐらいいまでは、なんだかんだって、来てもらうことが多いんですけど、その、

そのあとは、もう、しばらく、お引取り下さいじゃないけど、もう、家族が来たって場合には、別に構わないんですけど、まあ、逆ですね、こないだも、つき、付き添いたいって、もう、両親も疲労困憊状態なのに、付き添って、休んだ方がいいんじゃないですか、言ってるにも関わらず、聞かへんみたいな、感じですね、』

#### 4) 親としての後悔と責任を感じる

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①親としての自責感：家族は、精神病に罹患したことの原因を模索し、養育に問題があったと感じたり、精神科の病院に入院させたことについて患者である子どもに対して、申し訳なく思ったりしている。

『やっぱり、でも息子「私がこうしてしまったんやろか？」っていうのにも変わっていくんやし、家の人が、「育て方が悪かったんやろか」という方にも、いってしまうのがやっぱり、初発が多いんですね。』『こう、やっぱり、精神科に入院させたとか、精神病っていわれることも、ショックが非常に大きいのだと思いますね。(面会に)……くるとね。やっぱり、自分の子どもが、そういう病気になってしまった、親としては、やっぱり、こう、ね、問題が大きいだろうと、ねえ、思って、そういうこと口にされる方もねえ、ありますし。うん。今まで、何か、何やってたんだろとかねえ。』

②親としての責任を果たす：家族は、自責感を抱えながら親としてできることを、できる限りやろうとする。

『入院に必要なものを持ってくるとか、面会を週に何回して下さいとか、3回までオッケーですとか、30分以内です、とかって決めたらそれは、必ず来られるっていう、うん、うん。で、時間の設定とかしても、その時間にちゃんと取れる、来ていただけるし、ていので。』『とにかく、「何かしてやらねば」で、「守ってやらねば」で、「もう片時もはなれないぞ」みたいな、感じ、になっちゃって、』

#### 5) 予測がつかない治療状況に対する不安

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①治療に対する不安：家族は、治療の知識がない不安と、不確かな知識から向精神薬の使用に対して慎重である。

『だけど、それがもう、いっぺんかみ合わなくなると、すごく、こう、納得できないっていう、「薬の説明もされてなかった」、「こんな強い薬を使われて、自分の息子は精神病じゃないのに、精神病にされた」みたいな。』

②病気による子どもの変化に対する不安：家族は、治療により一旦過鎮静傾向に陥った状況に対して不安を持つ。

『患者さんが、仮面のようなだったりとか、あのう感情の起伏が無かったりとかするんで、ほうなってきたら、「何でこんなになってしまったの?この、入院して良くなっていくんじゃないの?」っていう不安ですね。』

#### 6) 回復に向けた医療への期待

このカテゴリーは、三つの下位カテゴリーが存在した。

①退院への希望：家族は、患者が若年の場合特に、早期の退院を希望し家族としての受け入れも悪くない。

『家族から聞いてこられるような感じですよ。退院のときも、まっ、自分から進んで、「もう良くなったんで退院の時期っていつ頃でしょうか?」っていう感じで、』

②治療に対する信頼：家族は、治療が進み精神症状が落ち着いてくる様子を、自ら確認することで治療への信頼感を深める。

『最初から、受け入れられている所もありますけどね。それは、もう、家族が、その、激しく精神症状を出している場合に、薬を飲んだら、すごく、こう、普通になってるじゃないですか。それが、あっ薬が効いて、落ち着いた彼を見たときに、何か「あっ、薬って効くんやな」とか思うと、やっば、認知とか、早い所は、わりと、何か、受け入れは、こう、早いのかなあと、思いますね。きゅ、急激に、こう、薬がよく効いたとか。』

③治癒への期待：家族は、治療が進めば病前と変わらない状況に回復することを期待している。

『もう、言っちゃえば、もう諦めてないわけですよ。余計にあと若いんで、あのう、やっば、あのう、あと患者さんが若いから、』

#### 7) 思うように回復しない事への怒り

このカテゴリーには、三つの下位カテゴリーが存在した。

①治療に対する不満：家族は治療が思うように進展しなかったり、向精神薬の副作用が目立ったりする状況に不満を持つ。

『(薬の副作用は)圧倒的に、新規の方が少ないから、こっち使ってますって、言っても、で、「ここ書いてあるじゃないか、こんな、説明は、されなかった」みたいなね、ことから始まって。もう、最初、そうすると、もう、どこが争点だか何か、わかんなくなっちゃうんだけど、おと、お父さんがこだわりとしては、入院時に、そのときに、薬の説明がされなかった、みたいな所に、一点集中みたいなことに。』

②医療への不信：家族は、治療に対する不満から、医療そのものに対して不信感を持つ。『セカンドオピニオンじゃないけど、精神科医じゃない人に、聞いてきはんねん。そうすつと、自分のいい、都合のいいところしか、頭に、もう、入らないじゃないですか。そうすると、「そんな薬を使われてるのは、もってのほか

やって言われた」みたいだね。』

③医療サービスに対する権利の主張：家族は、医療サービスの受益者として、その権利を主張し、状況に見合ったサービスを積極的に求める。

『ちょっとこう、何ていう、私の言い方が、違うのかも知れんけど、ちょっと権利を主張してるのかなっていうところは、何か、何か、それも、サービスだろうとか、何か、こう、ううん、うん、何て言ったらいいんでしょうねえ。ちょっと、こう、積極的になってる所は、あるかもしれませんね。』

8) 患者・家族の今後に対する不安を持つ

このカテゴリーは三つの下位カテゴリーが存在した。

①退院に対する不安：家族は、患者である子どもの退院の目途がつかないと、退院に対して不安を持つ。

『昔は病気の知識がなくて、ほんまに良いのかかってかんで、なんだかんだ言って引き延ばしてる親もいたけど、年単位でどうのこうのって言うのはないですね。』

②予後に対する不安：家族は、どこまで回復するのか、これからどうなるのかということに対する不安を持つ。

『元気だった頃の、その息子さんになるかどうか。で、それで治るにしても、それで、どこまでが、治らんにしても、どこまでが治るんやっていう不安が、もうどんどん、どんどん増えてく、大きくなっていくんですよ。』

③家族の将来に対する不安：家族は、子どもが罹患したことで、その他の家族の生活も変化してしまうことを恐れている。

『ああ。あとはその、子どもさん一人が病気になったっていう事で、そのほかの生活全てが、ま、そのう、患者さんに、吸収されてしまって、将来の生活っていうのは、狂ってしまわれる方は、やっぱりありますね。』

9) 精神病であることに受容しがたい思いを持つ

このカテゴリーには、四つの下位カテゴリーが存在した。

①精神病の否認：家族は、病気や薬の説明を受けいれても、子どもである患者が、精神病に罹患している事実を認めたくない。

『だから、たぶん家族は、そこらへんが理解が少なくて、やっぱり、薬を飲むことなんて、悪いことだと思ってる人もいはる。精神科にかかるなんて、とかいうふうにしてはる人も、いはるかもしれないし。ふん。受け入れるのに時間もかかると思いますよ。』

②閉鎖的な家族：家族は、入院時に家族の状況等を看護者から聴取される意図が理解できていない場合、話すことに抵抗を感じる。

『不安な家族には工夫がある、何のためにとかっていうことは、あんまり、こう、ただ単に、聞きたいからと、やっぱり、最初の時期に聞いちゃうと、家族に、

なんでそのこと、言わなきゃいけないのかとか、』

③自分なりの知識を持つ：家族は、自分の持つ情報源（本、インターネット等）を駆使して病気についての知識を得ようとするが、自分なりの理解に終始することがある。

『だから、薬のことも、きちり守ってるか、勉強したりとか、すごいやったんやけど、そういうのが、なんか、こう、ひと、一人よがりの、うん。一生懸命、ものすごい必死になってたんで、その姿自体は、わかるんですわ、親の気持ちとしては。』

④理解力が低い：家族自体の理解力が不十分な場合、病気に対する説明を行っても理解が進まない。

『すごく理解力が低い家族だったり、ま、患者さん自身には、まあ、病気を、を、まあ、多少持ってる、まあ、理解力が低いとかも、ま、どうしても、患者、やっぱり患者層は、ありますけど、』

## 2. 看護師から見た急性期における気になる家族

看護師から見て、気になる家族を示す内容として、54のフレーズを抽出し、ラベリングを行った。その結果26の下位カテゴリーに分類し、さらに9の中位カテゴリーへと分類することができた。

1) 初発の若年患者の家族

このカテゴリーは二つの下位カテゴリーが存在した。

①初発の患者の家族：『初回、初回入院の人とかはかなり、みんなが、心配いて、病院に入院されてくるんで退院された後はしっかりと見てると思うんですけど、』

②若い（未成年）の患者：『まだ未成年だったり、っていう家族の患者さんっていうのは、不安もおっきいやるなあというので、（話を）聞く、それが一つの基準になってるかもしれないですね。』

2) 患者との感情の交流に過不足が生じている家族

このカテゴリーには四つの下位カテゴリーが存在した。

①患者との距離が近すぎる家族：『うん。お母さん、お母さんとの関係が何か多くって、うん、ま、お母さんの方が過保護的、まっ、過保護っていうか、ちょっと干渉がちとか、』

②患者との距離が遠すぎる家族：『なかなか、どこにタッチじゃないけど包んであげられないお母さんとか、逆にね、こう。うん、突き放すじゃないけども、話を聞いてあげられなかったりとか。そういってお母さん、うん、はちょっと気になりますねえ、』

③患者の意思をくみ取れない家族：『非常になんか、あの、本人の、あの、本人の意志を汲み取れない親とか、ま、それに気付きもしないっていうか、ま、それがちょっと、パターン化して。なんか、気になりますね。』

④患者に対してアンビバレンスな感情を持つ家族：

『その、状態?によっては、アンビバレンス、ていうか、(退院)させてやりたいし、本人も退院したいって言うて、答えてはやりたいけども、でも、入院前の状況を思うと、すごく、こう、揺れ動いてるっていう感情は見て取れますね。』

### 3) 医療に対して閉鎖的な家族

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①家族のやり方を押し通そうとする家族：『家族にもよるんやけども、うん、まあ、あの、ね、本人の希望としては、こうであるとか、こういうふうに対応してもらおうと、うまくいくとかっていう事を、あの、聞き入れられる家族であれば、少しずつ、こう本人との対応が変わってくるけれども、まあ、ずっとそのやり方で来て、何をやられてるのかよく分からないみたいな、それ以外の方法を知らないみたいな家族もいるんで、そういう場合は、なかなかこう、変化が、強くないっていうか、難しいっていうか。』

②医療者の介入から防衛しようとする家族：『まずね、あの、抵抗してるんじゃないかって思う家族もいるんやけども、もう、防衛ですよ。こんなね。それすらでもないっていうか。やっぱり何かあろう、こちらとコミュニケーションがうまくいかないっていう感じがすよね。』

### 4) 家族員が辛さを抱え込んでいる家族

このカテゴリーには三つの下位カテゴリーが存在した。

①よりどころを持たない家族：『うん。お母さんが、そう。そうです。うん。たぶん、そのう、場所がないんかなあって、話せるっていうか、うん、何か、こう、その子に対するストレスっていうか、思いが、話せるところがなくて、』

②家族内にキーパーソンが存在しない家族：『家族をまあ、安定してないっていうか。か、家族のシステム自体が、少し、もう崩壊気味とかっていうふうな、だから本人の、こう、サポートできるキーパーソンのものが、全然機能していないとか、いうふうな家族か。』

③自責感をもつ家族：『まあ、多いのが、その、自責的になっちゃってるような、タイプ。初発とかね、そういうこと、うん、あるので、まあ、育て方から、なにかから始まって、それから、ま、家族の、例えば、「お父さんが、ちゃんと、いてくれなかったからや」みたいなね。家族内を責め合うみたいなこと、とか、そういうような、発言が出てきて、ほんまに、傷ついてるっていう家族もいる。』

### 5) 精神病であることが受容しがたい家族

このカテゴリーには、五つのサブカテゴリーが存在した。

①医療に対して不満を持つ家族：『薬の勉強も、自分

でしてはって。ちょっと、よその病院で、なんか聞いたさかい、どうの、こうのということに、なってきて、「とんでもない薬を出された」って、うん、すごいことに、なっちゃって。もう、転院しますっていうことあったんだけど。』

②病気を認めない家族：『どうしようって、ここへ、来たら、なんか精神病みたいに言われてしまって、その、受け入れのためにね、事情を伺ったりするはずの、こちらも、どうしても、こう、時間かけて丁寧に、やりたいと、やりつつ、あったような感じだったんですけど、なんか、そこへ至るまでに、もう、あまりの攻撃でっていうか。うん。「納得できない」の一点張りで、』

③精神科への偏見が強い家族：『(家族教室への参加)その、精神、精神疾患に、偏見のある家族っていうのは、まあ、まあ入りませんよね。』

④発病前のレベルが高い患者の家族：『そうですね、だから、やっぱり、初回で、ある程度、子どもさんの能力が高かったりする家族、だから、今までそんなに問題もなくて、結構、ちゃんと、だから、あの、大学も何とか卒業して、就職までいって。』

⑤社会的地位の高い家族：『親御さんも、それこそ、わりと、社会的レベルのある方、なので、ま、そういう人が、やっぱり、入ってる、精神科に子どもが入ってるのって、ま、と……とか、』

### 6) 病気や医療に対して家族間のコミュニケーションが不足している家族

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①父母間のコミュニケーションが不十分な家族：『そこを両親が一緒に聞いていたら、お互い言えないし、でも、別べつに来て、こう聞いたら、後、うまく言えたかと思うけども、でも、お父さんに、そういうこと、伝えられないし、みたいな感じです。そこを、どう埋めていくかが。だから、どちらかに、こう、負担がかかっているんです。』

②父母間で病気に対する認識にズレがある家族：『例えば、それが、夫婦でうまく、こう、いい時間だ、お母さんが、すごくこう、抱えているものが、こう、大きくて、でも、お父さんは、それほど認識がなくて、家に居るわけじゃないじゃないですか。本人が、たまたま家に外泊で帰ったら、その一部分しか、見ないわけで、ほんとは、お母さん、すごく、こう、困ってるのに、その、こう、両親っていうか、夫婦間の仲に、ずれとか、家族の中の、こう、ずれとかは、ある時に、何かこう、関わられたらいいのかなあと、いうふうには思うんですけどね。』

### 7) 入院前に不安や恐怖を体験している家族

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①入院前のエピソードが激しい家族：『(退院の受け入れが悪い) うん、入院した時のエピソードとかが、かなり、激しかった、家族ですね。』

②子どもへの対応に不安を持つ家族：『もうちょっと、その子の行動を、なり、不安状態の時の対処の仕方、対応の仕方が、不安というか、心配、またそう、「ああ」とこうなって、こっちに何したりとか、攻撃されるんじゃ、うん。ないかっていう思いが、やっぱり、残ってるんでしょうねえ。』

8) 治療に参加できない家族

このカテゴリーには四つの下位カテゴリーが存在した。

①了解の悪い家族：『後は、結構、家族もちょっとね、了解が悪かったりとかする家族も多いんで、家族も逆に説明を多く要するんですよ。了解が悪いだけに。』

②治療の枠が守れない家族：治療として成り立たなくなるんですよ、家族が枠を守れなくなると、というところがあって。はい。共依存のような関係になっている家族もいるんで』

③振り返りができない家族：『「ああ、またや」ではないですけど、うん、「おんなじことしてるわ」というところへんで、ふり、振り返りができる人と、できない人が、というか、うん、どうかなあ、』

④知識にズレがある家族：『ああいうドラマって、治るじゃないですか。きれいに。あるきっかけを境に。うん、うん、うん、うん。はい。で、その、障害されたものが残るなんてことは、思っておられなくて。「元に戻る」というふうな考えて、「戻らないのは何故』

って、「戻るはずや」っていう。』

9) 対処機制が弱い家族

このカテゴリーには、二つのサブカテゴリーが存在した。

①不安が強い家族：『未成年の、あの、家族で、あの、非常に不安が強くて、あの、もう付き添ってないといられないっていうので、保護室、だったんだけど、で、うちは、元々、引き取り入院とかね家族付添い入院みたいなので……』

②パニックに陥りやすい家族：『ただ、その場面になれば、ちょっと、わからなくなってしまうかなって。うん。その場面に遭遇したら、おんなじように、「わあっ」って、こう、うん。』

3. 急性期の家族アセスメントモデルの構築

看護師から観た急性期の家族の状況および、看護師から観た気になる家族から抽出した要素を基に、急性期の家族に対するアセスメントツールについて考案してみた。

1) アセスメントモデルの基本概念

多くの社会学者により家族のストレス対処理論が構築されているが、本研究ではでは、McCubbin, H. Iによる二重ABCXモデル(図1)<sup>4)</sup>を用いて、アセスメントモデルの概要を説明する。急性期の家族の状況として、抽出された九つのコードは、家族が急性期に示す対処反応であり、家族が何らかの意図を持って表現しているものではない。一方、看護師が気になる家族として抽出したコードは、一般的な反応も踏まえて提示された家族の状況に対して、精神科の看護師としてのアセスメント能力をもとに抽出されたものである。即ち、家族の状況は家族が

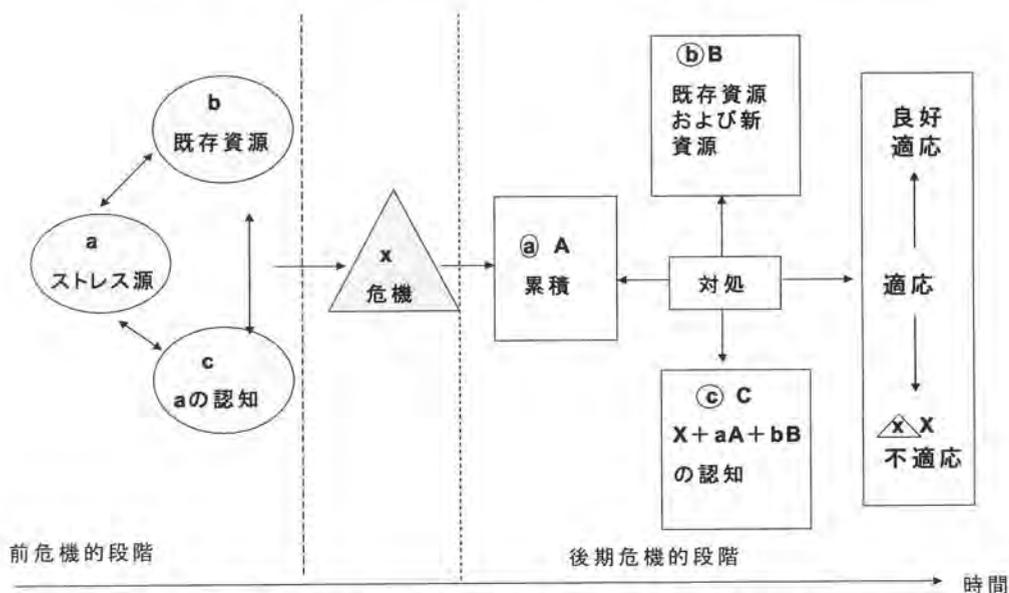


図1 家族適応の二重ABCXモデル(石原邦雄編者「家族生活とストレス」垣内出版より)<sup>4)</sup>

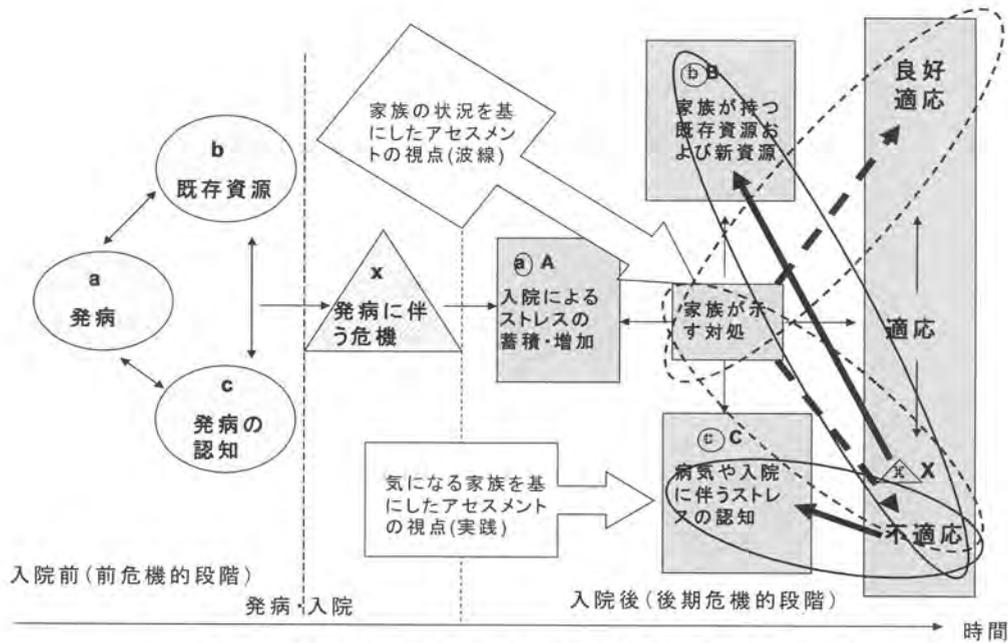


図2 二重ABCXモデルでみる急性期家族アセスメントの視点

表2 家族の状況に基づいたアセスメントツール

	急性期の家族の状況	アセスメント項目	normal reaction	abnormal reaction	important point
1	初めて体験する場所・医療に対する不安を持つ	不安緊張はあるが、日々低下していく 不安緊張が持続 家族・患者の発達段階	○	○	○
2	入院前の状況により疲労と恐怖感を持つ	入院前のエピソード：被暴力体験の有無 家族の状況：睡眠、食事、整容 等			○ ○
3	子どもを手放す事への悲しみと抵抗	子どもとの分離状況 離れることで不安・混乱を示すが、病院に託せる 離れることで不安・混乱を示す 子どもとの関係の深い家族員	○ ○		○
4	親としての義務と責任を感じる	入院に対する気持ち：父母 自責感の強さ：父母 上記のことを、自ら長時間語る 上記のことを、自分からは語らない	あることを前提に各項目における父母の主観的データを 確認		○ ○ ○
5	予測がつかない状況に対して不安を持つ	治療や、薬についての質問がある 治療や、薬についての説明に納得しない	○	○	
6	病気回復に向けた医療への期待	回復してきたことに気付きやすい 子どもの変化をポジティブに受けとめる 医療者からの説明を落ち着いて聞ける	○ ○ ○		
7	思うように回復しない事への怒り	独自の知識に固執している 医療者の説明に納得できない 治療に対し否定的な発言が聞かれる	反応としては、normal・abnormalのborder lineであるが、今後の治療関係に影響を及ぼす可能性がある		○ ○ ○
8	患者・家族の今後に対する不安を持つ	退院後の生活に対して不安を訴える 退院後の生活設計が家族で話し合われていない 家族構成 きょうだいの反応・動向 家族の社会的環境(職業等)	○	○	○ ○ ○ ○
9	精神病であることを受容しがたい思いをもつ	受容を妨げている要因 入院や精神病に対する不安や：1.2の情報強化 親としての自責感：3.4の情報強化 治療や回復についての不安：5.7の情報強化 これからに対する不安：8の情報強化	受容を妨げる要因として各項目の情報の見直しを行う		○

示す家族員の発病・入院というストレスを受けての対処全般であり、そこから、適応か不適応かを判断していく事になる。一方、気になる家族はそうした状況において正常なストレス反応を逸脱している状況（不適応）を念頭に、逸脱する要因となる家族素因（家族の持つ資源およびストレスの認知のしかた）について、専門職である看護師としてのアセスメントの視点を示していると考えられる。本研究において、この基本概念を基に、精神科急性期の家族アセスメントツールとして、家族が示した状態からのアセスメントツールと、アセスメントポイントから導き出すアセスメントツールについて考案してみた（図2）。

## 2) 家族の状況を基にしたアセスメントツール（表2）

看護師が語った急性期の家族の状況は、発病・入院という予期せぬストレスを受けた家族の反応であり、家族の対処能力は大きく脅かされている。<sup>5)</sup>それは、セリエの言う闘争-逃避反応<sup>6)</sup>であり、心身の正常な反応と考えることができる。多くのケースの場合、一次的な反応を引き起こしたものの、自らの対処能力を活かしながら、適応状態へと移行していくプロセスをたどる。今回、抽出できた家族の状況、即ち下位カテゴリーより抜粋された家族の示す反応は、家族をアセスメントする上で重要な項目であるが、それぞれの項目に示された反応は、ストレスに対する正常な反応であり、対象である家族の対処能力により適応に向かうであろう項目と、医療者が積

極的に介入していくことが必要な項目とが存在している。また、これらは完全に二分できるものではなく、それぞれの項目に正常な反応（normal reaction）と、そうでない反応（abnormal reaction）があり、対象家族の反応が、どちらなのか、どちらに進む可能性があるのかを、見極めていくことが重要である。さらに、その見極めをする上で、アセスメント項目の中に家族に影響を及ぼす重要な情報（important data）を、併用して収集することで、精神科の経験が浅い看護者にとっても、正確なアセスメントに近づくことができると考える。ただし、今回抽出した項目の中の、「親としての義務と責任を感じる」については、親として誰にでも起こりうる反応ではあるが、先行研究<sup>7)</sup>における両親への聞き取りの中でも、発病後数十年を経ても患者である子どもへの自責感を抱いているケースや、発症の原因を親である自分と感じて苦悩されているケースも少なくなく、受け入れの早期の段階からこうした家族の思いに介入していく必要があると考えられる。また、「思うように回復しない事への怒り」については、決して特異な反応とは言えないが、治癒のプロセスを家族がコントロールできないことを考えたとき、家族の持つ対処機能で解決できる問題ではないことであるとともに、今後の治療関係が損なわれる恐れも包含しており、こうした状況を察知した時点で、早急な介入が望まれる項目である。

## 3) 気になる家族を基にしたアセスメントツール（表3）

表3 看護師から見た気になる家族を基にしたアセスメントツール

	アセスメントポイント	看護師から見た気になる家族	主なアセスメント項目	備考	
1	患者・家族の発達段階	①初発の若い患者の家族	患者の年齢 家族の年齢 家族構成 家族の社会的環境	きょうだいの情報も含む 父母の職業、理解力	
2	家族機能	① 家族凝集性	②患者との感情の交流に過不足が生じている家族 ⑥病気や医療に対して家族間のコミュニケーションが不足している家族	患者と家族の関係 患者以外の家族関係 家族のコミュニケーション	密着か、分離か 病状・薬に対する認識のズレ
		② 家族柔軟性	⑤精神病であることが受容しがたい家族 ⑧治療に参加できない家族 ③医療に対して久的な家族 ⑨対処機制が弱い家族	病気に対する思い 治療への参加状況 医療に対する閉鎖性 対処機制の強さ	初回受診までの期間 受診に際して家族以外の介入 父母それぞれの正常な反応を逸脱した不安・反応 治療への反応、知識に偏り
3	家族内の力のバランス	④家族員が辛さを抱え込んでいる家族	特定の家族への負担 特定の家族の不満 家族内のキーパーソン	互いの負担に気づけていない 怒り、不満の共有ができない キーパーソンの有無も含めて	
4	入院前のエピソード	⑦入院前に不安や恐怖を体験している家族	家族の体験内容 精神的な疲労 身体的な疲労	患者の攻撃対象となった家族 患者に対する不安、恐怖 睡眠不足、食欲不振	

看護師が、専門的な視点の基に語った気になる家族は、まさにケアの対象として存在する家族であると考えられる。特に、今回の聞き取りの中で、看護師達は、急性期の入院の受け入れ時より、患者への対応のみならず、これまでの経験を生かしながら家族そのもののアセスメントを開始し、看護への展開を考慮していることが明らかとなった。聞き取りの対象となった看護師のほとんどが、家族への対応は看護師の個々の力量にまかされていること、また、その力量は経験年数および、個人的な資質が影響していると答えていた。

本研究の対象となった看護師の平均経験年数は12.1(±6.2)年であり、こうした看護師達が気にする家族、即ち、家族を対象とした時に気にかけるポイントは、四つのポイントに整理される。そのポイントを基に、各項目をアセスメントすることで、比較的早期から、家族介入のポイントを視野にいれたアセスメントが可能になると考えられる。

その中でも、家族機能や家族内の力のバランスについては、以下のように考える。先行研究<sup>1)</sup>において、統合失調症患者をもつ父母を対象に家族機能を測定(FACE S III<sup>2)</sup>)した結果、家族の凝集(密着)性は高く、それが周囲との孤立を生じる要因となることもあり、今後の受療行動や社会資源の活用に影響を及ぼす可能性を示唆することができる。また、家族の柔軟性(対処能力)については、父母間で問題に対する受け止め方に傾向の違いが認められたため、病気に対する思いについては、父母それぞれについて確認することが重要である。また、前述した父母への聞き取り<sup>1)</sup>の中で、家族員がもつ家族内の役割によって、負担の内容の違いや、その度合いが異なるという結果を得たため、父母やどちらか一方や、特定の家族員のみでの情報で判断することがないよう、より慎重なアセスメントが必要となってくる。

#### IV. 結語

今回、精神科の看護師からの聞き取りを基に、2種類のアセスメントツールを考案してみた。急性期の家族に観られる特徴を基に考案したアセスメントツールは、入院時から家族が示す反応を捉えながら、ケアの対象となるのか否かを、判断していくものであり、精神科や家族へ対応の経験が浅い看護者であっても、アセスメントがしやすいと考える。また、気になる家族を基に考案したアセスメントツールは、問題となるポイントに焦点を当てたものであり、早期より看護の介入を見据えたアセスメントが展開できると考える。

#### V. 今後の課題

今回、アセスメントツールの考案に留まったが、今後、考案したアセスメントツールの信頼性・妥当性を確認するために、統計的手法を用いて内容の精選をはかるとともに、医療現場においての運用を展開していく必要がある。また、試案を展開した後、さらに必要なアセスメント項目の追加、ケアへの連動にむけて取り組んでいきたい。

#### 謝辞

本研究にあたり、多忙な勤務の中で聞き取り調査にご協力いただいた、三箇所の病院の看護師のみなさまに、何よりも深く感謝致します。また、快く調査をご承知くださった各施設の関係者の皆様にもお礼を申し上げます。なお、この研究はH17年度科学研究費補助金(基盤研究C、課題番号16592230)の助成を受けて行われた研究の一部である。

#### 文献

- 1) 吉浜文洋：精神科医療・看護の現状，日本精神科看護技術協会監修，精神科看護白書2004-2005，第1版第1刷，p13-40，精神看護出版，2004。
- 2) 山口瑞穂子，吉岡征子，藤村龍子監修：看護診断をふまえた経過別看護1急性期，初版 第八刷 p32，学習研究社，1998。
- 3) Olson, D. H : Commentary: three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. Family Process, 30 : 74-79, 1991.
- 4) 石原邦雄：家族生活とストレス，放送大学教育振興会，2003。
- 5) 野嶋佐由美，中野綾美，足利幸乃：「家族対処行動に関する質問紙」の開発，高知女子 大学紀要35，p65-77，1986。
- 6) 川名典子：援助のための概念と基本方法-ストレスマネジメント-，中西睦子監修，精神看護学，初版 p187-193，建帛社，2000。
- 7) 甘佐京子：新たな家族支援に向けて-精神分裂病患者家族の訴えを通して-，滋賀県 立大学看護短期大学部学術雑誌，No5，p53-69，2001。
- 8) 甘佐京子，泊祐子：若い統合失調症患者を持つ父母の生活困難度および家族機能，家族看護学研究，12(1)，2006(掲載予定)。
- 9) 貞木隆志，榎野潤，岡田弘司：家族機能と精神的健康OlsonのFACES IIIを用いての実証的検討。心理学研究，10(2):74-79, 1992。

- 10) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学理論と実践, 第3版, 第1刷 p 57-62, 2006.
- 11) Lofland, J&Lofland, L. H. : 進藤雄三, 宝月誠訳, 社会状況の分析—質的観察と分析の方法—, 第2刷, 恒星社厚生閣, 2007.
- 12) 甘佐京子, 比嘉勇人, 牧野耕次, 松本行弘: 日本における精神科急性期看護の家族ケに関する文献研究(原著論文), 人間看護学研究, 2号, P53-59, 2005.
- 13) 石川かおり, 岩崎弥生, 清水邦子: 家族のケア提供上の困難と対処の実態, 精神科看護, vol30, No 5, p53-57, 2003.
- 14) 田中正博: 障害児を育てる母親のストレスと家族機能, 特殊教育学研究, 34(3), p 23-32, 1996.
- 15) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 岡上和雄: 精神分裂病者を支える家族の生活機能とEE (expressed Emotion) の関連, 精神神経学雑誌, 96(7): 493-512, 1994.
- 16) 岡堂哲雄: 家族心理学講義, 初版第7刷, 金子書房, 1999.
- 17) 宇佐美しおり, 岡田 俊: 精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア—急性期ケアプロトコルの開発を目指して—, 看護研究, vol36(6), p55-65, 2003.
- 18) 宮本有紀, 萱間真美, 沢田秋, 他: 精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴「精神科急性期病棟における看護量の評価方法の検討」のための研究調査から, 精神科看護, vol30No11, p 42-46, 2003.

## (Summary)

# Creation of Tools for Assessment of Families of Schizophrenia Patients in the Acute phase

Kyoko Amasa, Hayato Higa, Koji Makino, Yukihiro Matsumoto

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

**Background** Acute (short-term inpatient care) psychiatric wards are becoming established in Japan. 1) To enable patients admitted for the onset of schizophrenia to be discharged early after short-term hospital stay, provision of satisfactory care for patients' families, as primary supporters of the patients in the community, is seen as critical throughout the hospitalization period and thereafter as well. However, acute phase care for the families has not been thoroughly established.

**Purpose** For the purpose of establishing care necessary for the families of acute phase patients admitted to psychiatric hospitals, psychiatric department nurses were interviewed about the status of the families of such patients and families of concern from the nurses' viewpoint, based on which tools for assessment of acute phase patients' families were created.

**Methods** Ten nurses who had worked for 5 years or more in the psychiatric departments of three hospitals were interviewed about the status of families of acute phase patients and families of concern to nurses. The interviews were recorded and transcribed for qualitative analysis.

**Results** From the interviews on the "status of

families of acute phase patients as viewed by nurses." 70 phrases were extracted as attributes representing the families' status, and were ultimately divided into nine median categories. Regarding "families of concern to nurses," 54 phrases representing attributes of such families were extracted and ultimately divided into nine median categories. Based on these findings, two assessment tools were developed, one from the standpoint of how the family is coping with their situation, and the other, of the family's overall resources and recognition of their situation.

**Conclusions** The assessment tool that was devised based on the acute phase family status enables care providers to evaluate whether the family requires care in consideration of their reactions observed during the patient's hospital stay and is believed to be useful even for nurses with little experience in the psychiatric field or in dealing with families of psychiatric patients. Another assessment tool created based on families of concern focuses on their difficulties, allowing assessment leading to timely, early intervention by nurses where necessary.

**key-words** acute, Psychiatry nursing, Family-assessment

## 論文

# 看護記録の開示に対する看護者の意識調査



豊田久美子  
滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 2000年、日本看護協会は「看護記録の開示に関するガイドライン」を作成し、患者の権利擁護などにむけて積極的に開示の推進をはかっている。患者に「見せてはいけない記録」から「見せる記録」への転換は、患者・看護師関係に少なからず何らかの変化をもたらしていると推測される。

**目的** 診療情報の開示が進展する中において、看護記録開示についての認識を明らかにし、患者・看護師関係を考察することである。

**方法** 対象はK府内の病院、診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護師および准看護師に独自に開発した質問紙を用いてアンケート調査を行った。実施期時は2004年8～9月であった。

**結果** 調査に協力を得られたのは、1158名(回収率67%)の看護師、保健師、助産師、准看護師で平均年齢は36.5(SD:10.2)歳であった。看護記録の開示請求を経験した人は、5.9%と少なく、看護記録を見せることに抵抗感を持つ人は63.5%であった。40歳代以上の人や「患者は看護記録を見る権利を持っている」と認識している人のほうが、看護記録の開示によって患者との信頼関係や関係性が構築しやすいと答えていた。

**結論** 看護記録の開示は、「信頼関係の崩れ」を危惧し、「安心感を与える・納得させる看護」が重要であると考えられるパターンリズムタイプと「信頼関係の構築」につながり、「計画と一緒に考え・患者の主体性に働きかける」サポートタイプとに二極化していると推察される。今後は、形骸的な看護記録の開示ではなく、本質的なありようを市民/患者とともに創造していく取り組みが重要である。

**キーワード** 看護記録開示、患者—看護師関係、患者の権利

## I. はじめに

1997年、医療法の改正によって、「医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受けるものの理解を得るよう努めなければならない」として、インフォームド・コンセント(以下IC)の理念にもとづく医療の提供の重要性が明確に位置づけられた。1999年には、ICの一環として、患者に対して診療情報の開示を積極的に推進することが医療提供体制の改革(医療審議中間報告)でも提起され、「国立大学附属病院における診療情報の提供に関する指針」、「診療情報の提供に関する指針」(いずれも1999年2月)が作成され本格的な開示がスタートした。一方、日本看護協会は2000

年5月「看護記録の開示に関するガイドライン」<sup>1)</sup>を作成し、ひろく看護者にその徹底を呼びかけた。さらに、2003年、個人情報保護法の成立および「診療情報の提供等に関する指針」が公表され、法的にも開示請求に応えることとなった。そして、2005年5月には「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」の改訂版が出され、看護者の基本的責務として「患者の知る権利および自己決定権を尊重し擁護すること、自己の実施する看護について説明すること」<sup>2)</sup>を強調している。

このような目まぐるしい変化のなかで、医療、看護界にどのような状況が引き起こされたのであろうか。先行研究として、「医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究」(岩井他:2000)<sup>3)</sup>がある。国民/患者、医師・看護師、薬剤師などの医療従事者に、医療情報開示に対する全般的な意識調査がなされている。さらに、「現代医療における情報開示問題の社会的構築」(平他:2003)<sup>4)</sup>においては、医師・看護師・市民への意識調査が行われている。その後は、看護

2006年3月10日受付、2006年5月17日受理

連絡先: 豊田久美子

滋賀県立大学人間看護学部

住所: 彦根市八坂町2500

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

専門雑誌に特集が組まれて、その方法の議論や臨床における看護記録開示の取り組みの実践研究、報告が多くなされるようになった<sup>5),6),7)</sup>。しかし、看護師の認識や実態を探る研究は、「患者と共有するカルテの問題を把握する—看護師の意識調査—」(富田他、2003)<sup>8)</sup>、「看護記録開示—ベッドサイド記録導入による看護師の意識変化」(西川他、2005)<sup>9)</sup>などの報告が散在されるものの、その後、看護記録の開示がどのように進展しているのか、看護師の認識はどのように変化しているのかといった調査は見あたらない。また、これまで患者に「見せてはならない記録」から「見られるかもしれない記録」への転換によって、患者・看護師関係にも少なからぬ影響があると推測される。局域的におこっている言説や意識がどのような状況にあるのかを記述することによって、患者・看護師関係がどのように動きつつあるのかといった点を描くことで、今後の看護への具体的な指針を得ることになろう。

## II. 研究目的

診療情報の開示が進展する中で、看護記録開示についての看護師の認識を明らかにし、患者・看護師関係を考察することである。

## III. 用語の定義

本研究における看護記録の開示とは、「患者からの請求があった場合に看護記録そのものあるいは写しそのものを患者に示し説明を行うこと、また看護記録の写しを交付すること」とする。

## IV. 方法

1. 研究デザイン：看護記録の開示進展に対する実態と認識を把握するために、記述的研究デザインとし質問紙調査をもって行った。
2. 対象：K府内の病院・施設に勤務する看護師
3. 調査期間：2004年8～9月
4. 調査方法：質問紙は、先行研究を参考にして独自に開発した自記式質問紙を用いた。質問項目は、①基本属性に関する項目、②看護記録の開示経験に関する項目、③看護記録の開示と進展への認識に関する項目、④看護記録の位置づけと開示進展における変化に関する項目、⑤患者と看護師の関係に関する項目で構成した。質問紙はあらかじめ了解が得られた施設の看護管理者に配布を依頼した。対象者には書面において調査協力の依頼を行い、質問紙の返却をもって研究協力の同意を得たこととした。

5. 分析方法：データの分析は、統計ソフトSPSS12J For Windowsを用いた。質問項目ごとの記述統計、看護師の年齢を4つの年代に分けてクロス集計、さらに、判別分析を行った。
6. 倫理的配慮：対象者には調査の趣旨、方法、倫理的配慮を記載した用紙を用いて調査協力の依頼を行い、回収方法は個別に封書での自由投函とした。協力は自由意思に基づくものであること、個人が特定されることなくデータ処理を行い、質問紙の保管、破棄を厳重に行い個人情報を守られることなどを厳守した。

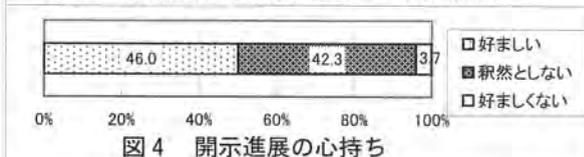
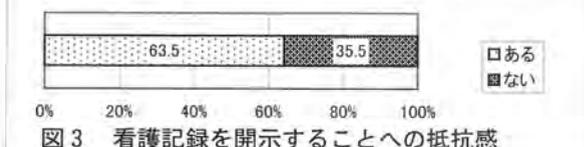
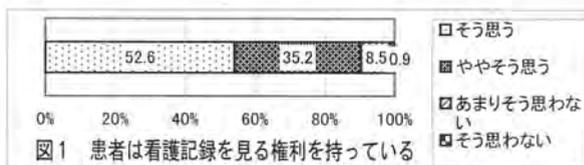
## IV. 結果

### 1. 対象の概要

調査協力を得られたのは1158名(回収率67.0%)、平均年齢36.6(SD:10.2)歳、看護職平均経験年数は13.6(SD:9.3)年、年代構成は、20歳代353名(30.5%)、30歳代371名(32.0%)、40歳代244名(21.1%)、50歳以上190名(16.4%)であった。男性は35名(3.0%)、1135名(97.0%)で、職能資格は看護師964名(84.0%)、助産師41名(3.5%)、保健師6名(0.5%)、准看護師136名(11.9%)であった。勤務する病床数は299床以下が611名(66.1%)、300～599床が386名(33.3%)、600床以上が70人(6.0%)であった。

### 2. 看護記録の開示経験

看護記録の開示請求をされた経験を持つ人は68名(5.9



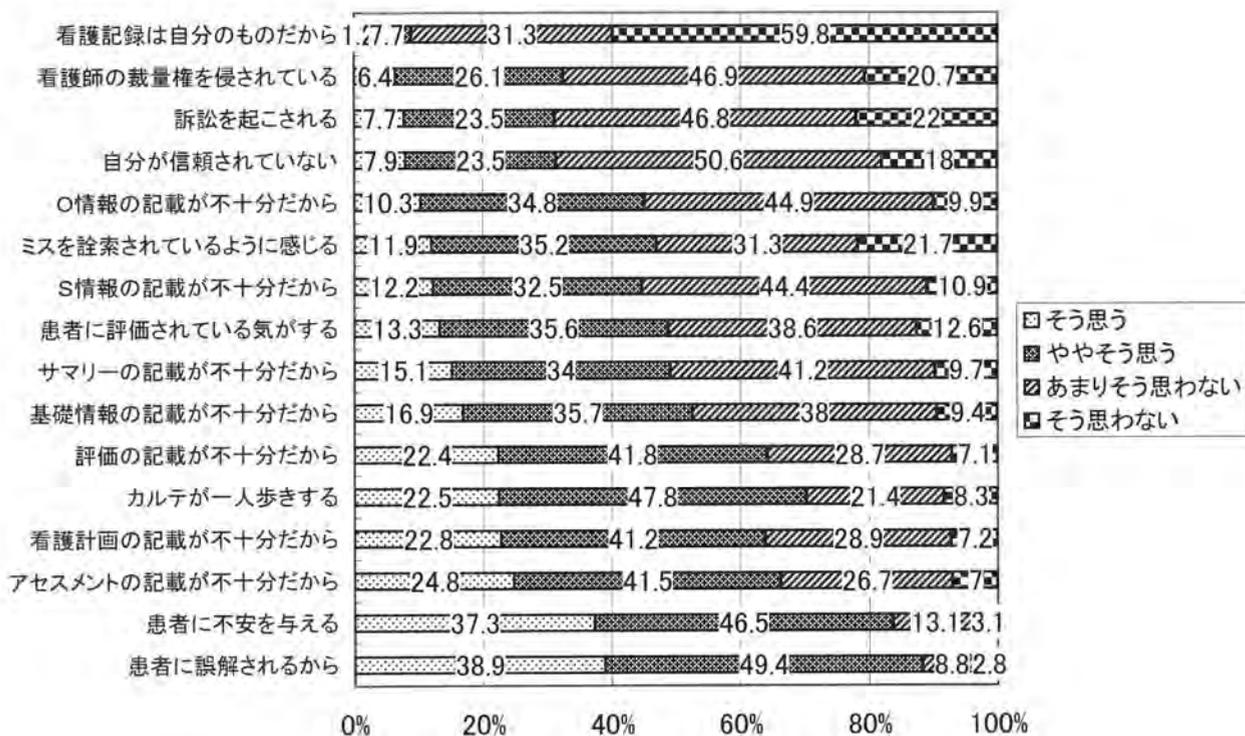


図5 抵抗感を持つ理由

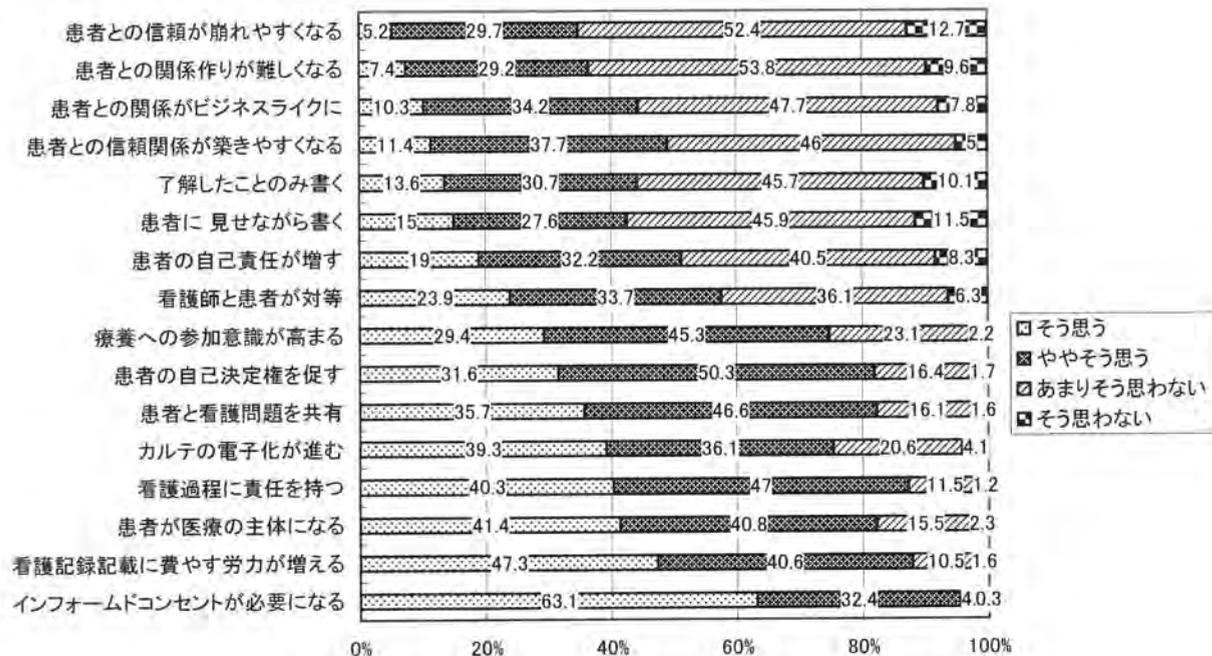


図6 看護記録の開示が広く行われるようになった場合の影響

%)と少なく、さらに請求に応じた人は49名(4.2%)であった。

### 3. 看護記録の開示と進展に対する認識

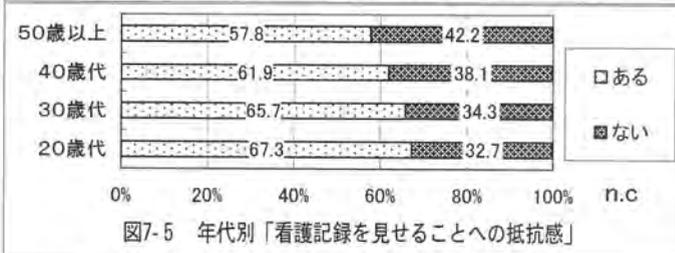
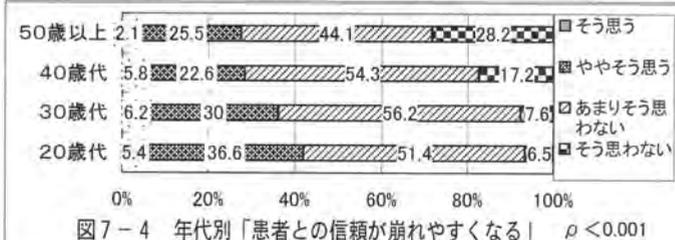
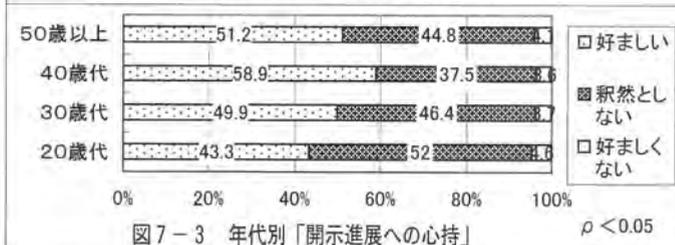
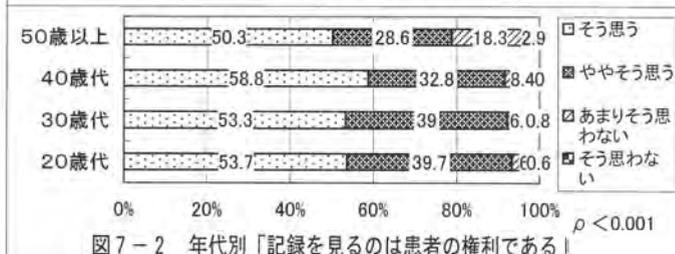
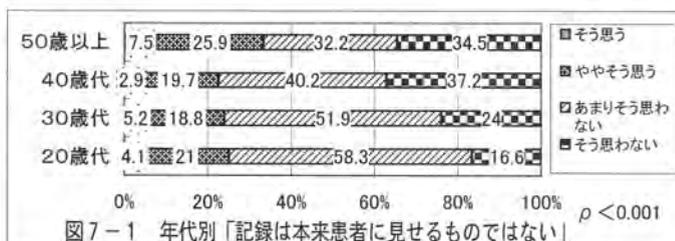
まず、「患者は看護記録を見る権利を持っている」では、87.8%の人が肯定的な回答を示した(図1)。「看護記録は本来、患者に見せるものではない」の問いに対して、「そう思う」4.6%、「やや、そう思う」20.0%とおおよそ四分の一人が「本来、見せるべきではない」と捉えていた(図2)。さらに、記録を見せることに対する抵抗感の有無に対しては、「ある」が63.5%で、「ない」の35.5%を大きく上回った(図3)。わが国において、今後看護記録の開示がさらに進むことに対して、「好ましいことだと感じている」46.0%、「悪いことではないと思うが、釈然としない」42.3%で、「好ましくないことだと感じている」は4.0%であった(図4)。抵抗感を持つ人にその理由を問うたところ、「患者に誤解される」、「不安を与えることから」と答えた人が「ややそう思う」人も含めて80%以上ともっとも多かった(図5)。

さらに、看護記録開示が現在より広く行われるようになった場合、看護にどのような影響があるかの問いに対しては、「ICが必要になる」、「記録に費やす労力が増える」、「看護過程に責任を持つ」、「患者と看護問題を共有する」などの看護者サイドの変化や「患者の自己決定を促す」、「療養への参加意識が高まる」といった患者の変化を予測する回答が70%以上見られた。「信頼関係が築きやすくなる、ビジネスライクになる」では肯定派と否定派はほぼ半数で、「関係づくりが難しくなる」、「患者との信頼が崩れやすくなる」はおおよそ4割の人が患者・看護師関係の悪化を危惧していた(図6)。

看護者の年代別で比較(図7)すると、「看護記録は本来、患者に見せるものではない」と考える人の割合は50歳以上が高く(33.4%)(図7-1)、見せることへの抵抗感に年代別の差異は見られなかった。さらに、「記録を見るのは患者の権利である」の問いに否定的な回答をした割合も50歳以上が高かった(21.2%)(図7-2)。「看護記録の開示が進展することに対する釈然としない心持ち」では、20歳代が他の世代に比較して高く(52%)(図7-3)、「今後、開示が進展すると患者との信頼が崩れやすい」と認識している人や「看護記録を見せることへの抵抗感」を持つ人の割合も20~30歳代が高かった(42%)(図7-4,5)。

### 4. 看護記録の位置づけと書き方の変化

「あなたにとって、看護記録とはどのようなものですか」



の問いに対して、ほとんどの人が「患者の状態の記録」、「看護行為の証明」、「患者の状態を伝える」ことであると捉えていた(図8)。看護記録の開示が現在よりも広く行われるようになった場合の看護記録の変化について(図9)は、「誤解を招かない書き方」、「断定的な表現を使わない」、「文字を丁寧に書く」、「マニュアルに従って書く」に肯定的な意見を持つ人が全体の80%を占めていた。

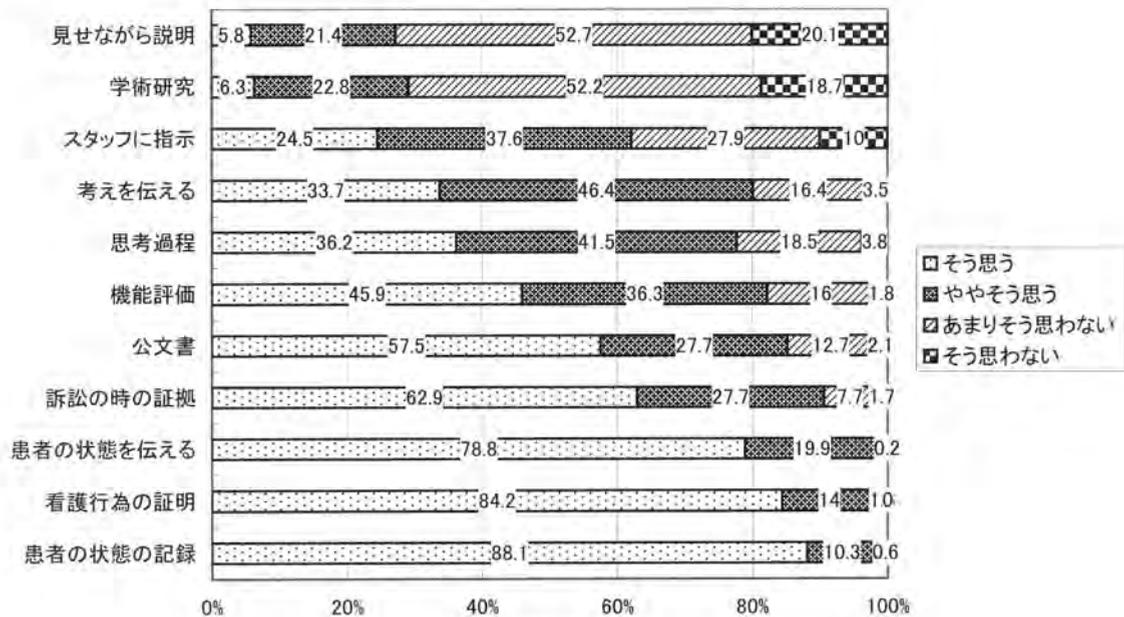


図8 看護記録とは何か

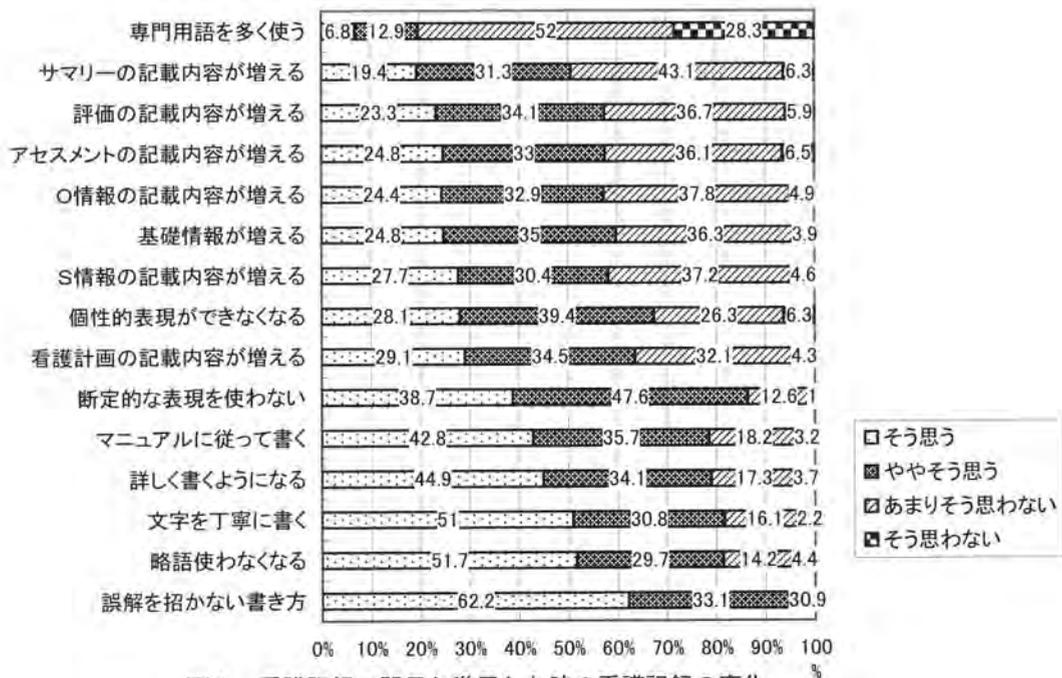


図9 看護記録の開示が進展した時の看護記録の変化

5. 患者・看護師関係

現在、患者との関係で重要だと考えるかどうかの問いに対して、「よりよいケアを提供」、「患者の話を聞く」などほとんどの項目に対して90%以上の方が肯定的な回答であったが、「患者が医学的知識をもつ」「看護計画と一緒に立てる」、「看護計画を丁寧に説明する」では、重

要でないと捉える人も1割程度あった。(図10)。

6. 看護記録の開示に抵抗感を持つ人の特徴

看護記録を見せることに抵抗感を持つ人と持たない人の特徴を分析するため、「患者との関係で重要なこと」と「今後さらに開示が進展した際の影響」について判別

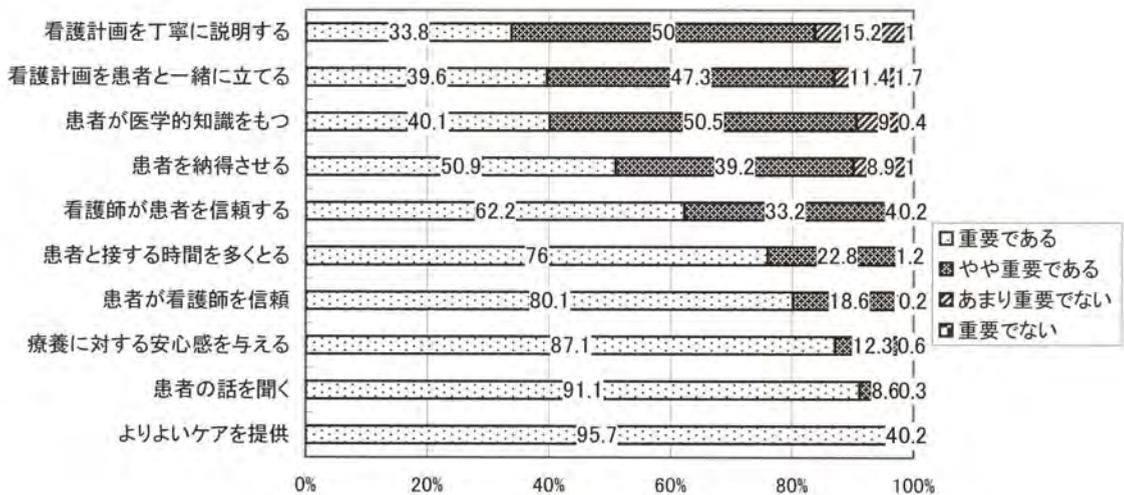


図10 現在、患者との関係で重要だと考えることから

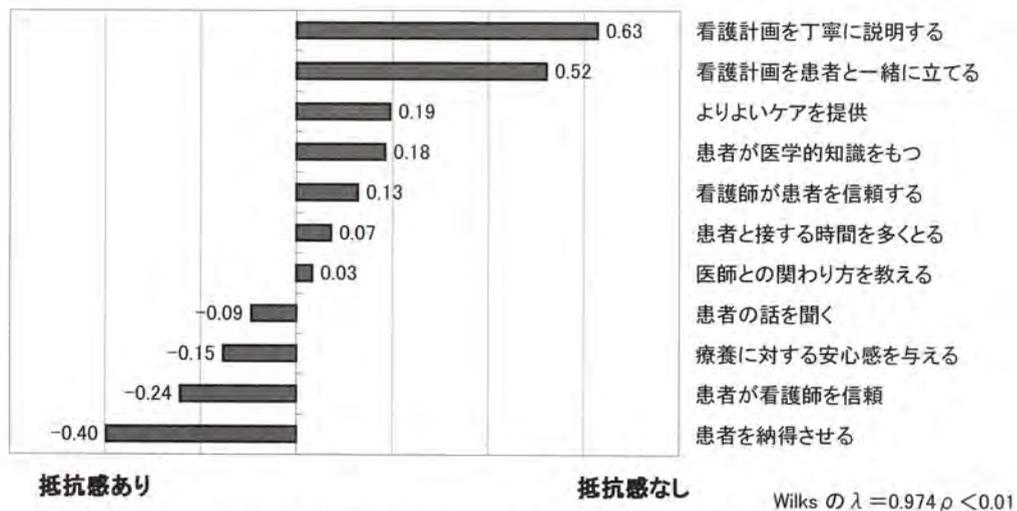


図11 看護記録開示への抵抗感と患者との関係

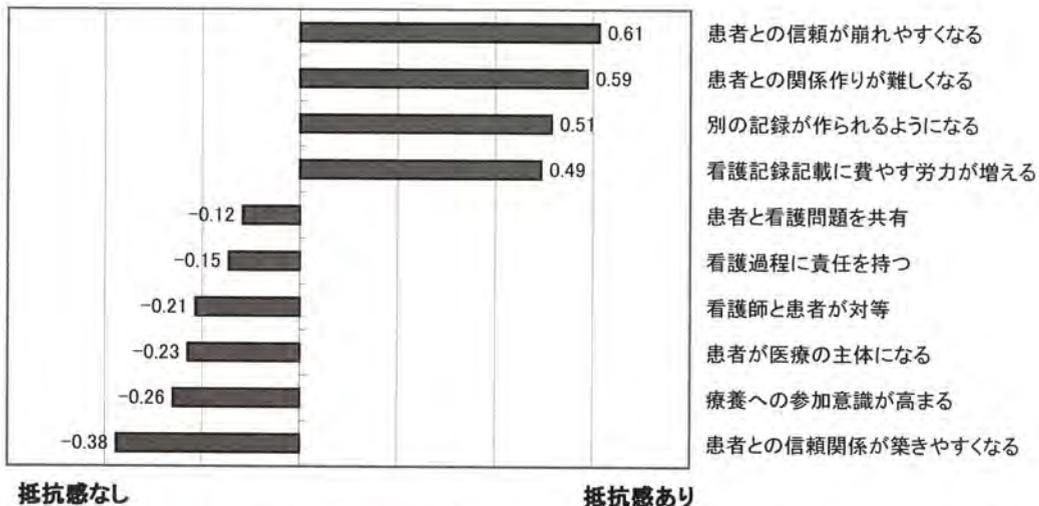


図12 看護記録開示への抵抗感と開示進展の影響 Wilks の  $\lambda = 0.886, p < 0.001$

分析を行った。(図11 Wilks の  $\lambda = 0.974$ ,  $p < 0.001$ 、図12 Wilks の  $\lambda = 0.886$ ,  $p < 0.001$ 、いずれも構造行列を図に示した)。

看護記録開示への抵抗感を持たない人の特徴として、「看護計画を丁寧に説明すること」「看護計画を患者と一緒に立てること」と「信頼関係が作りやすくなる」「療養への参加意識が高まる」「患者が医療の主体になる」と捉えている点である。一方、抵抗感を持つ人は、「患者を納得させること」「患者が看護師を信頼すること」が強く、「患者との信頼が崩れやすくなる」、「関係作りが難しくなる」と捉えている。

さらに、抵抗感の有無と「看護記録は本来、患者に見せるものではない」、「患者は見る権利を持っている」のクロス分析においては(図13)、抵抗感のある人は「見せるものではない」、抵抗感のない人は「患者は見る権利を持っている」と認識する傾向が強かった ( $\chi^2$ 検定、 $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ )

## VI. 考察

2000年に日本看護協会から「看護記録の開示に関するガイドライン」が出されて5年が経過した。しかし、看護記録の開示請求経験を持つ人は、わずか5.9%で、開示請求は日常的に進展していない様子が見える。

2003年の平らの報告<sup>10)</sup>では3.5%の開示経験であり、3年間に2%強の増加をしめしている。一般に、患者が開示請求を行う場合、診療記録全体の一括請求を病院の事務部門に求め、開示するかどうかは専門委員会や管理者側で決定されることが多い。看護師サイドでは開示請求に応じるか否かを判断するシステムにないため、必ずしも今回の看護師の開示請求経験が、全体の請求状況と重なっているとは言いがたい。しかし、まだ日常的に患者からの請求によって記録を開示する段階に至っていないと推察される。このことは、開示経験を持たない看護師が、それに備えて想定範囲で開示対策に取り組んでいる状況と推察される。

次に、看護記録の開示と進展に対する認識については、ICのもっとも重要な視点である「患者は見る権利を持っている」に対して、9割の人が肯定的な反応を示している。しかし、積極的な肯定派は54%に過ぎず、看護協会が掲げる権利擁護の観点は十分に深まっているとは言い難い。さらに、「本来は患者に見せるものではない」とおよそ25%の人が、「看護記録を見せることに対する抵抗感」は63.5%、今後の開示が進展していくことに対して「悪いことではないと思うが釈然としない」人は46%であった。

日本の看護教育は、昭和26年の保助看法改正の指定規則により看護婦養成学科課程が定められ、その後、昭和42年、平成元年、平成8年に3度の改定がなされている。医学モデルから看護モデルへ、また高齢社会対応型へと社会情勢に適応したカリキュラム対応を目指してきた。当時の看護教育に用いられたテキストには、「看護記録の書き方の注意すべき事項」として「病床日誌は、医師の許可なくして患者、家人、その他の人に見せてはならない<sup>11)</sup>」、「回診時などに患者本人や家族が見てしまうこともあるので、注意しなければならない<sup>12)</sup>」と各テキストに明記され、その後診療情報開示の重要性が強調される今日まで、継続して教育されてきた。「患者に看護記録を見せてはならない」という概念は看護基礎教育の中で強く浸透し、さらに看護実践においてもそのことを一つの作法として守ってきた看護師にとって、「見られるかもしれない」あるいは「見せる必要のあるもの」と変化しても、安易に受け入れられないのも当然といえよう。しかし、2001年のS県調査<sup>13)</sup>においては「抵抗感あり」は75%、「釈然としない」が70.5%で、それに比較すると幾分低下

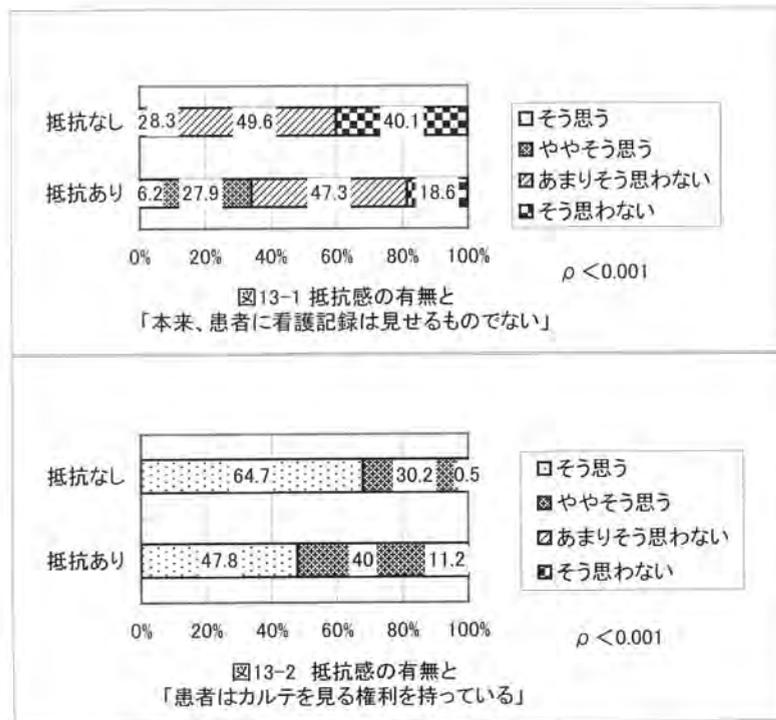


図13 看護記録開示への抵抗感の有無と看護師の認識

している。これらは、本調査は比較的都市部で行われた点と3年間の経過の中で看護者の認識も徐々に変化していることが推測される。

看護記録の開示への抵抗感の理由としてもっとも多かったのは、「患者に誤解される」、「不安を与える」で‘ややそう思う’人も含めて80%以上であり、患者に見せたときの反応を気にかけると推測される。

さらに、看護記録開示が現在より広く行われるようになった場合、看護にどのような影響があるかの問いに対しては、「ICが必要になる」、「記録に費やす労力が増える」、「看護過程に責任を持つ」、「カルテの電子化が進む」などの看護師サイドの変化や、「患者の自己決定を促す」、「療養への参加意識が高まる」といった患者の変化を予測する回答が70%以上見られた。「信頼関係が築きやすくなる」、「ビジネスライクになる」は50%で、「関係作りが難しくなる」、「信頼が崩れる」を上回っていた。

そもそも看護記録とは何であったのだろうか。「患者の状態と行った看護を記載し、伝えるもの」とほぼ全員が答えている。24時間の看護を途切れることなく三交代制で看護提供する看護師にとって、「伝える」ことの意味は大きい。従来行われてきた口頭での‘申し送り’が廃止されていくなかで、看護記録によって「伝える」ことを工夫してきた。さらに、医師を始めとした他の医療従事者に患者の24時間の状況を適切に伝える役割を看護記録は担ってきた。身内の裏局域における小道具であったと見ることができよう。看護記録開示の進展によって、「誤解を招かないよう」「断定的な表現は避ける」「マニュアルに従う」と、見られることを意識した看護記録の書き方に変換することで、開示に対応しようとする様子が伺える。

看護記録の開示に対する年代による比較からは、50歳以上の人が「本来は患者に記録を見せるものでない」という認識が強く、患者の権利意識についても低い傾向にある。しかし、より特徴的なのは、20歳代の人が見せることへの抵抗感、今後の進展に対する釈然としない気持ちが強く、さらに、今後、患者との信頼関係が築きやすくなることに否定的な点である。ベテランの看護師は開示に対する理念については受け入れがたいものの、今後の患者・看護師関係に期待感を持っている。しかし、若い看護師は、理念上は理解できていても感情的に受け入れていない様子が見て取れる。IC、情報開示の重要性については看護学校の基礎教育の中で受けてきた世代にとって、臨床の場では開示の準備が始まったばかりの未整備な状態のなかで、戸惑いを示しているのかもしれない。あるいは、学校教育の中では、大きなウエイトをしめる臨地実習の中で思考過程を育てるために記載する実習記録があるが、その影響によってネガティブになっているとも推測される。いずれにしても、なんらかの対

応が迫られている。

以上のことから、日本の看護界が看護記録の開示要請に応えようとする状況にあって、看護者の認識は大きく二分できるのではないかと推測される。まず一つは、看護記録は本来患者に見せるべきものではないという立場で、見せることに抵抗感を持ち、開示進展に対しては、「信頼が崩れる」「関係作りが難しくなる」とし、今後は「患者を納得させる」「患者が看護師を信頼する」「療養に対する安心感を与えること」といった「納得させる」「与える」というパターナリスティックなタイプである。もう一つは、患者には記録を見る権利があるという立場で、看護記録の開示に抵抗感がなく、「看護計画を丁寧に説明する」「看護計画と一緒に立てる」ことによって、「信頼関係の構築」「患者の療養の主体的参加」へと転換しようとするサポートタイプである。

医療情報の開示は、看護師のみならず他の医療者、とりわけ医師にとって、またその開示を求める市民にとっても大きな変換であることは言うまでもない。医師の医療情報開示に対する認識をみた調査<sup>14)</sup>では、開示への抵抗感は看護師より低く、開示進展に対する医療への影響については、看護師より期待感が薄い。また、医療情報の開示を進めている臨床の医師による調査<sup>15)</sup>においては、約8割の医師が開示に賛成であるものの、「専門用が多すぎて誤解を招く」73.9%、「信頼関係を構築することができない」52.9%、「診療録を丁寧に書く余裕がない」50%と不安や医療環境の不備を懸念する意見も聞かれたと報告している。これに対し、市民の認識調査<sup>16)</sup>では、カルテを見たいと考える人は80%以上で、記録を見ることができることによって医師や看護師との信頼関係がづくりやすくなると答えている。

これらは、医師も看護師と同様に医療情報開示に対する懸念や不安を抱えているものの今後への期待感が強くないため抵抗感も弱いと考えられ、看護師の方が医療情報開示という時代の変化に敏感に反応していると推測される。市民は医療情報へのアクセスを望み、信頼関係構築への好機ととらえている点からも、患者・医療者関係にとって重要な転換期を迎えていると考えられる。

池永は、医療情報の開示の目的は患者が自己決定をするためのICを支えるものであり、さらに自己情報のコントロール権に基づくものである<sup>17)</sup>とその重要性を強調している。

さらに、2002年に発刊された日本看護協会ニュースは、「安全で良質な医療・看護を提供するためには、診療情報を患者にわかりやすく説明することが大切である。それには、患者の立場や目線で情報提供に努めることが不可欠。患者との良好なコミュニケーションは‘信頼関係’にもつながら」として医療・看護の患者・国民への情報提供を強調している<sup>18)</sup>。患者自身の個人情報医療者が

持ち、さまざまなケアも十分な説明や患者の意思を確認しないまま、それでも「患者にとってよかれ」と渾身の慮りをして看護を行ってきたことも否めない。看護記録の開示による看護者の抵抗感、釈然としない感覚は、患者・看護者関係が擁護からサポートへ、垂直から水平へとゆっくり変化する兆しと見て取れるのではないだろうか。そのことは、臨床の現場において2000年以降に看護記録の開示、看護計画への患者参加の可能性を探る研究<sup>5),6),7),8)</sup>が多く行われている点からも推察される。

看護界において、1950年代におけるヒルデガード E. ペプロウの「人間関係の看護論」を皮切りに、ジョイス・トラベルビーの「人間対人間の関係モデル」、アイダー・ジーン・オーランドの「看護過程理論」など多くの看護理論家が看護を患者・看護者関係の側面から論じ、その後の看護に大きな影響を与えている<sup>9)</sup>。しかし、ペプロウの看護師-患者関係における諸局面と役割の変遷では、看護師は無条件的な母親の代理人から大人へ、患者は幼児から青年、大人へと変遷し問題解決するという枠組みが示すように、患者を擁護する眼差しを強く持つことが要請され、それはケアとして重要でありながらも、そのことが過度に働けばパターンリスティックな傾向を帯びてしまうであろう。

これまで見てきたように看護記録の開示は、単に「クレーム対応」や「記録の書き方の変更」ではなく、看護パラダイムの転換を迫るものであり、そのことによって自ずと患者・看護者関係に変化がおこるものと考えられる。患者の権利擁護に向けたICの一つとして看護記録の開示、さらに患者の自己決定と主体的な療養生活をサポートするための「患者記録」を目指すためには、安易な「書き方の変更」や「記入マニュアル」では変換できない時代を迎えていることを踏まえて、市民と意見を交わしながらじっくり取り組んでいくことが重要である。そうでなければ、今度は、「情報を伝えさえすればよい」「患者が決定したのだから」といった「突き放しタイプ」に陥りかねないのである。

本研究の限界として、限られた地域での調査であり、全国的な傾向を言及するには困難な面を有することである。また、医療情報の開示が動き出したばかりの現状から、患者・看護者関係を言及することは危険性をはらんでいる。しかし、研究調査より現場の動きが加速度を持って進んでいる点からも本調査の報告を一つの材料として、臨床に戻していくことは有用であると考えられる。さらに、今後は市民、医師への同様な調査との比較、インタビュー調査などを行い、看護者の特徴と今後の課題を具体的に展開していくことが重要である。

## V. 結語

看護者の看護記録開示の認識と実態を明らかにし、患者・看護者関係を考察することを目的にして、K府内の看護者1158名に自記式質問紙を用いて調査した。看護記録の開示請求を経験した人はと少なく、看護記録を見せることに抵抗感を持つ人は、63.5%であった。「患者に見せてはいけない記録」から「患者に見られるかもしれない記録」への変化によって、看護者は「信頼関係の崩れ」を危惧し、「納得させる」「患者が看護者を信頼する」、「安心感を与える」看護が重要であるとする。パターンリズムタイプと「信頼関係の構築」につながり「計画と一緒に考え、患者の主体性に働きかける」サポートタイプに二極化していると推察される。今後は、形骸的な看護記録の開示ではなく、本質的なありようを市民/患者とともに創造していく取り組みが重要である。

## 謝辞

本研究にあたり質問紙調査にご協力いただいたK府下の看護者の皆様ならびにK府看護協会に深く感謝申し上げます。

## 文献

- 1) 日本看護協会編：看護記録の開示に関するガイドライン、日本看護協会出版会、2000
- 2) 日本看護協会編：看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針、日本看護協会出版会、p9、2005
- 3) 岩井郁子他：医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究、平成10-12年度厚生科学研究費補助金総合研究報告書、2001
- 4) 平英美他：「現代医療における情報開示「問題」の社会的構築」、科学研究費補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書、2003
- 5) 鈴木三栄子：集中治療における情報開示に向けての取り組みと課題、日本集中治療医学会雑誌、8巻、p166、2001
- 6) 末安民生：「記録の監査」と「看護記録開示」精神病院はどのようにこなえることができるか、精神看護、4(3)、p29~33、2001
- 7) 後藤美貴代：看護記録開示及び患者参画型看護に向けての看護記録監査、日本看護管理学会誌、4(1)、p148~149、2000
- 8) 富田厚子他：患者と共有するカルテの問題を把握するー看護者の意識調査からー、健生病院医報、26巻、p28~30、2003
- 9) 西山典子他：看護記録開示ーベッドサイド記録導入

- による看護者の意識変化一、全国自治体病院協議会雑誌、44巻8号、p1219~1222、2005
- 10) 前掲書<sup>4)</sup> p 16
  - 11) 季羽倭文子編著：看護婦教本基礎編1、p 352、メヂカルフレンド社、1952
  - 12) 湯植ます編著：系統看護学講座10看護学総論、p 194、医学書院、1968
  - 13) 前掲書<sup>4)</sup>
  - 14) 平英美他：看護師・医師と市民の医療記録開示に対する意識の比較—S県アンケート調査から—、日本看護研究学会雑誌、26(3)、p442、2003
  - 15) 小川圭子：カルテ開示とセカンド・オピニオンからみる「患者—医師」関係、甲南女子大学大学院博士論文、p115-166、2003
  - 16) 大西勝憲他：医療情報開示までの経過及びその成果と問題点、日本病院会雑誌、48(5) p745-750、2001
  - 17) 医療・看護の患者・国民への情報提供、日本看護協会ニュース、423、4、2002
  - 18) 池永満：情報開示と看護記録の在り方、看護53(4)、p97-104、2001
  - 19) ペプロウ、稲田他訳：人間関係の看護論、医学書院、1973
  - 20) 小林洋二：「診療録開示」と患者の権利擁護、看護、51(13)、p.39-42、1999.
  - 21) 岡谷恵子：診療情報開示と患者の自己決定、インターナショナルナーシングレビュー、23(3)、p6-9、2000.
  - 22) インターナショナル ナーシング レビュー：看護記録はどうあるべきか、25(1)、2002.
  - 23) 井部俊子他：看護記録と変遷と課題、看護記録のゆくえ「看護記録」から「患者記録」へ、p6-14、日本看護協会出版会、2000
  - 24) 看護記録のゆくえ「看護記録」から「患者記録」へ、看護52(7)、2000

## (Summary)

# The Study on Nurses' Awareness of the Release of their Records

Kumiko Toyoda

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

**Background** The Japanese Nursing Association formed "Guidelines on the release of nursing records" in 2000 in order to promote the advocacy of patients' rights. Nurses were made aware that their records would be released to patients. The records could not be revealed to patients before; therefore it was presumed that this change could impact on the relationship between nurses and patients.

**Purpose** This study aimed at revealing nurses' awareness and recognition of the release of nursing records, and then examining the relationship between patients and nurses.

**Method:** Registered nurses and enrolled nurses at hospitals, clinics and the community area in K prefecture were recruited and asked to complete the original questionnaire made by researchers. This study was undertaken from August to September 2004.

**Result** 1158 registered nurses, enrolled nurses, public health nurses and midwives agreed to participate in the study, and 67% of them answered the questionnaire. The average age of participants was 36.5 (SD:10.2). 5.9% of the participants experienced the release of their

nursing records. It was found that 63.5% of the participant nurses felt reluctant to reveal their records to patients. Some nurses answered that it was easier to form a good relationship with patients if recognized that they had a right to see their nursing records.

**Conclusion** It was presumed that there might be two opinions held by nurses in regard to the release of their records. Some nurses thought that the release of the records might destroy their paternalistic relationship with patients, and that it was important nurses reassured patients and relieved their anxiety so as not to destroy such a relationship with patients. But others thought that the release of their records might be helpful to establish a good relationship with patients, and that it was necessary to consider nursing care plans with patients and provide supportive care for them, respecting their autonomy. This study indicated that nurses should work together with patients to create not a superficial but a substantial system for the release of nursing records.

**Keywords** release of nursing records, relationship between patients and nurses, patients' rights

## 論文

# 認知症高齢者の自己効力感が高まる過程の分析とその支援



畑野 相子<sup>1)</sup>、筒井 裕子<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 福井県立大学看護福祉学部

<sup>2)</sup> 滋賀県立大学人間看護学部

**背景** 高齢社会の進展に伴い、認知症の高齢者の数も増加し、2020年には291万人に上ると推計されている<sup>1)</sup>。認知症とは、獲得された知能が何らかの器質的障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活等に支障をきたした状態である。従って認知症高齢者の本質的な問題は、それまで生きる拠り所としていた知的能力や生活史を失い、人間関係も失うことによって、生きる不安が起こることである。不安を軽減する支援方法について看護や介護する立場からの研究は多いが、当事者の立場からの研究は少ない。

**目的** 認知症高齢者が環境変化の中でどのように自己尊重を低下させ、不安をどのように受け止め、不安に対処しているのかを明らかにする。そこに自己効力感がどのように関連し、どのように高まっているかそのプロセスを明らかにし、それを高める支援の方法について分析する。

**結果** 面接回数は11回で、目的から4段階に分けられた。自己認知に関する表出は334項目あった。その内容を分類すると、自己否定の意識につながるもの14カテゴリーと、自己肯定の意識につながるもの10カテゴリーとなった。自己意識と面接の段階との関連では、どの段階においても自己肯定・自己否定の意識が表出された。面接の回を重ねる毎に自己肯定の意識の表出が多くなった。趣味などの当事者の強みに働きかけた時に自己肯定の意識が多く表出された。

**結論** 当事者の具体的な強みに働きかける事で自己効力感が高まる。高まる過程は、行きつ戻りつして螺旋状に高まっていく。自己効力感が高まっていると、納得できない環境変化等に遭遇しても自分の気持ちを表出する方法で対処することができる。

**キーワード** 認知症高齢者、自己効力感、自己効力感が高まるプロセス、自己概念、強み

## I. 緒言

わが国は、諸外国に例を見ない急激な早さで高齢社会に突入した。それに伴い、認知症高齢者の数も増加傾向にあり、2020年には291万人に達すると予測されている<sup>2)</sup>。認知症は、誰にでも起こりうる脳の疾患であり、80歳を過ぎると発症頻度は急速に高くなり、4～5人に1人が認知症に陥ると言われている<sup>3)</sup>。若い年代でも認知症を発症するとの報告もある<sup>1)</sup>。

認知症とは、獲得されていた知能が何らかの器質的障害によって持続的に低下し、日常生活や社会活動等に支障をきたした状態であると定義されている。室伏<sup>5)</sup>は、認知症高齢者の本質的な問題は、「認知症高齢者がそれ

まで生きる拠り所としていた知的能力や生活史を失い(健忘)、人間関係も失うことによって、生きる不安(存在不安)が起こることである」と述べている。この「存在不安」が、認知症高齢者のQOLを低下させている本質的な問題である。

現在、認知症の研究の趨勢は、認知症の原因究明、症状の早期発見と進行防止、介護方法の開発の方向に進んでいる。認知症高齢者が日常生活のしづらさをどのように受け止め、どのように対処しているかについての研究は少ないのが現状である。

そこで、本研究では、認知症高齢者の自己効力感に視点をあて、認知症高齢者の本質の問題と言われている存在不安の対処に自己効力感がどのように影響しているか明らかにする。自己効力感は行動に直接影響与えるとされており、課題に対して自己効力感が高ければその課題に積極的に働きかけ、それがよい結果につながる。逆に、自己効力感が低ければ課題に応じた行動を避けるようになり、その結果として得られるレベルは落ちることにな

2006年3月10日受付、2006年5月17日受理

連絡先: 畑野 相子

福井県立大学看護福祉部

住 所: 福井県吉田郡永平寺町松岡兼定島4-1-1

e-mail: hatano@nfpu.ac.jp

ることになる。また、自己効力感は操作可能であり、高めるよう働きかけることで行動変容を促すことができる。

また、自己効力感の概念は、以下に示すような臨床的な意義があるといわれている。①刺激と反応の間にある個人の認知的変数として多様な行動変容のプロセスを合理的に説明することができる。②言語報告その他を通して目に見える反応として理解可能である。③個人の自己効力感を見ることによって、その人の情緒的な状態や反応レベルが測定可能である。④操作可能であり、それによって行動変容を促進することができる。⑤自己効力感を向上させることによって、人を望ましい行動変容へと導くことができる。

最近では、臨床心理学の分野においても積極的に活用され、慢性疾患患者などへの認知的介入の結果から、対象者の自己効力感が向上するよう操作することで、望ましい行動へと導く可能性があることが示唆された<sup>34)</sup>。

認知行動療法はその効果が確認されるに連れ、教育関連領域でも広く活用されるようになってきた。山本は看護学生のGSES得点（一般性セルフ・エフィカシー・スケール）とセルフイメージとの関連を検討し、自己に対して肯定的なイメージを持っているものほど自己効力感が高いことを明らかにした<sup>65)</sup>。

以上のことから、認知症を持つ高齢者が生き生きと行動し、積極的に不安に対処できるように自己効力感に視点をあて支援方法を検討することは意義あることと考えた。

そこで、安心した生活の条件である住み慣れた土地での生活が継続できなくなった認知症高齢者1事例を通し、環境変化の中でどのような不安を持ち、どのように自己尊重を低下させているか、その中でどのように自己効力感が高まっているかその過程を明らかにする。また、どのような支援が自己効力感が高まる事と関連しているか分析する。さらに、自己効力感と自己概念との関連について考察する。

## II. 用語の定義

### 1. 自己効力感

自己効力感とは、1977年に心理学者Bandura<sup>66)</sup>の理論により提唱された行動特性を示す概念の1つであり、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信のことである。Banduraの学習理論によると人間の行動を決定する要因には「先行要因」「結果要因」「認知的要因」があり、この要因が絡み合っ、人と行動と環境という三者間の相互作用が形成されているという。そして、「人は単に刺激に反応しているのではない。刺激を解釈しているのである。刺激が特定の行動の生じやすさに影響するのは、予期機

能によってである。刺激と反応と同時に生じたことにより、自動的に結合したためではない<sup>67)</sup>と述べている。このように刺激と反応を媒介する変数として個人の認知的要因を扱っている。行動要因の先行要因としての「予期機能」には結果予期（ある行動がどのような結果を生み出すかという予期）と効果予期（ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくこなすことができるかという予期）があり、自分がどの程度効果予期を持っているかを認知したとき、自己効力感があるという。

以上をふまえて、ここでは、自己効力感とは、ある行動を起こす前に自分にはこのようなことができるのだという考えとする。また、自己効力感が高い者は、自己肯定意識が高い。

### 2. 自己概念

自己概念については、梶田<sup>7)</sup>の自己概念モデルを参考にした。自己概念は、直接的に観察できるものではないが、ある程度まで具体的に観察できる。自己概念とは、自分自身についての意識や記憶、感情や価値付け等から構成され、その全てが現実の意識として現れるわけではないが、その時々自己意識を基盤において、自分の物事に対する受け止め、発信の枠組みを構成しているものであると定義する。

## III. 研究方法

### 1. 研究の枠組

図1は、認知症高齢者が認知能力の喪失感の自覚から自己概念の障害と支援についての概念を示している。日常生活で自己決定能力があり、その人らしく生きられる条件でも、認知能力の低下を自覚することは不安を増大させる。自己決定能力を高めるためには、その人のもてる強みを引き出し、自己効力感を高めることが必要であると考えた。その人らしく生きることは、自己概念に関係することであり、人が喪失感を持つと不安が増大し、抑うつ状態になり、意欲が低下し、自己に対して否定的な感情が高まる傾向にある。すなわち、自己効力感が低下し、自己概念の障害をきたす。その際、不安は増大しても、自己に対しての肯定的な感情もてる方向では自己効力感が高まり、自己概念は維持されると考えた。自己効力感が高まるか低下するかは、そこにどのような支援がされるかと関連してくる。

自己効力感と自己概念の関係については次のように考えた。自己概念は、自分自身についての意識や記憶、感情や価値付けによって構成され、その全てが意識化されているわけではないが、その時々自己意識を基盤にして枠づけられているものである。その自己意識に作用するのが自己効力感である。自己効力感が低下すれば、自

己意識が低下し、自己概念は障害され、自己効力感が高まれば自己尊重が高まり、自己概念は保たれる。

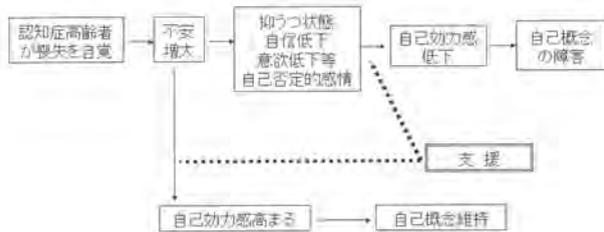


図1 研究枠組み

## 2. 調査対象

- (1) 対象：85歳の中等度アルツハイマー型認知症の女性（以下T氏とする）

日常生活動作はほぼ自立している。質問に対し返答でき、意思疎通は可能である。ただし、時間が経過すると、前に質問したことや説明したことを忘れていく。字は読める。趣味は、手芸・編み物（2本針、鉤針何でも可能）・くす玉作りなどである。

50年前（夫40歳、T氏37歳）に夫は病気で死亡し、その後女手1つで3人の息子を育てた。昭和48年（T氏51歳）に3男が独立し、以後85歳までの34年間独居生活をしてきた。平成10年1月に別居している長男家族が物盗られ妄想に気付いた。出現時期は不明である。お金のことを言うので近所に迷惑がかかると長男家族が判断し、同年5月に長男家族と同居となった。その際専門医を受診し、中等度アルツハイマー型認知症と診断された。転居してからは、デイサービスを利用しながら長男宅での生活が始まったが、長男夫婦の顔がわからない、特に長男の妻に対して攻撃的な態度をとる、自室にこもる、失便、徘徊、長男以外の者の言葉は全て拒否する、家のことを何もしない等で家族とのいさかきが絶えなかった。長男の妻が体調を崩したことをきっかけに、同居して4か月後の平成10年9月にA老人保健施設に入所となった。A老人保健施設の入所期間が6か月を経過したので退所を余儀なくされ平成11年2月にB施設に入所となった。

- (2) 対象選定の理由：T氏は独居生活をしてきたが、認知症を発症し息子夫婦と同居となった。ところが、同居生活が破綻し、老人保健施設入所となるなど環境変化が激しく、自己効力感が大きく影響を受けていると予測された。また、アルツハイマー型認知症の症状は全般的で高度なため、自己概念が影響を受けやすい。1事例としたのは、入所から退所直後までの長い経過を細かく観察することで、その結果から自己効力感の高まりとそこへの支援について普遍化が可能であると

考えたからである。

## 3. 調査期間

T氏とは老人保健施設入所時の平成10年9月～平成18年1月の死亡時までにかかわった。本研究で分析に用いた情報は、老人保健施設に入所した平成10年9月から、入所期間が6か月を経過したため別の施設に入所せざるを得なくなった平成11年3月までの7か月間に収集したものとした。

## 4. 情報の収集方法

半構成面接と参加観察を行った。面接内容は、本人と家族の了解を得て、テープに録音し、プロセスレコードを作成した。観察内容はフィールドノートに記録した。家族と施設の職員からの聞き取りを行った。

## 5. 分析方法

T氏の言動を手がかりにグラウンデッド的技法を用いた。

- (1) 面接の経過とT氏の言動の変化を見るために、面接毎に分析をした。
- (2) 自己に対する認知は、繰り返し話した内容から意識にあがっていることをみるため、同じ言語の表出の回数を数えた。
- (3) 自己効力感の測定は言動から分析した。自己を肯定的に表現している内容と否定的に表現している内容の表出数と観察内容（表情・動作等）と併せて判断した。自己肯定感が多いときは自己効力感が高く、自己否定感が多いときは自己効力感が低いとした。
- (4) よく似た表出内容はグループ化し、カテゴリーとしてまとめた。カテゴリー化については、経験豊富な研究者のスーパーバイズを受けた。
- (5) 支援方法の分析は、T氏の発言内容と筆者の対応において、自己認知が肯定的・否定的になっている場面から分析した。
- (6) 自己概念の構成要素については、梶田<sup>1)</sup>が述べている、①自己の現状の認識と規定、②自己への感情と評価、③他者からみられている自己、④過去の自分についてのイメージ、⑤自己の可能性と未来についてのイメージ、⑥自己に関する当為と理想の6つを用いた。T氏の面接結果と構成要素との関連から自己効力感が自己概念に及ぼす影響について考察した（図2）。

## IV. 倫理的配慮

本人と家族に研究の主旨を説明し同意を得た。面接に際しては、面接途中でも研究参加を中止できること、参加を中止しても保健福祉サービスを受けるに当たり不利

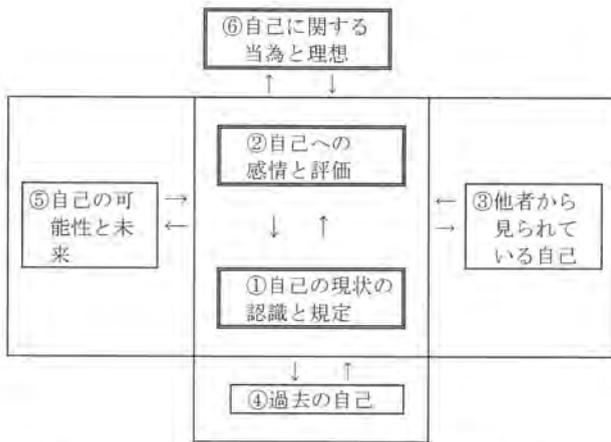


図2 自己概念を構成する主要な要素とその相互関係(梶田)

益はないこと、面接結果は個人が特定できないように配慮することを説明した。

## V. 結果

### 1 面接回数 11回

### 2 面接の経過とT氏の反応

面接の経過から以下の4段階に分けられた(表1)。

(1) 1～2回目の面接は本人の思いを引き出すことを意図した面接。笑顔はほとんどなく、話しかけても「何を聞いてもダメです。なーにも話すことありません」「全部忘れた」という反応が多かった。小学生の頃の話はよくしてくれた(第1段階)。

(2) 3～4回目面接は引き出した思いを手がかりに、思いを肯定し、今までの生き方や行ってきたことを肯定

表1 面接の経過と結果の概要

段階	面接の目的段階の特徴と	面接回数	内容	状態・結果	
第1段階	本人の思いを引き出すことを目的とした段階	1回 11/7	入所面接 9/20	本人の病状、経過、日常生活状況、既往歴、現病歴、生活歴、家族状況等を把握した。	37歳の時夫病死。3人の子ども育てる。51歳から独居生活。大病なし。H10 物盗られ妄想に気づいた出現の時期は不明。
		2回 11/14	アンデルセン手芸の場を観察。	緊張感高い。笑顔はほとんどなし。「何をきいても駄目です。なーにも話すことありません」「全部忘れた」等、無力感、自己嫌悪、劣等感が多かった。小学校の頃の話はする。繰り返した言葉は「編んだ」6回「仕事」4回	
第2段階	引き出した思いを手がかりに、生活の背景を認めようとした段階	3回 11/23	子ども交えて面接。手芸を教えてもらった。	手芸には手を出さない。子どもには「よくできるね」と声かける。「する気がない」「だんだん落ちていく」「これからどうなるか」等の意欲低下、不安感が多い。手芸はしたというが、手は出さない。繰り返した言葉は「帰る」12回「死ぬ」10回「生きる」10回「嫁が持ってくる」9回「仕事」8回「京都」8回「広島」6回	
		4回 11/29	おしぼりたたみをしている場を観察した。編み物を題材にした。		
第3段階	認められたことを高く認めようとした段階	5回 12/5	嫁の話・仕事について話した。	笑顔がよく見られた。「仕事がない」「頭、空っぽ、だめじゃね」「もう何にもない」等の無力感、虚無感。「喧嘩はしまいと思う」「頭がすっきりしてきた」「いろいろ考えている」等意欲向上、生き方の表出。	
		6回 12/13	お気に入りの衣服・仕事について話した。	作業はしおり作りを選び、「いつもやっていたら出来るけど、急には出来ない」など話す。繰り返した言葉は「喧嘩」24回「仕事」16回「生きる」9回「死ぬ」5回「べっぴん」6回	
		7回 1/18	風邪。熱があるため自室で就寝。		
		8回 2/12	作業療法の場を観察。		
第4段階	施設退所に伴い助長される不安の軽減をはかった段階	9回 2/20	思いを語ってもらった。	妄想、見当識障害が出現。会話がつながらない。退所前は、「私一人でていかなあかん」「こっぴりきゃいい」等の寂しさ、不安表出。退所後は、「いっことも話きたいらんに、中身はみな私のもんじゃ」等の転居についての思いを一方向的に表出。話きいた後は、あんたも休んでいき」と配慮見せる。自嘲的笑い多い。繰り返した言葉「父親」30回	
		10回 3/4	老健施設退所し、そのまま別の施設に入所		
		11回 3/6	別の施設に入所して2日目。T氏の思いを語ってもらった。		

的に受け止められることを意図した面接。仕事の事や手芸を教えて欲しいと依頼するも、「する気がない」「だんだん落ちていく」「これからどうなるのか」という内容が多かった（第2段階）。

- (3) 5～8回目面接は今までの生き方や行ってきたことをT氏自身が肯定的に受け止められるように、肯定した思いをさらに高めてT氏の意識にフィードバックし、自己認知を高めることを意図した面接。笑顔がよく見られた。「頭、空っぽ、ダメじゃね」「喧嘩はしまいとと思う」「頭がすっきりしてきた」「いつもはできるけれど、急にはできない」等の発言が得られた（第3段階）。
- (4) 9～11回目面接は、老人保健施設を退所せざるを得なくなったことに伴い、助長される不安の軽減をはかることを意図した面接。この時は、老人保健施設の退所を目前に、妄想や見当識障害が見られた。「私一人で行かなあかん」「こっぼりいきゃいい」「話きいとらんのに、ここに私の物がはいつとる。わしが来る前にお父さんが入れたんじゃろう」「お父さんはかわいがってくれた」と施設を変ったことへの不安の発言が多かった（第4段階）。

### 3 自己認知の表出状況

#### (1) 自己認知に関する内容

自己認知に関する内容は334項目の表出があり、24のカテゴリーに分類できた。そのうち自己否定の意識は14カテゴリー（無力感・自己嫌悪・劣等感・喪失感・孤独感・意欲低下・とまどい・虚無感・無欲・絶望感・自己不全感・自己への不安・環境への不安・住居への不安）、自己肯定の意識は10カテゴリー（生き方・自尊感情・優越感・他者への配慮・達成感・自負心・自信・意思表示・意欲向上・気分回復）に分類できた。

#### (2) 各段階における面接内容と自己認知の表出状況

##### 【第1段階の面接】

第1段階の面接は、本人の思いを引き出すことを目的とした。T氏はかたい表情をしており、ほとんど笑顔は見られなかったが、他の入所者の面会に来た幼児をみて、にっこり微笑みを浮かべた。会話は、とぎれがちであった。また、質問に対する回答になっていない会話が少なかった。

「教えて欲しい」「やりたいことはあるか」「楽しみはなにか」「お友達はあるか」等の一般的な質問が中心となった。T氏が話した内容は、「私に何を聞いてもダメです。なーにも話すことはありません」「新しく覚えたことはだめやね。全部忘れた」「もう何もしていない。仕事もしていない。もうだめやね」「家に帰っても一人ぼっち。誰もいない」「もう85歳です。もう後何年かと数えます」等であった。

自己認知については、20項目の表出があり、10カテゴリー（無力感・自己嫌悪・劣等感・喪失感・不安感・孤独感・自負心・自信・気分回復）に分類できた。そのうち自己否定の意識は17項目で6カテゴリーに分類できた。主なものは「私に何を聞いてもダメです。なーにも話すことはありません」等の無力感が6回と最も多く、次いで「もう何もしていません。何もできません」等自己嫌悪感が3回、「仕事もしていません」等仕事をしていないことに対する劣等感が3回表出された。自己肯定の意識は5項目で4カテゴリーに分類できた。主なものは「手芸していた」という自負心が2回、「私が一番長生き。もうすぐ86歳になる」の自信が1回表出されただけだった（表2）。

繰り返し使われた言葉は「編んだ」（6回）、「仕事」（4回）であった。

表2 第1段階における面接結果

自己意識に関する具体的内容	カテゴリー	回数
・私に何を聞いてもダメです。なーにも話すことはありません。	無力感	6回
・もう何もしていません。	自己嫌悪	3回
・仕事もしていません。	劣等感	3回
・覚えていない。	喪失感	2回
・家に帰っても誰もいない。ひとりぼっち。	孤独感	1回
・もう85歳です。もう後何年か数えます。	自己への不安感	2回
・手芸していた。	自負心	2回
・昔の話	気分回復	1回
・私が一番長生き。もうすぐ86歳になる	自信	1回
・話すことが無くて悪いね	他者への配慮	1回

##### 【第2段階の面接】

第2段階の面接は、第1段階で引き出せたT氏の関心事である仕事や編み物、子どもに関心があることを考慮した。具体的には、子どもとのふれあいの場を設定した。また、面接では「仕事があるといいですね」「いい腕があるのにもったいない」「編み物を教えて欲しい」等の内容で毛糸を準備して働きかけた。T氏は子どもが折り紙をしているのを見て「上手やね」と笑顔で声をかけた。仕事の話に対する反応は、「する気が起きない」「しとうのうなった」「だんだん落ちていく。取り得がのうなった」「いいこと1個もない」「どうなるかわからんけど、私の考えでは何もできん」「死ぬことを考える。齢じゃけん」などが多かった。T氏が着ている服を題材に編み物の話をすると「82歳まで手芸していた」「子どもを育てた」「家の中で85歳まで生きた者はおらん。私だけ」「嫁は私のまねをする。私にふんといわれんようにしている」などが話さ

れた。

自己認知については、97項目の表出があり17カテゴリー（無力感・自己嫌悪・喪失感・孤独感・意欲低下・とまどい・虚無感・無欲・絶望感・自己への不安・住居への不安・生き方・優越感・他者への配慮・達成感・自信・意思表示）に分類できた。そのうち自己否定の意識は70項目で11カテゴリーに分類できた。主なものは「する事が何もない」「だんだん落ちていく。取り得がのうなった」など無力感が17回と最も多く、「死ぬる事を考える。齡じゃけん」など死への不安が14回、「する気が起きない」「しとうのうなった」など意欲低下が12回、「帰ろうと思う」「（老健施設を）やめようかと思う」など居住地への不安が11回と多かった。自己肯定の意識は27項目で6カテゴリーに分類できた。主なものは「手芸を教えてくれといわれたが断った」などの意思表示が12回、「嫁が持ってきてくれた」「嫁は気に入るようなものを持ってくる」など優越感が9回、「子どもは成長した」「82歳まで仕事をしていた」など達成感が6回、「嫁は私のまねをする」など自信

表3 第2段階における面接結果

具体的内容	カテゴリー	回数
・する気が起きない。しとうのうなった。する気が何もない。	意欲低下	12回
・楽しみもない。希望もない、だんだん落ちていく	無力感	17回
・頭が空っぽになった。とりえが無くなった。	喪失感	5回
・自分の考えでは何も出来ないし、わからない。	とまどい	3回
・何も欲しくない	無欲	1回
・心配するものも誰もいない	孤独感	1回
・いいこといっこともない	虚無感	2回
・仕事はありません（開きなおったように）	自己嫌悪	2回
・死のうと思った	絶望感	1回
・もう85歳・死ぬる～/死ぬることを考える。齡じゃけん	自己への不安感	14回
・帰ろうと思う等帰ることについて・（老健施設を）やめようかと思う	居住地への不安	11回
・今まで遊びが無かった	生き方	
・子どもは成長した・綿入れの仕事をした	達成感	2回
・82歳まで手芸をしていた		6回
・何も書くことなくて悪いね。	他者への配慮	3回
・（おしぼりたたみを）今日はじめたばかり。まだ見習い・手芸を教えてくれと言われたが断った	意思表示	12回
・嫁が持ってきてくれた・気に入るようなものを持ってくる。	自慢・優越感	9回
・家の中で85歳まで生きてきたものはおらん。・（嫁は）私のまねをする。	自信	5回

が6回と多かった（表3）。

繰り返し使われた言葉は、「帰る」（12回）、「死ぬ」（10回）、「生きる」（10回）、「（嫁が）持ってくる」（9回）、「仕事」（8回）。「京都」（8回）、「広島」（6回）であった。

### 【第3段階の面接】

第2段階の面接で、長男の妻には負けまいという意識を強く持っていることや、仕事に対するこだわりが感じられたので、第3段階の面接ではそのことを認め支持する内容とした。「嫁さんができるのは先生（T氏）がいいからですね」と言うと、T氏は「嫁さんが作った。最初は知らなかったが、見てたら習うんじゃない」「先生がいいんじゃない（胸を反らす）」と話した。長男の妻を話題にした話はよく通じ会話のキャッチボールができた。筆者が長男の妻を誉めると、T氏も最初は長男の妻を誉めるが、最後は「わしは嫁よりえらい」「嫁には負けたい」という内容に行きついた。

「昔はようきばってきやはったんですね」と過去の仕事を認めると、T氏は「そう、昔は遊ぶことはせんけんね。何でも仕事いろいろ作って。機械で作るようになって、毛糸でつくろって」と話す一方、「仕事がない。何もしゃーせん」「頭空っぽ。だめじゃね」「だめになった」「何もせん、ただジューとしていただけ」「そうよね。やろうと思ったらすぐやるけん。今はここでこうして遊びよる。いい気じゃ」と話した。住居について「もう何もない。家も古うなったし……」「今年いっぱい帰ろうと思う」などが語られたが、具体的に帰る場についての会話は途切れ、途中から話題がそれてしまった。また「気にいらん事があっても、自分からは喧嘩はしまいと思うけんね」「頭がすっかりしてきた」「いろいろ考えている」など自分の生き方についての発言があった。

車椅子から落ちないように紐で抑制していた入所者の紐が解けているのを見つけて、「危ないよ」と声をかけて結び直していた。

自己認知については、107項目の表出があり15カテゴリー（無力感・虚無感・孤独感・自己不全感・居住地についての不安・自己への不安感・自己の生き方・自尊感情・意欲向上・自信・優越感・気分回復・達成感・意思表示・他者への配慮）に分類できた。そのうち自己否定の意識は35項目で6カテゴリーに分類できた。主なものは「こんなことあほらしい」「仕事がない。何もしゃーせん」「私に聞いても書くことない」「だんだん落ちていく。取り得がのうなった」など無力感が14回と最も多く、「今年いっぱい帰ろうと思う」「何処に帰ろうかと思うて」など居住地への不安が6回、「頭空っぽ。だめじゃね」「こんなことあほらしい」などの虚無感が5回、「あの世にはどうでもこ

うでも行く」「他にいいところ探してくれ」など死への不安感が4回と続いた。

自己肯定の意識は72項目で9カテゴリーに分類できた。主なものは「喧嘩することはしまいと思う」「人中でべらべらしゃべったらだめ」など自己の生き方が34回と最も多く、「名前呼ばれるとうれしい」「わしに逆らうと腹が立つ」「嫁より優れている」など自尊感情が18回、「ここまでせっかく来てもらったのに、あんたに大事な事を言う材料がない」「(筆者に対して)お茶のみんさい。私はまたもらう」など他者への配慮が10回と続いた(表4)。

繰り返し使われた言葉は「喧嘩」(24回)、「仕事」(16回)、「生きる」(9回)、「べっぴん」(6回)、「死ぬ」(5回)であった。

【第4段階の面接】

転居に伴い不安が増強されることが予測されたので、思いを十分引き出すことで不安の軽減をはかろうと考え、面接に臨んだ。ここ数日間、長男の妻が退所のことをT氏に何度も説明していた。面接では、会話が続かない場面が多かった。T氏の言葉は「京都に帰らな私のおり場がない」「私一人出ていかなあかん」

「こっぴりいきゃいい。何にもいらん。思い残すことない」などの表出が目立った。また、以前から入所していた50歳台の男性を今回初めて自分の息子だと話した。

転居後2日目の面接では「見ればタンスや。なんや買うてある。中見りゃ皆私のもんでおかしい」「いっこも話きいとらんのに、中身はみんな私のもんじゃ」「ここ買う話も知らなかった」「まあいいわ。一人おるのもいいで」など納得できない転居についての思いを繰り返し話した。また、「何にも自慢することはない。生きとって」「ゴミもたまりゃあせん」「とにかく一人立ちする気はあるんじゃけん。だから人に頼ると言うことはしとうない」「90まで生きたことは自慢するほどのことでもないが(胸をさして)ここにはある」など自分の思いや感情を繰り返し表出した。フィールドノートを見て「ちょっとは役に立ったかい。ようつけちよるのう」「あんた帳面がつぶれるね」とにっこり笑った。転居後の面接は、T氏がよく話し筆者は聞き役であった。また、今回初めて「父と兄がわしをここに連れてきた」「父親が家を買った」「父親がタンスを準備した」「父親は昔から相談せずにする人だった」

表4 第3段階における面接結果

具体的内容	カテゴリー	回数	具体的内容	カテゴリー	回数
・喧嘩する事はしまいと思う。人中でべらべらしゃべっていたらダメ。喧嘩せんと死ねたらいい。	自己の生き方	34回	・こんな事あほらしい。・頭空っぽ。だめじゃね。・ダメになった。	虚無感	5回
・後15年はよう生きん。100まではよう生きん。あの世には、どうでもこうでも行く。他にいいところ探してくれ	自己への不安感	4回	・80も90にもなって出来ない。昔していたら出来るけど。いつもいつもしていたらわかるけど、急に言われてもわからん。	自己不全感	2回
・今年いっぱい帰ろうと思う。何処に帰ろうかとおもうて。いづれ京都にいなあかん。	居住地についての不安	6回	・もう何もない。家も古いし、風もよく当たるし。梅の木が残っている。何も残っていない。いるもはとれという感じ。	孤独感	2回
・頭がすっきりしてきた	気分回復	3回	・友達が紙に書いてくれたものが無くなった。いつも見ていたけれど。布団の下や、机の下に入れておいたけど。なくなってしまった。無くなったものは仕方ない。	意思表示	2回
・いろいろ考えている	意欲向上	1回	・いやいや、あれはせん(飾りもの作り)。話の方がいい。		
・わしに逆らうと腹が立つと言う意味の内容。嫁より優れている。名前呼ばれるとうれしい。嫁が来るのは当たり前。	自尊感情	18回	・毛糸はやめた。絶対にしない		
・私がつくったら、もっと上手に作る	自信	2回	・ここまでせっかく来てもらったのに、あんたに大事な事を言う材料が無い。あんたの好きなようにしんしゃい。(筆者に対して)お茶のみんさい。私はまたもらう。	他者への配慮	10回
・よう生きたと思って。85歳。私が一番長生きじゃろう。お母さん、おばあさんがべっぴんだった。	優越感	1回	・学校で働いていた。・医者のところまで仕事していた頃のできごと	達成感	2回
・これは仕事ではない。仕事がない。何もしゃーせん。元気だけで生きていてもしようがない..私に聞いても書くこと無い。	無力感	14回			

など父親に関する話題が多く表出された。第4段階では、T氏は転居に伴う不安感を多く表出し、不安感は転居前より転居後の方が遙かに多かった。

自己認知については95項目の表出があり14カテゴリー（環境変化への不安・居住地に対する不安・死に対する不安・無力感・孤独感・虚無感・無欲・意思表示・自己の生き方・自尊感情・自信・他者への配慮・達成感・意欲向上）に分類できた。自己否定の意識は73項目で7カテゴリーに分類できた。主なものは「見ればタンスや。なんや買うてある。中見りゃ皆私のもんでおかしい」など環境変化への不安が29回と最も多く、「わしゃ、いつまでここにおるんじやろうと思うだけや」「わし、ここにずっとおるんかのう」など居住地に対する不安が14回、「知らん人ばかりや、物言うたこともない」「しゃべることがない。知らん人ばかりの方がよほどいい。一人でしゃべらずにすむ」など孤独感が11回、「何にも自慢することないね。生きとって」「食べた後は何もない。ここに入って寝るだけや」「なーにもせんけ」など無力感が8回と続いた。

表6 施設退所直後（別施設に入所して2日目）

具体的内容	カテゴリー	回数	具体的内容	カテゴリー	回数
・見ればタンスや。何やこうである。中見りゃ、皆私のもんで、おかしい。いっこも話きかんのに。中身はみな私のもんじや。そういう話聞いたこともなかった。ここ買う話も知らんかった。まあいいわ、一人おるのもいいで。・私、ここ1人じゃけん。父親も兄貴らもまだ来ていないんじやけん。ここはどこかそれもわからんのじやが、ちょっと行くんじやけついでこいとやわれてそれだけ。私はなーにもしらんけん。兄貴と嫁と2人が車に乗って、わしを積んで行た。	環境変化への不安	29回	・いっこもゴミもたまりやせん（ゴミ箱をみせてくれる）。こればかり着ている。着替えることもない。このままで寝て、このままで起きる。	自己への不安感	2回
・わしゃ、いつまでここにおるんじやろう思うだけや。・わし、ここにずっとおるかのう。	居住地に対する不安感	4回	・わしも長くはないけんね。どうなるかしらんが、後が短いけんね。	生き方	3回
・用事が済んで、ご飯が済んで、ご飯が仕事じゃけん。そやけん、それが済んだら用がないけんね。食べた後は何にもない。ここに入って寝るだけ。なーにもせんけ	無力感	8回	・よそへ行ったり、泊まったりそげえなことせんけんね。よその汚れて寝るより、うちの汚れて寝たほうがよっぽどよい。とにかく一人立ちする気はあるんじやけん。だから、人に頼ることはしとうない。やってもらったりすること嫌いじゃけん	意思表示	5回
・友達がいない。しゃべることない。知らん人ばかりや。知らん人ばかりの方がよほどいい。一人でしゃべらずに済む。あまり人と話すのが嫌いじゃけん、話すまい。	孤独感	11回	・行きたいとこない（きっぱり言う）。作りたくない（きっぱり言う）。何処も行く気がない。広場、わしゃ用事が無い（強い調子）。何処へ行こうかということはおもわんね。	自尊感情	2回
・何にも自慢すること無いね、生きとって	虚無感	4回	・何聞いてもあほらしいなる。人の話がね。聞きとうないけん、ここに戻って寝よとおもうとった。	自信	1回
			・90まで生きたことは自慢するほどのことでもないが。（胸をさして）ここにはある。	達成感 他者への配慮	1回 9回
			・医者うちで働いていた頃の話		
			・ちょっとは役にたったかい（ノートをみて）ようけつつけちよるのう。あんた、帳面がつぶれるね。		

表5 第4段階における面接結果

具体的内容	カテゴリー	回数
・京都に帰らな、私のおり場がない。私一人が出ていかなあかん……。	居住地に対する不安	10回
・（子どもが）まだ一人広島にいる。頼りにしている。	自己への不安感	4回
・こっばりいきゃいい。何にもいらん。思い残すこと無い	無欲	3回
・嫁は他の者によよう見てもらいたいから来る。	他者への関心	2回
・喧嘩をせずにきた」	生き方の主張	5回

自己肯定の意識は22項目で7カテゴリーに分類できた。主なものは「ちょっとは役に立ったかい」など他者への配慮が9回、「行きたいとこない（きっぱり言う）」「何処も行く気がない」「とにかく一人立ちする気はあるんじやけん。だから人に頼るいうことはしとうない」「やってもらったりすることは嫌いじゃけん」など自

己の生き方が8回と続いた(表5・表6)。話した後は筆者に「一緒に寝ていくか」と言い、布団に誘った。繰り返し使われた言葉は、退所前は「京都」(9回)、「息子」(5回)、「仕事」(5回)。「喧嘩」(3回)、「編み物」(3回)であった。転居後は「父親」(30回)、「タンス」(17回)、「兄貴」(7回)、「母親」(4回)、「仕事」(3回)、「おばあさん」(3回)であった。

(3) 面接の経過別にみた自己肯定と自己否定の意識の表出量を比較

第1段階では自己肯定の意識1に対し自己否定の意識が6であった。

第2段階では自己肯定の意識1に対し自己否定の意識が2.5であった。

第3段階では自己肯定の意識2に対し自己否定の意識が1であった。

第4段階では自己肯定の意識1に対し自己否定の意識が4であった。

段階を進む毎に徐々に自己肯定の意識の占める割合が大きくなったが、第4段階では、再び自己否定の意識の占める割合が大きくなった。また、面接の経過別に見た自己認知の表出状況を表7に示した。

4 自己認知と自己概念との関連

面接の各段階で得られたカテゴリーが自己概念の構

成要素(①自己の現状の認識と規定、②自己への感情と評価、③他者からみられている自己、④過去の自分についてのイメージ、⑤自己の可能性と未来についてのイメージ、⑥自己に関する当為と理想)のどの要素に関連しているか分析した。

第1段階で得られた10カテゴリー(無力感・自己嫌悪・劣等感・喪失感・不安感・孤独感・自負心・自信・気分回復)は自己概念の構成要素の①自己の現状の認識と規定 ②自己への感情と評価に関連する内容だった。

第2の段階で得られた17のカテゴリー(無力感・自己嫌悪・喪失感・孤独感・意欲低下・とまどい・虚無感・無欲・絶望感・自己への不安・住居への不安・生き方・優越感・他者への配慮・達成感・自信・意思表示)は自己概念の構成要素の①自己の現状の認識と規定、②自己への感情と評価に関連する内容だった。

第3段階で得られた15のカテゴリー(無力感・虚無感・孤独感・自己不全感・居住地についての不安・自己への不安感・自己の生き方・自尊感情・意欲向上・自信・優越感・気分回復・達成感・意思表示・他者への配慮)は自己概念の構成要素の①自己の現状の認識と規定 ②自己への感情と評価に関連する内容だった。

第4段階で得られた14カテゴリー(環境変化への不安・居住地に対する不安・死に対する不安・無力感・孤独感・虚無感・無欲・意思表示・自己の生き方・自尊感情・自信・他者への配慮・達成感・意欲向上)は自己概念の構成要素の①自己の現状の認識と規定 ②自己への感情と評価、③他者からみられている自己、④過去の自己に関連する内容だった。

表7 面接の経過別にみた自己認知の表出状況

	自己意識	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
自己否定の意識	無力感	6	17	14	8
	自己嫌悪	3	2		
	劣等感	3			
	喪失感	2	5		
	孤独感	1	1	2	11
	意欲低下		12		
	とまどい		3		
	虚無感		2	5	4
	無欲		1		3
	絶望感		1		
	自己不全感			2	
自己への不安	2	14	4	6	
環境への不安				29	
住居への不安		11	6	14	
自己肯定の意識	生き方		2	34	8
	自尊感情			18	2
	優越感		9	1	
	他者への配慮	1	3	10	9
	達成感		6	2	1
	自負心	2			
	自信	1	5	2	1
	意思表示		12	2	5
	意欲向上			1	1
	気分回復	1		3	

VI 考察

安心した生活の条件である住み慣れた土地での生活が継続できなくなった認知症高齢者が、環境変化の中でどのように自己尊重を低下させているか、認知症高齢者の本質の問題といわれている存在不安に対処するためにどのように自己効力感を高めているかを把握する目的で7か月間継続的に面接を行った。その経過の中から、認知症高齢者の自己効力感が高まる過程を明らかにすると共に、どのような支援が自己効力感を高めているかを分析する。さらに、自己効力感と自己概念との関連について考察する

1 自己効力感が高まる過程

T氏は長男宅に転居してきた頃は、失便や徘徊等があり、同居家族にとって問題行動が出現していた。また、家の中では部屋に閉じこもり、うつ状態を窺わせる状態だった。Bandura<sup>35)</sup>は、自己効力感が低く認知された時

には、人は無気力、無関心、抑うつ状態になると述べている。故郷から長男宅に転居した時のT氏の自己効力感はいわゆる低いといえる。

第1段階の面接において表出された自己認知のうち自己否定の意識は約85%を占め、自己肯定の意識は約15%であった。表出された自己否定の意識は無力感・自己嫌悪・劣等感等であり、表情は笑顔もなく、緊張感が高かった。「何かしたいことはありますか」の問いに対しても、「やってもだめやと思う」「思うてもだめやと思う」等あきらめの言葉で、希望につながるものではなかった。住居についての不安は表出されていないことから、この段階におけるT氏は、自分がおかれている状況がわからず、霧に包まれたような状態であったと推察する。自己への感情は無力で否定的で、自己への暗い感情が窺える。この状態では自ずと自己効力感は低いと考えられる。しかし、自己否定の中にも、自信を少し覗かせて置いていることから、自己効力感が高まる兆しは窺える。

第2段階の面接において表出された自己認知に関する内容は97項目あり、第1段階より量的に多くなった。自己否定の意識が約72%、自己肯定の意識は約28%で、自己肯定の意識の占める割合が大きくなった。自己否定の意識が多かったのは、無力感(17回)、不安感(14回)、意欲低下に関すること(12回)で、これは自己の現状に対する否定的な認識や自己への暗い感情がより強く表出されたといえる。「教えてください」の問いに対して「なーにも話すことはありません」と返答し、自分の特技であった編み物についても「編んでみようという気がしない」と答え、「何か出来そう」という希望には結びついていない。居住地についての不安の表出が11回あったことから、この段階におけるT氏は、現在いる場所が理解できておらず、不安が大きく、「何か出来そう」「何かしたい」という気持ちになれずにいる状況と推察する。しかし、自慢・達成感・自信・意思表示・他者への配慮などの表出があり、自己の現状への認識が肯定的になり、自己への感情も自信のあるものになっている。この認識は自己効力感の高まりにつながっている。この時期は、不安が大きく存在し、自己効力感の高まりを阻害しているが、自己への認識は肯定的になり自己への感情にも自信がでており、自己効力感がやや高まっている。やや高まったり低まったりしながら、第1段階より自己効力感が高まっているといえる。

第3段階の面接において表出された自己認知に関する内容は107項目あった。そのうち自己否定の意識は約32%、自己肯定の意識は約68%で自己肯定の意識の割合が大きくなった。自己否定の意識で主なものは無力感(14回)で、これは何にも出来ないとして自己を認識している状態と推察する。また、居住地への不安や死への不安感が表出されており、このまま存在してもいいのかという存在不

安が強く窺える。無力という自己認識や不安感は自己効力感の高まりを阻害するよう作用する。自己肯定の意識で主なものは「喧嘩することはしまいと思う」等自己の生き方(34回)や「嫁より優れている」等自尊感情(18回)「ここまでせっかく来てもらったのに、あんたに大事な事を言う材料がない」等他者への配慮(10回)だった。自己の生き方の表出は、過去の自己の肯定であり、それは自己の現状を肯定する意識に関連する。また、自尊感情は、現在の自己を肯定的に受け止める感情である。「気分が良くなった」「何かやりたい」など希望を意味する発言があり、この段階の自己効力感が高まっているといえる。無力感や不安感もあり、第3段階の中で高まったり低まったりしながら、全体的に第2段階より高まっていると考えられる。

第4段階の面接において表出された自己認知は95項目あった。そのうち自己否定の意識は約77%で、自己肯定の意識は約23%であった。自己否定の意識で主なものは環境への不安感(29回)、居住地に対する不安感(13回)等転居に伴う不安感が半数以上を占めていた。無力感や孤独感に関する内容は全体の約27%であり、何をやってもだめという自己への感情を無力と認識したり、自己を孤独ととらえることは自己効力感を低めるように作用する。しかし、「人の世話にはなりたくない」などの生き方の表出(8回)やこうしたいという意志が表出されており、自己効力感が高まっている、第4段階における自己効力感の転居という出来事に影響を受けて第3段階より低下しているが、大きくは低下していないといえる。

全体を通してみると、自己効力感の第1段階から第3段階までは高まっている。その高まり方は、自己に対する否定的な感情を語りながらも肯定的な感情を語り、自己の現状を無力と認識したり、過去の生き方を肯定しながら現状を肯定するなど、自己否定と自己肯定を行きつ戻りつしている。各面接の段階でこの行きつ戻りつがあり、そして全体的に高まっている。このことから、自己効力感の直線的に高まっていくのではなく、螺旋状に高まっていくと考える。介護受容の過程についてアッカーマンはショック、混乱・怒り、否認、抑うつ・依存、回復への期待・再適応への努力・受容、再適応の6つの段階があると述べている。そして、介護者は必ずしも順番に段階を経っていくのではなく、各段階を行きつ戻りつしながら揺れ動き、自分で気持ちを整理しながら受容、再適応の段階に至るとされている。認知症高齢者の自己効力感の高まり方もこの受容段階と類似している。必ずしも段階を順番に進むというわけではなく、行ったり来たりしながら螺旋状に自己効力感が高まっていくと考える。環境の変化は認知症高齢者を不安にすると共に、自己効力感の高まる過程も影響を受けやすい。しかし、いったん高まった自己効力感、環境の変化を受け少し下がる

が、不安を表出することで大きく崩れないことがこの事例から示唆された。

## 2 自己効力感が高まる支援

### (1) 強みに働きかける

第1段階の面接で本人が繰り返した単語が「編んだ」と「仕事」であったことから、T氏の思いは「仕事へのこだわり」と「編み物」にあることが推測された。また、場面観察の中で、子どもが近くを通った時、それまで全く笑顔がなかったT氏が、子どもに対して微笑む姿が認められた。これを手がかりに、第2段階の面接では、仕事や編み物について話すことと子どもと接する場面を設定した。思いを肯定し、今までの生き方や行ってきたことをT氏が肯定的に受け止められることを意図し、具体的に毛糸を準備し、編み物を教えて欲しいと依頼するも、「する気がない」「だんだん落ちていく」「これからどうなるのか」という内容が多く、毛糸に手を出さなかった。子どもと折り紙をする場面では、子どもに「よくできるね」と優しく声をかけたが折り紙をしようとはしなかった。このとき繰り返された言葉は「帰る」「嫁」「仕事」だった。この言葉を手がかりに、第3段階の面接では今までの仕事や編み物について、認め、T氏が肯定的に受け止められるように、T氏の意識にフィードバックしようと考え、自分が作り気に入って着用しているセーターと長男の妻の話をした。その結果、笑顔がよく見られ、「頭、空っぽ、ダメじゃね」「喧嘩はしまいと思う」「頭がすっきりしてきた」「いつもはできるけれど、急にはできない」等の発言が得られ、繰り返された言葉は「喧嘩」「仕事」「生きる」であった。この段階において自己効力感の高まりが見られた。

この支援を分析すると、T氏の編み物という強みに働きかけたこととその強みを長男の妻との関係の中で強く持っていることを刺激したことにある。ブエック<sup>4)</sup>らは強みの意味について「全ての人は広範な才能、能力、キャパシティ、スキル、資源、願望を持つ。ある時点でそれらの表現のされ方の多少に関わらず、人々は表現される心的・身体的・情緒的・社会的・精神的能力の未活用で未決定の貯蔵庫を持つ」とし、人は必ず潜在的な能力を持つことを強調している。趣味や得意としている強みに働きかけることは、「まだできる」という意識が維持され、強化されることである。T氏の場合、毛糸に手を出さなかったのは、興味関心がないのではなく、喪失感が強い状態であり、直接手を出してできなかったら、自分の自信のあることが出来なくなっていることを知ることになり、それを避けるための無意識の防衛規制と解釈することができる。気に入っている服を題材にした話は具体的によく話し自分

ができる気持ちを表出した。直接手をくさなくても、編み物という強みに働きかけたことは自己の能力の強化につながり、長男の妻の話題は、長男の妻より自分が優れているという意識を優位に保つことにつながったと考えられる。子どもとの関係においても同様で、折り紙に手をださなかったのは、出来なくなった自分を知ることになるので無意識に避けたとも考えられる。子どもに声をかけるのは、大人が弱者である子どもを保護することであり、自己を優位に保つことにつながる。人は誰も潜在能力を持っている。その能力を引き出しのばすことが、自己効力感を高めることにつながる。その方法はその人の強みに働きかけることであり、その人の強みが何であるのかを見極め、強化する方向で支援することが重要である。

### (2) 遂行体験を受け止める

「喧嘩はしまいと思う」「子どもを育てた」等、自分はこのように生きてきたと語り、生き方を語った後に「頭がすっきりしてきた」「頭がよくなったみたい」という言葉が表出された。生き方を語ることは、自分がやってきたことの累積を自分自身が自覚することであり、他者に認められることで自信につながる。一般に自己効力感を高める方法として、成功体験をすること（遂行行動の達成）、やれそうだと思うモデルを見ること（モデリング）、言葉による励ましを受けること（言語的説得）、考え方をプラス思考にすること（生理的・情緒的状态）などが提唱されている。認知症高齢者は失認や記憶障害などの症状の特徴から言語的コミュニケーションがはかりにくい。しかし、感情を受け止めることや過去の記憶は保たれている。過去の体験を語ってもらい、その体験を語ってよかったと当事者が感情レベルで感じられるまで繰り返し受け止めること、その際に非言語的コミュニケーションを交えて受け止めることが自己効力感を高める上で重要である。

### (3) 当事者が話すストーリーを核にした対話

人は気になっていることや成功体験など自慢したいことを言葉にして伝える。認知症高齢者は近時記憶障害により、今話したことを忘れる。忘れるから、また新たなことのように話すので、結果として繰り返し状態になる。しかし、繰り返す内容は、最も気になっていることとして意識に上っていることである。T氏も「喧嘩をせずに生きてきた」という生き方を語ったときに「喧嘩」という単語が24回表出された。A老人保健施設の退所を余儀なくされ、B施設に転居した時、強い不安を表出した。その時繰り返し使われた言葉は「父親」で30回使った。父親が家を買ってくれたという話は、実際には現状の認知障害であるが、T氏にとってのストーリーは、父親が自分のために家（施設）を

買い、ダンス等を準備してくれた。自分はよくわからないけれど、親が自分のためにしてくれたんだと思っていると理解できる。T氏は自分のストーリーを繰り返し話すことで、納得できない転居の事実を自分なりに合理化しようとしている内面の作用と考えられる。繰り返し話した後で、筆者に「一緒に寝よう。ここに入り」と布団を示す場面があった。十分話し、少し安心したと考えられる。「父親」の話は、転居に関連する不安を乗り越えるための対処行動であり、当事者が話すストーリーを核にした対話をすることによって対処行動に必要な潜在的な能力が引き出されたと考えられる。

繰り返し話される言葉は、その人の意識に上っている内面の思いである。したがって、言語の回数に着目することは内面の思いを推察する上で重要であり、支援者は、当事者が語るストーリーを核にしながらかつ話することが自己効力感を高める上で重要である。

#### (4) 役割意識が実感できる支援

面接は一貫して「教えて欲しい」という旨を伝え、テープレコーダーとフィールドノートに記載しながら実施した。T氏は、最初は「何も話すことない」と拒否的であったが、時々フィールドノートをのぞき込んで「沢山書いたね」と関心を示すようになった。第4段階ではフィールドノートをのぞき込んで「ようけ書いたね」と9回話した。記録の量が「自分が役に立っている」という実感につながったと考える。役に立っていると言うことが「記録の多さ」という形で具体的に目に見えるように、役立っていることが具体的に視覚に訴えられるようにすることが重要である。

「教えて欲しい」という依頼は、T氏が教える側で、筆者が教えられる側であるという関係を意識づけるものである。しかし、T氏は最初「何も話すことはない」と拒否的な反応を示した。緊張が高い時期に「教えて下さい」という働きかけは、緊張感を増強させることにもなる。従って、拒否的な反応は、不安の対処行動と考えられる。

具体的に役割を果たす体験をすることが役割意識につながりやすい。しかし、役割を果たしていても、役割意識につながっていない場合もある。逆に、役割を果たしてなくても、役割意識を持つ場合もある。T氏は、「なーにもしていない」「仕事もしていない」「ただ食べて寝るだけ」等の言葉より、役割も役割意識もなかったと考えられる。今回、筆者に「話す」という役割を通して、「教える」という役割意識につながったと考えられる。役割意識を持つことは、人は対等であることを意味し、自信や自己の存在価値の自覚につながり、自己効力感が高まる。認知症高齢者が役割意識をもてるためには、役立っていると感じられる

事実が目前にあり、事実として触れられる事が重要である。これが認知症高齢者にとって遂行行動の達成(成功体験)につながると考える。

自己効力感の高まる過程とその支援の図式化を図3に示した。



図3 自己効力感の高まる過程と支援

### 3 自己概念の構成要素と相互作用

梶田7)は自己概念の主要な構成要素として、①自己の現状の認識と規定、②自己への感情と評価、③他者からみられている自己、④過去の自分についてのイメージ、⑤自己の可能性と未来についてのイメージ、⑥自己に関する当為と理想の6つを挙げている。そして、「この6つのカテゴリーは、相互に関連しあっている(図2)。

今回T氏との面接から得られた内容は自己概念の構成要素の中核をなす自己の現状の認識と自己への感情に関連していた。

自己効力感が低く認知されていると自己の現状を無力と認識し、自己の現状を否定的に受け止めていることになり、自己概念は障害されやすい。自己効力感が高まると、自己の現状の認識が肯定的になり、自己の生き方についての意思表示ができ、自己概念は保たれやすい。

一般にライフサイクルの特徴から高齢者は喪失の時期である。今まで積み上げてきたものを失うことは不安につながる。ましてや、認知症高齢者は、生きる拠り所である知的財産や人間関係を失うことになる。また見当識障害や記憶障害により、周囲で起きていることが認識できず、混乱し、そのことが、より不安を増大させ、自己概念を脅かしていると考えられる。

## Ⅶ 結論

7か月間の面接を通して、認知症高齢者が環境変化の中でどのように自己尊重を低下させているか、また自己効力感がどのように高まっているかその過程を分析しその支援について検討した。さらに、自己概念との関連について考察した。

- 1 当事者の具体的な強みに働きかける事で自己効力感が高まる。強みに働きかけることを軸に、遂行体験を受け止めること、当事者が話すストーリーを核にした対話をする事、役割意識が実感できるようにすることが重要である。
- 2 自己効力感が高まる過程は、行きつ戻りつして螺旋状に高まっていく。
- 3 自己効力感が高まっていると、納得できない環境変化に遭遇しても自分の気持ちを出表する方法で対処できる。
- 4 表出された内容は自己概念の構成要素である①自己の現状の認識と②自己への感情と関連していた。自己効力感が高いと自己肯定につながり、自己概念が保たれやすい。

## Ⅷ 課題

今回の研究結果は1事例から得られたものである。今回得られた結果を、他の事例に適用し、自己効力感が高まる支援をし、より好ましい行動変容へとつなげていけるような取り組みが必要と考える。

## 謝辞

今回の研究にあたり、快く参加協力していただいたみなさまに深く感謝いたします。

## 文献

- 1) Harry Cayton, Nori Graham, James Warner 朝田隆監訳：痴呆症の全てに答える, 医学書院, 1999
- 2) 国立精神・神経センター、精神保健研究所編：我が国の精神保健福祉 2001
- 3) 新名理恵：痴呆患者の家族介護者のストレス評価、別冊総合ケア, 医師薬出版株式会社, 1995
- 4) ニールセン, T著, 伊東敬文訳：デンマークの高齢者福祉, 講演会資料, 1987
- 5) 室伏君士：メンタルケアの実際原則, 老年期痴呆診断マニュアル, 日本医師会, 127-133, 1995
- 6) アルフレッド・フルマン, 那須弘之訳：アルツハ

イマー病の妻と共に, 医学書院, 1993

- 7) 梶田叔一：自己意識の心理学, 第2版, 東京大学出版会, 1988
- 8) 岡本祐三, 藤本直規：高齢者医療福祉の新しい方法論, 医学書院, 1998
- 9) 竹内孝仁：ケアマネジメント, 医歯薬出版株式会社, 1996
- 10) W. C チュニッツ, J. M スワンソン, 樋口康子, 稲岡文昭監訳：グラウンデッドセオリー 医学書院, 1992
- 11) 日野原重明, 柄澤昭秀編集：老人医療への新しいアプローチ, 医学書院, 1992
- 12) 琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編, 老人性痴呆, 医歯薬出版株式会社, 1993
- 13) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気, メジカルフレンド社, 1996
- 14) 厚生省老人保健課監修：痴呆性老人相談マニュアル, 日本公衆衛生協会, 1991
- 15) 西村健監修, 小林敏子, 福永知子著：痴呆性老人の心理と対応, ワールドプランニング 1996
- 16) 五島シズ, 水野陽子：痴呆性老人の看護, 医学書院, 1998
- 17) 澤村誠志：障害者・高齢者の医療と福祉, 医歯薬出版株式会社, 1992
- 18) 大国美智子：呆けないための生活学, 中央法規出版, 1988
- 19) 井上修：ぼけの臨床, 医学書院, 1988
- 20) 三宅貴夫：ボケ老人と家族への援助, 医学書院, 1986
- 21) 伊東光晴他：老いと社会システム, 岩波書店, 1991
- 22) 竹内孝仁：通所ケア学, 医歯薬出版株式会社, 1996
- 23) 久常節子, 島内節編集：老人地域看護活動, 医学書院, 1996
- 24) 平山朝子, 宮地文子編集：高齢者保健指導論, 日本看護協会出版会, 1997
- 25) 長谷川和夫監修：痴呆の疫学と実態, 中央法規, 1992
- 26) きのかエスポワール編：痴呆の常識・非常識, 日総研, 1998
- 27) 大熊由紀子：「寝たきり老人」のいる国いない国, ぶどう社, 1992
- 28) 大熊一夫・大熊由紀子：本当の長寿社会を求めてぶどう社 1992
- 29) フランク・ゴープル著, 小口忠彦監訳：マズローの心理学, 産業能率大学出版部 1980
- 30) G. Z. ビッツヘラウリ著, 田中かな子訳：百歳までは生きられる, 水曜社, 1983
- 31) 水野敏子：呼び寄せ老人の実態から探る保健婦の役割, 調査結果に見るリスクの少ない呼び寄せ方, 求められるサポート, 生活教育, P 7-11, へるす出版, 1998.12

- 32) Bandura：激動社会の中の自己効力，金子書房，1998
- 33) 坂野雄二，東條光彦：一般性セルフ・エフェカシー尺度作成の試み，行動療法研究，第12巻 第1号 73～82，日本行動療法学会，1986
- 34) 安酸史子：糖尿病患者教育と自己効力，看護研究Vol130 No6，医学書院，1997
- 35) 森沢康編集：高齢者地域看護活動論，メジカルフレンド社，2000
- 36) 河合眞：高齢者のメンタルケア，南山堂，2001
- 37) Mariah Snyder；Interventions For Decreasing Agitation Behaviors in Persons with Dementia Journal of Gerontological Nursing
- 38) Mike Bender and Andrew Norris；Groupwork with the Elderly，Winslow Press
- 39) 山根寛：人と作業・作業活動，三輪書店，1998
- 40) 山根寛：精神障害と作業療法，三輪書店，1997
- 41) 亀山正邦監修：琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編，介護の展開とその評価 医師薬出版株式会社，1995
- 42) 梶本市子他：血液透析患者の自己決定スタイルに関する研究，看護研究，Vol30，No. 2 医学書院 1997
- 43) 鈴木みずえ他：在宅高齢者の日常生活動作に対する自己効力感測定を試み，看護研究 Vol32 No2，医学書院，1999
- 44) 山根寛：分裂病障害にとっての集団と場，OTジャーナルVol29 88-93.，三輪書店，1995
- 45) 藤本直規，成田実，奥村由美子：痴呆性高齢者の在宅ケア，CURRENT THERAPY 1997 Vol. 15 No2
- 46) 藤本直規，奥村由美子，成田実：軽症痴呆のリハビリテーション，JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol. 7No. 6，1998
- 47) 松尾治，斉藤正彦，天野直二：痴呆高齢者の生活評価，保健の科学，第40巻，第7号，杏林書院 1998
- 48) 舟島なをみ：看護のための人間発達学，医学書院，1999
- 49) 加藤功，藤島正敏：老化の疫学，総合リハビリテーション・26巻8号，753-758，医学書院，1998
- 50) 水谷俊雄：病理学からみた脳の老化と画像診断，総合リハビリテーション・26巻9号 853-860，医学書院，1998
- 51) 三村将：老化と精神・心理機能，総合リハビリテーション・26巻10号・943-956 医学書院，1998
- 52) アッカーマン，N. W. 著，小此木啓吾・他訳：家族関係の理論と実際，岩崎学術出版社，1980
- 53) 高崎絹子，野川とも江：呆け老人と家族を支える看護，日本看護協会出版会，1990
- 54) 長谷川和夫監修，唐澤昭英編集：痴呆の疫学と実態，中央法規，1992
- 55) 下仲順子：高齢者の主観的幸福感と社会参加，現代心理学シリーズ，老年心理学，医学書院，2000
- 56) 藤本直規，大頭信義司会：痴呆性老人のケアとコミュニケーション，ホスピスケアと在宅ケア研究会岐阜大会のシンポジウム記録，1998
- 57) 小澤勲：痴呆を生きるということ，岩波新書，2003
- 58) 藤本直規：痴呆患者の介護とその評価の実際，別冊総合ケア，介護の展開とその評価，医歯薬出版，39-49 1995
- 59) 藤本直規：初期痴呆とは何か，おはよう21，6 18-23 医師薬出版株式会社 1996
- 60) Joseph J. Callo, William Reichel, Lillian M. Andersen 岡本祐三監訳：高齢者 機能評価ハンドブック，医学書院，1998
- 61) 大塚俊男，本間昭監修：高齢者のための知的機能検査の手引き，ワールドプランニング，1991
- 62) 森山美知子：高齢者の社会的機能の障害と看護診断，訪問介護と看護，p41-49，医学書院，1995
- 63) 九島久美子他：在宅高齢者の生きがい尺度，寝たきり予防活動の観点から，生活教育 7-21，へるす出版，1999
- 64) 狭間香代子：社会福祉の援助観，ストレングス視点，社会構成主義，エンパワメント，ストレングス視点の基本的枠組み，p102-103，筒井書房2001
- 65) 山本亮子：看護学生の健康認識に関する研究，日本看護学教育学会6（2）111，1996

## (Summary)

# Analysis and Support of the Process for Increasing the Self-Efficacy of Elderly Dementia Patients

Aiko Hatano<sup>1)</sup>, Sachiko Tsutsui<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Nursing Sciences, Faculty of Nursing and Social Welfare Science,  
Fukui Prefectural University

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

**Background** In Japan's progressively aging society, the number of elderly individuals suffering from dementia has been increasing, and is projected to reach 2.91 million by the year 2020. Dementia is a condition in which a patient's personal and social lives are hindered by a sustained decline in acquired knowledge caused by some form of organic lesion. Therefore, the essential problem in elderly dementia patients is the anxiety over their lives arising from the loss of cognitive functioning and life history, which were the foundation upon which their lives were based, as well as the subsequent loss of personal connections. While many studies have focused on support methods for reducing such anxiety from a nursing perspective, few have examined the issue from the patients' perspective.

**Objective** To identify the ways in which elderly dementia patients experience a decline in self-esteem and accept and manage their anxiety during a change in their environment, determine how self-efficacy relates to these elements, and to find and analyze a support method that can increase self-efficacy.

**Results** Patients participated in 11 interviews that were divided into 4 stages according to the obje

ctive. Interviews included 334 items related to expressions of self-concept, which were classified into 14 categories associated with the sense of self-denial and 10 categories associated with the sense of self-affirmation. Regarding the relationship between self-consciousness and the stage of the interview, the sense of self-affirmation or the sense of self-denial were expressed at each stage. The sense of self-affirmation was expressed more frequently in each interview, and was often observed when stimulating a patient's strengths, such as his or her hobbies.

**Conclusion** By stimulating specific strengths in patients, their self-efficacy can be increased. While this process may initially have alternating results, it eventually results in increased self-efficacy. Elevated self-efficacy allows patients to better express their feelings, and thus enables them to manage challenges such as undesirable changes in their environment.

**Keywords** Elderly dementia patients, Self-efficacy, Process of increasing self-efficacy, Self-concept, Strengths

## 研究ノート



## 急性期成人看護学演習において協同学習に基づく説明活動が学生に及ぼすストレスと効果

沖野良枝<sup>1)</sup>、米田照美<sup>1)</sup>、前川直美<sup>1)</sup>、長澤晋吾<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup>矢内原研究所

**背景** 大学の看護教育では、学生が自ら学び育つ姿勢とそれをサポートする環境のあり方が重要であり、学習機能とプロセスに焦点を当てる認知科学的アプローチが適切であると考えられる。近年、教育時間が縮小される一方で、技術の進歩、活動領域の拡大を背景に、基礎教育で学ぶべき技術レベル、臨床能力習得への期待は増している。限られた時間で、多くの課題を学生が主体的、効果的に学習するためには一段と創意工夫した授業展開が求められる。今回、状況認知アプローチに基づく協同学習原理を取り入れ、小集団によるテーマごとの授業運営を試み、授業の学生に及ぼす影響や心理的・生理的ストレスを考察した。

**目的** 授業を実施する学生の心理的、生理的ストレスの測定およびレポートの内容分析を通して、協同学習に基づく授業運営の学生に及ぼす負荷と効果を考察する。

**方法** 学生が主体となって企画・運営する協同学習に、3回の繰り返し説明活動（講義および技術演習）を組み込んだ授業展開において、講義前、1回目講義終了後、2回目講義終了後、3回目講義終了後、授業終了後30分の5時点に以下の調査、測定を行う。

- ①質問紙調査（日本語版STAI (State-Trait Anxiety Inventory) および緊張、不安度、講義遂行感に関する質問紙)、
- ②唾液中ChromograninA (CgA)、コルチゾール測定
- ③コントロールとして平常休息時の①、②測定
- ④授業実施後の評価・感想レポートの提出

**解析** ①5時期反復測定値の時系列的变化に対する検定 (GLM: 反復測定)、②授業前後のストレスレベルの検定 (対応サンプルの t 検定)、③授業評価・感想レポートに対するBerelson, B.による言及事項分析型内容分析。

**結果** 講義開始前には、CgA、STAI、緊張・不安度の平均値は平常時よりも上昇し、ストレス認知の高まりが心理的、生理的レベルで示された。授業終了後30分までには有意に下降し、授業の実施による負荷は軽減された。講義の遂行可能感、遂行感は、講義の繰り返しの応じて高まり、達成感や自己有能感の獲得が窺われた。各測定時点で最も気懸かりに感じている対象は、緊張感、講義の遂行や方法に関するものから、受講者の反応や講義の評価に移行していった。授業後の評価・感想レポートの内容分析では、130の記録単位文を抽出し、「人にわかってもらう伝え方」、「伝えるために不可欠な授業者自身の理解」、「聞き手からのフィードバック」、「協同学習からの学び」など14カテゴリーに分類、命名した。

**結論** 1. 今回の協同学習に基づく説明活動は、学生のストレス認知を高めるが、3回の繰り返し講義を通して有意に下降していくことがCgA、緊張、不安度の低下により裏付けられた。2. 繰り返しの講義実施により自信、達成感、自己有能感を生じることが授業遂行感の上昇により推測できた。3. 協同学習、説明活動は、学生の主体的行動、集団状況の中で他者との相互機能を促進し、学生の認知的学習効果を広げ、深化させたと判断できる。

**キーワード** 協同学習、説明授業、ストレス、クロモグラニンA、看護学生抄録

2005年12月26日受付、2006年5月17日受理

連絡先：沖野 良枝

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail: y-okino@nurse.usp.ac.jp

## I. 緒言

学習理論は、1950年代以降行動科学から認知科学へと大きくパラダイムシフトし、現在、認知科学に依拠する理論やモデルが、一般的に適用されるようになった。認知心理学によれば、学習は学習者の行動的変容よりはむしろ、学習者が何を知り、それらをいかに獲得するかによる、つまり、学習の機能とプロセスに関係していると説明されている<sup>1)</sup>。看護専門職を育てる大学教育では、看護学生（以後、学生と述べる。）が自ら学ぶ姿勢とそれをサポートする環境のあり方が重要であるが、教育・学習の目指すところは、学生の行動変容に据えるよりはむしろ、認知科学の視点から、どのような専門知識や技術をいかなる方法で獲得させるかに焦点を当てるのが、適切であると考えられる。

一方、大学の看護教育カリキュラムにおいては、専門科目の時間数の大幅な縮小が求められる一方で、医療技術の進歩や、看護活動の領域拡大に伴い、基礎教育で学ぶべき看護技術の内容、臨床能力の習得度への期待はより増大し、専門性の高いものに変化してきた。

こうした状況を背景に、学生が極めて限られた授業時間内で、必要な学習課題を主体的、効果的に学ぶためには一段と創意工夫した授業展開が求められる。今回、認知心理学の一領域である状況認知アプローチに基づく協同学習原理を取り入れ、小集団によるテーマごとの授業運営を試みた。その意図は、学生達が小集団活動において自ら学習した知識と技術を他の学生に説明、伝達する行為を通して一段と深化、定着させることにある。また、そうした体験は学生の意欲と関心を高めると同時に、人に伝えることの意味と重要性に気づき、他者に対する理解や共感力を強め、グループ・ダイナミックスの効果を促進させることも期待できると考えられた。教育心理学の原理を統合して生まれた協同学習は、近年、関心が高まり実践的試みが増加している。バズ学習、ジグソー学習などを適用し教科研究、集団間の関係作りなど教育現場での研究、実践が進められている<sup>2)3)</sup>。そうした実践は、看護分野においても、教育方法としてのグループ学習の活用<sup>4)</sup>やジグソー学習法による技術教育の試み<sup>5)</sup>など報告されている。しかし、成人看護学急性期演習において協同学習、説明活動アプローチの報告はみられない。この様な学生主体の能動的な学習形態は、教師による一斉授業方式に比較して、得られる効果やメリットは大きい一方で、学生にとって不慣れた学習法であるための不安や混乱も予測される。また、授業の準備、運営自体の物理的な負担が大きく、目標とする課題遂行のためにはかなりの努力とエネルギーが求められると推測された。そこで、本授業方法の影響や効果を検証するために、授業運営に関わる学生の学びの様相および心理的、身体的

負荷の状況を把握する必要性が考えられた。

看護学生のストレス一般に関する研究、報告は主として心理的尺度を活用したもので、既に数多く見られる。さらに近年は、生理的指標を使用しての精神的ストレスの測定や指標としての有効性も検証されている。音楽療法の評価指標としての検討<sup>6)7)</sup>、歯科治療に関する麻酔の影響<sup>8)</sup>や歯科大学学生のテストストレスに対する評価としての研究<sup>9)</sup>、看護師の看護ケア実施時のストレス負荷など<sup>10)</sup>がみられる。しかし、看護学生の演習に関するストレス評価の指標として検討した研究報告は見られなかった。昨年、著者ら<sup>11)</sup>は精神的ストレス指標としてのクロモグラニンA (Chromogranin A : CgA) とコルチゾールに着目し、臨地実習中の看護援助の実施が学生に及ぼすストレスの状況を測定、報告した。本研究では、急性期看護学演習において実施した協同学習の評価を目的として、授業の企画・実施に関わる学生の心理的、身体的負荷に関して、質問紙および生理的指標を用いたストレスレベルの測定を行い、授業形態と学習効果を考察、検証した。

### 研究仮説

1. 学生が実施する伝達授業における認知的ストレスは、授業開始前に高まった後、漸次下降していく。
2. 高まった認知的ストレスは、唾液中のCgAおよびコルチゾールによる生理的反応と連動して推移することが示される。
3. 学生は、担当の説明活動を繰り返し3回実施することにより、ストレス負荷は低下し、学習効果に反映される。

### 操作的概念定義

本研究が依拠した主要な用語の概念について、以下のように操作的定義を行った。

状況認知アプローチ：認知心理学アプローチの一領域であり、知識は個々人を取り巻く世界やコミュニティに分散していると捉え、知識を獲得するとは、コミュニティや文化に実践的に参加することであり、個人を取り巻く世界と相互作用する能力を形成することであるとする。このアプローチにおいては、教師はガイドであると共に同じ参加者として、また、仲間は知識獲得の重要な共同構成者として位置付けられる<sup>12)</sup>。本研究においては、学生が知識を獲得する授業の場は、大学および学級コミュニティであり、そこで患者、医療者などを含めた医療環境を擬似コミュニティとして体験することになる。

協同学習：学習過程は社会的過程でもあるとするデュエイの考えを基盤にし、協同を学習原理とする様々な実践的、理論的工夫に対する包括的学習形態を言う。学習者

相互間の関係、社会的相互作用を通じて思考の範囲を広げ、望ましい集団形成や人間関係の成立を図りながら、学び合い高め合いながら学習活動を進め、目標達成を目指す方法<sup>13)</sup>とされる。本研究では、一般的な小集団学習の効果に加え、学生集団が主体的に授業を企画、運営しフォーマルな伝達活動を通して専門知識の獲得、深化を目指す認知的効果に焦点を据えた。

説明活動：集団活動において、自身のアイデアや判断などを他者（自身への説明活動も含まれる。）に説明する活動を言う。説明活動は、自分の考えの意識化や再考を必要とするため、自分の考えについてのメタ認知的気付きが導き出され、自己知識のモニターや新しい探索が始まり、課題解決能力の改善や問題解決場面での重要性が指摘されている<sup>14)</sup>。本研究では、説明活動の主たる方法を他の学生に対する講義およびデモンストレーションと言うフォーマルな教授形態として設定した。

クロモグラニンA：CgAは、副腎髄質や交感神経終末などに広く分布する可溶性酸性タンパク質であり、カテコラミン類と共存、共分泌され交感神経-副腎系の活動指標とされる<sup>15)16)</sup>。身体的ストレスにより血中のカテコラミンやコルチゾール濃度が上昇するに伴い、唾液中濃度も上昇する<sup>17)</sup>。今日、唾液中のCgAの測定は、精神的ストレス評価の有益な方法であるとの評価が広まっている。唾液採取は非侵襲的で相対的に非ストレス的であるため、様々な環境下での研究や調査を可能にする簡便なサンプリングの方法<sup>18)19)</sup>であるとされている。

内容、自由意思による参加、不参加による不利益の無いこと、結果の守秘、データの活用法、同意の撤回の権利、調査は非侵襲的な方法で行い、授業の進行に影響を及ぼさないことを説明し被験者の応募を募った。自由意思による参加を申し出た12名に対し、再度詳しく説明を行った後、同意書の得られた学生を対象とした。後半の担当グループを選択した理由は、本授業形態自体の影響、効果を把握するために、授業形態に不慣れであることから生じる無意味な混乱や負担因子を最小にできる時期として設定するためである。

### 3. 調査期間

H17年4月13日～7月29日

### 4. 調査内容

#### 1) 授業形態

成人看護学急性期看護演習は、本学カリキュラム上、3年生の前期30時間15回として編成されている。既に基

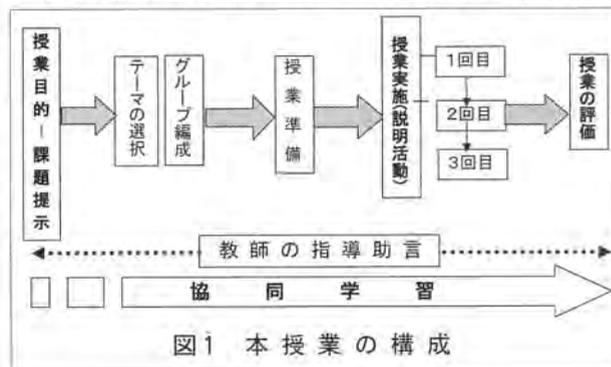


図1 本授業の構成

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、学生の学習への関心、自発性、主体性を引き出し、限られた時間の中で必要な課題をより効果的、効率的に学ばせる授業展開に並行して調査研究を行う。

### 2. 調査対象

大学看護学部3年生女子12名。

被験者に対する倫理的手続き：編成した9グループのうち、後半の授業担当であった2グループの学生に対し、研究目的、

表1 学習目標および課題

学習目標
1. テーマにそった授業運営に必要な知識、理論、技術、授業方法をグループメンバーの主体的、創造的な学習やアイデア、協力によりまとめ、授業を実施する能力を養う。
2. グループメンバー間の相互作用により知識や思考、アイデアを交換、拡大、共有する。
3. 他者に説明、伝達するための学習や授業の実施を通して、自身の理解や認識の程度を高める。
学習課題
1. 手術前の看護：術前オリエンテーション、術前訓練
2. 手術中の看護：麻酔の介助、無菌的管理方法
3. 手術後の看護：術後観察、早期離床、創傷管理
4. 大腸切除、ストーマ造設術を受ける患者の看護
5. 肺切除術を受ける患者の看護：術後呼吸器の看護
6. 肺切除術を受ける患者の看護：輸液管理、ドレナージ
7. 開頭術を受ける患者の看護：術後観察、人工呼吸器の理解、酸素療法
8. 人工股関節置換術を受ける患者の看護：牽引中の看護、術後リハビリテーション
9. 救急看護法：心・肺・脳蘇生法、輸液ルートと中心静脈圧測定

礎科目、専門基礎科目は学習し終え、この時期には、各専門領域の看護演習が並行して開講されている。

本研究では、教師による一斉授業と共に、状況認知アプローチを取り入れた協同学習授業を設定し（図1）、学生の小集団、参加型授業の展開を計画した。学生が実施する授業は、以下のようなプロセスで展開する。（1）急性期看護援助に関する学習目標および9項目の学習課題（表1）を提起し、基本的に学生の関心の高いテーマを選択し、9グループ編成を行う。（2）各グループは、選択したテーマに沿った授業を企画・準備する。（3）その間、教師から各グループに基本技術の伝達、授業の展開方法・教材作成などに関して必要な助言、指導を行う。（4）担当グループによる3回の繰り返し講義を実施。実施後、受講学生からの授業評価および講義担当学生のレポートによる自己評価を行い、自己の学習へのフィードバックを行う。なお、講義を3回繰り返す意図は、講義する学生自身の知識や方法論について認知レベルでの確実な知識の獲得、記憶定着を期待したものである。

## 2) 調査内容

調査時期；グループによる①講義開始前、②1回目の講義後、③2回目の講義後、④3回目の講義後、⑤3回目の講義後30分の5時期（各30分間隔）および⑥平常休息時をベースラインとし、計6回測定する（図2）。

ストレス状態に関する質問調査および検体採取；

### (1) 質問紙

#### ①日本語版STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

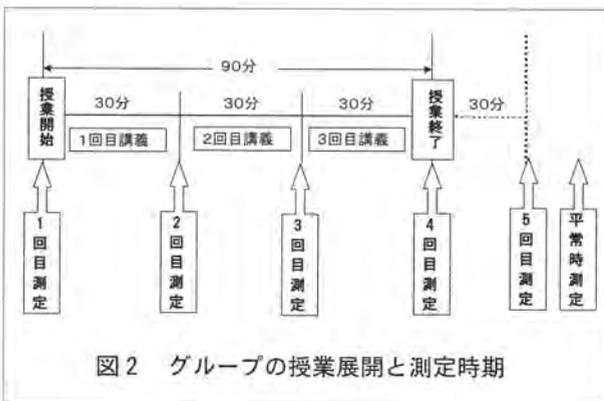


図2 グループの授業展開と測定時期

状態不安尺度、特性不安尺度各20項目（4件法）計40項目から構成される。

得点は、各尺度毎の合計点（レンジ：20～80点）により不安レベルを判定する。

成人女子では、合計50点以上を高不安、45点以上を不安と判断する。

### ②緊張、不安度、講義遂行可能感、遂行感に関する質問紙

質問項目は、図3に示した。回答は7件法により

求めた。

判定は、緊張、不安度については、回答を得点化（-3～3→7～1）し、得点が高いほどストレス度は高いと判断する。また、講義遂行可能感、遂行感については、得点化（-3～3→1～7）し、得点が高いほど程度は高いと判断する。

i	現在の気分	非常に緊張している：-3	非常にリラックスしている：3
ii	現在の不安	非常に不安：-3	非常に安心している：3
iii	講義はうまくやれると思う	全く思わない：-3	大いに思う：3
iv	講義はうまくやれたと思う	全く思わない：-3	大いに思う：3
v	今、一番気がかりなこと (自由記述)		

図3 質問紙の内容

### (2) 唾液中CgA、コルチゾール測定

SARSTEDT社製サリビットにより唾液採取を行い、採取時間は2分間とした。唾液中CgA、コルチゾール採取に関しては、先行研究の未設定にならない運動制限、飲食物及び摂取時間など測定に関わる条件設定は行わなかった。口腔内スワブは軽く咬合し採取時間は2分間とした。採取後の検体は、冷凍保管の状態での測定を依頼した。CgA測定は、合成ビオチン化ヒトCgAを標識抗原として用いる酵素免疫学的測定（EIA）法<sup>20</sup>により行われた。

なお、本研究では精神的ストレスの生理的指標としてCgAを使用しているが、生理的指標として既に一定の評価が得られているコルチゾールと併せて比較、検討するために同時測定を行った。

### (3) 授業の評価・感想レポートの作成、提出

担当授業実施後、授業に対する評価、反省、感想など自由記述のレポートの提出。

## 5. 解析

①授業前・中・後の5時期反復測定値の時系列的変化に対する有意差検定（一般線形モデル：GLM：general linear model 反復測定）

②授業前後のストレスレベルの有意差検定（対応サンプルのt検定）

③質問紙とCgA、コルチゾール間の相関分析（Spearmanのρ）

検定時の統計的有意水準は、 $p < .05$ に設定し、分析には統計ソフトSPSS Ver12.0Jを使用した。

### ④授業の評価・感想レポートの内容分析

Berelson, B. の言及事項分析型内容分析に基づき<sup>21</sup>、レポート記述に関し記録単位は単文、文脈単位は複数

表2 唾液中CgA, コルチゾールおよび質問紙の平均値 (S.D.) と検定結果 (/ : 測定無し) n = 12名

調査時期		平常時	1回目講義前	1回目講義終了後	2回目講義終了後	3回目講義終了後	3回目終了後30分	検定: GLM 講義前~終了30分後
CgA (pmol/ml)		0.62(0.7)	0.67(0.5)	0.63(0.5)	0.51(0.3)	0.39(0.3)	0.31(0.2)	p<.01
コルチゾール (μg/dl)		0.2(0.2)	0.11(0.1)	0.16(0.1)	0.14(0.1)	0.15(0.1)	0.14(0.1)	n.s.
STAI	状態	35.2(7.2)	59.8(9.1)	/	/	/	36.5(11.3)	p<.01(但し, tテスト)
	特性	49 (10.3)	54.0(9.1)	/	/	/	49.3(12)	p<.01(但し, tテスト)
緊張度		1.3(0.5)	5.7(1.3)	4.5(0.8)	3.7(1.3)	2.3(1.4)	1.8(1.4)	p<.01
不安度		2.3(1.5)	6.0(0.7)	4.5(1.2)	4.3(1.0)	3.4(2.3)	3.0(2.5)	p<.01
遂行可能感		/	3.1(1.5)	3.8(1.4)	4.0(1.1)	/	/	p<.1
遂行感		/	/	3.0(1.2)	3.8(1.3)	4.7(2.1)	/	p<.01

文節からなる文章とした。意味内容の類似性に従い分類し、分類を忠実に反映したカテゴリー名を命名し、学生の本授業に対する評価の傾向を明らかにする。分析結果の信頼性、妥当性は、共同研究者間の検討、確認により確保した。

### Ⅲ. 研究結果

対象者の年齢は20歳から21歳、平均20.3 (±0.5) 歳であった。

12名の学生のうち2名は、測定により授業に影響が生じると判断し、1回目、2回目終了後の調査を中止したため、解析では欠損値として処理した。

ベースラインとしての平常休息時、担当授業の開始前・中・後の唾液中CgA、コルチゾール、各質問紙の平均値および講義前~授業終了後30分のGLM (STAIに関しては、対応サンプルのt検定) による有意差検定結果を、表2に示した。CgA、緊張度、不安度に関しては、有意差が認められた (F(4)=5.62, P<.01, F(4)=31.98, P<.01, F(4)=9.18, P<.01) が、コルチゾールに関しては、5時期の測定値間の有意差はみられなかった。その内、CgAおよびコルチゾールの生理的指標を図4に、緊張・不安度の心理的指標の推移を図5に再掲した。ベースラインとして設定した平常休息時の生理的指標であるCgAは、0.62pmol/ml、コルチゾールは0.2μg/dlであったが、STAI (状態不安) の得点は35.2で心理的には低不安の状態を示していた。講義開始前には、CgA、STAI、緊張・不安度の平均値はベースラインより上昇し、学生の緊張、不安などストレス認知の高まっていることが心理的、生理的レベルで明示された。CgA、状態不安、緊張・不安度レベルはその後、3回の繰り返し講義の終了までには有意に下降し、講義による負荷の軽減が推察できた。

講義が上手くやれる可能性の感じ (遂行可能感) は、

1回毎の講義により高まり、実際に上手く遂行できたという感覚も、時系列的に有意に高まっている。

表3では、これらの変化および平常時と授業前、授業前と各講義後の値の変動率をケースごとに示した。担当授業の課題の違いのストレスレベルへの影響を見るため

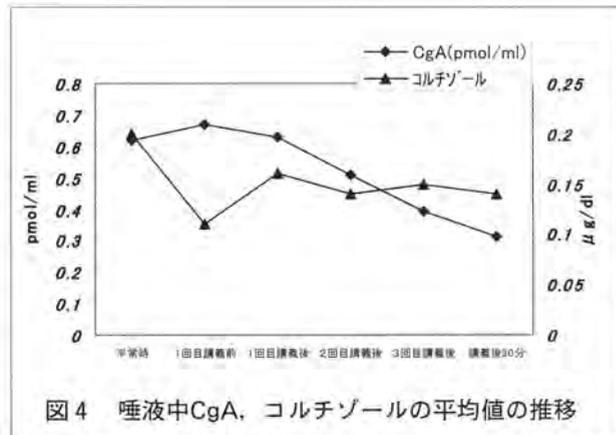


図4 唾液中CgA, コルチゾールの平均値の推移

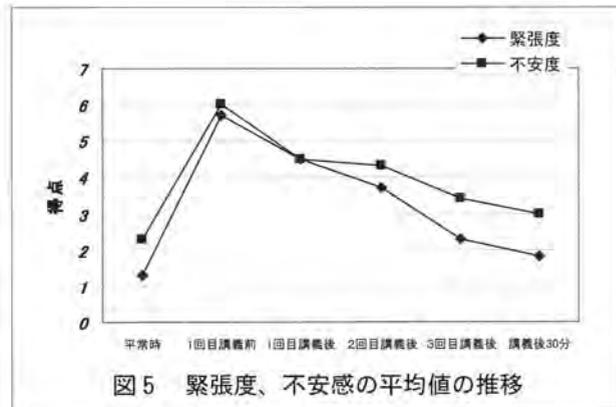


図5 緊張度、不安感の平均値の推移

表3 ケースごとの各測定結果

( - : 測定できず, n=12名)

測定項目	ケース	① 平常時	② 講義前	①/②間 変動率	③1回目 講義後	②/③間 変動率	④2回目 講義後	②/④間 変動率	⑤3回目 講義後	②/⑤間 変動率
CgA (pmol/ml)	1	0.34	0.22	-0.3	0.34	0.5	0.27	0.2	0.09	-0.6
	2	0.14	0.30	1.2	0.18	-0.4	0.19	-0.4	0.15	-0.5
	3	2.36	0.41	-0.8	0.31	-0.3	0.40	0.0	0.42	0.0
	4	0.94	1.96	1.1	1.79	-0.1	1.22	-0.4	0.95	-0.5
	5	0.88	0.43	-0.5	0.34	-0.2	0.30	-0.3	0.34	-0.2
	6	1.24	1.20	0.0	0.40	-0.7	0.58	-0.5	0.39	-0.7
	7	0.13	0.20	0.5	-	-	-	-	0.23	0.2
	8	0.44	0.46	0.1	0.64	0.4	0.43	-0.1	0.24	-0.5
	9	0.30	0.44	0.4	0.53	0.2	0.47	0.1	0.26	-0.4
	10	0.22	0.72	2.3	1.17	0.6	0.61	-0.1	0.73	0.0
	11	0.21	0.73	2.4	0.61	-0.2	0.61	-0.2	0.30	-0.6
	12	0.22	0.94	3.4	-	-	-	-	0.60	-0.4
コルチゾール ( $\mu$ g/dl)	1	0.38	0.27	-0.3	0.30	0.1	0.32	0.2	0.25	-0.1
	2	0.21	0.06	-0.7	0.04	-0.3	0.04	-0.5	0.06	0.0
	3	0.05	0.12	1.3	0.16	0.4	0.14	0.2	0.17	0.4
	4	0.10	0.07	-0.3	0.06	-0.1	0.04	-0.4	0.05	-0.3
	5	0.51	0.15	-0.7	0.19	0.2	0.13	-0.1	0.14	-0.1
	6	0.24	0.07	-0.7	0.20	1.7	0.20	1.7	0.23	2.2
	7	0.50	0.05	-0.9	-	-	-	-	0.18	2.4
	8	0.06	0.09	0.3	0.02	-0.7	0.03	-0.7	0.05	-0.4
	9	0.07	0.11	0.6	0.09	-0.2	0.12	0.1	0.15	0.4
	10	0.12	0.08	-0.3	0.19	1.5	0.18	1.3	0.21	1.7
	11	0.05	0.11	1.2	0.32	1.9	0.25	1.2	0.19	0.7
	12	0.11	0.11	0.0	-	-	-	-	0.14	0.3
緊張度	1	1	4	3.0	4	0.0	4	0.0	3	-0.3
	2	2	6	2.0	4	-0.3	2	-0.7	1	-0.8
	3	1	3	2.0	3	0.0	5	0.7	1	-0.7
	4	1	5	4.0	4	-0.2	3	-0.4	1	-0.8
	5	1	5	4.0	4	-0.2	2	-0.6	2	-0.6
	6	1	5	4.0	5	0.0	4	-0.2	3	-0.4
	7	2	6	2.0	-	-	-	-	1	-0.8
	8	1	7	6.0	5	-0.3	3	-0.6	2	-0.7
	9	2	7	2.5	5	-0.3	5	-0.3	5	-0.3
	10	1	7	6.0	5	-0.3	3	-0.6	1	-0.9
	11	1	7	6.0	6	-0.1	6	-0.1	4	-0.4
	12	2	6	2.0	-	-	-	-	3	-0.5
不安度	1	2	6	2.0	4	-0.3	5	-0.2	4	-0.3
	2	2	5	1.5	3	-0.4	5	0.0	2	-0.6
	3	1	6	5.0	4	-0.3	4	-0.3	1	-0.8
	4	1	6	5.0	4	-0.3	3	-0.5	1	-0.8
	5	1	5	4.0	4	-0.2	4	-0.2	1	-0.8
	6	1	5	4.0	6	0.2	5	0.0	6	0.2
	7	5	6	0.2	-	-	-	-	5	-0.2
	8	4	6	0.5	4	-0.3	3	-0.5	2	-0.7
	9	2	7	2.5	5	-0.3	6	-0.1	7	0.0
	10	1	6	5.0	4	-0.3	3	-0.5	1	-0.8
	11	5	7	0.4	7	0.0	5	-0.3	6	-0.1
	12	2	7	2.5	-	-	-	-	5	-0.3

に、グループ別に、CgAおよび緊張度レベルの変化を図示した(図6、7)。救急看護という緊張度の高いテーマを担当したBグループのCgA、緊張レベルは、整形外科看護を担当したAグループに比較し高値で推移していた。

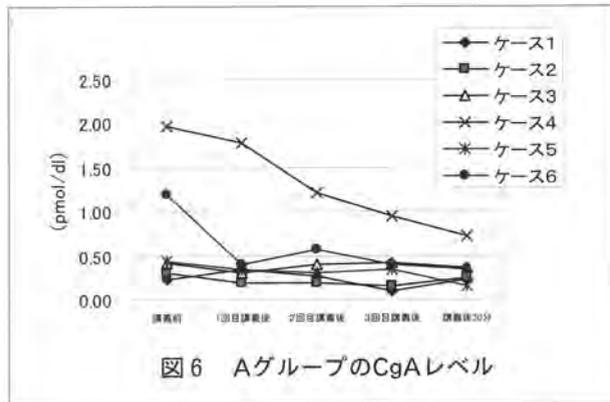


図6 AグループのCgAレベル

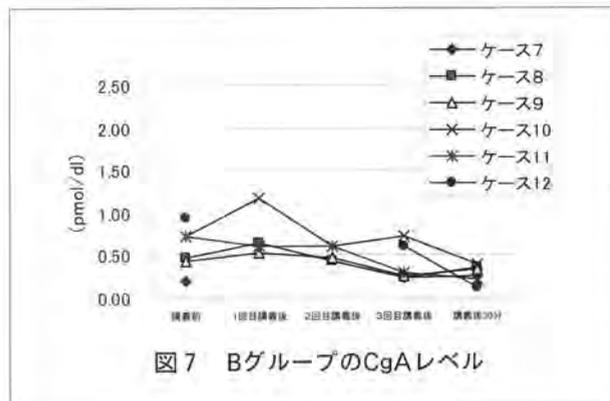


図7 BグループのCgAレベル

一方、唾液中コルチゾールは、講義開始前は低値であり、その後も有意な変動を示さず、ストレスフルな状況を即時に反映していないことが推測された。しかも、授業前・後のコルチゾールレベルは逆に、有意な上昇を示していた。

各測定時点での気になる事柄についてのショートコメントの気懸かりの対象は、「授業遂行への不安」、「授業のやり方への懸念」、「授業のやり方に対する反省」、「授業に対する聞き手の反応や評価」など授業回数の進行に沿って変化を示していた。

また、授業の評価・感想レポートの内容分析による結果を表4に示した。130の記録単位文から意味内容の類似性に従い、複数文節を分類命名し、学生の授業評価の傾向を明らかにした。「人にわかってもらう伝え方」、「授業者自身の条件」、「聞き手からのフィードバック」、「協同学習からの学び」など14カテゴリーに分類できた。心理的反応と生理的反応の関連をCgA、コルチゾールと緊張・不安度との相関分析により検討してみた。その

結果、CgAは、授業終了後30分の不安度、平常時の緊張度および不安度とのみ強い相関 ( $r_{s} = .774, p < .01$ ;  $r_{s} = .666, p < .05$ ;  $r_{s} = .772, p < .01$ ) が見られた。しかし、コルチゾールはどの変数とも相関を示さなかった。

## IV. 考察

### 1. 生理的ストレス指標のレベルと推移

学生の唾液中CgA濃度は、講義開始前には、ベースラインより上昇しストレス認知の高まりが示されたが、講義終了までには有意に変動、下降しストレス負荷の軽減が推察できたが、このCgAレベルは、前年、著者ら<sup>21)</sup>が測定した周手術期実習中の学生と比較して低いものであった。現在、唾液中CgA濃度の基準については、一定のコンセンサスは得られていないとされるが、J. E. Dimsdaleら<sup>23)</sup>の、免疫学的手法による血漿CgA濃度、0.38~1.08nmol/mlを正常範囲と述べている点が参考になる。しかし、唾液中CgA濃度について、J. E. Dimsdaleら<sup>24)</sup>は、平均年齢32(±5)歳の健康な対象者25人の平均濃度は、1.06(±0.45)nmol/mlと報告している。本邦では、長澤ら<sup>25)</sup>の暗算テスト前の健康な対象者81名の平均2.7pmol/mlや中根ら<sup>26)</sup>の30~40代男性4名の約2.5pmol/minの報告が有る。著者らが測定した周手術期実習中の学生11名の「術後観察」、「術後清拭」、「ドレッシング介助」の3術後ケア前の値は0.82pmol/ml~0.85pmol/ml、ケア後の値は1.09pmol/ml~0.74pmol/mlであった<sup>27)</sup>。これらと比較しても、今回の学生集団の講義開始前CgA濃度は、平均0.67pmol/ml、終了後は、平均0.39pmol/mlで低値である。有意な時系列的下降を考慮に入れると、唾液中CgAに反映された協同学習における対象集団の平均的ストレス認知レベルは、高くないと判断できる。ところで、学生のストレス認知は、必ずしも脅威的側面だけではない。認知的評価理論を枠組みとしたストレス評価尺度 Clinical Stress Questionnaireを作成したK. D. Pagana<sup>28)</sup>は、人は脅威、挑戦、害、喪失をストレスフルな状況として認知評価していると述べている。中でも、挑戦という状況は、熟達、成長、獲得のための可能性と関係し、脅威と共に、高い不明瞭な状況で肯定的、否定的結果の両方に対する可能性を予期する時に期待できる。今回の学生は、講義と言う未知の体験に関する脅威と同時に、むしろ、挑戦と言ったポジティブな反応も生じていた可能性を推測すると、CgAレベルの低さも説明できるのではないかと考える。A、BグループメンバーのCgAレベルにみられる差は、個人差というよりは担当する課題の違いによるものと考えられた。Aグループの課題は、整形外科手術に関する人工股関節置換術を受ける患者の看護であり、Bグループは、救急看護法：心・肺・脳蘇生法、輸液ルート管理

表4 担当学生の授業体験に関する評価・感想の傾向 (n=130)

NO.	サブカテゴリー	カテゴリー	記録単位数
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関心のあるテーマの選択</li> <li>・はじめての授業形態への戸惑い</li> <li>・授業展開による既修科目の復習</li> <li>・多様な内容で楽しく臨めた授業</li> </ul>	はじめて体験する授業形態	8
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分かりやすく伝える難しさの実感</li> <li>・分かってもらうための方法の検討</li> <li>・伝わりやすい方法としての実技の取り入れ</li> <li>・不十分な伝達に対する後悔</li> </ul>	人にわかってもらう伝え方	15
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・授業とは受けての理解</li> <li>・伝わるために不可欠な授業者自身の理解</li> <li>・授業者の言葉による説明が、伝えるポイント</li> <li>・授業者自身が理解する努力</li> </ul>	授業者自身の条件	11
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理解と根拠に裏づけられた資料</li> <li>・資料作成のための情報収集</li> <li>・適切な情報の整理</li> <li>・過度の情報による混乱</li> <li>・図説による分かりやすい資料の工夫</li> <li>・限られた時間内での正確な情報伝達</li> <li>・聞き手に分かりやすい資料作成</li> <li>・資料完成による達成感</li> </ul>	教材作成への努力	15
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・授業作りの大変さ</li> <li>・聞き手の参加と相互作用</li> <li>・大切な聞き手に対する注視</li> <li>・余裕を持って行うための授業準備</li> </ul>	授業作りへの発見	9
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分かりやすい説明のための時間不足</li> <li>・短時間での説明することの難しさ</li> <li>・限られた時間内での伝え方の工夫</li> <li>・時間に追われて浅く終わった学び</li> </ul>	限られた時間内での実施	10
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・試行錯誤後の悩み</li> <li>・分かってもらえない不安</li> <li>・上手に伝えられなかった後悔</li> <li>・聞き手の理解に対する不安</li> </ul>	教えることへの不安や葛藤	10
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・聞いてくれないことのショック</li> <li>・無反応な聞き手</li> <li>・関心を得られなかった自身の無力さの自覚</li> <li>・聞き手の態度の授業への影響</li> </ul>	聞く側の反応	5
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・好意的な感想による喜び</li> <li>・意見による一方的な考えの見直し</li> <li>・改善に生かせる意見やヒント</li> <li>・難しかったとの反応で落胆</li> <li>・聞こえにくかった説明への反省</li> </ul>	聞く側からのフィードバック	13
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者による手本例</li> <li>・他者の遂行例からの励まし</li> <li>・授業者の言葉で伝えられる分かりやすい授業</li> </ul>	他者の経験より得たもの	3
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予想外の展開</li> <li>・必要なあらゆる事態の事前予測</li> </ul>	予想外の展開	3
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教師の立場への思い</li> <li>・授業を聞く側の姿勢の意識</li> </ul>	教師への共感	4
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>・授業の体験で多くの学び</li> <li>・主体的授業体験からの発見</li> <li>・主体的授業による理解の深まり</li> <li>・学ぶ意味や姿勢の自覚</li> <li>・自分にとって価値ある授業</li> <li>・悩んだがやりがいを感じたグループワーク</li> <li>・多くの学びによる達成感</li> <li>・今後に活かせる授業体験</li> <li>・患者指導への活用</li> <li>・自身の授業態度反省の機会</li> </ul>	協同学習からの学び	15
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人ワークの限界</li> <li>・担当部分以外の理解不足</li> <li>・分担作業による不十分な共有</li> <li>・必要なメンバーとの意見調整能力</li> <li>・グループワークでのまとめ</li> <li>・メンバーのフォローによる支え</li> </ul>	グループワークの効果	10

であり、明らかに内容の複雑さ、緊迫性、生命への影響など要素の相違がある。そうした課題の要素面を反映して、Bグループのストレスレベルは比較的、高くでたものと考えられる。

一方、唾液CgA濃度が実験前後に有意に上昇しなかったとする調査報告<sup>9)12)</sup>も見られる。J. E. Dimsdale<sup>20)</sup>らは、CgAの体位や行動など短期間のマイルドな刺激に対する反応を検討し、マイルドなストレッサーには影響を受け難いこと、副腎・交感神経系の強い刺激に影響されることを示唆している。生理的状況において、CgAは穏やかなストレスには反応せず、むしろ、強力なストレス要因であれば上昇すると解釈される。この報告に照らしても、今回の学生の授業体験は、副腎・交感神経系の刺激に影響された生理的ストレス反応のプロセスを明らかに示していると判断することはできる。

一方、唾液中コルチゾールは、講義開始前は低値であったが、3回目の講義後には逆に、有意な上昇を示していた。この現象は、コルチゾール反応の遅発性を示すものであると考えられた。中根<sup>9)</sup>は、コルチゾールやカテコラミンと比較して唾液中のCgAは、精神的ストレス負荷時はコルチゾールに先行して上昇し、負荷後は早期に減少することを報告している。また、コルチゾールの反応はCgAより遅れて発現する<sup>12)</sup>との報告に照らすと、このタイムラグによるものと考えられた。

夏目<sup>9)</sup>は、脳内プロセスには未解明部分が多い上に、ストレスには多くの構成要因が関与しているため、ストレス度を客観的に測定するためには、多種測定法による総合評価が望ましく、中でもストレスホルモンを測定する生化学・免疫学的検査は、現在、研究段階ではあるが、ストレスの本態に迫るものとして期待されている領域と述べている。その意味では、唾液CgA測定によるストレス評価は、簡便で非侵襲的、客観的手法として今後、データ収集、検証の積み重ねによる信頼性、妥当性の確保が得られうる優れた一方法と考えられる。

一方、CgA、コルチゾールと緊張・不安度との相関分析では、CgAと、授業終了後30分の不安度、平常時の緊張度および不安度とのみ強い相関が見られた。つまり、授業に関わる緊張状態から開放された時期や平常休息時のリラックスした状況において、ストレス反応の心理的・身体的相関性がCgAと緊張・不安度によって示唆されていると考えられる。

## 2. 心理的指標および講義遂行可能感、遂行感のレベルと推移

心理的指標としてのSTAI、緊張、不安度の平均値は、平常時から授業終了後30分にいたる迄、有意な時系列的推移を示している。講義前の緊張、不安度は5から7と高いレベルであった。その後、講義の繰り返しごとに低

下を示しストレス負荷からの開放を窺わせた。

講義が上手くやれる可能性の感じ（遂行可能感）は、1回毎の講義により高まり、実際に上手く遂行できたという感覚も3回目には低いレベルではあるが自覚でき、達成感や自己有能感が生じていると判断出来た。また、各測定時点での気になる事柄についてコメントされているように、講義開始前および1回目の講義後は担当する講義自体の遂行や方法についての懸念が中心であった。しかし、2、3回目には、自身の講義に対する受講生の反応や講義そのものへの評価に関心が移行していることが分かる。前述したCgAや質問紙に反映されたストレス度の低下と、この感覚の上昇が示すことは、繰り返しの講義が講義者の余裕を生み出し、自信や有能感を高め授業効果が高まったと考えられた。

酒井<sup>9)</sup>は、「学習の本質は、同じ経験を繰り返すことにあり、学習するとは、同じ感覚刺激を繰り返し受け取ったり、同じ反応を繰り返し行ったときに起きる脳の変化のプロセスである」と述べている。この点から、今回の限られた授業時間内で、効率と可能な限りの学習効果を引き出す意図で計画した3回の繰り返し講義は、授業を担当した学生の緊張や不安感の低下と記憶の定着にとって有効な方略であったと推測できる。しかし、近年の認知心理学では、反復法が必ずしも適切で十分な学習法ではないとする説もある。A. オリヴェリオ<sup>11)</sup>は、「繰り返しは単に短期間、記憶に残るだけで効果的な認知能力の形成を通して長期的に活用できる能力にはならない」と述べている。それは、学習者に自信を与えるためには役立つが、記憶の干渉のために効果は長くは続かないとされ、本来の有意義な学習は、様々な要点や概念を編集して相互に関連付けることだとされる。いずれにしても、今後、単なる反復法に終わらず、事柄や情報、概念の関連付け作業を組み込む工夫も検討の余地があると考えられる。

## 3. 状況認知アプローチに基づく協同学習の効果

授業過程に影響を与えるものとして、学生、教師、教材それぞれの特性が説明される。その内、学生側の特性として、教材に関する先行知識、教材への動機づけ、自身や教員、教材に対する信念、人間関係など認知や情意面が挙げられ、中でも情意的側面として動機付けが重要であるとされる<sup>33)</sup>。認知心理学では、一般に知的好奇心や興味による内発的動機付けが特徴とされる。内発的動機付けでは、課題や方法など自分の判断で決定していく自己決定感や、やればできるという自己有能感を与えることで動機付けを高める指導が有効とされる<sup>35)</sup>。また、最近では動機付けの認知的側面を重視し、成績目標か学習目標かと言った個人の目標志向性の違いが後の学習遂行に影響を与えることが明らかにされてきた<sup>36)</sup>。今回、著者らの試みた授業では、学習課題は基本的には各自の関

心により選択すること、協同学習を通して学生が到達すべき学習目標を認知的視点より、①グループの主体的力による授業遂行能力、②メンバー間の相互作用による学習の共有、③他者への説明、伝達を通じた課題の理解、認識を設定し、学習目標重視の成績評価などガイダンスを行った。このことにより、本授業の目的や学生の課題が明確になり内発的動機付けを促進したと考えられる。学生の授業評価・感想レポートの内容分析の中で、はじめて体験する授業形態では有るが、「関心のあるテーマの選択」を行い、「授業形態に戸惑い」ながらも、「授業展開による既修得科目の復習」の機会を得、「多様な内容で楽しく臨めた授業」との肯定的記述が得られたことから、学習形態としては、実践効果の得られるものと判断できた。

ある技術や教科を学習することは、それと関連する領域を学習するのに役立ち、最初の領域の技術や知識は次の領域に転移し、効率的な学習が成り立つと考えられる。転移は、新しい知識の学習を必要とする新たな状況で、古い知識を適応することである<sup>36)</sup>が、効果的教授を展開するための核となる概念で、いかにして転移を生じさせるかは教育に関わる重要な問題であるとされる<sup>37)</sup>。技能や知識の転移を促進する一方法として説明活動がある。説明活動は、自分の考えの意識化や再考を必要とするため、自分の考えについてのメタ認知的気づきが導き出され、自己知識のモニターや新しい探索が始まり、課題解決能力の改善や問題解決場面での重要性が指摘されている<sup>37)</sup>。看護学演習における技術学習の場で期待されることは、それまでの基礎的知識や理論の学習体験を一般化、現実化へと転移する、すなわち、理論から実践への転移能力を強化、育成する点にある。この転移を成功に導くためには、手順やメモなどの陳述記憶を通して実践すること、さらに、可能な限り行動を状況に当てはめ、特定の場面や前後関係と関連付けようとする能力に関わっている<sup>38)</sup>と言われる。そうした能力を高めるには、能動的学習が受身的学習よりも優れているうえ、自分の手で見つけ出した関連性は、人から示されたものより長く記憶に残るとされる<sup>39)</sup>。今回の協同学習による説明活動体験のねらいの一つは、学生が自ら主体的、能動的に学習したと自覚、認識できることである。この点では、学生の記述からは、主体的な授業の参加者であったこと、そこから多くの学びを認識したことが窺えた。「主体的授業体験からの発見、理解の深まり、学ぶ意味や姿勢の自覚」が得られ「自分にとって価値ある授業」、「多くの学びによる達成感」が得られた授業と評価している。また、学習したものを「今後活かせる授業体験」であり「患者指導への活用」に発展させる視点を持つこともできている。

また、授業として説明活動を行うために「分かっても

らうための方法の検討」、「伝わりやすい方法としての実技の取り入れ」など人にわかってもらう伝え方を検討し、「理解と根拠に裏づけられた資料」、「適切な情報の整理」、「図説による分かりやすい資料の工夫」など教材作成への探索を進めている。そうした努力を通して「伝わるために不可欠な授業者自身の理解」、「授業者自身の言葉による説明が伝えるポイント」、「授業者自身が理解する努力」と言った授業者の条件に気づき、「授業とは受けての理解」であり「聞き手の参加と相互作用」であり「大切な聞き手に対する注視」など課題解決のための重要な発見に至っている。従来の授業では、理解とは、自分自身の理解であるのが通常の意味であると考えられる。しかし、今回の協同学習では、他者である聞き手の理解が焦点になってくるのである。しかも、聞き手の理解を左右するものは、伝え手である自分自身のより深い理解であることに気づく。そこで、伝え手である自身の役割と責任を自覚し、理解のための努力と行動が自発的に生起されてくる。学生の記述には、主体的な授業作り、受け手の反応への注視を通して自己の役割、責任に気づくことにより、更なる能動的参加を自発的に自覚するプロセスが示されている。そして、最も重要なことは「授業者自身の理解」が不可欠の条件であり、それは教材作成や授業作りにも共通していると認識できたことである。人を理解させるためには、まず、伝える人自身が十分な理解をしなければ説明活動は成立しないことに思い至っている。

メタ認知的気づきのある教授法とは、自分自身の問題解決に批判的になる役割を教師から学生に転移する方法、その為の効果的方法として、教師と学生が共同学習と問題解決について対話できるようなグループ学習を設定することと言われる<sup>40)</sup>。

今回の授業では、小集団による説明活動としての授業運営、そのための学生同士の対話、教師の指導、助言、質疑応答の機会を積極的に保証し、学生個々のメタ認知的気づきを促進する状況設定に努めた。その結果、「分担作業による不十分な共有」や「メンバーとの意見調整能力の欠如」などグループワークの不十分さを感じながらも、「個人ワークの限界」を越え、「グループでのまとめ」の効果や「メンバーの支え」等、グループワークの効果述べている。

協同学習による説明活動のさらなるねらいは、学生が学級と言うコミュニティにおいて、他者に伝える行為や他者との相互行為を通して他者を認識し自分の役割やあり方に気付くことである。このような学生の学習プロセスにも、メタ認知が効果的に機能していると考えられる。この場合、メタ認知促進の鍵は、「他者とのコミュニケーションによる気づき、調整」を「自己とのコミュニケーションによる気づき、調整」に移行させることを

可能にする環境の提供と言われる<sup>14)</sup>。こうした他者とのやり取りを通したメタ認知の促進のひとつに、集団思考や討論が試みられ、その際、他者が果たす役割には、新たな視点の提供や思考の評価者があるといわれている<sup>15)</sup>。学生のレポートには、能動的に学習し相互作用でさらに気づきや発見、得られたものが示されている。講義をしながら、「聞いてくれないことのショック」、「無反応な聞き手」、「関心を得られなかった自身の無力さの自覚」を自覚し、「聞き手の態度の授業への影響」を痛感する。一方「好意的な感想を得て喜び」、「意見を得て一方的な考えを見直し」、「改善に生かせる意見やヒント」を生かすなど他者からの気づきや評価、新たな視点を、自己認識の調整や促進が機能していたことが窺えた。

この様に、学生のレポート記述を考察することにより、状況認知アプローチに基づく協同学習は、説明活動による低いレベルの負荷を及ぼすが、学生の主体的学習参加意欲を促進し、説明行為や集団内での相互作用を通してメタ認知能力を高め、他者への気づきや理解を深める結果、学習の広がりや深化を得ることが検証できたと考える。

## V. 結論

1. 今回の協同学習に基づく説明活動は、学生のストレス認知を高めるが、3回の繰り返し講義を通して有意に下降していくことがCgA、緊張、不安度の低下により裏付けられた。
2. 繰り返しの講義実施により自信、達成感、自己有能感を生じることが、授業遂行感の上昇により把握できた。
3. 協同学習、説明授業は、学生の主体的行動や集団状況の中での他者との相互機能を促進し、学生の自他への気づきや理解を深め、学習の質と効果を高めることが学生の記述より判断できた。

### 本研究の限界

本研究には次の点で限界があり、結果の一般化は制限される。

- 1) 調査、分析対象が一看護大学3年生の12名と小人数であり、結果は特定小集団の傾向を示したものである。
- 2) 調査は、厳密な実験的条件や環境下で行ったものではなく、実際の演習中のストレス負荷状況下で行ったために、同一状況での再現は困難である。
- 3) 唾液CgA、コルチゾールは、先行研究に倣って特別な測定条件の設定は行っていない。

## 謝辞

本研究を進めるにあたり、調査にご協力戴きました滋賀県立大学人間看護学部の学生の皆様にお礼を申し上げます。

## 文献

- 1) David H. Jonassen : Objectivism versus Constructivism: Do We Need a New Philosophical Paradigm?, ETR&D, Vol. 39, No. 3, 5-14.
- 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, The Annual Report of Educational Psychology in Japan Vol. 43, 156-165, 2004.
- 3) Elliot Aronson et al. : The Jigsaw Route to Learning and Linking, PSYCHOLOGY TODAY, February, 43-48, 1975.
- 4) 岩本真紀他, 看護技術習得に関する教育法の検討 学生リーダーの指導によるグループ学習と個人学習を組み合わせる, 香川医科大学看護学雑誌, 第8巻1号, 13-25, 2004.
- 5) 緒方巧他, ジグソー学習法による基礎看護技術「身体の清潔」の教育効果と課題 基 藍野学院紀要17: 92-99, 2003.
- 6) M. Suzuki et al.: Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with dementia, Nursing and Health Sciences Vol. 6, No. 1, 11-18, 2004.
- 7) 西村亜希子他: 音楽聴取と唾液中コルチゾール・クロモグラニンAの関連, 日本音楽療法学会誌 3(2), 150-156, 2003.
- 8) 上り口晃成他: 歯肉浸潤麻酔が唾液中のコルチゾールおよびクロモグラニンAの濃度におよぼす影響, 歯科医学65(3/4合併号), 248-254, 2002.
- 9) Vivian Ng et al.: Salivary Biomarkers Associated with Academic Assessment Stress Among Dental Undergraduates, Journal of Dental Education Vol. 67, No. 10, 1091-1094, 2003.
- 10) 宮崎啓子他: 看護ケア実施時のストレス負荷の違いによる唾液中クロモグラニンAと自覚的疲労感の変化, 第35回日本看護協会論文集-看護管理一, 202-204, 2004.
- 11) 沖野良枝他: 周手術期実習中の看護援助における学生のストレス認知と生理的反応との関連-唾液中クロモグラニンA (CgA), コルチゾールによる検討-, 人間看護学研究2, 79-87, 2005.
- 12) 多鹿秀継編著: 認知心理学から見た授業過程の理解, 北大路書房, 京都, 5, 2002.

- 13) 小林利宣編：教育臨床心理学中辞典，北大路書房，130、2000.
- 14) 多鹿秀継編著：前掲書、115-116.
- 15) J. E. Dimsdale et al.: Does Chromogranin A Respond to Short-Term Mild Physiologic Challenge. NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY Vol. 2, No.3, 237-240, 1989.
- 16) 長澤晋吾：新しいストレス検査－唾液クロモグラニンA－，日本未病システム学会雑誌Vol.9 No.1, 137-139, 2003.
- 17) 上り口晃成他：歯肉浸潤麻酔が唾液中のコルチゾールおよびクロモグラニンAの濃度におよぼす影響，歯科医学65（3/4合併号），248-254、2002.
- 18) Masahiro Toda et al.: Effect of Snack Eating on Sensitive Salivary Stress Markers Cortisol and ChromograninA, Environmental Health and Preventive Medicine 9, 27-29, 2004.
- 19) 長澤晋吾：前掲論文.
- 20) Shingo Nagasawa et al.: Simple enzyme immunoassay for the measurement of immunoreactive chromogranin A in human plasma, urine and saliva, Biomedical Research 19 (6) 407-410, 1998.
- 21) 舟島なをみ著：質的研究への挑戦，医学書院，44-48, 2002.
- 22) 沖野良枝他：前掲論文.
- 23) J. E. Dimsdale et al.: 前掲論文.
- 24) J. E. Dimsdale et al.: 前掲論文.
- 25) 長澤晋吾：前掲論文.
- 26) 中根英雄他：精神的ストレスマーカーとしての唾液中クロモグラニンA，臨床検査 Vol.45, No.3, 284-287, 2001.
- 27) 沖野良枝他：前掲論文.
- 28) K. d. Pagana: Psychometric Evaluation of the Clinical Stress Questionnaire (CSQ). JOURNAL OF NURSING EDUCATION Vol. 28, No. 4, APRIL, 169-174, 1989.
- 29) 夏目誠：ストレス評価・測定の研究，現代のエスブリ別冊－ストレス研究の基礎と臨床－，至文堂，東京，151-162, 1999.
- 30) 酒井邦嘉著：心にいどむ認知脳科学，初版，33-34，岩波書店，2002.
- 31) A. オリヴェリオ著？川本英明訳：メタ認知的アプローチによる学ぶ技術，初版，244-246，創元社，2005.
- 32) 多鹿秀継編著：前掲書，33.
- 33) 多鹿秀継編著：前掲書，41.
- 34) 多鹿秀継編著：前掲書，42.
- 35) J. T. ブルーア著／森敏昭，松田文子監訳：授業が変わる，北大路書房，47, 2002.
- 36) J. T. ブルーア著／森敏昭，松田文子監訳：前掲書，47.
- 37) 多鹿秀継編著：前掲書，116.
- 38) A. オリヴェリオ著：川本英明訳：メタ認知的アプローチによる学ぶ技術，創元社，114-116, 2005.
- 39) A. オリヴェリオ著：川本英明訳：前書，246, 2005.
- 40) J. T. ブルーア著／森敏昭，松田文子監訳：前書，60-66.
- 41) 三宮真智子著：思考におけるメタ認知と注意，市川伸一編，認知心理学4 思考，初版，170-171，東京大学出版会，2003.
- 42) 三宮真智子著：前書，170-171.

## 研究ノート

## 自治体定年退職者の退職後の生活と健康の関連に関する実証研究



西田 厚子、堀井とよみ、筒井 裕子（滋賀県立大学人間看護学部）  
平 英美（滋賀医科大学医療文化化学講座）

**背景** 日本の急激な高齢化の進展に伴い、これまでの要援護者を中心とした高齢者保健福祉対策は、自立した活動性の高い高齢者への支援へとその比重を高めつつある。多くの高齢者は、定年退職を経て、中年期での企業・職域志向型の生活から、高齢期での家族・地域志向型への生活へと、その生活構造を大きく変容させる。特に、私たちは、このことから、退職後の生活設計には、アクティブ・エイジングの視点から健康問題と社会参加活動とを総合的に捉えることが重要であるとする。

アクティブ・エイジングとは、高齢期を非生産的な段階と捉える従来の見方に抗して、R. N. Butlerらにより提唱された高齢者観である。彼は、高齢者も、就労やボランティア活動、家族員への支援などを通して積極的に自立した生活を産出する主体であり続けることができる、社会もそれをサポートすべきだと主張する。したがって、定年退職は、むしろ職業的自我から解放され、より自由で自発的な社会参加が可能になる契機であるとみることもできるのである。その一方で、「ぬれ落ち葉症候群」などの語があるように精神的疎外感を伴うことも指摘されている。そこで、本研究では、現在の日本において定年制が強固な制度として存在していると考えられる地方自治体の定年退職者に焦点をあて、その健康状態、活動性、ネットワーク等の関連を検討することを目的としている。

**目的** 地方自治体退職者を対象に、健康状態と退職後の生活構造の変化、活動性、退職準備行動等との関連性について明らかにする。

**方法** 近畿圏内にある地方自治体の退職者（以下、退職者という）695名に対してアンケート調査を実施し、退職者517名を分析対象とした。健康状態、社会活動参加状況、老化意識尺度、退職準備度、退職後の就労意向および生活変化に関する無記名自記式アンケートを行った。

**結果**

- 1) 退職者は、国民生活基礎調査およびK市の一般退職者に比べて健康状態（健康自己評価、PCCモラル尺度、疾患数）および老化意識尺度において良好な状態にある。
- 2) 退職者の健康変数は、社会参加度とはほとんど相関しない。しかし、健康の変数は、強く相関する老化意識尺度を介して社会参加度と相関しており、退職者の社会参加に間接的に影響している。
- 3) 退職者の現在の就労率は同年代の中老年者に比べて高いが、就労の有無にかかわらず、彼らは家庭や地域への生活の中心を移行させている。このことから就労者は就労を社会貢献活動の一形態として選択している。
- 4) 退職者の退職後の気持ち・行動の変化の因子分析では、「retirement blue」「解放感」「縁」の3因子が抽出された。

**結論** 自治体定年退職者は、良好な健康状態および経済状況であり、就労、地域活動参加など高い活動性を有している集団である。しかしながら、退職後の気持ち・行動の変化では、退職者は、定年退職を新たな人生への契機、職業生活からの解放、あるいは老いの入り口としてのネガティブなライフイベントとして捉えている。今回の調査結果は、日本の社会ではいまだ定年退職に対する価値観が定まっていないことを示唆している。

**キーワード** 自治体定年退職者、健康、アクティブ・エイジング、社会活動

2006年3月10日受付、2006年5月17日受理

連絡先：西田 厚子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：anishida@nurse.usp.ac.jp

## I. 緒言

厚生労働省は、2003年の『厚生労働白書』で「活力ある高齢者像」を新しい高齢者像として提示した<sup>1)</sup>。そこで強調されているのは、「生涯現役」を目指すこと、つまり高齢者になろうとも職業生活を継続し、様々な社会活動へ主体的に参加し続けることである。WHOも『第2回高齢化に関する国連総会』大会を契機に「アクティブ・エイジング (active aging)」というスローガンを掲げている。アクティブ・エイジング<sup>2)</sup>とは、高齢者も就労やボランティア活動、家族員への支援などを通して積極的に自立した生活を産出する主体であり続けることができるという理念に基づくものである。もはや定年退職は職業遂行という社会的役割から解放されて社会的責務からも退くことではありえなくなっている。このことは、高齢化社会が進展する中で要介護高齢者への社会体制整備を推進してきた保健医療福祉関係者にとっては、高齢者を単なる「社会的弱者」としてではなく社会の一翼を担うアクティブな世代の一員として捉え直すことを迫るものである。

われわれは、成人期に期待される職業役割を離脱して新たに高齢者として期待される社会的役割へと移行する過渡的な加齢過程を「退職移行期」と捉え、これまで滋賀県M町<sup>3)</sup>や京都府K市<sup>4)</sup>および看護者<sup>5)</sup>を対象にした調査を行ってきた。退職移行期は生活や心身に大きな変化が生じることからリスクに満ちた人生のステージであると考えられる。この危機を乗り越えてどのようにすればアクティブ・エイジングを実現できるのだろうか。WHOは、そのためには個人が自覚的に取り組むだけでなく社会的環境づくりが重要であることを強調している。しかし、身体的変化に着目した医学的な視点ではなく、人と社会環境の相互作用を捉えた新たなパラダイムの転換となりうる実践的活動を展開するための実証研究は十分とはいえない<sup>6)</sup>。

近代日本における定年制は明治時代に陸海軍から始まり次いで官吏へと広がり、大企業からさらには中小企業へと普及していった<sup>7)</sup>。したがって、今回の調査対象である自治体は、早くから定年制を制度化した組織であり、昨今、終身雇用制が見直され壮年期の労働者の早期退職などが問題<sup>8)</sup>になる中で、定年制という制度的引退が継続している組織でもある。すでに、英国では退職公務員を対象とした基礎調査が実施され、一般労働者に比べて高い所得と健康状態であることが明らかにされている<sup>9)</sup>。

しかし、これまでの日本における退職研究では大企業退職者がほとんどであり自治体定年退職者を対象としたものは見あたらない。

また、本報告で対象とした自治体退職者は後述するように社会階層的に均質な集団と考えられる。そのため回

答の偏りが生じる恐れがある反面、収入など階層性を示す基本属性の要因の影響を受けにくいという長所を有している。高齢者のQOLに関するこれまでの報告では、アクティブ・エイジングのための基本的な条件は健康であることと経済的に困窮しないことであると強調されてきた<sup>10)</sup>。それは、高齢期にはこれらふたつの条件が喪失されやすかったり、維持が困難であったりするためなのだが、では、実際に健康や所得はそれぞれアクティブな高齢期を過ごすためにどのくらいの重要性を持っているといえるのだろうか。自治体退職者の場合は、経済的には問題を抱えていない集団である。したがって、経済的条件がコントロールされたとき、退職後の活動性に健康がどれくらいの作用を及ぼすのかを検討するためには格好の対象となっている。さらに、経済や健康以外にも、多くの要因が退職後の生活における活動性に関わる要因なのだろうか。本研究では、これまでの地域保健活動では注目されることの少なかった社会的属性や意識に関する変数をできるだけ多く質問紙に盛り込み、それらと活動性との関連性を明らかにすることを目指している。

## II. 研究方法

1. 調査対象：調査対象者は、近畿地方のある地方自治体を定年退職した満61-70歳の695名である。
2. 調査方法および調査時期：郵送による無記名自記式質問紙調査票を用いて2003年12月1日～12月15日に実施した。回収数は519名で、そのうち、記入漏れのない有効回答数517名（有効票率74.2%）を分析対象とした。
3. 分析に用いた変数：本稿では、全調査変数のうち、基本的属性、健康状態、老化意識、就労状況、収入、社会活動参加状況、日常生活行動、退職準備行動、退職後の生活変化および気持ち・行動の変化に関する変数群を分析に用いた。本稿で主に検討した変数の詳細を以下に示す。
  - 1) 基本的属性：性別、年齢、就労、収入、居住年数、居住地域など。
  - 2) 健康状態：健康自己評価、PGCモラル尺度 Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (以下、PGCとする)、治療中の疾患およびその数 (以下、疾患数とする)、心身の不調の訴えおよびその数 (以下、愁訴数とする) の4変数。健康自己評価は自分の健康を「健康」「まあ健康」「あまり健康でない」「健康でない」の4段階評価で尋ねた。PGCは精神的健康の指標としてLawtonら<sup>10)</sup>が開発した尺度であるが、本調査では日米共同研究結果より2国間で共通とされた11変数を使用した。
  - 3) 老化意識：老化意識に関する変数は11あり、因子分

析による検討を経てそのうち9変数の合計得点(36点満点)を老化意識尺度として用いた。なお、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.77であり、内的信頼性は確認された。本尺度は合計得点が高いほど、対象者が老化を意識していることを示す。

- 4) 社会活動：各種団体への参加状況を4段階評価で回答を求めた。分析に際してはこれらの変数に「よくする」=4点、「時々する」=3点、「ほとんどしない」=2点、「全くしない」=1点を与え、同様に社会参加状況の15変数を設定し、その合計得点(60点満点)を社会参加度とした。Cronbachの $\alpha$ 係数は0.85である。
- 5) 退職準備行動：退職準備に関する10変数について、「そう思う」=4点、「少しそう思う」=3点、「あまり思わない」=2点、「そう思わない」=1点の4段階評価で回答を求め、合計得点(40点満点)を退職準備度とした。Cronbachの $\alpha$ 係数は0.71である。
- 6) 退職後の生活変化：退職後の生活の変化を尋ねた9変数。同じく、合計得点(36点満点)を生活変化度( $\alpha=0.70$ )として用いている。
- 7) 退職後の気持ち・行動の変化：退職後の気持ちや行動に関する20変数について「そう思う」「少しそう思う」「あまり思わない」「そう思わない」の4段階評価で回答を求めた。
- 8) 社会的ネットワーク：親しい友人数、親戚数などをたずねた。

**分析方法：**性別、居住年数、就労、収入など基本属性および健康に関する4変数ほか全質問項目間で $\chi^2$ 検定を行った。なお、数量型変数については、愁訴数、疾病数は分布状況から「0」および「1以上」で2分し、PGCおよび老化意識尺度については標準偏差を基準に4分割するように再コードした。退職者のうち、就労者および非就労者の両群について平均値の有意な差を確認するためにt検定を行った。量的な項目間の相関の検討にはPearsonの相関係数を算出した。退職後の気持ち・行動の変化の20変数については因子分析を行い、さらに因子得点を求めた。

**倫理的配慮：**調査は、無記名の質問紙とし、データの管理には厳重な注意を払った。また、調査対象者へは、研究の目的、調査内容を説明し、調査により得たデータは、研究以外には使用されないことを明記した。

### III. 結果

対象者の年齢構成は61-65歳が239名(46.7%)、66-70歳が269名(52.5%)で平均年齢は65.6 $\pm$ 2.81歳である。性別は「男性」が426名(83.7%)、「女性」が83名(16.3%)である。退職時の平均年齢は59.5 $\pm$ 2.32歳で、退職時の職業は「管理的事務従事者」が51.5%で最も多く、

次いで「専門的・技術的職業技術者」20.4%、「事務従事者」16.2%、「その他」12.2%である。表1は、各変数間の相関係数と有意水準を示したものである。表2は、各変数間の $\chi^2$ 検定結果のうち有意水準のみを表示してある。表3は、就労者と非就労者とを各変数でt検定した結果の一覧である。

#### 1. 健康

- 1) 健康自己評価：自治体退職者の健康自己評価をみると、自分の健康状態を「まあ健康」とする者が60.0%で最も多く、次いで「健康である」と感じている者が26.3%で両者をあわせると83.6%を占める。この数値はK市の一般退職者(以下、K市調査という)の78.8%に比べて有意に高かった( $p < 0.001$ 以下、 $p$ は特に断りのない場合はクロス表における $\chi^2$ 検定の結果を表す)<sup>12)</sup>。就労別では就労者に「健康」が多く( $p < 0.001$ )、収入( $p < 0.05$ )により有意差が認められる。収入の高い人ほど健康である。

また、退職準備行動の諸変数では有意差は認められなかった。社会参加では6変数に有意な差があった。健康自己評価で「健康」と感じている者はそうでないものに比べて「道路・公園の掃除など地域環境をよくする活動」「同窓会」( $p < 0.01$ )、「スポーツの会」「民生委員などの公的な活動」「町内、自治会」「ボランティア団体」( $p < 0.05$ )などへ参加している。日常生活活動では7変数に有意な差があった。健康自己評価で「健康」と感じている者はそうでないものに比べて「軽い体操」「孫の世話」「家の簡単な修理」( $p < 0.01$ )、「庭いじり」「自動車の運転」「日帰り旅行」( $p < 0.05$ )で有意な差があり、逆に健康でないと答えた者では「テレビを長時間つけたまま」( $p < 0.05$ )で有意な差があった。退職後の生活変化では「健康」と感じている者はそうでないものに比べて「地域活動に参加するようになった」( $p < 0.01$ )、「再就職した」「学習活動」( $p < 0.05$ )で有意な差があった。

- 2) 愁訴：愁訴が多かったものは、「腰・手足の関節の痛み」(30.4%)が最も多く、次いで「その他」(16.3%)、「便秘・下痢傾向」(13.8%)であった。この質問は複数回答可であったが、愁訴が1つ以上ある者は65.3%、最高9つある者が0.2%あった。平均愁訴数は、1.1 $\pm$ 1.59であり、K市調査の1.8 $\pm$ 1.70に比べて低い<sup>13)</sup>(t検定、 $p < 0.001$ )。愁訴数は、「女性」に多く( $p < 0.01$ )、収入が低いほど多くなる( $p < 0.01$ )。日常生活行動および社会活動とはほとんど関連せず、退職後の生活変化ともほとんど関連しない。
- 3) 疾患数：治療中の疾患の有無では、何らかの疾患がある者は63.1%であった。疾患の種類では、「高血圧症」が24.7%で最も多く、次いで「その他」21.4%、

表 1 数量型変数間の相関関係

	①年齢(歳)	②居住年数(年)	③親しい友人数(人)	④近所数(人)	⑤疾患数	⑥PGC(点)	⑦老化意識(度)	⑧退職準備度	⑨社会参加度	⑩生活変化度
就労者	65.1 ± 2.8 ***	42.4 ± 20.5 *	9.4 ± 13.7	1.1 ± 1.2	0.9 ± 0.9	8.3 ± 2.5 *	18.9 ± 4.6 **	18.0 ± 4.9 *	33.1 ± 7.8	23.4 ± 5.0
非就労者	66.4 ± 2.7	38.5 ± 18.9	7.9 ± 7.8	1.2 ± 1.3	0.9 ± 0.8	7.8 ± 2.6	20.4 ± 4.7	17.0 ± 4.9	32.5 ± 8.7	24.3 ± 5.2

t検定  $\rho < 0.05$  \*\* $\rho < 0.01$  \*\*\* $\rho < 0.001$

表 2 変数間の有意差( $\chi^2$ 検定結果)一覧表

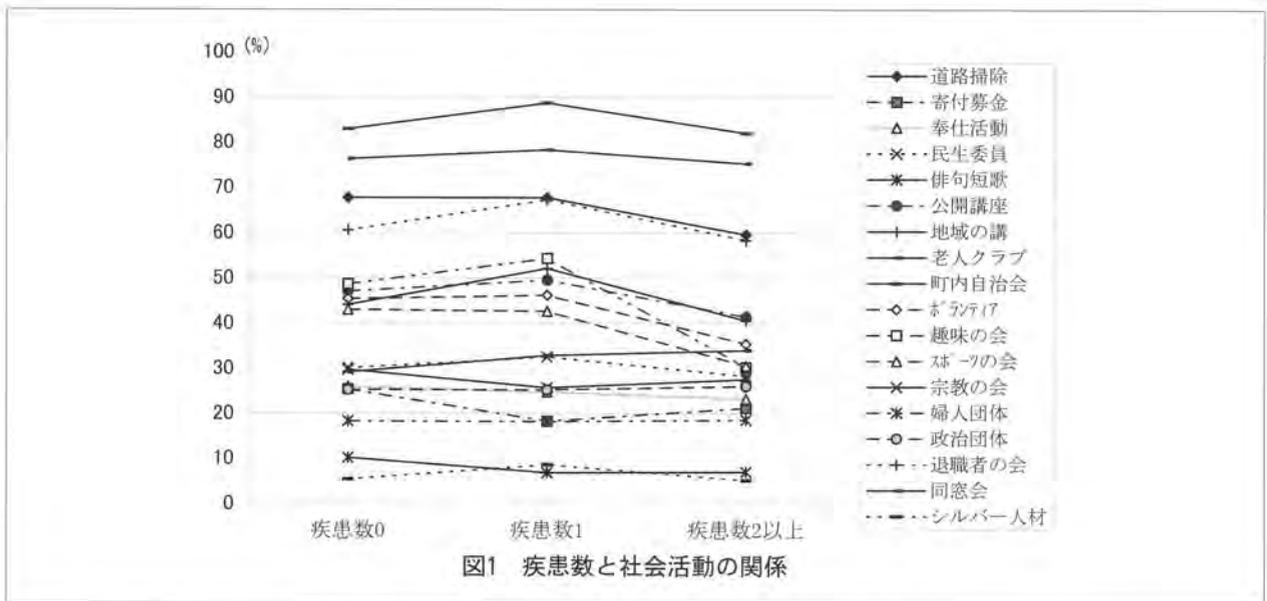
	①年齢	②居住年数	③親しい友人数	④近所数	⑤近所の親しい友人数	⑥近所数	⑦疾患数	⑧PGC	⑨老化意識	⑩退職準備度	⑪社会参加度	⑫生活変化度	⑬RRB	⑭解放感	⑮健康
①年齢	1.000	0.090 *	0.037	0.065	0.053	0.050	0.090 *	-0.045	0.056	-0.012	0.127 **	0.071	-0.027	0.021	0.036
②居住年数	1.000	0.101 *	0.243 ***	0.215 *	-0.102 *	0.003	0.074	-0.120 **	0.126 **	0.308 ***	0.062	0.308 ***	-0.119 *	0.039	0.101 *
③親しい友人数	1.000	0.432 ***	0.342 ***	0.432 ***	-0.036	-0.046	0.077	-0.166 ***	0.028	0.264 ***	0.052	0.264 ***	-0.014	-0.049	0.093
④親しい親戚数	1.000	0.397 ***	0.397 ***	0.397 ***	-0.066	-0.061	0.106 *	-0.166 ***	0.163 ***	0.263 ***	0.133 **	0.263 ***	-0.085	-0.077	0.232 ***
⑤近所の親しい友人数	1.000	-0.089 *	-0.089 *	-0.089 *	1.000	-0.070	0.101 *	-0.193 ***	0.099 *	0.304 ***	0.127 **	0.304 ***	-0.075	0.008	0.181 ***
⑥近所数	1.000	0.426 ***	0.426 ***	0.426 ***	1.000	0.426 ***	-0.480 ***	0.444 ***	-0.013	-0.118 *	-0.049	-0.118 *	0.197 ***	0.015	0.012
⑦疾患数	1.000	-0.204 ***	-0.204 ***	-0.204 ***	1.000	-0.204 ***	0.260 ***	0.018	0.183 ***	-0.055	-0.010	-0.055	0.057	0.060	0.040
⑧PGC	1.000	0.518 ***	0.518 ***	0.518 ***	1.000	0.518 ***	-0.518 ***	0.113 *	0.183 ***	0.111 *	-0.364 ***	0.243 ***	0.021	0.087	0.087
⑨老化意識	1.000	0.173 ***	0.173 ***	0.173 ***	1.000	0.173 ***	-0.173 ***	1.000	-0.142 **	-0.253 ***	0.243 ***	0.243 ***	0.064	-0.186 ***	-0.186 ***
⑩退職準備度	1.000	0.549 ***	0.549 ***	0.549 ***	1.000	0.549 ***	-0.549 ***	1.000	0.396 ***	0.396 ***	0.017	0.396 ***	-0.026	0.330 ***	0.330 ***
⑪社会参加度	1.000	0.444 ***	0.444 ***	0.444 ***	1.000	0.444 ***	-0.444 ***	1.000	0.344 ***	0.344 ***	-0.026	0.344 ***	0.027	0.440 ***	0.440 ***
⑫生活変化度	1.000	0.010	0.010	0.010	1.000	0.010	0.010	1.000	0.010	0.010	0.010	0.010	0.084	0.490 ***	0.490 ***
⑬RRB	1.000	-0.021	-0.021	-0.021	1.000	-0.021	-0.021	1.000	-0.021	-0.021	-0.021	-0.021	1.000	-0.021	-0.021
⑭解放感	1.000	0.015	0.015	0.015	1.000	0.015	0.015	1.000	0.015	0.015	0.015	0.015	1.000	0.015	0.015
⑮健康	1.000	0.015	0.015	0.015	1.000	0.015	0.015	1.000	0.015	0.015	0.015	0.015	1.000	0.015	0.015

Pearsonの相関係数 \* $\rho < 0.05$  \*\* $\rho < 0.01$  \*\*\* $\rho < 0.001$

表3 就労者/非就労者の平均値の比較

	居住年数	就労	収入	健康自己評価	愁訴数	疾病数	PCG	老化意識
性別	***	***		*	**			
就労		—	***	***				**
収入		***	—	*	**		*	
世帯収入		***					**	
健康管理								
退職後の健康状態		**		***	***	***	***	***
かかりつけ医		**		***	**	***		
退職後の健康診断		***				*		
退職準備								
経済的・生活の安定のための生活設計								**
定年までに病気の診断や治療								
退職準備の講習会受講								
徐々に仕事の量を減らした						*		***
趣味や余暇活動を行うようにした			*					**
資格の取得								
地域活動に参加	***							
再就職の準備		**						
定年後のことは考えないようにした								
日常生活行動								
テレビを長時間つけたまま				**		***	**	***
夫婦で散歩をする	*		*					**
庭いじりなどをする	***			*			*	**
軽い体操をする				**				**
日帰り旅行をする				*			*	**
友人・知人を会っておしゃべりする							**	***
自動車を運転する	**	***		*				**
家の簡単な補修や大工仕事				**	*			**
家計簿や金銭出納帳をつける		***					**	
配偶者との日頃の会話			**					
社会活動								
道路公園の掃除など地域環境をよくする	***	*		**			***	**
物を作って寄付、募金や古切手を送る								***
高齢者や福祉施設などの奉仕活動								*
民生委員、保護司などの公的な活動	**	***		*			*	
県、公民館などが主催の公開講座受講					*			*
老人クラブなどの活動	***	**						**
町内、自治会への参加	***	**		*			**	***
ボランティア団体への参加	**	**		*			*	***
趣味の会への参加		***				***	**	
スポーツの会・グループへの参加	**			**				***
退職者の会などの旧職場の集まり		**					*	**
同窓会への参加				**			***	**
シルバー人材センターなどへの参加		**	***				*	
退職後の生活の変化								
新しい友人を作るようにした		**						**
新しい趣味や余暇活動を始めた		***						**
家族のために色々なことをするようにした	**	**						*
食事に気をつけるようになった								
無駄使いをしないようにした		**	**					
新しい人生の目標を持つようにした							**	*
地域活動に参加するようになった	***			**				**
再就職をした		***		*	*		*	
学習活動		**		*				

χ<sup>2</sup>検定 \* p < 0.05 \*\* p < 0.01 \*\*\* p < 0.001



「糖尿病」11.8%であった。疾患数では、1の者が43.2%、次いで2の者が16.0%であった。平均疾患数は $0.9 \pm 0.86$ であり、K市調査の $1.3 \pm 1.33$ に比べて低い<sup>14)</sup>(t検定、 $p < 0.001$ )。疾患数も愁訴数と同様に、基本的属性と関連せず、日常生活行動、社会活動についても有意差を認める変数はわずかであり、退職後の生活変化とも相関しない。

疾患数その分布状況から3群にわけ、各群の社会活動参加率を示した(図1)。「寄付・募金」「俳句短歌」は疾患数が0から1に増えると参加率が低下し、さらに疾患数が1から2に増えると上昇するという谷形に変化する傾向にあった。疾患数の増加に関係なく参加率が横ばい状態であったものは「老人クラブ」「政治団体」「シルバー人材センター」であった。これらの5変数を除く変数では疾患数1で参加率が低下しないかまたは上昇し、疾患数が2になると参加率が低下するという山形に変化する傾向にあった。これらの結果から、疾患を1つ抱えているくらいのほうがむしろ活動を高める場合のあることがわかる。

4) PGC: 自治体退職者のPGCの平均得点は $8.1 \pm 2.54$ で、K市調査の $6.9 \pm 2.92$ に比べて顕著に高い(t検定、 $p < 0.001$ )<sup>15)</sup>。PGCは、基本的属性では個人および世帯収入のみに関連が認められるが、表2に示したように他の健康変数に比べると日常生活行動や社会参加活動の多くの変数において関連性が認められ、老化意識とも強く相関している。ただし、退職準備行動、退職後の生活変化ではわずかな変数でしか関連性が認められない。

## 2. 就労/非就労

自治体退職者の就労率は61-65歳で71.0%、66-70歳で48.3%であり、わが国における60-64歳の56.3%、65-69歳の38.7%に比べて高い<sup>16)</sup>。就業形態は臨時職員(22.9%)が最も多い(当該自治体では、定年後2年更新で64歳まで嘱託として再就職できる)。わが国の高齢者世帯の平均所得が328.9万<sup>17)</sup>であるのに対して、自治体退職者の場合は300万円以下の世帯が8.7%と少ない。また、300万円以上700万円未満に約7割が集中し、集団内の所得格差が小さいことも特徴である。この所得格差は主に就労しているか否かによるものと考えられる。

就労者では、「健康」と自覚している者の割合が30.2%であり、非就労者の21.0%に比べて高い( $p < 0.001$ )<sup>18)</sup>が、疾患数、愁訴数においては有意な差は認められない。退職後かかった病気にも両者の差異はない。

また、表3にみるように、PGCの平均得点では就労者は $8.3 \pm 2.5$ で、非就労者の $7.8 \pm 2.6$ に比べてわずかに高い(t検定、 $p < 0.05$ )<sup>19)</sup>が、反対に老化意識尺度では就労者が $18.9 \pm 4.6$ であり、非就労者の $17.0 \pm 4.7$ と比べて低い(t検定、 $p < 0.01$ )。老化意識の変数別では、就労者が「体力に自信を感じている」( $p < 0.05$ )のに対して、非就労者は「おしゃれや身だしなみが面倒である」( $p < 0.001$ )、「他人と付き合うの面倒である」( $p < 0.05$ )などの対人関係からくる老化を感じていることがわかる。

上述のような差はあるものの、就労者と非就労者の間で社会参加度に有意差は見られなかった。ただし、社会活動の変数別の特徴をみると、就労者が「民生委員など公的な活動や自治会への活動」( $p < 0.001$ )、「町内・自治会などの活動」( $p < 0.01$ )など地域の活動に参加し

ているのに対して、非就労者は「趣味の会」( $p < 0.001$ )、「老人クラブ」( $p < 0.01$ )など私的な集りへの参加を特色としている。

退職準備度の得点を見ると、非就労者が $17.0 \pm 4.9$ に対し就労者は $18.0 \pm 4.9$  (t検定、 $p < 0.01$ )と高い。変数別に検討すると就労者は「再就職準備をする」( $p < 0.001$ )「地域活動に参加する」( $p < 0.05$ )が、非就労者は「仕事の量を減らす」「余暇活動を行う」( $p < 0.05$ )が多い。就労者の方が在職中から地域活動への参加準備を進めていたという結果がでている。一方、非就労者の退職準備はやはり「余暇活動」が中心である。

退職後の生活の変化度は、就労者、非就労者間に統計的な有意差を認めなかったが、変数別にみると若干の差がある。就労者が「再就職した」( $p < 0.001$ )のみであるのに対して、非就労者は「新しい趣味や余暇活動を始めた」( $p < 0.001$ )、「無駄遣いしないようにした」「家族のために色々なことをするようにした」「学習活動」「新しい友人を作るようにした」( $p < 0.01$ )の割合が就労者よりも有意に高い。

### 3. 居住年数、居住地域およびネットワーク

平均居住年数は $40.9 \pm 19.93$ 年であり、青壮年期から現在の居住地に長く生活する人が多いのが特徴である。

したがって、庁舎は都市部にあるにもかかわらず、居住地域は「農村部」である者が46.4%を占めていた。このことは、地域活動への参加意欲や参加度とも関係する。全体として「地域との繋がりを深めたいと思う」または「少し思う」者は74.3%に、「退職後地域活動に参加するようにした」または「少しした」者は61.8%にものぼるが、居住年数が高いほど、また居住地域が「農村部」であるほど、その傾向は強くなる。さらに、「地域活動に生き甲斐を感じている」者は50.8%であり、K市の29.1%に比べて特徴的に高く<sup>18)</sup> ( $p < 0.001$ )、やはり居住年数が長くなるほど、居住地域別でみると「農村部」であるほどその傾向が強い。

居住年数は、表1にみるように、社会参加度や退職準備度、さらに親しい友人数と相関している。居住年数が長いことは居住地域に人間関係のネットワークを持つことと同義であるといつてよい。同一の地域、とくに農村部に長く住み続けた自治体退職者は、人間関係に動機づけられて在職中から退職後の地域参加に向けた準備に取り組み、実際に退職後の社会参加度も高くなると考えられる。

### 4. 老化意識

老化意識尺度は、体力への自信のなさや対人関係の憶

表4 退職後の気持ち・行動の変化 (因子分析)

	因子					
	1	2	3	4	5	6
定年退職は思った以上に大変だった	0.777	-0.033	-0.040	0.049	0.021	0.193
定年退職は思ったほど大変ではなかった	-0.606	0.158	0.081	0.166	0.087	0.141
家庭内で疎外感を感じることもある	0.474	-0.013	-0.053	0.176	0.345	-0.162
肩書きがなくなり寂しくなった	0.466	0.044	-0.100	-0.094	0.392	0.091
職場の人間関係から離れて寂しい	0.423	0.122	0.201	0.027	0.169	-0.036
定年前から経済的不安を感じている	0.411	-0.039	0.092	0.142	0.032	-0.237
暇をもてあますようになった	0.312	0.252	-0.095	0.048	0.279	-0.173
仕事のストレスから解放された	0.009	0.857	0.047	0.111	0.042	0.074
仕事で感じていた緊張感がなくなった	0.105	0.615	-0.087	0.156	0.088	0.001
気持ちに余裕ができた	-0.229	0.612	0.160	0.088	-0.079	0.108
地域とのつながりを深めたい	-0.056	-0.003	0.696	-0.074	-0.002	0.023
同じ趣味の人と関わりをもちたい	0.023	0.053	0.516	0.054	0.053	-0.143
家族とのつながりを深めたい	0.002	0.043	0.511	0.111	-0.127	0.145
現役時代に得た知識を役立てたい	0.013	-0.077	0.482	-0.060	0.043	0.196
頑固になったり自分に固執しない	0.071	0.069	0.251	0.226	0.172	-0.050
社会的地位にとらわれなくなった	-0.100	0.173	0.077	0.511	0.033	0.072
会社の人間関係から離れせいでいい	0.027	0.268	-0.168	0.485	0.161	0.134
定年前からずっと健康に不安	0.256	-0.016	0.056	0.389	0.125	-0.197
酒の量が増えた	0.043	0.006	0.042	0.134	0.317	-0.011
定年までに十分仕事をやり遂げた	-0.080	0.182	0.205	0.096	-0.037	0.375
固有値	2.915	2.645	2.074	1.291	1.037	1.023

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴わないバリマックス法

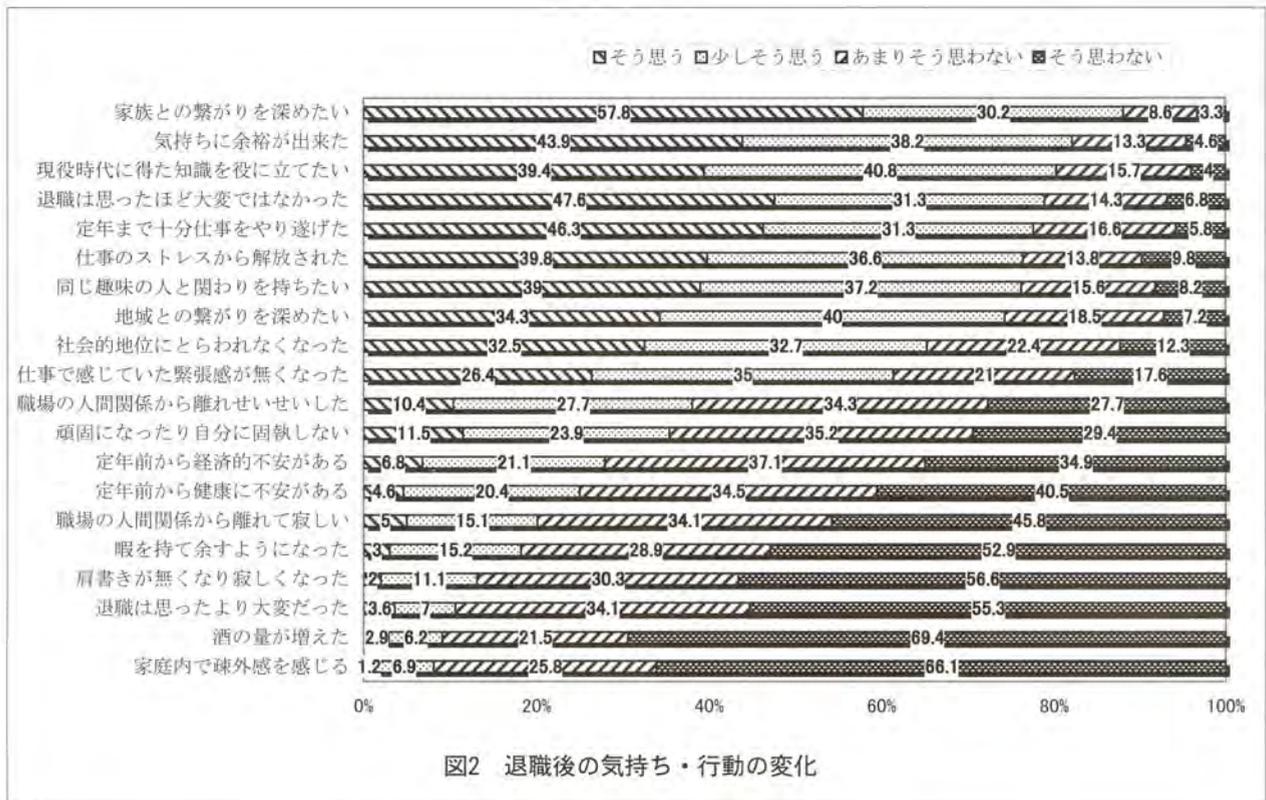


図2 退職後の気持ち・行動の変化

劫さなど、対象者が感じる主観的な老いの意識を測る指標である。自治体退職者の老化意識尺度の平均得点は、 $19.5 \pm 4.69$ であり、K市調査の $20.6 \pm 4.98$ より低い<sup>19)</sup> (t検定、 $p < 0.001$ )。

老化意識は当初の予想とは異なり年齢とは全く相関しない。これはK市など他の調査でも同じ結果であった。「老い」の意識は加齢に伴うものではなく、それ以外の条件によって醸成されていくのである。

その一方で、表1と表2からわかるように老化意識尺度は、われわれが調査した変数のなかでは、最も多くの変数と相関関係や関連性を有する変数であった。老化意識尺度は、居住年数、親しい友人数、退職準備度、社会参加度、退職後の生活変化度といずれも負に相関する。老化意識が強くなるほど社会的な活動性は低下することがうかがえる。一方で、老化意識尺度は、愁訴数、疾患数とは正に、PGCとは負に相関する。つまり、老化を意識するかどうかは健康状態にも大きく左右されるのである。先述したように健康に関する諸変数は社会的な活動性の度合いとそれほど大きく関連しないけれども、老化意識を介することで両者はつながる。したがって、老化意識は、その人の健康を測るうえでも、社会的活動性を測るうえでも要となる指標なのである。

## 5. 退職後の気持ち・行動の変化

退職後の気持ち・行動の変化を表す20変数のうち、最も多かったものは「家族との繋がりを深めたい」(88.0%)、次いで「気持ちの余裕ができた」(82.1%)であった(図2)。反対に少ないのは、「家庭内で疎外感を感じることもある」の8.1%や「酒の量が増えた」の9.1%、「暇をもてあますようになった」の18.2%である。これからわかるように、上位には、退職後の変化を肯定的に捉える変数が並んでいる。

次に、これら20変数を類型化することを目的に因子分析を行った(表4)。主因子法でバリマックス回転をかけたところ説明力のある因子として以下の3因子が抽出された。なお、表中、□の枠で囲った変数のCronbachの $\alpha$ 係数は、第1因子が0.701、第2因子が0.728、第3因子が0.599である。

第1因子は、「定年退職は思った以上に大変だった」「家庭内で疎外感を感じる」「肩書きがなくなり寂しい」などから構成されており、退職生活への移行にともなって精神的に否定的、悲観的な状態に陥っているという意味で「retirement blue=RB」と命名できる。第2因子は「仕事のストレスから解放された」などであり、文字どおり仕事から離れて穏やかな気持ちになっていることから「解放感」と名付けた。第3因子は「地域とのつながりを深めたい」「同じ趣味の人とかかわりを持ちたい」

など血縁、地縁、趣味縁にわたり人的ネットワークを拡げたいという退職前には叶わなかった願いを表していることから「縁（つながり）」を内容とする因子であると解釈できる。

抽出された3因子と他の変数との相関や関連は次のようであった。第1因子の「RB」は、PGCと非常に強く逆相関し、老化意識や愁訴数とも相関するが、社会参加度とは相関しない。個別的にみても、社会参加や日常行動の諸変数とは関連しない。就労・非就労とも無関連であるが、非就労者の就労希望では「今後仕事を持ちたくない」と関連している。自己意識の諸変数では、「自分の出る幕がなくなったと感じる」「近所づきあいのない場所で暮らしたい」を肯定し、「社会と関わりを持って生活したい」を否定している。そのほか、「定年前から続けている趣味がある」を否定している。

第2因子の「解放感」は、表4では、どの変数とも相関していない。就労・非就労では非就労と関連する。日常行動では「子どもや親戚を訪問する」「孫の世話をする」と、社会参加では「老人クラブ」や「趣味の会」と少し関連する。また、「夫婦で話をしたり行動する機会」「親戚の人と会ったり話をする機会」「近所の人と話したりお茶を飲んだりする機会」「趣味の友達と会って話す機会」「家事をする時間」がそれぞれ増えることと関連している。自己意識では「余生を楽しんでいる」「周りに縛られず自分の生き方を大切にしたい」「年をとることは若いころ考えていたよりよいことだ」といった変数と関連する。退職後の行動では、「家族のため色々なことをするようにした」「無駄使いをしないようにした」を肯定している。

第3因子の「縁（つながり）」は、社会参加度、生活変化度、退職準備度とは非常に強く相関している。また、居住年数、親しい親戚数、近所の親しい友人数と正の相関にあり、老化意識とは負の相関にある。ただし、健康変数とは無相関である。日常行動では、「友人、知人と会っておしゃべりをする」「カラオケをする」など多くの変数と関連し、社会参加の諸変数とはすべて関連する。解放感と同じように親戚や友人などと会う機会は増えている。自己意識では「地域社会のために役立ちたい」「地域の活動に生き甲斐を感じている」「人の世話をするのが好きである」「自分の人生にまあ満足している」などの変数が肯定され、「前より人の役に立たなくなった」などが否定される。老年規範では「高齢者はもっと社会の役に立つことをすべきである」という変数と最も強く関連する。退職準備では、やはり「地域活動に参加するようにした」が最も強く関連する。退職後の行動では、「地域活動に参加するようになった」に次いで「新しい友人を作るようにした」と強く関連する。

#### IV. 考察

今回の調査対象である自治体退職者は、同年代の人たちと比べて健康および経済的に恵まれ、再就労率も高い集団である。しかし、退職後の生活の活動性を直接左右する要因は、身体的健康や就労の有無ではなく老いの意識や居住地域（ネットワーク）であるという結果が示された。金ら<sup>20)</sup>は、中高年者を対象にした社会活動調査において、健康自己評価が高いことが個人活動に有意に関連し、また、高齢期の就業・不就業に最も影響を与える要因も「本人の健康度」であると指摘している<sup>21)</sup>。しかし、われわれの調査結果はこれらの知見を部分的にしか支持しなかった。健康自己評価はこれまで簡便な自己評価指標として国民生活基礎調査をはじめ各種社会調査に用いられている<sup>22)</sup>が、健康自己評価のみで健康の度合いを測るのは不十分である<sup>23)</sup>と言ってよい。簡便であるがゆえにこの指標に内包される健康の多義性が検討されることなく、多用されてきたともいえる。それは、高齢者の調査の多くが、主に65歳以上の者や身体機能の低下のある者を対象<sup>24)25)</sup>としており、健康自己評価と活動性とは関連することを自明の前提としていたためであろう。しかし、今回のような初期高齢者や身体的健康に問題を抱える者が少ない集団を対象とする場合には、少なくともPGCのような精神的健康を測る変数を加味しておく必要がある。

さらに重要なのは、健康状態よりも老いの意識—自己を高齢者としてアイデンティファイするか否かが退職後の生活の活動性に大きく影響していることである。老化意識は、健康とも就労状態ともネットワークとも関連する。そして、老化意識が強いほど日常生活においても社会参加においても消極的になる。したがって、ある個人の生の水準（ライフレベル）を総合的に判定するための簡便な指標としては、むしろ健康自己評価よりも老化意識尺度のほうが有用であると思われる。

次に、就労の有無が退職後の生活に及ぼす影響<sup>26)27)</sup>について触れておきたい。これまでの研究では、非就労者は家庭内役割や地域活動へと生活の重心を移行させること、これに対して再就職者にも移行はみられるものの、依然として職業中心の生活を送ることが多いことが指摘されている<sup>28)</sup>。しかし今回の自治体退職者調査では、就労者と非就労者の間で退職後の生活変化に違いがみられない、あるいは社会参加の度合いにも差が認められないという結果が出ている。非就労者の生活が家庭や地域などを中心としたものに移行しているのは認められるが、就労者の場合も同じように家庭や地域へと生活の中心が移行しているのである。しかし、今回の調査対象の就労者は地域社会に貢献したいという意識が高く、就業形態を変化させながら社会活動に参加している。彼らは定年

前のような経済的な必要からというよりも社会貢献活動の一形態として就労を選択している。すでにわれわれが行った看護者の退職調査においても就労者と非就労者の社会活動には著しい差がみられなかった<sup>29)</sup>。看護退職者は一般の高齢女性より明らかに高い再就労率であり、かつ経済的動機に基づく就労ではないために就労への満足度が高いことを指摘した。今回の自治体退職者においても似たような背景が存在しているといえる。地域社会への高い参加意欲も考慮すると、自治体退職者は地域社会の維持、運営を中心的に担う人材源としての可能性を有しており、団塊の世代の退職を目前にしたわが国における地域社会システムの再構築のためには彼らの培ってきた能力を生かせるようにすることが急務の課題といえるであろう。

しかし、自治体退職者の退職後の気持ちの変化をみると、主に3つのグループにわかれている。第3因子の「縁(つながり)」から連想される〈再就労し地域活動も行う〉というグループは、退職準備の段階から築いてきた人的ネットワークを土台にして退職後の高い活動性を実現している。心身の健康度とこの活動性の高さが結びつかないのもこのグループの特徴である。仕事からの解放感や時間的なゆとりを感じている第2因子のグループは全ての変数と相関しないという、まったく異なるグループである。定年後、就労や社会的な活動には興味はないけれども趣味や家族や友人との私的な関係は大切に育てていてそれなりに悠々自適の生活を送っている人たちである。そして、今ひとつは、定年にともなって精神的な疎外感を感じている第1因子「RB」のグループである。日常行動や就労、社会参加には際だった特徴がないので外見の観察からは特定するのが難しいのだが、PGCが低く、老化意識も強いという精神的リスクを抱えたグループである。ただ、ケース的には少数であると考えられる。

定年退職は個人が引退をきめるという主体的引退ではなく組織の活力維持のための制度的引退を意味する<sup>30)</sup>。今回の調査対象である自治体職員の場合も、退職後に地域社会やその他の場において決められた役割が待っているわけではなく、退職者自らが自分のための新たな役割を模索し、選択することが求められている。このような退職後の生活の意味づけもまた多様であり、個人の自己決定にまかされるのである。それゆえ、定年退職を新たな人生への入り口と捉えるのか、職業生活から解放され時間的ゆとりを楽しむ私人に戻る扉と捉えるのか、あるいは社会的役割を失い老いへと向かうネガティブなライフイベントと捉えるのか回答者の幅は大きい。今回の調査結果は、日本の社会ではいまだ定年退職に対する価値観が定まっていなかったことを教えてくれる。

#### IV 本研究の限界

本研究は、自治体労働者という集団において、退職によりどのような変化が生じたかを分析したものである。しかし、横断的調査としての限界があり、今後はコホート調査を継続して、健康度の高い集団が加齢によりどのように変化するか捉えていきたいと考えている。

#### 謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました皆様厚く感謝いたします。

本研究は、平成15年度滋賀県大学等学術文化振興財団研究助成(西田厚子代表)を受けている。

#### 文献

- 1) ぎょうせい：『平成15年厚生労働白書』, 2003.
- 2) WHO Active Aging: A Policy Framework, WHO, 2002.
- 3) 堀井とよみ、西田厚子、平英美他：平成15年度滋賀県水口町定年退職者健康調査事業 報告, 2004.
- 4) 竹原智美、西田厚子、堀井とよみ、平英美他：京都府亀岡市中高年者健康と社会活動実態調査, 2005.
- 5) 西田厚子、堀井とよみ、筒井裕子、藤井淑子、太田久佐子、柴崎さと子、西城嘉子、桃井満寿子、平英美：中高年看護者の健康と退職準備, 第36回日本看護学会論文集—看護管理—, 日本看護協会, 2006.
- 6) 近藤克則：『健康格差社会』, 医学書院, 2005.
- 7) 荻原勝：『定年制の歴史』, 日本労働協会, 1984.
- 8) 佐藤博樹：「日本型雇用システムと企業コミュニティ—国際比較とその行方」『講座社会学 6 労働』東京大学出版会, 33-73, 2005.
- 9) Department of Health: Tackling Health Inequalities; a Programme for Action, 7, London, 2003
- 10) 小田利勝：退職に関する新たな視点とサード・エイジの生活課題—高齢期のライフスキルとサクセフル・エイジングに関する実証研究に向けて—, 神戸大学発達科学部研究紀要5(2): 117-133, 1998.
- 11) Lawton P M, Behavior-Relevant Ecological Factors. In K. W. Social Structure and Aging: Psychological Process, Lawrence Erlbaum Associates: 1989
- 12) 前掲4)
- 13) 前掲12), 18
- 14) 前掲12), 19
- 15) 前掲12), 22
- 16) 日本労働研究機構、『データブック国際労働比較

- 2001』2000.
- 17) 国民生活実態調査報告：厚生労働省.
- 18) 前掲12), 133
- 19) 前掲12), 116
- 20) 金貞任、新開省二、熊谷修・他：地域中高齢者の社会参加の現状とその関連要因－埼玉県鳩山町の調査から－. 日本公衆衛生雑誌, 51 (5) : 322-334, 2004.
- 21) 岡村清子「定年退職者の就業・不就業状態とその規定要因－東京都内の60歳代前半層の場合」社会老年学26 : 3-17, 1987.
- 22) 中村好一、金子勇、河村優子・他：在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子. 日本公衆衛生雑誌49 : 409-416, 2002.
- 23) 岡戸順一、艾斌、巴山玉蓮・他：「主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析」星旦二編『高齢者の健康特性とその維持要因－寝たきりと痴呆予防を中心として－』, 東京都立大学出版会, 2004.
- 24) 芳賀博、柴田博、上野満雄・他：地域老人における健康自己評価からみた生命予後. 日本公衆衛生雑誌 38 : 783-789, 1991.
- 25) 藤田利治、篠野脩一：地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡. 社会老年学31 : 43-51, 1990.
- 26) 平岡公一「職業の変化」『中高年齢層の職業と生活－定年退職を中心として－』青井和夫・和田修一編：東京大学出版会, 75-77, 1982.
- 27) 直井道子「家族生活の変化」『中高年齢層の職業と生活－定年退職を中心として－』青井和夫・和田修一編：東京大学出版会, 127-144, 1982.
- 28) 柴田博：「引退後の生活の再構築」『中高年齢者の職業からの引退過程と健康、経済との関連に関する研究（総括研究報告書）』 : 81-95, 2000.
- 29) 西田厚子、堀井とよみ、筒井裕子、藤井淑子、太田久佐子、西島治子、平英美：退職移行期にある看護者の健康と社会活動に関する実証研究；退職看護者の人材活用システムの課題，滋賀県立大学人間看護研究 第3号, 71-84, 2006.
- 30) 浜口晴彦・嵯峨座晴夫編、早稲田大学人間総合研究所監修：『定年のライフスタイル』, コロナ社, 2001.

## Evidential Study about the Relation between the Life and the Health of Local Government Official Retirees

Atsuko Nishida<sup>1)</sup>, Toyomi Horii<sup>1)</sup>, Sachiko Tsutsui<sup>1)</sup>, Hidemi Taira<sup>2)</sup>

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

<sup>2)</sup>Shiga University of Medical Science

## 活動と資料

# オーストラリアにおける倫理委員会の役割と活動



江藤美和子、豊田久美子  
滋賀県立大学人間看護学部

キーワード 倫理委員会、オーストラリア、参加者・研究者への倫理的擁護

## I. はじめに

看護研究は日々の看護を見直し、その効果を客観的に見つけ、そして改善、向上させていくために必要なものである。看護研究者は臨床の現場など看護が提供されている場所で、スタッフ、患者に接し、データを収集、分析を行っていくが、その過程においては不必要な負担、危害を患者、またはスタッフに及ぼすものであってはならない。そして、全過程において参加者の権利、プライバシーは尊重、保障されるべきである。上記のような倫理的配慮は研究が行われる前に十分討議され、倫理委員会は研究の内容を倫理的観点から吟味、アセスメント、審査を行い、問題があれば取り上げ、再度考慮するように研究者に指摘する。倫理委員会は、研究が行われる施設においての監視、見張り番的な役割を担っているのである。

筆者はサウスオーストラリア州の州都、アデレードの某州立病院において、看護研究のためのデータ収集を行った。オーストラリアにおいては病院、大学などの研究施設には倫理委員会が必ずといっていいほど設けられている。筆者も研究計画書を提出し、倫理委員会の審査を受け、いくつかの問題点を論議した後にフィールドに出て、データ収集に臨んだ。本稿においてはオーストラリアにおける倫理委員会の役割・活動、そしてリサーチにおける倫理的配慮の重要性を、筆者の経験を交えて報告を行う。

## II. オーストラリアの倫理委員会への申請に至った背景

### 1. 日豪共同研究の概要

筆者は2001年から2004年において、がん看護を学ぶためサウスオーストラリア州アデレードにて留学をしていた。その際、日豪共同研究について相談を受け、日本、オーストラリアで話し合いをもちながら進めていった。テーマは「日本文化において末期がん患者を看取る看護者の感情労働に関する研究」である。研究の概要は、「日本において、完治を望めない末期がん患者には、がんであることは告知されていても、その予後については話されていない場合が多い。結果、病状の告知、治療、最期の看取り方については、医師・家族で話し合われ、看護者もその話し合いから除外されることが多い。しかし患者、家族、医師と日々接するのは看護師であり、その間において葛藤を持つことになる。看護師はその役割から規定された感情を持つとし、それが上記の葛藤と大きなギャップがある場合、看護者は感情労働を行うこと、感情を管理することを強いられる。他国と比較することで日本独自の文化を浮き彫りにし、またその日本文化において、この末期患者を看取る看護師の感情労働についての実情を明らかにする。そして看護師達への支援方法、また看護基礎教育への指針を示すことである。」<sup>1)</sup> というものであった。

### 2. 倫理委員会申請へのプロセス・計画書作成

まず始めに筆者は、研究について賛同を得るために、留学中に勤務していた病院と、緩和ケアコースの研修を受けていたホスピスにて説明、および相談をしながら進

2006年3月10日受付、2006年5月17日受理

連絡先：江藤美和子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

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

めていった。研究を開始するにはまず倫理委員会の承認が必要であったので、両病院の倫理委員会責任者の方に面会を行った。承認プロセス（図1参照）について説明を伺い、倫理委員会規定の研究計画様式（表1参照）とガイドラインを受け取った。勤めていた科の師長、看護

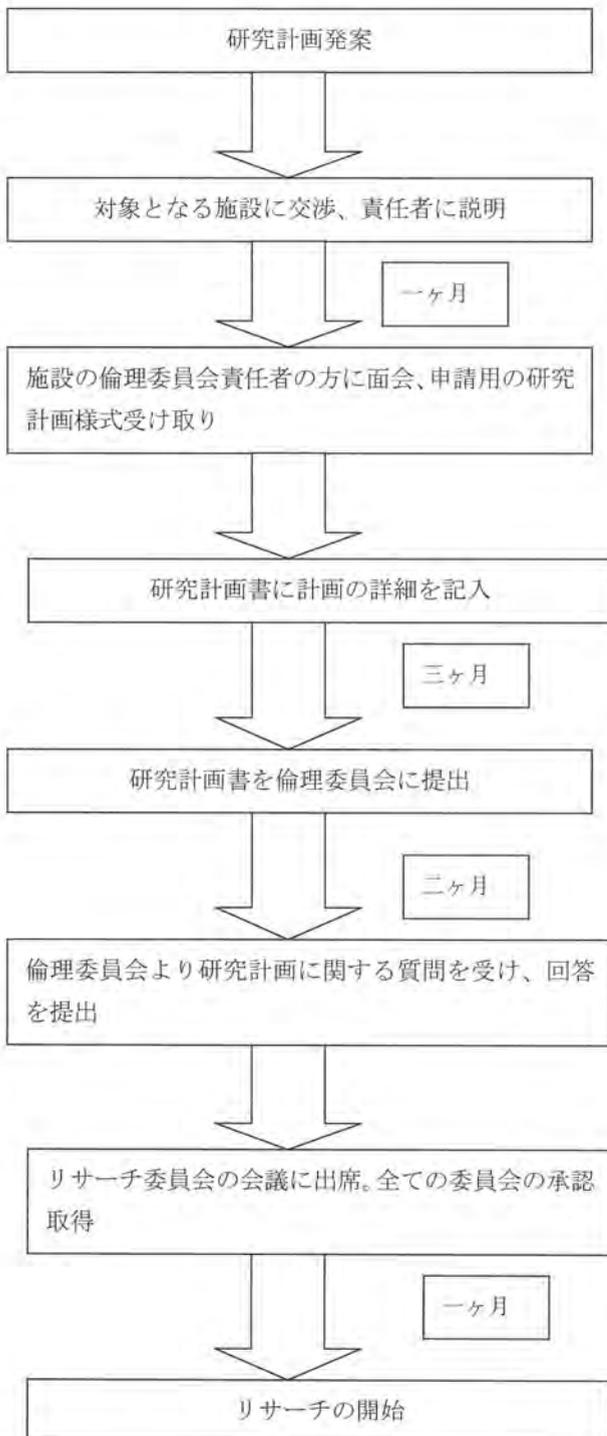


図1 研究申請から承認までの流れ

表1 計画書の質問内容

1.	タイトル
2.	研究者の詳細：名前、資格、所属機関、住所・電話番号・メールアドレス
3.	研究タイプ・目的
4.	参加者の詳細・参加者募集、選出方法、参加者数
5.	資金の詳細（出所、使用法）
6.	研究計画、デザイン、背景、サマリー、出版計画
7.	使用される薬剤や装置の詳細（研究において使用される場合）
8.	参加者の同意： 参加者が研究に参加する期間 参加をするか否か考慮する時間は与えられるのか、 誰が研究について説明し、同意書を得るのか、
9.	研究が患者の普段の治療に及ぼす影響について
10.	研究開始時期、期間
11.	データの機密性：データの保管方法、期間。
12.	研究において起こりうる参加者へのストレス、不快感について。またそれに対する対策。
13.	研究に於ける倫理的問題点についてどのように考えるか。 参加者募集のプロセス、インフォームドコンセントの重要性、参加者の感情考慮の重要性、データの保管・アクセス方法について、研究者の認識を述べる。
14.	研究者の署名
15.	必要書類の再チェック ・参加者用のインフォメーションシート ・参加者への手紙 ・書類への署名 ・上司からのサポートを証明する手紙 ・研究計画書

部長の賛同を得ることが出来、委員会申請への準備に取りかかった。ホスピスにおいては、アデレードで地域緩和ケアコーディネーターとして活躍している Karen Glaetzer氏が研究チームの一員として尽力くださり、病棟の師長にも賛同を得ることが出来た。筆者にはオーストラリアでの研究活動に経験がなかったため、全てのプロセスにおいてチームの一員であるFlinders大学School of Nursing and Midwiferyの准教授Trudy Rudge氏の助言・指導をもとに申請を進めていった。

申請用の研究計画様式においては表1に示す通り多岐にわたる項目が設けられており、Rudge氏、Glaetzer氏と論議しながら、一つ一つに慎重に答えて計画書を作成した。他の必要書類である参加者への手紙、インフォメーションシートも作成し、現場責任者のサポートレターも作成依頼した。この作成過程だけでも3ヶ月弱は費やされた。しかしかなりの時間が費やされたものの、計画書の詳細な項目に答えていると、この研究計画にはどのような倫理的問題点が含まれているのかを改めて認識することができ、その点をRudge氏、Glaetzer氏と話し合うこともできた。研究においてストレスとなり得る場面、状況を具体的に表示し、それに対する具体的な対処方法を示す必要性を感じ、結果として研究デザイン、方法の見直しにもつながり、非常に有益な期間を持つことができた。そして計画書を20部と必要書類を病院、ホスピスにおける委員会にそれぞれ提出し、審査の結果を待った（時間的経過については図1参照）。

### Ⅲ. オーストラリアにおける倫理委員会の役割

#### 1. 倫理委員会の構成と活動

オーストラリアにおいて、研究が盛んにおこなわれている病院や大学などの施設には倫理委員会が設置されており、研究に関する倫理的問題に対応している<sup>2)</sup>。研究が行われる場合、その参加者は、身体的、精神的、社会的、また感情的な危害から守られなければならない。National Health and Medical Research Council (NHMRC) は研究における倫理のガイドラインを作成しており、このガイドラインと上記の原則を基に施設は倫理委員会を設定し、研究の全ての段階において参加者を擁護する役割を果たしている<sup>3)</sup>。倫理委員会のメンバーを表2に示す。

表2. オーストラリア 倫理委員会のメンバー

1.	委員長（研究した病院では医師であった）
2.	医療専門家ではなく、かつ研究施設、機関に所属していない男女一各ずつ
3.	リサーチエリアに知識、経験を持つ人物を最低一名
4.	聖職者または同様の役割を地域で行っている者
5.	法律家

施設において患者やスタッフなど人に関連した研究を行う場合、研究者はその内容を記した計画書を倫理委員会に提出する。筆者が関わった病院の倫理委員会は、年間約150もの研究計画書申請を受け、そのうち30%が看護研究に関するものであった。委員会は提出された研究計画書を通じて研究内容、プロセスなど全ての側面を吟味、そして倫理的な問題点について議論し、実際に研究が行われることに問題がないかどうかを最終的に決定する<sup>4)</sup>。委員会は同時に研究者が研究を行うのに十分な資格、経験を持っているのかも吟味し、しかるべき監督者が研究チームに存在しているのかも問い、その得られるデータのマネージメント方法についても厳しく質問する。よって、計画書には研究に関する詳細すなわち研究デザイン、研究者の詳細、対象となる参加者、データの収集方法、処理の仕方などについて指定のフォームに記載されなければならない<sup>4)</sup>。そして月に一度の割合で開かれている倫理委員会にそのコピーと必要書類を提出し、審査の結果を待つのである。

#### 2. 倫理委員会の審査

倫理委員会は、研究が行われるのに十分に練って構成されているのかどうか、また十分に厳格さ、安全性を持っているのかどうかを考慮し、審査する。その審査には1-

表3. ホスピスの倫理委員会からの研究計画書に対する質問

1.	参加者の選出基準、また参加者が辞退したい場合の対処方法を詳しく述べる。
2.	参加した場合に報酬はあるのか。
3.	資金の詳細をさらに詳しく述べる。
4.	看護師を参与観察する場合、患者も観察されることになるので、患者からも研究に関する同意書を得なければならない。よって患者用の同意書、説明書も必要である。
5.	リサーチを行う研究者にはインタビューを行う技術を持っているのか。また、ストレスを持っている看護師に対処する能力があるのか。
6.	だれがデータ分析を行うのか。
7.	どの段階で参加者から同意書を得るのか。
8.	誰が実際にリサーチを行っているのか。
9.	どの機関が保障を行うのか。

表4. 病院の倫理委員会からの研究計画書に対する質問

1.	オーストラリアにおいてこの研究を行う意義について
2.	インタビューのサンプルクエスチョンとリサーチの関連性について
3.	病院にて少ない数の看護師を参加者として選ぶことで、だれが参加者であったかが特定されるのではないのか。また少ないサンプルで十分なデータ、結果が得られるのか。
4.	参与観察のプロセスについて詳しく述べよ。参与観察は看護師のみならず、彼らの患者との関係にも影響を及ぼすのではないのか。
5.	感情労働についてさらに詳しく述べよ。

2ヶ月を要し、結果は研究者宛に送られてくる。筆者も計画書提出から約2ヵ月後返答を受け取った。委員会からの研究計画書に対する質問は表3、4の通りである。

表に示された疑問点、明らかにすべき点について再びRudge氏、Glaetzer氏と話し合い、回答を委員会に再提出した。また倫理委員会から指摘された点（表5参照）をインフォメーションシートに付け加えて記載した。これら全ての点を参加者に説明した上で同意を得るべきであることも委員会からのアドバイスにより認識し、その旨についても手紙に書いてあわせて再提出し、審査の結果を待った。

また、研究協力を依頼したホスピスには倫理委員会とは別にリサーチ委員会が存在する。このホスピスでは数多くの研究が行われており、よって似たようなテーマの研究が同時に行われていることも有り得るので、リサー

表5. 倫理委員会からの指摘によりインフォメーションシートに付け加えた事項

1.	研究者はこの研究から利益を受けるものではなく、リサーチにかかる費用のために資金は使われる。
2.	参加者が研究によりストレスを受けた場合、研究参加を辞退し、カウンセリングサービスを受けるなどの保護を受け、最小限に抑えることができる。
3.	得られたデータは倫理委員会の監査のために、そのメンバーが閲覧する可能性がある。
4.	リサーチの行程、分析法、その使用については全てインフォメーションシートに記載する。

チ委員会は参加者が重複していないかどうか、また各研究が参加者の負担となっていないかどうかを審査する。このホスピスにおいては両委員会の承認がないと研究を開始することはできない。筆者と研究チームはリサーチ委員会の規定する様式に記載し（研究目的、研究者の詳細、期間、参加者数など）、提出、そしてリサーチ委員会会議に出席した。研究の趣旨についてプレゼンテーションし、質疑応答を行なった。主な質問内容は表6に示す通りである。

リサーチ委員会からの質問に答え、後日委員会全員の賛成を得られることができた。そして、両委員会の承認の下に、ホスピスの師長を通じて参加者を募り、研究を行っていった。

表6. リサーチ委員会からの研究に関する質問

1.	参与観察は看護師に焦点を置いたものか、それとも看護師と患者の両者に置いたものか。
2.	文化がどの様にリサーチの目的、得られるデータと関連しているのか。
3.	得られたデータはどのように分析されているのか。
4.	日本の倫理委員会の実情について
5.	インタビュー、参与観察の手順について、参加者、患者によって負担とならないか、誰がそのプロセスを監督するのか。
6.	参加者の選出方法

### 3. 研究承認後の倫理委員会の活動

筆者は研究の間、倫理ガイドラインと審査を受けた計画書を事あるごとに見直し、自分の行っている研究行為が倫理にかなっているものかどうか、参加者の領域に踏み込みすぎではないかなど、自分自身の行為の振り返りにとても役立つものとなった。委員会は審査の終了後も研究が行われる間中、倫理的に問題なく行われているかどうかをモニターした。もし研究参加者に有害な影響が及んだ場合、研究計画に変更があった場合、また研究の倫理的側面に影響が及ぶような状況が発生した場合には、研究者は直ちに倫理委員会に報告することが義務付けられている。また研究者は年に一度、または研究が終

表7 倫理委員会への研究報告書内容

1.	リサーチタイトル
2.	研究者名
3.	研究の進行状況
4.	簡単な研究経過報告、予定研究終了時期
5.	参加者人数
6.	リサーチにおける変更など報告すべき事項
7.	データの保管についての確認
8.	署名

了した際には、研究施設の倫理委員会に報告書を提出することになっており、期間延長申請時など必要時には研究許可の更新も申請しなければならない。報告書には表7に示す内容を記載することが義務づけられている。委員会はまた、研究者、参加者、またその他研究に参与している人物からの苦情や問題にも対応する<sup>2)</sup>。そして、研究を承認した後においても、研究を続けることが関係者に倫理的危険、健康、権利に影響を及ぼすものであるなら、委員会は承認を取り消し、研究者は研究を中止しなければならない<sup>3)</sup>。こうして研究全行程が終了するまで倫理委員会は研究の過程に参与し、倫理的観点より監視し続けるのである。

## IV. まとめ

倫理委員会は研究の全過程において倫理的観点から参与し、参加者が心身の負担、危険を受けることから擁護する。また倫理委員会から指摘を受けることで研究者も倫理的問題を自覚し、研究が倫理にかなったものになるように活動を行っている。委員会自体も、その活動、記録について、NHMRCにより監査を受ける<sup>2)</sup>。こうして倫理委員会は、研究施設、また研究者にとっての公正な監視役となっており、参加者、研究者を倫理的危険から守っているのである。

今回アデレードにおいて研究に関わり、研究計画書を作成する際にもその作業の膨大さ、倫理委員会の厳格な審査に少なからず戸惑いを感じたことがあった。しかしその壁に当たる度に、看護研究における倫理の重要性を学び、研究における倫理の配慮を自覚することにもなり、研究実践に役立てることもつながった。研究者にとって倫理を守るということは、参加者を身体的、精神的、社会的危険から守ることだけでなく、研究者自身も守ることにもなる。日本においても看護研究は盛んに行われてきており、多くの研究・医療施設には倫理委員会が設置されている。また、日本看護協会が規定する倫理ガイドラインは研究を行う上での倫理的指針となっている。しかし、日本においては、オーストラリアにおけるNHMRCのような倫理委員会の中心的役割を果たす機関が確立していないために、委員会の責任の範囲、審査方法などは機関によって異なってくる可能性がある。公正な審査にはオーストラリアにおけるNHMRCのような中心機関、そして機関間を結ぶネットワークが必要ではないかと思われる。

最後になりましたが、本稿執筆にご協力いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

## 文献

- 1) 豊田久美子、日本文化において末期がん患者を看取る看護者の感情労働に関する研究、平成14～16年度科学研究費補助金 基盤研究 (C) (2) 研究成果報告書
- 2) Roberts, K. 2002. 'Ethics in nursing research' in Nursing research process: An Australian perspective, ed. Roberts, K. and Taylor, B. Nelson Thomson Learning, Australia. pp.115-121.
- 3) National Health and Medical Research Council. 1999. The National Statement on Ethical Conduct in Research Involving Humans, Commonwealth of Australia. pp. 15-22.
- 4) Lyon, J. and Walker, C. 1997. 'Ethical issues' in Research mindedness for practice: An interactive approach for nursing and health care', ed. Smith, P. and Hunt, J.M. Churchill Livingstone, UK. pp. 233-259.

# The Roles and Activities of Ethics Committees in Australia

Miwako Eto, Kumiko Toyoda

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

**Keywords** Ethics Committees, Australia, Advocacy of Participants and Researchers

## フォーラム

# 平成17年度人間看護学部FDの活動状況



人間看護学部FD実行委員会

## I. はじめに

ファカルティ・ディベロップメント (Faculty Development 以下FD) の概念も狭義と広義に分けられるが、大学審議会の答申の定義が一般的である。それによれば「大学等の理念・目標や教育内容・方法について組織的な研究・研修 (ファカルティ・ディベロップメント) を推進することが必要である。」(大学基準協会 1989年) と定義している。これは狭義の概念といえるが、授業を中心に個々の教員の教育 (teaching) に関する能力や技術を組織的に研究・研修を行なうことで資質の向上や開発することを意味する。

人間看護学部のFD実行委員会は、活動を開始してはや3年を経過した。その活動は前任のFD実行委員会メンバーのたゆみない努力とその成果であり、2年間の立ち上げを経て3年目を終わろうとしている。2年間の活動を受けて、今年度のFD実行委員会は成果を踏襲しながらも新しいことへの挑戦も含めて活動を実施した。以下はFD概念の具体としての人間看護学部FD実行委員会活動の概要である。

## II. 活動内容

平成17年4月に、人間看護学部は開設3年目となり20名の編入生を向かえ、教育・研究ともいっそう充実し基盤を形成していくことが望まれた。過去2年間のFD実行委員会において蓄積された成果を活用しながら、今年度の目標は、1. 看護学教育に求められる教育・授業資質の向上のための学習とその構築、2. 授業評価に関する資質の向上とその独自の取り組み、3. 看護研究方法

に関する資質の向上、4. 在外研修報告会と広報、であり年間の課題として取り組んでいくことをFD実行委員会として決定した。

### 1. 看護学教育に求められる教育・授業資質の向上のための学習とその構築 (担当: 森下・本田)

平成17年度は、4年制の大学として人間看護学部3年目を迎え看護教育、特に各領域別実習が始まり学生が充実して学べる環境整備と看護教員の資質向上が求められた。3回生の領域別実習では、看護技術等の指導の悩みも含め中間としての形成評価を行う時期となった。そこで教員のニーズが多い実習評価についての講演を実施した。さらに後半の第2部は教員と講師のディスカッションの場を設けた。

第3回 人間看護学部FDフォーラム

日時 平成18年3月22日 (水) 13:00~16:30

第1部 講演会 テーマ「看護学実習の方法論とその評価方法」

講師 東海大学健康科学部学部長 教授 藤村龍子先生

第2部 学部教員研修 教員と講師のディスカッション

参加者数: 第1部 学内27名 学外65名 第2部 23名

### 2. 授業評価に関する資質の向上とその独自の取り組み

#### 1) 授業評価を実践的に進める講演・研修・研究会 (担当: 甘佐・米田)

前年度は授業評価の取り組みについて視察を中心に学習し報告してきた。それらを受けて今年度は各教員が授業評価を意識できるような企画として教員全体を対象とした講演会を行うことになった。

第2回 人間看護学部フォーラム

日時 平成17年12月26日 (月) 10:00~14:30

第1部 テーマ「授業評価を授業改善に生かすには」

講師 神戸大学教授 米谷淳先生

第2部 午後 教員とのディスカッション

2006年3月10日受付、2006年5月17日受理

連絡先: 森下 妙子

滋賀県立大学人間看護学部

住所: 彦根市八坂町2500

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

参加者数：学部内教員26名、学部外教員2名、学外者25名 第2部 18名

## 2) 看護学教育における効果的な授業評価の実験的取り組みと開発 (担当：豊田・比嘉・甘佐)

今年度は、昨年度の「看護教育評価専用ソフトの開発」に引き続き、ワーキンググループと位置づけて活動が続いた。ソフト開発から実用化に向けての時期となり、人間看護学部において看護教育評価専用ソフトの説明会を2回実施した。

第1回 日 時 平成18年2月15日(水)10:00~12:00

第2回 日 時 平成18年4月12日(水)10:00~11:00

第1回目は、看護教育評価専用ソフトを使い、人間看護学部独自の授業評価を行うための研修会を開催した。参加者はFD実行委員会メンバーを中心に、授業評価を実際に行う授業担当の教員であった。第2回目は全教員に呼びかけ実施した。今後はこのツールを如何に活用するかである。人間看護学部独自の授業評価専用ソフト開発であり、各教員が授業評価の意義を理解し活用できるよう、次年度の課題として今後も検討していく。

## 3. 看護研究方法に関する資質の向上 (担当：竹村・西田)

1) 国際的視野に立った研究開発を進めるための講演会

第1回 人間看護学部フォーラム  
日 時 平成17年8月30日(火) 10:00~14:30

第1部 テーマ「質的研究の実際」  
講 師 大阪府立大学教授 羽山由美子先生

第2部 講師と教員のディスカッション テーマ「質的研究に取り組むために」

参加者数：学部内教員16名、学外者21名 第2部 15名

## 4. 在外研修報告会と広報 (担当：大脇・嶋澤)

平成17年度の在外研修報告会は、7名の教員が海外での国際会議や各自の研究テーマについての学びを報告した。内容は多岐に渡り教員のディスカッションを通して学習の場となり、参加者に多くの示唆を与え研究

意欲に繋がった。またFD実行委員会活動レターは、前年度に引き続き、委員会活動の状況を全教員に共有できる目的で4回発行した。ホームページも作成し広報活動に努めた。

## III. 今後の課題

FD実行委員会活動は3年を経過した。上記の目標4点について十分な活動であったか評価はその都度実施し報告してきた。しかし、①各教員が目的を持って積極的に参加・創造できる研修会、②教員の教育・研究に関する資質の向上への貢献等課題がありさらに精査が必要で

表1 在外研修報告会概要

開催日時・場所	テーマ・講師	研修先	参加人数
平成17年6月29日 (水) 16:30-18:30	4年毎 ICN 大会 in 台湾に参加して 土平俊子 教授	台湾 台北	学部内 25名
	第23回 ICN 大会における学会発表 の報告 流郷千幸 助手	台湾 台北	
	日本文化における自己の性質 Denise Saint Arnault 研修員	ミシガン州立大学 より滋賀県本学部 へ研修	
平成17年9月28日 (水) 16:30-17:30	ICMブリスベン大会に参加して 岩谷澄香 教授	オーストラリア ブリスベン	学部内 26名
	第27回 ICM大会の報告 嶋澤恭子 助手	オーストラリア ブリスベン	
平成17年10月26日 (水) 16:30-17:30	1.2005年国際合同微生物学会 (IUMS 2005)への参加・発表 2.米国立衛生研究所(NIH)と米国の エイズ治療・教育について 山田 明 教授	アメリカ合衆国 カリフォルニア州 メリーランド州	学部内 15名 学部外 3名
	中国の看護と教育 蒋 小剣 研修員	滋賀県 海外技術 研修 中国湖南省中南大学 看護学院大学院より 研究目的にて来日 本学部に滞在	
平成17年11月30日 (水) 16:30-17:30	ハワイ州におけるアンケート調査 の実際 竹村節子 教授	アメリカ合衆国 ハワイ州 ホノルル市	学部内 20名

ある。地域に開かれた大学の役割として学外の人々への学習の場も提供してきた。

FDの概念、さらには人間看護学部の理念に立ち返り、

今後も教員相互の教育・研究の啓発や能力開発等に貢献できるFD実行委員会を目指したい。

**人間看護学部** 2005.9.27  
**平成17年度FD委員会活動レターNo. 1**

昨年度、活発に実行されていましてFD委員会活動レターに引き続き、本年度も趣向活動報告を行うこととなりました。先定方針1人4人1人の人間看護学部FD活動への理解とご協力、誠にありがとうございます。既に今年度も、新年度も引き続きFD活動へのご協力をどうぞよろしくお願い申し上げます。

**\*\* 副下FD委員会委員長より \*\***

大学での日々の教育・研究、そして毎日起こる身近な学生の実業、さらには各団体の国際的な教育問題にいたるまで、私たちが教員は多くの課題を抱えながら、教育活動に邁進しています。そして大学における教育活動の向上は、各教員の資質開発にかかっていると言われています。

FD委員会としては、教員の教育能力開発のため、副FD委員長はじめ委員の率先的な努力によりこの2年間大きく前進しながら今日に至りました。それは皆さんの苦しみであったと言えます。いよいよこれから成長を加速とすべく、今年度までの成果のさらさらを引き継ぎ、FD委員会として発展できればと思います。FD委員会が目標を達成するため、今後さらに教員の教育能力開発に貢献できる方、委員一同協力したいと思っておりますので、各先生方のご協力をよろしくお願い申し上げます。



**【平成17年度人間看護学部FD年間計画】**

日 程	事業内容
平成17年 6月29日(木)	第1回在外研修報告会(全学・夜間)
平成17年 8月30日(木)	人間看護学部FDフォーラム
平成17年 9月28日(木)	第2回在外研修報告会(国際・夜間)
平成17年 10月28日(木)	第3回在外研修報告会(山形県)
平成17年 11月28日(木)	第4回在外研修報告会(竹村)
平成17年 12月20日(日)	授業評価 聴感会 講師：神戸大学看護学センター 斎藤由美
平成18年 3月予定	授業評価 聴感会 (国際2学部)

さて、先に行われました第1回在外研修報告会と、人間看護学部FD公開フォーラムについてのご報告をさせていただきます。

**人間看護学部** 2005.11.1  
**平成17年度FD委員会活動レターNo. 2**

**お知らせ**  
 FD委員会が大学内には、人間看護学部のみで活動して、国際的に多くの事業活動があります。この活動の認知度を高めるべく、10月より、大学内全体にFDフォーラムなど活動のご案内をさせていただきますことになりました。10月26日の第3回在外研修報告会終了後には国際委員会と協賛でセミナーを開催し、学部内からの参加者もありました。



**FDフォーラム**

第2回在外研修報告会  
 日 時：9月28日(木) 16:30~18:30  
 場 所：看護棟 会議室(50-201)  
 参加者数：26名

演 題：16:30~17:00 「ICMプラスベン大会に参加して」 岩谷 雅彦 教授  
 岩谷先生からは学会委員の内容だけでなく、ICMの推進や学会が組織されたオーストラリア、ブリスベンの様子、居住性の助産活動などについてもご紹介されました。

17:00~17:30 「第27回ICMA会の報告」 地澤 敏子 助手  
 地澤先生からは学会委員の内容と併せて、学会委員を行った日本助産学会 国際助産員委員会との活動についてもご紹介頂き、ご報告後、参加者との活発な意見交換がありました。



**人間看護学部** 2006.1.23.  
**平成17年度FD委員会活動レターNo. 3**

年も改まり、本年度のFD委員会活動も大詰めを迎え、3月の教育講演を待つのみとなりました。この活動の認知度を高めるべく、大学内外への活動のご案内をさせて頂く他、教育講演などのVTR記録も蓄積しつつあります。ご参加頂けなかった活動については、VTR等をご活用頂ければと思います。



**FDフォーラム**

第4回在外研修報告会  
 日 時：1月13日(木) 16:30~17:00  
 場 所：看護棟 会議室(50-201)  
 参加者数：20名

演 題：「ハワイ州におけるアンケート調査の実態」 人間看護学部 竹村節子 教授



海外での研修報告に加え、海外におけるアンケート調査の手続きの方法について、CITI (Course in the Protection of Human Research Subject)についても詳細な資料とともにご紹介を頂いた勉強会となりました。  
 参加者の海外調査への興味は大きく、参加者からは祝山の質問があり、活発な意見交換もありました。

**今年度最後のFDフォーラムのご案内**

平成18年3月22日(水)  
 第1部 13:00~15:00 公開セミナー：演題「看護学実習の方法論と評価方法」  
 講師 東海大学健康科学部 学部長 藤村 龍子 教授  
 第2部 15:15~16:00 学部教員研修：藤村先生と人間看護学部教員との懇談会

**人間看護学部** 2006.3.27.  
**平成17年度FD委員会活動レターNo. 4**

本年度最後のFD委員会活動レターとなりました。委員会の活動は3月22日(水)のFDフォーラムを最後に、全て無事終了しました。

**FD委員会 委員様 挨拶**

近畿では桜の花見宴が出来ましたが、人間看護学部では白梅が満開を迎えるこの頃となりました。さて4月にFD委員会がメンバーを半分交代し発足して依頼、早いもので1年が経過いたしました。今年度の事業として、①3回の外報講師によるFDフォーラムの開催、②4回7名の先生方のご協力による在外研修報告会、③豊田先生を中心に授業評価のワーキンググループによる看護学部独自の授業評価ツールの完成、④4回のFDレターの発行等、

人間看護学部FD委員会の目標達成のため、FD委員一同努力してまいりました。  
 本学部のFDの概念である「看護学系教員の教育能力の開発」の一助となったかを真摯に問いながら役割を明確にし、次年度に活かしたいと思っております。教員の皆様方、今年度のご協力有難うございました。どうぞ来年度もよろしくお申し込み申し上げます。



平成17年度 徳島県立大学人間看護学部FDフォーラム

日 時：3月22日(水)

第1部 13:00~15:00 公開セミナー：演題「看護学実習の方法論と評価方法」  
 講師 東海大学健康科学部 学部長 藤村 龍子 教授

場 所：第1部 人間看護学部 第1中講義室 E5-101

参加者数：第1部 学部内27名 学外65名



開始前 受付風景

図1 FD実行委員会活動レターNo.1~No.4の表紙

平成17年度FD実行委員会メンバー 筒井裕子、竹村節子、大脇万起子、西田厚子、甘佐京子、  
嶋澤恭子、本田可奈子、米田照美  
ワーキンググループ 豊田久美子、比嘉勇人、甘佐京子  
委員長 森下妙子（文責）

(平成18年5月17日改正)

# 人間看護学研究投稿規定

## 1. 趣旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

## 2. 発行

原則として毎年度1回発行する。

## 3. 投稿者の資格

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

## 4. 原稿の種類

(1) 原稿の種類は、下記の通りとする。

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

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

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

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

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

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

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種別は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

## 5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2) 原稿は刷り上がり（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

## 6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、原稿中にもその旨が明記されていること。

## 7. 投稿手続

(1) 原稿を3部（うち2部は複写でも可）を編集委員会に提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文をワード形式で、図表をワード・エクセル形式で保存したパソコン記憶媒体（FD、CDなど）を添付する。

(3) 提出場所

持ち込みの場合：編集委員会

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

〒522-8533 彦根市八坂町2500

滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究編集委員会

## 8. 原稿の受付

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

## 9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2) 査読結果により原稿の修正を求めることがあるが、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。

(平成18年5月17日改正)

## 原稿執筆要領

### 1. 原稿構成

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

### 2. 執筆要領

- (1) 原稿は、パーソナルコンピュータで作成する。
- (2) 原稿はA4版横書きで、1頁1200字(40字×30行)になるように作成する。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、当用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字体の原綴で記載する。
- (5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位(kg, mg, mm, ml, kcal, °Cなど)を用いる。
- (6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関しては、初出時に簡単な説明を加える。

- (7) 図・表および写真は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめ、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。
- (8) 文献は、本文の引用箇所の肩に<sup>1)</sup> <sup>2)</sup> のように半角上付き番号で示し、本文の最後に引用した番号順に整理して記載する。雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌ではINDEX MEDICUS、INTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。
- (9) 文献の記載方法  
雑誌の場合：著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行所、発行年の順に記載する。  
単行書の場合：著者名、書名、版、引用頁、発行所、発行年の順に記載する。  
単行書(分担執筆)の場合：著者名、分担章標題名、編集名、書名、版、頁、発行所、発行年の順に記載する。  
訳書の場合：原著者、書名、発行所、発行地、発行年、訳者名、書名、頁、発行所、発行年の順に記載する。

**総説**

- 看護におけるアドボカシー —文献レビュー—  
竹村節子 ..... 1

**論文**

- 精神看護実習において看護学生に生じた involvement の概念分析とその多軸評定の作成  
牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、松本行弘 ..... 13

- 急性期における統合失調症患者家族アセスメントツールの考案  
甘佐京子、比嘉勇人、牧野耕次、松本行弘 ..... 23

- 看護記録の開示に対する看護者の意識調査  
豊田久美子 ..... 35

- 認知症高齢者の自己効力感が高まる過程の分析とその支援  
畑野相子、筒井裕子 ..... 47

**研究ノート**

- 急性期成人看護学演習において協同学習に基づく説明活動が学生に及ぼすストレスと効果  
沖野良枝、米田照美、前川直美、長澤晋吾 ..... 63

- 自治体定年退職者の退職後の生活と健康の関連に関する実証研究  
西田厚子、堀井とよみ、筒井裕子、平英美 ..... 75

**活動と資料**

- オーストラリアにおける倫理委員会の役割と活動  
江藤美和子、豊田久美子 ..... 87

**フォーラム**

- 平成 17 年度人間看護学部 FD の活動状況  
人間看護学部 FD 実行委員会 ..... 93

**Review Articles**

- Advocacy in Nursing — a review of literature —  
Setsuko Takemura ..... 1

**Articles**

- Analysis of the Concept of Involvement Occurring in Nursing Students during a Psychiatric Nursing Care Practicum and the Development of a Multiaxial Assessment for Involvement  
Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa, Yukihiko Matsumoto ..... 13

- Creation of Tools for Assessment of Families of Schizophrenia Patients in the Acute Phase  
Kyoko Amasa, Hayato Higa, Koji Makino, Yukihiko Matsumoto ..... 23

- The Study on Nurses' Awareness of the Release of their Records  
Kumiko Toyoda ..... 35

- Analysis and Support of the Process for Increasing the Self-Efficacy of Elderly Dementia Patients  
Aiko Hatano, Sachiko Tsutsui ..... 47

**Notes**

- Psychological and Physical Stresses and Effect of Cooperative Learning and Self-explanation to the Student Nurses in Acute Care Exercise of Adult Nursing  
Yoshie Okino, Terumi Yoneda, Naomi Maegawa, Shingo Nagasawa ..... 63

- Evidential Study about the Relation between the Life and the Health of Local Government Official Retirees  
Atsuko Nishida, Toyomi Horii, Sachiko Tsutsui, Hidemi Taira ..... 75

**Report & Material**

- The Roles and Activities of Ethics Committees in Australia  
Miwako Eto, Kumiko Toyoda ..... 87

**Forum**

- Activities of Faculty Development (FD), School of Human Nursing in 2006  
Committee of Faculty Development ..... 93