

1 卷 1 号 目 次

卷頭言 看護学の発展を願って	曾 根 三 郎 ...	1
ご挨拶 The Journal of Nursing Investigation 発刊にあたって	森 本 忠 興 ...	2
原 著		
2 卵性双生児の妹の死により PTSD をきたした患児への箱庭療法の経験	二 宮 恒 夫 他 ...	3
乳幼児をもつ母親の育児不安と自我状態 - 乳児期と幼児期の比較を通じて -	山 下 美 称 ...	10
乳癌縮小手術（乳房温存術，胸筋温存乳房切除術）を受けた患者の術後回復過程に 関する研究(1) - 肩関節可動域の回復遅延に関わる要因の分析 -	田 村 綾 子 他 ...	19
乳癌縮小手術（乳房温存術，胸筋温存乳房切除術）を受けた患者の術後回復過程に 関する研究(2) - 患者の術式選択時の情報提供のための術式別回復過程の比較 -	田 村 綾 子 他 ...	26
Testing Orem's self-care deficit theory : dependent care agency for duration of breast-feeding	Mari Haku, et al. ...	34
報 告		
看護系大学への編入学に至る進路決定過程に関する研究	關 戸 啓 子 他 ...	44
臨地実習指導者の達成動機と実習に対する考え方および関連要因の分析	片 岡 睦 子 他 ...	52
看護大学生と短大生の卒業直前時における自己効力感の比較	近 藤 裕 子 他 ...	61
地域保健と学校保健の連携に関する文献的考察	山 道 弘 子 他 ...	66

Vol. 1 , No. 1 Contents

Originals :

T. Ninomiya, et al. : Sandplay therapy for an elder brother with PTSD caused by the death of sister of the fraternal twins	3
M. Yamashita : Childcare anxiety and ego states of mothers-comparison between infancy and preschool childhood	10
A. Tamura, et al. : Recovery of patients after minimally invasive surgery for breast cancer (breast-conserving surgery or pectoral muscle-conserving mastectomy) : report 1 - analysis of factors causing delayed recovery of shoulder joint range of motion	19
A. Tamura, et al. : Recovery of patients after minimally invasive surgery for breast cancer (breast-conserving surgery or pectoral muscle-conserving mastectomy) : report 2 - comparison of recovery after each operative procedure to collect data for informed choice of operative procedure by the patient	26
M. Haku, et al. : Testing Orem's self-care deficit theory : dependent care agency for duration of breast-feeding	34

Reports :

K. Sekido, et al. : A study on the process of deciding the course until transfer to nursing colleges	44
M. Kataoka, et al. : Analysis of the relationship between clinical instructors' achievement motive, related factors and ways of thinking about clinical practice of nursing students	52
H. Kondo, et al. : A study on self-efficacy which students have just before graduation ; a comparison between students of nursing universities and those of junior colleges	61
H. Yamaji, et al. : The review of cooperative studies in community health and school health	66

【巻頭言】看護学の発展を願って

曾 根 三 郎（徳島大学医学部長）

医療人として、患者さん一人一人の病状を的確に捉え最善の医療を提供することは大きな責務と考えられる。

医師、看護師は患者さんに提供する専門性の内容がそれぞれ異なるも、チームワークによる包括的医療体制がとられ、良質な医療を提供するためお互いの専門性が発揮されなければならない。同時に、患者さんの権利を守ること、インフォームド・コンセントの精神を尊重することが求められる。患者さんが意思決定する際には、専門分野の情報を十分に提供することが大切であり、その情報は客観的な根拠に基づくものでなければならない。

患者さんのための情報がエビデンスに基づくこと、すなわち、エビデンスの追求がプロである医療人に課せられたもうひとつの当然の責務である。実践的研究の積み重ねがエビデンスの追求につながる。研究の成果を論文にして、第三者評価を受け、評価をもとに、さらに研究を展開する。患者さんが最善の医療を受ける権利を考えれば、この姿勢は医療人として生涯続けられなければならないと思われる。継続的な研

究心こそが患者さんからプロとして信頼される素養を培う。絶えまない日々の研究努力が医療の発展に貢献し、ひいては患者さんの生活の質を向上させるために貢献することが出来る。

残念ながら、看護分野においてはエビデンスを蓄積するための研究論文が多いとは言えないのが現状である。身近に研究論文を発表できる機会を多くすることが必要である。このような背景のもとに、徳島大学医学部は、看護学の専門雑誌としてThe Journal of Nursing Investigation (JNI) を発刊することとなった。これまで四国医学雑誌と The Journal of Medical Investigation (JMI) を発刊してきたが、JNIが新しく加わり、医学と看護学が車の両輪のごとく発展する基盤ができたことは大変喜ばしい。医学と看護学がともに発展しなければ、患者さんに満足される医療の進歩につながらない。JNI発刊を契機に徳島の一地域にとどまらず、全国の看護師の研究意欲を刺激し、看護学の発展に寄与する独創的な論文が数多く出版されることを願っている。最後に、関係各位の益々のご支援とご協力をお願いしたい。

【ご挨拶】 The Journal of Nursing Investigation 発刊にあたって

森 本 忠 興（徳島大学医学部保健学科長）

徳島大学医療技術短期大学部には紀要があったが、2001年10月、医学部保健学科改組転換されたことを契機に第11巻をもって廃刊した。その理由は、医学部内にすでに「四国医学雑誌」や「Journal of Medical Investigation」があり、これらに投稿の場が出来たこと、さらにレベルの高い学会雑誌等に投稿すべきである等の意見によるものであった。しかし、看護系教官から身近に看護学専門雑誌が必要であるとの意見が多く、学外の査読者による雑誌にして紀要よりもっとレベルの高い雑誌を目指すこと、将来の欧文誌、学会誌等を目指すことを目標にして、看護学専門雑誌「The Journal of Nursing Investigation」の発行を計画した。この度、徳島発信の本ジャーナルが完成した。

教官および研究者の業績評価は、一般的にはMEDLINE等への発表論文数、論文引用度science citation index（論文当たり引用回数）等で行われている。理想的には、個人の論文の引用度Personal citation reportで評価できれば良いが、データが入手困難であり、通常は各論文をインパクト・ファクター（アメリカISI社が製作、世界中の約5500誌のある雑誌が一論文当たり何回引用されているかを示すもので、雑誌ランキングといえる）の合計で評価することが多い。日本の看護系雑誌は、商業誌、看護学会関係雑誌、大学紀要、その他等を含めて約200誌

あるが、ほとんど邦文誌であり、本邦唯一の英文誌は、平成11年に山口大学から発刊された「Nursing and Health Sciences」のみである。インパクト・ファクターはMEDLINE等収録の約5500の英文雑誌から算出したものであるが、英文論文でなければインパクト・ファクターがつかない。今後、これに収載されるためには英文誌となる必要がある。

来年度から国立大学法人化に伴い、第三者の大学評価機構による外部評価があり、予算配分も教官業績を反映させるものになる。また、各大学での教官任期制導入により業績の客観的評価が必要となっており、今後は看護系教官の業績評価のみは他の分野とは異なるのだという言い訳はできなくなるであろう。また、大学や大学院設置審における看護系教官審査の審査基準は不透明な点もあるように思われる。平成14年度には、日本の国公私立看護系大学は107大学、大学院修士および博士課程は、各々68大学、21大学になったが、さらに看護系大学が設立されている。今後、大学生生き残りのための大学間の激しい競争も予想される。看護系教官業績の客観的評価基準作りができる環境整備、その評価基準作りを行うことが必要である。我々のジャーナルもよりレベルの高いものになり、評価に耐える雑誌になることの努力を願って止まない。

原 著

2 卵性双生児の妹の死により PTSD をきたした患児への箱庭療法の経験

二 宮 恒 夫, 谷 洋 江

徳島大学医学部保健学科母子看護学講座

要 旨 2 卵性双生児の妹の死により, 外傷後ストレス障害をきたした患児に箱庭療法を行った。患児 (7 歳11カ月) は, 暗い所には行くことができず, 嫌な夢を見るが多かった。学校では, ささいなことで感情的になり暴力行為に及んでいた。授業にも集中できず, 気に入らない課題には取り組まず, 担任にだまって早退していた。図工では人の顔が描けなかった。妹が入院していた病棟を見るのを嫌がったため, 別の棟で箱庭療法を開始し, 約1年半の間に17回行った。動物の屍骸, 恐竜が動物を襲う, 弱肉強食など, 死をテーマにした作品が多かった。命日の後は, 親子の動物を並べた動物園の作品であった。箱庭療法を始めて, 学校生活における情緒不安による行動は改善した。箱庭の作品に妹の死を繰り返し表現し, 過去のできごととして整理し受け入れていったと思われる。

キーワード: 喪失体験, 外傷後ストレス障害, 箱庭療法

はじめに

精神保健分野における危機は, 成熟的危機, 偶発的危機, 状況的危機に分けられる。成熟的危機は, 発達段階において社会的環境に適応しようとして生じる心理的葛藤であり, 偶発的危機は自然災害に起因するものをさす。状況的危機は, 対象の喪失や, 病気, 事故, 受験の失敗など, 生活上のストレスから生じ, 心理的混乱をもたらす。

対象の喪失, 特に子どもが病気で死亡した場合, 両親の深い悲しみだけでなく, きょうだいへの心理的影響の大きさは計りしれない。親の死の子どもへの影響の報告はあるが, 子どもの死のきょうだいへの影響や, その支援についての報告は, 日常臨床で経験するにもかかわらず少ない¹⁾。今回, 2 卵性双生児の妹の死により外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder, PTSD) をきたし, 箱庭療法により改善した事例を経験したので報告する。心理的ケアは病気の子どもや両親だけでなく, きょうだいに対しても忘れてはならないことを強調したい。

妹の概要

妹は, 2 卵性双生児の第2子, 37週, 2,450g で出生。家族は, 両親, 2 卵性双生児の患児, 次女 (妹が発病したとき, 次女の年齢は1カ月) の5人家族。

平成 X-5 年1月 (平成 X 年を患児の兄に関わり始めた年とする), 咳, 発熱のため近医を受診。妹の初診時年齢は2歳8カ月。貧血, 血小板減少を指摘され, ただちに当院小児科に紹介入院となった。

入院時身体所見は, 体重12kg (12.7kg), 身長88.3cm (90.1cm), 顔色の不良, 咽頭の発赤を認めた。末梢血液検査では, 全血球成分の減少を認め, 骨髄検査では低形成性であったが, 異常細胞はみられなかった。血清化学検査では, 血清蛋白が6.3g/dl と少し低値であった以外は異常なかった。

再生不良性貧血と診断され, 治療は, □グロブリン大量療法, ステロイドパルス療法, ALG (anti-lymphocyte globulin) 療法の他に, エリスロポエチンや G-CSF (granulocyte-colony stimulating factor) の造血因子が投与されたが効果はなかった。骨髄移植が準備されていたが, 平成 X-1 年12月 (7歳7カ月) に敗血症で死亡した。全経過は約5年であった。

2003年2月20日受理

別刷請求先: 二宮恒夫 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科母子看護学講座

兄（患児）の経過

1) 電話相談

平成 X 年 4 月、母親から患児（7 歳 11 カ月、小学校 2 年生）の学校での頻繁な暴力行為の対応についての電話相談を受けた。妹の外来通院中に、筆者が当院小児科にて心身症外来を担当していることを、母親が知っていたことが電話相談のきっかけになった。患児は、ささいなことがきっかけで急に暴れたり、友人の冗談を解せず、感情的になり暴力行為に及んでいた。妹の死の以前には、このような行為はなかった。その度に教頭が別室で気持ちをほぐしていた。また、学校では気に入らない課題には取り組もうとせず、担任の許可も受けずかってに早退していた。図工の授業で「冬休み中の楽しいことを絵に描いてください」の課題に、「楽しいことはなかった」と言い、黒いクレヨンで手だけを描いた。「他の身体部分や顔を描いたら」の誘いに、「顔は描けない」と言った。

家庭では情緒不安になることは少なかったが、暗いところに行けなかった。嫌な夢ばかりみていたが、亡くなった妹があらわれたときは楽しいと言う。

母親は妹の病状を患児に伝え、家にいることができないことを患児は納得してくれていると思っていた。やはり母親と離れていることはさびしかった。患児は家ではビデオばかりみていた。骨髄移植の準備検査のために、妹と母親が他県に出かけるときは、食事もしなくなった。後日わかったことであるが、この治療で妹は治癒し元気に帰ってくると信じていた。

母親に箱庭療法を提案した。患児は外来診察室や病棟が見えるところには絶対に行きたくないとのことであった。箱庭療法の部屋は、外来棟や病棟と別の棟にあることを伝えた。病院の正門は通らなければならないが、直接この部屋に来所することを勧め、箱庭療法を開始した。

2) 箱庭療法

筆者と患児は箱庭療法の部屋での面接が初対面であった。砂の入った箱、棚の動物や人形などを見せ、自由に作ってよいことなど、箱庭療法について説明した。

平成 X 年 6 月から平成 X+1 年 12 月まで、およそ 1 カ月に 1 回のペースで計 17 回行った。患児は作品を作る前には砂をかき混ぜ、動物を砂の中に隠して遊んだ。作品完成までは毎回およそ 1 時間を要した。箱庭療法を遊びのひとつとしてとらえ、2 回目以後の来所も楽しみに

した。箱庭療法の期間中、妹の命日を 2 回迎えた。また、筆者は患児にとって学校の場面を知らない人間、妹にかかわっていない人間であることから、筆者との継続的なかわりにも安心できたようである。箱庭療法中、患児からは学校のできごとの話も、妹の話もなかった。ただ、筆者はそのときの箱庭の作品についての話し相手になった。

17 回の箱庭の作品は、表 1 にまとめた。作品は大きく 3 つのテーマに分けられた。海水浴と動物園、そして恐竜や哺乳動物、爬虫類、魚、動物の屍骸の登場する作品である。海水浴と動物園の作品は、それぞれ 2 回あり、作った時期は限られていた。海水浴は夏の 5 回目と 13 回目であり、動物園は命日直後の 9 回目と 17 回目であった。これら 2 回の間隔は約 1 年である。2 回目の作品は小学校 3 年生になってからの作品であり、情緒も安定していたためか、いずれもおもちゃが丁寧に置かれていた。初回の動物園の作品は、動物が雑然と檻の中に置かれていたのに対して、2 回目のものは比較的まとまり、しかも親子の動物が置かれた（写真 3 参照）。海水浴は夏の遊びの中で一番楽しかった出来事だったと言って作った。

恐竜などの登場する作品も回を重ねるに従って変化した。恐竜が襲われている場面から、弱肉強食の場面に、そして襲ったものを食べている逆襲の場面への変化である。写真 1 は第 1 回目の作品であり、恐竜やワニ、動物の屍骸、草、ビー玉が置かれ、「ビー玉が恐竜を襲っている」と言う。その後も恐竜、ワニ、象、鯨、サメ、カメ、タコ、カニ、カエル、トカゲなどが置かれ、これら動物どうしの闘いや弱肉強食の場面、そして動物の屍骸とビー玉が並べられる作品が続いた。写真 2 は、第 8 回目の作品で、海が描かれ、恐竜、ワニ、鯨、動物の屍骸、木、木の切り株、ビー玉が置かれている。ワニどうしの闘い、動物の屍骸を喰わえている恐竜、そして第 1 回目の作品で恐竜を襲っていたビー玉を喰わえていた。逆襲の場面が始めて登場した作品である。その後も、恐竜などが登場する作品は、闘いの場面が作られ動物の屍骸が置かれた。

3) 学校との連携

第 1 回目の箱庭療法終了後に、母親の許可を得て担任と教頭に電話による連絡をとった。学校の様子を聞いた上で、患児の学校生活での問題行動は、妹の死による PTSD によることが考えられると伝えた。患児は情緒不安定であり、暴力行為はささいなことがきっかけで生じ

表1：箱庭の作品の概略

<p>1回目（6月初旬）：恐竜（6匹）、ワニ（2尾）、動物の屍骸（1匹）、草、ビー玉（14個）。ビー玉が恐竜を襲っている作品（写真1参照）。</p> <p>2回目（6月下旬）：第1回目と同様に、恐竜やワニなどを置き、作り始めたが、その日は疲れていたせいで椅子に座りそのまま眠ってしまった。</p> <p>3回目（7月中旬）：恐竜（6匹）、ワニ（1尾）、カメ（4尾）、カニ（3匹）を箱庭の右上隅に重ねて置いただけにとどまった。</p> <p>4回目（8月初旬）：恐竜（7匹）、ワニ（2尾）、カメ（2尾）、象（1頭）、タコ（1匹）、カニ（4尾）、カエル（4尾）、トカゲ（2尾）、ビー玉（4個）、池、原っぱ。池にはカエル、ワニ、カニ。原っぱでは恐竜どうしの闘い、タコと恐竜の闘い、象と恐竜の闘い、ワニがカニを食べている。</p> <p>5回目（8月下旬）：海水浴。右半分は海。珊瑚礁、海藻、魚（11匹）、船（4艘）、海岸には灯台、カニ（3尾）、貝5個、人（4人）、車（7台）が整然と置いてある。</p> <p>6回目（9月下旬）：線路を丸く敷き、まん中に新幹線を置き、その右半分には家を、左半分には騎馬隊を多数置いている。右半分の線路外にも騎馬隊。他の3隅には家。左下隅の家の横にはソファ、そこに男女2人座っている。</p> <p>7回目（10月下旬）：中央原っぱに柵をこしらえ、象、トラ、ビュウマ、シカ、豚、木、切り株、車など雑然と積み上げている。周囲には柵、橋を渡っている車や人、椅子に座っている人、カメ、家、カエル、トカゲ、カニ、金魚、車、鳥などところ狭しと置いてある。右上隅に鳥居のある神社がひとつ置いてある。</p> <p>8回目（11月下旬）：恐竜（7匹）、ワニ（4尾）、鯨（1頭）、動物の屍骸（1匹）、木（7本）、木の切り株（1本）、ビー玉（8個）、池、海。池の中でのワニどうしの闘い、恐竜はビー玉を食わえている（写真2参照）。</p> <p>9回目（12月下旬）：動物園。象、ライオン、シマウマ、キリン、シカ、鳥、それぞれ複数頭（匹）を檻で囲んで入れている。動物の世話をしている人もいる。通路には、木、滑り台、ブランコ、テーブルとその上にりんご数個、椅子、車、テレビ塔、見物客も多数。</p> <p>10回目（翌年1月下旬）：箱庭の左下隅を中心に海を作り、海の中には船（3艘）、魚（2尾）、カニ（1尾）、海岸にもカニ（2尾）、海岸には木が3本、切り株（1本）、ワシ（1羽）、人（2人）、お城、ビー玉（13個）、そして動物の屍骸（1匹）。</p> <p>11回目（2月下旬）：線路を敷き詰めて新幹線を走らせている。中央に切り株（1本）、木（1本）、約20個のビー玉が比較的小範囲（左上隅）にかたまって置いてある。</p> <p>12回目（4月中旬）：箱庭を柵で横に3つの部分に仕切り、上部にはライオン（2尾）、トラ、シマウマ、キリン、シカ、キャンピングカーがあり、ライオンはシマウマやキリンを食わえている。中央には車、トレーラー、ヘリコプター、自転車、木、下部にはモーターカー（1台）が置いてある。</p> <p>13回目（7月中旬）：海水浴。右下1/4の海にはボート（4艘）、カニ（1尾）、タコ（1匹）。海岸にはカニ（3尾）、貝（3個）、人（2人）、車（7台）、ビー玉がまとめて置いてある。</p> <p>14回目（8月中旬）：恐竜（5匹）、うち3匹は動物の屍骸をくわえている。木（2本）、ビー玉が多数散りばめられている。</p> <p>15回目（9月下旬）：右1/3の範囲に海が作られ、鯨（3頭）、イルカ（2尾）、小魚（8尾）、ワニ（1尾）、珊瑚礁、ビー玉多数、海岸にはカニ（5尾）、ワニ（3匹）。2頭の鯨は小魚を食べ、2尾のワニはカニを食べている。</p> <p>16回目（10月下旬）：左側に少範囲の海、そこにはワニ（3尾）、魚（3尾）、魚がワニに食べられている。海岸には恐竜が7匹、2匹は闘っており、1匹は魚を食わえ、2匹は動物の屍骸を食わえている。その他に動物の屍骸が2匹、ビー玉（6個）、木（1本）。</p> <p>17回目（12月中旬）：動物園。親象（2頭）と子象（2頭）、親ブタ（4頭）と中くらい大きさのブタ（4頭）、子ブタ（3頭）、馬（6頭）、ワニ（2尾）が柵の中にきちんと入っている。柵の中でも働いている人がいて、通路にも人がいる。ビー玉が多数散りばめられている。池の中に魚を泳がせ、それにも囲いがある（写真3参照）。</p>
--

ている場合が多いと思われる。患児の暴力行為をいきなり咎め、理由を聞き出そうとしても無理かも知れない。まず行動に至った気持ちをよく聴き、感情的な行動を論しながら改善させるようにすることなど、患児への対応を話し合った。そして、今後も学校と密に連携し対応することにした。

4) 学校・家庭生活の経過

来所する度に、母親からは学校の様子が伝えられた。箱庭療法を始めてから学校を早退することはなく、友人との大きなトラブルもなくなった。情緒の不安定も急速に改善した。

平成X年8月のお盆のとき、家族一同で行う儀式の他に、患児は「妹が帰ってくる」と言って、ナスで馬を作り妹を迎える準備をした。

夏休みには、家族は意識的に患児を戸外に連れ出した。患児は、海水浴が一番楽しかったと話し、これが箱庭の作品として表現された。

2学期になって、運動会の練習も楽しくできた。図工の授業に人の絵が課題になったが、何かをつかもうとしている手は描けたが、顔はいぜんとして描けなかった。妹の一周忌が近づいた平成X年11月下旬、ささいなことでもいらだち、勉強にも集中力がなくなり、学校では注意されることが多くなっていた。「学校では僕ばかり

悪いと言われる」と、帰宅後泣くことが多かった。このころ夜尿が数日間続いた。妹の一周忌が終わると、学校でも落ち着きをとれどし、平成X年12月下旬（箱庭療法開始6カ月後）、図工の授業では顔を描くことができ、版画も野球バットをふっている子どもの全身の姿をきちんと彫ることができた。

3年生になって、サッカークラブに入り活躍するようになった。試合に優勝したせいもあり、学校生活は以前より楽しく過ごすようになった。この年の命日前には昨年のような情緒不安はなく、学校でも注意されることはなかった。



写真1：1回目（6月初旬）の作品。恐竜（6匹）、ワニ（2尾）、動物の屍骸（1匹）、草、ビー玉（14個）。ビー玉が恐竜を襲っている作品である。

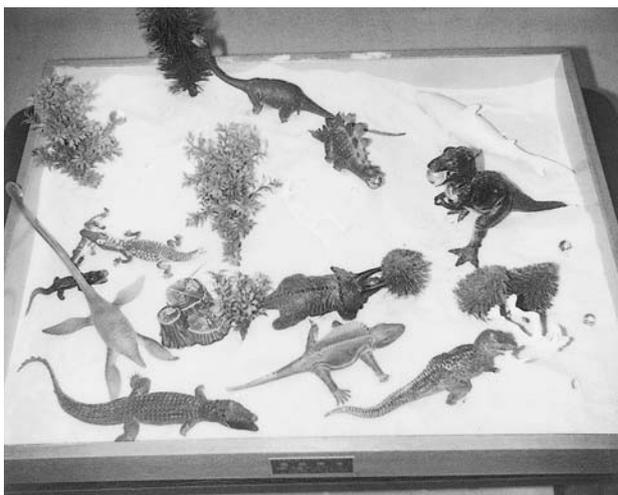


写真2：8回目（11月下旬）：恐竜（7匹）、ワニ（4尾）、鯨（1頭）、動物の屍骸（1匹）、木（7本）、木の切り株（1本）、ビー玉（8個）、池、海。池の中でのワニどうしの闘い、恐竜はビー玉を食わえている。

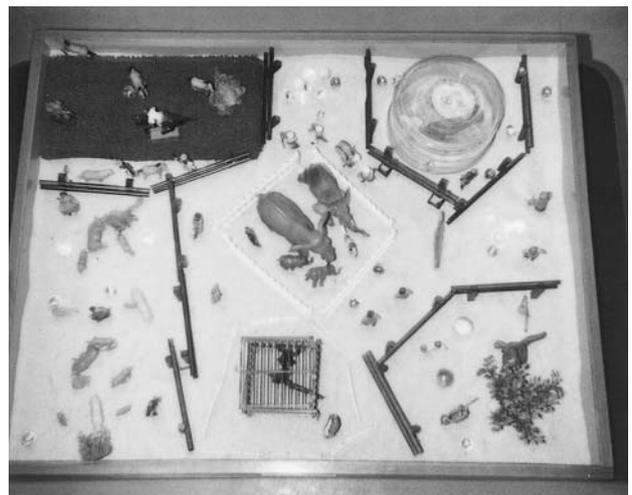


写真3：17回目（12月中旬）：動物園。親象（2頭）と子象（2頭）、親ブタ（4頭）と中くらい大きさのブタ（4頭）、子ブタ（3頭）、馬（6頭）、ワニ（2尾）が柵の中にきちんと入っている。柵の中でも働いている人がいて、通路にも人がいる。ビー玉が多数散りばめられている。池の中に魚を泳がせ、それにも囲いがある。

考 察

1) PTSD について

PTSD の概念は、何らかの外的な出来事がショック体験を引き起こし、それが症状形成の核になるという考え方である。外的要因としては、死の危険にさらされるか、それに近い状況と定義されているが、直接自分にふりかかる死の危険だけでなく、目撃体験や、近親者がその種の体験にさらされた場合も含まれる²⁾。DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Revised) による心理的社会的ストレスの強さ尺度（小児および青年用）では、親の死は極度ないし破局的な強さとされている³⁾。今回の双生児事例のようなきょうだいの死もこの程度に相当すると考えられる。

PTSD の3つの中核症状は、過覚醒、フラッシュバックと呼ばれる現象に代表される再体験、回避・麻痺である³⁾。子どもによく見られる症状は、①過覚醒による不眠、おびえ、過敏反応、落ち着きのなさ、②恐れ体験を思い起こすことによる興奮、過度の不安状態、人が変わったようになる、非現実的言動、恐れ夢の繰り返し、③外界への反応性の低下・感情麻痺による乏しい表情、無口、引きこもり、食欲不振、集中力の低下、学業困難、④その他、過度の罪悪感、無力感、自傷行為、退行現象、吐き気、めまい、頭痛、腹痛、頻尿、夜尿、吃音、過呼吸などである^{4,5)}。

患児の嫌な夢の繰り返しや、死を表現した箱庭の作品

は再体験を意味している。また、妹が入院していた病院には行きたくないこと、人の顔が描けないことは、外傷を想起させる場所や思考・感情の回避である。学校での易刺激性や暴力行為、早退、学業への集中困難は、持続的な過覚醒の症状であり、DSM-IVによるPTSDの診断基準を満たしていた。

2) 箱庭療法について

喪失体験の心理過程は、ショック、否認、悲しみと怒り、適応、そして再起に至る過程をたどる。子どもは、そのときどきの感情を言語で表現することは苦手である。従って、子どもには描画や遊びなど言語表現以外の表現方法を与える。それによって、喪失体験に伴う感情を表現させ、それを過去の記憶として整理して、現在および未来に向けて適応の促進を図ることができる。

箱庭療法は、1965年に河合によって日本に紹介された遊戯療法のひとつである⁶⁾。箱の大きさは決まっていますが、内法72×57×7cmである。この箱の3分の2くらいまで砂が入れられており、箱の内側は青く塗られているので、掘ると海、川、湖が表現できるようになっている。この砂箱と、ミニチュアのおもちゃがセットになっている。感情表現が抑えられている子どもの心のイメージの表現手段として使用される。子どもは箱庭の作品に内的世界を表現し、それを整理し心の中を再構成することによって、表面の症状も改善する。

患児は、作品を作る際に砂遊びから始めた。箱庭療法は、患児にとって遊びの時間、そして学校でも家庭でもない第3の場所を提供できたようである。箱庭療法の部屋が病院敷地内にありながら、定期的に来所できたのは、このためであろう。また、筆者は患児にとって学校の場面を知らない人間、妹にかかわっていない人間である。筆者との面接は、いやな思い出の再体験に直接結びつかないことから安心できたようである。箱庭療法中は、患児から学校のできごとや妹の話はなく、筆者は箱庭の作品の話し相手として対応した。再体験になることを話題にしなかったことは、結果としてよかったと思われる。PTSDの治療では、非指示的療法よりもPTSDの要因になったことを再体験させる指示的療法が必要であるとの意見もある。患児の場合、お盆や命日を迎え、その行事に直面していたことを考えると、あえて箱庭の作品の中で再体験につながるできごとを言葉に出して触れなくてもよいのではないかと考えた。

患児の作る箱庭の最初の作品を見て、患児は妹の死を

浮かべ、箱庭の遊びの中にこのテーマを扱い再起を計っていると思われた。箱庭の作品は、恐竜や動物どうしの闘い、ワニに食べられている魚やカニ、動物の屍骸を置いた作品が多かった。子どもは闘いの場面を作ることが好きだから、動物どうしの闘いを描いたのかも知れない。しかし、このような作品のテーマは死とも考えられる。妹の死に対する悲しみや怒りを闘いとして表現した。妹の死を認めたくない気持ちと、もはや妹が現実の世界にはいないことの相反する気持ちを葛藤させ、繰り返し現実を自分に納得させようとした。箱庭に死を表現することによって、しだいに妹の死を受入れていったと思われる。

命日が近づくと情緒が不安定になり、学校での集団生活に不適應感が増した。命日前には症状の再発があることはよく言われているが、喪失体験のショックの強さをもものがたっている。命日が過ぎた1カ月後の作品は動物園であった。これを作成後、学校の図工の授業で人の顔を描くことができた。これまで顔を描くことは妹を思い出すことにつながり避けていたと考えられたが、動物園の作品後に急に患児の内面が動いたように思われる。すなわち、命日の前後で喪失体験の心理過程の急速な変化があり、妹の死を受け入れる適応の段階に入ったと感じられた。もちろん、これまでの動物の闘いの場面の繰り返しによる怒りと悲しみの表現、お盆や命日における家庭行事による現実の認知の積み重ねも急速な心理変化をきたす要因になったことは否定できない。箱庭の動物園の作品が命日と関係していることは、2回目の命日後の作品も動物園であったことから確実である。命日の前には特別なものを作りたかったのであろう。動物園の作品は家族を表現していると考えられる。きょうだい、親子楽しく過ごしていた頃の回想とともに、妹のいない現実の家族を表現したかったのであろう。2回目の命日前には、情緒は安定し学校において問題行動はなかった。2回目の動物園の作品は1回目より整然としており、しかもそれぞれの動物の親子が置かれた。同じ動物園の作品でも、2回目は心理的にもさらに成長し、心理過程の再起の段階を表現しているように思われる。患児は、命日前の情緒の不安定さを動物園という箱庭の作品で表現し、内面の感情を再構成することによって、喪失体験の心理過程、あるいは心的外傷からの回復プロセス（再体験、解放、再統合）⁷⁾を促進させたと思われる。

箱庭の作品の海水浴は、夏の一番楽しかった思い出として表わした。母親は、子どもを気分転換させるために

外出を多くするように努めていた。患児は、その中で楽しかったこととして海水浴を選んだ。このことから患児の箱庭の作品は生活や、自分のその時の感情と密接な関係にあり、このことから恐竜の闘いなどの場面は、単に子どもは恐竜や闘いが好きであるというより、妹の死と結びつけて考えるのが自然と思われた。

なお、箱庭療法の作品と生活状況、喪失体験の心理過程の変化の関係を図1に示した。

3) 学校との連携について

子どもの日常生活の大半は学校である。当然、カウンセリングや箱庭療法などの遊戯療法だけでなく、学校生活での教師の心理支援が必要であり、そのために学校との緊密な連携が大切である。

本事例のような場合、集団生活における子どもの問題行動は、PTSDによる症状であることを理解し、慌てず、怒らず、抱きしめるなどして安心感を与え、子どもの言い分を聴くことが大切である。いきなり命令や強制で行動の修正をはかってもかえって問題行動を増悪しかねない。図工の時間に顔が描けなかったことは、回避行動のひとつであるが、無理強いせず、子どもと向き合い接触を多くして子どもに感情表現を促す。子どもが安心して信頼できる人間関係を作ることを心がけなければならないと考える。今回のような体験を有する子どもの場合、早期から医療機関と学校が連携し支援体制を確立しておくことが大切である。

文 献

- 1) 村田恵子, 内 正子: 親・家族と死別した子どもの心的外傷後ストレス反応とケアアプローチ, 小児看護, 24, 885-890, 2001.
- 2) 森 茂起: 外傷後ストレス障害の原因と心理的症状, 小児看護, 24, 804-810, 2001.
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic criteria from DSM-IV, 1994, 高橋三郎(訳), DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院, 1997.
- 4) 筒井真優美: ストレス反応と心的外傷後ストレス障害を呈している子どもと家族の看護, 小児看護, 24, 853-862, 2001.
- 5) 日本小児精神医学研究会 編: 災害時のメンタルヘルス—兵庫県南部地震(阪神大震災)における小児メンタルヘルスへの対応マニュアルを中心として—, 日本小児精神医学研究会, 1995.
- 6) 河合隼雄: 箱庭療法入門, 誠信書房, 1969.
- 7) 西澤 哲: 虐待を受けた子どもの心理療法—虐待のタイプとプレイセラピー—, 子どもの虐待とネグレクト, 4, 87-96, 2002.

年 月	箱庭の作品	学校での状況	家庭	喪失体験の心理過程
X-1年12月			妹の死	ショック
X年 4月		情緒不安, 暴力行為, 早退, 集中困難	嫌な夢	否認
6月	1回目 恐竜, 動物の闘い	人の顔が描けない		悲しみ, 怒り
8月	5回目 海水浴		お盆行事	
11月	8回目 恐竜, 動物の闘い	情緒不安	夜尿 命日行事	
12月	9回目 動物園	人の顔が描ける クラブ活動参加		適応
X+1年4月			お盆行事 命日行事	
7月	13回目 海水浴	情緒安定		
12月	17回目 動物園			再起

図1: 箱庭療法と生活状況・心理過程の関係

Sandplay therapy for an elder brother with PTSD caused by the death of sister of the fraternal twins

Tsuneo Ninomiya, and Hiroe Tani

Department of Maternal and Pediatric Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract Sandplay therapy was experienced for a seven-year old boy with PTSD caused by the death of his younger fraternal sister who had aplastic anemia. His traumatic symptoms were includes frightening dreams without recognizable content, avoiding dark place, hospital and drawing the face, diminished interest and difficulty concentrating in schoolwork, irritability or outbursts of anger in his classroom.

Sandplay therapy can be used as a means to express feelings, clarify grief reactions, and identify needs. Repetitive works on sand occur in which themes or aspects of the trauma expressed. Systematically strategizing recall in a sandplay fashion promotes to exposure the traumatic event , and minimizes cognitive and behavioral avoidance. Sandplay therapy benefits children with PTSD.

Key words : traumatic experience, PTSD, sandplay

 原 著

 乳幼児をもつ母親の育児不安と自我状態
 — 乳児期と幼児期の比較を通じて —

山下 美 称

高松市保健所

要 旨 本研究の目的は、乳幼児を養育中の母親の育児不安について、児の発達段階（乳児と幼児）と母親の自我状態との関連性について明らかにし、育児不安の軽減をはじめとした、育児支援のあり方について検討することである。乳幼児を養育中の母親254名を対象に質問紙による「育児に関する意識調査」を実施し、225名の有効回答を得た。分析の結果、以下のことが明らかになった。1) 母親の育児不安は、乳児期よりも幼児期に強くなる。2) 育児不安と自我状態の関連では、育児不安が強い母親は、AC（順応した子どもの自我）のエネルギーが高く、ACに反応が偏り、他の自我が抑圧される傾向がみられた。基本的構えでは、「自己否定・他者肯定」「自他否定」の立場をとり、自分自身を肯定的にとらえられず自分に自信がないものと考えられた。

以上のことから、育児支援は、児の発達段階に応じた関わりと、母親が自分自身に自信が持てるような支援が重要である。

キーワード：育児不安、自我状態、母親

はじめに

育児中の母親を取り巻く環境は近年大きく変化しており、様々な要因が影響して育児不安など、育児を困難と感じている母親は増えている。1980年代には、育児不安という言葉が普及し、その要因についての研究が多く報告されている。育児不安の程度や内容の違いには、育児や育児中に起こる現象について、母親自身がどのようにとらえているかが影響している。そのとらえ方には、母親自身のパーソナリティや自我状態の与える影響が大きいと考えられる。

母性性に関する研究^{1,2)}によると、母性性を母親のパーソナリティの一部としており、母性性は自我状態のNP（養育的親）としている。また、自我状態は常に同じではなく、様々な生活状況によって影響を受けることから、育児中の母親の自我状態を知ること、育児不安の指標

になるのではないかと考えた。そして、パーソナリティを分析する方法としては、交流分析^{3~5)}における自我構造の分析が普及していることから、本研究では、母親のパーソナリティを、自我状態の発達をあらわすエゴグラムを用いることとした。

先行研究では、育児不安と母親の性格特性（パーソナリティ）との関連について、不安傾向が高い母親は育児不安が高いと⁶⁾報告されている。しかし、乳幼児をもつ母親の育児不安と自我状態との関連については、児の発達段階別に調査したものは見あたらなかった。

母親自身が育児中の自分自身をどのようにとらえているかについて、児の発達段階による影響も考慮し、自我状態から分析し明らかにすることは、乳幼児を養育中の母親への育児支援のあり方を検討する上で、意義が高いと考え本研究を行った。

目 的

児の発達段階（乳児と幼児）における、母親の自我状態の特徴を明らかにし、育児不安との関連について分析

2003年2月20日受理

別刷請求先：山下美称，〒760-0074 香川県高松市桜町一丁目9番12号 高松市保健所

する。

研究方法

1. 調査対象および期間

地方都市の乳幼児を養育中の母親254名を対象に、2001年7月～9月にかけて質問紙による「育児に関する意識調査」を実施した。乳児または幼児を養育中の母親を対象にしたのは、児の発達段階において、乳児と幼児では、児との相互作用の過程で母親の養育態度や意識に変化が生じると考えられるためである。また、2人以上の乳幼児をもつ母親については、末子の発達段階を調査の対象とした。

2. データ収集法

- 1) 質問紙、無記名自己記入法
- 2) プレテスト：2001年7月上旬にA市乳児相談に来所した乳幼児を養育中の母親14名を対象に、質問紙による「育児に関する意識調査」、および聞き取り調査を実施した。

3. 倫理的配慮

施設側には、調査依頼時に、調査目的、調査内容について説明し同意を得た。調査対象者には、口頭にて研究の主旨を説明し、納得し同意の得られた方に質問紙記入を依頼した。そして、「無記名にて実施すること。また、本調査は強制ではないため、回答しにくい質問項目については無記入でもよい。結果は研究目的以外には使用しない。」ことも追加した。

4. 調査内容

- 1) 質問項目は、基本的属性（母親自身の要因、乳幼児の要因、家族背景）、育児不安、自我状態である。

2) 用語の定義

- ①育児不安：子どもや子育てに対する蓄積された漠然とした脅威を含む情緒の状態。日々の育児行為の中で生じる、持続し蓄積された不安の状態のことであり、無気力感や疲労感または、育児意欲の低下などの情緒や態度として行動に表出するものとした。
- ②自我状態：米国の精神科医 E. Berne によって創始された交流分析の基本的な考え方である、親的な自我 (P)、大人の自我 (A)、幼児的な自我 (C) が存在している。

自我状態とは、思考・感情・行動パターンを包括したものであり、「交流分析」の構造分析によって、人の行動パターンや性格傾向を分析する。

③基本的構え：自分と相手に対する基本的な構えを人生の立場と呼ぶ。基本的構えには、「自他肯定」「自己肯定・他者否定」「自己否定・他者肯定」「自他否定」の4つの立場がある（以下、自他肯定、自肯・他否、自否・他肯、自他否定とする）。自分がどの立場にいるのか、そして、相手がどの立場にいるのかを振り返ることで、お互いを理解して交流の問題点を探ることが可能になる。

3) 調査方法

①育児不安

母親の育児不安の測定には、牧野（1982）の育児不安測定尺度⁷⁾を用いた。牧野は育児に関する不安徴候として、一般的疲労感、一般的気力の低下、イライラの状態、育児不安徴候、育児意欲の低下の5つの特性を取り上げ、育児不安尺度を作成している。この尺度は疲労徴候を含んでいること、育児不安は母親自身の心身の疲労も影響があると考えられ、母親の育児不安を測定する指標として使用した。

質問紙は、5因子14項目から構成されており、ネガティブな意識の8項目とポジティブな意識6項目からなる。回答は、ネガティブな意識については、「よくある」を4点、「時々ある」3点、「ほとんどない」2点、「全くない」1点とし、ポジティブな意識についての項目は反転させて採点するため、得点範囲は14～56点となり、得点が高いほど育児不安が高いことを示す。当調査における育児不安尺度14項目の Chronbach α 係数は、0.76であった。

②自我状態

母親の自我状態の測定には、信頼性と妥当性をともに検証されている東大式エゴグラム（新版 TEG No815）⁴⁾を用いた。エゴグラムは、5つの自我尺度—CP (Critical Parent 批判的な親の自我)、NP (Nurturing Parent 養育的親の自我)、A (Adult 大人の自我)、FC (Free Child 自由な子どもの自我)、AC (Adapted Child 順応した子どもの自我状態)—からなり、それぞれの項目は10項目、各得点は0～2点で採点される。本研究では得点を、CP、NP、A、FC、ACの自我尺度の平均パーセントタイル値に換算した値から、乳幼児別に母親の自我状態のエゴグラムパターンを検討した。

③基本的構え

自我状態のエゴグラムパターンから、CP<NPを他者肯定、CP>NPを他者否定、FC>ACを自己肯定、FC<ACを自己否定。その結果から、「自他肯定」「自己肯定・他者否定」「自己否定・他者肯定」「自他否定」の4つの立場を検討した。

5. 分析方法

児の発達段階別に母親の育児不安と自我状態の関連について分析した。

育児不安と自我尺度との関連については、育児不安平均得点±1SDを基準にして、-1SD以下を低得点群、+1SD以上を高得点群、1SDの範囲内を中得点群とし3群に分け、自我状態との関連を分析した。

統計処理には、統計ソフトとしてHALBAU for Windows Version 5.1を用い解析した。有意水準は5%に設定した。

結 果

調査票の回収は239名(94.1%)であり、有効回答は225名(88.6%)であった。本調査では、この225名を分析の対象とした。児の平均年齢±SD(標準偏差)は、全体では14.8±14.2カ月、乳児群5.7±3.1カ月、幼児群29.7±12.8カ月であった。

1. 対象の属性(表1)

1) 母親の基礎的情報

①母親の平均年齢：乳幼児を養育中の母親225名中、乳児を養育中の母親(以下、乳児群)140名の平均年齢は30.7±3.7歳。幼児を養育中の母親(以下、幼児群)85名の平均年齢は30.8±3.8歳であった。

②母親の就業状況：就業している母親の割合は、225名中98名(43.6%)であったが、乳児群(33.6%)よりも、幼児群(60.0%)のほうが就業している母親の割合が高かった。

③母親の学歴：高校卒業までは75名(33.3%)、それ以上は150名(66.7%)であり、乳幼児群ともに、それ以上の割合が高かった。

④家族背景：核家族186名(82.7%)、複合家族39名(17.3%)と核家族が著しく多い。乳児群では、核家族が89.3%であるが、幼児群では71.8%であった。

表1. 対象の属性

人(%)

		乳児群 (n=140)	幼児群 (n=85)	全体 (n=225)
母親の平均年齢±SD(歳)		30.7±3.7	30.8±3.8	30.8±3.7
母親の就業状況	共働き	47(33.6)	51(60.0)	98(43.6)
	専業主婦	93(66.4)	34(40.0)	127(56.4)
母親の学歴	高校卒業まで	43(30.7)	32(37.6)	75(33.3)
	それ以上	97(69.3)	53(62.4)	150(66.7)
児の平均年齢±SD(ヶ月)		5.7±3.1	29.7±12.8	14.8±14.2
児の出生順位	第1子	88(62.9)	45(52.9)	133(59.1)
	第2子以上	52(37.1)	40(47.1)	92(40.9)
家族形態	核家族	125(89.3)	61(71.8)	186(82.7)
	複合家族	15(10.7)	24(28.2)	39(17.3)
児の育てやすさ	手がかからない	17(12.1)	15(17.6)	32(14.2)
	ふつう	80(57.1)	55(64.7)	135(60.0)
	手がかかる	43(30.7)	15(17.6)	58(25.8)

2) 児の基礎的情報

①児の出生順位：第1子が133名(59.1%)、第2子以上が92名(40.9%)であった。乳児群(62.9%)のほうが、第1子の占める割合が幼児群(52.9%)に比べて高かった。

②児の育てやすさ：「手がかからない」は32名(14.2%)、「ふつう」は135名(60.0%)、「手がかかる」は58名(25.8%)であった。「手がかかる」では、乳児群(30.7%)が幼児群(17.6%)に比べて多かった。

2. 乳幼児をもつ母親の育児不安

1) 育児不安の得点分布(図1)

乳幼児全体の育児不安得点は、23~49点までの間に分布し、平均値34.9±4.7点であった。乳児群の育児不安得点は、23~47点までの間に分布し、平均値34.4±4.5点であった。幼児群の育児不安得点は、25~49点の間に分布しており、平均値は35.8±4.8点であった。

2) 育児不安因子別・群別平均得点(表2)

乳児群と幼児群の各因子間の平均得点では、5因子のうち、「気力の低下」の因子以外は幼児群の平均得点が高かった。有意差がみられた因子は「イライラの状態」であり、幼児群が乳児群に比べて有意に高かった(p<0.001)。合計平均得点についても有意差がみられ、幼児群が乳児群に比べて得点が高かった(p<0.05)。

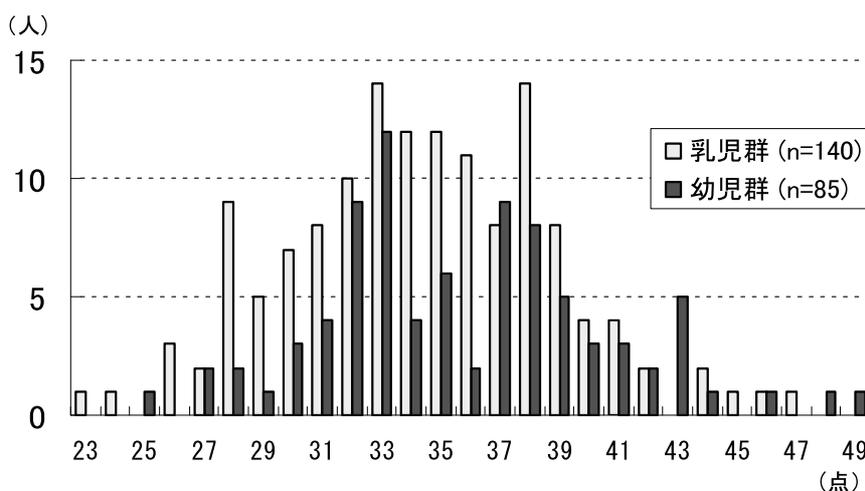


図1. 育児不安得点度数分布

表2. 育児不安因子別・群別平均得点 (点±SD)

	乳児群 (n=140)	幼児群 (n=85)	全体 (n=225)	乳幼児間の有意差
疲労感 (2項目)	5.4±1.1	5.6±1.0	5.4±1.1	
気力の低下 (2項目)	5.2±0.9	5.1±1.0	5.1±1.0	
イライラの状態 (2項目)	4.6±1.3	5.2±1.1	4.8±1.3	***
育児不安徴候 (4項目)	10.3±1.6	10.7±1.7	10.4±1.7	
育児意欲の低下 (4項目)	9.0±2.0	9.3±2.2	9.1±2.1	
合計 (14項目)	34.4±4.5	35.8±4.8	34.9±4.7	*

t検定 *p<0.05 ***p<0.001

3. 育児不安と自我状態の関連

1) 育児不安とエゴグラムパターン

①乳幼児全体について (図2)

育児不安の低得点群では、パーセンタイル値の高い順に、FC, A, NP, CP, ACであり、高いFC (85%以上) と低いAC (30%以下) が特徴的なFC優位のAC低位型であった。中得点群では、FC, CP, AC, NP, Aの順であり、その中でもFCがどの値よりも高く、若干Aが低い逆N型であった。高得点群では、AC, FC, A, NP, CPの順でAC優位のCP低位型を示した。

全体では、低得点群のそれぞれの自我尺度のパーセンタイル値は、ACを除いて中得点群、高得点群のどの自我尺度よりも高い傾向があり、育児不安得点が高くなるにつれてパーセンタイル値が低くなる傾向がみられた。反対に、AC尺度については、育児不安が高くなるにつれてパーセンタイル値も高くなる傾向がみられた。

②乳児群について (図3)

低得点群では、パーセンタイル値の高い順に、FC, A, NP, CP, ACであり、高いFC (85%) と低いAC (25%) を示すFC優位のAC低位型であった。中得点群では、FC, AC, CP, NP, Aの順であり、FCが高く、Aの低い逆N型を示した。高得点群では、AC, FC, A, CP, NPの順で、AC優位のNP低位型であった。育児不安得点が高いほど、ACを除き、それぞれの自我尺度のパーセンタイル値が低くなる傾向がみられた。

③幼児群について (図4)

低得点群では、パーセンタイル値の高い順に、FC, NP, A, CP, ACであり、FCとNPが75%以上のM型であった。中得点群では、AC, FC, A, NP, CPの順であった。高得点群では、AC, NP, A, CP, FCの順であり、ACが高く、FCの低いN型であった。低得点群のそれぞれの自我尺度のパーセンタイル値がACを除いて、中・高得点群のどの自我尺度よりも高く、ACは、育児不安得点が高くなるにつれてパーセンタイル値が低くなる傾向がみられた。

2) 育児不安と自我状態の平均値との関係

3群に分けた育児不安得点と各自我得点の平均得点との関係を表3に示した。

乳幼児全体では、育児不安の高低により有意差を認める自我尺度は、CPとNP, FC, ACであった。特にFCとACにおいては、低得点群と中得点群、低得点群と高得点群に有意差 (p<0.01) がみられた。CP, NP, FC

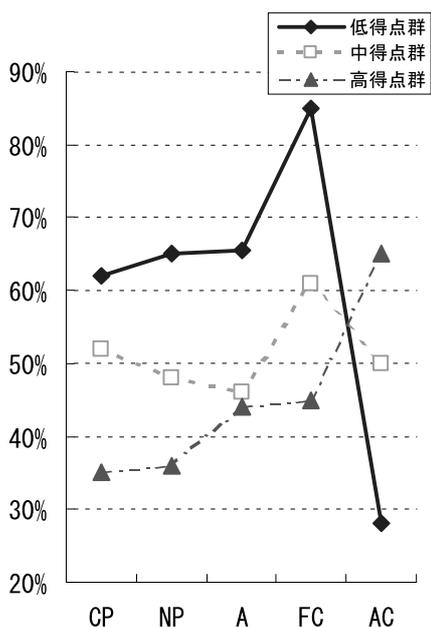


図2. 育児不安とエゴグラム (全体)

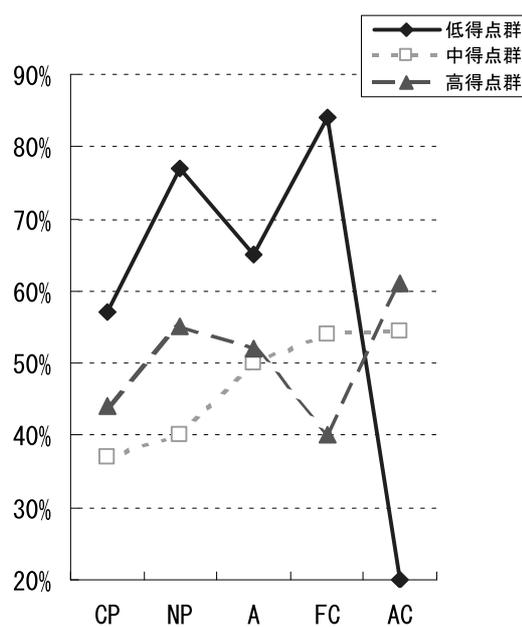


図4. 育児不安とエゴグラム (幼児群)

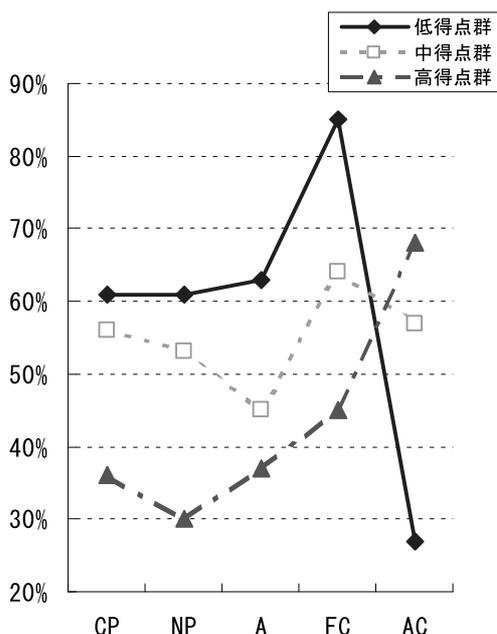


図3. 育児不安とエゴグラム (乳児群)

では、低得点群の得点が高く、ACは高得点群の得点が高かった。

乳児群では、NPにおいて、低得点群と高得点群 ($p < 0.01$)、中得点群と高得点群 ($p < 0.05$) に有意差がみられた。FCでは、低得点群と高得点群 ($p < 0.01$)、ACでは、低得点群と中得点群 ($p < 0.05$)、低得点群と高得点群に有意差 ($p < 0.01$) がみられた。NP、FCは低

得点群の得点が高く、反対にACは高得点群の得点が高くなった。

幼児群では、NPにおいて、低得点群と中得点群 ($p < 0.01$)、FCでは、低得点群と中得点群 ($p < 0.05$)、低得点群と高得点群に有意差 ($p < 0.01$) がみられた。ACでは、低得点群と中得点群 ($p < 0.01$)、低得点群と高得点群に有意差 ($p < 0.01$) がみられた。

幼児群でも乳児群と同様にNP、FCは低得点群の得点が高く、反対にACは高得点群の得点が高くなっていった。

4. 育児不安得点と基本的構えの関係

育児不安得点と基本的構えの関係について、2群毎に χ^2 検定を行った結果を図5に示す。

乳幼児全体では、自他肯定と自否・他肯 ($p < 0.01$)、自他肯定と自他否定 ($p < 0.001$)、自肯・他否と自否・他肯 ($p < 0.05$)、自肯・他否と自他否定 ($p < 0.01$) で有意差がみられた。乳幼児全体では、自他肯定の割合が低得点群では高く、高得点群では低くなり、高得点群では自否・他肯、自他否定の割合が高くなる傾向がみられた。

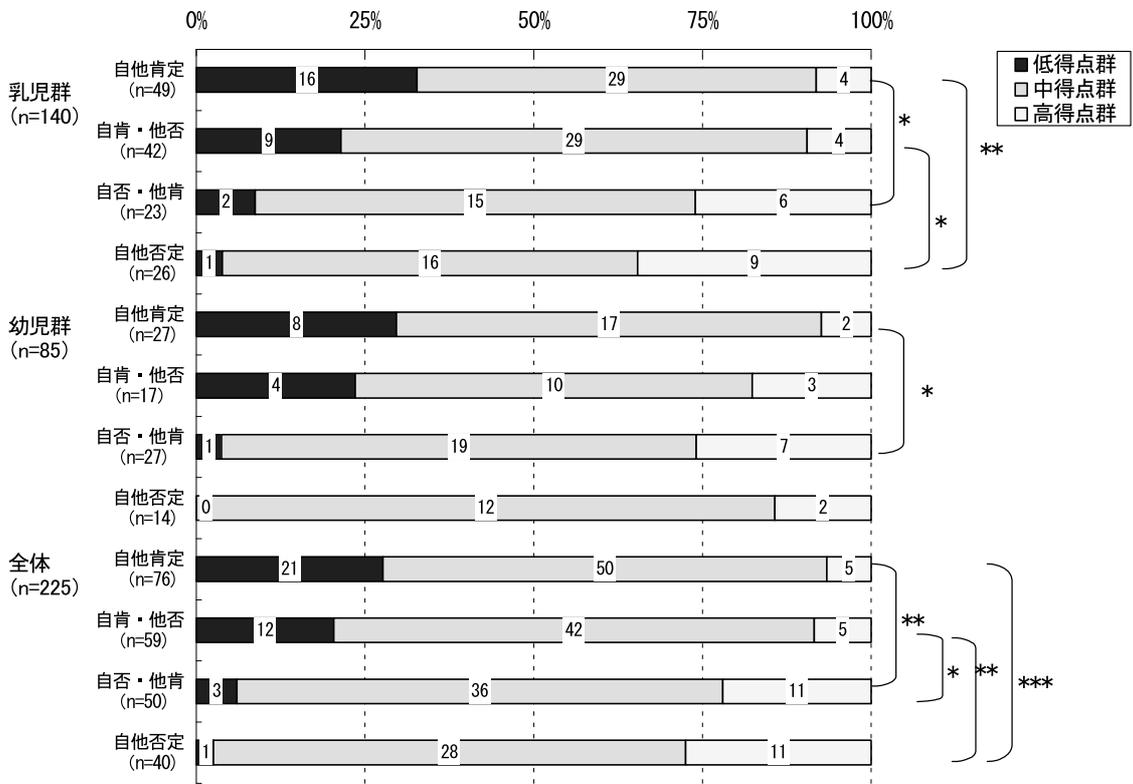
乳児群では、自他肯定と自否・他肯 ($p < 0.05$)、自肯・他否と自他否定 ($p < 0.05$)、自他肯定と自他否定 ($p < 0.01$) の間に有意差がみられた。乳児群では、自他肯定と自肯・他否の割合が低得点群では高く、高得点

表3. 育児不安と自我状態

(点±SD)

		CP	NP	A	FC	AC
		平均得点±SD	平均得点±SD	平均得点±SD	平均得点±SD	平均得点±SD
乳 児 群	低得点群 (n=23)	10.0±4.4	15.0±4.1	10.3±4.9	16.4±2.7	6.1±4.0
	中得点群 (n=89)	9.8±4.5	14.1±4.1	8.7±4.1	13.7±4.2	8.7±4.3
	高得点群 (n=28)	7.9±4.2	11.4±3.6	7.8±3.9	11.4±5.1	11.0±5.0
幼 児 群	低得点群 (n=14)	9.8±3.9	16.6±3.1	10.8±4.1	16.2±3.4	5.0±3.3
	中得点群 (n=58)	7.7±3.5	12.9±3.7	9.0±4.1	12.7±4.3	9.6±4.0
	高得点群 (n=13)	8.4±3.3	14.4±3.3	9.2±4.2	10.9±3.4	10.1±5.5
全 体	低得点群 (n=32)	10.1±4.2	15.3±4.1	10.5±4.7	16.4±2.9	5.9±3.9
	中得点群 (n=156)	9.0±4.4	13.6±4.0	8.8±4.1	13.2±4.4	9.0±4.3
	高得点群 (n=37)	7.6±3.1	12.6±3.4	8.6±3.8	11.5±4.2	10.8±5.0

一元配置分散分析 (Bonferroni 法) *p<0.05 **p<0.01



2群毎に χ^2 検定 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

図5 育児不安と基本的構え

群では自否・他肯，自他否定の割合が高くなる傾向がみられた。

幼児群では，自他肯定と自否・他肯 ($p < 0.05$) で有意差がみられた。幼児群では，自他肯定の割合が低得点群では高く，高得点群では，低い傾向がみられた。自否・他肯では，低得点群の割合は低いが，高得点群では，半数 (50%) を占めていた。

考 察

自我状態は，特に問題がない場合は，それなりにまとまった機能をする。しかし，何か問題が起こると，自我状態のなかで反応に変化がみられ，ある自我状態が強く反応したり，反対にある自我状態の反応が低下したりすることがある。今回の結果では，乳幼児群ともに育児不安の程度によって自我尺度の平均得点と自我状態のパターン，そして基本的構えに有意差がみられた。

育児不安の高い母親の自我は，ACが有意に高い傾向がみられた。ACが高いことは，他人によく思われたい気持ちや依存心が強いといわれている。末松ら⁸⁾の研究によると，AC優位の人には，①自分の判断で行動することが難しい，②自分に自信が持てず，結果を気にするあまり，何も行動が起こせなくなる，③外見はおとなしそうで，寡黙なため，精神エネルギーが低いように思われるが，内的にはかなり思い悩む，④消極的で自己主張できないため，自己実現が難しいとされている。これを育児中の母親にあてはめると，育児に対して熱心になりすぎて，自分の出来ていないところを探したり，たくさんの情報や他人の言うことに左右され，ますます育児不安を増強させてしまうことにつながる。

育児不安の低い母親は，FCが高く，育児不安の高い母親はFCが低得点群と比較し有意に低くなっている。FCが低いことは自己主張ができない他者依存タイプといわれる。この状態では，他人の目を意識しすぎて自分の自然な感情を必要以上に抑圧している。育児によって自分の時間が持てず，育児に熱心になるあまり，自由に遊ぶことも困難になり，ストレスを発散させる場面が減少しているためであると考えられる。育児不安の高い母親はFCが低くACが高い状態であり，ストレスをためやすい状況にあるため，育児不安得点が高くなったと考えられる。

育児不安と自我パターンの関連では，全体的に育児不安が高い母親は，それぞれの自我尺度のパーセンタイル

値が低く，ACのみが他の自我尺度よりも高い傾向がみられた。このことは，育児不安の高い母親はACが行動パターンの主役を担っており，育児という現象によってACに反応がかたより，他の自我エネルギーが使われていない状況である。このパターンは，心身症の人によくみられるパターンでもある⁵⁾。育児不安の高い母親にとって育児は精神的にも大きな影響を与えており，育児不安として自覚される母親の自我状態には，ACが大きく関与している。これらの結果から，育児不安と自我状態とは関連があることを示しており，エゴグラムは，母親の育児不安の状態を予測する手がかりになると考えられる。

基本的構えと育児不安の関連では，母親自身が自己を肯定的にとらえることができる人の育児不安が低かった。加藤ら⁹⁾が，育児を肯定的にとらえる人において低ストレスを示した。と述べているように，自己を高く評価する人が，育児満足が高くなっている。そして，自分に自信をもつことや肯定感を持つことは，育児中の母親にとって重要なことである。今回の結果も，育児不安の低い母親は，自他ともに肯定的にとらえる傾向がみられたが，育児不安が高い母親の基本的構えは，自己否定的な構えの占める割合が高くなる傾向がみられた。育児不安の高い母親は，自己を否定的にとらえる傾向が強く，自分の育児に自信がないと思いながら育児をしている状況である。この状態では，劣等感や無気力感を伴いやすいため，子どもや家族との暖かい交流が保ちにくい状況にあると考えられる。そして，育児不安の高い母親は，他者否定の傾向も高く，他者との間での温かい人間関係が保ちにくい状況でもある。自分自身だけでなく，他者も受け入れることができない状況は，ますます育児不安を増強させると考えられる。育児中の母親の基本的構えを十分に考慮した上で，支援していく必要がある。たとえば母親が，自他共に否定的な立場にいる時に，母親が支援者を受け入れる準備ができていない状態で，支援者が認知面を強化するような指導を行ったとしても，かえって悪循環を引き起こしてしまいかねない。育児不安が強い母親の基本的構えを知ることにより，母親の立場をまず理解して，母親の状況に応じた情緒的な支援や自己肯定感を持たせるような支援を行っていく必要がある。

以上の結果から，育児不安と自我状態の間には関連がみられ，育児不安の強い母親は，自分自身を肯定的にとらえていないこと，自分に自信がないことが明らかになった。育児不安には，様々な要因が影響しているが，

母親が自分自身をどのようにとらえているのかについても大きな要因と考えられる。今後、育児中の母親が自分自身を肯定的にとらえることができ、母親が自分自身の育児に自信がもてるような支援が必要である。

研究の限界および今後の課題

本研究は、限られた期間に限られた施設の母親を対象に実施したこと、また、対象となる乳幼児の対象数や基本的属性に差があることから、今回の結果を一般化するには限界があり、一般化には十分な考慮が必要となる。今後、児の発達段階が母親の育児不安や自我状態に与える影響についてさらに詳しく検討するために、縦断的に追跡していくことが課題である。さらに、本研究では、母親の育児不安に影響を与える夫の父親役割を実際にどの程度、遂行しているかについてまでは問題にしていなかった。親役割の遂行には家族全員を巻き込んだものである限り、母親と子どもに関する変数を十分に考慮して、夫を含めた家族についての研究も今後の課題としたい。

まとめ

今回の調査結果から、乳幼児をもつ母親の育児不安と自我状態との関連について、以下の結果が得られた。

1. 育児不安の強い母親は、ACが有意に高く、ACに反応が偏り、他の自我が抑圧される傾向がみられた。
2. 基本的構えでは、育児不安の強い母親は、自己を肯定的にとらえられず、そして、他者に対しても否定的な構えとなる傾向がみられ、自分に自信がないものと考えられた。

以上のことから、育児支援には、母親が自分自身を肯定的にとらえることができ、育児に自信が持てるような支援が重要である。

謝 辞

最後に、本研究にご協力いただきました母親の皆様に、また、本調査の実施にあたり、ご協力、ご助言いただきました施設の皆さまに深謝します。

文 献

- 1) 石崎優子, 織田正昭, 日暮眞: 幼稚園児を持つ母親の母性性の意識と行動に関する研究 (第1報) - 自我状態から見た母性性の特性 -, 小児保健研究, 56(1), 34-42, 1997.
- 2) 石崎優子, 織田正昭, 日暮眞: 幼稚園児を持つ母親の母性性の意識と行動に関する研究 (第2報) - 母親の年齢, 就業, 家族形態, 子どもに関する悩みとの関連 -, 小児保健研究, 56(1), 43-48, 1997.
- 3) 池見西次郎, 杉田峰康: セルフコントロール - 交流分析の実際 -, 創元社, 1998.
- 4) 東京大学医学部診療内科TEG研究会 編: 新版TEG解説とエゴグラム・パターン, 金子書房, 2002.
- 5) 杉田峰康: 講座サイコセラピー 交流分析, 日本文化科学社, 1985.
- 6) 佐々木英子, 清水凡生: 乳児をもつ母親の育児不安について, 小児保健研究, 45(3), 290-293, 1986.
- 7) 牧野カツコ: <育児不安>の概念とその影響要因についての再検討, 家庭教育研究所紀要, No10, 23-31, 1989.
- 8) 末松弘行, 野村忍, 俵里英子 他: エゴグラムパターン, 金子書房, 1989.
- 9) 加藤道代, 津田千鶴: 宮城県大和町における0歳児を持つ母親の育児ストレスに関わる要因の検討, 小児保健研究, 57(3), 433-440, 1998.

*Childcare anxiety and ego states of mothers-comparison
between infancy and preschool childhood*

Miya Yamashita

Department of Takamatsu Public Health Center, Kagawa, Japan

Abstract The purpose of the present study was to analyze mothers' childcare anxiety and ego states in different stages of child development and consider better childcare support including relief from such anxiety. A questionnaire survey was conducted on 254 mothers of children and 225 returned valid answers. Findings are as follows. (1) Childcare anxiety of mothers with preschool children (age of 1-6 years) was stronger than those of their infants (age of 0-11 months). (2) As to the relation between childcare anxiety and ego states, mothers with strong anxiety had strong AC (adapted child) energy, with predominance of AC and suppression of other ego states; therefore, they could not take themselves affirmatively and hence lost confidence in their-selves.

Accordingly, mothers need childcare support of the natures which are suitable for children's development, and assistance to recover self-confidence.

Key words : childcare anxiety, ego states, mother

 原 著

乳癌縮小手術（乳房温存術，胸筋温存乳房切除術）を 受けた患者の術後回復過程に関する研究(1) —肩関節可動域の回復遅延に関わる要因の分析—

田村綾子¹⁾，森本忠興¹⁾，近藤裕子¹⁾，市原多香子¹⁾
桑村由美¹⁾，南川貴子¹⁾，三木好美²⁾，笹三徳³⁾

¹⁾徳島大学医学部保健学科看護学専攻

²⁾国立療養所東徳島病院

³⁾とくしまプレストケアクリニック

要旨 本研究は、乳癌で胸筋切除を伴わない縮小手術を受けた患者の肩関節の可動域の回復遅延ケースにおける、回復遅延に関わる要因を明らかにし、術後の機能回復訓練時の患者指導に活かすことを目的とした。対象は乳房温存術や胸筋温存乳房切除術を受けた乳癌術後患者39名で、機能回復訓練を術後12週間縦断的に観察しえたケースにおいて、肩関節可動域の回復状態を良好群と遅延群の2群にわけ、その2群間の比較を、肩関節可動域や疼痛・日常生活動作から観察した。その結果、遅延群ケースから肩関節可動域の回復に関わる主要因として、創部の動作時の疼痛が考えられ、2つめの要因としてこの動作時の疼痛の発生により術後必要とされる運動を行わないことで、さらに回復を遅延させていることが考えられた。よって、動作時の疼痛を訴え、肩関節可動域の回復の遅れを認める例には、機能回復訓練状態の観察と術後12週目までの継続的な運動の必要性の指導のほかに、肩関節可動域訓練を看護師が患者とともに一緒に行うという確実な実施が、肩関節の可動域の回復遅延の予防となると考えられた。

キーワード：乳癌，縮小手術，術後早期，肩関節可動域，回復遅延要因

はじめに

乳癌術後の合併症である患側上肢のリンパ浮腫や肩関節可動域の制限・創部の痛みは、術後のQOL (Quality of Life) やADL (Activities of Daily Living) を低下させるため、看護の領域においても、これらの合併症の予防という点に着目し、合併症を最小限にとどめるためのケア方法や看護観察に努力が試みられている。このうち患側上肢のリンパ浮腫に関しては、最近のリンパ節廓清の手術手技の改善によりリンパ浮腫の発生は極めて少なくなった¹⁻³⁾。また、肩関節の可動域の制限は、現在の

術式の8割を占める胸筋切除を伴わない手術法（乳房温存術：以下温存術，胸筋温存乳房切除術：以下切除術）を選択されることで、定型的乳房切除術に比べ発生頻度とその可動域制限は非常に少なくなった²⁾。さらに、乳癌術後患者の入院中の生活においては健側上肢でカバーが可能のため、生活に支障が生じることは少なく、患側上肢の積極的な機能回復訓練について看護上注目することは少なくなった。

ところが、患側上肢の機能障害の起こりにくい術式を選択されている現在においても、術後の合併症としての機能障害が発生しその多くの原因として、創部の過度の安静と胸部の疼痛⁴⁾あるいは、胸筋の温存による廃用性萎縮⁵⁾の発生が指摘され始めた。そこで、乳癌術後に肩関節可動域遅延するケースの肩関節可動域の回復状態を観察し、回復遅延に関わる要因を明らかにし、術後の機

2003年2月20日受理

別刷請求先：田村綾子，〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科看護学専攻

能回復訓練時の患者指導に活かしたいと考えた。

目 的

乳癌で胸筋切除を伴わない手術を受けた術後患者の機能回復訓練を術後3カ月間縦断的に観察し得たケースにおいて、肩関節可動域の回復状態を良好群と遅延群の2群に分け、その2群間の比較を行い、回復遅延に関わる要因を明らかにし、術後の機能回復訓練時の患者指導に活かす。

研究方法

1 対象者

1997年5月～1998年9月の期間に徳島県内にある総合病院で乳癌の手術を受けた患者の中で、以下の基準を満たしたものを対象者とした。対象者選定に当たっては、病棟・外来の看護管理者と医師責任者と十分相談を行った。

- 1) 病期Ⅰ・Ⅱ期の乳癌診断を受け、胸筋の切除を伴わない切除術および温存術を受けた者
- 2) 乳癌以外に全身の合併症がない者
- 3) 一側だけの乳癌手術を受けた者
- 4) 術前の肩関節可動域が正常範囲である者
- 5) 術前・術後14週までの5回の全ての肩関節可動域を観察できた者

2 方法

術前・術後の患者に対する患側上肢の動かし方の説明は、術前においては、手術一般の説明の上に患側上肢の具体的訓練方法を説明したパンフレットと訓練内容を説明した自主制作ビデオを用いた。術後は、毎日1回看護師が機能回復訓練状態を観察すると共に、1日3～4回

行うよう口答指導を行った。患者の退院の日安は術後10～14日目で、退院後の上肢運動訓練は患者の自主性にゆだねた。術後の機能回復訓練の指導内容は、表1のとおりで、術後1日目から肩関節を動かせる運動プログラムである。

測定および聞き取り調査の時期は、術前・術後1週目・2週目・4週目・12週目の計5回であった。

1) 肩関節可動域

観察部位は、患側の前方挙上（屈曲）・後方挙上（伸展）・側方挙上（外転）の3項目を測定した。日本リハビリテーション医学会の関節可動域表示ならびに測定法に従って東大式角度計を用いて自動可動域を測定した。

2) 患側上肢の握力の計測

握力の測定は Smedley 握力計で測定した。

3) 創部ドレーンの抜去日

診療録から創部ドレーンの抜去と記載されている日の調査をした。なお創部ドレーンの抜去の日安は、一日浸出液総量が50ml以下になった日である。

4) 胸部の疼痛と日常生活動作について

胸部の疼痛（動作時の疼痛、夜間の疼痛、術創部痛）について聞き取り調査を行い、ある・ないの2段階で評価した。日常生活動作（患側を下にしての就寝・エプロンの紐結びができるか・布団干しができるか）についての聞き取り調査は、術後4週目と12週目に行い、できる・なんとかできる・できないの3段階で評価した。

分析は、術後1週目の前方挙上の中央値より上回るものを良好群、中央値より低下しているものを遅延群と2群に分け、肩関節可動域角度・握力・創部ドレーン平均

表1 考案した機能回復訓練プログラム

術後日数	内 容	具 体 的 内 容
術後第1日目	患側肩関節の固縮予防	患側上肢の側方挙上と前方挙上を仰臥位と座位の姿勢で実施。実施角度は90度程度
術後第2日目	肩関節運動で力を抜くこと入れることの学習	患側上肢の後方挙上、壁登り運動、前方挙上90度での力を抜く・入れる運動
術後第3日目	手術前の生活に近づける運動	羽ばたき運動、耳タッチ背中タッチ
術後第4日目以降	患側と健側の左右差をなくすような運動	上記1～3日目の運動による左右差をなくす

抜去日をノンパラメトリック法 (Mann-Whitney U 検定) で群間比較を行った。年齢構成, 術側左右差, 術式別, 術後週数別の疼痛と日常生活動作, 創部ドレーン抜去時期については χ^2 検定を行い, $p < 0.05$ を有意とした。データ処理は, 統計学パッケージ SPSS for Windows Ver. 10.0 で行った。

倫理的配慮

研究に先立ち術前に, 研究の意図を説明するとともに, 協力するか否かは自由であること, 協力しなくても治療や看護ケア上不利をこうむることはないこと, 研究参加者の都合でいつでも研究は中止できること, プライバシーは遵守すること, 得られたデータは研究以外に使用しないことを口頭で説明し, 同意の得られたものを対象とした。

結 果

1 対象の一般特性 (表 2)

期間中に対象者選定基準に適ったものは39名で, 平均年齢は, 49.7 ± 9.5 歳であり, 患側の左右別では, 左側14名, 右側25名であった。

肩関節可動域の内の前方挙上の術後1週目の中央値は, 165度であったため, 165度以上を良好群, 165度未

満を遅延群に分け, 以下この良好群と遅延群の2群間での比較を行った。良好群20名の内訳は, 切除術10名, 温存術10名, 遅延群19名の内訳は, 切除術8名, 温存術11名であった。この良好群と遅延群の2群の年齢構成, 患側の左右別, 術式別の統計的有意差はすべて認めなかった。

2 肩関節可動域, 握力の比較 (表 3)

良好群と遅延群における肩関節運動の前方挙上・後方挙上・側方挙上および握力の術前から術後12週までの回復状態の推移を, 測定値 (平均値 \pm 標準偏差) で示した (表 3)。

表 2 対象者の一般特性

	良好群 N=20	遅延群 N=19	計 N=39	検定
平均年齢	49.4 \pm 9.7	49.9 \pm 9.8	49.6 \pm 9.5	
年齢構成				
31~39歳	2	1	3	n. s.
40~49歳	9	10	19	(χ^2 検定)
50~59歳	6	5	11	
60歳以上	3	3	6	
患側の左右別				
右側	15	10	25	n. s.
左側	5	9	14	(χ^2 検定)
術式別				
胸筋温存乳房切除術	10	8	18	n. s.
乳房温存術	10	11	21	(χ^2 検定)

表 3 良好群と遅延群の患側関節可動域角度と握力

	術 前 mean \pm SD	術後1週目 mean \pm SD	術後2週目 mean \pm SD	術後4週目 mean \pm SD	術後12週目 mean \pm SD	検 定				
						術 前	術後1週	術後2週	術後4週	術後12週
前方挙上角度 (度)										
良好群 (N=20)	178.2 \pm 6.1	171.9 \pm 6.2	167.6 \pm 10.8	170.1 \pm 13.3	173.5 \pm 8.4	n. s.	*	*	n. s.	n. s.
遅延群 (N=19)	178.9 \pm 3.1	144.9 \pm 12.6	156.8 \pm 11.4	163.9 \pm 17.2	168.6 \pm 16.0					
後方挙上角度 (度)										
良好群 (N=20)	50.0 \pm 0.0	49.7 \pm 1.3	50.0 \pm 0.0	50.0 \pm 0.0	50.0 \pm 0.0	n. s.				
遅延群 (N=19)	50.0 \pm 0.0	49.4 \pm 2.2	50.0 \pm 0.0	49.2 \pm 1.5	49.2 \pm 2.5					
側方挙上角度 (度)										
良好群 (N=20)	179.3 \pm 3.1	174.0 \pm 10.9	173.1 \pm 10.9	175.5 \pm 6.0	175.5 \pm 6.0	n. s.	*	*	n. s.	n. s.
遅延群 (N=19)	178.3 \pm 6.4	149.1 \pm 18.5	160.5 \pm 14.5	170.0 \pm 13.3	173.1 \pm 12.1					
握力 (kg)										
良好群 (N=20)	26.5 \pm 6.0	25.4 \pm 5.2	25.7 \pm 4.7	28.3 \pm 5.9	28.9 \pm 5.4	n. s.				
遅延群 (N=19)	24.5 \pm 4.8	24.1 \pm 6.1	23.8 \pm 6.0	25.9 \pm 5.4	27.2 \pm 5.7					

検定：良好群と遅延群の2群間の差の検定, Mann-Whitney 検定 * ; $p < 0.05$
n. s. ; not significant difference

肩関節可動域で、他の動作に比べ低下が著しい項目は、遅延群の前方挙上と側方挙上であった。

遅延群の前方挙上では、術前178.9±3.1度で、術後1週目に144.9±12.6度と低下するものの、術後12週目には168.6±16.0度まで回復していた。遅延群の側方挙上においては、術前178.3±6.4度、術後1週目149.1±18.5度、術後12週目には173.1±12.1度に回復していた。良好群の前方・側方挙上においては術後1～2週目に低下するもののその低下の値は、10度以内であった。遅延群の前方・側方挙上の角度が、中央値160度以上まで回復する時期は、前方挙上で術後12週目、側方挙上で術後4週目であった。

後方挙上においては、良好群・遅延群ともに術後の低下はごくわずかで、角度にして1度以内であった。

統計的には前方挙上と側方挙上の術後1週目と2週目の良好群と遅延群の2群間において有意差を認めるのみであった。

握力の比較においては、術後1週目に約1kgの低下を認めるものの、術後12週目には術前に比べ約2kgの増加傾向を認めた。この傾向は良好群と遅延群ともに同様な経過を示した。統計的に有意差を認めなかった。

3 創部ドレーン抜去日 (表4)

良好群の創部ドレーン抜去日の平均は、9.7±3.2日、遅延群の抜去日は、9.6±2.1日であった。良好群と遅延群のともに抜去時期においても、有意差を認めなかった。

4 胸部の疼痛と日常生活動作 (表5・6)

胸部の疼痛 (動作時の疼痛、夜間の疼痛、術創部痛) についての聞き取りでは、『動作時の疼痛』は、術後1週目には良好群で20名中8名 (40%) があるものの12週目には3名 (15%) に減少した。遅延群においての『動作時の疼痛』は術後1週目19名中15名 (79%) が、12週

目には7名 (37%) に減少した。術後1週目の『動作時の疼痛』は良好群において「ない」と回答したものが多く、遅延群においては「ある」と回答したものが多く、統計的にも有意差を認めた ($\chi^2=6.21$, $p=0.045$)。

表5 良好群と遅延群の胸部の疼痛の有無

	良好群 N=20	遅延群 N=19	計 N=39	□検定
動作時の疼痛				
術後 1週目				
ある	8	15	23	* □ $\chi^2=6.211$ p=0.045
ない	10	3	13	
無回答	2	1	3	
術後 2週目				n.s.
ある	9	13	22	
ない	10	5	15	
無回答	1	1	2	
術後 4週目				n.s.
ある	11	8	19	
ない	9	10	19	
無回答	0	1	1	
術後 12週目				n.s.
ある	3	7	10	
ない	16	9	25	
無回答	1	3	4	
夜間の疼痛				
術後 1週目				n.s.
ある	0	3	3	
ない	18	14	32	
無回答	2	2	4	
術後 2週目				n.s.
ある	0	2	2	
ない	19	16	35	
無回答	1	1	2	
術後 4週目				n.s.
ある	0	2	2	
ない	20	16	36	
無回答	0	1	1	
術後 12週目				n.s.
ある	0	2	2	
ない	18	13	21	
無回答	2	4	6	
術創部痛				
術後 1週目				n.s.
ある	0	3	3	
ない	18	14	32	
無回答	2	2	4	
術後 2週目				n.s.
ある	1	0	1	
ない	18	18	36	
無回答	1	1	2	
術後 4週目				n.s.
ある	2	4	6	
ない	18	14	32	
無回答	0	1	1	
術後 12週目				n.s.
ある	0	2	2	
ない	18	14	32	
無回答	2	3	5	

* : $p < 0.05$

表4 良好群と遅延群の創部ドレーン抜去時期

	良好群 N=20	遅延群 N=19	計 N=39	検定
創部ドレーン抜去の平均日	9.7±3.2	9.6±2.1	9.6±2.7	
創部ドレーン抜去時期				n.s. (□検定)
5～7日	4	5	9	
8～10日	11	7	18	
11～13日	3	7	10	
14～19日	2	0	2	

表6 良好群と遅延群の日常生活動作の反応

	良好群 N=22	遅延群 N=19	計 N=39	χ ² 検定
患側を下にしての就寝				
術後 4週目 できない	0	1	1	n. s.
何とかできる	0	2	2	
楽にできる	18	11	29	
無回答	2	5	7	
術後 12週目 できない	0	1	1	n. s.
何とかできる	0	1	1	
楽にできる	19	15	34	
無回答	1	2	3	
エプロンの紐結びができるか				
術後 4週目 できない	0	0	0	n. s.
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	17	14	31	
無回答	3	5	8	
術後 12週目 できない	0	0	0	n. s.
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	19	17	36	
無回答	1	2	3	
布団干しができるか				
術後 4週目 できない	0	1	1	* χ ² =7.116 p=0.008
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	17	7	24	
無回答・実施していない	3	11	14	
術後 12週目 できない	0	1	1	n. s.
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	19	16	35	
無回答	1	2	3	

* : p<0.05

『夜間の疼痛』および『術創部痛』は、良好群・遅延群とも「ない」と回答する者が殆どで、また良好群においては夜間疼痛を「ある」と回答した者はなかった。統計的に有意差を認めなかった。

日常生活動作においては、『患側を下にしての就寝』と『エプロンの紐結びができるか』の2項目については、「楽にできる」と回答する者が殆どで、術後経過が長くなるほどその「楽にできる」と回答する者が増加した。『布団干しができるか』については、術後4週間目の実施していないために回答しなかった者も含まれているものの、遅延群に「楽にできる」者の数が少ない傾向を示し、統計的にも有意差を認めた (χ²=7.11, p=0.008)。

考 察

胸筋切除を伴わない手術を受けた乳癌で術後患者39例の機能回復訓練を術後3カ月間縦断的に観察しえたケースについて肩関節可動域（前方挙上）の回復状態で、良好群と遅延群と2群にわけ、その2群間の肩関節可動域・握力の比較・創部ドレーン抜去日・胸部の疼痛と日常生活動作について比較を行った。

対象とした乳癌患者の手術術式は、ともに大・小胸筋を温存し腋窩リンパ節を郭清する方法である。このため、術後の創部はそれほど小さくなく、どちらも胸筋を残すため術後の上肢の機能障害の程度は、少ないと考えられる。たとえば先行研究で見ると、術後1週目の大小胸筋温存または大胸筋温存手術群の前方挙上104度 (n=23)⁷⁾、大・小胸筋温存する Auchincloss 法術式の前方挙上111度 (n=6)⁸⁾、温存術の前方挙上158度 (n=5)⁹⁾に比較して、筆者らの検討では良好群171度 (n=20)、遅延群144度 (n=19)、平均158度 (n=39)と非常に良好な関節可動域を示していた。この結果は、表1に示すような術後1日目から積極的に肩関節の可動域を確保した運動プログラム⁹⁾の成果と考える。

しかし、肩関節の可動域制限が起こりにくいと考えられる大小胸筋を温存する手術例においても、術後1週目には遅延群の平均で144度と制限が見られた。その主要因としては、創部の動作時の疼痛であった。この動作時の痛みの原因としては、創部ドレーンの低圧吸引圧による長胸神経・胸背神経・上腕肋間神経への間接刺激による痛みあるいはドレーンそのものの挿入刺激によるものが考えられた。

さらに、肩関節可動域の遅延をきたす2つめの要因としては、術後早期からの疼痛に伴う患部の安静によって、かえって肩関節可動域の制限をきたしていると考えられた。一般に温存術後の肩関節拘縮の発生頻度は、2.8%¹⁰⁾と低く、今回の検討例においては、日常生活に支障が出る全運動方向の制限を伴う拘縮例は認められなかった。しかし、術後4週目においても日常生活動作の布団干しができない・実施していないものが多く、かつ楽にできる者の割合が少なかった。術後において、創部を動かせることに伴う痛みの発生により術後に必要な運動ができていないと考えられる。これらの点を改善する方法としては、術後動作時の疼痛を訴え、肩関節可動域の回復の遅れを認める例においては、現在行われている1日1回の機能回復訓練状態の観察と指導のほかに、看護師が肩

関節可動域訓練を患者とともに確実に一緒に行うことが考えられる。また、侵襲の小さな術式でも術後12週目までの継続的な肩関節の可動域訓練の必要性を十分認識できるように患者への指導が重要である。

術後1週目の遅延群と良好群の2群に分けた基準を、肩関節可動域の内の低下の著明なものである前方挙上で行った。先行研究⁷⁻⁹⁾においては、いずれも前方挙上より側方挙上が低下していた。これは術後の肩関節運動訓練の開始時期およびその内容¹¹⁾に関係すると考えられるが、紙面からの情報のみでは限界があって断定はできない。今後の検討課題と考える。また、術後の心理的経過¹²⁻¹³⁾や心理的経過と肩関節機能回復との関連、日常生活動作の詳細については、検討していないため、今後の課題と考える。

結 論

胸筋切除を伴わない乳房温存術や胸筋温存乳房切除術を受けた乳癌術後患者39名を、肩関節可動域や疼痛・日常生活動作について術後12週間縦断的に観察した。その結果、以下のようなことが明らかとなった。

- 1 乳癌で胸筋切除を伴わない縮小手術である温存術や切除術を選択しても、肩関節可動域の回復に、回復良好群と遅延群が生じた。
- 2 遅延群ケースから肩関節可動域の回復に関わる主要因として、創部の動作時の疼痛が考えられ、2つめの要因としては、術後1週目に見られたこの動作時の疼痛のため、術後必要とされる運動を行わないことが原因と考えられた。
- 3 よって、動作時の疼痛を訴え、肩関節可動域の回復の遅れを認める例には、機能回復訓練状態の観察と術後12週目までの継続的な運動の必要性の指導のほか、肩関節可動域訓練を看護師が患者とともに一緒に行うという確実な実施が、肩関節の可動域の回復遅延の予防となると考えられる。

文 献

- 1) 廣田彰男：乳癌診断・治療の現状と展望－乳癌手術後の上腕浮腫，日本医師会雑誌，125(11)，1743，2001。

- 2) 森本忠興，岡崎邦泰，田中 隆 他：手術が必要な場合は。乳癌術後の運動・生活ガイド，武藤芳照他編，42-47，日本医事新報社，2001。
- 3) 泉雄 勝，妹尾巨明：乳腺疾患，改訂第2版，388-404，金原出版，1993。
- 4) 光山昌珠，阿南敬生：乳癌術後の機能障害の予防とリハビリテーション，がん看護，4(6)，461-464，1999。
- 5) Dawson I. : Effect of shoulder immobilization on wound seroma and shouldwr dysfunction following modified radical mastectomy. A randomized prospective clinical study. Br J Surg, 76, 311, 1989.
- 6) 森本忠興，笹 三徳：各種疾患・障害に対する運動療法・運動処方の実際－乳癌手術後障害，運動療法ガイド，井上 一他編，改訂第3版，282-292，日本医事新報社，2000。
- 7) 中山博樹：乳癌根治術後の上肢運動障害に対するリハビリテーション，川崎医学会誌，9(4)，378-387，1983。
- 8) 花田久美子，田中克枝，吉川由希子 他：乳癌患者の術後の上肢運動障害，日本看護研究学会誌，14(1)，55-66，1991。
- 9) 増田幸蔵，竹内則博，松前秀治：乳癌術後のリハビリテーション，厚生年金病院年報，21，55-66，1995。
- 10) 谷合綾子，小林由美恵，高倉保幸 他：乳癌術後拘縮症例に対する理学療法－第2報 拘縮を起こす背景と術後理学療法プログラム，北里理学療法，2，39-42，1999。
- 11) 松下敦子，永易裕子，楚下由里子 他：乳癌術後の機能障害の程度とリハビリテーションの有効性，第26回日本看護学会集録集－成人看護Ⅰ－，98-100，1995。
- 12) 瀬古口涼子，寺田和代，兵堂保子 他：乳癌患者21名に対する術後リハビリによる機能回復の調査，奈良県立三室病院看護学雑誌，15，20-23，1990。
- 13) 諸田直美，遠藤恵美子：乳癌患者のリハビリテーション看護の概念特性と看護実践内容の明確化，日本がん看護学会誌，14(2)，28-41，2000。
- 14) 渡辺孝子：乳がん患者の心理的適応に関する要因の研究，日本がん看護学会誌，15(1)，29-39，2001。

*Recovery of patients after minimally invasive surgery for breast cancer
(breast-conserving surgery or pectoral muscle-conserving mastectomy) : report 1
—analysis of factors causing delayed recovery of shoulder joint range of motion*

*Ayako Tamura¹⁾, Tadaoki Morimoto¹⁾, Hiroko Kondo¹⁾, Takako Ichihara¹⁾,
Yumi Kuwamura¹⁾, Takako Minagawa¹⁾, Yoshimi Miki²⁾, Mitunori Sasa³⁾*

¹⁾Major of Nursing, School of Health Science, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

²⁾National East Tokushima Hospital, Tokushima, Japan

³⁾Tokushima Breast Care Clinic, Tokushima, Japan

Abstract The present study was undertaken to identify factors responsible for delay in recovery of the shoulder joint ROM (range of motion) after minimally invasive surgery for breast cancer (i.e., surgery not involving pectoral muscle excision), with the goal of facilitating better postoperative rehabilitation. The subjects of this study were 39 patients who were followed during 12 weeks of functional rehabilitation after breast-conserving surgery or pectoral muscle-conserving surgery for breast cancer. They were divided into the good recovery group and the delayed recovery group according to the smoothness in recovery of shoulder joint ROM. Shoulder joint ROM, pain and activity of daily living (ADL) were compared between these two groups. Analysis of the data from the delayed recovery group allowed us to identify the pain during movement of the surgical wound as a leading factor affecting the recovery of shoulder joint ROM. Failure to practice exercise after surgery due to pain during motion of the wound was identified as the second leading cause for delayed recovery. These results suggest that in cases where postoperative recovery in shoulder joint ROM is delayed, recovery may be facilitated by monitoring the progress of rehabilitation, advising the patient to continue exercise until day 12 after surgery and guiding the patient to practice shoulder joint ROM training with the help of the nurse.

Key words : breast cancer, early postoperative period, shoulder joint range of motion,
factors causing delayed recovery

 原 著

 乳癌縮小手術（乳房温存術，胸筋温存乳房切除術）を
 受けた患者の術後回復過程に関する研究(2)

一患者の術式選択時の情報提供のための術式別回復過程の比較一

 田村綾子¹⁾，森本忠興¹⁾，近藤裕子¹⁾，市原多香子¹⁾
 桑村由美¹⁾，南川貴子¹⁾，三木好美²⁾，笹三徳³⁾
¹⁾徳島大学医学部保健学科看護学専攻

²⁾国立療養所東徳島病院

³⁾とくしまプレストケアクリニック

要旨 乳癌患者が術式選択を行う場合の情報提供の資料とすることを目的に，乳房温存術(温存術)・胸筋温存乳房切除術(切除術)を受け，術後回復状態を3カ月間縦断的に観察しえたケース39例において，温存術群(21例)と切除術群(18例)の2群にわけ，その2群間の比較を肩関節可動域・握力・創部ドレーン抜去日・胸部の疼痛と日常生活動作で行った。その結果，肩関節可動域は，切除術群・温存術群ともに，前方挙上，後方挙上・側方挙上のすべてにおいて統計的に有意差を認めなかった。しかし，術後1週目には温存術・切除術ともに肩関節可動域は一番低下し，その後3カ月をかけ徐々に回復する経過をたどった。一方，握力は，切除術群の2週目に有意に低下し，切除術は上肢筋力に関して手術侵襲の影響がみられた。術式別の創部ドレーン抜去日および日常生活動作においては，有意差はなかった。術後4週目の創部の動作時の疼痛が，切除術群に比べ温存術群においては「ある」と回答したものが多く，放射線療法による影響が考えられた。乳癌術前患者の術式選択に際しては，単に生存率のみの情報だけでなく，2つの術式には術後の肩関節可動域の制限の程度には差がないこと，温存術に比べ侵襲の比較的大きい切除術では術後2週目に握力の低下を認めること，放射線療法をおこなう温存術では創部の動作時の疼痛の認める例があることなどの，術式により回復のプロセスの違いがある点も情報提示し，対象者のライフスタイルに合わせた術式選択が可能となるよう支援していくことが重要であると考えた。

キーワード：乳癌，乳房温存術，胸筋温存乳房切除術，術式選択，情報提供

はじめに

乳癌の治療法として乳房温存術(温存術)と乳房切除術(切除術)の生存率が同等である¹⁾ことが明らかになって以来，我が国においても術式の選択は患者自身に委ねられることが一般的となった²⁾。しかし，この術式選択は，患者にとって大きな心理的ストレスであり，術式へ

の疑問と術式選択の葛藤などを繰り返し悩みながら決定³⁾に至り，乳房が残ることの喜び以上に乳房切除術を選択する利点が多いと考える患者もいる⁴⁾。これまでの術式選択の要因に関する研究では，その術式決定までのプロセス^{3,5)}や最終的な術式決定要因⁶⁾が研究されている。しかし，術式決定後においても患者の気持ちは揺れ動き，術式選択で葛藤している乳癌患者への看護支援は，術式決定に至る前からの情報提供とその修正が加味されるべきである^{3,5)}との指摘もある。しかし，患者による術式決定を推進するには，患者の乳癌や術式に対する正確な知識の理解が必要⁷⁾であり，医師から術式選択を委

2003年2月20日受理

別刷請求先：田村綾子 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
 徳島大学医学部保健学科看護学専攻

ねられたときの患者は何を質問して良いのかわからない状況にあるものが多いと考えられる。術式決定に至る前からの患者に対しての過不足のない情報提供のなかには、自己認識、つまり術後の自分にとってどうなることが望ましいのかを判断できるための情報^{2,9)}も必要と考える。1990年以降の我国において、温存術と切除術を対象としたものの中で、術後の状況に関する情報としては、術後4週～5年の術式別肩関節可動域の角度の回復状態¹⁰⁻¹³⁾、術後4週間の術式別の肩関節可動域と痛みの関係¹⁴⁾、術後2週間の肩関節可動域と痛みの関係¹⁵⁾、術後1日目から開始する肩関節可動域訓練の有効性^{10,16)}、創部の痛みの発生原因¹⁷⁾、術後拘縮の発生要因¹⁸⁾などが見られた。しかし、術式の違いによる肩関節可動域、創部の痛み・日常生活の関係を術後4週以上観察した論文は見あたらない。そこで、今回は手術を受ける患者の術後の情報提供に活かすために、二つの術式の回復過程を比較し、術式選択時の患者指導に活かしたいと考えた。

目 的

乳癌手術後患者の回復状態を術後3カ月間縦断的に観察しえたケースにおいて、手術術式の違いにより温存術群と切除術群の2群にわけ、その2群間の回復状態を肩関節可動域、創部の痛み・日常生活動作で比較を行い、術式の違いによる術後の回復状態を明らかにし、術式選択時の患者指導の資料とする。

用語の定義

本研究において、温存術とは、乳房扇状部分切除術または乳房円状部分切除術で、切除術とは大・小胸筋温存乳房切除術（Auchincloss法）とした。

研究方法

1 対象者

1997年5月～1998年9月の期間に徳島県内にある総合病院で乳癌の手術を受けた患者の中で、以下の基準を満たしたものを対象者とした。対象者選定に当たっては、病棟・外来の看護管理者と医師責任者で十分相談を行った。

1) 病期Ⅰ・Ⅱ期の乳癌診断を受け、温存術と切除術を受けた者

- 2) 乳癌以外に全身の合併症がない者
- 3) 一側だけの乳癌手術を受けた者
- 4) 術前の肩関節可動域が正常範囲である者
- 5) 術前・術後14週までの5回の全ての肩関節可動域を観察できた者

なお、全対象者は外来での受診時に診断名、手術方法（切除術と温存術）を医師より口答およびパンフレットで説明された。入院後、再度診断名、手術方法、術式選択の可能性、術後の治療法について説明を受け、切除術か温存術かの選択を任された。

研究に先立ち対象者には、術前に、研究の意図を説明するとともに、協力するか否かは自由であること、協力しなくても治療や看護ケア上不利をこうむることはないこと、研究参加者の都合でいつでも研究は中止できること、プライバシーは遵守すること、得られたデータは研究以外に使用しないことを口頭で説明し、同意の得られたものを対象とした。

2 方法

術前・術後の患者に対する患側上肢の動かし方の説明は、術前においては、手術一般の説明の上に患側上肢の動かし方についてのパンフレットと動かし方の自主制作ビデオで説明を行った。手術後の上肢の運動回数は、毎日1回看護師が機能回復訓練状態を観察すると共に、1日3～4回行うよう口答指導を行った。患者の退院の目安は術後10～14日目で、退院後の上肢運動訓練は患者の自主性にゆだねた。術後の機能回復訓練の指導内容は、術後1日目から肩関節を動かせる運動プログラム¹⁹⁾を設定した。

測定および聞き取り調査の時期は、術前・術後1週目・2週目・4週目・12週目の計5回であった。

1) 肩関節可動域

観察部位は、患側の前方挙上（屈曲）・後方挙上（伸展）・側方挙上（外転）の3項目である。日本リハビリテーション医学会の関節可動域表示ならびに測定法に従って東大式角度計を用いて自動可動域を測定した。

2) 患側上肢の握力の計測

患側の握力の測定はSmedley握力計で測定した。

3) 創部ドレーンの抜去日

診療録から創部ドレーンの抜去と記載されている日の

調査をした。なお創部ドレーンの抜去の目安は、浸出液が50ml以下になった日とした。

4) 胸部の疼痛と日常生活動作について

胸部の疼痛（動作時の疼痛、夜間の疼痛、術創部痛）について聞き取り調査を行い、ある・ないの2段階で評価した。日常生活動作（患側を下にしての就寝・エプロンの紐結びができるか・布団干しができるか）についての聞き取り調査は、術後4週目と12週目に行い、できる・なんとかできる・できないの3段階で評価した。

分析は、温存術群と切除術群の2群に分け、肩関節可動域角度・握力・創部ドレーン抜去日・年齢をノンパラメトリック法（Mann-Whitney U 検定）で群間比較を行うとともに、術側左右差、術式別、術後週数別の疼痛と日常生活困難点、創部ドレーン抜去時期については χ^2 検定を行い、 $p < 0.05$ を有意とした。データ処理は、統計学パッケージ SPSS for Windows Ver. 10.0で行った。

結 果

1 対象の一般特性（表1）

期間中に対象者選定基準に適ったものは39名で、切除術群18名、温存術群21名である。平均年齢は、それぞれ50.1±11.2歳で、49.3±8.0歳で、温存術群が切除術群に比べ、やや平均年齢が高いものの、統計的に有意差は

なかった。

患側の左右別においても有意差を認めなかった。

対象者の温存術と切除術の術式選択は、全症例患者の意志で行われた。さらに、補助療法としては、温存術を選択した21名は放射線療法が行われ、術後の病理診断結果でリンパ節転移を認めた16例においては化学療法および内分泌療法が行われた。

2 肩関節可動域、握力の比較

切除術群と温存術群における肩関節運動の前方挙上・後方挙上・側方挙上および握力についての術前から術後12週までの回復状態の推移を、測定値（平均値±標準偏差）で示した（表2）。

肩関節可動域の前方挙上、後方挙上・側方挙上の術前および術後12週目まで、両群間ではすべてにおいて統計的に有意差を認めなかった。前方挙上の切除術群の術前

表1 対象者の一般特性

	切除術群 n=18	温存術群 n=21	計 n=39	検定
平均年齢	50.1±11.2	49.3±8.0	49.6±9.5	n. s. (M-W 検定)
患側の左右別				
右側	13	12	25	n. s. (χ^2 検定)
左側	5	9	14	

M-W 検定；Mann-Whitney U 検定

表2 切除術群と温存術群の患側関節可動域角度と握力

	術 前 mean±SD	術後1週目 mean±SD	術後2週目 mean±SD	術後4週目 mean±SD	術後12週目 mean±SD	検 定				
						術 前	術後1週	術後2週	術後4週	術後12週
前方挙上角度(度)										
切除術群 (N=18)	177.4± 6.6	161.1±16.1	162.5±12.3	170.2±12.5	172.2±10.3	n. s.				
温存術群 (N=21)	179.5± 2.1	157.7±18.3	162.2±12.5	164.4±17.4	170.2±14.7					
後方挙上角度(度)										
切除術群 (N=18)	50.0± 0.0	50.0± 0.0	50.0± 0.0	50.0± 0.0	49.7± 1.1	n. s.				
温存術群 (N=21)	50.0± 0.0	49.2± 2.4	50.0± 0.0	49.2± 1.5	49.5± 2.1					
側方挙上角度(度)										
切除術群 (N=18)	177.4± 7.2	165.0±14.7	173.1±10.9	174.7± 8.3	176.0± 5.8	n. s.				
温存術群 (N=21)	180.0± 0.0	159.1±21.5	160.5±14.5	169.0±13.4	172.8±11.6					
握力(kg)										
切除術群 (N=18)	24.3± 5.6	23.9± 6.0	23.2± 5.4	26.6± 6.5	27.2± 6.2	n. s.	n. s.	*	n. s.	n. s.
温存術群 (N=21)	26.5± 5.3	25.5± 5.4	26.1± 5.1	27.5± 5.1	28.7± 4.9					

検定：切除術群と温存術群の2群間の差の検定，Mann-Whitney 検定 *； $p < 0.05$

が177±6.6度で、術後1週目に161±16.1度と一番低下し、12週目には172±10.3度に回復していた。温存術群は、術前179±2.1度、術後1週目、12週にはそれぞれ157±18.3度、170±14.7度であった。側方挙上の切除術群は、術前177±6.6度、術後1週目165±14.7度、12週目176±5.8度、温存術では、術前・術後1週目・12週目は、それぞれ180±0度・159±21.5度・172±11.6度であった。後方挙上においてはほとんど差を認めなかった。

握力の比較においては、術後2週目の切除術群は23.2±5.4kg、温存術群26.1±5.1kgで統計的に有意差を認めた (U=113.5, p=0.032)。

3 創部ドレーン抜去日 (表3)

切除術群の創部ドレーン抜去日の平均は、10.3±3.0日、温存術群の抜去日は、9.1±2.2日であった。切除術群と温存術群の抜去時期は、温存術群が8～10日目に一番多く、切除術群においては、11～13日目が多いものの、この抜去の時期の分布においての有意差を認めなかった。

4 胸部の疼痛と日常生活動作 (表4・5)

胸部の疼痛は、動作時の疼痛、夜間の疼痛、術創部痛についての聞き取りを行った。『動作時の疼痛』は、術後1週目には切除術群で18名中12名(67%)があるものの12週目には4名(22%)に減少した。温存術群では術後1週目21名中11名(52%)が、12週目には6名(28%)に減少した。術後4週目の『動作時の疼痛』は切除術群において「ない」と回答したものが14名と多く、一方温存術群においては「ある」と回答したものが15名と多くしかも術後1週目より4名増加し、統計的にも有意差を認めた (χ²=11.469, P=0.003)。

『夜間の疼痛』および『術創部痛』は、切除術群・温存術群とも「ない」と回答する者が殆どで、統計的に有意差を認めなかった。

表3 切除術群と温存術群の創部ドレーン技法時期

	切除術群 n=18	温存術群 n=21	計 n=39	検定
創部ドレーン技法の平均日	10.3±3.0	9.1±2.2	9.6±2.7	n.s. (M-W 検定)
創部ドレーン技法時期				
5～7日	4	5	9	n.s. (χ ² 検定)
8～10日	5	13	18	
11～13日	8	2	10	
14～19日	1	1	2	

M-W 検定；Mann-Whitney U 検定

意差を認めなかった。

日常生活動作の反応についても、『患側を下にしての就寝』と『エプロンの紐結びができるか』の2項目については、「楽にできる」と回答する者が殆どで、統計的

表4 切除術群と温存術群の胸部の疼痛の有無

	切除術群 n=18	温存術群 n=21	計 n=39	χ ² 検定		
動作時の疼痛						
術後1週目	ある ない 無回答	12 6 0	11 7 3	23 13 3	n.s.	
術後2週目	ある ない 無回答	10 8 0	12 7 2	22 15 2		n.s.
術後4週目	ある ない 無回答	4 14 0	15 5 1	19 19 1		
術後12週目	ある ない 無回答	4 13 1	6 12 3	10 25 4	n.s.	
夜間の疼痛						
術後1週目	ある ない 無回答	2 16 0	1 16 4	3 32 4	n.s.	
術後2週目	ある ない 無回答	1 17 0	1 18 2	2 35 2	n.s.	
術後4週目	ある ない 無回答	1 17 0	1 19 1	2 36 1	n.s.	
術後12週目	ある ない 無回答	0 18 2	2 13 4	2 21 6	n.s.	
術創部痛						
術後1週目	ある ない 無回答	2 16 0	1 16 4	3 32 4	n.s.	
術後2週目	ある ない 無回答	1 17 0	0 19 2	1 36 2	n.s.	
術後4週目	ある ない 無回答	2 16 0	4 16 1	6 32 1	n.s.	
術後12週目	ある ない 無回答	1 16 1	1 16 4	2 32 5	n.s.	

* ; p<0.05

表5 切除術群と温存術群の日常生活動作の反応

	切除術群 n=18	温存術群 n=20	計 n=39	□検定
患側を下にしての就寝				
術後 4週目				n. s.
できない	0	1	1	
何とかできる	1	1	2	
楽にできる	15	14	29	
無回答	2	5	7	
術後 12週目				n. s.
できない	1	0	1	
何とかできる	1	0	1	
楽にできる	16	18	34	
無回答	0	3	3	
エプロンの紐結びができるか				
術後 4週目				n. s.
できない	0	0	0	
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	16	15	31	
無回答	2	6	8	
術後 12週目				n. s.
できない	0	0	0	
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	18	18	36	
無回答	0	3	3	
布団干しができるか				
術後 4週目				n. s.
できない	0	1	1	
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	14	10	24	
無回答・実施していない	4	10	14	
術後 12週目				n. s.
できない	0	1	1	
何とかできる	0	0	0	
楽にできる	17	18	35	
無回答	1	2	3	

に有意差を認めなかった。『布団干しができるか』については、術後4週間目の実施していないために回答しなかった者も含まれ、温存術群がやや多いが、統計的には有意差を認めなかった。

考 察

乳癌で術後患者の回復状態を術後3カ月間縦断的に観察しえたケースにおいて、温存術群と切除術群の2群にわけ、その2群間の肩関節可動域・握力・創部ドレーン抜去日・胸部の疼痛と日常生活動作について比較を行った。

対象とした乳癌患者の手術術式は、ともに大・小胸筋を温存し腋窩リンパ節を郭清する方法であるが、温存術においては乳房を温存するのに対し、切除術では乳房を切除する手技である。術後1週目には温存術・切除術と

もに肩関節可動域は一番低下する経過をたどり、手術後の肩関節の可動域を確保のための現在行っている運動は、欠かさないケアといえる。しかし、患側の握力については、有意に切除術が2週目に低下した。上肢筋力(握力)の低下する切除術後においては、術後運動プログラムの中に上肢筋力の維持と低下予防のための患側部位の等尺性運動を積極的に組み込むことで、筋力の低下の予防が図れると考えられる。

術後4週目の温存術の創部の『動作時の疼痛』が「ある」と回答したものが術後1週目の者より増加した要因は、放射線治療に伴う、術後の運動プログラムの非実行の可能性が一番考えられた。乳癌術後の胸部の疼痛についての患者の表現は、つっぱり感¹⁷⁾、牽引痛や胸部圧迫感・絞扼痛²⁰⁾などと表現し、さらに、疼痛と認知する者と疼痛ではない不快感と認知する者¹⁴⁾など様々である。今回、筆者らは、胸部の疼痛を動作時の疼痛、夜間の疼痛、術創部痛の3点から調査した。傷そのものの痛みを聞くための『術創部痛』、軽度の痛みが夜間に増幅しないかを聞く『夜間の疼痛』、日常の生活での何らかの動作に伴って発生する痛みを聞く『動作時の疼痛』であった。結果は術後4週目の動作時の疼痛のみに有意差を認め、この時の肩関節可動域の術式別前方・側方・後方挙上には差を認めなかった。しかし、前述のように、患者の胸部の痛みに対する表現は様々であるため、動作時疼痛を訴える患者に対しては、患者の痛みについての少なくとも放射線治療が終了する術後4～8週までの経時的でかつ詳細な観察が必要で、かつ、この痛みの出現時においては、痛み発生と関連の動作の確認とともに、痛みの発生時の緩和方法や予防方法を指導することが、術後の創部の疼痛に対するケア方法と考える。

術式別の創部ドレーン抜去日および日常生活動作においては、有意差はなかった。

上記のような回復状態の結果を、術式選択時の患者指導に活かすために、術前においては、単に温存術と切除術の生存率が同等であって、術式選択は患者の自由意志であると、言うのみでなく、肩関節可動域は温存術・切除術ともに術後低下し、その可動域は差がないこと、術後1週目には関節可動域は一番低下すること、切除術の選択時には術後2週目に患側上肢筋力の低下が温存術に比べ認めること、温存術選択時には、術後4週目ころに放射線療法に伴う創部の動作時の疼痛が発生することなど、説明追加し、患者のライフスタイルに合わせた術式選択を支援することが非常に重要であると考えられる。今回

検討した事例においては、就業の有無や運動習慣を情報として得ていないため、対象者のライフスタイルと術式選択との関係を明らかにできなかった。今後の課題としたい。

結 論

乳癌患者の術後の回復状態を術後3カ月間縦断的に観察しえた39事例において、手術侵襲の大きさにより温存術群(21名)と切除術群(18名)の2群にわけ、術式別の2群間の比較を肩関節可動域・握力・創部ドレーン抜去日・胸部の疼痛と日常生活動作で行った。その結果、以下が明らかとなった。

- 1 肩関節可動域は、切除術群に比べ温存術群は、4～7度低く経過していたが、前方挙上、後方挙上・側方挙上のすべてにおいて統計的に有意差を認めなかった。しかし、術後1週目には温存術・切除術ともに肩関節可動域は一番低下する経過をたどるため、手術後の肩関節の可動域を確保のための運動は、欠かさないケアといえる。
 - 2 術式別の創部ドレーン抜去日および日常生活動作においては、有意差はなかった。
 - 3 握力は、有意に切除術群が2週目に低下し、上肢筋力に関しては手術侵襲の影響がみられた。切除術後は、上肢筋力の維持のための等尺性運動をこれまで行っている術後運動プログラムの中に加味する必要性が考えられた。
 - 4 術後4週目の創部の動作時の疼痛が、切除術群に比べ温存術群においては「ある」と回答したものが多く、統計的にも有意差を認め、放射線療法による影響が考えられた。
 - 5 乳癌術前患者の術式選択に際しては、単に生存率のみの情報だけでなく、上記1～4のような結果も術前に提示し、対象者のライフスタイルに合わせた術式選択が可能となるよう支援していくことが重要であると考える。
- 2) 日本乳癌学術委員会：乳房温存療法ガイドライン，教育広報社，1999.
 - 3) 国府浩子，井上智子：手術療法を受ける乳がん患者の術式選択のプロセスに関する研究，日本看護科学会誌，22(3)，20-28，2002.
 - 4) 大住省三，高嶋成光，佐伯俊昭 他：早期乳癌患者での患者自身による乳房切除術と乳房温存療法の選択の背景因子の検討，乳癌の臨床，14(3)，389-394，1999.
 - 5) 国府浩子，井上智子：患者による乳房切除術か乳房温存術)の選択に影響を及ぼす要因に関する研究，日本がん看護学会誌，16(2)，46-55，2002.
 - 6) 小西敏子，佐藤禮子：乳がん患者の手術に望む姿勢とそれに影響を及ぼす要因，千葉看護学会誌，7(1)，67-73，2001.
 - 7) 諸田直美，遠藤恵美子：乳癌患者のリハビリテーション看護の概念特性と看護実践内容の明確化，日本がん看護学会誌，14(2)，28-41，2000.
 - 8) Michie, S. Rosebert, C. Heaversedge, J.: The effects of different kinds of information on woman's attending an out-patient breast clinic, Psychol Health Med. 1, 285-296, 1995.
 - 9) 相磯富士雄：医療における自己決定の条件，日本保健医療行動科学学会年報，11，1-3，1996.
 - 10) 田村綾子，森本忠興，市原多香子 他：乳癌術後患者の早期機能回復訓練実施による肩関節可動域の評価，日本リハビリテーション看護学会学術大会誌，1，(投稿中)
 - 11) 菊田京一，佐藤雅彦：乳房温存術と乳房切除術の肩関節の可動域の比較，理療，30(4)，25-27，2001.
 - 12) 増田幸蔵，竹内則博，松前秀治：乳癌術後のリハビリテーション，厚生年金病院年報，21，55-66，1995.
 - 13) 花田久美子，田中克枝，吉川由希子 他：乳癌患者の術後の上肢運動障害，日本看護研究学会誌，14(1)，55-66，1991.
 - 14) 山口真由美，稲垣 敦，井上 好 他：乳がん手術後の肩関節機能の回復進度と疼痛及びリハビリテーションとの関係，第32回日本看護学会論文集—成人看護Ⅰ—，121-123，2001.
 - 15) 田中千枝子，中上小百合，木曾悦子：乳癌患者のリハビリテーション看護—術式による肩関節可動域と痛みの比較，第31回日本看護学会論文集—成人看護Ⅰ—，18-20，2000.

文 献

- 1) Veronesi, U., & Scocozzi, R.: Comparing radical mastectomy with quandorantomy, axillary dissection, and radiotherapy in patiany with smoll cancer of breast, N Engl J Med. 305, 6-11, 1981.

- 16) 檜原文子, 森本訓明: 乳癌術後早期理学療法の試み, 外科, 62(3), 341-345, 2000.
- 17) 瀬古口涼子, 寺田和代, 兵堂保子 他: 乳癌患者21名に対する術後リハビリによる機能回復の調査, 奈良県立三室病院看護学雑誌, 15, 20-23, 1990.
- 18) 谷合綾子, 小林由美恵, 高倉保幸 他: 乳癌術後拘縮症例に対する理学療法—第2報拘縮を起こす背景と術後理学療法プログラム, 北里理学療法, 2, 39-42, 1999.
- 19) 森本忠興, 笹 三徳: 各種疾患・障害に対する運動療法・運動処方の実際—乳癌手術後障害—運動療法ガイド, 井上 一 他編, 運動療法ガイド, 改訂第3版, 282-292, 日本医事新報社, 2000.
- 20) 光山昌珠, 阿南敬生: 乳癌術後の機能障害の予防とリハビリテーション, がん看護, 4(6), 461-464, 1999.

*Recovery of patients after minimally invasive surgery for breast cancer
(breast-conserving surgery or pectoral muscle-conserving mastectomy) : report 2
—comparison of recovery after each operative procedure to collect data for
informed choice of operative procedure by the patient*

*Ayako Tamura¹⁾, Tadaoki Morimoto¹⁾, Hiroko Kondo¹⁾, Takako Ichihara¹⁾,
Yumi Kuwamura¹⁾, Takako Minagawa¹⁾, Yoshimi Miki²⁾, Mitunori Sasa³⁾*

¹⁾Major of Nursing, School of Health Science, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

²⁾National East Tokushima Hospital, Tokushima, Japan

³⁾Tokushima Breast Care Clinic, Tokushima, Japan

Abstract The present study was undertaken to collect data to be utilized for informed choice of operative procedure by patients with breast cancer. The subjects of this study were 39 patients who were followed for 3 months after breast-conserving surgery (the breast conserving group, 21 cases) or pectoral muscle-conserving mastectomy (the mastectomy group, 18 cases). The shoulder joint ROM (range of motion), grip, length of time until withdrawal of the drain, chest pain and activity of daily living (ADL) were compared between the two groups. There was no significant difference in shoulder joint ROM in any direction (anterior, posterior or lateral elevation of the joint) between the breast conserving group and the mastectomy group. In both groups, the shoulder joint ROM was minimal one week after surgery and later recovered gradually over 3 months. Grip was significantly lower in the mastectomy group two weeks after surgery, as compared to the breast-conserving group, suggesting influence of operative stress on the arm muscle strength in the mastectomy group. In terms of the ADL and the length of time from surgery to withdrawal of the drain, there was no significant difference between the two groups. Four weeks after surgery, a higher percentage of patients in the mastectomy group answered to have pain during motion of the surgical wound, as compared to the breast-conserving group, probably reflecting the influence of radiotherapy. These results suggest that when providing information to patients with breast cancer to allow selection of an operative procedure, information should be provided not only concerning expected survival rates, but also about similarities and differences in postoperative recovery between the two procedures, including for example the following information: (1) the degree of restriction of shoulder joint ROM does not differ between the two procedures; (2) grip may decrease two weeks after pectoral muscle-conserving mastectomy which is more invasive than breast-conserving surgery; and (3) pain during motion of the wound is sometimes complained after breast-conserving surgery which is combined with radiotherapy. It seems essential to help individual patients select a procedure tailored to their life style on the basis of these pieces of information.

Key words : breast-conserving surgery, pectoral muscle-conserving mastectomy,
selection of operative procedure, information supply

ORIGINAL

Testing Orem's self-care deficit theory : dependent care agency for duration of breast-feeding

Mari Haku, Shuji Yamano, Keiko Takebayashi, and Mieko Takeuchi

Department of Major of Nursing, School of Health Science, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract Aims : The purpose of this study was to test of Orem's theory of self-care deficit. Specifically, limiting factors influencing the duration of breast-feeding were analyzed with Orem model to clarify the ability needed by a mother for continuing breast-feeding.

Background : The mean incidence of mothers with breast-feeding, mixtrophic breast-feeding or bottled milk is 52.6%, 43.2%, and 4.8%, respectively until one month after birth. However, the incidence of mothers with breast-feeding decreases to 46.2% just one month after birth. Although midwives instruct the importance of breast-feeding and promote breast-feeding by using various kinds of empirical care, there is not the standardized care with a high effect for continuation of breast-feeding.

Method : descriptive study.

Design Methodology : One hundred thirty-three mothers who delivered their babies in the University Hospital were included in this research. The hospital experienced around 400 birth in a year. Sixty-nine mothers of them fed a baby with breast milk (the breast-feeding group). The other mothers fed a baby with bottled milk or with bottled milk and breast milk (the mixed group).

Results : According to Orem model, comments obtained by interviews were categorized, and we found 3 factors impairing continuation of breast-feeding, "crying of a child", "inappropriate advice" and "previous experience". The limiting factors were related to each other, and inexperience of a life with a baby, the time-consuming life without composure, and unskilled responses to the shortage of milk enhanced restriction of adaptability caused by a difference between an imagined baby and a real baby.

Conclusions: This study support's Orem's model. Factors influencing the duration of breast-feeding were clarified by Orem's limitations factors.

Key words : breastfeeding, limitation factors, Orem model, dependent care

Introduction

Breast-feeding has been promoted in Japan since 1975 in cooperation with "infant nourishment and breast-feeding"

stated in 1974 by WHO. Furthermore, almost all of the hospitals in Japan accepted "The ten steps to successful breast-feeding" stated by WHO/UNICEF in 1989, and have instructed it to a mother. As a result, the prevalence of breast-feeding gradually increased from the nadir (31.7%) in 1970's to 52.0%. However, the prevalence has not yet returned to the level in 1960's. On the other hand, it is well known that breast-feeding lasts between 1 month

2003年2月20日受理

別刷請求先: 葉久真理 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科看護学専攻

and 6 months after childbirth in many cases, and studies on continuation of breast-feeding have been performed. These studies emphasize the importance of mother's will to continue breast-feeding and the support.

Self-care is defined as activities initiated or performed by an individual, family, or community to achieve, maintain or promote maximum health (Steinger and Lipson¹⁾). Orem, D. E. reported that client self-care deficits are the result of environmental situations. Orem's Self-Care deficit theory is adapted to clients (Cavanagh, et al.²⁾, Smith et al.³⁾ and pregnant women (Hart, MA.⁴⁾, Haku, et al.⁵⁾, and they described dependent care limitation in those clients. Breast-feeding is an activity performed by a mother to achieve, maintain or promote maximum health of a baby. Adapting Orem's Self-Care deficit theory to mothers with and without breast-feeding, the causes of discontinuation of breast-feeding maybe clarified.

Aims and significance

Midwives instruct the importance of breast-feeding and promote breast-feeding by using various kinds of empirical care in Japan. However, there is not the standardized care with a high effect for continuation of breast-feeding. Establishment of the standardized care for continuation of breast-feeding is needed. Therefore, limiting factors influencing the duration of breast-feeding were analyzed with Orem model to clarify the ability needed by a mother for continuing breast-feeding.

Methods

1 . Objectives

One hundred thirty three mothers who visited the University Hospital 1 month after childbirth were involved in the study. Sixty-nine mothers of them fed a baby with breast milk (the breast-feeding group). The other mothers fed a baby with bottled milk or with bottled milk and breast milk (the mixed group).

2 . Ethical consideration

The aims and significance of this study were informed to the mothers with an explanatory note 1 month after

childbirth, and their consent was obtained. The records obtained in this study were carefully stored.

3 . Collection of data

Data were collected with interviews using two guides, one of which had been made for the breast-feeding group and the other for the mixed group. The duration of the interview per one person was about between 20 and 30 minutes. Data obtained at mother and infant physical examination just 1 month after childbirth were also used.

4 . Analysis methods

The theoretical framework was Orem's self-care deficit theory of nursing. Data obtained by the interviews were analyzed and classified to 30 groups according to the self-care limitation reported by Orem, D. E. propriety of the classification was discussed and verified by other investigators.

Results

1 . Details of the objectives were listed in Table 1 according to Orem's basic conditioning factors. The mean age of the objectives was 30.4 years old, which was compatible to those of patients who delivered a baby in the hospital in 29.6 and the mean delivery age in Japan.

The prevalence of mothers complicated with anemia-which was considered to be a factor affecting breast-feeding was 29.0% in the breast-feeding group, 32.8% in the mixed group. There was no significant difference in the prevalence between the two groups. The amount of bleeding at delivery beside cases with Caesarean section was 246 ml in the breast-feeding group, 315 ml in the mixed group. There were no significant differences in mode of delivery, time of labor and previous treatment for infertility between the two groups. The numbers of primiparous and multiparous mothers in the breast-feeding group were 33, 36, respectively, and those in the mixed group were 38, 26, respectively.

2 . Dependent care limitation factors⁶⁾

1) Comments obtained through interviews to a mother were categorized in Table 2 according to Orem model in which 30 categories are in 10 sets of 3 limitations.

(1) Limitation of knowing

① Absence or lack of required knowledge (set 1).

Unsatisfied breast-feeding and discontinuation of breast-feeding were attributed to inexperience of breast-feeding, unskilled techniques for breast-feeding and lack of knowledge of deficient milk secretion.

② Limitation for knowing environmental conditions and for knowing self and environment (set 2).

Post-partum depression in a case was related to discontinuation of breast-feeding.

③ Psychic and cognitional limitation for developing insights about situation (set 3).

Unnecessary milk was given to a baby in a result of misunderstanding that a crying baby was always hungry. Inappropriate feelings like irritation and impatience, etc. caused by differences between a imagined baby and a real

Table 1. Basic Conditioning Factors (N=133)

Orem's BCF	Mother's BCF	Breast-feeding group n=69	Mixed group n=64	
Age	Age	30.07±5.1	30.70±4.6	
Health state	Past medical history		5 (7.2%)	9 (14.1%)
	Antepartum complications	Anemia	20 (29.0%)	21 (32.8%)
		Toxemia	3 (4.3%)	5 (7.8%)
		Threatened premature labor	20 (29.0%)	22 (34.3%)
		IUGR	1 (1.4%)	1 (1.6%)
		PROM	2 (2.9%)	1 (1.6%)
		Infection	1 (1.4%)	2 (3.1%)
	Labor	Caesarean	10 (14.5%)	16 (25.0%)
		Twin or Triplet birth	1 (1.4%)	2 (3.1%)
		Duration of labor	7.83±6.8	9.90±8.7
		Maternal blood loss	246±32.1	315±164.5
Atonic hemorrhage		3 (4.3%)	3 (4.7%)	
Social factor	Educational background	over university	14 (20.3%)	17 (26.6%)
		College	8 (11.6%)	13 (20.3%)
		Senior high school	47 (68.1%)	34 (53.1%)
	Have a job		28 (40.6%)	30 (46.9%)
	Obstetric background	primiparous women	33 (47.8%)	38 (59.4%)
		multiparous women	36 (52.2%)	26 (40.6%)
		1 multigravida	23	18
		2 multigravida	13	7
		3 multigravida	0	1
		Sterility	9 (13.0%)	8 (12.5%)
Family system	Support	53 (76.8%)	47 (73.4%)	
Development state	Gestational age	38.9±1.3	38.9±1.4	
Orem's BCF	Baby's BCF	Breast-feeding group n=69	Mixed group n=64	
Development state	Birth weight	3043.5±342.9	2949.7±355.5	
	Apgar score	8.5±1.2	8.7±1.1	

Table 2. Orem's dependent care/self-care limitation factors

Dr. Taylor kindly allowed us to use the "dependent care" instead of the term "self-care" although she suggest the limitation of using the former term.
I . Limitation of knowing

Orem's limitation	Mothers limitation wards	Breast-feeding limitation
[set 1] Absence or lack of required knowledge		
Changed modes of functioning that are not understood;lack of fit between what one has experienced and what one is experiencing.	First experience of breast-feeding. I give my baby bottle milk when my breasts are not engorged. I gave my baby breast milk after I fed him with bottle milk.	Inexperience of breast-feeding. Unskilled techniques for breast-feeding. Lack of knowledge of deficient milk secretion.
New unrecognized requirement for dependent care associated with changed functional states.	I do not know how I care my breasts for secreting milk well.	
New self-care requisites that are parts of a prescribed regimen of health care that are not understood.		
Lack of knowledge essential for performing the operations needed to meet specific self-care requisites using specified methods and measure of care.		
[set 2] Limitation for knowing environmental conditions and for knowing self and environment		
Impairments of sensory functioning, of perception, and of memory or attention deficits that interfere with the acquisition of empirical knowledge or recall of knowledge.	Postpartum depression. Maternity blues.	Interference of remembrance of child care knowledge by Maternity blues.
Disturbances of human integrated functioning that adversely affect empirical consciousness, cognitive functioning, and rationality associated, for example, with (1) organic conditions that are productive of toxic states, (2) mental and emotional illness (3) brain disorders, and (4) effect of material substances such as prescribed or unprescribed drugs.		
[set 3] Psychic and cognitional limitation for developing insights about situation		
Dispositions and orientations that result in perceptions, meanings, and appraisals of situations that are not in accord with reality.	I believed that a baby sleeps after breast-feeding. I believed that a baby sleeps well in a bed. I think that crying of a baby always expresses shortage of milk. Crying of my baby sometimes irritated me. I want to cry. I can not contain myself for irritation. I cannot judge the reason of crying of a baby. I do not understand a characteristic of a baby.	The restriction caused by gap between an imagined baby and a real baby.
Movement away from taking action to acquire new and essential knowledge.	His brother grew with bottle milk. Bottled milk must be better than breast milk because I will return to my job soon.	
Modes of cognitive functioning that affect mental operations associated with knowing when action is to be taken, adjusting action to existent or emerging conditions and knowing when to stop action, and with organizing sets of actions into meaningful sequences toward result achievement.	First experience of breast-feeding.	

II. Limitation for making judgments and decisions

Orem's limitation	Mothers limitation wards	Breast-feeding limitation
[set 1] Interfere with individuals having or getting an adequate base of information for judgment and decision making		
Lack of familiarity with a situation and lack of knowledge about appropriate questions for investigation.	My baby does not sleep after breast-feeding. My baby cries every one hour. My baby cries 1 to 2 hours after breast-feeding. My baby frets after breast-feeding. My baby sucks my breast-feeding. Breast milk has not been secreted enough since I was in the hospital. The mother whose breasts are not tensed at night does not secret milk well.	A meaning of crying of a baby and lack of knowledge to nursing. Lack of friends and acquaintances.
Insufficient knowledge or lack of necessary skills for seeking and acquiring appropriate technical knowledge from individuals or reference materials.	T here are no friends here. I have a few friends with kids. I don't know whom I ask about breast-feeding. I don't know whom I ask.	
Lack of sufficient and valid antecedent and empirical knowledge to reflect and reason within a dependent care frame of reference.	The first nursing I don't know why my baby is crying.	
[set 2] Interfere with individuals having or getting an adequate base of information for judgment and decision making		
Interferences with the direction and maintenance of voluntary attention necessary to investigate situations from the perspective of self-care, for example, limitations of consciousness, intense emotional states, sudden or strong likes and dislikes, overriding interests and concerns.	Postpartum depression I am afraid of water. I am afraid that my baby is crying. I can't hold my baby in my arms. I took medison.	
Inability or limited ability imagine alternate courses of action that could be taken and the consequence of each.		
[set 3] Avoidance of decision making		
Reluctance or refusal of individual to investigate situations of dependent care as a basis for determining what can and should be done.	Breast massage does not work. Breast milk not be also secreted this time because milk wasn't secreted enough after previous childbirth. I am lazy about breast-feeding. Everybody can feed my baby with bottle milk. I feed my baby with bottle milk because I smok.	Lack of expectation of breast-feeding.
Reluctance to stop reflection and make a decision once a desirable and suitable course of action is indentified and understood.	I can't judge whether my breast milk enough.	
Refusal to make a decision about a possible course of dependent care agency.		

III. Limitations for engagement in result-achieving courses of action

Orem's limitation	Mothers limitation wards	Breast-feeding limitation
[set 1] Absence of conditions necessary for dependent care		
Lack of knowledge or developed skills needed to operationalize decisions about dependent care.	The first experience of breast-feeding. I don't know whether milk is secreted or not. I don't understand why my baby was crying. I gave my baby bottle milk when he cries because I feel pity for him.	Lack of life experience with a baby.
Lack of resources for dependent care.	There are no acquaintances around me because of transfer of my husband.	
[set 2] Lack of sufficient energy for sustained action the investigative and production phases of self-care		
Lack of sufficient energy for sustained action the investigative and production phases of dependent care.	I feed my baby with bottle milk because of fatigue after childbirth. I am tired because I nurse this baby and his brother. Nobody helps me with housework. Only I do housework. I can't take a rest because I am busy with nursing and housework. Crying of my baby irritates me. Being only with my baby in my house all day long stresses me out. It takes a long times to feed a baby with breast milk. It is quite a job.	Fatigue of mental and body. A limit by a breast and nipple trouble.
Inability or limited ability to control body movements in the performance of required actions in either or both phases of dependent care.	My nipples are short. I have fissure of nipple. I have pain in my nipple. I have retracted nipple. When I use a nipple cap, my baby do not suck well.	
Inability or limited ability of individuals to attend to themselves as dependent care agents and to exercise vigilance with respect to existent and changing internal and external conditions.	I am up to nursing my baby.	
[set 3] Lack of interest or desire to meeting dependent care requisites, inadequate goal orientations and values		
Lack of interest in meeting dependent care requisites.	I don't care how to feed my baby. Bottle milk must be better than breast milk because I will return to my job.	(If a baby is cheerful) I am not particular about mother's milk.
Lack of desire to meet perceived needs for dependent care.	My baby easily falls asleep when he begins to suck my breast. So I feed my baby with bottle milk.	
Inadequate goal orientations and values placed on self-care that do not sustain engagement in the investigative and production actions essential for knowing and meeting therapeutic dependent care demands.	A baby grows well when he is fed on bottle milk because bottle milk is rich.	

[set 4] Interferences is associated with individuals' conditions of living		
Family members' or others' deliberate interferences with the performance of the courses of action necessary for individuals to know and meet their therapeutic self-care demands.	When my baby had a checkup at the pediatrician on the 20th day after birth, he advised that I give my baby bottle milk additionally because weight gain of the baby wasn't enough. My pediatrician advised that I give bottle milk but breast milk because of severe diaper rash. My mother said that breast milk might be short, and then my baby was crying. My husband said 'Give our baby bottle milk additionally.'	In adequate advice. Lack of support.
Patterns of personal or family living that restrict engagement in dependent care operations.	My husband comes back home late. (He doesn't help me with nursing.) I accustom my baby to bottle milk because I return to my job soon. I am busy everyday. (an independent store) I smoke.	
Lack of social support systems needed to sustain individuals when dependent care is complex, time-consuming, and stressful.	My husband comes back home late. (He doesn't help me with nursing.) There are a few helps of a family.	
Crisis situations in the family or household that interfere with dependent care.	Hospitalization of my mother. My eldest son is operated. I take medicine for common cold.	
Disaster situations that interfere with engagement in dependent care and with the usual ways for meeting dependent care requisites.		

baby impelled a mother to feed a baby unnecessarily. Experiences that 'Milk was not secreted enough after previous childbirth.' and 'Breast massage did not work.' caused avoidance of breast-feeding.

(2) Limitation for making judgments and decisions

① Interfere with individuals having or getting an adequate base of information for judgment and decision making (set 1).

Lack of familiarity with the situations like 'My baby cries and does not sleep even after breast-feeding.' and 'My baby cries 1 to 2 hours after breast-feeding.' were related to restriction of breast-feeding. Many comments from mothers in the study were classified to this category. Furthermore, insufficient knowledge for breast-feeding and lack of necessary skill for breast-feeding were attributed to shortage of friends.

② Interferences with the direction and maintenance of voluntary attention necessary to investigate situations from the perspective of dependent care (set 2).

Breast-feeding was restricted in a patient with postpartum depression by the situations that 'I took medicine.' and 'I am afraid that my baby is crying'.

③ Avoidance of decision making (set 3).

The comments that 'I think that breast milk will not be secreted enough', and 'I think that I am lazy for breast-feeding' seemed to express reluctance for breast-feeding. In some cases, breast-feeding was ceased because of smoking.

(3) Limitation for engagement in result-achieving courses of action

① Absence of conditions necessary for dependent care (set 1).

Inexperience of breast-feeding, experience of deficient milk secretion and lack of life-experience with a baby like 'I do not understand why my baby was crying' were applicable to the category 'lack of knowledge or developed skills needed to operationalize decisions about self-care'. The situation that there were no parents and acquaintances around a mother because of transfer and move was

compatible to the category 'lack of resources'.

② Lack of sufficient energy for sustained action in the investigative and production phases of dependent care (set 2).

The situations that 'I can not take a rest because I am busy with nursing and housework.', 'Being only with my baby in my house all day long stresses me out.' and 'Nobody helps me.' indicates that physical and mental fatigue played a role of a limiting factor for continuation of breast-feeding. Troubles of nipples like, fissure of nipple and retracted nipple were also considered to be a limiting factor.

③ Lack of interest or desire to meeting dependent care requisites, inadequate goal orientations and values (set 3).

The comments that 'I do not care how to feed my baby.', 'Bottled milk must be better than breast milk because I will return to my job 2 months after birth.' and 'Bottled milk is better than breast milk because I smoke.' suggested lack of interest for breast-feeding.

④ Interferences associated with individuals, conditions of living (set 4).

The advice by a family member like 'Breast milk may be short.' and the instructions by a pediatrician like 'Give your baby enough milk because weight-gain of the baby is not enough.' and 'Give bottled milk but breast milk because of severe dermatitis.' were a crucial limiting factor for continuation of breast-feeding. The comments that 'My husband comes home late.', 'My husband does not help me to nurse.', 'Bottled milk must be better than breast milk because I will return to my job 2 months after birth.' and 'Bottled milk is better than breast milk because I smoke.' were applicable to the category 'patterns of personal or family living that restrict engagement in dependent care operation'. Critical situations like Admission of parents, sons and daughters other than a newborn baby to a hospital and death of family members seemed to cause discontinuation of breastfeeding. Disease and physical conditions of a newborn baby seemed to cause discontinuation of breast-feeding, too.

Discussion

1 . Crying of a baby restricts continuation of breast-feeding

Inappropriate responses to a crying baby were most frequently applicable to categories of Orem Model (Limitation I—set 1, 3, Limitation II—set 1, Limitation III—set 1, 2). Primipara experienced first that her baby was crying. These women seem to have a tendency to imagine that a baby sleeps after breast-feeding and a baby sleeps in a bed instead of imaging that a baby often cries. Inexperience of a life with a baby, a life without time and ease enhanced the restriction caused by gap between an imagined baby and a real baby. Furthermore, crying of a baby sometimes irritated them. Page, L. A.⁷⁾ suggested a bad influence caused by imaging 'perfect mother perfect baby' and raised importance of correct understandings and treatments for a crying baby.

The procedure to treat a crying baby is as follows. At first, check whether a diaper is wet or not when you look at a crying baby. If it is wet, change the diaper. However, when a baby is still crying after the change, cradle a baby in your arms. If the procedure is not effective, give your baby breast milk or bottled milk. However, if you understand that crying of a baby always expresses shortage of milk, additional feeding seems cause discontinuation of breast-feeding. Criteria for deficient milk secretion are as follows in Japan, 1) a baby cries about 30 min after suckling, 2) a baby suckles for more than 30 minutes, 3) a baby does not gain weight and 4) stool of a baby is hard and frequency of bowel movement is low. Although the situations a mother faced influenced responses to a crying baby (Limitation III—set 1, 2, 3 and 4), it is very important to know the procedure to treat a crying baby and the criteria for deficient milk secretion.

2 . Advice by family members or others restricts continuation of breast-feeding

A mother continuing breast-feeding was considered to devote to nurse a baby and have enough time. On the other hand, a mother without enough supports inclined to feeding with bottled milk owing to the situations that 'Being only with my baby in my house all day long stresses me out.' and 'Nobody helps me.' (Limitation III—set 2).

Many reports on continuation of breast-feeding emphasize importance of support^{8, 9)}. Karyn, J., et al.¹⁰⁾ reported that the most effective factor on continuation of breast-feeding was a support and its efficacy depended on frequency of supports. However, Merrily, H., et al.¹¹⁾ reported that there was not a significant difference in the frequency of supports between mothers with and without deficient milk secretion. Whether supports are a most important factor for continuation of breast-feeding remains still controversial. There is a custom in Japan that a pregnant woman visits her parents at old her home, and delivers her baby and stays there after childbirth. This custom indeed offers supports and time to rest to a mother by family members after childbirth. However, same person had a tendency to restrict continuation of breast-feeding at the same time in the study. The comments by family members like 'Milk is not enough' and 'Our baby must be hungry. You had better give milk' influenced the decision for breast-feeding. The advice by a pediatrician like 'Give your baby milk because diaper rash of a baby is influence breast-feeding,' gave a crucial effect on continuation of breast-feeding. In this study, we found that even an inadequate advice by a real mother restricted continuation of breast-feeding, although deficient milk secretion was induced at a high rate by discord with a mother-in-law. This result suggests that ability selecting appropriate advice seems to be required for continuation of breast-feeding.

3. Previous experiences restricted continuation of breast-feeding

As mentioned above, inexperience of a life with a baby enhanced the restriction caused by gap between an imagined baby and a real baby, resulting in discontinuation of breast-feeding. Therefore, the experience which helps a mother to understand a real baby is considered to contribute to continuation of breast-feeding. However, the experiences that 'Milk was not secreted enough after previous childbirth,' and 'Brest massage did not work.' and 'His brother grew with bottled milk. I do not care how to feed.' caused discontinuation of breast-feeding. Furthermore, the experiences that 'Milk was not secreted after I returned to my job.', 'His brother bothered me with

feeding. He refused bottled milk during job.' decided a mother to feed a baby with mixtrophic breast-feeding or bottled milk. This result agrees with the report by Jull R¹²⁾ that inexperience of breast-feeding was a promoting factor for breast-feeding. Almost all the experiences were related to detestable feelings on breast-feeding, and the feelings might compel a mother to decide discontinuation of breast-feeding. If a mother has an experience with detestable feeling, it is important to instruct a mother to use the experience effectively for continuation of breast-feeding. Therefore, ability to use an experience effectively is required for continuation of breast-feeding.

Conclusions

According to Orem model, comments obtained by interviews were categorized, and we found 3 factors impairing continuation of breast-feeding, "crying of a child", "inappropriate advice" and "previous experience". The limiting factors were related to each other, and inexperience of a life with a baby, the time-consuming life without composure, and unskilled responses to the shortage of milk enhanced restriction of adaptability caused by a difference between an imagined baby and a real baby.

This study support's Orem's model. Factors influencing the duration of breast-feeding were clarified by Orem's limitations factors.

References

- 1) Steiger, N. J. & Lipson, J. G.: Self-care nursing, Theory and practice, Bowie, 1985.
- 2) Cavanagh, Stephen J.: Orem's Model in Action, 1991. (Kazuma K., Onishi C., eds.) Orem's model in action, Igaku Shoin, 1993, PP. 47-85
- 3) Smith, Marlaine C.: An Application of Orem's Theory in Nursing Practice, Nursing Science Quarterly, 2 (4), 159-161, 1989.
- 4) Hart, M. A.: Orem's self-care deficit theory: research with pregnant women, Nursing Science Quarterly, 8 (3), 120-126, 1995.
- 5) Haku M., Takeuchi M., Yokoyama K.: Applicability of Orem's self-care model to pregnant women

- considered in terms of self-care limitations, Bulletin of School of Medical Sciences of The University of Tokushima 7 : 81-96, 1997
- 6) Orem, D. E. : Nursing, concepts of practice (Fifth Edition), Mosby-Year BOOK, 9, 1985.
 - 7) Page LA: The New Midwifery science and sensitivity in practice, 2000 (Suzui E., Haku M., eds.) Medika Shutupan, 2002, PP. 196-216
 - 8) Colin W Binns, Jane A Scott: Breastfeeding: Reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way, Breastfeeding Review, 10(2), 13-19, 2002.
 - 9) Viveca Bergman, Anders Moller : A Survey of Swedish Mothers' Views on Breastfeeding and Experiences of Social and Professional Support, Scand J Caring Sci, 7, 47-52, 1993.
 - 10) Karyn J. Kaufman and Lynne A. Hall : Influences of the Social Network on Choice and Duration of Breast-feeding in Mother of Preterm Infants, Research in Nursing and Health, 12, 149-159, 1989.
 - 11) Merrily H. McNatt and Margie S. Freston : Social Support and Lactation Outcomes in Postpartum Women, J Hum Lact, 8(2), 73-77, 1992.
 - 12) Jull R. Janke : Development of the breastfeeding Attrition Prediction Tool, Nursing Research, 43(2), 100-104, 1994.

報 告

看護系大学への編入学に至る進路決定過程に関する研究

關 戸 啓 子¹⁾, 軽 部 太 一²⁾, 郷 木 八 重 子³⁾,
世 古 ま ゆ み⁴⁾, 歳 常 沙 樹⁵⁾

¹⁾徳島大学医学部保健学科, ²⁾東京慈恵会医科大学附属第三病院, ³⁾岡山県阿哲郡神郷町立油野小学校

⁴⁾岡山大学医学部附属病院, ⁵⁾岡山県岡山市立宇野小学校

要 旨 学生が看護系大学へ編入するまでの過程と, その過程に影響を与えている要因を明らかにすることを目的に本研究を行った。

そのために, K 看護系大学に編入学している女子学生12人に承諾を得て面接調査を行った。その結果, 学生が編入学に至るまでには「動機となった体験・出来事」「編入学の意志決定」「編入学の実現」という過程を経ていることがわかった。

編入学の動機となった体験・出来事は, 「学歴に対する社会的評価」「進学に関する挫折体験」「知識・技術の不足感」「看護に対する挫折体験」の4つに分類できた。編入学の意志決定に至った理由には, 「大学への憧れ・期待」「自己向上」「勤め」「就職先の拡大」「逃避先として」があることがわかった。「編入学の意志決定」から「編入学の実現」までの過程に影響している要因は, 編入学をより可能にさせたプラス因子と編入学を困難にさせたマイナス因子にわかれた。

しかし, 編入学している学生は, 編入学を妨げるようなマイナス因子を抱えながらも, 強い動機付けと意志に支えられて困難を克服し, 編入学を実現していた。

キーワード: 編入学過程, 看護系大学, 要因, 面接調査

はじめに

看護系大学への編入学制度は, 看護系短期大学の卒業生を対象に1976年に開始された。開始後しばらくは, 編入学生を受け入れる看護系大学は2校のみであったが, 1994年度には4校, 1996年度には17校, 1999年度には33校と急激な増加傾向にある¹⁾。そして, 2003年度は71校²⁾にまで増えたのである。この間, 学校教育法の一部が改正され, 1999年4月からは看護系の専門学校卒業生も編入学が可能になった³⁾。

これによって, 編入学制度のある多くの看護系大学は, 出身学校, 取得免許, 臨床経験などが違うさまざまな背景をもった学生を受け入れることとなった。そのため,

編入学生に対する教育をどうすべきなのか模索するための研究が行われている。専門学校卒業生の編入学受け入れ方法^{4,5)}, 編入学教育へのニーズ⁶⁾, 編入学教育の方法⁷⁾, 編入生の学習経験⁸⁾, 編入生の特性⁹⁾に関するもの等である。しかし, さきほどの数値が示すように編入学制度は近年になって急に増えた制度である。編入学生のニーズにあった教育を行うためには, まず編入学生がどのような進路決定過程をたどって入学したのか理解することが大切であると考えた。編入学生の進路決定過程を明らかにすることは, 編入学後の教育方法に資するのみでなく, 編入学を希望する学生への進路指導にも有用な知見となると思われる。

研究目的

本研究では編入学生に面接することによって, 看護系大学へ編入するまでの過程と, その過程に影響を与えた

2003年2月20日受理

別刷請求先: 關戸啓子 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科

要因を明らかにすることを目的とする。

研究方法

1. 研究対象者

2000年と2001年にK看護系大学に編入学した学生で、研究協力の同意が得られた12人を対象とした。12人は全員女子学生で、3年課程の看護系短期大学卒業後すぐに編入学した学生が3人、3年課程の看護系専門学校卒業後すぐに編入学した学生が4人、社会人としての経験を経た後編入学した学生が5人であった。

2. 調査期間

2001年5月

3. 調査方法

K看護系大学内の静かな個室で、半構成的面接を行った。事前に研究の趣旨を説明し、承諾書にサインしてもらった。面接時間は30分程度とし、1対1でプライバシーの守れる個室で行った。面接は研究者全員が分担して行ない、1人の研究者が2～3人の編入学生の面接を担当した。面接の会話は、承諾を得てテープに録音した。録音したテープは、分析終了後音楽を録音し、面接の会話が消されていることを確認した後に廃棄した。

4. インタビュー内容

- 1) 編入学に至るまでの経緯
- 2) 編入学の動機

5. 分析方法

- 1) 面接時に録音したテープの逐語記録をデータとして、編入学に至った背景や動機となる部分を読み取り、KJ法を用いて分類した。この分類結果から、編入学に至る進路決定過程を抽出した。
- 2) 前述の分析を、まず研究者各自が自分の面接した編入学生(2～3人)と他の研究者が面接した編入学生2～3人について行った。他の研究者が面接した編入学生についての分析担当者は、ランダムに決定し分担した。つまり、編入学生1人のデータについて、2人の研究者が別々に分析を行った。
- 3) 研究者は、分析を担当した編入学生1人1人について、編入学に至った背景や動機を分類し、進路決定過程を見いだした。

- 4) 全員の分析が終了した後に、研究者全員が自分の分析結果を持ち寄り、互いに自分が見いだした進路決定過程について説明を行った。
- 5) 研究者各自が分析した結果から、共通する進路決定過程を見いだすために、研究者全員が納得できるまで討論を繰り返し、必要に応じて各自の分析の見直しや修正を行った。そして、最終的に研究者全員が合意した進路決定過程を本研究の結果とした。
- 6) 合意した進路決定過程にそって、再度各過程に含まれる内容と過程に影響を与えている要因を見直し、分類した。
- 7) 研究者全員による分析検討は、指導者のスーパービジョンを受けながら行った。

結果および考察

1. 進路決定過程

面接内容を分析した結果、学生が編入学に至るまでには「動機となった体験・出来事」「編入学の意志決定」「編入学の実現」という過程を経ていることがわかった。編入学の動機となるような体験や出来事があったとしても、仕方ないとあきらめて現状のままで特に行動に移さない人もいる。しかし、編入学生たちには、その体験や出来事に加えて、編入学を決意する理由が存在しており、編入学へという行動に結びついていたと推測される。なお、この進路決定過程そのものは、編入学生の出身看護学校の違いや社会人の経験の有無、年齢とは関係なく、全員同一であった。

2. 編入学の動機となった体験・出来事

編入学の動機となった体験・出来事に関する面接内容は、表1のとおりである。それを、「学歴に対する社会的評価」「進学に関する挫折体験」「知識・技術の不足感」「看護に対する挫折体験」と解釈して4つに分類した。編入学した学生の多くは、過去に看護系大学に入学したかったが失敗したという体験を持っていた。このような学生は、看護学校時代から編入学を視野に入れていたようである。さらに、もっと勉強が必要と感じさせられた知識や技術の不足感、看護に挫折した体験が、編入学へのきっかけとなっている場合があることがわかった。しかし、編入学の動機となった体験・出来事のなかで、最も大きいのは、学歴に関することであった。直接的に

表1 編入学の動機となった体験・出来事

体験・出来事	面接調査から得た情報
学歴に対する社会的評価 (6人)	<ul style="list-style-type: none"> ・実際に社会に出てみて、給料や待遇面で大学卒の看護師とは差があった。 ・大学卒の看護師と何かと比較して見られるので、学歴は関係ないというけれどあった方が良く感じた。 ・働いてみて、大学卒の看護師はやはり高く評価されているということを実感した。 ・これからは、大学卒の看護師が多くなり、それがあたりまえの時代がくると感じた。 ・他職種の医療従事者からミスを指摘された時に、学歴のことまで言われとてもつらかった。 ・大学卒の看護師は優遇されているように感じるが多かった。
進学に関する挫折体験 (5人)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護学校を卒業してすぐに大学に行きたかったが、成績が足りなかった。 ・高校卒業時、看護師だけでなく保健師の資格が取れる看護系大学への進学を希望していたが不合格だった。 ・高校の時、大学（看護系以外）に落ちてしまった。 ・高校の時、看護系大学を受けたが全部駄目だった。 ・高校の時、大学受験（看護系以外）に失敗した。
知識・技術の不足感 (5人)	<ul style="list-style-type: none"> ・大学卒の看護師と比べて、知識が不足していると感じることがあった。 ・短期大学の2年課程を卒業したので、短期大学での講義や実習が短く、自分のなかに知識や技術に関する不足感がある。 ・看護の勉強しかしていないので、視野の狭さを感じる。 ・自分よりも年上の人に指示するような立場になってみて、自分の勉強が足りないことを感じた。 ・3年間に学習した知識と技術が、自分には十分身につけていないような気がして、このまま看護師になる自信がなかった。
看護に関する挫折体験 (3人)	<ul style="list-style-type: none"> ・重症で複雑な事情を抱える患者を担当した時に、思ったような看護の成果が得られず、看護師をする自信がなくなった。 ・自分の能力を使い果たしたというか、本当に疲れ果てた。 ・スタッフに対して、十分リーダーシップを発揮することができなかった。

しろ、間接的にしろ、大学を卒業した方が看護師として評価が高いという現実を知り、編入学を希望したという学生が多かった。長谷川¹⁰⁾は「看護教育を見ても、できたの看護系大学よりも、伝統と実績のある看護専門学校のほうが学校文化が成熟し教育の社会的信頼度が高いのは明らかである」と述べている。看護師ひとりひとりの質ではなく、卒業した学校の背景だけで評価されるのは確かに間違っている。しかし、編入生の面接調査の結果をみると、実際には学歴だけで評価されてしまう場合があることは否めない。大学卒の看護師と比較された体験が、編入学の動機となっている学生がみられた。

3. 編入学の意志決定をした理由

編入学の意志決定に至った理由に関する面接内容は、表2のとおりである。それは5つに分類でき、「大学への憧れ・期待」「自己向上」「勧め」「就職先の拡大」「逃避先として」と解釈した。

佐藤ら⁶⁾が全国的に行った看護系短期大学在学者の編入学希望の理由をみると、最も多かったのは「看護をもっと学びたい」で66.9%の学生が回答していた。ほかに半数以上の学生が回答した理由は、「大卒・学士の資格が

ほしい」「広い社会的視野をもつため」「保健師の資格がほしい」であった。割合は少ないが、「大学に行ってみよう」(30.5%)、「勧められた」(4.5%)という理由もあり、今回の面接調査の結果ともほぼ一致していた。ただ、佐藤ら⁶⁾の調査の対象は編入学を希望しているだけであって、実際に編入学するかどうかはわからない看護系短期大学在学中の学生である。その点で、実際にさまざまな体験や出来事から編入学を選択した本研究対象の学生の場合とは少し違っているのは当然であろう。佐藤ら⁶⁾の調査では、「大学への憧れ・期待」は少なく、「逃避先として」というような理由はみられなかった。

また、水野ら⁷⁾は千葉大学看護学部における編入学生の調査において、編入学の理由を臨床経験の有無によって比較しているが差は認められていない。むしろ、非常によく似た傾向を示している。つまり、編入学前の臨床経験の有無は、編入学の理由にほとんど影響を与えてはいなかった。本研究においても、面接した内容から読み取った編入学の理由に、臨床経験の有無による差はないと判断された。

本研究からは、編入学の意志決定には、大学にずっと憧れており、入学したら自分を向上させるために幅広く

表2 編入学の意志決定をした理由

意志決定の理由	面接調査から得た情報
大学への憧れ・期待 (9人)	<ul style="list-style-type: none"> ・大学卒業という学歴がずっと欲しかった。 ・大学だったら看護学校と違ってどんなことを学べるのか興味があった。 ・大学では、専門科目だけではなく、基礎科目や興味のある講義を自由に履修できる。 ・進学したいとずっと思っていた。 ・短期大学の学生の頃から、看護系大学の先生方の教育方法や研究内容を聞いており、自分も学生として接してみたいとずっと思っていた。 ・短期大学の学生の頃から、近くの看護系大学の図書館を利用しており、大学の雰囲気にあこがれていた。 ・大学生をしてみたい。 ・学士を取得したい。 ・大学自体に対する憧れがあった。 ・大学の教員に対する期待。
自己向上 (9人)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分がどれくらいやれるか試したい。 ・後輩に何も教えてあげられなくてはがゆかった。 ・地域看護の勉強をしたい。 ・指導技術を学びたい。 ・基礎的なことや興味のあることを学びたい。 ・看護の専門以外のことも幅広く学びたい。 ・とにかく勉強したい。 ・人生経験がない分、勉強で補いたい。 ・自分にとってプラスになることがしたい。 ・もっと、看護の知識を身に付けたい。 ・大学で考える力を身に付けたい。 ・総合大学で、まわりからの刺激を受けたい。 ・看護以外の人も関わり勉強したい。
勧め (6人)	<ul style="list-style-type: none"> ・短期大学で出会った人に勧められた。 ・働いていた病院の先輩に勧められた。 ・看護師をしている親戚に勧められた。 ・祖父母に勧められた。 ・家族に勧められた。 ・看護学校の先生に、これからは大学を卒業しておいた方が良いと勧められた。 ・親が大学に行って欲しかった。 ・知り合いの看護師に、大学に行くように勧められた。若い間に行くように言われた。
就職先の拡大 (6人)	<ul style="list-style-type: none"> ・大学卒しか採用しない企業がある。 ・保健師として地域に就職したい。(注：2人回答) ・保健師の資格を取得したい。 ・保健師になりたい。 ・病院より地域で働きたい。
逃避先として (1人)	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の仕事からの逃避の部分が強いかも知れない。 ・学生をしていれば、周囲の人から自分の人生設計についてうるさく言われなそうです。

(複数回答あり)

いろいろなことを学びたいという理由が作用していることが示唆された。特に、「大学への憧れ・期待」は大きく、大学で学ぶことにさまざまな期待を持っており、大学に対して夢をえがいていることがわかった。

4. 編入学実現に影響を及ぼすプラスの因子

編入学の意志を決定しても、編入学が可能な条件が整

わなければ実際に入学することはできない。そこで、編入学の意志を決定した後、編入学の実現までにどのような要因が存在しているのか分析したところ、編入学をより可能にさせたプラス因子と編入学を困難にさせたマイナス因子の両方が存在することがわかった。

プラスの因子に関する面接内容は表3のとおりである。「周囲の人の賛成・支援」「経済的準備あり」「編入学制

度の情報提供」「編入学制度の施行」という4つのプラスの因子が存在していた。

周囲の人の協力や経済的な助け、情報提供など恵まれた環境に支えられて、編入学が可能になった様子が窺えた。

5. 編入学実現に影響を及ぼすマイナスの因子

学生に、一時は編入学をあきらめようかと思わせた、編入学を困難にさせたマイナスの因子に関する面接内容は表4のとおりである。「学力への不安」「編入学に関する情報不足」「周囲の人の支援不足」「経済的準備の不足」「受験勉強時間の不足」という5つのマイナスの因子が

表3 編入学実現に影響を及ぼすプラスの因子

プラスの因子	面接調査から得た情報
周囲の人の賛成・支援 (6人)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院や病棟の人達、みんなが応援してくれた。 ・親や友達は編入すると決めたら、応援してくれた。 ・編入学について、周囲の人が賛成してくれた。 ・両親の協力があつた。 ・母親が「保健師になりたいのなら、遠くでも受験してみなさい」と応援してくれた。 ・親は「やりたいことは、やっていいよ。」と言ってくれた。 ・看護学校の校長先生が「頑張って受けたら。」と言って、協力してくれた。 ・看護学校の先生が「頑張って」と励ましてくれた。 ・親は大学に行くことに賛成していた。
経済的準備あり (4人)	<ul style="list-style-type: none"> ・将来何かあるだろうと思って貯金していた。 ・親からの経済的援助が得られた。(注：2人回答) ・祖父母からの経済的援助が得られた。
編入学制度の情報提供 (4人)	<ul style="list-style-type: none"> ・同級生からの情報提供があつた。 ・看護学校の先生から編入学制度の情報をもらった。 ・短期大学の先生から、受験のための情報をもらった。テキストも紹介してもらった。 ・編入学する人が多く、お互いに情報交換した。 ・校長先生が資料を集めてくれた。
編入学制度の施行 (2人)	<ul style="list-style-type: none"> ・2年行けば良いというのは、助かる。4年間だったら、行けなかったと思う。 ・専門学校からも編入学できるようになった。

(複数回答あり)

表4 編入学実現に影響を及ぼすマイナスの因子

マイナスの因子	面接調査から得た情報
学力への不安 (3人)	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床で働いていたので、受験に必要な勉強に関してはすっかり忘れていたことばかりだった。 ・自分の学力では現在の実習についていけが精一杯で、受験のための勉強はできそうになかったのであきらめようと思った。 ・成績が下がってしまい、編入学をあきらめようと思った。
編入学に関する情報不足 (2人)	<ul style="list-style-type: none"> ・編入学した先輩がいなかったので、情報がなかった。 ・まわりに編入学した人がいなくて、情報が全く得られなかった。
周囲の人の支援不足 (2人)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の協力は特になかった。 ・短大からの情報提供等、協力は何もなかった。
経済的準備の不足 (1人)	<ul style="list-style-type: none"> ・編入学試験が私立しか残っていない時期だったので、親に経済的に無理だと言われた。
受験勉強時間の不足 (1人)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事の責任も重くなってきていて、仕事の合間に勉強する時間をとるのはとても難しかった。

存在していた。

佐藤ら⁶⁾の調査でも、編入学希望者の編入学を困難にしているものとして、学力に関するものが最も多くあげられている。高校生が受験する場合と違い、看護学校の在學生では臨床実習に追われたり、看護師の国家試験をひかえているなかでの受験勉強となる。就職していれば、さらに条件は過酷で、忙しい看護の職場で合間をぬっての勉強となる。学力の面が最も気になるのは当然のことであろう。さらに、周囲の人の理解が得られなかったり、経済的保障がないと受験は困難になる。本研究の面接において、この困難な中でいかに工夫して勉強したか、自分でどうやって進学資金を集めたかというような、編入學生自身が困難さを自分で切り開いていった姿を知ることができた。そこには、その行動をとらせた強い動機と意志が存在することが推察された。

6. 進路決定過程からみた看護系大学に対する編入學生の期待

これまで述べた編入学における進路決定過程を図1にまとめて示した。このように看護系大学に編入学してきた學生は、進学や看護への挫折体験や学歴に対する評価の現実、技術や知識の不足感などの動機となる体験や出来事を経て、編入学を希望して入学して来た。さらに、入学までには編入学を妨げるようなマイナス因子を抱えていた學生もおり、強い動機付けと意志に支えられて困難を克服し、編入学を実現していた。

それだけに、看護系大学に対する夢や期待も大きく、看護学校時代とは違う何かを学びとりたいという意欲が感じられる。編入学を意思決定した理由の「大学への憧れ・期待」「自己向上」をみると、大学へ求めているものは多様である。教員の専門性の高さ、専門科目以外の勉強、看護以外の人との関わり等である。水野ら¹⁾の調査によると、編入學生196人中、109人が「在学中に出来なかった事柄」や「在学中に失望した事柄」があると述べている。大学に編入学するという道を苦勞して選択して来た學生が、大学に対して不満や失望感を持つことは残念と言わざるを得ない。

看護系大学に自分の夢を託して、憧れをもって入学してくる編入學生の期待にこたえられる準備が、大学側にも求められているといえよう。

結 論

看護系大学へ編入学した學生の、編入学までの進路決定過程とその過程に影響を与えた要因を明らかにすることを目的に、12人の編入學生を対象に面接調査を行った。その結果、次のことがわかった。

- 1) 編入学に至るまでの進路決定過程は、「動機となった体験・出来事」「編入学の意志決定」「編入学の実現」であった。
- 2) 編入学の動機となった体験・出来事には、「学歴に対する社会的評価」「進学に関する挫折体験」「知

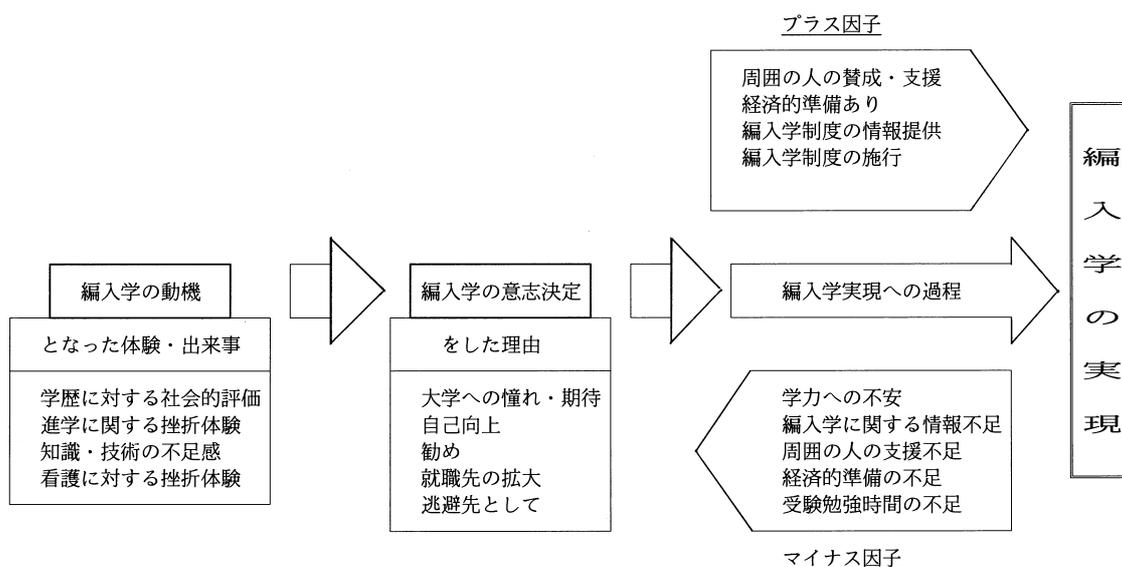


図1 編入学における進路決定過程

識・技術の不足感」「看護に対する挫折体験」があった。

- 3) 編入学の意志決定に至った理由は、「大学への憧れ・期待」「自己向上」「勧め」「就職先の拡大」「逃避先として」であった。
- 4) 「編入学の意志決定」から「編入学の実現」までの過程に影響している要因として、編入学をより可能にさせたプラス因子と、編入学を困難にさせたマイナス因子が存在していた。

謝 辞

面接調査に快くご協力下さいました、K 看護系大学編入学生の皆様に感謝いたします。

文 献

- 1) 水野照美, 小澤桂子, 佐藤まゆみ 他: 看護系大学における編入学教育の評価, 日本看護学教育学会誌, 10(1), 21-30, 2000.
- 2) メディカ出版編集部: 2003年度全国助産師・保健師学校ガイド, メディカ出版, 2002.
- 3) 大室律子: 専門学校卒業生の大学編入が可能に—看護職の学習意欲に応える改正, 看護管理, 8(12), 931-934, 1998.
- 4) 柴田恭亮, 窪田恵子, 小田日出子: 専修学校卒業の大学編入生を受け入れて—西南女学院大学, 看護教育, 40(12), 1050-1052, 1999.
- 5) 中村裕美子: 専修学校卒業の大学編入生を受け入れて—川崎医療福祉大学, 看護教育, 40(12), 1053-1055, 1999.
- 6) 佐藤まゆみ, 水野照美, 小澤桂子 他: 看護系短期大学在学者の生涯学習計画における3年次編入学教育へのニーズ, 日本看護学教育学会誌, 9(1), 13-23, 1999.
- 7) 水野照美, 小澤桂子, 佐藤まゆみ 他: 千葉大学看護学部における3年次編入学教育方法のあり方に関する研究—その1 編入入学者の背景と卒業後の活動, 千葉大学看護学部紀要, 19, 131-137, 1997.
- 8) 横山京子, 舟島なをみ, 杉森みど里: 実務経験を持つ編入学生の看護学士課程における学習経験, 第18回日本看護科学学会学術集会講演集, 122, 1998.
- 9) 山田あゆみ, 横山京子, 舟島なをみ: 看護婦(士)の学位取得ニーズとケアの自己評価に関する研究—専門学校卒業者に焦点を当てて—, 日本看護学教育学会第8回学術集会講演集, 8(2), 96, 1998.
- 10) 長谷川亘: 「大学編入」のインパクト, 看護展望, 24(5), 48-52, 1999.

A study on the process of deciding the course until transfer to nursing colleges

*Keiko Sekido*¹⁾, *Taichi Karube*²⁾, *Yaeko Gougi*³⁾,
*Mayumi Seko*⁴⁾, and *Saki Toshitsune*⁵⁾

¹⁾*School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan*

²⁾*The Third Hospital of Jikei University, Tokyo, Japan*

³⁾*Shingou-town Supported Yuno Elementary School, Okayama, Japan*

⁴⁾*The Okayama University Hospital, Okayama, Japan*

⁵⁾*Okayama-city Supported Uno Elementary School, Okayama, Japan*

Abstract This study was performed to clarify the process until transfer of students to nursing colleges and factors affecting this process.

With consent, 12 female students at K Nursing College were interviewed. Until transfer of the students, there was a process consisting of “experience/incidents as motives”, “decision-making about transfer”, and “realization of transfer”.

The experience/incidents as motives could be classified into 4 categories: “social rating of the academic background”, “failure in an attempt to go higher education”, “feeling of insufficient knowledge/techniques”, and “failure nursing practice”. The reasons for transfer to college included “longing and expectation for college”, “self improvement”, “recommendation”, “an increase in job opportunities”, and “as a place of escape”. The factors affecting the process from “decision-making about transfer” to “realization of transfer” could be classified into positive factors that allowed transfer and negative factors that made transfer difficult.

Though students had negative factors preventing transfer, they overcame difficulties, being supported by strong motivation and will, and realized transfer.

Key words : process until transfer, nursing colleges, factors, interview

報 告

臨地実習指導者の達成動機と実習に対する考え方および関連要因の分析

片岡睦子¹⁾, 谷岡哲也²⁾, 中新美保子³⁾, 青谷恵利子³⁾,
竹中麻由美⁴⁾, 飛田昌子⁵⁾, 笠井勝代⁵⁾

¹⁾四国厚生支局, ²⁾徳島大学医学部保健学科看護学専攻, ³⁾川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科,

⁴⁾川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科, ⁵⁾国立善通寺病院附属善通寺看護学校

要 旨 本研究においては臨地実習において効果的な実習指導を遂行するための基礎資料とするため、臨地実習指導者の達成動機と実習に対する考え方および関連要因を分析した。

調査対象は、A校の実習病院（2施設）の指導者152名で、回収数は133名、回収率は88%であったうち、有効回答数は106名、有効回答率は70%であった。

調査は、「臨地実習の考え方」、「達成動機（自己充實的達成動機、競争的達成動機）」について質問紙による留め置き法で調査した。

その結果、1）自己充實的達成動機と経験年数との間に弱い正の相関関係が認められた（ $r=0.215$, $p<0.05$ ）。2）自己充實的達成動機は、臨地経験年数10年未満と20～30年未満の間では、10年未満が高く（ANOVA, $p<0.05$ ）。3）実習の考え方の上位群と、中位群・下位群の間では、上位群で達成動機が高いことが明らかにされた（ANOVA, $p<0.05$ ）。

キーワード：臨地実習指導者、達成動機、看護教育

はじめに

臨地実習は、看護基礎教育において看護の学習の宝庫といわれるほど豊富な体験を得られる重要な学習である。その実習を支えるものとして臨地実習指導者（以下、指導者）の存在がある。看護学生が看護計画を立案し、患者に看護を提供する体験を持つことや、また、他の医療チームメンバーと関わり、さらに学習者と指導者との相互作用により学習する。

板垣¹⁾は指導者の指導に関して、「学生の新鮮な発想は、臨地実習指導者に好感を与え、指導者自身の啓発につながる効果をもたらす」と報告している。しかし、平河²⁾は、実習生が行う看護ケアの実践が指導によっても変化しないことに対して、「指導者としてどのように実習生に関わればよいかわからない」、「効果的な指導方

法がわからない」、「実習生に指導が受け入れられない」、「実習生を受け止めきれない」、「実習生の実態と看護師の期待とのギャップがある」など、指導者が指導に困っている現状報告がある。

また、池澤³⁾は臨地実習指導に対する自信について、指導者の中には自信を持っている者は少なく、その理由として「臨地実習の評価に自信がない」、「学生を把握することができない」、「指導上のポイントがつかめない」などを挙げている。さらに、堤⁴⁾は、看護ケアの場面や看護教育場面において看護を行う者がどのような姿勢を持つ人であるかということは暗黙のうちにその対象や看護学生に伝達されるものであると述べている。指導者として指導することは、看護者としてその人自身の姿勢が問われるという厳しく指摘している。したがって、臨地で勤務する看護師のための現行教育体制や専従の実習指導体制の整備もさることながら、臨地実習指導者は、自ら積極的な自己啓発を図ることも求められている。そこで臨地実習において効果的な学生指導のためには、指導者のもつ内発的な動機付けが重要になる。このような現

2003年2月20日受理

別刷請求先：片岡睦子 〒760-0066 香川県高松市福岡町4丁目28-15 四国厚生支局

状を勘案し、著者らは、指導者の達成動機の状態に着目した。

看護教育に関連した達成動機に関する研究では、宮越ら⁶⁾が看護短大生のやる気関連諸特性と実習期間中のやる気変化との関係を分析している。しかし、臨地実習に対する指導者の達成動機と考え方や関連要因を分析したものは見あたらない。

研究目的

本研究においては、臨地実習指導者の達成動機と実習に対する考え方と関連要因を分析し、今後の実習指導者支援の示唆を得る。

研究方法

1. 用語の定義

1) 臨地実習指導者とは：

学生の実習指導に関わった看護師長、副看護師長、任命を受けた実習指導者、病棟看護師の全てをいう。

2) 達成動機とは：

「物事を最後までやり遂げたい」、「困難なことにも挑戦し、成功させたい」という動機をいう。堀野⁵⁾によると「自己充實的達成動機」および「競争的達成動機」の2つの欲求からなる(図1)。

「自己充實的達成動機」とは、自分自身を高めたり深めたりするために努力したり、社会的・文化的には価値が認められずとも、個人として価値を認めるものを成し遂げようとする「個人的達成欲求」である。

「競争的達成動機」とは、他人との競争に勝ち、社会的・文化的に価値があることを達成するという「社会的達成欲求」である。

3) 指導者講習会とは：

保健師助産師看護師等実習指導者講習会の名称で、厚

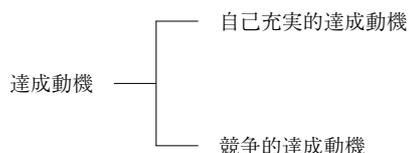


図1 堀野⁷⁾による達成動機概念 (片岡作成)

生労働省が主催(各地方厚生(支)局が実施)している。講習会の目的は、受講生が看護教育における実習の意義及び指導者としての役割を理解し、効果的に実習指導ができるために必要な知識・技術・態度を習得するものである。講習期間は8週間であり、対象者は保健師、助産師、看護師または准看護師養成所の実習施設で指導者の任にあたる者、または将来、指導者となる予定にある者である。

4) 実習に対する考え方とは：

指導者が実習に対してどう考えるかの教育的見解(方法・方向・傾向、感情など)とする。

2. 調査方法

1) 対象および属性：

対象は、A校の成人・老年・母性・精神看護学の実習病院(2施設)の指導者152名であり、回収数は133名、回収率は88%であった。有効回答数は106名、有効回答率は70%であった。対象者の属性を以下に示した(表1-1, 1-2, 1-3)。

臨地経験年数(以下、経験年数)は、106名中、10年未満32名、10~20年未満23名、20~30年未満35名、30年

表1-1 回答者の臨地経験年数

臨地経験年数	人数(人)
10年未満	32
10~20年未満	23
20~30年未満	35
30年以上	16

表1-2 回答者の職位

職位	人数(人)
看護師長・副看護師長	20
任命されている過去に任命されていた指導者	29
看護師	57

表1-3 回答者の実習指導者講習会受講の有無

講習会	人数(人)
受講している	55
受講していない	51

以上16名であった。

職位は、看護師長・副看護師長20名、任命されている・過去に任命されていた指導者29名、看護師57名であった。尚過去に任命されていた指導者は5名であったため、任命されている指導者と過去に任命されていた指導者を合算した。

指導者講習会受講の有無については、受講している者55名、受講していない者51名であった。

2) 調査期間：

調査期間は、平成14年1月15日から1月18日（2年生の成人・老年・母性・精神看護学実習の実習1週目）の4日間であった。

3) 実施方法：

調査実施方法は、質問紙による留め置き法を用いた。調査票および調査趣意書を各病棟の看護師長に持参し、対象者に配布した。同意の得られた対象者からの回答済み調査票は、個別に封筒に入れ、封をした後、病棟で一括回収されたものを直接受け取る方法をとった。

4) 調査内容：

臨地実習に対する指導者の考え方を調査するため、池澤ら³⁾の調査項目を参考にして、12項目からなる調査票を筆者らが作成した。また、「非常にそう思う」から「全く思わない」の5段階リッカート尺度で調査した（資料1）。達成動機（図1）については、堀野⁷⁾作成の達成動機測定尺度を用い、自己充實的達成動機13項目、競争的達成動機10項目について調査した（資料2）。また、堀野⁷⁾の「非常によくあてはまる」から「全然あてはまらない」の7段階のリッカート尺度を使用した。

3. 分析方法

- 1) 指導者講習会受講の有無と達成動機間の差を検定するために、等分散性の検定をおこなった上で、t-testを行った。
- 2) 職位、経験年数、実習についての考え方と達成動機間の差を検定するために、一元配置分散分析を行った。
- 3) 指導者講習会受講の有無、職位、経験年数、実習についての考え方と達成動機間の相関関係を検定するためにピアソンの相関係数を求めた。

資料1

臨地実習に対する指導者の考え方についての調査票

	非常に そう思う	まあまあ そう思う	どちらとも いえない	あまり 思わない	全く 思わない
1) 臨地実習は重要な教育法の1つと重視している……	5	4	3	2	1
2) 後輩教育のため臨地実習を行うのは当然である……	5	4	3	2	1
3) 学生と関わるのが楽しい……	5	4	3	2	1
4) 自分に能力があるのだから積極的に実習指導を 行うべきである……	5	4	3	2	1
5) 自分も勉強し向上するための刺激となる……	5	4	3	2	1
6) 学生から学ぶものが多くある……	5	4	3	2	1
7) 自分が評価されるよう避けたい……	5	4	3	2	1
8) 責任が重いので憂鬱である……	5	4	3	2	1
9) 上司の命令なので仕方なく行っている……	5	4	3	2	1
10) 教育は看護婦の業務ではない……	5	4	3	2	1
11) 自分の業務ができなくて困る……	5	4	3	2	1
12) 学生の失敗が自分の失敗になるので困る……	5	4	3	2	1

注) 池澤ら³⁾(1995年)の質問項目をもとに片岡らが改編した。

資料2

達成動機測定項目	
番号	自己充實的達成動機の項目
1)	いつも何か目標を持っていたい
2)	決められた仕事の中でも個性をいかしてやりたい
3)	人と競争することより、人とくらべることができないようなことをして自分をいかしたい
4)	ちょっとした工夫をすることが好きだ
5)	人に勝つことより、自分なりに一生懸命やるのが大事だと思う
6)	みんなに喜んでもらえるすばらしいことをしたい
7)	何でも手がけたことには最善をつくしたい
8)	何か小さなことでも自分にしかできないことをしてみたいと思う
9)	結果は気にしないで何かを一生懸命やってみたい
10)	いろいろなことを学んで自分を深めたい
11)	今日一日何をしようかと考えることはたのしい
12)	難しいことでも自分なりに努力してやってみようと思う
13)	こういうことがしたいなあと考えたとわくわくする

番号	競争的達成動機の項目
1)	ものごとは他の人よりうまくやりたい
2)	他人と競争して勝つとうれしい
3)	競争相手に負けるのはくやしい
4)	どうしても私は人より優れていたいと思う
5)	勉強や仕事を努力するのは、他の人に負けないためだ
6)	今の社会では、強いものが出世し、勝ち抜くものだ
7)	就職するところは、社会で高く評価される場所を選びたい
8)	成功するということは、名誉や地位を得ることだ
9)	社会の高い地位をめざすことは重要だと思う
10)	世に出て成功したいと強く願っている

注) 堀野 (2001年) による質問紙

結 果

1. 指導者の達成動機

指導者の自己充實的達成動機 (以下自己充実)、競争的達成動機 (以下競争) は、順に、 67.08 ± 9.53 (mean \pm SD 点, 以下省略), 39.11 ± 8.85 であった (表 2-1)。

2. 達成動機と職位

看護師長・副看護師長, 任命されている・過去に任命

表 2-1 臨地実習指導者全体の達成動機

達成動機 n=106	Mean \pm SD
自己充実	67.08 ± 9.53
競争	39.11 ± 8.85

されていた指導者, 看護師の順に, 自己充実は 68.40 ± 11.71 , 66.72 ± 8.01 , 66.80 ± 9.66 , 競争は, 36.65 ± 9.80 ,

39.72±9.32, 39.67±8.39であった。

自己充実が最も高かった職位は、看護師長・副看護師長、競争が最も高かった職位は、任命されている・過去に任命されていた指導者であった。どの職位間にも有意差は認められなかった(表2-2)。

3. 達成動機と臨地経験年数

臨地経験年数を10年未満, 10~20年未満, 20~30年未満, 30年以上に分け, 達成動機の得点を検討した。

10年未満, 10~20年未満, 20~30年未満, 30年以上の順に自己充実は, 71.34±8.87, 66.04±10.20, 64.54±8.44, 65.63±10.51, 競争は, 41.00±8.93, 41.20±10.20, 35.71±7.83, 39.88±7.65であった。

自己充実が高かった経験年数順は, 10年未満, 10~20年未満, 30年以上, 20~30年未満で, 競争が高かった経験年数順は, 10~20年未満, 10年未満, 30年以上, 20~30年未満であった。自己充実では10年未満と20~30年未満との間に有意差が認められ, 10年未満の者が有意に得点が高かった(ANOVA, p<0.05)(表2-3)。

また, 自己充実と経験年数との間に, 弱い正の相関関係がみられた(Pearson's product-moment correlation coefficient, r=0.215, p<0.05)(図2)。

表2-2 職位別達成動機

	看護師長・副看護師長 n=20	任命されている指導者・過去任命されていた指導者 n=29	看護師 n=57	F 値	P 値
自己充実	68.40±11.71	66.72±8.01	66.80±9.66	0.23	n.s
競争	36.65±9.80	39.72±9.32	39.67±8.39	0.94	n.s

One-way ANOVA
n.s=not significant

表2-3 経験年数別達成動機

	10年未満 n=32	10~20年未満 n=23	20~30年未満 n=35	30年以上 n=16	F 値	P 値
自己充実	71.34±8.87	66.04±10.20	64.54±8.44	65.63±10.51	3.34	n.s
競争	41.00±8.93	41.20±10.20	35.71±7.83	39.88±7.65	2.74	n.s

One-way ANOVA Post hoc test *P<0.05
n.s=not significant

自己充實的達成動機得点

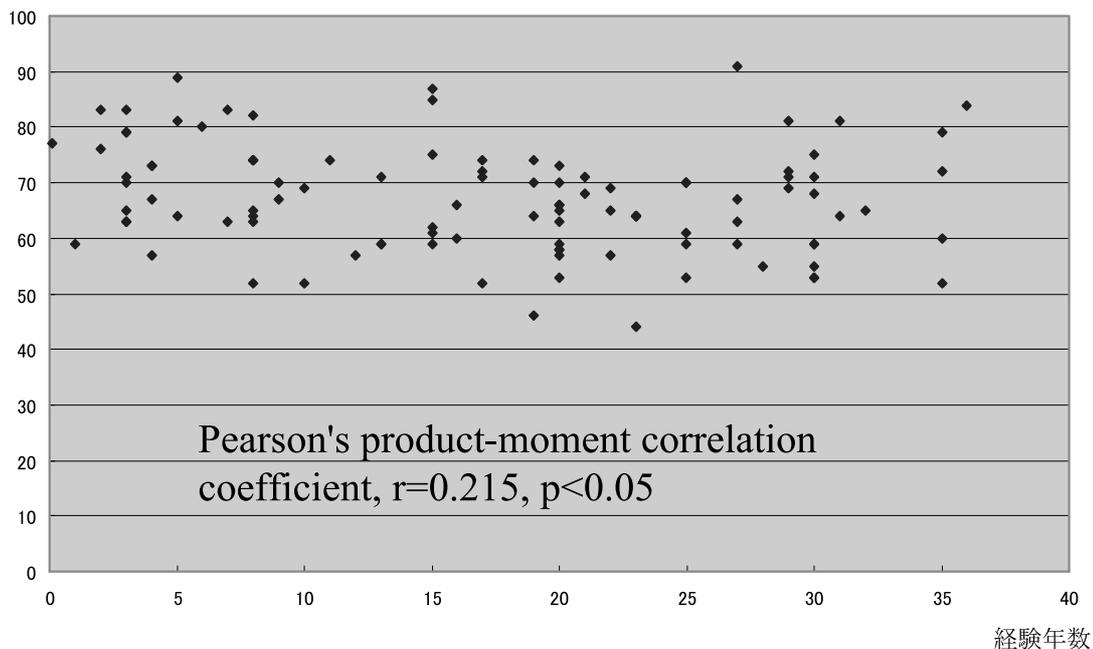


図2 自己充實的達成動機と経験年数との相関

4. 達成動機と実習指導者会受講の有無

受講している者、受講していない者の順に、自己充実が66.64±9.78, 67.57±9.47, 競争は, 37.58±9.76, 40.76±7.66であった。自己充実・競争ともに有意差は認めなかった(表2-4)。

5. 達成動機と実習についての考え方

臨地実習の考え方についての質問項目1~12の合計は, 42.15±5.42であった。

得点の高い項目は、順に「臨地実習は重要な教育法の1つと重視している」4.45±0.64, 「後輩教育のため臨地実習指導を行うのは当然である」4.33±0.70, 「自分も勉強し向上するための刺激となる」4.07±0.70点であった。

得点の低い項目順では、「自分に能力があるのだから積極的に実習指導を行うべきである」2.58±1.03, 「責任が重いので憂鬱である」2.64±0.93, 「自分の業務ができなくて困る」2.93±0.87であった(表2-5)。

実習の考え方12項目合計の平均は, 42.15±5.42であった。合計得点を用いて、上位群(上位群≥mean+SD)48点以上16名、中位群(mean+SD>中位群>mean-SD)37点から47点まで75名、下位群(mean-SD≥下位群)36点以下15名の3群に分けた。

各群別に達成動機をみると、上位群、中位群、下位群の順に自己充実は、75.56±8.45, 66.47±8.46, 61.13±10.65, 競争は, 41.50±10.94, 39.47±8.13, 34.80±9.54であった(表2-6)。

自己充実において上位群と中位群、上位群と下位群間で有意差が認められ、上位群が有意に得点が高かった(ANOVA, p<0.001)。

考 察

1. 達成動機と職位との関係

看護師長・副看護師長は他の職位に比べ、自己充実が最も高く、競争が最も低かった。看護師長・副看護師長は、すでに中間管理者の立場に就いていることにより、他者から認められたい、勝ちたいという欲求が低いと推察される。また中間管理者として、スタッフをリードする立場にあるため、自分自身のために自己研鑽したいという欲求が高いと推察される。

しかし、職位間に有意差はなかった。看護はチームで行うものであり、またそれぞれの職位により役割が決め

表2-4 指導者講習会受講の有無と達成動機

	受講している n=55	受講していない n=51	t 値	P 値
自己充実 (a)	66.64±9.78	67.57±9.47	0.49	n.s
競争 (b)	37.58±9.76	40.76±7.66	1.87	n.s

(a) Student's t-test (b) Welch's t-test
n.s=not significant

表2-5 指導者の実習の考え方

n=106

質問項目	Mean±SD
1. 臨地実習は重要な教育法の1つと重視している	4.45±0.64
2. 後輩教育のため臨地実習指導を行うのは当然である	4.33±0.70
3. 学生と関わるのが楽しい	3.27±0.84
4. 自分に能力があるのだから積極的に実習指導を行うべきである	2.58±1.03
5. 自分も勉強し向上するための刺激となる	4.07±0.70
6. 学生から学ぶものが多い	3.98±0.86
7. 自分が評価されるように避けたい	3.10±0.92
8. 責任が重いので憂鬱である	2.64±0.93
9. 上司の命令なので仕方なく行っている	3.27±1.00
10. 教育は看護師の業務ではない	3.87±0.87
11. 自分の業務ができなくて困る	2.93±0.87
12. 学生の失敗が自分の失敗になるので困る	3.65±0.90
合計	42.15±5.42

*質問項目7から12は逆転項目である。

表2-6 達成動機と実習についての考え方

	上位 n=16	中位 n=75	下位 n=15	F 値	P 値
自己充実	75.56±8.45	66.47±8.46	61.13±10.65	11.06	**
競争	41.50±10.94	39.47±8.13	34.80±9.54	2.45	n.s

One-way ANOVA Post hoc test *P<0.05, **P<0.001
n.s=not significant

られているため、看護者としてそれぞれの職位の中で、自己の仕事を行っており、他者と競い勝ちたいという欲求より、和を保ちながら、それぞれの仕事を遂行していると推察される。

2. 達成動機と経験年数との相関関係

自己充実と経験年数間の相関係数は、 $r=0.215$ ($P<0.05$) でやや弱い相関関係がみられている。

自己充実が高かった経験年数は、10年未満、次いで10～20年未満、競争が高かった経験年数は10～20年未満、次いで10年未満である。

斉藤⁸⁾は、経験年数3、4年は看護師として1つの節目にあたり、仕事のやりがいを形成することに意味をもつ時期であると述べている。10年未満という経験年数は、新人から中堅の立場となる時期である。経験を積むことにより自信が付き、更に学びたいという欲求が高まるとともに、中堅の立場になると、昇任を意識し同年代の他者を意識し、競争に勝ちたいという欲求があると推察される。

10～20年未満という経験年数は、子育てを終え、また中間管理者になる時期である。臨地経験を積むなかで、さらに看護の仕事に自信とやり甲斐を感じてくる時期と考えられる。そこで、自分なりに価値を認めたものや経験を重視し、自己実現に向けて努力すると同時に、他者から認められたい、成功したい、自分が価値あると考えることを成し遂げたいという欲求が高くなる傾向があると推察される。

3. 達成動機と臨地実習指導者会受講の有無との関係

講習会への参加人数は、今回調査した施設では毎年2～3名である。講習会を受講することにより、学生指導の方法を理解し、実習の重要性と指導者の役割について再認識することにつながるが、自己充実、競争のいずれも実習指導者講習会の受講の有無にかかわらず有意差は認められなかった。平井⁹⁾は、講習会受講後における指導者の意識の変化について、自己啓発意欲の高まりを述べている。しかし、本研究の対象者の受講年度はさまざままで、受講後1年の者から15年の者まで、受講後の時間経過に幅があり、講習内容に違いがある。また受講後、フォローアップ研修もないことから、これらのことは、講習会受講の有無間に有意差がないことに影響すると推察される。

達成動機の更なる向上のためには、講習会などの外的動機付けより、自分自身が成し遂げたいと思うことができる内的な動機付けが必要であると推察される。したがって、今後は講習会での教育内容の検討や、病院での現任教育の内容を検討すべきであろう。

4. 達成動機と実習についての考え方

実習の考え方については、点数の高いほど、実習を肯定的に考えていると考えることができる。

点数が高い項目から、指導者は、臨地実習は重要な教育方法で、臨地実習指導は当然と考えていることがわかる。

点数が低い項目から、実習指導は責任が重く、できれば避けたいと考えていることが推察される。実習指導は、本来業務と兼務であり、指導者は看護師業務の上に指導という新たな業務を負うことになる。実習指導を肯定的に受け止め、指導者としての責任を自覚しているが、身体的も精神的にも多忙や勤務状況の中、指導者としての役割を果たすことができない、本来の看護師業務ができていないなど、状況により、揺れ動く指導者の感情が伺える。

西尾¹⁰⁾は、「責任が重いので憂鬱である」、「自分の仕事ができない」と認識している人は指導体制や指導者の能力の問題もあるが、指導に自信を失っていく原因にもなると述べている。また平井¹¹⁾は、実習指導を負担に感じると、関心があっても指導者が思うように実践できないため自信がなくなっていることが考えられるという。従って、研修会の機会を与えるなど、指導者一人ひとりにきめ細かい支援が必要である。

実習の考え方の得点と達成動機との関連をみると、上位群は中位群と下位群に比べ、自己充実・競争とも点数が高く、また自己充実は有意に高かった。今回測定した達成動機は、実習指導における達成動機に限定されたものではないが、実習を肯定的に考えている指導者ほど達成動機が高いことが明らかになった。したがって、自分が価値を認めるものや社会的に価値があるものを、実現する努力をしており、他者と競争して社会的に価値あることを成し遂げたいという欲求が高い人は、実習指導についても肯定的に捉えており、その高い動機付けの下に後輩育成のため貢献していることが推察される。

大平¹²⁾は「仕事に対して充実感、やる気のある看護師が学生に対して援助的に関わるのは、専門職としての自己評価が高いことや他者からも肯定的な評価を受けているという安定感がある」と述べている。また、石井¹³⁾は「臨床側の指導者にとっては自己の指導が適切であるという確信が得られれば、実習指導に対する自信・意欲の高揚が図られるであろう」と述べ、尾原¹⁴⁾は「やる気と実践にはかなりの相関がみられ、やる気が強ければ積極的に実践する傾向がある」という。これからは、指導者

が自信を持った指導を行うことにより、指導に対する達成感を得ることができ、その結果、実習を肯定的に受け止めるようになり、ひいては達成動機を高めることにつながる。

したがって、指導者支援や指導者自身の自己啓発が望まれる。また、臨地の現場と看護学校とのより緊密な協力連携システムと指導者らの能力を最大限に発揮できる新しい臨地教育のサポートシステムの開発も求められる。

結 論

A校の実習病院である2施設の指導者に対し、臨地実習指導者の達成動機を中心として、実習に対する考え方やその他の関連要因を検討し、以下のことが明らかになった。

1. 自己充實的達成動機と臨地経験年数との間に正の弱い相関が見られた。
2. 臨地経験年数10年未満と20～30年未満との間に有意差が認められ、10年未満が有意に得点が高かった。10年未満という経験年数は、新人から中堅の立場になる時期である。社会的・文化的には価値が認められずとも、自分なりに価値を認めたものを成し遂げようとする欲求が高い傾向があることが推察できた。
3. 実習の考え方を上位群・中位群・下位群の3群に分け、各群別に自己充實的達成動機をみると、上位群と中位群、上位群と下位群との間に差が認められ、実習を好意的に捉えていると推定される上位群は自己充實的達成動機が有意に高いことが明らかにされた。

謝 辞

本調査にご協力くださいました皆様方にこの場を借りて御礼申し上げます。

文 献

- 1) 板垣恵子：臨地実習指導者の指導に関する検討，看

護管理，6(12)，888-894，1996.

- 2) 平河勝美，栗田桂子，鳥居芳江 他：臨地実習指導に関する看護婦の意識の研究～困っている現象と良かったと思っている現象の意識構造の比較にみる課題～，Quality Nursing，4(7)，51-58，1998.
- 3) 池澤由美子，川上澄枝，永栄幸子 他：実習指導者の意識調査結果から実習の指導体制を考える，教務と臨床実習指導者，8(4)，49-56，1995.
- 4) 堤由美子：臨地実習が学生の心に及ぼす影響について，教務と臨床指導者，10(3)，50，1997.
- 5) 堀野緑：達成動機の構成因子の分析－達成動機概念の再検討－，教育心理学研究，35(2)，53，1987.
- 6) 宮越幸代，山本誠一，秋山啓子 他：看護短大生におけるやる気関連諸特性と重症心身障害児（者）実習期間内の「やる気」変化との関係，新潟県立看護短期大学紀要，4，37-45，1998.
- 7) 堀洋通他：心理測定尺度集Ⅱ 人間と社会のつながりをとらえる〈対人関係・価値観〉，サイエンス社，63-67，2001.
- 8) 斉藤千代：経験年数別階層区分に基づく看護職の現実的課題と展望，第21回日本看護学会集録（看護管理），159-162，1990.
- 9) 平井康子，高原君子，中新美保子 他：臨地実習の指導に対する意識調査，第27回日本看護学会集録（看護教育），82，1996.
- 10) 西尾和子：教育・指導・育成の前提にあるもの，看護展望，21(4)，18-21，1996.
- 11) 平井康子：臨場実習指導者の指導に対する意識調査，第27回看護教育，80-82，1996.
- 12) 大平光子，門脇千恵：看護婦と看護学生の相互関係に影響を及ぼす要因の検討，第26回日本看護学会集録（看護教育），84，1995.
- 13) 石井範子：望ましい臨床実習指導者とは，Quality Nursing，1(6)，9，1995.
- 14) 尾原久美子，小西裕子，木村佐多子 他：実習指導者の指導に関する意識と行動の関連及びその影響因子－情意領域を中心に－，第22回日本看護学会集録（看護管理），91，1991.

Analysis of the relationship between clinical instructors' achievement motive, related factors and ways of thinking about clinical practice of nursing students

Mutsuko Kataoka¹⁾, Tetsuya Tanioka²⁾, Mihoko Nakanii³⁾, Eriko Aotani³⁾,
Mayumi Takenaka⁴⁾, Syoko Tobita⁵⁾, and Katsuyo Kasai⁵⁾

¹⁾Shikoku Regional Bureau of Health and Welfare, Kagawa, Japan

²⁾Department of Nursing, School of Medical Sciences The University of Tokushima, Tokushima, Japan

³⁾Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan

⁴⁾Department of Medical Social Work, Faculty of Medical Welfare Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan

⁵⁾National Zentsuji Hospital Attached Zentsuji Nursing School, Kagawa, Japan

Abstract For a better understanding of clinical instructors (CI)' perceptions regarding clinical teaching behaviors, this paper examines the relationship between CI' achievement motive, related factors and ways of thinking about clinical practice of nursing students.

A written questionnaire was completed by 133 CI out of a convenience sample of 152 CI working at two national hospitals as nursing managers or staff nurses who were responsible for the on-site education of nursing students in 3-year nursing diploma programs in 2002. Of the 133 responses, 106 were valid and used in this analysis. Four domains of the CI's perceptions explored were achievement motive, and interests in clinical training for nursing students, ways of thinking about clinical practice, and perceived problems during clinical education.

The significant findings of this study were as follows : 1) There was a weak positive correlation between the years of nursing experience of CI and self-fulfillment achievement motive ($r=0.215$, $p<0.05$), but no significant correlation with competitive achievement motive ; 2) Higher motive for accomplishment of what the instructors personally valued was associated with a more positive CI' attitudes toward the clinical practice of nursing students, as well as correlating to less than 10 years of nursing experience of the instructors (ANOVA, $p<0.05$) ; 3) The CI who worked as nursing managers including sub-managers and former managers showed higher interest in clinical training for nursing students than staff nurses (ANOVA, $p<0.05$).

Key words : clinical instructor, achievement motive, nursing education

報 告

看護大学生と短大生の卒業直前時における自己効力感の比較

近藤裕子¹⁾, 生野繁子²⁾, 榮玲子³⁾,
田村綾子¹⁾, 市原多香子¹⁾, 井手知恵子⁴⁾,
波川京子⁵⁾, 谷本公恵⁶⁾, 南妙子⁶⁾

¹⁾徳島大学医学部保健学科, ²⁾九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科, ³⁾香川県立医療短期大学看護学科

⁴⁾大分医科大学医学部看護学科, ⁵⁾広島県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科, ⁶⁾香川医科大学医学部看護学科

要 旨 看護学生の卒業直前の自己効力感を明らかにし, 入職後の教育や指導などへの示唆を得る目的で, 看護大学4年生と看護短期大学3年生に一般性自己効力感尺度による調査を行った. その結果, 看護学生の自己効力感は一般学生よりも高く, 大学生は短大生よりも高い傾向が認められ, 入職時には自己効力感をより高める教育や指導の重要性が示唆された.

キーワード: 看護学生, 卒業直前, 自己効力感

はじめに

近年, 自己の行動を予測し, 遂行を改善する上で重要なものとして自己効力感が注目されている. 自己効力感に関しては, 心理学や社会学の領域で研究が行われ, 学業, 課題認知などの場面¹⁻⁴⁾において, 自己効力感が行動変容を予測する要因として有効であると言われている. Bandura⁵⁾は, 自己効力感には2つの水準があり, 人間の行動に影響を及ぼすと考えている. まず一つは特定場面における自己効力感の強さで, これは個人が一定の状況を克服するか否かに影響を及ぼしているとして, これを自己効力感が行動に影響をおよぼす第1の水準とした. 次に自己効力感が行動に長期的な影響を及ぼすという考えを第2の水準とした. 自己効力感の測定は, 主に第1の水準のみを対象として研究が行われてきた. しかし第2の水準である自己効力感の行動に対する長期的な影響を測定する尺度 (一般的な自己効力感の強さを測定) に関する研究はほとんど行われておらず, 日本では東條が自己効力感と locus of control との関連をみる中で, 自己効力感を高くあるいは低く認知する傾向は, 人の行動

を規定するかもしれないことを示唆したと坂野らは述べている⁶⁾. このような研究の経過を受けて坂野らは, 自己効力感の第2の水準である個人の一般的な自己効力感の強さを測定する尺度開発を行った⁶⁻⁸⁾.

看護領域における自己効力感に関する研究では, 健康行動促進への援助に患者の自己効力感を高める研究⁹⁻¹⁰⁾や, 臨地実習¹¹⁻¹²⁾, 看護学生のストレス認知とストレス・コーピング¹³⁾, 看護学生の意識の変化¹⁴⁻¹⁶⁾などについての研究が行われている.

自己効力感とは, あることを成し遂げることを予測できる, つまり先を見通した計画が立案できる能力と定義でき, 人は自己効力感を得た結果, 努力や, 達成感をもつことができる. この能力は, 自然発生的に生ずるものではなく, ①自分で実際に行ってみること (遂行行動能力の達成), ②他者の行為を観察すること (代理的経験), ③自己教示や他者からの説得的な暗示 (言語的説得), ④生理的な反応の変化を体験してみること (情動的喚起), などといった情報を通じて, 個人が自ら作り出していくものと考えられている⁵⁾. そのため個人がどのように自らの自己効力感を認知しているかが, その人の行動の変容を予測し, 情動を抑制するかの要因になっていることが, 先行研究で明らかにされてきた. 看護学生がもっている自己効力感に関する先行研究¹⁷⁾からも, 自己効力感を高めることは, 自らの言動に自信ができ, 進むべき方

2003年2月20日受理

別刷請求先: 近藤裕子 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科看護学専攻

向性を決定し、学習の促進や患者ケア能力の向上に関連することが明らかとなっている。

今回、卒業直前の看護学生がもつ自己効力感を把握することは、入職後において教育や指導などの支援を行う資料として意義があると考え、大学生と短期大学生における自己効力感を比較した。

目 的

看護短期大学と看護系大学における看護学生の、卒業直前の自己効力感を検討し、入職後の教育や指導などへの支援資料とする。

方 法

坂野らの一般性自己効力感尺度(坂野, 東條, 1986)⁶⁾(表1)を使用し、看護系大学2校の4年生(196名)と、3年制看護短期大学2校の3年生(142名)に対して、2001年12月に調査を実施した。学生には調査前に調査の趣旨と、評価と無関係であること、自由参加であること、個人の識別はせずプライバシーを守ることなどを説明し、協力の得られた者のうち大学4年生78人(39.8%, 平均年齢21.3歳)(以下大学生)、短大3年生113人(79.9%,

表1 自己効力感の質問項目

1	何か仕事をするときは、自信を持ってやるほうである
2	過去におかした失敗やいやな経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある
3	友人よりすぐれた能力がある
4	仕事を終えた後、失敗したと感じることのほうが多い
5	人と比べて心配性なほうである
6	何かを決める時、迷わずに決定するほうである
7	何かをする時、うまくいかないのではないかと不安になることが多い
8	引込み思案なほうだと思う
9	人より記憶力がよいほうである
10	結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んで行くほうだと思う
11	どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれないことがよくある
12	友人よりも特にすぐれた知識を持っている分野がある
13	どんなことでも積極的にこなすほうである
14	小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである
15	積極的に活動するのは、苦手なほうである
16	世の中に貢献できる力があると思う

2, 4, 5, 7, 8, 11, 14, 15の項目は、回答を反転して計算する項目である。

平均年齢21.4歳)(以下短大生)の結果を有効として集計した。教育課程別に自己効力感得点の平均値と標準偏差を算出し、paired-t検定を行い教育課程別の有意差を検討した。次に自己効力感の評定点を、坂野らの5段階評定値に換算して割合を算出した。さらに自己効力感尺度の16の質問項目における、「はい」または「いいえ」の回答を選択した者の人数を項目ごとに計算し、大学生と短大生の回答割合を比較するとともに χ^2 検定を行い、有意差を検討した。

今回使用した一般性自己効力感尺度は、坂野と東條により開発されたものである。この尺度は個人の特定の先行経験の違いによって影響を受けない一般的な自己効力感の高さを測定する。尺度の内容は、教示文として16の質問項目から構成され、評定は「はい」または「いいえ」の2件法で回答し、得点範囲は0～16点である。得点が高いほど一般性自己効力感が高いこととなる。自己効力感の程度を学生の場合には、5段階評定点で自己効力感得点が12以上を「非常に高い」、9～11を「高い傾向にある」、5～8を「普通」、2～4を「低い傾向にある」、1～0までを「非常に低い」としている。

結 果

大学生の自己効力感の平均値は8.18 (SD3.57)、短大生は7.51 (SD3.74)であった。それぞれの得点の範囲は大学生15～0、短大生は14～0であった。課程別に検定を行ったが両者の間に有意差はみられなかった。自己効力感評定点を5段階区分した割合をみると、12以上の「非常に高い」の得点が得られた者は、大学生23.1%、短大生は15.9%であった。次に「高い傾向にある」の割合は大学生20.5%、短大生30.1%、「普通」は大学生39.7%、短大生27.5%、「低い傾向にある」は大学生12.8%、短大生21.2%、「非常に低い」は大学生3.8%、短大生5.3%であった。

自己効力感尺度別に「はい」「いいえ」の回答割合から有意差をみたのが表2である。この表から大学生は自己効力感尺度項目3の「友人よりすぐれた能力がある」、12の「友人よりも特にすぐれた知識を持っている分野がある」、16の「世の中に貢献できる力があると思う」の尺度に、短大生と比較して $p < 0.05$ の有意差がみられた。他の項目に有意差は認められなかったが、尺度項目13の「小さな失敗でも人よりずっと気にする方である」の項目は、「はい」と回答した短大生が多かった。

表2 大学・短大生別自己効力感の項目別得点割合

尺度 番号	大学生 n=78		短大生 n=113		有意差
	はい	いいえ	はい	いいえ	
1	50.0%	50.0%	47.8%	52.2%	
2	47.4	52.6	49.6	50.4	
3	51.3	48.7	29.2	70.8	p<0.01
4	24.4	75.6	24.8	75.2	
5	73.1	26.9	70.8	29.2	
6	29.5	70.5	22.1	77.9	
7	62.8	37.2	61.9	38.1	
8	43.6	56.4	46.9	53.1	
9	33.3	66.7	31.3	68.8	
10	55.1	44.9	54.9	45.1	
11	43.6	56.4	38.9	61.1	
12	50.0	50.0	31.9	68.1	p<0.05
13	48.7	51.3	52.2	47.8	
14	39.7	60.3	48.7	51.3	
15	35.9	64.1	35.4	64.6	
16	78.5	20.5	65.5	34.5	p<0.05

□検定

- 注) 1. 尺度番号は表1の自己効力感の質問項目番号である。
2. 「はい」「いいえ」は、項目の回答である「はい」「いいえ」に回答した割合を示す。

考 察

卒業間近な看護学生の自己効力感得点の平均値は、大学生8.18 (SD3.57)、短大生7.51 (SD3.74)であり、これを坂野ら⁶⁾による学生の平均値6.58 (SD3.37)と比較すると、看護学生の自己効力感得点は、一般学生より高い値を示している。この結果から看護学生は、一般の大学生より自己の意志で将来に展望をもち、積極的に問題解決行動に取り組む傾向の強さを表している。これは調査時期が12月であったことから、就職が内定している者が多く、看護職に就くという目標達成を成就し、成功による内発的強化が自己効力感に影響し高い値となっていると考える。さらに臨地実習において多様な人々との出会いや体験・ケアの経験などから、問題解決能力やクリティカルシンキング能力などを向上させ、自己効力感を高めていると考える。

大学生は自己効力感尺度の各項目においても、友人より優れた能力や、優れた知識を持つ分野、貢献する力などを高く評価している。これらの項目は能力の社会的位

置づけに分類される項目であり、大学生は、Banduraのいう一般的で社会的な場面において自己の遂行を高く評価する傾向にあると言える。自己効力感の他の2分類である失敗に対する不安や、行動の積極性においても、失敗への不安を軽減させながら積極的に行動を行っていると考えられる。他方、短大生は大学生よりも行動への自信や、失敗に対する不安などの分類において、大学生よりも自信の程度が弱い傾向にあると考えられる。自己効力感は経験を積むことにより高まるといわれており、1学年長く学生を続けている大学生の得点が高い結果は当然と考える。しかし大学生と短大生の平均年齢差は認められない状況からは、専門教育を受けている期間の長短が、看護学生の行動に対する自信につながっていると推測できる。

以上から、入職後も自己効力感を高める支援として大学生に対しては、行動遂行の可能性をより向上させるために、自己の振り返りを行うなどで自己強化をはかることや、実施した内容を評価し、フィードバックしていくことが必要であろう。他方短大生には、特に行動決定のベースとなる問題解決能力を高め、遂行行動の成功体験をもてるように段階的な目標設定を行うことが必要と考える。それと共に周囲の者は、学生自身の能力や努力を認め、自信をもてるように支援する環境造りを行っていかねばならない。しかし自己効力感を短期間で高めることは難しく、さまざまな看護場面を捉え、継続的に関わりをもちながら、その成長過程を肯定的に評価し、支援していくことも重要と考える。

結 論

看護大学生と短大生の卒業直前の自己効力感を測定した結果から、以下のことが明らかとなった。

1. 看護学生の自己効力感は一般学生よりも高い結果であった。大学生の自己効力感は短大生よりも高い傾向が見られた。
2. 大学生は知識や能力を高く評価しており、行動に対して自信をもっている。

文 献

- 1) 伊藤宗達：学業成績場面における自己効力感，原因帰属，学習方略の関係，教育心理学研究，44(3)，340-349，1996。

- 2) 蓑内豊：課題の重要度の認知が自己効力感の変化に及ぼす影響，教育心理学研究，41(1)，57-63，1993.
- 3) 桜井茂男：自己効力感が学業成績に及ぼす影響，教育心理，35，140-145，1987.
- 4) 藤生英行：挙手と自己効力感，結果予期，結果価値との関連性についての検討，教育心理学研究，39(1)，92-101，1991.
- 5) Bandura, A.：自己効力感（セルフ・エフィカシー）の探求，祐宗省三他訳，編著，社会的学習理論の新发展，金子書房，1985.
- 6) 坂野雄二，東條光彦：一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み，行動療法研究，12(1)，73-82，1986.
- 7) 坂野雄二：一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討ー，早稲田大学人間科学研究，2(1)，91-98，1989.
- 8) 坂野雄二，東條光彦：セルフ・エフィカシー尺度，上里一郎監修：心理アセスメントハンドブック，西村書店，478-489，1998.
- 9) 平元泉：小児糖尿病キャンプの効果ー自己効力感を視点として，秋田大学医療技術短期大学部紀要，10(1)，41-47，2004.
- 10) 神谷千鶴，三島明子，今井雪香，他：慢性血液透析患者の健康行動に対するセルフエフィカシーと患者属性との関連，日本腎不全看護学会雑誌，3(2)，63-65，2001.
- 11) 山崎章恵，坂口しげ子，百瀬由美子：看護学生の自己効力感を高める実習指導の検討ー自己効力感が低い学生の実習中の体験から，信州大学医療技術短期大学部紀要，27，41-48，2002.
- 12) 山崎章恵，百瀬由美子，坂口しげ子：看護学生の臨地実習前後における自己効力感の変化と影響要因，信州大学医療技術短期大学部紀要，26，25-34，2001.
- 13) 齋藤真澄，岡山晴海，草島綾子，他：大学生のストレス認知とコーピングーセルフエフィカシーが与える効果の検討，看護総合科学研究会誌，2(2)，52，1999.
- 14) 神戸美和子：看護学生のキャリア志向と時間的展望，日本看護学教育学会誌，11(2)，1-10，2001.
- 15) 永嶋由理子：看護学生の学習意欲の検討，山口県立大学看護学紀要，5，39-45，2001.
- 16) 河村彰美，中川雅子，藤田淳子，他：看護学生における看護婦のアイデンティティ形成と志望理由・学習進路との関係，京都府立医科大学医療技術短期大学部 紀要，10(1)，91-99，2000.
- 17) 伊東久恵，近藤裕子，猪下光，他：質問紙法を併用した進路指導面接ー学生の自己効力感を高めるために，香川医科大学医学部看護学雑誌，6(1)，69-74，2002.

A study on self-efficacy which students have just before graduation ; a comparison between students of nursing universities and those of junior colleges

Hiroko Kondo¹⁾, Shigeko Shono²⁾, Reiko Sakae³⁾, Ayako Tamura¹⁾, Takako Ichihara¹⁾, Chieko Ide⁴⁾, Kyoko Namikawa⁵⁾, Kimie Tanimoto⁶⁾, and Taeko Minami⁶⁾

¹⁾Department of Major in Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

²⁾Kyushu University of Nursing and Social Welfare, Kumamoto, Japan

³⁾Department of Nursing, Kagawa Prefectural Collage of Health Sciences, Kagawa, Japan

⁴⁾School of Nursing, Oita Medical University, Oita, Japan

⁵⁾Hiroshima Prefectural Collage of Health Sciences, Hiroshima, Japan

⁶⁾School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa Medical University, Kagawa, Japan

Abstract We conducted a survey of fourth-year students at a university nursing program and third-year students at a nursing junior college, using a general self-efficacy scale. Our purpose was to investigate self-efficacy beliefs among nursing students immediately before graduation and find out what sort of education and guidance should be offered to nurses after they are employed. This survey revealed that nursing students has higher self-efficacy belief than other university students and that self-efficacy tended to be even higher among university nursing program students than among junior college nursing students. The result suggest that education and guidance are important for improving even more the self-efficacy of newly employed nurses.

Key words : nursing student, immediately before graduation, self-efficacy

報 告

地域保健と学校保健の連携に関する文献的考察

山道 弘子¹⁾, 浜端 賢次²⁾, 池下 麻美²⁾, 花田 純子²⁾

¹⁾広島大学大学院保健学研究科

²⁾川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

要 旨 本研究の目的は、地域保健と学校保健の連携の特徴と傾向を明らかにし、連携の在り方について示唆を得ることである。研究対象は、医学中央雑誌及び雑誌記事索引を用いて、「地域保健」「学校保健」「連携」のキーワードで検索し該当した1984年～2002年9月までの論文、175件である。研究から得られた知見は次のとおりである。

1) 175件の論文は連携の必要性を述べる論文43件 (24.6%)、連携の準備段階の論文41件 (23.4%)、テーマ設定があり連携の実践内容報告の論文91件 (52.0%) の3つに分類された。

2) 91件の論文は「精神的疾患・症状に関する連携」13件 (14.3%)、「いじめ・不登校・保健室登校などに関する連携」8件 (8.8%)、「健康教育に関する連携」23件 (25.3%)、「身体的疾患・症状に関する連携」26件 (28.6%)、「ネットワークづくり」17件 (18.7%)、「複合領域にわたる連携」4件 (4.4%) の6つのカテゴリーに分類された。各カテゴリーについてその傾向を考察した。

3) 結果、組織間の連携とそのシステム化は顕在化する健康課題の解決に留まらず、健康課題の予防や関係職種の質の向上を可能にする。連携システムの構築はさわめて重要な課題である。

キーワード：地域保健，学校保健，連携

緒 言

今日、地域保健および学校保健の双方より、連携の必要性が盛んに唱えられている¹⁻⁴⁾。地域保健においては、2000年の「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の推進で地域保健と学校保健との連携および協力の強化が明記された⁵⁾。また、「健やか親子21」では「学校保健と地域保健・医療・児童福祉との連携をシステム化して相互に日常的な活動として位置づけることが重要である⁶⁾」と記されている。更に2003年に施行予定の健康増進法では、健康増進を国民の責務とし、保健医療従事者が相互に連携することが義務づけられている。

一方、学校保健においては、文部省（現文部科学省）

「第15期中央教育審議会第一次答申⁷⁾」で「子どもたちの教育は単に学校だけでなく学校・家庭・地域社会がそれぞれ適切な役割分担を果たしつつ相互に連携して行われることが重要である」と示された。また、2002年には「文部科学省・厚生労働省連携協議会」において今後の養護学校での医療的ケアについては、訪問看護ステーションから看護師を派遣して対応する「訪問看護スキーム⁸⁾」を推進する方向が示され、医療と学校教育の連携が重要視されつつある。

本研究では時代の変遷、制度および答申などの変容に伴い、連携内容にどのような変化がみられたのかを明らかにすることで、過去から現在に及ぶ地域保健と学校保健の連携の変遷を概観し、双方の今後の連携の課題について示唆を得ることを目的とした過去18年間の地域保健と学校保健の連携の特徴および傾向について報告する。

2003年2月20日受理

別刷請求先：浜端賢次 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

研究方法

1) 用語の操作的定義

本研究で使用する主な用語は「地域保健」「学校保健」「連携」である。以下に各用語の操作的定義を行う。

(1) 地域保健

「地域という場における全てのライフステージのあらゆる健康レベルにある地域住民を対象とする公衆衛生の向上および増進を目的とした、総合的な保健活動⁹⁾」

以上の定義の場合、本来は地域保健に学校保健も含まれるが、本研究では学校保健を除外する。

(2) 学校保健

「学校という教育の場における全ての保健活動で、児童生徒および教職員の健康の保持増進を図ること、集団教育としての学校教育活動に必要な保健安全的配慮を行うこと、自らの健康の保持増進を図ることができるような能力を育成すること¹⁰⁾」

(3) 連携

「連携とは共通の目的意識を持つものが、その目的に向かって連絡を取り合い、協力し、物事を行うこと¹¹⁾」

2) 分析方法

研究方法是文献研究とし本研究の構成は図1に示した。データベース「医学中央雑誌 CD-ROM 版」および「雑誌記事索引」に登録されている1984年～2002年9月までの18年間に発表された文献を対象とした。なお、医学中央雑誌 CD-ROM 版の場合1983年以降の検索も可能であるが、キーワード検索の結果1984年が比較的多様なテーマの研究が見られる最初の年であり、以降、地域保健と学校保健の連携に関する研究が増加する傾向にあることから1984年を連携研究の起点と判断し1984年以降の文献を対象とした。

「地域保健」「学校保健」「連携」のキーワードで検索し、193件の対象文献を抽出した。そのうち会議録や学会講演集で研究方法や結果を具体的に記載していないもの、また論文の内容から地域保健組織内あるいは学校保健組織内での連携を述べたもの計18件を分析の対象から除外し175件を選択した。

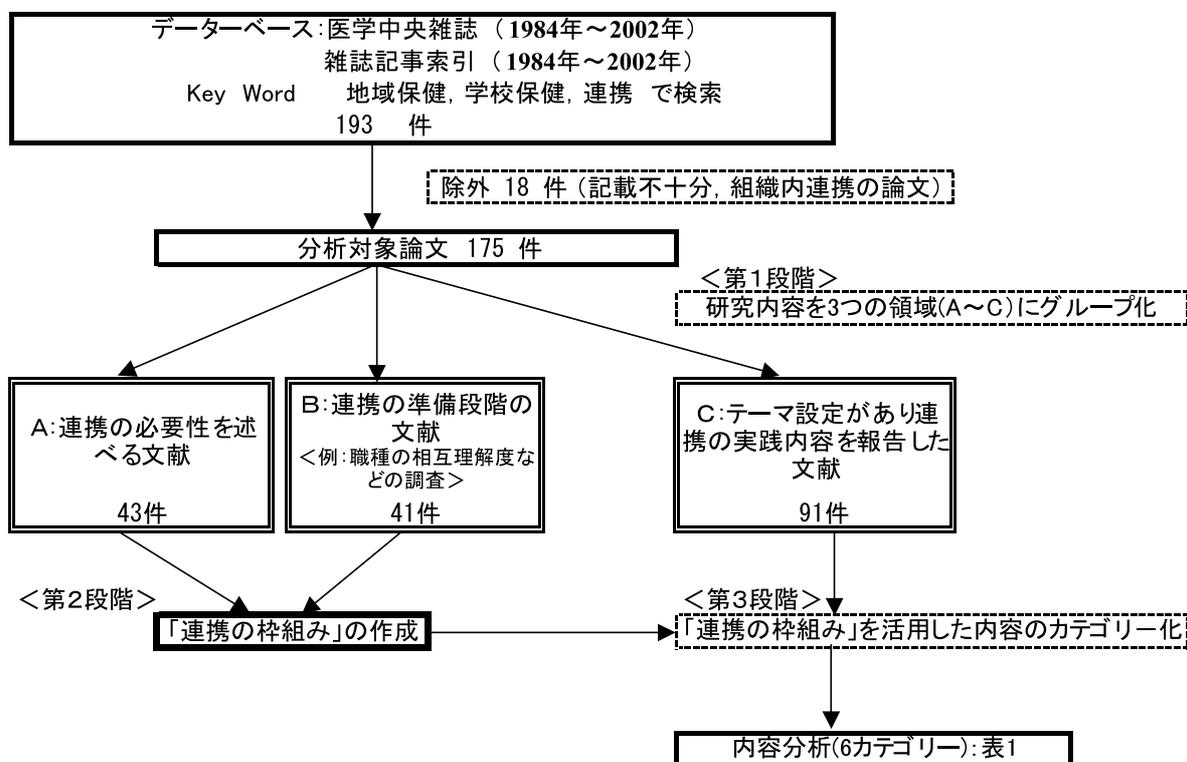


図1 本研究の構成

内容分析の視点については、文献の年次推移と研究者の所属、研究内容（連携経路、連携結果、今後の課題など）である。なお、分析結果の妥当性を高めるために、研究者および専門家を含む4名で議論を行った。

結 果

第一段階として175件を A：連携の必要性を述べた論文43件(24.6%), B：連携の準備段階の論文41件(23.4%), C：テーマ設定があり連携の実践内容報告の論文91件(52.0%) に分類した。

第二段階として、A、Bを参考に「連携の枠組み(図2)」を作成した。

第三段階としC：テーマ設定があり連携の実践内容報告についての論文91件を、先に述べた「連携の枠組み」

をもとに分類・カテゴリー化し内容分析を行った。

今回は紙面の都合上、第3段階の、連携の実践内容報告(91件)の分析結果を中心に述べる。

1) 連携の実践内容報告の年次推移とカテゴリー化

91件の年次推移を図3に示した。1984年は0件、1985~1996年までは年間5件以下である。1997年以降は1998年(3件)、2002年(4件)を除き10件以上であった。

先に述べた方法で6つにカテゴリー化した。6つのカテゴリー名とその分布は「精神的疾患・症状に関する連携」13件(14.3%), 「いじめ・不登校・保健室登校などに関する連携」8件(8.8%), 「健康教育に関する連携」23件(25.3%), 「身体的疾患・症状に関する連携」26件(28.6%), 「ネットワークづくり」17件(18.7%), 「複合領域にわたる連携」4件(4.3%)であった(表1)。

精神的疾患・症状	不登校・いじめ・保健室登校	健康教育	身体的疾患・症状	健康診断・予防接種
精神障害 心身症 恐怖症 神経性食欲不振症 精神保健 など	保健室登校 不登校(登校拒否) いじめ など	歯科保健 生活習慣病予防 性教育 喫煙予防 飲酒予防 薬物乱用防止 感染症予防 環境・安全教育 など	救急処置 慢性疾患(心疾患、腎疾患など) 糖尿病(IDDM, NIDDM) 気管支喘息 アレルギー疾患 生活習慣病 スポーツ障害 肢体不自由などの障害 など	定期健康診断 就学時健康診断 結核予防接種 など
連携の組織的活動方法 地域学校保健協議会、母子保健連絡協議会、(地域)学校保健委員会 など				

図2 学校保健と地域保健の連携の枠組み

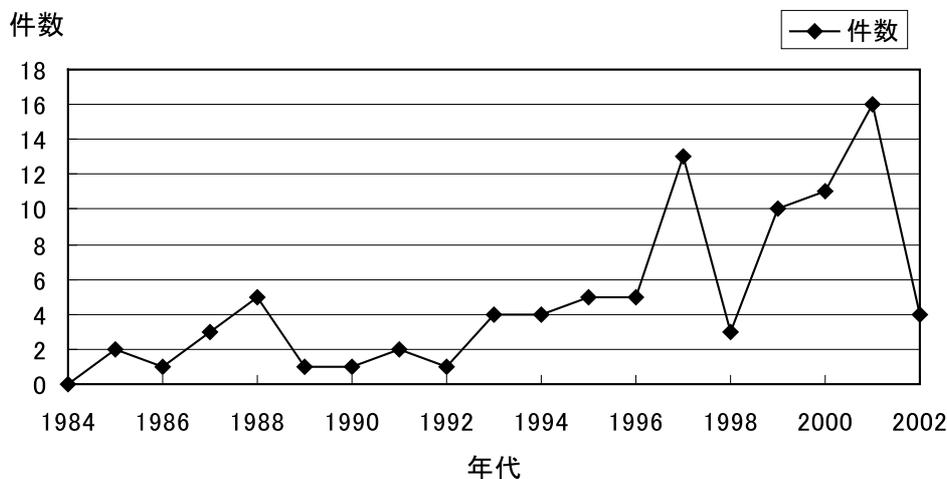


図3 連携の実践内容報告91件の年次推移

表1 連携の実践内容報告(91件)のカテゴリ分け結果

1	精神的疾患・症状に関する連携	13 (14.3%)
2	いじめ・不登校・保健室登校に関する連携	8 (8.8%)
3	健康教育に関する連携	23 (25.3%)
4	身体的疾患・症状に関する連携	26 (28.6%)
5	ネットワーク(協力体制)づくり	17 (18.7%)
6	多領域にわたる連携の実践報告	4 (4.3%)

筆者が作成した「連携の枠組み」と比較すると「健康診断・予防接種」に該当する論文が今回はなかった。また「連携の組織的活動方法」に匹敵するカテゴリとして「ネットワークづくり」が抽出された。更に、内容が多岐にわたり特定のテーマを限定できない論文を「複合領域にわたる連携」とした。

2) 精神的疾患・症状に関する連携

(1) 文献の推移と研究者の所属

年代別の推移は1987年が2件、1988、1993年が各1件、1997年2件、1999、2000年が各3件、2001年が1件の合計13件である。研究者の所属は医療機関が6件と最も多く、次いで研究機関が4件であった。

(2) 連携内容

連携の内容は連携の実態調査が4件、疾患・症状に関する事例報告が5件、コンサルテーションに関するものが3件、連携システムが1件と分類できた。実態調査が1987～1993年になされ、1997年以後、事例報告、コンサルテーション、連携システムの研究がなされていた。

連携の実態調査では、連携時の問題として、学校側も地域側も相互の関係が希薄で連携が取れていないこと¹²⁾、双方の時間的制限があること¹³⁾を挙げている。

疾患・症状に関する事例報告は、研究者の所属は全て医療機関で、研究対象は精神的疾患・症状を持つ児童生徒であった。連携のコーディネーターは養護教諭3件、残りは医師、カウンセラーであった。連携の成果は、学校側は疾患の専門的知識を得る、児童生徒を援助するための具体的な方策を理解し教師も対応できる¹⁴⁾ことが挙げられた。今後の課題は多機関が連携したサポートシステムを構築すること^{15,16)}、精神科医の学校配置¹⁷⁾であった。

コンサルテーションは、全て児童精神科医がコンサルタントで対象は養護教諭、教諭、管理職であった。連携の結果、教師全員が症例の問題点を共有でき、同一の姿

勢で対応できる¹⁸⁾ことが利点として挙げられた。

3) いじめ・不登校・保健室登校などに関する連携

(1) 文献の推移と研究者の所属

年代別の推移では1985、1991、1994、1997、1999年に各1件で2001年に3件の合計8件である。研究者の所属は保健所、市町村が各2件、中学校・高校、医療機関が各1件であった。多機関の共同研究は2件であった。

(2) 研究内容

連携の内容は不登校に関するもの5件、思春期精神保健、保健室登校、いじめが各1件であった。

不登校に関する文献は1985～2001年まで年代が幅広く分布していた。1985年には、教師から児童生徒へ精神科を受診勧奨する際の留意点に関する報告の中で、学校から精神科医への依頼による連携体制づくり¹⁹⁾が述べられていた。1999年以降は、チーム会議を発足させた報告²⁰⁾や子育て支援連絡会を発足させた事例²¹⁾の報告がされていた。連携の成果として、専門機関との連携で必要な援助が提供できたこと²²⁾、教師がひとりで抱え込まず対応できた²³⁾ことが挙げられた。

4) 健康教育に関する連携

(1) 文献の推移と研究者の所属

年代別推移は、1985、1986、1990、1993、1995年が各1件で、1996年2件、1997年3件、1999年1件、2000年2件、2001年7件、2002年に3件で合計23件である。研究者の所属は保健所が9件と最も多く、市町村、医療機関、小学校、中学校、高校、大学が各1件、その他(元校長など)3件であった。多機関の共同研究が5件あった。

(2) 研究内容

連携内容は性・エイズ教育がのべ10件、生活習慣病が4件、喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育がのべ4件、歯科指導が2件、その他が3件であった。性・エイズ教育は1990～2002年まで毎年のように報告されていた。生活習慣病は1993～2002年まで研究されていた。喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育に関しては1997年以降増加していた。歯科指導は1985、1986年の2件以降はみられない。

性・エイズ教育については特集が1990～2002年の間に7件あった。保健師と養護教諭の連携が4件、医師と養護教諭の連携が3件、養護教諭と保健師、助産師という

連携も見られた。養護教諭と保健所との連携により性・エイズ教育を健康教育の位置づけでカリキュラム化へと働きかけた研究²⁴⁾があった。また、保健所が大学生にピアエデュケーターの役割を依頼し、ピアカウンセリングの導入を図った研究²⁵⁾もあった。課題として連携システムの構築^{26, 27)}、情報交換^{28, 29)}が挙げられている。

生活習慣病は全て保健所が児童生徒に健康教育を実施する内容であった。保健所から学校への情報提供^{30, 31)}が連携時の課題として挙げられた。

喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育では、学校の問題を地域全体で考える必要性を共通認識できた³²⁾、ネットワークが広がった³³⁾などの成果が報告されている。課題としてはネットワークづくり³⁴⁻³⁶⁾や学校と地域の相互の情報提供・収集^{37, 38)}が挙げられていた。

一般的に、地域側は情報提供を、学校側は情報収集を課題としていた。

5) 身体的疾患・症状に関する連携

(1) 文献の推移と研究者の所属

文献の年代別推移は、1988, 1989, 1992年が各1件, 1994~1996年が各2件, 1997年3件, 1998年2件, 1999年4件, 2000年5件, 2001年の3件で合計26件である。研究者の所属は、保健所および多機関の共同研究が各7件と一番多く、次いで医療機関の6件であった。

(2) 研究内容

連携の内容は、肥満に関する文献がのべ9件、糖尿病、生活習慣病に関するものが各3件、てんかん、気管支喘息が各2件、筋ジストロフィー、健康問題、アレルギー疾患、歯科・口腔領域、結核、在宅人工換気療法、側彎症学校検診後の対応が各1件であった。

肥満に関する研究における連携のコーディネーターは9件全て保健師で、その内の7件は徳島県小松島保健所の研究であり、1994~1997年の間、年を追って報告されていた。具体的には、1994年の研究³⁹⁾では事例や事業を共有し、双方の立場や役割を理解するための実務者レベルの連携が実動し始め、その後1995年には、肥満度30%以上の児童を対象に学童肥満教室を実施し小児成人病対策システムを組織した報告⁴⁰⁾がなされていた。1996年の研究⁴¹⁾では、学童肥満教室の継続的な実施と学校での養護教諭による小児成人病予防教育の実践化が充実し定着したことが報告されていた。

糖尿病に関する研究は、1989年の報告⁴²⁾では、連携の

コーディネーターが看護師で、医療者側から養護教諭への情報提供が少なく、学校側への働きかけの必要性が述べられていた。2001年になると、コーディネーターは養護教諭で、連携の成果として医療機関との連携が学校職員相互の安心感と一体感に繋がったこと⁴³⁾が報告されていた。

生活習慣病では、連携のコーディネーターは3件全て保健師であった。学童版健康手帳を配布、教室を開催し、行政領域を越えて相互協力がなされるようになった報告⁴⁴⁾、県主催の保健対策事業で保護者・学校との連携がとりやすくなった報告⁴⁵⁾や学校側と地域側が連携し、健診後に親と子の元気のでる教室を開催した報告⁴⁶⁾もあった。

6) ネットワークづくり

(1) 文献の推移と研究者の所属

文献の年代別推移は、1986年以前は報告がなく、1987~1988年が3件, 1989~1992年までは報告なし, 1993~2001年においては毎年1~3件が継続して報告されており、合計17件であった。17件中5件は同一保健所（徳島県小松島保健所の津田ら）の報告で、1994~2001年までのネットワークづくりのプロセスを報告していた。研究者の所属は17件中9件が保健所であった。次いで多機関の共同研究が4件であった。

(2) 研究内容

連携の内容は、地域保健が活動主体となって展開した「ネットワーク化」が13件、学校保健が主体の「学校保健委員会」が4件に分類できた。

ネットワーク化では、研究者の所属は保健所が8件、多機関共同研究が4件、研究機関が1件であった。1987年には、養護教諭、民生委員、地区医師を対象とした、思春期の精神衛生に関する実態調査をもとに、精神衛生センターを中核的存在とする思春期保健システムの一試案が提示されていた。その後1993年までは報告がないが1995年に市町村の健康づくり事業で健康づくり推進委員会を開催し、地域住民（Parent-Teacher Association《PTA》、老人クラブ、婦人会、民生委員など）、小学校、地区公民館、行政（保健、福祉）が連携して地域課題を決定し、健康づくりのために一体となった取り組み⁴⁷⁾が報告されていた。その際の連携を円滑にした条件として①早期の頻回の打ち合せと働きかけ、②校長および担当者（養護教諭・教務主任）の考え方、③PTAの

参画, ④予算的確保, ⑤広報による発信が挙げられていた。1994~1997年には, 津田ら⁴⁸⁻⁵²⁾によって学校保健とのネットワークづくりの経緯がほぼ毎年, 合計5件報告されていた。まず, 「準備期」として学校保健関係者に保健所の業務・役割を知らせる機会を設けていた。次に学童期思春期地域保健研究会という「実務者間のネットワーク」を組織して顕在する子どもの健康課題を情報交換し事業化した。それを経て「組織間のネットワーク」を立ち上げ, 自治体の首長を委員とする子どもの健康づくり推進協議会を発足し, それが核となって「ネットワーク充実期」へと発展していた。ネットワークづくりの各時期に事業化された内容を整理すると, 「実務者間ネットワークづくり期」は学童肥満教室, ジュニアフィットネス教室, 思春期保健教室であった。「組織間ネットワークづくり期」には先の内容に加えて, ジュニア何でも相談, 学校保健従事職員研修会も行われ, 「ネットワーク充実期」には, 協議会の下部組織に専門部会が設置され, 健康づくり啓発事業(生活習慣病予防・学童版健康手帳作成など)としての予防的的事业が加わるに至っていた。更に, 事業化の際には専門性の高い中核病院小児科医や精神科医をはじめ大学等の研究者を巻き込んだ実効的な事業展開がなされていた。

ネットワーク化を可能にする条件として, ①情報分析による問題の明確化, ②問題の共有化と共通の目的の明確化, ③問題解決の具体的方法の研究開発, ④企画と実践力, ⑤コーディネート機能が挙げられた。今後の課題として, 「地域へのシステムの定着」が挙げられていた。橋本ら⁵³⁾は地域保健と学校保健の連携の改善すべき現状として, ①縦割行政による弊害の打開, ②学校の閉鎖性の転換, ③学校の理解と協力, ④連携システムの構築, ⑤養護教諭の積極性, ⑥保健所の活用を挙げていた。

一方, 学校保健委員会は, 研究者が学校関係者(養護教諭, 校長)であった。1988年に星⁵⁴⁾は家庭との連携を緊密に図るための学校保健委員会運営上の留意点を挙げていた。但し, PTA 会員や学校三師(学校医師, 学校歯科医師, 学校薬剤師)との連携は挙げていたものの地域保健行政組織や医療機関, 福祉施設などを巻き込んだ学校保健委員会の開催はなされていなかった。2001年には, 養護教諭が連携のコーディネーターになり, 家庭・地域社会との交流により児童生徒の学習活動場面の拡大や地域から授業への人材派遣を可能にした報告⁵⁵⁾がされていた。これは市町村や保健所からの健康推進事業や思春期保健ネットワーク事業の情報提供を契機に連携が

もたらされ, それが地域に開かれた学校保健委員会開催に繋がったものであった。

考 察

1) 連携の実践内容報告の年次推移とカテゴリー化

文献の年次推移について, 1984年の0件は当該年度の論文全てが実践報告ではなく「A:連携の必要性を述べる論文」に該当したためである。1996年以前は年間5件以下で少ないが, 徐々に増加し, 1999年以降は10件以上であったことから, 近年は実践研究が蓄積されてきたと判断できる。2002年が4件と少ないのは9月末までにデータベースに登録された論文のみを分析対象としていることが要因と考えられる。

「連携の枠組み」を参考に作成したカテゴリーの内訳は「身体的疾患・症状に関する連携」26件(28.6%)が最も多く「健康教育に関する連携」23件(25.3%), 「ネットワークづくり」17件(18.7%)であった。これは, 従来, 顕在化した健康課題に対する二次予防的な連携が多くされてきたことに加え, 近年の連携の必要性提唱や国の健康政策(健康日本21, 健やか親子21など)に伴う一次予防的な連携が増加傾向にあり, その両者を示していると思われる。

カテゴリー別の研究対象については「精神的疾患・症状に関する連携」「いじめ・不登校・保健室登校などに関する連携」「身体的疾患・症状に関する連携」では, 特定の症状および疾患の児童生徒が最も多かった。健康課題が顕在化している二次予防的内容に関しては, 個別の対応がなされてきたといえる。

2) 精神的疾患・症状に関する連携

1993年までは連携の実態調査がなされ, 1997年以降は連携の実践報告が, 更に2000年には連携システムが稼働し実践化されていることから, 年を追ってより具体的で個別のかつシステム化された連携がなされつつあると推測される。疾患・症状に関する事例報告の研究者の所属は, 全て医療機関であったことから, 医療機関側から積極的に働きかけ連携を行った傾向にある。

コンサルテーションは, 児童精神科医がコンサルタンとして, 養護教諭, 教諭, 管理職に教育する形式の連携であった。これは, 教師が児童生徒の精神的疾患および症状に如何に対応すればよいのかその方法についての学習を目的とした連携であった。以上のことを考慮する

と、精神的疾患・症状に対しては専門的な知識・技術の習得を要するため、学校関係者はその対応に困惑していることが推測される。そのため、地域の専門家が調整役を担い、養護教諭が仲介者となって学校関係者に情報提供し、対応方法を示唆する形の連携が多いと考えられた。

3) いじめ・不登校・保健室登校などに関する連携

不登校については1985年に1件、1990～2001年までに4件研究されていた。そのうち、1985年の報告では、学校から精神科医への依頼による連携体制が伺えたが、1999年以降は多職種によるチーム会議や連絡会の発足が見られるようになった。このことから、不登校に対する連携は従来、学校から医療機関への依頼を契機に連携がなされてきたが、近年ではネットワークによる対応へ変化している様子が推測できる。

不登校は増加の一途を辿っている⁵⁶⁾ものの、研究者の所属は地域側が多く学校は少なかった。これは学校の閉鎖性⁵⁷⁾や倫理的配慮を要するテーマで論文化しにくいことが原因と考えられる。従って学校関係者の報告を収集し再度考察する必要がある。

4) 健康教育に関する連携

性・エイズ教育は10件中7件が2001年の研究であり、1999～2002年の間で6件⁵⁸⁻⁶³⁾の特集があることから、2000年の「健やか親子21」や1999年の「新学習指導要領」の影響を強く受けているものと推測される。連携の結果では、保健師と養護教諭の連携によって、健康教育のカリキュラム化を目指したものやピアカウンセリングを導入したものがあり、健康教育のカリキュラムや方法論に示唆を与える連携がなされていると言えよう。それでもなお、課題としてはシステム化・ネットワーク化が謳われており、具体的なシステム構築には至っていない。

生活習慣病に関する連携については1998年以降の報告でコーディネーターは全て保健師であった。これは1998年の公衆衛生審議会答申⁶⁴⁾によって生活習慣病という概念が導入されたことに影響を受けていると考えられる。生活習慣病は、それまで二次予防に重点を置いていた従来の成人病対策に加え、生活習慣の改善を目指す一次予防対策を推進するために新たに導入された概念であった。生活習慣は子どもの頃から身に付くため、子どもにも生活習慣病の予防のための健康教育が必要であり、地域保健事業の一環として学校へアプローチする必要性が提唱

されたことで連携のテーマとなったことが推測される。

喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育では4件中3件は2000年以降の文献であり、「健康日本21」で未成年者の喫煙者の割合など目標値が設定された経緯で、健康教育が積極的に行われるようになったと考えられる。

健康教育での連携時の共通の課題は連携のシステム化、情報交換が挙げられていた。また、地域は情報を提供し、学校は情報を得るという関係性が根付いていることが考えられ、今後は双方が情報提供・収集を行う連携の在り方が望まれる。

5) 身体的疾患・症状に関する連携

1994～2001年まで毎年2件以上研究が行われていることにより、1990年代半ば以降は比較的取り組まれてきた領域といえる。とりわけ、肥満については、9件中7件は徳島県小松島保健所の報告で、学童肥満についての連携に関する研究では、先駆的な研究者の存在が明らかとなった。実務者間レベルの連携から組織間レベルの連携へと発展させ、システム化した取り組みについての活動が報告されていた。

肥満と生活習慣病に関する連携のコーディネーターは全て保健師であることから、地域保健活動の事業として掲げられ、地域側が主体的に取り組んできたといえる。

糖尿病に関しての連携では、以前は連携の主体が医療機関側であったが、近年、開かれた学校⁶⁵⁾の提唱や慢性疾患を持つ子どものケアに対する連携の必要性⁶⁶⁾が議論されるようになり、2001年の研究で養護教諭がコーディネーターとなったように、近年学校が主体的に取り組むようになりつつある様子が伺える。

筋ジストロフィーやアレルギー疾患、気管支喘息などは、連携のシステム化に加えてそれぞれの個別性を重視した連携の在り方の必要性が示されていた。今後は訪問看護スキームの導入も考えられ、医療的ケア時の連携に関しては更なる研究が必要である。

6) ネットワークづくり

ネットワークづくりに関する研究は、文献の年次推移を見ると1993年以降は特に偏った年代はなく、比較的継続して行われている。しかし、論文数は毎年1～3件と少ない。17件中5件は同一保健所（徳島県小松島保健所の津田ら）の報告だが、一方、学校保健委員会に関しては、1988年1件、2001年2件と合計3件である。以上のことから、地域保健側から学校保健に対して積極的な働

きかけが行われてきた傾向が伺える。また、学校保健委員会は近年、地域保健とのネットワークづくりを目指してその活動内容が拡大されつつあると推測できる。

米田ら⁶⁷⁾は1987年、既に精神衛生センターを中核的存在とする思春期保健システムの一試案を提示しており、連携システムの構築という今日の課題が15年前に提示されたことは、「連携」が古くて新しい課題であることを示しているといえよう。また、ネットワーク化の13件中5件は、津田らの徳島県小松島保健所の報告で「身体的疾患・症状」カテゴリーと同様に、ネットワークづくりに関しても地域保健側の実践レベルでのオピニオンリーダーといえる。津田らの学校保健とのネットワークづくりに関する報告は、準備期からネットワーク充実期に至るまでの詳細なプロセスが整理されており、今後、学校保健との連携システムづくりを試みる地域保健組織にとってきわめて示唆に富む報告である。興味深いことは、実務者間のネットワークづくりの段階では、肥満や不登校など顕在化している児童・生徒の健康課題への、いわゆる2次予防的内容で連携がなされているが、組織間のネットワークが構築され、充実するに伴い、「ジュニア何でも相談」や「健康づくり啓発事業」などの1次予防的内容での連携や学校保健従事職員研修会が事業化に至っていることである。これは、組織間連携とそのシステム化が、対処療法的な後追いの課題解決に留まらず、健康課題の出現を未然に予防する連携や関係職種との連携に関わる資質の向上を可能にすることを示唆している。更に、システムの存在が予算確保や専門家の協力を得やすい環境をつくり、連携システムの構築が如何に重要な課題であるかが理解できる。

形骸化してきた⁶⁸⁾といわれる学校保健委員会は、1988年では、運営上の留意点に保健所や市町村、医療機関、福祉施設への働きかけについて一切触れておらず、その運営は学校、家庭、学校三師が中心で展開されてきた⁶⁹⁾と推測される。しかし、近年の文献^{70,71)}では、学校、保健所、市町村、家庭などに開かれて、地域学校保健委員会として機能するようになったことが明らかになった。但し、依然として学校保健と地域保健が連携する契機は市町村や保健所からの健康推進事業や思春期保健ネットワーク事業の情報提供に端を発していた。地域保健との連携に学校保健委員会の活用がいわれて久しいが、学校保健側が地域保健に対して積極的に働きかけて地域学校保健委員会を開催した報告は未だ少ないことが推測された。今後、学校保健領域でも津田ら（徳島県小松島保健

所）のようなオピニオンリーダーの存在が増え、報告が蓄積されることを期待する。

ネットワークづくりの際の地域保健と学校保健の連携を円滑に進めるための条件⁷²⁻⁷⁴⁾を総括すると、連携の基盤事項は、人的資源の側面から①学校保健および地域保健関係者および関係職種の連携に関する認識、②職種相互の専門性の共通認識、③関係職種の縦割り意識の柔軟化が挙げられた。環境面からは①学校教育のゆとり回復、②保健所・市町村のモデル事業の整備充実が挙げられた。

そして、連携のための活動展開の側面からは①企画力と実践力（早期の頻回打ち合せと働きかけ、情報分析による問題の明確化、問題の共有化と共通の目的の明確化、問題解決の具体的方法の研究開発とその実施）、②予算的確保、③広報活動が条件として考えられた。更に、地域保健が主体の際には保健所・市町村の保健師、学校保健が主体の学校保健委員会の際には養護教諭が担う場合が多いが、連携のコーディネート機能の充実が鍵といえる。

結 論

従来、地域保健と学校保健の連携は、地域保健の管轄である厚生労働省と学校保健の管轄である文部科学省の組織の違い⁷⁵⁾や、国から地域への一方的な事業化の指示、学校の閉鎖性などの影響を受けて、効果的かつ円滑に行うことの難しさが述べられてきた。増加の一途を辿る子どもたちの健康課題を解決するには、今後、地域保健と学校保健双方からのより親密なアプローチが必要である。

連携システムの構築という課題を達成するためには、地域と学校が双方の役割を十分に理解し、様々な視点から連携の在り方を捉え、実践していくことが重要である。更に、今回の研究では児童生徒のための地域保健と学校保健の連携に関する論文がすべてであった。生涯学習が重視されている現代、保健所、市町村、医療機関などの地域側が学校保健以外の地域保健活動（成人・精神・老人保健など）を展開する際に、学校保健と連携あるいは活用する機会が増加していくことも期待したい。

本研究は、特定のデータベースから抽出された文献を対象としており、それに登録されていない論文は必然的に分析の対象から除外される。また各カテゴリーの論文数が8~26件で、18年間にわたる連携の変遷を述べるには少ない。今後は連携のテーマを限定し、より多くの

文献を収集し具体的な考察を行う必要がある。

本研究で得られた知見は以下の1)~7)である。

- 1) 対象論文175件の内訳は、連携の必要性を述べる論文43件(24.6%)、連携の準備段階の論文41件(23.4%)、テーマ設定があり連携の実践内容報告の論文91件(52.0%)であった。
- 2) 91件の論文は「精神的疾患・症状に関する連携」「いじめ・不登校・保健室登校などに関する連携」「健康教育に関する連携」「身体的疾患・症状に関する連携」「ネットワークづくり」「複合領域にわたる連携」の6つのカテゴリーに分類された。
- 3) 精神的疾患・症状に関する連携は医療機関から学校側への働きかけが多く地域の専門家が調整役を担う形で連携していると推測された。その際、学校は対象児童生徒の情報収集のみならず、疾患の知識および対応方法に関して学習していた。
- 4) 不登校に関する連携は従来、学校から医療機関への依頼を契機に連携がなされてきたが、近年、ネットワークによる対応が見られるようになった。
- 5) 健康教育に関する連携は、1999年以降連携の必要性が高まっている。学校が保健所・市町村から情報を得る関係から、相互に情報収集・提供する関係への転換と連携システムの構築が今後の課題である。
- 6) 身体的疾患・症状に関する連携では、学童肥満に関する連携でオピニオンリーダーの存在が明らかとなった。連携のシステム化に加えて疾患や症状別、更には個性性を重視した連携の必要性が示唆された。
- 7) ネットワークづくりは、主に地域主導の「ネットワーク化」と学校主導の「学校保健委員会」に二分類され、その際の条件・留意点が提示された。地域保健側のネットワーク構築までの経緯報告から、組織間連携とそのシステム化は顕在化する健康課題の解決に留まらず、健康課題の予防や関係職種との連携に関する資質の向上を可能にすることが示唆された。

文 献

- 1) 桑原優子, 津田芳美, 東郷絹江 他: 学校保健と連携した地域保健活動 ネットワークづくり 実務者間の研究会から首長を含めた組織間の協議会の発足まで, 公衆衛生, 61(5), 359, 1997
- 2) 中村泰三: 学校保健と地域保健の連携, 小児科診療, 61(7), 1232, 1998
- 3) 原朋邦: 学校保健と地域保健の連携, 小児科臨床, 53増刊, 1145, 2000
- 4) 高石昌弘: 学校保健と地域保健の連携の現状と今後の課題, 保健の科学, 43(5), 348, 2001
- 5) 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部を改正する告示について: 厚生省(現: 厚生労働省): 将来を方向づける重要報告集2001年版-看護を考えるための公文書-, (井部, 嶋森, 末安編), 194, (株)日本看護協会出版会, 2001
- 6) 健やか親子21検討会報告書-母子保健の2010年までの国民運動計画-: 厚生省(現: 厚生労働省): 将来を方向づける重要報告集2001年版-看護を考えるための公文書-, (井部, 嶋森, 末安編), 87, (株)日本看護協会出版会, 2001
- 7) 今後における教育の在り方: 今後における教育の基本的な方向: 中央教育審議会第一次答申「21世紀を展望したわが国の教育のあり方について」, 文部省(現: 文部科学省), 1996
- 8) 養護学校における医療的ケアの現状と課題: 文部科学省・厚生労働省連携協議会-教育・児童福祉・社会保障施策分科会報告書-, 文部科学省, 2002
- 9) 山本幹夫: 2 地域保健とは何か, 健康管理シリーズ 1 地域保健のすすめ方, 6, 医歯薬出版株式会社, 1996 (著者一部加筆修正)
- 10) 高石昌弘: 15 学校保健, 社会医学辞典, (高野, 伊藤, 河本, 川本, 城戸, 中谷, 中山, 本橋編), 30-31, 朝倉書店, 2002 (著者一部加筆修正)
- 11) 岩波国語辞典, 1316, (株)岩波書店, 2002 (著者一部加筆修正)
- 12) 近藤卓: 学校精神衛生と地域精神衛生連携, 学校保健研究, 29(1), 15-19, 1987
- 13) 鈴木美智子: 思春期精神保健におけるシステム間の連携の可能性(第2報)-保健室と思春期外来のコミュニケーション-, 学校保健研究, 29(6), 260-265, 1987
- 14) 幸田有史: 児童期・青年期の激しい解離性障害に対する支援のストラテジー-児童精神科外来と学校精神保健が連携し援助した事例を通しての考察-, 児童青年精神医学とその近接領域, 41(5), 514-527, 2000
- 15) 田中哲: 高校生に特徴的な自立困難症例の援助をめぐって-高等学校養護教諭との連携から-, 児童青年精神医学とその近接領域, 41(3), 290-294, 2000

- 16) 前掲書14), 525-526
- 17) 丹羽加賀美: 学校精神保健と社会(地域)精神医療と連携を模索して—スクールカウンセラーの経験から—, 日本社会精神医学会雑誌, 8(1), 72-73, 1999
- 18) 吉川領一: 精神保健福祉センターにおける教師へのコンサルテーション, 精神医学, 39(5), 493-497, 1997
- 19) 梅垣弘: 受診勧奨とその問題点—教師による専門機関の活用と連携—(その1), 健康教室, 36(11), 52-55, 1985
- 20) 中坊伸子: 養護教諭の立場から, 児童青年精神医学とその近接領域, 42(2), 134-135, 2001
- 21) 山名れい子: 思春期こころのネットワークづくり—学校保健と地域保健の連携の中で—, 保健の科学, 43(5), 367-370, 2001
- 22) 佐々好子: 学校不適応への心理的援助の1例—養護教諭との連携が果たした治療的意味について—, 思春期学, 17(1), 91, 1999
- 23) 前掲書20), 135
- 24) 山森昭子, 水野信義, 若山隆: 保健所と連携した健康教育—性, エイズ教育の取り組みについて—, 全国大学保健管理研究集会31回報告書: 419-420, 1993
- 25) 荒木田美香子, 川口知香, 栗田美千里: 地域保健が取り持つ大学と高校の連携—ピアエデュケーションによる性教育—, 保健の科学, 43(5), 362-366, 2001
- 26) 内田貞子, 高村寿子: 性教育での家庭・地域・学校の連携の1例—思春期のヘルスプロモーションの視点から—, 思春期学, 19(1), 52-57, 2001
- 27) 白井正夫: 思春期の揺れ動く「性」に地域保健の葛藤—厚岸町保健指導係の高校授業参加活動—, 保健婦雑誌, 53(9), 704-708, 1997
- 28) 金子道子: 学校保健と手を結ぶコツ, 保健婦雑誌, 57(12), 940-943, 2001
- 29) 村井やす子, 井上悦弘, 岩村奈実ほか: エイズ教育と学校保健との連携について, 東京都衛生局学会誌, 102号, 418-419, 1999
- 30) 岸田伸介, 星川洋一, 吉原健司 他: 学校保健との連携から展開する地域の健康増進活動について, 四国公衆衛生学会雑誌, 46(1), 69-70, 2001
- 31) 田村須美子, 矢口理恵, 若林良孝ほか: 地域における公衆栄養活動の展開(第1報)—地域保健と学校保健の連携について—, 日本公衆衛生雑誌, 44(10) 特別附録号, 1316, 1997
- 32) 前掲書30), 70
- 33) 武智真理, 早田紀子, 野呂幸子 他: たばこ健康教育の取り組み—学校との連携活動を通じて—, 東京都衛生局学会誌, 105号, 268-269, 2001
- 34) 大家さとみ: ネットワークを生かした学校保健活動について—薬物乱用防止教育の実践の中から—, 学校保健の広場, 21, 56-60, 2001
- 35) 安藤龍生: 学校長から見た保健活動—生涯にわたる健康教育を—, 保健婦雑誌, 56(9), 760-763, 2000
- 36) 前掲書34), 60
- 37) 阿部浩子, 渡部順子, 田澤緑ほか: 学校保健との連携による子どもの喫煙・飲酒・薬物乱用防止事業を実施して, 山形県公衆衛生学会第28回講演11集: 67-68, 2002
- 38) 前掲書35), 763
- 39) 桑原優子, 唐谷和子, 山本宏美ほか: 学校保健と連携した地域保健活動について(現状報告), 四国公衆衛生学会雑誌, 39(1), 145-148, 1994
- 40) 津田芳見, 中津忠則, 尾方美智子ほか: 学校保健へのアプローチ—保健所の立場から—小児期からの成人病予防をめざして—, 小児保健研究, 54(6), 712-717, 1995
- 41) 犬伏明美, 津田芳見, 東郷絹江ほか: 学校保健と連携した地域保健活動(第3報)—学童肥満教室を実施して—, 日本公衆衛生雑誌, 43(10) 特別附録III号, 418, 1996
- 42) 佐藤克子, 諸橋幸子: 小児糖尿病児の学校生活への援助—医療者側と学校側との連携について—, 小児保健研究, 48(2), 269-270, 1989
- 43) 三輪邦江: 中途視覚障害の成人生徒の生活と心に関わる体制づくり—再出発への支援—, 日本農村医学会雑誌, 48(5), 52-55, 2001
- 44) 津田芳見, 東郷絹江, 桑原優子 他: 学校保健と連携した地域保健活動・3-ライフステージを通じた健康づくりの推進に果たす保健所の役割—, 公衆衛生, 61(7), 489-493, 1997
- 45) 山口由美子: 学校保健との連携による生活習慣病対策—児童期からの脳卒中予防対策—, 地域保健, 30(10), 79-86, 1999
- 46) 吉川千代子, 中沢あけみ, 井出久治 他: 生活習慣病を重視した学童健診への取り組み(第2報)—学校・行政と連携して取り組んだ事後指導—, 日本農村医学会雑誌, 48(5), 731-732, 2000

- 47) 叶野真弓, 富樫佳枝: 健康課題を地域と学校が共有した取り組みについて, 日本公衆衛生雑誌, 42(10) 特別付録, 505, 1995
- 48) 桑原優子, 津田芳見, 東郷絹江 他: 学校保健と連携した地域保健活動(1報) - 学童期思春期地域保健研究会を組織して -, 日本公衆衛生雑誌, 41(10) 附録号, 414, 1994
- 49) 桑原優子, 津田芳見, 東郷絹江 他: 学校保健と連携した地域保健活動(第2報) - その1 ネットワークづくり -, 日本公衆衛生雑誌, 42(10) 特別附録号, 506, 1995
- 50) 桑原優子, 津田芳見, 東郷絹江 他: 学校保健と連携した地域保健活動(第3報) - 保健所の企画調整機能強化の取り組み -, 日本公衆衛生雑誌, 43(10) 特別附録II号, 293, 1996
- 51) 前掲書1), 359-362
- 52) 津田芳見, 中津忠則, 二宮恒夫 他: 子どもの健康づくりにおける地域保健と学校保健の連携 - 保健所の広域的な企画調整的役割 -, 小児保健研究, 57(2), 212, 1998
- 53) 橋本勢津, 菊地フミ, 佐々木ナホ子 他: 地域保健と学校保健との連携, 岩手公衆衛生学会誌, 8(1), 102-110, 1997
- 54) 星昇: 家庭・地域との連携を緊密に図るための学校保健委員会の運営はどうあればよいか, 日本学校歯科医会誌, 60号, 16-18, 1988
- 55) 西尾ひとみ: 組織的な学校保健活動の推進と養護教諭, 学校保健のひろば, 21, 48-51, 2001
- 56) 教育家庭新聞社: 増加する不登校児童・生徒, 教育家庭新聞社, 1994, 10. 26
- 57) 学校・家庭・地域社会の連携: 中央教育審議会第一次答申 - 21世紀を展望した我が国の教育の在り方について -, 文部省(現: 文部科学省), 1996
- 58) 村井やす子, 井上悦弘, 岩村奈実 他: エイズ教育と学校保健との連携について, 東京都衛生局学会誌, 102号, 418-419, 1999
- 59) 反田邦子: エイズ教育における連携 - 学校保健と地域保健それぞれの役割を中心に -, へるす出版生活教育, 44(5), 16-20, 2000
- 60) 前掲書26), 52-57
- 61) 前掲書25), 362-366
- 62) 前掲書28), 940-943
- 63) 岩室紳也: 地域の思春期保健活動 - 学校と連携した性教育の実践 -, 周産期医学, 32(4), 484-487, 2002
- 64) 生活習慣病対策の現状: 国民衛生の動向・厚生指標, 臨時増刊49(9), 88-89, (財)厚生統計協会, 2002
- 65) 前掲書7)
- 66) 荒木田美香子: 学校保健におけるヘルスプロモーション活動 - 地域保健との連携を考える -, 生活教育, 44(5), 11, 2000
- 67) 米田昌代, 林謙治, 吉村伸子 他: 地域思春期保健システムの可能性について, 思春期学, 5(2), 162-172, 1987
- 68) 片江美智子: 学校保健における保健婦職の機能に関する調査研究, 保健の科学, 43(5), 379, 2001
- 69) 星昇: 家庭・地域との連携を緊密に図るための学校保健委員会の運営はどうあればよいか, 日本学校歯科医会誌, 60号, 16-18, 1988
- 70) 難波知子: つながりあって動いた月学校保健委員会, 学校保健のひろば, 21, 44-47, 2001
- 71) 前掲書55), 48-51
- 72) 前掲書47), 505
- 73) 前掲書1), 362
- 74) 林敬: 保健所がめざす管内市町村と養護教諭の連携, 保健婦雑誌, 55(6), 496, 1999
- 75) 高石昌弘: 母子保健と学校保健の一貫性, 周産期医学, 25(1), 69, 1995

The review of cooperative studies in community health and school health

Hiroko Yamaji¹⁾, Kenji Hamabata²⁾, Mami Ikeshita²⁾ and Junko Handa²⁾

¹⁾*Graduate School of Health Science, Health Science Major, Hiroshima University, Hiroshima, Japan*

²⁾*Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan*

Abstract The purpose of this paper is clarifying the feature and tendency of cooperation in Community health and School health, and acquiring suggestion about the method of cooperation. The available literature on cooperation in Community health and School health was here reviewed, using the Japanese central medical database and magazine reports index for 1984 to 2002. The strategy used for the search was “Community health” “School health” “cooperation”. The result were shown,

1) The item of 175 classified three groups, describe the necessity for cooperation : 43papers (24.4%), preparation stage of cooperation : 41papers (23.4%), contents report of practice of cooperation : 91 papers (52.0%).

2) The paper of 91 was classified into six categories and were reviewed. Six categories are “cooperation about a mental disease and symptom : 13papers (14.3%)”, “cooperation about bullying, refusal to go to school, going to school-nurse’s office, etc : 8papers (8.8%)”, “cooperation about health education : 23papers (25.3%)”, “cooperation about a physical disease and symptom : 26papers (28.6%)”, “the organization of a network : 17papers (18.7%)” and “cooperation covering many domains : 4papers (4.4%)”.

3) By cooperation between organizations and its systematization, It does not only can solve actualized problems but also prevention healthy subject and improvement the quality of related profession. So, creation of cooperation system is greatly important theme.

Key words : community health, school health, cooperation

論文査読委員への謝辞

創刊号の論文査読は、編集委員のほかに、下記の方々をお願い致しました。ご多忙中にもかかわらずご協力を賜りましたことに、お名前を記してお礼申し上げます。

(編集委員会)

井上 智子, 池田 敏子, 石田 弓, 岡崎 美智子, 高田 昌代, 津田 芳見, 中村 慶子,
松田 好美, 丸山 知子, 矢倉 紀子, ライダー島崎玲子

(五十音順)

The Journal of Nursing Investigation (Vol 2) の原稿募集のご案内

看護学に関する原稿を募集します。奮ってご投稿下さい。

Vol 2 掲載用原稿の締め切りは、平成15年 9 月30日です。

掲載料は無料ですが、カラー印刷など特殊な印刷や、別刷りは投稿者実費です。

問い合わせ先：〒770-8503 徳島市蔵本町3-18-15 徳島大学医学部

The Journal of Nursing Investigation (JNI) 編集部 Tel : 088-633-7104 ; Fax : 088-633-7115

e-mail : shikoku@basic.med.tokushima-u.ac.jp

The Journal of Nursing Investigation

編集委員長： 二 宮 恒 夫（徳島大学医学部保健学科）

編集委員： 瀧 川 薫（滋賀医科大学医学部看護学科）
丸 山 知 子（札幌医科大学保健医療学部看護学科）
ライダー島崎玲子（青森県立保健大学健康科学部看護学科）
大 岡 裕 子（徳島大学医学部附属病院看護部）
近 藤 裕 子， 關 戸 啓 子， 葉 久 真 理，
谷 岡 哲 也， 南 川 貴 子， 神 農 今日子
（以上，徳島大学医学部保健学科）

発行元： 徳島大学医学部

〒770 - 8503 徳島市蔵本町 3 丁目18 - 15

電 話：088 - 633 - 7104

F A X：088 - 633 - 7115

The Journal of Nursing Investigation 第1巻 第1号

平成15年3月25日 印刷

平成15年3月31日 発行

発行者：曾根三郎

編集者：二宮恒夫

発行所：徳島大学医学部

〒770-8503 徳島市蔵本町3丁目18-15

電話：088-633-7104

FAX：088-633-7115

振込銀行：四国銀行徳島西支店

口座番号：普通預金 0378438 JNI編集部

印刷人：乾孝康

印刷所：教育出版センター

〒771-0138 徳島市川内町平石徳島流通団地27番地

電話：088-665-6060

FAX：088-665-6080