

目次

原著

- アルコールベース速乾性擦り込み式手指消毒剤の使用による菌交代についての検討
長富美恵子・江原義郎・中沢武司・麻生恭代
石和久・工藤綾子・岩渕和久…… 1
- 神経難病患者の「スピリチュアルな苦悩」に対する病棟看護師の捉え方とケアに関する質的研究
長瀬雅子・高谷真由美・榎子嘉美
青木きよ子・堺恭子・山本育子…… 8
- The stability and changeability of internal working models and interpersonal cognition from late adolescence to early adulthood: An 11-year longitudinal study of nursing students
YAMAGISHI Akiko…… 18
- 患者会に所属するC型慢性患者のセルフケア行動とソーシャルサポート
瀬尾昌枝・青木きよ子…… 27
- 中壮年期にある人々のワーク・ファミリー・コンフリクトが健康に及ぼす影響と社会的支援の効果の検討
熊谷たまき・藤村一美・池崎澄江…… 36

実践報告

- 排便看護ケア外来の準備と活動報告
西田みゆき・照沼則子・山高篤行
川口千鶴・岡田隆夫…… 45

活動報告

- Simulated Patient 演習導入の意義と在宅看護学への応用展開
-SP演習研修を経て在宅看護学演習へのプログラム作成過程まで-
小竹久実子…… 51

学内活動報告

- 平成23年度卒業前技術強化プログラムの評価と課題
永野光子・田中朋子・樋口キエ子・工藤綾子
青柳優子・小谷野康子・杉山智子・西田みゆき
原田静香・岡田隆夫…… 59

- 投稿規定 …………… 64
-

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究11
P.1-7 (2013)

アルコールベース速乾性擦り込み式手指消毒剤の 使用による菌交代についての検討

Analysis of the population change of microorganisms on hand skin by usage of alcohol-based hand sanitizer

長 富 美恵子¹⁾
NAGATOMI Mieko

江 原 義 郎²⁾
EHARA Yoshirou

中 沢 武 司³⁾
NAKAZAWA Takeshi

麻 生 恭 代³⁾
ASOU Yasuyo

石 和 久³⁾
ISHI Kazuhisa

工 藤 綾 子⁴⁾
KUDOU Ayako

岩 淵 和 久⁴⁾
IWABUCHI Kazuhisa

要 旨

近年、点滴操作による*Bacillus cereus*血流感染が院内感染予防上の重要課題となっている。本研究では、病院業務を行う過程において、アルコールベース速乾性擦り込み式手指消毒剤を大量に使用することで、アルコールに感受性がない桿菌である*B. cereus*の手掌における菌交代が起こるかを検証した。手指消毒剤の使用量を基準に分類した3群で比較すると、業務開始前に比べて業務終了後の手掌におけるグラム陽性球菌数は、使用量が普通の群と多い群において有意 (<0.05) に減少した。一方、*B. cereus*数は使用量の多い群において有意 (<0.05) に増加した。業務開始前の手掌におけるグラム陽性球菌数に基づいて被験者を分けたところ、グループI (10未満) とグループII (10以上100未満) の群において、業務終了後のグラム陽性球菌数が有意 (<0.05) に減少していたが、*B. cereus*数は変化しなかったことから、手掌における菌交代は起こらないと考えられた。本研究では30秒以上の石けんと流水による衛生的手洗いを菌採取前に実施したので、*B. cereus*は物理的に洗い流すことが出来ないことが明らかとなった。したがって、*B. cereus*による血流感染を防止するためには、点滴操作直前の手指が患者周囲の環境に触れないように環境を整え、点滴操作時の手袋使用の必要性が示唆された。

索 引 用 語 : *Bacillus cereus*、速乾性手指消毒薬

Key Words : *Bacillus cereus*, alcohol-based hand sanitizer

- 1) 順天堂大学医学部付属静岡病院
Infection Control Room, Juntendo University Shizuoka Hospital
 - 2) 順天堂大学大学院医学研究科生体工学研究部門
Division of Computer Science, Juntendo University Graduate school of Medicine
 - 3) 順天堂大学医学部附属浦安病院・感染対策室
Infection Control Room, Juntendo University Urayasu Hospital
 - 4) 順天堂大学医療看護学部
School of Health Care and Nursing, Juntendo University
 - 5) 順天堂大学大学院医学研究科環境医学研究所
Institute for Environmental and Gender-specific Medicine, Juntendo University Graduate School of Medicine
- (Oct. 1, 2012 原稿受付) (Dec. 5, 2012 原稿受領)

I. はじめに

近年、国内においてもリネン類を介した*Bacillus cereus* (*B. cereus*) による病院内のアウトブレイク事例が報告され¹⁾ている。*B. cereus*は、様々な環境で生息することができ、乾燥・高温・消毒薬など細菌にとって不利な環境条件下では芽胞を形成し、生き延びることができる。*B. cereus*は環境菌であることから、検査過程でのコンタミネーションとして見逃されることが多かったが、平成18年6月から8月にかけて発生した自治

医科大学附属病院における*B. cereus*属の血流感染アウトブレイクに関する国立大学附属病院感染対策協議会による改善支援報告書¹⁾においては、*B. cereus*の芽胞はアルコールに抵抗性であるため、本菌に対する院内感染対策として血管内留置カテーテルを扱う際には、リネンから手指に付着する*B. cereus*の除去を目的とした流水と石けんによる手洗いを原則とするよう結論付けている。

研究対象施設では、感染制御の柱となる標準予防策の徹底を中心とした感染対策の導入を目指している。その一環として、アルコールベース速乾性擦り込み式手指消毒剤（速乾性手指消毒剤）の使用を励行するモデル病棟を設定することで手指衛生を遵守する運動を展開し、病棟環境の改善と職員の感染防御の意識向上を図っている。その過程で、速乾性手指消毒剤を常時使用している看護師の手掌からアルコール感受性菌が著明に減少した代わりに環境菌である*B. cereus*が検出されることが経験された。このことは、速乾性手指消毒剤を用いた手指消毒を徹底することにより、アルコール感受性菌が死滅する代わりに*B. cereus*が常在菌となるなど、アルコール使用によって菌交代現象が発生する可能性を示唆するものである。これまでに、手指消毒薬の使用により手指の皮膚常在菌叢が変化し、グラム陽性有芽胞菌の保有率が上がる可能性²⁾が指摘されている。そこで本研究では、病院業務を行う過程における速乾性手指消毒剤の使用量と医療従事者の手指の菌種との関係、病院周囲や病棟内の環境菌の状況を調査し、手指衛生を徹底することによる常在菌の種類の変化を明らかにするとともに、*B. cereus*による院内感染予防対策を検討することを目指した。

II. 対象と方法

1. 対象

当院に勤務する看護師およびコメディカル120名を被験者とした。

前年度に払い出された各部署の速乾性手指消毒剤の払い出し量の月平均値を基に使用量を推定し、使用量の非常に多かった1病棟の看護師を対象とした“多い群”（月平均払い出し量約500L以上）、平均的な量で使用されている4病棟の看護師を対象とした“普通の群”（平均約200L前後）、外来や検査室の看護師およびコメディカルを対象とした使用量の“少ない群”（平均約50L以下）とした。また、被験者について始業前に検出したグラム陽性球菌数が10個未満（グルー

プI）、10から100個未満（グループII）、100個以上（グループIII）の3群に改めて分類し直すことで、アルコール感受性菌の菌数に基づく分類での比較検討も行った。

2. 菌の採取方法

本研究では、医療業務において直接さまざまな部位に触れる手掌の常在菌に着目することとした。被験者の手掌の常在菌は、1日の業務開始直前・業務終了直後に30秒以上の石けんと流水による衛生的手洗いを実施することで一過性菌を取り除いた後、生理食塩水に浸した滅菌綿棒で手掌全体をまんべんなく拭き取り採取した。

病棟の環境落下菌は、週1回定期的に各部署（4病棟）の点滴作業台の上に血液寒天培地1個を1時間放置することで採取した。

戸外の空気中の環境菌は、週1回定期的に6階病棟（2か所）のダクト前に、血液寒天培地1個を1時間放置することで採取した。

3. 培養と同定

幅広い細菌群に対して発育を促進し、溶血反応を見ることができるトリプチケースソイII 5%ヒツジ血液寒天培地（日本ベクトン・ディッキンソン株式会社）を使用し、35℃のインキュベータで24時間培養した。24時間後、菌の種類をコロニーの形状から区別し、各菌数をカウントした。さらにグラム染色を行い、各コロニーの菌種の同定を行った。なお、*B. cereus*はβ溶血のあるコロニーをつくるグラム陽性大桿菌とした。

4. 統計解析

業務開始前と終了時におけるブドウ球菌と桿菌の菌数の変動について、Statistical Analysis System (SAS Institute Japan) を用いた多重比較検定 (Tukeyのステューデント化範囲検定) 並びに、カイ2乗検定を行うことで有意差 (平均±SD) を求めた。

5. 倫理的配慮

順天堂大学医療看護学部倫理委員会ならびに当院倫理委員会で承認された (受付番号2008-001 順浦倫第19-033号)。

III. 結果

対象とする外来・病棟各部署について速乾性手指消毒剤の使用量を比較すると、使用量が少ない群 (月平均一人当たり108.3±68.8ml, 平均±SD)、普通の群 (415.3±166.2ml)、多い群 (814.9ml±60.4) に分類することができ、平均使用量は3群とも互いに有意に異

なっていた (図1)。グラム陽性球菌検出数は、速乾性手指消毒剤使用量の多い群では業務開始前が 62.6 ± 18.5 個であり、業務終了後が 8.5 ± 4.6 個であり、普通の群では業務開始前 29.5 ± 10.2 個、業務終了後 13.7 ± 5.0 個となり、これらの群では、業務開始前に比して業務終了後のグラム陽性球菌検出数が有意 (<0.05) に減少していた (図2-a)。一方、使用量が少ない群は業務開始前 194.0 ± 58.9 個、業務終了後 151.7 ± 51.3 個であり有意な変化は認められなかった。

速乾性手指消毒剤使用量の多い群における *B. cereus* 数は、業務開始前が 0.3 ± 0.1 個、業務終了後が 1.0 ± 0.5 個となり、有意 (<0.05) に上昇した (図2-b)。一方、使用量が普通の群の業務開始前と終了後での *B. cereus* 数は、 0.5 ± 0.1 個と 0.6 ± 0.2 個であり、少ない群のそれは 0.3 ± 0.1 個と 0.5 ± 0.1 個であった。これらの結果を基に *B. cereus* の占有率を求めると、多い群・普通の群・少ない群の業務開始前と終了後ではそれぞれ、 $6.2 \pm 3.7\%$ が $20.4 \pm 6.2\%$ 、 $12.7 \pm 4.3\%$ が $23.0 \pm 6.0\%$ 、 $3.2 \pm 2.7\%$ が $6.2 \pm 3.1\%$ に変化した (図2-c)。業務開始前と終了後では、各群とも有意差はなかったが、業務終了後における3群の比較では、多い群、普通の群が少ない群に比べ占有率は有意に高かった (<0.05) (図2-c)。

結果としては示していないが、速乾性手指消毒剤使用量で分類した各病棟に所属する看護師間での菌の検出量が大きく異なっていた。そこで、始業前の手掌に存在したグラム陽性球菌検出数が10以下の群 (グループ I)、10~100未満の群 (グループ II)、100以上の群 (グループ III) に改めて分類したところ、グラム陽性球菌検出数はグループ I の業務開始前と終了後では 2.3 ± 0.4 個と 2.7 ± 0.9 個、グループ II では 37.4 ± 3.3 個と 25.6 ± 7.9 個、グループ III は 362.4 ± 82.7 個と 208.8 ± 75.7 個であり、グループ II とグループ III において有意 (<0.05) に減少していた (図3-a)。一方で、*B. cereus* 数はグラム陽性球菌検出数グループ I の業務開始前と終了後で 0.5 ± 0.1 個が 0.7 ± 0.2 個に、グループ II は 0.3 ± 0.1 個が 0.1 ± 0.3 個に、グループ III では 0.3 ± 0.2 個が 0.7 ± 0.3 個に変化した。手掌における *B. cereus* 数はグラム陽性球菌コロニー検出数グループ I においてのみ業務開始前に比べて業務終了後で有意 (<0.05) に増加していた (図3-b)。そこで、これらの結果を基に計算したグループ I、グループ II、グループ III の *B. cereus* 占有率は、業務開始前が $22.1 \pm 6.0\%$ 、 0.7 ± 0.3 、 $0.2 \pm 0.1\%$ であり、終了後が $29.7 \pm 7.1\%$ 、 $10.2 \pm 3.7\%$ 、 $11.5 \pm 5.1\%$ であった。*B. cereus* 占有率は、グループ II およびグループ III

において業務前に比べて終了後が有意 (<0.05) に高い結果であった (図3-c)。また、業務開始まではグループ I がグループ II やグループ III に対して有意 (<0.01) に高く (図3-c)、業務終了後では、グループ I がグループ II より有意 (<0.05) に高かった。

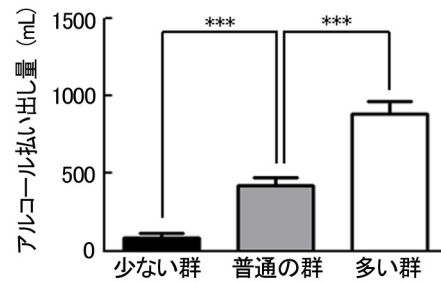


図1

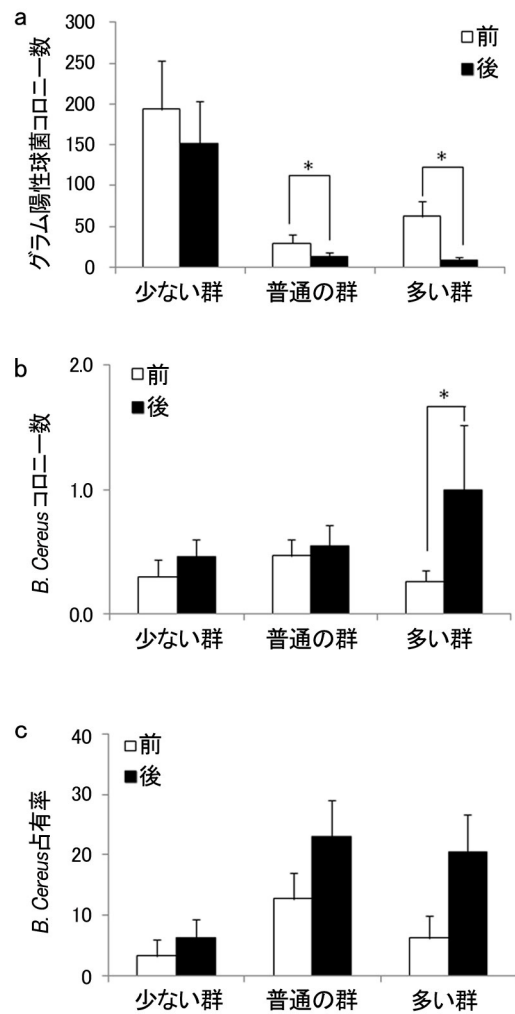


図2

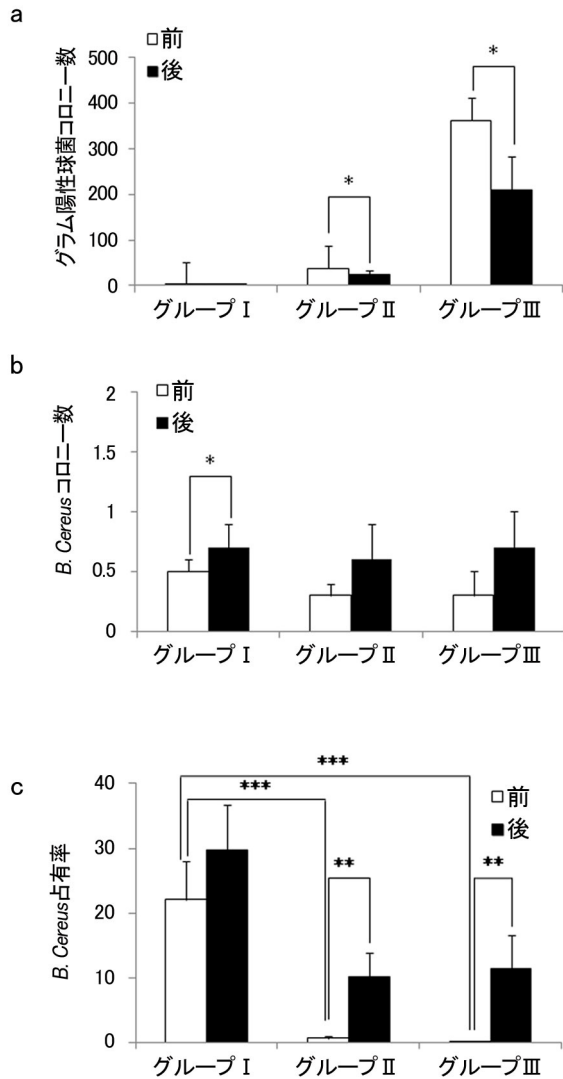


図3

環境落下菌採取の結果、グラム陽性球菌は速乾性手指消毒剤の使用量の多い病棟で多く検出された。また、週ごとでの変動は、使用量の多い群の病棟の7週目以外に大きな変動はなかった (図4-a)。一方、*B. cereus* 検出数は、対象病棟による差は無かった (図4-b)。なお、真菌はいずれの病棟においても検出されなかった。

屋外の環境落下菌は、*B. cereus*数が平均32個と多く検出され、次いで真菌・酵母類が平均17個検出された。病棟内で多く検出されたグラム陽性球菌は、平均6個であり、他の菌類に比べ少なかった (図4-c)。

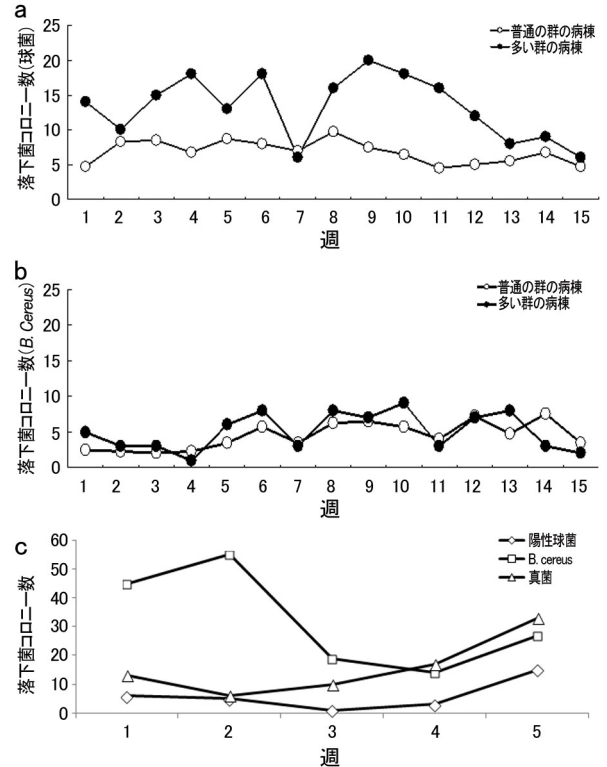


図4

IV. 考察

本研究では、医療従事者が病院勤務の前後で手掌における常在菌としての*B. cereus*とグラム陽性球菌の量がどのように変化するかについて、速乾式手指消毒薬の使用量を目安とした調査を行った。アルコール使用量が多いほど、手掌上のグラム陽性球菌数は減少していた (図2-a)。この結果は、CDCの「手指衛生のためのガイドライン」³⁾や、速乾式手指消毒薬消費量の有意な増加によってMRSA検出数が有意に減少したという報告⁴⁾を裏付ける結果であった。それらの結果と呼応するように、被検者の手掌上のアルコールに感受性のない*B. cereus*の占有率は、業務の前後の全ての場合において上昇した (図2-c、3-c)。しかしながら、速乾式手指消毒薬使用量で分類した群や手掌上の常在菌としてのグラム陽性球菌数で分類した群の間において、業務開始前の*B. cereus*数に有意な差は認められなかった。したがって、手掌には*B. cereus*が常在菌として存在するものの、速乾性手指消毒剤の使用によりグラム陽性球菌が減少したとしても、*B. cereus*が菌交代を起し手掌において増殖することはないと考えられた。

目に見える汚染がなければ擦式消毒用アルコール製剤の使用で良いとしているCDCの「手指衛生のための

ガイドライン」においても、芽胞形成菌である *Clostridium difficile* 菌による下痢への対応や *Bacillus* 属の炭疽菌への対応としては擦式消毒用アルコール製剤のみでは不完全であることが指摘されている³⁾。アルコールに感受性がない芽胞は、非抗菌性石けんや抗菌石けんと流水を組み合わせた物理的手段で除去することができる。笹原ら⁶⁾は、流水による除菌を行い、エタノールを使用して手の付着菌を減少させた後、両手に乾くまでまんべんなく擦り込んだ芽胞化した *B. cereus* は、エタノールでは除菌されないものの、液体石けん30秒手洗いによって90~99%の菌が除かれ、液体石けん60秒手洗いでは99%以上が除去されることを示している。このことは、一過性菌として付着した *B. cereus* のようなアルコールに感受性がない菌は、流水などで物理的に洗い流すことが除菌のために効果的であることを示している。しかしながら、本研究において30秒以上の流水と石けんによる手洗いを行って一過性菌を除去しても、*B. cereus* が手掌において常に一定数検出された (図2b、3b) ことは、病院業務で通常行われている擦式消毒用アルコール製剤の使用と30秒以上の流水と石けんによる手洗いの組み合わせだけでは、皮膚常在菌として存在する *B. cereus* を完全に除去することが大変難しいことを示唆している。さらに興味深いことに、アルコール使用量の多い群や手掌のグラム陽性球菌数10未満の群において、業務開始前に比べて業務終了後に常在菌化した *B. cereus* 数が有意に増加した。これらの結果は、アルコール感受性菌が手指に少ない環境では、環境中の *B. cereus* が手指において常在化しやすくなることを示唆するものである。CDCのガイドラインでは、アルコール耐性菌に対する除菌法として、手袋を使用することも有益であると指摘している³⁾。今回の結果から、*B. cereus* による院内感染を完全に防ぐためには、十分な流水と石けんによる手洗いを実施した上で、必要に応じた手袋の着用が有効な手段であると考えられた。

日本における *B. cereus* による院内感染は、主に血管内留置カテーテル感染が問題となっている。自治医科大学病院における血流感染症アウトブレイク¹⁾においても、末梢静脈ルートから *B. cereus* が検出されている。末梢静脈カテーテルは臨床的に多用されているにも関わらず、血流感染発生率と臨床上的意義、防止対策についての報告は少ない⁵⁾¹²⁾。1999年に報告された静脈点滴注射剤などの衛生管理に関する実態調査では、院内感染した患者の血液培養分離菌はMRSAを含む

Staphylococcus aureus が27.9%、CNSが17.3%、*Bacillus* 属が1.2%であり、死亡した血液培養陽性者(357人)における *Bacillus* 属による死亡者は0.8%であった¹⁰⁾。国立感染症研究所が中心となって行った院内感染対策サーベイランス (JANIS) の2006年4~5月分サーベイランスの報告では、血液から分離された菌株総数に対する主要分離菌の頻度 (%) は、黄色ブドウ球菌 (19%)、CNS (23%)、大腸菌 (12%)、*Streptococcus* 属 (4%)、肺炎桿菌 (4%)、腸球菌 (4%)、緑膿菌 (3%)、肺炎球菌 (3%)、*Bacillus* 属 (3%) などが上位を占めると報告している¹¹⁾。これらの結果は、*Bacillus* 属の血流感染が一定の頻度で発生することを示しており、血管内留置カテーテルの院内感染対策が重要な課題であることを示している。末梢静脈留置カテーテルは臨床的に多用されているにも関わらず、末梢静脈留置カテーテルでの血流感染発生率と防止対策についての検証例は少ない。末梢静脈留置カテーテル由来感染症例を中心静脈カテーテル由来血流感染症例と比較したところ、黄色ブドウ球菌による末梢静脈留置カテーテル由来血流感染症例は、中心静脈カテーテル由来血流感染症例よりも遠隔感染病巣を有する菌血症の発生率および全死亡率が高いとの報告がある⁹⁾。このことは、末梢静脈ルートであってもカテーテルの扱いには十分な注意を要することを示唆している。CDCの「血管内留置カテーテルに関する感染予防ガイドライン」⁶⁾によれば、血管内留置カテーテルを扱う場合の手指衛生として、カテーテル挿入部位に触れる前と後、血管内留置カテーテルの挿入、交換、アクセス、修理、ドレッシング取扱いの前後には、手の衛生手順に従うこととされ、消毒薬を含む通常の石けんと流水、もしくは流水を必要としないアルコールジェルまたはフォームを用いた手指衛生を遵守することとされている。しかしながら、*B. cereus* が医療従事者の手掌に常在し、また、病院業務の過程で手掌における菌数が増加しやすい環境であることが明らかとなったことから、血管内留置カテーテルを扱う前に石けんと流水を用いて手洗いをするだけでは *B. cereus* による院内感染を完全に防ぐことは難しいと考えられる。カテーテル装着時だけでなく、点滴液作成時、病室における点滴の交換時、三方活栓などデバイスを操作する時など、血流感染に直結するような作業を行う場合には、直前に石けんと流水による手洗いと速乾性手指消毒剤による効果的な手指消毒を行った後、手袋を着用することが着実な *B. cereus* による院内感染の防止

に結びつくと考えられる。一方で、手荒れや作業効率、さらには経済的な制約なども十分に配慮する必要があり、*B. cereus*による院内感染対策を実効性のあるものにするためには、手袋の扱い方や管理の仕方も含めた作業手順の検討が今後の課題である。

利益相反について：本研究にあたり利益相反はない。

参考文献

- 1) 国立大学附属病院感染対策協議会：自治医科大学附属病院における*B. cereus* group血流感染アウトブレイクに関する国立大学附属病院感染対策協議会による改善支援調査報告書，2007
- 2) 小川みどり，高田真一郎，高橋正雄，他：速乾性擦式消毒剤による手指消毒後の*B. cereus*などのグラム陽性有芽胞桿菌の残存．産業医科大学雑誌，28(4)，401-410，2006
- 3) CDC:Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection control Practices, 51(16)，2002
(大久保憲訳：医療現場における手指衛生のためのCDCガイドライン．メディカ出版，2003)
- 4) 本田順一，小川節子，野田順子，他：速乾式手指消毒剤消費量とMRSA検出数．環境感染，20(4)，231-236，2005
- 5) 笹原鉄平，林俊治，森澤雄司：*B. cereus* (*B. cereus*) - 見逃していませんか？その発熱の原因 - INFECTION CONTROL, 17(11)，1076-1080，2008.
- 6) CDC：Guideline for the prevention of intravascular Catheter-Related Infections, MMR, 51(10)，1-26，2002.
(矢野邦夫訳：血管内カテーテル由来感染予防のためのCDCガイドライン．メディカ出版，2003)
- 7) 笹原鉄平，林俊治，森澤雄司，他：*B. cereus*に汚染された手指の衛生管理方法の検討．環境感染，23(別冊)，246，2008.
- 8) 芳野崇，鈴木理恵，新谷良澄，他：アルコールゲル擦式手指消毒剤の殺菌効果の検討．環境感染，20(2)，81-84，2005.
- 9) M.Pujol, A.Hornero, M.J.Argerich, et al：Clinical epidemiology and outcomes of peripheral venous catheter-related bloodstream infections at a university-affiliated hospital. Journal of Hospital Infection, 67, 22-29, 2007.
- 10) 荒川宜親：点滴静脈注射などの衛生管理に関する実態調査報告書．1999.
- 11) http://www.nih-janis.jp/report/season/kihou/2006_2/ken_note.html
- 12) S.Matsumoto, H.Suenaga, K.Naito, et al：Management of Suspected Nosocomial Infection:and Audit of 19 Hospitalized Patients with Septicemia Caused by *Bacillus* Species. Jpn.J.Infect.Dis., 53, 196-202, 2000.

Original Article

Abstract

Analysis of the population change of microorganisms on hand skin by usage of alcohol-based hand sanitizer

Prevention of *Bacillus cereus* bloodstream infection during the use of infusion systems has recently become a critical issue for the prevention of nosocomial infections. We assessed whether usage of large volumes of alcohol-based hand sanitizer may result in microbial substitution, of alcohol-sensitive microorganisms by alcohol-resistant *B. cereus*, on hands. Hospital wards were divided into 3 groups, those with the highest usage (>500 L/month), medium usage (about 200 L/month) and lowest usage (<50 L/month). In the highest and medium usage groups, but not the lowest group, the numbers of Gram-positive cocci recovered by swabbing the palms of workers were significantly lower after than before their shifts ($p<0.05$). However, the number of *Bacillus cereus* colonies were significantly ($p<0.05$) increased in the highest usage group. Based on the number of Gram-positive coccus colonies on the palms before work, the subjects were classified into three groups; those with <10 (group I), 10-99 (Group II) and >99 (Group III) Gram-positive coccus colonies. In Group I, the number of Gram-positive coccus colonies on the palm were significantly ($p<0.05$) decreased after work, whereas the number of *B. cereus* colonies were not changed, making it unlikely that usage of alcohol-based hand sanitizer resulted in bacterial substitution, from alcohol-sensitive to alcohol-resistant bacteria, on the palm. Although samples were collected from subjects after hygienic hand-wash with soap and running water for at least 30 seconds, the number of *B. cereus* colonies in group I significantly increased after the work, suggesting that the hygienic hand-wash itself cannot wash out residential *B. cereus*. These findings suggest that wearing gloves during the drip infusion procedure may be effective for preventing *B. cereus* bloodstream infection during the use of infusion systems.

Key Words : *Bacillus cereus*, alcohol-based hand sanitizer

NAGATOMI Mieko EHARA Yoshirou NAKAZAWA Takeshi
ASOU Yasuyo ISHI Kazuhisa KUDOU Ayako IWABUCHI Kazuhisa

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究11
P.8-17 (2013)

神経難病患者の「スピリチュアルな苦悩」に対する 病棟看護師の捉え方とケアに関する質的研究

Qualitative research on the recognition of nurses for "the spiritual suffering" of patients with intractable neurological diseases and nursing care

長瀬 雅子¹⁾
NAGASE Masako

高谷 真由美¹⁾
TAKAYA Mayumi

榎子 嘉美¹⁾
KUWAKO Yoshimi

青木 きよ子¹⁾
AOKI Kiyoko

堺 恭子²⁾
SAKAI Kyoko

山本 育子³⁾
YAMAMOTO Ikuko

要 約

神経難病患者は、病気の診断や病状の進行に伴い「スピリチュアルな苦悩」を経験しているが、そのことを取り上げた看護研究はほとんどみられない。本稿では、神経難病患者の「スピリチュアルな苦悩」を看護師がいかに捉えているのか、またその苦悩に対していかにケアしようとしているのかを明らかにすることを目的とした。研究デザインは分析的帰納法で、データは半構成的面接法を用いて収集したインタビュー記録とし、研究協力者を神経難病患者へのケアを十分に語ることができる特定機能病院の看護師とした。分析では、まず看護師が捉えている患者の「スピリチュアルな苦悩」を、次に患者の「スピリチュアルな苦悩」とそれに関連したケアに対する看護師の認識の仕方をデータから取り出した。研究協力者は、人生の意味への問い、病や障害の受容、孤独、希望といった、患者が経験している「スピリチュアルな苦悩」について語ったが、それらを「スピリチュアルな苦悩」とは捉えていなかった。また、そうした苦悩へのケアを、【患者の望む生き方に向けた支援】【生きる拠り所である“できる”という思いに対する支援】【少しでも可能性のある“いま”を大事にする支援】として語った。

索引用語：神経難病、スピリチュアルな苦悩、看護師の認識、希望を支えるケア

Key Words：intractable neurological diseases, spiritual suffering, recognition of the nurse care to support hope

I. はじめに—神経難病患者へのケアにおける看護の専門性への問い

神経難病とは、症状の進行とともに自立的な日常生活が困難になる可能性のある、神経変性疾患の総称である。具体的には、筋萎縮性側索硬化症などの運動ニ

ューロン疾患、多系統萎縮症などの脊髄小脳変性症、多発性硬化症、重症筋無力症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺などの疾患がある¹⁾。これらの疾患の多くが難治性かつ進行性で、身体機能に重度の障害が現れ、その病気の進行とともに自立した日常生活の維持が困難になる。また、認知機能に影響するものもあり、患者や家族がさまざまな苦悩を抱えていることが指摘されている²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾。

神経難病患者や家族の苦悩には、身体症状に対するものや生活障害に対するものだけではなく、療養環境、役割遂行、経済、夢に関連するものなどがある³⁾。患

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順天堂医院
Juntendo University Hospital

3) 順天堂大学医学部附属浦安病院
Juntendo University Urayasu Hospital

(Oct. 1, 2012 原稿受付) (Jan. 9, 2013 原稿受領)

者の手記には、病名を告知されるまでの人生が「順風満帆」であり、告知とともに「人生の幕を下ろす」「未来が閉ざされる」「奈落の底に突き落とされる」という記述がみられる⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。これらからは、障害がなく、健康だった過去と診断され神経難病を持つ患者としての現在、そして未来との間には、「時間」の断絶があり、それに伴う「スピリチュアルな苦悩」が生じることがあげられる。また、手記からは、「何もできない自分が生きていていいのだろうか?」というような自己の存在意義の揺らぎや、周囲の人々に理解してもらえないことによる孤立感などといった、他者との関係で生じる「スピリチュアルな苦悩」に関する記述も見られる。つまり、神経難病患者は身体的、社会的、精神的な苦悩だけではなく、「スピリチュアルな苦悩」もまた経験しているのである。

しかしながら、医療における「スピリチュアルな苦悩」については、終末期医療やがん医療の場にみられる現象を取り上げているものがほとんどある。我が国の医療の場にスピリチュアルという概念が取り込まれてから30数年が経過し、1999年ごろから研究論文数の急激な増加がみられるものの¹³⁾、慢性疾患患者を対象としたものは3%余である。神経難病患者へのケアという文脈での研究はさらに稀少で、和文および英文のいずれにおいてもほとんど見当たらないのが現状である¹⁴⁾。

神経難病患者やその家族にとっては、日常生活を調整し、生活を維持するための具体的な支援を得ることの方が「スピリチュアルな苦悩」を癒すケアよりも重要となる¹⁵⁾。そのため、看護職者の関心がケアシステムの構築や家族教育に向けられているのは必然であると考えられる。一方で、前述したような患者の「スピリチュアルな苦悩」に関する研究論文数の稀少さが看護職者の関心の低さを表しているのかとえば、必ずしもそうではないのではないだろうか。終末期医療やがん医療の場では、スピリチュアルを「生きる意味や自己の存在価値、自己のありよう、神仏などへの希求といった、健康な時にはほとんど意識化されない精神的な領域」と定義されてきた⁶⁾。神経難病患者が苦悩を経験していれば、看護職者がそうした苦悩に対して何らかの働きかけをしているのではないか。その働きかけ(=介入)がありながら「スピリチュアル」について言及していないのはなぜなのか。患者の苦悩やそれへのケアを表現するのに、「スピリチュアル」以上に重要とされる価値があるからとされると、その価値がいかに具現化されているかを明らかにすることによって、

神経難病患者へのケアの場における看護の専門性を明確にすることへの一助となるのではないかと考える。

II. 目的

本稿では、神経難病患者の「スピリチュアルな苦悩」に対する捉え方と、それへのケアに関する、神経難病患者のケアに従事している看護職者の認識を明らかにする。

なお、本稿では、「スピリチュアル」を「生きる意味や自己の存在価値、自己のありよう、神仏などへの希求といった、健康な時にはほとんど意識化されない精神的な領域」と定義する。

II. 方法

本稿の研究デザインは分析的帰納法である。分析的帰納法とは、少数の事例、あるいは観察や文献に基づいて初期仮説を構成し、さらに否定的な事例/逸脱する事例を積極的に探しながら仮説検証および仮説の洗練化を行う理論構築方法である¹⁶⁾。

1. 研究協力者の選定

研究協力者は、看護業務に従事した経験が5年以上あり、そのうち神経難病患者の入院病棟とされる部署で勤務した経験が3年以上の大学病院の看護師とした。まず、研究協力者が所属している病棟看護責任者に条件を満たす看護師を選定してもらい、全員に調査への協力依頼に関する文書を配布した。その後、著者らが個別に研究協力への意思を確認し、研究協力の同意を得た。

2. データ収集

半構成的面接法を用いて収集したインタビュー記録をデータとして使用する。インタビューは、一人60～90分を目安に実施した。主な内容は、日々の看護実践の中で遭遇する患者の苦悩とそれへの看護師としての対応、および神経難病患者への看護の中でとりわけ大事にしていることについてである。なお、インタビューでは、研究協力者の戸惑いを避け、神経難病患者の苦悩について可能な限り自由に語ることができるよう、「スピリチュアル」「スピリチュアルケア」という用語を極力用いないようにした。

3. 分析手順

まず、研究協力者の語りの中から、神経難病患者の

思いや苦悩／「スピリチュアルな苦悩」に関する箇所を取り出した。それらを類似した意味内容ごとに分類し、それぞれのカテゴリーを表わすラベルを付与した。また、世界保健機関のQuality of Life-Spirituality, Religion and Personal Belief尺度（WHOQOL-SRPB）の構成要素¹⁷⁾（絶対的存在との連帯感、人生の意味、畏怖の念、統合性と一体感、内的な強さ、心の平穏・安寧・和、希望と楽観主義、信仰）を参照しながら、それぞれの要素に対応させた。

次に、患者の思いとそれへのケアに対する看護師の認識の仕方をデータから取り出し、まとまりのある意味内容ごとに類似するものをカテゴリー化し、カテゴリー間の類似性を比較して抽象化したカテゴリーを生成した。また、それぞれのカテゴリーを表わすラベルを付与した。

なお、分析の信頼性、妥当性を確保するために、2名の共同研究者および、研究協力者ではない神経難病患者への看護に従事している中堅看護師とともに、分類の妥当性を評価した。

4. 倫理的配慮

調査は研究者らが所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究対象者の選定では、病棟管理責任者などによる職場内の強制力が働かないよう、最終的な研究協力への意思確認は著者が行うとともに、その結果は秘匿とした。また、予め「撤回書」を配布し、いつでも自由に研究協力を撤回できるようにした。さらに、語られる内容がケアの質や勤務状況を評価するものではないことを保証した。

IV. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は2施設3部署の看護師11名で、全員が女性である。臨床経験年数は、6～9年目の者が10名と、20年目の者が1名である。なお、当該病棟勤務年数は、6～9（7.09±0.84）年である。

2. 看護師が語った患者の思いや苦悩とWHO-SRPBとの関係

神経難病患者の思いや苦悩については、30の語りが得られ、8サブカテゴリー、4カテゴリーに分類した。【人生の意味への問い】は、【病や障害に直面することに伴う苦悩】【孤独】【病や症状の進行に対する不確かな期待】に関する苦悩が見いだされた（表1）。

表1 語られた患者の思いや苦悩とWHOQOL-SRPBとの関係

| カテゴリー | サブカテゴリー | WHOQOL-SRPBの要素 |
|---------------------|-----------------------|----------------|
| 【人生の意味への問い】 | 夢や将来への希望が断たれたという思い | 人生の意味 |
| | 家族に迷惑をかけてまで生きることへの葛藤 | |
| 【病や障害に直面することに伴う苦悩】 | 自己イメージの変容 | |
| 【孤独】 | 社会的認知が低い疾患であるという思い | 心の平穏・安寧・和 |
| | 家族にも本音が言えないことによる孤立感 | |
| | 他者からの同情の得られにくさ | |
| 【病や症状の進行に対する不確かな期待】 | 病や障害がこれ以上悪化しないという思い | 希望と楽観主義 |
| | 医療者が指摘するほど重症ではないという思い | |

表2 患者の苦悩に対する対処

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|-----------------------------|-------------------|
| 【患者の望む生き方ができるような支援】 | いまの、また将来への思いの受けとめ |
| | 人間らしく生きる権利の保障 |
| | 療養に関する意思決定への支援 |
| 【生きる拠り所である“できる”という思いに対する支援】 | 患者の力を引き出す |
| | 目標（ゴール）の設定や調整 |
| | 機能喪失に伴うQOL低下の予防 |
| 【少しでも可能性のある“いま”を大事にする支援】 | より良い状態で“いま”を過ごす |
| | 可能性を諦めない |
| | 「いまある生」に対する支援 |

1) 【人生の意味への問い】

【人生の意味への問い】は、〈夢や将来への希望が断たれたという思い〉と〈家族に迷惑をかけてまで生きることへの葛藤〉で構成された。たとえば、次の語りは〈夢や将来への希望が断たれたという思い〉についてのものである。

30歳前後の女性の患者さん〔多発性硬化症〕が、私たちのように結婚もしたかったし、子どもも生みたかったし、もう少し社会に出て仕事もしたかったと泣きながら言ったことがありました。その方は子宮体がんで子宮を摘出したので、子どもが生めない……病気だから、動けないから、結婚できないことは分かっているんだけど、子宮がなくて女性として

の象徴がなくなったということも悲しかったと……ここで語られた患者は、10歳代後半に多発性硬化症と診断され、呼吸機能障害の進行によって亡くなった。患者は、運動機能障害、膀胱直腸障害などといった症状が進行することで就職や結婚のような将来への夢や希望を諦めるようになったが、子宮摘出術を受けたことでさらに「女性としての自己」を喪失したという。

また、〈家族に迷惑をかけてまで生きることへの葛藤〉については、次のような語りが得られた。

自分は呼吸器に繋がったり、胃瘻を作ったりしてでも生きたいと思っても、施設に入るか自宅で家族に看てもらわなければならない。うちのような病院には長くは住めないから……すごく泣きながら、「実は言えなかったけれど、自分は呼吸器も着けたし、胃瘻も作りたいし、動けなくなっても命が続くなら全部やってほしい」「でも、自分がやりたいって言ったら、家族はとて仲がいいから絶対にやらないでなんて言わないのは分かってる」と言って……これから先の人生を考えたとき、自分の介護だけに奥さんの時間が費やされるのはどうかと思うとおっしゃって……

これは、病や障害を抱える前には自明のことであった「生きる」ということが、介護を享受する現在においては生きるために理由や意味を必要としていることを表わしている。

2) 【病や障害に直面することに伴う苦悩】

【病や障害に直面することに伴う苦悩】は、〈自己イメージの変容〉で構成された。症状の進行に伴って、それまでできていたことができなくなることで、患者は自己イメージの変容を経験している。

3カ月に一度、磁気療法のために入院しているSCD (= 脊髄小脳変性症)の方がいます。その方は、だいぶ長くて、入院するとずっと歩く練習をしていたんです。でも、徐々に歩けなくなっていく中で、体格がいいから看護師では支えきれなくなって……歩行練習を続けられないということを伝えたくて……そうしたら、私たちに一度も涙を見せたことがなかった人なんです、夜、ベッドサイドに行ったら号泣して……歩くということが支えになっていたんですね。

これは、〈自己イメージの変容〉を経験している患者のことを語ったものである。嚥下機能が低下しているにもかかわらず経口摂取に拘る患者についての語りもあった。

3) 【孤独】

【孤独】は、神経難病に含まれている疾患の一つ一つに対する〈社会的認知が低い疾患であるという思い〉、家族介護の困難さに伴う〈家族にも本音が言えないことによる孤立感〉、〈他者からの同情の得られにくさ〉で構成されていた。

がんの患者さんとかは「かわいそう」ってされるじゃないですか。だけど、あまり世間的には知られていないから、一つ動きが悪くなったり、できなくなったりすると、「何かちょっと動けないんだね。この人、かわいそうだね」ぐらいの見方しかされないの、かわいそうとは思われないのではないかと思います。

これは、がんに対する社会的認知の高さ、治療が過酷であると考えられていることさや死を連想しやすいことによって同情の得られやすさと対比した語りである。また、家族が患者に表れている症状に対して理解できなかったり、理解していても思うように日常生活が送れなかったり介護できなかったりすることによって、患者と家族の良好な関係性が変化する可能性について語ったものもある。

パーキンソン病だと不随意運動とかが多くて、ご家族が疲れちゃうことが多いんですね。それで、ご家族からも冷たく扱われている方が結構多くて……本人は動きたくないのに勝手に動いちゃうんですけれども、家族はそれを分かっているもなお「何で動くんだよ」みたいな感じだったり……パーキンソン病の方ですごく細かい方も多いんですね。それで、実際にご家族からDVを受けている方もいます。

この語りには、患者が家族の中で孤立する可能性が表れている。

4) 【病や症状の進行に対する不確かな期待】

【病や症状の進行に対する不確かな期待】は、〈病や障害がこれ以上悪化しないという思い〉〈医療者が指摘するほど重症ではないという思い〉で構成されていた。たとえば、進行を抑えるために代替医療を試みる患者についての語りがある。

いまはインターネットなどで情報がいろいろ手に入るの、患者さんのほうが意外にいろいろなことを知ってるというのがあります。ベタフェロンが効くといったら「ベタフェロンをやる」とか……鍼とかマッサージとか、いろいろやってる人もいます。文献とかネットとかを見て「自分は治らないか

もしれない」と思う反面、「自分は治るんじゃないか」「もしかしたら良くなるんじゃないか」というふうにも思っているんじゃないかな……。あまりにも病状が悪くなったり良くなったりを繰り返したら、「まただ」となるのでしょうか、やっぱりいい状態になったら、「よくなるんじゃないか」と、そういう話をしなくても思っているんだろうなと思います。

これは、病や障害がこれ以上悪化することなく、むしろ良くなるかもしれないという期待を表わした語りである。また、球麻痺症状が現れている筋萎縮性側索硬化症患者の事例では、医療者が胃瘻造設や吸引が必要であると考えていたが、本人も家族も楽観的で、看護師の指導に対してあまり熱心ではないこともあるという語りもあった。パーキンソン病患者の事例では、積極的に鍼灸治療を受ける患者について語られた。

3. 「スピリチュアルな苦悩」へのケアに関する看護師の認識

「スピリチュアルな苦悩」に対するケアとしての看護師の語りは、92コード、9サブカテゴリーが得られ、【患者の望む生き方に向けた支援】【生きる拠り所である“できる”という思いに対する支援】【少しでも可能性のある“いま”を大事にする支援】の3カテゴリーに分類された。

1) 【患者の望む生き方に向けた支援】

【患者の望む生き方に向けた支援】は、〈いまの、また将来への思いの受けとめ〉、〈人間らしく生きる権利の保障〉、〈療養に関する意思決定への支援〉で構成されていた。たとえば、次の語りは、肺炎のために入院し、膀胱留置カテーテルを装着していたパーキンソン病患者への排泄ケアが「人間らしく生きる権利の保障」としてのケアを表したものである。

〔尿閉で長い間自尿がなかった後の〕あの出たときの喜びは半端じゃないですからね、私たち。……でも、出ないわけないって思うんですよね。最初は、〔膀胱留置カテーテルを〕抜いたあと、絶対に溜まっているはずなのに尿意が分からない……。だから、トイレにいったお水をかけたり、音姫で音を聞かせたり……。それを何日も繰り返して。夜だけはちょっと無理ですけど、昼間は食前、食後、トイレに連れていく。普通の人が生活するような権利を患者さんも持っているんだから……。1カ月半ぐらいたった日に、〔自分から突然〕「おしっこ、出ますよ」と言い

出して、「うそでしょう？」みたいな感じで連れていったら出て……。残尿はないし……。だけど、やっぱりみんなにはちゃんと生活を送る権利があるから、たとえ寝たきりで病院であっても……。パーキンソン病の人は、尿閉になるので難しいんですけどね。でも、やっぱり長期間のあの留置が絶対にいけないというのは分かっているから、出ないわけではない……。人間らしく生きるためには〔管類は〕ないほうがいいから、徐々にという感じですかね。

また、〔療養に関する意思決定への支援〕では、患者の生命を守ることと患者の自己決定の尊重との間で倫理的葛藤を感じることもあるという。

よく思うんですけど、〔がんの患者との違いは〕ゴールがあるか、ないかだと思うんです。言い方は悪いですけど、がんの人は、大体、余命みたいなものがあるけれど神経難病の人って徐々に悪くなっていきつつ、最終的な「いついつです」みたいなのは、大体、年単位でしか言われなから、そこまでどう生きるかだと思うんですね……。〔がんの患者さんも〕その人らしく生きるというのももちろん大事なんですけど、痛みがあったら何もできないから、薬などの調節をしている……。でも神経難病って、何か、痛みを取るといっても本当にその人がしたいことをどれだけできるか……。その人が「ご飯を食べたい」という欲求があるんだしたら、詰まってもいいからご飯を食べるとか……。ずっと絵を描きたいから寝る前まで絵を描き続けるとか……。それで、死期が早まったとしてもいいのかなとは思いますが……。この語りは、単に患者の希望を叶えることが延命に勝るということを意味しているわけではない。食に固執するほどの患者の強い思いが患者の生き方そのものを表わしていると、研究協力が受けとめようとしていることを表している。

2) 【生きる拠り所である“できる”という思いに対する支援】

【生きる拠り所である“できる”という思いに対する支援】は、〈患者の力を引き出す〉、〈目標（ゴール）の設定や調整〉、〈機能喪失に伴うQOL低下の予防〉で構成されていた。患者の「食べる」「座る」「トイレに行く」という欲求に対して、なんらかの工夫を通して実現しようとしており、こうした支援が患者の生きる意欲や拠り所と密接に関連していると研究協力者たちは捉えていた。たとえば、自力での有効な動作がまったく不可能な状態であり、起立性低血圧のため

に1分程度しか座位保持ができない患者が、「座る」という動作を「心の拠りどころ」にしていたという事例についての語りがある。

本人が「座る」ということを希望していたんです。自分ができることは、できるだけやりたい……3分とか1分ですけど、座ってご飯を食べる。でも、それだけで疲れちゃって……本人の椅子で、頭も支えていられないので、おうちから持ってきたクッションみたいなものにちょっと頭をつけて過ごしてる……それも、だんだん力が入らなくなって適わなくなってきて……そうしたら頻回に「座れるんじゃないか」「座りたい」と言うようになって。たぶん、座れなくなったら自分は本当に駄目だというのがあったんだと思うんですよね。もう座るのは危なすぎで、支えがないと無理だから……力が入らなくて、座らせても1分も持たないというのを繰り返していたときに、医師が「車いすとか椅子に座るのは、ちょっともう無理だと思いますよ」と言ったら、2~3日ぐらいであれよあれよと状態が悪くなって。多分、もう生きる気力を失くしちゃったんだろうね……。

3) 【少しでも可能性のある“いま”を大事にする支援】

【少しでも可能性のある“いま”を大事にする支援】は、〈より良い状態で“いま”を過ごす〉〈可能性を諦めない〉、〈「いまある生」に対する支援〉で構成されていた。入退院を繰り返す神経難病患者の多くは、いずれ自立した日常生活を送ることができなくなる。そうした将来を当然ながら予測しつつ、敢えて「いま」を見つめることで、症状の進行を悲観、諦観するのではなく、「まだ可能性がある」と希望的に捉えていた。

患者さんがこれをやりたい……例えば、歩きたいとか、立ちたい……どうしてもポータブルトイレに移りたいと言えば、……そのうちできなくなる時がくるので、できるうちにやってあげたい……

一方で、研究協力者たちは、決して根拠のない「希望」を抱いているわけではなく、神経難病患者へのケアに従事してきた看護師としての経験をアセスメントに生かしていると語っていた。

大体、ご飯を食べられるようなレベルの時に肺炎になったという人は回復するし……人は、そう簡単には亡くならない。ただ、それをきっかけにガラッと症状が重くなるので……寝たきりでバルーン [= 膀胱留置カテーテル] や点滴が入って、抑制されて

という状況で来たときに……看護師の見方によっては抑制を外せる時間ができたり、バルーンを抜いたり、ずっと経管栄養なんじゃなくて食事に移行できたり……私たちから医師にどんどん言えば、その分離床も早いし、回復も早いし……うまくアセスメントできるような人がどんどん増えれば、もっと効率よくいくんじゃないかなと思ってる……

V. 考察

本研究の結果では、神経難病患者のスピリチュアル苦悩を、看護師が【人生の意味への問い】【病や障害に直面することに伴う苦悩】【孤独】【病や症状の進行に対する不確かな期待】として捉えていることを示した。このことは、終末期にある患者あるいはがん患者へのケアだけではなく、神経難病患者へのケアにおいてもスピリチュアリティへの視座が必要であることを示唆していると考えられる。一方で、研究協力者の語りからは、患者の苦悩を必ずしも「スピリチュアルなもの」として捉えているわけではないことが明らかにされた。つまり、研究協力者たちは、自らが語った患者の苦悩を「スピリチュアルな苦悩」としては認識していないが、症状の進行速度の緩急に関わらず、障害を抱えて生きる過程において生じた、そのような苦悩を認識し、受け止め、看護師として関わろうとしているのである。では、神経難病患者へのケアという文脈では、いかに「スピリチュアルな苦悩」に対するケアとして具現化しているのだろうか。

神経難病患者へのケアにおいて、「スピリチュアル」という概念を使わない理由を考察する手がかりとして、研究協力者が患者の苦悩をいかに理解し、概念化しているかに焦点をあててみたい。なぜなら、ある現象や行為をいかに理解し、概念化するかは、その〈場〉における価値づけによるところが大きいとされているからである。〈場〉とは、ある特定の空間における、さまざまな人やモノが織りなす関係性であり、さまざまな工夫や仕組みによって育まれるものである¹⁸⁾。したがって、患者の「スピリチュアルな苦悩」をいかに理解し、概念化するかは、神経難病患者へのケアの場において、なにを価値あるものとして位置づけているのかによると考えられる。

神経難病患者の生活を支援するための鍵概念の1つに、「障害受容」が挙げられる。患者が診断を受け、症状や障害の進行に伴って自立した日常生活を営むことの困難さや、社会的活動の継続における不利を自覚

することによって、患者は強い衝撃を受ける。また、病を抱えた生活は不確かなものであり、現状が変化するたびに右往左往するものである¹⁹⁾。しかし、上田²⁰⁾は、障害受容の過程において、人は不確かさの中での大きな揺らぎを経験しながらも、障害を抱える前と現在における価値の転換・拡大を達成することができる存在であると述べている。価値の転換・拡大によって、人は大きく成長し、社会的不利の克服に対しても積極的にとり組むようになる。時には、「障害者」としての自分に新たな人生の意義を見出すことができるという。障害を受容して社会的不利を克服し、生活しやすいよう支援することにケアの「価値」があるがゆえに、「スピリチュアル」という概念を必要としていないのではないかと考える。

確かに、研究協力者が語ったケアの内容を分類すると、【患者の望む生き方に向けた支援】【生きる拠り所である“できる”という思いに対する支援】【少しでも可能性のある“いま”を大事にする支援】の3つが示された。これらはすべて、患者が生きようとする態度、患者の生そのものを支援しようとするものである。また、これらは、患者が希望を見出せるようなケアであり、希望を支持するかわりでもある。闘病の先にある症状の進行や死というものを熟知しているからこそ、可能性のある「いま」を大切にしたい、「可能な限りあたりまえの生活」が送れるように支援しようという看護師の願いの表れではないかと考える。つまり、ケアには「スピリチュアルな苦悩」へのケアが内包されているかもしれないが、「スピリチュアル」自体をケアの中心に据えているわけではなく、むしろ研究協力者のケアは「スピリチュアル」を含めた「生活」や「生き様」に焦点があてられているのである。

神経難病患者は、徐々に、あるいは急速に病状が進行する日々を、適応と喪失を繰り返しながら生活している。このような患者が神経難病とともに生きることの支えには、闘病への意欲や信仰心、画期的な新薬の開発や漠然とした朗報への期待という希望などがある²¹⁾。牛久保⁴⁾は、身体的な苦痛や障害に対して優先的に働きかけるとともに、難病とともに生きる上での支えを発見、支持することの重要性を指摘する。一方で、神経難病患者への心理的支援について訪問看護師を対象に実施した調査では、訪問看護師らが心理的支援の重要性を自覚していても、コミュニケーションの障害などによる難しさがあり、まずは身体的ケアを十分に提供することが先決であると考えているとも述べている⁵⁾。

概念は測定によって、あるいは日常的に人々が使用し、歴史的に偶発的な観念に共通しているものを経験的データから探究することによって定義される²²⁾。スピリチュアリティを測定する尺度はいくつかあるものの、患者の苦悩をなんらかの測定用具を使用して「スピリチュアルな苦悩」と定義する方法は現在のところ示されていない。つまり、看護師が認識する日常的な現象を「スピリチュアルな苦悩」やそれへのケアと定義するか否かは、看護師が属している部署、すなわち〈場〉の構成員によって構築された価値を表した結果なのである。これが、終末期医療の〈場〉では「スピリチュアル」と言われる現象を、なぜ神経難病患者のケアという〈場〉では「スピリチュアル」と呼ばないのか、ということの理由ではないかと考える。

筋萎縮性側索硬化症の母を長年介護し、日本ALS協会の理事を務める川口が、自身の経験に基づいて指摘しているように、神経難病を抱えて生きる、生活することは現実であり、スピリチュアリティよりもそのリアリティの方が重要である¹⁵⁾。スピリチュアリティは、死にゆくためというより生きるためにこそ必要であり、祈りや宗教家の紹介よりも優先されるケアが多いのではないかと述べている。本研究の研究協力者もまた、患者の「苦悩」よりも、いかに機能を維持するか、いかに生活を調整し、生活の質を向上させるか、といったことについて語った。つまり、神経難病患者へのケアの場において、看護師は、患者の「スピリチュアルな苦悩」を、一人の人間が病による様々な機能の障害という経験であり、残存機能をより有効に活用し、一人の人間の自律的な生活を維持しようとするのが看護師の役割であると理解しているのではないかと。そして、それゆえに、患者の「スピリチュアルな苦悩」を精神的な概念としてではなく、身体的あるいは社会的な概念として捉えているのではないかと考える。

VI. 本研究の限界

本研究では、神経難病患者の思いや苦悩の中でも、特に人間の「スピリチュアル」と言われる領域にかかわるものに対して看護職者がいかに捉えているかを明らかにしようとするものであった。そのため、研究協力者を看護師と定めた。したがって、本稿で明らかにした神経難病患者の「スピリチュアルな苦悩」とは研究協力者が認識したものであること、しかし研究協力者もまた患者の思いや苦悩を「スピリチュアル」という領域のものであると理解しているわけではなく、既

存の「スピリチュアル」の定義に照らした結果であることを、ここで確認しておきたい。神経難病患者の「スピリチュアルな苦悩」がいつ、どのような形で生じるかについては別稿で論じたい。

また、本研究では異なる疾患を「神経難病」として同一に扱った。神経難病は、疾患によって、また同じ疾患でも人によって、症状の進行速度、進行の仕方が異なるものである。症状の進行速度や障害の表れ方が患者の苦悩にどのように影響するかは、疾患別にあ、あるいは事例別に扱う必要があると考えるが、それは別稿に委ねたい。

さらに、本研究では面接調査でデータを収集した。しかし、研究協力者が認識していない事柄や自覚していない概念について語ることには限界がある。本稿では、神経難病患者へのケアにおいて「スピリチュアル」という概念が使われない要因を垣間見ることができたと考える。今後は、研究協力者が語ったケアの一般化の可能性について、対象を変え、質的調査および量的調査から明らかにしていきたい。

謝 辞

多忙であるにもかかわらず、本調査への協力を快く引き受けてくださった看護師のみなさまに深く感謝する。また、対象の選定条件を満たすスタッフをご紹介くださった病棟責任者の方々にも御礼申し上げたい。なお、本研究は日本学術振興会による科学研究費助成事業基盤研究C（一般）（研究課題番号：23593260）、および2011年度医療看護学部共同研究費の助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 日本神経学会 (2012.4.2) : 代表的な神経内科の病気「神経難病」 < http://www.neurology-jp.org/public/disease/nanbyo_r.html >
- 2) 出村佳美・岩田浩子：パーキンソン病で通院治療を受ける中年期男性の生活における苦悩，日本看護学会論文集-成人看護Ⅱ，(41)，298-301，2011.
- 3) 平野優子：在宅侵襲的人工呼吸療法を行う筋萎縮性側索硬化症患者が現在抱える困難と要望の内容と意味-前向きに生きる力Hopeとの関連から，日本看護科学会誌，29(4)，41-50，2009.
- 4) 牛久保美津子：神経難病とともに生きる長期療養者の病体験-苦悩に対する緩和的ケア，日本看護科学会誌，25(4)，70-79，2005.
- 5) 牛久保美津子・小倉朗子・小西かおる：訪問看護師がとらえた神経難病療養者の苦悩・葛藤場面と心理的支援，日本難病看護学会誌，9(3)，188-193，2005.
- 6) 橋本朋広：難病患者の苦悩の癒し-筋萎縮性側索硬化症患者の事例を通して，心理臨床学研究，15(5)，513-523，1997.
- 7) 田中 大介：大航海途中-神経難病SCDと向き合っ て，文芸社，2009.
- 8) 笹川 彰：虹が見えるまで，文芸社，2011.
- 9) 「生きる力」編集委員会編：生きる力-神経難病ALS患者たちからのメッセージ，岩波書店，2006.
- 10) 秋吉真美：あしたへの歌-パーキンソン病を友に前向きに生きる，長崎出版，2008.
- 11) 杉浦啓太：僕の神経細胞-パーキンソン病歴20年の元毎日新聞記者の手記，三和書店，2009.
- 12) ごとう和：ぴんくのハート-パーキンソン病と明るく向き合う実録体験記，秋田書店，2009.
- 13) 長瀬雅子：医療・看護におけるスピリチュアリテイに関する議論の動向-医学中央雑誌に収録されているspirituality関連記事の分析，龍谷大学社会学部紀要，(14)，50-65，2006.
- 14) 長瀬雅子：慢性看護におけるスピリチュアリテイに関する研究の動向，日本慢性看護学会誌，5(1)，113，2011.
- 15) 川口有美子：「スピリチュアリテイとリアリティ」『逝かない身体-ALS的日常を生きる』，82-87，医学書院，2009.
- 16) 近藤敏夫：生活史における時間概念-「過去」に関する状視の規定-，佛教大学社会学部論集，28，50-63，1995.
- 17) WHOQOL SRPB Group: A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497, 2006.
- 18) 三井さよ：「〈場〉の力-ケア行為という発想を超えて」三井さよ・鈴木智之編『ケアのリアリティ-境界を問いなおす』法政大学出版局，19-26，2012.
- 19) 立岩真也：「わかってしまうこと」『ALS-不動の身体と息する機械』医学書院，111-115，2004.
- 20) 上田敏：「体験としての障害」『リハビリテーションを考える-障害者の全人間的復権-』青木書店，87-90，1983.

- 21) 牛久保美津子：神経難病患者の「苦しみ」に対する看護－ALSを中心に－，難病と在宅ケア，16(1)，20-23，2010.
- 22) Becker, H. S.: Tricks of the Trade- How to Think about your Research while you're doing it. 1998, 進藤雄三・宝月誠，社会学の技法，163-170，恒星者厚生閣，2012.

Original Article

Abstract

Qualitative research on the recognition of nurses for "the spiritual suffering" of patients with intractable neurological diseases and nursing care

Patients with intractable neurological diseases experience 'spiritual suffering' after they are diagnosed and the condition of their disease aggravates. Further, a scarcity of nursing studies that investigate this experience exists. This study aims to show how nurses perceive the spiritual suffering of patients with intractable neurological diseases, and how these nurses tackle this pain. The data used were records collected through semi-structured interviews, and the study subjects were nurses working in advanced treatment hospitals, who were able to speak adequately about the care provided to patients with intractable neurological diseases. A qualitative, recursive method was used for analysis. The study subjects spoke about the spiritual suffering experienced by the patients, such as their questions about the meaning of life and their acceptance of the disease and impairment, isolation, and desires. In terms of the care provided in response to such pain, the nurses spoke about the following: 'support that helps patients live the life that they wish to live'; 'support that provides a foundation to the patient's life by making him or her believe that they are 'capable'; and 'support that places importance on the 'here and now' where possibilities exist, however small they may be.

Key Words : intractable neurological diseases, spiritual suffering, recognition of the nurse, care to support hope

NAGASE Masako TAKAY Mayumi KUWAK Yoshimi AOKI Kiyoko
SAKAI Kyoko YAMAMOTO Ikuko

Original Article

School of Nursing, and Health Care, Juntendo University
Iryō Kango Kenkyū 11
P. 18-26 (2013)

The stability and changeability of internal working models and interpersonal cognition from late adolescence to early adulthood: An 11-year longitudinal study of nursing students

青年期から成人期の内的作業モデルと対人的認知の安定性と変動性
－看護学生を対象とした11年間の縦断的研究－

YAMAGISHI Akiko¹⁾

The purpose of this study was to investigate the stability and changeability of the interpersonal framework or interpersonal cognitions related to internal working models (IWM), using longitudinal data obtained from late adolescence to early adulthood when interpersonal environments changed greatly. Participants were female nursing students in 1994, and we investigated four times (1994, 1996, 2001, and 2005) with the same questionnaires which included Hazan & Shaver's items of IWM, Egograms, cognition of their parents' attitudes in their childhood and sense of adaptation which they had in each period from past to present.

Comparison of the means of scores in 1994 and 2005 showed that Secure (Se) and Ambivalent (Am) scores in 2005 were significantly lower, and Adult scores in the Egogram were higher than they were in 1994. Correlations between the scores of the four testing times were fairly high, and even when 11 years had elapsed, the Se and Am correlation coefficients were over .5. Regarding the scores of adaptation from past to present, the correlation coefficients were moderate. Our results show that even after 11 years the scores of IWM and other scales did not change much, although it was a period when interpersonal environments changed greatly, and their position shifted to giving care as nursing profession or as family member.

Key Words : longitudinal study, internal working models, interpersonal cognition, changeability, nursing students

索引用語 : 縦断的研究、内的作業モデル、対人的認知、変動性、看護学生

INTRODUCTION

Bowlby(1982)¹⁾ considered attachment to be an issue not only in infancy but also throughout life. Infants direct attachment behavior toward their caregivers, for example, by maintaining proximity, seeking touch, crying or smiling. Ainsworth et al.(1978)²⁾ developed the Strange Situation Procedure to measure the quality of attachment in infants.

Research has shown that attachment patterns greatly influence adaptation and interpersonal experiences, and that the attachment patterns of children are related to caregivers' sensitivity and responsibility.

Bowlby(1973)³⁾ conceptualized the "Internal Working Models" (IWM), which is a mental representation of attachment that operates as a framework for interpersonal experience. Based upon repeated experiences with their caregivers, infants construct IWM representations of others and the self in relation to others. The IWM can explain

1) 順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科

Graduate School of Health and Sports Science, Juntendo University
(Oct. 1, 2012 原稿受付) (Dec. 5, 2012 原稿受領)

adult attachment and the stability of attachment over the lifespan. The IWM is based on at least two judgments : a) whether or not the attachment figure is assumed to be a person who in general will respond to requests for support and protection, and b) whether or not the child judges himself as a person whom anyone, particularly the attachment figure, is likely to respond in a supportive way. People use their IWM as a framework for processing interpersonal information, and as a template for planning interpersonal behavior. There are four possible IWM types (Secure/ Autonomous, Preoccupied, Dismissing, or Unresolved) which correspond to the four possible attachment types (Secure, Ambivalent, Avoidant, or Disorganized).

According to Bowlby (1973)³⁾, the most sensitive time for IWM formation is "from about six months to about five years, and persists during the decade after five, albeit in steadily diminishing degree." However, there is little research which examines empirically the formation over time of the IWM. When are the critical times for its formation, how much does it change with experience, and what experiences change it?

Longitudinal research is necessary to clarify the developmental processes and experiential influences on the IWM. Longitudinal studies began with an analysis of attachment behavior in infancy and the representation of the IWM in childhood. Methodologies for the measurement of adult attachment have been developed, such as the interview method of Main et al.(1985)⁴⁾, the Adult Attachment Interview, and the questionnaire method of Hazan & Shaver(1987)⁵⁾etc., longitudinal studies have spread to adolescence(Hamilton, 2000⁶⁾, Lewis, et al., 2000⁷⁾, Waters, et al., 2000⁸⁾, Weinfield, et al.,2000⁹⁾. Klohnen & Bera(1997)¹⁰⁾ investigated adult females longitudinally from age 21 to 52 years old, although the questionnaire about the IWM was administered only to the 52-year-olds.

Our study investigates the stability and changeability of the IWM of nurses from late adolescence to early adulthood. Contrary to Bowlby's view, we think there is a possibility that IWM may change in this period. The IWM is supposed to be stable because the environment which is the source of the IWM does not readily change, and people process interpersonal information based on their IWM which tends to further promote the perceived stability of the social environment. But after adolescence, people can choose their

interpersonal environment to some extent, and may have different types of interpersonal relations than they had before. For example, if one chooses a partner with a different type of IWM, then continuously and frequently getting different feedback may result in a change in the person's own IWM. This situation is not uncommon. For example, Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg(1996)¹¹⁾ reported that the rate that an "avoidant" and an "ambivalent" IWM type of women have a "secure" IWM type of man as the marital partner is 33% and 43% each.

In young adulthood, the individual's position in social relation shifts from receiving care to giving care (Okamoto, 1999)¹²⁾. This shift starts rapidly in women as a result of pregnancy and child-rearing, although caregiving is a developmental task of adulthood in Erikson's theory¹³⁾. Experiences of employment and marriage during young adulthood also lead to large changes in the interpersonal environment. Whether individuals are well adapted for those changes and their new roles as an adult is related to their IWM. For example, a mother's IMM is related to her style of caregiving (George & Solomon, 1999)¹⁴⁾. There is a relationship between IWM and adaptation in work (Hazan & Shaver, 1990)¹⁵⁾ or adaptation in marriage (Kobak & Hazan, 1991)¹⁶⁾.

Different interpersonal relations may change a person's IWM, for example involvement in a supportive and warm relationship or strong emotional experiences (Main,et al., 1985⁴⁾; Ricks, 1985¹⁷⁾). Marriage and child-rearing may lead to new realizations of one's indispensable existence for others, and new recognition of the validity of the self and others which was not experienced until then. Moreover, employment in the nursing profession, where practitioners have concerns about their clients at a deep level and bear important responsibility may provide experiences which let them recognize their own validity more strongly, and that may change their IWM.

PURPOSE

The purpose of this study was to investigate the stability and changeability of the interpersonal framework or interpersonal cognitions related to the IWM, using longitudinal data obtained from late adolescence to early adulthood, at a period of time when the participants' interpersonal environments changed greatly. There are two

conflicting hypotheses about stability and changeability of IWM, as follows.

1) Although the interpersonal environment changes objectively, subjective experience is unchangeable because it is prescribed by the IWM. So the type of interpersonal experience is fundamentally stable, and the IWM does not change easily.

2) There are people who have a new experience of having deep concern for others, such as having a different type of intense interpersonal relationship. In this case, their IWM can change.

We previously investigated longitudinal changes in the framework or cognition of interpersonal experience, which we measured using an IWM scale based on Hazan & Shaver(1987)⁵⁾ and other scales expected to be related to IWM scores (Yamagishi, 2006)¹⁸⁾. We first studied a group of nursing students in 1994, and continued to study them in their post-graduation, two years after (1996) and seven years after (2001). In present study, we have extended this research to study these graduates now in their 30's, 11 years after we first studied them as nursing students. In our investigation, we use IWM in the narrow meaning, as the representation about the framework of the interpersonal relations which an individual has, and the state of self or the others. We used the cognition of interpersonal experiences, such as feelings of adaptation, and attitudes of their parents in their childhood etc., as variables different from the IWM. We analyzed data from the four time periods (1994, 1996, 2001, and 2005) to examine whether they changed from the various experiences over 11 years.

METHOD

Participant

In 1994, we obtained data from 94 female students who were then in their third year of nursing college. In 2001, we obtained permission of publication and research hereafter from 66 of those persons. In 2005, out of those 66 persons, 51 persons replied by mail, which was 77.3% rate of collection. Their ages were 31 and 32. After graduation, most had gained employment within the nursing profession and some had already resigned. Their present occupation was as follows; hospital nurses (28); public health nurses (4); midwives(2); a school nurse (1); full time housewives (12); and others (4). Twenty nine persons got married; 23 had children; and two were currently pregnant. In these

longitudinal investigations conducted in 1994, 1996, 2001, and 2005, the numbers of participants were, respectively, 94, 69, 35, and 51. (Participants from whom we were able to obtain data all four times were 14.)

Procedure

We used questionnaire method in college class (1994) and by mail (1996, 2001, 2005). We described that we would keep the secret about personal data but that we might publish the statistic data to the journal, and we asked to answer questionnaire those who consented the description.

The questionnaire was consisted of the following sections :

(1) Internal Working Models

It consisted of 18 items, 6 items per three attachment styles; secure (Se), ambivalent(Am), and avoidant(Av). That scale was constructed in Japan, by Toda(1990)¹⁹⁾, based on Hazan & Shaver(1987)⁵⁾. Participants were asked to rate on a five-point scale, ranging "not at all" (1) to "very much" (5), the extent to which each statement applied to them. Examples of each item were as follows; It is relatively easy for me to become emotionally close to others, or I think most persons like me (Se); I sometimes worry that others don't value me as much as I value them, or I have no self-confidence(Am); I am comfortable without close emotional relationships, or I don't like to rely on others.(Av).

(2) Egogram

We picked up 30 items from Sugita(1983)²⁰⁾, 6 items per 5 scales; critical parent (CP), nurturing parent(NP), adult(A), free child (FC) and adapted child (AC). Participants were asked to rate on a three-point scale, no(1), neither(2), yes(3). In 1994, it consisted of only NP and A. Examples of items of NP and A were as follows; I listen to other's talk empathetically, or I like to take care of others (NP), I try to talk coolly when my idea differs to others, or I can cope without being upset, even matters go wrong (A).

(3) Cognition of Parent's Attitude

It consisted of 14 items which were referred to Kojima (1970)²¹⁾, based on Scheafer's Child's Report of Parental Behavior Inventory (PBI); mother's warmth (MW), mother's control(MC), father's warmth(FW), and father's control (FC) on a five-point scale. Examples of each item were as follows; My mother understood my feeling well, or My mother was a good mother for me (MW), My mother interfered and controlled me as she liked (MC).

(4) Sense of Adaptation from Past to Present

Participants were asked to rate sense of adaptation in general in every 8 periods (1. babyhood and early childhood, 2. elementary school, 3. junior high school, 4. senior high school, 5. nursing college, 6. period seeking employment, 7. the end of one's twenties, and 8. the present). These numbers differed by investigation periods, for example, 5 periods in 1994, 8 periods in 2005. Ratings were on a 4-point scale ; "very happy" (4), "happy despite negative experience" (3), "neutral" (2), "overall negative experience" (1).

Table 1 Design of Longitudinal Study

| Year | 1994 | 1996 | 2001 | 2005 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Age | 20-21 | 22-23 | 27-28 | 31-32 |
| Number | 94 | 69 | 35 | 51 |
| IWM | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Egogram | △(NP,A) | ○ | ○ | ○ |
| Parent's Attitude | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Adaptation | 5 periods | 6 periods | 7 periods | 8 periods |

Statistical analyses

We analyzed data by calculating correlations between the scores and t-test or Mann-Whitney's U-test using SPSS ver.16.

Ethical consideration

We obtained the permission of the ethical committee of Faculty of Health Care and Nursing in Juntendo University.

RESULTS

In previous studies (Yamagishi, 2006)¹⁸⁾ we conducted a factor analysis for items (1)Internal Working Models, (2)Egogram, and (3)cognition of parent's attitude, and the factor loadings of each item were approximately according to assumptions. We aggregated each item of the sub-scale in the 2005 data. Cronback's coefficients of 9 scales were respectively,

.772(Se), .808(Am), .691(Av), .667(NP), .595(A), .788(MW), .772(MC), .905(FW), .697(FC). Although some of the coefficients were not high enough, we aggregated each sub-scale for each of the four time periods.

Table 2 shows the means and SDs of each score for each of the four time periods. The number of subjects differed for each time period. Table 3 shows the means and SDs of each score for the participants who replied both in 1994 and 2005, and the results of *t-test* or Mann-Whitney's U test.

Table 2 Means and SDs of each score at each of four testing times

| | 1994 | 1996 | 2001 | 2005 | Range |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| Secure | 3.21 (0.56) | 3.23 (0.65) | 3.22 (0.61) | 3.10 (0.61) | 1~5 |
| Ambivalent | 3.03 (0.74) | 2.77 (0.70) | 2.60 (0.74) | 2.68 (0.70) | |
| Avoidant | 2.44 (0.55) | 2.54 (0.57) | 2.49 (0.66) | 2.52 (0.58) | |
| Nurturance | 2.55 (0.32) | 2.50 (0.41) | 2.61 (0.31) | 2.67 (0.35) | 1~3 |
| Adult | 1.98 (0.38) | 2.09 (0.44) | 2.61 (0.33) | 2.29 (0.41) | |
| mother's warmth | 4.04 (0.71) | 4.28 (0.58) | 4.41 (0.63) | 4.07 (0.73) | 1~5 |
| mother's control | 2.71 (0.99) | 2.45 (0.94) | 2.47 (1.10) | 2.59 (1.14) | |
| father's warmth | 4.18 (0.67) | 4.28 (0.66) | 4.19 (0.89) | 4.07 (0.87) | |
| father's control | 2.07 (0.79) | 1.90 (0.81) | 1.76 (0.68) | 1.91 (0.88) | |
| N | 94 | 69 | 35 | 51 | |

Each score is aggregation/number of items.

Table 3 Means and SDs of each score in 1994 and 2005 and the result of t-tests or Mann-Whitney's U-test

| | 1994 | 2005 | t value | z value |
|------------------|-------------|-------------|---------|-----------|
| Secure | 3.29 (0.56) | 3.09 (0.61) | 2.56* | |
| Ambivalent | 3.00 (0.72) | 2.64 (0.69) | 4.02*** | |
| Avoidant | 2.50 (0.67) | 2.51 (0.65) | 0.19 | |
| Nurturance | 2.58 (0.33) | 2.56 (0.35) | | 1.607 |
| Adult | 1.93 (0.60) | 2.27 (0.61) | | -3.315*** |
| mother's warmth | 4.05 (0.72) | 4.06 (0.72) | | -.762 |
| mother's control | 2.69 (0.95) | 2.52 (1.14) | | -.633 |
| father's warmth | 4.17 (0.73) | 4.05 (0.88) | | -1.171 |
| father's control | 2.02 (0.75) | 1.93 (0.89) | | -.102 |

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Table 4 Correlations between scores at each of four testing times

| | I & IV | I & II | II & III | I & III | II & IV |
|------------------|----------|---------|----------|---------|---------|
| Secure | .562*** | .687*** | .594*** | .574*** | .594*** |
| Ambivalent | .567*** | .624*** | .626*** | .582*** | .551*** |
| Avoidant | .360* | .483*** | .485* | .411* | .642*** |
| Nurturance | .560*** | .733*** | .638*** | .629*** | .531*** |
| Adult | .454*** | .488*** | .472* | .405* | .426*** |
| mother's warmth | .506*** | .698*** | .726*** | .654*** | .548*** |
| mother's control | .674*** | .591*** | .867*** | .711*** | .692*** |
| father's warmth | .709*** | .821*** | .686*** | .824*** | .728*** |
| father's control | .677*** | .599*** | | .638*** | .799*** |
| N | 51 | 69 | 29 | 35 | 39 |
| interval | 11 years | 2 years | 5 years | 7 years | 9 years |

III & IV (interval is 4 years) was skipped because N=11.

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Table 5 Correlations (Spearman) between scores of adaptation at each of four testing times

| | I & IV | I & II | II & III | I & III | II & IV |
|--------------------|----------|---------|----------|---------|---------|
| infancy | .354* | .514*** | .366* | .504* | .581*** |
| elementary school | .415*** | .530*** | .678*** | .644*** | .531*** |
| junior high school | .591*** | .559*** | .580*** | .658*** | .601*** |
| senior high school | .449*** | .561*** | .683*** | .633*** | .360* |
| junior college | .081 | .367*** | .565*** | .154 | .171 |
| present time | | | .480** | | .575*** |
| N | 51 | 69 | 29 | 35 | 39 |
| interval | 11 years | 2 years | 5 years | 7 years | 9 years |

III & IV (interval is 4 years) was skipped because N=11.

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Significant differences were found for Am and A scores ($p < .001$), and Se scores ($p < .05$); Am and Se scores in 2005 were found to be significantly lower than they were in 1994, and A scores in 2005 were higher than they were in 1994. Am scores had fallen from 1994 to 1996, and in 2005 they had dropped further.

We compared the score changes for each scale from 1994 to 2005 between the married-group with the single-group and between the having-children-group with the not-having-children-group. There were no significant differences on the 9 scales.

Correlations between the scores at each of the four testing times were statistically analyzed (see Table 4). These results show fairly high correlations for successive times, although the correlation coefficients were smaller for greater intervals of time. The Se and Am correlation coefficients were over .5, even when 11 years had elapsed. However, examining these changes for individuals showed that there were some participants whose scores had changed considerably. The numbers of whose mean scores of change were over 1 point were as follows; 1 in Se, 9 in Am, 5 in Av, 5 in MW, 2 in FW.

Table 5 shows the Spearman correlation coefficients between corresponding scores of adaptation at each of the

four rating periods. Except for during the junior college period, the correlation coefficients are comparatively high, but some correlation coefficients between 1994 and 2005 decreased slightly, compared with those over smaller intervals. Table 6 illustrates the distribution of discrepancies of the corresponding ratings on the four-point scale where participants assessed their feelings of adaptation in 1994 and 2005. Three-fifths of the participants assessed themselves at the same point on the scale for both times, and discrepancies were few; almost all were only one point different, except with reference to the infancy period. Regarding their sense of adaptation in infancy, more participants changed their assessment a lot compared with other time periods. The discrepancies noted at the junior college age were not large, but correlations were not found.

Table 6 Discrepancies between scores of adaptation at 1994 and 2005

| | 0 | 1 | 2 | 3 | correlations |
|--------------------|----|----|---|---|--------------|
| Infancy | 31 | 11 | 9 | 0 | .354** |
| elemental school | 31 | 18 | 2 | 0 | .415*** |
| junior high school | 30 | 20 | 1 | 0 | .591*** |
| senior high school | 30 | 20 | 1 | 0 | .449*** |
| junior college | 30 | 18 | 2 | 1 | .081 |

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

DISCUSSION

We studied a group of nursing students in 1994, and continued to study them longitudinally in 1996, 2001, and in 2005 when they were in their 30's. We examined the stability and changeability of their cognitions and their framework of interpersonal experiences.

Comparison of the means of scores in 1994 and 2005 showed that (1)Am and Se scores in 2005 were significantly lower than they were in 1994. Am scores fell from 1994 to 1996, and in 2005 had dropped further. This showed that in adulthood anxieties about the relation of oneself to others decreased.

This result is consistent with longitudinal studies about personality development, which showed a decrease of negative emotionality from age 20 to 30 years old (McGue, et al.,1993)²²⁾, and is consistent with cross-sectional studies which showed a decrease in neuroticism from adolescence to early adulthood (McCrae, et al.,2000)²³⁾. In the transition from late adolescence to early adulthood, they became to find their position in society and relations to others. We believe this helped them slip out of the insecurity of adolescence, and decreased their anxiety.

Se scores also decreased in 2005. This was inconsistent with the hypotheses that having an experience of deep concern for others in a new interpersonal relationship in adulthood like as having children or caring patients would positively change the IWM.

The upward tendency of A scores in the Egogram showed that the nurses developed coping skills in a more realistic and objective way. They acquired this ability through stressful experiences, such as continuing in their profession and being mothers. This result is in accordance with the cross-sectional study that parenthood brings flexibility, self-control, and ego-strength (Kashiwagi & Wakamatsu, 1994)²⁴⁾. While it showed that there were no significant difference in change of each score from 1994 to 2005 among single-group, married-group, and having children-group, they got such ability through hard experiences with responsibility such as continuing their nursing profession as well as becoming and being a mother.

Correlations between the scores at each of the four testing times were fairly high, although the correlation coefficients were smaller for longer intervals between assessments. The Se and Am correlation coefficients were

over .5, even when 11 years had elapsed. The framework or cognition for interpersonal experiences was shown to be relatively stable. However, there were some individuals whose scores changed considerably from 1994 to 2005, for example, 10 points (Se), where the score range was 6-30.

Regarding the scores of adaptation at successive times, the correlation coefficients were moderate, except for during the junior college period. The correlations were slightly lower for the longest interval between 1994 and 2005, compared with the shorter intervals of time. For the ratings on the four-point scale where participants assessed their feelings of adaptation in 1994 and 2005, three-fifths of the participants assessed themselves at the same point at both times, and discrepancies were in most cases within one point on the scale, except with reference to the infancy period. For the infancy period, there were more participants whose assessment changed a lot when compared with the other time periods. This can be explained by the fact that infants do not have good autobiographical memory until three years of age, so retrospective ratings have fewer anchors for consistent assessment. The discrepancies noted at the junior college age were not large, but correlations were not found. One explanation of this finding may be that in 1994 they were only halfway through their nursing studies, while in 2005 they rated their whole course of college. Another reason may be that the impressions of adaptation differ considerably according to whether they are viewed in a present context or 11 years later.

A longitudinal study of recollection from childhood to adolescence (Henry, et al., 1994)²⁵⁾ showed that the validity of the retrospective method was not high. The correlations were significant but the rate of agreement was low. The study found that there were considerable discrepancies between recollection and actuality, especially for psychosocial variables like subjective psychological states and family processes. Although our participants were asked a simple question of how they felt in each period, generally the two corresponding scores were fairly consistent. Their general impression of the past did not differ much according to the time of recollection. However, our participants might be not typical, but instead motivated individuals who participated in our several investigations voluntarily, and who often had the opportunity to look back at their past as a result of our investigations. So their recollection may be

more accurate or consistent than usual.

We analyzed longitudinal data through comparison of the average values and correlations of different time periods. Our results show that even after 11 years, the scores of IWM and other scales did not change very much, although it was a period when interpersonal environments changed greatly, and their position shifted to giving care as nursing profession or as family member. Whereas there were some persons who changed noticeably. It is necessary to examine further what kinds of situations change persons, how they change, and what kind of personality factors are related to changeability and stability.

Acknowledgement

I express my thanks to participants for replying questionnaires many times and consenting to publish.

Reference

- 1) Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss; Vol.2 Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- 2) Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 3) Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss; Vol.1 Attachment: Second Edition*. New York: Basic Books.
- 4) Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- 5) Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- 6) Hamilton, C.E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71-3, 690-694.
- 7) Lewis, M., Feiring, C., & Rosenthal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development*, 71-3, 707-720.
- 8) Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood : A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71-3, 684-689.
- 9) Weinfield, N.S., Stroufe, L.A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample : Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71-3, 695-702.
- 10) Klohnen, E.C., & Bera, S. (1998). Behavioral and experiential patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: A 31 year longitudinal perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74-1, 211-223.
- 11) Van IJzendoorn, M.H., & Bakermans, Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21
- 12) Okamoto, Y. (1999). Caring and development of ego identity. In Y. Okamoto (Ed.), *Life span development and identity in women*. Kitaojishobou : Kyoto, 143-178.
- 13) Erikson, E.H. (1964). *Insight and responsibility*. New York: Norton.
- 14) George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving. In Cassidy, J., & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. 649-670. New York: Guilford.
- 15) Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- 16) Kobak, R.R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 861-869.
- 17) Ricks, M.H. (1985). The social transmission of parental behavior: Attachment across generations. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.) *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for research in Child Development*, 50, 211-227.
- 18) Yamagishi, A. (2006). *The cognition and the way of narrative about interpersonal experience of present time and the past*. Kazamashobou : Tokyo.
- 19) Toda, K. (1990). Relationship between cognition of parent's attitude and internal working models in female adolescent. *Journal of Hokkaido University of Education (Section 1C)*, 41-1, 91-99.
- 20) Sugita, M. (1983). *Human relation compounded*. Sougensha : Tokyo.

- 21) Kojima,H. (1970). A study of Parental Behavior Inventory (PBI): Balanced scales. *Bulletin of the Faculty of Education, Kanazawa University*, 19, 129-144.
- 22) McGue,M, , Bacon,S., & Lykken,D.T. (1993). Personality stability and change in early adulthood : A behavioral genetic analysis. *Developmental Psychology*, 29, 96-109.
- 23) McCrae, R.R., Costa,P.T.Jr., Ostendorf,F., Angleitner, A., Hrebickova,M., Avia,M.D., Sanz,J., Kusdil,M.E., Woodfield,R., Saunders,P.R., & Smith,P.B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality and life-span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 173-186.
- 24) Kashiwagi,K. & Wakamatsu,M. (1994). "Becoming a parent" and personality development: A lifespan developmental view. *The Japanese Journal of Developmental Psychology*, 5, 72-83.
- 25) Henry,B., Moffitt,T.E., Caspi,A., Langley,J., & Silva, P.A. (1994). On the "remembrance of things past": A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, 6-2, 92-101.

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究11
P.18-26 (2013)

青年期から成人期の内的作業モデルと対人的認知の安定性と変動性 －看護学生を対象とした11年間の縦断的研究－

要 約

本研究の目的は、内的作業モデル（IWM）と関連した対人的枠組みや対人的認知の安定性と変動性を、対人的環境が大きく変わる青年期後期から成人期初期にかけて得られた縦断的データに基づいて検討することである。被調査者は1994年に看護女子学生だった者で、1994年、1996年、2001年、2005年の4時点で同じ質問紙調査－Hazan & Shaverに基づくIWMの項目、エゴグラム、子ども時代の両親の態度の認知、過去から現在の各時期の適応感－を行った。

1994年と2005年の得点の平均値を比較したところ、SecureとAmbivalent得点は1994年に比べて2005年の方が有意に低く、エゴグラムのAdultは有意に高くなっていた。4回の調査時の得点間の相関はかなり高く、SecureとAmbivalent得点の相関係数は11年経っても.5以上であった。過去から現在の各時期の適応感も中程度の相関であることが示された。看護職に就き、また家庭においてもケア課題にかかわるようになるというように対人的環境が大きく変わる時期であるが、IWMやそれと関連する他の変数の得点は大きくは変わらないことが示された。

索引用語：縦断的研究、内的作業モデル、対人的認知、変動性、看護学生

山 岸 明 子

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究11
P.27-35 (2013)

患者会に所属するC型慢性患者のセルフケア行動とソーシャルサポート

The Association between the Self-Care Behavior of Patients with Chronic Hepatitis C Who Are Members of a Patients' Association and Social Support

瀬 尾 昌 枝¹⁾
SEO Masae

青 木 きよ子²⁾
AOKI Kiyoko

要 旨

研究目的：患者会に所属するC型慢性肝炎患者のセルフケア行動および、セルフケア行動とソーシャルサポートの関連を明らかにする。

研究方法：関東の肝臓病患者会に所属するC型慢性肝炎患者を対象とし、郵送法による質問紙調査を実施した。調査項目は対象者属性、セルフケア行動、慢性疾患患者におけるソーシャルサポート尺度とした。セルフケア行動とソーシャルサポートを得点化し、高得点群と低得点群に分け、それぞれの調査項目との関連について分析した。

結果・考察：配布数400名中、有効回答104名を分析対象とした。対象者は男性38名、女性66名であり、平均年齢は69.6歳（±7.74）であった。【セルフケア行動】で実施率が高い項目は、「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」であった。がん化の可能性があるが、治療法や療養生活の変化が大きいC型慢性肝炎患者のセルフケア行動は、「病気についての情報を得る」が特徴的であると考えられる。

C型慢性肝炎患者の【セルフケア行動】と【ソーシャルサポート】(p<0.01)とは関連があり、なかでも、【情動的サポート】(p<0.01)と関連があった。これらの結果から、C型慢性肝炎患者がセルフケア行動を実施するためには、情動的サポートが得ることが重要であると示唆された。

索 引 用 語：C型慢性肝炎患者、セルフケア行動、ソーシャルサポート

Key Words：Chronic Hepatitis C Patients, Self-Care Behavior, Social support

I. はじめに

日本のC型慢性肝炎患者の多くは、インターフェロン抵抗性のHCV遺伝子型（1 b型）である。インターフェロン療法（以下INF療法とする）は、この10年の間にリバビリンやペグインターフェロンの登場により大きな進歩をとげた。その結果、日本人に多い難治性・高ウイルス群の遺伝子タイプ1 b型のウイルス排除率は約50%に上昇し、遺伝子タイプ2 a、2 b型で

は約80%に達する¹⁾ようになった。また、INF療法によりC型肝炎ウイルスが完全に駆除できない場合であっても少量のインターフェロンを長期間にわたり間欠的に投与することにより病期の進展を抑制する効果がある²⁾といわれている。このようにC型肝炎は治療法の進歩により、治癒することが可能となってきた。また治療法の進歩に伴い、入院による治療の機会は減少し、INF療法の自己注射も可能となるなどC型肝炎患者の治療は通院による治療が主となっている。このような状況のなかで治療を継続するためには患者自身のセルフケアがより一層求められている。

元来、C型肝炎患者は、慢性肝炎から肝硬変、肝がんに進展する可能性があるため、長期的なセルフ

1) 東京工科大学医療保健学部看護学科
Department of Nursing, School of Health Sciences Tokyo
University of Technology

2) 順天堂大学医療看護学部
School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Oct. 1, 2012 原稿受付) (Jan. 9, 2013 原稿受領)

ケア行動が必要とされてきた。セルフケア行動は、患者自らが実践するものであるが、肝臓は予備力があるため症状が出現しにくい。そのため、患者は自身のセルフケア行動を評価しにくくその目的を見失いやすい。このことは肝疾患患者が、セルフケア行動を起こし、継続していくことの難しさと、専門家による支援の必要性を示している³⁾。またC型肝炎の発症原因には、医療が関与した感染の可能性が高いことから、病気に対する不条理な思いや、感染症であるため社会での孤立や偏見があると考えられる。さらに、がん化の可能性など他の慢性疾患にはない特徴を持っている。このことからC型慢性肝炎患者は、特有のセルフケア行動をとっている可能性が考えられた。また、慢性疾患患者のセルフケア行動にはさまざまな要因が関連している⁴⁾と言われているが、C型肝炎患者のセルフケア行動の関連要因について具体的に明らかにされていない。そのため、C型肝炎患者が適切な療養生活を継続できるように、患者がどのようなセルフケア行動を実践しているか、さらにセルフケア行動にどのように要因が関連しているかを明らかにすることが重要である。

セルフケア行動の影響要因のひとつとして宗像⁴⁾は、周囲の人たちが患者を人として評価でき、支持することでセルフケアの意欲も向上され、自分の障害も現実的に認めるようになるとし、セルフケアにおけるソーシャルサポートの重要性をあげている。自覚症状がほとんどなく、障害自体が理解されにくいC型肝炎患者が長期に渡ってセルフケア行動を行うためには、ソーシャルサポートが影響を与えていると予測される。

C型肝炎患者における先行研究は、INF療法に伴う副作用の軽減を中心とした報告⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾やQOLについて⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾、病の体験³⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾や自尊心、医療費の負担¹⁵⁾¹⁶⁾、セルフケア行動を継続させるための要因として、病気一般に対する脆弱感¹⁷⁾について報告がされている。しかし、セルフケア行動に焦点を当てた研究は少ない。また、セルフケア行動とソーシャルサポートの関連性を明らかにしたものは、透析患者の食事管理行動と関連¹⁸⁾のみであり、C型肝炎患者を対象にした研究はない。

C型肝炎は、がん化する可能性があり、症状がほとんど無いなかで長期に渡りセルフケア行動を行わなければならないため、他の慢性疾患患者とは違うセルフケア行動とソーシャルサポートが関与していることが考えられた。

そこで、本研究ではセルフケア行動を積極的に行っていると予測される患者会に所属する患者を対象に、C型肝炎患者のセルフケア行動の実態とソーシャルサポートとの関連を明らかにし、今後の看護の役割について検討することを目的とする。

II. 研究目的

患者会に所属するC型肝炎患者のセルフケア行動および、セルフケア行動とソーシャルサポートの関連を明らかにする。

III. 研究方法

1. 用語の定義

1) セルフケア行動：

C型肝炎患者が病を抱えながら安定した日常生活を送るために患者が自分および環境を調整する行動。

2) ソーシャルサポート：

日常生活における情動的サポートおよび疾患に対する行動的サポート。

2. 対象および調査方法

2010年5月～8月に関東の肝臓病患者会所属のC型肝炎で現在治療中の患者に対し郵送法による質問紙調査を実施した。研究協力を得られた各患者会から対象者に対して依頼文及び自記式質問紙、個別返信用封筒を配布し、留め置き法により質問紙を個別回収した。

3. 調査項目

1) 対象者の属性

個人要因として年齢・性別・罹患期間・HCV遺伝子型・合併症の有無・自覚症状の有無・治療内容・INF治療経験の有無の8項目、環境要因として療養支援者の有無・支援の程度2項目、現在の健康に対する満足度1項目の全11項目。

2) セルフケア行動

慢性肝炎の治療ガイドラインのC型肝炎生活指導¹⁹⁾と山中らの報告による肝がん患者のセルフケア行動²⁰⁾を参考に研究者が12項目を設定した。

表面的妥当性を確保するため、設定後プレテストを実施するとともに、肝炎患者の研究者にスーパーバイズを受けた。項目は4件法で回答を求め、「いつもしている」を4点、「ときどきしている」を3点、「あまりしていない」を2点、「まったくしていない」を1点とし、総得点を算出した。セルフケア行動総得点は12～48点の範囲で、得点が高いほど【セルフケア行

動】の実施が高いことを示す。

3) ソーシャルサポート

C型肝炎患者におけるソーシャルサポートは、日常生活の情動的サポートおよび疾患に対する行動的サポートを調査するために、金らにより開発された慢性疾患患者におけるソーシャルサポート尺度²¹⁾を使用した。この尺度は、【ソーシャルサポート】全20項目、下位尺度として日常生活における【情動的サポート】12項目、疾患に対する【行動的サポート】8項目の2因子構造からなり、4件法で回答を求めるものである。「とても良く当てはまる」を4点、「まあまあ当てはまる」を3点、「あまり当てはまらない」を2点、「全く当てはまらない」を1点とし、ソーシャルサポート総得点は20~80点の範囲をとり、得点が高いほど【ソーシャルサポート】が高いことを示す。

4. 分析方法

1) 各項目について単純集計を行った。

2) セルフケア行動総得点の結果から、対象者をセルフケア行動の高得点群と低得点群に分け、2群間で対象者属性の各項目、慢性疾患におけるソーシャルサポート尺度総得点と下位尺度を χ^2 検定、Fisherの直接確立法により検討した。

3) ソーシャルサポート総得点の結果から、対象者をソーシャルサポート総得点の高得点群と低得点群に分け、2群間で対象者属性の各項目、セルフケア行動総得点を χ^2 検定、Fisherの直接確立法により検討した。

4) セルフケア行動とソーシャルサポートとの関連性を明らかにするためにセルフケア行動総得点とソーシャルサポート総得点をSpearmanの順位相関係数を用いて検討した。

有意水準は $p < 0.05$ とし、分析はSPSS ver.18.0を使用し統計処理を行った。

5. 倫理的配慮

順天堂大学大学院の研究等倫理委員会の承認を得た後、研究依頼患者会の事務局長に研究の目的および方法、患者会や個人のプライバシーは保護されることを文書と口頭で説明し患者会より書面で承諾を得た。

研究対象者は、C型慢性肝炎で現在治療中の者とし、患者会事務局に選定してもらった。対象者には研究依頼時に、研究者の立場、研究目的と方法、個人情報保護のための匿名性と守秘性、プライバシーの確保、研究参加は自由意思に基づくものであり、研究協力の有無による不利益は被らないことを文書で説明し、調査用紙の返信を持って同意を得られたものとした。

IV. 結果

質問紙配布数400名に対し、回答数185名(回収率46.3%)であり、その中でセルフケア行動とソーシャルサポートの全てを記入している有効回答数104名(有効回答率56.2%)を分析対象とした。

1. 対象者の属性(表1)

平均年齢は69.6歳(±7.74)、男性38名(36.5%)、女性66名(63.5%)であった。HCV遺伝子型は、I型62名(86.1%)、II型10名(13.9%)であった。罹患期間は平均18.6年(±10.56)であった。

表1 対象者の属性

| | | |
|-----------------------------|------------|------------|
| 年齢 (n=104) | 69.6±7.74 | |
| 性別 (n=104) | 男性 | 38 (36.5%) |
| | 女性 | 66 (63.5%) |
| 罹患期間 (n=104) | 18.6±10.56 | |
| HCV 遺伝子型 (n=72) | I 型 | 62 (86.1%) |
| | II 型 | 10 (13.9%) |
| 自覚症状の有無 (n=103) | あり | 55 (53.4%) |
| | なし | 48 (46.6%) |
| 合併症の有無 (n=99) | あり | 53 (53.5%) |
| | なし | 46 (46.5%) |
| 現在の治療内容 (n=104) (重複回答あり) | I N F 療法 | 33 (31.7%) |
| | 肝庇護療法 | 76 (73.1%) |
| | その他 | 5 (4.8%) |
| I N F 治療経験の有無 (n=103) | あり | 76 (73.8%) |
| | なし | 27 (26.2%) |
| 療養支援者の有無 (n=102) | あり | 94 (92.2%) |
| | なし | 8 (7.8%) |
| 支援の程度 (n=94) | 支援されている | 84 (89.4%) |
| | 支援されていない | 10 (10.6%) |
| 現在の健康に対する満足度 (n=102) | 満足している | 21 (20.6%) |
| | 満足していない | 81 (79.4%) |

2. セルフケア行動の実態(表2)

【セルフケア行動】の各項目は、全体的に得点が高く、なかでも【セルフケア行動】の各項目別得点から見ると、「指示された内服や注射をする」、「病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」が高くなっていた。反面、得点が低い項目は「鉄分制限食を食べる」、「ストレスをためない」であった。【セルフケア行動】総得点平均値は42.5点(±4.20)であり、クロンバック α 係数は0.718であった。

表2 セルフケア行動の項目別得点分布

| | n=104 | | | | 平均 |
|----------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|------|
| | まったく していない 人数 (%) | あまり していない 人数 (%) | ときどき している 人数 (%) | いつも している 人数 (%) | |
| 指示された内服や注射をする | 2 (1.9) | 0 (0) | 4 (3.8) | 98 (94.2) | 3.90 |
| 病状改善や維持のため通院する | 1 (1.0) | 1 (1.0) | 7 (6.7) | 95 (91.3) | 3.88 |
| 病気についての情報を得る | 0 (0) | 1 (1.0) | 10 (9.6) | 93 (89.3) | 3.88 |
| 飲酒はしない | 5 (4.8) | 3 (2.9) | 6 (5.8) | 90 (86.5) | 3.74 |
| 他者に感染させない | 5 (4.8) | 7 (6.7) | 3 (2.9) | 89 (85.6) | 3.69 |
| 病院を選ぶ | 1 (1.0) | 7 (6.7) | 21 (20.2) | 75 (72.1) | 3.63 |
| 適度な活動をしている | 2 (1.9) | 5 (4.8) | 33 (31.7) | 64 (61.5) | 3.53 |
| 納得するまで説明を受ける | 0 (0) | 9 (8.7) | 41 (39.4) | 54 (51.9) | 3.41 |
| 疲労をためない | 1 (1.0) | 14 (13.5) | 39 (37.5) | 50 (48.1) | 3.33 |
| ストレスをためない | 2 (1.9) | 21 (20.2) | 32 (30.8) | 49 (47.1) | 3.23 |
| 十分な睡眠をとる | 3 (2.9) | 20 (19.2) | 33 (31.7) | 48 (46.2) | 3.21 |
| 鉄分制限食を食べる | 10 (9.6) | 20 (19.2) | 33 (31.7) | 41 (39.4) | 3.01 |

3. ソーシャルサポート尺度の得点と平均値 (表3)

【ソーシャルサポート】尺度平均得点は57.35点 (±13.87) であった。【情動的サポート】平均得点は36.18点 (±8.97)、【行動的サポート】平均得点は21.16点 (±5.62) であった。

表3 慢性疾患患者におけるソーシャルサポート尺度得点

| | 平均±標準偏差 | 最高点 | 最低点 |
|--------------|-------------|-----|-----|
| ソーシャルサポート総得点 | 57.35±13.87 | 80 | 20 |
| 情動的サポート得点 | 36.18±8.97 | 48 | 12 |
| 行動的サポート得点 | 21.16±5.62 | 32 | 8 |

4. セルフケア行動得点の低得点群と高得点群の比較 (表4)

【セルフケア行動】総得点の平均値より低いものを低得点群とし、平均値より高いものを高得点群とし2群に分け、対象者の属性と【ソーシャルサポート】との間で比較した。その結果、有意差がみられたものは、「現在の健康に対する満足度」(p=4.027、p<0.05) とソーシャルサポートの下位尺度である【情動的サポート】得点 (p=5.976、p<0.05) であった。

表4 セルフケア行動：低得点群と高得点群の比較

| | | 低得点群 | 高得点群 | χ ² 値 | p値 | | |
|-------------------------|----------|--------|--------|------------------|-------|-------|------|
| | | (n=44) | (n=60) | | | | |
| 年齢 | 高い | 20 | 36 | 1.847 | .174 | | |
| | 低い | 24 | 24 | | | | |
| 性別 | 男性 | 15 | 23 | .197 | .657 | | |
| | 女性 | 29 | 37 | | | | |
| 罹患期間 | 長い | 20 | 23 | .531 | .466 | | |
| | 短い | 24 | 37 | | | | |
| HCV遺伝子型 (n=72) | I型 | 26 | 36 | 1.138 | .286 | | |
| | II型 | 6 | 4 | | | | |
| 自覚症状の有無 (n=103) | あり | 28 | 27 | 3.236 | .072 | | |
| | なし | 16 | 32 | | | | |
| 合併症の有無 (n=99) | あり | 27 | 26 | 2.618 | .106 | | |
| | なし | 16 | 30 | | | | |
| 治療内容 | INF療法あり | 15 | 18 | .068 | .795 | | |
| | なし | 29 | 42 | | | | |
| | 肝庇護療法あり | 29 | 47 | | | 1.461 | .227 |
| | なし | 15 | 13 | | | | |
| | その他あり | 3 | 2 | | | .674 | .412 |
| | なし | 41 | 58 | | | | |
| INF治療経験の有無 (n=103) | あり | 31 | 45 | .441 | .507 | | |
| | なし | 13 | 14 | | | | |
| 療養支援者の有無 (n=102) | あり | 39 | 55 | 1.327 | .249 | | |
| | なし | 5 | 3 | | | | |
| 支援の程度 (n=94) | 支援されている | 36 | 48 | .609 | .435 | | |
| | 支援されていない | 3 | 7 | | | | |
| 現在の健康に対する満足度 (n=102) | 満足している | 5 | 16 | 4.027 | .045* | | |
| | 満足していない | 39 | 42 | | | | |
| ソーシャルサポート合計点 | 低得点群 | 27 | 27 | 2.723 | .099 | | |
| | 高得点群 | 17 | 33 | | | | |
| 情動的ソーシャルサポート | 低得点群 | 29 | 25 | 5.976 | .015* | | |
| | 高得点群 | 15 | 35 | | | | |
| 行動的ソーシャルサポート | 低得点群 | 21 | 24 | .617 | .432 | | |
| | 高得点群 | 23 | 36 | | | | |

5. ソーシャルサポート得点の低得点群と高得点群の比較 (表5)

【ソーシャルサポート】尺度得点の平均値より低いものを低得点群とし、平均値より高いものを高得点群とし2群に分け、対象の属性と【セルフケア行動】総

得点との間で比較した。その結果、有意差がみられたものは、「療養支援者の有無」(p=8.026、p<0.01)、「支援の程度」(p=19.668、p<0.01)であった。また有意差はみられなかったが、【ソーシャルサポート】高得点群には、【セルフケア行動】高得点者が33名、低得点者17名と【セルフケア行動】高得点者が多かった。

表5 ソーシャルサポート得点：低得点群と高得点群の比較

| | | 低得点群 (n=54) | 高得点群 (n=50) | χ^2 値 | p値 |
|-------------------------|----------|----------------|----------------|------------|-------|
| 年齢 | 高い | 27 | 29 | .356 | .551 |
| | 低い | 27 | 21 | | |
| 性別 | 男性 | 19 | 19 | .089 | .766 |
| | 女性 | 35 | 31 | | |
| 罹患期間 | 長い | 18 | 25 | 2.721 | .099 |
| | 短い | 36 | 25 | | |
| HCV遺伝子型 (n=72) | I型 | 36 | 26 | 1.743 | .187 |
| | II型 | 8 | 2 | | |
| 自覚症状の有無 (n=103) | あり | 31 | 24 | 1.138 | .286 |
| | なし | 22 | 26 | | |
| 合併症の有無 (n=99) | あり | 25 | 28 | 1.858 | .173 |
| | なし | 28 | 18 | | |
| 治療内容 | INF療法あり | 18 | 15 | .317 | .573 |
| | なし | 36 | 35 | | |
| | 肝庇護療法あり | 38 | 38 | .723 | .395 |
| | なし | 16 | 12 | | |
| | その他あり | 1 | 4 | 2.144 | .143 |
| | なし | 53 | 46 | | |
| INF治療経験の有無 (n=103) | あり | 38 | 38 | .685 | .408 |
| | なし | 16 | 11 | | |
| 療養支援者の有無 (n=102) | あり | 45 | 49 | 8.026 | .005* |
| | なし | 8 | 0 | | |
| 支援の程度 (n=94) | 支援されている | 36 | 48 | 7.958 | .005* |
| | 支援されていない | 9 | 1 | | |
| 現在の健康に対する満足度 (n=102) | 満足している | 9 | 12 | .878 | .349 |
| | 満足していない | 44 | 37 | | |
| セルフケア行動合計点 | 低得点群 | 27 | 17 | 2.273 | .099 |
| | 高得点群 | 27 | 33 | | |

χ^2 乗検定 *p<0.01

6. セルフケア行動とソーシャルサポート得点の関連性(表6)

【セルフケア行動】と【ソーシャルサポート】の関連においては、【セルフケア行動】総得点と【ソーシャルサポート】尺度得点(r=0.261、p<0.01)および下位尺度の【情動的サポート】得点(r=0.349、p<0.01)に相関がみられた。

表6 セルフケア行動とソーシャルサポート尺度得点の関連性

| | ソーシャルサポート総得点 | 情動的サポート得点 | 行動的サポート得点 |
|------------|--------------|-----------|-----------|
| セルフケア行動総得点 | 0.261* | 0.349* | 0.121 |

Spearman 順位相関係数 *p<0.01

V. 考察

今回調査した対象者は、平均年齢69.6歳、平均罹患期間18.6年であり、HCV遺伝子型はI型が多いことや経験した治療の内容より、INF療法ではHCVウイルスが完全に除去できず肝硬変、肝がんへの進行を予防するために肝庇護療法やINF療法を継続して行っている集団であった。

セルフケア行動の各項目は全体的に得点が高いことからセルフケア行動がとれているといえる。セルフケア行動得点が高い項目は、「指示された内服や注射をする」、「病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」であった。C型慢性肝炎患者は、セルフケア行動を行う上で体調の指標となるものが少ない。そのため、自身の病気の進行具合を知り、体調管理を行うために定期的に通院し、指示された治療を行うというセルフケア行動がとれていると考えられる。反面、C型慢性肝炎はがん化の可能性があるが、近年のINF治療法の進歩や肝臓病患者に対する医療費助成など療養生活に変化がみられることなど、他の慢性疾患にはない特徴を持っている。C型慢性肝炎から、がんや肝硬変など病気を進行させないためには、治療法や療養生活の変化に対応することが重要となる。そのため、「病気についての情報を得る」という情報を探索する積極的なセルフケア行動がとれていることが特徴としてあげられる。

セルフケア行動高得点群は、現在の健康満足度が高く、支援者がいる人達であった。今回の調査結果は、セルフケア行動に積極的な人は、生きることや、健康であることに価値を見出している人である⁴⁾という、

先行研究と同様の結果であった。セルフケア高得点群はセルフケア行動を行うなかで、価値や生きがいを見出すことができたため、健康満足度が高かったと考える。さらに、C型慢性肝炎患者の場合は、他者への感染の可能性がある病気であることから、支援者の存在を自覚することにより、周囲の人々に迷惑をかけないようにセルフケア行動をとらなければならないという役割期待意識が働き、セルフケア行動を行う動機づけにもなったと予測する。

ソーシャルサポート高得点群は、療養支援者がいて支援内容にも満足していた。また有意差はみられなかったが、ソーシャルサポート高得点群はセルフケア行動の高得点者が多い傾向にあった。これは、ソーシャルサポートの充実の程度が、慢性疾患を抱えながらの健康維持の予測的機能を果たす可能性がある²¹⁾といわれるように、他者からのサポートを受けることが、今後肝炎から肝硬変、肝がんへ進行しないよう予防行動をとるうえで効果があると考えられる。

ソーシャルサポートのなかでも情動的サポートがセルフケア行動に影響を与えていた。情緒的支援が得られると、緊張が緩和し、安心し、自信や自立心が高まり生きる希望がもてるようになり、その結果セルフケアへの意欲が高まる⁴⁾といわれているように、今回の対象者も支援を受けることが、セルフケア行動を促進させるうえで効果があると考えられる。C型慢性肝炎患者は、病名や感染していることを告げられてから疲労感、うつ傾向が出現する²²⁾うえ、完全にウイルス排除ができない場合は、肝硬変、肝がんへ進行するという不安や恐怖を抱えながら治療を選択し日常生活を送らなければならない。国の対策によりINF療法に対する助成は行われているが、治療費の経済的負担はまだ大きく、肝炎患者の高齢化がいわれているなかで患者・家族は、今後どのように生活をしていくか、どの治療法を選択しセルフケア行動を行っていくのか意思決定を行う上で困難が生じてくると考えられる。このような状況のなか患者の意思決定を支え、選択した方法を支援するためには、家族だけでなく医療者による情動的サポートも重要であるといえる。

ソーシャルサポートのなかの行動的サポートは、長期間にわたる治療や健康行動に対する動機づけの維持に重要な役割を果たす²¹⁾といわれている。C型慢性肝炎患者は、日常生活の制限がほとんどなく行動的サポートを必要とする機会が少ないことが、今回の調査で行動的サポートに有意差はみられない結果になったと

考えられる。しかし、C型慢性肝炎の進行や患者がさらに高齢化した場合は、セルフケア行動を実施する上で行動的サポートの需要が増加すると予測され、患者・家族の療養を支えるためには、行動的サポートが得られる環境を整えることも重要となると考えられる。

C型慢性肝炎は、治療法の変化により患者は入院・通院の機会が減少している。このことから患者が通院を通して、今までのように病気の進行状況を知り、セルフケア能力を高め、自らの体調管理を継続していくには限界があると予測される。これらから、C型慢性肝炎患者への看護活動では、患者が主体的にセルフケア行動をとれるよう、肝疾患拠点病院を中心に患者への必要な情報提供システムを構築し、患者が新たな治療法の選択ができ、安心して療養に取り組める環境を整える支援が重要になるといえる。例えば、現在の肝疾患拠点病院を中心とした診療ネットワークのなかで、看護師の介入がINF治療の継続に効果をもたらした²³⁾ように、病院看護師と診療所看護師の連携が必要と考える。その中で看護師が中心となり、患者が病院でも診療所でも同様の療養生活支援を受けられるように、電話やファクシミリ、Webを用いて必要な情報を定期的に送受信したり、適宜、質疑応答が行われるよう支援していくことも療養生活を支援するうえで重要になると考える。そのためには肝臓病を専門とする専門看護師が必要となると考える。

また日本のC型慢性肝炎患者は、他国と比べ中高年者が多く、個人や家族の取り組みだけでは療養生活に支障をきたすことも予測される。そのため、療養生活に即した情動的サポートおよび行動的サポートが地域で得られる支援体制作りの必要性が示唆された。これらを実現するには、早期から患者のソーシャルサポートを把握し、活用状況を知るとともに、知り得た情報を診療ネットワーク内で共有することや、患者だけでなく家族を含めた支援が必要となると考える。さらに、同じ病気である患者と交流できるように患者会の紹介、入会を勧めることも家族以外のソーシャルサポートを確立するうえで有益と考える。

VI. 今後の課題

今回の研究対象は、患者会に入会している患者を対象としていることからセルフケア行動を熱心に行っている患者が回答をしていると考えられた。そのため患者会入会者の特性を反映している結果となっている可能性がある。また今回の研究で用いたセルフケア行動

の項目については、妥当性の確認をしていく必要があり本研究の限界と考える。今後は対象者を限定せず対象者を増やしセルフケア行動とその影響要因を分析する必要がある。

Ⅶ. 結論

1. 患者会に所属するC型慢性肝炎患者における【セルフケア行動】の実施が高くなっていた項目は、「指示された内服や注射をする」、「病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」であった。C型慢性肝炎患者が、病気を進行させないためには、治療法や療養生活の変化に対応することが重要となる。そのため、「病気についての情報を得る」のセルフケア行動が特徴的であるといえる。
2. C型慢性肝炎患者の【セルフケア行動】と【ソーシャルサポート】とは関連があり、なかでも、【情動的サポート】との関連があった。これらから、C型慢性肝炎患者が治療法の自己決定や療養環境を整えるセルフケア行動を実施していくには、情動的サポートが得られることが重要であると示唆された。

謝辞

本研究の質問紙調査実施にあたり、快くご協力頂いた患者会の事務局の皆様、療養中のなか質問紙の回答にご協力頂きました患者会の会員の皆様に心より感謝いたします。

(当該論文は、平成22年度順天堂大学大学院医療看護学研究科修士論文をもとに作成したものである。)

引用文献

- 1) 進藤道子：C型慢性肝炎の治療：現在と未来，肝臓，50 (7)，345-355，2009.
- 2) 厚生労働省 (2013.1.7)：C型肝炎について (Q&A) 平成20年4月改訂 (改訂第7版)，<<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0701-2/dl/h0701-2a.pdf>>
- 3) 平松知子，泉キヨ子：C型肝炎由来のがん患者が辿る肝炎診断から現在までの心理と療養行動，日本看護研究学会雑誌，28 (2)，31-40，2005.
- 4) 宗像恒次：新版行動科学からみた健康と病気，第1版6刷，メヂカルフレンド社，138-202，1993.
- 5) 新田美和，石原清：外来でインターフェロン療法を受けるC型肝炎患者の治療継続と副作用対処への看護支援の検討，日本看護学会論文集第37回成人看護Ⅱ，407-409，2006.
- 6) 八重樫尚子，篠原紀子，石井由紀子，他：インターフェロンにおける症状とその看護—身体的症状と精神的症状との関連に着目して—，日本看護学会論文集第37回成人看護Ⅱ，479-481，2006.
- 7) 南島奈穂子，甲斐香織，田代明美，他：インターフェロン療法を受ける外来患者の体調チェックシートに関する有効性，日本看護学会論文集第34回成人看護Ⅱ，87-89，2003.
- 8) Hubert Sung, Michael Chang, Sammy Saab: Management of Hepatitis C Antiviral Therapy Adverse Effects, Curr Hepat Rep, 10 (1), 33-40, 2011.
- 9) 坂本祐子，中田晴美，庄田香世子：インターフェロン療法中の体調チェックシートにうつ尺度とQOL尺度を用いて明らかになったこと，日本看護学会論文集第39回成人看護Ⅱ，164-166，2008.
- 10) 池田健次，熊田博光：肝臓病とQOL臨床看護，33 (12)，1799-1803，2007.
- 11) 濱田佳代子，宮腰由紀子，井上正規：インターフェロン療法開始後6ヵ月までのC型肝炎患者の健康関連Quality Of Life，民族衛生，73 (1)，12-30，2007.
- 12) 相場真弓，渡邊岸子：肝臓疾患患者の心理の特徴および心理過程についての検討，新潟大学医学部保健学科紀要，9 (1)，123-129，2007.
- 13) 松田悦子，齊藤亮子，山田皓子，他：HCV由来の肝疾患患者の日常，山形保健医療研究，10，41-53，2007.
- 14) 内田真紀，稲垣美智子：HCV由来肝硬変，肝がん患者が語る病みの経験，日本がん看護学会誌，19 (2)，39-47，2005.
- 15) 飯田苗恵，狩野太郎，神田清子：慢性肝疾患患者における自尊感情の要因分析，群馬保健大学紀要，21，45-50，2000.
- 16) 不破理映，有村綾子，羽鳥薫：インターフェロン療法を受けるC型肝炎患者に対する支援—「懇親会」を実施して—，日本看護学会論文集第38回成人看護Ⅱ，266-268，2007.
- 17) 苔米地真弓，服部雅子，前田美津代，他：C型肝炎患者のセルフケア行動の検討—宗像のセルフケアモデルを用いて—，日本看護学会論文集第26回成人看護Ⅱ，16-18，1995.
- 18) 高岸弘美：血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす

- 要因とそれらの関連性に関する研究, 山梨県立大学看護学部紀要, 10, 13-26, 2008.
- 19) 日本肝臓学会編：慢性肝炎の治療ガイド2008, 第1版2刷, 文光堂, 27, 2007.
- 20) 山中道代, 黒田寿美恵, 綱島ひづる：肝がん患者のセルフケア行動とセルフケア行動に影響する要因, 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 5 (1), 119-127, 2005.
- 21) 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二：慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果, 心身医学, 38 (5), 317-323, 1998.
- 22) 小西一郎, 日浅陽一, 恩地森一：C型肝炎とQOL, 肝胆膵, 57 (6), 1169-1178, 2008.
- 23) 津端俊介, 亀井広美, 吉川成一, 他：C型慢性肝炎のインターフェロン治療における地域連携パスシート導入がもたらしたチーム医療の展開, 肝臓, 53 (5), 263-271, 2012.

Original Article

Abstract

The Association between the Self-Care Behavior of Patients with Chronic Hepatitis C Who Are Members of a Patients' Association and Social Support

Objective : The objective of this study is to clarify the self-care behavior of patients with chronic hepatitis C and the association between the self-care behavior and social support.

Method : The subjects were patients with chronic hepatitis C who were members of a liver disease patients' association in the Kanto area, and a questionnaire was sent to them by post to conduct a survey. The survey items were the characteristics of subjects, self-care behavior, and yardsticks for social support for patients with chronic disease. Self-care behavior and social support were given scores and divided into high-score and low-score groups, and their associations with each of the survey items were analyzed.

Results and Discussion : Among the 400 patients to whom the questionnaire was delivered, the 104 patients who gave valid responses were analyzed. The subjects were 38 males and 66 females with the average age of 69.6(\pm 7.74). The self-care behavior items with a high implementation rate were [take prescribed drugs internally or by injection], [go to a hospital to improve or maintain symptoms] and [obtain information on disease]. The self-care behavior [obtain information on disease] could be said to be characteristic of patients with chronic hepatitis C who might develop cancer but whose methods of treatment and treatment lives were greatly varied.

The "self-care behavior" of patients with chronic hepatitis C were associated with "social support" ($p < 0.01$), of which, especially with "emotional support" ($p < 0.01$). These have suggested that it is vital for patients with chronic hepatitis C to obtain emotional support in carrying out self-care behavior.

Key Words : Chronic Hepatitis C Patients, Self-Care Behavior, Social support

SEO Masae AOKI Kiyoko

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究11
P.36-44 (2013)

中壮年期にある人々のワーク・ファミリー・コンフリクトが
健康に及ぼす影響と社会的支援の効果の検討

Impact of Work-Family Conflict on Health and Effect
of Social Support among Middle-aged Workers

熊谷たまき¹⁾
KUMAGAI Tamaki

藤村一美²⁾
FUJIMURA Kazumi

池崎澄江³⁾
IKEZAKI Sumie

要 旨

【目的】本研究は、中壮年期にある一般住民のワーク・ファミリー・コンフリクト（以下、WFC）の実態を把握し、WFCの下位概念であるWIF（work interference with family）とFIW（family interference with work）が健康に及ぼす影響を明らかにすること、さらにWIFとFIWへの社会的支援の効果を検討することを目的とした。【方法】調査は国内6地域の成人男女1800人を対象に無記名自記式調査票を用いて実施した。有効回答は692件（回収率40.0%）で、本分析対象は就業し有配偶者403名とした。WFCの健康への影響と社会的支援の効果は重回帰分析により検討した。【結果】分析対象者は男性214名（53.1%）、女性189名（46.9%）で、平均年齢は男性で47.6歳、女性は46.3歳であった。WIFは女性より男性で高かったがFIWでは性差は認められなかった。WFCの健康への影響は、WIFとFIWが高いほど蓄積疲労度、抑うつ度が高いことが男女ともに認められた。社会的支援のWFCへの効果は男女ともに、職場からの手段的支援と情緒的支援がWIFを軽減していた一方で、家族からの手段的、情緒的支援は男性でのみ効果がみられた。FIWは男女ともに家族の手段的支援の効果がみられた。【結論】WFCは健康に影響すること、社会的支援は内容別に男女で効果が異なっていることが明らかになった。

索引用語：ワーク・ファミリー・コンフリクト、蓄積疲労、抑うつ、社会的支援、労働職場環境
Key Words：Work-family conflict, cumulative fatigue, depression, social support, work environment

1. はじめに

1964年Kahnら¹⁾によって役割葛藤の一形態として提唱されたワーク・ファミリー・コンフリクト（以下、WFC）の概念は、仕事役割と家庭役割が相互にぶつかり合うことから発生する役割間葛藤と定義された。その後Greenhaus,J.とBeutell,N.(1985)によってWFCは「仕事生活領域から家族生活領域への葛藤（work

interference with family：以下WIF）」と「家族生活領域から仕事生活領域への葛藤（family interference with work：以下FIW）」の2つの方向をもつ下位概念で構成され、そして下位概念はそれぞれ時間とストレス反応、行動の3つの次元をもつと定義された²⁾。具体的に「仕事生活領域から家族生活領域への葛藤」は、仕事に費やす時間、仕事上の役割に対するストレス反応、求められる仕事上の行動の3次元が家庭における役割の遂行を困難にすることであり、「家族生活領域から仕事生活領域への葛藤」は、家庭の時間とストレス反応、行動が仕事上の役割遂行を困難とする。

ワーク・ファミリー・コンフリクトに関する研究は、女性の社会進出やそれに伴う家族形態や伝統的な性役

1) 順天堂大学医療看護学部
School of Health Care and Nursing, Juntendo University
2) 大阪市立大学医学部看護学科
School of Nursing, Osaka City University
3) 千葉大学大学院看護学研究科
Health Science, Graduate School of Nursing, Chiba University
(Oct. 1, 2012 原稿受付) (Dec. 5, 2012 原稿受領)

割の変化が我が国より早くから進んだ欧米において、1980年代後半から女性を対象とした研究が行われてきた。わが国におけるWFCに関する研究は多くなく、報告されている研究はWFCと性別、末子年齢、子ども数、就労形態といった基本属性との検討や、労働状況、職場風土、労働職場環境、パーソナリティ要因との検討の他に、WFCが疲労や抑うつなど心身の健康に及ぼす影響や生活満足度への影響に関するものがある^{3)~10)}。またWFCの下位概念と影響要因、規定因との関連は男女それぞれの特徴を有していることが報告されている⁹⁾。先行研究の多くは調査対象が一企業組織や業種、多重役割を抱えている女性にのみ焦点が当てられており、一般住民を対象とした研究は吉田⁶⁾の都内2地区における報告に限られているため、これまでの研究結果を就労者全般に反映させることが難しくWFCの軽減や予防対策を講じ就労者の健康を維持するためには、先行研究で得られた知見を異なる対象で検証する必要がある。

先述したようにWFCは「仕事から家庭へ」と「家庭から仕事へ」の双方向の形態を有することから、下位概念毎に影響要因の関連をみることによってWFCの実態をより具体的に捉えることができる。さらに影響要因も仕事要因に加え家庭生活要因がWIFとFIWへ及ぼす影響をみなければならない。WFCを軽減する家庭要因としては配偶者の支援や家族関与の有無が報告されているが、WFCの下位概念との検討がなされていないためWIFかFIWに有効なのかが不明である。また提供主体別の支援の有無だけでなく、手段的支援や情緒的支援といった社会的支援の内容による効果の違いを検討することにより得られる情報はWFCへの対策のための有用な一資料となる。

中年期と壮年期にある成人男女は多重役割をもって生活しており、職業生活と家庭生活における社会的役割の達成はライフステージにおける重要な課題である。本研究では、就業している中壮年期の一般住民を対象に、①WFCの実態をワークライフバランスと基本特性から把握し、②WFCの下位概念に焦点をあてWFCが健康に及ぼす影響を検証し、③WFCへの影響要因に社会的支援を取り上げ、支援内容による効果を明らかにすることの3つの課題を目的とした。

2. 方法

1) 調査方法

国内の3都県の都県庁所在地および郡部の各3地区、

全6地域において、中壮年期にある成人男女を平成16年度の住民基本台帳から各地域300名を無作為抽出し、計1800名を対象として調査を実施した。調査は無記名自記式の質問票を用いて、調査票の配布と回収は郵送によって行った。調査は2006年3月から5月に実施し、調査票の有効配布数は1732件で、うち有効回答数は692件(回収率は40.0%)であった。分析対象は研究の目的に基づき、就業し配偶者がいる403名とした。

2) 調査項目

(1) ワーク・ファミリー・コンフリクト

WFCの測定には、渡井らが日本人労働者における仕事と家庭の葛藤を評価するために開発したWFCS (Work-Family Conflict Scale) を用いた¹²⁾。WFCSは「仕事生活領域から家庭生活領域への葛藤 (WIF)」と「家庭生活領域の仕事生活領域への葛藤 (FIW)」の2つの下位尺度で構成され、下位尺度は時間、ストレス反応、行動に関する9つの質問項目から成る。各質問には「とてもそう思う=5」から「全くそう思わない=1」の5段階で回答を得る。分析にあたっては下位尺度毎に得点を単純加算し尺度化して分析に用いた。なお本研究における下位尺度のクロンバック α 係数は、WIFは.883、FIWでは.880であった。

(2) 健康状態

健康状態は身体的健康と精神的健康の2側面で捉えることとし、尺度は先行研究を参考にした。身体的健康は山崎ら(1990)が作成した簡約版蓄積疲労徴候スケール18項目版(以下、CFIS)を用いて慢性蓄積疲労度を測定した^{13)、14)}。分析対象におけるクロンバック α 係数は.794であった。精神的健康は抑うつ的な状態を測定するRadloff, L.S. (1977)が開発したCES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression) 20項目版の日本語訳を用いた¹⁴⁾。本尺度は精神状態に関する20項目について4件法で回答を得るもので、得点が高いほど抑うつ度が高いことを表す。クロンバック α 係数は.710であった。

(3) ワーク・ファミリー・コンフリクトの規定因(仕事要因と家庭生活要因)

仕事の要因として1日の仕事時間、仕事要求度、仕事裁量度の3項目を設定した。仕事時間は「常に仕事に追われている」「時間内で終わらない仕事をいつも抱えている」、仕事要求度は「勉強や高度の判断が要求される」「能力以上の仕事を頼まれる」について、仕事裁量度は「自分のやり方やペースで仕事ができる」「やりがいや楽しみがある」を尋ね、「全くそう

だ」から「全くちがう」までの5件法で回答を得た。家庭生活の要因は1日の家事時間、6歳未満の子どもの有無、配偶者の労働時間の3項目で把握した。

(4) 社会的支援

社会的支援として、手段的支援と情緒的支援を設問した。手段的支援は、職場の上司や同僚から「困ったときに実務的に助けてくれる」、家族からは「必要なときに進んで家庭内の用事を手伝ってくれる」と質問し、情緒的支援は職場の上司や同僚では「困ったときに相談にのってくれる」、家族では配偶者は「役割を労ったり感謝してくれる」と尋ね、いずれも「全くそうだ」から「全くちがう」までの5件法で回答を得た。

(5) ワークライフバランス

仕事と家庭との生活のバランスについて、「仕事が生活の大半を占め、仕事中心の生活をしている」「家庭よりは仕事を優先する生活をしている」「仕事と家庭に同じくらい関わる生活をしている」「仕事よりは家庭を優先する生活をしている」の4つの状況を設定し、現在の生活に最も近いもの選択してもらった。

(6) その他の調査項目

上記の変数の他に、基本属性として年齢階層、世帯人数、最終学歴、家族の介護・看護をしているか否か、勤務形態（常勤職員・自営業家族従業員・パートタイム）を調査項目とした。

3) 分析方法

WFCの実態は記述統計量とノンパラメトリック検定によって把握し、ワークライフバランスによるWFCの差は一元配置分散分析により検討した。WFCの下位尺度であるWIFとFIWはピアソンの積率相関係数により関連を検討した。次にWFCが健康に及ぼす影響は、抑うつと蓄積疲労度を従属変数とし、独立変数にWFCと仕事に関する要因、家庭に関する要因を投入し、基本属性と業務形態を調整変数とした重回帰分析を用いた。同様に社会的支援がWFCに与える影響に関しては、従属変数をWIFとFIWに、独立変数には社会的支援の手段的支援と情緒的支援を、調整変数に基本属性と業務形態を投入した重回帰分析によって検討した。なお分析には統計パッケージSPSS18.0 Jを用いた。

4) 倫理的配慮

本研究は東京大学医学部研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。調査を行うにあたっては調査対象者に調査の趣旨、調査への協力は任意であること、情

報から個人が特定されないこと、研究目的以外にデータを使用しないことを書面で説明し、協力への同意を書面で得た上で調査を実施した。

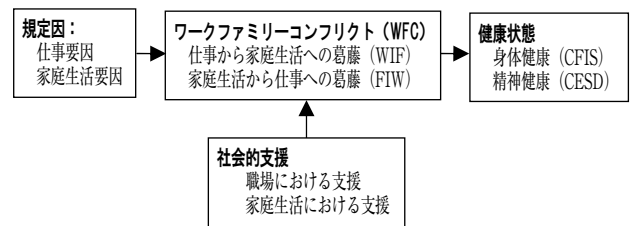


図1 分析枠組み

3. 結果

1) 分析対象者の特性

本研究の分析対象者の特性を表1に示した。男性214名(53.1%)、女性189名(46.9%)で、平均年齢は男性で47.6歳±8.1(標準偏差)、女性は46.3歳±8.1(標準偏差)であった。就労形態は男女によって大きく異なり、女性ではパートタイム就労が4割、常勤職員は3割、自営業2割であり、男性では常勤職員7割、自営業2割、パートタイムは1割だった。これに伴い年収や仕事と家庭の要因においても性別による特徴がみられた。6歳未満の子どもの有無は2群で差はなく、家族の介護・看護をしているか否かは男性より女性でその割合が高かった。また職場と家庭における社会的支援においても性差がみられ、職場の上司と同僚から受ける支援は女性で多く、家族から受ける支援は男性で高くなっていた。健康状態を捉えたCFISとCESDの得点分布には男女により違いはなかった。

2) ワークライフバランスの特徴

性別にみたワークライフバランスは、女性では「仕事中心の生活」9.7%、「家庭より仕事優先」22.7%、「仕事と家庭は同じくらい」44.3%、「仕事より家庭優先」23.2%であり、男性では順に35.2%、30.5%、29.1%、5.2%にあり男女でその割合が大きく異なっていた(χ^2 値=59.9, $p<.0001$)。ワークライフバランスを6歳未満の子どもの有無と要介護者の有無により比較したところ、要介護者の有無によるワークライフバランスは男女ともに差はなかった。しかし6歳未満の子どもの有無では女性においてワークライフバランスの分布に違いがみられ、6歳未満の子どものいないものでは「仕事と家庭生活は同じくらい」「仕事より家庭中心」62%に対し、子どもがいるものでは80%と高くなっていた($\chi^2=8.01$, $p=.046$)。

表1 分析対象者の特性

| | | 女性 | 男性 | 検定 ²⁾ |
|-----------------------|----------------|------------|------------|------------------|
| | | n=189(%) | n=214(%) | |
| 基本属性 | | | | |
| 年齢 | 平均±標準偏差 | 46.3±8.1 | 47.6±8.1 | ns. |
| 慢性疾患の有無 | あり (%) | 130 (70.7) | 124 (59.0) | * |
| 世帯人数 | 平均±標準偏差 | 3.7±1.1 | 3.8±1.1 | |
| 年収 | 250万円未満 | 123 (66.5) | 7 (3.3) | *** |
| | 250~500万円未満 | 35 (18.9) | 65 (30.5) | |
| | 500~750万円未満 | 20 (10.8) | 71 (33.3) | |
| | 750~1000万円未満 | 5 (2.7) | 39 (18.3) | |
| | 1000万円以上 | 2 (1.1) | 31 (14.6) | |
| 最終学歴 | 中学校 | 16 (8.5) | 19 (8.9) | *** |
| | 高等学校 | 82 (43.4) | 81 (37.9) | |
| | 専門学校・短大 | 64 (33.9) | 25 (11.7) | |
| | 大学 | 27 (14.3) | 89 (41.6) | |
| 就労形態 | | | | |
| | 自営業・家族従業員 | 35 (18.1) | 49 (23.2) | *** |
| | 常勤職員・正規従業員 | 61 (32.8) | 157 (74.4) | |
| | 非正規従業員・派遣 | 9 (4.8) | 2 (0.9) | |
| | パートタイム他 | 81 (43.6) | 3 (1.4) | |
| 仕事要因 | | | | |
| 1日の労働時間 | 平均±標準偏差 | 6.7±2.2 | 9.6±2.2 | *** |
| 仕事要求度 | (範囲: 1-10) | 5.8±1.8 | 6.8±1.6 | *** |
| 仕事裁量度 | (範囲: 1-5) | 3.3±1.2 | 3.3±1.1 | |
| 家庭生活要因 | | | | |
| 1日の家事時間 | 30分未満 | 3 (1.6) | 101 (47.6) | *** |
| | 30分~1時間 | 7 (3.8) | 65 (30.7) | |
| | 1~2時間 | 46 (25.0) | 29 (13.7) | |
| | 3~4時間 | 67 (36.4) | 13 (6.1) | |
| | 5時間以上 | 61 (33.1) | 4 (1.9) | |
| 6歳未満の子どもの有無 (なし) | | 169 (89.4) | 170 (79.4) | ns. |
| 家族の介護・看護 (している) | | 34 (18.1) | 16 (7.5) | ** |
| 配偶者の労働時間/週 | 平均±標準偏差 | 48.6±39.1 | 34.3±16.9 | *** |
| 社会的支援 | | | | |
| 手段的支援 (職場) | (範囲: 1-5) | 3.8±0.8 | 3.4±1.0 | *** |
| | (家族) (範囲: 1-5) | 3.4±1.1 | 3.8±0.9 | *** |
| 情緒的支援 (職場) | (範囲: 1-5) | 3.7±0.9 | 3.3±1.0 | ** |
| | (家族) (範囲: 1-5) | 3.5±1.1 | 3.7±0.9 | *** |
| ワークファミリーコンフリクト | | | | |
| WFC | (範囲: 1-5) | 2.4±0.6 | 2.6±0.6 | ** |
| WIF | (範囲: 1-5) | 2.6±0.8 | 2.9±0.8 | *** |
| FIW | (範囲: 1-5) | 2.2±0.6 | 2.2±0.6 | ns. |
| 健康状態 | | | | |
| CFIS | (範囲: 0~38) | 3.9±2.9 | 3.8±3.0 | ns. |
| CES-D | (範囲: 0-60) | 11.0±6.4 | 9.7±6.2 | ns. |

注1) WIF: 仕事生活領域から家族生活領域への葛藤、FIW: 家庭生活領域から仕事生活領域への葛藤

2) 性差の検討は、離散変量については χ^2 検定、連続変量はt検定による。

3) *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

3) 就労形態とワーク・ファミリー・コンフリクト

就労形態別にみたワークライフバランスの分布は、女性において常勤職では「仕事中心の生活」15%、「家庭より仕事優先」40%、「仕事と家庭は同じくらい」38%、「仕事より家庭優先」18%であった。自営業では順に、6%、24%、52%、18%と「仕事と家庭は同じくらい」が最も多かった。パートタイム就労では4%、11%、45%、40%の割合であった。他方、男性では常勤職は「仕事中心」が31%、「家庭より仕事優先」と「仕事と家庭は同じくらい」は31%、「仕事より家庭優先」2%に対して、自営業では順に47%、31%、20%、2%で、常勤職より自営業で家庭より仕事という回答が多い傾向にあった。

ワーク・ファミリー・コンフリクトについて、WFCは女性で2.4、男性では2.6と女性より男性で高く、下位尺度のWIFにおいても男性で高くなっていた。FIWでは性差は認められなかった(表1)。WIFとFIWの相関は女性で $r = .636$ 、男性では $r = .503$ であった。次に、就労形態によるWFCの違いを検討し分析の結果を表2に示した。就労形態別では女性では常勤職、自営業、パートタイムの順でWIFは低くなっていたが、男性においては就労形態により差はなかった。他方FIW得点の分布は、女性ではWIFと同じ傾向であり、男性では常勤職より自営業でFIWが高くなっていた。

4) ワーク・ファミリー・コンフリクトが健康に及ぼす影響

次にWFCの健康への影響を検討し、その結果を表3に示した。身体的健康の指標とした蓄積疲労はWFC

が高いほど蓄積疲労度が高く、同様に抑うつ度も高いことが男女ともにみとめられた。また女性においては1日の家事時間が長いほど、男性においては1日の動労時間が長いほど蓄積疲労度が高い傾向にあった。精神的健康指標とした抑うつ度へもWFCは影響しており、WFCが高いほど抑うつ度を高めていることが男女ともにみとめられた。女性ではWFC以外の要因は抑うつ度に関連を示さなかったが、男性では仕事要求度が抑うつ度を高めているという結果にあった。

5) 社会的支援のワーク・ファミリー・コンフリクトへの効果

職場の上司や同僚から、あるいは家族から受ける手段的支援と情緒的支援がWFCに及ぼす効果を検討した(表4)。分析の結果、WIFは職場からの手段的と情緒的支援の効果が男女ともにみられ、支援が高いほどコンフリクトが低いという影響の仕方であった。他方、家族からの手段的、情緒的支援は男性でのみ効果が示された。FIWに関しては、男女ともに家族の手段的支援がコンフリクトを軽減していたが、情緒的支援は女性では職場からの支援が、男性では家族から受ける支援が効果をもっていた。

この他WIFへの影響要因には男女ともに1日の労働時間と仕事要求度が、さらに男性では仕事裁量度が関連を示した。FIWに影響を及ぼす要因は仕事要求度が男女ともに関連しており、さらに男性では仕事時間と仕事裁量度、1日の家事時間と配偶者の労働時間もFIWに影響していることがわかった。

表2 就労形態によるワークファミリーコンフリクトの得点分布

| | 女性 | | | | 男性 | | | |
|------------|------------|---------|------------|--------|------------|---------|------------|---------|
| | WIF | | FIW | | WIF | | FIW | |
| 就労形態 | | | | | | | | |
| 常勤職員・正規従業員 | 2.93 ± .64 | F=11.13 | 2.33 ± .61 | F=5.24 | 3.01 ± .76 | F=.651 | 2.16 ± .55 | F=11.10 |
| 自営業・家族従業員 | 2.71 ± .75 | p<.0001 | 2.30 ± .69 | p=.006 | 2.91 ± .79 | p =.651 | 2.49 ± .11 | p<.01 |
| パートタイム | 2.33 ± .77 | | 1.99 ± .65 | | - | | - | |

注) 就労形態の分析は男性においては非正規従業員、パートタイムをn数が少ないため分析から除外した。

表3 性別からみたワークファミリーコンフリクトと蓄積疲労度、精神健康と関連の検討

| | 蓄積疲労度 | | | | 精神健康 | | | |
|----------------|---------|-------------------|--------------------|-------------------|---------|---------|-------------------|-------------------|
| | 女性 | | 男性 | | 女性 | | 男性 | |
| | β | β | β | β | β | β | β | β |
| 仕事関連要因 | | | | | | | | |
| 1日の労働時間 | .051 | .102 | .102 | .179* | .022 | .033 | -.046 | .012 |
| 仕事要求度 | -.030 | .021 | .077 | .144 ⁺ | -.043 | -.016 | .230* | .261** |
| 仕事裁量度 | -.001 | -.023 | -.137 ⁺ | -.161* | -.054 | -.077 | .042 | .037 |
| 家庭生活関連要因 | | | | | | | | |
| 1日の家事時間 | .171 | .101 ⁺ | .030 | -.005 | -.010 | -.075 | .120 | .083 |
| 6歳未満の子どもの有無 | .012 | -.046 | .218* | .205* | .077 | .004 | -.025 | -.040 |
| 配偶者の労働時間 | .053 | .084 | .124 ⁺ | .149* | .033 | .084 | .104 | .130 ⁺ |
| ワークファミリーコンフリクト | | | | | | | | |
| WIF | .343*** | | .270*** | | .345*** | | .187 ⁺ | |
| FIW | .331*** | | .230** | | .394*** | | .252** | |
| R ² | .123 | .142 | .225 | .226 | .143 | .161 | .137 | .169 |

注1) ⁺ ; p<.10, * ; p<.05, ** ; p<.01, *** ; p<.001、分析には基本属性 (年齢, 世帯年収, 就業形態) を調整変数として投入した。

2) 表には標準偏回帰係数(β)のみ表示した。

表4 性別からみたワーク・ファミリー・コンフリクトの関連要因と社会的支援の効果の検討

| | WIF | | | | FIW | | | |
|----------------|--------------------|--------------------|----------|----------|--------------------|---------|--------------------|--------------------|
| | 女性 | | 男性 | | 女性 | | 男性 | |
| | β | β | β | β | β | β | β | β |
| 仕事関連要因 | | | | | | | | |
| 一日の労働時間 | .221** | .215** | .171** | .172** | .010 | .019 | -.151* | -.113 ⁺ |
| 仕事要求度 | .474*** | .511*** | .463*** | .455*** | .272** | .323** | .255*** | .218*** |
| 仕事裁量度 | -.061 | -.044 | -.228*** | -.241*** | .094 | .128 | -.161* | -.165* |
| 家庭生活関連要因 | | | | | | | | |
| 1日の家事時間 | -.123 ⁺ | -.119 ⁺ | .054 | .058 | .085 | .111 | .150* | .150* |
| 6歳未満の子どもの有無 | .049 | .066 | .026 | .040 | .125 | .162 | .108 | .112 |
| 配偶者の労働時間 | -.074 | -.060 | -.015 | -.026 | -.111 | -.096 | -.133* | -.131* |
| 社会的支援 | | | | | | | | |
| 手段的支援 (職場) | -.124* | | -.157** | | -.107 | | -.113 ⁺ | |
| 〃 (家族) | -.116 ⁺ | | -.194*** | | -.290*** | | -.279*** | |
| 情緒的支援 (職場) | -.141* | | -.149** | | -.191 ⁺ | | -.060 | |
| 〃 (家族) | -.003 | | -.173*** | | -.128 | | -.265*** | |
| R ² | .501 | .502 | .556 | .545 | .312 | .264 | .339 | .322 |

注1) ⁺ ; p<.10, * ; p<.05, ** ; p<.01, *** ; p<.001、分析には基本属性 (年齢, 世帯年収, 就業形態) を調整変数として投入した。

2) 表には標準偏回帰係数(β)のみ表示した。

4. 考察

本研究は、中壮年期にあり有職で配偶者がいる一般住民を対象に、ワークライフバランスとWFCの実態を把握し、WFCが健康に及ぼす影響を検討すること、さらにWFCへの社会的支援の効果を明らかにすることを目的に行った。

1) ワークライフバランスとワーク・ファミリー・コンフリクトの実態

ワークライフバランスと就労形態は男性と女性で大きく異なっていた。金井ら (1998) と松浦 (2008) は、女性は家庭との関係を重視した上で就労を選択することを指摘しているが、本研究においてもパートタイムで働く女性は「仕事より家庭優先」の割合が他の就労形態の女性より高くなっていた。男性は家計支持者としての職業選択をしているのに対し、女性は仕事と家事や子育てとのバランスを維持するためにキャリアを

変更するなどして共働きができる就労形態を選択しているものと考えられた。またパートタイマーで働く女性はフルタイムで働く女性よりWFCが低いことが明らかにされており⁶⁾、本研究も先行研究を支持する結果であった。コンフリクトのWIFとFIWが高い正の相関関係にあったことは、この2つが連鎖していることが推測される。高いWIFは高いFIWを生じ、FIWが一層WIFを強める循環が生じているのであれば、コンフリクトを軽減する介入の必要性は極めて高いと言える。

2) ワーク・ファミリー・コンフリクトが健康に及ぼす影響

WIFとFIWの影響の大きさに男女間で若干の差異はあるものの、WFCが蓄積疲労と抑うつ状態を高めていたことは多くの先行研究^{4),8)}と同様の結果であり、WFCが心身の健康を低下させることが検証された。これにWFCが仕事と家庭生活の要因から影響を受けていた結果を合わせWFCが健康に及ぼすプロセスを考えると、仕事要因と家庭生活要因がストレスナーになり家庭と仕事を両立させる上で葛藤が生じ、さらにその葛藤がストレスナーになり健康状態を低下させると解釈できる。仕事と家庭生活といった社会的側面と心理的側面全般の生活の質が損なわれている実態とみなすことができる。先述したコンフリクトへの介入は、葛藤自体を低下させる必要性に加えて、健康状態の低下を予防するための重要な対策である。

3) ワーク・ファミリー・コンフリクトへの社会的支援の効果に関して

コンフリクトを緩和する要因には労働職場環境や職場の組織風土、個人要因としては末子年齢、子ども数、配偶者からの支援の影響が報告されている⁴⁾⁶⁾⁷⁾。本研究ではWIFとFIWともに手段的支援と情緒的支援の社会的支援がみとめられた。しかし影響の様相は男女で異なっていた。男性においては職場からの支援より家族から提供される支援が大きな影響をもっていたのに比して、女性では情緒的支援より手段的支援の効果が高かったことは、女性は現実的な手助けを求めていると解釈できる。このように支援の影響の仕方に性差があるものの、先述したようにWFCが心身の健康状態を低下させることから、社会的支援はコンフリクトへの直接効果の他に、健康への間接効果をもつと推察される。

WFCの影響要因として吉田（2007）やKatoら（2009）は「家庭と仕事の両立支援のための制度があること」や「職場は家族責任をもつ社員に理解を示し、

配慮する雰囲気がある」といった制度や職場風土があることを指摘している。本研究においてはWFCの下位概念であるWIFには社会的支援の他に労働時間と仕事要求度が男女ともに関連がみられたこと、仕事裁量度は男性でのみ関連がみられたこと、FIWでは女性で仕事要求度が、男性では仕事時間、仕事要求度、仕事裁量度の仕事関連要因が影響していたことから、労働職場環境はWFCを緩和する上で重要な要因であると言える。このほかにFIWでは男性で家庭生活要因が影響していた。これらの知見については、仕事時間、仕事要求度と仕事裁量度がWFCを高めることの報告はあるが^{6),7)}WFCへの影響要因としての検討でありWIFとFIWにおける検討はなされていなかったが、本研究により下位概念WIFとFIWの特徴が明らかになった。

社会的規範の性役割や女性が抱える多重役割からWFCの研究は就業している女性に多くの関心が払われてきた。しかし、WFCは職場と家庭、男女を組み合わせた視座をもった問題解決のアプローチが不可欠であることが本研究で得られた知見から確認されたとと言えるだろう。

5. 本研究の限界と今後の課題

本調査は一般住民を対象に実施したが、調査対象の規模から結果の会社には基本属性や就業状況を踏まえ慎重に解釈する必要がある。本調査結果を踏まえ、今後はより大規模集団に対する調査を実施することにより本研究結果を検証し結果の一般化を検討すること、さらに縦断研究の研究デザインによる実証研究によってコンフリクトが健康に及ぼす影響の因果関係のメカニズムの解明が求められる。これらの研究を通して、WFCの諸理論を我が国の固有文化や社会の中で発展させていくことができであろう。またその一方で対象者集団への具体的な提言を行うために、職種の特異性や労働職場環境による調査対象を限定した調査が必要である。

6. 結論

本研究から以下の知見が得られた。①女性においてはワークライフバランスを考慮した就業を選択している可能性があること、また就労形態とWFCの関連の分析からは性差がみられ、FIWにおいて差が顕著であったこと、②WFCは心身の健康を低下させるという先行研究と一致した結果が示されたこと、③WFCへの社会的支援の効果は、男女ともにその直接効果が認

められた。

ワーク・ファミリー・コンフリクトに関する研究においては、伝統的性役割分業「男性は仕事，女性は家庭」という社会的規範が今もなお強く残っている社会文化的背景をもつ我が国に欧米で得られた知見を適応することは難しいことを鑑み、今後も多角的に研究課題を設定した実証研究によって研究結果を積み重ね、また研究結果を具体的な施策に反映させていく必要がある。

文 献

- 1) Kahn RI., Wolfe DM., Quinn R., et.al: Organizational stress, New Yoke, Wiley,1964.
- 2) Greenhaus JH., Beutell N, J.: Stress and conflict between work and family roles, Academy of Management Review, 10, p76-88, 1985.
- 3) 金井篤子, 若林満: 女性パートタイマーのワーク・ファミリー・コンフリクト, 産業・組織心理学研究, 11, p107-122, 1998.
- 4) 金井篤子: ワーク・ファミリー・コンフリクトの規定因とメンタルヘルスへの影響に関する心理的プロセスの検討, 産業・組織心理学研究, 15, p107-122, 2002.
- 5) 松浦素子, 菅原ますみ, 酒井厚, 他: 成人期女性のワーク・ファミリー・コンフリクトと精神的健康との関連—パーソナリティの調節効果の観点から, パーソナリティ研究, 16(2), p149-158, 2008.
- 6) 吉田悟: ワーク・ファミリー・コンフリクト理論の検証, 『人間科学研究』文教大学人間科学部, 29, p77-89, 2007.
- 7) Michiko Kato, Yoshihiko Yamazaki: An Examination of factors Related to Work-to-family Conflict among Employed Men and Women, J Occup Health, 51, p303-313, 2009.
- 8) Izumi Watai, Noriko Nishikido, Sachiyo murashima: Gender Difference in Work-Family Conflict among Japanese Information Technology Engineers with Preschool Children, Occup Health, 50, p317-327, 2008.
- 9) 長貝まき子: ワークライフバランスを实践する某製造業従業員におけるワーク・ファミリー・コンフリクトの実態と精神的健康度との関係, 産業精神保健, 16(4), p224-230, 2008.
- 10) Akiko Shimizu, Bekker Arnold, Demerouti Evangelia, et.al: Work-family Conflict in Japan: How Job and Home Demands Affect Psychological Distress, Industrial health, 48(6), p766-774, 2010.
- 11) 渡井いずみ, 錦戸典子, 村嶋幸代: ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale: WFCS) 日本語版の開発と検討, 産衛誌, 48, p71-81, 2006
- 12) 越河六郎, 藤井亀: 蓄積的疲労徴候調査 (CFSI) について, 労働科学, 63, p229-246, 1987.
- 13) 山崎喜比古: 質問項目と文例, 東京大学医学部保健社会学教室編, 保健・医療・看護調査ハンドブック, p111-120, 東京大学出版会, 東京, 1992.
- 14) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 他: 新しい抑うつ性自己評価尺度について, 精神医学, 27, 717-723, 1985.

Original Article

Abstract

Impact of Work-Family Conflict on Health and Effect of Social Support among Middle-aged Workers

[Aims] This study aimed to evaluate work-family conflict (WFC) in general residents at middle to old age, elucidate the influence of work interference with family (WIF) and family interference with work, subcategory concepts of WFC, on health, and investigate the influence of social support on WIF and FIW.

[Methods] A total of 1,800 adult males and females in six regions of the country were surveyed with an anonymous self-completion questionnaire. The effective response was obtained from 692 (response rate, 40.0%) and 403 of them that had work and a spouse enrolled in this study. The relationship of WFC and health was examined by multiple regression analysis. Similarly, using multiple analyses, we examined the effect of social support on WFC.

[Results] There were 214 males (53.1%) and 189 females (46.9%) and their age was 47.6 years (average) and 46.3 years, respectively. WIF was higher in males than in females, whereas FIW showed no gender difference. In terms of the influence of WFC on the health of the body and soul, fatigue accumulation and depression were severer in higher WIF and FIW cases in both genders. With regard to the influence of social support on WFC, instrumental support and emotional support at work reduced WIF in both genders, whereas such support from the family was effective only in males. Instrumental support from the family was effective for FIW in both genders.

[Conclusions] The results of the study suggested that WFC influenced health and the effectiveness of social support was dependent on its function and different between males and females.

Key Words : Work-family conflict, cumulative fatigue, depression, social support, work environment

KUMAGAI Tamaki FUJIMURA Kazumi IKEZAKI Sumie

 実践報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究11
P.45-50 (2013)

排便看護ケア外来の準備と活動報告

The report of practice and preparation for defecation nursing care on an out patient

西田 みゆき¹⁾²⁾³⁾
NISHIDA Miyuki

照沼 則子²⁾
TERUNUMA Noriko

山高 篤行³⁾
YAMATAKA Atsuyuki

川口 千鶴¹⁾
KAWAGUCHI Cizuru

岡田 隆夫¹⁾
OKADA Takao

要旨

排便障害児は、乳幼児期の手術後、外来における継続的な看護を必要としている。そこで、我々は2011年から排便看護ケア外来を立ち上げ、看護ケアを行っている。その内容としては、排便に関する知識や技術の教授のみならず、「家族が子どもの疾患を受け入れ、日々子どもへのケアに対して前向き、かつ積極的に取り組むことができる」と共に、自分自身を肯定的に受け止めることができる、子どもが自分のからだの状態を知り自分自身を受け入れ、自律的にセルフケアを行うことができる」ことを目標に掲げ看護ケアを提供してきた。また、家族と子どものエンパワーメントの促進を基盤とした『ライフステージに合わせたケアポイント』を元実践した。この排便看護ケア外来を立ち上げるための準備と活動内容について報告する。

索引用語：排便障害児、エンパワーメント、小児外科看護

Key Words：child with fecal incontinence, empowerment, nursing of pediatric surgery

I. はじめに

鎮肛、ヒルシユスプルング病は代表的な小児外科的疾患であり、その疾患をもつ患児は乳幼児期に発症し外科的治療を受け、その後は在宅で家族によるケアが行われる。術後は成長と共に外来受診の間隔が空き、排便に伴う問題、例えば頻回な排便による肛門周囲の皮膚のケア、トイレット・トレーニングなどについて家族は暗中模索の中でケアを行っている。このような子ども達の殆どは、便意があいまいで、便失禁もあり、通常の排便の自立ができる時期にもオムツをしている。あるいは強制排便でしか排便をしたこともない子どももいる。術後の排便障害に関する研究は、排便障害とQOLについて治療的側面からの研究が数件ある

が、看護としては母親の疾患受容や思いに関すること¹⁾、排便コントロールにおける母親のストレスの実態²⁾など数件に過ぎない。いずれにしても、これらの病態から生じる生活上の問題に対する具体的な看護介入とその効果については明らかにされていない。

そこで、「小児外科的疾患を持ち成人期に至った患児の生活における困難感」³⁾として、質的因子探索的研究を行った。排便障害のある対象者は、成人した現在でも失禁が続き、それが原因となつての就職や結婚などの困難が語られた。その上、幼年期から続く失禁の臭いに対するいじめを受けた経験を語り、思春期に自殺を考えたという深刻な悩みを持つ者もいた。このことから、排便に伴う障害は社会生活を営む上で困難が大きく、発育に伴う生活上の調整を長期的に支援する必要があるということが明らかになった。また、「排便障害のある子どもをもつ親の排泄に関する困難の実態」⁴⁾を調査し、排便障害のある子どもをもつ親にとっての困難は、排便の自立に関連して発達段階ごとに違う困難が出現していることを明らかにした。排便障害児の排泄の自立では、通常の子どもの経験する排泄の

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順天堂医院
Juntendo University Hospital
3) 順天堂大学医学部附属順天堂医院小児外科・小児泌尿器外科
Juntendo University School of Medicine Pediatric
General & Urogenital Surgery
(Oct. 1, 2012 原稿受付) (Dec. 5, 2012 原稿受領)

自立への訓練とは違う過程となるが、その時期、外来通院の間隔が3-6ヶ月となり、適切な指導を受けていない現状が明らかになった。一方、このような子どもたちに対しての継続的なケアとしては、神奈川県立こども医療センターの「はいせつ外来」⁵⁾、さいたま市立病院の「排便外来」⁶⁾、埼玉県立小児医療センターの「排便専門外来（うさぎ外来）」⁷⁾などが報告されている。しかしながら、上記の外来を実施している施設は希少であり、術後の長期的な看護ケアは確立していない現状がある。そこで、本邦で最多の症例数を治療している医療機関である当大学病院においても継続ケアを行うことは社会的責務であると診療部門や看護部門の責任者と合意し、排便障害児を対象とした排便看護ケア外来を立ち上げ実施することとなった。それに先立ち、排便障害児の母親のニーズを面接⁸⁾と文献から抽出し、エンパワーメントという概念を基盤として⁹⁾、排便障害児のための看護ケアプログラムを作成した¹⁰⁾。その中で、ライフステージに合わせたケアについてまとめた(図1)。これらを看護の骨子として排便ケア外来を運営することとなった。今回、この準備と活動内容について報告することを目的とした。尚、実践に当たり、看護外来ケアの活動報告を公表する旨、対象者には口頭で説明しており、この度の実践報告については、公表に当たり所属の倫理委員会の承認を受け、個人を特定できないように配慮した。

II. 運営までの手続き

1. 所属の確定

今回の排便看護ケア外来のケア提供者は、筆者1名が行うこととした。筆者は、看護系大学の教員であるが、外来で看護ケアを実施するに当たり、当該施設の看護師としての職位、並びに小児外科の非常勤助教の職位を得た。

2. 運営基準の作成

排便看護ケア外来の運営基準を作成し、看護方針、概要、運営基準などを策定した。看護部長と審議を重ねた上で、具体的な運営内容を整備した。

1) 看護目標

(1) 家族が子どもの疾患を受け入れ、日々の子どもへのケアに対して前向き、かつ積極的に取り組むことができると共に、自分自身を肯定的に受け止めることができる

(2) 子どもが自分のからだの状態を知り自分自身を受け入れ、自律的にセルフケアを行うことができる

2) 排便看護ケア外来における概要

(1) 目的：排便に何らかの問題をもつ子どもとその家

族に対して、排便ケアを含む生活への看護的援助を行う

(2) 対象：小児外科外来に通院中の排便に何らかの問題をもち医師から紹介された子どもとその家族

(3) 場所：小児外科外来

(4) 受診手続き：

① 小児外科医師から依頼を受ける

② 外来予約の確認を得る

③ 小児外科医師の外来前後に看護ケアを実施する

(5) 業務日時：対象患者が小児外科外来を受診する日程に合わせて、完全予約制とし、30分間を目途とする。

(6) ケア内容

① 医師の外来診察の補足、必要時担当医師への連絡相談

② 在宅での排便状況のアセスメント

③ 在宅での排便コントロールのための相談

④ 子どもの発達段階に合わせた排便行動の教育

⑤ 子どもの発達段階に合わせ排便の状況と育児との関係についての相談

⑥ 子どもの発達段階に合わせた社会生活適応への準備

3) 運営基準

(1) 対象疾患

基本的には、鎖肛、ヒルシュスプルング病と診断された子どもとその家族とする。

(2) 外来日

患者の予約の入った土曜日あるいは、金曜日の9時から12時までとする。

(3) ケアの実施場所

小児外来診察室、共同診察室とする。外来看護師に確認し、調整を行う。

(4) ケアの手順

① 前日までに、外来主任に、予約患者の名前を伝える。

② 当日、外来看護師に、対象患者の人数と名前を伝える。

③ 担当患者が、受付が終わっている場合は、患者と家族に挨拶をして、待ち時間を利用して看護ケアを行う。

④ 前回の診察からの体調や排便状況の変化、心配事、今後の希望などを確認する。

⑤ 看護ケアと診察時間の調整を行い、診察に同席し、医師と患者・家族との情報の共有を行い、患者・家族がうまく伝えられないときは、代弁する。

また、医師の説明に対する補足を行う。

- ⑥ 診療結果に合わせ看護ケアを実施する。
- ⑦ 次回の看護ケア日の予約を取り、次回の診察までに、患者・家族が困らないように在宅で行うケアの内容を確認してまとめる。

5. 記録

自作の記録用紙に記入し、外来診療記録に綴じる。

Ⅲ. 排便看護ケア外来の実績

1. 期間

2010年8月～現在 (2012年8月)

2. 患者の概要

対象者は、1-13歳の22名で男児20名、女児2名であった。延べ人数としては、83名であった。

3. 対象疾患

対象疾患は、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔、便秘などの疾患の患児であった。

疾患別年齢分布は表1に示した。

表1 疾患別年齢と人数 (合計22名)

(人数)

| | 1-2歳 | 3-4歳 | 5-6歳 | 7-8歳 | 9-10歳 | 13歳 |
|------------|------|------|------|------|-------|-----|
| 鎖肛 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| ヒルシュスプルング病 | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 総排泄腔 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 便秘 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

4. 活動内容

1) 排便状況の確認

現在の排便状況 (回数、量、性状)、強制排便の量と回数、便失禁の程度 (回数、量、性状) 下着の状態

2) 子どもの排便行動の自立度の確認

3) 母親の気がかりの面談

4) 在宅での排便調整の相談

5) 子どもの排便行動の自立のための指導 (排便自立支援プログラム使用)

6) 医師の診察への同席

5. 面談時間

1名1回30-60分間の看護面談を実施した。

6. 活動例

1) 排泄行動の自立援助

小学4年生 (10歳) の男児。グリセリン浣腸を毎朝母親が行っていたが、宿泊合宿に参加のため自分で行う練習を始めた。母親と子どもを交えて、どのように行うかを綿密に相談し、週末などに練習を行い、実施

できるように指導した。現在は自分ですべて行っており、夕方自排便もみられるようになった。自分で浣腸を行うようになってからは、便の性状や量などを自発的に外来で報告できるようになった。

2) 強制排便の導入のための調整

排便行動が自分でできないことを理由に、養護学校に通っていたが、普通の小学校への転校の希望があり、浣腸を導入することとなった。つまり、学校に行く前に浣腸を行うことで日中の便漏れをなくすことを期待し普通の小学校への受け入れ条件を満たすこととした。入院しての導入であったため、入院時期、自宅での浣腸の方法、学校への報告の仕方などを医師、病棟看護師、小児看護専門看護師と調整した。

3) 発達に対するアセスメント

7歳男児。面談に対する集中力の欠如、指導が入らない、学校での友人関係がうまくいかない、母親が対応に困っていることなどから、発達障害の可能性があるとして看護アセスメントして、小児外科医に相談し、発達外来受診となった。

4) 看護の連携

6歳男児。トイレでの排便を嫌がり、オムツ内でのみの排便であったが、便秘傾向にあり、半年に1回は注腸で便を除去していた。浣腸や座薬を嫌がり、医師からは定期的な浣腸を指示されていた。本人も母親も外来での医師や看護師からの指導には理解を示すが、在宅で母親による浣腸は実施されず、便秘と注腸を繰り返していた。小児看護専門看護師と連携し、訪問看護ステーションへの依頼、注腸のための入院では、病棟の看護師と連携し、母子への指導を実施した。

以上の例は、一部ではあるが、長期的に継続して関わることで対応できた事例である。

7. 部署スタッフとの連携

1) 小児外科医師

11名 (2年間) の新患者の排便看護ケア外来における看護面談依頼があった。

2) 外来看護師

看護面談に関する関心を示し、外来で医師とミニカンファレンスとなることもあった。

3) 小児看護専門看護師

病棟との連絡調整、訪問看護師を依頼するなどの連携を図った。

IV. 考 察

2年間の排便看護ケア外来における活動において、対象の患児の年齢は、乳児期から思春期まで広範囲の発達年齢に渡った。そのような子どもたちへの看護ケアは、図1で示したケアのポイントに基づきケアを行った。このケアのポイントは未だ一般化されておらず、症例もそう多くはないため、外来看護のスタンダードケアとして定着していない。しかし、今後は、このような看護の基準を明確化し、看護師個人の経験の積み重ねだけでなく、外来看護師がだれでも行えるようなケアに繋げていかなければならないと考えている。

また、トイレット・トレーニングについてはタイミングを逃すと子どもの自我が強くなり、解決が難しいと言われる。幼児期の排便の自立に対するしつけは、子どもの反抗期とも重なるため母親にとってストレスの高いことであり²⁾¹¹⁾、その時期の体験が子どもの将来のパフォーマンスにも影響を及ぼすとされる¹²⁾¹³⁾。上加世田¹⁴⁾は、「排便障害児は機能的障害が根底にあるので通常の排便の自立を求めるような排便訓練では、母親の育児や子どもへの健康管理への取り組みに影響を及ぼし

母子関係を破綻させかねない」と述べている。健常児でも、育児ストレスを感じている親が多い中、排便障害のある子どもと親に対する継続的なケアは救命した後の使命であると考えられる。また、排泄障害の子どもは、成育の過程で必要なケアを親に依存していることが多いため、セルフケアの向上に影響を受けやすいとの指摘もある¹⁵⁾。つまり、排便障害児の術後は、排便の自立に関わる母子関係から、患児本人のセルフケアに至るまで長期的な関わりが必要である。今回の対象では、学童期の子どもは10名とほぼ半数であったため、家族への支援だけでなく、子ども自身のセルフケアの確立へ力を注いだ。排便ケア外来で継続的な関わりにより、子どもが自分の体に関心をもち、排便ケアの必要性を理解し、強制排便でのセルフケアの自立に繋がった。

中野⁶⁾は医師の立場から「排便外来での治療には生活・食事指導、時には心理的介入も必要で時間と手間がかかる」と述べている。健やか親子²¹⁾¹⁷⁾では母子保健の国民運動計画の4つ目の課題として、子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減を挙げている。

| ライフステージ | 新生児期 | 乳児期 | 前幼児期 | 後幼児期 | 前学童期 | 後学童期 | 中学校 |
|----------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------------|----------------------------|--|-------|
| 発達 | | 離乳食開始 | トイレット トレーニング | 交友関係の 広がり | | 病気や医療者 への否定的な 感情の芽生え | 第2次性徴 |
| 社会生活 | (祖父母や親戚との 関係) | (母親の周囲の人との 関係) | | 幼稚園 保育園 | 小学校入学 | 修学旅行 | 中学校入学 |
| 治療 | 鎖肛 H病 | 発症：人工肛門造 設術 人工肛門閉鎖術 | 発症：根治術or人工 肛門造設・閉鎖術 | ・坐薬 ・浣腸 ・内服薬 | | | |
| 排便状況 | | 排便頻回 | 便意あいまい | 便失禁回数減る | 個人差あり パンツorパットor オムツ | | |
| 身体的ケアの ポイント | ・人工肛門周囲皮膚 びらんの可能性 | ・創部(直腸-肛門) の閉塞 ・肛門周囲の皮膚の びらん ・イレウスの可能性 | 感染症罹患(感冒 症・ノロ・ロタな どの下痢) | 体調不良時(感冒) の下痢への対処 | | | |
| 家族へのケア | ・愛着形成 ・人工肛門ケア指 導 | ・(ブジーの指導) ・スキンケアの指導 ・食事と排便の調整 | ・(浣腸の指導) ・(坐薬の指導) ・(内服薬の指導) | ・学校選択と交渉 | ・学校との交渉 | | |
| 本人へのケア | | | 排便行動への教育 | 病気の説明 | | 強制排便の自己管 理 ・(浣腸の指導) ・(坐薬の指導) ・(内服薬の指導) | |
| 看護の視点 | 疾患の理解と受容 | 母親への育児支援 (一般的な育児と疾 患の症状) | 母親への育児支援 排便の習慣化の準 備 | 排便行動の自立 | セルフケアの導入 | セルフケアの確立 | |

図1 ライフステージからみた鎖肛とヒルシュスプルング病へのケア

その中の主な目標の1つとして「親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合（増加傾向へ）」としている。このことは、慢性的な疾患を抱えて生涯を過ごすこととなる小児には大変重要なことであると考える。しかし、これらのケアは、医師に特化されることではなく、疾患のみならず生活をも考えることができる看護師も役割を担うことができるのではないだろうか。その一端を担うためにも、疾患を抱えながら成長発達していく小児のために、看護外来は機能し発展していかなければならないと考える。

特定機能病院における子どもの外来は他の病院や診療所での治療が難しい疾患の子どもに対して、先進的・専門的な医療を行う場であり、専門外来を有して広域の高度医療をカバーし、遠方から時間をかけて通院する子どもと家族も多いとされる¹⁷⁾。そのような専門性を求められる一方で、子どもの成長や理解度に合わせて指導の主体を家族から子どもに移行して、子どもの成長を家族と共有し子どもが自立できるような支援を行う¹⁷⁾ 必要があるが、マンパワーの不足や経済的な問題が指摘されている。平成24年度に診療報酬が改定されたが¹⁸⁾、このような外来での看護師による指導料は認められていない。場合によっては、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料を請求することを考えてよいのだろうという意見もある⁶⁾。入院期間の短縮化に伴い在宅での成長と共に療養する小児にとって、外来や在宅での看護師の指導の質の向上が必要とされている。現在、看護師ができることとして、施設長、学部長、看護部長などの理解と協力のもと細々と事例を積み重ねている状況である。いずれにしても、看護の成果を示すような働きかけを続けることが今後の課題となる。

V. おわりに

近年、医療技術の進歩から先天性疾患患児の救命率が向上すると共に、救命された子どもたちのQOLが注目され始めている。海外では、Mills¹⁹⁾らがヒルシュスプルング病の子どものQOL測定用具を開発し、Hartman²⁰⁾は排便障害児のQOLに関する研究のメタ分析を行い排便機能とQOLについての研究の必要性について言及した。本邦においても、障害のある子どもたちも安全で快適な生活を築くことができるように、看護として何ができるのかを探求し実践していきたい。

引用文献

- 1) 野間口千香穂、大木伸子、西脇由枝：高位鎖肛で手術した小児の母親の思い，日本看護学会27回集録小児看護，14-16，1996.
- 2) 中村美保：術後鎖肛患児の排便の自立と母親の養育，ストレスに関する研究，千葉看護学会会誌，3(1)，24-31，1997.
- 3) 西田みゆき：小児外科的疾患を持ち成人期に至った子どもの困難感、日本看護科学学会第24回学術集会講演集、369、2004.
- 4) 西田みゆき、山高篤行：直腸肛門障害のある子どもをもつ親の排泄に関する困難感 排泄自立プログラムの開発にむけて、順天堂医学，52(4)，644，2006.
- 5) 萩原綾子：「はいせつ外来」における排泄障害をもつ子どもと家族への看護ケア，二分脊椎症の子どもの排便管理に焦点を当てて，日本ストーリーナビリテーション学会誌，22(1)，25，2006.
- 6) 中野美和子：小児における消化管機能障害の診断と治療 小児排便外来の現状，小児外科，43(6)，653-657，2011.
- 7) 近藤美和子，工藤寿美，四本克己，岩中督，北野良博：排便専門外来(うさぎ外来)の開設から5年をむかえて 診療の現況報告，埼玉小児医療センター医学誌，24(2)，186-191，2009.
- 8) 西田みゆき：排便障害児の排便の自立に関連した母親の情緒的要因，医療看護研究，3(1)，29-36，2007.
- 9) 西田みゆき：養育上の困難を抱える母親のempowermentの概念分析，日本看護科学学会誌，30(2)，44-53，2010.
- 10) 西田みゆき：排便障害児の母親のためのエンパワメントプログラムの開発 (博士論文)，聖路加看護大学大学院，2009.
- 11) 奈良間美保他：排泄管理を必要とする幼児の日常生活の自立とその関連要因－健康児との比較より－、日本小児看護学会誌，10(1)，1-8，2001.
- 12) 依田明，永野重史，藤永保：児童心理学入門，新曜社，1984.
- 13) 岡堂哲雄：小児ケアのための発達臨床心理，へるす出版，2004.
- 14) 上加世田豊美：排泄障害児をもつ母親へのトイレット・トレーニング，小児看護，27(2)，183-189，2004.

- 15) 勝田仁美：排泄機能障害をもつ学童の生活と心理社会的発達、近大姫路大学看護学部紀要, 2, 3-12, 2009.
- 16) 健やか親子公式ホームページ(2012.8.14) : <<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/>>
- 17) 及川郁子監修：子どもの外来看護，へるす出版, 2009.
- 18) 厚生労働省ホームページ(2012.8.14)：診療報酬改定について, <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken15/index.html>
- 19) Jessica L.A Mills, David E. Konkin, Ruth Milner, Janice G. Penner, Monica Langer, Eric M. Webber : Long-term bowel function and quality of life in children with Hirschsprung's disease, *Journal of Pediatric Surgery* 43, 899-905, 2008.
- 20) E E Hartman, F J Oort, D C Aronson M A Sprangers : Quality of life and disease-specific functioning of patients with anorectal malformations or Hirschsprung's disease: review, *Arch Dis Child* published online April 6, 2010.

活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究11
P.51-57 (2013)

Simulated Patient演習導入の意義と在宅看護学への応用展開 - SP演習研修を経て在宅看護学演習へのプログラム作成過程まで -

小竹久実子¹⁾

索引用語 : Simulated patient アンドラゴジー クリティカルシンキング
コミュニケーションスキル 在宅看護学

I. はじめに

看護は、人と人との関わりの中でのケア行動であり、そのケア行動は、様々な情報からアセスメントしその根拠に基づいて行われるものである。さらに、看護は、ただ一方的にケアを行うだけではなく、そのケアを受けた対象が結果的に、心身ともに健康回復・維持、あるいは行動変容・自己決定でき、その人らしく生きることにつながるといふ相互作用が生じるケアと捉える。そのケアを展開していくためには、ただ単に情報収集しアセスメントして計画を立てて援助するというプロセスだけではなく、相手と向き合おうとする姿勢や気配り、誠実性、相手を理解しようとする心、温和性をもってコミュニケーションをとることが大切であると考える。そこから、患者と看護師間の相互作用が生じてcomfortを感じ、信頼関係構築という構造が生じるのが看護の要件であると捉える。看護者には、知識や技術だけではなく、態度も養うことは言うまでもない。その上で、コミュニケーションスキルを磨くことは、看護の基礎教育において、看護の質の向上に大きく影響する重要な要素である。その有効な教育方法の一つとして、Simulated Patient (模擬患者) を用いたSPセミナー演習 (以後、SP演習と称す) がある。

筆者も某大学院のがん看護学CNSコースにおいて、高度な看護能力を養うためにSP演習を採用し授業展開をした¹⁾。その結果、大学院生のリアリティある学習を経験し、コミュニケーションスキルアップのためにSP演習を行う意義は大きいという結論が得られた。

以上のことから、学部の基礎教育の段階から訓練することでコミュニケーションスキルアップを図ることができると思う。

SP演習に関する先行研究において、“模擬患者” & “過去5年間” & “看護” のキーワードで医中誌を検索すると308件ヒットするが、多くは学生間で患者役・看護師役を設けて演じるケースである。模擬患者を利用して演習を展開しているケースもここ2~3年の間に増加しつつあり、基礎看護学や成人看護学分野での演習において、模擬患者を利用したケースがみられ、2012年の研究では、ターミナルケアにおけるSP演習の導入なども行われ始めている²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾。

II. 在宅看護学にSP演習を採用した経緯

先行研究では、在宅看護における演習の研究報告は3件みられるが、学生がロールプレイングの内容にとどまっておらず、模擬患者を採用した演習はみられない⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

在宅看護実習は、今まで1週間であったことから、見学が主で、様子がわかった程度で終了する状況であった。

現在、在宅看護のニーズはますます高まり2011年から新カリキュラムに伴い訪問看護実習が1週間から2週間となった。在宅看護を実践できる看護師を養成していく必要性があり、アセスメント能力を養うこと、それをふまえた実践能力も求められている。

しかしながら、在宅看護学は、学生にとってはイメージが付きにくい分野であり、今までの授業展開では限界があった。

在宅看護実習では、病院実習とは異なり、看護援助

1) 順天堂大学医療看護学部

School of Health Care and Nursing Juntendo University

(Oct. 1, 2012 原稿受付)

する際には、様々な点からの制限があり、個別性に合わせて創意工夫をすることが要求される。

例えば、足浴用のベースンがあるとは限らず、段ボールの箱にビニール袋をかぶせてベースン代わりにしたり、点滴架台の代わりにS字状フックを利用して点滴をかけて使用したりするなど、家にあるものを利用して工夫しながら、援助をすることが求められる。また、療養者本人や家族の意向も重要である。特に、感染予防面では大きな違いがあり、その家庭の経済面や信念や感情等さまざまな点をふまえて検討し、生命に影響がない状態であれば、病院のような厳重さは求めない。在宅はマニュアル通りに行かないのが常である。

コミュニケーションは、その人の性格が反映されてくるため、同じ事を伝えるにしても、全く同じように伝えることは不可能である。言語的メッセージだけではなく、抑揚やイントネーション、表情など感情も含めて、相手に与える印象は変化する。アルバート・メラビアン¹⁹⁾が1970年代初頭に報告したメラビアンの法則では、話し手が聴き手に与える印象の大きさは、言語情報7%、視覚情報55%、聴覚情報38%の割合である。言語情報とは言葉で表現される話の内容、視覚情報とは外見・表情・態度・ジェスチャー、聴覚情報とは声の質感・話す速さ・声の大きさ・口調が主な内容である。特に、視覚情報は半分以上の割合を占めており、表情や態度、外見などが大きく影響する。

在宅看護では、生活の有り様を看護師にみられることになる。そのため、信頼できる存在でなければ家に入れることはしないし、生活を侵害されるような事はしない。療養者や家族にとって、看護師はケアをしてくれる客人なのである。特に、最初の看護師の印象は、ケアに大きく影響する。そのため、訪問看護師は、形式的なスキル習得というよりも、その家庭生活の有り様を理解し、親身になって関わる姿勢と療養者や家族の思いを尊重することが基本的なコミュニケーションとして必要となる。

学生が一方向的に聞いて、患者の真意に気づかないというケースを目の当たりにするが、学生が中心となるのではなく、相手中心に考えることに気づく必要がある。学生は、対応方法を機械的に覚えがちだが、その家の家風や常識をわきまえ、臨機応変に対応をする必要性に気づくことが大切である。

しかし、現在の学生たちは核家族化の影響で、様々な世代の方とのコミュニケーションに慣れていない。特に、病気を抱えて生活をする方がどのような思いで

あるのか、想像することは難しい。

そのため、各年齢層に対応できるコミュニケーションスキルを磨くための学習が必要であるが、頭で理解していても、それを行動に移すことができるとは限らないため、実践する機会を設ける必要がある。

在宅看護は、人間対人間の関係の大切さや、看護の原点を学習できる。実習前に少しでも、リアリティある演習ができれば、実際のコミュニケーションの難しさや臨機応変に対応することの重要性などを実感することができ、実習への動機づけとなる。

そこで、模擬患者を導入してリアリティある演習を展開することは、看護の基礎教育において重要であると考えられる。

また、模擬患者導入にあたっては、自ら考え、計画し実践してみるといった一連のプロセスを踏むことも大切である。対象が大学2年生であり、20歳前後の成人した学生たちであることから、アンドラゴジー学習理論¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾を採用し、自ら主体的に学習し、学生たちの気づきを活かし、クリティカルシンキング¹³⁾を高めながら実践することができるプログラムを考案することで、教育効果が向上すると考えた。

以上のことから、在宅看護学では、SPセミナーの演習を採用することとした。

III. SPの種類と特徴

SPには2種類あり、Simulated Patient（模擬患者）とStandardized Patients（標準模擬患者）があり、この二つは大きな違いがある¹⁴⁾¹⁵⁾（表1）。模擬患者はSPセミナー、標準模擬患者は、客観的臨床能力試験Objective Structured Clinical Examination（以後OSCEと称す）で活用されている。

SPセミナーは、シナリオが詳細に作成され、対象像が明確であり、対象者の気持ちや状況を具体的に考案し、演技も気持ちの動きに素直に演じることが求められる。よってアドリブが大いに期待される。また、系統的なフィードバックが重要であり、学習の主要な資源となる。模擬患者役（以後、SPと称す）の人は、その事例になりきることが重要であり、看護師役の学生とコミュニケーションをとる中で感じ取った心の動きを大切にしながら対応していくことが求められ、その心の動きを客観的にフィードバックする役割がある。

SPには次のようなメリットがあるとH. S. Barrows¹⁹⁾は述べている。①いつでもどこでも使える、②何回でも繰り返して使える、③常に同一の患者役の設定が利

用できる、③状況や条件を調節できる、④患者に対する議論がその場でできる、⑤本物の患者に害が及ばない、⑥学生が安心して利用できる、⑦SPからのフィードバックが得られる、⑧時間の制約がないことである。これらの点から、模擬患者を活用していくことに意義がある。

OSCEは、対象像は明確でなくても可能であり、応答中心のシナリオで標準化した演技設定が求められる。アドリブは許されず、シナリオ通りの応答が求められる。フィードバックは、一言コメントで十分でとなり、感じたことのフィードバックに限界がある。医学部の教育でも標準模擬患者を導入した訓練がされてきており¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾、マニュアル通りにコミュニケーションスキルを訓練するOSCEを採用している。このことから、標準模擬患者の養成が主で、SPセミナーの模擬患者ができるSPは少ないため、養成する必要がある¹³⁾。

表1 SPの種類とその違い

| | Simulated Patient (模擬患者)→SPセミナー | Standardized Patient (標準模擬患者)→OSCE |
|---------|--|------------------------------------|
| シナリオ | 対象像(患者・療養者・家族等)が明確→SPがリアリティある演技ができるようにシナリオを詳細に作成 | 対象像は明確でなくても可能→応答中心のシナリオで、標準化した演技設定 |
| 役割 | 中から作る役作り 対象者の気持ちや状況を具体的に考案 | 外から作る役作り シナリオ通りの応答 |
| 演技 | 気持ちの動きに素直に演じる アドリブあり | 頭でシナリオ通りに正確に演じる アドリブが許されない |
| フィードバック | 系統的なフィードバックが重要 学習の主要な資源となるためフィードバックは必須 | 一言コメントで十分 感じたことのフィードバック自体に限界がある |

IV. フィードバックの意義とその方法

SPセミナーによる演習は、フィードバックが重要であることを先に述べたが、ファシリテータは、何をフィードバックすべきか医学教育セミナーの研修で学んだ内容をもとに具体的にあげる。

フィードバック (Feed Back) は、“Feed of the information” 情報となる栄養を “Back to someone else” 他の人に与えるという意味である。つまり、自己を振り返り、さらに良い点、改善すべき点を他者から与えてもらうということである。「次、もっとがんばりたい。自分ならできるかもしれない。」という自己効力感を高める関わりがフィードバックする人に求められる。

フィードバックする意味は、①人は自分についての

Blind pointsをもっている、②人は自分の行動が与える影響の大きさを認識していない、③自分の長所を有効に使えない、④どう変わるべきかわからないという点を明らかにすることが可能になり、大きく成長できるサポートとなる(表2)。フィードバック及び観察評価するポイントは表2に示した。

表2 フィードバックする意味・ポイント・流れを観察評価するポイント

| | |
|--------------------|---|
| フィードバックする意味 | ①人は自分についてのBlind pointsをもっている ②人は自分の行動が与える影響の大きさを認識していない ③自分の長所を有効に使えない ④どう変わるべきかわからないという点を明らかにすることが可能になり、大きく成長していけるサポートとなる |
| フィードバックのポイント | ①「事実」と「意味」を区別して、具体的に確認すること ②普遍性と個人差の区別をすること、「事実」をそのままに伝えること、それをリアルタイムに伝えること ③初に褒めて、次に改善点(多い場合は全部は伝えない)、最後に褒めること |
| SP演習の流れを観察評価するポイント | ①話の順序がテンポや流れにあった進行であるか ②質問はオープンクエスチョンかクローズドクエスチョンか ③共感の受け止めの声かけができているか ④相手の話に踏み込んで話を広げているか ⑤ともに悩み考えているか(安易な終結やなぐさめに走っていないか) |

V. 在宅看護学への応用展開

医学教育セミナーの研修で得た知識を在宅看護学の授業に照らし合わせて教育プログラムを考案し、それをもとにSPを導入しての演習を企画した。200名の学生をどのようにリアリティをもって学習できるようにするか、全員が訪問看護師役を体験するには、教員数と時間の限界がある。

大学の基礎教育では、1から10まで教え込むのではなく、1を伝えて、2~3へと学生自らが学習していく教育が重要である。1となる内容は何かの根幹を教員は見極めることが必要となる。それには、教材観・学生観・指導観・看護観の4観を深く考察し、教材の精選をして準備をしていくことが見極める近道である。教員が単元のテーマと向き合って熟考していくことが「おもしろい。自分でもやってみよう。調べてみよう。」

と思うような教授方法、つまり動機づけができる授業展開につながると言い換えることができる。

看護を行うにあたって、この単元のテーマと教員がどれだけ真剣に向き合えたかで、学生に伝えるメッセージは変わる。単に教科書に載っている内容を教えれば良いというのではなく、1コマの授業には、必ず学生への教員からの看護メッセージ（看護の心）が載っていることが重要と考える。この授業で伝えたいメッセージは何か、それを一つ柱として置き、それを伝えるためにはどの教材を活用したらよいか、どの段取りで進めれば気づくかということを考えて準備を整えることが大切である。

また、学生が興味をひく授業展開をするには、ブルームの分類²¹⁾の認知領域・精神運動領域・情意領域の3領域の視点から指導案の目標をあげていくことも必要である。それを網羅できる内容となったときに、知識だけではなく、行動レベルでも、また情動レベルにおいても考慮された授業となる。そして、リアリティある体験学習が可能なSP演習は、知識・技術・態度を養う重要な方法である。大学の4年間を通して、段階を踏んでSPを導入した演習を行った場合、学習の深まりは変化し、今以上に実践力を養うことができ、無限大の可能性を引き出す重要な成長発達を促すことができる機会となる。看護者である前に、人として、また女性あるいは男性として、人としての成長を育む教育方法の一つとなると考える。

在宅看護実習は、看護の原点を学ぶことができる場である。学生にとっては、病態生理だけではなく、その人の生きてきたプロセスや家庭環境、経済状況、地域特性など、あらゆる知識を統合させて、アセスメントし実践する実習となるため、応用力と柔軟性が求められる。

例えば、ターミナル期にある方で、嚥下困難があり、経口摂取は禁止と医師の指示があるが、本人は「口から食べたい。ビールが大好きで、ビールを飲みたい」という希望があり、家族からも本人の気持ちを大切にしたいといった意向がある場合、安全性を考慮しつつ、経口摂取できるようなケアを考え、その人の希望を叶えられるような看護を展開する。時には、たわいのないよま話も重要な心のケアとなる。

在宅看護では、その人の辿ってきた生き様を知ることには特に重要であり、どのような職業に就いて、どのような職位であったのかを把握しておくことは欠かせない。その人の社会的な役割や家族の中での役割を知

ることは、的確にアセスメントできことにつながる。対象を理解するにあたって、過去・現在・未来を点ではなく線で捉えて人生ストーリーを受け止め、強みを見つけてのばすことが大切であることに気づくことができる学習が必要となる。

そのため実習前に少しでも、リアリティある演習ができれば、実際のコミュニケーションの難しさや臨機応変に対応することの重要性など在宅看護のイメージをリアルに実感することができ、実習への動機づけとなると考える。

よって、在宅における看護教育のポイントとしては、次の6点があげられる（表3）。

表3 在宅における看護教育のポイント

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的な接客マナーを身に付ける必要性があることを気づけるかわり 2. 動機づけで自己効力感をアップさせる働きかけ 3. 相手の立場に立って考えられるような働きかけ 4. 具体的、現実的で到達可能なゴールを考えさせているか 5. 療養者、家族の意思を尊重した関わりへの働きかけ 6. 行動変容が習慣化するまで、常にポジティブフィードバックで今までの努力をねぎらい、継続をサポートする |
|--|

上記の点をふまえながら、在宅看護学を教授するには、学生のレディネスを考慮し、アンドラゴジーの学習が有効と考えられる。

アンドラゴジー学習理論とは、Knowles¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾の考案した理論で、教え込むという教育ではなく、自分たちで考え、経験を活かしながら創り出す学習とすることができる。

アンドラゴジーの教育方法を行うにあたって6つのポイントがあげられる（表4）。

表4 アンドラゴジーの教育方法を行うにあたっての6つのポイント

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 効果的な学習環境を整えること 2. 学習者を巻き込んで、カリキュラムの方向づけや学習方法を決めること 3. それぞれの学習者に、自分自身の学習ニーズを自覚させること 4. 自分自身の目標到達のために、必要な学習資源や学習方法を見いだすよう働きかけること 5. 自分の学習プランを実行できるよう手助けすること 6. 学習の評価にも学習者を巻き込むこと |
|--|

そのアンドラゴジーの教育効果をねらうためには、クリティカルシンキングを採用することが有効である。Rubenfeld¹³⁾の5つの思考様式「THINK」は、T (Total recall) で全面的な想起をしていくこと、つまり、今までの経験や学習したことを想起して考えること、H

(Habits) は習慣で、日々の生活習慣はどうであるのか自分の習性や他者の生活習慣を把握し考え、I(Inquiry) 吟味していく、N (New Ideas and Creatively) 新しい発想と創造性を巡らし、K (Knowing How you think) 自分がどのように考えているのか知るといふ思考様式を活用することで、思考能力を養うことができる(図1)。

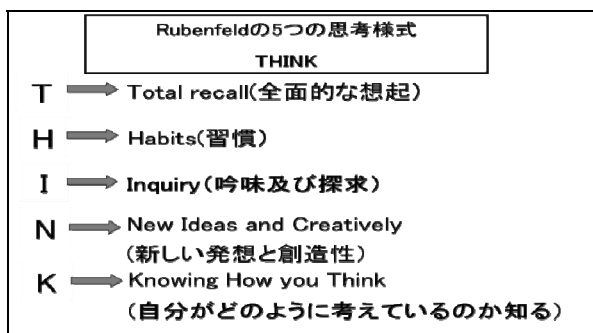


図1 Rubenfeldによるクリティカルシンキングの思考様式「THINK」

学生のクリティカルシンキング能力を養うための教員の重要な関わりは、単に知識提供だけにとどまらず、体験や気づきのある学習を教授することであり、そうすることで学生の行動変容へとつながる。また対象を理解するには、目に見えている一時点の現象のみを捉えるのではなく、起こった現象が何故そうなったのか、起こった原因は何か、この対象の今までの生きてきたプロセスを理解し、これからどういうことが生じると予測されるのかを考えられることが重要である。そして、ウィークポイントばかりを見つけるのではなく、その対象の強みを見つけてのばすという発想も重要な関わりである。

VI. 在宅看護方法論におけるリーダー学習の採用 (SP演習まで)

在宅看護学では、次のことを目的に定めて教育している。1つは、事例の対象(家族含む)理解を段階的に深めることである。シンプルな展開から徐々に複雑化して内容を積み重ね、基礎的能力を確実につけながら応用力も養える授業を展開できるようにした。具体的な方策の2つめとして、反復学習ができる事例設定を行った。そこではただ単にノートするだけではなく、学生間でディスカッション能力を高めながら、思考力を養うようにした。3つめに、そのディスカッションの中で、チームワーク力を高め、リーダーおよびメン

バーシップも養うようにした。4つめに、ディスカッションから、他者の意見によって気づきを深め、自らリフレクションできるようにした。5つめに、そこから好奇心を高め、探究力を高めることもねらった。6つめに、ディスカッションの中で自由に発想し、想像から創造へと共に創り出す楽しさや達成感も得られるようにした。7つめに、協働作業によって、一人では考えられなかったことを学習する相乗効果を生み出し、連携の重要性に気づく教育をめざした。

実際に、コミュニケーションをとる必要性を頭ではわかっている、それが行動できるとは限らない。そのため、グループディスカッションを積み重ねながら、コミュニケーション能力を養い、看護過程を展開し、実際にリアリティある演習して経験することで、課題に向き合う姿勢や真剣さを引き出す教育方法をとった。

図2に示すように、単にコミュニケーションスキルの習得を目的としておらず、対象の理解をすること、心から相手をわかろうとする姿勢をもてる教育をめざしている。対象のニーズを見いだすことができるように(対象に確認できる能力も含む)、コミュニケーション訓練をすることが基礎教育としては重要であると考えられる。

基礎教育において、コミュニケーションについて具体的に行動レベルで理解することも必要である。学生は自分の思いが中心となって、一方的な聞き方や話し方となり、「相手の立場に立つ」ことができない様子を垣間見る。看護のコミュニケーションとは、相互作用が生じ、その根底には心地良さ(comfort)や安心感が生じて、そこから信頼関係形成へとつながることに学生は気づきにくい。また、その信頼関係ができて初めて看護援助へとつながり、さらに深まりのあるコミュニケーションへと発展していくことを学習できずに実習を終えてしまう学生もみられる。

以上のことから、まずは、学生の思考能力を高めるために、クリティカルシンキングを活用した授業展開を構想し、さらに反復訓練できるようにグループディスカッションを行うようにした。それを踏まえ、SPを用いてリアリティある在宅看護方法論演習を授業の最終段階として取り入れ、在宅看護のイメージ化を図った。

実習においては、2週間の実習中に中間カンファレンスを設け、継続事例の看護アセスメントを各自発表して、具体的な計画を立案し、統合カンファレンスでは、各学生が話し合いたい内容やトピックスを持ち寄

ってディスカッションしながら考察を深めるように設定しており、SPを採用したことを活かす教育方法をとった。

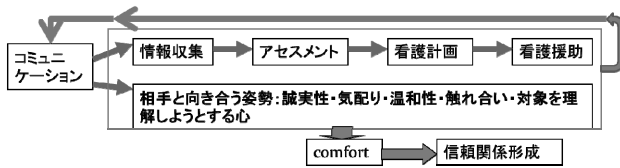


図2 在宅看護学における看護教育観

VI. SPを行うための準備

1. SPのシナリオ作成

SPのシナリオを作成では、その事例の生活がリアルにわかるように、具体的に作成した。そのシナリオの内容には、療養者および家族（妻や娘）の生活の様子や思い、困っていること、きがかかりなこと、やりたいことを記載した。一日の過ごし方を詳細に設定し、病気になる前と現在の過ごし方の両者を考案した。特に現在の過ごし方のところでは、ヘルパーや介護者の家族が具体的にどのような関わりをしているのか、スケジュール表によって一目でわかるように作成した。このシナリオは、SPと教員が使用し、学生から質問があった時に回答ができるようにした。学生には、病名、既往歴、現病歴、趣味嗜好など、必要最小限の情報を提供して、疑問に思ったことや確認したい点は質問してもらうようにした。そうすることで、「あれ？おや？」と思ったことを、口に出して質問して、相手への確認の訓練ができるようにした。さらに、「質問してよかった」と思える関わりを教員が行うことで、学生のモチベーションを高めることができ、対象を深く理解するための情報収集の方法をリアルに体験することができると考えた。

2. ファシリテータをするためのSPと教員の準備

SPは、フィードバックが重要な要素であることは前述したが、SP養成や教員のファシリテータとしての練習も必要となる。教員は知識があるがゆえに、つい教えがちだが、見守り待つ姿勢も大切である。学生自ら気づくことができる関わりが学生の成長を大きく変える。しかしながら、学生自ら気づくには限界があるため、気づかせるような準備（用意周到な仕込み）が必要となってくることはいうまでもない。フィールドアスレチックと同じような発想で考え、準備していくとよいと思われる。ただし、最終的なゴールは学生たち

が決めるという点が異なる部分である。学生は、教員が思った以上に成長する力をもっている。教員がここまで決めて制限してしまうことは、学生の成長を妨げることになるため、伸びる学生には無限大に伸ばせる学習環境の準備が必要である。

当在宅看護学分野では、SP演習に向けての教員学習会とSPとの打ち合わせを、次のようなスケジュールを立てて臨んだ（図3）。12月のSP演習を行うにあたり、4月の授業から同じ事例を用いて、段階的に学習を進めていった。ステップ1は、在宅における日常生活援助に焦点をあて、ステップ2では、さらに医療処置が加わった場合とし、ステップ3でSPを採用して、初めて訪問看護をするという設定でコミュニケーションに焦点をあてた演習を行うように計画した。

図3に示したフィードバックの練習は特に重要であるが、諸事情により昨年を行うことができず、今年度の課題となっている。

| 平成23年度 在宅看護学SP演習に向けての学習会および打ち合わせスケジュール | |
|--|---|
| 開催月 | 内容 |
| 8月 | 学習会 第1回看護教育にいかすSP演習 |
| 9月 | 学習会 第2回ファシリテーターが学生にフィードバックすべき内容とは何か |
| 10月 | 学習会 第3回SPからのフィードバックの方法 その1 |
| 11月 | 学習会 第4回SPからのフィードバックの方法 その2 SP依頼文書郵送（療養者役3名、家族（娘）役3名） |
| 12月 | SP事例の読み合わせ&演習に向けての準備打ち合わせ 第1回 初回顔合わせ、概要の説明、シナリオ配布、録画の打ち合わせ 第2回 シナリオ読み合わせ、演習のプレ演習、試し録画 |
| 1月 | 第3回 SP演習にむけての最終打ち合わせ SP演習 |

図3 在宅看護学のSP演習に向けての準備内容

VII. 結論

教材観・学生観・指導観・看護観をふまえて、認知・精神運動・情意の3領域の視点で学習目標を抽出し、クリティカルシンキングを行った上で、リアリティある体験学習ができるSP演習は、在宅看護学演習に有効な教材であると考えられる。それを有効活用するためには、シナリオを詳細に作成し、SPの方との打ち合わせと教員のファシリテータができるように練習を行っていく準備が必要である。授業は学生と教員とのコミュニケーションの場であり、知識や技術だけでなく看護の心を伝える場であるといえる。そのメッセージを学生の心に伝えるには、そのテーマを熟考して教材の精選が重要であり、SPセミナーの演習は看護学を理解する上で効果的な教材と考えられる。

引用文献

- 1) 本田芳香、小竹久実子：がん看護コミュニケーション因子の構造化に関する一考察, 自治医科大学看護学ジャーナル, 6, 51-60, 2008.
- 2) 大野夏代、藤井瑞穂、樋之津淳子他：看護専門科目「援助的人間関係論」における取り組み－SP（模擬患者）参加型授業実践の評価－, SCU Journal of Design & Nursing, 3(1), 53-61, 2009.
- 3) 出原弥和、辻川真弓、本田育美他：Simulated Patientを導入したコミュニケーション演習の評価, 三重看護学誌, 8, 93-100, 2006.
- 4) 竹田恵子、太湯美子、谷阪佳恵：模擬患者（SP）を導入した看護面接教育の取り組みとその課題, 川崎医療福祉学会誌, 14(1), 27-40, 2004.
- 5) 酒井禎子、飯田智恵、小林綾子他：模擬患者とのロールプレイングを取り入れたターミナルケア演習の試み がん性疼痛のアセスメントに焦点をあてて, 新潟県立看護大学紀要, 1, 24-29, 2012.
- 6) Razavi D., Delvaux N., Marchal S.: Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomized study. Br J Cancer, 87; 1-7, 2002.
- 7) 田原和美、吉川洋子、松本亥智江、柴麻由子、平井由佳：模擬患者（SP）参加型看護技術演習における評価表の妥当性の検証, 日本看護学会論文集, 看護教育, 42, 146-149, 2012.
- 8) 豊田省子、大久保祐子、里光やよい、王麗華：在宅看護論学内演習における「模擬患者（Simulated Patient）参加型演習」の試み（第2報）, 日本看護学教育学会誌, 219, 2007.08（学術集会講演集）.
- 9) 豊田省子、大久保祐子、里光やよい：在宅看護論学内演習における『模擬患者（simulated patient）参加型演習』の試み, 日本看護学教育学会誌, 116, 2005.07（学術集会講演集）.
- 10) Knowles, M. (1975). Self-Directed Learning. Chicago: Follet.
- 11) Knowles, M. (1984). The Adult Learner: A Neglected Species (3rd Ed.). Houston, TX: Gulf Publishing.
- 12) Knowles, M. (1984). Andragogy in Action. San Francisco: Jossey-Bass.
- 13) 中木高夫他：クリティカルシンキング 看護における思考能力の開発, 南江堂, 1997.
- 14) 岐阜大学医学教育開発研究センター編集:新しい医学教育の流れ' 11夏、第41回医学教育セミナーとワークショップの記録、13-51、2011.
- 15) 鈴木富雄、阿部恵子:よくわかる医療面接と模擬患者、名古屋大学出版会、2011.
- 16) Back A. L., Arnold R. M., Baile W. F.: Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussions transitions to palliative care. Arch Intern Med, 167; 453-460, 2007.
- 17) Fallowfield L., Jenkins V., Farewell V.:Efficacy of communication skills training model for oncologists: a randomized control trial. Lancet, 359; 650-656, 2002.
- 18) A Mehrabian : "Silent Messages", Wadsworth, Belmont, California, pp. 1-50, 1971.
- 19) Barrows HS, Abrahamson S: The programmed patients: A technique for appraising student performance in clinical neurology, J of Medical Education 39: 802-805, 1954.
- 20) Bound D., Keogh R., Walker D.: Reflection. Turning Experience into Learning. Kogan page (London), 23-29, 1985.
- 21) Bloom, B.S., (Ed.):Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I, cognitive domain. New York: Longman, 1956.

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11
P.59-63 (2013)

平成23年度卒業前技術強化プログラムの評価と課題

| | | |
|-------|--------|--------|
| 永野光子* | 田中朋子* | 樋口キエ子* |
| 工藤綾子* | 青柳優子* | 小谷野康子* |
| 杉山智子* | 西田みゆき* | 原田静香* |
| 岡田隆夫* | | |

1. はじめに

平成22年、新人看護職員に対する臨床研修が努力義務化され、各施設では新人看護師を対象とした様々な教育プログラムが検討され、提供されている。新人看護師を送り出す看護基礎教育課程においても、卒業前の学生の不安の軽減や看護実践能力の低下改善を目的とした卒業前トレーニングが行われ、不安の軽減や自己効力感を高める効果が報告されている¹⁾²⁾³⁾。

順天堂大学医療看護学部は、教育目標のひとつに「個人、家族および地域社会の人々それぞれに応じて、看護の実践ができる専門的知識、技術および態度を習得する」を設定し、看護実践力の育成に重点を置き、教育を行っている。その一貫として、平成19年度より、4年生を対象とした卒業前技術強化プログラムを開催している。第4回目となる平成23年度は、平成24年3月5日(月)、6日(火)に実施した。その実際と評価を報告する。

2. プログラムの企画決定と事前準備

平成21年度の経過と課題をふまえ、技術強化プログラムの目的、方法を検討した。平成21年度、明確になった課題は、実施項目の適切性や卒業時点での技術の習得度をどこまでとするのかと、入職後の不安の緩和であった⁴⁾。そこで、多くの学生が就職する関連病院の看護部との連携を計画し、準備を進めた。

1) 目的の決定

卒業前技術強化プログラムは、「就職に先駆けて、学生が看護技術に自信をもって臨めるようにする」を目的としている。平成21年度、看護技術の習得をめざした目的の設定が課題としてあげられた。しかし、プロ

グラムに参加する学生が技術を実施する時間は約2時間である。この短時間に技術を習得するレベルの目的を設定しても達成は困難であり、平成23年度も目的は同一にすることとした。

2) プログラムの決定

プログラムの決定にあたり、学生に事前調査を行った。196名のうち、就職にあたり、看護技術に不安があると答えた学生は156名(83.2%)であった。不安の内容は、「注射や採血など患者への侵襲が強い技術」97名(62.2%)、「体位変換や移送などの生活援助技術」3名(1.9%)、両方54名(34.6%)であった。

学生が希望した技術項目は、①採血109名(66.8%)、②皮下・筋肉注射90名(55.2%)、③吸引85名(52.1%)、④輸液管理83名(50.9%)、⑤聴診57名(34.9%)、⑥膀胱留置カテーテルの管理49名(30.1%)、⑦清拭・洗髪17名(10.4%)、⑧体位変換・移動14名(8.5%)、であった。

臨床側からは、注射や採血など侵襲をとまなう技術よりも、入職後すぐに行う必要がある生活援助技術の習得を期待する意見が出された。そこで、技術項目は上記の8項目とし、⑦⑧の生活援助技術も積極的に実施するよう、学生へ繰り返し伝達した。

また、本学部の卒業生は、毎年8割から9割が関連病院へ就職する。そこで、技術プログラムの30分間を、関連病院に勤務する看護師である指導者と交流する時間として設定した。

3) 学生のグループ分け

学生は123名(4年生全体の62.8%)が参加を希望した。プログラムは、2日間の午前(9時から12時)、午後(13時から16時)の4回に分け実施した。学生の希望をふまえ、各回の参加者が30名前後になるよう調整

* 順天堂大学医療看護学部

した。

4) 指導者の確保

看護師を指導者として派遣してもらうよう、関連病院4施設の看護部へ依頼した。その結果、技術プログラムを開催する2日間に、合計6名の看護師が指導者として派遣された。学内の教員にも協力を依頼した。

5) 指導内容の統一

担当委員が「卒業前技術強化プログラム」指導案を作成し、実習委員会にて内容を確認、検討した。完成した指導案は参加する看護師と教員へ事前に配布し確認しておくよう依頼した。

6) 前日準備

実施する技術項目を3ブロックに分けた。Aブロックは聴診、吸引、ドレーン・膀胱留置カテーテルの取り扱いであり、モデル人形2体、聴診モデル1体などを準備した。Bブロックは輸液、注射（皮下・筋肉）、採血であり、筋肉注射モデル、皮下注射モデル、採血モデル数体ずつなどを準備した。Cブロックは体位変換・移動、清拭・洗髪であり、ベッドが使用できる実習室を用いた。作成した配置図をもとに、モデル人形などの必要物品を揃え、会場を準備した。

3. 技術強化プログラムの実施（資料）

参加した学生は合計93名（4年生全体の47.4%）であった。指導者は、2日間で教員20名、看護師6名（以下臨床指導者）であった。臨床指導者6名は、看護部教育担当師長、実習病棟の看護師長と実習指導者であった。臨床指導者と教員の担当ブロックを事前に配置し、プログラム開始前に指導の留意点や教材の使用方法について、打ち合わせを行った。また、A、Bブロックには、技術チェックリストを準備し使用した。

4. 技術プログラムの評価

参加した学生、臨床指導者、教員にプログラム終了後、アンケートを実施した。アンケートはその場で記載し、回収は設置したボックスに各自提出するよう依頼した。

1) 学生の評価（表）

プログラムに参加した学生93名のうち92名より回答があった（回収率99%）。

プログラムの開催時期は、参加者全員がちょうどよいと回答した。

技術項目数は、「ちょうど良い」84名（91.3%）、「多い」7名（7.6%）、「少ない」1名（1.1%）であった。

内容は「満足できた」80名（86.9%）、「どちらとも言えない」10名（10.9%）、「満足できなかった」2名（2.2%）であった。満足できた理由は、「丁寧に指導していただき、疑問が解決できた」「実習でやったことのある技術も、あやふやなことが多くあり、確認できた」、「自信がなかった項目を見てもらえてよかった。少人数だったので詳しく指導していただけた」などであった。どちらとも言えない、満足できなかった理由は、「自分が納得いくまで練習するには時間が足りない」が多く挙げられていた。

実施した技術項目数は1から5カ所であり、学生1人あたり平均2.8カ所を実施していた。また、体位変換・移動、清拭・洗髪を実施した学生が合計69名（75.0%）であり、これまでで最も多かった。

実施後の自己評価結果は、全ての技術項目について「方法が再確認できた」と答えた学生が最も多かった。

「看護師の参加により就職後の技術に役立ったか」については、「とても役立った」54名（58.7%）、「役立った」35名（38.0%）、「関わりがなかった」3名（3.3%）であった。その理由は、「こういう患者さんもいるから工夫した方が良いなどのアドバイスをもらった」、「病院では実際にどうなるのか知ることができた」、「状況を設定して、病院ではどうしているのかを質問しながら実施することができた」などであった。

看護師とのディスカッションについては、「とても役立った」59名（64.1%）、「役立った」32名（34.8%）、「あまり役に立たなかった」1名（1.1%）であった。役立った理由は、「普段その病院で働いている看護師さんなので就職後が想像できた」、「国家試験が終わり緊張の糸がほぐれたところだったので、気持ちが再び臨床に向かうことができた」、「4月から働き始めるためにどのようなことに気をつければ良いか、患者との接し方、働く姿勢などを教えてもらった」、「就職前に不安に思っていることについて聞くことができた。前向きに頑張ろうと思うことができた」などであった。役立たなかった理由の記載はなかった。

2) 指導者の評価

教員・臨床指導者23名から回答があった。

学生の状況について気づいたことは、「自主的に調べながら取り組んでいた」、「各学生とも意欲的であり、好印象であった」、「事前学習をして臨んだ学生が多く、意欲的に実施できていた」一方で、「事前に復習をして自分なりに動作ができるようになって準備してきた学生が少なかった」、「予習が不十分で、はじめから全部

教えてもらおうという態度が見られた学生もいた」などの回答があった。

プログラムの内容・方法については、「膀胱留置カテーテルの管理は、実施する学生がいなかったので、実施したい内容にムラがある」、「人数が偏ってしまうことがあった」「集中してしまうブースがあった」、「基礎的な演習で時間が一杯の様子だった」、「場面をしぼれずに実施している様子が見受けられた」などの回答があった。

学生とのディスカッションについては、「全体的におとなしく発言が少なかった」、「学生が質問を考えていなかったの、かなり助けた。学生側の準備が必要かとも思った」、「関わったグループがおとなしく、教員が様々な質問をして場を持たせたような感じになってしまった」などの回答があった。

プログラムの参加について、臨床指導者からは、「学内の学習状況や使用している物品等を知ることができた」、「技術の実施状況から、実習での状況が推測できたので、実習に活かしたい」、「卒業前にどのような姿勢で学生が取り組んでいるのかを知る機会になり良かった」、などの回答があった。また、看護師がプログラムに参加することについて、教員からは、「学生の状況を知ってそのレベルに合わせてアドバイスをしてもらったことは、就職後へのサポートとしても役立つと思う」、「大学から病院へつなぐ役割を果たしてくれた」「緊張感もあり、臨床の話をしてもらうことで学生の満足度は違っているように思う」などの回答があった。

5. 平成23年度卒業前技術強化プログラムの成果と課題

平成23年度の卒業前技術強化プログラムは、臨床側から看護師の参加を依頼し、各関連病院の看護部の協力のもと実現することができた。

学生が実施した技術のうち、生活援助技術の実施率が上昇した。これは、臨床側が習得してきてほしいと願う技術を学生が理解し、取り組んだ結果である。また、学生は、就職する病院に就業する看護師から直接指導を受けることにより、就職後のイメージが付き、不安が軽減したり、就職までの準備に前向きに取り組もうという気持ちをもつことができていた。これは、卒業前技術強化プログラムの目的「就職に先駆けて、学生が看護技術に自信を持って臨めるようにする」を達成したことを示す。

臨床指導者からも、学内の学習状況や使用している物品等の理解、学生の技術の実施状況の理解、卒業前

の学生の取り組み姿勢の理解にもとづき、実習指導や入職後の対応に活かすことができると肯定的な意見が多く見られた。

しかし、学生の事前学習が不十分な状況や、既習の知識も忘れ果てている、全部教えてもらおうという態度が見られた、などの指摘もあった。参加した学生数も4年生全体の47.4%であった。これらは、学生の積極的参加を促す事前オリエンテーションの工夫と、事前学習を必ず行うこと、積極的に実施すること、などを繰り返し働きかけていく必要性を示す。また、実施する技術の偏りや、技術項目を全て実施するためには時間が少ない、場面を設定して練習することも必要ではないか、という意見もあった。技術項目やプログラムの実施時間、内容の検討が課題である。

以上のように、卒業前技術強化プログラムに臨床指導者の参加を得たことは、参加する学生、臨床指導者双方から肯定的な評価が得られた。卒業前に技術や就職後の実際について、臨床の看護師から直接、指導を受けることができるプログラムは、関連病院との連携が密接な本学部の強みである。次年度も臨床側の協力を得ながら、より効果的な卒業前技術強化プログラムの実施を目指し、検討、工夫を重ねていきたい。

謝辞

調査にご協力いただきました平成23年度卒業生の皆様、指導にご協力いただいた教員、看護部、順天堂医院の堺恭子さん、小崎綾子さん、浦安病院の香取亜矢子さん、村上憲太郎さん、練馬病院の山下亜由美さん、森脇とみ子さんに、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 山居輝美、登喜和江、坂本雅代、他：卒業前看護技術トレーニングの効果、大阪府立大学看護学部紀要、12(1)、11-22、2006.
- 2) 登喜和江、森下昌代、川上由香、他：日本看護学教育学会誌、19(2)、41-49、2009.
- 3) 森秀美、中原るり子、福田美和子、他：大学卒業前の看護学生への技術トレーニングプログラムの検討(1)、学生の自己効力感と不安の変化を中心に、第29回日本看護科学学会学術集会講演集、389、2009.
- 4) 樋口キエ子、青木きよ子、西田みゆき、他：卒業前技術強化プログラムの実施経過と課題、医療看護研究、7(1)、72-76、2011.

資料

平成23年度卒業前技術強化プログラムの概要

1. 目的：就職に先駆けて、学生が看護技術に自信を持って臨めるようにする。
2. 日時：2012年3月5日（月）、6日（火） 9時～16時30分
3. 場所：浦安キャンパス
（成人・小児看護実習室、母性・助産看護実習室、基礎看護実習室）
4. 対象：医療看護学部4年生 希望者123名
5. 指導体制
教員：合計20名、臨床指導者：6名

担当箇所

| | 技術項目 | 場所 | 3月5日（月） | | 3月6日（火） | |
|-----------|---------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | 9時～12時 | 13時～16時 | 9時～12時 | 13時～16時 |
| | | 参加学生数 | 32名 | 30名 | 31名 | 30名 |
| A ブロック | 聴診、吸引、ドレーン・膀胱留置カテーテルの取り扱い | 成人・小児看護実習室 | 教員2名 臨床2名 | 教員2名 臨床2名 | 教員2名 臨床1名 | 教員2名 臨床1名 |
| B ブロック | 輸液、注射（皮下・筋肉）、採血 | 母性・助産看護実習室 | 教員2名 臨床2名 | 教員2名 臨床2名 | 教員1名 臨床2名 | 教員2名 臨床1名 |
| C ブロック | 体位変換・移動、清拭・洗髪 | 基礎看護実習室 | 教員2名 臨床1名 | 教員3名 臨床1名 | 教員2名 臨床2名 | 教員2名 臨床2名 |
| 教員・指導者合計 | | | 11 | 12 | 10 | 10 |

表 プログラム終了後学生のアンケート結果

n = 92

| | | | |
|--|------------|---------------|---------|
| プログラムの開催時期 | いい時期だと思う | 92名 (100%) | |
| 技術項目数 | 多い | 7名 (7.6%) | |
| | ちょうど良い | 84名 (91.3%) | |
| | 少ない | 1名 (1.1%) | |
| 満足度 | 満足できた | 80名 (86.9%) | |
| | どちらとも言えない | 10名 (10.9%) | |
| | 満足できなかった | 2名 (2.2%) | |
| 技術項目の自己評価 (n (%)) | 自信がついた | 方法が再確認 できた | 自信がない |
| a. 聴診 (42名 (46%)) | 7名 (17%) | 33名 (79%) | 2名 (5%) |
| b. 吸引 (37名 (40%)) | 7名 (17%) | 28名 (76%) | 2名 (5%) |
| c. ドレーン、留置カテーテルの取り扱い (9名 (10%)) | 2名 (22%) | 7名 (78%) | 0名 (0%) |
| d. 輸液 (30名 (33%)) | 4名 (13%) | 26名 (87%) | 0名 (0%) |
| e. 注射 (皮下、筋肉) (13名 (14%)) | 2名 (22%) | 11名 (85%) | 0名 (0%) |
| f. 採血 (48名 (52%)) | 5名 (10%) | 43名 (90%) | 1名 (2%) |
| g. 体位変換・移動、清拭・洗髪 (69名 (75%)) | 16名 (23%) | 52名 (75%) | 1名 (2%) |
| 看護師の参加は役立ったか | とても役立った | 54名 (58.7%) | |
| | 役立った | 35名 (38.0%) | |
| | あまり役立たなかった | 0名 (0%) | |
| | 関わりがなかった | 3名 (3.3%) | |
| ディスカッションは役立ったか | とても役立った | 59名 (64.1%) | |
| | 役立った | 32名 (34.8%) | |
| | あまり役立たなかった | 1名 (1.1%) | |
| プログラムに対する意見 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・自分の苦手な部分を就職する前に確認できて良かった。2名 ・丁寧なご指導のお陰で1つでも自信をもてる技術が身につけられた。 ・できるだろうと思っていた技術も忘れてしまっていたので、再確認できた。 ・援助の復習、また病棟で実際に行われている方法も学ぶことができた。 ・就職前の自分にとって知識の再確認も含めて良い機会だと思った。4名 ・今後のことが少しわかって良かった。 ・半日ではなく一日くらいあったほうが良いかもしれないと思った。 ・できれば技術毎に日や時間をわけて一つ一つの援助をしっかりと行ってほしかった。 ・一日だけでなく、是非数回開催してほしい。2名 ・一つ一つの技術に時間がかかったため回りきれなかった。 ・国家試験の後でバタバタしており、こういった準備が必要か等があやふやなまま実施となり残念だった。 ・事前にもう少し説明がほしかった。 | | | |

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、幅広く考察したもの。

論説：特定のテーマに関する自説、展望、提言を論述したもの。

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。

資料：有用な調査データや文献等に検討を加えたもので発表の価値があると認められるもの。

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) |
| ・論説 | 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) |
| ・資料 | 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、原則として、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。ただし、論文の種類によっては、MLA(Modern Language Association)に従った引用方式も構わない。

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

平成22年6月2日 一部改正

平成24年7月11日 一部改正

編 集 後 記

平成24年度の研究活動の締めくくりとして、順天堂大学の「医療看護学研究」第9巻2号を発刊することができました。執筆者並びに関係の皆様へ深く御礼申し上げます。本号の内容は、原著論文が5編、実践報告1編、活動報告1編、学内活動報告が1編となっております。特に、今回は原著論文の掲載が多くを占め、研究誌としてふさわしい内容となっていると思います。また、実践報告や活動報告も学内の教員の臨床および教育の面での活動の取組が紹介されており、看護における実践知の構築のプロセスが見えるような研究会誌の構成となっています。

今回は、前回の編集の反省も踏まえて、多少、余裕のある日程で投稿・査読・修正・掲載へと進めていくことができました。また、修了した修士論文の投稿もあり、今後も積極的にこの場で発表して下さることを是非期待しております。

博士課程の設置に向けて、更なる研究活動の促進は必要不可欠です。しかしながら、現実には看護関連の学会誌等において、原著論文の掲載には多くの時間と労力を費やし、せっかくの研究の成果が論文として公表されずにいることが多いのではないのでしょうか？紀要であっても、この順天堂の「医療看護研究会誌」は適正なプロセスを踏み、丁寧な査読を経た上での掲載ですので、それなりに価値があるかと思われれます。今後に向けて査読のあり方なども課題となってきますが、是非、この研究会誌の発展のために皆様方のご協力をよろしくお願いいたします。

最後になりましたが、本号の発刊に際し、事務的作業に多大な協力を頂いた事務の方に感謝いたします。
(櫻井 しのぶ)

順天堂大学医療看護学部研究委員会

- 委員長 櫻 井 しのぶ
- 委 員 青 木 きよ子
- " 岡 本 明 美
- " 熊 谷 たまき
- " 西 田 みゆき
- " 山 倉 文 幸

医 療 看 護 研 究

第9巻2号
(通刊11)

Journal of Health Care and Nursing

平成25年(2013年)3月20日発行

発行人 **順天堂大学医療看護学部**

編集発行責任者 櫻 井 しのぶ

〒279-0023 千葉県浦安市高洲2-5-1

電話 047-355-3111(代)

印刷所 株式会社 晃 栄 社

代表者 中 本 祥 明

〒113-0033 東京都文京区本郷2-11-4

電話 03-3814-2646(代)