

特 別 講 演

第9回看護実践学会学術集会

求められる看護の力 ～暮らしと自然の回復過程を整える～

川嶋 みどり

日本赤十字看護大学 名誉教授

日時 平成27年9月12日(土) 場所 石川県地場産業振興センター本館

1. 看護師は看護に専心(念)すべき

高度医療技術は進歩し多くの人々の救命や延命に貢献してきました。しかし、目下医療を受けている人々は満足しているのでしょうか？看護師もまた達成感を持って働いているのでしょうか？介護職を始め多職種と協働する中で、看護職の自尊心は保たれているのでしょうか？必ずしもそうとはいえない種々の要因を明らかにしながら、社会のニーズに応え得る専門職の進むべき道を探る必要があると思います。

そこでまず、正しい道標となるツールとして「看護師は看護に専心すべきである」というナイチンゲールの言葉を挙げたいと思います。何故なら、現在の医療現場の状況は、看護師が本来の看護に専心できない環境であるからです。看護とは何か、看護師は何をする人か？ということ、社会に向かって説明責任を果たさなければなりません。

人間は、大昔から誰かの何かの役に立つ存在として生きて来ました。共同生活をした原始時代の頃まで遡って見ても、狩りに出た男たちは獲物を独占せず、持ち帰って仲間たちの飢えを満たしました。女性たちもまた、木の実や草の芽などを採取して食材にし、みんなに分け与えたことでしょう。猛獣に噛まれた人がいれば、急ぎ創を洗って草の葉で覆い、腹痛を訴える子がいれば、河原の石でお腹を温めるなど、この頃からケアの心と行為があったと思われます。その後、家族という社会の小単位が生まれてからは、ケアは主として女

性たちの手によって営まれて来ました。医療制度や健康保険制度など未確立であっても、智恵と経験で家族の健康を守ってきたのでした。住まいの環境を整え食事を調理し、家族の総合的健康管理を行ってきたのです。

まさにコリエールの「生命の維持・継続につながる習慣的・日常的ケア」が、ふつうの暮らしの中で生まれ定着します。しかし、産業の発達による疾病構造の変化に伴って、このケアを専門的に行う職業としての看護師が生まれたのです。つまり、看護は暮らしの中から生まれたといえます。したがって、日々の暮らしの価値を理解することが大変重要なのですが、現在の看護教育の中には、そうした視点が余りうかがえません。

本来、看護は、その人の個別の文化を尊重し、日常的・習慣的な暮らしを大切にすることにあります。その価値観を共有し自然の回復過程を整えるケアをすることです。基本の哲学は、寿命のその時まで、誰もが、生まれてきてよかったと思う一生が全うできるような支援をすることです。そのためには、生命の無限の可能性を信じ、人間の尊厳への畏敬の念を持ち続けなければならないと思います。安全性、安楽性、そして自立という3つの概念を柱とした看護技術を実践することが看護の大事な役割です。なかでも安楽性は、人間の尊厳、人間らしさの保証です。看護師は、看護の原点を常に立ち戻り、看護に専心すべきなのです。

2. 自然治癒力を高めるケア

ヒポクラテス（BC460-377）は、病気を自然現象ととらえ、観察によってその原因を、食事その他の不摂生、不健康な職業、気候不順などとししました。病気は身体の平衡の乱れであり、症状は生体の防衛力の現れで、それを支援することを原則とししました。「病気を医する者は自然なり」「自然治癒力を高めよ」と述べています。

そして時代はずっと下がりますが、ナイチンゲールは、「あらゆる病気は回復過程」と述べ、看護とは「新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択し管理すること—こういったことの全てを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味すべき」と、看護覚え書に書いています。

生体に具わる治る力は、外界からの病原微生物の侵入に対して、炎症・免疫反応などの防御反応の他、警告反応、機能代償反応などがあります。こうして、細胞、組織、臓器のあらゆる段階で生体の秩序を保とうとする生物学的フィードバック・システムを自然治癒力といいます。そこで、生命を維持・継続し再生することを目ざしてケアという営みが始まった次第です。自然治癒力を高めるケアの真髄は、その人の文化を尊重した個別ケアの規則性と、生命を維持する日常的・習慣的ケアの価値を発揮できる生活行動援助にあります。なかでも安楽を図るケアは、副交感神経優位のケアであり、気持ちよくリラックスした状態がえられます。

看護の原点になる情景として、授乳時の母と子の様子を垣間見ましょう。母に抱かれた赤ちゃんは、暖かな母の胸に頬をつけ乳首に吸い付いて、ゴクンゴクンおっぱいを飲みます。その時、赤ちゃんの五本の指は母の乳房に触れて至福のひとつとき。つまり、哺乳は、飢えを防ぎ生命維持のための本能的行為であると同時に、楽しく美味しく食べるという、人間本来の食事のありようを示しています。母乳を飲ませる母は、この子の生命を育むという全人的ケアを提供していますが、母にとっても至福な時であるのです。乳汁で張った乳房のコリが哺乳を通して和らぎ、吾子の将来の夢を描くひとつときでもあるのです。こうして、ケアは一方的に与えるものではなく、双方向的であることがわかります。さらに、子への無条件の愛と母への絶対的信頼が通い合っています。

3. ありふれた営みの価値

ごくふつうの日常的な営みを自分らしく送ることができて生きていることが、尊厳を持った人間の生き方です。でも、あまりにもありふれているために、その真価が十分理解されているとは限りません。そこで、人間が人間らしく生き、その人らしく生きることについて考えて見ましょう。まず、暮らし（生活）という営みは、居住空間のもとで、生活行動の基礎となる食物の調理をはじめ、水、火や照明の管理、清掃や洗濯等、人間が人間らしく生きていく上での最低条件を満たすことです。そしてこれらは、代行が可能であり、社会的な分業が発達した現代では、費用さえ出せばあらゆる面のサービスを受けとることができます。

でも、日常的な営みの中には、決して他人が代行できないものがあります。それこそまさに、その人が自分らしく生きていく上で欠かすことのできない個体レベルの生活行動です。すなわち「息をする」「食べる」「トイレに行く」「眠る」「からだをきれいにする」など、生命維持に関わる営みと、「身だしなみを調える」「コミュニケーションを図る」「移動、動作」「学習、趣味、レクリエーション」など、生命には直接関係しないけど、人間らしくあることに欠かせない営みです。これらは、文化的な影響をうけながら、幼い頃から見よう見まねでその個人の習慣になって身についていきます。この営みが、病気や手術、高齢や障害などにより自分でできなくなったとき、そのできない部分を補い支援することにより、その人らしさを保つことができます。

この生活行動援助は、保助看法における二大看護業務のうちの療養上の世話と同義であり、ヘンダーソンも「看護の独自機能」と位置づけているのですが、多くの職場では、診療補助業務にウエイトがおかれて、その価値が次第に薄れて行く傾向にあります。

4. 「治る力」を引き出す看護の力

看護は、医薬品や医療機器を用いず、その個人の治る力に働きかけ引き出します。その一つにポジショニングによる誤嚥防止や呼吸の改善、便通の促進、意識レベルの改善等があります。つまり、腹臥位や背面開放座位姿勢によってこうした効用を生み出すことが、実践的に明らかにされています。私は、17年前から聖路加の日野原先生と一緒に、腹臥位療法推進研究会を立ち上げて、年に一回、セミナーを開催しています。最近は著書（看

護に活かす腹臥位療法)も出版しました。

この他、熱いタオルをしぼって患者さんの胸に当てますと、自然に深呼吸を促し術後の呼吸を助ける上で有効です。それから、腰背部温罨法による便通や排ガスの促進も、かなり昔から実践を重ねその有用性を仮説にした実証研究もされました。足浴による入眠への有用性も確かめられています。

これらは全て、その人の内面の治癒力に働きかける看護の力です。いずれも実践を重ねる過程で根拠が明らかになり、あちこちの修士課程や博士課程で実証研究がされています。こうした研究を精力的に実施することの意味は申すまでもありませんが、何よりも現場で実践を重ねて量を蓄積することが大切です。量の蓄積がないと、質には転換しないからです。そこで、「意識的な優れた実践」が求められます。優れた実践を重ねているうちに、「もしかしたらこれは？」という疑問が生まれ、実践や研究の仮説にもなるわけです。

実践の仮説というのは、この患者に良かったことは、もしかしたらあの患者にもいいかもしれないという意識から始まります。意識的な実践を重ねる過程でそのレベルがどんどん高まっていきます。それを個人の経験として解消せず、言語化して「このようにすればこうなる」ということをきちんと表現し、広めるのです。皆でやってみる、追体験をする。「去年の学習会で発表されたことを帰ってやってみたらこんな成果があった」「この方法はこういう人には無理だ」というようなことを出し合いながら、その実践に潜む法則性を引き出していくと、看護実践学会の集会での知見が日本全体の看護実践のレベルを上げていくことに繋がっていくのです。思いつきや衝動的に行うのではなく、持続することが本当に大事なのです。実践を地道に積み上げていくのです。

私は著書「看護の力」で、看護師には「こんなことが出来ます」「このような方法も治る力に有効です」と書きました。色々な方が読んで下さったのはいいのですが、「入院したのに全然やってもらえなかった」という方の声も多く聞きました。「入院したらしてもらえて本当によかった」と言われたいですね。

看護実践によって、不快感や不安を軽減し、苦痛を緩和し闘病意欲を向上させるのは、先端医学で機械やモニター、コンピューター等によって行う高度先進医療とは違って、時代遅れな感じがするかもしれません。しかし、決して遅れてはいないのです。気持ちよさを体感しながら免疫力をア

ップするのですから、むしろ最高の治療なのです。熱湯とタオルがあれば、安楽や症状緩和、闘病意欲の動機づけが図れ、食欲を増やすことが出来ます。そして、コミュニケーション能力を向上させるのです。医療行為のような不安や心配、痛みへの恐れは不要です。リラックスして心地よい状態は、副交感神経優位の状態で、ナチュラルキラー細胞が活性化して免疫力を高めることができます。

それぞれの職場には、看護のエキスパートが少なからず存在すると思います。その方たちは、「こうすればいい」「このようにするとうまくいくのよ」と、自分の経験を後輩たちにさらけ出して欲しいのです。若い人たちはその経験から学んでほしいのです。「どうやったら上手くいくのですか」と相互に豊富な経験を語り合い、聞き合います。看護の現場には埋もれた経験がたくさんあるはずなので、それらを発掘して言語化し共有できる職場は、何と魅力的なことでしょう。皆が確信の根拠となるような実践をすることで、「大変だったけど上手くいきそう」「ちょっとみんなでやってみない？」との会話が飛び交い、職場の雰囲気が高まって実践が楽しくなります。これは実践の強みでもあります。

現場で「看護の醍醐味」を体験してしまうと、もっと、もっとという意欲が沸き、多少のことではくじけないでしょう。この仕事を辞めようと思う人は、日々の仕事に“つまらない感”があるのだと思います。先輩たちは新人たちにも、看護は本当に楽しい、面白いと思わせる場面を作りたいし、そういう雰囲気を醸し出すような職場環境を作って頂きたいと思います。

5. 専門領域の壁を越えた真実に目を向ける

医学の専門分化は著しいのですが、看護も大学がたくさんでカリキュラムの編成によって、いわゆるジェネラリストよりも、小児、成人、母性、老年、外科、ICU、メンタル、慢性・急性など、様々に専門分化する方向に向いています。

私は、自分の経験から、専門領域の壁を越えた真実に目を向けてほしいと思っています。卒業後、私は小児病棟に配属されました。その小児病棟新人時代の経験が、私の六十何年間の職業継続の動機になっています。それは、卒業して10日目ぐらいいに看護の喜びを主体的に体験してしまったからです。そのことをきっかけにして、他のこども達にも目が向いて、本当に看護が大好きになりました。人間の可能性への信頼も生まれました。

そこで起きた事象を注意深く分析すると、看護全般に通じる法則性があります。子どもだけに限らず、大人にも同じように通ずる法則性がそこにはあるのです。後に認知症高齢者へのアプローチとして有用になるのですが、そのもととなったのが小児病棟時代の看護実践、なかでも新人の頃のひたむきな実践を通して得た、人生の喜び体験がヒントになったことからです。この他にも、小児病棟時代の体験は、数十年経た今も生きて看護の考え方に影響しているのです。原点になっているのです。だから、看護は興味が尽きないのです。

1) キタロウと海

専門領域を超えた発想の原点である事例の1つです。

キタロウ君は、伊豆七島の一つで、断崖絶壁のために船が横付け出来ない小さな島で育ちました。目の大きな、いがぐり頭の少年で、真っ黒に日に焼けて元気そうな少年でした。ある日、海に飛び込んで手を骨折してしまいました。上腕顆上骨折です。手術後ギプスを装着したりして、3か月以上入院して帰って行きました。その子が3週間しないうちに再入院してきたのです。今度は骨折ではなくて、言葉を失い吐き気を催し、激しい頭痛があってベッド上を輾転反側するありさまでした。当時はレントゲンも単純撮影しかなく、脳炎か、腫瘍か、それとも神経性疾患だろうかと思われ、医師たちは話していましたが、診断がつかないまま入院していました。骨折で入院した時には快活におしゃべりしていたのに、今回の入院では一切喋らず失語症になってしまったのか、それとも声が出ないのか、全然分かりませんでした。

当時の小児病棟は、面会時間が厳しく、毎日、父母に逢える時間になると賑やかになるのですが、島からの連絡船は20日に1度くらいしか便のないキタロウ君は、その時間になると、何時も寂しそうにしていました。ある土曜日のことでした。少し症状が軽くなったので、私はキタロウ君を車いすに乗せて、散歩に連れ出しました。散歩といっても戸外ではなく、誰もいない外来の廊下です。車椅子を押しながら、以前、骨折で入院していた時のキタロウ君の生き生きした様子を思い出しました。彼はしょっちゅう、「僕は毎日高い崖から太平洋に飛び込んで泳いでいたんだ。看護師さんなんか出来ないよ」と自慢していました。そこでふと、キタロウ君が一番嬉しく懐かしいのは太平洋で泳ぐことだということを思い、知っている限りの海の歌を歌いました。「海は広いな、大きいな」

「我は海の子」「カモメの水兵さん」などです。外来の廊下をグルグル歩きながら歌いました。そしたら、「うい」と小さな声がしたのです。私はストッパーをかけて車椅子の前に回ってしゃがんで顔を覗き込み、「キタロウちゃん、今何て言った？」と尋ねますと、「うみ」というのです。「海？」と聞いたら、頷くのです。思わず「あなた、喋れるじゃない」と抱きしめました。キタロウ君は、涙でグショグショで、私も涙でグショグショです。抱き合って、ガーゼもハンカチもなく、濡れたまま急いで病棟に帰りました。「キタロウ君が喋りました」と、大きな声で報告しました。先輩たちに「何て喋ったの？」と聞かれて、私が「海です、海です」と答えると、「やっぱりね」と皆が言うてくれました。

キタロウ君は、残念ながらその10日後に亡くなりました。死因は分かりませんが、診断書には、「心不全」と書いてあったと記憶しています。この数十年前のキタロウ君のエピソードは、私にとっては卒業間もない頃からの看護大好きの源泉となりました。人間の可能性への信頼というか、どんなことがあっても、看護はあきらめてはいけないということです。キタロウ君は9歳でしたが、彼にとってこの9年間の人生での「海の体験」は、彼にとって誇りでもあり自慢でもあったのです。

2) 認知症高齢者の長期記憶のサブシステム

9歳の少年の、「海」による言葉の回復は、その後の認知症高齢者へのアプローチのヒントになりました。高齢者は80年90年と生きていて、誰でも、多彩で深い体験から、きっと印象に残る楽しい思い出を持っているはずです。その体験を掘り起こすことがきっかけで、もしかしたら、認知症が治るかもしれないと考えたのです。その際、その思い出自体、心地よいものでなければと、キタロウ君のことに重ねて思った次第です。

そこで、「認知症高齢者の喜び体験を共有するプロセスは記憶再生に繋がる」との仮説が生まれました。このことは30年以上前に、学会のシンポジウムで発言しています。以来、卒後研修の受講生となった看護師たちや臨床の看護師たちによって、その検証が進みました。こうして認知症の重い症状が緩和し、中には、全く普通の状態になった方もいらっしゃいます。理論的には、長期記憶のサブシステムを用いたアプローチということになります。

つまり、認知症高齢者の記憶は、今、食事をしたかどうか忘れても、遠い昔のことは記憶に残っ

ているのです。この長期記憶には、辞書的記憶、手がかり的記憶、エピソード記憶という3つのサブシステムがあります。なかでも認知症高齢者に有効なのが、エピソード記憶、次いで手がかり記憶でした。ただ、その高齢者にとってどのような記憶が有用かは、その高齢者に深い関心を持ち、しっかりと目をみつめ、肩や手に軽く触れながらお話を聞く必要があります。その際漠然と聞くのではなく、その方の出自をはじめ、かつての暮らしのありようや家族構成、職業などについてあらかじめ予備知識をもってアプローチします。

つまり、その人の人生の場と時を共有するという観点で、楽しい思い出、快適な思い出や印象的な喜びを探る働きかけを私は推奨しています。この点が回想法とは少し違ってしています。何故なら、人間って悲しいことは出来るだけ忘れたい、うれしいことは増幅して小さなことでも大きくして喋りたい習性があります。ですから、出来るだけ嬉しい、楽しい思い出を探します。好物や好きな人もいいでしょう。

その人その人の持っている心の風景を手掛かりに、誰にもある思い出、人々を取り囲む全てのもの（家、町、路地裏、空、雲、風、山、川、海、樹、花、匂い、音、光、気配）、それらが入り交じった、様々な風景や心の働きを通して見えるもの、これらには、個人の歴史や生きざまが刻まれていますので、こういった心の風景の記憶をキーワードにして、その方の認知症の症状を緩和し、改善することも可能なのです。

例えば、東北で被災した方が、被災前の風景写真を見たら、「津波が来る前の海はこうだった」とか、「〇〇の社はこうだった」と思い出すでしょう。そういう風景そのものも懐かしいのですが、それに伴い仕事のことも思い出すことでしょう。漁師だった方も多いので、ハマチを水揚げした写真を見ながら昔のことを思い出してもらうことができます。

生きがいのあった仕事、大好物、好きな人、懐かしい風景、音楽などを提供して、その人の記憶のキーワードを見つけ、それを刺激していくと認知症が治ったり症状が緩和するのです。このように、小児看護の臨床の場で、キタロウ君との触れ合いの中で発見したことが、老年看護学で役立つのです。バリエーションはたくさんありますが、根っこは一つなのです。看護には、専門領域を超えた真実があることを実証していると思われます。

6. 手を用いたケアの推進・促進—TE・ARTE（て・あて）について

昨今、看護師は、本当に手で患者の身体に触れることが少なくなりました。ディスプレイの情報でアセスメントし、オーダーメイドのケア計画で、訴えよりもデジタルなデータ依存に終始し、個別の背景よりもバーコードで本人確認をするのが、現在の「看護師の姿」です。

手で触れて癒し、なくさめる方法から遠のいてしまいました。そこで直視しなければならないのは、患者の苦しみは勿論、耳を傾ける必要のある家族の声が聞こえなくなったことです。看護は、たとえ原因不明の疾患であっても、不治永患の状態であっても、そして高度医療により救命された後の高次脳機能障害や、遷延性意識障害の人たちであっても、決して見捨てず、「全人格に寄り添うケア」を実践しなければなりません。

私は、被災地の惨状をじかに見ながら、「変えなくてはいけないこと」を強く感じました。治す医療から治る医療へ、自然の回復過程を整えることへの方向転換の必要です。高度機械医療から脱機械的医療へ。効率優先から人間的リズムへの回帰。キュアからケアへ。医学モデルから生活モデル。治癒からQOLへなどなど、変革の課題は山ほどあります。そして、今はすっかり分かれてしまった看護と介護の有機的な連携システムをつくり、短期のボランティアではなく、地域完結型への中長期ケアを目指さなければならないと考えました。

そうした考えの延長線上にある「て・あて」について紹介します。私は、手の有用性を認識して、手を用いたケアを普及したいと願っています。看護師の手は万能です。そこで、古くから医療や看護の源ともいえる「手当」の心とわざを再認識して広めようとしたのです。ところが大きな落とし穴がありました。それは、「手当」という言葉の意味でした。辞書には、「仕事の報酬としての金品。基本給以外の報酬」「用意、準備、もてなすこと、馳走、はからい、あつかい方」とあり、「社会保障や福祉での用法のほとんどでお金の意味」と書いてありました。手当という言葉に、「する」という助動詞をつけ「手当する」となれば、「けがや病気などの処置を施すこと。また、その処置」とあります。そこで、私は響きが良くて国際的にも普及し得る用語として、手にARTをつけて「て・あて（TE・ARTE）」という造語を作りました。ですから、「手当て」ではありません。

「て・あーて」です。

医療の場面で、アセスメントツールとしての「手」は、皮膚に触れて、温度・湿度、冷汗、乾燥を察知し、脈拍を測定して、性状・質のアセスメントをし、打診・触診で状態を診て、腹部のガス、宿便、炎症、腹水、腫瘍、知覚過敏、静脈の走行・深さ・緊張度を探って来ました。患者さんの中には、医師の触診で痛む部位を忘れる場合もよくありました。ところが、今、医師たちのほとんどは、触診も打診もしていません。触れないのです。

看護師も同じく触れなくなりました、看護の心を表現し全人格に触れて、苦を受け取り分かち合う手の有用性を忘れてしまっている。環境を整え、痰の排出を誘導したり、便秘を促したり、痛みを緩和する手、そして、コミュニケーション手段としても、なぐさめたり、励ましたり、サポートする「手」の価値を忘れてしまっているのです。

手を用いたヒーリングアートとして、マッサージ、指圧、セラピューティックタッチ、リフレクソロジー、M-test、医療気功、静的筋弛緩法、リンパドレナージュ、タクティールケアなどがありますが、これらの資格を得る受講生には看護師が多くいると聞いています。高額な受講料を支払って資格を取っても、看護現場に活かさなかったら意味がありません。とにかく看護の現場で触れることが大事です。

看護師の手は、目的によって自由自在です。「支える」「抱く」「抱える」「握る」「挟む」「触れる」「たたく」「さする」「なでる」「つかむ」「揉む」「動かす」など。温度は一定です。観察の手段として三本指で脈拍を数え、触知して性状をアセスメントします。胸部に触れる手は患者さんの呼吸の様子を探り、分泌物の有無を確認します。腹部に触れる手は、ガス・便・腹水などを確認します。有熱、発汗、水分不足も、肌に触れば分かります。こうした有能な「手」を使わない手はないと思うのですが、如何でしょうか。

昨日触れた患者さんの皮膚の状態を思い出せますか。看護師にはぜひ触って欲しいのです。触れるというのは、手だけではありません。人格的な触れあいがあります。そのために求められるのが、人としての器です。何もできなくてもそばにいて欲しいと思ってもらえる人としての器です。そして、心から聴き、躊躇せず触れることが出来る看護師が求められているのです。

7. 『て・あーて』 東松島の家」

2011年の秋に「看護の時代」を出版しました。共著者の日野原先生が100歳、私が80歳、石飛先生は76歳、合計で256歳です。日野原先生は、新しい医療をリードする看護の時代が来ると仰っていました。それぐらいの気概を持って、やっていかなくてはいけないと思います。私は、「行動を変えましょう。治す医療から治る力を引き出す医療へ」ということを書きました。そして、その具体的な第一歩が手を用いたケアの実践であると力説して各地を歩いたのですが、賛同者は多いのですが、現実に実践がされる様子があまりないことを感じておりました。

そこで、それがいくら正しくても現在の医療現場の凄まじい環境の中では実践を求めることが無理であるのかしらと諦めかけていました。そうした折、足を踏み入れた被災地の現状を見て思いました。多くの物が流失してしまった被災地なら「て・あーて」が実践できるのではないだろうか。そこで、手頃な賃貸物件を見つけケアの拠点として、「て・あーて東松島の家」での活動を始めました。

まだ始まったばかりで、徐々に活動しているという段階ですが。て・あーての考え方を普及するためにチラシを配っています。

「て・あーて」この優しい響きを声に出してみよう

て・あーて とは、古くから、痛む場所をさすったり、なでたりして病人や負傷した人をいたわり、なぐさめた人間の『手』を用いたケアのことです。手はつくります

手はつながります

手は癒します

そして、時にはげまし、なぐさめることもできます。

て・あーて 東松島の家は、ケアし、ケアされる人々が集う場所です。

独りでじっとしている方

疲れてどこにも行きたくない方

誰かと話したい方

持病のある方も、元気な方も、どうぞ、ここさ、来て来らん。

被災地に限らず、この金沢でもこういう場所が作れるといいと思います。ここにくれば、専門職の看護師たちがいろいろなケアの準備をして、来

た方達のニーズに添ったケアをします。足浴や爪切り、手浴、ホットケアの他、話を聞く、ヨガや太極拳、編み物などです。来月はスイスオルゴールのコンサートを開いて、オルゴール療法により、心の痛みを緩和するセッションをしますし、料理の講習会も行います。本当に暮らし目線で、その人が暮らしていた時のことを再現するようにしています。

最近あった被災支援4年目の感動をお話ししましょう。3月のことでした。風邪を予防するために、長ネギでブルーテというスープを作りました。オニオンスープですが玉ねぎではなく、地元の日本長葱をたくさん使いました。そして、「みなさん、風邪の予防にもなりますよ。どうぞ召し上がれ」と声をかけ配りました。集った人たちは、「おいしい、たまらんね」と喜んでくださいました。

そんな中、私と同じくらいの年代の一人のおばあちゃんが、急に大きな声で、「これは、4歳の時に飲んだ、ばあちゃんの味！」とワッと泣き出したのです。聞いてみますと、「私はあの震災からというもの、思い出といえば2011年3月11日からのことに限られていた。それなのに、このスープを一口飲んで4歳の頃の、ばあちゃんの味を思い出した。ばあちゃんの作ったネギ汁は、味噌の味だった。これは塩味だけど香りは同じ…」そういい、大声で泣くのです。皆、もらい泣きしました。泣いた後で、「あなたたちも、そういう思いや経験があるじゃろう」と。ある男性の高齢者は、「おらも子供の頃、風邪を引くとじいちゃんが炉端で長葱を焼き、味噌をつけて食べた」と話しました。焦げた葱をのどに巻いて風邪の手当をしたとか、集まった皆が幼い頃のネギの思い出を話しました。これは、先ほどの認知症の話とも関連します。食べ物がかっかけで過去のことが蘇って来て、連想反応を起こしたのです。こうしたさりげないことの中にヒントがあるのです。

8. 看護師の“暮らし目線”の大切さ

これからの地域包括ケアのありようを視野に入れると、そのコアとなる職種は看護師であると思います。1つの中学校区を目安にして、緊急時にはほぼ20分で駆けつけられる、1万人くらいの人口規模のエリアをイメージして見ましょう。顔の見える、温かい、さりげない見守りができる関係で人々がつながって、「あの人は〇〇の認知症の

おばあちゃんだけど、大丈夫かな……」と、気づいた人が知らせます。お節介ではなく関心を持つのです。その際、それを統括しマネジメントする看護師や保健師が先ず大切にしなければならないのが暮らし目線です。病院で働く看護師も地域に目を向け、個々の住民たちがどのような暮らしをしているかを注視しなければなりません。

前にも述べましたように、医療品や医療機器に頼らず、固有の看護の方法を用いてその人の生命と“暮らし”を維持・継続することに、先ず価値を置きましょう。暮らし目線でケアを展開することが、これからの看護に最も求められていると思います。例えば、外来の長椅子に一人ぼつんと座っている患者さんの背景には、たくさんの家族がいて、その人固有の日々の暮らしがあるのです。入院して、ベッドに寝ている入院患者さんの場合でも、病名やADLだけではなくて、その背後の暮らしを想像するのです。こうした見方を、学生時代から育てないと、地域包括ケアは成功しないと思います。

被災から5年近く、私たちがケアの拠点としてきた「て・あーて東松島の家」でのささやかな実践をふり返りますと、まさにこれからの地域包括ケアへのヒントになることを多く体験しました。ここでは、「ピンピンころり」と死ぬことを目ざすのではなく、「ピンピンキラリと美しく老いる」ことを目指しています。具体的には、「健康に老いるコツをつかみ、介護先延ばし」の塾で学んだキラリサポーターを育成し、「寝たきりになりたくない塾」なども、メンバーである看護師が講師になって開催しています。看護師たち向けの“て・あーて塾”もこの地で2回開催しました。

こうして、看護と介護の連携で、地域完結型のケアの提供の場が核となって、隣人の安否を気遣う災害に強いまちづくりを目指しているのです。「災害に強い」ということは、お隣さん同士が普段から顔見知りになって、助けあう環境をつくらなければなりません。『暮らし続けたいコミュニティモデルを被災地から発信しよう』との抱負を掲げながら、小さくても地道なケアを提供することで、住民たちの心の垣根も次第に開かれるのを感じるこの頃です。本日の私の講演をお聞き下さった皆様、本来の看護の力を信じ、暮らしにこだわり、人に触れ、看護に専心して看護の実践を蓄積して行って下さい。

研究報告

高血圧症患者の日常生活行動における 自己管理の実態調査

Research of self-management for behavior in daily life of patients with hypertension

坪田 恵子¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 上野 栄一³⁾

Keiko Tsubota¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Eiichi Ueno³⁾

¹⁾富山大学大学院医学薬学研究部基礎看護学, ²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

³⁾福井大学医学部看護学科

¹⁾Department of Fundamental Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

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

³⁾School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

キーワード

高血圧症患者, 日常生活行動, 自己管理

Key words

patients with hypertension, behavior in daily life, self-management

要 旨

本研究は高血圧症患者の日常生活行動における自己管理の実態を明らかにすることを目的とした。本態性高血圧症患者174名を対象に食事・運動・ストレス・服薬・飲酒・喫煙の6領域に関する自己管理について「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」を用いた質問紙調査を実施した。

その結果、領域全体の平均得点で自己管理が出来ていると捉えられる基準の3点以上であったものは、領域毎にみると服薬管理のみであった。さらに、自己管理が困難な日常生活行動としては、食事管理では食塩制限・肥満予防に向けた行動、ストレス管理では入浴時の温度変化に配慮する行動、服薬管理では薬を飲み忘れない環境作りを行うこと等があった。性別においては、男性は女性よりも得点が低く、身体を擁護的に見ることや細かな配慮ができてにくいことが示唆された。年齢別では65歳未満群の方が65歳以上群よりも管理得点が低く、ライフサイクル上の役割の大きさが影響していると考えられた。職業別においては、有職者が無職者よりも得点が低い実態がみられた。本研究結果は対象の特性に応じた自己管理への援助に活用できることが示唆された。

はじめに

本邦において収縮期血圧が140mmHg以上の者の割合は男性35.7%、女性25.5%であると報告されている¹⁾。血圧水準が高いほど脳卒中、心疾患、慢性腎臓病などの罹患率および死亡率は高くなることが示されている²⁾。このような合併症に罹患することは生命予後の短縮に加え、QOLの低下をもたらすことが考えられる。これらの合併症を予防するためには、血圧を安定化させることが重要となる。

高血圧は、偏った食事^{3) 4)}、運動不足⁵⁾、飲酒^{3) 6)}、喫煙^{7) 8)}などの生活習慣との関連が指摘されており、高血圧治療ガイドラインには「治療法を考えるときには環境因子の多くを占めている生活習慣の修正を抜きにすることはできない。しかし、生活習慣の修正のみによって目標血圧レベルに到達できる患者は少なく、大部分の患者には薬物療法が必要となる」⁹⁾と記されている。したがって、高血圧症患者が血圧をコントロールしていくためには生活習慣の修正と薬物療法の両方を合わせた日常生活行動の管理が重要となる。薬物療法については、降圧治療を受けている患者における血圧管理状況を調査した研究があり、その結果は約半数の患者において血圧が高値を示した^{10) 11)}と報告されている。このことは、薬物療法を受けていても血圧のコントロールが不十分な人が多く、日常生活において望ましい行動をとれていない人の多さを反映していると考えられる。しかし、日常生活行動の自己管理の実態に焦点を当てた研究はほとんどない。

高血圧症者に対する望ましい日常生活行動の自己管理の支援においては、必要な自己管理を継続できるよう支援することが重要である。高血圧症患者の日常生活行動における自己管理が必要な側面としては、血圧値に影響すると考えられる文献の検討^{12) 13)}から、食事・運動・ストレス・飲酒・喫煙の生活習慣に関する側面、及び服薬管理を含めた複合的な管理が必要となると考えられた。そこで、これらの概念で構成される自己管理の評価指標が必要であると考え、著者らは本研究に先立ち高血圧症患者の日常生活行動における自己管理を評価するための「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」¹³⁾を作成した。本尺度は、高血圧症患者にとって望ましい日常生活行動を実行できるように具体的な行動を複合的（食事・運動・ストレス・服薬・飲酒・喫煙管理の6領域）に捉えた評価尺度である。下位概念の中の食事・運動

管理においては肥満予防（改善）の視点も含まれている。さらに、自己管理行動における自己管理には性別、年齢、職業の有無等の背景の違いが影響してくることが考えられた。性別においては「男性は仕事、女性は家事・育児という役割分担することや、行動的な側面においても、男女で異なる振る舞いを求められることがある。男性、女性であることは単に身体的な構造が異なることを意味するだけでなく、個人の心理的・行動的側面に対しても影響を与えることがある。」¹⁴⁾ことが述べられている。このことより、性別の違いにより日常生活行動の自己管理が異なってくることが考えられる。年齢においては、「成人期ほど、多くの役割をもつ時期はほかにはない。職業における役割と家庭における役割を同時に担い、それらの両立のために葛藤するような場面は成人前期に多くみられる。一方、成人後期においては、複数の役割を担うことに加え、その役割の内容を変えていかなければならなくなる。夫婦・家族の関係性の変化に適応し、職場や地域などでも複数の、かつ重要な役割を担うことが多くなってくる。」¹⁵⁾ことが述べられている。このように発達段階における役割の大きさが自己管理に影響を与えることが考えられる。さらに、職業において、職業性ストレスの主な要因は、労働時間や労働の内容といった物理的要因、仕事上の役割や人間関係、家庭の両立といった社会的要因等が挙げられており¹⁶⁾、職業の有る者は自己管理に影響を与えることが考えられる。

本研究では高血圧症患者の自己管理の実態を把握することにより、患者が実行している側面および自己管理が難しい側面を明らかにし、さらに背景の違いによる自己管理の程度を明らかにすることで、個別的な高血圧症患者への自己管理に対する指導の一助となり得ると考える。

本研究の目的は「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」を用いて高血圧症患者の日常生活行動における自己管理の実態を明らかにすることとした。

用語の定義

本研究において、「血圧の安定者」とは収縮期血圧140mmHg未満及び拡張期血圧90mmHg未満の者とし、「血圧の高値者」とは収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上の者と定義した。

研究方法

1. 調査対象及び調査期間

調査対象は北陸地域の4施設の一般病院に通院する本態性高血圧症患者である。患者の対象年齢は回答への負担を考慮して80歳前後までとした(未成年者は除外し、20歳以上とした)。実施にあたっては、病院長及び看護部長の了承を得た後、主治医が調査可能と判断した患者に医師が調査協力の依頼をし、同意が得られた186名を調査対象とした。調査についてはアンケート用紙を配布し、回収については個人の意思が尊重できるように後日郵送、もしくはその場で回答することを希望する場合には留置法をとった。

調査期間は2010年10月18日～2011年2月4日であった。

2. 調査内容

1) 対象の背景

性別、年齢、罹病期間、降圧薬内服の有無、職業の有無、飲酒習慣の有無、喫煙習慣の有無、診察時の血圧値、身長、体重、BMIを調査した。

2) 高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度に基づく調査

「日常生活行動自己管理尺度」¹³⁾を用い、食事・運動・ストレス・服薬・飲酒・喫煙管理の6領域39項目について調査した。本尺度は信頼性及び妥当性の検討がされており、信頼性についてはCronbach's α 係数により0.67～0.82(各領域)が示されている。妥当性については「慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙」¹⁷⁾を用いて併存的妥当性が確認されており、また既知グループ法により尺度と血圧値との関係性が示されている(食事・運動・ストレス・服薬管理において血圧の安定者は高値者よりも自己管理得点が高かった)。さらに、喫煙管理では自己管理得点と喫煙本数との負の相関が認められている。

回答の選択肢は「いいえ」「どちらかというといいえ」「どちらかというとはい」「はい」の4段階評定とし、それぞれ1～4点の得点を与え自己管理度を得点化した。得点は高い程、自己管理が出来ていることを表す。本研究において自己管理が出来ている基準としては、回答の選択肢の「どちらかというとはい」にあたる『3点』以上を自己管理が出来ていると捉えた。

3. データ分析方法

日常生活行動自己管理尺度における食事・運動・ストレス・服薬・飲酒・喫煙管理の6領域において、項目毎及び領域全体から見た対象全体の平均

得点±標準偏差を算出した。また、背景別の比較として、性別、年齢別(65歳未満及び65歳以上)、職業の有無別に平均得点±標準偏差を算出し、Mann-WhitneyのU検定により2群の比較を行った。有意水準は5%とした。統計解析には、統計ソフトSPSSを使用した。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究の目的・方法等については、研究者が書面を用いて患者に説明した。その際、調査は無記名でありデータは統計処理をするため個人が特定されることはないこと、また研究に参加しなくても不利益を被ることはないこと、学会等で研究成果を公表する際には匿名性を守ることを説明した。また、アンケートの回収をもって本研究に同意したものとみなすことを説明した。なお、本研究は金沢大学医学倫理委員会(承認番号254)及び富山大学倫理審査委員会(臨認22-71号)の承認を得ている。

結 果

調査の結果、回収数は183名(回収率98.4%)であり、分析対象数は全ての項目に回答のある174名であった。

1. 対象の背景(表1)

性別は男性102名(58.6%)、女性72名(41.4%)であり、平均年齢は 63.7 ± 10.3 歳(31～85歳)であり、65歳未満は94名(54.0%)、65歳以上は80名(46.0%)であった。平均罹病期間は 10.8 ± 10.0 年(1ヶ月～40年)、降圧薬を内服している者は166名(95.4%)であった。職業のある者は89名(51.1%)であった。飲酒習慣のある者は92名(52.9%)であり、喫煙習慣のある者は26名(14.9%)であった。BMIが25以上の者は76名(43.7%)であった。血圧値について、血圧の安定者は103名(59.2%)であり、血圧の高値者は71名(40.8%)であった。

2. 日常生活行動における自己管理得点

1) 食事管理における平均得点と背景別にみた平均得点(表2)

対象全体の平均得点±標準偏差は、領域全体において 2.83 ± 0.61 点であった。自己管理が出来ていると捉えられる3点よりも平均得点の高い項目には、項目2「食事は野菜や魚類が中心である」があった。他の全ての項目は3点よりも低く、特に低い項目には、項目1「漬物、佃煮、ハム、干物、塩辛などの塩分を多く含む食品はとらないようにしている」・項目7「塩分を控えて作った食事をとっている」・項目4「太らないように気を

表1 対象の背景

			N=174
背景	区分	人数	%
性別	男性	102	58.6
	女性	72	41.4
年齢	50歳未満	14	8.0
	50～64歳	80	46.0
	65歳以上	80	46.0
	平均	63.7 ± 10.3歳	
罹病期間	5年未満	65	37.8
	5～10年未満	31	18.0
	10～20年未満	41	23.8
	20年以上	35	20.4
	平均	10.8 ± 10.0年	
降圧薬服用	有	166	95.4
	無	8	4.6
職業	有	89	51.1
	無	85	48.9
飲酒習慣	有	92	52.9
	無	82	47.1
喫煙習慣	有	26	14.9
	無	148	85.1
BMI	25未満	98	56.3
	25以上	76	43.7
血圧値	安定者 ¹⁾	103	59.2
	高値者 ²⁾	71	40.8
	平均収縮期血圧	134.6 ± 13.8mmHg	
	平均拡張期血圧	79.8 ± 10.9mmHg	

1) 安定者：収縮期血圧140mmHg未満及び拡張期血圧90mmHg未満の者を示す

2) 高値者：収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上の者を示す

つけて食事をとっている」があった。

また、背景別の比較においては、性別では有意な差はみられず、年齢別では領域全体において65歳未満群は65歳以上群よりも得点が有意に低く、有意差が見られた項目には、項目1「漬物、佃煮、ハム、干物、塩辛などの塩分を多く含む食品はとらないようにしている」、項目4「太らないように気をつけて食事をとっている」、項目5「肉類や油っこいものを控えている」、項目7「塩分を控えて作った食事をとっている」及び項目8「玉子、魚卵や内臓ごと食べる魚（たらこ・ししゃも等）、レバー、肉の脂身などコレステロールを多く含む食品をとりすぎないように気をつけている」があった。職業別では領域全体において有職者が無職者よりも得点が有意に低く、有意差が見られた項目には項目1「漬物、佃煮、ハム、干物、塩辛などの塩分を多く含む食品はとらないようにしている」、項目2「食事は野菜や魚類が中心である」、項目3「味の薄いものを食べるようにしている」、項目4「太らないように気をつけて食事をとっている」、項目7「塩分を控えて作った食事をとっている」及び項目8「コレステロールを多く含む食品をとりすぎないように気をつけている」があった。

2) 運動管理における平均得点と背景別にみた平均得点（表3）

対象全体の平均得点±標準偏差は、領域全体において2.41±0.58点であった。自己管理が出来る項目は、項目6「運動中や後には水分をとっ

表2 食事管理における平均得点と背景別にみた平均得点

								N=174
	対象全体の平均得点 (N=174)	性 別		年 齢		職 業		
		男 (n=102)	女 (n=72)	65歳未満 (n=94)	65歳以上 (n=80)	有 (n=89)	無 (n=85)	
1：漬物、佃煮、ハム、干物、塩辛などの塩分を多く含む食品はとらないようにしている	2.60 ± 0.90	2.56 ± 0.91	2.67 ± 0.89	2.40 ± 0.90**	2.84 ± 0.85	2.45 ± 0.92*	2.76 ± 0.85	
2：食事は野菜や魚類が中心である	3.01 ± 0.87	2.96 ± 0.87	3.07 ± 0.88	2.89 ± 0.87	3.14 ± 0.85	2.87 ± 0.92*	3.15 ± 0.79	
3：味の薄いものを食べるようにしている	2.86 ± 0.92	2.76 ± 0.98	2.99 ± 0.81	2.78 ± 0.87	2.95 ± 0.97	2.65 ± 0.93**	3.07 ± 0.86	
4：太らないように気をつけて食事をとっている	2.76 ± 0.92	2.67 ± 0.90	2.90 ± 0.92	2.56 ± 0.87**	3.00 ± 0.91	2.55 ± 0.89**	2.99 ± 0.89	
5：肉類や油っこいものを控えている	2.89 ± 0.78	2.82 ± 0.72	2.97 ± 0.86	2.77 ± 0.74*	3.03 ± 0.81	2.76 ± 0.77	3.01 ± 0.78	
6：甘い菓子やジュースは控えている	2.99 ± 0.87	3.05 ± 0.86	2.90 ± 0.87	2.95 ± 0.87	3.04 ± 0.86	3.00 ± 0.88	2.98 ± 0.86	
7：塩分を控えて作った食事をとっている	2.72 ± 0.89	2.62 ± 0.92	2.86 ± 0.83	2.52 ± 0.82**	2.95 ± 0.91	2.51 ± 0.93**	2.94 ± 0.79	
8：玉子、魚卵や内臓ごと食べる魚（たらこ・ししゃも等）、レバー、肉の脂身などコレステロールを多く含む食品をとりすぎないように気をつけている	2.86 ± 0.81	2.78 ± 0.82	2.96 ± 0.80	2.72 ± 0.78*	3.01 ± 0.82	2.72 ± 0.83*	3.00 ± 0.77	
領 域 全 体	2.83 ± 0.61	2.78 ± 0.59	2.92 ± 0.63	2.70 ± 0.57**	2.99 ± 0.61	2.69 ± 0.61**	2.99 ± 0.57	

Mann-WhitneyのU検定 *p < 0.05, **p < 0.01

表3 運動管理における平均得点と背景別にみた平均得点

N=174

	対象全体の平均得点 (N=174)	性 別		年 齢		職 業	
		男 (n=102)	女 (n=72)	65歳未満 (n=94)	65歳以上 (n=80)	有 (n=89)	無 (n=85)
1：運動をする時は、手足を大きく動かすような散歩、早歩き、水中運動、ゆったりとした水泳、サイクリング、ラジオ体操、リズム体操などの激しくない全身運動である	2.61±0.97	2.56±0.99	2.68±0.94	2.49±1.01	2.75±0.91	2.36±0.95**	2.87±0.92
2：運動中に脈拍を測定し、体に負担になっていないか把握している	1.68±0.84	1.68±0.82	1.69±0.87	1.64±0.83	1.74±0.85	1.58±0.75	1.78±0.91
3：運動後は爽快な気分になる	2.86±0.89	2.82±0.84	2.92±0.97	2.92±0.91	2.80±0.88	2.94±0.87	2.78±0.91
4：天候の悪い日でも室内等で運動を行っている	2.01±1.01	1.94±0.97	2.10±1.05	1.85±0.96*	2.19±1.03	1.76±0.92**	2.26±1.04
5：車など乗り物にたよりすぎないで歩くようにしている	2.29±0.95	2.28±0.92	2.29±1.01	2.18±0.99	2.41±0.90	2.12±0.90*	2.46±0.98
6：運動中や後には水分をとっている	3.03±0.88	2.99±0.88	3.08±0.87	3.03±0.87	3.03±0.89	2.97±0.93	3.10±0.81
7：日頃より運動を心掛けている	2.42±0.88	2.38±0.86	2.48±0.92	2.28±0.88*	2.59±0.85	2.20±0.83**	2.65±0.88
8：運動療法に関する情報を得るようにしている	2.36±0.92	2.30±0.91	2.44±0.94	2.20±0.91**	2.56±0.91	2.09±0.85**	2.64±0.92
領 域 全 体	2.41±0.58	2.37±0.56	2.46±0.60	2.32±0.58*	2.51±0.56	2.25±0.54**	2.57±0.57

Mann-WhitneyのU検定 *p <0.05, **p <0.01

表4 ストレス管理における平均得点と背景別にみた平均得点

N=174

	対象全体の平均得点 (N=174)	性 別		年 齢		職 業	
		男 (n=102)	女 (n=72)	65歳未満 (n=94)	65歳以上 (n=80)	有 (n=89)	無 (n=85)
1：規則正しい生活をしている	3.05±0.73	3.00±0.72	3.11±0.74	2.96±0.73	3.15±0.71	2.93±0.70*	3.16±0.74
2：疲れたら無理をしないで休息する	3.20±0.63	3.09±0.63**	3.37±0.59	3.14±0.63	3.28±0.61	3.01±0.61**	3.41±0.58
3：身体の負担にならないよう仕事（家事）を調整している	2.95±0.78	2.76±0.77**	3.21±0.71	2.79±0.80**	3.14±0.71	2.65±0.76**	3.26±0.68
4：悩み事を相談する相手があり、ストレスをためないようにしている	2.85±0.89	2.76±0.87	2.96±0.91	2.84±0.86	2.85±0.93	2.69±0.89*	3.01±0.87
5：十分に睡眠をとり、すっきりと目覚めることができる	2.94±0.88	2.88±0.89	3.01±0.86	2.83±0.88	3.06±0.88	2.72±0.89**	3.16±0.81
6：外出時、寒いときは上着をもう1枚着るなど、寒暖に対し衣服で調整している	3.40±0.65	3.26±0.69**	3.60±0.55	3.32±0.66	3.50±0.64	3.24±0.71**	3.58±0.54
7：お風呂は38～40℃くらいの比較的ぬるい湯に入る	2.58±0.93	2.46±0.90*	2.76±0.94	2.49±0.92	2.70±0.92	2.31±0.86**	2.87±0.91
8：お風呂に入るときは浴室と脱衣所をあらかじめ暖めている	2.23±1.07	2.13±1.03	2.36±1.12	1.98±1.01**	2.52±1.08	2.06±1.04*	2.41±1.08
9：入浴時の注意について、情報を得るようにしている	2.20±0.97	2.16±0.95	2.25±1.00	1.97±0.90**	2.46±0.99	1.92±0.91**	2.48±0.96
領 域 全 体	2.82±0.48	2.72±0.45**	2.96±0.48	2.70±0.45**	2.96±0.47	2.61±0.40**	3.04±0.46

Mann-WhitneyのU検定 *p <0.05 **p <0.01

ている」があった。一方、自己管理出来ていない項目（3点未満）は、その他の全ての項目であり特に低い項目には、項目2「運動中に脈拍を測定し、体に負担になっていないか把握している」・項目4「天候の悪い日でも室内等で運動を行っている」があった。

また、背景別の比較においては、性別では有意な差はみられず、年齢別では領域全体において65歳未満群は65歳以上群よりも得点が有意に低く、有意差が見られた項目には、項目4「天候の悪い日でも室内等で運動を行っている」、項目7「日頃より運動を心掛けている」、項目8「運動療法

に関する情報を得るようにしている」があった。職業別では、領域全体において有職者が無職者よりも得点が有意に低く、有意差が見られた項目には、項目1「運動をする時は、手足を大きく動かすような散歩、早歩き、水中運動、ゆったりとした水泳、サイクリング、ラジオ体操、リズム体操などの激しくない全身運動である」、項目4「天候の悪い日でも室内等で運動を行っている」、項目5「車など乗り物にたよりすぎないで歩くようにしている」、項目7「日頃より運動を心掛けている」及び項目8「運動療法に関する情報を得るようにしている」があった。

3) ストレス管理における平均得点と背景別にみた平均得点(表4)

対象全体の平均得点±標準偏差は、領域全体において 2.82 ± 0.48 点であった。自己管理が出来る項目は、項目1「規則正しい生活をしている」、項目2「疲れたら無理をしないで休息する」、項目6「外出時、寒いときは上着をもう1枚着るなど、寒暖に対し衣服で調整している」があった。一方、自己管理出来ない項目はその他の6項目であり、特に低い項目は、項目9「入浴時の注意について、情報を得るようにしている」、項目8「お風呂に入るときは浴室と脱衣所をあらかじめ暖めている」、項目7「お風呂は $38 \sim 40^{\circ}\text{C}$ くらいの比較的ぬるい湯に入る」等の入浴に関する項目であった。

また、背景別の比較においては、性別では領域全体において男性の方が女性よりも有意に得点が低く、有意差が見られた項目には項目2「疲れたら無理をしないで休息する」、項目3「身体の負担にならないよう仕事(家事)を調整している」、項目6「外出時、寒いときは上着をもう1枚着るなど、寒暖に対し衣服で調整している」、項目7「お風呂は $38 \sim 40^{\circ}\text{C}$ くらいの比較的ぬるい湯に入る」があった。また、年齢別では領域全体において65歳未満群の方が65歳以上群よりも得点が有意に低く、有意差が見られた項目には項目3「身体の負担にならないよう仕事(家事)を調整している」、項目8「お風呂に入るときは浴室と脱衣所をあらかじめ暖めている」、項目9「入浴時の注意について、情報を得る」があった。職業別にみると、領域全体及び全ての項目において、有職者が無職者よりも得点が低かった。

4) 服薬管理における平均得点と背景別にみた平均得点(表5)

対象全体の平均得点±標準偏差は、領域全体において 3.46 ± 0.48 点であり、全ての項目において、平均得点は自己管理が出来ていると捉えられる基準を満たしていた。その中で得点の高い項目には項目2「血圧値が安定していても、薬はしっかりと飲んでいいる」があり、低い項目には項目5「薬を飲み忘れない工夫や環境づくりをしている」、項目6「薬の飲み忘れに気付いた時、その時の時

表5 服薬管理における平均得点と背景別にみた平均得点

N=166

	対象全体の平均得点 (N=166)	性 別		年 齢		職 業	
		男 (n=96)	女 (n=70)	65歳未満 (n=90)	65歳以上 (n=76)	有 (n=83)	無 (n=83)
1: 薬は医師の指示通り、回数・量・時間帯(食後など)を守り飲んでいる	3.69 ± 0.59	3.67 ± 0.57	3.71 ± 0.62	3.62 ± 0.66	3.76 ± 0.49	3.63 ± 0.66	3.75 ± 0.51
2: 血圧値が安定していても、薬はしっかりと飲んでいいる	3.76 ± 0.53	3.74 ± 0.51	3.79 ± 0.56	3.71 ± 0.60	3.82 ± 0.42	3.70 ± 0.60	3.82 ± 0.45
3: 薬は水と一緒に飲む、または口の中で溶かす等の用法を守っている	3.47 ± 0.87	$3.38 \pm 0.89^*$	3.60 ± 0.82	$3.28 \pm 1.01^{**}$	3.70 ± 0.59	$3.23 \pm 1.03^{**}$	3.71 ± 0.57
4: 薬は忘れないで飲んでいいる	3.57 ± 0.62	3.54 ± 0.58	3.61 ± 0.67	$3.44 \pm 0.69^{**}$	3.72 ± 0.48	3.49 ± 0.65	3.65 ± 0.57
5: 薬を飲み忘れない工夫や環境づくりをしている	3.16 ± 0.95	3.11 ± 0.97	3.22 ± 0.92	$3.02 \pm 0.97^*$	3.32 ± 0.90	$3.00 \pm 0.95^*$	3.31 ± 0.92
6: 薬の飲み忘れに気付いた時、その時の時間をみて薬を飲む方がよいか飲まない方がよいのかを判断できる	3.26 ± 0.76	$3.12 \pm 0.78^{**}$	3.44 ± 0.69	3.25 ± 0.81	3.26 ± 0.69	3.14 ± 0.79	3.37 ± 0.71
7: 身体に何らかの症状が現れた場合には、早めに病院を受診もしくは連絡をすることができる	3.32 ± 0.79	3.33 ± 0.72	3.30 ± 0.87	3.21 ± 0.87	3.43 ± 0.66	$3.14 \pm 0.87^*$	3.49 ± 0.65
領 域 全 体	3.46 ± 0.48	3.41 ± 0.47	3.52 ± 0.50	$3.36 \pm 0.54^*$	3.57 ± 0.39	$3.33 \pm 0.52^{**}$	3.58 ± 0.41

Mann-WhitneyのU検定 *p<0.05, **p<0.01

間をみて薬を飲む方がよいか飲まない方がよいのかを判断できる」があった。

背景別の比較においては、性別では男性の方が女性よりも有意に得点が低い項目として、項目3「薬は水と一緒に飲む、または口の中で溶かす等の用法を守っている」、項目6「薬の飲み忘れに気付いた時、その時の時間をみて薬を飲む方がよいか飲まない方がよいのかを判断できる」があった。年齢別では領域全体において65歳未満群の方が65歳以上群よりも得点が有意に低く、有意差が見られた項目には項目3「薬は水と一緒に飲む、または口の中で溶かす等の用法を守っている」、項目4「薬は忘れないで飲んでいいる」、項目5「薬を飲み忘れない工夫や環境づくりをしている」があった。職業別においては、領域全体において有職者が無職者よりも得点が有意に低く、有意差が見られた項目には項目3「薬は水と一緒に飲む」、

項目5「薬を飲み忘れない工夫や環境づくり」、項目7「身体に何らかの症状が現れた場合には、早めに病院を受診もしくは連絡をすることができる」があった。

5) 飲酒管理における平均得点と背景別にみた平均得点(表6)

対象全体の平均得点±標準偏差は、領域全体において2.60±0.78点であり、全ての項目において、平均得点は自己管理が出来ていると捉えられる基準を満たしていなかった。その中において特に得点の低い項目には、項目2「アルコール飲料を1週間の中で数日は飲まない日を作っている」、適量を示した項目3「アルコール飲料を飲む日の量は、日本酒では1合以下、ビールでは中1本(500mL)以下、焼酎では半合弱以下である」があった。

背景別の比較においては、性別では男性が女性よりも有意に得点が低い項目として、項目2「ア

表6 飲酒管理における平均得点と背景別にみた平均得点

N=92

	対象全体の平均得点 (N=92)	性 別		年 齢		職 業	
		男 (n=79)	女 (n=13)	65歳未満 (n=52)	65歳以上 (n=40)	有 (n=56)	無 (n=36)
1: アルコール飲料を飲む時は、量を決めて飲んでいる	2.99±0.94	3.01±0.88	2.85±1.28	2.73±1.01**	3.33±0.73	2.84±0.99	3.22±0.83
2: アルコール飲料を1週間の中で数日は飲まない日を作っている	2.29±1.23	2.18±1.22*	2.95±1.17	2.37±1.30	2.18±1.15	2.27±1.23	2.31±1.26
3: アルコール飲料を飲む日の量は、日本酒では1合以下、ビールでは中1本(500mL)以下、焼酎では半合弱以下である	2.47±1.24	2.39±1.22	2.92±1.26	2.29±1.23	2.70±1.22	2.20±1.21**	2.89±1.17
4: アルコール飲料を飲みすぎないような環境づくりや工夫をしている	2.64±0.93	2.64±0.91	2.69±1.11	2.47±1.02	2.87±0.76	2.58±0.95	2.74±0.91
領 域 全 体	2.60±0.78	2.55±0.76	2.85±0.86	2.47±0.85	2.77±0.64	2.47±0.84	2.79±0.62

Mann-WhitneyのU検定 *p<0.05, **p<0.01

表7 喫煙管理における平均得点と背景別にみた平均得点

N=26

	対象全体の平均得点 (N=26)	性 別		年 齢		職 業	
		男 (n=23)	女 (n=3)	65歳未満 (n=21)	65歳以上 (n=5)	有 (n=18)	無 (n=8)
1: 一日に吸うたばこの本数を決めている	2.35±1.20	2.35±1.23	2.33±1.16	2.19±1.12	3.00±1.41	2.22±1.22	2.63±1.19
2: たばこを吸いすぎないような工夫や環境づくりをしている	2.54±0.76	2.52±0.79	2.67±0.58	2.43±0.81	3.00±0.00	2.50±0.79	2.63±0.74
3: たばこを吸いたくなかった時、他の行動(ストレッチや軽い運動、お茶や水を飲む、ガムをかむ、深呼吸をする、歯を磨くなど)で代用するようにしている	2.15±0.83	2.17±0.83	2.00±1.00	2.00±0.84	2.80±0.45	2.06±0.87	2.38±0.74
領 域 全 体	2.35±0.75	2.35±0.78	2.33±0.67	2.21±0.73*	2.93±0.55	2.26±0.75	2.54±0.75

Mann-WhitneyのU検定 *p<0.05

ルコール飲料を1週間の中で数日は飲まない日を作っている」があった。また、年齢別では65歳未満群の方が65歳以上群よりも得点が有意に低い項目として、項目1「アルコール飲料を飲む時は、量を決めて飲んでいる」があった。職業別においては、有職者が無職者よりも得点が有意に低い項目として、項目3「アルコール飲料を飲む日の量は、日本酒では1合以下、ビールでは中1本(500mL)以下、焼酎では半合弱以下である」があった。

6) 喫煙管理における平均得点と背景別にみた平均得点(表7)

対象全体の平均得点±標準偏差は、領域全体において 2.35 ± 0.75 点であり、全ての項目において、平均得点は自己管理が出来ていると捉えられる基準を満たしていなかった。その中において特に得点が低い項目としては、煙草を吸いたくなかった時に他の行動で代用することに関する項目3があった。また、年齢別では領域全体の平均得点を見ると、65歳未満群の方が65歳以上群よりも有意に低かった。性別・職業別においては、得点の有意な差は見られなかった。

考 察

1. 日常生活行動における各領域からみた自己管理

各領域全体の平均得点においては、自己管理が出来ていると捉えられる基準の3点を満たしていた領域は服薬管理のみであった。降圧薬の内服については「血圧のレベルが高くなるほど、生活習慣の改善のみでは目標降圧レベルに達することは困難であり、降圧薬による治療が必要となる。」¹⁸⁾ことが示されている。このことから、降圧薬を内服している患者においては降圧薬の内服の必要性を受け止めている者が多いことが示唆される。一方、服薬以外の5つの領域(食事、運動、ストレス、飲酒及び喫煙)は自己管理が出来ている基準を満たしていなかった。健康に向けての保健行動を実行したり、継続する際、その行動自体の好みとしての感覚が問題となり、塩辛いものを食べないと食べた気がしない人など、行動しようとしても心理的な負担の強いものとなり、行動の持続が困難であることが指摘されている¹⁹⁾。本研究により食事、運動、ストレス、飲酒及び喫煙の各領域の得点が基準を満たしていなかったことは、高血圧症と診断されて生活習慣を改善しようとしても、これまでの生活習慣を変えることは困難さを伴うことが実態からも窺える。

食事管理の実態としては、塩分を多く含む食品をとらないようにする等の食塩制限に関する行動及び、太らないように気をつけた食事等の肥満予防(改善)に関する行動が難しい実態が見られた。肥満と高血圧との関係については、肥満者の高血圧発症率は非肥満者の2-3倍であることが報告されている²⁰⁾。本研究において、BMIが25以上を示した者は43.7%を占めており、血圧コントロールに向けた肥満予防及び改善を意識した管理が重要であることが窺える。

運動管理においては、運動に伴う水分補給に関する行動の得点が高く、運動時に身体の負担の程度を確認することに関する行動の得点が低かった。高血圧者における運動に伴う水分補給の必要性については、発汗作用により体内の水分が不足すると血液の粘稠度が増し心臓に負担をかけること、また動脈硬化が進行している場合には脳・心血管障害を誘発する恐れがある²¹⁾ため、今回の研究で得点が高かったことから、継続できるように支援することが必要である。また、得点の低かった身体の負担に関しては、運動の強度は最大酸素摂取量の50%程度が効果と安全の面から適しており、50%強度は脂肪の燃焼率が高く、運動中の血圧の上昇も軽度で血中乳酸の蓄積もほとんど認められず持続することができ、50%強度に相当する脈拍数は $138 - \text{年齢}/2$ で求めることができる²²⁾。運動中に脈拍を測定する意義を理解し、年齢に応じた具体的な数値を把握しておくことがより安全な運動に繋がるものと考ええる。しかしながら、運動は心血管病のない高血圧患者が対象であり³⁾、血圧が高値の場合には運動により脳出血等の発症の危険性が高くなる²²⁾ため、医師と相談して行っていくことが必要である。また、項目3「運動後は爽快な気分になる」について、この項目の意味内容としては、運動を継続していくためには運動後に爽快な気分になるような運動を選択していくといった行動が必要であることを含んでおり、患者指導の際にはその旨を配慮して関わることでよりよい支援に繋がるものと考ええる。

ストレス管理においては、入浴時の湯の温度、浴室や脱衣所の保温など、血圧の上昇を防ぐための入浴に伴う温度変化に配慮した行動に関する得点が低かった。寒冷刺激が身体に及ぼす影響については、心血管病による冬季の死亡率増加は、暖房や防寒の不十分な場合ほど高くなることが示されている²³⁾。また、湯の温度が41℃で血圧の上昇が見られた報告²⁴⁾からも、入浴時に身体を擁護

する行動ができることが、高血圧者にとっての安全な入浴に繋がるものと考える。

服薬管理において、得点が低い項目として、薬の飲み忘れに気づいた時の対処方法に関する項目があった。降圧剤の飲み忘れについては、服用中の降圧剤の種類と飲み忘れに気づいた時刻により対処方法が異なる²⁵⁾ことから、患者が時間をみて判断できるように事前に伝えておく等、適切な内服ができるよう援助していくことが必要であると考える。

飲酒管理においては、全ての項目において、自己管理が出来ていると考えられる得点の基準を満たしていなかった。飲酒は嗜好品の1つであり、好む者が飲酒を行っていることが、得点の低さに繋がったものと考えられる。項目を見ると休肝日を作ること、適量を守ることに関する得点が特に低かった。飲酒により、血圧が上昇する要因としては、アルコール自体や酒の肴・夜食による摂取カロリーの過剰およびカロリー摂取が就寝前であることが肥満に結びつきやすい、塩辛い酒の肴による過剰な食塩摂取などが影響していると推定されている²⁶⁾。飲酒習慣のある者は、肝臓に過剰な負担を掛けないう休肝日を設け²⁶⁾、食事管理も合わせて注意を向けることが必要である。

喫煙管理においても、全ての項目において得点が基準を満たしておらず、加えて全体の平均得点が他の領域と比べて最も低かった。飲酒同様に、喫煙は嗜好品として捉えられることが得点の低さに繋がったものと考えられる。さらに、高血圧症患者を対象とした自己管理に関する知識の理解度の調査²⁷⁾では「タバコを吸わない」において“分からない”者の割合が11.8%を占めており、塩分や脂肪分、飲酒、運動、ストレス、服薬等の他の項目の割合よりも多く、理解度が低いことが報告されている。本研究においても、喫煙と高血圧の関係を理解していない者が他の領域に比して多いことが考えられ、得点の低さに繋がったものと考ええる。

2. 背景別の比較からみた自己管理

1) 性別に関して

性別においては、ストレス、服薬、飲酒の各領域において、男性の方が女性よりも得点が低かった。ストレス管理では、男性は女性よりも身体の負担にならないように仕事を調整することが難しい実態がみられた。これは、男性は一家の大黒柱として働いていることが多いことが考えられ、身体に負担を感じていても無理をしてしまうものと

考えられる。さらに、外出時の上着の調節など、身体に対する細やかな配慮は女性よりもできにくいことが示唆された。また、入浴においては男性の方が適切な温度で入浴できておらず、入浴時に身体に負荷がかかっていることが推察される。女性には母親として献身的に子どもを育てようとする性質が本能的に備わっていることが示されており²⁸⁾、女性は健康に向けた心身の擁護に対して男性よりも注意が向きやすい傾向にあることが考えられる。このことは健康に向けた行動として日常生活行動における自己管理にも繋がり、男性の方が得点が低かったものと考えられる。

2) 年齢別に関して

年齢別においては、6つの全ての領域において65歳未満群は65歳以上群よりも管理ができていない実態がみられた。65歳未満は発達段階では成人期であり、この時期ほど多くの役割をもつ時期は他になく、職業と家庭における重要な役割を同時に担い、それらの両立のために葛藤することが多い時期である¹⁵⁾。このような成人期は自らの管理に時間を充分にとることができていないことが推察される。血圧水準が高いほど脳卒中、心疾患、慢性腎臓病などの合併症の罹患率が高くなることが示されており²⁾、このことより成人期の過ごし方が老年期の健康状態に影響してくることが窺えることから、成人期は合併症予防に向けた血圧コントロールをすることが重要な時期であると考ええる。忙しい中においても、管理していくことの必要性を理解できるように働きかけていくことが大切であると考ええる。

3) 職業別に関して

職業別においては、食事、運動、ストレス、服薬、飲酒の各領域において有職者が無職者よりも得点が低い実態がみられた。このことより、仕事をもっている人は自分で自由になれる時間を作っておらず管理に時間をかける余裕がない可能性、または身体に自信があり自己管理に至っていない可能性が示唆された。また、ストレス管理においては全項目で有職者の方が低く、仕事により心身への負荷となるようなストレスがかかっていることが実態として窺えられた。さらに、服薬管理においては「薬を飲み忘れない環境作り」において得点が低かったが、職業がある者は朝の薬を飲み忘れるとその後は仕事があるため飲み忘れたことを思い出したとしてもすぐには飲めない状況であることも多いと考えられる。先行研究²⁷⁾においても壮年期で職業をもつ男性の特色として薬を飲

み忘れる人が5割以上と多く、有職者の服薬管理においては飲み忘れない環境作りをしていくことが重要になってくるものと考える。

3. 研究の限界

本研究では「食事、運動、ストレス」管理の領域は全ての高血圧症者が必要とする側面であり、一方、「服薬、飲酒、喫煙」管理の領域は服薬をしている者、喫煙及び飲酒習慣のある者のみが必要となる側面であるため、対象数が異なっている。従って、6領域全ての分析を同時に行うことが困難であったため、今回は領域毎に分析を行っている。

結 論

高血圧症患者の日常生活行動における自己管理の実態を明らかにすることを目的とし、本態性高血圧症患者を対象に調査を実施した。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. 各領域全体の平均得点は、自己管理が出来ていると捉えられる基準の3点以上であった領域は服薬管理のみであり、その他の食事・運動・ストレス・飲酒・喫煙管理においては3点に満たなかった。

2. 自己管理が困難な生活行動としては、食事管理では食塩制限・肥満予防に向けた行動、運動管理では運動時に身体の負担の程度を把握する行動、ストレス管理では入浴時の温度変化に配慮する行動、服薬管理においては薬を飲み忘れない環境作りを行う行動、飲酒管理については休肝日を設けること等があった。

3. 背景別においては、性別では男性は女性よりも自己管理得点が低かった。年齢別では、65歳未満群の方が65歳以上群よりも得点が低かった。また、職業別においては有職者が無職者よりも得点が低い実態がみられた。

本研究結果による日常生活行動における自己管理の特徴は、対象特性を踏まえた患者の自己管理への援助において活用できることが示唆された。

謝 辞

本研究のアンケートにご協力下さいました患者様並びに本研究を行うにあたりご協力下さいました調査施設の皆様に深謝致します。

文 献

1) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課：平成24年国民健康・栄養調査結果の概要，厚生労働

- 統計協会，厚生指針，61(4)，44-50，2014
- 2) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧治療ガイドライン2009，日本高血圧学会，ライフサイエンス出版，1，東京，2009
- 3) 前掲書2)，31-36
- 4) Intersalt Cooperative Research Group：Intersalt：an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion, British Medical Association, 297, 319-328, 1988
- 5) 石光俊彦：生活習慣の修正による高血圧の抑制, Dokkyo Journal of Medical Sciences, 30(3), 285-296, 2003
- 6) Nakamura K, Okamura T, Hayakawa T, et al for the NIPPON DATA90 Research Group：The proportion of individuals with alcohol-induced hypertension among total hypertensives in a general Japanese population：NIPPON DATA90, Hypertension Research, 30(8), 663-668, 2007
- 7) Parikh NI, Pencina MJ, Wang TJ, et al：A risk score for predicting near-term incidence of hypertension：the Framingham Heart Study, Annals of Internal Medicine, 148(2), 102-110, 2008
- 8) Dochi M, Sakata K, Oishi M, et al：Smoking as an independent risk factor for hypertension：a 14-year longitudinal study in male Japanese workers, The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 217, 37-43, 2009
- 9) 前掲書2)，27
- 10) Hozawa A, Ohkubo T, Kikuya M, et al：Blood pressure control assessed by home, ambulatory and conventional blood pressure measurements in the Japanese general population：the Ohasama study, Hypertension Research, 25(1), 57-63, 2002
- 11) 大久保孝義，小原拓，舟橋仁，他：家庭血圧コントロール状況に関する全国調査研究（J-HOME研究）中間報告2003年4月末における対象患者1533人の家庭血圧状況，Therapeutic Research, 24(9), 1849-1855, 2003
- 12) 坪田恵子，上野栄一，高間静子：高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度の作

- 成, 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 73-80, 2005
- 13) Tsubota T, Inagaki M: Development of a self-management scale for the evaluation of behavior in daily life in patients with hypertension: an investigation of reliability and validity, Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 36(1), 1-10, 2012
- 14) 湯川進太郎, 吉田富二雄: スタンダード社会心理学 (初版), サイエンス社, 207, 東京, 2012
- 15) 櫻井茂男, 佐藤有耕: 発達心理学 (初版), サイエンス社, 221, 東京, 2013
- 16) 前掲書14), 251
- 17) 本庄恵子: 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. 日本看護科学会誌, 21(1), 29-39, 2001
- 18) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 (編): 高血圧治療ガイドライン2014, 日本高血圧学会, ライフサイエンス出版, 45, 東京, 2014
- 19) 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気 (初版), メジカルフレンド社, 102, 東京, 1996
- 20) 前掲書18), 79
- 21) 富山博史: 高血圧 血圧をコントロールし, 合併症を防ぐ生活の心得, PHP研究所, 126-127, 東京, 2001
- 22) 佐々木淳: 運動療法のエビデンスと実際, 治療, 89(7), 2291-2295, 2007
- 23) The Eurowinter Group: Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe, Lancet, 349, 1341-1346, 1997
- 24) 長家知子, 樗木晶子, 長弘千恵, 他: 安全な入浴方法開発のための基礎的研究, 九州大学医学部保健学科紀要, 2, 17-24, 2003
- 25) 高尾信廣: 高血圧 日常生活における自己管理のすすめ (初版), 医学書院, 88, 東京, 1993
- 26) 前掲書25), 129-131
- 27) 田辺美恵子, 山上由美子, 佐藤淳子, 他: 高血圧症第1期患者の自己管理に関する知識と生活実態, 日本看護学会論文集 第26回地域看護, 64-66, 1995
- 28) 小田正枝: 家族とその機能, 高橋照子, 看護学原論 (初版), 南江堂, 54, 東京, 2009

研究報告

『日本版Areas of Worklife Survey (AWS) – 2011年版：個人と職場環境 6 つのミスマッチ診断』の妥当性について

Validity of the Japanese version of the Areas of Worklife Survey (AWS)
– 2011 : Six mismatches between person and job environment

北岡 和代¹⁾, 増田 真也²⁾, 佐々木 恵³⁾, 長田 恭子¹⁾, 森岡 広美⁴⁾
川村 みどり⁴⁾, 中本 明世⁴⁾, 川口 めぐみ⁴⁾, 坂上 章⁵⁾, 竹澤 翔⁶⁾

Kazuyo Kitaoka¹⁾, Shinya Masuda²⁾, Megumi Sasaki³⁾, Kyoko Nagata¹⁾
Hiromi Morioka⁴⁾, Midori Kawamura⁴⁾, Akiyo Nakamoto⁴⁾
Megumi Kawaguchi⁴⁾, Akira Sakagami⁵⁾, Shou Takezawa⁶⁾

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, ³⁾北陸先端科学技術大学院大学

⁴⁾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

⁵⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士前期課程, ⁶⁾石川県立高松病院

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

²⁾Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

³⁾Japan Advanced Institute of Science and Technology

⁴⁾Doctoral course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences,
Kanazawa University

⁵⁾Master's course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences,
Kanazawa University

⁶⁾Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital

キーワード

The Areas of Worklife Survey (AWS), 妥当性, バーンアウト, 職業性ストレス

Key words

The Areas of Worklife Survey (AWS), validity, burnout, job stress

要 旨

職業性ストレス、特にバーンアウトの原因であると考えられる6つの職場環境領域（仕事の負担、裁量権、報酬、共同体、公平性、価値観）を測定する尺度Areas of Worklife Survey (AWS)は2000年版から、2011年版へと改訂されている。日本版AWS-2000年版：個人と職場環境6つのミスマッチ診断の信頼性

と妥当性は既に検証されているが、本研究において、日本版AWS-2011年版：個人と職場環境 6 つのミスマッチ診断を作成し、信頼性と妥当性について検討した。調査会社にモニター登録されている約2000名の看護師に調査協力を依頼し、回答者が1000名に達した時点で、調査を打ち切った。有効回答は878名であった。これらのデータを分析した結果、日本版AWS-2000年版に引き続き、原版と同じ6因子構造を2011年版についても認めることができた。但し、各因子に属する28項目のうち、1項目については日本版においては必ずしも用いる必要のない項目であることが示唆された。また、逆転項目については検討すべき課題が残った。下位尺度の内的整合性はすべて.75以上で確保されていた。さらに、基準関連妥当性も認められたことから、AWS-2011年版も実用性があると考えられた。

はじめに

Areas of Worklife Survey (AWS)-2000年版はLeiter and Maslach¹⁾が開発しており、職業性ストレス、特にバーンアウトの原因であると考えられる6つの職場環境領域を測定する尺度である。個人とその人の職場環境との間に生じるミスマッチがバーンアウトの原因と考えられており^{2) 3)}、6つのミスマッチ領域：仕事の負担、裁量権、報酬、共同体、公平性、価値観を特定している。AWS-2000年版は働く人々全般に適用できる非特異的な尺度であり、バーンアウトに陥るリスクの高い職場環境領域を探索する重要な測定尺度となっており⁴⁾、この尺度を用いた研究もその後多くなされている⁵⁻⁹⁾。日本においてもAWSは知られるところとなり、北岡他¹⁰⁾がAWS-2000年版を開発者の許可を得て、翻訳し、因子的妥当性ととも信頼性(内的整合性)および基準関連妥当性について検討している。その結果、Information Technology(以後ITとする)関連企業に勤務する社員を対象にデータ収集を行い、原版と同じ6因子構造を確認するなど、尺度として実用性があることを検証している。

ところが、その後LeiterとMaslachはこのAWS-2000年版を、AWS-2011年版に改訂している¹¹⁾。AWS-2000年版は29項目からなり、仕事の負担(6項目)、裁量権(3項目)、報酬(4項目)、共同体(5項目)、公平性(6項目)、価値観(5項目)となっていた。しかし、2011年版は28項目となっている。仕事の負担および価値観に属する項目の1つが各々削除され、裁量権に属する項目が1つ追加されたのである。

そのため、日本版AWS-2011年版：個人と職場環境 6 つのミスマッチ診断(以下、日本版AWS-2011年版)を作成し、その妥当性を検討することを本研究の目的とした。日本版AWS-2000年版：個人と職場環境 6 つのミスマッチ診断(以下、日本版AWS-2000年版)の作成時と同様、

因子的妥当性ととも信頼性(内的整合性)および基準関連妥当性について検討する。

対 象

調査会社にモニターとして登録されている約2000名の看護師に、調査協力の依頼をした。依頼は調査会社を通して行った。依頼に同意した対象者は、指示されたウェブサイトアクセスして、設問に回答した。回答者が1000名に達した時点で、調査を打ち切った(2015年2月9日-16日)。後述する「ここでは一番左(右)をチェックしてください」という3つの項目で、1度でも指示に従わなかった120名の回答者は、項目文をきちんと読んでいないことが疑われるために、分析データから除くことにした。さらに、年齢よりも勤務年の方が大きいといった矛盾した回答をした2名を除き、最終的に878名を有効データとした。

表1に、対象者の特徴を示した。男性126名(14.4%)、女性752名(85.6%)、年齢は20代が81名(9.2%)、30代が249名(28.4%)、40代が344名(39.2%)、50代以上が204名(23.2%)であった。子ども有りの既婚者が396名(45.1%)と最も多く、続いて未婚者が336名(38.3%)、子ども無しの既婚者が110名(12.5%)いた。専門学校卒の看護師が大半を占め、628名(71.5%)であった。看護師としての勤務年数では10-19年の者が310名(35.3%)、20-29年の者が263名(29.9%)、1-9年の者が191名(21.8%)、30年以上の者が114名(13.0%)いた。個人病院あるいは総合病院で勤務する者がそれぞれ269名(30.6%)、293名(33.4%)であったが、その他とした者も240名(27.3%)いた。また、病棟、手術室、外来・検査部門で勤務する者以外に、勤務部署をその他とする者も316名(36.0%)いた。勤務形態としては、日勤のみの勤務の者が351名(40.0%)と多く、2交代勤務者は298名(33.9%)、3交代勤務者は164名(18.7%)であった。

表1 対象者の特徴

	(N=878)	
	N	(%)
性		
男	126	(14.4)
女	752	(85.6)
年齢		
20代	81	(9.2)
30代	249	(28.4)
40代	344	(39.2)
50代以上	204	(23.2)
婚姻状況		
未婚	336	(38.3)
既婚（子ども無し）	110	(12.5)
既婚（子ども有り）	396	(45.1)
その他	36	(4.1)
最終学歴		
専門学校	628	(71.5)
看護短大	97	(11.0)
看護系大学以上	111	(12.7)
その他	42	(4.8)
看護師勤務年数		
1－9年	191	(21.8)
10－19年	310	(35.3)
20－29年	263	(29.9)
30年以上	114	(13.0)
勤務先		
個人病院	269	(30.6)
総合病院	293	(33.4)
大学病院	76	(8.7)
その他	240	(27.3)
勤務部署		
病棟（外科系）	101	(11.5)
病棟（内科系）	153	(17.4)
病棟（混合科）	104	(11.8)
手術室	42	(4.8)
外来・検査部門	162	(18.5)
その他	316	(36.0)
勤務形態		
3交代	164	(18.7)
2交代	298	(33.9)
日勤のみ	351	(40.0)
その他（夜勤のみ含む）	65	(7.4)

方 法

1. AWS-2011年版と翻訳の手続き

2011年版は先に述べたように、2000年版29項目のうちの2項目が削除され、1項目が追加されたのみである。他の改変は一切ない。そのため、共通する27項目については、日本版AWS-2000年版の翻訳をそのまま用いた。追加された1項目（I have influence in the decisions affecting my work）については、著作権元であるMind Garden（www.mindgarden.com）から翻訳許可を得て行った。第1著者が翻訳し、逆翻訳を得て、最終翻訳とした。

AWS-2011年版28項目は、2000年版と同様に、6つのミスマッチ領域：仕事の負担（5項目）、裁量権（4項目）、報酬（4項目）、共同体（5項目）、公平性（6項目）、価値観（4項目）を測定する。仕事の負担は「職場では重要な仕事をするための十分な時間がある」、裁量権は「どのように自分の仕事をするかについて決定権がある」、報酬は「自分がする仕事は認められている」、共同体は「私の仕事グループは互いに協力しあっている」、公平性は「職場ではえこひいきがまかり通っている」、価値観は「私の価値観と組織の価値観は同じといえる」などの質問からなっており、8項目が逆転項目である（表2参照）。それぞれの領域におけるマッチングの程度を原版と同様に「全く違う」、「違う」、「わからない」、「そうである」、「全くそうである」の5段階評価で尋ねた。各項目の得点化については、正の方向で表現された質問の回答は「全く違う」（1点）－「全くそうである」（5点）として、負の方向で表現された質問の回答は「全く違う」（5点）－「全くそうである」（1点）と得点化した。

2. 調査における質問項目

本調査は看護師の就業継続意思に関する研究課題における予備調査として計画し、実施したものである。そのため、調査票は日本版AWS-2011年版（28項目）以外に、個人属性に関する質問（12項目）、就業継続意思を尋ねる独自作成質問（3項目）、看護師の職務満足測定尺度（28項目）¹²⁾、組織コミットメント測定尺度（8項目）¹³⁾、Job Embeddedness（職場への根付き）測定尺度（病棟と病院のそれぞれについて7項目ずつ尋ねた計14項目）^{14) 15)}、患者に関するストレスに関する独自作成質問（10項目）で構成されていた。加えて、予備調査では自己記入式質問紙調査における回答者の反応バイアスに関する検討も行ったために¹⁶⁾、尺度の質問項目とは別に「ここでは一番左（右）をチェックしてください」という指示項目が日本版AWS-2011年版、看護師の職務満足測定尺度、Job Embeddedness測定尺度の中に入れられていた。

本研究ではこのうち、日本版AWS-2011年版、個人属性、組織コミットメント測定尺度に関するデータを活用した。

3. 分析方法

原版と同じ因子構造が再現され、因子的妥当性が確保されているかを検討するために、探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。また、各下位尺度の内的整合性が確保されている

表2 日本版Areas of Worklife Survey (AWS)–2011年版の
探索的因子分析の結果（最尤法、プロマックス回転）

	因子					
	1	2	3	4	5	6
<仕事の負担> ($\alpha = .75$)						
1. しなければならない仕事をするための時間..※	-.03	-.01	.83	-.14	.04	.07
2. 長時間、一生懸命..※	-.09	-.08	.64	.03	-.06	.05
3. 職場です仕事が多すぎて..※	.04	.03	.69	-.02	-.15	.15
4. 職場では重要な仕事をするための時間..	.08	.02	.64	.01	.17	-.11
5. 終業時間になれば、仕事を残して..	.01	.19	.26	.19	-.05	-.27
<裁量権> ($\alpha = .86$)						
6. どのように自分の仕事をするかについて決定..	-.06	.83	.06	-.09	.02	-.04
7. 自分の仕事に必要な物や場所を手に入れるための影響..	-.08	.80	-.01	.02	.02	-.05
8. 職場では職業上の自律性..	.10	.72	-.01	-.04	-.01	-.03
9. 自分の仕事に関係する裁量..	-.04	.93	-.05	-.03	-.03	-.03
<報酬> ($\alpha = .81$)						
10. 自分がする仕事は他からふさわしく評価..	.12	.35	.00	.10	-.00	.29
11. 自分がする仕事は認められ..	.11	.33	-.04	.08	.02	.31
12. 自分がする努力は..※	-.06	-.05	.07	-.04	.07	.87
13. 自分が貢献している事全てが評価..※	-.02	-.02	.02	.06	-.01	.80
<共同体> ($\alpha = .88$)						
14. 職場ではそれぞれの役割を果たすために互いに..	.69	-.01	-.00	.04	.10	.02
15. 職場では助けあって..	.91	-.02	-.01	-.03	-.03	-.03
16. 私の仕事グループは互いに..	.98	-.06	.01	.01	-.05	-.09
17. 私の仕事グループはオープンに..	.82	.02	.02	-.04	.01	-.06
18. 仕事の同僚たちに対して親密..※	.46	.01	-.07	-.08	.03	.31
<公平性> ($\alpha = .75$)						
19. 私の職場では仕事に必要な人的・物的資源等は公平に..	.08	.05	.20	.48	.07	-.02
20. 昇進などの機会は実力のみで..	-.05	-.05	-.13	.53	.06	-.01
21. 物事の決定において不公平さ..	-.01	.18	-.05	.50	.04	.07
22. 会社は全ての従業員を公平..	-.07	-.07	.03	.83	.02	-.05
23. 職場ではえこひいき..※	.08	-.01	-.05	.55	-.09	.19
24. ここでは出世するかどうかは自分が何を..※	-.03	-.11	.05	.31	-.09	.28
<価値観> ($\alpha = .79$)						
25. 私の価値観と組織の価値観..	-.02	-.00	.06	.17	.58	.00
26. 組織の目標は私の日々の仕事に影響..	.06	.05	-.04	-.10	.66	.00
27. 私個人としてのキャリア目標は組織が..	-.06	0.00	.01	-.03	.87	.04
28. この組織は質を高めるために献身的な..	.06	-.06	-.08	.24	.49	-.01
因子間相関						
因子1	—	.48	.14	.49	.49	.45
因子2		—	.25	.55	.52	.43
因子3			—	.34	.21	.29
因子4				—	.66	.52
因子5					—	.38
因子6						—

※: 逆転項目

注) AWSの翻訳した項目内容はMind Gardenによる掲載条件により一部のみとなっている。

かを検討するために、Cronbachの α 係数を算出した。AWSが個人とその人の職場環境のミスマッチを測定する尺度であるなら、組織コミットメントとは負の相関があるという仮説が成り立つ。そのため、日本版AWS-2011年版と組織コミットメント測定尺度とのピアソン単相関係数を算出し、基準関連妥当性の検討を行った。本研究のデータ解析には、統計解析ソフトSPSS23J (IBM社)を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（審査番号579-1）。すべてのデータは調査会社の個人情報保護のポリシーの下に管理され、依頼者である研究者に個人情報は知らされない。調査協力は自由意思であり拒否しても不利益が一切生じないこと等について文書で説明し、回答への登録の完了をもって調査への同意を得ることにした。

結 果

1. 因子的妥当性について

初期解で6因子まで固有値1を越えた。表2に、その結果を示した。第1因子は共同体と解釈され、この因子に帰属する5項目の因子負荷量も.46-.98と十分であった。第2因子は裁量権と解釈され、追加された項目を含めた4項目すべての因子負荷量は.72-.93と十分認められた。第3因子は仕事の負担と解釈された。この因子に属する5項目のうち、4項目の因子負荷量は.64-.83と十分あったが、項目5「終業時間になれば、仕事を残して帰宅している」のそれは.26と十分ではなく、また他の因子に対する負荷量も小さかった。第4因子は公平性と解釈された。この因子に属する6項目のうち5項目の因子負荷量は.48-.83と十分あったが、項目24のそれは.31と不十分であった。第5因子は価値観と解釈され、この因子に属する4項目の因子負荷量は.49-.87と十分認められた。第6因子は報酬と解釈された。ただし、この因子に属する4項目のうち、項目10と11は第2因子への負荷も同じ程度に認められた。

2. 内的整合性について

原版と同じ項目が各因子に帰属しているとみなした場合のCronbachの α 係数は仕事の負担.75、裁量権.86、報酬.81、共同体.88、公平性.75、価値観.79であった（表2参照）。仕事の負担は項目5を除くと、.79となった。公平性は項目24を除いても、.75であり、係数の値に変化はほとんどな

かった。

3. 基準関連妥当性について

表3に、日本版AWS-2011年版と組織コミットメント測定尺度との間の相関係数を示した。ピアソンの相関係数は-.23--.61で、いずれも有意な負の相関があった。

表3 日本版AWS-2011年版と組織コミットメント測定尺度との単純相関

	組織コミットメント
仕事の負担	-.23 ***
裁量権	-.49 ***
報酬	-.48 ***
共同体	-.44 ***
公平性	-.53 ***
価値観	-.61 ***

ピアソンの単相関。***: $p < .001$

考 察

AWSの著作権は開発者の一人Leiterがセンター長をしていたカナダのアカディア大学組織研究開発センター（Center for Organizational Research & Development: COR&D）が所有していたが、現在、発行社Mind Gardenに移譲され、AWSは2000年版から2011年版へと改訂されている。そのため、本研究において改訂された2011年版について、日本版を作成し、因子構造の再現性を確認した。その結果、日本版AWS-2000年版に引き続き、原版と同じ6因子構造を2011年版についても認めることができた。企業の社員を対象に検討した2000年版と看護師を対象に検討した2011年版の双方で、因子構造の再現性を確認できたことから、交差妥当性もあると考える。また、下位尺度の内的整合性もすべて.75以上で確保されていた。さらに、基準関連妥当性も認められたことから、AWS-2011年版も実用性があると考えることができる。

しかし、2000年版でみられた検討課題とほぼ同様の2つの課題が認められた。その1つは、項目「終業時間になれば、仕事を残して帰宅している」である。この項目は原版では仕事の負担に属する項目とされている。しかし、日本版2000年版ではこの項目の因子負荷量は非常に小さく、確認的因子分析においても唯一有意なパス係数がみられなかった。その解釈について、北岡他¹⁰⁾は、“西欧

においては「仕事が残っていても、終業時間になれば他者に遠慮することなくさっと家に帰る」ことは当たり前のことであり、仕事の負担という概念を測定するために妥当な内容と考えることができる。だが、日本人にとっては周りへの遠慮や総じて生真面目な性格から、そう簡単にできることではない。「仕事が残っていれば、残業してでも終わらせる」、あるいは「残業して終わらせる」ことが職場におけるモラルであるかもしれない。このような文化的背景の違いが出てしまう項目であることが考えられる。”と述べ、この項目の異質性を指摘している。日本版AWS-2000年版の検討に際しては、IT関連企業に勤務する社員が対象であったが、看護師を対象とした本研究においても、この項目の仕事の負担に対する因子負荷量は.26と十分ではなく、また他の因子に対する負荷量も小さかった。仕事の負担のCronbachの α 係数が、当該項目を除いた場合に.75から.79へと高まったことを考慮すると、当該項目は日本版においては必ずしも用いる必要のない項目であることが一層示唆される。AWSの下位尺度得点は合計点を項目数で割ることによって得るものであるため、得点には影響しない。そのため、質問紙から削除するという結論は引き延ばすにしろ、その間は当該項目を仕事の負担の得点から外すという処置を取ることが賢明と考える。

もう一つの課題は逆転項目である。心理測定尺度には概念と一致する方向で質問が作成された項目だけではなく、反対方向で表現された逆転項目を設けることがある。黙従傾向のような回答バイアスを軽減するために有効とされているからである¹⁷⁾。しかし、この逆転項目があるために、別の因子が構成されたり、尺度の信頼性が低下したりするといった問題が生じることがある¹⁸⁾。AWSが2000年版から2011年版に改訂された際に、削除された2項目はともに逆転項目である。Leiter and Maslach¹¹⁾は手引き書において、それら2項目を削除した理由を説明していないが、逆転項目が抱える弱点を減じるための改訂であったと推測する。これにより、2000年版では29項目中10項目あった逆転項目は、2011年版では28項目中8項目と減っている。とはいうものの、本研究においても再び、逆転項目故に生じたものとも考えられる問題が認められた。まず、逆転項目24の因子負荷量.31という不十分さである。ただし、2000年版ではこの項目は何の問題ももたなかったこと、この項目を削除しても内的整合性がほとんど変わら

なかったことを鑑み、逆転項目故の問題と結論するのは時期尚早と考える。今後の研究における結果をみていく必要がある。次に報酬に属する逆転項目12と13である。これらは、2000年版においては報酬への帰属より、他の因子への帰属が高くなっていた。本研究の2011年版においては、これら2項目の報酬への帰属を認めたが、他の2項目の複合的な因子負荷を見出した。ただし、これら4項目の内的整合性が.81と高かったことから、この問題についても結論を据え置き、今後の検討課題としたい。

以上、述べた考察から、日本版AWS-2011年版は現時点においても使用に耐えうる尺度であると考ええる。

AWSは既存の職業性ストレスモデル^{19) 20)}やモデル構築の土台となっている諸理論²¹⁻²³⁾の検討を踏まえて開発され、職場環境を包括的に捉えたものである。そのため、バーンアウトを代表とする職業性のストレス反応に影響をおよぼしている多次元の職場環境を一度に包括的に調べることができ、職場において効果的な改善策を考えていくための有用な尺度といえる。AWS-2011年版を用いた研究は現時点では少ない²⁴⁾が、これを活用した職場ストレスチェックや調査研究等が増えていくと考える。

謝 辞

本研究は、平成26-27年度科学研究費補助金(基盤研究(B)(一般) 課題番号26293486)の助成を受けた。

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) Leiter MP, Maslach C: Areas of Worklife Survey. Centre for Organizational Research & Development, Wolfville, NS, Canada, 2000
- 2) Leiter MP, Maslach C: Six areas of worklife; a model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Resources Administration JHHSA SPRING*, 21, 472-489, 1999
- 3) Maslach C, Leiter MP: The truth about burnout. Jossey Bass, San Francisco, CA, 1997
- 4) Gascón S, Leiter MP, Stright N, et al.: A

- factor confirmation and convergent validity of the “areas of worklife scale” (AWS) to Spanish translation. *Health and Quality of Life Outcome*, 2013. doi : 10. 1186/1477 - 7525 - 11 - 63)
- 5) Leiter MP, Frank E, Matheson TJ: Demands, values, and burnout. *Canadian Family Physician*, 55, 1224 - 1225. e6, 2009
 - 6) Setti I, Argentero P: Organizational features of workplace and job engagement among Swill healthcare workers. *Nursing & Health Sciences*, 13, 425 - 432, 2011
 - 7) Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, et al.: Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers; the role of organizational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614 - 2624, 2013
 - 8) Mojsa-Kaja J, Golonka K, Marek T : Job burnout and engagement among teachers; worklife areas and personality traits as predictors of relationships with work. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28, 102 - 119, 2015
 - 9) Gregory ST, Menser T: Burnout among primary care physicians; a test of the areas of worklife model. *Journal of Healthcare Management*, 60, 133 - 148, 2015
 - 10) 北岡和代, 増田真也, 森河裕子, 他 : 日本版 Areas of Worklife Survey (AWS) ; 個人と職場環境 6 つのミスマッチ診断, 経営行動科学, 28, 53 - 63, 2015
 - 11) Leiter MP, Maslach C : Areas of Worklife Survey Manual (5th ed.), Mind Garden Inc., California, 2011
 - 12) 撫養真紀子, 勝山貴美子, 青山ヒフミ : 病院に勤務する看護師の職務満足測定尺度の信頼性・妥当性の検討, 社会医学研究, 31, 37 - 44, 2014
 - 13) 福岡隆康 : 介護職員の仕事コミットメントと組織コミットメントとの関係, 介護福祉学, 18, 14 - 21, 2011
 - 14) Crossley CD, Bennett RJ, Jex SM, et al. : Development of a Global Measure of Job Embeddedness and integration into a traditional model of voluntary turnover, *Journal of Applied Psychology*, 92, 1031 - 1042, 2007
 - 15) Peltokorpi V, Allen DG, Froese F : Organizational embeddedness, turnover intentions, and voluntary turnover; the moderating effects of employee demographic characteristics and value orientations. *Journal of Organizational Behavior*, 2014. Doi : 10. 1002/job. 1981
 - 16) 増田真也, 坂上貴之, 北岡和代, 他 : 回答指示の非遵守と反応バイアスの関連, 心理学研究, 87, 2016 (印刷中)
 - 17) Paulhus DL : Measurement and control of response bias. In : Robinson JP, Shaver PR, Writghtsman LS, eds. Measures of personality and social psychological attitudes, Academic Press, San Diego, CA, 17 - 59, 1991
 - 18) 増田真也, 北岡和代, 荻野佳代子 : 心理尺度における項目の方向性とグループ化の影響, 健康心理学研究, 25, 31 - 41, 2012
 - 19) Karasek R, Theorell T: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, New York, 1990
 - 20) Siegrist J, Starke D, Chandola T, et al. : The measurement of effort-reward imbalance at work; European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483 - 1499, 2004
 - 21) Walster E, Berscheid E, Walster G W : New directions in equity research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 151 - 176, 1973
 - 22) Pick D, Leiter MP: Nurses' perceptions of the nature and causes of burnout; a comparison of self-reports and standardized measures. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 23, 33 - 48. 1991
 - 23) Stevens GB, O'Neill P : Expectation and burnout in the developmental disabilities field. *American Journal of Community Psychology*, 11, 615 - 627, 1983
 - 24) Laschinger HKS, Borgogni L, Consiglio C, et al. : The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health; a cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1080 - 1089, 2015

研究報告

脳神経疾患患者のマットセンサー使用中に 起きた転倒の要因の分析

Analysis of the factor of the fall that happened during the mat sensor
use of the cranial nerve disease patient

大林 静香, 出野 恭子, 馬場園 恵, 柏 裕子, 井森 悠
南 すみれ, 宮下 詩歩子, 山崎 真由美

Shizuka Oobayashi, Kyoko Deno, Megumi Babazono, Yuko Kashiwa, Haruka Imori
Sumire Minami, Shihoko Miyashita, Mayumi Yamazaki

金沢大学附属病院

Kanazawa University Hospital

キーワード

転倒, マットセンサー, 脳神経外科

Key words

fell, mat sensor, neurosurgery

要 旨

目的：A病院B病棟の脳神経疾患患者は、転倒予防対策としてマットセンサーを使用していたが、転倒を予防しきれていない現状があった。そこで、マットセンサーを使用中に起きた転倒を分析し、転倒を起こした要因について検討することを本研究の目的とした。

方法：A病院脳神経外科病棟においてマットセンサーを使用中に転倒した患者6名を対象に、独自で作成した31項目の情報収集表を用いて、電子カルテとカンファレンス時に記録として使用していたノートから転倒毎に情報を収集し単純集計した。

結果：対象者6名の合計転倒件数は14件であった。看護師は、A病院共通の「転倒転落－予測アセスメントツール」を用いて転倒リスクを評価し、6名中5名を「看護師の直感があり」と評価していた。病状時期から転倒時の行動目的について、活動が低下する低下期と、活動が拡大する拡大期の2つの時期に分けることができた。

結論：マットセンサーを使用中に転倒した患者は、活動が低下していく低下期と、拡大していく拡大期では、転倒につながる時期の行動目的が異なっていた。拡大期にある患者のアセスメントは難しく、容易にマットセンサーを解除できない現状があったと示唆された。また、看護師は、転倒リスクへの認識もっていたが、患者の病状時期に合わせたアセスメントが不足していたことで転倒を予防できなかったことが示唆された。

はじめに

転倒は、療養環境、患者の状態、看護師の対応など、さまざまな要因が重なって発生すると言われている。転倒についての先行研究では、脳神経疾患自体が転倒の要因であると報告されており、齋藤¹⁾は脳神経疾患患者は、麻痺などの運動障害や、認知・注意・行為などの機能が障害される高次脳機能障害などを有している患者が多く、その疾患自体が転倒転落の危険性を高めていると述べている。そのため、脳神経外科に入院する患者は転倒リスクを常に考えてケアすることが必要であり、転倒を予防するために看護師は日々、試行錯誤しながら転倒予防対策を行っているのが現状である。

A病院B病棟は、脳神経外科と他の診療外科を含む混合病棟となっており、2012年度は年間約14,144名の患者が入院し、稼働率は年間平均87.8%である。A病院B病棟では、入院時に「転倒転落－予測アセスメントツール」を用いて転倒リスクの評価を行っている。評価で2点以上の患者に対して、「転倒転落－予測アセスメントツール」の項目に沿って転倒カンファレンスを実施し、ベッドを低床にすることや、ベッドの乗り降りが片側からのみできるように配置変更をする、ベッド柵は3本柵にし、トイレに近い病室の選択など、環境整備から行い転倒予防対策（以下、予防対策）を実施している。しかし、上記のような予防対策を実施するも、有効な予防対策が見つからない場合に、本人や家族の同意のもとでマットセンサーを使用し予防対策を実施している。

近年、転倒予防対策の一つとしてマットセンサーが利用されるようになり、A病院B病棟では、寝返りなどで容易に察知しナースコールが反応する起き上がりマットセンサーは、患者の行動を制限しすぎているとの理由から適応とせず、多目的な場所に設置できる床に敷くマットセンサーを多く使用している。また、有線型より無線型を使用することで、患者が配線に躓く、配線が断裂するなどの危険が回避できるといった利点がある。マットセンサーについての先行研究では、適応・解除基準、設置状況の実態等については明らかにされている。しかし、マットセンサー使用中に転倒を起こした要因に焦点を当てた研究はされていない。

A病院B病棟で2012年度にマットセンサーを使用していた患者は、51名であった。その内、脳神経疾患患者がマットセンサー使用中に転倒した人

数は6名であり、予防対策を実施しているにも関わらず転倒を防ぐことができていない現状がある。そのため、転倒を起こした要因を明らかにし今後の予防対策に活用したいと考えた。

目 的

A病院B病棟の脳神経疾患患者において、マットセンサーを使用中に起きた転倒を分析する。また、転倒を起こした要因について低下期と拡大期に分類し、病状時期による特徴を検討する。

用語の定義

転倒：自分の意思ではなく、身体の足底以外の部位が床に着いた状態。

マットセンサー：床に敷いたマットに負荷がかかった際に反応し、ナースコールを通じて知らせる感知装置。商品名：株式会社テクノスジャパン コールマット・コードレス（型式HC-R）

転倒カンファレンス：看護師数人で行う転倒リスクの高い患者に関する情報交換、情報共有、転倒予防対策の再検討を行う場。

研究方法

1. 研究デザイン：実態調査研究、後ろ向き調査
2. 対象：A病院B病棟の脳神経疾患患者の内、調査期間内にマットセンサーを使用中に転倒した患者6名。
3. 調査期間：2012年4月1日～2013年3月31日
4. 情報収集方法：齋藤¹⁾の脳神経外科病棟における転倒転落発生の要因分析のカテゴリー分類を参考に独自に患者背景、看護師のアセスメントとカンファレンス、行われていたケアについて31項目に細分化した情報収集表を作成した。項目内容は、①性別、②年齢、③疾患名、④既往歴、⑤病状時期、⑥意識障害、⑦運動障害、⑧せん妄発症の有無、⑨転倒歴の有無、⑩転倒回数、⑪二次障害の有無、⑫服薬内容、⑬「転倒転落－予測アセスメントツール」の評価の有無、⑭活動範囲、⑮排泄方法、⑯排泄回数、⑰特徴的な病状、⑱転倒日時、⑲転倒場所、⑳転倒時の体勢、㉑転倒時の行動目的、㉒転倒時の看護師の勤務体制、㉓転倒カンファレンスの有無、㉔転倒カンファレンスの内容、㉕転倒予防対策の内容、㉖マットセンサーの設置の理由、㉗転倒時のマットセンサー作動の有無、㉘マットセンサーの設置場所、㉙マットセンサー設置から転倒までの日数、㉚患者へのナースコール説明の有無、㉛患者からのナースコー

ルの有無とした。転倒1件毎に情報収集表に沿って、電子カルテと転倒カンファレンス時に記録として使用していたノートから情報を収集した。項目の定義に関しては、研究者間で認識の統一を行い情報収集が行えるようにした。「転倒転落－予測アセスメントツール」はA病院で使用しているツールとし、アセスメント項目は転倒経験（入院日より過去2年以内）、知的活動の問題、日常生活に支障をきたす視力障害、排泄介助の有無、病棟での移動レベル、昨日から本日まで心動かすような変化の有無、看護師の直感の7項目で評価しており、転倒歴が4点、視力障害の有無が0.5点、その他の項目は1点に設定され、合計点は9.5点、2点以上を転倒リスクが高いと評価している。

5. 分析方法：情報収集表に沿って得られた情報を単純集計し検討した。病状時期を低下期と拡大期の2つの時期に分類した。低下期は、手術前や病状が進行し、運動障害が悪化、高次脳機能障害の悪化がみられ、介助なしでは行動できないほど身体機能が低下していく時期とした。拡大期は、手術後や病状が回復または安定し、活動範囲が広がり、徐々に身体機能が回復していく時期とした。低下期と拡大期を比較し、時期による特徴を検討した。分析の過程では、スーパーバイザーにより定期的に助言を受け、信頼性、妥当性を高めるように検討した。

6. 倫理的配慮：本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号1430）。対象者とその家族へは、郵送による文書にて本研究の目的、方法、研究への参加は自由意思であること、研究協力の有無で不利益は生じないこと、個人のプライバシーには十分配慮することを説明し、同意書の返書をもって同意を得た。また、個人情報やデータの取り扱いには個人が特定されないよう十分配慮した。

結 果

1. 対象者の背景（表1）

対象者は6名、男性3名、女性3名、平均年齢65.6歳であった。疾患は、水頭症、脳腫瘍による水頭症、海面静脈洞瘻、頭蓋咽頭腫が各1名、脳腫瘍が2名であった。病状時期は、低下期が3名、拡大期が2名であった。また、対象期間内に手術を施行し、低下期から拡大期を経過した患者は1名であり、その対象者はどちらの時期にも転倒していた。意識レベル（JCS：Japan Coma Scale）は、I-1～3、徒手筋力テストでは、6名全員が右

下肢を挙上でき、完全に運動ができる5/5と評価された。6名中1名が左下肢は膝立可能、下肢挙上は困難3/5と評価され、6名中1名が、膝立ができる、下肢挙上ができる4/5と評価された。筋力低下と膝折れは6名全員に見られた。6名全員に、せん妄発症は見られなかった。入院日より過去2年以内の転倒歴の有無は、ありが4名、なしが2名であった。

6名の合計転倒件数は14件あり、転倒により処置や治療を必要とするほどの二次障害は6名全員に見られなかった。今回の研究では、対象者が少なく項目④既往歴、⑫服薬内容にはマットセンサー使用中に転倒した患者の特徴に関連する傾向が見られなかった。

2. 転倒時の概要（表2）

転倒件数は、低下期が6件、拡大期が8件であった。

1) 低下期について

低下期患者の活動範囲は、全件が病室内で活動していた。転倒場所は、ベッドサイドが4件、病室が2件であった。転倒時の体勢は、四つん這いの体勢、尻餅をついた体勢、腹臥位の体勢があり、身体のバランスを修正することができずに転倒している状態で発見されていた。転倒時の行動目的では、排泄行動欲求によるものが6件中6件すべてであった。マットセンサー作動の有無に関しては、4件が作動した、1件が作動しなかった、1件が設置ミスであった。マットセンサー設置後の患者は、設置後5日目以内に転倒していた。患者へのナースコール説明の有無に関しては、6件中1件のみに説明されていたが、ナースコールを理解して押してくることはなかった。

2) 拡大期について

拡大期患者の活動範囲は病室内と病棟内であるにも関わらず、転倒場所は、ベッドサイドが1件、病室が7件であった。転倒時の体勢は、すべてが尻餅をついた体勢であった。転倒時の行動目的は、排泄以外の行動欲求による、物を取ろうとした、ベッドに戻ろうとした、同室者の声に反応し行動したなどが8件中8件であった。マットセンサー作動の有無に関しては、作動したが4件、作動しなかったが4件であった。設置してから転倒までの日数は、1～46日目と差があった。ナースコール説明の有無では、7件に説明されていたが、実際に、看護師を必要としてナースコールを押せるは0件であった。

今回の研究では、項目⑮排泄行動方法、⑯排泄

表 1 対象者の背景

項目	対象者	A	B	C	D	E	F
①性別		男性	男性	男性	女性	女性	女性
②年齢		60代	70代	70代	50代	60代	60代
③疾患名		水頭症	脳腫瘍	脳腫瘍	海綿静脈洞瘻	頭蓋咽頭腫	転移性脳腫瘍による水頭症
④既往歴		膀胱腫瘍 胸壁腫瘍 C型慢性肝炎 双極性障害	膀胱癌 多発性脳腫瘍	高血圧症 狭心症 ヘルニア (部位不明)	胃潰瘍 貧血 坐骨神経痛		肺がん VAシャント 腹壁癒痕ヘルニア 右鎖骨折 左手関節骨折
⑤病状時期		低下期	低下期・拡大期	低下期	拡大期	拡大期	低下期
⑥意識障害 (Japan Coma Scale)		2～3	2	2～3	1～2	2	1
⑦運動障害							
徒手筋力テスト (点数/5点) 右/左下肢		5/4	5/5	5/3	5/5	5/5	5/5
筋力低下		あり	あり	あり	あり	あり	あり
膝折れ		あり	あり	あり	あり	あり	あり
⑧せん妄発症の有無		なし	なし	なし	なし	なし	なし
⑨転倒歴の有無		あり	なし	なし	あり	あり	あり
⑩転倒回数		1	4	1	2	5	1
⑪二次障害の有無		なし	なし	なし	なし	なし	なし
⑫服薬内容							
睡眠剤		あり	あり	なし	あり	なし	なし
利尿剤		なし	あり	あり	なし	なし	なし
緩下剤		なし	あり	なし	あり	なし	あり
抗てんかん剤		なし	あり	あり	なし	なし	あり
抗精神病薬		あり	なし	なし	なし	なし	なし
血管拡張剤		なし	なし	あり	なし	あり	なし
⑬転倒転落－予測アセスメント ツールの評価入力(入院時)		あり	あり	あり	あり	あり	あり
看護師の直感		あり	あり	なし	あり	あり	あり
合計点数/9.5		9	9.5	1.5	4	9.5	9.5

回数、⑰特徴的な病状、⑱転倒日時、⑳転倒時の看護師の勤務体制には低下期と拡大期で比較した特徴に関連する傾向が見られなかった。

6名全員が入院時に、「転倒転落－予測アセスメントツール」を用いて評価され、平均点数は7.2点であった。その内5名は、「看護師の直感があり」との評価であった。6名中4名に転倒歴があり、入院時、転倒カンファレンスにて検討しマットセンサーを設置していた。マットセンサーを設置後は14件すべてに毎日転倒カンファレンスを実施していた。内容は主に病状、転倒状況、歩行状況、ナースコールの有無であった。転倒予防対

策として転倒時の情報共有をし、アセスメントした上でマットセンサーを4種類の方法に使い分けて設置していた(表3)。

今回の研究では、㉔マットセンサーの設置理由には低下期と拡大期で比較した特徴に関連性は見られなかった。

考 察

転倒した要因は、患者の要因と看護師の要因があったと考える。

1. 患者の要因

対象者の特徴として、脳神経疾患、運動障害、

表2 転倒時の概要

		n=14 (単位: 件)	
項目	具体的内容	低下期 (n=6)	拡大期 (n=8)
⑭活動範囲	病室内 歩行器使用し病棟内	6	4 4
⑮排泄行動方法	おむつ内失禁		1
	おむつ内失禁、多目的トイレ、床上排泄 ポータブルトイレ、おむつ内失禁	2	4
	一部介助にて室内トイレ	3	2
	全介助にて室内トイレ、多目的トイレ	1	
	尿道留置カテーテル挿入中		1
⑯排泄回数/日	7回/日		2
	7～8回/日	1	
	7～9回/日	1	
	8回/日	1	2
	9回/日		2
	9～10回/日	3	1
	尿道留置カテーテル挿入中		1
⑰特徴的な病状	尿意あり、日中はトイレ使用、夜間は尿器使用	1	
	歩行状態悪化の進行中のため、時間帯により歩行状態に変化あり	2	
	歩行時の膝折れが著明にみられるが、尿器の使用を拒む	1	
	歩行時のふらつきが著明で、小刻み歩行	1	
	行動欲求が強く制止がきかないことがあり、病状の悪化にて麻痺の悪化あり	1	
	術後に麻痺の出現があり、徐々に改善傾向		1
	見守り歩行で良いが、時折、膝折れやふらつきあり		2
⑱転倒日時	徐々に歩行は安定しているが、ナースコールを認識できない		5
	0時～6時	2	
	6時～12時	2	2
	12時～18時	1	4
	18時～24時	1	2
⑲転倒場所	ベッドサイド	4	1
	病室	2	7
⑳転倒時の体勢	四つん這いの体勢	2	
	尻餅をついた体勢	3	8
	腹臥位の体勢	1	
㉑転倒時の行動目的	排泄行動欲求	6	
	物を取ろうとした		4
	ベッドに戻ろうとした		3
	同室患者の声に反応し行動		1
㉒転倒時の看護師の勤務体制	日勤 (8:30～17:00)	2	3
	長日勤 (8:30～19:30)	1	3
	夜勤 (18:30～9:00)	3	2
㉓転倒カンファレンスの有無	あり	6	8
㉔転倒カンファレンスの内容	勤務者と情報共有	2	4
	勤務者と情報共有、対策方法の再検討	4	4
㉕転倒予防対策の内容	ナースコール指導をする	1	7
	1～2時間ごとに排泄誘導をする	1	
	環境整備(点滴棒やコード類)をする	2	2
	ベッド低床にする	1	1
	ベッドを壁側へ寄せる	4	1
	ベッド柵を3点柵にする	1	1
	ベッドの頭元側や足元側を床上台やテレビ台で隙間を埋める	4	
	ナースステーションに近い病室への転室をする	2	
	体幹抑制を使用する	2	1
	車椅子時、安全ベルトを使用する		1
	車椅子時、左右どちらかは壁側もしくは、ベッド側になるように配置する		2
㉖マットセンサーの設置の理由	転倒予防	6	8
㉗マットセンサー作動の有無	作動した	4	4
	作動しなかった	1	4
	設置ミス	1	
㉘マットセンサー設置から転倒までの日数	1～5日目	6	1
	5～10日目		1
	10～20日目		2
	20～30日目		
	30～40日目		2
	40～50日目		2
㉙患者へのナースコール説明の有無	あり	1	7
	なし	5	1
㉚患者からのナースコールの有無	ナースコールが押せる		

表3 マットセンサーの設置場所

n=14 (単位: 件)

設置場所	設置方法	低下期	拡大期
オーバーテーブルが動いた時に作動するよう設置 (11)	ベッドから立ち上がりオーバーテーブルが動いた時に反応するように設置	6	2
	車椅子から立ち上がりオーバーテーブルが動いた時に反応するように設置		3
端座位になった時に作動するよう設置 (3)	ベッドから端座位になり床に足がついた時に反応するように設置		2
	車椅子のフットレストから足を降ろした時に反応するように設置		1

高次脳機能障害を併せ持っていたことや、転倒を繰り返しているという傾向があり、これは宮中ら²⁾の運動障害・高次脳機能障害・精神障害等を併せ持っている患者は、自ら危険の認知や回避が困難な状況であり、転倒を繰り返しやすいと述べている、脳神経外科病棟における転倒の先行研究の特徴に合致する。よって、対象者は、転倒リスクが高く、転倒予防対策をしていく必要がある患者であったと言える。

低下期の転倒時の行動目的は、すべてが排泄行動欲求によるものであった。低下期の患者は、短期間で意識レベルやADLが低下したため、身体機能の低下を自覚できずに、低下する前の感覚で動こうとした際に前傾姿勢となりバランスを崩してしまい、そのまま体勢を修正できずに転倒に至ると考えられる。従って、転倒場所は、ベッドから数歩離れた場所で起こることが考えられる。それらを考慮し低下期の患者へは、排泄パターンを把握し誘導する、つまり、生理的欲求を考慮した看護介入が必要であると考えられる。よって、マットセンサーの設置場所は、患者がベッドから端座位になる前にマットセンサーが感知する場所に設置することが有効であったのではないかと考えられる。

拡大期の行動目的は、ベッドに戻ろうとした、同室患者の声に反応し行動したなど、離床開始時に起こっている。行動目的は違うが低下期と同様、患者自身が、自らの身体機能を自覚できずに、思いのままに行動するため転倒に至ったと考えられる。さらに、拡大期の患者は、離床している時間が増えるため、日々活動範囲が拡大していく。そのため、転倒場所は、ベッドサイドよりも病室での転倒が多く見られたと考えられる。また、転倒時の体勢が、前傾ではなく後方に、尻餅をついた体勢で転倒していることは、入院生活による筋力の低下やバランス能力の低下を自覚せずに離床し

たことにより、このくらいなら出来ると過信した自信を持ち、自身の能力以上の行動を実行したからではないかと考えられる。

これらのことから、拡大期では離床する患者の意欲を低下させないために、活動範囲を制限しすぎないように、患者の生活パターンを把握し環境調整をすることが必要となってくる。患者のパターンを把握することで、患者の行動を予測する指標に繋がり、転倒予防対策の方法が増え、患者個々にあった方法が選択できるのではないかと考えられる。また、筋力やバランス能力の評価も必要である。それらのことを考慮しマットセンサーの設置場所は、患者が行動時に必ず通る動線上に設置する必要があると考えられる。

倉田³⁾は、道具そのものに頼るだけでなく、使う側の工夫がなければ安全確保はできないと述べており、低下期や拡大期など、患者一人ひとりにあった安全な環境を提供できるよう十分な情報とアセスメントが必要であることが示唆された。

2. 看護師の要因

「転倒転落ー予測アセスメントツール」では、対象者全員が入院時に評価されており、6名中5名に「看護師の直感があり」と評価されている。泉⁴⁾は、転倒予測するナースの臨床判断・直感は有効であると述べていることから、5名の患者は、転倒の危険性が高いと判断され、看護師の転倒への認識はあったと言える。また、低下期では、設置後5日目以内に転倒しているため設置時期の看護師の直感が有効であったと言える。しかし、拡大期では、設置後から転倒までの日数に差がみられた。理由として、対象者の入院期間や意識障害や脳神経疾患特有の高次脳機能障害や記憶力障害の程度、運動障害の程度が挙げられる。また、離床範囲拡大に伴う活動後の疲労にて日常生活自立度が日内変動することや、患者のその日の体調により日々異なるためではないかと考えられる。

マットセンサーにより、患者の行動を看護師が過剰に制止することは、離床範囲が広がらず、患者の意欲を減退させる可能性もある。そのため、マットセンサーが鳴り訪室した際には、患者の行動が安全に出来ていたとしても、安全であることを見守ることが必要であると考えられる。よって、拡大期にある患者のアセスメントは難しく、容易にマットセンサー解除ができない現状があったと示唆された。平岡ら⁵⁾は、看護師は安全管理の限界に不安を感じ、患者の自由の尊重よりも安全面を優先せざるを得ない状況があり、センサー解除に踏み切れないことが考えられると述べている。今回の対象者のように、転倒歴があることやマットセンサー使用中にも転倒が起きていることが、マットセンサー使用の長期化につながったのではないかと考えられる。しかし、行動制限の回避のための努力は日々必要であり、不必要な行動制限は避けなければならない。そのためには、詳細な個々の情報共有や、マットセンサー早期解除を意識したアセスメント、アセスメント内容に応じたマットセンサーの設置場所などを再検討する必要があると考えられる。よって、現在A病院B病棟で行われている転倒カンファレンスでは、アセスメント内容が不足していたために、マットセンサー使用中に転倒が起きてしまったのではないかと考えられる。

転倒は、予防対策の実施のみが重要ではなく、患者の要因や看護師の要因を十分に評価し、低下期、拡大期の時期に合わせた個別性のある対策の実施が重要であると考えられる。

研究の限界、今後の課題

本研究は対象者が少なく、一般化するには限界がある。さらに、電子カルテとカンファレンス時に記録として使用していたノートからの情報収集には、限界があったと考えられた。

今回得られた結果を基に、転倒に関するアセスメント能力の向上や、転倒予防対策を充実させ、マットセンサー使用時には、低下期や拡大期の特徴に合わせた方法で使用し、患者が安全に入院生活を過ごせるよう、転倒予防に反映させていきたい。また、使用していたマットセンサーの利点や欠点についても、今後、検証したい。

結 論

1. 活動が低下していく低下期では、排泄欲求で行動し転倒しやすいため、生理的欲求を考慮した看護介入をし、患者がベッドから端座位になる前にマットセンサーが感知する場所に設置することが有効である。

2. 活動が拡大していく拡大期では、患者の生活パターンを把握し環境調整をすることが必要であり、患者が行動時に必ず通る動線上にマットセンサーを設置することが有効である。

3. 拡大期にある患者のアセスメントは難しく容易にマットセンサーを解除できない現状があったと示唆された。

4. 看護師は、転倒リスクへの認識をもっていたが、患者の病状時期に合わせたアセスメントが不足していたことで転倒を予防できなかったことが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました対象者の皆様、ご指導ご支援頂きました病院関係者の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 齋藤美和, 佐野千恵: 脳神経外科病棟における転倒転落発生の要因分析, 日本看護学会論文集 (成人看護), 42, 88-90, 2012
- 2) 宮中めぐみ, 桶晶子, 田丸典子, 他: 脳神経外科病棟における転倒の特徴 (第1報): 1年間の転倒・転落インシデントを振り返り調査をして, 看護研究発表論文集録 金沢大学, 37, 105-108, 2005
- 3) 倉田純子: 離床センサーを活用した転倒転落防止対策, 整形外科看護, 12(12), 1184-1187, 2007
- 4) 泉キヨ子: 転倒予測におけるナースの直感・臨床判断の有効性は?, Nursing Today, 21(12), 20, 2006
- 5) 平岡美紀, 山崎加奈子, 石原克秀: 転倒転落防止センサー適応・解除基準に関する実態調査一病棟看護師の視点から一, 日本看護学会論文集 (看護総合), 42, 289-292, 2012

実践報告

集中治療室における便失禁管理システムアセスメント表の使用状況と使用に関する看護師の思い

The use situation of an assessment table for the stool management system in the intensive care unit and nurse's thoughts about using the assessment table

山本 絵里子, 津田 恭子, 板谷 康代, 圓道 茉莉
栗原 早苗, 越野 みつ子

Eriko Yamamoto, Kyoko Tsuda, Yasuyo Itatani, Mari Endo
Sanae Kurihara, Mitsuko Koshino

金沢大学附属病院

Kanazawa University Hospital

キーワード

便失禁管理システム, アセスメント表, 集中治療室, 看護師

Key words

the stool management, assessment table, ICU, nurse

はじめに

便失禁管理システムは、シリコンチューブを経肛門的に直腸へ挿入し、水様または泥状便をドレナージチューブに通してコレクションバッグへ収集するシステムのことである。熱傷や臀部仙骨部の褥瘡患者に使用されることが多いが、それに限らず、集中治療領域では、強度な下痢に対して、創感染やカテーテル感染のリスクの低減、より正確な水分出納管理、循環動態の安定化を目的とすることがある¹⁾。A大学病院集中治療室（以下ICUとする）でも積極的に使用するようになってきたが、ICU看護師は便失禁管理システムの使用開始を判断する際、迷いがあり、経験年数によって違いが生じていた²⁾。そのため、便失禁管理システムの使用基準を明確にし適切な対象に使用で

きるよう、便失禁管理システムアセスメント表（以下アセスメント表とする）を作成した。アセスメント表は説明会を実施した後に導入した。運用を開始した後、スタッフから記入に際して質問があったり、アセスメント表が記入されずに便失禁管理システムを使用開始している事例が見られた。アセスメント表は適切に使用されているのか、アセスメント表を記入することで便失禁管理システム使用開始時の迷いは軽減しているのか疑問に感じた。そこで、アセスメント表の使用状況と使用に関する看護師の思いを明らかにしたいと考えた。

目 的

便失禁管理システムアセスメント表の使用状況とアセスメント表の使用に関する看護師の思いを

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：実態調査研究

2. 研究対象：平成24年12月15日から平成25年6月15日までで便失禁管理システムを使用したのは12件で、そのうち研究分担者が使用した2件を除く10件の便失禁管理システムを使用した看護師9名

3. 調査期間：平成25年7月～9月

4. アセスメント表の概要（表1）

アセスメント表は、これまで便失禁管理システムを使用した患者の疾患や背景を基に、集中治療に熟練した医師や薬剤師と相談し独自に作成した。内容は、禁忌事項、基礎疾患、下痢の原因、便について客観的に判断できる項目からなる。禁忌事項については添付文書を参考にし、便については

客観的な指標となるようKing's Stool Chart³⁾を用いた。

アセスメント表の内容は、4個の大項目と20個の小項目から構成されている。『 』は大項目、“ ”は小項目を示す。『1. 禁忌事項について』は“直腸または肛門に傷がありませんか”など8個の小項目、『2. 基礎疾患について』は“重症膵炎ですか”など5個の小項目、『3. 下痢の原因について』は“腸蠕動が亢進する注射を使っていますか”など3個の小項目、『4. 便について』は“便の一回量”など4個の小項目である。アセスメント表の記入方法は、小項目に「はい」か「いいえ」のいずれかのチェックボックスが付いており、『1. 禁忌事項について』はすべて「はい」であれば『2. 基礎疾患について』へ進む。『2. 基礎疾患について』はすべて「いいえ」であれば『3. 下痢の原因について』へ進み、1つでも「は

表1 便失禁管理システムアセスメント表

大項目『 』	小項目“ ”	
1. 禁忌事項について ※必ず医師に確認すること	1年以内に下部大腸または直腸手術を施行していませんか	はい ☐
	直腸または肛門に傷がありませんか	はい ☐
	直腸または肛門に高度の狭窄がありませんか	はい ☐
	直腸粘膜に障害はありませんか（直腸炎、虚血性直腸炎、粘膜潰瘍など）	はい ☐
	直腸粘膜に腫瘍がありませんか	はい ☐
	重度の痔核はありませんか	はい ☐
	宿便はありませんか	はい ☐
	18歳以上ですか	はい ☐
すべて「はい」であれば2へ、一つでも「いいえ」であれば使用不可		
2. 基礎疾患について ※必ず医師に確認すること	重症膵炎ですか	いいえ ☐
	劇症肝炎ですか（血液浄化対象者）	いいえ ☐
	臀部熱傷ですか	いいえ ☐
	感染性の下痢ですか	いいえ ☐
	臀部褥瘡（d2以上）ありますか（WOC ¹⁾ に確認）	いいえ ☐
すべて「いいえ」であれば3へ、一つでも「はい」であれば使用開始してよい		
3. 下痢の原因について	整腸剤は使用していますか、または使用開始を検討しましたか	はい ☐
	腸蠕動が亢進する注射を使っていますか	はい ☐
	経腸栄養のスピードや内容の変更はしていませんか	はい ☐
	すべて「はい」であれば4へ、内服・注射に関して「いいえ」であれば検討後に4へ	
4. 便について	便の一回量：King's Stool Chartの多量ですか	はい ☐
	便の性状：King's Stool Chartの水様ですか	はい ☐
	便の回数：勤務帯8時間で3回以上ですか	はい ☐
	便の持続日数：24時間経過していますか	はい ☐
すべて「はい」であれば使用可能		

1) WOC：皮膚・排泄ケア認定看護師

い」であれば使用開始となる。『3. 下痢の原因について』はすべて「はい」であれば『4. 便について』へ進む。『4. 便について』ですべて「はい」であれば使用可能となるようできている。

5. 説明会の実施について

平成24年5月15日病棟会議（75名中49名出席、出席率65.3%）でアセスメント表の内容について10分程度説明した。説明会後翌日よりアセスメント表の運用を開始した。

6. データ収集方法

1) 対象看護師が記入したアセスメント表の内容が患者の状態と一致しているかを把握するために、診療録より、アセスメント表に沿って、禁忌事項の有無、基礎疾患、下痢の原因として内服・注射や経腸栄養の状況、便の回数と量や性状、下痢になった日と便失禁管理システム使用開始日について情報収集した。

2) アセスメント表の使用状況と使用に関する思いについて独自に作成したインタビューガイドを用いて研究担当者1名が個室において約10分の構成的面接を行った。質問内容は、「アセスメント表を用いて便失禁管理システム使用開始の判断をしたか」「アセスメント表を用いなかった理由」「アセスメント表を用いても判断に困った点」「アセスメント表について分かりにくかった点、迷った点」「その他にアセスメント表について思ったこと」とした。面接内容は対象者の同意を得て録音し、逐語録を作成した。

7. 分析方法

1) アセスメント表の内容は診療録からの情報を項目毎に正しい、誤り、判断不可能に分類して単純集計した。ここで、正しいとは診療録からの情報と一致するもの、誤りとは診療録からの情報と一致しないもの、判断不可能とは診療録からの情報からは判断できないものとした。

2) アセスメント表の使用状況と使用に関する看護師の思いに関する内容を逐語録から忠実にコード化し、コード化したものを類似性と差異性について照合しながらサブカテゴリーへ、サブカテゴリーからカテゴリーを抽出した。分析の信頼性・妥当性を高めるために質的研究経験者にスーパーバイズを受けた。

8. 倫理的配慮

本研究は所属施設の医学倫理審査委員会で承認を受けた（承認番号1419）。対象の看護師には、本研究の目的・方法、参加は任意であり一旦同意しても辞退できること、個人情報などのプライバ

シーに関する事が公表されることは一切ないようにした上で、研究で得られた結果を学会や雑誌等に発表される可能性があること、面接内容は録音することを説明し、同意書の署名をもって同意を得た。データは個人が特定できないように連結可能な状態で匿名化し、施錠されたICU控室のロッカーに個人情報とデータを分けて保管し厳重に管理した。

また、診療録より情報収集する患者に対して、研究内容、参加は自由意思であり協力の有無で不利益が生じないこと、個人情報の保護について平成25年8月1日から8月31日まで病院正面1階掲示板に公示し、申し出のない場合は同意とみなした。研究中に得られた情報は研究終了後にシュレッダーやメディアの初期化をもって破棄した。

結 果

1. 対象の属性（表2）

対象看護師は全員女性であった。看護師経験年数の平均は12年、ICU経験年数の平均は2.5年であった。

2. アセスメント表の使用状況について

アセスメント表を用いて便失禁管理システム使用開始の判断をしたのは5件（50%）、アセスメント表を用いなかったのは5件（50%）であった。アセスメント表を用いた5件すべてにおいて、評

表2 対象の属性と便失禁管理システムアセスメント表を用いた判断の有無

N=9（名）

	看護師 経験年数	ICU 経験年数	アセスメント表を用いた 判断の有無
1	20	2	○
2	13	4	1件目○、2件目×
3	24	1	○
4	7	2	○
5	6	1	×
6	14	2	○
7	12	7	×
8	5	2	×
9	7	1	×

※○はアセスメント表を用いて便失禁管理システム使用開始の判断をしたもの
×はアセスメント表を用いずに便失禁管理システム使用開始の判断をしたもの

価結果は使用可能にならないが使用開始されていた。その理由としては『3. 下痢の原因について』や『4. 便について』の評価内容が誤っていたためであった。アセスメント表を用いなかった5件は便失禁管理システム使用開始後にアセスメント表を記載していた。その理由は、業務を優先してしまった1件、アセスメント表を知らなかった1件、アセスメント表を忘れていた1件、治療目的で医師の指示だった1件、アセスメント表に該当しないことが分かっていた1件であった。

アセスメント表の評価内容と患者状態との正確さについて（表3）、『1. 禁忌事項について』は、“1年以内に下部大腸または直腸手術を施行していませんか”、“18歳以上ですか”の2項目は10件とも正しく評価されていた。その他6項目は、診療録に記載がなく判断不可能とした。『2. 基礎疾患について』は、“感染性の下痢ですか”で正しい9件、誤り1件だった。正しい9件のうち1件は、この段階で便失禁管理システムを使用開始してよいとアセスメント表で判断されたにも関わらず次のステップへ進んでおり、評価は正しくできていたがアセスメント表の使用方法は間違っていた。その他4項目は10件とも正しく評価されていた。『3. 下痢の原因について』は、“整腸剤は

使用していますか、または使用開始を検討しましたか”で正しい8件、誤り2件、“腸蠕動が亢進する注射を使っていますか”で正しい7件、誤り3件、“経腸栄養のスピードや内容を変更はしていませんか”は、正しい9件、誤り1件だった。『4. 便について』は、1件の症例はすべての項目で誤りだった。

3. アセスメント表の使用に関する看護師の思い（表4）

インタビュー内容からアセスメント表を使用したことに対する看護師の思いについて分析した結果、4個のカテゴリーと12個のサブカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >、コードを「 」と示す。

【アセスメント表を用いたことでの意識の変化】は、「判断基準が難しかったので、こうやって目に見えて分かったと自信をもって挿入できるようになった」など<アセスメント表で得られた安心感>、<下痢の対処への関心>のサブカテゴリーから構成された。

【判断や選択に対する迷い】は、<『禁忌事項について』の分かりにくさ>、「King's Stool Chartを知らなかった」など<“便の性状”についての分かりにくさ>、「6時間で2回だった。そ

表3 便失禁管理システムアセスメント表の評価内容と患者状態との正確さ

	N=10（件）		
	正しい	誤り	判断不可能
1. 禁忌事項について			
1年以内に下部大腸または直腸手術を施行していませんか	10	0	0
18歳以上ですか	10	0	0
その他6項目	0	0	10
2. 基礎疾患について			
感染性の下痢ですか	9	1	0
その他4項目	10	0	0
3. 下痢の原因について			
整腸剤は使用していますか、または使用開始を検討しましたか	8	2	0
腸蠕動が亢進する注射を使っていますか	7	3	0
経腸栄養のスピードや内容の変更はしていませんか	9	1	0
4. 便について			
便の一回量	8	2	0
便の性状	9	1	0
便の回数	9	1	0
便の持続日数	9	1	0

表4 便失禁管理システムアセスメント表の使用に関する看護師の思い

カテゴリー【 】	サブカテゴリー< >	コード「 」
アセスメント表を用いたことでの意識の変化	アセスメント表で得られた安心感	経験や勘ではなく誰でも評価でき迷ったらチェックしてみて適応すれば使用できるんやって分かりやすい。
		使用開始の判断基準が難しかったので、こうやって目に見えて分かる自信をもって挿入できるようになった。
		挿入してもいいんやって安心感があつたし参考になった。
		この表とカンファレンスで話し合っ、みんなで共有して納得して決められたらいい。
判断や選択に対する迷い	下痢の対処への関心	この表を使ってから下痢の時に整腸剤の使用、腸蠕動亢進の注射の中止を意識するようになった。
	『禁忌事項について』の分かりにくさ	“宿便”は分からない。
		“直腸や肛門に高度の狭窄”もやってみないと分からない。
		“重度の痔核”ってどこからが重度なのか。
	“便の性状”についての分かりにくさ	“便の性状”は水様と泥状の間くらいで違いが判断しにくかった。
		King's Stool Chartを知らなかった。
		King's Stool Chartを見つけられず分からなかった。
	“便の回数”についての迷い	“便の回数”は6時間で2回だった。その前の8時間も振り返ればよかったのかな。
		“便の回数”が8時間で2～3回で少し迷った。
	自分とアセスメント表の評価との違いに対する戸惑い	すべてあてはまるわけじゃないけどいいのかな。 胃管もないし経口摂取もできなくて整腸剤は投与できなかったしあてはまらなかった。
アセスメント表自体の問題	質問項目の問い方に対する分かりにくさ	『禁忌事項』はすべて、はい、なら2へ、1つでも、いいえ、ならば使用不可で、次の『基礎疾患』は1つでもはいなら使用可って…。
		“整腸剤は使っていますか”“腸蠕動を亢進する注射を使っていますか”は、はい/いいえが混乱するので尋ね方を統一した方がいい。
		“経腸栄養”が自分の前に中止になっていたの、変更になるのか、はいなのかいいえなのか迷った。
	質問項目の内容に対する疑問	超急性期で経腸栄養を1日3本から4本と増量する必要性も分かるし、下痢の原因が他にもありえるから経腸栄養が要因とは考えにくいことが多い。
		循環不安定で安静が必要な場合があるし、表のどこかでそういう点が網羅されないといけない。
		下痢がひどくて今入れたいってなっても効果とか日数とか24時間待たんなんのか。
	アセスメント表を用いずに挿入したことで生じた戸惑い	チェックして進んでいき最終的に適応・不適応となる表なのかもしれないけど挿入したケースがそこまであてはまらなくて戸惑った。
		もう入れてしまったので、はい、にしないといけない、いいえ、だと入れるなってなっても入れてしまったし…。
		治療的に挿入したのでどう記入していいか分からなかった。
アセスメント表から逸脱しても看護師の判断を優先	病態から必要性を判断	パントール® が混注されていたが肝不全やし便を止めるわけにはいかないと考えた。
		緊急入院までは食事していただろうし腹部がパンパンだったし下痢が続くだろうと思った。
		あてはまらなくて、ひっかかっていて迷うけど医師に確認して挿入しようと判断した。
	アセスメント表の結果よりリスクを優先	PCPS挿入中で刺入部の汚染、オムツ交換での出血リスク、循環不安定な状態で24時間待てなかった。
		表にあてはまらなかったけど入れた場合で、循環動態が不安定だったのと、カテーテル汚染が怖かったので1回の便を見ただけ。
	指標を用いず自分の感覚で判断	24時間経ってなかったけど他はクリアしてるし皮膚障害も出そうな便で、カテーテル汚染もあつたし挿入した方がいいと思った。 King's Stool Chartは見なかったけど明らかに水様だった。

の前の8時間を振り返ればよかったのかな」など<“便の回数”についての迷い>、「すべてあてはまるわけじゃないけどいいのかな」など<自分とアセスメント表の評価との違いに対する戸惑い>のサブカテゴリーから構成された。

【アセスメント表自体の問題】は、<質問項目の問い方に対する分かりにくさ>、「下痢がひどくて今入れたいってなっても効果とか日数とか24時間待たんなのか」など<質問項目の内容に対する疑問>、「もう入れてしまったので「はい」にしないといけない、「いいえ」だと入れるなってなっても入れてしまったし……」など<アセスメント表を用いずに挿入したことで生じた戸惑い>のサブカテゴリーから構成された。

【アセスメント表から逸脱しても看護師の判断を優先】は、「パントール[®]が混注されていたが肝不全やし便を止めるわけにはいかないと考えた」など<病態から必要性を判断>、「PCPS（percutaneous cardiopulmonary support；経皮的心肺補助装置）挿入中で刺入部の汚染、オムツ交換での出血リスク、循環不安定な状態で24時間待てなかった」など<アセスメント表の結果よりリスクを優先>、「King's Stool Chartは見なかったけど明らかに水様だった」という<指標を用いず自分の感覚で判断>のサブカテゴリーから構成された。

考 察

アセスメント表を作成、導入したことから、<アセスメント表で得られた安心感><下痢の対処への関心>という思いが抽出されたことは、便失禁管理システムを安心して使用開始できるようになったと考えられた。

一方で、本来アセスメント表は便失禁管理システムの使用開始時の迷いを軽減する目的であったが、アセスメント表を使用したことで【判断や選択に対する迷い】を生じさせていた。『禁忌事項について』の「“宿便”は分からない」「“重度の痔核”ってどこからが重度なのか」は、医師に確認することになっていたが、今まで『便について』のみでアセスメントしていた看護師にとっては、評価が難しいと捉えられていた。また、アセスメント表の存在を知らなかったり、忘れていたためにアセスメント表を用いずに判断したケースは、禁忌事項を評価せずに使用することとなるため、患者の身体的リスクが出現する可能性がある。便失禁管理システムを適切かつ安全に使用するため

に、『禁忌事項について』や『基礎疾患について』は医師に確認し判断する必要性を理解してもらわなければならない。『便について』の迷いが生じたことに関しては、主観的な判断を少しでも統一するためにKing's Stool Chartを用いているが、ツールの使用方法を周知できていなかったことが要因と考えられた。説明会は1回のみで、欠席者には病棟会議録での伝達となってしまったため、King's Stool Chartだけでなくアセスメント表の目的や使用方法の周知が不十分であったことが課題にあがる。便失禁管理システムは、頻回に使用するものではないため、使用する前に確認できるようアセスメント表の使用方法をマニュアル化し、周知徹底していく必要がある。

【アセスメント表自体の問題】として、<質問項目の問い方に対する分かりにくさ>において、「『1. 禁忌事項について』はすべて「はい」であれば2. へ、1つでも「いいえ」であれば使用不可で、『2. 基礎疾患について』は1つでも「はい」であれば使用可って……」という意見より、「はい」と「いいえ」の選択、使用可と使用不可の判断結果が逆になっており、表現の捉え方を勘違いしやすいことが問題となった。『2. 基礎疾患について』の“感染性の下痢ですか”で便失禁管理システムを使用開始してよいとアセスメント表で判断されたにも関わらず、アセスメント表の使用方法を間違えて『3. 下痢の原因について』へ進んでしまったことを招いた可能性がある。また、「“整腸剤は使っていますか”“腸蠕動を亢進する注射を使っていますか”は「はい」「いいえ」が混乱するので尋ね方を統一した方がいい」では、肯定形と否定形が混在し、質問項目の内容は簡潔であるが選択を誤ることにつながりかねない。“整腸剤は使用していますか、または使用開始を検討しましたか”と“腸蠕動が亢進する注射を使っていますか”の項目で誤りが多かった原因になった可能性がある。適切な患者に使用できるようにするため簡潔で分かりやすく見直す必要がある。<質問項目の内容に対する疑問>の中には“便の持続日数”に関する疑問があがっていた。病棟薬剤師と検討し、整腸剤の効果の出現時間、腸蠕動が亢進する注射を中止してからの効果の消失時間を考慮し、“便の持続日数”を24時間以上と設定したが、看護師に項目の意図する根拠が伝わっていないためにこのような疑問が生じたと考えられた。

<自分とアセスメント表の評価の違いに対する

戸惑い>は、看護師個人の経験や感覚から、評価結果が使用可能にならなかったにも関わらず使用を開始すると判断していたため生じたと考えられた。看護師は個別性を考慮した対応やその場での状況判断を迫られることから、看護師の五感による観察とその場での判断を頼りに行動している⁴⁾とあるように、<病態から必要性を判断>、<アセスメント表の結果よりリスクを優先>しており、【アセスメント表から逸脱しても看護師の判断を優先】した状況から判断されたと推測された。ICUでは超急性期、重症患者を対象とし、「PCPS挿入中で刺入部の汚染、オムツ交換での出血リスク、循環不安定な状態で24時間待てなかった」のようにICU特有の事例があり、現在のアセスメント表では判断しきれないことが明らかになった。戸惑いや迷いを軽減するためには、このような状態を踏まえて対象となる患者に関する項目の追加を検討していかなければならない。また、カンファレンスなどで便失禁管理システムの必要性を医師を含めたチームで評価し検討することで、判断した根拠を明確にし、共通の認識を持ってケアに取り組むことができると考えられた。

結 論

1. アセスメント表を用いて便失禁管理システム使用開始の判断をしたのは5件(50%)、アセスメント表を用いなかったのは5件(50%)であ

った。アセスメント表を用いた5件すべてにおいても、評価結果は使用可能にならないが看護師の判断で使用の開始がされていた。

2. アセスメント表の使用に関する看護師の思いは、【アセスメント表を用いたことでの意識の変化】【判断や選択に対する迷い】【アセスメント表自体の問題】【アセスメント表から逸脱しても看護師の判断を優先】の4つのカテゴリーが抽出された。

引用文献

- 1) 石井光子：便失禁患者のケア，重症集中ケア，9(6)，61-68，2011
- 2) 津田恭子，栗原早苗，越野みつ子：集中治療室における便失禁管理システムを使用した看護師の迷いとその対策，第44回日本看護学会論文集成人看護I，31-34，2014
- 3) Whelan K, Judd PA, Taylor MA: Assessment of fecal output in patients receiving enteral tube feeding: validation of a novel chart, European Journal Clinical Nutrition, 58, 1030-1037, 2004
- 4) 清水昌美，細見明代，長野淑恵，他：急性期病院における転倒・転落リスクアセスメントツール活用に関する看護師の認識と活用上の課題，神戸市看護大学紀要，17，17-25，2013

そ の 他

米国と我が国における 看護実践能力発展に関する比較研究

Comparative study of the development of the nursing competency
between United States and Japan

井土 美恵子¹⁾, 鈴木 茂廣²⁾, 原田 健一³⁾

Mieko Ido¹⁾, Shigehiro Suzuki²⁾, Ken-ichi Harada³⁾

¹⁾名城大学大学院総合学術研究科, ²⁾名城大学理工学部, ³⁾名城大学薬学部

¹⁾Graduate School of Environmental and Human Sciences, Meijo University

²⁾Faculty of Science and Technology, Meijo University

³⁾Faculty of Pharmacy, Meijo University

キーワード

看護の歴史, 看護実践能力, 定義, 看護教育

Key words

nursing history, nursing competencies, definition, nursing education

要 旨

我が国の近代看護は、戦後米国のGHQ主導による改革から始まり、以降世界の看護を先導する米国に追随しながら発展してきた。しかし、現在両国の看護実践能力の捉え方に相違が存在する。看護に大きな影響を与えた米国と我が国の看護と看護教育に関する歴史的資料や文献を基に両国の変遷の経緯を比較・検討し、その経緯の違いの分析を目的とした。その結果、米国の看護は「専門職教育と資格制度」が一体となって発展したことにより、「看護独自の機能確立」の必要性が認識され、その独自の機能の獲得を目的とする「看護過程」が推進された。さらに、その「看護過程」の発展は、20世紀の看護の概念の確立へと導き、看護の社会的役割を明示するとともに社会が看護の果たすべき責任を認識することになり、看護の「能力の評価と評価基準」および「能力の定義とその構成要素」の研究を推し進める原動力になったと考えられる。一方、我が国は米国から導入した「看護過程」の新しい概念の理解に取り組み、看護の現場に適用したが、結果的に安全面の意識に対する考え方の相違につながっている可能性が示唆された。今回の研究で得られた幾つかの知見は、今後の我が国に必要な看護実践能力の育成の新たな方向性を示すものと考えている。

Abstract

Nursing as practiced today in Japan began with GHQ-led reforms. Since the post-war reforms, the evolution of nursing in Japan has followed that of the United States. However, what can be seen at present is a difference between how the two countries perceive clinical nursing competence. Drawing on various sources, including archive material, this paper compares and examines nursing and nursing education in Japan and the country that has so influenced Japan, the United States. It is shown that, in the United States, nursing professional education and the certification system have developed so as to become integrated. This has led to a recognition of the necessity for the establishment by nurses themselves of the establishment of functions. Efforts to gain these functions has propelled the development of the nursing process. Moreover, the development of the nursing process led to the establishment of the twentieth century concept of nursing. It was also the driving force in more clearly defining the societal role of nursing and the recognition by society of the duties that nursing should fulfil. Together with this it has spurred research into the evaluation of nursing competence and the criteria for this evaluation, as well as into the definition of such competence and its components. The nursing process has been imported from the United States into Japan, which in turn has made efforts to understand the concept and apply it to its own context. However, it is considered that this importation is linked to differences that have developed between Japan and United States in attitudes towards safety. The findings from this research should help to provide future direction to a new nursing professional education that is needed in Japan.

はじめに

近年のヘルスケアシステムにおける主な懸案に、新卒看護師の看護実践能力の低下と早期離職がある¹⁾。特に、前者は、医療事故²⁾や早期離職の中心的な要因と考えられることから³⁾、看護基礎教育の改善や卒業時の到達目標の見直しや新人看護研修制度の実施などが最重要課題として行われてきた²⁻⁷⁾。2011年（平成23年）、文部科学省は看護系大学が社会の期待に応える看護実践能力を有する人材の育成のために解決すべき課題として、学士課程卒業者の看護実践能力の向上が必要との意識に基づき、看護学士課程のコアとなる看護実践能力を提言した⁸⁾。この提言では、American Association of College of Nursing（米国看護大学協会、以下AACNとする）が、教育の質の評価の枠組みに活用した「専門職としての看護実践の学士課程教育の必須要素（2008）」（The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice, 2008）⁹⁾およびInternational Council of Nurses（国際看護師協会、以下ICNとする）の「ジェネラリスト・ナースの国際能力基準フレームワーク」¹⁰⁾の考えを取り入れ、看護実践能力をコアとなる5つの能力群とそれぞれの群を構成する20の看護実践能力を提示した。これら5つの能力群の実践能力が、有識者らによって同

意が得られた我が国初めての看護実践能力の定義とされている¹⁾。その後、我が国はその考えを取り入れるとしたが、AACNの看護実践能力と比較するとその構成要素とは違いが認められた。そのうえ、これらは臨床看護実践能力に限定したものである、看護学士課程に特化したものでもなく、汎用性で抽象的かつ概念的なものであるため、大学における看護実践能力の開発には期待できないと指摘されている⁷⁾。

我が国の看護実践能力に関する研究には、その定義と構成要素を明確化しようとする研究や我が国と諸外国の文献検討から看護実践能力の発展の方向性を見出そうとしたものなどがある¹¹⁻¹³⁾。その中で神原¹¹⁾は、我が国と諸外国の文献を検討した結果、看護実践能力の研究に違いがあると指摘しているが、その違いは検討しておらず、看護実践能力の研究動向を考察するに留まっている。本研究では、両国の歴史的資料や文献に基づき、看護と看護教育の変遷を比較・検討し、看護実践能力発展の経緯をあきらかにするとともに得られた結果に基づき今後の看護教育の課題を提示する。

研究方法

これまで我が国と米国の歴史的経緯を比較検討し、その違いを考察した報告は見当たらなかった。

したがって、本研究では看護実践能力に関する文献は用語初出の確認に基づいて検索期間を決定し、歴史的資料および文献はNightingale Fによる専門看護教育の開始（1860年）から現在までの期間で検索した。

1. 「看護実践能力」に関する文献検索

1) 米国の文献検索

PubMed、Research GateおよびEBSCOでキーワード“nursing competency”、“competence”、“competencies”で検索した結果、最も古い文献は1950年であることから1950年から2014年までの期間で検索した。その結果、PubMedでは1,491件が見出された。これらを“definition”で再検索した結果、2003年から2014年で17件が抽出されたが、本研究の目的に適すると考えられる文献はなかった。次に、同じキーワードでGoogle Scholarを検索した結果、16,300件がヒットしたが、これを“definition”、“USA”で再検索したところ“nursing competency”に関する文献は16,000件を超える数であった。そこで、我が国の、神原ら、松谷ら、高瀬ら¹¹⁻¹³⁾の文献が取り上げた英文文献を手掛かりに、看護実践能力の定義および構成要素に焦点をあてている文献をPubMedとResearch Gateで検索し、10件¹⁸⁻²⁷⁾を選出、内容を検討した。さらに、この10件から複数の研究者が参考にしていて文献を検索し、8件¹⁸⁻²¹⁾ 25-28)を選出、内容を検討した。

2) 我が国の「看護実践能力」初出と文献検索

我が国において看護実践能力という表現が使われるようになった経緯を確認しておく。1972年に山手茂らが、「看護実践と看護社会学」¹⁴⁾で、「看護実践」という用語を用いている。1990年、岩井郁子ら¹⁵⁾による系統看護学講座基礎看護学3（医学書院）では、「看護の実践能力」と表現されている。その後2003年、厚生労働省による第1回「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」¹⁶⁾では「臨床実践能力」と表現されているが、同検討会報告書の「第二部新人看護職員研修到達目標及び新人看護職員研修指導指針、I. 新人看護職員研修の考え方」では、「1. 看護は…中略。新人看護職員研修は、看護実践の基礎を形成するものとして、…以下略」とあり、「看護」、「実践」と「能力」とが様々な組み合わせられて用いられ、統一されていなかった。そこで本研究では、神原ら¹¹⁾の研究において文献対象期間を1997年以降としていることから、看護実践能力という語の初出を1997年とし、2004年の文部科学省による「卒業時

到達目標とした看護実践能力の構成と卒業時到達度」の提言¹⁷⁾以後、この用語が公的に認知されたとする。

我が国の文献検索では、米国と同じ期間とし、CiNii、PubMed、EBSCO、医中誌、諸機関の紀要および学会誌などで、キーワード「看護、実践能力、看護実践能力、定義」として検索（2014年10月）、全文が入手できるものに限定した。その結果、118件が抽出され、そのうち1997年から2014年までで看護実践能力の定義が明記されているもの16件を選出するとともに、国外の文献として注目している3件¹¹⁻¹³⁾を選出した。

3) 看護の歴史と教育に関する文献・資料の選出

米国の看護の歴史と教育に関連する資料・文献は、キーワードを“nursing, nursing education, nursing history”とし検索の結果、PubMedで4,871件、Research Gateは16,137件が抽出された。そのため、看護教育の歴史的資料は1800年代から看護改革の中心であった、Rochester Homeopathic Hospital（現在のRochester General Hospital）の、“The Nurse Practice Act”, “100 Years Ago, The Nurses Of Rochester Changed The World Of Nursing”²⁹⁾および、看護労働に関する研究の先頭を切っているAiken, L. Hが³⁰⁾所属するUniversity of Pennsylvania School of NursingのWhelan J.C.による“Nursing, History and Health Care”³¹⁾およびKimball R, et al., Pokorski S, et al.などの文献³²⁻³⁴⁾を選出した。

我が国の文献検索では「看護、看護教育、歴史」とし、CiNiiでは24件、医中誌では34件であった。これらに加え看護系大学で発行されている学会誌や紀要から、11件³⁵⁻⁴⁵⁾を選出した。さらに、研究の進捗に伴い“nursing process”^{49) 54-56) 72) 73)}および“patient safety”^{61-68) 77-79)}に関する文献やその他考察に必要な資料^{50-53) 57-60) 69-71) 74-76)}を可能な限り検索し、総合的に考察した。

本論文では、定義内容の比較分析までは踏み込まなかったことから、我が国の定義に関しては、神原ら¹¹⁾の研究による「看護実践能力の視点別の研究目的」を、また海外の文献における定義と構成要素の項目に関しては、松谷ら¹²⁾の研究による「「看護実践能力」の評価尺度」を用いた。

2. 文献資料の整理と分析の視点

1) 選出した文献および資料の整理と配列－年表の作成

選出した文献および資料は、米国・我が国の「歴

史的事象とその他の情報」、「求められる能力」とに分け、時系列に整理、Nightingale F による専門看護教育の開始（1860年）から現在までの期間を検討した。本研究では、米国と我が国の看護実践能力の歴史的経緯の比較に焦点を当てているため、対比ができる条件として第一に看護実践能力（nursing competency）の用語の初出または使用を挙げた。米国の看護実践能力に関する最も古い文献は1950年であったが、同時期の我が国では看護実践能力という用語はまだ初出していないものの、1946年に米国の指導により看護師に求められる能力が初めて明確に示されたことなどから、本論文で考察の対象として提示する年表は1946年から現在までの期間とした（表1）。

2) 文献および資料の分析の視点

我が国の看護は米国に追随して発展してきたが、看護実践能力の捉え方は米国と異なっている。本研究では、その要因は看護に関する歴史的経緯の違いにあると考察し、両国の社会背景と看護の歴史的経緯との関連に焦点をあてた。

結 果

1. 米国と我が国の看護の歴史的経緯の検討

文献と資料の検討は、中野³⁵⁾の時代区分を参考に事象によって医療や看護が大きく変化したと考えられる5期に分け、それぞれ「1）19世紀－1873年以前および、1873年～1893年」、「2）1893年～1950年：－20世紀医療システムの近代化と看護実践能力－」、「3）1960年～1980年：－看護過程の発展－」、「4）1980年～1990年ころ：－新しい看護の実践能力－」、「5）1999年－現在：患者安全中心の教育へ」とした。文献・資料の検討結果は、先に米国を、次に我が国の1）～5）期を述べる。検討部分の呼称は、時代に応じ原文のまま（米国の場合は“nurse”）使用し、我が国は大正4年看護婦規則の施行から2002年名称変更前まで看護婦と表記し、変更以降は看護師を使用した。

1）19世紀－1873年以前および、1873年～1893年

19世紀の米国では、当時死亡率が高かった産褥婦と新生児を救うためにそれまでよりさらに良いケアが必要とされ、看護婦養成教育の初期コースが開始された^{29) 31) 32)}。中野³⁵⁾によれば、看護学校制度開始以前のnurseの教育は「民間伝承」による教育であった（英文文献ではnurseと表記されているためそのまま使用、専門教育開始後から看護婦・看護師とする）。

その後、南北戦争によって看護婦の需要が高まり、1872年頃から病院付属の教育機関において、Nightingale F の看護教育の考え方に基づく看護専門職教育が行われるようになった^{29) 33)}（資料によって1870年ないし1873年とするものもある）、実際には学内での講義は少なく看護学生を臨床での労働力とみなした徒弟的教育であった^{33) 35) 37)}。当時の活動は訪問による看護で、専門職として求められた能力は、病人と、妊婦・褥婦および新生児を含む、食事の世話、清潔の保持、病床の管理などに加え、医師によって処方されている薬剤の投与と管理などであった。19世紀末には戦争負傷者の外科手術の発展によって、nurseの専門教育プログラムに科学的知識に関する内容が加えられ、求められる能力が科学的で医学的なケアの能力へと変化した^{33) 34)}。

一方我が国では、江戸末期1861年（文久元年）に近代医学による初の病院が設立され1881年（明治14年）頃には全国に設立された。看病を実施していたのは患者の家族、介添婆、医師の見習生などで、手技は経験者の経験と知恵で行うことを見よう見まねで教えられていた^{38) 39) 44) 45)}。

稲上⁴⁶⁾によれば、1878年（明治11年）頃はまだ看護婦という呼称はなく「看病人」や「看護人」と呼ばれ、医師の見習いの立場にあたる「介補」または「看頭」と呼ばれる者の指示に従って業務を行っていた。業務の内容は「用薬食品等」の供与、「薬局出納局等ノ掛合」、「毎月其引請ル病人ノ容体書」の作成と「教師（医師）」への報告であった⁴⁶⁾。

我が国の正式な看護婦（Trained Nurse）の養成は1884年（明治17年）有志共立東京病院（慈恵病院）で開始され、1887年（明治20年）前後には、桜井女学校看護婦養成所、帝国大学医科大学付属医院看病法講習科、日本赤十字社看護婦養成所などの創立とともに、専門職としての近代的看護教育が世界でも比較的早い時期に開始されたとされる^{37) 43) 45)}。学校講習所における教育は医師主導で行われ、主に医師の補助技術が教育された^{38) 45)}。高橋⁴⁴⁾は、我が国の明治時代における看護婦養成の近代化は、特権層・皇室と、官僚や軍部などの権威による管理と支援によって発展したと述べ、高木や Reade M.E、Mrs. True、らがNightingale F の「宗教や医師・病院などに隷属せず、科学的・合理的な看護教育を受け、専門職として自立する」理念による養成（Trained Nurse）を実践しようとしたが、その

表1 1946年以降の米国と日本における看護と看護師養成に関する歴史的経緯

米		国		日 本			
年	事象その他の情報	求められる能力	文献	事象その他の情報	求められる能力	文献	
1946	看護婦需要増の短縮課程 患者中心の医療	当時のstandards	History of Nursing Education	GHQ新しい看護の普及	診療の補助・療養上の世話 (以後、現在まで続く)	高橋 (1996)	
1948	Lydia Hall (1955) 看護の過程：用語初出, Brown report	看護過程看護 専門看護師養成	中村 (2014) 井部 (2008)	保健婦助産婦看護婦法 看護改革 (1948-1950)		旧厚生省	
1950	看護の管理者・教員大学院教育 Columbia Univ.	看護の規律	城が端 (2007) ANA	完全看護制度		高橋 (1996)	
1955	看護の基本となるもの： Henderson V.		久間 (1996) The Nurse Practice Act	成人病予防対策中心		厚生労働省	
1960	医療改革 患者中心の看護：F. G. Abdellah		城が端 (2007)	国民皆保険制度実現		日本看護協会	
1961	看護の探究：I. Jean Orlando						
1964	Eraut&Walsh:の看護過程構成要素、看護過程教育の発展	Standards of Practice 看護基準	中村 (2014)	看護論導入の始まり 高度経済成長期 (1960 -1973)		山根 (2005) 番匠谷 (2008)	
1965	看護実践の教育要件：看護学士	看護過程看護	ANA Cowell J. M. (2010)	第一次昭和カリキュラム		武分 (2005)	
1967	全米看護診断分類会議 NANDA,	ANA社会政策声明		1968：『看護覚え書』(Notes on Nursing) 看護教育へ導入		城が端 (2007)	
1970	ロジャーズ看護論：M. E. Rogers		城が端 (2007)	疾病構造の変化, 医療の高度化, 高齢化			
1971	オレムの看護論：D.E. Orem						
1971	目標達成理論：I. M. King						
1971	人間対人間の看護：J. Travelbee						
1973	Standards of NursingPracticeへ	1. Assessment	Standards of Nursing Practice : ANA	薄井坦子：科学的看護論	日本看護協会		
1974	ヘルスケア・システムモデル B. Newman	2. Diagnosis, 3. Outcomes Identification					
1976	ロイ看護論-適応モデル序説 Sister C. Roy	4. Planning 5. Implementation					
1978	文化的ケア理論:Leininger M. M.	5A. Coordination of Care 5B. Health Teaching and Health Promotion					
1979	看護における理論 Newman M. A.	5C. Consultation 5D. Prescriptive Authority and Treatment	城が端 (2007)	1976：福井ら、看護診断学確立の提唱看護教育へ導入	石田ら (1996)		
1980	看護は健康問題に対する人間の反応を診断し対処すること ANA: 社会政策声明 Nursing :A social Policy Statement,	6. Evaluation Standards of Professional Performance	ANA: 社会政策声明, 小玉香津子 (2003)	医療の専門分化, 看護診断著作の翻訳, 看護過程・看護診断の関心高まり	診療の補助・療養上の世話と看護過程展開能力	日本看護協会 日弁連合会 石田ら (1996)	
1982	医療費高騰問題 Competency:属性定義	7. Ethics 8. Education 9. Evidence-Based	ShortE. C. (1984)	セルフケア推進と看護婦の役割.	野口 (1983)		
1984	専門家能力連続する5段階 資格充分性の知識,態度,技術 (KAS), 専門職の熟達	Practice and Research 10. Quality of Practice 11. Communication	Benner P., (1982),	電子カルテの普及 療養上の世話：褥瘡裁判	西田 (2005) 山根 (2005)		
1989	Competency statements evaluating nurses performance. Hamric& Taylor:役割開発理論.	12. Leadership 13. Collaboration 14. Professional Practice Evaluation	Tonkin C. (1991), (PubMed)	第2次カリキュラム改正 1989：日本看護科学学会用語委員会、看護過程を定義	武分 (2005) 長谷川 (2010)		
1991	能力の4主要スキル：知識, 振る舞い, 批判的思考, 態度	15. Resource Utilization 16. Environmental Health (以後改定され継続)	Shaffer F, Kobs A. (1997)	専門看護師制度の検討 看護診断研究会発足	診療の補助・療養上の世話における看護過程展開能力	日本学会会議 石田ら (2011)	
1996	Competence：漠然で、幅広く定義, 患者と看護師が危険		Bradshaw A. (1998)	1995年看護診断学会発足 第3次カリキュラム改正		日本看護協会 石田ら (1996)	
1998	Competencies: SAFETY etc.他 Oregon (2000)	ケアの基準 看護過程が明らかにする看護ケアに要求されるレベルの能力	小玉 (2003)	認定看護管理者制度発足		日本看護協会	
1999	To err is human: building a safer health system, Institute of Medicine			2001：医療安全元年EBM:根拠に基づく医療の推進		厚生労働省	
2002	看護師不足,危機的状況		安部 (2002)	看護実践能力用語初出 保健師,助産師,看護師呼称変更		診療の補助・療養上の世話における看護過程展開/看護診断能力	文部科学省 厚生労働省
2004	5 Domains Team STEPPS and SBAR NCSBN's competencies (NCSBN)		Higgins H. (2008), AHRQ (2005),	「看護実践能力」構成と卒業時到達目標提言		文部科学省:	
2006	Competency：A Concept Analysis	任務を正確かつ巧みに遂行するためにその人が持つ知識、技能、能力および行動”	AxleyL. (2008)	看護業務基準改訂版：権限の拡大と責務の厳格化		日本看護協会 中野 (2006)	
2008	Nursing competencies are… QSEN		小玉 (2003)	成人看護学OSCE の試み		内田 (2008) 医学界新聞	
2010	Nursing Core Competencies Patient-Centered Care, Leadership, Communication, Professionalism, Systems-Based Practice, Teamwork and Collaboration, Informatics and Technology, Safety, Quality Improvement, Evidence-Based Practice (EBP)	Standards of Nursing Practice 10 Core competencies	Massachusetts Department of Higher Education Nursing (2010)	第4次カリキュラム改正 新人看護職員の研修制度	看護の統合能力	厚生労働省 鈴木 (2013)	
2011	Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition (2011)	Patient safety Competencies	WHO	学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標 I - V 群	看護実践能力卒業時到達目標 I - V 群 患者安全の能力	文部科学省 山里ら (2014)	
2012	Impact of nursing on patient safety, satisfaction and quality of hospital care …Aiken, L.H et.al. (2012)		Scott P.A. (2013)	WHO患者安全カリキュラムガイド 多職種版日本語版		WHO, 日本医科大学	
2013	Lack of care in nursing: Is character the missing ingredient?		Scott P.A. (2013)	医療安全推進標準テキスト		日本看護協会	
2014	JCAHO Patient Safety Systems		JACOH	学士課程,コアとなる看護実践能力卒業時到達目標 I - V 群		文部科学省	

理念が当時の我が国の社会にはそぐわないとされ発展しなかったのではないかと分析している。この時期、公的な看護人の資格制度はなかったものの⁴⁸⁾、看護婦の養成には2種類(Trained NurseとUntrained Nurse)あったことが、後の我が国の看護制度に影響を与えたと指摘している⁴⁴⁾。

これらのことから、この時期に求められた能力は家庭や病院における付添人として家族が看病する程度の必要な知識と技術や作法といった徒弟的なものから、養成機関で教授された外国の近代看護の専門的知識に基づいて、病院で医師の診療補助的役割を果たす技術、医師の指示を受け「付添人的看病人」として看病する能力まで、能力には大きな開きがあった^{44) 47) 48)}。

2) 1893年～1950年：－20世紀医療システムの近代化と看護実践能力－

米国では二度の世界大戦によって医療と医療機器の開発が進んだため、科学的・医学的な知識と能力を持つnurse(以下看護婦とする)の養成が必要となり、看護専門職教育が発展した。この専門職教育によって養成された看護婦が増加するに従い、看護の専門組織(現在のNational League For Nursing / NLN, American Nurses Association / ANA)が設立され、看護婦の資格と能力を管理する制度が推進された。資格の管理は、資格に充当する能力の保証を意味しており、能力基準と能力評価の研究を推し進めることとなった。しかし、病院によって教授される内容が異なっている、また求められる能力が就労する施設の求める能力であるなど、能力の基準は統一されておらず、内容も明確ではなかった^{31) 32)}。

戦後の深刻な看護婦不足対策として、1950年代からチームナーシング方式が取り入れられ、1960年頃にはRegistered Nurse(登録看護婦、RN)よりも、複雑で質の高いケアの実践ができるClinical Nurse Specialist(現在のCNS: 専門看護師/Certified Nurse Specialist)の育成が開始された^{33) 34)}。

これら医療システムの近代化の急進に対し、Hall L がシステム理論をもとに看護における「過程」に注目した新しい考え方を提唱した³²⁾。この考えが Orlando I. J. によって深められ「看護過程(nursing process)」の概念が開発された^{32) 36)}。その結果、看護とは何をするのかを文字で示すことができるようになり、看護の実践基準と成果の評価方法の研究が推進された。看護過程は1960年代後半、Edelman C.L and Mandle C. L、Johnson

D. E、Orlando I. J、および Wiedenbach E. らによってさらに進化した⁵⁶⁾。

我が国では、明治後半に病院数が増加し看病人(看護婦)の需要が高まったことにより、短期間で粗悪な養成を受けた看護婦による弊害が問題となっていた⁴⁸⁾。そのため、内務省による看護婦養成の取り締まりとともに全国的に看護婦を統一し、看護婦のレベルを高めようとの動きが推進され、1915年(大正4年)同省の「看護婦規則」公布において看護婦の定義と、2種類の資格取得方法が定められた^{44) 48)}。この頃、我が国は第一次大戦、災害(1923年大12年)、経済大恐慌(1929年)と不安定な情勢が続き、第二次世界大戦となる。

1946年(昭和21年)、GHQの主導のもと医療改革が進められ^{40) 42)}、1948年(昭和23年)保健婦助産婦看護婦法の制定によって看護婦の業務が「診療の補助」と「療養上の世話」と定められたものの、具体的に何がどこまでできればよいのかという基準は明確に示されていなかった。

3) 1960年～1980年：－看護過程の発展－

米国では、1960～1970年代に医療費の高騰、加えて、医師・看護婦不足問題が深刻な問題となっていた^{51) 71)}。この頃求められる能力は、医師とは異なる患者の問題を看護婦が診断し、問題解決のためのケア計画を立案し、実施することであった。つまり、看護過程に基づく方法論を効率的に活用する能力であった。しかし、1970年代になりコンピューター化が進むと、看護を説明する用語が標準化されていなかったことで、看護専門職間だけでなく他の医療職種間でも看護についてのコミュニケーションがとれないという問題が生じた^{32) 54)}。そこで、この問題を解決するために、1973年北米看護診断協会(North American Nursing Diagnosis Association / NANDA)が、第1回全米看護診断分類会議(National Conference on Classification of Nursing Diagnosis)を開催し⁵⁴⁾、看護診断基準第一版を発表、続いてANAが“The Standards of Practice (1973)”とする最初の看護実践基準を発表した^{53) 55)}。これらの基準の提言は、同時にケアの質向上によって高騰する医療費を削減する狙いもあったため、看護過程によるケア、看護師の能力、病院評価などがヘルスケアにおける「評価システム」の研究を推進させた。

同時期の我が国では、厚生大臣の諮問機関である「医療制度調査会」が、1960年(昭和35年)に看護業務の質的分類とその段階に応じた教育の検討を求める意見を出し、1967年(昭和42年)、戦

後初の第1次カリキュラム改正がおこなわれた⁵⁰⁾。しかし、この時期の看護婦養成教育は、見習い体験的な要素が濃く、理論的根拠を構成する科学的知識の蓄積ができていなかった。そこで、看護の学問的体系の改革のために、1968年（昭和43年）、看護教育にNightingale Fの看護論が取り入れられた^{39) 56)}。以後、様々な海外の理論家による看護論や1978年（昭和53年）看護過程の導入へと続き、我が国の看護学が大きく発展した⁵⁶⁾。看護過程の導入後、求められる能力は医師の補助技術・手技中心から、科学的な理論に基づく「看護過程」の展開を中心とした、看護独自の「診療の補助」と「療養上の世話」を実践できる能力へと変化した^{36) 56) 57)}。

4) 1980年～1990年ころ：－新しい看護の実践能力－

1980年以前から、米国では医療費の高騰が政策の重要課題となっていた^{52) 58)}。これは、看護過程の知識不足に起因すると思われる不十分な実践や医療事故が要因の一つと考えられ、看護実践能力の向上が必要とされた^{20) 21) 26)}。看護実践能力の向上のためには、看護とは何かという看護の核心の追及と、看護婦の能力（nursing competencies）の定義や構成要素の研究が必要であるとの考えから研究が継続された。1980年、ANAは研究の成果として「看護：社会政策声明（Nursing's Social Policy Statement）」を発表し、看護の定義を提言した^{53) 59)}。

我が国では、高齢化と疾病構造の変化によって生活の質と健康重視へと変化したことから、保健医療も予防からヘルスプロモーションへと転換しようとしていた⁶⁰⁾。そのため、高齢化社会における継続看護・在宅看護などの包括的医療が実践できる能力の育成が必要となり、平成元年の第2次カリキュラム改正で老人看護が独立した⁴¹⁾。しかし、看護教育はこれらの変化に対応しておらず、依然として疾病中心の教育であったため、1998年（平成10年）、第3次カリキュラム改正で再構成され在宅看護論が追加された⁵⁰⁾。

5) 1999年－現在：患者安全中心の教育へ（ここから看護師と名称変更する）

米国では1999年、それまでの背景から、Institute of Medicine (IOM) が“To err is human: building a safer health system.”⁶¹⁾を発表し、医師教育が安全の能力を中心とした教育へと転換し、ヘルスケアに限らずすべての業界において、安全性に焦点を当てる必要があるとの認識が高まった。

看護の研究者らもこれに着目し、“nursing competencies”の構成要素の中でも安全（safety）をより重視する患者安全（patient safety、以下PSとする）の教育に焦点を置くようになった⁶²⁾。そして、医療専門職全般に対して「PS」の能力を中心とする教育を行うことによって、医療の質を維持しながら効率化を図り、医療費を削減するという政策目標がたてられた⁶³⁾。

そこで、2003年からPSを取り入れた医療従事者の教育を推進し、現在ではその教育効果を測る尺度の開発が進められているカナダと⁶⁴⁾、オーストラリアの患者安全教育構想をもとに、2011年WHO Patient Safety Curriculum Guide, Multi-professional Edition (2011)⁶⁵⁾を発表し、世界に向けて患者安全教育の推進を提言した。

我が国では、1999年（平成12年）の2つの重大な医療事故の発生⁶⁶⁾から、厚生労働省が2001年（平成14年）、「患者安全推進年」として「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動（Patient Safety Action）」を開始した⁶⁷⁾。この対策の一環である医療事故の現状と事故内容に関する調査²⁾では、医療事故の多くは看護師が関与していることが報告され、看護師の卒業時の実践能力の低下が注目されるようになった。これらのことから急速に変化する社会や医療に対応できる看護師の育成に必要な教育のためには、「看護師の役割の明確化」が必要であるとされ、2004年（平成16年）、文部科学省が「卒業時到達目標とした看護実践能力の構成と卒業時到達度」において、学士課程における看護師の求められる具体的な能力1群～5群の大項目と19項目の看護実践能力、および卒業時の到達度を示した⁶⁸⁾。また、2009年（平成21年）から、看護実践能力の向上を主眼としたカリキュラム改正によって統合実習が設定された⁶⁹⁾。

2011年（平成23年）、厚生労働省は2004年の提言を改善し「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標（2011）」⁸⁾において、求められる看護実践能力を構成する5つの能力群と、それぞれの群を構成する20の看護実践能力および、その定義を提言した。現段階で我が国初めての、有識者による同意が得られた看護実践能力の定義である。これらのことから、この提言の看護実践能力と卒業時到達目標の内容を統合した実践が、現在の求められる能力と考えられる。

考 察

考察部分の呼称は文中の意味を考慮しすべて看

護師で統一している。

1. 考察の視点について

米国と我が国の看護における歴史的変遷の比較・検討から、米国では「専門職教育と資格制度」の発展によって、「看護独自の機能」確立の必要性が認識され、看護独自の機能の獲得を目的とする「看護過程」の技法開発が推進された。この看護過程の開発は、医師の診断とは異なる看護独自の診断という新たな看護の能力の概念確立と同時に、看護の社会的役割と責任を示すことになった。これによって、「能力の評価と評価基準」、そして「能力の定義とその構成要素」に関する研究が発展した。これらが、今日の米国の看護実践能力の形成過程に影響をもたらした主な事象と考えられる。そこで「1. 専門職教育と資格制度」、「2. 看護独自の機能—看護過程」、「3. 能力の評価と評価基準」、「4. 能力の定義と構成要素」の4つに焦点をあて、それらの形成または変遷に影響をもたらしたものは何かという視点から考察する。

1) 専門職教育の発展と資格制度

米国では社会的問題の対策として看護師養成教育が開始された。この時期は、それまでの徒弟的な教授方法から養成機関において医師から講義で教授される方法へと変化し、さらに教育内容に外科的知識と技術が組み込まれた科学的専門教育へと変化したことが特徴である^{29) 31) 33)}。そのため、19世紀末から20世紀初頭に求められた看護師の能力は、外科手術および術後看護、産婦人科・小児科看護などが、科学的知識に基づいて適切に判断、実践できることとなった。この能力は、それまでの伝承的な知識に頼る看護とは異なり、養成機関で専門教育を受けた科学的知識に基づく看護の能力であったため、この教育を受けた看護師は非常に就職に有利であった。その結果、専門教育を受け資格を有する者と専門教育を受けておらず資格のない者とを区別し、看護の質と身分を保証する看護師免許制度が開始された。この制度によって資格とその質を保証するとしながらも、看護師とは誰のために何をするのかは明確には示されていなかった。そのため、専門職として社会的に認知されるには、登録看護師とは何をするのか、そしてその質の保証のためには、看護実践の明確な基準が必要であるとの認識が高まった。

この一連の経緯について、米国の看護師協会の初代会長Isabel Hampton Robbが、「教育と専門の基準がない場合、私は『訓練された看護婦』という語が、全く何も意味しないのと同じであると

悲しいが認めざるを得ない。免許制度の設立は看護が専門職として自立するための第一歩となる重要なものであった。」と述べ、資格のある高い能力を持つ看護師とそうでない者との区別は、看護師の自立を目指すものであったと同時に、専門職の能力水準を重視して、ケアを受ける国民を守ることでもあったと述べている⁷⁰⁾。ことから、看護実践の基準設定が看護にとって重要なものとの認識であったことが理解できる。これらは、米国においては看護師の社会的役割の保障と、国民の両方を守るという理念が、看護実践基準提示の必要性や資格保障制度の推進に反映されていたことを示している。

我が国をみると、社会の要求に推されて看護が専門職業へと発展する経過はほぼ同様であると考えられるが、明治から戦前までは医師に従属する補助的な役割で専門職業という認識からは遠い近代看護の黎明期である。戦後、連合国軍最高司令官総司令部（以後GHQとする）の画期的な改革によって本格的に近代看護が始まったが、米国のような看護の対象者とそれを行う人を守るという理念は示されていなかった。吉川⁴³⁾は看護師養成教育が厚生省で管轄されたために、学校教育において各種学校の位置づけとされ、わずかな財源しか得られなかったことなどが、我が国の看護教育の発展を阻害したと指摘している。我が国では戦後の改革以前から医師を頂点とする構造と官権による管理が、看護婦養成教育や求められる看護師の能力を決定してきた。そのため、米国のような看護独自の組織による資格保障や看護実践基準が設定されず、看護の自立をも阻んだと考えられる。

2) 看護独自の機能—看護過程—

2度の世界大戦が医療と医療機器を発展させ、米国の医療現場は高度・複雑化したと同時に、医療費の高騰、医師と看護師不足が深刻な問題となった⁷¹⁾。これらの対策として取り入れられたチームナーシングやチーム医療方式は、効果的な患者中心の看護を目的とする看護業務管理の試みの一つであったが、期待に反して医師が看護師へ委任する医学的な業務を増やすことになり、実際には看護師は本来の業務より医師の業務的内容が増える結果となった^{31) 32)}。このような状況から、他の専門職と対等に働くためには、医療システムの中で看護独自の機能を明確に示す手段が必要であると考えようになった。またその手段は、医療費問題の解決にもつながっている必要があった。こ

これらの背景がシステム理論に基づく「看護過程（nursing process）」の開発推進へとつながった要因と考えられる。

我が国における「看護過程」の発展では、用語の定義として「看護過程とは、看護師が患者の個別ケアを行なうための組織だった論理的な問題解決方法である。その構成要素は、アセスメント、看護計画、実施、評価の4段階、もしくは看護診断を加えた5段階とする。」⁷²⁾を採用する。

米国と我が国の「看護過程」の発展の経緯に関する考察から、2つのことが示唆される。1点目として、我が国では1946年の保健婦助産婦看護婦法の制定以降医療改革が進められる中で、1978年に「看護過程」が導入されている。中野³⁶⁾は、「看護過程」が現在のように普及したことについて佐藤登美（1986）の分析から、病院内における技術化や管理体制の強化という全般的な趨勢としての実状に因るものであったことを指摘している。また中野³⁶⁾は、看護過程をシステムアプローチの観点からみれば「看護過程は看護実践を組織化する一つの方法であり、実践を合目的的にオーガナイズ（現文まま）する看護管理の在り方」との樋口⁷³⁾の指摘を挙げている。これは、病院という組織で「看護過程」を用いることによって、看護職の機能の明示と看護実践の基準化が可能となり、それによって複雑な組織が管理しやすくなったと考察される。

しかし、「看護過程」の本来の意義は、「看護過程」による看護は実践した活動を他の職種に明確に示すことができるため、単に個人の活動ではなく組織における一つの機能を果たす活動であるということを組織全体が認識できるようになる。つまり、これは看護の社会的自立につながることを意味している。しかしながら、我が国の「看護過程」の導入以降の教育では、看護のツールとする認識⁴⁹⁾が主流となり、システム論に基づく「看護過程」の特質に注目されなかったことが、その後の看護の発展に影響したと推察される。

2点目は、1963年以降、我が国は積極的に海外の看護理論を導入し、1974年には薄井が「科学的看護論」を発表するなど、我が国でも看護教育が発展した⁵⁶⁾。しかし同時に、1980年代半ばからそれまでの「看護過程」を中心とした教育による弊害が出始めていたことが指摘されている³⁶⁾。中野³⁶⁾や稲葉⁷⁴⁾らの分析から「看護過程」教育に関する弊害を考察すると、三点に要約できる。一点目は、「看護過程」の展開は看護を実践する前に膨

大な作業が必要なため、かえって看護師の活動を妨げる。二点目、「看護過程」は患者の主観的問題は捉えにくいという側面があるにも拘らず、「看護過程」の展開によって患者の全体を把握できていると捉えてしまう。三点目として、実践する前に、情報収集→アセスメント→看護診断→計画…などのプロセスを終えていることが必要であるため、実践時はすでに情報収集時から時間が経過しているので、患者の状況・看護師と患者の場面ともに、計画の立案時と実践のときは同一場面とはなり得ない。この三点は共に「看護過程」理論とその使用方法についての十分な理解がされていない看護は、問題があると示唆している。このように弊害は危険な看護につながる可能性を意味していると指摘されながらも、「看護過程」教育の教育効果あるいは看護実践能力の評価方法の検討において、「安全」の能力の捉え方が、現在の看護実践能力に関する問題につながっていると考えられる。これらの背景には、米国との文化的な相違が寄与していると考察している。

3) 「看護過程」と能力の評価・評価基準研究の発展

米国における「看護過程」と看護診断の発展には、看護独自の機能の社会的認知の向上と、看護専門職の自立の切望があった⁵⁴⁾。「看護過程」の発展は看護独自の機能を明確にし、看護の社会的認知と自立を推進した。社会的認知は、看護の機能と経済的役割という責任と義務を明らかにした。この看護の責任と義務を果たす質のよい安全な看護の実践のためには、自己の能力を知る必要があるとの考えから、看護とは何かという看護の機能の核心の徹底した追及に基づく、看護師の能力の定義と構成要素、そして能力基準の設定および能力評価の研究が進んだ（表1）。これらの研究は教育や実践と連関し合い、一体となって推進したことによって看護が発展したと考えられる。専門職としての自立とは、社会的認識と表裏である。米国の看護を発展させた最も重要な推進力とは自立への強い意志であったと言える。

一方、我が国では看護教育に「看護過程」が導入（1976年）された後の、第3次カリキュラム看護教育について、吉川⁴³⁾が教育の内容が向上しているにもかかわらず、実践レベルが向上していないことを指摘している。また、武分⁵⁰⁾、長吉⁷⁵⁾は「看護職員の多くが就職した後に知識や技術の未熟さに直面し、不安を抱えている」と述べている。さらに、武分⁵⁰⁾は布施の論文から、「看護の

役割の明確化、『日常生活援助』の観点からの判断力の強化や多職種との連携」など、第3次カリキュラムによる看護教育の課題を指摘している。

我が国は米国から「看護過程」概念を導入し、新しい概念の理解に取り組み、看護の現場に適用した。しかし、導入の過程における「看護過程」の概念が開発された経緯、概念の基となる哲学を含む理論、原理の確実な理解と、技法とが一体となって普及しなかったために、結果的に我が国の看護実践能力の定義と構成要素において、米国とは安全面の意識に対する考え方の相違となり、現在の看護実践能力育成における課題に繋がっていると考察される。

中木⁵⁹⁾は、ANAが1980年「看護：社会政策声明」において発表した看護の定義は、看護自身を定義することで医師の実践範囲をも定義する「すごいもの」で、この定義が発表されるに至ったのは、1980年くらいまでの臨床と教育両方の、看護の核心の徹底した追求によると述べ、我が国の看護もこの追求を経験する必要があると指摘している。看護の核心の追求を体験することとは、我が国の看護の発展の方向を決めることである。我が国でもこの追求体験の取り組みへの検討が期待される。

4) 看護実践能力の定義と構成要素－患者安全の能力－

1980年代米国では、深刻な医療費高騰問題から、実践能力の不足によると思われる医療事故が問題となり、看護の質と、看護師の能力の向上が求められ、1980年後半に政策の転換があった^{26) 27) 76)}。また、英国においてもBradshaw A^{20) 21)}が、看護師の能力は「看護師である彼女または彼が、何を知らないのかをわかっていない時に、必然的に問題が存在する」と述べ、現行の教育では、看護師の能力が漠然と曖昧に定義されているために十分な看護教育がなされず、その結果安全性が不足し、患者と看護師両者の安全が脅かされることが指摘され、大幅な教育の転換が行われた。

他方我が国では、看護過程・看護診断の展開能力は現在も看護師の重要な能力とされているが、看護実践能力の構成要素における安全の能力の位置づけの検討はされていない。2011年の文部科学省による⁸⁾、学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標は、看護学教育の国際的動向を踏まえた基準とするため、AACNが評価の枠組みに活用した学士課程教育の必須要素⁹⁾および、ICN（国際看護師協会）の「ジェネラリスト・ナースの国際能力基準フレームワーク」¹⁰⁾

の考えを取り入れているとされている。AACNは提言の背景として、米国では2000年以降、安全な医療体制への関心が高まっており、安全な医療体制の構築には看護の影響力が一番大きいとの認識であることが明記されている。そして、「専門職としての看護実践の学士課程教育の必須要素Ⅱ：医療の質と患者安全のための組織・医療機関のリーダーシップの基本」として、「PS」が組み込まれているが、我が国の「コアとなる看護実践能力」の5群の中には「患者安全」という用語はなく、「Ⅳ群ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力」の小項目として、「16：安全なケア環境を提供する能力」という表現がある。また、AACNの「必須要素Ⅴ：医療政策、財政、規制環境」の内容に該当する必須要素は、我が国では5つの能力群の中には挙げられていない（ICNのフレームワーク¹⁰⁾は、学士課程ではなくジェネラリストの継続教育に視点を当てているため、内容の比較は行なっていない）。その他いくつかの米国の看護の組織^{62) 77) 78)}が示す看護実践能力の構成要素（core competencies）からも、我が国では安全（safety）に関する能力は看護実践能力のコアとなる構成要素ではないことが示唆された。

WHOによる「WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版 2011」⁶⁵⁾には、「医療系の学生に対する教育および訓練の全過程を通じて患者安全に関する知識を構築していく必要がある」と示されている。我が国では「安全管理」あるいは「医療安全」として看護教育に取り入れられ始めているが、WHOの提言による「PS」の能力と、現在我が国の看護実践能力のコアとする能力における「安全」の認識とは相違があると考えられるため、「PS」、「安全管理」、「医療安全」の概念について検討する必要があると考えられる。

2015年、厚生労働省は「厚労大臣医療事故対策緊急アピール」において医療安全を医療政策の最重要課題としている⁷⁹⁾。我が国は「看護過程」導入の経験を生かし、我が国の医療背景との相違や分析も含め、WHOの示す「PS」の概念の開発の背景、概念の基となる哲学を含む理論を検討したうえで、原理の理解と技法とが一体となった我が国の「PS」教育にとり組む必要があると考える。

結 論

今回、文献資料を基に米国と我が国の看護実践能力の歴史的経緯を比較し、その相違の分析から以下のことが示唆された。

1. 米国の看護は「専門職教育と資格制度」が一体となって発展したことにより、「看護独自の機能確立」の必要性が認識され、その独自の機能の獲得を目的とする「看護過程」の開発が推進された。さらに、その「看護過程」の発展は、20世紀の看護の概念の確立へと導き、看護の社会的役割を明示するとともに社会が看護の果たすべき責任を認識することになり、看護の「能力の評価と評価基準」および「能力の定義とその構成要素」の研究を推し進める原動力になった。

2. 我が国は米国から導入した「看護過程」の新しい概念の理解に取り組み、看護の現場に適用したが、結果的に安全面の意識に対する考え方の相違につながっていると考察された。

3. 今回の研究で得られた幾つかの知見は、今後の我が国に必要な看護実践能力の育成の新たな方向性を示すものと考えている。

謝 辞

本研究にご協力いただきました名城大学薬学部、Mark Rebeck先生に感謝いたします。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 木村誠子, 西川まり子, 芥川清香, 他: 看護実践能力を育成する教育方法と評価の文献的考察, 広島国際大学看護学ジャーナル, 9(1), 24-34, 2011
- 2) 医療事故情報収集等事業第39回報告書, [オンライン, http://www.med-safe.jp/pdf/report_39.pdf], 医療機能評価機構, 2014, 12. 9. 2014
- 3) 「2009年看護職員実態調査」結果速報, [オンライン, www.nurse.or.jp/up_pdf/20120704124559_f.pdf], 日本看護協会, 2009. 11. 25. 2015
- 4) 石井範子, 長谷部真木子, 佐々木真紀子: 基礎看護技術の教育の在り方に関する検討ー臨床実習における「清拭」の実施状況の分析からー, 秋田大学医短紀要, 10(2): 103-111, 2002
- 5) 看護実践能力育成プロジェクトチーム, 新卒看護師に期待される看護実践能力達成度の検討ー病棟師長および指導看護師に対する意識調査よりー, 愛知県立看護大学紀要, 14, 29-36, 2008
- 6) 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】, 新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会, [オンライン, www.nurse.or.jp/nursing/.../kentokai-betu-0714.pdf], 厚生労働省, 2014, 3. 30. 2015
- 7) 高屋尚子, 松谷美和子, 寺田麻子, 他: 看護系大学新卒看護師に求められる臨床看護実践能力: 新卒看護師育成経験のある看護師への面接調査, 聖路加看護学会誌, 17(1), 27-34, 2013
- 8) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告, 学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標, 文部科学省, 2011, [オンライン, www.mext.go.jp/b_menu/shingi/.../1312488_5.pdf], 6. 18. 2013
- 9) 専門職としての看護実践の学士課程教育の必須要素 (The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice, 2008), AACN, [オンライン, www.aacn.nche.edu/education.../Japanese_BaccEssentials.pdf], 3. 25. 2015
- 10) 「ジェネラリスト・ナースのためのICN能力基準フレームワーク (2003年)」, (An Implementation Model for the ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse / International Council of Nursing / ICN: 国際看護師協会), 109-119, 日本看護協会出版会, 2006, 6. 7. 2014
- 11) 神原裕子, 荒川千秋, 佐藤亜月子, 他: 国内外における看護実践能力に関する研究の動向ー基礎看護教育における看護実践能力育成との関連ー, 目白大学, 健康科学研究, 1, 149-158, 2008
- 12) 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 他: 看護実践能力: 概念, 構造, および評価, 聖路加看護学会誌, 14(2), 18-28, 2010
- 13) 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 他: 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して, 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 103-109, 2011
- 14) 山手茂, 木下安子: 看護実践と看護社会学, メヂカルフレンド社, 64, 70-71, 東京, 1972
- 15) 岩井郁子: 系統看護学講座基礎看護学講座専門3, 基礎看護学 [3] 臨床看護総論, 医学書院, 2-4, 東京, 1995
- 16) 第1回「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/09/s0925-2.html>], 厚

生労働省, 2003, 7. 8. 2015

- 17) 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 (看護学教育の在り方に関する検討会報告2004), 「Ⅲ卒業時到達目標とした看護実践能力の構成と卒業時到達度」, [オンライン, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm], 文部科学省, 7. 13. 2015
- 18) Pearson A. T : The Competency Concept, Educational Study, 145-152, 1980
- 19) Short E. C : Competence Reexamined, EDUCATIONAL THEORY, 34(3), 201-207, 1984
- 20) Bradshaw A : Defining 'competency' in nursing (Part I) : a policy review, Journal of Clinical Nursing, 6, 347-354, 1997
- 21) Bradshaw A : Defining 'competency' in nursing (part II) : an analytical review, Journal of Clinical Nursing, 7, 103-111, 1998
- 22) Lenburg, C. B : Lenburg's Eight Core Practice Competencies with specific subskills, The Competency Outcomes Performance Assessment Model, [On-line, <http://gm6.nursing-world.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No2Sep1999/COPAModel.html>], Online Journal of Issues in Nursing, 4 (2), 1999. 9. 2. 2014
- 23) Bradshaw A : Competence and British nursing : a view from history, Journal of Clinical Nursing, 9, 321-329, 2000
- 24) Lenburg C. B : Changes that Challenge Nursing Education, [On-line, https://www.researchgate.net/publication/10714515_Changes_that_challenge_nursing_education], Research Gate, Tennessee nurse Association, 65(5), 3-10, 2002, 9. 2. 2014
- 25) Cowan D. T, Norman I, Coopamah V. P : Competence in nursing practice : A controversial concept - A focused review of literature, Nurse Education Today 25, 355-362, 2005
- 26) Axley L : Competency : A Concept Analysis, Nursing Forum, 43(4), 214-222, 2008
- 27) Tilley S : Competency in Nursing : A Concept Analysis, The Journal of Continuing Education in Nursing, 39(2), 58-64, 2008
- 28) Scott P. A, Matthews A, Kirwan M : What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? Nursing Philosophy, 15, 23-34, 2015
- 29) Willis D, Maples P. G., Britton K : 100 Years Ago, The Nurses Of Rochester Changed The World Of Nursing, The Nurse Practice Act, [On-line, <http://www.rochestergeneral.org/about-us/rochester-general-hospital/about-us/rochester-medical-museum-and-archives/online-exhibits/the-nursing-practice-act-the-armstrong-act-of-1903/>], Rochester Regional Health, 10. 5. 2015
- 30) ICNの動き, 2014年5月号, [オンライン, <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/update/ugoki/icnugoki14.html>], 日本看護協会, 9. 30. 2015
- 31) Whelan J. C : American Nursing : An Introduction to the Past, Nursing History and Health Care, [On-line, <http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/Pages/Welcome.aspx>], Penn Nursing Science, University of Pennsylvania School of Nursing, 10. 5. 2015
- 32) Kimball R, Lee M-H, Summers S : Lydia Hall (1906-1969), Pioneer in Nursing Autonomy and Nurse-Driven Care", THE TRUTH ABOUT NUSING, [On-line, http://www.truthaboutnursing.org/press/pioneers/lydia_hall.html#ixzz3h5Dv15C4], 7. 28. 2015
- 33) Michaels D : History of Nursing Education : In Our Past, Lies Our Future, [On-line, www.nursingeducationhistory.org/], 12. 2. 2015
- 34) Pokorski S, Moraes A M, Chiarelli R, et al : NURSING PROCESS : FROM LITERATURE TO PRACTICE. WHAT ARE WE ACTUALLY DOING? [On-line, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/04.pdf>], Rev Latino-am Enfermagem, 17(3), 302-307, 2009, 7. 28. 2015
- 35) 中野和光 : 看護教育の教育課程の歴史的発展に関する一考察 - 合衆国の場合を中心として -, 福岡教育大学紀要, 39(4), 75-85, 1990
- 36) 中野和光 : 看護教育の教育課程の歴史的発展に関する一考察(2) -, 「看護過程」の概念を中心とし -, 福岡教育大学紀要, 40, 4, 65-78, 1991
- 37) 荒井蝶子 : エレノアC. ランバーツェン, 現

- 代看護の探究者たち－③，増補版，現代看護の探究者たち－人と思想－，日本看護協会出版会，45－64，東京，2006
- 38) 菊井和子，岡本絹子，斎藤泰：わが国の看護教育制度－その変遷と将来の展望－，川崎医療福祉学会誌，7 (1)，1－9，1997
- 39) 山根節子：近代日本における看護婦養成の変遷と現代への示唆－明治元（1868）年～終戦（1945）年－，広島文化学園短期大学看護統合研究，7 (1)，48－59，2005
- 40) 山根節子：現在日本における「看護とその基礎教育」の変遷と課題，－戦後60年，築き上げてきたものは何か(1)－，看護学統合研究，7 (1)，60－74，2005
- 41) 山根節子：現代日本における「看護とその基礎教育」の変遷と課題－戦後60年，築き上げてきたものは何か(2)－，看護学統合研究，7 (2)，21－36，1996
- 42) 高橋美智：GHQが推進した看護改革 看護体制・勤務体制の変遷，週刊医学会新聞，第2217号，医学書院，1996
- 43) 吉川洋子：「日本の看護教育の歴史的検討と今後の問題」，島根県立看護短期大学紀要，8，77－84，2003
- 44) 高橋政子ら篇，土曜会歴史部会著：日本近代看護の夜明け，医学書院，133－136，東京，1973
- 45) 津田右子：日本の近代看護教育草創期の教育観を探る，看護学統合研究，3 (1)，8－26，2001
- 46) 稲上毅，橋本やよひ：近代日本における＜国民社会看護＞の原型，49年度看護労働問題研究会分担研究，日本看護協会調査研究報告シリーズ，No1看護不足問題に関する論文集，150－170，1975
- 47) 小野美喜，小西恵美子，八尋道子：明治から現代までの教科書に記述された「よい看護師」の変遷，日本看護倫理学会誌，2 (1)，15－22，2010
- 48) 平尾真智子：大正四（一九一五）年制定の「看護婦規則」の制定過程と意義に関する研究，日本医史学雑誌第47(4)，757－796，2001
- 49) 中村美鈴：看護過程の構成要素を押さえよう，看護人材育成，11(4)，2－6，日総研，2014
- 50) 武分祥子：看護の動向と今後の課題[その1]－教育カリキュラム分析を中心に－，『立命館社会論集』，41(1)，229－241，2005
- 51) 富永真己：新卒看護師の離職防止に向けて（後編），米国マグネット・ホスピタルの組織と職場環境づくりに学ぶ，[オンライン，www.igaku-shoin.co.jp/paperTop.do]，週刊医学会新聞，第3028号，医学書院，2013，11. 2. 2015
- 52) 高野政子：米国のナースプラクティショナーの活動と課題－米国ナースプラクティショナー学会会長講演より－，看護科学研究学会誌，9，42－45，2011.
- 53) Cowell J. M : Standards of Practice : Questions for School Nursing, The Journal of School Nursing, 26(6), 418－419, 2010, doi : 10.1177/1059840510388472, 10. 29. 2015
- 54) 江川隆子：〔連載〕看護診断へのゲートウェイ，【第6回】NANDA, NIC and NOCの活動，[オンライン，http://www.igaku-shoin.co.jp/nwspapr/n1999dir/n2367dir/n2367_09.htm]，週刊医学会新聞，第2367号，医学書院，1999，8. 6. 2015
- 55) 長谷川智：看護診断と看護教育のゆくえ，特集看護診断が看護にもたらしたもの，Nurse eye, 23(3)，9－21，桐書房，東京，2010
- 56) 城ヶ端初子，樋口京子：看護理論の変遷と現状および展望，大阪市立大学看護学雑誌，3，5-6，2007
- 57) 松本光子：看護診断は教育にどんな影響を与えるか，日本看護研究学会雑誌，14 (2)，106-128, 1991
- 58) 堀真奈美，印南一路：米国医療市場の環境変化とマネジドケア，医療経済研究，10, 53－87，2001
- 59) 中本高夫：1980年代前半のアメリカの看護はほくのか，健康文化，18，1－4，1997
- 60) わが国のヘルスプロモーションにおける地域支援のあり方：地域医学研究連絡委員会報告，日本学術会議第7部，1－76，2002
- 61) To err is Human: Building a Safer Health System, [On-line, iom.nationalacademies.org/.../1999/To-Err-is-Human/], Institute of Medicine (IOM), National Academy of Science Press, 1999, 8. 31. 2015
- 62) CREATIVITY AND CONNECTIONS, BUILDING THE FRAMEWORK FOR THE FUTURE OF NURSING EDUCATION AND PRACTICE, Nurse of the Future Nursing Core Competencies, [On-line, <http://www.mass.edu/nahi/documents/NursingCoreCompetencies.pdf>], Massachusetts Department of Higher Education Nursing Initiative, 2010, 4.

27. 2012
- 63) Wachter R. M: The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human', *Quality Of Care*, 534-545, 2004, doi:10.1377/hlthaff.W4. 534, 10. 28. 2015
- 64) Ginsburg L, Castel E, Tregunno D, et al: The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice, *BMJ Quality & Safety*, 21, 676-684, 2012, doi: 10. 1136/bmjqs-2011-000601, 9. 27. 2014
- 65) WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版 2011, 東京医科大学医学教育学東京医科大学医療安全管理学, 東京医科大学, 22-25, 東京, 2012
- 66) 宮本哲也: 我が国の医療安全施策の動向, 平成24年度国公立大学附属病院医療安全セミナー, 1-57, 厚生労働省, 2012
- 67) 「患者安全推進年」2001, 患者の安全を守るための医療関係者の共同行動, (第3回医療安全対策連絡会議資料), [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1b.html>], 厚生労働, 6. 13. 2015
- 68) 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標, 看護学教育の在り方に関する検討会報告, 文部科学省, 2004
- 69) 川上裕子, 椿祥子, 濱田慎, 他: 新カリキュラムに基づく看護学教育に関する報告, -平成24年度統合実習および看護学セミナー統合の基礎看護学教育研究分野における授業展開-, 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 35, 9-14, 2013
- 70) Shirley K. Comer: Nursing Licensure, Adventure of the American Mind, [On-line, http://aam.govst.edu/projects/scomer/student_page1.html], Governors State University, 2007, 3. 29. 2016
- 71) リンダ・エイケン, パトリシアベナー, ジーン・ワトソン, 他, 泉成子監訳, 早野眞佐子訳: 「看護の危機—人間を守るための戦略」, (Crisis in Nursing—Strategies for better tomorrow), 第6章 看護師不足, ライフサポート社, 58, 東京, 2008
- 72) 松山友子, 穴沢小百合: わが国の看護基礎教育課程における看護過程に関する研究の動向, 1991-2002年に発表された文献の分析, 国立看護大学校研究紀要, 3 (1), 44-53, 2004
- 73) 樋口康子: 看護過程とは, 看護過程, 看護MOOK 18, 1-6, 金原出版, 東京, 1986
- 74) 稲葉佳江, 花岡眞佐子: 看護技術の概念の検討: 看護学教科書からみたその変遷と発達, 教授学の探究, 17, 65-88, 北海道大学, 2000
- 75) 長吉孝子: 看護職の生涯教育の現状と問題点, 『教育研究所紀要第7号』, [オンライン, http://www.bunkyo.ac.jp/faculty/kyouken/old_web/bull/Bull7/nagayoshi.html], 文教大学付属教育研究所, 1998, 12. 11. 2015
- 76) 朱 賢: アメリカ医療保険制度の展開過程(1950-1991) -1949年国民皆保険運動挫折後における医療保険制度の発展と動揺-, 『社会システム研究』, 20, 143-169, 2010
- 77) THE MASSACHUSETTS NURSING CORE COMPETENCIES: A Toolkit for Implementation in Education and Practice Settings, 2014, [On-line, <http://www.mass.edu/nahti/documents/Toolkit-First%20Edition-May%202014-r1.pdf>], 5. 10. 2013
- 78) Dolansky M A, Moore S M: Quality & Safety Education for Nurses (QSEN): The Key is Systems Thinking, [On-line, <http://www.aacn.nche.edu/qsen/home>], 10. 14. 2015
- 79) 医療安全施策の動向について, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000109033.pdf>], 厚生労働省, 2016, 3. 28. 2016

そ の 他

経皮的冠動脈インターベンション後の患者の 心臓病であることの意識の違いによる療養行動と 検査データとの比較 —入院時から6ヵ月後まで—

Comparison of Self-Behaviors and data of the disease to be coronary risk factors, and Relevance of Awareness in Patients with Heart Disease after Percutaneous Coronary Intervention
— Six-Month Interviews from Hospitalization —

松本 亜矢子, 土本 千春, 竹中 康子, 鈴見 由紀

Ayako Matsumoto, Chiharu Tsuchimoto, Yasuko Takenaka, Yuki Suzumi

金沢大学附属病院

Kanazawa University Hospital

キーワード

虚血性心疾患, 冠動脈インターベンション, 心臓病, 療養行動, 継続支援

Key words

ischemic heart disease, percutaneous coronary intervention, awareness of heart disease
continuation of self-care behaviors, continuing nursing care

要 旨

本研究の目的は、経皮的冠動脈インターベンション後の患者の入院時から6ヵ月後において、心臓病であることの意識の違いによる療養行動と虚血性心疾患の危険因子に関するデータとを比較検討することである。

参加者14名に、入院時、退院時、退院～1ヵ月後・2～3ヵ月後・6ヵ月後の外来通院時に、心臓病であることの意識と共に、療養行動に関する半構成的面接と、虚血性心疾患の危険因子となる疾患のデータに関するカルテ調査を行い、心臓病であることの意識の推移と比較し分析した。

その結果、心臓病であることの意識が薄れる患者は薄れた時期とほぼ同時期において、療養行動の中断や虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータが悪化する傾向があった。心臓病であることの意識をもち続けられるような継続的な看護支援が療養行動の継続と虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善または維持につながる可能性があるとし唆された。

はじめに

経皮的冠動脈形成術（percutaneous coronary intervention：以下PCI）は心筋梗塞や狭心症など虚血性心疾患の治療として施行されており、高血圧、脂質異常症、糖尿病、および喫煙は、虚血性心疾患の発症への寄与が最も大きいものとして指摘されている¹⁾。そのため、再狭窄や新規病変の予防には、食事、運動、禁煙などの生活習慣を改善し、危険因子をコントロールするための療養行動を継続する必要がある。しかし、心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン²⁾において述べられているような禁煙、食事、生活指導を含めた包括的プログラムに基づいた指導を受けていても、実際に療養行動の修正や継続が困難な患者がおり、中には再狭窄をきたしたり、新規病変が発見されたりと、繰り返しPCIが施行される患者もいるのが現状である。

我々は先行研究³⁾において、心臓病であることの意識が薄れることで療養行動の修正や継続を困難にするのではないかと考え、PCIを受けた患者の入院時から6ヵ月後までの心臓病であることの意識はどうであるかを明らかにする研究を行った。結果より、PCIを受けた患者の入院時から6ヵ月後までの心臓病であることの意識の推移が明らかとなった。また、6ヵ月後まで心臓病であることの意識が薄れないパターンと、外来通院中に心臓病であることの意識が薄れたパターンに分けられ、各パターンに特徴的なカテゴリーが導かれた。さらに、心臓病であることの意識が薄れた時期と薄れる要因が明らかになり、療養行動の継続において、心臓病であることの意識をもち続けられるような継続的な関わりの重要性が示唆された。

そこで、実際に、先行研究において分けられた心臓病であることの意識の推移の2つのパターンにおいて、療養行動と虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータはどのようなであったかを縦断的に調査し、心臓病であることの意識の継続や薄れと療養行動、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータとを比較検討したいと考え本研究を行った。

目 的

本研究の目的は、経皮的冠動脈インターベンション後の患者の入院時から6ヵ月後において、心臓病であることの意識の違いによる療養行動と虚血性心疾患の危険因子に関するデータとを比較検討することである。

研究意義

PCIを受けた患者の入院時から6ヵ月後までの療養行動や虚血性心疾患の危険因子に関するデータの推移を明らかにし、先行研究で分けられた心臓病であることの意識の推移の2つのパターンを比較検討することで、心臓病であることの意識が看護支援のポイントの1つとして活用できると共に、今後のPCI後の患者の療養行動の修正と継続につながるような患者教育の実践ができるようになることが期待できる。

研究方法

1. 研究参加者

対象者は、A病院循環器内科外来に通院中で、PCI目的で入院し、PCI後、外来に継続通院している患者であり、参加者は研究同意の得られた患者であった。これらの参加者は、先行研究結果から、心臓病であることの意識が薄れなかったパターンと、心臓病であることの意識が薄れたパターンに分類した。

1) 心臓病であることの意識が薄れなかったパターン

退院6ヵ月後まで、心臓病であることへの不安や再狭窄の可能性の予感から、心臓病であることの意識が薄れなかった参加者を示す。

2) 心臓病であることの意識が薄れたパターン

外来通院中（初回外来通院時、2～3ヵ月後外来通院時）に、治療したことや症状の消失による安心感や完治したという思い、発作や治療体験からの時間経過により、心臓病であることの意識が薄れた参加者を示す。

2. データ収集期間

平成21年6月～平成22年9月

3. データの収集方法

データ収集時期は、先行研究³⁾における、心臓病であることの意識の聞き取りと同時期であり、調査施設ではPCI後6ヵ月でフォローアップ（Coronary angiography：以下CAG）を行う患者が多いことから、6ヵ月程度とし、その間の外来通院時期として、退院～1ヵ月後（以下、初回とする）・2～3ヵ月後・6ヵ月後とした。

1) 療養行動

面接時期毎に、食生活、運動、禁煙、血圧や体重管理、その他参加者自身が療養行動として行っていることの内容を聞きとり、分類した。

2) 虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータ

面接時期毎に、血液データ、体重等の結果を調査した。血液データとして、糖尿病に関するものはHbA1c（NGSP）、脂質異常に関するものはLDL-Cho、HDL-Cho、L/H比とした。

面接は1人の看護師が個室で行い、面接時間は30分であった。面接担当者は3名とし、事前に研究者間でロールプレイを行い、面接に差がないよう配慮した。

3) 参加者の概要

参加者の概要についてカルテ調査を行った。

入院時には基本属性（年齢、性別）と既往歴、PCIの既往の有無、職業、同居家族の有無、また6ヵ月後にフォローアップCAGを行った場合はその結果を調査した。

4. 分析方法

面接内容を逐語録に起こし、療養行動を表している部分を参加者別の面接時期毎に抽出した。また、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータについても参加者別の面接時期毎に調査し、データは以下に記載した指標を用いて、不変、改善、悪化を判断した。先行研究において、分かれた2つのパターンにおいて、療養行動の継続、虚血性心疾患の危険因子に関するデータはどのようなであったかを比較し分析した。分析は共同研究者間で合意が得られるまで検討を重ねた。

データの分析指標

1) 糖尿病に関するデータはHbA1c（NGSP）とし、HbA1cに0.5以上の低下があれば改善、0.5以上の上昇があれば悪化とした。

2) 脂質異常に関するデータはLDL-Cho（LDL

と記載）、HDL-Cho（HDLと記載）とし、LDL/HDL比に0.5以上の低下があれば改善、0.5以上の上昇があれば悪化とした。データの有無によりLDL/HDL比が計算できないものに関してはLDLに10mg/dl以上の低下があれば改善、10mg/dl以上の上昇があれば悪化とし、HDLに10mg/dl以上の上昇があれば改善、10mg/dl以上の低下があれば悪化とした。

3) 体重に関しては1.0kg以上の減少があれば改善、1.0kg以上の増加があれば悪化とした。

5. 倫理的配慮

研究参加者に対して、本研究の目的・方法、カルテの閲覧や面接内容をテープに録音すること、自由意思での参加であり協力の有無で治療や看護に不利益が生じないこと、一旦同意しても撤回できること、調査に関する疑問や不明な点に対応すること、個人情報の保護、データの厳重な管理と研究終了後のデータの破棄、研究結果を公表すること、研究者の連絡先を口頭及び書面にて説明し、同意書に署名を得た。本研究は所属施設の医学倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：720）。

結 果

1. 参加者の概要

参加者14名の年齢は46歳～76歳、男性13名、女性1名であった。今回のPCI目的の入院以前に、PCIの治療経験のあった者は10名であった。いずれも前回の冠動脈造影CAG入院時もしくは外来にて主治医より病態とPCIの必要性・方法・合併症などについての説明を受けた患者である。参加者

表1 参加者の概要と虚血性心疾患のリスクとなる疾患

参加者	年 齢	性 別	虚血性心疾患の危険因子となる疾患	PCI ※1 既往	職 業	家 族
A	60代	男性	脂質異常症、糖尿病境界型	1 回	あり	あり
B	50代	男性	脂質異常症	2 回	あり	あり
C	60代	男性	脂質異常症、糖尿病境界型	1 回	あり	あり
D	50代	男性	脂質異常症、高血圧	1 回	あり	あり
E	70代	男性	脂質異常症	なし	なし	あり
F	70代	男性	糖尿病、高血圧	2 回	なし	あり
G	40代	女性	脂質異常症、高血圧	3 回	あり	あり
H	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	なし	あり	あり
I	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	1 回	なし	あり
J	50代	男性	糖尿病、高血圧	なし	あり	あり
K	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	2 回	なし	なし
L	60代	男性	脂質異常症、高血圧	1 回	なし	あり
M	50代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	なし	あり	あり
N	70代	男性	脂質異常症、糖尿病、高血圧	2 回	なし	あり

※1 PCI（percutaneous coronary intervention 経皮的冠動脈形成術）

の概要は表1に示す。6ヵ月後のフォローアップCAGが施行された者は14名中7名であり、いずれも再狭窄や新規病変がなかった。他の7名の参加者には外来受診時の診察、血液や心電図などの検査データから医師によりフォローアップCAGが必要ないと判断され施行されなかった。また、6ヵ月までの外来通院中に薬剤変更のあった参加者はいなかった。

2. 心臓病であることの意識の推移のパターン
毎の療養行動、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータ

先行研究³⁾の結果より、心臓病であることの意識の推移のパターン毎に療養行動と虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータを比較し分析した結果を以下に示す。

参加者の虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータ（血液、体重）と療養行動の推移については、表2に示す。

1) 心臓病であることの意識が薄れなかったパターン（参加者A、B、C、D、E、F）

心臓病であることの意識が薄れなかった参加者6名は入院前からの療養行動を継続していた。加えて、退院または外来通院後に自分なりの目標や目安をもってより詳細に療養行動をとったり、新たに追加した療養行動も継続していた。また、血液データや体重などの虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善または維持もできていた。

2) 心臓病であることの意識が薄れたパターン（参加者G、H、I、J、K、L、M、N）

外来通院中に心臓病であることの意識が薄れた参加者8名は、心臓病であることの意識が初回または2～3ヵ月後外来時より薄れていた。8名のうち、4名（H、I、L、M）は入院前からの療養行動を継続していた。加えて、退院または外来通院後に自分なりの目標や目安をもってより詳細に療養行動をとったり、新たに追加した療養行動も継続したりしていた。この参加者4名のうち3名（I、L、M）は血液データや体重などの虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善または維持もできていた。一方、この参加者4名のうち1名（H）は虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関する血液データは改善または維持していたが、体重は6ヵ月後に悪化していた。

外来通院中に心臓病であることの意識が薄れた参加者8名のうち、3名（G、J、K）は入院前からの療養行動を継続していた。加えて、退院また

は外来通院後に自分なりの目標や目安をもって、より詳細な療養行動をとったり、新たな療養行動を追加したりしたが、2～3ヵ月後より、より詳細にとった療養行動または新たに追加した療養行動を継続できなかった。この参加者3名のうち1名（J）は虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関する血液データは維持または改善できていたが、2名（G、K）は2～3ヵ月後または6ヵ月後に悪化し、体重は3名とも初回または2～3ヵ月後より悪化していた。

外来通院中に心臓病であることの意識が薄れた参加者8名のうち、1名（N）は入院前からの療養行動を継続していた。退院または外来通院後に自分なりの目標や目安をもってより詳細に療養行動をとる、新たに追加するといった療養行動はなかった。しかし、血液データや体重などの虚血性心疾患の危険因子に関するデータは維持しており、入院前より虚血性心疾患の危険因子となる疾患の管理を自分なりの目標や目安をもってより詳細に行っていた。

考 察

1. 心臓病であることの意識の違いによる療養行動、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータとの比較

慢性疾患患者の療養行動に関する報告の1つに、透析患者が安定期に移行し始める時期に危機感が薄れ、自己管理を低下させる一因となったという報告⁴⁾がある。また、腹部大動脈瘤の患者において手術により回復の高まりと破裂する部分がなくなった事実からも完治としての認識を持つようになることが、療養行動の動機づけを妨げる要因であったとの報告⁵⁾がある。

本研究でも、心臓病であることの意識が薄れていった参加者の半数は入院前からの療養行動を継続していたが、心臓病であることの意識が薄れた時期とほぼ同時期において、自分なりの目標や目安をもってより詳細にとった療養行動や新たに追加した療養行動を続けられなくなっていた。また、血液データや体重などの虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータも悪化していた。心臓病であることの意識が薄れた時期とほぼ同時期において、療養行動が継続できなくなっていたり、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータも悪化する傾向があることから、心臓病であることの意識の薄れが療養行動の中断やデータの悪化に影響していたことが考えられる。

表2 参加者の虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータと療養行動の継続期間

参加者	危険因子と なる疾患		危険因子となる疾患に関する 血液データの推移 ※1, ※2				体重の推移 (kg) ※3				退院後、自分なりの目標や目安をも ってより詳細にとった療養行動や新 たに追加した療養行動の継続期間	
			入院時	初回	2－3 ヵ月後	6ヵ月 後	入院時	初回	2－3 ヵ月後	6ヵ月 後		入院時～6ヵ月後
心臓病であること の意識が薄れなかつた パターン の参加者	A	糖尿病境界型	HbA1c	5.9	5.7	5.7	－	79.8	79.5	79.5	78.4	退院後から6ヵ月後まで継続
		脂質異常症	L/H比	1.7	1.6	1.5						
	B	脂質異常症	L/H比	2	2.3	1.2	1.1	51.3	－	49.3	49.7	
	C	糖尿病境界型	HbA1c	5.9	5.9	6.3	5.9	65	－	－	65	
		脂質異常症	L/H比	1.7	1.9	2.1	2					
	D	脂質異常症	L/H比	－	2.8	2.6	2.5	76.5	75	74.2	73.6	
		高血圧		－	－	－	－					
	E	脂質異常症	HDL L/H比	33 3.1	－	32	32 3.2	65	65	65	64.6	
	F	脂質異常症	L/H比	2.7	2.2	2.1	2.1	67.5	67	66.5	64.6	
		高血圧		－	－	－	－					
心臓病であること の意識が薄れたパ ターンの参加者	G	脂質異常症	L/H比	－	3.4	2.8	3.3	77	77	78	83.9	2～3ヵ月後、6ヵ月後に中断
		高血圧		－	－	－	－					
	H	糖尿病	HbA1c	7	6.4	6.2	6.8	64.7	64	63	65	
		脂質異常症	L/H比	3.4	3	3.4	3.4					
		高血圧		－	－	－	－					
	I	糖尿病	HbA1c	5.6	5.7	－	5.7	69.1	67	－	－	
		脂質異常症	L/H比	1.6	1.7	－	1.9					
		高血圧		－	－	－	－					
	J	糖尿病	HbA1c	7.2	7	6.3	6.4	53.2	55	56	59	
		高血圧		－	－	－	－					
	K	糖尿病	HbA1c	9	8.1	8.6	8.3	112.6	110.9	114.6	117	2～3ヵ月後に中断
		脂質異常症	L/H比	－	2.3	2.1	1.9					
		高血圧		－	－	－	－					
	L	脂質異常症	L/H比	2.1	1.2	1.1	1	72.2	71.7	71.2	－	
		高血圧		－	－	－	－					
	M	糖尿病	HbA1c	6.9	6.9	6.1	6	90.2	91	90	90.7	退院後から6ヵ月後まで継続
		脂質異常症	L/H比	1.6	1.6	1.2	1.5					
		高血圧		－	－	－	－					
N	糖尿病	HbA1c	6.2	6.1	6.4	6	56	－	－	54.7		
	脂質異常症	L/H比	1.2	1.3	1.1	1.2						
	高血圧		－	－	－	－						

※1. 糖尿病に関するデータはHbA1c (NGSP) とし、HbA1cに0.5以上の低下があれば改善、0.5以上の上昇があれば悪化とした。

※2. 脂質異常に関するデータはLDL-Cho (LDLと記載)、HDL-Cho (HDLと記載) とし、LDL/HDL比に0.5以上の低下があれば改善、0.5以上の上昇があれば悪化とした。データの有無によりLDL/HDL比が計算できないものに関してはLDLに10mg/dl以上の低下があれば改善、10mg/dl以上の上昇があれば悪化とし、HDLに10mg/dl以上の上昇があれば改善、10mg/dl以上の低下があれば悪化とした。

※3. 体重に関しては1.0kg以上の減少があれば改善、1.0kg以上の上昇があれば悪化とした。LDL、HDL、HbA1cに関しては薬剤の影響もあるが、今回薬剤変更のあった参加者はいなかった。

2. 心臓病であることの意識をもち続けることができるような看護支援の重要性

6ヵ月後まで心臓病であることの意識が薄れないパターンの参加者は入院前からの療養行動と、退院または外来通院後に新たに追加した療養行動も継続し、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善または維持もできていた。外来通院中に心臓病であることの意識が薄れたパターンの参加者は心臓病であることの意識が薄れた時期とほぼ同時期において、退院または外来通院後に新たに追加した療養行動が継続できなくなり、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータも悪化する傾向があった。これらのことより、心臓病であることの意識の薄れが療養行動の中断やデータの悪化に影響していたことが考えられ、心臓病であることの意識をもち続けることは療養行動の継続や虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善や維持において重要であると考えられる。先行研究³⁾より、心臓病であることの意識が薄れる要因として、治療したことや症状の消失による安心感や完治したという思い、発作や治療体験からの時間経過があげられ、心臓病であることの意識が薄れた時期は初回外来通院時、2～3ヵ月後外来通院時であったことから、心臓病であることの意識が薄れる要因と時期をポイントにした看護支援を行うことで、心臓病であることの意識を持ち続けることへとつながり、療養行動の継続と、さらには虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善につながる可能性があると考えられる。さらに、心臓病であることの意識の推移とともに、療養行動と虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの推移にも注目した看護支援を行っていくことが重要であり、特に、外来通院中に心臓病であることの意識が薄れるパターンにおいては、心臓病であることの意識が薄れないように間隔をあけずに看護支援をしていくことが必要であると考ええる。

3. 研究の限界と今後の展望

本研究の限界は、研究参加者14名のデータであること、1施設のみの調査であることから、本研究の結果を一般化しがたい。また、入院時から6ヵ月後までのデータであり、6ヵ月以降の心臓病であることの意識と療養行動の継続や虚血性心疾患の危険因子に関するデータの推移についてはわからない。今後、6ヵ月以降の心臓病であることの意識と療養行動の継続や虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの推移、その関連性

について明らかにしていくことが課題である。

結 論

入院時から6ヵ月後における、PCIを受けた患者の心臓病であることの意識の違いによる療養行動と虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータは以下のものであった。

1. 心臓病であることの意識が薄れないパターンは療養行動を継続し、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善または維持もできていた。

2. 心臓病であることの意識が薄れたパターンは心臓病であることの意識が薄れた時期とほぼ同時期において、療養行動が継続できなくなり、虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータも悪化する傾向があった。

3. 心臓病であることの意識をもち続けられるような継続的な支援が療養行動の継続と虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータの改善または維持につながる可能性がある。

4. 心臓病であることの意識の推移とともに、療養行動と虚血性心疾患の危険因子となる疾患に関するデータに注目した継続的な看護支援の重要性が示唆された。

引用文献

- 1) 田中太一郎, 岡村智教: 虚血性心疾患へのアプローチ その1, 最新のきめ細かい実地診療, 虚血性心疾患の最近の疫学動向からみた実地診療のすすめかた, Medical Practice, 28(9), 1506-1512, 2011
- 2) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン 2010年度合同研究班報告: 心筋梗塞二次予防に関するガイドライン, 日本循環器学会, 1-81, 2011
- 3) 松本亜矢子, 土本千春, 竹中康子, 他: 経皮的冠動脈インターベンション後の心臓病であることの意識の推移, 看護実践学会誌, 27(2), 44-51, 2015
- 4) 桑沢和彦, 木原彰弘: 水分管理が不良な透析患者の意識と家族の関わり方の調査, 長野県透析研究会誌, 30(1), 64-66, 2007
- 5) 三浦英恵, 井上智子, 志水秀行: 大動脈瘤手術患者の病気認識と退院後の生活・療養行動に関する研究-第1部 腹部大動脈瘤患者を対象にして-, 日本循環器看護学会誌, 4(1), 25-34, 2008

1. 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。

2. 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

看護実践学会専任査読者一覧

(平成28年 4 月現在)

赤 坂 政 樹	熊 谷 あゆ美	長 田 春 香
荒 井 謙 一	小 泉 由 美	中 西 容 子
有 田 広 美	紺 家 千津子	中 道 淳 子
池 田 富三香	坂 井 恵 子	橋 本 智 美
石 川 倫 子	坂 本 和 美	平 松 知 子
稲 垣 美智子	笹 野 京 子	松 井 希代子
内 田 真 紀	真 田 弘 美	松 井 優 子
悦 永 幸 代	正源寺 美 穂	松 田 智 恵
大 内 隆	新 谷 恵 子	松 本 勝
大 江 真 琴	須 釜 淳 子	丸 岡 直 子
大 江 真 人	臺 美佐子	丸 谷 晃 子
大 桑 麻由美	高 田 貴 子	宮 本 由香里
表 志津子	高 地 弥 里	村 角 直 子
加 藤 あゆみ	多 崎 恵 子	村 山 陵 子
加 藤 真由美	田 中 浩 二	森 田 聖 子
川 島 和 代	谷 口 好 美	山 口 恵 子
川 島 由賀子	田 淵 紀 子	山 崎 松 美
河 村 一 海	玉 井 奈 緒	油 野 規 代
北 秀 子	田 甫 久美子	横 井 早智江
北 井 京 子	塚 崎 恵 子	横 野 知 江
北 岡 和 代	津 田 朗 子	吉 村 洋 子
北 村 佳 子	土 本 千 春	
北 山 玲 子	中 谷 壽 男	
木 下 幸 子	長 田 恭 子	

(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29巻 第1号

発行 平成28年9月30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)

第14回 「金沢大学 翠の会」総会・懇親会

「金沢大学 翠の会」は金沢大学看護師養成課程卒業生の同窓会です

日時:平成29年(2017年)10月8日(日)10時30分~14時00分

場所:ホテル日航金沢

会長 小藤幹恵

(金沢大学附属病院 副病院長 看護部長)

金沢大学附属病院完成式の日

平成28年(2016年)7月2日 正面よりのぞむ

来年10月、たくさんの方々のご参加をお待ちしております

事務局 金沢大学附属病院 看護部管理室 TEL 076-265-2051

膀胱用超音波画像診断装置

医療機器認証番号:227ADBZX00146000

リリアム α-200



本製品の取り扱いについては添付文書および取扱説明書をご参照ください。



製造販売元
株式会社リリアム大塚
神奈川県相模原市中央区千代田4-12-6

販売提携
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

販売提携
株式会社大塚製薬工場
徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

〈'16.04作成〉

安心して住み続けられるまちづくりをめざします

城北病院 新病院 2020 年 1 月 オープン予定



公益社団法人 石川勤労者医療協会

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://jouhoku-hosp.com>