

国立看護大学校 研究紀要

第13巻 第1号 2014年

原 著

「継続的自己評価を導入した看護実践の質向上プログラム」の開発

----- 亀岡智美, 岩橋まり子, 藤野みつ子, 渡邊信子,
西村路子, 玉住君江 1

女子大学生の運動セルフエフィカシーと運動変容ステージおよび
健康リスクに対する認知的評価の関連について

----- 藤澤雄太, 満石寿, 前場康介, 飯尾美沙 10

禁煙に対して前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子

----- 新田真由美, 天谷真奈美 17

総 説

わが国における高齢者のセルフエスティームに関する文献検討

----- 永田文字, 水野正之, 平山祐子, 川西千恵美 26

その他

緩和ケア実習を行なった看護学生の“緩和ケア”に対する捉え方の変化

----- 山手美和 37

緩和ケア実習における看護学生の学び—死生観の変化と患者との関係性構築—

----- 山手美和 45

看護学実習におけるがん患者とのコミュニケーションの体験

----- 飯野京子, 小山友里江, 長岡波子, 河原林弘恵,
岩爪美穂, 成田綾子 55

2012年度 活動報告

国立看護大学校FD活動報告 ----- 65

教員の研究活動 ----- 67

研究課程部看護学研究科修士学位論文一覧 ----- 75

国立看護大学校研究紀要 投稿規定および執筆要領 ----- 76



The Journal of Nursing Studies

National College of Nursing, Japan

Vol.13 No.1 2014

Articles

- Development the Quality Nursing Improvement Program for Nurses with Continuous Self-Evaluation
----- Tomomi Kameoka, Mariko Iwahashi, Mitsuko Fujino, Nobuko Watanabe,
Michiko Nishimura, Kimie Tamazumi 1
- Relationships between Exercise Self-Efficacy and Stages of Change for Exercise and Self-Efficacy
and Cognitive Appraisal for Health Risk in Japanese Female Undergraduate Students
----- Yuta Fujisawa, Hisashi Mitsuishi, Kosuke Maeba, Misa Iio 10
- Awareness of Smoking Cessation and Smoking Cessation Inhibitory Factors
in Schizophrenia Patients within the Precontemplation Stage to Quit Smoking
----- Mayumi Nitta, Manami Amagai 17
- Review of Self-Esteem for Elderly People in Japan
----- Ayako Nagata, Masayuki Mizuno, Yuko Hirayama, Chiemi Kawanishi 26
- Changes of the Views on "Palliative Care" of the Nursing Students through Actual Cancer Patient Nursing Practice
----- Miwa Yamate 37
- Nursing Student's Studies in the Palliative Care Nursing Practice :
Change of Attitudes Toward Life and Death and Forming Relationship with Patients
----- Miwa Yamate 45
- Experience of Communication with Cancer Patients in Basic Nursing Education
----- Keiko Iino, Yurie Koyama, Namiko Nagaoka, Hiroe Kawarabayashi,
Miho Iwatsume, Ayako Narita 55

Research Activities

- Faculty Development ----- 65
- Faculties Research Reports----- 67
- Masters Thesis Titles----- 75
- The Journal of Nursing Studies : National College of Nursing, Japan — Information for Authors ----- 76

「継続的自己評価を導入した看護実践の質向上プログラム」の開発

亀岡智美¹ 岩橋まり子² 藤野みつ子³ 渡邊信子⁴
西村路子³ 玉住君江⁴

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園1-2-1 2 南和会千鳥ヶ丘病院
3 滋賀医科大学医学部附属病院 4 国立病院機構柳井医療センター
kameokat@adm.ncn.ac.jp

Development the Quality Nursing Improvement Program for Nurses with Continuous Self-Evaluation

Tomomi Kameoka¹ Mariko Iwahashi² Mitsuko Fujino³ Nobuko Watanabe⁴ Michiko Nishimura³ Kimie Tamazumi⁴

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

3 Shiga University of Medical Science Hospital 4 NHO Yanai Medical Center

[Abstract] The purpose of this study was to validate the availability of the Quality Nursing Improvement Program for Nurses with Continuous Self-Evaluation (QNIP). QNIP was a 7 months' program and its objectives were to help nurses to improve their quality of nursing through continuous self-evaluation, and to understand the importance and the way of the continuous self-evaluation based on their experience in the QNIP. Forty-three nurses in two hospitals participated the QNIP voluntarily. They self-evaluated their quality of nursing by using the Nursing Excellence Scale in Clinical Practice (NES) four times through the QNIP and the scores were analyzed in this study. When the QNIP finished, the participants were asked to answer a questionnaire to examine their perception of the QNIP. Thirty nurses provided the data, and they were analyzed. The results showed that the scores of NES increased gradually, and there were significant differences in the scores. The results suggested that QNIP was available for nurses to improve their quality of nursing, and to understand the importance and the way of self-evaluation.

[Keywords] 継続的自己評価 continuous self-evaluation, 看護実践の質向上 quality nursing improvement, 看護実践の卓越性自己評価尺度 Nursing Excellence Scale in Clinical Practice

I. 緒 言

看護師は、質の高い看護を実践し人々の健康や幸福に貢献することを第一義的な責務とする（日本看護協会，2003）。また、この責務の遂行に向けて、自己の看護実践の質向上に努める必要がある。しかし、先行研究は、看護師の多くが、看護実践の質向上に必要な知識・技術・能力の不足、その獲得や向上の困難さを感じていることを示す（亀岡，2008）。これは、看護師が直面しているこのような問題の打開につながる効果的なプログラムの提供が、看護継続教育の重要な課題であることを表す。

このような状況を背景とし、本研究においては、病院に就業する看護師を対象とし、「継続的自己評価を導入した看護実践の質向上プログラム」（以下、QNI プログラム）を実施し、その有用性の検討を試みる。QNI プログラムは、病院に就業する看護師が、看護実践の質を構成概念とする信頼性・妥当性を備えた測定用具を用い、自らの看護実践の質に対する継続的な自己評価を行うことを通し、その向上をめざす教育プログラムである。

自己評価とは、「自分で自分の学業、行動、性格、態度などを査定し、それによって得た知見によって自分を確認し、自分の今後の学習や行動を改善、調整するという一連の過程」（舟島，2013）である。これは、看護師が、日々展開している看護実践の質について自ら査定し、その結果を通して自らの現状を確認し、行動を改善していくという自己評価を行うならば、それが、より質の高い看護実践につながることを表す。また、自己評価が職業活動の改善につながるためには、信頼性と妥当性を備えた測定用具を活用することが有用である（舟島，2009）。しかし、文献検討を行なった結果、本研究と同様に、看護師個々による看護実践の質向上を目的とし、信頼性・妥当性を備えた測定用具を用いた継続的自己評価を導入した教育プログラムを実施し、その有用性を探究した先行研究を見出すことはできなかった。

以上は、QNI プログラムが、看護師個々の看護実践の質向上への支援に有用である可能性が高いこと、その解明が上述した看護継続教育の課題の克服につながることを示唆する。そこで、次項に示す研究目的の達成に向け、本研

究を行なった。

II. 研究目的

病院に就業する看護師を対象に QNI プログラムを展開し、その有用性を検討するとともに、より効果的な展開に向けての示唆を得る。

III. 研究方法

1. QNI プログラムの概要

1) QNI プログラムの目的

QNI プログラムの目的は、看護師が、継続的自己評価を通してその看護実践の質向上を図るとともに、それを通して、看護実践の質を継続的に自己評価する意義と方法に対する理解を深めることである。

2) プログラム実施施設と参加者

便宜的に抽出し、看護管理責任者が研究協力に同意した 2 施設において QNI プログラムを実施した。2 施設とは、約 600 床の特定機能病院である X 病院、約 300 床の地域中核病院である Y 病院であった。2011 年 6 月、両施設看護師に看護部を通して研究の一環として実施する QNI プログラムの参加者募集案内を配付した。看護師には、QNI プログラムへの参加を希望する場合、看護部に連絡するように伝えた。

3) QNI プログラムの展開方法

QNI プログラムは、第 1 回研修会、その後の参加者各自の活動、および、第 2 回研修会から構成され、実施期間は、2011 年 7 月下旬から 2012 年 2 月までであった。

2011 年 7 月、参加者に対し、QNI プログラム開講案内と 2 種類の冊子（記録 A、記録 B）を配付した。記録 A は、参加者が、プログラム実施期間中 4 回にわたり、「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」（以下、NES）（亀岡、2009）を用い、自己の看護実践の質を測定し、記録していくための様式である。NES は、看護実践の質を構成概念とする測定用具であり、信頼性と妥当性を確保している。7 下位尺度 35 項目からなり、得点が高いほどその看護師の看護実践の質が高いことを表す。7 下位尺度とは、【I. 連続的・効率的な情報の収集と活用】、【II. 臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用】、【III. 患者・家族との関係の維持・発展につながるコミュニケーション】、【IV. 職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服】、【V. 現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮】、【VI. 患者の人格尊重と尊厳の遵守】、【VII. 医療チームの一員としての複数役割発見と同時進行】である。看護師個々は、7 下位尺度の得点から自己の看護実践の質の優れている側面や課題のある側面を査定できる。参加者に

は、QNI プログラム開講案内を通し、記録 A の NES を用いて自己の看護実践の質を測定し、第 1 回研修会に臨むように伝えた。記録 B は、参加者が、記録 A を用いた看護実践の質の測定結果に基づき、自己の現状や課題、課題が生じている背景、課題を克服し看護実践の質向上を図るための具体策、プログラムを通じた具体策の実施状況や成果、具体策の修正方法等を記録していくための様式である。

第 1 回研修会は、2011 年 7 月下旬から 8 月上旬、X 病院と Y 病院各々において開催した。全 3 部から構成された。第 1 部はオリエンテーションであり、QNI プログラムの概要、その評価を目的とする研究の概要を説明した。第 2 部は講義であり、看護師の専門性と看護実践の質向上に対する責務、看護実践の質向上のための自己評価の意義と方法の理解を目的に実施した。第 3 部はグループワークであり、参加者は、NES を用いた各自の看護実践の質の測定結果、および、講義内容に基づき、自己の看護実践の質向上に向けた課題と具体策を検討するとともに、それについて他のグループメンバーとの意見交換を行なった。また、翌年 2 月に開催する第 2 回研修会までに、各自が次の 3 種類の活動を実施することを確認した。それは、① 看護実践の質向上をめざして計画した具体策の実施、② 記録 A を用いた NES による看護実践の質の測定の実施（10 月、12 月、第 2 回研修会直前の全 3 回）、③ ②の測定結果に基づく自己の看護実践の質の改善状況の分析と改善に向けての具体策や実施状況の査定である。

①、②、③の活動は、参加者個々に任せる一方、必要があれば、所属施設の看護部の担当者（副看護部長、看護師長等）が相談に応じ、支援することとした。また、10 月と 12 月、第 2 回研修会直前には、参加者に対し、②、③の実施を行う時期であることを知らせる文書を配布した。

第 2 回研修会は、2012 年 2 月、X 病院と Y 病院各々において開催した。全 3 部から構成された。第 1 部はグループワークであり、参加者は、各自の活動の実際と成果、看護実践の質改善に向けての今後の抱負について、グループメンバーに報告するとともに、相互の意見交換を行なった。第 2 部は全体発表と討議であり、グループごとに討議概要を発表した後、参加者全員による意見交換を行なった。第 3 部は講師と看護部長からのフィードバックであり、講師と看護部長は、プログラム実施期間を通じた参加者の活動、グループワークや全体発表を通して示された成果や意見に対し、今後の看護実践の質向上への活動に対する期待を含めて講評し、第 2 回研修会を終了した。

2. データ収集方法

第 2 回研修会の終了直後、参加者に対し、研究協力依頼状、返信用封筒とともに終了時調査票を配付し、無記名に

よる回答, および, 回答後の調査票を記録 A とともに返信用封筒に入れて投函するように依頼した。終了時調査票は, 参加者の年齢, 臨床経験年数, 参加者が看護実践の質向上をめざして取り組んだ課題, 活動の実際, QNI プログラム参加中に直面した困難と対処, QNI プログラムへの参加とその成果に対する参加者の知覚を把握するための全 13 項目 (選択回答式質問もしくは自由回答式質問) からなり, 共同研究者間の検討を通し完成した。なお, 参加者には, 記録 A の配布時に, 記載したものを最終的に研究データとして提供してほしいこと, そのためにプログラム実施期間中もこれを無記名にて使用してほしいことを伝えていた。

なお, 1, 2 に述べた QNI プログラムの概要, および, 研究参加者の募集から参加者によるデータ提供までの過程を図 1 に示した。

3. データ分析方法

終了時調査票の項目のうち選択回答式質問への回答, および, 記録 A に記載された NES への回答は, IBM SPSS Statistics19 を用いて統計学的に分析した。全 4 回の NES 総得点, 各下位尺度得点の差は, Friedman 検定を用いて分析した。その結果, 有意差があった場合は, Wilcoxon の符号付き順位検定を用い, Bonferroni の修正による多重比較を行なった。有意水準 $\alpha = 0.05$ とした。終了時調査票の項目のうち自由回答式質問への回答は, 内容を精読し, 意味内容の類似性に基づき分類した。

4. 倫理的配慮

本研究は, 国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。具体的には, 日本看護教育学会研究倫理指針 (日本看護教育学会, 2013) に基づき, 研究参加者への倫理的配慮を次のように行なった。すなわち, 看護管理者が研究協力に同意した 2 施設において QNI プログラムを実施した。看護師個々のプログラムへの参加は任意とし, 研究の一環として実施する QNI プログラムの参加者募集案内を配付し, 主体的な参加希望を募った。参加者募集案内には, 研究の目的, 意義, 方法, 研究参加方法, プライバシーの保護, 研究参加による利益と不利益, 研究参加を途中で辞退できることやそれに伴う不利益がないことを明記した。同様の内容は, 第 1 回研修会においても書面とスライドを用いて説明した。また, 最終的なデータ提供は, 調査票と記録 A の返信用封筒を用いた無記名個別投函とした。

IV. 結果

QNI プログラムへの参加を希望した看護師は, 総数 43 名 (X 病院 15 名, Y 病院 28 名) であった。このうち 8 名が, 第 1 回研修会から第 2 回研修会までの期間に参加を中止し, 最終的に 36 名が全プログラムを完了した。また, 36 名中 30 名から終了時調査票と記録 A のデータ提供があった。そこで, この 30 名分のデータを分析した。

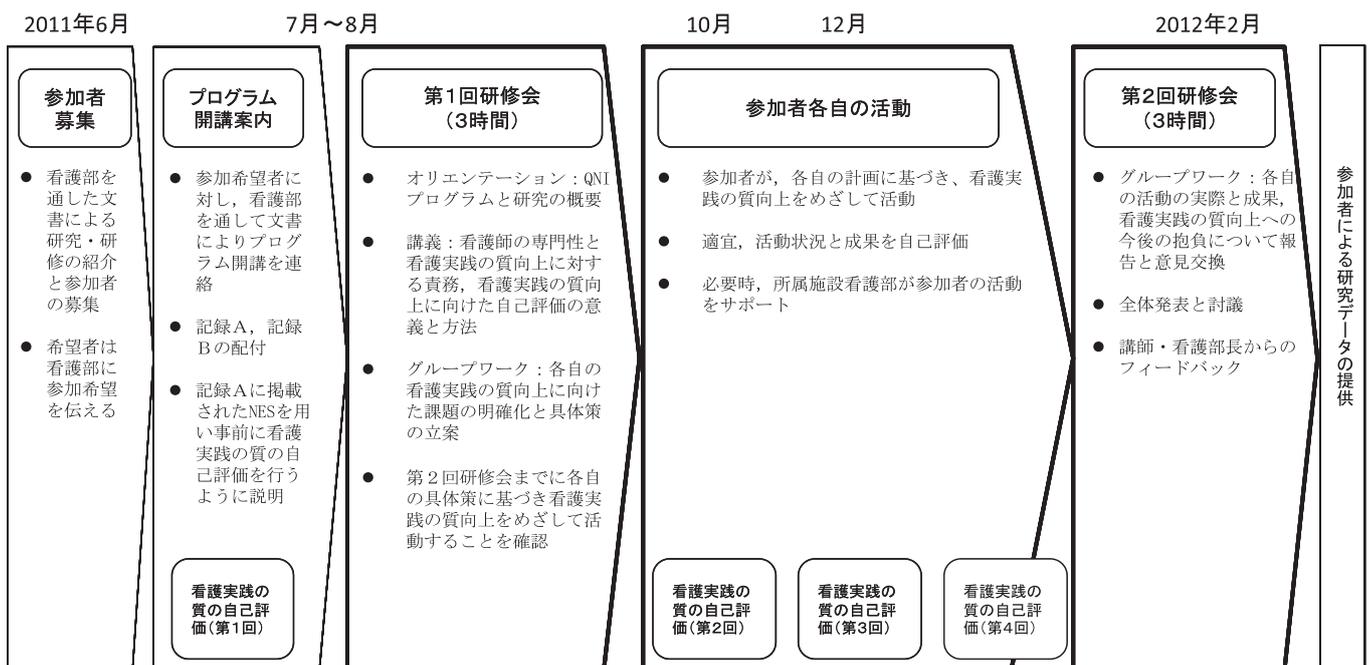


図 1. QNI プログラムの概要, および, 研究参加者の募集から参加者によるデータ提供までの過程

1. 参加者の背景

参加者の年齢は、20歳代が7名(23.3%)、30歳代が8名(26.7%)、40歳代が9名(30.0%)、50歳代が6名(20.0%)であった。臨床経験年数は、5年未満が2名(6.7%)、5年以上10年未満が11名(36.7%)、10年以上20年未満が7名(23.3%)、20年以上30年未満が6名(20.0%)、30年以上が4名(13.3%)であった。

2. 参加者が看護実践の質の改善に向けて取り組んだ課題

参加者は、第1回研修会の前に実施したNESへの回答とその結果を査定し、特に、下位尺度得点に着目し、自己の看護実践の質改善に向けての課題を決定した。終了時調査票への回答は、下位尺度【V. 現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮】の質に関わる課題に取り組

んだ者が最も多く13名(43.3%)であり、次が、【II. 臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用】(9名, 30.0%)、以下、【VII. 医療チームの一員としての複数役割発見と同時進行】が5名(16.7%)、【III. 患者・家族との関係の維持・発展につながるコミュニケーション】と【VI. 患者の人格尊重と尊厳の遵守】が4名(13.3%)、【I. 連続的・効率的な情報の収集と活用】と【IV. 職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服】が3名(10.0%)と続いたことを示した(表1)。複数の課題に取り組んだ者も存在した。また、参加者が、看護実践の質向上をめざして取り組んだ活動は、所属病棟における事故防止に向けた取り組み、日常的に行なっている援助の査定と改善、研修会への参加や文献を用いた自己学習等、多様であった(表2)。

表1 参加者が看護実践の質の改善に向けて取り組んだ課題 (n = 30, 複数回答)

課題	人数 (%)
【I. 連続的・効率的な情報の収集と活用】の質に関わる課題	3名(10.0%)
【II. 臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用】の質に関わる課題	9名(30.0%)
【III. 患者・家族との関係の維持・発展につながるコミュニケーション】の質に関わる課題	4名(13.3%)
【IV. 職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服】の質に関わる課題	3名(10.0%)
【V. 現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮】の質に関わる課題	13名(43.3%)
【VI. 患者の人格尊重と尊厳の遵守】の質に関わる課題	4名(13.3%)
【VII. 医療チームの一員としての複数役割発見と同時進行】の質に関わる課題	5名(16.7%)

注) I から VII は、「看護実践の卓越性自己評価尺度-病棟看護師用-」(亀岡, 2009)の下位尺度に該当する。

表2 自己の看護実践の質向上をめざした参加者による活動の例

参加者	活動
A	所属病棟においてインシデントの分析に取り組むとともに、インシデント防止策を実践できるように定期的にカンファレンスを開催した。
B	ルーティンで行なってきた援助について、患者のADLや病状に最適かどうかを査定するとともに、その結果に基づく改善策を実施した。
C	研修会に参加し所属病棟の専門性に関わる知識の向上に努めるとともに、不定期ではあったが時間を設けて文献による自己学習を行なった。また、病棟の係を引き受け、その活動を自己の専門的知識向上の機会として活用した。
D	日頃から苦手意識のあった看護技術を積極的に実施した。その際、自分の苦手な看護技術を同じチームの看護師に伝え、その看護技術を適切に実施できるように支援を要請した。
E	骨髄穿刺や腹水穿刺などの処置中の患者が緊張を緩和できるように患者の好きな音楽をかけることを試みた。また、医師による処置の実施に支障がないように配慮しながら、患者に積極的に言葉をかけた。さらに、このような方法が患者に好評であったため、カンファレンスで他の看護師に伝え、病棟全体で取り組めるようにした。
F	すべての看護師が一貫した方法で患者への援助を行えるように看護記録や掲示板、カレンダー等を活用し、情報共有を図った。
G	所属病棟において、安全安楽な食事援助の方法についてビデオを使った学習会を開催した。その際、できるだけ多くの看護師が出席できるように日程を調整したり、複数回開催したりした。
H	看護チームの一員として、「周囲の意見に耳を傾ける」、「自分の意見を伝える前に相手や周囲の意見を聞いてみる」、「周囲の動きに目を向ける」、「周囲に配慮する」などを意識的に行なった。
I	1ヵ月に1冊、専門誌や専門書を読んだ。また、可能な限り研修会に参加するとともに、学んだ内容を他のスタッフに伝えるようにした。実習する学生にも積極的に関わり、学生の意見をよく聞きながら実習指導を行なった。
J	エンゼルメイクについての院内研修を企画、実施した。また、参加していない看護師が学習できるようにエンゼルメイクの手技を収録したDVDの作成と各病棟への配付を行なった。メイクボックスの準備についても検討した。

3. 参加者のQNIプログラム参加中に直面した困難と対処

「途中でプログラムへの参加をやめようと思ったり、迷ったりしたことがありますか」という質問に対し、17名(56.7%)が「あった」、12名(40.0%)が「なかった」と回答した。「あった」と回答した者には、自由回答式質問を用い、途中でプログラムへの参加をやめようと思ったり迷ったりした理由を問うた。その結果、12名から回答があり、対象者が、「一人で行なっていたため、途中で評価したり改善策を考えたりすることが面倒になった」(3名)、「プログラムの理解が十分でなかった」(2名)、「時間に余裕がなかった」(2名)、「途中でうまくいかなくなったときに自分で活動を調整できるか不安だった」(2名)、「看護実践の質改善をめざすことがプレッシャーや負担になった」(2名)といった理由により、QNIプログラムの参加をやめようと思ったり、迷ったりしたことが明らかになった(表3)。

「プログラムへの参加中、課題への取り組みが思うように進まないことがありましたか」という質問に対し、19名(63.3%)が「あった」、10名(33.3%)が「なかった」と回答した。「あった」と回答した19名のうち、他者に相談した者は11名(57.9%)、相談しなかった者は8名(42.1%)であり、他者に相談した者11名の相談相手は10名(90.9%)が職場内の上司や同僚、1名(9.1%)が職場外の友人であった。

4. QNIプログラム参加を通じた参加者の看護実践の質の変化

QNIプログラム参加を通じた参加者の看護実践の質の変化解明に向け、NES総得点と各下位尺度得点の全4回の測定結果を比較した。研究方法に述べたとおり、測定時期は、第1回がプログラム開始時である2011年7月から8月、第2回が2011年10月、第3回が2011年12月、第4回がプログラム終了時の2012年2月であった。

1) QNIプログラム参加を通じた参加者のNES総得点の変化

参加者のNES総得点の中央値は、第1回が108.0、第2回が112.5、第3回が120.5、第4回が125.5であり、回を重ねるごとに上昇した。また、全4回のNES総得点には有意差があり($p<.001$)、多重比較の結果は、第1回と第2回($p<.01$)、第3回($p<.001$)、第4回($p<.001$)、第2回と第3回($p<.001$)、第4回($p<.001$)、第3回と第4回($p<.001$)の間に有意差があることを示した(図2)。

2) QNIプログラム参加を通じた参加者のNES7下位尺度得点の変化

参加者の下位尺度I得点の中央値は、第1回が15.0、第2回が15.0、第3回が16.0、第4回が18.0であり、第1回と第2回の間に変化は見られなかったものの、第3回は上昇し、第4回はさらに上昇した。また、回を重ねるとともに得点が増える傾向は、下位尺度IIからVIIのすべてに共通して認められた。さらに、このような下位尺度IからVIIの全4回の得点には、いずれも有意差があり($p<.001$)、多重比較の結果は、すべての下位尺度について、第1回と第4回($p<.01$)の間に有意差があることを示した(図3)。

5. QNIプログラムへの参加とその成果に対する参加者の知覚

「看護実践の質がプログラム参加前に比べて改善したと実感しますか」という質問への回答は、「かなり改善した」が1名(3.3%)、「わりに改善した」が14名(46.7%)、「少し改善した」が14名(46.7%)、「変わらなかった」が1名(3.3%)であった。また、「プログラムに参加してよかったと実感しますか」という質問への回答は、「思う」が24名(80.0%)、「どちらともいえない」が6名(20.0%)であった。さらに、「プログラムへの参加を通して、ご自身の看護実践の質を定期的・継続的に自己評価することの重要性を理解できましたか」という質問への回答は、「理解できた」が25名(83.3%)、「どちらともいえない」が4

表3. 参加者がQNIプログラム参加をやめようと思ったり迷ったりした理由 (n=12)

理由	人数
1. 一人で行なっていたため、途中で評価したり改善策を考えたりすることが面倒になった。	3名
2. プログラムの理解が十分でなかった	2名
3. 時間に余裕がなかった。	2名
4. 途中でうまくいかなくなったときに自分で活動を調整できるか不安だった。	2名
5. 看護実践の質改善をめざすことがプレッシャーや負担になった。	2名
6. 計画をうまく立てられなかった。	1名
7. 計画が思うように進まない。	1名
8. 1回目よりも2回目の評価が低下した。	1名
9. 自分が取り組んでいる活動以外にもっと良い方法があるのではないかと考えた。	1名

*参加者1名の記述に複数の理由が書かれていた場合は2項目に分類し集計した。

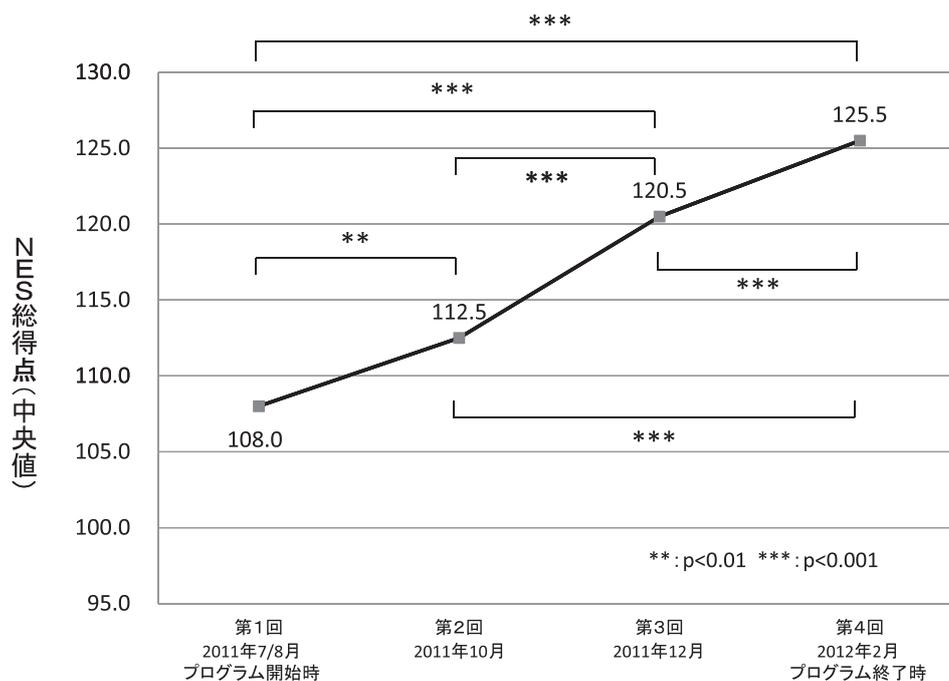
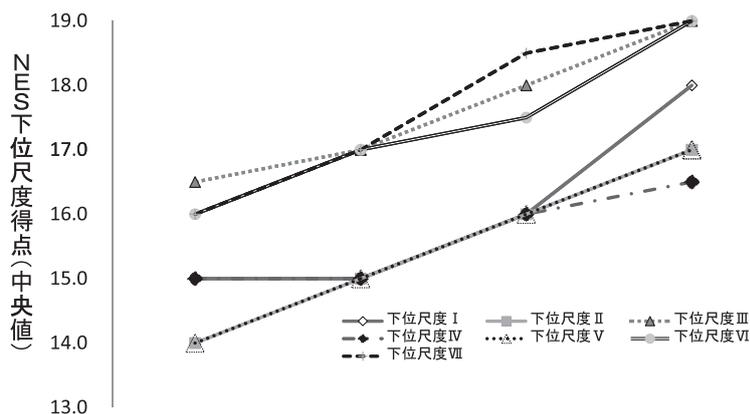


図2 QNIプログラム参加を通じた参加者のNES総得点(中央値)の変化(n=30)



	第1回 2011年7/8月 プログラム開始時	第2回 2011年10月	第3回 2011年12月	第4回 2012年2月 プログラム終了時
下位尺度 I	15.0	15.0	16.0	18.0
下位尺度 II	14.0	15.0	16.0	17.0
下位尺度 III	16.5	17.0	18.0	19.0
下位尺度 IV	15.0	15.0	16.0	16.5
下位尺度 V	14.0	15.0	16.0	17.0
下位尺度 VI	16.0	17.0	17.5	19.0
下位尺度 VII	16.0	17.0	18.5	19.0

注)**: p<0.01 ***: p<0.001

図3 QNIプログラム参加を通じた参加者のNES下位尺度得点(中央値)の変化(n=30)

名 (13.3%)、無回答が1名 (3.3%) であった。加えて、QNI プログラムへの意見、感想を求めた結果、18名から回答を得た。その内容には、「自分の看護実践について振り返り向上に取り組む貴重な機会であった」(7名)、「自己の意欲の向上につながった」(3名)、「自己評価の重要性を再確認できた」(2名)、「学んだことを他の看護師に伝えて共有していきたい」(1名)等、QNI プログラムに対する肯定的な評価を示す回答が多く存在した。一方、「プログラム参加に伴う活動により身体的・精神的負担が増えた」(2名)、「病棟所属ではなかったため、NESに回答しにくい項目があった」(1名)というQNIプログラムの課題につながる回答も存在した(表4)。

V. 考 察

研究目的に基づき、第1に、QNIプログラムの有用性、第2に、QNIプログラムの効果的な展開に向けての課題を検討した。

1. QNIプログラムの有用性

QNIプログラムの目的は、看護師が、継続的自己評価を通してその看護実践の質向上を図るとともに、それを通して、看護実践の質を継続的に自己評価する意義と方法に対する理解を深めることであった。

そこで、まず、看護師による看護実践の質向上にとってのQNIプログラムの有用性検討に向け、全4回の測定を通じた参加者のNES総得点、および、7下位尺度得点の変化に着目した。参加者30名のデータを分析した結果は、NES総得点、および、下位尺度I、II、V、VI、VII得点が、第1回から第4回へと着実に上昇し、これら4回の測定結果の間に有意差があることを明らかにした。また、すべての下位尺度について、第1回と第4回の得点には有意

差があった。これらは、QNIプログラムへの参加を通し、看護師の看護実践の質が向上しており、看護師による看護実践の質向上にとって、QNIプログラムが有用であったことを示す。

全4回の測定を通し、参加者のNES総得点、7下位尺度得点が増えた背景には、QNIプログラムを通し、個人が、NESによる測定を通じた自己の看護実践の質の査定と現状把握、看護実践の質向上に向けての課題の明確化と具体策の立案、立案した具体策の実施とその成果の確認を繰り返したことがあげられる。自己評価とは、「自分で自分の学業、行動、性格、態度などを査定し、それによって得た知見によって自分を確認し、自分の今後の学習や行動を改善、調整するという一連の過程」(舟島, 2013)であり、QNIプログラムへの参加者は、正に、この自己評価の過程を継続した。また、自己評価が個人の状態の改善に効果的に結びつくためには、次の3要件を満たす必要があるとされる(梶田, 1995)。第1は、自分なりの目標や評価基準に照らした自己評価であること、第2は、客観的な評価に基づく自己評価であること、第3は、形成的な自己評価であることである。QNIプログラムを通じた参加者の活動をこの3要件に照らすと、NESによる測定を通じ自己の看護実践の質の査定と現状把握、それに基づく看護実践の質向上に向けての課題の明確化は、第1の要件に合致する。信頼性・妥当性を備えたNESを自己評価のための測定用具として用いたことは、第2の要件に合致する。看護実践の質向上に向けて自らが立案した具体策の実施状況と成果を10月、12月に各自が評価したことは、第3の要件に合致する。これらは、QNIプログラムが、看護師が着実に看護実践の質向上を図っていくための機能を備えており、それが、上述した成果につながったことを示唆する。

次に、看護師の看護実践の質を継続的に自己評価する意

表4. QNIプログラム終了時の参加者の意見・感想 (n = 18)

意見・感想	人数
1. 自分の看護実践について振り返り向上に取り組む貴重な機会であった。	7名
2. 自己の意欲の向上につながった。	3名
3. 自己評価の重要性を再確認できた。	2名
4. プログラム参加に伴う活動により身体的・精神的負担が増えた。	2名
5. 学んだことを他の看護師に伝えて共有していきたい。	1名
6. 2, 3ヵ月ごとに看護実践の質を自己評価できたことが良かった。	1名
7. 自己評価の継続やそれに基づく看護実践の質向上への活動は一人では難しかったが、研修であったから続けられた。	1名
8. 看護師の自律性向上に効果的な良いプログラムだと思った。	1名
9. このプログラムは中堅以上の看護師の研修として有効だと思った。	1名
10. 病棟所属ではなかったため、NESに回答しにくい項目があった。	1名

*参加者1名の記述に複数の内容が書かれていた場合は2項目に分類し集計した。

義と方法に対する理解深化にのってのQNIプログラムの有用性検討に向け、終了時の調査結果に着目した。QNIプログラム終了時の調査結果は、参加者30名のうち96.7%が、QNIプログラムへの参加を通じた自己の看護実践の質向上を知覚していたことを明らかにした。また、83.3%が、QNIプログラムへの参加を通して、看護実践の質を定期的・継続的に自己評価することの重要性を理解できたと評価していることを明らかにした。さらに、意見、感想の自由記載を求めた結果、多くの看護師が、「自分の看護実践について振り返り向上に取り組む貴重な機会であった」、「自己の意欲の向上につながった」、「自己評価の重要性を再確認できた」、「学んだことを他の看護師に伝えて共有していきたい」等、QNIプログラムを通し、看護実践の質を定期的・継続的に自己評価することの意義や方法への理解が深まったことを支持する内容を記載した。

これらは、QNIプログラムを通し、参加した看護師自身が自己の看護実践の質向上を知覚しており、それをもたらした看護実践の質の定期的・継続的な自己評価を価値づけていることを表す。また、QNIプログラムが、看護師による看護実践の質向上に加え、看護実践の質を継続的に自己評価する意義と方法に対する理解深化にも有用であったことを示唆する。

教育評価の理論は、良い評価の獲得が個々人の意欲やモチベーション、情緒的安定やより高い水準の目標設定に好影響を及ぼすことを示す(東洋ら, 1996)。これは、参加者にとって、QNIプログラムを通じた「自己の看護実践の質向上」という良い成果の獲得の知覚が、それをもたらした継続的自己評価の意義と方法に対する理解を深め、価値づけることにつながったことを示唆する。

以上は、QNIプログラムが、看護師による継続的自己評価を通じた看護実践の質向上、それを通じた看護実践の質を継続的に自己評価する意義と方法に対する理解深化を可能にするという点から有用であることを表す。

2. QNIプログラムの効果的な展開に向けての課題

本研究の結果は、QNIプログラム実施期間を通じたNES総得点と7下位尺度得点について、時間の経過とともにすべてが直線的に上昇するわけではなく、下位尺度ⅢとⅣについては、その平均が第1回よりも第2回に低下したことを明らかにした。この原因の特定は難しいものの、これは、看護実践の質を単に自己査定するのみではその向上が難しく、短期間の変化に一喜一憂することなく、自ら課題を見出し、一定期間にわたり課題達成に向けた活動を継続することの重要性を示唆する。しかし、教育評価の理論は、負の評価が、望ましい方向への意欲喚起につながる可能性をもつ一方、自信の低下や目標水準を下げようとする意識、情緒的不安定性や不安の増大につながる可能性

を指摘する(東洋ら, 1996)。これは、プログラム開始まもなくのNES総得点や下位尺度得点の低下を経験した場合、それが、看護師の意欲低下や不安の増大につながる場合があることを示唆する。実際、本研究の参加者の中にも、「1回目よりも2回目の評価が低下した」ことを理由に、QNIプログラムの参加をやめようと思ったり迷ったりした者が存在した。これは、今後のQNIプログラムの実施に際し、看護師が、NES得点の一時的な低下に落胆することなく、低下した理由を分析的に検討し、最終的な目的を達成できるための支援を提供する必要があることを示唆する。

また、本研究の結果は、研究に参加した30名のうち56.7%が「途中でプログラムへの参加をやめようと思ったり、迷ったりしたことがある」と回答したことを示した。その理由は、「一人で行なっていたため、途中で評価したり改善策を考えたりすることが面倒になった」、「時間に余裕がなかった」、「計画をうまく立てられなかった」、「看護実践の質改善をめざすことがプレッシャーや負担になった」等、さまざまであった。このように回答した者は、実際には最後までプログラムを完了しているものの、プログラムの完遂には高い自律性が必要であったことが推察される。終了時の意見・感想として、「自己評価の継続やそれに基づく看護実践の質向上への活動は一人では難しかったが、研修であったから続けられた」という意見もこれを支持する。「Ⅲ. 結果」に述べたとおり、第1回研修会に参加した43名のうち8名が第2回研修会までの個々に活動を実施している期間に参加を中止した。この中には、産休に入るといった事情の者も存在したものの、上述したような理由により参加継続を断念した者も存在する可能性がある。本研究においては、X病院とY病院の看護部に協力を得、副看護部長や看護師長が、第1回研修会から第2回研修会までの参加者の活動を支援する役割を担った。しかし、参加者が、副看護部長や看護師長という看護管理者による支援を必要とする場合が存在する一方、「問題に直面しているものの看護管理者では相談しにくい」という場合も存在する可能性がある。今後のQNIプログラム実施に向けては、第1回研修会から第2回研修会までの期間、参加する看護師にとって、有用かつ活用しやすい支援体制を整える必要がある。

VI. 結論

1. QNIプログラムは、看護師による継続的自己評価を通じた看護実践の質向上、それを通じた看護実践の質を継続的に自己評価する意義と方法に対する理解深化を可能にするという点から有用である。

2. QNIプログラムの実施に際しては、看護師が、NES

得点の一時的な低下に落胆することなく、低下した理由を分析的に検討し、最終的な目的を達成できるための支援を提供する必要がある。また、第1回研修会から第2回研修会までの期間、参加する看護師にとって、有用かつ活用しやすい支援体制を整える必要がある。

本研究は、自らの看護実践の質向上に高い関心を寄せる看護師の皆様の参加なくして実現しなかった。本研究にご協力下さったX病院、Y病院の看護師の皆様に深謝する。

本研究は、国際医療研究開発費（21指130）による研究成果である。

■文献

- 舟島なをみ監修（2009）. 看護実践・教育のための測定用具ファイル－開発過程から活用の実際まで. 1-2, 医学書院, 東京.
- 舟島なをみ監修（2013）. 看護学教育における授業展開

－質の高い講義・演習・実習の実現に向けて. 40, 医学書院, 東京.

亀岡智美（2008）. 病院に就業する看護職者が職業上直面する問題とその特徴. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 18-25.

亀岡智美（2009）. 看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－. 舟島なをみ監修, 看護実践・教育のための測定用具ファイル－開発過程から活用の実際まで. 63-73, 医学書院, 東京.

梶田叡一（1995）. 教育における評価の理論I－学力観・評価観の転換. 217-238, 金子書房, 東京.

日本看護教育学学会（2013）. 日本看護教育学学会研究倫理指針. 看護教育学研究, 22(1), 80-81.

日本看護協会（2003）. 看護者の倫理綱領.

東洋・梅本堯夫・芝祐順・梶田叡一（1996）. 現代教育評価事典, 「評価の心理的機能」の項. 519-520, 金子書房, 東京.

【要旨】 研究目的は、病院に就業する看護師を対象に「継続的自己評価を導入した看護実践の質向上プログラム」（以下、QNIプログラム）を実施し、その有用性を検討することである。QNIプログラム実施期間は約7ヵ月であり、看護師が、継続的自己評価を通して看護実践の質向上を図るとともに、看護実践の質を継続的に自己評価する意義と方法に対する理解を深めることを目的とした。2病院において任意に参加を希望した看護師43名を対象にQNIプログラムを実施した。参加に伴う看護師の看護実践の質の変化を「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－（NES）」を用いた4回の測定により、参加者によるQNIプログラムへの反応を終了時調査票を用いて把握した。研究協力を得た看護師30名分のデータを分析し、「NES総得点、下位尺度得点は全4回の測定を通して上昇し、4回の得点間には有意差がある（ $p<.01$ ）」等の結果を得た。これらは、QNIプログラムが看護師の看護実践の質向上、および、継続的自己評価の意義と方法への理解深化に有用であったことを示した。

受付日 2013年8月24日 採用決定日 2013年10月28日

女子大学生の運動セルフエフィカシーと運動変容ステージおよび健康リスクに対する認知的評価の関連について

藤澤雄太¹ 満石寿² 前場康介³ 飯尾美沙⁴

1 国立看護大学校 2 福岡大学 スポーツ科学部

3 医療法人社団 ころとからだの元氣プラザ 産業保健部 4 関東学院大学 看護学部
fujisaway@adm.ncn.ac.jp

Relationships between Exercise Self-Efficacy and Stages of Change for Exercise and Self-Efficacy and Cognitive Appraisal for Health Risk in Japanese Female Undergraduate Students

Yuta Fujisawa¹ Hisashi Mitsui² Kosuke Maeba³ Misa Iio⁴

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

2 Fukuoka University Faculty of Sports and Health Science

3 Department of Occupational Health, Kokorotokaradano Genkiplaza Foundation

4 Kanto Gakuin University, College of Nursing, Department of Nursing

[Abstract] The purpose of this study is to examine the associations between the stages of change for exercise behavior and exercise self-efficacy as well as those between exercise self-efficacy and cognitive appraisal for health risk in Japanese female undergraduate students.

Questionnaires were given to 300 female undergraduate students to conduct cross-sectional research. Items in the questionnaires included the stages of change for exercise behavior, exercise self-efficacy, and cognitive appraisal. Analysis of variance (ANOVA) was conducted with the stages of change for exercise behavior as an independent variable and exercise self-efficacy as a dependent variable. The cognitive appraisal score was converted into a standard score, and a cluster analysis was conducted using K-means method. ANOVA was conducted with extracted clusters as an independent variable and exercise self-efficacy as a dependent variable.

As a result of ANOVA, there were significant differences in the students' exercise self-efficacy among all the stages of change for exercise behavior. As a result of cluster analysis, three types of clusters were extracted: 1) "Interest in lifestyle change" is neither high nor low in recognition and willingness toward improvement about the health risk, 2) "The status quo" is both low in recognition of health risk and in willingness to take actions, 3) "High motivation for lifestyle change" consists of willingness toward improvement of behavior as a result of recognizing their health risk. Also, exercise self-efficacy was significantly higher in the type of high motivation for lifestyle change than in that of the type of status quo.

Future studies should consider the association exercise self-efficacy and subscales of cognitive appraisal for health risk.

[Keywords] 運動セルフエフィカシー exercise self-efficacy, 運動変容ステージ stages of change for exercise, 認知的評価 cognitive appraisal, 女子大学生 female university student

I. はじめに

近年、定期的な運動が運動実施者の心身両面に対して肯定的な効果を示すことが複数の研究により明らかにされている (Arakawa, 1999; Conn, 2010)。しかしながら、とりわけ若年者にとって不活動による健康リスクの増加は早急に解決すべき問題とは認識されないため、彼らに疾病予防を目的とした運動を実践させることは容易なことではない。最近の厚生労働省の調査によれば、20代女性において運動習慣保持者がきわめて少ないことが報告されている (厚生労働省, 2012)。また、20歳代の運動を行っていない女性が運動を始めない理由として「面倒」、「時間に余裕がない」ことを挙げており (厚生労働省, 2002)、このよう

な運動開始の阻害要因を複数有する若年女性の中から健康を意識した定期的な運動実施者を増やすことは重要な課題である。特に女子大学生を対象とした研究からは、たとえ普通体重であっても、不活動な生活習慣が循環器疾患のリスクを高めることがわかっており (古川ら, 2009)、若年者の運動行動を促進するためのアプローチが望まれている。

健康行動の改善を目的とした従来の研究成果からは、一般的な知識提供型の健康教育では対象者の長期的な行動変容を導くことができないことが実証されている。その一方で、健康行動の媒介要因である Self-Efficacy (以下, SE) (Bandura, 1977) を操作することによって行動変容を導く方略が効果を示している。SEは、実行しようとする行動

をどの程度うまくできるかに関する個人の確信であり、SEを向上させることによって、人を望ましい方向へ行動変容させることが可能である。SEは行動ごとに特異的なSEがあるが、運動・身体活動においては、運動実施時の阻害要因に直面しても運動することができる自信を示す運動セルフエフィカシー（以下、運動SE）がよく用いられており、運動する個人の変容ステージ（Prochaska, 1983）が上がるにつれて運動SEが高く評価されることがわかっている（岡, 2003）。変容ステージとは、過去および現在における実際の行動と行動に対する準備性をもとに分類される段階（ステージ）である。変容ステージは5つから構成され、1) 行動変容の意図がない“前熟考ステージ”から順に、2) 将来行動変容の意図はあるが実際には行動変容していない“熟考ステージ”、3) 今すぐ行動変容する意図がある、もしくは不規則の行動変容を行なっている“準備ステージ”、4) 定期的な行動変容を行なっているが開始して間もない“実行ステージ”、5) 定期的な行動変容を長期にわたって行なっている“維持ステージ”に分類される。

運動に関しては、運動行動の変容ステージの概念が用いられ、ステージが高くなるほど、運動実施の心の準備ができ、実際に運動していることを示す。運動SEは運動行動を規定する要因であるとともに、運動実施により向上する性質も有しているが（McAuley & Blissmer, 2000）、運動を習慣化、すなわち運動ステージを高める過程においては、運動SEを高める働きかけが重要である（Wakui et al., 2002; 松本ら, 2007）。

しかしながら、健康リスクの認識が乏しい若年者の運動SEを高めることには困難が伴う。それは不活動による健康障害が短期的に顕在化せず、自らの健康リスクを低く見積もることや、運動機会を喪失することで運動による成功体験を獲得できないことが影響することが推測できる。したがって、彼らには不活動による健康リスクを教えることに加え、不活動状況の改善に向けた意欲を高め、リスクへの対処法を提案するという知識と態度の両面に働きかける必要がある。このような働きかけにより、健康リスクを自分自身の問題であると理解させ、改善することができるという自信を高めることができるのではないかと考える。

そこで本研究では、まず複数の大学から募集した女子大学生の運動行動の変容ステージと運動SEの関連性に関する基礎資料を収集する。さらに、不活動による将来の健康リスクの捉え方（認知的評価）を把握し、その認知的評価のパターンと運動SEの関連性を検討することが目的である。本研究の結果は、女子大学生の運動実施を導く健康教育の参考となるだろう。

Ⅱ. 方法

1. 調査対象者および倫理的配慮

A大学（文系・理系学部を有する女子大学）、B大学（文系・スポーツ系学部を有する女子大学）、C大学（文系・理系学部を有する共学大学）の3大学において、健康心理学に関連する授業内の授業内容終了後の時間を利用して任意の参加による質問紙調査を実施した。

対象者には、研究目的、測定内容、データの取扱い、研究参加・不参加による利益・不利益、ならびに個人情報保護について事前に説明を行なった。また、研究参加の有無に関わらず、調査翌週には研究で使用した尺度に関する説明を行うことを伝え実施した。なお本研究は、早稲田大学における「人を対象とする研究に関する倫理委員会」の承認を得て実施した。対象者への質問紙配布数は413部（A大学155、B大学78、C大学180）で314部（A大学82、B大学78、C大学154）を回収した（回収率76%）。そのうち記入ミス、および記入漏れのある回答を削除し、最終的に300名を分析の対象とした（有効回答率：72.6%）。

2. 調査時期

2010年6月

3. 調査項目

1) 属性

年齢、学年をたずねた。

2) 運動行動の変容ステージ

Oka et al. (2000) による運動行動変容ステージ尺度を用いた。この尺度は、変容ステージの概念を運動行動に適用したものであり、過去および現在の運動行動と、その運動行動に対する準備性（readiness）の状態を測定する項目により構成されている。まず、定期的な運動の定義を次のように示した。「体力の向上を目的とし、計画的に行われる身体活動（たとえば、速歩き、ジョギング、サイクリング、水泳、テニスなど）を息が上がり、汗をかくレベルで1回20分以上、週3回以上行うこと」。教示文に続き、現在の対象者の考えや行動に当てはまる変容ステージの選択を求めた。各項目の内容は、「私は現在運動をしていない。また、これから先もするつもりはない（前熟考ステージ）」、「私は現在運動をしていない。しかし、近い将来（6ヵ月以内）に始めようとは思っている（熟考ステージ）」、「私は現在運動をしている。しかし、定期的ではない（準備ステージ）」、「私は現在運動をしている。しかし、始めてから6ヵ月以内である（実行ステージ）」、「私は現在運動をしている。また、6ヵ月以上継続している（維持ステージ）」である。

3) 運動 SE

岡 (2003) が作成した運動 SE 尺度を用いた。運動 SE 尺度は 5 つの質問項目から構成され、疲労、気分がのらない、忙しさ、休暇中、天候不良といった各状況における運動実施の自信を問うものである(「休暇中」は無関係項目)。それぞれの状況における運動実施の自信が「まったくそう思わない (1 点)」から「かなりそう思う (5 点)」の 5 件法で回答を求めた。得点範囲は 4-20 点である。

4) 健康リスクに対する認知的評価

鈴木ら (1998) が作成した認知的評価尺度 (Cognitive Appraisal Rating Scale: 以下, CARS) を用いた。認知的評価尺度は 4 因子 8 項目から構成され、ストレスをどのように捉えるかという個人の認知的な過程 (認知的評価) を定量的に測定するものである。回答者には、「現在、定期的な運動習慣がないことによって、肥満により体型が変化したり、あるいは、体力が低下するだけではなく、将来の動脈硬化といった循環器疾患のリスクを高めることにつながる」という状況 (ストレス) を提示し、ストレスに対する認知をたずねている。

認知的評価の項目と評定は、「コミットメント (2 項目) 【この状況をなんとか改善したいと思う】、【この状況を改善するために一生懸命努力しようと思う】、【影響性の評価 (2 項目) 【この状況は私自身に影響を与えるものだと思う】、【この状況は私にとって重要なことだと思う】、【脅威性の評価 (2 項目) 【この状況は私を危機に陥れることだと思う】、【この状況は私自身の生活を脅かすものだと思う】、【コントロール可能性 (2 項目) 【この状況に対して、どのように対処したらよいかわかっている】、【平静な気持ちをすぐに取り戻すことができると思う】】に関して「まったく違う (0 点)」から「そのとおりだ (3 点)」の 4 件法で求めた (I は質問内容を示す)。各因子の得点範囲は 0-6 点である。

4. 分析方法

運動行動の変容ステージを独立変数、運動 SE 得点を従属変数とした 1 要因の分散分析を行い、主効果が認められた場合には、Tukey の HSD の方法により多重比較を行なった。認知的評価パターンの検討には、K-means 法によるクラスター分析を行い、得られた認知的評価パターンを独立変数、運動 SE を従属変数とした 1 要因の分散分析を行なった。主効果が認められた場合には多重比較を行なった。なお、統計学的有意水準は 5% に設定し、アプリケーションソフト IBM SPSS Statistics 19 を用いて分析を行なった。

Ⅲ. 結果

1. 人口統計学的データ

分析対象者は 300 名 (19.8 ± 1.5 歳) となった。運動行動の各変容ステージの所属者数は、前熟考ステージ者は 48 名、熟考ステージ者は 49 名、準備ステージ者は 83 名、実行ステージ者は 9 名、維持ステージ者は 111 名であった (表 1)。分析にあたり、分析対象者のバランスを調整するために、習慣的な運動実施者である実行ステージ者と維持ステージ者を統一し、「実行・維持ステージ」として 4 つの変容ステージを構成した。

2. 運動行動の変容ステージごとの運動 SE

運動行動の変容ステージごとの運動 SE 得点 (標準偏差) は、前熟考ステージは 8.35 (3.6)、熟考ステージは 10.18 (3.2)、準備ステージは 12.3 (3.4)、ならびに実行・維持ステージは 15.8 (3.1) となった。運動行動の変容ステージを独立変数、運動 SE 得点を従属変数とした分散分析の結果、主効果が認められ ($F_{(3, 296)} = 58.7, p < .001$)、多重比較により、すべての変容ステージ間に運動 SE 得点における有意な差が認められた (図 1)。

表 1 大学別対象者概要

	大学 A	大学 B	大学 C	全体
人数	78	149	73	300
平均年齢 (SD)	20.1 (0.9)	19.9 (1.7)	19.4 (1.3)	19.8 (1.5)
学年 (人)				
1 年生 (%)	0 (0)	0 (0)	26 (35.6)	26 (8.7)
2 年生 (%)	38 (48.7)	81 (54.4)	30 (41.1)	149 (49.7)
3 年生 (%)	40 (51.3)	65 (43.6)	12 (16.4)	117 (39)
4 年生 (%)	0 (0)	3 (2.0)	5 (6.8)	8 (2.7)
運動行動の変容ステージ (人)				
前熟考 (%)	20 (25.6)	7 (4.7)	21 (28.8)	48 (16)
熟考 (%)	10 (12.8)	20 (13.4)	19 (26)	49 (16.3)
準備 (%)	29 (37.2)	33 (22.1)	21 (28.8)	83 (27.7)
実行/維持 (%)	1 / 18 (24.4)	2 / 87 (59.7)	6 / 6 (16.4)	9 / 111 (40)

3. 認知的評価パターンと運動 SE の関連

不活動による健康リスクの認知的評価パターンを明らかにするために、健康リスクに対する認知的評価尺度得点を標準得点に換算し、K-means 法によるクラスター分析を行った。その結果、クラスターを構成する下位項目が表わす意味を考慮してクラスター数を3つと判断した(図2)。第1クラスター(129名、全体の43.0%)は、コントロール可能性が平均よりもわずかに高く、その他の項目が平均的であり、健康リスクに対する認識を有していると判断したことから、「改善関心型」と解釈した。第2クラスター(44名、同14.7%)は、いずれの項目も低値を示し、健康リスクの認識および改善意欲ともに低いと判断したことか

ら、「現状維持型」と解釈した。第3クラスター(127名、同42.3%)は、コントロール可能性は平均的な値であり、その他の項目は高値を示し、健康リスクを認識したうえで改善意欲を示していると判断したことから、「改善意欲型」と解釈した。クラスターごとの運動SE得点(標準偏差)は、改善関心型が12.4(4.2)、現状維持型が10.8(4.3)、そして改善意欲型が13.0(3.9)となった。

さらに、クラスターを独立変数、運動SE得点を従属変数とした分散分析を行った。分析の結果、主効果が認められたため($F_{(2, 297)} = 4.7, p < .01$)、多重比較を行い、現状維持型と改善意欲型パターンの間に運動SE得点の有意な差を認めた($p < .05$)(図3)。

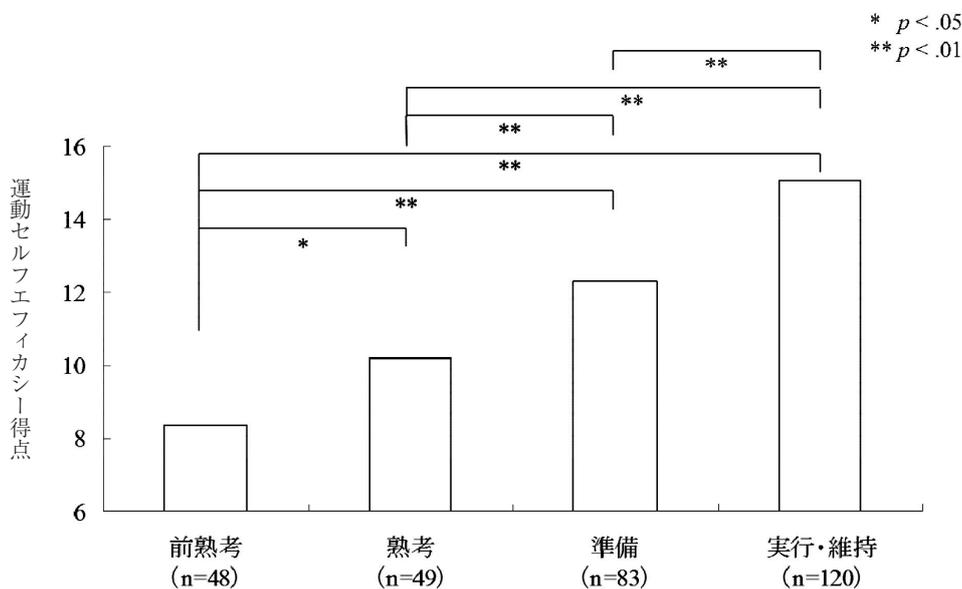


図1 変容ステージ別運動セルフエフィカシー

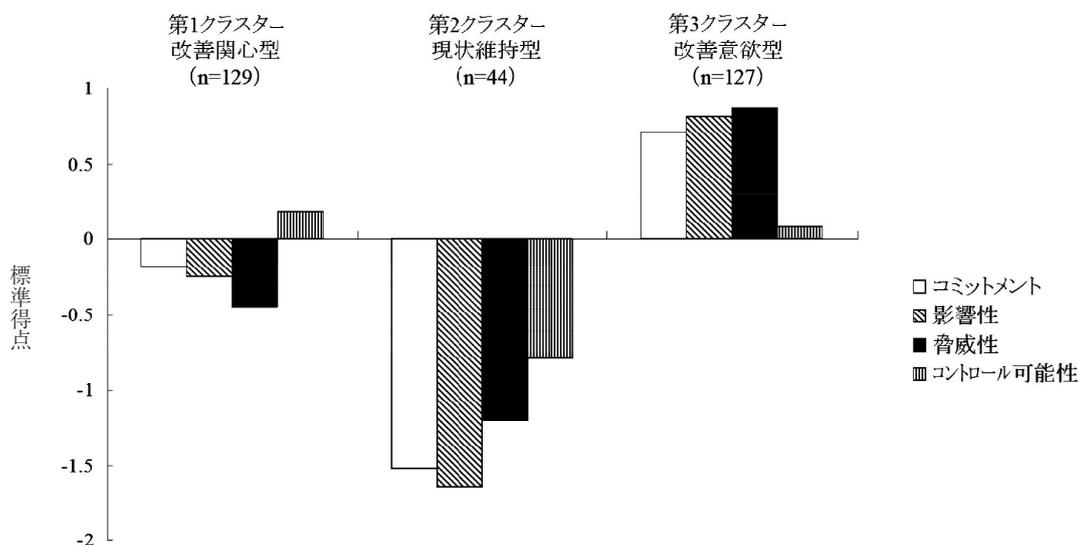


図2 健康リスクの認知的評価パターンの分類

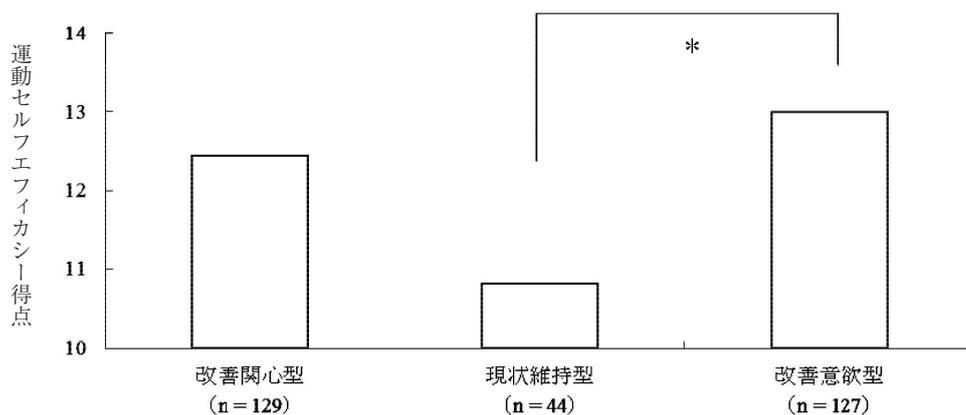


図3 クラスターごとの運動セルフエフィカシー

IV. 考 察

本研究では、不活動が指摘されている女子大学生を対象として、運動行動の変容ステージと運動SE、および運動SEと健康リスクに対する認知的評価の関連性を検討することを目的とした。その結果、運動行動のステージが上がるにつれて運動SEを高く評価すること、ならびに健康リスクの認知的評価パターンにより運動SEの評価が異なることが示された。

まず運動行動の変容ステージが上がるにつれて運動SEを高く評価することについては、本邦における女子大学生を対象とした研究(Wakui et al., 2002; 安永ら, 2009)や海外における大学生を対象とした研究(Wyse et al., 1995; Kim, 2007)からも指摘されており、研究結果は先行研究を支持する結果となった。本研究の対象者は特徴の異なる3つの大学から募集した女子大学生であったが、この集団においても、運動SEが運動実施に対する準備性、ならびに運動行動の習慣性に関連した要因である可能性が示された。

続いて不活動による健康リスクの認知的評価パターンに関しては、3つのクラスターを抽出した。不活動による健康リスクへの脅威性、影響性の評価、リスク改善への意思であるコミットメント、そしてリスクへの対処可能性であるコントロール可能性のすべてが低い現状維持型はコントロール可能性以外の項目が高い改善意欲型よりも運動SEを低く評価していた。認知的評価の各要因が運動SEに個別的に及ぼす影響については言及できないが、この結果について、認知的評価と運動SEの特徴の観点から考察を試みる。まずストレス状況改善へのコミットメントとストレス状況の影響性の評価に関しては、それぞれがストレスナーへの積極的対処行動との強い関連が示されている(鈴木ら, 1998)。つまり、想定したストレス状況に対してコミットメントが高く、影響性を高く評価する者は、不活動に

よって健康リスクが高まるという状況を回避することなく、積極的に解決していく可能性が高いといえる。積極的に状況を解決するという意味からは、運動時の阻害要因下(疲労, 気分, 忙しさ, 天候不良)であってもそれらにうまく対処して、運動できる自信を高く評価することが考えられる。

脅威性の評価は、健康リスクが自分を脅かす程度を評価するものであり、仮に将来の健康リスクの脅威を高く評価する場合には運動の実施意図が強まるという関連性を想定することもできる。しかしながら鈴木ら(1998)の研究では、脅威性を高く評価する者は、ストレス状況に対して回避的に対処する傾向が報告されており、運動SEを高く評価するとは限らないことが考えられる。ただし、鈴木らの研究ではストレスが間近に迫っている状況を想定しているのに対して、本研究でのストレスは“将来の”健康リスクという時間的な違いがある。ストレスの脅威性の評価に関しては、ストレスの存在が現在なのか将来なのかという時間的な要因によって評価が異なるのかもしれない。本研究で示された改善意欲型と現状維持型における脅威性評価の差や運動SEの差については先行研究との違いが示されたが、この結果を検討するためにはストレスの時間的要因と脅威性評価の関連や運動SEとの関連を分析することが求められる。

一方、コントロール可能性は、ストレス状況への回避的対処と負の相関関係が認められている(鈴木ら, 1998)。この結果がすなわち運動実施の阻害要因下でも運動できる自信と同義であるとはいえないが、リスク状況を回避しないという態度において運動SEとの関連性を示唆するものであるといえる。

最後に本研究の限界点と今後の課題について述べる。まずサンプルについてだが、本研究では単一大学を対象とした調査によって生じる属性の偏りを回避するために、複数の大学を対象として調査を実施した。これにより、女子大

Ohya, Y. (2002). Relation of the stages of change for exercise behaviors, self-efficacy, decisional-balance, and diet-related psycho-behavioral factors in young Japanese women. *The Journal of Sports Medicine Physical Fitness*, 42(2), 224-232.

Wyse, J., Mercer, T., Ashford, B., Buxton, K., & Gleeson, N. (1995).

Evidence for the validity and utility of the stages of exercise behaviour change scale in young adults. *Health Education Research*, 10(3), 365-377.

安永明智, 野口京子, 永野順子 (2009). 文化女子大学の運動行動の実態と関連要因. 文化女子大学紀要人文・社会科学研究, 17, 39-46.

【要旨】 本研究の目的は、女子大学生を対象として、運動行動の変容ステージと運動セルフエフィカシー、および運動セルフエフィカシーと健康リスクに対する認知的評価の関連性を検討することである。

女子大学生 300 名を対象に、質問紙による横断的調査を行なった。質問項目は、運動行動の変容ステージ、運動セルフエフィカシー、認知的評価である。分析は、運動行動の変容ステージを独立変数、運動セルフエフィカシーを従属変数とした分散分析を行なった。また、認知的評価得点を標準得点に変換し、K-means 法によるクラスター分析を行なった。抽出されたクラスターを独立変数、運動セルフエフィカシーを従属変数とした分散分析を行なった。

分散分析の結果、すべての変容ステージ間に運動セルフエフィカシーの有意差が認められた。クラスター分析の結果、改善関心型、現状維持型、改善意欲型、という 3 つのクラスターが抽出された。また、健康リスクの重要性を認識し行動改善に向けた意欲を有している改善意欲型は、健康リスクへの認識、行動意欲ともに低い現状維持型よりも運動セルフエフィカシーが有意に高いことがわかった。

今後の研究では、運動セルフエフィカシーと認知的評価の下位項目との関連性を検討することが必要である。

受付日 2013 年 8 月 30 日 採用決定日 2013 年 11 月 28 日

禁煙に対して前熟考期にある 統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子

新田真由美 天谷真奈美

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

Awareness of Smoking Cessation and Smoking Cessation Inhibitory Factors in Schizophrenia Patients within the Precontemplation Stage to Quit Smoking

Mayumi Nitta Manami Amagai

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

【Abstract】 The rate of smokers in patients with psychiatric diseases is higher than that in healthy individuals. However, currently, there is no active guidance available for them on smoking cessation. The objective of this study is to discuss what will be the most effective method to support smoking cessation in schizophrenia patients with the focus on their awareness of smoking cessation and smoking-cessation inhibitory factors. A semi-structured interview was performed, and the KJ method was used for analysis. The study was conducted during the period from May 7 to May 31, 2008. The subjects included 14 schizophrenia patients within the precontemplation stage to quit smoking. The study revealed that there are 12 groups that account for awareness of smoking cessation and smoking-cessation inhibitory factors in schizophrenic patients within the precontemplation stage to quit smoking. The awareness of smoking cessation included the following: "The patient thinks that to quit smoking is difficult, therefore, he/she could not quit smoking". The smoking-cessation inhibitory factors included the following: "Cigarette smoking is like a medicine which eases irritation and settles down uneasy feelings, and is also useful for an improvement of side effects". It seems important to make interventions to improve patients' confidence, the hospital environment, and attitudes among healthcare professionals to smoking cessation.

【Keywords】 統合失調症 schizophrenia, 前熟考期 precontemplation stages, 喫煙 smoking, 禁煙 quit smoking, トランスセオレティカルモデル transtheoretical model

I. 緒言

喫煙は、呼吸器疾患や循環器疾患、歯周病などさまざまな疾患の危険因子である（喫煙と健康問題に関する検討会、2002）。世界保健機構は、タバコに対する国際的な枠組みとして、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」を発効した（WHO, 2003）。日本においても、健康増進法（2003）や、がん対策基本法（2007）の施行に伴い、禁煙化が進められるようになった。厚生労働省は今後の禁煙への取り組みとして、「健康日本 21（第2次）」の中で、平成34年度までの数値目標として成人喫煙率12%を設定した（厚生労働省、2012）。このように、禁煙に対する取り組みが世界中で行われている。

しかし、精神疾患をもつ患者の喫煙率は健常者の2～3倍であり（Lasser et al., 2000）、積極的な禁煙指導は少ない（山下ら、2005）。それは、統合失調症者の精神症状や向精神薬の副作用を軽減しているという先行研究（Lawn et al.,

2002）の影響を受けていると考えられる。また、タバコを楽しむにしている患者からタバコを取り上げることに医療者が躊躇するためだと考えられる。しかし、喫煙は本人の心身を蝕むだけでなく、受動喫煙により周囲の人にも健康被害を及ぼす。

世界や日本の禁煙化が進む中、これまでは当然のように施設内喫煙が行われてきた精神科病院でも禁煙化の取り組みが始まってきている（佐藤ら、2012）。精神科病院の禁煙化が進められていく中で、そこで働く医療者は入院患者の禁煙を支援する必要があると考えられる。

プロチャスカら（2005）は、禁煙などの行動変容を一つのプロセスとして捉え、一連のステージを経て進んでいくという行動変容のステージモデルを提唱している。プロチャスカら（2005）の変容ステージは、前熟考期（今後6ヵ月以内に禁煙しようと思わない段階）、熟考期（今後6ヵ月以内に行動変容する意図があるが、現在は行動していない段階）、準備期（今後1ヵ月以内にでも行動変容しよう

Ⅳ. 研究方法

と計画し、行動を変え始める前の最後の調整を行なっている段階)、実行期(健康への恩恵を得る望ましい水準での行動を実行して6ヵ月以内の段階)、維持期(健康への恩恵を得る望ましい水準での行動を継続して6ヵ月以上の段階)、完了期(行動変容が達成されて健康的な行動の実施が習慣化した状態)である。行動変容のステージモデルを禁煙支援に取り入れることにより、対象者のステージに合わせた介入が可能となる。

そこで、本研究は、禁煙に対して前熟考期にある統合失調症者がどんな思いを抱いて喫煙して、禁煙に対してどのような思いをもっているのかを理解することを目的とした。

本研究は、統合失調症者の禁煙認識や禁煙阻害因子に着目し、適切な禁煙支援方法を考察するための研究である。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の構造を質的研究法(KJ法)を用いて解明することである。

Ⅲ. 用語の定義

本研究では、用語を以下のように定義した。

「精神障がい者」…精神疾患を有する個人。“害”のもつイメージの悪さを考慮し、本研究では、ひらがな“がい”と表記する。

「統合失調症者」…統合失調症者とは、米国精神医学会(APA)のDSM-IV-TR分類に基づいて、統合失調症と診断された者。

「前熟考期」…トランスセオレティカルモデル(Transtheoretical Model)の変容ステージの前熟考期(Precontemplation)を指す。前熟考期とは、6ヵ月以内の行動を起こそうという気がない状態である(プロチャスカら、2005)。

「禁煙」…全く喫煙しないこと。

「認識」…“知識”とほぼ同じ意味。知識が主として知り得た成果を指すのに対し、認識は知る作用および成果の両者を指すことが多い。物事を見定めその意味を理解すること。

「禁煙認識」…禁煙に対する全般的な捉え方。禁煙に対する各個人の、自分なりの捉え方。

「禁煙阻害因子」…禁煙を困難にさせている要因。

1. 研究デザイン

前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を明らかにするため、質的記述的研究を行なった。

2. 対象者

精神科外来およびデイケア通院中の統合失調症者を対象とした。現在喫煙しており、禁煙に対して前熟考期にある14名を対象とした。

3. 面接調査期間

面接調査期間は、平成20年5月7日から平成20年5月31日である。

4. 調査方法

1) データ収集手順

筆者は、面接調査開始前に、研修期間として1週間を目安に実施施設でデイケアプログラムへの参加や環境整備を行いながら、面接調査実施施設利用者とコンタクトを図った。対象者候補の選出にあたっては、統合失調症者が通院する病院の外来診療を行う医師またはデイケア担当医師に研究の主旨を説明し、統合失調症で喫煙している患者の紹介を受けた。面接調査について、研究参加依頼の文書を示しながら口頭で説明依頼した。面接調査の承諾の得られた人に、面接日時・場所に関して都合のよい日時をたずね、その時間にインタビューを行なった。インタビュー中、必要であれば質問を分かりやすく別の言葉で言い換えた。インタビュー中でもインタビュー後でも、随時質問や疑問に答えることを伝えた。様子や疲労度を考慮し、対象者の了解を得て、回数を分けて面接を行なった。

2) 調査内容

(1) 属性(疾患、性別、病歴)

カルテより収集した。

(2) 行動変容ステージ

トランスセオレティカルモデルの行動変容のステージに準じて査定した。査定の対象となった質問は、インタビューガイドにある「タバコをやめようと思ったことはありますか」という問いである。たとえば、対象者が「肺がんになったらタバコをやめます」と解答した場合は“前熟考期”と査定した。

(3) 禁煙認識・禁煙阻害因子

オリジナルに作成したインタビューガイド(表1)に基づいた半構造化面接により聴取した。面接は1回30分とし、対象者の様子や疲労度により回数を分けて行なった。

(4) 対象者の言動

筆者は、研究対象者らが通うデイケアに3週間参加し、

表1 インタビューガイド

<p>【喫煙歴・喫煙本数を問う質問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あなたが喫煙を始めたのは何歳ですか。喫煙を始めて何年になりますか。 ・喫煙を始めたきっかけは何ですか。 ・1日の喫煙本数を教えてください。
<p>【喫煙する意味を問う質問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タバコを吸いたいと感じるときはどのようなときですか。 ・タバコを吸いたいと感じる場面はどのような場面ですか。 ・タバコを吸いたいと感じるときはどのような気分のときですか。 ・あなたにとってタバコとはどのような存在ですか。
<p>【禁煙の認識を問う質問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・禁煙に対してどのようなイメージをもちますか。 ・タバコをやめようと思ったことはありますか。 ・禁煙を試みたことはありますか。※ ・どのようなことをして禁煙したのですか。(※の問いで“はい”の場合) ・禁煙を試みない理由をお教えてください。(※の問いで“いいえ”の場合) ・禁煙中、何かサポート(禁煙外来や援助、禁煙補助剤)を受けましたか。 ・禁煙をサポートする治療や方法、グッズについてどの程度知っていますか。 ・タバコを再び吸ったきっかけ、原因は何ですか。 ・このままタバコを吸い続けた場合、身体にはどのような影響があると思いますか。

参加観察した内容をフィールドノートとした。参加観察した場面は、スポーツ(ソフトバレーボールやバドミントンなど)や映画鑑賞、調理などのデイケアプログラムの様子や昼食時の様子であった。研究対象者の禁煙や喫煙に関する発言内容や、喫煙の様子を交流しながら観察した。参加観察で得られた内容は、インタビューで語られた内容をよりの確にするための補助的なデータとして用いた。

5. 分析方法

分析はKJ法を用いた。KJ法とは、文化人類学者川喜多二郎によって考案された、データを分析・統合し、問題解決策を導き出す発想法である(川喜多, 1986)。

6. 信用性の確保

本研究では信頼性の確保のため、面接調査開始前に研修期間として1週間を目安に実施施設でデイケアプログラムへの参加を行いながら、研究対象候補者との時間を費やし、対象者を理解する基盤を整えた。また「トライアングュレーション(Robson, 1993)」として、面接調査によるデータと参加観察によるフィールドノートとの複数の視点からデータを照らし出した。また「専門家間審議(Robson, 1993)」を実現するために、KJ法の宿泊研修と、KJ法本部・川喜多研究所でKJ法の講習を受け、分析に関する専門家間審議を行なった。また精神看護学の教育者からスーパービジョンを受けた。

7. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言、臨床研究に関する倫理指針(厚生労働省, 2003)、看護研究における倫理指標(日本看

護協会, 2004)、日本精神科看護技術協会倫理綱領(日本精神科看護技術協会, 2004)に沿って調査を実施した。また、国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得、かつ研究対象機関の倫理委員会の承認を得た。

1) 対象者に対する人権擁護

本研究の対象者は、統合失調症者であり、主治医の判断により、疎通性、同意能力があるとされた者とした。研究の目的、内容、個人の人権擁護について、筆者が書面ならびに口頭で説明した。面接はプライバシーを確保できる個室にて筆者が行なった。常に対象者の安全・安楽を守り、対象者への不利益や不自由、リスクが最小になることを念頭におき行動した。対象者には、一旦同意した場合でも不利益を受けることなく同意を撤回できることを説明した。また参加同意後、調査中、いつでも研究について筆者に質問、意見をを行うことができることを説明し、書面での同意が得られた対象に調査を実施した。

2) 研究参加への自由意志の尊重と、同意を得る方法

本研究の対象候補者の選出にあたっては、統合失調症者が通院する病院の外来診療を行う医師またはデイケア担当医師に研究の趣旨を説明し、統合失調症で喫煙している患者の紹介を受けた。この時点では対象候補者の個人情報には閲覧しなかった。対象候補者には始めに研究の目的、内容、手順、研究参加により期待される利益および研究参加に伴う不自由、不利益、リスクについて文書を用いて説明した。研究への参加に同意するか同意しないか、本人の意志を確認した。自由意志に基づく判断を保障するため、十分な時間をあけてから署名による同意を求めた。説明文書は対象者に渡した。

学生の特徴を反映させ、データの妥当性を高めることができたと考えられる。三浦ら（2009）は、大学生を対象とした調査においてランダムサンプリングを採用していない場合には、複数の大学を対象とすることや性別等を考慮する必要があることを指摘しているが、本研究では3大学を対象とし、対象を女子学生に限定する工夫を行なった。しかしながら、女子大学生という母集団の特徴を反映した抽出が十分にできているはいえず、結果の一般化には注意を必要とする。また、運動行動の変容ステージの分類において、実行ステージ所属者が少ないため、維持ステージ者とカテゴリーを統合し、実行ステージ独立で検討することができなかった。松本ら（2007）の研究においても、運動行動の変容ステージの分布において実行ステージ者が少ないために実行ステージと維持ステージを統合のち分析を行っており、本研究においても同様の理由により松本らの方法にならって分析を行なった。女子大学生の運動行動の変容ステージに関しては、実行ステージ者が相対的に少ないことが考えられるものの、今後サンプル数を増やすことによって5つのステージによる検討を行うことが望まれる。

分析方法は、横断的調査を採用し、認知的評価の各下位項目のパターンと運動SEの関連性を検討している。これまでは、健康リスクの認知と運動SEの関連性については指摘されていないことから新しい視点を提案する研究であるが、認知的評価の各下位項目が運動SEにもたらす影響については本研究では論じることはできない。

以上の限界点はあるものの、本研究からは、運動行動のステージが上がるにつれて運動SEを高く評価すること、および女子大学生の運動SEに関連する健康リスク認知に関する示唆を得ることができた。運動SEを高め定期的な運動を促進する健康教育には、「健康リスクがもたらす影響・脅威」の強調、健康リスクへの対処方略の習得、そしてリスク状況の改善に向けたコミットメントを高める教育内容の必要性が考えられる。

今後の研究としては、運動SEと認知的評価の各下位項目との因果関係や影響の強さを検討していくことが求められる。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、多大な協力と貴重な助言を与えてくださった赤松利恵先生（お茶の水女子大学）、葦原摩耶子先生（神戸親和女子大学）、上村真美氏に深く感謝申し上げます。また、本研究に快くご協力していただいた学生の皆様に厚く御礼申し上げます。

■文 献

Arakawa,K.(1999). Exercise, a measure to lower blood pressure and reduce other risk. *Clinical and*

- Experimental Hypertension*, 21 (5-6), 797-803.
- Bandura,A.(1977). Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Conn,V.S.(2010). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions:Meta-analysis findings. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(2), 128-138.
- 古川曜子, 田路千尋, 福井充, 鹿住敏, 伊達ちぐさ (2009). 若年女性における座位中心の身体活動が循環器疾患のリスク要因に及ぼす影響. *日本公衆衛生雑誌*, 56(12), 839-848.
- Kim,Y.(2007). Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior:A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 936-944.
- 厚生労働省 (2002), 平成 14 年保健福祉動向調査の概況 運動習慣と健康意識, 2013 年 8 月 20 日アクセス, http://www.jil.go.jp/kisya/dtjouhou/20030606_02_dtj/20030606_02_dtj.html
- 厚生労働省 (2012), 平成 23 年国民健康・栄養調査の概要, 2013 年 8 月 20 日アクセス, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h23-houkoku.pdf>
- 松本裕史, 坂井和明, 野老稔 (2007). 女子大学生の身体活動を規定する心理的要因の縦断的検討. *大学体育学*, 5(1), 27-34.
- McAuley,E., & Blissmer,B.(2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. *Exercise and Sport sciences reviews*, 28(2), 85-88.
- 三浦理恵, 青木邦男 (2009). 大学生の精神的健康に関連する要因の文献的研究. *山口県立大学学術情報*, 2, 175-183.
- 岡浩一郎 (2003). 中年者における運動行動の変容段階と運動セルフ・エフィカシーの関係. *日本公衆衛生雑誌*, 50(3), 208-215.
- Oka,K.,Takenaka,K., & Miyazaki,Y.(2000). Assessing the stages of change for exercise behavior among young adults: the relationship with self-reported physical activity and exercise behavior. *Japanese Health Psychology*, 8, 15-21.
- Prochaska,J.O., & DiClemente,C.C.(1983). Stages and processes of self-change of smoking:Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- 鈴木伸一, 坂野雄二 (1998). 認知的評価測定尺度 (CARS) 作成の試み. *ヒューマンサイエンスリサーチ*, 7, 113-123.
- Wakui,S.,Shimomitsu,T.,Odagiri,Y.,Inoue,S.,Takamiya,T., &

V. 結果

対象者 14 名中、男性は 12 名 (85.7%)、女性は 2 名 (14.3%) であった。対象者の年齢は 28 歳から 63 歳までで、平均は 47.3 歳 (標準偏差 7.0) であった。喫煙本数は 20 本/日から 60 本/日であり、平均は 28.6 本/日 (標準偏差 8.4) であった。喫煙年数は 11 年から 48 年であり、平均は 28 年 (標準偏差 7.3) であった。

1. 前熟考期の統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子

1) インタビューで語られた 12 のグループについて

インタビューの逐語録から作成したラベルを、KJ 法で集約し図解化を行なった (図 1 参照)。逐語録から意味の取れる 1 文を 1 ラベルとして、禁煙・喫煙に関する 311 ラベルは、4 回のグループ編成を行うことによって 12 のグループに分かれた (表 2 参照)。そして、最終的に導き出された 12 のグループで図解化を行なった (図 1 参照)。以下の文中では、それぞれの段階で得られたラベルや具体的な発言内容を見分けるため、括弧の表記を【第 4 段階で得られた 12 のグループ】、【第 3 段階のラベル】、【第 2 段階のラベル】、「第 1 段階のラベル」、【発言内容】と記した。

2) 禁煙認識に関する 5 つのグループ

【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】(元ラベル 37 枚) は、【タバコを

吸い続けるとお金がかかる】、【社会の禁煙化の流れを感じていて肩身が狭い】、【喫煙を続けたら体に悪いし、禁煙に成功したら体に良い影響があると思う。タバコの煙は他の人の害にもなるけどタバコはやめられない】、【タバコはお金もかかるし体にも悪いので、本当はやめたいと思っている】から統合された。発言内容には“禁煙って聞くと肩身が狭いです”や“タバコはないほうがいいです。なければ吸わないんですがこんなもの”などが含まれた。

【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】(元ラベル 2 枚) は“タバコを吸っても具合が良くなるかわからないんだけど吸っちゃう”、“精神状態が悪くなると本数が増えるけど、その症状が治るカンジはなかった”という発言内容が含まれた。

【3. 禁煙は難しく自分には無理だからタバコはやめられないと思う】(元ラベル 9 枚) は『若い人や気構えがある人は禁煙できるが自分には禁煙は無理だと思う』と『禁煙に対して難しい・辛そうというイメージがある』から統合された。発言内容には“禁煙に大事なものは気構えだね。知性がある人はやめられるらしいけど、俺は知性がないから”などが含まれた。

【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】(元ラベル 16 枚) は【身体に病気があり医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】と【家族から禁煙を勧めら

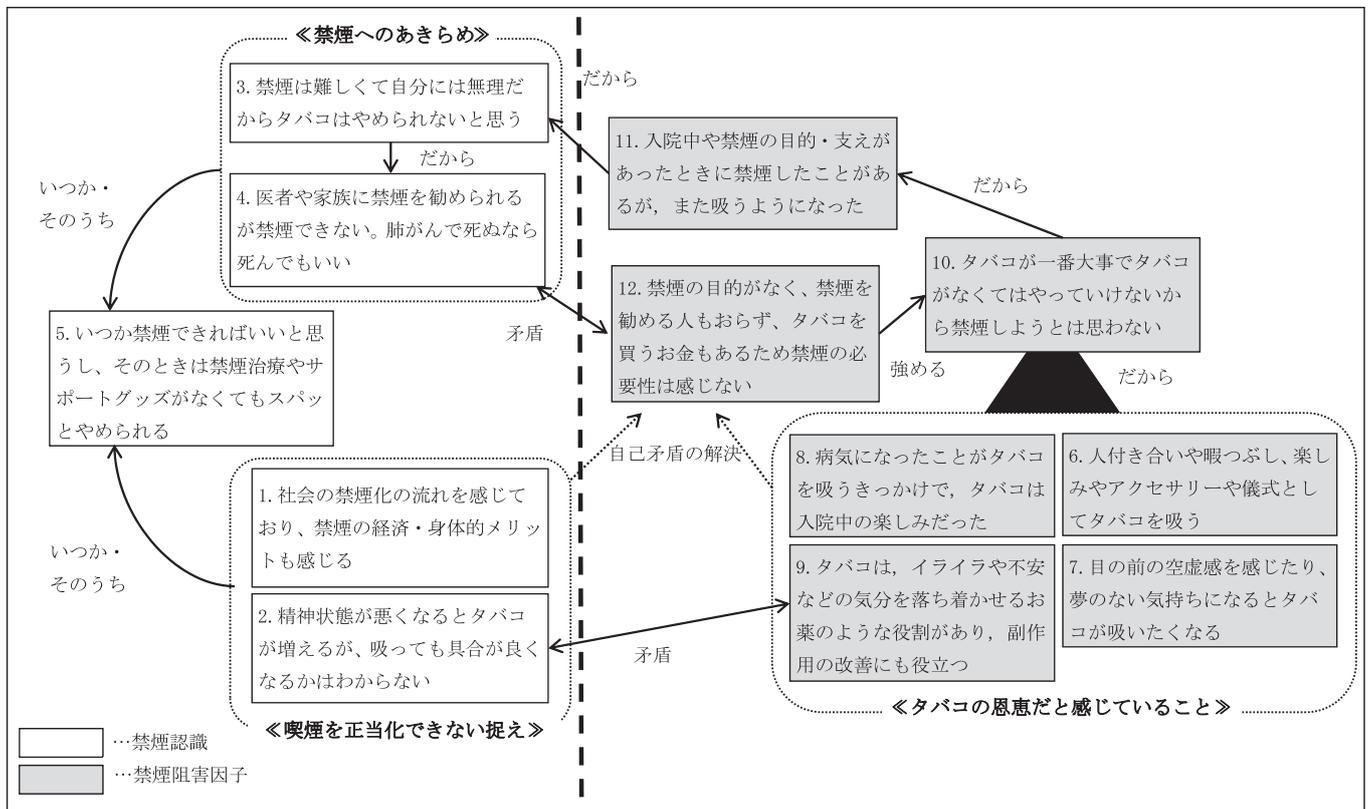


図 1 前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の KJ 図解

表2 禁煙認識と禁煙阻害因子の12グループの内容

【】は第4段階, 『』は第3段階, 『』は第2段階。禁煙認識は【1】から【5】である。

【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】
 『タバコを吸い続けるとお金がかかる』
 『社会の禁煙化の流れを感じていて肩身が狭い』
 『タバコを吸っているから働き出した後のことで困っている』
 『社会の禁煙化の流れを感じている肩身が狭い』
 『喫煙を続けたら体に悪いし、禁煙に成功したら体に良い影響があると思う。タバコの煙は他の人の害にもなるけどタバコはやめられない』
 『このまま喫煙を続けたらがんになるなど体に悪いと考えている』
 『禁煙に成功すると体にいい影響があると考えているがやめられない』など
 『タバコはお金もかかるし体に悪いので、本当はやめたいと思っている』

【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】
 『精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない』

【3. 禁煙は難しく自分には無理だからタバコはやめられないと思う】
 『若い人や気構えがある人は禁煙できるが自分には禁煙は無理だと思う』
 『若い人や気構えがある人は禁煙できるが自分には禁煙は無理だと思う』
 『禁煙に対して難しい・辛そうというイメージがある』

【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】
 『身体に病気があり医者や禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい』
 『肺がんで死ぬなら死んでもいい。いつ死んでもいい』
 『身体に病気があり医者や禁煙を勧められるがやめられない』
 『家族から禁煙を勧められるがタバコはやめられない』

【5. いつか禁煙できればいいと思うし、そのときは禁煙治療やサポートグッズがなくてもスパッとやめられる】
 『禁煙の前にダイエットをしようと考えており、今はがん予防のためビタミンEを飲んでいる』
 『がん予防・老化防止のためのビタミンEを飲んでいる』
 『禁煙はダイエットをしてから始めようと考えている』
 『禁煙治療やサポートグッズには興味はないし、タバコはやめようと思えばスパッとやめられる』

【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリーや儀式としてタバコを吸う】
 『口下手のため人と話をするときや間がもたないときにタバコを吸う』
 『タバコを吸い出したきっかけは、人に勧められたり、興味・好奇心からであり、たまたま吸うようになった』
 『空腹時に、満腹にするためにタバコを吸う』
 『時間のワープ、暇つぶしとしてタバコを吸う』
 『決まった場所や時間で儀式や節目としてタバコを吸う』
 『楽しみ、息抜き、アクセサリー要素としてタバコを吸う』

【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】
 『目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる』

【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】
 『病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった』
 『入院や病気の苦しみに耐えられずタバコを吸う』
 『入院したら周りがタバコを吸っていたから自分も吸うようになった。入院中の楽しみだった』

【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】
 『タバコはお薬的な意味があるので、禁煙するとイライラして病状が悪くなるかもしれない』
 『タバコは安定剤のようなものでお薬的な意味があるので、具合が悪くなると本数が増える』など
 『タバコを吸うと薬の副作用を改善させることができる』
 『便秘薬を使っているが便が出ず、タバコを吸わないと便が出ない』
 『タバコを吸うと集中力がでて頭の回転が改善される』
 『タバコはイライラを落ち着かせてリラックスさせてくれるもの』
 『タバコは心を落ち着かせてくれるもの』
 『タバコはリラックスさせてくれるもの』など
 『不安なときや気分転換をしたいときにタバコを吸う』

【10. タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけないから禁煙しようとは思わない】
 『タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけないから禁煙しようとは思わない』
 『タバコが一番大事なもので、なくてはならない存在。タバコがないとやっていけない』
 『タバコが一番大事で禁煙しようと思ったことはない』
 『家族から禁煙を勧められるがタバコはやめられない』

【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】
 『入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった』
 『過去に禁煙を試みたことがあるが失敗した』
 『息子や好きな人の支えがきっかけとなり禁煙を考えた。禁煙したことがある』
 『ニコチンガムや他の方法を使って禁煙したことがあるが役に立たなかった』
 『入院中は強制的にタバコが吸えなかった。しかし退院してからまた吸うようになった』

【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】
 『禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない』
 『禁煙を勧める人や目的もないので禁煙の必要がない』
 『禁煙に成功してもいい影響はないし太りやすくなる』
 『タバコを買うお金があるから禁煙しない』

れるがタバコはやめられない』から統合された。発言内容には“腫瘍マーカーってのが高いんですよ。だから、がんになる可能性とか高いんだろうけど、やめられない”などが含まれた。

【5. いつか禁煙できればいいと思うし、そのときは禁煙治療やサポートグッズがなくてもスパッとやめられる】(元ラベル 23 枚)は『禁煙の前にダイエットをしようと考えており、今はがん予防のためビタミン E を飲んでいる』と『禁煙治療やサポートグッズには興味はないし、タバコはやめようと思えばスパッとやめられる』から統合された。発言内容には“私はビタミン E を飲んでるの。がん予防・老化防止になるっていうから”などが含まれた。

3) 禁煙阻害因子に関する 7 つのグループ

【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】(元ラベル 77 枚)は『口下手のため人と話をするときや間がもたないときにタバコを吸う』、『タバコを吸い出したきっかけは、人に勧められたり、興味・好奇心からであり、たまたま吸うようになった』、『空腹時に、満腹にするためにタバコを吸う』、『時間のワープ、暇つぶしとしてタバコを吸う』、『決まった場所や時間で儀式や節目としてタバコを吸う』、『楽しみ、息抜き、アクセサリ要素としてタバコを吸う』から統合された。発言内容は“口下手なほうですから、タバコが役立つですよ”などが含まれた。

【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】(元ラベル 5 枚)は“もう、前途がないの。夢がないの。そういう気分になるとタバコが吸いたくなるの”などの発言内容が含まれた。

【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】(元ラベル 12 枚)は、『入院や病気の苦しみに耐えられずタバコを吸う』と『入院したら周りがタバコを吸っていたから自分も吸うようになった。入院中の楽しみだった』から統合された。発言内容には“前の病院なんて、自由に売店も行けなかったから、支給されるタバコを吸うことしか楽しみっていうかやる事がなかった”などが含まれた。

【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】(元ラベル 57 枚)は、『タバコはお薬的な意味があるので、禁煙するとイライラして病状が悪くなるかもしれない』、『タバコを吸うと薬の副作用を改善させることができる』、『タバコはイライラを落ち着かせてリラックスさせてくれるもの』、『不安なときや気分転換をしたいときにタバコを吸う』から統合された。発言内容には“薬の影響で頭の回転が悪くなるんですよ。それを改善するために吸います”などが含まれた。

【10. タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけな

いから禁煙しようとは思わない】(元ラベル 27 枚)は『タバコが一番大事なもので、なくてはならない存在。タバコがないとやっていけない』、『タバコが一番大事で禁煙しようと思ったことはない』、『家族から禁煙を勧められるがタバコはやめられない』から統合された。発言内容には“一番大きい存在です。だんなよりも好き”、“母から禁煙のガムとかもらいます”などが含まれた。

【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】(元ラベル 30 枚)は『過去に禁煙を試みたことがあるが失敗した』、『息子や好きな人の支えがきっかけとなり禁煙を考えたり禁煙したことがある』、『ニコチンガムや他の方法をつかって禁煙したことがあるが役に立たなかった』、『入院中は強制的にタバコが吸えなかった。しかし退院してからまた吸うようになった』から統合された。発言内容には“テニスをやっているんですけど、その試合前に 1 週間だけやめました。息切れ防止にね”などが含まれた。

【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】(元ラベル 16 枚)は、『禁煙を勧める人や目的もないので禁煙の必要がない』、『禁煙に成功してもいい影響はないし太りやすくなる』、『タバコを買うお金があるから禁煙しない』から統合された。発言内容には“自分の場合は肺まで入れないんです。ふかすだけなんです。だから、肺には影響ないと思います”“がんになるっていうけど、死ぬ人は死ぬし、死なない人は死なないと思うんですよ”などが含まれた。

2. 前熟考期の統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の関連性

上記で明らかとなった統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の関連性を検討した(図 1 参照)。まず、【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】、【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】、【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】は、対象者がタバコの恩恵だと感じていることであった。そして、それらの認識は、喫煙を続ける姿勢の礎を築いていた。そして、その礎に【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】という認識が加わることにより、【10. タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけないから禁煙しようとは思わない】という認識をもっていた。対象者は、【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】という禁煙の挫折を経験しているため、【3. 禁煙は難しく自分には無理

だからタバコはやめられないと思う】というあきらめの思いをもっていた。この禁煙の挫折や諦めの思いは【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】という認識を強める働きをしていた。

一方、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】に矛盾する認識として、【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】という認識をもっていた。また、【12. 禁煙する目的も勧める人もいないし、買うお金もあるから禁煙の必要性は感じない】に矛盾する認識として、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】という認識をもっていた。そして、喫煙を正当化できない捉えや禁煙に対するあきらめが混在する自分に折り合いをつけ【5. いつか禁煙できればいいと思うし、そのときは禁煙治療やサポートグッズがなくてもスッとやめられる】と禁煙を先延ばしする認識をもっていた。

VI. 考 察

1. ニコチン依存と喫煙

1) 身体的依存による喫煙

タバコをやめられない「ニコチン依存症」には、身体的依存と心理的依存という側面がある（日本禁煙学会、2007）。タバコを吸うと、ニコチンが肺から吸収され脳内に達する。脳内に達したニコチンはドパミン系の報酬回路を刺激し快感を起こさせる作用がある（日本禁煙学会、2007）。これを繰り返すうちに、ニコチンがないとイライラし落ち着かなくなるなどの不快な症状（離脱症状）が現れる。これを身体的依存といい、喫煙者は離脱症状を緩和させるために定期的にタバコを吸うようになる。【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】は、タバコを吸うことによってニコチンを摂取し、離脱症状を緩和させていることを表していると考えられる。

2) 心理的依存による喫煙

喫煙によるニコチンの血中濃度は40分から1時間で半減するといわれており、喫煙者はさまざまな場面で喫煙を生活に取り入れている（日本禁煙学会、2007）。習慣化された喫煙はニコチンの心理的依存である。本研究の禁煙阻害因子である【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】は習慣化された喫煙であり、ニコチンによる心理的依存を表していると考えられる。

喫煙による離脱症状緩和の記憶は、喫煙による負の側面（健康被害や禁煙化によるプレッシャー）と矛盾するものであり、喫煙者は特有の認識をもつことにより両者を調整

する。たとえば、タバコの害を少なく評価し、禁煙はストレスになり余計体に悪いと合理化して捉える（日本禁煙学会、2007）。本研究の対象者は、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】、【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】など、喫煙を正当化できない捉えをもっていた。一方で、【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】など、タバコに対して恩恵を感じていた。この両者は矛盾しており、この自己矛盾を解決するために【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】というグループによって調整を行なっていると考えられた。【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】の発言内容である“がんになるっていうけど、死ぬ人は死ぬし、死なない人は死なないと思うんですよ”や“自分の場合は肺まで入れないんです。ふかすだけなんです。だから、肺には影響ないと思います”はタバコの害の否認であり、対象者は禁煙のメリットや喫煙の健康被害に対して自分なりの解釈を加えていると考えられた。

2. 前熟考期の統合失調症者の看護介入

1) 禁煙の重要性と情報の提供

川合ら（2007）が精神障がい者296名に行なった調査では、喫煙者の75.7%は禁煙に興味をもち、49.0%は禁煙を希望していた。精神障がい者においても禁煙支援の需要は大きいと考えられる。本研究対象者も、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】や【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】のように、禁煙のメリットを感じ、喫煙と自分の病気は関係ないのではないかと考えていた。これらを強化することによって行動変容を促すことができるのではないかと考える。そのためには禁煙の重要性や正しい情報の提供が重要である。プロチャスカら（2005）は、前熟考期にある人が行動変容するためには、自己の防衛に気づき、情報を収集するなど、「意識の高揚」が第一歩であると述べている。そして援助者は、無理やり行動させたり、口うるさくいわない、あきらめないことなどが大事であるとしている。

前熟考期にある統合失調症者の禁煙支援は、相手の意思を尊重しつつ禁煙による経済・身体的なメリットを理解してもらい、禁煙をサポートする家族や医療者がいつも傍にいたり、医療者は禁煙支援を提供する準備ができていることを伝えることが重要であると考えられる。

また、本研究の対象者は、【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】という禁煙の挫折から、【3. 禁煙は難しくて自分には無理だからタバコはやめられないと思う】、【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】という禁煙へのあきらめを感じていた。しかし、再喫煙は禁煙に至るまでの通常のプロセスであり、禁煙に成功した人の多くは、成功までに複数回の禁煙挑戦を経験している（日本循環器学会ほか、2012）。再喫煙によって禁煙を諦めるのではなく、“よし、もう一回”と禁煙に挑戦できるように関わっていくことが重要である。そのためには、相手のことを非難せず、自信を強化するための助言が重要であると考えられる。

2) 医療者の禁煙への態度と入院環境の検討

【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】の発言内容の中に、“前の病院なんて、自由に売店も行けなかったから、支給されるタバコを吸うことしか楽しみっていかやる事がなかった”があった。社会の禁煙化が進み、精神科病院も敷地内禁煙を実施している病院が増えてきている（佐藤ら、2012）が、精神科病院の敷地内禁煙には賛否の意見がある。「禁煙規則無視」、「ストレス対処への不安」、「治療上の悪影響」など否定的な捉えをしている精神科看護スタッフもいる（松永ら、2010）一方、川合（2008）は、環境に左右されやすい精神障がい者にとって禁煙環境は非常に重要であり、敷地内禁煙は画期的な禁煙治療であると述べている。入院が喫煙の契機にならないよう、医療者が禁煙の重要性を唱っていくべきだと考える。

3) 前熟考期の統合失調症者の特徴と介入について

本研究で明らかとなった、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】は、統合失調症者に特徴的なグループであると考えられる。精神障がい者がタバコをセルフメディケーションとして役立てていることは、Lawnら（2002）の先行研究でも明らかとなっており、本研究の結果と一致している。本研究の対象者は、精神症状や副作用からの開放手段としてタバコを利用していた。しかし、それは健康的な手段であるとはいえない。前熟考期の統合失調症者の禁煙支援を行う際は、タバコ以外の方法で精神状態や副作用をコントロールできる対処方法を検討していく必要があると考えられる。

Ⅶ. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者数は14名と少なく、ある一施設で調査したため、一般化することは限界があると考えられる。また、対象者の年齢が幅広く、性別も統一していない。年齢

や性別で結果を見られないところは本研究の限界である。今後の研究で、年齢や性別の特徴を理解することにより、個別性に沿った認識や要因の把握になると考えられる。

Ⅷ. 結論

1. 禁煙に対して前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を説明する12のグループを導き出した。
2. 禁煙認識に関するグループは、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】、【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】などの5グループであった。
3. 禁煙阻害因子に関するグループは、【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】、【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】などの7グループであった。
4. 前熟考期にある統合失調症者への看護介入として、本人が抱えるタバコへの思いに寄り添うことの重要性や、禁煙を支援する環境や情報の提供、再喫煙しても禁煙に再挑戦できるように自信を高める働きかけが重要であることが示唆された。

■文献

- ジェイムス・プロチャスカ、ジョン・ノークロス、カルロ・ディクレメンテ 編、中村正和 監訳（2005）. チェンジング・フォー・グッド-ステージ変容理論で上手に行動を変える. 法研, 東京.
- 川合厚子, 阿部ひろみ（2007）. 単科精神科病院における患者と職員の喫煙状況. 日本公衆衛生雑誌, 54（9）, 626-632.
- 川合厚子（2008）. 精神障害者の禁煙治療. 日本精神科病院協会雑誌, 27（10）, 885-891.
- 川喜多二郎（1986）. KJ法—渾沌をして語らしめる. 中央公論社, 東京.
- 喫煙と健康問題に関する検討会（2002）. 新版 喫煙と健康. 保健同人社, 東京.
- 厚生労働省（2003）. 臨床研究に関する倫理指針の改正等について, 2004年12月28日公表, <http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/rinri/0504tuuchi.html>
- 厚生労働省（2012）. 健康日本21（第2次）国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針, 2012年7月10日公表, http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouinpon21_01.pdf
- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U.,

- McCormick, D., & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284(20), 2606-2610.
- Lawn, S. J., Pols, R. G., & Barber, J. G. (2002). Smoking and quitting: A qualitative study with community-living psychiatric clients. *Social Science & Medicine*, 54, 93-104.
- 松永智香, 戸田裕可里, 磯野洋一, 筒井恵美 (2010). 精神科看護スタッフが抱く敷地内全面禁煙化移行後の否定的なとらえ. *日本精神科看護学会誌*, 53 (2), 42-46.
- 日本看護協会 (2004). 看護研究における倫理指標. 日本看護協会, 東京.
- 日本精神科看護技術協会 (2004). 日本精神科看護技術協会倫理綱領, 2004年5月26日公表, http://www.jpna.or.jp/info/j_rinri.html
- 日本禁煙学会 (2007). 禁煙学. 南山堂, 東京.
- 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会 (2012). 禁煙治療のための標準手順書 第5版, 2013年8月22日検索, http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/pdf/anti_smoke_std_rev5.pdf
- Robson, C. (1993). *Real world research: A research for social scientists and practitioner researchers*. Oxford: Blackwell Science.
- 佐藤松子, 鈴木量江, 笠原麻紀, 佐藤大輔 (2012). 精神科病院の敷地内禁煙化に伴う閉鎖病棟での患者心理の把握 患者へのインタビューを通して効果的な禁煙支援を考える. *日本精神科看護学術集会誌*, 5 (1), 350-351.
- World Health Organization (2003). *Framework Convention on Tobacco Control*. WHO, Geneva.
- 山下美根子, 出口聡美 (2005). 精神疾患をもつ患者の喫煙について: 日本と主要国の比較. *埼玉県立大学紀要*, 7, 81-87.

【要旨】 精神疾患をもつ人の喫煙率は健常者より多いにもかかわらず、積極的な禁煙支援は少ないのが現状である。本研究は、禁煙に対して前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を明らかにすることを目的とし、KJ法による質的研究を行った。研究調査期間は平成20年5月7日から平成20年5月30日であり、対象者は前熟考期にある統合失調症者14名であった。結果、前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を説明する12のグループが導き出された。禁煙認識として、【禁煙は難しく自分には無理だからタバコはやめられないと思う】など5グループが抽出された。禁煙阻害因子としては、【タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】など7グループが抽出された。統合失調症者の禁煙を勧めるうえで、自信を高める働きかけや入院環境の見直し、医療者の禁煙への態度などが重要と考えられた。

受付日 2013年9月3日 採用決定日 2013年11月28日

わが国における高齢者のセルフエスティームに関する文献検討

永田文子 水野正之 平山祐子 川西千恵美

国立看護大学校: 〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
nagataa@adm.ncn.ac.jp**Review of Self-Esteem for Elderly People in Japan**Ayako Nagata Masayuki Mizuno Yuko Hirayama Chiemi Kawanishi
National College of Nursing, Japan : 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan**【Abstract】**

The purpose of this study is to reveal the current status of self-esteem for elderly people in Japan. The search terms, “Self Esteem” or “*Jisonkanjou*” were used to collect articles from Ichushi Web and CiNii, systematic literature search systems for Japanese literature. There were 1,666 articles, and 25 met the criteria for both using self-esteem scales and for the participants being 60 years or older. The results showed that, 1) There were seven kinds of Japanese self-esteem scales based on the Rosenberg Self-Esteem Scale. Among them, only one was a self-esteem scale for elderly people. 2) Subjective evaluation including such aspects as good health, and social support may increase self-esteem for community-dwelling elderly people.

【Key words】

地域在住高齢者 community-dwelling elderly people, 自尊感情 self-esteem
ローゼンバーグセルフエスティーム尺度 Rosenberg Self-Esteem Scale
主観的評価 subjective evaluation

I. 緒言

国立看護大学校の基礎看護学分野の生活援助論 I の学内演習は、日常生活援助に必要な看護技術に関する授業を実施している。通常の演習では患者役は同級生が行っているが、日常生活援助技術を一通り学んだ最後には当校近隣の老人クラブ連合会に患者役を依頼している(能見ら, 2011)。これは学生に有益な授業方法で、コミュニケーションがとれたという印象を持たせた学生が多い(松下ら, 2008)、実際の患者のイメージやすくなった(中山ら, 2008) ことなどが報告されている。しかし、地域住民の授業参加に関して評価を報告したものはみあたらない。

高齢期は身体的にも精神的にも制約が高まる時期であり、Quality of Life (以下 QOL とする) が重要であると言われている。Lawton (1983) は一般的な高齢者の QOL を 4 領域に分類しており、そのうちの一つである「知覚された QOL」は、住宅、収入、子ども、余暇時間の活動などの個人環境を示している。岡堂 (1976) は、高齢者にとって他者のために役立ち、他者から必要

とされ、他者に愛され、そして他者から大切にされているという感情体験は、きわめて重要な意味を持っている、と指摘している。そのため、地域在住高齢者が演習に患者役として参加することは、Lawton (1983) のいう「知覚された QOL」の余暇活動の中で、他者のために役に立っている、必要とされているという知覚に影響して QOL を高めることにつながり、高齢者に有意義であるだろうと考えた。これを検証するために着目したのはセルフエスティームという概念である。セルフエスティームの定義は一様ではなく研究者によって様々な捉え方がされている(村松ら, 2003)。たとえば、近代自尊心理論の父と呼ばれる Nathaniel (1992) によるとセルフエスティームには、二つ要素があり「自分が有能であるという実感」と、「自分は価値があるという実感」であるという。Rosenberg (1965) は自己に対する肯定的、否定的な態度であるとしている。したがって、地域の高齢者が演習に患者役として参加することの有効性は、セルフエスティームの上昇によって説明できるのではないかと考えたが、そのような研究はわれわれが調べたなかではこれまでに報告されていなかった。高齢者ではなく大学生の結果であるがセルフエスティーム得点を海外と比較す

ると、日本人の自尊心や自己評価が低いことが指摘されている。その理由として文化の違いが影響すると言われているため(高田, 1993; 松本, 1994)、今回は日本人を対象者とした高齢者のセルフエスティームの測定結果の実態について文献検討をする必要があると考えた。

II. 目的

わが国における高齢者のセルフエスティームを尺度を用いて測定した文献の実態と地域在住高齢者のセルフエスティームを高める要因を明らかにすることを目的とする。

III. 方法

セルフエスティームは日本語では「自尊感情」、「自己価値観」などに翻訳されているが、医学中央雑誌 Web ver.5(以下 医中誌とする)では「セルフエスティーム」と「自尊感情」は区別されている。そのため、医中誌のデータベースから、「セルフエスティーム」or「自尊感情」and「原著論文」をキーワードに 1983 年から 2013 年 7 月までの期間で検索した結果、181 件の文献を得た。また、同時期について国立情報学研究所が提供する CiNii にて「セルフエスティーム」or「自尊感情」をキーワードに検索を行い、1,485 件の文献を得た。得られた 1,666 件は学術誌に掲載された論文のみを分析対象として選択した。医中誌から得た文献はタイトルおよび抄録を、CiNii から得た文献はタイトルを吟味し、医中誌から 51 件、CiNii から 19 件、合計 70 件を選択した。さらに、これらを熟読し、60 歳以上の高齢者を対象者としている、尺度を用いてセルフエスティームの測定を行っているという 2 つの条件があてはまる文献を絞り込み、最後に引用文献から必要と思われる文献を追加した。

分析は研究者 4 人が分担して行い、セルフエスティームと関連がある要因として統計的に信頼性のある結果を抽出した。その結果を筆者ら 4 人で検討し、一致するもののみを選択した。

IV. 結果

2 つのデータベースから、学術誌に掲載された論文で、かつ 60 歳以上の高齢者に尺度を用いてセルフエスティーム(以下、SE とする)を測定していた論文は 25 編であり、これらを分析の対象とした。25 編の論文はすべて Rosenberg(1965)が米国の高校生のセルフエスティームを測定するために開発、作成した 10 項目のガッドマンスケールを用いた尺度である Self-Esteem Scale(以下 RSES とする)を日本語に翻訳した質問紙を用いていた。25 編の論文で使用されていた質問紙は、星野(1970)、山本ら(1982・1994)、管(1984)、宗像ら(1987)、大和ら(1990)、中里(1992)、Mimura et al.(2007)/内田ら訳(2010)の 7 種類であった。

このうち、高齢者に使用することを目的として翻訳された質問

紙は大和ら(1990)のみであった。大和ら(1990)は、RSES を「自尊感情スケール」として 10 項目すべてではなく、5 項目を採用していた。その理由は、プレテストで日本の高齢者には適切でない内容の項目と、分布が偏っており分析に不適切な項目が判明したことにより、それらを除外したと記述している。質問項目の選択肢は 4 件法、5～20 点の範囲で得点が高いほど SE が低いと解釈していた。この論文では尺度の信頼性と妥当性についての記述はみられなかった。

山本ら(1982・1994)の質問紙を用いた論文は、引用文献に山本ら(1982)を引用しているが、詳細な質問項目が掲載されているのは山本ら(1994)であるため、本研究では山本ら(1982・1994)と記載することにした。

Mimura et al.(2007)は英語で発表していたため、本研究では彼女らの翻訳版を用いて研究を行った内田ら(2010)記載の「自尊感情尺度」を採用し、Mimura et al.(2007)/内田ら訳(2010)と表記することとした。

本研究の目的の一つである、地域在住高齢者のセルフエスティームを高める要因を明らかにするためには、得点の比較を行う必要がある。しかし、翻訳された質問紙は 7 種類もあるため、訳者間で得点の比較を行うことは困難であった。そのため、訳者ごとの研究結果を論文の著者が用いていた文言を極力使用して、意味内容をそこなわないように記述した。また、25 編の著者が用いていた「自尊感情」、「自己価値観」等と記載されていたものは、すべて「SE」を用いて文章としてあらわした。

1. 星野(1970)の訳を用いた研究

星野訳(1970)を引用している論文で高齢者を対象者としたものは 5 編あった(表 1)。

1) 地域在住高齢者の SE 得点

星野(1970)の質問紙には選択肢が記載されていないため、得点の範囲は各引用者によって異なっているが、10 項目 4 件法、40 点満点で採点している研究では、7 割以上の得点が多かった(掛屋ら, 2008; 兎澤, 2012; 興古田ら, 2002)。

2) 性、年齢と SE 得点

男女を対象者とした研究 4 編のうち性別での有意差がないものが 3 編あった(藤村ら, 1999; 兎澤, 2012; 興古田ら, 2002)。年齢と SE 得点に有意な関連がないとしているものが 2 編あった(掛屋ら, 2008; 興古田ら, 2002)。

3) 健康状態・健康感と SE 得点

生活満足度 K、健康度自己評価が高い者の SE 得点が高かった(興古田ら, 2002)。正常・準痴呆・痴呆の中では準痴呆の者の SE 得点がありに低く、痴呆の者の SE 得点がありに高かった(藤村ら, 1999)。さらに、生活自立度をみると寝たきり軽度で SE 得点がありに低く、寝たきり重度では有意に高かった(藤

村ら, 1999)。

4) ソーシャルサポートと SE 得点

伝統行事や祭りに参加している者の SE 得点が参加していない者に比べて有意に高く、伝統行事や祭りの時、頼りにされると答えている者の SE 得点有意に高かった(興古田ら, 2002)。

5) 疾病を持った人の SE 得点

疾病を持った人の SE 得点を測定した研究は 1 編

で、前立腺がん患者 102 名を対象者としていた(掛屋ら, 2008)。SE 平均得点は 40 点満点中 31.6 点であった。「排尿障害負担感」、「性機能障害負担感」が低いほど SE 得点有意に高かった。

6) 介入研究

介入研究は 1 編(河合ら, 2013)で、ライフレビューとライフストーリーブック作成プログラムへの参加群の SE 得点は介入前後で有意な変化はみられなかった。

表 1: 星野訳(1970)を用いた高齢者の自尊感情(SE)得点と関連する要因

著者(発表年): 論文タイトル	対象者 (Male, Female, 平均年齢)	SE 平均得点	高い SE に関連する要因*
掛屋 純子ら(2008) 前立腺がん患者の排尿・排便・性機能、精神的負担感が自尊感情に与える影響	外来通院中の前立腺がん患者 102 名 (71.1 歳)	31.6±6.4 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	・「排尿障害負担感」、「性機能障害負担感」が低いこと
兔澤 恵子(2012) 高齢者の住居移動による自尊感情の実態調査ー呼び寄せ高齢者と地元高齢者の比較ー	2000 年: 呼び寄せ高齢者 9 名(69.7 歳)と地元高齢者 21 名(68.7 歳) 2005 年: 呼び寄せ高齢者 5 名(70.8 歳)と地元高齢者 5 名(74.2 歳)	2000 年: 呼び寄せ高齢者 26.8±3.9 地元高齢者 31.6±3.2 2005 年: 呼び寄せ高齢者 28.8±5.6 地元高齢者 30.0±1.2 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	・ 2000 年調査: 地元高齢者の方が呼び寄せ高齢者より、有意に高かった ・ 2005 年調査: 呼び寄せ高齢者のうち後期高齢者(32.0 点)の方が前期高齢者(26.7 点)より高かった
興古田 孝夫ら(2002) 沖縄における地域高齢者の self-esteem(自尊感情)とその関連要因についての検討	65 才以上男女 120 名 (M45, F75)	M: 29.6±5.8 F: 29.6±5.5 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	・ 生活満足度 K、健康度自己評価、活動能力が高いこと ・ 伝統行事や祭りに参加していること、その時頼りにされること ・ 就労していること あり 31.5±5.4、なし 28.8±5.6 ・ 経済的ゆとりがあること あり 30.7±5.3、苦しい 25.6±5.1 ・ 仏壇や神棚を拝むことを生きがい、習慣としていること ・ カミや仏の存在をあるとしていること
藤村 樹里ら(1999) 寝たきり高齢者の知的機能と自尊感情の関係ーリハビリテーション訓練への応用の検討ー	特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、一般老人マンション 3 施設に入所している 65 歳以上の男女 147 名 (M42:78.1 歳, F105:81.4 歳)	31.4±7.0 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	・ 正常・準痴呆・痴呆(改訂版長谷川式知能スケール)では“痴呆”が高い ・ 寝たきり度(厚生省の障害老人の日常生活判定基準)では“寝たきり軽度”が最も低く、“寝たきり重度”では高くなる
河合 千恵子ら(2013) 虚弱な高齢者を対象とした心理的 QOL 向上のためのライフレビューとライフストーリーブック作成プログラムの効果	特別養護老人ホーム 2 施設の利用者 22 名(認知症・致命的疾患なし、個別のコミュニケーション可能)(M9, F13, 81.9 歳: 介入群 79.7 歳 対象群 83.8 歳)	介入群 事前: 25.1±9.8 事後: 26.8±9.4 対照群 事前: 24.3±6.7 事後: 21.3±6.7 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	・ 対照群のみ有意に低下 事前: 24.3±6.7、事後: 21.3±6.7

* 特記していないものはすべて統計的に有意な差あり

表 2 : 山本ら記 (1982・1994) を用いた高齢者の自尊感情 (SE) 得点と関連する要因

著者(発表年): 論文タイトル	対象者 (Male, Female, 平均年齢)	SE 平均得点	高い SE に関連する要因*
橋本有理子ら(1997) 老年期の自尊感情に関する一研究	老人講座、高齢者教養大学の受講者 322 名 (M186, 76.9 歳、F137, 78.7 歳)	M 37.2±5.8 F 36.1±6.4 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・男性であること ・前期高齢者 262 名 36.8±6.0 後期高齢者 60 名 36.3±6.5 (有意差なし) ・地域社会参加度によって有意差あり 週 1 回以上 38.0±6.1、月に 1 回以上 36.3±5.3、2・3 ヶ月に 1 回以上 38.7±5.3、年に 1・2 下位ほど 37.1±6.7、ほとんどなし 34.2±6.6 ・職業があること あり 38.5±6.4、なし 36.4±6.1 ・経済的満足度が高いこと 高い:37.9、中:36.7、低い:34.1 ・友人がいること いる 37.6±5.4、いない 33.7±7.3 ・配偶者あり 37.1±6.0、なし 35.6±6.3 (有意傾向)
北村 隆子ら(2004) 地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因	地域サロン参加している高齢者 57 名(M8,F49, 78.4±6.2 歳)	34.5±7.1 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・80 歳未満:33.9±7.7、80 歳以上:35.2±6.4 (有意差なし) ・現在の体の調子が良いこと 良い:35.7、悪い:30.2 ・健康であると思っていること 健康である:35.9、健康でない:30.0
岡本 麗子ら(2010) ホームレス経験をした高齢者の心理社会的発達課題としての統合性とその関連要因	65 歳以上の男性 33 名で 高齢者ふれあいホームに通う 15 名(ホームレス経験群:65.7 歳) 高齢者大学に通う 18 名(非ホームレス群:71.6 歳)	ホームレス経験群 34.7 非ホームレス群 38.6 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	
合田 加代子ら(2010) 戸建て団地に暮らす高齢者の歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつ・外出状態との関連	戸建て団地で生活している 65 歳以上の全住民 102 名 (M42,F59, 75.0 歳) 65~74 歳:53 名 75 歳以上:48 名	積極的自尊尺度 18.1±5.2 (5 項目 5 件法, 5-25 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・歯が多いほうが有意傾向 残存歯 20 本以上:19.3±3.2、19 本以下 17.3±6.4 ・咀嚼状態 噛める 18.6±4.9、噛めない 14.0±2.2 ・歯の健康状態は積極的自尊感情に正に影響した
野村 信威(2012) 地域在住高齢者に対する個人回想法の自尊感情への効果の検討	地域在住高齢者個人回想法の実施群 40 名 (M9,F31, 82.2 歳) と未実施群 40 名 (M14,F26, 82.9 歳)	介入群:34.2±8.2 対照群:34.8±6.9 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・抑うつ度「GDS 高齢者抑うつ指標」30 点満点中 11 点台で変化なし ・個人回想法 実施群 34.2±8.2→35.8±7.7 未実施群 34.8±6.9→34.2±7.0
竹内 美樹(2009) 高齢者介護予防教室における精神面の健康感の変化	高齢者介護予防教室に参加した高齢者 41 名 (M:15,F:26, 68.9 歳)	28.3±なし (10 項目 5 件法, 10-50 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・介入前後 28.3→30.0 ・介入によって、抑うつ状態が有意に改善 CES-D 抑うつ尺度得点(20.4→14.1)
竹内 千夏(2009) 生活行動の知覚-情報処理と自尊感情との関連性 脳卒中後遺症をもつ在宅療養高齢者の場合	脳卒中後遺症により ADL が低下した 65 歳以上の在宅療養者 128 名 (M64, F64, 75.9 歳) 対照群:健康診断において異常なしと判定された 65 歳以上の 22 名 (M17, 68.2 歳, F5, 69.0 歳)	脳卒中後遺症あり: 28.9±8.2 健康者: 30.0±3.9 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・男性 64 名 (73.8 歳)、女性 64 名 (78.1 歳) ・現在の自分の ADL、コミュニケーション、対人関係、役割について ・健康時と比較するよりも、最悪時と比較するほうが高かった
Nozaki Takehiro et.al(2009) Relation between psychosocial variables and the glycemic control of patients with type 2 diabetes: A cross-sectional and prospective study	2 型糖尿病外来患者 304 名 (M170,F134, 61.9 歳)	35.2±6.2 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・1 年間フォローできた 290 名 (M161, F229, 61.1 歳): 35.3±6.2 ・脱落した 10 名 (M6, F4, 57.4 歳): 32.6±6.9 ・死亡 4 名 (M3, F1, 70.5 歳): 38.3±5.4
緒方 久美子ら(2012) 冠動脈バイパス術を受けた患者のセルフケアモデルとその関連要因	2 施設で CABG を受けて退院した患者 524 名 (M229, F67, 不明 1, 68.6 歳)	35.8±6.2 (10 項目 5 件法, 10-50 点)	

* 特記していないものはすべて統計的に有意な差あり

2. 山本ら(1982・1994)の訳を用いた研究

山本ら(1982・1994)の訳を用いた論文は11編であった。そのうち、5件法50点満点8編と25点満点1編、4件法が1編、3件法が1編であった。今回は5件法にのみ焦点をあて論述する。

山本ら訳(1982・1994)の5件法を用いた論文の結果を表2に示した。そのうち地域在住高齢者が対象者に含まれていたのは全論文で9編であった。

1) 地域在住高齢者のSE得点

最もSE得点の数値が高かったのは岡本(2010)の論文で、高齢者大学に通う18名を対象者としていた。平均年齢は71.6歳で、SEは38.6点であった。橋本ら(1997)の高齢者大学に通う類似の対象者も男性37.2点と女性36.1点で、7割程度の得点であった。

2) 性、年齢とSE得点

性別で有意差があったのは1編(橋本, 1997)で、男性が有意に高かった。そのほかは論述がなかった。

年齢も含めると、76歳以上の後期高齢者において、男性(186名)が37.2点で、女性(137名)は36.1点と有意に男性が高かった(橋本, 1997)。1編(北村2004)では年齢で差はなかった。その他の論文では年齢別でのSE得点に関して述べられているものはなかった。

3) 健康状態・健康感とSE得点

現在の体の調子が良いこと、健康であると思っているとSE得点が有意に高かった(北村ら, 2004)。残存歯数が多いとSE得点が高い傾向にあり、咀嚼状態で噛める場合は噛めないに比べて有意に高かった(合田, 2010)。

4) ソーシャルサポートとSE得点

ソーシャルサポートを測定している論文はなかったが、地域社会参加度を測定し、週1回以上ある者のSE得点が最も高かった(38.0点)と報告していた(橋本ら, 1997)。また、友人の有無は、有りの者が37.6点と高かった。

5) 疾病を持った人のSE得点

疾病を持った人のSE得点測定は3編で行われていた。対象者は、糖尿病がある人(Nozaki et al., 2009)では35点台、冠動脈バイパス術を受けた人(緒方, 2012)は35点台であった。脳卒中の後遺症を持った人(竹内千夏, 2009)が最も低い値で28点台であった。しかし、健常高齢者においても、この論文が最も低く30点台で、平均年齢68歳台であった。

6) 介入研究

介入研究は2編で、回想法(野村, 2012)と介護予防教室への参加(竹内美樹, 2009)であった。それらは両方とも実施することでSE得点が有意に上昇していた。ただし、竹内美樹(2009)の参加者はCES-D抑うつ状態自己評価尺度で、抑うつ状態を疑われる対象者であった。回想法でうつを調べているが関連はなかった。

3. 菅(1984)の訳を用いた研究

菅の訳を用いた論文は、疾病をもった人を対象者とした石田ら(2006)の1編のみであった。長期在宅酸素療法患者が25.6点に比べて、呼吸不全に至っていない慢性呼吸器疾患患者が27.4点と、より疾患が軽症である群のSEが高かった(表3)。また、長期在宅酸素療法への否定的な感情が少ないこと、長期在宅酸素療法患者で配偶者がいるとSEが高かった。

表3：菅訳(1984)を用いた高齢者の自尊感情(SE)得点と関連する要因

著者(発表年): 論文タイトル	対象者 (Male, Female, 平均年齢)	SE 平均得点	高いSEに関連する要因*
石田 京子ら(2006) 長期在宅酸素療法患者 の自尊感情とその関連要 因	長期在宅酸素療法患者 104 名 (M69,F35, 71.2±9.0 歳) 呼吸不全には至っていない 慢性呼吸器疾患で外来通院 をしている 104 名 (M66,F38, 71.1±6.9 歳)	長期在宅酸素療法群: 25.6±4.0 慢性呼吸器疾患群: 27.4±4.1 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	<ul style="list-style-type: none"> 長期在宅酸素療法群は慢性呼吸器疾患群に比して自尊感情が有意に低かった 1秒率(%FVC)の上昇(長期在宅酸素療法群のみ) PSM(心理社会的問題状況:長期在宅酸素療法への否定的な感情)が低いこと 配偶者あり(長期在宅酸素療法群のみ)

* 特記していないものはすべて統計的に有意な差あり

表 4：宗像訳(1987)を用いた高齢者の自尊感情(SE)得点と関連する要因

著者(発表年): 論文タイトル	対象者 (Male, Female, 平均年齢)	SE 平均得点	高い SE に関連する要因*
横山 純子ら(2008) 脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因	入院中の脳梗塞患者 92 名 (M63, F29, 66.2 歳)	M 30.7±6.2 F 29.3±5.5 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 6 ヶ月後、一年後に全般的な健康状態が良いこと ・ 全期間で同年代の人と比べた健康状態が良いこと ・ 全期間で健康状態満足感が高いこと ・ 全期間で「Barthel Index Scale(日常生活動作得点)」が高いこと ・ 転院(23.2±2.3)ではなく自宅退院(31.0±5.9)をしたこと ・ 6 ヶ月後、一年後に情緒的サポート提供者(一緒に楽しい時間が過ごせる人、自分を高く評価してくれる人)がいること ・ 6 ヶ月後に入院前の職場に復帰すること復帰した 33.3±4.7 仕事をやめた 26.1±4.6 ・ 経時的に有意差あり 入院時 30.2±6.0 3 ヶ月後 30.7±6.2 6 ヶ月後 30.7±6.5 一年後 30.7±6.0
篠原 純子ら(2005a) 脳梗塞患者の入院時における自尊感情と日常生活動作の関連	入院中の脳梗塞患者 108 名 (M74, 63.7 歳, F34, 66.4 歳)	M 30.7±6.2 F 28.2±5.6 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 男性であること ・ 「Barthel Index Scale(日常生活動作得点)」が高いこと 高い 32.2±5.7, 低い 24.6±4.8 ・ 転院(25.1±4.1)ではなく自宅退院(30.7±6.1)したこと
篠原 純子ら(2005b) 虚血性心疾患患者の不安・ストレス・家族関係と自尊感情の関連性	冠動脈インターベンションを受け、3 ヶ月から一年以内の虚血性心疾患患者 142 名(M105, 68.0 歳, F37, 72.0 歳)	28.4±6.1 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不整脈がないこと あり 25.9±5.5, なし 29.0±6.1) ・ 再狭窄があること あり 31.6±4.9, なし 28.1±6.3) ・ 配偶者と同居していること 同居あり 28.9±6.1, なし 26.0±5.7

* 特記していないものはすべて統計的に有意な差あり

4. 宗像ら(1987)の訳を用いた研究

宗像らの訳を用いた論文は 3 編であった。(表 4)対象者は、入院中の脳梗塞患者が 2 編(横山ら, 2008; 篠原ら, 2005a)、冠動脈インターベンションを受けた人(篠原ら, 2005b)が 1 編であった(表 4)。疾病を持った人の SE 得点は、3 つの論文とも満点の 7 割程度の得点であった。

2 編(横山ら, 2008; 篠原ら, 2005a)で性別による有意差を検討しており、篠原ら(2005a)のみ有意差がみられ男性のほうが高かった。

健康状態、健康感と SE については、「Barthel Index Scale(日常生活動作得点)」が高いこと(横山ら, 2008; 篠原ら, 2005a)、全般的な健康状態が良いこと、健康状態満足感が高いこと(横山ら, 2008)が SE 得点を有意に高くしていた。

情緒的サポート提供者の有無では、一緒に楽しい時間を過ごす人がいること、自分を高く評価してくれる人がいること(横山ら, 2008)が高い SE 得点と関連していた。

5. 大和ら(1990)の訳を用いた研究

大和らの訳を用いた論文は 5 編であった(表 5)。3 編(大和ら, 1990; 吉村ら, 2002; 青木ら, 2012)は、5 項目で 4 件法、5~20 点の得点範囲だが、矢庭(2012)、矢庭ら(2012)の 2 編は 5 項目で 5 件法、0~20 点の得点範囲であり、件数と得点範囲が異なった。

また、矢庭(2012)、矢庭ら(2012)の 2 編はリッカートスケールを反転して用いており、得点が高いほど SE が低いと解釈する他の 3 編と解釈が異なった。

1) 地域在住高齢者の SE 得点

5 編はすべて地域在住高齢者が対象者で、吉村ら(2002)は骨粗しょう症で通院をしている人、矢庭ら(2012)は、要支援・要介護 2 の認定高齢者を対象者としていた。SE 得点が高いほど SE が低いと解釈する 3 編(大和ら, 1990; 吉村ら, 2002; 青木ら, 2012)は満点の 5~7 割、SE 得点が高いほど SE が高いと解釈する 2 編(矢庭, 2012; 矢庭ら, 2012)は、満点の 5~6 割であった。

表 5 : 大和ら訳(1990)を用いた高齢者の自尊感情(SE)得点と関連する要因

著者(発表年): 論文タイトル	対象者 (Male, Female, 平均年齢)	SE 平均得点	高い SE に関連する要因*
大和 三重ら(1990) 日本の高齢者の自尊感情とその要因分析	全国の 60 才以上の男女 2,200 名 (M995, F1,205, 69.2 歳)	M 9.8±2.8 F 10.5±2.9 (5 項目 4 件法, 5-20 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 男性であること ・ 「主観的健康観スケール」得点が高いこと ・ 身体的活動(庭仕事、体操・運動、散歩など)を積極的に行っていること(女性のみ) ・ 身近な人たちへの援助に対する満足感が高いこと ・ 社会的統合(孤独の有無、理解者の有無)レベルが高いこと ・ 身近な人たちからの援助への満足感が高いこと(女性のみ) ・ 職業があること ・ 経済的満足感が高いこと(男性のみ)
吉村 弥須子ら(2002) 身体的変化のある骨粗鬆症患者の QOL 身長短縮や円背の主観的程度と心理的側面との関連	通院中の骨粗鬆症患者 273 名(M2, F271, 66.4 歳)	10.2±3.4 (5 項目 4 件法, 5-20 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身長短縮も円背もない 9.0±3.3 ・ 円背が進行すると自尊感情が低くなる ・ 円背なし 9.6±3.4, 円背かなりあり 12.2±3.9
青木 邦男ら(2012) 在宅高齢者の心理・精神的特性、その相互連関および社会的行動特性との関連性	65 才以上の在宅高齢者 731 名 (M328, 74.3 歳, F403, 75.0 歳)	M 14.1±2.7 F 13.4±2.7 (5 項目 4 件法, 5-20 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 女性であること ・ 「健康管理、知識・能力、体力や社会参加等の自己効力感に関する質問項目」の得点が高いこと ・ 「Geriatric Depression Scale(うつ状態)」の得点が高いこと ・ 「高齢者向け生きがい感スケール(K-I 式)」が高いこと
矢庭 さゆり(2012) 地域高齢者のソーシャルサポートの授受パターンと自尊感情との関連	自立高齢者 305 名 (M135, F170, 72.7 歳)	12.4±2.9 (5 項目 5 件法, 0-20 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手段的サポート サポートの授受が多くバランスが良いこと 高交換型(サポートの提供と受領がともに多い)13.0±0.3 受領優位型(サポートの提供より受領が多い)11.5±0.4 ・ 情緒的サポート サポートの授受が多くバランスが良いこと 高交換型 13.1±0.3 低交換型(サポートの提供も受領も少ない)11.5±0.3 サポートの授受が多くバランスが良いこと 高交換型 13.1±0.3, 受領優位型 12.0±0.5
矢庭 さゆりら(2012) 要介護高齢者のサポート授受パターンと自尊感情との関連 サポート種別での検討	要支援・要介護 2 の認定 高齢者 156 名 (M54, F102, 80.9 歳)	10.7±3.9 M 10.3±4.6 F 11.0±3.5 (5 項目 5 件法, 0-20 点)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前期高齢者 10.0±4.6, 後期高齢者 10.5±3.9 (有意差なし) ・ 要支援 10.6±3.5, 要介護 10.8±4.3 (有意差なし) ・ 手段的サポート 男性はサポートの授受が多くバランスが良いこと 高交換型(サポートの提供と受領がともに多い)12.6±0.9 受領優位型(サポートの提供より受領が多い)7.6±0.9 女性は受領したサポートの量以上にサポートを提供していること 提供優位型(サポートの提供が受領より多い)11.6±0.7 低交換型(サポートの提供も受領も少ない)9.7±0.8 ・ 情緒的サポート サポートの授受が多くバランスが良いこと 高交換型 11.6±0.5 低交換型 9.6±0.6

* 特記していないものはすべて統計的に有意な差あり

表 6 : 中里(1992)を用いた高齢者の自尊感情(SE)得点と関連する要因

著者(発表年): 論文タイトル	対象者 (Male, Female, 平均年齢)	SE 平均得点	高い SE に関連する要因*
寺崎 明美ら(2002) 喉頭摘出者の日常生活負担感と セルフヘルプ・グループから得て いる支援との関連	喉頭摘出者 241 名 (M218, F18, 66.1 歳)	健康状態 悪い:25.8 良い:29.4 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	・ 健康状態がよいと感じてい ること

* 特記していないものはすべて統計的に有意な差あり

表 7 : Mimura et al. (2007)/内田ら(2010)を用いた高齢者の自尊感情(SE)得点と関連する要因

著者(発表年): 論文タイトル	対象者 (Male, Female, 平均年齢)	SE 平均得点	高い SE に関連する要因*
井関 敦子ら(2011) 地域在住の中老年女性のうつ傾向 と社会的背景および自尊感情との 関連 中年期群と高年期群との比 較	40~70 歳代女性 207 名 (うち高年期:60~70 歳代 142 名)	全体 27.7±3.2 高年期 27.7±2.9 点 (10 項目 4 件法, 10-40 点)	・ うつ傾向(CES-D 得点)が 低いこと

* 特記していないものはすべて統計的に有意な差あり

2) 性、年齢と SE 得点

性別では 2 編に有意差がみられ、大和ら(1990)では女性よりも男性、青木ら(2012)は男性よりも女性の SE が高かった。

年齢別に検討していたものは 2 編あるが(大和ら, 1990; 矢庭ら, 2012)、ともに有意差はみられなかった。

3) 健康状態・健康感と SE 得点

高齢者向け生きがい感スケール(K-I 式) (青木ら, 2012)、主観的健康感(大和ら, 1990)、円背の主観的な評価(吉村ら, 2002)が高いことが、高い SE と関連していた。また、Geriatric Depression Scale で測定したうつ状態と SE に負の相関がみられた(青木ら, 2012)。

4) ソーシャルサポートと SE 得点

ソーシャルサポートと SE 得点については、3 編で検討していた(大和ら, 1990; 矢庭, 2012; 矢庭ら, 2012)。大和ら(1990)は、身近な人たちへの援助に対する満足感と SE に高い相関がみられたことを報告している。矢庭(2012)と矢庭ら(2012)は、ソーシャルサポートを、手段的サポートと情緒的サポートに分類し、さらに具合が悪いとき看護や世話をしてもらうなどの手段的受領、具合が悪いとき看護や世話をしあけるなどの手段的提供、悩み事や心配事があるとき相談にのってもらうなどの情緒的受領、悩み事や心配事があるとき相談にのってあげるなどの情緒的提供に区分して SE との関連を検討した。その結果、手段的サポート、情緒的サポートともに受領と提供の量が多く、かつバランスが良いと SE が高い傾向がみられた。

6. 中里(1992)の訳を用いた研究

中里(1992)の訳を用いた論文は 1 件で、喉頭摘出者で、現在の健康状態が良いと感じている群は SE 得点が有意に高かった(寺崎ら, 2002)(表 6)。

7. Mimura et al.(2007) /内田ら(2010) 訳を用いた研究

Mimura et al.(2007) /内田ら(2010)を用いた論文は 1 件で、うつ傾向(CES-D 得点)と自尊感情との間に有意な負の相関があった(井関ら, 2011)(表 7)。

VI. 考 察

医中誌と CiNii の 2 つのデータベースを用いて、学術論文に掲載されたわが国の 60 歳以上の高齢者を対象に SE を尺度を用いて測定した結果に関して文献検討を行った。その結果、25 編のすべてが RSES をもとに翻訳した質問紙を用いていたが、7 人の訳者によるものが存在した。それらのうち高齢者向けに作成されたのは大和ら(1990)訳の 1 種類で、この論文では信頼性と妥当性を検討した記述はみられなかった。

1. 地域在住高齢者の SE 得点について

多くの訳者の質問紙では、SE 得点は満点中おおむね 7 割以上となっていたが、大和ら(1990)は 5~7 割程度であった。これは、多くの訳者は得点が高いほど SE が高いという解釈をしているが、大和ら(1990)は反対に得点が高いほど SE が高いとしているためであろう。

25 編の論文中、介入研究を行ったものは 3 編であった。2 編は介入前に比べると介入後で SE が有意に高くなっているため、介入のアウトカム指標として SE 得点を使うことは可能であると考えた。

2. 高いSEに関連する要因について

高いSEに関連する要因となりうるのは、男性であることが3編(大和ら, 1990; 橋本ら, 1997; 竹内千夏, 2009)、女性であることが1編(青木ら, 2012)であり、男性のほうが女性よりもSEが高い結果が多い。しかし、単変量解析による有意差なので性別で違いがあるかどうかは、対象者が持っている背景によって異なる可能性が高い。年齢については関係がないようである。

身体的な健康について、同じ訳者の質問紙を用いている中で比較をすると、山本訳では地域サロンに参加している地域在住高齢者(北村ら, 2004)と疾患がある2型糖尿病患者(Nozakiら, 2009)、冠動脈バイパスを受けた患者(緒方ら, 2012)では得点はほとんど同じであるため、疾患の有無による差はないと考えられる。その他の訳者では、健康度自己評価が高いこと(奥古田ら, 2002)、体の調子が良い、健康であること(北村ら, 2004)、主観的健康感スケールの得点が高いこと(大和ら, 1990)、生きがい感が高いこと(青木, 2012)、主観的な評価で円背がないこと(吉村ら, 2002)がSEと関連した要因であったため、自分自身の健康状態をどのように感じているかという主観的評価が重要であろう。

次に、高いSEはソーシャルサポートと関連があるとする論文が多かった。伝統行事や祭事に参加していること、伝統行事や祭事で頼りにされること(奥古田ら, 2002)、地域社会への参加度が高いこと(橋本ら, 1997)、一緒に楽しい時間を過ごす人がいること(横山ら, 2008)、手段的サポート、情緒的サポートの受領と提供の量が多く、さらにバランスがとれていること(矢庭, 2012; 矢庭ら, 2012)、身近な人たちへの援助に対する満足感が高いこと(大和ら, 1990)、配偶者がいること(石田ら, 2006)などが高いSEと関連する要因となっていた。

したがって、地域在住高齢者に当校の演習の患者役になってもらうことは、高齢者が学生をサポートし、学生の役にたつと考えることになるので、SEを高めることにつながる事が予測され、SE尺度を用いて評価することは可能であろう。しかし、高齢者のSEを測定するために信頼性と妥当性が検証されている質問紙は現時点ではみあたらないため、今後は高齢者に適切な質問項目を検討することも含めてSEの測定と評価を実施する必要がある。

Ⅶ. 結 論

1. Rosenbergが作成したSelf-Esteem Scaleをもとに翻訳した質問紙を用いて高齢者のセルフエスティームを測定した論文が25編であった。Self-Esteem Scaleの日本語の翻訳版は7種類あり、高齢者向けに翻訳、作成された質問紙は1種類であった。

2. 高齢者のセルフエスティームを高める要因として、対象者の健康に対する主観的な評価とソーシャルサポートが示唆された。

■文 献

- 青木邦男, 松林美子, 木原敬子, 片瀬智恵, 内免真理恵, 山本せつ子, 他(2012). 在宅高齢者の心理・精神的特性、その相互関連および社会的行動特性との関連性. 保健の科学, 54(4), 279-285.
- 遠藤辰雄, 蘭千壽, 井上祥治(1992). セルフ・エスティームの心理学—自己価値の探求. ナカニシヤ出版, 京都.
- 藤村樹里, 浅妻由香里, 依田寛子, 清水和彦(1999). 寝たきり高齢者の知的機能と自尊感情の関係—リハビリテーション訓練への応用の検討—. 北里理学療法学, 2, 99-102.
- 合田加代子, 國方弘子, 高嶋伸子, 辻よしみ, 中添和代(2010). 戸建て団地に暮らす高齢者の歯の健康状態と積極的自尊感情・老年うつ・外出状態との関連. 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 51-57.
- 橋本有理子, 本村凡(1997). 老年期の自尊感情に関する一研究. 大阪市立大学生活科学部紀要, 45, 231-241.
- 星野命(1970). 感情の心理と教育(二). 児童心理, 24, 1445-1477.
- 井関敦子, 大橋一友(2011). 地域在住の中老年女性のうつ傾向と社会的背景および自尊感情との関連—中年期群と老年期群との比較—. 母性衛生 51(4), 640-646.
- 石田京子, 土居洋子(2006). 長期在宅酸素療法患者の自尊感情とその関連要因. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 16(2), 317-321.
- 掛屋純子, 掛橋千賀子(2008). 前立腺がん患者の排尿・排便・性機能、精神的負担感が自尊感情に与える影響. 日本がん看護学会誌, 22(1), 23-30.
- 河合千恵子, 新名正弥, 高橋龍太郎(2013). 虚弱な高齢者を対象とした心理的QOL向上のためのライフレビューとライフストーリーブック作成プログラムの効果. 老年社会科学 35(1), 39-48.
- 北村隆子, 臼井キミカ, 筒井裕子(2004). 地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因. 人間看護学研究, 1, 1-9.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23, 349-357.
- 松本洸(1994). 大学生の自己意識と家庭環境について—大学生の自己の体験・意識調査結果の分析—. 日本大学芸術学部紀要, 24, 72-83.
- 松下延子, 神庭純子, 小林貴子, 伊藤幸子, 中村貴子, 橋本廣子, 他(2008). 4年生大学看護基礎教育課程の1年次「ふれあい実習」の教育効果(2報)—学生の実習記録記述内容を分析して—. 岐阜医療科学大学紀要, 2, 115-122.

- Mimura, C., Griffiths, P.(2007). A Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and equivalence assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(5), 589-594.
- 宗像恒次, 高臣武史, 河野洋二郎, デービッド・ベル, リンダ・ベル(1987). 日米青少年の家庭環境と精神健康に関する比較研究. 昭和 63 年度厚生省科学研究報告書.
- 宗像恒次(1987). 行動科学からみた健康と病気ー現代日本人のこころとからだ. p.162, メヂカルフレンド社, 東京.
- 宗像恒次(1988). 健康のセルフケア行動. *看護技術*, 34(9), 12-17.
- 村松常司, 鎌田美千代, 佐藤治子, 川畑徹朗(2003). セルフエスティームについて. 愛知教育大学保健管理センター紀要, 2, 3-9.
- 中里克治(1992). 心理学からの QOL へのアプローチ. *看護研究*, 25(3), 193-202.
- 中山亜弓, 杉本幸枝, 土井英子(2008). 模擬患者(SP)を活用したコミュニケーション演習の学びの分析ー基礎看護学実習後の振り返りを通してー. *看護・保健科学研究*, 8(1), 141-147.
- Nathanial B. (1988) / 手塚郁恵訳(1992). 自信を育てる心理学ーセルフ・エスティーム入門ー. p19, 春秋社, 東京.
- 野村信威(2012). 地域在住高齢者に対する個人回想法の自尊感情への効果の検討. *心理学研究*, 80(1), 42-47.
- 能見清子, 小林秀行, 水野正之, 宮本美佐, 濱本洋子(2011). 地域住民の協力する模擬患者参加型演習の導入が基礎看護技術教育にもたらす効果. 日本看護科学学会学術集会講演集 31 回, 260.
- Nozaki T., Morita C., Matsubayashi S., Ishido K., Yokoyama H., Kawai K., et.al(2009). Relation between psychosocial variables and the glycemic control of patients with type 2 diabetes: A cross-sectional and prospective study. *Biopsychosocial Medicine*, March, 1-8.
- 緒方久美子, 高見沢恵美子, 北村愛子(2012). 冠動脈バイパス術を受けた患者のセルフケアモデルとその関連要因. *せいいい看護学会誌*, 2(2), 1-9.
- 岡堂哲雄(1976). 老年期と家族関係. 岡藤哲雄, 心理学的家族関係学. pp147-166, 光生館, 東京.
- 岡本麗子, 井出訓(2010). ホームレス経験をした高齢者の心理社会的発達課題としての統合性とその関連要因. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 6(1), 71-76.
- 大和三重, 前田大作, 野口裕二, 中谷陽明, 直井道子, 坂田周一, 他(1990). 日本の高齢者の自尊感情とその要因分析. *老年社会科学*, 12, 147-167.
- Rosenberg, M.(1965). *Society and the adolescent self-image*. pp16-35, Princeton University Press, New Jersey.
- 篠原純子, 宮越由紀子, 岡田靖, 豊田一則, 森寺栄子, 新田壽子, 他(2005a). 脳梗塞患者の入院時における自尊感情と日常生活動作の関連. *広島大学保健学ジャーナル*, 5(1), 28-34.
- 篠原純子, 松岡緑, 樗木晶子, 長家智子, 赤司千波, 川上千普美, 他(2005b). 虚血性心疾患患者の不安・ストレス・家族関係と自尊感情の関連性. 九州大学医学部保健学科紀要 (6), 9-16.
- 管佐和子(1984). SE(Self-Esteem)について. *看護研究*, 17(2), 21-27.
- 高田利武(1993). 青少年の自己概念形成と社会的比較ー日本人大学生にみられる特徴. *心理学研究*, 41, 339-348.
- 竹内千夏(2009). 生活行動の知覚-情報処理と自尊感情との関連性 脳卒中後遺症をもつ在宅療養高齢者の場合. *香川大学看護学雑誌*, 13(1), 13-23.
- 竹内美樹(2009). 高齢者介護予防教室における精神面の健康感の変化. *日本看護学会論文集: 精神看護*, 39, 155-157.
- 寺崎明美, 辻慶子, 鷹井樹八子, 間瀬由記, 関根剛(2002). 喉頭摘出者の日常生活負担感とセルフヘルプ・グループから得ている支援との関連. *長崎大学医学部保健学科紀要*, 15(2), 33-40.
- 兎澤恵子(2012). 高齢者の住居移動による自尊感情の実態調査ー呼び寄せ高齢者と地元高齢者の比較ー(2012). *群馬パース大学紀要*, 3, 39-46.
- 内田知宏, 上埜高志(2010). Rosenberg 自尊感情尺度の信頼性および妥当性の検討ーMimura & Griffiths 訳の日本語版を用いてー. *東北大学大学院教育学研究科研究年報*, 58(2), 257-266.
- 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子(1982). 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究*, 30(1), 64-68
- 山本真理子(1994). 自尊感情尺度. 堀弘道, 山本真理子, 松井豊編. *心理尺度ファイルー人間と社会を測るー*. pp67-69, 垣内出版, 東京.
- 矢庭さゆり(2012). 地域高齢者のソーシャルサポートの授受パターンと自尊感情との関連. *インターナショナル Nursing Care Research*, 11(4), 77-85.
- 矢庭さゆり, 矢嶋裕樹, 難波峰子, 二宮一枝, 香川幸次郎(2012). 要援護高齢者のサポート授受パターンと自尊感情との関連 サポート種別での検討. *ケアマネジメント学*(11), 72-82.
- 與古田孝夫, 赤嶺依子, 具志堅美智子(2002). 沖縄における地域高齢者の self-esteem(自尊感情)とその関連要因についての検討. *医学と生物学*, 144(5), 147-151.
- 横山純子, 宮越由起子(2008). 脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因. *日本看護研究学会雑誌*, 31(1), 55-65.
- 吉村弥須子, 白田久美子, 前田勇子, 安森由美, 東ますみ(2002). 身体的変化のある骨粗鬆症患者の QOL 身長短

【要旨】

本研究は、わが国における高齢者のセルフエスティームを測定するために用いられている尺度、対象者、得点の実態から地域在住高齢者のセルフエスティームを高める要因を明らかにすることを目的に文献検討を行った。分析対象の文献は医学中央雑誌 Web ver.5.0と CiNii の2つのデータベースを用いて検索を行った。キーワードを「セルフエスティーム」または「自尊感情」として検索した結果 1,666 件が抽出された。そのうち学術誌に掲載された原著論文であること、対象者が 60 歳以上の高齢者であること、尺度を用いてセルフエスティームの測定を行っていること、という3つの条件にあてはまる文献を抽出した。さらに条件にあてはまった文献の引用文献から、目的に合致した文献を追加し分析対象の文献とした。

最終的に 25 編の文献が分析対象となり、以下の結果が得られた。

1)25 編の文献で使用されていたセルフエスティームの尺度は、すべて Rosenberg が作成した Self-Esteem Scale をもとに翻訳した質問紙であった。しかし、Self-Esteem Scale の日本語訳は 7 種類あり、そのうち高齢者向けに翻訳、作成された質問紙は 1 種類であった。2)地域在住高齢者のセルフエスティームを高める要因として、対象者の健康に対する主観的評価とソーシャルサポートが示唆された。

受付日 2013 年 9 月 4 日 採用決定日 2013 年 10 月 28 日 改定日 2015 年 9 月 28 日

緩和ケア実習を行なった看護学生の“緩和ケア”に対する 捉え方の変化

山手美和

国立看護大学校
yamatem@adm.ncn.ac.jp

Changes of the Views on “Palliative Care” of the Nursing Students through Actual Cancer Patient Nursing Practice

Miwa Yamate

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

【Keywords】 看護学生 nursing student, 緩和ケア実習 palliative care nursing practice, 緩和ケア palliative care

I. 緒言

がん対策推進基本計画（厚生労働省，2012）では，がんと診断されたときからの緩和ケアの推進を重点課題としてあげている。そして，がん患者とその家族が，精神・心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるように，がん診療に携わるすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し，知識と技術を習得すること，拠点病院を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来の充実を図ることやがん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等を図ることを目標に掲げている。

医療従事者に対する教育として，医師に対しては，日本医師会や日本緩和医療学会を中心とした PEACE プロジェクト，看護師を対象としたものは，がん看護専門看護師や認定看護師の教育課程，ELNEC-J などがある。また，市民を対象とした取組みとして，オレンジバルーンプロジェクトを展開し，市民に緩和ケアの正しい知識を広める活動が行われている（日本緩和医療学会，2013a；日本緩和医療学会，2013b；日本緩和医療学会，2013c）。

将来の医療を担う医学生や看護学生に対する教育内容を見ると，医学生に対する緩和ケアに関する教育の実施率は高く，医学部卒前緩和ケア教育カリキュラム試案なども作成されており，緩和ケアに関する教育を学部教育レベルで行うことの必要性の認識，講義内容の吟味もなされている段階であると報告されている（黒子，2006；斎藤，2006）。しかしながら，看護基礎教育における緩和ケア教育の実際を見ると，中村（2004）が行なった「看護基礎教育におけ

る緩和ケア教育の実態調査」の結果では，緩和ケアの授業を行なっている学校は増加傾向であるが，緩和ケア教育カリキュラムの構築の必要性，緩和ケア教育を担当できる教員の養成，臨地実習の必要性と指導方法の検討などの必要があると報告している。その後，中村ら（2011）は，2009年に4年制看護系大学を対象に緩和ケア教育の実際について調査を行い，看護基礎教育カリキュラムにおける位置づけが明確ではないこと，卒後教育への効果的な関連を視野に入れた看護基礎教育の教育内容を明確にしていくことの必要性を指摘している。

前述したように，看護師に対する緩和ケア教育のプログラムや教育課程は整備されつつあるものの，看護基礎教育における緩和ケア教育についての整備は課題となっていると推察できる。

看護基礎教育における緩和ケアに関する教育内容に関する研究を見ると，緩和ケア実習や終末期看護実習後の看護学生の学び（二重作ら，2001；沼沢ら，2003；鈴木，2008；名倉ら，2009）やがんのイメージの変化（阿部，2003）などに関する研究報告がある。しかしながら，緩和ケア実習を通して，看護学生の“緩和ケア”の概念の捉え方に変化があったのか，また，看護学生が実習を通して緩和ケア実践をどのように捉えたのかについて明らかにしている研究は見あたらなかった。

本研究結果より，看護学生が緩和ケア実習を通して“緩和ケア”をどのように捉えたのかが明らかになり，看護基礎教育における緩和ケア教育の検討を行う際の資料が得られるものと考えられる。

Ⅱ. 目的

本研究の目的は、緩和ケア実習を通じた看護学生の“緩和ケア”に対する捉え方の変化と看護学生が大切だと考えた緩和ケア実践について明らかにすることである。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象者

緩和ケア実習を一般病棟または緩和ケア病棟で行なった看護系大学4年生の43名であった。

2. データ収集期間

2012年5月～8月

3. データ収集方法

緩和ケア実習開始時に、看護学生に対して、研究目的・方法を記載した研究依頼文書とともに、実習前・後に回答してもらうための2種類の自記式無記名式質問紙と返信用封筒を配布した。研究者は、研究依頼文書に基づき研究の目的・方法等について説明を行なった。本研究への協力に同意する看護学生は、質問紙に回答し、返信用封筒に入れ封をして、回収箱に個別に投函することとした。本研究では、そのうちの実習後に回答する質問紙調査の一部である自由回答式質問項目への回答があった部分について分析をした結果を報告する。

質問項目は、「実習前に思っていた“緩和ケア”は、実習後に変化しましたか」について「変化した」、「変化しなかった」について該当する方に○印をつけてもらった。また、自由回答式質問項目として、「実習前に“緩和ケア”をどのように思っていたか」、「実習後に緩和ケアの捉え方が変化した内容とその理由」、「がん患者にとって、どのような看護実践・緩和ケア実践行なっていくことが大切だと思うか」の3項目を設定した。

4. データ分析方法

実習後の質問紙のうち自由回答式質問項目に記載されていた内容をデータとして分析した。得られたデータをテキスト化し、各項目について、意味内容の類似しているものを分類した。分類した内容について、がん看護学の専門家にスーパーバイズを受け真実性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

研究対象者に研究の目的・方法を文書と口頭で説明した。研究協力は任意であり強制されるものではないこと、質問紙への回答は無記名でよいため匿名性やプライバシーの保護は保証すること、本研究への協力の可否と実習成績評価

や、実習後の学生生活を送ることとは関連がなく、研究協力の可否によっていかなる不利益も被らないこと、データ保管方法、結果の公表などについて説明した。また、質問紙へ回答し回収箱に投函した時点で本研究へ同意したとみなすこと、回収箱に投函した時点で個人を特定できなくなるため投函後は研究協力の撤回ができないことも説明した。また、自由回答式質問項目への記載によって、筆跡から個人が特定されることも考えられるため、ワープロで作成したものを添付することも可能であることを説明した。また、本研究を行うにあたり、データ収集を行なった看護系大学看護学部の研究倫理委員会の承認を得たのち行なった。

Ⅳ. 結果

1. 緩和ケア実習における実習目的・実習目標と実習環境

1) 緩和ケア実習における実習目的・実習目標

緩和ケア実習の目的は、緩和ケアを必要とする対象の全人的苦痛を理解し、苦痛の緩和とQOL向上に向けた看護を実践的に修得するとともに、多職種によるチーム医療の実際を学ぶことを通して、人が生きること・死にゆくことの意味を考えることである。

実習目標は、緩和ケアを必要とする患者と家族が抱えている全人的苦痛を理解し、緩和ケアを必要とする患者と家族のQOLを高める看護援助や緩和医療・がん医療におけるチーム医療が理解できることをあげている。さらに、これらの学びを通して、自らの人生観・死生観について考え、緩和ケアを必要とする患者と家族への看護のあり方について考察できることとしている。実習期間は、2週間であり、看護学生は、原則1名の患者を受けもち、看護過程を展開する。

実習前課題として、緩和ケアの概念や全人的苦痛に関する内容の復習や緩和ケアを受ける患者・家族に関するDVDの視聴を通して、緩和ケアや緩和ケアを受ける患者像への理解が深められるような課題を課している。

2) 緩和ケア実習における実習環境

実習病棟は、一般病棟（大学病院消化器内科病棟）と緩和ケア病棟（宗教法人系私立病院）であり、看護学生の希望に沿って実習病棟を割り当てる。一般病棟では、消化器系の疾患の診断、治療を行なっている。入院目的は、検査、治療、緩和的治療など幅広い。緩和ケア病棟では、緩和医療、終末期の看取りを中心とした医療を行なっている。看護学生に対する実習指導体制は、看護ケア技術に関する指導は、看護学生の受けもち患者を実習日に担当する看護師が行い、緩和ケアに関する実習の総括、看護過程の展開、カンファレンスでの指導は大学の教員が行なった。

2. 研究対象者の概要

本研究で分析を行う実習後の質問紙への回答は、32名であり、回収率は、74.4%であった。そのうち、自由回答式質問項目に回答のあった18名分を分析対象とした。実習病棟は、一般病棟8名、緩和ケア病棟8名、無回答2名であった。本文中の【】〔〕はカテゴリー、「」は質問紙への記載内容の記述であり、Noは研究対象者となった学生の本研究におけるID番号である。

3. 緩和ケア実習を通じた“緩和ケア”に関する捉え方の変化

1) 緩和ケア実習を通じた“緩和ケア”に関する捉え方の変化の有無

緩和ケア実習を通して、“緩和ケア”に関する捉え方に変化があったかどうかについて質問したところ、「変化があった」17名、「変化がなかった」1名であった。

2) 緩和ケア実習前後の“緩和ケア”の捉え方の変化

緩和ケア実習を通して、“緩和ケア”の捉え方に変化があった内容として、【対象者】、【病期】、【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】の3つに大別できた。【対象者】、【病期】、【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】の3つについて、実習病棟と緩和ケアに対する捉え方の変化の有無による相違があるのかについて検討するために分類をした(表1、表2参照)。

(1) 【対象者】(表1参照)

緩和ケアの捉え方に変化があったと回答した学生のうち、一般病棟で実習した学生は、緩和ケアの対象者は、実習前は、「死に近い患者(No1)」、「終末期の患者(No11)」

のように「死に近い」、「終末期」にある患者と回答しているが、実習後は、「終末期だけでなく診断期、治療期からの患者(No1)」、「疾患を抱えたすべての人々、家族(No2)」など、実習を通して、「診断期から終末期にある人」、「疾患をもつすべての人々」と回答していた。緩和ケア病棟で実習した学生は、実習前は「患者(No3)」, 実習後は「患者と家族(No3)」と回答しており、患者だけでなく家族も対象と回答していた。

(2) 【病期】(表1参照)

緩和ケアの捉え方の変化があったと回答した学生のうち、一般病棟で実習した学生は、実習前は、緩和ケアが対象とするステージを「死に近い」、「終末期」として捉えているが、実習後は、「診断期、治療から終末期(No1)」のように、診断期から終末期とあらゆるステージを対象としていると回答していた。

(3) 【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】(表2参照)

①一般病棟で実習した学生の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】

一般病棟で実習した学生の実習前の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】として、[痛みの軽減・緩和]、[身体的な痛みの緩和・軽減]、[苦痛の緩和・軽減]、[死にゆく人へのケア]、[満足のいく最期を迎えるケア]が抽出できた。

実習後の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】として、[全人的苦痛の緩和・軽減]、[全人的苦痛は関連し合っている]、[その人らしい生活を送るためのケア]が抽出できた。

表1 看護学生の“緩和ケア”に関する実習前後の捉え方の変化【対象者】【病期】

	緩和ケアの捉え方の変化	実習病棟*	実習前	実習後
【対象者】	変化した	一	死に近い患者(No1) 死を目の前にした人々(No2) 死に直面している患者と家族(No10) 死にゆく人(No18) 終末期の患者(No11)	終末期だけでなく診断期、治療期からの患者(No1) 疾患を抱えたすべての人々、家族(No2) がんとわかる前の患者と家族も含む(No10)
		緩	患者(No3)	患者と家族(No3)
		無	死に近い患者や家族(No6)	
	変化なし	緩	疾患を抱えている人(No16)	
【病期】	変化した	一	死に近い(No1) 死を目の前に(No2) 死に直面している(No10) 死にゆく(No18) 終末期(No11)	診断期、治療から終末期(No1) がんと診断される時期(No10) がんと診断されたときから緩和ケアが必要(No11)
		緩		
		無	死に近い(No6)	
		変化なし	緩	病期は末期に限らず診断初期から始めていく(No16)

* 実習病棟:「一」一般病棟,「緩」緩和ケア病棟,「無」無回答

表2 看護学生の“緩和ケア”に関する実習前後の捉え方の変化【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】

緩和ケアの捉え方の変化	実習前		実習後	
	カテゴリ	記述内容	カテゴリ	記述内容
【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】 変化した	実習病棟* 一	<p>[痛みの軽減・緩和] [身体的な痛みの緩和・軽減] [苦痛の緩和・軽減] [死にゆく人へのケア] [満足のいく最期を迎えるケア]</p>	<p>[全人的苦痛の緩和・軽減] [全人的苦痛は関連し合っている] [その人らしい生活を送るためのケア] [死にゆく人へのケア] [満足のいく最期を迎えられるようにケアするもの(No10)]</p>	<p>トータルペインを緩和(No1) 全人的苦痛を取り除く(No18) 痛みは身体的なものだけでなく精神的なものも多い(No4) さまざまな痛みが密接に関わり合っている(No4) 痛みの軽減より患者の残された時間を安全に安楽に希望にできるだけ行う(No9) 痛みを軽減するのはその目的のための小さな目的(No9) その人らしい予後への介入(No17) 生きたいと一緒に考えて支えるケア(No18)</p>
	緩	<p>[痛み・症状の軽減・緩和] [苦痛の緩和・軽減] [身体的苦痛の緩和・軽減] [安楽に過ごすためのケア] [薬物コントロール]</p>	<p>症状緩和(No3) 痛みを取る(No5, No8) 疼痛緩和(No13) 苦痛緩和(No13) 苦痛を取り除く(No14) 身体的な苦痛を投薬やマッサージ、アロマセラピーによって緩和(No7) 痛みなどの身体的苦痛を和らげる(No15) 安楽に過ごしてもらうケア(No3) 安楽に過ごせるよう援助する(No5) 疼痛緩和・苦痛緩和のための薬物コントロール(No13)</p>	<p>[全人的苦痛の緩和・軽減] [全人的苦痛は関連し合っている] [痛み・症状の軽減・緩和] [その人らしい生活を送るためのケア] [家族の苦痛の緩和] [安楽に過ごせるためのケア] [薬物コントロール] [状況の把握] [チーム医療] [全人的苦痛の緩和・軽減]</p>
変化なし	無	<p>[苦痛の緩和・軽減] [患者が満足できるような生活ができる関わり] [苦痛の緩和・軽減]</p>	<p>痛みを緩和(No6) 死が近い患者や家族の不安な思いを緩和(No6) 苦痛軽減のために必要なケア(No12) 患者が満足できるような生活ができるように関わる(No12) 苦痛症状を緩和(No16)</p>	<p>終末期に近い人しか入院できない現状があることに驚いた(No16)</p>

* 病棟：「一」一般病棟、「緩」緩和ケア病棟、「無」無回答

②緩和ケア病棟で実習した学生の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】(表2参照)

緩和ケア病棟で実習した学生の実習前の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】として、[痛み・症状の軽減・緩和]、[苦痛の緩和・軽減]、[身体的苦痛の緩和方法]、[安楽に過ごすためのケア]、[薬物コントロール]が抽出された。

実習後の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】として、[全人的苦痛の緩和・軽減]、[全人的苦痛は関連し合っている]、[痛み・症状の軽減・緩和]、[その人らしい生活を送るためのケア]、[家族の苦痛の緩和]、[安楽に過ごすためのケア]、[薬物コントロール]、[状況の把握]、[チーム医療]が抽出された。

③実習病棟を記載しなかった学生の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】(表2参照)

実習病棟を記載しなかった学生は、実習前は、[苦痛の緩和・軽減]、[患者が満足できるような生活ができる関わり]と回答していた。実習後は、[全人的苦痛の緩和・軽減]があった。

④実習前後で緩和ケアの捉え方の変化がなかった学生の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】(表2参照)

実習前後で緩和ケアの捉え方の変化がなかった学生の【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】として、実習前は、[苦痛の緩和・軽減]、実習後は、[緩和ケア病棟の現状]と記載があった。

これらのことから、【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】に関する内容では、実習前は[苦痛の緩和・軽減]、[痛みの軽減・緩和]、[身体的な痛みの緩和・軽減]など、苦痛、特に痛みのなどの身体的苦痛に対するケアを中心に回答しており、実習後になると[全人的苦痛の緩和・軽減]のように、身体的苦痛のみならず全人的苦痛として捉えること、[全人的苦痛が関連し合っている]、[その人らしい生活を送るためのケア]などについても捉えられるようになっていたことがわかった。

実習病棟による特徴としては、緩和ケア病棟で実習した学生は[安楽に過ごすためのケア]、[薬物コントロール]をあげており、さらに、[家族の苦痛の緩和]、[状況の把握]、[チーム医療]、[緩和ケア病棟の現状]など、緩和ケアを必要とする患者だけでなく、家族の苦痛やチーム医療、緩和ケア病棟の現状などについても捉えていることができていた。

3) 緩和ケア実習を通して看護学生が捉えた緩和ケア実践(表3参照)

緩和ケア実習を通して看護学生が捉えた緩和ケア実践として、最も多い回答数だったものは、[患者・家族の希望に沿う]であり、次いで、[苦痛の緩和・軽減]が多く、順に[意思決定への支援]、[がん患者の気持ちに寄り添

う]、[チームで関わる]、[傾聴・共感する態度で接する]、[患者が自分自身のことをどのように思っているのか把握]、[薬物の投与とモニタリング]、[セルフケアへの支援]、[安心できるような関わり]、[スピリチュアルな部分への関わり]、[患者の人生について知りながら関わる]が抽出された。

これらのことから、看護学生が捉えた緩和ケア実践として、傾聴・共感的な態度に関わりながら患者・家族の希望や気持ちに寄り添うこと、患者・家族が意思決定をしていくことができるように、薬物投与とモニタリングをしながら苦痛の緩和・軽減をしていくことであるといえる。また、患者が自分の状況を把握できているのか、症状等によるセルフケアレベルに応じたケアをしながら、スピリチュアルケアを行いながら、患者の人生に関わっていくものと捉えていることがわかった。

V. 考 察

本研究の結果から、看護学生は、実習前には、緩和ケアの【対象者】や【病期】を「死が近い」、「終末期」の患者または家族を対象として捉えているが、2週間の緩和ケア実習を通して、「診断期から終末期にある人」、「疾患をもつすべての人々」と捉え直していることがわかった。このことから、看護学生にとって、講義や学内演習、実習前の事前学習課題で、WHOの緩和ケアの定義について学習していても、緩和ケアイコール死にゆく人へのケアであるという認識があることが推察された。しかしながら、緩和ケア病棟で実習した学生は、この点についてどのような変化があったのかについて回答した者はいなかった。そのため、一般病棟で実習した学生のみが、緩和ケアの捉えに変化があったのかどうかは断定できない。緩和ケア病棟では、診断期や治療期の患者を受けもつことはなく、終末期・死にゆく人への看護実習を行なっている。一方、本年度の、一般病棟での緩和ケア実習では、終末期の患者だけを受けもち患者として選定することは難しく、必然的に診断期の患者や治療期の患者も受けもつこととなった。また、がん患者だけでなく、慢性疾患を抱えながら生活する患者も受けもたざるを得ない状況となることも多かった。そのため、緩和ケア実習における学習過程の中で、改めてWHOの緩和ケアの定義を見直しながら、緩和ケアはがん患者だけが対象ではないこと、緩和ケアは「死が近い」、「終末期」にある人や緩和ケア病棟で行われるだけのケアではなく、診断された早期から継続した緩和ケアを行なっていくことの必要性を受けもち患者への看護援助を考える中で再学習するように実習指導を行なったことが、このような差異を生じさせたものと考えられる。本緩和ケア実習の実習期間は2週間であったが、実習での体験は、緩和ケアの

表3 看護学生が捉えた緩和ケア実践

カテゴリー	実習病棟*	記述内容
[患者・家族の希望に沿う]	一	患者の希望に沿ったケアを行う (No4) 残りの人生をどう生きたいか、希望にできるだけ沿うこと (No9) 患者や家族のことを第一に考えたケアを行うこと (No10) 患者や家族の心理状態・身体状態を考えながら希望に沿うような声かけ提案、ケアの提供をしていく (No10) 患者さんが何を大切に思って生きていこうと思うか、聞いてそれを一緒に考える (No17) 患者が感じていることに応じてケアの方針を考えていく (No18)
	緩	患者さんのご希望を引き出し、ケアしていく (No3) 患者さんの思いや希望を第一に考え、それに沿った看護を展開していく (No5) 患者さんが患者さんらしく、患者さんの望むようなケアを実践していく (No7) 希望に沿う (No8) 患者のQOLの向上をめざす (No14)
[苦痛の緩和・軽減]	一	患者さんが自分らしい生活を送れるよう、患者ととりまくさまざまな苦痛を緩和できるような看護をすること (No1) 抱えている苦痛を和らげる (No2) 看護師としてできるありとあらゆる方法を継続して行い苦痛を軽減させること (No9)
	緩	患者さんの身体症状や苦痛を緩和することが第一のケアであり、緩和する (No3) 患者さんの考えていること、感じていることを大切に患者さんの苦痛を取り除く (No7)
[意思決定への支援]	一	決断ができていない患者はそれを手伝う (No18) 決断が行えている患者は自信をもてるように支える (No18)
	緩	意思決定の支援をしていくこと。(No16)
[がん患者の気持ちに寄りそう]	一	患者や家族の思いを受け止める (No4) がん患者の気持ちに寄りそうこと (No9)
[チームで関わる]	一	患者に関わるすべての医療者・関係者が同じ思いをもってケアを行えるよう、チームで共有し考える (No10) 患者の言葉1つ1つを分析して、いろいろな側面から考えられることを、チームで共有して、よりよい支援につなげること (No11)
[傾聴・共感する態度で接する]	一	話を傾聴し、共感する態度で接する (No2)
[患者が自分自身のことをどのように思っているのか把握]	一	患者が自身の状態についてどのように感じているか把握する (No18)
[薬物の投与とモニタリング]	緩	患者の痛みや不快症状をコントロールするために、指示された薬を確実に投与し、作用や副作用をモニタリングしていくこと (No16)
[セルフケアへの支援]	緩	疼痛や症状のために行えていないセルフケアを、本人の意思を尊重しながら、介助していく (No16)
[安心できるような関わり]	緩	対象やその家族の思いを傾聴し、安心してもらおうような関わり方をすること (No13)
[スピリチュアルな部分への関わり]	無	スピリチュアルな部分も考えながら関わる (No6)
[患者の人生について知りながら関わる]	無	患者の人生について知りながら関わる (No6)

*実習病棟：「一」一般病棟、「緩」緩和ケア病棟、「無」無回答

捉え方に変化をもたらすことが、本研究結果より示唆されたともいえる。

一般病棟と緩和ケア病棟で実習した学生の捉え方や緩和ケアの捉えの変化を見ると、痛みや苦痛の軽減については、患者だけでなく家族もケアをすること、その人らしいケアなどが記載されているが、薬物コントロールという視点は、一般病棟では記載がなかった。一般病棟においては、診断期の患者を受けもった場合は、検査時の看護が中心となったり、治療期であれば、化学療法時の看護として、吐き気などの有無などの観察は行うものの、緩和ケア病棟ではこれらに関連する記載はなかった。一般病棟においては、診断期の患者を受けもった場合は、検査時の看護が中心となったり、治療期であれば、化学療法時の看護として、吐き気などの有無などの観察は行うものの、症状が

あまり強くない患者や、症状によって日常生活に支障が出ていない患者を受けもつことが多いため、症状マネジメントや薬物コントロールのような視点をもちにくかったものと考えられる。患者や家族の全人的苦痛のアセスメントを行い、全人的に関わっていくことができるように指導していくことが重要である。

また、本研究の結果から、実習前は、痛みや身体的苦痛、苦痛の軽減というような表現が、実習後は、身体的、社会的、霊的な苦痛や全人的苦痛という用語やそれぞれの苦痛が関連し合っているなど、全人的苦痛について理解が深まったと思われる回答があった。多くの看護学生は、実習前は緩和ケアイコール苦痛の緩和・軽減を行うものという捉え方をしていたが、何のために、苦痛の軽減や緩和を行なっていくのか、また、苦痛の軽減緩和を行うことで、

患者にどのように影響があるのかについてまで、実習を通して考察できるようになっていたものと考えられる。さらに、終末期、死にゆく人という対象への前提がなくなり、その人らしさ、生きがいといった視点で、対象者である人を見るようになり、診断期からの継続したケアの必要性を実習を通して実感したと考えられた。そのため、講義・演習、実習を通して学びが関連づけられるようなフレキションのあり方や概念化の指導を行なっていくことが重要であると考えられる。また、講義・演習で学んだことと実習での学びを関連付けながら、緩和ケアについて学生が考えられるような実習指導の展開や場面の提供、カンファレンスの検討、一般病棟と緩和ケア病棟で実習した学生のそれぞれの学びが共有できるような実習展開をしていくことで、より緩和ケアについての学びが深まるものと考えられる。そのためには、緩和ケアや終末期の患者の看護の実践についての理解があり、学生の体験と終末期がん患者・家族の状況を統合し、実習指導を行なっていくことができるような教員の育成と充実が急務であろう(中村, 2004)。

さらに、本研究の結果から、緩和ケア実習を通して看護学生が捉えた緩和ケア実践は、[患者・家族の希望に沿う]、[苦痛の緩和・軽減]の回答が多く、患者や家族の希望や気持ちに沿うことや苦痛の緩和・軽減を行なっていくことが大切であると捉えていることがわかった。また、緩和ケアは、傾聴・共感的態度で接するという医療者の態度や、患者の人生に関わっていくこと、スピリチュアルな部分に関わることなど、緩和ケアの関わる範囲などについても捉えていた。さらに、チームで関わるという緩和ケアの体制についても捉えており、実習を通して緩和ケアのさまざまな側面について学んでいることが推察された。

緩和ケアは、治療を目的とするのではなく、生命を脅かす疾患による問題を抱えている患者と家族の身体面、精神面、社会面、スピリチュアル面の4側面からなる全人的苦痛を緩和するものであり、クオリティオブライフを改善するための実践であり、チームで関わっていくものである(柏木, 2007; 梅田, 2011)。

緩和ケアの概念に含まれる全人的苦痛を理解していくことは、看護学生が捉えているように患者の人生に関わっていくことでもあり容易ではない。また、緩和ケアを実践していくには、傾聴・共感的態度が重要であるといわれているが、実際、傾聴・共感的態度とはどういうことなのかについて定義や事例で学習しても明確に理解することは困難であることが多い。そのような状況の中で、看護学生は、自分が行っている看護援助は本当に適切なのか、逆に希望を遠ざけるものなのではないかと悩み、患者や家族と関わることを躊躇(ちゅうちよ)してしまうことも多いが、そのような状況の中でも、患者・家族の希望に沿ったケアを考え、実践しようとしている。

先行研究では、終末期患者をケアする看護師は、患者の苦痛が軽減できるように気づかいを行ったり、共感的態度で接しつつ、自らの感情を抑えながら笑顔をつくりケアを提供していると報告されている(北野ら, 2012)。また、柳澤ら(2012)は、終末期の患者や家族をケアする看護師は、看護師自身の未熟さを感じる中で、理想とするケアができないことに葛藤を感じていることを報告している。「緩和ケア」、「全人的苦痛」、「傾聴・共感的態度」などは、定義はあるものの机上の理解だけでは不十分なことが多く、臨床現場で看護師として緩和ケアを必要とする患者・家族に実際に関わることで、戸惑いや悩み、葛藤が生じることにつながるものと考えられる。そのため、患者や家族の希望に沿うこと、苦痛を軽減・緩和していくための情報収集や患者・家族像のアセスメント、患者と家族中心のケアの導き出し方について、実習を通して学ぶことは重要であり、看護学生のときに考えることができる機会となる実習での体験は、看護師として患者と家族に関わっていく際の基盤となりうるため、貴重であると考えられる。

また、看護学生は、実習において受けもち患者を理解するために、情報収集、アセスメントを行い、看護援助を導き出す。受けもち患者を理解していくために、診療録やコミュニケーションを通して情報収集・アセスメントを行う。さらに、看護師や主治医等からの情報収集や病棟カンファレンスなどへの参加を通して、情報を得ることも多く、その過程の中で、病棟カンファレンスや看護師や医師などの医療者との連携・協働の重要性について理解し、患者・家族の希望に沿ったケアや苦痛を軽減・緩和していくためには、チームで関わることの重要性について理解を深めていると考えられる。

緩和ケア実習での体験を通して、緩和ケアに関連する概念・態度について理解を深め、実習を通して捉えた緩和ケア実践が、緩和ケアを必要とする患者・家族へのケアに還元できるように、より充実したケアのあり方、チーム医療のあり方について考察できる実習を展開していくことが重要である。

VI. 本研究の限界

本研究の限界として、質問紙調査による自由回答式質問項目に回答した中での分析であるという方法論の問題がある。そのため、学生が回答した理由や回答の本意についての理解を行うには、不十分であることは否めない。また、学生がどの場面でどのような体験をし、回答しているのかの文脈の理解も不十分である。しかしながら、学生がどのような体験をし、終末期がん患者と家族に関わろうとしていたのかについては明らかになったといえる。今後、倫理的配慮を行いながら、看護学生の緩和ケア実習での体験に

ついて理解を深めることで、実習体験に基づく実習指導方法の検討・充実を図っていくことができるものと考ええる。

Ⅶ. 結 論

1. 看護学生は、実習前には、緩和ケアの【対象者】や【病期】を「死が近い」、「終末期」の患者または家族を対象として捉えているが、2週間の実習を通して、「診断期から終末期にある人」、「疾患をもつすべての人々」と捉え直しているため、講義・演習・実習と関連付けた一貫した教育を行なっていくことが、緩和ケアの理解を深めることにつながる。
2. 緩和ケア実習を通して学んだ緩和ケア実践が、緩和ケアを必要とする患者・家族へのケアに還元できるように、より充実したケアのあり方、チーム医療のあり方について考察できる実習を展開していくことが重要である。

謝 辞

本研究にご協力いただいた学生の皆様に感謝いたします。

■文 献

- 阿部育子 (2003). 成人看護実習後における看護学生のがん、乳がんのイメージの変化. 順天堂医療短期大学紀要, 14, 187-194.
- 二重作清子, 薬師寺文子, 横路洋子 (2001). 看護学生の終末期看護における教育方法の検討(その1) - 事例提示によるレポートの分析 -. 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 1(6), 39-49.
- 柏木哲夫 (2007). 生と死の医学 死生観とホスピス. 総合臨床, 56(10), 2904-2908.
- 北野華奈恵, 長谷川智子, 上原佳子 (2012). がんの終末期患者と非終末期患者に対する看護師の認識と感情および感情労働の相違. 日本がん看護学会誌, 26(3), 44-51.
- 厚生労働省 (2012). がん対策推進基本計画, 平成 24 年 6 月, 2013.10.4 検索, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/>

kenkou/gan_keikaku.html

- 黒子幸一 (2006). 大学における緩和ケア教育. 現代医療, 36, 44-48.
- 中村鈴子 (2004). 看護基礎教育における緩和ケア教育の実態調査 全国看護大学・看護短期大学・看護専修学校 (3年課程). 日本看護学教育学会誌, 14, 251.
- 中村鈴子, 梅木ゆかり (2011). 4年制看護系大学における緩和ケア教育の実際. 第16回日本緩和医療学会学術大会プログラム抄録集, 506.
- 名倉真砂美, 森京子, 竹本三重子 (2009). 緩和ケア実習における学生の学びに関する研究. 三重県立看護大学紀要, 13, 47-52.
- 日本緩和医療学会 (a), PEACE 医師に対する緩和ケア教育プログラム, 2013.10.4 検索, <http://www.jspm-peace.jp/>
- 日本緩和医療学会 (b), 看護師に対する緩和ケア教育, 2013.10.4 検索, http://www.jspm.ne.jp/el nec/el nec_about.html
- 日本緩和医療学会 (c), 緩和ケア普及啓発事業 がまんしないがん治療, 緩和ケア. 2013.10.4 検索, <http://www.kanwacare.net/>
- 沼沢さとみ, 小林美名子, 藤田あけみ, 井上京子, 齋藤亮子, 瀬戸正子 (2003). 終末期にある患者を受け持った看護学生の学習効果. 山形保健医療研究, 6, 55-62.
- 斎藤真理 (2006). 大学病院におけるがん緩和医療教育の現状と課題. 緩和医療学, 8(1), 14-20.
- 鈴木博子 (2008). 緩和ケア病棟実習における学生の学び. 日本農村医学会雑誌, 57(3), 343.
- 梅田恵 (2011). B. 緩和ケアの定義. 梅田恵, 射場典子, 緩和ケア 大切な生活・尊厳ある生をつなぐ技と心, 7-12, 南江堂, 東京.
- 柳澤恵美, 金子昌子, 神山幸枝 (2012). 終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究. 関西看護医療大学紀要, 4(1), 23-29.

【要旨】 本研究の目的は、緩和ケア実習を通じた看護学生の“緩和ケア”に対する捉え方の変化と看護学生が大切だと考えた緩和ケア実践について明らかにすることである。対象者は、研究協力で同意し自由回答に記載した看護学生 18 名。データ収集は質問紙法、データ分析は質的分析にて行なった。緩和ケア実習前後で“緩和ケア”の捉え方が変化した学生は 17 名、変化しなかった学生は 1 名。看護学生が緩和ケア実習を通して、“緩和ケア”の捉え方に変化があった内容として、【対象者】、【病期】、【緩和する項目と緩和ケア概念の内容】の 3 つに大別できた。看護学生が捉えた緩和ケア実践として、[患者・家族の希望に沿う]、[苦痛の緩和・軽減]、[意思決定への支援]、[がん患者の気持ちに寄りそう]を含め 12 のカテゴリーが抽出された。講義・演習・実習と関連付けた一貫した教育を行うことが、緩和ケアの理解を深めることにつながることに、また、緩和ケア実習を通して学んだ緩和ケア実践が、緩和ケアを必要とする患者・家族へのケアに還元できるように、より充実したケアのあり方、チーム医療のあり方について考察できる実習を展開していくことが重要である。

受付日 2013 年 10 月 8 日 採用決定日 2013 年 11 月 28 日

緩和ケア実習における看護学生の学び －死生観の変化と患者との関係性構築－

山手美和

国立看護大学校
yamatem@adm.ncn.ac.jp

**Nursing Student's Studies in the Palliative Care Nursing Practice :
Change of Attitudes Toward Life and Death and Forming Relationship with Patients**

Miwa Yamate

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

【Keywords】 看護学生 nursing student, 緩和ケア実習 palliative care nursing practice,
死生観 attitudes toward life and death, 看護学生－患者関係 nursing student - patient relationship

I. 緒言

病院死が8割を超える昨今、看護職者は、臨床現場において患者の死に立ち会う機会が多い。看護基礎教育の中では、講義・演習などで、緩和ケアやターミナル、終末期看護という概念・理念、看護ケアについて学習することは多くても、実際、看護学生が死の場面に立ち会う機会は多くない。また、核家族の増加や病院死が8割を超える現代社会において、看護学生が死を日常生活の中で経験する機会は少ないのが現状である。

しかしながら、看護基礎教育課程を卒業し、看護師として病院に就職すれば、日常的に「死」に関わることとなる。終末期がん患者のケアを行う一般病棟看護師の困難・ストレスとして、「患者との関わり」、「家族との関わり」、「看取り」、「医師との関わり」、「看護師間の関わり」、「他職種との関わり」、「ケア環境」、「自分自身の問題」などのさまざまな側面が報告されている（宇宿ら、2010）。また、柳澤ら（2012）が行なった終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究では、看護師は【理想とする看護】を抱きながら終末期患者・家族と関わるが、【看護師自身の未熟さ】や【医師や他のスタッフとの連携がうまくいかない】こと、【不十分なケア環境】などにより、【理想とするケアができない】状況に葛藤を抱いていること、その結果として【罪悪感】を感じていることが報告されている。さらに、北野ら（2012）は、終末期患者をケアする看

護師の認識と感情として、患者の苦痛が軽減できるような気づかいと共感的態度に加え、自らの感情を抑えながら笑顔をつくりケアを提供していることを報告している。

近年、緩和ケア概念の普及の必要性とともに、終末期医療のあり方などが検討され、医療者を対象にした教育課程やプログラム、研修などが開催され、ケアの質の向上やケア提供システムの充実が図られるようになってきた。しかし、先行研究でも明らかなように、緩和ケアや終末期医療に関する知識や技術を習得しても、患者や家族をケアしていく看護職者が抱えるストレスや葛藤はなくなることはないものと考えられ、看護基礎教育において死生観について考える機会をもつことや終末期がん患者との関係性構築のあり方について考える機会は重要であると考え（中村、2004；鈴木、2008）。

そこで、本研究の目的を、緩和ケア実習を行なった看護学生の死生観と患者との関係性の構築を明らかにすることとした。

II. 研究方法

1. 研究対象者

緩和ケア実習を一般病棟または緩和ケア病棟で行なった看護系大学4年生43名であった。

2. データ収集期間

2012年5月～8月

3. データ収集方法

緩和ケア実習開始時に、看護学生に対して、実習前・後に回答してもらうための2種類の自記式無記名式質問紙と返信用封筒を配布した。実習前調査票は、実習初日に回答してもらうよう依頼し、回収箱にて回収した。また、実習後の調査票は、実習終了後に回答してもらうこととし、実習前調査票と同様に回収箱にて回収した。いずれも研究協力を同意をする学生のみが質問紙に回答することとした。

4. 調査内容

調査内容は、対象者の概要3項目、死生観尺度27項目、自己効力感尺度23項目、自由回答式質問項目3項目から構成される。

1) 対象者の概要

実習病棟、死別経験の有無、がん患者の受けもち経験の3項目とした。

2) 死生観尺度

看護学生の死生観について測定するために、平井ら(2000)が開発した日本人の死生観の測定尺度を使用した。本尺度は、「死後の世界観」、「死への恐怖・不安」、「解放としての死」、「死からの回避」、「人生における目的意識」、「死への関心」、「寿命感」の7因子27項目から構成される。

3) 自己効力感尺度

看護学生が、患者との関係性の構築を行なっていく際に看護学生のどのような態度が関連するのかを検討するために、山崎ら(1998)が開発した、患者との関わりにおける学生の自己効力感を把握し、患者とより良い関係を築いていくための行動変容を促すことを測定できる尺度を使用した。本尺度は、「受容的態度」、「専門的態度」、「尊重的態度」の3因子23項目から構成される。

4) 自由回答式質問項目

看護学生の、患者との関係性を構築していく際の思いを把握するために、自由回答式項目を設定した。自由回答式項目の質問文は、「受けもち患者と関係性の構築していくうえでの困難感と戸惑い」、「受けもち患者と関係を築いていくための関わり方」、「がん患者と家族に関わる際の『看護職者』として必要な態度」の3項目であった。

5. データ分析方法

得られたデータは、IBM SPSS Statics 19を用いて、記述統計、推計統計を行なった。有意水準は5%とした。自由回答式項目に記載されていた内容は、記載内容をテキスト化し、各項目について、意味内容の類似しているものを分

類した。分類した内容について、がん看護学の専門家にスーパーバイズを受け真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

研究対象者である学生に研究の目的・方法を文書と口頭で説明した。研究協力は任意であり強制されるものではないこと、質問紙への回答は無記名でよいため匿名性やプライバシーの保護は保証すること、本研究への協力の可否と実習成績評価や、実習後の学生生活を送ることとは関連がなく、研究協力の可否によっていかなる不利益も被らないこと、データ保管方法、結果の公表などについて文書と口頭で説明した。また、質問紙へ回答し回収箱に投函した時点で本研究へ同意したとみなすこと、回収箱に投函した時点で個人を特定できなくなるため投函後は研究協力の撤回ができないことも説明した。また、自由回答式質問項目への記載によって、筆跡から個人が特定されることも考えられるため、ワープロで作成したものを添付することも可能であることを説明した。また、本研究を行うにあたり、データ収集を行なった看護系大学看護学部の研究倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要

分析対象は、看護系大学4年生で緩和ケア実習を一般病棟または緩和ケア病棟で行なった看護学生37名であった(実習前32名(回収率74.4%)、実習後37名(回収率86.0%))。実習病棟は「一般病棟」20名、緩和ケア病棟13名、「無回答」4名であった。これまでの実習で、がん患者の受けもち経験の有無は、「受けもち経験あり」は31名、「受けもち経験なし」4名であった。自分の身近な人の死別経験が「ある」31名、「なし」4名であった。

2. 各測定項目の記述統計量(表1, 2参照)

「死生観」の実習前後の項目別中央値、構成概念ごと中央値、各構成概念の信頼性係数(α 値)は、表1に示すとおりである。「自己効力感」の項目別中央値、構成概念ごと中央値、各構成概念の信頼性係数(α 値)は表2に示すとおりである。

3. 実習病棟と死生観の関連(表3参照)

「一般病棟」と「緩和ケア病棟」で実習した看護学生の死生観の関連を見るために、Mann-Whitneyのu検定を行なった。その結果、実習前は、「死後の世界観」($p=0.033$)に有意差が見られた。また、実習後は、「死後の世界観」($p=0.008$)に有意差が見られた。「死からの回避」($p=0.050$)と「寿命観」($p=0.099$)は、有意な傾向が見られた。

表 1 「死生観尺度」の平均得点、信頼性係数

概念	項目	中央値 (実習前)				中央値 (実習後)					
		項目別	四分位範囲	構成概念別	四分位範囲	項目別	四分位範囲	構成概念別	四分位範囲		
死後の世界観	死後の世界はあると思う 世の中には「霊」や「たたり」があると思う 死んでも魂は残ると思う 人は死後、また生まれ変わると思う 死ねることがこわい 自分が死ぬことを考えると、不安になる 死は恐ろしいものだと思う 私は死を非常に恐れている	5.0	3.5-6.0	19.0	16.0-22.0	5.0	3.0-6.0	19.0	15.0-22.5	.844	.798
		5.0	4.0-6.0	17.0	10.5-20.5	5.0	3.0-6.0	13.0	9.0-20.0	.941	.937
		5.0	4.0-5.5			5.0	4.0-6.0				
		5.0	3.0-5.0			5.0	3.0-6.0				
		5.0	4.0-6.0			4.0	3.0-6.0				
		5.0	3.0-5.0			4.0	2.0-5.0				
		5.0	4.0-6.0			3.0	2.0-5.0				
		5.0	3.0-5.0			3.0	2.0-5.0				
		5.0	4.0-6.0			3.0	2.0-5.0				
		5.0	3.0-5.0			3.0	2.0-5.0				
死からの回避	私は死について考えることを避けている どんなことをしても死を考えることを避けたい 私は死についての考えが思い浮かんでくると、いつもそれはねのけようとする 死は恐ろしいのであまり考えないようにしている	3.0	2.0-4.0	10.0	7.0-12.0	3.0	1.0-4.0	9.0	7.0-12.0	.752	.843
		3.0	2.0-5.0			2.0	1.0-3.0				
		4.0	2.0-5.0			2.0	1.0-3.0				
		3.0	2.0-4.0			2.0	2.0-3.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-5.0			4.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			4.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			4.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			4.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			4.0	2.0-5.0				
人生における目的意識	私は人生にはっきりとした使命と目的を見出している 私は人生の意義、目的、使命を見出す能力が十分にある 私の人生について考えると、今ここにこうして生きていく理由がはっきりとしている 未来は明るい	3.0	3.0-5.0	15.0	13.0-17.5	4.0	3.0-5.0	19.0	16.0-20.0	.742	.744
		4.0	3.0-4.0			5.0	4.0-5.0				
		3.0	2.0-5.0			4.0	3.0-5.0				
		5.0	4.0-6.0			6.0	4.0-6.0				
		5.0	3.0-5.0			5.0	4.0-6.0				
		4.0	3.0-5.0			4.0	3.0-5.0				
		4.0	3.0-5.0			5.0	3.0-5.0				
		2.0	1.5-3.0			2.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			4.0	2.0-5.0				
死への関心	「死とは何だろう」とよく考える 自分の死について考えることがよくある 身近な人の死をよく考える 家族や友人と死についてよく話す	5.0	3.0-5.0	15.0	11.5-18.0	5.0	4.0-6.0	17.0	15.0-19.0	.680	.764
		4.0	3.0-5.0			4.0	3.0-5.0				
		4.0	3.0-5.0			5.0	3.0-5.0				
		2.0	1.5-3.0			2.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			4.0	2.0-5.0				
寿命観	人の寿命はあらかじめ「決められている」と思う 寿命は最初から決まっていると思う 人の生死は目に見えない力（運命・神など）によって決められている	3.0	2.0-4.0	8.0	6.5-11.5	3.0	2.0-5.0	11.0	6.0-14.0	.769	.856
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				
		3.0	2.0-4.0			3.0	2.0-5.0				

4. 自己効力感と死生観との関連(表4参照)

看護学生の自己効力感と死生観との関連を見るために、Spearmanの順位相関係数を求めた。その結果、実習前の「受容的態度」と「人生における目的意識」は $r = 0.447$ ($p < 0.01$)と中等度の正の相関が見られた。また、「専門的態度」は、実習前の「死後の世界観」と $r = -.387$ ($p < 0.05$)と中等度の負の相関、「人生における目的意識」と $r = .480$ ($p < 0.01$)と正の相関が見られた。実習後の「死後の世界観」と $r = -.440$ ($p < 0.05$)、「死の関心」と $r = -.404$ ($p < 0.05$)の中等度の負の相関が見られた。実習後の「尊重的態度」と「死への恐怖・不安」は、 $r = .403$ ($p < 0.05$)と中程度の正の相関が見られた。「自己効力感全項目」と、実習前の「人生における目的意識」は、 $r = .472$ ($p < 0.01$)と中等度の正の相関が見られた。

5. 看護学生が患者との関係を築いていく中での困難や戸惑い(表5参照)

看護学生が患者との関係を築いていく中での困難や戸惑いとして、一般病棟で実習した学生は4つのカテゴリー、緩和ケア病棟で実習した学生は3つのカテゴリー、実習病棟が無回答の学生は、「話しかけ方がわからない」の1つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーとその記述内容は、表5に示すとおりである。

一般病棟で実習した看護学生は、患者の気持ちを聞けないことへの焦りをもっていること、「聞く」ことの大切さを理解しつつも「聞く」ことしかできない自分について困難や戸惑いを感じていた。また、受けもち患者にとって自分があることの意味や受けもちことでのメリットなどについて困難や戸惑いを感じていた。一方、緩和ケア病棟で実習した看護学生は、受けもち患者の症状が増強していたり、臨死期のため意識レベルが低下している中で、「話す」ことやコミュニケーションをとることがままならない状況

表2 「自己効力感尺度」の平均得点、信頼性係数

実習前 n=37

概念	項目	項目別		構成概念別		α 値			
		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲				
受容的態度									
	患者の話に耳を傾ける	5.0	4.0-5.0						
	患者の気持ちになって考える	4.0	4.0-5.0						
	患者の接し方を振り返る	4.0	4.0-5.0						
	ゆとりある態度で接する	4.0	3.0-4.0	36.0	33.0-39.0	.814			
	会話から生活背景の情報を収集する	4.0	4.0-4.0						
	患者のペースに合わせて行動する	4.0	4.0-5.0						
	患者の目線に合わせて話をする	4.0	4.0-5.0						
	患者が一人になる時間を上手につくる	4.0	3.0-4.0						
	必要な情報を家族からも得る	3.0	2.0-4.0						
専門的態度									
	患者に対して自信のある態度を示す	3.0	2.0-3.0						
	基本的な技術を提供する	4.0	3.0-4.0						
	患者の状態を把握する	4.0	4.0-4.0						
	患者にあった援助を実施する	4.0	3.0-4.0	29.0	28.0-33.0	.852			
	患者の言動に対して感情的に対応しない	4.0	3.0-4.0						
	患者に接する機会を多くもつ	4.0	4.0-5.0						
	先入観もたずに患者に接する	4.0	3.0-4.0						
	自分の能力以上のことは看護師に依頼する	5.0	4.0-5.0						
尊重的態度									
	患者に合わせた言葉づかいをする	5.0	4.0-5.0						
	できなかったことを素直に謝る	4.0	4.0-5.0						
	患者が好む話題を提供する	4.0	3.0-5.0	26.0	25.0-29.0	.697			
	患者に対して礼儀正しい態度で接する	5.0	4.0-5.0						
	自分から患者に話しかける	5.0	4.0-5.0						
	患者と約束したことを守る	5.0	4.0-5.0						
	全項目						92.0	85.0-99.5	.891

表3 実習病棟と死生観との関連

実習前 n=37, 実習後 n=32

	実習前			実習後		
	一般病棟 中央値	緩和ケア病棟 中央値	p 値	一般病棟 中央値	緩和ケア病棟 中央値	p 値
死後の世界観	14.10	21.46	.033 *	10.17	18.05	.008 **
死への恐怖・不安	15.95	18.62	.456	12.34	16.41	.195
解放としての死	17.38	16.42	.785	11.94	17.00	.110
死からの回避	14.93	20.19	.128	11.50	17.64	.050
人生における目的意識	17.60	16.08	.676	15.16	12.32	.368
死への関心	17.68	15.96	.624	13.47	14.77	.680
寿命観	16.80	17.31	.899	11.91	17.05	.099

* p<0.05 ** p<0.01

表4 看護学生の自己効力感と死生観との関連

実習前 n=37, 実習後 n=32

		死生観							全項目
		死後の世界観	死への恐怖・不安	解放としての死	死からの回避	人生における目的意識	死への関心	寿命観	
受容的態度	実習前	-.089	.054	-.250	.167	.447**	.112	-.032	.137
	実習後	-.137	.018	.008	.182	-.009	.073	.056	-.028
専門的態度	実習前	-.387*	.081	-.218	.182	.480**	-.212	-.117	-.079
	実習後	-.440*	-.020	.022	.180	.151	-.404*	.023	-.193
尊重的態度	実習前	-.012	.277	-.291	.259	.164	-.076	-.213	.102
	実習後	-.052	.403*	-.187	.349	-.310	-.203	-.139	-.033
全項目	実習前	-.252	.168	-.268	.249	.472**	-.100	-.109	.080
	実習後	-.292	.134	.038	.308	-.005	-.229	.034	-.056

*p<0.05 **p<0.01

表5 患者との関係を構築していく中での困難や戸惑い

実習病棟	カテゴリー	記述内容
一般病棟	[患者さんの気持ちを聞けないことへの焦り]	関わりを始めて数日のうちに、心のうちを聞かなくてはならないプレッシャーがあった／声かけしても「大丈夫」となかなか語ってもらえなかった
	[ただ話を聞くしかできない自分と対峙すること]	いろいろケアをしてもよくならなくて、どうしようもなくて、ただ話を聞くことしかできなかった／ただ話を聞くことしかできずに、受容・共感・傾聴が大切というけれど、本当に患者のためになったのか、患者が辛いのに何もできない自分がいて難しい
	[患者との関わりへの悩み]	実習期間中に患者のために何ができるのか、自分が関わったことによって患者さんの何が変わったのか、どんなことができるのか悩んだ
	[困難は感じなかった]	困難だと感じなかった
緩和ケア病棟	[コミュニケーションをとることが困難な状況にある患者とのコミュニケーション]	患者が話すことが思いを表出できにくい状況であったため、患者が望んでいることがわからなかった／多くの会話ができにくい患者の思いやニーズを読み取るのが難しかった／身体的な苦痛が大きく、痛みや苦しみが強いつきにどのような言葉をかけていいのか、どのように接すればいいのか戸惑った／身体的な苦痛からくる苛立ちにより、声を荒げることがあり、その際にどのように言葉をかけていいのか、どのように接すればいいのか戸惑った／発言できない人とのコミュニケーションは難しい／死が近づいており、せん妄症状が出ていて、聞いたことに対して的確に答えることができないなど、会話や意思疎通に困難が少しあったこと
	[コミュニケーションスキル不足]	コミュニケーションスキルの不足
	[苦痛緩和の方法がわからない]	苦痛緩和のために何ができるのか
無回答	[話しかけ方がわからない]	どうやって話しかけていいかわからない

の中で、患者の気持ちや望んでいることなどを理解することに困難感や戸惑いを感じていた。

実習病棟に関わらず、看護学生が患者とのコミュニケーションについて困難感や戸惑いを感じているという内容があった。

6. 患者と関係を築いていくための関わり(表6参照)

看護学生が患者との関係を築いていくための関わりとして、一般病棟で実習した学生は8つのカテゴリー、緩和ケ

ア病棟で実習した学生は5つのカテゴリー、実習病棟の記載がなかった学生は、〔患者の本当の気持ちを理解する〕の1つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーとその記述内容は、表6に示すとおりである。

一般病棟で実習した看護学生は、〔患者の本当の気持ちを理解する〕ためにコミュニケーションをとり、患者と家族のことを第一に考えながら関わりながら関係性を築いていた。緩和ケア病棟で実習した学生は、〔患者さんの苦痛を増大しないように関わる〕ことを、患者のペースに合わ

表6 患者と関係を築いていくための関わり

実習病棟	カテゴリー	記述内容
一般病棟	〔患者の本当の気持ちを理解する〕	辛さに共感する姿勢を示し、患者にとっての理解者となれるようにした／聞く姿勢をもって関わる／患者の発言の裏にある真意や気持ちを推測しながら関わった／その思いを発するまでの患者の背景や理由を考える／フィルターがかかっている本当の患者を理解したいと思った／患者のところに行って話さないと関係の構築はできないし、患者さんのところに行かないと本当に必要な援助もわからないから／患者の意見に共感を示すこと／話を聞かせる存在になることでさまざまな思いを語ってもらえると思った
	〔患者・家族のことを第一に考え尊重する〕	患者の希望に沿ったケアをする／患者に接する上で私自身も患者の生活に影響を与える一人であるため、尊重した態度を示す／患者の意思・思い・考えを第一に考える／患者さんはしっかりしていて、勉強もされているまじめな方なので、患者さんの考えを尊重する態度で関わった／敬意を示すことで信頼関係が築けると思った
	〔患者の気持ちを慮り関わる〕	がんと告知されていたし、すべてを知っていたけど、患者さんは明るくふるまっていたので、私自身も明るく楽しい話をするようにした。患者さんが明るく過ごしたいと感じているかもしれないし、実はとても苦しんでいても他人の笑顔を見て明るくなると思ったので、まずは明るくふるまい、楽しい話をするようにした／「がん」についての話は、患者さんから話が出るまではしないようにした
	〔患者の置かれている状況を考慮しながら関わる〕	完治しないことは話されていても、治ることを期待していたので、完治しないことが相手に伝わらないように会話をした／がんと告知されていない患者と関わる場合には、本人がどのように病気を捉えているのか何も知らない態度で関わった
	〔お互いを理解し合える関係をつくる〕	お互いを理解することが大切だと思うので、患者に聞くだけでなく自分のことも話す／訪問回数を多くもち、何度も顔を見せることで自分が残るようにした
	〔患者とコミュニケーションをとる〕	積極的にコミュニケーションをとるようにした
	〔否定的なことはいわない〕	基本的なことだが、否定することは言わないようにした
	〔患者さんの苦痛を増大しないように関わる〕	告知されていない理由があると思うし、不必要な情報を提供することで終末期の患者と家族の苦痛を増大させないように関わった
緩和ケア病棟	〔患者さんの苦痛を増大しないように関わる〕	無理に話をしたり、聞いたりすると、患者さんの苦痛や不安が増強する可能性があるため、一緒に過ごす時間を大切に背中をさすったり手を握ったりし、患者さんのペースに合わせて過ごした／自分の言動が患者の苦痛を増大しないように、声かけの仕方に留意した／死を連想するような話はしない／受けもち患者の疲労に配慮するため、受けもち看護師と一緒に訪室するなどタイミングを工夫した／話す時は視線を合わせたり、表情の変化を見逃さないためにも、腰をおろしたり、椅子に座ったりして話すようにした／訪室すると気を使い無理をしてしまう方だったので、静かに訪室して様子を観察することも取り入れた
	〔患者の本当の気持ちを理解する〕	顔を見て話す／患者の話をゆっくり時間をかけて傾聴し、患者が抱えている苦痛に気づき、受容・共感的に関わった／患者の言葉・感じていることを素直に受け止め、受け止めたことを患者さんに伝えるようにした／五感を使って状態を把握できるように関わった／患者さんの話を聞くことに徹した
	〔患者のペースに合わせる〕	患者のペースに合わせて／無理に会話しないで、同じ場にいることやそばにいること、患者のペースに合わせて関わることを心がけた。そして、そういう時間が患者にとって大切だと思った／話たくないことは無理に聞き出さない／無理に症状・不安を聞かないで、患者が話すのを待つ姿勢で関わった
	〔患者のニーズを満たすようにする〕	自分のことは自分がきちんと知っていたいという思いが強い患者さんだったので、正しい情報を正確に伝えること、患者の考えていることや感じていることを大切に、患者のニーズを満たすことができるようにした／患者の希望に沿う
	〔患者のできることを引き出す〕	患者が自分でできることを引き出す援助が大切だと思った
無回答	〔患者の本当の気持ちを理解する〕	患者さんの思いを否定しないで話を聞く

せて行いつつ、患者の本当の気持ちを理解したり、患者のニーズを考えながら関係性を築いていることがわかった。

実習病棟に関わらず、[患者の本当の気持ちを理解する]、[患者さんの苦痛を増大しないように関わる]が含まれていた。

7. 看護学生が捉えたがん患者と家族に関わる際に「看護職者」として必要な態度(表7参照)

看護学生が捉えたがん患者と家族に関わる際に「看護職者」として必要な態度として、一般病棟、緩和ケア病棟で実習した学生ともに5つのカテゴリー、実習病棟の記載がなかった学生は、[安心できる関わり]、[ゆっくり話を聞く]の2つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーとその記述内容は、表7に示すとおりである。

看護学生は、看護職者として、患者や家族を理解し、受け止め、寄り添い、患者や家族の苦痛と一緒に向き合うことや、要求に対して適切に関わるが必要であると捉えている一方で、患者・家族に引き込まれすぎないことも必要であると回答していた。

IV. 考 察

1. 緩和ケア実習を行なった看護学生の死生観

本研究の結果から、一般病棟で実習した看護学生より緩和

ケア病棟で実習した看護学生の方が、死生観に変化があることが見いだされた。

今回の研究対象者となった看護学生は、一般病棟または緩和ケア病棟で2週間の実習を行なっている。一般病棟で実習した学生は、終末期の患者だけでなく、診断期・治療期の患者も受けもっていた。一方で、緩和ケア病棟で実習した学生は、終末期・臨死期の患者を受けもつことが多く、看取りの場に立ち会った学生もいた。また、宗教法人系の病院の緩和ケア病棟にて実習を行なっており、チャペルでのお別れの会にも遺族の承諾を得て参加させてもらうこともあった。

そのため、緩和ケア病棟で実習を行なった看護学生のほうが、終末期にある患者や家族と関わる時間が長いこと、看取りの場面や死亡退院時の対応の場面に遭遇することも多かったと推察でき、生きること、死にゆくことについて考える機会が多かったことが関連しているものと考えられる。また、緩和ケア病棟という一般病棟と異なる病棟の設備や構造、看護体制などの構造・機能面と、病棟内にチャペルがあること、神父がいることなどの人的側面から、緩和ケアを必要とする患者や家族にとって、これらの環境がどのような意味をもつのかについて、カンファレンスなどを通して考察できるように指導していたことが、緩和ケア病棟と一般病棟で実習していた看護学生の死生観の変化に関連していると推察できる。

表7 看護学生が捉えたがん患者と家族に関わる際に「看護職者」として必要な態度

実習病棟	カテゴリー	記述内容
一般病棟	[患者・家族を理解しようとする態度]	患者・家族のことを大切だと思っていることを態度で表すこと／患者の家族のためになりたい、いつでも協力する姿勢を示し、思いや訴えを理解しようとして傾聴する／「家族へも私は気にかけています」という態度／患者と家族の思いを受容・共感の態度で傾聴する
	[話を聞き、受け止める]	患者の思いを傾聴したり、受け止めるという患者を受け入れる準備ができていない態度／話をしっかりきくこと／不安をしっかりと受け止め共感すること／軽はずみな受け答えをしない
	[患者・家族を尊重した関わり]	患者と家族がどうしていきたいのか、患者・家族の希望を尊重する態度で関わる／残された時間をよりよいものにできるよう支援する／患者と家族のお互いの思いを生かせるケアを考える
	[患者・家族の要求に適切に関わる]	患者の求めていることに対しもっている知識や経験、価値観からの確に受け答える／患者が安心できるこの人なら信頼できると感じてもらえるような態度／適当に場をつながない
	[気持ちに寄り添いつつも引き込まれない]	気持ちに寄り添いつつ、引き込まれすぎない
緩和ケア病棟	[いつでも患者・家族を受けとめる態度]	いつでも頼りやすいと思ってもらえる態度／忙しい様子などを家族などに感じさせないような態度／患者さんご家族の望む生活は何か、を第一に考え、そのご希望を優先してケアすることが大切／対象やその家族の話の聞こうとする態度がないと、気持ちや思いの表出を促すことができないと思う。そして、表出された気持ちに対して、それを受け止める・理解しようとする態度も必要だと思う／冷静に毅然としているが暖かい態度をとる
	[傾聴]	傾聴
	[患者・家族の苦痛に向き合う]	患者さんや家族の苦痛にきちんと向き合うことが大切だと感じた
	[寄り添う態度]	患者さんや家族と関わる時間を多くもち、患者さんや家族に寄り添うような態度が大切だと感じた
	[約束を守る]	約束を守る
無回答	[安心できる関わり]	安心してもらえるように接していく
	[ゆっくり話を聞く]	今の不安に思っていること、家族の率直な意見など、ゆっくり話を聞く

しかし、本実習においては、一般病棟で実習した学生も半日ではあるが、緩和ケア病棟で病棟の概要や病棟見学を行う見学実習を行っており、同様に一般病棟と緩和ケア病棟の違いなどから、緩和ケアを必要とする患者と家族にとっての環境についてのカンファレンスや見学実習を通しての学びの振り返りを行っていた。しかしながら、本結果では、実習病棟により実習後の死生観に有意差が見られた。今回は、死生観の変化に実習中のどのような場面や体験が関連しているのかまでは調査を行っていない。また、この有意差があったことが看護学生の死生観の形成・確立にどのような意義があるのか、この変化が看護学生の死生観の形成・確立に関連があるのかについての調査は行っていない。これらの変化は、死について考えることや終末期の患者を受けもつことに関連した精神的な負担や動揺につながることも考えられ、この変化があったことが看護学生にとって有益なものだったのかどうかについては、今後、さらなる検討が必要であるといえる。さらに、実習病棟により死生観に差があったことが有益なのであれば、看護学生の学びに偏りが出ないように実習環境の整備や実習展開方法について検討していくことが重要である。

看護基礎教育における死生観の確立の必要性について指摘されている中で(中村, 2004), 生きること, 死にゆくことを考えることができる機会をもつことだけでなく、緩和ケア病棟での実習が死生観の形成・確立に影響があることが示唆されたといえる。しかし、緩和ケア病棟は、全国的に見ても充足しているとはいえない状況である。さらに、緩和ケア病棟の病床数は一般病棟より少なく、看護学生の実習受入れ人数にも限界がある。また、看護学生の死別体験の有無による体験の相違、学習のレディネス状況などの学生に関する課題、精神的動揺へのサポート体制、指導教員の育成などの実習体制の整備の課題も多い。今後、看護基礎教育課程の中で、どのように死生観を形成・確立していくための教育を行うのかについて検討を重ねていくことが重要であろう。

2. 緩和ケア実習における看護学生の患者との関係性構築

本研究結果より、実習病棟によって、関係性構築していく中での戸惑いや困難感の内容は異なっているものの、「聞く」こと、「話す」ことなど、終末期にある患者とのコミュニケーションに戸惑いや困難感をもっていることがわかった。

終末期にある患者との関係性を築いていく際に、受容・共感・傾聴、場や時間を共有すること、沈黙の必要性が述べられている(鈴木, 2008)。看護学生は、言葉として、これらの必要性は理解しているが、実際に苦痛を抱えている患者を目の前にしたときに、どのように関わっていけば

よいのか、「聞く」だけでいいのか、どのように「話す」ことがいいのかと自問すると考えられる。星野ら(2004)は、終末期患者を受けもった学生のストレスサーとして、身体的ケア、コミュニケーション、ペインコントロール、信頼関係の4つのストレスサーをあげている。看護学生は、このようなストレスサーを抱えながら、受けもち患者と関係性を築こうとしている。しかしながら、実習初期は、看護学生が受けもち患者と関係性を築くために、コミュニケーションをとることの必要性は理解していても、身体的苦痛によって話すことさえままならない患者とどのように話せばいいのか、また、診療録から読み取った「治らない病気」、「長くない人生」を知ることで、この話題にしてもいいのか、どの程度なら話してもいいのかと思索するのではないかと考えられる。

岩井ら(2006)は、実習初期には患者-看護学生間の距離があるが、実習の進行に伴い、相互関係が深まり距離が縮まると述べている。また、寺崎(2003)は、実習において学生が患者との相互関係による体験や喜び、悲しみ、苦しみ、不安・焦り、恐れなどの苦悩にさいなまれている状態を目のあたりにすることは、内的知を深めていく感性学習として重要であると述べている。看護学生は、実習開始時にコミュニケーションをとる際に、戸惑いや困難感を感じながらも、患者の置かれている状況や本当の気持ちを理解しようとする、お互いを理解し合えるように患者のペースに合わせ、患者のニーズを満たしながら、双方向性関係性を築こうとしている。そのような、日々の関わり合いの中で、お互いを理解し合い、共通の話題を見出していくことで、看護学生と患者の関係性は深まっていくものと考えられる。

しかしながら、終末期の患者の身体的機能は低下し、死に向かうことも多い。看護学生が、これまでの人生経験の中で、死にゆく人を見る体験や死に立ち会う機会がなかった場合や、これまでの実習で回復過程の患者を多く受けもっていた場合などは、医療者が治療や看護ケアを行っても快方に向かうのではなく、医療者が関われば関わるほど、死に向かうことに直面し、戸惑いや不条理を感じながら実習を行っていると考えられる。そして、看護学生と患者の関係性が深まらないうちに、身体的機能の低下や苦痛によって、相互関係を築くのが難しい状況になることもある。

奥出(2001)は、看護学生の実習前後の死に対する意識の変化について調査を行い、実習後は、死を現実のものとして捉え、自分の身近なこととして置き換えて考えられるようになってきているため、死という概念に対しての不安が増強すること、死に直面している患者に何かしらの援助をしたいという傾向があったことを明らかにしている。本研究においても、自己効力感の「専門的態度」と「死への

恐怖・不安」に相関が見られ、同様の結果であった。また、自由回答の中でも、患者のために何ができるのか、と自分が患者の役に立っているのかと看護学生なりに自分が受けもつ意味について考え、受けもち患者に関わろうとしている姿が推察される内容があった。一方、専門的態度の項目を見ると、「患者に対して自信のある態度を示す」は全23項目中、平均得点が最も低い。そのため、看護学生は、自信がないまま患者の前におり、死にゆく患者を目の前にし、看護学生として何か援助をしたいと考えるものの、さまざまな理由で関係性を築けないこと、何を援助していいかわからない、聞くことしかできないという、否定的な自己評価を行うことにつながり、看護学生の自信を低下させる要因となると考えられる。このことから、受けもち患者との関係性と学生の自己評価が、実習の学びに影響すると考えられるため、受けもち患者との関係性について、教育的支援をしていくことが重要であると考えられる。

また、名倉ら(2009)は、緩和ケア実習における学生の学びについて調査し、「患者の残された貴重な時間に一緒にいることで患者のことがわかる」、「学生としての存在が患者の人生に影響を与える」という内容が見い出されたと報告している。看護学生は、さまざまなストレスを感じながらも、死にゆく患者を前にして、苦痛の増強がないように、そして、患者の本当の気持ちを理解しようと、患者が抱えている苦痛とともに向き合いながら患者中心の看護援助を提供しようとしていることが推察できる。そして、これらのことが患者との関係性の構築の基盤となっているものと考えられる。看護学生であっても、受けもち患者の人生に関わることが患者だけでなく、看護学生の人生にも影響があること、そして、その相互の関係性がそれぞれの人生にとって有意味であることが理解できるような実習展開を行うことが必要であると考えられる。

さらに、本研究から、自己効力感の「専門的態度」と死生観の「死後の世界観」と「死への関心」との間に負の相関が見られた。このことから、専門的な態度に含まれる内容のように、今、ここにいる患者をケアしていくことと、死や死後について考えることは内容が異なることと考えられる。今、ここで苦痛を抱えている患者と死後の世界観をもっている患者は同一人物である。そのため、終末期にある患者を受もつ看護学生は、今、ここにいる患者をケアするための看護ケアと死にゆく患者が体験している死の世界観への看護ケアという2つの看護ケアを統合して受けもち患者に関わることが求められるため、より終末期にある患者への関わりを難しくしているものと考えられる。受けもち患者に対して、「何もできなかった」、「何ができたのか」という看護学生の気持ちは、質の高いケアを考えていく際の、1つの機会ともなりうると考える。そのため、看護学

生の感性を高めるような教育環境の整備や、看護学生と患者・家族の関わり合いを重視した実習方法の展開やその実習の学びや体験の意味づけを行なっていくことができるような実習方法の検討が重要である。

V. 結 論

1. 「一般病棟」と「緩和ケア病棟」で実習した看護学生の死生観に関連を見るために、Mann-Whitneyのu検定を行なった結果、実習前は、「死後の世界観」($p = 0.033$)に有意差が見られた。また、実習後は、「死後の世界観」($p = 0.008$)に有意差が見られた。生きること、死にゆくことを考えることができる機会をもつことだけでなく、緩和ケア病棟での実習が死生観の形成・確立に影響があることが示唆された。
2. 看護学生は、終末期にある患者とのコミュニケーションに戸惑いや困難感をもっているが、実習を通して、双方向の関係性を築こうとし、共通の話題を見い出していくことで関係性は深まるため、看護学生と患者・家族の関わり合いを重視した実習方法の展開やその実習の学びや体験の意味づけを行なっていくことができるような実習方法の検討が重要である。

謝 辞

本研究にご協力いただいた看護学生の皆さんに深謝申し上げます。

■文 献

- 平井啓, 坂口幸弘 (2000). 死生観に関する研究－死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証. 死の臨床, 23(1), 71-76.
- 星野礼子, 大森美津子, 古川文子 (2004). 終末期患者を受け持った学生のストレス・コーピング. 香川県立保健医療大学紀要, 1, 63-73.
- 岩井浩一, 落合幸子, 本多陽子, 金子昌子, 黒木淳子, 鈴木純恵, 他 (2006). 臨地実習における患者－看護学生関係の構築に関する研究. 茨城県立医療大学紀要, 11, 123-135.
- 北野華奈恵, 長谷川智子, 上原佳子 (2012). がんの終末期患者と非終末期患者に対する看護師の認識と感情および感情労働の相違. 日本がん看護学会誌, 26(3), 44-51.
- 中村鈴子 (2004). 看護基礎教育における緩和ケア教育の実態調査 全国看護大学・看護短期大学・看護専修学校 (3年課程). 日本看護学教育学会誌, 14, 251.
- 名倉真砂美, 森京子, 竹本三重子 (2009). 緩和ケア実

習における学生の学びに関する研究. 三重県立看護大学紀要, 13, 47-52.

奥出有香子 (2001). 看護学生の対象別実習前後における死に対する意識の変化. 順天堂医療短期大学紀要, 12, 86-93.

鈴木博子 (2008). 緩和ケア病棟実習における学生の学び. 日本農村医学会雑誌, 57(3), 343.

寺崎明美 (2003). 看護師への緩和医療の教育 ①看護基礎教育における緩和ケアの教育. 緩和医療学, 5(2), 11-19.

宇宿文子, 前田ひとみ (2010). 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討. 熊本大学医学部保健学科紀要, 6, 99-108.

山崎章恵, 百瀬由美子, 阪口しげ子 (1998). 患者との関わりにおける看護学生の自己効力感 (I) - 測定尺度開発の試み -. 信大医短紀要, 24, 61-70.

柳澤恵美, 金子昌子, 神山幸枝 (2012). 終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究. 関西看護医療大学紀要, 4(1), 23-29.

【要旨】 本研究の目的は、緩和ケア実習を行なった看護学生の死生観と患者との関係性の構築を明らかにすることである。対象者は、緩和ケア実習を一般病棟で行なった学生 20 名と緩和ケア病棟で行なった学生 13 名、無回答 4 名の計 37 名。データ収集は質問紙法、データ分析は記述統計、推計統計並びに質的分析にて行なった。看護学生の死生観と実習病棟の関連では、実習前は、「死後の世界観」($p = 0.033$)に有意差が見られ、実習後は、「死後の世界観」($p = 0.008$)に有意差が見られた。看護学生の自己効力感と死生観との関連を見ると、「専門的態度」と実習後の「死後の世界観」 $r = -.440$ ($p < 0.05$)、「死の関心」 $r = -.404$ ($p < 0.05$)、「尊重的態度」と実習後の「死への恐怖・不安」 $r = .403$ ($p < 0.05$)に相関が見られた。患者との関係性の構築での戸惑いや困難感として、実習病棟に関わらず、患者とのコミュニケーションに関する回答があった。看護学生は、患者や家族を理解し、受け止め、寄り添い、患者や家族の苦痛と一緒に向き合い関係性を築いていた。看護学生の実習体験を基盤とした実習指導のあり方について検討していくことが重要である。

受付日 2013 年 10 月 15 日 採用決定日 2013 年 11 月 28 日

看護学実習におけるがん患者とのコミュニケーションの体験

飯野京子¹ 小山友里江¹ 長岡波子²
河原林弘恵² 岩爪美穂³ 成田綾子³

1 国立看護大学校 2 独立行政法人 国立がん研究センター中央病院
3 独立行政法人 国立がん研究センター東病院
iinok@adm.ncn.ac.jp

Experience of Communication with Cancer Patients in Basic Nursing Education

Keiko Iino¹ Yurie Koyama¹ Namiko Nagaoka² Hiroe Kawarabayashi² Miho Iwatsume³ Ayako Narita³

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

2 National Cancer Center Hospital

3 National Cancer Center Hospital East

【Keywords】 がん看護 Cancer nursing, 看護学生 Nursing student, コミュニケーション communication

I. 緒言

看護師には高いコミュニケーション能力が求められており、がん医療においても、患者とのコミュニケーションスキルは重要視されている。コミュニケーションスキルは経験を重ねるだけでは身につかず、教育によって能力が向上することが示されている (Fallowfield et al., 2001 ; Razavi et al., 2000)。これに基づいてがん患者と接する医療者に対するさまざまな教育プログラムが作成され、その効果が報告されている (Fujiimori et al., 2003 ; Fukui et al., 2009 ; Fukui et al., 2011)。

A 看護大学では、4年次がん専門病院においてがん看護実習を実施しており、学生は多様な病期のがん患者を受けもち、病棟、外来、特殊診療部門におけるがん看護の実際について学んでいる。この実習における成果は大きいものの、課題として、学生のがん告知後の患者の心理や苦痛を抱えている患者に対するコミュニケーションに関する困難感が示された (飯野ら, 2008)。医療者にとってもコミュニケーションが困難であるがん医療の臨床において、学生の抱える課題を特定し、学生のコミュニケーション能力を向上することは、看護教育にとって重要な課題である。

今回は、学生が看護学実習においてがん患者とのコミュニケーションについてどのような体験をしたのかを分析し、今後の教育の基礎資料とするために調査を行なった。

II. 研究目的

学生が看護学実習においてがん患者とのコミュニケーションについてどのような体験をしたのか明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象

A 看護大学4年生のうちがん看護実習を履修した学生を対象とした。がん看護実習は、「がん医療の特徴を理解し、がん看護の実践に必要な基礎的能力を修得する」という目的で、がん専門病院において内科的治療 (化学療法・放射線療法、造血幹細胞移植)、外科的治療、緩和的治療を受けるがん患者を受けもち、実習を行なった。

本研究対象学生は、手術療法、がん化学療法、緩和的治療を受けている早期から終末期までのがん患者を受けもった。

2. データ収集方法

がん看護実習終了後、2ヵ月～4ヵ月に実施した。3つのグループ (5～8名) でフォーカスグループインタビューを実施し、時間は20～40分であった。研究者が研究目的と内容について説明し、実習においてがん患者・家族とのコミュニケーションにおいて学生が体験した内容について自由に話し合ってもらった。

3. データ分析方法

フォーカスグループインタビューの内容から逐語録を作成し、逐語録を精読し、「がん患者とのコミュニケーションの体験」に関連した内容を示す文章を抽出し、意味内容を損なわないように簡潔な文章で表現し、コード化した。簡潔に表現した文章から、含まれる意味が明確になるように一文のまとまりとした。意味内容の類似性を考慮し、コードをまとめたものをサブカテゴリー、カテゴリーとし、カテゴリーおよびサブカテゴリーを作成した。なお、分析の信頼性・妥当性は、複数の共同研究者間の検討を通して確保した。

4. 倫理的配慮

本研究は、日本看護協会「看護研究における倫理指針 2004」に準拠し、国立国際医療研究センターの倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加の有無が、学生という立場に今後、影響を及ぼす可能性があると考えた場合、研究参加への任意性が失われる恐れがある。これを防ぐため、研究に不参加であっても不利益を被ることはないことを依頼書に明記し、口頭にて説明するとともに書面にて同意を得た。教員は学生が断りにくい状況であることを十分認識し学生に接するとともに、研究への参加の説明は、学内掲示、学生全体への説明等広く広報し、特定の学生にのみ強制するような働きかけはしなかった。

研究参加の有無が当研究以外の学校関係者に知られることがないように配慮した。面接調査は、面接内容を個人が特定できないように分析した。

IV. 結果

研究参加者は20名であった。20名を3グループに分け、フォーカスグループインタビューを実施した。インタビューデータから逐語録を作成し、内容を繰り返し精読して、記録単位を抽出した。最終的に169記録単位から17カテゴリー、55サブカテゴリーが作成された。

看護学実習における学生のがん患者とのコミュニケーションにおける体験は、がん患者の特徴が反映されている内容と、がん患者を含む一般的なコミュニケーションに関する内容に分類できた。がん患者の特徴が反映されている内容として、「がん患者という先入観をもっており、言葉がけに悩む」、「終末期のがん患者と死に関する話題になることを恐れる」、「苦痛の強い患者への言葉がけに悩む・辛くなる」、「がん患者への先入観がコミュニケーションに影響をしていることに気づく」であった。また、がん患者に特有ではなく、一般的なコミュニケーションに関する内容は、「会話の内容に悩む」、「患者・家族の思いを聞き出すのが難しい」、「患者との距離感が難しい」、「沈黙が苦痛で

ある」、「コミュニケーションがうまくいかず辛い」、「コミュニケーションに関する課題への解決が難しい」、「看護師がコミュニケーション方法のモデルになる」、「看護師・教員からの助言がコミュニケーションの参考になる」、「成功体験でコミュニケーションに自信をもつ」、「学生同士で相談しあう」、「事前学習を実習で試みる」、「言語的コミュニケーション以外の学びを得る」、「コミュニケーションカンファレンスの体験・効果」であった(表1)。以下、カテゴリーは、「」でサブカテゴリーは『』で表す。

「がん患者という先入観をもっており、言葉がけに悩む」は、がん患者を受けもつ看護学生が、実習の際に重篤な病気をもっている『がん患者というだけでかまえてしまう』ことや、『がん患者は落ち込んでいるのではないかと思ひ言葉がけに悩む』など患者への対応に悩みながら関わっていたり、『がん患者の気持ちは自分では理解できないとあきらめてしまう』状況や、『がん患者から病気のことを聞かれたらどうしたらいいかと不安』、『がん患者は予後が悪いと想像してしまい、不用意なことを聞けないと思う』など患者と関わる前に不安を抱えていることが示された。実際の会話でも、『患者の発言を重く受け止めて何もいえないことがある』と関わりの難しさが示された。

「終末期のがん患者と死に関する話題になることを恐れる」は、看護学生ががん患者と接する前から『終末期がん患者と接した時に死に関する話題になるのではないかと不安』を感じ、『予後が短いと伝えられたがん患者の受けもちは負担を感じる』状況がある。患者との会話で『がん患者からの死や予後に関する話題への返答を躊躇(ちゅうちょ)する』ことや、『重篤ながん患者の前で明るい話題を取り上げていいのか悩む』で会話の内容に困る状況が示された。

「苦痛の強い患者への言葉がけに悩む・辛くなる」は、看護学生が援助関係をもとうと関わっても『患者の痛みの訴えに自分が辛くなった』体験や、ケアのために情報を得ようと思っても『苦痛の強い患者にどのような言葉がけをしていいのか悩む』ことが示された。

「がん患者への先入観がコミュニケーションに影響していることに気づく」は、看護学生は、がん患者への先入観を抱えて実習に臨んでいたが、患者と接するうちに『がん患者というより、人ががんになったと捉え方の変化』があり、『がんになってもその人の本質は変わらないことに気づいた』体験が示された。また、重大な病気に罹患している患者への言葉がけに悩みながらも『がん・終末期患者が予想より明るく先入観が払拭された』体験をしたり、『がん患者が自分の病気を受け止めていて会話が難しくなかった』と、思ったよりスムーズな会話に安心していた。がん患者は多様な病期の方がいて『手術を受け回復に向かってがん患者は目標がはっきりして接しやすい』ことを感

表1 看護学実習における学生のがん患者とのコミュニケーションにおける体験

カテゴリー	サブカテゴリー	文脈 単位数
がん患者の特 徴が反映され ている内容	がん患者という先入観をもっており、言葉がけに悩む	がん患者というだけでかまえてしまう 21
		がん患者は落ち込んでいるのではないかと思ひ言葉がけに悩む 5
		がん患者の気持ちは自分では理解できないとあきらめてしまう 5
		がん患者から病気のことを聞かれたらどうしたらいいかと不安 4
		がん患者は予後が悪いと想像してしまい、不用意なことを聞けないと思う 3
		患者の発言を重く受け止めて何もいえないことがある 1
	終末期のがん患者と死に関する話題になることを恐れる	終末期がん患者と接した時に死に関する話題になるのではないかと不安 4
		がん患者からの死や予後に関する話題への返答を躊躇（ちゅうちょ）する 3
		予後が短いと伝えられたがん患者の受けもちは負担を感じる 1
		重篤ながん患者の前で明るい話題を取り上げていいのか悩む 1
	苦痛の強い患者への言葉がけに悩む・辛くなる	苦痛の強い患者にどのような言葉がけをしていいのか悩む 5
		患者の痛みの訴えに自分が辛くなった 2
	がん患者への先入観がコミュニケーションに影響をしていることに気づく	がん・終末期患者が予想より明るく先入観が払拭された 6
		がん患者が自分の病気を受け止めていて会話が難しくなかった 4
		手術を受け回復に向かっているがん患者は目標がはっきりして接しやすい 3
	がんになってもその人の本質は変わらないことに気づいた 2	
	がん患者というより、人ががんになったと捉え方が変化した 1	
一般的なコミ ュニケーショ ンに関する内 容	会話の内容に悩む	会話の導入がわからない 5
		患者と何を話していいかわからない 4
		不用意な発言で患者から理解されていないと思われたくない 3
	患者・家族の思いを聞き出すのが難しい	患者から不安をいってもらうのは難しい 2
		家族の思いを聞くのを躊躇（ちゅうちょ）する 1
	患者との距離感が難しい	患者との距離感が難しい 2
		患者への思いが強すぎて空回りする 1
	沈黙が苦痛である	沈黙が気まずい 4
		沈黙にならないように話し続ける 1
	コミュニケーションがうまくいかないと看護師に向かないのではと思う	コミュニケーションがうまくいかないと感じる 6
	コミュニケーションがうまくいかず自尊心が低下した	コミュニケーションがうまくいかず患者から否定されていると感じる 5
		患者に本音をいってもらえず落ち込む 2
		できなかったという気持ちを家まで引きずり落ち込む 2
		コミュニケーションがうまく取れず実習から逃げ出したい気分になる 1
	コミュニケーションに関する課題への解決が難しい	看護師・指導者にコミュニケーションの相談をしていいのかと躊躇（ちゅうちょ）する 6
	看護師のコミュニケーションスキルが高く無力感を感じる 2	
	コミュニケーションができないといえない 1	
	コミュニケーションについて相談できる時間がない 1	
	患者が本音をいわないと拒否されたと感じた 1	
看護師がコミュニケーション方法のモデルとなる	看護師の患者への声のかけ方・対応場面が参考になる 7	
	看護師と患者の距離のとり方が参考になる 1	
	看護師の積極的傾聴の方法が参考になる 1	
	看護師がうまくコミュニケーションしていると自分もできると感じる 1	
看護師・教員からの助言がコミュニケーションの参考になる	教員からの助言が参考になる 4	
	看護師・実習指導者からの助言が参考になる 2	

表1 続き

成功体験でコミュニケーションに自信をもつ	コミュニケーションの成功体験が怖さをなくす	6
	教員よりコミュニケーションの妥当性を伝えられたことで安心する	2
	コミュニケーションを否定されなかったことでやる気が高まる	1
学生同士で相談し合う	他の学生の実習における経験が参考になる	5
	学生どうしの相談で解決する	4
事前学習を実習で試みる	コミュニケーションに関する書籍を読む	2
	学内授業で学んだコミュニケーションスキルを実習で実施する	1
	事前に情報を得てからコミュニケーションをとる	1
言語的コミュニケーション以外の学びを得る	信頼関係があることがコミュニケーションでは重要である	2
	非言語的コミュニケーションの効果を感じる	1
コミュニケーションカンファレンスの体験・効果	コミュニケーションについて相談できる時間なので話しやすい	5
	カンファレンスで他の学生の失敗談を聞き自分だけでないと感じる	1
	コミュニケーションカンファレンスの討議内容を翌週活かした	1

169

じるなど、自分がそれまで抱いていたがん患者というイメージが変化した体験を多くの学生がしていた。

「会話の内容に悩む」は、看護学生は患者を前にして最初の声がけが難しく『会話の導入がわからない』ことや、『患者と何を話していいかわからない』など基本的な悩みを抱えていることが示された。また学生は、『不用意な発言で患者から理解されていないと思われたくない』と関係性を保つための適切な会話を模索していた。

「患者・家族の思いを聞き出す難しさ」は、看護学生が患者・家族の思いに沿った看護を展開するための情報収集のために話しかけても『患者から不安を表出してもらうのは難しい』と実感し、診療録から情報を得ている状況があった。また、学生は、関係性のできていない『家族の思いを聞くのを躊躇（ちゅうちょ）する』状況も示された。

「患者との距離感が難しい」は、看護学生が援助者として『患者との距離感が難しい』と認識するとともに『患者への思いが強すぎて空回りする』ことを実感しており、患者との援助関係の難しさが示された。

「沈黙が苦痛」は、会話の途中で患者が何も話さなくなり『沈黙が気まずい』状況を体験しいたたまれない苦痛を感じた経験から、患者が話さないことを予測したときは『沈黙にならないように話し続ける』努力をしていた状況が示された。

「コミュニケーションがうまくいかず自尊心が低下する」は、看護学生が、患者との会話を試みるも『コミュニケーションがうまくいかず患者から否定されていると感じる』ことや『患者に本音をいってもらえず落ち込む』、『コミュニケーションがうまくとれず実習から逃げ出したい気分になる』、『できなかったという気持ちを家まで引きずり落ち込む』などのコミュニケーションがとれないことで無力感を感じている状況が示されるとともに、『コミュニケーション

がうまくいかない」と看護師に向かないのではと思う』くらい看護師としての自分の能力について悩んでいるなどのコミュニケーションがうまくいかないと自尊心が低下する状況が示された。

「コミュニケーションに関する課題への解決が難しい」は、看護学生は教員や実習指導者に対して『コミュニケーションができない』と言えず自分で工夫しながら実習に臨んでいた。相談したいことがあっても、実習記録等に追われ『コミュニケーションについて相談できる時間がない』状況であった。また、『看護師・指導者にコミュニケーションの相談をしていいのかと躊躇（ちゅうちょ）し、『看護師のコミュニケーションスキルが高く無力感を感じる』状況もあり、コミュニケーションについて課題を認識しても解決が難しい状況が示された。

「看護師がコミュニケーション方法のモデルになる」は、看護学生が臨床において実際の関わり方を見学でき、『看護師の患者への声のかけ方・対応場面が参考になる』ことや、『看護師と患者の距離のとり方が参考になる』、『積極的傾聴の方法が参考になる』など言語的・非言語的コミュニケーションも含め参考になっていた。効果的な場面である『看護師がうまくコミュニケーションしていると自分もできると感じる』という体験をするなど、看護師の適切な関わり場面を実際に見学できたことはコミュニケーションの向上に寄与していた。

「看護師・教員からの助言がコミュニケーションの参考になる」は、看護学生がコミュニケーションについて『看護師・実習指導者からの助言が参考になる』ことや、『教員からの助言が参考になる』など、困ったときのタイムリーな助言が参考になっていた。

「成功体験でコミュニケーションに自信をもつ」は、コミュニケーションに自信のない看護学生が『教員よりコミ

コミュニケーションの妥当性を伝えられたことで安心する』ことや、沈黙の意味を知ったり、心配していたがん患者への言葉がけがスムーズであると感じるなど『コミュニケーションの成功体験が怖さをなくす』ことを感じ、『コミュニケーションを否定されなかったことでやる気が高まる』体験をするなど自信がもてるようになってきた。

「学生どうしで相談し合う」は、看護学生は看護師や教員よりも相談しやすい学生どうしで体験を出し合い『他の学生の実習における経験が参考』になり、『学生どうしの相談で解決する』こともあったことが示された。

「事前学習を実習で試みる」は、実習の前に受けた『学内授業で学んだコミュニケーションスキルを実習で実施する』ことで、基本に準じたコミュニケーションの効果を体験していた。また、患者と接する前の患者の状況や思いについて『事前に情報を得てからコミュニケーションを取る』と、話したいポイントが明確で効果的であった。『コミュニケーションに関する書籍を読む』努力をした学生もいた。

「言語的コミュニケーション以外の学び」は、看護学生が患者と看護師の関係性を観察し『信頼関係があることがコミュニケーションでは重要である』ことを実感したり、患者へのタッチングなど『非言語的コミュニケーションの効果を感じる』場面も示された。

「コミュニケーションカンファレンスの体験・効果」は、看護学生が無力感を感じていたコミュニケーションについて『カンファレンスで他の学生の失敗談を聞き自分だけではないと感じる』ことで元気が出たり、特別に『コミュニケーションについて相談できる時間なので話しやすい』と感じ、困ったことや疑問であったことが解消されたことで『コミュニケーションカンファレンスの討議内容を翌週活かした』学生もいた。

V. 考 察

看護基礎教育におけるがん患者とのコミュニケーションにおける体験を、学生のフォーカスグループインタビューにより調査し分析したところ、がん患者に特徴のある内容である「がん患者という先入観をもっており、言葉がけに悩む」、「終末期の患者と死に関する話題になることを恐れる」、「苦痛の強い患者への言葉がけに悩む・辛くなる」、「がん患者への先入観がコミュニケーションに影響をしていることに気づく」とその他の、一般的なコミュニケーションに関する内容とで構成された。

学生は、看護学実習の前からがん患者に対して、落ち込んでいるのではないかと、予後が悪いのではないかと先入観から言葉がけに悩んでいた。そして、がん患者の気持ちを理解できないとあきらめたり、不用意な言動を恐れて

患者との会話を控えているなどの状況が結果から示された。看護学生に対するがん告知後の患者とのコミュニケーションスキル向上のための試みに関する報告としては、実習初期と実習後期にロールプレイング演習を取り入れ教育効果を検討した報告がある（坂根ら、2012）。研究者は、がん告知患者対応場面のロールプレイの前後で患者の思いや考えを引き出す技術や情報提示に関する内容を評価したところ、特に看護者の感情や考えなどを患者に表現する技術で得点の上昇が見られたことを報告している。このように、患者に対して先入観をもち、委縮してしまう学生の特徴を踏まえ、準備性を高めて実習に臨むことが重要であると考えられる。

さらに、実習において終末期がん患者と接した学生は、死に関する話題になることを恐れたり、実際に受けもちを負担に感じていた。そのような状況でどのような話題にしたらいいのか、明るい話をしていいのかなど悩んでいた状況が結果から示された。

終末期がん患者を受けもった学生のコミュニケーションに関する研究では、終末期ケアを体験した学生は他のケア群に比べて、コミュニケーションの困難感が強いという報告や、学生は患者の余命への理解があいまいで、ネガティブな心理状態であるときにはコミュニケーションの困難感は強くなり、患者が病状や余命を現実的に認識しているときにはコミュニケーションの困難感は低下すると報告されている（伊藤ら、2006）。また、終末期ケア実習で、学生が担当する患者の多くは、病状や余命の真実を理解していないこと、心身の苦痛が強く回復する見込みがないことから、学生は患者との対話において事実を気づかれることを恐れているという報告もある（伊藤ら、2011）。このことは本研究結果も同様であり、看護学実習において、終末期患者と接する学生は「死」を意識したことで、コミュニケーションのとり方に不安を感じていることを認識して関わる必要があることが先行研究と同様に裏付けられた。

がん看護実習におけるコミュニケーションの体験について調査を行なったが、多くの学生から、がん患者に特化しない状況に関する内容もあった。

学生は、実習において会話の内容に悩んだり、距離感の困難さなどコミュニケーションがうまくいかなかった体験をしており、それらから、自尊心の低下を招いていることが示された。学生は教員が患者とコミュニケーションをとっている姿をみて参考にしたり、学生どうしで相談し合うことで、自らのコミュニケーション能力の向上を図ろうとしていた。

看護学生にとって実習の現場は、はじめて会う看護師、患者と話すことで緊張をもたらし、多くの困難を抱えるが、コミュニケーション能力は、実践できないと意味がなく、自分で経験しながら身につけていくものであり、能力

を育てるのは教員の役割であるといわれているように(菱沼, 2012), がん患者へのコミュニケーションのみが特殊ではないと考える。

コミュニケーション能力の向上に関して, いくつかの研究がなされている。瀧本ら(2013)は, 参加型授業としての健康教室に参加した看護学生が, コミュニケーション技術において学習効果が得られたかどうかを検証し健康教室に参加後, 【参加者との対話】と【高齢者の理解】に学習効果が得られた。健康教室参加前における【高齢者との関わりへの戸惑い】や【コミュニケーションを図ること】によって, 参加後の学習効果に差が見られた。以上の結果より, もともとコミュニケーションが苦手な学生にとって, 健康教室に参加することはコミュニケーション技術の学習に効果的であり, 体験することが重要であると考えられた。

二重作ら(2013)は, 積極的傾聴における面接技法を修得するための学習会を開催し, 【自身を振り返る場】【人間関係を形成する方法】【面接技法の継続した学習の必要性】【自己の課題の明確化】のような成果があり, 積極的傾聴における面接技法の学習会を継続する必要性が示唆された。

このように, コミュニケーションの学習は理論の学習にとどまらず, 体験型の学習方法が多く報告されている。本研究結果に示されたとおり, 学生は, 授業で学んだコミュニケーションスキルを実習で実施していた。また, 実習期間中に, コミュニケーションに関する困難について学生どうしで解決し合ったり, 教員から助言を受けるためのカンファレンスを開催した感想も本研究結果で示されている。それは, 失敗は自分だけでなく他の学生も体験していることがわかったり, コミュニケーションについて相談できる場が設定され話しやすかったり, 実際, その場で助言を得た方法を翌週ためてみるという, 実習中に問題解決ができた状況が示された。

看護学生のコミュニケーションの困難な場面を探索した研究には, コミュニケーションの困難度は, 1年生が最も高かったと報告されている(阿部, 2013)が, 学生は臨床で経験しながら徐々にコミュニケーションの実践的な学習を繰り返していったものと思われる。その実践的な学習をより効果的に進めることが教員の役割であると思う。

VI. 結 論

今回の調査結果から, がん看護におけるコミュニケーションの困難さが示された。学生は看護師・教員からの助言を参考にしながら, コミュニケーションの方法について模索し, 成功体験を積み重ねることで自信を得ていた。また学生どうしで相談し合ったり, カンファレンスでディスカ

ッションし合ったりすることによって, 自らのコミュニケーション能力の向上を図っていた。これらの結果から, 今後は教員・看護師がコミュニケーションのモデルとなること, 実習の前にコミュニケーションスキルトレーニングの場を提供することが必要であると考えられた。

■文 献

- 阿部 智美 (2013). 患者とのコミュニケーション困難場面における看護学生の「解説, 問題解決, 感情」との関連. 日本看護研究学会雑誌, 36(1), 149-156.
- Fallowfield, L., Saul, L., Gilligan, B. (2001). Teaching seminar nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nursing*, 24, 185-191.
- Fujiimori, M., Oba, A., Koike, M., Okamura, M., Akizuki, N., Kamiya, M., et al. (2003). Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news—a preliminary report, *J Cancer Educ* 18, 194-201.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., Fukui, N. (2009). Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psychooncology*, 18, 1156-64.
- Fukui, S., Ogawa, K., Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology*, 20, 1285-91.
- 菱沼典子 (2012). コミュニケーション力を育む—実習前に教員としてできること. 学生がコミュニケーション能力を育成できる環境をつくる. 看護教育, 53(10), 838-843.
- 飯野京子, 岡本隆行, 小熊亜希子, 小西敏子, 島崎たか子, 鈴木真理子, 他 (2008). 看護基礎教育における「がん看護学」に関する教育評価. 国立看護大学校紀要, 7(1), 50-59.
- 伊藤まゆみ・小玉正博・大場亮子 (2011). 臨死患者のケア実習における看護学生の心的衝撃への対処プロセス. ヒューマン・ケア研究, 12(1), 22-34.
- 伊藤まゆみ・田上不二夫 (2006). 看護学生のターミナルケア場面におけるがん患者の心理状態の認知と Communication Apprehension との関係. 教育相談研究, 44, 1-8.
- 二重作 清子, 久木原 博子, 内山 久美, 小森直美, 木部泉 (2013). 看護学生の積極的傾聴における面接技法の学習会に対する認識. 看護・保健科学研究誌, 13(1), 88-95.
- 坂根加奈子, 平野文子, 別所史恵 (2012). がん告知後の患者対応場面演習を行った看護学生のコミュニ

ケーション技術の変化—実習前, 実習初期, 実習後
期における自己評価の比較より— 島根県立大学出
雲キャンパス紀要, 7(1), 1-10

瀧本 茂子, 齋藤 智江, 大植 崇, 明石智子, 新田幸子,
東久子 (2013). 健康教室に参加した看護学生のコ
ミュニケーション技術における学習効果. インター

ナショナル Nursing Care Research. 12(1), 115-123

Razavi, D., Delavaux, N., Marchal, S., De Cock, M.,
Farvacques, C., Slachmuylder, JL..(2000). Testing
health care professionals' communication skills: the
usefulness of highly emotional standardized role-playing
sessions with simulators. *Psychology* 9, 293-302.

【要旨】 コミュニケーション能力については、看護基礎教育から教育することの重要性が指摘されている。本学の看護学実習において、学生ががん患者とのコミュニケーションについてどのような体験をしたのか分析することで、今後の教育の基礎資料とするために調査を行なった。方法は、フォーカスグループインタビューであり、20名の学生を3グループに分けて実施した。最終的に169記録単位から17カテゴリ、55サブカテゴリが作成された。

結果から、がん看護におけるコミュニケーションの困難さが示された。学生は看護師・教員からの助言を参考にしながら、コミュニケーションの方法について模索し、成功体験を積み重ねることで自信を得ていた。また学生どうしで相談し合ったり、カンファレンスでディスカッションし合ったりすることによって、自らのコミュニケーション能力の向上を図っていた。

受付日 2013年10月15日 採用決定日 2013年11月28日

国立看護大学校 Faculty Development (FD)活動報告

2012年4月～2013年3月

本学における教育の質の向上および改善を目指して、2012年度は6回のFD研修会を開催し、年度計画を達成した。

1. 卒業研究指導の取り組み方について

日時：2012年5月31日（木） 16:15から17:00

場所：第2会議室

担当（ファシリテーター）：柏木公一准教授

内容：卒業研究の指導について、主に新任の教員に向けて討議を行った。卒業年度の年間スケジュールを元に、指導スケジュールをどのように定めるかや、テーマ選択の方法、集団指導や個別指導の具体例、卒業論文指導で重視する点、また、学生に対しこれまでの講義で研究についてどのような教育が行われているかなどの質疑応答が行われた。

2. 2012年度に着任した教職員による経歴・活動紹介

日時：2012年7月11日（水） 15:30から16:30

場所：201教室

担当：岩野正史教授，赤熊めいこ事務部長

内容：岩野教授からは、これまでの厚生労働行政における業績の中から、昭和57年老人保健法の制定から今後の展望に関して、またタイ国日本大使館勤務経験に基づくタイ国の医療状況、社会・援護局の行政内容に関する講演があった。赤熊事務部長からは、厚生労働省医政局における業績の中から、言語聴覚士法制定までの経緯、新たな看護のあり方に関する検討会、EPA（経済連携協定）と看護師資格の関係性、また医事課試験免許室での10職種の国家試験管理業務などに関する講演があった。

3. 知的財産（知財）セミナー

日時：2012年7月17日（火） 16:20から17:00

場所：301教室

担当：助永義和 NCGM 臨床研究センター開発医療部知財開発室長，臨床研究支援部知財管理室マネージャー

内容：研究に関する知的財産の管理について、特許などの申請に関して NCGM でどのような支援体制があるかについて講演があった。特許の申請から成立するまでの過程、そこにかかる費用、特許に関する報酬など具体的に説明があった。また、企業との共同研究に関する話題などについての質疑応答が行われた。

4. 競争的研究資金の獲得方法，経理方法，報告に関して

日時：2012年8月8日（水） 13:30から15:00

場所：301教室

担当：細入憲経理係長，外崎明子教授，亀岡智美教授

内容：競争的研究資金の申請について、厚生労働省・文部科学省の科学研究費についての講演を行った。細入経理係長は、研究資金の用途について具体的な例をあげ使用上の注意などの説明があった。亀岡教授からは研究費の申請について解説があり、外崎教授からは様々な競争的資金の研究費についての紹介があった。

5. 国家試験対策から見えてくるもの

日時：2012年9月12日（水） 16:10から17:00

場所：第1会議室

担当：国家試験対策ワーキンググループ

内容：昨年度の卒業生に関する看護師国家試験の解答に基づいて、どのように学生を指導すべきかなどの議論を行った。解答結果から、模擬試験の成績と国家試験の成績との関係などについてデータが示された。また、今後の指導に役立てていけるよう国家試験対策委員が行った個別指導の内容について情報交換を行なった。

6. 2012 年度に着任した教職員による経歴・活動紹介

日時：2013 年 3 月 4 日（月） 16：10 から 17：00

場所：301 教室

担当：五條しおり教授，山手美和准教授

内容：五條教授からは，大学生という青年期の学生の特徴について，以前の学生と最近の学生の違いについて講演があった。また，大学としてどのように学生を育てていくのかなどについて，幅広い議論が行われた。山手准教授からは，前任校の教育体制や学生の特徴，研究設備などの紹介とともに，本学との比較結果が示された。また，本学の学生の特徴を踏まえた教育について議論が行われた。

教員の研究活動 2012年4月～2013年3月



大学校長

[著書]

永井良三, 田村やよひ監修(2013). 看護学大辞典第6版. メヂカルフレンド社, 東京.

田村やよひ(2013). 看護行政の仕組みと看護政策. 中西睦子, 小池智子, 松浦正子編, 看護サービス管理第4版. 119-127, 医学書院, 東京.

[講演・学会発表]

田村やよひ. 日本の看護・看護教育の展望. 三重県立看護大学開校15周年記念シンポジウム—三重の看護教育のこれまでとこれから—, 津市, 5月, 2012.

田村やよひ. 日本における高度実践看護師のグランドデザインへの作成に向けて. 日本学術振興会 次世代・最先端研究開発支援プログラム「看護卒後教育による mid-level provider 育成と医療提供イノベーション」第3回シンポジウム「日本における高度実践看護師のあり方: 臨床・教育・研究からみた諸問題の検討」, 東京, 6月, 2012.

田村やよひ. Learning from the experience of revisions to the Public Health Nurse, Midwife and Nurse Law. 国立国際医療研究センター 国際医療協力局主催 東南アジア看護助産ワークショップ, 東京, 10月, 2012.

田村やよひ. 看護の原点と看護の専門性確立に向けて. 日本産業看護学会設立総会記念講演, 東京, 12月, 2012.

田村やよひ. これからの看護: 専門職としての役割と責任. 独立行政法人国立病院機構災害医療センター附属昭和の森看護学校卒業記念講演, 東京, 3月, 2013.

人間科学(情報学)

[著書]

柏木公一(2012). 看護の用語. 日本医療情報学会医療情報技師育成部会編, 医療情報「医学医療編」第2版. 270-275, 篠原出版新社, 東京.

[誌上发表]

柏木公一(2012). 標準化の観点から看護必要度の妥当性を考える. 看護展望, 37(3), 262-268.

柏木公一(2012). 患者アウトカムと患者特性から看護配置基準を考える. 看護展望, 37(3), 269-274.

[研究助成および研究成果報告書]

柏木公一(研究代表者)(2012). 臨床看護記録から患者アウトカム分析を行うための知識基盤データベースの開発. 平成24～26年度科学研究費補助金(基盤研究(C)).

柏木公一(分担研究者)(2012). わが国における看護支援システムの評価に関する研究(研究代表者: 黒田裕子). 平成23～26年度科学研究費補助金(基盤研究(B)).

[講演・学会発表]

柏木公一. 看護現場と医療情報システム. 第51回日本生体医工学会大会, 福岡, 5月, 2012.

柏木公一. 今, 看護現場に潜在する危機を考える 看護情報システムに潜在するリスク. 第13回日本医療情報学会看護学術大会, 東京, 8月, 2012.

柏木公一. 情報システム導入・更新と業務プロセスの深くて悩ましい関係について. 第13回日本医療情報学会看護学術大会, 東京, 8月, 2012.

中西寛子, 樋口由布子, 三原由記子, 久保慎一郎, 内山真木子, 横田慎一郎, 塚原宣子, 谷文恵, 中元雅江, 香西ひろみ, 小野律子, 遠藤紀子, 柏木公一. 看護支援システムを使用する多施設の看護計画分類—ドナベディアン・モデルの活用—. 第13回日本医療情報学会看護学術大会, 東京, 8月, 2012.

中元雅江, 久保慎一郎, 中西寛子, 鎌田智恵子, 樋口由布子, 香西ひろみ, 小野律子, 遠藤紀子, 柏木公一. システムを共通理解するための取り組み—画面名称・機能の名称の統一—. 第13回日本医療情報学会看護学術大会, 東京, 8月, 2012.

柏木公一. 電子カルテ導入による看護実践の質への影響とその要因—看護情報システム担当者へのインタビューを通して—. 第16回日本看護管理学会年次大会, 札幌, 8月, 2012.

- 柏木公一. システムベンダーと語る看護過程・看護計画. 第32回医療情報学連合大会, 新潟, 11月, 2012.
- Kashiwagi, K., Seto, R., Yokota, S., Nakamoto, M., Kozai, H., Ono, R., et al. Infrastructure development for sharing nurse informatician knowledge and skills. *Nursing Informatics 2012*, Montreal, Canada, June, 2012.
- Ito, M., Yamase, J., Tatsuno, K., Kashiwagi, K., Oda, M., & Kimura, Y. How nursing support system in Japanese electronic health record to make a nurse think easier would be. *NANDA-I 2012 Biennial Conference*, Huston, USA, May, 2012.

人間科学(語学)

[論文]

Matsuoka, R. (2012). Willingness to communicate: the effect of conference participation on students' L2 apprehension. *The Asian Conference on Language Learning 2012 Official Conference Proceedings*, 153-164.

[研究助成および研究成果報告書]

松岡里枝子(研究代表者), 松本佳穂子(研究分担者), Poole Gregory(研究分担者), Johnson Michael(連携研究者), 堤理英(連携研究者)(2012). 英語コミュニケーション意欲向上にむけて意欲阻止を導く要因分析. 平成24~26年度科学研究費補助金(基盤研究(C)).

[講演・学会発表]

- Matsuoka, R. Linguistic relativity and universality of zero-pronouns in *rakugo* translation. 湘南英文学会春季総会, 藤沢市, 3月, 2013.
- Matsuoka, R., & Poole, G. The effect of conference participation on nursing students' L2 apprehension. 日本ヘルスコミュニケーション学会, 藤沢市, 9月, 2012.
- Matsumoto, K., Matsuoka, R., & Poole, G. Impeding factors in Japanese communication behaviors in English: developing an effective questionnaire. The 9th CamTESOL Conference, Phnom Penh, Cambodia, February, 2013.
- Evans, D., & Matsuoka, R. Effects of in-class extensive reading: exploring the optimal pedagogy. The 9th CamTESOL Conference, Phnom Penh, Cambodia, February, 2013.
- Evans, D., & Herbert, J. Oral testing in the English language classroom: why and how. The 33rd ThaiTESOL International Conference, Khon Kaen, Thailand, January, 2013.
- Evans, D., & Koprowski, M. Innovative ways for testing spoken language. ETJ Expo and JALT, Tokyo, December, 2012.
- Matsuoka, R., Matsumoto, K., Tsutsumi, R., Poole, G., & Johnson, M., Investigating the underlying factors that impede "good" English learners from communicating in English. IALIC [International Association of Language and Intercultural Communication] International Conference, Durham, UK, December, 2012.
- Matsuoka, R. Examining the optimal employment of digital pedagogy in the Japanese English education from socio-psychological perspectives. AsiaCALL International Conference, Ho Chi Minh City, Vietnam, November, 2012.
- Matsuoka, R., & Smith, I. Linguistic relativity and universality of zero-pronouns in *rakugo* translation. International Conference of Communication of Certainty and Uncertainty, Macerata, Italy, October, 2012.
- Matsuoka, R., Smith, I., & Tsutsumi, R. Effective SLA using CALL program with TLT software. AsiaTEFL International Conference, Delhi, India, October, 2012.
- Matsuoka, R. Examining cognitive process of translation using models by comparing three different translations. JAIT [Japanese Association of Interpreting and Translation Studies], Kyoto, September, 2012.
- Matsuoka, R., Tsutsumi, R., & Matsumoto, K. Investigating the underlying factors that impede "good" English learners from communicating in English. PAAL [Pan-pacific Association of Applied Linguistics] International conference, Beijing, China, August, 2012.
- Matsuoka, R., & Evans, D. How should an extensive reading approach be employed? PanSIG International Conference, Hiroshima, June, 2012.
- Matsuoka, R. Willingness to communicate: the effect of conference participation on students' L2 apprehension. *The Asian Conference on Language Learning 2012*, Osaka, April, 2012.

人間科学(応用倫理学)

[論文]

- 五條しおり(2012). ポスト産業社会の人間関係—自我同一性確立の問題をめぐって—. お茶の水女子大学哲学会哲学倫理学研究会 倫理学研究, 5, 34-43.
- 佐藤安代, 五條しおり(2012). 日本の生殖補助医療に関するガイドラインの比較. お茶の水女子大学哲学会哲学倫理学研究会 倫理学研究, 5, 44-53.

[講演・学会発表]

- 原元彦, 小牧宏一, 高橋邦泰, 室橋郁生, 藤井千代, 五條しおり, 他. 小鹿野町における地域在住高齢者の健康調査研究: 経時的追跡研究. 第14回埼玉県健康福祉研究発表会, 埼玉, 2月, 2013.
- 五條しおり. 西洋近代医療の身体観と日本人の民俗学的身体観の比較. 埼玉県立小児医療センター看護師養成講座講演, 蓮田. 9月, 2012.

基礎看護学(看護教育学)

[論文]

- Kameoka, T., Funashima, N., Gorzka, P. A., Hongo, K., Yamashita, N., Nakayama, T., et al.(2013). Role model behaviors of nursing faculty in Japan and the United States. 国立看護大学校研究紀要, 12(1), 1-7.
- 宮首由美子, 亀岡智美(2013). 認定看護師の併任状況と役割ストレスとの関係. 国立看護大学校研究紀要, 12(1), 8-16.
- 亀岡智美, 舟島なをみ, 野本百合子, 中山登志子(2012). 「研究成果活用力自己評価尺度-臨床看護師用-」の開発. 日本看護科学会誌, 32(4), 12-21.

[著書]

- 舟島なをみ (監修), 岩波浩美, 亀岡智美, 定廣和香子, 鈴木美和, 永野光子, 他著(2013). 看護学教育における授業展開一質の高い講義・演習・実習の実現に向けて-. 医学書院, 東京.
- 亀岡智美(2013). 看護学教育. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 376, メヂカルフレンド社, 東京.
- 亀岡智美(2013). 看護師学校養成所. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 380, メヂカルフレンド社, 東京.
- 亀岡智美(2013). 教務主任. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 511-512, メヂカルフレンド社, 東京.
- 亀岡智美(2013). 実習指導者. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 943, メヂカルフレンド社, 東京.
- 亀岡智美(2013). 専任教員. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1317, メヂカルフレンド社, 東京.
- 宮首由美子(2013). 看護学教員. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 376, メヂカルフレンド社, 東京.
- 宮首由美子(2013). 看護系大学. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 379, メヂカルフレンド社, 東京.
- 宮首由美子(2013). 実習指導者講習会. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 943, メヂカルフレンド社, 東京.
- 宮首由美子(2013). 専門看護師教育課程. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1322, メヂカルフレンド社, 東京.
- 宮首由美子(2013). 認定看護師教育課程. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1684, メヂカルフレンド社, 東京.

[研究助成および研究成果報告書]

- 亀岡智美 (研究代表者), 中山登志子 (研究分担者), 舟島なをみ (連携研究者) (2012). チーム医療推進に向けた「臨床看護師のための専門性発揮状況自己評価尺度」の開発. 平成23~26年度科学研究費補助金 (基盤研究(C)).
- 永野光子 (研究代表者), 亀岡智美, 舟島なをみ, 吉富美佐江 (研究分担者) (2012). 臨床看護師のための倫理的行動自己点検・評価システムの開発と普及. 平成23~27年度科学研究費補助金 (基盤研究(C)).

[講演・学会発表]

- 亀岡智美. 中堅看護師からのキャリア発達とその支援. 日本看護教育学学会第22回学術集会, 千葉, 8月, 2012.
- 宮首由美子. 設置主体を同じくする8病院が共通実施する院内教育プログラムの開発-自衛隊病院に就業する看護師の教育ニーズ・学習ニーズの診断を通して-. 日本看護教育学学会第22回学術集会, 千葉, 8月, 2012.
- 宮首由美子. 自衛隊病院に就業する看護師の教育ニーズ・学習ニーズの現状. 第58回防衛衛生学会, 東京, 1月, 2013.
- Kameoka, T., Funashima, N., Nomoto, Y., & Nakayama, T. Important factors associated with the research utilization competency of nurses in Japan. 23rd International Nursing Research Congress, Sigma Theta Tau International, the Honor Society of Nursing, Brisbane, Australia, August, 2012.
- Kameoka, T., Funashima, N., Klunklin, A., Nomoto, Y., Nakayama, T., Sawasdisingha, P., et al. Comparison of role model behaviors of nursing faculty in Thailand and Japan. International Conference Interprofessional Partnership: Improvement for Global Health Outcomes, Chiang Mai, Thailand, September, 2012.
- Miyakubi, Y., & Kameoka, T. Current status of role stress among certified nurses in Japan, comparison among joint appointees, semi-joint appointees, and non-joint appointees. 23rd International Nursing Research Congress, Sigma Theta Tau International, the Honor Society of Nursing, Brisbane, Australia, August, 2012.

基礎看護学(看護管理学)

[論文]

- 小宅比佐子, 佐藤則子, 間雅子, 小田勢津子, 木村弘江, 武田淳一, 西純子, 永田郁子, 小澤三枝子(2013). 国立病院機構・国

立高度専門医療研究センターにおける退院調整に関する実態調査. 国立看護大学校研究紀要, 12(1), 17-25.

[講演・学会発表]

中村直子, 戸谷益子, 木村弘江, 森山潤, 小澤三枝子. A 病院看護師の職務満足度と疲労蓄積度. 第16回日本看護管理学会, 札幌, 8月, 2012.

基礎看護学(感染看護学)

[論文]

西岡みどり(2013). 日米以外の SSI サーベイランスの現状. 日本外科感染症学会誌, 10(1), 93-97.

[著書]

切替照雄, 吉倉廣, 川名明彦, 河野文夫, 西岡みどり, 淺沼智恵編集(2012). 院内感染防止手順第3版. メヂカルフレンド社, 東京.

[誌上発表]

西岡みどり(2012). 疫学とサーベイランス. 感染対策 ICT ジャーナル, 7(2), 106-110.

西岡みどり(2013). 日英米における看護専門職と感染制御. Carlisle, 17(7), 1-3.

[研究助成および研究成果報告書]

西岡みどり(2012). 病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究). 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究(主任研究者: 切替照雄). 平成24年度厚生労働科学研究費補助金新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業.

西岡みどり(2013). 病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究). 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究(主任研究者: 切替照雄). 平成24年度厚生労働科学研究費補助金新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業, 分担研究報告書.

[講演・学会発表]

Sakurai, M., & Nishioka, M. Goods used for preventing infections at shelters following the Great East Japan Earthquake. The 11th East Asian Conference on Infection Control and Prevention(EACIC), Tokyo, Japan, November, 2012.

西岡みどり. サーベイランス①～統計学に基づくサーベイランスデータの解析～. HAICS 研究会感染管理認定看護師のためのキャリアディベロップメント講座, 東京, 9月, 2012.

西岡みどり. 教育講演 18 疫学とサーベイランス. 第28回日本環境感染学会総会, 横浜, 3月, 2013.

成人看護学

[論文]

藤澤雄太, 外崎明子, 関奈緒子, 長岡波子(2013). 国立がん研究センター中央病院における看護実践能力の向上をめざした看護学統合実習の展開. 国立看護大学校研究紀要, 12(1), 26-33.

[著書]

Linda, H. E., Janelle, M. T., & Margaret, Irwin(2009)/飯野京子(2013). 第6章化学療法に伴う悪心・嘔吐. 鈴木志津江, 小松浩子監訳. がん看護 PEP リソース 患者アウトカムを高めるケアのエビデンス第1版. 64-84, 医学書院, 東京.

Linda, H. E., Janelle, M. T., & Margaret, Irwin(2009)/飯野京子(2013). 第13章粘膜炎. 鈴木志津江, 小松浩子監訳. がん看護 PEP リソース 患者アウトカムを高めるケアのエビデンス第1版. 198-221, 医学書院, 東京.

飯野京子(2013). 放射線療法における看護. 小松浩子編, 系統看護学講座別巻, がん看護学. 204-218, 医学書院, 東京.

飯野京子, 曾我千春, 阿南節子(2012). CQ20-35. 日本乳癌学会編, 患者さんのための乳がん診療ガイドライン 2012年版. 56-93, 金原出版, 東京.

[研究助成および研究成果報告書]

外崎明子(研究代表者)(2012). がんサバイバーの身体活力回復プログラムの構築と評価研究. 平成20～24年度科学研究費補助金(基盤研究(B)), 研究報告書.

外崎明子(研究代表者)(2012). 乳がん化学療法を受ける患者のバイオマーカーを指標とした運動の効果検証. 平成22～24年度科学研究費補助金(挑戦的萌芽研究), 研究報告書.

外崎明子(研究代表者)(2012). 乳がん化学療法中の患者の日常生活活動量と治療後健康度に及ぼす影響の検討. 平成24年度政策医療振興財団研究助成, 研究報告書.

小松浩子(研究代表者), 飯野京子, 小山友里江, 綿貫成明, 栗原美穂, 市川智里, 他(2012). QOLの向上をめざしたがん治療法の開発研究: 上部消化器術後障害をもつがん患者の活力とQOL向上をめざすリハビリテーション開発. 厚生労働科学研究費, 第3次対がん総合戦略研究事業「QOLの向上をめざしたがん治療法の開発研究」平成23年度 総括・分担研究報告書.

森文子（主任研究者），栗原美穂，小山友里江，荒井保明，福田治彦，山本精一郎，他(2012). がん患者の QOL 向上に資する科学的エビデンス創出のための看護研究の方法論の確立に関する研究. 平成 24 年度がん研究開発費年次報告書.

[講演・学会発表]

Iino, K., Koyama, Y., Watanuki, S., Kurihara, M., Yagasaki, K., Komatsu, H., et al. The incidence of symptoms 3 to 6 months after esophagectomy: prospective observation study in Japan. The 17th International Conference on Cancer Nursing, Prague, Czech Republic, September, 2012.

Tonosaki, A., & Ishikawa, M. Sedentary lifestyle and physical activity in patients receiving adjuvant chemotherapy. Primary Therapy of Early Breast Cancer 13th International Conference, St. Gallen, Switzerland, March, 2013.

飯野京子. Meet The professor/ 看護実践に活かす治療計画の読み方. 第 10 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 7 月, 2012.

飯野京子. 終末期の輸液について考える. ホスピスケア研究会, 東京, 6 月, 2012.

飯野京子, 栗原陽子. がん化学療法看護認定看護師教育における能力向上の試み. 第 10 回国立病院看護研究学会学術集会, 名古屋, 12 月, 2012.

藤田宏美, 石井智香子, 水野正之, 遠藤晶子. 成人期 2 型糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因. 第 32 回日本看護科学学会学術集会, 東京, 11 月, 2012.

不破理映, 遠藤晶子, 飯野京子, 石井智香子. 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継続プロセス. 第 32 回日本看護科学学会学術集会, 東京, 11 月, 2012.

藤澤雄太, 村田翔, 太田葵和子, 木村由佳莉, 三瓶泰可. ダンスゲームの実施がプレイヤーの感情および運動の自信に与える影響. 日本デジタルゲーム学会 2012 年次大会, 福岡, 3 月, 2013.

井原亜沙子, 中田博, 趙斌, 五十嵐昌子, 酒井郁吉子, 不破理映, 他. 医療チームによるサポートシステムの構築に向けて カペシタピン療法を受ける患者への電話・面談サポート. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会, 兵庫, 6 月, 2012.

成育看護学(小児看護学)

[著書]

遠藤数江(2012). 基本的技術 1 バイタルサイン測定. 伊藤龍子編, カラー写真で学ぶ子どもの看護技術. 1-7, 医歯薬出版株式会社, 東京.

遠藤数江(2012). 基本的技術 3 経口与薬(水薬, 散剤と服薬補助ゼリー). 伊藤龍子編, カラー写真で学ぶ子どもの看護技術. 14-17, 医歯薬出版株式会社, 東京.

遠藤数江(2012). 基本的技術 6 おむつ交換. 伊藤龍子編, カラー写真で学ぶ子どもの看護技術. 25-28, 医歯薬出版株式会社, 東京.

[講演・学会発表]

石井由美子, 来生奈巳子, 習田由美子, 萩原綾子, 平原真紀, 日沼千尋(2012). テーマセッション 24 年度診療報酬改定の詳細—小児看護の現場の声は反映されたか—. 第 22 回日本小児看護学会学術集会, 岩手, 7 月, 2012.

成育看護学(母性看護学)

[著書]

中田かおり(2013). 5 章 女性のライフサイクルにおける性と生殖に関する健康問題と援助 A 思春期女性への援助. 堀内成子編, 助産学講座 5 助産診断・技術学 I 第 5 版. 186-216, 医学書院, 東京.

[誌上発表]

中田かおり(2012). 妊婦の「水と健康」に関する研究 (平成 23 年度公益財団法人聖ルカ・ライフサイエンス研究所研究助成金研究報告). 公益財団法人 聖ルカ・ライフサイエンス研究所年報 2011 平成 23 年 4 月～24 年 3 月, 93-97.

[研究助成および研究成果報告書]

中田かおり(2012). 妊婦の安全なくらしにつながる「水と健康」に関する基礎研究. 平成 23～25 年度科学研究費補助金 (基盤研究 (C)).

[講演・学会発表]

楠見ひとみ, 佐々木和子. 産後 1 ヶ月の母親の育児不安に関する研究—精神健康状態に焦点をあてて—. 第 26 回日本助産学会学術集会, 札幌, 5 月, 2012.

岩田裕美, 森岡由起子. 妊娠後期と産後 3 ヶ月時の母親の情緒応答性と母子相互作用についての検討—乳幼児表情写真 (日本版 IFEEL Pictures) と行動観察を用いて. 第 6 回乳幼児保健学会学術集会, 東京, 9 月, 2012.

中田かおり. 生体インピーダンス値と妊娠・分娩経過との関連: 妊婦の体水分評価の視点から. 第 53 回日本母性衛生学会学術集

会, 福岡, 11月, 2012.

精神看護学

[論文]

Amagai, M., Suzuki, M., Shibata F., & Tsai, J. (2012). Development of an instrument to measure self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 240-248.

[著書]

天谷真奈美(2012). 医療保険制度の仕組み. 野中猛監修, 植田俊幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド第3版. 26-27, 中山書店, 東京.

天谷真奈美(2012). 訪問看護. 野中猛監修, 植田俊幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド第3版. 56-57, 中山書店, 東京.

天谷真奈美(2012). 在宅サービス. 野中猛監修, 植田俊幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド第3版. 78-79, 中山書店, 東京.

[研究助成および研究成果報告書]

天谷真奈美 (研究代表者), 廣島麻揚, 小林悟子(2012). 精神障害者の社会参加効力感とその関連因子の国際比較. 平成 22~24年度科学研究費補助金 (基盤研究(B)), 研究成果報告書.

[講演・学会発表]

Amagai, M., Li, C., Kobayashi, N., & Hiroshima, M. The relationships between the sense of coherence and social participation among people with mental disabilities in Japan and China. 12th International Congress of Behavioral Medicine, Budapest, Hungary, August, 2012.

Hiroshima, M., Amagai, M., Hiroshima, M., Kobayashi, N., & Sakuraba, S. Relationship between social support and sense of coherence of people with psychiatric disabilities. 12th International Congress of Behavioral Medicine, Budapest, Hungary, August, 2012.

Li, C., Amagai, M., Kobayashi, N., Hiroshima, M., & Kondo, H. Factors related to self-efficacy for social participation of people with mental illness in China. The 16th East Asian Forum of Nursing Scholars(EAFONS), Bangkok, Thailand, February, 2013.

高橋万紀子, 新田真由美, 天谷真奈美. A 町におけるゲートキーパー養成の取り組み. 第 71 回公衆衛生学会総会, 山口市, 10月, 2012.

井田佳緒里, 森園篤美, 落合治, 小林悟子. 身体拘束一時解除の査定基準作成に向けての実態調査. 国立病院看護研究学会学術集会, 愛知, 12月, 2012.

森園篤美, 井田佳緒里, 落合治, 小林悟子. 精神科看護師の陰性感情への対応に関する文献検討. 国立病院看護研究学会学術集会, 愛知, 12月, 2012.

上野里絵, 上別府圭子. 重症の精神疾患を有する母親の母親役割の認識の特徴. 日本家族看護学会第 19 回学術集会, 東京, 9月, 2012.

老年・在宅看護学(老年看護学)

[誌上发表]

綿貫成明, 清水真由美, 飯野京子, 宮首由美子, 須藤恭子, 能見清子, 池田菜奈(2013). パングラデシュ人民共和国グラミンカレドニア看護大学教員招聘研修 (平成 23 年度 国立看護大学校 広報・国際交流委員会活動報告). 国立看護大学校研究紀要, 12(1), 34-41.

[講演・学会発表]

Ichikawa, C., Kurihara, M., Iino, K., Koyama, Y., Watanuki, S., Komatsu, H. et al. Body weight and activity level after esophagectomy: Prospective observation study in Japan. The 17th International Conference on Cancer Nursing, Prague, Czech Republic, September, 2012.

飯村真代, 隅田仁美, 林稚佳子, 綿貫成明, 守田恵理子, 小熊亜希子, 他. 政策医療における長寿看護学実習の展開-在宅医療支援および認知症の高齢者に関わる看護についての学び. 第 10 回国立病院看護研究学会学術集会, 名古屋, 12月, 2012.

栗原美穂, 市川智里, 飯野京子, 綿貫成明, 小山友里江, 小松浩子, 他. 胸部食道がん術後患者の回復を促進する効果的な教育プログラムの開発. 第 27 回日本がん看護学会学術集会, 金沢, 2月, 2013.

老年・在宅看護学(在宅看護学)

[論文]

酒井綾子, 水野正之, 濱本洋子, 佐藤鈴子(2012). 前立腺がん患者の性に関する看護援助の実態と看護援助経験をもつ看護師の認識. 日本看護研究学会雑誌, 35(4), 57-64.

山手美和(2012). 乳がん患者が捉えた治療を継続していく力につながる家族のサポート. 死の臨床, 35(1), 113-117.

[誌上発表]

河面郁子, 山手美和(2012). 第37回 ONS (米国がん看護学会) 年次総会報告. プロフェッショナルがんナーシング, 2(5), 3-8.

[研究助成および研究成果報告書]

山手美和 (研究代表者) (2012). 乳がん患者が乳がんと共に生きる力を高める看護介入方法の開発. 平成23~24年度科学研究費補助金 (研究活動スタート支援).

山手美和 (研究代表者) (2013). 乳がん患者・家族の乳がんと共に生きる力を高める“患者・家族中心ケアモデル”の開発. 安田記念医学財団研究助成金平成23年度癌看護研究助成報告書.

[講演・学会発表]

Yamate, M. The meaning of “being a mother” as a motivation for breast cancer patients to continue treatment. The 17th International Conference on Cancer Nursing, Prague, Czech Republic, September, 2012.

山手美和. 在宅において終末期がん患者を介護する家族への支援—家族の体験をアセスメントし支援していく方法とは—. 第15回国際福祉健康産業展「ウェルフェア2012」ウェルフェア健康大学, 名古屋, 5月, 2012.

山手美和. 乳がん患者が捉えた“母親が乳がんになったこと”における子どもの体験. 第17回日本緩和医療学会学術大会, 神戸, 6月, 2012.

山手美和. 乳がん患者が捉える治療を継続していくための家族からのサポート. 第38回日本看護研究学会学術集会, 沖縄, 7月, 2012.

山手美和. 在宅で終末期がん患者と生活する主たる家族介護者の介護していく力. 第17回聖路加看護学会学術集会, 東京, 9月, 2012.

小口せりか, 佐川美枝子. 在宅で胃ろう・経鼻経管栄養法を必要とする患者の家族介護者が求める退院指導. 第10回国立病院看護研究学会学術集会, 名古屋, 12月, 2012.

佐川美枝子, 佐藤鈴子. 国立看護大学校における在宅看護学実習の現状と課題. 第10回国立病院看護研究学会学術集会, 名古屋, 12月, 2012.

国際看護学

[論文]

Higuchi, M. (2012). Anthropological perspectives on intimate violence and women's health in Japan. *International Council on Women's Health Issues, proceedings*, 249.

Higuchi, M., & Liyanage, C. (2012). Perspectives and competency of health care providers regarding the prevention of NCD in Sri Lanka. *QHR. New directions for qualitative health research, proceedings*, 50.

須藤恭子, 樋口まち子(2012). 看護基礎教育における国際看護学実習の意義-学生の意識調査から. 看護教育, 53(9), 786-791.

[著書]

樋口まち子(2013). 看護師国際移動. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 380, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 国際医療保健協力. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 751-752, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 国際看護協力. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 752, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 参加型農村評価. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 847, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 障害を調整した生存年数. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1032-1033, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 迅速地域評価. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1150, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 迅速評価法. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1150, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 適正技術. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1528, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). ナーシング・ホームケア. 永井良三, 田村やよひ監修, 看護学大辞典第6版. 1613, メヂカルフレンド社, 東京.

樋口まち子(2013). 高齢者と福祉. 杉本良男, 高桑史子, 鈴木晋介編著, スリランカを知るための58章. 153-157, 明石書店, 東京.

樋口まち子(2013). 医療援助. 杉本良男, 高桑史子, 鈴木晋介編著, スリランカを知るための58章. 237-241, 明石書店, 東京.

[研究助成および研究成果報告書]

樋口まち子(2012). 途上国における生活習慣病(糖尿病)対策の看護の人材養成のモデル構築に関する研究(分担研究)平成22~24年度国際医療研究開発費.

[講演・学会発表]

Liyanage, C., & Higuchi, M. Community centered approach in NCD prevention in Sri Lanka: Lay perception and behavior. The 44th Asia

- Pacific Academic Consortium for Public Health Conference, Colombo, Sri Lanka, October, 2012.
- Higuchi, M., & Liyanage, C. Perception of community healthcare providers on Non-communicable Disease prevention in Sri Lanka. The 44th Asia Pacific Academic Consortium for Public Health Conference, Colombo, Sri Lanka, October, 2012.
- Higuchi, M., & Liyanage C. Perspectives and competency of health care providers regarding the prevention of NCD in Sri Lanka, The 18th Annual Qualitative Health Research Conference, Montreal, Canada, October, 2012.
- Higuchi, M. Anthropological perspectives on intimate violence and women's health in Japan, The ICOWHI 19th International Congress, Bangkok, Thailand, November, 2012.
- 林友紗, 江口晶子, 三輪真知子, 小川真由美, 須藤恭子, 金子仁子. 子ども虐待予防のためのソーシャルキャピタル創出に関する調査 虐待認識の因子. 第71回日本公衆衛生学会総会, 山口, 10月, 2012.
- 金子仁子, 林友紗, 標美奈子, 江口晶子, 三輪真知子, 須藤恭子. 子ども虐待予防のためのソーシャルキャピタル創出に関する調査 地域活動との関連. 第71回日本公衆衛生学会総会, 山口, 10月, 2012.
- 須藤恭子. 国際協力機関における保健医療分野の役割と活動の実際. JICA 横浜訪問プログラムにかかる講義 (訪問団体: 北里大学看護学部), 東京, 7月, 2012.
- 須藤恭子. 国際協力活動の実際. JICA 出前講座 (依頼元: 二宮町立二宮中学校), 神奈川, 10月, 2012.

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

看護教育学

- ・病院に就業する看護師の学習活動に関する研究－学習方法に焦点を当てて－ 小 松 照 子

看護情報・管理学

- ・手術室看護師の自己効力感と手術室勤務継続意思に影響を及ぼす因子の探索
－手術室異動看護師に焦点をあてて－ 平 尚 美
- ・中堅看護師の職業キャリア成熟に関連する因子の探索 平 山 祐 子
- ・急性期医療を担う関東圏の中堅看護師が認識している自己の存在価値の実感と職務エンパワメントの関連 森 山 潤

精神看護学

- ・うつ病入院患者の自殺の危険に対する熟練看護師の意思決定プロセス 梅 原 佳 代

成育看護学

- ・病名を知らされないまま治療を受けた小児がん経験者の語り 柴 田 映 子

長寿看護学

- ・高齢患者の退院前カンファレンスにおける訪問看護師による支援のプロセス
－アセスメントに焦点をあてて－ 樽 矢 裕 子
- ・回復期リハビリテーション期の脳卒中患者における下部尿路機能の経時的変化 津 畑 亜 紀 子

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(2013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、学术论文ではない形で公表した研究については、その旨（学会名、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术论文
- 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术论文
- 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
※学术论文とは、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ファイル(Microsoft Word)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。

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に留め、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。

- 1) 原稿は Microsoft Word を用いて作成する。
- 2) 原稿はA4判用紙を用い、余白を十分にとり1枚あたり35字×28行(980字)横書きとする。本文、文献、図表の総ページ数は、980字×16枚以内とする。図表は1点につき0.5枚として計算する。
- 3) 原稿はA4判用紙の片面のみに印刷し、表紙から図表までページ番号を余白下中央に記す。
- 4) 数字・欧文は半角を使用する。
- 5) 本文の章立、項目番号はI. →1. →1)→(1)とする。
- 6) 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。
- 7) 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A4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。
- 8) 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に従う。
- 9) 正本原稿には、表紙をつけ、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部については、表紙、本文等から著者を特定できる情報をすべて削除する。
- 10) 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。
- 11) 投稿に際し、原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表、図の順に重ねて提出する。

【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。

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。

(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。

- 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。
- 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とする。
- 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。

(2011年11月9日改訂)

編集後記

本号には原著論文3編、総説1編、その他3編と合計7編の論文を掲載することができました。ご投稿いただいた皆様と丁寧に査読をしてくださいました査読者の皆様に心より感謝申し上げます。

近年は、領域ごとの専門学術雑誌が出版されるようになり、他の領域の論文を読むチャンスが減っている現状にあるかもしれません。この紀要を通して、ぜひ他の領域あるいは本学に関わりのある先生方の研究(論文)をお読みいただき、共同研究へ発展させてゆけるようになればと思います。

また、本学における博士後期課程の設置を目指して、さまざまな研究がこれまで以上に取り組みられていることと思います。この紀要が研究に関する情報交換や成果活用の進展に、ひいては日本の政策につながる研究発表(論文投稿)の場として貢献できれば幸いです。今後ともご投稿をお待ち申し上げます。

学術研究委員会副委員長 川西千恵美



学術研究委員会

委員長	亀岡智美	副委員長	川西千恵美		
委員	天谷真奈美	飯野京子	遠藤数江	中田かおり	森那美子
	小林悟子	永田文子	藤澤雄太	平山祐子	不破理映
事務局	国松孝成	関根昇	上野弘昭		

国立看護大学校研究紀要 第13巻 第1号

2014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 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).

Publication: Issued once a year.

Types 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. Types of contributions (manuscripts) include scientific research papers (original articles or review articles) or other articles as follows:

- 1) **Original article:** Articles which provide new knowledge and perspective that are presented in a logical manner based upon originally collected data.
- 2) **Review article:** Articles which integrate and synthesize 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 (including joint research with other institutions).
- 2) Part time faculty of the NCNJ (including 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.

Receipt and acceptance/rejection

- 1) The date of receipt will be the date on which it was delivered 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, c/o National College of Nursing, Japan
1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 204-8575, Japan Tel: +81-42-495-2211 Fax: +81-42-495-2758
E-mail: kiyo@ncn.ac.jp.

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 shall belong to the NCNJ.

Manuscript Preparation -----

Format and style of manuscripts should basically be according to the Publication Manual of the American Psychological Association (APA). The following guidelines of the journal represent the elements of APA editorial style.

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 should be numbered page 1 and should contain the following:

On the 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 the 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: Approximately 250 words. A Japanese-written abstract of approximately 400 characters should also be 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.

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:

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. For each example of various types of documents refer to the APA book.

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 November 9, 2011)