

会長講演

第9回看護実践学会学術集会

看護管理者としてやるべきこと、 そしてさせていただけること

青木 きみ代

国立病院機構金沢医療センター 看護部長

日時 平成27年9月12日(土) 場所 A会場 大ホール

はじめに

井田部長、丁寧なご紹介を頂きましてありがとうございました。講演に先立ちまして、先ほど稲垣理事長も申しておられましたが、先日、北関東・東北地方が甚大な自然災害に見舞われました。幾つかの尊い命が失われ、多くの皆さんが被害に遭われています。ここにいらっしゃる皆さまとともに、お亡くなりになった方々のご冥福と、一日も早い復旧をお祈りしたいと思います。

さて、本日は多くの皆さまにお集まりいただき、第9回看護実践学会学術集会を開催できることを心より感謝申し上げます。また、この大役を与えていただきました稲垣理事長をはじめ、理事の皆さま、会員の皆さまに心より厚く御礼を申し上げます。

さて、昨年6月、医療介護総合確保推進法が公布され、第6次医療法改正が行われました。この改正により病床機能報告制度の運用、都道府県ごとの地域医療構想の策定、医療事故調査報告制度の創設、看護師の特定行為研修制度など、順次取り決めが施行されています。医療機関は自主的な機能分化と連携の推進を実効的に推進することが必要であり、その中で看護に求められる役割は大きなものがあります。

今回の学術集会のテーマは、「暮らしをつなぐ看護の力」としました。私たち看護職は、医療と生活の両方を視野に入れて、患者の暮らしをつないでいく役割を担っています。活動するフィール

ドは病院や施設、地域など多様ですが、疾病を抱え人生を歩む人々の常にそばにいる専門職として、強さとしなやかさを持って看護をつないでいます。

シンポジウムでは「病床機能分化と看護～しなやか看護でバトンタッチ～」というテーマで、急性期から在宅まで、それぞれの分野で専門性を発揮して活躍している方々や、地域で患者を支えている開業医の先生、専門職の基礎教育に携わる教員など、多方面から意見交換をしていただく予定です。

また、特別講演では、看護界の先達である川嶋みどり先生に「求められる看護の力」と題してご講演を頂きます。私自身も皆さまとともに共有できる楽しい時間に心を躍らせています。

さて、本日は「看護管理者としてやるべきこと
そしてさせていただけること」というテーマでお話しします。身の丈に合った、できるだけ背伸びしない内容でお伝えできればと思っています。しばらくの間お付き合いください。

1. 看護管理者の役割

看護職員の就職説明会で、私がある学生から「看護部長さんが行う看護は、どんなことですか」という質問を受けました。皆さんなら、どのようにお答えいただけますか。私は、看護管理者は部下を通して看護実践していると答えました。

看護管理者の役割は、人と直接触れて看護することと同じくらいに、大切なことがたくさん含ま

れています。部下が行う看護実践を頭で理解し、心と肌で体感して、自分自身の目で確かめて、より質の高い看護実践ができるように環境を整えることが、看護管理者の行う看護だと思っています。

私は看護部の責任者として、スタッフと直接面接することがあります。時には自らの看護実践に自信が持てなくなり、こんなはずではなかったと疲弊しているスタッフと面談します。彼女たちがよく使う言葉に、業務に追われて看護ができないというのがあります。また、できていても、まだできていない、もっときちんとやりたい、モチベーションが下がっているとも言います。面談の結果、残念なことに医療の現場を一度離れる決意をするスタッフもいますが、反対にエネルギー備給のきっかけをつかんでくれるスタッフもいます。面談が終わった後、ほっとして笑顔になってくれる瞬間を、私はありがたいと思っています。

看護師の先輩として、覚悟を決めて、全力で一人一人と向き合って看護観を話し合ったり、悩みを受け止めながらも彼女たちが持っている力を引き出したりと、スタッフ一人一人の岐路に立ち会えることが、看護管理者としてさせていただけることの一つではないかと思っています。

もう一つ、先日当院で行った就職説明会で、見学の学生に先輩として語っていた看護師の言葉を紹介します。卒後3年目の看護師が、「勉強は国家試験のためではありません。患者に迷惑を掛けないための勉強であり、患者に合った看護を実践するために勉強するのです」とあいさつし、決まり切ったことをする、ロボットにでもできる看護ではなく、人間味のある看護がしたいと伝えていました。

また5年目の看護師は、がんの終末期の患者の看護において、ご家族の心の動きを感じ取って支援することの難しさとともに、やりがいでもあると語ってくれました。

看護師は患者との触れ合いの中で、後輩や先輩との出会いの中で成長しています。看護師は失敗したことも含めて、自分の言葉で看護実践を伝えることで、それぞれの個性を生かしつつ成長しています。看護管理者のやるべきことは、育つ環境を整えることです。

医療・看護は、生産と消費が同時に行われるサービスです。そして結果はもちろん、その過程は同じ程に価値があり、結果とともに過程も評価の対象となります。

私はいつも、看護の質は現場でつくられている

と伝えています。最前線のスタッフが、当たり前のことを当たり前に行えるように、当たり前のことができないならできるように、もう一つ個別のニーズをプラスして、より質の高い看護が実践できるよう整えることが看護管理者の役割です。

医療法改正により、医療従事者の勤務環境改善が努力義務化されました。より働きやすい環境を整えることが必要であり、医療従事者の視点だけでなく、患者の視点と経営側の視点で環境改善に継続的に取り組んでいくことも管理者の役割だと思っています。

2. 看護師の負担軽減対策と役割分担

さて、少し視点を変えてお話しします。私は昨年度、国立病院機構の看護管理者とともに、全国200床以上の病院1162施設の看護部長と看護師長を対象に調査・研究に取り組みました。

調査は、「患者のQOLを高めるために、チーム医療の中で看護師が本来の役割を発揮することができる体制づくりのために、看護師の負担軽減対策や役割分担の実態を明らかにする」ことを目的としました。(青木きみ代、小川恵子、奥田艶子、池田富三香、町屋晴美：患者のQOLを高めるために看護師が本来業務に専念できる負担軽減対策や役割分担の実態調査。第69回国立病院総合医学会、2015、札幌市)

研究の結果、二つのことをお話しします。看護師の負担軽減対策の取り組みと、その評価について、看護部長の意見です。図1の左側は、負担軽減対策の導入の有無です。右側のグラフは導入対策の効果です。

ひとつめは、看護補助者の導入です。各施設において看護補助者の導入が推進されています。看護補助者の導入は医療の現場において効果を実感できるほどに定着し、活躍していることがうかがわれました。

2つめは病棟クラークの配置です。約半数の施設が導入しており、ほぼ全ての施設で効果ありと評価しています。

3つめは夜勤専従の導入です。これは導入施設が3割強とまだ進んではいませんが、導入している施設においては看護師の負担軽減として効果があると評価しています。

4つめは病棟薬剤師の配置です。導入施設はやはり3割と進んではいませんが、ほとんどの施設において効果があると評価していました。

5つめは、他のメディカルスタッフとの業務分

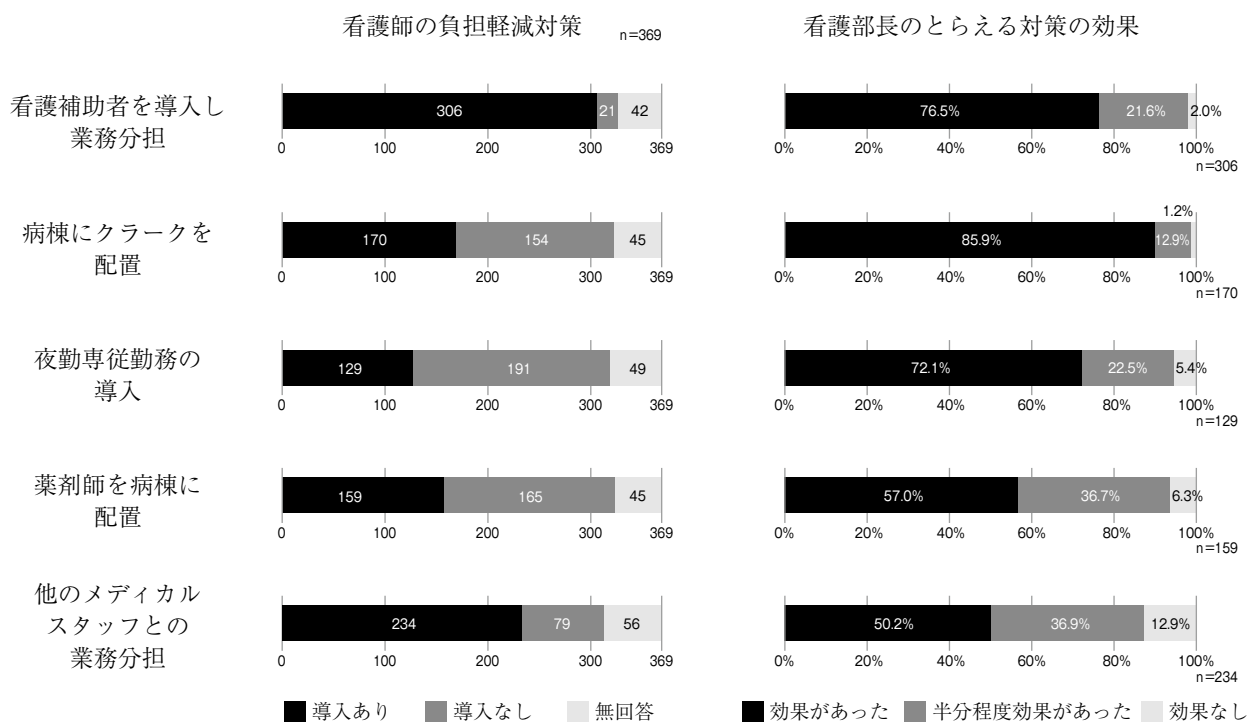


図1 看護師の負担軽減対策として取り組んでいる対策とその効果

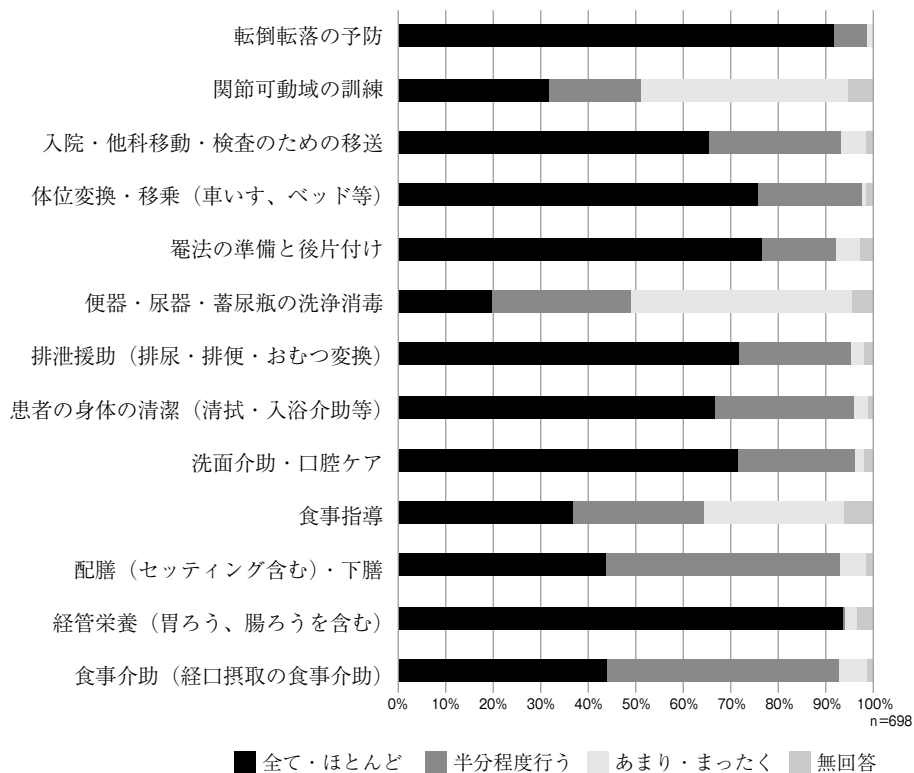


図2 日常生活援助（食事・清潔・排泄・安全・安楽・運動・移送）

担です。導入している率は4割強あるにもかかわらず、注目すべきは、あまり効果が実感できていないことが分かりました。

看護管理者は、看護補助者の導入など限られた人材を最大限に活用し、上位の施設基準取得に努力していました。また、チーム医療の中で看護師が本来の役割を発揮できる体制づくりのために、多種多様な対策を講じていることも明らかになりました。

看護師の負担軽減対策や他職種との役割分担の検討が、今後看護管理者として取り組む課題だと思っています。

研究結果の二つ目として、日勤帯で看護師が行っている業務内容で、看護師長からの回答です。業務対応は、生活環境を整える業務、日常生活援助、診療の補助、診療の周辺業務の四つのカテゴリーで比較しました。図2にお示ししたのは、食事、清潔、排泄、安全などの、いわゆる日常生活援助について看護師がどの程度行っているかの結果です。

看護師がほとんど行っている業務は、転倒・転落の予防と経管栄養でした。

一方他の職種と役割分担している業務は、関節可動域の訓練、便器・尿器・蓄尿瓶の洗浄消毒などでした。

日常生活援助業務は、患者の状態や専門職種がいるか・いないか、または安全性がどうか、法的根拠はどうかなど、アセスメントを加えながら分担していることがよく分かりました。

生活環境を整える業務は看護師以外への分担が進んでいましたが、日常生活援助や診療・処置、診療に関わる周辺業務の分担は、施設によって差があることが分かりました。いわゆる「療養上の世話」といわれ、これまで看護の本来業務であると考えられていた日常生活援助を、あえて分担していないのか、分担したくてもできていないのか、今後分担することが望ましいか否かは、看護専門職としてそれぞれの施設の特徴に合わせて検討することが必要です。

看護管理者は看護実践の現場で、看護実践者たちが看護とは何かを考え検討できるように支援していくことが重要です。今だからこそ看護を追求し、看護の力をつなげることに忠心したいと思います。

3. 自分自身が「看護師」であり続けること

さて、看護管理者としてやるべきこと、そしてさせていただけることと題してお話しました。看護管理には、人と直接触れて看護することと同じくらい大切なことが含まれています。しかし私の管理者としての土台にあるものは、患者との多くの触れ合いです。

私が神経内科病棟で勤め始めたころ、ALSの患者に文字盤で「はひふへほ」の「ほ」、「かきくけこ」の「か」、「なにぬねの」の「の」、「ほかのかんごしさん呼んで」と言われましたが、次第に「青木さん呼んで」と言ってもらえるようになった患者さんとの出会い、

それから、外科病棟の2人夜勤で深夜勤務のときに巡回したら、眠れなくてベッドの上に座っておられた喉頭がんの患者と、会話がなくても、窓から月見をした時間のこと、

私の転勤が決まったときに、曲がった指にペンを挟んで色紙を書いてくださったリウマチの患者さんとの出会い、そういった多くの患者さんとの出会いが私の根底にあります。

今回、学術集会長を務めさせていただくに当たり、看護管理者の役割とは何かをあらためて自問自答し、反芻する機会となりました。浅見ではありますが、看護管理者がやるべきこと、そしてさせていただけることは、自分自身が看護師であり続けることだと思います。笑顔で輝く看護師であり続けたいと、心から思っています。

本日ご参加の皆さま一人一人が看護専門職であり続けるために、一つの出会いを大切にしながら活躍されることを祈念しています。本日は私のつたない話を聞いていただき、本当にありがとうございました（拍手）。

Original Article

Classification of burnout according to the Maslach Burnout Inventory-General Survey: Five classifications according to the exhaustion+1 criterion

Kazuyo Kitaoka¹⁾, Shinya Masuda²⁾

¹⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

²⁾Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

Key words

burnout, MBI-GS, occupational mental health, stress, classification

Abstract

The Maslach Burnout Inventory (MBI) is the golden standard for the assessment of burnout. But, the MBI comprises three subscales (exhaustion, cynicism, professional efficacy), so interpretation can be difficult. There is no generally accepted classification of burnout. We aimed at classifying scores on the MBI-General Survey according to the exhaustion+1 criterion and applying neural test theory to the classification of results. We obtained data from a mental health examination we had performed in 2008 targeting on 1553 employees of a computer industry firm. The valid data for 1042 employees (669 men, 373 women) were used in the present analysis. The results suggested five classifications. Those meeting the exhaustion+1 criterion (a high score for exhaustion and a high score for cynicism, or a low score for professional efficacy) were judged as experiencing burnout, and those who additionally have both a high score for cynicism and a low score for professional efficacy were considered as experiencing severe burnout. Those with only a high exhaustion score were simply classified as being very exhausted. We also suggested increased attention to those without exhaustion but with high cynicism scores as they were at risk of depression. Those falling under none of the above were considered healthy.

Introduction

The Maslach Burnout Inventory (MBI) is the golden standard for assessing burnout¹⁾. Unlike the MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)^{2) 3)}, which targets persons in only the human services sector, and the MBI-Educators Survey (MBI-ES)⁴⁾, which targets only educators, the MBI-General Survey (MBI-GS)⁵⁾ is intended for use with individuals in any profession, making

it much more versatile. Furthermore, while the MBI-HSS and MBI-ES address emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment, the MBI-GS covers exhaustion, cynicism, and diminished professional efficacy in slightly broader constructs. The MBI-GS has been translated into many languages, including French⁶⁾, German⁷⁾, Dutch^{8) 9)}, Swedish¹⁰⁾, Finnish¹¹⁾, Japanese¹²⁾, and Chinese¹³⁾, and the

validity and reliability of each translation has been verified. For these reasons, the MBI-GS is frequently used in burnout research. Maximally effective use of this measure, however, still requires further research.

One area requiring further investigation is how to determine when burnout exists, and there is as yet no generally accepted classification of its severity. The MBI-GS comprises three subscales, so interpretation can be difficult. For example, when results indicate high score on one subscale but low scores on the others, it is difficult to say whether burnout is indicated. Accurate assessment of burnout is an essential step toward taking effective measures to combat it and will help those who take the MBI-GS to better understand their results. On the other hand, a clear determination of burnout risk can lead to negative labeling. To minimize this, judgment criteria with sufficient theoretical support and an understanding of the limitations of the test are needed. Therefore, the goal of the present study is to classify scores on the three subscales of the MBI-GS with theoretical support.

Some researchers use the sum of the three scores. Lewiston, Conley, & Blessing-Moore¹⁴⁾ used the first version of the MBI²⁾ to investigate burnout, calculating the mean numerical response for each subscale and using the values to derive the individual burnout index (BI). Subscale scores were given equal weight, and BI is defined as emotional exhaustion + depersonalization – personal accomplishment + 10. The score on the personal accomplishment subscale is subtracted because it is the loss of personal accomplishment that contributes to burnout. To ensure that all scores are positive, 10 is added to the sum of the subscale scores. A calculation method by Kalimo et al.¹⁵⁾, who adapted the MBI-GS to Finnish, was used in the Finnish Health 2000 Study¹⁶⁾. There, a weighted sum of the subscale scores was calculated to give exhaustion, cynicism, and professional efficacy different weights in the assessment of burnout (0.4 exhaustion + 0.3 cynicism + 0.3 lack of professional efficacy). Then, burnout and the dimensional scores were categorized as follows: no burnout (0–1.49), mild

burnout (1.50–3.49), and severe burnout (3.50–6). In this categorization scheme, burnout is severe when symptoms are experienced approximately daily or weekly, mild when symptoms exist monthly, and absent when symptoms are experienced no more than a few times a year (including never). These two approaches are different from the view of Maslach¹⁷⁾ in that burnout is a multifaceted phenomenon and a simple sum of the three subscale scores is inappropriate. Shanafelt et al.¹⁸⁾ defined burnout as a high score on the emotional exhaustion or depersonalization subscales. They did not include the subscale scores for personal accomplishment in the criteria for burnout. To assess burnout on the basis of MBI-HSS responses, independent subscale scores are calculated for each of the three domains of burnout. Low, average, and high scores for each domain correspond to, respectively, a score in the low, medium, and high tertiles of scores.

Brenninkmeijer & Van Yperen¹⁹⁾ introduced the exhaustion+1 criterion. It is commonly held that exhaustion comes first during the burnout process, followed by cynicism and reduced professional efficacy²⁰⁾. In line with this idea, subjects with intense exhaustion and either a high level of cynicism or a low level of professional efficacy, or both, were considered to have burned out. Brenninkmeijer & Van Yperen¹⁹⁾ added a “related to work” condition and used the 10th version of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) to compare a control group with a group of persons with clinically diagnosed neurasthenia. In this test, the exhaustion+1 criterion clearly separated both groups. Kitaoka-Higashiguchi et al.²¹⁾ showed that midlevel managers exhibiting burnout according to the exhaustion+1 criterion had increased risk of arteriosclerotic disease within 4–5 years of the study. The exhaustion+1 criterion is thus considered relatively established as an appropriate judgment criteria for burnout.

Aim

In this study we aim at classifying scores on

the three subscales of the MBI-GS according to the exhaustion+1 criterion¹⁹⁾ and applying neural test theory (NTT)²²⁾ to the classification of the results. On the basis of the results obtained, we propose a revised exhaustion+1 criterion.

NTT is a testing theory newly developed by Shojima²²⁾. It assumes a latent ordinal scale (a potential rank scale) that reflects factors such as academic achievement and personality, thereby allowing test standardization. In contrast to item response theory, which assumes a continuous scale, NTT positions responses on an ordinal scale. One characteristic of NTT is that it describes response trends by rank, making it easier to grasp, for example, learning-related issues. If it is possible to perform appropriate ranking by applying NTT to burnout evaluation, factors peculiar to each rank should be identifiable. This would potentially lead to more effective intervention methods. Analogously to item response theory's strength on continuous characteristics, NTT can provide detailed insights regarding rank characteristics and thereby help to improve diagnostic measures. For this reason, we use NTT for classification of burnout level.

Methods

1. Material

We obtained data from a mental health examination we had performed in 2008 targeting on 1553 employees of a computer industry firm²³⁾²⁴⁾. The valid data for 1042 employees (669 men, 373 women) were used in the present analysis. Of the examined employees, 122 were in their twenties, 291 were in their thirties, 428 were in their forties, 169 were in their fifties, and 31 were in their sixties (one age-unknown data). The average length of employment was 15.7 years (SD = 10.6). A variety of job duties was covered, including hardware and software engineers, salespersons, clerical workers, and manufacturing workers.

We acquired the data necessary for analysis of the Japanese version of the MBI-GS¹²⁾, the Japanese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale²⁵⁾, and the Japanese version of the Job Content Questionnaire

(JCQ)²⁶⁾²⁷⁾ used for the mental health examination.

The following steps were taken with respect to ethics in this study. Participation in the mental health examination was voluntary. The data gathered for the analyses performed in previous study did not include names, employee identification numbers, or other personal information that could be used to identify or contact volunteers. This study was performed after review and approval of the research plan by Kanazawa Medical University's epidemiological research ethics review board.

2. Measures

1) The Japanese version of the MBI-GS

We used the Japanese version²¹⁾ of the MBI-GS⁵⁾. The Japanese MBI-GS is a 16-item measure covering exhaustion, cynicism, and professional efficacy. Responses are ranging from never to every day.

2) The Japanese version of the CES-D

The CES-D²⁸⁾ is a diagnostic tool for assessing 20 common symptoms of depression and has been used extensively in studies of depression in general populations. It uses a 5-point Likert scale to assess the frequency of depressive states. The Japanese version of CES-D²⁵⁾ was used in the present study. The reliability and validity of the Japanese version have been previously verified.

3) The Japanese version of the JCQ

The JCQ developed by Karasek²⁹⁾ was used. The Japanese version of the JCQ was developed by Kawakami et al.^{26) 27)} in collaboration with Karasek. The authorized Japanese version of the JCQ (ver. 4/23/96) was adopted for both the questions and scoring method. In the present study, the job demand scale ("demand") and the decision latitude scale ("control") were used.

3. Analysis

1) Comparison and investigation of two taxonomies

(1) Eight patterns of the exhaustion+1 criterion

Following the exhaustion+1 criterion, we calculated the 75th percentile for the MBI-GS subscale scores and used those as cutoff points for exhaustion and cynicism; we used the subscale

score corresponding to the 25th percentile as the cutoff point for professional efficacy subscale. The exhaustion+1 criterion classifies evaluated individuals into “burnout” and “non-burnout” categories only, but in this study we perform classification into eight categories, one for each of the eight combinations of high/low rankings on the three subscales. Each pattern is named using H (high) or L (low) for exhaustion, cynicism, and professional efficacy, in that order. It bears particular mention that H (resp., L) is used for low (resp., high) professional efficacy so that all H scores have the same polarity. For example, people scoring below the cutoff scores for exhaustion, cynicism, and professional efficacy are categorized in the LLH group. Eight patterns are shown in Table 1.

(2) NTT classification

Implementing NTT requires a guarantee of one-dimensional data. Exhaustion and cynicism can be conceptually distinguished between, but they are highly correlated and can be treated as having a single dimension for factor analysis. The same cannot be said for professional efficacy, however, so in this study we used the ten items related to exhaustion and cynicism for analysis.

NTT analysis furthermore requires advance specification of the number of latent ranks, and there are several things that should be considered when specifying the number of ranks. A more detailed investigation is possible when there are many ranks; conversely, when there are few items fitness can suffer. Furthermore, comparison with the exhaustion+1 criterion is facilitated by having a comparable rate of burnout designation. Those meeting the exhaustion+1 criterion accounted for 17.9% of the population. NTT under a uniform distribution should result in approximately equal populations for each rank, so we performed analysis over five ranks. We used Exametrika 5.3³⁰⁾ to apply NTT (using the NTT stage model), and performed estimations by using a self-organizing map. NTT uses item difficulty, item degree of discriminancy, and item monotonicity as an item reference profile to represent statistical characteristics. It is prefer-

able that each item is monotonically increasing, a condition called the strong order arrangement condition (SOAC). The SOAC was fulfilled for analysis of the five ranks. We furthermore performed analysis using from four to eight ranks, but most fitness indices indicated that the use of five ranks was superior, and thus that the analysis was appropriate.

(3) Comparison of the eight-pattern and NTT classifications, and a new judgment criterion

We performed comparison of the eight-pattern and NTT classifications by analyzing the depression state (16 point and more of the Japanese CES-D scores is considered to be a risk of depression state^{25) 28)}) and demand-control models (the higher the demands of the job, the greater the stress on workers, and the lower the degree of control, the greater the stress on workers²⁹⁾) because burnout was assumed to precede depression³¹⁾, particularly in the case of work-related issues³²⁾. The determination of whether someone was experiencing burnout can therefore reasonably be performed in the context of these variables. From the results of this comparison and investigation, we considered a new judgment criterion.

Results

1. Subject classification

Eight-pattern classification: The 75th percentile cutoff points were 3.4 for exhaustion and 2.6 for cynicism; the 25th percentile cutoff point was 1.7 for professional efficacy. As Table 2 shows, the groups meeting the exhaustion+1 criterion were the HHH, HHL, and HLH groups, with respective group sizes of 59, 107, and 21 (187 persons in total).

NTT classification: As Table 2 shows, this resulted in 191 persons (18.3%) being classified as rank 5 (the highest rank), in good agreement with the exhaustion+1 criterion.

2. History of comparison and investigation of eight-pattern classification

As Table 2 shows, there was a trend for high CES-D scores in the HHH, HHL, and HLH groups, each of which fulfilled the exhaustion+1 criterion. There was no discernable single trend

Table 1 : Eight patterns of the exhaustion+ 1 criterion on the MBI-GS subscale scores

Eight patterns*	Exhaustion		Cynicism		Professional Efficacy	
	H (high)	L (low)	H (high)	L (low)	H (high)	L (low)
HHH	high		high		high	
HHL	high		high			low
HLH	high			low	high	
HLL	high			low		low
LHH		low	high		high	
LHL		low	high			low
LLH		low		low	high	
LLL		low		low		low

*H : > 75th percentile (< 25th percentile for professional efficacy) ; L : < 75th percentile (> 25th percentile for professional efficacy)

Table 2 : Classification, latent rank, and means and SDs of other variables for categorization by percentile-based cutoff score

Percentile-based classification*		Estimated latent rank					Total	CES-D	JCQ-demand	JCQ-control
		1	2	3	4	5		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
	LLL	153	143	145	25	0	466	9.43 (5.57)	13.38 (2.18)	25.82 (3.88)
	LLH	47	64	53	10	0	174	12.74 (6.39)	13.25 (2.36)	24.5 (3.72)
	LHL	1	0	7	51	12	71	15.39 (6.76)	13.49 (2.25)	25.21 (2.93)
	LHH	1	1	3	28	12	45	17.18 (7.03)	12.36 (2.34)	22.87 (4.29)
	HLL	0	0	21	65	13	99	13.9 (6.57)	14.48 (2.18)	26.07 (3.67)
	HLH	0	0	5	13	3	21	16.43 (6.72)	13.71 (2.10)	23.33 (3.32)
	HHL	0	0	0	10	97	107	20.23 (8.48)	15.58 (2.53)	25.15 (3.56)
	HHH	0	0	0	5	54	59	25.44 (9.46)	15.2 (2.93)	22.24 (4.19)
Total		202	208	234	207	191	1042			
CES-D	Mean	7.36	9.82	12.97	15.15	21.81				
	(SD)	(4.26)	(5.53)	(6.03)	(6.87)	(8.73)				
JCQ-demand	Mean	12.81	13.43	13.69	13.73	15.27				
	(SD)	(2.48)	(2.05)	(2.06)	(2.32)	(2.70)				
JCQ-control	Mean	25.67	25.83	25.04	24.87	24.2				
	(SD)	(4.10)	(3.61)	(3.76)	(3.70)	(4.20)				

*From the left, exhaustion, cynicism, and professional efficacy. H: > 75th percentile (< 25th percentile for professional efficacy) ; L: < 75th percentile (> 25th percentile for professional efficacy)

for demand and control in the JCQ. Examining the latent ranks, we find that as the rank increases, CES-D and JCQ demand scores increase and the JCQ control score decreases. This indicates that differences in rank appropriately reflect conditions of work-related stress and mental health conditions.

There were 154 persons who both met the exhaustion+1 criterion and were estimated as rank 5 by NTT (the “*a*” group below, and indicated by the dark shading in Table 1). There were 37 persons having rank 5 but not meeting the exhaustion+1 criterion (“*b*” group, indicated by line shading), and 33 persons meeting the exhaustion+1 criterion but not having rank 5 (“*c*” group, in the white area). There were 818 persons with rank 4 or below who did not meet the exhaustion+1 criterion (“*d*” group, in the white area). The classification concordance rate was 93.3%.

The exhaustion+1 criterion and latent rank are thus in high correspondence, and it is likely unproblematic to classify those in the *a* group as experiencing burnout and those in the *d* group as not experiencing burnout. To consider how to classify those in the non-conforming *b* and *c* groups, we performed a distribution analysis with CES-D, demand, and control scores as dependent variables. Each was found to be significant, but multiple comparisons (by Tukey’s method, here and below) indicated no difference between groups *b* and *c*. Mean CES-D values for groups *a* through *d* were, respectively, 22.8, 17.6, 15.1, and 11.2, indicating that the *b* group exceeded the 16-point cutoff of CES-D²⁵). This indicates that the exhaustion+1 criterion may overlook risks due to depression.

The exhaustion+1 criterion classifies those in the HLL group, who have high scores for exhaustion but low scores for cynicism and high scores for professional efficacy, as not having burnout. We may therefore consider those in the *b* group as being in danger of experiencing burnout in the near future, and thus deserving of attention. Conversely, even those showing reduced professional efficacy and high cynicism but low exhaustion are not classified as having burnout, although such persons require attention. The

results of multiple comparisons and distribution analysis do not show a significant difference between the groups meeting the exhaustion+1 criterion (HLH, HHL, and HHH) and the LHH and LHL groups, for which CES-D scores were high. This indicates that those expressing high degrees of cynicism require attention, even if they exhibit low exhaustion. The HLL group shows high work demand and control scores but low CES-D scores, which likely indicate tiredness resulting from an aggressive approach to work, but this exhaustion has not exceeded the limits of good health.

It is likely that those with rank 5 are experiencing burnout, while those with rank 4 can be considered at risk of burnout. The results of distribution analysis taking rank as an independent variable indicate significance with each of the CES-D, demand, and control scores. The results of multiple comparisons found significant differences between depression and each rank. Furthermore, there was significance with degree of demand between rank 5 and the other ranks, and between ranks 4, 3, and 1. For control, there were significant differences between rank 5 and ranks 1 and 2. Thus, there is a large difference between ranks 4 and 5, but a relatively small difference between ranks 3 and 4.

A new judgment criterion

The above analyses indicate that classification using the 75th percentile (25th percentile for professional efficacy) for exhaustion+1 better captures important characteristics of the relations among factors than NTT rank does. Furthermore, within the scope of this research at least, there was little difference between the judgments of both. We therefore propose a judgment criterion based on the easily calculated percentile scores, with the 75th percentile used for exhaustion and cynicism and the 25th percentile for professional efficacy.

Specifically, those meeting the exhaustion+1 criterion are judged as experiencing burnout, and those in the HHH group with high depression scores are considered as experiencing severe burnout. We also suggest increased atten-

tion to those without exhaustion but with high cynicism scores (the LHL and LHH groups) as they are at risk of depression. This covers most of the *b* group, and helps prevent those with high trends for depression being overlooked. Regarding the HLL group, we simply classify those persons as being very exhausted. Those in all other groups are considered healthy.

Figure 1 summarizes the above results. In the data used in this study, 5.7% of subjects had severe burnout, 12.3% had burnout, 9.5% were exhausted, 11.1% were at risk of depression, and 61.4% were healthy.

Discussion

Issues arising from comparison between the eight-pattern classification and NTT

This study found nearly identical classifications according to NTT and the eight patterns determined by cutoff scores. An important distinction, however, was that the eight patterns each showed unique characteristics. In the LHH group, for example, those with a low demand score also had a low control score and a high depression score. Thus, although such persons are not considered to have burnout according to the exhaustion+1 criterion, they nonetheless require

attention. There were few members in the HLH group. The NTT analysis used no data regarding professional efficacy, but despite this obtained results nearly identical to the results of classification according to the exhaustion+1 criterion. This indicates that burnout can be determined nearly entirely by the scores on the exhaustion and cynicism subscales. As Shanafelt et al.³³⁾ point out, it is likely best to consider professional efficacy not as a determinant of burnout, but rather as a severity index. Depression and burnout are distinct concepts, but are similar in that they express feelings of exhaustion. Note, however, that the present study suggests a deep relation between cynicism that reflects indifference or a distant attitude towards work and depression. In NTT, there is a linear worsening of each of degree of depression, degree of demand, and control by rank. It is thus possible that rank simply indicates degree of mental health. The present research examined only those in rank 5, but further investigation seems likely to show qualitative differences among ranks 1 through 4. For example, if rank 1 is considered as engagement, then a positive index can be created, one in which a higher rank indicates improved health.

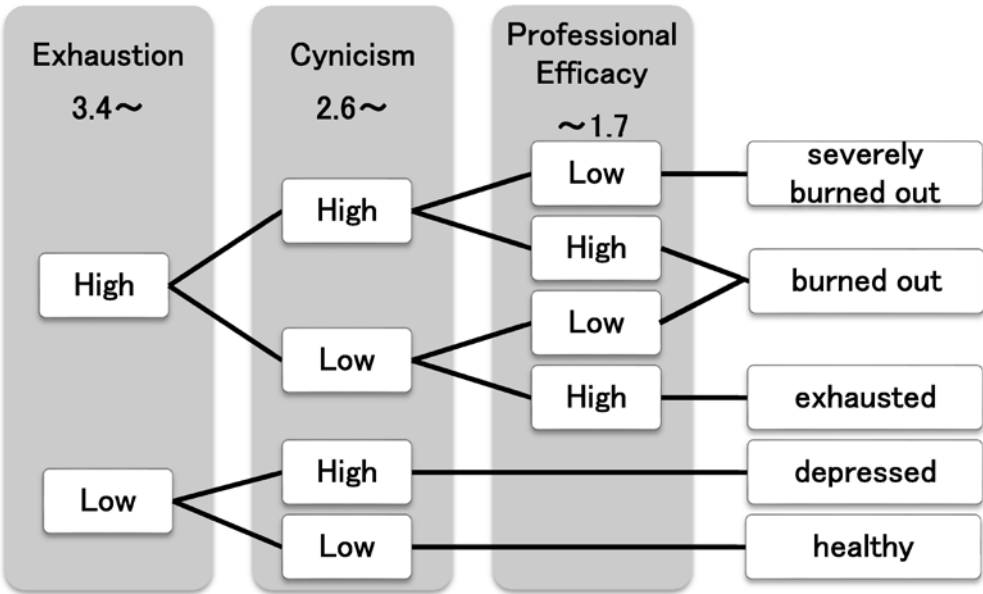


Figure 1 : Revised 'exhaustion + 1' criterion

The proposed new judgment criterion

We propose a new judgment criterion based on the eight classifications resulting from using cutoff scores for the 75th percentile of exhaustion and cynicism and the 25th percentile for professional efficacy to evaluate the exhaustion+1 criterion. The concept of the exhaustion+1 criterion follows a process definition, where burnout is centered on exhaustion, which further develops into increased cynicism or reduced professional efficacy. A remaining problem, however, is whether the cutoff point should be determined for a given sample; alternatively, it might be better to use a common standard independent of sampling. Burnout is already considered to be a mental disorder (specifically, an adjustment disorder)³⁴⁾. This necessitates a diagnostic standpoint regarding the persistence of symptoms specific to the disorder. Following Kalimo et al.¹⁵⁾, from a diagnostic standpoint it is likely appropriate to consider as “high” cases where scores for each symptom (exhaustion, cynicism, and professional efficacy) are 3.5 or higher (resp., 1.5 or lower for professional efficacy), in other words where responses are “daily” or “weekly.” (resp., “never” or “a few times a year”). Further research using these cutoff points is needed.

The revised exhaustion+1 criterion proposed by the present study could be useful to screen for employees with mental health problems. The original exhaustion+1 criterion classifies evaluated individuals into “burnout” and “non-burnout” categories only. Our revised criterion classifies individuals into five categories. Those meeting the criterion are judged as experiencing “burnout”, and those who additionally have both a high score for cynicism and a low score for professional efficacy are considered as experiencing “severe burnout”. Those with only a high exhaustion score are classified as being “exhausted”, that is to say “reserved burnout group”. Those without exhaustion but with a high cynicism score are screened at risk of “depression”. Therefore, we believe that occupational health staff could make more precise care plan for an individual with mental health problem.

Limitations and suggestions of future research

There are reports of severe burnout leading to depression^{16) 35) 36)}, so it is extremely important to screen for severe burnout by using the MBI-GS. However, there are no clinically validated cutoff scores available for the MBI that allow differentiation between levels of burnout. It is therefore vital that debate continues about the various concepts so that consensus can be reached among researchers and clinicians on a judgment criterion. Through comparison with the theory-backed NTT we have proposed an improved exhaustion+1 criterion. We hope to continue our investigation to determine the cutoff points that would allow for clinical burnout screening.

Conclusions

We performed a theoretic investigation of the exhaustion+1 criterion introduced by Brenninkmeijer & Van Yperen¹⁹⁾. The results suggest five classifications. Those meeting the criterion are experiencing burnout, and those who additionally have both a high score for cynicism and a low score for professional efficacy have severe burnout. We also found that even with a low exhaustion score, those with a high cynicism score are at risk of depression but those with only a high exhaustion score are simply exhausted. Those falling under none of the above categories are healthy.

Acknowledgements

This work includes the studies supported by Grants-in-Aid for Scientific Research of Japan (grant no. 20592642, 23593416, 26293486).

References

- 1) Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C : Burnout : 35 years of research and practice, Career Development International, 14, 204–220, 2009
- 2) Maslach C, Jackson SE : The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior, 2, 99–113, 1981
- 3) Maslach C, Jackson SE : Maslach Burnout

- Inventory Manual (1st ed.), Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1981
- 4) Maslach C, Jackson SE : Maslach Burnout Inventory Manual (2nd ed.), Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1986
 - 5) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP : Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.), Mind Garden, Menlo Park, CA, 1996
 - 6) Dion G, Tessier R : Validation of the translation of the Burnout Inventory of Maslach and Jackson, *Canadian Journal of Behavioral Science*, 26, 210–227, 1994
 - 7) Büssink A, Perrar KM : The measurement of burnout : An investigation with the German version of the Maslach Burnout Inventory, *Diagnostica*, 38, 328–353, 1992
 - 8) Schaufeli WB, Van Dierendonck D : The construct validity of two burnout measures, *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631–647, 1993
 - 9) Schaufeli WB, Van Dierendonck D : Test manual Utrecht Burnout Scale (UBOS), Swets & Zeitlinger, Lisse, 2000
 - 10) Söderfeldt M, Söderfeldt B, Warg LE, et al. : The factor structure of the Maslach Burnout Inventory in two Swedish human service organizations, *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 437–443, 1996
 - 11) Kalimo R, Hakanen J, Toppinen-Tanner S : The Finnish version of Maslach's Burnout Inventory-General Survey, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland, 2006
 - 12) Kitaoka-Higashiguchi K, Nakagawa H, Morikawa Y, et al. : Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey, *Stress & Health*, 20, 255–260, 2004
 - 13) Wu S, Zhu W, Wang Z, et al. : Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China, *Journal of Advanced Nursing*, 59, 233–239, 2007
 - 14) Lewiston NJ, Conley J, Blessing-Moore J : Measurement of hypothetical burnout in cystic fibrosis caregivers, *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70, 935–939, 1981
 - 15) Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, et al. : Staying well or burning out at work : Work characteristics and personal resources as long-term predictors, *Work & Stress*, 17, 109–122, 2003
 - 16) Ahola K, Honkone T, Isomestsä E, et al. : The relationship between job-related burnout and depressive disorders : Results from the Finnish Health 2000 Study, *Journal of Affective Disorders*, 88, 55–62, 2005
 - 17) Maslach C : Burnout : A multidimensional perspective. In : WB Schaufeli, C Maslach, T Marek (Eds.), *Professional burnout : Recent developments in theory and research*, Taylor and Francis, Washington DC, 19–32, 1993
 - 18) Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al. : Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program, *Annals of Internal Medicine*, 136, 358–367, 2002
 - 19) Brenninkmeijer V, Van Yperen N : How to conduct research on burnout : Advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research, *Occupational and Environmental Medicine*, 60, i16–20, 2003
 - 20) Schaufeli WB, Buunk BP : Burnout : An overview of 25 years of research and theorizing. In : MJ Schabracq, JAM Winnubst, CL Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (2nd ed.), John Wiley & Sons, England, 383–425, 2003
 - 21) Kitaoka-Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K, et al. : Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease : Follow-up study, *Journal of Occupational Health*, 51, 121–131, 2009
 - 22) Shojima K : Neural Test Theory : New Trends in Learning Assessment, Asakura Shoten, Tokyo, 83–111, 2010 (in Japanese)
 - 23) Kitaoka K, Nagai M : Mental health survey on working people (part 1) : Focusing on occupational environment, *The Journal of Japan Mibyou System Association*, 15, 398–401, 2009 (in Japanese)
 - 24) Nagai M, Kitaoka K : Mental health survey on working people (part 2) : Focusing on individual's stress coping type, *The Journal of Japan Mibyou System Association*, 15, 391–

- 394, 2009 (in Japanese)
- 25) Shima S : CES-D Scale, Chiba Tesuto Center, Tokyo, 1998 (in Japanese)
- 26) Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, et al. : Assessment of job stress dimensions based on the Job Demands-Control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan : Reliability and validity of the Japanese version of the Job Content Questionnaire, *International Journal of Behavioral Medicine*, 2, 358–375, 1995
- 27) Kawakami N, Fujugaki Y : Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire : Replication and extension in computer company employees, *Industrial Health*, 34, 295–306, 1996
- 28) Radloff LS : The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401, 1977
- 29) Karasek R : Job Content Questionnaire and user's guide, University of Massachusetts at Lowell, Lowell, 1985
- 30) Shojima K : Exametrika, [<http://www.rd.dnc.ac.jp/~shojima/exmk/index.html>], Exametrika, 6. 2. 2014
- 31) Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H : Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 147–155, 1993
- 32) Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, et al. : On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure, *Psychology & Health*, 16, 565–582, 2001
- 33) Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. : Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population, *Archives of Internal Medicine*, 172, 1377–1385, 2012
- 34) Van Der Klink JJJ, Van Dijk FJH : Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 29, 478–487, 2003
- 35) Iacovides A, Fountoulakis K, Moysidou C, et al. : Burnout in nursing staff : A clinical syndrome rather than a psychological reaction? *General Hospital Psychiatry*, 19, 419–428, 1997
- 36) Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G : The relationship between job stress, burnout and clinical depression, *Journal of Affective Disorders*, 75, 209–221, 2003

Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) による バーンアウトの判定基準：疲弊感+1基準を用いた5分類バーンアウト

北岡 和代¹⁾，増田 真也²⁾

¹⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

²⁾慶應義塾大学看護医療学部

キーワード

バーンアウト， MBI-GS， 産業精神保健， ストレス， 判定基準

要 旨

Maslach Burnout Inventory (MBI) はバーンアウトを測定するゴールデン・スタンダードである。しかし、MBIは3つの下位尺度（疲弊感、シニシズム、職務効力感）から構成されているため、結果の解釈が難しい。そのため、広く容認されているバーンアウトの判定基準はない。そこで、私たちはバーンアウトの判定基準の一つである疲弊感+1基準について、ニューラルテスト理論を適用しながら検討し、日本版MBI-General Surveyを用いたバーンアウト判定基準を作成することを目的とした。コンピューター関連企業の社員1553名を対象として、2008年に実施したメンタルヘルス調査からデータを得た。有効データ1042名（男669、女373）を本研究の解析に用いた。その結果、5分類となった。疲弊感得点が高く且つシニシズム得点が高い、あるいは職務効力感が低い場合を「バーンアウト」とした。そのうち、シニシズム得点が高く、同時に職務効力感が低い場合は「重度バーンアウト」とした。疲弊感得点のみが高い場合は「疲労」、疲弊感得点は高くないがシニシズム得点が高い場合を「うつ注意」とした。以上に該当しない場合は「健康」とした。

原 著

老年早期がん患者の内視鏡消化器手術までの 在宅待機期間の体験

The experiences of elderly patients with early cancer waiting for
gastrointestinal endoscopic surgery

杉森 千代子¹⁾, 稲垣 美智子²⁾

Chiyoko Sugimori¹⁾, Michiko Inagaki²⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾School of Nursing, Kanazawa Medical University

²⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

老年, 早期がん, 内視鏡消化器手術, 在宅待機期間, 体験

Key words

elderly, early cancer, digestive system endoscope surgery, home waiting period, experience

要 旨

内視鏡消化器手術での入院までの待機期間における老年早期がん患者の体験を明らかにすることを目的に、質的因子探索研究である、木下の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、65歳以上の老年がん患者10名に半構成的面接を行った。その結果、23の概念が生成され、その体験は9カテゴリーで説明できた。

結果は、老年がん患者は【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】と同時に、医師からもらった【永らえ手形をもつ】。そして【がんを現存感のない病気として捉える】に至り、『病人』ではない心持ちになっていた。また、【自ら平常心を保つ工夫をする】【寿命感をもつ】【交流する人を選択する】。さらに、【家族の反応に順応する】【家族や他者と心くばりをし合う】【家族の中に自分の存在を探す】。家族や他者との自分との位置づけや関係を限定し、がん告知前よりも狭いコミュニティを作っていた。

Abstract

This qualitative factor study evaluated the experiences of elderly early cancer patients waiting for digestive system endoscopic surgery. The approach referred to Kinoshita's revised version of the Grounded Theory Approach, and it involved semi-structured interviews of 10 elderly cancer patients (over 65 years of age). A total of 23 concepts were formed, and their experiences could be explained by

9 categories.

The results for the 9 categories were as follows. Elderly patients were “shocked at being told they had cancer and became anxious”, and they “expected to receive notice that their lives could be extended” by the doctor.

Then, the patients “considered the illness to be non-existent” and denied that they were ill. Moreover, the patients started to “remain calm by themselves”, “had a feeling of life”, and “selected whom to have contact with”. Furthermore, the patients “was caring about to each other for their family and other people”, and “adjusted themselves to their family’s reactions”, “sought their existence inside their family”. Patients created a smaller community than before being told they had cancer, and they tended to limit their relationships with family and friends.

はじめに

高齢になると分からないだけで、がんが身体内に存在することは老化現象の一つとして捉えられ、北川¹⁾は超高齢者のがんを“天寿がん”と名付けている。老年がん患者の受療率は入院、外来とも高年齢になればなるほど多くなっているのが現状であるが、早期に治療すれば根治が可能で、外科、内科を問わず内視鏡的粘膜剥離術（以後EMRとする）や内視鏡的粘膜下層剥離術（以後ESDとする）が急増している。この治療の利点は、疾患病巣にアプローチする際の正常組織への障害がきわめて少なく、肉体的侵襲が軽減されることである。その結果、術後の早期離床や早期退院が可能となり医療費の軽減も期待できる。現在、内視鏡による消化器系手術をした患者の術前の入院期間は前日～当日で、平均入院日数は5日程度である。開腹術をした場合の入院日数の約半分に短縮されるため、老年患者にとっては廃用性症候群を引き起こすことなく、社会復帰できる画期的な手術方法であることから今後も増加する傾向にある。

しかし、短い術前の入院期間に、看護師が患者との心の交流を図る時間の確保は保障されていない。酒井ら²⁾は、外来・短期入院を中心としたがん医療の現状と課題を調査した結果、看護師は“患者ケアの質を高めるうえでの困難”を感じていた。そして“可能な限りの工夫や努力”をしてはいるが、精神的に余裕のない中で業務をこなさざるを得ない状況下にあると報告している。老年がん患者の詳しい思いは、ゆとりのない対応からは得にくく、精神的、社会的側面の情報が不足したまま看護ケアを提供することにつながる。患者の立場からすると、老年の特性の遠慮が働いて自らの欲求を明確に表現しない。そして、看護師からの精神的、社会的側面の状況の具体的な介入を得られないまま、患者自身が心の内で抱えてい

る不安の露出や、備え持った力を十分に発揮せずに手術に臨むことになりかねない。実際の調査で熊谷ら³⁾は、内視鏡で大腸ポリープ摘出術をうける患者が、年齢差なく前処置や治療に伴う苦痛と不安を抱えて入院してきていると報告している。また、篠村ら⁴⁾も手術経験のないESDをうける早期胃・食道がん患者は、術前・術中のイメージが不足しており、手術に対する不安を持っていると報告している。

がん告知は一般に外来で診察を受けた直後に行われることが多く⁵⁾、また、笹子⁶⁾は患者にとって告知時が最も辛いと報告している。川上⁷⁾によると、がん告知後、消化器系手術のために入院するまでの在宅待機期間は1ヶ月間あると調査しており、がん告知を受けた患者の精神的動揺は入院前に体験されているといえる。実際にこの期間について、渋谷ら⁸⁾は、癌に対する不安や恐怖を持ちつつ覚悟して治療に臨むと報告している。その過程として、癌告知から手術に至るまでの期間がある場合の患者の思いは、フィンクの危機モデルのプロセスをたどり、適応して手術に臨んでいる⁹⁾ことや、生活・食事習慣を変更することへの決意がある⁵⁾といった報告がある。しかし、これらの対象は、成人期と老年期の患者が混在しており、老年患者のがん告知を受けた後の体験を明らかにした報告はない。

よって、本研究は、老年患者が内視鏡消化器手術を受けるにあたり、がん告知の後、在宅待機期間にどのような体験をして入院するのかを明確にすることを目的とする。そしてこの結果から、入院してからの短い術前期間における情報収集の焦点が絞られ、看護介入が見出せると考える。

用語の定義

体験：個々人のうちで直接に感得される経験

在宅待機期間：外来でがん告知を受けてから入院するまでの期間

内視鏡消化器手術：EMRとESDでの消化器手術

方 法

1. 研究デザイン

本研究の目的から、起こっている現象について十分に記述し、それがなんであるかを探究する質的因子探索研究¹⁰⁾で、木下¹¹⁾の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以後M-GTAとする）を用いた。

2. 研究対象者

方法論限定として、以下の条件を満たす者を対象とした。

1) 外来でがん告知された65歳以上の早期がん患者

2) 外科的、内科的治療を問わず、内視鏡による消化器系手術を受けるために入院した者

3) 認知力や感覚器機能が低下し、面接で正確なデータがとれない危険性がない者

4) 今回のがんが初発で初回入院であること

3. 研究フィールド

某総合病院の消化器系専門の内科、外科病棟（各40名定員）とした。この病院は、地域の中核の病院で、自己の希望からの受診も自由だが、県内はじめ県外からの紹介された患者も多い。さらに、特色として診療科を問わない総合連携の医療体制が整っており、この研究で調査した消化器系の診療については外科と内科が医療チームを組んでいる。特にEMRに関しては、複数の医師により年間150件を超える手術がなされている。

4. 研究参加者

研究対象者を病棟看護師長と相談し、該当者を選出した。その後、病棟医師から研究対象者の担当医師に許可を得、治療上に問題が生じないことを確認した。次に病棟看護師長が研究対象者に研究の参加の意思を確認し了解した後、同席して貰い、研究者が研究対象者に研究目的や方法を説明し同意書にサインを貰った。研究参加者（以下参加者）は研究参加依頼16名中の同意を得た12名のうち、面接予定日前に治療変更になった2名を除いた10名とした。その内訳は男性4名、女性6名である。平均年齢は77.3歳であった（表1）。入院が手術当日であったり、術前の期間が短いため、面接は術前の場合と術後の場合が半数ずつであった。

5. データの収集方法

データの収集期間は平成18年8月～10月。参加者との面接途中でも参加の意思や体調不良や精神的負担が高じないかを確認しながら面接を行った。面接は半構成面接法で、参加者と2人のみの個室で行い機密性に配慮した。体調確認や時間の終了後「病名を聞いてから入院するまでの経緯を話してください」という質問を皮切りに行った。そしてその間に人との関わりやその時の思い、行動が明らかになるような質問を加え、研究目的に照らし合わせ焦点化しながら行った。面接内容は参加者に承諾を得て、テープレコーダに録音した。その他に看護記録から参加者の状態や情報のズレがないかを確認した。また、直接ケアに当たっていた看護師にも患者の精神不安が高じていないかを確認した。平均面接時間は約45分間/回で、回数は1～2回/人であった。

6. データの分析方法

M-GTAの方法で分析した。この理論は狭義の

表1 研究参加者の背景

項 目	内 容
年齢	平均年齢 77.3 歳（年齢幅 66 – 83 歳）
性別	男性 4 名、女性 6 名
がんのステージ	全員早期がん
がんの部位	胃 5 名、大腸 4 名、直腸 1 名
説明術式	EMR 6 名、ESD 4 名
待機期間	1 週間 1 名、2 週間 1 名、3 週間 3 名、4 週間 3 名、6 週間 2 名
世帯構成（配偶者の有無）	三世帯世帯 7 名（うち有 5 名・無 2 名） 夫婦世帯 2 名 単独世帯（無）1 名

範囲の現象を明らかにするのに適しており、説明力にすぐれ、データの切片化を行わないことで、よりデータの文脈のもつ意味の理解に重点をおいた修正がなされる。そして、現象の特定の断面についてではないため、変化の様態を捉える場合に適している。さらに、データと生成された概念との距離を一定に保つことができ、よりデータに密着した分析ができる。

分析手順は、録音した面接内容を一言一句書き起こして逐語録にした。そして面接内容を1例ずつ丁寧に読み、がん告知時とその直後から入院前までの行動に関係していると思われる内容を取り出した。まず、3名のデータをそれぞれ何度も読み返した。データの中の言葉や表現そのものを分析するin-vivo概念を活用し、心の動きや人との関わりで参加者が語った部分を動的に捉えた。次にそのデータから文脈を読みとり、心の動きや人との関わりについてオープンコーディングし概念を生成し、概念別に分析ワークシートを作成した。この概念形成においては、研究者の解釈の判断に拠るコーディング重視でおこなった。生成した概念と次々に新たな参加者の面接データとを継続的比較分析しオープンコーディングし続け、個々の概念と関連すると思われる内容は理論的メモに記載した。そして、理論的メモを手掛かりに、各概念間の選択的コーディングをした。ヴァリエーションがあまり出ないときは他の概念に包含し、全体を再検討して解釈内容を絞り込み、定義や概念名を再考した。また、生成した概念と他の概念との関係を個々に検討し関連図にした。その中からカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果を明確にして、ストーリーラインと関連図を完成した。継続比較により新しい概念が抽出されないことを確認して、分析結果を構成する概念カテゴリーが網羅的になった段階で理論的飽和化した。

信頼性の確保は、質的研究に詳しい研究者に概念生成やカテゴリー生成において助言をうけた。また、この研究の全過程において質的研究に精通したスーパーバイザーに指導を受けた。

信憑性と真実性の確保は、参加者2名及び病棟看護師3名に結果を読んでもらい、違和感なく同感できることを確認した。

7. 倫理的配慮

該当の病院倫理審査委員会の承認を得た。参加者には看護研究のための倫理指針¹²⁾を参考にし、下記の内容を明文化した同意書を作成し、それを

提示しながら説明し同意書にサインをもらい、同意とした。

1) 個人情報研究以外の目的で使用せず、個人が特定できないようにする。また、情報管理を徹底しプライバシーを保障する。また、研究終了においてもこれを遵守する。

2) 研究への参加は自由意思で、途中で辞退してもかまわない。また、それにより不利益をこうむることが無いよう保障する。

3) 面接に際して、治療の妨げになることはしない。万一何らかの不都合が生じた場合、医療者と連携し協力支援する体制を保障する。

4) 研究結果を論文作成後に内容を確認してもらい、同意を基に発表する。

結 果

1. 内視鏡消化器手術までの在宅待機期間の老年がん患者の体験について

参加者の面接から得た体験のデータを分析した結果、23の概念と9のカテゴリーが生成された。この関係は以下のストーリーで示された(図1)。以下、カテゴリー名を【 】で記載する。

参加者は医師から検査結果を基に、はっきりとがん告知され【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】。しかし、同時に医師の説明から医師を信用し手術を決定し、今しばらくの命が延びる保証として【永らえ手形をもつ】。このことで、日常生活に支障の生じる自覚症状がないことに着目し【がんを現存感のない病気として捉える】ようになる。参加者は【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】思いと【がんを現存感のない病気として捉える】思いを併せ持ち、【自ら平常心を保つ工夫をする】。また、自らが過ごしやすい環境を整えるために【交流する人を選択する】。特に精神的動揺を隠せない身近にいる家族との関わりに重きを置き、【家族や他者と心くばりをし合う】や【家族の反応に順応する】、【家族の中に自分の存在を探す】体験をする。そして【永らえ手形をもつ】ことにより、これまでの知人の死を思い起こし自らの命を思い、【寿命感をもつ】体験をする。

2. 各カテゴリーと概念名の定義と説明及び実例

概念名は[]で記載する(表2)。

1) 【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】について

定義：がん告知で衝撃をうけ、具体的な手術への心配が生じる。

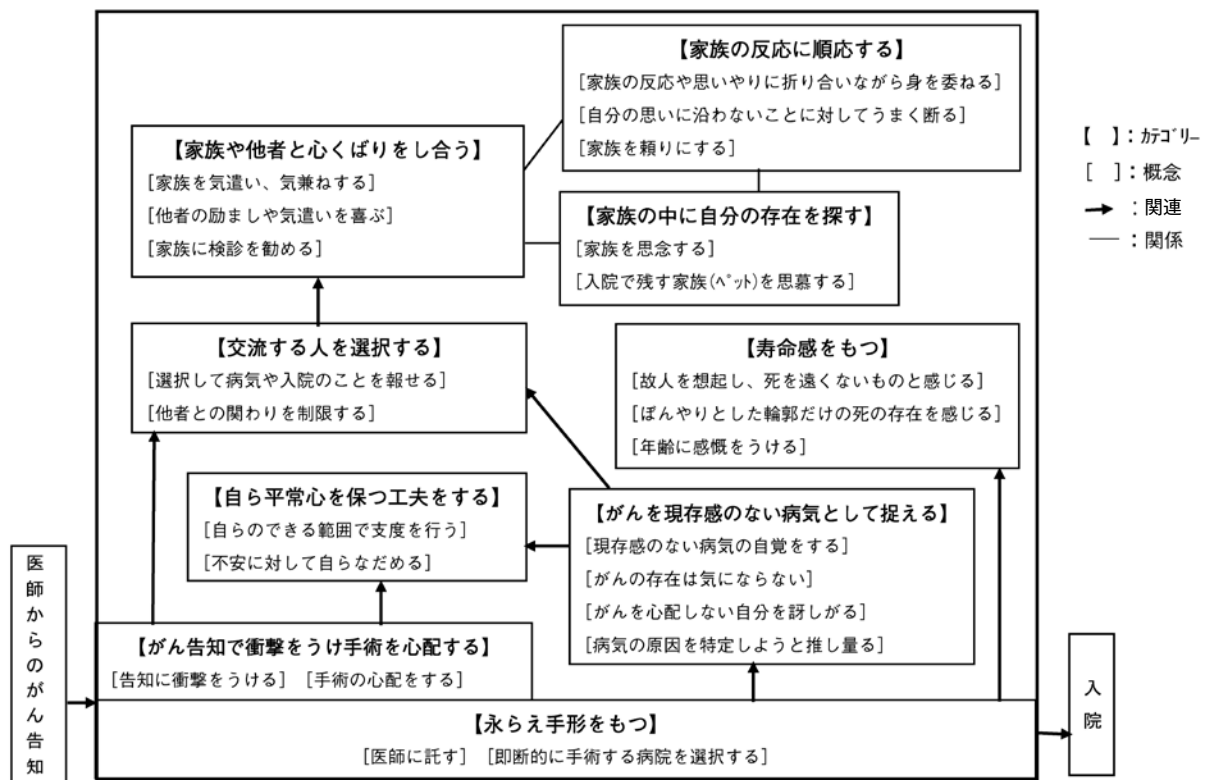


図1 老年がん患者のがん告知から内視鏡消化器手術までの在宅待機期間の体験

表2 老年がん患者のがん告知から内視鏡消化器手術入院までの在宅待機期間の体験のカテゴリー名および概念名一覧

カテゴリー名	概念名
がん告知で衝撃をうけ手術を心配する	告知に衝撃をうける 手術の心配をする
永らえ手形をもつ	医師に託す 即断的に手術する病院を選択する
がんを現存感のない病気として捉える	現存感のない病気の自覚をする がんの存在は気にならない がんを心配しない自分を訝しがる 病気の原因を特定しようと推し量る
自ら平常心を保つ工夫をする	自らのできる範囲で支度を行う 不安に対して自らなだめる
寿命感をもつ	故人を想起し、死を遠くないものと感じる ぼんやりとした輪郭だけの死の存在を感じる 年齢に感慨をうける
交流する人を選択する	選択して病気や入院のことを報せる 他者との関わりを制限する
家族や他者と心くばりをし合う	家族を気遣い、気兼ねする 他者の励ましや気遣いを喜ぶ 家族に検診を勧める
家族の反応に順応する	家族の反応や思いやりに折り合いながら身を委ねる 自分の思いに沿わないことに対してうまく断る 家族を頼りにする
家族の中に自分の存在を探す	家族を思念する 入院で残す家族（ペット）を思慕する

がん告知と同時に手術をする段取りを思い浮かべ「告知に衝撃をうける」と同時に「手術の心配をする」体験をする。そのことで【自ら平常心を保つ工夫をする】や【交流する人を選択する】ようになる。

(1) 「告知に衝撃をうける」の定義と事例

定義：がん診断を信じられず精神的動揺をおぼえる。

事例：がんと聞いた時に手術しても来年帰られんわと思った。

事例：まさか！と聞いた時思った。旅行計画していたのに手術で行けない。ガックときた。

(2) 「手術の心配をする」の定義と事例

定義：手術に伴う痛みの懸念と手術の成功に対する疑心。

事例：手術で入院するためにもらった本、あれ最初読んだ時ね、あら怖いものだなと思ったの。だけど、何遍でも、何遍でも読んだの。後がどれだけ痛いか、それが心配だけれども、起きてから痛いのがまんせんなんだろうと思っていた。

2) 【永らえ手形をもつ】について

定義：医師からがんを告知され、治療法や今後の説明を聞き、内視鏡による消化器系の手術をすることを決めた時に、医師への信用から今後の残りの人生を少し延ばせる証を得ること。

これは手形であることより期限は設定されている。何事もなく無事に手術が成功し退院するまでに重きがおかれ、[医師に託す][即断的に手術する病院を選択する]ことで、取り敢えず命が延びる保証を得た体験をする。この体験は、【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】心の動揺を鎮め、入院するまでの在宅待機期間の行動に影響を与える。

またこの手形があることにより、自分の死の想起をやわらげ、【がんを現存感のない病気として捉える】と知人と比べる【寿命感をもつ】体験に繋がっていく。

(1) 「医師に託す」の定義と事例

定義：医師の説明を受け、病名の診断や治療の成功を信じ、治療をうけようと決める。

事例：最初に先生に聞いた時に覚悟した。そして、先生におまかせしようと思ったら楽な気持ちになって。先生も簡単に「今じゃ80代でも手術する人いるから平気だよ。」って言われたよ。

事例：2cmって言ったかな。そんなに心配いらないけど早期がんになってるから、それで切らないで放っておくと段々リンパの方へいったらね、

命にさわるから今のうちに切れば治るって。先生に任せて安心して。

(2) 「即断的に手術する病院を選択する」の定義と事例

定義：医師や家族の勧めを手がかりに、直感的に病院を選択する。

事例：検査した病院で手術しようと思っていたら、子供が、そんな所に決めてないで、3週間もかかって集中治療室入って体弱ってしまうから。丁度、新聞に内視鏡でとるっていうので、いっぺん診てくればどうやって言われて、ここへ走ってきた。

事例：手術しないで採る先生だと言って「そんな先生めったにいらっしゃらないから、そこへ行きなさい」って病院の先生が言って下さった。

3) 【がんを現存感のない病気として捉える】について

定義：自覚症状がなく日常生活が不自由なく送れるので、今身体で起こっている異変がつかめない病気の感覚をもっている。

がんになったことに対して「現存感のない病気の自覚をする」や「がんの存在は気にかからない」「がんを心配しない自分を訝しがる」「病気の原因を特定しようと推し量る」と病気を捉えようとする体験をする。この体験は【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】ことと相反しているが、これらを併せ持つことで、【交流する人を選択する】ようになる。

(1) 「現存感のない病気の自覚をする」の定義と事例

定義：がんの存在を自覚せずに人ごとのように感じている。

事例：癌だって言われてどうやって、そんな感じひとつも無いのよ。テレビなんか騒いでいるが、簡単に思っているの。

事例：自分の場合まだ体が元気だからね。そうなんだけど病人やったら大変やろうなって。

(2) 「がんの存在は気にかからない」の定義と事例

定義：がんの存在があっても日常生活を淡々と過ごしたり、楽しみを続けたりできる。

事例：最初、人のことを聞いていて癌って言われたらどうなるのか、精神状態どうなるのかなと思っていた。我が身のことになるとね、人のことと想像していたのとは案外とねえ。そんなに心配してないねえ。

事例：ふあーっと驚くようなこともない。それ

なら取っていただく。どうせなっているものしょうがないから。取っていただくよりしかたがないと思うから。そんなところはすぐ割り切れますね。

(3) [がんを心配しない自分を訝しがる] の定義と実例

定義：がん告知されても淡々と過ごす自分の姿を他者が不思議がるが、それで自問自答するが答えが出ない自分を訝しく思う。

実例：周りの方が心配している。私おかしい？私の友達なんか凄く落ち込んでるの。娘の方が心配してる。「おばあちゃんなにも心配してない。ちょっとおばあちゃん変なんだわ。」って言われる。それで、周りが私がもう死ぬような感じで対応した。

(4) [病気の原因を特定しようと推し量る] の定義と実例

定義：がんになった原因が何であったか、心当たりを探ってみる。

実例：今までそんなものの縁のないと思ってたものだから。ただ兄貴がそうなったから、ただちょっと……だけど自分は便も大丈夫だったから。

実例：お父さんの看病してこんなになったとは思いたくない。自分も結構癪癪もちだったりして、ご飯も食べなかったから、不規則な生活してたし無理もない。

4) 【自ら平常心を保つ工夫をする】について

定義：揺れている心を平常に保てるように意識的に工夫した行為。

永らえ手形を持っていても確証がないため [自らのできる範囲で支度を行う] や [不安に対して自らなだめる] 体験をする。

(1) [自らのできる範囲で支度を行う] の定義と実例

定義：家を留守にするためにしておくことや、手術のためにできる準備をする。

実例：ここへ来るまで野良仕事して、それをやっぱりいいのに世話しておかないと。

実例：鞆1つとバスタオルや何かと書いてあった物用意して待機してたけど。あんまり体疲れさせると治療してもらう時によくないと思って。

(2) [不安に対して自らなだめる] の定義と実例

定義：感じている不安をそれ以上高じないように自ら鎮める。

実例：もっと仏さん大事にしないと駄目だったかなって、慌てて毎日お経をよんでた。

実例：グランドゴルフしてたらなにもかも忘れて楽しいわ。

5) 【交流する人を選択する】について

定義：義理や人情を大切にしながら、他者との交流を限定したり、独りになろうとする。

がんであることを [選択して病気や入院のことを報せる] や交流を控え [他者との関わりを制限する] 体験をする。このことが、家族の存在を改めて感じ、関わりを工夫することに繋がる。

(1) [選択して病気や入院のことを報せる] の定義と実例

定義：がんになって治療することを気が許せる限定した人に知らせる。

実例：兄弟にも言っていないし、近所にいる姉にも言っていないし。甥っ子に頼む、帰ってくるまで何も言わないで欲しいって頼んだ。お父さんがあえて何も言わなかった。それくらい自分で腹括って出てきた。

実例：やっぱりここへ来るのは誰にも言わないで。「癌で来年もうだめや」って田舎って所はそういうこと言うものだから誰にも言わないで来ている。親戚にも全然言わない。子供だけ。

実例：皆さんにご迷惑かけるから。またお見舞いにいかなければとかあれとかそんなので嫌だから。で一人仲のいいお友達がいて、その人がそのクラブの班長さんしておいでるからその班長さんだけに言って「誰にも言わないで」って言って来た。

(2) [他者との関わりを制限する] の定義と実例

定義：必要以外には他者との交流を遮断したり制限したりする。

実例：パチンコ行っても面白くないしね。まあ、人が山ほどいるところへ行行って、ガチャガチャやるのも嫌だし。1ヶ月ほど家にもたもたしてたが、それまでは家にいたことがないのに、大体1ヶ月あまりも家にいた。車で出てもすぐ帰ってくるんだ。

実例：ダンスは休みにした。ちょっと旅行と言って。

6) 【家族や他者と心くばりをし合う】について

定義：今回の入院することで気を遣ったり、心遣いされたりすること。

自分のことを気にかけてくれる [家族を気遣い、気兼ねする] や病気のことを報せた [他者の励ましや気遣いを喜ぶ]、[家族に検診を勧める] の3つである。

(1) [家族を気遣い、気兼ねする] の定義と実例

定義：家族や知人の状況を考慮し気を遣い、病

気になったことさえ申し訳ない気持ちになる。

実例：病院来る2日か3日ほど前から仏壇の戸を開けては、チン、チンってやってたけど、お父さんになんだか悪いみたいな気もしてね。そっと仏壇拝んで出てきた。

実例：がんの告知の話をしたら息子に、仕事忙しいから手術当日に来なくていいからって言ったんだけど、帰りに来るって。

(2) [他者の励ましや気遣いを喜ぶ] の定義と実例

定義：闘病を励まされたり、気遣いされたりすることを快く思う。

実例：家に親戚が顔を見に来て下さったの。ここが遠くて来れないからってみんな来て下さった。

(3) [家族に検診を勧める] の定義と実例

定義：自分を含めがん家系である家族を守ろうと理由づけて検診を勧める。

実例：私の娘もよく下痢するから、先生の所行かせたの。子供4人いるうち2人までこれで検査した。

7) 【家族の反応に順応する】について

定義：がんだと知った家族の対応に折り合いながら身を委ねたり、意に沿わないことに対してはうまく断ったりする。

自分よりも過剰な「家族の反応や思いやりに折り合いながら身を委ねる」や「自分の思いに沿わないことに対してうまく断る」[家族を頼りにする]体験をする。

(1) [家族の反応や思いやりに折り合いながら身を委ねる] の定義と実例

定義：家族の自分に対する処遇や思惑を鑑みて、それを自分の感情と折り合いながら受け入れる。

実例：来る前に娘が私の部屋の物を全部いらん物だと言って捨ててしまった。大事なものもなんも、探したら今度はないの。しゃあない、また買わなんなんわってと思って。そうだけど折角してくれたのだからそんなこと言われんと思って黙っているけど。やっぱりその時の思い出があるからね。しかたないわ。その代わり部屋すっきりした。

(2) [自分の思いに沿わないことに対してうまく断る] の定義と実例

定義：意見や感情が折り合わないと感じた時に、相手にうまく話して自分の意を通す。

実例：娘が「風呂行こう風呂行こう」喧しく言うから行ってきた。また、行こうって言うから「わざわざ歩くのはたいそい」「行かん、行かん、家で入ると楽でいい」って言って行かなかった。

(3) [家族を頼りにする] について

定義：家族や他者に自分の役割を一時任せることができる。

実例：家の段取りとかは何もしてない。娘が一軒おいた隣にいます。

実例：お金お母さんに預けてある。家の鍵も。

8) 【家族の中に自分の存在を探す】について

定義：今までの家族との関わりや、がん告知後の家族の態度を振り返り意味をつける。

いつもそばにいる「家族を思念する」や「入院で残すペット（家族）を思慕する」体験をする。

(1) [家族を思念する] の定義と実例

定義：家族とのこれまでの関わりや、現在の態度から絆を見出そうとする。

実例：奥さんは腰痛あるので、どうにもならないのでY先生の所に入院したから安心ですよ。

実例：娘にすることはしたし。家は家でなんとかしていくでしょ。今更私が働いてみたって何になる。若い者は私の年金だけ当てにしている。

(2) [入院で残すペット（家族）を思慕する] の定義と実例

定義：自宅で待たせるペットに愛しさがつのる。

実例：家に犬がおるの。病院の帰りにね、おやつ買ってきてあげるからねって言って来た。家族よ。

実例：金魚鉢をきれいにして餌やってきた。何年もおいているからね。

【家族や他者と心くばりをし合う】と【家族の反応に順応する】や【家族の中に自分の存在を探す】の3つのカテゴリーは、家族や他者との関わりを通して相互に関係しながら体験される。

9) 【寿命感をもつ】について

定義：がん告知をうけて死を想起するが、それは自然の摂理に抗わない理の感情をもつ。

がんイコール死をイメージし、「故人を想起し、死を遠くないものと感じる」や切迫感のない「ぼんやりとした輪郭だけの死の存在を感じる」生きてきた「年齢に感慨をうける」体験をする。

(1) [故人を想起し、死を遠くないものと感じる] の定義と実例

定義：家族や友人の死を思い起こし、死が遠くないものとして身近な存在だと改めて感じる。

実例：母親も子宮癌で、次男も肺癌で63歳で亡くなった。転移してた。

実例：夫が他界して3年目。そんなに経ってないから、連れにいらっしゃるのかなと思った。

(2) [ぼんやりとした輪郭だけの死の存在を感じる]

る」の定義と実例

定義：がんと知ったことや、家族や知人が自分に死を重ねてみていることで、自分のはっきりしない死の存在を感じる。

実例：年いってがんっていうことは、本当に、最期かなって思った。

(3) [年齢に感慨をうける] の定義と実例

定義：自分の年齢を平均寿命などと照らし合わせ、年齢と死期が重なり、今までの人生を顧みてしみじみする。

実例：もうはや来年80だからね。そんなに悔いはないですよ。がんで逝ってもそんな80まで生きられりゃいいと思った。

実例：自分の親が早く死んでるから。自分はそうすると長生き出来たことになるだろう。それで安心して喜んでいるんだ。寿命だから。

考 察

本研究の結果から、1. 老年がん患者が体験している【永らえ手形をもつ】ことについて、2. 【永らえ手形をもつ】ことで関係する行為について、3. 人とのまじわりについて、以上3点を考察する。さらに、看護への活用性と研究の限界について述べる。

1. 【永らえ手形をもつ】ことについて

老年がん患者はまず、【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】と同時にがんは早期で、安全に取り除くことができる手術で済み、開腹することなく治癒できると医師から丁寧な説明をうける。その説明に納得し、EMRであっても助かると医師を信用し、今しばらく命が延びる証の【永らえ手形をもつ】。荒井ら¹³⁾は壮年期のがん患者はがん告知を受けた後“がんと向き合いがん治療に対して情報収集をする段階”があると報告している。しかし、本研究において老年がん患者は、治療する病院の選択決定の際、近医や馴染みの医師の勧めの影響が大きく、医師からの説明以外に情報収集したり、他の病院を新たに検索したりする行動はとらず、過去の経験をもとに「即断的に手術する病院を選択する」傾向があった。

一方、患者には何が何でも助けて欲しいといった緊迫感は少なく、[医師に託す] おまかせの意味合いを呈していた。岡谷¹⁴⁾は日本人に特有な“おまかせのコーピング”として、“信頼して任せるおまかせ”“言うとおりに従うおまかせ”“諦めて任せるおまかせ”を見出した。このどれもが医師を信頼することで医師に完全に我が身を委ね、医

師と一体化してしまう対処のことであると述べている。“おまかせする”ことによって対処がなされてしまえば、その先に起こる手術への不安には及ばず、そのこと自体の思考については停止してしまうことを意味していると捉えられる。そしてそれはコーピングであることより無意識的になされるといえる。

これに対して本研究の[医師に託す]は、術後までを見据えた保証により自己決定した行為といえる。【永らえ手形をもつ】は予定された手術や入院期間を想定しておまかせには期限があり、その期間、その確定を信じて心の動揺の制御に有効に働いているといえる。この岡谷¹⁴⁾の研究との違いは、対象者の平均年齢が55歳で、開腹術による胃切除術および胃全摘を受けた胃癌患者といった特性の違いが影響を及ぼしている可能性がある。また、術前入院期間が15.2日で、術前1週間以内と術前日の2回のデータであることから、環境や時間が違う体験を分析している可能性もある。

以上から、内視鏡消化器手術を受ける老年がん患者はがん告知と同時に【永らえ手形をもつ】体験をしていることで、精神的動揺が緩衝されていると考える。

2. 【永らえ手形をもつ】ことで関係する行為について

【永らえ手形をもつ】ことで、生活に影響するような自覚症状がないことより【がんを現存感のない病気として捉える】ようになる。そして、患者は自らを『病人でない』と称する姿も浮かびあがった。都留¹⁵⁾は“「患者だ」ということは、今まさに病気をわずらっており、それをなおす、または、その状態から健康状態に立ち直るために、医師や看護婦の手をわずらわせなければならないと自覚している状態において感じるものである。”と述べている。こういった患者という意識が薄れ、『病人ではない』と自ら称することは、内視鏡による消化器手術を受ける老年がん患者の持つ力として、捉えることができると考える。

しかしながら、篠村ら⁴⁾の報告のとおり不安がすっかり解消したのではなく、【がん告知で衝撃をうけ手術を心配する】を併せ持つため【自ら平常心を保つ工夫をする】や【交流する人を選択する】ようになる。

一方、【永らえ手形をもつ】ことで、さらに命の在り様に思いを馳せ【寿命感をもつ】。それは他者と自分の状況を比べて、緊迫感のない死を意識し、患者は粛々と生活を送り、手術を待ってい

ることが分かった。

以上より、【永らえ手形をもつ】はコアカテゴリーであり、精神的な動揺を安定させる役割をしていると捉えられた。そのため、内視鏡による消化器手術を受ける老年がん患者に対して看護師は【永らえ手形をもつ】患者であるか否かを、つまり、疾病や治療の理解のみならず、医師への信頼が強固であるかを、入院時に確認することで、踏み込んだ精神的な看護介入が必要か否か、予測できると示唆される。

3. 人とのまじわりについて

老年がん患者は、心理的な動揺を緩衝するために【交流する人を選択する】ことで、他者からの不要な刺激を少なくする工夫をしていた。また、家族に迷惑をかけないで済むように入院期間をも想定して【家族や他者と心くばりをし合う】関わりをしていた。吉田ら¹⁶⁾は、“家族として繋がる者として結びつく”といった関係性を示した。本研究において患者にがんが告知されたことを受け家族は、衝撃をうけ動揺し、家族自らの思いを優先したさまざまな反応を起こしていた。これに対して患者は「[家族を頼りにする]」が、「[家族の反応や思いやりに折り合いながら身を委ねる]」「[自分の思いに沿わないことに対してうまく断わる]」など【家族の反応に順応する】許容力のある態度をとっていた。

また、一般に老年者は喪失の時代とよばれ、多くの喪失を体験し、特に人間関係がうすれることで、精神的危機に陥ることもあるといわれている¹⁷⁾。しかし、コミュニティは狭めるが、患者は【家族の中に自分の存在を探し】、家族との交流を一層大切にしたい生活を意図的にして、自分が自分らしくいられるように工夫していた。

これらを考察したことから、内視鏡による消化器手術を受ける老年がん患者が入院してきた際に看護者は、家族関係の支援が必要ではないかと考えがちなが、患者の家族と折り合いをつけて手術に臨んでいる力を信頼してよいことが示唆される。さらに、患者は短期間の入院であっても家族との関係を重要と捉えている。このことを考慮した関わりが、より大切になることも示唆される。ただし、こういった体験をしているのは、先に述べたとおり、【永らえ手形をもつ】が条件であり、あくまでも予定された手術や入院期間までの効力であることを周知している必要がある。

研究の限界

本研究の限界として、面接日が術前と術後が混在しており、患者の状況による差異は明らかではない。また、患者の中には他県の医院等でがん告知を受け実際に治療を行った医師は個々違うが、調査フィールドが1カ所であることより、その影響は明らかではない。さらに、今回はがん告知から入院までに他の大きな衝撃となる出来事を体験していない老年患者が対象であった。この場合【永らえ手形をもつ】効力がそのまま持続するかは明らかではない。また、他の発達段階の患者と比較検討していないため、今後、がん告知を受け在宅待機期間の体験についてさらなる検証が必要である。

結 論

質的因子探索研究によって、がん告知を受けてから入院するまでの在宅待機期間において、9カテゴリーによって内視鏡による消化器手術に臨む老年がん患者の体験が明確になった。

がん告知後の患者は【がん告知で衝撃を受け手術を心配する】が、がん告知直後に医師を信用することで得た【永らえ手形をもつ】ことによって【がんを現存感のない病気として捉える】。そして『病人』ではない心持ちになっていた。

また、患者は手術を受けるために精神的、社会的な備えとして【自ら平常心を保つ工夫をする】や、これまでの知人の死を思い起こし【寿命感をもつ】体験をする。また、自らが過ごしやすい環境を整えるために【交流する人を選択する】。さらに、【家族や他者と心くばりをし合う】や【家族の反応に順応する】【家族の中に自分の存在を探す】体験をし、粛々と手術を待っていることが分かった。

以上から看護師は、患者に対して【永らえ手形をもつ】患者自身の持てる力を信頼し、見守る関わりが基本となる。ただし、【永らえ手形をもつ】期限があることを認識する必要がある。また、短期間の入院であろうとも、患者は主に家族との関係を大切にしていることから、その意思を尊重する関わりが重要となることがわかった。

謝 辞

本研究の調査に対して快くご協力頂きました対象者の皆様に、心より感謝を申し上げます。また、研究実施にあたり、ご支援いただきました病院関係者の皆様に深く感謝いたします。

なお、この論文は金沢大学大学院医学系研究科の修士論文として作成した全文である。

文 献

- 1) 北川知行：天寿がん、やっそこがん、くずれがん，日本がん分子疫学研究会ニュースレター，7 (1)，1 - 2，2006
- 2) 酒井禎子，小松浩子，林直子，他：外来・短期入院を中心としたがん医療の現状と課題，日本がん看護学会誌，15 (2)，75 - 81，2001
- 3) 熊谷いづみ，高橋由紀，原玲子：入院による内視鏡下大腸ポリープ摘出術を受ける患者のストレス，日本看護学会論文集 成人看護 I，34，33 - 35，2003
- 4) 篠村和美，菅田幸江，岡田文治，他：内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）術前患者の背景と思いに着眼した術前訪問の検証，日本看護学会論文集 成人看護 I，44，65 - 68，2014
- 5) 小島大輔：癌の告知について 丸山ワクチンを希望して来院した癌患者・家族からの調査，日本医科大学雑誌，58 (1)：39 - 49，1991
- 6) 笹子三津留：癌の告知 告知を受けた患者へのアンケート調査結果報告，医学のあゆみ，160 (2)，146 - 151，1992
- 7) 川上久乃，手嶋文子，原八重子，他：がん告知を受けた患者が手術に至るまでの心理的特徴 短期入院における手術前看護の充実を目指して，日本看護学会抄録集 成人看護 I，35，122，2004
- 8) 渋谷花子，近藤麻子，天野ルリ子，他：内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を受けた早期胃・食道がん患者の思い，日本看護学会論文集 成人看護 I，40，18 - 20，2010
- 9) 村瀬朋絵，有馬葉子，荒張和恵，他：がん告知を受けて手術に至るまでの患者の術前の思い フィンクの危機モデルを用いて，奈良県立三室病院看護学校雑誌，29，15 - 17，2012
- 10) Diers D：小島通代，岡部聡子，金井和子訳：看護研究ケアの場で行うための方法論（初版），日本看護協会出版会，167 - 207，1984
- 11) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い（初版），弘文堂，89 - 91，2003
- 12) 国際看護師協会：看護研究のための倫理指針，日本看護協会訳，インターナショナルナーシング・レビュー，28 (5)，88 - 89，2005
- 13) 荒井春生：壮年期にがんの体験を持つ高齢者ががんの体験を受け止めるプロセス，日本看護学会抄録集 老年看護，180，2006
- 14) 岡谷恵子：手術を受ける患者の術前術後のコーピングの分析，看護研究，21 (3)，261 - 268，1988
- 15) 都留春夫：老人医療への新しいアプローチ 全人的評価とケア，日野原重明，柄澤昭秀編，コミュニケーションの技法 医療を受ける老人として（第1版），医学書院，61 - 64，1975
- 16) 吉田千文，佐藤禮子：手術を受ける老人がん患者の家族の成長を促す看護に関する研究 手術を受ける老人がん患者の家族の示す成長，日本看護学会抄録集 老年看護，9，1999
- 17) 平山正実：第5章ライフサイクルからみた老いの実相，老いることの意味 中年・老年期，金子書房，153 - 188，2001

原 著

糖尿病患者の身体的要因と血糖値・運動強度の関連 —体組成・筋力・運動有能感に着眼して—

Association among physical factors and blood sugar levels and exercise intensity in diabetic patients : With a focus on body composition, muscle strength and perceived physical competence

浅田 優也¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 多崎 恵子²⁾

Yuya Asada¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Keiko Tasaki²⁾

¹⁾金沢大学大学院 医学系研究科 保健学専攻, ²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系,

¹⁾Division of Health Science, Graduate school of Medical Science, Kanazawa University

²⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

糖尿病, 運動, 体組成, 筋力, 性差

Key words

diabetes, physical exercise, body composition, muscle strength, sexual specificity

要 旨

【目的】本研究の目的は、体組成（筋量・脂肪量）、筋力（握力・膝伸展筋力・30秒立ち上がりテスト）、運動有能感と血糖値および運動強度との関連を明らかにすることである。【方法】本研究は関連探索型研究である。対象は、50歳から75歳の糖尿病患者100名である。分析は相関分析および平均値の差の検定を用いた。【結果】筋量・筋力の実態として、70代男性における低下の度合いが他の年代に比べて特に大きかった。女性は両腕筋量と運動強度の間に正の相関（ $r=0.372$ ）が、体幹筋量と血糖値との間に負の相関（ $r=-0.364$ ）がみられた。一方、男性は、握力と運動強度の間に正の相関（ $r=0.305$ ）がみられたが、全身・体幹・下肢・両腕筋量と血糖値との間にも正の相関（ $r=0.402, 0.459, 0.404, 0.385$ ）がみられた。加えて、男性は握力39kg、女性は23kgによる群分けにて運動強度や運動有能感に、男女ともに血糖値160mg/dlによる群分けにて、筋量や運動強度に差がみられた。【考察】男性糖尿病患者は筋量があることが必ずしも良好な血糖コントロールに結びつかない可能性が示された。

Abstract

【Objective】 This study was carried out to clarify the association among body composition (muscle mass・body fat), muscle strength (grip strength・knee extension muscle strength・30second chair-stand test), perceived physical competence, blood sugar level and exercise intensity. 【Method】 This research was related search type study. The subject of this study was 100 diabete patients from 50 to 75 years old. We employed correlation analysis and statistical test of difference in mean. 【Result】 The degree of decline in muscle mass and strength was remarkable about male in 70s. As a result of the statistical analysis, it was showed that muscle mass of both arms and exercise intensity correlated positively($r=0.372$), grip strength and blood sugar level correlated negatively in female($r=-0.364$). On the other hand, it was showed that grip strength and exercise intensity correlated positively($r=0.305$) in male, but muscle mass (whole body, trunk, legs, both arms) and blood sugar level also correlated positively($r=0.402, 0.459, 0.404, 0.385$). Furthermore, difference of muscle mass, exercise intensity and perceived physical competence was seen in the grouping by male's grip strength 39kg, female's grip strength 23kg, and grouping by 160mg/dl of blood sugar level in Male and female. 【Discussion】 It was considered that large muscle mass didn't necessarily lead to good blood sugar control in male.

はじめに

現在、糖尿病患者数は約950万人とされており¹⁾、年々増加の一途を辿っている糖尿病において、インスリン感受性の向上や脂質代謝の改善などの効果のある^{2) 3)} 運動療法は、基本的治療として欠かせないものである。

運動に関する研究は、健常者の運動実施に関連する要因について調べたものは多くあり、その中で重要な因子として、握力や膝伸展筋力が日常生活の自立度や歩行能力などの種々の能力に影響すること⁴⁻⁷⁾ が明らかにされている。また、筋力は筋量や脂肪量といった体組成に関連することも明らかにされており^{8) 9)}、運動実施において体組成、筋力といった要因は重要であると考えられる。一方、糖尿病患者への現行の運動療法は、3 Mets以上の強度のものを含んだ運動の実施や、週に3日以上運動を行うことが推奨されており¹⁰⁾、健常者に推奨するものと大きく変わらない。しかし、糖尿病患者の筋力および筋肉クオリティー（筋肉の大きさに見合った力）は、健常者以上に低下していることが先行研究で明らかにされており^{11) 12)}、糖尿病患者はその身体的変化から筋力が上手く発揮されないことにより、運動を行う上での身体的負担感が健常者以上に大きいことが危惧される。これらのことより、糖尿病患者特有の身体的変化に着眼することは重要であると考えられるが、糖尿病患者の体組成や筋力と運動実施および血糖コントロールとの関連をみたものはない。また、糖尿病患者の運動療法の継続に関する先行研究におい

て、運動療法を継続するためには、糖尿病患者は自らの身体的変化を総合的に認知していくことが必要であり、そこに至るためには現在の自身の身体状態を理解し、自身の体ならどこまでの運動ができるのかを客観的にみることで重要なことであるということも報告されている¹³⁾。しかし、このような自身の身体能力への感覚と運動実施や血糖コントロールとの関連をみたものもない。

以上のことより、糖尿病患者の運動療法において身体的側面に視点を置いて関わっていくためには、体組成や筋力、運動を行う上での自身の身体能力への感覚といった因子に着眼し、運動実施や血糖コントロールにどのように関連しているのか明らかにする必要があると考えた。

そこで本研究は、糖尿病患者の体組成（筋量・脂肪量）、筋力（握力・膝伸展筋力・30秒立ち上がりテスト）、運動を行う上での自身の身体能力への感覚（以下、身体能力への自信：運動有能感とする）に着眼し、各要因間の関係および運動実施・血糖コントロールとの関係を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は関連探索型研究である。

2. 調査期間

調査期間は平成21年5月から平成21年11月であった。

3. 研究参加者

1) 対象基準

研究対象者は50歳から75歳までの糖尿病患者で、外来通院および糖尿病の治療を継続している人とした。また、除外基準および除外基準を設けた理由について以下に示す。

- ・福田分類 B 以上¹⁴⁾ の人：測定を行うことが眼底出血につながるリスクがある。
- ・糖尿病性腎症Ⅲ期以上の人：Ⅲ期より運動の制限などが必要になってくる対象もあり、運動強度に影響している可能性がある。
- ・心血管系・運動器系の疾患のある人：測定を行うことが心臓や膝などへの負荷となる可能性がある。また、心血管系・運動器系の疾患があることが運動強度に影響している可能性がある。

2) 対象施設

調査は、代謝内科の外来を設けている県内の病床数200床以上の病院：1施設、200床未満の病院：2施設、および糖尿病専門医師が開業しているクリニック：1施設にて行った。

3) 対象選定方法

外来の担当医師に対象の基準および除外基準について説明を行い、外来診療の終了後に対象の紹介を受けた。

4. 調査内容および測定項目

1) 基礎情報

年齢、性別、糖尿病の型、病歴、職業について質問紙により情報を収集し、さらにカルテより内容の確認を行った。治療情報（服薬の内容、実施している治療法）、合併症の有無についてはカルテより情報収集を行った。体重、血圧については質問紙の記入開始前に測定を行い、身長については対象者の自己申告によるものとした。

2) 体組成、筋力、身体能力への自信、活動量、血糖コントロール指標

(1) 体組成

全身および部位別（上肢、体幹、下肢）の筋量および脂肪量を用いた。

(2) 筋力

上肢の筋力に握力、下肢の筋力に等尺性膝伸展筋力および30秒立ち上がりテストを用いた。

(3) 身体能力への自信

先行研究により作成された質問項目¹⁵⁾を用いて算出した総合得点を、運動有能感として用いた。

(4) 活動量

国際標準化身体活動質問表（International Physical Activity Questionnaire：以下IPAQ）の日本語short版¹⁶⁾を用い、運動強度を算出して用

いた。

(5) 血糖コントロール指標

カルテより情報の収集を行った、半年間の血糖値およびHbA1cを用いた。

5. 測定用具および測定方法

各項目の測定は質問紙の記入終了後に行った。また、使用する測定用具および測定方法は、先行研究にて信頼性・妥当性の示されているものを選択した¹⁵⁻²¹⁾。そして、外的妥当性に配慮し、測定は事前に十分な練習を行い、同一の測定用具を用い、声掛けの言葉を統一し、測定は研究者が一人で行った。以下に測定用具および測定方法とその手順について示す。

1) 体組成

簡易型体重体組成計（オムロン社製、karada Scan HBF-362）を用いて測定を行った。この測定器は測定時に両手と両足の間に微弱な電流を流し、身体電気抵抗を測定する生体インピーダンス法を用いている。インピーダンス法については、他の測定法と比較し、その有用性を示した報告がある¹⁷⁾。また、この方法は安全性が確立した方法であり簡易に測定が行えるため、本研究ではこの測定器を採用した。

2) 筋力

(1) 握力

デジタル握力計（竹井機器工業株式会社製、GRIP-D）を用い、測定を行った。この測定器は簡易に握力を測定でき、また測定値はデジタル表示でありアナログ式のように目視による数値のズレはない。以上の理由より、本研究ではこの測定器を採用した。測定は、足を肩幅程度に開いた直立の姿勢で、握り方は人差し指の第2関節がほぼ直角になるように調節した上で握力計を握ってもらい、左右2回ずつ測定を行った¹⁸⁾。

(2) 等尺性膝伸展筋力

等尺性徒手筋力計（μTasF-01、アニマ社製）を用い、測定を行った。アニマ社製の製品は小型で持ち運びも簡易であり、測定における妥当性に関する報告もある^{19) 20)}。また、等尺性膝伸展筋力は歩行能力などの能力との関連が報告されており⁵⁻⁷⁾、運動実施において重要な筋力であると考えられる。以上の理由より、本研究ではこの測定器を採用し、下肢筋力の測定項目として膝伸展筋力を選択した。測定は、下記に示すように、椅子座位下腿下垂位で体幹を垂直に保ち、腕を胸の前で組んだ状態になってもらい、センサーパッドを下腿前面にくるように位置を合わせ、ベルトの長さを下腿下垂位

(a) 計測時の姿勢



固定ベルト

(b) 測定器の装着状況



等尺性徒手筋力計

センサーパッド

図 1 膝伸展筋力の測定

となるよう調節し、後方の支柱にベルトで固定した。そして、測定中に大腿部・腰部が浮いたりするなどして体位が崩れないよう注意を払い、センサーパッドがずれないように研究者が前方でパッドを固定し、約3秒間の最大努力による膝伸展運動時の筋力について、左右2回ずつ測定を行った(図1)。

(3) 30秒立ち上がりテスト

Jonesらによって開発された方法を日本人用に修正し、中谷他が開発した妥当性が示されている方法²¹⁾に準じて測定を行った。この方法は30秒で座位・立位の動作を行える回数をみるものであり、実際の日常動作の1つである立ち上がり動作により、下肢の筋力について判断することができ、膝伸展筋力とは異なる視点で筋力について探ることができるのではないかと考えた。以上の理由より、本研究では下肢筋力の1つの判断方法として、この測定も実施した。測定は着座位時の後方転倒に配慮し、高さ40cmの椅子の背もたれを壁につけて設置し行った。テスト実施時の姿勢は両下肢を肩幅程度に広げて座り、両腕は胸の前で組ませ、足関節は軽度背屈位となるよう説明を行った。その後、開始の合図と同時に直立位、座位の姿勢を繰り返してもらい、30秒間で行える回数を調べた。

3) 運動有能感

西嶋ら¹⁵⁾によって開発された、筋力系・持久力系・調整力系・その他の4グループ35項目から構成された「身体活動能力評価」の質問項目の中から、運動実施に関連があると考えられる筋力系・持久力系・その他の3グループ25項目の質問項目

を抜粋し、調査を行った。この質問項目は、質問項目としての妥当性が証明されている¹⁵⁾。また、回答方法は「ある」、「なし」の2択であり、その内容から簡易に対象者の主観的な身体能力への自信についての評価も行えるのではないかと考えた。以上の理由より、本研究ではこの質問項目を採用した。

4) 運動強度

IPAQ日本語・short版は、村瀬ら¹⁶⁾によって開発された信頼性・妥当性が証明された質問表である。また、強度別の運動実施についての質問9項目で構成されたものであり、少数の質問により短時間で活動量を評価することができるものであった。以上の理由より、本研究ではこの質問表を採用した。

6. データ分析方法

1) 各データの扱い

(1) 運動強度

1 Lあたりの酸素消費量を0.005kcalとし、高強度の活動を8METs、中等度4METs、歩行はその速度より2.5METsから5METs、座位や臥位状態を1METsとの基準にて算出したものを用いた。

(2) 筋力

文部科学省の新体力テスト要項に方法が示されていること¹⁸⁾、先行研究にて2回の測定を行うことで信頼性が高まるとの報告があること²⁰⁾より、握力・等尺性膝伸展筋力共に、左右2回ずつ測定を行い、高い方の値より算出した平均値を用いた。

(3) 血糖値、HbA1c

1時点ではなく一定期間の間のコントロール状

態を考えるために、半年間の値の平均値を算出し用いた。

(4) 運動有能感

ある：1点、なし：0点とし、0～25点からなる得点を用いた。

2) 統計処理

各要因間にどのような関連があるのかを明らかにするために相関分析を行った。さらに、運動療法の指導を行う上で、患者の身体状態を大まかに把握することのできる1つの基準となる値を見出すことができれば、有効なものとして活用していける可能性があるのではないかと考え、平均値の差の検定も行った。また、各統計分析は性別を分けて行った。

統計ソフトはSPSS Statistics17.0を使用した。項目が正規分布するか否かで、相関分析にはPearsonの積率相関係数およびSpearmanの順位相関係数を、平均値の差の検定にはStudent's-t検定およびMann-WhitneyのU検定を用いた。どの検定においても有意水準は0.05未満とした。また、測定時の身体状態などにより一部の測定項目のみ測定できなかった対象者もあり、それらの対象者については測定を行えた項目の値のみを使用し、統計分析を行った。

7. 倫理的配慮

1) 説明と同意

①研究の趣旨・方法、②参加・不参加による今後の治療への影響、③匿名性でのデータの扱い、④個人情報の厳守、⑤データの扱い、⑥研究終了後のデータの破棄について、依頼文書および口頭にて対象者に説明を行い同意を得た上で、プライバシーおよび安全性について十分に考慮し、調査を行った。

2) 倫理的保証

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を受け実施した（承認番号：215）。

結 果

1. 対象の概要（表1、2）

研究協力を依頼した施設の医師から紹介を受けた参加者は107名であった。そのうち、対象基準の年齢に当てはまらなかった3名、日常生活は送れているが過去の既往が運動実施に大きく影響していると考えられた2名、療養行動はほとんど行っていないが血糖コントロール状態が安定しているために糖尿病であると診断された意識がほとんどない2名は、今回の分析からは除外し、対象者

表1 対象の概要

		n=100
項目	分類	n
性別	男性	68
	女性	32
年代	50代	29
	60代	47
	70代	24
受療期間	10年未満	31
	10年以上20年未満	36
	20年以上	33
治療法	内服治療のみ	50
	インスリン治療のみ	20
	内服・インスリン併用	23
	食事・運動療法のみ	5
	治療も療法も行っていない	2
職業の有無	あり	51
	なし	49
糖尿病の型	2型	93
	1型	4
	1型疑い	3

表2 血糖、体型に関する項目の平均値

		n=100
項目	男性	女性
	Mean ± SD	
血糖値 (mg/dl)	169.9 ± 47.5	153.8 ± 35.8
HbA1c (JDS・%)	6.9 ± 1.0	7.0 ± 1.0
体重 (kg)	65.0 ± 9.7	55.2 ± 8.7
BMI (kg/m ²)	23.2 ± 2.9	22.8 ± 2.4

は100名とした。対象の概要については、性別は男性が、年代は60代が、糖尿病受療期間については10年以上20年未満の人が、治療方法は内服のみの人が最も多かった。また、血糖コントロール状態については男女で大きな差はなく、BMIは男女ともに標準の基準内の値であった。

2. 運動強度および運動有能感の男女比

1) 運動強度（図2）

男性は、3 Mets以上の運動を行っている人の割合が26.5%と最も多かった。女性は、0～1 Metsの運動を行っている人の割合が34.2%と最も多かった。

2) 運動有能感（図3）

男性は、有能感が16～20点以上の人の割合が41.8%最も多かった。女性は、11点～15点および16点～20点の人の割合が共に39.3%と最も多く、21点以上の人の割合は14.3%と男性に比べて少なかった。

3. 各因子間の相関関係

70代は高齢者における筋量・筋力の実態が他の年代と異なる可能性があるため、男女における年

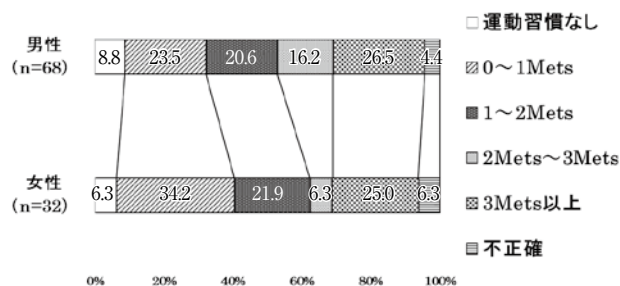


図2 運動強度の男女比

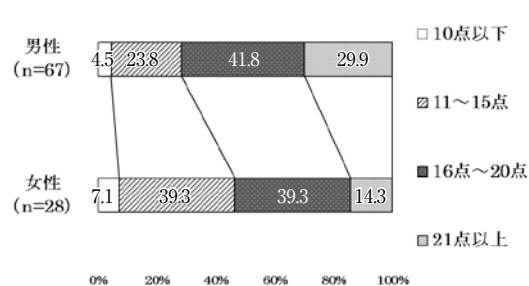


図3 運動有能感の男女比

表3 年代別の筋量および筋力

性別	年代 (n)	筋量 (%)	握力 (kg)	膝伸展筋力 (kgf)	30秒立ち上がりテスト (回)
男性	50代 (17)	31.1 ± 2.4	41.6 ± 1.3	32.8 ± 2.5	32.0 ± 0.8
	60代 (29)	30.0 ± 1.6	38.2 ± 1.0	29.4 ± 1.8	25.4 ± 1.7
	70代 (13)	27.7 ± 2.1	32.0 ± 0.8	25.4 ± 1.7	14.4 ± 1.1
女性	50代 (5)	24.6 ± 1.6	25.0 ± 1.5	22.9 ± 1.3	20.8 ± 2.1
	60代 (12)	23.3 ± 2.8	21.3 ± 1.2	18.9 ± 1.4	15.3 ± 1.0
	70代 (9)	22.5 ± 2.1	20.3 ± 0.9	18.0 ± 1.4	13.8 ± 1.8

表4 筋力間での関連

	男性			女性		
	握力 (n=49)	膝伸展筋力 (n=43)	30秒立ち上がりテスト (n=49)	握力 (n=30)	膝伸展筋力 (n=30)	30秒立ち上がりテスト (n=25)
握力	1.000	0.365*	0.081	1.000	0.512**	0.587**
膝伸展筋力		1.000	-0.069		1.000	0.286
30秒立ち上がりテスト			1.000			1.000

Pearsonの積率相関係数 ** p < .01 (両側) * p < .05 (両側)

年代別の筋量・筋力の実態を調べた(表3)。その結果、70代女性においては筋量・筋力の低下はみられるものの他の年代と大きく異なることはなかった。しかし、70代男性における低下は女性に比べると顕著であり、他の年代よりも大きく低下していた。

そして、この低下の理由についての判断も困難であったため、統計分析の対象からは70代男性を除外した。

1) 筋力間での関連(表4)

男性では握力と膝伸展筋力の間に弱い正の相関($r=0.365$)がみられた。女性では膝伸展筋力に加え、30秒立ち上がりテストと握力との間に中程

度の正の相関($r=0.512, 0.587$)がみられ、男性よりも相関の度合いが強かった。

2) 体組成、筋力および有能感と運動強度の関連(表5)

男性では握力との間に弱い、運動有能感との間に中程度の正の相関($r=0.305, 0.430$)がみられた。女性では両腕筋量との間に弱い正の相関($r=0.372$)が、体幹脂肪量との間には弱い負の相関($r=-0.372$)がみられた。

3) 体組成および筋力と運動有能感の関連(表6)

男性では握力との間に中程度の、30秒立ち上がりテストとの間に弱い正の相関($r=0.445, 0.354$)がみられた。女性では握力、30秒立ち上

がりテストに加え、下肢筋量との間に中程度の正の相関 ($r=0.639, 0.570, 0.404$) がみられ、男性よりも相関の度合いが強かった。

4) 各因子と血糖コントロール指標の関連(表7)

男性において、全部位の筋量と平均血糖値の間に弱いから中程度の正の相関 ($r=0.402, 0.459, 0.404, 0.385$) が、また、体脂肪および全部位の皮下脂肪量と平均血糖値の間に弱いから中程度の負の相関 ($r=-0.378, -0.381, -0.346, -0.400, -0.402$) がみられた。一方、女性においては体幹筋量と平均血糖値との間に弱い負の相関 ($r=-0.364$) がみられ、さらに運動強度と平均血糖値との間に中程度の負の相関 ($r=-0.574$) がみ

られた。

4. 平均値の差の検定を用いての群分けを行うことのできる基準値の検討

平均値の差の検定については、相関関係において運動強度との間に関連があった項目のうち、筋量など多くの項目との間に関連がみられ身体的要因に着目する際に重要と考えられる握力と、血糖コントロールにおいて重要な指標である平均血糖値をグループ化変数とした。また、握力については、本研究の対象者の平均値を基に、平均血糖値については血糖コントロール状態の可・不可の判断において一般的に用いられている値を基に群分けを行い、各項目の平均値に差が出るものはない

表5 体組成、筋力および有能感と運動強度の関連

因子	各測定値 (n)	男性	女性
		運動強度	
体組成	全身筋量 (男性: 51、女性: 28)	-0.029	0.274
	体幹筋量 (男性: 51、女性: 28)	-0.098	0.340
	下肢筋量 (男性: 51、女性: 28)	-0.037	0.168
	両腕筋量 (男性: 51、女性: 28)	-0.054	0.372*
	体脂肪量 (男性: 51、女性: 28)	0.091	-0.312
	全身皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 28)	0.093	-0.102
	体幹皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 28)	0.080	-0.372**
	下肢皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 28)	0.089	-0.200
	両腕皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 28)	0.104	-0.217
筋力	握力 (男性: 51、女性: 28)	0.305*	0.080
	膝伸展筋力 (男性: 45、女性: 30)	0.207	0.250
	30秒立ち上がりテスト (男性: 42、女性: 25)	-0.050	0.299
有能感	運動有能感 (男性: 51、女性: 28)	0.430**	0.279

Spearman の順位相関係数 ** $p < .01$ (両側) * $p < .05$ (両側)

表6 体組成および筋力と運動有能感の関連

因子	各測定値 (n)	男性	女性
		運動有能感	
体組成	全身筋量 (男性: 51、女性: 27)	0.183	0.328
	体幹筋量 (男性: 51、女性: 27)	0.070	0.366
	下肢筋量 (男性: 51、女性: 27)	0.174	0.404*
	両腕筋量 (男性: 51、女性: 27)	0.107	0.277
	体脂肪量 (男性: 51、女性: 27)	-0.098	-0.305
	全身皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 27)	-0.083	-0.235
	体幹皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 27)	-0.087	-0.254
	下肢皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 27)	-0.085	-0.261
	両腕皮下脂肪量 (男性: 51、女性: 27)	-0.066	-0.267
筋力	握力 (男性: 52、女性: 26)	0.445**	0.639**
	膝伸展筋力 (男性: 46、女性: 28)	-0.104	0.237
	30秒立ち上がりテスト (男性: 43、女性: 24)	0.354*	0.570**

男性: Spearman の順位相関係数、女性: Pearson の積率相関係数
** $p < .01$ (両側) * $p < .05$ (両側)

表7 各因子と血糖コントロール指標の関連

因子	各測定値 (n)	男性		女性	
		平均血糖値	HbA1c	平均血糖値	HbA1c
体組成	全身筋量 (男性: 47、女性: 29)	0.402**	0.123	-0.331	-0.088
	体幹筋量 (男性: 47、女性: 29)	0.459**	0.165	-0.364**	-0.100
	下肢筋量 (男性: 47、女性: 29)	0.404**	0.125	-0.345	-0.025
	両腕筋量 (男性: 47、女性: 29)	0.385**	0.053	-0.254	-0.110
	体脂肪量 (男性: 47、女性: 29)	-0.378**	-0.086	0.238	0.068
	全身皮下脂肪量 (男性: 47、女性: 29)	-0.381**	-0.059	0.122	-0.035
	体幹皮下脂肪量 (男性: 47、女性: 29)	-0.346*	-0.040	0.241	◆0.121
	下肢皮下脂肪量 (男性: 47、女性: 29)	-0.400**	-0.099	0.160	0.024
筋力	両腕皮下脂肪量 (男性: 47、女性: 29)	-0.402**	-0.102	0.157	0.009
	握力 (男性: 49、女性: 29)	0.064	0.082	-0.283	-0.146
	膝伸展筋力 (男性: 43、女性: 31)	-0.072	-0.004	-0.251	0.017
有能感	30秒立ち上がりテスト (男性: 41、女性: 26)	0.060	-0.009	-0.086	-0.114
	運動有能感 (男性: 49、女性: 28)	◆-0.038	◆-0.100	-0.278	-0.032
活動量	運動強度 (男性: 48、女性: 30)	◆-0.040	◆-0.050	-0.574**	◆-0.310

◆: Spearman の順位相関係数、それ以外は Pearson の積率相関係数
 ** p < .01 (両側) * p < .05 (両側)

表8 男性: 握力 39kg による群分けでの独立性の検定

有意差のあった項目 (n)		握力	人数 (名)	平均ランク	有意確立 (両側)
有能感	運動有能感 (n=52)	39kg以上	29	30.8	0.021*
		39kg未満	23	21.1	
活動量	運動強度 (n=51)	39kg以上	29	30.0	0.026*
		39kg未満	22	20.7	

Mann-Whitney の U 検定 *p<.05

表9 女性: 握力 23kg による群分けでの独立性の検定

有意差のあった項目 (n)		握力	人数 (名)	平均値 (点)	有意確立 (両側)
有能感	運動有能感 (n=26)	23kg以上	9	18.0	0.006**
		23kg未満	17	14.2	

Student's - t 検定 **p<.01

表10 男性: 平均血糖値 160mg/dl による群分けでの独立性の検定

有意差のあった項目 (n)		平均血糖値	人数 (名)	平均値 (%)	有意確立 (両側)
体組成	全身筋量 (n=48)	160mg/dl 以上	27	31.1	0.002**
		160mg/dl 未満	23	29.5	
	体幹筋量 (n=48)	160mg/dl 以上	27	25.3	0.001**
		160mg/dl 未満	23	23.2	
	下肢筋量 (n=48)	160mg/dl 以上	27	48.4	0.002**
		160mg/dl 未満	23	46.9	
	両腕筋量 (n=48)	160mg/dl 以上	27	36.4	0.005**
		160mg/dl 未満	23	35.4	

Student's - t 検定 **p<.01

表 11 女性：平均血糖値 160mg/dl による群分けでの独立性の検定

有意差のあった項目 (n)		平均血糖値	人数 (名)	平均ランク	有意確立 (両側)
活動量	運動強度 (n=30)	160mg/dl 以上	11	10.2	0.011*
		160mg/dl 未満	19	18.2	

Mann-Whitney の U 検定 *p<.05

か検定を行った。

1) 握力によって、群分けのできた各項目の値と有意差の出た項目 (表 8、9)

(1) 男性

握力39kgを基準に群分けを行ったところ、運動有能感、運動強度の平均値に有意な差がみられ、握力が高い群の方が運動有能感、運動強度の平均値は高かった ($p<0.05$)。

(2) 女性

握力23kgを基準に群分けを行ったところ、運動有能感の平均値に有意な差がみられ、握力が高い群の方が運動有能感の平均値は高かった ($p<0.01$)。

2) 血糖値によって、群分けのできた各項目の値と有意差の出た項目 (表10、11)

(1) 男性

平均血糖値160mg/dlを基準に群分けを行ったところ、全身・体幹・下肢・両腕の全ての筋量の平均値に有意な差がみられた。しかし、平均血糖値が不良な群の方が、どの部位の筋量も多かった ($p<0.01$)。

(2) 女性

平均血糖値160mg/dlを基準に群分けを行ったところ、運動強度の平均値にのみ有意な差がみられ、血糖コントロールが良好な群の方が運動強度の平均値は高かった ($p<0.05$)。

考 察

1. 体組成、筋力、有能感と活動量の関連

本研究の結果より、男性においては体組成の各項目と運動強度には関連はみられなかったが、握力・運動有能感・運動強度の間に有意な正の相関がみられた。このことは、握力・運動有能感・運動強度における因果関係までは証明できないが、握力や運動有能感が運動強度に影響を及ぼす可能性を示唆している。一方、女性においては男性と同様に握力と運動有能感との間に正の相関があり、さらに相関の度合いは男性以上に強かった。しかし、運動強度との間に有意な相関がみられたものは両腕筋量と体幹皮下脂肪のみであり、握力は運動強度に影響を及ぼさない可能性が示唆された。

先行研究では運動実施に関係する要因について、地域高齢者を対象に握力が強いことや歩行速度が速いことが1日の活動量から換算したPAL (総エネルギー消費量/基礎代謝量) の向上に関連があるということを明らかにしたものがある²²⁾。握力が運動強度の増加に影響を及ぼすという結果は先行研究と類似しているが、本研究の結果より、握力が強く運動強度に影響を及ぼす可能性があるのは男性であり、女性は握力よりも自身の体型へのイメージにつながるような筋量や脂肪量が運動強度に影響を及ぼすのではないかと考えられた。さらに、今回新たな視点として用いた運動有能感という感覚も、運動を行う上で重要なものであると考えられるが、運動有能感が運動実施に強く影響するのも、主に男性であると考えられた。

以上のことより運動強度を増加させるという点では、男性には握力があることや運動を行える体であることを意識できるよう関わること、女性には筋量があり脂肪の少ない体といったような体型を維持できていることを感じられるように関わることといったように、性別によって重要視する視点を変えることの重要性が示唆された。

2. 体組成、筋力、活動量と血糖コントロール指標の関連

運動と血糖値についてはラットを対象とした先行研究において、5日間の持続的トレーニングを行った群はトレーニングを行わない群よりも、糖代謝に重要な役割を果たす骨格筋内の糖輸送体 GLUT-4 が約2倍にまで増加すること、90時間後にはトレーニングを行わない群とほぼ同等の値まで戻ることが明らかにされている²³⁾。このことは、定期的な運動の継続および筋肉が血糖コントロールに関係することを示している。そして、GLUT-4 は筋量が多いほど増えるとされており、筋量が多いことは良好な血糖コントロールに關係することが予測された。しかし、本研究の結果では、実態としては女性よりも男性の方が運動有能感の高い人が多く、高強度の運動を行っている人の割合も高かったにもかかわらず、運動強度と平均血糖値との間に相関がみられたのは女性のみで

あり、男性には相関がみられなかった。また、筋量と平均血糖値との間に男性は予想とは異なる正の相関がみられ、平均血糖値160mg/dlにおける群分けにおいても、男性においては筋量のある群の方が平均血糖値は高いという結果が明らかになり、男性においては筋量がある身体で運動を行っていても必ずしも良好な血糖コントロールに繋がるとは限らないという結果が明らかになった。

よって、前述した考察において、男性糖尿病患者においては実質的に握力があり、運動を行える体を意識できることが運動強度を増加させるという点においては重要であると述べたが、筋量の多いことは運動を行えていたとしても血糖コントロールの妨げとなる何らかの要因を孕んでいる可能性が考えられた。このことに関して、男性糖尿病患者が血糖コントロールにつながる運動を行うには、自身の体への認識をどの様に持っているのかが関係するのではないかと考える。研究者は臨床において体型に自信のある男性糖尿病患者より、「筋肉が落ちたことが気になる」、「運動を行っているのに血糖が思うようにならない」といった言葉を聞いたことがある。また、先行研究に、運動療法への介入により運動を継続できたことによる変化として、筋肉がついたことを述べている男性糖尿病患者がいる結果を示しているものがある²⁴⁾。これらのことより、男性糖尿病患者の中には運動を実施する上で筋肉の状態に目が向いている患者もいることが分かる。これらのことと本研究の結果より、このような認識を持っているが故に筋肉を落とさないためにとにかく動かなければいけないという意識が強くなり、内容や方法を考えずに過度な運動の実施につながるなどが血糖に影響している可能性があるのではないかと考える。このような体に関する認識と運動習慣の関係については、健常高齢女性が運動を実施する因子として体型への負の認識の関連を報告したものがあるのみで²⁵⁾、男性や糖尿病患者を対象にこのような視点で研究を行ったものは見当たらない。よって、男性糖尿病患者の体への認識という視点に着眼し、運動実施や血糖コントロールとの関連を明らかにしていくことは重要であると考ええる。

3. 糖尿病患者の身体と握力について

先行研究において握力と身体の関係については、健常高齢女性の握力が大腿四頭筋力や最大歩行速度と相関があることが示されており、筋力は全身的に低下するものであり、握力の測定を行うことで全身の筋力や身体能力を簡易に把握することが

できると考察されている²⁶⁾。本研究においても、握力が膝伸展筋力など他部位の筋力と相関があるという同様の結果が示された。このことより、男性を含めた糖尿病患者においても握力と筋力の関係において先行研究と同様の関係があることが言えると考えられ、糖尿病患者の全身の筋力の状態を把握する簡易の方法として握力を用いることができる可能性を示すことができたのではないかと考える。加えて、平均値の差の検定において、対象の握力の平均値に近い値にて群分けを行うことで、運動有能感や運動強度の良否が分かれることも明らかとなった。このことより、実際に運動を行えているのか、運動有能感が高いかについての簡易の判別方法としても、握力を用いることのできる可能性を示すことができたのではないかと考える。先行研究においてこのような視点で研究されたものはなく、今後の運動療法指導を行う上で貴重な視点となるのではないかと考える。

4. 本研究のオリジナル性

これまで、運動の実施・継続と血糖の関係については、自己効力感が高いことが1日の合計歩行時間の増加につながる²⁷⁾ことや、自己効力感が高ければHbA1cも良好な傾向にあること²⁸⁾といったことが明らかにされている。しかしこれらの研究は、身体的要因や性別には着目していない。本研究において、男女という性差に着目し、さらに筋量や脂肪量といった体組成や、握力や膝伸展筋力といった筋力、運動有能感のような身体能力を評価できるような新たな指標と、運動強度や血糖値との関連について明らかにできたことはオリジナル性があり、新たな知見を見出すことができたと考える。

5. 本研究の限界

本研究の対象は外来通院を継続しており、HbA1cも7%台と不良ではあるが、一定のコントロールを保てていると考えられる対象である。よってこの条件に当てはまらない対象への活用には限界がある可能性がある。また、下肢筋力についても等尺性膝伸展筋力を用いたが、下肢の筋力においては等速性膝伸展筋力などその他の測定方法もあり、特定の方法でしか測定を行っていない点についても限界があると考ええる。

結 論

50歳～75歳までの糖尿病患者を対象に筋量・筋力における実態を、50代・60代の男性糖尿病患者および50歳～75歳の女性糖尿病患者を対象に、体

組成（筋量・脂肪量）、筋力（握力・膝伸展筋力・30秒立ち上がりテスト）、運動有能感と運動強度および血糖値の関連を明らかにすることができた。その結果、男性糖尿病患者において筋量があることは、必ずしも良好な血糖コントロールに繋がらない可能性が示された。また、筋量や運動強度の程度を予測する上で、握力および血糖において数値指標として活用可能性のある値が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、御時間を割き貴重なデータを提供していただいた参加者の皆様に心より感謝申し上げます。なお、この論文は平成21年度 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、第81回 日本糖尿病学会中部地方会にて一部発表を行った。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成24年「国民・健康栄養調査」の結果, [オンライン, www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000032074.html], 厚生労働省, 3. 10. 2014
- 2) 山北哲也, 石井伴房, 田中史朗, 他：NIDDM患者における軽負荷高頻度レジスタンス運動の急性効果, 臨床スポーツ医学, 15(8), 916-921, 1998
- 3) Kitamura I, Takeshima N, Tokudome M, et al.: Effect of aerobic and resistance exercise training on insulin action in the elderly, *Geriatrics & Gerontology International*, 3, 50-55, 2003
- 4) 宮原洋八, 竹下寿郎：地域高齢者における運動能力と健康寿命の関連について, 理学療法学, 31(3), 155-159, 2004
- 5) 西島智子, 小山理恵子, 内藤郁奈, 他：高齢者における等尺性膝伸展筋力と歩行能力との関係, 理学療法科学, 19(2), 95-99, 2004
- 6) 大森圭貢, 横山仁志, 青木詩子, 他：高齢者における等尺性膝伸展筋力と立ち上がり能力の関連, 理学療法学, 31(2), 106-112, 2004
- 7) 平瀬達哉, 井口茂, 塩塚順, 他：高齢者におけるバランス能力と下肢筋力との関連性について－性差・年齢・老研式活動能力指標別での検討－, 理学療法科学, 23(5), 641-646, 2008
- 8) 甲斐義浩, 村田伸, 大田尾浩, 他：地域在住高齢者女性の身体組成と身体機能との関連, 理

- 学療法科学, 23(6), 811-815, 2008
- 9) 甲斐義浩, 藤野英己, 村田伸, 他：身体組成と上・下肢筋力および四肢周径に関する研究, 理学療法科学, 23(2), 241-244, 2008
- 10) 日本糖尿病療養指導士認定機構：Ⅲ章. 療養指導各論 3. 運動療法, 日本糖尿病療養指導士認定機構編, 糖尿病療養指導ガイドブック2013(第1版), 株式会社メディカルレビュー社, 50-51, 東京, 2013
- 11) Park SW, Goodpaster BH, Strotmeyer ES, et al.: Decreased Muscle Strength and Quality in Older Adults With Type 2 Diabetes - The Health, Aging, and Body Composition Study -, *Diabetes*, 55(6), 1813-1818, 2006
- 12) Park SW, Goodpaster BH, Strotmeyer ES, et al.: Accelerated Loss of Skeletal Muscle Strength in Older Adults With Type 2 Diabetes - The Health Aging and Body Composition Study -, *Diabetes Care*, 30(6), 1507-1512, 2007
- 13) 山崎松美, 稲垣美智子：2型糖尿病患者が運動療法を継続する仕組み, 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 41-50, 2010
- 14) 小立鉦彦：7. 糖尿病網膜症の治療, 日本糖尿病学会編, 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013, 南江堂, 87, 東京, 2013
- 15) 西嶋洋子, 荒尾孝, 種田行男, 他：広範囲の高齢者に利用可能な体力評価のための調査法の開発に関する研究－体力自己評価（身体活動能力評価）の妥当性の検討－, 体力研究, 82, 14-28, 1993
- 16) 村瀬訓生, 勝村俊仁, 上田千穂子, 他：身体活動量の国際標準化－IPAQ日本語版の信頼性・妥当性の評価－, 厚生省の指標, 49(11), 1-9, 2002
- 17) 小川蓉子, 鈴木いづみ, 河村真理, 他：Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) による体脂肪率比較と高齢者計測上の問題点, 日本病態栄養学会誌, 10(1), 67-74, 2007
- 18) 文部科学省：新体力テスト実施要項, [オンライン, www.mext.go.jp/a_menu/sports/stamina/03040901.htm], 文部科学省, 3. 17. 2009
- 19) 山崎裕司, 大森圭貢, 長谷川輝美, 他：固定用ベルトを装着したハンドヘルドダイナモメーターによって測定した膝伸展筋力値の妥当性, 高知県理学療法, 10, 7-11, 2003

- 20) 松村将司, 竹井仁, 市川和奈, 他: 固定用ハンドヘルドダイナモメーターによる等尺性膝伸展筋力測定 of 検者内・間の信頼性 - 膝関節屈曲・足関節背屈・底屈・外がえし・内がえしに対して -, 日本保健科学学会誌, 15(1), 41-47, 2012
- 21) 中谷敏昭, 灘本雅一, 三村寛一, 他: 日本人高齢者の下肢筋力を簡便に評価する30秒椅子立ち上がりテストの妥当性, 体育学研究, 47(5), 451-461, 2002
- 22) 田中千晶, 吉田裕人, 天野秀紀, 他: 地域高齢者における身体活動量と身体・心理・社会的要因との関連, 日本公衆衛生雑誌, 53(9), 671-680, 2006
- 23) Kawanaka K, Tabata I, Katsuta S, et al.: Changes in insulin-stimulated glucose transport and GLUT-4 protein in rat skeletal muscle after training, *Journal of Applied Physiology*, 83(6), 2043-2047, 1997
- 24) 箱石恵子: 糖尿病患者の運動療法が生活習慣として定着するための援助方法の有用性の検討 - Johnson行動システムモデルに基づく介入 -, 北日本看護学会誌, 9(1), 25-35, 2006
- 25) 梅田典子, 中田由夫, 中村容一, 他: 高齢女性が自分の体型を認識するための関連要因, 肥満研究, 9(2), 143-151, 2003
- 26) 池田望, 村田伸, 大田尾浩, 他: 地域在住女性高齢者の握力と身体機能との関係, 理学療法科学, 26(2), 255-258, 2011
- 27) 水本淳, 岡浩一郎, 森川亘, 他: 重度糖尿病患者のウォーキング行動に関連する心理的要因および環境的要因, 理学療法科学, 26(5), 599-605, 2011
- 28) 池田京子, 鈴木力, 斉藤紀子, 他: 自己効力感・不安・抑うつと血糖コントロールの関連, 日本心療内科学会誌, 8(4), 243-246, 2004

研究報告

脳血管障害患者の拘縮手における 微酸性電解水による洗浄方法の効果

The efficacy of a washing method using slightly acidic electrolyzed water
for the contracted hands of cerebrovascular disease patients

中田 弘子, 田村 幸恵, 中嶋 知世
小林 宏光, 川島 和代

Hiroko Nakada, Yukie Tamura, Tomoyo Nakashima
Hiromitsu Kobayashi, Kazuyo Kawashima

石川県立看護大学

Ishikawa prefectural Nursing University

キーワード

拘縮手, 微酸性電解水, 手指洗浄, ATP拭き取り検査法

Key words

contracted hands, slightly acidic electrolyzed water, hand-washing, ATP-bioluminescence-test

要 旨

本研究の目的は、脳血管障害患者の拘縮手の洗浄に微酸性電解水を併用することによる洗浄効果を客観的に明らかにすることである。対象者は65歳以上の拘縮手のある入院患者17名（24手）であった。入浴介助において水道水と石鹼を用いた手指洗浄の条件と、水道水と石鹼による手指洗浄後に微酸性電解水のかけ流しを加えた条件を対象者に実施した。2条件による手指汚染度および皮膚pHの変化を測定し、比較検討した。手指汚染度の評価にはATP拭き取り検査法を用いた。微酸性電解水による洗浄では、皮膚pHは有意な酸性化がみられた。また、洗浄直後から3日目までの手指汚染度は、水道水に比べて微酸性電解水は低値を示したが、有意な差ではなかった。本研究の結果は、拘縮や汚れの程度が軽度な対象での微酸性電解水の効果まで否定するものではないが、重度に汚染した拘縮手の洗浄には微酸性電解水の使用は適していないのではないかと結論される。

Abstract

The aim of the present study was to objectively elucidate the efficacy of hand washing combined with a washing method using slightly acidic electrolyzed water for the contracted hands of cerebrovascular disease patients. A total of 17 inpatients (24 hands) aged ≥ 65 years with contracted hands were includ-

ed. Subjects underwent assisted hand washing under two conditions: hand washing using tap water and soap and hand washing using tap water and soap followed by a rinse with slightly acidic electrolyzed water. The degree of hand contamination and changes in skin pH were measured and compared for the two washing conditions. The adenosine triphosphate bioluminescence test was used to evaluate the degree of hand contamination. Significant skin acidification was observed following hand washing with slightly acidic electrolyzed water. Furthermore, from immediately after washing to 3 days after washing, a trend toward a lower degree of hand contamination with the use of slightly acidic electrolyzed water compared with tap water was observed; however, this finding was not statistically significant. Although the results of the present study do not conclusively disprove the efficacy of slightly acidic electrolyzed water for cases of mild hand contracture and contamination, they do conclusively demonstrate that the use of slightly acidic electrolyzed water might not be appropriate for washing seriously contaminated contracted hands.

はじめに

脳血管障害により片麻痺が生じた場合、麻痺側の手指は重度な屈曲拘縮になる傾向がある。このような拘縮手では、手掌側が湿潤しやすいため日和見感染や院内感染の起因为菌となる細菌が多く¹⁾、健側の手指に比べて顕著に汚染していることが確認されている²⁾。また、白癬の罹患や独特の臭気が発生する等³⁻⁵⁾、拘縮手は不衛生であるだけでなく、患者のクオリティ・オブ・ライフを低下させるため問題である。

通常の入浴での手指洗浄では拘縮した手指の汚染度はほとんど低下せず、週2回の入浴であっても拘縮手の汚染状態はほとんど改善しないことが示されている²⁾。このため入浴に加えて手浴等のケアが必要となる。手浴の実態調査では、多くの看護師が手浴の必要性を十分認識しているものの、洗浄のしにくさや時間に余裕がないという理由で実際の実施頻度は少ないことが報告されている⁶⁾⁷⁾。このような臨床の実態を考えると、具体的な手の清潔ケアの方法を提案するには、手指洗浄の頻度を増やすだけでなく洗浄方法の質の改善も重要であると思われる。

近年、抗菌スペクトルが広く、即時的な殺菌効果を示す酸性電解水が食品や医療の分野で利用されている。特に医療における手洗いでは、簡便に使用でき、生体への安全性が高い洗浄水として期待が高まっている⁸⁻¹²⁾。これまで酸性電解水を用いた手洗いの洗浄効果に関する報告は多数みられ¹³⁻¹⁵⁾、看護師のケア後の手洗いでは酸性電解水は石鹸洗浄に比べて短時間でも洗浄効果が高く、薬用石鹸や消毒剤と同程度の効果がみられることが報告されている¹⁶⁻¹⁸⁾。

一方、臨床の清潔ケアに酸性電解水を応用した

研究では、強酸性電解水を用いた口腔ケアは殺菌消毒剤と同等の効果がみられることや¹⁹⁾、強酸性電解水による陰部洗浄は水道水に比べて細菌繁殖を抑制する傾向があることが報告されている²⁰⁾。また、術前患者の清拭や高齢患者の足浴に酸性電解水を用いることにより、皮膚上細菌数が減少することが報告されている²¹⁾²²⁾。つまり、清潔ケアに酸性電解水を用いる効果については一定のエビデンスが示されていると言える。しかし、片麻痺により拘縮した手指の洗浄に微酸性電解水を用いる効果に関しては明らかにされていない。

酸性電解水は強酸性電解水(pH2.2-2.7、有効塩素濃度20-60ppm)と微酸性電解水(pH5.0-6.5、有効塩素濃度10-80ppm)に大別されているが¹⁰⁾、微酸性電解水は強酸性電解水に比べて有効塩素濃度が低く、有機物に対する不活化が弱いなどの利点があり²³⁾²⁴⁾、皮膚pHの弱酸性と角質水分量を維持することが報告されている²⁵⁾。そこで、脳血管障害患者の入浴介助において拘縮手の洗浄に微酸性電解水を用いることの衛生効果が明らかになれば、手指の清潔ケアの頻度を補うためのケア方法が提案でき、片麻痺患者の療養生活を快適に保つことへの一助になるのではないかと考えた。本研究の目的は脳血管障害患者の入浴介助時の手指洗浄に、微酸性電解水を併用することによる洗浄効果を客観的に明らかにすることである。

研究方法

1. 対象者

対象者は療養型医療施設において手指の拘縮がみられ、臥床式の機械浴により入浴介助が行われている65歳以上の高齢者とした。長期臥床患者で中手指節関節：metacarpophalangeal joint (以下、

表1 対象者の属性

	n (%)	平均 (SD)
年齢 (歳)		82.8 (9.5)
性別 (名)		
女性	15 (88.2)	
男性	2 (11.8)	
基礎疾患 (名)		
脳梗塞後遺症	12 (70.6)	
脳出血後遺症	3 (17.6)	
パーキンソン症候群	2 (11.8)	
日常生活自立度 (名)		
C2：臥床状態	16 (94.1)	
B2：車椅子介助	1 (5.9)	

MCPと記す)の拘縮がAshworth scale^{26) 27)}でグレード2以上の手指は、健側の手指に比べて有意に汚染していることから²⁾、MCPを他動的に動かしたときの抵抗を評価し、Ashworth scaleのグレード2以上を対象とした。

対象者および家族に文書と口頭で説明し、同意書に署名が得られた23名中、視診により手指の皮膚異常(指間部のびらん、小水疱など)を認めた2名、調査期間中に発熱などの体調不良により入浴が中止となった3名、途中辞退した1名を除く17名(24手)を分析対象とした。ただし、皮膚pHはデータに欠損がみられた1手を除き17名(23手)を分析対象とした。対象者の年齢、性別、基礎疾患、日常生活自立度を表1に、手の拘縮のグレードを表2に示した。

2. 微酸性電解水の生成方法

微酸性電解水は微酸性水生成器(PURESTER μ -Clean; 森永乳業社製)を用いて作製した。微酸性水生成器は6%(W/W)の希塩酸を無隔膜電解槽で電気分解し、厚生労働省令に規定された食品添加物の規定範囲内(pH: 5.0-6.5、有効塩素濃度: 10-80ppm)の微酸性電解水を自動生成するものである。実験前に生成された溶液のpH、水温、有効塩素濃度をpH計(HI98121 Combo3; Hanna Instruments社製)と水質計(アクアブAQ-102型; 柴田科学社製)を用いて測定し、微酸性電解水の規定範囲内であることを確認した。

3. 調査手順

本研究では対象者すべてに2条件の手指洗浄、すなわち、入浴時に通常の水道水と石鹼を用いる洗浄(以下、水道水法と記す)と、水道水法の後に微酸性電解水のかけ流しを加える洗浄(以下、微酸性水法と記す)を実施した。2条件の実施の間隔は、前条件の影響を避けるため1週間を空け

表2 対象者の手の拘縮グレード

	n (%)
Ashworth scale	
グレード2	2 (8.3)
グレード3	4 (16.7)
グレード4	18 (75.0)

た。また、2条件の順序による影響を排除するためにランダムな順序で実施した。

4. 手指洗浄の手順

2条件の手指洗浄のプロトコルを図1に示した。研究者2名が施設の機械浴での入浴介助に介入し、通常の入浴介助の流れに沿って、対象者の手指洗浄を実施した。各研究者は2条件において対象者の同一の1側の手指を洗浄した。手指の洗浄方法は先行研究に準拠した²⁾。

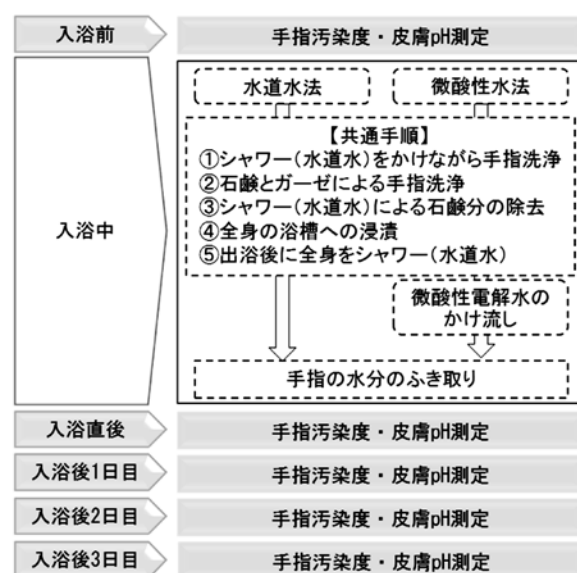


図1 手指洗浄と手指汚染度・皮膚pH測定のプロトコル

水道水法は、通常の40℃程度の水道水(pH7)と石鹼による洗浄であり、手指にシャワーをかけながら握り込んだ小指側より研究者の拇指を挿入し、MCPを揉捏し、手指を伸展させるようにしながら愛護的に汚れを除去した。手洗い用石鹼液(シャボネットP-5; サラヤ社製)を1手あたり2プッシュとガーゼ(不織布ガーゼ12.5×12.5cm 2108; メディコム社製)2枚を用い、手背、手掌、手指、指間部の順に洗浄し、水道水のシャワーで石鹼分を流した。その後、入浴介助の流れに沿って浴槽内に全身を浸漬し、出浴後に全身へ水道水のシャワーをかけた。

微酸性水法は、上記の水道水法を行った後、微酸性電解水のかけ流し洗浄を実施した。40℃程度の微酸性電解水を対象者毎に洗浄の直前で生成した。微酸性水法のかけ流し洗浄には、ピッチャーを用いて1手あたり2Lを使用した。

どちらの条件においても、洗浄終了後にペーパータオル（クレシアEFハンドタオル ソフトタイプ200；日本製紙クレシア社製）3枚を使用して手指の水分を拭き取り、指間部にペーパータオル1枚を挟み込み、十分に水分を取り除いた。

2名の研究者は手指洗浄の方法を事前に打ち合わせ、練習により同一の方法で実施できるようにした。図1に示した共通手順①②での1手あたりの洗浄時間は約3分弱であった。調査期間中の病室内の平均温度は $26.8 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、平均湿度は $70.8 \pm 4.7\%$ であった。

5. 手指汚染度・皮膚pHの測定方法

手指汚染度の評価には、ATPふき取り検査法：Adenosine Triphosphate-bioluminescence-test（以下、ATP法と記す）を用いた。ATP法により得られる相対発光量：Relative Light Unit（以下、RLUと記す）は、細菌を含めた有機物の総量に相当し、細菌数と極めて高い相関を示す^{28) 29)}。ATP法は、2004年に厚生労働省監修の食品衛生検査指針に収載されている検査法であり、手指も検査対象として掲載されている³⁰⁾。また、ATP法は食品安全のための手洗いとその教育の評価や、看護師の手指の衛生状態のモニタリング等、手指の衛生状態の指標として活用されている³¹⁻³⁴⁾。さらに、片麻痺患者の手指ケアの検討においても、ATP法による結果は従来の細菌培養法の結果と一致しており、手指の汚染の評価としての妥当性が示唆されている²⁾。

ATP法はATP測定器（ルミテスターPD-10N；Kikkoman社製）を用い、拭き取りには専用スワブ（ルシパックワイド）を用いた。皮膚の拭き取り部位は、第2、3、4指の指腹、第2、3、4指間、手掌部縦・横4cm程度×3回とした。また、指腹、指間の1回のストロークは2cm程度とした。ルミテスターPD-10Nで得られた値を常用対数に変換し、手指汚染度の指標とした。これらの手順は先行研究に準拠したものである^{2) 35)}。

皮膚pHの測定は、皮膚・毛髪用pH計（HI99181N；Hanna Instruments社製）を用い、測定前にpH7.01、pH4.01標準液により2点校正を行った。皮膚pHの測定部位は手掌部1箇所とし、電極先端部を垂直に皮膚に当て、pH値の表示が安定し

た時点の数値を記録した。

対象者の手指汚染度および皮膚pHは、各条件の入浴前と入浴直後（入浴後10分以内）および入浴後1～3日目（1日1回）の計5回測定した（図1）。入浴後1～3日目の測定は、午後1～4時に実施した。測定は対象者が受けているケアや処置などの時間を外しながら、測定順序が同一になるようにした。

6. 分析方法

皮膚pHおよび手指汚染度は平均値±標準偏差で示した。洗浄直後から3日目までの手指汚染度および皮膚pHの変化は、反復測定二元配置分散分析（Two-way repeated measures ANOVA）を用いて分析した。危険率5%以下を有意差ありとした。統計処理にはR ver. 3.03を使用した。

7. 倫理的配慮

本研究は所属機関の倫理審査委員会の審査を受け承認を得て実施した（承認番号第1475号）。入院中の調査対象者および家族、病院管理責任者に研究の趣旨、プライバシーの保護などについて書面および口頭で説明し、文書で同意を得られた者（意思表示が困難な場合は家族）のみを対象とした。また、家族から同意が得られても、本人から不快な反応がみられた場合はとりやめた。

結 果

1. 微酸性電解水洗浄による皮膚pHの変化

2条件の皮膚pHの平均値と標準偏差を図2に示した。洗浄前の2条件間の皮膚pHは水道水法が 5.41 ± 0.51 、微酸性水法は 5.52 ± 0.40 であり、ほとんど差はみられなかった。水道水法の洗浄直後の皮膚pHは若干中性に傾き、微酸性水法では若干酸性化した。洗浄後3日間の皮膚pHでは、洗

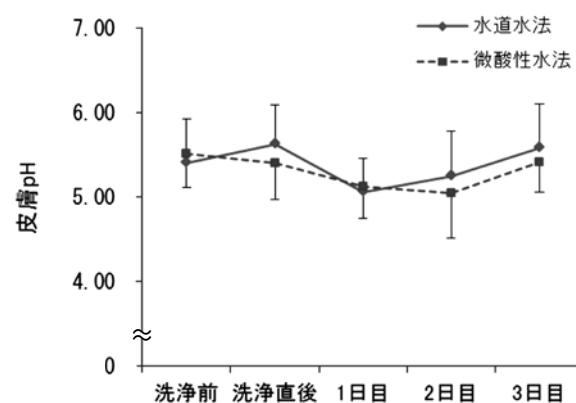


図2 2条件の手指洗浄前後の皮膚pHの変化
n=23, 平均±SD

浄後1日目を除いて微酸性水法は水道水法に比べて酸性化を示した。二元配置分散分析の結果、経過時間に加え洗浄方法の要因が有意となった(経過時間: $p=0.003$ 、洗浄方法: $p<0.001$)。また、洗浄方法と経過時間の間の交互作用はみられなかった($p=0.205$)。つまり、どちらの洗浄方法においても、経過時間による皮膚pHの変化パターンに違いはみられなかったと言える。

2. 微酸性電解水洗浄による手指汚染度の変化

2条件の平均手指汚染度と標準偏差を図3に示した。洗浄前の2条件間の手指汚染度は水道水法が 4.8 ± 0.5 、微酸性水法は 4.8 ± 0.4 であり、皮膚pHと同様にほとんど差はみられなかった。洗浄直後では水道水法の手指汚染度は 3.5 ± 0.5 、微酸性水法は 3.4 ± 0.6 であり、どちらの条件でも洗浄により顕著な汚染度の低下がみられた。洗浄直後から3日目までの手指汚染度において、水道水法に比べて微酸性水法の汚染度は一貫して低値を示した。二元配置分散分析の結果、経過時間の要因が有意となった($p<0.001$)。洗浄方法の要因はわずかに有意水準に届かず($p=0.052$)、有意な効果とはならなかった。また、皮膚pHと同様に洗浄方法と経過時間の間の交互作用はみられなかった($p=0.787$)。つまり、皮膚pHと同様に手指汚染度においても、経過時間による手指汚染度の変化パターンに洗浄方法による違いはみられなかったと言える。

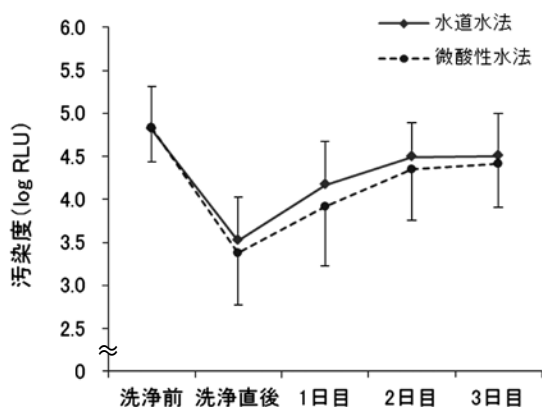


図3 2条件の手指洗浄前後の手指汚染度の変化
n=24, 平均±SD

考 察

Kurabayashiら³⁶⁾は、健常者の手掌の皮膚pHは4.34であったのに対し、片麻痺患者(Brunnstrom stage I - III)の麻痺側手掌の皮膚pHは5.28と上

昇がみられることを報告している。本研究の皮膚pH値(5.41-5.52)はこの麻痺側手掌と同程度であり、拘縮手の皮膚は中性に傾いていることが確認された。皮膚表面の酸性度は細菌の繁殖を抑制するため、拘縮手の皮膚は細菌感染を助長する環境にあると言える。

辻本ら²⁵⁾は、微酸性電解水を用いた洗浄では皮膚pHが弱酸性となるが、水道水洗浄ではpHが7.0前後に上昇すると報告している。本研究の結果でも、微酸性水法による洗浄後は、水道水法に比べて皮膚は酸性化したが、辻本ら²⁵⁾の報告ほど大きな差ではなかった。この報告では、前腕部を洗浄しているのに対し、本研究では全身入浴時に実施しており、温熱作用により発汗が増加する状態にあった。水道水により中性に近づくpHが、手掌部の汗のpH4-6により酸性化し、緩衝された可能性が考えられる。つまり、皮膚pHの観点では、発汗の影響を受けやすい入浴時の手指洗浄に微酸性電解水を併用する必要性は低いのではないかと考えられる。

本研究の結果では、微酸性水法は水道水法に比べて洗浄直後から洗浄後3日目まで一貫して汚染度が低い傾向がみられた。ただし統計的には有意な差はみられず、洗浄直後でもそれ以後の洗浄効果の維持においても、微酸性水法の汚染除去効果は小さかったと言える。

酸性電解水は有機物の存在下では殺菌効果が失活するため、石鹸等により汚れを落としてから使用することが推奨されている^{37) 38)}。そのため、本研究では石鹸と温湯を用い、1手あたり3分程度の時間をかけた洗浄後に、微酸性電解水のかけ流しを行った。その結果、微酸性水法による洗浄直後の汚染度は3.4に低下した。しかし、この値は健常な女性の手洗い直後の平均手指汚染度2.9³²⁾に比べるとまだ高く、十分に汚れが取り除かれているとは言えない。つまり、残留した有機物に微酸性電解水が接触し、殺菌作用を低下させた可能性が考えられる。本研究の結果は、拘縮や汚れの程度が軽度な対象での微酸性電解水の効果まで否定するものではないが、重度に汚染した拘縮手の洗浄には微酸性電解水の使用によって大きな効果は得られないのではないかと考えられる。

結 論

本研究では、脳血管障害患者の入浴介助時の手指洗浄に、微酸性電解水を併用する洗浄効果を検討した。その結果、皮膚pHは有意に酸性化した

ものの、手指汚染度では有意な効果は得られなかった。顕著に汚染した拘縮手の手指洗浄では、微酸性電解水を用いるかどうかということよりも、洗浄後何日目かという経過時間の要因がはるかに大きく影響した。したがって、脳血管障害患の拘縮手の洗浄では微酸性電解水の使用よりも、石鹸と温湯を用いた週当たりの洗浄回数を多くすることの方が有効なのではないかと考えられる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者ならびにご家族、施設の皆様に心より感謝を申し上げます。本研究は平成24-26年度科学研究費補助金 基盤研究(C) (課題番号: 24593493) の助成を受けて実施したものである。

引用文献

- 1) 天野瑞枝, 中田秀美, 三好陽子: 麻痺のある患者の手指の細菌調査 移動可能群と寝たきり群の比較, 医学と生物学, 150(12), 426-432, 2006
- 2) 中田弘子, 小林宏光, 川島和代: 長期臥床患者の拘縮手への効果的な清潔ケアの検討, 日本看護技術学会誌, 8(2), 12-19, 2009
- 3) Chin P, Davies DG: The skin flora of the hemiplegic hand, *Journal of Hygiene*, 77, 93-96, 1976
- 4) 平松知子, 泉キヨ子, 金川克子, 他: 片麻痺患者の麻痺手の汚れと清潔ケアに関する検討, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 15, 73-77, 1991
- 5) 中嶋弘, 曾田研二, 北村敬, 他: 某療養型病床における爪白癬の実態 - 特にsuperficial white onychomycosis (SWO) について -, *Visual Dermatology*, 5(6), 598-603, 2006
- 6) 宮下輝美, 矢野理香: 臨床における手浴の実態調査, 日本看護技術学会誌, 7(2), 30-36, 2008
- 7) 中田弘子, 小林宏光, 川島和代: 療養型病棟における長期臥床患者の拘縮手の清潔ケアの実態, 日本看護技術学会誌, 10(2), 14-22, 2011
- 8) 鈴木英世, 乙黒一彦, 上馬場和夫, 他: 弱酸性電解水の有効性および頻回使用における安全性について, 新薬と臨牀, 46(11), 1406-1424, 1997
- 9) Hitomi S, Baba S, Yano H, et al.: Anti-microbial effects of electrolytic products of sodium chloride comparative evaluation with sodium hypochlorite solution and efficacy in handwashing, 感染症学雑誌, 72(11), 1176-1181, 1998
- 10) 厚生労働省医薬局食品保健部基準課: 食と健康 新しい殺菌料・酸性電解水, 日本食品衛生協会, 12-17, 東京, 2002
- 11) 岩沢篤郎, 中村良子: 主要な消毒薬の特徴と使い方 強酸性電解水 (解説/特集), 臨床と微生物, 29(4), 417-422, 2002
- 12) Nan S, Yongyu LI, Baoming LI, et al.: Effect of slightly acidic electrolyzed water for inactivating *Escherichia coli* O157:H7 and *Staphylococcus aureus* analyzed by transmission electron microscopy, *Journal of Food Protection*, 73(12), 2211-2216, 2010
- 13) 堀川晶行, 岩井敦志, 浅利誠志, 他: 電解酸性水を用いた手指消毒法の臨床応用への試み, *INFECTON CONTROL*, 5, 318-324, 1996
- 14) 山本恭子, 桐村智子, 鵜飼和浩: 強酸性電解水手洗いにおける皮膚への影響と除菌効果, 環境感染, 15(3), 213-219, 2000
- 15) 岡本公彰, 駒形安子, 奥田舜治, 他: 微酸性電解水の抗微生物効果, 日本防菌防黴学会誌, 34(1), 3-10, 2006
- 16) 乙黒一彦, 鈴木英世, 秋丸洋子, 他: グローブジュース法による2種の酸性電解生成水溶液の手指消毒効果について, 日本環境感染学会誌, 11(2), 117-122, 1996
- 17) 三本さちよ, 野津由喜子, 熊谷由美子: 弱酸性水の手術前手洗い導入への検討, 手術医学, 20(1), 41-43, 1999
- 18) 竹下朱美, 遠藤美代子, 佐々木美奈子, 他: 看護ケア時の手洗いにおける弱酸性電解水の手指洗浄効果について, 日本防菌防黴学会誌, 29(10), 621-627, 2001
- 19) 米山珠美, 守屋陽子, 渡辺紀子, 他: ICUにおける気管内挿管患者の口腔内ケア, ICUとCCU, 23(5), 389-394, 1999
- 20) 高山裕喜枝, 山沢喜代美, 稲葉美妙恵, 他: 強酸性電解酸性水による陰部洗浄の効果の検討, ICUとCCU, 21(6), 579-582, 1997
- 21) 椎谷紀彦, 武田直樹, 西部俊哉, 他: 術前患者清拭における電解酸性水の殺菌効果の検討, 日本手術医学会誌, 17(2), 297-298, 1996
- 22) 青山ゆかり, 柴山健三, 村上睦始, 他: 老年

- 者への酸性電解水による足浴後の皮膚上細菌におよぼす影響, ICUとCCU, 4, 303-307, 2002
- 23) 大久保憲: 弱酸性及び弱アルカリ性電解水 3 弱酸性電解生成水の科学, 日本防菌防黴学会誌, 27, 469-475, 2000
- 24) Issa-Zacharia A, Kamitani Y, Tiisekwa A, et al.: In vitro in-activation of *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* and *Salmonella* spp. Using slightly acidic electrolyzed water, *Journal of bioscience and bioengineering*, 110(3), 308-313, 2010
- 25) 辻本明美, 田名部桂子, 根来佐由美, 他: 微酸性電解水が皮膚に与える効果, 大阪大学看護学雑誌, 18(1), 11-16, 2012
- 26) Ashworth B: Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis, *Practitioner*, 192, 540-542, 1964
- 27) Bohannon RW, Smith MB, : Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity, *Physical Therapy*, 67, 206-207, 1987
- 28) Hattori N, Sakakibara T, Kajiya N, et al.: Enhanced microbial biomass assay using mutant luciferase resistant to benzalkonium chloride, *Analytical Biochemistry*, 319, 287-295, 2003
- 29) 久田友治, 太田光紀, 垣花シゲ: アデノシン三リン酸測定を用いた手術時手洗い評価の臨床的意義, 日本環境感染学会誌, 26(2), 83-86, 2011
- 30) 厚生労働省: 食品衛生検査指針 微生物編, 日本食品衛生協会, 42, 東京, 2004
- 31) 杉山章, 山田久美子, 浅野梨沙: 細菌数の指標としてATP検査を用いた場合の手洗い技向上達に関する教育効果, 名古屋女子大学紀要, 51, 53-58, 2005
- 32) 杉山章, 山田久美子, 渡邊美咲: 蛍光ハンドローションによる手洗いテストをATP検査による細菌試験の前に導入した場合の手洗い技法改善に関する教育効果, 名古屋女子大学紀要, 52, 19-23, 2006
- 33) 山田千夏, 朱宮哲明, 深見沙織, 他: ATPふき取り検査と手洗いチェッカーを用いた衛生教育の有効性, 日本農村医学会雑誌, 58(1), 46-49, 2009
- 34) 古賀美紀, 藤田一郎, 内田郁美, 他: 院内感染予防のためのATP測定による衛生状態モニタリングの活用, 環境感染, 14(4), 280-284, 1999
- 35) 中田弘子, 藤田三恵, 小林宏光, 他: ハンドロールが拘縮手の汚染防止および防臭に与える効果, 日本看護技術学会誌, 9(3), 11-18, 2010
- 36) Kurabayashi H, Tamura K, Machida I, et al.: Inhibiting bacteria and skin pH in hemiplegia effects of washing hands with acidic mineral water, *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 81(1), 40-46, 2002
- 37) (財) 機能水研究振興財団学術選考委員会: 電解水ガイド, (財)機能水研究振興財団, 37-41, 東京, 2001
- 38) 強電解水企業協議会: 微酸性電解水使用マニュアル, 5, 強電解水企業協議会事務局, 11-14, 東京, 2002

研究報告

外国人看護師の視点から見た海外からの 看護労働力受け入れの定着化に向けた一考察 —インドネシア人看護師受け入れ体制の実情調査から—

From the viewpoint of foreign nurses, discussing the establishment of a system for accepting nursing workforce from foreign countries: Factual research on the system for accepting Indonesian nurses

森岡 広美^{1) 2)}, 北岡 和代³⁾, 川村 みどり^{1) 4)}, 長田 恭子³⁾, 河村 一海³⁾

Hiromi Morioka ^{1) 2)}, Kazuyo Kitaoka ³⁾, Midori Kawamura ^{1) 4)},
Kyoko Nagata ³⁾, Kazumi Kawamura ³⁾

¹⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程, ²⁾千里金蘭大学看護学部

³⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ⁴⁾石川県立看護大学

¹⁾Doctoral course, Division of Health Sciences, Graduate School of
Medical Sciences, Kanazawa University

²⁾Faculty of Nursing, Senri Kinran University

³⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health
Sciences, Kanazawa University

⁴⁾Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

看護師移住, 国際協力, 国際看護

Key words

immigrating nurses, international cooperation, international nursing

要 旨

2008年8月7日に、厚生労働省が、インドネシア人の看護師104人の受け入れを開始した。日本政府は、この受け入れは日本・インドネシア間の経済連携協定（EPA）に基づいた国際協力という視点であると公式に明言した。受け入れ国としてのシステム構築は、日本政府や日本看護協会、各施設や現場の看護師にとっても新たな取り組みである。しかし、その受け入れ成果の良否は、今後の日本が外国人看護師を受け入れる際の一つの基準を示すことになる。

本研究では、すでに来日したインドネシア人看護師に対し、入国の理由や研修センターや職場での就労・生活状況に関する実情を調査する目的でインタビューを行なった。その結果、インドネシア人看護師が日

本を選択した動機は経済的な理由が多かった。来日後の問題点は、言語やコミュニケーションの問題、生活費の高さであった。また、全員が看護師国家試験に合格できるかという大きな不安を抱えていた。彼女たちの声を聴いたことから、どのような課題があり、どのようなサポートをしていくことが望ましいのかを考察した。

Abstract

On August 7, 2008, Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare agreed to accept 104 Indonesian nurses. The Japanese government formally and clearly stated that this acceptance was conducted from the viewpoint of international cooperation based on the economic partnership agreement (EPA) between Japan and Indonesia. Designing a system for the country to accept foreign nurses has been a new initiative not only for the Japanese government but also for the Japan Nursing Association, the facilities hiring them and working nurses at these sites. Furthermore, studying what goes right or wrong in this initial acceptance will determine part of the criterion for Japan's future acceptance of foreign nurses.

In this study, the author conducted interviews with a group of Indonesian nurses who have been accepted to work in Japan, in order to learn their actual working and living conditions. The results showed that a majority of these Indonesian nurses chose to work in Japan due to economic reasons, such as supporting their families. The main problems they face living in Japan and at the individual training centers and healthcare organizations are language, communication and expensive living costs. Additionally, all the subjects were very anxious about their ability to pass the national examination within the designated period set by Japan. From their comments, the author examined existing issues in this instance of accepting nurses from foreign countries that should be solved and the desirable support that the Japanese government, Japan Nursing Association and each healthcare organization should provide.

はじめに

フィリピンとインドネシアの二国との経済連携協定（EPA: Economic Partnership Agreement, 以下EPA）に基づく外国人看護師受け入れ制度が2002年に決定され、2008年8月7日、厚生労働省は、インドネシア人看護師104人の受け入れを開始した。グローバル化が進展する国際社会の中で、国際協力という視点での受け入れである¹⁾と日本政府は公的な見解を示している。日本の医療・看護分野において、本格的に外国人労働力を受け入れるのは初めてである。

外国人看護師に対する日本側の受け入れ条件は、①母国で資格登録された看護師（看護専門学校の修了または大学の看護学部卒業）で卒業後2年間以上の実務経験を有すること、②国際厚生事業団（JICWELS: Japan International Corporation of Welfare Services, 以下JICWELS）の斡旋による雇用契約の締結を行うこと、③日本入国後、半年間の日本語研修及び看護導入研修を受け、その後雇用契約した病院で働くこと（看護補助業務に従事、看護の専門知識及び技術の修得、日本語の継

続学習）、④上限在留期間とする3年以内に日本語による看護師国家試験を受験し（3回まで）合格することとなっている。看護師国家試験に合格すれば看護師として就労することができ、在留期間に上限はなくなり就労ビザの更新のみで長期的な在留が可能となるが、不合格であれば、母国へ帰国しなければならない¹⁾となっている。

この制度を実際に利用し、2008年に入国したインドネシア人看護師らが辿った経緯を次に示す。彼女たちは母国で新聞等のメディアを通して日本の外国人看護師の受け入れ制度を知り、応募している。その後、JICWELSの斡旋によってマッチングを行い、雇用契約を締結している。その他プライベートな部分も含めさまざまな準備はあったものの、応募後2か月程度で、比較的スムーズに入国できたという。入国後、彼女たちは日本看護協会の研修センターで生活をしながら、日本語と看護に関する研修を半年間受けている。研修センターでは、雇用契約している病院や施設によって生活費（住居費、光熱費、食費）が賄われ、さらに平均13万円程度の給料も支給されていたという。

研修終了後は雇用先の病院や施設に配属され、看護助手として現場で働きながら、それぞれの雇用先が提供する国家試験対策や日本語研修等のサポートを受け、看護師国家試験合格に向けて挑戦したという。

上述した外国人看護師受け入れ制度に関する調査報告はある。平野²⁾³⁾は病院や施設を対象に、外国人看護師を受け入れる準備があるかについて調査していた。しかし、外国人看護師に視点を置いて、彼女たち自身が抱える不安や不満、ニーズや期待などを具体的に浮上させたものはない。

そこで、本研究において日本初の受け入れとなったインドネシア人看護師とそのサポーター3名を対象に、直接インタビューを行い、彼女たちの声を聴くことにした。日本にきた理由、研修センターと職場における状況、日本での生活状況、国家試験対策状況などについて聴き、それらの声をまとめ、どのような課題があり、どのようなサポートをしていくことが望ましいのかを考察した。

研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、対象者の発した言葉のデータを大切にしたいため質的記述的研究とした。

2. 対象

2008年8月に来日したインドネシア人看護師のうち、X出版社の協力を得て、大阪府あるいは兵庫県に在住している者で、X出版社主催の看護師国家試験対策のセミナーに参加予定の20名とした。調査への参加依頼は出版社を介して行った。当日の実際のセミナー参加者は、仕事やプライベートな都合で8名であった。その8名に対し、第一著者が研究の目的や方法を説明し、8名全員に研究参加の同意を得ることができた。

対象者は8名で、その属性は表1に示した。来日し、研修センターでの生活を経て、病院や施設での勤務や生活が始まり、一度目の看護師国家試験の受験や結果発表も終えた、来日後8か月が経った時点でインタビューをした。

3. 調査内容と方法

インタビューの目的・対象・日時・場所と①看護師が日本を選んだ理由、②研修センターにおいて良かったことと困ったこと、③現在の職場・生活における問題点および現在の楽しみや不安、④看護師国家試験に関する事等のインタビュー内容とタイムスケジュールを記載したインタビューガイドを作成した。これらの内容は、先行文献²⁾³⁾

を参考に研究者間で吟味し、外国人看護師の入国からインタビューまでの実情が分かるような質問とした。記載したインタビューガイドを用いて調査を行なった。面接は、構造と若干の自由度を合わせ持つことから、ある方向性を保ちつつ、対象者の語りに沿って情報を得ることが可能になるという利点がある半構造化面接とし、対象者相互が自由に会話できるようにフォーカス・グループ・インタビュー形式により行った。研究者1名がファシリテーターとなった。対象者は、日本語の日常会話は可能であったため、日本語でインタビューを行った。しかし、日本語でのやり取りが不十分と判断した場面では、同席したボランティアの日本人通訳者が英語を介して通訳をし、更に疎通が難しい場面では、ボランティアのインドネシア人の通訳者がインドネシア語で通訳をした。なお、インタビュー内容は研究者1名がメモを取るとともに、ボイスレコーダーにより記録した。

4. データ分析方法

インタビュー内容は対象者に同意を得て録音し、インタビューにより聞かれた対象者の「なまの声」を本研究の分析対象とした。インタビュー内容を逐語録とし、それを質的帰納的に分析した。調査内容に沿って主に研究者5名で整理・検討していった。類似した表現を集め、コードの抽出を行った。更にコードの類似性をもとに集約し、カテゴリー化した。また、研究の厳密性を高めるため、研究者間で分析結果を幾度も検討した。

5. 倫理的配慮

調査を依頼した関係者および対象者に対して、言語的な問題等もあり、あえて書面では説明せず、口頭で研究目的や調査内容・方法、守秘義務についての詳細な説明を行った。また参加拒否や途中辞退ができること、その際不利益は生じないこと、データは研究目的以外には使用しないことを説明し、口頭で同意を得た。インタビュー調査は、プライバシーが十分に確保できる会議室で行った。なお、本研究は、2009年3月4日、吉備国際大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結 果

対象者の属性は表1に示すように、25歳から42歳までの女性であった。母国では看護師をしていて、来日後8か月が経過していた。

表2に、外国人看護師が日本を選んだ理由を示した。8名のインドネシア人看護師全員が迷わずに「お金。お金の為に日本を選んだ」と回答して

いた。以下が、具体的な回答例であった。

A：「日本では15万円くらい給料がもらえるし、私の生活を切り詰めて家に仕送りしているから、家族の生活が安定した。これで子ども食べるものにも困らない。」

B：「私は、まだ結婚していないから、できるだけ貯金して結婚資金にあてたいわ。また、両親に

も少しは楽をさせてあげることができるわ。次の国に行くステップにもしたい。」

C：「私も稼いだお金をできるだけ送る。夫は仕事が無くて、私が家族を支えなければ……。家族は日本行きが決まって、とっても喜んでる。」

D：「私、子どもが二人います。私、さみしい…。でも、家族、生活安定します。」

表1 対象者の属性

項目	A	B	C	D	E	F	G	H
性別	女	女	女	女	女	女	女	女
年齢	30代	20代	40代	30代	40代	20代	20代	20代
本国での資格	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師
日本での業務内容	看護助手	看護助手	看護助手	看護助手	看護助手	看護助手	看護助手	看護助手

注：A～Hは、研究対象者を示す。

表2 日本を選んだ理由

項目	A	B	C	D	E	F	G	H	該当者の 合計（人）
給料の良さ	○	○	○	○	○	○	○	○	8
安全・治安の良さ	○	○	○	○	○	×	×	×	5
医療・看護技術の高さ	×	○	×	○	×	○	○	×	4
日本文化への興味	×	×	×	○	×	×	○	○	3
日本語の習得	×	×	×	○	×	×	○	○	3
日本の評判の良さ	×	×	×	×	×	×	○	○	2
タイミングの一致	○	×	○	×	×	×	×	×	2
看護方法・技術の習得	×	×	×	×	×	×	×	○	1
暮らし易さ	×	×	×	×	×	○	×	×	1
新聞報道	×	×	×	×	○	×	×	×	1
他国留学へのステップ	×	○	×	×	×	×	×	×	1

注：A～Hは、研究対象者を示す。○は該当者、×は非該当者を示す。

表3 研修センターにおける良かったこと、困ったこと

項目	A	B	C	D	E	F	G	H	該当者の 合計（人）
良かったこと									
日本語習得の機会	○	○	○	○	○	○	○	○	8
食事	○	○	○	○	○	○	○	○	8
仕送りしやすい	○	○	○	○	○	○	○	○	8
生活の快適性	○	○	○	○	○	○	○	○	8
孤独感がなかった	○	○	○	○	○	○	○	○	8
困ったこと									
物価が高い	○	○	○	○	○	○	○	○	8
通信費がかかる	○	○	○	○	○	○	○	○	8
交通手段の複雑さ	○	○	○	○	○	○	○	○	8
勉強時間の不足	×	○	×	×	×	×	×	○	2

注：A～Hは、研究対象者を示す。○は該当者、×は非該当者を示す。

表4 職場・生活環境に関する質問

項目	A	B	C	D	E	F	G	H	該当者の 合計（人）
職場における問題点									
言葉・コミュニケーション	○	○	○	○	○	○	○	○	8
文化の相違	○	○	○	○	○	○	○	○	8
カルテ理解の困難	○	○	×	○	×	○	×	○	5
生活における問題点									
生活費の高さ	○	○	○	○	○	○	○	○	8
通信費の高さ	○	○	○	○	○	○	○	○	8
現在の楽しみ									
仲間との懇談	○	○	○	○	○	○	○	○	8
本国の家族への電話	○	×	○	○	×	×	×	×	3
散策	×	×	×	○	×	○	×	○	3
現在の不安									
経済状況	○	○	○	○	○	○	○	○	8
看護国家試験	○	○	○	○	○	○	○	○	8
母国の家族	○	×	○	○	×	×	×	×	3

注：A～Hは、研究対象者を示す。○は該当者、×は非該当者を示す。

給料の良さの次に回答が多かった理由は、治安の良さであった（5名）。具体的に以下のような回答があった。

E：「日本では、夜中に女性が一人歩きしても安心だと聞いているわ。だから夜遅くまで残業もできるわね。」

F：「日本に来たことのある友達が言っていた。日本は安全で暮らしやすいって。」などである。

専門職業人としての理由を挙げた者は、日本の医療や看護技術のレベルの高さが4名で、看護方法・技術を習得したいが1名であった。日本に対する理由として、日本文化への興味や日本語の習得がそれぞれ3名で、日本の評判の良さが2名であった。自分の出稼ぎの希望と今回の募集のタイミングが一致したが2名であった。その他、暮らしやすさや将来（アメリカに行く）のためのステップなどという理由を挙げた者が1名ずつであった。

表3に、来日直後から半年間生活した研修センターにおいて良かったこと、困ったことを示した。8名全員が、日本語習得の機会となったことや食事、仕送りしやすい、生活の快適性、孤独感がなかったという回答であった。その理由は、研修センターでは、インドネシア人の仲間と一緒に集団生活ができた上に、光熱費や食費が懸からず無料で生活できたからだと回答していた。具体的には、次のような回答があった。

A：「生活するのに、お金が要らなかったの。みんな生活して楽しかった。」

B：「いろんな料理がでてきた。おいしかった。」

D：「お給料もあって、生活費も要らなかったから、たくさん仕送りができた。」

E：「日本語を教えてもらえてよかった。」などである。一人が答えると全員が「そうそう」と言ったり、頷いたりと同意をしていた。

次に困ったことは、8名全員が生活費や通信費等の物価の高さであった。具体的な回答としては、次のような回答があった。

E：「家族に電話したいけど、高いから、我慢してる。」

H：「買い物に出たら、値段が高くてびっくりした。」などである。その他に、移動時に道に迷った等の交通手段の複雑さを挙げたものは8名であった。また、研修センターでの集団生活のため、国家試験のための勉強が十分にできないという勉強時間の不足を困ったこととした者が2名であった。

表4に、現在の職場や生活環境における問題点や楽しみや不安を示した。職場においては、8名全員が、言葉・コミュニケーションの困難さや日本とインドネシアの文化の相違を問題点としていた。また、電子カルテを読めないから仕事に支障があるという意見も5名からあった。具体的には、次のとおりであった。

B：「お祈りの時間は3時間もらっている。」（文化の相違）

C：「日本とは、モノ（看護用品）が違う。」

E：「カルテで患者のことが分かり、看護したい。」

F：「簡単な言葉はわかるけど、難しいことは、わからない。」

H：「電子カルテが読めなくて困る。」

日常生活においては、生活費や通信費の高さについて全員が問題点としていた。具体的には、次の通りであった。

A：「（子どもに）電話したいけど我慢している。電話代が高いから。週に1回だけにしている。」

D：「電気、水道、ガス高い。」と3名が領収書を見せてきた。

そのような状況において現在の楽しみは、仲間との集まりや懇談が8名、本国の家族との電話が3名で、仲間と共に散策が3名であった。一方、不安については、国家試験に合格できるかどうかということ、生活費を送金するに当たり為替レートの変動が気になること（経済状況）を8名全員が挙げていた。具体的な回答は、次のとおりであった。

D：「お金がかからないから、休みの日は、いつも公園で勉強している。」

E：「試験が受かるか心配。死に物狂いで、毎日5時間は勉強します。」

F：「英語なら試験合格は間違いないのに。」などであった。

今回、彼女らの来日後、サポートしてきた3名にも研修センターや現在の状況に関して同じ内容の質問を行った。その結果、彼女らが研修センターを離れた後は、彼女らと雇用契約を結ぶ各施設に、そのサポートが委ねられていることが分かった。その為、外国人看護師の日本語やコミュニケーションに対して、全くサポートが行なわれていない病院・施設がある一方、小学校を定年退職した教師がボランティアとして、日本語やひらがな・漢字の国語の講義をしているという施設もあることが明らかになった。各施設に就労し始めた後は、研修センターでの状況とは異なり、日本政府や看護協会の直接的なサポートはなく、学習や就労・生活に関するすべての局面での格差があった。更に国家試験対策に関するサポートにもボランティアの活動が主である為に格差があることがわかった。

また現在の状況としては、彼女らは言葉や文化の壁に戸惑いながらも、受け入れ施設において、

各施設の努力や管理者等のサポートを受けながら、徐々に患者やスタッフに受け入れられていた。その一方で、慢性的な人員不足や職場風土への活性化を目的として、インドネシア人看護師を受け入れている病院の管理者は、国民性の違い、物品についての無知、看護技術のレベルの低さなどを指摘していた。

考 察

1. 外国人看護師の来日理由の実情と課題

外国人看護師に対するインタビュー結果から、来日した理由として、「お金のために」が全員で最も多かった。そして単に自分自身の為ではなく、家族の生活の為に来日したという理由も全員に共通していた。これは文化的なものなのか、宗教的なものなのかは明らかではないが、日常的に真面目に労働し、自身の生活費を切り詰めて、家族のために仕送りをしていることがわかった。Kingma⁴⁾は、看護師の移住を考えると、祖国から押し出すには強い原動力が必要であり、プル要因（受け入れ国側の原因）は、高収入や仕事の満足感、安全な労働環境、（祖国と比較し）よりよい保健医療制度、専門性の追求などと指摘している。今回の調査結果においても、この高収入というのは全員の全く躊躇の無い回答であり、その次に続く要因として、治安の良さや安全で暮らしやすいなども、プル要因になっていると考えられる。しかし、日本の保険制度や医療や看護の技術の高さに興味を持ち、専門性の追求をすることを来日目的とした者も見られた。また吉川⁵⁾は、経済活動のグローバル化、国境を超える交通・通信手段のめざましい発達により、開発途上国の労働者の海外出稼ぎは増加傾向にあること、多くの出稼ぎ者が母国の家族に仕送りをするが、この労働者送金は開発途上国と家計にとって、重要な収入源となってきたと述べている。今回の来日の理由を家族の生活を安定させるためと全員が挙げていたことから、インドネシア人は母国の家族への思いも強いことが分かった。EPAの国際協力の視点からの看護労働力の受入れという部分では、経済的な援助に繋がっていることは有意義なことではある。しかし、看護労働力の確保という視点から考えると、例えば看護師の国家資格が取得できなくても、外国人看護師は看護助手として3年間の安定した雇用により、母国の家族の生活を安定させることが目的で来日したとも考えられるため、長期的な労働力の確保には繋がらないと

も考えられる。

2. 研修センターの実情と課題

入国直後半年間生活した研修センターに対し、外国人看護師は生活費用もかからず、食事も用意され、友人と共に暮らすことができ、非常に快適だったと8名全員が回答していた。金銭面の心配もなく、支払われた給与は家族への仕送りに回すことができ、就労目的ではなく研修が目的であるため、自国の仲間たちとゆっくりと過ごすことができたためだといえる。

研修センターの運営は、経済的にも人的にも、研修後の受け入れ先である各病院や施設と個人・団体のボランティアによるサポートに委ねられている現状にある。これらの背景から研修センターは、運営のシステムが安定的だとはいえない。更に古川ら⁶⁾は、国家試験合格の障害として日本語能力を挙げ、日常会話は概ね問題がないのに対して、看護業務遂行に必要な日本語習得に大きな障害があると述べている。また公的機関や受け入れ施設の役割分担を明確にした教育手法・教材の開発、優れた実績を上げている受け入れ施設の事例研究に基づく知見の共有が重要だと示唆している。日本政府や日本看護協会など継続的にサポートできる機関が中心となって研修センターの運営をしていくことが、外国人看護師の受け入れに対して十分な体制を整えることに繋がると考える。

3. 職場の実情と課題

来日後の外国人看護師が困ったこととして、言葉や文化の違いが挙げられた。世界の公用語は英語とされているが、日本国内では、母国語の日本語で会話がされる。更に現在の病院や施設で治療や療養を受ける高齢者は、歴史的な背景からも英語を話す人は少ないといえる。また、自己主張を明確にしないなどの日本独自の文化もある。看護の対象は人であり、患者の看護をするには、日本の言語や文化の理解を深めていく必要がある。このような課題に対する解決策の一つとして、自国を出国する以前に研修を行なう等の対策があると考えられる。これにより、入国後の言語に関するストレスが緩和できるのではないだろうか。また、日本という国もよりイメージでき、移住する時点でのストレスも緩和できると考える。解決すべき課題は多いが、現地に研修センターを設置するのも一つの手立てだと考える。

更に、看護師が仕事に関して満足感を感じるのは、単に賃金や休暇、保険制度などの労働雇用条件が良いからという単純なものではない。「カル

テで患者のことが分かり、看護したい。」という言葉も聞かれた。彼女たちは、自国では患者の気管内に挿管チューブを挿入するなど救命処置をはじめ、ほとんどの医療行為を医師と同等に行ってきたという。椰野⁷⁾はインドネシア人看護師の水準は日本人看護師より高く、インドネシアでは中流階層以上のエリートだという。当然、プライドを持って自国で働いてきたプロと考える。そのような彼女たちが、日本の病院では、看護師の指示のもとで看護師を補佐する看護助手という職に就くのである。患者の身体を拭く清拭や洗髪・洗面介助などの保清援助や、移送、食事介助、入浴介助、排泄介助などを、職場の看護師の指示のもと、共に行なっている状況にある。「電子カルテも読みたい」や「カルテで患者のことが分かり、看護したい。」という彼女たちの言葉から、カルテや患者とのコミュニケーションから情報収集し、情報からアセスメントし、患者個々に合った看護計画・ケアプランを立案し、看護ケアを行っていくという看護の一連のプロセスを行いたいという希望を持っていることが伺える。また高度な知識や技術を持った彼女たちは、日本の最新の医療や技術を学びたいとも回答していた。当然、それらの技術を日本の病院で習得し、自国に帰って自国の病院で活かしたいという考えも持っていると考えられる。更に、看護師とは患者に十分な看護をできないと、達成感ややりがいも薄れていくと椰野⁷⁾は指摘している。彼女達の日本の国や病院、日本の看護現場に対する憧れや思いややる気が、自国から離れるというストレスにも影響され、モチベーションの低下に繋がらないかが懸念される。

4. 生活面の実情と課題

インドネシア人看護師たちには看護助手として、日本の看護助手と同等の平均13万円（住居費は控除後）程度の給与が支給されている。研修中は、住居費は無料であったが、研修後は各病院や施設の寮、あるいは病院や施設が契約しているアパート等を住居とし、住居費は自身が支払うことになっている。更に、自身の生活を維持しつつ、家族への仕送りを捻出しており「かなりきつい」「苦しい」という声が多かった。厚生労働省⁸⁾から発表されている日本人の平均的な初任給は20万円前後と比較しても、仕送りと自身の生活費を捻出することはかなり厳しいと考えられる。そのため、休暇は専らお金のかからない公園や近くの友人宅を訪問することが多いと言っていた。「インドネシア人の国民性として、仲間との繋がりは非常に

大切に集まることも大好き」だと本調査の協力者の一人であるY病院の管理者は指摘していた。彼女たちの生活面での節約や母国から離れて生活するさみしさを紛らわす手段としては、互いに行き来することが良い方法ではないかといえる。しかし、互いに行き来するために、高い交通費をかける必要がある場合もあることが推察される。生活の充実さを考慮すると、給与については考慮していく必要があると考える。

5. 国家試験対策の実情による課題

厚生労働省によると看護師国家試験の合格率の推移は、毎年300名程度の受験があるものの、2009年の0%からは徐々に上昇は見られるが、2012～2014年度は、日本人受験者の合格率が90%前後に対し、外国人看護師の合格率は10%前後に留まっている現状¹⁾にある。出題問題に読み仮名をつけるなどの工夫はされているものの、来日後単純な日常会話は可能になっても、漢字や日本語独自の微妙な言い回しなどの影響は大きいと考えられる。

今回の調査により、コミュニケーションや言葉の障害、電子カルテに入力されている患者の情報が読み取れない等の課題に対してのサポートも、全く行なわれていない病院・施設がある一方、小学校を定年退職した教師がボランティアとして、日本語やひらがな・漢字の国語の講義をしているという施設もあることが明らかになった。各施設に就労し始めた後は、研修センターでの状況とは異なり、学習や就労・生活に関するすべての局面での格差があった。更に国家試験対策に関するサポートにも格差があることがわかった。朝倉ら⁹⁾は、入国後3年以内での日本語の看護師国家試験に合格するには相当な困難が予想され、日本の医療機関で看護助手として約2年半のあいだ日本人看護師より安い給料で働く、一時的で安価な労働力としてしか日本に存在できない可能性が高いと述べている。今後、日本の看護界の慢性的な人手不足に対し、母国ではスペシャリストである外国人看護師を安価な給料で短期間雇用する対象として扱い、国家試験合格に対する十分な対策なども行わない等のこの制度を悪用する施設の出現も予測される。日本政府や看護協会は、外国人看護師の受け入れをどのような方向性で進めていくかの方針を明確にし、国家試験の受験システムやその受験対策を格差なく行う必要がある。また、これまでの合格率の低迷から、他国の外国人看護師の受け入れ状況とは明らかに違うことがわかった。

6. 今後の対策

イギリスやアメリカなどの既に外国人看護師の受け入れが定着している国では、移住に関するサポート（入国までの審査・入国までの語学やコミュニケーションや文化の研修）、病院など施設の整備（政府から施設への情報提供・労働環境の整備・住居の整備）、国家試験受験対策（施設単位ではなく、政府や看護協会などから同一の国家試験対策が全員に対し、保障される必要がある）、入国後の研修システムの確立（言語・コミュニケーション・文化・医療・看護技術研修）、イベントなどの娯楽、コミュニティの尊重、カウンセリングシステム等の充実を図っている。日本も、現在の問題点や改善点を明確にし、今回来日したインドネシア人看護師を含め、今後受け入れが予測される外国人看護師が自分達の仲間として、より充実した移民生活と看護者としての生活ができるようなシステムの構築をしていく必要がある。日本看護協会¹⁰⁾は、看護師不足を解消するために安易に外国人看護師を導入するという考え方には強く反対するという基本的な見解を示している。しかし、EPAの視点での受け入れとされていることから、国際社会の中で先進国としての日本の役割を考えると、日本の看護界は閉鎖的ではなく、国内外を問わず、グローバルな視点で外国人看護師に対する対応をしていくことが必要であろう。専門技術職者を安価で雇用し、国家試験合格率も全く伸びないということが持続すれば、国際問題へと発展することも推察される。その一方で、インドネシア人看護師を受け入れているY病院の管理者は、国民性の違い、物品についての無知、看護技術のレベルの低さなどを指摘していた。これらのことから、日本の看護界の質の担保という視点との両側から、今後の対策を検討していく必要がある。

今回の調査で、外国人看護師は、最大の目標である看護師国家試験に対して、日々の勤務の傍ら学習を積み重ね、懸命に努力をしていることが明らかになった。また、インタビューを行う前に見学した看護師国家試験対策の講義の学習風景からは、対象者の医療・看護上の問題に対するインテリジェンスは高いことがわかった。平野ら²⁾は、看護師不足や国際交流の一環、職場の活性化を図る、外国人患者の看護を担当してもらうなどの理由により外国人看護師を受け入れたいという病院や施設は46.1%に及んでいるが、36.6%の病院が受け入れに対し「よくわからない」と回答してい

ると報告している。また、59.9%の病院が外国人看護師に関する情報をもっと知りたいと回答している³⁾という。日本政府から現場に提供される外国人看護師に関する情報量は公開されてはいるが、未だ十分とはいえない課題があると考えられる。政府によるさらなる情報公開が求められる。

以上、外国人看護師の生の声からニーズ、不満、不安、期待等が具体的に分かり、日本の社会や看護界とその周辺にある問題が明らかになったと考える。ただし、本研究は、研究期間が限られていること、研究対象者数が8名であることや関西圏という一地域から見出された知見であることに留意する必要がある。これらの知見を基に、今後縦断的・横断的に研究対象者を相当数としていくことで、一般化できる可能性があるため、外国人看護師の受け入れのサポート体制について引き続き調査していきたい。

結 論

1. インドネシア人看護師が日本への移動を選んだ理由は、給料の良さや治安の良さで、家族の生活を安定させる目的であった。

2. インドネシア人看護師が日本の研修センターにおいて良かったこととしてあげたのは、生活が保障されていることからの快適性であったが、その反面自国への通信費がかかるなどの物価の高さを問題点に挙げていた。

3. 外国人看護師の職場での問題点は、言語・コミュニケーション・文化の相違であり、最大の不安は3年以内に国家試験に合格できるかということであった。

4. 研修センターでの外国人看護師の受け入れは、各施設やボランティアによるサポートが中心であり、就労後のサポートは各施設に委ねられているため、施設により格差があった。

謝 辞

本研究は、吉備国際大学大学院国際協力研究科修士課程においての研究成果の一部である。本研究を行うにあたり、ご協力下さいました皆様に深く御礼申し上げます。

利益相反

本論文について、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省：経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師候補者の受入れと看護師国家試験の概要に関する参考資料，〔オンライン，http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html〕，雇用・労働 インドネシア、フィリピン、ベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて，1，1，2008
- 2) 平野裕子：日本全国の病院における外国人看護師受け入れに関する調査 第1報，九州大学アジア総合政策センター紀要(3)，53-58，2008
- 3) 平野裕子：日本全国の病院における外国人看護師受け入れに関する調査 第2報，九州大学アジア総合政策センター紀要(3)，59-65，2008
- 4) Mireille Kingma：国を超えて移住する看護師たち，エルゼビア・ジャパン，20-22，東京，2008
- 5) 吉川愛子：国境を超える出稼ぎ者労働者送金と開発途上国の発展，FASID，2014
- 6) 古川恵美，瀬戸加奈子，松本邦愛，他：経済連携協定に基づく外国人看護師候補者の受け入れ施設の現況と課題，日本医療マネジメント学会誌，112(4)，255-260，2012
- 7) 榎野順三：ひと目でわかる看護業界，ばる出版，166-169，東京，2008
- 8) 厚生労働省：平成26年賃金構造基本統計調査（初任給），〔オンライン，www.mhlw.go.jp/toukei/list/53-1a.html〕，賃金構造基本統計調査，4，20，2014
- 9) 朝倉京子，朝倉隆司，兵頭智佳，他：日比間の経済連携協定による看護師受け入れをめぐる諸問題，東北大学医保健学科紀要，18(2)，67-74，2009
- 10) 岡谷恵子：外国人看護師受け入れの影響 国際間移動の問題を踏まえて 日本看護協会の外国人看護師受け入れに関する見解（解説/特集），インターナショナルナーシングレビュー，28(4)，36-39，2005

実践報告

再生不良性貧血患者に行動変容をもたらした 看護師のかかわりと患者の認識の変化

Nursing interventions that lead to behaviour modification and change of
recognition in patients with aplastic anaemia

松井 優子¹⁾, 高堂 祥子²⁾, 坂井 恵子¹⁾

Yuko Matsui¹⁾, Shoko Takado²⁾, Keiko Sakai¹⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾恵寿金沢病院看護部

¹⁾School of Nursing Kanazawa Medical University

²⁾Keiju Kanazawa Hospital

キーワード

行動変容, 看護介入, 再生不良性貧血

Key words

change of recognition, nursing intervention, aplastic anemia

はじめに

再生不良性貧血は、骨髄中の造血幹細胞が減少することにより末梢血液中のすべての血球が減少する汎血球減少を起こす難病指定疾患である。再生不良性貧血の治療には、免疫抑制療法や同種骨髄移植のほか、赤血球や血小板の輸血、造血因子の投与などの対症療法がある。医学の進歩により生存期間が長期化しているものの、現在のところ同種移植以外に完治する方法はない^{1) 2)}。このため、移植適応外の輸血依存状態の再生不良性貧血患者は、生命維持のために生涯輸血を継続しながら生きていかなければならない。松岡ら³⁾は、長期にわたり外来で輸血を受ける造血器疾患患者の思いとして、[長期の輸血や通院治療の継続に伴う経済的負担]、[汎血球減少に伴う日常生活の制限と社会的役割の後退]、[輸血の継続や闘病意欲の妨げとなる後ろ向きな思い]などを挙げてい

る。また吉田ら⁴⁾は、非腫瘍性造血器疾患のうち、再生不良性貧血患者は最も自己効力感が低いと述べており、輸血依存状態の再生不良性貧血患者が主体的に治療を継続するためには、なんらかの支援が必要であるといえる。

輸血療法は1回の治療あたり数時間を要することから、患者の社会生活への影響が大きく、再生不良性貧血の症状と輸血などの治療との調整が困難であることが問題となっている。ことに移植非適応で輸血依存状態の再生不良性貧血の患者は、ほかに有効な治療がなく完治の可能性がないことから、受療行動に対するモチベーションが低下しやすく、いったん低下したモチベーションを回復させることも難しい。したがって、再生不良性貧血の患者にとって、生命維持とQOLの維持のためには、受療に関する行動変容への支援は重要である。

健康に関する行動変容について、行動変容ステージモデル⁵⁾や行動変容プログラム⁶⁾が提唱されている。行動変容ステージモデルは、対象が行動変容に至る過程を概念化したもので、それぞれの段階に応じた介入が有効であることが示唆されている。また、行動変容プログラムは、行動変容を促すかかわりのうち、意欲と行動を維持・習慣化するための具体的な手段を提示する方法で、ステップ・バイ・ステップ法、セルフ・モニタリング法などの手法がある⁶⁾。これらの概念やプログラムの効果的な活用には、看護場面において個々の看護師が行う、対象との相互的なかかわりの技法が強く影響すると考える。この看護場面における看護師のかかわりについて岡ら⁶⁾は、行動変容を促す技法には、[行動変容を促すための基盤づくり]、[療養行動開始のための支援]、[意欲と行動を維持・習慣化するための支援]の段階があると述べている。また安酸ら⁷⁾は、患者教育に必要なProfessional Learning Climateとして、[尊重する]、[個人的な気持ちを話す]、[共に歩む姿勢を見せる]などの10の要素を挙げている。このように、個々の看護師が行なう患者との直接的な相互的なかかわりは、患者の行動変容において重要な位置を占めていると言える。

これらの行動変容プログラムの活用による糖尿病などの慢性疾患患者の行動の変容を評価した研究は数多くある⁸⁻¹⁰⁾。しかし、行動変容を促すかかわりが患者の内面にどのような変化をもたらし、行動変容に至るのかを詳細に分析した研究はみられない。また、輸血依存の造血器疾患患者に焦点をあてて、行動変容の要因や行動変容に至るまでの患者の変化を分析した研究はない。

本研究は、看護師の意図的なかかわりにより受療行動が著しく改善した再生不良性貧血患者1症例を対象に、看護師のかかわりが患者の認識にどのような影響をもたらすことによって行動変容に至ったのかを振り返ることを目的とした事例報告である。

方 法

1. 対象

輸血依存状態のために外来通院中の再生不良性貧血患者1症例

2. 事例の分析方法

1) 対象の行動変容がみられてから約1か月後に、看護記録を含む診療録から、対象の受療に関する行動を抽出した。

2) 1)と並行して、看護記録を含む診療録をもとに、研究者が特に対象の受療行動に変容をもたらしたと判断した2場面のプロセスレコードを、これらの場面でかかわった看護師1名が記述した。

3) プロセスレコードの看護師の言動と看護師の思いの記述から、意図的なかかわりの分節を抽出し、この看護師のかかわりに意味付けを行い、さらに意味内容が判断できる範囲で概念性を高めた。

4) プロセスレコードの対象の言動の記載のうち、対象の反応に何らかの変化が見られた箇所を抽出し、その変化の特徴を概念化した。

5) 行動変容の前後の患者の認識を知ることが目的に、研究者1名が、対象患者に下記のインタビューガイドに従って約20分の半構成的面接を1回行った。以前と現在の対象がもつ疾患・治療・医療者と自己に関する認識の違いを逐語録の中から抽出し、概念化した。面談は対象の輸血治療中にプライバシーを確保した環境で行った。

インタビューガイド

①ご自身の受診の行動が変化したことを意識していますか？

②受診の行動の変化の前は、ご自身の疾患や治療についてどのように考えていましたか？今はどのように考えていますか？

③受診の行動の変化の前は、医療者や医療についてどのように考えていましたか？今はどのように考えていますか？

④受診の行動の変化の前は、ご自身の生活やありかたについてどのように感じていましたか？今はどのように考えていますか？

6) 対象の反応に変化がみられた直前の看護師のかかわりに着目しながら、看護師のかかわり、対象のもつ疾患・治療・医療者と自己に関する認識、対象の反応の変化の関連を考察した。

7) 真実性の確保のために、看護師の言動の意味づけおよび概念化は、プロセスレコードを記載した看護師にフィードバックし確認しながら、この対象と直接かかわった研究者1名が行った。対象の反応の特徴の概念化は、対象と直接関わっていない研究者2名が行った。造血器疾患患者の看護経験がありこの対象と直接関わっていない研究者1名と、質的研究経験のある看護系研究者1名によるスーパーバイズを受けた。

3. 倫理的配慮

対象の自由意思により、本研究への参加ならびに事例として学会誌等に公表することの承諾を文

書で得るとともに、承諾の可否により不利益を被らないことを保証した。発表にあたり個人が特定される表現はしないことを保証した。本研究は、NTT西日本金沢病院（現恵寿金沢病院）倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号2010-01）。

事例紹介

A氏は50歳代の男性で、10年前に再生不良性貧血と診断された。診断から約5年後に、抗胸腺細胞グロブリン輸注によるT細胞の抑制効果による造血の促進を狙ったATG（Anti-thymocyte globulin：抗ヒト胸腺細胞免疫グロブリン）療法を受けたが効果がなく、その後、同種造血幹細胞移植を勧められたが、仕事が多忙であることや、自分が家族を養わなければならないことを理由に同意しなかった。A氏は4年前に輸血依存状態になり、これ以降は1週間に1回の割合で造血因子の注射と、赤血球濃厚液と血小板の輸血を継続して受けていた。A氏の家族は、妻と義母の3人暮らしである。A氏は一級建築士の資格を持ち、30代の時に自らの力で設計事務所を開設し、営んできた。従業員はおらず、事務所の仕事の全てをA氏が1人で行っている。A氏は、「若い頃から、何ごともやるならとことんやる。やるからにはトップをめざす。仕事は自分の人生そのものであり、妥協はできない。」と話している。A氏は、輸血の予定日に来院せず、看護師からの確認の電話にも出ないことがたびたびあった。また、予約時刻ではなく午後の遅い時刻に来院し、夜中まで輸血を受け、そのまま病院に泊まることもあった。入院を勧められても、「仕事があるから。」と断り続けていた。その結果、この3年間は、ヘモグロビン値が4～6 g/dlなどの著しい血球減少に陥り、倦怠感や頭痛などの貧血症状や歯肉出血が顕著になってから来院し、輸血により症状が改善するとまた通院が途絶えることを繰り返していた。主治医から幾度か受療行動の改善について妻を交えて話されたが、A氏の行動は変わらなかった。A氏にかかわる外来看護師5名は対策を模索する中で、まずはA氏の置かれている状況や心情を知ることが重要であると考え、それぞれの看護師がA氏の輸血中にベッドサイドに行き情報収集に努めた。しかし、そのたびに話をそらされ、ほとんど情報をとれないまま約2週間後にA氏は突然の肝機能障害を発症し、ALTが500IU/L台、ASTが300IU/L台に上昇した。4日後の再診時にはALT

が60IU/L台、ASTが170IU/L台に回復したが、もともとA氏は輸血による鉄過剰症のため肝予備力が少ないことから、入院による治療を早急に開始するよう医師から勧められた。しかし、A氏は仕事を理由に入院を拒否し、「今入院したら自分の人生は終わる。」と主治医や看護師の説得に応じなかった。また、不規則な睡眠や飲酒などの生活行動は変わらず、その4日後の受診の際には肝機能がさらに悪化し、ALTが600IU/L台、ASTが500IU/L台に上昇した。本研究のデータとして使用したプロセスレコードは、この肝機能悪化から回復までに看護師が関わった2場面である。その後、幸いA氏の状態は入院することなく改善したが、この看護師の関わりを機にA氏の行動は変化し、輸血の予定日には予定時刻に来院し、予定時刻に来院できない場合は病院に電話するようになった。また、仕事を下請け業者にまかせるなどの調整を行い、必要に応じて入院治療を受けるようになった。本研究では、A氏の受療行動が変化する直前の看護師のかかわり2場面を分析した。

結 果

1. かかわりの場面

1) 分析対象としたプロセスレコードは2場面、対象患者76フレーズ、看護師79フレーズだった。2つの場面でかかわった看護師は同一だった。

2) 場面の概要

場面1：肝機能が悪化したため入院治療を勧められた場面。仕事を優先して椅子に座ったまま2時間単位で細切れに睡眠をとると語るA氏に対して、看護師は患者の疾患に対する理解と認識を確認した上で、正しい知識を提供し、食事や睡眠などの生活の改善を促した。

場面2：場面1の4日後に、いったん改善していた肝機能が再び悪化した場面。看護師は、入院すれば倒産の危機に陥ってしまうと言い自暴自棄になっているA氏に対して、生活を改善することによって入院を回避できる可能性があることを提示し、たとえ入院しても仕事を続けることができるよう医療者が協力することを伝えた。

2. A氏の反応の変化

概念化したA氏の反応の変化をフェーズとして以下に示す。

場面1

【フェーズ1-1 拒絶と防衛機制】

A氏は看護師の問いかけに対して「そりゃあ、いろいろあるやろ」と心を閉ざし、看護師と向き

表1 A氏の変化と看護師の関わり

前 ※1	病気・治療	病気は自分にとっての敵であり、治療は仕事をすることを阻害するもの。	
	医療者	医療者は仕事をすることを邪魔する存在。医療者が自分のことを理解するはずがない。	
	自己	自分は病気になるはずがない。自分は病気だから、仕事ができなくても仕方がない。病気だから仕方がないと思う自分に対する怒り。	
		A氏の変化の直前の看護師の関わり	A氏の反応
場面1			
フェーズ1-1		原因を知るための意図的質問により関心を示す	拒絶と防衛機制
フェーズ1-2		肯定と承認を繰り返しながら自尊感情を満たす 今後の見通しと身体イメージ化の助言をする	高い理想に自己を投影、自己卑下と自己憐憫
フェーズ1-3		体験の振り返りを促すことにより自己客観視を誘導する	自己客観視の糸口
フェーズ1-4		対象の価値観を認め、この生き方でいいのかと問いかける	新しい承認欲求の芽生え
フェーズ1-5		新しい欲求を支援するための具体的な提案をする	生命を全うしたいと思い看護師の提案に耳を傾ける
場面2			
フェーズ2-6		病気や身体状態の理解を促す	身体より仕事を優先する
フェーズ2-7		A氏の人生に対する承認と敬意を示す	傷ついた自尊感情と苦悩の表出
フェーズ2-8		大切にしているものをあきらめさせたくないという強い気持ちを伝える 医療者と患者が互いに譲歩しあう提案をする A氏には力が残っていることを伝える	看護師を信頼し提案をそのまま受け入れる
フェーズ2-9		全か無かではなく、抱えている問題を延長戦に持っていく提案をする A氏の状況と価値観に合わせた柔軟な提案をする	新たな自己像と価値観の構築、積極的な自己決定
後 ※2	病気・治療	仕事をできるだけ調節して病気と仲良くしていこう。治療は自分の生きる目的を達成するための手段。	
	医療者	医療者は自分らしく生きることを共に考える存在。	
	自己	病気を受け入れて生活していこうと思う。	

※1：看護師のかかわり前の患者の認識

※2：看護師のかかわり後の患者の認識

合うことを拒絶していた。その後、睡眠時間を問われると、「俺は戦国武将やからな。宮本武蔵のようにいつでも油断はない。」と、睡眠不足の理由として宮本武蔵を挙げており、これは防衛機制のうちの合理化であると解釈できる。

【フェーズ1-2 高い理想に自己を投影、自己卑下と自己憐憫】

A氏は好きなプロバスケットボール選手に自己像を例え、「油断がない」、「目立たないけど、確実に仕事をこなす」、「相手の動きにあわせたパスを出す技がある」という自己イメージを表現し、さらに「俺は自分をコントロールすることができる。『ひどくない』『自分ではできる』と思えば他の人ができないことでもできる。」と語るなど、理想自己が高く、自己客観視を避けているように見えた。しかし、前述とはうらはらに「こじれていってというのは、今の自分のようなことをいう。

今の自分は死んだようなもの。」と、自己を卑下したり、自分をかわいそうに思う自己憐憫ともとれる発言があった。

【フェーズ1-3 自己客観視の糸口】

この10年間の自己の状態や辛さを振り返り、さらに自分の病気についての捉え方を「俺の身体はほとんど血を造ってない。赤血球が作られんと身体に酸素がまわらん。」と言葉にした。

【フェーズ1-4 新しい承認欲求の芽生え】

「廃人のようになった自分が、前みたいに仕事ができるようになって、復活した姿をまわりに見せたい。」と語り、現実とかけ離れた理想自己ではなく、新しい承認欲求が芽生えていた。理想自己に少しでも近づくための自分の生活改善に希望を見出すようになっていた。

【フェーズ1-5 生命を全うしたいと思い看護師の提案に耳を傾ける】

「俺は与えられた寿命をちゃんと全うしたいと思う。今まで世話になってきた人や生き物すべてに感謝して生きなければならない。」と周囲に対して感謝し、命に真摯に向き合うようになった。同時に、「そうやな。効果がでる前に、それを待てずにやめてしまったらいかんということは分かる。」と、看護師の提案に同意を示す態度が見られた。

場面 2

【フェーズ 2-6 身体より仕事を優先する】

「そうなんや。肝臓が助けを求めとるんか。そうはいっても、そんなわけにはいかん。」と、看護師の言葉に耳を傾けようとするものの、仕事を優先していた。

【フェーズ 2-7 傷ついた自尊感情と苦悩の表出】

自己を「今では会社をつぶす駄目息子と呼ばれている。自分のせいで家族がバラバラになった。」と、現実の自己が否定される経験を語り、自尊感情が阻害されたことを表出した。その後、「俺が入院したら信頼がなくなってみんな手を引く。したらもう何も残らん。終わりや。」と枕に顔をうずめて泣き、自己の身体と会社経営との板挟みになっている苦悩を表出した。また、これらの反応からは、A氏の『全（成功）か無（失敗）か』という極端な思考過程がうかがえた。A氏は人生は勝負という価値観を持ち、「野球の9回裏で延長戦にいくには同点にする必要があるけど、今の俺は同点にまだなっていない。だから、今は休むわけにはいかない。」と表現した。

【フェーズ 2-8 看護師を信頼し提案をそのまま受け入れる】

「そうなんか。（安静は）座っているだけではだめなのか。」など、看護師の指示をそのまま受け入れる姿勢が見られ、さらに「看護師さん、俺どうしたらいい?」と問うなど、看護師に対する信頼感が伺えた。

【フェーズ 2-9 新たな自己像と価値観の構築、積極的な自己決定】

「自分の身体がもう動かなくなったらあきらめる。でも、今はそうじゃない。」と、いきいきとした表情で語り、全か無かではなく看護師の譲歩に応じて仕事と療養を自らが調整しようとする発言が見られた。このように、新たな自己像と価値観が構築されるとともに、積極的な自己決定を行うようになった。

3. A氏の認識の変化

A氏は、行動変容の前は『病気は自分にとっての敵であり、治療は仕事することを阻害するもの』と捉えていた。また、『医療者は仕事することを邪魔する存在』と捉え、『医療者が自分のことを理解するはずがない』と思っており、『だから（医療者に）反発した』と語った。自己については、『自分は病気になるはずがない』という思いと、『自分は病気だから、仕事ができなくても仕方がない』という2つの思いが交錯し、また、病気だから仕方がないと思う自分に対しても怒りの感情を持っていた。行動変容の後には、『病気と仲良くしていこうと思う。そのために仕事をできるだけ調節していこうと思う』と語り、治療は『自分の生きる目的を達成するための手段』と捉えていた。A氏は医療者が自分のことを理解しようとしていることを感じ、『医療者は自分らしく生きることを共に考える存在』と捉えていた。自己については、『自分は病気なんだ』と納得し、『病気を受け入れて生活していこうと思う』と語った。

4. 看護師のかかわり

先に述べたA氏の反応の変化の直前に看護師が行ったかかわりを概念化したものを<>として記載する。

場面 1

【フェーズ 1-1 拒絶と防衛機制】

<原因を知るための意図的質問により関心を示す>

生活の状況や症状を尋ねるとともに、いたわりやねぎらいの言葉をかけ、A氏に対する関心を伝えていた。

【フェーズ 1-2 高い理想に自己を投影、自己卑下と自己憐憫】

<肯定と承認を繰り返しながら自尊感情を満たす>

<今後の見通しと身体のイメージ化の助言をする>

A氏の話否定せずに聴き、A氏の考えに同意したり褒めるなどして、肯定と承認を常に行っていた。また、「Aさんは、自分の身体を維持するだけの血液を自分で作れないんですね。血って大事やねえ。」と、自己の身体状態をイメージできるように誘導していた。

【フェーズ 1-3 自己客観視の糸口】

<体験の振り返りを促すことにより自己客観視を誘導する>

「自分はどんな病気だと思っている?」「いちばん辛かった時はいつ?」と問いかけ、A氏が自

己の経過や生活を振り返る機会を提供していた。それらを通して、自分が過酷な生活をした時にはやはり身体が辛かったことを思い出させ、生活を整えることが自分の身体的辛さを軽減させる手段であることを意識させた。

【フェーズ1-4 新しい承認欲求の芽生え】

＜対象の価値観を認め、この生き方でいいのかと問いかける＞

A氏がこれまでの自分をまっすぐに見つめることができたことを確認したうえで、「このままずっと輸血を続けるわけにもいかないよね。少しでも回数を減らすことはできないかな。このままではいい仕事ができないんじゃないかな。」と、A氏が価値を置くものを実現させるために何を指すべきかを提示した。

【フェーズ1-5 生命を全うしたいと思い看護師の提案に耳を傾ける】

＜新しい欲求を支援するための具体的な提案をする＞

ストレスを減らしたり、睡眠と食事を整えるなどの対策を、A氏が実行可能な範囲で提示した。

場面2

【フェーズ2-6 身体より仕事を優先する】

＜病気や身体状態の理解を促す＞

症状の振り返りをともに行い、「肝臓が助けて一ってサイン出しているよ。」と身体状態を説明した。

【フェーズ2-7 傷ついた自尊感情と苦悩の表出】

＜A氏の人生に対する承認と敬意を示す＞

仕事を優先しようとするA氏に対して、「そうか。（入院するのは）難しいか。そうやわねえ。それでこのこれまでのAさんの仕事なんやもんねえ。」と、A氏がこれまでの人生で大切にしてきたことを認め敬意を示した。

【フェーズ2-8 看護師を信頼し提案をそのまま受け入れる】

＜大切にするものをあきらめさせたくないという強い気持ちを伝える＞

＜医療者と患者が互いに譲歩しあう提案をする＞

＜A氏には力が残っていることを伝える＞

自暴自棄な発言をするA氏に対して、「Aさんはどっちもあきらめなくてもいい。両方OKにするには、お互いどこまで譲歩したらいいかを一緒に考えたい。いったんは肝機能が改善したわけだから、まだAさんはできる。」と、看護師自身のA氏が大切にするものをあきらめさせたくない

という強い気持ちを伝え、医療者と患者が互いに譲歩しあう提案をした。さらにA氏には力が残っていることを根拠をもって伝えた。

【フェーズ2-9 新たな自己像と価値観の構築、積極的な自己決定】

＜全か無かではなく、抱えている問題を延長戦に持っていく提案をする＞

＜A氏の状況と価値観に合わせた柔軟な提案をする＞

A氏の「まだ同点になっていないから延長戦にもっていけない。だから仕事を休むわけにはいかない」という発言を利用して、「9回裏でなんとか同点に持っていけば延長戦ができる。とりあえずそこまで持っていこう。入院していることを顧客に言う必要はない。少しでも肝機能の値が改善すれば外出して商談に行くこともできる。」など、A氏が価値を置くものを失わせないための方法を柔軟に考え、その可能性を提案した。

考 察

安酸ら⁷⁾は、患者教育に必要なProfessional Learning Climateとして、[心配を示す]、[尊重する]、[信じる]、[謙虚な態度である]、[リラックスできる空間を創造する]、[聴く姿勢を示す]、[個人的な気持ちを話す]、[共に歩む姿勢を見せる]、[熱意を示す]、[ユーモアとウィット]の要素を挙げている。本研究は、行動変容に関する理論を意識的に活用したものではない。しかし＜原因を知るための意図的質問により関心を示す＞は、安酸らの患者教育に必要なProfessional Learning Climateの要素の[心配を示す]に該当し、＜医療者と患者が互いに譲歩しあう提案をする＞は[共に歩む姿勢を見せる]、＜肯定と承認を繰り返しながら自尊感情を満たす＞と＜A氏の人生に対する承認と敬意を示す＞は[尊重する]、＜大切にするものをあきらめさせたくないという強い気持ちを伝える＞は[個人的な気持ちを話す]と[熱意を示す]に該当する。さらに、入院を必要とする肝機能障害という緊迫した状況にありながらも、看護師はA氏が興味を持っている野球に例え、「9回裏で同点まで持っていったら延長戦ができる。」と表現するなど、[ユーモアとウィット]も活用していた。このように、看護師はかかわりの全体を通して行動変容に必要とされる技法を活用していた。また、輸血中という時間に追われない環境下で、[リラックスできる空間を創造する]ことができたことも好条件であった。

村上ら¹¹⁾は、外来通院中の2型糖尿病患者において自己管理を促進する要因として、[糖尿病と向き合う]、[自己管理の実行を意識化する]、[取り組んだ効果を実感する]、医療者や同病者などと[支援環境を形成する]を挙げている。本症例の看護師は、これらの要因のうち、[糖尿病(病気)と向き合う]、[自己管理の実行を意識化する]、医療者との[支援環境を形成する]の3つの要因を提供した。本症例とは疾患は異なるが、両者は長期にわたって外来通院を余儀なくされる慢性疾患であるという共通点があることから、これらのかわりが本症例においても有効であったことが推察される。

次に、これらの看護師のかかわりの意図とA氏の内面の変化との関連について考察する。

場面1では、看護師は、かかわりの初期の段階では<原因を知るための意図的質問により関心を示す>ことを行っていた。これに対してA氏は、看護師と向き合うことを【拒絶】し、さらに【防衛機制】がみられた。A氏はこれまで『医療者は仕事をするを邪魔する存在』と捉え、『医療者が自分のことを理解するはずがない』と思い反発していた。このようなA氏に対して、看護師は常にA氏の価値観を尊重し、<肯定と承認を繰り返しながら自尊感情を満たす>ことを行った。これによって、A氏がこれまで抱いていた『医療者への反発心』が和らぎ、医療者の言葉に耳を傾けるようになったと考える。

その結果、A氏は自己の思いを徐々に吐露するようになり、これまで自分が抱えてきた【高い理想】と、それに向かって妥協せずに突き進み成功を重ねてきた自分に対する自信と誇りを話した。A氏は、身体状態が悪い状況下にあっても自分ができると思えば自己をコントロールできると思っており、その思いがA氏に無理な生活を強いていた。その一方で、【自己卑下や自己憐憫】の思いも持っていた。このように自己の状態を客観視できていないA氏に対して、看護師は<今後の見通しと身体イメージ化の助言>を行い、さらに<体験の振り返りを促すことにより自己客観視を誘導>した。これによってA氏は、この10年間の自己の状態や辛さを振り返り、さらに自分の病気についての捉え方を言葉にした。この過程がA氏にとって自己客観視の糸口となり、「ベッドでしっかりと眠った次の日に受診したときにはヘモグロビンの値が良かった」「最近ストレスがかかる仕事が多かった」などの自己の生活の振り返り

につながった。これを受けて看護師は、<A氏の価値観を認めたいうえで、この生き方でいいのかという問いかけと、そのための具体的な提案>をした。A氏は、これまで自分が思ってもいなかった提案に驚きつつも、「廃人ようになった自分が、前みたいに仕事ができるようになって、復活した姿をまわりに見せたい。」と語った。このようにA氏は、【自己客観視】により辛い現実を受け止め、現実とかけ離れた理想自己ではなく、現実の可能性を見出して立ち向かうという【新しい承認欲求が芽生え】ていた。

場面2では、看護師の言葉に耳を傾けようとするものの、【身体より仕事を優先】しようとしていた。1人で自営業を営むA氏にとって、入院するということは仕事上の信頼をなくし、その後の契約が取れず経済的に困窮するばかりか、これまで積み上げてきた人生における夢をすべて喪失することを意味していた。看護師は、A氏の置かれた状況を理解し、A氏のこれまでの人生に対する承認と敬意を示した。この言葉に反応して、A氏は一気に【傷ついた自尊感情と苦悩の表出】をした。『全(成功)か無(失敗)か』という極端な思考により『人生は勝負。今は休むわけにはいかない。』というA氏に対して看護師は、A氏が<大切にしているものをあきらめさせたくないという強い気持ち>を伝え、<医療者と患者が互いに譲歩する提案>を行った。A氏はこれまで『医療者は仕事をするを邪魔する存在』すなわち、『自分の大切にしているものを諦めさせる存在』と捉えていたが、これらの関わりを通して、医療者を『自分らしく生きることを共に考える存在』と捉えるようになった。これによりA氏は、『病気と仲良くしていく』という思いを持つようになった。このことがA氏の受療行動を変容させるきっかけのひとつとなったと考える。

またA氏は、『病気は自分にとっての敵であり、治療は仕事をするを阻害するもの』と捉えていたが、行動変容後は『治療は自分の生きる目的を達成するための手段』と捉えるようになっていた。これらのA氏の言葉は、A氏がこれまでの『自分は病気になるはずがない』という思いから抜け出し、『病気を持ちながら自分らしく生きる』という【新たな自己像と価値観を構築】したことを意味していると考えられる。A氏は若い頃から完璧主義で、特に仕事に対しては妥協せずに生きてきた。そんなA氏が自らの力でコントロールできない状況に陥った。しかし、A氏は高い理想を捨てきれ

ずに追いつけ、医療者を拒絶し、できない自分に理由をつける防衛機制を繰り返していた。それとは裏腹に現実の自己を卑下し、自分に対する怒りを持っていた。A氏は看護師の誘導によって自己を客観視し、自己の価値観や生きる目的を見詰めなおす機会を得たと考える。このことによりA氏は、これまで抱いてきた自己を卑下する気持ちから解放され、『病気を持ちながら自分らしく生きる』という【新たな自己像と価値観を構築】した。A氏の行動変容が一時的なものではなく、その後も継続できた理由は、この【新たな自己像と価値観を構築】できたことにありと考える。

このように、A氏が行動変容に至るまでの過程には、【自己客観視】、【新しい承認欲求の芽生え】、【生命を全うしたいという思い】、【傷ついた自尊感情と苦悩の表出】、【自分の人生にとっての医療者・病気・治療の意味の捉えの変化】、【新たな自己像と価値観の構築】があった。そして、この変化がみられた際の看護師のかかわりとして、＜肯定と承認を繰り返しながら自尊感情を満たす＞、＜今後の見通しと身体のイメージ化の助言をする＞、＜自己客観視を誘導する＞、＜この生き方でいいのかと問いかける＞、＜人生に対する承認と敬意を示す＞、＜大切にすることをあきらめさせたくないという気持ちを伝える＞、＜医療者と患者が互いに譲歩しあう提案をする＞、＜持てる力が残っていることを伝える＞、＜抱えている問題を延長戦に持っていく提案をする＞、＜相手の価値観と状況にあった柔軟な提案をする＞があった。それらを経て、A氏は「今はまだあきらめる時ではない。自分が今できることをやる。」という現実を見据えた行動を主体的に選択できるようになった。

本研究の対象は、看護師のどの言動から影響を受けたかについては言葉にしておらず、看護師のかかわりと患者の行動変容との直接的なつながりは明確にできなかった。また、対象が1事例であるため、同様の状態の再生不良性貧血患者や、他の慢性疾患により継続した治療が必要な患者に共通する結果であるかは不明である。

まとめ

慢性の経過をたどり、継続した輸血治療を必要とする再生不良性貧血患者が行動変容に至るまでの過程には、【自己客観視】、【新しい承認欲求の芽生え】、【生命を全うしたいという思い】、【傷ついた自尊感情と苦悩の表出】、【自分の人生にとっ

ての医療者・病気・治療の意味の捉えの変化】、【新たな自己像と価値観の構築】があった。

この変化の際の看護師のかかわりとして、＜肯定と承認を繰り返しながら自尊感情を満たす＞、＜今後の見通しと身体のイメージ化の助言をする＞、＜自己客観視を誘導する＞、＜この生き方でいいのかと問いかける＞、＜人生に対する承認と敬意を示す＞、＜大切にすることをあきらめさせたくないという気持ちを伝える＞、＜医療者と患者が互いに譲歩しあう提案をする＞、＜持てる力が残っていることを伝える＞、＜抱えている問題を延長戦に持っていく提案をする＞、＜相手の価値観と状況にあった柔軟な提案をする＞があった。

謝 辞

本報告にあたり、インタビューへの協力と情報の公開を快く承諾くださいました患者様に深謝するとともに、ご冥福をお祈りいたします。

引用文献

- 1) 寺村正尚：再生不良性貧血，直江知樹，小澤敬也，中尾眞二編集，血液疾患最新の治療2014－2016，南江堂，105－109，東京，2014
- 2) 中尾眞二：再生不良性貧血，赤芽球癆，日野原重明，井村裕夫監修，看護のための最新医学講座血液・造血器疾患（第2版），中山書店，116－123，東京，2006
- 3) 松岡紀子，坪内由理，木村ちはる，他：長期にわたり外来で輸血を必要とする血液疾患患者の思い，日本看護学会論文集成人看護II，44，31－34，2014
- 4) 吉田久美子，石田和子，瀬山留加，他：外来通院をしている血液疾患患者の自己効力感 血液腫瘍患者と非血液腫瘍患者の比較，The Kitakanto Medical Journal，57(1)，7－15，2007
- 5) Prochaska JO, DiClemente CC. : Stages and Processes of Self-Change of smoking : toward an integrative model of change, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390－395, 1983
- 6) 岡美智代，伊波早苗，滝口成美，他：行動変容を促す技法とその理論・概念的背景，看護研究，36(3)，39－49，2003
- 7) 安酸史子，大池美也子，東めぐみ，他：患者教育に必要な看護職者のProfessional Learning Climate，看護研究，36(3)，51－62，2003

- 8) 明堂文祐, 三浦万梨, 大和友子, 他: 多飲水傾向にある患者に行動変容プログラムを活用して, 日本看護学会論文集精神看護, 42, 125-128, 2012
- 9) 吉田龍太郎, 柴崎泰延, 蜜山加奈, 他: 水分管理困難な透析患者に対する行動変容プログラムによる介入, 大阪透析研究会会誌, 25(2), 165-168, 2007
- 10) 足達淑子, 山津幸司: 肥満に対するコンピュータを用いた健康行動変容プログラム 9ヵ月後の減量と生活習慣の変化, 肥満研究, 10(1), 31-36, 2004
- 11) 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子: 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 29-38, 2009

第9回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「病床機能分化と看護 ～しなやか看護でバトンタッチ～」

コーディネーター 野村 仁美（地域医療機能推進機構 金沢病院）

近年、高齢者の尊厳と自立生活を支える地域包括ケアシステムの構築が急がれている。しかし、その背景や必要性は理解していても、看護職に何が求められ、何を大切にすべきか、その実践については未だ手探り状態といえる。

この度のシンポジウムでは、高度急性期から在宅まで、それぞれの分野で専門性を発揮している看護の実践者、看護職と共に患者の命を支える医師、看護職を育てる基礎教育者の立場から、患者の暮らしを「つなぐ」看護について意見交換がなされた。今回のテーマにおいて、看護を形容している「しなやか」は柔軟で弾力性のあるさまを意味し、どんな力が加わろうと折れることのない強さをイメージさせる。シンポジストの方々のご発表を通して、日頃大切にされているマインド的な部分に触れることができた。

加藤美奈子氏（名古屋医療センター）からは、NPとして高度急性期医療に携わりつつ、単に「一部の医行為をする看護師」ではなく、「医行為の必要性を検討し、患者・家族の心理社会面に配慮した看護実践」を目指す自己の姿勢を踏まえてご発表をいただいた。

山本和恵氏（石川県済生会金沢病院）からは、急性期と生活期を結ぶ回復期リハビリテーション病棟の機能を通し、一人の人として患者に向き合

い、患者が自己決定できるようマネジメントする看護師の役割についてご発表をいただいた。

坂本幸恵氏（金沢市地域包括支援センターとびうめ）からは、地域で活動する看護職として、住民が何らかの支援が必要な状態になったとしても、その人の実践パターンに近い方法で支援する、それが看護の専門性であるとのことご発表をいただいた。

斉藤元泰氏（さいとう内科医院）からは、医師の立場と近親者の死を経験された家族の立場から、終末期医療の課題についてご発表をいただいた。治療選択が、医療者側の「独りよがり」なものになっていないか、日々の臨床実践について振り返る機会をいただいた。

西村民子氏（金沢医療センター附属金沢看護学校）からは、人と人との関係性の中で生きている人間の在り様について考える機会を看護学生に与え、「暮らし（生活）の場の理解」と「繋ぐ力」を育てるための独自のカリキュラムについてご発表をいただいた。

シンポジストの方々は、それぞれの分野で看護の醍醐味を経験されている実践者故に、ぶれない芯の下に暮らし目線で患者を捉えていた。看護のバトンをつなぐ上でキーワードとなるのは、「患者を生活者として描くための情報を共有したい」看護職の思いであると感じた。

急性期病院における入院時から考える 退院（転院）後生活へのバトンタッチ

加藤美奈子（国立病院機構名古屋医療センター 診療看護師）

私は2012年度からクリティカル領域の診療看護師として活動している。当院では2年間のローテーションの後、特定の診療科に所属となる。私は現在、脳神経外科のスタッフとして勤務している。超急性期である当院から、次の医療現場や地域に

看護をバトンタッチするために現場の看護師として大切にしていることを述べる。

「ERに脳梗塞（出血）の人が来院されている」と連絡があればERに向かい、バイタルサイン、採血、画像の評価及び本人やご家族、あるいは施

設の方から病歴を聴取する。その際、全体像のイメージ化を意識し、主訴、現病歴、既往歴等以外に、所属施設名、具体的なADL、認知レベル、介護申請状況、愛称（施設での呼び名）、担当ケアマネジャーの連絡先、解釈モデル（受診の本音）のカルテ記載を心がけている。来院時から退院時のイメージをするためでもある。緊急で血管内治療が必要な場合、患者さんと一緒に移動し、カテ室で治療中の全身管理を行う。発症からの治療経過が把握できるように記録を工夫している。手術が必要な場合、OP介助（OP助手）を行う。集中治療が必要であれば救命救急センターに行き、必要なルート確保や血液ガス評価、超音波検査や創処置等を行う。急な発症で戸惑う本人・ご家族は、医師からの一度の説明で病状を把握することは難しく、細かい質問に答えることで納得されることもある。

一般病床での治療が可能となれば、病棟において、採血、画像評価、ドレーン管理、呼吸器管理等を行う。看護師やPT/OTと一緒に日々の病態に応じたりハビリを行い、ご家族と一緒に本人を励ます。今日はちょっと具合が悪そうだが離床はどうするか？リハビリ前の血圧が普段より少し高いが？と、病態を考慮しながら、離床を進める。日々観察することで、昨日できなかったこの行動ができるようになった、等細かい評価をすることができる。逆に昨日までできていた、この行動が本日できないので、何かおかしいのではないかと評価することもある。生活環境を踏まえて、家庭復帰が可能かどうかを入院早期から検討し、早

めにMSW依頼する。例えば「1人暮らし」でも身内以上の支援が得られていたり、「家族と一緒に」でも支援が得られにくいこともある。治療方針や見通しを本人、ご家族やMSWに伝え、なるべくご家族の意向に沿った次施設に移れるよう支援している。自宅退院に不安を抱いている場合、担当ケアマネジャーやデイサービス担当者等を交えて退院前カンファレンスを実施し、不安を具体化したうえで解決策を検討する。

人工呼吸器装着中のため、筋力低下と人工呼吸器関連肺炎のリスク、心理的ストレスを抱えた患者さんに、1) 日内リズムをつくり、「できる」体験を増やす、2) 退院にむけて体力、気力を維持する、という目標で取り組んだ症例を経験した。PTと協働し、人工呼吸器装着中のまま立位、足踏みリハビリに取り組んだ。最終的には病棟看護師を巻き込み、連日の訓練を継続することができ、自力歩行が可能となったことで転院に向けて、筋力・気力をつなぐことができた。

急性期だからこそ入院時から退院像をイメージすること、タイムリーに本人、家族へ治療経過を具体的に説明することが、看護をつなぐこととなる。実践者として看護学生を含めた後輩達に、急性期ならではの看護の醍醐味ややりがいを伝承することが、我々の役割だと考える。

自分の存在価値に不安を抱くこともあるが、「一部の医行為をする看護師」ではなく、「医行為の必要性を検討し、心理社会面に配慮した看護実践をする人」を目指し、日々精進している。

回復期リハビリテーション看護に求められるもの

山本 和恵（石川県済生会金沢病院）

病床機能分化により、急性期はより重症で救急性の高い患者さんの治療・看護に特化し、在院日数も更に短縮されてきます。その社会の動向の中で、急性期と生活期を結ぶ回復期リハビリテーション（以下リハ）病棟の役割はますます重要になっています。当院の回復期リハ病棟の概要は、病床数45床、患者の診療科内訳は整形外科が60%、脳神経外科が40%で、整形外科は院内からの転入、脳神経外科は急性期病院からの入院となっています。また、回復期リハビリ病棟入院料1を算定し

ており、重症患者のADLの改善と早期からの退院支援が求められています。今回、当病棟の現状と取り組み、急性期・生活期との連携について報告します。

1. 回復期リハ病棟の現状と取り組み

①急性期の在院日数短縮により、病状が安定しない患者さんが入院してきます。また、入院中に再梗塞・再出血・心疾患・消化器疾患などで病状が悪化し、急性期病院への転院や院内他科への転棟する患者さんも増加しています。看護師にはフ

イジカルアセスメント力と急変時の対応力、リハビリを安全にうけられるよう体調管理することが求められます。入院外来一元体制のもと救急外来を定期的に担当し急変時に対応できる看護師を育成しています。また、朝のカンファレンスに介護福祉士・セラピストも参加して情報を共有し、患者さんの体調に合わせたケアとリハを実施しています。

②入院時から生活期での暮らしを見据えて一人ひとりの患者さんを多職種協働で支援しています。その中で、介護福祉士はケア介入時の患者さんの「しているADL」や入浴時など何気ない時に話す「患者さんの本音」や認知症患者さんの「行動パターン」など貴重な情報を持っていますが、他職種に情報として伝えきれていない状況でした。そこで、看護師と介護福祉士が協働し情報の共有と退院後のケアを考え提供することを目的に受け持ち制の導入に取り組んでいます。そして、退院支援チーム会を立ち上げ、入院前患者訪問や家屋訪問への同行も実施しています。家屋訪問では、退院後の患者さんの生活のイメージができ、退院指導につながると好評価でした。また、患者さんの社会的背景が複雑でスムーズに退院支援ができないケースも増えています。ソーシャルワーカーと情報を共有し患者さん・家族の価値観や気持ちを思いやり、一緒に考えています。

2. 急性期との連携

脳血管障害患者さんが急性期病院から転院する時、加賀脳卒中地域連携パスを情報提供のツールとして活用しています。しかし、患者さんが転院待機の間に体調やADLに変化がみられるケースがあり、急性期病院へ入院前患者訪問を試行しま

した。入院当日からの継続したケアの提供と患者さんと顔見知りとなり新しい入院環境への不安の軽減を目的としました。実際に訪問し、プライマリー看護師から直接情報をもらい生活歴、家族関係、ADL状況、ケアの把握ができたこと、プライマリー看護師の深い思いも受け取ることができました。回復期での回復された患者さんの状況をフィードバックすることで、急性期の看護師たちのモチベーション向上につながると思います。

3. 生活期との連携

退院時調整会議を実施しており、生活期のスタッフの方とは顔の見える連携を図っています。退院後当院に通院する患者さんの状況は把握でき継続看護につなげることはできますが、当院に通院せずサマリーの情報だけで退院する患者さんの場合、退院後の生活が心配なケースもあり生活期のスタッフと連携を図って情報を共有し継続看護につなげていくことが課題と考えます。

今回のテーマの～しなやか看護でバトンタッチ～の解釈をずっと考えていました。

急性期・回復期・生活期の垣根を外し、切れ間のない継続看護で一人ひとりの患者さん・家族を支援する事、バトンは継続看護であり、バトンの中には、急性期～生活期まで関わったすべての看護師の強く優しい思いが詰まっていると思います。シンポジウムを終えて、バトンをもらいバトンをわたす役割の回復期は要であり『地道にコツコツ』顔の見える連携を図っていきたいと思います。障がいをもっていても一人の生活者と捉え、尊厳を大切におもいやりを持って対応できる看護師でありたいと思います。

その人らしさのバトンタッチ

～病気や障害を持った方々がその人らしく地域で暮らすために～

坂本 幸恵（金沢市地域包括支援センターとびうめ保健師）

国は介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指しています。私たち看護職は、地域包括システムの中で、特に住まいと医療がしなやかにつな

がるように支援する存在であると考えています。

地域包括支援センター（以下包括）は、介護保険法にもとづき2006年に、地域包括ケア実現にむけた中核的な機関として創設されました。石川県内には48（平成27年10月1日現在）、金沢市内には19ヶ所の包括があり、地域の身近な総合相談窓

口として、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、日々の活動を行っています。金沢市地域包括支援センターとびうめは、金沢市から委託を受け、市内中心部の2つの小学校区を担当しています。

2006年度からの当包括での相談件数の推移をみると、2006年度には年間2000件程度、2014年度には4311件に増加しています。相談内容別に相談件数の推移を比較すると、医療連携に関する相談がめざましく増加しています。2006年度に全相談件数のうち医療連携に関する相談件数の占める割合は、6.5%でしたが、2014年度には、21.3%となっています。このことから、地域と医療をつなぐ支援のニーズが高まっていることがわかります。

多くの患者さんは、自分の力で住まいの拠点である地域での生活に戻っていくことができます。しかし、何らかの要因で、自分での対処が難しい方々もいます。その方々を対象に、私たちのつなげるための支援が必要になります。

包括で行っている、つなげるための支援について紹介します。まずは、退院時カンファレンスに参加し、支援のバトンタッチを行っています。しかし、それだけでは支援が困難な事例が近年増えています。このような場合、どのような支援を行うかという、地域の支援者を含めた多職種参加による地域ケア会議を開催しています。地域ケア会議とは包括が主催で、本人の生活を支えるということを軸に、オーダーメイドの支援ネットワークを構築していくことを目的に、協働で検討をおこなうものです。この会議の過程の中で、もっとも重視していることは、情報共有です。現在の医療情報だけではなく、生活過程、家族関係など立体的にその人を把握するための情報を大切に共有するようにつとめています。その中から、その人らしさの共通理解ができ、課題解決パターンや強みも知ることができ、正確なアセスメントにつながる

るのです。

このような地域ケア会議をかさねる中でみえてきた、地域で活動する看護職としての役割について、考えを述べていきます。

まず、自分の看護の基礎となっているものは何か、それは、ナイチンゲールです。その人の生命力を最小にするにはどうしたらいいだろう、その人の持てる力を最大限に発揮できるようにサポートしていくためには、どこにヒントがあるのかを考えながらその人と向き合っています。そのためには、その人らしさをどれだけ知ることができるかがカギだと認識しています。

次に、地域で活動する看護職の強みとして、感じている点は何か。それは、地域住民や地域の関係機関との関わり合いの中で日々の活動を行っているという特徴上、その人らしさを多方面から把握しやすいという点です。その人らしさを把握できれば、その人が持てる力を発揮しての本人主体の支援が可能となり、本人にとって、意欲的で持続性の高い支援に繋がり、結果としその人らしい生活の継続につながりやすいのです。

地域ケア会議を通してこの過程を繰り返す中で、これは看護の専門性そのものでないかと感じています。何らかの支援が必要な状態になったとしても、その人の実践パターンに近い方法で支援する、これが、生命力の消耗を最小にするように整える看護の専門性そのものであるからです。

今後、高齢社会で入退院を繰り返す人が多くなる中で、看護のプロとしてとらえた、その人らしさのバトンタッチが重要だと考えます。急性期・回復期それぞれにしか把握できないその人らしさも多く存在すると思います。その反面、在院日数の短縮で入院中のみに把握することが困難な現状もあると思います。だからこそ、地域・病院間でのその人らしさのバトンタッチが大切だと考えます。

なにを、どこまで？ ～暮らしをつながれた先に待っているものは？～

齊藤 元泰（さいとう内科医院院長）

この度は第8回看護実践学会学術集會にシンポジストとして参加する貴重な機会を与えていただきました。青木きみ代会長、また直接お声をかけ

ていただいた金沢医療センター看護副部長・酒井陽子様をはじめ関係の皆様には心より感謝申し上げます。

今回の“暮らしをつなぐ”というテーマは大変時宜を得たもので、また多くの看護師さんがあつまり熱心なディスカッションの様子に日頃知る機会のない看護師さんの一面を伺うことができ大変感銘を受けました。

さて、私が在宅医療の受け手として病院からご紹介いただくのは不本意ながら病気のためにいろいろな障害を抱えながら家に帰ることとなった方々です。そして看護師の皆さんに家での暮らしをつないでもらうのですが、つないでもらった果てに待っているものはただ一つです。そしてそれはしばしばそう遠い先の話しではありません。私のお話しした内容は、シンポジウムを企画した方の意図からはずれるかもしれませんが、その先に必ず待っているものをどうやって迎えてもらおうか言うものでした。

私は最近外来通院している患者さんに“何歳までシャバにいたら満足ですか？”ということをししばしば尋ねます。“100歳まで頑張りたい”という方もいれば60代でも“もういつでもいいわ”という方もいます。90歳を過ぎてだんだん歩けなくなってきて受診の度に“歩けなくなるのと、お迎えが来るのと、どっちが先かね”という人もいます。認知機能には全く問題ないのに体のあちこちがいうことを聞かなくなってきて、“あゝ、つくづく生きているのが嫌になった。早く死んでしまいたい”という人もいます。そんな方は見ていて大変お気の毒ですが、老化を止めることはできません。長生きはつくづく大変だなあと 생각합니다。

大病院から癌のターミナルの在宅医の依頼を受けることがしばしばあります。手術をしたり、抗がん剤の化学療法をしながら残念ながら病気が進行し、緩和ケア以外“打つ手がなくなった”方達です。今時は癌の病名告知はかなり一般的になっているようで、“私は何々癌”とはっきりおっしゃる方もいらっしゃいます。しかしそれが死に至る病であること、まさに今そのために“その時”を迎えようとしていることを理解しておられない

方がいらっしゃいます。残された貴重な時間をただただ効果のない治療にすぎりつき過ぎてしまうこともあります。病院ではどのように説明を受けたのでしょうか。病院のスタッフは患者さんがどのように自分の病気を受け止めているかどこまで理解しているのでしょうか。

フロアからご質問もいただきましたが、超高齢者がだんだん食事が取れなくなってそろそろ終末期かという時にどうするのかということに多くの医療従事者が悩み・迷っていることと思います。欧米の終末期医療を研究しておられる札幌中央労災病院の宮本賢治先生に昨年7月に金沢市医師会主催のシンポジウムでご講演頂いた時には、“諸外国においてはすでに受け入れる能力のない方に経管や点滴などで無理やり栄養を取らせるのは非倫理的で虐待だという考え方もある”とお話になりました。私自身この1、2年は点滴などは一切しないことが多くなりました。大変穏やかに、文字通り枯れるように仏様のような穏やかな顔で亡くなるかたも少なくない反面、“この人には少し水を入れてあげたほうがよかったかな”と思うことも全くないわけではありません。

暮らしをつながれた先に待っているものが目の前に迫ってきた時に患者さんにそれをどのように受け入れてもらうのか、いかに納得してもらうのか、どうすればより満足度の高い終末期を過ごしてもらうことができるのか、亡くなった後の家族は身内の死をどのように受け止めているのか、クリニック医師としても日々勉強をしながら試行錯誤を繰り返しています。しかし何と言っても患者さんの在宅生活が続けられるのは訪問看護師の皆さんのおかげです。特に私たちが看取りをするにあたっては、訪問看護抜きというのは考えることができず、看護師の皆さんはこの上なく頼もしく有り難い存在です。

という訳で最後になりますが、看護師の皆さんに深く感謝申し上げ、香を終えたいと思います。

“暮らし（生活）の場の理解”と“繋ぐ力”を育てたい

西村 民子（国立病院機構 金沢医療センター附属金沢看護学校）

当校は、金沢医療センター附属の看護師養成施設です。学生は、幅広い年代やあらゆる健康レベルの人々の生活を理解するためにさまざまな場所

で実習をさせていただいています。

「在宅看護論実習」での訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、「老

年看護学実習Ⅰ」での介護老人保健施設、高砂大学校同窓会、当校独自のカリキュラムである「政策医療看護論研修」での重症心身障害児（者）病棟、結核病棟、神経難病病棟といった“暮らし（生活）を繋ぐ場”や“暮らし（生活）の場”での実習をさせていただいています。基礎教育で、さまざまな生活の場における看護を、見たり聞いたり感じたりする体験は、これからの看護の土台となる力を育むうえでとても意義あることと感じています。さまざまな対象が生活している場に身を置き、共に過ごす時間の中で多様な価値観に触れて、広い視野とやわらかい心を育ててほしいと考えています。

その中で「暮らしをつなぐ看護の力」を根底で支えているのは関係性だと考え、学生が対象とかわるものの困難さとうれしさを体験している「政策医療看護論研修」と、地域という生活の場と人生という時間軸から対象の生活を実感している「老年看護学実習Ⅰ」高砂大学校同窓会での学びについてご紹介します。

当校は国立病院機構が国民の健康を守るために展開している医療の特徴を活かし『政策医療看護論』というカリキュラムを展開しています。その一環として、重症心身障害児（者）病棟での2日間の研修を実施しています。学生にとっては、戸惑いや衝撃を感じる中で、自らが関わることを促され、伝わる喜び、心が通いあう嬉しさを感じ、人とかわるものの意味を考える大切な機会となっています。

また、『老年看護学実習Ⅰ』では、金沢市の生涯学習施設である高砂大学校同窓会で、種々のサークル活動に参加させていただいています。学生にとっては、人と繋がる楽しさ、地道に繰り返される日常の力強さとありがたさ、地域の伝統文化を継いでいく大切さなど、関係性の中で生きる人間のあり様について考える貴重な機会となっています。ほとんどが成人式前の学生にとって、高齢者の語る過去の体験は想像を絶する時代の出

来事もあり、そんな時代を乗り越えた人たちがいたからこそ、今、自分たちが平和な時代を過ごしているのだと感謝の言葉を口にする学生もありました。

看護は、今を生きている人々を対象としますが、その方の生きてきた過程に思いを寄せることが対象を理解するために、対象を尊重するために必要なことだと学ぶことができました。そして、生活とは、今日の1日だけではなく、過去から現在、現在から未来への時間の流れとともにある、と意識できたことを、これから先の看護に活かしてほしいと思っています。

私たちの支援の対象であるその人が、どのような人でありたいのか、どのような生活を送りたいのか、看護者はそのことを常に心の真ん中において、その人の思いを大切に支援していくことが、暮らしを繋ぐことであり、看護を繋いでいくことなのだと思います。さまざまな暮らしの場で実習をさせていただきながら、学生の繋げる力を育てていただいていると思います。

看護も教育も基盤にあるのは関係性です。その人に、寄り添い、かわり、同じ目標に向かって一緒にいることを伝え続けていく、そういう地道なかわりが、学生の心、繋がる心を育てていると願っています。多くの方々とのかけがえのない出会いを大切に、生きる力、看護の力を感じとり、自分の中に豊かさを育て、しなやかな看護を創造していけるように私たちも一緒に学んでいきたいと思っています。

看護師は、自分が受け継いだものを次の世代に伝えていく、そうやって育ち、育てられ、育ちあいながら成長している専門職です。いろいろなところで看護の心が繋がっている、重なりあっていることで、しなやかさを増し、人々の生活を支える力が豊かに発揮されるのだと思います。

これからも共に同じ目標に向かっていく同士として、学生へのご支援をよろしくお願いいたします。

示説第1群の座長をつとめて

池田 真弓（国立病院機構 金沢医療センター附属金沢看護学校）

示説第1群は、“ケア実践、連携にあるもの”をテーマに全9題の発表があり、様々な地域にお

ける現場や対象の特性に応じた看護支援の成果についての発表で、多くの聴講者が集まりました。

重症心身障がい児（者）に対して骨折事故防止に向けてのチームを挙げての取り組みや一定時間足浴を行うことが困難な対象に対して少ない負担で効果的に行うための研究の発表では、言語的コミュニケーションが困難な対象に対して、いかに安全・安楽を保証し、画一的に統一された質のケアを提供するか、ヒントとなる発表でした。また、転倒予防センサーに関する調査研究では、設置された側となる患者の思いと行動や利用している側となる看護師の認識を分析し、安全かつ対象に負担の少ない使用に向けて考察しており、患者はセンサー使用そのものではなく看護師の行動に負担感を感じている背景が見えました。我々がツールをいかに使用するかについて更に研究を継続すること、結果が楽しみです。また、自宅退院に向けて患者を中心にチーム一丸で行った退院支援に関する演題では、他職種との連携や退院支援カンファレンスについての質疑応答がなされ、より良い支援に向けての関心の高さを感じました。外来での看護介入対象に向けての取り組みの結果は、

意識と業務を改善し、看護の質を上げられた報告であり、在宅医療連携システムの実態調査では活用率を上げるためのヒントも考察され興味深いものでした。経管栄養患者への排便コントロールに向けての検討、神経難病患者の食べたいという希望を支える食のケア、重症心身障がい児（者）への摂食機能療法の効果検討においては、人間の基本的欲求に対するケアに丁寧に取り組まれ、対象一人一人の持つ力を捉え、チーム一丸となって、対象の特性に応じ、質を保証した看護支援することで発揮される看護の持つ力を再認識しました。

どの研究発表も、日々の看護実践にある疑問や改善に向けたものであり、おそらく聴講の皆さんも自分たちの看護実践に還元できるヒントを得る場になったのではないのでしょうか。

私自身も、またそれと同時に看護に携わる仲間たちの力強さを感じ、嬉しく思いました。このような機会を与えていただきましたこと、感謝申し上げます。

示説第2群の座長をつとめて

谷崎 高枝（国立病院機構 金沢医療センター）

示説第2群8題の座長をつとめさせて頂きました。

以下に、研究発表の内容をまとめさせて頂きます。

第10席「集中治療室における勤務形態別の眠気感・不快感の実態調査」は、勤務前後の眠気・不快感は、2交代勤務の方が少ないという結果でした。

第11席「看護必要度評価の根拠が明確となる記録を目指した取組み」は、看護必要度の有事象に関しての記録内容の改善を目的に勉強会や演習を行い、看護の根拠が記載された記録の割合に変化が見られました。

第12席「入院基本料10対1地域中小病院で取り組むPNSの効果と今後の課題」は、SWOT分析を行い、電子カルテ導入を機に弱みを解決すべく強みを行かした戦略として、既存の看護方式にPNSを試み業務の効率の向上や教育的効果が明らかになりました。

第13席「化粧に対する意識と化粧行動について

の調査」は、化粧に関する意識の聞き取り調査において、対象者全員が、何らかの化粧を行い、かつ化粧の必要性を感じていました。

第14席「からだをみる力を育成する科目の構築（第2報）」は、学生が「形態的機能」や「生理的機能」の知識を看護にどのように活用するのかを、教員が明確にすることで学生が何を学ぶのが明確になりました。

第15席「精神科頓用薬使用に関する看護師の思い」は、精神科病棟看護師に比べ一般病棟看護師は、頓用薬についての知識が十分に備わっていないことから使用に不安が見られました。

第16席「精神科病棟に集団体操を取り入れ、その転倒予防効果を探る」は、精神科病棟の入院患者に集団体操を行った結果、バランス能力が向上し、転倒予防につながりました。

第17席「服薬心理教育プログラムでの看護師間の情報交換を再考して」は、実施後の振り返りを行う情報交換の手段の「やりとり用紙」は、患者の様子と理解度について情報共有ができています

がわかりました。

8 題の発表は、日々の業務や看護の中で感じる小さな疑問や問題を捉え、研究に取り組んだ結果、改善や効果を得る事でより質の高い看護に結びつ

ける事ができており興味深いものでした。

会場からの質問も活発であり有意義な時間を持つ事が出来ました。このような機会を与えて下さったことに感謝いたします。

口演第 1 群の座長をつとめて

安田 忍（国立病院機構 医王病院）

共同研究及び第 1 群の座長を担当いたしました。共同研究「一般病院における院内デイケア開催とその効果」：院内デイケアは認知症ケアに効果的と言われ、県内でも広がりつつあります。しかし、実際導入となると様々な課題が予想できます。発表データによって、デイケアの効果は確かなものであることがわかりました。このデータを基盤に他職種との連携を図りながら、院内デイケア活動が定着することを期待しております。

口演第 1 群は退院及び在宅支援に関するもの 4 題でした。第 1 席「退院に対する家族の思いの変化」：高齢者の療養の場の選択に介入した症例発表でした。質問にありましたが、絶えず揺らぐ患者や家族の思いを誰がどう受け取るか。得た情報をチーム全員が共有し適切な支援ができるかが課題でした。第 2 席「高齢者二人暮らしの外来化学療法治療を支えるための看護実践」：外来という限られた場と時間の中で、患者のコンプライアンスを効果的に支援できた症例発表でした。化学療法担当看護師の業務方法やチームとの関係、面接回数や面接時間など具体的情報があるとより参考

になったと感じました。第 3 席「高次脳機能障害を持つ完全片麻痺患者の在宅支援」：高次機能障害は様々な障害が絡み合って対応が難しいと伺っております。症例は障害にあった対策を検討し日常生活行動獲得に至った発表でした。根気強く看護の工夫を重ねた成果ですし、何よりも、その支援の過程を見ていた家族にとって、今後の療養生活への安堵と勇気になったのではないのでしょうか。第 4 席「白内障手術患者の退院指導に携わる看護師の実態調査」：患者教育に関わる看護師のリフレクションに繋がる発表でした。患者の個性と共に看護師の経験知を統合した指導ができるためには、実践した看護の意味づけが効果的と言われています。この繰り返しが看護実践力向上に繋がるのではないのでしょうか。

急性期から在宅へと繋がる患者支援の中で共通した問題であり、それぞれの取り組みは興味深く、このような機会を得たことに感謝申し上げます。また、発表者およびフロアーの皆様の協力をいただき有意義な時間となったことも、この場を借りて御礼申し上げます。

口演第 2 群の座長をつとめて

井上 淳子（国立病院機構 七尾病院）

口演第 2 群 症状マネジメントに関する 4 題の座長をつとめさせていただきました。

第 5 席「慢性浮腫国際疫学調査（金沢スタディ）第 1 報：慢性浮腫の有病率および浮腫管理の主観的評価」は、国際リンパ浮腫フレームワーク会員国の成人を対象とした国際共同研究の日本実施分として、金沢市の 2 施設で行われた調査結果の発表でした。今まで明確な報告のなかった慢性浮腫

の有病率や、患者の身体情報や浮腫情報が明らかにされており、今後の慢性浮腫患者への看護ケアや治療環境の検討が進められることが期待されます。

第 6 席「慢性浮腫国際疫学調査（金沢スタディ）第 2 報：慢性浮腫が日常生活と QOL に及ぼす影響」は、第 5 席と同じ国際共同研究として、金沢市内の 3 施設で行われた調査結果の発表でした。障害

評価（WHODAS2.0）、QOLアセスメント、創傷アセスメントなどのモジュール式ツールと、質問紙のコアツールを用いた調査で得られた多くのデータを分類し、慢性浮腫の機能的影響についてまとめられていました。浮腫の発症原因や発症歴・部位、日常生活障害の程度など様々であり、慢性浮腫患者には基礎疾患の治療だけでなく浮腫管理が可能なケアシステムの必要性が示されました。

第7席「下肢リンパ浮腫に対する包帯材料の基礎的検討」は、リンパ浮腫の治療法の中で浮腫軽減効果が最も高い多層包帯法を、より簡便にできる方法を健康成人で検討した発表でした。従来の多層包帯法は技術の習熟が難しく患者に普及しづらい背景があり、今回の研究で検討した方法が実際のリンパ浮腫患者に適用できるか、今後の研究

報告に期待したいと思います。

第8席「足趾伸展機能つき弾圧ソックスによる下肢の血流の変化について」は、健康な医療職者を対象に、異なる体位と弾性ストッキング使用の有無等の条件のもとで超音波診断装置による血流変化を調査した発表でした。本研究で使用されたストッキングは現在開発中の物ということであり、今後開発が進み実用化されることで、より効果的な肺血栓塞栓症や深部静脈血栓症の予防につながる事が期待されます。

会場からいくつか質問もいただき、参加者の方々の関心の高さを実感いたしました。このたび座長という貴重な機会を与えてくださいました関係者の皆様、ともに会場を盛り上げていただいた参加者の皆様に深く感謝いたします。

口演第3群の座長をつとめて

中西 容子（金沢市立病院）

口演発表第3群、臨床看護に関する6題の座長を務めさせていただきました。

第9席「東海北陸地方における死産のグリーフケア」は、死産におけるグリーフケアの実施状況を把握し、課題を明確にすることを目的とした研究でした。グリーフケアを経験することそのものが少ない中で、今回得られたデータは大変貴重であると考え、引き続きデータを重ね実践に活かしていただきたいと思います。

第10席「頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護の様相」は、頭頸部外科病棟に勤務する糖尿病看護の経験に乏しい看護師たちの、がん治療を受ける糖尿病患者に対する看護の様相が質的に分析され鮮やかに描かれていました。

第11席「術前訪問を受けた呼吸器疾患患者の思いの実態調査」は、患者の思いに沿った術前訪問を目指して、まずは呼吸器疾患で手術を受ける患者を対象に、行った術前訪問に対する質的分析によりその実態を明らかにした研究でした。今後は、呼吸器疾患以外の患者の術前訪問においても、その思いの特徴を明らかにすることでより患者に寄り添った看護実践につながると考えます。

第12席「当院における口腔アセスメントシート導入への取り組み（第2報）」は、第1報でシー

トの有効性を見出すことが出来た一方で、スタッフへの普及が課題であるとの結果を受けてさらに研究を継続して取り組まれました。緻密な考察は必要かと思いますが、ケアの普及に向けて実践の中でさらに進めていただきたいと思います。

第13席「セルフマネジメント力が向上するための関わり」は、血糖コントロールが不良で、インスリン治療の中断や生活習慣の改善がうまくいかなかった、外来での関わりを振り返った1事例の報告でした。困難なケースだからこそ、丁寧な振り返りと事例の積み重ねが外来での継続看護に活かされていくと思います。

第14席「夜勤専従看護師の健康・生活・安全への意識調査」は、報告されている夜勤・交代制勤務の負担による健康被害へのリスクの低減と安全な環境構築を目的に、実際に夜勤専従を経験した看護師の意識を調査した報告でした。多くの施設で多様な勤務形態が検討されており、現場の声を反映した安全な職場環境作りへの重要な提言になると考えます。

6題の発表全てが臨床現場での疑問や悩み、何とかしたい思いから取り組まれた演題でした。多くの皆様からの活発な質疑応答・意見交換の時間となりましたことに深く感謝いたします。

学会記事

1. 第9回看護実践学会学術集会並びに総会記事

学術集会事務局

金沢医療センター

学術集会長挨拶

学術集会 メインテーマ「暮らしをつなぐ看護の力」

日 時 平成27年9月12日（土） 9：15－17：00

場 所 石川県地場産業振興センター本館

会長講演 テーマ 「暮らしをつなぐ看護の力」

青木きみ代（国立病院機構金沢医療センター看護部長）

座 長 井田 春子（公立つるぎ病院看護部長）

特別講演 テーマ 「求められる看護の力～暮らしと自然の回復過程を整える～」

講師 川嶋みどり（日本赤十字看護大学名誉教授）

座 長 青木きみ代（国立病院機構金沢医療センター看護部長）

シンポジウム テーマ 「臨床機能分化と看護～しなやか看護でバトンタッチ～」

コーディネーター 野村 仁美（地域医療機能推進機構金沢病院看護部長）

シンポジスト 加藤美奈子（国立病院機構名古屋医療センター看護師長（NP））

山本 和恵（石川県済生会金沢病院看護師長）

坂本 幸恵（金沢市地域包括支援センターとびうめ保健師）

斉藤 元泰（さいとう内科医院院長）

西村 民子（国立病院機構金沢医療センター附属金沢看護学校
教育主事）

一般演題発表数 31題（口演14題、示説17題）

座 長 安田 忍（国立病院機構医王病院）

井上 淳子（国立病院機構七尾病院）

中西 容子（金沢市立病院）

池田 真弓（国立病院機構金沢医療センター附属金沢看護学校）

谷崎 高枝（国立病院機構金沢医療センター）

講 評 大桑麻由美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

石川 倫子（石川県立看護大学）

共同研究発表数 1 題

座 長 安田 忍（国立病院機構医王病院）

看護交流集会 テーマ 「石川県における看護職員の離職・再就業の循環を支援する方策
～転職パターン別にみたサポート体制を考える～」

川島和代、丸岡直子、石垣和子、田村幸恵（石川県立看護大学）

ランチョンセミナー1 テーマ 「糖尿病の薬物療法Up To Date」

講 師 長岡 匡（国立病院機構金沢医療センター
内分泌・代謝内科部長）

座 長 池田富三香（国立病院機構石川病院看護部長）

ランチョンセミナー2 テーマ 「利尿薬に関する最近の話題」

講 師 清水 美保（金沢大学附属病院腎臓内科助教）

座 長 北川 清樹（国立病院機構金沢医療センター腎臓内科医長）

出 席 数 459名（会員277名、非会員130名、学生52名）

総 会

日 時 平成27年 9 月12日（土） 12：10－12：40

場 所 石川県地場産業振興センター本館

理事長挨拶

議 長 青木きみ代

報告事項

1）平成26年度理事会・編集委員会・事務局会議報告

理事会報告

理事会 4 回開催（平成26年 4 月25日、7 月11日、11月21日、平成27年 2 月13日）

編集委員会報告

(1) 委員会の開催 平成26年 6 月10日、平成26年12月 4 日：掲載論文の決定

(2) 学会誌の発行

看護実践学会誌 第27巻 1 号、第27巻 2 号

(3) 投稿論文の状況

第27巻 1 号－掲載論文 7 編（原著 1 編、研究報告 4 編、実践報告 2 編）、学会記事

第27巻 2 号－掲載論文 5 編（原著 1 編、研究報告 4 編）、会長講演 1 編、特別講演 1 編、

学術集会のまとめ、学会記事

事務局会議

事務局会議 4 回開催（平成26年 4 月14日、7 月 8 日、11月12日、平成27年 2 月 3 日）

2）平成26年度事業報告

事業

(1) 第 8 回学術集会並びに総会（平成26年 9 月13日）

出席数 418名

(2) “「わが病院看護自慢」病棟と外来の一元化～石川県済生会金沢病院～” の開催

（平成26年 8 月 8 日）

参加人数 21名

(3) “実践に役立つ研修会「高齢者のせん妄と認知症について知る」” の開催

（平成26年 6 月21日）

参加人数 20名

(4) “魅力的な学会プレゼンテーション～ポスター＆スライド作成のコツと作法～” の開催

（平成26年 6 月 1 日）

参加人数 44名

(5) “査読研修会～査読のできる院内研究指導者を目指して～” の開催

（平成26年10月 25日）

参加人数 39名

(6) テーマ別共同研究チームの継続

(7) 会員募集・登録・名簿管理

平成26年度会員数 672名（平成27年 1 月28日現在）

（継続者495名、新規入会者177名）

平成25年度退会者 190名

(8) 平成26年度会計収支決算報告および会計監査報告

別紙のように報告され、承認された。

会計幹事 山田千佳子（国立病院機構金沢医療センター附属金沢看護学校）

鈴見 由紀（金沢大学附属病院）

提案事項

1）平成27年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。

2）平成27年度計画案が承認された。

(1) 第 9 回看護実践学会学術集会の開催（平成27年 9 月12日）

(2) テーマ別共同研究チームの活動の一般公募状況の報告・平成27年度は応募なし

- (3) “「わが病院看護自慢」企画（「ナースが語るきらっと輝く看護～笑って死ねる病院の実践から）」の開催（平成27年8月5日）
 - (4) 実践に役立つ研修会「院内研修・教育の企画者トークの場」の開催（平成27年9月19日）
 - (5) “事例のまとめ方 実践編～ノウハウを学ぶ”の開催（平成27年6月20日）
 - (6) “研究倫理について～看護研究に倫理が必要なわけ”の開催（平成27年7月4日）
 - (7) “事例研究の進め方 研究編～看護の醍醐味再発見”の開催（平成27年10月24日）
 - (8) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼
 - (9) 看護実践学会誌発行（第28巻1号、第28巻2号）
 - (10) 理事会の開催：年4回予定（4月、7月、11月、2月あるいは3月頃に予定）
 - (11) 編集委員会の開催
 - (12) 事務局会議の開催
- 3）平成27年度看護実践学会予算案が別紙原案通り承認された。
- 4）第10回看護実践学会学術集会の開催予定日と学術集会長
- | | |
|--------|-----------------|
| 日 時 | 平成28年9月4日（日） |
| 開催予定場所 | 金沢医科大学病院 医学教育棟 |
| 学術集会長 | 才田 悦子（金沢医科大学病院） |

2. 看護実践学会会計報告

看護実践学会 平成26年度会計決算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 事業活動収入	3,060,000	3,632,000	572,000	
1. 年会費	3,000,000	3,605,000	605,000	721名 (5,000円/1人) 平成27年度会費27名含む
2. 研修会	60,000	27,000	-33,000	
① 看護実践力向上研修会	30,000	27,000	-3,000	非会員9名 (3,000円/1人)
② 看護研究力向上研修会	30,000	0	-30,000	
II. 寄付金	1,000,000	274,000	-726,000	広告掲載5件・寄付1件
1. 広告掲載料		174,000	174,000	
2. その他		100,000	100,000	学術集会
III. 雑収入	8,800	8,593	-207	
1. 医学中央雑誌刊行	5,000	7,776	2,776	
2. 銀行利息	800	817	17	
3. 学会誌販売	3,000	0	-3,000	
IV. 貸付返却	1,000,000	1,000,000	0	学術集会から
V. 繰越金	5,093,585	5,093,585	0	
収入合計	10,162,385	10,008,178	-154,207	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 事業活動費	3,840,000	1,840,710	-1,999,290	
1. 学会誌	3,030,000	1,502,121	1,527,879	
① 編集委員会	30,000	19,713	-10,287	軽食費・交通費・文具等
② 発行	3,000,000	1,482,408	-1,517,592	会誌印刷・梱包発送・英文校正費
2. 学術集会開催	300,000	48,006	-251,994	会長講演等テーブル起こし
3. 研修会開催	180,000	165,489	-114,511	
① わが病院看護自慢	70,000	70,000	0	
② 看護実践力向上研修会	90,000	92,409	2,409	実践スキルアップ研修会×3回 (謝金・交通費・飲料費)
③ 看護研究力向上研修会	0	0	0	
④ その他	20,000	3,080	-16,920	JADEN看護研修会認定申請費
4. 共同研究助成	150,000	30,000	-120,000	
5. 広報	180,000	95,094	-84,906	ホームページ管理料・メンテナンス費
II. 管理費	1,045,000	742,680	-302,320	
1. 人件費	400,000	224,500	-175,500	名簿管理・会誌
2. 会議費	185,000	148,142	-36,858	
① 理事会	160,000	141,454	-18,546	交通費・軽食費
② 事務局会議	25,000	6,688	-18,312	学術集会弁当代
3. 郵送・通信費	200,000	215,746	15,746	年会費・事業・総会関係書類発送等
4. 印刷費	200,000	74,412	-125,588	封筒・振込用紙印刷費・手数料
5. 消耗品	60,000	79,880	19,880	消耗品 (文具・インクカートリッジ等)
III. 貸付	1,000,000	1,001,512	1,512	第8回学術集会へ (振込手数料含む)
IV. 繰越金	4,277,385	6,423,276	2,145,891	
支出合計	10,162,385	10,008,178	-154,207	

平成26年度決算報告

収入合計 10,008,178円 支出合計 3,584,902円 差引残高 6,423,276円

平成26年度決算報告、会計の執行において、証拠書類、帳簿を書類とし、平成27年7月10日に監査を行った。
正確かつ適正に処理されていることを認める。

会計監査

山田 千佳 監
鈴見 由紀 監

看護実践学会 平成27年度会計予算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 事 業 活 動 収 入	3,560,000	
1. 年 会 費 (正 会 員)	3,500,000	700名 (5,000円/1人)
2. 研 修 会	60,000	
① 看護実践力向上研修会	30,000	非会員10名 (3,000円/1人)
② 看護研究力向上研修会	30,000	非会員10名 (3,000円/1人)
II. 寄 付 金	200,000	広告掲載・寄付
1. 広 告 掲 載 料	100,000	
2. そ の 他	0	学術集会
III. 雑 収 入	7,800	
1. 医 学 中 央 雑 誌 刊 行	7,000	
2. 銀 行 利 息	800	
IV. 貸 付 返 却	1,000,000	学術集会から
V. 前 期 繰 越 金	6,423,276	
収 入 合 計	11,191,076	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 事 業 活 動 費	2,970,000	
1. 学 会 誌	2,030,000	
① 編 集 委 員 会	30,000	2回
② 発 行	2,000,000	年2回発行
2. 学 術 集 会 開 催	300,000	
3. 研 修 会 開 催	310,000	
① わが病院看護自慢	70,000	1件
② 看護実践力向上研修会	130,000	研修会4件(講師謝金30,000円/1人・コーディネーター謝金10,000円/1人交通費・飲料費)
③ 看護研究力向上研修会	100,000	
④ そ の 他	10,000	JADEN看護研修会認定申請費
4. 共 同 研 究 助 成	150,000	5件 (30,000円/1件)
5. 広 報	180,000	ホームページ管理費
II. 管 理 費	980,000	
1. 人 件 費	300,000	事務局人員減のため編集関係等アルバイト代
2. 会 議 費	185,000	
① 理 事 会	180,000	
② 事 務 局 会 議	25,000	
3. 郵 送 ・ 通 信 費	250,000	
4. 印 刷 費	150,000	
5. そ の 他	75,000	消耗品等
III. 貸 付	1,000,000	第9回学術集会へ
IV. 予 備 費	6,261,076	
支 出 合 計	11,191,076	

3. 看護実践学会会則

(名 称)

第一条 本会は看護実践学会（Society of Nursing Practice）と称する。

(事 務 局)

第二条 本会の事務局は、金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域（金沢市小立野 5-11-80）におく。

(目 的)

第三条 本会は、看護の実践ならびに教育に関する諸問題について研究し、その発展に寄与することを目的とする。

(会 員)

第四条 1. 本会の目的に賛同し、入会手続きをした者を会員とする。
2. 会長等、本会に貢献した会員で、理事会の承認ある者を名誉会員とする。
3. 本会に入会した者は、所定の年会費を当該年度内に納入しなければならない。

(事 業)

第五条 本会の目的に賛同するために次の事業を行う。
1. 看護に関する学術集会の開催
2. 看護の実践ならびに教育に関する情報交換
3. 学会誌の発行
4. その他、本会の目的達成のために必要な事業

(役 員)

第六条 本会に次の役員をおく。
1. 理事長 1 名
2. 理事 20名程度
3. 監事 2 名
4. 幹事 若干名

(役員の職務)

第七条 役員は次の職務を行う。
1. 理事長は本会を代表し、会務を統括する。
2. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
3. 監事は本会の会計および資産を監査し、その結果を総会において報告する。
4. 幹事は幹事会を組織し、理事を補佐し本会の業務を処理する。

(役員の選出および任期)

第八条 役員の選出は次のとおりとする。
1. 理事及び監事は、役員会で選出した施設の長とする。
2. 理事長は理事会の互選により選出する。
3. 幹事は理事長が推薦する。
4. 役員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。
5. 役員は、総会で承認を得る。

(会 議)

- 第九条
1. 本会に理事会、総会、幹事会、事務局会議の会議を置く。
 2. 理事会は理事長が招集し、その議長となる。理事会は毎年4回以上開催する。
 3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。
 4. 総会は委任状を含め会員の10分の1以上の出席がなければ開催することはできない。
 5. 総会に出席できない会員は委任状をもって総会の出席とみなし、総会の議決権を行使したとする。
 6. 総会の議長は学術集会会長があたる。
 7. 理事会、総会の議決は出席者の過半数の賛同によって決定し、可否同数のときは議長の決するところによる。
 8. 役員会は、理事長、理事、監事、幹事で構成され、理事推薦等を行う。
 9. 幹事会、事務局会議は理事長あるいは幹事が随時召集する。

(委 員 会)

- 第十条
1. 本会には編集委員会を置き、学会誌発行のための投稿論文の査読等の業務を行う。
 2. その他必要に応じて特別委員会等を設けることができる。
 3. 各委員会の委員長および委員は理事長が委嘱する。

(学術集会)

- 第十一条 本会は学術集会を年1回学術集会会長が主催して開催する。

(学 会 誌)

- 第十二条 本会は年1回以上学会誌を発行する。

(研 修 会)

- 第十三条 本会は必要に応じ研修会を開催する。

(会 計)

- 第十四条
1. 本会の経費は、会費その他の収入をもってあてる。会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日でおわる。
 2. 本会の会費は年額5,000円とする。

(会則の変更)

- 第十五条 会則の変更は、理事会、総会の承認を経なければならない。

(附 則)

1. この会則は、平成19年4月1日から施行する。
2. 本会は、石川看護研究会を学会に昇格し、看護実践学会と称する。

4. 看護実践学会誌投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は会員に限る。共著者もすべて会員であること。ただし、看護実践学会から依頼した原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類

- 1) 原稿の種類は、原著、総説、研究報告、実践報告、その他であり、著者は原稿にそのいずれかを明記しなければならない。

原 著：研究そのものが独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。

総 説：看護学に関わる特定のテーマについて多面的に国内外の知見を集め、また当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察したもの。

研究報告：内容的に原著までに至らないが、研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告：事例報告、看護活動に関する報告、調査報告など。

そ の 他：上記以外において編集委員会が適当と認めたもの。

- 2) 投稿原稿の内容は、他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮し、その旨を本文中に明記する。投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されていることが望ましく、研究倫理審査承認番号を本文中に明記する。

4. 投稿手続き

- 1) 投稿時、投稿原稿は3部：オリジナル原稿1部とオリジナル原稿のコピー2部（査読用なので著者が特定できる部分、謝辞などを削除したもの）と原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を添えて送付する。
- 2) 査読完了時、この時点での最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を送付する。
- 3) 掲載決定時（編集委員会を経て決定）、編集委員会からのコメント等を反映し、必要な修正を終えた最終原稿を印刷したもの1部と最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）および誓約書ならびに同意書を添えて送付する。
- 4) 原稿は封筒の表に「看護実践学会誌原稿」と朱書し、下記に書留郵送する。宅配便も可。

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医薬保健研究域保健学系内

看護実践学会編集委員会 委員長 大桑麻由美 宛

5. 原稿の受付及び採否

- 1) 上記4-1)の手続きを経た原稿の、事務局への到着日を受付日とする。
- 2) 原稿の採否は編集委員会が決定する。編集委員会の判定により、原稿の修正及び、原稿の種類の変更を著者に求めることがある。
- 3) 受付日から2週間以内に編集委員会で構成する査読責任者により査読者2名を指名する。査読者は指名より3週間以内に論文を審査する。2名査読者からの審査結果および査読責任者の審査結果が揃い次第、結果を返送する。論文の再提出を求められた原稿は返送日（看護実践学会から発送した日）から2ヶ月以内に再投稿すること。2ヶ月以上を経過して再投稿された場合は、新規受付として取り扱われる。査読は原則2回とする。
- 4) 原稿の投稿後、査読結果の連絡は、E-mailで行う。連絡可能なE-mailのアドレスを投稿原稿表紙に記載する。

6. 英文のネイティブ・チェック

- 1) 英文投稿のみならず、英文要旨、英文タイトルは投稿前にnative speaker（英語を母国語とする人）による英文校正を受けたものを投稿する。
- 2) 編集委員会からnative speakerによる英文校正を求めることがある。

7. 著者校正

著者校正を1回行う。ただし、校正の際の加筆は原則として認めない。

8. 原稿の枚数と記載について

投稿原稿の1編は下記の文字にとどめる（図及び表を含める）ことを原則とする。その掲載料は無料とする。なお、原稿の種類を問わず要旨は下記制限には含めない。

原 著	1 編	邦文	約19,000字	総 説	1 編	邦文	約16,000字
		英文	約6,000語			英文	約5,000語
研究報告	1 編	邦文	約16,000字	実践報告	1 編	邦文	約13,000字
		英文	約5,000語			英文	約4,500語
そ の 他	1 編	邦文	約13,000字				
		英文	約4,500語				

図表は仕上がり片段3分の1の大きさを約400字に相当

9. 利益相反

利益相反の有無については、文末に明記する。

10. 著者負担費用

- 1) 規定の文字数を越えた原稿には超過毎に超過料金を別途請求する。
- 2) 図・表はそのまま印刷できるものに限り無料とするが、製図を要する場合は実費請求する。
- 3) 写真のカラー印刷を希望する場合は実費請求する。
- 4) 掲載原稿については、印刷ファイル(pdf)の形で無料配布する。刷紙媒体に必要な著者は、別刷希望部数を有料とする。

11. 著作権

著作権は、本学会に帰属する。最終原稿提出時、編集委員会より提示される著作権譲渡同意書に署名し、同封すること。また掲載論文を投稿者の所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、理事長の許可が必要である。

12. 原稿執筆の要領

- 1) 所定の投稿原稿表紙（ホームページまたは学会誌最終頁に綴じこまれている）に、希望する原稿の種類、表題、英文表題、5個以内のキーワード（英語とも）、著者名（英語とも）、所属（英語とも）、図、表および写真の文字数、別刷希望部数（有料）、編集委員会への連絡事項および連絡先の住所、氏名、電話番号などを付記する。（URL <http://www.kango-ji.com/>）
- 2) 英文投稿のみならず、英文タイトル、英文要旨は投稿前にnative speakerによる英文校正を受けたものを投稿する。
- 3) 全ての原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表・図の順に整える。図表は本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。
- 4) 原著希望の場合は、英文・和文ともに400字程度の日本語要旨と250語程度の英文要旨をつける。
- 5) 原稿はA4判横書き上質紙を用いて和文の場合は、35字×28行に書式設定をする。英文の場合は、上下左右の余白を2cmとし、ダブルスペースで印字する。なお、和文の場合、読点は「、」、句点は「。」（全角句点）とする。
- 6) 論文の項目の区分は原則として下記の例に従う。
大項目 無記号で上を一行開け、行の第2文字目に記す。はじめに、対象、方法、結果、考察、まとめ、文献などが相当する。英語で投稿の場合は、Introduction、Subjects、Methods、Results、Discussion、Conclusion、Referencesなどである。
小項目 1.、2. として上下を空けずに行の第2文字目に記す。続いて1)、2) として行の第2文字目に記す。以下、(1)、①のレベルで記載する。
- 7) 図、表及び写真はA4判用紙に1点ずつ配置する。図のタイトルは最下段左端に、表のタイトルは最上段左端に、図1、表1、写1等の通し番号とそのあとに全角スペース分あけてからタイトル名をつける。
 - ① 表はそれ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめ、本文中に表のすべての内容について論じる場合は、その表は不要である。
 - ② 表の罫線は必要な横罫線のみにとどめ、縦罫線は原則使用しない。縦罫線の代わりにスペースを設ける。
 - ③ 図表の説明文の記入位置は下部とする。

表1. 若年群と高齢群の誤差率

難度	若年群			高齢群		
	n	平均(標準偏差)	信頼区間	n	平均(標準偏差)	信頼区間
低い	12	.05 (.08)	[.02, .13]	18	.14 (.15)	[.08, .24]
中程度	15	.05 (.08)	[.02, .12]	14	.26 (.21)	[.15, .28]
高い	16	.11 (.08)	[.07, .18]	12	.17 (.15)	[.08, .37]

8) 文献記載の方法

文献は引用順に配列し、本文の末尾に一括記載する。本文中の文献引用箇所には著者名や引用文などの右肩に1)、1)2)、1)3)6)、1-3)のように記す。参考文献は記載しない。

著者が3名以上の場合は始めの3名までを書き、あとは「他」または「et al.」を付け加える。

雑誌名は原則として省略しない。

① 雑誌の場合……著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、ページ、西暦年

例1) 勝田仁美, 片田範子, 蝦名美智子, 他：検査・処置を受ける幼児・学童の覚悟と覚悟に至る要因の検討, 日本看護科学学会誌, 21, 12-25, 2001

2) Matsumoto M, Sugama J, Okuwa M, et al.: Non-invasive monitoring of core body temperature rhythms over 72 h in 10 bedridden elderly patients with disorders of consciousness in a Japanese hospital: a pilot study. Archives of Gerontology and Geriatrics, 57(3), 428-432, 2013

② 単行本の場合……著者名：分担項目題名、編集者名、書名(版)、発行所、ページ、発行地、西暦年

例1) 佐美好昭：組織間質における体液と蛋白の交換, 天羽敬祐編, 集中治療医学体系(第2版), 朝倉書店, 37-46, 東京, 1988

③ 訳本の場合……原著者名：分担項目題名、訳者名、書名(版)、発行所、ページ、発行地、西暦年

例1) Mariah Snyder：看護介入の概観, 尾崎フサ子, 早川和生監訳, 看護独自の介入(初版), メディカ出版, 2-49, 大阪, 1996

④ On-line information…筆者名：タイトル, [オンライン, インターネットアドレス], ホームページタイトル, 入手年月日(月・日・年)

例1) 朝日新聞：北朝鮮、「よど号」容疑者を追放の用意 米に言及, [オンライン, www.asahi.com/1009/news/international09001.html], 朝日新聞社, 10. 9. 2000

⑤ 電子雑誌/オンライン版・DOIのある場合……著者名：表題名、雑誌名、西暦出版年, doi: DOI番号xx,xxxxxx, 参照年月日(月・日・年)

例1) Sanada H, Nakagami G, Koyano Y, et al.: Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: A prospective cohort study, Geriatrics & Gerontology International, 2014. doi: 10.1111/ggi.12405, 1. 20. 2015

9) 利益相反

利益相反の有無は、原稿の末尾(文献の前)に記載する。

例1) 利益相反なし。

例2) 本研究は〇〇の助成金を受けた。

例3) △△の測定は、〇〇からの測定装置の提供を受けた。

(2013年12月改訂)

(2015年7月改訂)

看護実践学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 2. 総説 3. 研究報告 4. 実践報告 5. その他		
和 文 題 名			
英 文 題 名			
キーワード（５個以内、日本語/英語）			
1.	/	2.	/
3.	/	4.	/
5.	/		
原 稿 枚 数			
本文：	文字	図：	点 表： 点 写真： 点
別刷希望部数（有料）	和文要旨文字数		英文要旨使用語数
部	字		語
著 者			
会員番号	氏名（日本語/英語）	所属（日本語/英語）	
連絡先住所・氏名			
住所：〒 _____			
氏名： _____		Tel _____	Fax： _____
E-mail _____			

* 受付年月日： 年 月 日

5. 平成27年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、50音順)

理事長 理事	稲垣	美智子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	青木	きみ代	(国立病院機構金沢医療センター)
	井田	春子	(公立つるぎ病院)
	上野谷	優子	(公立能登総合病院)
	浦	美奈子	(石川県済生会金沢病院)
	大桑	麻由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	小川	尚栄	(やわたメディカルセンター)
	加藤	真由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	上	礼子	(石川県立総合看護専門学校)
	川島	和代	(石川県立看護大学)
	北岡	和代	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	北村	和子	(小松市民病院)
	木間	美津子	(心臓血管センター金沢循環器病院)
	木村	留美子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	小藤	幹恵	(金沢大学附属病院)
	才田	悦子	(金沢医科大学病院)
	島田	啓子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	須釜	淳子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	高谷	恵子	(石川県立中央病院)
	出口	まり子	(芳珠記念病院)
	富澤	ゆかり	(金沢赤十字病院)
	中瀬	美恵子	(浅ノ川総合病院)
	中西	容子	(金沢市立病院)
	西	敦子	(加賀市民病院)
	西村	真実子	(石川県立看護大学)
	野村	鈴恵	(城北病院)
	野村	仁美	(地域医療機能推進機構金沢病院)
	平松	知子	(金沢医科大学看護学部)
	前田	順子	(KKR北陸病院)
	三井	昌栄	(公立松任石川中央病院)
	宮川	須美子	(石川県立高松病院)
	山中	由貴子	(公立羽咋病院)
	吉野	幸枝	(公益社団法人 石川県看護協会)
監事	鈴見	由紀	(金沢大学附属病院)
	山田	千佳子	(国立病院機構金沢医療センター附属金沢看護学校)
事務局代表	河村	一海	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)

看護実践学会専任査読者一覧

(平成28年3月現在)

赤坂政樹	久司一葉	長田恭子
荒井謙一	熊谷あゆ美	長田春香
有田広美	小泉由美	中西容子
池田富三香	紺家千津子	中道淳子
石川倫子	坂井恵子	橋本智美
稲垣美智子	坂本和美	平松知子
内田真紀	笹野京子	平山恵美子
悦永幸代	真田弘美	松井希代子
大内隆	正源寺美穂	松井優子
大江真琴	新谷恵子	松田智恵
大江真人	須釜淳子	松本勝
大桑麻由美	臺美佐子	丸岡直子
表志津子	高田貴子	丸谷晃子
加藤あゆみ	高地弥里子	宮本由香里
加藤真由美	多崎恵子	村角直子
川島和代	田中浩二	村山陵子
川島由賀子	谷口好美	森田聖子
河村一海	田淵紀子	山口恵子
北秀子	玉井奈緒	山崎松美
北井京子	田甫久美子	油野規代
北岡和代	塚崎恵子	横井早智江
北村佳子	津田朗子	横野知江
北山玲子	土本千春	吉村洋子
木下幸子	中谷壽男	

(50音順)

編集委員会

委員長：大 桑 麻由美 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）

委員：紺 家 千津子 （金沢医科大学看護学部）
多 崎 恵 子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
谷 口 好 美 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
塚 崎 恵 子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
津 田 朗 子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）

事務局：河 村 一 海 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
正源寺 美 穂 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
臺 美佐子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
長 田 恭 子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
堀 口 智 美 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
松 井 希代子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
松 本 勝 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
(50音順)

看護実践学会誌

第28巻 第2号

発行 平成28年3月25日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80

国立大学法人金沢大学

医薬保健研究域保健学系

看護実践学会

TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社

TEL (076) 263-2468(代)

安心して住み続けられるまちづくりをめざします



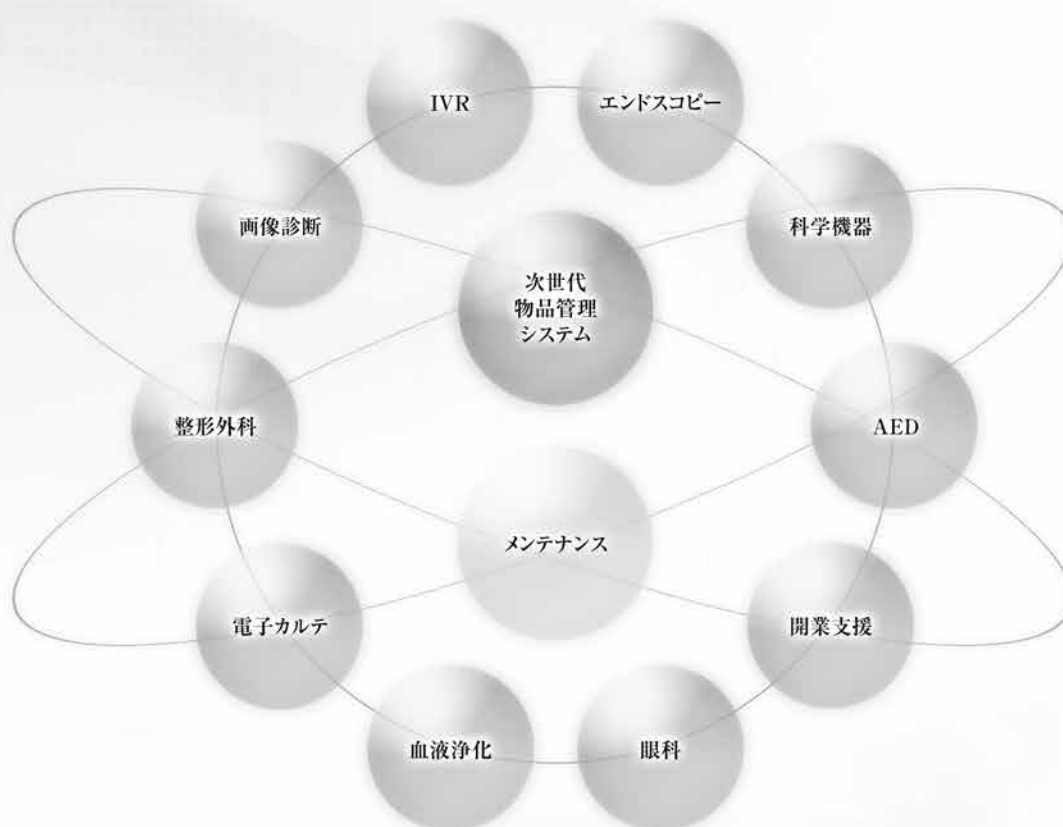
公益社団法人 石川県労働者医療協会

城北病院 院長 大野 健次

城北診療所 所長 筋 也寸志

金沢市京町20番3号 TEL251-6111 ホームページ：<http://jaihoku-hosp.com>

医療とともに 大きな夢を育みたい。



富木医療器株式会社

<http://www.tomiki.co.jp>

本社	〒920-8539 金沢市問屋町2-46	TEL (076) 237-5555(代)	FAX (076) 237-6584
金沢支店	〒920-8539 金沢市問屋町2-46	TEL (076) 237-5555(代)	FAX (076) 237-6584
富山支店	〒930-0873 富山市金屋767-18	TEL (076) 441-8585(代)	FAX (076) 441-5100
福井支店	〒910-0833 福井市新保3-2302	TEL (0776) 54-0110(代)	FAX (0776) 54-0199
七尾営業所	〒926-0033 七尾市千野町へ10	TEL (0767) 57-3567(代)	FAX (0767) 57-3566
高岡営業所	〒933-0851 高岡市上関769-1	TEL (0766) 26-7111(代)	FAX (0766) 26-7151
敦賀営業所	〒914-0814 敦賀市木崎6-10-3 ベルメゾン1F	TEL (0770) 21-5555(代)	FAX (0770) 21-5556