

国立看護大学校 研究紀要

第4巻 第1号 2005年

巻頭言	大学校長 竹尾恵子	1
総説		
Willingness to Communicate in the Second Language	Rieko Matsuoka, David R. Evans	3
原著		
Caring Behaviors Perceived by Nurses in a Japanese Hospital	Masayuki Mizuno, Mieko Ozawa, David R. Evans, Ayako Okada, Keiko Takeo	13
看護師の認知した心臓移植の待機期間における患者の心理的反応	山田巧, 西尾和子, 大原まゆみ, 川畑安正, 岡田彩子, 豊田百合子, 竹尾恵子	20
閉鎖病棟入院中の慢性統合失調症者に対するコンピュータゲームを利用した認知訓練の効果	下里誠二, 森千鶴, 伊藤憲治, 根本義春, 平山英行, 田中留伊, 風間真理	28
身体拘束による高齢男性の心理的ストレスと芳香剤のストレス軽減効果の検討	佐藤鈴子, 阿南みと子, 菅田勝也	37
報告		
小児看護学実習における“子どもの安全をまもる”教育;「転倒・転落の事故防止」の教材開発と学習効果	仁尾かおり, 駒松仁子, 柏木公一	43
臨地実習における感染予防に対する看護学生の認識	東谷みゆき, 小村三千代	53
在宅高齢者の清潔行動と関連する要因	森千鶴, 佐藤みつ子	60
隔離・拘束時の看護の実態	瀬野佳代, 宇都宮智, 松本賢哉, 青山廣子, 山口博子	68
資料		
開発途上国の看護基礎教育をとりまく状況調査-バングラデッシュ-	宮本恵子, 山田巧, 稲岡光子	77
その他		
看護基本法の可能性について	森山幹夫	82
活動報告		
2004(平成16)年度 国立看護大学校看護研究プロジェクト		89
2004(平成16)年度 国立看護大学校研修部活動報告		91
教員の研究活動 2004(平成16)年1~12月		93



The Journal of Nursing Studies

National College of Nursing, Japan

Vol. 4 No. 1 2005

Foreword	Keiko Takeo	1
Review		
Willingness to Communicate in the Second Language	Rieko Matsuoka, David R. Evans	3
Original Article		
Caring Behaviors Perceived by Nurses in a Japanese Hospital Masayuki Mizuno, Mieko Ozawa, David R. Evans, Ayako Okada, Keiko Takeo		13
Complex Psychosocial Reactions of Patients Awaiting Heart Transplantation Perceived by Nurses Takumi Yamada, Kazuko Nishio, Mayumi Ohara, Yasumasa Kawahata, Ayako Okada, Yuriko Toyoda, Keiko Takeo		20
Effectiveness of Cognitive Training for Chronic Schizophrenic Inpatients in Locked Wards Using Computer Games Seiji Shimosato, Chizuru Mori, Kenji Itoh, Yoshiharu Nemoto, Hideyuki Hirayama, Rui Tanaka, Mari Kazama		28
Psychological Stress of Elderly Men in Physical Restraint and Effects of Aromatic Oil on Stress Reiko Sato, Mitoko Anan, Katsuya Kanda		37
Report		
The Education to Keep Child's Safety in Pediatric Nursing Practicum;The Development and Learning Efficacy of Teaching Materials for a Lecture on 'Accident Prevention of Falling Down'	Kaori Nio, Hitoko Komamatsu, Kimikazu Kashiwagi	43
Recognition of Nursing Students on Prevention of Infection in Clinical Practice	Miyuki Higashitani, Michiyo Komura	53
Homebound Elderly People's Behavior in Cleanliness and Related Factors	Chizuru Mori, Mitsuko Sato	60
Current Status of Nursing Practice when Patients are Isolated and Restricted	Kayo Seno, Satoru Utsunomiya Kenya Matsumoto, Hiroko Aoyama, Hiroko Yamaguchi	68
Material		
Nursing Education in the Developing Country;Bangladesh	Keiko Miyamoto, Takumi Yamada, Mitsuko Inaoka	77
The Others		
About a Possibility of the Nursing Fundamental Law	Mikio Moriyama	82
Research Activities		
Research Projects of the National College of Nursing, Japan in the Academic Year of 2004		89
NCN, Training Center for Development Report, 2004		91
Faculties Research Reports, 2004		93

巻頭言

竹尾 恵子

国立看護大学校長

*Keiko Takeo/President of National College of Nursing, Japan

平成13年に本学が開設して、早いものでほぼ4年が経ちました。来春には第1回の卒業生を送り出すこととなります。本学に着任され、教育に研究にと活躍される先生方の活動の結果を記録する場を提供したい、この紀要が身近な研究発表の場になってほしいと願って本誌の編集が始まりました。4年間の成果は如何だったでしょうか？ 第1, 2, 3巻を合わせ、総説4編、原著16編、報告10編、資料1編、合計31編の論文が載っています。そこに第4巻の10編が加わります。このように見てみますと、本学の研究紀要を皆さんが活用し、論文を投稿してくださっている様子がうかがえます。またこれら紀要の内容をホームページに載せて、多くの方々に利用していただいてもいます。

本紀要の発行は1年に1回ですが、私にとって紀要の論文募集が始まると、1年間の自分の教育研究活動を振り返る、あるいは整理しておく良い機会になっています。この1年、自分はどんな活動をしたのか、何が足りなかったのか、今後、どのように方向を定めていこうか、と考えるきっかけになるのです。

こうして記録を積み重ねていくことで、自分の教育研究活動の成果が目に見える形になり、加えて多くの方々の研究が積み重なり、看護のエビデンスが得られてくるのだと思うと嬉しい限りです。また、本学の歴史的資料としても今後、重要なものになっていくことでしょう。

本学の4年生は今年、看護研究をまとめて卒業していきます。先日その提出が締め切られ、近日中に発表会がもたれる予定ですが、学生たちもこれら紀要に載った教官の研究論文を読み、自分の研究に役立て、また、今後も参考にしてほしいと願っています。

平成17年4月には政策医療看護学の研究課程部(大学院修士課程相当)が本学に発足します。研究活動はますます盛んになり、大学院での研究活動の発表の場としても本紀要が大いに活用されるようになるだろうと期待しています。本学の目指すところは高度医療に対応した看護研究、臨床に密着した看護研究、国際的視野に立った看護研究を推進していくことです。

こうした特徴をそなえた発表論文がたくさん出てくるように、今後の教官、研究者のご努力をお願いしたいと思います。

Willingness to Communicate in the Second Language

Rieko Matsuoka

David Richard Evans

National College of Nursing ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan
matsuokar@adm.ncn.ac.jp

[Abstract] Why are some learners willing to communicate in English, whilst others are reluctant to do so? Willingness to communicate (WTC), which was originally developed to explicate individual differences in the first language (L1) communication, has started to be focused on as an important factor to account for second language (L2) communication. First, this review article overviews how the concept of WTC was developed in L1 communication research. The second purpose is to describe the heuristic model of WTC in L2, which was developed inter-disciplinarily in second language acquisition research, and the third is to review the revised model in the Chinese context. Lastly, some empirical studies of WTC in an L2 context are reviewed. The results of previous studies have indicated that communication apprehension (CA) and self-perceived communication competence (SPCC) are found to be deciding factors to WTC among other variables.

[Keywords] willingness to communicate (WTC), communication apprehension (CA), self-perceived communication competence (SPCC)

1. Introduction

Many language-teaching professionals agree that motivation is a key part of the process of learning a second or foreign language. However, in a real situation, outside of the classroom in particular, where the language learners are exposed, motivation and proficiency are not necessarily sufficient for them to start communication. They actually have to initiate or participate in communication in their less familiar language. The notion of Willingness to Communicate (WTC), which is the intention to initiate communication, will be useful in investigating why the standard of Japanese communicative competence in English is not perceived to be good enough to survive in the present globalized society.

Among the few researchers who have investigated WTC, Yashima (2002) examined how affective variables such as attitude (international posture), English learning motivation, and English communication confidence, influence WTC in English in the Japanese context. The structural equation model clarifies that attitude influences motivation and WTC; motivation influences proficiency and self-confidence; self-confidence influences WTC. Goodness of Fit Index of the model was 0.97,

which indicates WTC, motivational constructs and proficiency in English are relevant in accounting for communication in English.

The concept of WTC was originally developed in L1 communication by McCroskey and his associates (1987), based on Unwillingness to Communicate (Burgoon, J. K., 1976, cited by MacIntyre et al., 1998). McCroskey, however, applied his earlier framework of Communication Apprehension (CA, hereafter) into the second language context including Japan (McCroskey et al., 1985). McCroskey et al. (1985) investigated levels of CA, which is the main construct of WTC, among Japanese students in speaking Japanese and English. The results showed a high degree of CA in both languages among Japanese college students; in contrast a big discrepancy exists in CA between Spanish and English in research on Puerto Rican students (McCroskey et al., 1985). This study implies the importance of cultural norms.

The proverb says 'Where there is a will, there is a way.' So even the less proficient learners may communicate in English when they are willing to. On the contrary, highly proficient learners may not be willing to communicate since 'where there is not a will, there is not a way'. However, I have witnessed cases where there is both a will and a way (sufficient proficiency), but there

is no communication in English. If the ultimate purpose or goal of learning language is authentic communication between persons of different languages and cultures, as MacIntyre et al.(1998) suggest, what are all the efforts expended in learning English for?

In this literature review, how the concept of WTC was developed in the study of communication in the first language, how it was applied to the second language research, and how it was re-conceptualized in an East Asian context will be examined. In addition, the actual studies on the second language learning in the framework of WTC will be presented. Lastly, the future direction in the WTC study in second language acquisition will be discussed.

II. Willingness to Communicate(WTC)

According to McCroskey(e. g. 1997), WTC refers to the probability of engaging in communication when the opportunity is given. In the first language(L 1), WTC is regarded as the stable predisposition to talk, a personal trait ; in particular, the degree of introversion or extroversion. Whether one decides to communicate is a volitional choice that involves cognition. Cognition about human communication is heavily influenced by the personality of the individual, though many situational variables, such as how the person feels that day, what communication the person has had with others recently, who the other person is, what that person looks like, what might be gained or lost through communicating and other demands on the person's time, can strongly influence communicative behavior. Antecedents of WTC are introversion, self-esteem, communication competence, communication apprehension and cultural diversity(McCroskey & Richmond, 1991).

According to McCroskey(1997), Clevenger and Phillips provided the foundation on which McCrosky has built his conceptualizations of WTC, CA, and Self-perceived Communication Competence(SPCC). Clevenger (1959, cited in McCroskey, 1997) summarized the research on stage fright in public speaking. Phillips (1965, 1968, cited in McCroskey, 1997), moving beyond public speaking, recognized that there are some people who avoid communication because they feel they have more to gain from remaining silent than from speaking, which he calls reticence phenomenon. Phillips(1965 cited in McCroskey, 1997)indicated that anxiety was the

primary cause of the reticence phenomenon ; however, Phillips(1968, cited in McCroskey, 1997)pointed out that the major cause of reticence is the individual's lack of communication skills though anxiety may be present.

Foundations of the WTC Construct

Although the earliest origin of WTC was from Phillips' reticence, McCroskey developed the WTC construct from unwillingness to communicate(Burgoon, 1976, cited in McCroskey, 1997), predispositions toward verbal behavior(Mortensen, Arntson, & Lustig, 1977, cited in McCroskey, 1997), and shyness(McCroskey & Richmond, 1982, cited in McCroskey, 1997)

Unwillingness to communicate

Burgoon(1976, cited by McCroskey, 1997)labeled the construct "unwillingness to communicate", which is the predisposition to avoid oral communication. As an operational definition of the construct, Burgoon developed a self-report measure, which was found to include two factors, 'approach-avoidance' and 'reward'. The approach-avoidance factor was correlated with a measure of communication apprehension, interaction with the reward factor was satisfaction with a group of people. The behavioral measure of communication as validating an unwillingness to communicate predisposition was only correlated with the approach-avoidance factor. Instead of providing a general predisposition of unwillingness to communicate, Burgoon's research only confirmed that people fearful or anxious about communication are likely to engage in less communication than others, according to McCroskey(1997).

Predispositions toward verbal behavior

'Predispositions toward verbal behavior' is the term given by Mortensen et al. (1977, cited in McCroskey, 1997)for the phenomenon of consistency in the amount of communication of individual across communication situation that was evidenced by the data using a self-report scale known as the Predispositions toward Verbal Behavior(PVB)scale. McCroskey(1997)argues that the PVB does not function as a general predisposition of unwillingness to communicate, but provides additional indications that the amount of an individual communication is somewhat regular.

Shyness

Leary(1983, cited in McCroskey, 1997)postulated that *shyness* is a construct named 'social anxiety' that is composed of an internally experienced discomfort and

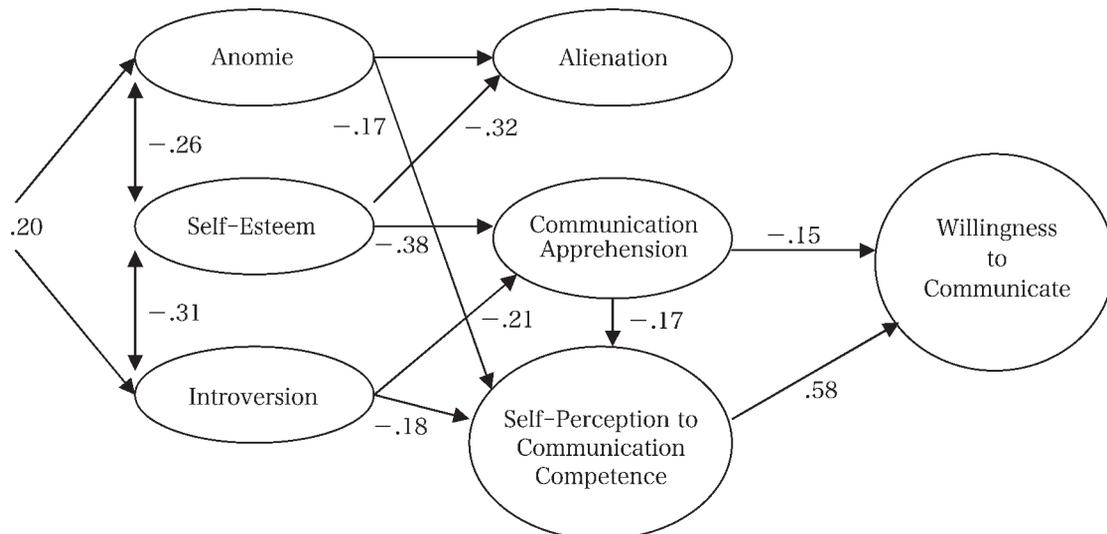


Figure 1 MacIntyre's(1994)causal sequence for predicting WTC using personality-based variables

externally observable behavior. McCroskey and Richmond(1982, cited in McCroskey, 1997), focused on shyness as an externally observable behavior, defining *shyness* as 'the tendency to be timid, reserved, and most specifically, talk less' (p. 460 cited in McCroskey, 1997). The Shyness Scale developed by McCroskey et al. (1981, cited in McCroskey, 1997)called McCroskey Shyness Scale(MSS)can predict an amount of talk and show behavioral tendencies in communication; however it fails to validate the existence of a personality-based predisposition to be unwilling to communicate.

The WTC construct

According to McCroskey and Richmond(1990, cited in McCroskey, 1997), WTC is correlated with introversion, communication apprehension, and self-perceived communication competence and these correlations are found to be present in a variety of cultures. The correlator of WTC with introversion was $-.19$ to $-.43$, with communication apprehension, $-.44$ to $-.52$ and with self-perceived communication competence, $.44$ to $.80$. The two antecedents of WTC scale are communication apprehension and self-perceived communication competence.

Communication apprehension (CA)

McCroskey(1997) categorized the original two types of CA's, trait-like CA and situational CA into four types of CA's; (a)trait-like CA, (b)generalized-context CA, (c)person-group CA, and(d)situational CA. However, only two types of CA's were given causes. The etiology of trait-like CA was given two explanations; heredity and environment. Causes of situational CA have two

elements : degree of evaluation and prior history. In terms of the CA effects, CA may have an impact in all three areas of communication learning, these are communication competence, communication skill, and positive communication affect. McCroskey(1997)concluded that High CA is highly associated with ineffective communication.

Self-perceived communication competence (SPCC)

McCroskey(1997)predicted a substantial correlation between self-perception of communication competence and scores on the WTC, and this prediction was confirmed across cultures with positive correlations between self-perceived competence and WTC, ranging from $.44$ in Sweden(McCroskey, Burroughs, Daun, & Richmond, 1990 cited in McCroskey, 1997)to $.80$ in Micronesia(Burroughs & Marie, 1990, cited in McCrosky, 1997).

McCroskey(1997) postulated that WTC, CA and SPCC, which are distinct constructs, are related in predictable ways, adding that WTC is the best predictor of actual communication approach/avoidance behavior, while CA and SPCC may measure the factors that make the major contribution to the prediction of a person's WTC.

MacIntyre(1994)examined how individual difference variables, regarded as determinants of WTC, are inter-related. The personality-based constructs, originally identified by Burgoon(1976, cited in MacIntyre, 1994), i. e., communication apprehension(CA), anomie, alienation, introversion, self-esteem, and perceived communication competence(PCC)were tested using a causal

model (See Figure 1). Results show that WTC was most directly influenced by communication apprehension and perceived communication competence, as McCroskey and associates have suggested (e. g., McCroskey & Richmond, 1990). This means that people are willing to communicate when they are not apprehensive and perceive themselves to be a competent communicator. However, Figure 1 indicates a reduction in CA increases both WTC and PCC but PCC does not reduce CA. In other words, when people are less apprehensive, their perception of communication competence increases and consequently they are more likely to willing to communicate. This causal model also shows that CA and PCC, in turn, were, to some extent, caused by introversion and self-esteem, and anomie. According to Burgoon's work (1976, cited in MacIntyre, 1994), both anomie and alienation directly correlated to WTC but these constructs were not proved to be causal factors to WTC. Furthermore, MacIntyre et al. (1999), examined the hypothesized antecedents such as self-perceived competence and communication apprehension to WTC using a structural equation model with a good fit to the data.

III. WTC in L 2

Some communication experts have applied the WTC research in second or foreign language (L 2) contexts (e. g., McCroskey, Fayer, & Richmond, 1985 ; McCroskey, Gudykunst, & Nishida, 1985) and from cross-cultural perspectives (e. g., Barranclough, Christophel, & McCroskey, 1988 ; McCroskey & Richmond, 1990). For instance, McCroskey, Fayer & Richmond (1985) investigated Puerto Rican college students' WTC, with the results indicating that the Puerto Ricans are much less apprehensive about communication in Spanish than are the U. S. students but are much more apprehensive in English. However McCroskey, Gudykunst, & Nishida (1985) found that Japanese students had extremely high CA in communicating in both Japanese and English. The discrepancy in CA between Puerto Ricans and Japanese college students may shed the light on the significance in expanding WTC research into the second language acquisition (SLA) area with cross-cultural consideration. In fact, McCroskey and Richmond (1990) reported some cultural differences in WTC, based on the scores of the instrument developed by McCroskey and Richmond (1987, cited in McCroskey & Richmond, 1990).

However, WTC in the second language should be different from in the L 1 among the adult learners in particular. Adult learners of L 2, who are plausibly familiarized with using their L 1, may range from almost no L 2 competence to full L 2 competence, as pointed out in MacIntyre et al. (1998). In the late 1990 s, some SLA researchers started to focus on WTC.

MacIntyre and Charos (1996) developed the path model of L 2 WTC, which was modified from MacIntyre (1994). The path model, as shown below, added 'integrativeness', 'attitude', and 'motivation' from Gardner's socio-educational model (See Figure 2). The relationship between affective variables, i. e., attitudes, motivation, perceived competence, and anxiety and their impact on WTC and the actual use measured by the frequency of L 2 communication were investigated. As Figure 2 indicates, significant paths affecting the L 2 communication via WTC were provided from motivation, and perceived communication competence. Both anxiety and integrativeness influence WTC indirectly. Anxiety affects WTC through perceived communication competence and integrativeness affects WTC through motivation. This model was the first model focusing on WTC in L 2.

MacIntyre, Clément, Dörnyei, and Noels (1998) expanded MacIntyre and Charos' model of L 2 WTC into the heuristic model of L 2 WTC, containing twelve variables in a layered pyramid (See Figure 3). The top four variables are situation-specific and can be treated as a dependent variable gauging WTC as Sick et al. (2000) did. Six variables composing the fourth (motivational propensities) and fifth (affective-cognitive context) layers largely overlap the socio-psychological model developed and modified by Gardner and associates (e. g., Gardner, 1979, 1980, 1985 ; Gardner & Lambert, 1959, 1972).

The model has basically two structures; one consists of situational factors and the other consists of enduring influences. Situational factors are more immediate in taking an action of communication but situational and may vary in a given context. They are: L 2 use, willingness to communicate, desire to communicate, self-confidence in communicating, and anxiety in communicating. These factors may change in accordance with whom an individual is talking, the topic of the conversation, who is there. Therefore, WTC is measured via these factors. On the other hand, enduring influences include (a) motivational propensities composed of interpersonal

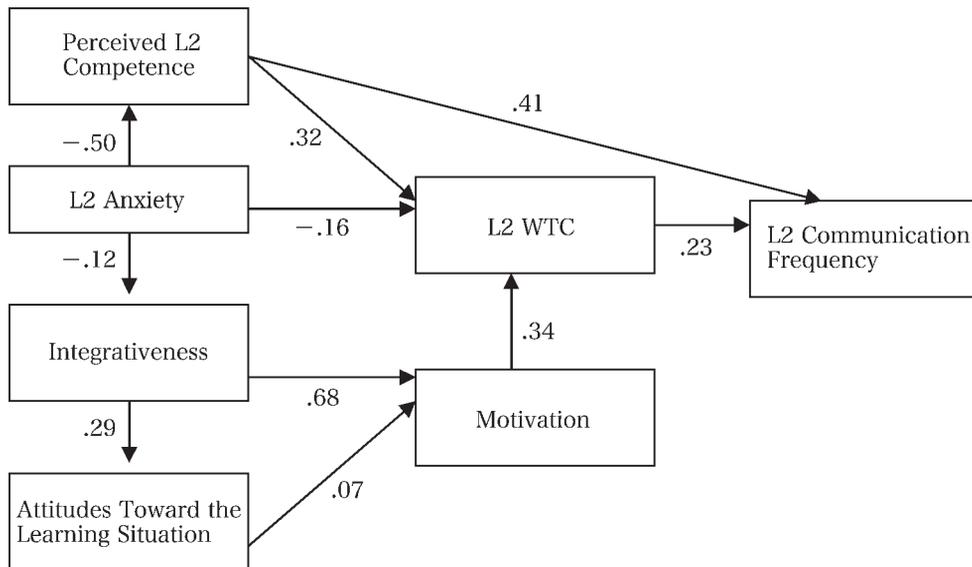


Figure 2 MacIntyre and Charos' (1996) model of L2 Willingness to Communicate

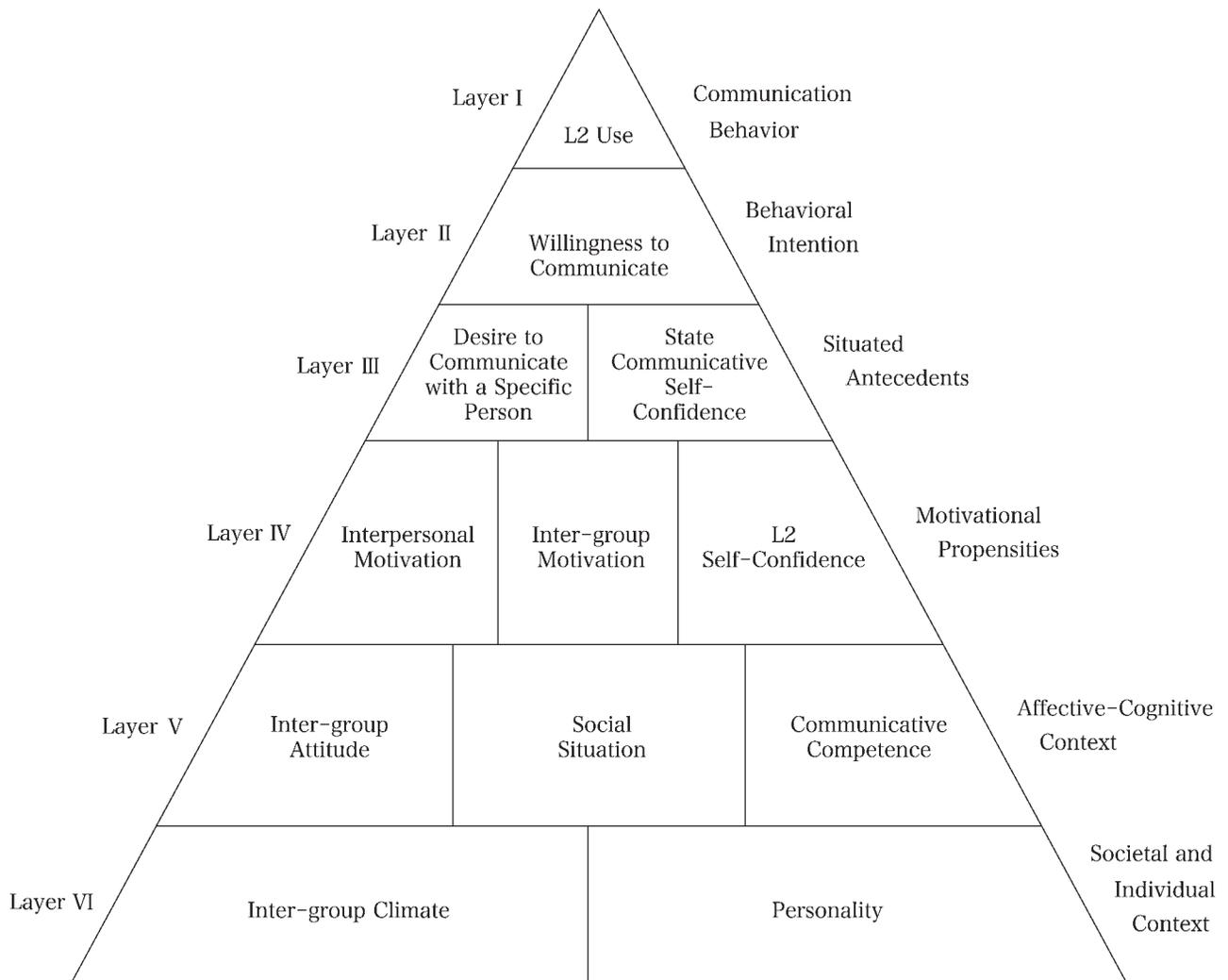


Figure 3 Heuristic model of variables influencing WTC from MacIntyre et al. (1998)

motivation, inter-group motivation, and L 2 self-confidence, (b) affective-cognitive context (which is composed of inter-group attitudes, social situation and communicative competence), and (c) societal and individual context (which is composed of inter-group climate and personality). The details about the MacIntyre et al.'s model (1998) are as follows.

Layer I is communicative behavior, as a result of the complex system of interrelated variables in the lower layers. MacIntyre et al. (1998) propose that the ultimate goal of language learning be to engender the willingness to seek out communication opportunities and WTC itself. WTC in Layer II was defined as the readiness to enter into discourse at a particular time with a specific person or persons in L 2, including the situational variation, it is different from WTC as the trait-like concept developed by McCroskey et al. (1997). It is also based on the conviction that behavior is strongly predicted by intention or willingness to act. Van de Putte (1991, cited in MacIntyre, 1998) reports a mean correlation of $r = .62$ between intention and behavior. Layer III of situated antecedents of communication consists of (a) the desire to communicate with a specific person and (b) state communication self-confidence. The desire to communicate with a specific person is driven by a combination of inter-individual and inter-group motivations, which involve both affiliation (integrativeness) and control (instrumentality). State communication self-confidence includes (a) state perceived competence and (b) a lack of state anxiety, following the framework offered by Clément (1980) and the results of the path model developed by MacIntyre and Charos (1996). State perceived competence refers to the feeling of the capacity to communicate effectively at a given time; state anxiety refers to the transient feelings of tension and apprehension accompanied by the autonomic nervous system arousal as defined by Spielberger (1983, cited in MacIntyre et al., 1998). Both the desire to interact with a specific person and state self-confidence are regarded as the most immediate determinants of WTC.

The other layers deal with enduring influences or stable individual differences and function as independent variables in analyzing WTC in L 2. Layer IV, termed motivational propensities, consists of (a) interpersonal motivation instigated by either control and affiliation, (b) inter-group motivation derived directly from the group the individuals belong to, and (c) L 2 self-confi-

dence, consisting of the self-evaluation of L 2 skills and language anxiety.

Layer V, termed as the affective and cognitive context, consists of (a) inter-group attitudes, which include integrativeness, fear of assimilation, and motivation to learn the L 2, (b) social situation, and (c) communicative competence.

Integrativeness and fear of assimilation in the category of inter-group attitudes may be opposing forces in the individual depending on the power relations among groups. Five factors that may influence the social situation are the participants, the setting, the purpose, the topic, and the channel of communication. The participants are characterized by age, gender, social class, language proficiency etc.; the settings refers to the location and time where the communication takes place; purpose refers to the goals or intension of communication such as to persuade, to transfer information; the channel of communication involves the medium used for communication such as speaking and writing. Regarding topics, familiarity in the given topic was found to enhance verbal forthcoming, with limited language proficiency overridden (Zuenglar, 1993, cited in MacIntyre et al., 1998). Though McCroskey and associates have used the term 'communication competence', 'communicative competence', coined by Hymes (1972), refers to L 2 proficiency. Celce-Murcia, Dörnyei, and Thurrell (1995, cited in MacIntyre, 1998) pointed out five main competencies in communicative competence. The first is linguistic competence; the second is discourse competence; the third is actional competence referring to matching communicative intent with linguistic form; the fourth is sociocultural competence involving knowledge of how to express messages appropriately within a given context; the fifth is strategic competence referring to knowledge of communication strategies by which a speaker may compensate for limited proficiency. The last Layer VI, titled the societal and individual context, involves the interaction of two factors: the society and the individual. The societal context is referred to by intergroup climate, defined with the structural characteristics of the community and the perceptual and affective correlates as used by Gardner and Clément (1990). The individual is referred to by personality. Intergroup context and personality, which may underpin the social distance or harmony between groups, are placed at the bottom of the model as they are thought to

determine the L2 WTC to a lesser degree than other variables.

IV. WTC in L2 in East Asian Contexts

As the heuristic model of MacIntyre et al. indicates, the motivational structure and a given habitus and/or cultural mores must be taken into account in researching on WTC. However, Wen and Clément (2003) argue, that the model is based on research mainly conducted in the western context and proposed some modification of the model according to the Chinese context.

According to Wen and Clément (2003), how to generate students' WTC in order to improve the oral proficiency has been a key issue for English language teaching (ELT) in China, since Chinese students, who are very good at grammar-based written examinations are poor speakers. It is also pointed out that a student-centered communicative approach has been emphasized with the deepening of education reform and the increasing demands for communicative competency, whilst teachers' lectures are believed to be effective for enhancing English proficiency. These societal and cultural features have been observed and shared in Japanese context; therefore it seems relevant to overview the WTC model revised by Wen and Clément (2003) as the exemplar for WTC that may be applied in the Japanese context.

Chinese learners' unwillingness to communicate in public is deeply rooted in two aspects of interpersonal relations: an other-directed self and a submissive way of learning. Out of an other-directed self, face-protected orientation and the insider effect are brought about. Based on Confucianism, the existential reality of self is dialectically related to the family, the community, the nation, and the world (Chai & Chai, 1965, cited in Wen & Clément), from which face-protected orientation may ensue; consequently, the Chinese learners are less likely to be active in communication in L2, being sensitive to the judgment of the public. The insider effect, realized as ingroup-oriented, may generate a certain distance from other members of other groups, which impedes the interaction needed in order to succeed in L2 communication (Hinenoya & Gatbonton, 2000). In terms of submissive ways of learning, passing on knowledge is regarded as a teaching requirement; students may not feel they are learning in a student-centered communicate-

oriented learning (Hu, 2002, cited in Wen & Clément, 2003), which should enhance their WTC in English.

The following figure was proposed by Wen and Clément as their schematic representation of the impact of Chinese cultural values on WTC in L2.

In Wen & Clément's conceptualization, a distinction is made between desire (DC), as a deliberate choice or preference, and willingness (WTC), as a readiness to enter into discourse at a particular time with a specific person or persons, based on the belief that the desire does not have to be realized as willingness impeded by traditional social orientation such as face-protected orientation.

At the societal context level, which corresponds to Layer VI in MacIntyre et al's, group cohesiveness and teacher support are posited. In the western culture, group cohesiveness is based on interpersonal attraction among group members, with emotional satisfaction emphasized; on the other hand, in the Chinese setting, it stems from social orientation with the inside relations among ingroup members, engendering a sense of belongingness (Hogg, 1992, cited in Wen & Clément, 2003). Teacher's support, embodied as teacher involvement and immediacy, is regarded as an important factor in this Chinese model.

Personal factors include risk-taking and tolerance of ambiguity, both of which are affectively related and culturally significant in the Chinese context. Risk-taking is defined as 'any consciously, or non-consciously controlled behavior with a perceived uncertainty about its outcome' (Trimpop, 1994; 9, quoted in Wen & Clément, 2003). Because of the cultural tendency to protect face in China, the relationship between desire to communicate and WTC is partially determined by how much the learners will accept the risk of losing face. Though successful language learning necessitates tolerance of ambiguity (Brown, 1987, cited in Wen & Clément, 2003), Chinese students are less tolerant of ambiguity, resulting from their rule-dominated and face-protection orientation.

Motivational orientation has affiliation and task-orientation, while 'affiliation' and 'control' are the components in the original model by MacIntyre et al.'s model, since this model focuses on the classroom settings. Affective perception, which corresponds to the affective and cognitive context in the fifth layer of MacIntyre et al.'s model, is regarded as directly involved in determin-

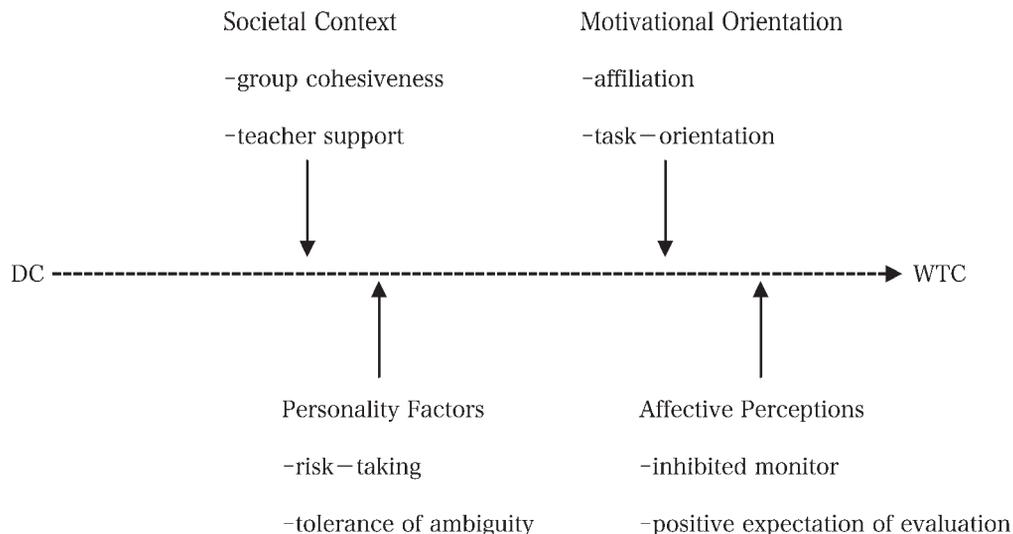


Figure 4 Variables moderating the relation between DC and WTC in the Chinese EFL classroom (Wen & Clément, 2003)

ing WTC, based on the belief that language learners are watchful and defensive in communication in an L 2 where much attention is paid to public verdict. Inhibited monitor and an expectation of positive evaluation are designated as the components in this category. An inhibited monitor entails reduced self-consciousness and consequently, reduced anxiety or apprehension. Positive expectations of evaluation would decrease anxiety (Gudykunst, 1993, cited in Wen & Clément, 2003).

In a different format from the MacIntyre et al.'s model, this modified model of WTC within a Chinese cultural context suggests the variables moderate the relation between DC and WTC as shown in Figure 4. As stated earlier, similar features to these factors can be observed in Japanese cultural mores, therefore, this model may well be plausibly tested in the Japanese context, as well as the original model by MacIntyre et al.'s.

V. Empirical Studies on WTC in L 2

A great deal of research has been written about second or foreign language learners' motivational structure in the framework or model of Gardner and his associates and the modified or expanded version from Gardner et al. (e. g., Brown et al., 2001, Kimura et al., 2003). Many studies focusing on language learning anxiety in the Asian context are also available (e. g., Spielmann & Randofsky, 2001, Kondo, 2003). However,

research focusing on WTC in the second language has not been conducted yet.

Among the few studies on WTC in an L 2, McIntyre et al. (2001) found that social support, particularly from friends, was associated with higher levels of WTC outside the classroom but played less of a role inside the classroom. MacIntyre et al. (2002) investigated second language communication among students in a junior high French immersion program. The effects of variables on WTC was examined with the results indicating both age and sex influence L 2 WTC, perceived competence and language anxiety. Yashima (2002), in the only comprehensive research on WTC in L 2 in the Japanese context, examined the relationship among the variables that are believed to affect Japanese learners' WTC in English, using the heuristic model by MacIntyre et al and Gardner's socio-educational model as a basic framework. The results in the structural equation model show that international posture influences motivation; in turn, motivation influences proficiency in English and self-confidence; self-confidence in L 2 communication led to WTC in the L 2. Besides, a direct path from international posture to WTC in the L 2 was significant. Yashima (2004) investigated the effect of home-stay experience on WTC in the L 2. Lastly, MacIntyre et al. (2003) examined the effects of prior immersion experience on WTC, using samples of both immersion and non-immersion groups of college students, finding positive relations between immersion experience and WTC

in the L 2.

VI. Concluding Remarks

To investigate the underlying system of WTC in English is the most urgently required research, considering the vast amount of criticism about the inappropriate level of communicative competence of the general Japanese population. It is an ironic situation to recall the fact that The Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology has emphasized fostering communicative competence in English education (1989, 1999). Yashima (2000, 2002, 2004) has probed the motivational structure in the Japanese English education focusing on WTC; however, Wen's reconceptualized model has not been employed in either study. Based on Yashima's research, more should be done on WTC in English in the Japanese context in order to explore ways to enhance the Japanese WTC in English through increasing the SPCC and decreasing the AC, taking into account cultural behavior as posited by Wen et al. (2003).

■References

- Barracough, R. A., Christophel, D. M., & McCroskey, J. C. (1988). Willingness to communicate: A cross-cultural investigation. *Communication Research Report*, 5(2), 187-192.
- Brown, J. D., Robson, G., & Rosenkjar, P. R. (2001). Personality, motivation, anxiety, strategies, and language proficiency of Japanese students. In Z. Dörnyei & Schmidt (Eds.), *Motivation and second language acquisition* (pp. 361-398). Honolulu: University of Hawaii Press.
- Clément R. (1980). Ethnicity, contact and communicative competence in a second language. In H. Giles, W. P. Robinson, & P. M. Smith (Eds.), *Language: Social psychological perspectives* (pp. 147-154). Oxford, England: Pergamon.
- Hinenoya, K. and Gatbonton, E. (2000). Ethnocentrism, cultural traits, beliefs, and English proficiency: A Japanese sample. *The Modern Language Journal*, 84, 225-240.
- Hymes, D. (1972). On communicative competence. In J. B. Pride & J. Holmes (Eds.), *Sociolinguistics* (pp. 269-293). Harmondsworth, England: Penguin.
- Kimura, Y., Nakata, Y., & Okumura, T. (2001). Language learning motivation of EFL learners in Japan: A cross-sectional analysis of various learning milieus. *JALT Journal*, 23, 47-68.
- MacIntyre, P. D. (1994). Variables underlying willingness to communicate: A causal analysis. *Communication Research Reports*, 11, 135-142.
- MacIntyre, P. D., Baker, S. C., Clément, R., & Conrod, S. (2001). Willingness to communicate, social support, and language-learning orientations of immersion students. *Studies in Second Language Acquisition*, 23, 369-388.
- MacIntyre, P. D., Baker, S. C., Clément, R., & Donovan, L. A. (2002). Sex and age effects on willingness to communicate, anxiety, perceived competence, and L 2 motivation among junior high school French immersion students. *Language Learning*, 52(3), 537-564.
- MacIntyre, P. D., Baker, S. D., Clément, R., & Donovan, L. A. (2003). Talking in order to learn: Willingness to communicate and intensive language programs. *The Canadian Modern Language Review*, 54(4), 589-607.
- MacIntyre, P. D., & Charos, C. (1996). Personality, attitudes, and affect as predictors of second language communication. *Journal of Language and Social Psychology*, 15, 3-26.
- MacIntyre, P. D., Clément, R., Dörnyei, Z., & Noels, K. (1998). Conceptualizing willingness to communicate in a L 2: A situational model of L 2 confidence and affiliation. *The Modern Language Journal*, 82, 545-562.
- MacIntyre, P. D., Babin, P. A., & Clément, R. (1999). Willingness to communicate: Antecedents and consequences. *Communication Quarterly*, 47, 215-229.
- McCroskey, J. C. (1977). Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. *Human Communication Research*, 4, 78-96.
- McCroskey, J. C. (1992). Reliability and validity of the willingness to communicate scale. *Communication Quarterly*, 40, 16-25.
- McCroskey, J. C. (1997). Willingness to communicate, communication apprehension, and self-perceived communication competence: Conceptualizations and perspectives. In Daly, & J. C. McCroskey (Eds.), *Avoiding communication: Shyness, reticence, & communication apprehension* (pp. 75-108). Cresskill, NJ: Hampton Press.
- McCroskey, J. C., Fayer, J. M., & Richmond, V. P. (1985). Don't speak to me in English: Communication apprehension in Puerto Rico. *Communication Quarterly*, 33(3), 185-192.
- McCroskey, J. C., Gudykunst, W. B., & Nishida, T. (1985). Communication apprehension among Japanese students in native and second language. *Communication Research Reports*, 2, 11-15.
- McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (1990). Willingness to communicate: Differing cultural perspectives. *Southern Communication Journal*, 56, 72-77.
- Monbusho [The Ministry of Education, Science, Sports, and Culture]. (1989). *Koutougakkou gakushu shidouyouryo Kaisetsu; Gaikokugohen* [A commentary on high school education guidelines: Foreign language guidelines] (MESC I-8937). Tokyo: Kyoikushuppan.

- Monbusho [The Ministry of Education, Science, Sports, and Culture] (1999 b). *Koutougakkou gakushu shidouyouryo kaisetsu : Gaikokugohen* [A commentary on high school education guidelines : Foreign languages] (MESSC 1-9940). Tokyo : Kaitakusha.
- Sick, J. R., & Nagasaka, J. P. (2000). A test of your willingness to communicate in English (Japanese version) : Unpublished questionnaire.
- Sick, J. R. (2001, August). *Willingness to communicate as an object of classroom assessment*. Paper presented at the annual convention of PacSLRF, Hawaii.
- Wen, W. P., & Clément, R. (2003). A Chinese conceptualization of willingness to communicate in ESL. *Language, Culture and Curriculum*, 16, 18-38.
- Yashima, T. (2002). Willingness to communicate in a second language : The Japanese EFL context. *The Modern Language Journal*, 86, 54-66.
- Yashima, T., Zenuk-Nishide, L., & Shimizu, K. (2004). The influence of attitudes and affect on willingness to communicate and second language communication. *Language Learning*, 54, 119-152.

第二言語におけるコミュニケーション意欲

松岡里枝子* David Richard Evans

*国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1

【要旨】 英語でのコミュニケーションに対して学習者の抵抗感が異なるのは何故だろうか。コミュニケーションへの意欲 (WTC) という概念は、母語でコミュニケーションを図る場合の個人差を分析するものとして生みだされたものであるが、昨今第二言語でのコミュニケーションを分析する場合にも重要な要素であるとして注目を集めるようになってきている。当総説では、まず、WTC の概念がコミュニケーション研究においてどのような経過をへて顕在してきたかを考察する。その上で、WTC が第二言語習得研究において学際的な概念化されたモデルと、更にそのモデルを中国の社会環境を考慮に入れて改変したモデルを解説する。最後に、WTC が実際に第二言語コミュニケーションの学習者の間でどのように重要な要素となっているかを検証した研究を概観する。コミュニケーション懸念 (CA) とコミュニケーションの自己評価 (SPCC) が特に WTC に重要な要因となっていることが検証されている。

Caring Behaviors Perceived by Nurses in a Japanese Hospital

Masayuki Mizuno Mieko Ozawa David R. Evans
Ayako Okada Keiko Takeo

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒 204-8575, Japan
mizunom@adm.ncn.ac.jp

【Abstract】 The purpose of this study is to identify the perception of Japanese nurses regarding the most and least important caring behaviors and to examine the relationship between nurses' perceptions, their work experience and their educational background. The instrument used in this study was a self-administered Japanese questionnaire version of the CARE-Q instrument which was developed by Larson. The questionnaire was disseminated to nurses employed by the government and working at a hospital in Japan. The CARE-Q-Japanese was distributed via the nurse supervisors of this hospital to 602 Japanese staff nurses and nurse administrators. There were 511 respondents, a response rate of 84.9%. The completed questionnaires (477) were used for the data analysis. Nurses ranked the three most important behaviors as "listens to the patient", "helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information", and "gets to know the patient as an individual person". There were significant differences in the ranking of human caring behavior when measured according to educational background. Nurses who graduated from nursing schools or nursing junior colleges ranked the most important behavior as "listens to the patient". Nurses who graduated from nursing colleges (bachelor's degree) or graduate programs in nursing ranked "gets to know the patient as an individual person" as the most important. Nurses ranked the least important behavior as "asks the patient what name he/she prefers to be called".

【Keywords】 caring, nurse, perception, behavior, Japan

1. Introduction

Caring is an important concept in nursing¹⁾. Caring has become the essence and central focus of nursing²⁾. Caring is a complex, elusive concept not only to define but also to measure³⁾. Caring is provided for clients through concrete behavior. To identify nurses' perceptions of which nursing behaviors are important as caring behavior means to understand how caring is offered. It might be meaningful to show the concept of caring in terms of concrete behaviors.

Leininger⁴⁾ described that caring might vary according to the nurses' cultural background or tradition. If there are differences of perception of caring behavior between countries, this means culture and values affect the understanding of the concept of caring and helps us offer more appropriate cross-cultural nursing.

In the U. S. A, 57 cancer nurses in a study by Larson⁵⁾

using Caring Assessment Instrument (CARE-Q) ranked the most important caring behavior as "listens to the patients". They ranked the least important as "is professional in appearance". Mayer⁶⁾ conducted a replication study of Larson's work, using 28 oncology nurses. Mayer found that nurses ranked the most important as "listens to the patients" and the least important as "is professional in appearance". Keane McDermott et al.⁷⁾ found that 26 rehabilitation nurses ranked the most important as "knows when to call doctor" and the least important as "suggests questions for patient to ask doctor" and "frequently approaches patient first".

In Sweden, von Essen & Sjöden⁹⁾, Widmark-Petersson et al.¹⁰⁾, and Larsson et al.¹¹⁾, using a Swedish version of the CARE-Q instrument, did research on 73 nursing staff in medical and surgical care⁸⁾, 105 nursing staff in cancer, general surgical and orthopedic surgical care⁹⁾, 63 nursing staff in cancer care¹⁰⁾, and 53 nursing staff in cancer care¹¹⁾, respectively. Each researcher found nursing staff ranked the most important caring behavior as

“listens to the patients”.

In Finland, 69 nurses in a psychiatric hospital in a study by Greenhalgh et al.¹²⁾ using CARE-Q ranked the most important caring behavior as “talks to the patients”.

In Japan, only one piece of research has been carried out to find the nurses' perceptions as to which nurse human caring behaviors are important. Misao et al.¹³⁾ modified the Caring Behaviors Assessment tool which was developed by Cronin and Harrison¹⁴⁾. They made a questionnaire of 35 concrete behaviors and did research on 323 nurses in 3 Japanese hospitals. They found that the nurses perceived “making patients comfortable” as the most important caring behavior.

Puangrat et. al.¹⁵⁾ researched in Thailand the extent to which nurses could perform caring behavior by means of a self-administered questionnaire. They found differences according to educational background. Ozawa et. al.¹⁶⁾ repeated the research in Japan, and found the more working experience nurses have, the greater their caring behaviors are. Therefore, working experience and educational background might affect the perception of nurses regarding the most and least important caring behaviors, which has not been studied to date, and is the focus of this research.

The purpose of this study is to identify the perception of Japanese nurses regarding the most and least important caring behaviors, to compare these results with previous ones in other countries, and then to examine the relationship between Japanese nurses' perceptions, work experience and educational background.

II. Instrument

In this study, the CARE-Q was used, as it is the most frequently used instrument for assessing caring in the world^{1,17)}, and therefore the most appropriate instrument for international comparison. The CARE-Q was developed by Larson¹⁸⁾ for use with Q-methodology to identify nurse caring behaviors that are perceived as important. The CARE-Q consists of 50 nurse behavioral items ordered in six subscales named: “accessible” (6 items); “explains and facilitates” (6 items); “comforts” (9 items); “trusting relationship” (16 items); “anticipates” (5 items) and “monitors and follows through” (8 items). The force-choice distribution of the CARE-Q requires selection of the most important item

and the least important item; four fairly important and four fairly unimportant items; 10 somewhat important and 10 somewhat unimportant items; and 20 items that are neither important or unimportant.

The psychometric properties of the CARE-Q related to validity and reliability were assessed. The CARE-Q original version was reviewed for content validity by an expert nursing panel of graduate nursing students, and a panel of patients and nurses from an oncology unit¹⁸⁾. Larson¹⁹⁾ assessed the test-retest reliability of the CARE-Q with a sample of 82 nurses. For the most important caring items the test-retest reliability was 79% and for the five least important caring items it was 63%.

Von Essen & Sjöden⁸⁾ tested the internal consistency of Swedish version of the CARE-Q by analyzing the data from a questionnaire version utilizing a 1-7 point Likert scale without response restrictions with 86 medical-surgical patients and 73 nursing staff. The overall Cronbach alpha was 0.95, and subscale values were: “accessible” 0.76; “explains and facilitates” 0.59; “comforts” 0.86; “trusting relationship” 0.86; “anticipates” 0.72, and “monitors and follows through” 0.79. Widmark-Petersson et al.¹⁰⁾ tested the same Swedish version in 72 cancer patients and 63 nurses. The overall Cronbach alpha was 0.95, and subscale values were: “accessible” 0.59; “explains and facilitates” 0.60; “comforts” 0.78; “trusting relationship” 0.86; “anticipates” 0.60, and “monitors and follows through” 0.59.

To carry out this research in Japan, permission to use and translate the CARE-Q instrument was given by Larson. The original English version of the CARE-Q was translated into Japanese by two expert Japanese nurses who are also researchers. Reverse-translation was performed by another person whose first language is English and who understands Japanese well and is not a nurse. The final English version was then compared against the original questionnaire and the modified Japanese version. Then the pretest was carried out with an expert nurse, the Japanese version was modified. The forced choice format of the CARE-Q was changed to a 7-point Likert-type fixed rating measure. Scores assigned to each item were between 1 and 7 points, grading from the least important to the most important. The reason for this is that it was very difficult for a nurse to rank the items according to directions and it took a long time to complete the CARE-Q when the pretest was

Table 1 The characteristics of the sample (n=477)

Characteristics	n	%	Max.	Min.	Mean	S. D.
Sex						
Female	464	97.3	—	—	—	—
Male	13	2.7	—	—	—	—
Position						
Staff nurse	395	82.8	—	—	—	—
Vice head nurse	53	11.1	—	—	—	—
Head nurse	26	5.5	—	—	—	—
Other	3	0.6	—	—	—	—
Education						
Nursing school	397	83.2	—	—	—	—
Nursing junior college	29	6.1	—	—	—	—
Nursing college (Bachelor's degree)	46	9.6	—	—	—	—
Graduate program in nursing	4	0.8	—	—	—	—
Other	1	0.2	—	—	—	—
Age	—	—	59	21	29.7	7.32
Working experience	—	—	37	1	7.87	7.19

carried out with an expert nurse. In addition to the Likert-type questionnaire, the participants were asked to select the 5 most important items among the same 50 items.

III. Subjects and Method

Setting and sample. The target population for this study was staff nurses and head nurses employed by the government and working in Japan. Confidentiality was maintained by the questionnaires being completed anonymously and by not using any form of coding. All the respondents were informed that if the results of the study were published, only group data would be revealed.

Data collection. The CARE-Q-Japanese was distributed to 602 Japanese nurses through the nurse supervisors of the hospital. After filling in the questionnaire, the nurses put it into each envelope personally. Then each of nurses brought her/his envelope to nurse supervisors voluntarily. There were 511 respondents, a response rate of 84.9%. The completed questionnaires (477) were used for the data analysis.

IV. Results

Table 1 shows the background data of subjects. The sample consisted predominantly of females (97.3%) with

the majority of the respondents being staff nurses (82.8%). The majority of respondents were from nursing schools (83.2%), 6.1% were from nursing junior colleges, 9.6% were from nursing colleges, and 0.8% had attended a graduate program in nursing. The average age and amount of working experience were 29.7 years and 7.87 years respectively.

The Cronbach alpha reliability was 0.93, and subscale values were: "accessible" 0.66; "explains and facilitates" 0.67; "comforts" 0.77; "trusting relationship" 0.85; "anticipates" 0.75, and "monitors and follows through" 0.85.

Questionnaire

The means for the 50 CARE-Q-Japanese items ranged from a high of 6.88 to a low of 3.71. There were 23 items whose means were more than 6 which shows "most important" or "fairly important". The 5 items ranked as most important by the respondents are listed in Table 2. The highest ranking item was "helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information" (mean 6.68, SD 0.58). The second highest ranked item was "listens to the patient" (mean 6.57, SD 0.63). The joint third highest ranking items were "gets to know the patient as an individual person" (mean 6.47, SD 0.78) and "talks to the patients" (mean 6.47, SD 0.73). The fifth ranked item was "knows how to give shots, I. V. s, etc. and how to manage the equipment like

Table 2 Nurses' perceptions of the most important caring behaviors : 5 highest mean score items on the CARE-Q (questionnaire)

Item	Score	SD
1. Helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information	6.68	0.58
2. Listens to the patient	6.57	0.63
3. Gets to know the patient as an individual person	6.47	0.78
3. Talks to the patients	6.47	0.73
5. Knows how to give shots, I. V. s, etc. and how to manage the equipment like I. V. s, suction machines, etc.	6.39	0.84

I. V. s, suction machines, etc.” (mean 6.39, SD 0.84).

In regard to working experience, the means for the 50 items were analyzed. The 1-10 year-working experience group ranked the 5 highest mean scores, as “helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information”, “listens to the patient”, “talks to the patients”, “gets to know the patient as an individual person”, and “encourages the patient to ask her/him any questions he/she might have”. Those who had between 11 and 37 years of experience had two changes in the most important nursing behaviors. They had “knows how to give shots, I. V. s, etc. and how to manage the equipment like I. V. s, suction machines, etc.” and “gives a quick response to the patient’s call” instead of “talks to the patients” and “encourages the patient to ask her/him any questions he/she might have”. The 5 items ranked with the lowest mean scores by the respondents were “asks the patient what name he/she prefers to be called” (mean 3.71 SD 1.31), “is honest with the patient about his medical condition” (mean 4.38 SD 0.91), “volunteers to do little things for the patient, e. g., bring a cup of coffee, paper, etc.” (mean 4.43, SD 1.29), “is cheerful” (mean 4.60 SD 1.03), and “when with a patient, concentrates only on that one patient” (mean 4.92 SD 1.15). In regard to working experience, the 1-10 year-working experience group and the 11-37 year-working experience group ranked the same 5 items with the lowest scores. When nurses’ five highest mean scores were compared according to educational background, the following three items were ranked among the top five by both nursing school, nursing junior college, nursing college, and graduate program in nursing : “helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information”, “listens to the patient”, “gets to

Table 3 Nurses' perceptions of the most important caring behaviors : 5 highest ranked items on the CARE-Q (n=477)

Item	%
1. Listens to the patient	52.6
2. Helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information	45.7
3. Gets to know the patient as an individual person	40.9
4. Check her/his perceptions of the patient with the patient before initiating any action	21.4
5. Talks to the patients	20.3
5. Puts the patient first, no matter what else happens	20.3

know the patient as an individual person”.

Selecting the 5 most important items

The respondents were asked to select five most important items among the 50 items of the CARE-Q-Japanese. These results are shown in Table 3. The most commonly selected items were “listens to the patient” (52.6%), “helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information” (45.7%), “gets to know the patient as an individual person” (40.9%), “check her/his perceptions of the patient with the patient before initiating any action” (21.4%), and joint fifth “talks to the patients” and “puts the patient first, no matter what else happens” (20.3%). When the nurses’ five highest rates were compared according to working experience, the following four items were selected among the top five by both 1-10 year-work experience group and 11-37 year-work experience group ; “listens to the patient”, “helps the patient not to feel dumb by giving him/her

adequate information”, “gets to know the patient as an individual person”, and “check her/his perceptions of the patient with the patient before initiating any action”. With regard to educational background, the following three items were most commonly selected (Table 4) ; “listens to the patient”, “helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information”, and “gets to know the patient as an individual person”. When considered by rank order, “gets to know the patient as an individual person” was ranked third (37.8%) in the nursing school group. However, the item was ranked second (44.8%) in the nursing junior college group, was ranked first (63.0%) by those who had completed a nursing college, and was ranked first (75.0%) by those who completed a graduate program in nursing. More than half of respondents (55.4%) who were from nursing schools had more than six year-working experience, but only 19.0% of respondents who were from junior nursing colleges, nursing colleges, and graduate programs in nursing had. Therefore, this difference could be due to the length of work experience. So, an analysis was made of nurses who had different educational qualifications but similar work experience. Nurses with between 1 and 5 years experience from these different groups were compared. This showed that “gets to know the patient as an individual person” was ranked as more important by nurses with higher educational qualifications.

V. Discussion

Most important items of the CARE-Q-Japanese

There were 23 items which had a mean higher than 4 which shows those items regarded as “most important” or “fairly important”. In addition there were 45 items (90%) that had a mean higher than 5 score which shows those items deemed to be “somewhat important”. Japanese nurses perceived almost all the caring behaviors identified by CARE-Q-Japanese as important. “Listens to the patient”, “helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information”, and “gets to know the patient as an individual person” were the top three items by both mean score and frequency. This result means that these three items are caring behaviors which Japanese nurses perceive as the most important. The first two items, “listens to the patient” and “helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate

information” also confirm previous research conducted by Misao et al.¹³⁾ in which Japanese nurses identified nursing behaviors that represent “listening well, when patients talk to nurse” and “explaining to patients what the nurses will do for them before the nurses do it” as the second and third most important behaviors.

The findings of the previous studies show that “listening” is ranked the most important^{5,6,8-11)}. Therefore, nurses tend to give the highest priority to items belonging to psychological care. “Helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information” was not ranked as highly in the studies by Larson⁵⁾ and von Essen and Sjöden^{8,9)}. Only Japanese nurses might perceive this item as being the most important.

However, the results of this study in Japan do not agree with patients’ perceptions of caring. In a previous study by Misao et al.¹³⁾ Japanese patients identified “knows how to give shots” and “knows how to use equipment” as the most important. These results mean that Japanese patients probably perceive the giving of care to them safely, as the most important aspect. Japanese nurses might perceive giving psychological care as most important, and take it for granted that giving care safely is done.

Educational background and most important items of the CARE-Q-Japanese

With regard to educational background, the following items are ranked as the top three by all groups ; “listens to the patient”, “helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information”, and “gets to know the patient as an individual person”. “Gets to know the patient as an individual person” become increasingly important for those with the highest qualifications. The rating increased from 37.8% (nursing school) to 75.0% (a graduate program in nursing). When the 1-5 year-working experience group is considered to reduce the effect of work experience, the rank of the item rose according to educational background. These results mean that the Japanese nurses’ perception of important caring behavior was affected greatly by educational background. Nurses who hold a bachelor’s, master’s, or doctor degree perceived knowing the individual as more important than those who graduated only from nursing schools.

Table 4 With regard to educational background, nurses' perceptions of the

Nursing school (n=397)		Nursing junior college (n=29)	
Item	%	Item	%
1. Listens to the patient	51.9	1. Listens to the patient	51.7
2. Helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information	46.6	2. Gets to know the patient as an individual person	44.8
3. Gets to know the patient as an individual person	37.8	3. Helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information	41.4
4. Check her/his perceptions of the patient with the patient before initiating any action	21.4	4. Knows when to call the doctor	27.6
		5. Encourages the patient to call if he/she has problems	20.7
		5. Tell the patient, in understandable language, what is important to know about his/her disease and treatment	20.7
5. Talks to the patients	20.7	5. Talks to the patients	20.7

Limitation of the study

This research was conducted only in one hospital, but the number of subjects is not less than those of previous studies using the same instrument, the CARE-Q, (Q-sort : 28-105 subjects, Questionnaire : 36 subjects)⁵⁻¹²⁾. So, these results can be compared with the previous international ones.

Furthermore because 45 of the 50 items were perceived as being important by nurses, it may be that the concept of caring is an integrated concept which is hard to divide into subsets.

VI. Conclusion

Nurses ranked the three most important behaviors as "listens to the patient", "helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information", and "gets to know the patient as an individual person". There was a difference in the ranking of caring behavior when measured according to educational background. Nurses ranked the least important behavior as "asks the patient what name he/she prefers to be called".

References

- 1) Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*, New York : Springer Publishing Company, 11-19.
- 2) Leininger, M. M. (1991). The theory of culture care diversity and universality. In M. M. Leininger (Ed), *Culture care diversity and universality : A theory of nursing* (pp. 5-68). New York : National League for Nursing Press.
- 3) McCance, T. V., McKenna, H. P., Boore, J. R. P. (1997). Caring : Dealing with a difficult concept. *International Journal of Nursing Studies*, 34(4), 241-248.
- 4) Leininger, M. M. (1993). Cultural care theory : The comparative global theory to advance human care nursing knowledge and practice. In Delores A. Gaut (Ed.) *A global agenda for caring* (pp. 3-18). New York : National League for Nursing Press.
- 5) Larson, P. J. (1986). Cancer nurses' perceptions of caring. *Cancer Nursing*, 9(2), 86-91.
- 6) Mayer, D. K. (1987). Oncology nurses' versus cancer patients' perceptions of nurse caring behaviors : A replication study. *Oncology Nursing Forum*, 14(3), 48-52.
- 7) Keane, S. M., Chastain, B., Rudisill, K. (1987). Caring : nurse-patient perceptions. *Rehabilitation Nursing*, 12(4), 182-184.
- 8) von Essen, L., Sjöden, PO. (1991). Patient and staff perceptions of caring : Review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1363-1374.
- 9) von Essen, L., Sjöden, PO. (1991). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 28(3), 267-281.
- 10) Widmark-Petersson, V., von Essen, L., Lindman, E., Sjöden, PO. (1996). Cancer patient and staff perceptions of caring vs clinical care. *Scandinavian Journal of*

most important caring behaviors : 5 highest ranked items on the CARE-Q

Nursing college (n=46)		Graduated program in nursing (n=4)	
Item	%	Item	%
1. Gets to know the patient as an individual person	63.0	1. Gets to know the patient as an individual person	75.0
2. Listens to the patient	58.7	2. Encourages the patient to call if he/she has problems	50.0
3. Helps the patient not to feel dumb by giving him/her adequate information	41.3	2. Listens to the patient	50.0
4. Puts the patient first, no matter what else happens	30.4	4. 13 items	25.0
5. Encourages the patient to call if he/she has problems	21.7		
5. Check her/his perceptions of the patient with the patient before initiating any action	21.7		

Caring Science, 10(4), 227-233.

- 11) Larsson, G., Widmark Peterson, V., Lampic, C. et al. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 855-864.
- 12) Greenhalgh, J., Vanhanen, L., Kyngäs, H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 927-932.
- 13) Misao, H., Hayama, Y., Hishinuma, N. et al. (1997). A comparative research with regard to caring behaviors that patients/nurses recognized, *Quality Nursing*, 3(4), 63-71. (in Japanese)
- 14) Cronin, S. N., Harrison, B. P. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 17(4), 374-380.
- 15) Puangrat, B., Ozawa, M., David, R. E., Takeo, K. (2002). An investigation into nurses' behavior with regard to human caring. *J Nurs Studies NCNJ*, 1(1), 11-16.
- 16) Ozawa, M., Mizuno, M., Evans, D. R., Takeo, K. (2004). An investigation into the nurses' behavior with regard to human caring in Japan. *J Nurs Studies NCNJ*, 3(1), 20-26.
- 17) Beck, C. T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 24-32.
- 18) Larson, P. J. (1981). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Dissertation Abstracts International*, 42, 0528 B, University Microfilms, N 16511.
- 19) Larson, P. J. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.

日本の看護師が認識したケアリング行動

水野正之* 小澤三枝子 David R. Evans 岡田彩子 竹尾恵子

*国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1

【要旨】 日本の看護師が重要であると認識するケアリング行動を明らかにし、ナースの臨床経験や受けた教育背景によって、重要と認識するケアリング行動に違いがあるかどうか調べることを目的として、調査を行なった。質問紙には、Larsonが開発したCARE-Q(50項目)を日本語に訳したCARE-Q-Japaneseを使用した。本調査は1病院で行ない、回収数は511部、回収率は84.9%であった。そのうち、50項目の質問に完全回答していた477部を対象に分析を行なった。看護師がかなり重要と認識していたケアリング行動は、「患者の話に耳を傾ける」「わかりやすく適切な表現で情報を伝え、患者に話がよく理解できるようにする」「患者も個性を持つ人間であることを良く理解している」であった。教育背景と、重要と認識するケアリング行動の間に違いがみられ、看護専門学校や看護短大を卒業した看護師は、「患者の話に耳を傾ける」を最も重要と認識していたことに対し、看護系大学を卒業または看護系大学院を修了した看護師は、「患者も個性を持つ人間であることを良く理解している」を最も重要と認識していた。看護師が最も重要でないとして認識していた項目は、教育背景に関わらず、「患者がどんな名前と呼んで欲しいか聞く」であった。

看護師の認知した心臓移植の待機期間における 患者の心理的反応

山田 巧¹ 西尾和子¹ 大原まゆみ¹ 川畑安正¹
岡田彩子¹ 豊田百合子² 竹尾恵子¹

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1 2 国立循環器病センター
yamadat@adm.ncn.ac.jp

Complex Psychosocial Reactions of Patients Awaiting Heart Transplantation Perceived by Nurses

Takumi Yamada* Kazuko Nishio Mayumi Ohara Yasumasa Kawahata Ayako Okada Yuriko Toyoda
Keiko Takeo

*National College of Nursing, Japan ; 1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Abstract】 Background : Heart transplantation has become the treatment of choice for end-stage heart failure patients. However, patients requiring heart transplantation are under mental stress because of long waiting periods and the low possibility of a transplant. Objective : The purpose of this qualitative study was to elucidate complex psychosocial reactions of patients awaiting heart transplantation in the waiting period. Method : This study relied upon a focus group discussion and semi-structured interviews with five nurses who had experience at a heart transplantation ward. The interviews were tape-recorded and transcribed. Results : Complex psychosocial reactions centered around four core categories such as “Heart Transplantation”, “Long Hospitalization”, “VAS Wearing” and “Post Heart Transplantation”. Conclusion : The findings may provide assistance to nurses about ways in which they can improve support for heart transplant recipients.

【Keywords】 心臓移植 heart transplantation, 補助人工心臓 ventricular assist system, レシピエント recipient, 心理的ストレス psychological stress, 看護 nursing

1. はじめに

1997年10月に臓器移植法が施行され、その2年後の1999年2月にわが国初めての脳死心臓移植が行なわれ、2004年9月30日までに21件の心臓移植が行なわれている。2004年9月30日現在、日本臓器移植ネットワークに登録されている心臓移植待機患者は77名であり、原疾患別にみると拡張型心筋症が56名(72.7%)と圧倒的に多い。Status分類で見ると、Status 1が35名(45.5%)、Status 2が35名(45.5%)、Status 3が7名(9.0%)である¹⁾。

心臓移植に関する世界的な問題として待機期間の長期化があげられる。心臓移植の先進国である米国においても待機期間が1年以上にも及ぶ心臓移植待機者が全体の65.8%に及んできている²⁾。日本国内の待機期間(Status 1+Status 2)は平均511日であり、そのうちStatus 1の期間は平均445日であり、1999年は平均200日であった待機期間が2002年では639日と年々延長してきている^{3,4)}。

心臓移植待機患者の身体的問題として心不全の悪化や補助人工心臓(以下、VAS=ventricular assist system)装着後の合併症の危険性があり、心理的問題として病状の悪化に対する不安、本当に移植できるのかといった将来への不安、家族と離ればなれになり社会と交流が絶たれることへの孤独感、VAS装着による拘束感、厳重な治療管理下に置かれ自由がきかなくなること、そしてドナーを待つことイコール他者の死を待つことへの呵責感などを抱くといわれている^{5,6,7)}。このような身体的心理的ストレスは移植待機患者の適応障害やせん妄を引き起こし^{8,9)}、心臓移植待機患者の大きな心理的問題である。このように複雑な境遇にある心臓移植待機患者に対するケアは、患者に一番近い存在である看護師が真剣に取り組んでいかななくてはならない課題といえる。

現在、わが国における臓器移植医療に関する看護研究の課題として、移植前の心理的問題に関するものがあげられている⁶⁾。臓器移植法が施行された1997年から2004年までに行なわれた心臓移植待機患者の心理的問題や看護に関

する国内の研究を医学中央雑誌で検索すると、8件あり^{7,9,10-15)}、研究者の所属をみると、すべてが心臓移植実施病院であった。この背景として、心臓移植待機患者を対象とした研究が倫理的問題から制限されてきており、患者と接触できる研究者が限定されることがあげられる。

そこで、我々は直接患者にインタビューする方法ではなく、心臓移植待機患者のケアに携わった経験を持つ看護師を対象に、フォーカス・グループ面接法を取り入れ、看護師がこれまでに体験してきた待機期間における患者の心理的反応について語ってもらい、その内容を質的に分析し心臓移植待機期間中における患者の心理的反応の構成概念を抽出することを目的に本研究に取り組んだ。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

本研究では「心理的反応」を、心理的ストレスに対する情動的な人間の反応であり、言語的または非言語的反応として第三者が観察しうるものと定義した。

2. 研究対象

過去に心臓移植待機患者への看護経験があり、研究協力を承諾した看護師5名

3. 調査方法

フォーカス・グループ面接法¹⁶⁾を用い、約2時間程度の面接を実施した。フォーカス・グループ面接法を用いた理由としては、個人面接とは異なり、知識・経験の異なる人たちの議論、相互に刺激しあう過程から1対1では得られない新しい発見が得られやすいためとした。

4. 研究期間

平成16年3月1日～10月30日

5. 質問内容

- ① 心臓移植待機患者のこれまでの看護経験を通して患者はどのようなことを語られていたか。また、言葉以外にもどのような様子をみせていたか。
- ② ①について待機期間のどの時期にみられたものか。
- ③ ①についてどのような病状で、どのような治療を受けている時にみられたものか。

6. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、「心臓移植待機期間中の患者の心理的反応」に当たる部分を抽出しコード化した。そして、コード化が終了した時点で、これを研究対象者5名にフィードバックし、研究者の解釈に間違いがないか点検を加えた。その後、コード化されたものをさらに質的分析を加えカテゴリー化の作業を行なった。分析の信頼性・妥当性を保証するために、カテゴリー化のプロセスにおいては研究者間で何度も検討を重ね、最終的には質的研究者1名からのスーパーバイズを受けた。さらに、論

文作成の最終段階において、プライバシー保護の観点から有識者のスーパーバイズを受けた。

III. 倫理的配慮

本研究は、本学および研究対象者が所属する施設の倫理委員会に対し「人間を直接対象とした医学研究及び医療行為における倫理的配慮」について申請し、以下の基準をクリアーすることを条件として許諾を受け、実施した。

- ① 患者が特定される情報(氏名、住所、入院時期など)については聞かない。
- ② 面接中に、①と同様の発言が認められた場合には、逐語録作成段階で「伏字」扱いとする。
- ③ 本来なら特定されるような情報ではないが、心臓移植待機患者数が少ないことから、その特定が懸念されるような情報(家族背景の描写、年齢、具体的な職業など)についても、録音テープから逐語録を作成する段階で「伏字」扱いとする。
- ④ 面接収録テープは、研究者によって厳重に保管し、逐語録作成終了後、すみやかに消去廃棄する。なお、テープ起こし作業は委託することなく研究者自らが行なう。
- ⑤ 分析結果の妥当性を確保するために、対象者に分析結果をフィードバックする際、患者の匿名性が確保されていることを併せて確認する。
- ⑥ 分析過程および論文のまとめの際、患者個人の言葉を直接引用する方法はとらない。
- ⑦ 論文作成の最終段階において、プライバシー保護の観点から第三者(有識者)のスーパーバイズを受ける。

IV. 結果

1. 研究対象者の属性

- 1) 心臓移植待機患者の看護経験のある看護師で研究協力を承諾した看護師5名
- 2) 循環器疾患看護経験：13年1か月～16年1か月
- 3) 移植病棟勤務期間：1年～3年1か月

2. 心臓移植待機期間における患者の心理的反応の構成概念

インタビュー内容から逐語録を作成し「患者の心理的反応」に当たる部分をコード化し合計109のコードが抽出できた。これらの構成概念を明らかにするために質的分析を行ない、43のサブカテゴリーからさらに15のカテゴリーに集約し、最終的に4つのコアカテゴリーが抽出できた。以下、コアカテゴリー【 】, カテゴリー[]として示す。

サブカテゴリーおよびコードは表1参照。

1) 【心臓移植自体に対する思い】

このコアカテゴリーは[心臓移植に対する期待と落胆][心臓移植に対する社会的活動への思い][心臓移植で生きることへの葛藤][心臓移植適応に対する否認と諦め][同病者に対する思いと関心]の5つのカテゴリーと、17のサブカテゴリー、35のコードより構成された。

患者は移植できることを信じ、どんなに待たされても最後まで諦めないで待つという、移植に対して強い執念と期待感を寄せていた。しかし、「長い」、「先が見えない」というコードが示すように、ドナーがいつ来るかわからない不安や落胆も抱いていた。そして、ドナーが発生した場合、自分がレシピエントになり得るのではないかという期待と最終的にレシピエント候補から外れた場合の落胆もみられ[心臓移植に対する期待と落胆]という心理的反応をみせていた。

また、患者は国内外の移植に関する情報を集めつつも、身近にいる他の待機患者の動向も気にし[同病者に対する思いと関心]を示していた。そして、心臓移植件数がなかなか増えない現状に対し、病院や医療従事者がもっと社会に待機患者の現状を知らしめてほしいという[心臓移植に対する社会的活動への思い]を寄せていた。

心臓移植は脳死者からの心臓提供であるということから、ドナーを待つことや移植の話をする事に対し自責の念を抱き、他人の心臓をもらってまでも生きる価値があるのか[心臓移植で生きることへの葛藤]で苦悩していた。

心不全がそれほど強くない患者は、自分の心臓はまだ移植するまで悪くないと信じる傾向にあり、心臓移植に対してできれば避けて通りたいという思いがみられた。しかし、心機能が悪化しVAS装着適応が審議され末期の心不全状態を患者自らが感じるようになると、もう心臓移植しか治療法が残されていないことを徐々に受け入れるようになり[心臓移植適応に対する否認と諦め]という心理的反応をみせていた。

2) 【長期療養によって引き起こされる思い】

このコアカテゴリーは[長期化する療養生活への思い][療養上の制限や生活に関する不満や思い][病院や医療職者に対する信頼または不満と要求][長期療養に伴う精神的浮き沈み]の4つのカテゴリーと、13のサブカテゴリー、47のコードより構成された。

長期入院は社会的役割遂行の危機をもたらし、そのことに起因する[長期化する療養生活への思い]について患者は語っていた。患者はテレビや洗濯にかかる経済的負担をできるだけ軽くし家族に経済的な迷惑をかけないように努め、また、家族関係が希薄にならないように、面会や電話によるコミュニケーションを通して家族との関係性を維持していた。

心臓移植待機期間中の患者は、厳重な治療管理下におかれ食事や水分摂取の制限があり[療養上の制限や生活に関する不満や思い]を抱いていた。このような状況下、治療や看護への不満が次第にみられるようになり、その不満や要求を医師や看護師にぶつけていた。その一方で、国内で先駆的に心臓移植を手がけている病院や医師に対し強い信頼も寄せており[病院や医療職者に対する信頼または不満と要求]という心理的反応をみせていた。

患者は待機期間中を通して、[長期療養に伴う精神的浮き沈み]がみられ、他者との関係を避けるようになり感情をぶつけることもあれば、他者と会話を多くもつようになって表情も明るくなるといった非常に複雑な心理的反応をみせていた。

3) 【VAS装着に伴う思い】

このコアカテゴリーは[VAS装着に対する迷いと混乱][VAS装着後の身体的・精神的苦痛からの解放に伴う喜び][VAS装着に伴う拘束感][VAS装着の段階的な受け入れ][VAS装着に伴うトラブルに対する苦痛と不安]の5つのカテゴリーと、11のサブカテゴリー、25のコードより構成された。

VASをкаろうじて装着しないですんでいる患者は、自分の心臓はまだ移植の段階にないと否認しながらも、次第に強くなる心不全症状からVAS装着の必要性を認識するようになり[VAS装着に対する迷いと混乱]をみせていた。しかし、心不全が悪化し最終的にVAS装着となった患者は、心不全改善による身体症状軽減や厳しい水分制限から解放され[VAS装着後の身体的・精神的苦痛からの解放に伴う喜び]に浸っていた。しかし、VAS装着下では行動の制限や医療従事者のVASの監視が付きまとい、次第に[VAS装着に伴う拘束感]を感じていた。また、VASのポンプ交換時にはポンプを一次的に中断しなくてはならず、そのために十分な心拍出量が得られない低心拍出量症候群(LOS=low output syndrome)による循環が避けられず、このことにより[VAS装着に伴うトラブルに対する苦痛と不安]を抱いていた。しかし、徐々にではあるが次第にVASを自分の身体の一部のように再認識するようになり[VAS装着の段階的な受け入れ]がみられた。

4) 【移植後に対する思い】

このコアカテゴリーは[移植後の新たな負担と不安]という1つのカテゴリーと、2サブカテゴリー、2コードから構成されていた。これは、移植後社会から注目されることへの社会的・精神的負担や移植心臓の寿命に対する不安であった。

表 1 心臓移植待機患者の心理的反応の構成概念

コード ○データ数	サブカテゴリー (コード数)	カテゴリー [サブカテゴリー数]	コアカテゴリー 【カテゴリー数】
希望をもって待つ①	移植への期待(3)	心臓移植に対する期待と落胆 [7]	
移植に対する大きな期待①			
移植後のビジョン①			
移植待機への執念②	移植への執念(1)		
長い②	ドナーがいつ現われるかわからない不安(4)		
先が見えない②			
移植適応年齢から外れることに対する焦り①			
ドナーが現われることを切望②			
ドナー候補者発生時の興奮②	ドナー候補者発生時の期待(3)		
レシピエントとなり得なかった場合の次への期待①			
VAS 装着の患者においてドナー情報が伝わることによる興奮①	レシピエントとならなかった際の落胆(1)		
レシピエント候補になれなかった時の落胆②			
海外での移植の準備①	海外移植への関心(2)		
海外組に触発されて海外での移植に関心①			
移植に関する情報に関心を寄せる①	移植情報への関心(1)		
移植待機患者の現状を社会へ知らせたい②	移植に対する社会的活動への不満(3)	心臓移植に対する社会的活動への思い[2]	心臓移植自体に対する思い[5]
移植病院の社会的役割に対する不満②			
移植病院で勤務する医療従事者の社会的役割に対する意見①			
移植を受けた人々への社会的活動への期待①	移植に対する社会的活動への期待(1)		
「待つ」ということは表現しない②	移植を待つ気持ち表現することへのためらい(1)		
移植を待つということは「人の死」を待つことになる②	他者の死を待つことの自責(2)	心臓移植で生きることへの葛藤 [4]	
人の死を待つことへの自責の念②			
他人の心臓をもらって生きることのうしろめたさ①	他人の心臓をもらって生きることへの葛藤(1)		
ストレスや不安を話さない①	移植に触れる会話をしない(4)	心臓移植適応に対する否認と諦め[3]	
他者に不安を表現しない①			
移植以外の話題を選択①			
移植の核心に触れる話ほしない①			
移植病棟への転棟が決定したときの後戻りできないという不安①	心臓移植適応に対する否認(3)		
最終的に VAS 適応となるまで、自分の状態が悪いとは受け入れられない①			
VAS 適応となっていない自分の心機能への期待①			
VAS を装着したことによる移植への覚悟①	VAS 装着に伴い心臓移植への覚悟を決める(2)		
VAS 装着したら移植するまで待たなければならない①			
ポンプ交換時に自分の心機能を再認識することによるショック①	自分の心機能を再認識することによるショック(1)	同病者に対する思いと関心[1]	
他の患者への関心①	他の患者への思いと関心(2)		
海外での移植が決定した人への激励①	経済的節約(2)	長期化する療養生活への思い [3]	
経済的な切り詰め(テレビ)①			
経済的な切り詰め(洗濯)①			
身の回りの世話をする人の調達①	療養生活上の工夫(2)		
病院での療養生活の工夫①	家族との関係維持(4)		
家族と会えない寂しさ①			
電話が楽しみ①			
自分の存在の確認①			
家族に対する役割・責任感①	食事・水分制限に関する思いや不満(3)	療養上の制限や生活に関する不満や思い[2]	長期療養によって引き起こされる思い[4]
食事に対する不満②			
水分制限の遵守①			
食事制限が守れない①	療養生活上の不満(6)		
毎日の生活が退屈①			
患者の生活リズムに合った看護ケアの要望①			
自分の時間の確保①			
コードレス電話でないことへの不満①			
時間的に細くなる①			
些細なことに感情的に反応する①	病院や医師への信頼感(2)	病院や医療職者に対する信頼または不満と要求[4]	
病院への信頼①			
病棟医への信頼①	医師に対する不安や不満(2)		
医師への不満①			
研修医との関係形成の不安①			
経験の浅い看護師への不信感③	看護師への不信感(1)		
一貫したケア方法への要望①	一貫した専門的ケアの要求(1)		

次頁へつづく

表1 つづき

コード ○データ数	サブカテゴリー (コード数)	カテゴリー [サブカテゴリー数]	コアカテゴリー 【カテゴリー数】
やる気がなくなる①	意欲の低下(4)	長期療養に伴う精神的な浮き沈み[4]	長期療養によって引き起こされる思い【4】
活気がなくなる①			
精神的に落ち込んでいる場合のリハビリへの消極的な参加①			
看護ケアの拒否①	他者との関係を避ける(12)		
口数の減少①			
不機嫌な態度①			
看護師に話しかけてこない①			
テレビをみることで他者と会話しないですむようにする①			
受身的な関係はもつ①			
看護師や医療者に対して積極的な会話を持たない①			
無口になる①			
他者との交流の拒絶③			
精神的に落ち込んでいる場合は視線を合わせようとしな			
い①			
精神的に落ち込んでいる場合は話したがらない①			
看護師と視線を合わせない①			
調子が悪い時はネガティブな会話が長く①			
精神的な高ぶりがあるときは表情が明るい①	気分の高揚に伴う活動の活発化(6)		
精神的な高ぶりがあるときは看護師と普段以上に会話をもつ①			
精神的な高ぶりがあるときは患者自ら話しかける①			
精神的な高ぶりがあるときは会話量も多い①			
身体的に調子がいい場合のリハビリへの積極的な参加①			
調子がいいときは会話量が増える①			
家族へ怒りの発散①	怒りの表出(2)		
看護師への当たったあとの謝罪①			
VAS 装着直前の迷い①	VAS 装着の迷いと葛藤(3)	VAS 装着に対する迷いと混乱[2]	VAS 装着に伴う思い【5】
VAS 装着直前、看護師や家族に当たる①			
VAS 装着後は離脱不可能なことの認知①			
VAS 装着直前の精神的な混乱④	VAS 装着直前の混乱(1)		
VAS 装着後の心不全症状の軽減②	VAS 装着後の身体的苦痛の軽減(1)	VAS 装着後の身体的・精神的苦痛からの解放に伴う喜び[3]	
嚴重な水分制限からの解放感①	VAS 装着後の嚴重な水分制限からの解放感(1)		
VAS 装着後に温和となる①	VAS 装着後の体調の良さに伴う喜び(5)	VAS 装着後の身体的・精神的苦痛からの解放に伴う喜び[3]	
VAS 装着後に明るくなる①			
VAS 装着直後の身体的安楽を得られたあとの興奮①			
VAS 装着直後の明るい表情①			
VAS 装着を装着前に納得していた患者は装着後に興奮する①	VAS 装着に伴う不自由さ(3)	VAS 装着に伴う拘束感[1]	
VAS 装着により活動が制限される②			
VAS 装着による空間的拘束感①			
VAS 装着後、医療従事者の監視下に置かれることへの拘束感②	VAS 装着の受け入れ(4)	VAS 装着の段階的な受け入れ[2]	
VAS 装着直後は装置に触れようとしな			
い①			
経過とともに VAS と一体化②			
VAS を自分の体の一部として受け入れる①	VAS 装着後の現実を認識したことによる落胆(2)		
VAS を意識した環境への気配り①			
VAS 装着後しばらくして現われる落胆②	VAS 装着後の LOS に伴う身体的苦痛(1)	VAS 装着に伴うトラブルに対する苦痛と不安[3]	
VAS 装着を装着前に躊躇していた患者は装着後に後悔する①			
LOS 状態での身体的苦痛①	VAS 装着に伴う合併症に対する不安(2)	VAS 装着に伴う合併症に対する苦痛と不安[3]	
VAS 合併症への恐怖③			
VAS に対する看護師のケアの不統一への不信感②	VAS 装着後のポンプ交換に対する不安(2)	移植後の新たな負担と不安[2]	移植後に対する思い【1】
ポンプ交換への恐怖①			
ポンプ交換後の安堵感①	移植後の社会的・精神的負担(1)		
移植を受けたあと社会から注目されることへの負担感①			
移植後何年生きられるかの不安①	移植後の寿命に対する不安(1)		
109 コード	43 サブカテゴリー	15 カテゴリー	4 コアカテゴリー

V. 考察

1. 心臓移植に対する思い

患者は待機期間中、自分が移植できることを信じ最後まで諦めないで待つという、移植に対して強い執念と期待感を寄せていた。日本臓器移植ネットワークへのレシピエント登録では、移植実施施設内適応検討委員会での合意を得たのち、日本循環器学会適応検討小委員会に申請する二段階方式となっている¹⁷⁾。心臓移植の適応は、(1)適応となる疾患、(2)適応条件、(3)除外条件などから審議され決定するものであり、晴れてレシピエント登録された患者は登録後移植への大きな期待を寄せるようになる。しかし、わが国における心臓移植待機期間は年々延びてきており、2002年で639日(status 1)であり^{3,4)}、このような待機期間の長期化は、患者の移植への期待から転じてドナーがいつ来るかわからない不安や落胆を招いていることがわかった。

このように待機期間が長期化するなか、日本の移植医療への不満が噴出していった。そして、心臓移植実施施設や心臓移植に至った人々が移植に関する社会的な活動をもっとしてほしいという期待感を寄せ、心臓移植に対する社会的活動への積極的な参加を期待していた。

待機患者のなかには海外での心臓移植に活路を見いだし、海外移植に関心を寄せる患者もいる。心臓移植待機患者として登録されてきたこれまでの累計をみると、2004年3月の時点で171名にのぼり、そのうちの11名(6.4%)が海外渡航している^{1,18)}。本研究の結果でも、日本の移植医療への不満や要求を医療従事者に訴えており、国内でいつになるかわからない移植をじっと待つという姿勢ではなく、自ら「探す」ことを選択する患者が存在していた。

患者はドナーを待っている自分に対し自責の念を抱いていた。心臓待機患者はドナーを切望しているが故に、事故のニュースや救急車のサイレンに注意している自分をいつからか認識しはじめ、そのことでも自責の念を抱く傾向にある¹⁹⁾と言われている。加えて、心臓移植は脳死者からの心臓提供によって成立するものであり、このことから罪の意識に非常にかたられやすいといわれている^{5-9,20)}。このような自責の念から、患者は心臓移植のことを考えたり口に出したりしないようにしている傾向があることが明らかになった。

VAS装着は心臓移植までのブリッジとして待機患者の多くがその適応を審議される。VAS装着は心臓移植適応症例のなかで内科的薬物治療抵抗性の末期的心不全に陥った患者に適応となる^{21,22)}。このことは、VASをいったん装着するともう離脱が困難になることを意味するために、VAS装着が審議されるような段階になると、「自分の心機

能はそこまで悪くない」と移植適応となることを否認していた。また、一般病棟から移植病棟に転棟することに対しても、「移植病棟に入ることはもう移植しかない」と拒否的の反応をみせていた。しかし、最終的にVAS装着に至ると今度は心臓移植を視野に入れ始めるようになり、心臓移植に対する否認と諦めをみせるようになり、心臓移植そのものに対する患者の複雑な心理的反応が明らかになった。

2. 長期療養によって引き起こされる思い

心臓移植実施施設は日本国内でも限られており、移植待機患者も遠方から入院しているケースが多い⁷⁾。このことは、家族と長期にわたって離ればなれに生活することとなり経済的負担も大きい。患者は電話やテレビ、洗濯にかかる費用を抑え、家族への経済的負担を少しでも軽くするよう努めていた。長期療養中の患者は社会的役割を遂行することが非常に困難となることから自分の存在価値を低く見積もるようになり、このことに対し、自分へのプラスのイメージや自己価値を維持しようと努力している²³⁾と言われている。長期療養中で社会的役割を遂行していくのが難しい状況においても、患者は経済的な切り詰めをし、電話で家族とコミュニケーションを図ることで家族内における役割を遂行しようと努力していたのではないかと考える。

心臓移植前後の大きな問題として不安やうつ傾向に陥りやすいと言われている^{24,25)}。日本臓器移植ネットワークに心臓移植のレシピエントとして登録された患者に精神医学的診断を行うと、その2割に適応障害がみられると報告されている⁹⁾。適応障害とは明らかなストレス因子に反応してみられる不安、抑うつ、行動の問題とされている⁹⁾。本研究において、食事や水分制限への不満、療養生活上の不満、病院や医師・看護師への不満などから、他者との関係を選けたり感情を他者にぶついたり意欲の低下などがみられていた。しかし、心不全がコントロールされ身体的苦痛が軽減し気分が良くなると、表情が明るくなり会話量も増え、リハビリにも積極的に参加するように変化していた。このように、長期化している待機期間を通して精神的な浮き沈みを繰り返していることが明らかになった。

3. VAS装着に伴う思い

VAS装着によりそれまでの末期的な心不全症状が改善し、身体的苦痛の軽減に伴う体調の改善、そして、嚴重な水分制限からの解放に喜んでいった。しかし、VASを装着すると離脱の可能性は非常に低くなり、基本的には心臓移植以外の方向性が閉ざされることになり¹⁰⁾、患者はこのような事実を次第に認識しだしVAS装着後の落胆につながっていくものと考えられる。

VAS装着による合併症では心タンポナーデ、出血、血栓、感染などがある^{26,27)}。患者はVASのトラブルに対す

VI. 結 語

る不安から、VASの点検を行う看護師の技術に非常に神経質になっており、特に新任の看護師や、患者自身が思っている方法でチェックをしない看護師に対し不信を抱く傾向があり、このことが看護師の職務上の困難性としても認識されていた^{14,28)}。

VAS装着をするとこれまでの生活パターンとは全く異なるようになる。患者が装着している人工心臓ポンプは、チューブを介してVAS駆動装置とつながっているため、患者の行動範囲はそのチューブの長さに限定されることになる。そのことから病室内での生活が中心となり非常に拘束感を抱いていた⁶⁾。実際、病室外へ出る場合は、医師や看護師が必要であり、VASの機器と回路と一緒に歩くことになる。VAS装着直後はVASと心臓をつなぐ回路への関心が向かない時期がある。次第に、回路に関心が向き、患者自ら動きやすいように回路を自分でまとめたりする行為がみられていた。つまり、VAS装着前後のVASに対する拒否的反応から自分の代理の心臓としてVASを受け入れていく患者の心理の変化がみられた。

心臓移植までのブリッジとして選択された補助人工心臓も寿命がありポンプ交換が必要となる。ポンプ交換の際は患者の心臓のみで循環を維持しなくてはならず、それに伴って起こるLOSによる身体症状に患者は脅えていた。また、ポンプOFFの際に起こるLOSを再認識することとなり、改めて自己の心機能が末期的な状況であることを思い知らされる機会となり落胆へとつながっていた。VAS装着と同じように、ポンプ交換も患者にとっては身体的・心理的ストレスになっていることが明らかになった。

4. 移植後に対する思い

心臓移植まで至った患者はこれで終わりではなく、移植後にまた新たな問題にぶつかっていた。国内での心臓移植は現在までに21例行なわれてきたが、年平均でも数件と少ない。そのために、社会の注目度が非常に高く、本研究においても社会からいっせいに脚光を浴び、なおかつ私生活が監視されることに対しストレスを感じていることが明らかになった。

移植心臓も寿命があり、20年以上生きられる可能性もあれば移植後数年でなくなる可能性もある⁸⁾とされている。本研究においても、移植後あと何年生きられるかという内容の声が聞かれていた。心臓移植を受けた患者は、手術後間もないうちは感謝と多幸福感に浸っているが、次第に、ドナーやその家族に関する質問をし、そして不安、混乱、せん妄を引き起こすようになる²⁹⁾と言われている。患者は移植後も長期間の治療と自己管理が必要であり、待機期間中だけでなく移植後も患者の心理的問題を重視していく必要がある。

心臓移植待機患者のケアに携わった経験を持つ看護師5名を対象とし、フォーカス・グループ面接法を用い、看護師の認知した心臓移植の待機期間における患者の心理的反応について調査した。その結果、心理的反応の構成概念として4つのコアカテゴリーが抽出できた。

心臓待機患者は待機期間を通して【心臓移植自体に対する思い】【長期療養によって引き起こされる思い】を抱き、VAS装着が検討される時期から【VAS装着に伴う思い】が新たに加わっていた。さらに移植後社会から注目されることへの負担感や移植心臓の寿命に関連した【移植後に対する思い】を抱いていることが明らかになった。

研究の限界——本研究は、心臓移植待機患者への看護経験を有する看護師に対して調査したものであり、看護師の認知の仕方や記憶に大きく影響を受けていることは否定できない。また、研究対象者は看護師5名のみであり、そこから導き出された結果であり理論的飽和状態に達しているとは言えない。今後は研究対象施設、研究対象者を増やしデータ収集する必要がある。

謝辞 本研究にご協力いただきました5名の看護師の皆様により深くお礼申し上げます。

■文 献

- 1) 日本臓器移植ネットワーク：<http://www.jotnw.or.jp/>
- 2) United Network for Organ Sharing：<http://www.unos.org/>
- 3) 中谷武嗣，北村惣一郎：日本の心臓移植の現状，移植，38(4)，253-257，2003.
- 4) 北村惣一郎，中谷武嗣，小林順二郎，花谷彰久，庭屋和夫，坂東興，田鎖治，八木原俊克，由谷親夫，宮武邦夫，妙中義之，高野久輝：わが国における心臓移植と問題点，移植，37(4)，147-153，2002.
- 5) 堀由美子，他：心臓移植待機患者のチーム医療についての課題，重症心不全病棟におけるチーム医療を通して，国立循環器病センター看護部看護業績集，24号，107-109，2003.
- 6) 渡邊朱美，井上智子：臓器移植医療の現在と看護研究の課題，Quality Nursing，9(8)，670-677，2003.
- 7) 山下仰：心臓移植患者・家族の精神的ケア，今日の移植，14(4)，443-448，2001.
- 8) 山下仰：心臓移植とメンタルヘルス，川野雅資編，臓器移植のメンタルヘルス(第8章)，中央法規出版，89-101，2001.
- 9) 山下仰：脳死心臓移植・脳死肺移植候補者における精神疾患と精神的問題の実態，心身医学，43(7)，435-442，2003.
- 10) 川合明彦：待機患者の実情，今日の移植，14(4)，439-

- 442, 2001.
- 11) 青木正康：心臓疾患患者の不安な気持ち，命のリレー，木漏れ日の中で，総合循環器ケア，2(3)，141-143，2002.
 - 12) 西原有香，水上ちえみ：長期補助人工心臓(VAS)装着患者の精神的動揺に関する検討，人工臓器，27(1)，13-16，1998.
 - 13) 山下仰他：心臓移植と心理・社会的問題，心療内科，3(5)，310-314，1999.
 - 14) 堀由美子，高田幸千子：心臓移植待機患者のケアにおいて看護師が感じる困難感，看護学雑誌，66(11)，1038-1043，2002.
 - 15) 今井美貴：心臓移植を受ける人への看護のかかわり，移植前から退院後までレシピエントに寄り添い支援する，看護学雑誌，63(10)，912-917，1999.
 - 16) Richard A. Krueger, Mary Anne Casey：Focus Groups, 3rd Edition, Sage Publications, 2000.
 - 17) 日本循環器病学会：http://www.medi-net.or.jp/tcnet/DATA/rcp_h2.html
 - 18) 小柳仁，野々山真樹，川合明彦：渡航心臓移植の現状と我が国における意義，医学のあゆみ，196(13)，1101-1104，2001.
 - 19) Christopherson LK：Cardiac Transplantation：A Psychological Perspective, Circulation, 75(1)，57-62，1987.
 - 20) Catherine J. Morse：Advance Practice Nursing in Heart Transplantation, Cardiovascular Nursing, 16(1)，21-，2001.
 - 21) 許俊鋭，西村元延：心臓移植へのVAS，その適応と問題点，医学のあゆみ，205(9)，683-687，2003.
 - 22) 福嶋教偉，松田暉：難治性心不全に対する外科的アプローチ最近の進歩，心臓移植，日本外科学会雑誌，103(9)，623-626，2002.
 - 23) Cardin S, Clark S：A nursing diagnosis approach to the patient awaiting cardiac transplantation, Heart Lung, 14(5)，499-504，1985.
 - 24) Dew MA, DiMartini AF, Switzer GE, et al.：Patterns and predictors of risk for depressive and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation, Psychosomatics, 41(2)191-192，2000.
 - 25) Kuhn WF, Myers B, Brennan AF, et al.：Psychopathology in heart transplant candidates, J Heart Transplant, 7：223-226，1988.
 - 26) Cianci P, Lonergan-Thomas H, Slaughter M, Silver MA：Current and potential application of left ventricular assist devices, J Cardiovasc Nurs, 18(1)，17-22，2003.
 - 27) Duke T, Perna J：The ventricular assist device as a bridge to cardiac transplantation, AACN, Clin Issues, Advanced Practice in Acute Critical Care, 10(2)，217-228，1999.
 - 28) 堀由美子，高田幸千子：心臓移植待機患者の看護援助において看護師が感じる困難感，看護学雑誌，67(12)，1196-1201，2003.
 - 29) Wade, C R., Reith, K K., Sikora, J H, Augustine, S M：Postoperative nursing care of the cardiac transplant recipient, Crit Care Nurs Q, 27(1)，17-28，2004.

【要旨】 背景：1997年10月に臓器移植法が施行され2004年9月までに21件の心臓移植が行なわれ，わが国においても心臓移植は末期の心不全患者に選択される治療法の1つとなってきた。しかし，ドナー不足やそれに伴う待機期間の延長など心臓移植待機患者の心理的問題も大きい。 目的：心臓移植待機患者のケアに携わった経験を持つ看護師が，これまでの経験のなかで認知してきた心臓移植待機期間における患者の心理的反応についてインタビューし，その構成概念を明らかにする。 方法：心臓移植待機患者のケアに携わった経験を持つ看護師5名を対象とし，フォーカス・グループ面接法を用いインタビューを行なった。インタビューは録音し，逐語録を作成し，「患者の心理的反応」について質的分析を行なった。 結果：逐語録から「患者の心理的反応」に当たる部分をコード化した結果，合計109個のコードが抽出できた。これらの構成概念を明らかにするために質的分析を行ない，43のサブカテゴリーから15のカテゴリーにまとめ，そして最終的に4つのコアカテゴリーが抽出できた。その結果，心臓待機患者は待機期間を通して，心臓移植に対する期待や落胆，心臓移植に対する社会活動への不満や期待，心臓移植適応に対する否認と諦めといった【心臓移植自体に対する思い】を抱いていた。また，【長期療養によって引き起こされる思い】として家族や医療従事者に対し不満や要求を抱いていた。そして，補助人工心臓(VAS=ventricular assist system)装着が検討される時期から【VAS装着に伴う思い】が新たに加わり，VAS装着前の迷いや混乱，装着後の拘束感や合併症への恐怖，新任看護師のVAS取り扱いの技術への不信などを抱いていた。さらに【移植後に対する思い】として，移植後社会から注目されることへの負担感や移植心臓の寿命に関連した不安を抱いていた。 結語：VAS装着および長期化する心臓移植待機期間を通じての患者の複雑な心理的問題が明らかになった。

閉鎖病棟入院中の慢性統合失調症者に対する コンピュータゲームを利用した認知訓練の効果

下里誠二¹ 森 千鶴¹ 伊藤憲治² 根本義春²
平山英行³ 田中留伊⁴ 風間真理⁴

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1 2 都立松沢病院
3 都立梅ヶ丘病院 4 山梨大学大学院医学工学総合研究部
shimosatos@adm.ncn.ac.jp

Effectiveness of Cognitive Training for Chronic Schizophrenic Inpatients in Locked Wards Using Computer Games

Seiji Shimosato* Chizuru Mori Kenji Itoh Yoshiharu Nemoto Hideyuki Hirayama Rui Tanaka
Mari Kazama

*National College of Nursing, Japan ; 1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Abstract】 It is recognized that schizophrenics have a deficit related to attention or information processing, but there are few approaches to rehabilitation. This study, using a computer game that has a strong visual search element, examined whether it is possible to improve reaction times on the Trail Making Test. The experimental group included 21 male chronic in-patient schizophrenics. They mainly played a computer game that involved pulling down blocks for 15 minutes at a time, five times a week. Those who played the game more than 12 times, were analysed, while 13 males whose age, BPRS, LASMI, and CP conversion amount of antipsychotic drugs were matched, were the control group. As measure index before and after playing the computer game, choice reaction time tasks, successive discrimination reaction time tasks, and Trail Making Tests (TMT-A) were conducted, and changes were measured. Comparing results before and after the experiment, there was a larger decrease in variation among the experimental group than in the control group in the coefficient of variation (CV) at choice reaction time task. For reaction time of discrimination tasks, the variation was larger among the experimental group. Looking at the CV of choice reaction time tasks, long-time patients showed larger reductions. For TMT-A, patients whose negative symptoms were stronger showed less improvement. It was thought that the computer game used in this study would improve the speed of information handling in visual tasks. The computer game requires fewer staff, and patients can play it at their leisure. With chronic schizophrenia patients, we can expand the selection of games for recreation even in locked wards. Further study is required for generalization and support of the effectiveness of this approach.

【Keywords】 統合失調症 schizophrenia, コンピュータゲーム computer games, 認知訓練 cognitive training, 反応時間課題 reaction time task

1. 研究の背景

統合失調症者のリハビリテーションでは Social Skills Training¹⁾(SST)といったより公式な心理社会的技法が普及してきている²⁾。しかしながら入院が長期化し、閉鎖病棟に入院している統合失調症者では集団で行なう心理社会的治療法の適応外となっている患者も存在する。そうした患者へのリハビリテーションは看護者が行なう生活指導やレクリエーションが主であるが、統合失調症では認知障害が認められ³⁾、同じ失敗が繰り返されたり、注意がそれてしまったりすることはよく経験することである。にもかか

わらず、認知障害そのものに焦点を当てた看護の取り組みは行なわれていない。

頭部外傷など高次脳機能障害に対しては、特定の機能障害を改善する目的で認知リハビリテーションが行なわれている。なかでも注意機能に対する訓練としては Sohlberg⁴⁾が APT (Attention process training) を行なって以後、一定の効果が報告されてきており、我が国でもリハビリテーションとしての APT が行なわれている⁵⁻⁷⁾。こうした注意や持続性は統合失調症者でも認められており^{8,9)}、これらことから統合失調症の注意を含む情報処理過程に焦点を当てたりリハビリテーションが効果のある可能性が考えられる。

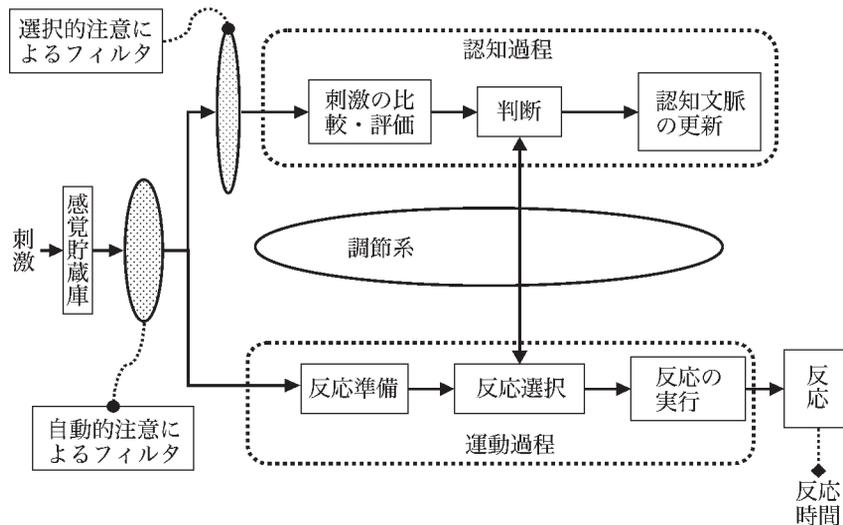


図 1 情報処理モデル(丹羽, 1998 より引用)

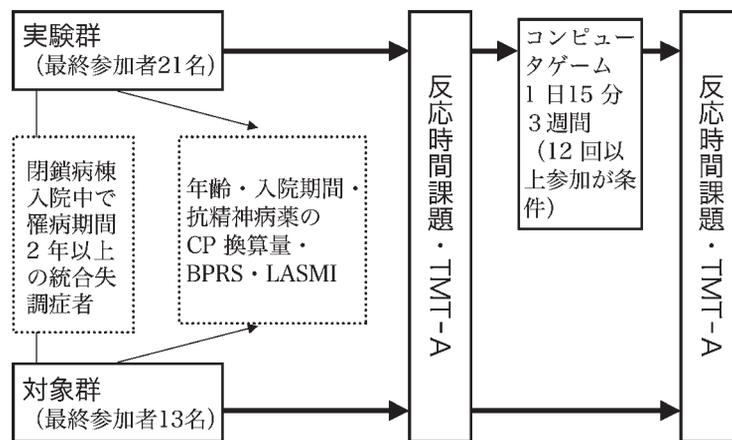


図 2 実験計画

長期入院している統合失調症者にとっては、新しいことに対する取り組みは難しく、注意の持続性も非常に短いと考えられる。陰性症状の強い統合失調症者にとっては自己の内的世界に閉じこもっている無為自閉の状態になっているため、物事に対し興味をもてず、拒否的になることが多い。そこでコンピュータゲーム^{10,11)}のようなもので興味を引き出しつつ、認知機能を回復させることができれば、看護の行なうレクリエーション療法としても意味のあることと考え、コンピュータゲームを使用し、統合失調症者で障害がみられる反応時間課題¹²⁾と視覚探索課題¹³⁾を指標として統合失調症者の情報処理障害の改善を検討した。

II. 目的

本研究のデザインは、丹羽ら¹⁴⁾の情報処理モデル(図1)に基づいている。これによれば、刺激は自動的注意によるフィルタを通過した後、単純な運動反応ではこの過程を経ずに直接、運動過程→反応へとつながる。比較判断を必要

とする場合は「選択的注意によるフィルタ」を通過し、認知過程でも情報処理がなされ、反応へとつながる。この情報処理を反映するとされるのが、反応時間であり、統合失調症者では「選択的注意の維持」の障害が Continuous Performance Test¹⁵⁾(以下、CPT)や選択反応でのエラーや変動に現われると同時に、精神運動の解体や処理速度の低下から反応時間そのものが遅延する¹⁶⁾とされている。

本研究では慢性統合失調症者を「発症後2年以上経過している」者¹⁷⁾と定義し、コンピュータゲームを毎日3週間行なうことで、情報処理過程を反映する反応時間(reaction time; RT)あるいは視覚探索課題の成績が改善しうるかを検討することを目的とした臨床実験研究である。実験計画は図2に示す。

III. 対象と方法

1. 対象者

実験群は期間中一閉鎖病棟に入院していた右利きの男子

慢性統合失調症患者患者である。

対照群は実験群とは別の一閉鎖病棟に入院中の年齢、簡易精神症状評価尺度(BPRS¹⁸⁾)、精神障害者生活技能評価尺度(LASMI¹⁹⁾)、抗精神病薬のクロロプロマジン(CP)換算量²⁰⁾をマッチさせた男子慢性統合失調症患者とした。両群とも Mini Mental State Examination(MMSE²¹⁾)23点以上で痴呆のないこと、光刺激に対しての痙攣発作等の危険、手および眼の機能異常のないことを条件とした。なお、臨床で訓練課題を用いた実験を行なう場合、対象の選択はきわめて難しく²³⁾統合失調症患者を対象とする場合、ゲーム課題を行なう患者、行なわない患者を同一病棟で混在させることは難しい。このためランダム性は失われるものの、実験群、対照群の病棟を分け、それぞれ別の病棟で行なった。病棟は等質性を保持するために閉鎖病棟であることとした。

2. 倫理面への配慮

本研究にあたっては山梨医科大学倫理委員会の承認を得た。参加が自由であること、途中で棄権できること、不参加の場合も何ら不利益を被ることがないこと、個人情報特定されないよう十分配慮することを説明のうえ、本人に書面で同意を得た。さらに対象病棟の主治医および看護長にも承諾を得た。視覚探索的要素の多い課題であるため、疲労感や、評価課題に敏感になり精神状態が不安定となる可能性が認められた場合、本人あるいは当該病棟の主治医、看護スタッフから申し出があれば即中止することとした。

3. 方法

1) 期間：2001年7～9月

2) 実験計画

a. 対象者の特性

対象者について年齢、教育歴、発症年齢、罹病期間、総入院年数、抗精神病薬のCP換算量、BPRS(Totalスコアと陰性症状の評価項目である「引きこもり」「運動減退」「情意鈍麻」の合計をnegative²²⁾として使用した)、LASMIは社会生活技能の評価尺度である。この評価尺度は、D(Daily living/日常生活)12項目、I(interpersonal relations/対人関係)13項目、W(work/労働または課題の遂行)10項目、E(endurance & stability/持続性安定性)2項目、R(self-recognition/自己認識)3項目の5つの下位尺度、全40項目からなっている。評価は0：「問題なし」から4：「全くできない」の5段階によりなされるものである。本研究では閉鎖病棟入院中の患者の評価の対象とならないD-6交通機関、D-7金融機関、D-11服薬管理、I-13異性とのおつきあい、E-1現在の社会適応度、E-2持続性・安定性の傾向は評価の対象から除外した。

対象者のマッチにあたっては、評価マニュアルに基づき算出した日常生活、対人関係、課題の遂行、自己認識の各平均得点を使用した。

b. プレテスト

実験に先立ち、それぞれ3名の健常者および統合失調症患者で評価課題とゲーム課題について試験し、評価課題の妥当性とゲームの実用性について検討した。

c. ゲームの方法

実験群について日中の好きな時間に1日15分週5回3週間ゲームを行なった。研究者が1～2名付き添い、本人のペースにあわせて複雑さ、スピードなどを調整し、食堂の隅を利用した。4台のパーソナルコンピュータを使用して行なった。ゲームはLaroseらと同様の「ブロック崩し」のうちフリーソフトウェア“ぶろくず”を使用し、これを基本に、3週間で12回以上参加することを条件とした。他のゲームを希望する者には、同様に視覚探索の要素があると考えられる「スペースインベーダー」「PCパックマン」「上海」を行なった。

本研究で使用したブロック崩しは画面上にデザインされて配置されたブロックに球を当て、ブロックを崩すというゲームで、ブロックに当たる角度によってビリヤードのように球は反射する。球の動きを追いながら、高度になるとブロックを崩す順番や完成時間の短縮を目指すなど、視覚探索に加えて、予測的な動きをすることが要求される。ボールやパドルを動かす速度は自由に設定可能である。このゲームではボールの画面縦方向の横断が2秒以上かかる設定も可能である。

また、操作はマウスでもキーボードでも選択は可能になっている。好みの方法を選択して行なってもらった。

d. 評価課題

評価には以下のテスト課題を使用し、実験前、実験後に評価を行なった。評価に際しても緊張を避けるため、ホールの隅など通常の生活の場でありながら、できるだけ騒音の少ない場所で行なった。評価は病状の安定した時間に行なった。評価には富士通FMV-NE 245 R 3 1台を使用し、使用環境は常に一定に保った。テンキーはα-DATAのAD-EKP 18を使用した。反応時間計測における実験環境のクロックの誤差は約20～30 msecであった。

テスト課題とその指標は以下の通りである。

1) Trail-Making-Test A(TMT-A)²⁴⁾の完成までの時間

このテストは紙面上にでたらめにちりばめられた数や文字を順番にできるだけ速く結んでいくことを求められるものであり、注意反映するといわれている。検者は被検者が間違えたときのみ「間違っていますよ」と教示し、開始から終了までの時間を測定するものである。TMTテストには単純に数字を「1-2-3・・・」と順番に結んでいく「TMT-A」、 「1-あ-2-い-3-う・・・」のように数字と平仮名を交

互に結んでいく「TMT-B」がある。「B」テストは注意機能の他に working memory, 遂行機能といった前頭葉機能の評価でもあるとされており²⁶⁾複雑であるため、本研究では TMT-A のみを使用した。課題は、加藤ら²⁷⁾のものでは 24 個の数字を使用しているのに対し、本研究では 1 から 20 までの 20 個の数字をそれぞれ丸で囲み、A 4 判の紙にランダムに配置し、①から⑳までを順番に線で結んでいってもらった。

2) 選択反応課題の反応時間とその変動係数およびエラー率

選択反応課題は Windows 上で動くプログラムを作成した日本女子大の岡本教授の許可を得て使用した。コンピュータの画面上に、不規則に 2 か 3 のいずれかがランダムに表示される。被験者は 2 には人差し指, 3 は中指でテンキーを押すことを求められる。教示は「できるだけ素早く、正確に」とした。刺激呈示間隔は 1300~3300 msec の間でランダムである。試行は 2 も 3 も 15 回ずつ計 30 試行であり、終了まで 2~3 分程度である。エラー率は誤答数/全反応数で求めた。

3) 継時弁別課題の反応時間とその変動係数, Omission Error(見逃し), Commission Error(押し間違い)

継時弁別課題は Continuous Performance Test (CPT)¹⁵⁾の刺激弁別力を弱め、刺激呈示間隔 500 ms, 呈示時間 300 ms に設定したもので数字がランダムに表示され、0 が出たときのみできるだけ速くキーを押すことで反応することを求めるものである。試行は 2 分間とし C++ 言語で作成した課題を使用した。

継時弁別課題における omission error(見逃し)は見逃し数/標的刺激の出現数であり、刺激に反応しないものである。Omission(見逃し)についての判断は、各対象者の単純反応時間の値をもとに、その mean+2 SD を超えたものは omission(見逃し)として扱った。

Commission error(押し間違い)は標的刺激以外に押した数/標的刺激の出現数であり、標的以外に反応してしまうことである。

反応時間課題では刺激が提示されてからキーが押されるまでの時間が反応時間であるが、190 msec 以下のものを尚早反応として除外した。さらに 2000 msec 以上を遅延反応として除外した。変動係数は標準偏差/算術平均×100 で示した。

4) コンピュータゲームに対する参加と興味

対象者が期間中参加した回数を調査し、ゲームについて「経験があるか」、「おもしろかったか」「参加しての感想はどうであったか」について聞き取り調査を行なった。

表 1 対象の背景

	mean±SD	
	実験群 n=21	対照群 n=13
年齢(歳)	44.5±8.3	47.0±13.3
教育 義務教育まで	7	3
(人) 高校まで	6	7
高校以降	8	3
CP 換算量(mg/day)	1833.6±769.7	1764.7±916.9
発症年齢(歳)	20.9±6.1	22.0±8.3
罹病期間(年)	23.6±8.4	23.2±10.3
総入院年数(年)	17.7±8.3	18.0±9.1
BPRS total	17.8±11.7	22.3±14.6
BPRS negative	4.2±3.8	4.0±1.9
LASMI 日常生活	3.1±0.8	3.2±0.9
LASMI 対人関係	1.7±0.6	1.6±0.9
LASMI 労働	2.0±0.8	1.9±0.9
LASMI 自己認識	3.2±0.9	3.0±0.9

4. 分析

実験群と対照群での各指標で、実験後と実験前の値の差を各指標の変化量とし比較(t-検定)しその後、変化量を従属変数、個人背景を独立変数として重回帰分析を行なった。また、ゲームの経験の有無で各指標の変化量に差があるかどうかについて比較した(t-検定)。統計パッケージには JMP in 4(SAS)を、反応時間の計算には表計算ソフト MS-EXCEL 2000 を使用した。

IV. 結果

1. 対象者の個人背景(表 1)

研究期間中に実験群の対象となり、同意の得られたものは 25 名であった。25 名中 2 名が途中で拒否し、1 名が途中転棟、1 名が病状の変化により中止となったため、最終的な参加者は 21 名であった。

対照群とした病棟には研究対象となるもので研究に同意の得られたものは 15 名いた。このうち 2 名が 2 回目の課題を拒否したために対象から除外し最終的な参加者は 13 名であった。

対象者の平均年齢は実験群 44.5±8.3 歳、対照群では 47.0±13.3 歳であった。向精神薬の CP 換算量は実験群 1833.6±769.7 mg/day、対照群では 1764.7±916.9 mg/day であり服薬量の多い対象者であった。罹病期間は実験群 23.6±8.4 年、対照群で 23.2±10.3 年で長期間経過していた。

BPRS はトータルスコアで実験群 17.8±11.7、対照群で 22.3±14.6 であった。陰性症状を示す BPRS negative では実験群 4.2±3.8、対照群で 4.0±1.9 であり、陰性症状が強い患者であった。

LASMI では日常生活が実験群 3.1±0.8、対照群で

表 2 各指標の実験前後の値

	実験群		対照群	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
実験前選択反応課題反応時間(msec)	658.3	271.3	698.7	219.7
実験後選択反応課題反応時間(msec)	574.8	177.6	687.3	232.8
実験前選択反応課題変動係数	27.5	11.7	28.0	7.9
実験後選択反応課題変動係数	22.2	4.8	28.6	7.9
実験前選択反応課題エラー率	0.1	0.1	0.1	0.1
実験後選択反応課題エラー率	0.1	0.1	0.1	0.1
実験前継時弁別課題反応時間(msec)	574.7	109.9	563.7	101.9
実験後継時弁別課題反応時間(msec)	516.1	69.3	555.4	63.1
実験前継時弁別課題変動係数	26.2	14.1	24.9	17.7
実験後継時弁別課題変動係数	20.5	8.6	20.8	6.8
実験前継時弁別課題正解率	0.8	0.2	0.8	0.1
実験後継時弁別課題正解率	0.9	0.1	0.8	0.1
実験前継時弁別課題 omission(見逃し)	0.1	0.1	0.1	0.1
実験後継時弁別課題 omission(見逃し)	0.1	0.1	0.1	0.1
実験前継時弁別課題 comission(押し間違い)	0.1	0.1	0.1	0.1
実験後継時弁別課題 comission(押し間違い)	0.1	0.2	0.1	0.1
実験前 TMT-A(sec)	106.9	66.4	129.0	69.6
実験後 TMT-A(sec)	96.7	53.8	146.2	85.3

3.2±0.9, 対人関係が実験群 3.1±0.8, 対照群 3.2±0.9, 労働又は課題の遂行は実験群 2.0±0.8, 対照群では 1.9±0.9, 自己認識で実験群 3.2±0.9, 対照群 3.0±0.9 であった。

対象者の個人背景全項目での t-検定では 2 群の間に差はなく同質のものと考えられた (p>0.2)。

2. コンピュータゲームの参加と反応

実験群すべての対象者が 12 回以上ゲームに参加し, 毎回 1~2 名の研究者が付き添い, 日中の自由な時間に参加してもらい平均参加回数は 13.8±1.2 回であった。全員が特に疲労感等の異常を訴えることなく行なった。コンピュータゲームでの反応を実験群の対象者に聞いたところ, 過去に経験のあったものは 10 名, 経験のなかったものは 10 名, 覚えていないものが 1 名いた。経験のあったものは全員「懐かしい」と話していた。楽しかったかどうかについては, 「おもしろい」と興味を示したものが 13 名, 興味なかったものが 8 名であった。また, ゲームの速度は 2 名を除いた他のものは健常者の通常の設定よりも遅くして行っていた。

3. 変化量の群間比較

実験前後の各指標の値は, 表 2 に示す。反応時間の単位はすべて msec である。実験前の反応時間は選択反応で実験群 658.2±271.2, 対照群 698.7±219.6 で継時弁別課題ではそれぞれ 574.7±109.8, 563.6±101.9 で反応時間そのものも遅く, さらに選択反応の方がより反応に時間がか

かっていた。TMT-A も実験群 106.8±66.4, 対照群 129.0±69.6 で非常に時間がかかっていた。プレテストで健常者の反応時間は選択反応, 継時弁別ともに 400 msec 前後であり, 変動係数も 20 以下であった。また, 継時弁別においては omission(見逃し)は全く起こらず, TMT-A も 40 秒程度で完成できるものであった。健常者にとっては非常に容易な課題であったと考えられる。本課題では健常者では非常に簡単な課題であるが, 対象者では反応時間の遅延や変動係数の増加, omission(見逃し)が起こっていた。また, 選択反応課題のほうが継時弁別課題に比べより選択反応という判断に時間を要する課題であるということがいえた。

反応時間, 変動係数, TMT-A では実験群のほうが実験後に反応時間が短縮され, 変動係数も小さくなっている。

この点を明らかにするために, 実験前後の指標の変化量, すなわち実験後の測定値と実験前の測定値の差を調べた(表 3)。実験群と対照群の比較でこのうち p<0.05 で有意であったものは, 選択反応課題の変動係数(t=-2.08, p=0.04), TMT-A(t=-2.10, p=0.04)であり実験群は対照群に比べ明らかに減少した。弁別課題の反応時間(t=-1.94, p=0.06)は 90%水準で有意であり, 実験群のほうが変化量大きい傾向にあった。その他の指標の変化量には有意な差はみられなかった。

4. 変化量と個人背景の重回帰分析(表 4)

次に, ゲーム終了後に成績変化のみられたこれら 3 つの

表 3 変化量と群間比較

選択反応課題	実験群	対照群	mean±SD
			t-検定 (t/p)
反応時間(msec)	-80.95±130.14	3.29±151.68	-1.647/0.11
変動係数(%)	-5.63±11.32	1.28±7.68	-2.089/0.04
エラー率	-0.01±0.09	-0.01±0.06	-0.139/0.89
継時弁別課題			
反応時間(msec)	-58.53±80.40	-8.75±65.43	-1.949/0.06
変動係数(%)	-6.01±11.76	-3.64±15.76	-0.465/0.64
Omission(見逃し)	-0.01±0.09	0.00±0.10	-0.222/0.82
Comission(押し間違い)	0.00±0.27	0.01±0.14	-0.190/0.85
Trail Making Test			

表 4 変化量と個人背景の重回帰分析

(n=21)

		偏回帰係数	t	p	model 全体
選択反応課題の変動係数	定数	19.41	2.12	0.04	
	CP 換算	0.00	-1.71	0.10	自由度調整済み R ² =0.30
	興味	3.96	1.91	0.07	
	罹病期間	-0.67	-2.57	0.01	F=3.97 p=0.025
継時弁別課題の反応時間	定数	118.82	1.95	0.06	
	興味	15.98	1.89	0.07	自由度調整済み R ² =0.25
	発症年齢	3.11	-1.84	0.08	
	LASMI 日常生活	21.46	2.39	0.02	F=3.27 p=0.04
Trail Making Test-A	(定数)	10.62	1.05	0.30	
	LASMI 労働	-12.53	-2.52	0.02	自由度調整済み R ² =0.33
	BPRS negative	3.56	2.99	0.00	
	BPRS total	-0.56	-1.49	0.15	F=4.44 p=0.01

表 5 分裂病実験群の経験の有無による変化量の検定

	経験なし			経験あり			t 検定	
	n	mean	SD	n	mean	SD	t 値	p
選択反応課題								
反応時間	10	-97.2	87.6	10	-64.64	165.7	-0.5	0.59
変動係数	10	-11.0	13.28	10	-0.2	5.4	-2.37	0.04
継時弁別課題								
反応時間	10	-86.1	97.7	10	-30.9	48.9	-1.59	0.13
変動係数	10	-5.8	10.5	10	-6.1	13.4	0.04	0.96
正解率	10	0.05	0.11	10	0.03	0.09	0.57	0.57
Omission Error	10	0.01	0.12	10	-0.02	0.05	0.75	0.47
Comission Error	10	-0.09	0.14	10	0.08	0.34	-1.43	0.18
Trail Making Test A								
TMT-A	10	-7.64	26.7	10	-11.7	14.9	0.43	0.67

指標, すなわち, 選択反応課題の変動係数, 継時弁別課題の反応時間, TMT-A の短縮に影響を与える要因を検討するため重回帰分析を行なった(ステップワイズ法)。それぞれの実験前後での変化量に対し, 変数には年齢, 罹病期間, 入院期間, 服薬量, BPRS 各得点, LASMI 各得点のうち, 項目間で相関の高いものは除外して投入した。選択課題の変動係数は罹病期間が長い者のほうが短縮が大き

かった($t=-2.57$, $p=0.01$)。弁別課題の反応時間は LASMI の「日常生活」の障害の少ない者ほど改善していた($t=2.39$, $p=0.02$)。TMT-A は陰性症状が強いほど改善度は小さく($t=2.99$, $p=0.008$), LASMI の「課題の遂行」が低い者ほど改善していた($t=-2.52$, $p=0.02$)。

5. ゲームの経験と課題の変化

ゲームの経験があった者となかった者で課題の成績変化に差があるかを検討した(表5)。

このうち、選択反応課題の変動係数のみで経験のない者のほうが改善していた($t=-2.37$, $p=0.04$)。その他の各指標ではゲームの経験により変化量に差は認められなかった。

V. 考 察

1. 対象者の特徴

実験群の年齢は平均44.5歳、罹病期間の平均23.6年、通算の入院期間17.7年であった。この対象は1970年後半からのコンピュータゲームを少なからず知っている。長い経過をたどっている慢性期にある患者である。「懐かしい」と話す者がおり、コンピュータゲームは彼らにとっては特に抵抗なく受け入れられ、興味がもちやすいものであったと考えられた。CP換算量による服薬量も八木²⁵⁾が抗精神薬の大量投与例を1000 mg/day以上と規定しているように服用量の多い症例であるといえ、本研究の対象は長期の経過をたどり入院期間の長い、服薬量の多い慢性の統合失調症者であったといえる。また、本研究中、研究者1~2名の付き添いでトラブル等の問題は起こらず、疲労感などの身体症状に変化もみられなかった。こうした点でコンピュータゲームの利用は問題ないものと考えられた。

また、本研究における反応時間課題やTMT課題は、健常者では非常に容易でありながら本研究の対象者となった入院患者にとってはエラーを起し、反応に時間のかかる課題であり、このような指標は慢性期で2次的な障害としての陰性症状や思考障害のある統合失調症者に対して利用可能であると考えられる。反応時間課題は、場合によっては反応時間を競うようなゲームを作成し、その成績を比較することでレクリエーション中にゲームをしながらさらにその成績で情報処理障害をアセスメントする、というような方法も可能かもしれない。看護にとって患者と共に楽しむレクリエーション的活動は慢性期の統合失調症者には重要な役割を果たす。これまで病棟内では将棋、オセロ、卓球といったものが主流であったが、コンピュータゲームは手軽にでき、選択の幅も広く、成績を記録保存することも場合によっては可能であり、新しい遊びの1つとして有効ではないかと考えられる。

本研究では「日中の好きな時間に」行なえるように設定している。3週間で12回以上の参加を条件として、参加者が期間中脱落することなく継続できたのは、「いつでも行なえる」というフレキシブルな設定だったからであろう。森²⁸⁾は統合失調症者が食事や服薬などの日課の際にその時間が来るまでに待っている行動待機時間が長いことを報告

している。健常者にとっては、「10:30からみたいTV番組があるからそれまでは暇だ」という感覚とは異なっており、10:30に例えばTV番組や外来受診などがあるとそれ以前の時間は「忙しい」時間となってしまうことがあり、本人なりの空いた時間に行なえることが重要である。このことは、SSTやミーティング、大がかりなレクリエーションのように時間を限定して行なわなければならないプログラムを拒否しようとする患者でも、好きな時間ならば可能になる者がいるということであり、この点は看護者独自の関わりとしてのレクリエーション活動の方法に示唆を与えるものである。

2. 実験前後の変化量と影響を与える要因、その臨床的意義について

本研究で使用した反応時間課題の反応時間は情報処理での処理速度を示す指標である²⁹⁾。

コンピュータゲーム「ブロック崩し」は視覚探索要素を含んでいる。弁別課題とTMT-Aも視覚探索の要素を含んでおり、TMT-Aで明らかに完成までの時間が短縮し、弁別課題の反応時間で反応時間の短縮の可能性が認められ、選択反応では明らかな改善をみなかったことは、コンピュータゲームがより視覚探索的要素を含む課題の処理速度を改善させる可能性を示している¹⁰⁾。

本研究では過去にコンピュータゲームの経験があった者となかった者では選択反応課題の変動係数のみが未経験者で改善したが、その他の指標では成績変化に差異はなかった。変動係数については「ゲームをやったことのない人が上手になっただけではないか?」という可能性があることは否定できない。

たしかに process specific な認知機能改善の取り組みは、課題そのものの成績変化を見るか、あるいは形態の似通った指標をもとにして評価されることが一般的である。本研究でも視覚探索要素を持ったゲームを利用して視覚探索課題を元にした指標で評価している。これについては、改善が「単に課題そのものが上手になっただけではないか?」^{23,30)}という批判もある。さらには、TMTテストで約10秒改善されたとか、反応時間が80 msec改善されたことに臨床的にどのような意義があるのか? という疑問もある。これについては反応時間の改善に伴って生活障害がどのように改善しうるかを縦断的に評価せねばならないが、急性期の統合失調症者では入院期間が短く、入院期間が長い統合失調症者では症状の固定化していることに特徴づけられるため、目に見えるほどの変化が起こるにはかなり長期的なかわりが必要になる。こうした研究が困難であるという理由はそこにある。しかしながら、看護者が入院中の統合失調症者に関わる場合、無為自閉が非常に強く、働きかけをしてもなかなか動けない患者が多いなか

で、たとえそれが課題そのものが上手になったことや患者が少しでも興味を覚え「素早く」反応しようと試みることは十分意味があると考えられる。本研究でのいくつかの指標にみられたゲームでの改善は、統合失調症者の認知障害の改善に効果がある可能性があると考えられる。今後、効果的なゲーム課題と、評価課題をさらに検討していく必要がある。

また、選択反応課題では LASMI の「日常生活」が低い者、TMT-A では陰性症状が強い者のほうが改善しない傾向ではあったが、LASMI の「課題の遂行」が低いほど改善する傾向にあった。この点では作業能力の低い者に対してもコンピュータゲームが効果的である可能性が認められた。丹羽³¹⁾は、統合失調症者にとって生活能力に対する影響力は、症状よりも認知障害、特に注意機能が大きいと結論づけているし、Green³²⁾は統合失調症者の生活技能との関連の高い認知機能として、注意の維持という機能を上げている。つまり生活障害の改善を目指すために注意機能を改善できれば看護として有効な介入であることが考えられる。

反応時間課題の変動係数について、高橋³³⁾は統合失調症では安定した情報処理が維持できないことよるとしているが、選択反応課題の変動係数に改善がみられている点は統合失調症者がコンピュータゲームにより視覚情報処理を安定して行なえるようになる可能性があることを示唆している。この変動係数は罹病期間が長い者の方がより改善する。長期入院の経過を辿った慢性期の患者にも適応できる可能性があると考えられた。

本研究では、ゲーム課題も非常に単純でゆっくりしたものから健常者の行なう速度まで調整が可能なものであり、評価課題も刺激弁別を容易にしたものであった。陰性症状が強く、運動減退の激しい患者については、専用のゲームや評価課題を開発することで、よりリハビリテーションツールとして利用できるようになる可能性もある。今後検討の必要なところである。

VI. 結 論

入院中の慢性統合失調症者の認知障害を改善させる目的でコンピュータゲームが利用可能かどうかを反応時間、視覚探索課題を指標として検討した。結果、以下のことが明らかになった。

1. ゲームにより、選択課題の反応時間と TMT-A テストで有意に改善し、本研究におけるコンピュータゲームは視覚課題による情報処理の速度を改善する効果があるものと思われた。

2. コンピュータゲームは対応するスタッフの人数も少なくて済み、簡易に、自由な時間に行なえ、閉鎖病棟で慢

性化した統合失調症者にも有効であると考えられた。

VII. おわりに

本研究でのコンピュータゲームは、現在小児でゲームを手放せずにゲームばかりしているような患者が慢性化した際には使えないという、対象が限定される問題も残っている。また、本研究における認知機能の指標は反応時間課題と視覚探索課題であった。もともと、認知機能訓練では課題そのものの成績変化を見るか、あるいは形態の似通った指標をもとにして評価することが一般的であり改善が単に課題そのものが上手になっただけではないか？³⁴⁾という批判もある。しかし、看護師が入院中の統合失調症者に関わる場合、無為自閉が強く、働きかけをしてもなかなか動けない患者が多い。たとえそれが課題そのものが上手になったということであっても、患者が少しでも興味を覚え「素早く」反応しようと試みることは無意味なことではないと考えられる。今後、認知機能回復が生活障害の改善に結びつくか、という汎化の問題、あるいは効果の持続性についても詳細な検討をする必要があると思われた。

稿を終えるにあたり、参加して下さった患者の皆様、ご指導ご協力いただきました対象病棟の医師、看護スタッフの皆様へ深く感謝いたします。また、CPT についてご助言いただいた横浜国立大学石垣琢磨教授、統計学的分析の手法について貴重なご教示をいただいた山梨大学医学部数理情報科学教室の比江島欣慎助教授に深く感謝いたします。

■文 献

- 1) Liberman RP, 安西信雄, 池淵恵美監訳：実践的精神科リハビリテーション, 創造出版, 東京, 1993.
- 2) 日本精神科看護技術協会監修, 宮本真巳編：精神看護学, 139-145, 中央法規出版, 2000.
- 3) 松井三枝, 倉知正佳：統合失調症の認知障害は前頭葉機能で説明できるか(2)精神生理学的側面から, (小島卓也, 大熊輝雄編：認知機能から見た統合失調症), 114-127, 学会出版センター, 1993, 東京.
- 4) Sohlberg MK, Mateer CA : Effectiveness of an attention-training program, J Clin Exp Neuropsychology, 9(2) : 117-130, 1987.
- 5) 豊倉稔, 他：注意障害に対する Attention Process Training の紹介とその有用性, リハビリテーション医学, 29(2) : 153-158, 1992.
- 6) 本田哲三：注意障害の訓練プログラム, Journal of Clinical Rehabilitation, 4(7) : 627-632, 1995
- 7) 鹿島晴雄：注意障害のリハビリテーション, 神経心理学, 6(3) : 16-22, 1990.
- 8) 昼田源四郎：統合失調症の行動特性, 金剛出版, 11-47,

- 1989.
- 9) 臺弘：統合失調症の治療覚書，創造出版，160-170，1991.
 - 10) Simon Larose et al., : Psychology of computers : XIV ; Cognitive rehabilitation through computer games, Perceptual and motor skills, 69 : 851-858, 1989.
 - 11) 投石保広，他：コンピュータゲームを用いた，精神分裂病患者の認知機能回復訓練の試み，生理心理学と精神生理学，12(2) : 115-116, 1994.
 - 12) 諏訪浩，他：持続的注意機能に表現される精神分裂病の病態に関する研究，獨協医誌，11(1) : 247-258, 1996
 - 13) 小島卓也，大熊輝雄編：認知機能からみた精神分裂病，47-61，学会出版センター，1993.
 - 14) 丹羽真一，鈴木善明：精神分裂病の認知障害，その生理学的基盤，OT ジャーナル，32(11) : 997-1004, 1998.
 - 15) 石垣琢磨，丹野義彦；慢性分裂病患者にみる陰性症状と Continuous Performance Test，臨床精神医学，26(9) : 1199-1205, 1997.
 - 16) Ngan E. et al. : Reaction time, symptom profiles and course of illness in schizophrenia, Schizophrenia Research, 46 : 195-201, 2000.
 - 17) 日野原重明監修：看護のための臨床医学大系 16 精神医学，185-187，ほるぶ，1983.
 - 18) 北村俊則，他：オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)の再試験信頼度：国立精神衛生研究所主催多施設共同研究の予備調査，精神衛生研究，32 : 1-15, 1986.
 - 19) 障害者労働医療研究会精神障害部会；LASMI 精神障害者社会生活評価尺度「利用資源別の生活障害評価研究」調査マニュアル，1995.
 - 20) 稲垣中，他：向精神薬の等価換算，11-60，星和書店，1999.
 - 21) 福永知子，武田雅俊；意識障害，せん妄，痴呆，健忘障害及び他の認知障害，(臨床精神医学 1999 年 12 月増刊，精神科臨床評価マニュアル)，アークメディア，45-47，1999.
 - 22) 坂戸薫，染矢俊之：精神分裂病及び他の精神性病性障害一症状評価尺度を中心に，精神科臨床評価マニュアル，79-86，アークメディア，東京，1999.
 - 23) 鹿島晴雄，加藤元一郎，本田哲三：認知リハビリテーション，112-113，医学書院，2000.
 - 24) 加藤元一郎，鹿島晴雄：神経心理学的検査法「遂行機能」(臨床精神医学増刊，精神科臨床検査法マニュアル)，国際医書出版，171-179，1996.
 - 25) 八木剛平，他：精神分裂病の慢性例に対する抗精神病薬の多種併用と大量投与の有用性に関する研究，厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 精神分裂病の病態，治療・リハビリテーションに関する研究総括研究報告書，83-86，2001.
 - 26) 松下正明総編集，精神医学的診断のための検査，臨床精神医学講座 16 巻 精神医学的診断法と検査法，175，中山書店，東京，1999.
 - 27) 加藤元一郎，鹿島晴雄：神経心理学的検査法一遂行機能，精神科臨床検査法マニュアル，171-179，国際医書出版，東京，1996.
 - 28) 森千鶴，他：残遺型精神分裂病者の行動待機時間，精神医学，39(3) : 245-250, 1997.
 - 29) 志堂寺和則：運動反応の心理メカニズム，96-101，九州大学出版会，1999.
 - 30) Benedict RH. et al. : Effects of attention training on information processing in schizophrenia, Schizophr Bull, 20(3) : 537-46, 1994.
 - 31) 丹羽真一，小林恒司，廣山祐治；統合失調症の認知障害，陰性症状，生活障害：(丹羽真一編)精神医学レビュー27，精神疾患の認知障害，56-65，ライフサイエンス，東京，1998.
 - 32) Green MF : Cognitive remediation in schizophrenia : Is it time yet?, American journal of psychiatry, 150 : 178-187, 1993.
 - 33) 高橋和己，山田寛，加藤伸勝：精神分裂病の情報処理障害と陰性症状，精神医学，31 : 807-814, 1989.
 - 34) Benedict RH, et al., : Effects of attention training on information processing in schizophrenia, Schizophr. Bull., 20(3) : 537-46, 1994.

【要旨】 統合失調症者では注意あるいは情報処理の障害が認められているが，それらに対するリハビリテーションに対する取り組みは少ない。本研究では視覚探索的要素の強いコンピュータゲームを利用し，反応時間課題および Trail Making Test の成績が改善するかを検討した。入院中の男子慢性期統合失調症者 21 名に対しコンピュータゲームブロック崩しを中心に，週 5 回，1 回 15 分行ない，12 回以上参加した者を実験群とし，年齢，BPRS，LASMI，抗精神病薬の CP 換算量をマッチさせた 13 名を対照群とした。コンピュータゲームの実施前後に測定指標として選択反応課題，継時弁別反応課題，Trail Making Test(TMT-A)を施行しその変化を測定した。結果，実験前後の各指標の変化量を比較すると，選択反応課題の変動係数($t = -2.08$, $p = 0.04$)，TMT-A($t = -2.10$, $p = 0.04$)であり実験群は対照群に比べ明らかに減少した。弁別課題の反応時間($t = -1.94$, $p = 0.06$)は実験群のほうが変化量が大きい傾向にあった。選択課題の変動係数は罹病期間が長い者のほうが短縮が大きく，TMT-A は陰性症状が強いほど改善度は小さく，LASMI の「課題の遂行」が低い者ほど改善していた。本研究におけるコンピュータゲームは視覚課題による情報処理の速度を改善する効果があるものと思われた。コンピュータゲームは対応するスタッフの人数も少なく済み，簡易に，自由な時間に行え，慢性化した統合失調症者に閉鎖病棟でもレクリエーションの一つとしても選択の幅を広げることができると思われる。汎化や効果の維持についてはさらに研究が必要である。

身体拘束による高齢男性の心理的ストレスと 芳香剤のストレス軽減効果の検討

佐藤鈴子¹ 阿南みと子² 菅田勝也³

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園1-2-1 2 大分県立病院看護部 3 東京大学大学院
sator@adm.ncn.jp

Psychological Stress of Elderly Men in Physical Restraint and Effects of Aromatic Oil on Stress

Reiko Sato* Mitoko Anan Katsuya Kanda

*National College of Nursing, Japan ; 1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Abstract】 The purpose of this study was to investigate psychological stress of elderly men in physical restraint, whilst examining the effects of aromatic oil on their stress. 13 healthy elderly male volunteers (60~69 aged) experienced two 30-minutes sessions of bed rest with physical restraint and without physical restraint. These two sessions were implemented at random. On the 3rd session, six participants were restrained whilst exposed to fragrant lavender oil and seven were restrained without aroma. They assessed their moods and feelings using POMS (Profile of Mood States) four times before the experiment and after each session. The results were as follows :

① The participants, after restriction, showed significantly higher fatigue ($p < 0.01$) and significantly lower vigor ($p < 0.01$), and a tendency of higher anger-hostility ($p < 0.1$) than when not restricted.

② Mean scores before the experiment of tension-anxiety, depression-dejection and anger-hostility were significantly higher ($p < 0.01$, $p < 0.05$ and $p < 0.05$, respectively), and the mean score of vigor was significantly lower ($p < 0.05$), than in the mood of bed rest without physical restraint.

③ The results suggest that the fragrance of lavender oil effect decreases depression-dejection, but further studies are necessary.

【Keywords】 拘束 physical restraint, 高齢者 elderly, POMS (Profile of Mood States),
心理的ストレス psychological stress, 芳香 aroma

1. はじめに

1989年、米国においてEvansとStrumpf¹⁾によって高齢者の拘束(抑制)に関する総説が発表され、医療・福祉分野の従事者だけでなく社会的にも身体拘束に対する関心は高まった。それまでの高齢者の「安全を守るため」に行なわれていた拘束は、実は危険性が高いという報告や人権尊重の面からの問題提起もあり、看護師は拘束をなくすために看護ケアの開発、看護職員の教育、研究といった努力を積み重ねるようになった^{2,3)}。こうした高齢者の拘束廃止に向けた看護研究や文献^{4,5)}は日本にも紹介され、我が国においても拘束廃止に対する関心は高まったと考えられる。

日本では、病院や施設で患者あるいは入所者の安全を確保するための看護技術の1つとして、身体拘束が行われてきた経緯があるが、1999年厚生省令として「身体拘束禁止規定」⁶⁾が策定され、介護保険制度が適用される療養

型病床群をもつ老人病院や介護老人保健施設、介護老人福祉施設などにおいて原則として身体拘束は禁止された。これに伴い高齢者の人権や尊厳に配慮したケアが求められるようになり、病院や施設では高齢者の身体拘束廃止に向けて、積極的な取り組みが行なわれている⁷⁾。また、看護研究では、これまでの拘束の方法や拘束具の工夫といった拘束することを前提とした研究から、拘束に対する看護職の意識に関する研究や拘束具使用経験に関する実態調査^{8~10)}、身体拘束をしないための看護の工夫¹¹⁾などが報告されるようになり、拘束を廃止する方向の研究が主流になってきた。

身体拘束による高齢者の心理的ストレスに関する報告は日本では見あたらないが、米国では拘束された高齢者は、怒り、拒否、不快、不信感、混乱などの反応を示したことが報告されている^{12,13)}。

一方、香りの脳への作用によるストレスの軽減効果が報告されている^{14~18)}が、拘束される状況はリラックスした

状態ではなくストレスの多い状態と考えられる。そこで、身体拘束廃止の運動の一助にする目的で、高齢男性が拘束された状態を実験的に作り、身体拘束が高齢者に及ぼす心理的ストレスを調査し、併せて芳香剤のストレス軽減効果を検討したので報告する。

II. 方法

1. 対象者と実験方法

対象者は、実験の目的と拘束の部位、所要時間などの実験内容を図と文書で説明を受け、被験者になることを承諾した嗅覚に異常のない健康な60歳以上の男性ボランティア13名である。

実験は1セッションを30分とし、対象者は拘束をされない安静臥床および拘束をされる安静臥床の2セッション(順序は無作為化)を体験した後、芳香下あるいは芳香がない状態で拘束される第3セッションを体験した。

拘束はSEGUFIX(SEGUFIX社製、ハンブルグ)を用いて四肢および腹部を拘束した。芳香には鎮静効果がある¹⁴⁻¹⁸⁾と言われる純度100%のラベンダー精油(生活の木社製)1mlを、200ml、85°Cの湯に滴下し、1分間ラップした後、約5m×4m、高さ2.5m、床は防温クッション材付きフローリング張りの実験室で被験者から約50cmの場所で芳香させた。芳香剤使用後は十分に換気をした。実験中の室温は24°C、湿度は68~75%であった。

2. 調査内容

実験前と各セッション後にPOMS(Profile of Mood States)の質問紙を用いて気分の評価を計4回した。POMSはMcNairらによって開発され、緊張・不安、抑うつ・落ち込み、怒り・敵意、活気、疲労、混乱の6つの気分を同時に測定する尺度であり、被験者が置かれた条件による一時的な気分・感情の状態を測定できるという特徴がある¹⁹⁾。がん患者のQOLや生産業従事者のストレス・疲労などの評価に用いられている^{20,21)}。日本語版POMSは横山ら¹⁹⁾により信頼性、妥当性が検討されており、気分を表わす65項目の短文に「全くそうではない」の0点~「非常にそうだ」の4点までの5段階で回答を選択する形式である。得点数が高いほどその気分・感情が高いことを表わす。各セッション間はPOMSに回答する時間を含めて約10分とした。また、実験終了後に各セッションに対する感想をきいた。

統計処理にはSPSS 11.5 Jを使用し、対応のあるサンプルのt検定を行なった。なお、この研究は大分県立看護科学大学の研究倫理安全委員会の承認を受け、2001年8月に行なった。

表 1 対象者

	平均年齢	SD	年齢範囲	人数
全対象者	64.7	2.5	60~69	13
芳香群	64.3	3.0	60~68	6
非芳香群	65.0	2.2	63~69	7

III. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、60~69歳の男性で平均年齢は64.7(SD 2.5)歳であった(表 1)。13名中8名は会社員や公務員を定年退職して職業はなかったが、個人タクシーの運転手、自営業が各1名、農業をしている者が3名であった。また、定年退職者の中には、自宅で妻の介護をしている者が1名含まれていた。芳香下で拘束を体験した芳香群6名の平均年齢は64.3(SD 3.0)歳、芳香がない状態で拘束を体験した非芳香群7名の平均年齢は65.0(SD 2.2)歳であった。

2. 実験前・安静臥床・拘束における気分・感情

対象者13名の実験前と拘束をされない安静臥床30分後(以下、安静後)、拘束をされた安静臥床30分後(以下、拘束後)の気分を図1に示した。実験前では安静後に比べて、緊張($t_{12}=3.67$, $p<0.01$)、抑うつ($t_{12}=2.49$, $p<0.05$)、怒り($t_{12}=2.70$, $p<0.05$)の得点が高く、活気の得点が低かった($t_{12}=-2.59$, $p<0.05$)。また、拘束後は安静後に比較して、疲労の得点が高く($t_{12}=3.40$, $p<0.01$)、緊張が高い傾向があり($t_{12}=2.15$, $p<0.1$)、活気の得点が低かった($t_{12}=-3.82$, $p<0.01$)。

3. 芳香下あるいは非芳香下で拘束された気分・感情

対象者を芳香群と非芳香群に分け、各6つの気分・感情を図2に示した。両群とも芳香下あるいは非芳香下における拘束後のセッション間に統計的な差は認められなかった。しかし、「抑うつ・落ち込み」の気分は、芳香群では6名中4名が芳香前に比べて得点が低下したのに対し、非芳香群では7名中3名が低下したが過半数には達しなかった。また、芳香群では「抑うつ・落ち込み」の得点が芳香下で上昇したのは1名であったが、非芳香群では芳香なしの後のセッションで2名上昇した。さらに、芳香群の「抑うつ・落ち込み」の平均得点は芳香前に比べて芳香後は3.8点低下したが、非芳香群では後のセッションの得点は前に比べて、わずか0.7点の低下であった。

「怒り・敵意」の気分は、芳香群では3名の得点が芳香前に比べて芳香後に低下し、非芳香群でも3名の得点が前のセッションに比べて低下した。

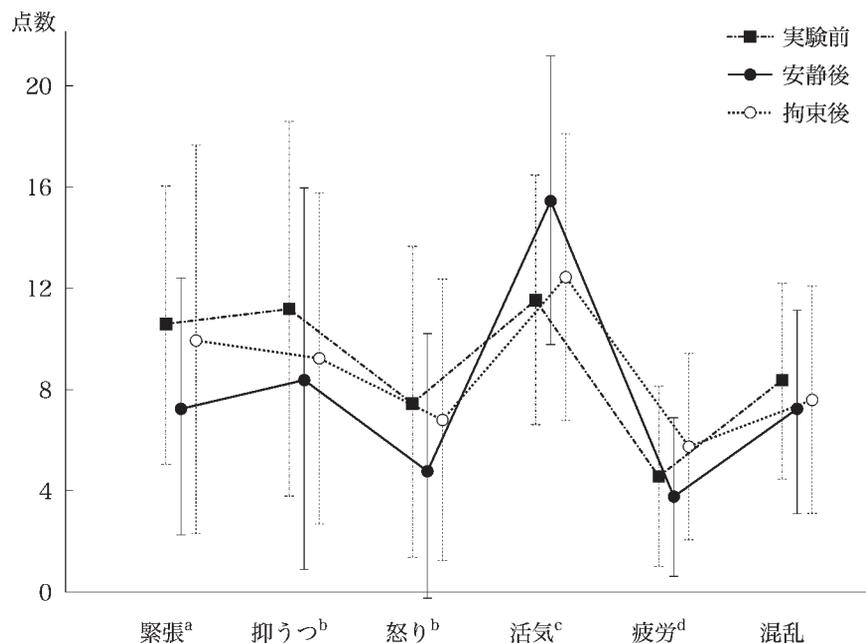


図1 実験前、安静後、拘束後の気分・感情

注) a : 実験前—安静後間の $p < 0.01$, 安静後—拘束後間の $p < 0.1$
 b : 実験前—安静後間の $p < 0.05$
 c : 実験前—安静後間の $p < 0.05$, 安静後—拘束後間の $p < 0.01$
 d : 安静後—拘束後間の $p < 0.01$

表2 各セッションに対する感想

セッション	感想	
安静 30分	なし	
拘束 30分	<ul style="list-style-type: none"> ・楽にしようと思意識的に考えた。 ・不安になった。5分過ぎ頃が一番不安だった。 ・身体が痒いような気がして掻きたくなかった。 ・痒いところに手が届かないな—ともどかしかった。 	
拘束 30分	芳香下	<ul style="list-style-type: none"> ・イライラしないような気がした。 ・干し草の中にいるような気持ちだった。 ・特にどうという感じはない。
	非芳香下	<ul style="list-style-type: none"> ・我慢しなくてはいけない。我慢しようという考えになる。 ・腹部を拘束されると体温が上がるような気がした。

4. 対象者の感想

対象者の実験後の感想を表2に示した。安静のセッションでは感想がなかったが、拘束および非芳香下の拘束では「不安になった」り、意識的に「楽にしよう」、「我慢しよう」と努力したり、どこか身体が「痒いような」、「体温が上がるような」気持ちになった。一方、ラベンダーの芳香下での拘束では、「イライラしないような」、「干し草の中にいるような」気持ちになった対象者がいた。

IV. 考察

病院や施設で拘束の対象になるのは高齢者が多い。この実験は、30分のセッションではあったが、青年ではなく高齢者を対象に行なったところに特徴がある。対象者は研究者のうちの1人と面識はあったが、実験参加のために初めて大学を訪れた。実験前の「緊張・不安」、「抑うつ・落ち込み」、「怒り・敵意」の得点は安静後に比べて高かった。初めての環境は、高いストレスを与えたと考えられた。しかし、ストレスの高い状態にあっても安静をとることによって、ストレスは徐々に軽減し、「活気」が出てくる可能性があると考えられた。

今回の実験は、拘束される高齢者に前もって十分説明し承諾を得て実施した。十分に理解して行なわれた拘束であっても、拘束を行なわない安静に比べれば、「疲労」が増加し、「緊張・不安」が高まり、逆に「活気」は低下してしまうことが示唆された。

高齢者が入院した場合は、自宅と病院との生活環境の違いによるストレスは大きいと考えられる^{22,23}。健康障害によって慣れ親しんだ在宅から病院へ生活環境が一変した高齢者は、緊張し、ストレスが高くなって不穏状態になることも考えられる。そのような場合に身体拘束をされると仮定すると、高齢者は自分が拘束をされることを理解し自発的に受け入れてはいない。そうした状況で身体拘束される

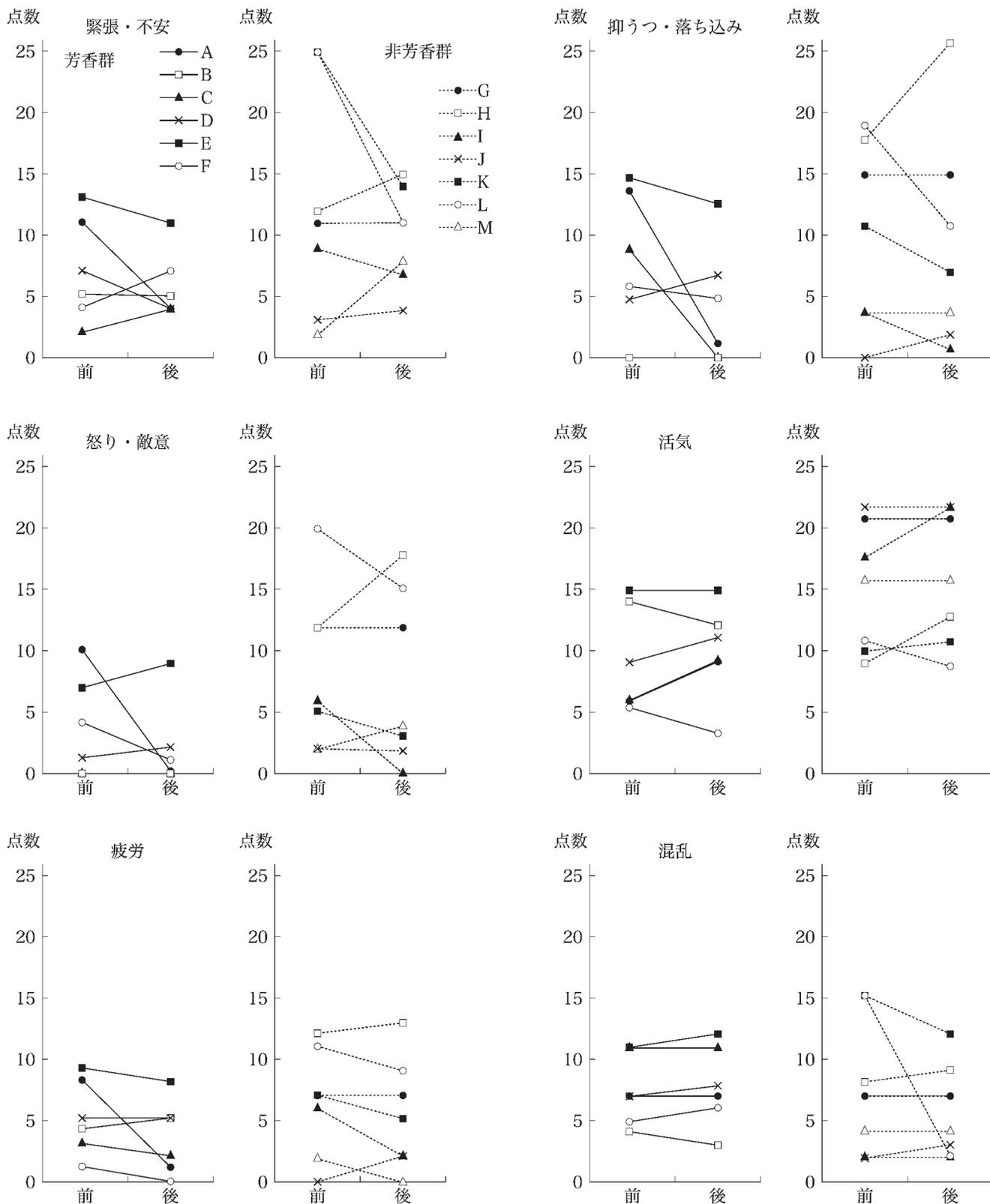


図 2 芳香有無別の拘束後の個人別気分・感情の変化

注) 左側の図: 芳香群, 前; 芳香なし, 後; 芳香あり。

右側の図: 非芳香群, 前後とも芳香なし。

高齢者は「緊張・不安」, 「怒り・敵意」の感情が高まり, 安静にすることが困難な状況になると考えられ, さらに不穏状態が増強すると推測される。また, 「抑うつ・落ち込み」の気分は増強し, 病院という生活環境への適応が遅延すると考えられる。

実際, 臨床の場では高齢者の入院あるいは入所の初期に混乱や不穏の状態を起こすことは多い^{22,23)}が, ケアをしながら観察していると徐々に適応していくことは看護職者の経験するところである²²⁾。今回の実験結果からも時間経過とともに環境に適応して落ち着いていくことが窺える。高齢者の入院, 入所時にはストレスが高くなることを理解し, 緊張や抑うつ気分を軽減し適応を促進する援助が求められる。

一方, 香りは嗅覚を通して脳へ作用し, 鎮静や興奮をもたらす¹⁵⁾と言われており, ラベンダーの香りの鎮静効果については, 生理学的面から報告されている^{14~18)}。また, 手術前の患者にラベンダーを吸入させ手術前の不安に対する軽減効果が報告されている²⁴⁾。しかし, 今回の実験では「緊張・不安」の軽減というより, どちらかと言えば「抑うつ・落ち込み」の軽減に対する効果が推測されたが, 対象者数が少なく個性があり統計的な差は認められなかった。

V. 結 語

身体拘束を受ける高齢者が十分に理解したうえで身体拘束を30分された場合の心理的ストレスは, 身体拘束をされない場合に比較して「疲労」が高く, 「緊張・不安」の増加傾向があり, 「活気」が低かった。また, 実験場所という初めての環境は「緊張・不安」, 「抑うつ・落ち込み」, 「怒り・敵意」のストレスを高め, 「活気」を低下させることが示唆された。

ラベンダーの芳香は, 「抑うつ・落ち込み」の気分緩和の効果が推測されたが, さらなる検討が必要と考える。

■文 献

- 1) Evans, L. K., & Strumpf, N. E. : Tying down the elderly ; A review of the literature on physical restraint, J Am Geriatrics Society, 37(1), 65-74, 1989.
- 2) Kramer J. D. : Reducing restraint use in a nursing home, Clin Nurse Spec, 8(3), 158-162, 1994.
- 3) Janelli, L. M., Kanski, G. W., Jones, H. M., & Kennedy, M. C. : Exploring music intervention with restrained patients, Nurs Forum, 30(4), 12-18, 1995.
- 4) Stolley, J. M. (武山満智子 訳) : 患者を抑制から解放するには, 看護, 51(14), 92-98, 1999.
- 5) Eigsti, D. G., & Vrooman, N. (輪湖史子 訳) : ナーシングホームにおける抑制廃止その実施の可能性, 看護, 51(14), 107-109, 1999.
- 6) 日本看護協会 : 身体拘束禁止規定をめぐる動き, 身体拘束廃止取り組み事例集 ; 私たちのゼロ作戦, 48, 2003.
- 7) 日本看護協会 : 全国ですすむ身体拘束廃止への取り組み, 身体拘束廃止取り組み事例集 ; 私たちのゼロ作戦, 1-46, 2003.
- 8) 新居富士美, リボウィッツよし子 : 抑制に対する看護職の認識, 日本看護研究学会雑誌, 24(5), 33-44, 2001.
- 9) 中馬妙子, 高崎絹子, 千葉由美 : 外科病棟における身体抑制に関する研究 ; 看護職の意識を中心として, 病院管理, 40(4), 279-288, 2003.
- 10) 山本美輪 : 高齢者を身体的抑制することに対する看護者のジレンマ ; 量的データと自由記載データからの探索, 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要, 9, 19-26, 2003.
- 11) 杉山令子, 寺島常子, 佐藤敏枝, 佐藤美佐子, 万場弘美, 風間昭範 : 拘束廃止に取り組んで, 地域医療, 41(3), 340-342, 2004.
- 12) Strumpf, N. E., & Evans, L. K. : Physical restraint of the hospitalized elderly ; Perceptions of patients and nurses, Nursing Research, 37(3), 132-137, 1988.
- 13) Sullivan-Marx, E. M. : Psychological responses to physical restraint use in older adults, J Psychosoc Nurs Ment Health Serv., 33(6), 20-25, 1995.
- 14) 今井理子, 木村真人, 鈴木博子, 森隆夫 : ストレス負荷に対する香りの精神生理学的効果 ; 脳波と事象関連電位を用いた検討, 催眠と科学, 12(1), 26-34, 1997.
- 15) 吉田倫幸 : 香りの脳への作用とリラクセーション, Aromatopia, 13(1), 142-145, 1994.
- 16) 中山仁寿, 外池光雄, 伊藤正敏, 福山秀直, 池見西次郎 : ポジトロンCTと脳波からみた「香りの効果」, FRAGRANCE JOURNAL, 10, 73-79, 1992.
- 17) 福田秀樹, 鳥居鎮夫, 金本秀之, 多喜乃亮介, 宮内哲, 浜渦良男 : 香料の随伴性陰性変動(CNV)に及ぼす影響, 第19回味と匂のシンポジウム論文集, 65-68, 1985.
- 18) 緒方茂樹, 西村耕也, 印藤元一, 川崎通昭, 鳥居鎮夫 : 香料の随伴性陰性変動(CNV)に及ぼす影響 ; 第2報, 第20回味と匂のシンポジウム論文集, 149-152, 1986.
- 19) 横山和仁, 荒記俊一 : 日本版POMS手引, 金子書房, 1994.
- 20) 横山和仁, 下光輝一, 野村忍 : 診断・指導に活かすPOMS事例集, 金子書房, 2002.
- 21) Thomas, S. P., Groer, M., Davis, M., Droppleman, P., Mazingo, J., Pierce, M. : Anger and cancer : An analysis of the linkages, Cancer Nursing, 23(5), 344-349, 2000.
- 22) 渡部良子 : 看護場面におけるレミニッセンス技法の有効性 ; 不穏の高齢者への介入を通して, 第33回日本看護学会論文集老年看護, 58-60, 2003.
- 23) 寺下千代美, 下村千草, 小神浩子, 他 : 環境変化による高齢者の不穏の検討 ; 入院前の生活環境, 習慣を考慮したかわり, 第32回日本看護学会論文集老人看護, 143-145, 2002.
- 24) 岡里美, 植田百合子, 芹沢直美, 檜山ひろみ, 米沢優子 : 術前不安に対するアロマセラピーを用いた術前療法の効果, 静岡県立総合病院医誌, 13(1), 15-18, 1998.

【要旨】 身体拘束廃止の運動の一助にする目的で、健康な高齢男性(60～69歳)のボランティア13名を対象に、30分間を1セッションとして身体拘束をした状態と身体拘束をしない状態で安静臥床をランダムに実施する実験をした。その後、第3セッションとして6名はラベンダー精油による芳香下で、7名は芳香なしで身体拘束をした。実験前と各セッション後にPOMS(Profile of Mood States)を用いて気分・感情を評価した。その結果、①身体拘束を受ける高齢者が十分に理解したうえで身体拘束を30分された場合の心理的ストレスは、身体拘束をされない場合に比較して「疲労」が高く($p<0.01$)、「緊張・不安」の増加傾向があり($p<0.1$)、「活気」が低下した($p<0.01$)。また、②実験場所という初めての環境に来た時には、身体拘束をしない安静後に比べて「緊張・不安」、「抑うつ・落ち込み」、「怒り・敵意」のストレスが高く(順に $p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.05$)、「活気」が低い($p<0.05$)ことが示唆された。③ラベンダーの芳香は、「抑うつ・落ち込み」の気分緩和の効果が推察されたが、さらなる検討が必要と考えられた。

小児看護学実習における“子どもの安全をまもる”教育 「転倒・転落の事故防止」の教材開発と学習効果

仁尾かおり¹ 駒松仁子¹ 柏木公一²

1 国立看護大学校成育看護学(小児看護学)；〒204-8575 東京都清瀬市梅園1-2-1 2 国立看護大学校人間科学
niok@adm.ncn.ac.jp

The Education to Keep Child's Safety in Pediatric Nursing Practicum ; The Development and Learning Efficacy of Teaching Materials for a Lecture on 'Accident Prevention of Falling Down'

Kaori Nio* Hitoko Komamatsu Kimikazu Kashiwagi

*National College of Nursing, Japan ; 1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Abstract】 In recent years, the investigation and research on medical errors has been made from various viewpoints, and the systematic risk management for medical accident prevention has become widespread. According to the research on medical risk management systems, slip and fall accidents accounts for 15.7% of all medical accidents. The causes why babies falls from beds can be classified into a) not putting up the bed fence properly, and b) climbing out, and in most cases their mothers and nurses are responsible. Because most students have less opportunity to interact with children, they lack the awareness to prevent slip and fall accidents of children in hospitals. In basic nursing education, it is important for students to acquire skills to prevent medical accidents and errors, and we have to instruct them before pediatric nursing practicum. To educate students, we collaborated with a training institution and made educational video which helps students to realize the problems in pediatric nursing practicum. We used this video on the first day of our pediatric nursing practicum, and had the students practice of bed operation using the same bed as in the pediatric nursing practicum institution. Consequently, it was easy for students to imagine how the motion of child may lead to accidents. It seems that it is useful for students to experience practical bed operation using the same bed. Since the video emphasized the basic points of “paying attention to a child when pulling down a bed fence”, and “putting up a bed fence properly when separating from a bed”, students were always concerned about them in the pediatric nursing practicum. Since the difference of the developmental stage of patient or bed type did not affect learning, the knowledge and skills to prevent slip and fall accidents are useful for all developmental stages.

【Keywords】 小児看護学実習 pediatric nursing practicum, 転倒・転落 falling down, 事故防止 accident prevention, 子どもの安全 child's safety, ビデオ学習 video learning

1. はじめに

近年、医療過誤に関する調査や研究がさまざまな角度からなされており、医療事故防止のための組織的リスクマネジメントの構築が進められている。

平成11年度厚生科学研究費補助金による「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」によると、「転倒・転落」は、事故の15.7%を占め、「注射(点滴・IVHを含む)」に続いて多い。そのなかでの乳幼児のベッドからの転落発生要因は、ベッド柵の上げ忘れによる転落、ベッド柵へのよじ登りによる転落に分類され、母親を含めた看護者の介入がからむ転倒・転落が多いのが特徴である^{1,2)}。

学生は、日常生活で子どもに関わる機会がほとんどない

ため、入院中の小児の転倒・転落等の危険防止に関する意識が希薄である。特に小児を対象とする場合、年齢特性を熟慮し、瞬時に発生する危険を予測判断して回避行動を起こすことは、経験の浅い学生にとっては難しい課題である³⁾。したがって、臨地実習に向けては危険防止に関する学習を十分に行なう必要がある。

看護基礎教育をはじめ、医療系の基礎教育においては、イメージ化や疑似体験、看護モデルの提示という面でビデオ学習の効果が報告されている⁴⁻⁶⁾。実際の場面を見ることができない事故についての教育には、ビデオ教材が不可欠であるが、「転倒・転落」の事故防止に関するビデオ教材はない。そこで、私たちは、実習施設と共同でビデオ教材を作成し、小児看護学実習初日にビデオ学習とベッド操作の演習を取り入れた安全教育を実施したので報告する。

II. 研究目的

「転倒・転落の事故防止」のビデオ教材を開発し、小児看護学実習初日にビデオ学習およびベッド操作の演習を取り入れた安全教育の効果を明らかにする。

III. 研究方法

1. ビデオ教材開発のプロセス

1) 教材内容の検討

ビデオは、実習施設と共同で作成した。ビデオの内容は、小児看護学および基礎看護学、リスクマネジメント等の関連文献を用い、看護系大学小児看護学担当の教官、実習施設のリスクマネージャー、実習指導者、看護師との検討を重ねて決定した。ビデオのシナリオは資料に示す。

2) ビデオの内容

(1) ベッドの仕組

- ① ベッドには大・中・小の3種類がある。
- ② ベッド柵にはレバーがついている。
- ③ ベッド柵はレバーを引きながら動かす。
- ④ 幼児用のベッド柵は3段階で止まる。
- ⑤ 幼児用のベッド柵はマットから15cmの高さで止まる。
- ⑥ ベッドの車輪部にはストッパーがついている。
- ⑦ ベッドの頭や足もとの角度調整は角度調整用ハンドルで行う。

(2) 転倒・転落の事故が起こりうる危険な場面

- ⑧ 子どもが母親などを追ってベッドの端まで来る。
- ⑨ ベッド柵が斜めになって片方のレバーがはまっていない。
- ⑩ 子どもが散らかったベッドの中のテーブルに登って遊ぶ。
- ⑪ ベッドの中の布団やおもちゃが踏み台になる。

(3) ベッド内の注意点

- ⑫ ベッド柵は最上段まで上げる。
- ⑬ ベッドから離れる時はベッド柵を必ず上げる。
- ⑭ ベッド柵を下ろす時は子どもから目を離さない。
- ⑮ 危険防止のためにカーテンは開ける。

(4) ベッド外の注意点

- ⑯ 子どもを椅子やベビーカーに1人で座らせたままその場を離れない。
- ⑰ 検査や手術前の薬の服用後、ベッド上で立つことや歩行はさせない。

2. 小児看護学実習初日の事前学習の展開

1) 学習者と授業者

小児看護学実習を履修する看護系大学3年生92名。1回の事前学習は、18～20名のグループごとに実施した。ビデオ学習は、小児看護学実習担当教官1名、演習は同教官・教員の4名で実施した。

2) 事前学習の概要

小児看護学実習初日(2日目より臨地実習が開始される。以下、実習初日と表記)に、「転倒・転落の事故防止」のビデオをスクリーンに映写していっせいに視聴した。ビデオによる学習の後、母性・小児看護実習室において、実習施設と同じベッドを使用してベッド操作の演習を実施した。ビデオの視聴時間は7分30秒、演習時間は約20分であった。

演習は、ビデオの中の「ベッドの仕組」の項目に沿って行なった。乳児用ベッド2台、幼児用ベッド2台、学童用ベッド3台を使用し、各学生が3種類のベッド全てについて、次の手順で演習を実施した。

- ① 「ベッドには大・中・小の3種類がある」ことを目視で確認する。
- ② 「ベッド柵にはレバーがついている」ことを目視で確認する。
- ③ 「ベッド柵はレバーを引きながら動かす」ことを実際に行なう。
- ④ 「幼児用のベッド柵は3段階で止まる」ことを実践して確認する。
- ⑤ 「幼児用のベッド柵はマットから15cmの高さで止まる」ことを実践して確認する。
- ⑥ 「ベッドの車輪部にはストッパーがついている」ことを目視で確認し、実際に操作する。
- ⑦ 「ベッドの頭や足もとの角度調整は角度調整用ハンドルで行なう」ことを実際に行なう。

3. データ収集方法

a. 調査期間

2003年11月～2004年3月。

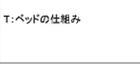
b. 調査対象

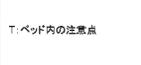
実習初日の調査は、事前学習を行なった92名。実習最終日の調査は、小児看護学実習を履修した91名。

c. 調査方法

「転倒・転落の事故防止」のビデオ学習、および実習施設と同じベッドを用いてベッド操作の演習を実施した直後、および小児看護学実習最終日(以下実習最終日と表記)に質問紙を教官が学生に配付し、各自で記入後、教室に設置した回収箱で回収した。

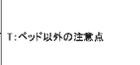
資料 「転倒・転落の事故防止」ビデオのシナリオ

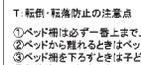
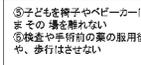
時間	項目	映像イメージ/シナリオ	コメント
1	はじめに	 T:小児看護領域におけるフェールセーフ技術 —転倒・転落の事故防止—	子どもは日々成長発達の一環として、自分で危険を察知できずやむを得ず判断が先方にできず、ここでフェールセーフ (Fail-safe) はヒューマンエラーが子どもに直接、危害を及ぼすことなく、安全を確保できる仕組みが求められます。
2	ベッドの仕組み	 T:ベッドの仕組み	平成11年厚生省医事院の報告書「高齢者リハビリテーション施設に関する調査」によると、ヒヤッパット事例11148事例のうち「転倒転落」は1548事例、15.7%に及んでいます。なかでも、事故は年間の割合で増加傾向のベッドから転落事故を顕著として、ベッドの上げ忘れによる転落とベッドの上げ忘れによる転落の発生が最も多く発生を認めた。また、国立成育医療センターでは事故の発生から転落、転倒の防止を認めています。
3		 T:大(学業用)/中(幼児用)/小(乳児用)	子どもが安全な入院生活を送るためには家族の即会中も看護期間が安全な注意を払い、安全な環境を整えることが、家庭・学校生活などの危険な転落を防ぐことができます。
4		 T:大(学業用)/中(幼児用)/小(乳児用)	ベッドには、子どもに合わせて大・中・小の3種類があります。

時間	項目	映像イメージ/シナリオ	コメント
5	ベッドの仕組み	 T: 欄は三段階で閉定	幼児用のベッド欄は、三段階で閉定します。この一番高い高さでもマットから15センチの高さで止まります。
6		 T: ストッパー	ベッドの車輪には、ストッパーがついており、移動時には、必ずロックしましょう。
7		 T: 角度調整用ハンドル	ベッドの頭元は元の角度調整は、このハンドルで行います。
8	ベッド内の注意点	 T: ベッド内の注意点	それでは実際に、起こりうる危険な場面を見ていきましょう。

時間	項目	映像イメージ/シナリオ	コメント
9	ベッド内の注意点	 T: ベッドを揺れる際、転落防止のために、まず第一にベッド欄を上げる	音声がベッド欄を一番下に下げたまま、床欄台の整理をしています。子どもが転落を避けてベッドの端まで来ました。あっ！危ない！
10		 T: ベッドを揺れる際、転落防止のために、まず第一にベッド欄を上げる	ベッド欄が斜めになって片方のレバーがしまりまわっていません。子どもが転につかまりました。あっ！危ない！
11		 T: ベッドを揺れる際、転落防止のために、まず第一にベッド欄を上げる	ベッドの用子が散らかっています。テーブルも動きまわっています。子どもが、テーブルの端でつまみかきました。あっ！危ない！
12	ベッド内の注意点	 T: ベッドを揺れる際、転落防止のために、まず第一にベッド欄を上げる	ベッドの中の物、例えば布団やおもちゃなども、踏み台や飛びこえる事も危険です。ベッドを揺れる際の優先順位をよく覚えてください。転落防止のために、まず第一にベッド欄を上げましょう。

時間	項目	映像イメージ/シナリオ	コメント
13	ベッド内の注意点	 T: ベッドを揺れる際、転落防止のために、まず第一にベッド欄を上げる	入浴したときは動き回れないと思っても、回復するにつれて、元気に走り回り、思わぬ行動をとることがあります。その結果、転倒・転落によりけがをしたり、骨折をする場合もあります。
14		 T: ベッドを揺れる際、転落防止のために、まず第一にベッド欄を上げる	子どもの転倒・転落を防ぐためにも次のことに注意しましょう。
15		 T: ベッド欄は必ず一番上まで上げる	ベッド欄は、必ず一番上まで上げましょう。欄を上げなかったり、途中までか上げない。子どもが倒れ込んだり、つかまり立ちをした時に転落してけがをすることがあります。子どもにとって、病院のベッドは大人が抱えているよりずっと重いものです。
16		 T: ベッドから転れるときはベッド欄を必ず上げる。T: ベッドから転れるときはカーテンを開ける	ベッドを揺れたり、荷物を整理するためにしゃべりながら、子どもは必ず上げるように注意しましょう。子どもは一人、目を離した瞬間にも転落する場合があります。カーテンを開けたままにしておくことは、子どもの様子や病状の確認ができないので、大変危険です。ベッドから転れるときは、必ずカーテンを開けるように注意しましょう。

時間	項目	映像イメージ/シナリオ	コメント
17		 T: ベッド欄を下ろさず子どもから目を離さない	ベッド欄を下ろすときは、子どもを揺らして、正面に子どもから目を離さずに操作しましょう。
18	ベッド以外の注意点	 T: ベッド以外の注意点	ベッド以外にも、ちょっとした油断が危険を招きます。
19		 T: 子どもを一人で置かせたまま その場を離れない	家族用の椅子や食卓椅子は危険です。子どもを一人で置かせたまま、手を離れに行くと危険な行為は避けましょう。子どもは家族や看護士をいかに離れさせない。また、子どもをベビーカーやスイングベッドなどに置かせたまま、その場を離れることは絶対避けましょう。
20		 T: 換気や手洗いの後の服用後ベッド上で立つことや、歩行はさせない	換気や手洗いの後の服用後には、ふらつきたり、頭暈がしたことがある場合があります。服用後はベッドで立ち上がり、歩行はさせないように注意しましょう。

時間	項目	映像イメージ/シナリオ	コメント
21	終わりに	 T: 転倒・転落防止の注意点	子どもは転倒・転落を繰り返しています。昨日までできなかったことも、次の日にはできるようになります。特に、見守る場合は自分自身で、身の安全を守ることで済ませず、周囲の大人が常に注意を向け、事故を未然に防ぎましょう。
		 T: 転倒・転落防止の注意点	①ベッド欄は必ず一番上まで上げる ②ベッドから転れるときはベッド欄を必ず上げる ③ベッド欄を下ろすときは子どもから目を離さないようにしなさい。 ④危険防止のためにカーテンは開ける
		 T: 子どもを椅子やベビーカーに一人で置かせたまま その場を離れない	⑤子どもを椅子やベビーカーに一人で置かせたままその場を離れないように注意しましょう。 ⑥換気や手洗いの後の服用後ベッド上で立つことや、歩行はさせないように注意しましょう。

d. 調査内容

1) 小児看護学実習初日

(1) ビデオ学習・演習の学習方法

- ①学習の時期(適切, 遅い, 早い) ②所要時間(適切, 長い, 短い) ③難易度(適切, 難しすぎる, 簡単すぎる)
- ④進行(適切, 早すぎる, 遅すぎる) ⑤ビデオの画面, 文字, 色(見やすい, 見にくい, どちらでもない), について回答を求めた。

(2) ビデオおよび演習の内容のわかりやすさ

ビデオ 17 項目(ベッドの仕組 7 項目, 起こりうる危険な場面 4 項目, ベッド内の注意点 4 項目, ベッド以外の注意

点 2 項目), 演習 7 項目(ベッドの仕組 7 項目)について, 5 (とてもわかりやすかった)~1 (とてもわかりにくかった) の 5 段階での回答を求めた。

(3) ビデオ学習・演習を行なって良かったこと

ビデオについては 12 項目, 演習については 9 項目の中から選択し, 複数回答可により回答を求めた。

(4) ビデオ学習・演習を通して学んだことを自由記載で回答を求めた。

2) 小児看護学実習最終日

(1) ビデオ学習・演習の内容で実習中に役に立った項目と程度

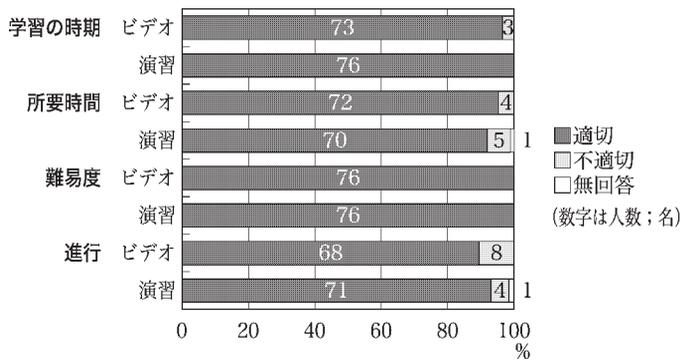


図1 学習方法

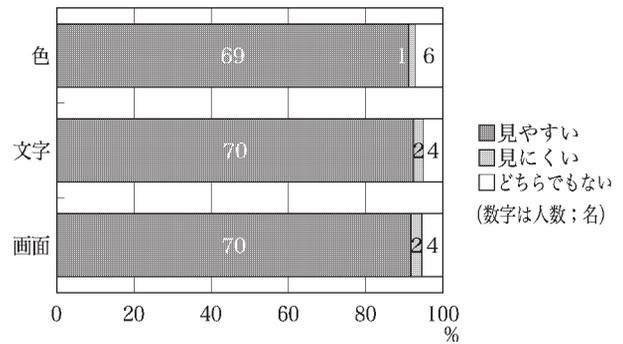


図2 ビデオの画面について

ビデオの内容17項目、演習の内容7項目(上記1)-(2)と同じ)について、実習で該当した項目についてのみ、5(大変役に立った)~1(全く役に立たなかった)の5段階で回答を求めた。

(2) 受持患児の発達段階(受け持った患児全員について)

(3) 受持患児が使用していたベッドの種類(受け持った患児全員について)

(4) ビデオ学習・演習が実習中に役に立った具体的な場面を自由記載で回答を求めた。

4. データ分析方法

SPSS Ver.12を用い、有意水準は5%未満とした。自由記載の回答については、ある1つの考えごとに文脈に分け、同じ内容を意味するものを分類した。

5. 倫理的配慮

実習初日、実習最終日、それぞれの調査時に、研究の趣旨・目的、データは学会や学術雑誌での発表以外には使用しないこと、その際匿名性は守られ個人への不利益が生じないことを文書および口頭で説明し、無記名で調査した。

IV. 結果

有効回答数、実習初日調査76名(回収率81.0%)、実習最終日調査79名(回収率84.0%)。

1. ビデオ学習・演習の学習方法

a. ビデオ学習

適切と回答した者が、学習の時期73名(96.1%)、所要時間72名(94.7%)、難易度76名(100.0%)、進行68名(89.5%)であった(図1)。ビデオの画面については、見やすいと回答した者が、色69名(90.8%)、文字70名(92.1%)、画面70名(92.1%)であった(図2)。

b. 演習

適切と回答した者が、学習の時期76名(100.0%)、所要

時間70名(92.1%)、難易度76名(100%)、進行71名(93.4%)であった。

2. ビデオおよび演習の内容のわかりやすさ(図3)

a. ビデオ学習

回答の多かった項目は、「起こりうる事故のイメージがわいた」69名(90.8%)、「小児用ベッドには種類があることがわかった」39名(51.3%)、「子どもの動きがわかった」37名(48.7%)であった(図3)。

b. 演習

回答の多かった項目は、「実習初日にベッド操作が体験できた」63名(82.9%)、「実際のベッドを見ることができた」60名(78.9%)、「ベッドの操作方法がわかった」56名(73.7%)、「ビデオの内容が深まった」47名(61.8%)であった。なお、「自信がついた」は7名(9.2%)であった(図3)。

3. ビデオ学習・演習を実施して良かったこと

a. ビデオ学習

回答の多かった項目は、「起こりうる事故のイメージがわいた」69名(90.8%)、「小児用ベッドには種類があることがわかった」39名(51.3%)、「子どもの動きがわかった」37名(48.7%)であり、回答の少なかった項目は、「演習ではわからないことがわかった」「子どもの生活がわかった」であった(図4)。

b. 演習

回答の多かった項目は、「実習初日にベッド操作が体験できた」63名(82.9%)、「実際のベッドを見ることができた」60名(78.9%)、「ベッドの操作方法がわかった」56名(73.7%)であり、回答の少なかった項目は、「自信がついた」7名(1.3%)、「ビデオだけではわからないことがわかった」8名(10.5%)であった(図5)。

4. ビデオ学習・演習を通して学んだこと

自由記述の内容は、「子どもの動き」「安全に対する子ど

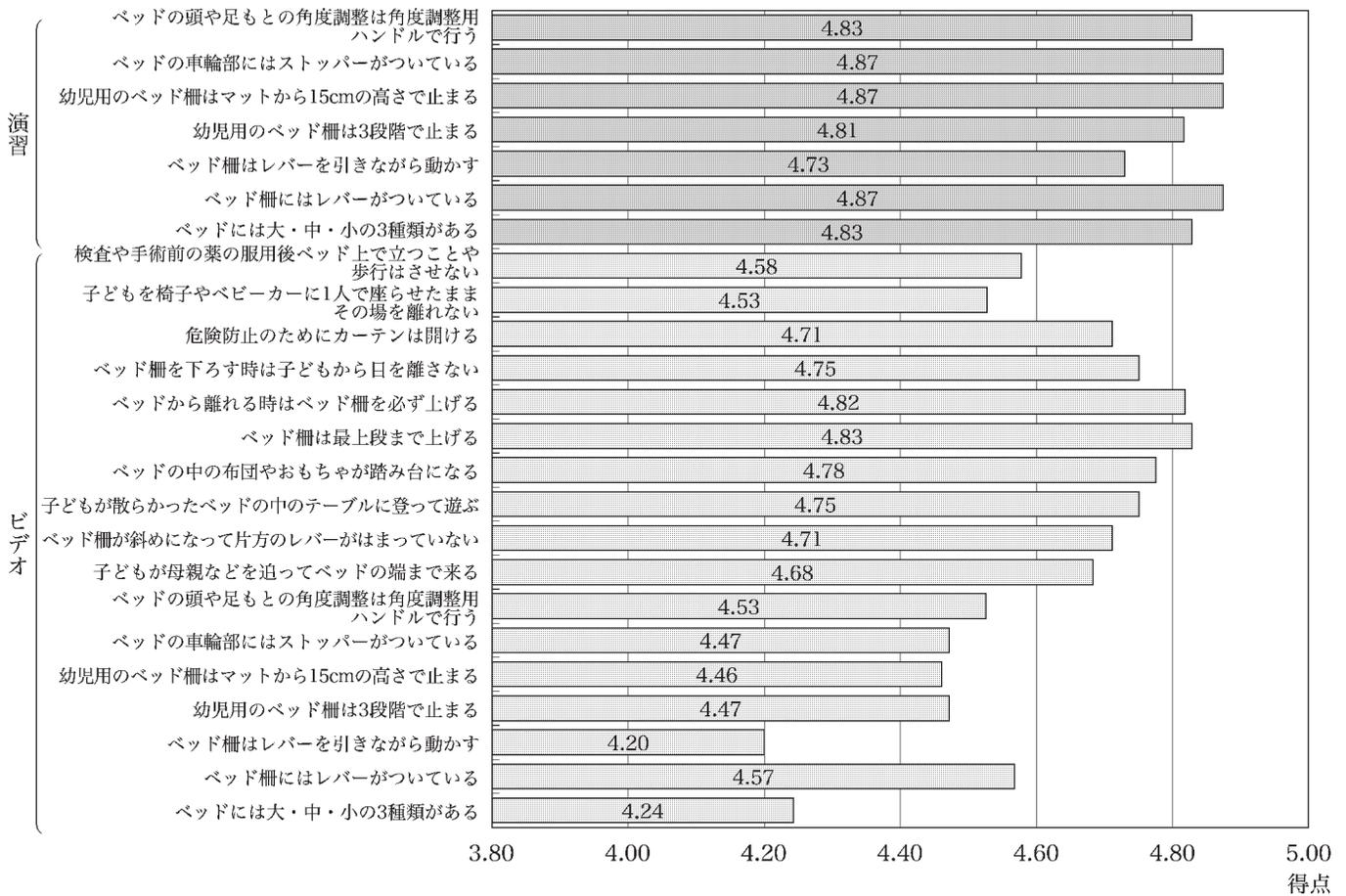


図3 ビデオ学習および演習内容のわかりやすさ

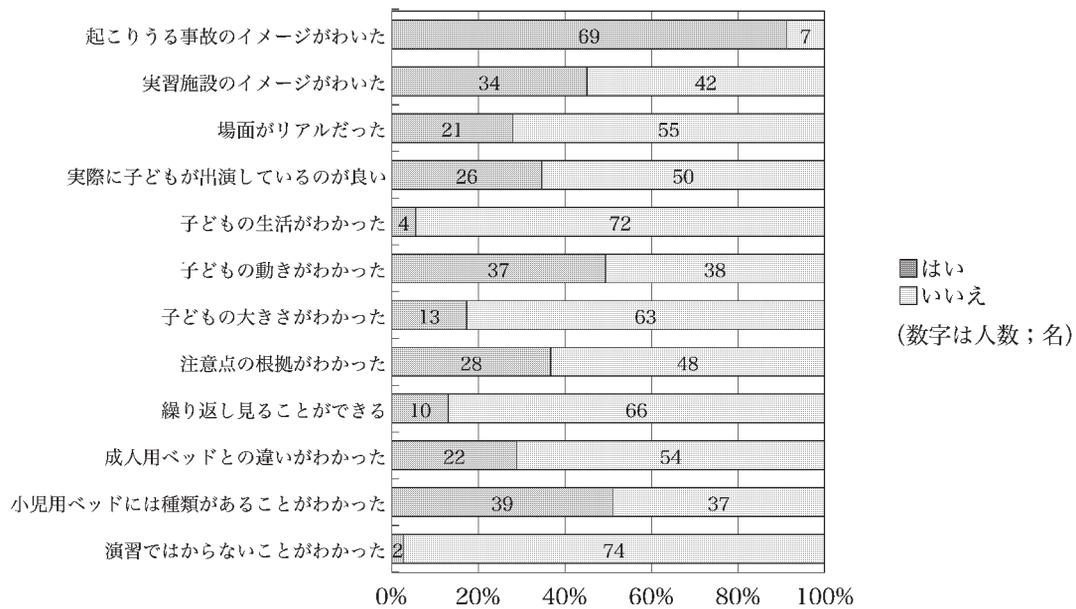


図4 ビデオ学習を実施して良かったこと

もの認識] [転倒・転落を防ぐ方法] [ベッドの取り扱い] [事故防止の重要性]の5つに分類された(表1)。

5. ビデオ学習・演習の内容で実習中に役に立った項目と程度(図6)

a. ビデオ学習

平均得点は、「ビデオ学習全項目」4.59(SD 0.42),

表 1 ビデオ学習・演習を通して学んだこと

内容	記述例
子どもの動き	子どもは好奇心が強いので大人では予想できないような行動を起こす。
	子どもの行動は予測できない。
	小児では大人が予想しないような行動をすることがある。
	演習だけでは動かない人形相手なので転倒・転落の意識が薄れがちになるが、ビデオで子どもの動きを見られたことが良かった。
	子どもが実際に危険な場面に会うこと。
	子どもは予測不可能な動きをする。
	子どもは予想しきれない動きをしたり、大丈夫と書いていても大きな危険につながる。
	子どもは興味や好奇心が強く行動に出てしまう。
子どもはじっとしていない。	
安全に対する子どもの認識	子どもは成人と違い自分の身を守ることが難しい。
	子どもは大人と違い自分で危険かどうかを判断できない。
	子どもは自分の行為が危険につながるということがわからない。
	子どもは大人と違って自分では管理できない部分が多い。
転倒・転落を防ぐ方法	ベッド周囲の環境を整えることが大切。
	事前に服用している薬がわかればふらつき等から生じる転倒を防ぐ計画が立案できる。
	子どもから目を離す時には必ずベッド柵が上がっているかに注意する。
	危険防止のためにカーテンを開けるとするのは新たに気づくことができた。
ベッドの取り扱い	操作方法がわかった。
	ベッドの上げ下げは、演習のなかで何度も繰り返し教えてもらったので理解が深まった。
	安全を保つためのベッドの工夫とその操作方法を体験でき、実習のイメージがわいた。
	演習でベッドのレバー操作を実際に行えて、ビデオで見ていた以上に難しいことがわかった。
	まずビデオを見てその後実際に体験することができたのが良かった。
	事前に操作を練習しておくことで実習でも戸惑わないでできる。
	実際に使っているベッドで演習できたので実習に行く時に役立つ。
事故防止の重要性	昨日までは転倒・転落について全く考えていなかったが、気をつけなければという気になった。
	実習前に安全・安楽で気をつけなければいけないことが実感できた。
	とにかく子どもの安全を守ることが第一であるということがわかった。

「ベッドの仕組」4.52(SD 0.83), 「起こりうる危険な場面」4.55(SD 0.60), 「ベッド内の注意点」4.77(SD 0.36), 「ベッド以外の注意点」4.43(SD 0.81)であり、最も得点の高かった項目は「ベッド柵を下ろす時は子どもから目を離さない」4.87(SD 0.38), 「ベッドから離れる時はベッド柵を必ず上げる」4.87(SD 0.38)であった(図6)。

b. 演習

演習全項目の平均得点は4.63(SD 0.58)であった。得点の高かった項目は、「ベッド柵はレバーを引きながら動かす」4.82(SD 0.46), 「ベッド柵にはレバーがついている」4.77(SD 0.50)であった(図6)。

6. 受持患児の発達段階

乳児期 20名(25.3%), 幼児前期 32名(40.5%), 幼児後期 20名(25.3%), 学童期 7名(8.9%)であった(図7)。

7. 受持患児が使用していたベッドの種類

乳児用ベッド 16名(20.3%), 幼児用ベッド 50名(63.3%), 学童用ベッド 9名(11.4%), 成人用ベッド 3名(3.8%)であった(図8)。

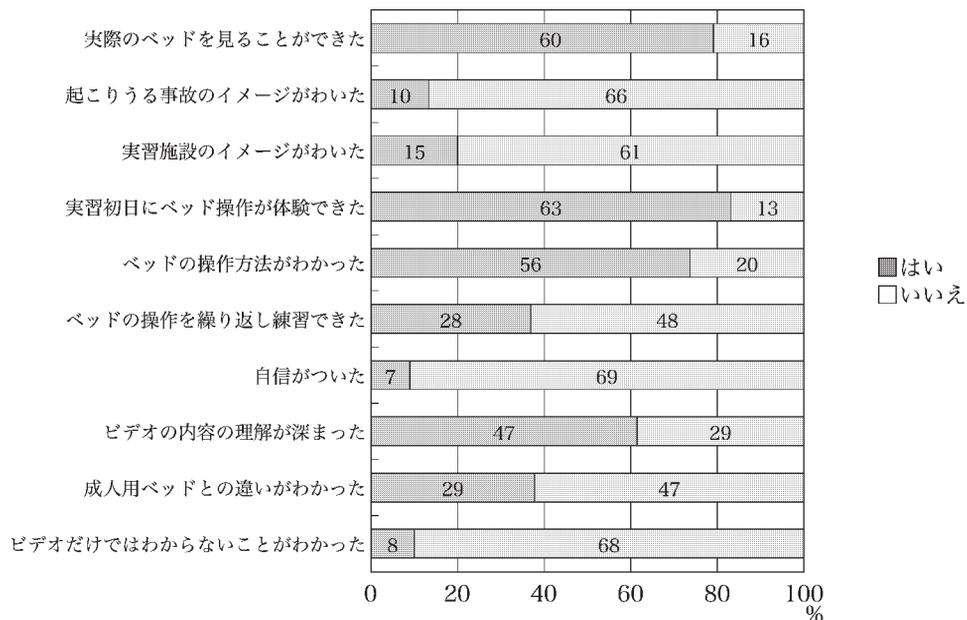


図 5 演習を実施して良かったこと

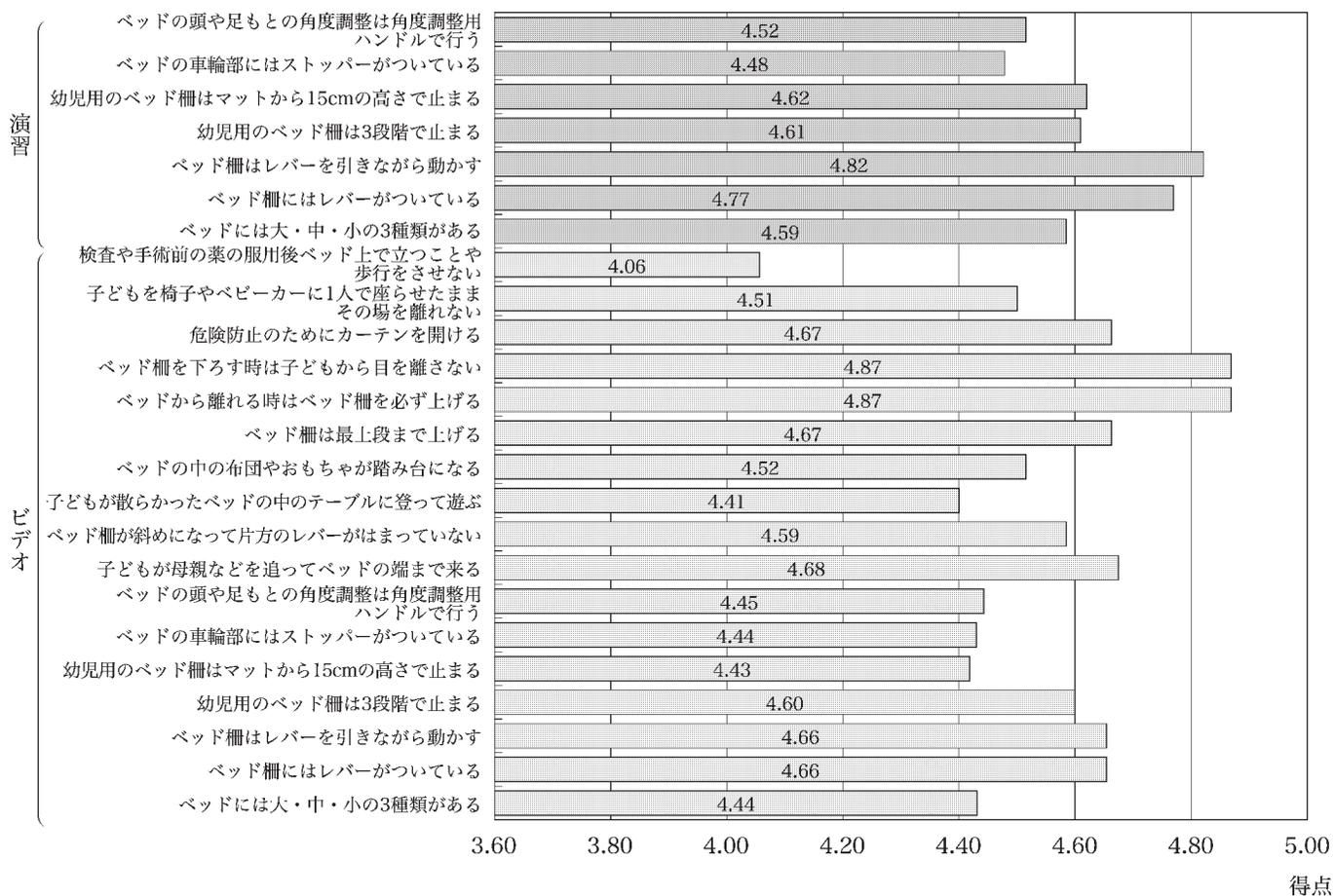


図 6 実習で役に立った項目

8. 受持患児の発達段階、ベッドの種類と役に立った項目との関連

受持患児の発達段階、ベッドの種類と役に立った項目の一元配置分散分析の結果、有意差は認めなかった。

9. ビデオ学習・演習が実習中に役に立った具体的な場面

自由記述の内容は、[ベッド操作が自信をもってできた] [常に転倒・転落を意識して行動できた] [日常生活の援助

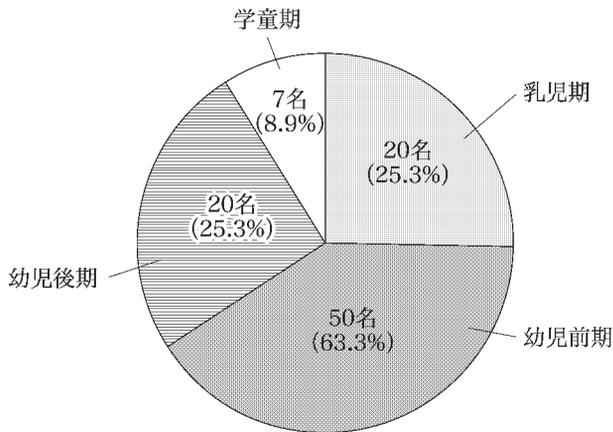


図 7 受持患児の発達段階

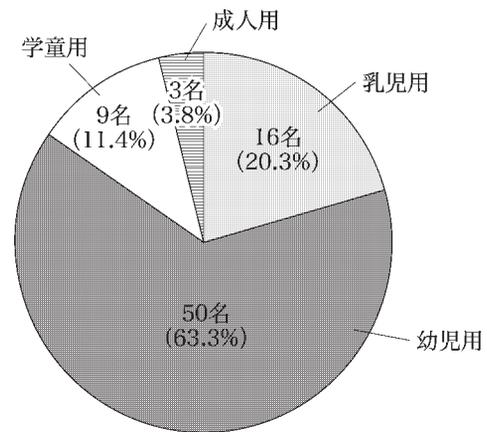


図 8 受持患児の使用ベッド

表 2 実習中に役に立った具体的な場面

内容	記述例
ベッド操作が自信を持ってできた	実習に入ってもベッド柵の上げ下ろしがスムーズにできた。
	ベッドの操作方法についてはよくわかった。
	ベッド柵を必ず上げていることなど、方法がわかっているので自信が持てた。
常に転倒・転落を意識して行動できた	子どものそばを離れる時はベッド柵を必ず上げるという注意点は必ず守らなければと思っていた。
	とにかくベッド柵は最上段まで上げることが頭から離れなかった。
	子どもが足をベッド柵の下に置く癖があったので、柵を下ろす時は足や手から目を離さないようにした。
日常生活の援助場面で役に立った	物を取る時は、ビデオを思い出して、柵を上げて子どもを見たま安全な事を確認して行なった。
	シーツ交換の時。
	ベッドのストッパーの位置がわかったので移動の際に役に立った。
ビデオと同じ場面で適切に対応できた	洗髪車を使うためにベッドを移動し高さを上げた時、ベッド柵で安全を確保した。
	ベッド柵を下げる時、目を離さない。
	ベッド上にテーブルや布団、タオルが折り重なっていたので移動した。
	ベッド柵が斜めになって片方のレバーがはまっていない状態を見つけて直すことができた。
	ベッド柵を最上段に上げたり、ベッド内を片づけたり、カーテンを開けることができた。

場面で役に立った] [ビデオと同じ場面で適切に対応できた]の4つに分類された(表2)。

V. 考 察

1. 「転倒・転落の事故防止」のビデオ教材の有用性とビデオ学習による学習効果

[起こりうる事故のイメージがわいた]という回答が90.1%あり、日常的に小児に関わる機会がほとんどない学生にとって、子どもが危険な場面に直面する映像をビデオで見ることにより、予測がつかなかった子どもの動きとそのため起こりうる事故がイメージしやすかったと考え

る。これは、[起こりうる事故のイメージがわいた]という回答が演習では13.2%しかなく、起こりうる事故をイメージ化するためのビデオ学習の有用性が評価できる。事故に関する学習では、実際の場面を見て教授することができないため、ビデオの活用が効果的であったと考える。

また、ビデオの利点として、長時間の出来事を短時間で再現することができることが挙げられる。「より深い理解を求める時、イメージから認識へ、認識からイメージへと認識の階層を昇り降りできることが重要である」⁶⁾とされているが、短時間に、起こりうる事故の場面を数多く見ることで、「転倒・転落」の事故のイメージ化と[事故防止の重要性]の認識の階層の昇り降りが可能に

なったと考える。本来、イメージと認識は相互に関係している。これが、自由記載から得られた結果である[事故防止の重要性]の学びにつながったと考える。

栗原ら³⁾は、学生の看護技術のイメージ形成を促すうえで、看護モデルの提示が重要であり、その手段の1つとして、看護モデルを映像化した視聴覚教材などが有効であると述べている。ビデオ教材の中で「ベッドから離れる時はベッド柵を必ず上げる」看護モデルを提示したことにより、[事故防止の重要性]の認識をさらに高めることができたと考える。さらに、「ベッド柵を下ろす時は子どもから目を離さない」「ベッドから離れる時はベッド柵を必ず上げる」という基本事項をビデオで繰り返し強調したことにより、事故防止に対する認識が高まり、実習中も[常に転倒・転落を意識して行動できた]という結果につながったと考えられる。

また、実習初日に実施したことは、翌日からの臨地での実習に向けて動機づけされており意識が高まっていたことから、より認識させやすく、学習時期として適切であったと考える。ビデオ学習はイメージ化のみならず、その認識を引き出す時期に取り入れることが学生の理解を促すことになる⁵⁾ことから、実習初日の学習は適切であったと考えられる。

学生は、2年次後期に小児看護学概論、3年次前期に小児看護学援助論を学習しており、子どもの成長発達や生活については既学習内容である。[子どもの動き][安全に対する子どもの認識]について学びがあったことは、実際に子どもを見る体験が乏しい学生にとって、子どもの動きや子どもの認知について理論と統合する機会となったと考えられる。起こりうる事故の場面から、子どもを具体的にイメージできたことが、子どもの成長発達を理解する手がかりとなることが期待できる。

ビデオ教材の利点として、繰り返し視聴を可能にするという点で効果的である⁵⁾。また、繰り返し視聴することで、イメージを定着させることができる。しかし、ビデオ学習をして良かったこととして繰り返し見ることができると回答したのは15.2%と少なかった。これは、学習が実習初日であり、繰り返し見る時間の余裕がなかったことが要因として考えられる。

また、ビデオの所要時間については、ほとんどの学生が適切と回答しており、7分30秒という短時間の学習で学生の集中力が持続できたことや、重要なポイントが短時間に簡潔に学習できることで、有効であったと考える。ビデオの難易度については、全員が適切と回答しており、平易な用語を使用したことや、重要なポイントは繰り返し説明したことが効果的であったと考える。ビデオの画面については、色・文字・画面ともに見やすいという回答が多かったが、重要なポイントを文字で示しているにも関わらず、

文字が見にくいという回答もあり、今後は座席や照明などの学習環境をさらに整える必要がある。

2. 「転倒・転落の事故防止」のビデオ学習後に演習を取り入れた学習効果

実習初日に、実習施設と同じベッドを使用して、ベッド柵の操作を体験するという演習を取り入れた。実際のベッドを見ることができたこと、実習初日にベッド操作が体験できたことを約8割の学生が良かったと回答しており、実習施設と同じベッドを使用してベッド操作を体験することの有用性が評価できる。

ビデオ・演習の内容のわかりやすさにおいては、ベッドの仕組についてのビデオ学習に関する評価が低かった。特に、「ベッド柵はレバーを引ながら動かす」という自分で行ってみたいとわからない動作の得点が低かった。これは、ビデオを見ただけではわからなかったことがわかったという項目の理由として記述されていたように、ベッド柵が予想以上に重いことや、レバーを引ながら一度柵を上げて下げるという微妙な動作はビデオだけではわからないが、演習を通してはじめて理解できたことを示す。

このように実習施設と同じベッドを使用して演習をするという新たな試みを行ったが、実習初日の調査では、ベッド操作に対して自信がついたと回答した者は9.2%と少なかった。しかし、実習最終日の調査では実習中に役に立った具体的な場面について、[ベッド操作が自信を持ってできた]、[ビデオと同じ場面で適切に対応できた]という結果が得られている。このことは、学生は、学内での演習を積み重ねても、実際に臨地で自分ができることを確認するまでは、技術に対する不安から解放されないことが要因として考えられる。実際に臨地実習が始まると、ベッド操作、特にベッド柵の上げ下ろしという日常的に行う必要のある技術が習得できていることが自信につながったと考える。実習中、日常的に行う必要のある技術演習を事前学習として取り入れることは臨地実習の導入として有用であることが示唆された。今後は、さらに、学生が自信を持って実習に臨めるよう、繰り返し練習をする時間を設ける必要がある。菊池ら⁴⁾は、学生の過剰ともいえる不安を軽減し、臨地実習の成果を十分に上げるために、実習へのイメージをわかせることの重要性を指摘している。ビデオ学習との連携の効果が期待されることである。

受持患児の発達段階やベッドと実習で役に立った項目との関連に有意差が見られなかったことは、小児看護においては、転倒・転落を防止するための知識・技術がどの発達段階においても重要であることを示しており、また、学生がその重要性を認識して実習できたためと考えられる。

3. 今後の課題

今後は、“子どもの安全をまもる”教育の一環として、小児看護学援助論の授業「小児の安全を守る技術」の単元で「転倒・転落の事故防止」のビデオ教材を使用し、実習初日に再度事前学習することで、認識を高めていく。また、学習者が学習したい時にエネルギーを費やさず、すぐ学習できる環境を提供する、オン・デマンド性に優れたシステム⁷⁾である Video on Demand(VOD)による学習を取り入れる方向で取り組んでいる。

VI. 結 論

小児看護学実習初日に、実習施設と共同で作成したビデオ教材「転倒・転落の事故防止」によりビデオ学習を行い、さらに実習施設と同じベッドを使用してベッド操作の演習を実施した。その結果、ビデオ教材および演習の有用性、学習効果が認められた。

■文 献

- 1) 川村治子：医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究，厚生科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医療技術評価総合研究事業，1999.
- 2) 川村治子：ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ 完全本，医学書院，2003.
- 3) 兵頭好美：危険防止・事故防止能力を身につけよう，クリニカルスタディ，24(1)，62-64，2003.
- 4) 菊地恵美子，鈴木圭介：問題提起型ビデオ学習の試み，OT ジャーナル，36(9)，1077-1081，2002.
- 5) 栗原泰子，越智由紀子，井黒香織：看護技術教育における授業改善への試み(I)，看護教育，41(6)，444-447，2000.
- 6) 柴田文字：ビデオ学習を取り入れの時期的効果，第25回看護学会論文集(看護教育)，153-155，1994.
- 7) 山田巧，川畑安正，西尾和子，丸口ミサエ，飯野京子，西岡みどり，大原まゆみ，仁尾かおり，岡田彩子：看護技術教育における VOD(video on demand)システムへの学生の満足度に影響を及ぼす要因分析について，国立看護大学校研究紀要，2(1)，24-30，2003.

【要旨】 近年，医療過誤に関する調査や研究がさまざまな角度からなされており，医療事故防止のための組織的なリスクマネジメントの構築が進められている。「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」によると，「転倒・転落」は，事故の15.7%を占め，「注射」に続いて多い。そのなかでの乳幼児のベッドからの転落発生要因は，ベッド柵の上げ忘れによる転落，ベッド柵へのよじ登りによる転落に分類され，母親を含めた看護者の介入がからむ転倒・転落が多いのが特徴である。学生は，日常生活で子どもに関わる機会がほとんどないため，入院中の小児の転倒・転落等の危険防止に関する意識が希薄である。看護基礎教育においては，「危険防止・事故防止能力」を養うことが重要であり，臨地実習の事前準備として，危険防止に関する学習を十分に行なう必要がある。そこで，実習のイメージをわかせる問題に気づけるような教材が必要であると考え，「疑似体験」としてのビデオ学習に着目し，実習施設と共同で「転倒・転落の事故防止」のビデオを作成した。そして，小児看護学実習初日にビデオによる学習を行い，その後実習施設と同じベッドを使用してベッド操作の演習を実施した。その結果，子どもとの接触経験が乏しい学生にとって，子どもが危険な場面に直面する映像をビデオで見ることにより，予測がつかなかった子どもの動きとそのため起こりうる事故がイメージしやすかった。また，実習初日に，実習施設と同じベッドを使用して，実習中日常的に行う必要のあるベッド柵の操作を体験することは，臨地実習前の学習として有用であることが示唆された。さらに，「ベッド柵を下ろす時は子どもから目を離さない」「ベッドから離れる時はベッド柵を必ず上げる」という基本事項をビデオで強調したことにより，実習中も常に認識し続けられた。また，ビデオ学習と演習の有用性においては，受持患児の発達段階やベッドによる差はみられなかったことから，小児看護においては，転倒・転落を防止するための知識・技術がどの発達段階においても重要であることが示され，学生がその重要性を認識して実習できたと考えられた。

臨地実習における感染予防に対する看護学生の認識

東谷みゆき¹ 小村三千代²

¹ 独立行政法人国立病院機構東徳島病院附属看護学校；〒779-0193 徳島県板野郡板野町大寺字大向北1-1

² 国立看護大学校

higashitani@higashitokusima.hosp.go.jp

Recognition of Nursing Students on Prevention of Infection in Clinical Practice

Miyuki Higashitani* Michiyo Komura

*National Hospital Organization The Nursing School Attached To Higashitokushima National Hospital ; 1-1, Ootera, Itano-cho, Itano-gun, Tokushima, 〒779-0193, Japan

[Abstract] The purpose of this study is to clarify the recognition of nursing students on the prevention of infection in clinical practice. The results from semistructured interviews indicated that clinical instructors and teachers should understand that the prevention of infection is affected by the relationship between patients and nurses and that raising awareness of preventing infections is important for students.

[Keywords] 臨地実習 clinical practice, 感染予防 prevention of infection, 看護学生 nursing students, 認識 recognition

I. はじめに

看護基礎教育では、感染を予防する方法として、滅菌手袋の装着・ガウンテクニック・手洗い方法を教授している。臨地実習施設が肝臓疾患の専門病院である場合は、看護学生(以下、学生とする)がC型肝炎(以下、HCVとする)患者の援助を実施する機会が多い。このような学習環境のなかで学生が援助を実施する際、手に傷がある患者に足浴を実施したが大丈夫なのかという相談を、実習終了後に受けたことがあった。その体験から、患者あるいは学生自身に感染の危険性があった場合、学生がどのような認識のもとに感染予防をとるのかということに疑問を感じた。

先行研究によると、実習中の血液接触状況は清潔ケアや剃毛時が多く、それを感染性の血液と確認した学生の約60%が看護教員または実習指導者に報告し、その後の対策の指示を受けていた¹⁾。また、実習前の感染予防対策に関する研究もされていた²⁾。しかし、臨地実習上で、学生が感染予防をどのように認識しているかに関する研究は見当たらなかった。そこで今回、臨地実習でHCVのある患者に援助をする学生の、感染予防に対する認識を明らかにすることで、教育方法の示唆が得られるのではないかと考えた。

II. 研究目的

臨地実習において、HCV患者の援助を実施する学生の感染予防に対する認識を明らかにする。

III. 用語の定義

認識：感染予防時に看護学生が意識したこと、とする。

感染予防：HCV患者の援助時の手洗いや手袋の装着、体液に素手で触れないことをさす。

IV. 研究方法

1. 研究参加者

HCV患者の援助を実施したことがある看護学生(3年課程3年生)6名。

2. 研究期間

平成14年7月～平成15年7月

3. データ収集方法

半構成的面接法を用いた。

面接に関しては、研究者が、面接は、個室で1人ずつ対面式に座り実施した。学生の同意を得てテープレコーダに録音をし、同意が得られなかった場合はメモすることの同意を得、終了後内容の確認をした。また、インタビューガイドを作成しプレインタビュー後修正した。

その主な内容は、①患者の身体的状況、②感染予防の内容、③援助中、感染予防に関連することで困ったこと、④感染予防を実施する際に影響したもの、とした。

4. 分析方法

- 1) 面接内容を逐語的に記録した。
- 2) 逐語録を繰り返し熟読した。
- 3) 逐語録の内容のなかから、学生の認識と思われる文脈を抽出した。
- 4) 複数の参加者が繰り返している文脈を抽出しコード化した。
- 5) コードの類似性と相違性を抽出し、意味のまとまりでサブカテゴリー化した。
- 6) サブカテゴリー化した内容の整合性を確かめた。
- 7) サブカテゴリーの抽象度をあげ、カテゴリー化した。
- 8) 分析のすべてにおいて、看護研究指導者のスーパービジョンを受けた。

5. 倫理的配慮

- 1) 昼休み時間、教室に在室している学生に研究の趣旨および研究参加は自由であることを説明した。
- 2) 研究者が部屋に在室している時間を学生に伝え、自由に訪問してもらった。
- 3) 訪室した学生に文書を用いて、いつでも研究参加を取りやめることができ、成績評価にはいっさい関係のないことを説明した。
- 4) 匿名性、秘密の厳守、研究以外には使用しないことを説明した。

6. 学生の学習背景

学生は、臨地実習前には、基礎看護学で「安全・安楽」、「感染防御技術」を、疾病治療論で「肝炎」、「感染症」を、成人看護学で「肝炎のある患者の看護」を終了している。また、受け持ち患者決定時に、担当教員より、HCV患者であること、体液の付着や処理には留意し、手洗い、手袋装着の感染予防をすることと、病棟師長からも実習初日に同様の説明を受けている。

V. 結果

臨地実習における、HCV患者援助時の感染予防に対す

る学生6名の認識を分析した結果、3つの認識があることが明らかになった。その内容は、①感染予防をする学生の認識、②感染予防がとれない学生の認識、③感染予防をとらない学生の認識だった(表1)。

1. 感染予防をする学生の認識

感染予防をする学生の認識には、「手洗いをすればいける」や、「援助前にHCVとわかっていた」があった。

1) 「手洗いをすればいける」

学生は、便が手に付着した場合、イソジンで手洗いをすれば大丈夫であるという認識を持っていた。たとえばAさんは、「便がついたなって、イソジンで消毒したらいける」と、イソジンで手洗いをしていた。

学生はまた、便が手に付着しそうな場合でも、付着しなければ大丈夫と認識していた。これは、HCVが血液感染であるということ、排便は上手に処理をすれば、学生自身に付着しないからという理由であった。Bさんは「便とか付着しなかったんで、付着しなきゃいい」と排泄援助後は、石鹸で手洗いをしっかりしたと語った。

また、下肢に褥瘡がある患者の足浴時に浸出液がついた場合、学生自身に傷がなければ大丈夫であるという認識を学生は持っていた。Aさんは、手袋を装着し足浴を実施していたが、手袋がずれることがあった。「自分に傷とかもなかったから、ちょっとついたぐらいではいけるわ、何とも思わなかった」と足浴終了後はイソジンで手洗いをしたと話してくれた。また、この時、Aさんは、「手を洗うまでは、他のものには触れないように」との認識をもっていた。これは、浸出液が付着しているかもしれないという可能性がある場合は、自分自身が媒体とならないような感染予防を考えた認識と思われる。また、石鹸でなくイソジンで手を洗うのは、臨地実習での感染予防マニュアルに基づき、イソジンで手洗いを実施するよう指導を受けていたからであった。

2) 「援助前にHCVとわかっていた」

学生は、実習開始前に受け持ち患者の診断名がHCVであることを知り、HCVに関する知識を持っていた場合、手袋を装着して援助をしなければならないと認識していた。Cさんは「受け持ち患者様がC型肝炎だとわかったので、手袋を装着するようにしました」と言っていた。

また、剃毛や排泄援助を実施する前に、援助時は手袋を装着するよう実習指導者や教員から指導を受けた場合、手袋を装着するという認識を持っていた。学生は「C型肝炎があるから、援助をする時は手袋を装着してください」と援助前に指導を受けた場合は、手袋を装着して援助していた。

また、患者に痂皮化した傷があり、出血の危険性を感じた場合、その部分には直接素手で触れないようにしてい

表 1 「臨地実習における感染予防に対する看護学生の認識」の分析結果

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
1. 便がついたなって、イソジンで消毒したらいける 2. 便とか付着しなければいける 3. 傷がなければ、浸出液が少しついてもいける。何とも思わなかった	手洗いをすればいける	
4. 受け持ち患者さんが HCV とわかっていた 5. HCV なので、援助する時は手袋装着するようにしてください 6. 傷がいっぱいあった患者さんで血が出るような時もあったので、傷に触れないようにした 7. 排泄援助時、途中で看護師さんが装着してるのに気づいて装着したほうがいいか確認した	援助前に HCV とわかっていた	感染予防をする学生の認識
8. カサブタになっている傷が気になった 9. 出血もない HCV 患者の清拭に手袋装着するのはおかしい 10. 粘稠痰をとった時、気になった 11. 下痢便で気になった	気にはなるけど、おかしい	
12. 足先に傷があり戸惑った 13. 足に傷があったので、迷いました	援助中、傷に気づき戸惑い、迷う	
14. 患者が変に思ってしまう 15. 汚いものでも扱っているみたいで	患者に対する遠慮や配慮	
16. 自分で計画した行動の時には困らないが、看護師さんが来て、急に援助をする時 17. 看護師さんがバタバタ急いで、忙しそうにする時 18. 援助の準備ばかりに気が行って、手袋まで気がいかなかった 19. 患者さんに援助することにいっぱい感染のことは考えなかった	予定していない援助は、困る、ついていけない、余裕がない	感染予防がとれない学生の認識
20. 清拭の時、手袋なくていいと言われた 21. 看護師さんには、いけるって言われた 22. 手袋もらったら、悪いかと思った 23. 看護師さんに言えない雰囲気 24. 看護師さんが来たら、早くしないとって思って、取りに行けない 25. 何か、急げ、急げ、早くって思ってしまった	看護師に合わせる	
26. 傷のない皮膚だったから、大丈夫 27. 見た目には傷がなかった 28. 出血もないような身体を拭くのに手袋は装着しない	傷がない	感染予防をとらない学生の認識
29. 感染の指標は、血液とか体内から出るもの 30. 血液から感染する 31. 感染経路が血液、浸出液や唾液は軽く考える	感染源は血液である	認識

た。Dさんは「傷がいっぱいあった患者さんで、痂皮化していて、すぐに血が出るような時もあった」と言い、「傷に触れないようにし、実施後手洗いをした」と語った。また、援助中に看護師が手袋を装着しているのを見て、HCVであると気づいた場合は、手袋を装着したほうが良いか、その場で看護師に確認していた。Aさんは、「排泄の時、自分が手袋を装着するのを忘れて、途中で看護師さんが装着しているのに気づいて」手袋を装着をしたほうがいいか看護師に聞いたと語った。

以上のことから、学生は、HCVの血液の付着がなく学生自身に傷がなかった場合、手洗いを実施するという感染

予防の認識をもっていた。また、援助実施前・実施中にHCVの患者であると認識した場合は手袋を装着するか、あるいは看護師にHCV患者であるとの確認後、手袋を装着するという認識をしていることがわかった。

2. 感染予防がとれない学生の認識

感染予防がとれない学生の認識には、「気にはなるけど、おかしい」、「援助中に傷に気づき戸惑い、迷う」、「患者に対する遠慮や配慮」、「予定してしていない援助は困る、ついていけない、余裕がない」、「看護師に合わせる」があった。

1) 「気にはなるけど、おかしい」

学生の認識は、痂皮化した傷をもつ患者の皮膚を見た際、手袋を装着したほうがいいのかどうか気になっていた。Fさんは、傷の接触から感染したらどうしようという不安があり、「清拭しているときに、乾燥してカサブタになっている傷があって気になってしまっ」と思いながら、素手で援助をしたと述べた。これは、出血がないHCVの患者の清拭に手袋をするのはおかしいという理由からである。また学生は、患者によって、手袋を装着したりしなかったり、援助方法を変えるのはおかしいと認識していた。

口腔内清潔援助時に、義歯に付着した粘稠痰を素手で取り除くことが気になっていたCさんは、「粘稠痰をとった時、気にはなっていたんだけど、手袋を取りに行くことはできなかった」と語った。CさんはHCVは血液感染で、唾液には触れても大丈夫という理由から、手袋の装着をしておらず、粘稠痰が付着したからといって、手袋を装着するのは、患者自身に汚いものを扱っているからと思われるのではないかと、急に手袋を装着するのはおかしいという認識もあった。またAさんも、排泄の援助時に、気になるが、手袋を装着していなかった。これも患者が汚いものとして扱われていると思ってしまうのではないかと理由から、「下痢のような便で、気にはなったが、手袋は装着できなかった」と語った。

2) 「援助中、傷に気づき戸惑い、迷う」

学生は、援助の途中で患者の足に傷があると気づいたとき、どうしていいのかわからなくなり、感染予防がとれない場合があった。Cさんは、「足先に傷があったので、戸惑いました」や、「HCVの人の足を清拭した時に足に傷があったので、どうしようってすごい迷いました」と語り、援助の途中で小さい傷に気づいたが、なぜ急に手袋を装着するのか、患者自身に傷に直接接触れるのを嫌がっていると思われたくない、また、手袋を装着するという学生の言葉で患者を傷つけてしまうのではないかと理由から、素手で援助をしていた。

3) 「患者に対する遠慮や配慮」

学生は、清潔援助や排泄援助を実施する場合、手袋を装着し患者に触れることに対して、汚いものでも扱っているみたいと患者自身が思ってしまうのではないかと、失礼なことではないだろうかとの認識を持っていた。Dさんは、他の患者と同じように援助しなければ、患者が変に思ってしまうとの理由から、「清拭の時、患者さんに手袋を装着しますって言えなかったです」と語った。Cさんも、HCVがあるから手袋を装着するのは、患者に対して失礼との理由から、「汚いものでも扱っているみたいで、手袋が装着できない」と語った。また、Cさん、Dさんも、排泄援助時に、汚いものにとってもらって悪いとか、身体を拭いてもらって気の毒という言葉患者から聞いていたので、ただ

でさえ患者は学生に気を遣っているのに、手袋を装着することで、汚いものという患者の言葉を肯定するのではないだろうかという意味でとらえていた。

4) 「予定してしていない援助は、困る、ついていけない、余裕がない」

学生は、行動計画の中で計画した以外の援助が急に看護師と共に実施された場合、手袋を装着する余裕がないと認識していた。Aさんは、「自分の計画上で実施している時は大丈夫だった。自分が計画した上での行動の時には困ることはないが、看護師さんが急にきて、援助をっていうとき」と語り、Bさんも「バタバタ急いだ時、手袋っていう余裕はなかった。看護師さんが忙しそうにするから、ついていけない」と語っていた。手袋を装着しようと思っても、援助が始まってしまっているため、手袋を準備している間に援助が終わってしまうかもしれない、また援助を中断できないということから、待ってくださいと言いつけないことが、感染予防がとれないことに結びついていた。

また、学生は援助をすることに精一杯で、物品を揃えることが優先し、感染症について考える余裕がなかった。Bさんは「援助の準備ばかりにいて、手袋までに気持ちがいかなくなった」や、「患者さんに援助することにいっばいで、自分に感染することとか考えなかった」と語っており、患者への援助を実施することを優先して考えるため、手袋の準備の余裕がないということが明らかになった。

5) 「看護師に合わせる」

学生は、看護師から手袋装着の必要がないと言われた場合、感染予防がとれないことがわかった。Dさんは「清拭の時は、患者さんも気になさるから手袋しなくていいですって看護師から言われました」や、「最初から、看護師さんにはいけるって言われてた」と語った。また、看護師が「学生は援助時にすぐ手袋を装着する」と言っていたのを聞いたという理由から、手袋の装着ができないという雰囲気を感じていた。Eさんは、「清拭で、病棟に手袋をもらったら、悪いかと思った」と語り、Aさんは、手袋の準備を看護師に伝えることで、見学しておくようにと言われたことがあるという理由から「看護師さんに言えない雰囲気」と語った。

学生には、看護師と一緒に援助を実施する場合、援助を早くしなければという認識があった。Aさんは「看護師さんが来たら、早くしないとって思ってしまった、取りに行けない」や、「何か急げ、急げ、早くって思ってしまった。その場にいたら、何もしないで立ってるのは、ちょっと。何かしなくてはとって思ってしまったね」と言っているように、看護師と共に援助をする際は、看護師の動きやスピードに合わせてようとして、手袋の準備ができなかった。

以上のことから、学生は、感染予防をしたほうがいいのか

ではないかと思いながらも、患者への遠慮や患者を傷つけてしまわないかとの認識から、感染予防がとれないことがわかった、また、看護師と共に援助を実施する場合には、看護師の言うことに従い、援助のスピードも合わせていることが、感染予防がとれないことに結びついていた。

3. 感染予防をとらない学生の認識

感染予防をとらない場合の学生の認識は、「傷がない」、「感染源は血液である」があった。

1) 「傷がない」

学生は、視覚的に傷がない場合、手袋の装着はしなかった。Eさんは「患者さんは傷してなかったし、自分もなかった」と言い、Aさんは「傷のない皮膚だったら、大丈夫」、Bさんは「見た目に傷がなかった」や、「出血もないような身体を拭くのに手袋は装着しない」と語った。明らかに傷がないと学生が認識した場合、学生は感染予防をとらなかった。

2) 「感染源は血液である」

学生は、感染経路が血液であると認識していた場合、手袋の装着はしていなかった。Cさんは「浸出液とか、血液が出てるわけじゃない、感染の指標は、血液とか体内から出るもの」と言った。Aさんは「血液から感染する」、Bさんは「口腔内ケア時も、出血はなかったから大丈夫」、また「感染経路が血液っていうのがあった。浸出液や唾液は軽く考える」と語った。これは、文献には血液感染と記載してあるため、浸出液や唾液の感染性は低いのではないかという理由からであった。

以上のことから、感染予防をとらない学生の認識は、患者に傷がないことや、血液が感染源であるという根拠に基づいたものであった。

VI. 考 察

分析結果から、学生の認識には違いがあることがわかった。これらの認識の違いがなぜ生じるのかについて考察する。

1. 感染予防をとる学生と、とらない学生の認識の違い

感染予防をとる学生と、とらない学生の認識の違いは、排泄物や、浸出液、血液等の体液付着の可能性の認識の違いに影響を受けていると考えられる。感染予防をとる学生の認識には、便が付着しそう、付着したとの認識から、体液付着の可能性があると判断した結果、手洗いを実施するという感染予防に結びつくと考えられる。しかし、感染予防をとらない学生の認識は、傷がないと視覚的に確認し体液付着の可能性はないと判断している。このことが素手で援助

を実施することにつながっていると考えられる。

また援助内容によっても、感染予防に違いがあると考えられる。たとえば、感染予防をとると答えた学生の援助内容は、排泄の援助であり、汚物の処理という認識のもと、手洗いという行動につながっていると考えられる。一方、感染予防をとらないと認識した学生の内容は清潔援助であり、傷のない皮膚を拭くのに、学生は手袋の必要性はないと判断している。このことから、清潔援助で、体液付着の可能性が考えられない場合は、素手での援助に結びつくと考えられる。したがって、感染予防の学生の認識の違いは、体液付着の可能性や援助内容に影響を受けていると考えられる。

さらに、感染予防をとる認識・とらない認識のどちらにも看護師による関わりがみられ、その関わり方によって学生の行動に違いがみられた。看護師や教員が援助前にHCVの情報を提供し、手袋の装着の必要性を指導した場合には、学生は手袋の装着をしていた。しかし、HCV患者に手袋を装着した援助の必要性はないと看護師に指導された場合には、学生は手袋の装着をしなかった。したがって、看護師の関わりは学生にとって実践行動に結びつく強い影響力があると思われる。

2. 感染予防をとる学生と、とれない学生の認識の違い

学生は、援助前に援助する患者がHCVであるとの情報を得ていると、手袋を装着して援助を実施していた。しかし、学生は援助内容の確認ができなかったり、急に援助が始まった場合は、感染予防がとれなかった。このことは、学生が自分の計画以外の援助を実施しようとした場合、思考の混乱が起こっていると推測できる。このことから、実習指導者および教員は、学生の学習プロセスに混乱を生じさせない指導の必要があると思われる。

3. 感染予防がとれない学生の認識

感染予防がとれない学生は、体液が付着するかもしれないという認識をもっていたが、その行動は患者や看護師との関係が学生に影響を及ぼしていたのではないかと考えられる。

1) 患者と学生との関係

学生は、体液付着の可能性を認識しながら、手袋を装着して援助することに違和感を感じ、感染予防がとれない場合があった。それは、他患者と援助方法が違うことで、患者を傷つけてしまわないか、患者が変に思わないだろうか、患者を嫌がっていると思われたくないと語っていることから、手袋装着が患者との関係に影響を及ぼすと考えているのではないかと考えられる。猪股³⁾は、患者に対して学生は「好意的でない感情を持たれることへの不安がある」と述べている。学生は、体液付着の可能性から手袋を装着し

なければならぬ認識を持っていたが、患者との関係を良好にしたいという思いがあるので、手袋装着は適切でないと判断していたのではないかと考える。

2) 看護師と学生との関係

学生は、看護師の言動を察し、状況に応じた行動をとっていた。なぜなら、学生は看護師の指導を受け、看護師から評価される立場にあった。学生の看護師から良い評価を得たいという思いが、その場の看護師の状況に合わせるという行動につながっていたのではないかと考えられる。

4. 実践への示唆と今後の課題

学生が初めて HCV 患者に援助を実施する際は、実習指導者や教員が演示し、次に学生と共に段階を踏んで実施することで、感染予防を意図的に意識づけることが重要と思われる。また、学生の感染予防に対する認識は、患者および看護師との関係が影響していることを実習指導者と教員が共有し、関わっていく。

今後は、学生の感染予防にかかわる実習指導者および教員の認識や、指導方法を明らかにしていくことが課題である。

VII. 結論

臨地実習において、HCV 患者援助時の感染予防に対する 6 名の学生の認識を分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. 感染予防に対する学生の認識は、感染予防をとる学生の認識、感染予防がとれない学生の認識、感染予防をとらない学生の認識、があった。

2. 感染予防をとる学生の認識には、「手洗いをすればいける」「援助前に HCV とわかっていた」があった。

3. 感染予防がとれない学生の認識には「気にはなるけど、おかしい」「援助中に傷に気づき戸惑い、迷う」「患者に対する遠慮や配慮」「予定してしていない援助は困る、ついていけない、余裕がない」「看護師に合わせる」があった。

4. 感染予防をとらない学生の認識には、「傷がない」「感染源は血液である」であった。

謝辞 本研究に参加者してくださいました 6 名の学生の皆様に、心から感謝申し上げます。

本研究は、日本看護学教育学会第 14 回学術集会にて一部を発表した。

■文献

1) 蒲池千草, 他: 看護学生に対する感染症対策; 臨床実習に

おける血液等の接触状況, 聖マリア学院紀要, 66, 1999.

- 2) 平塚志保: 看護学生の実習前における感染予防対策に関する調査, 第 31 回日本看護学会論文集(看護教育), 66, 2000.
- 3) 猪股昌子: 看護学生と受け持ち患者の人間関係形成過程とその要因, 第 30 回日本看護学会論文集(看護教育), 147, 1999.
- 4) 浅原益子, 他: 看護基礎教育における手洗い教育のあり方演習前後手指汚染状況の調査報告, 看護教育, 44(3), 245-247, 2003.
- 5) 重久加代子: はじめての臨地実習で経験したケアの本質受け持ち患者と学生を結ぶもの, 看護教育, 44(2), 104-110, 2003.
- 6) 藤岡高弘, 他: 特集最新! C 型肝炎治療とケアの基本 Q & A, エキスパートナース 19(4), 31-68, 2003.
- 7) 板橋繁, 他: 特集 ナースに求められる感染予防対策, 臨床看護, 28(10), 1457-1459, 2002.
- 8) 高野八百子, 他: 焦点 実践できる感染対策; エビデンスからの学びと活用, 看護技術 48(7), 773-776, 2002.
- 9) 深澤佳代子: 看護学生教育における感染対策, INFECTION CONTROL, 11(3), 270-274, 2002.
- 10) 大東恭子: 針刺し事故の予防および対策, INFECTION CONTROL, 11(2), 31, 2002.
- 11) 吉田祐子: 病棟における HCV 持続感染者の取り扱い, INFECTION CONTROL, 11(2), 44, 2002.
- 12) 川村佐和子, 他: 感染管理に関するガイドブック, 日本看護協会, 2001.
- 13) 洪愛子, 他: 焦点 感染対策は新時代へ! ; ナースが防ぐ院内感染, 看護技術, 47(4), 17-24, 2001.
- 14) 源河いくみ, 他: 医療従事者への感染対策; 針刺し事故など, INFECTION CONTROL, 10(4), 334-338, 2001.
- 15) 看護系大学における小児看護学実習の実態; 安全対策, 教員の負担や困難, 実習評価について, 日本看護学教育学会誌, 10(4), 11-19, 2001.
- 16) 伊藤道子: 手指汚染細菌の検出を経験した看護学生の感染看護に対する考え方の変化, 第 31 回日本看護学会論文集(看護教育), 63-65, 2000.
- 17) 藤井昭: ディスポ製品とコスト, INFECTION CONTROL, 8(10), 63-65, 1999.
- 18) 佐々木美奈子, 他: 医療用手袋の役割と限界 看護職の健康を守るバリアとして, 看護研究, 32(4), 313-322, 1999.
- 19) 松澤洋子, 他: 看護学生の各種免疫抗体保有状況から考えた今後の感染予防対策, 第 29 回日本看護学会論文集(地域看護), 51-53, 1998.
- 20) 森下路子, 他: 看護学生の B 型肝炎感染予防対策に関する調査報告, 日本公衆衛生学会誌, 45(1), 67-71, 1998.
- 21) 今村桃子, 他: 看護学生に対する感染症対策; 実習中の血液などによる感染の危険性とその対策, 第 54 回日本公衆衛生学会誌, 42(10), 980, 1995.
- 22) 高橋泰子, 他: 院内感染に関する看護研究を現場でどう生かすか, 看護研究, 27(4), 269-275, 1994.

【要旨】 本研究は、臨地実習における看護学生の感染予防に対する認識を明らかにすることを目的に行なった。研究方法は半構成的面接法を用い、研究参加者は、C型肝炎患者の援助を実施したことのある看護学生(3年課程3年生)6名だった。その結果、感染予防に対する学生の認識には、1. 感染予防をする学生の認識、2. 感染予防がとれない学生の認識、3. 感染予防をとらない学生の認識、があることが明らかになった。1. には、「手洗いをすればいける」、「援助前に HCV とわかっていて」が含まれていた。2. には、「気にはなるけどおかしい」、「援助中に傷に気づき、戸惑い、迷う」、「患者に対する遠慮や配慮」、「予定していない援助は困る、ついていけない、余裕がない」、「看護師に合わせる」があった。3. としては、「傷がない」、「感染源は血液である」があった。 学生が体液付着の可能性を認識しながらも、感染予防がとれなかったのは、患者や看護師との関係が影響を及ぼしていた。患者との関係では、手袋装着が負の影響を及ぼすのではないかと考えていたからと思われる。また、看護師との関係では、学生は看護師に評価される立場であるため、その場の看護師の状況に合わせる行動につながっていたと思われる。今後は、学生の感染予防が患者および看護師との関係に影響していることを理解し、感染予防がとれない学生に対してその認識を実習指導者と教員が共有し、関わることが求められている。

在宅高齢者の清潔行動と関連する要因

森 千鶴¹ 佐藤みつ子²

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園1-2-1 2 山梨大学大学院医学工学総合研究部
moric@adm.ncn.ac.jp

Homebound Elderly People's Behavior in Cleanliness and Related Factors

Chizuru Mori* Mitsuko Satoh

*National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Abstract】 Keeping clean is important for elderly people to prevent infection and disease and maintain and improve their health. However, it appears that when people reach an advanced age, maintaining cleanliness becomes more difficult because of impaired physical functions, while at the same time they become apathetic about cleanliness because of depression or other mental disorders. This study aims to clarify factors that affect elderly people's behavior related to cleanliness, such as state of mind. Targets of this study were 150 elderly people (77.0±5.6 years old, 63 males and 87 females) who were not hospitalized, but lived at home. The study also used the shortened version of GDS to determine their states of mind. Furthermore awareness of cleanliness, and family structure are included in the same research paper, as factors related to cleanliness. Using these factors as interview guides, the research was conducted by the semi-structured interview method. Thirteen (8.7%) of the subjects lived alone, while 43 (28.7%) lived with a spouse. Two of the subjects had a tendency toward depression/mania, according to the shortened version of GDS. For behavior related to cleaning their environment such as "cleaning my room," more females than males responded that they "always do" ($p<0.001$). Those who recognized the importance of regular cleanliness were more likely to practice personal grooming, such as "frequency of hair styling" and preventive cleanliness measures such as "gargling". Those who had a tendency toward depression/mania reported less frequent bathing, but spent more time bathing. Activities related to cleaning their environment showed close correlation to gender, with strong feelings that subjects had a special role to play. The study found that elderly people's behavior to cleanliness and preventive hygiene are related to their awareness of the importance of cleanliness. But it was recognized that bathing was related to state of mind. Support to promote cleanliness-related behavior is especially important for elderly men. This study shows the necessity of such support to increase awareness of the importance of cleanliness and promote improved hygiene.

【Keywords】 在宅高齢者 homebound elderly people, 清潔意識 awareness of cleanliness, 清潔行動 behavior in cleanliness

I. 研究の背景と目的

高齢者にとって清潔を保つことは感染や疾病を予防し、健康の維持増進を図る上で重要である。しかし、高齢になると身体機能の低下により清潔を維持する動作が鈍くなるばかりか、抑うつ気分などにより他者との交流が少なくなるために清潔に関する関心も低下すると考えられる。また身体機能の低下に伴って、皮膚が変化し、皮膚乾燥や掻痒症にかかりやすく、唾液分泌の減少により口腔内の自浄作用が低下しやすい¹⁾など、さまざまな清潔に関する問題を抱えていると考えられる。また、身体の清潔や生活環境を清潔にすることは、感染や疾病を予防し、健康の維持増進を図る上でも重要である。同時に気分を爽快にし、他者に不快感を与えないなど、身体的、心理的、社会的な意義も大きい。

看護における清潔に関する研究は数多くある²⁻⁶⁾が、精神状況の違いによる清潔行動への影響について言及した論文は少ない⁷⁾。また高齢者は、長い生活歴のなかで、清潔習慣や清潔行動が変化していることも考えられる。看護の対象者の清潔援助にあたっては、その人の心身の健康状態、皮膚の状態等の身体条件および対象者の清潔に対する考えや日常生活における清潔行動の自立度を把握し、個々によって異なる清潔観や清潔行動を尊重し実施することが大切である。

そこで本研究では高齢者の清潔行動に関連する要因を明らかにし、援助する際の基礎的資料とすることを目的とした。

II. 本研究の枠組みと用語の定義

本研究ではこれまでの研究⁸⁻¹⁰⁾を参考にして、清潔行動

を①環境に対する清潔保持行動、②自己の清潔保持行動、③予防的な清潔行動に区分した。環境に対する清潔保持行動は、部屋や部屋以外の場の清掃、ベッドの周囲の整頓、布団の上げ下ろしなど身の回りの環境を保持する行動とした。また自己の清潔を保持する行動は、入浴や洗髪、上着や下着の交換頻度、洗濯や整髪とした。さらに予防的な清潔行動は手洗いやうがい、口腔の清潔保持、爪切りなどとした。

また、対象者の背景、気分や清潔に対する意識を上述の清潔保持行動に関連する要因と考えた。

III. 研究方法

1. 対象者

入院していない在宅の高齢者である。3箇所の福祉センターに集う高齢者を対象に調査の趣旨、研究方法、所要時間、プライバシーは守られること、協力は任意であること、各人の結果の分析は統計処理をするため、個人は特定できないことを説明し、調査への協力の賛同が得られた人が対象者となった。また途中中断を保障した。対象者は男性64名、女性86名、計150名であった。なお、対象者の説明の前に施設設置者および責任者の承諾を得た。

2. 調査内容

清潔に関する文献⁸⁻¹⁰⁾を参考にして独自に作成した。質問項目は高齢者の生理的変化から清潔の必要性や意義をどのように意識しているか(自己の清潔観)、また環境に関する清潔行動として、自室の清掃、整理・整頓、布団の上げ下ろしをとりあげ、「いつもする」「時々する」「しない」の3段階の頻度で確認した。また個人の清潔保持行動として入浴、洗髪、上下服の交換の頻度を「毎日行なう」から「週1回」の4段階の頻度に分けて調査した。洗濯、整髪、洗髪や予防的清潔行動としてうがいや手洗い、口腔の清潔の頻度は「いつもする」「時々する」「しない」の3段階で評定した。

また対象者の抑うつ状態を把握するために、15項目からなるGDS短縮版(Geriatric Depressive Scale-short form: 以下GDS短縮版)を用いた。GDS短縮版は、Yesavageら¹¹⁾によって開発されたGDS(Geriatric Depression Scale)は30項目からなり、時間がかかり、難しいと感じる患者もいたことから、その後Neal & Baldwin¹²⁾、van Marwijkら¹³⁾が短縮版を開発し、それを矢富¹⁴⁾が日本語版で項目特性と信頼性を確認したものである。GDS短縮版は在宅高齢者の抑うつ状態を測定する尺度として広く活用されている。

調査は調査用紙をもとに面接法で行なった。

3. 分析方法

質問項目ごとに集計し、項目間の関連については2群の比較の場合にはMann-WhitneyのU検定を行ない、3群の比較ではKruskal Wallis検定を行なった。任意の回答については、面接記録から意味のわかる1文ずつに区分し、内容を類型化した。

GDS短縮版の得点を0~4点を正常範囲群、5~11点を抑うつ群、12点以上を抑うつ群に区分した。

また7段階に区分されている主観的健康観を「普通群」を中心として、普通より元気であると回答した「元気群」、普通より退屈していると回答した「退屈群」に区分して比較した。

これらを性別による比較(Mann-WhitneyのU検定)、気分による比較(t検定、一元配置分散分析)、清潔意識との関連をみた。なお、統計ソフトはSPSS Ver 12.0 Jを用いた。

清潔を保持する理由については、対象者の語られた言葉をコードとし、関連のある用語をカテゴリー化した。

IV. 結果

1. 対象者の背景

対象者の年齢は男性が76.4±5.3歳、女性が77.4±5.8歳で差異はなく、全体の平均年齢は77.0±5.6歳であった。男性、女性ともに58名ずつが趣味をもっていた。女性の一人暮らしが11名、男性は2名であるのに対し、配偶者と同居が女性14名、男性29名であり、同居家族数には差異がみられた(χ^2 値=18.05, $p<0.001$)。

主観的健康観では「元気一杯」18名(12.0%)、「まあ元気」34名(22.7%)、「やや元気」66名(44.0%)、「どちらでもない」25名(11.3%)、「やや退屈」12名(8.0%)、「まあ退屈」2名(1.3%)、「退屈」1名(0.7%)であった。男女の差異は認められなかった。以下、「元気一杯」「まあ元気」「やや元気」を合計して元気群、「やや退屈」「まあ退屈」「退屈」を合計して退屈群、「どちらでもない」を普通群とした。

GDS短縮版の本研究における α 係数は0.70であり、信頼性があると判断した。GDS短縮版で抑うつと判断されたのは1名(0.7%)のみであり、抑うつと判断されたのは35名(23.3%)、正常範囲と判断されたのは114名(76.0%)であった(表1)。

清潔に関する意識では、若い時に「清潔を気にしていた」38.7%、「やや気にしていた」35.3%で計74%に対し、「現在、清潔を気にしている」64%、「やや気にしている」24.0%で計88.0%であった。清潔に対する意識は、女性のほうが気にする人の割合が多いことが認められた($p<0.001$)。

また、全対象者が他者の身だしなみが「気になる」と回答

表 1 対象者の背景

単位：名(%)

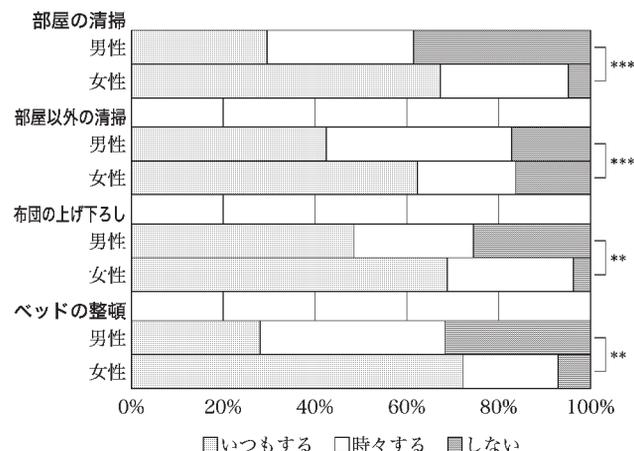
	n=150	男性 n=64(42.7%)	女性 n=86(57.3%)
年齢	77.01±5.60	76.4±5.3	77.4±5.8
趣味 有	116	58	58
同居家族 無	13	2	11
配偶者と	43	29	14
3人	22	10	12
4人	19	5	14
5人以上	53	17	36
主観的健康観			
元気群	118	50	68
普通群	17	8	9
退屈群	15	6	9
GDS 短縮版			
正常範囲	114	45	69
ゆううつ	35	18	17
抑うつ	1	1	1
清潔に対する意識			
気になる	96	29	74
やや気になる	36	30	10
気にならない	18	5	2

表 2 清潔を保持する理由

単位：件

[身体面]	・健康の維持増進	37
	・疾病予防	20
	・悪臭がない	13
	・感染予防	5
[心理面]	・気持ちがいい	22
	・自己の気がすむ	6
[社会面]	・不快な思いをさせない	11
	・生活習慣	6
	・生活上大事	5

したのは37.3%、「気にならない」32.0%であった。これを男女別で見ると、女性のほうが他者の身だしなみが気になると回答した者の割合が多かった(p<0.01)。また公衆の場の汚れが「気になる」と回答した者は全体の84.0%であった。清潔を保持する理由意識では、「健康の維持増進のため」37件、「疾病予防のため」20件等の身体的意義に関するものが最も多く、次いで「気持ちよから」22件の心理的意義に関するもの、「相手や周囲の人を不快な思いをさせないようにするため」11件、「生活習慣」6件、「生活上大事だから」5件の社会的意義に関するものであった(表2)。



***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

図 1 環境の清潔保持行動；性別との関連

2. 環境の清潔保持行動

1) 性別との関連

部屋の掃除を「いつもする」と回答したのは女性が52名で男性18名より多かった(p<0.001)。また部屋以外の清掃(p<0.001)、布団の上げ下ろし(p<0.01)、ベッドの整頓(p<0.01)は、いずれも女性が「いつもする」と回答した者の割合が多かった(図1)。しかし公衆の場の汚れが気になると回答した者は男性52名、女性74名であり両者を比較したが、関連は認められなかった(p=0.80)。

2) 気分との関連

GDS 短縮版による評価(正常範囲, ゆうつ, 抑うつ)

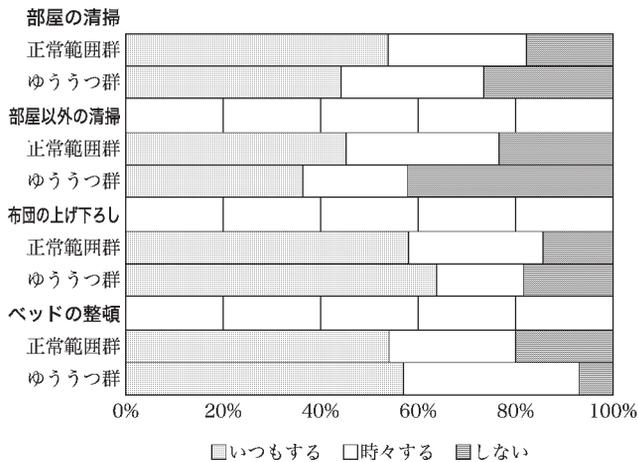


図 2-1 環境の清潔保持行動；GDS 短縮版評価との関連

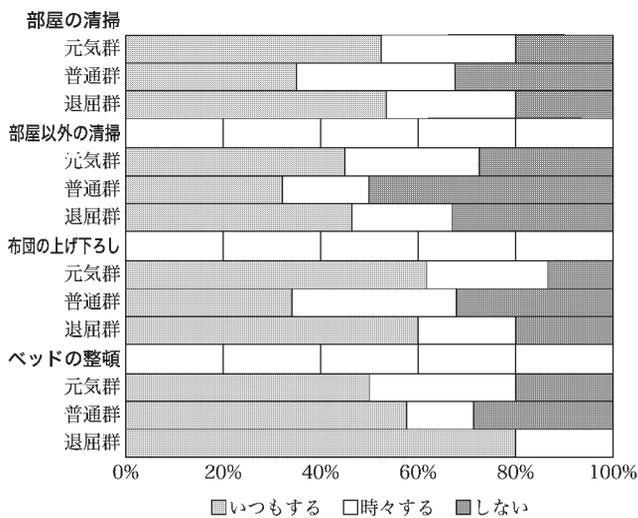


図 2-2 環境の清潔保持行動；主観的健康観のカテゴリとの関連

で抑うつは 1 名のみであったため、正常範囲群とゆううつ群で環境の清潔保持行動を比較したが、関連は認められなかった(図 2-1)。また主観的健康観のカテゴリ(元気群、普通群、退屈群)でも比較したが、有意な差は認められなかった(図 2-2)。公衆の場の汚れが気になると回答した者の割合は、正常範囲群 94 名(82.5%)、ゆううつ群 31 名(88.6%)であり、両者の関連は認められなかった($p=0.42$)。これらのことから気分と環境の清潔保持行動には関連がないことがわかった。

3) 清潔意識との関連

部屋以外の掃除($p<0.05$)、ベッドの整頓($p<0.05$)において実施の頻度が多いと回答した者は、現在の清潔について「気にしている」と回答した者の割合が多かった。しかし部屋の清掃($p=0.63$)、布団の上げ下ろし($p=0.11$)では現在の清潔意識との関連は認められなかった(図 3)。公衆の場の汚れが気になると回答したのは現在清潔を気にし

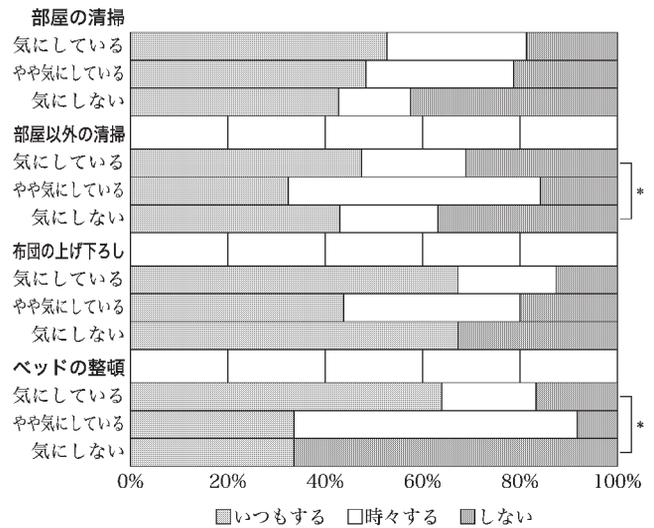


図 3 環境の清潔保持行動；清潔意識との関連

ている人 88 名(93.6%)、やや気にしている人 31 名(88.6%)、気にしていない人 5 名(71.4%)であり、関連は認められなかった($p=0.51$)。

3. 自己の清潔保持行動

1) 性別との関連

自己の清潔保持行動を男女で比較した。洗濯($p<0.001$)、洗髪($p<0.05$)、整髪($p<0.001$)、上着の交換($p<0.001$)、下着の交換($p<0.001$)においてそれぞれ頻度が多いと回答したのは、男性よりも女性のほうが多いことが認められた(図 4-1, 4-2)。また入浴時間を比較してみると男性の冬場の入浴時間は 27.0 ± 17.2 分、女性は 21.9 ± 12.2 分で男性のほうが長かった($t=2.03$, $p<0.05$)。同様に夏場の入浴時間も男性(24.7 ± 17.8 分)が女性(18.2 ± 10.4 分)より長いことが認められた($t=2.46$, $p<0.05$)。

2) 気分との関連

GDS 短縮版による評価、および主観的健康観のカテゴリで比較したところ、洗髪の頻度、整髪の頻度、上着の交換頻度には関連が認められなかった。しかし、下着の交換頻度では GDS 短縮版による評価($p<0.01$)、主観的健康観のカテゴリにおいて比較したところ関連が認められた($p<0.05$)。このことはゆううつ群は下着の交換頻度が少ないこと、および主観的健康観のカテゴリにおいても退屈群が下着の交換頻度が 3 日に 1 回の人が多いことが認められた(図 5-1, 5-2)。

冬場、夏場の入浴時間を気分で比較したところ、GDS 短縮版による評価では、冬場の入浴時間において正常範囲群(22.4 ± 11.7 分)、ゆううつ群(28.7 ± 21.0 分)とゆううつ群が長く($t=2.2$, $p<0.05$)、夏場の入浴時間において

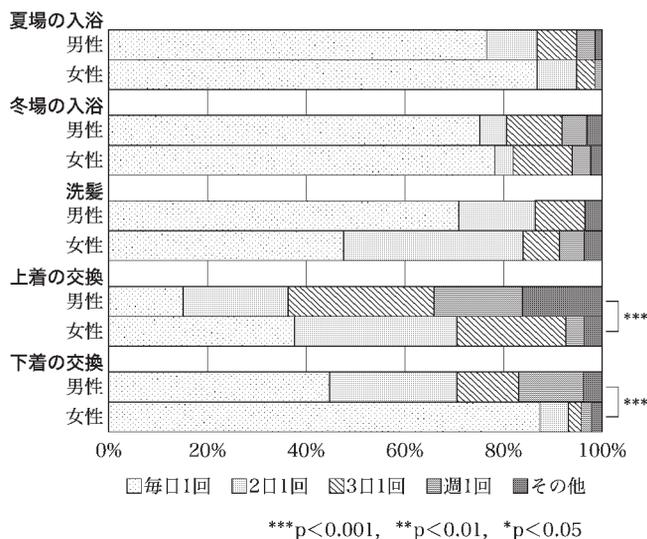


図 4-1 自己の清潔保持行動；性別との関連

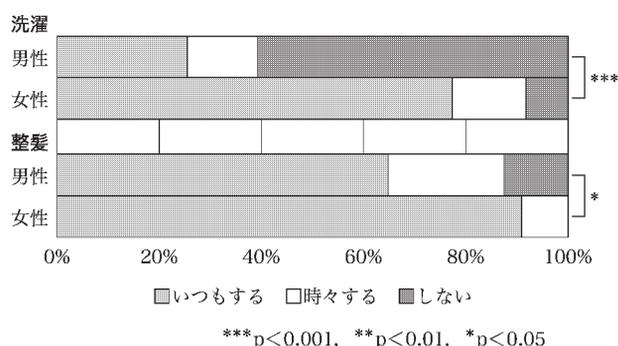


図 4-2 自己の清潔保持行動(洗濯、整髪)；性別との関連

表 3 冬場、夏場の入浴時間；気分による差

	n	冬場の入浴時間	夏場の入浴時間
正常範囲群	114	22.4±11.7	18.8±10.6
ゆううつ群	35	28.7±21.0	26.9±21.0
元気群	118	26.0±8.0	25.0±10.0
普通群	17	35.0±28.7	31.3±28.7
退屈群	15	23.9±14.7	18.9±14.5

も、正常範囲群 18.8±10.6 分、ゆううつ群 26.9±20.9 分と差異が認められ、ゆううつ群が長いことが明らかになった(t=2.9, p<0.01)。

さらに主観的健康観のカテゴリにおいても冬場の入浴時間(F=5.7, p<0.01), 夏場の入浴時間(F=5.8, p<0.01)に差が認められた。入浴時間が最も長かったのは、冬場、夏場共に普通群であった(表 3)。

3) 清潔意識との関連

現在の清潔に対する意識と入浴、洗髪とは関連が認められなかった。しかし、洗濯(p<0.05), 整髪の頻度(p<0.05)上着の交換頻度(p<0.01), 下着の交換頻度(p<

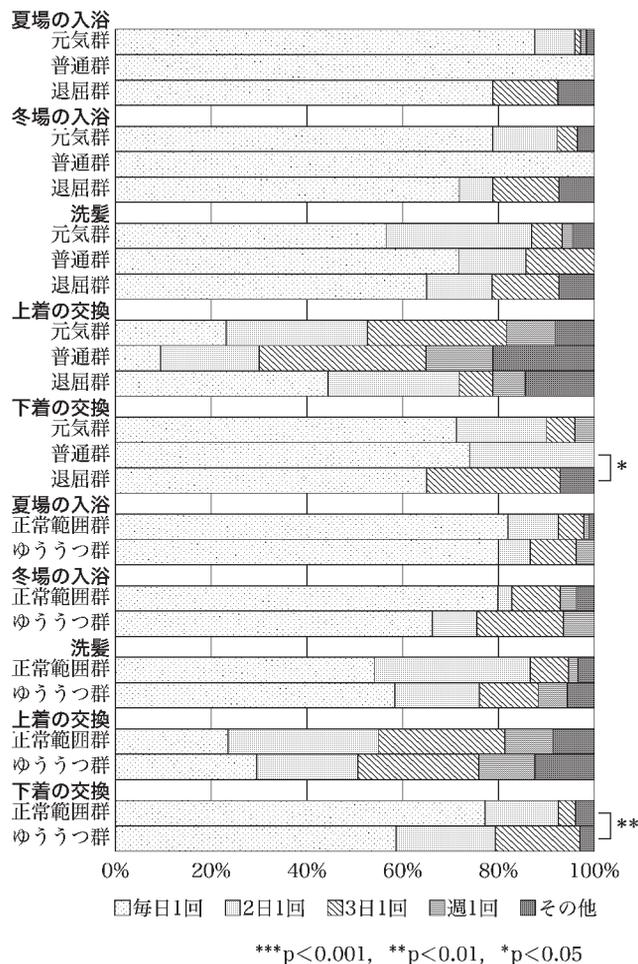


図 5-1 自己の清潔保持行動；気分との関連

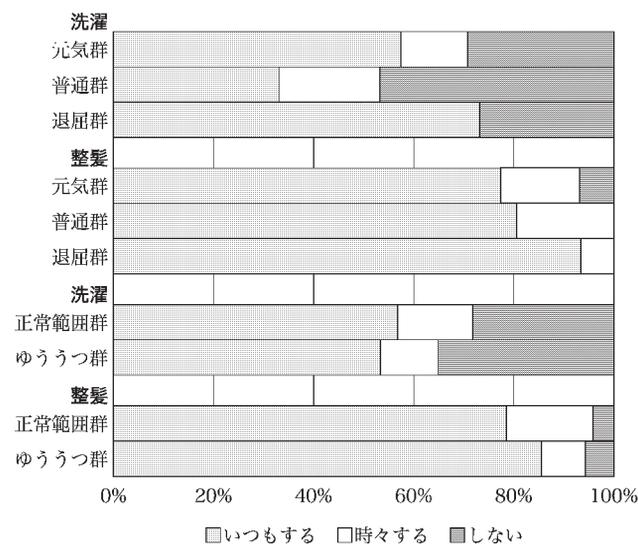


図 5-2 自己の清潔保持行動(洗濯、整髪)；気分との関連

0.05)との関連が認められ、現在清潔に関して気にしているという人の整髪や上着の交換頻度が多いことが明らかになった(図 6-1, 6-2)。

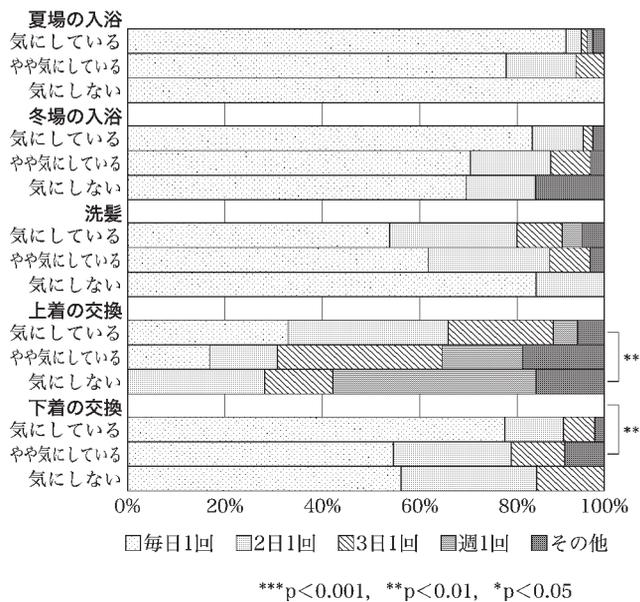


図 6-1 自己の清潔保持行動；清潔意識との関連

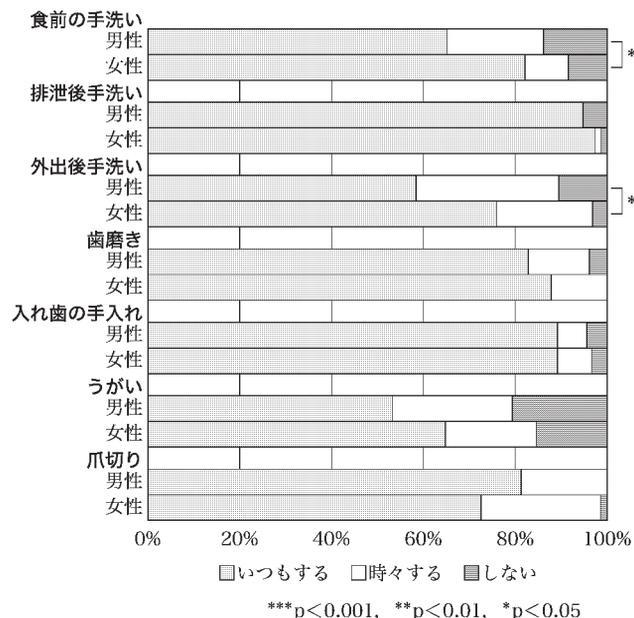


図 7 予防的清潔行動；性別との関連

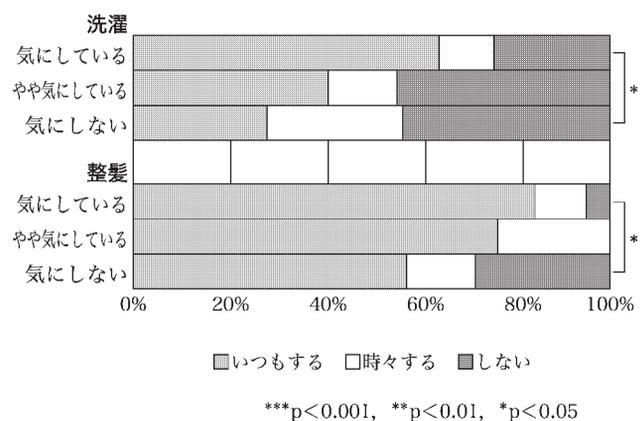


図 6-2 自己の清潔保持行動(洗濯、整髪)；清潔意識との関連

清潔意識と冬場(F=0.39, p=0.68), 夏場(F=0.41, p=0.67)の入浴時間を比較したが、差異は認められなかった。

4. 予防的清潔行動

1) 性別との関連

予防的清潔行動として排泄後の手洗い、歯磨き、入れ歯の手入れ、うがい、爪切りなど、性別との関連は認められなかった。しかし、食前の手洗い(p<0.05)、外出後の手洗い(p<0.05)を「いつもする」と回答した男性の割合は少なく差が認められた(図7)。また現在、皮膚のかゆみや湿疹、乾燥等のトラブルがあると回答したのは男性23名(35.9%)に対し、女性15名(17.4%)と関連が認められた(p<0.01)、男性が有意に多かった。さらに男女共にうがいをいつもしていない人が54名(36%)認められた。

2) 気分との関連

予防的清潔行動についてGDS短縮版のカテゴリおよび主観的健康観で比較したが、いずれも差異は認められなかった(図8)。また皮膚のトラブルについても差異がなく、気分の状態と予防的清潔行動には関連がなかった。

3) 清潔意識との関連

予防的清潔行動について清潔意識との関連をみたところ、食前の手洗い(p<0.05)、排泄後の手洗い(p<0.05)、外出後の手洗い(p<0.05)、うがい(p<0.001)で関連が認められた。その他の行動については差異はなく、関連は認められなかった(図9)。

V. 考察

1. 環境の清潔保持行動

環境の清潔を保持する行動をみると、女性が行なっている割合が多いことが認められた。また気分との関連は認められなかったが、清潔に対する意識との関連が認められた。清潔に対する意識が男性よりも女性のほうが高いことも関連していると考えられる。清潔が気になる状況は、多少異なるが、これは家事は女性が担うという長年の生活習慣と関連していると考えられた。現在、家電機器の充実、簡便化が図られ、家事が容易になっているとはいえ、高齢者にとっての家事は重労働になる⁶⁾。高齢になることで体力の衰えや身体疾患も増加すると考えられるので、男女の役割意識にとられることなく、男女で分担するなど提案することが必要になると思われる。

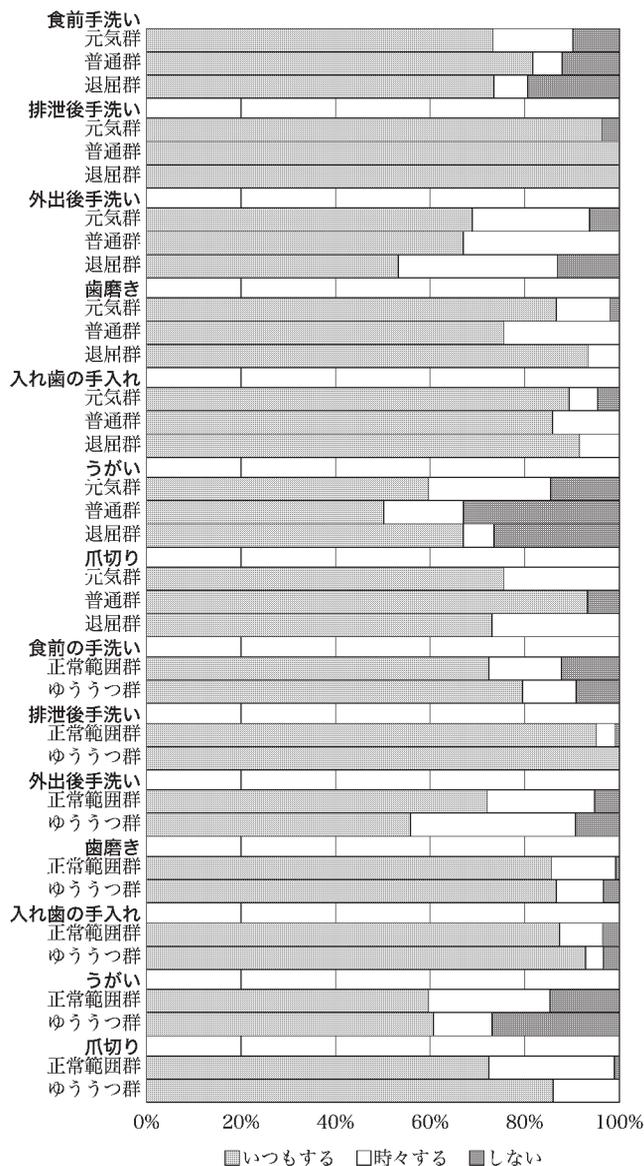
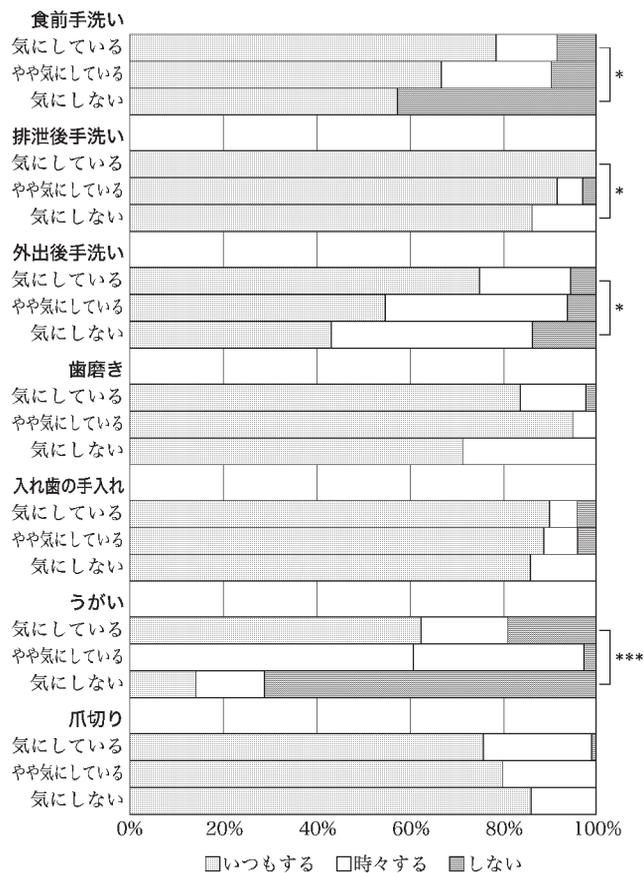


図 8 予防的清潔行動；気分との関連

2. 自己の清潔保持行動

自己の清潔保持行動は女性のほうが頻度が高いことが認められた。女性は洗濯などの役割を担う一方で、自己を清潔に保持するように努めていることがわかった。これは身だしなみへの関心の高さ¹⁰⁾や、おしゃれの意識と関連があるのではないかと考えられた。

また気分との関連では、ゆううつと考えられた人や主観的健康観の低い人の下着の交換頻度が少ないことが認められた。洗髪や上着の交換などの交換の頻度は変わらないものの、下着の交換頻度が少ないことは、他者への配慮はできているとも考えられるが、下着のように他者からは明らかにならない部分で、自己の清潔を保持することが困難になっていると思われる。高齢者の場合¹⁵⁾、特に、陰部や臀部が排泄便で汚れやすく、また、括約筋の働きが低下するため、笑ったり、くしゃみをするだけで下着を汚すことも



***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

図 9 予防的清潔行動；清潔意識との関連

ある。そのため下着交換は毎日するよう指導する必要があると思われる。高齢者には、自分自身の清潔を保持することが気分転換になり、それが生活意欲や QOL の向上につながるように指導、援助すること重要である。

また入浴については気分の状態との関連が示唆され、入浴頻度だけではなく、入浴時間にも着目して指導することが必要になると考える。

3. 予防的清潔行動

予防的清潔行動では、性別との関連や気分との関連は認められなかったが、清潔意識との関連が認められた。清潔に対して「気にしない」人の手洗いの頻度やうがいの頻度が少ないことが認められた。また男性に皮膚のトラブルが多いことから考えると、清潔意識を高めるような働きかけも重要になると考える。

さらに歯磨きや入れ歯の手入れは感染を防止する上で重要であるが、含嗽も呼吸器感染防止には欠かせない。また唾液分泌機能の低下からくる口腔乾燥、口腔内感染や舌苔、口臭除去をするためにも口腔内を清潔に保つことが重要である^{11,16)}。高齢者は、いろいろな口腔内の問題やそれから波及する問題を持っているために、予防的清潔保持行

動の重要性を指導することが求められている。

VI. おわりに

150名の高齢者を対象に清潔行動とそれに関連する要因を調査した。その結果、清潔保持に関する高齢者への指導では対象者の状況を考え、具体的に指導する必要性が示唆された。

しかし、本研究は入院の必要のない地域生活を維持している高齢者を対象者としていること、1つの地域に限定されていることが限界である。

今後は清潔を保持するための指導を実施し、その結果を追求する必要がある。

最後に、本研究にご協力いただいた皆様に深く感謝します。

■文献

- 1) 米山武義：口腔ケアと誤嚥性肺炎，Genetic Medicine, 35, 167-171, 1997.
- 2) 佐藤みつ子，他：清潔観と清潔行動に関する研究；若年者と高齢者の比較，看護総合科学研究会誌，4(2)，3-13, 2001
- 3) 七田恵子：老人看護学；高齢者の生活習慣と健康，老年精神医学雑誌，9(2)，197-201, 1998.
- 4) 七田恵子：老人看護学；身体清潔の援助，老年精神医学雑誌，9(8)，985-988, 1998.

- 5) 中島紀恵子，他：老人看護学，医学書院，1995.
- 6) 七田恵子：高齢者の生活と健康，老年精神医学雑誌 8(12)，1333-1341, 1997.
- 7) 岩崎清，他：高齢者の日常生活と健康，社会老年学，29, 1991.
- 8) 阿曾洋子編：看護・介護のための在宅ケアの援助技術，廣川書店，1999.
- 9) 服部恒明，他：大学生の日常生活における清潔行動，学校保健研究，44(3)，239-248, 2002.
- 10) 矢口久美子，他：高齢者の清潔観と清潔行動に関する研究，看護総合科学研究会誌，4(2)，83, 2001.
- 11) Yesavage, J. A., Brik, T. L. et al.: Development and validation of a geriatric depression screening scale-A preliminary report-J, Psychiat. Res, 17(1), 37-49, 1983.
- 12) Neal R. M., Baldwin R. C., : Screening for anxiety and depression in elderly outpatient, Age Aging, 23(6), 461-464, 1994.
- 13) van Marwijk H. W., Wallace P., et al : Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened version of the geriatric depression scale, Br J. Gen. Pract, 45(4), 195-199, 1995.
- 14) 矢富直美：日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造と項目特性の検討，老年社会学，16(1)，29-36, 1994.
- 15) 賀集竹子編：老人看護の基本，87，医学書院，1983.
- 16) 鈴木俊夫，他：高齢者の口腔ケア；知識と実践，日総研，2000.

【要旨】 高齢者にとって清潔を保つことは感染や疾病を予防し、健康の維持増進を図る上で重要である。しかし、高齢になると身体機能の低下により清潔を維持する動作が行ないにくくなるばかりか、抑うつ気分などにより他者との交流が少なくなるために清潔に関する関心も低下するのではないかと考えられる。そこで本研究では高齢者の気分等清潔行動に影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。調査対象者は入院をしていない在宅の高齢者150名(男性63名，女性87名，77.0±5.6歳)である。清潔行動として、環境の清潔保持行動、自己の清潔行動、予防的清潔行動を考えた。また対象者の気分を把握するためにGDS短縮版を用いた。さらに清潔行動に関連する要因として清潔への意識、家族構成等を同一の調査用紙に盛り込み、インタビューガイドとし半構造的面接法で調査した。一人暮らしが13名(8.7%)，配偶者と二人43名(28.7%)であった。GDS短縮版で抑うつ傾向にあると判断されたのは2名のみであった。「自室の清掃」など環境の清潔に関して「いつもする」と回答したのはすべて女性が多かった($p < 0.001$)。「整髪頻度」など高齢者自身の清潔行動や「うがい」などの予防的清潔行動に関しては「普段から清潔にするよう気になっている」という人の頻度が多い傾向が認められた。抑うつ傾向の人は入浴の頻度が少ないが、1回あたりの入浴時間が長い傾向が認められた。環境の清潔保持行動は性別と関連があり、習慣的役割意識と考えられた。高齢者自身の清潔行動や予防的清潔行動は、清潔に関する意識と関連が認められたが、一方、入浴は気分との関連が認められた。男性の高齢者には環境の清潔保持行動を促進できるような援助が必要であり、予防的清潔行動を促進するためには清潔意識を高めるための援助の必要性が示唆された。

隔離・拘束時の看護の実態

瀬野佳代¹ 宇都宮智² 松本賢哉²
 青山廣子³ 山口博子⁴

1 井之頭病院；〒181-8531 東京都三鷹市上連雀4-14-1 2 国立看護大学校 3 国立精神・神経センター武蔵病院
 4 国立精神・神経センター国府台病院
 seno@inokashira-hp.or.jp

Current Status of Nursing Practice when Patients are Isolated and Restricted

Kayo Seno* Satoru Utsunomiya Kenya Matsumoto Hiroko Aoyama Hiroko Yamaguchi

*Inokashira Hospital ; 4-14-1, Kamirenjaku, Mitaka-shi, Tokyo, 〒181-8531, Japan

【Abstract】 This study aims to clarify the current status of nursing for patients who are restricted because of their behavior. Subjects for this study were patients from two hospitals whose behavior was restricted. Based on the patients' illness, age, and behavior restrictions, the study measured the number of times nurses provided assistance during a 24-hour period, with the attending nurse checking 31 support items every 15 minutes. The number of times assistance was provided was tabulated according to each support item. Isolation and restriction were compared every work hour (day, evening, and night shifts) (ANOVA). As a result, the number of patients whose behavior was restricted during the study period totaled 103 (isolation 57, restriction 43, both 3). Most of the assistance required was related to "observation," "comfort," "assistance with meals," and "assistance with elimination." When comparing the number of times assistance was provided for isolated and restricted patients, restricted patients needed more assistance in the following areas: "measurement of vital signs and observation of entire body" and "observation and inspection tour" during day shifts and "observation and inspection tour" during night shifts. In comparison of the number of times support was given by work-shift, "physic," "observation and inspection tour," "assistance elimination," "assistance in moving" show a significant difference. The percentage of bedridden patients among those restricted for their behavior was 12.5%, which was higher than the general percentage, but this was interpreted as a characteristic of the study's target hospitals. The reasons why restricted patients required more frequent assistance included: 46.5% of the patients who were restricted because of their behavior had restraints on their four limbs and torso; and 74.4% were always in restraints.

【Keywords】 援助回数 number of times providing assistance, 隔離 isolation, 拘束 restriction, 勤務帯 working time

1. はじめに

近年、精神科医療において患者の人権を守るという立場から行動制限を最小にする取り組みがなされている¹⁾。しかしながら、最小にする取り組みがなされる一方で、病初期で自己コントロールが不十分な時期²⁾、攻撃性が高い患者³⁾、あるいは衝動性が強く、自殺の危険が高い患者⁴⁾、身体合併症のために治療を必要とする患者⁵⁾等があり、行動制限をせざるを得ない場合があることも事実である。

精神科医療における行動制限は、精神保健指定医の判断で行なわれる隔離と身体拘束(以下、拘束)がある。隔離は保護室、個室あるいは多床室に患者1名だけを入室させ、施錠することによる行動の制限である。拘束は医療的な配慮がなされた拘束用具により体幹や四肢の一部あるいは全部を拘束する行動の制限である。行動制限を受けている患

者は、精神症状が不安定なばかりでなく、セルフケアも十分にできず、基本的欲求の充足が制限されることになる。また行動制限を受けている患者はそれらを十分に訴えることも制限されるために、看護師のきめ細かな観察と援助が必要になる。

兵頭ら⁶⁾は保護室に入室した患者25名から聞き取り調査をした結果、患者が「話し相手がなく寂しい」あるいは「間食を食べさせて欲しい」などの意見を述べていたと報告している。また拘束を受けている患者は、恐怖感から医療者に対する不信感を抱いたり怒りから誤った罪悪感を抱いたりすることが認められると松本ら⁷⁾は述べている。これまでのところ、隔離、拘束を受けている患者に対する看護について個別的な援助の必要性を述べた研究⁸⁾や拘束の援助の基準を設けた試みに関する報告⁹⁾、隔離患者数名に提供された看護を看護記録から調査した研究¹⁰⁾も認められたが、行動制限を受けている患者すべてを対象としたもので

はなかった。

そこで本研究では、隔離あるいは拘束を受けている患者に提供されている看護の実態を明らかにすることを第1の目的とした。また患者の状態は不安定であるために、夜勤帯でも十分な援助がなされているのか、その実態を明らかにすることを第2の目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象者

精神科専門病床をもつ2病院14病棟(合計823床)で行動制限を受けている患者を看護した看護師143名である。

2. 調査期間

平成15年9月24日午前9時から25日午前9時までの24時間。

3. 調査方法

a. 内容

「平成11年度厚生科学研究：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」¹⁾で使用した『個人調査票(C表)』と、「平成12年度厚生科学研究費補助金(精神保健福祉総合研究事業)精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」²⁾で使用した『様式6 患者票』をもとに、研究者の承諾を得て、行動制限を受けている患者の特徴として、診断名、年齢、行動制限を受けている理由等を同一の調査用紙に盛り込み作成した(以下、個人調査用紙)。

行動制限を受けている患者に対する援助の調査内容は、事前に実施した援助内容の分析をもとに、実態に合わせ微調整を行ない、「看護婦業務指針 日本看護協会看護婦職能委員会編」³⁾看護婦業務区分表・看護行為分類Iを参考にした(以下、援助回数測定用紙)。その結果、援助内容は13カテゴリー、31項目とした。

b. 方法

個人調査用紙と援助回数測定用紙を使用し、担当看護師に記入してもらった。記入方法については事前に当該病院の看護部師長会議のなかで説明し、調査日当日は研究者が病棟を回って質問に応じる体制をとった。

1) 個人調査用紙

日勤帯の担当看護師に記入してもらった。

2) 援助回数測定用紙

援助回数測定用紙は、縦軸に時間軸を、横軸に31の援助項目と援助に関わった人数、行動制限の一時的解除に関する項目を設定し、援助回数の集計に当たっては15分間隔の1マスを1回とした。本稿の一時的解除は、看護援助による隔離・拘束の暫時の中断を示している。

日勤帯(9～17時)・準夜帯(17～1時)・深夜帯(1～9時)そ

れぞれ1枚ずつの調査用紙、計3枚を用意し、看護師が行動制限を受けている患者に関わった都度、記入する。その際に、行動制限が中断されている時間帯の援助は記入しないとした。本稿の中断は、精神保健指定医による治療計画にもとづき1日のうち一定の時間隔離または拘束を中断して症状を観察することを示している。

c. 分析方法

援助の回数を項目ごとに集計し、勤務帯ごとに隔離と拘束でも検定を行なった。さらに援助の項目ごとに勤務帯で1元配置分散分析を行ない、その後Bonferroni多重比較を行なった。

d. 倫理的配慮

対象となった病院の管理責任者の承諾を得た。また、調査日は病棟の責任者が調査用紙を管理し、調査用紙への記入は任意で無記名とした。また記入者および行動制限の対象者が特定されることのないよう配慮し、得られたデータについては研究以外には使用せず研究者が管理し、分析終了後に破棄した。調査対象者には、これらについて説明を行ない、承諾を得た。

III. 結果

1. 行動制限を受けている患者の特徴

調査日に行動制限を受けている患者は103名で対病床数(823床)の12.5%であった。隔離されている患者は(以下、隔離)57名で対病床比率6.9%、拘束されている患者(以下、拘束)は43名で対病床比率5.5%、隔離し拘束を受けていた患者は3名であった。本研究では、隔離と拘束の違いをみるために、隔離され拘束を受けている患者3名のデータを分析の対象から除外した。

性別では、男性62名、女性38名であった。対象者全体の平均年齢は50.4(SD19.26)歳であった。隔離されている患者(男性38名、女性19名)の平均年齢は42.4(SD16.03)歳、拘束を受けている患者(男性24名、女性19名)では61.7(SD16.17)歳であった。

行動制限を受けている患者の診断名は、最も多かったのが統合失調症で65名、痴呆性疾患が9名であった(表1)。

入院期間は、1週間未満が12名、1週間以上1か月未満が17名、1か月以上3か月未満が12名、3か月以上6か月未満が8名、6か月以上1年未満が12名、1年以上が39名であった。

入院形態は、8名が措置入院で、92名が医療保護入院であった。

2. 行動制限の状況

a. 行動制限の理由(表2)

隔離を行なっている理由として最も多かったのは「精神

症状」で49名(86.0%)、「点滴などの医療行為」が2名(3.5%)で、「その他」が6名(10.5%)あった。

拘束の理由として最も多かったのは「精神症状」で20名(46.5%)、「点滴などの医療行為」が6名(14.0%)、「車椅子からの転倒などの安全の確保」が17名(39.5%)であった。

b. 行動制限の期間(表3)

隔離を行なっている期間は、1日が6名(10.5%)、2日以上1週間未満が10名(17.5%)、1週間以上2週間未満が7名(12.3%)、2週間以上3週間未満が3名(5.3%)、3週間以上1か月未満が8名(14.0%)、1か月以上が21名(36.8%)であった。

表1 行動制限を受けている患者の診断名；隔離と拘束の比較(n=100)

疾患名	隔離(%)	拘束(%)
痴呆性疾患	9 (3(5.3))	6(14.0)
統合失調症	65 (36(63.2))	29(67.4)
そううつ病	8 (5(8.7))	3(7.0)
その他の精神病	8 (5(8.7))	3(7.0)
中毒性精神障害	1 (1(1.8))	0
その他の脳器質性疾患	1 (0)	1(2.3)
人格障害	2 (2(3.5))	0
精神遅滞	2 (1(1.8))	1(2.3)
その他	4 (4(7.0))	0
合計	100 (57(100))	43(100)
平均年齢(range)	50.4 42.37(13-72)	61.67(18-90)

表2 行動制限の理由；隔離と拘束の比較(n=100)

	隔離(%)	拘束(%)
精神症状	49(86.0)	20(46.5)
点滴などの医療行為	2(3.5)	6(14.0)
車椅子からの転倒などの安全の確保	0	17(39.5)
その他	6(10.5)	0
合計	57(100.0)	43(100.0)

表4 行動制限の期間；診断名による比較

	隔離			拘束		
	統合失調症	痴呆性疾患	その他	統合失調症	痴呆性疾患	その他
1日	3	1	2	5		
2日以上1週間未満	6		4	4		1
1週間以上2週間未満	4		3	4		2
2週間以上3週間未満	3					2
3週間以上1か月未満	4		4		1	
1か月以上	16	1	4	16	5	3
不明		1	1			

拘束を行なっている期間は、1日が5名(11.6%)、2日以上1週間未満が5名(11.6%)、1週間以上2週間未満が6名(14.0%)、2週間以上3週間未満が2名(4.7%)、3週間以上1か月未満が1名(2.3%)、1か月以上が24名(55.8%)であった。

行動制限の期間を統合失調症、痴呆性疾患、その他の疾患の3つに区分してみると、隔離の場合、統合失調症は1か月以上が16名であり、統合失調症患者の44.4%であった。同様に拘束している患者をみると統合失調症は1か月以上の拘束が16名で55.2%であった。拘束をしている痴呆性疾患患者は3週間以上1か月以内、1か月以上で長期の者が多かった(表4)。

c. 行動制限の内容

隔離を行なっている場所は保護室が30名(52.6%)、個室が22名(38.6%)、その他の一般病室が3名(5.3%)であった。隔離を行なっている場所には、ナースコールとテレビモニターの両方が設置されているのが12箇所(21.1%)で、ナースコールのみが25箇所(43.9%)、テレビモニターのみが18箇所(31.6%)であった。

拘束を行なっている部位は、上肢または下肢のみが5名(11.6%)、体幹のみが18名(41.9%)、四肢および体幹が20名(46.5%)であった。

拘束を行なっている場所は、一般病室が20名(46.5%)、個室および保護室が15名(34.9%)、車椅子が5名(11.6%)、その他が3名(7.0%)であった。

表3 行動制限の期間；隔離と拘束の比較(n=100)

	隔離(%)	拘束(%)
1日	6(10.5)	5(11.6)
2日以上1週間未満	10(17.5)	5(11.6)
1週間以上2週間未満	7(12.3)	6(14.0)
2週間以上3週間未満	3(5.3)	2(4.7)
3週間以上1ヶ月未満	8(14.0)	1(2.3)
1か月以上	21(36.8)	24(55.8)
不明	2(3.5)	0
合計	57(100.0)	43(100.0)

拘束を行なっている場所には、ナースコールのみが37箇所(86.0%)、テレビモニターのみが5箇所(11.6%)設置されており、両方の設置が1箇所あった。

d. 行動制限の中断(表5)

隔離の中断状況を見ると、6名は中断時間がなく、51名は15分から8時間の中断が見られた。そのなかで中断時間が4時間を超えるものは35名で61.4%となっていた。

拘束の中断状況を見ると、11名(25.6%)は1時間から17時間の中断が行なわれ、32名(74.4%)は中断時間がなかった。拘束の中断が行なわれている11名のうち3名は8時間以上の中断が行なわれていた。

行動制限を一時的に解除して実施した援助回数を、統合失調症、痴呆性疾患、その他の疾患に区分し1人あたりの平均で比較したが、差異は認められなかった。しかし拘束を受けている統合失調症は平均一時的解除回数が1.3回であるのに対し、その他の疾患は2.3回、痴呆性疾患2.0回と有意な差が認められた($F=27.3, p<0.05$)。部分拘束を受けている患者の平均一時的解除回数には差異が認められなかった(表6)。

3. 行動制限時の援助内容

a. 援助総数

行動制限時の援助総数をカテゴリーごとにみると、最も多い援助は『観察』4,979回で、次に『安楽』526回、『排泄の世話』398回、『食事の世話』395回の順であった。

これらを各項目でみると、カテゴリー『観察』は、3項目で構成されているが、「観察・巡視」(3,923回)、「テレビモニターの観察」(908回)の2項目が圧倒的に多かった。カテゴリー『安楽』では「会話」328回、「ナースコールの対応」87回が多かった。カテゴリー『排泄の世話』は、「おむ

つ交換」(181回)、「排泄の介助」(176回)であった。カテゴリー『食事の世話』は項目「食事・間食の援助」が190回、「水分補給」は178回であった(表7)。

b. 隔離患者と拘束患者の比較

援助回数を隔離と拘束に分けて比較してみると、13のどのカテゴリーでも平均援助回数には差異は認められなかった。また項目ごとに隔離と拘束患者への平均援助回数で比較すると、「診療・治療の介助・処置」では、隔離1.94回、拘束5.60回($t=2.09, p=0.044$)、「呼吸・循環管理」では、隔離1.00回、拘束3.58回($t=4.14, p=0.001$)、「バイタルサイン測定・全身観察」では、隔離1.08回、拘束1.44回($t=2.54, p=0.022$)、「観察・巡視」では隔離13.8回、拘束17.2回($t=3.38, p=0.001$)で、共に拘束患者のほうが援助を多く受けていることが認められた。

カテゴリー『安楽』では「体位変換」(96回)のほとんどは拘束患者であった。また、カテゴリー『食事の世話』の項目「経管栄養」は27回で拘束患者のみに認められた。

しかし、その他の項目では隔離と拘束の平均援助回数を比較したが、差異は認められなかった。

c. 援助に関わった看護師の人数

調査の対象者である看護師143名は、日勤帯5~9名、準夜帯では2病棟、深夜帯では1病棟を除いた13の病棟で各2名ずつであった。準夜帯2病棟、深夜帯1病棟はそれぞれ3名ずつが援助に関わっていた。

1回の援助に関わった看護師の人数は、ほとんどが1名ずつであった。しかし項目「清拭・陰部洗浄」では2人以上に関わった援助回数が30回であり「清拭・陰部洗浄」全体の52.6%であった。また項目「シーツ交換」において2人以上に関わった援助は33.3%(11回)、項目「おむつ交換」では21.0%(39回)、項目「移乗」では20.3%(13回)、項目「診療・治療の解除・処置」では15.0%(34回)を占めており、これらの項目では援助を実施する際に2人以上の看護師が関わっていることが認められた。

d. 勤務帯による平均援助回数の比較

項目「与薬」において日勤帯での平均援助回数は1.19(SD 0.39)回、準夜帯1.76(SD 0.68)回、深夜帯1.22(SD 0.54)回であり、グループ間で差が認められた($F=19.55, p<0.001$)。その後、Bonferroniで多重比較をした結果、準夜帯が日勤帯、深夜帯に比べ有意に多いこ

表5 行動制限の中断時間；隔離と拘束の比較(n=100)

	隔離(%)	拘束(%)
0時間	6(10.5)	32(74.4)
15分以上4時間未満	16(28.1)	4(9.3)
4時間以上8時間未満	35(61.4)	4(9.3)
8時間以上	0	3(7.0)
合計	57(100.0)	43(100.0)

表6 一時的解除の平均回数；診断名による比較

	隔離		拘束	
	n	一時的解除回数	n	部分一時的解除回数 一時的解除回数
統合失調症	36	3.5	29	2.6 1.3
痴呆性疾患	3	3.0	6	2.0
その他	18	4.5	8	1.6 2.3

表 7 行動制限を受けている患者の援助総数；隔離と拘束の比較 単位：回

カテゴリー	項目	援助総数	隔離	拘束
合計		7,336	3,805	3,531
身体の清潔		219	89	130
	清拭・陰部洗浄	57	18	39
	洗面	118	54	64
	更衣	28	9	19
	入浴	16	8	8
与薬	与薬	244	129	115
排泄の世話		398	156	242
	排泄介助	176	124	52
	おむつ交換	181	30	151
	尿管の管理	41	2	39
食事		395	202	193
	食事・間食の援助	190	108	82
	水分補給	178	94	84
	経管栄養	27	0	27
環境		79	49	30
	室内の清掃	46	32	14
	シーツ交換	33	17	16
安楽		526	236	290
	会話	328	184	144
	ナースコール対応	87	46	41
	喫煙	3	3	0
	マッサージ	12	2	10
	体位変換	96	1	95
診療の介助・処置		311	37	274
	診療・治療の介助・処置	227	31	196
	呼吸・循環管理	71	3	68
	検査・手術(m-ECT など)	13	3	10
観察		4,979	2,879	2,100
	バイタルサイン測定・全身観察	148	56	92
	観察・巡視	3,923	2,002	1,921
	テレビモニター観察	908	821	87
移動		113	6	107
	車椅子の乗車	49	4	45
	移乗	64	2	62
問題行動の対処	問題行動の対処	60	14	46
通信・電話の援助	通信・電話の援助	1	1	0
外出		3	2	1
	付き添い散歩	3	2	1
	患者との買い物	0	0	0
家族の面接	家族の面接	8	5	3

とが認められた($p < 0.001$)。また、項目「排泄介助」において日勤帯での平均援助回数は2.24(SD 1.22)回、準夜帯1.85(SD 1.40)回、深夜帯1.39(SD 0.69)回でグループ間で差がみられ($F = 4.67$, $p = 0.012$)、Bonferroniで多重

比較をした結果、日勤帯が深夜帯に比べ有意に多かった。

さらに項目「観察・巡視」における日勤帯での平均援助回数は12.40(SD 8.57)回、準夜帯16.10(SD 7.93)回、深夜帯16.45(SD 7.25)回でグループ間での有意差がみられた

表 8 平均援助回数の勤務帯による比較 Mean(SD) n=100

項目	日勤帯	準夜帯	深夜帯
与薬	1.19(0.39)	1.76(0.68)	1.22(0.54)
排泄介助	2.24(1.22)	1.85(1.40)	1.39(0.69)
観察・巡視	12.40(8.57)	16.10(7.93)	16.45(7.25)
テレビモニター観察	5.50(4.77)	15.14(10.30)	14.39(7.40)
移乗	2.25(1.65)	1.21(0.43)	1.00(0.00)

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 9 各勤務帯における平均援助回数；隔離と拘束の比較

	隔離	拘束
【日勤帯】		
バイタルサインの測定・全身観察	1.03(0.18)	1.66(1.40)
観察・巡視	10.32(8.17)	15.0(8.46)
【深夜帯】		
観察・巡視	14.93(6.76)	18.54(7.47)

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

(F=5.911, p=0.003)。その後、Bonferroniで多重比較をした結果、日勤帯に比べ準夜帯(p<0.05)および深夜帯(p<0.01)が有意に多く、準夜帯と深夜帯とでは有意な差はみられなかった。同様に項目「テレビモニター観察」においても、日勤帯での平均援助回数は5.50(SD 4.77)回、準夜帯15.14(SD 10.30)回、深夜帯14.39(SD 7.40)回でグループ間での有意差がみられ(F=6.04, p=0.004)、Bonferroniで多重比較をした結果、日勤帯に比べ準夜帯(p<0.01)および深夜帯(p<0.01)が有意に多く、準夜帯と深夜帯とでは有意な差はみられなかった。

項目「移乗」の平均援助回数は、日勤帯で2.25(SD 1.65)回、準夜帯1.21(SD 0.43)回、深夜帯1.00(SD 0.00)回でグループ間での有意差がみられ(F=5.58, p=0.007)、Bonferroniで多重比較をした結果、日勤帯に比べ準夜帯(p<0.05)および深夜帯(p<0.05)が有意に多かった(表8)。

e. 各勤務帯における隔離と拘束の平均援助回数の比較

日勤帯においては項目「バイタルサインの測定・全身観察」において、拘束1.66(SD 1.40)回、隔離1.03(SD 0.18)回であり、拘束のほうが有意に多いことが認められた(t=2.39, p=0.024)。また「観察・巡視」において、拘束

15.0(SD 8.46)回、隔離10.32(SD 8.17)回であり、拘束のほうが有意に多いことが認められた(t=2.33, p=0.023)。

準夜帯においては、拘束と隔離を比較したが、差のみられた項目はなかった。

深夜帯では「観察・巡視」において、拘束18.54(SD 7.47)回、隔離14.93(SD 6.76)回であり、拘束のほうが有意に多かった(t=2.45, p=0.017) (表9)。

隔離の一時的解除、あるいは拘束の部分一時的解除、拘束の一時的解除をした勤務帯をみると、隔離の一時的解除は日勤帯において31項目中の10項目で認められた。拘束の部分一時的解除は、日勤帯で11項目、深夜帯で12項目、同様に拘束の一時的解除は日勤帯、深夜帯で共に16項目に認められた(表10)。

IV. 考 察

1. 行動制限を受けている患者の特徴

「平成11年度厚生科学研究：精神科医療における行動制限最小化に関する研究」での病棟区分ごとの行動制限数において、対病床比率が最も高いのは公立病院の7.6%で、

表 10 各勤務帯における一時的解除の有無

カテゴリー	項目	隔離一時解除			拘束					
					部分一時解除			一時解除		
		日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜	日勤	準夜	深夜
身体の清潔	清拭・陰部洗浄	○			○		○	○		○
	洗面		○	○	○		○	○		○
	更衣							○		○
	入浴	○						○		○
与薬	与薬		○	○			○	○		○
排泄の世話	排泄介助		○		○		○	○	○	○
	おむつ交換				○	○	○	○		
	尿管の管理									
食事の世話	食事・間食の援助	○	○			○	○	○		○
	水分補給				○					○
	経管栄養									
環境	室内の清掃	○			○			○		
	シーツ交換				○			○	○	○
安楽	会話								○	○
	ナースコール対応							○		
	喫煙	○								
	マッサージ 体位変換						○			○
診療・治療の介助	診察・治療の介助						○		○	○
	呼吸・循環管理						○			
	検査・手術							○		○
観察	バイタルサインの測定	○		○			○	○		○
	観察・巡視	○			○	○	○	○	○	○
	テレビモニターの観察									
移動	車椅子の乗車				○					○
	移乗				○	○			○	
問題行動の対処	問題行動の対処						○		○	
通信・電話の援助	通信・電話の援助	○						○		
外出	付き添い散歩	○						○		
	患者との買い物									
家族の面接	家族の面接	○			○					
	一時解除項目合計	10	4	3	11	4	12	16	7	16

注) ○印は援助のために一時解除がなされた項目

国立病院・療養所は6.0%、全体では4.1%であった¹⁾。今回の行動制限を受けている患者は対病床比率12.5%であり、平成11年度の調査に比べてはるかに高いことが認められた。

拘束理由の46.5%が精神症状、拘束を受けている部位では四肢および体幹が46.5%であった。拘束を受けている期間は、1か月以上に及ぶ患者が最も多く、拘束を受けている患者の55.8%となっている。さらに、拘束を受けている患者では中断時間のないものが72.1%を占めてい

た。また、隔離の理由では86.0%が精神症状であり、期間が1か月以上に及ぶ患者が36.8%であった。特に1か月以上の長期に隔離や拘束を受けている患者は統合失調症患者に多く認められた。また全体の数は少ないものの痴呆性疾患患者に1か月以上の長期拘束者が認められた。隔離・拘束の平均一時的解除回数も少なかった。宮本ら¹²⁾は、統合失調症患者は、入院日数の経過とケア時間の関連がなく、常に病状に応じた援助が必要であると述べている。

本研究における行動制限を受けている患者の特徴は精神

症状が不安定と考えられる統合失調症患者が多く、長期の行動制限が必要とされており、また、さまざまな援助を必要としている状況であると考えられた。しかし、本研究では精神症状の具体的な内容を調査していないため、明確にすることができなかった。

2. 隔離と拘束時の援助内容の比較

拘束と隔離を比較してみると、有意な差は認められなかったが、1人あたりが受ける援助回数が拘束のほうが多かった。拘束を受けている患者の46.5%が四肢および体幹の拘束を受けていることから、頻繁な観察が必要となり、「バイタルサインの測定・全身観察」が多くなっていると考えられる。また、隔離の61.4%に8時間以上の中断が見られるが、拘束の74.4%には中断時間がないことなども、拘束のほうが「観察・巡視」が多くなっている理由と考えられる。

隔離に比べて拘束は平均援助回数が多いものの、『観察』に関するものがほとんどであった。拘束を受けている患者の74.4%には、拘束の中断時間がないこと、また四肢および体幹の拘束を受けているものが46.5%であったため、肺動脈血栓塞栓症¹³⁾の予防である「体位変換」や「マッサージ」などの援助が多くなると予測された。しかし、「体位変換」は合計95回(1人平均2.2回)で、「マッサージ」は10回(1人平均0.2回)であった。また、「水分の補給」は合計84回(1人平均2.0回)である。これらのことから、近年警告されている肺動脈血栓塞栓症からの突然死の危険が高いと考えられた。肺動脈血栓塞栓症の予防には、早期拘束解除のほか、弾性ストッキングの着用、間欠的下肢圧迫療法などによる物理療法、理学療法¹⁴⁾などの援助が有効である。したがって看護師は、水分補給を行なうとともに、下肢の他動運動やマッサージなどの援助を行なうことが必要になると思われる。

3. 勤務帯による援助回数の比較

勤務帯による援助回数の違いをみると、日勤帯と準夜帯では項目「与薬」と「観察・巡視」が準夜帯で多く、「移乗」が日勤帯で多かった。準夜帯では夕食後薬と就寝前薬があるために、日勤帯と比べて多くなっているものと思われる。また、日勤帯では援助を行ないながら観察を実施しているために「観察・巡視」の回数が少なくなっているとも考えられた。「移乗」が日勤帯で多いということは、夜勤帯は患者を動かさないことを示しており、夜勤帯では勤務者数が少ないために、日勤帯にゆだねていると推察できる。また、これは患者の安全を確保するためにも必要なことであると思われた。

隔離を受けている患者が、隔離を一時的に解除して援助を受けるのは、日勤帯のほうが圧倒的に多かった。一方、

拘束を受けている患者では、一時的に解除している援助項目数が日勤帯と深夜帯では大きな差異が認められなかった。このことは、準夜帯では患者からの相談が多いとの指摘¹⁵⁾のとおり、準夜帯は隔離や拘束を受けている患者以外の患者への対応に追われているため、隔離や拘束を受けている患者への援助が少なくなったとも考えられる。また本来、深夜帯は患者が入眠している時間帯であるが、日勤帯と同様の援助回数を実施しているということは、深夜帯でも不安定な精神症状のためか、あるいは別のニーズがあるとも考えられた。また拘束を受けている患者は、拘束の援助を実施するための一時解除や多人数の看護師で関わる必要があるカテゴリー『身体の清潔』や『排泄の世話』等の日常生活上の援助の回数が多かった。これらのことから、深夜帯での業務は煩雑ではないかと推察された。

V. おわりに

行動制限時の援助を24時間で測定した結果、カテゴリーでは『観察』に関するものが最も多く、次いで『安楽』『排泄の世話』『食事の世話』に関する援助総数が多かった。このことから行動制限を受けている患者に対しては基本的欲求に関する援助が提供されていることが明らかになった。しかし、一方では「体位変換」や「マッサージ」「水分補給」等の拘束時に必要と思われた援助が少ないことも明らかになった。また、現在の援助総数を考え合わせると1人あたりの平均援助回数が1回に満たない項目もあり、援助が十分になされているとは言い難いと思われた。

今回の調査では、隔離と拘束での援助回数の違いや各勤務帯での援助回数の違いが明らかになったが、援助の質の違いを明らかにするには至らなかった。また本研究では行動制限を受けている患者のニーズに基づいた調査ではなく、実際に行なわれている援助回数を測定したのみである。さらに隔離や拘束を受けている患者の行動制限の理由の記載が不十分であったために、援助回数の妥当性について検討を十分に行なうことはできなかった。これらが、本研究の限界であると考えられる。

今後は、隔離と拘束を選択する理由や、行動制限を受ける患者のニーズを明確にしながら、隔離と拘束の援助内容の質の違いを明らかにしていくことが課題である。

本研究の調査に協力していただいた皆様に深謝します。

■文献

- 1) 浅井邦彦：平成11年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)精神科医療における行動制限の最小化に関する研究 精神障害者の行動制限と人権確保のあり方、2000。

- 2) Kullgren G et. al: Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment, Acta Psychiatr Scand 93, 389-396, 1996
- 3) Salib et al: Practice of seclusion; A five-year retrospective review in north Cheshire, Med Sci Law, 38, 321-327, 1998
- 4) 中村仁志, 久米和興, 赤荻由美, 他: 精神科看護技術に関する一検討; 保護室における看護技術について, 千葉県立衛生短期大学紀要, 9(1), 35-41, 2000.
- 5) 兵頭猪佐夫, 和田八重子, 佐野雅美, 他: 急性期治療病棟の保護室入室時の患者のニーズ; 保護室入室体験者の声, 日本精神科看護学会, 423-426,
- 6) 松本佳子, 桜井伸子, 大場美知子: 精神科入院患者にとつての身体拘束の体験; 患者と家族とのインタビューから, 日本精神保健看護学会, 11(1), 79-84, 2002.
- 7) 三谷裕美子: 保護室患者にも個別的継続的ケアを; 毎日向きあえば細かな変化が見えてくる, 精神科看護, 29(1), 14-19, 2002.
- 8) 辻脇邦彦: 抑制の目的と解除目標・時期を明確にする; 抑制時ケア基準作成への取り組み, 精神科看護, 28(6), 26-30, 2001.
- 9) 三原忠夫, 西村日出子, 片寄ゆかり, 他: 保護室入室患者の看護ケアに関する分析; 看護技術カテゴリを活用して, 日本精神看護学会, 51-53,
- 10) 浅井邦彦: 平成 12 年度厚生科学研究費補助金(精神保福祉総合研究事業)精神科医療における行動制限の最小化に関する研究, 2001.
- 11) 日本看護協会看護婦職能委員会編: 看護婦業務指針, 日本看護協会出版会, 1995.
- 12) 宮本有紀, 萱間真美, 沢田秋, 他: 精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴, 精神科看護, 30(11), 42-46, 2003.
- 13) 長嶺敬彦: 身体拘束と肺動脈血栓塞栓症, 精神科看護, 31(6): 44-48, 2004.
- 14) 原田貴史, 友竹正人, 小笠原一能, 他: 精神科臨床における下肢深部静脈血栓症, 臨床精神医学, 33(7), 939-946, 2004.
- 15) 北川明, 川崎長継, 稲沢哲三: タイムスタディを使用した精神科看護業務に対する特殊性; 他科との看護業務割合比較からの分析, 日本精神科看護学会誌 45(2), 197-201, 2002.

【要旨】 本研究の目的は、行動制限を受けている患者に提供されている看護の実態を明らかにすることである。2 病院で行動制限を受けている患者を対象に、病名・年齢・行動制限の内容と、1 日 24 時間に提供された看護の実態について調査した。提供された看護の実態は、31 の援助項目について看護師に 15 分間隔でチェックをする方法で測定した。分析方法は、援助項目ごとに援助回数を集計し、勤務帯(日勤, 深夜, 準夜)ごとに隔離と拘束を比較するために一元配置分散分析を行なった。その結果、調査日に行動制限を受けている患者は 103 名(隔離 57 名, 拘束 43 名, 隔離と拘束を共に受けているのは 3 名)で、対病床比率 12.5%であった。援助回数の多いものはカテゴリーでは『観察』『安楽』『排泄の世話』『食事の世話』であった。勤務帯ごとに隔離と拘束時の援助回数を項目ごとに比較すると、日勤帯の「バイタルサインの測定・全身観察」「観察・巡視」と、深夜帯の「観察・巡視」において隔離より拘束のほうが援助回数は多かった。勤務帯による援助回数の比較では、「与薬」や「観察・巡視」「排泄介助」「移乗」において有意な差が見られた。本研究で行動制限を受けている患者の対病床比率は 12.5%であり、平成 11 年度の研究に比べて高く、調査対象病院の特徴と推察された。隔離よりも拘束に援助回数が多かったのは、拘束されている患者の 46.5%が四肢と体幹の拘束を受けていたことと、74.4%の拘束患者には中絶時間がないことなどが理由と考えられた。

開発途上国の看護基礎教育をとりまく状況調査

ーバングラデッシュー

宮本恵子 山田 巧 稲岡光子

国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
hiragak@adm.ncn.ac.jp

【Keywords】 開発途上国 developing country, 国際協力 international cooperation, 看護基礎教育 nursing education, バングラデッシュ Bangladesh

I. はじめに

わが国の政府開発援助では、1978年(昭和53年)より開発途上国における人材養成を目的とした看護教育プロジェクトが開始されており、多くの専門家が看護教育分野での技術協力を携わっている。開発途上国での活動を開始するにあたっては、看護をとりまく状況などの情報収集は不可欠であり、派遣前の準備では最も重要な部分である。しかし、派遣前の系統的な情報収集の方法は明確になっておらず、多くの場合専門家個人の努力に任されているのが現状であり、研修プログラムにおいても確立されたものはない。

現在、研究者らは看護基礎教育分野に焦点をあて、開発途上国の看護教育制度やそれをとりまくさまざまな要因、現状、問題点等を調査し、過去あるいは現在の国際協力の振り返りを行ない、それらを基にして効果的な技術移転を行なうための人材養成プログラムを構築する研究に取り組んでいる。その第一段階として開発途上国の看護教育の現状を知る必要があるが、わが国の国際協力がすでに実施されている国では、何らかの変化が起こっているためその国本来の現状を知ることは難しい。そこで、これまでにわが国の国際協力が実施されていないバングラデッシュ人民共和国の看護教育の現状を調査し、看護教育制度、教育の現状、それらをとりまく社会、環境、経済、保健医療の状況を明らかにしたので報告する。

II. 対象と方法

バングラデッシュ人民共和国の保健省看護課、看護審議会、看護教育施設、および保健医療施設などの見学、最高責任者や看護職者に対して聞き取り調査を行なった。

調査期間は、2002(平成14)年11月6～13日である。

III. 結果

1. バングラデッシュ人民共和国の看護教育の背景

バングラデッシュ人民共和国の看護教育は、国の成立過程により英国、インド、パキスタン等の影響を受けて形成された。1971年パキスタン国から分離独立し、翌年にはバングラデッシュ独自の看護審議会が、1977年には保健家族福祉省の中に看護局が設置され、この2つの組織がそれぞれ独自の役割、機能をもって移行期の段階にある国の看護教育、看護専門職の発展にかかわり、統括している。

看護審議会に登録されている看護職には、看護師(4年制ディプロマコース修了)、助産師、補助看護師(assistant nurse)(6か月コース修了)、家族福祉訪問員(FWV: Family Welfare Visitor)がある。ただし、補助看護師の養成は現在中止されているが、現在までに登録されている1,419名は、3か月の臨床経験を積むことで4年制ディプロマコースを受験することができることになっている。FWVとは、中学卒業レベルの女性が18か月の母子保健研修を受講し、主に地域で妊婦検診や予防接種、

Nursing Education in the Developing Country ; Bangladesh

*Keiko Miyamoto Takumi Yamada Mitsuko Inaoka

*National College of Nursing, Japan ; 1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

分娩介助などを行なうバングラデッシュ独自の医療スタッフである。

医師と看護師の比率は2:1であり、国際的比率1:3の逆である。そして、国家予算の不足は深刻な問題であり、国立病院は6,000人の欠員があるにもかかわらず採用ができない状態が続いている。20,000人登録されている看護師のうち12,689人が政府の施設に就業、その他はアメリカ、ロンドン、中近東等の海外、私立のクリニック、民間部門に職場を求めており、2002年5月現在、国立の看護学校卒業生約1,000人が国内の職を待っている状況である。

2. 看護教育関連施設

1) 保健家族福祉省看護局

国の看護行政の最高部署で、バングラデッシュ政府管轄の医療施設の看護サービスおよび看護教育の計画と統括等を司る。看護に関するすべての事項、看護職の任命、昇進、賞罰、報酬、勤務体制、看護職の地位向上、イメージの改善、看護政策策定等の業務を行なっている。特に看護サービスの強化と女性の地位の向上に力を入れて取り組んでいる。局長の下、数名の看護職が配置されているが看護学校の教員が出向で人手不足を補っている。

2) 看護審議会

1983年、議会において非政府、非営利組織と認可される。しかし、会長は保健家族福祉大臣、副会長は保健局長が務めている。

看護の規制機関として、看護実践の法的規制、免許、資格認定、免許登録、更新時の条件決定、海外からの看護職の免許査定等を行なっている。看護教育全般の統括として、各種看護教育の基準、カリキュラム作成・改訂、各種試験問題の作成・実施、短期コース・継続教育の計画等が含まれる。2001年度から5年ごとの免許更新制度を導入し、登録料300タカ(およそ600円)、更新料は150タカ(およそ300円)である。更新のための要件(継続教育など)は現在検討中である。

年1回開催されるカリキュラム委員会の委員はWHOバングラデッシュ事務所、英国大使館、医師、医学審議会等から25名が出席する。委員の50~75%は看護職が占める。シラバスの時間配分等もこの委員会で決定している。

3) WHO

主な業務は、保健家族福祉省看護局をサポートすることや看護師、助産師の質を向上するためのワークショップ開催などである。

予算は2年ごとに計画しており、およそ48万ドル/2年(医療分野70万ドル)であり、修士のコース、看護、助産、感染管理の基準作成や人材開発、能力開発などの研修、コンピュータなどに基金を提供している。

4) バングラデッシュ看護協会

会員およそ700人。中央の職員は12名で、月に1回支部長会議を行なっている。

看護協会、ICNの役割、存在意義などがみえないとの理由で会員数が増えないため、現在はどうやって会員数を増やすか模索中である。国内には看護協会以外に、組合系の協会が存在しており、そちらは給料を上げるための政治的な働きかけなどを行っているため、会員数が多く、組織的にも看護協会の存在を脅かしている。

3. 看護教育制度

1) 看護基礎教育

4年制のディプロマコースが唯一の看護基礎教育であり、その数は、国立38校、軍立1校、私立5校の合計44校である。国立38校のうち、8校は医科大学付属看護学校、12校は古い郡病院付属、18校は新設の郡病院に属している。

入学資格は一般教育10年以上の16~26歳までの若者に限っているため、社会人は受験資格がない。男子学生は、全学生の約10%である。入学試験は国語、数学、英語等の一般的な試験であるが、医療機器等を取り扱うため英語ができることが条件の1つである。優秀な学生を確保するために入学時期を10月から6月に変更した。入学後3か月は試用期間とみなされ看護職への適否が評価される。

女子学生は3年+助産師コース、男子学生は3年+整形外科コース(精神科の教員がいれば精神科も可)と男女差によるカリキュラムが考慮されている。

2) 看護大学

4年制のディプロマコースを卒業した看護師が3年以上の臨床を経験することで受験資格を得ることができる。入学生のほとんどは政府の医療機関で勤務している看護師であるが、私立の施設やネパール、バーレーン、インド等の海外からの留学生なども受け入れている。定員125名であるが要請に応じて2002年度は170名が入学しており、チューター制のもとに勉強している。

この看護大学は独立前の1970年に創立され、1977年にダッカ国立大学の傘下に入ることで、看護学士号と公衆衛生看護学士号を取得できるようになった。

教育期間は2年で、授業はすべて英語で行なわれている。カリキュラム開発、モジュール作成、教育方法の原理、教育・管理等の内容で年間の授業時間は実習も含めて630時間。卒業論文は課さないが、小規模なプロジェクトを展開させている。在学期間は最高5年まで猶予が与えられるため、働きながら学ぶことも可能である。

卒業生には看護教員、看護管理者、公衆衛生看護領域への道が開かれている。

学士課程のコースのほか、院内教育コースとして看護部

長、スーパーバイザー、スタッフナースを対象とした研修コースも実施している。

3) 大学院教育

国内には看護系大学院はないため、WHOと英国文化振興会の援助でオーストラリアのアデライド大学看護学部 of 遠隔教育を活用している。毎年10名がこの修士課程を受講し、12か月で修士号を取得している。2002年9月現在の修士号取得者数は56人(公衆衛生、国際看護、臨床看護専攻)であり、学位取得後は元の職場に戻り看護教育、地域の管理、臨床の場等で活躍している。

4) 看護研究者の教育

1999年、シニアナースが臨床重視の研究方法を学ぶ場として看護大学構内に看護研究室を設立し、インド駐在WHOコンサルタントの指導のもと看護研究者育成を開始している。

5) 継続教育

現在は、ICU/CCU専門コースが国立心臓血管研究所で実施されている。臨床3年以上の看護師が対象で、定員20名の1年コース。日本でICU/CCUコース研修を終えた看護師が担当している。

4. 看護基礎教育の実際

1) 教育内容

看護基礎教育活動のすべては看護審議会で設定された基準を遵守したり、1993年に改定されたカリキュラムの枠組みに沿ってはいるが、実際の教育内容はそれぞれの教育機関の自主性に任されている。

2) 卒業に必要な時間数

1週間のうち、授業は2日間、実習は4日間で、卒業に要する時間数は講義(理論)2,196時間、実習3,744時間である。卒業試験が国家試験に代わるものとみなされており、合格すれば看護審議会上に登録され、看護師の資格が取得できる。

3) 臨床実習

病院は人手不足のため、常に病院に学生が実習しているようにブロックシステムがとられ、実習場所の勤務体制に合わせた(3交代など)実習が行なわれている。そのため、学生はいっせいに夏休みなどの休暇を取ることはできない。学生は学習者と同時に臨床におけるサービス提供者としての役割をもつため、病院側の状況により、柔軟性のある実習計画が立てられている。

実習場所の一部として以下の施設が使用されている。

ダッカ医科大学病院

定床750であるが、実際の患者数は1800名。モデル病棟以外は1つのベッドを2~3人で共有している。

看護部長1名、副看護部長2名、スーパーバイザー31

名、シニアスタッフナース486名、アシスタントナース58名。3交代勤務している(日勤4名、準夜3名、深夜2名)医師は267名。研修医は1,000名以上。新卒看護師の給料は4,600タカ。

実習指導はスタッフナースが行なっている。

母子保健研究所

100床の小児科と産科の病院である。看護師数は50名。看護学校の3年次、4年次の学生を実習として昼間だけ受け入れている。その他、FWVへの6か月間の研修コース、看護師がskilled MWになるための1年間の研修を実施するなど、教育に力を入れている。

スウェーデン(SIDA)や日本(JICA)からの援助を受けたり、ICH Londonやコロンビア大学と共同研究を行なったりしている。

国立心臓血管研究所

250床の循環器専門病院。看護師数199人(うち男性看護師は2名)。

CCUは定床10だが、実際には30人収容しており、患者3:1で看護師を配置したいが、実際には7~8:1の看護師しか配置できていない。夜勤は2名の看護師である。

看護師の専門コースの1つとして、ICU/CCU研修を1980年代より行なっており、諸外国の研修生も受け入れている。

4) 学生への奨学資金

1年生は850タカ、2年生900タカ、3年生950、4年生1000タカと毎月、病院実習による奨学資金が政府から支払われている。

5) 卒業状況と進路

中途退学する学生が多いため、国立のディプロマコースだけは、卒業率が50%以上になるよう努めている。しかし、卒業生全員の国立病院への就職は保証されていない。

6) 学習環境

教育施設は老朽化しており、実習室には未修理の教材と骨標本以外は見あたらない。図書室には1970~1980年代に英国で出版された看護関係の書籍が多く所蔵されており、公用語(ベンガル語)の看護の教科書はない。従来、英国、米国の教科書を使用していたが、看護局が中心となりバングラデッシュの教科書出版の計画が進められている。入学生の背景と国際性を考慮して英語で執筆することが決定されている。

5. その他

1) 母子保健研修所

家族計画局の下に位置づけられたFWVの研修所と、母子保健、産科医療サービスの提供を行なっている。

これまでは、産婦人科、麻酔科医師がいて、日勤帯にのみ帝王切開が可能な助産所と病院の中間的な役割であったが、2000年6月に無償資金協力による新施設が完成してからは、ダッカ大学病院と並ぶ産科救急医療のトップリフェラル病院とリプロダクティブヘルス分野の人材養成センターを兼ねることが期待されている。

2) バングラデッシュ国リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト

バングラデッシュ国の母子保健セクターの重要課題は高い妊産婦死亡と乳児死亡である。そこで、高い妊産婦死亡率を低下させることを目指し、リプロダクティブヘルス分野に関わる人材開発を実施するため、1999年9月より5年間の計画で開始されたプロジェクトである。

活動の拠点は、卒後研修課技術研修室(IST-TTU)と無償資金協力で改修した母子保健研修所である。リーダー、業務調整、母子保健研修指導、産婦人科、臨床検査などの長期専門家、人材養成、病院運営管理、助産師指導、麻酔科、新生児科などの短期専門家が派遣されており、母子保健研修所の臨床機能の強化、研修機能の強化、関連研修機関との連携協力関係の強化、IST-TTUの研修評価能力の向上および研修評価機能の確立に関する活動が行なわれている。

IV. 考 察

バングラデッシュ政府の主な保健政策としてプライマリ・ヘルスケアが採択され、1991年から地域志向のカリキュラムに改訂されているが³⁾、看護教育にはあまり反映されていない。学生には労働力として臨床サービスを提供するという役割が課せられているため、病院実習の比重は大きい。モデル地区がない、地域を担当できる看護教員が育成されていない、交通手段獲得が困難等の理由も相まって、プライマリ・ヘルスケアの実践の場である地域での実習は実施されていない。看護審議会の理想や基準は教育の場では必ずしも守られているわけではないといえる。

また、限られた人的、物的資源の中で看護教育一本化を

主張し、看護学校の授業は英語で実施されたり、看護局としても看護基礎教育を大学レベルに移行するとの提案はある。しかし、2000年のバングラデッシュの成人の識字率を見てみると、男性52%に対して女性は29%である⁴⁾。国全体としても低い、女性はさらに低いという状況において、授業を英語で行なったり、看護基礎教育を大学レベルに移行することは時期尚早なのではないだろうか。ただし現在56人が修士号を取得しており、彼女らが中心となって教科書を自国語で出版する等の努力がみられるため、今後に期待したい。

看護にはその国にあった発展の仕方がある。バングラデッシュでは女性の社会的地位向上が最大の課題であるが、そのために看護を強化することも発展の1つの鍵ではないだろうか。

V. まとめと今後の方向性

バングラデッシュ人民共和国の看護教育制度および現状から開発途上国の看護基礎教育の一端を把握した。これを基盤に次年度は看護教育プロジェクトに過去または現在携わっている専門家から活動の詳細を聞き取り、看護基礎教育に関わる専門家としての必須知識を探っていきたい。

本研究は平成14年度国際医療協力研究委託事業「開発途上国における看護技術移転教育プログラムの開発に関する研究」の分担研究の一部として行なった。

■参考資料

- 1) The Bangladesh Nursing Council : Requirement and syllabus for the training of nurses ; Rules relating to the recognition of training institutions and the examination of nurses, Undated printing materials given by registrar.
- 2) The Nursing Task Force-Working Group, Directorate of Nursing Services, Ministry of Health and Family Welfare, Peoples Republic of Bangladesh, Dhaka 1994 : National plan of action for Nursing development in Bangladesh.
- 3) World Education Report 2000, the right to education : Towards education for all throughout life, UNESCO Publishing, 2000.
- 4) ユニセフ(国連児童基金) : 世界子供白書, 2003.

【要旨】 2002年(平成14年)11月6日から13日までバングラデッシュ人民共和国の看護教育の現状を調査することを目的として、保健省看護課、看護審議会、看護教育施設、医療施設等の関連機関施設を訪問し、聞き取り調査等にて情報収集を行なった。バングラデッシュ人民共和国の看護教育は、国の成立過程により英国、インド、パキスタン等の影響を受けて形成された。現在は看護審議会と保健家族福祉省の中に設置された看護局によって看護教育、看護専門職の発展に向けて統括されている。看護審議会に登録されている看護職には、看護師、助産師、補助看護師(6か月コース修了)、家族福祉訪問員(FWV: Family Welfare Visitor)があり、医師と看護師の比率は2:1であり、国際的比率1:3の逆である。そして、国家予算の不足は深刻な問題であり、国立病院は6,000人の欠員があるにもかかわらず採用ができないため、看護師はアメリカ、ロンドン、中近東等の海外、私立のクリニック、民間部門に職場を求めている状況である。看護師は4年制のディプロマコースによって養成され、その数は、国立38校、軍立1校、私立5校の合計44校である。そして、卒業した看護師は3年以上の臨床経験後に受験資格を得、看護大学を受験することができる。看護大学の学生のほとんどは政府の医療機関で勤務している看護師であるが、私立の施設やネパール、バーレーン、インド等の海外からの留学生なども受け入れている。ダッカ国立大学の傘下に入ることで、看護学士号と公衆衛生看護学士号を取得することができるようになっていく。そして、国内には看護系大学院はないため、WHOと英国文化振興会の援助でオーストラリアのアデライド大学看護学部で遠隔教育を活用している。

看護基本法の可能性について

森山幹夫

国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
moriyamam@adm.ncn.ac.jp

About a Possibility of the Nursing Fundamental Law

Mikio Moriyama

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Abstract】 This article argues that a fundamental law in nursing should be enacted. The rationale for enacting the law for nursing includes problems that the Japanese nursing system has, such as complex training curriculum, confusing evaluation system of medical treatment fees, and early retirement by nurses. Fundamental laws that stipulate the national consensus and target will clarify the direction of nursing in Japan.

【Keywords】 看護, 看護基本法, 保健師助産師看護師法, 看護師等の人材確保の促進に関する法律, 国民的合意

I. 看護の現状認識および評価

看護基本法の可能性を論ずる前に、ここで看護のこれまでの発展と看護問題の存在および解決の歩みを振り返りたい。日本の看護は量の確保から質の向上へと大きく進んでいる¹⁾。21世紀となり、看護行政は、これまで数の確保に全力をあげた時代から、超少子高齢化のなかで必要とされる看護の質を向上させる時代に転換した²⁾。これからは各地で実践されている質の高い看護を全国に普及し、国民が最先端の優秀な看護を享受する時代である。とりわけ医療改革のなかで、利用者を中心にした在宅医療の推進が求められ、5,000か所の訪問看護ステーションをはじめとする8,000か所以上の訪問看護機関への期待は大きく³⁾、また通所看護の概念も導入されようとしている⁴⁾。さらに、21世紀初頭には、准看護師養成は看護師養成に統合されるとの厚生労働省内検討会報告もあるところである⁵⁾。

このような流れのなかで、平成13年に、看護職が保健師、助産師、看護師等と名称を変更した意味は、男も女もすべての国民が看護を支えるという観点からも大きい⁶⁾。ここで看護職の現状をみると、保健師、助産師、看護師などのいわゆる看護職員の就業者総数は、最新データの平成15年末現在で126万8,000人に達し、10年前の1.5倍である。20数年前から看護師の数が准看護師数を上回る。具体的には、保健師4.6万人、助産師2.6万人、看護師77.2万人、准看護師42.4万人となっている⁷⁾。

看護職が活躍している状況は、法律の内容からも伺える。人々の社会活動状況の広がり範囲を示す1つの指標として法律があると考えられる。どのくらいの法律に看護職が登場するかをみれば、看護職の活動範囲つまり看護の広がりもわかるであろう。

そこで日本の法令がすべて掲載されている全書を開く。日本には憲法が1つと、1,830本の有効な法律があると言われている⁸⁾以下同じ。そのうち、看護師が登場する法律は40本もある。また、看護師は出てこないが保健師が登場するものが、児童虐待防止法、労働安全衛生法、地域保健法など8本あり、同様に看護師は登場しないが、助産師が登場する法律は消費税法、母子保健法、刑法、戸籍法など5本ある。それぞれの活躍分野が法律によってわかるのが興味深い。重複を調整して52本の法律に保健師、助産師または看護師が登場するのである。看護職がいかに広く活躍しているかがわかる。ちなみに医師は145法律に登場する。

II. 看護の問題状況

このように幅広い分野で活躍する看護であるが、まず量的な面から見てみたい。看護職はわが国の医療を支える約250万人の医療関係職の中で130万人を擁する最大の職能集団である⁹⁾。医療の第一線で活躍し、最も国民に接する看護職の資質が、医療の内容と評価を決めると思っている。概して、医療現場で看護職員の数が多いほど、看護職

員の中でも准看護師でない看護師の割合が高いほど、患者の入院期間が短くなり、死亡率も低くなるのが米国の研究で明らかにされ¹⁰⁾、最近の日本の研究でも明らかになったところである¹¹⁾。

かつて昭和60年代から看護分野に限らず厚生行政最大の課題であったのは、看護職員不足問題であった¹²⁾。それも年々改善し、看護職員需給状況は平成15年末では看護職需要数126万3,000人に対して100%以上の充足率。平成5年に需給が一番ひっ迫していたが、今は緩む方向で供給されている¹³⁾。

平成12年末に、新看護職員需給見通しを策定し¹⁴⁾、平成17年に供給が130万人で需要と均衡するように¹⁵⁾、法律に基づき看護職員確保対策を強力に推進している。その後の問題状況の変化を踏まえて、現在新たな需給計画を策定すべく検討中である。具体的には、「看護師等の人材確保の促進に関する法律(平成4年)」と同法に基づく「基本指針(厚生労働大臣及び文部科学大臣共同告示)」により¹⁶⁾、次の4つの柱の下で各種対策を推進している。その中身は、離職防止として院内保育所整備、業務改善等による魅力ある職場作りの推進などであり、再就業促進としてナースセンター整備、看護職員就労確保総合支援事業など、養成充実としてカリキュラムの改正、看護教育の大学化、養成所整備、修学資金制度など、生涯研修として訪問看護などの研修体系の充実、専門看護師認定制度などを進めている。

看護が魅力ある職種となるように、そして国民皆で看護を支えるために政府のみならず国民各界が努力をしているが、現在の看護職員の年間養成数は6万人強である。合計特殊出生率が1.29を記録し、年間出生数が111万人となる少子化時代に^{17,18)}、これまでのように6万人の養成数を維持することができるであろうか。今のように看護職の95%が女子である状態を続けたのでは¹⁹⁾、将来の女子60万人の10人に1人は看護職でなければならないことになる。一方で介護職でも年間5万人を養成している。こちら86%が女性である²⁰⁾。この養成を維持することが可能だろうか。可能ではないであろう。したがって男も女もともに看護を担わなければならないのである。少子化を乗り切るためにも看護職が離職しない魅力ある職場作りと男女共同参画社会の実現が求められる。

III. これまでの看護の課題解決努力の成果

少子高齢化時代の看護を確保するために数量的な対策を進めてきたが、制度的にも、看護を女性だけでなく国民全体で担うために幾多の努力が積み重ねられた。かつて、男子の看護師は、従来の看護人を昭和43年に法律で改めて位置づけ、男子の保健士は、平成5年に制度が創設され、

平成6年3月の保健師国家試験で67名の男性保健士第一陣が誕生し²¹⁾、既に1,200名以上の男性保健師が活躍している²²⁾。看護職も男女がともに担う観点から、平成13年に保健師助産師看護師法に名称が改正された意義は大きい。

また、教育の面では看護系大学が増加するなど看護教育高度化が進展している。看護教育高度化の象徴である看護系大学・学部の増加を見てみると、近年の増加は著しく看護職養成機関の大学化の進展は顕著であり、平成17年度中に開設されるものを含めると、看護系大学学部は128校、短大は38校にも達している²³⁾。また大学院博士課程は31校、修士課程は81校に上る。これにより看護師養成所3年課程に占める大学の割合は、学校数で19%、入学者数で30%に達することになる。さらに短期大学は学校数で7%、学生数で8%に達する²⁴⁾。

大学化は看護系大学の数を増やすだけではなく、既免許者に対する大学教育も大きな意味を持つ。看護教育の大学化とは大学を卒業した者が看護師になるだけでなく、既免許者に対して大学教育を行うことも含めるものである。この面では、平成11年4月から専修学校である看護師養成所卒業者が大学に編入学できるようになったことは、看護教育の高度化に大きく貢献したところである。特に、国立病院やナショナルセンターのために厚生労働省は平成13年にわが国立看護大学校を開設したが、かつて全国の看護の3分の1を養成し現在でも10分の1を担当する国立病院グループの教育内容高度化への努力は日本の医療にとって心強い²⁴⁾。看護教育の高度化は大きな意味を持つものである。そのほか、養成所の魅力の向上、カリキュラムを単位制に合わせることで、実習場所に訪問看護ステーションなどを加えること、国家試験出題基準の制定公表、専門看護師・認定看護師の創設と評価、守秘義務と記録義務規定の整備、保健師助産師看護師法中の素行不良条項の廃止などこの10年だけでも多くの成果をあげている。

IV. 看護の将来展望は多様化する国民の期待に応えること

このように看護界は数量的問題を解決しながら次は質の向上に努めようとしている。少子高齢化社会における看護の役割は多様化する国民の期待に応えることであると思う。地域や在宅での看護、高度医療の中での看護、特定領域での専門性の高い看護、患者の自立を支援し退院を促進する看護などに国民は期待していると考えられる。最近でも課題の解決のために幾多の努力が払われたが、関係者の合意を得るために厚生省に設置した検討会での審議と結論を得て、多くの改革がなされた。例えば、厚生省の「少子・高齢社会看護問題検討会(座長・伊東光晴京都大学名誉教授)」が

平成6年12月16日に看護行政の長期的基本的方向を報告した。その後、在宅看護と精神看護などを充実する看護職員養成カリキュラムを平成9年に改正するほか、看護職の名称を師で統一するなどの改革が実現している。また、准看護師養成について、厚生省の「准看護婦問題調査検討会(座長・工藤敦夫元内閣法制局長官)」が平成8年12月20日に看護師養成への統合を報告しているが、実現はまだである。一方、厚生労働省の「新たな看護の在り方に関する検討会(座長・川村佐和子都立保健科学大学教授)」が平成15年3月24日に看護内容について報告しており、その結果、医行為と看護の関係や医療技術の進歩に伴う看護業務の見直しが進んでいる。

V. 看護法制の問題は基本施策全体像を明らかにしていないこと

このように、質および量に関して看護は多くの問題を抱えながらも改革を続けているが、現在の問題の多くは法制度に起因するものも多い。これらに対応するためにどうするか。これまで多くの法改正の歴史をみると、問題顕在化の都度改革を図っていくという手法も大事であるが、しかし、それには限界があろう。抜本的な解決のためには、問題発生都度改正するのではだめである。看護に関する国家としての基本的な方針をはっきりさせなければならないし、そのために、国民的合意形成に基づく看護のあり方を確立しなければならない。そこで基本法が有力な手段であると主張したい。

では、現在ある法律では何が不足なのか。保健師助産師看護師法は、看護行為の規制法であり、目的は看護師等の資質を向上し、医療および公衆衛生の普及向上を図ることである。そのために、看護師等の定義を明らかにして身分資格を定めているが、看護とは何かについては、資格の定義のなかで「傷病者もしくははじょく婦に対する療養上の世話および診療の補助」と定めているだけである。これは行為から看護を説明しているものであり、看護とは何かについて、理念、目的、国民が受ける看護の水準、その水準を保つための方策についての基本はこの法律では明らかにされていない。その基本方針がないことが、看護職不足や准看護師問題などを生みだし、看護と看護職自身が国民から理解されないという不完全燃焼感にもつながっているのではないかと分析する。

VI. 看護基本法に関する私見

看護を単なる行為規制だけではなく、目的的に全体を把握して、「看護は人間の自然治癒力を引き出し、生きる希望と力を与え、最後まで輝く人生を支援すること」、とい

う新しい言葉で書き、そのために具体的な行為を記すべきである。またヒューマンケアの理念も国家として明らかにすべきであろう。

そして、提供すべき看護の水準として、必要なら24時間にわたり最高の看護が提供されること、国民はそのために財政的な負担もすること、看護の教育は4年制大学を基本にすること、看護は医療機関だけでなく、地域や介護、福祉の場でも提供されること、日本が看護で世界をリードすべきことなどを宣言できたら素晴らしいことであろう。

その点、看護師等の人材確保の促進に関する法律は、その第1条の目的規定において、「病院等、看護を受ける者の居宅等看護が提供される場所に、高度な専門的知識と技能を有する看護師等を確保する」と述べ、また、国民等の責務も定められており、やや基本法に近い。

まとめてみると、看護を実践するのは看護師であること、看護は危険な行為を含んでいるので国家がリスク管理をして免許制にしたこと、そのために看護師以外は看護を行ってはいけないことは書いてある。しかしながら、看護は国民生活でどのような位置づけか、どのような看護を目指すのか、看護の基本理念は何かについては書いていない。つまり国民的合意がない。したがって、法律の改正によって多くの改善をみたが、准看護師問題、男女共同参画問題が残っている。それは看護が衛生規制法であり行為を規制しているだけだからである。いわば提供者の視点から書いたのであろう。国民が知りたいのは、利用者の視点で、自分はどんな看護が受けられるようになるのかということである。そのために国や社会や自分は何をするのかということである。

それらを明らかにするために一番良い方法は、国家としての目標を高い形式で宣言すること、国民の合意を形成することである。そのためには基本法という方式が一番ふさわしい。

VII. 基本法は国民的合意形成であることの考察

国民が受ける看護の発展のためには基本法が有力な手段であると述べたが、そもそも基本法とは何であろうか。基本法には、災害対策基本法、教育基本法、農業基本法、林業基本法、環境基本法(旧公害対策基本法)、原子力基本法、障害者基本法(旧心身障害者対策基本法)、高齢社会対策基本法、少子化社会対策基本法、消費者保護基本法、男女共同参画基本法、土地基本法など25本がある。

法律学上は、基本法とは、特定の行政分野における基本政策あるいは基本方針を宣明するために制定される法律のことである²⁵⁾。したがって、国家目標、それに至る手段の大綱、国民など関係者がなすべきことが規定されている。いわゆるプログラム規定として構成されるものが多く、基

本法で定められた方針に基づいて個別法が制定されることが多い。ただし、基本法も個別法も法律という同じ形式であるために優劣や上下はない。最近の基本法は、それに加えて財政措置や委員会等の行政機関の設置、行政分野の国会への報告義務を課すことが多い。

基本法は戦後に出てきた法形態であり、終戦直後の疲弊した国家を建て直すために高い理念を持って作られた教育基本法や農業基本法、その後の高度経済成長期には観光基本法、消費者基本法、障害者基本法が制定され、平成に入ってから高齢社会基本法、男女共同参画基本法など社会の将来のあり方を展望するものが出てきている。これは、目標が明らかになると同時に国民および国家が目標について法律という形式責任を持つことに意義がある。

厚生労働省が所管する基本法はない。障害者基本法や高齢社会対策基本法、少子化社会対策基本法があるではないかとの指摘があるが、施策の大きな部分を厚生労働行政が占めるものの、厚生労働省が所管している法律ではない。

基本法が対象とする、特定の行政分野といっても何でもよいわけではない。基本法が必要とされるのは、重要分野であり、多くの行政分野にまたがるものであろう。翻って言えば、医療や社会保障についても基本法があって不思議ではない。年金も重要であろう。福祉はようやく社会福祉法ができたが、これもまだ事業法の発展形態であり、事業や法人の規制法から脱却できない。

転じて詳細に見ると、医療分野では医療法があるが、これはそもそもが医療機関規制法であり、それに後年、患者との医療提供関係が加わったものであり、基本法ではない。医療法はその目的で、病院、診療所および助産所の開設および管理に関し必要な事項ならびにこれらの施設の整備を推進するために必要な事項を定めることにより、医療を提供する体制の整備を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的としていると書かれている。名称からすると一見、医療全体の基本法のようなものであるが、施設規制法である。10年前に改正されて第1条の2に医療提供の理念が追加され、医療は、生命の尊重と個人の尊厳と保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、および医療を受ける者の心身の状況に応じて行なわれることが追加された。また、同条で医療の内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置およびリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならないことも追加して、第1条とは異なり基本法的な内容を持っている。しかし、まだまだ医療提供体制に関するものであり、医療を受ける側の立場、医療費、医学医術の発展条項、医療関係者養成の基本、国民責務なども含め総合的に書いているわけではない。

現実には実質的な医療の基本は医師法なのである。つまり、医師が医療および保健指導を司り、医師でなければ医

業を行なってはならないという簡潔明瞭な内容に日本の医療の原点が詰まっており、これが医療提供の基本となっている。特に日本の医療提供の基本である、自由開業医制度、患者の医療機関選択の自由、誰もが最高水準の医療を受ける権利があること、診療報酬は出来高払いであることなどの基本原理は法律の行間を読まなければならない。

VIII. 看護基本法の在るべき姿についての考察

翻って看護基本法においてどのような内容を盛り込むべきか考察してみる。内容については、看護の目標は人々の生きる力を引き出し、輝く人生を支援すること、そのために看護を高度化すること、看護学や技術について発展を図ること、優れた看護を普及すること、看護職の各免許・資格の関係について連携と協力を規定すること、人材の養成に国が責任を持ち、民間や地方政府とともに役割を分担すること、看護を提供する費用について公私の役割と診療報酬や公費できちんと位置づけすることなどを基本法として明文化して、それにより国民に安心を運ぶことではないか。なお、なぜ、看護だけ基本法を作るのかという疑問や批判はあろう。医療の基本法がないのに、そもそも社会保障の基本法がないのにも言われるであろう。しかし、看護職130万人は日本の全勤労者の50分の1であり²⁶⁾、医療で働く者250万人の半分以上を占め、医療の質に影響を与え、国民に一番身近な職種であること、看護師等の人材確保の促進に関する法律のように看護分野は国政の関心事であることから、看護基本法制定の意義はあろう。また、看護基本法の内容に反対する者も看護の内外にしよう。それらの意見を踏まえて合意を形成することこそ意義があるのである。決して平坦な道ではないであろう。もちろん、基本法でなくとも、看護の国家方針が明らかで国民が理解しておればよい。非核三原則のような国会決議の例もある。

誰もが歳をとり病にかかる。質の高い看護や保健指導、助産、介護と出会うことが人生の豊かさにつながる。超高齢社会を支える頼もしい、魅力ある職種として多くの人に看護の仕事を選んでもらいたい。そのための条件を医療関係者や国民の皆さんとともに整備していかねばならない。これが看護基本法が成立するための第一の条件である。

■文 献

- 1) 法研編集部：21世紀の医療に看護はいかなる貢献が可能か、週刊社会保障19960923号、6-9、1996、法研。
- 2) 厚生省：少子・高齢社会看護問題検討会報告書、1994。
- 3) 厚生労働省：全国都道府県厚生労働担当部局長会議資料・医政局分・資料編、2005。
- 4) 厚生労働省：平成17年度厚生労働省予算案の概要、2004。
- 5) 厚生省：准看護婦問題調査検討会報告書、96年12月20

日

- 6) 官報：保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律。2000。
- 7) 3)と出典は同じ。
- 8) 衆議院法制局・参議院法制局編：現行法規総覧・第99巻，第一法規出版。
- 9) 厚生統計協会編：国民衛生の動向，2004，厚生統計協会。
- 10) Heit, E., and Jelink, R.: Nursing Management, 19, 36-38, 1988.
- 11) 菅田，他：厚生科学研究報告書，厚生省，1996。
- 12) 厚生大臣：看護婦等の人材の確保に関する法律案提案理由説明，厚生省，1991年。
- 13) 厚生労働省：厚生労働白書，ぎょうせい，2004。
- 14) 厚生省看護課：看護職員需給見通し，厚生省，2000年。
- 15) 厚生労働省看護課：看護職員需給見通し検討会資料，厚生労働省，2004。
- 16) 厚生大臣，他：看護婦等の人材確保の促進に関する基本指針，厚生省，1992。
- 17) 3)に同じ。
- 18) 厚生労働省人口動態統計部：人口動態統計月報速報，厚生労働省，2004。
- 19) 日本看護協会：看護白書，日本看護協会出版会，2004。
- 20) 日本看護連盟研修部：全国リーダー研修会資料，日本看護連盟，2003。
- 21) 厚生労働省看護課：看護関係統計資料集，日本看護協会，2004。
- 22) 19)に同じ。
- 23) 文部科学省高等教育局医学教育課：電話による質問回答，文部科学省，2004。
- 24) 厚生労働省看護課：看護統計要覧，日本看護協会出版会，2004年。
- 25) 有斐閣編集部：法律用語辞典，有斐閣，2004。
- 29) 総務省統計局：毎月勤労統計，総務省，2004。

【要旨】 日本の看護は，教育課程の複雑さや診療報酬上の評価の不確かさ，短期間離職者の存在など多くの問題を抱えている。多くの看護職と話し合うときに出てくる不安全感，不完全燃焼はどの看護職も抱えているのではないか。看護が国民生活になくてはならないものであるだけに，看護に問題が存在すること自体が問題である。問題の根本原因は，看護とは何か，看護をどうするかという国民的合意と国家目標がないことに起因するのではないかと思慮する。看護に関する国家目標や国民的合意を早急に作らなければならないというのが本論文の主張である。次にその形式はいかなる形で求めるか。国会決議や閣議了解などの形，習慣という形，学問に委ねることも考えられよう。有力な方法として日本では多くの場合に基本法という形式で国家目標が制定されることがある。看護の場合に，看護の理念，目標，国民などの責務，各施策分野の役割，看護発展の方策などを明文化した場合に，それが基本法によってどうなるかについて考えてみた。ある意味で看護基本法という形式を通じて日本の看護を考察することでもある。現在の看護の分野では，保健師助産師看護師法や看護師等の人材確保の促進に関する法律が存在するが，それらは地図帳で言えば分県地図のようなもので，部分は見えるが，日本全体の姿が見えない。全体地図も必要である。この意味でも各法律の上位にある看護基本法の内容と成立する可能性について概説するのである。



活動報告

2004（平成 16）年度

Research Projects of the National College of Nursing, Japan in the Academic Year of 2004

Supervisor: Dr. Keiko Takeo (President)

1. CROSS-CULTURAL RESEARCH ON KEY CONCEPTS OF NURSING

About the Human Caring

P. Boonyanurak (Guest Professor) / M. Ozawa (Professor) / M. Mizuno (Assistant Professor) / D. R. Evans (Assistant Professor)

1) Mieko Ozawa, Masayuki Mizuno, David R. Evans, Keiko Takeo : An investigation into the nurses' behavior with regard to human caring in Japan, J Nurs Studies NCNJ, 3(1), 20-26, 2004.

2. AN INVESTIGATION INTO THE GROWTH OF PROFESSIONAL COMPETENCY

[A Study of Economical Evaluation for the Training of New Graduate Nurses]

K. Sasaki (Professor) / T. Nakayama (Associate Professor) / A. Itoh (Instructor)

1) K. Sasaki, A. Ito, K. Takeo : A Study about New-Graduate-Nurse-Staff Education Cost, J Nurs Studies NCNJ, 3(1), 71-74, 2004.

3. DATA-BASE PREPARATION OF NURSING RESEARCH

[The Construction of Data Base accomplished by the Nursing Research in National Hospitals]

H. Komamatsu (Professor) / K. Iino (Professor) / H. Takeuchi (Professor) / K. Nio (Assistant Professor) / K. Kashiwagi (Assistant Professor) /

① The Data-Base of Nursing-Studies accomplished by the National Hospitals & Sanatorium : 2003

4. THE DEVELOPMENT OF TEACHING MATERIALS IN NURSING

[Nursing & Music]

H. Komamatsu (Professor) / T. Yamada (Assistant Professor) / M. Sagawa (Instructor)

① Video-Tape : [The Music & Healing in National Pediatric Hospital]
Supervisor : K. Takeo, Producer : H. Komamatsu / T. Yamada / M. Sagawa

5. INTERNATIONAL COLLABORATION IN NURSING RESEARCH

1) [Ethical Behavior in the Kingdom of Thailand] :

M. Mizuno (Assistant Professor) / R. Matsuoka (Associate Professor) / D. R. Evans (Assistant Professor) / P. Boonyanurak (Guest Professor & Vice President of Saint Louis College, Kingdom of Thailand)

2) [Postpartum Depression among HIV-Positive Women in Thailand]

K. Takeo (President) / M. Mizuno (Assistant Professor) / R. Ross (Assistant Professor, College of Nursing, Kent State University)

6. THE NURSING STUDY FUNDING BY MHLW

[The Study of Training for the New Graduate Nurse]

K. Takeo (President) / M. Ozawa (Professor) / M. Mizuno (Assistant Professor) / K. Kashiwagi (Assistant Professor)

2004(平成 16)年度 国立看護大学校看護研究プロジェクト

統括 大学校長 竹尾恵子

1. 看護に関する主要概念の国際比較

「ヒューマン・ケアリングについて」

プアングラット・ブーニャヌラク(客員教授)/小澤三枝子(教授)/水野正之(講師)/David R. Evans(講師)

- 1) Mieko Ozawa, Masayuki Mizuno, David R. Evans, Keiko Takeo : An investigation into the nurses' behavior with regard to human caring in Japan : 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 20-26, 2004.

2. 看護の専門能力育成に関する研究

「新人看護職員育成に関する研究」

佐々木和子(教授)/中山登志子(助教授)/伊藤愛子(助手)

- 1) 佐々木和子, 伊藤愛子, 竹尾恵子 : 新人看護職育成費用に関する研究 : 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 71-74, 2004

3. 看護研究データ・ベースの作成

「国立病院・療養所看護研究データベース作成」

駒松仁子(教授)/飯野京子(教授)/竹内文生(教授)/仁尾かおり(講師)/柏木公一(講師)

- 1) 国立病院・療養所看護研究データ・ベース 2003

4. 看護教育教材の開発に関する研究

「音楽療法と看護」

駒松仁子(教授)/山田 巧(講師)/佐川美枝子(助手)

- 1) 竹尾恵子監修, 駒松仁子, 山田巧, 佐川美枝子製作 : ビデオ「国立小児病院 VP～音楽と癒し～」

5. 看護国際協力研究

「看護倫理に関する研究」

水野正之(講師)/松岡里枝子(助教授)/David R. Evans(講師)/プアングラット・ブーニャヌラク(客員教授, タイ王国セントルイス大学副学長)

「タイ国における HIV 陽性妊婦の産後デプレッションに関する研究」

竹尾恵子(大学校長)/水野正之(講師)/R. Ross(米国ケンタッキー州大学看護学部講師)

6. 平成 16 年度厚生労働科学研究費研究

「新人看護職員研修の推進に関する研究」

竹尾恵子(大学校長)/小澤三枝子(教授)/水野正之(講師)/柏木公一(講師)

2004(平成 16)年度 国立看護大学校研修部活動報告

研修部長 西尾 和子

平成 16 年度に研修部が行なった研修は、表 1 のとおりである。内容は政策医療的な視点に加え、平成 13 年度の研修ニーズ調査(国立看護大学校研究紀要 1(1)に掲載)を参考に計画した。今年度は認定看護師教育課程を 3 コースに増設し、総勢 49 名の研修生を迎え入れた。

1. WOC 看護研修—褥瘡ケア—

これまで、褥瘡対策が診療報酬における減算対象であったことに加え、平成 16 年 4 月の改定で褥瘡患者管理加算が認められたことから、昨年度に引き続き、褥瘡ケアに焦点を絞って研修を計画した。50 名の定員に対し全国 92 施設から 104 名の応募があり、選考の結果、53 名(うち教官 2 名)の参加を得た。講師には教育機関の教員や臨床現場で活躍する WOC 認定看護師を迎え、充実した講義・演習を組むことができ、研修生に行なった質問紙調査においても高い評価を得た。

2. 看護研究研修—基礎コース—

昨年度は 1 年間の実践コースを実施したが、研修生が勤務を行ないながら研究を継続し大学校教官の指導を受けることが難しく、双方に負担をかける結果となった。このため今年度は、5 日間の基礎コースのみの開講とした。

基礎コースには、30 名の定員に対し全国 106 施設から 111 名の応募があったため、演習担当教官数を増員し 46 名の参加を得た。文献検索、研究方法、統計処理演習など、短期間に濃縮された講

表 1 平成 16 年度に実施した研修

研修名	研修目的	期間
WOC 看護研修—褥瘡ケア—	褥瘡対策チームの看護師に必要な知識・技術を習得する。	平成 16 年 6 月 21 日～6 月 25 日 (5 日間)
看護研究研修—基礎コース—	施設内において看護研究を遂行できる人材を育成する。	平成 16 年 9 月 13 日～9 月 17 日 (5 日間)
「感染管理コース」 (認定看護師教育課程)	感染管理ができる専門的な知識や高度な技術を持つ感染管理認定看護師を育成する。	平成 16 年 10 月 7 日～ 平成 17 年 3 月 25 日 (6 か月間)
「がん性疼痛看護コース」 (認定看護師教育課程)	がん性疼痛を持つ患者に対して、質の高い緩和ケアを実践できる認定看護師を育成する。	平成 16 年 10 月 7 日～ 平成 17 年 3 月 25 日 (6 か月間)
「がん化学療法看護コース」 (認定看護師教育課程)	がん化学療法を受ける患者・家族に対して、専門性の高い看護を実践できる認定看護師を育成する。	平成 16 年 10 月 7 日～ 平成 17 年 3 月 25 日 (6 か月間)
「感染管理コース」 フォローアップ研修	感染管理に関する最新の知識を確認し、専門的な活動の充実を図る。	平成 16 年 12 月 14 日 (1 日間)
「がん性疼痛看護コース」 フォローアップ研修	疼痛緩和に関する最新の知識を確認し、専門的な活動の充実を図る。	平成 17 年 3 月 2 日 (1 日間)

義・演習を実施した。研修生による最後のまとめでは、「文献検索の重要性とその読み取り方がわかった」「質的研究の具体的な進め方がわかった」という意見の一方で、「もう少しゆっくりやって欲しかった」「セカンドレベル的な研修を設けて欲しい」といった要望があり、今後に向けて検討していきたい。

3. 「感染管理コース」(認定看護師教育課程)

講義・演習・実習をあわせ 630 時間の教育課程である。各ナショナルセンター・国立病院機構の多大な協力を得て研修生の募集と選考(書類選考・面接)を行ない、今年度は第 4 回生として 20 名を迎えた。研修生は、疫学・統計学、微生物学、感染症学といった看護師としては慣れ親しむ機会が少なかつた分野の講義に苦闘しながらも、院内感染対策チームのリーダー、あるいはリンクナースとしての資質を養うべく、日々、努力を重ねている。

4. 「がん性疼痛看護コース」(認定看護師教育課程)

講義・演習・実習をあわせ 630 時間の教育課程である。各ナショナルセンター・国立病院機構の多大な協力を得て募集と選考(書類選考・面接)を行ない、今年度は第 2 回生として 12 名を迎えた。また平成 16 年 9 月 16 日から翌年 3 月までの予定で、専任教員として国立がんセンター中央病院よりがん性疼痛看護認定看護師 1 名を派遣していただいた。研修生は、がん性疼痛に苦しむ患者に良いケアを提供するために、専門的かつ高度ながん性疼痛緩和に関する知識・技術の習得に励んでいる。

5. 「がん化学療法看護コース」(認定看護師教育課程)

講義・演習・実習をあわせ 645 時間の教育課程である。平成 16 年 5 月 21 日、日本看護協会認定部に「教育機関認定申請書」を提出し、6 月 2 日付けて「がん化学療法看護」分野の認定を受けた。各ナショナルセンター・国立病院機構の多大な協力を得て短期間で募集と選考(書類選考・面接)を行ない、第 1 回生 17 名を迎えることができた。また平成 16 年 5 月 24 日から翌年 3 月までの予定で、専任教員として国立がんセンター中央病院よりがん専門看護師 1 名を派遣していただいた。研修生は、がん化学療法に関する専門的かつ高度な知識・技術を習得すべく、日々、努力を重ねている。

6. 「感染管理コース」フォローアップ研修

「感染管理コース」修了生 64 名を対象に募集し、現職にある 60 名全員の参加を得た。研究発表・活動報告会では 6 名が研究発表を、7 名が活動報告を行ない、修了生が研修の成果を十分に発揮し現場で活躍している状況が伺えた。また同時に、着実に全国的なネットワークとして修了生の輪が広がりつつあることが実感できた。今後も、修了生たちが感染管理に関する最新の情報・知識・技術を習得することを目的にフォローアップ研修を開催し、修了生を支援していく予定である。

7. 「がん性疼痛看護コース」フォローアップ研修

「がん性疼痛看護コース」修了生 18 名を対象に、現在、募集を行っており、平成 17 年 3 月 2 日に実施予定である。

8. 看護研究研修—1 年コース—

平成 15 年 7 月から大学校教官の指導のもとに引き続き研究を継続し、諸事情により研究を中断した 1 名を除き 9 名が、8 月 3 日に行なわれた「看護研究研修発表会」に出席し、各々の研究成果を発表した。研修生は、忙しい勤務の合間をぬって 1 つの研究をまとめあげたことで大きな自信を得ていた。また、大学校教官から貴重な意見や示唆をいただき、学びを更に深める機会となった。なお、このコースは、今年度は実施していない。

教員の研究活動 2004(平成16)年1~12月



大学校長

[論文]

佐々木和子, 伊藤愛子, 竹尾恵子: 新人看護職育成費用に関する研究, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 71-74, 2004.
Mieko Ozawa, Masayuki Mizuno, David R. Evans & Keiko Takeo: An Investigation into the Nurse Behavior with regard to Human Caring in Japan, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 20-26, 2004.

[講演・学会発表]

竹尾恵子: 第30回日本看護研究学会会長講演「ヒューマンケアの看護実践への具現化」平成16年7月29日, 大宮ソニックシティ.

[ビデオ]

竹尾恵子監修, 駒松仁子, 山田巧, 佐川美枝子製作: ビデオ「国立小児病院VP~音楽と癒し~」, 2004.3.

[活動報告]

竹尾恵子, 佐藤鈴子: サウジアラビア臨床看護指導者能力強化事前評価調査, 2004年3月13日~3月26日.
Reiko Sato, Keiko Takeo, Mitsuko Inaoka: The Lecture titled 'An Increasing Aged Population and Health Care System in Japan', for the Master Students at Department of Research, Evaluation and Administration in Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand, May 2004.

人間科学(情報学)

[著書]

柏木公一: 病院・看護の管理システム構築・運営と情報活用, 井部俊子, 中西睦子監修, 看護管理学習テキスト5 看護情報管理論, 127-143, 日本看護協会出版会, 2004.

[論文]

柏木公一, 西岡みどり, 小澤三枝子: インターネットから利用できる文献検索グループワークシステムの構築とその評価, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 83-90, 2004.

[講演・学会発表]

柏木公一: 看護用語体系の種類と概要. 医療情報システム研究会, 49-56, 2004.

[その他]

柏木公一: ICNPをもっと理解するために SNOMEDとICNP, インターナショナルナーシングレビュー, 27(2), 60-65, 2004.

柏木公一: 看護情報学が看護・医療の何を変えるのか 電子カルテ: 臨床における記録の電子化の影響, インターナショナルナーシングレビュー, 27(5), 35-39, 2004.

柏木公一: 看護システムの概要と導入の考え方, Innervision IT Vision(6), 30-33, 2004.

柏木公一: 医療・看護技術の進歩と現代の看護 情報技術が示す医療現場の未来像, Nurse Eye, 17(3), 30-40, 2004.

柏木公一: もっと使える看護サマリー書くために, 看護さろく, 14(8), 3-7, 2004.

柏木公一: 電子カルテ導入時に看護職が知っておくべきこと メーカーとの接し方の基本とコツ, 看護, 56(14), 2004.

人間科学(語学)

[翻訳]

松岡里枝子, 水野正之, 柏木公一: 竹尾恵子, Basanti Majundar 著; PBLのすすめ, 学習研究社, 1-121, 2004.

松岡里枝子: 三遊亭京楽作落語; 天使の産声, 初天神, New Jersey, USA March, 2004.

松岡里枝子: 第2回人文科学学会ハワイ国際年次大会での研究論文3本について書かれた英文を翻訳; Pragmatics Matters, 15; 5-6, March, 2004.

[論文]

Rieko Matsuoka, David R. Evans : Socio-cognitive approach in second language acquisition research, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 2-10, 2004.

Rieko Matsuoka : Gender Variation in Compliment Exchange, 日本語学論説資料, 第 39 号第 5 分冊(forthcoming), 2004.

Rieko Matsuoka : Gender effect on explicitness in proffering compliments ; Proceedings of JALT Pan-Pragmatic SIG, 37-43, January, 2004.

Rieko Matsuoka : An analysis of academic discourse, 湘南英文学, 1, 85-100, March, 2004.

David R. Evans : Student evaluation of teachers, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 91-99, 2004.

Mieko Ozawa, Masayuki Mizuno, David R. Evans, Keiko Takeo : An investigation into nurses : Behavior with regard to human caring in Japan, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 20-26, 2004.

[講演・学会発表]

Rieko Matsuoka : Interaction analysis of academic discourse. Thai TESOL International Conference, Thailand, 2004.

Rieko Matsuoka : Academic discourse socialization of Japanese females. TUJ Colloquium of Applied Linguistics, Tokyo, 2004.

Rieko Matsuoka : Willingness to Communicate in English. The 9th Conference of Pan-Pacific Association of Applied Linguistics, South Korea, 2004.

Rieko Matsuoka : Willingness to Communicate in English among Japanese College Students. 湘南英文学会夏季総会, Yokohama, 2004.

David R. Evans : Presentation 'Oral Testing', Hiroshima, August 2004 'Current Issues in ELT'organised by Birmingham University, UK.

[その他]

Rieko Matsuoka : Session Chair. Annual Conference of American Association of Applied Linguistics, Portland, USA, 2004.

Rieko Matsuoka : Session Chair. TUJ Colloquium of Applied Linguistics. Tokyo, 2004.

Rieko Matsuoka : Session Chair. Discourse Analysis. JALT Pan-SIG. Tokyo, 2004.

Rieko Matsuoka : Review article for 'Are you friend? : Negotiating friendship in conversations between network marketers and their prospects.'By Kong, Kenneth C. C. Language in Society, 32, 487-522, 2003 ; Pragmatics Matters, 15, 8, 2004.

基礎看護学(基礎看護学)

[著書]

三枝清美 : わが国の母子保健の変遷—その歴史, 吉沢豊予子編集, 女性生涯看護学, 17-24, 真興交易医書出版部, 2004.

[論文]

Mieko Ozawa, Masayuki Mizuno, David R. Evans, Keiko Takeo : An investigation into the nurses' behavior with regard to human caring in Japan, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 20-26, 2004.

佐藤鈴子, 濱本洋子, 林稚佳子, 松本昌子, 水野正之, 奥坂喜美子 : 要介護後期高齢者における BMI(Body Mass Index) と ADL(Activities of Daily Living)に関する一考察, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 65-70, 2004.

[講演・学会発表]

Mitsuko Inaoka, Masayuki Mizuno : Lecture titled 'The overview of health care system and nursing in Japan', for the master students at Department of Research, Evaluation, and Administration in Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand, 2004.

三枝清美 : 行政における不妊カップルへの対応, 日本不妊看護学会誌, 1(1), 30-34, 2004.

吉岡多美子, 沢井史穂, 佐々木由香, 前川宣子, 服部希恵, 柳沢理子, 三枝清美 : マルチメディアを用いたヘルスケア提供者のためのリソース・アーカイブの試み, 第 63 回日本公衆衛生学会総会, 2004.

三枝清美 : 産後うつ病スクリーニングを虐待防止にどう活かすか, 日本子どもの虐待防止研究会, 第 10 回学術集会福岡大会, p41, 2004.

三枝清美 : 日本における看護研修の評価について, 第 1 回バックマイ病院看護研究セミナー, 71-83, 2004.

[その他]

三枝清美 : 子ども虐待予防に関する最近の行政の動きから, 助産師, 58(3), 6-10, 2004.

基礎看護学(看護教育学)

[論文]

森真由美・亀岡智美・定廣和香子・舟島なをみ：新人看護師行動の概念化，看護教育学研究，13(1)，51-64，2004.

鈴木美和・定廣和香子・亀岡智美・舟島なをみ：看護職者の職業経験の質に関する研究—測定用具「看護職者職業経験の質評価尺度」の開発，看護教育学研究，13(1)，37-50，2004.

松田安弘・亀岡智美・山下暢子・鈴木美和・野本百合子・舟島なをみ：看護における性の異なる少数者の経験；男子看護学生と男性看護師の経験の統合，看護研究，37(3)，253-262，2004.

中山登志子・亀岡智美：看護学実習教授活動自己評価尺度(SCTB)の開発；看護教育学における基盤研究発展型応用研究として，看護研究，37(3)，237-251，2004.

亀岡智美・中山登志子・横山京子・山下暢子・舟島なをみ：大学院博士課程において看護学を専攻する学生に関する研究の現状；1982年から2002年に発表された研究の内容に焦点を当てて，国立看護大学校研究紀要，3(1)，35-43，2004.

[研究報告]

舟島なをみ，野本百合子，三浦弘恵，太田節子，田中裕二，鈴木美和，村上みち子，山下暢子，吉富美佐江，塚本友栄，宮芝智子，伊藤正子，山品晴美，本郷久美子，松田安弘，亀岡智美，中山登志子，永野光子，小川妙子，横山京子，鈴木恵子，中谷啓子，山澄直美：COE サブプロジェクト F グループ「日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システムの開発」，平成 15・16 年度報告書，2004.

[講演・学会発表]

Tomomi Kameoka, Naomi Funashima, Midori Sugimori : Empirical testing of the King's theory of goal attainment focusing on the relationship between role conflict and stress of nurses in interactions with patients, Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International, 15th International Nursing Research Congress, Ireland, Dublin, 2004.

Kumiko Hongo, Keiko Nakaya, Yasuhiro Matsuda, Tomomi Kameoka, Naomi Funashima : Role model behaviors of nurses perceived by nursing students, Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International, 15th International Nursing Research Congress, Ireland, Dublin, 2004.

Toshiko Nakayama, Kumiko Hongo, Tomomi Kameoka, Naomi Funashima, Midori Sugimori : Nursing faculty perceptions of clinical teaching behaviors in Japan, Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International, 15th International Nursing Research Congress, Ireland, Dublin, 2004.

Miwa Suzuki, Tomomi Kameoka, Naomi Funashima : Quality of nurses' work experience, nursing care, and their relationships with nurses' attributes, Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International, 15th International Nursing Research Congress, Ireland, Dublin, 2004.

亀岡智美・鈴木美和・野本百合子・舟島なをみ：看護基礎教育課程における講義・演習の評価を目的とした研究の動向；1999年から2003年に発表された研究の分析，第35回日本看護学会(看護教育)抄録集，62，2004.

山下暢子・村上みち子・吉富美佐江・宮芝智子・亀岡智美・三浦弘恵・鈴木美和・野本百合子・舟島なをみ：看護学教員のための職業活動自己評価尺度の開発；信頼性・妥当性の検証，第24回日本看護科学学会学術集会講演集，291，2004.

山澄直美・中山登志子・本郷久美子・横山京子・鈴木恵子・小川妙子・亀岡智美・鈴木美和・野本百合子・舟島なをみ：諸外国の看護継続教育に関する研究；米国の看護継続教育への影響要因に焦点を当てて，第24回日本看護科学学会学術集会講演集，217，2004.

[その他]

亀岡智美：「看護実践に携わる看護職者の学習ニードとその充足」；シンポジウムの司会にあたって，日本看護教育学学会第14回学術集会，看護教育学研究，13(2)，15，2004.

亀岡智美：Sigma Theta Tau International 37th Biennial Convention に参加して，看護研究，37(1)，85-89，2004.

亀岡智美：研究継続を通じた看護職者の発達とそれを支える要因，看護教育学研究，13(1)，1-7，2004.

舟島なをみ・亀岡智美・鈴木美和：予測理論の開発に向けた研究の実際，特集「看護教育学における理論開発」，看護研究，37(3)，211-218，2004.

亀岡智美・野本百合子・舟島なをみ：記述理論の統合による新たな知識体系の構築，特集「看護教育学における理論開発」，看護研究，37(3)，219-227，2004.

亀岡智美：看護研究における個人情報保護，看護，56(7)，68-71，2004.

基礎看護学(看護管理学)

[論文]

Mieko Ozawa, Masayuki Mizuno, David R. Evans, Keiko Takeo : An investigation into the nurses' behavior with

regard to human caring in Japan, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 20-26, 2004.
柏木公一, 西岡みどり, 小澤三枝子: インターネットから利用できる文献検索グループワークシステムの構築とその評価, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 83-90, 2004.

成人看護学 I (急性期)

[著書]

西岡みどり: 1. サーベイランスの必要性・基本・解析・フィードバック, IV. サーベイランス, ICD 制度協議会監修, ICD テキスト編集委員会編集: ICD テキストプラクティカルな病院感染制御, メディカ出版, 45-49, 2004.

[論文]

大原まゆみ, 丸口ミサエ, 西尾和子, 田中優子, 平井さよ子: 高度専門病院に勤務する看護師の定着可能性, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 75-82, 2004.

柏木公一, 西岡みどり, 小澤三枝子: インターネットから利用できる文献検索グループワークシステムの構築とその評価, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 83-90, 2004.

[研究報告]

稲岡光子, 平賀恵子, 山田巧: 国際医療協力研究委託費, 開発途上国における看護技術移転教育プログラムの開発に関する研究, 研究期間 2002-2003 年度, 2003 年度研究報告書.

遠藤晶子, 川久保清, 李廷秀: 虚血性心疾患の一次・二次予防を同時目的とした Family-based intervention のための基礎的研究; 夫婦間の冠危険因子・生活習慣の類似性について, 財団法人健康管理事業団第 20 回研究助成論文(報告書), 2004.

[講演・学会発表]

窪田志穂, 西岡みどり, 小野瀬友子, 伊藤ひとみ, 今村久美子, 中島由美, 関口朋美, 小倉さゆり, 小島由香, 方尾志津, 栗林直子: 清潔行為の違いによる末梢留置カテーテルの適切な留置期間の検討, 第 19 回日本環境感染学会総会, 横浜, 2004.

中原博美, 山田巧: 手術待機患者に対するインフォームドコンセント場面における看護師の役割, 第 35 回日本看護学会抄録集(成人看護 I), 85, 2004.

山田巧, 平賀恵子, 稲岡光子: 開発途上国における看護教育分野での国際協力活動と求められる能力, 第 24 回日本看護科学学会学術集会, 199, 2004.

稲岡光子, 平賀恵子, 山田巧: 国際医療協力研究委託事業 開発途上国における看護技術移転教育プログラムの開発に関するワークショップ, 2004.

遠藤晶子, 川久保清, 李廷秀: 虚血性心疾患患者夫婦における冠危険因子・生活習慣の類似性について, 第 10 回日本心臓リハビリテーション学会, 2004.

川畑安正: シンポジウム, 看護基礎教育における政策医療看護学構築の現状と課題, 第 2 回国立病院看護研究学会学術集会, 2004.

高橋泰子: 日本防菌防黴学会第 31 回年次大会 教育講演 「院内感染防止の現状」2004 年 5 月 27 日.

Yamamoto, Y., Ugai, K., Takahashi, Y.: The effective hand drying to eliminate bacteria from washed hands, 5th international Nursing Reseach Conference, JANS, 2004 年 10 月.

[研究助成]

稲岡光子, 平賀恵子, 山田巧: 開発途上国における看護基礎教育分野での看護技術移転に携わる人材育成プログラムの開発に関する研究, 平成 16 年度国際医療協力研究委託事業, 課題番号 14 公-5.

[その他]

山田巧: 知ってる?こんな器具・器械 車椅子, プチナース, 13(4), 72-73, 2004.

山田巧: 知ってる?こんな器具・器械 ベッド, プチナース, 13(5), 72-73, 2004.

山田巧: 知ってる?こんな器具・器械 ストレッチャー, プチナース, 13(7), 72-73, 2004.

山田巧: 知ってる?こんな器具・器械 洗髪車・ケリーパッド, プチナース, 13(9), 70-71, 2004.

山田巧: 知ってる?こんな器具・器械 酸素ボンベ・酸素流量計, プチナース, 13(10), 72-73, 2004.

山田巧: 知ってる?こんな器具・器械 酸素マスク・酸素カニューラ, プチナース, 13(11), 72-73, 2004.

山田巧: 知ってる?こんな器具・器械 酸素テント, プチナース, 13(12), 72-73, 2004.

成人看護学II(慢性期)

[論文]

小西敏子, 佐藤禮子: 治療法選択を通じた乳がん患者の主体的な療養姿勢を促進するための継続的看護援助, 千葉看護学会誌, 10(1), 26-32, 2004.

[研究報告]

石嶋みやこ, 福室真理子, 小西敏子, 飯野京子, 茅根孝子, 鈴木光子, 千葉明子, 河口眞理, 穴井美香: がん患者の治療法の自己決定を擁護するための看護師の援助行動に関する研究; がん告知の現状, 医師が看護師に期待する役割と看護援助の実態, 平成 15 年度国立病院・療養所共同基盤研究報告, 2004.

[講演・学会発表]

小西敏子, 佐藤禮子: センチネルリンパ節生検を選択した乳がん患者の心理状況に変化をきたす事柄, 第 18 回日本がん看護学会学術集会, 2004.

石嶋みやこ, 福室真理子, 小西敏子, 飯野京子, 茅根孝子, 鈴木光子, 千葉明子, 河口眞理, 穴井美香: がん患者の治療法の自己決定を擁護するための看護師の援助行動に関する研究; がん告知の現状と看護援助の実態, 第 2 回国立病院看護研究学会学術集会, 2004.

猪本晶子, 飯野京子: 緩和的化学療法を受ける造血器腫瘍患者の看護におけるジレンマに対する分析, 第 18 回日本がん看護学会, 2004.

桑田加奈子, 吉田恭子, 小野瀬友子, 武田明子, 飯野京子: HIV/AIDS 患者をサポートする家族の困難, 第 2 回国立病院看護研究学会学術集会, 2004.

桑田加奈子, 吉田恭子, 小野瀬友子, 武田明子, 飯野京子: HIV/AIDS 患者をサポートする家族のストレスへの対処, 第 13 回日本エイズ学会, 2004.

[その他]

飯野京子: 聴診器はこうして使う 根拠がわかるヘルスアセスメント実践講座 聴診と共に行うフィジカルアセスメント, 看護学雑誌, 68(4), 354-358, 2004.

成人看護学II(政策医療看護学)

[著書]

大原まゆみ: クリニカルパスに関する文献・情報へのアプローチ; 落海真喜枝, 小島愛子編集: 歯科口腔領域のクリニカルパス, 医歯薬出版株式会社, 213-215, 2004.

[論文]

大原まゆみ, 丸口ミサエ, 西尾和子, 田中優子, 平井さよ子: 高度専門病院に勤務する看護師の定着可能性, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 75-82, 2004.

[学会発表]

佐々木智美, 中辻香邦子, 吉田扶美代, 丸口ミサエ, 阿部まゆみ: 進行がん患者のリンパ浮腫に対するケアの効果; リンパ浮腫に対する CDP を実践した結果の報告, 第 18 回日本がん看護学会学術集会, 2004.

成育看護学(小児看護学)

[著書]

駒松仁子: 子どもの理解を深める, 谷川弘治, 駒松仁子, 松浦和代, 夏路瑞穂 編, 病気の子どもの心理社会的支援入門, 9-54, ナカニシヤ出版, 2004.

[論文]

仁尾かおり, 駒松仁子, 小村三千代, 西海真理: 先天性心疾患をもつ思春期・青年期の患者に関する研究の概観, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 11-19, 2004.

仁尾かおり, 藤原千恵子: 先天性心疾患をもつ思春期の子どもの母親の思いと配慮, 日本小児看護学会誌, 13(2), 26-32, 2004.

仁尾かおり, 藤原千恵子: 先天性心疾患をもつ思春期の子どものコーピング, 第 34 回日本看護学会論文集(小児看護), 65-67, 2004.

文字智子, 高田一美, 石見和世, 仁尾かおり, 高谷裕紀子, 河上智香, 藤原千恵子: 小児専門病院の看護師における職務ストレスとサポート, 第 34 回日本看護学会論文集(小児看護), 141-143, 2004.

河上智香, 藤原千恵子, 仁尾かおり, 石見和世, 文字智子, 高田一美, 高谷裕紀子: 小児専門病院に勤務する看護師の職務

- ストレスとサポートに関する研究, 大阪大学看護学雑誌, 10(1), 11-19, 2004.
- 西村明子, 河上智香, 藤原千恵子, 林田麗, 星和美, 彦惣美穂, 石井京子, 仁尾かおり, 石見和世, 古賀智影, 高谷裕紀子: 看護師の属性による職務ストレスとサポート認知の差異, 大阪大学看護学雑誌, 10(1), 21-27, 2004.
- 河上智香, 西村明子, 藤原千恵子, 星和美, 林田麗, 仁尾かおり, 彦惣美穂, 石井京子, 石見和世, 古賀智影, 高谷裕紀子: 看護系大学卒業看護師の属性によるキャリア認知の差異, 第34回日本看護学会論文集(看護総合), 63-65, 2004.
- 林田麗, 星和美, 彦惣美穂, 石井京子, 仁尾かおり, 石見和世, 古賀智影, 高谷裕紀子, 河上智香, 西村明子, 藤原千恵子: 看護経験3年未満の大学卒業看護師のキャリア認知と職務ストレスとの関係, 第34回日本看護学会論文集(看護教育), 148-150, 2004.
- 彦惣美穂, 星和美, 林田麗, 藤原千恵子, 河上智香, 西村明子, 仁尾かおり, 高谷裕紀子, 石見和世, 古賀智影, 石井京子: 短期大学卒業看護師のキャリア認知と属性との関係, 第34回日本看護学会論文集(看護管理), 201-203, 2004.
- [研究報告]
- 藤原千恵子, 石井京子, 星和美, 河上智香, 西村明子, 高谷裕紀子, 仁尾かおり, 彦惣美穂, 林田麗, 古賀智影, 石見和世, : 看護系大学卒業看護者のキャリア形成に関する探索的研究, 平成13・14・15年度文部科学省科学研究費補助金報告書, 1-92, 2004.
- [講演・学会発表]
- 東谷みゆき, 小村三千代: 臨地実習における感染予防行動に対する看護学生の認識, 第14回日本看護学教育学会講演集, 164, 2004.
- 小村三千代: 青年期の筋ジストロフィー患者に関わる看護師の戸惑い, 第24回日本看護科学学会学術集会講演集, 257, 2004.
- 藤井恵, 文字智子, 高田一美, 石見和世, 仁尾かおり, 高谷裕紀子, 河上智香, 藤原千恵子: 一般病院小児病棟における看護師の職務ストレス研究, 日本小児看護学会第14回学術集会講演集, 106-107, 2004.
- 文字智子, 高田一美, 石見和世, 仁尾かおり, 高谷裕紀子, 藤井恵, 河上智香, 藤原千恵子: 混合病棟における看護師の職務ストレス研究, 日本小児看護学会第14回学術集会講演集, 108-109, 2004.
- 高田一美, 文字智子, 石見和世, 藤井恵, 仁尾かおり, 高谷裕紀子, 河上智香, 藤原千恵子: 小児看護を実践する看護師が認知するサポートに関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 27(3), 117, 2004.
- 石見和世, 高田一美, 文字智子, 仁尾かおり, 高谷裕紀子, 河上智香, 藤原千恵子, 高城美圭, 高城智圭: 小児と関わる看護師の職務ストレス研究; 病院・病棟形態と状況要因の違いによる職務ストレス認知の差異, 第35回日本看護学会抄録集(小児看護), 88, 2004.
- 仁尾かおり, 駒松仁子, 西海真理: 小児看護領域におけるフェールセーフ技術の習得; 小児看護学実習にビデオ学習と演習を取り入れた効果, 第35回日本看護学会抄録集(小児看護), 92, 2004.

成育看護学(母性看護学)

[論文]

- 佐々木和子, 伊藤愛子, 竹尾恵子: 新人看護職育成費用に関する研究, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 71-74, 2004.
- 亀岡智美, 中山登志子, 横山京子, 山下暢子, 舟島なをみ: 大学院博士後期課程において看護学を専攻する学生に関する研究の現状; 1982年から2002年に発表された研究の内容に焦点を当てて, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 35-43, 2004.
- 中山登志子, 亀岡智美: 看護学実習教授活動自己評価尺度(SCTB)の開発; 看護教育学における基盤研究発展型応用研究として, 看護研究, 37(3), 39-53, 2004.
- 中田かおり: 助産師と倫理, 助産師, 58(1), 110-113, 2004.
- 中田かおり: 子ども虐待と医療専門職の役割, 助産師, 58(3), 49-55, 2004.
- 小林美亜, 鈴木琴江, 中田かおり, 北澤直美, 池田俊也, 堺秀人: 週及的診療録レビューにより有害事象を把握するための方法: 看護師による有害事象把握のための基準作成, 看護管理, 14(9), 756-762, 2004.
- 中田かおり, 池田俊也, 小林美亜, 北澤直美, 鈴木琴江, 兼児敏浩, 廣瀬昌博, 桑平一郎, 北井啓勝, 平尾智広, 長谷川友紀, 長谷川敏彦, 堺秀人: 医療事故の全国的発生頻度に関する研究における有害事象の判定基準について, 病院管理, 41(4), 35-47, 2004.

[研究報告]

- 舟島なをみ, 野本百合子, 三浦弘恵, 太田節子, 田中裕二, 鈴木美和, 村上みち子, 山下暢子, 吉富美佐江, 塚本友栄, 宮芝智子, 伊藤正子, 山品晴美, 本郷久美子, 松田安弘, 亀岡智美, 中山登志子, 永野光子, 小川妙子, 横山京子, 鈴木恵子, 中谷啓子, 山澄直美: COE サブプロジェクトFグループ「日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システムの開発」, 平成15・16年度報告書, 2004.
- 堺秀人, 池田俊也, 大道久, 落合慈之, 高野繁, 土谷普一郎, 中田かおり, 長谷川敏彦, 長谷川友紀, 平尾智広: 医療事故

の全国的発生頻度に関する研究報告書，平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金事業研究報告書，2004.

[研究助成]

松岡恵，戸田律子，中田かおり，谷津裕子，森昌代：リスク管理を含めた諸外国の包括的産科管理のあり方に関する研究，平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業，H 16—医療—040.

[講演・学会発表]

Toshiko Nakayama, Kumiko Hongo, Tomomi Kameoka, Naomi Funashima, Midori Sugimori : Nursing faculty perceptions of clinical teaching behaviors in Japan, 15th International Nursing Research Congress, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Ireland, Dublin, 2004.

中山登志子，舟島なをみ：母性看護学教育研究の動向，日本看護研究学会雑誌，27(3)，103，2004.

中山登志子，吉富美佐江，三浦弘恵，鈴木美和，野本百合子，舟島なをみ：看護学実習カンファレンスの教授活動自己評価尺度の開発；信頼性・妥当性の検証，第 24 回日本看護科学学会学術集会講演集，148，2004.

山澄直美，中山登志子，本郷久美子，横山京子，鈴木恵子，小川妙子，亀岡智美，鈴木美和，野本百合子，舟島なをみ：諸外国の看護継続教育に関する研究；米国の看護継続教育への影響要因に焦点を当てて，第 24 回日本看護科学学会学術集会講演集，217，2004.

[その他]

中山登志子：研究成果の蓄積と活用による看護教育学の発展；看護教育学理論の開発を目指して，日本看護系学会協議会日本学術会議第 18 期看護学研究連絡委員会，平成 13 年度～平成 15 年度活動報告書，16，2004.

精神・老年期看護学(精神看護学)

[著書]

森千鶴：精神看護学，2005 年版ひとりで学べる看護師国家試験問題と詳解，1101-1187，2004.

森千鶴：状況設定(精神看護学)，2005 年版ひとりで学べる看護師国家試験問題と詳解，1465-1509，2004.

下里誠二：英国における触法精神障害者とその看護，日本精神科看護技術協会監修，精神科看護白書，精神看護出版，2004.

[論文]

森千鶴，前田宗紀：音刺激に対する生体反応，日本看護技術研究学会誌，3(1)，28-32，2004.

鈴木美穂，森千鶴：統合失調症者における家族の協力度・困難度・理解度の認識の比較，山梨大学看護学会誌，2(2)，45-49，2004.

高波澄子，森千鶴：在宅ホスピスケアの普及を阻むもの(第一報)；全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会会員へのアンケートをととして，ホスピスケアと在宅ケア，12(1)，51-59，2004.

[学会発表]

Takanami S., Mori C. : Factors Hindering the development and acceptance of home hospice care in Japan found by a questionnaire survey, 15th. World Congress on Medical Law, Book of Proceedings, paper number, 119, 00 2004.

坂井郁恵，三橋英雄，松本賢哉，金子一恵，森千鶴：精神病者の居場所に関する研究；病棟の日常生活場面で患者が示す「位置」の調査より，第 29 回日本精神科看護学会抄録集，72，2004.

大堀早苗，伊藤克枝，田野口桂子，表景子，浅沼瞳，齋藤幸美，戸澤順子，森千鶴：うつ病患者の自己効力感を高める自己管理プログラム，服薬自己管理を中心に，第 29 回日本精神科看護学会抄録集，85，2004.

坂井郁恵，三橋英雄，森千鶴：精神科ナースのアサーションと自他意識との関連，第 35 回日本看護学会抄録集(精神科看護)，58，2004.

下方友子，多田貴志，森千鶴：看護職者の職業的アイデンティティに関わる要因，第 35 回日本看護学会抄録集(精神科看護)，61，2004.

藤森里実，森千鶴：意図的な観察の視覚情報取り込みと観察記録の特徴；視覚情報に焦点をあてて，第 45 回日本人間工学会誌，40(臨)，70，2004.

戸澤順子，下方友子，多田貴志，森千鶴：看護師のバーンアウトに関連する要因；所属する診療科による比較，第 30 回日本看護研究学会雑誌，27(3)，114，2004.

藤森里実，森千鶴：精神科看護師の視覚情報取り込みと観察記録の特徴，第 30 回日本看護研究学会雑誌，27(3)，126，2004.

岸田佐智子，森千鶴：老年看護学実習における看護学生の痴呆性老人理解の過程，日本看護学教育学会誌，第 14 回学術集会講演集，105，2004.

山崎千枝美，森千鶴：倫理的問題遭遇時の学生の反応と教員のかかわり；手術を受ける患者の看護学実習を中心に，日本看護学教育学会誌，第 14 回学術集会講演集，120，2004.

- 安藤高子, 森千鶴: 学生と『共に学ぶ』実践を継続している臨地実習指導者の認識, 日本看護学教育学会誌, 第14回学術集会講演集, 178, 2004.
- 田中久美子, 森千鶴: 看護教員の学習不適応学生の理解; 場面想定の回答の分析から, 日本看護学教育学会誌, 第14回学術集会講演集, 179, 2004.
- 大迫充江, 鍋田芳子, 瀬野佳代, 下里誠二, 森千鶴: 精神科看護師が患者から受ける暴力とサポートの実態, 第35回日本看護学会抄録集(看護管理), 78, 2004.
- 佐藤みつ子, 高田谷久美子, 白田梨奈, 渡邊タミ子, 森千鶴: 独居高齢者の健康状況と福祉サービスのニーズ, 日本公衆衛生雑誌, 51(10), 737, 2004.
- 佐伯幸治, 森千鶴: 地域住民の精神障害者に対する態度とその関連要因に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 51(10), 746, 2004.
- 森千鶴, 佐藤みつ子: 高齢者の清潔行動に影響を与える要因, 日本公衆衛生雑誌, 51(10), 777, 2004.
- 下里誠二, 釜英介, 薄田恒夫, 相馬厚, 北野進, 石川博康: 入院中の精神障害者における暴力とその短期予測に関する検討1, 第35回日本看護学会(精神看護)抄録集, 102, 2004.
- [その他]
- 森千鶴, 下里誠二: 看護師との共同作業 看護師が受けている精神科看護教育, 精神科, 4(5), 318-322, 2004.
- 下里誠二, 神長誠, 石川博康, 河村昭憲: クリニカルパスを始めよう, 東京都立松沢病院の取り組みから, 触法精神障害者・長期閉鎖病棟入院者の単独外出クリニカルパス; 触法精神障害者への適用の実際, 精神科看護, 143: 63-68, 2004.
- 下里誠二, 神長誠, 石川博康, 河村昭憲: クリニカルパスを始めよう, 東京都立松沢病院の取り組みから, 触法精神障害者・長期閉鎖病棟入院者の単独外出クリニカルパス; 心理教育的アプローチを取り入れて, 精神科看護, 142: 61-68, 2004.
- 下里誠二, 松尾康志: 包括的暴力防止プログラムの開発, 精神看護, 17(6), 32-39, 2004.
- 下里誠二, 松尾康志: 包括的暴力防止プログラムの開発, 看護管理, 14(12), 2004.
- 下里誠二, 大迫充江, 山田洋, 村上茂, 小松容子: 記録とアセスメント, (宮本真巳, 「触法精神障害者の看護ならびに地域支援の手法に関する研究」(平成15年度 厚生労働科学研究研究費補助金 ころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療等に関する研究」(主任研究者松下正明)報告集, 573-622, 2004.
- 森千鶴, 佐藤みつ子: 看護管理者が身につけるべき臨床看護研究論文 書き方・まとめ方; 量的研究デザインと研究プロセス, ナースマネージャー, 5(10), 84-90, 2004.
- 森千鶴, 佐藤みつ子: 看護管理者が身につけるべき臨床看護研究論文 書き方・まとめ方; 質的研究デザインと研究プロセス, ナースマネージャー, 5(11), 74-79, 2004.
- 森千鶴, 佐藤みつ子: 看護管理者が身につけるべき臨床看護研究論文 書き方・まとめ方; 研究論文のまとめ方と発表の仕方, ナースマネージャー, 5(12), 43-48, 2004.
- 森千鶴: 精神看護学ケースカンファレンスの会, 山梨大学看護学会誌, 2(2), 57-59, 2004.
- 森千鶴, 佐藤みつ子: 臨床看護実践と看護研究の方法; テーマの設定, ナースマネージャー, 6(7), 77-82, 2004.
- 森千鶴, 佐藤みつ子: 臨床看護実践と看護研究の方法; 看護研究計画書の書き方, ナースマネージャー, 6(8), 75-80, 2004.
- 森千鶴, 佐藤みつ子: 臨床看護実践と看護研究の方法; 看護研究で活用するデータ分析, ナースマネージャー, 6(9), 67-72, 2004.

精神・老年看護学(老年看護学)

[論文]

佐藤鈴子, 濱本洋子, 林雅佳子, 松本昌子, 水野正之, 奥坂喜美子: 要介護後期高齢者におけるBMI(Body Mass Index)とADL(Activities of Daily Living)に関する一考察, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 65-70, 2004.

[講演・学会発表]

阿南みと子, 佐藤鈴子: 在宅高齢者の生きがいの要因について, 第35回日本看護学会抄録集(地域看護), 9, 2004.

Reiko Sato, Keiko Takeo: In-service education(continuous education) for novice nurses; The preparatory study team on strengthening capacity of clinical advisor, Workshop, Riyadh, Dammam, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, 2004.

Reiko Sato, Keiko Takeo, Mitsuko Inaoka: Lecture titled 'An increasing aged population and health care system in Japan', for the master students at Department of Reserch, Evaluation, and Administration in Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand, 2004.

国際看護学(在宅看護学)

[論文]

松井和子, 俵麻紀, 佐川美枝子: 人工呼吸器長期依存者の生活の質に影響する地域呼吸管理システムとその特徴; 日本の在宅人工呼吸療法とカナダ BC 州地域呼吸管理プログラムを比較して, 国立看護大学校研究紀要, 3(1), 27-34, 2004.

[講演・学会発表]

岡美智代, 西川浩昭, 高橋真理, 林啓子, 沢宮容子, 樋之津淳子, 竹鼻ゆかり, 佐川美枝子, 菊地千鶴子, 加賀谷今栄, 須藤祐司: 透析患者の透析医療満足度尺度の開発, 日本透析医学会雑誌, 37, Suppl.1, 826, 2004.

[その他]

松井和子: 在宅人工呼吸器使用者の QOL を高める自立生活型呼吸ケアの必要性, 特集「在宅人工呼吸器使用者の QOL と呼吸ケア」, Home Care MEDICINE, 12-14, August 2004.

国際看護学(国際看護学)

[著書]

平賀恵子: 国際協力に必要な組織化能力, 井部俊子, 中西睦子監修, 看護管理学習テキスト② 看護組織論, 192-202, 日本看護協会出版会, 2004.

[研究助成]

稲岡光子, 平賀恵子, 山田巧: 開発途上国における看護基礎教育分野での看護技術移転に携わる人材育成プログラムの開発に関する研究, 平成 15 年度国際医療協力研究委託事業 課題番号 14 公-5.

[講演・学会発表]

平賀元美, 小林紀明, 平賀恵子: ケアマネジャーの在宅療養者自立支援のためのケアマネジメント(1); 事例で見るニーズの優先順位と根拠, 日本看護学教育学会第 14 回学術集会講演集, 124, 2004.

小林紀明, 平賀元美, 平賀恵子: ケアマネジャーの在宅療養者自立支援のためのケアマネジメント(2); 事例で見るケアマネジメントの内容と職種との関連, 日本看護学教育学会 第 14 回学術集会講演集, 125, 2004.

平賀恵子, 山田巧, 稲岡光子: 開発途上国における看護教育分野での国際協力活動と求められる能力, 第 24 回日本看護科学学会学術集会, 2004.

[その他]

Mitsuko Inaoka, Masayuki Mizuno: Lecture titled “The overview of health care system and nursing in Japan” for the masters program students at Department of Research, Evaluation, and Administration in Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand, in May 9, 2004.

臨床教員

[講演・学会発表]

宇都宮智, 飯白純子, 後藤みさ, 藤田幸枝: 統合失調症における身体的拘束一時的解除の査定の実態, 第 35 回日本看護学会(精神看護), 18, 2004.

宇都宮智, 飯白純子, 後藤みさ: 統合失調症における一時的解除が及ぼす影響についての研究, 第 30 回日本看護研究学会学術集会, 2004.

宇都宮智, 松本賢哉, 山口博子, 青山廣子: 隔離・拘束時の 1 日の援助数の比較, 第 2 回国立病院看護研究学会学術集会, 2004.

瀬野佳代, 宇都宮智: 隔離・拘束時の看護の実態; 勤務帯による比較, 第 24 回日本看護科学学会学術集会, 2004.

大柄昭子: 精神科急性期病棟の患者の語りを聞く体験, 日本精神保健看護学会第 14 回学術集会, 2004.

大柄昭子, 山口隆広, 畠山辰夫, 小鹿野雪江: 慢性病棟におけるグループの取り組み, 日本精神科看護技術協会 2004 年度専門学会リハビリテーション看護, 2004.

中原博美, 山田巧: 手術待機患者に対するインフォームドコンセント場面における看護師の役割, 第 35 回日本看護学会(成人看護 I), 2004.

松本賢哉: 精神科臨床実習における患者に対する否定的な感情と学生の不安との関連, 第 30 回日本看護研究学会学術集会, 2004.