

国立看護大学校 研究紀要

第9巻 第1号 2010年

原 著

- 小児がん経験者における日常生活の実際と踵骨の骨梁面積率に関連する要因の検討
 遠藤数江, 小川純子, 中村伸枝, 小俣智子, 佐藤奈保 1
- The use of politeness strategies in Japanese healthcare settings: Analysis of manga discourse
 between healthcare providers and a "difficult" patient
 Rieko Matsuoka, Gregory Poole 9
- 手術や検査を受ける思春期早期にある患者の意思表示のための看護
 松下ゆかり, 井比舞子, 伊藤龍子 18

その他

- Peer and self evaluation in spoken English: The views of first and second years in a nursing college
 David Evans 28
- 老年看護学実習における看護学生の高齢者に対するイメージの変化
 伊藤豊美, 住垣千恵子, 後藤友美, 岩崎孝子, 林稚佳子 37

2008年度 活動報告

- 国立看護大学校FD活動報告 45
- 教員の研究活動 47
- 研究課程部看護学研究科修士学位論文一覧 55



小児がん経験者における日常生活の実際と踵骨の 骨梁面積率に関連する要因の検討

遠藤数江¹ 小川純子² 中村伸枝³
小俣智子⁴ 佐藤奈保³

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1 2 淑徳大学看護学部 3 千葉大学看護学部 4 武蔵野大学
人間関係学部
endok@adm.ncn.ac.jp

Life style of childhood cancer survivors and factors related to heel bone mass

Kazue Endo¹ Junko Ogawa² Nobue Nakamura³ Tomoko Omata⁴ Naho Sato³

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

2 School of Nursing, Shukutoku University

3 School of Nursing, Chiba University 4 Faculty Humans Studies, Musashino University

[Abstract] The purpose of this study is to investigate daily life of childhood cancer survivors and to analyze factors related to heel bone mass: dietary habit, lifestyle, concern about health, and past treatment. We analyzed 27 childhood cancer survivors (13 males and 14 females). The average age was 25.6 (range=16-39) years. More than half of the subjects were highly concerned with their own life style and health, paying attention to dietary habit, and performing physical activities or regular sports in their daily life. The average heel bone mass \pm standard deviation was $30.6 \pm 3.8\%$. The numbers of subjects in the following designated bone mass groups were 0 (0%) in "high," 14 (51.9%) in "normal," 12 (44.4%) in "slightly low," and 1 (3.7%) in "low" groups, respectively. No significant relationships were found between bone mass and the following variables: the age of the first hospitalization with cancer, types of treatment, dietary habit, and life style. Positive and significant correlations were found between bone mass and weight ($r=.512, p=.006$), and between bone mass and body mass index (BMI) ($r=.454, p=.017$). The study findings showed that the relevant factors affecting heel bone mass were body weight and BMI.

[Keywords] 小児がん経験者 childhood cancer survivor, 骨量 bone mass, 生活習慣 life style, 食習慣 dietary habit

I. 緒言

小児がんの治療成績の飛躍的な向上に伴い、最近では約70%以上が治癒するようになり、現在、数万人の小児がん経験者が成人していると推定されている。これらの小児がん経験者において、さまざまな問題を抱えている場合があることが報告されてきている。疾患の治療終了後に存在する障害は晩期合併症と呼ばれているが、小児の場合、成長過程の身体に対して行われた治療が成長発達に及ぼす影響は成人以上のものと推察され、小児がん経験者の長期間にわたる身体的および精神的晩期合併症の問題が注目されている(前田, 2004; 石田, 2007)。

一般的に小児がん治療後の身体的晩期合併症として、低身長、性腺機能障害、甲状腺機能異常、神経障害、二次がん、骨量の低下、肥満ややせなどが報告されている(前田, 2002; 石田, 2007)。これらの晩期合併症は、疾患の種類、治療内容、治療を受けた年齢などによって出現する

症状に違いがみられる。これらの晩期合併症の中で、骨量の低下については、海外では骨密度データが集積されつつある。しかしながら、日本におけるデータはほとんどない状態のため、骨折のリスクと治療の関係はまだ明らかになっていない。現在、治療における副腎皮質ホルモンの使用、抗がん剤、放射線照射が骨量の低下に関係していると考えられており、海外では、造血幹細胞移植後に骨量の低下がみられるとの報告がある(Taskinen et al., 2007; O'Rourke et al., 2009)。骨量の低下は、無症状で経過し、骨折や脊柱の変形・姿勢異常によって明らかになる場合が大部分である。骨折やそれに伴う疼痛は生活の質(QOL)や日常生活活動(ADL)の低下に直接関係してくるため、小児がん経験者は、自身の骨量の状態を把握し、骨を健康に保つための生活習慣を身につけ実行していくことが必要となる。しかし、小児がん経験者の日常生活の実際に関する研究はなく、日頃から自分自身の健康にどの程度関心を持ち、どのようなことに気をつけながら日常生活を送っている

るのかについては明らかになっていない。

骨密度の測定法には、エックス線を用いるものと超音波を用いるものがある。エックス線を用いる方法の代表に、二重エネルギー X 線吸収測定法 (DXA) がある。DXA は信頼性、有効性に優れているが、エックス線を扱うために、測定 of 簡便性に問題がある。これに対し、超音波法は、一般的に踵骨の超音波の伝播速度と減衰率により骨を評価する方法である (骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 2006a)。エックス線を使用しないので、放射線の被爆がなく、放射線管理区域以外でも使用可能である。装置も小型であり、簡便性に優れており、保健所や健診センターなどにおいてよく用いられている (吉田, 2004)。DXA 法に比べて超音波法は再現性はやや劣るが、利便性とエックス線を使用しないということから、子どもの成長期の骨量評価に用いられている (米山ら, 2006; 伊藤ら, 2007)。

小児がん経験者の晩期合併症の問題と日常生活に関する研究の現状、骨量評価の方法の検討をふまえ、本研究では、小児がん経験者を対象に、超音波骨密度計を用いた踵骨の骨梁面積率の測定、生活習慣・食習慣、健康や日常生活への関心、治療歴について調査を行った。

II. 研究目的

思春期後期および青年期にある小児がん経験者を対象に、踵骨の骨梁面積率の測定、生活習慣・食習慣、健康や日常生活への関心、治療歴の調査より、小児がん経験者の日常生活の実際を明らかにし、踵骨の骨梁面積率に関連する要因を検討した。

III. 用語の定義

本研究において小児がん経験者とは、小児がんを発症し、手術、化学療法、放射線療法などの治療経験のある者とした。

IV. 研究方法

1. 対象者

思春期後期から青年期の小児がん経験者とした。

2. 調査期間

2007 年 12 月から 2008 年 5 月

3. 調査方法

患者会のメンバーが会合などで集まる会場に別室を借り、測定および研究者が作成した質問紙による調査を行った。

4. 調査内容

1) 測定

測定項目は、身長、体重、体組成、踵骨の骨梁面積率、血圧である。身長と体重より体格の評価指数である BMI (body mass index) を算出した。

踵骨の骨梁面積率は石川製作所の超音波骨密度計 Benus III を用いて測定した。踵骨の骨梁面積率は、踵骨の断面内での骨梁 (骨質) 部分の割合を示すものであり、踵骨の超音波の伝播速度と減衰率により骨を評価している。骨梁面積率の値が大きいほど骨の状態がよいと評価できる。本調査では骨梁面積率を骨量に相当する指標として用いることとした。

2) 質問紙調査

質問紙の調査内容は、年齢、性別、身長、体重、治療歴、日常生活の実際、食生活の実際、健康や日常生活への関心についてである。

食生活の実際、日常生活の実際、健康や日常生活への関心についての調査項目の詳細は、それぞれ図 1、図 2、表 1 に示した。調査項目の作成にあたり、健康な学童、思春期の子ども、女子大学生を対象に食習慣の現状や生活活動を調査した項目および慢性疾患をもつ学童、青年期の食習慣の特徴を調査した研究を参考にした (榎ら, 2005; 遠藤ら, 2005; 米山ら, 2006; 中村ら, 2007)。さらに、小児看護に精通した研究者と小児がん経験者の現状に精通した研究者で検討し、患者会に参加している小児がん経験者からも意見聴取を行った。食生活の実際および日常生活の実際の調査については Cronbach の α 係数を算出した。以上の検討から、質問紙の妥当性と信頼性の確保に努めた。食生活の実際の Cronbach α 係数は 0.866、日常生活の実際の Cronbach α 係数は 0.742 であった。

回答方法は、食生活の実際および日常生活の実際の調査では、図 1 と図 2 に示した調査項目を列挙し、対象者が気をつけている (心がけている) 項目すべてを選択してもらった。「自分自身の健康への関心」については、『関心がある』、『関心を向ける余裕がない』、『少しある』、『関心がない』の 4 段階で、あてはまる回答を選択してもらった。「生活リズムを整えること」、「食事や食材についての関心」、「スポーツなど身体を動かすことへの関心」については、『関心がある』、『関心がまあまあある』、『関心が少しある』、『関心がない』の 4 段階で、あてはまる回答を選択してもらった。

5. 分析方法

本測定装置 Benus III では、独自に幼稚園児から成人まで各年齢層男女別に踵骨の骨梁面積率を測定し、各年齢別の値から男女別に骨梁面積率の判定区分を設けている。判定の基準は、〈十分多い〉は平均値 + 1 標準偏差 (SD) 以上

(男女), 〈普通・平均域〉は平均値±1SD (男女), 〈やや少なめ〉は男性では平均値-1SD未満~20歳平均値-3SD以上, 女性では平均値-1SD未満~20歳平均値-2.5SD以上, 〈少なめ・要注意〉は男性では20歳平均値-3SD未満, 女性では20歳平均値-2.5SD未満となっている。本研究では, この判定区分に従ってまず群分けを行った。次に, 踵骨の骨梁面積率が平均域以上の者と平均域より低い者で, 要因の違いの有無を検討することで, 踵骨の骨梁面積率に関連する要因を明らかにしたいと考え, 分析では, 骨梁面積率が〈十分多い〉と〈普通・平均域〉を合わせた〈十分多い・普通〉群と, 〈やや少なめ〉と〈少なめ・要注意〉を合わせた〈やや少なめ・少なめ〉群の2群で比較を行った。

調査データの解析にはSPSS Ver.17.0を用い, 単純集計, 平均値の比較にはt検定, 骨梁面積率の判定区分による2群間の比較には χ^2 検定, 骨梁面積率と測定値との関連の検討にはPearsonの相関分析を行った。有意水準については $p<.05$ を有意とした。

6. 倫理的配慮

本研究の計画書は, 千葉大学看護学部の倫理審査を受け, 研究の遂行の許可を受けて実施した。調査協力の依頼の際には, 研究参加の自由, 途中中断の自由, 匿名での調査であることを文書を用いて説明した。また, 依頼文書には研究者の連絡先を記載し, 質問や意見がある場合には, 連絡できるよう配慮した。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象となった小児がん経験者は27人(男性13人, 女性14人), 平均年齢±標準偏差は 25.6 ± 5.9 歳であった。調査を行ったのは, 初めて入院した時から9~28年, 平均17.5年経過していた。平均BMI±標準偏差は 20.6 ± 3.2 kg/m²で, BMIによる体格の判定では, 18.4kg/m²以下の低体重8人, 18.5~24.9kg/m²の普通体重18人, 25.0kg/m²以上の肥満1人であった。

小児がんで初めて入院した年齢は, 1歳未満1人, 1~6歳10人, 7~12歳10人, 13歳以降が6人であった。小児がんの内訳は, 急性リンパ性白血病5人, 急性骨髄性白血病3人, 悪性リンパ腫4人, 骨髄異形成症候群1人, 神経芽細胞腫3人, 横紋筋肉腫3人, 肝芽腫1人, 脳腫瘍2人, 回答なし5人であった。受けた治療内容は, 化学療法6人, 化学療法+放射線療法7人, 化学療法+骨髄移植4人, 化学療法+手術1人, 化学療法+手術+放射線療法4人, 手術1人, 放射線療法1人, 回答なし3人であった。治療内容についての回答では, 『ほとんど覚えていない』

から, 『放射線療法30Gy』など回答の程度にばらつきがみられた。

踵骨の骨梁面積率の平均±標準偏差は $30.6 \pm 3.8\%$ であった。判定区分の分類では, 〈十分多い〉は0人, 〈普通・平均域〉14人(51.9%), 〈やや少なめ〉12人(44.4%), 〈少なめ・要注意〉1人(3.7%)であった。骨梁面積率の判定区分による2群間で年齢および性差を比較すると, 〈十分多い・普通〉の群の平均年齢は25.3歳, 〈やや少なめ・少なめ〉の群では25.8歳であり, 年齢による骨梁面積率に差はみられなかった。性差では, 〈十分多い・普通〉の群で男性7人, 女性7人, 〈やや少なめ・少なめ〉の群で男性6人, 女性7人と性差はみられなかった。

2. 生活習慣の実際と踵骨の骨梁面積率との関連

日常生活について, 骨梁面積率が〈十分多い・普通〉群と〈やや少なめ・少なめ〉群での違いをみた。「ダイエットの経験」があると11人が回答し, 〈十分多い・普通〉群で経験があったのは7人, 〈やや少なめ・少なめ〉群で経験があったのは4人であった。「日常生活の中での活動量」は『多い』または『やや多い』と回答したのは13人で, 〈十分多い・普通〉群で7人, 〈やや少なめ・少なめ〉群で6人であった。さらに, 「定期的にスポーツをしている」と12人が回答し, 〈十分多い・普通〉群, 〈やや少なめ・少なめ〉群ともに6人ずつであった。「ダイエット経験」, 「日常生活での活動量」, 「定期的にスポーツをしている」の3項目すべてにおいて, 骨梁面積率の判定区分による有意差はみられなかった。

毎日の食生活で, 気をつけている(心がけている)ことについての結果を, 図1に示した。気をつけている(心がけている)ことで, 最も多く回答があった項目は, 「野菜をたくさん食べる」であり, 半数以上が心がけていた。次いで「食事のバランスに気をつける」, 「インスタント食品, コンビニ弁当, 加工食品を摂りすぎない」, であった。骨梁面積率〈十分多い・普通〉群では, 気をつけている(心がけている)項目数が平均6.5項目あったのに対し, 〈やや少なめ・少なめ〉群では, 気をつけている(心がけている)項目数が平均4.7項目であり, 〈やや少なめ・少なめ〉の群の方が毎日の食生活で気をつけている(心がけている)ことが少なかったが, 有意な差はみられなかった。食生活以外の日常生活で, 気をつけている(心がけている)ことについての結果を, 図2に示した。気をつけている(心がけている)で最も多く回答があった項目は, 「よく歩く」, 「疲れすぎないように十分な睡眠や休息をとる」, 「ストレスをためない」であった。骨梁面積率〈十分多い・普通〉群では, 気をつけている(心がけている)項目数は平均4.1項目, 〈やや少なめ・少なめ〉群では, 気をつけている(心がけている)項目数が平均4.8項目であ

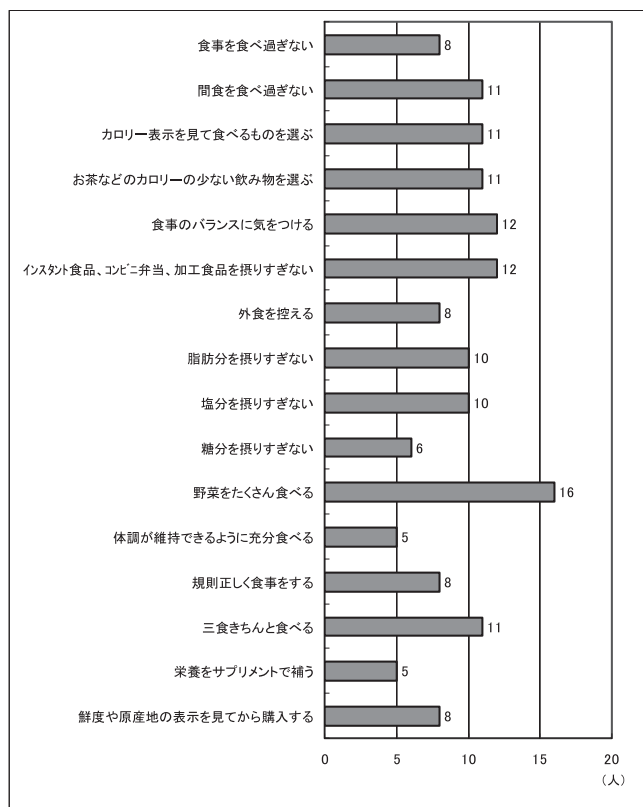


図1 毎日の食生活で気をつけていること（複数回答）

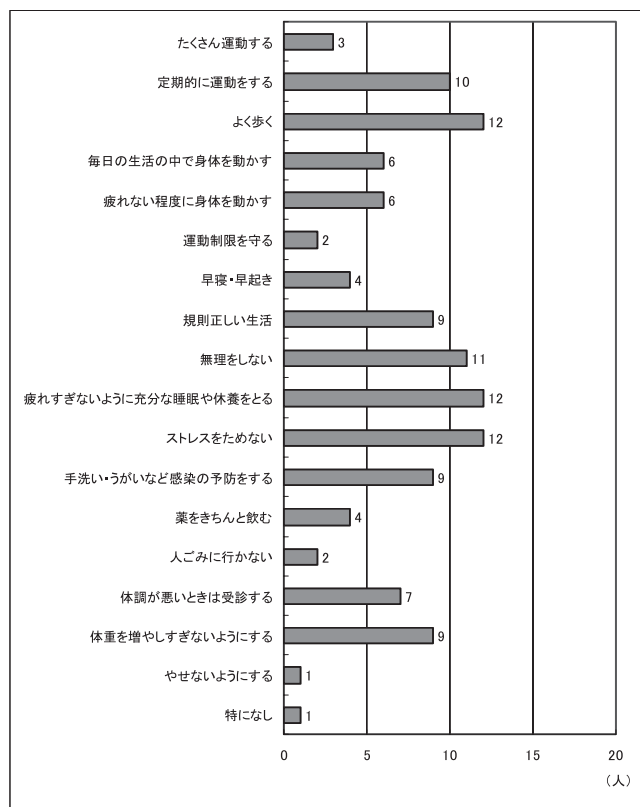


図2 食生活以外の日常生活で気をつけていること（複数回答）

表1 健康や日常生活に対する関心の比較

	踵骨の骨梁面積率による判定区分	
	十分多い・普通 14人	やや少なめ・少なめ 13人
自分自身の健康への関心		
関心がない、少しある	5人	3人
関心を向ける余裕がない	1人	0人
関心がある	8人	10人
生活リズムを整えること		
関心がない、少しある	3人	3人
関心がまあまあある、ある	11人	10人
食事や食材についての関心		
関心がない、少しある	2人	1人
関心がまあまあある、ある	12人	12人
スポーツなど身体を動かすことへの関心		
関心がない、少しある	1人	2人
関心がまあまあある、ある	13人	11人

り、有意な差はみられなかった。

食生活や日常生活で図1と図2に示した項目について気をつける（心がける）ようになったきっかけには、『小児がんを発症した』、『腎機能が悪化してきた』、『身体をこわした』、『イレウスになった』といった小児がんを発症したことや、それに関連する体調の悪化があげられた一方、

『年齢的に病気とは関係なく健康に気を遣うようになった』、『病気のことを知る前から（気を遣うことは）趣味だった』、『代謝が落ちてやせにくくなったと感じた』、『体力低下を自覚した』、『一人暮らしを始めた』、『高校生になり行動範囲が広がり、気をつけることを自覚した』、『就職した』、『出産後から』などライフイベントや年齢を重ねるこ

とでの体調の変化の自覚などがあげられた。

3. 生活習慣・食習慣・健康への関心の状況と踵骨の骨梁面積率との関連

自分自身の健康や日常生活への関心について表1に示した。調査した4項目すべてにおいて半数以上が関心をもっていた。骨梁面積率の判定区分で〈十分多い・普通〉の群と〈やや少なめ・少なめ〉の群での違いを比較した。「自分自身の健康への関心」で『関心がない』または『少しある』と回答したのは〈十分多い・普通〉の群で5人、〈やや少なめ・少なめ〉の群で3人であり、『関心を向ける余裕がない』と回答したのは〈十分多い・普通〉群で1人であった。「生活リズムを整えること」では、『関心がない』または『少しある』と回答したのは〈十分多い・普通〉の群、〈やや少なめ・少なめ〉の群ともにそれぞれ3人であった。「食事や食材についての関心」では、『関心がない』または『少しある』と回答したのは〈十分多い・普通〉の群で2人、〈やや少なめ・少なめ〉の群で1人であった。「スポーツなど身体を動かすことへの関心」では、『関心がない』または『少しある』と回答したのは〈十分多い・普通〉の群で1人、〈やや少なめ・少なめ〉の群で2人であった。「自分自身の健康への関心」、「生活リズムを整えること」、「食事や食材についての関心」、「スポーツなど身体を動かすことへの関心」すべてにおいて、『関心がない』または『少しある』と回答したのは少数で、骨梁面積率の判定区分による違いはみられなかった。

表2 踵骨の骨梁面積率と測定値・調査項目との相関

測定・調査項目	相関係数*	p 値
体重	.512	.006
BMI	.454	.017
体脂肪率	.088	.662
初めて入院した年齢	.142	.481

*：Pearson の相関分析

4. 踵骨の骨梁面積率と各測定値との関連

骨梁面積率と体重、BMI、体脂肪率、初めて入院した年齢それぞれの相関を表2に示した。骨梁面積率と体重およびBMIの相関係数がそれぞれ.512 ($p=.006$), .454 ($p=.017$)と有意な正の相関がみられた。

治療内容別に骨梁面積率を表3に示した。治療内容による骨梁面積率に有意な差はみられなかった。

小児がんで初めて入院した年齢では、〈十分多い・普通〉群で7.5歳、〈やや少なめ・少なめ〉群で8.7歳と〈やや少なめ・少なめ〉群の方が小児がんで初めて入院した年齢の平均が1歳上であったが、有意差はみられなかった。

VI. 考察

1. 小児がん経験者の食生活と日常生活について

本研究において、小児がん経験者は、食生活面では、野菜の摂取を多くし、三食きちんとバランスのとれた食事をし、食品を購入する際に栄養表示を気をつけ、インスタント食品などの摂取を控えるよう心がけていた。日常生活面においては、ストレスマネジメントを図り、よく歩くなどの無理のない運動を心がけ、無理をせずに休養をきちんととるように心がけていることが示された。小児がん経験者を対象としたこれまでの調査から、3割から半数に何らかの晩期合併症がみられていること、体力がなく疲れやすいといった不安を抱えていることが示されている(奈良ら, 2004; 三善ら, 2007)。本研究においても小児がん経験者から、食生活や日常生活に気をつける(心がける)ようになったきっかけを問う質問に対して、腎機能の悪化やイレウスがみられたからとの回答があった。何らかの晩期合併症を抱えながらも体調を維持し、社会生活を営んでいくためには、本研究で明らかとなった生活習慣の維持は重要であると考えられる。

2. 小児がん経験者の生活習慣・食習慣・健康への関心

自分自身の健康への関心、生活リズムを整えること、食

表3 治療内容による踵骨の骨梁面積率の比較

治療内容	人数 (%)	踵骨の骨梁面積率** (%)
化学療法	6 (22.2)	31.1 ± 3.2
化学療法+放射線療法	7 (25.9)	28.7 ± 4.9
化学療法+骨髄移植	4 (14.8)	30.2 ± 2.3
化学療法+手術	1 (3.7)	35.6
化学療法+手術+放射線療法	4 (14.8)	32.2 ± 4.2
手術	1 (3.7)	33.6
放射線療法	1 (3.7)	32.2
回答なし	3 (11.1)	29.7 ± 4.6

**：平均値±標準偏差

事や食材についての関心、スポーツなど身体を動かすことへの関心すべてにおいて、小児がん経験者の半数以上が関心をもっていることが示された。このような高い関心の背景には、食生活や日常生活で気をつける（心がける）ようになったきっかけの中にあげられていたように、小児がんになったこと自体や晩期合併症を自覚したことによる、自分自身の健康に対する高い関心があると考えられる。医療者が小児がん経験者に対し、行った治療内容や今後考えられる健康障害などを正しく伝えていくことは、小児がん経験者自身の体調管理につながっていくと考えられる。

3. 小児がん経験者における踵骨の骨梁面積率の現状と骨梁面積率に関連がみられた要因について

本研究では、小児がんで初めて入院した時から9年～28年経過している小児がん経験者を対象に、踵骨の骨梁面積率と関連する要因の検討を行った。

骨梁面積率が〈やや少なめ・少なめ〉と判定されたのは13人48%であった。小児がん経験者の骨量の低下についての報告がいくつかみられる。Miyoshiら(2008)は、一施設で経過をみている小児がん経験者122人の晩期合併症の状況を報告している。その中で、腰椎骨密度をDXAで測定したところ、42%に骨密度の低下が認められていた。悪性リンパ腫の経験者を対象としたSalaら(2007)の研究では、42人のうち45%で腰椎骨密度の低下がみられた。本研究とは測定方法、測定部位、調査施設数、小児がんの種類に違いがあるが、本研究でも骨量低下者の割合が同程度みられた。

本研究では、小児がんで初めて入院した年齢、受けた治療内容によって踵骨の骨梁面積率に違いはみられなかった。さらに、骨梁面積率が〈十分多い・普通〉群と〈やや少なめ・少なめ〉群で日常生活や食生活の違いを検討したが、有意な差はみられなかった。Salaら(2007)は、悪性リンパ腫の経験者では、治療で用いた副腎皮質ホルモン量と骨密度には有意な負の相関がみられ、 $20\text{g}/\text{m}^2$ 以上の副腎皮質ホルモンの使用は骨密度低下のリスクファクターであると報告している。さらに、骨髄移植が骨密度の低下に関連するとの報告もある(Taskinen et al., 2007; O'Rourke et al., 2009)。本研究では治療内容によって踵骨の骨梁面積率に違いがみられなかったのは、先行研究のように治療歴を病歴からではなく自己申告で調査しているため、ステロイドの使用の有無だけでなく、使用量別の検討ができなかったことや、対象者によっては治療内容を詳細に把握していない可能性があること、対象者の人数の少なさが影響していると考えられる。加えて、Miyoshiら(2008)は、骨密度低下者の中には、成長ホルモン分泌不全症や性腺機能低下症がみられたと報告している。本研究ではこれらの内分泌障害の有無と踵骨の骨梁面積率との関連は検討でき

ていない。今後さらに詳細な検討を進めていくことで、日本人の小児がん経験者における骨密度低下の更なるリスク要因が明らかになるのではないかと考えられる。

本研究で骨梁面積率と関連がみられた要因は、現在の体重とBMIであった。一般に骨密度は体重に影響を受け、低体重は骨粗鬆症の危険因子の一つとみなされている(骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 2006b)。榎ら(2005)や澤ら(2001)の女子学生を対象にした研究において、全身骨密度と身体計測値との相関係数を検討した結果、体重、BMI、体脂肪率の順で相関が高く、本研究においても同様の結果が得られた。最大骨量は思春期などの若年期に獲得されるため、この時期に適切な体重を保ち高い骨密度を獲得しておくことにより、将来の骨折閾値への到達を遅らせることが可能となると考えられている。本研究では11人がダイエットを経験していた。骨密度低下を最小限にし、将来の骨折リスクを低下させるためには、小児がん経験者においても適正な体重維持の重要性を理解してもらい、ダイエットは必要性を医療者とともに検討したうえで専門家の指導のもとに行うことなど、適正体重を保つことができる生活習慣を身につけていくことの必要性が示唆された。

4. 小児がん経験者の骨の健康維持および向上に必要な支援への示唆

本研究では小児がん経験者に踵骨の骨梁面積率の測定、生活習慣、食習慣、健康への関心、現在の健康状態、治療歴について調査を行った。地域の住民を対象として超音波法による踵骨の骨密度測定と生活習慣に関する調査を行った研究では、調査を行ったことで住民が自らの骨の状態を認識し、生活習慣を振り返り、見直すきっかけにつながっていた(吉田ら, 2004)。小児がん経験者において、治療と骨量や骨粗鬆症との関係は、まだそれほど広く認識されていない現状がある。小児がん経験者は、退院後も外来での治療や経過観察のため通院する。看護師は、そのような機会を利用し、医師と連携しながら定期的にこれらの調査を行い、結果を対象者に返ししながら生活習慣をともに振り返ることで、治療と骨量との関係を理解し、骨の健康に気を配った生活を実践し、維持することに役立てていけると考えられる。その際、食生活や日常生活で気づかうようになったきっかけの一つに進学や就職などのライフイベントがあげられていたことから、このような日常生活の変化が起こりやすい時期に、個々のライフスタイルに合わせた健康管理の支援が有効であると考えられる。

さらに、本研究の対象者はスポーツなど身体を動かすことへの関心が高く、5割弱の者が定期的にスポーツを行い、日常生活の中で活動が多いことが示された。しかし、先行研究において、小児がんの中でも、脳腫瘍や骨のがんで

は、機能的障害のために身体活動や日常生活に制限が生じていることが示されている (Ness et al., 2005)。若年時の定期的な運動は最大骨量を増加させるうえで有効であるといわれていることから (骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 2006c), 定期的あるいは日常生活の中で活動量を増やしていくことは必要であるが, 小児がん経験者の体調や障害の程度に合った活動の方法と量を考え, 支援していくことが重要である。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究では, 対象者数が27人と少数である。さらに, 対象者が患者会活動に参加していることから, 疾患, 健康, 体調管理などへの関心が高いと予測される。これらの要因が, 結果に影響を及ぼしている可能性が高い。今後は, 患者会の活動参加者だけでなく, 経過観察で通院している小児がん経験者を対象にするなど, 健康や体調管理について多様な意識をもつ者を対象に加え, 対象者の人数を増やし, さらなる検討を行う必要がある。

VII. 結 論

小児がん経験者に踵骨の骨梁面積率の測定, 生活習慣, 食習慣, 健康への関心, 現在の健康状態, 治療歴について調査し, 小児がん経験者の日常生活の実際を明らかにし, 骨梁面積率と関連する要因の検討を行い, 以下のことが示された。

- ・自分自身の健康, 生活リズムを整えること, 食事や食材, スポーツなど身体を動かすことに半数以上が関心をもっていた。
- ・食生活では, 三食きちんとバランスのとれた食事をすること, 食品を購入する際に栄養表示を気かけ, インスタント食品などの摂取を控える心がけをしていた。日常生活においては, ストレスをためないようにし, よく歩くなどの無理のない運動を心がけ, 無理をせずに休養をとるように心がけていた。
- ・踵骨の骨梁面積率と小児がんで初めて入院した年齢, 受けた治療内容, 日ごろの食生活や日常生活との間に関連はみられなかった。
- ・骨梁面積率と関連がみられた要因は, 現在の体重とBMIであった。

本研究は, 科学研究費補助金 (萌芽研究) 課題番号: 19659577 を受けて行った。

■文 献

遠藤数江, 中村伸枝, 荒木暁子, 小川純子, 村上寛子, 武田淳子 (2005). 学童・思春期の食習慣の現状. 千葉大学看護学部紀要, 27, 43-48.

榎裕美, 浅利友恵, 本村幸子, 加藤昌彦 (2005). 女子大生のライフスタイル, 身体状況, QOL と骨密度に関する検討. 栄養学雑誌, 63(2), 75-82.

石田也寸志 (2007). 造血器腫瘍の長期生存とその問題点. 血液フロンティア, 17(2), 209-218.

伊藤千夏, 古泉佳代, 渥美圭子, 鈴木智恵美, 金子佳代子 (2007). 中学生における骨量と生活習慣および体力との関連. 日本栄養・食糧学会誌, 60(1), 53-59.

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 (2006a). 骨量測定. 折茂肇代表, 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2006 年版. 19-21, ライフサイエンス出版, 東京.

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 (2006b). 総論. 折茂肇代表, 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2006 年版. 10-11, ライフサイエンス出版, 東京.

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 (2006c). 若年者の予防. 折茂肇代表, 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2006 年版. 38-40, ライフサイエンス出版, 東京.

前田美穂 (2004). 小児がん長期生存者の QOL. 日本小児血液学会雑誌, 18(5), 535-547.

前田美穂 (2002). 白血病 よりよい理解に基づく診療のために 治療終了後の長期観察 小児白血病の晩期障害. 小児科診療, 65(2), 309-314.

Miyoshi, Y., Ohta, H., Hashii, Y., Tokimasa, S., Namba, N., & Mushiake, S. (2008). Endocrinological analysis of 122 Japanese childhood cancer survivors in a single hospital. *Endocrine Journal*, 55(6), 1055-1063.

三善陽子, 太田秀明, 時政定雄, 難波範行, 橋井佳子, 恵谷ゆり他 (2007). 小児腫瘍性疾患治療後患者の晩期障害の現状. 日本内分泌学会雑誌, 83(Suppl.), 190-193.

中村伸枝, 遠藤数江, 荒木暁子, 小川純子, 金丸友, 武田淳子 (2007). 慢性疾患をもつ学童, 青年の食習慣の特徴. 千葉大学看護学部紀要, 29, 21-24.

奈良妙美, 高嶋能文, 堀越泰雄, 三間屋純一 (2004). 静岡県立こども病院における小児急性白血病・悪性リンパ腫の晩期障害. 日本小児血液学会雑誌, 18(2), 101-104.

Ness, K. K., Mertens, A. C., Hudson, M. M., Wall, M. M., Leisenring, W. M., Oeffinger, K. C., et al. (2005). Limitations on physical performance and daily activities among long-term survivors of childhood cancer. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 639-647.

O'Rourke, M. E., & Ruble, K. (2009). Addressing Bone Loss

- in the Cancer Survivor. *Oncology*, 23(2), 23-27.
- Sala, A., Talsma, D., Webber, C., Posgate, S., Atkinson, S., & Barr, R. (2007). Bone mineral status after treatment of malignant lymphoma in childhood and adolescence. *European Journal of Cancer Care*, 16(4), 373-379.
- 澤純子, 藤井淑子, 西川貴子, 深津智恵美, 河南恒子, 虫明清子 他 (2001). 女子学生における全身及び各部位骨密度に及ぼす生活活動と食習慣の影響. *栄養学雑誌*, 59(6), 285-293.
- Taskinen, M., Saarinen-Pihkala, U. M., Hovi, L., Vetteranta, K., & Mäkitie, O (2007). Bone health in children and adolescents after allogeneic stem cell transplantation: high prevalence of vertebral compression fractures. *Cancer*, 110(2), 442-450.
- 米山京子, 根来光将 (2006). 中学生における骨密度と生活習慣との関連. *小児保健研究*, 65(6), 780-790.
- 吉田明子, 鶴山治, 東ますみ, 大島理恵子, 畑田純子, 高山恵美子他 (2004). 「まちの保健室」における骨密度測定実施の試み. *兵庫県立看護大学紀要*, 11, 45-55.

【要旨】 思春期後期および青年期にある小児がん経験者を対象に、踵骨の骨梁面積率の測定、生活習慣、食習慣、健康への関心、治療歴について調査し、小児がん経験者の日常生活の実際を明らかにし、骨梁面積率と関連する要因の検討を行った。対象となった小児がん経験者は27人（男性13人、女性14人）、平均年齢は25.6歳（範囲16歳～39歳）であった。小児がん経験者の日常生活の実際では、半数以上が日常生活および自分自身の健康への関心が高く、食事に気を配り、日常生活の中に身体活動を取り入れたり、定期的なスポーツを行っていた。踵骨の骨梁面積率の平均±標準偏差は30.6 ± 3.8%であった。判定区分の分類では、〈十分多い〉0人、〈普通・平均域〉14人（51.9%）、〈やや少なめ〉12人（44.4%）、〈少なめ・要注意〉1人（3.7%）であった。小児がんで初めて入院した年齢や受けた治療内容、食生活や日常生活によって骨梁面積率に有意な差はみられなかった。骨梁面積率と体重およびbody mass index（BMI）の相関係数はそれぞれ.512（ $p=.006$ ）、.454（ $p=.017$ ）と有意な正の相関がみられた。本研究において踵骨の骨梁面積率と関連する要因は体重とBMIであった。

受付日 2009年8月31日 採用決定日 2009年11月26日

The use of politeness strategies in Japanese healthcare settings: Analysis of manga discourse between healthcare providers and a “difficult” patient

Rieko Matsuoka¹ Gregory Poole²

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

【Abstract】 This paper examines the politeness strategies employed by healthcare professionals, using data from a Japanese manga (comic book) series entitled “*Otanko nāsu*” (Stupid Nurse). This manga series is based on stories originally written by Kobayashi Mitsue, an author with an extensive career as a nurse. First, from the complete series of thirty-five episodes, one story involving an elderly female patient with diabetes was chosen for analysis of politeness strategies. Secondly, five scenes involving a communication event using politeness strategy were extracted for analysis. Thirdly, three perspectives were applied: the contextual background of the communication, the relationship with the patient, and the degree of face threatening act. The degree of face threatening act was evaluated by the imposition of face-threatening acts, social distance, and relative power according to Politeness Theory (Brown & Levinson, 1987). Based on these three perspectives, further analysis for each communication event was conducted using the Grand Strategy of Politeness (GSP) framework, developed by Leech (2009). GSP is composed of five main constraints/maxims: generosity/tact, approbation/modesty, obligation, opinion, and feeling. Each chosen communication event was categorized according to Leech’s GSP, in which there are ten types of speech acts as communicative functions. The findings from the data indicated that the novice healthcare professionals struggled to interact with the patient because of a lack of sufficient politeness strategies. This suggests that employing more effective politeness strategies could enhance the quality of healthcare communication.

【Keywords】 healthcare communication 医療コミュニケーション, Grand Strategy of Politeness (GSP) ポライトネス・ストラテジー総括論, Politeness theory ポライトネス理論, Japanese healthcare manga 医療漫画, face-threatening act フェイスを脅かす行為

Introduction

In nursing communication, which is a considerable portion of healthcare communication, Henderson (1960, 1997) points out that the patients' need for communication is satisfied if they can adequately convey their feelings through the expression of their wants, desires, and fears. Accordingly, one role of nurses is to adequately facilitate their patients' expression of feelings. Therefore, from the initial stage of interaction with their patients, nurses are required to attempt bilateral communication. They need to acquire communication skills that should lead to mutual trust and a therapeutic and supportive relationship between themselves and their patients.

Riley (2000) also comments on nurse-patient communication, using the notion of “face” and politeness theory to explain nursing communication, considering how both patients and

nurses use strategies to “save face” or help their interlocutor to “save face.” She argues that “saving face” is a strategy intended to preserve dignity so that each party is able to continue to invest in the interaction without experiencing threat or other negative feelings. More specifically, she elaborates that in the complex nature of problem-solving with a patient to promote health, many factors can present barriers, including perceptions and negotiations about healthcare rules, norms, expectations, and boundaries. In fact, nurses must “negotiate a mutually acceptable and satisfying level of distance or intimacy, self-disclosure, privacy, and information exchange within a context of power differences, a need for help, and a right to act” (Spier, 1998: p.25).

Within a framework of both Politeness Theory (Brown & Levinson, 1987) and the Grand Strategy of Politeness (Leech, 2003, 2009), this study examines the interaction between

healthcare providers and their patient on a micro-level, analyzing data from a Japanese comic book series in an effort to discover what communicative factors may lead to problematic relationships. With the purpose of improving healthcare communication, the authors have investigated the different types of politeness strategies used in “actual” communication scenes. Accordingly, the research questions for this study include:

- a In what way do healthcare professionals use politeness strategies with their patient?
- b Which factors construct the politeness strategies in an integrative manner?
- c What politeness strategies seem to be successful in establishing good communication and relationship?

Definition of terms

Communication

The notion of communication has been discussed since the 1940s (Northouse & Northouse, 1998) in a variety of ways. For this study, communication is defined as the transactional and affective process of sharing information, feelings and attitude through the use of symbolic behavior such as language (Northouse & Northouse, 1998). Healthcare communication is the communication conducted between patients and healthcare professionals in healthcare settings such as in hospitals.

Face

Face is the self-image that has been established during a person's life history. According to Goffman (1967), face has social value dependent on how importantly an individual is regarded by other people and by the outside society. Goffman adopted the word “face” from the Chinese *mentsu* [面子].

Though there arguably exists an important distinction between positive and negative face, this difference is not considered in this study, partly because we believe that this dichotomy may limit somewhat Brown and Levinson's (1987) intention of developing a politeness theory that is applicable universally, especially since their theory focuses on individual's wants or needs, as Leech (2005) points out. That being said, it is of course somewhat controversial to incorporate the Chinese concept of “face” in an otherwise western linguistic theory, not least because of the differing concepts of self.

Face-threatening act

A face-threatening act is defined as an act negatively affecting an individual's face. The degree of this act is determined as

either “high” or “low” depending on the imposition given to the hearer, the social distance between the interlocutors, and their power relations.

Politeness

In this study, politeness is defined as the strategy for mitigating such face-threatening acts. In cases where the face-threatening degree is high, comfort levels in communication are generally low. On such occasions, politeness is necessarily provided for in successful communication events. Instead of taking into account the distinction of positive and negative politenesses following the notion of positive and negative face as proposed by Brown and Levinson (1987), a different scale for politeness is used for this study (Leech, 2005).

Absolute politeness scale

In this scale the level of politeness is gauged by the superficially visible or audible linguistic features irrespective of context. Linguistic politeness is alternatively used.

Relative politeness scale

This scale is relative to norms in a given context. Different from the absolute politeness scale, linguistically same forms may be interpreted in a different manner, depending on a given situation. The strategy in Japanese of *ingin-burei* [慇懃無礼], or “politely rude,” is one example of a linguistic form relevant to this scale.

Grand Strategy of Politeness

This is Leech's (2005) revised framework based on his principles of pragmatics composed of six maxims: tact, generosity, approbation, modesty, agreement, and sympathy (Leech, 1983). In Leech's new framework, the five constraints for politeness are: generosity/tact, approbation/modesty, obligation, agreement, and feelings. Each constraint may be projected as a different communicative function of a speech act depending on the individual values of the hearers or speakers (See Table 1).

Method

Data collection

Manga (Comic books) in Japan

“Manga” is included in the Oxford Dictionary of English (2003) as a Japanese loanword defined as “a Japanese genre of cartoons, comic books, and animated films...” As pointed out in Matsuoka, Smith, and Uchimura (2008), manga in Japan should be treated as a different genre from that of comic books in western countries with regard to both form and function. For this

reason the indigenous label, manga, is often used in order to distinguish this genre from the more general category of “comic books.” Manga may well be regarded as “graphic novels”. In fact, Natsume (2004), the grandson of the literary figure Natsume Soseki, established *manga-gaku* (literally “the study of manga”) as an academic field.

Healthcare manga in Japan

Some manga address healthcare and their main characters are usually doctors or nurses. Such comics have been popular in Japan and the genre of *iryō manga*, or “healthcare comics” is well established even though the National Diet Library has not yet recognized it as an official category of literature (Japan National Diet Library, personal communication, December 13, 2008). For example, Tezuka Osamu, widely regarded as an important figure in *manga*, was a medical doctor and wrote “Black Jack,” the first officially recognized medical or healthcare comic story in the 1970s. Other comic books have also been supervised by healthcare professionals (Yomiuri-shimbun, 2007). The comic series used for the present study (Sasaki, 2000, 2001) was based on original stories written by Kobayashi Mitsue, an experienced nurse.

Rationale for using manga

In a milieu where a strict code of ethics exists to protect the rights of patients, obtaining data from healthcare sites such as hospitals has become increasingly difficult. Considering the focus in *manga* on spoken language through text in speech-balloons accompanied by pictures, it might be argued that this literature can be used as “spoken” data, of sorts. Compared with foreign comics, manga have fewer words or lines, emphasizing instead the unspoken forms of communication that are a ubiquitous feature of all speech, including spoken language in Japan, a society that has been referred to as “high-context” (Hall, 1977). To compensate for a lack of “speech,” abundant graphic images in manga describe non-verbal and paralinguistic communication behaviors. Though manga authors in general attempt to present a reasonable reflection of the real world, their writing may be exaggerated in order to seize the readers’ attention. Even so, Maynard (2004, 2008) lists comic books as a legitimate genre for data in discourse analysis. In prior studies of discourse analysis in Japanese, in fact, manga have been used as effective source material for analyzing feelings and emotivity (Maynard, 2005). In healthcare studies, attitudes towards smoking have been analyzed and discussed using manga as data (Kawane, Watanabe, & Takeshita, 2007).

Data for this study

The manga series entitled *Otanko nāsu* was chosen from an Internet search that yielded fifty-six titles addressing healthcare-related subjects. The National Diet Library has 35,933 comic books published from 1993 to March 2007, and approximately one percent of these books are recognized as so-called healthcare *manga*. The series of *Otanko nāsu* has 1,100 pages in total, based on the research conducted by the original writer of the stories, Kobayashi Mitsue, who gained cooperation from 20 institutions, conducted interviews with 77 people, and employed five photographers (Sasaki, 2001). From 35 episodes, one episode consisting of two parts (70 pages) was selected because of the quality and quantity of communication behaviors. More specifically, in this episode the novice nurse Nitatori, in particular, has had a challenging time communicating with an elderly patient, a woman, and the chosen scenes project the importance of utilizing politeness strategies for successful interaction. The episode is entitled *Tekizai-Tekisho* [“the right person in the right place”] and consists of two parts. In this episode, the main character of this series, the novice nurse Nitatori struggled in her communication with Oe Sumi, an older woman with diabetes. The characters included in the data are nurse Nitatori, a head nurse, other nurses, doctors, a patient named Oe Sumi, and her husband.

Procedure

Discourse analysis

Based on the belief that all utterances can be face-threatening acts depending on the context, as Usami (2006) posits, it is preferable to analyze communication behaviors *in situ*, in accordance with a relative politeness scale (Leech, 2005: p. 7), rather than being removed and treated as a decontextualized utterance following an absolute politeness scale (Leech, 2005: p. 7). In order to answer the research questions concerning the ways in which verbal communications are conducted between healthcare professionals and their patient, five scenes were subjected to discourse analysis using three perspectives.

The first perspective was the context of communication, or the situation where the given speech event took place. The second perspective was the relationship of mutual trust between the healthcare professionals, mainly nurses, and their patient. The last perspective was based on the Politeness Theory of Brown and Levinson (1987). Specifically, taking the first and the second perspectives into account, the patient’s responses were analyzed with regard to the third perspective, the degree of the face-threatening acts involved. The degree of the face-

threatening acts was evaluated as high or low with respect to three factors: the imposition of the given act; the social distance between the healthcare professionals, such as nurses and their patient; and the power relations between them in the given context, based on Politeness Theory.

Grand Strategy of Politeness

Based on the above analysis, using the framework of Leech's Grand Strategy of Politeness (GSP) (see Table 1), the core politeness strategy in each communication behavior was selected out of five constraints/maxims based on the projected type of the speech act. The relative success of these politeness strategies was then examined, along with an examination of the factors

leading to the given results of the communication event.

Like the polysemy explicated by Tannen (1986), spoken discourse may effect a plurality of functions and speech acts, often even deceptive in nature. Verbal utterances, therefore, cannot always be taken at surface value. For instance, "thank you," superficially the speech act of gratitude, could in a certain context mean "stop here," the speech act of request. Furthermore, it has been argued that humans possess a tacit knowledge (Polanyi, 1958, 1997), an underlying, subsidiary awareness. Therefore, it seems inappropriate to label utterances with one politeness strategy. Accordingly, the labeled politeness strategy needs to be considered not as absolutely but as relatively appropriate.

Table 1: Grand Strategy of Politeness

Source: Leech (2009)

Constraints (Maxim) S* will express/imply meanings that:	Related pair of constraints	Label for the constraints	Typical speech act type(s)
(A) place a high/ low value on O's* wants/ goals	<i>Generosity/ Tact</i>	+Generosity	Commissives (e.g. offers)
		-Generosity	Refusing, not yielding
(B) place a low/high value on S's wants/ goals		+Tact	Directives (e.g. requests)
		-Tact	Ordering, demanding
(C) place a high/ low value on O's wants/ goals	<i>Approbation/ Modesty</i>	+Approbation	Compliments
		-Approbation	Insults, criticism, telling off
(D) place a low/ high value on S's wants/ goals		+Modesty	Self-devaluation
		-Modesty	Boasting, being smug/ complacent
(E) place a high/ low value on O's wants/ goals	<i>Obligation</i>	+Obligation (of S to O)	Apology, thanks
		-Obligation (of S to O)	Not thanking, not apologizing
(F) place a low/ high value on S's wants/ goals		+Obligation (of O to S)	Responses to thanks, and apologies
		-Obligation (of O to S)	Demanding thanks, and apologies
(G) place a high/ low value on O's wants/ goals	<i>Opinion</i>	+Agreement	Agreeing
		-Agreement	Disagreeing, contradicting
(H) place a low/ high value on S's wants/ goals		+Opinion-reticent	Politely disagreeing, opining
		-Opinion-reticent	Being opinionated
(I) place a high/ low value on O's wants/ goals	<i>Feeling</i>	+Sympathy	Congratulating comforting
		-Sympathy	Expressing antipathy
(J) place a low/ low value on O's wants/ goals		+Feeling reticence	Non-complaint
		-Feeling reticence	Grumbling, whining, complaining

Notes: S* is the speaker. O** is the other person.

Each of the five scenes that were analyzed contextually using discourse analysis covered the given five constraints/maxims of politeness strategies proposed by Leech (2003, 2009). The success of each politeness strategy was examined, and the relationship between the successful and the unsuccessful strategies was discussed. The focus in this analysis of communication events was on the success or the failure of the healthcare providers' use of politeness strategies rather than the patient's, even though the speech behavior by definition involved both interlocutors. This follows the research question that asks how such an analysis of healthcare communication may improve the quality and provision of healthcare service.

Findings and Discussion

In order to answer the research questions, discourse analysis was conducted to analyze and discuss the data from an episode of *Tekizai-Tekisho* ["The right person in the right place"] in the manga series "Otanko nāsu." Five scenes were selected as examples of communication behaviors employing politeness strategies, each of which illustrated one constraint/maxim from the framework of Leech's Grand Strategy of Politeness (see Table 1).

The episode starts with the history taking for Oe Sumi, who suffers from diabetes, by the novice nurse, Nurse Nitatori, in the patient's room at Tokyo K Hospital.

Scene 1 (constraint/maxim: generosity/tact)

- 1 Nurse Nitatori (N hereafter):*Imamadewa gairaini tsūin saretetan desune.* [You have been an outpatient so far, haven't you?]
- 2 *Soshite insulin-chūsha o gojibun de nasatte iru... to.* [And I heard you have given yourself an insulin injection.]
- 3 Patient Oe Sumi (OS hereafter): *Hai.* [Yes. (written in *katakana*, not *hiragana*, which has the function of implying an disinterested response in a mechanical-sounding voice)]
Oe Sumi san rokujū-san sai. [The patient is Oe Sumi, and sixty-three years old.]
Jikokanri o shite tōnyō-byō no kontorōru o dekiruyoni surutame "kyōiku mokuteki" de konohi no nyūin to narimashita. [She was hospitalized on this day for an educational purpose of training her in better habits of self-control with regard to her diabetes.]
- 4 Nurse N: *Hokani higorokara nonde irassharu kusuriwa arimasuka?* [Do you have any other medication you take on the daily base?]

- Goso-goso* [without speaking the patient rummages in her bag]
- 5 Nurse N: *A, ima omochi deshitaru misete kudasai.* [Um, please show it to me now if you have any.]
[The patient OS reaches a snack in her bag.]
 - 6 Nurse N: *Haa...?* [What?]
(*Mogu mogu.* [The patient OS starts to nibble the snack.])
 - 7 Nurse N: *A.. Ano!* [Um, hey!]
(She continues to eat)
 - 8 Nurse N: **Dame desu, Oe-san.** [No you must not, Mrs. Oe.]
(interruption)
 - 9 Patient OS: *Ara, daijina ohanashi no toki ni teiketto o okoshite guai waruku nattara shitsurei desho.* [Well, it would be rude if I began to feel hypoglycemic while you were explaining such important things.]
Onaka mo suitashi. [Besides, I'm hungry.]

Analysis

- a. Situation and context: This scene is the starting point of their relationship. The novice nurse Nitatori attempts to take a history of an older patient, Mrs. Oe Sumi, who is suffering from diabetes and labeled as uncooperative and in need of "education." The conversation is conducted in a treatment room at a hospital in Tokyo.
- b. Relationship between the healthcare professional and her patient: The nurse Nitatori and her patient Mrs. Oe Sumi meet here for the first time. Initially, therefore, their relationship is neutral or blank. But through the communication involved in taking the patient's history, their relationship begins to take form, though not necessarily in a favorable way.
- c. Degree of face-threatening act(s): During the history-taking session, the nurse's act of prohibiting the patient from eating snacks other than those prescribed by a diabetic diet (line 8) is an imposition or burden on the patient. The social distance between them is not close. Since it is the first encounter the nurse uses the polite form of *-masu* (Niwa, 2005), which indicates politeness if one uses the absolute politeness scale. However, in terms of power in the relationship, the patient seems to be in a slightly inferior position since, judging from the utterance in line 8, even the young nurse seems to demonstrate some control over her patient, though in line 9 Mrs. Oe attempts to regain her powerful footing by rationalizing the eating of her snack during the history-taking session. Taking all these factors into account, the degree of the face-threatening act is considerably high in this scene.
- d. Grand Strategy of Politeness: Using Leech's GSP framework, the constraint/maxim called for in this communication scene (focusing on line 8) is that of generosity/tact. Nurse Nitatori's

verbal reaction to her patient eating snacks, which is projected in the line 8, however, seems to lack in generosity/tact, in spite of her use of a polite register. Nurse Nitatori uses the direct function of request, and even the direct order, in her communication with the older patient Oe Sumi. Therefore, it seems possible to argue that nurse Nitatori's communication behavior in this given context ends up as a failure of politeness strategy.

Scene 2 (constraint/maxim: approbation/modesty)

- 10 Nurse N: *Ohayō gozaimasu.*
[Good morning (said with smiling face; her patient Sumi ignores her morning greeting, and is sitting on the bed, looking down while injecting herself with insulin.)]
- 11 Nurse N: (*to herself*) *Kāten gurai shimete sureba ii noni.*
[She should at least close the curtain while injecting herself.]
- 12 Nurse N: *Oe-san, utsumae ni kanarazu memori o kakunin nasatte kudasai.*
[Mrs. Oe, please check the amount before you inject yourself.]
- 13 Patient OS: *Iino yo.* [Don't worry.]
Nareteiru shi, sakki kakunin shitan dakara.
[I am used to it, and besides I already checked it.]
- 14 Nurse N: **Hajime kara misete itadaitemashitaga, chanto kakunin nasatte imasen.**
[I observed you from the beginning, and I did not see you check it at all.]
Nareteiru karakoso, chokuzen no kakunin o kuseni shinaito naranain desu.
[All the more because you are used to it, you must double check the amount immediately before the injection.]
- 15 Patient OS: **Ichiiichi urusai wane!**
[You are constantly meddling in everything!]
Anata, ima, watashiwa jigokuno jikan nanoyo.
[You listen here. This is my "time in hell."]
Konna tokini komakaku sekkyō shinaide.
[Don't preach to me about details during my "time in hell."]
- 16 Nurse N: *He?* [(in big letters without balloon) What?]
Jigoku?
[Hell?]

Analysis

a. Situation and context: It is the morning rounds, and the Nurse Nitatori was ignored by her patient, Oe Sumi. This novice nurse notices her patient injecting the insulin without checking the amount.

b. Relationship between the healthcare professional and her patient: Their relationship has not progressed in a favorable direction. The nurse seems to feel that her diabetic patient does not follow her advice; on the other hand, the patient, who is much older than this nurse, seems to feel that this young nurse is a nuisance.

c. Degree of face-threatening act(s): The weight of the imposition of the nurse's directions to properly measure the insulin is a burden to the patient. Their social distance appears to be still great, though the showing of negative emotion by the patient may indicate that she feels close to her nurse. The power relation is hard to judge as the novice nurse uses her knowledge to accuse the patient of not properly measuring the insulin; on the other hand, the patient alternately ignores the nurse or reacts in anger to the admonishment. Despite the different quality, their position of power may be equal. Taking these factors into account, the degree of face-threatening act is significantly high.

d. Grand Strategy of Politeness: Using Leech's framework, the core of politeness strategy focused on in this excerpt is the constraint/maxim of approbation/modesty. First, the utterance of line 14 by Nurse Nitatori may be thought of as the projection of a speech act of anti-appraisal or criticism, with detailed directives, after which the patient utters more criticism in line 15. The patient Oe Sumi then continues with a speech act of self-evaluation, which is projected as the opposite of modesty. These verbal, impolite tugs of war may lead to a deteriorating quality of healthcare communication. Nurse Nitatori fails in her politeness strategy again.

Scene 3 (constraint/maxim: obligation)

- 17 Nurse N: *Chōshoku mae no kūfuku toiu jigoku*
[to herself: The hell of hunger before breakfast]
Aa..Soka [Hmm, is that so..]
- 18 Nurse N: *Oe-san, otsurai deshokedo tadashii setsumei o surunowa watashi no yakuwari desukara....*
[Mrs. Oe, I imagine this is hard for you, but it is my job to give you proper directions, so...]
- 19 Nurse N: *Aa...*
[Oh, my... (The nurse notices Mrs. Oe is eating pound cake.)]
- 20 Nurse N: *Oe-san! Kasutera wa taberare masenyo!*
[Mrs. Oe! You can not eat pound cake!]
- 21 Patient OS: **Iinoyo. [Yes, I can.]**
Taberu tameni, ima, chūsha shitan dakara.
[I just injected myself so I could have some.]

Analysis

a. Situation and context of communication: The nurse starts to feel sorry for her patient Oe Sumi knowing that she suffers from such pain of hunger that she describes it as hell. The nurse, however, notices her patient eating pound cake.

b. Relationship between the healthcare professional and her patient: They have gotten to know each other little by little, but mostly through negative interactions. Consequently their relationship does not appear to be a favorable one at all.

c. Degree of face-threatening act(s): The imposition of not being allowed to eat sweets seems to be great for the patient Oe Sumi, as it appears she did not deprive herself of sugary foods before being hospitalized. Though the social distance between the patient and the nurse is getting closer through repeated interaction, the interpersonal relationship that is developing is not a favorable one. Regarding the power relationship, even though the nurse has been trying to exercise her power by controlling her patient's life, it has only made it harder to manage her patient. The patient has been a difficult one for the nurse, and their power relationship does not seem to have changed much from scene 2. On a surface level, the polite or honorific registers of language have been used by the nurse; on the other hand, the patient has continued using a familiar, plain register. Taking these three factors into account, the degree of the face-threatening act towards the patient is quite high.

d. Grand Strategy of Politeness: The focused constraint/maxim in this scene is obligation. The bold and underlined line 21 uttered by the patient is the projected part of obligation though there seems to exist other functions as well. Her utterance “*Ii no yo*” consists of “*ii*,” “*no*,” and “*yo*,” -- “*ii*” is permission, “*no*” is an auxiliary of assertion, and “*yo*” is a particle for calling attention (Niwa, 2005). By saying this, she posits herself denying apology, which is the speech act of anti-obligation. She also adds a reason to justify her act of eating, which functions to strengthen her position.

Scene 4 (constraint/maxim: opinion)

- 22 Nurse N: **Tonikaku kasutera wa dame desu!**
[At any rate, you must not eat pound cake!]
Karori no keisan ni haitte imasen!
[It (the pound cake) is not included in your daily calories!]
- 23 Patient OS: **Kasutera ga dame nante kiite nai wa yo!**
[I did not hear the pound cake is not allowed at all!]
- 24 Nurse N: **Imashita!**
[I told you that!]
(Both look angry and do not see each other.)

Analysis

a. Situation and context of communication: Noticing the patient Oe Sumi eating the pound cake, the nurse becomes emotional and gets angry with her patient. However, her patient does not understand the nurse and continues to justify her action of eating.

b. Relationship between the healthcare professional and her patient: Their relationship in this scene has become even worse than the previous one, and they have almost started to quarrel. However, the fact of battling or fighting may not be totally negative as they have certain amount of meaningful communication, which is much better than no communications.

c. Degree of face-threatening act(s): The imposition of the act of accepting the fact that no other food is allowed except hospital meals seems quite high for the patient Oe Sumi, who has enjoyed eating a favorite food. The social distance between the novice nurse and this difficult patient may be getting closer as they can express themselves freely. The power relations may be almost equal, considering various facts and factors such as the linguistic forms they use; the nurse uses the polite form, while the patient uses the plain form. Therefore, the degree of the face-threatening act on both parties in this scene may be heavy.

d. Grand Strategy of Politeness: All the lines from 22 to 24 in this excerpt may illustrate the constraint/maxim of “opinion” and all the lines project the disagreement, which may reduce the politeness level. The interaction here consists of all their opinions disagreeing with each other, which leads to their worsened relationship. In the actual setting, there should be a speech act type of opinion-reticence in a similar context.

Scene 5 (constraint/maxim: feelings)

- 27 Doctor: *Oe-san no tōnyō-byō wa “insurin hi-izongata” toiu taipu deshite..*
[Your diabetes is not the insulin-dependent type, and...]
- 28 Doctor: *Dakaratoitte insurin o mattaku shiyōshinai taipu toiunodewa naku*
[even so, it does not mean the type which does not use insulin at all..]
(The patient Sumi looks down without saying anything.)
- 29 Doctor: *Betsumei wa 'seijingata tōnyō-byō' 'ni-gata tōnyō-byō' de zen tōnyō-byō kanja no 90 paasento o shimete imasu...* [The other names are 'adult-type diabetes' or 'type two diabetes' and ninety percent of diabetes are this type...]
- 30 Doctor: *Oe-san?* [Mrs. Oe?]
(The patient Oe Sumi falls asleep and starts to snore.)
- 31 Doctor: *Konna hito hajimete da...* [..I have never seen such

a patient...]

32 Nurse N: (*Shinjirarenai*. [I cannot believe it.] *Jibun no koto nanoni* [though it is about herself.]

a. Situation and context of communication: The patient Oe Sumi is having a conference session with her doctor, who is a male. He explains about what kind of diabetes she suffers from in a calm way. Nurse Nitatori stands behind him.

b. Relationship between the healthcare professionals and their patient: The relationship between the patient Sumi and her doctor has not been described in the *manga* story, so it is difficult to judge. However, the patient's behavior of falling asleep may suggest she does not care about her diabetes and does not respect her doctor highly either. Her relationship with Nurse Nitatori, which does not seem favorable, may affect negatively her attitude toward her doctor.

c. Degree of face threatening act(s): The imposition of the act of listening to the doctor seems low, and the social distance between the patient and the doctor seems to be neutral. Regarding power, the doctor should be in the position of instructing the patient though she does not pay sufficient attention. Taking these three factors into account, the degree of face-threatening act towards the patient is low.

d. Grand Strategy of Politeness: The constraint/maxim in this scene is feeling, which is projected as the speech act type of antipathy. It is interpreted that the patient's behavior of falling asleep and snoring illustrates her feelings of antipathy, which functions against maintenance of the politeness strategy. She may even challenge the healthcare professionals by paying no attention, or shows her power in a sense.

Concluding remarks

The present study was conducted in order to a) examine the ways in which healthcare professionals, especially nurses, use politeness strategies with their patient in communication, b) find out what kind of factors or constraints/maxims each politeness strategy contains, and c) find out what kind of politeness strategies seem to be successful in establishing good communication and a positive relationship.

The findings are as follows;

1) The novice nurse Nitatori has not been successful in using the politeness strategy toward her patient Oe Sumi, who is much older. She continues to use polite forms, which could function as a politeness strategy if the absolute politeness scale is an accurate predictor of real world politeness; however superficial and linguistic politeness does not seem to be effective in the

communication.

2) Nurse Nitatori has tried to control her patient using her power of knowledge; however, her patient Sumi has been successful in exercising her power which may be generated by her long experience of being "a diabetic patient".

3) Each of the five scenes includes dialogue that predicts the constraint/maxim in Leech's GSP framework, which suggests his model should function universally.

4) Analyzing the communication using Brown and Levinson's Politeness Theory and Leech's framework of Grand Strategy of Politeness suggests the ways in which the politeness strategies may function successfully. In other words, different or opposite strategies in each scene with unsuccessful politeness strategies may suggest the alternatives. For instance, in scene one where the patient Oe Sumi started to eat snacks in the middle of a history-taking session, the nurse Nitatori could ask her if she was hungry and explain clearly that eating snacks may damage her health condition in a polite way in order to save this 63 year old woman, instead of scolding her by saying "*Dame desu* [You must not]" in a straight way.

5) Although the data from Japanese comic books provide us with cases that may be extreme, with inexperienced healthcare professionals and a difficult patient in order to grab the attention of the reader the features projected here may well reflect real world difficulties. Therefore, in order to enhance the quality of healthcare communication, the strategies generated from unsuccessful politeness strategies found in this study may be used.

For future study, should the raw data from the real healthcare settings be available, the findings from the present study would gain transferability and should be effective for enhancing the quality of healthcare services.

References

- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual*. New York: Anchor/Books.
- Hall, E. (1977). *Beyond Culture*. New York: Anchor Books.
- Henderson, V. (1960, 1997). *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva: International Council of Nurses.
- Kawane, H., Watanabe, S., & Takeshita, N. (2007). *Isha/Iryō-Manga ni mirareru kitsumin byōshabamen nitsuiteno chōsa*. [Study on scenes of smoking in healthcare comic books], *Nihon Ijishinpō [Japan Medical Journal]*, 4358, 81-83.
- Leech, G. (1983). *Principles of Pragmatics*. London: Longman.

- Leech, G. (2003). Towards an anatomy of politeness in communication. *International Journal of Pragmatics*, 34 (12), 1733-1756.
- Leech, G. (2005). Politeness: Is there an East-West Divide? *Journal of Foreign Languages*, 160, 1-30.
- Leech, G. (2009). *Lectures on Politeness*. At the Japan Association of College English Teachers (JACET) Seminar in Kusatsu, August.
- Matsuoka, R., Smith, I, & Uchimura, M. (2008). Discourse analysis of encouragement, *NCNJ*, 8(1).
- Maynard, S. K. (2004). *Discourse linguistics*. Tokyo: Kuroshio.
- Maynard, S. K. (2005). *Danwahyōgen Handbook* [Handbook for discourse expressions]. Tokyo: Kuroshio.
- Maynard, S. K. (2008). *Maruchi-genru no danwabunseki* [Multi-genre discourse analysis]. Tokyo: Kuroshio.
- Natsume, F. (2004). *Mangagaku no chōsen* [Challenge of "Comicoology"]. Tokyo: NTT Shuppan.
- Niwa, S. (2005). *Gendai nihongobunpō gaisetsu* [Overview of modern Japanese grammar]. <http://www.geocities.jp/niwasaburoo/index.html>
- Northouse, L. I., & Northouse P. G. (1998). *Health communication*. NJ: Prentice Hall.
- Oxford Dictionary of English. (2003). Oxford: Oxford University Press.
- Polanyi, M. (1958, 1997). *Personal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Riley, J. B. (2000). *Communication in Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Sasaki, M. (2000 & 2001). *Otanko nāsu* [Stupid Nurse], from an original story written and documented by Kobayshi, M. Tokyo: Shogakukan.
- Spiers, A. (1998). The use of face work and politeness theory. *Quality Health Research* 8(1), 25.
- Tannen, D. (1986). *That's not what I meant*. New York: Ballantine Books.
- Usami, M. (2006). *A preliminary framework for a discourse politeness theory: Focusing on the concept of relative politeness*. Tokyo: Kuroshio.
- Yomiuri-Shimbun (2007). *Todai Byoin kanshu iryō-manga*, [Medical comics supervised by University of Tokyo Hospital]. P. 26, December 7.

漫画における医療コミュニケーションのポライトネス・ストラテジー
～医療従事者と気難しい患者との談話の分析～

Rieko Matsuoka¹ Gregory Poole²

1 国立看護大学校 2 筑波大学

【要旨】 本稿では、看護師経験の豊富な小林光恵が原作の「おたんこナース」という日本の漫画をデータとして用いながら、医療従事者によるポライトネス・ストラテジーについて検討する。まず、35話からなる全シリーズの中から糖尿病を患った年配の女性患者についてのエピソードを分析対象と選択した。次にポライトネス・ストラテジーに焦点をあてたコミュニケーションとして5場面を抜粋した。そして、それぞれの場面について、コミュニケーションの背景、患者との関係、フェイスを脅かす行為の程度という3つの視点を用いて分析した。フェイスを脅かす行為の程度については、ポライトネス理論（ブラウン、レビンソン、1987）に従い、フェイスを脅かす行為の負荷量、社会的距離、相対的力関係という3点から評価した。さらに、これら3つの視点に基づき、それぞれのコミュニケーション場面について、リーチ（2009）に構築されたポライトネス総括論を用いた分析を行った。ポライトネス総括論は、寛大さ・機転、賞賛・謙遜、恩義、意見、感情という5つの主要な制約・原則で構成されている。それぞれ選択したコミュニケーション場面をこのリーチのポライトネス総括論にしたがい、コミュニケーション機能としての10タイプの発話行為に場面を分類した。本研究から、新人の医療従事者は十分なポライトネス・ストラテジーを持ち合わせていないため、患者とのやりとりで困難をきたしていることが明らかとなった。本研究は、ポライトネス・ストラテジーを効果的に用いることが医療コミュニケーションの質を向上させることを示唆している。

受付日 2009年9月1日 採用決定日 2009年11月26日

手術や検査を受ける思春期早期にある患者の 意思表示のための看護

松下ゆかり¹ 井比舞子² 伊藤龍子³

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
国立成育医療センター
2 国立成育医療センター 3 国立看護大学校
matsushitay@adm.ncn.ac.jp

Nursing for intention declaration of the early adolescent patient who undergoes operation and examination

Yukari Matsushita¹ Maiko Ibi² Ryuko Ito³

1 National College of Nursing, Japan : 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan
National Center of Child Health and Development, Japan

2 National Center of Child Health and Development, Japan 3 National College of Nursing, Japan

[Abstract] The purpose of this study was to clarify the current state of intention declaration by early adolescent patients who were undergoing operations or examinations, and to discuss implications for nursing practice. A standard nursing plan was developed so that 30 participating early adolescent patients were able to declare their intention to have operations or examinations. After that, the plan was implemented and evaluated. Nursing records were qualitatively analyzed. As a result, they declared the intention of receiving treatment through various methods in the progress of undergoing operations or examinations. They forecasted their own post-examination or post-operative state beforehand. Moreover, after operations or examinations, they showed their ability to cope with the situation in their own ways. These findings suggested that if they receive concrete and understandable explanations beforehand, they are able to forecast their post-examination or post-operative state voluntarily, and to cope with the situation effectively. Nurses should prepare the environment for patients so that they can declare their intentions. In addition, nurses should discern their intentions through careful observations and assessments. Nurses should articulate the patients' intentions back to them in order to understand their intentions and to support them to cope with the situation voluntarily. In the future, nursing practice aimed at supporting the patients' intention declaration should be continuously developed and evaluated.

[Keywords] 思春期早期 early adolescence, 意思表示 intention declaration, 小児看護 child health nursing

I. はじめに

近年、患者がより充実した生活を送るために、患者の意思決定を尊重し、主体性を高める関わりに関心が高まっている。1995年、アメリカ小児科学会生命倫理委員会は、親や医師は正当な理由なしに、小児期や思春期にある患者を、意思決定から外してはならないと提言し、法的に同意能力を認められていない未成年でも、治療に関する意思決定に、本人の意思を反映させることが重要であると述べている(Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics, 1995)。

日本看護協会は「小児看護領域の看護業務基準」の中で、子どもの理解力に応じて、セルフケア能力を發揮できるように支援することを提示しており(日本看護協会, 1999)、そこでは、患者に十分理解しうる説明をし、同意の意思を得て、主体性を高めていくことが重要とされてい

る。子どもの理解力については、松岡が、9歳の子どもでも治療選択をした目的やリスクと利点が理解できており、14歳でほぼ成人と同様のインフォームド・コンセントに求められる能力を備えていると述べており(松岡, 2005)、法的に同意能力を認められていない思春期早期にある患者(以下、患者とする)であっても、十分に意思決定ができる存在であると報告している。

しかし、小児医療の現場においては、親が中心となって治療に関する説明を受けていることが多く(松岡, 2005)、全身麻酔下での手術や検査(以下、手術や検査とする)の場面では、患者から「こんなはずではなかった」、「なぜ自分は手術を受けなければならなかったのか」という意思が表出されることが多いと実感している。

そこで、手術や検査を受ける場合に限定し、患者の意思表示の現状や手術や検査前後の経過を把握する必要があると感じ、本研究に取り組むこととした。

II. 研究目的

看護実践を通して、手術や検査を受ける思春期早期にある患者の意思表示に関する現状を探り、意思表示のための看護について検討することを目的とした。

III. 用語の定義

「意思表示」とは、言語的、非言語的な方法で、考えや決意を表して明らかにすることとした。

「思春期早期」とは、1995年にアメリカ思春期医学会（Society for Adolescent Medicine）が述べた思春期の段階により、11歳から14歳頃とした。

IV. 研究方法

1. 研究対象

小児専門病院外科病棟に入院した思春期早期にある患者で、全身麻酔下で手術や検査を受ける予定者のうち、研究参加への同意が得られた30名とした。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

事例による帰納的質的研究

2) 研究方法

患者の手術や検査に対する意思表示を促すための標準看護計画を立案し、研究参加への同意が得られた患者に、その看護計画に基づいた看護を実践し、その経過を記録した。その記録に基づき、看護の経過を次の3期に分けた。

- (1) 入院時：入院から術前オリエンテーション・情報収集前まで
- (2) 手術・検査前：術前オリエンテーション・情報収集から手術室出棟まで
- (3) 手術・検査後：手術・検査後の病棟帰棟から退院まで

3) 分析方法

データの分析は、以下の手順により行い、患者が意思を表明するための看護のあり方について考察した。

- (1) 看護記録から、患者が意思を表明したと考えられる言動を抽出してデータとした。
- (2) 抽出したデータを文節に分け、「患者の意思表示」という視点に留意して、コード化した。
- (3) コードについて内容の共通性および相違性に基づいて類型化した。

なお、標準看護計画の立案とデータの分析は、小児看護学を専門とするスーパーバイザーの助言を受けて実施した。

3. 調査期間

2006年9月から2008年3月までとした。

4. 患者の意思表示に関する標準看護計画(表1)

看護問題は、「思春期早期にある患者の手術・検査に対する意思表示が確認されていない」とし、看護目標を、「患者自身が意思表示できる」、「意思表示に沿った看護を受ける」とした。看護計画として、手術・検査前の情報収集により、患者の疾患や治療への理解度を把握し、理解が不十分な場合は説明を加え補足すること、また、手術・検査後の日常生活の変化を具体的にイメージできるように、患者に合わせ、わかりやすい言葉を選択し、状況に応じて絵や実物を用いて説明すること、いつでも質問できることを伝えること、手術・検査後は、手術や検査に起因する症状の受け止め方を把握し、対処できるよう支援することを明記した。

5. 倫理的配慮

対象となる患者と家族に対し、説明書を用いて、研究の主旨、研究方法、研究への参加の任意性、個人情報取り扱い、結果の公表、問い合わせ先について説明し署名による同意を得た。本研究計画書を診療記録の二次利用審査部門に申請し、診療記録の研究のための利用と結果公表について承認を得た。プライバシーの保護のため、データの収集および分析は匿名化して行った。

V. 結果

1. 対象者の背景

対象者30名の年齢は10歳から14歳で、平均年齢は11.9歳であった。性別は、男性17名、女性13名であった。

対象者が受けた手術は、耳鼻咽喉科領域、一般外科領域、眼科領域、泌尿器科領域、形成外科領域、整形外科領域、心臓血管外科領域など、検査は、循環器科領域、腎臓内科領域であり、入院期間は3日から40日、平均入院期間は8.8日であった。

対象者の性別、入院期間によるコード数の差は認められなかった。

30名中、過去に手術や検査を受けた者は16名であった。受けた年齢や回数は一定ではなく、過去に経験があっても、そのときのことをよく覚えていない患者もいた。

2. 各期における患者の意思表示のカテゴリー分類

以下に、カテゴリー分類した結果を、カテゴリー【 】、サブカテゴリー[]で示した。

1) 「入院時」における患者の意思表示

表1 患者の意思表示に関する標準看護計画

#	思春期早期にある患者の手術・検査に対する意思表示が確認されていない
関連因子	・ 手術・検査 ・ 思春期早期
看護目標	・ 患者自身が意思表示できる。 ・ 意思表示に沿った看護を受ける。
看護計画 (O-P)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現病歴・既往歴 ・ 以前に受けた手術・検査に関する思い ・ 疾患に関する理解度 ・ 今回受ける手術・検査の説明に関する入院時の理解度・思い ・ 医師からの説明を受ける際の手術・検査に関する理解度・思い ・ 患者の表情・言動
(T-P)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時、患者本人からの情報収集を行う。 ・ 入院時、家族から本人の受け止め方（疾患、手術・検査）についての情報収集を行う。 ・ 医師からどのような説明を受けたか、それをどう理解し受け止めたかを確認し、わからないことや間違っただ理解について、医師または看護師より補足や訂正をする。 ・ 説明する時は、患者に合わせ、わかりやすい言葉を選択する。 ・ いつでも説明を受けられること、いつでも意見を伝えていいことを話す。 ・ わからないことについて、自ら医師に質問できるように機会をつくる。 ・ 自分の意見について、自ら医師に伝えられるように機会をつくる。 ・ 手術・検査前後の一般的な経過（身体的な状態、安静度、食事、排泄、清潔）を説明する。状況に応じて、絵や実物を用いて説明する。どうしてそうなるのか、理由を付けくわえながら説明する。 ・ 手術・検査後の疼痛や処置に伴う苦痛、それに対する対応について、説明する。 ・ 手術・検査後の注意点（回復のためにやった方がいいこと、やってはいけないこと）について説明する。 ・ 手術・検査後に予想外の苦痛が生じている場合、医師からの説明の場を設ける。説明後の思いを把握する。

入院時における患者の意思表示は、50コードであった。内容の意味の共通性および相違性から、14のサブカテゴリーに分け、それらを6つのカテゴリーにまとめた（表2）。

【受身的行動】の総コード数は13で、[関心が薄い]、[親に依存している]に分類された。

【不安】の総コード数は10で、[入院に対する不安]、[具体的な不安]、[生活に与える影響への不安]、[緊張感]が分類された。[入院に対する不安]のデータおよびコードは、初めて手術や検査を受ける患者のみから抽出された。

【情報探索行動】の総コード数は10で、[周囲に対する興味・関心]、[内容を質問する]、[手術・検査後の状態を質問する]に分類された。[周囲に対する興味・関心]のデータおよびコードも、初めて手術や検査を受ける患者のみから抽出された。

【知識の不足】の総コード数は9で、サブカテゴリーは[内容を具体的に理解できない]とした。

【治療・処置への理解】の総コード数は7で、[内容の理解]、[前向きな気持ち]、[治療・処置への要望]に分類された。

【あきらめ】の総コード数は1つで、サブカテゴリーは[仕方ない]とした。

2) 「手術・検査前」における患者の意思表示

手術・検査前における患者の意思表示は、77コードであった。意味の共通性および相違性から、10のサブカテ

グリーに分け、それらを5つのカテゴリーにまとめた（表3）。

【不安】の総コード数は32で、[緊張感]、[具体的な不安]、[確認をとる]に分類された。入院時と比較して、[緊張感]は1から18に、[具体的な不安]は4から10にコード数が増加していた。

【治療・処置への理解】の総コード数は26で、サブカテゴリーは[内容の理解]、[やりたくない気持ちの表れ]、[治療・処置への要望]、[イメージとのギャップ]に分類された。[イメージとのギャップ]は、初めて手術や検査を受ける患者のみから抽出された。

【情報探索行動】の総コード数は13で、サブカテゴリーは[内容を質問する]とした。[内容を質問する]のコード数は、入院時と比較して、3から13に増加した。

【受身的行動】の総コード数は4で、サブカテゴリーは[関心が薄い]とした。

【恐怖感】の総コード数は2で、サブカテゴリーは[怖さ]とした。

3) 「手術・検査後」における患者の意思表示

手術・検査後における患者の意思表示は、58コードであった。その意味の共通性および相違性から、11のサブカテゴリーに分け、それらを5つのカテゴリーにまとめた（表4）。

【治療・処置への理解】の総コード数は39で、[納得した結果]、[積極的な対処]、[自分の状態を伝える]、[新た

表2 「入院時」における患者の意思表示

カテゴリー	サブカテゴリー	データコード	コード数
受身的行動	関心が薄い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「大丈夫。だいたいわかるから」 ・ 「見学行かなくて大丈夫です」 ・ 「俺は何も知らないよ。これ打ってもらっただけ」 ・ 「(I.C. は) 聞かなかった。学校の先生が来るって言ってたから」 ・ 特に質問はなく、『わかったかな?』との問いかけに「うーん」と笑顔。 ・ 時に目を合わせるが、テレビをずっと見て話す。 ・ 自分の手術について質問はない。 ・ ゲームをして過ごしている。 ・ 無言で首をかしげている。 ・ 説明について、本人も一緒に聞いたが『ちゃんと聞いていたのかな』と母より。 	10
	親に依存している	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「お母さんの方がわかるので」 ・ 看護師から何かを尋ねても両親の顔を見て曖昧な返事をする。 ・ お母さんに〇〇だけ?と聞く。 	3
不安	入院に対する不安	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「初めての入院なんです。ドキドキする」 ・ 「入院初めてなの。何がわからないかもわからない」 ・ 「昨日は眠れなかった」 ・ 表情かたい。 	4
	具体的な不安	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「こわい!」 ・ 「嫌だよ・・・点滴は知っているけどそれ以外はやだ。だって管痛いんだもん」 ・ 手術について理解できているが、手術に対する不安の表出あり。 ・ 母より『麻酔科受診の時、だんだん顔色が悪くなって一度出て行ったんです』と。 	4
	生活に与える影響への不安	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「せっかく学校始まったのに・・・」 	1
	緊張感	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母より『今日はちょっと緊張しているみたいです。車の中でも話さなかったし』と。 	1
情報探索行動	周囲に対する興味・関心	<ul style="list-style-type: none"> ・ あたりをキョロキョロ見回す。(4コード) ・ 他の患者が何の手術を受けるか看護師に聞く。 ・ 術後の患者を不安そうな表情で見つめている。 	6
	内容を質問する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「〇〇(医療器具)ってどんなの?」 ・ わからないことを質問する。 ・ 入院前、母に手術について多くのことを質問してきていたとのこと。 	3
	手術・検査後の状態を質問する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 差込便器を『見てみる?』と聞くと「見てみたい」と。 	1
知識の不足	内容を具体的に理解できない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「説明聞いたっけ? そうだった」(2コード) ・ 「(首をかしげながら) うーん」(2コード) ・ 「えっと〇〇(手術部位)の・・・何だっけ?」 ・ 「うーん、聞いたけどよくわからない」 ・ 「うーん、言われないとわかんないかも」 ・ 確認すると首をかしげる。 ・ 検査の内容については「よくわからなかった・・・」と話す。 	9
治療・処置への理解	内容の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「うーん、何かね、ここのところ手術するんだって」 ・ 「ここがぶくってなってるから治すんだって」 ・ 「のどに何かを入れて眠るんだっけ。ここから骨を取って〇〇(手術部位)に入れるんだ」 ・ 「うん、大丈夫」 	4
	前向きな気持ち	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「(不安なことは) 特にない。大丈夫かな。頑張れる」 ・ 母より『ずっとかかっている先生が説明してくれたら、本人も納得して手術受けるって』と。 	2
	治療・処置への要望	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「こわいから」との理由で吸入導入を希望している。前投薬も「心配だから」と希望あり。 	1
あきらめ	仕方ない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「やだけどしょうがないかな」 	1

(n=50)

表3 「手術・検査前」における患者の意思表示

カテゴリー	サブカテゴリー	データコード	コード数
不安	緊張感	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「あまり眠れなかった」(3コード) ・ 「やっぱり手術緊張する」(2コード) ・ 眉間にしわを寄せ、緊張した面持ち。(2コード) ・ 「初めてだから眠れない」 ・ 「初めてだから緊張する」 ・ 「緊張する。麻酔かけたらすぐ寝れるかな？」 ・ 病棟の電話が鳴るたびにそわそわする。 ・ 落ち着かない様子である。 ・ 母より『勉強したりして気を紛らわしている感じがします』と。 ・ 手術室への移動時、目をばちばちさせている。 ・ 手術室への移動時、興奮して多弁になる。 ・ 本人は貧乏ゆすりをしながら、視線はきよろきよろさせている。 ・ 夜間巡視時覚醒している。「眠れないよ」と。 ・ 「緊張してきたー」と。出棟時は布団をかぶっている。 	18
	具体的な不安	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「点滴いやだな」(2コード) ・ 「前の検査のようにならないか心配」 ・ 「手術中に目が覚めないか不安」 ・ 「病院初めてで不安」 ・ 「ガーゼ取れちゃえばいいんだけど、それまでがちょっとね…」と不安表情あり。 ・ 手術室入室時不安の訴えあり、手術室看護師が一つ一つ再度説明する。 ・ 入室した直後に泣き出してしまう。 ・ 一番不安なことは「手術後の痛み」とのこと。 ・ ため息をつきながら涙を浮かべて、こちらからの声かけには返答なく手術室へ出棟した。 	10
	確認をとる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「緊張してる。お腹ちょっとだけど切るんでしょ？それがありえない。失敗とかしないよね？」 ・ 「うーん、そっか。大丈夫だよな？」 ・ 「この薬は〇時までですよね？」と看護師に確認をとっている。 ・ 「結構太い針だな。痛い？」と興奮気味。 	4
治療・処置への理解	内容の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・ 説明に頷いている。(3コード) ・ 「わかった、大丈夫」 ・ 「だいたい想像できたよ」 ・ 「心配なことはない」 ・ 「手術の時に吐いちゃうといけないから、朝は食べないんだって」と母に教えている。 ・ 「眠くなる薬(前投薬)飲むって昨日は言っていたけど・・・」とまだ飲まないのか質問。 ・ 「えっ違うよ。今日は髪洗っておいたほうがいいんだから」と母に教えている。 ・ 「朝一番なんだよね。朝ごはん食べないー」 ・ 「こっちの筋肉をゆるめてこっちを引っ張って〇〇(手術部位)を治す手術ですよな」 ・ 「チューブの影響でどのが痛くなることもあるんですよな」 ・ 「(IV-PCAについて)きいたよ。痛い時に自分でボタンを押せるんだよね」 ・ 「めし出ないんだよね。でも仕方ないもんね」 ・ 「もどしちゃうからごはんを食べちゃいけないんだよね」 ・ 「バニラの吸入をして、注射からも麻酔の薬入れるんだって」 ・ 「〇時まで飲み物はいいんだよね」 	17
	やりたくない気持ちの表れ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「やりたくない気持ちは30%くらい」 ・ 「やらなきゃいけないのはわかってる」 ・ 「もういやだ手術しない。待てない。おなかすいた」 ・ 声をあげながら泣いている。 	4
	治療・処置への要望	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「全身麻酔がいいな。眠っている間に終わるのがいい」 ・ 「トイレは尿器より歩いて行きたい」 ・ 医師からの説明の際に自分で意思を伝えるよう提案。「言えたよ」と笑顔あり。 	3

イメージとのギャップ	・ 術後に使う便器を見て「えっこれ？」といたり、ベッド上安静についても「えっそうなの？」と言ったりして驚いた表情を見せている。 ・ 術当日は歩行困難であり、尿器に排尿することを説明すると「え・・・」と戸惑っている。	2
情報探索行動	内容を質問する ・ 「学校に手術した友達がいて、入院前にどんなだったか聞いてみた」 ・ 「手術の後は、立っておしっこするんですか？座ったままですか？」 ・ 「ごはんいつから食べられるの？」 ・ 「手術って痛い？」 ・ 「げっ、何これ、レモンみたい、飲まなきゃだめなの？」 ・ 「えーおしり見せるの？やだよ。みんなやってるの？」 ・ 「えっ、じゃあ（術後）ごはんはどうするの？」 ・ 「その時だけガーゼ取っちゃいけないの？」 ・ 「小脳は眠るの？心臓は止まらないの？」 ・ 検査についての質問あり。 ・ 症状の原因について質問する。 ・ 看護師に硬い表情で質問する。 ・ 手術前、やや緊張した表情で、酸素や手術の物品の準備に対して「これは何ですか？」と質問あり。	13
受身的行動	関心が薄い ・ 「ふーん、へー」 ・ 最終飲水を行い、『これから検査が終わるまで飲まないんだよね』と確認すると首をかしげる。 ・ 説明と同意に対しぼーっと聞いている。 ・ 説明中、視線はテレビを向いている。	4
恐怖感	怖さ ・ 「昨日はまあまあ眠ったけど・・・こわいー！」 ・ 「こわいよ、麻酔かけたあと、どんな感じになるのかわからないから」	2

(n=77)

表4 「手術・検査後」における患者の意思表示

カテゴリー	サブカテゴリー	データコード	コード数
治療・処置への理解	納得した結果	・ 「思ったより大丈夫だった」(2コード) ・ 「心配していた麻酔は大丈夫だった」 ・ 「辛さはなかった」 ・ 「手術後は先生や看護師さんに説明されたのと同じ感じでした」 ・ 「手術後は説明された通りで予想以上ってことはなかった」 ・ 「前よりよかった」 ・ 「初めての手術で緊張したけど、頑張れた」 ・ 「わからないうちに終わった感じ。あっという間。でも退院でよかった」 ・ 「先生言ってたみたいに麻酔の時が一番痛かった。でも検査室はイメージ通りだった」 ・ 「目がふさがっていたけど大丈夫だった」 ・ 「おれ、手術頑張ったよ！」 ・ 「はじめは痛いと思っていたからだめだったけど、大丈夫だった」 ・ 笑顔多い。 ・ カテーテル抜去時、過去に痛かった経験あり、「いやだよー」と言っていたが、声をかけながら行い、「大丈夫だった」と。	15
	積極的な対処	・ 「痛み止め飲んでおきます」(2コード) ・ 「このモニターつけて。これつけないと眠れない」 ・ 「しびれがあるけど、それは仕方のないこと」 ・ 「出血してガーゼ汚れているけど、問題ないみたいです」 ・ 「この布つけてもらえますか？」 ・ 「これで動くの楽になりました」 ・ 「〇か月は運動だめって言われました」 ・ 「症状の原因がわかってほっとしました」 ・ 「このホッチキスみたいのは何でしているの？どうなったら取れるの？傷がくつつくまで？」 ・ 「痛み止めはどのような時に使った方がいいの？」 ・ 症状について医師にみずから質問する。 ・ 安静守れている。	13

自分の状態を伝える	・ 「声が出るようになったよ」 ・ 「やっぱり少し眩暈がする」 ・ 「おなら出そうだよ。おなかグルグルいってるんだ」 ・ 本人より「おなら出たよ」と報告あり。	4	
新たな治療・処置への受け入れ	・ 「何か薬が増えたんだね」 ・ 「拭くのも学校に持っていかなきゃだね」と自ら母に話している。 ・ 「これとっちゃ駄目？」と〇〇（手術部位）に触ろうとするが、看護師の説明後には「わかりました。すみません」と納得することができる。	3	
前向きな気持ち	・ 「次の手術も頑張ってチャレンジする」 ・ 「やってよかったかな」	2	
支援を受けて対処	・ 看護師と相談しながら、食事前に鎮痛剤を使用し食事をとる。 ・ 術後、大部屋で床上排泄することに羞恥心を感じ、困惑している様子がみられたが、本人と安静の必要性を一緒に考えながら相談し、解決した。	2	
予想外の苦痛	思った以上の苦痛	・ 「手術は思ったより痛かったよ」（3コード） ・ 「やっぱりちょっと痛かった」 ・ 「予想以上に痛かったし辛かった」 ・ 「手がこんなにしびれるとは思っていなかった」 ・ 「痛い・・・」 ・ 「手術、思ったより辛かった。前の手術よりもっと辛かった。痛いのもそうだけど、気持ち悪いのや苦しいのは予想外だった」 ・ 「夏休みに3回目の手術をするけど・・・いやだな」 ・ 話をするのも辛いとのこと。	10
知識の不足	治療・処置への理解が不十分	・ 『今回なぜ検査したかわかってる？』と聞くと「わからない」と。 ・ 朝「トイレってどうしたらいいんですか？」と。尿器を見せて『ベッドの上でするんだよ。看護師さんから聞いてなかったかな？』と尋ねると驚いた表情で「うん」と。 ・ 退院時、本人に残薬の確認をするが首をかしげている。父より『自分のことなんだからちゃんと知っておかないとな』などの発言あり。	3
	指示を守ることができない	・ 〇〇（手術部位）はなるべく伸ばしておくよう本人に伝えるが、曲げたり起き上がったりしている。	1
制限への抵抗感	自分の状態を伝えられない	・ 泣いており、どうしたのか尋ねても布団をかぶって泣き続けている。 ・ 母から『頭が痛いようです。自分で言えればいいのに』と訴えあり。 ・ 自分の気持ちを言葉で伝えられないでいる。	3
入院時や手術・検査前の気持ちの表出	伝えられなかった本音	・ 「もっと痛いと思っていた。怖かったんだ」 ・ 「ほんとはね、手術怖かったんだ。前に手術したことあるけど、それは赤ちゃんの時だから覚えてなくて、どうなるんだろって思った。でもみんないてくれたから頑張れた」	2

(n=58)

な治療・処置への受け入れ]、[前向きな気持ち]、[支援を受けて対処]に分類された。入院時、手術・検査前の【治療・処置への理解】と比較して、[積極的な対処]、[支援を受けて対処]といった対処行動を示すサブカテゴリーが抽出された。

【予想外の苦痛】の総コード数は10で、サブカテゴリーは[思った以上の苦痛]とした。

【知識の不足】の総コード数は4で、サブカテゴリーは[治療・処置への理解が不十分]、[指示を守ることができない]に分類された。

【制限への抵抗感】の総コード数は3で、サブカテゴリーは[自分の状態を伝えられない]とした。

【入院時や手術・検査前の気持ちの表出】の総コード数は2で、サブカテゴリーは[伝えられなかった本音]とした。

VI. 考 察

1. 思春期早期にある患者の意思表示の方法と看護

入院時、手術・検査前には、【受身的行動】が多くみられる一方、【情報探索行動】もみられた。思春期は、親への依存と自立との葛藤などが複雑に絡み合っ、不安と動揺が激しい時期である（坂田，2005）。対象者の背景は多様であったが、思春期早期という時期にあるため、親への依存を表す【受身的行動】と、自立を表す【情報探索行動】との間で揺れ動いている言動が表出されたと考えられる。

思春期早期になると、強がり、反発心、精神面の不安定さといった特徴が出始め、コミュニケーションが難しく、看護師も接しにくいと感じる場合がある。思春期早期にあ

る患者は、語彙が少なく、意見や気持ちを上手に表現できない場合が多い。入院時は、面識の少ない看護師と接する時期であり、他者に向け、自分の意思を言語化して表明しにくい状況にある。思春期早期にある患者は、治療に関して、言語的に意思を表明するだけでなく、行動や表情など非言語的にも意思を表明しており、注意深く観察していく必要がある。

また、手術・検査後に【入院時、手術・検査前の気持ちの表出】がみられたのは、入院時や手術・検査前には、患者が言語的な意思表示は困難な状況であったこと、看護師が十分に意思をくみ取ることができなかったことなど様々な要因が影響していると考えられる。手術や検査後に気持ちが表出できたのは、手術や検査を終えて、その経験を患者自身が振り返り、入院時から看護師が継続して関わることで患者と看護師との関係性を築くことができ、それによって、患者自身が意思を表明しやすい状況になったことが影響しているといえる。

看護師は患者なりの表出を見逃さず、患者が自分なりに意思を表明できるよう人的および物理的環境を整える必要がある。患者を注意深く観察し、治療に関する理解度を確認しながら、家族からの情報も含め、看護師が多角的視点をもってアセスメントして、その意思をくみ取る必要がある。看護師は、患者が意思表示できたときには、患者にフィードバックして確認し、それを尊重することで、患者自身がどんなときにも意思を表明してもよいと感じることができ、今後の治療に関する意思表示にもつながっていくと思われる。入院から手術や検査、退院までの継続した関わりが重要であると考えられる。

2. 思春期早期にある患者の主体的な対処行動への看護

入院時と比較して、手術・検査前に【不安】が具体化し、【恐怖感】が表明されるようになったのは、より手術や検査が近づき、術前オリエンテーションを通して看護師から手術・検査後の具体的な情報を得ることによって、患者自身にとって、手術や検査という経験が現実的なものへと変化していったことが影響している。【情報探索行動】は、【不安】への対処行動であり、自ら情報を集め、具体化した【不安】を緩和しようと、より前向きに行動していたと考えられる。また、初めて手術や検査を受ける患者のみから、入院時に「入院に対する不安」や「周囲に対する興味・関心」、手術・検査前に「イメージとのギャップ」が表明されたのは、過去に手術や検査の経験がある患者に比べ、未経験であるために具体的に先を予測できない状況にあったからではないかと考えられる。

思春期早期にある患者では、手術や検査に関する説明を医師や親から受け、【治療・処置への理解】を示していても、【知識の不足】で示されているように、認知発達上の

特徴から、特に経験のないことについては、その内容すべてを想像して理解することは難しい。看護師は、術前オリエンテーションを通して、外来での説明内容をどのくらい理解しているかを確認し、わかりやすい言葉で説明を補足する必要がある。また、患者に手術や検査後に使用する医療用具を見せたり、ベッド上での日常生活動作を体験できるようにすることが、手術や検査後の状態をより理解しやすくすることにつながる。

手術・検査後には、【治療・処置への理解】ができ、納得しながら経過した患者が多い傾向にあり、手術・検査前に、医師や親からの説明を踏まえて、看護師から手術・検査後の身体や日常生活の変化についての具体的な情報を得た結果、手術・検査後の状態に納得し、積極的な対処行動をとることができていたと考えられる。

事前に得られた情報から、手術や検査の内容、その後の状態を理解し、準備をしようとしている点は、思春期早期以前の患者とは違う点と言える。矢島(2005)は「思春期の思考の発達段階では、今後の見通しを立て、自分の行動を事前に計画し、もし〇〇という場合は～しようなど自分で考えていくことができる」と述べており、本研究においても、思春期早期にある患者は、十分に理解しうる説明を受けたいと、今後の自らの状態を予測し、自分なりに目の前の出来事に対処する方法を持ち得ていることが示唆された。また、予測していた問題に自ら判断し対処できたという経験は、患者の自信につながり、今後のさらなる患者の主体性の高まりにも反映されていくことが推測される。

そのため、手術・検査前において、看護師は、患者から表明された意思に基づいて、その後の状態について患者と一緒に考え、起こりうる問題を予測し、患者が主体的に対処行動を見出せるような援助が必要である。

3. 思春期早期にある患者にとっての手術や検査の経験の意味

入院時、手術・検査前において、思春期早期にある患者は手術や検査に対する【不安】は具体化しても、手術による病状の改善や検査による治療方針の決定など、手術や検査が与える利点についての意思の表明はみられなかった。思春期早期にある患者は、認知発達上、手術や検査による利点を考えることは難しく、目の前に迫っている心身の苦痛などの自分の安全を脅かす経験だけに集中しがちになる。思春期早期にある患者にとって、手術や検査は、その利点よりも、怖い、痛い、できるならやりたくないなどといった気持ちが優位であることを、看護師は認識する必要がある。手術や検査前に具体化している【不安】が何に対する不安なのかを患者にフィードバックして確認し、ひとつひとつ緩和できるよう支援していくことが重要である。

また、手術や検査後に【予想外の苦痛】を体験する患

者、【知識の不足】、【制限への抵抗感】から、治療への協力が得られない患者も少なからずいた。看護師は、その患者に対し、できたことを直接的に強化し、ただ「思った以上につらかった」、「自分では何もできない」という経験から、「ここまで頑張れた」、「ここは自分で対処することができた」という経験へ変換していけるよう介入していく必要がある。自らの意思が治療の経過に反映され、辛かった経験を乗り越えることができれば、その経験も患者の主体性を高めることに反映されていくと思われる。

看護師は、治療経過の中でも、患者の意思をくみ取り、患者の望む日常生活を維持したり患者の望む生活行動を獲得したりするために、患者と一緒に考え、ときには選択肢を与えたり助言したりして、患者が目の前にある問題に対しても、主体的に対処できるよう支援することが重要である。

VII. 結 論

手術や検査を受ける思春期早期にある患者の意思表示に関する標準看護計画を立案し、看護実践を分析した結果、思春期早期にある患者は、具体的で理解しうる説明を受けることができれば、意思を表明でき、自らの状態を予測して、目の前の出来事により主体的に対処できることが示唆された。

看護師は、患者が意思表示できるような環境を整えながら、患者を注意深く観察し、多角的視点をもってアセスメントして、その意思をくみ取る必要がある。意思を表明されたときには、患者にフィードバックして確認し、患者が主体的に対処行動を見出せるような、入院から退院までの継続した援助が必要である。

患者にとって、自らの意思が治療に反映され、対処できたという経験が、さらなる主体性の高まりにも反映されていくことが期待できる。

VIII. 今後の課題

思春期早期にある患者に対し、過去の手術や検査の経験や背景を考慮して、的確な意思表示を支援するための看護実践と個別の評価を積み重ねていくことが課題となる。また、本研究は、思春期早期にある患者の意思表示に関する現状を探っており、思春期早期にある患者の意思決定を支える親を対象としていない。認知・思考の特徴から思春期早期にある患者の意思決定能力は未熟であり、最終的な意思決定は親の支援や同意も得て行われることを考慮すると、今後、思春期早期にある患者の意思決定を支える親の現状を把握し、その支援についても検討していく必要がある。

なお、本研究の一部は、第39回日本看護学会学術集会 - 小児看護 - にて発表した。

■引用文献

- Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95(2), 314-317.
- 日本看護協会 (1999). 小児看護領域の看護業務基準. 日本看護協会, 東京.
- 松岡真里 (2005). 思春期にある患者のインフォームド・コンセント, 意思決定と看護のポイント. 小児看護, 28(2), 220-226.
- 坂田三允 (2005). 思春期・青年期の精神看護. 中山書店, 東京.
- 矢島麗子 (2005). 思春期の患者とともに考え主体性を引き出す看護. 小児看護, 28(2), 154-158.

■参考文献

- 荒木紀子, 石宇あゆみ他 (2000). 入院患児の年齢発達段階と家族背景の側面からみたインフォームド・コンセントのすすめ方. 小児看護, 23(13), 1717-1722.
- 有田直子 (2003). 学童期・思春期にある子どもたちのQOLを考えよう! 小児看護, 26(6), 763-771.
- 馬場一雄 (1996). 医療と子どもの権利 - その基本的な考え方 -. 小児科診療, 5(3), 759-764.
- 蝦名美智子 (2000a). 検査・処置を受ける子どもへの説明; 概説. 小児看護, 23(13), 1737-1738.
- 蝦名美智子 (2000b). 子どもの発達段階からみた医師・看護婦・親の子どもへの説明の実際. 小児看護, 23(13), 1763-1767.
- 飯村直子 (2000). 検査・処置を受ける子どもへの説明と対応. 小児看護, 23(13), 1749-1753.
- 石崎優子 (2005). 思春期を迎える慢性疾患患児の心理的問題. 小児看護, 28(2), 190-193.
- 岩崎美和 (2004). 子どもに手術をどのように伝えるか - 「僕、手術がんばったよ!」といえる体験にするために -. チャイルドヘルス, 7(3), 20-22.
- 鎌田文聡 (2004). 子どもの人権保障の手厚さは、未来をつくる. 小児看護, 27(9), 1276-1280.
- 片田範子 (2000). 子どもの権利とインフォームド・コンセント. 小児看護, 23(13), 1723-1726.
- 加藤濟仁, 多胡博雄 (1994). 小児医療におけるインフォームド・コンセント - その法的側面 -. 小児内科, 26(4), 513-517.
- 勝田仁美 (2000). 子どもが検査・処置に主体的に取り組めるためのかわり. 小児看護, 23(13),

- 1754-1757.
- 北野政樹, 櫻井健司 (2004). 外科手術と術前・術後の看護ケア. 南江堂, 東京.
- 植木野裕美 (2000). 医療者や親のかかわりと検査・処置を受けた子どもが抱いた思い. 小児看護, 23(13), 1758-1762.
- 二宮啓子 (2000). 検査・処置を受ける子どもへの説明と納得の過程における医師・看護師・親の役割. 小児看護, 23(13), 1739-1748.
- 野間口千香穂 (2004). 思春期. 小児看護, 27(5), 542-547.
- Appelbaum, P. S., Lids, C. W., & Meisel, A. 著/杉山弘行訳 (1995). インフォームド・コンセント—臨床の現場での法律と倫理. 文光堂, 東京.
- 鈴木敦子 (2000). 小児看護学教育とインフォームド・コンセント; 子どもの人格発達をふまえて. 小児看護, 23(13), 1727-1730.
- 平良七恵, 林真由美 (2005). 国立成育医療センターにおけるキャリアオーバー病棟の看護の実践と今後の課題. 小児看護, 28(9), 1275-1280.
- 坪井希恵 (1997). インフォームド・コンセントとナースの役割. 小児看護, 20(5), 585-587.
- 筒井真優美 (2000). 子どものインフォームド・コンセントをめぐる課題. 小児看護, 23(13), 1731-1736.
- 筒井真優美 (2004). 病気のストレスと闘う子どもたちとその家族 - 子どもと家族からのメッセージを読みとる -. チャイルドヘルス, 7(3), 9-13.

【要旨】 本研究は、手術や検査を受ける思春期早期にある患者の意思表示に関する現状を探り、看護について検討することを目的とした。30名の患者を対象に、患者の意思を確認し、それに沿った看護を行うための標準看護計画を立案して実践、評価した。その結果、患者は入院経過中、さまざまな方法で治療に関する意思を表明していたことが明らかになった。手術・検査前には、手術や検査後の自らの状態を予測する言動、手術・検査後には、独自の対処行動が認められた。思春期早期にある患者は、具体的で理解しうる説明を受けることで、自らの見通しを予測し、対処できることが示唆された。看護師は、患者が意思表示できるような環境を整えながら、患者を注意深く観察し、意思を表したときには、患者にフィードバックして確認し、その意思をくみ取り、主体的な対処行動ができるような継続した援助を行うことが必要である。患者にとって、自らの意思が治療に反映され、対処できたという経験が、さらなる主体性の高まりに反映されていくことも期待できる。今後は、的確な意思表示を支援するための看護実践と個別の評価を積み重ねることが課題である。

受付日 2009年9月2日 採用決定日 2009年11月26日

Peer and self evaluation in spoken English: The views of first and second years in a nursing college

David Evans

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

[Abstract] This paper reports the views of first and second year students at a nursing college on their experiences with peer and self evaluation. The students were asked to award two grades to each student, one for a role play on nursing English with a partner chosen of their choosing, and one for an unprepared dialogue on everyday English with a partner drawn by lots. Their views on the experience of peer and self-evaluation were canvassed through an optional questionnaire. A brief review of previous testing styles and the relevant literature are discussed, before the students' responses to the questionnaire are discussed. The students, on the whole, found peer evaluation to be enjoyable and helpful in developing their English speaking abilities. First years were less confident than second years both in their ability to evaluate and in performing before their peers, but a significant majority appreciated the experience. Self-evaluation was also viewed positively, and both will be amended and continued with in the future.

[Keywords] Peer evaluation, Self Evaluation, Student feedback

Introduction

Over the last nine years the author has been on a journey to reach the best way of evaluating spoken English at a Japanese college. Direct testing, as recommended by Hughes (1989) has been central to all the testing performed, and as Heaton (1988:89) says 'oral tests can have an excellent backwash effect on the teaching that takes place' as the teacher strives to improve on how the students learn. Furthermore, if the aim is to test communication, the pressure of time that comes when speaking (Brazil, 1995) can not be replicated in a written test.

Initially students were evaluated in face to face individual interviews with the teacher. There were some advantages to this style, first and foremost being that the best students excelled as being on their own enabled them to display the full range of their abilities; something which is not the case in paired or group interviews as the better students then feel they must speak in simple English for their peers. It is also the easiest speaking test in which to replicate the same conditions as a teacher can control what they ask and say, making it as consistent as such a test can be. The weaknesses were that an interview can become a question and answer session as Madsen (1983) warns, and that the usual dynamics of a conversation (Cornbleet and Carter, 2001) cannot be achieved because of the power difference

between a teacher and a student (Bailey, 1998; Kormos, 1999). Furthermore, interviews also seemed to be too stressful for weaker students.

Consequently, this was then abandoned in favour of using groups of four as this should be sufficient for more natural dialogue (Underhill, 1987; Hughes, 2002) and students were able to choose the topic for discussion from a wide selection, which should also have benefitted students (Jennings et al., 1999). It was certainly less intimidating for weaker students, students did need to interact more and were required to ask questions, but the main failing was that it enabled weaker students to do the bare minimum, and stronger students were more reluctant to speak for fear of exposing the shortcomings of classmates.

The next change was to have students in pairs and to pair them according to ability, so that they would be of similar levels. Again this worked well for those who were accomplished at speaking English, but it felt as though putting the weaker students together stigmatised them and became self-fulfilling. The following year students were allowed to choose partners and though this eased the problem of compatibility, it meant that the stronger individual would do the majority of the speaking, and it became too easy for the weaker students. It also became apparent that some students would memorize chunks of dialogue and shoe-horn them into any topic thus defeating the purpose of

the test, so the following year paired interviews were performed to prevent memorization. In the same year, a new fourth year elective class began and peer and self evaluation were experimented with (Evans, 2008) and as it seemed to be a success it has been gradually introduced with younger students in compulsory English courses.

The attempt at self-evaluation by using grades was soon abandoned as the 4th year students conspicuously under-marked and an early trial with 2nd years showed some doing the same and others over-marking, so it was replaced with self-evaluation in written comments rather than as part of the grade. Peer evaluation was continued with, but unlike the 4th year students who evaluated each other's class work and a presentation, these students evaluated a role-play between a nurse and patient and an unprepared timed dialogue. The students' grades accounted for 50% of the final grade, the remainder being determined by the teacher, who as Underhill (1987) points out, will know the student's English level better than anyone, save for the student.

This paper examines the opinions of the students towards peer and self-evaluation as any problem areas will be improved next year so that the experience of the test-takers is enhanced (Alderson et al., 1995; Boud, 1995).

Methods

The students and the classes

The students who responded to the questionnaire are first and second years at a nursing college. There are 100 students in each year, and the classes are divided into 4 classes of 25 when college begins. They are not streamed, but divided according to the starting letter of the surname. The classes will be referred to as 1:1 and 1:2 for the first years, and 2:1 and 2:2 for the second years. There are two teachers, the author, an English native and a Japanese native. Each teacher has two classes of 25 in the first year, and this is repeated in the second year, except that the classes are swapped.

The first year students study general English from a regular English textbook (Helgesen et al. 1995) with some nursing English added in the form of handouts, whereas the second years study nursing English from a nursing English textbook (Chinen, 2001), with some everyday English added in the form of handouts. The focus of all classes is on communicative spoken English.

Classes are 90 minutes in length and in both semesters there are 7 classes. The classes within each year are as near as identical as is possible, as the book, the lesson plan and the teacher are the same. The students are predominantly female.

Both courses involve a large amount of speaking practice. Pair-work is the most common method of practice, though students do also work in groups of three and in larger groups on occasion.

As all the students have studied English at high school for 6 years, the main goal of the class is to get the students to turn their passive knowledge into active usage so that the students speak. As Richards (1993) notes, speaking is generally the poor relation in English study, though this is being gradually addressed through the use of a listening test in the centre exam. One of the most common activities is for students to practice a particular topic or function by walking around the room talking to as many different students as possible in the time allowed. This is unmonitored so that students can experiment with the English language. By changing the partner students can become more fluent in saying what they have said once already but without the same person having to hear it twice. The other person in the pair also hears two different voices and answers, as well as interacting with someone new, which keeps the practice interesting.

The activities are relatively straightforward, such as asking your partner about the weekend, plans for the holidays, and other common topics. Students might be given some preparation time if the task is particularly challenging, but usually they are not as the aim is to improve fluency. Students associate this activity with peer assessment, when in fact it is only a teaching technique.

Students will do more conventional pair work with the person sitting next to them, and though the teacher does request students not to always work with the same person, most of this work is done with a friend. They are encouraged to be ambitious in what they say and not to worry about making mistakes. Students can be 'frightened' of speaking English as in their previous experiences; English is 'right' or 'wrong', rather than simply a means of communication. The teacher will occasionally point out a class mistake but individual correction is postponed until English becomes an elective subject.

As all the students are training to be nurses, testing nursing English and the technical language involved is important and real for the students (Douglas, 2000).

Test preparation

At the end of the summer term, and a week before the real test, students did practice tests in both years. In addition to this, first years had dummy tests mid-way through each term. This is important as without practice, such an exam would be too demanding (Angelo & Cross, 1993; Cohen, 1994). The teacher

also took in the practice grading sheets from students to see that they had correctly understood what to do. The most common problems were that students did not use a sufficiently wide range, rendering the grades redundant and did not make subtle enough distinctions between students; using 0 and 5 as in 80, 85 and not those in between. Students also filled in self-evaluation forms during the year.

The exam

The exam format was the same for both 1st and 2nd years. It was a spoken exam taken in pairs and consisting of a prepared nursing dialogue of up to 3 minutes in length, and an unprepared 2 minute conversation. For the nursing dialogue students role-played a nurse-patient interaction. They chose their partner for this dialogue. The teacher had hoped that students would agree on an outline for their dialogue and then trust themselves to improvise but most did learn the dialogues by heart. The students drew lots to determine the order.

Each pair performed their dialogue to the class, and each pair was evaluated by both the teacher and the watching students. As well as entering a grade, students wrote comments. Once the last pair finished, the students handed in their assessment sheet to the teacher and had a fifteen minute break.

For the second dialogue the first question to begin the dialogue was written on the blackboard 5 minutes before the test began so that students could have an idea of what they would talk about but not be able to learn it by heart. The pairs were drawn at random from a bag.

Before the test began, the students were advised to judge the first few pairs more sympathetically as they were disadvantaged by going first. The students were also reminded not to see the students as a pair but as individuals. They were encouraged to try and differentiate in their grading as much as possible. The aim of the questionnaire was to find out how the students felt about self and peer evaluation and to identify any problems so that they could be addressed in future years. There are 12 questions in total which are a mixture of Likert scale selections (percentages, where given, have been rounded up) and guided responses in which students could write what they wished in response to a question.

Ethical considerations

Approval from the ethics committee was obtained in 2008. At the beginning of the year the students were told that there would be peer evaluation (50% of the final grade comes from peer evaluation and 50% from the teacher). The students were asked to fill in the questionnaire after the grading was completed but

they could opt out of having their comments used in research. Seven first year students did so, but no second years, although some second years did not return the questionnaire.

Results

1 Have you enjoyed doing peer evaluation?

	NO				YES
	1	2	3	4	5
1:1	2(8%)	3(12%)	4(17%)	9(38%)	6(25%)
1:2	1(4%)	4(17%)	9(39%)	7(31%)	2(9%)
Total	3(6%)	7(15%)	13(28%)	16(34%)	8(17%)
2:1	0(0%)	6(32%)	5(26%)	8(42%)	0(0%)
2:2	2(8%)	3(12%)	5(21%)	10(42%)	4(17%)
Total	2(5%)	9(21%)	10(23%)	18(42%)	4(9%)
All	5(5%)	16(18%)	23(26%)	34(38%)	12(13%)

Taken as a whole the first years are broadly in favour of peer evaluation, though not overwhelmingly so. An interesting difference emerges between the two classes, with more students in 1:1 class awarding peer evaluation a rating of 4 or 5. This might well be due to the 'mood maker' impact of particularly positive students which seems to influence others (Norcini, 2003).

As with the first years, the second years are broadly in favour of peer evaluation, and similarly, there is a noticeably more positive response from one class, class 2:2. Again, this can be attributed to 'mood makers' who positively influence their peers.

2 What did you enjoy or not enjoy about it?

The first years most commonly mentioned 'listening to classmates', 'getting to know classmates', and 'talking to my friends'. These have been grouped together as they all involve the notion of bonding. There were 22 mentions of this by first year students in comparison with only 8 by second years. The following are quotes from students.

I could listen to many friends' opinions and conversation, so I enjoyed it.

I could make friends with people I wouldn't normally speak with.

Listening to classmates is something that the students always excel at, and for first years peer evaluation gave them an early opportunity to know about their peers.

It was interesting to hear my friend's English –it was very beneficial to me.

This comment illustrates not only the positive effect of listening to peers but also how it allows students to learn from each other (Luoma, 2004) and to rank themselves within a class. For more competitive students this can be beneficial.

I enjoy dialogues they're very interesting- I could get to know my friends well.

There were some other isolated comments which were encouraging about the benefits peer evaluation.

At first I was very shy but finally I could speak before other students.

Making conversations in public is difficult but enjoyable.

These comments show that by being exposed to public speaking students gradually overcome their fears and reticence. This is beneficial not just for their English but for their general development.

I enjoyed speaking to many friends but in public, I was very nervous.

Making dialogues was interesting, but talking in class was nerve-wracking.

The above comments show that it needs to be approached sensitively, and for the atmosphere in the class to be as non-threatening as possible.

The most common difficulties for first years all related to the assessing of other students. Some felt that placing students within a range was difficult, others felt grading friends was, and some felt unprepared for writing comments.

Making a score is very difficult. I don't know a lot of words, so I hardly comment, but I listen intently to the dialogues.

Difficult to judge because I put scores just by my impression of the speaker-I'm not sure if it's reliable or not. Basically I enjoyed being like the teacher.

The students award an impressionistic grade, and the comments they write reveal the criteria they adopt. This means they use those measures they feel comfortable using. As Luoma (2004) says, students are not able to evaluate linguistic criteria reliably so it is best if they chose areas in which they feel competent.

One other important benefit of peer evaluation is hinted at in the last comment. By 'being teacher' students begin to develop their critical faculties, and this should lead to them becoming more efficient learners of English (Race et al., 2005). Not only do they analyse what makes one student successful or unsuccessful, but they also, if they practice giving feedback, develop the skills necessary for their future lives as leaders, in telling others how they need to improve.

A further benefit is that they can actually use what other students say. If one says 'By the way' to change the topic, they can copy it.

I enjoy speaking to my friends in English in this class on many topics, but I didn't enjoy scoring my friends in a test.

Only two students mentioned this, but for some it is hard to be

objective when grading close friends.

Peer evaluation is difficult for me, because everyone is good, but I am not good. I found making the range difficult.

This is a perennial problem with peer evaluation, and one that is difficult to overcome. Weak students, if they are evaluating other students, can not know if their inability to understand is due to the high level of the speakers or not.

The other most commented on problem was that of writing in English.

It was a bother. I don't have the vocabulary, so don't write the things I think.

I don't have English knowledge, so I couldn't enjoy speaking English and writing comments.

This is a minor problem of not having sufficient English to write comments, but it is problematic for weaker students. Some students are remarkably adept at pinpointing a strength or weakness, and some also felt that writing in English improved their ability.

One interesting dissenting opinion is written below.

I didn't enjoy being compared with my classmates.

In peer evaluation, as opposed to individual interviews, it is much more obvious that a student is being compared to his or her peers whereas in an individual interview this is not apparent to the test-taker, even though the interviewer will be doing so.

For the second years the most common response was that they had enjoyed the speaking aspect of the test. Some were pleased that it was a spoken test rather than a written one, others that they could do 'free talking' (the non-prepared test) and others because they learnt about their friends. There were 16 comments in total along these lines.

Thinking in a conversation is interesting.

Above is one of the more encouraging comments, which shows a student who is beginning to make a break through in conversation, and has reached a stage where talking without preparation is no longer intimidating but enjoyable. The comment below is less effusive, but gives cause for hope.

I don't like speaking English, but it was a good experience.

That a student who is not an English enthusiast should see the benefits of peer evaluation is very encouraging.

Another comment highlighted a different benefit of doing peer evaluation.

I talked about many things and I could become confident.

As with many things, 'practice makes perfect' or at least it takes away the fear factor and develops the students' confidence. The comment below shows that such a way of testing also can appeal to high achievers and competitive students.

I could listen to many original dialogues.

Both for the nursing dialogue and the unprepared dialogue each interaction is unique, and so holds the interest of the audience.

As for the negative points, eight students said they lacked the skill to do peer evaluation. As with the first years, this is a definite problem with peer evaluation.

I have no ability to evaluate other people-I didn't enjoy it.

Another comment similar to one from the first years is that it is all too much effort. Certainly, a more uniformed, positive reaction is likely from an elective class, but some dissent is inevitable.

I thought to talk to all my classmates is a bother.

3 Did you feel able to do peer evaluation reasonably well?

	NO				YES
	1	2	3	4	5
1 st years	2(4%)	12(24%)	20(41%)	14(29%)	1(2%)
2 nd years	1(2%)	6(14%)	16(38%)	14(33%)	5(12%)
All	3(3%)	18(20%)	36(40%)	28(31%)	6(6%)

Not surprisingly, the first years are not convinced by their ability to do peer evaluation well. In fact the results show an almost mirror image with 15 students choosing a rating above 3 and 14 choosing a rating below it. Evaluating spoken English is difficult, and will be more daunting the younger you are.

The second years are more confident in their ability to do peer evaluation, with 19 feeling they could do it very well and only 7 feeling they were poor. It might be the case that peer evaluation is more suited to older, more mature and confident students, or it might be that first years need more practice before they feel confident enough to do it.

If the two years are taken as a whole, the students are more in favour of peer evaluation than they are against it. Thirty-seven percent gave a rating of 4 or 5 as opposed to the 23 percent who gave it a 1 or 2. As mentioned earlier, this is more a cautious approval than a whole-hearted one and indicates that nearly a quarter of students are not in favour of peer evaluation.

4 What did you find most difficult in doing peer evaluation?

For this question first and second years could write what they wished. About half the students in both years mentioned either awarding a grade or difficulty in writing comments.

Awarding a grade is very difficult even for those with years of experience. The problems are alluded to in the following comments.

When I decided the score I couldn't decide it easily! I usually give a high score to the first pair. After that I had to change the first decision.

This comment shows the difficulty in doing peer evaluation, but also shows the evolving thought processes that peer evaluation triggers. Students are advised to listen to the first 3 pairs before awarding a grade so that they can have some context into which to decide the marks. The first marks that you award 'frame' the range that you will use, so it is important to become skilled at this. By doing frequent practices throughout the year, students should find this less difficult (Dudley-Evans & St. John, 1998).

The difficult thing is scoring precisely.

To make the difference between 1 or 2 points. Sometimes I was confused-who is better than whom.

As the comments here show, it is very difficult to make a distinction of 1 or 2 points in a hundred, but the process of doing so makes the students think carefully as to what they think makes a good speaker. In terms of the final grade such a difference for one marker is insignificant when there are 24 others, but the process is important.

I think evaluating grammar is difficult.

This is obviously very difficult for students with poor grammar, but the choice of what to evaluate was left to the individual students, so it is not necessary for all students to attempt to do so. With the next cohort, students are experimenting with evaluating a different aspect of speech in practice evaluations which should make them more confident when deciding what to evaluate in the final exam.

When everyone prepares students deserve almost the same evaluation.

This comment has highlighted a common feature of the student's grade sheets, which is the reluctance to differentiate between those in a pair in the nursing dialogue. In many ways the nursing dialogue is a way of measuring effort, as after the course there is no reason why even the weakest students should not be able to deliver a strong dialogue. As students cooperate in its preparation, the reasoning goes; the students should receive the same grade. Certainly, in cases where the division of speaking is the same, and when students' pronunciation is similar it is difficult to fault the logic.

I thought every pair was good and the same, but I had to evaluate.

When everyone prepares students deserve almost the same evaluation.

The above comments also add credence to the notion that the prepared dialogue is the easier of the two to perform but the harder to evaluate as effort in preparation can erode the advantage of better speakers of English. As the teacher, the concept of one test measuring hard work and the other

measuring the English proficiency is acceptable, as the main aim of the test is to evaluate what students have achieved in the 14 lessons rather than their proficiency in many cases would be excellent regardless of whether they had attended class or not.

The format for the unprepared dialogue is practiced prior to the exam, but it is inevitable that this will measure actual communicative ability due to the fact that it is unprepared.

It isn't always good English to use difficult words.

This is a very interesting observation and shows that the student is becoming more aware of how language is used. If the audience does not know a 'difficult' word, there is no point in using it.

One of the better students wrote the following comment

Many students aren't good at English, so evaluation is very difficult. I think we can do them in a list of contents, e.g. intonation 1, 2, 3 etc.

What is pleasing here for the teacher is that the student is identifying a problem and proposing a solution to it.

5 Did you find it enjoyable to see your classmates do their dialogues?

	NO				YES
	1	2	3	4	5
1 st years	0(0%)	1(2%)	4(8%)	21(43%)	23(47%)
2 nd years	0(0%)	1(2%)	2(5%)	18(42%)	22(51%)
All	0(0%)	2(2%)	6(7%)	39(42%)	45(49%)

This is perhaps the most favourable result of all. Ninety percent of the students gave a mark of 4 or 5 to this question. Students listen to each other more carefully than to anything else and this not only improves their listening ability but it acts as a bond within the class as they all 'endure' or 'enjoy' the experience together.

6 What was enjoyable/not enjoyable?

The answers to this question, in terms of what was enjoyable, were different between 1st and 2nd years. For first years the most enjoyable aspect was that they made friends with, and found out about classmates that they did not know. This illustrates both the benefit of changing partners regularly, especially in the first term when relationships are in flux, and again emphasises the importance of shared performance.

It was very enjoyable. To talk about many things is very interesting and I can know my friends.

Listening to classmates I hardly speak to is interesting, but sometimes I can't hear what they say.

I enjoyed their unique ideas and different backgrounds.

The comments above are a small sample of the sentiment.

There was only one negative comment, 'I was stressed so it was not enjoyable'. As mentioned before, performance anxiety is unavoidable when speaking a foreign language, but it should lessen with greater practice.

Enjoyable thing was listening practice, not enjoyable was conversation, because it's very difficult, but it's good for our studies.

The second years, as might be expected, made less of finding out about classmates, but made more of the challenges it presented.

I could listen to many original dialogues.

Everybody has a different set and characters. It's very enjoyable.

These comments show both an appreciation of their classmates' efforts, but also highlight the variety that emerges when students are free to script their own dialogues in the nursing practice, which in turn keeps the listening fresh and interesting. One student commented on the unprepared dialogue that she liked, 'The effort to try and keep speaking.' A comment such as this reveals that the student will become a very accomplished speaker.

7 Did you find it helpful to your performance to see other students?

	NO				YES
	1	2	3	4	5
1 st years	0	2(4%)	9(18%)	21(43%)	17(35%)
2 nd years	4(10%)	2(5%)	9(23%)	9(23%)	16(40%)
All	4(4%)	4(4%)	18(20%)	30(34%)	33(37%)

This is another encouraging result with the vast majority of both 1st and 2nd years giving a 4 or 5 to the question. Another advantage of peer evaluation is that students learn from each other (Luoma, 2004). Even in the test, it is not too late to learn something from a fellow student. When peer evaluation works effectively students both teach and learn.

8 Please give any examples.

Again there is a slight difference between the two years in what they focus on. The first years are much more aware of how the dialogue is presented and the demeanour of the speaker whereas second years concentrate more on the content and the kind of English used. The following are comments from first years.

I was aware of other students' reactions, questions, subject and so on.

I know how to speak fluently, how to gesture, to smile and so on.

First year students were also impressed by the help that was given by partners.

I often forget words but my partner helps me.

Today's exam, when one student couldn't speak, her partner helped her. There were many cases like this.

Students are encouraged to help their partners in the nursing dialogue when they become unsure of what to say as the exam is not meant to be an ordeal or a memory test. More importantly, in the unprepared dialogue, being able to help out a floundering partner is a very important conversational skill even in one's own language, and students that can do this in a foreign language are displaying excellent language ability.

Some students did also comment upon the language that they learnt from others.

Other students' performance gave me ideas for vocabulary.

I found many ways of English expression

Yet others made interesting discoveries of their own.

I learned how to keep speaking.

When one person speaks too much, it's not a conversation it's a speech. A conversation is one short phrase and changing the speaker often.

I became courageous speaking to many people.

The second years' comments were more connected to the nuts and bolts of conversation.

I could learn accurate grammar.

The timing of the changing of the topic.

When students use good phrases I copied them and improved my English level!

One other important facet of conversation was noted by another student.

We knew what kind of attitude is good for the audience to enjoy.

9 Did you find doing self-evaluation helped you?

Students were asked to fill in an evaluation form of their performance at various stages throughout the year. They were asked to write down things they had done well and things that they could improve upon for their next performance.

	NO				YES
	1	2	3	4	5
1 st years	1 (2%)	5 (11%)	14 (31%)	18 (40%)	7 (16%)
2 nd years	2 (5%)	5 (12%)	16 (39%)	8 (20%)	10 (24%)
All	3 (3%)	10 (12%)	30 (35%)	26 (30%)	17 (20%)

These figures are not an overwhelming vote of confidence in self-evaluation, but this is probably because the way of doing it is not as effective as it might be. Students were asked to self evaluate what they had done well and what could be improved,

but were not asked to suggest ways of improving.

An interesting finding in the scores above is that it is the two weaker classes in each year that more highly valued self-assessment. Although this might initially seem surprising, it is in fact quite logical. Students who find English difficult are more likely to benefit from thinking about their performance than those who are already accomplished.

10 In what way?

There were no great differences in response between first and second years and nothing particularly interesting or surprising. Samples from both years are below.

I could use what I wrote for my self evaluation for my next performance.

Not only in my speaking, but also in thinking about my dialogue.

We can understand are own tendencies and this helps us to improve our skills.

By doing that I can know my lacking point and try to make it good.

The one comment that will change next year's approach is this; *Self-evaluation is good for remembering my mistakes and the points that I need to improve but I don't know how to do that! That's the big problem for me.*

As the student correctly points out it is one thing to know what the problem is, but quite another to correct it. A section on how any deficiencies can be overcome will be included in next year's self-evaluation sheets.

11 Do you think peer evaluation should be continued with next year?

	YES	NO
1 st years	34 (76%)	11 (24%)
2 nd years*	32 (86%)	5 (14%)
All	66 (80%)	16 (20%)

*one student wrote "don't know"

Overall 80% of all students feel that peer evaluation should continue so it does seem worthwhile to persevere and refine it. An interesting difference is that the second years are noticeably more in favour of peer evaluation than the first years. Maturity would seem to be an important factor in appreciating peer evaluation so this difference is not so surprising.

12 Why?

A vast array of answers was given by both first and second years and a combined selection of the most interesting is given below.

It is a good chance for students to speak in the presence of

others.

Because it makes us try and use words or sentences appropriate for the occasion.

Can think of the next sentence by oneself.

It was very stressful for me but it helped my English speaking ability.

If there is no evaluation some students will not look at their performance carefully.

Because it makes us listen to English and to pay attention to the way it is used.

In the future we need to have the evaluation skill in nursing practice.

There are many positive comments above and show that peer and self evaluation can continue to benefit students in speaking English. Those who were not in favour of wrote simply that it was 'hard' or that they did not have enough time to write comments.

Conclusion

The students were predominantly positive about the experience of doing peer and self evaluation, and they do think that it should be continued. The first years were particularly appreciative of the bonding that it promoted whereas second years were more appreciative of how they were able to learn from each other. For some students in both years peer evaluation provided them with motivation by being able to rank one's own performance in comparison with others. Practice reduces the anxiety factor in both performance and in grading, and, not surprisingly, first years would seem to need more opportunities than second years.

Grading remains the most difficult feature for students, and as a consequence of the comments made by these students, the following years are experimenting with using different categories in practice evaluations so that students can find those areas they feel able to grade. As previously mentioned there is no point in stipulating categories such as use of grammar in the final exam if the students do not feel able to grade them. It is very difficult to reduce conversation to 4 or 5 distinct categories, so by leaving the choice up to individual students it should mean a wider range of features is being evaluated.

The nursing dialogue part of the test is a little problematic in so far as students tend to award the same grade for the pair. By practice it should be possible to tease out some differences but it might be necessary for the teacher to highlight potential areas of difference. Whereas a category such as 'a realistic dialogue' would warrant equal scores (assuming students had jointly

prepared it), 'a confident manner' might show one student to be better than her partner.

The unprepared dialogue is beneficial in the wash back effect it has on students in that it means all talking activities are useful for the exam. There is an element of luck in this section as you might draw a student who is non-communicative or very slow thinking, but this is a challenge that peer evaluation presents and, as students have complete autonomy in the grading, it is up to each individual as to how to respond. As the teacher, the challenges like this are a benefit of peer evaluation as they make the students think for themselves. Students could, for example, use their knowledge of the student's usual performance from class, and such use of continual assessment would mitigate too against a student underperforming due to anxiety.

Although some students were concerned about their lack of ability in writing comments the aim of the comments is to make the students think rather than just writing down a grade, and as such it is not so important if they can not express themselves perfectly. Rather than provide students with stock expressions, the current system enables students to say exactly what they want. The problem is more a lack of time than ability, so allowing more time would seem to be a better solution.

The use of self-evaluation is a potentially fertile area for benefitting students' English. Having abandoned the awarding a grade and substituting it with comments (submitted to the teacher), it means students are forced to think about how they can improve. By making students think about this it should encourage learner autonomy and for some it might even encourage them to apply this thinking to areas other than language.

References

- Alderson, C. J., Clapham, C., & Wall, D. (1995). *Language test construction and evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelo, T., & Cross, P. T. (1993). *Classroom assessment techniques*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Bailey, K. (1998). *Learning about language assessment*. Boston: Heinle & Heinle.
- Boud, D. (1995). *Enhancing learning through self-assessment*. London: Kogan Page.
- Brazil, D. (1995). *A grammar of speech*. Oxford: Oxford University Press.
- Chinen, C. L. (2001). *'Christine no level up kango eikaiwa.'* Tokyo: Igaku Shoin.
- Cohen, A. (1994). *Assessing language ability in the classroom*. Boston: Heinle and Heinle.

- Cornbleet, S., & Carter, R. (2001). *The Language of Speech and Writing*. London: Routledge.
- Douglas, D. (2000). *Assessing Languages for Specific Purposes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dudley-Evans, T., & St. John, M. J. (1998). *Developments in English for Specific Purposes: A MultiDisciplinary approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Evans, D. (2008). Reflections on peer evaluation in an English language course. *The Journal of Nursing Studies, National College of Nursing, Japan*, 7(1), 41-49.
- Heaton, J. (1988). *Writing English Language Tests*. New York: Longman.
- Helgesen, M., Brown, S., & Mandeville, T. (1999). *English Firsthand*. Hong Kong: Pearson.
- Hughes, A. (1989). *Testing for Language Teachers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hughes, R. (2002). *Teaching and Researching Speaking*. Hong Kong: Pearson.
- Jennings, M., Fox, J., Graves, B., & Shohamy, E. (1999). The test-takers' choice: an investigation of the effect of topic on language-test performance. *Language Testing*, 16(4), 426-456.
- Kormos, J. (1999). Stimulating conversations in oral-proficiency assessment: a conversation analysis of role plays and non-scripted interviews in language exams. *Language Testing*, 16(2), 163-188.
- Luoma, S. (2004). *Assessing Speaking Skills*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Madsen, H. S. (1983). *Techniques in Testing*. Hong Kong: Oxford University Press.
- Norcini, J. J. (2003). Peer assessment of competence. *Medical Education*, 37, 539-543.
- Race, P., Brown, S., & Smith, B. (2005). *{500 Tips} on Assessment* (2nd edition). Oxon: Routledge Falmer.
- Richards, J. (1993). Real-World Listening in the Japanese Classroom. In *A Handbook for Teaching English at Japanese Colleges and Universities*. Oxford University Press.
- Underhill, N. (1987) *Testing Spoken Language*. Cambridge: Cambridge University Press.

受付日 2009 年 9 月 1 日 採用決定日 2009 年 11 月 26 日

老年看護学実習における看護学生の 高齢者に対するイメージの変化

伊藤豊美¹ 住垣千恵子¹ 後藤友美¹ 岩崎孝子² 林稚佳子³

1 国立長寿医療センター；〒473-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3 2 国立国際医療センター 3 国立看護大学校
toyomi-0818@tg.commufa.jp

Changes of nursing students' images of the elderly after gerontological nursing practicum

Toyomi Ito¹ Chieko Sumigaki¹ Tomomi Goto¹ Takako Iwasaki² Chikako Hayashi³

1 National Center for Geriatrics and Gerontology ; 36-3 Gengo, Morioka-cho, Obu-shi, Aichi, 〒473-8511, Japan

2 International Medical Center of Japan 3 National College of Nursing, Japan

[Abstract] Background: Nursing students' image toward the elderly may impact on their future perspectives on and attitudes toward gerontological nursing practice. Gerontological nursing lectures and especially clinical practicum play a key role in fostering nursing students' positive perspectives on and attitudes toward the elderly.

Method: In this study, we analyzed the image of the elderly from nursing student's standpoint, before and after gerontological nursing practicum. Between September 2008 and February 2009, 97 third-year nursing students at a college of nursing were invited and participated self-administered 19-items surveys before and after practicum. The respondents rated their interests and negative images toward the elderly via 7-point Likert-type scale ranging from "I agree very much" to "I do not agree at all." The responses were analyzed via two-sample t-test and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Results: Significant and positive changes were found in relation to the average scores of the three items in the survey ("I think the elderly behave frankly," "I have negative feelings toward the elderly," "I think the elderly always complain") when pre- and post-practicum scores were compared ($p < .05$). Positive changes were also found in relation to the average scores of the 16 items ("I have negative feelings toward the elderly," "I believe the elderly always complain," etc.) when pre- to post-practicum scores were compared. On the other hand, the average scores of three items ("I think the elderly are poor in wisdom," "I think the elderly are in need of support from someone else," "I think the elderly lack recognition about cleanliness") showed negative changes from pre- to post-practicum. In addition, the students' level of interest toward the elderly had weak to moderate and statistically significant correlations with the level of positive images toward the elderly in relation to 10 items ("The elderly do not have a beneficial role at home and in the society," "The elderly do not spare their feelings," etc.).

Conclusion: Gerontological nursing practicum was effective in improving the nursing students' positive image of the elderly. The students' interest toward the elderly correlated with their positive images of the elderly. We suggest that current gerontological nursing lectures and practicum needs further refinement in expanding opportunities for students to communicate with the elderly, and in carefully selecting educational materials and methods.

[Keywords] 老年看護学実習 gerontological nursing practicum, 看護学生 nursing students,
高齢者に対するイメージ image of the elderly

I. はじめに

わが国は、医療の進歩などに伴い平均寿命が延び、高齢化がますます進む現状である（総務省統計局，2008）。医療施設においても、入院患者の高齢化は著しく、高齢患者や家族に沿った看護の提供が求められている。このような中で、老年看護の担う役割は大きいと考えられる。老年看護では、高齢者の日常生活の自立と生命・生活の質の向上を目指し、看護を実践する。そのために、看護者には、具体的に高齢者をイメージできることや、高齢者を理解する能力が必要である。

近年では、高齢者人口の増加に伴い、学生が日常生活の

中で、何らかの形で高齢者と関わる機会は少なくはないと考えられる。しかし、核家族化や家族のあり方の変化に伴い、祖父母との同居は減少している。また、看護学生が高齢者と関わる機会は、実習での患者やボランティア活動での関わり等さまざまであり、高齢者に対するイメージや理解の深さも看護学生により、個人差が大きいと考えられる。

看護学生の高齢者に対するイメージの変化についての先行研究では、臨地実習前後や講義・演習前後のイメージの変化（多田，1996；須田，榎本，2006）などが報告されている。この中で、講義や演習、臨地実習を通して、看護学生は自身の高齢者に対するイメージを変化させることが明

らかにされている。看護学生の高齢者に対するイメージや理解が、今後の老年看護の実践に影響を与えることを考慮すると、教育内容・方法の精選は重要な課題である。

4年制看護教育機関のA校においては、学生の高齢者観を育むために、老年看護学概論での擬似体験や高齢者の生活史についてのインタビューなどを行い、臨地実習では生活行動障害のある高齢者の日常生活の自立を目指し、実践を通して学んでいる。また、ユニフィケーション・システムを導入し、臨床教員が臨地実習だけでなく、講義・演習の一部を担当し、高齢者の理解を深める工夫をしている。

本研究では、老年看護学実習の前後で、A校の看護学生の高齢者に対するイメージの変化がどのように変化するかを明らかにし、臨地実習が高齢者に対するイメージに及ぼす影響を考察したのでここに報告する。

II. 研究目的

老年看護学実習の前後における看護学生の高齢者に対するイメージの変化を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象

A校の2008年度第3学年97名の看護学生を対象とした。

2. 時期

2008年9月から2009年2月

3. A校の特徴および老年看護学に関するカリキュラム

1) 講義・演習

2年次より「老年看護学概論」1単位30時間、「老年看護学援助論」2単位60時間の講義・演習を行っている。講義では高齢者を具体的にイメージできるように、高齢者疑似体験や介護老人保健施設および介護老人福祉施設の学外演習等を行っている。また、A校では、ユニフィケーション・システムを導入している。各実習施設に専任の臨床教員を配置し、教育と臨床が一体化した指導を行っている。臨床教員は臨地実習だけでなく、講義・演習の一部を担当している。臨床での老年看護の実践についての講義や演習での指導により、学生が高齢者を具体的にイメージし、理解できるように工夫している。さらに、臨床教員の講義・演習などへの参加は、学内での学生との交流を通して、臨床教員が学生を理解する助けともなっている。

2) 臨地実習

老年看護学老年看護学実習Ⅰ（実習施設：東京都）では急性期の老年看護を、老年看護学実習Ⅱ（実習施設：愛知県）では生活障害がある高齢者に対する看護について実習を行っている。

4. 調査内容

調査内容は高齢者に関する関心について、「高齢者と関わる機会」、「高齢者や高齢者に関する問題への関心」、「高齢者の問題を扱うテレビや記事をみるか」の3項目、高齢者のイメージについて「活気がみられない」、「不満が多い」、「高齢者が苦手」など19項目、「調査時に想定した高齢者の年齢と対象」についてであった。高齢者のイメージに関する質問19項目については、先行研究（多田、1996）を参考にし、前年度の老年看護学実習Ⅱの終了後に、学生が記載したレポートから高齢者のイメージに関するキーワードを抽出し、研究者が独自に作成した。これらの質問項目では、看護学生の実習前後の高齢者に対する否定的なイメージがどの程度肯定的なイメージに変化するかを明らかにしたいと考え、「活気がみられない」などというように否定的な表現を用いるようにした。「高齢者のイメージ」というタイトルの質問票とし、高齢者のイメージに関する質問項目については、「非常にあてはまる」から「全くあてはまらない」の7段階尺度のスケールを使用した。

5. 調査方法

老年看護学実習Ⅰの開始前に第1回目調査（以下、実習前）を行い、老年看護学実習Ⅱの終了後に第2回目調査（以下、実習後）を行った。1回目と2回目の調査は上記の同じ質問票を用いて行った。回答者数は実習前が96名（回収率99%）、実習後が77名（回収率79%）であり、実習前後の両方についての回答が得られた学生は68名（有効回答率70%）であった。

6. 分析方法

実習前後で「高齢者に対するイメージ」19項目すべてに有効回答のあるデータのみを対象とし、統計的に分析を行った。

「高齢者のイメージ」は各項目に7段階尺度の中央値を0点とし、「全くあてはまらない」を3点、「非常にあてはまる」を-3点とし、実習前後の平均値を対応のあるt検定により比較した。有意水準は5%とした。この結果で平均値の差がプラスの結果を示すのは実習後の得点が大きくなり、肯定的なイメージが強くなったことを示す。また、「高齢者や高齢者の問題に対する関心」と「高齢者のイメージ」において、関心の程度を「ある」を2点、「ほとんどない」を1点、「ない」を0点と点数化したものと、高齢者に対するイメージの各項目の点数からピアソンの積率相関を算出して関連性を検討した。

7. 倫理的配慮

回答は無記名とし、対象となる看護学生に、研究の目的、回答は任意であること、本研究への協力の有無や回答

内容が講義・実習評価に影響を与えることや個人への不利益になることはないことを口頭および紙面で説明した。

IV. 結果

1. 看護学生が高齢者と関わる機会について

実習前に高齢者と関わる機会が「ある」と回答した学生は51.5%, 実習後では52.9%と若干の上昇がみられた(表1)。

2. 高齢者や高齢者に関する問題についての関心について

実習前に関心が「ある」と回答した学生は75%, 実習後では70.6%と高齢者や高齢者に関する問題についての関心が減少している。実習前の「高齢者や高齢者に関する問題についての関心」の高さと肯定的な「高齢者のイメージ」との関連についてみたところ、「家庭・社会で役割がない」で、やや強い相関がみられた(表2)。また、「一人で何もできない」、「意欲がない」、「遠慮しない」、「融通がきかない」、「他人に興味がない」、「孤独・喪失感がある」、「経済的に貧しい」、「清潔の意識が低い」、「高齢者が苦手」の項目で、弱い相関がみられた(表2)。

表1 看護学生の高齢者や高齢者の問題への関心の実態 (N = 68)

	実習前	人数 (%)	実習後	人数 (%)
高齢者と関わる機会				
ある		35 (51.5)		36 (52.9)
ほとんどない		24 (35.3)		21 (30.9)
ない		9 (13.2)		9 (13.2)
無回答		0 (0)		2 (2.9)
高齢者への関心				
ある		51 (75.0)		48 (70.6)
ほとんどない		16 (23.5)		17 (25.0)
ない		0 (0)		1 (1.5)
無回答		1 (1.5)		2 (2.9)
高齢者についての TV・記事				
ある		41 (60.3)		36 (52.9)
ほとんどない		24 (35.3)		27 (39.7)
ない		3 (4.4)		3 (4.4)
無回答		0 (0)		2 (2.9)

表2 「高齢者や高齢者の問題への関心」の高さと肯定的な「高齢者に対するイメージ」との関連 (N = 67)

項目	相関係数	有意確率
活気がない	.04	.76
一人で何もできない	.28	.03*
動作が不安定	.19	.13
依存的	.04	.77
意欲がない	.24	.05*
遠慮しない	.25	.05*
変化に適応できない	.10	.44
融通がきかない	.26	.03*
他人に興味がない	.25	.04*
孤独・喪失感がある	.27	.03*
経済的に貧しい	.25	.04*
不満が多い	.12	.34
知恵がない	.14	.25
他人のサポートが必要	.09	.49
家庭・社会で役割がない	.42	.00**
清潔の意識が低い	.31	.01*
不幸である	.15	.23
高齢者が苦手	.29	.02*
尊敬できない	.14	.25

* $p < .05$ ** $p < .01$

注1: 「高齢者や高齢者の問題への関心」の程度の点数(「ある」2点, 「ほとんどない」1点, 「ない」0点)と, より肯定的な「高齢者イメージ」の各項目の点数から相関係数を算出した。

注2: 欠損値のある学生 = 1名

3. 高齢者の問題を扱う記事やTVを見るかについて

実習前に「見る」と回答したのは60.3%、実習後では52.9%で高齢者や高齢者を扱う記事やTVを見る機会が減少した(表1)。

4. 調査時に想定した高齢者の年齢について

実習前では75歳～80歳を想定した学生が最も多く、80歳以上や60～70歳を想定した学生は少数であった。実習後では70～75歳や75歳～80歳を想定した学生が多く、60～70歳を想定した学生はいなかった。実習前よりも実習後の方が想定した年齢が上昇していた(表3)。

表3 調査票回答時に想定した高齢者の年齢 (N=68)

年齢	実習前	人数(%)	実習後	人数(%)
60～70歳		2 (2.9)	0 (0)	
70～75歳		17 (25.0)	11 (16.2)	
75～80歳		36 (52.9)	29 (42.6)	
80歳以上		13 (19.1)	28 (41.2)	

5. 調査票回答時に想定した高齢者(複数回答)

表4に調査票回答時に想定した高齢者(複数回答)を示した。実習前では祖父、祖母と祖父母を想定した回答件数が71.8%で、実習後では45.7%に減少した。また、「患者」を想定した回答件数は実習前が4.5%で実習後では37.2%

に上昇した(表4)。

表4 調査票回答時にイメージした高齢者の属性・特徴(複数回答)

	実習前	件数(%)	実習後	件数(%)
祖父		6 (6.7)	5 (5.3)	
祖母		27 (30.3)	14 (14.9)	
祖父母		31 (34.8)	24 (25.5)	
近所の人		12 (13.5)	5 (5.3)	
テレビに出ていた高齢者		3 (3.4)	1 (1.1)	
患者		4 (4.5)	35 (37.2)	
その他		1 (1.1)	4 (4.3)	
思いあたらない		5 (5.6)	6 (6.4)	
合計件数(%)		89 (99.9)	94 (100.0)	

注記：回答した学生68名の各回答件数が複数回答の合計件数に占める%を示した。

6. 実習前後の高齢者に対するイメージの変化

実習前後の高齢者に対するイメージの変化を表5に示した。実習前より実習後で否定的なイメージが強くなった項目は19項目中3項目で、「知恵がない」、「他人のサポートが必要」、「清潔に対する意識が低い」であった。その他の項目は肯定的にイメージが変化しており、中でも有意な差がみられたのは19項目中3項目、「遠慮しない」、「高齢者が苦手」、「不満が多い」であった(表5)。

表5 実習前後の高齢者に対するイメージの変化 (N=68)

質問項目	実習前		実習後		平均値の差	t値	有意確率(両側)
	平均	標準偏差	平均	標準偏差			
不満が多い	0.43	1.26	0.88	1.15	0.46	2.23	.03*
高齢者が苦手	1.36	1.21	1.79	1.24	0.43	2.19	.03*
遠慮しない	0.67	1.17	1.09	1.38	0.42	2.17	.03*
活気がみられない	0.51	1.23	0.81	1.43	0.29	1.34	.19
不幸である	1.90	1.06	2.16	0.95	0.27	1.64	.11
融通がきかない	0.00	1.27	0.25	1.23	0.25	1.19	.24
尊敬できない	1.78	1.11	2.01	1.04	0.24	1.29	.20
孤独感・喪失感を抱いている	-0.09	1.12	0.15	1.37	0.24	1.19	.24
依存的である	0.50	1.20	0.69	1.25	0.19	0.97	.34
家庭・社会で役割がない	1.50	1.18	1.68	1.08	0.18	1.04	.30
経済的に貧しい	0.16	1.30	0.29	1.09	0.13	0.72	.48
動作が不安定である	-0.82	1.19	-0.71	1.31	0.11	0.50	.62
変化に適応できない	-0.55	1.16	-0.46	1.25	0.09	0.45	.66
自分一人では何もできない	1.25	1.15	1.32	1.38	0.07	0.38	.71
他人に興味がない	1.37	1.11	1.43	1.18	0.06	0.34	.74
意欲がない	1.19	1.00	1.25	1.27	0.06	0.30	.76
知恵がない	1.97	1.04	1.88	1.19	-0.09	-0.44	.66
清潔に対する意識が低い	0.75	1.21	0.64	1.46	-0.10	-0.49	.62
他人のサポートが必要	-0.79	1.14	-1.01	1.11	-0.22	-1.16	.25

* $p < .05$

V. 考 察

わが国において、高齢者（65歳以上）人口が総人口に占める割合は22.1%となっており、過去最高となっている（総務省統計局，2008）。日常生活の様々な場面や老年看護学実習などにおいて、看護学生も高齢者と関わる機会が多いと思われる。今回の調査結果においても、50%以上の者が、高齢者と関わる機会があると回答している。また、高齢者や高齢者に関する問題への関心についても70%以上の者が「関心がある」と回答し、高い割合で関心を持っていると言える。「関心」の程度を問う項目と「高齢者に対するイメージ」の関連では、正の相関があったため、高齢者に関心の高い学生はより高齢者に肯定的なイメージを抱いていると考えられる。高齢者に対するイメージに、高齢者や高齢者に関する問題に対する関心が、影響を与えることが推測される。また、相関のあった項目に「高齢者が苦手」、「尊敬できない」が含まれており、学生の感情面へのイメージ形成にも、高齢者や高齢者に関する問題への関心が影響を与えていることが示唆される。学生の高齢者に対する苦手意識は、高齢者に対する看護を実施するうえで、大きな影響を及ぼすと考えられる。このことから、今後の学習過程において、高齢者に対する問題について取り上げ、高齢社会における老年看護学の課題等について、学生がより具体的に考えられるような教育が重要と考えられる。

調査時に想定した年齢においては、実習前よりも実習後は高くなっていた。これは老年看護学実習における受け持ち患者の基本的条件を75歳以上（後期高齢者）としており、後期高齢者を受け持った学生が多かったためと考えられる。また、調査時に想定した高齢者については、実習前では祖母や祖父が70%以上であったが、実習後ではその割合は減少し、「患者」の割合が上昇していた。A校において、老年看護学実習Ⅱは自宅から離れ、遠方での実習である。そのため、実習期間中に関わる高齢者は、実習施設内での患者にはほぼ限られ、高齢者を想定する時には、より実習の影響を受けると考えられる。看護学生の大部分が青年期にあり、青年期は周囲からの影響を受けやすい存在である（國眼，2005）。臨地実習は看護学生が直接高齢者と関わる場であり、高齢者のイメージ形成には、学生が身近な高齢者である患者に影響を受けるといことが窺える。

次に、看護学生の実習前後の高齢者に対するイメージの変化については、19項目中3項目のみが否定的なイメージに変化していた。その項目は「知恵がない」、「他人のサポートが必要」、「清潔に対する意識が低い」であった。これは、臨地実習で関わる高齢者は疾患を抱え、入院治療中であり、何らかの援助が必要な状態であったため、否定的

なイメージへ変化したと考えられる。また、高齢者のイメージが有意に肯定的に変化したのは、19項目中3項目であった。その中には「遠慮しない」、「不満が多い」、「高齢者が苦手」であった。

先行研究（多田，1996）においても、実習を通して高齢者に対する親近感や人間性について、肯定的なイメージに変化していると報告されている。今回の調査でも、実習における身体的援助や会話等の関係性を通して、人間性や親近感において、肯定的なイメージに変化したといえる。高齢者に対するイメージの変化は、学生が臨地実習で接する高齢者に影響をうけると考えられる。そのため、今後は臨地実習における学生の体験についてもさらに検討し、身体的側面、精神的側面、社会的側面、霊的側面において、高齢者を全人的に理解できるような教育指導が必要であると考える。同様に、先行研究（渡邊，倉田，森田，2005）では、高齢者に対するイメージが講義よりも臨地実習終了後に変化が大きいことが報告されており、講義においても、高齢者に対するイメージがより拡大できるような工夫が必要と考える。

看護学実習中の学生は高い不安やストレスを感じながらも、看護実践を通して受け持った患者の問題に心を注ぐことにより、看護への関心を高めると報告されている（杉森，舟島，2004）。看護学生にとって臨地実習は患者との関わりを通して看護に対する喜びを感じ、看護への関心を高められる場である。しかし、一方では、患者だけではなく、実習で関わるさまざまな職種者との人間関係などで、不安やストレスを感じる場でもある。A校の学生は老年看護学実習Ⅱにおいては、遠方での実習であり、日常とは異なる環境での実習である。学生の不安やストレスも通常の実習以上に増強すると推測される。老年看護学実習での体験が今後の高齢者に対するイメージや高齢者への関心に影響を与えると考えられるため、実習を通して達成感や喜びを感じ、老年看護学とその実践への関心をより高めることができるように、学生の身体的・精神的安定を図るよう指導者として配慮する必要がある。その中でも、ユニファイケーション・システムを基盤にし、実習前より学内において学生と交流があり、学生にとってなじみのある臨床教員の実習での関わりは重要と考える。

本研究では、実習前の調査が老年看護学実習Ⅰの開始前であり、学生により実習形態が異なっているため、実習前の高齢者に対するイメージにおいて、老年看護学実習以外での実習経験が影響することも考えられるため、調査をする時期を検討する必要がある。また、今回の「高齢者に対するイメージ」における質問項目が否定的な表現になっていることにより、実習前に学生の高齢者に対するイメージに否定的な影響を及ぼした可能性のあること、実習前後の調査票回収率の差については、教員が学生に調査を依頼す

ることによる強制力や利害，社会的望ましさなどの何らかのバイアスが生じていた可能性があることが推測され，調査項目の表現方法の工夫や調査票の回収方法などを検討する必要があったと考えられる。

VI. 結 論

A校の学生の高齢者のイメージの変化について質問票を用いて老年看護学実習前後で調査した。その結果は以下のとおりであった。

1. 高齢者と関わる機会があると回答した者は50%以上であった。
2. 高齢者や高齢者に関する問題に対する関心については，70%以上の学生は関心があると回答しており，高齢者に対するイメージとの相関は19項目中10項目に相関があった。
3. 調査時に想定した高齢者の年齢は実習後では70～75歳や75歳～80歳を想定した者が多く，実習前よりも実習後の方が想定した年齢が上昇した。
4. 調査時に想定した高齢者については，実習後には祖父母の割合が減少し，患者の割合が上昇した。
5. 実習前後の高齢者のイメージの変化については，実習後にイメージが肯定的に変化したのは，19項目中「不満が多い」，「高齢者が苦手」など16項目であった。また，否定的に変化した項目は「知恵がない」，「他人のサポートが必要」，「清潔に対する意識が低い」の3項目であった。統計学的に有意差がみられたのは，「遠慮しない」，「高齢者が苦手」，「不満が多い」の3項目であった ($p<.05$)。

以上のことから看護学生の高齢者のイメージは実習前後で大きな変化が期待できるため，臨地実習において高齢者に接する機会をより効果的に活用できるようにしていく必要がある。老年看護学の講義や実習を通して，高齢者について具体的にイメージでき，高齢者への理解が深められるように，学生と関わることを課題である。

謝 辞

今回の研究にご協力いただいたA校の学生の皆様に感謝いたします。

■文 献

- 國眼真理子 (2005). いまどきの若者の考え方・育て方 (2). 日総研, 愛知.
- 総務省統計局 (2008). 高齢者の人口. 2009年4月15日検索. <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi411.htm>
- 須田厚子, 榊田朋子 (2006). 看護学生の講義・演習・実習による高齢者のイメージの変化. 川崎医療短期大学紀要, 26, 29-26.
- 杉森みど里, 舟島なをみ (2004). 看護教育学(4). 医学書院, 東京.
- 多田敏子 (1996). 老年看護学における臨地実習による看護学生の高齢者に対する印象の変化. 老年看護学, 1(1), 63 - 70.
- 渡邊裕子, 倉田トシ子, 森田祐代 (2005). 看護学生の高齢者のイメージに関する研究—老年看護学講義開始前から老年看護学臨地実習Ⅱ終了までの変化. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 11(1), 159-166.

【要旨】 学生が高齢者に対してどのようなイメージを持つかは，看護に影響を与えると考えられ，学生の高齢者観を育むための学習過程は重要である。特に実習は講義と実践を結ぶために重要である。本研究では，4年制看護教育機関（A校）に所属する看護学生3年生97名を対象に，老年看護学実習の前後（2008年9月から2009年2月）で高齢者のイメージがどのように変化したかを，質問紙を用いて調査した。高齢者に対するイメージに関わる19項目を設定し，「活気がみられない」など否定的な表現を用い，「非常にあてはまる」～「全くあてはまらない」の7段階での回答とした。

実習前後で高齢者に対するイメージが肯定的に変化した項目で統計学的に有意差があったのは，19項目中「遠慮しない」，「高齢者が苦手」，「不満が多い」の3項目であった。（ $p<.05$ ）また，実習後にイメージが肯定的に変化したのは「不満が多い」，「高齢者が苦手」など16項目であった。また，否定的に変化した項目は「知恵がない」，「他人のサポートが必要」，「清潔に対する意識が低い」であった。さらに，実習前の「高齢者への関心」の高さと肯定的な「高齢者イメージ」との関連では，「家庭・社会で役割がない」，「遠慮しない」など10項目に相関関係があった。この研究を通して，学生の高齢者に対するイメージは実習前後で大きな変化が期待できることや，高齢者への関心が，高齢者に対するイメージへ影響を与えることが明らかになった。したがって，講義や臨地実習において，高齢者に接する機会を多様に提供し，高齢者に対するイメージが具体的にでき，高齢者に対して関心を持つるように，教授内容・方法を精選する必要性が示唆された。

受付日 2009年9月4日 採用決定日 2009年11月26日



**2008年度
活動報告**

国立看護大学校 Faculty Development(FD)活動報告

2008年4月～2009年3月

本学での教育の質の向上および改善を目指して、2008年度は、以下のとおり15回のFD研修会を開催した。

学外講師による講演	2
学内講師による研修	4
自主グループでの研修	1
ランチョン・ミーティング	8
計	15

I. 学外講師による講演

1. 「タイ王国における看護師資格と看護教育」(2008年6月2日)

Sakawduean Paiboon : Assistant Professor, Saint Louis College, Thailand

タイ王国における看護師資格の種類、免許の更新、看護協会と看護協議会のそれぞれの役割、Advanced Practice Nurseのシステム、看護教育と教育機関について説明がなされた。また、Saint Louis Collegeの例を用いながら、看護教育の具体的なカリキュラムとその構成について、必要な単位数、評価方法などが示された。最後に、講師の専門である母性看護学分野の研究の例として、コンピュータを使用した助産教育法の効果について紹介された。

2. 「タイ王国における認知症の治療と看護」(2008年11月5日)

Suwanna Anusanti : Associate Professor, Saint Louis College, Thailand

はじめに認知症の事例の紹介があり、その徴候、原因、タイプが解説された。続いて、タイ王国における認知症の発生率などの統計、スクリーニングの方法、予防法について説明がなされた。また、セントルイス大学の一部として機能しているケアセンターの理念や活動の実際についての紹介があり、行政的な面や宗教の差によってもたらされるケアの違いについても紹介された。

II. 学内講師による研修

1. 「SPSSを使って統計処理をする方法」(2008年8月18日) 柏木公一講師、水野正之講師

情報処理室にて、SPSS16.0Jを用いて統計処理を行う方法について、演習中心の講義がもたれた。アンケートの調査票を実際に使用して、データの入力から始まり、棒グラフなどの作り方、記述統計値の計算、t検定などの有意差検定などを含め、さまざまな例で演習を行った。

2. 「最近の若者の心理と行動」(2008年9月18日) 鉦鹿健吉教授、松岡里枝子教授

若者の心理と行動について心理学および社会学的な説明と討論が行われた。盗難事件やストーカー行為と関連して、反社会的な行為に及ぶ心理状況について説明があり、秋葉原事件を例に、社会学的に「世間」を捉えた阿部の世間学を用いての分析が紹介された。若者にとっての「世間」が、彼らのアイデンティティとどのように関わるのか、また犯罪行為を引き起こす要因になるのかについて議論が交わされた。

3. 「卒後教育の実際」(2009年2月27日) 久部洋子教授

本学の卒業生たちが、卒後教育において受けている教育内容について、看護部長であった経験をもとに、具体的な事例について説明があった。本学での教育内容や指導方法を検討するうえでも、実際の医療現場にて本学の卒業生がどのような研修をどのような形で受けているのか、などについて情報を得ることが重要であると認識するよい機会となった。

4. 「5年間の本学での教育をふりかえって」(2009年3月26日) 西内清美講師

2004年度より5年間、多岐にわたる分野(看護理論、生活援助論、看護倫理、母性看護、論文講読、国際看護学・実習、卒論指導、野外生活など)にて教育・指導に携わってきた経験をとおして、それぞれの場面で、どのようなことが重要であったか、どのような意義があったか、などについて、具体的な事例・エピソードを交えながら説明がなされた。特に学生とのかかり合いを含め、「出会い」の意味が大きい、との指摘が印象的であった。

Ⅲ. 自主グループでの研修

「共同研究についての報告と打ち合わせ」(2008年8月27日)

2006・2007年度に行われた3つの自主グループの概要とその成果についての報告があった。参加者から、授業の工夫や最近の学生の様子などについて意見が出された。また、授業で困難を感じている点についての話題提供があり、それに対して熱心に意見が寄せられた。継続的に共同研究を行うことについては見送られた。3年間にわたって行われた自主グループによる研修はこれをもって一端終結することとなった。

Ⅳ. ランチョン・ミーティング

1. 「せん妄のアセスメントとケア」(2008年8月21日) 綿貫成明准教授

せん妄の研究に取り組んだ経験と、看護師のアセスメントとケアの特徴について話された。また、NEECHAM Confusion Scale を翻訳したことから、その活用についても説明がなされた。

2. 「科学研究費について」(2008年9月11日) 柏木公一講師

研究費の申請書類を具体的にどのように書くのか、研究費の使い方などで注意を必要とすることなどが話された。研究費に関する各種マニュアルや参考になるガイドブックも持参されて説明された。

3. 「タイの精神科看護について」(2008年10月9日) Suwanna Anusanti : Associate Professor, Saint Louis College, Thailand

講師であるスワナ先生の自己紹介のあと、他の参加者9名の自己紹介およびスワナ先生への質問、提供された質問に対しスワナ先生がていねいに答えるという形でミーティングが進められた。日本とタイの精神科看護の違いを中心に話が展開した。

4. 「薬物の問題と医療観察法について」(2008年11月13日) 田中留伊講師

「覚せい剤精神病患者への援助」、「医療観察法における鑑定入院病棟での看護の役割」などの研究テーマが紹介された。また、平成17年に施行された「医療観察法」について概要が紹介され、薬物依存症病棟や医療観察法病棟に勤務し治療に関わった経験から、効果的な看護介入について説明がなされた。

5. 「医薬品の安全性の研究」(2008年12月11日) 竹村玲子教授

海外の医薬品の安全性情報を医療者向け、また一般向けに情報提供をした経験や、海外の主要な副作用のデータベースを紹介してきた経験が話された。また、安全性の情報がどのように国民に知らされるのか、そのシステムには国ごとに特徴があることも示された。

6. 「Difficulty in speaking English」(2009年1月31日) David R. Evans 講師

英語を話すことを困難にしている要因、成功した経験、やる気を増大させる工夫などについて話し合われた。さらに、学生が求めている学習内容がいかなるものかについての話題も提供された。

7. 「総合病院における精神科病棟の特性、および、看護学生のメンタルヘルスについて」

(2009年2月12日) 阿部由香講師

総合病院の中の精神科病棟での勤務経験から、単科精神科と比較した共通性と特異性について説明があった。また、精神看護学を担当していることから、学生からメンタルヘルスに関して相談を受けることが多く、その経験を踏まえ最近の学生の傾向や特徴についても説明があった。

8. 「臨床経験を研究テーマにつなげて」(2009年3月12日) 小山智史助教

本学の研究課程部出身ということから、臨床経験と「内服薬・外用薬の与薬プロセスにおけるインシデント・アクシデントの発生状況と安全性の確保状況の分析」という研究課題のつながりについて説明がなされた。

教員の研究活動 2008年4月～2009年3月



大学校長

【論文】

田村やよひ(2008). 保健師助産師看護師法と看護教育の課題. 保健の科学, 50(5), 302-306.

【著書】

田村やよひ(2008). 私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法. 日本看護協会出版会, 東京.

田村やよひ(2008). 看護制度のこれまでの重要な改革, 看護師不足と人材確保法の制定, 看護サービスの場の拡大と専門性の拡大, 国際機関との連携, 経済連携協定と看護の国際化. 日本看護歴史学会編, 川島みどり, 草刈淳子, 氏家幸子, 高橋みや子監修, 日本の看護120年—歴史をつくるあなたへ. 44-47, 63-68, 日本看護協会出版会, 東京.

田村やよひ(2009). 新体系看護学全書<39>国際看護学. 田村やよひ編, メヂカルフレンド社, 1-9, 237-241, 東京.

【誌上発表】

清水嘉与子, 田村やよひ(2008). “私たちの法律”は, こうしてつくられた. 看護, 60(9), 50-54.

スザンヌ・ゴードン, シオバン・ネルソン, 井部俊子, 勝原裕美子, 川島みどり, 陣田泰子, 田村やよひ, 東めぐみ他(2008). 看護の危機についてコンセンサスはあるか?. 看護実践の科学, 33(9), 70-78.

田村やよひ(2008). No.23 看護職員需給問題, No.53 守秘義務, No.83 保健師助産師看護師法(保助看法). 日本看護管理学会編, 看護管理用語集. 2008/7/30, http://janap.umin.ac.jp/new_HP/yougo/mokuji.html.

【講演・学会発表】

古橋美智子, 田村やよひ, 平林勝政(2008). 保健師助産師看護師法を読み解く(鼎談). 第13回日本看護サミットとうきょう'08, 東京, 11月.

人間科学(情報学)

【論文】

高山充, 竹内文生(2009). 関東圏における看護師紹介予定派遣の利用状況についての一考察. 日本医療・病院管理学会誌, 46(1), 17-27.

【誌上発表】

柏木公一(2008). 国際医療用語集 SNOMED-CT の成立と概要, 日本への影響. 情報管理, 51(4), 243-250.

柏木公一(2008). 電子カルテ導入の意義. 看護, 60(10), 40-43.

柏木公一(2009). 看護用語の標準化に関する世界的動向, 看護診断, 14(1), 51-57.

【研究助成および研究成果報告書】

柏木公一(2008). 国際医療用語集を日本語で利用するための知識ベースの開発. 平成20年度科学研究費補助金.

岡田美保子, 横井英人, 小出大介, 柏木公一, 武隈良治, 土屋文人(2008). 国際化を踏まえた医薬品・医療機器の安全性情報の伝達に関する研究. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業).

内藤智雄, 稲葉静代, 上野桂子, 柏木公一, 小島純司, 高田桂子, 中川奈緒美, 中安紘子, 野崎加世子, 荒川孝之(2008). IT活用による記録・帳票類の管理体制の在り方に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業).

【講演・学会発表】

柏木公一(2008). 看護用語の標準化—最新の動向. 日本看護診断学会, 横浜, 7月.

柏木公一(2008). ISO TC215 WG3 の標準規格概説. 日本医療情報学会, 横浜, 11月.

人間科学(心理学)

【誌上発表】

鉦鹿健吉(2009). 心理学関連の体験学習によって学生の受容力を伸ばす試み. 国立看護大学校研究紀要, 8(1), 49-54.

人間科学(語学)

[論文]

- Matsuoka, R. (2008). Communication apprehension among Japanese college students. *Journal of Pan-Pacific Association of Applied Linguistics*, 12(2), 37-48.
- Matsuoka, R., & Smith, I. (2008). Comparison of Japanese and Thai college students' WTC and CA. *Proceedings of PAAL*, 123-124.
- Matsuoka, R., Smith, I., & Uchimura, M. (2009). Discourse analysis of encouragement in Japanese healthcare comic books. *The Journal of Nursing Studies, National College of Nursing, Japan*, 8(1), 31-41.

[講演・学会発表]

- Matsuoka, R., & Uchimura, M. (2008). *Encouragement in healthcare communication*. PanSIG conference, Kyoto, Japan, May.
- Matsuoka, R. (2008). *Age effects in SLA*. AsiaTEFL conference, Bali, Indonesia, August.
- Matsuoka, R. (2008). *Language relativity in RAKUGO translation*. The FIT World Congress, Shanghai, China, August.
- Matsuoka, R. (2008). *Japanese and Thai college students' WTC and CA*. PAAL conference, HI, USA, August.
- Matsuoka, R., & Smith, I. (2008). *Willingness to communicate and communication apprehension among Japanese college students*. AILA World congress, Essen, Germany, August.

人間科学(保健行政学)

[論文]

- 森山幹夫(2008). 資格と業務独占と名称独占. 保育界, 408, 32-33.
- 村上美佳, 森山幹夫(2008). 重症心身障害児(者)病棟における介護福祉職配置が患者の療養環境向上に与える影響. 医療の広場, 48(5), 18-21.
- 森山幹夫(2009). 看護法人制度の可能性についての考察. 国立看護大学校研究紀要, 8(1), 43-48.

[著書]

- 森山幹夫(2009). 法律と倫理. 日本染色体遺伝子検査学会編, 染色体遺伝子検査の分かりやすい説明ガイドライン普及版. 21-30, 日本染色体遺伝子検査学会, 東京.

[講演・学会発表]

- 森山幹夫(2008). 社会福祉と更生保護の連携. 法務省法務総合研修所, 東京, 6月.
- 森山幹夫(2008). 染色体・遺伝子検査分野における倫理と情報保護の見直しの動向. 日本染色体遺伝子検査学会, 香川, 11月.

人間科学(生命科学)

[講演・学会発表]

- 天沼喜美子, 小島靖, 太田有子, 竹村玲子, 芦澤一英, 森川馨(2009). 海外規制機関からの医薬品安全性情報-エリスロポエチン製剤について-. 第129回日本薬学会年会, 京都, 3月.

基礎看護学(看護基礎科学)

[研究助成および研究成果報告書]

- 森那美子(2008). 看護師の生物災害に対する準備性および教育に関する研究. 平成20年度科学研究費補助金(若手研究(B)). 研究成果報告書.
- 切替照雄(主任研究員), 工藤宏一郎, 加藤はる, 中村浩幸, 大久保憲, 河野文夫, 西岡みどり, 網島優, 掛水智子, 吉田真由美, 菊池ひで子, 菊池喜博, 三木祐, 田中征雄, 原かおり, 富成伸次郎, 阿島美奈, 陰下敏明, 吉田弘之, 乾宏行, 大谷久美子, 岩井朝幸, 高須賀久美子, 佐藤穰, 加藤由紀恵, 佐野ありさ, 鬼塚聖子, 斉藤昭彦, 小林信一, 平松玉江, 八木哲也, 鈴木奈緒子, 前川裕子, 藤崎浩太郎, 島田知子, 菅原美絵, 三浦祥子, 加藤康幸, 竹下望, 高崎仁, 森兼啓太, 藤田烈, 坂木晴世, 窪田志穂, 黒田恵美, 森那美子(研究協力)(2008). 医療機関における感染症伝播に関する研究. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金による新興・再興感染症研究事業.

基礎看護学(基礎看護援助学)

[論文]

穴沢小百合, 吉満祥子, 松山友子(2009). 点滴静脈注射中の寝衣交換に関する課題を実施した学生の経験: 滴下可能な作製教材を使用して. 国立病院看護研究学会誌, 5(1), 2-10.

一色美穂, 松山友子(2009). 看護師が臨床で行なっている清潔ケアに関するアセスメントの特徴: 清拭に焦点を当てて. 国立病院看護研究学会誌, 5(1), 30-39.

[講演・学会発表]

岸達也, 松山友子(2008). 新人看護師の職場適応の促進に焦点を当てた研究の現状—2002年から2006年までの国内文献の研究内容の分析を通して. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

高橋智子, 田代公美, 角諒子, 松山友子(2008). 退院後のオストメイトが初回ストーマ外来受診までに直面した困難及びストーマケアの現状の解明—看護記録を用いた調査から. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

田島智子, 松山友子(2008). 看護学実習における実習指導者の関わりとそれによる学生の反応に焦点を当てた研究の現状—1997年から2006年までの国内文献の研究内容の分析を通して. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

基礎看護学(看護教育学)

[論文]

亀岡智美, 舟島なをみ, 野本百合子, 村上みち子, 鈴木美和(2008). FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題—看護系大学・短期大学の面接調査を通して. 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 57-62.

[誌上発表]

亀岡智美(2008). 「新人看護師支援のための研究成果活用と課題」—シンポジウムの司会にあたって. 看護教育学研究, 17(2), 17.

亀岡智美監修(2008). 「看護研究」の基本. *Nursing College*, 12(12), 86-90.

[講演・学会発表]

Kameoka, T., Funashima, N., Nakayama, T., Suzuki, M., Nomoto, Y., & Yoshitomi, M. (2008). *Problems that hospital nurses encounter in Japan from the viewpoint of work position: Toward developing effective continuing education programs in nursing*. 19th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Singapore, July.

Miyashiba, T., Funashima, N., Miura, H., & Kameoka, T. (2008). *The relationship between personal attributes and quality of teaching behaviors of nursing faculty in nursing skills laboratories on campus in Japan*. 19th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Singapore, July.

Yoshitomi, M., Funashima, N., Miura, H., & Kameoka, T. (2008). *The relationship between preceptor role performance for new graduate nurses and preceptors' attributes in Japan*. 19th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Singapore, July.

Gorzka, P., Funashima, N., Hongo, K., Kameoka, T., Miura, H., Yamashita, N., Nakayama, T., Sugimori, M., & Murakami, M. (2008). *Role model behaviors of nursing faculty in the United States and Japan, toward enriching faculty development*. Education Summit 2008, National League for Nursing, San Antonio, TX, U.S.A, September.

中原博美, 亀岡智美(2008). 新人看護師の職業的成熟度に関する研究—現状および職業継続意思との関係. 日本看護研究学会雑誌, 31(3), 162.

基礎看護学(看護管理学)

[論文]

Chiang-Hanisko, L., Ross, R., Boonyanurak, P., Ozawa, M., & Chiang, L. (2008). Pathways to progress in nursing: Understanding career patterns in Japan, Taiwan and Thailand. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(3), Manuscript 4.

西岡みどり, 森那美子, 坂木晴世, 藤田烈, 沼直美, 平松玉江, 森兼啓太(2009). 日本における医療関連感染サーベイランスと病院規模に関する文献検討. 国立看護大学校研究紀要, 8(1), 10-19.

[誌上発表]

西岡みどり(2008). [総説 周産期医療における感染対策]2 看護の立場から. *CARLISLE*, 13(3), 2-3.

西岡みどり(2008). [実例から学ぶ手術部位感染対策]日本と欧米での手術部位感染サーベイランス結果の違い. *INFECTION CONTROL*, 18(1), 50-53.

坂木晴世, 西岡みどり(2008). [小児科領域の院内感染]感染対策チーム, 感染管理看護師. *小児科*, 49(5), 541-544.

[研究助成および研究成果報告書]

西岡みどり(2008). 病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究). 医療機関における感染症伝播に関する研究(主任研究者:切替照雄). 平成20年度厚生労働科学研究費補助金による新興・再興感染症研究事業.

西岡みどり, 水野正之, 木下佳子(2008). ICUにおける人工呼吸器関連肺炎 ventilator-associated pneumonia (VAP)防止に関する実態調査. 平成20年度大磯フォーラム研究事業.

西岡みどり(2009). 分担研究報告書, 病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究). 医療機関における感染症伝播に関する研究(主任研究者:切替照雄). 平成20年度厚生労働科学研究費補助金による新興・再興感染症研究事業.

[講演・学会発表]

Ross, R., Srisaeng, P., Sawatphanit, Q., Mizuno, M., & Takeo, K. (2008). *What effects do Physical Symptoms and Religious Beliefs and Practices have on Depression among HIV Positive Postpartum Buddhist Women in Thailand?*. 34th Annual Conference of The Transcultural Nursing Society, U.S.A, September.

西岡みどり, 森那美子, 坂木晴世, 藤田烈, 沼直美, 平松玉江, 森兼啓太(2009). 日本の病院における感染管理活動に関する人的資源および概算人件費の施設規模比較. 第24回日本環境感染学会総会, 横浜, 2月.

西岡みどり(2009). [第79回ICD講習会]SSIサーベイランス. 第24回日本環境感染学会総会, 横浜, 2月.

西岡みどり(2009). [シンポジウム5 中小病院での感染対策に何が必要か]中小病院におけるサーベイランス. 第24回日本環境感染学会総会, 横浜, 2月.

成人看護学

[論文]

Koyama, Y., Miyashita, M., Irie, S., Yamamoto, M., Karita, T., Moro, T., Takatori, Y., & Kazuma, K. (2008). A study of disease management activities of hip osteoarthritis patients under conservative treatment. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12(2), 75-83.

中山由美, 大町弥生, 伊藤良子, 綿貫成明(2009). ICU看護の事例を通して看護学生が捉えた患者・家族への看護. *日本救急看護学会雑誌*, 10(3), 25-32.

[著書]

綿貫成明(2008). せん妄. 金川克子監修, 田高悦子, 河野あゆみ編著, 老年症候群別看護ケア関連図&ケアプロトコル. 168-185, 中央法規出版, 東京.

鈴木恭子, 加藤陽子(2008). 問診・視診・触診時の看護. 野村和弘, 平出朝子監修, 加藤抱一編. *がん看護実践シリーズ—4 食道がん*. 21-22, メヂカルフレンド社, 東京.

鈴木恭子, 加藤陽子(2008). 食道X線検査 検査に伴う看護. 野村和弘, 平出朝子監修 加藤抱一編. *がん看護実践シリーズ—4 食道がん*. 27-28, メヂカルフレンド社, 東京.

加藤陽子(2008). 患者の自立・社会復帰のためのチーム医療の展開. 野村和弘, 平出朝子監修, 加藤抱一編. *がん看護実践シリーズ—4 食道がん*. 114-130, メヂカルフレンド社, 東京.

加藤陽子(2008). ターミナル期にある食道がん患者の看護の特徴. 野村和弘, 平出朝子監修, 加藤抱一編. *がん看護実践シリーズ—4 食道がん*. 132, メヂカルフレンド社, 東京.

[誌上発表]

飯野京子(2009). 第II章:がん治療の目標と効果, 第III章:化学療法の原則. Polovich, M., White, J. J., & Kelleher, O. L. 著/佐藤禮子監訳. *がん化学療法・バイオセラピー看護実践ガイドライン*. 19-27, 医学書院, 東京.

小山友里江, 宮下光令, 数間恵子, 高取吉雄(2008). 変形性股関節症のADLとQOL 寛骨臼回転骨切り術(RAO)を受けた患者の生活. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 17(4), 344-349.

近藤祐未, 末吉真由美(2009). 【オンコロジックエマージェンシー】病態の進展に伴う症状—消化管穿孔. *がん看護*, 14(1), 17-19.

[研究助成および研究成果報告書]

小山友里江(分担研究者)(2008). 運動器機能障害の評価に関する研究(主任研究者:高取吉雄). 平成19年日本メディカルマテリアル株式会社受託研究報告書.

三浦久幸(主任研究者), 丸口ミサエ(分担研究者), 小西敏子, 飯野京子, 小山友里江, 上原ます子(共同研究者)(2006-2009). 高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成, 高齢者がん患者のターミナルケアにおける問題点に関する研究—山間へき地におけるがん終末期患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状. 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業(長寿一般-041).

[講演・学会発表]

Uesugi, H. & Iino, K. (2008). *Quality of life in advanced lung cancer patients who undergo chemotherapy*. The 15th International Conference on Cancer Nursing, Singapore, August.

三浦由梨, 佐藤貴子, 池島愛, 飯野京子(2008). 「終末期医療に関するガイドライン」に沿った終末期医療に関する方向性を決定するための看護師の役割—患者・家族の意思決定を支えるための看護. 第6回国立病院看護研究学会学術集録集, 81.

浅野和子, 石川清美, 小田勢津子, 間雅子, 鈴木敬子, 江原くるみ, 小澤絹恵, 鎌田良子, 鈴木由美子, 久部洋子(2008). 副看護部長が行う子育て支援の検討. 第6回国立病院看護研究学会学術集録集, 54.

綿貫成明, 酒井郁子, 松川仙奈(2008). 成人老年期にある患者の術後せん妄に関連する素因子・直接因子・誘発因子と発症パターン. 第28回日本看護科学学会学術集録講演集, 264.

平木尚美, 大町弥生, 綿貫成明, 坂東正己, 山田一郎(2008). ヒーリングベビーを用いたコミュニケーション場面におけるスタッフの介入内容と認知症高齢者の反応. 日本看護研究学会雑誌, 31(3), 305.

山川聖史, 小山友里江, 穂積高弘, 宮山祐, 秋山宏一郎, 田中健之, 飯島準一, 五嶋孝博, 近藤泰児(2008). FACT-Gを用いた転移性脊椎腫瘍に対する術中照射療法のQOL調査. 第57回東日本整形災害外科学会雑誌, 20(3), 389.

時廣亜希子(2008). DES時代の患者管理. 近畿心臓血管治療ジョイントライブ2008. 京都, 4月.

成育看護学(小児看護学)

[論文]

駒松仁子(2009). 小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育看護の課題. 国立看護大学校研究紀要, 8(1), 20-30.

中村伸枝, 遠藤数江, 荒木暁子, 出野慶子, 佐藤奈保, 小川純子, 金丸友(2009). 子育て支援センターを利用する幼児をもつ母親の健康・生活習慣への関心を高める看護援助. 千葉大学看護学部紀要, 31, 1-4.

[著書]

駒松仁子(2008). 小児の発達課題と小児生活習慣病指導の基本. 松下竹次, 萬弘子編, 生活習慣病ナーシング7. 269-275, メヂカルフレンド社, 東京.

駒松仁子(2008). キャリーオーバーと成育医療, そして成育看護. 松下竹次監修, 駒松仁子編, キャリーオーバーと成育医療—小児慢性疾患患者の日常生活の向上のために. 2-7, へるす出版, 東京.

[誌上発表]

駒松仁子(2008). 小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療そして成育看護. 岡山県小児科医会会報, 29, 46-53.

駒松仁子(2008). 「母と涙の二二分」がモットーの三田谷啓. さぼーと, 620, 46-50.

駒松仁子(2009). 小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療・看護に関する文献目録. 国立看護大学校研究紀要, 8(1), 55-79.

[研究助成および研究成果報告書]

佐藤拓代, 上野昌江, 山田和子, 来生奈巳子, 毛受子, 秋末珠実, 鈴木信恵, 露詰公子, 桑田俊子(2009). 妊娠・出産・育児期の要支援家庭への訪問指導のあり方に関する研究(分担研究). 医療ネグレクトにおける医療・福祉・司法が連携した対応のあり方に関する研究(主任研究者:宮本信也). 平成20年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(H20-政策一般-003)総括・分担研究報告書, 68-123.

[講演・学会発表]

金丸友, 中村伸枝, 出野慶子, 遠藤数江(2008). 糖尿病をもつ学童後期・思春期の子どものフットケアに対する支援の検討. 第13回日本糖尿病教育・看護学会学術集会, 金沢, 8月.

中村伸枝, 遠藤数江, 荒木暁子, 小川純子, 佐藤奈保, 金丸友, 出野慶子(2008). 子育て支援センターを利用した幼児をもつ母親の健康・生活習慣への関心を高める看護活動. 第55回日本小児保健学会, 札幌, 9月.

成育看護学(母性看護学)

[論文]

Sawai, S., Takai, Y., Saegusa, K., Yoshioka, T., & Fukunaga, T. (2008). Levels of muscular activity in different parts of the body during basic nursing action. *International Journal of Sport and Health Science*, 6, 1-14.

精神看護学

[論文]

Yamashita, M., & Amagai, M. (2008). Family caregiving in dementia in Japan. *Applied Nursing Research*.21 (4), 227-231.

山口朝子, 天谷真奈美, 関根正 (2008). 精神疾患患者が認識するよい看護に関する研究. 第 39 回日本看護学会論文集(精神看護), 24-26.

[著書]

天谷真奈美(2008). 医療保険制度の仕組み. 訪問看護. 在宅サービス. 野中猛監修, 植田敏幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド. 26-27, 56-57, 78-79, 中山書店, 東京.

阿部由香(2008). 診療報酬の体系. 診療報酬の決まり方. 診療報酬制度. 支払い方式. 野中猛監修, 植田敏幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド. 28-35, 中山書店, 東京.

田中留伊(2008). 初診料. 再診料. 調剤料. 紹介状. 入院基本料. 特定入院料. リハビリテーション料. 野中猛監修, 植田敏幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド. 36-47, 中山書店, 東京.

田中留伊(2008). 行動制限. 川野雅資編著, 精神科看護ケア関連図. 208-215, 中央法規出版, 東京.

[研究助成および研究成果報告書]

天谷真奈美, 鈴木麻揚(2008). 精神障害者の社会参加効力感尺度簡易版の開発と日米間比較. 平成 20 年度科学研究費補助金事業.

天谷真奈美(2008). 精神障害者社会参加効力感尺度の標準化(分担研究). 精神障害者社会参加効力感尺度の関連因子の検討(主任研究者:鈴木麻揚). 平成 20 年度木村看護教育振興財団看護研究助成.

田中留伊(2008). 規制薬物を乱用する生徒への対応における学校と警察の連携(分担研究). 薬物需要削減対策における関係機関の連携(班長:富永格, 統括責任者:平井慎二). 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業).

[講演・学会発表]

Amagai, M., Suzuki, M., Shibata, F., Abe, Y., Kobayashi, N., Sekine, T., Campbell, K., & Kayaba, K. (2008). *Standardization of the self-efficacy for social participation for people with psychiatric disabilities (SESP-27)*. The 10th International Congress of Behavioral Medicine, Tokyo, Japan, August.

Suzuki, M., Amagai, M., Shibata, F., Abe, Y., Kobayashi, N., Sekine, T., Campbell, K., & Kayaba, K. (2008). *Comparison of self-efficacy for social participation between competitively and non-competitively employed consumers with psychiatric disabilities*. The 10th International Congress of Behavioral Medicine, Tokyo, Japan, August.

山口朝子, 天谷真奈美, 関根正 (2008). 精神疾患患者が認識するよい看護に関する研究. 第 39 回日本看護学会(精神看護), 神戸, 8 月.

阿部由香(2008). 精神障害者通所授産施設利用者の日常生活における困難さに関する認識. 第 16 回精神科リハビリテーション学会学術学会, 東京, 11 月.

阿部由香(2009). 文献にみる医療における多職種連携に関する現状と動向. 第 19 回日本医学看護学教育学会学術学会, 和歌山, 3 月.

田中留伊, 森千鶴(2008). 覚せい剤精神病患者に対する断薬への援助—6 ステップメソッドを応用して. 日本看護研究学会誌, 31(3), 250.

須藤淳, 石崎有希, 山田洋, 藤森里美, 田中留伊, 森千鶴(2008). 医療観察法における看護師による疾患教育導入プログラムの効果. 日本看護研究学会誌, 31(3), 250.

田中留伊, 瀧口宗宏(2008). 高等学校における規制薬物を乱用する生徒への対応の現状. 日本アディクション看護学会第 7 回学術大会, 東京, 12 月.

緒方正通, 田中留伊, 板山稔(2008). 精神看護学実習の満足感とその影響因子に関する研究—アンケートによる成人看護学実習との比較. 第 6 回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12 月.

佐藤靖子, 田中留伊, 板山稔(2008). 児童精神科病棟の看護師が子どもとの関わりで抱く感情と関連要因. 第6回国立病院看護研究会学術集会, 仙台, 12月.

田中留伊, 瀧口宗宏(2009). 首都圏の高校における規制薬物を乱用する生徒に対する学校の対応についての調査結果. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業) 規制薬物を乱用する生徒への対応についての研究会, 東京, 1月.

瀧口宗宏, 田中留伊(2009). 規制薬物を乱用する生徒への対応における学校と警察の連携(分担研究). 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)薬物需要削減対策における関係機関の連携公開検討会, 東京, 3月.

老年・在宅看護学(老年看護学)

[論文]

斉藤真由美, 三笠里香, 佐藤鈴子(2009). 退院予定患者を訪問看護ステーションへ紹介する時期が在宅療養への移行に及ぼす影響. 国立病院看護研究会誌, 5(1), 20-29.

[研究助成および研究成果報告書]

山内豊明, 三笠里香(2008). シミュレータを用いたフィジカルアセスメントに関する継続教育プログラム効果の検討. 厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「看護実践能力育成につながる看護技術教育の方法の開発と評価標準の作成」平成19～20年度総合研究報告書, 75-87.

三笠里香(2008). 臨床実践家における教育プログラムの開発とその有効性及び実効性についての検証(分担研究). プロフェッショナルキャリア形成を導くフィジカルアセスメント教育モデルの構築と評価(主任研究者: 山内豊明). 平成20年度科学研究費補助金.

[講演・学会発表]

斉藤真由美, 三笠里香, 佐藤鈴子(2008). 退院予定患者を訪問看護ステーションへ紹介する時期が在宅療養への移行に及ぼす影響—訪問看護師の視点より. 第6回国立病院看護研究会学術集会, 仙台, 12月.

国際看護学

[論文]

Higuchi, M. (2008). Integration complementary medicine into community health system. *Proceeding of Qualitative Health Research, 1*, 37.

[著書]

樋口まち子(2008). 災害看護と異文化理解. NPO 災害人道医療支援会(HuMA)災害看護研修委員会編, グローバル災害看護マニュアル改訂版. 真興交易医書出版部, 102-114, 東京.

樋口まち子(2009). 新体系看護学全書 39 看護の統合と実践③ 国際看護学. 田村やよひ編, メヂカルフレンド社, 11-52, 93-99, 107-125, 143-171, 204-209, 東京.

[誌上発表]

Shimizu, M. (2008). Preliminary Findings: Problems and further improvement of maternal care in Senegal. *Japan Medical Association Journal, 51*(2), 128-130.

清水真由美(2008). 海外での土地柄に適した保健活動—セネガル保健人材開発促進プロジェクト—. 保健の科学, 50(8), 553-556.

[研究助成および研究成果報告書]

樋口まち子(2008). 高齢化に応じた地域医療システムにおける代替医療プログラム開発. 平成17～19年度科学研究費補助金(萌芽研究)研究成果報告書.

樋口まち子(2008). 開発分野におけるケースメソッドの展開—ニーズに基づく国際連携を目指して(分担研究)(主任研究者: 山口しのぶ). 科学研究費補助金基盤研究(平成18～20年度).

樋口まち子(2008). 発展途上国の看護職等人材養成及び看護サービスの実態調査(分担研究). 平成20年度厚生労働省国際医療協力研究委託事業.

[講演・学会発表]

Higuchi, M. (2008). *The case of low birth rate in Japan*. The 17th International Council on Women's Health Issues, Botswana, July.

Higuchi, M. (2008). *Integration of complementary medicine into community health system*. The 14th Qualitative Health Research Conference, Alberta, October.

Higuchi, M. (2009). *Procedure of Qualitative Research*. JICA MP-reproductive health care Project, India, Bophal, March.

- 樋口まち子(2008). シンポジスト, 看護実践能力の向上をめざした看護教育: 国際看護. 平成 20 年国立病院機構付属看護助産学校副学校長・教育主事・教員夏期研修会プログラム, 東京, 8 月.
- 樋口まち子(2008). 国際協力と異文化理解. 国際災害看護研修, 東京, 11 月.
- 樋口まち子(2008). 国際看護教育の目的と意義について. 国際看護交流協会国際看護教育コース, 東京, 11 月.
- 樋口まち子(2008). 国際看護活動と異文化理解. 国際看護交流協会国際看護教育コース, 東京, 11 月.
- Higuchi, M. (2008). *Primary health care through nursing perspectives*. Joint Conference of the 49th Annual meeting of Japanese society of tropical medicine and the 23rd Annual meeting of Japanese association for international health, Tokyo, October.
- 樋口まち子(2009). 国際看護. 国立病院機構名古屋医療センター付属名古屋看護助産学校, 名古屋, 2 月.
- 清水真由美(2008). 技術協力プロジェクトの評価—評価される立場から. 日本国際保健医療学会, 東京, 10 月.

国立看護大学校研究課程部看護学研究科修士学位論文一覧

国際看護・看護教育学

- ・在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究 杉本千春

看護情報・管理学

- ・看護職員の情緒的組織コミットメントに関連する因子の研究
—臨床経験年数別の分析— 能見清子

成人看護学

- ・拡張型心筋症を基礎疾患にもつ慢性心不全患者の実施している療養行動の実態に関する研究 野崎悦代
- ・S-1による術後補助化学療法を受けるⅡ・Ⅲ期胃癌患者の困難と対処 岡本隆行
- ・ペグインターフェロンとリバビリン併用療法を受けるC型慢性肝炎患者の治療開始・継続プロセス
—インターフェロン初回治療を3ヶ月間継続している患者に焦点を当てて— 不破理映

精神看護学

- ・統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子 権藤真由美

成育看護学

- ・子どもがいる続発性不妊症女性の治療過程における体験 酒井未央

以上の論文は、本学研究課程部の論文審査、および独立行政法人大学評価・学位授与機構の審査(2009年)に合格した。

国立看護大学校研究紀要 投稿規定および執筆要領

投稿規定

【名 称】

本誌は国立看護大学校研究紀要（以下、紀要と称す）とする。

【目 的】

紀要は本学における研究の推進と研究成果の発表の場の提供を目的とする。

【発 行】

原則として年1回刊行する。

【掲載論文】

掲載論文は、未発表のものに限る。ただし、学会発表など、学術論文ではない形で公表した研究については、その旨（学術集会名、発表日など）を明記すれば掲載可能とする。

原稿の種類は、原著、総説、その他であり、それぞれの内容は以下のとおりである。

- 1) 原 著……独自のデータに基づき、独創性が高く新しい知見が論理的に示されている学術論文
- 2) 総 説……特定のテーマについて、文献のレビューなどを通して知見を多面的に概観し総合的に概説した学術論文
- 3) その他……1) 2) に該当しないが、記載に値すると学術研究委員会（以下、委員会と称す）が判断したもの
※学術論文とは、論文の構成に、緒言・目的、研究方法、結果、考察を含むものとする。

【投稿資格】

- 1) 本学教職員（学外者との共同研究も可）
- 2) 本学非常勤講師（学外者との共同研究も可）
- 3) 在職中の研究を発表する本学元教職員
- 4) その他委員会が適当と認めたもの

【原稿の受付および採否】

- 1) 受付日は、紀要の提出要件を満たしている原稿の委員会への到着日とする。
- 2) 投稿原稿の採否、原稿の種類、採用決定日、掲載順は査読を経て委員会において決定する。

【倫理的配慮】

人が対象である研究は、倫理的に配慮され、倫理審査委員会等の承認を得たことが明記されていること。

【原稿の提出】

- 1) 原稿は正本1部と副本（著者名や連絡先のメールアドレスなど、著者を特定できる情報を削除したもの）3部を提出する。さらに採用決定後、求めに応じて原稿の電子（Microsoft Word）ファイルを提出する。
- 2) 原稿の作成方法などの詳細は、委員会が定める執筆要領による。
- 3) 原稿は郵送・メール・直接持参のいずれかの方法で提出する。郵送する場合は、封筒に「投稿原稿在中」と朱書きし、書留郵便とする。メールの場合は、原稿を添付し、kiyo@ncn.ac.jp宛て送付する。委員会がメールを

受信後3日以内に、投稿メール送信元に確認のメールを送信する。確認メールが届かない場合は、問い合わせ先まで連絡すること。

4) 原稿の提出先および問い合わせ先

〒204-8575 東京都清瀬市梅園1-2-1 国立看護大学校 学術研究委員会
電話：042-495-2211

【著者校正】

著者校正は印刷上の誤り程度にとどめ、内容の大幅な変更や加筆は認めない。

【インターネットでの公開】

掲載された投稿論文は、インターネット上での公開を前提とする。

【著作権】

投稿された論文が本誌に掲載された場合、印刷版面を利用して複写・複製・送信し(データベース化などの変形使用も含む)頒布すること、翻訳・翻案・ダイジェストなどにより二次的著作物として頒布すること、および第三者に対して転載を許諾する権利は国立看護大学校に帰属する。なお、これは、著作者自身のこれらの権利を制限するものではない。

執筆要領

【和文原稿の執筆要領】

和文原稿の執筆要領は以下のとおりとする。なお、英文原稿の執筆要領については、英文用投稿規定 (Information for Authors) の執筆要領 (Manuscript Preparations) の項に従うこと。

- 1) 原稿は MS Word を用いて作成する。
- 2) 原稿は A 4 判用紙を用い、余白を十分にとり 1 枚あたり 25 字×32 行 (800 字) 横書きとする。原稿の総ページ数は 800 字×20 枚以内とする。この場合、図表は 1 点につき 0.5 枚として計算する。
- 3) 原稿は A 4 判用紙の片面のみに印刷し、表紙から本文、文献までページ番号を余白下中央に記す。図表にはページ番号をつけない。
- 4) 数字・欧文は半角を使用する。
- 5) 原稿の構成は、表紙、要旨、キーワード、本文、文献、表、図の順とする。本文の章立、項目番号は I. → 1. → 1) → (1) とする。
- 6) 正本原稿の表紙には、上半分に表題、著者名、所属機関名、5 語以内のキーワードを記載し、それぞれに英文を付記する。下半分には希望する原稿の種類 (「原著」「総説」「その他」)、原稿・図・表の枚数、連絡責任者の氏名・住所・電話番号・FAX・e-mail アドレスを明記する。副本 3 部の表紙については、著者を特定できる情報をすべて削除すること。
- 7) 要旨は、和文要旨 (400 字程度) および英文要旨 (250 語程度) を記載し、それぞれ日本語のキーワード (5 語以内) および英語のキーワード (5 語以内) を付記する。ただし、希望する原稿の種類が「その他」の場合は、英文要旨および英語のキーワードを省略することができる。
- 8) 本文中の文献の記載方法、および文献リストの記載様式は下記に別途定める。
- 9) 図表は、図 1、表 1 など通し番号をつけ、本文とは別に 1 表 1 図ごとに A 4 判用紙を用いて作成し、原図は、そのまま製版が可能なものとする。本文欄外に挿入希望位置を朱書きすること。
- 10) 図表および統計数値の記載は原則として APA (アメリカ心理学会) 論文作成マニュアル (原書第 5 版) に従うこと。

【文献の引用および記載様式】

文献の引用は、公表された著作物からのものに限定し、その出典を明記し、引用する必要性と照らして必要最小限の引用に留めること。

1) 本文中の文献の記載方法

- (1) 文献の本文中の引用は、著者の姓、発行年を括弧表示する(佐々木, 2001)。部分的に引用する場合には、著者名、発行年と併せてページ数を明示する(駒松, 1995, p.155)。
- (2) 2名以上の著者の共著の場合は、筆頭著者の姓だけを引用して「ら」または“et al.”をつける(竹田ら, 2002) (Woods et al., 2001)。
- (3) 同じ著者の複数の文献を同一箇所引用したり、異なる著者による複数の著作を同一箇所引用したりする場合には、同じ括弧の中に筆頭著者の姓のアルファベット順で文献を並べ、セミコロンで文献を区切る。
例) (安藤, 1991, 1993; 野村ら, 2000a, 2000b; Woods et al., 2001; 米田ら, 2005)

2) 文献リストの記載様式

文献リストは、本文末尾に「文献」として、和文、英文を分けずにすべて筆頭著者の姓のアルファベット順に並べる。共著者は6名まで表記し、7番目以降の著者は「他」として表記する。

記載方法は下記の例示に従う。なお、英文の記載様式については、英文用執筆要領を参考にすること。

(1) 雑誌掲載論文の場合

著者名(発行年). 論文の表題. 掲載雑誌名, 巻(号), 最初のページ数 - 最後のページ数.

例) 國島広之, 平真理子, 野津田志保, 金澤悦子, 佐藤カク子, 八田益充他(2005). 感染対策地域ネットワークに関するアンケート調査. 環境感染, 20(2), 119-123.

Matsumoto, A., Kanda, K., & Shigematsu, H. (2002). Development and implementation of a critical pathway for abdominal aortic aneurysms in Japan. *Journal of Vascular Nursing*, 20, 14-21.

(2) 単行本の場合

著者名(発行年). 書名(版数). 出版社名, 発行地.

例) 松井和子(1996). 頸髄損傷—自立を支えるケア・システム. 医学書院, 東京.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

著者名(発行年). 論文の表題. 編者名, 書名(版数). ページ数, 出版社名, 発行地.

例) 駒松仁子(1995). 臨床看護の視座—《ふれる》ことをめぐって. 山岸健編, 家族／看護／医の社会学. p.155, サンワコーポレーション, 東京.

(3) 翻訳書の場合

原著者名(原書の発行年)／訳者名(翻訳書の発行年). 翻訳書の書名(版数). 出版社名, 発行地.

例) Smith, P.(1992)／武井麻子, 前田泰樹監訳(2000). 感情労働としての看護. ゆみる出版, 東京.

(4) インターネット上の資料の場合

著者(可能であれば), 文書タイトル, 日付(出版または更新もしくは検索の日付), アドレス(URL)

【図表などの他誌(書)からの転載・改変】

図表などの他誌(書)からの転載・改変などに関する責任は、すべて著者が負うものとし、下記の事項を守ること。

- 1) 転載・改変の際は、原著者ならびに出版社に書面許諾をとり、許諾書を委員会に提出すること。
- 2) 転載・改変は、必要性、必然性があり、かつその目的と照らして必要最小限であること。
- 3) 出典および許諾を得た旨を図表などの脚注に明記すること。

(2009年12月10日改訂)

The Journal of Nursing Studies : National College of Nursing, Japan Information for Authors

Title: The Journal of Nursing Studies National College of Nursing, Japan (henceforth referred to as The Journal).

Aim: To encourage and support scholarly works and provide opportunities to report the research of all professionals related to the National College of Nursing, Japan (NCNJ).

Published: Once a year.

Type of contributions (manuscripts): Manuscripts should not currently be under review or about to be published elsewhere before appearing in The Journal. Manuscripts deriving from oral presentations at conferences or those which have previously appeared in conference proceedings are eligible if basic details with respect to the presentation, such as the name of the conference and the date of presentation, are noted.

Data-based, theory-based, and review articles are welcomed and The Journal Committee (henceforth The Committee) will accept them for publication after a double-blind peer review. Type of contributions (manuscripts) include scientific research papers (original articles or review articles) or other articles as follows:

- 1) **Original article:** provides new knowledge and perspectives that are presented in a logical manner based upon originally collected data.
- 2) **Review article:** integrates and synthesizes research findings in a specific area of study through a literature review.
- 3) **Others:** other manuscripts which do not fulfill the above criteria but are thought to merit publication in The Journal by The Committee.

The research paper should include introduction, methods, results, and discussion.

Authorship qualification

- 1) Faculty and staff of the NCNJ (includes joint research with other institutions).
- 2) Part time faculty of the NCNJ (includes joint research with other institutions).
- 3) Former faculty and staff of the NCNJ whose investigation/s was/were conducted while working at the NCNJ.
- 4) The Committee may solicit contributions from other institutions.

Reception and acceptance/rejection

- 1) The received date is the arrival date of manuscript to The Committee; the manuscript must comply with the requirements of manuscript preparation and submission.
- 2) Submissions will be peer-reviewed by The Committee. The Committee will make a final decision regarding acceptance or rejection for the submission, and the type, the accepted date, and the order of articles in The Journal.

Ethical considerations

Authors must state that research has been undertaken with proper ethical consideration, or approved by a suitable research ethics committee.

Manuscripts submission process

- 1) The original and three copies of each manuscript should be submitted. Three copies are needed for the review process, and therefore, information regarding the authors, such as names, affiliations, or addresses should be deleted from the title page.

Once a manuscript is accepted, the manuscript should be submitted in Microsoft Word file.

- 2) The author must submit the paper in the style prescribed in "manuscript preparation."
- 3) Manuscripts can be delivered by hand, mailed to the below address, or e-mailed with Microsoft Word file attachment to kiyo@ncn.ac.jp. In the case of mailing, send via registered mail and write "contribution manuscript" in red on the envelope. In the case of e-mail, contact us if the confirmation message has not been sent in three days.

- 4) Contact and mailing address:

The Journal Committee National College of Nursing, Japan
1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 204-8575, Japan Tel: +81-42-495-2211

Proofreading: Corrections should be restricted to typesetting errors; any other amendments will not be accepted.

Public presentation on the internet: Manuscripts accepted for publication will be posted on the internet on the homepage of NCNJ.

Copyright: Once a manuscript is accepted for publication, all rights are reserved to the NCNJ.

Manuscript Preparations -----

Format and style of manuscripts should basically be according to the Publication Manual of the American Psychological Association (APA), 5th Edition, 2001. The following guidelines of the journal represent the elements of APA editorial style that should be followed, in addition to some exceptions from the APA guidelines.

Standard manuscripts form: Manuscripts should be typewritten on one side of white A4 size paper. Manuscripts should be double-spaced and be unjustified. The preferred typeface is Times Roman or Courier and the size of the type should be 12 point. Each page should have at least a one-inch margin (recommended 1.25 inches) at the top, bottom, right, and left of the page, with no more than 27 lines on a page. Pages should be numbered consecutively with the first two or three words from the title in the upper right-hand corner, beginning from title page, excluding table(s) and figure(s). The content of a typical manuscript should include a title page, abstract, text, tables and figures.

Paper length: Papers must not exceed 20 pages, including a title page, abstract, text, tables, and figures. Each table and figure will be counted as a half-page.

Title page: This is page 1 and should contain the following:

On upper half of the page:

- Title
- Full name(s) and affiliation(s) of the author(s)
- Keywords

* For English manuscripts, it is necessary to attach the above information in Japanese.

On lower half of the page:

- Type of manuscript
- Paper length, total number of tables and figures
- Contact details of the corresponding author, including the name, address, phone number, fax number, and e-mail address.

Abstract: Should be approximately 250 words. A Japanese-written abstract of approximately 400 characters should be also submitted, if it is an original or review article.

Keywords: Up to five keywords should be listed at the end of abstract.

References:

Reference citations must be made from published materials. The usage of reference citations should be necessary and indispensable to the text. All publications cited in text must be presented in the reference list that should be styled according to the guidelines of APA format (APA, pp. 239-281).

The reference list should be on a separate page, and should be in an alphabetical order. References should have a heading indent. Examples of the most common styles are as follows.

Journal article:

Matsumoto, A., Kanda, K., & Shigematsu, H. (2002). Development and implementation of a critical pathway for abdominal aortic aneurysms in Japan. *Journal of Vascular Nursing*, 20, 14-21.

Journal article in a journal paginated by issue:

Stillman, F. A. (1995). Smoking cessation for the hospitalized cardiac patients: Rationale for and report of a model program. *Journal of Cardiac Nursing*, 9(2), 25-36.

Book:

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Chapter of book:

Newton, K. M., & Froelicher, E. S. (2000). *Coronary heart disease risk factors*. In S. L. Woods, E. S. Froelicher, & S. U. Motzer (Eds.), *Cardiac nursing* (4th ed., pp. 739-756). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Internet source:

At a minimum, a reference of an internet source should provide:

author(s) (if possible), document title or description, date (either the date of publication or update or the date of retrieval), address (a uniform resource locator, or URL)

Whenever possible, identify the author of document (APA, p. 269). For each example of various types of documents please refer to APA book (APA, pp. 271-281).

For more detailed information, refer to the APA book.

Tables and figures: These should be presented on a separate page following the references. Each table and figure should be numbered and placement of each should be noted in the text.

Copyright Permission:

The author is responsible for securing written permission from the copyright holder for the reproduction or adaptation of any copyrighted materials such as tables or figures. This written permission should be obtained and submitted to The Committee. The reference and a notice of permission should be written in a footnote of tables or figures.

(revised December 10, 2009)

編集後記

多くの方のご協力を得て、国立看護大学校研究紀要第9巻第1号を発行することができました。第9巻第1号には、幅広い分野での研究や看護・教育の実践に関わる論文や活動報告などが掲載されています。このような運びとなりましたことを、学術研究委員会一同、嬉しく思っております。研究成果をまとめて論文を投稿していただいた方々、査読を担当していただいた方々、お力添え下さったすべての皆様に心よりお礼を申し上げます。

来年は紀要発刊10年目となります。今後も紀要を学内の研究活動に関する情報を共有する場として、また情報発信の場としてより充実したものとするため、皆様からのご投稿を心よりお待ちしております。

学術研究委員 竹村 玲子

学術研究委員会

委員長	小澤 三枝子	副委員長	松岡 里枝子		
委員	伊藤 龍子	竹村 玲子	森山 幹夫	綿貫 成明	
	阿部 由香	David Evans	遠藤 晶子	遠藤 数江	
	田中 留伊	中田 かおり	三笥 里香	宮本 美佐	
事務局	古閑 洋佐	谷本 和則	伊藤 健一		

国立看護大学校研究紀要 第9巻 第1号

2010年3月25日

編集 国立看護大学校学術研究委員会

発行 国立看護大学校

東京都清瀬市梅園1丁目2番地1号

電話 042-495-2211(代) FAX 042-495-2758

印刷 株式会社コームラ

The Journal of Nursing Studies

National College of Nursing, Japan

Vol. 9 No. 1 2010

Articles

- Life style of childhood cancer survivors and factors related to heel bone mass
..... Kazue Endo, Junko Ogawa, Nobue Nakamura, Tomoko Omata, Naho Sato 1
- The use of politeness strategies in Japanese healthcare settings: Analysis of manga discourse between healthcare providers and a "difficult" patient
..... Rieko Matsuoka, Gregory Poole 9
- Nursing for intention declaration of the early adolescent patient who undergoes operation and examination
..... Yukari Matsushita, Maiko Ibi, Ryuko Ito 18
- Peer and self evaluation in spoken English: The views of first and second years in a nursing college
..... David Evans 28
- Changes of nursing students' images of the elderly after gerontological nursing practicum
..... Toyomi Ito, Chieko Sumigaki, Tomomi Goto, Takako Iwasaki, Chikako Hayashi 37

Research Activities

- Faculty development 45
- Faculties research reports 47
- Masters thesis titles 55