

平成23年(2011年)9月 第8卷1号

ISSN 1349 - 8630

医療看護研究

Journal of Health Care and Nursing

 順天堂大学医療看護学部

Juntendo University School of Health Care and Nursing

目次

研究報告

- 慢性的な疾患/状態を抱える成人患者を対象とした看護学実習における体験型実習の意義
長瀬 雅子 … 1
- 医療における音楽療法の発展と課題に関する研究
中島 淑恵 … 8
- 対人援助職へのマインドフルネストレーニングの効果－文献レビュー－
立石 彩美 … 16

寄稿

- 人の動きの学習「キネステティクス®」
吉武 幸恵 … 25

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部第19回公開講座

- 講演1
青年～大人のこころの問題：軽症うつ病・適応障害など－精神科医の立場から－
順天堂大学スポーツ健康科学部 広沢 正孝 … 29
- 講演2
子どものこころの問題：摂食障害と適応障害を中心に初期症状の発見と家族における対応の仕方
－小児精神科医の立場から－
くじらホスピタル 山根 知英子 … 42

第7回 医療看護研究会

- 講演
看護研究は医療を動かす－褥瘡管理から見えた高度実践看護の効果－
東京大学大学院 真田 弘美 … 56
- 研究発表要旨

国際交流講演会報告 …………… 80

学位論文要旨

- 平成22年度順天堂大学大学院医療看護学研究科看護学専攻修士論文要旨 …………… 83

投稿規定 …………… 93

 研究報告

 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
 P.1-7 (2011)

 慢性的な疾患／状態を抱える成人患者を対象とした
 看護学実習における体験型実習の意義

 Experiential Training with Adult Patients Living with Chronic Illnesses /
 Conditions : Its Significance in Nursing Training

 長瀬 雅子*¹
 Masako NAGASE

 高谷 真由美*¹
 Mayumi TAKAYA

 青木 きよ子*¹
 Kiyoko AOKI

 樋野 恵子*¹
 Keiko HINO

 中島 淑恵*¹
 Yoshie NAKAJIMA

要 旨

本研究では、慢性疾患及び慢性的な健康課題をもちながら外来で治療を受ける人々にかかわるといふ体験型実習における学びの内容を明らかにし、外来化学療法室や人工腎臓室における体験型実習が実習目標達成にどのように生かされているのかについての示唆を得ることを目的とした。2009年度と2010年度の成人看護実習（慢性看護）において体験型実習を行なった学生（240名）で、研究協力の同意が得られた者の中から40名の実習記録に記述された内容をデータとし、それらを質的帰納的に分析した。記述された学びの内容から、【外来で継続的に治療を受け続ける患者の理解】 【治療を受ける患者を支える外来看護師の役割】 【多職種がチームとして協働・連携している場】 【効果的で必要とされる看護を実践するための課題】 という4つのコアカテゴリーと、16の下位カテゴリーが抽出された。

索引用語：体験型実習、外来化学療法、人工透析、学生の学び、慢性看護

Key Words : experiential training, outpatient chemotherapy, dialysis, student learning, chronic illness / condition nursing

I. はじめに

看護基礎教育における看護実践能力育成への取り組みについて、文部科学省所管の検討会による報告書が示されてから7年が過ぎた¹⁾²⁾。その報告書で示された「看護実践能力」は、5つの群と19の実践能力で構成されている³⁾。2009年3月からは、同じく文部科学省に「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」が設置され、看護基礎教育の質が保証されるようなモデルコアカリキュラムが構築されようとしている。この検討会では、先の検討会で策定された「看護実践能力」を社会からの期待に応えるような学士課程卒業者の看護実践能力の向上を目指して見直され、看護実

践を構成する5つの能力群とそれぞれの群を構成する20の看護実践能力から成る「看護実践能力と卒業時到達目標」が策定された。

この「看護実践能力と卒業時到達目標」の「Ⅲ群特定の健康課題に対応する実践能力」には、「12)慢性疾患及び慢性的な健康課題を有する人々を援助する能力」が下位項目に含まれている。この能力の育成に対応する科目として、本学医療看護学部では「成人看護方法論Ⅱ」と「成人看護実習Ⅱ」があげられる。前者では、慢性的な疾患をもつ人々を機能別に事例をあげて講義あるいは演習を行っている。後者は臨地実習で、「慢性の疾患をもち、生涯にわたりセルフケアが重要となる成人患者および家族への看護実践に必要な知識や技術を習得する」ことを目的として、患者受け持ち型実習と体験型実習を組み合わせた学習デザイン

 *1 順天堂大学医療看護学部

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

としている。この体験型実習は、外来透析室、外来化学療法室、内視鏡室のいずれかで、見学および外来患者へのインタビューを行い、受け持ち患者の看護過程を展開するという実習方法からは学びにくい、生涯疾患をもって生活するという患者の生活やその思いを直接知ることを目的としている⁴⁾。

先に示した「慢性疾患及び慢性的な健康課題を有する人々を援助する能力」とは、慢性疾患による健康課題と日常生活におけるセルフケアとの関係を理解し、慢性疾患をもつ人々が生涯にわたって疾患を管理したり、悪化・進行を予防したりするような療養生活が送れるように援助するために必要な能力のことであり、家族を支援し、有効な社会資源を活用する能力も含まれている³⁾。1990年代以降、在院日数の短縮化が図られ、障害の程度や病状進行の程度にかかわらず、慢性的な疾患や状態をもつ人々が地域で生活するようになっている。以前は入院をしなければできなかった検査が、近年の医療技術の進歩によって通院でできるようになったものもある。また、2002年には診療報酬に外来化学療法加算が加わり、外来での症状コントロールや治療の機会がますます多くなっている。したがって、慢性疾患及び慢性的な健康課題をもつ人々への看護では、看護師は疾患や障害をもちながら地域で生活する人々であるということを理解しながら、施設内での看護をより患者のニーズに沿うものに行うことができることを期待されている。

外来透析療法室や外来化学療法室における体験型実習から学生がどのような学びを得るのかについて調査した先行研究では、外来で治療を受けている患者と直接対話することによって、学生が、その人らしい生活や人生を送ることの重要性や、患者の生活に合わせたセルフケア能力向上への援助や、治療が患者や家族に及ぼす影響などを学んでいることを明らかにしている⁵⁾⁶⁾。また、病棟で一人の患者を受け持ちながら、体験型実習を複数取り入れることで、学生の看護実践能力に対する自己評価が実習前より高くなるという示唆が得られている⁷⁾。しかし、このような体験型実習に関する報告は少なく、これらの先行研究では体験型実習におけるどのような学びが、慢性疾患及び慢性的な健康課題をもつ人々への援助を考えるのに役立つのかについては、明らかにしていない。

II. 目的

慢性疾患及び慢性的な健康課題をもちながら外来で

治療を受ける人々にかかわるといふ体験型実習における学びの内容を明らかにし、外来化学療法室や人工腎臓室における体験型実習が成人を対象とした看護学実習の目標達成にどのように生かされているのかについての示唆を得る。

<用語の定義>

体験型実習とは、外来で継続的な治療を受けながら健康上の問題を抱えて生活している患者の思いや、病棟での受け持ち型実習だけでは理解することが難しい患者の日常生活を直接知るために、外来化学療法室や人工透析室などの現実的な実践を反映した場に参加する実習のことをいう⁸⁾。

III. 方法

1. 研究対象

本研究では、2009年度と2010年度に外来化学療法室もしくは人工腎臓室で実習を行なった学生（約240名）で、研究協力への同意が得られた者の中から40名を無作為抽出し、その記録を分析対象とする。無作為抽出では、まず、外来化学療法室と人工腎臓室で実習した学生に分け、それぞれの中から20名ずつを選定した。なお、研究協力への同意を撤回された場合には、分析対象になっていない学生の記録から追加で無作為抽出することとした。

2. 実習の目的と方法

本学の成人看護実習の目的は、「健康障害をもつ成人期にある対象者の看護実践を通して倫理観を養い、成人期にある人を理解し、セルフケア能力に応じた看護実践能力を培う」ことにある。特に、慢性的な疾患や状態を抱えた人への看護では、「慢性の疾患をもち、生涯にわたりセルフケアが重要となる成人患者および家族への看護実践に必要な知識や技術を習得する」ことを目標として、病棟内実習では患者1~2名程度を受け持ちながら看護過程を展開する、受け持ち型実習を行っている。

体験型実習は、受け持ち型実習期間中の半日を使って実施している。その目標は、外来化学療法室では「外来で化学療法を受ける患者とその家族に対する看護の実際を知る」とし、人工腎臓室では「透析療法による患者への影響と透析療法室の看護を理解する」としている。また、内視鏡室では「身体的・精神的に侵襲の強い検査を受ける患者に必要な看護の実際を知

る」を目標としているが、本研究では分析対象に含めていない。実習の方法は、いずれも看護師に同行して説明を受けながら実施する見学と、患者の同意が得られる場合に実施する面接から成る。

これらの実習のうち、人工腎臓室と外来化学療法における体験は、慢性疾患／状態を抱え、外来で治療を受け続けながら生活している人々を対象としている点で共通している。一方、内視鏡室における体験は、主に検査を受ける人々を対象としている。そのため、患者の特性が他の2箇所と異なると考え、本研究では内視鏡室の実習記録を分析対象に含めないものとする。実習記録は、「実施内容」と「学び」で構成されており、記述内容は自由である。

3. 分析方法

まず、質的データ分析の帰納的アプローチに従い、研究対象となった記録の記述内容を読んで内容ごとにコーディングを行う。次にコード間の類似性をみて焦点的コーディングを行い、各カテゴリーのネーミングを行う。最後に、コードとカテゴリーをデータと照らし合わせて再文脈化し、学生の体験型実習での学びが実習目標達成にどのように生かされているのかについて考察する。

4. 倫理的配慮

対象者には、実習終了後に文書と口頭で研究の主旨を説明し、同意が得られた場合のみ、その実習記録を分析対象として用いることとした。また、本研究への協力は、対象となる学生の自由意思で行われるものであり、研究協力に同意しなくても何ら不利益がないことを説明した。実習記録の分析では、対象者個人が特定されないように処理した。なお、本研究は順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認を受けている。

IV. 結果

得られた92コードから38のサブカテゴリーと16のカテゴリーに分類できた(表1)。また、カテゴリーは4つのコアカテゴリーに分けられた。以下、コアカテゴリーを【 】, カテゴリーを『 』、サブカテゴリーを〈 〉で表記する。

1. 【外来で継続的に治療を受け続ける患者の理解】

学生は体験型実習を通して、外来で継続的に治療を受け続ける生活がどのようなものなのかを理解しよう

としていた。

『セルフケアの重要性』では、患者のQOLがいかにセルフケアできているかにかかわるものであるとして、〈QOLを高めるためにはセルフケアが重要である〉という記述がみられた。

『生活者としての患者』では、仕事や家事、社会生活上でのなんらかの影響があるという点で〈外来での治療による生活への何らかの影響を感じている〉という記述がみられた。そうした意味では、〈外来で治療を受けることが日常生活の一部となっている〉と捉えた学生もいる。また、外来での治療とうまく折り合いをつけながら生活している人は、身体的には健康とは言えないが、相対的にみれば健康的なのではないかと考え、〈自分らしい生活を送ることが健康的といえる〉という記述もみられた。さらに、〈セルフケアの方法は個別的である〉というように、セルフケアが患者個々の生活スタイルに合わせて行なわれていることを実感していた。このように、医療者からみれば「患者」であるその人が、実際は生活者であるという記述がみられた。

外来通院という形で治療を受けている患者にも『治療に伴う苦痛や苦悩』がある。患者は入院中に自らの病を受け容れているとは限らず、〈受容にいたるには時間が必要である〉と理解していた。また、明るい表情をしていても、患者はみなつらい経験をしてきていたり、不安な気持ちをうまく表出できないでいたりすることもあるというように、〈明るい表情であってもつらい経験や気持ちが隠されている〉という記述がみられた。治療には副作用や合併症があるため、〈外来で治療を受けるという経験にはつらい経験もある〉と感じていた。さらに、外来で治療を受けることの意味を感じ取り、〈外来での治療は予後を左右するイベントのようなものでもある〉と捉えた学生もいる。

『ソーシャルサポートの重要性』では、病あるいは治療を続けなければならないという現実を受け容れることができているのは、〈家族や大切な人に支えられていると実感している〉ことによるものであるということ、患者へのインタビューを通して学んでいた。

2. 【治療を受ける患者を支える外来看護師の役割】

学生が学びとして記述していた外来看護師の役割には、6つのカテゴリーがみられた。

『セルフケア支援』では、病やいまの状況を受け容れることが困難な患者に寄り添い、いまの状況に応じ

表1 体験型実習における学生の学びの内容

【コアカテゴリー】	
『カテゴリー』	<サブカテゴリー>
【外来で継続的に治療を受け続ける患者の理解】	
『セルフケアの重要性』	QOLを高めるためにはセルフケアが重要である
『生活者としての患者』	外来での治療による生活への何らかの影響を感じている 外来で治療を受けることが日常生活の一部となっている 自分らしい生活を送ることで健康的といえる セルフケアの方法は個別的である
『治療に伴う苦痛や苦悩』	受容にいたるには時間がかかる 明るい表情であってもつらい経験や気持ちが隠されている 外来で治療を受けるという経験にはつらい経験もある 外来での治療は予後を左右するイベントのようなものでもある
『ソーシャルサポートの重要性』	家族や大切な人に支えられていると実感している
【治療を受ける患者を支える外来看護師の役割】	
『セルフケア支援』	外来においても受容過程を支援する セルフケアを継続するための精神的な支えとなる 継続的に患者のセルフケアを支援する
『症状緩和や合併症対策』	治療中に起こりうる合併症の予防と対策をする 病や治療に伴う症状や負担を軽減する 症状や治療の副作用に対する不安を軽減する
『安全で確実なケア』	外来における短い治療時間であっても適切で確実にケアする 安全で確実に治療を実施する
『治療以外の日常生活への配慮』	安心して生活できるようにかわる 治療後は自宅に帰ることを考慮してケアする
『安心できる環境の調整』	安心して治療を受けられるように環境を調整する 安心できるようにかわる 患者の信頼が得られるようにかわる
『家族へのケア』	患者を支える家族に対して外来でも必要に応じて支援する
【多職種がチームとして協働・連携している場】	
『看護の継続性』	看護職が情報を共有し連携している 前回治療日と今回の看護が継続している
『チーム医療』	多職種がチームとして協働している
【効果的で必要とされる看護を実践するための課題】	
『情報収集やアセスメント能力の獲得』	情報収集能力を身につける コミュニケーション能力を磨く アセスメント能力を身につける 全体像を把握する力を身につける
『効果的なかわり方』	実現可能な目標設定ができるようになる 個別的なセルフケア方法を考える力をつける 対象者に合ったかわり方ができるようになる
『専門職者としての責任』	専門職として責任あるケアが確実に実践できるようになる 観察することの意味が理解できるようになる
『知識不足』	確実なケア実践のための知識を身につける

た療養生活が送れるようにするための支援として〈外来においても受容過程を支援する〉や、受容しているかどうかに関わらず、慢性的な病／状態と向き合い続けるための〈セルフケアを継続するために精神的な支えとなる〉ことが必要であると記述していた。また、それぞれの生活に合わせたセルフケアができるような指導や、セルフケアが継続できるよう支援する〈継続的に患者のセルフケアを支援する〉ことが重要な役割

であると理解していた。

『症状緩和や合併症対策』では、外来での治療に関する看護師の役割として、治療中の合併症や治療後に予測される副作用などの予防と、それらが生じたときの対処を事前に備えておくという〈治療中に起こりうる合併症の予防と対策をする〉や、病そのものに伴う症状や負担感を緩和する〈病や治療に伴う症状や負担を軽減する〉ことを学んでいた。また、そうした症状

などに伴って生じる不安を軽減したり、対処できるようにしたりするための〈症状や治療の副作用に対する不安を軽減する〉ことが重要であると記述されていた。

また、患者に余計な不安や身体的負担を生じさせないためには、〈外来における短い治療時間であっても適切で確実にケアする〉や〈安全で確実に治療を実施する〉という『安全で確実なケア』が必要であると理解していた。

上記の категорияが主として治療中の役割として理解されているのに対して、『治療以外の日常生活への配慮』では治療を受けて自宅に帰った後に生じる問題に着目していた。治療後に生じると予測される副作用や体調不良に対して、患者が安心して生活できるようにするための〈安心して生活できるようにかかわる〉や〈治療後は自宅に帰ることを考慮してケアする〉が学びとして記述されていた。

このような看護ケアを実践するための『安心できる環境の調整』も看護師の役割である。まず、患者が治療を安心して受けることができるよう、匂いやベッドの色調などを配慮した〈安心して治療を受けられるように環境を調整する〉、患者の個別性に応じた看護師の対応や患者のちょっとした変化を見逃さない〈患者が安心して生活できるようにかかわる〉ことが外来看護師に求められる役割であると認識していた。一方で、短い治療時間でこのような関わりをするためには、患者との信頼関係をうまく構築する必要があり、改めて〈患者の信頼を得られるようにかかわる〉ことが重要であると感じていた。

また、症状があつたり不安を感じていたりする患者と向き合う家族の問題に着目して、『家族へのケア』も重要な外来看護師の役割であると感じていた。

3. 【多職種がチームとして協働・連携している場】

多職種との協働・連携についての学びには、2つの категорияがみられた。

一つは、〈看護職が情報を共有し連携している〉や〈前回治療日と今回の看護が継続している〉といった『看護の継続性』である。外来においても病棟と同じように看護師同士が情報を共有し、同じようなケアが提供できるよう工夫されていると感じ取っていた。

二つ目は、医師、臨床工学技師、薬剤師、事務職員などとの連携で、〈多職種がチームとして協働している〉ことを感じ取り、どのように『チーム医療』が行なわれているのかを学んでいた。

4. 【効果的で必要とされる看護を実践するための課題】

上述1~3で論じたように、学生は、外来で治療を受け続ける患者とはどのような存在であるかを理解し、そのために外来看護師がどのような役割を担っているのかについて学んでいた。また、ケア実践が多職種との協働や連携で行なわれていることも実感し、理解していた。このような学びをふまえて、外来における慢性的な病／状態を抱える患者への看護実践を効果的にこなすためには、次のような課題があると感じていた。

まず、限られた時間しかかかわることができない外来において、効果的にコミュニケーションをとったり、患者のサインを的確にキャッチしたりするためには、〈情報収集能力を身につける〉や〈コミュニケーション能力を磨く〉が必要である。また、得られた情報をアセスメントし、個別的な関わりをするためには、〈アセスメント能力を身につける〉や〈全体像を把握する力を身につける〉ことが求められるというように、『情報収集やアセスメント能力の獲得』を自覚していた。

また、患者のセルフケア支援を適切に、効果的に実践するために、〈実現可能な目標設定ができるようになる〉、〈個別的なセルフケア方法を考える力をつける〉を見出し支持すること、〈対象者に合ったかかわりができるようになる〉をすることという『効果的なかかわり方』ができるようになることが課題であると感じていた。

さらに、〈専門職として責任あるケアが確実に実践できるようになる〉〈観察することの意味が理解できるようになる〉という『専門職者としての責任』や、〈確実なケア実践のための知識を身につける〉が必要であるというように『知識の十分な獲得』についても、外来における体験型実習を通して、学生が改めて自覚した学びであった。

V. 考 察

体験型実習における学びについての学生の記述は、【外来で継続的に治療を受け続ける患者の理解】【治療を受ける患者を支える外来看護師の役割】【多職種がチームとして協働・連携している場】【効果的で必要とされる看護を実践するための課題】の4つのコアカテゴリーに分類された。これらは、「慢性の疾患を持ち、生涯にわたりセルフケアが重要となる成人患者および家族への看護実践に必要な知識や技術を習得する」という実習全体の目標を構成する要素でもある。

つまり、半日という限られた時間でありながら、学生たちが多角的な視点をもって学習しようとしていたことがうかがえる。なお、これらのコアカテゴリーのうち、先の3つは先行研究⁵⁾⁶⁾で学びとして指摘されている結果と類似しているが、4つ目のコアカテゴリーは他の研究結果では示されていなかったものである。

杉森ら⁹⁾によれば、看護基礎教育課程における看護学実習は、「学生が既習の知識・技術を基にクライアントと相互行為を展開し、看護目標達成に向かいつつ、そこに生じた現象を教材として、看護実践能力を習得する学習目標達成を目指す授業」であり、「個々の主観に属し客観性に乏しく知性による加工、普遍化を経ていない」体験を「知覚による客観の認識」である経験とする学習場面である。慢性疾患とともに生活する人々にとってセルフケアが重要であることを講義などを通して理解しているにもかかわらず、体験型実習の学びとして【外来で継続的に治療を受け続ける患者の理解】の下位カテゴリーに『セルフケアの重要性』や『生活者としての患者』についての記述がみられるのは、杉森らが指摘するような学習過程が展開されているからではないかと推測できる。つまり、講義や病棟での受け持ち型実習を通して得た知識と体験を融合させ、経験とする学習効果とみることができるだろう。この経験が、病棟における受け持ち患者への専心や関心喚起にも繋がっているのではないかと考える。

また、【治療を受ける患者を支える外来看護師の役割】の『セルフケア支援』『治療以外の日常生活への配慮』にみられるように、継続的なセルフケアを可能とする要因には適切な指導だけではなく、外来における継続的なかわりも重要であることを学んでいる。病棟における受け持ち患者へのかかわりだけでは認識しにくい外来受診の様相を学ぶことで、患者が医療や看護とどのように繋がっていくのか、看護の継続がどのようになされるのかをイメージすることができていたのではないかと考える。また、患者には『治療に伴う苦痛や苦悩』があること、それらを緩和するために『治療以外の日常生活への配慮』『症状緩和や合併症対策』『安全で確実なケア』『安心できる環境の調整』が必要であることを学んでいた。とりわけ、在宅療養を支えるためには、外来における治療中の看護だけではなく、自宅に帰った後のことも考慮してかわる必要があり、そうすることで在宅療養におけるQOLを高めているのだということを理解するにいたった。

こうした学びが、【効果的で必要とされる看護を実

践するための課題】への気づきにつながっている。これは、学生自身が自らの未熟さを自覚するという学習行動の一つ⁹⁾であると考えられる。

学生は実習の過程において、学習目標達成を目指す学習者と看護を実践する援助者との立場の切り替えを何度も繰り返すという¹⁰⁾。体験型実習では、学生は援助者としての立場の転換を求められることがなく、学習者としての安定した立場を保つことができる。このような学習環境が、講義や演習による知識や技術、病棟における受け持ち型実習での体験を客観化し、自らの課題を見出すとともに、患者が抱える問題や看護現象への関心喚起、専心へとつながるのではないか。そして、受け持ち型実習だけでは捉えにくい「慢性の疾患をもち、生涯にわたりセルフケアが重要となる成人患者および家族」への理解と「看護実践に必要な知識や技術」の習得に繋がっているのではないかと考える。

謝 辞

本研究にご協力いただいた学生のみなさまに深謝いたします。

引用文献

- 1) 看護学教育の在り方に関する検討会：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて、看護学教育の在り方に関する検討会報告書，文部科学省，2002.
- 2) 看護学教育の在り方に関する検討会：看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標，看護学教育の在り方に関する検討会報告書，文部科学省，2004，http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm，2011年1月31日.
- 3) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告（案），文部科学省，2010，http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/siryu/1301158.htm，2011年2月1日.
- 4) 青木きよ子，吉田澄恵，高谷真由美，他：看護実践能力を育むために体験型実習を取り入れた成人看護実習の取り組み，医療看護研究，3(1)，75-81，2007.
- 5) 佐名木宏美，武居明美，堀越政孝ほか：成人外来継続看護実習での人工腎臓センターにおける学生の学び，群馬保健学紀要，28，31-39，2008.

- 6) 武居明美, 佐名木宏美, 辻村弘美ほか: 外来継続看護実習におけるがん化学療法が患者に及ぼす影響に関する学生の学び, 群馬保健学紀要, 28, 19-30, 2008.
- 7) 高谷真由美, 桑子嘉美, 中島淑恵, 他: 複数の体験を組み入れた成人看護実習が学生の実践能力に与える影響, 医療看護研究, 5(1), 102-107, 2009.
- 8) 青木きよ子, 中島淑恵, 安井大輔ほか: 成人看護実習で実施している看護師同行実習における技術体験, 医療看護研究, 5(1), 82-90, 2009.
- 9) 杉森みど里・舟島なをみ: 看護教育学 第4版増補版, 医学書院, 2009.
- 10) 山下暢子・舟島なをみ: 看護学実習における学生行動の概念化, 看護教育学研究, 12(1), 15-28, 2003.

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
P. 8-15 (2011)

医療における音楽療法の発展と課題に関する研究

Development of Music therapy in Health care and Future challenges

中島 淑恵¹⁾
NAKAJIMA Yoshie

高谷 真由美¹⁾
TAKAYA Mayumi

林 明人²⁾
HAYASHI Akito

榎 子 嘉 美¹⁾

青木 きよ子¹⁾
AOKI Kiyoko

要 旨

代替療法の講習会と、医療における音楽療法を考える研究会に参加した医療職者を対象に実施した2つの調査から、本研究は医療における音楽療法に対する医療職者の認識および期待について分析し、活用の可能性や課題について明らかにすることを目的とし分析した。

講習会に参加した41名の看護師と、研究会に参加した40名の医療職者から回収した調査票を対象にした。質問項目は単純集計し、自由記載内容はコード化しサブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。結果は、講習会における調査では24のコードから10のサブカテゴリーと3つのカテゴリーを、研究会における調査では、95のコードから23のサブカテゴリーと5つのカテゴリーを抽出した。各カテゴリーは【医療における音楽療法の効果】のほか、【看護と音楽療法のコラボレーション効果】【医療への導入に向けた課題】【音楽療法を推進するうえでの課題】【音楽療法士の資格化に向けた課題】【音楽療法の実践における方向性と課題】【医療として音楽療法が保険点数化されるための課題】に分類された。それにより、医療としての音楽療法理論の確立、医療音楽療法の知識・技術・資質を持った音楽療法士の育成の必要性が示唆された。

索引用語：医療 音楽療法 医療職者 看護師 意識調査

Key Words : health care, music therapy, health care professionals, nurses, awareness surveys

I. はじめに

音楽療法はリハビリテーション、精神科、心療内科、小児科、緩和ケアなどの医療場面で用いられるようになってきた。病院のロビーなどで開催されるコンサートにより療法としての効果を得ることもある¹⁾²⁾が、音楽療法は治療や看護と同様に多くの患者を対象に画一的に行われるものではない。音楽療法と聞くと多くの医療職者は院内コンサートを思い浮かべる。しかし、聴取、演奏、歌唱、創作など様々な音楽活動を手段に

対象へ介入するのが音楽療法である。リハビリテーションの分野で体系化されている音楽療法としてTaut HM. が提唱する神経学的音楽療法 (Neurologic Music Therapy : NMT) がある。中枢神経系運動機能障害患者にリズムを用いた聴覚刺激 (Rhythmic Auditory Stimulation : RAS)、パターン化した感覚の強化 (Patterned Sensory Enhancement : PSE) を活用した歩行訓練、運動性失語症患者に語句の抑揚を模倣してメロディーやリズムをつけた練習句を用いる言語訓練 (Melodic Intonation Therapy : MIT) を、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と音楽療法士がチームとなり提供している。NMTは中枢神経障害患者に対して実践する音楽療法として体系化されているが、精神科、緩和ケア、その他疾患領域の音楽療法はまだまだ発展途上にあるといえる³⁾。

1) 順天堂大学医療看護学部

School of Health Care and Nursing, Juntendo University

2) 順天堂大学医学部附属浦安病院リハビリテーション科

順天堂大学脳神経内科

Department of Rehabilitation, Juntendo University Urayasu Hospital

Department of Neurology, Juntendo University

音楽の効果に関する論文をPubMedやCINAHLで検索すると、手術時の不安に音楽を用いた介入研究⁴⁾や睡眠に関するMeta-analysis⁵⁾など、エビデンスレベルの高い研究成果が看護系分野の雑誌で発表されている。国内でも看護師の代替療法に対する関心は高く⁶⁾、患者の生活支援を行う中で音楽の活用効果の可能性について模索しているともいえる。音楽療法が医療の中で活用されていくには医療職者の協力は欠かせなく、音楽療法に対する認識や期待する効果や活動について明らかにすることは重要となる。

今回、代替療法講習会に参加した看護師と、医療における音楽療法を考える研究会に参加した医療職者を対象に、音楽療法に対する認識や期待等について質問紙を用いた調査を行った。これらの調査対象は異なる趣旨で集まったが、音楽療法について8割前後が存知し何らかの関心をもっている集団であった。看護、医学、リハビリテーションに従事する医療職者という共通項を持つ対象への調査は希少である。音楽療法を医療に用いることに興味関心を持つ医療職者が、音楽療法をどのように理解し活用したいと思っているのか明らかにすることで、患者・家族により質の高いケアを提供するために音楽療法に何が期待されているのか明らかにできるのではないかと考えた。そこで、医療の場面において音楽療法を提供する上で、医療職者の認識、期待される効果、課題について分析したので報告する。

II. 目的

医療職者を対象に実施した2種の調査から、音楽療法に対する認識、期待、課題について明らかにする。

III. 方法

1. 看護師を対象とした医療における音楽療法に関する調査

1) 対象

首都圏近郊の大学病院に勤務する看護師を対象に、音楽療法および芳香療法の講習会の開催告知を行い内容に興味を持ち自由参加した83人（看護師経験年数 5.54 ± 4.68 年、現職場勤続年数 2.69 ± 2.59 年）のうち、音楽療法の講習会に参加し調査に同意が得られた41人の調査内容を分析対象とした。

2) 期間

2008年4月から2010年3月とした。

3) 音楽療法講習会の概要

単一または複数部署単位で実施し、場所はカンファレンスルームまたは会議室で開催した。1回の講習会参加人数は5~40人とし、60~90分間の講義を計3回行った。内容は、音楽療法の定義、歴史、具体的な方法などの概略を説明し、医療現場における音楽療法の現状、事例紹介、音楽の効果に関する研究結果や近年の動向について説明した。

4) 調査方法

講義が終了後に質問紙を配布し調査の目的について書面及び口頭で説明し、研究趣旨に同意の上調査票に記入するよう依頼した。記載済みの調査票は会場に設置した箱又は郵送法にて回収を行った。調査票は、音楽療法の認知、環境の調整への活用、看護場面での活用、イベントとしての活用、音楽療法の実施希望、音楽療法の資格取得希望、セラピストによる実施希望についての7項目からなる質問で構成し、回答方法は4件法を用いた。音楽療法の活用場面と方法、取り入れてみたい理由、導入実施への不安と期待、さらに必要と感じる知識の4項目には、看護への活用に加え音楽療法への意見を得る目的で自由記載欄を設定した。質問内容は共同研究者間で検討し設定した。

5) 分析方法

7項目の質問は1つが音楽療法の認知、4つが看護場面での活用、2つが音楽療法士の資格取得として分類し、回答を単純集計した。自由記載内容は、音楽療法に対する多様な期待、課題を抽出し明確化するためにコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーに分類し、共同研究者間で検討し分析を行った。

2. 医療職者を対象とした医療における音楽療法に関する調査

1) 対象

第3回日本音楽医療研究会に参加した212人より、調査協力の同意が得られ、調査票を回収できた114人のうち、医師(Dr)、看護師(Ns)、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)を主として従事する医療職者40人の調査内容を分析対象とした。

2) 調査期間

2009年11月15日

3) 調査方法

研究会の中で調査票の配布及び調査の目的を書面及び口頭で説明し、研究趣旨を理解し同意の上で調査票に記入するよう依頼した。記載された調査票は会場に設置した箱に投函してもらい回収した(回収率54%)。質問内容は性別・年齢、職業の基本的属性に加え、音

音楽療法に対する質問として音楽療法士の認知、医療行為としての効果、取り入れてみたい理由、音楽療法士の資格化、音楽療法に対する診療報酬について8項目を設定し、回答方法には3件法を用いた。各設問には多様な意見を得る目的で自由記載欄を設定した。設問内容は共同研究者で検討し設定したのち、日本音楽医療研究会役員との会議により内容を審議し、承認を得て実施した。

4) 分析方法

性別・年齢、職業、研究会参加理由などの基本的属性および音楽療法に対する質問を単純集計した。音楽療法に対する8項目の質問は、音楽療法士の認知度2項目、医療行為としての効果2項目、音楽療法士の資格化3項目、音楽療法に対する診療報酬1項目に分類した。自由記載内容は、音楽療法に対する多様な期待、課題を抽出し明確化するためにコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーに分類し、共同研究者間で検討し分析を行った。

3. 倫理的配慮

音楽療法の講習会および調査の実施に関しては、順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の審査を受け承認されたのち、講義を開催する首都圏大学病院の倫理委員会での審査及び各病院の看護部に承認を受け実施した。

医療における音楽療法の調査に関しては、アンケートを実施する日本音楽医療研究会役員による審議の後、承認を得て実施した。

調査票への記入に際して参加者には、研究の趣旨に関して書面および口頭で説明した。調査票への回答は自由意思とし、協力の有無により一切の利益不利益を受けることはないことを説明した。調査票は個人が特定できないよう匿名での回答とし、データベースは研究者および研究協力者でのみ共有し、研究目的以外の

用途でデータを使用しないこと、学会や雑誌においての発表について説明したうえで調査票への記入を依頼した。

IV. 結果

1. 看護師を対象とした医療における音楽療法に関する調査

3つのカテゴリーに分類した6項目の質問とその結果は表1に示した。音楽療法の認知に関して、31人(76%)は「知っている」、9人(22%)は「知らない」と回答した。音楽療法の活用に関しては、40人(98%)が環境の調整及び看護場面で音楽療法を活用してみたいと「かなり思う」、「思う」と回答し、28人(68%)がイベントの企画などで音楽療法を活用してみたいと「かなり思う」、「思う」と回答し、13人(32%)が「思わない」、「全く思わない」と回答した。音楽療法を自分でも実施したいと27人(66%)が「かなり思う」、「思う」と回答し、14人(34%)が資格を取得してみたいと「かなり思う」、「思う」と回答した。音楽療法はセラピストが行うものであると30人(73%)が「思う」と回答し、2人(5%)が「思わない」と回答した。

自由記載に関しては活用したい場面と方法、取り入れてみたい理由、導入実施への不安と期待、さらに必要と感じる知識の4項目の設問に記載された24のコードから、10のサブカテゴリーと3のカテゴリーを抽出し表2に示した。サブカテゴリーは[]、カテゴリーは【 】で示した。【医療における音楽療法の効果】には4サブカテゴリーが分類できた。【看護と音楽療法のコラボレーション効果】には、3サブカテゴリーが分類できた。【医療の導入に向けた課題】には、3サブカテゴリーが分類できた。

表1 看護師を対象とした医療における音楽療法に関する調査

										n=41	
		かなり思う		思う		思わない		全く思わない		無記入	n%
音楽療法の認知	1. 音楽療法を知っていた	31	76%					9	22%	1	2%
	2. 環境を整える効果がある	11	27%	29	71%	1	2%	0	0%	0	0%
看護場面での活用	3. 看護場面で活用してみたい	15	37%	25	61%	1	2%	0	0%	0	0%
	4. イベントとして企画したい	7	17%	21	51%	12	29%	1	3%	0	0%
	5. 自分でも実施したい	9	22%	18	44%	12	29%	2	5%	0	0%
音楽療法士の資格取得	6. セラピストが実施する	1	2%	13	32%	24	59%	3	7%	0	0%
	7. セラピストが実施するものである	0	0%	30	73%	2	5%	0	0%	9	22%

表2 看護師を対象とした医療における音楽療法に関する自由記載分類

コード	[サブカテゴリー]	【カテゴリー】
イベント企画での活用 終末期にある方へのケア 認知症の方へのケア 療養環境の調整 コミュニケーション手段	活用の提案	医療における音楽療法の効果
薬剤以外での苦痛の緩和手段 症状(浮腫・便秘・痛み・せん妄・不穏など)の緩和 心身の苦痛緩和	症状の改善	
精神的な安定およびリラクセスのために使用	リラクゼーション効果	
自分も癒される お互いに楽しめる 患者・医療者の両方に効果的	医療者への効果	
ケアの幅を広げることができる 直接的なケアでなくてもプラスになる	看護の効果を強化する	看護と音楽療法のコラボレーション効果
症状や状態に合わせて効果的に使用する	看護の方法を拡大する	
看護の質を向上することにつながる	看護の質を向上する	
根拠を持ったケアとして行う努力が必要 もっとエビデンスが必要	エビデンスの蓄積・強化	医療への導入に向けた課題
周囲の理解が必要 導入には正しい知識が必要 適用と禁忌を知る必要がある	医療者への啓発	
業務などに追われ時間の余裕がない 主治医への説明と承諾について 能力(技術)を持った人を活用したい	音楽療法を導入するシステムの構築	

2. 医療職者を対象とした医療における音楽療法に関する調査

1) 調査票回答者の属性

回収した全調査票114人の基本的属性は、研究会参加者は女性84人(74%)、男性29人(25%)、無記入が1人だった。年齢は50歳代が34人(30%)、次いで20歳代が31人(27%)、30歳代が25人(22%)、40歳代が14人(12%)だった。職業は、音楽療法士が47人、Dr14

人、PT13人、OT9人、Ns3人、ST1人、学生9人、その他21人、無記入2人で、2つ以上の職種に就業している場合には重複回答があった。対象となる医療職者40人(Dr, PT, OT, ST, Ns)の回答内容については、音楽療法に関する質問とその結果を表3に示した。音楽療法の認知に関して、35人(88%)が音楽療法士を知っていると回答し、5人(13%)が知らないと回答した。31人(78%)がもっと広く音楽療法士が認知され

表3 医療職者を対象とした医療における音楽療法に関する調査

n = 40

質問内容		はい	いいえ	どちらとも	無記入	n%
音楽療法士の認知度	1. 音楽療法士についてこれまでご存知でしたか?	35	88%	5	13%	0 0%
	2. 音楽療法士は社会にもっと認知されるべきだと思いますか?	31	78%	0	0%	9 23%
医療行為としての効果	3. 音楽療法は医療行為として効果があると思いますか?	25	63%	0	0%	15 38%
	4. 音楽療法を行う場合、リハビリテーションでの医療行為に含めて行うべきだと思いますか?	23	58%	3	8%	14 35%
音楽療法士の資格化	5. 音楽療法を行うのに資格が必要だと思いますか?	29	73%	0	0%	11 28%
	6. 音楽療法士の資格は、医療の現場で音楽療法を行う際に必要だと思いますか?	29	73%	1	3%	10 25%
	7. 音楽療法の行為は音楽を通したボランティア活動と区別すべきだと思いますか?	30	75%	1	3%	9 23%
音楽療法に対する診療報酬	8. 音楽療法は診療報酬として保険で認めるべきだと思いますか?	15	38%	4	10%	19 48%

たほうがよいとし、9人（23%）がどちらともいえないと回答した。医療行為としての効果については、25人（63%）が認め、どちらともいえないと15人（38%）が回答し、効果がないとするものはいなかった。音楽療法はリハビリテーションなどの医療行為に23人（58%）が含まれるとし、14人（35%）がどちらともいえない、3人（8%）が含まることができないと回答した。音楽療法を実施するうえで、29人（73%）が音楽療法士の資格化が必要で、11人（28%）がどちらともいえないと回答し、必要ではないとしたものはいなかった。音楽療法とボランティアについては、30人（75%）が区別するべきとし、9人（23%）がどちらともいえない、1人（1%）が区別する必要はないと回答した。医療において実施される音楽療法は保険適応として15人（38%）が診療報酬をとるべきであるとし、19人（48%）がどちらともいえない、4人（10%）が診療報酬は取れないと回答した。

自由記載に関しては音楽療法士の認知、医療行為としての効果、取り入れてみたい理由、音楽療法士の資格化、音楽療法に対する診療報酬について8項目の設問に記載された自由記載内容95コードとし、23サブカテゴリーと5カテゴリーにまとめ表4に示した。サブカテゴリーは []、カテゴリーは【 】で示した。【医療における音楽療法の効果】には、5サブカテゴリーが分類できた。【音楽療法を推進する上での課題】には、3サブカテゴリーが分類できた。【音楽療法士の資格化に向けた課題】には、7サブカテゴリーが分類できた。【音楽療法の実践における方向性と課題】には、3サブカテゴリーが分類できた。【医療として音楽療法が保険点数化されるための課題】には、5サブカテゴリーが分類できた。

V. 考 察

1. 看護師を対象とした医療における音楽療法に関する調査

本調査は、8割程が音楽療法を知っていると回答した看護師が対象の集団であった。その多くが医療場面、看護場面で音楽を活用してみたいと思っていて、自分でも看護業務に取り入れたいと考えていることが分かった。しかし、音楽療法は専門家に行ってほしいと考えているものも多かった。

自由記載内容のカテゴリー分類では、【医療における音楽療法の効果】として、音楽を用いることで疼痛や不穏といった心身の苦痛など「症状の改善」が図れ、

「活用の提言」として環境調整やコミュニケーションの向上への効果が期待されていた。ケアや環境調整に音楽療法を併用することは「看護の効果を強化する」効果があり、症状や状態に合わせて用いることで「看護の方法を拡大する」としていた。これは、現状の看護ケアに音楽療法が付加価値を与え「看護の質を向上する」、結果的に患者へのケアの向上が図ることが可能であると感じていることがわかった。また、音楽療法は患者に「リラクゼーションの効果」をもたらすが、医療職者も共に参加することで、音楽がもつ心理的な影響⁷⁾⁸⁾により「医療者への効果」も期待できると感じていた。

この調査は初歩的な音楽療法知識を習得することを目的に集まった集団に対する調査で、看護師の勤務棟や職位などの属性は調査しておらず分析に限界がある。対象となった看護師の多くは職務経験年数が5年前後で、患者の個性に合わせた質の高い看護の技を習得したいと感じたのか、音楽療法を看護へ応用して活用するための可能性についての意見に偏向する傾向にあり、【看護と音楽療法のコラボレーション効果】に対する期待があった。

【医療への導入に向けた課題】としては、「科学的根拠の蓄積や強化」、患者に医療をチームで提供するために「医療者への啓発」、音楽療法が必要な時に介入を可能とする「音楽療法を導入するシステムの構築」を求めている。音楽療法は患者の生活リズムを作り、余暇活動を充実させることができる。日常生活援助としての効果も期待できるため、患者及び医療チームに日常の中で音楽療法がもたらす効果を具体的に明示していけるような研究が必要であると考えた。

2. 医療職者を対象とした医療における音楽療法に関する調査

本調査は、9割程が音楽療法を知っていると回答した医療職が対象の集団であった。多くが医療の中で音楽療法が取り入れられることに期待していた。しかし、医療行為としての音楽療法を認めることに対して否定的な意見もあった。音楽療法士はボランティアと区別した医療職と同等な資格が必要と感じているが、診療報酬として請求できるだけの確立された療法とは言い難いと考えていることが分かった。

自由記載内容のカテゴリー分類では、医療職者を対象とした調査で音楽療法の活用の現状や課題に関する具体的な意見を得ることができた。【医療における音楽療法の効果】の中では、リハビリテーションとして

表4 医療職者を対象とした医療における音楽療法に関する自由記載分類

コード	[サブカテゴリー]	[カテゴリー]
社会の変化からメンタルヘルス維持に役立つ MTは人々や社会に恩恵をもたらす 社会的な意義が多岐である	社会的意義を音楽療法は持つ	
パーキンソン病患者への効果は認められている うつ傾向の患者の自律神経機能に効果がある 医療行為として効果を証明できている方法については効果があると思う 多くの分野で研究され効果も立証されてきている	医療行為としての音楽療法	
代替療法になりえる 非薬物療法として重要なものとして活用されるべき 保険点数は取れないが補助的に行うのはいい 医療と併用することで効果があると考えられるから	代替療法としての音楽療法	医療における音楽療法の効果
コメディカルがカバーできない範囲の問題に対処できる可能性を秘めている 今後オーダーメイド医療としての医療行為になりえる 生活に密着している音楽が療法になる	現行の医療では得られない効果が期待できる	
1つの訓練として選択し、治療として用い、患者さんに効果的な事もある 音楽は心身の改善に影響があるとPtを通じて感じる 病院内で音楽を使ったりリハビリや治療があれば雰囲気は良くなると思う 効果が立証できていない面もあるが医療スタッフが取り入れたいと思っている	医療の中で評価しきれない効果の存在	
リズムや音楽の種類などまだ明確になっていない部分が多い 歌を歌ったり、聴いたりすると表情が違いますが数字としてはあらわされていない Ptの表情や情動に変化はあるが、医療となるときちんとした検証が必要 音楽という刺激は人によりプラスにもマイナスにもなると考えられるため 効果に関するエビデンスが不足している データがない セッションの効果の検証が明確でない リズムや音楽の種類などまだ明確になっていない部分が多い 今後は社会的認知、効果についての科学的根拠を示す必要があると考える	科学的根拠の不足	音楽療法を推進するうえでの課題
医療への導入には社会的な認知とエビデンスが必要である 客観的データから療法として確立が難しく、線引きしにくい分野	医療としての音楽療法への課題	
医療の現場で働くものの知識がない 実際に触れる機会が少ないから良く知らない 効果ある療法として用いるには判断材料が少ない 必要としている人がいること、世間に知られた方がよい イメージが先行してしまっている	音楽療法を啓発する必要性	
科学的側面の解析が不足している MTの質の担保と保障 効果を社会的に提示しないと新規参入が認められない 療法たるべき科学性の不足 音楽療法士の基準があいまいなため、医療者として認識しづらいと思うため エビデンスがあれば資格の有無はとわれないと思う 資格にこだわりすぎるとMTの幅が狭くなると思う 資格がないとできないと実践機会が限られてしまう 評価方法、アプローチ方法の明確化が必要	音楽療法士の質の向上	
専門職を養成する必要あり 優れた療法士を教育するシステム 音楽大学出身の音楽療法士の医学的知識が少ない 医学を学んでいない 音楽だけでなく医学的知識も必要だと思う 音楽を専門的に学び、リハビリ系コースなどで医学教育を受けるべき 音楽の使い方にも専門性が必要 医療行為としての責任を持つため専門技術の向上が必要 療法と名前をつけるならボランティアと区別すべき	医療職としての音楽療法士の教育	
広い専門性、関連科学との深い関係性が求められる 標準化された知識など医学的な知識が必要 最低限の知識、技術は必要である 医療行為としての効果について十分に詳しい知識がないため 医療を幅広く身体面と精神面から据え患者のニーズに応えるべき	音楽療法士の医学的知識・経験の不足	音楽療法士の資格化に向けた課題
差別化を行わなければMTの発展と認知はないと思う 目的を持ち行うものだから レクリエーションと分けるために資格が必要 就業に伴う賃金、規則、責任などを持つために必要	音楽療法はボランティアではない	
確立していない療法では質が乱雑化してしまう 誰でもできるのでは医療現場に即さないで特化した活動を行う 資格化されてもすべてのMTが同じサービス、効果を提供できるか不明	音楽療法理論の確立	
Drが直接やっている分には音楽療法士に資格はいらぬ OTが選択する種目のひとつとして行っていい OTも音楽療法を活用する MTがないとまったく実施できないものでもない 聴取でも効果があり評価スケールがあればOT、PTでも提供可能である	現行の医療職で音楽療法の提供は可能である	
日本音楽療法学会の資格ではなく医療職としての資格が必要 きちんと教育を受けていなければ質が向上しない 一定の水準以上のレベルが必要	現状の音楽療法士の資格制度に関する問題	
病態を理解して医師の指示の元行うことで効果がある 医師の指示のもとで療法活動を行う 疾患や用い方によっては医療行為になる 療法は診療行為である	医療行為としての音楽療法の提供方法	
OTと併用し専門性を高める 現段階ではチームでOT、PT、STなどとやるのがよい チームで関わっていくことが大切 コメディカルにより回復過程を追っていく	チーム医療としての音楽療法の提供方法の提案	音楽療法の実践における方向性と課題
身体機能やリスク管理を考慮し、リハビリテーションに含めて行うほうがよい 病院で患者に向き合うためのスキルのが必要	リスクの管理が課題	
病院や医院での活動がスムーズになるため リハビリの補助的な部分でも行いやすくなる 有資格者の行為は医療と認定し診療報酬で報いる 医療行為でも点数請求できないものもある OTのコストとして換算するのはMTの活動に矛盾があるように感じる	診療報酬は音楽療法の発展になる	
音楽療法の医学的な効果に関する根拠の確立 患者への効果をデータとして蓄積できたら可能 治療効果が数値、科学的にははっきりされなければ難しい 患者が音楽療法に対する費用対効果に納得してくれるか 患者が納得するか疑問が残る	診療報酬をとる医療に必要な根拠の確立 患者への周知が不足している	医療として音楽療法が保険点数化されるための課題
社会的に認められていない 今現在では必ずしも患者さんにとって良い治療であるとはいえない	音楽療法の効果への疑問	
治療的な効果を期待するとすると気軽に楽しみたいと思う気持ちがあるため	診療報酬化への限界	

活用されているパーキンソン病患者に対する音楽療法⁹⁾など、科学的に検証された音楽療法は「医療行為としての音楽療法」とし、ボランティアとは区別し位置づけられていた。「医療の中では評価しきれない効果の存在」では、介入によって得た現象は効果を可視化することで根拠ある行為となるが、音楽で得た効果を立証するには困難も多いと感じていた。医療チームとして専門職者と協働しながら「現行の医療では得られない効果が期待できる」場面を具体的に評価することで、その効果の検証が可能になると考える。

そして、医療としての活用を検討する前に、音楽療法には整理しなくてはならない課題がある。音楽療法は立証済みの補完療法¹⁰⁾とされるが、コクランレビューでも引き続き検証が必要とされている療法である¹¹⁾¹²⁾。【音楽療法を推進するうえでの課題】は、「科学的根拠の不足」、「医療としての音楽療法の課題」などが分類できたが、音楽療法の効果について検証する必要性が求められていた。このカテゴリーには医療職者に限らず音楽療法の対象となる患者やその家族へ「音楽療法を啓発する必要性」も含まれていた。音楽療法が医療の中で選択できる療法の1つとなるために、医療職者だけでなく利用する患者や家族に対して方法やその効果に関する情報を進取的に発信し、その識見を涵養していくことが重要となる。音楽の療法的効果に関する科学的検証を継続的に行い、医療職者、患者・家族を対象とした講習会の開催、学会・論文発表により広く啓発する必要があるだろう。

音楽療法が医療の中で1つの効果的介入として確立するには、【音楽療法士の資格化に向けた課題】、【医療として音楽療法が保険点数化されるための課題】を解決しなくてはならない。現段階において音楽療法には学問として未成熟な領域も存在している。「音楽療法理論の確立」を完遂した上で課題の検討に着手することが相当、と医療職者は考えていた。現状の養成課程のカリキュラムでは「音楽療法士の医学的知識・経験の不足」が問題であり、専門職として音楽療法士のキャリアデザインを構築し、専門養成課程を習得し医療で活躍できる「医療職としての音楽療法士の教育」の必要性に関して提議された。医療職者は、患者に安心で安全な医療や看護を提供するために必要な知識技術を広範囲にわたって習得し、国家資格を取得した後も最新の知識を継続的に深め、技術の修練・研鑽により質を維持向上することが不可欠である。音楽療法士も同様に、介入場面に合わせた専門的知識・技術を研

鑽し、標準化された介入技法の構築、患者のニーズに合わせた療法を提供する専門職として育つ必要があるだろう。現在、音楽療法士は指定の養成課程で単位を修得するか、講習会などで必要な単位を取得した後に、一定の実務経験を経て認定音楽療法士の申請資格が得られる。「チーム医療としての音楽療法の提供方法の提案」の中で、音楽療法士は医療チームの中で患者に提供される様々な治療、療法、看護の見識を深め、専門的介入方法を見出すことが重要であるとされていた。医療において療法として提供するには脆弱な側面があり、「音楽療法の効果への疑問」、「診療報酬化への限界」より、患者に安定した安全なケアを提供するのは難しいと医療職者は考えている。安全や不測の事態に対する対応マニュアルを作成し、リスク管理システムの確立に向けた取り組みについても検討しながら【音楽療法の実践における方向性と課題】について一つずつ解決しなければならない。

心理的な問題を抱えた患者には、作業療法士に比べ音楽療法士が実施した音楽療法は有意に効果があるとした研究¹³⁾もあり、今後、音楽療法士が実施するからこそ得られる効果として特化するための努力が必要となる。患者を中心としたチーム医療を展開するには、他職種間で共有できる情報の提示、介入及び評価方法の確立が重要となる。クリニカルパスを用いて音楽療法を提供している施設もあり¹⁴⁾、医療職者の実務を見本とし、音楽療法は具体的指針を持って発展していかなければならない。【医療として音楽療法が保険点数化されるための課題】に取り組むには多くの課題を解決する必要がある。患者のニーズに合わせた効果的な音楽療法を受療することが可能となるために、医療としての音楽療法理論の確立、医療と音楽療法の知識・技術・資質を持った音楽療法士の育成が重要と考えた。

VI. 結論

看護師および医療職者を対象とした2調査から、医療における音楽療法の発展と課題について以下にまとめた。

1. 音楽療法の基礎的知識についての講習会に参加した看護師を対象にした調査より、音楽療法は患者と、患者を取り巻く医療者に、身体・心理的な効果があるのではないかと期待されている。
2. 音楽療法に関心を持つ医療職者を対象とした調査では、医療の中で音楽療法が普及する上で具体的な課題が明確になった。音楽療法の効果に関する

科学的根拠の蓄積、音楽療法理論を体系化し、医療チームとして音楽療法士が専門的知識技術を向上し、キャリアデザインやリスク管理システムを構築する必要がある。更に医療における専門職としての音楽療法士を育成し、医療職者、患者・家族に音楽療法の啓発を進める。

謝 辞

本研究の調査に同意し協力いただいた医療職者の方々、講習会や研究会の開催にあたり協力いただいた関係者の皆様に感謝致します。

引用文献

- 1) Ruud E. : MUSIC THERAPY and its Relationship to CURRENT TREATMENT THEORIES, 1978, 村井靖児. 音楽療法 理論と背景 第2版, 17-35, ユリス出版部, 1992.
- 2) 坂東浩, 吉田聡 : 現代のエスプリ 音楽と癒し 音楽療法の可能性, 至文堂, 5-34, 2002.
- 3) Bruscia KE. : Defining Music Therapy, Second Edition, 1998, 生野里花. 音楽療法を定義する 第1版, 7-20, 東海大学出版会, 2001.
- 4) Wakim JH, Smith S, Guinn C. : The efficacy of music therapy, Wakim JH, Smith S, Guinn C. : The efficacy of music therapy, J Perianesth Nurs. 25(4), 226-32, 2010.
- 5) Niet G, Tiemens B, Lendemeijer B, Hutschemaekers G. : Music-assisted relaxation to improve sleep quality : meta-analysis, J Adv Nurs. 65(5), 1356-1364, 2009.
- 6) 高谷真由美, 中島淑恵他 : 看護における代替療法の活用に関する研究 臨床看護師の意識調査, 医療看護研究6(1), 113, 2010.
- 7) Cooke ML, Moyle W, Shum DH, et al. : A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia, Aging and mental health, 14(8), 891-899, 2010.
- 8) El-Hassan H, McKeown K, Muller AF. : Clinical trial : music reduces anxiety levels in patients attending for endoscopy, Aliment Pharmacol Ther. 30(7), 718-724, 2009.
- 9) 林明人 : 医療の現場における音楽療法 Parkinson病における音楽療法, 神経治療学24(6), 703-710, 2007.
- 10) Barrie RC. : THE ALTERNATIVE MEDICINE HANDBOOK, 1998. 浅田仁子, 長谷川淳史. 補完医療ガイドブック, 404-409, 春秋社, 2000.
- 11) Bradt J, Dileo C, Grocke D. : Music interventions for mechanically ventilated patients, The Cochrane database of systematic reviews, 8(12), 1-44, 2010.
- 12) Bradt J, Dileo C. : Music therapy for end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev. 20(1), 1-32, 2010.
- 13) 山下瞳, 寺尾岳, 溝上義則 他 : 作業療法における音楽活動と、音楽療法士による音楽療法の比較, 九州神経精神医学55(3-4), 151-155, 2009.
- 14) 高橋季子, 木村透, 西村美弥子 他 : チーム医療を目指した音楽療法クリニカルパス導入の試み 音楽療法を通して質を追求する医療, 日本クリニカルパス学会誌, 12(4), 607, 2010.

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
P. 16-23 (2011)

対人援助職へのマインドフルネストレーニングの効果 —文献レビュー—

The Effects of Mindfulness Training on Human Service Professionals : A Literature Review

立石彩美¹⁾
Ayami Tateishi

小谷野康子¹⁾
Yasuko Koyano

要旨

マインドフルネストレーニングは、瞑想を通して今という瞬間に注意を向け、現実をあるがままに知覚していくトレーニングである。海外では多くのRCTによってマインドフルネスストレス低減法による慢性疼痛や不安の軽減、うつ病の再発予防などの効果が示されている。マインドフルネスは疾患を持つ患者群だけでなく、健常者にも効果が認められており、近年、対人援助職などの労働者のメンタルヘルス対策にも活用され始めている。本説の目的は、対人援助職を対象にマインドフルネストレーニングを実施・評価した研究をレビューし、その効果と効果的な実施方法についての示唆を得ることである。レビューの結果、英文文献13件が抽出された。対象は、病院やグループホームなどの施設に勤務する医療・福祉スタッフがほとんどであった。マインドフルネストレーニングは、スタッフのバーンアウトやストレスの軽減だけでなく、仕事への満足感や、スタッフとケア対象者との関係を良好にし、ケアの質の改善にも役立っていた。短縮版などの効率的な方法を利用することで、多忙な職場でも実施でき、スタッフだけでなく、ケアを受ける側にも良い効果が期待できる可能性が示唆されている。

索引用語：マインドフルネス、スタッフ、メンタルヘルス、ストレスマネジメント

Key Words : mindfulness, staff, mental health, stress management

I. 背景

医療、福祉、教育に携わるスタッフなど、人を相手にした対人援助職のストレスは大きいと言われる。1970年代中期以降から、対人援助職とバーンアウトの関係が注目され始め、その背景として、現代社会における人々の孤立¹⁾や社会における個人主義の浸透²⁾が指摘されている。久保は、親類や友人などとの人間関係が希薄になっていく中で、生活上のさまざまな問題の解決を、専門家である対人援助職に依存する人々が増えてきており、この急速な需要の拡大に、対人援助職の現場が対応しきれなくなり、過重な負担に耐え切れず、ストレスを訴えるようになったと述べている³⁾。

わが国では急速な人口の高齢化の問題もあり、増大する高齢者の看護、介護を支える対人援助職の需要はさらに大きくなっている。

ストレス反応としてバーンアウト状態に陥った対人援助職は、心身に不調をきたし、ストレス性疾患を発症することもあり、それにより離職するケースも多い。対人援助職として、日本看護協会が実施した病院に勤務する看護職の離職率を見てみると、2009年度は常勤看護職11.9%、新卒看護職8.9%と報告されている⁴⁾。また、平成21年度の訪問介護員と介護職員を合わせた離職率は、17.0%と報告されており⁵⁾、賃金の低さ、人手不足、有給休暇の取りにくさなど、様々な労働条件の問題が背景にある。現場では施設ごとに離職対策も行われているが、仕事のストレスを減らすための職場環境の改善は容易ではなく、対人援助職のストレス・離

1) 順天堂大学医療看護学部

1) School of Health Care and Nursing, Juntendo University

職対策には、組織による対策だけでなく、個人による対策が不可欠である。

心身の病気を患う者だけでなく健常者にも有効なストレス対処法として、マインドフルネスが今注目されている。マインドフルネスは、パーリ語のサティという言葉の英訳で、日本語では「気づき」と訳され、2600年前にブッダにより人生の苦悩から解放されるための要として提唱された。米国のKabat-Zinn, J.によると、“Mindfulness means paying attention in a particular way : on purpose, in the present moment and non-judgmentally.”「マインドフルネスとは、意図的に、今この瞬間に、価値判断をすることなく注意を向けること」⁶⁾と定義されている。

Kabat-Zinn, J. は、1979年に仏教の瞑想を基に、マインドフルネスストレス低減法 (mindfulness-based stress reduction : MBSR) を開発した。これは、瞑想呼吸法などのエクササイズを行い、心と身体への気づきを促すものである。例えば、静座瞑想では、まず呼吸に注意を集中し、心に何か思いが湧いてきたらそれを観察し、再び呼吸に注意を戻すことによって、その思いを手放す練習をする。自分の思いが単なる思いにすぎないことに気づき、心の中の思いの支配から抜け出すことができると、心が安定してリラックスでき、注意集中力が高められる。また、体への意識を新たにする方法として、ボディースキャンというのがあり、あおむけになって目を閉じ、呼吸にも注意を向けながら、注意を体のさまざまな部分へ移動させる。そして、頭のとっぺんから足先へ、足先から頭のとっぺんへ空気が流れ、体全体で呼吸しているイメージをつくる。これを練習することで、今まで気がつかなかった体のいろいろな部分の感覚に気づき、体がよりリラックスした感じを味わうというものである。他には、ヨーガ瞑想法や食べる瞑想、歩行瞑想などがある。いずれも、今というこの瞬間を十分に意識し、気づきを得ることで、心の自動操縦状態から抜け出し、体が発しているメッセージを受け止めて、治癒力を促進させていくものである⁷⁾。

MBSRは8週間プログラムであり、実施の方法はマニュアル化され書籍として出版されている。MBSRの効果に関する研究としては、慢性身体疾患患者にMBSRを実施した研究のMeta-Analysisで、うつ、不安、心理的苦痛に対する効果が明らかにされている⁸⁾。また、健常者にMBSRを行った研究のMeta-Analysisでも、MBSRがストレスのレベルを下げる事が示さ

れている⁹⁾。その他、慢性疼痛、心臓病など様々な症状・疾患に対しても効果が示されており、副作用もないため、MBSRは海外では臨床で広く用いられている。

マインドフルネスを用いた療法としてはMBSRのほかに、マインドフルネス認知療法 (Mindfulness-based Cognitive Therapy : MBCT)、Acceptance and Commitment Therapy (ACT)、弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy : DBT) などがある。マインドフルネス認知療法 (MBCT) は、MBSRを基にTeasdale J.D.らにより開発されたプログラムで、一時的な抑うつ気分やそれに反応して最初に湧き出てくる思考 (自動思考) などの影響力を減らし、うつの再発予防への効果が示されている¹⁰⁾。ACTはHayes, S.C. らが中心となり、行動分析学から発展させた介入法で、クライアントの心理学的柔軟性を高める治療・援助モデルであり、日本でも日本語に訳さずACT (アクト) と呼ばれている。ACTでは、ネガティブな思考や感情、体験などを除去・回避するのではなく、観察・受容し、自分の価値を再発見し、それにコミットした行動を増やしていく働きかけを行う。ACTを実施したRCT (Randomized control trial) のMeta-Analysisでは、ACT群は、待機群、心理学的プラセボ、通常治療群に比べ、全体的に優れた評価であった¹¹⁾。DBTは、Linehan, M.M. によって開発された包括的な認知行動療法で、境界性パーソナリティ障害の患者を対象に適用されており、マインドフルネスの技法が取り入れられている。

以上のように精神疾患や身体疾患患者を対象に、多く研究が行われてきているマインドフルネスであるが、対人援助職のメンタルヘルス改善や離職予防対策にも活用できる可能性は大きい。日常生活に取り入れやすい経済的な方法でもあることから、様々な職種の労働者へも研究結果を活用していける可能性がある。近年、対人援助職のメンタルヘルス対策としてマインドフルネストレーニングの実施を試みた研究は少しずつ増えてきているが、対人援助職の研究をレビューした論文は見られない。そこで、今回それらの先行研究をレビューし、対人援助職を対象にしたマインドフルネストレーニングの効果と職場での活用方法について検討した。

本説の目的は、対人援助職を対象にマインドフルネストレーニングを実施しその効果を検証した先行研究をレビューし、対人援助職への効果と効果的な実施方法についての示唆を得ることである。

II. 方法

mindfulnessをキーワードとし、PubMed, PsycInfo, 医学中央雑誌のデータベースを用いて検索し、現在(2011年3月)までに出版された全年の原著論文、総説論文を検索した。PubMedはclinical trialに限定し、Titleにmindfulnessが入っている論文のみを選択した。PsycInfoではmindfulness AND stress managementの検索式と、mindfulness AND staffで検索した。医学中央雑誌は、マインドフルネスをキーワードに、原著論文、総説論文に絞り込んで検索した。それらの中で対人援助職を対象にマインドフルネスの効果を評価した原著論文および総説論文を抽出し、方法や効果について検討した。対人援助職とは、人を相手にサービスを提供することを職務としている職業の総称であり、今回は人を相手にした仕事に従事している者全てを対象とした。また、今回は特定の疾患群をトレーニングの対象とした研究は除外した。マインドフルネスを一部取り入れているACTやDBTの研究についても今回除外し、マインドフルネスのみをトレーニングとして実施している研究に限定した。

III. 結果

PubMedは検索で抽出された125件のうち、対人援助職を対象としてマインドフルネス療法を実施している介入研究は5件であった。PsycInfoはmindfulness AND stress managementの検索式で108件、mindfulness AND staffで検索し12件抽出された。それら120件のうち、対人援助職を対象としてマインドフルネス療法を実施している介入研究は8件であった。医学中央雑誌は検索で抽出された7件のうち、対人援助職を対象としてマインドフルネス療法を実施している介入研究は0件であった。上記の検索から得られた13件をレビューした結果を表1に示す。また、対人援助職を対象にマインドフルネストレーニングを実施した研究の総説論文は0件であった。さらに、対人援助職以外の労働者を対象に、マインドフルネストレーニングを実施した原著論文・総説も0件であった。

1. マインドフルネス療法を実施した対人援助職

今回、対人援助職を対象にマインドフルネス療法を実施した研究を抽出したところ、対象者は看護師などの医療従事者が多く、他には施設のケアスタッフ、教育機関の教員や職員などであった。介護職、看護職、教員は対人援助職として人間関係のストレスが大きく、バーンアウトしやすい職種と言われており、ストレス

対策が特に必要とされている。また、患者や大学生などを対象にしたマインドフルネストレーニングが行われてきていることから、身近な職場のストレス対策としていち早くマインドフルネス療法の導入が試みられたと考えられる。

2. トレーニングの内容、期間

ほとんどの研究が、Kabat-Zinn, J. のマインドフルネスストレス低減法 (mindfulness-based stress reduction: MBSR) のマニュアルに基づいた8週間のトレーニングを実施していた。看護師を対象とした2つの研究^{16),21)}では、職場が多忙で時間が限られているため、8週間のプログラムを濃縮した短縮版として4週間のプログラムを独自に作成し実施していた。また、5日間の集中トレーニングとして実施しているものや12週間かけて実施しているものなど、1セッションの時間もそれぞれ異なり、各職場に合わせて実施されていた。その他、仕事の中でマインドフルネスを活かせるよう工夫し、認知的エクササイズと組み合わせて実施しているものもあった¹⁸⁾。

3. マインドフルネストレーニングの効果

対人援助職を対象としたマインドフルネストレーニングの効果として、トレーニング後に対象者のマインドフルネスの程度(今この瞬間に意識を集中し、現在何が起きているか気づくことができること)が高まっていた^{12),18)}。

メンタルヘルスへの効果としては、バーンアウトが改善し、情緒的疲弊感と脱人格化の程度が減少し、個人的達成感が増加していた^{12),16)}。また、不安、抑うつ、怒り、疲労、混乱、強迫性、妄想的観念、精神病質傾向、ネガティブな感情などの尺度得点がトレーニング後に減少し^{14),21),23),24)}、活気の尺度得点は上昇していた¹⁴⁾。心理的苦痛は介入前後で変化がなかったという報告もあったが¹²⁾、介入後に減少したという報告もあった²⁴⁾。ストレスについては、トレーニングにより仕事によるストレス^{15),18),20)}や職場外のストレス¹⁸⁾が減少し、ストレスに対するポジティブな対処が増加していた¹⁹⁾。ストレスの生理学的指標として唾液中のコルチゾール濃度を調べた研究では、どちらもトレーニングによる変化はなかった^{14),20)}。

その他、スタッフのリラクゼーションの増強、生活満足度の有意な改善¹⁶⁾、自分への思いやりの増加¹⁵⁾、ケアの仕事に対する自己効力感の上昇²¹⁾、仕事の満足度の上昇¹⁷⁾が報告されていた。

インタビューによる質的研究では、トレーニングが

表1 レビューに使用した対象文献

Authors (Year)	Subjects	Training	Study Design	Time of assessment	Assessment scales	Results
Cohen-Katz, J. et al. (2005a) ¹²⁾	1病院 (835床) の看護師 25名 (介入群12名、対照群13名)	8-week stress management program (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) 毎週2.5時間×8と、6週目と7週目の間に6時間のリトリートを1回実施	ランダム化比較試験	介入前、介入直後、介入3カ月後	Maslach Burnout Inventory, Brief Symptom Inventory, Mindfulness Attention Awareness Scale	介入群では、待機群に比べて、介入前後のマイネンドフルネス得点の増加が有意に大きかった。また、介入群では、介入前より介入直後の得点が有意に大きかった。介入群では、待機群に比べて、介入前後でのバーアウトの情緒的疲弊感得点の減少が有意に大きく、個人的達成感得点の増加が有意に大きく、脱人格化得点の減少は待機群に比べて大きい傾向にあった。心理的苦痛の程度は、介入前後で有意な差がなかった。
Cohen-Katz, J. et al. (2005b) ¹³⁾	1病院 (835床) の看護師 25名	8-week stress management program (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) 毎週2.5時間×8と、6週目と7週目の間に6時間のリトリートを1回実施 (上述の研究と同じ)	質的デザイン インタビュー (個別とフォーカスグループ)	介入期間中 (週に1回)、介入後	特になし (インタビューガイドに基づきインタビューを行った。)	リラクゼーションになった、セルフケアに役立つ、仕事と家庭における人間関係が改善したという報告があった。自信が高まったという報告もあった。
Galantino, M.L. et al. (2005) ¹⁴⁾	大学病院に勤務する医療従事者84名	8-week Mindfulness meditation program 毎週2時間×8回	前後比較研究	介入前と介入直後	salivary cortisol, Profile of Mood States-Short Form (POMS-SF), Maslach Burnout Inventory (MBI), Interpersonal Reactivity Index (IRI)	介入前後で、ストレスの指標となる唾液中のコルチゾール値に有意な差はなかった。不安緊張、抑うつ、落ち込み、怒り、疲労、疲労、混乱は有意に減少し、気力は有意に高まった。バーアウトの情緒的疲弊感には有意な減少はなかった。
Shapiro, S.L. et al. (2005) ¹⁵⁾	退役軍人のためのヘルスケアシステムに勤務する内科医、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、臨床心理士。(介入群10名、対照群18名)	8-week Mindfulness-based stress reduction	ランダム化比較試験	介入前と介入後	the Brief Symptom Inventory (BSI), Maslach Burnout Inventory (MBI), Perceived Stress Scale, Satisfaction With Life Scale (SWLS), The Self-Compassion Scale	介入群では対照群に比べて、ストレス得点有意に減少し、自己への思いやりの尺度得点有意に増加した。また、有意差はなかったが、介入群では、対照群に比べて、生活への満足度が増加し、バーアウトが減少し、悩みが減少していた。
MacKenzie, C.S., Poutin, P.A., & Seidman-Carlson, R. (2006) ¹⁶⁾	都市部の大規模1病院の慢性期病棟(複数)の看護師と看護助手30名 (介入群16名、待機群14名)	4-week Mindfulness training program 30分の group sessions × 4 ホームワークとして各自CDなどを用い、1日10分を1週間5回実施。	非ランダム化比較試験	介入前と介入後	Maslach Burnout Inventory (MBI), Smith Relaxation Dispositions Inventory, the Intrinsic Job Satisfaction subscale from Job Satisfaction Scale, the Satisfaction With Life Scale, the 13-item version of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire	マイネンドフルネスの介入によるバーンアウトの情緒的疲弊感、シニシズムの低減、リラクゼーションの増強、生活満足感の有意な改善が示された。
Singh, N.N. et al. (2006) ¹⁷⁾	発達障がい者のグループをプロトタイプで直接ケアをしているケアスタッフ15名 (3つのグループ15名から参加)	5日間の発達障がい者をケアする上での行動トレーニング(Miller)のテキストに基づくもの)を実施した後、しばらくして5日間のマイネンドフルネストレーニングを実施した。各トレーニングの実施に、入居者に対するスタッフの人員配置を1:2、2:3、1:3(スタッフ:入居者)に変化させた。	準実験的研究	介入前から介入後(ベースライン時から7週以上)の各週	入居者の攻撃に対するスタッフの介入と、入居者が習得した日常生活のスキルが緊急時の身体拘束の使用、入居者が社会的な関わりを求めている時間、入居者が活動している時間、スタッフの仕事の社会的妥当性(入居者の両親や友達からの評価) いずれも虫目に質問を作成	スタッフの行動トレーニング後は、入居者の攻撃行動へのスタッフの介入数は、ゆるやかに減少したが、スタッフの人員配置を増やしても、介入数は有意な減少はなかった。マイネンドフルネストレーニングを実施後は、攻撃行動へのスタッフの介入数は減少した。人員配置を1:2→1:3へ変化したところ、介入数の減少は続いていた。入居者の日常スキルの習得については、スタッフの行動トレーニングによる変化はなかった。マイネンドフルネストレーニング後は、スキルの習得は増加していた。入居者の社会的関わりや活動の時間は、行動トレーニング後は増加した。攻撃行動の管理のための身体拘束の使用は、行動トレーニング後は減少し、マイネンドフルネストレーニング後はさらに減少した。マイネンドフルネストレーニング後はさらに減少したが、マイネンドフルネストレーニング後も低かったが、マイネンドフルネストレーニング後は、スキルの満足度は、ベースライン時より増加した。スタッフの行動の社会的妥当性は、行動トレーニング後にゆるやかに増加した。マイネンドフルネストレーニング後は、さらに増加した。コントロール群をおいていないことや、分析方法が提示されておらず、統計的に有意な差であるか不明などの限界はあるが、スタッフと発達障がいのある入居者に、前向きな影響をもたらすことが明らかになった。

Authors (Year)	Subjects	Training	Study Design	Time of assessment	Assessment scales	Results
Schenström, A., Rönnerberg, S., Bodlund, O. (2006) ¹⁸⁾	プライマリーケアに携わる様々な職種のスタッフ(医師、看護師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど)152名	mindfulness-based cognitive attitude training program MBSRに基づいた4つのワークショップ(計約50時間)が、2~4週の間隔をあけて行われた。マインドフルネスのアプローチとCDを用いたホームワークも実施。	前後比較研究	介入前、介入直後、介入終了3か月後	the Mindfulness Attention Awareness Scale(MAAS), WHO-5 Well-Being Questionnaire, Two Visual analog scales(仕事におけるストレスと職場以外のストレスについて)、1週間に家で何回マインドフルネストレーニングをしたか尋ねる質問項目	マインドフルネスレベルと、幸福・健康の程度は、介入前に比べ、介入後で有意に高まり、介入終了3か月後も、介入前より有意に高い状態であった。仕事でのストレスと、職場外のストレスは、介入前に比べ、介入後で有意に減少し、介入終了3か月後も、介入前より有意に低い状態であった。また、マインドフルネスプログラムを週に3~6日実施していた群は、介入後、マインドフルネスのレベルが有意に高まったが、週に0~2日実施していた群では、変化がなかった。
Walach, H. et al (2007) ¹⁹⁾	あるサービセンセーターの従業員全員に声をかけ、自主的に参加した23名(介入群12名、対照群11名)	8-week Mindfulness Based Stress Reduction program 介入群には毎週2.5時間×8回のevening classと、土曜日の6時間のリトリートを1回実施。ホームワークのためのCDも配布。	非ランダム化比較試験と質的データ分析(インタビュー)	介入の最初、介入直後、介入2か月後(フォローアップ時)	A 120-item questionnaire on coping with stress(SVF), Salutogenetic Subjective Analysis of the Workplace (SALA), The Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen(FKK)よりLocus of controlの尺度、Tiredness of the Freiburg Complaint ListよりGeneral Complaints, Tension of the尺、The Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)(生活満足度尺度)	インタビュウの結果、介入により、参加者はストレス境に悩む仕事の問題により気づくようになり、仕事の環境に対してより批判的になったと報告していた。また、介入後で、82%の参加者が個人的な目標を達成することができた、と語っていた。質問紙調査の結果、介入群では、介入前に比べ介入直後、ストレスに対するポジティブな戦略が有意に増加していた。
Klatt, M. D., Buckworth, J., Malarkey, W. B. (2009) ²⁰⁾	米国中西部の大きな1大卒に勤める学部教員と職員45名(介入群22名、待機群20名)	low-dose work-site Mindfulness Based Stress Reduction intervention (短縮版の職場向けマインドフルネスストレス低減法)60分×週1回×6週間(毎日20分は個人で瞑想する。個人で行うためのCDも配布。)	ランダム化比較試験	介入前、介入後	The Perceived Stress Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Mindful Attention Awareness Scale(MAAS), Assessment of Salivary Cortisol	介入群では、介入後に知覚するストレスは減少、マインドフルネスの程度は上昇した。唾液中のコルチゾール値(毎日測定)については、介入による変化はなかった。
Pipe, T. B. et al (2009) ²¹⁾	米国の南西部の1病院に勤務するNurse Leader 33名	4-week mindfulness meditation course(介入群)、Leadership course(コントロール群)	ランダム化比較試験	介入前、介入後	Symptom Checklist 90-Revised(SCL-90-R), the Caring Efficacy Scale	強迫性、うつ、不安、恐怖症性不安、妄想的観念、精神病質傾向などのストレス症状が減少し、ケアへの効力感が上昇した。
Singh, N.N. et al (2009) ²²⁾	知的障がい者の中のグループホームのスタッフ23名	12-weeks mindfulness training program 2時間×12セッション スタッフはトレーニング後の40週の間、入居者との相互作用の中で、マインドフルネスのエクササイズを用いるように依頼された。	準実験的研究	ベースライン時~40週までの各週の	インシデントの数、身体的攻撃を引き起こしうる言語的やりとりや言葉の使用、指示、身体拘束の使用、頓用薬の使用、スタッフや他の入居者の傷害	マインドフルネストレーニングが進むにつれ、身体拘束の使用は減少し、最終調査時には全ての施設で全く使用しなかった。マインドフルネストレーニング後は、頓用薬の使用が減少し、スタッフや他の入居者の傷害も0に近づいた。平均値の比較のための統計解析を行っていないなどの限界はあるが、マインドフルネストレーニングは、ケアスタッフと知的障がい者の双方に利点があり、特に攻撃的、破壊的行動に対する身体拘束や頓用薬の使用を減らす利点があることが示唆された。
Franco C. et al (2010) ²³⁾	様々な公立の中学・高校の教員68名(介入群34名、対照群34名)	Mindfulness Training Program (90分のセッションを週に1回10週行った。介入群はホームワークとして、ボディアクティビティエクササイズを毎日10分、腹式呼吸のマインドフルネスエクササイズを毎日30分実施。)	ランダム化比較試験	介入前、介入直後、介入終了4か月後	Symptom Checklist 90-Revised(SCL-90-R)	コントロール群に比べ介入群では、Symptom Checklist 90-Revisedの心理的苦痛に関する3つのスケール(Global Severity Index, Positive Symptom Distress Index, and Positive Symptom Total)において、有意な減少があった。またそれらのサブスケール、身体化、強迫性、対人関係の敏感性、うつ、不安、敵意、恐怖症性不安、妄想的観念、精神病質傾向において有意な減少があった。また、これらの結果は、介入終了後4ヶ月の間、維持されていた。
Martin-Asuero, A. et al (2010) ²⁴⁾	様々な病院やプライマリケアセンターの医療従事者(医師、看護師、心理士)、教育専門職、ソーシャルサービス産業従業員29名	Mindfulness-based Stress Reductionに基づいた、毎週2.5時間×8回のクラスと8時間のセッション1回	前後比較試験	介入前、介入直後、介入終了3か月後	Symptom Checklist 90-Revised(SCL-90-R), SRLE (Survey of Recent Life Experiences) scale, the Perceived Stress Scale, The Positive and Negative Affect Scale (PANAS), the Emotional Control Questionnaire	心理的苦痛得点は介入後に有意に減少した。介入終了3か月後は、介入前には有意に減少していなかった。日常のストレス得点は、介入後に減少する傾向があった。感情コントロール得点は、介入後に有意な変化はなかった。ポジティブな感情得点は、有意な変化がなかったが、ネガティブな感情得点は、介入後に有意に減少し、その減少は3か月後も継続していた。

リラクゼーションやセルフケアに役立ち、仕事と家庭における人間関係が改善した、自信が高まったという報告や¹³⁾、ストレスにつながる仕事の問題により気づくようになり、仕事の環境に対してより批判的になったという報告もあった¹⁹⁾。

施設スタッフへトレーニングを行い、スタッフと入居者への効果を調べた研究では、入居者の攻撃行動へのスタッフの介入数の減少、入居者の攻撃行動に対する身体拘束の使用の減少¹⁷⁾、入居者への頓用薬使用の減少、スタッフや他の入居者の傷害の減少²²⁾、入居者の日常生活スキルの習得の増加、入居者の社会的関わりや活動時間の増加が報告されていた。

IV. 考 察

1. 対人援助職のメンタルヘルスへの効果

レビューした全ての研究で、マインドフルネストレーニングは、対人援助職のメンタルヘルスに良い効果をもたらしていた。これは、慢性身体疾患患者にMBSRを実施した研究のMeta-Analysis⁸⁾や、健常者にMBSRを行った研究のMeta-Analysis⁹⁾の結果とも一致するものであり、対人援助職のメンタルヘルス対策として、マインドフルネストレーニングが有効な方法であることが考えられる。トレーニングによりバーンアウトが改善されていたことで、特にマインドフルネスは対人援助職のストレス軽減に役立ち、職員の離職予防にも効果があるかもしれない。ストレスへの効果については、大部分の評価項目でストレスを軽減する効果が明らかになっていたが、唾液中のコルチゾール濃度など介入によって有意に変化しなかったものもあった¹⁴⁾²⁰⁾。マインドフルネスの効果を測定する時期や評価方法を検討し、今後さらに対象者を増やし介入研究を行う必要がある。

マインドフルネストレーニングは、呼吸法やボディースキャン（呼吸に集中したまま体の各部分の感覚を感じとるエクササイズ）や、静座瞑想法、ヨーガ瞑想法、歩行瞑想法などが組み込まれたプログラムであり、精神の安定や認知に働きかけるだけでなく、体も使うことで心身への様々な良い影響が期待できる。

2. スタッフの職務効力感、生活満足感への効果

レビューの結果から、マインドフルネストレーニングは、スタッフの仕事の満足度やケアへの効力感が上昇した、自信が高まった、仕事における人間関係が改善した、など仕事に対する前向きな気持ちを強化する効果があることが示唆された。また、生活満足感の改

善や、セルフケアに役立った、家庭における人間関係が改善した、などの職場外の生活においてもポジティブな効果が期待できる。

3. スタッフと入居者への効果

施設スタッフと入居者への効果を調べた研究¹⁷⁾²²⁾で、入居者の攻撃行動へのスタッフの介入数が減少し、身体拘束の使用や頓用薬の使用も減少し、知的障がいを持つ入居者の日常生活スキルの習得の増加、社会的関わりなどの増加にもつながっていたことは、スタッフへのマインドフルネストレーニングが、スタッフだけでなく入居者にも良い影響をもたらしたことを示している。これはトレーニングにより、スタッフのメンタルヘルスや仕事の満足度が改善し、その影響が入居者との人間関係をより良好にし、ケアの質の向上につながった可能性が考えられる。

4. トレーニングの期間や、ホームワーク実施頻度による違い

トレーニング期間の長さや時間数による効果の違いはなかったが、ホームワークの実施頻度では違いが表れていた。マインドフルネストレーニングでは、ホームワークとして、毎日、ボディースキャンのエクササイズを45分程度、そして10分程度呼吸に注意を集中する時間を作り、ふだんの生活の中で瞑想とトレーニングを実践するように指導される²²⁾。先行研究において、ホームワークを週に0~2日しか実施していなかった群では、マインドフルネスの程度に有意な改善なく、週に3~6日実施していた群では有意に改善していたことから¹⁸⁾、マインドフルネストレーニングにおいて効果を出すには、ホームワークは重要と思われる。しかし、多忙な対人援助職にとって毎日このホームワークを行うのは難しいと思われるので、日常生活に取り入れる工夫や継続させるためのプログラムの工夫が必要と考える。

5. レビューの限界と今後の展望

レビューの限界として、対人援助職を対象としたエビデンスレベルの高いマインドフルネストレーニングの研究は、まだ十分な数があるとは言えない。今後は、さらにRCTを蓄積し、マインドフルネストレーニングによる労働者への効果についてメタアナリシスを行う必要がある。また、マインドフルネストレーニングと、他のストレス対策トレーニングの効果を比較し、それらを組み合わせることによる効果などをさらに検証していく必要がある。

わが国では、マインドフルネストレーニングを対人

援助職に実施し、効果を検証した研究はまだない。日本の看護職者に対するマインドフルネス瞑想法活用の展望を示した、坂上の論文においても、MBSRの効果を検証する基礎的な研究を進めることで、バーンアウト対策の一部として有効な対策確立に向けた一助になると述べられている²⁵⁾。

マインドフルネスは、もともとKabat-Zinn, J. が日本の文化から大きな影響を受け、禅に出会い、瞑想の精神を探求する道に足をふみ入れたことがきっかけで、開発されたものである⁷⁾が、日本ではまだまだあまり広くは知られていない。マインドフルネスが今後さらに多くの人に理解され、ストレスの多い現代を生き抜く一つの手段として、様々な場面に活用されるように、今後、わが国においてマインドフルネスの実践方法や研究による知見をわかりやすく提示していく必要がある。

V. 結論

マインドフルネストレーニングは、対人援助職のメンタルヘルスの改善に有効である可能性が示唆されている。また、職務効力感や生活に対する満足感を高め、人間関係を良好にし、スタッフだけでなくケアを受ける側にも良い影響を与える可能性が示唆されている。

引用文献

- 1) Cherniss, C. : Professional burnout in human service organizations. New York : Praeger, 1980.
- 2) Farber, B. : Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. In B. Farber (Ed.), Stress and burnout in the human service professions, New York : Pergamon Press, p. 97-118, 1983.
- 3) 久保真人. : バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは—。セレクション社会心理学—23. 東京 : サイエンス社, p.1-4, 2004.
- 4) 日本看護協会 (2010.4.21.) : “2010年 病院における看護職員需給状況調査 結果速報”
<<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2011pdf/20110420.pdf>>
- 5) 介護労働安定センター (2010.8.16.) : “平成21年度事業所における介護労働実態調査及び介護労働者の就業実態と就業意識調査”
<http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h21_chousa_point.pdf>
- 6) Kabat-Zinn, J. : Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York : Hyperion, p.4, 1994.
- 7) J.カバットジン (春木豊 訳) : マインドフルネス ストレス低減法. 北大路書房, 京都, xi-xii, 2007.
- 8) Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. et al. : The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease : a meta-analysis, Journal of Psychosomatic Research, 68(6), 539-44, 2010.
- 9) Chiesa, A., Serretti : A. : Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in Healthy People: A Review and Meta-Analysis. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15(5), 593-600, 2009.
- 10) Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G. et al. : Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology. 68(4), 615-623, 2000.
- 11) Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. : Acceptance and commitment therapy : a meta-analytic review. Psychotherapy and Psychosomatics. 78(2), 73-80, 2009.
- 12) Cohen-Katz, J., Wiley, S.D., Capuano, T. et al. : The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II : A quantitative and qualitative study, Holistic Nursing Practice. 19(1), 26-35, 2005.
- 13) Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T. et al. : The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout : A Qualitative and Quantitative Study, Part III, Holistic Nursing Practice, 19(2), 78-86, 2005.
- 14) Shapiro, S.L., Astin, J. A., Bishop, S. R. et al. : Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals : Results From a Randomized Trial, International Journal of Stress Management, 12(2), 164-176, 2005.
- 15) Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M. et al. : Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program : mindfulness in practice, Stress and Health, 21(4), 255-261, 2005.
- 16) Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., Seidman-Carlson,

- R. : A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides, *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109, 2006.
- 17) Singh, N. N., Lancioni G. E., Winton, A. S. W. et al. : Mindful staff increase learning and reduce aggression in adults with developmental disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 27(5), 545-558, 2006.
- 18) Schenström A., Rönnerberg, S., Bodlund, O. : Mindfulness-Based Cognitive Attitude Training for Primary Care Staff : A Pilot Study, *Complementary Health Practice Review*, 11, 144-152, 2006.
- 19) Walach, H., Nord, E., Zier, C. et al. : Mindfulness based stress reduction as a method for personnel development—a pilot evaluation, *International Journal of Stress Management*, 14(2), 188-198, 2007.
- 20) Klatt, M. D., Buckworth, J., Malarkey, W. B. : Effects of Low-Dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-ld) on Working Adults, *Health Education & Behavior*, 36, 601-614, 2009.
- 21) Pipe, T.B., Bortz, J.J., Dueck, A. et al. : Nurse Leader Mindfulness Meditation Program for Stress Management : A Randomized Controlled Trial, *Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130-137, 2009.
- 22) Singh, N.N., Lancioni G. E., Winton, A. S.W. et al. : Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 194-202, 2009.
- 23) Franco C., Mañas I., Cangas A.J. et al. : Reducing teachers' psychological distress through a mindfulness training program, *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 655-666, 2010.
- 24) Martín-Asuero, A., García-Banda, G. : The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals, *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 897-905, 2010.
- 25) 坂上百重 : 日本の看護職者に対するマインドフルネス瞑想法活用の展望, *新潟大学医学部保健学科紀要*, 9(1), 157-165, 2008.

寄

稿

寄稿

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
P. 25-27 (2011)

人の動きの学習「キネステティクス®」

医療看護学部基礎看護学
吉 武 幸 恵

1. はじめに

「〇〇さんの移動をお願いします」の呼びかけに数名の看護者が駆けつけ、「せーの、1、2の3!」と患者さんをベッドからストレッチャーへ、あるいはベッドから車椅子へ移動する介助は、日常的に行われていますが、このときの患者さんは、どのような感覚を抱いているのでしょうか。そして、介助者自身の身体へはどれだけ負荷がかかっているのでしょうか。保健医療従事者の業務上疾病の発生件数は、全産業の中で最も多く、その約8割が腰痛である（国民衛生の動向、2010/2011）と報告されています。腰痛の原因は様々ですが、作業姿勢、患者の移動に伴う負荷が原因となるケースは少なくないでしょう。

また、筆者は日々の看護基礎教育において、「対象者を理解すること」、「対象者の尊厳を守ること」を援助の前提として指導しているのですが、「患者さんを移動する」、「車椅子に移す」と、知らず知らずのうちに「物」を扱うような表現をしていた自分に気付きました。そのような時に、キネステティクス®の存在を知り、株式会社ケアプログレスジャパンが主催する、「創始者による看護のキネステティクス®」を受講しました。これまでに、ベーシックコースとアドバンスコースを受講したのですが、実際に体験を通して学習することで「対象者を理解すること」の深さを実感しています。キネステティクス®は、①患者を人間として感じるために、②自分自身の観察能力を高めるために、③知覚障害者とのインタラクション能力を伸ばすために、④患者の動きを通して、介助者自身が体について自覚し、現在ある能力を使うのに役立つために、⑤自分の存在を感じ、ケガから身を守るために介助者の役に立つとされています。筆者は、キネステティクスの学習を始めたばかりで、十分に身につけたとはいえない状態ですが、How toではなく、学問として身につけることで、自身の看護活動の幅が広がり、非常に豊かなものになると確信しています。自身の学習体験

で感じたことを中心に、新しい学問、キネステティクス®を紹介したいと思います。

2. キネステティクス®とは

キネステティクス®は、行動サイバネティクス博士である、Frank Hatch氏とLenny Maietta氏によって創始された学問です。キネステティクス (Kinästhetik) という言葉は、ギリシャ語のkinesis「動き」とaesthesia「感覚」を語源としたキネステジー (Kinästhesie)「動きの感覚」から派生したもので、「動きの感覚の学習」という意味です。

3. キネステティクス®の6つの概念

キネステティクス®は、人の活動を「インタラクション」、「機能からみた解剖」、「人の動き」、「力」、「人の機能」、「環境」の6つの概念とそれぞれの下位概念でとらえます。

1) インタラクション

インタラクションとは、二者の間の相互作用のことで、感覚、動きの要素、インタラクションのパターンという要素があります。

(1) 感覚

人は、キネステティク感覚システムにより、自分自身の動きを感じています。この感覚システムがあるので、筋肉の緊張の変化を通して、重力の下、自分の体重の移動を感じ、コントロールしています。

(2) 動きの要素

動きの要素には、「時間」、「空間」、「力」があります。「時間」は速さ、期間、リズムなどで感じ、「空間」は大きさ、方向、距離などで感じ、「力」は量、質、接触、方向によって感じています。これらの要素は、それぞれ内側と外側という視点で分けられ、全ての動きはこの3つの要素と内側・外側の組み合わせでできています。

(3) インタラクションのパターン

インタラクションには「一方方向性インタラクション」、「対話的インタラクション」、「同時性双方向性インタラクション」の3つのパターンがあります。これは、動きの要素と感覚の間のやり取りのパターンのことです。

2) 機能からみた解剖

「機能からみた解剖」には、「骨と筋肉」、「マスとツナギ」、「保つ動きと運ぶ動き」、「オリエンテーション」の4つの項目があります。

(1) 骨と筋肉

骨は硬くて安定しており、筋肉は柔らかくて変化に富んでいます。これらの特性と機能に合わせて活用することで、体の重さを感じずに動けます。

(2) マスとツナギ

体の重さは頭、胸郭、骨盤、両上肢、両下肢の7つのマス（塊）に分けられます。ツナギはマスとマスの間にある、首、ウエスト、両腋窩、両鼠径部です。「動き」は、マスの位置関係がお互いに変化することです。マスは環境と接触して体重を支え、ツナギはマスの動きをコントロールします。

(3) 「保つ動きのレベル」と「運ぶ動きのレベル」

関節は、「重さを体の中で動かす関節」と「重さを外界に渡す関節」に分類されます。重さを動かせる方向が体の長軸方向に制限されている関節は「保つ動きのレベル」であり、重さをどの方向にも動かせる関節は「運ぶ動きのレベル」です。人間の体には、「保つ動きのレベル」と「運ぶ動きのレベル」が規則的に並んでいます。

(4) オリエンテーション

オリエンテーションとは、マス同士の位置関係、マスと環境との間の位置関係のことをいいます。「体のオリエンテーション」には「上と下」、「方向」、「前面と後面」があり、自分にとって変わることはありません。一方、「空間のオリエンテーション」は自分の体と外界との関係をいいます。

3) 人の動き

人の活動は、「保つ動きと運ぶ動き」、「平行な動きとスパイラルな動き」の組み合わせでできています。

(1) 保つ動きと運ぶ動き

「保つ動き」はマスの内部の重さの移動で、1つの軸で動きます。「運ぶ動き」はマスの重さが外界の中を移動する動きで、複数の軸で動きます。

(2) 平行な動きとスパイラルな動き

平行な動きでは、主に1つの軸に沿ってマスの重さを動かします。「保つ動き」の資源が使われます。スパイラルな動きでは動きの資源全てを使い、動きの軸を連続的に替えながらマスの重さを動かします。

4) 力

人は、「押しと引き」という力を使ってからだを動かしています。体の一部分を押ししたり引いたりしたときに動きが生じます。「押し」は、2つの重さが接している点に向かって動いています。逆に「引き」はその点から離れるように動きます。「押しと引き」と活用することにより、支持面へかかる圧を変化させ、動きを引き出すことが可能になります。

5) 人の機能

「人の機能」は、生活するための活動を分類します。ここでは単純な機能としての「体位と基本体位」について述べます。

体位とは、人が一方で体の各部分の相互の関係を調整し、もう一方で体と外界の関係を調整している状態をいいます。体位を保つということは、重力と積極的に関わっているということが出来ます。体位には7つの基本体位（仰臥位、肘をついた腹臥位、座位、四つん這い、方膝立ち、片脚立ち、両脚立ち）があり、全ての体位について、①重さがマスの後面から支持面に流れること、②重さを後面にかけるため、そして重さの配分を調整するためにマスの前面を使っているという共通点があります。

6) 環境

「環境」は、他のキネステティクス®の概念全てをつなぐ概念です。「環境整備」は、活動のために重要な周囲のものが満たさなければならない条件を示します。対象者の健康増進を助け、介助者自身の健康を保ちながら介助が行えるような、効果的な環境づくりが必要です。

4. キネステティクス®の介助への応用

介助におけるキネステティクス®を、「正しい支え方」や「楽な動かし方」と誤解され、「どのようにするの?」とhow toを問われることが多いのですが、キネステティクス®を活用した介助は、その時々状況によって変わります。全ての患者に同じ手技で同じことをするのではなく、豊かな創造性と考え方の柔軟性が求められ、その時の対象者が持っている能力を活用するものです。キネステティクス®を移動の介助に

活用した結果、患者が自分で動くような動きを引き出すことができ、患者は移動に対して緊張したり身構えたりすることがなくなり、リラックスした状態で介助を受けることができます。また、患者の体重を持ち上げるのではなく、体重を支持面にかけてまま介助者の骨格の中を通して床に落とすので、介助者は身体的負担を殆ど感じることなく介助できます。実際にキネステティクス®を活用した移動の介助を体験した時は、体重がマスからマスへ移動する感覚が、「コップからコップへ水が注がれる」かのように感じたものです。

Frank氏は、学習プログラムの中で、繰り返し以下の事項を受講者に伝えていました。

- ① 患者が自分で動くような動きを引き出しなさい。
- ② 持ち上げてはいけません。
- ③ 患者の動きを邪魔してはいけません。

これらの助言を意識しながら、キネステティクス®の原則に基づいた分析をし、6つの概念を活用することで、実際の患者一人ひとりの状態に合った移動の介助方法が見つけれられるでしょう。

5. おわりに

筆者自身の学習体験から感じたことを中心にキネステティクス®について概説しましたが、この学問は、文章だけでは十分に伝えることが難しく、実際にその感覚を体験して初めて理解できるものだと実感しています。看護や介護における日常業務を見直したいと思ったときや、多くの看護師が健康で生き生きと働くために、身近なところから何かを変えたいと思ったときなどに、自分自身を振り返り、自分自身を変えるきっかけとなるでしょう。今後、創造性、柔軟性に富んだこの学問が、看護教育、臨床看護の現場に浸透していくことが望まれます。

参考文献

- 1) Frank Hatch, et al, 澤口裕二訳：看護・介護のためのキネステティクス, ふうろう出版, 2009.
- 2) Frank Hatch, et al, 澤口裕二訳：M-Hキネステティクス教育システム パート1：概念システム, Verlag Kinaesthetics, Bildungsinstitut, 2009.
- 3) 中本里美他：人の動きについて学習する「キネステティクス®」～看護・介護を優しくする道具の1つとして～, 人間生活工学, 10(1), 18-21, 2009.

学内活動報告

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
P. 29-55 (2011)

順天堂大学医療看護学部 第19回公開講座

開催日時：平成22年11月27日（土）13：00～16：00

会 場：浦安市消防庁舎3階

講演1 青年～大人のこころの問題：軽症うつ病・適応障害など —精神科医の立場から—

順天堂大学スポーツ健康科学部
広 沢 正 孝

今日のテーマは青年期から大人のこころの問題ですが、主に「若い世代の人たちにとってのこころの問題」の話とさせていただきます。特に、現在問題になっています軽症うつ病や適応障害、つまり苛酷なストレス社会の中で、若い人たちがどういうふうに対応したらよいかわからなくなってしまい、適応に失敗したときのこころの反応の仕方を中心に、話させていただきます。

1. 近年の青年の特徴

近年の青年を見ていますと、幾つの特徴があるように思われます。あくまでも私自身がキャンパスで接している大学生、それから外来場面で出会う若い会社員なのですが、実際に彼らを学生相談や診療の場で拝見していますと、スライド1に示しましたようないくつかの特徴が見られます。

つまり、「自己表現の方法が画一化されている」「自己不確実感が強い」「人間関係に過敏である」。それから少々奇妙に思われるかもしれませんが、「悩み方がわからない。悩みを悩めない」、「精神科医との共存がみられる」。そのせいもあってか「うつ病ないし、『うつ』という概念が蔓延している」。実際に、私の前に来てくださる患者さんや学生の中には、すでに精神科で治療されている方も多く、彼らは「うつがよくなる」「話を全然聞いてくれない」と言って訪ねてくるのです。でもいざ精神療法をしようとして、彼らのこころの中に入っていきますと、その核心の部分が

見えないのです。核心の代表とは母子関係にまつわる問題なのですが、その部分がどうもはっきりしないのです。たとえばお母さんに来ていただいて話を聞いても、やはりしっくりしないものを感じてしまう。それで、治療者自身が「いったいどこに手を付けたらよいのだろうか」と逆に悩みを持ってしまうような時代になっています。そこでこれらの問題の一つ一つを、順を追って見てみていきたいと思います。

2. 自己表現の方法が画一化されている

まず「自己表現の方法が画一化されている」という問題です。どういうことかと言いますと、自分を肯定的に表現する場合も、否定的に表現する場合も、今の若い人たちは一様に決まった形を取ることです。

肯定的な表現の場合は、明るい、元気、ポジティブ、前向き、プラス志向、自分らしい、尾を引かない、攻めの気持ち。大体これだけの言葉があれば、足りてしまう時代のようなのです。一方、調子が悪くなって、つまりこころの調子が悪くなってくると、否定的な表現に、がらっと変わります。人間失格、弱気、暗い、怯えてしまう、自分らしさが無い、周囲から受け入れられない、自分を否定される、周囲から圧迫される。こちらの場合も、大体このくらいの言葉があれば、足りるようなのです。

これらの、自分に対する表現というのは、多様化された価値観を持つ現代人の姿とは一見矛盾し、非常に

単純化されている印象が持たれます。

3. 自己不確実感が強い

さて、そのように非常に単純化された、ある意味では明快な自己像というものがある一方で、「あなたはどのような人間なのか」と真剣に問われると、すぐに自己不確実感が露呈してくるのも、現代の若い人の特徴です。つまり、本当の自分というのはいえないと言う人が多いのです。中には自分らしさ、生きる意味を問い続けながら、気分的には抑うつ的なしは無快楽なまま、ずっと生き続ける学生や会社員もいる。本当だったら、何とか「自分をみつければいけないのだろう」と思いながらも、そのまま、だらだらと、楽しさを感じることもなく生きている人々もいます。逆に言えば、経済的に豊かなので、自己不確実なままでも生きられる世の中になったのかもしれない。

4. 人間関係に過敏

特に、彼らが悩んでいるのは人間関係の部分です。これは自己不確実感と非常に結び付いています。特に現在の大学生が持ちやすい悩みとして、「友だちとのつき合い方がわからない」「友だちを傷つけてしまった」「友だちの前で緊張する」というのが挙げられます。以前からこういった悩みはあったのだとは思いますが、近年の学生からは特にこの言葉が聞かれるようです。

それから、特に近年（新たに）目立ってきた表現として、先にも触れましたが、「友だちや同僚から受け入れられない」、それから「友だち・同僚・先輩・上司などから、自分を否定される」、こういったものが挙げられます。これぞ、自己不確実感を象徴するような表現といえるでしょう。また、対人過敏と自己中心性（ないしは自己愛性）とが共存していることを意味しているのかもしれない。

5. 悩み方が分からない、悩みを悩めない

それから、これもまた自己不確実感と非常に結び付いていますが、「悩み方がわからない」「悩みを悩めない」という特徴が挙げられます。確かに自分らしさというのは、おそらく「悩み」や「悩み方」の中に、最も出てくるものと思います。したがって、自分らしさがわからなければ、なかなか悩み方もわからないということになるのでしょう。

現代の大学生・会社員は悩みの解決を求めて自ら探

究する姿勢に乏しいところもあります。学生の中には、「自分の実存って、いったい何なのか」「生きるっていったい何なのか」というような、深い悩みを抱えている人もいますが、しかしそのような学生も、「何か参考になるものを読んでみた？」と聞くと、「何も読んでいない」と答えることが多いのです。

おそらく今から30年ぐらい前の青年ですと、解決を先達の書に求めたり、友だちと徹底的に議論し合ったり、教師に相談に赴いたり、そういったことがあったと思いますが、今の若い人たちはそういうことはほとんどしません。そのまま日々、苦悩に身を委ねているわけです。

30年ぐらい前と言いますと、私自身が大学生時代を過ごした時代になります。そのころを思い返せば、非常に「臭い」、青春ドラマが流行っていました。むしろ「悩む」ということに青春の生きがいを求めていた、青春らしさを求めていた時代だったのでしょうか。今は、もはやそういう時代ではないみたいなのです。彼らの中には、悩みを悩まぬまま引きこもり（つまり社会的引きこもり；social withdrawal）、社会から撤退する人たちもいるみたいです。

これらを総合してみますと、どうも現代という文化の中には、悩むという器が消失してしまっているような印象が持たれます。

7. 精神科医との共存がみられる

では、彼らはどうするかというと、意外や意外、精神科医と共存しているようなところがあるのです。近年の大学生や会社員は、精神科（今では多くがメンタルクリニックという名前を標榜しています）を受診することにあまり抵抗を感じないようです。むしろ気楽に受診している印象すら持たれます。もちろん、この現象には私たち精神医療関係者の努力もあるわけで、こころの問題を相談しやすいように、多くの形で皆さんにアピールしたり、精神科の標榜名を工夫したりしてきた。それが実ったということもあるのでしょう。

ただ、そういったことを抜きにしても、今までは目に見えない受診への強い抵抗が存在していたように思えます。たとえ受診に至ってもなお、医師の前では、「自分のことは自分で解決する」、「誰が精神科医なんかに本当のことを言うものか」、「ここに来てしまって無念である」というような気配、「根性」があったような気がします。しかし今の若者は、精神科医の前で、どこかケロッとしている印象が持たれるのですね。非

常に気軽に受診して、で何かケロッとして、私たちのほうでも、どこをどういうふう悩んで、苦しんできたのか。その闘いの道程がなかなかつかめない。そういった若者が増えているように思われるのです。

彼らには、どうも自己の問題を専門家（その代表が精神科医やカウンセラーなのだと思います）に委ねるという現象がみられるようです。そもそもの自分の問題を、専門家に任せなければならない時代、ないしは専門家に保障を求めなければならない時代になってしまったのかもしれない。

8. 「うつ」が蔓延している

さて、その中で特徴的なことが、「うつ」という用語の蔓延です。彼らの表現の中に、しばしば「うつ」という言葉が出てきます。「うつ」だからポジティブになれない、「うつ」だから前向きになれない。実にこういう表現が多いのです。彼らの中には、例えば学生相談室に来る前に、もうどこかの精神科に行っていて、うつに関するチェックリストを基にうつ病と言われ、抗うつ薬を処方されている人たちも結構います。「なんだ、もう精神科に行っているのか、それならどうして学生相談室に来るのかな」と、ちょっとこちらでも戸惑うのですが、それだけ「うつ」という概念が特殊なものではなくなったとも言えるのでしょうか。

何でこんなに「うつ」という言葉が蔓延したのかということに関しては、複雑な背景があると思います。「うつ」に関しては、後でまたお話をさせていただきますけれども、この背景には、うつ病に関する診断の変化（精神医学側の変化）、それから社会の側の変化、さらにはその両方を受けて生じた、若い人たちの「うつ」に対する姿勢の変化が存在しているように思います。そういったものが結び付いて、「うつ」という言葉の蔓延の現象が起きたような気がいたします。

彼らからよく聞かれる言葉に、やる気度とか、元気度というのがあります。どうも彼らの持っている尺度らしく、彼らはそれで自分の精神状態を量的に評価することが少なくないようです。それらが減ってくると「うつ」になるわけなのです。実は、この考え方というのは、現在のうつ病の診断基準と同じ構造です。現在のうつ病の診断基準に非常にマッチしているわけですね。ですから彼らを診る医者も、「ああ、それだったらうつでしょう」と言いやすいのかもしれない。

ただ、「うつ」への対応となると甚だ頼りないもの

です。大体、学生相談室等に来る方は、精神科のお医者さんのところに行ったけれども、全然話を聞いてくれない。単にチェックリストを見て、「ああ、あなたはうつだから、この薬を飲みなさい」と言って薬を処方されただけ。あとは、行くたびに「うつはどうですか。よくなりましたか。悪くなりましたか。……あんまりよくなっていない。じゃ、薬を変えましょう、薬を増やしましょう」。それしか言ってくれないというのです。

ただ、これはひとえに精神科医側の問題かという、実はそう簡単に片付けられるようでもないのです。

9. 母子関係が、どこかしっくりしない

このような場合、私たち（学生相談室）の役割は、主治医との連携のもと、心理療法、カウンセリングに入ります。カウンセリング（心理療法）の中核には、先ほどお話ししましたように、母子関係論が存在します。つまり、お母さんとの関係やその質に、いろいろなところの現象の端緒があるとみるわけです。

（成人期以降のうつ病と異なり）若者の場合、カウンセリングが進んでいくと、どうしてもこのお母さんとの関係に触れざるを得なくなります。カウンセリングの佳境に入るわけです。しかし、ここでわれわれに戸惑いが生じる。つまり、彼らがお母さんに対して、例えば、非常に否定的な感情を持っているとか、逆にものすごく依存しているとか、そういった明確な表現が（気づきが）今の若い人たちからはなかなか得られないからです。どこか漠然としているわけです。そして、そこから見えてくることは、結局、悩みをめぐってお母さんとダイレクトに向き合うことが、あまりなかったということなのです。

例えば本人からよく聞かれる言葉です。「（自分もともと苦しんでいることを）お母さんに話せば、『大丈夫』とか『無理しなくていいよ』というふうに言ってくれると思う。でもなんか怖いので、まだ話していません」「悪いので、まだ話していません」。ときにはこちらが仲介役になって、母親とコンタクトを取る。そして母親が私たちの前にいらっしゃったときに、ご本人との関係を聞いてみることになる。そうすると、今度は母親から次のような言葉が出てくる。「子どもの自由にさせています」「口出ししても、あの子は言うことを聞かないから、口出ししないようにしています」。

つまり、母子双方が悩みへの直面を避ける傾向にあ

るようなのです。しかし問題は、もっと複雑です。このような関係にありながら、その母子は仲が悪いわけではなく、むしろ共生的な二者関係の維持を望むところがあるからです。どのようなことかという、否定的な自己感が本人（若い人）の中に出てきてしまうと、本人もお母さんも、その部分を避けて通ろうとしてしまう。一方で、肯定的な自己感が子どもに出てくると、何となく一緒にいたいという気になる、そのような親子関係が目立つということです。それは、ある心理学者が言ったように、「無抵抗な姿勢の子どもと、わが子に責任を取る自信のない母親像」という関係なのでしょう。このあたりが、カウンセリングを進めていく上で、非常に大きなネックになるのが、現代の若者の特徴であるように思います。

10. 現代文化と青年の心理

では、どうしてそういうことになってきたのか。ここでやはり、現代文化の特性を考えなければいけないと思います。さらに、それが青年の心理（若い人たちのこころ）にどのように影響しているのか、というのを見なくてはいけないと思います。スライド2に、現代文化の特徴を並べてみました。ちなみにこれは、いろいろなところに書かれてあることを、私なりに整理して並べたものです。

上から読みますと、「物質的に恵まれた文化」「選択肢の多い文化」「情報を一方的に与えられる文化」「知識偏重主義と結果優先主義の文化」「一回性よりも反復性の文化」「理想像（自己像）が単純化された文化」「核家族化と少子化の文化、および地域共同体の弱体化した文化」です。

この中で、「一回性よりも反復性への文化」とはどのようなことかといいますと、現代の特徴として、一発勝負、つまりその一発にかけるということが少なくなって、むしろ、いつでも、どこでも、誰でも、同じことを共有し、そして正確にそれを繰り返すということが要請されるような文化になっているということです。確かに、今日のように科学的なエビデンスに基づいた説明が必要な文化ですと、どうしても反復性というのが過剰に重視されるのでしょう。

ところで、私が挙げた現代文化の特徴は、実は随分以前から見られるようになってきているものであって、何も今に始まった現象ではありません。ただ、ここ数年の若い人たちの特徴を見てみると、この特徴を決定付けた近年の大きな変化が存在しているようなので

す。それがインターネットを介した爆発的な情報の広がりです。このことは私だけではなく、幾人かの心理の専門家たちが述べていることです。

11. インターネットの時代における自我理想

インターネット時代の、特にどういう面に特徴があるかという、それはほとんどすべての情報が自分の部屋で得られる点です。これによって、ひとは社会に出て、情報を得る必要がなくなりますから、間接的な人間同士のかかわりで多くのことが済むようになります。社会参加の意欲、つまり「自分が社会の中に出ていくのだ」「社会の中で勝負を挑むのだ」という意欲も低下して当たり前なのではないかと思えます。

私事で申し訳ありませんが、例えば、私はかつて医学部に入って医者になったわけですがけれども、当時（30年ほど前）の社会の常識で言いますと、医学の知識というものは医学部など専門の機関に行かないと得られなかったわけです。そのために、必要に迫られて勉強もしましたし、自分を磨かなければいけないと思ったりもしたわけです。磨けたかどうかは別としましても、少なくとも、そういう意志はあったように思います。ただ、今はおそらく私が医学部で学んだような知識というのは、ほとんど自分の部屋で得られます。何も医者仲間ないしは医学という教育・研究の場の中に飛び込まなくても得られる時代になっているのですね。

このことは、何を意味するのでしょうか。医学に限らず、いかなる情報も、わざわざ専門の場にかなくとも、専門家にならなくとも得られてしまう。つまり、自分はこうあらねば知識は得られない、こういうふうに磨かなければその世界に飛び込めない、という「自我理想」を必要としなくなってきたことを指すのかも知れません。自我理想をそんなに持たなくても、当たり前前に知識が得られる時代になっているのですから。

そうなりますと、かつてわれわれが（当たり前）持っていた「あのような人間になりたい」とか「このような職業に就きたい」という、自我理想が、若い人たち全般において、曖昧になってくるのでしょう。さらに、もっと平たく言えば、「何としてでもこの自分をわかってもらいたい」という意欲が低下してくるのです。それは自己を鍛える姿勢、ちょっと古い言葉ですけれども「克己の精神」の後退につながるのではないかと思うのです。

さて、これがここ数年、ないしは10年ぐらいの特徴

ですけれども、このことを基盤に考えますと、そのほかの特徴（スライド2）も比較的わかりやすくなるのではないかと思います。1つは一方的に与えられる情報、つまり自分から情報を求めなくても、一方的に情報が外から与えられてくるということです。そうしますと、そもそものはじめから考えるという真の創造性もほとんど必要とされなくなります。真の創造性がないと、やっぱり自己不確実化するでしょうし、悩みを悩めないということも起こってくるでしょう。

さらに「知識偏重」、これもよく言われていることですが、評価の際に、個人が持つ個人的な経験よりも知識のほうが重んじられる。インターネット時代で、情報が氾濫してくれば、もっともっと知識を重んじるような世界になるかもしれません。ここで、ちょっと怖いことは、知識は個人の資質に関係なく、「努力すれば手が届くはずのものである」という考え方や価値観の広がりです。つまり、自室で画面を開けば、ほとんどの知識が得られるわけですから、画面を開かず、知識を得ていないほうが悪いという感覚に、皆が陥ってくるのです。確かに、今の若い人たちは、知識を豊富にしよう、自分の周りにある情報を得ようという努力を非常によく行うように思います。とてもまじめです。しかし人間であれば、努力だけでは解決できない問題もたくさんあるわけです。そういった状況に陥ったときに、彼らはなすすべを持たない。そこで窮地に立たされることがよくあるように思います。

さて、以上の話を基に、もう一度、今の若い人の自己像に立ち戻ってみますと、彼らの場合、自分の理想像が非常に単純化されてきた理由も、何となくわかりただけたのではないかと思います。現代の若者は固有の自己像を持ちにくいと。社会の側も、一律にやる気や元気があり、ポジティブで明るい人間像を求め。入学試験や入社試験でもやっぱりこういう人たちの採用が無難であるという感覚を持ってしまう。これがまた若い人たちをして、ポジティブで明るい、そしてやる気のある人間像にしがみつかせることになるでしょう。

これらの自己像は、その人の固有の性格でないことは言うまでもありません。それから、気質や能力とも関係ないのですね。ただ努力すれば得られる程度の、人間像です。それでいて、気質や能力に関係なく、呪縛される現代の人間像でもあるのです。もしそういうふうな自己像を演じられなくなれば、彼らはいきなり「人間失格」と自分たちを判断します。そして、し

ばしば「うつ」になったと表現する。場合によっては、引きこもりになったり、後で説明しますが、解離という精神現象を起こしたり、さらには直接自分の身体を痛めるという行為に至ったりします。今日これから山根さんが説明されます、摂食障害も、そのひとつかもしれません。

12. こころの構造とは？（現代の若者のこころを理解するために）

では、現代の青年のこころの構造はどのようになっているのでしょうか。

スライド3は、皆さまもお聞きになったことがある名前と思いますが、フロイト（Freud, S.）という19世紀末に、オーストリアのウィーンで精神科医をしていた人物による、人間のこころの見方です。実はこの見方は、私たち精神科医、それからカウンセラーの先生方も学んだ、心理学の基本にある考え方なのです。

フロイトは、スライド3のように人のこころを真ん中で上下に区切って、意識と無意識の2つの層に分けました。ここがフロイトの非常に大きな発見であったのです。意識というのは、われわれが認識している世界、無意識というのは、認識できていない、われわれのこころの闇の動きといえるのでしょうか。フロイトによれば、矢印で示したように、この2つがいつも葛藤していて、その葛藤から、不安という精神現象が出てくる。これが人間のこころの力動を作っているのです。

さて、これをもう少し詳しくみます（スライド4）。まず意識の部分です。私たち人間というのは、社会の要請にいつも合わせながら生きています。文化が一人一人を包み込んでいるわけです。その文化というのは、人間が何世紀もかけて作り上げてきたものです。そして、その文化は私たちに、「社会に適応するためには、こうあらねばならない」という理想像を示してくれるのです。私たち人間は、その理想像を追い求め、それに忠実に従おうとする。その姿の究極がフロイトのいう「超自我」なのです。われわれは皆、超自我を持っていて、そしてその超自我に適度に縛られながら、生まれ落ちた社会に適応しようとしているようなのです。

一方で、われわれも1人の人間です。動物でもあります。したがって、食欲や性欲といった本能、衝動もっています。さらには生まれてから今日に至るまで、いろいろな体験をしていて、その体験の中には、どう

しても受け入れがたい個人の歴史もあります。そういったようなものがダイレクトに表に出れば、人間社会のルールに抵触したり、人間社会全体のバランスを妨げたりする危険を持ちます。ですので、超自我によって、ないしは超自我を含んだ意識によって、これらは適度に抑え付けられます。でも抑えられすぎると、無意識はかなり窮屈になる。我慢の限界に達する。そうなると、この無意識の反発が起こるのです。つまり、生まれ育った固有の文化と、個人の歴史の2つが、いつも人のこころの中で闘い合っている状態になります。

スライド3、スライド4の表題に書きました「神経症」という概念は、まさにこのこころの中でみられる闘いから生まれて来る精神障害です。「神経症」とは、原語（ドイツ語）で言いますと、ノイローゼ(Neurose)です。この言葉は、皆さんも聞いたことがあると思います。先ほども触れましたように、意識と無意識のバトルが非常に激しくなってしまうと、葛藤が生じます。さらに、葛藤から、不安という精神現象が出現します。不安というのは、したがって、本来は広く意識と無意識の葛藤によるものであり、個別の原因が見当たらないものではありません。あくまでもわれわれが暮らす文化の中の価値観と、個人の生態および個人の全歴史との摩擦から生まれたものであり、漠然としたもので、しかも非常につらいものです。

このようにみると、フロイト以来の心理学、精神医学の立場に立てば、スライド5に示しましたように、本来不安というものは、固有の文化と、個人の歴史というのがはっきりしていて、初めてできてくるものとも言えます。そして、その不安状態では、本人からみれば確かであると思っていた「固有の文化」も「個人の歴史」も、明確な理由もつかめぬまま存続の危機に晒されることになる。そこで人間は、何とかこれを、頭で理解できるようなものにしよう、ないしは、「個人の歴史」を解消しようというような働きをします(防衛)。どのような方法を取るかは、その人が育った固有の文化と、その人個人の歴史との関係の中から決まってくるようで、精神医学的には恐怖、強迫、解離、転換、離人といったような、症状(神経症の症状)の形が選択されます。つまり、確固とした文化(価値観)と、確固とした個人があって、はじめて確固とした症状が出現すると言えるのではないかと思います。確かに、伝統的な心理学では、どのような文化の下で、いかなる個人の性格がぶつかると、例えば恐怖が出やすいとか、解離が出やすいといった、解釈の仕方がな

され、われわれもそれを学んできたわけです。カウンセリングの基本理論もここから発生してきたのですね。

13. 現代の青年のこころの構造と精神症状の特徴

ここで現代の青年のこころの構造の話に戻りますが、現代では、かつて言われていたほど自己・自我という器が明確ではありません。先ほど言ったように、「元気で、明るく、前向きで」という理想像とは、本当の自分らしさ(自己・自我)とは異なるのです。現代の若者には、先ほど説明した個人の歴史というものが不明瞭であるとも言えるでしょう。そうなってくると、そもそもの神経症のメカニズムが成立しにくくなっていく。逆に言えば、誰でもが、あらゆる症状(表面的な見かけの症状)を出現しやすくなっているとも言えます。

つまり、葛藤も不安もあまり生じなくなってきた、ダイレクトに未分化な症状が出てきてしまうような、そういう時代になってきている気がいたします。

近年よく「うつの時代」とか、「不安の時代」とか、「強迫の時代」とか、「解離の時代」とか、それから「身体化・行動化の時代」とか言われています。いったいそのどれが正しいのか……………。

そもそものフロイトの理論から言いますと、全部違うのです。彼の理論では、「うつもどき」、「不安もどき」、云々となってしまいます。ただ、表面的な「もどき」の症状だけを見ていると、ここに挙げた5つぐらいが全部一緒に並んで出てきてしまっている。これが現代の特徴なのです。

14. かつてよくみられたうつ病の実態(メランコリー親和型)

ここで、今日のテーマの中に含まれている、うつ病について簡単に話しておきます。皆さん、うつと聞いたときに、おそらく50歳以上の方と、それから30歳以下の方とでは、考え方、イメージに多少の違いがあるのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。50歳以上の方がなじんでいる「うつ」の考え方というのは、実はメランコリー親和型性格という性格を持った人が起こす病気についてのものです。

このメランコリー親和型とは、どのような特徴があるかといいますと、自分の日常生活を成立させている秩序に過度に固着する。つまり「自分はかくあらねばならない」というものを持っていて、それにしがみつく性格です。この「かくあらねばならない」というの

は、かなり高度な要求水準を伴ったものです。自己自身に向けられた要求水準が、そういった方は非常に高いのです。職業面では、几帳面、堅実、綿密、勤勉、強い責任感、仕事の虫といった形で表わされます。対人関係面では、誠実、律儀、世話好き、権利と序列の尊重、つまり、上の者は立てるといような形で表わされます。そしてこういう特徴を持った人がうつ病になりやすいと言われてきたのです。

では、どうしてそのような人は、うつ病になりやすいのか。実はそういった人というのは、ちょっと違った見方ですが、「いかに人から確かな人とみられるか」、ないしは「よい人と評価されるか」ということに非常に敏感なのです。それがどうしてなのかという定説はありません。ただ、よく言われているのは、そういったメランコリー親和型は、躰の厳しい環境で育った人に多いということ。躰が厳しいといっても、極端に厳しいわけではなく、第二次世界大戦前の日本の家庭で見られた厳格なお父さん像、そしてそれに仕えるお母さん像に象徴される、「きちんとした家」の環境を指します。子どもは、厳しい躰のもとでは、両親に思い切り甘えられません。そこで甘えの代償として、よい子ちゃんになります。このよい子が、三つ子の魂百までもとなって、その後もずっと続いていく。そうすると、メランコリー親和型性格ができてくると言うのです。

このような人たちが仲間の中で目立ってくるのはいつごろかというところ、多くは中学年代以降です。小学校年代はそれほど目立ちません。中学年代になって、みんな協力して、1人ではできないことを成し遂げるという発達課題が課せられたときに、彼らの持つまじめさと気配りが非常に大きな力を発揮してくるのです。そして彼らは、リーダーないしはサブリーダー格になる。このような性格や生き方は、まさに日本人の美德として尊ばれてきたものですが、盲点もあるのです。それは頼まれたことを断れてないこと。なにしろ彼らには、確かな人、よい人という評判を維持する必要がありますから、頼まれごとを断れないのです。

このような彼らには、その評価が上がれば上がるほど、頼まれごとが増えてきます。したがって、仕事量も当然増大します。増大すれば、エネルギーは消耗していきます。しかしそれでも彼らは、まだ頼まれごとを断れない。そうすると、エネルギーが枯渇します。そうすると、考えが先に進まなくなったり、行動が先に進まなくなったりします。これが制止という現象

(うつ病の主用症状のひとつ)です。ここでギブアップすればいいのですが、それでもまだ彼らは断れない。休むことができない。評判を落とすわけにいかないのです。そうすると、いよいよ抑うつ感、身体の不調感、自責感が出てきます。自責感というのは、「こんな自分では皆に迷惑をかけてしまう」という思考や感覚です。それから貧困感、つまり「自分はもう駄目だ、何の役にも立たない」といような感覚にも苛まれてきます。実はここで述べたプロセス自体が典型的なうつ病と言われているものなのです。

したがって、この典型的なうつ病の治療法というのは、ある程度規格化されています。スライド6は、笠原嘉先生が提唱したうつ病の小精神療法の項目です。まず、うつ病であることを伝える。そして、休息に入る必要があることを伝える。ここまでは、今の説明でよくわかっていただけだと思います。それから、しばらくの間、薬物療法が必要、しかもそれには副作用があるということも最初に伝える。少なくとも、治療には3カ月を要する。その間、一進一退があるけれども、それに惑わされないようにということを最初に説明しておく。それから、よくなるまで自殺は絶対にしないと。さらに、治療期間中は、生活上の重要な決断は延期するよう説得する。例えば、退職とか、離婚という決断をしようとしていても、それはうつ病による自責感や貧困感によることが多いのです。だから、きちんと治るまで、決断は延ばしましょう、ということなのです。そして、元の生活に戻ることを急ぎ過ぎないこと。

それから、スライド6の一番最後に書き足しておきましたけれども、これは皆さんが知っていらっしゃる非常に有名なフレーズです。「決してうつ病者を励まさない」。つまり彼らにはエネルギーがないわけですから、ここで「もう少し頑張れ」と励ましたら、「これ以上周りの人に迷惑をかけられない」というふうにならざるを得ない。彼らを追い詰めてしまうことになってしまいます。彼らにとってみれば、もう自殺するしかなくなるかもしれません。

15. 現代のうつ病の実態

ところが、現在では、うつ病の診断基準もうつ病の捉え方も、変わってしまっています。特に若い医師が学ぶ診断基準、若い世代が語る「うつ病」の意味は、基本的にこれまで述べてきたようなメランコリー親和型性格を前提としたものではありません。

診断基準自体が変わったことは、前にも少し触れま

したが、現在は、スライド7-9に示したような規格化されたものとなっています。ここで大切なことは、スライド7-8で示した9項目のうち5つが、過去2週間以内にあればよいということです。ただし、1と2は必ず必要。つまり、抑うつ気分と、興味または喜びの喪失のどちらかを必ず含んでいることが前提となります。

あとの7つとは簡単に言えば、食欲がなくなって体重が減るとか、ほとんど眠れないとか、精神運動性の焦燥感とか、先ほど言った制止とかがある。それから疲れやすい、気力が低下する、自分には価値がないという無価値感、それから全部自分が悪いのだという罪責感、さらには思考力や集中力の減退や決断の困難。そして、死についての反復的な思考。これら1から9のうち、5つが2週間以内にあれば、誰でもうつ病になります。

そうしますと、うつ病の範囲がかなり広がったと見てよいかもしれません。かつては、メランコリー親和型の人が起こす一種のこころのプロセス（縦断的経過）のみがうつ病であり、私たちも医師になりたての頃は、この点を重視するように習ってきました。ですので、「うつ」に似た状態像であっても、この点を満たさなければうつ病から除外し、例えば先ほど述べた神経症のひとつ（抑うつ神経症）とみるようにしてきたのです。

そうなりますと、以前のうつ病と、現代のうつ病の関係は、分かりやすく言えばスライド10、11のようになると思われます。スライド10の「うつ病周辺群」まで全てを含めて、現在では「うつ病」（スライド11）（DSM-IV-TRというアメリカ診断学会の診断基準では「大うつ病エピソード」と呼びます）となり、メランコリー親和型が起こすうつ病というのは、その中のごく一部に過ぎないという見方になります（DSM-IV-TRでは「メランコリー型」という特殊型となっています）。

この狭いうつ病と、広いうつ病とでは、当然イメージが変わってくるでしょう。どちらのうつ病も、正しいのです。正しいけれども、私たちはいつも、どちらの「うつ病」について述べられているのか、つまり狭いうつ病なのか、それとも広いうつ病なのかに、注意しておく必要があります。実際に、その対応の仕方も変わってきます（スライド12）。

たとえば、広いうつ病（現代のうつ病）の場合、まず「誰でもかかり得る病気」であると説明されます。その上で対応として、まずは生活パターンを変えずに、

「薬物療法を行いましょう」ということになります。現在の薬物療法の主流はSSRIという抗うつ薬ですが、これは基本的に気分を軽くする薬です。それで気分があまり変わらなければ、考え方や感じ方を変えるような治療を加えます。この代表が認知行動療法という治療法で、先ほどの（若者にみられるような）肯定的な自己感に変えるよう促すのです。つまり「人間失格、弱気、暗い、怯えてしまう」ような「駄目な」人間ではなくて、「明るく、元気で、前向きで」ポジティブな人間の方向に変えていくのです。ですから、時には、励ますことも必要と思われます。これだけみても、先ほどのスライド6に示した対応方法とは、ずいぶん異なることが分かっていただけたと思います。これをみますと、明らかに現代のうつ病は、かつてのそれとくらべると「軽症」と言えるかも知れません。

16. 現代の青年のうつ病の特徴と注意点

しかし、そのほかにもわれわれには、注意しなくてはいけないことがあります。それは何かというと、これほど広い「うつ病」になってきますと、また現代の若者の自己像を考えてみますと、先ほどのフロイトが挙げた神経症のような症状までも相当含むことだってあり得るということです。うつ病と診断しながらも解離の症状や過換気の症状、それから摂食障害、衝動性、自傷行為などというものが、かなり見られてくるといふ事態に注意が必要なのです。

ここで現代の青年のうつ病の典型例を紹介しておきます。

症例A子さん

生活史

関東地方で出生。父親は会社員。母親はパート（A子が小学校3年生までは専業主婦）。兄は2歳年上。

A子は小学校時代から活発な女の子。地元の中学を卒業した後、私立高校へ進学した。「何事に対してもプラス志向」。友人も多かった。高校時代からテニス部に所属。「へこたれるような場面でも、常に前向きで、プラス志向で押し通してきた」。「とにかく頑張る努力すれば、必ず道は開けると思っていた」。部活動の経験から、「将来人々の心身の健康を増進させる仕事に就きたい」と強く希望し、大学へ入学した。大学時代のA子の評価は、目的意識が明確な学生、積極的にスポーツや健康に関する知識も豊富、大学生活およびクラブ活動を通して社会人としての

責任感も育まれた、ということであった。

現病歴

大学卒業後、某企業の事務職の仕事に就いた。「明るく、ポジティブ」なA子は、周囲からの期待も大きく、同期の中心的存在になった。しかし「社会人として」の責任は厳しく、また多数の部署から、一気に仕事の依頼を受けた。残業も増加し、入社後4ヵ月目には、体調不良を訴えて休職しがちになった。そのためA子は、「周囲の人から×マークをつけられているのではないか」と怯え、さらに強く体調不良を訴えた。入社後5ヵ月目、「どうしてもポジティブになれず、明るさもなくなり、自分らしさが消えてしまった」。さらに記憶も曖昧になり、「入社後の記憶がほとんどなくなった」という。A子は「元気度のなさから、うつになったのではないか」と思い、近所の精神科を受診。医師からも「うつ病」と言われ、抗うつ薬（SSRI）を服用し始めた。

A子の陳述（その後の演者によるカウンセリングの中で）

学生時代までは、「元気で明るくポジティブ」であることだけが、自分の長所（自分らしさ）と置いていた。社会人になったら、いきなり「自分で考え、自分で動き、自分で責任を取る」ことを要求された。はじめて「自分がいないこと」に気づいた。そうしたら、周囲の人が怖くなった……………。

A子さんの場合、とくにメランコリー親和型ではなく、「へこたれるような場面でも、常に前向きで、プラス志向で押し通してきた」頑張り屋さんです。そのA子さんが、社会場面で、「自分で考え、自分で働き、自分で責任を取る」ことを要求され、初めて「自分がいないことに気が付き」、急激に「周囲の人が怖くなった」のだと言います。まさに現代の若い人たちの心性がみられます。

彼女の診断は、「うつ病」で間違いのないでしょうし、SSRIの処方も適切と思われる。ただ彼女には、「自分がいないこと」への不安、周囲の人への恐怖、そして「入社後の記憶がほとんどない」という解離の症状がみられました。つまり神経症性の症状が混ざっており、彼女自身も困惑している点が問題なのです。この点に関しては、きちんと精神療法を行う必要があるといえるのです。

そこで、残された時間で、簡単に、現代の青年によくみられる神経症性障害（かつての神経症）の特徴に

についても触れておきます。

17. 不安障害

不安に関しましても、かつては個人の持つ歴史と、社会が育んできた価値観との葛藤から解釈され、そこで生じる不安によって適応の障害が持続的にみられるものを不安神経症と呼んできました。現在は、そのような神経症のメカニズムを脱皮して、ひろく生体の反応としての不安が考えられるようになり、疾患の名称も不安障害に変わってきています。実際に、かつてわれわれが心理学で学んだような、自己の存在にまつわる不安ではなく、より原始的な反応に近い不安が現在目立つようになってきた印象がもたれます。特に、その中でも目立つのがパニック障害です。この障害では最もダイレクトな形で不安が表出されます。事例を挙げておきます。

症例B子さん

性格傾向：社交的、他人の評価を気にする、神経質、真面目。

現病歴：大学卒業後、某銀行の窓口業務に就いた。職場には先輩社員が数名いたが、徐々に彼女らの評価や視線が気になり始めた。業務はとくに問題なくこなしていたが、「新米ということもあって、ミスも多く、注意されることがしばしばあった」という。就職して2年目、後輩が就職してきた。「先輩として後輩の指導をも行わなければならなくなり」、「間違ったことを教えてはいけない」と緊張が充進。その2ヵ月後より、出勤途中の電車の中で、「急に呼吸が苦しくなり、動悸、冷汗がみられ」途中下車した。救急外来を受診したが、身体的な異常はなし。その後も同様の「発作」が起こるのではないかと心配。記憶が飛んでいることもあった。徐々に職場を休みがちになり、精神科を受診した。

この症例をみても分かるように、ダイレクトに、不安というものが訴えられています。ただし同時に、解離の症状もみられていますし、多くの症例では抑うつも同時にみられます。

18. 解離性障害

次は、先ほどのA子さんやB子さんにも見られた解離という現象をみてみます。

解離というのは、本来個人の存在を支えているはず

の、意識、記憶、そして人間としての同一性などの統合機能が、一過性に破綻してしまう症状です。これによって生活が著しく障害された場合、解離性障害と呼ばれる精神障害になります。解離性障害には主にスライド13に示したようなものが含まれます。やはりここでも症例を提示しておきます。

症例C子さん

性格傾向：社交的、明るい、元気、頑張り屋
 現病歴：高校までは、いわゆる「頑張り屋で」、成績も学年で1～2番であった。高校時代は、周囲から「どうやったらこのようなすばらしい子ができるのですか」と言われるなど、両親の自慢の子であった。大学は志望校に進み、教員を目指して勉強、クラブ、アルバイトに励んでいた。

大学3年時、怪我によりクラブ活動を休まざるを得なくなり、また同時期に教育実習でストレスが溜まった。気分は「ゆううつ」になり、このころから一過性に記憶を失うことが多くなった。大学3年の冬には、1日1～2時間の記憶がなくなり、しばしばその間に手首自傷が認められたほか、過食もみられた。手首自傷と過食はその後、頻度を増し、自傷や過食後に「すっきりした気分」が出現。心配した友人に勧められて、演者の元を訪ねてきた。

C子さんの診断は解離性障害と、それから身体表現性障害、摂食障害、これらが合併したような印象が持たれ、また抑うつもみられますが、基本的には解離性障害とってよいと思います。彼女の場合、話をよく聞くと、解離した状態の中で手首自傷（リストカット）と過食がみられていることが多く、「気がついたら手首を切っていた、食べていた」などと語られています。

19. 現代の青年の精神症状

このように見てみますと、以前はこの人はうつ病、この人は不安神経症、この人は解離性障害（ないしヒステリー）、この人は強迫神経症など、比較的是っきりと分けられたものが、どうもそういうわけにも行かなくなったところがあります。提示したA子さん、B子さん、C子さんを比較しても、表面的にはよく似た「頑張りや」さんです。つまり、現代の若い人たちの精神障害というのは、以前のように典型的な精神症状を呈しにくく、また誰でもさまざまな精神症状を呈するというのを念頭に置く必要が出てきたようなのです。

今日では、例えば自分の身近な人が精神科にかかった場合、精神科医から〇〇障害と言われても、本当にそうなのだろうかと不安になる方が少なくありません。例えば、うつ病と言われても、ネットなどで調べてみると、パニック障害にも解離性障害にもみえてくる。けれども、今日の話から言いますと、複数の症状が出るのが不思議でない時代になっていると思うのです。このあたりの現状をスライド14に示しました。（ひとりの人の中で、これくらいさまざまな症状が絡みあって出現しやすいということを示した図です）。

逆に、われわれ精神科医には、そういったことを念頭に置いて、治療の適切な環境を整える必要が出てきます。うつ病であっても、衝動性が出てきたり、解離の問題が出てくる可能性も少なくない。その都度、適切な向精神薬を選んでいくことも必要なのでしょう。

けれども、最終的には、やっぱり自分らしさを見つけれられるようなサポートの重要性でしょう。今ではこのサポートの一部を、カウンセラーや精神科医が担っていますけれども、本来ならば私たちの前に来る前に、家庭の中や学校の教育の中で行うべきことだと思えます。このことを強調して、本日の話を終わりにさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

**青年～大人のこころの問題：
軽症うつ病・適応障害など
—精神科医の立場から—**

**順天堂大学スポーツ健康科学部
広沢 正孝**

スライド1

近年の青年の特徴

大学生や若い会社員の臨床から

- 自己表現の方法が画一化されている。
- 自己不確実感が強い。
- 人間関係に過敏。
- 悩み方が分からない。悩みを悩めない。
- 精神科医との共存がみられる。
- 「うつ」が蔓延している。
- 母子関係が、どこかしっくりしない。

スライド2

現代文化と青年の心理

現代文化の特徴

- 物質的に恵まれた文化
- 選択肢の多い文化
- 情報を一方的に与えられる文化
- 知識偏重主義と結果優先主義の文化
- 一回性よりも反復性の文化
- 理想像(自己像)の単純化された文化
- 核家族化と少子化の文化・地域共同体の弱体化した文化

スライド3

神経症の構造と不安

神経症の考え方:意識と無意識の葛藤

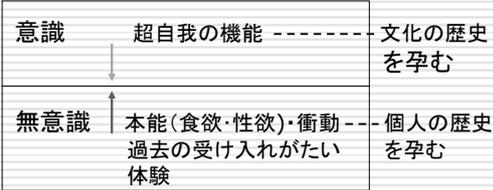
フロイト(Freud,S.)の説



スライド4

神経症(ノイローゼ)の考え方

フロイトの説より

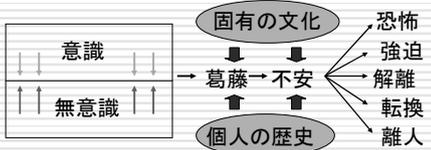


スライド5

神経症の構造と不安

神経症の考え方:意識と無意識の葛藤・防衛

フロイト(Freud,S.)の説



スライド6

典型的なうつ病と小精神療法

- 1) うつ病であることを伝える。
- 2) 休息に入る必要があることを伝える。
- 3) しばらくの間薬物療法が必要であること、薬物には副作用があることを伝える。
- 4) 少なくとも治療には3カ月を要し、その間一進一退があることを伝える。
- 5) よくなるまで絶対に自殺はしないことを約束する。
- 6) 治療期間中は生活上の重要な決断は延期するよう説明する。
- 7) 元の生活に戻ることを急ぎ過ぎないように伝える。

* 決して励まさない。

スライド7

うつ病の診断基準(DSM-IV-TR)

A. 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間間に存在し、病前の機能からの変化を起している。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分、あるいは(2)興味または喜びの喪失である。

- (1) その人自身の言明か、他者の観察(例:涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退。

スライド8

うつ病の診断基準(DSM-IV-TR)

- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止。
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
- (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある)
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる。
- (9) 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

スライド9

うつ病の診断基準(DSM-IV-TR)

- B. 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。
- C. 症状は、臨床的に苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- D. 症状は物質(例:薬物乱用、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例:甲状腺機能低下症)によるものではない。
- E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち愛するものを失った後、症状が2カ月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴付けられる。

スライド10

成人の「2つのうつ病」の変遷 以前の精神医学(縦断的診断)

DSM-IV-TRの大うつ病

スライド11

成人の「2つのうつ病」の変遷 現代の精神医学(横断的診断)

スライド12

大うつ病の治療

「軽症うつ病」の治療

- 1) 誰でも罹り得る病気であることを説明する。
- 2) まずは生活パターンを変えずに、薬物療法を行うことを勧める。(SSRI: 気分を上げる薬)
- 3) 考え方や感じ方を変えることが大切であることを説明する(認知行動療法)。
- 4) ときには励ますことも必要(?)
- 5) 他の症状に対する注意を喚起: 解離、過喚気(過呼吸)症候群、摂食障害、衝動性、自傷行為)

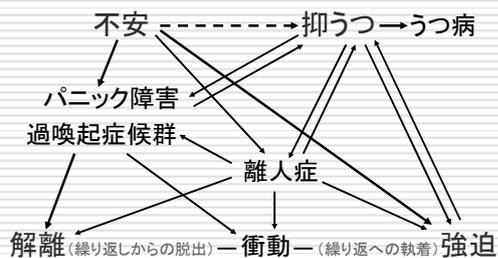
スライド13

解離性障害にはどのようなものがあるか?

- 解離性健忘:** 重要な個人的情報が極めて広範囲にわたって想起不能となるもの。
- 解離性遁走:** 突然、家庭や職場を離れて放浪し、その間、自分の過去を想起できず、ときに自分の名前や生活史を変えて生活する現象。
- 多重人格障害:** 2つ以上の独立した人格が個人の中に存在し、お互いにその存在を知らない。各人格が、名前や独自の歴史をもっていることが多い。
- 離人症性障害**

スライド14

現代に青年におけるメンタルヘルス



講演2 子どものおこころの問題：摂食障害と適応障害を中心に初期症状の発見と家族における対応の仕方 —小児精神科医の立場から—

くじらホスピタル
山根 知英子

本日のテーマである子どもの心の問題についてお話ししたいと思います。

私はこれまで長く小児科の領域にいましたけれども、ここ15年ぐらい前から一般的な小児の疾患を診ている中でも、心の病気を扱わないといけない状況というのがすごく増えてきました。そのような状況におかれていることから最近小児科学会でも心の問題を広く取り上げるようになってきました。先ほどのご講演で最近の青年の特徴について伺いましたが、小児領域でも昔と比較していろいろな変化が見られます。子どもの発達において大切な遊びにおいても、心の成長に重要な役割をしている両親との関係においても特徴的な世の中になってきております。

たとえば子どもたちの遊びにおいてよく目にする光景ですが、数人の友達と一緒に遊んでいる場面であるのに、実際には同じ空間にいながら一人一人がそれぞれ別にゲームをしていたりというものです。また家庭によっては両親も子どももそれぞれ同じ部屋で過ごしているのですが、別々にゲームをやっていたり、中には子どもとどうやって遊んであげたらよいかかわからないと訴える母親もいます。昔と違うのは友達とのコミュニケーションを持たなくても、いろいろ遊べるような状況があり、お互いの言葉のやりとりを必要なく済んでしまう、そのような状況が小さいときからあることです。小さい頃は集団としての遊びをせずに自分だけの世界ですんでいるのですが、やはり小学校高学年にもなりますと、いろいろ周囲との関係を考えてざるを得なくなってきました。そういう時期になりますと、自分の評価を気にするようになり、ちょっと周囲との関係がうまくいかないと不安になったりなんらかの症状をだしてくる場合が出てきます。

さて、本日の最初の演題とさせていただきます摂食障害は、主として思春期の女子に多い現代病の1つです。後で統計を述べさせていただきますけれども、実際には病院に来られていない人たちがいっぱいいるようです。でもそういう人たちが病院を受診されるといっても、現実には一般の小児科の限られた時間内で

はとても対処しきれない、そういうふうな状況にあります。そのようなこともあり、今、私が勤務しておりますくじらホスピタルのほうも、小児科から紹介された摂食障害あるいはもう1つの演題である不登校という子どもたちがほとんどです。そのような状況から今日はその2つの問題を掲げさせていただきました。それではまず摂食障害についてお話しさせていただきます。

摂食障害の頻度（スライド1）ですけれども、実際に統計上に出てくるのは、拒食症が10代から20代の女性の500人に1人から200人に1人ぐらいの割合と言われています。過食症のほうはもう少し年代が大きい、高校生以上の人が多いのですけれども、大体1.5から2%というふうに記載されています。

近年は、もっと小さい年齢で、小学生の高学年ぐらいよりももうちょっと下、4年生とか、そのぐらいの年代の人から、あるいは逆に30を過ぎた、大人になってからの発症というのも増してきているという状況にあります。

摂食障害の分類（スライド2）ですが、これは皆さん、あちこちで見かけるのでご存じの方が多いと思います。大きく分けると、拒食症と過食症というふうに言われています。さらに、拒食症の中でも食事量を制限するだけの制限型と、それから制限はするのですが、たまに1週間に1回とか、10日に1回とか、非常にむちゃくちゃにたくさん食べて、それを吐き出すというふうな症状を示す人たちがいます。

大食症、過食症のほうに関しましては、たくさん食べるだけではなくて、下剤を使ったり、自己誘発嘔吐をする、あるいは動いて消費し、食べた分は減らそうとするといった排出型と過食はするけれども自己嘔吐はできないといった非排出型に分かれています。

さてどこで摂食は調整（スライド3）されているかということですが、場所的には視床下部という、頭のちょうど真ん中にある部分です。そこに空腹と満腹の中樞がありまして、いろいろな神経伝達物質とか、ホルモンとか、代謝物質が相互に働き合って、調節して

います。それがいろいろな状況で狂ってくると、さきほどのような症状が出てくることになります。

大事なこととしては、ストレスと摂食異常というのは非常にかかわり合いが強いということです。皆さんも、経験があると思いますけれども、イライラしたことがあると、ついつい食べてしまうということは、女性からよく聞かれますけれども、過食してしまうというのはストレスとの関係で見られます。

先ほどの視床下部というのは、ちょうどこの部分(スライド4)ですけれども、頭の真ん中の部分に存在しているわけです。拒食症と過食症をちょっと一般化して、図面(スライド5)で記してみました。拒食症に関しまして、やせ願望出現は、まずストレスが、例えば受験であったり、対人関係のストレスであったり、そういうものがもともとあるところに、受験での失敗であるとか、あるいはちょっと太ってきたといわれたりして傷付いたというきっかけによって生じてきます。そして食事制限と同時に非常に意味もなく動き回るといふ過剰な運動によって痩せが進行します。摂食障害というのは、ただ1つの原因で発症するわけではありません。いろいろな因子が結び付いているのですけれども、個人的な要因であるとか、いろいろなものがそこに社会心理的な因子として働いて発症します。

痩せる状態が進むと栄養障害という状態から、精神的な変化も生じてくるのですけれども、そのためにさらに食事制限が強迫的になり増悪します。こういった悪循環の中でどんどん体重が減っていき、それと同時に病的な度合いがどんどん増していくということになります。

それから、過食症(スライド6)のほうですが、何かストレスがもともとありまして、それが過食という行為を生みます。誰でも一時的過食というのはみられるものですが、過食症の場合は、心理社会的な因子として、個人が持っている問題とか、環境であるとか、そういったものが作用します。そして過食するだけではなくて肥満への恐怖から自己誘発嘔吐や下剤の乱用で食べたものを排泄することへの罪悪感から抑うつ的な気分が生じるということになります。

そして、その抑うつ的な気分が働くと同時に「やっぱり自分は駄目だ」という低い自己評価を生み、ますますイライラから過食が生じる、そうした悪循環の中でどんどん精神的な異常をきたしていくということが過食症の病態です。

今日は小児の心の病気に関するお話でしたので、手

元にありました板橋区の中学生のストレスについてのパンフレットから、ちょっと参考になる内容を抜粋してきました。まず学年ごとに、「あなたはストレスを感じますか」ということについて、アンケートをとった結果(スライド7)が出ておりますけれども、ほとんど半分以上の人が、学年が進むにつれてストレスがどんどん増えてくるという現状が伺えます。

さらには、ストレスの内容(スライド8)です。1番の勉強のことというのを見ますと、学年が進むほど多くなり、3年生では勉強が最もストレスになっていることがわかります。

2番目が、友達のこと、次に家族のこと、そのように分けてあるのですが、やはり中学生にとっては、学校の問題、特に勉強のことが大きなストレスであることがわかります。

それから、学年が下に行くほど、友達関係の問題が現れてきます。また、3年生ですと、自分自身のこと、自分のことについてのいろいろな悩みも出てくるのがわかります。

次に摂食障害のきっかけ(スライド9)ですけれども、まず挫折体験ですね。受験での失敗であるとか、成績が下がってしまったとか、あるいは失恋してしまったというふうな問題です。次にダイエットです。女性はほとんどが自分は太っていると思っているようです。前に述べた板橋区のパンフレットを見ましても女子中学生の6割以上の方が自分は太っていると思っています。その結果として女性はやせたいという願望が多いということになります。そういったことから減量目的としてダイエットがきっかけの1つになります。

さらに、対人関係ですね。いじめだけではなくて、人とどうやって付き合ったらいいか悩むお子さんが多いのです。中学に入りますと、いろいろグループが、女の子の場合は特にそうなのですが、4~5人のグループができます。そのグループに1人でも自分が嫌われたと思ったり、あるいはほかのグループから新たに1人入ってきたりすると、途端にその中で均衡が崩れ不安が起こってくる、そのような状況が生まれます。そういった対人関係がきっかけとなります。

それから家庭内の問題ですけれども、これは、成人における発症の場合もそうですが、非常に大きい問題として上げられます。たとえば両親の不和であるとか、離婚、あるいは兄弟間の葛藤などがあります。現代は兄弟が2人とか、多くて3人という家庭が多いのですが、

聞いてみると自分より他の兄弟の方がかわいがられていると思っているお子さんがほとんどです。親としては、同じようにかわいがっているつもりでも、そのように感じている子が多いのです。

また、兄弟間の葛藤としましては、障害のある方が一人いた場合、父親も母親もその子にかかりっきりになってしまうということがあります。そうすると、残る1人はよほどアピールしないと、自分のほうに親が向いてくれないということになります。そのような兄弟の葛藤というのも家庭内の問題となる場合があります。

それから、これもよくあることです。感染症で、嘔吐や下痢、そういったもので2~3日食べられない状態が続いて体重が少し減ってしまった後に学校に行ってみたら「やせてきれいになってね」と言われ、「ああ、やせたら、みんなに振り向いてもらえるんだ」とか、「きれいになるんだ」ということから拒食になる場合があります。もちろんこれは個人的な、受け止め方によるわけなのですが、以上のようなことがきっかけとして挙げられます。

ダイエットのついでに、間違ったダイエット（スライド10）というのをそこにちょっとあげました。炭水化物、よく炭水化物を極端に食べないダイエットというのが言われていますけれども、確かに炭水化物をとり過ぎるのはよくないのですが、極端に炭水化物を制限しますと大切な脳に栄養が行かなくなります。脳というのはエネルギーが非常に必要な場所なのですけれども、その脳に対するエネルギー源というのは炭水化物しかないのです。ですから、子どもさんが勉強を一生懸命やっているつもりでも、脳にエネルギーが行かないために非常にぼーっとしてしまっていて、考える能力が落ちるということを伝えます。実際に必要なエネルギーの大体6割は炭水化物からとらなくてはいけないという現状があるわけで、そういう点からも炭水化物を極端に制限してしまうというダイエットは非常に危険ということになります。

そのほかに、摂取カロリーが少ないとコレステロールが非常に高くなることがよくあります。エネルギーを作るために脂肪を分解するのですが、その過程でコレステロールの代謝が進まず影響を受けるのです。それから、炭水化物が少ないと便秘がちになる、そういったような影響がいろいろとあります。

それから、ダイエット食品の中では、非常に高価であったり、あるいは危険であったり、いろいろな影響

を及ぼすものもあります。また、偏った食事はよくありません。やはり三大栄養素を中心にして、必要な栄養、バランスの取れた栄養、量は少なくともきちんとバランスの取れた栄養をとる必要があります。

また小児への悪影響としましては、成長への影響があります。小児期では身長伸びは大切ですが、栄養不良だと身長がストップしてしまいます。今のお子さんたちは、最終身長として最近では昔に比べて平均的な身長が伸びておりますので、「小さいままで終わってしまうよ」ということを説明し説得します。

また、摂取カロリーが少ないことによって、体は、いわば省エネ対策をとるということになります。なるべく少ないエネルギーで生活していくためには、体は基礎代謝を下げるという手段をとります。筋肉というのは非常にエネルギーを使うところですので、まず筋肉が衰えて、細くなってしまいます。ですから、よく過剰な運動をするお子さんがいますけれども、筋肉がもうなえてしまっているのです、その状態で鍛えるということはまず無理だというふうに伝えております。

またリバウンドで脂肪がつきやすい体になります。3番と4番は、かなり病気が進んでから目立ってくる所見です。体重が減りすぎると、増えるのが怖くなってくるのです。すると減った体重が基準になってしまい、それがちょっとでも元に戻るだけで増えたと意識してしまい、恐怖感が起こってきます。そしてどのぐらい食べたらいいかかわらなくなってしまうというように、ますます混乱が生じてきます。

4番目としては、おなかがすいて食べたいのですが、一方で食べちゃいけない自分がいて、いつも食べ物のことばかりが頭に浮かんでくるということになり、学校には頑張っているつもりでも、いつもアイスクリームの絵が頭に浮かんでくるとか、そういった食べ物のことばかり考えるようになります。ご家庭での様子を母親に聞いても、「うちの娘はいろいろな料理の本ばかり見えています」とか、あるいは「お菓子の本ばかり見えています」というふうなことがあります。

次に要因（スライド11）です。急速な身体的発達と精神心理的発達とのギャップがあります。思春期になりますので、女性的な体にだんだんなっていくときです。胸が出てきたり、おしりが丸みを帯びぼっちゃんしてきて、今までの男の子だか女の子かわからない体から女性の体へとつくりかえられていく時期です。そのような点で、3番目に書いてある、成熟への不安とか嫌悪というふうなものと重なるのですが、そうい

った急激な発達についていけないということが挙げられます。それから、未知の世界への不安、これから大人になる時期、男性もそうですけれども、これからどういうふうになっていくのだろうという未知への不安が出てくるわけです。

次に発症前の子どもの特徴(スライド12)です。一般的に言われていますけれども、小さいころから非常にいい子であった、「この年まで全くこの子には何も心配が要りませんでした」ということがほとんどの母親から聞かれます。自分がないといえないのですけれども、自己主張をしない、几帳面で完全主義、負けず嫌い、頑固、頑張り屋。いい面と悪い面が重なっているのですけれども一度自分がこうと思ったら人が何と言おうとやり通すというふうな点はマイナスに働いてしまう場合もあります。また、強迫的であったり、自己中心的であったり対人関係が苦手だったりします。代表的な例をあげますと、小さいときから両親が仲が悪いか、家族関係がうまくいかないような場合は、何とか自分がそのお父さんとお母さんの間を取り持つとして、お父さんや母さんが喜ぶ態度をとるわけなのです。そうしますと、成績の上では非常に頑張る。お手伝いもする。下の子の面倒もよく見るといったような、もう本当に悪いところがないみたいな、そういった状態のお子さんが突然この時期になって、豹変してしまうということがよくあります。

摂食障害の背景(スライド13)ですが、1つは、女性の社会進出ですね。女性がやはり男性に負けずに、社会で管理職としても働くようになってくる時代となってきましたので、いろいろな競争社会に負けないようにしなければいけない。けれども、その一方では、女性としては、まあ結婚していれば子どもの世話もしなければいけないとか、いろいろなところで圧迫されてしまう、そういったような背景があげられます。

それから、環境としては、家庭、学校、部活、塾での問題。学校の場合は、中学生や小学生の場合ですと、家庭以外に学校とか、部活とかいう人間関係がありません。

それから次に、やせを好む社会風潮です。これは盛んに言われていることですが、やはりいまだに女性のファッション雑誌を見ましても、あるいはお店に行きましても、非常に細いスタイルの洋服があたりまえのようにたくさん並んでいます。すると特に若い女性はあの洋服が入らない自分は太っているというふうに思ってしまうのです。最近はお子さんたちも小学

校の高学年ぐらいいなると、盛んにファッション雑誌を見て、いろいろな洋服を研究しているので、そういうものを基準に自分と比較してしまうという点があげられます。

それから、生物学的要因といいますのは、これはそういう環境になった人が全部摂食障害になるというわけではなくて、やはり本人の持っているもとの遺伝的なもの、そういったものが影響してくるということになります。

つぎに、家族的要因です。母親との関係がよく言われていますけれども、母親と娘というのがあまりにも近寄りすぎてしまって、どちらが親で、どちらが娘かわからない、そういった関係があります。このようにあまりにも近づきすぎ、母親の問題を子どもが背負ってみたい、あるいは、子どもの問題に母親がどんどん中に入ってきてしまったりというふうな絡み合いがあげられます。

そういう中で、父親の役割というのは少し遠ざけられまして、仕事に逃げてしまったりとか、ほとんどかわりをもたず、父親としての役割、母親としての役割というものがちょうどバランスよく行われていないということがあります。

次に診断基準(スライド14)です。まず、拒食症の診断基準ですが、年齢と身長に対する最低限の体重が維持できない、維持することを拒否するというものです。「正常はこの範囲にあるのよ」と言っても、どうしてもそれが頭に入らずに、やせているのに体重増加を怖がったり、あるいは肥満に対する不安を持ってしまいます。

それから、ボディイメージの障害というのがあります。これは他人に対しては、例えば「お母さんは太っていると思う？」と聞いても、「普通」と答えるのですけれども、自分に関してはやせているのに、太っているというふうにとってしまう、このようにボディイメージというものが障害されます。

そして、二次的に無月経になったりあるいは低年齢の発症では初潮が来ないということが起こってきます。これはみんな栄養失調によるものです。

初期の症状(スライド15)ですけれども、これは特にお母さんたちに気づいてもらいたいのですけれども、成長期に体重増加がない、または減少するという点です。最近のお母さんは、自分もダイエットしているとか、お姉さんがダイエットしているということで、あまり気になさらないのです。間食が減ったかなと思

う程度、あるいはお昼は買ってきて食べるというお子さんも多いので割と初期に気が付かないお母さんが結構いるのですけれども、成長期に体重が増加にならないのは注意が必要です。身体測定は年に2回は、学校で行っていますので、最近はお母さんよりも保健の先生から指定されて来られる人も多いです。

それから、今まで好きだった食べ物を非常に避けてしまうということ、また、必要以上に動き回って、過剰に運動をする、食事や体型に対するこだわりが強くなる、そういったサインがあります。

最初からやせたいというよりも、どこかにやせることに逃げたいという部分があることが多いので初期のストレスに気付いてサインを見逃さないでほしいと思います。

次に体の変化（スライド16）、これは特に拒食症のほうで目立つ所見です。まず、食べないということになりますと、水分のとり方も少なくなりますので脱水、あるいは電解質の異常、そういったことが目立ちます。そしてまず摂食量が極端に少ないため最低限のエネルギーで体を維持しようとする省エネ対策をとります。その際体にとって最も重要な役割をるところから症状が出てきます。つまり、4番目にある心血管系の症状です。皆さんの脈拍は大体70前後だと思えますけれども、それが50前後と少なくなります。寝ているときは、さらに40台というような徐脈になる人もいます。そして、血圧は低く、体温も低くなります。これからのシーズン、特に冬場は非常に厳しい季節なのです。真夏も厳しいですが、冬は特にたくさん洋服を着るので重く、また寒いところに出ると体温を上げるため震える行動をとりますけれども、震えることで非常に消耗します。そういったことで、どんどんエネルギーが使われてしまうということになるのです。

それから、肝臓や腎臓の大きな臓器の機能障害、血液の変化、脳の萎縮などが起こってきます。脳の萎縮というのは、そんなに目立って出てくるわけではありませんが、脳のCTを撮ってみますと、脳室が大きくなっていきます。これは一般的にはよくなれば改善することにはなっています。そのほかに、産毛が密生してくる、あるいは皮膚ががさがさになるといった所見です。一言で言うと、更年期の女性みたいな状態になります。

このように拒食ではいろいろな体中の変化が起こってきますけれども、過食症の場合は、嘔吐とか下剤を使うということで、胃が非常に損傷してしまったり、

あるいは胃液が出たり入ったりするわけですから、胃酸でもって食道がやられて、出血したり、逆流性の食道炎をおこすというふうな問題が起こってきます。さらに下剤の乱用や頻回の嘔吐は低カリウム血症を発症し危険な状態を招くことになります。

行動面の変化（スライド17）ですけれども、拒食症の場合は、もちろん拒食、小食のほか、隠れ食いか、盗み食い、人の見ていないところで食べる、あるいは、家族の食事に非常に関心を示します。姉妹とか、母親など身近な人に食べろ、食べろと強要する傾向があり、特に母親は対処に困ります。食べ物への固執は強く、料理やお菓子作りの本を食い入るように見たり、自分でも作るのですが、家族に食べさせて自分はほんの一口しか食べないという状態です。あとは、食事時間にこだわるなどいろいろな意味でのこだわりが出てきます。

心理的な変化（スライド18）としては、活動の亢進、やせ願望、肥満に対する恐怖のほかに、ちょっと食べ過ぎたと思うと抑うつ感情がでてきます。患者さん自身は過食した、過食したと言うけれども、母親に聞くと、「いや、私の半分もまだ食べてないんです」というふうにおっしゃいます。

それから、母親に対してですが、依存性と攻撃性という相反する感情が混在しています。小さい頃からうまく母親に甘えられなかったという方が多くて、母親に依存したいけれどもどうやって甘えていいかわからないという人がいます。見捨てられ不安のため、こんなに状態が悪いのだということで心配してもらえたり、わざと嫌がられる行動をとってしまったりすることもあります。そのほかに、強迫傾向であるとか、無気力、自己嫌悪といったうつ病的な症状が出てきます。またその結果として不登校になることもあります。もともとプライドの高い子が多いので、しばらく学校へ行っていないと、勉強していないということで、今までの自分が維持できないという不安もでて、学校に行けるようになっても行けなかったりします。そのほかに、自傷行為であるとか、逸脱行為などがみられます。

次に過食症の診断基準（スライド19）です。過食を繰り返すのですがそれが繰り返し3カ月以上にわたって行われます。そして、大量に食べた後に自己誘発嘔吐や下剤、利尿剤の乱用といった、食べた物を何とかしようという行動が見られます。そして、自己評価が非常に低いという特徴があります。

行動面の変化(スライド20)ですけれども、常軌を逸した量を一気に食べます。食パンを3斤食べた後に、お団子を20個食べたり、あるいはご飯を釜ごと全部食べてしまったりとか、非常にびっくりするような量を食べて、それで思い切り吐くという行動がよく見られます。過食は自分で抑制できないで、どれだけ食べてよいかわからない、過食のスイッチが入るといつの間にか大量に食べ気がついたら気持ちが悪いということをお訴えます。これはすごいストレスになります。過食のきっかけはいろいろですが、主に対人関係の不安などによるストレスがもとにあるようです。学校から帰った後とか、あるいは職場の人ですと、仕事から帰ってからは、急いで準備して、過食をして、その後水分をたくさん飲んで吐くというような行動が認められます。

心理面としては(スライド21)、食べなければ確実にやせるため、ある意味で達成感が非常にある拒食症と比べ、過食症の場合は、治療者に非常に依存してきます。依存度が高くて、過食後の強い自己嫌悪、あるいは抑うつ感情、そういったものを何とかしたいということで、みずから病院にやってくる人が多いのです。

また抑うつになるため自傷行為だとか、自殺企図などの行動も見られます。依存性が強いことから年齢の上の人では過食からアルコール、買い物、薬物などへの依存に変わっていくこともあります。

治療に関わる場合(スライド22)、最初に検査の結果を伝えながらダイエットや病気についての正しい知識を知ってもらうことはとても大切なことです。しかし例えばその拒食の一番悪いときに、いくらいろいろ話しても本人に伝わらないということがあります。そのような場合はまず点滴などして少し状態が改善してからお話しします。それからこれも患者さん本人にまずお伝えすることですけれども、治りたい自分というのと、症状にしがみついていた自分というのがあるのです。過食症の場合は特にそうですが、拒食症の場合も、もともと自分のほうを見てほしい、自分のほうを誰か振り向いてほしいというふうなアピル的な部分もあります。ですので、こういう病気になったことで、親が非常に心配してくれた、あるいは周りの人が非常に気を遣ってくれるということが、ある意味、疾病利得としてあるわけです。そういった状況で良くなりたい自分を求める一方で、あるいは、今の関係が元に戻るの不安というのがある、治るのを困難にしていることもあります。そこでまず治りたい自分をしっかりとつように励まし、家族にも症状が改善して

も家族の患者さんへの気持ちや態度が変わらないようにお願いします。

またつらいことを誰かに話す、いえなかったら、文字にする、誰かに自分の訴えを伝えることが大事だということを伝えます。完璧主義の人が多いため、たとえば「過食、嘔吐をしている自分がだめ」ということでなく「少し頻度、程度が減った」ということで自己評価を高め、自信をつけていくように指導します。それから、これはもう少しよくなってからの問題ですけれども、同じような仲間同士で励まし合い、自分の問題から逃げずに向き合って治していこうというグループ療法にも関わっております。

一方親に求められることとしましては(スライド23)、治療に対する信頼感、これはなかなかよくならないということで、あちこちの病院を転々とする親もいるわけですが、特効薬があるわけではなく、じっくり治療してもらおうという気持ちを持ち、時間もかかるということをお話していただきたいと思います。

また、患児に対しては、受容してあげる、できたことを認める、振り回されないなどが求められることです。親もそれから周囲の人にも非常に振り回されやすい病気なので、注意してもらおう。それから、干渉しないけれども、心配しているということを伝えます。また、できることと、できないことを区別して伝えること。患児は治療の過程でいろいろと要求してくる場合がありますけれども、そういうことに対しては、できないことは、きっぱりできないと伝えてもらいます。また両親が協力して患児と向き合う必要がありますので患児の前でお互いを批判したりしないことは重要なポイントです。

最後に参考のために、身長に対する体重の一般的指標(スライド24)であるBMI(ボディイメージ、ボディ・マス・インデックス)を示しました。正常はどの範囲にあるかということを示していますが、小児の場合は少し違って身長に対する標準体重が基準になります。

なお食生活の改善に関してですけれども、こういったお菓子等、食べる内容に気を付けてもらう、バランスの取れた食事、そして3食をきちんと食べるということが大事です。いくら過食をしたといっても、3食はまずきちんと食べなさいというふうには伝えます。それから、食事というのは、えさではありませんので、楽しく、味わって食べましょうというふうには伝えます。参考：切池信夫(著)摂食障害

次に子どもの適用障害（スライド26）についてお話しします。

不登校児（スライド27）は年間日本では10万以上います。不登校は日本独特の病気、病気というか、病態ですが、いろいろな原因で学校に行けなくなります。

不登校の定義ですけれども、30日以上、何らかの心理的問題があるために、学校に行きたくても行けない、あるいは行かない状態となっています。不登校児の総数ですが、21年度は前年度比と比べますと、少し減っているようですが、小学校・中学校併せて、12万人ぐらいいます。

これは文部科学省の資料（スライド28）からとった平成3年から13年の不登校児の総数のグラフです。総数は年々増えています。それ以降は12~13万というところが続いています。

不登校の原因（スライド29）ではまず学校があげられます。やはり問題となるのは受験戦争ですね。競争社会にあって、成績でしか評価してもらえないという、そういった状況がありますので、そういう環境、それから先生とか、友人関係をめぐる問題があげられます。

それから、やはり小児ですので、家庭的な問題がやはり大きな位置を占めております。たとえば親の子どもへの期待過剰があります。学校を選ぶにあたってもそうなのですが、非常に過保護の家庭であったり、あるいは過干渉で親が全部支持するといったような場合がありますが、そういった中で子どもへの期待が非常に強くなると子どもはそれに応えなくてはいけないと思ってしまいます。また家庭内でいろいろな不和がある場合、それから、父親、母親の仕事が非常に忙しい場合とか、あるいは家族の人、特に家族の柱である父親が病気になったとか、母親がうつ病になって入院しているとか、そういったいろいろな家庭内での環境というのが原因となる場合があります。

また、最近では、虐待とか育児放棄の問題があります。それから、もう一つは、本人の性格傾向ですね。本人が非常にナイーブであって、ちょっとしたことで非常に気にしてしまうような場合です。

最後に休んだことによる悪循環ということがあります。学校に行ければ行ったほうがいいのですけれども、無理に学校に行かせても、うまくいかない。しかし行かないことによって、また行けない状況は起こってくるという、登校しないことがその原因にもなるということになります。

不登校を合併しやすい疾患（スライド30）ですけれ

ども、1つは心身症ですね。摂食障害も含めて、いろいろな心身症がある場合です。また最近よく言われます、発達障害ですね。特に発達障害の軽度の場合ですと、割と、ずっと小学校の低学年まではクリアできてくるのですけれども、やはり友達関係づくりとか、対人関係が求められる時期になりますと、何となくみんなと違和感を感じるということで、発達障害が不登校を起こす原因になることもあります。そのほか、統合性失調症であるとか、解離性障害などの精神的な疾患の場合です。

きっかけと初期の症状（スライド31）ですけれども、非常にちょっとした出来事で起こってきます。友達のいたずらだとか、仲間はずれとか、それからもちろんいじめもありますけれども、教師の一言など。穏やかなお父さんのこどもの場合ですと、たとえば教師が非常に怒鳴った場合、別にその子のことを怒鳴っているわけではないですけれども、そういったことで非常に怖くなって行けなくなったという、お子さんもいます。

不登校の初期の症状は、朝起きたときに、身体症状を訴えます。頭痛であるとか、吐き気であるとか、腹痛であるとかといったような、身体症状を起こすことが多いです。それで調子が悪いかと思うと、比較的午後になって元気になる、学校を休んだということで、突然元気になってくるというふうなことがあります。また前日には準備をするけれども、朝になると行けないということや、学校の問題をちょっと振り掛けると非常に下を向いてしまって、話題を避けたがるといったようなところは初期に見られる症状です。

対応としては（スライド32）、原因となっているストレスがはっきりしていれば、それを軽減することで。あるいは環境要因を調整すること。それから、休養して心的エネルギーを回復させます。軽いうつ状態になっている子どもさんが多いので、少しゆっくり休みなさいよということで、安心して落ち着くことができます。

不登校の状態が続くと多くは親御さんがお子さんを病院に連れてきます。カウンセリングだとか、薬物療法が用いられます。薬物療法としては、身体症状に最初は焦点を当てて、症状に合わせて治療をしてあげます。それだけで、安心して、少し行けるようになる子もいます。それから、精神症状がはっきりしている場合は、やはりお薬を補助的に使うこともあります。

初期の親の対応（スライド33）ですけれども、あまり突き詰めて解決しようとしなくていいことです。どうせ学

校に怠けて行かないのだらうと攻めるような言い方をしたりせず、しばらくは、症状に合わせて治療を続けます。気の持ちようとか、根性がないといって責める親御さんもいますが、心配していることを伝え、焦らないことが大切です。通院は強要せずに本人が受診しない場合は親だけでも相談すると良いでしょう。

家庭での対応として大事なこととしては、学校へ行かなくていいけれども、朝ちゃんと起きて、食事をちゃんととり、それからまた疲れたら寝なさいというふうに、生活のリズムをまずつけるようにすることです。

不登校の経過（スライド34）ですけれども、最初は心気症的な時期、それは身体症状が主ですけれども、だんだんその時期が長引いてきますと、不登校の顕在期ですね。リズムが乱れてくるとか、あるいは問題行動がだんだんに激しくなってきたり、攻撃時期になりますと、おうちの中で暴れたり、暴力をふるったり、逆に落ち込んでみたりというふうな、非常に過敏な状態になってきます。そして、最後は閉塞的な時期になりますと、引きこもってしまう。

なかなか小児期ですと、ここまで行く人は少ないで

すけれども、中には青年期まで続く人もいます。

最後に不登校の予後（スライド35）です。両親が子どもの気持ちを理解して、焦らずに成長を待つことで一定期間を過ぎて登校するようになる、小学生ぐらいだと、こういう人が多いです。

それから、中学校・高校になりますと、そういった状態が長く続いているうちに、自分でも「何とかしなきゃいけない」ということから、少しエネルギーが出てきますと、バイトをしてみようかなという場合が出てきます。しかし、意外とバイトに行った先で言われた言葉が、親から言われるのよりも非常に響くことがあったり、一人前に扱われたことで自信がついたりして急に人が変わったようにたくましく成長することがあります。

それから、両親や教師との関係がうまく修復できずに、自分でもどうしていいかわからない、もんもんとした時期を過ごして、暴力とか、非行になっていくという場合もあります。

以上で終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

心の健康を守るには
～子どもの心の問題～

くじらホスピタル
山根知英子



摂食障害

スライド1

頻度

拒食症：10代後半から20代の女性の
0.2から0.5%前後

過食症：10代後半から20代の女性の
1.5から2.0%

近年前思春期や30代過ぎてからの発症も
増加している。



摂食障害の分類

スライド2

1. 神経性無食欲症(拒食症)

制限型
むちゃ食い／排出型

2. 神経性大食症(過食症)

排出型
非排出型



摂食の調節と食行動異常

スライド3

視床下部にある調節機構

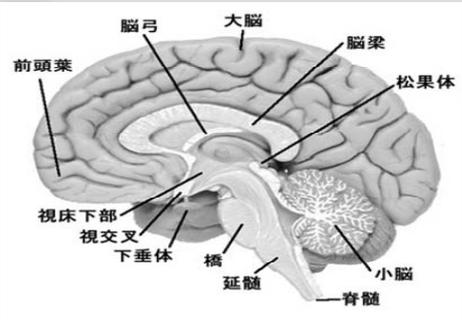
空腹・満腹中枢
神経伝達物質
ホルモン
代謝物質

ストレスと摂食異常



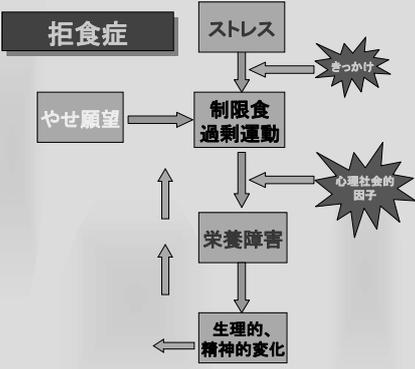
視床下部とは

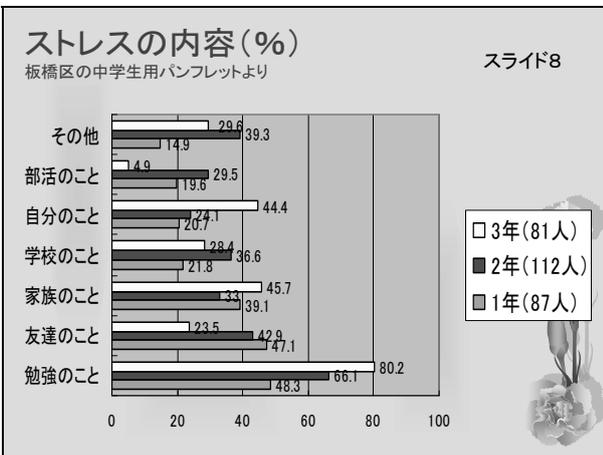
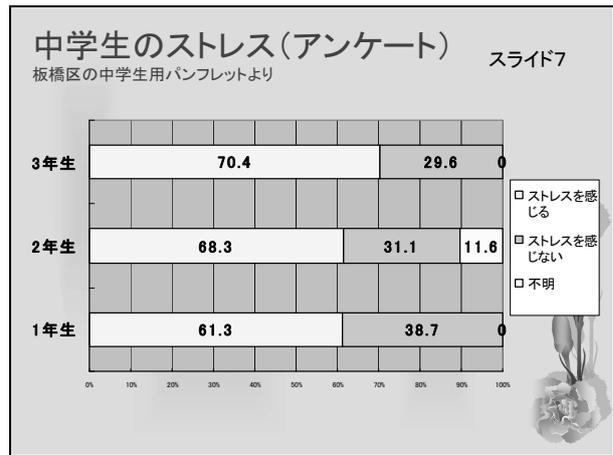
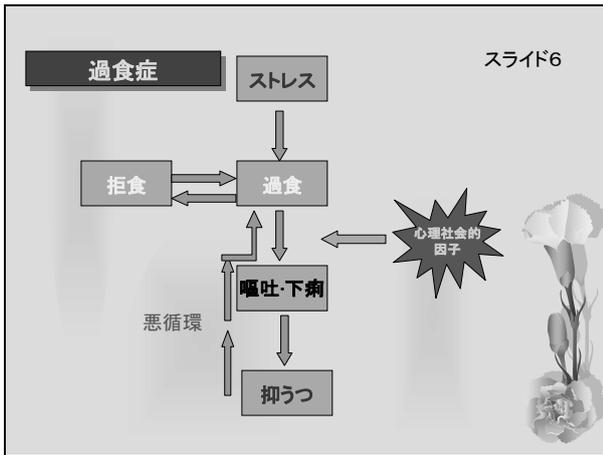
スライド4




拒食症

スライド5





- ### きっかけ
- スライド9
- 挫折体験: 受験、成績、失恋
 - ダイエット: やせ願望、減量目的
 - 対人関係: いじめ
 - 家庭内の問題: 両親の不和や離婚、兄弟間の葛藤
 - 嘔吐、下痢などによる体重減少

- ### 間違ったダイエット
- スライド10
- 炭水化物の極端な制限 (脳への影響、生活習慣病、便秘など)
 - ダイエット食品(危険な食品もある)
 - 偏った食事
- 悪影響として
- 成長に影響
 - 摂取カロリーが少ないと体は省エネ対策をとる。筋肉がまず衰える。リバウンドで脂肪がつきやすい。
 - 体重が減りすぎると増えるのが恐怖になりどのくらい食べたら良いのかわからなくなる。結果として基準がどんどん下がっていく。
 - いつも食べ物のことばかり考えるようになる。

- ### 思春期の要因
- スライド11
- 急速な身体的発達と精神心理的発達とのギャップ
 - 未知の世界への不安
 - 成長、成熟への不安、嫌悪(女子)

発症前の子どもの特徴

スライド12

- | | |
|--------------|------------|
| ✿ 手のかからないいい子 | ✿ 強迫的 |
| ✿ 自己主張少ない | ✿ 自己中心的 |
| ✿ 生真面目 | ✿ 人間関係が不得手 |
| ✿ 几帳面 | |
| ✿ 完全主義 | |
| ✿ 負けず嫌い | |
| ✿ がんこ | |
| ✿ がんばりや | |
- 

摂食障害の背景

スライド13

- ✿ 文化：女性の社会進出、競争社会
 - ✿ 環境：家庭、学校、部活、塾での問題
 - ✿ やせを好む社会風潮
 - ✿ 生物学的要因
 - ✿ 家族的要因：家族の機能不全
 - 父親の役割
 - 母親の役割
 - 絡み合い
- 

拒食症の診断基準

スライド14

- ✿ 年齢と身長に対する最低限（標準体重の85%）、またはそれを維持することの拒否
 - ✿ 痩せているのに体重増加や肥満に対する強い恐怖
 - ✿ 身体イメージの障害
 - ✿ 無月経（女子）
- 

初期症状（家族、周囲の気づき）

スライド15

- ✿ 成長期に体重増加がない、または減少
 - ✿ 今まで好きだった食べ物、特に菓子やパン、主食を食べなくなった
 - ✿ 必要以上に動き回り、過剰に運動をする
 - ✿ 食事や体型に対するこだわりが強くなった
- 

ストレスに気づいて欲しいというサインを見逃さない。

体の変化（症状）

スライド16

- ✿ 脱水
 - ✿ 電解質異常
 - ✿ 便秘、下痢
 - ✿ 心血管系：低血圧、徐脈、心停止、浮腫
 - ✿ 代謝、内分泌：無月経、低体温、耐糖能異常
 - ✿ 肝臓、腎臓など臓器の機能障害
 - ✿ 貧血、白血球減少
 - ✿ 脳の萎縮
 - ✿ 産毛の密生、皮膚の乾燥、脱毛
 - ✿ 歯、口腔、食道、胃の損傷
 - ✿ 骨粗鬆症
- 

行動面の変化

スライド17

- ✿ 拒食や小食
 - ✿ かくれ食い、盗み食い
 - ✿ 家族の食事状況への異常な関心（強制）
 - ✿ 食べ物への固執（調理やお菓子作り）
 - ✿ 食事時間にこだわる
- 

心理面の変化

スライド18

- ✿ 活動性の亢進
- ✿ やせ願望、肥満に対する恐怖
- ✿ 抑うつ感情(特に過食後)
- ✿ 母親に対して依存性と攻撃性という相反する感情の混在
- ✿ 見捨てられ不安
- ✿ 強迫傾向、焦燥感、無力感、無気力、自己嫌悪
- ✿ 不登校、自殺企図、盗癖、性的逸脱行動



過食症の診断基準

スライド19

- ✿ 過食(自分で抑制できない)のエピソードの繰り返し
- ✿ 体重増加を防ぐための不適切な代償行動を繰り返す(自己誘発嘔吐、下剤、利尿剤、絶食、過剰運動など)
- ✿ これらの過食、代償行動が少なくとも3ヶ月以上に渡って週2回
- ✿ 自己評価は体型、体重の影響を過剰に受ける



行動面の変化

スライド20

- ✿ 常軌を逸した量を一気に食べる。
- ✿ 過食は自分では抑制できず、どれだけ食べてよいかわからない。
(空腹や満腹感がない)
- ✿ 過食後の自己誘発性嘔吐や下剤の乱用



心理面の変化

スライド21

- ✿ 過食後の強い抑うつ感情と自己嫌悪感
- ✿ 自傷、自殺企図、盗癖、性的逸脱行為、薬剤乱用、買い物依存など



病気を治すには

スライド22

- ✿ 治りたい自分を大事にする。(治りたい自分と治りたくない自分の葛藤がある)
- ✿ 完璧な状態を求めず少しでもうまくできた自分を認め評価する。
- ✿ 辛いことを誰かに話す。言えなかったら文字、絵、メールなど利用する。
- ✿ 自分の問題から逃げずに向き合う。
- ✿ ダイエットや病気についての正しい知識を知る。



親に求められること

スライド23

- ✿ 治療に対する信頼
- ✿ 患児の受容
- ✿ できたことを誉める(認める)
- ✿ 振り回されない
- ✿ 干渉しないが心配して見守る態度
- ✿ できることとできないことの区別
- ✿ 夫婦相互の協力



BMI (body mass index)

スライド24

BMIの計算

$$\text{体重} \div \text{身長(m)}^2$$

例えば身長が155cmで体重が50kgの体重であれば
 $50 \div 1.55 \div 1.55 = 20.8$ となります。

標準体重: $18.5 \leq \text{BMI} < 25$ (22)



食生活の改善

スライド25

- ☞ スナック菓子、炭酸飲料、インスタント食品の摂取過剰に注意
- ☞ バランスのとれた食事をよく噛んで
- ☞ 朝食はしっかり摂る
- ☞ 夜間の摂食は消化のよいものを少量
- ☞ 食事は楽しく味わって

参考：中学生の1日に必要なエネルギー
 男子：2650kcal 女子：2300kcal



子どもの適応障害

スライド26

適応障害とは

心理社会的ストレスが過剰なために通常の
 ストレス反応を超えて障害を来す状態

社会的または職業(学業)上の機能の障害を
 来す。

子どもの場合：不登校



不登校

スライド27

- ☞ 30日以上、何らかの心理的問題(不安、緊張、恐怖など)があるために学校へ行きたくてもいけない、あるいは行かない状態。
 年齢が進むにつれて事情が複雑になることが多い。

頻度(平成21年度)

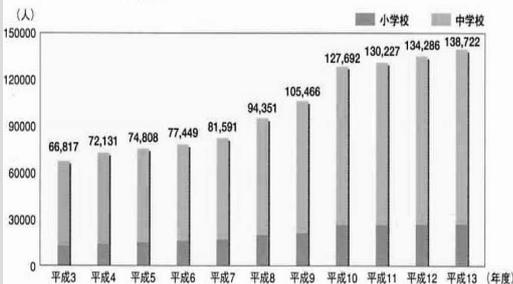
小学校：2万2千人(対前年比1.4%減)

中学校：10万人(対前年度比3.9%減)



●不登校児童生徒数の推移

スライド28



文部科学省資料より



原因

スライド29

学校：成績重視傾向による人間関係作りの希薄化
 対教師や友人関係を巡る問題
 受験競争へのストレス

家庭：親の子どもへの期待(成績重視)
 家庭内の不和(両親の不仲、離婚)
 仕事の多忙、家族の病気
 親からの虐待、育児放棄

本人：性格傾向(学校恐怖、友達関係作りの問題、勉強が苦手など)

悪循環(学校に行かないことがまたいけない原因にもなる)



不登校を合併しやすい疾患 スライド30

- ✿ 心身症(起立性調節障害、過敏性腸症候群、機能的頭痛、摂食障害など)
- ✿ 発達障害(軽度精神遅滞、ADHD、広汎性発達障害)
- ✿ 統合性失調症
- ✿ 解離性障害、心気症



きっかけと初期症状 スライド31

- ✿ ちょっとした出来事でおこる。
友達のいたずら、仲間はずれ、教師の一言、勉強疲れ、テストに失敗など

特徴:

- ✿ 最初は朝起きたときに身体症状を訴えることが多い。
- ✿ 午後には比較的元気になる。
- ✿ 前日には準備するが朝になるといけな。
- ✿ 学校的话题を避けたがる態度



対応 スライド32

- ✿ 原因となっているストレスを軽減する。
- ✿ 環境要因を調整
- ✿ 休養(休学)して心的エネルギーを回復させる。
- ✿ カウンセリング
- ✿ 薬物療法: 身体症状(頭痛、腹痛、不眠、食欲不振)や精神症状(抑うつ、不安、焦燥、過敏)



初期の親の対応について スライド33

- ✿ あまり突き詰めて解決しようとしな。
- ✿ しばらくは症状に合わせて治療を続ける。
- ✿ 「気の持ちよう」とか「根性がない」と攻めない。
- ✿ 心配していることは伝えるが、焦らない。
- ✿ 通院を強要せず、心配なら親だけでも通院を続ける。
- ✿ 生活のリズム(起床、食事、睡眠など)を整えるように導く。



不登校の経過と症状 スライド34

*「子どもの心の健康問題 ハンドブック」より

- 心気症的時期
身体症状: 疼痛、消化器症状、疲労、倦怠感、発熱、めまい、肥満など
- 不登校顕在期
問題行動: 不登校、生活リズムの乱れ
- 攻撃的時期
問題行動: 乱暴な言動、他罰的言動、暴力、孤食傾向
精神症状: 不安、焦燥、敏感、抑うつ
- 内閉的時期
問題行動: 昼夜逆転、引きこもり、無為、無気力
精神症状: 敏感、抑うつ、被害的思考、強迫傾向



不登校生徒の予後 スライド35

- ✿ 両親が子どもの気持ちに理解を示し焦らず成長を待つことで一定期間を過ぎて登校するようになる。
- ✿ 学校を中退しバイトをしたり検定試験を受け大学や専門学校に行く。
- ✿ 両親や教師との関係がうまく修復できずに長く苦しい青春を過ごす。(暴力や引きこもり)



 学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
P. 56-59 (2011)

第7回 医療看護研究会

講演 看護研究は医療を動かす — 褥瘡研究から見えた高度看護実践の効果 —

東京大学大学院医学系研究科
老年看護学／創傷看護学分野
真田 弘美

はじめに

医療サービスの受け手となる国民から見て、看護師が提供できる安全で効果的な医療とは何かと問われたとき、どのように答えることができるでしょうか。つまり、今看護に求められているものは、裁量を拡大することがいかに日本の医療に貢献するかを、「見える形」で示すことに他ならないと思っております。その「見える形」で看護職の専門性を説明できる例に挙げられるのが、褥瘡対策であります。特に2006年診療報酬改定に伴う褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設は、認定看護師の専門性が認められた画期的な出来事であったと言っても過言ではありません。

私は褥瘡予防と発生後のケアについて、20余年にわたり看護学を基盤に臨床研究を行ってきました。その中で最も重視したのは、Evidence Based Practiceであり、多職種連携によるチーム医療の中で必要とされるエビデンスを構築することに注力しました。そのプロセスの中で見出したものは基礎研究の重要性と、基礎研究を臨床研究として繋げるトランスレーショナルリサーチ手法の導入でありました。そして、これらの新しい技術とそのエビデンスを定着させるためには、高度なケア技術を駆使できる人材の育成、そして彼らによる政策研究の実施の重要性を目の当たりにしてきました。

講演では、どのようなプロセスで高度看護実践モデルを提唱したか、そして今後のチーム医療を担う看護師の裁量の拡大の必要性をどのように証明したか、という点について、私達の褥瘡研究に基づき以下の4つのトピックスを概説しました。本講演録では、3. チ

ーム医療から見出された褥瘡部の臨床診断方法の開発に絞り、まとめさせていただきました。

1. 創周囲洗浄のエビデンス構築からみえたトランスレーショナルリサーチの手法
2. トランスレーショナルリサーチによる褥瘡予防振動機の開発と評価
3. チーム医療から見出された褥瘡部の臨床診断方法の開発
4. 新しい技術を定着させる高度創傷看護技術の教育プログラムの開発

チーム医療から見出された褥瘡部の臨床診断方法の開発

日本の病院では、入院基本料の算定要件に褥瘡対策が加わり、多くの病院において褥瘡回診がチームで行われております。私も東京大学医学部附属病院の褥瘡対策委員会の委員であり、週1回の回診に参加しています。東大病院は教育・研究施設ですので、私たち研究者は、褥瘡回診を行いながら、チームで研究も行ってまいりました。その研究を2つ紹介します。

まず、東大病院での褥瘡回診を紹介します。東大病院では、当研究室出身の皮膚・排泄ケア認定看護師が褥瘡対策の専従であり、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定しております。メンバーは他に、当研究室的スタッフと大学院生、皮膚科、形成外科、リハビリテーション科、栄養管理室の方々がメンバーに入っています。活動は週に1回行い、2009年までで延べ2803名の褥瘡をみてまいりました。その成果として、大学病院の褥瘡発生率の平均は2.28%ですが、当院では0.67%

まで減らすことができいております。

1. 超音波画像による深部組織損傷 (Deep Tissue Injury : DTI) の早期発見 (文献1, 2)

1) DTIとは何か?

超音波診断の研究はDTIを早期に発見したことから開始いたしました。まず、このDTIについて簡単にご説明いたします。我が国では、高齢者の痩せた方に褥瘡が多く発生していましたが、これはエアマットレスのような優れた体圧分散寝具によって予防が可能になってきました。一方、最近では体格の良い方の褥瘡が問題になってきました。痩せた方には、あまり皮下脂肪や筋肉などの深部組織 (Deep Tissue) がありませんが、体格の良い方は、この部分が発達しております。そのために、目視可能な皮膚の部分は、発赤であっても、虚血に弱い皮下組織や筋組織は容易に損傷を受け、壊死を起こしてしまいます。NPUAP (米国褥瘡諮問委員会) でいう I 度の褥瘡かと思ってケアしていると、2週間後には、突然膿が出て、IV 度の褥瘡になってしまう。これを見たときに、ナースは自分たちのケアが悪かったのかと思うのですが、そうではなく、最初から深部に損傷があり、それが顕在化しただけである、という病態が多くみられるようになってきました。

DTIは栄養状態がよく臀筋が発達している術後患者に発生していることから、術中に深部血管が圧迫され深部組織が虚血に陥り、損傷を起こした結果だと言われております。DTIの問題は、早期には深部組織が可視化できないために、硬結ができてから発見され、手遅れになってしまうことがあるという点です。さらに、このDTIは患者に非常に強い疼痛を引き起こすという点も重要な問題となります。

2) なぜ超音波診断か?

リアルタイムに深部をみる方法はないだろうか? そして、そのときに思い付いたのが、超音波診断装置でした。実は、10年以上前に超音波診断装置で褥瘡を撮ったことがあるのですが、当時は非常に画質が悪くて、体表には使えないと思っておりました。しかし、近年の医療機器の開発は日進月歩と言われるように、イメージングシステムが発達してきて、皮膚までクリアな画像が撮れるようになりました。この情報を得た私は、すぐに機器を購入し、このDTIの早期発見技術の確立に向けて、褥瘡回診メンバーで研究することにしました。

現在、軟部組織の診断のゴールドスタンダードとさ

れるのがMRIです。しかし病棟で療養している患者でリアルタイムに褥瘡部の撮影をすることは現在でもほぼ不可能です。そこで、10MHzのプロープが使用可能なLOGIQ Book (GE横河メディカルシステム株式会社) というノートパソコンぐらいの大きさの超音波診断装置で撮った画像と比べると、ほぼ遜色のない画像が撮れることがわかりました。これを使わない手はないと確信しました。

3) どのように診断するか?

私達回診チームは、世界で初めて、DTIをエコーで追った症例報告を東大から発信することができました¹⁾。この研究は、現在私の研究室にいる形成外科医がまとめた症例報告です。肝移植の術後の1週間目で、臀部に褥瘡発生がみられ、回診の依頼があった患者です。「患者さんが、おしりが痛いと言うんです」という看護師からの報告がありました。体重は100Kg以上あり、臀筋の中に仙骨部や臀裂部が埋もれていて、観察できないでいると、患者さんが怒るのです。「そこじゃないんだ、そこは皮膚が痛いだけなんだ。表面が痛いんだ。僕が痛いのはここだ」って、骨突出部位のない臀部を触って知らせてくれました。みたところ、何もありません。よくみると、黄色にみえて、そのときは、褥瘡なんて全く思いませんでしたが、エコーを撮ってみると、深部の皮下組織に、明瞭な低エコー所見が見られ (図1)、穿刺してみると血性の滲出液が見られました。この症例から学んだことは、もっと早くDTIを発見できれば、血流を増加させたり、あるいは汚染させないケアができて、早期に治癒が望めたのではないかということでした。

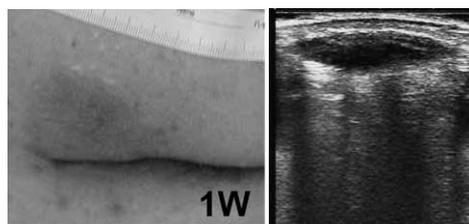


図1: 初診時の肉眼所見および超音波画像

その後5年間にわたり、東大の褥瘡回診では、この超音波画像のデータを蓄積していきました。そして、最終的にこのフローチャートをまとめて、診断できるようになりました。まず、皮下組織に異常所見があるか、ないかということを見る。そして、そこに所見があった場合に、液体が貯留しているのか。その液体は血腫なのか、低エコー所見が均一か、不均一かで分類

する。それから、組織に壊死が起こっているか判断するために、浅筋膜、深筋膜の連続性を見る。このフローチャートは非常に高い確率でこの診断ができるということを日本から世界にかけて発信していきました²⁾。

2. サーモグラフィによるクリティカルコロナイゼーションの早期発見(文献3)

1) クリティカルコロナイゼーションとは何か?

褥瘡回診のチームで2つ目に取り組んだのは、褥瘡部の感染を早期に発見する技術の開発でした。以前は、傷は消毒して乾燥させることが一般でした。しかし今から25年ほど前に、慢性創傷の新しい治療方法として、傷は消毒せず洗浄し、湿らせて治すという、それまでと180度異なるコンセプトで作られた創傷被覆材が日本に導入されました。しかし、その導入に伴い、今度は新しい感染状況が発見されるようになってきました。今までは、慢性創傷、特に褥瘡などは、もともと汚染創なので、菌培養などは信頼性が低く、もっぱら創部の発赤、腫張、熱感、疼痛、に加え、膿、発熱などの肉眼的所見で感染を判断してきました。最近では、コロナイゼーションとインフェクションとの間にクリティカルコロナイゼーションという菌と宿主側の新しい感染の概念が提唱されています(図2)。定義は、「創感染に移行しそうな状態であり、感染徴候はないが、抗菌剤を使用すると、治癒速度が向上するなど、臨床的に改善が得られる状態」とされています。簡単にいえば、従来から言われている感染の徴候がないのに、治らない傷を指しています。



図2: 宿主と細菌の関係
これらは互いに明確に区別されるものではなく、連続的な概念である。

このような褥瘡は皆さんが通常経験していらっしゃると思います。感染徴候のない浅いⅡ度の褥瘡には、ハイドロコロイドドレッシングを使用して、創部を湿潤環境に保ちます。2週間後には創面積が半分になっ

たので、同様のケアを続けてみると、その2週間後、全く褥瘡の変化がありません。もしかしたら、菌が悪さしているのではないかと思い、この傷には適応ではない抗菌剤を使うと、1週間後には完治する。これがまさにクリティカルコロナイゼーションの状況を表しています。

褥瘡回診を行っていてこの状況には大変困りました。最近の東大の患者さんの平均在院日数は約14日です。治癒遅延している状況を2週間待たないとこれがクリティカルコロナイゼーションかどうか判断できないとすると、患者さんは退院してしまいます。何とか2週間早めて、早期に発見しないと、治療しないまま退院した患者さんの褥瘡は難知性となってしまいます。

2) なぜサーモグラフィか?

そこで、目をつけたのが、サーモグラフィです。炎症所見があるのなら、その部位の温度が上がるはずだというコンセプトを使いました。しかし、今までサーモグラフィというのは恒常性のある部屋で、常に一定の条件の下で使用するものでしたが、そのコンセプトを度外視して、条件がさまざま異なる臨床現場で使うことはたいへんチャレンジャブルでした。

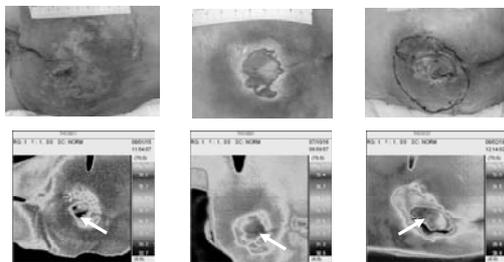
臨床で使うときの条件は相対値でしか見られないということです。その場において、その相対値、何と比較するかということ、創部の中に対する創周囲の皮膚の温度です。肉芽や真皮が露出している場合は表面が濡れていますから、普通は温度が下がるはずなのに、感染している褥瘡の肉芽温度は非常に高いことが見て取れました。一方、炎症所見のない褥瘡の肉芽の温度は創周囲の温度に比べて明らかに低いことがわかってきました。

3) どのように診断するか?

サーモグラフィだからこそ、創部と周囲の全体像をとらえられたのだと思います。もし色での可視化が難しければ、創部内外の温度差を判定することは非常に難しかったかもしれません。創周囲の温度に比較して創部内の温度が高ければ高温群、逆に、創部内の温度が低ければ低温群として、3週間の創傷治癒状況を追跡しました。3週間での面積縮小を創傷治癒の指標として、治癒群と治癒遅延群を定義し、高温群と低温群で治癒状況が区別できるかをコホート研究によって検証しました。高温か低温かは、色の差に基づいた主観的判断なので、まずその信頼性を検証したところ、評定者間、評定者内の一致率は極めて高く、ともに0.9以上の相関がありました。そして、サーモグラフィを用

いた温度分類による治癒予測は、相対危険度が2.25という結果でした。つまり、創内部の温度が高い場合、2.25倍瘡傷治癒が遅れるリスクが高いということがわかってまいりました。

この結果をクリティカルコロナイゼーションに適用してみます。図3に示す3枚の褥瘡を比べてください。肉眼的には、左から感染徴候なし、感染徴候なし、感染、と判断するでしょう。しかし、サーモグラフィで撮ってみると、中央の感染徴候なしとされた創部の温度が、創周囲に比べて温度が高いことがわかります。この褥瘡をクリティカルコロナイゼーションと疑い、治療方針を変える。つまり治癒遅延の証拠がでるまで2週間待たなくても、早期に介入できることとなります。



	正常治癒	クリティカル コロナイゼーション	感染
・肉眼的 炎症所見			○
・温度上昇		○	○

図3：褥瘡の肉眼的所見とサーモグラフィ

おわりに

一看護者が開発する臨床におけるテクノロジー

以上2つの新しい褥瘡診断の方法を紹介しました。今回使用した超音波診断装置ならびにサーモグラフィの特徴は、リアルタイム、無侵襲であることです。私はこれこそが看護学における技術開発の基本だと考えております。24時間患者さんの側にいる看護師だからこそできるリアルタイムな診断、さらに患者さんの苦痛を最小限にするシンプトンコントロールを第一義とする侵襲性が少ないアセスメントやケア、これらの基本を貫く技術開発は、病院における、いえ在宅ももちろんそうですが、療養環境を革新的に変えることに違いないと信じてやみません。もちろん、最も重要な看護の基本はフィジカルアセスメントができる、つまり五感を用いたアセスメント力は必須条件です。しかし、看護師が音でアセスメントする聴診器を使用するように、今まで可視化できなかった深部組織の状態や感染

が新たなテクノロジーを駆使することでわかるのなら、私は看護師が聴診器のように超音波診断装置、サーモグラフィを使う日もそう遠くはないと夢みております。

追記

この講演の直後、東日本大震災が発生しました。非常に大きな揺れを繰り返している状況の中、東大の研究室を案じる私の心中を察して、すぐにタクシーを準備して帰して下さった加藤尚美教授、山倉文幸先生のご配慮に心から御礼を申し上げます。また、貴大学校舎ならびに周囲の施設などの損壊は大きかったとうかがっております。どうぞ皆様の教育・研究活動が滞りなく推進できる環境が戻りますことを心からお祈りいたします。

文献

- 1) Nagase T, Koshima I, Maekawa T, Kaneko J, Sugawara Y, Makuuchi M, Koyanagi H, Nakagami G, Sanada H. Ultrasonographic evaluation of an unusual peri-anal induration : a possible case of deep tissue injury. J Wound Care. 2007 ; 16 (8) : 365-7.
- 2) Aoi N, Yoshimura K, Kadono T, Nakagami G, Iizaka S, Higashino T, Araki J, Koshima I, Sanada H. Ultrasound assessment of deep tissue injury in pressure ulcers : possible prediction of pressure ulcer progression. Plast Reconstr Surg. 2009 ; 124 (2) : 540-50.
- 3) Nakagami G, Sanada H, Iizaka S, Kadono T, Higashino T, Koyanagi H, Haga N. Predicting delayed pressure ulcer healing using thermography : a prospective cohort study. J Wound Care. 2010 ; 19 (11) : 465-72.

 学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
P. 60-79 (2011)

第7回 医療看護研究会発表要旨

発表者の所属：

- *1 医療看護学部
- *2 順天堂医院
- *3 静岡病院
- *4 浦安病院
- *5 練馬病院
- *6 順天堂東京高等高齢者医療センター
- *7 越谷病院
- *8 スポーツ健康科学部

発表要旨

テーマ：超音波power doppler法の胸水流動性評価における有用性の検討

研究者：○植木 純*1、関谷 充晃

grey scaleエコーは、胸水穿刺部位の決定や穿刺時のガイドに汎用されるが、穿刺に際して胸水を採取またはドレナージできない場合がある。心血管系の高速度血流信号の評価に用いられるcolor doppler法に比べて、power doppler法は2-3mm/sec程度の緩徐な流速の血流の検知を可能とする。胸水流動性の評価におけるpower doppler法の有用性を検討する目的で、胸部超音波検査室に胸水穿刺の依頼のあった56例を対象に画像所見、穿刺結果の解析を行った。胸水穿刺は、grey scale、power doppler法で観察の後にgrey scaleのモニター下に穿刺針先端部位を確認しながら観察ROI内で胸水穿刺、検体採取あるいはドレナージを行った。胸水流動性評価のaccuracyはpower doppler法が95.7%でgrey scale法の87.2%に比して有意に高かった。胸水の細胞数を評価した35例では、power dopplerシグナルが極めて低いか認めない症例群で、胸水中の細胞数が有意に少なかった。power doppler法は胸水中で規則性を持たずにゆるやかに流動する細胞成分のシグナルを検出し、胸水器質化の有無の評価に有用となる可能性が示唆された。

テーマ：白血球におけるPhosphatidyl glucosideの機能解明

研究者：○岩淵 和久*1、平林 義雄

ホスファチジルグルコシド (PtdGlc) は、前骨髄性白血病細胞株HL-60等で見いだされたグリセロ糖脂質であり、抗PtdGlc抗体刺激により顆粒球系の細胞に分化誘導される。今回我々は、ヒト好中球におけるPtdGlcを介した細胞機能について解析した。

ヒト末梢血由来好中球の遊走・貪食・活性酸素産生について調べたところ、PtdGlcはそれらの機能を阻害しなかった。一方、抗PtdGlc抗体による好中球のアポトーシス誘導について観察したところ、抗PtdGlc抗体はcaspase3, 8, 9に依存したアポトーシスを誘導した。共焦点レーザー顕微鏡の解析から、PtdGlcとFasが共局在し、抗PtdGlc抗体や抗Fas活性化抗体処理によって両分子は大きなクラスターを形成することが分かった。さらにFasの三量体形成を阻害することでFasを介したアポトーシス誘導を阻害する抗Fas抗体ZB4は、抗PtdGlc抗体によるアポトーシス誘導を阻害した。以上の結果から、PtdGlcは好中球に特異的に発現する糖脂質であり、好中球はPtdGlcを介してFas依存的なアポトーシスを誘導することがわかった。これまでに、成熟好中球の自然なアポトーシス誘導にリガンドを必要としないFas依存的なアポトーシス誘導が観察され

ていることから、PtdGlcが好中球の自然なアポトーシス誘導に関与している可能性が考えられた。

テーマ：日本の医療保障制度の歴史的問題

研究者：○渡部 幹夫*1、福田 洋、田中 誠二、
鈴木 晃仁

昨年の本会で『戦後期の健康保険制度確立について－医療政策の転換と日本社会の対応』を発表した。現在の国民皆保険制度の確立について史的な検討をして、「日本の医療保険は保険か？」という問題提起をした。本年度の発表は戦後の国民皆保険の前史としてある大正から昭和初期の医療保障の仕組みを医療者と医療を受ける国民の比較により行う。おもに次の4点について述べる。

1. 大正11年公布昭和2年施行【健康保険法】と、その時代の社会と医療者
2. 昭和13年制定された【国民健康保険法】の背景
3. 昭和14年制定された【職員健康保険法】の背景
4. 昭和17年制定された【国民医療法】と第一次皆保険完遂について

国民医療法は「ものの役に立つ」健康な国民を作るために、結核問題と国民死亡率の問題を前面に出して、日本医療団を設立し医師の自由開業性を許可制にした戦時立法である。具体的には結核病床の大幅な増床と無医村問題の解決、医師の普及と技術の向上を目的とした。1. 2. 3. と具体化されてきた日本の医療保険制度はこの年に国民健康保険組合が知事による強制設立命令により設立可能となり、制度としては皆保険と呼ぶる形を整えた。敗戦後占領下に国民医療法は廃止され、昭和36年に国民皆保険が達成された。近年医療保険制度の一本化が学会や日本医師会からも提唱されているが日本の医療保険の歴史が短いものでないことにより困難であったと考える。

テーマ：看護相談室の現状と課題

研究者：○今本 弥生*6

【はじめに】平成20年度診療報酬改定で「退院支援加算」「退院調整加算」が算定されたことにより各病院で「退院支援」への取り組みが増加している。当院は平成20年に看護相談室を開設し、現在、2名で業務を行なっている。主な業務は、在宅へ退院する患者の退院支援・調整である。退院支援は入院早期から開始することが重要であり、特に老老世帯、独居、医療依存度が高い患者は、入院中にリスクを検討し退院支援を

行なう必要がある。看護相談室の現状と今後の課題について報告する。

【現状】平成22年度4月から1月までの相談件数は、延べ1401件で、1ヶ月平均41件であった。平成21年度と比較すると760件（54%）増加している。診療科別では、呼吸器内科の患者が231名16%と最も多く、次いで脳神経内科182件13%、メンタルクリニック157件11%であり、慢性疾患患者が多く入院している内科系病棟で50%を占めている。相談の依頼者は退院調整の窓口となる医師が多く1124件80%であり、次に看護師が135件10%、家族が74件5%であった。相談内容は、在宅へ退院するための準備が最も多く、在宅で使用する医療機器では、中心静脈栄養の輸液ポンプ、人工呼吸器、在宅酸素、吸引機などの使用方法や管理など医療・看護処置などの指導が増加している。

病棟での退院支援・調整では病棟看護師とスケジュールを調整しながら在宅へ退院する患者・家族に対して医療・看護処置の指導を行なっている。

【課題】退院支援は患者、家族の不安や療養上の問題を解決し、患者、家族の意思決定を支えることが重要であると考えられる。今後は、入院時よりスクリーニング・アセスメントシートを活用した退院支援・調整を行う必要がある。

テーマ：筋委縮性側索硬化症患者の心理状態の変化を知る

～アグイレラの危機問題解決モデルを用いて～

研究者：○笹井佳代子*4、齊藤 茜、河田 果林、
佐々木 薫、石橋由美子、原智 恵美、
佐々木亜子

【はじめに】筋委縮性側索硬化症（以下ALS）のA氏（60代男性）は、2年前に告知を受け、家族とともに病気について主体的に行動していたが、急速に症状が進行し、心理的に混乱したまま永眠された。アグイレラの危機理論を用いて、心理面に影響した要因について明らかになったことを報告する。

【方法】アグイレラの危機問題解決モデルを用いて、ストレスの多い状況に遭遇した時の問題解決決定要因である『出来事の知覚』『社会的支持』『対処機制』の3つの視点でA氏の心理面について分析した。

【結果・考察】『出来事の知覚』は、A氏の予測よりも急速に症状が進行したことで、現実を受け止める事が出来なかった。また、『社会的支持』の中心であった妻もA氏の病状の変化を受け入れる事ができなくな

った。『対処機制』では、以前はゴルフ・カラオケ・登山・友人や妻との旅行が趣味であったが、それらを入院中には使用する事ができず危機的状況乗り越える手段にはならなかった。

よってA氏には問題解決決定要因がなかったため、危機を回避できなかったが、『社会的支持』を強化することで『出来事の知覚』や『対処機制』が充実していくと考えた。このことから、看護師は、患者の気持ちを尊重しながら、家族やキーパーソンの精神面にも配慮する必要がある。

【まとめ】危機に遭遇したALS患者にとって①患者を取り巻く環境を整えること②社会支持や利用可能な対処機制を入院時から把握しておくこと③患者だけでなく家族の気持ちも把握し、早期より活用できる対処機制を探し出すこと、が危機を回避する為に必要である。

テーマ：脳神経外科等混合病棟における服薬管理方法決定における基準作成

～フローチャートを作成して～

研究者：○阿部 吉幸^{*4}、宇山 真樹、塩崎 由佳、猪野百合香、和田 尚子、福田佳代子、佐々木 薫、上谷 芽実、岡田麻友美、鈴木 薫美、津本 渚、大野 幸絵、長谷川貴子、檀村美由紀

【目的】昨年度作成した「内服管理選択のフローチャート」（以下、フローチャート）を試用・検討し、①再評価、②基準に必要な項目の検討、③基準作成を行う。

【方法】期間：平成22年12月1日～平成23年1月15日。

対象者は脳神経外科等混合病棟看護師、フローチャートの項目は、①視力・聴力障害、麻痺・痺れ・骨格筋の異常、②薬の開封と内服動作、③理解力低下・見当識障害・認知症、④自己管理経験、⑤薬効理解、⑥処方日からの残薬数、⑦服薬時間の理解とした。入院日の担当看護師とリーダー看護師がそれぞれフローチャートを試用し、判断の難しい項目・追加すべき項目があるか、改善点についてアンケートを行った。

【結果・考察】29名の看護師から、21名の患者の服薬管理方法について回答が得られた。担当看護師とリーダー看護師の間で管理方法の選択が相違した例0件。期間中、服薬に関する事故報告0件。このことから、判断基準として使用できると言える。しかし、管理方法の選択の結果が同じでも辿った経路の違う事例3件。アンケートからは、フローチャートの項目の表現につ

いて、判断の視点が一定でないという指摘があった。それを受け、看護師によって捉え方が異なるように説明の記載を追加した。

今回のフローチャートは入院時に使用するものとしたが、患者の状態変化に伴い、再評価し、アクシデントの発生を予防する必要があると考える。

【結論】すべての事例で判断の結果に相違なくインシデントも発生しなかったことから、フローチャートの有効性はあった。項目も判断基準として成り立ち、内服自己管理の可否を判断することに適していた。

テーマ：外来通院中の関節リウマチ患者における療養上の困難

研究者：○青木きよ子^{*1}、樋野 恵子、高谷真由美、桑江久美子、松平 蘭、高崎 芳成

【目的】外来通院中の関節リウマチ（以後RAとする）患者における療養上の困難とその関連要因を明らかにし、看護介入のための基礎資料を得ることである。

【方法】首都圏の大学病院に通院中のRA患者に研究を依頼し、同意が得られた患者に調査用紙を配布し郵送法で回収した。調査内容: 調査項目としては、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）を枠組みとし、活動の測定として療養上の困難、MHAQ（Modified health assessment questionnaire）を、影響要因として予測される年齢、性別、職業、社会参加、病気の経過に関する項目、自覚症状、セルフケア行動、近親者のサポートに関する項目を、健康状態の測定に難病用主観的QOL尺度を選定した。分析方法: 調査項目の記述等計量の算出、療養上の困難合計得点と影響要因およびMHAQ、難病用主観的QOL尺度との関連について検討した。

【結果・考察】質問紙配布者数193名、回答者数158名（回収率81.9%）、有効回答者数158名を分析対象とした。療養上の困難としては、「病気進行の不安」「将来の不安」「関節痛」「疲労感」「医療費の負担」が高くなり、療養上の困難合計得点に関連が認められたものは、年齢、性別、症状の有無、入院回数、NSAID・生物製剤の使用、医療福祉サービスの利用であった。療養上の困難合計得点と、MHAQには、 $r=0.754$ と相関あり併存妥当性が認められた。療養上の困難合計得点と難病用主観的QOL尺度には、 $r=-0.619$ との関連があったが、MHAQと難病用主観的QOL尺度は $r=-0.343$ となっていた。これらのことから療養上の困難の質問項目は、

身体障害の程度のみでなく生活活動をアセスメントでき介入の指標に用いることの有効性が示唆された。

テーマ：多読・多聴の英語教育：成功と不成功の分岐点

研究者：○黛 道子*1、宮津多美子

英語を自由に使いこなすためには、和訳したり、文法を考えたりせず、英語を英語のまま理解することが必要である。和訳、文法などの意識的学習は短期に効果が出やすいが、ある程度で伸びが止まることが多い。一方、多読・多聴は効果が出るのに時間はかかるが、ある程度まで来るとそこからはコンスタントに伸び、無理なく英語を運用する力が育つ。

本研究は研究期間が1年のため、多読・多聴の効果が必ずしも明確とは言えないが、2回の読書速度計測

+内容把握度テストによると、2回目のほうが読書速度が上がり、内容もより正確にとらえていた。

英語を知識により分析的に理解することから離れて、fluencyが強化されたと言えるだろう。これは、英語が、考える前に自動的に理解のプロセスに送られたことを意味し、運用力向上の第一歩となったことを示している。

多読・多聴による教育を成功させるためには、何が必要であろうか？本研究では、2回のTOEIC、読書記録、読書速度計測テスト、アンケートなどのデータを収集しているので、今後、詳しいデータの分析・検討により、順次、成功へのカギを明確にするつもりである。今回は主として教材、意欲などの面から、多読・多聴の成功へのヒントを考えてみたい。

ポスター・セッション発表要旨

テーマ：病院勤務助産師を対象とした継続教育の充実に関する予備研究

研究者：○青柳 優子*1、永野 光子

【目的】職能団体や医療機関における助産師に対する継続教育の現状と、産科病棟管理者や助産師自身の継続教育に対する考えを明らかにし、効果的な継続教育プログラムを検討するための資料とする。

【方法】調査①：助産師を対象とした継続教育の現状についてインターネットによる情報収集を行った。調査②：半構成的インタビュー及び質問紙調査を行い、病院における継続教育の現状、課題、要望を聴取した。

【結果】調査①：看護継続教育機関である日本看護協会、各都道府県看護協会、日本助産師会、各都道府県助産師会のホームページを閲覧し、平成22年度の教育・研修プログラムから助産師を対象としたプログラムを抽出した。その結果、これらの看護継続教育機関においては、助産師対象のプログラムが開催されていることが確認できた。

調査②：対象は、産科病棟管理者3名、臨床経験5年以上の助産師2名である。継続教育の現状は、看護職全体の教育に病棟単位の助産師教育が併存していた。1年目で一通りの業務を経験した後、2年目以降にはより専門的な業務役割について教育されており、助産師として1人前になるまでに5~7年を要する計画であっ

た。管理者は、継続的な成長のためには「助産師としてのモチベーションをもつこと」が必要であると考えていた。助産師は、「専門的な技術の習得」や「ハイリスクの対象へのケア」を課題とし、「病棟内で話し合いながら知識技術を共有すること」、「外部施設での長期研修」を要望していた。

テーマ：心臓集中治療室（CCU）における人工呼吸器関連肺炎の減少に関する改良型人工呼吸器バンドルの作成

研究者：○池田 恵*1、榎子 嘉美、安井 大輔、田中 朋子、五十嵐文子、工藤 孝子、石井 幸、高木 篤俊、堀 賢、代田 浩之

目的：人工呼吸器関連肺炎（VAP）サーベイランスデータを基に心臓集中治療室（CCU）入室患者のVAPのリスク因子を明らかにし、CCU入室患者用の改良型人工呼吸器バンドルを作成・導入し、VAP感染率とその効果の関連を検討する。

方法：本研究は平成22年度~24年度の3年間を要して研究を進める予定である。今年度の目標はVAP発生の現状を明らかにし、改良型人工呼吸器バンドルの項目を抽出することとし、CCUにおけるケアの実態を見直し共通理解をした。

結果：1. 現状の把握：1. 平成19年9～10月、平成20年10～11月のVAP感染率はそれぞれ0.0、0.0であった。2) 人工呼吸器装着患者への具体的なケアマニュアルがないため、看護師の経験に基づいたケアが実施されていた。2. 人工呼吸器患者の口腔内洗浄マニュアルの作成：看護スタッフと集中ケア認定看護師を中心に、先行文献を参考に実施可能なマニュアルを作成した。以上から、改良型人工呼吸器バンドルの項目として、先行文献より推奨されている①ベッドの頭位を30～40度に上げる②鎮静評価に基づき鎮静・鎮痛薬投与量の調節③人口呼吸器からの離脱可否の評価④ストレス潰瘍の予防策の4つに加え、⑤マニュアルを順守した口腔内洗浄⑥人口呼吸器回路の管理を抽出した。今後の課題：次年度以降は介入前のベースラインデータとして継続的なVAPサーベイランスを実施し、今回の結果を基に改良型人工呼吸器バンドルの作成、プレテスト、バンドル導入、データ収集・分析をしていく予定である。

テーマ：日本人女子大学生の子宮頸がん検診に対する受診行動を阻害する要因

研究者：○加藤 尚美*1、菱沼 由梨、西岡 笑子、植竹 貴子、青柳 優子

【目的】子宮頸がん検診に対する日本人女子大学生の受診行動を阻害する要因を明らかにする。

【方法】国内の看護大学3、4年生664名、一般大学3、4年生429名を対象に、研究者による自作の質問紙を配布した。回収は、留め置き法と郵送法を併用した。

【結果】回収された質問紙は648部（回収率59.3%）であり、分析には、看護群427部、一般群221部を用いた。統計学的分析を行った結果、看護群は一般群と比べ、HPVに関する知識点が有意に高く（ $p<0.001$ ）、子宮がん検診を受診していた者の割合も有意に多かった（ $p<0.001$ ）。また、子宮がん検診を受診していない者（受検なし群）は合計502名であり（看護群315名、一般群187名）、受検しなかった理由として5割前後の学生が受診の「きっかけ」（58.8%）や「機会」（45.6%）がなかったことを挙げていた。また受検なし群のうち、5割程度の学生が子宮がん検診に対して、「検査内容」や「検査方法」がわからない（50.0%、49.0%）という印象を持ち、4割以上の学生が「女医でなければ受けたくない」としていた（43.2%）。そして、受診条件として8割以上の学生が「料金が無料もしくは安い」（84.9%）ことや「女医が検診を行う」（80.5%）ことを希

望し、また4割以上の学生が、「学校の定期検診」（46.4%）と「市町村の検診」（41.6%）を受診機会として希望していた。

【考察】日本人女子大学生の子宮頸がん検診に対する受診行動は、経済的理由と羞恥心によって阻害されていることが示唆された。受診率の向上を図る具体策として、自己負担額の軽減を図る他、検診に関するより具体的な情報の提供や、身近でアクセスしやすい受診機会の設営、女性の実施者による検診機会の拡大などが考えられる。

テーマ：九州における喉頭摘出者の心理的適応・QOL・Social supportの術前・退院前の経時的変化と患者会会員との比較

研究者：○小竹久実子*1、岩永 和代

【研究目的】九州地域の喉頭摘出者の心理的・社会的適応とSocial supportの経時的変化と患者会会員との差を明らかにして、support策の基礎資料とすることである。【研究方法】対象は、九州の3大学病院の喉頭摘出術を受ける入院患者41名、患者会会員（九州186名、東京679名）である。調査項目は、a) 心理的適応：NAS-J PAL b) Social support：Informal support；MOS尺度、Formal support：HPSQ-25 c) 健康関連QOL：SF-36v2日本語版 d) 基本的属性 e) 会話手段の獲得状況等を調査した。調査方法は、書類説明を行い、同意の得られた対象のみに配布（又は郵送調査法）、入院中の患者の術前・退院前の縦断調査、患者会会員に横断調査を行った。分析方法は、術前・退院前の経時的変化と患者会との比較を一元配置分散分析後、多重比較Tukey-Kramer検定にて検討。【結果】術前と退院前の得点差はみられなかった。しかし、SF-36のMH「心の健康」、心理的適応の「不安・うつ」、「自覚（受容）」、「積極的肯定（受容）」は患者会と比べて低かった。SF「社会生活機能」とRE「日常役割機能（精神）」は術前から40点前後で変化がみられない。【考察】SFとREは術前から変化がないこと、術前からMHは低く、「不安・うつ」が高いことから、九州の喉頭摘出者の心理的適応と社会的適応の問題が示唆された。術前から心のケアを強化し、心理的適応を促進できるような有効なSocial supportを得る必要性がある。

テーマ：リハビリテーションを行う高齢脳卒中患者の学習体験

研究者：○島田 広美*1、湯浅美千代、酒井 郁子

目的：リハビリテーションを行う高齢脳卒中患者の学習体験を明らかにする。

方法：〔対象者〕回復期リハビリテーション病棟において入院予定期間を1/2過ぎた高齢脳卒中患者。

〔データ収集方法〕半構造化面接。インタビュー内容は、入院中に学んだことは何か、どのように学んだが、学習の助けになったことは何かといった高齢脳卒中患者の学習体験である。対象者の同意を得て、録音し、逐語録を作成する。〔分析方法〕逐語録から、学習体験に関する記述を取り出し、学習体験のテーマと要素を分析する。

結果：〔対象者の概要〕男性8名、女性2名。年齢は平均69.6歳。インタビュー時点における発症からの期間は平均3.6か月。〔学習体験〕インタビューにおいて、歩行や更衣動作といった日常生活動作の獲得や再発予防や障害・症状に対する知識の獲得に関する学習体験が語られた。事例Aの学習体験は、【訓練はこの方法でいいのか、厳しいと思ったけど、自分のためだからと素直に続けるうちによくなっているのがわかり、歩けるようになった】【自宅の環境をふまえた訓練によって、自分の用は足りるようになった】【何事も1人じゃできない、人に手伝ってもらうことによって、1人で人間は生きていけないのだということを考えるようになった】【病院の食事に慣れてきたから家に帰っても教わったことを実行するように心がけるようになった】であった。

考察：リハビリテーションを行う高齢脳卒中患者の学習体験は、自己の状態を認識する回復のプロセスにあると考えられた。今後、他の事例を分析し検討する予定である。

テーマ：看護職者の補完代替医療への期待と実践の構築に関する研究

研究者：○長瀬 雅子*1、高谷真由美、樋野 恵子、

中島 淑恵、青木きよ子、渡部 幹夫

補完代替医療（CAM）は「病を治す」という点では近代医学とその目的を共有しているものの、EBMという点から見れば、治療として十分に役立つものではないと言いがたい。それにもかかわらず、CAMに関心をもつ医療職者は少なくないし、看護職者も例外ではない。CAMは近代医療とは治療システムが異なる実践である。近代科学の枠組みでのエビデンスを必要とする現代の医療実践にCAMを導入するのはなぜか。

つまり、CAMにどのような期待を抱き、どのように近代医療システムの中でその実践を構築しようとしているのかを調べた研究は少ない。本研究の目的は、看護職者によってCAMの実践がどのように構築されているのかを明らかにすることである。まず、医中誌で検索できる看護学の文献を分析対象資料とし、CAMに対してどのような期待がみられるのかを調べた。次に、実際に臨床で実践を試みている看護師を対象にインタビューを行い、CAMを看護実践としていかに構築しようとしているのかについて調べた。看護文献からは、看護師のCAMへの期待として、【健康の維持／増進】【身体的な症状の改善／予防】【精神的な症状の改善／安定化】【日常生活活動の活性化】など6カテゴリーを抽出した。インタビューでは、CAMが実践できるかどうかは上司の看護観に影響を受けること、看護介入の一つの手段としてCAMを利用していること、資格をもったセラピストに繋いでいくために必要な知識を普及すること、治療の効果よりもリラクゼーション効果や症状緩和効果を目的としていることなどが語られた。

テーマ：排便障害児へのトータル看護ケアプログラムのための支援教材の作成

研究者：○西田みゆき*1、込山 洋美、宮腰 綾子、

横山 友美、堀川 香織

【目的】先行研究で作成した「排便コントロールのためのガイドブック」（2009、西田）を基盤として、外来病棟でも活用できるガイドブックを作成する。

【方法】先行研究（2008年共同研究）で抽出されたトータルケアプログラムの骨子である6項目から、母親へのトータルな看護ケアが行われるように必要な資料を揃え、プログラムを完成させる。

【結果】以下の点を検討しながら、ガイドブックの作成を行った。1. 目的：排便障害児の母親が在宅でケアを行う際、ケア内容において必要最低限の情報を得ることができることを目的とした。2. 構成：上記の6つの骨子の内容の検討を行い、1) 病態の説明、2) スキンケア、3) トイレトレーニング、4) 排便ケアと育児の4つに焦点を絞った。4. プログラムの形式：忙しい母親が在宅で簡単にみることができるよう内容はA2用紙2枚に絞った。また、図やイラストを多く用いて見易いことを重視した。3. プログラム活用場所：NICU、小児病棟、外来で必要な時に使用できるよう配慮した。

【考察】今回、NICU、小児病棟、外来の看護師やWOC、CNSなどの専門職に加えて、2児の母親であるイラストレーターを交えて討議を行った。このことは、それぞれの立場でのガイドブックに対する視点が多角的に捉えられ、活用可能なガイドブックになった。特に、医療者で無いイラストレーターの意見は、とにかく専門的な説明に陥りやすい内容の方向性を修正するのに大変役立った。今後は、完成したガイドブックをどのように活用するかを詳細に検討してケアプログラムを完成していく。

テーマ：妊娠期から産褥期までの認知機能の変化と影響要因

研究者：○増田美恵子*¹、高島えり子

【目的】妊娠期から産褥期にかけては、身体的な変化のみならず、記憶や注意などの認知機能の変化に不安を抱くことも少なくないが、この時期の認知機能の変化は不明な点が多い。そこで、本研究では妊娠期から産褥期にかけての女性の認知機能、特に記憶及び注意の変化とその関連要因を明らかにすることを目的とする。今回は個人差の大きい認知機能の変化を明らかにするために、妊娠初期から産褥期までの縦断的な調査を行う。

【方法】対象者は日本語を母国語とするローリスクの妊婦60名とし、調査は妊娠初期、中期、末期、産褥1週間以内、産褥1カ月の合計5回とする。調査内容は、認知機能として、日本版ウェクスラー記憶検査(WMS-R)より、①視覚性再生I(視覚性記憶)、②論理的記憶I(言語性記憶)、③数唱(注意/集中力)、④視覚性再生II(視覚性記憶)を調査し、初回のみRaven's Standard Progressive Matrices(非言語性の推理能力)を調査する。同時に、影響要因として、睡眠やエンジンバラ産後うつ病自己調査票(EPDS)などを調査する。妊娠初期のデータをベースラインとし、言語性記憶、視覚性記憶、注意/集中力のそれぞれの変化と影響要因との関係を分析する。

【結果及び考察】1年間に及ぶ縦断研究のため、まだデータ収集の途中であるが、データが収集でき次第、結果をまとめる予定である。

テーマ：細胞傷害におけるタンパク質ニトロ化修飾の役割—アトピー性皮膚炎を対象とした研究

研究者：川崎 広明、富永 光俊、重永 綾子、加茂 敦子、高森 建二、○山倉 文幸*¹

【目的】アトピー性皮膚炎は、炎症と痒みを伴う慢性の皮膚疾患である。近年、アトピー性皮膚炎の患部皮膚において、iNOSやeNOSに起因するNO産生・ニトロ化ストレスの増加とそれに伴うタンパク質のニトロ化修飾が報告されている。本研究では、アトピー性皮膚炎の病態におけるタンパク質ニトロ化修飾とタンパク質機能傷害の関連性を解明する一端として、我々が独自に見出した新規のタンパク質ニトロ化修飾産物・6-ニトロトリプトファン(6NO₂Trp)に着目し、アトピー性皮膚炎モデル・Nc/Ngaマウスの患部皮膚中に生成される6NO₂Trp含有タンパク質の修飾残基部位の決定を行うことを目的とした。

【方法】皮膚炎誘発試薬によりアトピー性皮膚炎を惹起したNc/Ngaマウスの患部皮膚を回収し、タンパク質抽出を行った。抽出タンパク質を二次元電気泳動後、抗6NO₂Trp抗体を用いたウエスタンブロッティングでの陽性スポットからタンパク質を抽出し、プロテオーム解析を行い、タンパク質の同定とニトロ化されたTrp残基部位の決定を試みた。

【結果】アトピー性皮膚炎モデル・Nc/Ngaマウスの患部皮膚中から、carbonic anhydrase III, alpha-enolaseなど4種類のタンパク質を同定し、それらタンパク質アミノ酸配列中でのニトロ化Trp残基部位の特定に成功した。Carbonic anhydrase III修飾に関しては、発症前のNc/Ngaマウスにも修飾が見られ、アトピーでないマウスに見られないことから、アトピー素因との関連が示唆された。

テーマ：下肢浮腫を有する妊娠末期の妊婦に対するリフレクソロジーを用いた統合的アプローチの効果—介入効果に影響を与える要因の分析

研究者：○植竹 貴子*¹

【はじめに】先行研究では、下肢浮腫を有する妊娠末期の妊婦に対し「リフレクソロジーを用いた統合的アプローチ」を提供することで、身体的には下肢周囲径の減少や、自覚症状の軽減、心理的にはリラクゼーションや気分・感情を改善することが明らかにされている(植竹, 2010)。

【目的】本研究目的は、先行研究で明らかにすることが出来なかった、リフレクソロジーを用いた統合的アプローチの介入効果(左足首周囲径の減少)に与える要因を明らかにすることである。

【方法】下肢浮腫が認められる妊娠35週以上42週未満の妊婦23名を対象とし、背景因子および介入前後で測

定した左足首周囲径のデータを用い分析を行った。左足首周囲径の減少を目的変数とし、浮腫の程度、年齢、非妊時の体重、妊娠初期・中期ヘモグロビン（以下Hb）、尿蛋白、拡張期血圧、下肢浮腫の出現時期を説明変数とした重回帰分析（変数減少法）を行った。

【結果】各変数間に $|r| > 0.7$ となる相関は認められなかった。自由度調整済みR²は0.467、ANOVAの結果は有意 ($p < 0.05$) であった。P値は、浮腫の程度、年齢、非妊時の体重、妊娠初期・中期Hb、尿蛋白において1%水準で有意であった。

【考察】左足首周囲径の減少に影響を与える要因として、浮腫の程度、年齢、非妊時の体重、妊娠初期および中期のHb、尿蛋白が挙げられる可能性がある。下肢浮腫は多くの妊婦に出現することから、健診ごとに全ての妊婦に統合的アプローチを提供することは現実的ではない。これらの影響要因を考慮することで、介入が必要な対象者に的確にケアを提供できることが考えられる。今後は、あてはまりの良い回帰式とするため、要因の検討や対象者数を拡大することが課題である。

テーマ：文化を考慮した看護ケアに関する国内の研究動向

研究者：○寺岡三左子*1

目的：日本社会は、様々な文化的背景をもつ人々が共生する社会へと進展しつつあり、看護師は、多様な文化的価値観やそれに伴う生活様式を尊重した質の高い看護を求められる。本研究では、文化を考慮した看護ケアに関する研究動向を捉えるとともに、その実践に向けて課題を検討する。

方法：医学中央雑誌Web版(Ver.4)にて、「文化」「異文化」「国際」「外国人」に「看護」をすべて組み合わせたキーワードを基に、2000～2010年の国内文献を検索し、文化を考慮した看護ケアに関する原著論文22件について検討を行った。

結果および考察：文献は、在日外国人への看護に関する研究7件、国際看護教育に関する研究4件、外国との看護技術の差異に関する研究4件、文化的ケアの理論や枠組みに関する研究3件、海外在住の日本人へのケアに関する研究などその他4件であった。出産・子育て、助産技術に関する研究は25件中7件であった。これらの多くは、わが国の外国人登録者数の増加を研究背景として挙げていた。また、文化的背景の異なる対象者への看護ケアについて、看護師は、コミュニケー

ションや文化の違いに不安を抱いているものの、対象者を理解するために歩み寄ろうとしている現状が明らかになった。しかし、文化を考慮した看護ケアの理論や枠組みに関する研究は少なく、さらなる知見の蓄積が必要である。今後は、看護ケアを捉える文化的視点を明らかにすることが課題であると考えられる。

テーマ：独居高齢者の終末期に関する文献検討

研究者：○仁科 聖子*1

【緒言】独居高齢者は、家族からの生活援助が受けにくく支援体制が整えにくいという理由から、在宅で最期を迎えることが不可能と考えられる傾向がある。しかし、先行研究の「独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助」のインタビュー結果から、独居高齢者の意思を尊重して関わる医師、看護師、ヘルパーなどが存在し、24時間の支援体制が整うことで、在宅での最期が可能になると予測された。

【目的】独居高齢者を在宅で看取るための支援の方法を検討するために独居高齢者の終末期に関する文献を検討した。

【方法】独居高齢者の終末期看護に関する過去10年間の文献を医学中央雑誌Web版とPub Medを用いてend of life, terminal, live alone, living alone, home care, elderlyをキーワードにして論文を抽出した。文献レビュー、治療、施設に関する論文は除外して得られた20件を対象とし文献検討を行った。

【結果】対象とした論文は、調査研究が14件、質的研究が5件、症例報告が1件であった。調査研究は、死亡場所・死亡率、意思決定、ケアニーズ、事前指示、ケア改善、看護師の支援行動、在宅酸素療法、血液透析者のQOL、ホスピス移行への準備に関する文献であった。質的研究では、看護師の支援、ケアニーズ、意思決定の代理に関する文献であった。

【考察】海外の現状や社会的背景をふまえた上で、日本における独居高齢者の終末期を支援するための方法を検討していく必要性が示唆された。

テーマ：明治初期における翻訳家庭看護書の分析

研究者：○樋野 恵子*1

幕末、西洋医学が移植されるまでの間、日本の医療形態は医師の往診を基本とし、患者の看護は家族によって自宅で行われていた。明治期に入り、西洋式病院の普及とともに病院看護が専門領域として認識されるようになる一方で、近代学校制度の移入、欧米文化の

流入によって開始された家政教育の中に、女性のたしなみとしての看護法が導入され、別の流れを作り出していく。このように、医療の近代化に伴い看護は病院看護と家庭看護とに分化していった。『醫師の来る迄』は明治初期に出版された家庭看護の翻訳書である。本研究の目的は、明治初期の翻訳家庭看護書と原著との内容比較検討を行うことにより、刊行趣旨と翻訳の特徴を明らかにし、翻訳者の意図を探ることである。一次史料は、George. H. Hope “Till the doctor comes, and how to help him” (1871)と、楢林建三郎訳『醫師の来る迄』(明治7:1874)で、原著の翻訳作業を経て、翻訳書との内容比較検討を行った。翻訳書の読者対象は国民全般、特に一家の主人であった。刊行目的は、救急時に医師が到着するまでの間に一家の主人の責任として行うべき具体的な外科的・内科的処置などについての情報提供と、外傷や疾病の早期発見・対処の重要性を強調することであった。これらは原著と共通しており、内容構成もほぼ一致していた。翻訳の特徴は段落ごとの要約であり、平易な表現で、時折原著にはない図を加えながら編集されていた。翻訳書の内容は実践的であり、国民生活の利益に結び付けたいという翻訳者の意図がうかがえた。

テーマ：救命救急センターにおける身体抑制に関する情報収集の実態

～より多角的なアセスメントを行なうために～

研究者：池田真理子*4、山岸 桃子、池田彩英子、若宮ちひろ、関野 靖雄

目的：救命センター看護師の身体抑制に関するアセスメント方法や情報収集の実態を明らかにする。

方法：救命救急センターの看護師を対象に自作のアンケートを作成し無記名回答とした。アンケートは、4段階で回答を求め集計した。

結果・考察：身体抑制の判断を一人でやると回答した人が抑制開始時6名(21%)、解除時10名(38%)に対し、継続時は21名(84%)と増加した。抑制非実施の際のルート自己抜去のリスクが開始や解除時に比べ継続時では低いことや、「倫理的葛藤を感じる」と答えた人が開始時24名(89%)、継続時は20名(77%)であり、倫理的葛藤の減弱も単独判断の要因の一つと考える。身体抑制に関する情報収集項目のうち「意識的に情報収集を行う」と回答した人が、患者から直接収集できる項目に関しては90%以上であったのに対し、部屋の状況・周囲環境に関する項目で70%前後であっ

た。経験年数別の結果では経験年数が8年目以上では全項目について80%以上の方が情報収集を意識的に行うと答えたが、経験年数が1～3年目では環境面での情報収集率が10%から50%と低い結果となり、情報収集能力に経験年数で差があると考えた。

結論：①身体抑制実施判断は複数で行ない、継続判断は単独で行なう傾向にある。

②患者から直接情報収集を行える観察項目については高い割合で情報収集が行えているが、それ以外の項目では経験年数で収集率に差がある。

以上の事から、数名の看護師で相談し慎重にアセスメントすることが課題である。

テーマ：新卒看護師の清潔ケアの認識の特徴

～清潔ケアに関する意識調査を行って～

研究者：○松本 智子*5、貴田 寛子、森 佐知子

清潔ケアは、経験が比較的均一な技術である。看護基礎教育終了時での技術の到達状況や実践能力の研究は、これまでもなされてきたが、どのような視点で看護師がケアの選択を行っているのか明らかになっていない。そこで、本研究に先立ち、経験年数別での清潔ケアに関する意識調査を行い、今回ケアの視点の経年的変化を分析し、新卒看護師に対する効果的なOJTの方法を検討する目的で調査を実施した。

新卒看護師は、清潔ケア選択の要因を患者の身体状況に着目し、ケアの評価では、自己の技術や主観に焦点をあてて評価し、家族等からの言動には着目していなかった。皮膚状態のアセスメントでは、多くの新卒看護師が褥瘡をスキントラブルだと認識しており、対処方法をあげている。しかし、褥瘡発生の要因となる皮膚変化を異常とは認識していなかった。先立って行った経験者への調査と比較すると、看護師経験者と比べ、新卒看護師は異常を察知する知識や経験が乏しく、皮膚損傷の予防ケアの展開が遅れる可能性があることが推察される。

これらの結果から、新卒看護師に対して指導者は、清潔ケアの習得だけでなく、ゴールを段階的に設定し、工夫やコツなどを含んだ実践値をOJTで伝達していく必要がある。

テーマ：分娩介助時における助産師の個人防護具(PPE)使用に関する調査(第1報)

研究者：○網中真由美*1、増田美恵子、長富美恵子、幅下 貞美、藤原 昌子、工藤 綾子

分娩介助は血液や羊水などの体液が飛散し、分娩介助者が血液・体液に曝露するリスクが高い。本調査では千葉県内の助産師を対象に個人防護具（PPE）使用に関する意識と分娩介助時の実践状況に関する基礎データ収集を目的にアンケート調査を実施した（回収率28.2%：210/745）。助産師のPPE使用に関する意識は高く、粘膜や傷のある皮膚との接触、血液、体液の飛散が予想される際の手袋、マスク、ガウンの着用は90%以上が「するべきだ」と回答した。アイプロテクションは71.2%であった。分娩介助時のPPEの使用状況では手袋着用は100%、ガウン着用は89.0%で高率であったが、マスク着用は35.2%、アイプロテクション着用は8.6%と低く、PPE使用の意識と実践が乖離していることが明らかになった。施設のPPE設置状況では79.0%が「全てのPPEが準備されている」と回答し、設置されているPPEが十分に活用されていないことが推察された。血液・体液曝露経験の有無では96.7%の助産師が曝露経験を有しており、顔面への曝露は63.8%、感染のリスクが高い口周辺・口腔内、目への曝露はそれぞれ21.4%、19.5%であった。これらの血液・体液曝露はPPEを適切に使用することで低減可能である。今後、分娩介助時のPPE使用の妨げとなる要因を検討し、標準予防策に基づく分娩介助時のPPE使用を向上による助産師の血液・体液曝露による職業感染の防止を図っていく必要がある。

テーマ：成人期にある先天性心疾患患者の就労生活上の困難と対処に関する質的研究

研究者：○ 西岡 笑子*1、伊藤美千代、大宮 朋子、加藤 礼子

【研究の目的】成人期にある就労経験のある先天性心疾患患者の職場における困難とその対処法、および必要とされる支援内容を当事者の視点から明らかにすることを目的とする。尚、本研究の結果は、来年度予定されている全国規模の無記名自記式質問紙調査の調査項目となる予定である。

【研究方法】社団法人全国心臓病のこどもを守る会から就労経験がある成人期にある先天性心疾患患者を紹介いただき、平成22年9月18日から平成23年2月15日までにインタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。

【結果】〈カテゴリー〉職場における困難：〈働きながらの健康管理のしにくさ〉、〈体調不良による仕事遂行困難〉、〈職場での健康管理に関する雇用主や職

場の理解不足〉、〈病気や障害者雇用によるキャリアアップが出来ないこと〉。職場の困難への対処法：〈一労働者であることという強い信念〉〈必要に応じて支援を申し出る〉〈主治医との相談〉〈これまでのようにあきらめる〉。

必要とされる支援：〈雇用主や職場の人たちの健康管理に関する理解〉〈上司による見守りと声かけ〉〈会社の規模や経営状態〉〈入院を補償する福利厚生のある会社〉〈健康管理がしやすい雰囲気〉〈体調に無理のない仕事をするための仕事遂行における自由裁量度〉〈日常生活を支える体制〉。

【考察】職場での困難と対処法、必要とされる支援は、主に職場と職業人生上から抽出されたが、対処法は、それに加えて生まれてからこれまでの病いのある人生で構築された対処法が基盤となった自分流の対処法があった。

テーマ：地方の高齢者福祉施設における看護師・介護福祉士・ヘルパーの感染予防意識とその実態

研究者：○ 工藤 綾子*1、佐久間志保子、網中真由美、池田 恵、仁科 聖子、三野 大來

【研究目的】：地方の特別養護老人ホームで働く3職種（看護師、介護福祉士、ヘルパー）の感染予防に対する意識とケア時の感染予防の実態を明らかにし、感染予防対策に影響を与えている要因を明らかにする。

【研究方法】1) 対象：看護師・介護福祉士・ヘルパーそれぞれ500名を対象とした。2) 調査期間：平成21年5月～平成21年9月。3) 調査方法：青森、秋田、山形、宮崎、鹿児島、佐賀6県にある施設500箇所を無作為に選択し、郵送法による質問紙調査を行った。4) 調査内容：ケア場面の感染予防意識と行動、感染予防の教育の有無と内容など40項目。5) 分析：クロス集計、 χ^2 乗検定を行った。6) 倫理的配慮：本学の倫理委員会に提出し、承認を受けた。

【結果および考察】回収率21%（320名）：看護師25.0%（127名）、介護福祉士31.0%（153名）、ヘルパー8%（40名）。ケア内容の違いによる感染症意識では、3職種とも「排泄介助」時の感染予防意識が高かった。「入浴介助」については看護師より介護福祉士・ヘルパーが有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。感染症対策では「手洗い」、「手袋装着」が多く、「ガウン装着」は、3職種とも20～30%前後である。感染予防の意味については、3職種とも「自分の健康」が最も多く、次に「入所者の健康」であった。マニュアル活用は3職種とも

80%以上活用していた。認知症者の感染対策に困難さを感じていたのは看護師が73.2%、介護福祉士が67.1%、ヘルパー60.5%であった。困難な理由は、3職種とも「マスクの装着」であり、必要性が理解できない対象者への困難さが反映されている。

テーマ：弁証法的アプローチを用いたうつ病再発予防プログラムの開発

研究者：○小谷野康子*1、宮本 真巳²⁾

【目的】弁証法的行動療法の主要スキルであるマインドフルネスの手法を組み込んだ、うつ病再発予防プログラムの開発を本研究の目的とする。日本の自殺率は、先進7カ国の中で最も高く、世界各国の中でも9位である。年間3万人を超える自殺者対策として、うつ病などの精神疾患患者への支援策を国が計画策定した。近年、多様化したうつ病は投薬で回復に至らないことも多い。これらの患者群には薬物療法に偏らず心理社会的治療をも取り入れた細やかな介入が求められている。またうつ病の有病率を高めているのはその再発率の高さである。したがって再発予防を視野に入れたプログラムの開発が期待される。

【方法】Emotional Literacyプログラムの枠組みを用いて、マインドフルネス認知療法 (Teasdale, 2008) や弁証法的行動療法 (Linehan, 2007) に関する国内外の文献検討から抑うつ患者へのプログラムを開発した。

【結果】情動知能理論 (Salovey, P.& Mayer, J. D. 1990) を基盤に弁証法的アプローチのスキルトレーニングを用いて、これらと融合させた「変化」と「受容」の両要素を取り入れたプログラムの開発を試みた。対象は軽度抑うつ症状を呈する患者で10名のクローズドグループとする。セッション回数は8回とし、その後4カ月にフォローアップセッションを設定する。

【結論】本プログラムは、深刻な抑うつ患者には適用範囲ではない。しかしながら感情の安定化を必要とする患者を対象に精神科デイナイトケアでの活用が期待される。

テーマ：更年期女性への健康教育プログラムの実用化
研究者：○高島えり子*1、加藤 尚美

【目的】更年期を迎えると、多くの女性は卵巣機能の衰退による自律神経失調症状をはじめ、内分泌や免疫系の失調症状、精神神経症状を引き起こす。これらの症状には個人差が大きく、症状の改善を理由に受診する女性は限られており、更年期に対する関心が高まっ

ても、必要な知識の普及が十分とは言えない現状がある。また、対処方法についても、原因が複雑に絡み合っている更年期症状にとって、単一の対処方法で症状が軽減することは考えにくい。そこで、本研究では、更年期女性への健康教育の現状を明らかにし、今後の更年期女性のセルフケアに対する健康教育プログラムの基礎資料を得ることを目的とする。

【方法】2000年から2010年の約10年間における更年期女性への健康教育の文献をもとに、健康プログラムの内容について検討を行った。

【結果と考察】海外・日本の文献のうち、主な健康教育の内容は食事指導、運動、情報提供であった。更年期症状は様々な要因が重なりあっているが、多面的なアプローチを用いた健康教育は見当たらなかった。家族の環境や関係が症状に影響を及ぼすことから、健康教育の対象を女性個人に限らず、家族にもアプローチしていく意義があると考えられた。また、思春期から更年期の女性のセルフケア内容はその時期限りのものではなく、重複する面が多い。そのため更年期症状が生じる前の年齢を対象にしたセルフケアプログラムを考える必要があることが示唆された。

テーマ：臨床看護師の自己の生活パターンの確立に関する研究

研究者：○永野 光子*1、小元まき子

【目的】病院に就業する看護師が、職業を継続する中で、自分にあった日常生活パターンを確立するための工夫や行動を解明することである。

【方法】病院に就業する看護師65名を対象とし、郵送法による質問紙調査を行った。質問紙は、①看護師の自己の生活パターン確立に向けた工夫や行動を問う自作質問紙、②看護師の特性を問う看護師特性調査紙の2種類を用いた。個々の看護師への質問紙の配布は看護管理者を通して行い、回収は添付した返信用封筒を用い看護師個々が個別に投函するよう依頼した。収集したデータは、選択回答式質問は記述統計値を算出、自由記述は内容分析の手法を用い質的帰納的に分析した。

【結果】43名の看護師より回答があった（回収率66.2%）。自己の生活パターンが確立している者は27名（62.8%）、していない者は16名（37.2%）であった。自己の生活パターンを確立するために、看護師は、[睡眠時間を確保する] [夜勤前後の睡眠を管理する] [自己の健康の維持・増進を意識し取り組む] [意図的に

ストレスを解消する] [勤務にあわせた就寝・起床時間を決定し守る] [自分にあった食事の時間、とりかた、内容を決定し守る] [仕事とプライベートを区別する] [身近なサポートシステムを活用する]などの工夫を行っていた。生活パターンが確立していないと回答した看護師は、「変則的な勤務形態」「ストレス解消法の未獲得」「夜勤前後の睡眠の取り方が未確立」「子供にあわせた生活」などを理由に挙げていた。

テーマ：脳卒中在宅療養者における療養継続への支援に関する研究～困りごとの変化と療養を可能にする要因から～

研究者：○原田 静香*1、美ノ谷新子

【目的】脳卒中罹患者が在宅療養生活上で経験した困りごとと、その対応の特徴を知り、在宅療養生活支援のありようを考える。【研究方法】対象：埼玉県小鹿野町で脳卒中を発症し、退院後在宅療養中の療養者37名。調査方法：退院時、退院1年後の2時点での構成的面接調査。内容：退院1年の身体状況、療養上の困りごとと解決手段、在宅療養が継続できる理由等。倫理的配慮：30分程度の調査で、プライバシーの確保に努める。調査期間：H21年5月～H24年4月（本年は2年目）【結果および考察】：療養者の心身状況の変化 退院時より麻痺の症状は消失・軽減する傾向があるが、うつ症状は増加する傾向にあった。困りごとの時間経過による変化 退院時は自らの身体症状、ADLの確立、在宅生活の適応に関する内容が多く、1年後では外出等、行動範囲の拡大に伴う困りごとがあった。退院して1年の間に身体症状、自宅での生活手段等の身近な問題から、外出や人とのコミュニケーション等、社会と接触し、視野の広がる経過がうかがえた。解決手段と療養生活を継続できる要因 困りごとの解決手段を持っている人は約半数であり、「家族へ相談、家族内で解決」が多くを占めた。療養生活の継続が可能な理由では「家族の支援がある」が最も多く、社会資源やサービスの利用と回答する者は少なかった。家族で介護をしようとする者には、介護力の補完のためのサービスではなく、家族介護者を支援するような制度やサービスが必要ではないか。

テーマ：アメリカ19世紀変革期の女性たち

研究者：○宮津多美子*1、黛 道子、中村 安子

民主主義を標榜し船出したアメリカでは、1830年代、奴隷制廃止運動の高まりとともに父権的な法律や社会

制度に対する人々の不満が表出する。南北戦争の前後、人々は各地で参政権や雇用や教育の機会均等、道徳心の回復を求めて行動を起こした。この論文では19世紀アメリカの父権的政治・社会システムに異議を唱え、真のアメリカン・デモクラシーの実現を目指して立ち上がった3人の女性を取り上げ、彼女たちを突き動かした信念とその功績を検証する。北部から、男女平等の実現を訴えた女権活動家のエリザベス・ケイディ・スタントンを、南部から奴隷たちを自由へ導いた地下鉄道コンダクターのハリエット・タブマンを、西部から男性が支配していた医学界と闘った女性医師のパイオニア、ベセニア・オーウェンズ＝アディアを取り上げる。彼女たちが人生において出会った不当な法や制度、人々の偏見や差別への疑問や怒りはそれぞれの改革への信念となり、彼女たちの活動の原動力、改革への動機づけとなった。私的領域から公的領域へと広げた3人の女性のアメリカン・デモクラシーを実現するための闘いは当時の政府の欺瞞を暴いたと同時に、現代においても人種やジェンダーの違いを超えた平等社会実現に向けた努力の必要性を示唆している。

テーマ：看護学生における「安楽」という概念の形成過程に関する研究

研究者：○吉武 幸恵*1、鈴木小百合、村中 陽子

本研究は、4年制大学の看護学生が「安楽」の概念を形成していく過程を、学習進度との関連から明らかにすることを目的としている。これまで、臨地実習未体験時（1年次）、基礎看護学臨地実習体験後（2年次）、長期間の臨地実習体験後（3年次）における捉え方を検討した。その結果、学習進度に伴い「安楽」の理解が深まっていること、専門分野の学習、知識・技術・実践を統合する実習体験により、効果的に理解が深まる領域と容易に理解が深まらない領域が存在することが明らかになった。今回は、専門性を高めるための実習を体験した4年次の捉え方に焦点を当て、これまでの調査結果と比較した。

4年制看護系大学の4年次生9名を対象とし、安楽に関する半構成的面接を行い内容分析した。安楽に関する表現を、Kolcabaの構成分類 [4つの側面（身体的、心理精神的、環境的、社会文化的）×3つの感覚（Relief、Ease、Transcendence）] に従ってコード化し、表現頻度を比較した。

その結果、「社会文化的Transcendence」の捉え方が学習進度に伴い強くなっていくという、特徴的な変

化が認められた。これは、学生が4年間で学習や実習、社会的な体験を積み重ねながら徐々に理解を深めており、就業を間近に控え、社会人としての自身のイメージを具体的に形成しているためであると考えられる。一方、「環境的Transcendence」の捉え方が学習進度に関係なく弱いという、理解を深めることが困難な領域が明らかになった。これにより、この領域に関して、具体的な理解が促されるような教育内容・方法の検討が必要であるという、教育上の課題が見出された。

テーマ：中高年地域住民の水平的地域組織への参加要因に関する文献学的研究

研究者：金森 悟^{*1}

【目的】地域住民の健康づくりのために、保健師らが中心となって支援を行っている対象として、住民が活動の主体性を持つ地域組織がある。わが国における中高年地域住民の水平的な地域組織（階層構造のような力の差が少ない地域組織）への参加規定要因に関する文献レビューを行うことで、水平的な地域組織の促進につなげていくための知見を得ることを目的とした。

【方法】文献の検索には、医学中央雑誌WEB版Ver.4、国立国会図書館NDL-OPAC、PubMedを用い、さらにハンドサーチによる追加をした結果、合計で21編の文献の検討を行った。

【結果・考察】水平的な地域組織への参加には、年齢、学歴や収入などの社会経済的地位、友人関係、QOLなどに関連の可能性が考えられた。水平的な地域組織への参加を促進する上では、関連が考えられた要因を考慮した支援が必要となってくる。特に近年注目されている健康格差を是正するためには、本研究で不参加との因果関係が考えられる年齢や社会経済的地位が低い者にも、参加につなげやすい支援をしていくことが望まれる。また、関連が明確でない要因や、関連がみられても複数の研究で支持されている要因は少ないため、より多くの対象や地域で検討していくとともに、前向き研究により因果関係を明らかにしていくことが望まれる。

テーマ：訪問看護師－病院看護師間の「連携」に関する一考察 ―末期がん療養者の在宅移行時の支援に関する文献検討から―

研究者：○羽場 香織^{*1}

【目的】末期がん療養者の病院から在宅への療養場所移行時における、訪問看護師－病院看護師間の「連

携」にまつわる実践と両者が捉える「連携」の意義を概観し、両者間の連携上の課題を検討する。

【方法】医学中央雑誌Web版を用いて「終末期」「がん患者」「退院支援」「連携」「継続看護」等の検索語で得た2006～2011年の文献から、①在宅移行時の「連携」にまつわる実践の具体 ②各々が捉える「連携」の意義に関する記述を抜き出し、それぞれを文脈が示す意味内容の類似性から整理した。

【結果】①「連携」にまつわる実践：病院看護師から〈療養者の現在の状態と今後見込まれる支援内容を連絡する〉〈療養者らが訪問看護師に意向を伝えられる場を調整する〉等の、また、訪問看護師から〈得た情報から療養者の全身状態の詳細把握に努める〉〈経験が少ない医療処置の手技を確認する〉〈療養者の意向実現のため早期からの調整開始が重要だと働きかける〉等の実践内容を得た。②「連携」の意義：病院看護師は、〔退院前後のケアの円滑さを強化できる〕等に加え〔在宅療養に対する療養者の不安が緩和される〕という、療養者の精神的安寧に意義を見出していた。一方、訪問看護師は〔経験がない処置でも今後適切に管理できるよう備える〕など、療養者が戸惑わず在宅療養生活を開始・継続できるための自らの準備や環境整備に意義を見出すと同時に、〔顔を合わせることで自身が円滑な連携を行っていくための要素である〕と捉えていた。

テーマ：病院における音環境に関する研究

研究者：○中島 淑恵^{*1}

【背景】病院では医療機器や治療および看護処置などにより発生する騒音によって、音環境の調整が困難になる場合が多い。心身の苦痛を増大させる外的要因となる音環境改善のために様々な検討がされているが、画期的な改善には至らず、環境を整備する看護師の意識も低い。

【目的】病院音環境に関する過去10年間のRCTのシステマティックレビューを行い、エビデンスの整理と今後の課題を明らかにする。

【方法】論文検索にはPubMedおよび医中誌Webを利用した。PubMedでは「hospital」「environment」「noise」をKey Wordsに検索し、271件のうち研究デザインがRCTで妥当性のある論文について分析を行った。医中誌 Webでは「病院」「音」「環境」「影響」をKey Wordsに検索し、56件の論文を対象とした。

【結果】PubMedの271件のうちRCTが15件で、条件

を満たした論文は6件だった。うち4件を分析し妥当性のある論文は3件だった。Systematic Reviewsは7件、Meta-Analysisは1件だった。医中誌では、56件のうち研究デザインが RCT 0件、Meta-Analysis 0件だった。

【考察および結論】RCTのうち分析を行った4件は新生児・乳児の音環境が成長に及ぼす影響、高齢者の睡眠評価、心臓カテーテル治療時の音環境、麻酔の深さと騒音レベルの関係について調査を行っていたが、妥当なRCTは3件であった。音環境に関する論文は観察研究が多く妥当なRCTはまだ少ない。先行研究の内容から病院音環境の改善に対する根拠ある対策を検討するにはまだ多くの検討が必要であることが分かった。

テーマ：Resilience及び自尊心と看護実習についての語りとの関連

研究者：○山岸 明子*8、寺岡三左子

目的 山岸他 (2010) は質問紙法によりresilience及び自尊心と看護実習の受けとめ方との関連を検討したが、本研究では更に看護実習について面接調査を行い、その関連についてより詳しい検討を行った。

方法 【研究対象】A大学医療看護学部2年生で質問紙調査に回答した135名の内、面接調査募集に応募し同意した16名。【質問項目】「resilience」の項目は小塩他 (2002) 等を参考にした6尺度24項目、「自尊心」は山本他 (1982) の自尊感情尺度の10項目。【面接】看護実習で学んだこと、大変だったこと、印象的だったこと、自分が変わったと思うこと等について自由に語ってもらった。所要時間は30分程度 (20分~1時間)。

結果と考察

(1) resilience (以後Reと表記) と自尊心 (以後Seと表記) の合計得点の平均値・標準偏差に基づいて高群-平均群-低群の3群に分類し、更にI Re高群、II Re平均群、II-1 Se高群、II-2 Se平均群、II-3 Se低群、III Re低群に分類した。該当する被調査者は各3-4-2-3-4名であった。

(2) 面接のプロトコルから、1) 実習の学び、2) 実習の大変さ、3) プラスの経験の語りについて、A-A'-B-CまたはA-B-Cの3~4段階で評定を行った。

(3) 5群別に面接の評定値の比較を行ったところ、Reが高・平均・低であることと実習経験の語りに関連が見られ、また大変さとプラス経験の認知との関連でも違いが見られた。

テーマ：小児病棟における看護師のアラーム対応に関する不安要因

研究者：○大橋 美里*4、蔵井ちひろ、上野 沙織、松本あずさ、浅利美智子

研究目的：小児病棟で勤務する看護師のアラーム対応に関する不安要因を明らかにする。

研究方法：対象は、小児科病棟の看護師のうち本研究協力に同意が得られた者。対象に、アラーム対応する際の不安の内容と不安を感じる具体的な場面について30分程度の半構成的面接を行った。面接内容は録音し、逐語録を作成した。アラーム対応の不安要因に関する部分を抜き出してコード化し、類似する内容ごとにカテゴリー化した。

結果：対象は10名で、28コードが抽出され【患者の状態がわからない】、【緊急時や重症化の可能性のある状況に自分が対応できるか自信がない】、【アラームが鳴ること自体を不安に感じる】、【大人よりも正確なモニター装着が困難で体動などにより頻繁にアラームが鳴るため、緊急性が意識しづらい】、【アラーム設定が児に合った設定になっていない】、【自分なりに対応したのにいつものような改善をしなかった】、【どこか(別の部屋)に入ってしまう、モニターや患者の状態が把握できない】の7カテゴリーに分類した。

考察：【患者の状態がわからない】と不安に感じたのは、アラームが鳴った時の患者の状態がセントラルモニターの位置からは確認ができず、実際に訪床しないと患者の状態が把握できないため不安に感じたと考えられる。また、経験年数が浅い看護師ほど一人で判断・対応することに不安があると回答し、今後勉強会を開催するなどの教育的関わりが必要であると考えられる。

テーマ：精神疾患の早期介入リハビリプログラムの経済評価に関する事例検討

研究者：○飯島佐知子*1、横山 和人、岡崎 祐士、西田 淳志、福田 敬、小谷野康子

近年精神科疾患への早期介入の重要性が認識され、諸外国の例を検討し、我が国に適合したシステムの構築が求められている。研究目的は、精神疾患の早期介入プログラムを適用した事例の効果と診療報酬および病院、診療所等の原価を検討することである。

調査対象は、早期介入として集中的治療および継続支援を受けた初回精神病エピソードの若者 (15~26歳) の既に治療を終了した2症例の治療にかかわった病院・診療所の医師および、医師、精神保健福祉士、

心理療法士、看護師、医事課、財務課職員のうち研究参加同意の得られた者とした。2011年2月に研究者が病院、診療所、デイケアへ訪問しインタビューと調査票による財務調査を実施した。

対象症例は統合失調症の26歳と15歳の男性であった。診療内容は、病院と診療所とデイケア施設の連携により、薬物治療に加えて、疾患教育、心理教育、認知行動療法、就職あるいは復学を目標とした多職種チームによる個別対応プログラムが実施された。診断後2年半後に26歳症例は一般企業へ就職しフルタイム勤務となり、15歳症例は復学し大学進学することができた。26歳の症例の診療報酬は12,677,190円原価15,249,128円であり、15歳症例の診療報酬は9,092,600円、原価10,983,621円であった。今後症例数を増やし、介入群と対象群を設定し、費用効果を比較検討する必要がある。

テーマ：畜産作業を取り入れた精神障害者社会復帰施設の取り組み - 精神障害者ヘルパーを雇用する畜産農家の語りより -

研究者：○岡本 隆寛*1、松本 浩幸、折原 澄子、四方田 清

精神障害者を地域で支える視点として就労支援の取り組みについては多くの先行研究が報告されている。また、精神障害者小規模作業所の入院防止機能と利用者の就労意欲に関する研究では、「再入院の防止効果はあるが、利用期間が長期化すると就労意欲は低下する」と報告されている。また作業所に留まることを「作業所内適応の固定化」「地域内施設症」として社会参加とは程遠いものと指摘している。この一要因として、精神障害者は、医療・福祉的な枠組みの中で支えられる存在として過小評価されてきたとがあげられる。しかし、北海道浦河べつるの家では、精神障害者が「地域社会に貢献がしたい」と立ち上がり過疎地域を支える貴重な人材となっていることは周知の通りである。徐々にではあるが、精神障害者が地域を支える存在として、高齢化が進む地場産業や商店街において活躍を始めている。

今回は、その一つとして、高齢化率が34%という町にある精神科病院を中心に、「衰退する地場産業である畜産の維持・継承を通して、精神障害者の社会的自立と地域貢献」を目標に取り組む社会復帰施設の活動を報告する。本研究では精神障害者ヘルパーを受け入れている畜産農家の雇い主に対して聞き取り調査を行

い、社会的自立を促進する畜産事業の取り組みの実態を明らかにし、精神障害者の自立と過疎地域を支える人材としての可能性について考察する。

テーマ：大学生におけるSense of Coherenceがwell-beingに及ぼす影響に関する研究について一文献検討より

研究者：○熊谷たまき*1、服部 恵子、吉武 幸恵、村岡 博美

【目的】アントノフスキーによって提唱された健康生成論の中核概念であるSOC (sense of coherence) は、ストレスフルなできごとや状況に成功裏に対処できるというストレス対処能力である。このSOCに関する研究について、本研究では青年期にある大学生を対象とした研究動向を先行研究から把握し、看護大学生におけるSOC研究の意義を明らかにするための示唆を得ることを目的とした。【方法】大学生を対象にSOCを検討した研究論文を国内雑誌では医学中央雑誌刊行会データベースを用いて、国外雑誌に関してはPubMedとCINAHLのデータベースを活用し収集した。論文の検索にあたっては、発行年を1990年から2010年に設定し、キーワードは「大学生」と「SOC」を用いて、発表形式が原著論文であること、また国外の研究では英語論文に限定して行った。次に収集した研究論文を研究対象、方法、結果について分類整理した。【結果・考察】大学生のSOCに関する研究はSOCの形成を明らかにした研究は少なく、研究の多くはSOCの効果をみたものであり、健康行動、daily hassles、well-being、精神健康への影響を検討した研究であった。看護学生を対象とした研究では、臨床実習の不安や学業ストレス、ストレス対処方略との関連を検討した報告が散見されるものの、well-beingとSOCに関する報告はみられなかった。看護大学生が青年期の発達課題を達成させ、身体的・心理社会的側面を包含したwell-beingを維持することへのSOCの影響、またSOCの発達過程に着目した研究が求められていると考えられた。

テーマ：大うつ病性障害患者の他者関係における主観的認識の変化の構造

— 第一報 Open coding —

研究者：○三瓶舞紀子*1)、馬場 元、福田麻由子、中野 祥行

【目的】大うつ病性障害は再発しやすいために医療者との治療関係の確立と維持が重要 (APA, 2004) であ

るが、大うつ病性障害患者（以下患者）の援助希求性は低い（Naganuma et al. 2006）。継続治療のためには医療者と患者との信頼関係の確立と維持について評価が必要だが、この際、患者のinsider's perspectiveな評価も含まれていなければならない。本研究は、大うつエピソードの発症から回復までの過程において患者が他者との関わりをどのように認識しているのかその構造を明らかにして記述することを目的とした。【**方法**】対象者へ半構造化インタビューを行い逐語録を作成しこれをデータとして、Grounded Theory (Strauss et al., 2007) の継続的比較分析を用いてopen codingまで、すなわち、line-by-line analysisによりpropertiesとdimensionsを抽出してこれを用いてデータを概念化した。対象者は、DSM-IV-TRで大うつ病性障害の診断があり主治医の許可が得られた20歳以上で他の精神・神経疾患の合併のない患者とした。データ収集期間は平成23年1月から2月であった。【**結果**】対象者3名は、男性が1名、女性が2名で全員が入院中であった。{家族関係} {社会的責任の程度} 等7のpropertiesとdimensionsが、[誰かの気配を感じていたい] [わかってもらえない] [他者を考慮する余裕がない] [他者からの期待に応えられない怒り] 等32の概念が抽出された。【**考察**】急性期の患者へは、患者の視野に頻回に姿を見せ、欲求をタイムリーに満たし、患者へ要求や期待をしない姿勢が望ましいことが示唆された。今後、axial codingでのparadigmと条件/帰結matrixを用いて抽象度をあげたカテゴリとカテゴリ間の関連について検討しtheoretical samplingと継続的比較分析を行い、患者の他者との関わり認識の構造を明らかにしていく。

テーマ：病院に勤務する看護職のワーク・エンゲイジメントを高めるアサーション研修の開発－開発に向けたアサーショントレーニングに関する文献レビュー－

研究者：○立石 彩美*1、岡本 隆寛

背景：アサーションの研修は、看護職のバーンアウト予防として、勤務している病院や看護協会の研修等によく実施されている。本研究では、メンタルヘルスの改善だけでなく、生き生きと働いている状態（ワーク・エンゲイジメント）を高めるアサーション研修の開発を試みる。今回は研修の開発にあたり、まず従来のアサーショントレーニングの効果を調べた介入研究をレビューし、方法や効果についてまとめ、効果的な

アサーショントレーニングに必要な要素について検討することを目的とした。

方法：assertion training, assertive trainingのキーワードを用い、PubMed, PsycInfo, 医学中央雑誌のデータベースを用いて、現在（2011年2月）までに出版された原著論文、総説を検索した。その中から、18歳以上の健常者を対象とし（ある特定の疾患を対象としたトレーニングは今回除外した）、アサーショントレーニングの効果を検討した介入研究を抽出し、方法や効果について比較した。

結果と考察：英語の文献14件、日本語の文献8件が抽出された。アサーショントレーニングの効果評価として、介入前後の質問紙調査が行われ、アサーションチェックリスト、自己効力感尺度、コミュニケーションに関する尺度、ストレス尺度、バーンアウト尺度、などが用いられていた。多くの研究でトレーニング後にアサーション度や自己効力感が有意に上昇しており、トレーニング後のフォローアップによって、効果が維持されている傾向があった。しかし、長期的効果を調べた研究はほとんどなく、長期的効果とフォローアップの方法・時期などについてさらに検討が必要と考えられる。

テーマ：病原性抗酸菌による宿主自然免疫のシグナル伝達攪乱機構について

研究者：○中山 仁志*1、柳田 光昭

自然免疫における病原体の認識は、病原体-宿主間相互作用において重要な役割を担っている。ヒト好中球において、スフィンゴ糖脂質であるラクトシルセラミド (LacCer) はSrc family kinaseのLynと会合し膜マイクロドメインを形成している。近年、病原性抗酸菌であるMycobacterium avium complex (MAC) などの細胞内寄生細菌が、膜マイクロドメインを介して取り込まれリソソームとの融合を阻害することが示されているが、その詳細な機構については分かっていない。本研究では、抗酸菌成分がLacCerの膜マイクロドメインを介したシグナル伝達に与える影響について検討した。

結核菌、MAC及び非病原性抗酸菌M. smegmatis由来リポアラビノマンナン (LAM) と各種スフィンゴ糖脂質との結合実験を行った結果、全てのLAMは特異的にLacCerに結合することが分かった。免疫電子顕微鏡法により食胞の観察を行ったところ、非病原性抗酸菌に対して、MAC食胞ではLacCerの大きなクラス

ターが形成されず、Src family kinaseであるHckと近接しないことが分かった。これらの結果から、病原性抗酸菌はLAMを介してLacCerと結合し、LacCerの大きなクラスター形成を阻害することで、LacCerの膜マイクロドメインにHckが移行することを抑制し、リソソームの融合阻害を引き起こすと考えられた。

テーマ：退院支援における継続看護のツールに関する研究—在宅療養移行時のツールの特徴・最近の傾向—

研究者：○樋口キエ子*1、小竹久実子、高橋フミエ、葛西 好美

【目的】在宅療養移行時に活用されている継続看護に関するツール、特に継続処置管理が求められるがんターミナル期と慢性疾患（脳血管疾患など）の傾向を把握し、在宅療養移行時アセスメントシート(以下シート)修正版の資料とする。【用語の定義】在宅療養移行時アセスメントシート：退院前の課題抽出と継続看護を目的に、病院看護職側で準備・連絡・調整をする継続看護の記録用紙【方法】1) データは関東及び関西地域の100床以上の急性期総合病院（がん拠点病院、一般開放型病院）の継続看護のツール（平成22年時点）2) 先行研究のシートを基に各施設の送付資料及び視察により傾向の分析【結果】1) 記録記載の期限は、がんターミナル期48時間以内、慢性疾患48時間～1週間以内という違いがあった 2) がんターミナル期の特徴は(1) ツールに全体像把握、アセスメントによる課題抽出、退院調整という段階がみられた (2) 医師、看護師、薬剤師、家族・患者用の退院シートがあり、疼痛管理、症状コントロールに薬剤師の関与欄があった 3) 慢性疾患の場合は介護保険に関する事業所、入院前サービスなど保健医療福祉制度項目の設置があった。4) 共通の特徴は対象に関する情報を関連職種で経時的に共有する施設特有のツール（方向性シートなど）を活用し退院前の調整会議と併用していた【考察】がん患者のツールは、緊急対応を要することから48時間以内のアセスメントが求められており、慢性疾患の場合は、在宅での療養の継続とQOLを目指すため、介護保険をはじめとする保健医療福祉制度に関する項目の設置がされていることが明らかになった。最近のツールの傾向として、院内連携の項目、入院時スクリーニングシートと併用し早期から退院困難事例の抽出、患者・家族主体の保健医療福祉サービス活用の動き等、退院情勢に対応した項目が設置され、退院直後から在

宅生活を保証する傾向がみられる。修正版の方向は、生活がみえるアセスメント項目設置、スクリーニングシートとの併用、他職種との連携の充実を図ることが示唆された。

テーマ：教師と学生との共同によるeラーニング教材作成の実践とその評価

研究者：○村中 陽子*1、熊谷たまき、服部 恵子、村岡 博美、研究協力者（佐藤亜紀子、岡 智子）

平成21年度に本学部に導入された「作って教材for Campus」が2010年9月よりインターネット環境で教材が使用できるようになり、本格的にeラーニングのシステム運用が可能となった。そこで、本研究は、学部4年生を研究協力者として教材作成のプロセスに加え、学習者の視点を補強したeラーニング教材を作成し、その効果を測定することを目的とした。すべての授業が終了した時点で、eラーニングの活用実態、及び授業に対する学生の自己評価（①学習習慣およびeラーニングの利用状況、②自己調整学習方略と動機付けの信念に関する内容：MSLQ）を調査した。学習履歴を使用することの研究協力が得られた91名を分析対象とした。その結果、予習をしている者90.1%（eラーニング利用率94.4%）、復習をしている者40.7%（eラーニング利用率77.3%）であった。バイタルサインのeラーニング受講履歴は、受講なし・中断15.4%、1回37.4%、2回29.7%、3回11.0%、4回以上6.6%であった。eラーニングを受講しているの方が 実技試験合格率が高い傾向が認められた。予習あるいは復習をするか否かによってMSLQに違いがあるのか否かを検討した結果、予習においてはMSLQに差異は見られなかったが復習においては違いがみられ、復習をする者では復習をしない者よりもMSLQが高くなっていた（ $p=0.042$ ）。今後、予習のみでなく、復習でのeラーニングを推進していくことの必要性が示唆された。

テーマ：小児救急医療における看護師トリアージ体制の現状と課題

研究者：○西村あをい*1、山田 至康、斉藤伊都子、島尻 史子、澤井 香子、遠藤牧希子、寒竹 正人

小児救急医療における看護師トリアージ体制の現状と課題を明らかにすることを目的として、2008年11～12月、全国の臨床研修指定病院849施設を対象にして、

小児救急医療におけるトリアージ実施の有無に関する第一次アンケート調査を実施し、464施設より回答を得た（回収率54.7%）。その結果、小児救急トリアージを実施しているのは102施設（22.0%）であり、このうち看護師によるトリアージを導入しているのは83施設であった（17.9%）であった。第二次調査（2009年1～2月）では、看護師によるトリアージを導入している83施設を対象にしてアンケート調査を実施し、47施設より回答を得た（回収率56.7%）。その結果、救急看護に関する有資格者がいる施設は48.9%であったが、トリアージ専従看護師がいる施設は13%であった。トリアージを行う看護師の役割は、救急外来を受診する患者や家族へのインタビューが中心であり、その他電話での受信相談や診察の補助等多彩な業務に忙殺されており、緊急性の判断に携わる割合は72.3%であった。本来の小児救急トリアージの目的は、多数来院する救急患者の中から、生命を脅かす病態にある患者を迅速に見分け、適切な加療場所へ誘導することである。つまり、トリアージを行う看護師に期待すべき役割は小児救急患者の病態把握に基づく「緊急性の判断」であるにも関わらず、本調査からは「救急受診の理由確認や患者の主観的情報の把握」に留まっている現状が明らかになった。

テーマ：NPPV療養者への入院中、外来、在宅における支援の現状と看護の動向

研究者：○田中 朋子*1

背景：慢性呼吸不全の低酸素血症には、HOT（Home Oxygen Therapy：以下HOT）が施行される。さらに高炭酸ガス血症を伴うⅡ型慢性呼吸不全に陥った場合は、HOTとNPPV（noninvasive positive pressure ventilation：以下NPPV）が併用され、その効果が実証され、近年急速に普及している。

研究目的：NPPV療養者への入院中、外来や在宅での支援の現状と看護の動向を把握し、今後の研究の基礎資料を得ることとする。

方法：医学中央雑誌Web版の検索システムを用い、「NPPV」「看護」をキーワードに、過去10年間の文献検索を行った。

結果・考察：151件が抽出された。うち原著論文は32件であった。トラブルの多いマスク装着時の、鼻根部の発赤や潰瘍予防に皮膚保護材が有効であり、マスクのアーム調節で皮膚にかかる圧を抑制できることが分かった。NPPV導入時の支援については、1施設でのプ

ロトコールの作成や有効性を評価した論文はあったが、一般化は難しいと考えられる。NPPV療養者に対する研究はQOLの評価や内的体験を質的に分析したものはあるが、外来や在宅での支援についての論文は少なかった。NPPV療養者は、慢性呼吸不全の悪化、加齢による避けられない身体機能の低下、自己管理能力の低下、モチベーションの低下など予想される。衰退が予測されるプロセスに必要かつ有効な支援を検討していく必要があると考える。

テーマ：思春期を対象とした性教育介入に関する研究の動向

研究者：○西岡 笑子*1

【緒言】近年、性に関する情報の氾濫や価値観の多様化により、初交年齢の低年齢化、複数のパートナーとの性交渉など若者の性行動が変化している。その結果として、HIV/AIDS、クラミジア等の性感染症、若年妊娠・分娩など、若者の性に関する問題が深刻化している。こうした社会背景から思春期における性教育の充実が必要であるといわれているが、性教育の実施は、教育機関や地域による格差が大きく、性教育に対する考え方や指導方法、教材開発に関して課題が多いことも指摘されている。

【目的】性教育介入の内容および評価指標について文献検討することを目的とした。

【方法】オンラインデータベース（Pub Med）を用い、adolescent, sex education, school basedをキーワードに、過去10年間の論文を抽出した。総説、症例報告、メタアナリシス、方法や評価が不明確であるものを除いた20論文を分析した。

【結果】対象となった論文では、社会認知理論を基盤としているものが多く、セッション開催による介入が多かった。また評価の指標は、HIVの知識、性行動の開始、コンドーム使用、性感染症、望まない妊娠、人工妊娠中絶、自己効力感等に大別され、介入後の長期的な評価を行っていた。対照群に対して既に標準的な性教育が実施されている場合には、介入群と対照群に有意な差が認められない研究もみられた。

【考察】今後は、日本人の特性や文化的背景をふまえ、行動理論を適用させた性教育プログラムを構築していくとともに、長期的な評価指標についても検討を行う必要性が示唆された。

テーマ：看護におけるリフレクションの概念分析

研究者：○菱沼 由梨*1

【目的】本研究の目的は、「看護におけるリフレクション」概念の特徴を明らかにすることである。

【方法】Rodgers (2000) の概念分析のアプローチ法を参考にした。収集した40文献から、看護におけるリフレクション概念の定義、属性、先行要件、帰結について検討した。

【結果】リフレクションの属性は、<reflective elementによって構成されるプロセス>と<プロセスの展開を効果的に促進するための望ましい前提要件>という2つのカテゴリーが抽出された。前者は①triggerの認識、②表現、③事実の整理、④分析、⑤気づき、⑥新たな学び、⑦経験の再構成と意味づけ、⑧問題解決、⑨変容、⑩今後の見通しという10のサブカテゴリー、後者は①守られた環境（空間）の確保、②時間の確保、③スキルやテクニック、枠組み、④工夫された教材、⑤力量ある支援者の存在、⑥支援者による効果的な支援、⑦確立された教育戦略、⑧信頼できる仲間の存在という8つのサブカテゴリーから成る。先行要件は、①reflectorと②triggerが抽出された。帰結は、①個人としての変化や成長、②専門職としての変化や成長、③看護実践の更なる発展が抽出された。「看護におけるリフレクション」は、「看護の発展を意図した戦略の1つであり、専門職であることを象徴する思考様式として、実践との循環を繰り返す動的で発達的なプロセスを構成する」と定義した。

【考察】リフレクションの属性は、実践家の段階的な成長の指標となる他、実践家としての成長を促進する外的要因を表す。看護職が専門職として成長するためには、実践や教育において、望ましい前提要件を整え、reflective elementによって構成されるプロセスを意識的に踏むことが望ましい。

テーマ：ICU看護師の術前訪問における経験年数ごとの術前オリエンテーションの相違について

研究者：○杉本 恵美*4、河本 明未、村田 愛美、
荒木佐和子

<はじめに> 術前オリエンテーションの際に看護師が重要視していることについて、経験年数別の特徴を明らかにする。

<研究方法> ICUの看護師を対象に経験年数別に3つのグループに分けインタビューを実施。その内容を逐語録に起こし、術前オリエンテーションの際に重要視している事に関する部分を抜き出し類似性のあるものを

カテゴリー化した。

<結果と考察> 各グループのカテゴリーを【 】サブカテゴリーを()で示す。経験年数1~2年目【ICUでの状況について情報提供する】(安心感を与えるように関わる)(ICUの環境について説明する)(術後の一般的な状態とその対処の説明をする)【術後の看護の為に患者を把握する】経験年数3~5年目【術後の不安軽減に繋がるようにオリエンテーションを実施する】(患者に良い印象を与えられるような話から始める)(オリエンテーションの環境を配慮しその後の不安への対応をする)(術後の経過をわかりやすく伝える)【不安の軽減の為に患者を把握する】経験年数6年目以上【精神面への配慮する】(信頼関係や安心感を得られるように関わる)(理解できているのか配慮しながら関わる)【実際に会って得られる情報を大事にする】

経験を重ねる毎に一般的な内容に加え患者が安心できるような情報を提供し、患者の状況に配慮したコミュニケーションの工夫をしていた。しかし、全体に患者の意見や思いに関する情報収集が少なかったため、術後を意欲的に乗り切れるようにする為に、患者の思いを傾聴し個別性に応じた効果的な術前オリエンテーションが必要である。

テーマ：上司からスタッフへのフィードバックの検討
～働きやすい職場・魅力ある職場に向けて～

研究者：○湯田 京子*7、金澤 恭子、田村 清美、
前嶋 恭子、小谷野康子、立石 彩美

【目的】病院主任会では「働きやすい職場・魅力ある職場」を目指し、平成19年度から職場環境調査を行ってきた。主任会の活動を通してスタッフへのフィードバックを検討し、やりがいにつながるような関わりを持ちたいと考えた。スタッフが上司からどのようなフィードバックを望み、それをどの様に捉えているのかを明らかにする事を本研究の目的とした。【方法】スタッフナース8名を対象としたフォーカスグループインタビュー法による質的帰納的研究。本研究は当該病院の倫理委員会審査により承認されている。【結果】19の概念コードが抽出され、5つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーが生成された。5つのサブカテゴリーは<安心できる言葉かけ><具体的な方法の提示><相手を尊重した態度><自己洞察の契機を与える><対人関係を円滑にする働きかけ>であり、これらは<安定感のある指導方法><人間的成長を助ける関わり

り」の2カテゴリーとなった。【考察】経験年数の浅いスタッフには、問題となる行動に対して具体的な方法を示すことで自ら気づき、行動・態度変容するようになる。褒める場合にも具体的に伝えることで成功体験を重ね、互いの信頼にもつながると考える。一方、経験年数の長いスタッフからは、考えを聞いて欲しい

という意見が多く、自身の行動の根拠の承認を求めていると読み取れる。これにより、自己理解が強化され自尊心が高まり能力の発揮や新たな資質の開拓につながると考える。本研究の結果をもとにより良い職場環境を目指したい。

 学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究8
P. 80-82 (2011)

国際交流講演会報告

医療看護学部 国際交流講演会 February 14, 2010

Evidence-based Practice for the Bedside Nurse
Miranda Kramer, RN, MS, ACNP-BC, CNS, PHN

In the U.S., the Oncology Nursing Society as well as all academic institutions are promoting evidence-based nursing practice. But where do we get our evidence? How do we know what we know? Evidence-based practice has been defined as “A paradigm and life-long problem solving approach to clinical decision-making that involves the conscientious use of the best available evidence with one’s own clinical expertise and patient values and preferences to improve outcomes for individuals, communities, groups and systems.” (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, (2010) *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*, p. 575.). Thus, it is clear that our evidence for any particular practice is based on the current understanding of the issue. As our understanding of an issue grows over time, the evidence may change or evolve; it is not necessarily a static concept. Clearly, what we know now is different than in years past.

Types of Evidence

Every nurse has a responsibility to their patients to use the most current information available so that we can produce the best patient outcomes. Nurses at all levels need to develop the skills to become connoisseurs of information. We need a system for discerning which information is worthwhile in influencing our practice and which does not carry the weight needed to change our practice. In critiquing information, the nurse should go through the steps in weighing the source and importance of

each publication they review. First, what type of publication has the most strength? Where was it published? What is the quality of that journal? Is the journal peer-reviewed so that it’s quality is evaluated? In general, publications where information is reviewed and critiqued has far more weight than those in non-peer reviewed journals. The peers in that area decide if the information is important and worth publication. Second, what level of publication is the article? Is the article a case report or a systematic review? Publications can be split into two categories : filtered and unfiltered. Unfiltered publications are those which state empiric data without a synthesis of information. Case reports, expert opinion and quality assurance data are sources of unfiltered, non-research based information. These type of articles give the least weight in evidence and simply share information. Research-based unfiltered data have more weight than non-research based articles and may include original studies but there is no synthesis of the information presented. Filtered publications synthesize data from a variety of sources and may include a judgment about the information reviewed. Filtered publications include the data from multiple publications and impart a judgment about influencing our practice. These may include meta-analyses and systematic reviews. The Cochrane Library is an excellent source of systematic reviews. As the judgment and synthesis of information is increased, the level of evidence is increased (figure 1.).

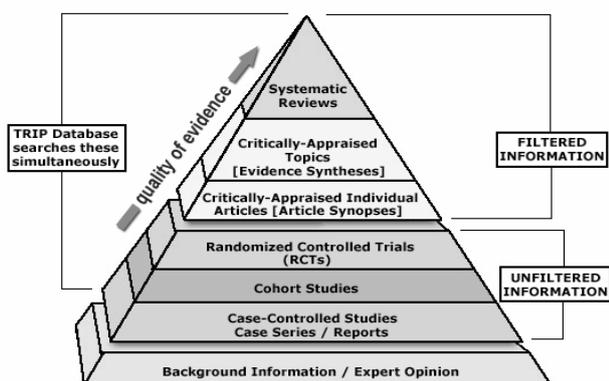


Figure 1. Evidence-based practice pyramid

Deciding the Right Question to Ask

When deciding how to look for evidence, the most important step is determining what question you are asking. In the U.S. we have an acronym that helps us remember how to formulate a research questions well. This is called PICO (P=Patient, I=Intervention, C=Comparison Interventions and O=Outcome). The P refers to who your subject is, usually the patient. Clearly identify who you want to find information about. For example, you could wonder, What is the best treatment for a breast cancer patient with lymphedema? This question identifies a specific patient with a specific problem. Next, identify which interventions should be evaluated. This is the “I” and “C” in the process. Finally, identify which outcome is meaningful in the situation being addressed. Once these elements have been identified, finding specific information helpful to the problem being address becomes easy.

Weigh the Evidence

Once a specific question has been identified and relevant information is found, weigh the information for importance. Using the Evidence-based pyramid, judge the level of evidence from each source of data. Synthesize a judgment about the question based on the information obtained. Use this judgment to make decisions about patient care.

Implementing Change

Implementing change can be a difficult process. To make the process less difficult, try not to make big, sweeping changes all at once. An individual can make changes to their practice more easily than changing a practice in a large group. To effect change in a larger group, it is important to present the evidence that has been obtained, the rationale and evidence for the judgment that has been made and clear goals for improving patient outcomes. Identifying key stakeholders in the change is essential for a change being effected. When implementing change in larger groups, start with small changes. If the implemented change imparts a positive change in patient outcome, expand the change to a larger group. Making changes in a controlled and measured way will lead to a greater acceptance than making larger, more sudden changes.

Conclusion

The goal of evidence-based practice is to improve our patient outcomes. Remember that what we know now is always changing and evolving as new information is gained. Thus, evidence-based practice is a dynamic process. Once a topic for improved care is identified, identify key stakeholders in helping implement the change. Remember that every time a change in practice is identified that it is an opportunity for education. It is the nurse’s responsibility to spread improved, evidence-based information once it is identified.

「がん看護におけるコミュニケーション技術」

兵庫県立大学
内 布 敦 子

がんが進行して身体機能が低下すると病名告知の有無にかかわらず、患者は多かれ少なかれ自分自身が死に向かっていることを認識するようになる。しかしながら、患者も医療者も死が近いことを認識しながら、「死」について間接的な話をするのはもちろんのこと、「死」という言葉を直接用いて話をするのは難しく感じられる。死は生きている者の体験を越えるものであり、話をするにも聴くことにも不安がつきまとうのは自然なことであるが、多くの患者には、自分の体験を他者に共有してもらい、共感してもらいたいという欲求があると言われている。また、多くの書物が、死にゆくことから本人も周囲の人々も逃げないで直面することが、患者が残された時間を豊かに過ごすために重要であることを述べており、患者との率直な会話を勧めている。死にゆく人が死について話ができること、周囲との共感性に富んだ会話を体験し、自分が他者によって理解され、心の平安を得るという現象も熟練したケア提供者によって報告されている。しかし、死についてオープンに話すことは、死んでいくという事実をお互いに認めてしまうことでもあり、相手を精神的に窮地に追いやるのではないかと不安が生じて、患者が死について話し始めても周囲の人々はとまどい、話を差し止めてしまう。戸惑い自体は人間として自然な反応であり、否定されるべきものではないが、戸惑いを体験している看護師や医師にとっては居心地の良いものではない。

死について話すことに伴うバリアを丁寧に調べてみると、看護師が経験しているバリアはいずれも共感性が高いために、一種の、巻き込まれ現象が起きて生じていることがわかる。看護師として共感性があることはむしろ好ましいことであり、患者にとっても意味のあることである場合が多い。問題は看護師がこれらのバリアの性質を十分知らないまま、乗り越えるべき壁として認識していることにある。バリアがあることを自然なこととして認め、自分自身が巻き込まれていることを認識することが重要であり、医療専門職として死にゆく患者との間で「死」という話題をどのようにマネジメントするかということを検討する必要があるだろう。

我が国では、85%の人が病院施設で死亡している。もし病院医療の場で死にゆく人々と適切なコミュニケーションを持つことができれば、多くの死にゆく患者のケアは向上するだろう。現在のところ、死にゆく人が死について話したいと望んだとき、それに対応する技術は十分教育されているとは言い難い。対応の技術はいわゆるハウツーではなく、対応する人自身のあり方が問題になる。医療者が自分自身に起こる感情や心の動きについて良く知って、死について語ることの意味を自分自身の問題としてとらえたとき、初めて死にゆく人との率直な会話を実現するのではないかと考える

平成22年度順天堂大学大学院医療看護学研究科看護学専攻

修士論文要旨

卵巣がん患者の苦悩と療養の意思決定に関する研究

氏 名 岩崎多津代
研究指導教員 浅野美知恵

【目的】 卵巣がん患者の抱えている苦悩と療養の意思決定についての体験を明らかにすることにより、卵巣がんと共に生きる患者への看護援助のあり方を検討する。

【方法】 対象：都市部の地域がん診療連携拠点病院に入院中の本研究に同意した卵巣がんと病名告知されている患者。調査方法：半構成的面接法と記録調査。分析方法：質的帰納的な分析法。

【結果】 対象は、卵巣がん患者7名であった。分析結果、苦悩と療養の意思決定の体験は、苦悩の体験は《婦人科受診をするのは辛い》《卵巣のがんだから辛い》《受診やがん治療が必要だが役割遂行が気になる》など9つの主題、療養の意思決定の体験は《怖くても生きるためにがんと付き合い方を見出す》《治療効果に期待して辛くても治療を受ける》《がん療養のために他者とうまく付き合う》など7つの主題が見出された。

【考察】 卵巣がん患者の苦悩の本質は、女性性とアイデンティティのゆらぎ、寿命が余命に変わった卵巣がんへの脅威、治療と副作用・後遺症に対する忍従、治療環境への辛抱と捉えられ、療養の意思決定は、生存率の低い卵巣がんでも生きるために自分のがんに向き合う、辛い症状があっても治療効果に期待して生き続けるために治療を受ける、辛抱しながら卵巣がんのよい治療環境を整える、というあり様と捉えられた。これらから、看護援助のあり方は、自分の卵巣がんに向き合う患者を支援する援助、生き続けるために治療を受ける卵巣がん患者を支援する援助、辛抱しながら治療環境を整える卵巣がん患者を支援する援助、が重要であり、これらの援助の場であるシステム作りが必要である。

【結論】 本研究の対象者は、卵巣がんの診断後、初めて治療を受ける者であり、卵巣がんは治療後の再発率は高く、繰り返し化学療法が行われることから、一般化することに限りがある。今後は対象者数を増やし、卵巣がん患者の苦悩と療養の意思決定の体験を明らかにする必要がある。

中国人留学生在が自己成長しながら看護職としてのキャリア発達を進めるプロセス

氏 名 葛玉 栄
研究指導教員 村中 陽子

【目的】

本研究の目的は、中国人留学生在が看護職としての自己成長とキャリア発達を進めるプロセスおよび影響要因を明らかにすることである。

【方法】

対象者は、中国で看護基礎教育を修了して臨床経験を有し、現在日本の大学あるいは医療関連施設に留学している、あるいは留学経験がある者10名であった。半構成的面接法によって中国語でインタビューを実施し、分析は、M-GTAの分析手法を用いた。

【結果・考察】

対象者は、平均39.8歳、平均臨床経験年数13年、平均留学年数5.9年であった。中国人留学生在の看護職は、どのような【看護職になるきっかけ】に関わらず、入職後【看護職としてのジレンマ】を感じた。このジレンマから脱却したい思いが自己のキャリア発達の動機づけとなり、【自ら切り開く努力】をし、留学のチャンスを掴んだ。留学中は、【強い知識欲の持続とチャンスの連鎖】から【看護職の役割に対する認識の転換】への循環を体験した。この体験では、[異文化への融合]と[日本の医療職への感心から看護に対して考え直す]という体験があり、[学

問に対する構えの昇華]をもたらし,【人間的な自己成長】に達した。これによって【看護職の役割に対する認識の転換】を自覚し看護職としてのキャリア発達の意識を向上させ,【看護専門職としての自己実現の目覚め】へとつながる。さらに,中国での看護職としての経験を活かし,【中国看護についてリフレクション】をし,留学後には,【中国看護への還元】に向けて,自己のキャリア発達とともに中国の看護職のキャリア発達を促進するという目標を見出した。

【結論】

中国人留学生の看護職が日本への留学によって,自己成長しながらキャリア発達の意識が高まり,キャリア発達を進めるプロセスとそれを促進する要因が明らかになった。この結果は,中国の看護職のキャリア発達における,自己学習の重要性及び看護職の機能の再認識の支援のあり方が示唆されていると考える。

麻疹ワクチン接種率向上のための看護職者としての取り組み

氏 名 川上 雅美
研究指導教員 岩淵 和久

【目的】

本研究は,麻疹に対する免疫獲得の上で最も有効と考えられる,麻疹ワクチン接種・第1期に主眼をおき,接種率を向上・維持するためには,看護職者の視点を通してどのような取り組み方が行われているのかを明らかにすることを目的とした。

【方法】

第1期の接種率が全国第1位の三重県と,全国46位の滋賀県に着目し,麻疹ワクチンの接種率向上に向けた取り組みなどについて,保健師を対象に質問調査を行った。三重県と滋賀県の全ての保健所・保健センターに無記名自記式調査票を郵送にて配布し,同封の返信用封筒を用いて回収した。

【結果・考察】

第1期の麻疹ワクチンの接種を勧める啓発活動については,三重県では,母子健康手帳の交付時,母親・両親学級,出産のための入院・退院時,出生届時,などのいずれの時期においても実施することが適切であると評価する人が半数に上り,実際に実行している保健師は2~5割であった。一方で滋賀県においては,これらの時期における適切であるとする回答は1~3割程度であり,実際に行っている保健師は1割であった。三重県では,4ヶ月および10ヶ月児健診時にかかりつけ医から麻疹を含めた予防接種の説明を保護者に対して個別に指導しているが,滋賀県では多くの場合において健診を市町が担当していた。転入者に対する予防接種の説明については,三重県では95.5%が実施していたが,滋賀県では86.7%にとどまり,両者に有意差がみられた。三重県では,転入者の中の麻疹ワクチン未接種者の把握と接種勧奨が重要な課題と考えていた。

【結論】

三重県と滋賀県において,麻疹ワクチン接種に関する啓発活動に大きな差異があった。三重県では,妊娠初期の母子健康手帳交付時から出産後退院して新生児訪問を受けるまでと,麻疹ワクチン標準接種時期を過ぎた1歳6ヶ月児健診や3歳児健診時並びに県内への転入者を対象とした予防接種に関する啓発活動に重点を置いていた。滋賀県では健診時に実施している指導に重きを置いていた。

外来通院中の慢性心不全患者の自己管理に伴うストレス認知と関連要因

氏 名 北村 幸恵
研究指導教員 青木きよ子

【目的】

慢性心不全患者の疾患特有な自己管理に対するストレス認知とその関連要因を明らかにし、自己管理に必要とされる看護介入を検討する。

【方法】

首都圏にある1医療施設の循環器内科外来に通院する慢性心不全患者151名を対象として、対象者の基本特性、自己管理に伴うストレス認知、健康に対する考え方、精神健康状態、医療者との関わりについて質問紙調査を行い、有効回答数127名を分析した。

【結果・考察】

慢性心不全患者の自己管理に伴うストレス認知は、【趣味の調整】、【仕事、運動量の調整】、【塩分の調整】、【水分の調整】が上位であった。しかし、実施すべき自己管理行動を該当しないと答えた者やストレスと受け止めていない者も多くいた。今後、対象者が必要な自己管理を認識し、行動に移すことが出来るよう、看護介入していく必要がある。

自己管理に伴うストレス認知に影響を与える対象者の基本特性として、【性別】 【入院回数】 【NYHA分類】 【虚血性心疾患】 【医療費の負担】 【精神健康状態】に関連を認めた。女性、入院回数が多い、医療費の負担がある、精神健康状態が低い人ほど自己管理に伴うストレス認知得点が高かった。このことより、慢性心不全患者の自己管理に伴うストレス認知を低減させるためには、対象者の特性を理解し、個別の事例に合わせた関わりや、身体症状を表す前の早い時期から、看護介入していく必要がある。看護介入にあたっては、自己管理行動のメリットを対象者に伝え、ストレス認知を高めない関わりが必要であることが示唆された。

IgA腎症患者のQOLと関連要因

氏 名 小崎 綾子
研究指導教員 青木きよ子

【目的】

若年に多く発症し徐々に進行するIgA腎症患者におけるQOLとQOLに関連する要因を明らかにし看護支援に必要な示唆を得る。

【方法】

首都圏大学病院に通院中で外来担当医の許可を得たIgA腎症患者を対象に外来診療後、研究の主旨を口頭と文書で説明し調査協力の得られた患者162名を対象として、IgA腎症患者の基本属性と腎疾患特異的尺度、SF-36、アイデンティティの確立、同一性の拡散、情緒的支援ネットワークについて質問紙調査を行い、有効回答数143名を分析した。

【結果・考察】

IgA腎症患者の腎疾患特異的尺度におけるQOL得点は65点から164点の範囲であり、平均値は142.3 (SD=14.49)であった。腎疾患特異的尺度におけるQOLは「腎疾患の日常生活への影響」「症状」について高く、「医療ケアに対する満足度」「ソーシャルサポート」について低かった。また、腎疾患特異的QOLに影響を与える特性は「結婚」「同居者の有無」「職業分類」「IgA腎症予後判定基準」「健康状態」「同一性の拡散」「アイ

デンティティの確立」の7要因であった。これらのことから、ライフサイクルの変化や病状の変化、健康状態の変化はIgA腎症患者のQOLに影響しており、アイデンティティの確立がQOLを高める要素であるということがわかった。そのため療養生活に介入し、患者自身が「健康状態が良い」と感じられる状態を維持できるように支援することが必要であると考えられた。

【結論】

IgA腎症患者のQOLは「腎疾患の日常生活への影響」「症状」が高く、「医療ケアに対する満足度」が低かった。また、病状や健康状態を安定させるためセルフケア能力を高めるための支援やソーシャルサポートによる心理的支援がQOLに関連することが判明した。そしてQOLを高めるために医療者の意図的な継続した関わりが必要であることが示唆された。

クリティカルケア領域に配属された新人看護師における看護実践能力の 修得レベルと学習ニーズに関する研究

氏 名 笹野 幸春
研究指導教員 村中 陽子

【目的】クリティカルケア領域に配属された新人看護師における看護実践能力の修得レベルと学習ニーズとの関連性とその影響因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】全国の200施設の中から、承諾を得られた76施設のクリティカルケア領域に配属された新人看護師と移動となった経験者690名を対象に、7月と10月の2回にわたり調査を行った。1回目186名、2回目101名を分析対象とした。

【結果・考察】入職3ヶ月後の修得レベルと学習ニーズは、修得レベルにおいては項目ごとにばらつきがあり、看護基礎教育課程での実習経験を基礎に入職後の臨床で比較的多く経験できると考えられる項目が高かった。学習ニーズでは習得レベルに関係なくリアリティショック期においても高い値を示していた。入職3ヶ月後と6ヶ月後の修得レベルと学習ニーズの変化をみると、修得レベルにおいては向上していた。学習ニーズは看護技術領域のみ低下し、対象理解領域、統合力領域では高いまま維持されていた。また習得レベルには事前学習することや第三者評価を受けることが影響し、学習ニーズには新人看護師が誰にでも相談できる職場環境が影響することが明らかになった。現在の自分の状況を客観的に評価することで新たな目標を自らつくる必要があることが示唆された。

【結論】入職3ヶ月後の修得レベルの多くが見守りで行える項目であり、学習ニーズでは修得レベルに関係なく高い値を示した。7月と10月での修得レベルと学習ニーズの変化は、3領域で修得レベルは向上していくのに対し、看護技術領域で学習ニーズが低下し、対象理解領域と統合力領域では維持されていた。修得レベルと学習ニーズの影響因子は、職場環境の「学習の悩みの相談のしやすさ」と研修方法の「事前学習」、「ディスカッション」、「チェックリスト」、「レポートの提出」、「評価者との面接」であった。

4・5年目の臨床看護師が自己志向的な目標や課題をもつプロセスの質的研究

氏 名 三宮 有里
研究指導教員 村中 陽子

【目的】

4・5年目の臨床看護師が活動している臨床の場での学びの経験を通して、どのように自己志向的な課題や目標をもつようになるのかというプロセスを4・5年目の臨床看護師の視点から明らかにすることを目的とした。

【方法】

インタビューガイドを参考にして半構造的面接法でデータを収集し、そのデータを質的帰納的に分析した。分析方法はM-GTAを用いた。本研究の研究対象者は、4か所の一般病院に勤務する4・5年目の臨床看護師12名とした。調査期間は、2010年5月から9月までであった。

【結果・考察】

4・5年目の臨床看護師が自己志向的な目標や課題をもつプロセスは、【暫定的な課題をもつ】【課題に真摯に向き合う】【揺らいでいる思い】【自分の目標を見つけ出す】【主体感を宿す】の5つのカテゴリーで構成された。

自己志向的な課題や目標をもつプロセスは、まず職場で求められる経年次的な課題に対して、【暫定的な課題をもつ】ことから始まっていた。先輩の支えがあって、【課題に真摯に向き合う】姿勢をもつようになった4・5年目の看護師は、課題に取り組む過程を経て【主体感を宿す】ことを強めていった。その一方で、【揺らいでいる思い】を抱いていた。このような思いを抱きながらも、自ら【自分の目標を見つけ出す】ように変化していった看護師は、自分の将来的な見通しや自分で定めた目標をもち、その目標の達成に向けて歩み始めていた。

【結論】

4・5年目の看護師が目標や課題をもつためには、自分の看護ケアや仕事ぶりの省察、自分の役目や役割についての理解、自分という意識を高めることが必要であった。また、看護師は同僚をはじめとした仲間と学ぶことを通じて、自分の学習を拡張や深化の方向へと促していたことが明らかになった。この研究結果を基に、5年目までの看護師自身が自分の課題や目標をもつことに対する具体的な支援方法について、さらに考察する必要性が示唆された。

訪問看護師の離職予防と継続への支援 ～職場内・職場外のサポート体制の視点から～

氏 名 柴田 滋子
研究指導教員 荒賀 直子

【目的】本研究は、訪問看護師の離職を考える理由と職場内・職場外のサポート体制との関連を検討し、今後の訪問看護師の職務継続および訪問看護の質的向上への示唆を得ることを目的とした。

【方法】対象は、A県23区内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師のうち調査協力が得られた1073名である。調査方法は郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は基本属性、離職を考える理由、継続要因、職場内・職場外のサポート項目、ストレス状態であり、これらの関連性について統計分析を行った。

【結果・考察】回収547名（回収率51.0%）、有効回答547名（有効回答率100%）であった。離職を考えたことがある者は410名（75.2%）で、離職を考える理由としては責任の重さが最も多く、管理者や訪問中に不安を感じる者に有意に多かった。離職を考えた時に役立ったことは、上司や同僚からの支援216名（52.8%）と家族や友人から

の支援214名（52.3%）が多かった。

訪問看護師は標準集団に比べて、職場内でのサポート得点は高かった。職場内サポート得点が高い者は管理者よりもスタッフに、また常勤よりも非常勤に有意に多く、経験年数と共に減少していく傾向がみられた。職場外サポート得点は、ストレス対策がある者に有意に高く、経験年数と共に上昇していく傾向がみられた。職場内・職場外サポート得点の高い者は、仕事と私生活の満足感も有意に高かった。

訪問看護師の仕事継続にあたっては、いつでも相談できる体制（82.3%）と研修体制やキャリアアップの充実（68.6%）を望む者が多かった。

【結論】職場内・職場外サポート得点が高い者は、満足感も高く、仕事を辞めたいと感じることは少なかった。サポートへの認識は、経験年数や役割による変化があると推察される。今後は経験とサポートの内容やバランスとの関係、職場外サポートの活用についてさらに検討し、訪問看護師の職務継続と質の向上を目指していきたい。

患者会に所属するC型慢性肝炎患者のセルフケア行動と影響要因

氏 名 瀬尾 昌枝
研究指導教員 青木きよ子

【目的】

C型慢性肝炎患者のセルフケア行動とセルフケア行動に影響を与える要因を明らかにし、セルフケア行動を高める看護援助を行うための示唆を得る。

【方法】

患者会に所属するC型慢性肝炎患者400名を対象として、C型慢性肝炎患者の基本属性、セルフケア行動、自己効力感、ソーシャルサポートについて質問紙調査を行い、有効回答数115名を分析した。

【結果・考察】

セルフケア行動の実態として、実施が高い項目は、「指示された内服や注射をする」、「症状改善や維持のため通院する」、「病気についての情報を得る」の順であった。実施が低い項目は「十分な睡眠をとる」、「ストレスをためない」、「疲労をためない」であった。

C型慢性肝炎患者のセルフケア行動に影響を与えていた要因は、【HCV遺伝子型】、【罹患期間】、【ソーシャルサポート】であった。【ソーシャルサポート】はそのなかでも、【情動的サポート】がセルフケア行動の実施に影響を与えていた。自己効力感とは関連はみられなかった。

これらのことより患者のセルフケア行動を高めるために看護師は、患者のウイルス型や治療法、支援者について理解をすること、疾患特異性を踏まえ患者が行っているセルフケア行動を承認することが重要であり、患者自身がセルフケア行動や治療法について意思決定し継続できるよう支援・調整していく必要があることが示唆された。

【結論】

C型慢性肝炎患者のセルフケア行動は内服や通院の実施が高く、ストレスや疲労をためない行動の実施は低かった。

C型慢性肝炎患者のセルフケア行動に影響を与えていた背景要因は、【HCV遺伝子型】、【罹患期間】、【ソーシャルサポート】であり、なかでも情動的サポートが重要であった。反面、セルフケア行動と【自己効力感】には関連はみられなかった。

子をもつ壮年期膵臓がん患者の困難と対処の体験

氏 名 伴 佳子
研究指導教員 浅野美知恵

【目的】子をもつ壮年期膵臓がん患者の困難と対処の体験を明らかにし、膵臓がん患者と子を含めた家族の生活の質向上を支援するための看護援助のあり方を検討する。

【方法】対象：入院中の子をもつ壮年期膵臓がん患者で本研究に同意した者。データ収集：困難と対処について半構成面接により実施。分析：質的・帰納的方法で実施。所属施設及び協力施設倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象は子をもつ壮年期膵臓がん患者5名（平均年齢54.6歳）であった。分析の結果、困難の体験は、《膵臓癌なので長く生きられない》《逝くと思うと自分の役割を果たせない》など6主題、対処の体験は、《膵臓癌の特徴を知り死が身近に迫っていることを覚悟する》《死後も家族の生活を守るための方法を見出し心残りがないようにする》など8主題が見出された。

【考察】結果から、子をもつ膵臓がん患者の困難と対処の体験には、癌診断により年（月）単位の人生へ転換し、膵臓癌診断により突きつけられた自分の人生の時間を覚悟する様相、自分の役割を焦点化しそれに全精力を注ぐ様相、生きのびる手立てとしての治療にすぎる様相、苦痛を緩和して自分らしく生きる様相が捉えられる。看護援助のあり方は、余命の年（月）単位である可能性があることを念頭に置いて先の見通しを持ち、自分の人生の時間を覚悟する患者を支える援助、自分の役割を遂行する患者を支える援助、希望をもって自分らしく生きる患者を支える支援、一般市民と医療者に対する膵臓癌早期発見のための啓発が必要であると考えられる。

【結論】子をもつ膵臓がん患者の困難と対処の体験は、分析の結果、6の困難の体験と8の対処の体験が見出された。それらから4つの様相が捉えられ、結果に基づく看護援助のあり方は、余命が年（月）単位である可能性があることを念頭に置いて先の見通しを持ち、診断時からの生き方支援が必要である。

病院で働く医療専門職の退院計画促進への検討

～医師と看護師に焦点を当てて～

氏 名 福田 麻子
研究指導教員 荒賀 直子

【目的】本研究は、医師と看護師における職種と退院計画の実際や関心・認識との関連を明らかにすることにより、今後、医師と看護師が退院計画においてよりよい連携を図るための示唆を得ることを目的とした。

【方法】対象は、東京都と千葉県の500床以上の2つの大学病院に勤務する医師374名と看護師（病棟配属2年目以上）500名である。留置法による無記名自記式質問紙調査を実施し、回収をもって調査に同意が得られたものとした。調査内容は、退院計画の実施状況、退院計画への関心・認識、退院計画における連携・役割である。

【結果・考察】回収数は医師374名（回収率55.7%、有効回答率54.7%）、看護師500名（回収率66.8%、有効回答率66.2%）。退院計画を実施していた者は、医師が72.3%、看護師が75.1%で職種による差はなかった。退院計画実施への関心や、退院計画に関する用語の認知は、看護師のほうが医師よりも高い項目が多かった。医師・看護師ともに、退院計画実施や、患者が介護認定を受けているかの関心、退院計画関連用語の認知が高い者ほど、実際に退院計画を実施していた。また、医師・看護師ともに、退院計画は連携して実施するべきだと考えており、薬剤師やMSWなどの他職種とも状況に応じて連携するべきだと考えている。退院計画でリーダーシップをとるべき職種については、医師は医療連携スタッフ、看護師では病棟看護師がそれぞれ最も多かった。

【結論】2つの大学病院における医師と看護師で、どちらも退院計画を実施していると認識している者が多かったが、退院計画の関心・認識には差があった。医師と看護師がよりよい連携を図り、退院計画を円滑に実施するためには、退院計画の定義を明らかにし、多職種が共通の認識を持てる必要がある。医師・看護師への退院計画実施への関心や認識を高め、病院全体で退院計画のシステムを構築すること、そしてその方策を検討する必要性が明らかとなった。

市保健師と訪問看護師との連携の促進要因の検討

氏 名 三好 智美
研究指導教員 荒賀 直子

【目的】市保健師と訪問看護師との連携実態とその促進要因について明らかにし、在宅ケアシステム構築のための市保健師と訪問看護師との連携のあり方について検討する。

【方法】千葉県内11市に勤務する常勤の市保健師368名と訪問看護ステーションの常勤・非常勤の訪問看護師384名を調査対象とし、独自に作成した無記名自記式調査票を郵送で配布回収した。

【結果・考察】有効回収率は、市保健師175名（47.6%）、訪問看護師176名（45.8%）だった。相手との連携実践は、市保健師33名（19.1%）、訪問看護師51名（30.0%）と低かった。連携をしなかった理由では「連携をしなくてはいけない状況や場がなかった」が最も多かった。連携実践の促進要因で両者に共通していたのは、相手と常にまたは機会があれば情報交換を行う、相手の活動内容を知っていることであった。市保健師では在宅療養者との関わり「有」、訪問看護師では、職位の「管理職」・勤務形態の「常勤」・連携等の研修会参加「有」も関連があった。両者の連携が少ないことから、情報交換を行う場が少なく、連携すべき課題やお互いの役割の理解や共有ができていないことが推測された。また、市保健師は、訪問看護師に比べ、在宅ケアでの自らの役割認識が高くない傾向があり、それには、現在の保健師活動が影響していると推測された。

【結論】市保健師と訪問看護師の連携実践は低かった。連携の促進要因として、市保健師3項目、訪問看護師5項目が明らかになった。両者の連携を促進するためには、市保健師の在宅ケアへの関心や役割認識の向上、両者でお互いの役割や責任を理解すること、情報共有の場作りの必要性が示唆された。

相手との連携が特に重要だと思う項目では、「小児患者・障害児」「虐待」「精神障害者」「要援護者（児）の早期発見・対応」「療養者（児）・家族を中心としたケアマネジメント」「在宅ケア関係者の情報交換・共有の場づくり」が両者に共通していた。

ICU入室中の心臓手術を受けた患者の記憶に関する質的研究

氏 名 山内 英樹
研究指導教員 上野 恭子

【目的】

ICU入室中の心臓手術を受けた患者の記憶に関する基礎的な知見を得ること

【方法】

心臓手術を受けてICUへ入室した患者13名に半構成的面接を行い質的帰納的に分析した。なお本研究は、2010年順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会、調査対象施設の倫理委員会の承認を得ている。

【結果・考察】

ICU入室中の回復過程のプロセスは、〈身体感覚の目覚め〉〈途切れ途切れの世界〉〈迫ってくる自分を脅かす状況〉から〈内的世界と外的世界の調和の試み〉という主体的な対処行動をしていることが導かれた。この外的世界への試みが功を奏すると、〈回復の実感と安堵感〉〈新たな回復意欲の芽生え〉〈ICUは精神的に耐えうる場所〉となるが、問題解決が出来なかった場合は、〈逃れられない苦痛に満ちた世界〉〈ICUは精神的に過酷な場所〉という相反する特徴が導かれた。また、〈途切れ途切れの世界〉の時期は、感覚器から入力された刺激は記憶されていた。また、家族の記憶のように元々記憶しているものを意識に再生し再認することは可能だが、新たに得た情報を記憶の中から検索することはできない可能性があるということが示唆された。さらに〈逃れられない苦痛に満ちた世界〉を強く記憶している場合は、〈ICUは精神的に過酷な場所〉と捉えていた。

【結論】

ICU入室中の回復過程は、精神的に追い詰められた状況となり、外的世界へ向けた主体的な対処行動である〈内的世界と外的世界の調和の試み〉から状況を好転させようとするプロセスであった。このうち〈途切れ途切れの世界〉の時期は記憶が曖昧であった。また、〈逃れられない苦痛に満ちた世界〉を強く記憶している場合は、〈ICUは精神的に過酷な場所〉と捉えていた。これらの患者は、ICU入室体験を誤解して記憶しているが、その誤解を修正する機会がないままICUを退室していた。したがって、記憶の修正を行うことで苦痛体験を軽減することができる可能性が示唆された。

救急部門で働く看護師の自殺企図患者に対する認知形成のプロセスに関する質的研究

氏 名 阿部 美香
研究指導教員 上野 恭子

【目的】

救急部門で働く看護師の、自殺企図患者に対する認知形成のプロセスを明らかにすることを目的とした。

【方法】

本研究の対象者は、救急部門で勤務しており自殺企図患者に対する看護経験がある看護師で、かつ本人より研究協力の同意が得られた12名とした。データ収集には半構造化面接を用い、面接内容を録音した。録音したデータは逐語録に起こし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて継続的比較分析を行った。

本研究は、2010年度順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会による承認を得た後、調査及び分析を実施した。

【結果・考察】

救急部門の看護師は、自殺企図患者という刺激を見たり聞いたりすると、心の根底にある《生きたい人を助けたい》という信念を基に、《自殺企図患者は異次元の人》という自動思考が頭に浮かんだ。異次元の人と認知したその患者を自分が看護することになった時、看護師は《患者に対する憤りや恐怖》というネガティブな感情を抱き、《心を込められない看護をする自分》として行動を起こしていた。このプロセスは、救急部門にある《自殺企図患者を批判する事が許容される風土》によって支持されていた。

しかし、患者やその近親者の思いに《感情移入した出来事》を経験した看護師は、その後、自殺企図患者を《自殺企図患者も自分と同じ世界の人》と認知するように変化していた。一方、《冷静に自分を振り返った出来事》を経験出来た看護師は、《自殺企図患者も看護の対象》と認知するように変化していた。

【結論】

救急部門で働く看護師の自殺企図患者に対する認知形成のプロセスは、看護師の心の根底にある《生きたい人を助けたい》という信念が自殺企図患者の看護では脅かされるが、《自殺企図患者は異次元の人》と捉えること

で自身の信念を守ろうとしているプロセスであった。看護師の知識、感情、認知、そして救急部門の風土への介入の必要性が示唆された。

プリセプターシップにおける支援者の認識と行動の実態

氏 名 大和 広美
研究指導教員 村中 陽子

【目的】本研究は、プリセプターの支援者に焦点をあて、支援者がプリセプターシップをどのように認識し、プリセプターへどのような支援行動をしているのかを明らかにすることを目的とした。さらに、支援者のプリセプターシップに関する認識が、プリセプターへの支援行動にどのような影響を与えているのかを検討した。

【方法】関東地区の病院に所属する看護師2380名を対象に自記式質問紙を郵送し、プリセプターシップにおける認識を自由回答、支援行動についてはメンタリング尺度を使用し回答を求めた。分析対象者は32施設、472名であった。

【結果・考察】プリセプターシップにおける自己の役割認識では、役割があると回答した者は220名（46.6%）であった。個々の役割内容では、アソシエイトは、「プリセプターの相談や支援を行う」48名（51.0%）、エルダーは、「プリセプターのフォロー」10名（31.2%）、その他のチームリーダーは、「プリセプターや新人看護師のフォロー」10名（52.6%）であった。プリセプターへの支援行動では、職位、プリセプターシップの学習内容で有意差が認められた。経験年数と所属部署での勤務年数が高い者はキャリア機能、管理者行動機能において、経験年数が高く所属部署での勤務年数が5年未満の者は情緒的機能、受容・承認機能において行動していた。プリセプターシップの学習内容では、個々の役割、看護技術の評価方法、学習支援に対する教育方法を学習した者は、プリセプターへの支援行動を高めていた。これらの学習内容を院内研修に取り入れることで、プリセプターへの支援を促進すると考える。

【結論】支援者のプリセプターシップにおける認識は、約半数の者が自己の役割を認識し、新人看護師の指導だけでなく、プリセプターへの支援も認識している傾向にあった。プリセプターへの支援行動には、経験年数、所属部署での勤務年数、プリセプターシップの学習内容が影響することが示唆された。

医療看護研究

Journal of Health Care and Nursing

投稿規定

I. 投稿資格

投稿者は、本学部の教員及び編集委員会(当面研究委員会がかねる)が認めた者。

II. 原稿の種類

原稿の種類は、総説・原著・研究報告・実践報告・その他であり、内容は次の通りである。

総説：特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、幅広く概観したもの。

原著：論理的かつ明確な構想に基づき得られた研究結果をもとに、新しい知見が論理的に示され、独創性があり、学術的な意義が明らかであるもの。

研究報告：内容的に原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きく、発表する価値が認められるもの。

実践報告：教育活動、医療看護実践の報告などで教育・医療看護実践の向上・発展に寄与し、発表の価値が認められるもの。

その他：学会参加報告等、編集委員会が認めたもの。

III. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

IV. 執筆要領(和文)

1. 原稿の書式

原稿のサイズはA4版とし、40字×40行で印字する。

原稿提出の際は、オリジナル原稿およびコピー3部(表紙に論文題目のみ記載)を提出する。査読後の最終原稿には原稿を入力した電子媒体を添付する。

2. 原稿の長さ

投稿原稿の1編は、本文、図・表、文献を含めて下記の字数以内とする。超過した場合は、所要経費を著者負担とする。

・ 総説	16,000字(10枚)
・ 原著	16,000字(10枚)
・ 研究報告	11,200字(7枚)
・ 実践報告	11,200字(7枚)
・ その他	11,200字(7枚)

3. 原稿の構成

1) 表紙

論文題目、著者名、所属を和文・英文でつけ、希望する論文の種類、連絡先を記入する。

2) 要旨とキーワード

論文には、和文要旨(500字以内)と5個以内のキーワード(和文・英文)をつける。原著の場合は、英文要旨(300語以内)もつける。

3) 本文

(1) 1桁の数字は全角入力、2桁以上の数字は半角入力、欧文の大文字・小文字は半角入力とする。

(2) 各章の見出し番号は、I, 1, 1), (1), ①の順とする。

(3) 単位は、m, cm, mm, g, mg, l, ml等とする。

(4) 略語は慣用のものとする。一般的でない略語を用いる場合は、論文の初出のところで正式用語とともに提示する。

4) 図・表の作成

図・表はそのまま製版するので、ワープロ製図した原図(コピーは不可)とする。写真は鮮明な紙焼き(手札型以上)に限る。裏面に、標題・著者名を明記する。

図・表は本文とは別に1枚ずつ白紙に貼付して添付し、本文中に挿入する位置を指定する。印字例にて各自レイアウトし、原稿制限枚数内に納める。

5) 文献

文献は主要なもののみ限定し、印刷されたもの、入手可能なものが望ましい。引用文献は引用順に番号を付けて配列し、引用箇所には肩付

数字1)2)3)・・・を記入する。参考文献を入れる場合は、著者名のアルファベット順に末尾にまとめる。著者名は3名まで記載する。

欧文雑誌名の省略はIndex Medicusの省略名に準拠し、和雑誌名は省略しない。

<引用文献の記載例>

① 雑誌－著者名：論文名，雑誌名，巻(号)，頁－頁，西暦年。

例) 原田静香，荒賀直子，山口忍，他：地域看護学専攻における在宅ケア実習の評価－実習対象者の調査から，順天堂医療短期大学紀要，15，36-44，2004。

② 単行書－著者名：書籍名 版，発行所，発行地(東京の場合省略可)，頁－頁，西暦年。

③ 翻訳書－原著者名：原書名，原書発行年，翻訳者名，翻訳書名 版，頁－頁，翻訳書の発行所，翻訳書発行年。

④ ウェブページやPDFファイルからの引用はそのページのリファレンスとしての要件(URLが変化しない，誰でも閲覧可能など)を十分検討したうえで次のように行う。

• ウェブページからの引用－著者名(年.月.日)：タイトル<URL(Uniform Resource Locator)>。

例) 大谷和利(2001.4.9)：“一度に1人ずつの革命:再び「なぜMacが好きだと言わないのか？」” <http://www.zdnet.co.jp/macwire/0104/09/c_hangeworld.html>

• PDFファイル等の電子出版物－基本的に冊子体の雑誌の引用スタイルに準じて表記し，URLを明記する。

例) 太田勝正(1999)：看護情報学におけるミニマムデータセットについて．大分看護科学研究，1(1)：6-10<[http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)>

V. 執筆要領(英文)

1. 英文による投稿は，参考文献，注，図，表も含め，原著8,000語，研究報告5,600語，実践報告5,600語，総説8,000語，その他8,000語を越えないものとする。
2. 投稿はAPA(American Psychological Association)，AMA(American Medical Association)，MLA(Modern Language Association)のいずれかに従って書かれていることを原則とする。

3. すべての投稿はA4用紙に上下左右に2.5センチ以上の余白を取り，半角80字×40行に設定し，Times New Romanを使用する。

4. 表紙をつけ，英語および日本語のキーワード(5つ以内)，タイトル，氏名，所属を記入すること。原著については英文300語，日本語500字の要約をつける。

1. **Original Articles** must not be more than 8,000 words in length, including references, notes, tables, and figures. **Research Reports** submissions should be not more than 5,600 words in length. **Practical Report** submissions should be not more than 5,600 words in length. **Review Articles** should be not more than 8,000 words, and **Others** should be not more than 8,000 words.

2. Papers should be written following the publication manuals of APA (American Psychological Association), AMA (American Medical Association) or MLA (Modern Language Association).

3. All submissions must be typed on A4 or 8.5"x11" paper. Leave margin of at least 1 inch at the top, bottom, right, and left of every page. Set the lines as 80 strokes×40 lines. The font should be 12 point-sized Times New Roman.

4. The first page of the file should be a cover sheet that includes 5 or less keywords (English and Japanese), the title, author's name (s) along with affiliation (s). The author's name and identifying references should appear only on the cover sheet. Original Article should be attached with an abstract (no more than **300 words** in English and **500ji** in Japanese).

VI. 論文の採否

投稿原稿は査読を行い，編集委員会が原稿の採否，掲載順序を決定する。

VII. 校正

著者校正は初校のみとし，この際大幅な加筆修正は認めない。

VIII. 著者が負担すべき費用

掲載料は無料とする。

別刷りは30部まで無料とし，それを超える部数は著

者負担とする。その他、印刷上特別な費用(カラー写真等)を必要とした場合は著者負担とする。

Ⅸ. 著作権

本誌に掲載された論文の著作権は、順天堂医療看護研究会に帰属し、本会が電子化の権利を有する。

X. 原稿提出先

〒279-0023 千葉県浦安市高洲2-5-1

順天堂大学医療看護学部内

医療看護研究 編集委員会

TEL 047-355-3111

FAX 047-350-0654

この規定は、平成15年7月15日より発効する。

平成20年7月1日 一部改正

平成21年6月4日 一部改正

Journal of Health Care and Nursing

ISSN 1349-8630 Iryō Kango Kenkyū 8(1), 1~96(2011)

Volume 8 No.1

Contents

September 2011

Research Reports

- Experiential Training with Adult Patients Living with Chronic Illnesses/Conditions: Its Significance in Nursing Training
Masako Nagase 1
- Development of Music therapy in Health care and Future challenges
Yoshie Nakajima 8
- The Effects of Mindfulness Training on Human Service Professionals: A Literature Review
Ayami Tateishi16

Contribution

- Kinaesthetics®: The Study of Human Movement
Yukie Yoshitake25

Activity Reports of the School of Health Care and Nursing

Report of the 19th Extension Lecture Series Program Held by Juntendo University School of Health Care and Nursing

- Lecture 1
Psychological Issues of Young Adults from a Psychiatrist's Perspective: Mild Depression and Adjustment Disorders
Masataka Hirose
School of Health and Sports Science
Juntendo University29
- Lecture 2
Psychological Issues of Children from a Child Psychiatrist's Perspective: Detection of the Early Signs of Eating Disorders
and Adjustment Disorders and the Family's Response
Chieko Yamane
Kujira Hospital42

Report of the 7th Research Conference on Health Care and Nursing

- Lecture
Nursing Research Influences Health Care: The Impact of Advanced Practice Nursing from the Perspective of
Pressure ulcer Management
Hiromi Sanada
Graduate School of Medicine
University of Tokyo56
- Summaries of Research Presentations

Summaries of Lectures at International Exchange Programs80

Outlines of Master's Degree Theses

- Outlines of Nursing Specialty Master's Degree Theses at the Juntendo University Graduate School of
Health Care and Nursing in the 2010 Academic Year83

Instructions for Contributors93

Juntendo University School of Health Care and Nursing

2-5-1 Takasu, Urayasu, Chiba
279-0023, Japan