

ISSN 1348-1177

自治医科大学看護学部紀要

Jichi Medical School Journal of Nursing

第 1 卷



2003

目 次

巻頭言

「自治医科大学看護学部紀要」創刊にあたって

野口美和子 3

総 説

漢方薬の歴史，展望と診断支援システムの開発

竹田 俊明 5

原 著

看護師の「ゆらぐ」場面とそのプロセスに関する研究

中村 美鈴・鈴木 英子・福山 清蔵 17

人工妊娠中絶における意思決定に関連する要因の分析

曾我部美恵子・川崎佳代子 29

「アトピー」をめぐる病いの語り

－インターネット上にみる病者の苦悩と戦術－

余語 琢磨 41

報 告

老年看護学において学生が身につけた実践知としての看護援助能力

－意識的な振り返りを通して－

高木 初子 55

外来に通院する糖尿病患者の実態

村上 礼子・中村 美鈴・友竹 千恵・小平 京子

塚越フミエ 69

看護学生の精神障害者に対するイメージの変化

－講義で精神障害者と自由に話すことを通して－

日向 朝子・関 澄子 79

| | |
|---|-----|
| 産後1ヶ月間の褥婦の悩みとそれに対する個別指導の効果 高橋 純子・川崎佳代子・渡邊 亮一 | 85 |
| 腋窩に付着した水分が腋窩温測定値に与える影響の実験的研究 大久保祐子・小長谷百絵 | 95 |
| 投稿規程 | 103 |
| 編集後記 | 105 |

巻頭言

「自治医科大学看護学部紀要」創刊にあたって

自治医科大学看護学部

学部長 野口美和子

平成14年4月自治医科大学看護学部が開設されました。第1回の教授会で、看護学部で行われる研究を公開していくために、紀要を刊行すべく、委員会を設けました。委員の方々のご努力により、本年度中に自治医科大学看護学部紀要を創刊することができ、とてもうれしく思います。

大学の使命は教育と研究であります。大学の教員は、専門領域の知識技術、そして理論を自ら開発し、専門領域の活動の改革に熱心に取り組むべきです。そのような教員に教えられてこそ、学生は将来、その専門領域の改革に貢献する人材に育つのだと思います。本紀要の投稿資格を看護学部の教員の他に自治医科大学で働く看護職の方々にも広げることになりました。看護学は実践の学問です。日々看護を実践されている方々との共同研究が活発に行われ、開発された知識や技術が実践で確かめられ、これが学生に教えられていくことを期待しているのです。

看護学は新しい学問です。そして、人間性をその中心におき、人と人との相互作用を取り扱う学問です。自然科学や医学とは異なる研究方法が求められています。看護学にふさわしく、人間性・人と人との相互作用による複雑性に対応した研究方法の確立に向けて努力しなければなりません。本紀要が看護学の研究方法を相互研鑽する場になってほしいと思います。

自治医科大学看護学部は、人々の生活に根ざした地域医療における看護活動の発展、そして高度医療時代にふさわしく看護活動を推進できる人材を育成するために開設されました。また、4年後には、看護学領域の高度専門職業人や看護管理者等を育成する大学院の開設が計画されています。本紀要が自治医科大学看護学部の理念をあらわし、看護学の進歩を映し続けてくれるよう念じています。

総 説

漢方薬の歴史，展望と診断支援システムの開発

竹田 俊明

Perspective of Kampo medicine and the development of a new diagnosis-advising system

Toshiaki TAKEDA

要旨：漢方薬の起源と歴史をたどり，本邦での発達と明治期の転換，復活と現状について把握することにより漢方の特質を明らかにした。漢方治療の診断においては，四診による人体の観察とともに漢方独自の人体観に基づく診断法，つまり気血水および五臓とその変調の概念が用いられる。そこでは，永い歴史を経て，膨大な文献に蓄積された診断原則を示す症例や口訣を利用した医師個人の診断経験に基づく判断が重視されており，また実際に有用でもある。このような熟練漢方治療者の診断認識体系をニューラルネットワークに組み込み，症状の入力データによって適切な漢方処方を示す診断支援システムを開発した。3層構造の入力層に患者データを入力し，出力層に候補漢方薬を割り当て最適漢方薬（証）を出力する仕様とした。マトリックス型診断表に基づいた教師信号を学習データとし，逆伝搬学習法によって77の疾患および症候を網羅するネットワークを構成することができた。

キーワード：漢方薬，診断支援，ニューラルネットワーク，マトリックス型診断表

I. はじめに

漢方薬は古典に端を発し，生薬を組み合わせた処方を用い，証という診断を下すことにより病気の治療を行っていくシステムである。「漢方」は日本における中国系伝統医学の総称である。江戸期に西洋系の医学「蘭方」が移入されたことにより，これと対比させてそれまでの在来の医学を「漢に起源を持つ医学」，つまり「漢方」と呼んだことに由来する。

漢方治療は副作用が少なく，治療ばかりでなく保健的にも使用可能など，西洋医学流の薬にない

特徴があるため，日本の医療で広く利用が進んでいる。反面，伝統的な診断法を用いるため診断基準を科学的に記述するのが難しく，習熟に経験を必要とするなどの欠点があり，西洋医学中心の医学教育を受けた医師が漢方理論によって適切に用いるにはハードルがあるのが実状である。また，漢方への習熟度が十分でない段階では，幅広い漢方薬のうち通常取り上げられる処方は限局されており，効果にも限界がある。

本稿では，漢方の歴史を概観することにより漢方薬の特質を明らかにし，日本での医療における漢方の独特な位置づけが生じた経緯を探索する。そして，ニューラルネットワーク技術を応用した漢方薬処方支援システム開発について述べ，今後の方向を展望する。

自治医科大学 看護学部 人体の構造と機能
Physiology and Anatomy, School of Nursing, Jichi
Medical School

II. 漢方薬の歴史

1. 漢方の興り

漢方薬は生薬をベースにしたものであるから、歴史的には人類が狩猟採集生活をしていた頃から山野草の採取とその薬草的な利用を本能的に行っていたことが起源であろう。そのような体験的な知識と経験が蓄積され口伝されるうちに歴史時代が始まり、文書での記述として残されるようになった。その端緒が中国では「神農本草経」であるといわれる¹⁾。これは、諸学に通じた伝説的な人物「神農」の著書の形をとって医薬について集大成したものであり、後漢期(1~2世紀)の著作とされる。ここには、植物、動物、鉱物あわせて365品の薬品(天然由来の単品)が記述され、その後の漢方薬を構成する基礎となっている。薬品は上品(じょうほん, 上薬), 中品(ちゅうほん, 中薬), 下品(げほん, 下薬)に分けられる。上品は人の命を養う作用を持ち決して副作用のないもの、中品は病を防ぎ、精力・体力を強めることのできるものだが時にもしくは多量に用いるときに副作用を表すもの、下品は病を治すために用いられ、治療効果も強いが副作用をもち時に毒性も持つものとされる。ここから、複数の生薬を配合して下品の毒性を他の生薬(上品)と組み合わせることによってうち消し、治療効果を際立たせるという考え方が生まれ実践された。また、中品は毒にも薬にもなるが病を予防する効果があり、他の生薬の作用を修飾するので、これを取り入れることで組合せとしての新たな効用を創造することができる。

生薬の薬理作用を利用することは広く見られ¹⁻³⁾、連綿と引き継がれてきたが、その中でも中国の生薬利用は洗練されており、特定の生薬の指定した分量の組合せが処方として抽出、命名されてきた。初めてこれを集大成したものが「傷寒雑病論」16巻といわれており、その原本は失われたが、現代に残る形として張仲景という人物の著したものの、感染症の診断と治療およびその基となる医学理論を記述した「傷寒論」とその他の疾病に関する「金匱要略」の2書(3世紀初頭成立)がある⁴⁻⁶⁾。これが現代に連なる漢方薬の出発点となる古典であり、この中には現在も盛んに用いられる処方が含まれている。その後これに依拠した引用本、注解書が多く書かれ、またそれを元に新たな処方が開発され、新たな書が出されてきたが、この2書

は常に重要視され、宋代の印刷術の発達により出版されて(1065年ころ)中国全土に普及した。これは、13世紀後半にはわが国に到来し、13世紀終わりの「本草色葉抄」や14世紀初めの「万安方」に引用されるようになる⁷⁾。

2. 中医学とわが国における漢方

中国では、保健・医薬の古典として既述の神農本草経、傷寒雑病論に加えて黄帝内経(素問、靈樞)などがあり、金元時代にこれらの医薬理論、技術がまとめられて、経絡説で統一する流れができ、金元医学と呼ばれる。これは現代に連なり、中医学と呼ばれ、鍼灸、気功法とともに生薬の利用もその一環である。ここでは、一人一人の症状、体質を見立て体のどこのバランスが破れたかを考え(弁証論治)、400~500の生薬から組合せを選んで煎じ薬(湯液)として投与する^{4,8,9)}(図1)。

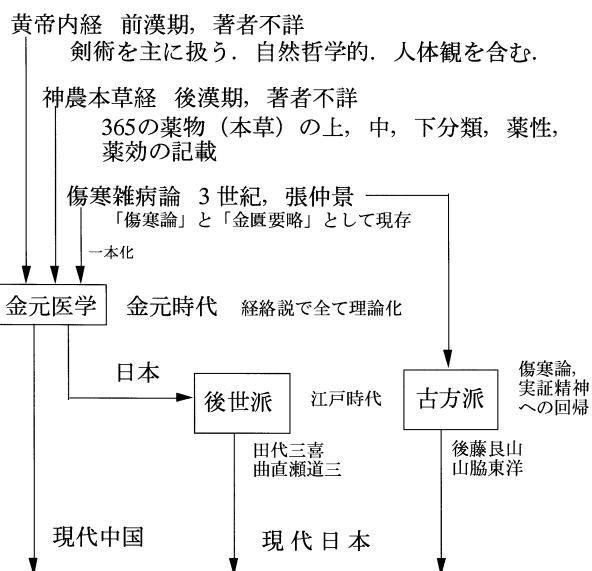


図1 漢方薬の歴史 (新版 漢方医学⁴⁾, P.14-16より要約)

わが国では、中国伝来の薬物治療として続けられ、江戸期になって多くの漢方医が輩出して盛んに行われるが、そこで大きく二つの流派に分かれることとなる。一方は、先の金元医学の流れをくむもので後世派といわれる。もう一方は、吉益東洞、和田東郭に代表される医師が傷寒論を重んじた治療を行い、弟子を育てたもので古方派といわれる¹⁰⁾。

明治期にわが国では大きな転機が訪れる。維新初期に明治政府は規範としてドイツ医学の採用を決定し、文明開化と相まって西洋医学を導入、見

習うという方針で医療体制を構築していく。これは医療の発展を遂げた今日にも連なる流れである。特に明治16年の医師免許規則の発布は、既存の漢方医が新資格なしで活動を続けることを拒み、漢方の衰退を招いた。その中で奥田謙蔵らの漢方医が伝統を引き継ぎ、古方派の流れをつないだことは特筆され、弟子に藤平健を輩出している¹⁰⁻¹²⁾。また、明治末期に「医界の鉄槌」を著して漢方の効用を訴えた西洋医和田啓十郎の系譜を継ぐ大塚敬節^{5,6)}も今日への基盤を造った。

後の見直しにより、1967年漢方エキス剤4剤の薬価基準収載があり、1976年に43剤、その後逐次拡張されて現代(138剤に保険適用)に至っている。日本漢方の特徴としては、150~200種の処方を中心に傷寒論流に証(後述)を重視して患者の病理を抽出し、その病態の特徴を証に対応させて治療するやり方をとる。類型化、パターン化とも言える。また処方、工業的に生産した顆粒状エキス剤(150剤弱)として用いられることが多い。各処方に関して典型的な適応ケースを伝承する口訣(処方運用の秘訣)を編成し、これを習得することを図る⁹⁾。

Ⅲ. 漢方薬と漢方診断の特質

1. 漢方薬の成分

漢方処方通常多数の生薬を組み合わせた多成分系である。例えば、葛根湯では葛根 8g、桂皮 3g、大棗 4g、芍薬 3g、麻黄 4g、生姜 0.5gと甘草 2gの7種(つまり7味)を煎じて作る(傷寒論)。通常用いる処方には、1種の生薬を用いるもの(1味)から28種(28味)用いるものまでである。各生薬単独でも複数の有効成分を含み多彩な作用を有している。例えば、葛根はフラボノイドとして daidzein, puerarin, genistein, formononetin, puerarol, kakkonein, その他としてでんぷん, D-mannitol, miroestrol, succinic acid, allantoin を含み、鎮痙作用、解熱作用、消化運動促進作用を有している。麻黄はアルカロイドの l-ephedrine, l-N-methyl ephedrine, d-pseudoephedrine, ephedradine A, B, C とフラボノイドの feruloyl histamine を含み、鎮咳作用、中枢神経興奮作用、交感神経興奮様作用、血圧降下作用、発汗作用、利胆作用、抗炎症作用、抗アレルギー作用、プロスタグランジン合成阻害作用をもっている^{1,13)}。

このように漢方薬は、それぞれの処方が多成分

を有し、多様な作用をもった複雑系であることが特徴である。

2. 漢方の診断体系の特質

図2には漢方における診断体系の骨子が示されている。

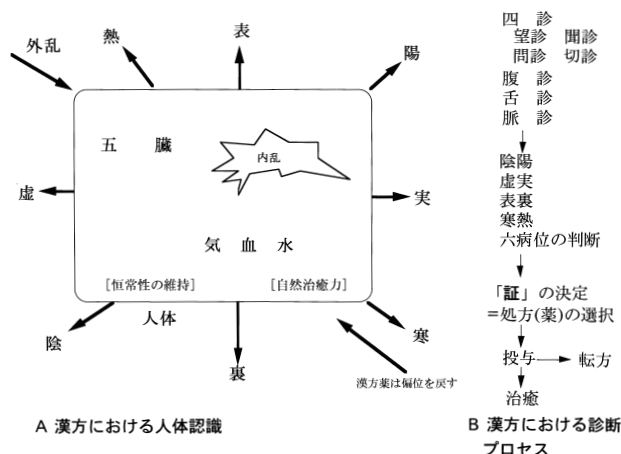


図2 漢方診断の概念

まず、漢方における人体の理解法であるが、中国古来からの人体認識により、体内の機構(五臓)がバランスし、気血水が順調に生成され、うまく流れている時を健全な状態とする。それに対して、病原体が感染症をもたらしたり(外乱)、体内で乱調がおこったりするとき生じている平衡のずれを元に戻すために漢方薬を用いる(図2A)。その変動の表れ方も古典の時代にすでによく研究され、陰陽、虚実、表裏、寒熱の各軸で偏位をとらえることにより、それぞれの変化の復元への適応薬が当てはめられる。また、傷寒論は感染症の経過を良く記述しており、病期の進行を6段階に分けて認識した。これを六(りく)病位といい、進行順に太陽病、少陽病、陽明病、太陰病、少陰病、厥陰病と呼び、これも特異的に処方選択が対応する¹³⁻¹⁵⁾。

このようにして患者の状態を漢方医学のことで分析できたとき、その偏位に対応して適する処方が定まってくる。これを証という。つまり証は、患者の診断における結論であると同時に特定の処方を指定することとなる。

診察は四診として、望診では体を外側から目で見ること、聞診では音の聴取と臭いの判断、問診、切診は触診のことである。特に腹の状況を丹念に見(腹診)、舌を調べ、脈を診る。そして、陰陽、虚実、表裏、寒熱と六病位の判断がなされる¹⁴⁾

(図2B)。

以上の概観からもわかるように、漢方治療は、一般に行われている西洋医学流医療とは異なる理念に基づいた複雑多岐にわたる漢方独自の完結した診断体系をもっているため、習熟には多くの学習と経験を必要とする。これはどう習得され、漢方医はどのように育成されるのであろうか。オーソドックスで理想的な道としては、「既に確立した漢方の専門家に弟子入りして、漢籍を含む文献の学習と実地臨床の経験を積み自らの診断力を形成していく」ということに成らざるを得ない。しかし、医療が普及した現代では、漢方薬使用へのニーズも高いため、漢方を使用しようとする医師すべてがそうはできないのが現状であろう。自学自習をしながら、自ら臨床経験を積むケースも多いであろう(漢方教育の詳細については後述)。そのための啓蒙書、教育書も多く出版されている¹³⁻¹⁸⁾。

しかし、漢方で用いる処方薬は、西洋医学における医薬の場合のように工業規格品、純品の化学薬品ではなく、生薬を原料とした混合物としての多成分系である。また、診断法、病理的認識法、薬の用い方にも独特なものがあり、教科書の記述のような一元的な標準をマニュアル的に示すことはなかなか難しい。例えば、漢方薬を用いるときに適否を左右する要因として、1) 流派による診断法、処方差、2) 保険適用の薬剤に限るのか、適用外のものも含めて漢方診断に基づいて縦横に駆使するのか、3) 西洋医学的治療との兼ね合いをどうするのか、併用するのか、単独か、また西洋医薬を先行投与して時期をみて漢方に切り替えるのか、その導入のタイミング、4) 漢方薬の供給元による製品の微妙な差を把握して用いられるか、5) 副作用への留意、6) 合方(2剤以上の併用)を適切に処理できるかなど、多くの細部にわたる注意点がある。

コンピューターが発達した今日、知的情報処理として数多くのエキスパートシステムの試作が行われてきた¹⁹⁾。漢方の熟練医、つまりエキスパートのもっている知識、診断能力を機械化して診断支援を行わせることは有用であろう。もしくは初学者が漢方を学ぶときの助けにもなる。このような発想でコンピューター技術、学習機械の技術を見たとき、漢方診断のような複雑なパターン認識を事例の入力-出力関係を学習することによって獲得することができる並列分散処理ニューラル

ネットワークが有力な候補となった^{20,21)}。

IV. 漢方処方支援システムの開発

1. ニューラルネットワークについて

ニューラルネットワークは、ニューロンを模したモデルニューロンを多数組み合わせることで学習や認識などの能力をもたせるコンピューター技術の一つである。McCullochとPittsは、1943年に始めて形式ニューロンを提案した²²⁾。これはn本の入力線維に入った入力数値(S_i , 1か0をとる)に各求心線維からのシナプスがもつ重み数値(w_i)をかけて総和をとり、閾値(h)を超えると発火する(つまり出力が1となる)という動作を定義したものである(図3)。これが素子の発明とすると、始めて学習能力のあるニューロン回路を提案したのがRosenblatt(1961)の単純パーセプトロンである²³⁾。これは、ニューロン素子を多数1次元(つまり1列)に並べた層を用意し(図4)、これを3層重ねて入力細胞層、連合細胞層、出力層とした。各層間には、ニューロン間に全結合を設け、第1から第2層へのシナプス重みは初期化時にランダムに割り当てて固定し、第2から第3層への重みは可変とした。例題の学習場面では各入力データに対して出力を計算し、閾値を越えると1を出力(つまりyes)、越えないときは0(no)を出力とした。

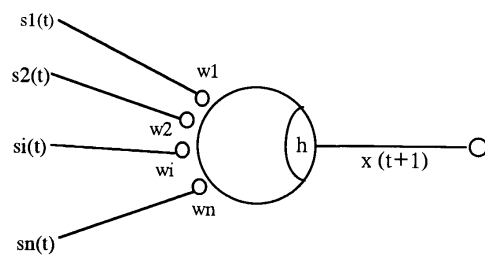


図3 形式ニューロン

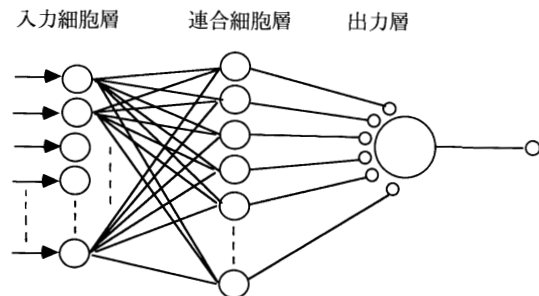


図4 単純パーセプトロン

そして学習規則として、出力があらかじめ想定した解答と合致したときは、そのときに発火していた結合のシナプス重みを大きくし、逆の時は重みを下げる操作を行う。多数の例示を行ったのちには学習が成立し、新たなデータ提示に対して正解を示すようになる。出力細胞が1個の単純パーセプトロンでは、入力するデータの集合を「1か0か」、つまり2つのカテゴリーに分類する動作が可能となる。

この2つの提案を契機として、学習する機械としてのニューラルネットワーク研究は、理論およびモデル作成の両面において著しく発展してきた。Rumelhart, HintonとWilliams (1989) は、実用性に富んだ学習規則として誤差逆伝搬法（バックプロパゲーション, BP法）を編み出した²⁰⁾。原則として3つのニューロン層をもち、入力層、中間層、出力層とする。3層間には2段階のシナプス結合があるが、ここでは全てのニューロン間の可能な全結合を設けることとする。2段の結合とも初期化時にランダムな数値が割り当てられる（図5）。課題は入力層のデータパターンを分類して出力層に分類結果を出すものが一般的で、類型の数だけ出力細胞を設ける。学習は入力パターンのセットと教師信号を用いる。入力の集合をnの類型に分類（認識）するときには、個別の入力毎に正解となる出力細胞の興奮パターンを教師信号として組み合わせる。学習のアルゴリズム（計算手続き）は以下のようなになる。一つの入力パターンによる入力細胞層の活動値を与えたとき、シナプス重みを用いた積和として中間層の細胞活動値を計算する。次にこれと第2段から3段目へのシナプス重みを用いて出力細胞層の活動値を計算する。これで出力

パターンが求められる。この出力と与えた入力と対応する教師信号との二乗誤差を求め、この誤差を減らす方向へ第2段から3段目へのシナプス重み値を変更する。さらにこれにともなって第1段から2段目へのシナプス重み値を変更する。これで1入力データについての学習が終わる。これが誤差逆伝搬法の名の由来である。多数の入力パターンとその対になる教師信号を順に与えて上記の重み修正を繰り返すと、誤差は減り、用いた入力パターンに対して教師信号と同じ出力を出せるようになり、学習は収束する。

2. 開発ツール、ソフトウェア

初期の開発では^{24, 25)}、ハードウェアとして日本電気のPC9801シリーズのパーソナルコンピューター、ソフトウェアとして（株）CRC総合研究所のRHINE（ライン）というニューラルネットワークシミュレーションソフトを用いて診断に必要な3層のネットワークを設計し、学習を行わせた。重み修正の計算量が多いためパラレルプロセッサを搭載したトランスペュータボード（コンカレントシステムズ）を用いて計算の高速化を図った結果、約25倍のスピード向上が得られた。

パソコン事情の変化へ対応するため、Windows環境下での開発と既学習データの移植を行った。ハードウェアとしてDOS/Vタイプのマシン、OSにWindowsを用い、バックプロパゲーション学習型のニューラルネットワークは自作のソフトウェア、使用言語はMicrosoft Visual C++ 6.0である。後述の全疾患に対応するニューラルネットワークへのデータ学習は前記のRHINE上で完了して重みファイルを得たので、これを移植してネットの定義に用いた^{26, 27)}。

3. 漢方ニューラルネットワークの仕様

藤平健は、「漢方処方類方鑑別便覧」¹²⁾において漢方を志す多くの医師が一日も早く漢方を実際の診療に役立てられるようになることを意図し、77の疾患または症候に関して漢方治療のガイドを著した。基本的にひとつの疾患について1ページの記述と1ページの早見表が示されている。記述は「治療の手引き、頻用薬方のカどころ、治験例」から成り、スペースの4分の1前後を割いて「現代医学的治療の指針」のコラムを設けて西洋医学と漢方を合わせた総合判断ができるように配

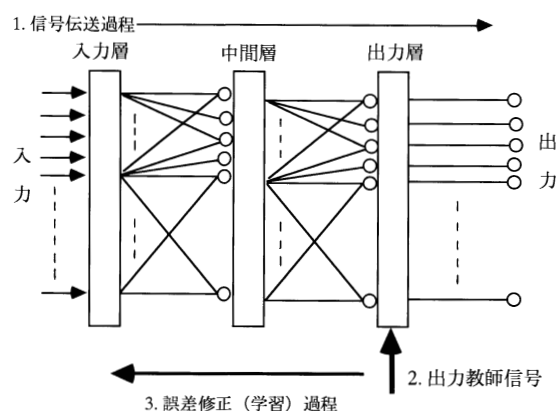


図5 誤差逆伝搬ネットワーク

表1 更年期障害 処方鑑別表 (藤平, 1982より)

| 処方名 | 三黄瀉心湯 | 桂枝茯苓丸 | 通導散 | 柴胡加竜骨牡蛎湯 | 女神散 | 桃核承気湯 | 加味逍遙散 | 温清飲 | 抑肝散加陳皮半夏 | 柴胡桂枝湯 | 甘麦大棗湯 | 柴胡桂枝乾姜湯 | 五積散 | 桂枝加竜骨牡蛎湯 | 半夏厚朴湯 | 甘草瀉心湯 | 当帰芍薬散 | 温経湯 | 四物湯 | 帰脾湯 | | |
|------|---------------|-------|------|----------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|---------|-------|----------|---------|---------|-----------|------|---------|------|------|---|
| 虚実 | 実 | 実 | 実 | 実 | 実 | 実 | 間 | 間 | 間 | 間 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | 虚 | |
| 病位 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 陽明 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 少陽 | 太陰 | 太陰 | 太陰 | 太陰 | 太陰 | |
| 脈 | 弦、やや緊、浮、数 | 中等度 | 弦、緊 | 実、弦、やや緊 | 弦、やや緊 | 実、緊 | 弦、やや弱 | 中等度、弱 | 中等度 | 弦、やや浮 | やや軟 | 弱、浮弱、浮細 | 弦、やや弱 | やや浮、やや弱 | やや軟、やや弱 | やや軟、やや弱 | 軟弱、沈、遅、細小 | 軟弱 | やや沈、やや弱 | やや軟 | やや軟 | |
| 舌 | 乾燥白苔 | 乾燥白苔 | 乾燥白苔 | 乾燥白苔 | 乾燥白苔 | 乾燥白苔 | 乾湿中間 | 乾湿中間 | 乾湿中間 | やや乾燥 | 乾湿中間 | 乾湿無苔 | 乾湿中間 | 湿潤傾向 | 湿潤無苔 | やや湿潤 | 湿潤無苔 | 湿潤無苔 | 湿潤無苔 | 湿潤無苔 | 湿潤微白 | |
| 腹 | 腹力 | 中 | 中 | 実 | やや実 | 中 | 中以上 | 中以下 | 中以下 | やや軟 | やや軟 | やや軟 | やや軟 | やや軟 | やや軟 | やや軟 | やや軟 | 軟 | やや軟 | やや軟 | やや軟 | |
| | 心下痞硬 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | | ○ | | | | ○ | | | | | | |
| | 胸脇苦満 | | | | ◎ | | △ | | | ○ | | ○ | | | | | | | | | | |
| | 胃内停水 | | | | | | | | | | | | | △ | | ○ | | | | | | |
| | 腹直筋の緊張 | | | | | △ | | ◎ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | |
| | 臍上悸・臍下悸 | | | | ◎ | △ | | ◎ | | | | | ◎ | | | | | | | ○ | | |
| | 瘀(お)血 | | ◎ | ◎ | | | ◎ | | | | | | | | | | | ◎ | ◎ | | | |
| 腹部膨満 | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | |
| 自覚症状 | 便秘傾向 | ◎ | | ◎ | ◎ | ○ | ◎ | △ | | | | | | | | | | | | | △ | |
| | 下痢しやすい | | | | | | | | | | | | | | | ◎ | | | | | | |
| | 利尿減少 | | | ○ | ○ | | | | | | | ○ | | | △ | | | | | | | |
| | 食欲不振 | | | | | | | ○ | | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◎ | | | | | △ | |
| | 不眠傾向 | ◎ | | | ◎ | | | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ◎ | | | | | | |
| | 夢をよく見る | | | | ◎ | | | ○ | | | | | ○ | | | | | | | | | |
| | 頭痛 | △ | △ | | | ○ | ○ | | | △ | | | ○ | | | | | △ | | | | |
| | 汗をかきやすい | | | | ○ | | △ | | | ◎ | | ◎ | | ○ | | | | | | | | |
| | 顔色が悪い(貧血傾向) | | | | | | | | | | | | | ◎ | | | | ◎ | | ◎ | ◎ | |
| | 赤ら顔 | ○ | | | | | ◎ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚の荒れ | | | | | | | ◎ | | | | | | | | | | | ○ | ◎ | | |
| | 疲れやすい | | | | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | △ | ◎ | ○ | ○ | ○ | | △ | | ○ | ◎ | |
| | のぼせやすい(顔がほてる) | ○ | ○ | ◎ | | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | | ◎ | | △ | ◎ | ◎ | | | | | | | △ |
| | 出血傾向 | ○ | | | | | △ | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| 頭が重い | △ | △ | | | ○ | | ○ | | | | | | | ○ | △ | | ○ | | | | | |
| めまい | △ | △ | | | ◎ | | △ | | | △ | | | | | | | ○ | | | | △ | |

表1 更年期障害 処方鑑別表(つづき)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------|---|---|---|---|---|----------|--------------|----------------|----------|-------------|---------------------|---|-----------|---|---|--------------------|---|
| 自 覚 症 状 | 肩こり | △ | ◎ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | | ○ | | | | | |
| | のどに何かがかえる感じ | | | | ○ | | △ | | | | ○ | ◎ | | | | | | |
| | 口・のどが渇く | | | | | | △ | | | ○ | | | | | | | | |
| | 口の中が粘つき苦い | | | | ◎ | | | | ◎ | ◎ | | | | | | | | |
| | 嘔き気または吐く | | | | | | | | △ | | ○ | | ○ | △ | | | | |
| | 胃腸が弱い | | | | | | | | | | | | | △ | | | ○ | |
| | 動悸がする | | △ | | ◎ | ○ | △ | ○ | | | | | ◎ | △ | | ○ | | ◎ |
| | みぞおちがかえっている感じ | ◎ | ○ | ◎ | | | | △ | ○ | | ○ | | | | | | | |
| | 腹痛 | | | | | | | | | △ | | ○ | | | △ | ○ | ◎ | |
| | 腹鳴 | | | | | | | | | | | | | | ◎ | | | |
| | 腰が痛む | | ○ | | | ○ | | | | | | | | | | | △ | |
| | 腰や手足が冷える | | △ | | | | ◎ | △ | | | | ◎ | ○ | △ | | ◎ | ○ | ◎ |
| | 背中が熱かったり寒かったり | | | | | △ | | ◎ | | | | | | | | | | |
| | 月経異常 | | ◎ | | | ○ | ◎ | ◎ | ○ | | | | | | | ◎ | ◎ | ◎ |
| | イライラする | ◎ | | | ◎ | ○ | | ◎ | ○ | ◎ | ○ | ◎ | | △ | | | ○ | ◎ |
| | 気分が沈む | | | | | | | ◎ | | | | | ◎ | ○ | | | | |
| | 些細なことが気になる | | | | | ◎ | | ◎ | | ◎ | ◎ | | | ◎ | △ | | | |
| 理由もなく泣いたり怒ったり | | | | | | | | | | ◎ | | | ○ | | | | | |
| 備 考 | 頭に血が登り切ったような不快感 | | | | | | のぼせ冷えがある | 多様な不定愁訴があるもの | 皮膚が浅黒いか洪紙色を呈する | 病的に怒りっぽい | 上半身に汗をかきやすい | 生あくびが出る、ヒステリーの症状が強い | | 髪の毛が抜けやすい | | | 夜床にはいると手がほてり、足が冷える | |

慮されている。

例として表1に更年期障害に対する処方箋の鑑別表を示す。虚実、病位、脈診、舌診、腹診8項目、自覚症状34項目に関して、記述ないし自覚症状の有無によって様々な体質をもち多様な症状を表す患者について20もの漢方薬から選択がなされる。自覚症状の表示は、「大いに該当する」が◎、「該当する」が○、「やや該当」が△、「該当しない」は空欄となっている²⁵⁾。

この表に含まれる内容を学習によって組み込み、ニューラルネットワークの認識作用として実現できることを目指した。そのため表を検討し、処方名を出力細胞に割り当てること、従って選択肢の数だけの出力細胞を用いることを決定した。次に入力細胞層では、患者に関する体質データ、徴候に関して項目毎に1細胞を割り当てるのであるが、脈のみは表現が言語的で広範にわたっておりグレード化が難しいため取り入れることを保留とした。舌に関しては²⁵⁾乾湿について1項目、苔の有無と色に関して1項目割り当てた。他の徴候すべてに関して内容を検討し、数値化して割り当てた。つまり、グレードの数を各項目毎に検討して決定し、入力の質問表に表記する。例として、虚実については3段階とし、虚証は1、中間証は2、実証は3を割り当てた。病位では太陽、少陽、陽明、太陰、少陰、厥陰についてそれぞれ1, 2, 3, 4, 5, 6を割り当てた。

結局、更年期障害を診断するためのニューラルネットワークの仕様として入力細胞数50、中間層細胞数20、出力層細胞数20を採用した（自覚症状として表1備考欄の重要なもの「髪の毛が抜けやすい」「生あくびが出る」「異常におこりっぽい」の3項目を入力項目として追加した）。したがって、シナプスつまり結合の数は、第1～第2層間で1,000結合、第2～第3層間で400、合計1,400結合が存在することになる。

次に中間層細胞数についてであるが、学習成立に必要な最小数の探索および実際の症例を入力したときの診断性能からみた最適数の検討を行った。学習成立に必要な最小数は出力細胞数に依存し、

出力細胞数の37%～75%の中間層細胞があれば、教師あり例示学習が成立することがわかった。例として肥胖症と咽頭神経症では、出力層細胞数4に対して最小が3 (75%) となり、皮膚掻痒症の11に対して最小が9 (45%)、急性・慢性糸球体腎炎の20に対して最小が9 (45%)、湿疹の19に対して最小が7 (36.8%) となった。

最小数が必ずしも最適数とは限らない。湿疹の診断のためのニューラルネットワークは、入力細胞数が44で出力細胞数が19である。中間層細胞数が最低7個で学習が成立することはわかっているので、7個から45個の間で変化させて合計27種類のニューラルネットワークを構成した。この学習を終えたものに対して、未学習データとして治療が成功した症例での漢方薬を出力させるテストを行った。患者の自覚症状入力によって出力が得られる。教師信号との二乗誤差を求めると、適応漢方薬を出す中間層細胞数は20～24であった。これより多くても少なくとも診断能力は落ちた。そこで、出力細胞数と同数の中間層細胞数を用いることが妥当と判断された²⁶⁾。

77の疾患・症候について、それぞれひとつのニューラルネットワークを設計し、学習入力ファイルと教師信号ファイルを作成し、学習セッションを行って収束へ到達し、最終的にシナプス重みファイルとニューラルネットワークファイルをすべて構成することができた。

4. 漢方ニューラルネットワークのパフォーマンス

学習済みのニューラルネットワークは、学習データに対して100%の正解（教師信号で指定した漢方薬）を示した。さらに、入力データを部分的に削除した場合でも、また入力データに攪乱データを混入したときでも、また一部の素子を順に破壊していったときにも正解を出す能力を維持することを確認した。つまりニューラルネットワークは連想能力、頑健性、素子破損耐性をもつ^{24, 27)}。

さらに応用性を確認するために、患者の事例データを入力する検討を行い、良いパフォーマンスを示すことがわかった²⁷⁾。

5. 診断支援システムの全体像

表2に対応疾患及び症候を示す。各疾患・症候はひとつのニューラルネットワークで診断が行わ

注1：脈については、「傷寒論」では23のパターンに細分して記述されているが、藤平の早見表ではそのうち17の記述パターンとその組合せをもって適応漢方薬を表現する情報のひとつとして用いている。名称のみを紹介すると「浮」「沈」「緩」「緊」「数（さく）」「遅」「洪」「細」「微」「弱」「弦」「実」「虚」「滑」「蓄（しょく）」「結代」「こう（くさかんむりに孔）」となっている。

表2 対応，症候一覧表
 ニューラルネットワークに組み込んだ疾患，症候を示す。各疾患，症候に対しひとつの
 ニューラルネットワークが対応し，それぞれが患者の症状に応じて最適処方指示する。

| 内科-循環器疾患 | | 内科-その他の疾患 | |
|--------------|------------------------|-----------|---------------------|
| | 1 本態性高血圧症・高血圧随伴症状 | | 38 不眠症 |
| | 2 低血圧症 | | 39 自律神経失調症 |
| | 3 動脈硬化症 | | 40 術後不定愁訴 |
| | 4 狭心症・心筋梗塞 | | 41 痔疾 |
| | 5 心臓神経症 | 産婦人科 | |
| 内科-呼吸器疾患 | | | 42 更年期障害・血の道症 |
| | 6 感冒・インフルエンザ | | 43 冷え症 |
| | 7 気管支炎 | | 44 不妊症 |
| | 8 気管支ぜんそく | | 45 月経不順 |
| 内科-消化器疾患 | | | 46 月経困難症 |
| | 9 急性・慢性胃炎 | | 47 習慣性流産 |
| | 10 胃・十二指腸潰瘍 | | 48 妊娠腎 |
| | 11 胃下垂症・胃アトニー | | 49 妊娠悪阻・妊娠中毒症 |
| | 12 急性・慢性腸炎 | | 50 テーラー症候群 |
| | 13 過敏性大腸炎 | 泌尿器科 | |
| | 14 慢性肝炎 | | 51 尿道炎・膀胱炎 |
| | 15 胆のう炎・胆石症 | | 52 尿路結石（尿管結石） |
| | 16 胃腸神経症 | | 53 尿路不定愁訴 |
| | 17 食欲不振 | | 54 前立腺症（前立腺肥大症） |
| | 18 下痢・消化不良 | 眼科 | |
| | 19 腹痛 | | 55 老人性白内障 |
| | 20 便秘 | | 56 仮性近視 |
| | 21 反復性臍疝痛 | 耳鼻咽喉科 | |
| | 22 周期性嘔吐症 | | 57 急性・慢性副鼻腔炎 |
| 内科-代謝・内分泌疾患 | | | 58 急性・慢性鼻炎・肥厚性鼻炎 |
| | 23 糖尿病 | | 59 鼻アレルギー（アレルギー性鼻炎） |
| | 24 肥胖症 | | 60 メニエル症候群 |
| | 25 痛風 | | 61 慢性中耳炎（反復性中耳炎） |
| | 26 甲状腺機能亢進症（バセドウ病） | | 62 咽頭神経症 |
| 内科-腎臓疾患 | | | 63 扁桃炎・扁桃周囲炎・咽頭炎 |
| | 27 ネフローゼ症候群・急性・慢性糸球体腎炎 | | 64 口内炎 |
| | 28 浮腫 | 皮膚科 | |
| 内科-神経・筋・関節疾患 | | | 65 湿疹 |
| | 29 慢性頭痛・偏頭痛 | | 66 じんましん |
| | 30 脳卒中後遺症 | | 67 アレルギー性皮膚炎 |
| | 31 腰痛 | | 68 尋常性座瘡（面疱） |
| | 32 神経痛 | | 69 進行性指掌角皮症 |
| | 33 関節リウマチ | | 70 肝斑 |
| | 34 肩関節周囲炎 | | 71 皮膚掻痒症 |
| | 35 変形性膝関節症 | 精神神経科 | |
| | 36 打撲症・むちうち症 | | 72 神経症・不安神経症・ヒステリー |
| 内科-血液疾患 | | | 73 うつ病 |
| | 37 貧血 | | 74 てんかん |
| | | 小児科 | |
| | | | 75 小児虚弱体質 |
| | | | 76 小児夜尿症 |
| | | | 77 小児夜啼症 |

れる。支援システムを生かした治療のプロセスを図6に示す。

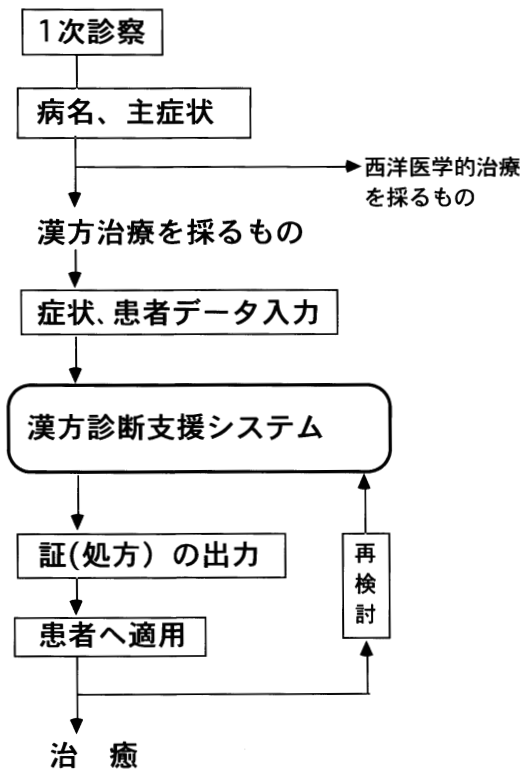


図6 支援システムによる治療プロセス

V. 漢方薬の現状と課題

本稿では、漢方の由来から現代までの歴史をたどり、漢方診断の概説を経て、漢方診断支援システム開発の経緯を解説した。以下、漢方の抱える課題と今後の方向性について論じる。

1. 現代漢方の課題

1) 漢方薬の科学化, EBMへの対応

漢方薬を構成する個々の生薬成分の分析はほとんど終了している¹⁾。処方方の科学的、薬理的な分析は以下のような観点から進められ、論文・文献として集積されているところである。

- ①一抜き試験：複数の生薬から成る処方において生薬をひとつ抜いたときの薬効を検証することによって処方内の生薬の組合せの妥当性を立証する。
- ②二重盲検ランダム化比較試験を始めとする臨床試験で効果を立証する。
- ③In vitro法：有効成分の薬理作用と相互作用を立証していく²⁸⁾。

④漢方薬の代謝：経口的に取り入れることが特徴であるので、消化・吸収について知ることが必要である。特に、消化管内の分解、腸内細菌叢による化学的変化、修飾を経て吸収されることが知られてきている²⁹⁾。

さらには、伝統的な漢方診断概念を取り上げて科学的な意味を追求する研究が行われている³⁰⁾。日本東洋医学会では³¹⁾ 2001年6月にEBM委員会を設けて、東洋医学におけるEBMの推進と、EBM概念を通じて西洋医学と疾病治療に対する認識を共有し、東洋医学への理解を高めようとの動きがおこっている^{31, 32)}。第一段階として薬物治療（漢方薬）の臨床エビデンスの集積と研究手法の整理検討が進められている。

2) 漢方の教育

わが国の70%の臨床医が何らかの形で漢方薬を使っているといわれている³¹⁾ が、その教育体制は未整備である。日本の医科大学で東洋医学の内容を教育しているところは低率であり(10%以下)、そのカリキュラム化も各大学の自主に任された状態であったが、2001年にはモデル・コア・カリキュラムにおいて東洋医学の基本として「和漢薬概説」が盛り込まれた。笠原らの昭和大学医学部学生と教員に対する調査³³⁾ では、1999年に2年次病態生理に4コマの「世界の医学の動向と東洋医学の基礎」の授業を導入した前後で医学生の東洋医学に対する認識を比較している。それによると、東洋医学を良く知っているという回答は18.4%と17%でほとんど変化がないのに、東洋医学に興味があるという割合は86.4%から94%へと増加していた。授業内容は漢方薬の使用法にとどまり、今後、西洋医学と並び立つ（異なる）知識体系として東洋医学における病気の考え方、診察・治療法の基本概念を盛り込むべきことが提言されている。

教員については、基礎医学教員では20%が東洋医学に関する研究を行っており、内容は漢方薬が62.5%、鍼灸が50%であった。臨床教員の40%は診察に取り入れていたが、診察法と治療の両方において東洋医学流を行っていたのはうち15%のみで、85%は治療（つまり漢方薬投与）のみを行っていた。そしてその学習法について「書物などによる独学、学会参加、公開講座で講義を受ける」が大勢を占めていた³³⁾。かつて

の「師について修行」の部分が公開講座，学会でオープン化されている段階と考えられる。

やはり学部の授業での必修科目がその後の医療実践の基盤を形成していることとなる。結局わが国における漢方の教育の問題とは，明治以来引きずってきた医学教育における漢方の位置づけの問題，また医学の本流のあり方に関わる問題に他ならない。

卒後教育に関しても体制がととのえられつつあり，2000年から東洋医学会において指定研修施設の設置と委嘱指導医の公表が行われた。制度開始時点で指定研修施設は全国に197施設，委嘱指導医が259名おり，規定の指導に対して単位が与えられ，専門医認定試験受験への要請単位数に加算することができる。

2. これからの漢方

再三ふれたようにわが国の医療は明治期以来西洋流の医学を中心として発展してきた。その結果，そのプラス面を享受し，衛生の向上，感染症の克服，診断技術の発展，手術療法の発達，最先端医療の前進と突き進んできた。一方，その限界にも直面し，新たな疾病群や高齢化にともなう変化，生活習慣病，社会・環境の変化にともなう増える心身症やアレルギー疾患，その他治療法の開発が困難でなかなか進展しない難病なども存在する。また患者意識の変化や薬害，医原病などの社会問題化を経て医の倫理問題が社会的に意識される時代となった。そこで米国で先行した動きとして，科学的医療からは異端視され一端切り捨てられたものを率先して取り上げて，研究と応用を進めるという補完代替医療の分野がある^{34, 35)}。漢方薬の利用もこのような西洋医学に不足したものを補うという観点からすすむ可能性があるが，単に西洋医薬を漢方薬で差し替えたという発想ではなく，その特徴・特質をふまえていくことが重要であろう。そのためにも漢方のエッセンスを取り込んだ診断支援システムの利用が本質をふまえた漢方治療のために有効であることを期待している。

IV. おわりに

漢方の歴史と新たな診断支援システムについて述べてきたが，医療を総合的に見たときに人々の健康と福祉に貢献する要素を大いにもつ漢方薬について広く理解がすすみ，正当な評価を得て医療

全体の中で適切な位置を占めることが望まれる。

謝 辞

漢方薬支援システムの開発については，臨床医学的検討で茨城県境町メディカルピクニック 玉田太朗施設長，自治医科大学神経内科 村松慎一博士のご協力を，またプログラム開発については宇都宮大学工学部松岡孝栄助教授，大学院博士前期課程小笠原拓郎君のご協力を得ていることを記して感謝いたします。RHINEソフトウェア使用については自治医科大学医学部岸浩一郎博士のご厚意を感謝いたします。

文 献

- 1) 三橋 博 (編) : 生薬学. 南江堂 (東京), 1983.
- 2) リズ・マニカ : ファラオの秘薬 古代エジプト植物誌. 八坂書房 (東京), 1994.
- 3) 高橋澄子 : ジャムウ インドネシアの伝統的治療薬, 歴史と処方 の解釈. 平河出版社 (東京), 1988.
- 4) 杵淵 彰 (編) : 新版 漢方医学. (財) 日本漢方医学研究所 (東京), 1990.
- 5) 大塚敬節 : 傷寒論解説. 創元社 (東京), 1966.
- 6) 大塚敬節 : 金匱要略講話. 創元社 (東京), 1979.
- 7) 小曾戸洋 : 傷寒論の来歴. 日本東洋医学雑誌, 51(4); 643-651, 2001.
- 8) 谿 忠人 : 漢方薬の薬能と薬理. 南山堂 (東京), 11-16, 1991.
- 9) 毎日新聞社 : 漢方医学と中医学の相違点. JAMA日本語版付録, 1999年9月号「漢方を哲学する」, 24-29, 1999.
- 10) 山田光胤 : 東アジア伝統医学に於ける日本漢方. 日本東洋医学雑誌, 50(2); 201-213, 1999.
- 11) 秋葉哲生 : 江戸時代古方派の系譜—奥田謙蔵の傷寒論. 日本東洋医学雑誌, 51(4); 651-662, 2001.
- 12) 藤平 健 : 漢方処方類方鑑別便覧. (株) リンネ (東京), 1982.
- 13) 五島雄一郎, 高久史麿, 松田邦夫 (監修), 日本医師会 (編) : 漢方治療のABC. 医学書院 (東京), 1992.
- 14) 寺澤捷年 : 症例から学ぶ和漢診療学. 医学書

- 院 (東京), 1998.
- 15) 花輪壽彦: 漢方診療のレッスン. 金原出版 (東京), 279-322, 1995.
 - 16) 益田総子: 不思議に劇的, 漢方薬. 同時代社 (東京), 1998.
 - 17) 木下繁太朗: 漢方薬はむずかしくない 5つの基本薬の使い方と効き目. 講談社 (東京) 1990.
 - 18) 折茂肇 (監修): 高齢者のための漢方薬ベストチョイス. 医学書院 (東京) 1999.
 - 19) P.H.ウインストン (長尾真, 白井良明訳): 人工知能. 培風館 (東京), 1980. (原著: Winstton, P.H. Artificial Intelligence, Addison-Wesley Pub. Co., U.S.A.)
 - 20) D.E.ラメルハート, J.L.マクレランド, PDPリサーチグループ (甘利俊一監訳): PDPモデル 認知科学とニューロン回路網の探索. 産業図書 (東京), 1989. (原著: Parallel Distributed Processing -Explorations in the Microstructure of Cognition, The MIT Press, 1989)
 - 21) 甘利俊一: 神経回路網モデルとコネクショニズム. 東京大学出版会 (東京), 1994.
 - 22) McCulloch, W., Pitts, W.: A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity. *Bulletin of Mathematical Biophysics*, 7;115 - 133, 1943.
 - 23) Rosenblatt, F.: Principles of Neurodynamics: Perceptrons and the Theory of Brain Mechanisms. Spartan Books (Washington D.C.), 1962.
 - 24) 竹田俊明, 村松慎一, 玉田太朗: 漢方薬処方支援に対するニューラルネットワークの応用. *日本東洋医学雑誌*, 50(6); 145, 2000.
 - 25) ニューロコンピューティングソフト RHINE ユーザーズマニュアル (第2版). センチュリリサーチセンタ株式会社西日本支社ソフトウェア部 (大阪), 1989.
 - 26) 小笠原拓郎, 松岡孝栄, 竹田俊明: 漢方薬処方支援システムにおける最適中間層ユニット数の探索. *Proc. 2002 IEICE General Conf.*; 97, 2002.
 - 27) 小笠原拓郎, 松岡孝栄, 竹田俊明: ニューラルネットワークによる漢方薬処方支援システムの開発. *信学技報, MBE* 2001-189 (3); 43-47, 2002.
 - 28) Isohama Y., Moriuchi H., Kai H., Miyata T.: Glucocorticoid-like and Glucocorticoid-unlike Regulation of Gene Expression by Bakumondo-to (Mai-Men-Dong-Tang) in Airway Epithelial Cells. *Jpn J Orient Med*, 53(1-2); 1-9, 2002.
 - 29) 田代眞一: 薬と漢方薬、ハーブ 漢方薬の服用時期と食事との関係. *薬局*, 52(2); 120-126, 2001.
 - 30) 山田和男, 神庭重信, 大西公夫, 水島広子, 力石千香代, 福澤素子, 村田高明, 寺師睦宗, 浅井昌弘: 「胸脇苦満」に対する生化学的・精神医学的アプローチ. *日本東洋医学雑誌*, 52(1); 17-24, 2001.
 - 31) 日本東洋医学会, EBM特別委員会: 2002年中間報告 漢方治療におけるEBM. *日本東洋医学雑誌*, 53(5, 別冊); 1-80, 2002.
 - 32) 丁 宗鐵: 漢方医学の発展とEBM. *日本東洋医学雑誌*, 52(4・5); 387-395, 2002.
 - 33) 笠原多嘉子, 越石真己, 木暮守宏, 相馬利光, 池本英志, 久光直子, 石野徳子, 久 光正: 医学部学生, 基礎・臨床医学教員における東洋医学の教育, 研究および診療の動向. *日本東洋医学雑誌*, 53(4); 357-366, 2002.
 - 34) Ishibashi A.: Complimentary and Alternative Medicine in Japan (日本における代替医療について). *Jpn J Orient Med*, 53(5); 477-486, 2002.
 - 35) 上野圭一: 代替医療—オルタナティブ・メディシンの可能性. 角川書店 (東京), 2002.

原 著

看護師の「ゆらぐ」場面とそのプロセスに関する研究

中村美鈴¹⁾，鈴木英子²⁾，福山清蔵³⁾

要旨：本研究では，看護師のゆらぐ場面とそのプロセスを明らかにした。調査は，看護学専攻の修士課程在籍中の学生10名を対象にしてグループインタビューを行い，逐語録をBerelson, Bの内容分析の技法を参考にして，質的に分析した。分析の結果，以下の結論を得た。

1. 看護師は，不安・不確かさ・ふがいなさ・自責・ジレンマ・役割葛藤・戸惑いという7つの場面でゆらぎ易いことが示唆された。
2. 「ゆらぐ」ことは，看護師の判断が不確かだったり，気持ちが迷ったり，見通しがなかったりする場面に直面し，一度立ち止まり，自問自答する状態であった。
3. 「ゆらぐ」プロセスは，次の6つのプロセスを踏んでいた。
1) 問題を認識する，2) 問題と向かい合う，3) 自己へのコミット，4) 看護介入の意味にコミット，5) 看護観の器に入る，6) 次なる方向付け
4. ゆらぐプロセスは，人により到達度が違っていた。早い段階で「ゆらぐ」ことを終了してしまう者は，患者と自分自身に対してネガティブな対応で終了していた。「ゆらぎ」につづけること，「ゆらぐ」プロセスそのものが質の高い看護に到達する方法であることが示唆された。

キーワード：ゆらぐ，自問自答，看護場面

I. 緒言

看護師は科学的根拠に基づいた生活援助の質，すなわち看護の質を高めるために様々な研究に取り組み，看護の専門職性を高めようとしている。わが国における看護の専門職性に関する研究では，知識・技術に焦点がおかれる傾向があり¹⁾，経験年数別の専門職性の傾向²⁾や看護専門職における自律性に焦点がおかれた報告³⁾がなされている。これらの研究においては，看護師が対象に働きかけた行為を援助の結果として，客観的に評価している。

ところが，実際の援助場面においては，看護師は「これでいいのだろうか」と悩み，自問自答しながら，すなわち，「ゆらぎ」ながら，援助を行

う場面が数多くある。

社会福祉学者の尾崎は，援助者が「ゆらぎ」を体験するのは，知識や経験が不足していたり，患者一人ひとりの生活の仕方や生き方が個別的であり，その人らしさとは何かと考えて，よりよい援助を創造したりするためだと述べている⁴⁾。

しかし，わが国では，看護場面において「ゆらぎ」に注目した研究は，非常に乏しいのが現状である。また，海外の文献を見ても，看護における葛藤，ジレンマ（医師との関係におけるもの）⁵⁾，倫理的葛藤⁶⁾，看護における不安（緊急避妊薬を投与する看護師の不安）⁷⁾などの研究報告は見られるが，本研究でいう「ゆらぐ」の概念ではなく，その構成要素やプロセスに関する研究は未開拓の分野である。このように，看護において「ゆらぐ」ことがどんな場面で起こるかについて明らかにした研究報告は，これまで見当たらない。

看護師の「ゆらぐ」は，どのような場面で起こ

¹⁾ 自治医科大学 看護学部 成人看護学

²⁾ 杏林大学 保健学部

³⁾ 立教大学 コミュニティ福祉学部

りやすく、どのような現象であるのかが明らかになれば、それらの場面に直面した時、関わりを深め、次の援助へ進められる力をもつ方法、すなわち、自己の成長やより質の高い看護を提供する基盤につながり、看護専門職の形成過程において意義があると考え、今回の研究に取り組んだ。

その結果、ゆらぐ場面とそのプロセスについての新たな知見を得たので報告する。

II. 研究目的

1. 看護師の「ゆらぐ」とは、どのような状況で起こり、どのような場面であるのかを明らかにする。
2. さらに、「ゆらぐ」ことはどのようなプロセスで起こるのかを明らかにする。

III. 文献レビュー

「ゆらぎ」については、過去10年ほどの間に、政治学、社会福祉、看護の分野で議論されてきた。社会福祉、看護に関連する領域では、安藤が著書「現代家族のゆらぎを越えて—学際的アプローチに期待するもの」のなかで、「ゆらぎ」を現代家族が示すさまざまな危機現象ととらえ、それらの「ゆらぎ」は早急に解決を要する課題であると指摘している⁸⁾。また、平木は、著書「家族のゆらぎと現代の青年たち」のなかで、「ゆらぎ」は、深刻な問題、危機であると同時に、成長、再生の契機ととらえており⁹⁾、細井は、著書「母になることへのゆらぎ」のなかで、女性の産褥期の心的変化に注目し、「ゆらぎ」は危機として認識されると同時に、変容・発達を生み出す契機ととらえている¹⁰⁾。牛島は、著書「現代家族のゆらぎと克服—精神医学の立場から」のなかで、精神科医の立場から、ここ40年の間に社会が支持した家族像と家族のゆらぎの特徴は親密な関連性をもちながら変化していると指摘している¹¹⁾。

このように、わが国における「ゆらぎ」は、危機であるのとらえるだけでなく、成長・変化を導く契機として位置づけるものが多い。

看護の領域では、宮本が著書「看護場面の再構成」のなかで、看護学生が実習場面で直面する「気がかり」、「ゆらぎ」、「つまずき」、「ゆきづまり」に注目し、「看護師の意図がすれ違って患者に伝わる」などの経験こそ、学習を深めるチャンスであると述べている。これらの「ゆらぎ」は、

看護実践にとっても、看護師にとっても危機であるが、同時にそれらの感情を多面的に見きわめることができるなら、看護師としての新たな発見や自己理解を得る確かな学びの機会になると論じており、「ゆらぎ」の場面を記述し、自己理解を得る具体的な方法として、「看護場面の再構成法」を紹介している¹²⁾。しかし、看護において「ゆらぐ」ことがどんな場面で、また、どのようなプロセスを経て起こるのかについて、明らかにされてはいない。

「ゆらぐ」の類似概念であると考えられる葛藤、ジレンマの報告が、ここ5年ほどの間に見られるようになり、それらがどのような場面で起こるのか、いくつかの研究報告から読みとれる^{13)~18)}。師長とスタッフナースのコンフリクト、救急現場における倫理的ジレンマ、倫理的問題を経験したときの反応、看護師の役割の曖昧さや役割葛藤などがあるが、いずれもその場面をとらえて対策を示したものが多く、看護師の自問自答まで深めているものは見あたらない。川瀬は、「救命領域で死にゆく患者とその家族に関わる場面での看護師のジレンマ」のなかで、看護師のジレンマと看護の疎外要因・促進するきっかけを明らかにしており、看護師が「理想とする看護像をもちながらも、医師の治療方針や周囲の看護師が理解してくれないことにジレンマを感じていた」など、ジレンマの起きる場面を報告し、話し合うことや終末期看護に対する研修・学習がジレンマを克服する手段となることを強調している¹³⁾。しかし、ジレンマに陥った場面での看護師の自己への問いかけに関する報告ではない。

また、不安については、がんを告知された患者の心理的不安¹⁹⁾や、手術を受ける患者や家族の不安²⁰⁾など、不安を援助の視点としてとらえており、看護師自身の自問自答に視点をおいてはいない。

「とまどい」については、奥出が、ターミナルケアを行う看護師が感じているとまどいの場面と対応の仕方、その時考えたことを明らかにしている。とまどいの場面は、身体的苦痛を訴える場面、急変または臨終の場面、危険な行動をとる場面、死期、病状、治療についてたずねられた場面、ショックをうけている患者・家族に接する場面、医師による疼痛コントロール不適切な場面、延命治療が優先される場面の7つであり、対応の仕方、そしてその時考えたこととしては、ケアの仕方が

わからない、状況把握ができない、状況判断ができない、対応法は考えつくが行動に移せない、対応する自信・確信がもてない、医師に交渉を試みる、とまどうが早期に看護計画を立案し実践すると報告されている²¹⁾。この報告では、ターミナルでの「とまどい」という特殊な場面とその対処方法を明らかにしている。しかし、対処法は、その時行う看護実践の仕方や考えであり、本研究でいう看護を自問自答し、「ゆらぐ」ことではない。

本研究では、図1に示すように、看護師が自問自答し「ゆらぐ」現象がどのような場面で起こり、どのようなものであり、それをどのようなプロセスで乗り越えてゆくのかを明らかにしようとするものである。

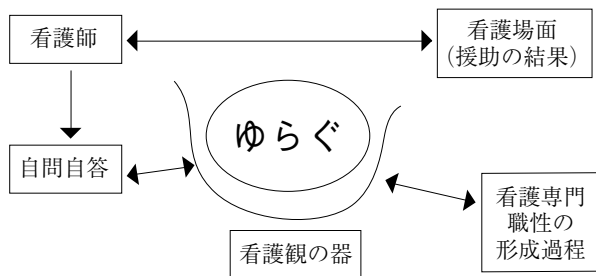


図1 ゆらぐとの概念間関係

IV. 用語の定義

ゆらぐ：「ゆらぐ」とは、尾崎のいう「ゆらぐ」の概念から看護師が援助を行った時、これでいいのだろうかと思ひ自問自答すること。「ゆらぎ」は「ゆらぐ」の名詞形。

看護場面：看護師（保健師含む）として看護の対象と関わる援助場面。

自問自答：看護師が自己にその看護行為の是非を問いかける状態。

看護観の器：看護師としての自己と向かい合い準拠し、ゆらぐ場所。

V. 研究方法

1. 調査対象：調査対象は、臨床経験3年以上を有する看護学専攻のA大学大学院修士課程に在籍する10名とした（表1参照）。

2. 調査期間：平成13年3月

3. 調査方法：過去の看護場面のなかでゆらいだ体験を語ってもらい、それをどう乗り越えたか、

表1. 対象の特性

| | 性別 | 年齢 | 主たる勤務病棟 | 臨床経験 |
|---|----|-----|-------------|------|
| A | 女性 | 39歳 | 精神科病棟・がん病棟 | 16年 |
| B | 女性 | 30歳 | 精神科病棟 | 4年 |
| C | 女性 | 30歳 | 内科・外科・精神科病棟 | 7年 |
| D | 女性 | 28歳 | 精神科病棟 | 6年 |
| E | 男性 | 33歳 | 精神科病棟 | 7年 |
| F | 男性 | 36歳 | 精神科病棟 | 9年 |
| G | 女性 | 28歳 | 精神科病棟 | 6年 |
| H | 女性 | 41歳 | 内科・消化器病棟 | 19年 |
| I | 女性 | 32歳 | 内科病棟・保健師 | 8年 |
| J | 女性 | 39歳 | 精神科病棟 | 7年 |

あるいは乗り越えられなかったか、今はそれをどう思っているかという観点から、インタビューガイドを作成し、グループインタビューを行った。調査は、研究者2名で実施した。ゆらぐことの意味に関しては、対象者の認識を統一するために、調査者が意味内容について説明し、フォーカスミューティングを参考にして意見交換を行った。

4. 倫理的配慮：対象者に研究内容の説明、匿名性保証、守秘義務の確約をし、書面にて研究参加を依頼して同意を得た。インタビュー内容は参加者の同意を得てテープ録音し、逐語録に起こした。

5. 分析方法：得られたデータは、生データをできるだけありのままにとらえていくBerelson.Bの内容分析の技法を参考にした。Berelson.Bは、内容分析について、表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的かつ数量的に記述するための調査技法であると定義している²²⁾。対象者の生の声を可能な限りありのままにとらえ、以下の手順にしたがって、研究者が分析を行った。

- 1) 記述内容の出現を算出するための最小形の内容である「記録単位」を決定する。ここでは、文脈単位とした。
- 2) 文脈単位を決定する（記録単位を性格づける際に吟味されるであろう最大形をとった内容、文節や文章単位など）。
- 3) 意味内容の類似性にしたがって分類し、その分類を忠実に反映したカテゴリネームをつける。
- 4) カテゴリに分類された記録単位を算出する。
- 5) 分析結果の信頼性を確認するために、分析は3名の研究者で行った。分析結果の信頼性を確保するために、何度も生データに戻りつつ、

内容の信頼性や一致性を高めた。

- 6) 上記手順にて、ゆらぐの場面について、意味内容の類似性をまとめ、高次化し、ゆらぐの場面を見出し、プロセスについてはカテゴリの経時的な変化を見い出した。

VI. 結果

1. 対象者の特性

性別は、女性8名、男性2名であった。平均年齢は33.6歳 (SD4.6歳) であり、通算経験年数は8.9年 (SD4.5年) であった。看護師としての主な支援対象は、成人と高齢者で、主たる勤務場所は、精神科・内科・外科病棟であった。

2. 看護師がゆらぐ場面

今回の対象者がゆらいでいる場面は合計27あり、4次カテゴリまで高次化され、それらは次のように分類された (生データは、表2参照)。

- 1) 患者に拒否されたと感じた時：不安 (2場面 7.4%)

患者－看護師関係においてコミュニケーションが上手くいかない、患者のニーズと看護師の認識がずれているなどの場面で、患者に何も答えてもらえず、不安になりゆらいでいた。

- 2) 実践した援助において疑問が残る時：不確かさ (5場面18.5%)

看護行為を行って、偶然とはいえ、患者の状態が悪化したり、亡くなったり、患者教育がスムーズにいかなかったりした場面で、自分に「どれだけのことができたのだろうか」と、不確かさにおいてゆらいでいた。

- 3) 先輩ナースとの関係で自己判断に基づく看護が実践できなかった時：ふがいなさ (4場面

14.8%)

上司や先輩看護師の考えや看護活動に対して、自分の違った意見や考えを言えない状況で、ふがいなさを感じゆらいでいた。

- 4) 実践した援助において自信が持てない時：自責 (6場面22.2%)

実践した援助における自己の判断に自信がもてない、「そうなのかあ、他によりよい方法があるのでは」と思いつつ援助をやっていた場面や自分の判断が間違っていたかもしれないと、自責においてゆらいでいた。

- 5) 患者の意向、医師の指示及び同僚ナースとの看護観にずれを感じた時：ジレンマ (6場面 22.2%)

治療方針に同意できなかつたり、医療従事者同士で考えが違う場面で板挟みとなつたりして、ジレンマを感じゆらいでいた。

- 6) 看護専門職としての独自の判断を取り入れたいが取り入れられなかった時：役割葛藤 (3場面11.1%)

これは、ジレンマと類似しているが、性質が違ったので区別してカテゴリ化した。援助したい内容と実際に援助できる内容が限られていたり、医師の指示のもとに実施しなければいけないということから援助が限定されたりする場面においてゆらいでいた。

- 7) 患者とその家族との関係に立ち入ることができない自分を感じた時：戸惑い (1場面3.7%)

患者と家族関係がうまく成立していない時に、患者の夫の態度と反応に不満で看護師として介入できない場面でゆらいでいた。

このように、今回の調査対象において、看護師がゆらぐ場面は7つに分類された (表3参照)。

表3. 看護師がゆらいだ場面

| ゆらいだ状況 | 場 面 | 場面数 (%) |
|----------------------------------|-------|----------|
| 患者に拒否されたと感じた時 | 不安 | 2 (7.4) |
| 実践した援助において疑問が残る時 | 不確かさ | 5 (18.5) |
| 先輩ナースとの関係で自己判断に基づく看護が実践できなかった時 | ふがいなさ | 4 (14.8) |
| 実践した援助で自信がもてない時 | 自責 | 6 (22.2) |
| 患者の意向、医師の指示および同僚ナースとの看護観にずれを感じた時 | ジレンマ | 6 (22.2) |
| 看護専門職との判断と取り入れたいが取り入れられない時 | 役割葛藤 | 3 (11.1) |
| 患者とその家族との関係に立ち入ることができない自分を感じた時 | 戸惑い | 1 (3.7) |

看護師の「ゆらぐ」場面とそのプロセスに関する研究

表2. 看護師がゆらいだ場面の事例

| 生データ（1次コード） | 要 約 | 解釈（2次コード） | 3次コード | 4次コード |
|--|---|---|---|--|
| 神経科で難病だったのでコミュニケーションがとれずストレスを溜めていた人が大勢いた。ナースコールを押しても何も言わないで、「大丈夫ですわ」と確認してもまた押す患者さん2人。多分何かに対する不満を訴えている。不満について尋ねてみても、なににも答えない。それが不安だった。頭にくるといこともなきにしもあらずではあったが、やっぱり不安があった。私の人格まで否定されたと思った。なぜ押すのだろうか…理論的には考えられず、起こった事実に対して、私の人格まで否定されたと思った。 | ナースコールを押したのに看護師を無視して何も言わない患者に拒否されたと感じ不安であった。 | ナースコールを押したのに看護師を無視して何も言わない患者に拒否されたと感じ不安であった。 | 患者に拒否されたと感じたときの不安感 | 患者に拒否されたと感じた時： 不安 |
| 乳がんの末期の患者は深夜帯で亡くなったんですけれども、その前の準備が私が担当だったんですね。で、最終的に何もしてあげることがなくなって、痛みがないようになっていうぐらいで、でもその患者さんは痛いついていうことすらも表現もできない状態だったんですね。すごい意識レベルも低くて。で、私はその人には、体交して、尿量を計って、で、そういう周りのことをやるだけしかホントでできなかったんですよ。で、次の日にまた仕事きたら、ま、亡くなったってことがわかって、私はあの人に看護婦としてなができたのかっていうようなところで、すごいゆらいだと思うんですね。 | 乳がんの末期の患者に何もしてあげることがなくなって、疼痛の緩和、体位交換などの処置しかできなかった。次の日に亡くなった。私はあの人に看護婦としてなができたのか自問自答。 | 末期癌患者に処置以外のケアができず患者は次の日に亡くなった。看護婦として他になにができたのかゆらいでいる。 | 末期がんの患者に対し処置以外にできることがなく無力感を感じ看護婦としての独自性、存在意義を模索 | 実践した援助において疑問が残る時： 不確かさ |
| 50代のベテランの主任看護婦さん発言力のあるひとで、患者さんが、便秘禁をしちゃって、私はトイレに連れて行って、それで、着替えとか、始末をお手伝いしていたんです。そしたら、トイレじゃ大変だから、風呂場に連れて行ったほうがいいわって言って、その患者さんの襟首をつかんで、引きずって廊下を行ったんです。その看護婦さんに対して、意見がいえない自分のふがいなさ、すごいゆらいだんだけど、そのときは、その場を離れたんです、私は。風呂場で、その患者さんの、あの、下半身を裸にして、デッキブラシで、こう、擦ってたんですね。見てられなくて、もういいですから、やめてくださいって言ったんですね。患者さんはその時、オリー、オリー、オリーって泣いてたんですね。そのあとの夜勤で、そのことについて一言も私は触れることができなかった。その看護婦さんに対して自分の考えを言えなかったんですね。だから、それに対する、こう、やっぱり自責感が一番。 | 便秘禁患者の始末をトイレで手伝った。発言力のある看護婦が患者の襟首をつかんで、引きずって廊下を行った。意見がいえない自分のふがいなさにゆらいだが、その場を離れた。看護婦は風呂場で、患者を下半身を裸にしデッキブラシで擦っていた。そのことについて一言も私は触れることができなかった。自責感が一番。 | 患者に対してひどい扱いをする先輩看護婦に対し意見を言えずふがいな思いをし自責の念にかられている。 | 患者ケアにおいて先輩看護婦との人間関係を優先したため、患者がひどい扱いされたことへのふがいなさ | 先輩ナースとの関係で自己判断が実践できなかった時： ふがいなさ |
| 保護室で、関係がとれてるケースがちょっとだけねっていうことで、ロッカー開けた瞬間、突然襲い掛かってきて、で、お助けコールっていうボタンを押さざるを得ない状況になって、で、その、もちろんその悔しさはもつと別の話なんですけども、そのときに、自分で関係ができていたと思っていたところで、そういう事件が起こったときは、やっぱりゆらぎましたね。 | 関係がとれて患者がロッカー開けた瞬間、突然襲い掛かってきて、ヘルプコールボタンを押した。悔しかった。自分で関係ができていたって思っていたのでやっぱりゆらぎましたね。 | 信頼関係ができていた患者に暴力をふるわれて自分の思っていることを君は言うんだって思っていたので、自己の信念がぐらついた。 | 患者看護婦関係において、看護者としての判断の甘さに対する動揺と反省 | 実践した援助において自信がもてない時： 自責 |
| 看護婦が判断して、「僕が、あの、…寒いついて言ってるんだから、それに対して処置をするのは、看護婦が考えることだから、なんでいちいちいちいち、自分の思っていることを君は言うんだって。」言われたんですね。対人関係のなかで確認しながら、自分もいい相手もいい、で、一緒に考えようってスタンスでやってきたのに、一般科にいったら、いきなり、あの看護婦が判断してやってくれるのが当然で、自分たちは、あの、それを、与えられたことを受けるのが患者の役目なんだって、なんか、すごく、そういう風に患者さんに言われて、で、そのときに、あの、先輩の看護婦さんに相談したら、それはそうよっていうふうに、言われたんですね。だから、そのときも、やっぱりゆらぎましたよね。そういうのやっぱりいろんなことを考えないと、ただ、対人関係で自分が、あの、お互いに信頼関係を作りながらっていうだけでは、難しいんだって、すごく思いました。 | 患者に寒いといわれ患者の意向をきいて処置をしようとしたら、看護婦が考えることだろうって、なんでいちいちいちいち、自分の思っていることを君は言うんだって言われた。対人関係のなかで確認しながら、自分もいい相手もいい、一緒に考えようってスタンスでやってきたのに、看護婦が判断してやってくれるのが当然で、自分たちは、あの、それを、与えられたことを受けるのが患者の役目なんだってゆらぎましたよね。 | 患者の意向をきいて処置をしようとしたら、看護婦が判断してやってくれるのが当然で、自分たちは、あの、それを、与えられたことを受けるのが患者の役目なんだってゆらぎましたよね。 | 患者一看護婦関係において患者の意向と看護観とのずれ | 患者の意向、医師の指示および同僚ナースとの看護観にずれを感じた時： ジレンマ |
| 保健婦の仕事は、おなじ看護職であっても、どちらかというと、直接的ではなく間接的にケアを行うし、集団を対象とすることで、手応え感じられず、はじめはゆらいだ。毎日ではなく、月1回の訪問とか電話とかなので、感覚的なものがずれる。毎日見ていないから、看護の目的・目標のたてかた、手段も違ってくる。保健婦の専門性っていうのは何だろうってついてはいけなかった。環境は整ったけれども、そこで保健婦がすることかしたことは何であったのか、意味付けができていなかった。 | 地域看護の間接的ケア中心の職種において専門職性を見出せず手ごたえを感じるできなかった。 | 地域看護の間接的ケア中心の職種において専門職性を見出せず手ごたえを感じるできなかった。 | 専門職性に対する疑問、自問自答、自己の専門職性に対する認識とのずれ | 看護専門職としての独自の判断を取り入れたいが取り入れられなかった時： 役割葛藤 |
| ご主人に対する不満があったようだ。御主人に対してバカヤロウといっていた。できればご主人の方にもっと係わりたかった。ご主人は大変工夫していい介護をされているが、非常に冷たい、バカヤロウという。それが嫌だった。しかし、ひどいとはいえなかった。 | 患者の家族が患者を邪険に扱っていると感じたが、介入できなかった。 | 患者の家族が患者を邪険に扱っていると感じたが、介入できなかった。 | 患者の家族に対する不満 | 患者とその家族との関係に立ち入ることができない自分を感じた時： 戸惑い |

3. 個々の調査対象者とゆらぐ場面との関係

ゆらぐ場面に遭遇する頻度に男女差は認められなかった(表4参照)。ゆらぐことができる者とできない者は、インタビュー内容の分析から、経験年数や看護へのコミット度により差がでてくると推察されるが、理論的サンプリングに至っておらず明言できない。

4. 「ゆらぐ」プロセス

1) 「ゆらぐ」プロセス

「ゆらぐ」は、(1)問題を認識する、(2)問題と向かい合う、(3)自己へのコミット、(4)看護介入の意味にコミット、(5)看護観の器に入る、(6)次なる方向付けという6つのプロセスを踏んでいた。

2) 看護観の器に入る (図2参照)

プロセス(5)における看護観の器に入るということは、看護師としての自分と向かい合う場所で問題を見直し、収まる場所を探す、考え直す、考えを変える、自己の行動をみる、冷静になる、位置

づけを行う、判断するということであると解釈された。そして、看護観の器に入った者のみ方向付けの段階に入り、①突破口を見つける、②受容する、③熟考し続け次に結びつけるに分かれて最終プロセスを迎えることが考えられた。

3) 「ゆらぐ」プロセスと到達度の相違による4パターン

「ゆらぐ」プロセスを図3に示した。プロセスの到達については、必ずしも最終の「方向付け」の段階まで到達しない者も存在し、次の4パターンに分かれた(生データは、表5参照)。

パターンAの者は、(1)問題を認識するが、その段階で感情的になる、腹を立てる、逃避する、などして次の段階へ進まないでプロセスを終了していた。

パターンBの者は、(2)問題と向かい合うが、自責、反省、逃避するなどして次の段階へ進まないでプロセスを終了していた。

パターンCの者は、問題を抱え、(3)自己へのコ

表4. 個々の調査対象者とゆらぐ場面との関係

| 対象 | 不安 | 不確かさ | ふがいなさ | 自責 | ジレンマ | 役割葛藤 | 戸惑い |
|----|----|------|-------|----|------|------|-----|
| A | | | 1 | | 1 | | |
| B | | 1 | | 1 | 1 | 1 | |
| C | | | 2 | | | | |
| D | | | | | 1 | | |
| E | | | | 1 | | | |
| F | | 4 | | | | | |
| G | 2 | | | | | | |
| H | | | | 2 | 2 | 1 | |
| I | | | | 2 | 1 | 1 | |
| J | | | 1 | | | | 1 |

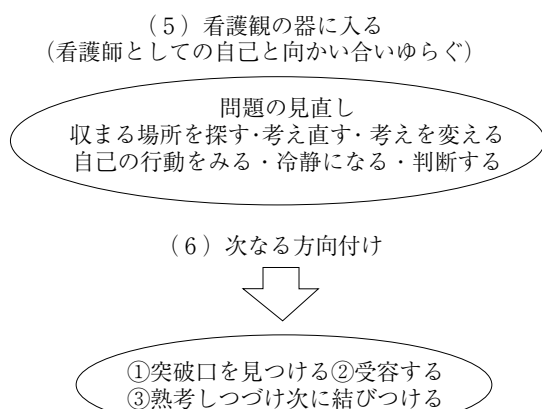


図2 看護観の器に入る

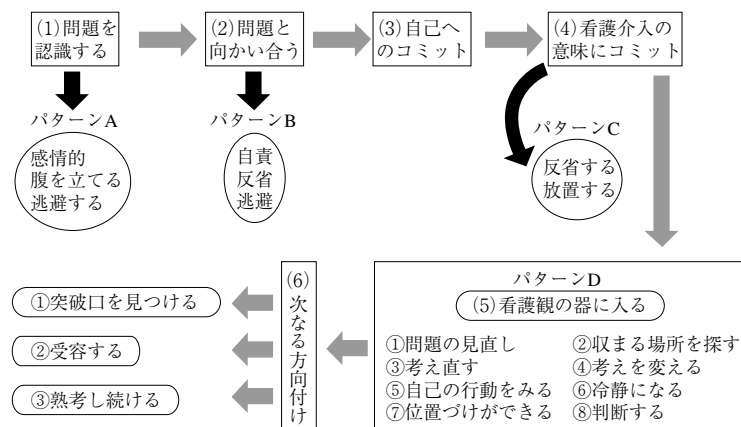


図3 「ゆらぐ」のプロセスと到達度4パターン

看護師の「ゆらぐ」場面とそのプロセスに関する研究

表5 「ゆらぐ」プロセスの4パターンの事例

| | 生データ | 1次プロセス | 2次プロセス | 3次プロセス |
|-------|--|--|---|--|
| パターンA | 患者は夫に不満があったようだ。夫に対してバカヤロウといていた。看護師として夫にもっと関わりたいかった。夫はいい介護をしているが、非常に患者に冷たいと感じた。私は、それが嫌だった。しかし、夫に腹が立ったが、ひどいとはいえなかった。 | 患者の夫への暴言により、患者の夫への不満を感じた→看護師として夫にもっと関わりたいかった→夫に腹が立ったが、ひどいとはいえなかった。 | 患者と家族とのまじり関係に気づき看護者として夫に関わりたい→冷たい夫に腹が立ったが夫に介入できなかった。 | 問題を認識する→逃避 |
| パターンB | 患者に「看護婦が判断して処置をするのは、看護婦が考えることだろ、なんでいちいちいち、自分の思っていることを君は言うんだって。」言われた。対人関係のなかで確認しながら、自分もいい相手もいい、で、一緒に考えようってスタンスでやってきた。先輩の看護婦さんに相談したら、「それはそうよって」いうふうに言われた。ゆらぎましたよね。そういうのやっぱりいろんなことを考えないと、難しいんだなって、すごく思いました。 | 患者の意向を聞きながら処置をしようとしていた→患者とのずれが生じた→先輩に相談→患者の言うとおりに言われた→ゆらぎました→よね。そういうのやっぱりいろんなことを考えないと、難しいんだなって、すごく思いました。 | 患者の意向とのズレを感じた→先輩看護婦に相談→患者、先輩看護婦とのずれ→ゆらぎました→難しいと思いました。 | 問題を認識する→問題と向かい合う→反省する。 |
| パターンC | 患者さんが希死念慮が強く、行動制限されていた。しかし、拘束の必要性が肯定できなかったで抑制をはずした。あとで、お部屋に戻して医師の指示どおりの抑制をしたんです。先輩の看護婦に「抑制をはずしていいという指示はでないのに、しかも、休日なのに、何かあったときに対応できる体制ではない」といわれた。私が抑制をはずしたのが本当によかったのかどうなのか、精神科の抑制に対するケアとかにまじって、すごく悩んだんですね。やっぱり日曜日だったというのちょっとまずかったかもしれないなって思いました。 | 患者を抑制する必要性に疑問をもった→落ち着いているので自分の判断で抑制をはずし散歩させた→先輩に医師の指示に反して忙しい日曜日に抑制をはずしたと指摘された→本当によかったのかどうなのか、悩んだ→事故を起こした可能性を考えた。→精神医の抑制に対するケアを考え悩んだ→やはり日曜日はまずかったかかもしれないと考えた。 | 患者を抑制する必要性に疑問をもち自己判断で抑制をはずし散歩させ先輩に非難された→本当によかったのかどうなのか、悩んだ。→事故を起こした可能性を考えた。抑制に対するケアについて悩んだ→やはり日曜日はまずかったかかもしれないと考えた。 | 問題を認識する→問題と向かい合う→自己コミットする→看護介入の意味にコミット→反省 |
| パターンD | アルコール依存症の患者さんが、ご自身の判断で、入院中でも外出したりして呑んでくることも多いなかで、自分のやってる看護行為っていうのが、相手にどう伝わったりとか、自分が止めるように勧めていることがどういう意味があるのか理解するまでに、いろいろなことを考えました。最終的には、そういう疾患の理解もあると思いますけども、やっぱりご本人が、自分の人生なんだから自分が酒飲んで死ぬのは本望だって言うが、本当の本心で言っているのではなくて、お酒にやっぱりそういわされてるっていう部分も含めてそういう疾患の理解とかっていうふうに捉えていくなかで、結局、ご本人はそれでも、最終的にはお酒を選択して飲むっていうことがあって、価値観の違いとか考えていくと、ま、ゆらぐっていうことが、あったと思います。正直に。でもそれは、最終的には、考えていくなかでいつもおさまると場所が決まってる、ひととおりの、ゆらいでみて、あ、でも、いま何を大切にやっていくことなんだっていうこととか、考えるきっかけにはなると思うんですけどね…。 | アルコール依存症の患者に飲酒を止めるように指導しても外出したりして呑んでくることも多い→自分が止めるように勧めていることっていうのがどういう意味があるのか→いろいろなことを考えた→患者が自分が酒飲んで死ぬのは本望だって言うが、本当の本心で言っているのではなくて、お酒にやっぱりそう言われてるっていう部分も含めてそういう疾患の理解→価値観の違いとか考えていくと、ま、ゆらぐっていうことが、あったと思います。→考えていくなかでいつもおさまると場所が決まってる、ひととおりの、ゆらいでみて、いま何を大切にやっていくことなんだっていうこととか、考えるきっかけにはなると思うんですけどね…。 | 患者のノンコンプライアンス→患者の気持ちと自己の介入の効果(看護行為)をアセスメント→患者との価値観の違いを考える→患者および疾患の理解→ゆらぎ、考えるなかで収まる場所をさがす→現在を受容し次の方向性を考える | 問題認識→問題と向かい合う→自己へのコミット→看護介入の意味にコミット→看護観の器の中にはいり、ゆらぎ納得する→方向付け |

ミットの段階を通り、(3)看護介入の意味を考えるようになるが、看護師としての自分と向き合うことなく反省する、引っかけりを放置する、という形で終了し、次の段階へ進まないでプロセスを終了していた。

パターンDの者は、(5)看護観の器に入り、そこで問題を見直す、問題の収まる場所を探す、考え直す、考えを変える、自己の行動をみる、冷静になる、問題や自己の位置づけをする、判断するなどして、次の(6)方向付けの段階に向かう。そして、①突破口を見つける、②受容する、③熟考しつづけ次に結びつける、という3つの方向に進み、問題を解決するというプロセスに到達していた。

Ⅶ. 考察

1. 看護師のゆらぐ場面について

看護師がゆらぐの場面、不安・不確かさ・ふがいなさ・自責・ジレンマ・役割葛藤・戸惑いという7つに分類された。尾崎は、「ゆらぎ」を実践のなかで援助者、クライアント、家族などが経験する動揺・葛藤・不安・あるいは迷い・わからなさ・不全感ととらえている。これらに加え、看護師においては、自責・ジレンマ・役割葛藤などが新たなカテゴリとして抽出された。この3つの新たに抽出されたカテゴリのどの場面をみても、看護師としての自分自身に対して自問自答しており、対応のあり方を考えている。このことは、自律してよりよい援助を考えていることを意味していると考えられる。そして、「ゆらぐ」ことの共通性は、援助者の判断が不確かだったり、気持ちが迷ったり、見通しがなかったりする場面に直面した時に起こること、そして、それらは、行った援助を振り返り、自己に働きかけて、自己評価をしている場面と考える。尾崎も、援助者として、「ゆらがらない」、「ゆらげない」ことよりもむしろ、「ゆらぐ」自分を否定しないで、できれば肯定し、その体験から何かを学ぶ経験が援助職における実践の原点である²³⁾と述べている。

2. 看護師にとって「ゆらぐ」ことの意味

自分が行った援助に対して自問自答しながら、自己の内面と向き合い「ゆらぐ」という体験から自分に働きかけ、援助を振り返る。このことによって、何かを学ぶ。そして、さらに次の援助へ進められる力をもつ者は、看護の専門性を深め、技

術の向上につなげることができると考える。したがって、ゆらぐことに新たな発見や成長を導く可能性があるといえる。看護場面において、「ゆらぐ」ことは、看護師が「自分自身に働きかける意味のある特質」であると考えられる。また、看護援助の中核的な技術は、「相手に働きかける技術」だけではなく、「自分に働きかける技術」であると考えられる。

援助技術は、相手に向けた技術だけではなく、援助者が自分自身にどのように関心を向けるか、自分の感情をいかに吟味するか、そして自分の個性や持ち味、あるいは援助に対する熱意をいかに活用するかなど、援助者が「自分に働きかける技術」である²⁴⁾。看護師にとって自らの援助行為に対して大いにゆらぎ、自分に働きかけることが、成長や看護観に深さと広がりを増し、看護専門職としての形成、およびキャリアアップにつながると思われる。

3. ゆらぐプロセスと到達度

ゆらぐプロセスでは、人により到達度が違っていた。これには10名の対象の年齢、通算経験年数、また、語ってくれた体験の時点での年齢および経験年数、仕事への取り組み方の違いなどが影響している可能性が考えられる。

早い段階で「ゆらぐ」ことを終了してしまう者は、「ゆらぐ」場面において、感情的になる、腹を立てる、自責・反省・逃避する、引っかけりを放置するなどネガティブな対応で終了している。「ゆらぎ」つづけること、「ゆらぐ」プロセスそのものが質の高い看護師に到達する方法であることが考えられた。このことについて、尾崎も、不安、混乱あるいは動揺や焦りを避けたり、無視したりしようとする援助者は、これらの「ゆらぎ」から何も学ばない援助者である。援助者がさまざまな「ゆらぎ」から何かを学び、それを有効な援助手段にするためには、その正体をつきとめ、意識するようにし、そういう現実を恥じたり恐れたりせずに、「ゆらぎ」を援助関係や自分の一部として受け止める必要がある。つまり、援助者は自分の不安や焦りに関係している事象を観察すれば、自分自身についてのみならず、患者や援助関係についても学ぶところが多い。援助者は援助の場から逃げ出さないこと、患者や援助の場から締め出さないことが最低条件である。援助者とクライエン

トがそれぞれの困難感や「ゆらぎ」に向きあってこそ、援助関係ははじめて適切な形で進行するものであると述べている²⁵⁾。

こうした「ゆらぐ」プロセスを踏んで問題を解決し、解決できなかったときにも「ゆらぐ」ことを止めずに「ゆらぐことのできる力」を持続けた者は、新たな問題に出会ったとき、これを解決できるのではないかと推測された。看護師はゆらぎながら看護観の器に入ることにより質の高いステップに到達する可能性が示唆された。

看護観の器は、エリクソンのいう自我同一性の獲得の場、つまり看護師としての自己と向き合い、方向性を見出してゆくなかで、看護師としてのアイデンティティを確立してゆく場所と位置づけられると考えられる。この器は、経験や看護職とのコミットメントと関連して大きくなっていき、そのなかでのゆらぎも選択肢が大きいほど様々な「ゆらぎ」方があると考えられるが、本研究ではこれを明らかにすることはできなかったため、今後の課題としたい。

Ⅷ. 本研究の限界と今後の課題

今回の調査対象が10名であること、過去のゆらぐ場面を語ってもらっていることなど、結果の一般化には限界がある。今後は、臨床看護師に、同様のインタビュー調査を行うなど、調査対象を拡大し、内容の信頼性・妥当性を高めることが課題である。さらに、ゆらぐことのできる力をどのように養えば看護師としての成長に結びつくのか、すなわち、看護専門職性の形成につながるのか、具体的な方法論と評価方法を検討する必要があると考える。

Ⅸ. 結論

今回の調査により、以下の結論を得た。

1. 看護師は、不安・不確かさ・ふがいなさ・自責・ジレンマ・役割葛藤・戸惑いという7つの場面でゆらぎやすいことが示唆された。
2. 「ゆらぐ」ことは、看護師の判断が不確かだったり、気持ちが迷ったり、見通しがなかったりする場面に直面し、一度立ち止まり、自問自答する状態であった。
3. 「ゆらぐ」は、以下の6つのプロセスを踏んでいた。
 - (1)問題を認識する、(2)問題と向かい合う、(3)自

己へのコミット、(4)看護介入の意味にコミット、(5)看護観の器に入る、(6)次なる方向付け

4. 「ゆらぐ」は、人により到達度が違っていた。早い段階で「ゆらぐ」ことを終了してしまう者は、患者や自分自身に対してネガティブな対応で終了していた。「ゆらぎ」つづけること、「ゆらぐ」プロセスそのものが質の高い看護に到達する方法であることが考えられた。

謝辞

お忙しいなか、調査に真摯に協力してくださった皆様に深く感謝いたします。

(本研究の結果の一部は、第28回日本看護研究学会学術集会において発表した。)

文 献

- 1) 杉森みどり：看護の専門職制と看護教育学研究. *Quality Nursing*, 4(3), 1998.
- 2) 安東淳子, 木南フジエ, 丹野アヤ子, 柳川育子：看護師の経験年数別に見た専門職制の傾向. *京都市立病院紀要*, 17(1), 1997.
- 3) 菊池昭江, 原田唯司：看護専門職における自立性に関する研究. *看護研究*, 30(4), 1997.
- 4) 尾崎 新：「ゆらぐ」ことのできる力. *ゆらぎと社会福祉実践*. 誠信書房, 1999.
- 5) Will R.S. : Nurse-Physician collaboration : dilemma or opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 8(2) ; 30-42, 1995.
- 6) Van der Arend Remmers van den Hurk : Moral problems among Dutch nurses. *Nursing Ethics*, 6(6) ; 468-482, 1999.
- 7) Jarvis R.R., Webb A., Kishen M. : Provision of emergency contraception by nurses. *Eur-J-Contracept Reprod-Health-Care*, 1(3) ; 257-62, 1996.
- 8) 安藤延男：現代家族のゆらぎを越えて—学際的アプローチに期待するもの（現代家族のゆらぎを越えて、日本家族心理学会編）。金子書房, 1990.
- 9) 平木典子：家族のゆらぎと現代の青年たち（現代家族のゆらぎを越えて、日本家族心理学会編）。金子書房, 1990.
- 10) 細木啓子：母親になることへのゆらぎ（現代家族のゆらぎを越えて、日本家族心理学会編）。金子書房, 1990.

- 11) 牛島定信：現代家族のゆらぎと克服－精神医学の立場から（現代家族のゆらぎを越えて，日本家族心理学会編）．金子書房，1990．
- 12) 宮本雅巳：看護場面の再構成．日本看護協会出版会，1995．
- 13) 川瀬みさ子：救命領域で死にゆく患者とその家族に関わる看護師のジレンマ．神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，24；502-508，1999．
- 14) 稲田三津子，中村裕子，秦野 環，前田久美子他：婦長とナースのコンフリクト．看護管理，11(12)；1010-1013，2001．
- 15) 白石浩子：救急場面における倫理的ジレンマ．Emergency nursing，14(9)；15-19，2001．
- 16) 亀岡知美，鈴木美和：臨床看護師・士の特性と役割の曖昧さ・役割葛藤に関する近くの関係．看護教育学研究，8(2)，1999．
- 17) 森下育子：看護師が直面する道徳的葛藤の実態．日本赤十字看護大学紀要，11，1997．
- 18) 水戸優子：看護学生及び看護師が臨床場面で経験する倫理的問題の分析－追跡調査から－．東京都医療技術短期大学紀要，10；135-142，1997．
- 19) 山田朗加：大腸癌で開腹手術を受ける患者のコーピング行動に応じた不安緩和への援助．クリニカルスタディ，23(5)；400-404，2002．
- 20) 荒内正弘，大原由子，吉井順子，本田小由里，長田瑞穂，長浜 幸，中嶋佳代，藤原かおり，安田照美：手術患者を待つ家族の不安．看護研究，31；149-153，1999．
- 21) 奥出有香子：ターミナルケアにおける看護婦のとまどいに関する研究．順天堂医療短期大学紀要，10，1999．
- 22) Krippendorff K.：Content analysis：An introduction to its methodology．1980．
- 23) 前掲書4)，p.4．
- 24) 尾崎 新：対人援助の技法，「曖昧さ」から「柔軟さ・自在さ」へ．誠信書房，1997．
- 25) 前掲書4)，p.309-310．
- 26) 三上俊治，椎野信雄，橋本良明訳：メッセージ分析の技法－内容分析の招待－．勁草書房，1992．
- 27) 安梅勅江：ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法．医歯薬出版，2001．
- 28) 舟島なをみ：質的研究への挑戦．医学書院，1999．
- 29) 舟島なをみ：看護教育における質的帰納的研究方法論．開発研究のための理論的枠組みの構築．千葉看護学学会誌，3(1)；8-15，1997．
- 30) E.H.エリクソン（村瀬孝雄訳）：ライフサイクル，その完結．みすず書房，1989．

Original article

A study on the nurse's YURAGU situation and the process

Misuzu NAKAMURA¹⁾, Eiko SUZUKI²⁾, Seizo FUKUYAMA³⁾

Abstract

The purpose of this study was to clarify the nurse's YURAGU situation and the process. We have made our research on a total of 10 postgraduate students in the master course of nursing, and this study is based on their group's interview, with using nonstructural interview.

The result and suggestion of this study were that :

1. We have collected the YURAGU situation which might be comprised of anxiety, uncertainty, unreliable, self-reproach, dilemma, conflict and embarrassment.
2. YURAGU was the situation that the nurses were reconsidering and answering their own question, uncertainty of nurse judgment, hesitation, and being unable to prospect nursing.
3. YURAGU process was 1) recognition of problem, 2) confrontation to problem, 3) examination of one's consciousness, 4) commitment to meaning of nursing, 5) adding the YURAGU situation into the nursing philosophy, and 6) making new direction for nursing in the future.
4. The goal of YURAGU processes of nurses was different from each other.

The nurses, who have finished YURAGU process incompletely, would give negative response not only to patients but also to themselves. Expert nursing would be made to form by continuing with YURAGU process. (key words : YURAGU, reconsidering and answering own question, nursing situation)

¹⁾ Adult Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

²⁾ School of Health Sciences, Kyorin University

³⁾ School of Community and Human Services, Rikkyo University

原 著

人工妊娠中絶における意思決定に関連する要因の分析

曾我部美恵子，川崎佳代子

要旨：本研究では，中絶時の意思決定のタイプとそれに関わる要因を分析し，意思決定の側面から看護支援の方向性を明らかにした。研究は，106人の中絶手術者の女性を対象に質問紙法によって行った。産まないと決めるのに誰の意思がもっとも重視されたかによって，自発的決定群「自分」，合意的決定群「自分とパートナー」，従属的決定群「パートナーや親」の3群に分けて分析した。その結果，意思決定は，年齢，職業，既往妊娠，子どもの有無，産むか産まないかの迷い，中絶理由，パートナーとの人間関係，中絶に関する認識などと関係していた。また，中絶に関する感情の項目を因子分析した結果，第1因子「葛藤の存在・アンビバレントな感情」，第2因子「安定感を求める感情」，第3因子「抑圧・否定の感情」，第4因子「不安持続の感情」の4因子が抽出され，第1因子において意思決定のタイプと有意の関連がみられた。

キーワード：人工妊娠中絶，意思決定の要因，意思決定タイプ，看護介入

I. はじめに

産むか産まないかの意思決定は，女性のライフステージにおけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関わることであり，女性の生き方に影響する重要なことである。妊娠を喜び無事に出産が迎えられるればもっとも望ましいが，期待しない妊娠も少なくない。その場合，中絶しなかったとしてもさまざまな葛藤を抱えながら産み育てる経過をとるか，産む選択を排除して人工妊娠中絶（以下，中絶という）を選択するかになる。いずれの選択も，女性の一生の健康を支援する立場からは重要な課題を含んでいる。それらの意思決定，特に中絶の決定は，女性自身とパートナーの双方の意思で行われ，女性が納得していることが理想的であるが，現実には女性のみ，パートナーのみ，または当事者の親である家族や友人など周囲の人間の意思が強く作用して行われる場合など，さまざまである。

家坂¹⁾は，中絶のケアとして「中絶の前後を通じて女性の精神的負担を軽減し，心身の状態を安

定させるために，パートナーの果たす役割は大きい。」と述べ，一方「産まない妊娠の場合には，中絶をめぐる人間関係の中では，必ずしもパートナーの存在を当てにはできない。」と述べている。また，木村ら²⁾は「一般的には中絶を女性の個人のみ責任にすることなく，夫やパートナーが責任を分かちあうことで，女性の心理的負担は軽減されるはずである。」と述べ，中絶後の心理的適応には，パートナーとの意思疎通が関与していることを報告している。自分以外の他者の意見にひきずられたり，相談相手もなく自分だけで思い悩み，中絶へと追い込まれたりせず，当事者自らが主体的に意思決定すれば，自分自身の生き方や心身に対しての健康と責任を考える機会になると考えられる。また，女性の生涯を通じた健康支援を考えると，中絶をめぐる危機状況にある個人に対する心理面を含めたケアの確立とセクシャリティに関する自立，女性の支援システムの構築が重要である。中絶する女性が安定した心理面を回復し，その後の健康を考える機会となるよう，また望まない妊娠を避けられるような看護者の援助の標準化を図っていく必要があると考える。

その基礎資料とするため、筆者らは継続して研究を行っているが、中絶後の女性の半構成的面接から、中絶に至る経緯のデータを分析して、中絶の意思決定を自発的決定型、合意的決定型、従属的決定型の3つのタイプと9パターンに分類して、それぞれの特徴を明らかにし³⁾、心理的变化の特性とメンタルケアの必要性および自己決定を支えることを報告した⁴⁾。

そこで、本研究では、中絶の意思決定の3タイプに関わる要因を分析することによって、自己決定の側面から看護支援の方向性を明らかにすることを目的として研究を行った。

II. 研究方法

1. 調査対象と倫理的配慮

調査は、研究の主旨を説明して了解の得られたT県の2施設（診療所）において行った。対象者には、手術当日に落ち着いて協力を得られる時間を選んで、研究の主旨を説明して調査への協力を依頼し、同意の得られた女性に中絶の前処置後に自己記述式の調査用紙を配布し、回答を記入してもらい、手術開始前後に回収した。

2. 調査期間

調査は、2000年3月から2000年9月までの7ヵ月間に行った。

3. 調査内容

調査内容は、対象者の属性、妊娠がわかった時の状況、産まないと決めた理由とそのときの支援、パートナーとの人間関係、産まないと意思決定したことに対する気持ち、中絶についての認識などである。妊娠がわかった時の状況、中絶の理由、意思決定した状況は、「はい」、「いいえ」で回答を求め、産まないと決めたときの支援については自由記載とした。中絶についての認識は、「とてもそう思う」、「思う」、「少し思う」、「まったく思わない」の4段階の尺度を用いた。

4. 分析方法

産まないと決めるのに誰の意思がもっとも重視されたかについての回答から、中絶の意思決定のタイプを、自分で決定した「自発的決定型」、自分とパートナーで決定した「合意的決定型」、パートナーや親が決定した「従属的決定型」の3つ

に分け、属性、妊娠時の状況、中絶決定に関する感情などとの関係を明らかにするために3群間で χ^2 検定を行った。

中絶に関する感情の共通因子を見いだすために、29項目の設問を用いてバリマックス法による因子分析を行い、4因子を抽出した。その後、意思決定タイプを変数とし、因子得点を算出し、一元配置分散分析を行い、各群間に有意差が見られた項目について多重比較を行った。統計的な解析にはHALWINを使用した。

III. 結果

調査票の配布数は118、有効回答数は106で、有効回答率は89.3%であった。

1. 対象の属性

表1に示すように、女性の平均年齢は26.2±7.4歳、最低年齢は15歳、最高年齢は43歳であった。20～24歳がもっとも多く36名（34.0%）、次いで20歳未満が20名（18.9%）であった。パートナーの平均年齢は28.3±7.6歳、最低年齢は17歳、最高年齢は50歳であった。女性と同じく20～24歳がもっとも多く29名（27.4%）、次いで25～29歳が21名（19.8%）であった。

女性の職業は、「有職者」がもっとも多く53名（50.0%）、次いで「主婦」が23名（21.7%）、「学生」が14名（13.2%）、「フリーター」が7名（6.6%）、「パート兼主婦」が6名（5.7%）であった。パートナーの職業は、「有職者」がもっとも多く81名（76.4%）、「学生」が12名（11.3%）、「フリーター」が4名（3.8%）、「無職者」が2名（1.1%）で、「フリーター」を含め80%以上が「有職者」であった。

中絶した時期の妊娠週数は、「8～11週」がもっとも多く64名（60.4%）、次いで「7週未満」が35名（33.7%）で、初期妊娠中絶者が94.1%であった。12週以降の中期妊娠中絶者は5名であった。

未婚が既婚については、「未婚」が60名（56.6%）で、「既婚」が46名（43.4%）であった。

中絶経験の有無については、「なし」が74名（69.8%）、「あり」が32名（30.2%）であり、約30%の者が過去に中絶を経験していた。

子どもの有無は、「いる」が42名（39.6%）で、その内訳は2人がもっとも多く23名（21.7%）、次いで3人が11名（11.4%）、1人が8名（7.5%）であ

人工妊娠中絶における意思決定に関連する要因の分析

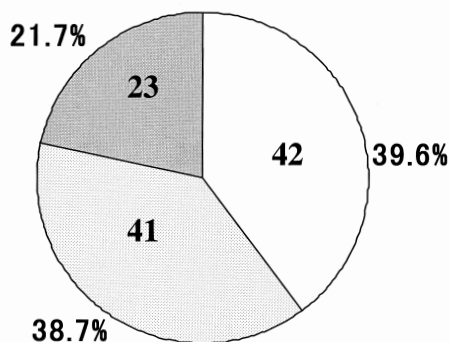
表1 対象者の属性

n=106

| 項目 | カテゴリー | 実数 (%) |
|----------------|----------------|----------------|
| 年齢 | 20歳未満 | 本人 20名 (18.9%) |
| | 20～24歳 | 36名 (34.0%) |
| | 25～29歳 | 18名 (17.0%) |
| | 30～34歳 | 11名 (10.4%) |
| | 35～39歳 | 13名 (12.3%) |
| | 40歳以上 | 8名 (7.5%) |
| | パートナー | 15名 (14.2%) |
| 職業 | 有職者 | 53名 (50.0%) |
| | 主婦 | 23名 (21.7%) |
| | 学生 | 14名 (13.2%) |
| | フリーター | 7名 (6.6%) |
| | パート兼主婦 | 6名 (5.7%) |
| | 無職者 | — |
| 妊娠週数 (中絶時期) | 妊娠7週以前 | 35名 (33.7%) |
| | 妊娠8～11週 | 64名 (60.4%) |
| | 妊娠12～15週 | 1名 (1.0%) |
| | 妊娠16～19週 | 3名 (2.9%) |
| | 妊娠20週以降 | 1名 (1.0%) |
| 未婚既婚別 | 未婚者60名 (56.6%) | |
| | 既婚者46名 (43.3%) | |
| 中絶経験の有無 | あり32名 (30.2%) | |
| | なし74名 (69.8%) | |
| 子どもの有無 | あり42名 (39.6%) | |
| | 1人：8名 (7.5%) | |
| | 2人：23名 (21.7%) | |
| | 3人：11名 (11.4%) | |
| | なし64名 (60.4%) | |

注) 無回答を除く

った。子どもが「いない」のは64名 (60.4%) であった。



□ 自発的決定群 □ 合意的決定群 □ 従属的決定群

図1 産まないと決めるのに誰の意思が最も重視されたか

2. 意思決定のタイプ

産まないと決めるのに誰の意思がもっとも重視されたかについての回答は、図1に示すように、「自分の意思で決定した (自発的決定群)」が42名 (39.6%)、「自分とパートナーの意思で決定した (合意的決定群)」が41名 (38.7%)、「自分以外の者の意思に従った (従属的決定群)」が23名 (21.7%) (うちパートナー18名, 親5名) であった。

3. 意思決定のタイプと関連する要因

1) 属性

(1) 年齢

意思決定のタイプ別に女性の平均年齢を算出すると、表2に示すように、自発的決定群、合意的

決定群, 従属的決定群の順に26.8±7.6歳, 28.1±7.5歳, 21.8±5.0歳で, パートナーの平均年齢は30.2±8.8歳, 30.5±9.2歳, 22.4±5.7歳であり, 本人, パートナーとも自発的決定群および合意的決定群より従属的決定群の方が有意に若かった (p<0.001)。

(2) 職業

女性の職業は, 大きな違いは見られないものの従属的決定群に「学生」が多い傾向があり, パートナーの職業は, 自発的決定群, 合意的決定群に比べて従属的決定群に「学生」, 「フリーター」, 「無職者」が有意に多かった (p<0.05)。

(3) 未婚・既婚

自発的決定群では, 「未婚」が19名 (45.2%) であるのに対して「既婚」が23名 (54.8%), 合意的決定群では「既婚」と「未婚」がほぼ同数, 従属

的決定群では「未婚」が20名 (87.0%) を占めていた。「未婚」女性の割合は, 自発的決定群, 合意的決定群よりも従属的決定群において有意に高かった (p<0.01)。

(4) 子どもの存在

自発的決定群と合意的決定群では子どもの「あり」, 「なし」がほぼ同数であるのに対し, 従属的決定群では子ども「なし」が21名 (91.3%) で, 自発的決定群, 合意的決定群より子どもがいない割合が有意に高かった (p<0.01)。

2) 決定経過についての状況

表3に示すように, 合意的決定群では, 自発的決定群よりも産むか産まないかの迷いがない女性の割合が有意に高かった (p<0.05)。従属的決定群では全員が迷い「あり」と答えていた。

妊娠がわかった時の状況では, 3タイプともほ

表2 意思決定タイプと属性との関連

n=106

| 年 齢 | 項目 | 意思決定タイプ | 平均 | 検 定 | | |
|----------|---------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|
| | 年 齢 | 女性の年齢 | 自発的決定群 | 26.8±7.6歳 | | |
| 合意的決定群 | | | 28.1±7.5歳 | | | |
| 従属的決定群 | | | 21.8±5.0歳 | | | |
| パートナーの年齢 | | 自発的決定群 | 30.2±8.8歳 | | | |
| | | 合意的決定群 | 30.5±9.2歳 | | | |
| | | 従属的決定群 | 22.4±5.7歳 | | | |
| 項目 | 意思決定タイプ | 有職者 | 主婦 | 学生 | フリーター | パート兼主婦 |
| 女性の職業 | 自発的決定群 | 20 (47.6) | 12 (28.6) | 6 (14.3) | 1 (2.4) | 2 (4.8) |
| | 合意的決定群 | 23 (56.1) | 9 (22.0) | 2 (4.9) | 3 (7.3) | 4 (9.8) |
| | 従属的決定群 | 10 (49.5) | 2 (8.7) | 6 (26.1) | 3 (13.0) | — |
| 項目 | 意思決定タイプ | 有職者 | | 学生 | フリーター | 無職者 |
| パートナーの職業 | 自発的決定群 | 34 (81.0) | | 2 (4.8) | 2 (4.8) | 1 (2.4) |
| | 合意的決定群 | 32 (78.0) | | 4 (9.8) | 1 (2.4) | 1 (2.4) |
| | 従属的決定群 | 15 (62.5) | | 6 (26.1) | 1 (4.3) | — |
| 項目 | 意思決定タイプ | 未婚者 | 既婚者 | 検 定 | | |
| 既婚未婚別 | 自発的決定群 | 19 (45.2) | 23 (54.8) | | | |
| | 合意的決定群 | 21 (51.2) | 20 (49.8) | | | |
| | 従属的決定群 | 20 (87.0) | 3 (13.0) | | | |
| 項目 | 意思決定タイプ | あり | なし | | | |
| 中絶経験 | 自発的決定群 | 12 (28.6) | 30 (71.4) | | | |
| | 合意的決定群 | 12 (29.3) | 27 (65.9) | | | |
| | 従属的決定群 | 8 (34.8) | 15 (65.2) | | | |
| 子どもの存在 | 自発的決定群 | 21 (50.0) | 21 (50.0) | | | |
| | 合意的決定群 | 20 (49.8) | 21 (51.2) | | | |
| | 従属的決定群 | 2 (8.7) | 21 (91.3) | | | |

p<0.01 *p<0.001 職業無回答を除く

()内は%

人工妊娠中絶における意思決定に関連する要因の分析

は全員が希望妊娠ではなく、約80%が妊娠の予測をしていなかった。

妊娠がわかったときの気持ちは、自発的決定群では1位が「困った」20名(47.6%)、2位が「戸惑い」10名(23.8%)、合意的決定群では1位が「戸惑い」20名(48.8%)、2位が「困った」11名(26.8%)、従属的決定群では1位が「戸惑い」8名(34.9%)、2位が「うれしい気持ち」7名(30.4%)であり、有意差はみられなかった。

3) 産まないという意思決定の状況

意思決定の時期は、自発的決定群、合意的決定群は「医療機関で診断を受けた」、「市販の検査薬を使用した」が約80%を示したが、従属的決定群は「医療機関で診断を受けた」に次いで中絶可能期(妊娠22週未満)が30%と多かった。

産まないと決めてよかったと肯定的にとらえて

いる者は、自発的決定群では28名(66.7%)、合意的決定群では23名(56.1%)、従属的決定群では10名(49.5%)であった。自由記載からその理由をみると、「ひとりで産むことはできるが育てていく自信がない」、「子どもに悲しい思いをさせたくない」、「産んだ後の育児のことを考えた」などであった。

産まないことを自分で納得して決めたのは全体で95名(89.6%)であり、決められなかったのは5名(4.7%)、どちらともいえないが6名(5.7%)であった。納得して決めたのは、自発的決定群で42名(100.0%)、合意的決定群で35名(85.4%)、従属的決定群で18名(78.4%)であった。決定する上で大事にしたことは、自由記載によると、子ども、パートナー、自分、家族、今後の生活などの将来を考えてが39名、自分やパートナーの考え、

表3 意思決定タイプと決定経過についての状況の関連

n=106

| 妊娠がわかった時の状況 | | | | | | |
|---------------|---------|------------|------------|------------|------------|---------|
| 項目 | 意思決定タイプ | あり | なし | 計 | 検定 | |
| 迷い | 自発的決定群 | 17 (40.5) | 25 (59.5) | 42 (100.0) | □* | |
| | 合意的決定群 | 28 (68.3) | 13 (31.7) | 41 (100.0) | | |
| | 従属的決定群 | 23 (100.0) | — | 23 (100.0) | | |
| 項目 | 意思決定タイプ | はい | いいえ | 計 | | |
| 希望した妊娠 | 自発的決定群 | — | 42 (100.0) | 42 (100.0) | | |
| | 合意的決定群 | 1 (2.4) | 36 (92.7) | 37 (95.1) | | |
| | 従属的決定群 | 5 (21.7) | 18 (78.3) | 23 (100.0) | | |
| 妊娠の予測 | 自発的決定群 | 7 (16.7) | 35 (83.3) | 42 (100.0) | | |
| | 合意的決定群 | 6 (14.6) | 35 (85.4) | 41 (100.0) | | |
| | 従属的決定群 | 3 (13.0) | 20 (87.0) | 23 (100.0) | | |
| 項目 | 意思決定タイプ | 妊娠の診断を受けて | 妊娠検査薬を使用して | 中絶可能期 | 妊娠する前 | 結婚した時 |
| 決定時期 | 自発的決定群 | 18 (42.9) | 15 (35.7) | 4 (9.5) | 4 (9.5) | 1 (2.4) |
| | 合意的決定群 | 17 (41.5) | 17 (41.5) | 3 (7.3) | 3 (7.3) | — |
| | 従属的決定群 | 10 (43.5) | 6 (26.1) | 7 (30.4) | — | — |
| 産まないと決めてよかったか | | | | | | |
| 項目 | 意思決定タイプ | はい | いいえ | どちらともいえない | 計 | |
| よかった | 自発的決定群 | 28 (66.7) | 3 (7.1) | 10 (23.8) | 41 (100.0) | |
| | 合意的決定群 | 23 (56.1) | 9 (23.1) | 7 (17.9) | 39 (97.1) | |
| | 従属的決定群 | 10 (49.5) | 9 (39.1) | 4 (17.4) | 23 (100.0) | |
| 納得して決められたか | | | | | | |
| 項目 | 意思決定タイプ | はい | いいえ | 半々 | 計 | |
| 納得して決めた | 自発的決定群 | 42 (100.0) | — | — | 42 (100.0) | |
| | 合意的決定群 | 35 (85.4) | 1 (2.4) | 5 (12.2) | 41 (100.0) | |
| | 従属的決定群 | 18 (78.3) | 4 (17.4) | 1 (4.3) | 23 (100.0) | |

*p<0.05 無回答を除く

()内は%

両親や母親の気持ちか28名、現在の生活が20名などであった。

4) 中絶理由

産めないと決めた理由について、誰が産むことに反対したかの4項目、子どもに関する理由5項目、身体的理由4項目、社会的理由6項目、胎児理由2項目、経済的理由8項目の計29項目のあてはまるものすべてに回答してもらった。その結果、合意的決定群では、自分が経済的に自立していないに「いいえ」と回答した者の割合が従属的決定群よりも有意に高かった ($p<0.05$)。また、自発的決定群では、パートナーが経済的に自立していないに「いいえ」と回答した者の割合が、合意的決定群、従属的決定群よりも有意に高かった ($p<0.05$)。

5) パートナーとの人間関係

パートナーとの人間関係については、避妊に協力的であるが52名 (49.1%)、協力的でないが47名 (44.3%) であった。表4に示すように、自発的決定群、合意的決定群では協力的であるがそれぞれ21名 (50.0%)、24名 (58.5%) であるのに対し、従属的決定群では7名 (30.4%) で、従属的決定群では合意的決定群よりも避妊に協力的でないパートナーの割合が有意に高かった ($p<0.05$)。また、避妊に協力的でないパートナーの割合は、子どもがいる女性よりいない女性で高かった ($p<0.05$)。

パートナーを信頼できると回答した者は全体で81名 (76.4%) であり、信頼できると回答した者

の割合は合意的決定群でもっとも高く36名 (87.8%)、次いで従属的決定群、自発的決定群の順であった。

パートナーと将来のことについて話し合いができる関係であると答えたのは全体で82名 (77.4%) であり、合意的決定群でもっとも割合が高かった。

相談しやすいパートナーであると回答した者は全体で84名 (79.2%) であり、従属的決定群、合意的決定群では85%を超えていたのに対し、自発的決定群では29名 (69.0%) であった。また、相談しやすいに「いいえ」と回答した者の割合は、未婚者よりも既婚者で高かった ($p<0.05$)。

パートナーは思いやりがあると回答した者は全体で93名 (87.7%) であり、合意的決定群にもっとも多く39名 (95.1%) を占めていた。

6) 中絶についての認識

中絶に対する意識・将来に対する意識については、「とても思う」、「思う」、「少し思う」、「まったく思わない」の4段階の尺度で回答してもらったが、「とても思う」と「思う」とを合わせて「思う」、「少し思う」と「まったく思わない」とを合わせて「思わない」とし、2群に分けて分析した。

「産めばよかった」では、従属的決定群に比べて、合意的決定群、自発的決定群は、「思う」より「思わない」と答えた者の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

表4 意思決定タイプとパートナーとの人間関係の関連

n=106

| 項目 | 意思決定タイプ | はい | いいえ | 計 | 検 定 |
|-------------------------|---------|-----------|-----------|------------|-----|
| パートナーは避妊に協力的である | 自発的決定群 | 21 (50.0) | 17 (40.5) | 38 (90.5) | □* |
| | 合意的決定群 | 24 (58.5) | 15 (36.6) | 39 (95.1) | |
| | 従属的決定群 | 7 (30.4) | 15 (65.2) | 22 (95.6) | |
| パートナーは信頼できる | 自発的決定群 | 28 (66.7) | 12 (28.6) | 40 (95.3) | |
| | 合意的決定群 | 36 (87.8) | 3 (7.3) | 39 (95.1) | |
| | 従属的決定群 | 17 (73.9) | 5 (21.7) | 22 (95.6) | |
| パートナーと将来のことについて話し合いができる | 自発的決定群 | 28 (66.7) | 12 (28.6) | 40 (95.3) | |
| | 合意的決定群 | 35 (85.4) | 6 (14.6) | 41 (100.0) | |
| | 従属的決定群 | 16 (69.6) | 7 (30.4) | 23 (100.0) | |
| パートナーは相談しやすい | 自発的決定群 | 29 (69.0) | 11 (26.3) | 40 (95.3) | □* |
| | 合意的決定群 | 35 (85.4) | 3 (7.3) | 38 (92.7) | |
| | 従属的決定群 | 20 (87.0) | 3 (13.0) | 23 (100.0) | |
| パートナーは思いやりがある | 自発的決定群 | 34 (81.0) | 7 (16.7) | 41 (97.7) | |
| | 合意的決定群 | 39 (95.1) | — | 39 (95.1) | |
| | 従属的決定群 | 20 (87.0) | 3 (13.0) | 23 (100.0) | |

* $p<0.05$ 無回答を除く

() 内は%

「後悔している」では、従属的決定群に比べて、合意的決定群、自発的決定群は、「思う」より「思わない」と答えた者の割合が有意に高かった ($p < 0.05$)。

「産みたいときに産めるかどうか不安である」では、合意的決定群に比べて、従属的決定群、自発的決定群は、「思う」と答えた者の割合が有意に高かった (前者 $p < 0.05$, 後者 $p < 0.01$)。

「次に妊娠したら産みたい」では、合意的決定群および自発的決定群より従属的決定群は、「思う」と答えた者の割合が有意に高かった ($p < 0.01$)。

4. 中絶を自己決定するときの感情項目の因子分析と関連要因

1) 中絶の自己決定についての感情

中絶を決定する感情の共通因子を見いだすために、29項目の設問を用いてバリマックス法による因子分析を行い、因子負荷量を算出し、因子負荷量の二乗和が1以上の4因子を抽出した。第4因子までの累積寄与率は41.9%であった。また、Cronbachの α 信頼性係数は0.7675であった。

表5に示すように、第1因子は12項目から構成され、「精神的につらい」、「罪の意識がある」、「申し訳ない」、「できればしなくなかった」、「悲しい気持ちがある」、「後悔している」、「恥ずべきことである」などの否定的感情をもつ反面、「愛着があった」、「乗り越えていきたい」、「自分自身を振り返れた」などの前向きの感情を含んでいることから、「葛藤の存在・アンビバレントな感情」と命名した。第2因子は、「気持ちが楽になる」、「安心した」、「自分の身体から外に出したかった」、「セックスについてパートナーと話したい」の4項目から構成され、「安定感を求める感情」と命名した。第3因子は、「もう妊娠したくない」、「この体験を忘れたい」の2項目から構成され、「抑圧・否定の感情」と命名した。第4因子は、「産みたい時に産めるかどうか不安である」であり、「不安持続の感情」と命名した。

2) 意思決定に影響している因子

各因子と意思決定のタイプとの関連をみるために、意思決定の3タイプの因子得点を算出し、一元配置分散分析法により各群の平均値について検

表5 中絶の感情に関する因子分析の結果

n=106

| 質問項目 | 因子1 | 因子2 | 因子3 | 因子4 |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|
| 精神的につらい | 0.7970 | 0.0097 | -0.0842 | -0.1037 |
| 罪の意識がある | 0.7343 | 0.0450 | 0.0630 | 0.2041 |
| 命を絶ちたくなかった | 0.7334 | -0.0020 | 0.0286 | -0.0299 |
| 命を絶ってしまったので申し訳ない | 0.6982 | 0.2097 | -0.0363 | 0.1740 |
| 産めないことがつらい | 0.6976 | -0.1493 | 0.2351 | 0.0045 |
| できればしなくなかった | 0.6614 | 0.0396 | 0.0445 | -0.1713 |
| 悲しい気持ちがある | 0.6580 | 0.0134 | 0.0654 | 0.0548 |
| 命に対し愛着があった | 0.6152 | 0.0163 | -0.0514 | 0.0998 |
| 後悔している | 0.6001 | -0.0301 | -0.5595 | -0.1849 |
| 乗り越えていきたい | 0.5141 | 0.4100 | 0.2946 | -0.1433 |
| 自分自身を振り返れた | 0.4861 | 0.4774 | 0.1164 | 0.0680 |
| 恥ずべきことである | 0.4028 | 0.2800 | -0.1961 | 0.2498 |
| 気持ちが楽になる | -0.3709 | 0.7434 | 0.1948 | -0.2514 |
| 安心した | -0.4294 | 0.6905 | 0.1129 | -0.2701 |
| 早く自分の体から外に出したかった | -0.3270 | 0.4594 | -0.1598 | 0.0729 |
| セックスについてパートナーと話したい | 0.2752 | 0.4556 | 0.0094 | 0.2710 |
| もう妊娠したくない | -0.2379 | 0.1600 | -0.5038 | 0.0822 |
| この体験を忘れたい | -0.0206 | 0.4469 | -0.4737 | -0.1348 |
| 産みたいときに産めるかどうか不安である | 0.3649 | 0.0214 | 0.1812 | -0.4046 |
| 因子負荷量の2乗和 | 6.7094 | 2.8017 | 1.5562 | 1.0909 |
| 寄与率 (%) | 23.1359 | 9.6609 | 5.3662 | 3.7616 |
| 累積寄与率 (%) | 23.1359 | 32.7968 | 38.1630 | 41.9246 |

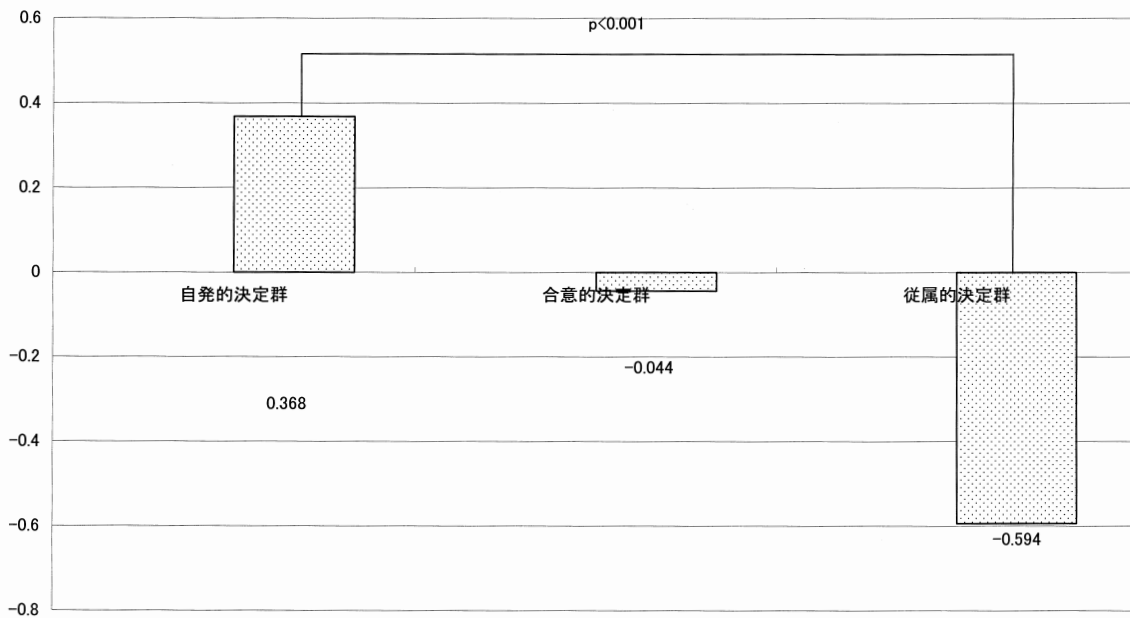


図2 意思決定タイプ別にみた第1因子の因子得点

定を行い、有意差の認められる群について Bonferroniの方法による多重比較を行った。その結果、図2に示すように、自発的決定群と従属的決定群との間で有意差がみられ ($p < 0.01$)、自発的決定群では、従属的決定群よりも第1因子の因子得点が高かった。

IV. 考察

意思決定タイプ別に関連があった項目は、属性では本人およびパートナーの年齢と職業であり、当然のこととはいえ、従属的決定群の年齢は若く、職業も学生が多く、未婚で子どもがいない者が多かった。

自発的決定群では、「産むか産まないかの迷いがなかった」、「パートナーが経済的に自立している」の2項目と関連があった。また、産まないと決めてよかったととらえている者が多く、納得して決められたと全員が回答していた。中絶の話合いは、中絶費用についてが主であるため、パートナーから金銭的支援は受けられていても、相談しやすさ、思いやりなどの人間関係では他群より低く、精神的援助を受けにくい状態にあると思われる。また、このタイプは、第1因子「葛藤の存在・アンビバレントな感情」との相関が高く、悲嘆・罪悪感・謝罪・後悔などの反省や葛藤と同時に、前向きな気持ちをもつ群であることが明らか

になった。このなかには結婚できない関係や、学生で学業を継続したいと考えている者も含まれている。相談相手がいない場合は孤立が問題となる⁵⁾ため、自らが意思決定できる、あるいは内的感情を表現できる環境をつくり、(それを受けとめる姿勢をもち)安定した心理状態になるような支援が必要である。

一方で、迷いがなく、自分で決定しても否定的な感情をもつ者もいる。木村ら⁶⁾も、「中絶を決意する時、女性のころには肯定する気持ちと否定する気持ちの双方があり、複雑でさまざまな葛藤を繰り返していることを理解しておく必要がある。」と述べている。肯定的な感情や中絶経験を人生の糧として前向きな感情をもつことができるような¹⁾、また健康的な生活を取り戻すことができるような援助が必要であると考えられる。

パートナーと相談して決めた合意的決定群は、「パートナーは相談しやすい」、「パートナーは思いやりがある」、「女性が経済的に自立している」の3項目と関連があり、中絶についても半数以上が産まないでよかったと肯定的にとらえていた。その反面、子どもが欲しかったなど、否定的にとらえている者もいた。パートナーとの人間関係は相談しやすく、思いやりがあるよい関係であったことから、精神的支援、身体への気づかい、メンタルケアなどが受けられる状態にあると思われる。

また、パートナーは信頼できると回答した者の割合が高く、将来のことについても話し合いができる関係であると思われる。家坂¹⁾は、「女性が中絶を選択した心情への共感と支持、苦痛を伴った経験をともに乗り越えようとする態度は、女性の哀しみをやわらげ、将来への希望を回復させる力をもつ。」と述べていることから、合意的決定群は、パートナーの支援があることから中絶後もっとも安定している群であるといえる。

パートナーや親の意思が重視された従属的決定群は、「未婚女性」、「子どもがいない」、「パートナーは避妊に協力的でない」、中絶についての認識では、「産めばよかった」、「後悔している」、「生みたいときに産めるかどうか不安である」、「次に妊娠したら産みたい」の7項目と関連があった。未婚で子供はなく、平均年齢も22歳ともっとも若く、全員が産むか産まないかの迷いをもっていた。パートナーとの人間関係は、相談しやすいが、避妊に協力的でない関係であった。また、中絶についての認識は、「産めばよかった」、「後悔している」、「産みたいときに産めるかどうか不安である」、「次に妊娠したら産みたいと思っている」女性であった。このタイプは、不安を残したまま経過する恐れがあるため、中絶前後のメンタルケアやフォローなどの看護介入の必要があると考えられる。鈴井ら⁷⁾は、中絶後3ヵ月でも不安があると報告しており、手術前からのカウンセリングによって不安が軽減され^{1,8,9)}、中絶後の回復も促進されることから、パートナーとの人間関係の確認をも含めてアセスメントすることが重要である。そして、将来を考えての産むか産まないの意思決定や避妊法に関して、パートナーや親に従う決定ではなく、自己責任のもとで自分が決定していくことや、避妊カウンセリングの支援が必要であると考えられる。木村ら⁶⁾は、手術前のカウンセリングとして「本人に迷いがあり、決断しかねている間は周囲の圧力などで本人の意思を無視し、親やパートナーの意見で短絡的に中絶を決定することは避け、あくまでも本人の意思を尊重して自己決定を支援することが大切である。」と述べ、さらに赤松⁸⁾は、「時間をかけても自己決定を達成しないと、人を恨みながらの人生を送ることにもなりかない。」と述べている。また村瀬¹⁰⁾は、思春期の性的自己決定力を支えるものとして予知力(性の科学的認識と社会的認識)と交渉力(自分

の思いを伝え相手の行動に影響を与える)の2つの力を育てる必要があることを述べている。この群においては、避妊を含めた自分の性に関して主体的に意思決定できることへの支援とそのセルフケアへの支援が重要であると考えられる。

看護師は、中絶する女性が医療機関を受診したときに、誰が中絶をどのような状況で決定したのか、迷いがあるか、パートナーとの人間関係はどのようなか、中絶に対する感情の情報を含めてアセスメントし、中絶する女性が納得して主体的に意思決定ができるように関わっていくことが大切であるといえる。なお、それぞれの群の心理的な回復過程の縦断的研究や介入研究は今後の課題である。

V. おわりに

本研究において分類した中絶の意思決定タイプである「自発的決定群」、「合意的決定群」、「従属的決定群」の3群は、属性、パートナーとの人間関係、中絶に対する感情など、多くの点で特徴をもつことが明らかになった。

このことから、中絶する女性に対する健康支援において、誰がどのような状況で中絶したのかを知り、それに沿ってひとつの仮説をもってアセスメントすべき情報を集めれば、看護介入の方向性が見いだせるのではないかと考えている。今後、それぞれの群に有効な看護介入の方法を検討するとともに、女性のヘルスケアのためのシステム化に向けてさらに研究を重ねたいと考えている。

この研究にご協力をいただいた女性の方々と2施設の関係者の皆様に心から感謝いたします。

(なお、本論文の要旨は、「人工妊娠中絶における意思決定に関連する要因の分析」として第31回日本女性心身医学学会において発表した。)

文 献

- 1) 家坂清子：人工妊娠中絶とカウンセリング。ペリネイタルケア, 17 夏期増刊; 137-141, 1998.
- 2) 木村好秀, 齋藤益子：人工妊娠中絶術による後障害。ペリネイタルケア, 17 夏期増刊; 132-136, 1998.
- 3) 曾我部美恵子, 遠藤治子, 川崎佳代子：人工妊娠中絶における自己決定。自治医科大学看護短期大学紀要, 7; 37-46, 1999.

- 4) 曾我部美恵子, 大井けい子, 岸恵美子, 早川有子, 高村寿子: 人工妊娠中絶を決定するまでの経緯と心理的变化. 日本女性心身医学会雑誌, 5(2); 190-196, 2000.
- 5) 岡野禎治: 人工妊娠中絶に関連した心理的影響と精神疾患. 産科と婦人科, 67(7); 902-908, 2000.
- 6) 木村好秀, 齋藤益子: 人工妊娠中絶実施前後のこころのケア. 周産期医学, 32(1); 87-90, 2002.
- 7) 鈴井江三子, 柳 修平, 三宅 馨: 人工妊娠中絶を経験した女性の不安の経時的変化. 母性衛生, 42(2); 394-400, 2001.
- 8) 赤松彰子: 人工妊娠中絶をした女性をケアする. 助産婦雑誌, 52(12); 48-51, 1998.
- 9) 長谷留美子: 人工妊娠中絶のカウンセリングを通して. 助産婦, 53; 10-12, 1999.
- 10) 村瀬幸治: 思春期の性に関する教育と指導—自己決定の力を育むとは—. 周産期医学, 32(4); 460-464, 2002.
- 11) 林 謙治: 10代の妊娠および人工妊娠中絶. 周産期医学, 32 (4) ; 475-478, 2002.
- 12) 剣 陽子, 山本美江子, 大河内二郎, 松田晋也: 諸外国における若者の望まない妊娠の予防対策. 厚生指標, 49(3); 26-35, 2002.
- 13) 木村好秀, 菅 睦雄: 人工妊娠中絶実施者に関する社会医学的研究—第1報: 13年3ヵ月間における実態とその背景—. 母性衛生, 42(2); 368-376, 2001.
- 14) 木村好秀, 菅 睦雄: 人工妊娠中絶実施者に関する社会医学的研究—第2報: 13年3ヵ月間における実態とその背景—. 母性衛生, 42(2); 377-385, 2001.
- 15) 鈴井江三子: わが国における人工妊娠中絶の実態について—その対策とケアのあり方を問う—. 川崎医療福祉学会誌, 7(2); 237-248, 1997.
- 16) 野村明子, 薮本紗智子, 東 孝子, 羽座典子, 朝飛きよみ, 井上ひさの, 猿渡善治: 人工妊娠中絶を受けた女性の意識調査—避妊とSTDについて—. 母性衛生, 42(4); 581-590, 2001.
- 17) 木村好秀, 菅 睦雄: 人工妊娠中絶の動向と実態, ペリネイタルケア, 17 夏期増刊; 116-125, 1998.
- 18) 吉沢豊予子, 鈴木幸子 (編著): 6女性のセクシュアリティと自己決定「女性の看護学」—母性の健康から女性の健康へ—. メジカルフレンド社 (東京), 84-91, 2000.

Original article

Analysis of factors associated with decision making for artificial abortion

Mieko SOKABE, Kayoko KAWASAKI

Abstract

We analyzed the types of decision making for artificial abortion and associated factors, and clarified the direction of nursing support in terms of decision making. A questionnaire survey was carried out in 106 females who underwent artificial abortion. The females were classified according to the persons who played the most important role in making the decision to undergo artificial abortion into 3 groups in whom the persons were females themselves (voluntary decision making), the female and partner (decision making based on agreement), and the partner and parents (subordinate decision making).

As a result, decision for artificial abortion was associated with age, occupation, previous pregnancies, the presence or absence of children, wavering between delivery and artificial abortion, reason for artificial abortion, relationship with the partner, and awareness of artificial abortion. Factor analysis of items associated with feelings about artificial abortion showed the following 4 factors : factor I, presence of conflict/ambivalent feeling ; factor II, seeking stability ; factor III, feeling of suppression/denial ; and factor IV, feeling of constant anxiety. A significant relationship was observed between factor I and the type of decision making.

Therefore, as health support for females undergoing artificial abortion, nursing intervention should be performed after clarifying the persons who played the important role in making the decision to undergo artificial abortion, and the situation in which this decision was made. (key words: artificial abortion, decision making factors, decision type, nursing intervention)

原 著

「アトピー」をめぐる病いの語り
—インターネット上にみる病者の苦悩と戦術—

余語 琢磨

要旨：本稿は、アトピー性皮膚炎を病む人々のインターネット上における「病いの語り」をとりあげ、その苦悩と日常的実践への分析的視座を得ることを目的とする。まず、ネット上の語りを扱うという研究着想の有効性と限界を論じたうえで、病者の多くの苦悩が、疾患にともなう生理的苦痛のみならず、周囲の視線から背負わされるスティグマや、社会的負のイメージによって生成していることを明らかにする。重症の病者は、「アトピー」であるために社会・相互行為・心理の各レベルでさまざまな調整や適応を強いられるが、諸々の困難を乗り越えようとするその姿勢には共通性が見いだされる。それは、糖尿病などの慢性疾患においても同様な、疾患や病気という「劣った規範」を柔軟に読み換えようとする「病者の戦術」である。その戦術は、情報の取捨選択、試行錯誤、臨機応変、諸規範の矮小化、よき援助者の獲得などを中心としているが、病いととも「健康」に生きるうえで必然的な過程であるといえよう。

キーワード：アトピー性皮膚炎、病いの語り、インターネット、社会的相互作用、スティグマ、病いと健康の規範、病者の戦術

1. はじめに

ガンによる5回の手術を乗り越えた批評家ソングは、病因や治療法が解明されていない疾患にかかった人を脅かす「病い¹⁾の隠喩」の存在を自らの経験をもとに追求し、《それに耐えようとして織りなす空想》からの解放を主張した²⁾。ガンに限らず、身体的苦痛とは異なった苦しみを生む病いへの意味づけは、多くの疾患において存在する。病む人々の苦悩の全貌を理解するためには、当該社会でその疾患がどのような経験を生み出していくかに注目する必要がある。

近年、成人の重症例が増加し、マス=メディアに登場する機会が多くなったアトピー性皮膚炎(以下、アトピーと略す)は、診療の場における《治療上の混乱》³⁾とあいまって、「難病」イメージの定着した慢性疾患となった観がある。このような状況に注目した筆者は、かつてアトピーを病

む人々(以下、病者と略す)がインターネット上で展開する「語り」の分析を試みたことがあるが⁴⁾、それは心身の苦悩と、周囲の人々や医療関係者への不信を中心に、「脱ステロイド療法(脱ステ)」の牙城として「病いの隠喩」に満ちたものであった。いまやアトピー病者の苦悩は、患者-医療者間に位置する疾患であるというよりも、社会的・文化的な病いと呼ぶにふさわしい。

そこで本稿では、上記のような問題背景を射程に入れつつ3つの目的を設定し、慢性化したアトピーとともに生きる人々の苦悩と日常的実践を彩る「物語り」の特性を考察してみたい。目的の第1は、クライマンらの「病いの語り」を分析する医療人類学の潮流、社会学者ストラウスらが提唱したグラウンデッド・セオリーによる成果、近年翻訳が刊行されたナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)などの動向を視野に入れながら、病者の語りの質的研究に寄与することである。第2は、家族、知人、学校・職場の人々、医療者、

そしてマス=メディアなどの相互作用のなかで、成人型アトピー皮膚炎の病者がどのように感じ、どのように対処しようとするのかを明らかにすることである。第3は、ネット上の語りをとりあげて分析を試みることにより、「インターネットの医療民族誌的活用」とでもよぶべき研究手法の可能性を探ることである。

II. ネット上におけるアトピー

フィールドから得られる資料を扱うイメージの強い質的研究において、ネット上の語りを利用しようとする目論見は奇異に映るかもしれない。しかしながら、アトピーをめぐる諸問題には、それらを視野に入れることでむしろ鮮明に浮かび上がる特性がみられる。

II-1. アトピー病者とインターネット

重症のアトピー病者には、その病態の特徴から社会的活動に大きな影響が生じるケースが少なくない。皮膚科医師の竹原を委員長とするアトピー性皮膚炎不適切治療健康被害実態調査委員会の調査⁵⁾によれば、「不適切治療」により悪化した140例のうち、「休学、退学、離職、休職」にいたったものが29%、「自宅へのひきこもり」が15%にのぼるといふ。大学病院で入院治療を行った80名へのアンケート調査例⁶⁾でも、入院前に、仕事や学校において長期欠勤（欠席）、転職（休学・留年）、退職（退学）を余儀なくされたケースは48%に及んでいる。このような状況は、医療者からみた治療内容の適否にかかわらず、自然増悪を含む重症な時期の病者に共通する傾向であろう。

一方、近年家庭への普及が急速に進みつつあるインターネットは、医療情報の収集や、同じ疾患をもつ人々との交流、また自らの意見や心情を他者に表明していくための重要なツールとして、すでに一定の機能を果たしている。関連書籍の出版⁷⁾や、日本インターネット医療協議会（JIMA）による「医療情報の利用の手引き」⁸⁾などの広報活動は、その証左であろう。アトピーに限定して述べれば、2002年11月の時点で筆者が閲覧可能であった病者もしくは家族や患者の会などが運営主体となるホームページ（HP）数は100を超え、人気のあるHPへのアクセス数は軒並み数十万件を数える。病者の年齢分布の中心が、パソコンの使用に比較的抵抗のない若年層にあるという点も、こ

の現象に拍車をかけていると考えられよう⁹⁾。家のなかに引きこもりがちで社会との接触が困難となった病者にとって、インターネットは比較的自由に外界へアクセスできる限られた窓口のひとつなのである。

このような疾患の特徴と社会状況を背景に、HPに記された「病歴」「闘病記」や、関連する電子掲示板（BBS）¹⁰⁾への「書き込み」などによって、多くの病者の語りを自由に閲覧することが可能となり、また、それらを研究対象とすることの重要性が一層高まっているといえよう。

II-2. アトピー病者によるネット利用の長所と短所

ネット上の情報はまさに玉石混交であり、ときには巧妙で悪質な虚偽も存在する。前述の竹原が明らかにしたとおり、医療保険診療外の行為によって営利を追求する「アトピービジネス」の手口¹¹⁾はその1例である。医療関連情報の発信元も多様で、関連するWebサイトの現状を概観しながらその特徴を検討した医師の加藤は、その主体をA.個人・患者主体、B.学会・医療機関・医師、C.患者団体・非営利団体、D.営利目的団体の4つに分類している¹²⁾。加えて、AまたはCグループのHPやBBSにみられる「真正な」患者の語りであっても、インタビューにより得られる質的データとは性格を異にする部分がある点に留意しなければならない。これらを前提としたうえで、語りを分析するに先立ち、アトピー病者にとってインターネットを利用することの長所と短所を考えてみたい。なぜならそれは、分析対象としての語りの有効性と限界を同時に示すものだからである。

まず長所としては、(1)重症者にとって数少ない社会へのアクセス手段であり、同病者や医師を含めた他者との交流が図れること、また、(2)アメリカに比してそのコンテンツは貧弱なものの、専門的な医療情報、自分に適した病院・医師探しから、日常の些細な悩みまで、情報収集・交換の場としての役割を果たしていることがあげられる。さらに、(3)対面コミュニケーションとは異なるある種の開放性・匿名性ゆえに、HPやBBSへの書き込みには、自由な意見や心情を吐露しやすいこと、(4)「病歴」「闘病日記」などの制作が、症状や治療の経過やその苦悩を自身が整理し客観化する内省的な行為となることなどは、病者の内面に深く関わっており、分析にあたって重要なポイント

トとなる点である。

一方、短所としては、(5)ネットへのアクセスが開放され、HPの制作やBBSへの記入は匿名やハンドルネームで行えるため、誰がどのような意図をもって記入したのかを即時に検証する手段のないことがあげられる。BBSで展開する病者どうしの情報交換のなかに、営利目的による「偽装」の書き込みが行われるケースはその典型といえる。次に、(6)関連HPのなかには、営利や集客を目的とした民間団体・医療機関により開設されているものも多いことがあげられる。そこには、ある種の折り込み広告と本質的に変わらない「体験談」や、医学的妥当性をよそおいつつ誤読を誘うような文面がみられる。また、(7)病者や治療関係者（前記のB・Dグループ）の治療方針に関する意見や情報が、量的に偏った傾向をもつ可能性があることである。この数年で、かなり多様な立場からの語りが見られるようになったが、いまだ「脱ステロイド療法（脱ステ）」派からの情報発信が多いことは否定できない。

II-3. 語りの収集方法と留意点

このように功罪相半ばするネット上の病者の語りを分析対象とするのであれば、慎重な資料のスクリーニングを要する。そこで筆者は、JIMAの「手引き」などを参考にしたうえで、(a)情報提供の主体が不明確で、制作のコンセプトや連絡先などが明示されていないサイトは対象外とする、(b)営利性のある団体および各種の医療機関・医師などが主体的に関与していると判断されるサイトは対象外とする、(c)病者または患者の会が運営する形式をとるサイトは、特定の治療法・治療用品・医療機関などに対して全体に偏向した評価をとる場合は対象外とする、(d)信頼性という点で、HPに関しては病者どうしでリンクを結び合う件数が多いものを、またBBSに関しては検索時に活発に利用されているものを重視する、(e)世間話の類、治療法・治療用品・医療機関などについての単なる情報交換、および特定の治療法の是非を論じる部分は、原則として除外する、という5つの方針にもとづき選別を行った。

本稿の考察に用いた病者の語りは、2000年9月および2002年11・12月に、検索エンジン google を用いて関連するいくつかのキーワードによる and 検索を実行し、ヒットしたHPまたはBBSを閲覧し

たうえて、(a)～(e)の作業を経て選別したものである¹³⁾。その内容と上述の長所を考え合わせると、ネット上の資料は十分検討に値するものと判断される。

III. アトピー病者の苦悩の語り

収集した語りの内容は、病者の生理的な不快感・苦痛をベースに、療養と症状制御をめぐる問題、日常生活や他者との相互行為をめぐる困難点、現代医療・アトピービジネスへの批判、それらにともなうさまざまな苦悩とその対処法など多岐にわたり、その量も膨大なものである。これらをグラウンデッド・セオリーの手法¹⁴⁾によりコード化することによって、多くのカテゴリーと複数の研究方向への発展可能性が示唆された。しかしながら本稿では、目的と紙面の関係からそのオーソライズされた技法と手順による総括は別稿に譲り、主要な苦悩のコードを代表的な資料とともに示したうえて、カテゴリーの特性を検討するなかで着想したいいくつかの視座について素描していくこととする。

III-1. 苦悩の諸コード

a. 症状と療養に関する病者個人レベルの苦悩

生理的な不快感・苦痛 耐え難い搔痒感や増悪したときの痛みの激しさに関する訴えは、もっとも頻繁にみられる苦悩の語りである。また、体液浸潤・乾燥・色変など皮膚の状態についての表現は、詳細をきわめるものが多い。

自己嫌悪 重症期の皮膚の状態、外見の変容は耐え難い自己否定の感情をもたらし、また、変容の直視を避けようとする場合もみられる。

自己統制感の喪失 搔痒感のある部位を搔かないで我慢することの苦しさやストレスは、その後の悪化を知りつつ搔くことでしか解消されないというジレンマに陥る。

無力感・焦燥感 増悪と寛解を繰り返しながら慢性化するアトピーは、その症状の軌跡が自己管理できないという点で、病者に前向きな気持ちを失わせる（資料1）。

資料1《最近は本当に治るのかな、もしかしたらもうこれ以上はよくならないのかもしれないと疑心暗鬼になる事が増えました。1年前の最悪な状態の時のほうがまだ、気持ち的には上向きだったような気がします。……よりひどい時のほうが

[治る過程] 顕著に表れるので、治っているんだってという実感が持てたからだと思います。》

(<http://345.teacup.com/byd/bbs>, 2002/12. 以下, []で示す筆者の補注を除き, すべてママ)

b. 相互行為レベルの苦悩

羞恥心・差別への恐れ 体表に症状があらわれること, 病者の多くが子どもから青年という多感な時期にあることが相まって, 他者の視線への意識が行動を制約することに結びつきやすい。また, イジメや差別に遭遇する場合もある (資料2)。

資料2《高校2年くらいから顔が赤くなりだし……隠したくてファンデーションを塗ってました。それが肌への負担になりまた悪循環。……小学生の高学年から中学1年の頃はアトピーというだけで陰口を叩かれた時, 私より周りの友人が怒ってくれたりした時は嬉しかった。……自分の悪化している状態を……付き合ってる人には絶対見せたくなくて避けてきました。で, その時彼氏にもやっぱり見舞いには来て欲しくないって事を言いました。》

(<http://village.infoweb.ne.jp/~fwkb8148/profile.htm>, 2000/09)

孤独感・孤立感 症状がもたらす搔痒感・苦痛は真に他者と共有されることはなく, 周囲の人々はアトピーをネガティブに意味づけてしまうことがある。それが家族や親しい知人であれば, 病者は強い孤独を感じざるをえない (資料3)。

資料3《調子が悪いことが「悪」のような言い方を, アトピー性皮膚炎の親御さんは言われます。ですが, その悪(アトピー性皮膚炎)に耐えている息子さんの忍耐力は, どんなに大変なことを親が理解できなければ, 誰が理解してやれるのでしょうか。本人だって, 好きで悪に耐えているわけではありません。できれば, 逃げたいに決まっています。》

(<http://www.atopy.org/atopic/kokoro.html>, 2002/11)

社会活動上の困難 学生生活や仕事などの社会的活動と, 療養活動の調整を図る必要にせまられる病者の多くにとって, 心身ともに「健康」な参加構成員を想定する社会組織の要求に応じていくことが困難になる (資料4)。

資料4《アトピーになったことのない人にとっては, 苦しみや症状は理解できないと思います。それで悪化して休む時も休みにくくなるんです。でも, その休む事に気を使い過ぎて悪循環に。アト

ピーの人は, 休んでもいいとまでは思いませんが, ある程度の理解は欲しい。》

(<http://village.infoweb.ne.jp/~fwkb8148/profile.htm>, 2000/09)

医療への不信感 長期にわたり治癒しないことや繰り返される症状の悪化, それらに伴って形成される現代医療への不信感は, 治したい一心の病者を病院ショッピングや民間医療の試用, 「脱ステ」などへと追い込みやすい (資料5)。

資料5《皮膚科の権威という偉い先生に……「先生, もう20年も病院に通っているのに, まだ治らないんです。どうしてでしょうか?」と質問した。すると先生は, 「ステロイドは, アトピーを治す薬ではありません。言わば, 上から押さえているだけです……体質が変わって治るのを待っているのです。」と答えた……青天の霹靂とはこの事だ。私は, 薬は病気を治すものだと, 頭から信じていた……そこでくじけず, 私は「では, どうすれば体質は変わるのでしょうか?」と, さらに質問した。すると, 先生は, 「大人になれば, 変わります。」と答えた。この答えを聞いて, 私は, 泣き出したい気持ちと, 吹き出したい気持ちに, 同時に襲われた。なぜなら, その時私は既に30歳近くになっていたのである……見た事が無いほどの山のような薬が出された……何とも言えない気持ちで, それらを見つめ, そして, この20年間の事を考えた。しばらくして私は, それらを全部ドサッとごみ箱に投げ捨てた……[脱ステの後] これほど努力しているのに, なぜ, と精神的にも追いつめられていった……必死になって, この状態を救ってくれる方法はないかと, 東奔西走した。》

(<http://homepage2.nifty.com/ayahatori/atopy.htm>, 2002/10)

経済的負担感 焦燥感や不信感の結果として, 医療保険診療外の各種療法を併用したり, また治療と生活に必要なグッズを購入したりする費用は, それが高額商法ではないとしても, 少なからぬ負担をもたらすことになる。

警戒心 自身の経験や病者どうしの情報交換にもとづいて, アトピービジネスや安易なマス=メディアの報道内容を警戒の対象とみなすようになる (資料6)。

資料6《Aです!アトピーも良くなっているのです。そのまま楽しく続けられそうです。……アトピーで悩んでいる人, 絶対来た方がいいですよー!!》

《Aさんのカキコがミヨーに気になります……勧誘っぽくてうそっぽく感じる今日このごろ。Aさん、何者なんですかあ?》《Aさんの通院している(入院?)病院が町立であるとのことなので、いわゆるアトピービジネスとは違うと思います。ただ……長年アトピーをやっていると様々な療法だとか薬だとか栄養剤だとかグッズなどの勧誘や情報に接することが多いので、ご自分の療法を紹介したりする場合には、具体的かつ客観的に書かないと、経験豊富(?)なアトピーの人にはなかなか信じてもらえない……》

(<http://www.guide.co.jp/atopy/bbs>, 2000/09)

III-2. アトピー病者に特有な苦悩

上述の苦悩は、一般的な病者の困難と重なり合う部分も多い。たとえば、病者のこころの動きを心理学的視点から概観した木村は、身体の不調に加えてこころに翳りをもたらす要素として、拘束感、治療にともなう苦痛、無力感、状況把握の不安定さ、思い煩い、展望の不確かさ、日常生活の不自由さ、の7点をあげている。また、慢性疾患の病者が抱える問題・ストレスに関して、課題としての身体と日常生活の不自由さ、問題多発の長期におよぶ危うい綱渡り、不確かさ・依るべなさとの戦いと忍耐、外界との繋がりへの脅かし、「ふつう」であるために払う多大な努力などの6つの側面を指摘している¹⁵⁾。

一方、これらの包括的なキーワードとの比較により、アトピー病者の苦悩の特徴としていくつかの差異が浮かび上がる。とくに注目すべきは、「自己嫌悪」、「羞恥心・差別への恐れ」、「医療への不信任」、「警戒心」への言及であろう。そこで次章においては、アトピー病者の生活に特有の困難をもたらすと考えられるこの4つの苦悩に焦点をあてながら、その背景を読み解いていくことにする。

IV. 苦悩を形成する社会的相互作用

IV-1. スティグマに彩られる「アトピー」

アトピーによる外見の変容、とくに衣服から露出する部位の炎症が悪化した場合に、否応なく「羞恥心・差別への恐れ」を背負わされてしまうことの訴え(資料7・8)は、ネット上で頻繁にみられる苦悩の語りである。

資料7《世間では、まだアトピーについて理解し

ていない人が多く偏見が多いために差別もあり……非常に悩んでいます(アトピーの辛さよりそっちのほうが辛いのです)》

(<http://homepage1.nifty.com/meme/atop.html>, 2002/11)

資料8《他人の奇異に満ちた視線等々『負の圧力』を絶えず受けていかなければならない様な状況の中でも社会の歯車の一つとして生活していかなければならないのですから、みんながみんなとは言いませんが、アトピーに苦しむ方々は広い意味での「心の病」の世界へのギリギリの位置での綱渡りを知らず知らず強要されているのです。》

(<http://www02.u-page.so-net.ne.jp/ja2/shumari/index/indexat2/atopiHPB3.htm>, 2002/11)

《世間》という不特定多数の《奇異に満ちた視線》や無理解による《偏見》は、絶えず病者を脅かし、また、容易に学習・仕事上における圧力や《差別》的行為に結びつく。病者は、生活上の相互行為のなかでいくたびも出会うこれらの経験の《強要》、および他者の反応への予期とその実現を反復することによって、社会によって漠然と負に意味づけられたイメージとしての「アトピー」を内面に具現化せざるをえない。ときにそれは、外見に対する自身の「自己嫌悪」とあいまって、アトピーの生理的苦痛より辛い《負の圧力》となる。また、アトピーに対する奇異の視線や偏見は、それが制度化されたもの、視線の主体の確固たる信念にもとづくものではないだけに、病者が抵抗すべき対象をほかし無化してしまう性格をもち、病者にとっては一方的に与えられるものでしかないように感じられる。このように病者の人生を外部からも呪縛していく「アトピー」が、疾患名として「奇妙な」という原義をもつことは、あまりに皮肉な偶然である。

往々にして負にイメージづけられる対象となり、また病者がそれを意識せざるを得ない以上、アトピー病者は、避けられるべき、忌むべきものと価値づけられた「しるし(属性)」としてスティグマを与えられたことになる。社会学者ゴッフマンは、スティグマの問題を当人の属性という「実体」論から相互の「関係」論へと組み替えたうえで¹⁶⁾、特定のスティグマを与えられた人々は、《その窮状をめぐる類似の学習経験をもち、自己についての考え方の類似した変遷—パーソナルな調整の類似した方途を選択する原因とも結果ともなる類

似の〈精神的遍歴〉をもつ傾向がある》(56)ことを指摘している。筆者もまた、ネット上のアトピー病者の語りに顕著な共通性を認めるとともに、その苦悩や困難と、ゴッフマンが明らかにしたスティグマをもつ人間の経験の類似性、人生における状況の中心的特質とのあいだに、大きな関連性がみられることに注目したい。

ゴッフマンのいう特質とは、(1)スティグマの客観的基盤とみなすものを矯正しようとする、(2)個人的努力によって閉ざされている活動分野をわがものにしようとする、(3)経験した苦しみをかたちを変えた祝福とみなそうとする、(4)スティグマを恥じ、注意を向けること自体がスティグマに由来するために現実との関係を絶とうとする、(5)スティグマのない人との接触機会を回避しようとする、(6)引きこもりにいたる場合、疑い深い、沈鬱、人に敵意を抱く、不安に満ちる、混乱に陥るなどの心理的傾向をもつ、(7)他者に向かい合う場合、自らの与える印象や、行為とスティグマを関連づける他者の解釈を強く意識し、他者から侵害されるままになるように感じる、(8)他者に向かい合う場合、敵意に満ちた虚勢と萎縮のあいだを揺れ動く、(9)スティグマのある人となない人は、お互いが気にしていることに気づき合う循環のなかで、相互考慮という無限背進に陥ることがある、(10)同じスティグマのある人々と、経験やさまざまな生活技術を伝授しあい、互いに精神的支持を求め、スティグマをもつにいたる経過を物語として展開しようとする、の10項目に要約できるだろう(20-56)。このうち(1)~(3)は、直接的な相互行為における問題であるというよりは、病者が苦悩を克服しようとする姿勢であり、また(4)はそこからの逃避である。克服の姿勢については、次章で詳述したい。残る(5)~(10)は、相互行為レベル、または集合・グループレベルにおける経験のなかで惹起する問題といえる。

これらの特質を前章で提示した苦悩の諸コードと対比してみると、(1)・(2)は「自己統制感の喪失」、 「無力感・焦燥感」、 「経済的負担感」、 「社会活動上の困難」などと表裏の関係にあるといえよう。アトピーという客観的基盤の矯正は遅々として進まず、閉ざされている活動分野を取り戻せないために抱く苦悩である。(5)~(7)は、「羞恥心・差別への恐れ」、 「孤独感・孤立感」、 「不信感」、 「警戒心」といった苦悩と、直接に結びついている。す

でに考察したように、それは、直接的な相互行為における視線や偏見・差別により形成された負の「アトピー」イメージに関連するところがある。また(10)に関しては、外出が困難となった病者にとって、同病者と情報を交換し、病いの経過を語り、心情を分かち合うためのひとつの場がインターネットとなっている。その他、具体的な資料の提示は割愛せざるをえないが、スティグマを与えられた人々の特質の各々に適合する病者の語りは、ネット上において枚挙にいとまがない。

すなわち、アトピー病者のさまざまな苦悩は、他の疾患とも重なり合う生理的苦痛やこころの翳り・ストレスとともに、「病い」の与えるスティグマにより二重に彩られたものとなっているのである。慢性疾患をもつ病者をケアする専門家や家族にとって、この分析概念への感受性がいかに必要不可欠であるかを論じたクライマンも指摘するように、病者は《スティグマを与えるようなアイデンティティに抵抗するかもしれないし、受け入れるかもしれない》が、どちらにせよ病者の《世界は根本的に変わってしまった》(210)ことを捉えておかなければならないだろう。

IV-2. 医療現場とマス=メディアにおける「アトピー」

前節で検討したように、アトピー病者の苦悩は、第1義的には疾患に起因する個人的レベルでの生理的不快感・苦痛にもとづくものの、直接的相互行為のなかでの関係性として生じる影響も大きい。その苦悩の特質は、けっして病者個人の内部にのみ還元されるものではなく、ストラウスらが指摘するように、《相互関連をもつさまざまな条件、行為／相互行為、そして帰結の複雑な織物》(169)である世界の諸側面、具体的には、個人間の相互行為というマイクロレベル、集合・グループ、組織・機構、コミュニティなどのメゾレベル、地方自治・国家などのマクロレベルへ、幾重にも結びついているものと考えられる。

病者の苦悩や相互行為における困難がスティグマの特質を帯びるとき、それはさまざまな医療の場、個々の医療従事者－病者の間というマイクロレベルから、医療組織－集合的患者というメゾレベルにおいて、病者の深刻な「医療への不信感」として表出する場合がある。そしてこの不信感は、資料5に代表されるような「脱ステ」療法やアトピービジネスの利用へと容易に移行してしまう。

これに関連して竹原は、前掲の著書のなかで《アトピー性皮膚炎の診療は今日では「説明と説得の外來」》であり《患者の心の苦しみを理解しないことには、この疾患はコントロールできない》と述べる(10-11)。また、多くの症例報告¹⁷⁾において、アトピー病者の「ノン・コンプライアンス」が問題とされている。

医療者がミクロレベルで直面し困惑する病者のノン・コンプライアンスや、その裏返しとしてのアトピービジネス・「民間療法」への期待に対しては、近年、多様な心身医学的アプローチがみられるようになった。しかしながら、病者がそのような思考や行動をとる原因に関しては、現在アトピー治療において中心的位置を占める皮膚科医師により、概して以下のように説明される場合が多い¹⁸⁾。すなわち、アトピーは「近年急速に増加した疾患」であり、「皮膚科と小児科の治療法をめぐる対立」や「一部の医師によるEBMにもとづかない提唱」などのもと、「病態についての正しい理解」が得られないまま「マス=メディアによるステロイドの副作用の報道」が先行するなど「情報が混乱」した。その間隙へ「アトピービジネスが参入」することで「つくられた難病」というイメージを患者が抱えたため、「何が適切な治療法であるか」を伝えながら「信頼関係を築くことが重要」である、という主流派医師の語りである。

その内容に関して疑義をはさむ余地はないが、筆者には、アトピーが病者に与える課題が十分に反映された論点のように思われる。たとえば、ネット上の病者の多くは、資料6で示したようにアトピービジネスやメディアの情報に対して強い「警戒心」をもっている。しかしながら、ステロイド使用の有無に関わらずその完治が望めないという「無力感・焦燥感」ゆえに、「不適切な治療法」への期待を不安とともに背負いこむのである。ドノヴァンとブレイクによれば、病者が医療者との関係のなかでノン・コンプライアンスに移行する社会的要因として、期待はずれの治療効果、煩雑な服薬要請と過剰な治療、疾患による経済的困窮・失業の懸念、家族の無理解・支援の不足、医療者への不信感の5点が、また移行の動機づけ要因として「自己の健康観との不一致」などの5点が指摘できるという¹⁹⁾。この視点からすれば、「適切な治療法」が期待はずれや煩雑・過剰に陥らないように、症状管理の方法から病者の苦悩へと観

点を深めていく、ミクロレベルでの医療者の姿勢と技法こそが期待されるであろう。

日本皮膚科学会の警鐘とその後の医療的諸実践、たとえば近年相次いで刊行されたアトピー関連の医学専門書や普及書²⁰⁾は、医師の心構えや患者への説明を重視した点で評価すべきものである。しかしながら筆者は、たびたび指摘されてきた「アトピービジネス」、「マス=メディア」、「ステロイドの可否」、「治療法の一元化」などの問題点に、病者の苦悩の原因と医療的アプローチのあり方を単純化してはならないと考える。なぜならそれは、重症な病者にとっては不可避的で全人的な「病い」の苦悩が医学的な「疾患」に、さらには、アトピーという「病気」の困難やスティグマを生み出す広範な社会的相互作用が「誤った情報」という矮小化された問題点に回収されることで、かえって病者の経験の全体像が見えなくなる可能性をはらんでいるからである。

また一方では、病者の苦悩に影響するマクロレベルの問題として、マス=メディアの姿勢も問われなくてはならない。これに関連して、コミュニティ内の噂やメディアから形成される「病気」の負のイメージについて、興味深い指摘がある。医療人類学の波平は、肺病やハンセン病、エイズなど、過去において日本の社会に大きな恐れや偏見を生み出し、忌避の対象とされた病気には、(a)慢性的症状を示し治療に長期を要するか、死にいたる不治の病いである、(b)場合によっては著しい後遺症が残る、(c)家内感染ないしは家族から複数の患者が出る傾向がある、(d)社会的に問題視された病気である、(e)病気についての十分な理解が一般の人々に普及していない、(f)一般に見かけることの少ない希少性をもつ病気である、などの共通する特徴があるという²¹⁾。アトピーが(a)・(d)に該当する点は異論がないだろう。(b)については、《著しい後遺症》を「外見にあらわれる症状」と読み換えられる。(c)については、「アトピーがうつる」というイジメの例や、医学的なアトピー素因のひとつに「家族歴」すなわち遺伝的素因が定義されている点で符合する。(e)・(f)については、マス=メディアによるセンセーショナルな話題性の先行した報道が相次いだ1980年代末～90年代中頃、およびそれ以前の状況がこれにあたるだろう。

もちろん、(a)～(f)の特徴を備えるすべての疾患が、忌避の対象とされる病気になるとは限らない。

しかしながらアトピー病者の語りからみれば、相互行為レベルの視線や偏見の生起は(b)・(e)・(f)の条件を満たすことで日常化している。さらに、医学的には正しい情報であっても、(a)・(c)は心理的な忌避につながりやすいために「噂」や報道を通して(d)の特徴を得ることになるが、その点に留意したマス=メディアが多いとは決していえない。竹原が批判するように、一部のメディアによる「魔女狩り」的報道によって増幅されたアトピー関連情報の偏りやネガティブな文化的表象と、それに対して医療者側からの(e)への対応が遅れたこと²²⁾は、軽視できない影響を病者にもたらしたといえるだろう。病者の語りをなおざりにしたまま、周囲の他者、報道関係者・アトピービジネス・医療従事者・知人・家族などが、その苦悩を矮小化したり、逆に過度に問題視したりすることによって、病者はますます心理的に追いつめられてきたと考えられる。

V. アトピー病者の「健康」と戦術

しかしながら病者は、苦痛と苦悩のなかでただ受動的に、「混乱」するままにアトピーと向き合っているわけではない。慢性化した病いとともに生きる病者は、いかなる姿勢によってその苦悩に対処しようとするのであろうか。

V-1. 病者がアトピーを肯定的に語るとき

増悪を経たアトピー病者の語りは、寛解にいたる過程において、病いの経験全体を遡及し肯定的に捉え直そうとする傾向を帯びる。それは、生活上の困難へのポジティブな姿勢の表明であり、同病者への励ましや経験の伝達を意図する形式をとることも多い。

資料9《みんな悩むところだけど、学校とか仕事とか、今ある生活との両立。……頑張ったり、あがいたりもしたけど、今年の春、退学を決意しました。それからは、罪悪感の減った毎日。これは「挫折」とは思っていません。自分の自分への選択だ、と思ってる。すごくしがみついた時もあったけど、アトピーになったことが、色んなことに気が付くチャンスで……失うものもいっぱいあるだろうけど、得るものもあったと思う。》

(<http://atopy.org/atopic/link>, 2000/09)

資料10《完治を望むことは不可能(困難)と知った上でじゃあ俺はどうすればうまく病気とつきあ

っていくか、「日常生活の質」をいかに保ちつつ、自分の人生の中でどう折り合いをつけて生きていくか、ということのをたえず考えつつ今を生きているし多分これからも一生そうだろう。このような考え方はアトピー性皮膚炎を通して最も学んだ点だ……自分の人生を形づくるものを考え出さなければならぬ……形にならないけど迷えるのも健康な証拠と感ぜられる。》

(<http://member.nifty.ne.jp/yokojiro/sub03.html>, 2002/11)

資料11《勤めていた会社と現在のアルバイト先の人達は、すごい理解して頂いて……こういう職場だと、変な焦りじゃなく「早くよくなって頑張って働きたい」と思えます。それから私は周りの人に支えられてると思います。……彼氏はその時「ひどくても、愛は愛やろ?」って言ってくれ、実際にひどい状態を見ても、顔色1つ変えず普段と同じように接してくれました。》

(<http://village.infoweb.ne.jp/~fwkb8148/profile.htm>, 2000/9)

重症の病者は、《完治を望むことは不可能》と感ぜられる慢性化のなかで、周囲や自分を支配するさまざまな視線や意味づけによって、《挫折》感や《罪悪感》などを背負う。またそれゆえ、《学校とか仕事》上の困難、《日常生活の質》の維持、数ある療法の可否などについて、つねに新たな対応をせまられざるをえない。「アトピー」というスティグマがもたらす特質は、病者をあらゆる点で制約し、《アトピーになったこと》からの逸脱を許さないようにしむけていく。他のあらゆる慢性疾患と同様、病い以外に《自分の人生を形づくるもの》を選択しようとする社会的自己の存在が脅かされるのである。

しかしながら、病いへの対応が《自分の自分への選択》として捉えられるとき、《周りの人に支えられて》いると感ぜられる場合には、病者は《得るもの》のある経験としてアトピーを語る事ができる。前章にあげたゴッフマンの指摘する特質(1)~(3)の姿勢と響き合うような「肯定の語り」を分析していくと、そこには、個々人の闘病状況の多様さにもかかわらず、いくつかの共通する「物語の様式」が潜在している。その要素は、(1)絶えず考え、迷いながらも、自分で選択していくこと、(2)社会や自らが設定した規則や目標に固執しすぎず、柔軟に対応できること、(3)日常生活のな

かで病いと折り合いをつける諸方法を身につけること、(4)失ったものとともに得たものがあると思えること、(5)自らのやり方を理解する同病者や家族・知人、医療者などを得ること、の5点として抽出が可能である。

もちろん、ネット上の情報発信者には、「脱ステ」の経験者や自己開示への意欲をもつ者が多いと推測され、病者のタイプとして偏りのある可能性を割り引かなければならない。それでもなお筆者は、病者自身が苦悩のうちに見いだした上記の要素のなかに、アトピーを病む人々へアプローチするための糸口が隠されているように思う。なぜなら病者には、医師のヒースが指摘するように²³⁾、《治癒がなく、気まぐれな苦しみになんらの科学的説明が与えられない時、忍耐と生存という物語りの構築が必要》(93)であり、それは自発的な行動変容の意識と過程を反映したものとなるからである。

V-2. 病者にとっての疾患と「健康」

逸脱を許さない諸々の制約を自らの選択や工夫のなかで肯定的に読み換えながら、病いの経験と折り合いをつけるアトピー病者の語りを前にしたとき、私たちは、医学者であり哲学者であったカンギレムの古典的な著作²⁴⁾に立ち戻らなければならないように思う。

カンギレムは、生物医学的な基準による正常と病理の区分が、その時代・地域・社会のなかで与えられた条件内での平均から生じるひとつの規範にすぎないことを明らかにするとともに、私たちのもつ健康／病気の概念とは逆の視座を提起した。一般に「病気」とは、医学的に正常とされる基準を逸脱することである。その逸脱ゆえに病者は、特定の療法や薬剤、食事や衣服、その他諸々の制約にもとづく行動や人間関係を強いられる。現代社会において一見当然に感じられるこの制約に対して、カンギレムは、病気という《別の規範に自らを変えることができず、どんなずれにも耐えられないという意味で、劣っている規範》(161)しか受け入れることができないために病者となること、それ自体を問題としてとりあげる。

その一方で、ある個人のある時点での身体が「悪い」かどうか、「病気」であるかどうかは、その人をとりまく状況、日常の生活様式や環境、年齢や主観的な身体状況などに依存的である。した

がってカンギレムは、健康／病気の区分は、集団内の統計的偏差における正常／病理の境界においてではなく、特定の個人を対象とした場合においてのみ完全に明確となるという。なぜなら、《新しい場面によって提出される課題に対して自分が劣っている感じる時……苦しむのは、その個人》であり、また《正常なものから病理的なものへのこの変換を判断するのは、個人》(160)だからである。

さらにカンギレムは、健康を特徴づけるものを《一時的に正常と定義されている規範をはみ出る可能性であり……新しい場面で新しい規範を設ける可能性》(175-176)であるとする。要するに、自らの自由な意志によって、食事や入浴や睡眠時間や仕事のやり方などの規範を逸脱したり、ときには、日常実践や社会生活における各種の規範そのものを作り替えたりすることのできる存在が、「健康」な人々なのである。それゆえ、正常と健康は同じものではないし、また、病理と病気も同じものではない。このように整理することによって、アトピー病者の「肯定の語り」を、さらに深く捉える手がかりが得られたように思う。

すなわち、不特定多数の他者、家族や知人、学校や仕事、医学(生物学的規範)や医療者、アトピービジネスやマス=メディアなどが絶えず病者に対して示す社会的規範は、多くの場合において「ずれを許さない劣った唯一の規範」としての「アトピー」である。しかもそれらの規範は、耐え難い搔痒感、外見への大きな影響、不明瞭な病因、完治がおぼつかないままの長期化といったアトピーの特徴を前提に、それぞれが多様な「唯一」を病者に対して主張し合う。さらに規範というのは、外部から押し付けられるばかりでなく、自身のなかにも取り込まれて存在しているために、病者をつねに混乱させ、迷わせるのである。

このような状況のなかで、慢性化した自らの病いとどうにか折り合いをつけようとする病者にとっては、疾患を医学的「正常」に近づけることだけがその目標とはならない。むしろより重要なのは、絡まり合ういくつもの「劣った規範」の制約を脱して、「病気であること」から「健康」を取り戻すことである。その際、前節で抽出した「物語の様式」の5つの要素、とくに(1)・(2)・(4)は、規範を自主的に取捨選択し、ときにはそこから逸脱しながら、やがて全ての規範を相対化して柔軟

に生活できるようになろうとする、病者の「ギリギリの戦術」なのではないだろうか。再びカンギレムの言葉を引用すれば、病者は《身体的危機を乗り越えて新しい秩序を打ち立てる能力で、自分の健康を測る》(179)のであり、疾患がどのような状態であっても《それが生活と両立する限り、さいごに正常になる》(180)のである。

V-3. 慢性の病いを生きる戦術

上記のような戦術のもとで、病者は、社会的規範の相互作用から構成された「アトピー」を、自分自身が意味づけ直した「病い」へと置き換えていく。その試行錯誤の過程を経た末の語りの1例を、再びネット上から取り上げてみよう。

資料12《アトピー性皮膚炎は日替わり定食みたいなもの、だと私は思っています。……毎日自分の好きなメニューばかりでは飽きますし、たまには、うまくないものがあるから、おいしいものがとてもおいしく感じれると思います。アトピー性皮膚炎も調子の悪い日があるから……普通のこと（アトピー性皮膚炎のない状態＝調子の良い状態）がうれしく感じれるようになる。当たり前のことがどれだけ幸せなことかを感じれるきっかけだと、アトピー性皮膚炎を考えられるようになれば、大変良い方向に症状も向かえるのではないかと思う今日この頃です。》

(<http://www.atopy.org/atopic/kokoro.html>, 2002/10)

ここにいたって病者は、自らの日常生活の一部としてのアトピーという病いの語りを見出ししている。このような語りは、医療人類学の浮ヶ谷²⁵⁾が明らかにした糖尿病患者に見られる現象、《「病気だけ病気ではない」という認識の仕方》(133)と重なり合う。浮ヶ谷によれば、糖尿病患者は日常的な治療のなかで、(a)固有の身体感覚の意識化、(b)医療的言説の主観的なずらし(矮小化)、(c)治療実践の習慣化、(d)「病気であること」への完全な同一化への抵抗、(e)さまざまな情報の取捨選択、(f)多様な対他関係と症状のなかでの試行錯誤、などを主体的に実践している(139-146)。それは、日常を生き抜こうとする病者が、医療者の要求する《"患者の将来のため"のセルフコントロール》を、《"今を生きるため"のセルフコントロール》(141)へと翻訳する戦術である。

生命予後はよいものの、頻繁に生起する搔痒感や苦痛、疾患の外見への表出をとまなうアトピー

と、多くは自覚症状がないまま血糖値という検査結果によって発見され、外見への影響は少ないが、合併症や死にいたる危険性をもつ糖尿病は、同じ「慢性疾患」という名称でくくるにはあまりに多くの相違点をもつ。それにもかかわらず、2種の疾患において病者のとり得る戦術、とくに上記(b)・(d)・(e)・(f)とアトピー病者の「物語の様式」として抽出した(1)~(5)の内容がほぼ一致することを、偶然で済ますことはできない。慢性化した疾患を生きる病者にとってこれらの戦術をとることは、「疾患」や「病気」の社会的規範が過度に充満した現代社会のなかで、病む身体と折り合いをつけながら自らの生活を「健康」に生きていこうとするうえで、むしろ必然的かつ本質的な結果であると考えべきであろう。

この章の目的は、アトピー病者自らが生成する戦術に注目することで、病者に与えられた課題とそこから解放される方法を、遡及的に探求しようとするものであった。これまでに重ねてきた推論が正しいとすれば、病者を、医療者が往々にしてコンプライアンスという言葉で示す、ある「劣った唯一の規範」を守り続けることで疾患への対処を永続的に達成しようとするような、自律的な存在と想定することは困難である。むしろ病者とは、自分の身体的・社会的状況に応じて、それらの規範を相対化しながら自由に往き来し、必要と思う対処を行うこと、その度に自分を励ましながらか新しい秩序を打ち立て多様な障害を最小にするための方法を工夫すること、つねに変化する自他の状態に適応しながら成熟をめざすことになかに、「健康」への実感を得るような存在なのではないだろうか。病理学的な身体状況とQOL指数が、常識的な相関を示さない場合をさす「疾病のパラドクス」という言葉は有名であるが、このパラドクスは、病者の無知や「混乱」のみから生じるわけではない。むしろ、病者が闘病生活と向き合い、情報を収集し、病いを生きる意味を考えるとこそ生まれることが知られている。アトピー病者の「健康」もまた、糖尿病などの他の慢性疾患と同様に、社会的規範や医学における生物学的規範とは異なる、いわば「病者の知」とでも呼ぶべき意味体系と戦術のもとに成立していることを、重ねて強調しておきたい。

おもに急性疾患への対処を軸として治療モデルや制度を構築してきた近代医学の歴史に比べれば、

慢性疾患への取り組みはいまだ端緒についたばかりといっても過言でないことは、ストラウスらの指摘²⁶⁾をまつまでもない。病者や家族にとって長期化する闘病生活は、疾患の「素人」からさまざまな経験と知識を得た「セミプロ」への途である。しかしながら、「患者」が担当医師の薦める治療法以外の情報を得て迷いのなかにいる場合、日本の医療者はそれを「混乱」と評価するケースがみられる。病者の戦術が「健康」に必要なものであるとすれば、「混乱」という評価のあり方自体が旧態依然とした医師－患者関係の再現でしかない場合もあるだろう。なぜなら、医療現場よりはるかに広い現代社会のなかで病者として生活する「患者」にとって、情報収集は自然な行為であり、また当然の権利だからである。その一方で、アトピー性皮膚炎治療の臨床現場では、数年前より、抑うつ状態の重症な病者に対し人生目標の探求や選択を自分で行うように配慮する「非指示的方法」をとるチーム医療や、病者のストレスや葛藤を家族背景に探る調査、搔爬行動の習慣化・嗜癖化に関する研究など、多様な心身医学的なアプローチが試みられるようになってきている²⁷⁾。具体的治療法の是非は筆者の専門の及ぶところではないが、本稿で考察してきたように、アトピーを決して「ありふれた疾患」とは感じえない病者にとっては、EBMを当然の前提としつつもNBMを重視した医療の選択肢がどれだけ用意されているか、その情報がどれほど選びやすい形で提供されているかという点に、病いととも「健康」に生きる方途が託されているといえよう。

VI. おわりに

本稿の特色のひとつは、インターネット上にみられるアトピー病者の語りをもとに、その心理的な苦悩の特質と、対処法としてあらわれる戦術の分析を試みたことにある。ネット上の語りを研究資料に用いるにあたってはさまざまな制約があるが、上記考察の結果からは、病者の苦悩や日常生活における困難、忌憚のない医療批判を容易に収集しうる点で、NBM的志向をもつ質的研究におけるパイロット・サーベイや、問題発見型アプローチの初段階に、一定の有効性をもつ手法であると考えられる。とくに、患者団体の活動が多い、症状が慢性化する、治癒率が低い、医療不信の傾向が強いといった傾向をもつ各種の疾患に関しては、

医療現場では捉えにくい動向を早期に見出すことを可能にするだろう。

また、本稿で抽出した病者の苦悩の諸コードに関して言及すれば、アトピー性皮膚炎治療の臨床現場にいる方にとっては物足りないものであったかもしれない。しかしながら本稿の意図は、クライマンのいう《共有され、取り決めがなされ…その世界を構成している構造や過程から切り離すことができない》病いの意味を、医療現場を含めつつより広い社会的相互作用のなかに位置づけること、すなわち病者の《人間関係への旅》(245)として探求することにあつた。その過程で明らかになった、スティグマを与えられたアトピー病者がおかれる状況の特質や、ノン・コンプライアンスと苦悩の関係、病いととも「健康」に生きようとする病者の戦術のあり方などは、医療者からも要請されている多元的な医療実践へのいくつかの課題を示唆するものと考えられる。

註および文献

- 1) 本稿では考察上の便宜から、クライマンの定義を参考に以下の3つの分析概念を使い分けることとする。すなわち、「疾患 (disease)」は医療従事者により生物医学的に解釈され定義づけられたもの、「病い (illness)」は病む人や家族を中心に知覚された心理的・社会的な経験と意味づけを含むもの、さらに「病気 (sickness)」はマクロな制度 (政治・経済・マス=メディアなど) のなかで位置づけられるものである。クライマン A.: 病いの語り－慢性の疾患をめぐる臨床人類学. 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳, 誠信書房, 1996.
- 2) ソンタグ S.: 隠喩としての病い・エイズとその隠喩. 富山太佳夫訳, みすず書房, 1992.
- 3) 日本皮膚科学会・アトピー性皮膚炎治療ガイドライン作成委員会: アトピー性皮膚炎治療ガイドライン. 日本皮膚科学会雑誌, 110(7); 1099-1104, 2000.
- 4) 余語琢磨: アレルギー「患者」になるということ－アトピー性皮膚炎を例として. 平成12年度自治医科大学看護短期大学公開セミナー「アレルギーの現在」, 2000年10月28日. 本稿は、そのハンドアウトの考察を骨子に、新たな資料を増補し書き改めたものである。
- 5) 日本皮膚科学会・アトピー性皮膚炎不適切治

- 療健康被害実態調査委員会：アトピー性皮膚炎における不適切治療による健康被害の実態調査 (最終報告). 日本皮膚科学会雑誌, 110(7); 1095-1098, 2000.
- 6) 越後岳士, 蕪城裕子, 島田由佳, 竹原和彦：脱ステロイド療法にて増悪後, 入院治療を行ったアトピー性皮膚炎患者の分析. 日本皮膚科学会雑誌, 112(11); 1475-1479, 2002.
- 7) 埴岡健一：インターネットを使ってガンと闘おう. 中央公論社, 1998. など.
- 8) 日本インターネット医療協議会 (<http://www.jima.or.jp/JISSEKI/kousei2001.html>)
- 9) 総務省の通信利用動向調査によれば, 平成12年のパソコン出荷台数は初めてカラーテレビの出荷台数を上回って世帯保有率も11.6%に増加し, 所有世帯のインターネット接続率も62%に達している。また, 年齢別にみるパソコンインターネット利用率は, 10歳代が29.5%, 20歳代が48.0%, 30歳代が39.5%となり, 20歳代を頂点に普及がすすんでいるようすがわかる。総務省：情報通信白書平成13年度版. 総務省, 2001.
- 10) 電子掲示板とは, ネット上にWebサイトの形態で提供され, 自由な閲覧および参加者の書き込みができるサービスのことである。そこへの書き込み (ネット上の略語は「カキコ」) は広く公開され, 不特定多数との往復書簡的な対話が可能である。
- 11) 竹原和彦：アトピービジネス. 文芸春秋, 2000.
- 12) 加藤晴久：インターネット上でのアトピー性皮膚炎. 臨牀看護, 27(7); 1097-1100, 2001.
- 13) 電子掲示板への書き込みについては, 2002年4月15日の東京地裁第622号法廷の判決において, その著作物性を認める判決が出された。確定判例ではないが, 日本においてネット上の「語り」を研究へ利用するにあたっての方法や倫理的配慮としては, 著作権法上の「公正な慣行」に基づく「引用」に準拠することになると予想される。また, ネット上のデータを対象とした内容分析の倫理面に関するアメリカでの動向については, 以下の論考を参考にされたい。Klemn,P., Nolan,M.T. : Internet cancer support groups: Legal and ethical issues for nurse researchers. Oncology Nursing Forum, 25(4); 673-676, 1998. および, Ehrenberger,H., Murray,P. : Nurses guide readers to additional literature on Internet cancer support groups. Oncology Nursing Forum, 25(9); 1497-1498, 1998.
- 14) ストラウス A., コービン J. : 質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 南裕子監訳, 操華子, 森岡崇, 志自岐康子, 竹崎久美子訳, 医学書院, 1998.
- 15) 木村登紀子：医療・看護の心理学—病者と家族の理解とケア. 川島書店, 1999.
- 16) ゴッフマン E. : ステイグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ. 石黒毅訳, せりか書房, 1970.
- 17) 倉田利恵, 加賀田尚子, 小谷永子, 鈴木はるえ：入退院を繰り返すアトピー性皮膚炎患者の看護. 臨牀看護, 27(7); 997-1002, 2001. など.
- 18) 前掲3)・5), および, 中村晃一郎：アトピー性皮膚炎における民間療法の実体について. アレルギーの臨床, 22(4); 285-288, 2002. など多数。
- 19) 小玉正博：生活習慣病とヒューマン・ケア心理学. 生活習慣病の心理と病気 (現代のエスプリ別冊), 至文堂, 31-45, 2000.
- 20) 医学専門書としては, 竹原和彦：アトピー性皮膚炎診療実践マニュアル. 文光堂, 2000. など. 普及書としては, 竹原和彦：アトピー性皮膚炎の最新知識—日本皮膚科学会相談システムに学ぶ. 医薬ジャーナル社, 2002. など.
- 21) 波平恵美子：病気と治療の文化人類学. 海鳴社, 1984.
- 22) 数多いアトピー関連書籍のなかで, 営利・宣伝を目的としない皮膚科医が執筆したものは, 近年までわずかしかなかった。アトピービジネスへの本格的警鐘に関する一般書への初出は2000年6月, また, 日本皮膚科学会を中心とした医療側のインターネット上における組織的対応は, 相談システムの開設 (<http://web.kanazawa-u.ac.jp/~med24/atopy/therapy.html>) が2000年7月, 患者向け「皮膚科Q&A」が掲示されている学会HP (<http://www.dermatol.or.jp/main.html>) の開設が2001年4月のことであった。
- 23) ヒース I. : 物語に寄り添って—一般診療におけるケアの継続性. ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話, 金剛出版, 90-99, 2001.

- 24) カンギレム G. : 正常と病理. 滝沢武久訳, 法政大学出版局, 1987.
- 25) 浮ヶ谷幸代 : 医療的言説に抗する身体. 現代思想, 28(10); 132-152, 2000.
- 26) ストラウス A.L., コービン J., ファガファウ S., グレイサー B.G., マインズ D., サゼック B., ワイナー C.L. : 慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの接点. 南裕子, 木下康仁, 野嶋佐由美訳, 医学書院, 1987.
- 27) 前掲17), 清水義輔 : アトピー性皮膚炎の精神身体医学的背景と対策. アレルギーの臨床, 18(9), 693-696, 1998., および, 小林美咲 : アトピー性皮膚炎患者の搔爬行動の検討. 日本皮膚科学会雑誌, 110(3); 275-282, 2000. など.

Original article

The illness narratives about 'atopic dermatitis'

Sufferers distress and tactics on the Internet

Takuma YOGO

Abstract

In this paper, I consider a research perspective on distress and everyday practice of sick persons living with atopic dermatitis, by focusing on "illness narratives" on the Internet HP and BBS in Japan.

First, I introduce some ideas about research into 'atopy' narratives on the Internet. And, in these narratives, I point out that atopic dermatitis has stigmatized sufferers in the eyes of others, and the other negative images also produce many distresses.

Then, 'atopy' involves sick persons in requiring adjustments, adaptation, transformations on a number of social, interpersonal, psychic levels. But mostly they are using specific manipulative devices to overcome many difficulties. In other words, the person living with a chronic disease as diabetes works out a particular 'illness tactics' when he want to exchange 'illness canons' for personal goals.

Finally, I propound that these 'tactics' are "how to have the option of information", "trial and error", "how to be equal to the occasion", "how to be transformed canons", "how to acquire good aid", and are the necessary courses of the sick person who want to be in 'health' with 'atopy'.

報告

老年看護学において学生が身につけた実践知としての看護援助能力 —意識的な振り返りを通して—

高木 初子

要旨：本研究は、老年看護学実習において学生が意識的に自己の振り返りを行ったことによる高齢者と関わる意欲の変化と実践知として身につけた看護の援助能力を検討することを目的として行った。看護大学3年生24名を対象とし、学生の生活背景および高齢者と関わる意欲、高齢者との関わりから学んだこと、高齢者のためのケアやサービス向上のシステムについて学んだこと、看護婦としての成長に影響を与えた体験について質問紙調査を実施した。その結果、「自分の能力で高齢者に質のよい看護を提供できる」、「老年学分野における看護に興味がある」に関しては、実習前後で有意に差が認められ、実習を通して高齢者と関わる意欲が高まっていた。また、学生が身につけた実践知としての援助能力は、①「高齢者と関わり、信頼関係を形成する能力」、②「高齢者の心の奥にある思いを理解していく能力」、③「その人らしさを保つ能力」、④「自己を知り変容することで新しい自己を発見する能力」の4つであった。

キーワード：老年看護学実習、振り返り、実践知、看護援助能力、行動変容

I. はじめに

看護の専門職を目指す学生は、高齢社会に向かって高齢者を直接援助する機会が多くなっていく。老年看護の実践においては、看護専門職者がいかに高齢者を理解するかが、看護援助の質を左右する。しかし、核家族化で高齢者との接触体験のない学生は、ごく少ない限られた体験のなかから高齢者像を創り上げている。また、青年期にある学生は加齢を自分とは無関係のことと考えがちであり、高齢者を自分とは違う存在としてとらえてしまう。近代産業社会は、生産性に価値を求めため、高齢者を非生産集団と位置づけ、高齢者を負の存在、弱者のイメージとしてとらえる傾向にあることも学生の高齢者観に大きな影響を与えている。

老年看護学実習において学生は、健康問題を抱え、様々な生活背景や多様なパーソナリティ、価値観をもち、個性的に生活する老年期の人々を対象に関わっていくことが求められている。学生は、

臨床の場において、多様な状況から必要な情報を集め、選択し、分析し、解釈し、対象者へのケアに対する態度や人間関係技術を学んでいく。老年看護学実習において高齢者と接する体験を通して、学生の高齢者のイメージが否定的から肯定的へ変化することが報告されている^{1)~3)}。しかし、体験や経験がなぜ学生の認識の変化を起こすのか、体験や経験が学習となる過程については述べられていない。

学生は、臨床での看護体験において自己の間違い、信念や期待の揺らぎから学習が始まるといえる。そのためには、自己の実践を常に振り返ることが必要になる。自己のなかに生じる感情を意識し、活用することが本質的に意味をもってくる。このような対象との相互関係において最終的にめざすものは、学生の内面的な変化であろう。学生自身が高齢者と話す機会をもち、援助を通して対象の認識のしかた、独断や固定した高齢者の見かたに気づくことである。そこから本当の高齢者への理解が生まれるといえる。

今回、調査対象とした学生は、介護老人保健施

設における老年看護学実習において、それぞれ1人の高齢者を受け持ち、看護過程を実践して実習を行った。高齢者は、看護者の援助により療養態度に変化を生じる。この高齢者の変化を学生に学ばせたいと考える。なぜなら、この変化に付き合うことが、学生の高齢者看護への意欲を高めることにつながると考えたからである。そして、体験を内省することによって学生は変化しながら専門性を身につけると考える。看護を学んだということは、ただ理論を習っただけではなく、実践的知識としての看護の援助能力を身につけることではないかと考える。

そこで本研究では、老年看護学実習において、教員があらかじめ与えた方向づけによって学生が意識的に自己の実践の振り返りを行ったことによる高齢者に関わる意欲の変化と、高齢者との関わりから学生が身につけた実践知としての看護の援助能力を検討することを目的とした。

II. 実践知の定義

看護学実習は、学生が健康上の問題をもった対象と実際に関わることによって、看護実践を経験する。経験とは、広辞苑⁴⁾によれば「人間のあらゆる社会的実践を含むが、人間が外界を変革するとともに、また自己自身を変化させる活動がもつとも基本的なもの」である。つまり、学生は実習での経験を通して自己と向き合い、自己を知る。人が経験を通して学ぶ意味がここにある。自己を知る経験は苦しみを伴うものであることが多い。学生にとって病氣と闘う人に対峙することは並大抵のことではなく、つらさ、悲しみの前に自己の未熟さ、何もできない自己を知ることになる。それを意味ある経験にするためには、学生はそこでの出来事に自ら主体的に関わらなければならない。

ボルノー⁵⁾は、「体験は感情を主体にした主観に偏るのに対して、経験は経験したことを客観視し、経験した人ではなく経験したことを重視する」と

説明している。実習での体験を経験にするためには、意識的な振り返りが重要である。中村⁶⁾は、『臨床の知とは何か』のなかで、「臨床の知は直感と経験と類推の積み重ねから成り立っているの、そこにおいてはとくに、経験が大きな働きをし、大きな意味をもっている」と述べている。学生は、看護学実習での体験を通して、これまで習得した専門的知識や技術が向上し、優れた観察力や判断力が身についていくといえる。学生が老年看護学実習を経験することによって得られる実践的知識は、学生が高齢者との相互主観的な「行動反省」のなかで生み出されるのである。本稿では、学生が実際に行動するなかで学んでいく「知」を「実践知」と定義する。

III. 研究方法

1. 対象

研究の対象は、著者が実習指導を担当したY看護大学3年生2グループで、各グループ4名の計24名である。期間は、Aグループが平成12年9月18日から、Bグループが平成12年10月16日から、それぞれ4週間である。

2. 調査内容与方法

質問紙調査法を用いた。調査内容は、①学生の生活背景（祖父母との交流状況）、②高齢者に関わりをもとうとする意欲、③高齢者との関わりから学んだこと、④高齢者のためのケアやサービス向上のシステムについて学んだこと、⑤自己の成長に影響を与えた体験などである。①、②については、5段階評価で回答を求め、③～⑤については、自由記述方式にて調査を行った。項目①に関しては実習前に調査をした。項目②に関しては実習の前後で調査した。③～⑤は実習後に調査した。

3. 学生が自己の関わりを振り返る視点の提示

実習開始時のオリエンテーションにおいて、学

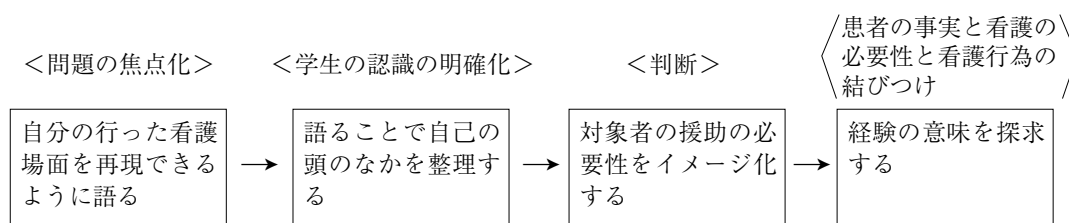


図1 自己の関わりを振り返る視点

生に高齢者に対する自己の関わりを振り返る視点を示した(図1)。これに基づき、学生に自分の関わりの振り返りを促す指導を行った。

4. 分析方法

回収した調査票は、統計分析用ソフトHALBAUを用いて分析を行った。記述された内容については、KJ法を用いて内容分析を行い、カテゴリー化を行った。老年看護学のスーパーバイザーと共に分析を行い、信頼性を高めた。

5. 倫理的配慮

学生に対し、研究の協力は強制ではなく断わることは可能であること、研究の協力と実習評価は無関係であることを説明して協力を得た。研究方法については、質問紙調査を実習の前後で実施すること、指導場面を録音することもあるが、録音されるのが嫌な場合は拒否することは可能であることを説明した。

IV. 結果

1. 学生の生活背景

1) 学生の祖父母との同居経験の有無(表1)と同居経験の時期(表2)

祖父母と同居経験のある学生は16名、現在も同居している学生は6名、高校まで同居していた学生を合わせると11名であった。同居経験のない学生は8名であった。

表1 祖父・祖母との同居経験の有無 (n=24)

| | 人数 (%) |
|---|-----------|
| 有 | 16 (66.7) |
| 無 | 8 (33.3) |

表2 同居経験の時期 (n=16)

| | 人数 (%) |
|-------|----------|
| 小学生まで | 4 (25.0) |
| 中学生まで | (6.3) |
| 高校生まで | 5 (31.3) |
| 現在も | 6 (37.5) |

2) 別居学生の祖父母との交流頻度(表3)

祖父母と別居していると答えた学生8名が、どのくらいの頻度で祖父母に会っているかを表3に示した。

表3 別居学生の祖父母との交流頻度 (n=8)

| | 人数 |
|---------|----|
| 毎日~1回/週 | 2 |
| 2~3回/月 | 2 |
| 2~3回/年 | 2 |
| 1回/年 | 2 |

3) 学生が祖父母と話す機会の有無(表4)

祖父母と話す機会を同居している学生と別居している学生とで比較したところ、祖父母と話す機会があると答えていた学生は、同居している学生では11名、別居している学生では7名であった。しかし、同居している学生でも4名の学生は話す機会がないと答えていた。

表4 学生が祖父母と話す機会 (n=24)

| | 同居学生 | 別居学生 |
|----|------|------|
| ある | 6 | 1 |
| なし | 10 | 7 |

4) 学生の祖父母の健康状態(表5)

現在、祖父母がいる学生に対して祖父母の健康状態について回答を求めたところ、17名の学生が健康または病気はあるが健康と答えており、介護が必要な状況の祖父母がいる学生は4名であった。

表5 学生の祖父母の健康状態 (n=21)

| | 同居学生 | 同居学生 |
|----------|------|------|
| 健康 | 7 | 5 |
| 病気はあるが健康 | 3 | 2 |
| 介護が必要 | 1 | 1 |

5) 高齢者に関する問題に対する興味(表6)

高齢者に関する問題に興味があるか回答を求めたところ、22名の学生が興味があると答えていた。また、マスコミの扱う高齢者像に影響を受けるかについては、表7に示したように15名の学生は影響を受けないと答えていた。ただし、ドキュメンタリー番組には影響を受けると回答した学生もいた。

表6 高齢者に関する問題に興味がある (n=24)

| | 人数 (%) |
|---|-----------|
| 有 | 22 (91.7) |
| 無 | 2 (8.3) |

表7 マスコミの扱う高齢者像に影響を受けるか (n=24)

| | 人数 (%) |
|------|-----------|
| 受ける | 9 (37.5) |
| 受けない | 15 (62.5) |

6) 学生の住んでいる地域の状況 (表8, 表9, 表10, 表11)

学生の出身地の地域性を表8に示した。直感で自分の住んでいるところの地域性について尋ねたところ、21名の学生が田舎もしくはどちらかといえば田舎と回答していた。また、地域が高齢者を大事にしているかについては、18名の学生が大事にしていると回答しており、20名の学生が近所づきあいがあると回答していた。しかし、祖父母以外の高齢者との交流については、17名の学生が交流はないと回答しており、特に祖父母と別居している学生ではほとんど交流がなかった。

表8 出身地の地域性 (n=24)

| | 人数 (%) |
|------------|-----------|
| どちらかといえば都会 | 3 (12.5) |
| どちらかといえば田舎 | 12 (50.0) |
| 田舎 | 9 (37.5) |

表9 地域が高齢者を大切にしているか (n=24)

| | 人数 (%) |
|-----|-----------|
| はい | 18 (75.0) |
| いいえ | 6 (25.0) |

表10 近所づきあいがあるか (n=24)

| | 同居学生 | 別居学生 |
|---|------|------|
| 有 | 6 | 1 |
| 無 | 7 | 7 |

表11 祖父母以外の高齢者との交流 (n=24)

| | 人数 (%) |
|---|-----------|
| 有 | 20 (83.3) |
| 無 | 4 (16.7) |

2. 学生の高齢者観の変化

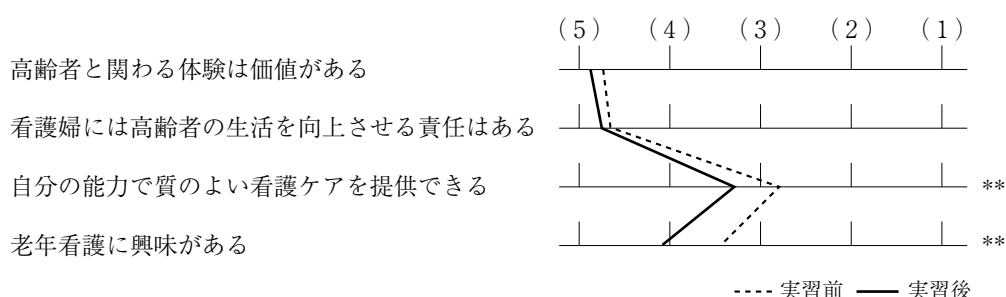
高齢者と関わる学生の意欲を知るために、1.高齢者と関わる体験は価値がある、2.看護婦の主な役割のなかに高齢者の生活の質を向上させる責任がある、3.自分の能力で高齢者に質のよい看護ケアを提供できる、4.老年学分野における看護に興味があるの4つの質問を設け、実習前と実習後にそれぞれ調査を行った。

「高齢者と関わる体験は価値がある」の平均値を実習前後で比較してみると、実習前は4.67で、実習後は4.83であった。「看護婦の主な役割の中に高齢者の生活の質を向上させる責任がある」の平均値を比較してみると、実習前は4.58で、実習後は4.73であった。「自分の能力で高齢者に質のよい看護ケアを提供できる」の平均値を比較してみると、実習前は2.82、実習後は3.39であった ($t = 3.03, p < 0.01$)。「老年学分野における看護に興味がある」の平均値を比較してみると、実習前は3.48、実習後は4.09であった ($t = 3.26, p < 0.01$) (図2)。

3. 高齢者との関わりから学んだ大切なこと

学生の高齢者観に影響を与えるものとして、高齢者と関わる学生の姿勢があるのではないかと考えた。そこで、老年看護学実習において高齢者との関わりをもって感じた最も大切なことを2つ自由記述とした。それをカード化し、分類したところ、7カテゴリーに分けられた (表12)。

第1カテゴリー、生活史や価値観を尊重することの大切さは、“その人の生活背景を考えた上で、その人の思いを受けとめなければならない”、“高齢者はその生きてきた背景によって、思いや価値観が様々である”、“今までの生活背景や価値観を把握しないと、その人にあった看護は提供できな



注) ** t検定で1%水準で有意差があった

図2 高齢者に関わる意欲の実習前後の比較

い”などの内容であった。

第2カテゴリー、尊重する態度で接することの大切さは、“関心を持って接することで「大切にされている」とわかってもらう”、“敬っているという態度で接する”、“高齢者を敬う気持ち、相手と同じ目線に立って接していく”などの内容であった。

第3カテゴリー、その人の力を生かすことの大切さは、“一緒に何かをやり遂げることで高齢者のできる能力を引き出すことができる”、“今もっている機能を維持していくよう関わる”、“高齢者のもてる力をどのように見極めるのか”などの内容であった。

第4カテゴリー、技術を身につけることの大切さは、“痛み・不安・寂しさなどに対しては言葉だけではなく、ボディタッチを行うことで少しは軽減する”、“自分から見てよい看護だと思っても、高齢者にとっては必ずしもよいと言えない”、“言葉だけではなく、表情やしぐさなどをよくみることも大切”などの内容であった。

第5カテゴリー、ペースを合わせることの大切さは、“高齢者のペースに合わせる”、“その人にあったコミュニケーションを行う”、“その人のペースで行いできるまで見守る”などの内容であった。

第6カテゴリー、個性を尊重することの大切さ

表12 高齢者とかかわりをもって学んだ大切なこと

| カテゴリー | 内 容 |
|-----------------------|--|
| 1. 生活史や価値観を尊重することの大切さ | <ul style="list-style-type: none"> ・その人の生活背景を考えた上で、その人の思いを受けとめなければならない。 ・高齢者はその人の生きてきた背景によって、思いや価値観が様々である。 ・高齢者の価値観は動かせない。 ・今までの生活背景や価値観を把握しないと、その人にあった看護は提供できない。 ・今までの日々の生活によって、現在の自分があるということ。 |
| 2. 尊重する態度で接することの大切さ | <ul style="list-style-type: none"> ・尊敬する態度で関わること。 ・関心を持って接することで「大切にされている」とわかってもらうこと。 ・敬っているという態度で接すること。 ・高齢者を敬う気持ち、相手と同じ目線に立って接していくこと。 ・関心を持ち、敬意を持つことが大切。 |
| 3. その人の力を生かすことの大切さ | <ul style="list-style-type: none"> ・一緒に何かをやり遂げることで、高齢者のできる能力を引き出せる。 ・今持っている機能を維持していくよう関わる。 ・高齢者のもてる力をどうやって見極めるのか。 ・できないという思い込みより、できるのではという視点で関わると、いろんな発見ができる。 |
| 4. 技術を身につけることの大切さ | <ul style="list-style-type: none"> ・痛み・不安・寂しさなどに対しては言葉だけではなく、ボディタッチも行うことで少しは軽減する。 ・自分から見てよい看護だと思っても、高齢者にとっては必ずしもよいとはいえない。 ・言葉だけでなく、表情やしぐさなどをよく見ることも大切。 ・痴呆の方とのコミュニケーション。 |
| 5. ペースを合わせることの大切さ | <ul style="list-style-type: none"> ・その人のペースで行い、できるまで見守ること。 ・高齢者のペースに合わせる。 ・その人のペースを大切にすること。 ・その人にあったコミュニケーションを行う。 |
| 6. 個性を尊重することの大切さ | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の身体の特徴、生活リズムに留意する。 ・老年期というステージにもいろいろな人がいるが、比べることはできない。 |
| 7. 老年期のマイナスのとらえかた | <ul style="list-style-type: none"> ・生きがいを持って生活している人は少ない。 |

は、“高齢者の身体の特徴，生活リズムに留意する”，“老年期というステージにもいろいろな人がいるが，比べることはできない”の内容であった。

第7カテゴリー，老年期におけるマイナスな点は，“生きがいをもって生活している人は少ない”の内容であった。

4. 高齢者ケア・サービス向上に関しての学び

医療処置を受けながら在宅で療養をしている高齢者や回復期ケアが必要な高齢者は増加しているが，在宅での継続が困難な場合も少なくない。在宅療養をしている高齢者が必ずしも家庭で生活できる条件が満たされているわけではない。そのなかで介護老人保健施設は，地域ケア体制のなかで欠かすことができない施設である。

今回の老年看護学実習は，介護老人保健施設，通所リハビリテーション，訪問看護ステーション，在宅介護支援センターと高齢者が生活している様々な場においての実習であった。そこで，学生が高齢者のためのケアやサービス向上のシステムについてどのように考えたのかを自由記述式で調査した。その結果は，6カテゴリーに分けられた。

(表13)

第1カテゴリー，質の向上を図るための連携についての考えは，“各職種間で情報の交換を充分に行って，連携が密にとられることがサービスの質をあげる”，“施設から在宅への連携を考えて，施設にいるときから在宅への連携を考えて，施設にいる時から援助を行っていく”，“その人のもてる力を十分にひきだせるようなサービスでなければならぬ”などの内容であった。

第2カテゴリー，職種間の連携を行う前提についての考えは，“その人の訴えを尊重し，可能性を引き出すことが重要”，“その人のためとはいえ，無理やり行動を強いることは絶対にすべきでない”，“ひとりひとりの高齢者に関わる時間がもっと多いと，その高齢者の残存機能や欲求に合ったケアができる”などの内容であった。

第3カテゴリー，システムについての考えは，“サービスを受けていない高齢者の発掘をしていくことは重要”，“サービスがあることを高齢者や家族が知ることができるよう，広報活動も大切”，“在宅では家族指導をし，ケアが継続されるようにする”などの内容であった。

表13 高齢者のためのケアやサービス向上のシステムについて何を考えたか

| カテゴリー | 内 容 |
|------------------------|---|
| 1. 質の向上を図るための連携についての考え | <ul style="list-style-type: none"> ・各職種間で情報の交換を充分に行って，連携が密にとられることがサービスの質を上げる。 ・施設から在宅への連携を考えて，施設にいるときから援助を行っていく。 ・その人のもてる力を十分に引き出せるようなサービスでなければならぬ。 ・その人の望むものでなくてはならない。 |
| 2. 職種間の連携を行う前提についての考え | <ul style="list-style-type: none"> ・その人の訴えを尊重し，可能性を引き出すことが重要。 ・その人のためとはいえ，無理やり行動を強いることは絶対にすべきでない。 ・一人一人の高齢者に関わる時間がもっと多いと，その高齢者の残存機能や欲求に合ったケアができる。 |
| 3. システムについての考え | <ul style="list-style-type: none"> ・サービスを受けていない高齢者の発掘をしていくことは重要。 ・サービスがあることを高齢者や家族が知ることができるよう，広報活動も大切。 ・在宅では家族指導をし，ケアが継続されるようにする。 |
| 4. 役割についての考え | <ul style="list-style-type: none"> ・看護と介護それぞれがお互いの独自の役割を果たしながら，お互いの役割を知っておくこと。 ・あらゆる職種の人達が各自の役割を明確にして，その役割を果たしていくこと。 |
| 5. 看護の役割についての考え | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の目標を達成するためには，どの職種がどのように関わるのかを考え，調整するのが看護の役割である。 |
| 6. 連携の難しさ | <ul style="list-style-type: none"> ・様々な分野との連携が必要だが，実際施設は忙しくてバランスが崩れる。 |

第4カテゴリー、役割についての考えは、“看護と介護それぞれがお互いの独自の役割を果たしながら、お互いの役割を知っておくこと”、“あらゆる職種の人達が各自の役割を明確にして、その役割を果たしていくこと”などの内容であった。

第5カテゴリー、看護の役割についての考えは、“高齢者の目標を達成するためには、どの職種がどのように関わるのかを考え、調整するのが看護の役割である”の内容であった。

第6カテゴリー、連携の難しさについての考えは、“様々な分野との連携が必要だが、実際施設は忙しくてバランスが崩れている”の内容であった。

5. 自己の成長に影響を与えた体験

実際に高齢者と関わることによって、学生の高齢者観に変化が起きるのである。そこで、自己にとって成長を与えた体験を自由に記述してもらっ

表14 看護婦としての学生の成長に影響を与えた体験

| カテゴリー | 内 容 |
|---------------------|---|
| 1. 自己の援助行為を通して学んだ体験 | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に頼られたことを実感し、会話もスムーズにできたことで、自信がもてるようになった。 ・遠慮がちだった方が「～したい」と言ってくれるようになった。 ・自分の関わりによって高齢者が望んでいることに近づけることができた。 ・その場に適応した援助が必要だとわかった。 ・看護婦は自分の満足のために援助しているのではないということ学んだ。 |
| 2. 自分が変化した体験 | <ul style="list-style-type: none"> ・受け持ちの高齢者に関心をもてたこと。 ・白癩のケアがされていないことに対しケアするよう意見を言ったことで、自分が真剣に看護の対象としてみていることに気づけた。 ・ベッド柵をするのを忘れた経験から、あらゆる危険から高齢者を守るために細心の注意を払わなければとつくづく感じた。 ・“オムツを直してほしい”という要求を相手の反応と自分のやりとりから見つけ、相手が納得した反応を示すまで妥協しなかったこと。 |
| 3. 相手を理解していく体験 | <ul style="list-style-type: none"> ・会話の内容だけでなく、その奥にあるその人が何を考えてその話をしているのかに目を向ける必要性。 ・自分が見たり聞いたりしたことに対して、本人はどうなのかを確かめていくことが大切だとわかった。 ・全体像を書いたことで、受け持ち高齢者が具体的に見えるようになった。 ・介護職と接する中で、看護としての視点をもって対象に接していかなければ看護婦としての意味がない。 |
| 4. 生活の場の違いがもたらした体験 | <ul style="list-style-type: none"> ・生活の場によって同じ看護を提供してもダメだということに気づけた。 ・生活の場が違うことで、高齢者の像が変わる。 ・訪問看護をさせていただいた家族との関わり。 |
| 5. 高齢者から教わった体験 | <ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしをしていたという事実を知った時、いろいろな生き方があるんだなと思った。 ・今まで知らなかったことを教えてもらい、世界が広がった。 |
| 6. 指導者の助言による学びの体験 | <ul style="list-style-type: none"> ・対象の生命力を円としてとらえたときの看護の視点について助言してもらったこと。 ・私への依存は、高齢者の生活のなかにある一面にすぎないと言われた。 |
| 7. つらい体験 | <ul style="list-style-type: none"> ・受け持ちの高齢者から拒否されたこと。 ・受け持ちの高齢者が亡くなったこと。 |

た。その結果は、7カテゴリーに分けられた(表14)。

第1カテゴリー、自己の援助行為を通して学んだ体験は、“高齢者に頼られたことを実感し、会話もスムーズにできたことで自信がもてるようになった”、“遠慮しがちだった方が「～したい」と言ってくれるようになった”、“自分の関わりによって高齢者が望んでいることに近づけることができた”などの内容であった。

第2カテゴリー、自分が変化した体験は、“受け持ちの高齢者に関心をもてたこと”、“白癬のケアがされていないことに対しケアするよう意見を言えたことで、自分が真剣に看護の対象として見ていることに気づいた”、“ベッド柵をするのを忘れた経験から、あらゆる危険から高齢者を守るために細心の注意を払わなければとつくづく思った”などの内容であった。

第3カテゴリー、相手を理解していく体験は、“会話の内容だけでなく、その奥にあるその人が何を考えてその話しをしているのかに目を向ける必要性”、“自分が見たり聞いたりしたことに対して、本人はどうなのかを確かめていくことが大切だとわかった”、“全体像を書いたことで、受け持ち高齢者が具体的に見えるようになった”などの内容であった。

第4カテゴリー、生活の場の違いがもたらした体験は、“生活の場によって同じ看護を提供してもダメだということに気づけた”、“生活の場が違うことで高齢者像が変わる”などの内容であった。

第5カテゴリー、高齢者から教わった体験は、“一人暮らしをしていたという事実を知った時、いろいろな生き方があると思った”、“今まで知らなかったことを教えてもらい、世界が広がった”などの内容であった。

第6カテゴリー、指導者の助言による学びの体験は、“対象の生命力を円としてとらえたときの看護の視点について助言してもらったこと”などの内容であった。

第7カテゴリー、つらい体験は、“受け持ち高齢者から拒否されたこと”の内容であった。

V. 考察

1. 高齢者と関わる姿勢の変化

学生の高齢者と関わる意欲は、図1に示したように「高齢者と関わる体験は価値がある」と「看

護婦の主な役割のなかに高齢者の生活の質を向上させる責任がある」に関しては、実習前からそれぞれ4.67, 4.58と高値を示していた。これは老年看護学の学習過程で、学生が高齢者への看護は加齢や老年病という部分的変化のみに目を向けるのではなく、日常生活面も含めた全体に注目し、時間的流れを加味してとらえる必要性を知識としてもっていた結果といえる。実際の高齢者と接することによって、もっていた知識を実際の場面と照らしながら、高齢者の看護を実感し、自分なりに納得を追及していった結果といえるだろう。

次に、「自分の能力で高齢者に質のよい看護ケアを提供できる」と「老年学分野における看護に興味がある」の項目については、2項目とも実習前と後で有意に差がみられた。老年看護学実習直前の学生は、「自分の能力で高齢者に質のよい看護ケアを提供できる」の項目の平均が2.82と低値を示したように、本当に今の自分の看護技術で受け持ちの高齢者に適切な援助が提供できるのか不安をもっていたのだろう。しかし、実習後には「自分の能力で高齢者に質のよい看護ケアを提供できる」の項目の平均値が3.39になり、実習前と実習後の平均値をt検定すると1%水準で有意差がみられた。その理由を考えてみると、学生は、実習開始2日目に学内で受け持ち高齢者の日常生活動作についての情報をもとに、その高齢者に必要であると考えられる看護技術の練習を行ったことによって、自己の看護技術に対して自信をもつことができたからだと考えられる。この自己の技術への自信が学生の不安を軽減する効果を生み、高齢者に関わる時に気持ちに少しゆとりがもてたのではないかと考える。また、学生は実習中に受け持ち高齢者とよい人間関係を築くことができたことや、援助の場面を通じて高齢者が自分を頼りにしてくれていることを実感したことが学生の自信につながっていったのだろう。

「老年学分野における看護に興味がある」の項目の平均値は、実習前は3.48であったが、実習後は4.09になり、t検定すると1%水準で有意差がみられた。この理由として、学生は受け持ち高齢者との関わりから、その人の生活史や価値観を尊重することを感じとり、高齢者を尊重することで良い関係を築くことができたからだと考えられる。そして、学生は高齢者から信頼される経験をしたことによって、自分に自信をもつことができたの

である。

2. 高齢者理解の変化

実習において学生は、受け持ちの高齢者と出会い、関係をつくるためにその高齢者を観察し、その観察に基づき相手がどういう人であるのかを判断していくのである。実習開始時のカンファレンスにおいて、本研究で対象とした学生に自分の実習での課題を述べてもらった。学生の多くは、高齢者とのコミュニケーションを図ることができるようになることを自分の課題としていた。学生は看護が人間を対象としていることは知っているが、これは理屈で知っているレベル、観念的なものである。ある学生はカンファレンスで、「自分はカルテに食事一部介助と書かれているとそれを鵜呑みにして、高齢者自身を見ないで接していた。今まで自分は相手を見ていないことに気づかずに援助していたことに気づいた。自分の目で観察することの大切さを学んだ」と述べていた。このように、実習初期の段階では、学生は高齢者の病气、年齢、職業、日常生活動作などを知ることが、高齢者を理解することだと考えてしまう傾向にある。カルテに書いてあることを鵜呑みにし、その人をわかったつもりになってしまうのである。高齢者のおかれている様々な状況の特質をもとに判断しているため、本当の理解には至っていない状況である。

学生が高齢者との関係を深めていくためには、学生が高齢者への先入観をもたずに、高齢者のひとつひとつの言葉を聞きとる態度が重要になる。人間の真の理解は、その人その人の感じを共に体験することによってなされるのだといえる。それゆえ、高齢者を看護していく上で、その人の過去の生活史を知ることが大切である。竹内⁷⁾は、個人の現実を作り上げている生活の一貫した流れのなかで人をとらえることの重要性、すなわち生活史にそった援助の重要性を強調している。人は毎日の生活の中で、自己の考えや物の見方が身につくのである。学生は高齢者との関わりから、高齢者にとって長い歳月の中で培ってきた考えはすぐには変えられないと感じ、看護者は高齢者の考えを変えようという関わりではなく、その考えを認める関わりが必要であることに気づいている。また、多くの高齢者と接して世代の違いによる価値観の違いを感じとり、学生が自分の価値観を押

しつけるのではなく、その人の生き方を支えていくことの大切さにも気づくことができた。つまり、相手の価値観を尊重する関わりをすることが、相手との関係を深めていくことにつながることを自己の経験からつかみとり、変化したのである。このことは、学生が実習を通して学んだ最も大切なこととして、“その人の生活背景を考えた上で、その人の思いを受けとめなければならない”、“今までの生活背景や価値観を把握しないと、その人であった看護は提供できない”など、生活史や価値観を尊重することの大切さをあげていることから裏付けられる。

また学生は、会話ができれば相手とコミュニケーションが図れていると感じていることが多いが、高齢者の場合は難聴やコミュニケーションの機会の減少によって人と関わっていく力が衰え、言語的なコミュニケーションが図りにくくなっている。このことも学生が高齢者との関係を築きにくい原因である。しかし、学生が高齢者の側にいるようにしたら、相手にこちらの気持ちが通じて、コミュニケーションがとれるようになった事実から、高齢者の気持ちに寄り添うこと、自分が関心をもつことによって高齢者の反応が違うことを感じている。相手の言葉に隠された感情や意味に目を向けることの重要性に気づいたのである。過去において患者とのコミュニケーションで困ったことはなかった学生が、入浴を拒否する高齢者との関わりを通して、今までは相手の言葉を知るだけでその人をわかったつもりになっていた自己に気づくことができた。高齢者が入浴を拒否したのは、洗濯物が増えて家族に迷惑をかけることを気にしての言動だったことを知ってから、その人の心の奥にある思いに目を向けていかなければならないことを学んだのである。

3. 自己の価値基準や傾向に気づく

学生が高齢者と関わる実践の背景には、学生の高齢者に対する考えや先入観があらかじめ存在している。本研究の対象学生の背景をみると、祖父母との同居経験のある学生は16名おり、なおかつ祖父母と話をすることがあると回答していた学生は、祖父母との同居、別居を合わせて18名であった。しかし、同居していても祖父母との交流がないと答えている学生も4名おり、別居学生の祖父母との交流頻度も年1~3回と、決して高齢者との

交流が多いとはいえない。さらに、学生の祖父母の健康状態をみると、17名の学生が健康または病気があっても健康と回答しており、病気や障害のある高齢者との交流体験はほとんどないといえる。ましてや青年期にある学生にとって老年期とは想像もつかない将来のことなのである。それゆえ、学生は病気や障害、痴呆のある高齢者をイメージしにくいのではないだろうか。そのような状況の学生にとって、老年看護学実習開始当初は、受け持ちの高齢者に対してどのように接してよいかわからない状況なのである。

学生Aの場合、受け持ちの高齢者がとても耳が遠く、学生が一方的に話しかけて高齢者がそれにならずくというコミュニケーションであった。学生Aはこの形が受け持ちの高齢者とのコミュニケーションの形態であるという認識を持っていた。しかし、集音器を使用したことによって高齢者がひとつひとつの声かけに反応を示したことから、学生Aは、自分の今までの関わり方は一方通行の理解であると自己の価値判断に気づいたのである。学生Bの場合、痴呆があり発語のはっきりしない高齢者と出会い、コミュニケーションを図ることができずに高齢者を怒らせる体験をした。この学生は痴呆に対して、話しの内容が錯話なのではないかという偏見をもっていたが、高齢者に怒られる体験から自己の関わり方を振り返り、痴呆に対する自己の偏見に気づいたのである。痴呆の高齢者の空想はその人の表現であり、その感情をとらえるためには、その人の心の底にある感情までふみこんで話を傾聴する必要がある。学生Bは痴呆に対する偏見をもっているのは、高齢者の心の底にある感情を傾聴することができず、それでは高齢者自身を理解できないことがわかったのである。学生Bは、自己の意識が相手の言葉に集中していたことに気づき、なぜ相手がそのような言葉を発するのかという、相手の心のなかを読み取ることを高齢者から学んだのである。実習最終日には、レクリエーションへの参加を拒否する高齢者に、どのように働きかけたら相手の行動の変化を起こすことができるのかを考え、以前の経験から相手の興味のあることでレクリエーションに誘い出すことができた。学生は、この高齢者と関わった以前の自己の実践から得た知識を活用して、高齢者へ働きかけるように変化したのである。このように、学生が自己の価値基準に気づくことによって、

相手の心のなかを知ろうとする姿勢に変わり、その変化により高齢者への関わりが誠実になっていく。自分自身を正直に認めるということが、他者に対しても正直に対応できるのである。

4. 実践知として学生が身につけた看護の援助能力

学生の老年看護学実習での経験を分析し、実践知として学生が身につけた看護の援助能力として以下の4つのカテゴリーを抽出した。第1のカテゴリーは、「高齢者と関わり信頼関係を形成する能力」である。これは、学生が高齢者と関わりをもって学んだ大切なことの記述から抽出した「尊重する態度で接する」、「ペースを合わせる」のサブカテゴリーから抽出したもので、学生自身にとって一番根底となる対象者との関係づくりを示すものである。高齢者に関心をもって接することによって高齢者が大切にされていることが実感できるように関わること、敬っているという態度で接すること、相手と同じ目線に立って接していくこと、自分の思いこみで相手を判断してはいけないことなど、尊重する態度で接することを実感している。また、学生は高齢者の動作をもどかしく思ったのであろうが、実際に援助を行うことによって、その人のペースで行い、相手ができるまで見守ること、その人のペースを大切にすることの大切さに気づいている。

第2のカテゴリーは、「高齢者の心の奥にある思いを理解していく能力」である。これは、学生が高齢者と関わりをもって学んだ大切なことの記述から抽出した「相手を理解していく」、「高齢者から教わった」、「生活の場の違い」のサブカテゴリーから抽出したものである。これは学生が高齢者を理解していくプロセスで獲得したもので、看護者として対象を理解していく上で常に意識していかなければならない側面に関する能力を示すものである。学生は、高齢者との会話の内容だけでなく、その奥にあるその人がどんな思いでその話をしているのかに目を向ける必要性に気づき、自分が見たり聞いたりしたことに対して、高齢者本人はどのように思っているのかを確かめていくことの大切さを感じたのである。

第3のカテゴリーは、「その人らしさを保つ能力」である。これは、学生が高齢者と関わりをもって学んだ大切なことの記述から抽出した「生活史や価値観を尊重する」、「その人の力を生かす」、「個

性を尊重する」のサブカテゴリーから抽出したもので、高齢者への看護を行う上で大切な看護の視点からみてぜひ備えたい能力を示すものである。学生は、高齢者に車椅子の移動動作を指導する場面を通し、高齢者は新しい動作を取り入れることや今までの自分のやり方を変えることは困難であることを体験した。このことから学生は、高齢者の価値観は動かせないから自分が自己の考えにこだわらないで、高齢者のやり方に添っていくことを学んだのである。また、高齢者は過去の日々の生活を経て現在があるのだから、今までの生活背景や価値観を把握しないと、その人にあった看護は提供できないことに気づいたのである。

第4のカテゴリーは「自己を知り変容することで新しい自己を発見する能力」である。これは、学生が高齢者と関わりをもって学んだ大切なことの記述から抽出した「自分が変化した」、「自己の援助行為を通して学んだ」、「つらい体験」のサブカテゴリーから抽出したもので、実習における体験を通して自己と向き合い自己を知ることは人間にとっての真の成長を示すものである。高齢者と意思の疎通も図れず、関係も築けなかった学生は、この体験を振り返ることによって、「相手を観察するとともに、自分の行っていることを振り返ることで、自分を変える。それが相手に近づくことである」と気づくことができたのである。

VI. まとめ

本研究では、老年看護学実習における体験の振り返りを行うことによる学生の変容を明らかにし、学生が獲得した実践知としての援助能力を導き出した。また、学生が実習での経験を看護として意味づけ、自己の学びとしていく過程を検討し、分析した。その結果は、以下のようにまとめられる。

1) 老年看護学実習において、学生の多くは「高齢者と関わる体験には価値がある」と感じており、看護師の主な役割のなかに「高齢者の生活の質を向上させる責任がある」とも感じている。「自分の能力で高齢者に質のよい看護を提供できる」については、実習前後で有意に差があった ($t = 3.03, p < 0.01$)。「老年学分野における看護に興味がある」も実習前後で有意に差があった ($t = 3.26, p < 0.01$)。

2) 老年看護学実習の学習過程で、高齢者との関係が深まることによって、相手の言葉に隠され

た感情や意味に目を向ける姿勢へと変化がみられた。

3) 学生は高齢者と関わることによって、自己の価値判断や傾向に気づき、看護師対患者という役割関係から個人対個人の関係へと変容したのである。

4) 学生が獲得する必要がある実践知としての援助能力は、①「高齢者との関わり信頼関係を形成する能力」、②「高齢者の心の奥にある思いを理解していく能力」、③「その人らしさを保つ能力」、④「自己を知り変容することで新しい自己を発見する能力」の4つである。「高齢者との関わり信頼関係を形成する能力」は、学生自身にとって一番根底となる対象者との関係づくりを示すものであろうし、「高齢者の心の奥にある思いを理解していく能力」は学生が高齢者を理解していくプロセスの中で獲得した、看護者としての対象を理解していくために常に意識していかなければならない能力である。「その人らしさを保つ能力」は高齢者への看護を行う上で大切な看護の視点を示すものであろうし、「自己を知り変容することで新しい自己を発見する能力」は実習における体験を通して自己と向き合い人間の真の成長を示すものである。

文献

- 1) 佐瀬真粧美, 佐藤敏子, 鳴海喜代子: 老人保健施設実習における看護学生の老人イメージについて. 帝京平成短期大学紀要, 5, 1995.
- 2) 倉鋪桂子, 原 祥子: 看護学生の老人のイメージ. 島根県立看護短期大学紀要, 2, 1997.
- 3) 瀧 断子, 吉尾千世子, 諏訪さゆり: 老年看護学実習前後の老年者に対するイメージの変化. 東京女子医科大学看護学部紀要, 2, 1999.
- 4) 新村 出 (編): 広辞苑 (第4版), 岩波書店, 1993.
- 5) ボルノー (浜田正秀訳): 人間学的に見た教育学 (改訂版). p.178, 玉川大学出版会, 1992.
- 6) 中村雄二郎: 臨床の知とは何か. p.136, 岩波新書, 1995.
- 7) 竹内孝仁: 医療は生活に出会えるか. 医歯薬出版, 1995.
- 8) Nancy Diekelmann: 看護教育; ケアリング・

- 対話・および実践. 看護教育, 24(4); 329-341, 1991.
- 9) 安酸史子: 経験型実習教育の考え方. *Quality Nursing*, 5(8); 568-576, 1999.
- 10) Schon D.: *Educating the Reflective Practitioner; Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*, Jossey-Bass(San Francisco), 1987.
- 11) 岡田ルリ子: 学生のリフレクションを喚起した発問—臨地実習での葛藤体験を語るカンファレンスにおいて—, *Quality Nursing*, 5(8); 502-507, 1999.
- 12) 守谷國光: 老年期の自我発達心理学的研究. 風間書房, 1994.
- 13) 野口美和子: 老人看護学再考—自我発達の観点から. *Quality Nursing*, 3(10); 972-977, 1997.
- 14) 藤岡寛治: 臨地実習教育の授業としての成立. 看護教育, 37(2); 94-101, 1996.
- 15) 佐伯 胖: シリーズ学びと文化1 学びへの誘い. 東京大学出版会, 1995.
- 16) 佐藤 学: 教育方法学. 岩波新書, 1996.

Report

Ability to give nursing assistance that students acquired as practical knowledge through a study of geriatric nursing

Through a conscious effort to reflect on her behavior

Hatsuko TAKAGI

Abstract

The purpose of this study is twofold: to observe changes in a nursing student's desire to become involved with the aged through a conscious effort to reflect on her behavior; and to evaluate the student's ability to extend nursing assistance that they acquired as practical knowledge through clinical training in geriatric nursing.

The subjects consisted of 24 third-year students at a nursing university. A survey was conducted by having them fill out a questionnaire that pertained to the student's personal background, desire to become involved with the aged, experiences gained through interactions with them, knowledge acquired about systems to improve the care and services for senior citizens, and experiences that had effects on their personal growth as nurses.

The results of the survey showed that there was a significant difference between before and after clinical training in their comments to the following statements: "I can offer quality nursing care to the aged by applying my own ability as a nurse" and "I am interested in geriatric nursing." This difference illustrated that the students were reinforced in their desire to become involved with aged patients through clinical training.

The nursing capabilities that the students acquired as practical knowledge were defined as: (1) an ability to form a trusting relationship through interaction with the aged; (2) an ability to understand the mental processes that are not normally expressed by the aged; (3) an ability to maintain his or her own personality traits; and (4) an ability to discover his or her new self through learning about himself (or herself) and undergoing the necessary transformation.

報告

外来に通院する糖尿病患者の実態

村上礼子, 中村美鈴, 友竹千恵, 小平京子, 塚越フミエ

The actual conditions of diabetic outpatients

Reiko MURAKAMI, Misuzu NAKAMURA, Chie TOMOTAKE
Kyoko KODAIRA, Fumie TSUKAGOSHI

要旨: 糖尿病患者は予備軍を含め1,470万人になると言われ, 増加傾向にある。糖尿病の予防, 治療, 症状管理, ケアへの取り組みは医療者にとって重要な課題である。そこで, 外来に通院する糖尿病患者の血糖コントロールとそれに関わる要因を把握し, 今後, 必要とされる看護や支援システムの内容を検討する一資料とすることを目的に, C大学病院にて調査を行った。その結果を報告する。対象者の8割は2型糖尿病で, 平均年齢から成人期にある者が多く, 親族に糖尿病歴のある者が多かった。2型糖尿病の遺伝との関係を考慮すると, 糖尿病予備軍の可能性の高い家族も含めた支援を考えていく必要がある。また, 食事療法の指導を受けた経験がある者が68.0%で, 運動療法の指導を受けたことがある者は4.6%であった。対象者の大半は動脈硬化と診断されていないが, T-choやHDL, TGの平均値は正常域か少し超える程度であり, 早期に高脂血症の予防教育が必要である。さらに入院前と退院直後の採血データ値から, 食事療法や運動療法によって血糖コントロールは可能であり, 今後, 患者自身がどのような生活で血糖コントロールができるのかを知り, 生活の中で運動の量を増やし, その活動に合わせた食生活をしていくという体験ができるような働きかけが必要であると考ええる。

キーワード: 糖尿病患者, 血糖コントロール, 通院状況

I. はじめに

2002年の国民衛生の動向によると, 糖尿病患者は予備軍を含め1470万人になると言われ, 年々患者数は増加している¹⁾。糖尿病の予防, 治療, 症状管理, ケアへの取り組みは医療者にとって重要な課題である。

わが国における糖尿病の大半は, 2型糖尿病である。2型糖尿病は, 遺伝的素因に加え過食, 運

動不足, ストレスなどが誘引となって成人期に発症する生活習慣病のひとつである。糖尿病の血糖コントロールは, 食事や運動など生活習慣を見直し, その実行を継続するセルフケアが中心となる。糖尿病とともにある生活とは, 知識や技術を患者自身の生活に組み込み, いかに作りかえるかという作業のくり返しである。いかにその人らしく, 糖尿病とともにある生活を送れるかが, 糖尿病の進行を防ぎ, 様々な合併症を予防することにつながる。しかし, そうした作業には多くの困難をともしない, 環境と関連づけ, 調整する手助けが必要である。しかし, いくつかの調査報告のうち, 看

自治医科大学 看護学部 成人看護学

Adult Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

護の現状において、外来患者の長期的支援は不十分なところが多く、看護の支援システムの検討が重要な課題となっている。

A 大学病院糖尿病外来に通院している患者の実態調査では、患者の約9割が2型糖尿病であり、平均糖尿病歴は9.5年と長く、8割が3大合併症を有していた。また、HbA1cの平均値は約7%で、8%以上の血糖不良者が25%を占めていた²⁾。B 病院外来では、糖尿病患者に対しプライマリナーが看護相談・指導を行った結果、その前の平均HbA1cは9.6%で、相談・指導実施2ヵ月後には8.8%と下降し、相談・指導の有効性が示唆された³⁾。

C 大学病院の内分泌代謝科外来では、月平均約3,000人の糖尿病患者が通院している。しかし、そうした人々の血糖コントロールの実態は明らかにされていない。そこで、外来に通院する糖尿病患者の血糖コントロールとそれに関わる要因を把握し、今後必要とされる看護や支援システムの内容を検討する一資料とすることを目的として調査を行った。

II. 研究方法

1. 調査対象

C 大学病院の内分泌代謝科外来に、糖尿病治療の目的で平成14年7月に通院した患者500名の外来カルテを調査対象とした。

2. 調査期間

調査した期間は、平成14年8月1日～31日である。

3. 調査方法

外来カルテから、患者の基本的特性、血糖コントロールとそれに関わる要因45項目の調査票を作成し、外来カルテから必要事項を転記して調査を行った。

4. 調査項目および内容

- 1) 基本的特性：年齢、性別、身長、体重、BMI、家族歴、居住地区、糖尿病以外の疾患、紹介病院、通院間隔
- 2) 糖尿病患者の実態：糖尿病型、糖尿病診断後年数（以下、糖尿病歴と称す）、糖尿病治療教育目的の入院歴の有無と回数、治療方法、食事指導を受けた経験の有無と回数、食事の指示カロリー、運動療法の指示を受けた経験

の有無と回数、合併症の種類、内服薬の種類、入院歴のある場合はその前後の各種採血データ（今回の調査では、高脂血症と診断されている者が少なく、高脂血症治療薬の内服の有無を調査した。）

- 3) 血糖コントロール状況を示す検査データ：血圧、血糖値（以下BSと称す）、ヘモグロビンA1c（以下HbA1cと称す）、総コレステロール（以下T-choと称す）、トリグリセライド（以下TGと称す）、尿糖、BUN、クレアチニン（以下Crと称す）

5. 倫理的配慮

今回の調査では、個人情報保護の基本原則を踏まえつつ、個人が特定できないようにカルテはすべて番号化し、匿名性を保ち調査した。また、カルテ調査は施設長の承諾を得て実施した。

6. 分析方法

統計的な解析は、SPSS Vr.11を用いた。各調査項目を所定の手続きを経て分類・集計し、各々の記述統計を算出し、構成比率を求めた。さらに、血糖コントロール状況とそれに関わる要因、基本的特性の各項目をクロス集計した。

III. 調査結果

基本的特性、糖尿病患者の実態、血糖コントロール状況とそれに関わる要因の関係についての結果を述べる。

1. 基本的特性

1) 対象の特性

対象者の平均年齢は 58.3 ± 13.4 歳で、最小17歳から最大89歳に分布しており、ばらつきが大きかった。性別では男性が254名、女性が246名で、ほぼ同数であった（図1）。BMIは平均値が 24.5 ± 4.3 で、最小値が13.3、最高値が60.0であった。親族で糖尿病の既往がある者は60.0%であった。その続柄は両親が20.0%、兄弟・姉妹が22.0%、祖父母が8.0%、その他の血縁者に糖尿病患者いる者が10.0%であった（図2）。対象者で糖尿病以外に疾患をもっている者は439名（87.8%）、糖尿病のみの者は54名（10.8%）、不明が7名（1.4%）で、大半の者が糖尿病以外にも疾患をもっていた。

2) 居住地区と通院間隔

対象者の居住地区では、県内に居住する者が381名(76.2%)である。各地区の通院者の分布は図3に示すとおりであった。病院に隣接している周辺地区に在住している者が44.2%であった。通院間隔は1ヶ月ごとの者が374名(74.8%)と最も多く、2ヶ月ごとの者が89名(17.8%)、3

ヶ月ごとの者が17名(3.4%)、半年ごとに通院している者が5名(1.0%)、半年以上間隔を開けて通院している者が3名(0.6%)であった。通院間隔と平均HbA1cとの関係を図4に示した。最大値は1ヶ月ごとに通院している者で7.58%、最小値は半年以上間隔を開けて通院している者で5.85%であった。

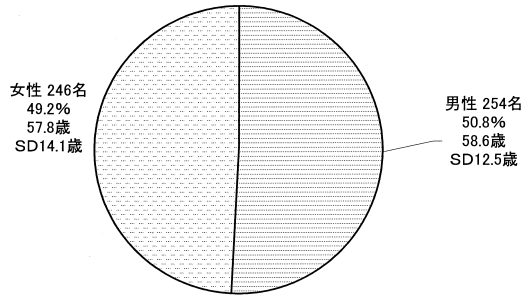


図1 性別と平均年齢

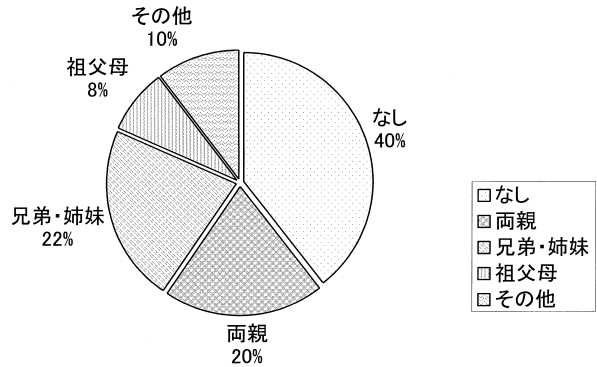


図2 家族歴

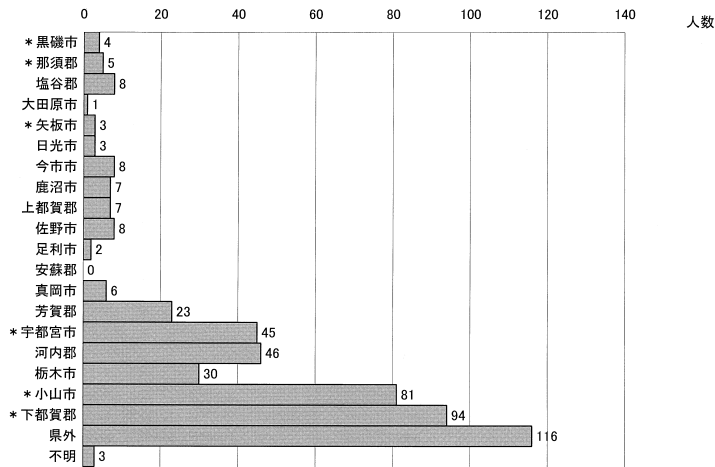


図3 居住地区

*JR宇都宮線の駅がある地区

◆HbA1c

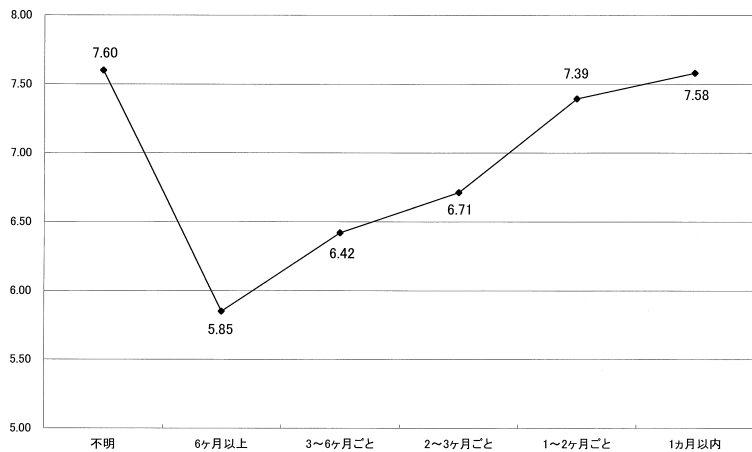


図4 通院間隔とHbA1c

2. 糖尿病患者の実態

1) 病型と糖尿病歴

病型は、2型糖尿病が399名(79.8%)、1型糖尿病は52名(10.4%)、境界型糖尿病(以下IGTと称す)の者は29名(5.8%)、その他は14名(2.8%)、不明が6名(1.2%)であった。糖尿病歴を5年ごとに区分したところ、1~5年と6~10年で約半数の225名であった。最長は55年で、平均すると12.5±8.9年であった(図5)。その間に、糖尿病のために入院したことがある者が

299名(59.8%)、ない者が201名(40.2%)であった。入院回数は最小1回から最大12回であった。

2) 血糖コントロール状況

採血データ一覧を表1に示した。BSの平均は161.0±68.2mg/dlで、最小36mg/dlから最大489mg/dlと幅が大きかった。HbA1cの平均は7.49±1.57%で、最小4.5%から最大12.9%と幅が大きかった。2002年に糖尿病学会から発表された糖尿病診療ガイドラインをもとに、HbA1c

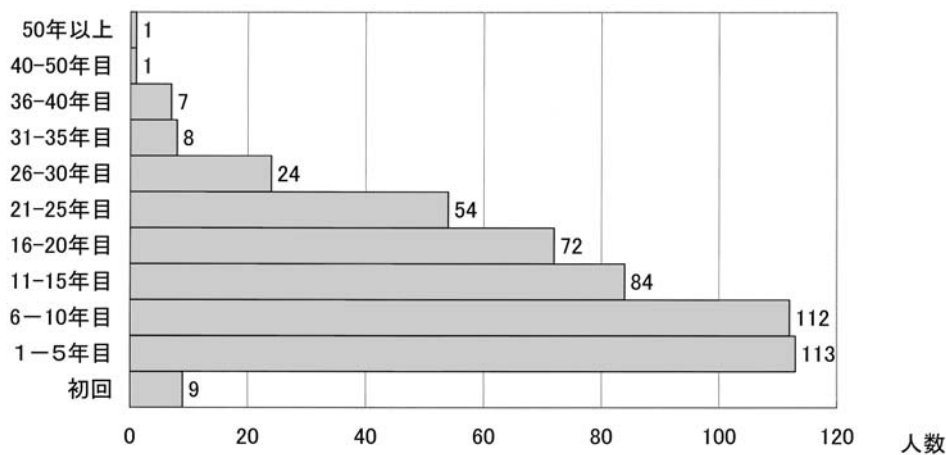


図5 糖尿病歴

表1 各種採血データ

| | 最高血圧 | 最低血圧 | BS | HbA1c | T-Chol | HDL | TG | 尿蛋白 | BUN | Cr |
|------|-------|------|-------|-------|--------|------|-------|-----|------|------|
| 平均値 | 131.1 | 73.7 | 161.1 | 7.49 | 198.0 | 56.6 | 138.7 | | 16.8 | 0.92 |
| 最小値 | 74 | 10 | 36 | 4.5 | 85 | 24 | 26 | - | 6 | 0.32 |
| 最大値 | 180 | 100 | 489 | 12.9 | 353 | 414 | 1055 | 3+ | 198 | 8.59 |
| 標準偏差 | 16.0 | 10.2 | 68.2 | 1.57 | 36.7 | 28.6 | 109.3 | | 13.9 | 0.88 |

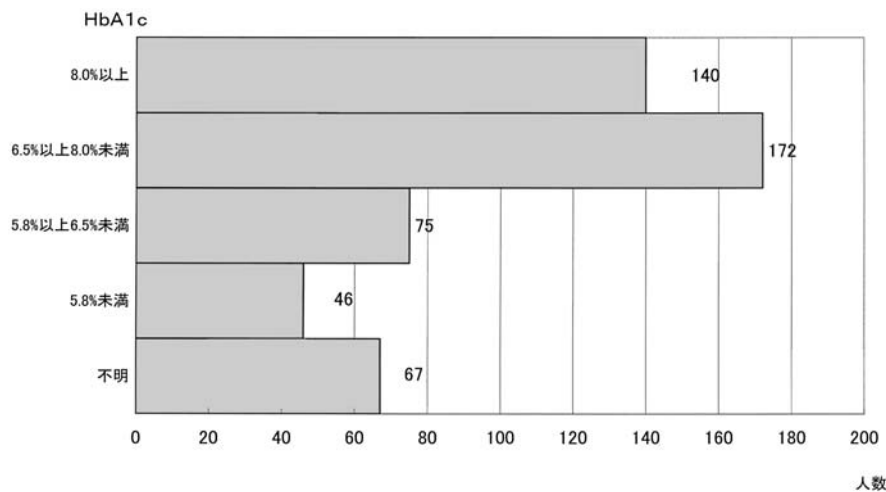


図6 HbA1cのコントロール状況

コントロール状況を「優：5.8%未満」, 「良：5.8%以上6.5%未満」, 「可：6.5%以上8.0%未満」, 「不可：8.0%以上」の4段階に区分し, 図6に示した。「可」が最も多く34.4%, 次に多いのは「不可」で28.0%, 「良」は15.0%, 「優」は9.2%であった。T-choの平均は198.0±36.7mg/dlで, 最小85mg/dlから最大353mg/dlであった。HDLの平均は56.6±28.6mg/dlで, 最小24mg/dlから最大414mg/dlであった。TGの平均は138.7±109.3mg/dlで, 最小26mg/dlから最大1,055mg/dl

であった。

入院前と退院直後（退院後1～3週間後）の各採血データの変化では, BSが87.3mg/dlの差があった。TGは33.2mg/dlの差があった。T-choは5.5mg/dlの差があった。HbA1cは1.51%, BUNは1.2の差があった（図7）。

3) 合併症

高血圧を保有している者は236名（47.2%）, いない者は254名（50.8%）とほぼ同数であった。網膜症を保有している者は225名（45.0%）, い

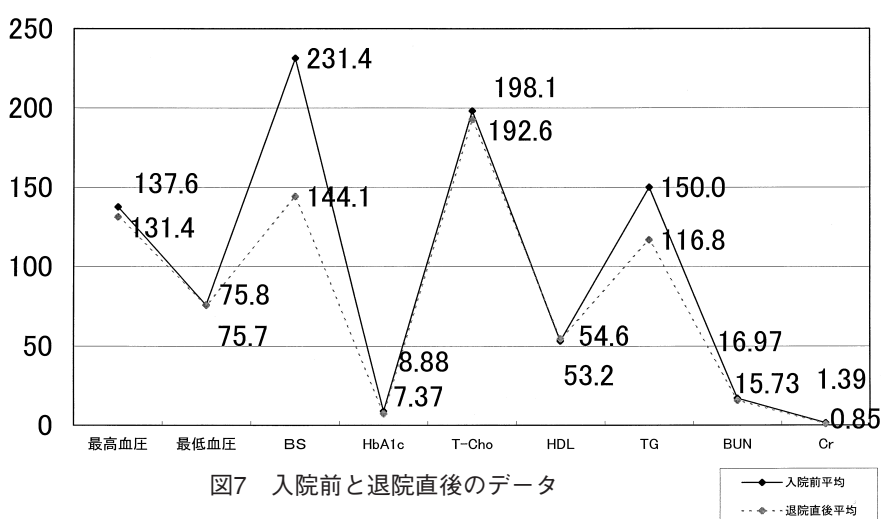


図7 入院前と退院直後のデータ

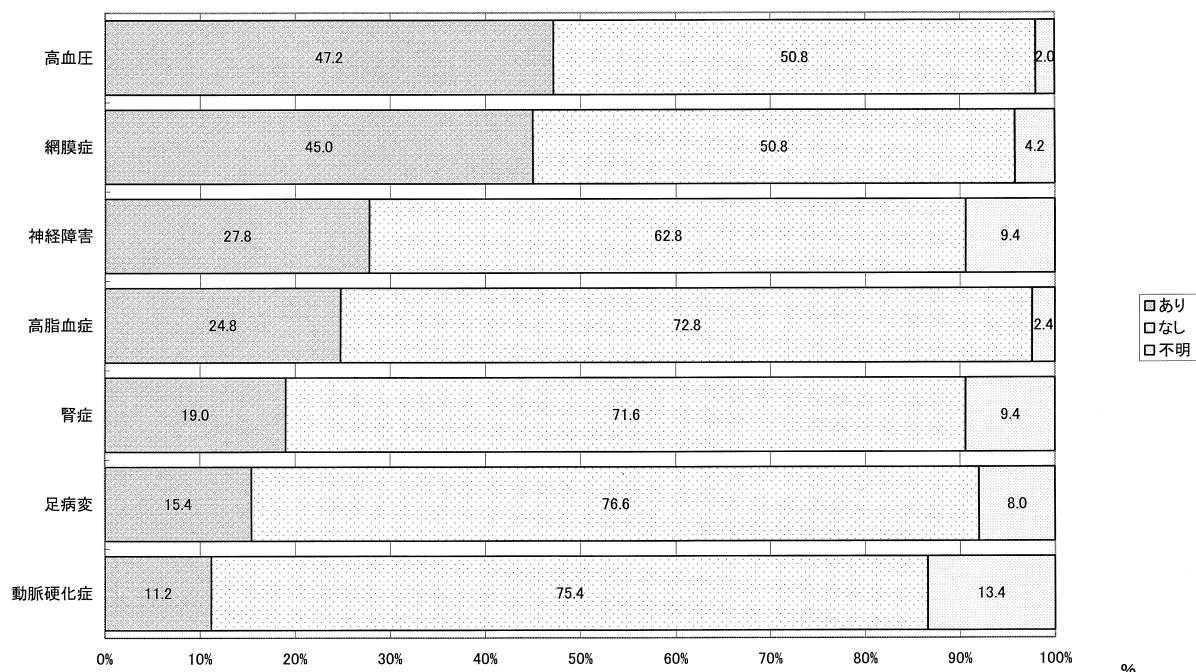


図8 合併症保有率

ない者は254名 (50.8%) とほぼ同数であった。神経障害を保有している者は139名 (27.8%), いない者は314名 (62.8%) で、不明な者は47名 (9.4%) であった。高脂血症治療薬を内服している者は124名 (24.8%), いない者は364名で、内服していない者が72.8%を占めた。腎症を保有している者は95名 (19.0%), いない者は358名で、保有していない者が71.6%を占めた。足病変を保有している者は77名 (15.4%), いない者は383名で、保有していない者が76.6%を占めた。動脈硬化を保有している者は56名 (11.2%), いない者は377名 (75.4%), 不明な者は67名 (13.4%) であった (図8)。

4) 受けた指導と治療方法

外来で食事療法の指導を受けた経験がある者は340名 (68.0%), ない者は153名 (30.6%), 不明が7名 (1.4%) であった。同様に、運動療法を医師から指導ないし指示された経験のある者は23名 (4.6%), ない者が477名 (95.4%) で

あった。経口薬治療を行っている者が221名 (44.2%), 行っていない者が265名 (53%), 不明な者は14名 (2.8%) であった。また、インスリン治療を行っている者が206名 (41.2%), 行っていない者が285名 (57%), 不明な者は9名 (1.8%) であった。治療方法の組み合わせでみると、経口薬もしくはインスリン治療と食事療法を併用している者が49.6%を占めた。また、食事指導のみで治療中の者が12.2%, 自己管理のみで食事・運動療法とも指導を受けたことがない者が11.8%であった (図9)。

3. 血糖コントロール状況とそれに関わる要因の関係

1) 性別, 年齢, 居住地区, 糖尿病歴, 通院間隔, 各合併症, 各治療方法間の関連について調べた結果, T-choとTGは強い相関があった ($r=0.959$)。BSとT-cho, BSとTG, 高血圧と高脂血症では, それぞれ $r=0.630, 0.652, 0.549$ と中程

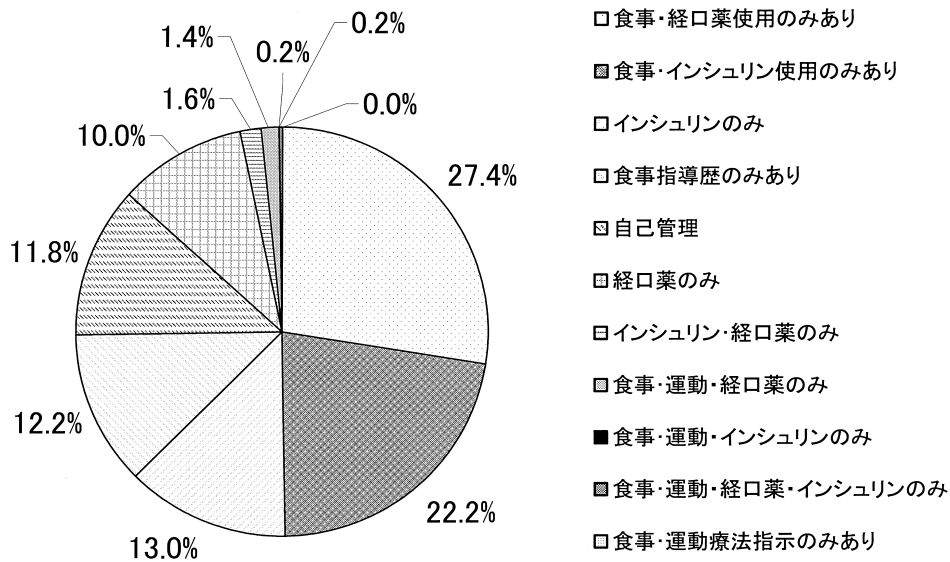


図9 治療方法

表2 入院前と退院直後の相関係数

| | | 退 院 直 後 | | | | |
|-----|-------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | | BS | HbA1c | T-cho | HDL | TG |
| 入院前 | BS | 0.696* | 0.550* | 0.625* | 0.370 | 0.622* |
| | HbA1c | 0.540* | 0.538* | 0.488* | 0.310 | 0.464* |
| | T-cho | 0.763** | 0.588* | 0.703** | 0.409* | 0.676* |
| | HDL | 0.518* | 0.433* | 0.466* | 0.283 | 0.464* |
| | TG | 0.767** | 0.593* | 0.705** | 0.405* | 0.704** |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

度の相関が見られた。

2) 入院前の採血データと退院直後の採血データの相関(表2)を見ると、ほとんどの項目において何らかの相関が見られた。特に強い相関を示したのは、入院前TGと退院直後BS、入院前T-choと退院直後BS、入院前TGと退院直後TG、入院前T-choと退院直後T-choであった。

IV. 考察

1. 通院患者の特性と支援における課題

対象者は、幅広い年齢層にあったが、58.3±13.4歳という平均年齢や2型糖尿病患者が約80%であることから、成人期の2型糖尿病患者が多いことが明らかになった。また、親族に糖尿病歴がある者が約60%と多く、2型糖尿病の遺伝との関係を考慮すると、糖尿病患者のみを対象にした看護や支援システムを検討していくのではなく、糖尿病予備軍の可能性の高い家族をも含めた支援を考えていく必要があると考える。

また、C大学病院は特定機能病院であり、血糖コントロールが不良な患者や病状の進行した患者が多いことを反映して、毎月通院している患者が多い。また、半年以上の間隔で通院している患者は、半年の間に近隣の病院などで治療を受けていた。現在通院しているほとんどの患者は、C大学病院の性質からも血糖コントロールが安定した場合、居住地区に近い病院やC大学病院に紹介をした地域の病院で継続的な治療・ケアを受けることが予想される。糖尿病患者は生涯を通じて治療やセルフケアが必要であり、血糖コントロールが安定した患者が安心して、居住地区に近い病院に通院できるように、地域の病院、診療所などとの連携が必要であると考える。

2. 血糖コントロールの実態と影響要因

対象者の糖尿病歴の平均は12.5±8.9年で他の大学病院のそれと比較して長いことが明らかとなった。C大学病院は特定機能病院であるため、対象者の約9割は、糖尿病以外にもさまざまな疾患を保有していた。しかし、他の大学病院と比較し、糖尿病歴が長い割には3大合併症の保有率は全体の約2割から5割と低かった。その理由は、患者の約半数が1年目から10年目の者で、毎月通院している者がほとんどであり、比較的早い時期から合併症の予防のための治療が行われているからでは

ないかと考える。

各種採血データのなかのHbA1cから見たコントロール状況は、平均7.49±1.57%と他の実態調査の結果とほぼ同様であった。しかし、糖尿病診療ガイドラインによる分類の「優」や「良」の割合より、「不可」の割合が高く、「可」の者が約3割という状況から、今後の血糖コントロールによっては、合併症を招く恐れが高いことが推測できる。また、今回の調査では、半年以上の間隔で通院している者のHbA1cは5.85%と「良」のコントロール状況であったが、対象者が3名と少ないため、実態を反映しているとはいえない。さらに、3名は、半年の間に居住地区の近隣の病院に通院していたということもあり、地域の病院での治療・ケアの効果であるとも考えられる。そのため、今回は、受診病院がC大学病院だけで通院期間が長い患者の結果ではないため、評価には至らない。

今後、セルフケア能力の向上のための支援を検討するためには、通院間隔や糖尿病歴が長い患者の状況を詳細に調査していく必要がある。

T-choやHDL, TGの平均は、正常域かそれを少し超える程度であった。「2型糖尿病は、脂質代謝異常として、高中性脂肪(TG)血症、低HDL血症、高コレステロール血症となりやすい」⁴⁾ こともあり、高脂血症の早期からの予防が必要である。また、今回の調査で血糖コントロールにかかわる要因とBSとの関係を見たところ、BSと動脈硬化の関係が深いことが明らかとなった。これは、BSが高いという糖代謝異常が、動脈硬化の発症・進展を加速するという多くの疫学調査の結果を確認するものである⁵⁾。つまり、血糖コントロールが不良なままであると、動脈硬化を招き、高血圧、高脂肪血症、さらには急性冠症候群(不安定狭心症、急性心筋梗塞および虚血性突然死)⁵⁾へとつながる危険性が高いことを考慮する必要性を示唆している。今後早期に血糖コントロールを図ることは、合併症の予防・進行の予防はもとより、脂質代謝異常・動脈硬化予防につながることを意味している。今回の調査対象者は、今のところ動脈硬化とは診断されていないが、その中にはすでに動脈硬化を起こしかけている者も多いことが推測され、運動・食事療法の必要性が示唆される。

対象者は、約7割の者が医師から食事療法の必要性を伝えられ、院内の栄養教室で栄養士から食事指導を受けていた。しかし、運動療法の指導を

受けている者は少数しかいなかった。一人ひとりの患者の状況に合わせた運動療法の必要性や方法を医師が説明するのは、外来患者数が多いため、難しい状況にあることが考えられる。現実には、食事療法や薬物治療だけでは血糖コントロールが不良な少数の患者に、医師からそのつど、日々の運動を適度に行うよう話していることが明らかになった。

2型糖尿病患者の運動療法には、インスリン感受性の増加・血糖コントロールの改善・脂質代謝の改善などの効果が認められている⁴⁾。また、1型糖尿病患者には、心血管系疾患の予防に効果があるといわれている⁴⁾。食事療法と運動療法がうまく運動してはじめて有効な代謝機能が維持され、血糖コントロールが良好になる。調査結果では食事療法に偏っており、運動療法の指導が不足している。今後、血糖コントロールを良好にしていくためには運動療法の指導が必要である。

野口は、「看護婦は、患者の自己の生活を教材として学習過程を助けることができる。」⁶⁾と述べている。どんな生活で血糖コントロールするのかを患者自身が知り、生活のなかで運動の量を増やし、その活動に合わせて食生活をしていく体験ができるような働きかけが必要であると考えられる。

3. 入院が血糖コントロールに与える効果と支援における課題

C大学病院では、内分泌代謝科に入院する糖尿病患者は、血糖コントロールに必要なセルフケアとして、食後の散歩や栄養教室の指導にそった食事療法を受けている。今回入院歴があった者の入院前と退院直後の採血データは、食事や運動によって影響を受けるBS、T-cho、TGなどはすべて改善し、入院による指導の効果があることを示していた。その結果、患者は食事や運動が血糖を安定させる効果があることを体験している。しかし、地域での生活環境は、豊富な食物に囲まれ、時間に拘束されることが多く、食事療法や運動療法を継続するには困難な状況が推測され、今後はますます家族や職場、地域での支援が必要になると考える。また、看護職はセルフケアの結果や成果として、体重や血糖値を評価するだけでなく、努力の過程など、その人の送ってきた日常生活のありのままを認め、その人自身が自分の生活を客観視し、継続する意欲を導けるような支援を考える必

要がある。

V. 結論

今回の調査により、C大学病院の内分泌代謝科外来に通院している糖尿病患者の基本的特性や血糖コントロールとそれに関わる要因の実態について、以下の内容が明らかになった。

1. 対象者は幅広い年齢層であったが、平均年齢から成人期にある者が多く、親族に糖尿病歴のある者が多かった。2型糖尿病の遺伝との関係を考慮すると、糖尿病予備軍の可能性の高い家族をも含めた支援を考えていく必要がある。
2. 対象者の8割は2型糖尿病で、平均糖尿病歴は12.5±8.9年であり、他の大学病院の外来患者と比較して受診治療期間が長かった。
3. 食事療法の指導を受けた経験がある者は68.0%であったが、運動療法の指導を受けたことがある者は4.6%と少数であった。どんな生活が血糖コントロールすることができるのかを患者自身が知り、生活のなかで運動の量を増やし、その活動に合わせて食生活をしていく体験ができるような働きかけが必要である。
4. 対象者の大半は動脈硬化と診断されていないが、T-choやHDL、TGの平均値が正常域か少し超える程度であり、早期に高脂血症の予防教育が必要である。
5. 入院前と退院直後の採血データから、食事療法や運動療法によって血糖値を改善できることが示唆された。

VI. おわりに

今回の調査では、糖尿病の外来患者の実態から、外来においてどのような支援を看護職が行う必要があるのかが示唆された。しかし、調査対象は、約3,000人といわれる外来患者の約17%であり、また、カルテ調査であるため、患者のセルフケアの状況の詳細については把握しきれておらず、今後引き続き調査を拡大していくことが課題である。

文献

- 1) 厚生統計協会(編): 国民衛生の動向 2002年. 厚生統計協会, 2002.
- 2) 宮武陽子, 林美代子, 藤本さとし, 山田千明,

- 小野幸子：一大学病院における糖尿病外来通院患者の実態．香川医科大学看護学雑誌，3(2)；45-57，1999.
- 3) 尾崎章子，横村妙子，数間恵子：外来糖尿病患者に対するプライマリー・ナーシングとその評価－社会保険船橋中央病院の例．看護管理，6(1)；52-59，1996.
 - 4) 赤沼安夫：科学的根拠（evidence）に基づく糖尿病ガイドライン．糖尿病，45；1-76，2002.
 - 5) 楠岡英雄：動脈硬化症の基礎と臨床．ハートナーシング，12(10)；53-96，1999.
 - 6) 野口美和子：セルフケアの推進と看護婦の役割．看護技術，29(6)；46-53，1983.
 - 7) 小野幸子，宮武陽子，林美代子：一大学病院における糖尿病外来通院患者の診療および教育・支援活動の実態．香川医科大学看護学雑誌，3(2)；59-73，1999.
 - 8) 有藤由理，正木治恵，野口美和子：糖尿病外来における看護婦の活動の実態．日本糖尿病教育・看護学会誌，1(2)；84-95，1998.
 - 9) 穴沢園子，松岡健平：教育入院退院後の追跡調査．日本臨床，55；413-417，1997.
 - 10) 飯岡由紀子，野並葉子，山川真理子，豊田邦江，井波早苗：病棟における糖尿病患者の看護の実態調査．日本糖尿病教育・看護学会誌，3(1)；22-35，1999.
 - 11) 野並葉子，山川真理子，飯岡由紀子，豊田邦江，井波早苗：外来における糖尿病患者の看護の実態調査．日本糖尿病教育・看護学会誌，5(1)；14-23，2001.
 - 12) 鈴木千代美，中田雅子，中村貴子：糖尿病教育入院を受けた患者の意識調査より外来指導のあり方を考える－糖尿病外来患者面接調査結果より－．プラクティス，18(6)；682-684，2001.

報告

看護学生の精神障害者に対するイメージの変化

—講義で精神障害者と自由に話すことを通して—

日向朝子, 関 澄子

The changes of nursing students' images toward the mentally disabled

Discussion with the mentally disabled in psychiatric nursing class

Tokiko HYUUGA, Sumiko SEKI

要旨:本研究の目的は、看護短期大学2年生が精神障害者と自由に話す精神看護学の講義前後で、精神障害者のイメージの変化を明らかにし、効果的な教育方法の示唆を得ることである。方法は、講義の感想を書かせて研究素材とし、その中から精神障害者のイメージと読み取れるものを抽出して講義前後のイメージにわけ、同じ意味を持つものをコード化した。それらを[否定的イメージ][肯定的イメージ][両方に読めるイメージ][どちらでもないイメージ]に分類した。その結果、【講義前のイメージ】は、[否定的イメージ] 17, [肯定的イメージ] 0, [両方に読めるイメージ] 1, [どちらでもないイメージ] 3の計21であった。【講義後のイメージ】は、[否定的イメージ] 0, [肯定的イメージ] 11, [両方に読めるイメージ] 6, [どちらでもないイメージ] 14の計31であった。精神障害者の実像をもてない学生が、講義によって具体的に現実的な理解をしたと考える。構成人数を限定し、学生が60分間主体的に関わることは、見学や実習と同等のイメージの変化をもたらすと考えた。

キーワード:看護学生, 精神障害者, イメージ, 精神看護学, 教育方法

I. はじめに

精神障害者に対する否定的イメージを抱いている人は多い。昭和25(1950)年の精神衛生法制定の以前は、精神障害者の多くが、地域社会で生活していた。しかし制定以降は、精神病院に収容保護されるようになった。さらに、昭和39(1969)年のライシャワー事件を契機に、社会防衛的な考えが強まり、収容保護が強化された。精神病床は、昭和28(1953)年に約3万床であったが¹⁾、昭和

40(1965)年に16.4万床に増え、平成5(1993)年には36.2万床でピークとなり、平成12(2000)年には35.8万床となっている²⁾。昭和62(1987)年の精神保健法で社会復帰の促進が規定され、平成7(1995)年の精神保健福祉法では自立と社会参加の促進が規定されたが、現在も社会復帰関連の社会資源は十分ではない。その結果、一般の人々が、精神障害者と日常生活でふれあう機会は少ない。また、新聞やテレビなどのメディアにより、精神障害者が関係している傷害事件の報道にふれ、不安や恐れの対象として受け止めて、実像をゆがめていることが考えられる。看護学生も例外ではなく、精神看護学を学ぶ上で学習の障害となる可

自治医科大学 看護学部 精神看護学
Psychiatric Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

能性がある。

今まで行われている、看護学生の精神障害者に対するイメージ変化についての研究では、病院実習の前後で否定的であった精神障害者のイメージが、肯定的に変化したと報告されている^{3) 4)}。また、施設見学の前後でも否定的イメージが減り、肯定的、中立的イメージが増えたと報告されている^{5) 6)}。さらに、講義および精神病院の見学の前後でも不安が減少し、恐さがなくなったと報告されている⁷⁾。一方、講義前後の精神障害者に対する印象の変化の研究では、講義のみでは情緒的な反応は有意な変化は見られなかったという報告と⁸⁾、VTRなどの視覚教材を使った講義では否定的感情が減少したという報告がある⁹⁾。講義に精神障害者と会って話をすることを取り入れて、精神障害者に対するイメージの変化に視点をあてた研究は見あたらない。

J医科大学看護短期大学では、2年前より、2年次の「成人臨床看護学V（精神看護学）」の講義のなかで1回、地域社会における精神障害者の生活を知ることを目的として、地域で暮らす当事者と自由に話をする機会を設けている。

そこで、学生が精神障害者と自由に話をした講義の後に、精神障害者のイメージがどのように変化したかを明らかにし、精神看護学における効果的な教育方法の示唆を得ることを目的として本研究を行った。

ここでいう「精神障害者のイメージ」（以下、＜イメージ＞という）は、過去、現在を含めて精神障害者に対する感情と思考とする。

II. 研究方法

1. 実施した講義について

学生は、1年次に「精神保健」（30時間1単位）の講義で一般的な精神の健康・不健康についての講義を受け、2年次の後期から「成人臨床看護学V（精神看護学）」（30時間1単位）が始まり、ここではじめて精神障害者について学ぶこととなる。

「成人臨床看護学V」の最初の講義（1回90分）で、地域社会における精神障害者の生活について、当事者の話を聞くことを目的とし、S市にある精神障害者地域生活支援センターを利用している精神障害者（以下、メンバーという）を招いて自由に話をする機会をもった。

1) 講義の対象者 平成13年度J医科大学看護短

期大学の2年生99名

2) メンバーの選出について

施設長に講義の目的を説明し、学生と話をしてもいいというメンバーを10名程度選出するように依頼した。その際、施設長に、メンバーに言いたくないことは言わなくてよいことを保証すること、学生のグループは最低5グループ、可能であれば10グループ編成したいことを説明した。結果的に、7名のメンバーが選出され、話す力と意向を施設長が考慮して5グループ（学生20人程の1グループにつき1～2名のメンバー）に編成した。

3) 講義の進行について

学生およびメンバーに対し、まず30分間でオリエンテーションを行った。最初に施設長がS精神障害者地域生活支援センターの概要を説明し、教員はメンバーと学生全員に、聞きたいことは積極的に聞いてよいこと、言いたくないことは言わなくてよいことを説明した。その後、学生の着席順に20名程度にわけ、メンバーを配置し、大教室（定員100人）に2グループ、残りは3つの中教室（定員50人）に移動した。

グループ全員、60分間円になって座って、自由に質問し、意見交換を行った。教員は各教室に1名入り、進行状況を把握し、学生およびメンバーが困らないように、また緊急時に対応できるように見守った。

次の講義の開始時に、A4判の白紙を1枚配布して、メンバーと話した感想を書くように指示して、15分間後にその場で回収した。

2. 研究の対象

回収した後で、研究に使用することに同意した感想を対象とした。なお、倫理的配慮として、2週間後の講義の開始前、研究の目的、成績とは関係ないこと、拒否する権利があること、拒否しても不利益がないこと、個人が特定されることはないことを説明し、協力を依頼した。同意したくない学生にはその場で挙手を求め、1週間以内に教員に申し出ることができることも伝えた。

3. 分析方法

1) 文章を句点ごとに区切って文とした。

2) 1文を、書かれている意味ごとに区切り、素材とした。

3) 素材の中から、＜イメージ＞と読みとって抽

出したものを「第1次コード」とした。

- 4) 「第1次コード」を講義前のイメージと講義後のイメージにわけ、【大分類】とした。
- 5) 【大分類】の「第1次コード」で同じ意味を持つものを抽出し、『第2次コード』とした。
- 6) 『第2次コード』を、価値判断ではなく、＜イメージ＞が否定的と読みとれるもの（否定的イメージ）、肯定的と読みとれるもの（肯定的イメージ）、肯定的とも否定的とも読みとれるもの（両方に読めるイメージ）、肯定的とも否定的とも読みとれないもの（どちらでもないイメージ）にわけ、【小分類】とした。

以上の意味のとり方、抽出作業、分類の妥当性および一貫性は、共同研究者間で見解が一致するまで検討した。

Ⅲ. 結果

研究に同意した学生は91名であった。「第1次コード」は242抽出され、【講義前のイメージ】は59、【講義後のイメージ】は183であった。『第2次コード』は52抽出され、【講義前のイメージ】は21、【講義後のイメージ】は31であった。

【大分類】の『第2次コード』を【小分類】ごとに示す（表1参照）。

1. 【講義前のイメージ】の『第2次コード』

【否定的イメージ】は、『こわい』、『奇妙』、『暗い』、『私たちと違う』、『訳がわからない行動をする』、『暴力を振う』、『時折叫んだり、大声をだす』、『隔離・監禁・監視のもとで生活している』、『日常生活が送れない』、『理解できない』、『関わりたくない』などの17だった。

【肯定的イメージ】は、何も分類されなかった。

【両方に読めるイメージ】は、『物静か』の1つのみで、暗い、存在感がないと読むと否定的にとれ、控えめ、おとなしいと読むと肯定的にとれた。

【どちらでもないイメージ】は、『精神病は人に隠すもの』、『病気を自覚していない人』、『精神障害者になるきっかけは特別な事情』の3つだった。

2. 【講義後のイメージ】の『第2次コード』

【否定的イメージ】は、何も分類されなかった。

【肯定的イメージ】は、『明るい』、『思いやりがあり優しい』、『毎日を生き生きと楽しんでいる』、『人との出会いと毎日を大切にしている』などの

11だった。

【両方に読めるイメージ】は、『いつも異常な状態ではない』、『周囲の支えが大切』、『相手にそれほど気を使っていない』、『入院を何度も繰り返す』など6つだった。『いつも異常な状態ではない』は、異常な状態のときがあると読むと否定的にとれ、正常なときもあると読むと肯定的にとれた。『周囲の支えが大切』は、周囲の支えがないといられないと読むと否定的にとれ、周囲が支えになっていると読むと肯定的にとれた。『相手にそれほど気を使っていない』は、気を使わないと読むと否定的にとれ、無理をしていないと読むと肯定的にとれた。『入院を何度も繰り返す』は、入院を何度もしなければならぬと読むと否定的にとれ、入院を何度もしながらも地域で頑張っていると読むと肯定的にとれた。

【どちらでもないイメージ】は、『すべての精神障害者が怖いわけではない』、『目を合わせない人』、『気さく』、『普通に話すことができる』、『私たちと変わらない』、『地域のなかで暮らしている』、『薬を飲み続けなければならない』、『誰でも精神障害者になる可能性がある』、『精神病になると様々な苦勞をする』などの14だった。

Ⅳ. 考察

まず、講義前後の＜イメージ＞について考察をし、次に効果的な教育方法について考察する。

1. 講義前後の＜イメージ＞について

【講義前のイメージ】は、【否定的イメージ】が主であった。内容を検討すると【訳がわからない行動をする】、『暴力を振う』、『時折叫んだり、大声をだす』など言動に関するもの、『隔離・監禁・監視のもとで生活している』、『日常生活が送れない』は生活に関するものに分けられた。学生が日常生活で接する機会がないため実像をもてず、精神障害者を日常生活を送れない人ととらえ、精神障害者に関連した傷害事件などの報道により、危険な行動をとるというイメージが形成されたためと考える。また、『こわい』、『奇妙』、『暗い』、『狂っている』などの感情は、『私たちと違う』、『理解できない』、『関わりたくない』という思考や態度の形成に影響を与えたものと考えられる。

なお、講義前に＜イメージ＞についての感想を求めているため、【講義前のイメージ】が十分

表1 講義前後のイメージ

| | 講義前のイメージ | 講義後のイメージ |
|-------------|----------------------|------------------------------|
| 否定的イメージ | こわい | |
| | 奇妙 | |
| | 暗い | |
| | 狂ってる | |
| | 私たちと違う | |
| | 訳がわからない行動をする | |
| | 暴力を振う | |
| | 暴れる | |
| | 異常な行動をしている | |
| | 時折叫んだり, 大声を出す | |
| | 訳がわからないことを言い, 話が通じない | |
| | 感情をコントロールできない | |
| | 常に病的な感じ | |
| | 隔離・監禁・監視のもとで生活している | |
| | 日常生活を送れない | |
| 理解できない | | |
| 関わりたくない | | |
| 肯定的イメージ | | 明るい |
| | | 思いやりがあり, 優しい |
| | | 周囲の人に心配りができる |
| | | 繊細でいい人 |
| | | 常に落ち着いている |
| | | 考え方がしっかりしていて前向き |
| | | 毎日をいきいきと楽しんでいる |
| | | 人との出会いと毎日を大切にしている |
| | | 様々な可能性が開けている |
| | | 薬を飲んで症状を自分でコントロールできる |
| | | 病気に対して前向きに闘っている |
| 両方に読めるイメージ | 物静か | いつも異常な状態ではない |
| | | 症状が出ていないときは私たちと変わらない |
| | | 薬を飲んでいれば私たちとさほど変わらない生活を送っている |
| | | 周囲の支えが大切 |
| | | 相手にそれほど気を使っていない |
| | | 入院を何度も繰り返す |
| どちらでもないイメージ | 精神病は人に隠すもの | すべての精神障害者がこわい訳ではない |
| | 病気を自覚していない人 | すべての精神障害者が犯罪を犯す訳ではない |
| | 精神障害者になるきっかけは特別な事情 | 目を合わせない |
| | | 気さく |
| | | 普通に話すことができる |
| | | 私たちと変わらない |
| | | 地域のなかで暮らしている |
| | | 薬を飲み続けなければならない |
| | | 精神病院に長期入院している |
| | | 誰でも精神障害者になる可能性がある |
| | | 病気のことを人に隠さない |
| | | 自分の病気を理解し受け止めている |
| | | 精神病になると様々な苦勞をする |
| | 社会からの偏見に悩み不満をもつ | |

記載されていないことが推測される。また、一般的に言われているように、否定的イメージを抱いている人は多く、渡辺ら⁵⁾や山田ら⁶⁾の研究においても否定的イメージが大半を占めていた。よって、講義前に<イメージ>を書くことを求めたとしても、肯定的なイメージが出る可能性は少ないと思われる。

【講義後のイメージ】は、[肯定的イメージ]と[どちらでもないイメージ]が主となっていた。内容を検討すると、[肯定的イメージ]では、『明るい』、『思いやりがあり優しい』など、メンバーの人の柄を感じ、『毎日を生きていき楽しんでいる』、『人との出会いと毎日を大切にしている』など生活に関するものに分けられ、精神障害をもっている、前向きに生きていく姿勢を感じとっていた。

また、[どちらでもないイメージ]では、『すべての精神障害者がこわい訳ではない』、『目を合わせない』、『気さく』、『普通に話することができる』など、話をしたメンバー個人の行動、態度、個人の特性に目を向けていた。さらに、自分自身と比較し、『私たちと変わらない』と感じ、『誰でも精神障害者になる可能性がある』など、障害者を身近に感じていた。『地域のなかで暮らしている』、『薬を飲み続けなければならない』、『精神病になると様々な苦勞をする』など、メンバーが障害をもちながら日常生活を送る現実を理解していた。

【講義前のイメージ】と【講義後のイメージ】の変化をみると、講義前にあった[否定的イメージ]は講義後にはなくなり、[肯定的イメージ]、[両方に読めるイメージ]、[どちらでもないイメージ]に変わっていた。学生は今まで、『こわい』、『奇妙』などの感情で精神障害者全体をみていたが、講義を通してメンバーの態度や生きる姿勢にふれ、現実をありのままに受け止めた結果、イメージが変化したと考える。奥山ら¹⁰⁾は、「精神障害者との接触体験がどのような質のものであるかにより、接触と態度の関連性は正の方向をも負の方向をもとりうるということが推察される。」と報告している。本研究の結果から、今回の講義は学生にとって効果的な接触体験になったと考える。

2. 効果的な教育方法について

本研究の結果、講義前にあった[否定的イメージ]は、講義後にはなくなり、[肯定的イメージ]、[両方に読めるイメージ]、[どちらでもないイメ

ージ]に変化したと考えられる。1日の精神病院見学実習を行い、学生の精神障害者に対するイメージの変化を検討した結果、見学実習前の否定的イメージや漠然とした不安なイメージは、見学実習後、肯定的・中立的イメージに変化したという渡辺ら⁵⁾の報告と同様であった。また、平均約7時間の精神病院および社会復帰施設の見学を行い、学生の精神障害者に対するイメージの変化を検討した結果、見学前は否定的感情による反応が大部分を占めていたが、見学後はそれにかわって、肯定的感情による反応および中立的感情による反応が増えたという山田ら⁶⁾の報告と同様であった。

本研究の特徴は、60分であること、20人程度のグループでメンバーと近い距離で接したこと、そして、進行もグループに任せ、学生が主体的に関わったことの3つである。よって、60分の接触体験であったが、<イメージ>の変化に関しては、見学実習や1日見学と同等の教育効果があったと考える。

これらの教育効果を支える要因として、施設長がメンバーの能力を十分理解して選出を行ったこと、および、学生が普段過ごしている場所でメンバーと話ができ、教員が部屋で見守るなど、グループで自由に話してよいことを保証するなど比較的安心できる環境を設定したこと、お互いが助け合いながら進行できたことも一因として考えられた。

また、渡辺ら⁵⁾、山田ら⁶⁾の見学は、精神看護学を学んでいる中間の時期に位置していた。本研究で対象とした学生は、精神障害者の知識を学ぶ前に行っているため、今後の授業への動機づけを高めることにつながっていたと考えられる。

20人というグループは消極的な学生にとっては、安全感は確保されたが、十分にやりとりを行うには多い人数であった可能性はある。今後、さらに効果的に行うためには、消極的な学生に配慮した10人程度のグループで行うことも検討していきたい。

また、学生が接する複数のメンバーからの様々な話や、学生が体験したことを共有するためのグループワークを行うことは学びの幅を広げる。いつ、何についてなど目的をもって感想を記入できるように明確に説明することにより、さらなる学びを深める可能性がある。

鈴木ら¹¹⁾によれば、患者に対する否定的イメ

ジは実習直後に減少するが、卒業前にはもとにもどる傾向があるという。本研究でも同様の可能性が考えられるが、この講義を受けた学生が今後どのような変化をたどっていくか、講義終了後、実習前後などで調査し、より効果的な方法を今後検討していきたい。

V. おわりに

本研究では、講義後に感想を書いているため、【講義前のイメージ】が十分記載されていない。また、障害者のイメージについて記載を求めたわけではないこと、15分の記入時間であったため、学生が十分に振り返りができなかったことが研究の限界である。さらに、今後は、書面での同意を得るなど倫理的配慮をしていきたい。

謝 辞

講義に協力していただいたS精神障害者地域生活支援センターの施設長、スタッフならびに利用者の皆様に厚く御礼申し上げます。また、研究に協力して下さいました学生の皆様に心から御礼申し上げます。そして、本研究を進めるにあたり、御指導をいただきました自治医科大学看護学部永井優子教授に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック 平成13年度版），太陽美術（東京），21-22，2001.
- 2) 厚生労働省監修：厚生労働白書（平成14年版），ぎょうせい（東京），390，2002.
- 3) 神谷直由：看護学生の精神科実習における精神障害者への偏見的イメージの変化と看護援助の関連. 福井県立大学看護短期大学部論集，8；1-11，1998.
- 4) 松岡治子，湯沢治雄，江原湧瀧子：看護学生の精神障害者観の特徴—精神病院での実習経験による変化—. 群馬県立医療短期大学紀要，7；103-115，2000.
- 5) 渡辺尚子，釜谷咲子，中川幸子：精神病院1日見学実習の意義についての一考察. 精神看護，5（5）；96-99，2002.
- 6) 山田浩雅，永井優子，菊地美智子，林 公子，熊澤千恵：精神看護学「見学課題」における教育効果と方法に関する検討—見学体験前後

のイメージ変化から—. 愛知県立看護大学紀要，7；37-45，2001.

- 7) 坂田三允：精神看護教育の特性と学生の意識実習で変わる学生の意識. 看護教育，30（9）；526-530，1989.
- 8) 栗栖瑛子，寺井康三：精神障害者に対する態度について—看護学生にたいする「精神衛生」の講義前後の比較から—. 保健の科学，35（8）；586-591，1993.
- 9) 石毛奈緒子，林 直樹：看護学生の「精神障害者」に対するイメージ—精神保健の講義による変化—. 日本社会精神医学雑誌，9；10-21，2002.
- 10) 奥山みき子，荒木陽子，山本典子：看護短期大学生の精神障害者に対する社会的態度. 三重県立看護大学紀要，2；157-163，1998.
- 11) 鈴木啓子，中川幸子，永井優子：精神科医療に対する看護学生の意識の変化—経時的変化と精神科への就業意欲との関連について—. 日本看護学教育学会誌，5（2）；120-121，1995.

報告

産後1ヶ月間の褥婦の悩みとそれに対する個別指導の効果

高橋純子¹⁾, 川崎佳代子²⁾, 渡邊亮一³⁾

Effects of personal consultation for mothers during one-month postpartum period

Junko TAKAHASHI¹⁾, Kayoko KAWASAKI²⁾, Ryoichi WATANABE³⁾

要旨:研究者らは、以前に産後1ヶ月時点における褥婦の日常生活の実態と保健ニーズを把握するための調査を行い、褥婦たちがもつ悩みの実態を明らかにした。今回は、その結果をもとにポイントを絞った指導計画を作成し、産後3~6日目の褥婦に対して個別指導を行い、さらにその約1ヵ月後に質問紙調査を行い、行った個別指導の効果や問題点について検討した。対象は、O市民病院で出産し、退院した褥婦66名である。通常の集団指導に加えて、研究者らの考えた内容による個別指導を実施した群（指導群）と個別指導を実施しなかった群（非指導群）の産後1ヶ月間の悩みや心配について調査した。その結果、睡眠不足や疲れを感じている褥婦が多いことが明らかになった。また、非指導群に比べて指導群では、「育児していて楽しいか」の問いに「とても」と回答する者の割合が有意に高かった。2週目に悩みをもつ者は、4週目にも悩みをもっていることが明らかになった。悩みの内容は、「母乳」、「児の健康」、「自分の身体」が多かったが、その多くは指導により解決可能であると考えられた。指導によって解決できないものは、「母乳の量」、「児の湿疹」、「自分の睡眠不足」であった。これらは個別性の大きい問題であることから、継続性のあるケアや指導が必要であり、今後取り組まなければならない課題であると考えられた。

キーワード：褥婦，悩み，個別指導，指導の効果，産後1ヶ月間

I. はじめに

現代の母親が育児に不安感、困難感を抱く原因としては、核家族化、少子化のなかで自らが子ども

もと接したり、世話をしたりした経験がないこと、周囲に子どもをもつ家庭が少なく、コミュニティのつながりが希薄になっていること、育児情報が氾濫していることなどがある¹⁾といわれている。身近に相談できる人がいない場合、マニュアル育児という言葉もあるように、育児書に頼りがちになり、わが子の様子が育児書と少しでも違っていると不安や心配が大きくなってしまう傾向にある。

一方、病院においては、子どもを出産した褥婦に対する退院指導は、プログラムに沿って集団で行われる場合が多い。集団指導にも一定の効果は

¹⁾ 小山市市民病院, ²⁾ 自治医科大学 看護学部 母性看護学, ³⁾ 自治医科大学 看護学部 保健医療情報学

¹⁾ Oyama Municipal Hospital

²⁾ Maternity Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

³⁾ Health Informatics, School of Nursing, Jichi Medical School

あるが、個々の褥婦の状況に合わせた入院中のケアや個別指導も重要である。特に産後1ヶ月前後までの期間は、育児に適応していく過渡期にあり、この間の適切なサポートは褥婦の不安を軽減し、楽しい育児を動機づけるための重要な時期にあるため、それらの援助が重要であると考えられる。

研究者らは、これまでに産後1ヶ月時点における褥婦の日常生活の実態と保健ニーズを把握するための調査を行い、褥婦が1ヶ月間でもつ悩みの内容を明らかにした。今回は、その結果をもとに産後1ヶ月間の過ごし方にポイントを絞った指導計画を作成し、産後3～6日目の褥婦に対して実際に個別指導を実施し、さらにその約1ヵ月後に質問紙調査を行い、行った個別指導の効果や問題点について検討したので報告する。

II. 方法

1. 研究対象と調査期間

研究対象は、平成13年5月～平成14年7月の間に栃木県O市民病院で出産し、退院した褥婦のうち、初産、経膈分娩、2,500g以上の児を出産し、本研究に対して協力の得られた者とした。

2. 調査方法

上述の対象者を、個別指導を実施する群と実施しない群との2群にランダムに分けた。個別指導を実施する群（以下、指導群という）に対しては、研究者らが行った前回の研究²⁾の結果を踏まえて表1のような内容の指導計画を作成し、通常の集団指導以外に個別指導（以下、個別指導という）を実施した。指導計画の作成にあたっては、三井政子（編）の「助産婦のための退院指導マニュアル」³⁾などを参考にした。なお、1週間に1回、1時間をかけて助産師が行う集団指導では、パンフレットを用いて体（乳房や悪露など）や体調（睡眠や排泄など）の変化、赤ちゃんの皮膚のトラブル、生活環境などの内容を指導している。一方、個別指導を実施しない群（以下、非指導群という）に対しては、集団指導のみを行い、個別指導は実施しなかった。両群とも指導が終わった時点で、質問紙調査票を配布し、産後1ヶ月健診時に回答を記入した調査票を持参してもらい、回収した。

3. 調査内容

質問紙調査票で調査した内容は、年齢、家族構

成、職業などの基本的な属性、育児・家事をどの程度自分でやっているか、その負担感、心身の状態、自信をもって育児を行えているか、育児が楽しいか、退院してから1ヶ月間に困ったこと、悩んだこと、つらかったことがあったかどうか、およびその内容などである。

4. 倫理的な配慮

研究を実施するにあたっては、対象者に本研究の主旨や目的、研究への参加は自由な意思に基づいて行われること、研究途中でも不参加の意思を表明できること、質問紙調査票で得た回答は統計的に処理し、対象者個人の名前は公表されないことなどを説明し、調査への協力を依頼した。

III. 結果

1. 回収率

結果として、対象者数は101人となり、その内訳は、指導群76人、非指導群25人であった。質問紙調査票は、これらの対象者に配布し、回収した。回収数は、指導群50人（回収率65.8%）、非指導群16人（回収率64.0%）の計66人（回収率65.3%）であった。これらを分析対象として以下の分析を行った。

2. 対象者の属性

回答者の平均年齢は、表2に示すように、指導群では27.6±4.3歳、非指導群では28.3±4.9歳であった。家族構成については、指導群で76.0%、非指導群で62.5%と「核家族」が多かった。「複合家族」では、義父母と暮らしている者が多く、指導群で8人、非指導群で4人であった。職業では、「なし」が指導群で76.0%、非指導群で81.3%と多く、「あり」の場合は、そのほとんどが常勤であった。新生児に異常があった者は、指導群と非指導群とを合わせて6人おり、異常の内容は、「新生児仮死」、「敗血症」、「呼吸の異常」であった。現在の居場所は、指導群、非指導群ともに「実家」や「夫の実家」と回答した者が多かった。

3. 家事・育児の状況

食事の支度は、表3に示すように、指導群、非指導群とも「ほとんど、またはまったく行わない」と回答した者がもっとも多かった。洗濯は、指導群では「毎日」と「ほとんど、またはまったく行

わない」がほぼ同数であったが、非指導群では「ほとんど、またはまったく行わない」と回答した者がもっとも多かった。掃除は、指導群では「毎日」と回答した者がもっとも多かったが、「1日おき」、「週1回程度」、「ほとんど、またはまったく行わない」と回答した者も少なくなかった。非指導群では、「1日おき」と「ほとんど、またはまったく行わない」がほぼ同数であった。買い物は、指導群、非指導群とも、「週1回程度」と「ほとんど、またはまったく行わない」がほぼ同数であった。授乳、おむつ交換、沐浴は、指導群、非指導群とも、「全部」と回答した者が大部分を占

めていた。

4. 栄養方法

栄養方法は、表4に示すように、指導群、非指導群とも、「混合栄養」がもっとも多かったが、非指導群では80%以上であるのに対し、指導群では約55%であり、「母乳」や「人工栄養」のみの者が少なくなかった。

5. 心身の状態

心身の状態は、表5に示すように、指導群、非指導群とも、疲れを「少し感じる」と回答した者

表1 個別指導内容の概要

| |
|--|
| <p>1. 母乳について</p> <p>* 哺乳量、授乳間隔がわからない 2ヶ月くらいの間は授乳間隔は不規則であり、1日に10回以上授乳することもある。3~4時間を目安に授乳し、ベビーが「泣いたら吸わせる」を繰り返していくうちにリズムがつかめていく。退院して1週間くらいは入院中と同じような授乳の仕方で行ってみる。</p> <p>* 吸い付きが悪い、乳首がくわえられない 乳首がやわらかく伸びるようにマッサージを続ける。かための乳首は時間をかけて、焦らず日々のマッサージを繰り返すことが大切。ベビーがおなかをすかせて泣いた時に含ませる。乳首帽の使用。</p> <p>2. 自分の身体について</p> <p>* 会陰部の痛み ゆっくりと1ヶ月くらいかけて徐々に痛みがなくなっていく。それまでは座り方や動作によっては痛むことがある。円座、浮輪、タオルを活用し痛みの少ない姿勢を作る。</p> <p>* 悪露が続く 1ヶ月かけて徐々に少なくなっていく。急に量が増えてそれが続く、あるいは悪臭がする、おなかかズキズキ痛むといったことがなれば、大丈夫。赤い悪露がダラダラと続く場合は健診時に子宮の収縮状態をみてもらう。</p> <p>* 睡眠不足、疲労 睡眠不足や疲労は育児とは切っても切れないことである。家事・育児全てをこなそうとせず、協力が得られるのであれば夫や周囲の方にサポートをお願いする。育児に専念できる環境の確保。身体的な疲れはなかなか解消されないが、夫や家族との協力で精神的な疲れは少なくしていこう。</p> <p>3. 児の健康について</p> <p>* 湿疹 皮膚のトラブルには清潔と乾燥が大切。石鹸を使い、身体をよく洗う。石鹸分はきちんと流す。汗をかいたらふく。洗う時はスポンジやナイロンタワシなどは皮膚への刺激となるため、手ややわらかいガーゼを使う。皮膚にこぼれた母乳やミルクはよく拭き取る。吸水性のある衣類の着用。沐浴以外にも首や腋窩、膝の裏などを湿らせたタオルで拭く。</p> <p>* 夜泣き 新生児のうち1日の80%以上が睡眠で占められている。次第に夜の睡眠が長くなるが、睡眠リズムの完成は4ヶ月頃なので、それまでの睡眠は一定しない。</p> <p>* 抱き癖 生後4ヶ月以前（モロー反射消失前）は抱いていると眠っているが、寝かせるためにベッドに下ろす時に反射が出てしまい、泣き出してしまうことがある。ベビーを抱いていてあげられる身体的な余裕があるのであれば、抱き癖を心配せずに是非抱いてあげてください。</p> <p>* 鼻・喉のつまり ベビー鼻の穴が狭く、粘膜が敏感なために温度・湿度の変化によって、粘膜が刺激され分泌物が増える。くしゃみや軽い咳についても新生児にはよくみられる。活気があり、哺乳に問題がなければ、分泌物を除去し様子をみていく。</p> <p>4. 人間関係</p> <p>* 子どもへの対応について、実父母や義父母と相違があるなら自分達の育て方を伝え、理解を得る。</p> <p>5. 性生活</p> <p>* キスをする、抱きしめ合うなどでコミュニケーションを図り、相手へのやさしい言葉かけやいたわりの気持ちを忘れない。</p> |
|--|

表2 対象の属性

| | 指 導 群 | | 非指導群 |
|--------|-------------|--------------------------------|------------------|
| 年 齢 | 平均 | 27.6歳 | 28.3歳 |
| | SD | 4.3歳 | 4.9歳 |
| | Max. | 36歳 | 39歳 |
| | Min. | 17歳 | 18歳 |
| 家 族 | 核家族 | 38人 (76.0%) | 10人 (62.5%) |
| | 複合家族 | 12人 (24.0%) | 6人 (37.5%) |
| | 義父母 | 8人 | 3人 |
| | 義父または義母 | 2人 | 1人 |
| | 実父母 | 1人 | — |
| | 実父または実母 | — | 1人 |
| | その他 | 1人 | 1人 |
| 職 業 | あり | 12人 (24.0%) | 3人 (18.8%) |
| | 勤務形態 | | |
| | 常勤 | 10人 | 1人 |
| | パート | 2人 | 2人 |
| なし | 38人 (76.0%) | 13人 (81.3%) | |
| 新生児 | 正常 | 46人 (92.0%) | 14人 (87.5%) |
| | 異常 | 4人 (8.0%) | 2人 (12.5%) |
| | | 新生児仮死：2人 低血糖：1人 周期性呼吸：1人 | 敗血症：1人 多呼吸：1人 |
| 現在の居場所 | 自宅 | 24人 (48.0%) | 3人 (18.8%) |
| | 実家 | 22人 (44.0%) | 12人 (75.0%) |
| | 夫の実家 | 4人 (8.0%) | 1人 (6.3%) |

表3 家事・育児の状況

| 家事・育児の項目と程度 | | 指 導 群 | 非 指 導 群 |
|-------------|------------------|-------------|--------------|
| 食事の支度 | 3食とも | 10人 (20.0%) | — |
| | 2食程度 | 8人 (16.0%) | 4人 (25.0%) |
| | 1食程度 | 12人 (24.0%) | 3人 (18.8%) |
| | ほとんど、またはまったく行わない | 20人 (40.0%) | 9人 (56.3%) |
| 洗濯 | 毎日 | 23人 (46.0%) | 3人 (18.8%) |
| | 1日おき | 7人 (14.0%) | 4人 (25.0%) |
| | 週1回程度 | — | 2人 (12.5%) |
| | ほとんど、またはまったく行わない | 20人 (40.0%) | 7人 (43.8%) |
| 掃除 | 毎日 | 13人 (46.0%) | — |
| | 1日おき | 11人 (22.0%) | 8人 (50.0%) |
| | 週1回程度 | 11人 (22.0%) | 1人 (6.3%) |
| | ほとんど、またはまったく行わない | 15人 (30.0%) | 7人 (43.8%) |
| 買い物 | 毎日 | 2人 (4.0%) | 1人 (6.3%) |
| | 1日おき | 5人 (10.0%) | 1人 (6.3%) |
| | 週1回程度 | 22人 (44.0%) | 7人 (43.8%) |
| | ほとんど、またはまったく行わない | 21人 (42.0%) | 7人 (43.8%) |
| 授乳 | 全部 | 45人 (90.0%) | 16人 (100.0%) |
| | 時々 | 5人 (10.0%) | — |
| おむつ交換 | 全部 | 44人 (88.0%) | 16人 (100.0%) |
| | 時々 | 6人 (12.0%) | — |
| 沐浴 | 全部 | 30人 (60.0%) | 9人 (56.3%) |
| | 時々 | 13人 (26.0%) | 3人 (18.8%) |
| | ほとんど、またはまったく行わない | 7人 (14.0%) | 4人 (25.0%) |

表4 栄養方法

| | 指導群 | 非指導群 |
|------|-------------|-------------|
| 母乳 | 13人 (26.0%) | 2人 (12.5%) |
| 混合栄養 | 27人 (54.0%) | 13人 (81.3%) |
| 人工栄養 | 10人 (20.0%) | 1人 (6.3%) |

がもっとも多く、「いつも感じる」と回答した者と合わせると約90%を占めていた。睡眠の状態も、指導群、非指導群とも、「少し睡眠不足」と回答した者がもっとも多く、「不眠」と回答した者と合わせると85%以上が睡眠不足を感じていた。日々の生活の感じ方は、指導群、非指導群とも、「充実している」と回答した者が40%以上で、「少

し充実」が約50%、「まったく充実していない」は非指導群に1人いたのみであった。育児の負担感は、「とても感じる」と「少し感じる」と回答した者が指導群では82%、非指導群では75%であった。

6. 育児に関する心境

授乳については、表5に示すように、有意差はなかったが「自信をもって行える」と回答した者が指導群に多い傾向がみられ、衣類の調節については、60%以上の者が「少し」または「まったくわからない」と回答していた。「育児していて楽しいか」では、図1に示すように、「とても」と回

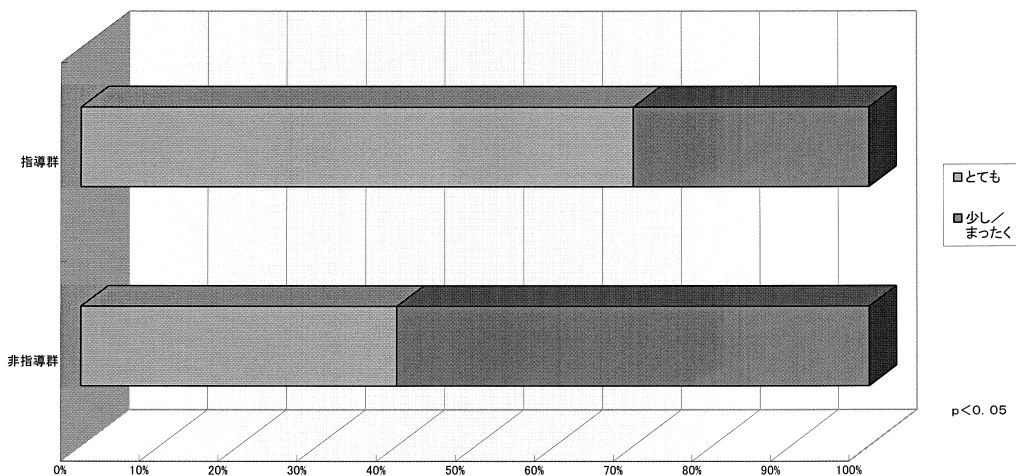


図1 育児していて楽しいか

表5 心身の状態・育児に関する心境

| | | いつも感じる | 少し感じる | まったく感じない |
|-----------|------|------------|------------|-------------|
| 疲れの程度 | 指導群 | 11 (22.0%) | 37 (74.0%) | 2 (4.0%) |
| | 非指導群 | 4 (25.0%) | 10 (62.5%) | 2 (12.5%) |
| 睡眠の状態 | | よく眠れる | 少し睡眠不足 | 不眠 |
| | 指導群 | 7 (14.0%) | 34 (68.0%) | 9 (18.0%) |
| | 非指導群 | — | 11 (68.7%) | 5 (31.3%) |
| 日々の生活の感じ方 | | 充実している | 少し充実している | まったく充実していない |
| | 指導群 | 26 (52.0%) | 24 (48.0%) | — |
| | 非指導群 | 7 (43.7%) | 8 (50.0%) | 1 (6.3%) |
| 育児の負担感 | | いつも感じる | 少し感じる | まったく感じない |
| | 指導群 | 12 (24.0%) | 29 (58.0%) | 9 (18.0%) |
| | 非指導群 | 5 (31.3%) | 7 (43.7%) | 4 (25.0%) |
| 授乳 | | 自信をもって行える | 少しわからない | まったくわからない |
| | 指導群 | 18 (36.0%) | 17 (34.0%) | 15 (30.0%) |
| | 非指導群 | 3 (18.8%) | 4 (25.0%) | 9 (56.2%) |
| 衣類の調節 | | 自信をもってできる | 少しわからない | まったくわからない |
| | 指導群 | 18 (36.0%) | 29 (58.0%) | 3 (6.0%) |
| | 非指導群 | 6 (37.5%) | 7 (43.7%) | 3 (18.8%) |

表6 悩みの内容

| 週 | 順位 | 指導群 | | 非指導群 | |
|------------|----|-------|-----|-------|-----|
| 2週目 | 1位 | 母乳 | 30人 | 母乳 | 10人 |
| | 2位 | 児の健康 | 21人 | 児の健康 | 4人 |
| | 3位 | 自分の身体 | 13人 | 自分の身体 | 2人 |
| 4週目 | 1位 | 児の健康 | 22人 | 児の健康 | 8人 |
| | 2位 | 母乳 | 18人 | 母乳 | 6人 |
| | 3位 | 自分の身体 | 12人 | | |
| 4週間 通して | 1位 | 母乳 | 19人 | 母乳 | 6人 |
| | 2位 | 児の健康 | 13人 | 児の健康 | 6人 |
| | 3位 | 自分の身体 | 11人 | 自分の身体 | 3人 |

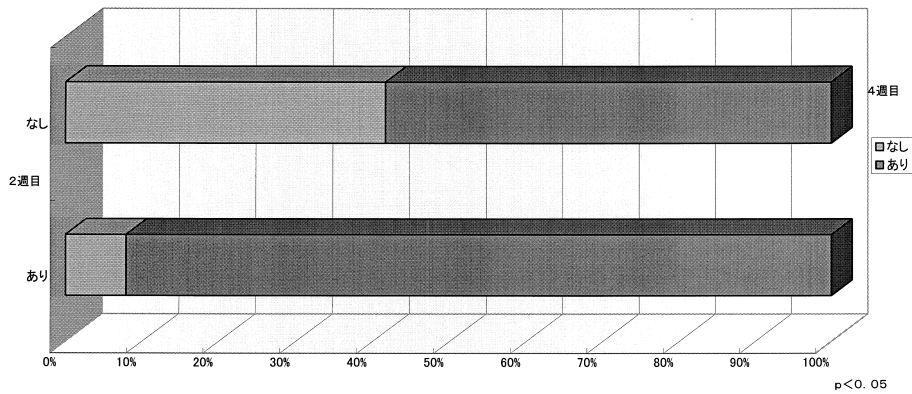


図2 2週目に悩みがある人の4週目の悩みの有無の関係 (指導群)

答した者が非指導群に比べて、指導群に有意に多かった。

7. 悩みの有無・内容

2週目の悩みの有無と4週目の悩みとの関係を見ると、図2に示すように、指導群において有意に関連がみられ、2週目に悩み「あり」は、4週目でも悩み「あり」が多いことが明らかになった。非指導群では標本数が少ないため、有意差はなかったが、同様の傾向がみられた。2群を合計した結果でも、2週目の悩みの有無と4週目の悩みの有無は有意に関連し、悩みが続いていることが明らかになった。悩みの内容は、表6に示すように、2週目では「母乳」が、4週目では「児の健康」がもっとも多かった。また、4週間を通してもっとも悩みが多かったものは、指導群では「母乳」、非指導群では「母乳」、「児の健康」であった。

IV. 考察

1. 家事・育児の状況

今回の調査結果では、産後1ヶ月間、実家や夫の実家へ帰る者が多く、褥婦は身の回りの家事の

サポートを実母や義母、夫から受けていると考えられた。また、育児についてみると、指導群、非指導群とも、授乳とおむつ交換については全面的に褥婦自身が行っていた。個別指導では、家族のサポートが得られるのであれば、退院後1ヶ月程度は子どもの睡眠リズムに合わせて褥婦も休息・睡眠をとり、育児に専念できる環境を確保するように話した。しかし、指導群、非指導群とで有意な差はみられず、個別指導の効果は明確にならなかった。

2. 心身の状態

今回の調査では、「睡眠不足」や「疲れ」を感じている者が多いことが明らかになり、育児中の母親には、だるい、不眠などストレスに関連する身体・精神症状が多いという石崎ら¹⁾の結果と同様の結果を得た。今回の調査に回答した褥婦たちは、産後1ヶ月間、家事のサポートを全面的に受け、授乳やおむつ交換などの、子どもの身近な世話に専念できる環境にあっても、慣れない子どもの世話や度重なる夜間の授乳により、睡眠・休息時間が少なく、疲れを感じていた。産後1ヶ月時

点で栄養方法が母乳のみのケースであっても、疲れをまったく感じずよく眠れるという者は指導群に2人しかおらず、疲れをいつも感じ不眠であるという者が指導群に2人おり、母乳のみであっても睡眠時間の確保に結びついていないことが明らかとなった。また、人工栄養のみのケースにおいても、疲れをまったく感じずよく眠れるという者もいれば、疲れをいつも感じ不眠であるという者もいた。子どもが1回に飲む量や次に泣くまでの時間は一定ではなく、授乳することの難しさを表わしていると考えられる。個別指導では、育児と睡眠不足はある時期背中合わせの関係にあり、こうしなければとあまり考えずに、泣いたらあげる、そして眠れる時には眠るというように、気楽に授乳と向き合うことを心掛けるように話した。しかし、指導群、非指導群とも過半数の者が疲れや睡眠不足を感じており、これらの問題は指導によっては解決が難しく、退院後の母乳相談や電話訪問、地域の育児相談所や育児サークルの紹介など、継続的なケアが重要であると考えられた。日々の生活の感じ方では、大部分が「充実」、「少し充実」と回答していた。また、育児の負担感については、68%以上の者が「少し」、「まったくない」と回答していた。したがって、睡眠不足や身体的な疲れを感じながらも、わが子との新しい生活が充実しているととらえ、前向きに過ごしていると考えられる。育児を含めたわが子との生活の充実感は、疲れや睡眠不足を超えるものであること示していると考えられる。

3. 育児に関する心境

授乳を「自信をもって行える」と回答した者は、非指導群より指導群に多い傾向があった。産褥3日目頃までは分娩による疲労や後陣痛、会陰縫合部痛があり、育児に関する関心はそれほど高くないため、具体的な育児技術の指導や新生児の生理的特徴や異常徴候などの知識提供は産褥3日目以降に行うのが効果的である³⁾といわれているので、個別指導は産褥3日目以降に実施した。乳汁分泌や授乳の状況に合わせて、退院後の授乳方法がイメージできる時期であったので、この時期に指導したことは効果があったと考えられる。具体的に記入してもらった記述には、「母乳の量」、「泣く度に授乳していいものか」、「ミルクを足す量がわからない」、「ゲップがうまく出せない」などがあ

がった。入院中は母乳量を測定して、ミルクを足すことによって安心できていたが、退院して母乳量の測定が行えない状況で頼るものがなく、母乳量や追加するミルクの量に不安が生じていると考えられる。褥婦たちには、入院中から母乳の量だけに頼るのではなく、授乳後に乳房の緊満感がとれた感覚や児の満足そうな様子など、全体を観察できるように指導していく必要がある。また、その前提として、母乳のみで十分かのアセスメントは重要であるが、1回毎の量にこだわらず、頻回に授乳すればよく、欲しい時に授乳すれば母乳は出ることも丁寧に話す必要がある。ゲップの出し方については、入院中の授乳のたびに行っており、実際に何度か経験してもらうことにより、「わからない」という褥婦を減らせると考えられるので、入院中の指導で確実にしていきたい内容である。

衣類の調節については、「どれくらい着せたらいいのかわからない」、「自分の感じ方と赤ちゃんの感じ方の差にいつも不安」、「汗をかいているときの調節がわからない」など類似の回答が多数あり、今回の調査対象とした褥婦たちは、衣類をその日の気温や児の状態に合わせて、どれくらい着せたらよいかということについて不安を抱いていた。そのため、大人が暑いと感じる感覚を参考にすることや、子どもの汗、冷感、ほてりといった観察ポイントなどを具体的に指導することが重要であると考えられた。

「育児していて楽しいか」という質問に、「とても」と回答した者が、指導群では非指導群よりも有意に多かった。このことは、個別指導のおわりに必ず付け加えた、「色々なことがあって疲れたり、眠れなかったり、イライラすることもあるでしょうけれど、これから20年にも及ぶ子育てのなかではきっとかけがえのない大切な時間となるでしょう。待ち望んだ赤ちゃんとの密着した時間を楽しんで過ごしてください。子は親の鏡。お母さんがニコニコしていると赤ちゃんもニコニコした子になっていきますよ。」が生きたように感じられる。育児は「大変だ。」とよくいわれるが、看護者が「大変ですね。」と口にするのではなく、「楽しんでくださいね。赤ちゃんっておもしろいね。可愛いね。」とポジティブな声かけや会話をしていくことが重要であると考えられる。このことによって、褥婦に育児は「楽しい」と思ってもらうことが可能となる。

表7 具体的な内容の記述 (一部)

1. 授乳について

〈指導群・非指導群とも同様〉

- ・母乳がたくさん出ているかどうか。
- ・泣いて、おっぱいを欲しがらる仕草をする度に授乳していいのか。
- ・混合なのでどのくらい母乳が出ていて、ミルクをどのくらいにしたらいいのか不安。
- ・ゲップが上手に出せない。
- ・母乳の方が丈夫に育つと周りから言われているので、ほとんどミルクになってしまったので不安。

2. 衣類の調節について

〈指導群・非指導群とも同様〉

- ・どれくらい着せたほうがいいかわからない。
- ・自分の感じ方と赤ちゃんの感じ方の差にいつも不安。
- ・温度計に頼っているが、快適な時とむずかる時があり混乱する。
- ・汗をかいている時の調節がわからない。
- ・手足が冷たい時、室内で靴下を履かせて弱い子にならないか不安。

3. 母乳についての悩み

〈指導群〉

- ・母乳の量、どれくらい出ているのか、赤ちゃんに足りているか。
- ・与える時間が病院のようにならず、30分や1時間おきに欲しがって、困った。
- ・乳首にうまく吸い付けられないので苦勞した。出るけど、吸ってくれない。
- ・乳首の先が痛い。

〈非指導群〉

- ・母乳が足りているのか。
- ・母乳の出が悪い。
- ・母乳が止まった。
- ・乳首に水ぶくれができた。
- ・どれくらいあけて授乳すればいいか。

4. 児の健康についての悩み

〈指導群〉

- ・湿疹ができた。湿疹がアトピーになってしまうか不安。あせもができた。
- ・鼻が苦しうに見える。鼻づまり。
- ・昼夜逆転、夜泣き。

〈非指導群〉

- ・顔、首の湿疹。
- ・便の回数が少ない。便が2～3日に1回。
- ・鼻水を出していたことがあり、体温調節が心配。

5. 自分の身体についての悩み

〈指導群・非指導群とも同様〉

- ・睡眠不足。
- ・悪露が3週間くらい多かった。悪露が多くなった。
- ・肩凝りと腰痛がひどくなった。
- ・左右のおっぱいの大きさが違うこと。
- ・体重が元に戻るか。

6. 人間関係についての悩み

〈指導群・非指導群とも同様〉

- ・義父母、実母との育児についての意見の違い。
- ・祖父母の意見を素直に聞けなくてイライラした。
- ・これから新しい土地へ行くのでそこでの人間関係。
- ・お祝いのお客さんが多くて休むことができなかった。

7. 性生活についての悩み

〈指導群・非指導群とも同様〉

- ・最初が不安。
- ・1ヶ月健診までは避けた方がよいのだが、夫に求められてしまった。

「母乳の方が丈夫に育つと周りから言われているので、ほとんどミルクになってしまったので不安」という記述があった。ミルク授乳になってしまったことよりも、目の前にいるわが子が生き生きとしている様子や、自分自身が今ある日々の生活を充実させて、楽しみながら過ごしていることに目を向けて欲しいと考える。これは、「指導」という一方通行のケアではなく、褥婦と看護者双方がコミュニケーションしながらケアや指導を行わなければ実現できないと考えられる。そして、退院後も地域の看護職に引き継いで、褥婦が日々安心して育児に臨めるような継続的なケアが重要であるといえよう。

4. 悩みの有無・内容

悩みの有無について、2週目に悩みがある者は4週目にも悩みをもっていることが明らかになった。丸山⁴⁾は、産後1ヶ月では95%が心配をもっていると述べており、多くの褥婦が産後1ヶ月間は何らかの悩みを抱えて過ごしていると考えられる。指導群では、4週間を通して悩んだものの上位3つは、「母乳」、「児の健康」、「自分の身体」であった。悩みの具体的な内容では、母乳については「母乳の量」に集中していた。その他には、「どれくらいあけて授乳すればよいか」という授乳間隔、「吸ってくれない」、「乳首の先が痛い」などが2~3例あった。それに対して非指導群では、「母乳の量」の他に「母乳の出が悪い」、「母乳が止まった」、「乳首に水ぶくれができた」、「どれくらいあけて授乳すればいいか」など、内容は様々であった。1ヶ月間に心配としてあがるであろうことを予測しながら、個々の褥婦の状態に合わせて個別指導を行ったが、褥婦の性格や分泌量など個人の条件の大きい母乳についての悩みは、指導によって軽減させることはできなかった。ただ、個別指導したことによって「母乳の量」に回答が集中してきたのは、「母乳の量」以外の乳房のケアや搾乳の方法、くわえさせ方などは、ある程度解決したからだと考えられる。「母乳の量」については、1回毎の量よりもトータルに考えること、1週間や2週間おきに母児の健康状態を把握し、「大丈夫ですよ。」という保証や助言を受けられる、身近な地域における看護職の活動システム、そしてそのネットワークシステムを作る必要があるのではないかと考えられる。いずれにしても入院中になし得

ることとなし得ないこと、なし得ないときのシステムの確立などを考えていく必要がある。

次に「児の健康」についての内容では、指導群において4週目に特に「湿疹」を心配する声が多かった。石崎ら¹⁾は、脂漏性湿疹や軽度の湿疹をアトピーではないかと心配しているものが多いと述べており、多くの褥婦が皮膚のトラブルを心配していることがわかる。これについては、皮脂腺や汗腺の働き、顔を石鹸で洗い始めること、基本的なスキンケアの方法などを説明したが、解決にはつながらなかった。どういう湿疹が起り得るか、なぜ起こるかを説明しておいた方が効果があったかもしれない。非指導群では「湿疹」もあがったが、「便秘」や「体温調節」も同数あがっており、回答は様々であった。また、「夜泣き」は指導群で1例のみに減少し、「鼻や喉のつまり」は指導群に2例、「抱き癖」について心配する声はなかった。この点は個別指導の効果と考えられる。自分の身体についての内容は、指導群では「睡眠不足」に集中しており、「睡眠不足」以外では、「悪露」が2例、「会陰切開部の痛み」は1例もなかった。「睡眠不足」については、家族への指導や働きかけ、自分の身体を大切にすることはじめて育児が楽しめることを説明するなど、別の側面からの関わりが必要と考えられた。

V. おわりに

今回の調査では、調査対象とした病院の分娩数が少なく、コントロール群の標本数を十分に集められなかった。そのため、多くの項目で差のある傾向は見られたものの、有意差が認められたものは少なく、個別指導の効果を十分に示すことはできなかった。しかし、褥婦が退院後に心配となるであろうことと、そうでないものを考慮して個別に関わったことによって、指導により解決可能であることと、そうでないことがいくつか明らかになった。指導によって解決できないものは、母乳に関しては「母乳の量」、児の健康に関しては「湿疹」、自分の身体に関しては「睡眠不足」であった。これらは、産後1ヶ月間における悩みの大部分を占め、入院中の指導だけでは解決が難しい内容であることが明らかになった。これは指導の限界を示していると考えられ、その時の状況や褥婦の感じ方など個別性の大きい問題であることから、継続性をもった地域看護職とのネットワーク

など、今後取り組まなければならない課題であると考えられる。また、指導によって解決できるものは、母乳では「乳房のケアや授乳の方法」, 「乳首のくわえさせ方」, 児の健康では「夜泣き」, 「抱き癖」, 「鼻や喉のつまり」, 自分の身体では「会陰切開部の痛み」, 「悪露」などであると考えられた。これらについては、入院中の指導で特に気をつけて指導していくことが重要である。産後の短い入院中には、その人の「これだけは…」という問題に焦点を当ててケアすることが大切だと思われる。そして、地域へ帰っていく褥婦たちに、継続的な支援をしていくため、地域にある母乳相談所や育児相談所の紹介、母親同士の育児グループの育成など、支えあっていくシステム作りが必要だと考えられる。

の不安の変化と要因 (第2報). 母性衛生, 40(2); 332-339, 1999.

文 献

- 1) 石崎優子, 梶原祥子, 河野祐子: 都市部の育児相談を利用する母親の相談内容と健康意識. 小児保健研究, 58(6); 726-730, 1999.
- 2) 相田和枝, 高橋純子: 分娩後1ヶ月時点における褥婦の日常生活の実態と保健ニーズ. 自治医科大学看護短期大学看護研究集録 平成10年度, 161-166, 1999.
- 3) 三井政子 (編): 助産婦のための退院指導マニュアル. ペリネイタルケア, 1998新春増刊; 57-63, 1998.
- 4) 丸山知子: 産褥期女性の心理・社会的リスクを把握するためのスクリーニング用質問紙の開発. 心身医学, 39(4); 280-285, 1999.
- 5) 前橋 明, 石井浩子, 渋谷由美子, 中永征太郎: 乳幼児をもつ母親の健康管理に関する研究 (1). 小児保健研究, 58(1); 30-36, 1999.
- 6) 中嶋和夫, 齋藤友介, 岡田節子: 母親の育児負担感に関する尺度化. 厚生指標, 46(3); 11-18, 1999.
- 7) 根岸喜代子, 小川澄子: 産後から1ヶ月健診までの産褥ケア. 助産婦雑誌, 53(10); 30-40, 1999.
- 8) 岩瀬一弘, 犬飼和久: 退院時の指導. 周産期医学, 29(1); 100-109, 1999.
- 9) 亀井睦子, 増子恵美, 蛭田由美: 産後の母親の不安の変化と要因 (第1報). 母性衛生, 40(2); 325-331, 1999.
- 10) 蛭田由美, 亀井睦子, 増子恵美: 産後の母親

報 告

腋窩に付着した水分が腋窩温測定値に与える影響の実験的研究

大久保祐子¹⁾, 小長谷百絵²⁾

Experimental research of the axillary's temperature About the influence of sweating or wiping

Yuko OKUBO¹⁾, Momoe KONAGAYA²⁾

要旨：腋窩の体温を測定する時に、腋窩の水分を拭いてから測定する場合と腋窩の水分を拭かないで測定する場合の測定値の差を実験的に検証した。実験方法は、両腋窩に水をスプレーし体温になじませた後拭いたときと拭かなかったときを、汗をかいた状態と拭いた状態とし、サーモセンサー、水銀体温計、サーモグラフィーの3測定機器を用いて、それぞれ腋窩温測定開始からの経時的な温度変化、一定時間経過後の温度、最高温部位の表面温度分布を計測した。その結果、3分以上の測定の場合は、汗を拭いたか拭かないかで差は生じず、密着による体腔温化や左右差の方が測定値に与える影響が大きいことが確認された。汗をかいている状態で体温を測定する場合は、腋窩を密着させ、3分以上測定することが望ましいといえる。

キーワード：腋窩温, 腋窩温測定, 汗, サーモセンサー

I. 緒言

看護は対象を理解することから始まるが、バイタルサインの測定はその手がかりとして有効な手段であり、そのひとつである体温測定を正確に行うことは重要である。体温測定は、直腸、口腔、腋窩などの種類があるが、わが国においては主に腋窩における体温測定が行われている。従来から腋窩での体温測定は、「測定部位が発汗しているときは、乾いたタオルなどでふいてから体温計を挿入する。」^{1)~9)}方法が一般的である。その理由は、

水分が気化するときには周囲の熱を奪うという化学の原則から、腋窩が発汗していると腋窩開放時に腋窩温が下降し、実際の体温より低く測定されると説明されていることが多い。汗と腋窩温の関係について、阿部は「測定中に腋窩にかく汗はそのままにしておいてよい。」と述べている。その理由として、「一般に、汗が出ると検温はできないと思われているが、事実是这样ではない。このことは口内検温の場合を考えればわかる。」¹⁰⁾と述べ、口腔内の湿潤環境であっても、口を閉じて密閉することで気化による影響は起こらず、一定時間の測定により口腔温の測定が可能であることを指摘している。そもそも「体温」は、身体の温度を意味する抽象的な概念である¹¹⁾。温熱生理学では、比較的温度が一定している身体内部の温度を「核心温度」といい、「外郭温度」と区別して用いている。たとえば、大動脈弁の出口付近のよ

¹⁾ 自治医科大学 看護学部 基礎看護学, ²⁾ 東京女子医科大学 看護学部

¹⁾ Theoretical Nursing, School of Nursing, Jichi Medical School

²⁾ School of Nursing, Tokyo Women's Medical University

うな、身体のコル部で温度を測定することが一般的には不可能なので、測定可能な部位、すなわち腋窩や口腔を密着させて「体腔温」化して体温を測定しているのである。

若林らは、腋窩温測定において汗を拭いた状態と汗を拭かない状態で差がなかったことを、水銀体温計と予測式電子体温計を用いて報告している¹²⁾。そして、男女7人、19回の測定の結果、汗をかいている場合は、測定前に腋窩を30秒開放したときは、閉鎖したまま測定したときに比べ、予測式電子体温計で低く測定され、水銀値は測定前の開放と非開放によって差はなかったとしている¹²⁾。予測式体温計での測定において、腋窩開放と非開放で差があったということは、汗をかいている場合には、初期の温度と上昇に違いがあるのではないかと考えられる。そこで、腋窩体温測定における「汗を拭いてから測定する」と「汗を拭かないで測定する」条件の測定値に違いがあるのかについて、実験的に汗をかいた条件を作り、サーモセンサー、水銀体温計、サーモグラフィーの3測定機器を用いて、汗をかいたときと拭いたときの測定値を比較検討し、腋窩温測定における汗の影響を検討した。

II. 研究目的

腋窩温を正確に測定するために、腋窩に水分が付着したまま測定した場合と、腋窩の水分を拭いた後に測定した場合の測定値の違いを実験的に検証することを目的とした。この目的を達成するために、以下のような3段階の実験を行った。

1. 腋窩での皮膚温の体腔温化における温度上昇の違いの検討

腋窩体温測定と同じように腕を体幹に密着させ閉じた場合、汗をかいた状態と拭いた状態との腋窩温測定値はどのような変化をたどって測定値に至るのか。腋窩の皮膚温が体温測定に適した体腔温になっていくまでの過程を、時間経過を追って計測し比較する。

2. 水銀体温計での体温測定における測定値の違いの検討

腋窩体温を水銀体温計で測定する方法としては、10分以上測定する¹⁻⁹⁾とされている。平らは、真島のあらかじめ閉じてほぼ一定温に達した後の腋

窩温測定の結果から¹³⁾、10分以上の測定が必要としている⁴⁾。本研究では、真島の40分腋窩開放後測定した結果、一定温に達するまで20~30分を要する¹³⁾という結果から、腋窩の汗を拭く操作による開放時間を考慮し、15分間の測定を腋窩温測定に必要な時間とみなし、15分間の測定とした。何もしていないコントロール状態と汗をかいている状態、汗をかいていたが拭いた状態を実験的に条件設定し、15分測定方法による汗をかいてなにもしない状態と汗を拭いた状態との腋窩体温測定により最終的に得られる値の違いを比較する。

3. 測定時の腋窩の温度分布の違いの検討

腋窩を密着させ、腋窩温を測定した直後の腋窩の温度分布について、汗をかいている状態と拭いた状態とで違いを比較する。

III. 研究方法

1. 研究対象

この研究の主旨を理解し、長時間の腋窩体温測定に対し同意の得られた疾病のない女性4人を被験者とした。研究対象のBMI、年齢、体温特徴は、表1のようであった。

表1 被験者のプロフィール

| プロフィール | A | B | C | D |
|--------|------|------|------|------|
| BMI | 18.9 | 18.9 | 21.4 | 18.7 |
| 年齢 (歳) | 22 | 22 | 21 | 39 |
| 性周期 | 卵胞期 | 黄体期 | 黄体期 | 卵胞期 |
| 利き腕 | 右 | 右 | 右 | 右 |

2. 環境設定

冷感・温感を与えない室温として、 $26.0 \pm 1.0^\circ\text{C}$ の恒温室内で測定した。実験中の湿度は45~61%であった。

3. 被験者の衣類

被験者の着衣は、ランニングシャツタイプのアンダーウェア、その上にパジャマをかくはおってもらった。

4. 被験者の体位

被験者の体位は座位とした。測定は、準備がすんで座位になり、10分間静かに座位をとった後に行った。

5. 測定装置

- 1) 平型水銀体温計：一般用水銀体温計を使用した。
- 2) サーモセンサー：安立データコレクターAM-7002にモジュラー式接触温センサーを装着して計測した。2条件を同時に測定するために2チャンネルを使用した。サンプリング周期は30秒とした。
- 3) サーモグラフィー：富士通サーモグラフィーインフラアイ1200を使用した。

6. 測定方法

1) 被験者のコントロール体温測定

左右の腋窩温を、水銀体温計（以下、体温計という）で15分間2回測定する。体温計の挿入方向は、前下方から後上方に向けて、上腕二頭筋と大胸筋で挟むようにし、水銀部分が腋窩の最も深いところで、しかもなるべく前よりになるようにする。

2) サーモセンサーによる測定

- (1)腋窩を乾いたタオルで抑えるようにして拭く。40℃の湯を左右の腋窩に霧ふきし、疑似的に発汗状態を作る。このとき1回に使用した水分は約0.1mlであった。15分間腋窩を閉鎖し、水分が体温となじんだ状態を作る（以下、汗条件という）。
- (2)左右の一方の腋窩の水分を看護者が抑えるようにして拭き取る（以下、拭き条件という）。左右の腋窩にサーモセンサーを挿入し、腋窩を20分間閉鎖し、その間の温度変化を測定する。センサーのあて方は、コントロール体温の測定の場合と同様とした。なお、被験者aとbは左を汗条件、被験者cとdは右を汗条件とした。

3) 水銀体温計による測定

- (1)腋窩を乾いたタオルで抑えるようにして拭く。40℃の湯を左右の腋窩に霧ふきし、疑似的に発汗状態を作る。15分間腋窩を閉鎖し、水分が体温となじんだ状態を作る（汗条件）。
- (2)左右の一方の腋窩にある水分を看護者が抑えるようにして拭き取る（拭き条件）。体温計を挿入し、15分後の値を読む。
- (3)「汗条件」と「拭き条件」の左右腋窩を変えて測定する。

4) サーモグラフィーによる測定

- (1)腋窩を乾いたタオルで抑えるようにして拭く。40℃の湯を左右の腋窩に霧ふきし、疑似的に発

汗状態を作る。15分間腋窩を閉鎖し、水分が体温となじんだ状態を作る（汗条件）。

- (2)左右の一方の腋窩の水分を看護者が抑えるようにして拭き取る（拭き条件）。その後15分間腕を体幹につけ、両腋窩と外気との接触を遮断する。
- (3)両腋窩を同時に開き、すばやくサーモグラフィーで測定し、最高温とその変化を追う。なお、両腋窩を同時に開く動作開始から被験者が動作を停止してサーモグラフィーの静止画像データ取得（以下、測定という）までの時間差は、3～5秒程度であった。

7. 結果の分析

結果の分析には、表計算ソフト Microsoft Excel のデータ分析ツールのなかの一对の標本による平均値の検定および相関を用いた。

IV. 結果

1. 被験者のコントロール体温測定

はじめに測定した何も操作を加えないときの、各被験者2回の腋窩温の測定値を表2に示す。左右の測定値に差が認められなかったのは2人、左右差があったのは2人だった。4人8回の測定の平均値は、左が36.7℃、右が36.8℃で、右が0.1℃高かった ($p < 0.05$)。

表2 実験前の腋窩体温測定値
(コントロール値)

| (℃) | 左 | 右 |
|------|--------------|--------------|
| 被験者A | 37.1 37.0 | 37.1 37.0 |
| 被験者B | 36.3 36.5 | 36.4 36.6 |
| 被験者C | 36.7 36.7 | 36.9 36.9 |
| 被験者D | 36.6 36.6 | 36.6 36.6 |
| 平均 | 36.7 | 36.8 |

2. サーモセンサーによる測定

サーモセンサーによる被験者Aの測定結果を図1に示す。この測定例では、はじめの2分間は汗条件の方が温度は低かったが、2分30秒からは同じになり、4分30秒からは拭き条件の方が温度が低くなっている。

本実験においては、コントロール体温測定で左右差があった被験者2人（いずれも右が高い）と左右差がなかった2人を分け、左側汗条件者と右側汗条件者とした。4人の被験者の測定結果の平均は、図2のとおりである。平均値では、温度計挿入直後は汗条件の方が温度が低かったが、汗条件の方が平均値が低かったのは1分30秒までで、2分で汗条件と拭き条件の腋窩温平均値がほぼ同じ

になった。その後、それぞれの時間毎の汗条件と拭き条件の差は0.1℃以下であった。この30秒ごとの結果を、それぞれの時間毎に汗条件と拭き条件の温度差について検討すると、測定開始時、30秒後、1分後、1分30秒後と2分30秒後の5回は、汗条件の方が平均値が低い傾向があったが、有意差はなかった。

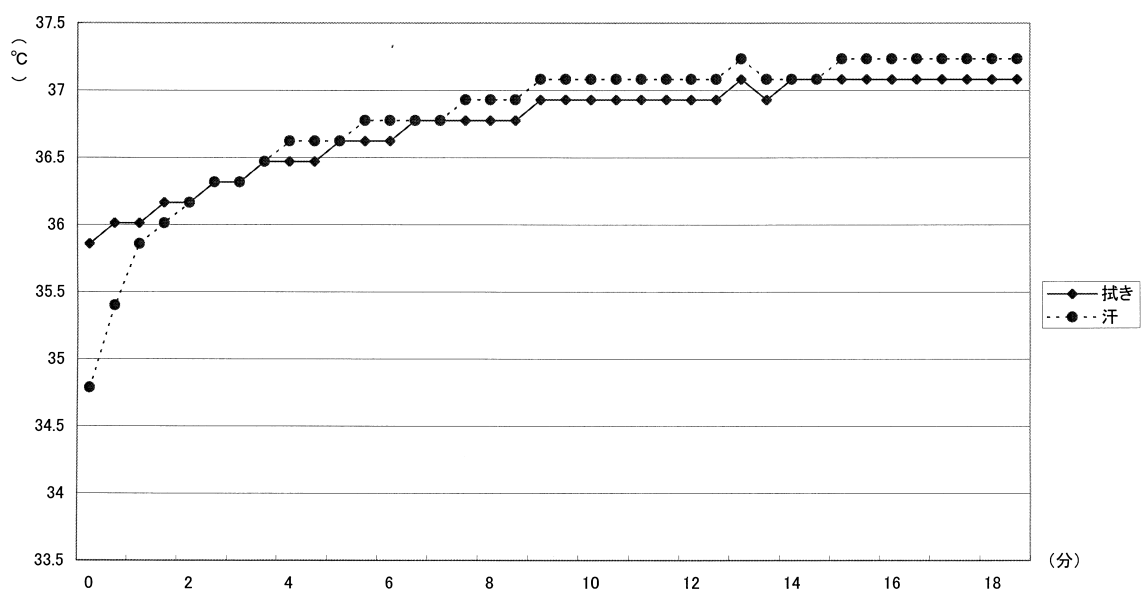


図1 サーモセンサーによる経時的測定結果（例：被験者A）

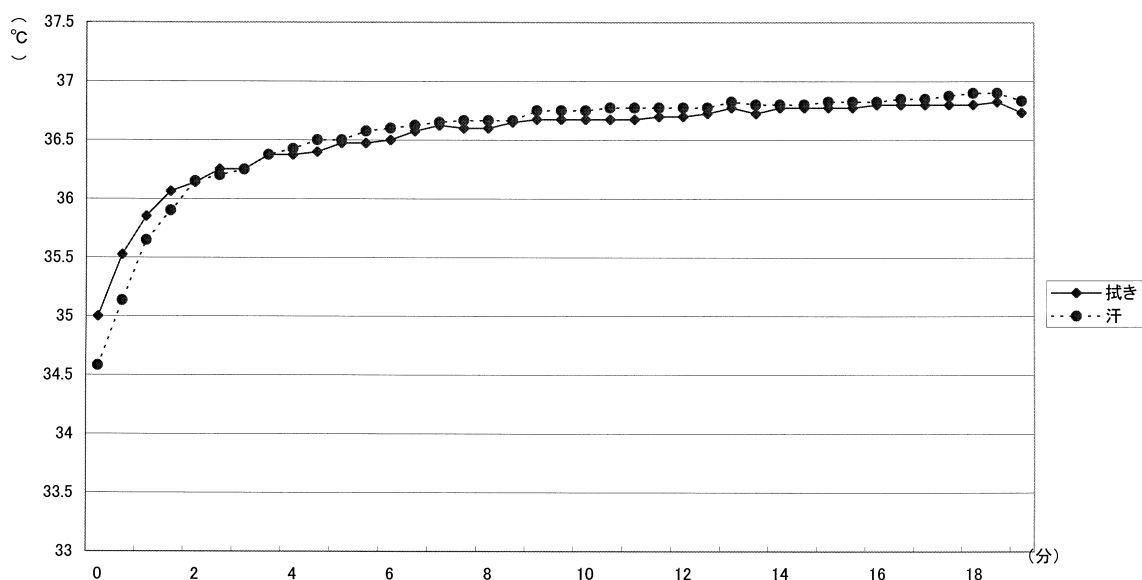


図2 サーモセンサーによる経時的測定結果の平均

3. 水銀体温計による測定

水銀体温計による15分測定での汗条件と拭き条件による結果を図3に示す。汗条件と拭き条件の平均値はそれぞれ36.8℃で、等しかった。また、平均値は、左36.7℃に対し、右36.8℃であった ($p < 0.01$)。

4. サーモグラフィーによる測定

腋窩開放約5秒後の腋窩温の測定例（被験者A）を図4に示す。被験者の右腋窩・拭き条件の最高

温度は36.2℃、左腋窩・汗条件の最高温度は36.2℃を示している。最高温度を示す範囲は、図のように腋窩動脈・上腕動脈にそった位置にある特徴が見られた。同様に4被験者の腋窩開放直後（開放動作を開始して3～5秒後）の腋窩温の最高温度を測定した結果は表3の通りである。4被験者の最高温度は36.2～35.8℃で、各被験者の2条件の差は0～0.1℃で、汗条件と拭き条件で差はなかった。

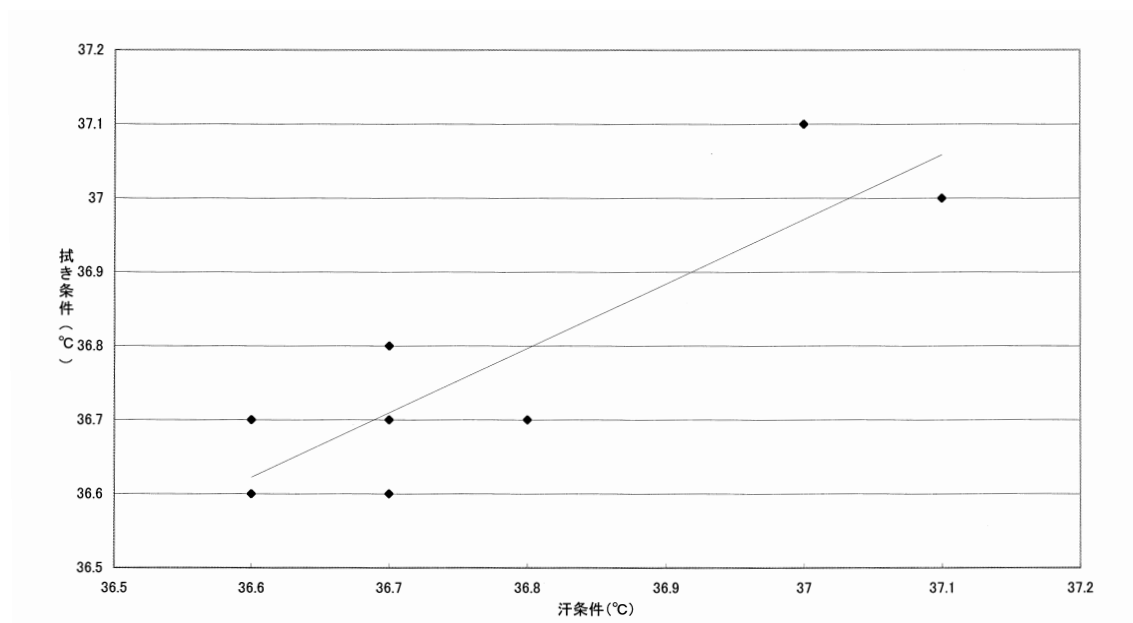


図3 水銀体温計による汗条件と拭き条件の測定結果

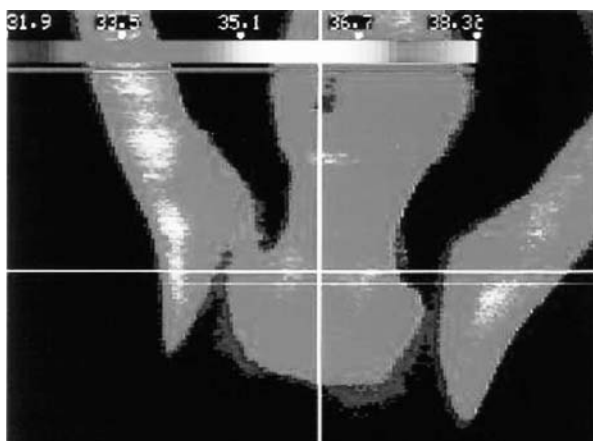


図4 サーモグラフィーによる腋窩開放5秒後測定結果 (例：被験者A)

表3 腋窩開放直後の腋窩最高温度

| 被験者 | 汗 (°C) | 拭 (°C) | 条件 |
|-----|--------|--------|----|
| A | 36.2 | 36.2 | 左汗 |
| B | 36.0 | 36.0 | 左汗 |
| C | 36.0 | 36.0 | 右汗 |
| D | 35.8 | 35.9 | 右汗 |
| 平均 | 36.0 | 36.0 | |

V. 考察

水銀体温計を使用した15分測定後では、汗条件と拭き条件での測定値の差は認められなかった。若林ら¹²⁾は、「電子体温計予測値（予測値）と水銀体温計10分値（水銀値）ともに、腋窩の汗を拭いた側も拭かなかった側もほぼ同じ値を示した。」という結果を報告しており、水銀体温計での15分測定で差がないという今回の結果は、若林らの結果を支持するものといえる。

サーモセンサーにより測定した汗条件と拭き条件の平均値を検討すると、温度計挿入直後は汗条件の方が低かったが、汗条件の方が低かったのは1分30秒後までで、2分以降は汗条件と拭き条件の差は0.1℃以下であった。測定開始時、30秒後、1分後、1分30秒後と2分30秒後の5回は、汗条件の平均値の方が低い傾向にあったが、有意差はなかった。これらの結果から、3分以上の測定では、汗条件と拭き条件による差はない。汗をかいている場合の体温測定は、3分以上の測定であれば、汗を拭いてからでも拭かないままでも同じと考えられる。

しかし、今回の測定結果では、測定開始時、30秒後、1分後、1分30秒後、2分30秒の5回の値は、汗条件で低い傾向にあったが、これは汗をかいている状態では、汗をかいていない時よりも測定直前に腋窩を開放することの影響を受けやすかったためと考えられる。若林らは、汗をかいている状態で30秒腋窩開放後の予測式体温計の値と腋窩を開放せずに測定した値を比較し、開放後の予測値が有意に低かったことを報告している¹²⁾。汗をかいている時は、測定直前に腋窩を開放していたのであれば汗を拭いてから3分間の測定、直前に腋窩を閉鎖していたのであれば閉鎖したまま予測式体温計を挿入して測定することにより、なるべく短時間で適切な体温を測定したいという臨床の条件に合致した体温測定ができると考えられる。

また、コントロール値として測定した水銀体温計による測定値は、左右で差が見られた。体温の左右差については、これまでも述べられているが³¹⁻¹³⁾、利き腕であるかどうかといった左右の腕の使い方の違いにより、腕の筋肉や皮下脂肪のつき方、血管の発達状態が異なるので、熱の生成や伝わり方に影響を与えていることや、体温計をはさむ時の密着のさせ方が異なっていることが考えられる。今回のサーモグラフィーの測定結果では、

腋窩動脈・上腕動脈に沿った部位の温度は開放直後に最高を示し、他の部位は急激に33.5℃以下になっていた。すなわち、腋窩体温測定では、腋窩動脈により核心部から運搬される熱を腋窩内に伝えることにより、腋窩を単なる皮膚表面の外郭温度ではなく、体腔温化することによって体温を測定していることを意識する必要がある。

VI. 結論

汗をかいているときに腋窩で体温を測定する場合、拭いてから測定する場合と拭かないで測定する場合との測定値の差を実験的に検証した。その結果、3分以上の測定の場合は、汗を拭いたか拭かないかで差は生じず、密着のさせ方による体腔温化や左右差の方が測定値に与える影響が大きいたことが確認された。汗をかいている場合の体温測定では、腋窩を密着させ、3分以上測定することが望ましいといえる。

文 献

- 1) 氏家幸子, 阿曾洋子: 基礎看護技術。(第5版). 85, 医学書院, 2000.
- 2) 日野原重明(監), 大河原千鶴子, 河合千恵子, 金井和子(編): 基礎看護技術マニュアル(Ⅱ). 66, 学習研究社, 1994.
- 3) 岡安大仁, 道場信孝: JINブックス バイタルサイン 診かたからケアの実際まで. 68, 医学書院, 1994.
- 4) 平孝臣, 鈴木玲子(編): わかるバイタルサインA to Z. 16-17, 学研, 2000.
- 5) 福島ミネ(監): 看護技術グラフィックガイド. 22, メヂカルフレンド社, 1994.
- 6) 高橋彰子(編): ナース必携最新基本手技A to Z. 34, 照林社, 1994.
- 7) Barbara Lauritsen Christensen, Elaine Oden Kockrow: Foundations of NURSING. 162, Mosby, 1999.
- 8) Ruth F. Craven, Constance J. Hirle: Fundamentals of NURSING Human Health and Function (3rd Edition). 417, Lippincott, 2000.
- 9) Sue C. Delaune, Patricia K. Ladner: Fundamentals of NURSING Standards and Practice. 344, Delmar Publishers, 1998.
- 10) 阿部正和: バイタルサイン. 75, 医学書院, 1994.

- 11) 医学大辞典（第17版）. 1181, 南山堂, 1992.
- 12) 若林紀子, 太田深雪, 山口陽恵, 三谷浩枝, 平田雅子: 体温測定に関する基礎的研究（第5報） 条件・部位の変化における腋窩用体温計測定値の比較. 神戸市看護大学短期大学部紀要21号, 73-79, 2002.
- 13) 真島英信: 生理学（改訂18版）. 511, 文光堂, 1988.
- 14) 日野原重明: 刷新してほしいナースのバイタルサイン技法. 16-27, 日本看護協会出版会, 2002.
- 15) 坪井良子, 松田たみ子（編著）: 考える基礎看護技術 I（第2版）. 119, 廣川書店, 2002.
- 16) 小川徳雄: 汗の常識・非常識. 講談社, 1998.
- 17) 久保亮五, 長倉三郎, 井口洋夫, 江沢 洋（編）: 岩波理化学辞典（第4版）. 岩波書店, 1989.

投稿規程

1. 投稿資格

投稿できる筆頭著者は、自治医科大学看護学部ならびに自治医科大学看護短期大学の教員、研究生、学校法人自治医科大学に所属し、かつ看護職にある者、その他編集委員会が適当と認めた者とする。なお、筆頭著者以外については、この限りではない。

2. 原稿の内容

原稿の内容は、看護学およびそれに関連するものとし、原則として未発表のものとする。

3. 原稿の種類

原稿の種類は、総説、原著、短報、報告、資料、その他編集委員会が適当と認めたものとする。

4. 投稿原稿の採否

投稿原稿の採否は、1編につき2名の査読者による査読を行い、査読者の意見に基づいて編集委員会で決定する。

5. 投稿要領

1) 原稿の長さ

総説、原著、報告、資料は刷り上がり12ページ以内(図・表・写真を含む)、短報は6ページ以内とする。刷り上がり1ページは、和文原稿ではA4判タイプ用紙で約1枚、欧文原稿ではA4判タイプ用紙で約2枚に相当する。なお、上記の枚数を超過した場合、その超過した部分にかかわる費用は著者の負担とする。

2) 原稿の様式

原稿は、ワードプロセッサを用いて作成し、A4判の用紙を用いて44字×45行で印字する。英文の場合は、A4判ダブルスペースとする。原稿は、原則として新かなづかいとし、常用漢字を用いる。句読点は、全角文字の「(カンマ)。(マル)」を、英字・数字は半角文字を用いる。単位や略語は、慣用のものを用いる。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。

3) 原稿の形式

原稿の1枚目には、希望する原稿の種類、表題、英文表題、著者名、英文著者名、所属機関名、英文所属機関名、5語程度のキーワードを記載する。2枚目には、400字程度の和文抄録をつける。原著を希望する場合は、これに加えて250words程度の英文抄録をつける。英文抄録は、著者の責任においてネイティブチェックを受けること。

4) 原稿の構成

原稿の構成は、原則として次のとおりとする。

- I. はじめに
- II. 研究方法
- III. 研究結果
- IV. 考察
- V. おわりに
文献

5) 図、表および写真

図、表および写真には、図1、表1、写真1などの通し番号、ならびに表題をつけ、本文とは別に一括し、原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。図、表および写真は、原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。なお、カラー写真を掲載する場合、その費用は著者負担とする。

6) 倫理的配慮

論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は、「研究方法」の項で倫理的配慮をどのように行ったのかを記載する。

7) 文献の記載様式

- (1) 文献は、本文の引用箇所の肩に¹⁾, ^{1~5)}などの番号で示し、本文の最後の一括して引用番号順に記載する。文献の著者は、省略せずに全員を記載する。
- (2) 雑誌名は、原則として省略しないこととするが、省略する場合は、和文のものは日本医学雑誌略名表(日本医学図書館編)、英文のものはIndex Medicus所蔵のものにしたがう。
- (3) 文献の記載方法は、次の例にしたがう。

① 雑誌の場合

著者名：論文題名．雑誌名，巻数（号数）；頁－頁，発行年（西暦）．

例：1) 緒方泰子，橋本廸生，乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担．日本公衆衛生雑誌，47(4)；307-319，2000．

2) Stoner M.H., Magilvy J.K., Schultz P.R. : Community analysis in community health nursing practice : GENESIS model. Public Health Nursing, 9(4);223-227, 1992.

② 単行本の場合

著者名：論文題名．編集者名，書名，発行所（発行地），頁－頁，発行年（西暦）．

例：1) 岸 良範，佐藤俊一，平野かよ子：ケアへの出発．医学書院（東京），71-75，1994．

2) Davis E.R. : Total Quality Management for Home Care. Aspen Publishers(Maryland), 32-36, 1994.

- (4) 特殊な報告書，投稿中原稿，私信など一般的に入手不可能な資料，およびインターネットのホームページは，原則として引用文献としては認められない。

6. 投稿原稿の提出

投稿にあたっては，原稿および図表を3部提出する。また，査読完了後の最終原稿には，フロッピーディスクを添付する。

7. 校正

著者の校正は初校のみとし，それ以降の校正は編集委員会において行う。

8. 別刷

別刷は30部までは無料とする。それ以上の部数が必要な場合の費用は，著者の負担とする。

編 集 後 記

平成14 (2002) 年4月に開設された自治医科大学看護学部のはじめての紀要を編集するという大役を仰せつかった。光栄であると同時に、少々荷が重い仕事であると思ったが、なんとか年度内に創刊号を発刊することができ、ややほっとしている。

本巻の編集作業は、創刊号であることから、投稿規程をつくることから始まり、投稿原稿の募集、査読や再査読の依頼作業、査読結果や再査読結果の著者への返送作業、印刷レイアウトの決定、校正作業まで、たいへんあわただしかった。当初は、看護学部が開設されてから日が浅いので、投稿原稿が集まるかどうかをたいへん心配していたが、幸い11編の投稿があり、そのうちの9編を掲載した本巻の発刊にこぎつけることができた。これはひとえに、投稿者、査読者、ならびに編集委員の方々のご協力の賜物であると思う。深く感謝申し上げる次第である。

さて、本巻の原稿の構成は、総説1編、原著3編、報告5編となった。次年度以降、巻数を重ねるにしたがって、投稿原稿の本数が増え、また原著論文の本数が増えていくことを期待したい。

なお、本巻の投稿原稿の査読を担当いただいた方々（編集委員を除く）は、下記のとおりである。

（編集委員長：渡邊亮一）

査読協力者

神山 幸枝, 川口 千鶴, 川崎佳代子, 篠澤 悦子, 高村 寿子,
田口ヨウ子, 竹田 俊明, 塚越フミエ, 永井 優子, 西岡 和代,
野中 静 (五十音順)

紀要編集委員会

委員長 渡邊 亮一 (自治医科大学 看護学部 保健医療情報学)
委員 竹田津文俊 (自治医科大学 看護学部 疾病と病態)
成田 伸 (自治医科大学 看護学部 母性看護学)
小平 京子 (自治医科大学 看護学部 成人看護学)
編集担当 松本 則子 (自治医科大学 大学事務部 看護総務課)

自治医科大学看護学部紀要 第1巻

平成15（2003）年3月25日発行

発行者 自治医科大学看護学部
学部長 野口 美和子
編集責任者 自治医科大学看護学部紀要編集委員会
委員長 渡邊 亮一
発行所 自治医科大学看護学部
栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-159
電話 0285（44）2111(代)
印刷所 (株)松井ピ・テ・オ・印刷
栃木県宇都宮市陽東5-9-21
電話 028（662）2511(代)