

ヒューマン・ケア研究

Journal of Human Care Studies Vol.11 No.2

December 2010

第11巻第2号

原 著

- 精神科看護師のバーンアウトの要因と 高橋幸子・齋藤深雪・山崎登志子 59
情緒的支援の有効性に関する研究

- 在宅要介護高齢者とホーム・ヘルパー間の依存と自立の構造 竹澤みどり 70
—修正版グランデッド・セオリー・アプローチを用いた分析から—

- 神経難病者の病の受け入れの促進要因に関する研究 朝田 圭・茂木俊彦 86
—脊髄小脳変性症を中心として—

報告・資料

- 救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーション問題 清水裕子・臼井千津 98

海外文献紹介

- 医療現場でのコミュニケーションの現状と問題点 岩崎祥一・野呂幾久子 106

- 会 報 110

- 編集後記 133

原 著

精神科看護師のバーンアウトの要因と 情緒的支援の有効性に関する研究

高橋 幸子* • 斎藤 深雪** • 山崎 登志子*

Factors involved in psychiatric nurses' burnout and the efficacy of an emotional support network

Sachiko Takahashi*, Miyuki Saitou**, Toshiko Yamazaki*

Abstract

Aim: This study examined the role of emotion in burnout of psychiatric nurse and specifically the suppression of negative emotions while working patients and the role of emotional support network in preventing the burnout.

Method: This was a questionnaire survey with 315 psychiatric nurses.

Results; The following three points were found: (1) emotional exhaustion was high when nurses displayed negative emotion to patients; (2) depersonalization frequently occurred either when nurses displayed negative emotion to patients or when emotional dissonance was high; and (3) personal accomplishment was high either when nurses suppressed negative emotion to patient while suffering violence by the patient mentally or physically or when they displayed positive emotion to the patient. In addition, it was revealed that nurses' awareness of emotional support network in their offices helped prevent the burnout.

Conclusion; Even though nurses felt a sense of accomplishment by not revealing their negative emotions, the consequences were emotional exhaustion. Awareness of emotional support was crucial in preventing burnout.

Key words: burnout, psychiatric nurses, emotion work, emotional support network,
suppression of negative emotions to patients.

目 的

看護師を取り巻く問題として、労働条件の厳しさ、人手不足、交代勤務などの他、同時に日々経験している患者や同僚、医師との関係の中で多く

の葛藤をかかえながら働いていることが指摘されている（武井, 2001）。患者の感情表現を支える臨床現場では、看護師の感情について、これまで考慮されることが少なかった。特に精神科の看護場面では患者から無理な要求をされたり、暴力を

* 広島国際大学看護学部看護学科 (Faculty of Nursing, Department of Nursing, Hiroshima International University)

** 山形大学医学部看護学科 (Faculty of Medicine, Department of Nursing, Yamagata University)

向けられて看護師自身が怒りや嫌悪感、いろいろしたり、むっとする感情、不快な感情といった、否定的感情（中, 2002）を感じても、それを抑え、患者の言葉や行動に隠された不安や恐怖、無力感を洞察し、受容や共感的理解を示す態度で接することが望まれる。精神科看護師は患者が病的世界で体験したことを、訴えを通して看護師が感じ、悲しみや怒りや恐怖など否定的感情を感じてもそれを抑制して看護し続けること（武井, 2005）でより多くの感情のコントロールを要求されると考える。職務を遂行する上で感情のコントロールを要求されることを Hochschild (2000) は「感情労働」とし、Zapf, Vogt, Seifert, Mertini & Isic (1999) は感情労働尺度を開発し、感情労働がバーンアウトに影響を与えることを指摘している（Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini & Holz, 2001）。感情労働とは「組織的に望まれる感情を調整するために必要な心理的過程」と定義される（Zapf, 2002）。また、バーンアウトは「長期間にわたり人に援助する過程で心的エネルギーが絶えず要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失が生じること」と定義されている（Maslach & Jackson, 1981）。

バーンアウトを軽減する機能としてソーシャルサポートの重要性が指摘されてきた（浦, 1994；贊川・松田, 2005；山崎・石田・柏倉, 1999）。「家族や友人、隣人などある個人を取り巻く、さまざまな人からの有形、無形の援助を指すもの」（氏原・小川・東山・村瀬・山中, 1992）がソーシャルサポートであり、誰から、どのような支援を受けるかによって、様々な効果が指摘されている（上野・山本, 1992；福岡・橋本, 1995；井田・福田, 2004）。

本研究では、精神科特有の看護場面で感じる看護師の否定的感情の抑制と、感情労働、さらにバーンアウトの軽減に有効とされるソーシャルサポー

トの中で、安心感、信頼感、自尊感情、自信感、希望、親密感が得られる情緒的支援（宗像・仲尾・前田・諏訪, 1985）に焦点をあてこれらがバーンアウトに与える影響を明らかにすることを目的とした。

方 法

1. 対象者

対象者は A 県内の 300 床以上の精神科病院のうち、協力の得られた 3ヶ所に勤務する看護師、准看護師合計 426 人とした。回収数 402 (回収率 94.4 %) で、その中から記載不備のある者を除外した 315 人（有効回答率 73.9 %）を本研究の分析対象とした。年齢、看護師経験年数、精神科経験年数（病棟、外来、その他）について病院間で一元配置分散分析をおこなった結果、有意差はみられなかった。また、 χ^2 検定をおこなったところ、3 つの病院と性別との間に有意な関連はみられなかつた。

2. 調査

各病院の看護部を通して調査を依頼し了解を得た後、質問紙を病院ごとに配布した。質問紙には無記名で回答してもらい、回答者本人が密封するように依頼し、2週間留め置きして病院ごとに回収した。調査期間は平成 17 年 7 月 4 日から 8 月 8 日であった。

1) 質問紙の構成

①個人属性：性別、年齢、職位、資格、看護職としての経験年数、精神科での経験年数について質問した。

②日本語版バーンアウト尺度：Maslach Burnout Inventory (MBI) を参考に田尾が新たに作成した 20 項目を久保（2004）が項目の追加、削除をおこなった 17 項目の尺度で、3 つの下位尺度からなっている。「情緒的消耗感」

は疲れはてたという感情、もう働くことができないという気分で、「脱人格化」は人に対する思いやりや細かな気遣いができない、人を人と思わなくなってしまうような状態、「個人的達成感の低下」はするべきことを成し遂げたという気分が感じられない、達成の充実感に浸る気分が実感できなくなることを意味する (Maslach et al., 1981)。17項目について、最近1年以内の経験の程度を「いつもある」(5点)から「ない」(1点)まで5段階評定で求めた。各下位尺度に該当する項目を合計し、合計した項目数で割ったものが得点となる。得点が高いほどバーンアウト傾向が高い。得点に診断基準はなく、高低による相対評価となる。

③精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制：精神科ストレッサー29項目 (山崎・齋・岩田, 2002) のうち、スタッフ同士や患者の家族との関わりに関する項目を除外し、患者と直接関わる場面20項目を選び使用した。その20項目について最近1年以内の経験の有無と、経験のある人はその場面で否定的感情を感じたかどうかについてと、感じた人はその感情を患者に対してどの程度抑制したかを Visual analog scale (以下VASとする) で質問した。VASは「全く抑えなかった」から「完全に抑えた」までの間0～100mmにより測定し、得点化した。その得点をもとに主成分分析をおこなった。

④感情労働尺度：Zapf et al. (1999) の開発したFrankfurt Emotion Work scale (FEWS) を参考に作成された21項目 (荻野・瀧ヶ崎・稻本, 2004) を使用した。最近1年以内の経験の程度を「とてもよくある」(5点)から「ほとんどない」(1点)まで5段階評定で求めた。この尺度は「患者へのネガティブな感情表出」「患者への共感、ポジティブな感情

表出」「感情の不協和」「感情への敏感さ」の4つの因子からなる。

⑤情緒的支援ネットワーク認知尺度：宗像他 (1985) が作成した10項目を使用した。最近1年以内について情緒的支援を認知しているかどうかを家族、職場、その他のサポート源に分け、それぞれに対して同じ内容の10項目を質問した。「いる」を1点、「いない」を0点として、サポート源別に合計する。8点以上は、サポートをしてくれる人がいると認知している、6～7点はそれが十分でないと認知している、5点以下はそのような人の存在をあきらめたりあきらめかけていると判定される (宗像他, 1985)。

2) データの分析

統計解析パッケージSPSS for Windows (version12.0J) を使用した。バーンアウトの下位尺度の得点差はWilcoxonの符号付順位検定をおこなった。精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制は、後でバーンアウトとの関連を見るためVAS値を主成分分析に用いた。主成分分析の結果をもとに、各成分について構成する項目のVASを個人ごとに合計し、回答箇所数で割って平均値を算出し、相関係数の算出や重回帰分析に使用した。感情労働尺度については荻野他 (2004) は一定の信頼性、妥当性を有する尺度であるが、因子構造に関してはデータの蓄積により一層の信頼性、妥当性の確保の検証を積み重ねる必要性を述べている。よって荻野他と同じ手法で因子分析（最尤法、promax回転）をおこなった。情緒的支援ネットワーク認知のサポート源別の得点差はWilcoxonの符号付順位検定をおこなった。バーンアウトとの関連を見るため、バーンアウトの3つの下位尺度を従属変数に、対象者の属性、精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制、感情労働、情緒的支援ネットワーク認知でバーンアウト得点と有意な相関のみられた変数を独立変数と

して重回帰分析をおこなった。

3) 倫理的配慮

質問紙には無記名で回答してもらった。統計的に処理するため個人が特定されないこと、データは本研究の目的以外に使用しないこと、研究への参加は自由意志であり、白紙提出も可能であることを研究の目的を文書で説明した。本研究は、山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得た。

結果

1. 対象者の属性

対象者の属性については、男性36.5%（115人）、女性63.5%（200人）であった。年齢は平均40.5±10.7歳、範囲は21歳～62歳であり、年代別で

は40歳代が31.7%（98人）と最も多く、30歳代23.3%（72人）、50歳代22.3%（69人）であった（表1）。資格は看護師83.1%（261人）、准看護師16.9%（53人）で、職位は役職のないスタッフ74.0%（233人）が最も多かった。看護師（または准看護師）としての経験年数は1年目から45年目、平均は18.3±10.6年、精神科での経験年数は平均で、病棟13.2±10.1年、外来3.0±2.5年、その他4.4±3.5年であった。

2. バーンアウト得点

バーンアウト尺度の下位尺度ごとの得点の平均は、情緒的消耗感が2.67±0.82点、脱人格化が1.90±0.65点、個人的達成感の低下が3.74±0.66点であった（表2）。Wilcoxonの符号付順位検定

表1 対象者の属性

属性		n	%
性別	男性	115	36.5
	女性	200	63.5
年齢	20歳代	67	21.7
	30歳代	72	23.3
	40歳代	98	31.7
	50歳代	69	22.3
	60歳以上	3	1.0
資格	看護師	261	83.1
	准看護師	53	16.9
職位	スタッフ	233	74.0
	副看護師長 (主任)	56	17.8
	看護師長	17	5.4
	その他	9	2.8
	平均±標準偏差	中央値（範囲）	n
年齢	40.5±10.7歳	41（21-62）	309
看護師経験年数 (含む准看護師)	18.3±10.6年目	18（1-45）	312
看護師経験年数 (含む准看護師)	18.3±10.6年目	18（1-45）	312
精神科経験年数(病棟) (外来)	13.2±10.1年 3.0±2.5年	10（0-44） 2（0.5-10）	313 43
(その他)	4.4±3.5年	3（1-12）	23

表2 バーンアウト得点

	平均±標準偏差	中央値	最小値-最大値	n	
情緒的消耗感	2.67±0.82	2.60	1-5	313	**
脱人格化	1.90±0.65	1.83	1-4.33	309	**
個人的達成感の低下	3.74±0.66	3.83	1.5-5	312	**

Wilcoxonの符号付順位検定、ボンフェローニの修正 ** : p < 0.01

(ポンフェローニの修正) の結果、個人的達成感の低下が最も高く、次いで情緒的消耗感、脱人格化であった。対象者の属性とバーンアウト得点との間に有意な相関はみられなかった。

3. 精神科看護場面で感じる

否定的感情の抑制のVAS値と主成分分析

精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制の程度について、精神科看護場面20項目の中で最も経験が多かった場面は、「患者が指示を守らない時」92.7%で否定的感情の抑制は67.5mm（中央値）であった（表3）。次に多かった場面は、「心気的訴えを繰り返す患者を看護した時」90.8%で否定的感情の抑制73.0mm（中央値）であった。

否定的感情を感じた割合が最も高かった場面は、「患者から暴力を受けた時」と「患者から言葉の暴力を受けた時」で、いずれも87.9%であった。

否定的感情の抑制はすべての項目で中央値が65～80の範囲であった。最も高かった場面は「拒食状態の患者を看護した時」で80.0mm（中央値）であった。次に高かった場面は、「患者の妄想の対象になった時」で78.0mm（中央値）であった。

否定的感情の抑制のVAS値について主成分分析をおこなった結果、固有値1以上で3つの成分が抽出された（表4）。第1成分は「看護介入が困難な時の感情抑制」とした。第2成分は「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」とした。第3成分は「迷惑行為をする患者を看護した時の感情抑制」とした。

4. 感情労働尺度の因子分析

感情労働尺度は、5段階評定の得点をもとに最尤法、promax回転による因子分析をおこなった（表5）。固有値1以上で4因子抽出され、因子名は先行研究（荻野他, 2004）を参考に命名した。2つの質問項目で先行研究とは因子構造が異なる

第2因子が抽出されたため、この因子名のみ先行研究とは違う命名とした。第1因子は「患者への共感、ポジティブな感情表出」、第2因子は「看護師の感情抑制と敏感さの要求」、第3因子は「患者へのネガティブな感情表出」、第4因子は「感情の不協和」とした。

5. 情緒的支援ネットワーク認知の得点

サポート源別の情緒的支援ネットワーク認知の得点とその差については、家族、職場、その他のサポート源別に合計した得点の平均点を比較したところ、家族の情緒的支援は職場の情緒的支援やその他の情緒的支援より有意に得点が高かったが、職場の情緒的支援とその他の情緒的支援は有意差はみられなかった（表6）。

6. バーンアウト得点に影響のある

変数の重回帰分析

バーンアウトの3つの下位尺度の得点を従属変数とし、下位尺度と有意な相関が見られたものを独立変数として重回帰分析をおこなったところ、情緒的消耗感では、感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」($\beta = .215 p < 0.01$)で、「職場」からの情緒的支援ネットワーク認知 ($\beta = -.224 p < 0.01$)で有意な関連がみられた（表7）。

脱人格化では、感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」($\beta = .273 p < 0.01$)、「感情の不協和」($\beta = .179 p < 0.05$)、「職場」からの情緒的支援ネットワーク認知 ($\beta = -.263 p < 0.01$)で有意な関連がみられた。

個人的達成感の低下では、精神科看護での否定的感情の抑制の「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」($\beta = -.136 p < 0.05$)と、感情労働の「患者への共感、ポジティブな感情表出」($\beta = -.201 p < 0.01$)で有意な関連がみられた。

R²は情緒的消耗感=.148、脱人格化=.257、個人的達成感の低下=.107であった。

表3 精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制の程度

	n (%)				否定的感情を感じた人の感情の抑制		
	経験の有無		経験ありの回答者のうち否定的感情を		VAS(mm)	平均±標準偏差	範囲 中央値
	あり	なし	感じた	感じない			
患者からの暴力を受けた時	157(49.8)	158(50.2)	138(87.9)	19(12.1)	67.66±24.98	0~100	73.0
患者から言葉の暴力を受けた時	250(79.4)	65(20.6)	218(87.9)	30(12.1)	69.01±24.13	0~100	75.0
患者の妄想の対象になった時	148(47.1)	166(52.9)	90(61.2)	57(38.8)	71.03±24.60	2~100	78.0
患者が自殺企図をした時	82(26.0)	233(74.0)	47(57.3)	35(42.7)	68.12±25.24	1~100	75.0
患者が自傷行為をした時	146(46.5)	168(53.5)	70(47.9)	76(52.1)	70.67±24.53	10~100	75.0
患者が他害行為をした時	213(68.7)	97(31.3)	155(73.1)	57(26.9)	70.46±21.94	0~100	73.5
患者が無断離院をした時	193(61.5)	121(38.5)	98(51.3)	93(48.7)	70.17±23.61	0~100	76.0
ヒステリー症状を繰り返す患者を看護した時	211(67.0)	104(33.0)	163(77.3)	48(22.7)	65.68±22.51	0~100	70.0
心気的訴えを繰り返す患者を看護した時	285(90.8)	29(9.2)	208(74.6)	71(25.4)	68.03±23.41	0~100	73.0
食べ吐きを繰り返す患者を看護した時	88(28.0)	226(72.0)	45(51.7)	42(48.3)	69.11±24.51	3~98	77.0
拒食状態の患者を看護した時	211(67.0)	104(33.0)	95(45.2)	115(54.8)	73.99±22.47	6~100	80.0
拒薬状態の患者を看護した時	282(89.5)	33(10.5)	152(54.5)	127(45.5)	70.75±23.98	0~100	74.5
無為自閉状態にある患者を看護した時	227(72.3)	87(27.7)	96(42.9)	128(57.1)	69.76±24.83	0~100	76.5
高度精神障害患者を看護した時	192(61.7)	119(38.3)	81(42.6)	109(57.4)	71.27±24.72	0~100	77.0
患者が指示を守らない時	292(92.7)	23(7.3)	233(79.8)	59(20.2)	64.47±22.59	0~100	67.5
患者から役割を否定された時	157(51.1)	150(48.9)	118(75.2)	39(24.8)	67.21±23.54	0~100	68.0
患者から関わりを拒否された時	229(72.9)	85(27.1)	152(67.0)	75(33.0)	70.89±23.24	0~100	76.0
逸脱した要求に譲歩せざるを得ない時	176(56.8)	134(43.2)	145(82.9)	30(17.1)	65.71±20.67	0~100	70.0
患者から意図的に他者が振り回される時	236(75.2)	78(24.8)	187(79.9)	47(20.1)	63.78±22.83	0~100	65.0
他患者に迷惑行為を繰り返す患者を看護した時	264(84.3)	49(15.7)	214(82.0)	47(18.0)	63.80±22.27	0~98	68.0

表4 精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制（主成分分析、成分行列）

	成分		
	1	2	3
成分1：看護介入が困難な時の感情抑制 ($\alpha = .974$)			
無為自閉状態にある患者を看護した時	.943	.217	-.164
拒薬状態の患者を看護した時	.927	.031	-.132
拒食状態の患者を看護した時	.918	-.056	.219
食べ吐きを繰り返す患者を看護した時	.913	.055	.340
ヒステリー症状を繰り返す患者を看護した時	.909	.073	-.033
高度精神障害患者を看護した時	.908	.019	-.345
患者から役割を否定された時	.893	.234	-.073
患者の妄想の対象になった時	.874	.417	-.235
心気的訴えを繰り返す患者を看護した時	.871	-.169	.026
患者が指示を守らない時	.870	.433	.101
患者が自殺企図をした時	.849	-.047	-.261
患者が他害行為をした時	.813	-.403	-.290
患者から意図的に他者が振り回される時	.788	-.053	.594
逸脱した要求に譲歩せざるを得ない時	.755	-.252	-.438
患者から関わりを拒否された時	.717	-.398	.112
患者が自傷行為をした時	.656	-.495	-.407
患者が無断離院をした時	.626	-.363	.479
成分2：患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制 ($\alpha = .756$)			
患者から暴力を受けたとき	-.196	.860	-.156
患者から言葉の暴力を受けた時	.651	.688	.003
成分3：迷惑行為をする患者を看護した時の感情抑制			
他患者に迷惑行為を繰り返す患者の看護をした時	.550	.073	.806
累積寄与率 (%)	64.138	76.577	87.466

 α : 信頼性係数

表5 感情労働尺度の因子分析（パターン行列）

	因子			
	1	2	3	4
因子1：患者への共感、ポジティブな感情表出 ($\alpha = .853$)				
患者の気持ちに共感しようと特に努めていることがある	.830	-.029	-.039	-.022
患者の感情にとりわけ注意を向けていることがある	.785	-.098	-.012	.098
自分を患者の立場において理解しようとすることがある	.681	-.018	-.072	.022
患者の気持ちを察するように心がけている	.667	.103	-.032	-.098
患者に温かい対応をしなくてはならないことがある	.622	.108	-.062	.011
患者に喜びの感情を示さなくてはならないことがある	.504	-.109	.095	.326
因子2：看護師の感情抑制と敏感さの要求 ($\alpha = .823$)				
状況に応じて感情を使い分けなくてはならないことがある	-.097	.696	.040	.155
自分の感情を抑えることがある	-.022	.689	-.079	.126
患者の気持ちの変化に特に敏感になることがある	.386	.572	-.045	-.136
患者に悲しみの感情を示さなくてはならないことがある	.094	.468	.154	-.028
他に仕事があっても、患者の気持ちが収まるまで話を聞くことがある	.367	.374	.085	-.067
患者にとりわけ優しく接しなくてはならないことがある	.228	.310	-.081	.272
因子3：患者へのネガティブな感情表出 ($\alpha = .746$)				
患者に厳しい態度で接しなくてはならないことがある	.056	.122	.682	-.133
患者が話し続けていても、さえぎって自分の用件を伝えることがある	-.114	-.149	.626	.103
患者に怒りの感情を示さなくてはならないことがある	.005	.135	.574	-.097
患者と話しているとき自分から話を切り上げることがある	-.137	.022	.569	.095
自分で感じたとおりに気持ちを表すことがある	.253	-.197	.509	-.030
患者の気分によっては、患者とうまくかかわれないことがある	-.110	.128	.508	.067
因子4：感情の不協和 ($\alpha = .815$)				
本当は違うのに、患者の前で明るく振る舞うことがある	.054	.010	-.034	.816
本心とは異なる感情を示すことがある	-.140	.330	.000	.593
患者が良い気分になるように努めなくてはならないことがある	.251	.066	.083	.562
固有値	6.873	2.683	1.443	1.094
因子寄与	5.252	4.653	2.670	4.190

最尤法 Kaiser の正規化を伴う promax 法

 α : 信頼性係数

表6 サポート源別的情緒的支援ネットワーク認知の得点とその差

	平均±標準偏差	中央値	最小値-最大値	n	
家族	8.03±2.90	10	0-10	294	**
職場	6.36±3.50	7	0-10	274	
その他	6.77±3.71	8	0-10	275	**

Wilcoxon の符号付順位検定、ボンフェローニの修正 ** : p < 0.01

表7 バーンアウト得点に影響のある変数の重回帰分析

	β (標準偏回帰係数)		
	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下
(精神科看護での否定的感情の抑制)			
看護介入が困難な時の感情抑制	n.s	n.s	n.s
患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制	n.s	-.046	-.136*
迷惑行為をする患者を看護した時の感情抑制	n.s	n.s	n.s
(感情労働)			
患者への共感、ポジティブな感情表出	n.s	n.s	-.201**
看護師の感情抑制と敏感さの要求	.067	.107	n.s
患者へのネガティブな感情表出	.215**	.273**	n.s
感情の不協和	.122	.179*	n.s
(情緒的支援ネットワーク認知)			
家族	-.038	.034	-.096
職場	-.224**	-.263**	-.158
その他	-.049	-.130	-.018
R ²	.148	.257	.107

強制投入法 ** : p < 0.01 * : p < 0.05

考 察

1. バーンアウト得点と対象者の属性との関連

対象者の年齢は40歳代以上が半数を超えた。看護師経験年数（准看護師含む）は平均18.3年で、精神科の経験年数でも、平均10年を超えるベテランの多い集団であった。

バーンアウト得点では、「個人的達成感の低下」が最も高く、精神科看護師のバーンアウトの特徴として北岡・谷村・林・渕崎・所村・福島・松本・桶谷（2004）、Kilfedder, Power & Wells（2001）が示した個人的達成感の低さと同じ結果であった。

精神科看護の難しさについて武井・鈴木（1998）は「何年にもわたって毎日同じような話を聞かされ、答えを求められても、同じ答えの繰り返しになってしまい、忍耐、我慢が必要になること」をあげている。精神科看護の対象となる人は、症状そのものに悩まされるだけでなく、病気により低下している理解力の低下や、対人交流がうまくできず、孤立することにより様々な葛藤が生じる。その葛藤と切り離すことのできない病気について、何をもって回復とするかは判断が難しい。そのため看護の成果を感じにくく個人的達成感を得られにくいと考える。

2. 精神科看護場面で感じる否定的感情とその特徴

精神科看護において経験が多かった場面は「患者が指示を守らない時」と「心気的訴えを繰り返す患者を看護した時」の経験でそれぞれ9割を超えていた。否定的感情の抑制がさほど高くなかったのは、精神疾患を持つ患者は病識を持ちにくく治療や看護の受け入れもさまざまであり、看護師は日常よく経験する場面のため、対処に慣れていて少ない負担で対応できているからではないかと考える。

否定的感情を感じた割合が最も高かった場面は「患者から暴力を受けた時」と「患者から言葉の

暴力を受けた時」であった。暴力は患者の不安、恐怖の表れであり、身体的なものであっても、言語的なものであっても暴力を向けられる側は不意のことが多い。その故にショックは大きく、否定的感情を感じやすいのではないかと考える。

否定的感情の抑制が最も高かった場面は「拒食状態の患者を看護した時」であった。拒食は摂食障害だけでなくうつ状態、統合失調症でも起こりうる症状である。拒食は生命の危機に直結し、早期介入を必要とするものである上、改善には長期間を要する。拒食状態の患者に対し、食べない背景を考慮しつつ、あきらめず根気よく食べるよう促し続けることが求められ、看護師自身に生じる「どうして食べないのか、自分の看護が悪いのか」といった否定的感情を抑えて関わり続けるには忍耐力が必要と考える。次に感情の抑制が高かった場面は、「患者の妄想の対象になった時」であった。妄想の対象になった看護師は、患者から看護師自身の真実に基づかないことで攻撃を受けたり嫌悪を向けられ、その患者を看護しにくくなるという厳しい状況になる。しかし、職務上関わり続けなければならないため、否定的感情の抑制が高くなると考える。

3. バーンアウト得点に影響する要因

バーンアウトに影響する要因を下位尺度ごとに考察していく。

情緒的消耗感には感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」と職場からの情緒的支援の認知が関連していた。感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」が強い時、情緒的消耗感が強くなっていた理由として、看護上必要なこととは言え、患者に厳しい態度で接した後、患者からの陰性感情や攻撃的な言動等の反応が生じることで、情緒的消耗感が強まるためと考える。また、職場の情緒的支援を認知している時、情緒的消耗感は低くなっていた。職場において看護師の仕事をポジティ

ブに認め評価しあう環境がバーンアウトを軽減するとされ（井田・福田, 2004）、職場の人から認められ、支えられる情緒的支援が疲労感を和らげるを考える。精神科看護では患者の感情や患者との交流を通して、看護師自身の感情を扱うことが必要である。看護師同士でもさまざまな感情に対する具体的な情緒的支援が求められると推測する。

脱人格化には、感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」と「感情の不協和」、職場からの情緒的支援の認知が関連していた。感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」と「感情の不協和」が強い時、脱人格化が強くなる理由は、患者と距離をおき、看護師自身を守る防衛手段をとらなければ患者へのネガティブな感情を表出しにくいためと考える。感情の不協和とは、長期にわたって感じている感情と異なる感情を表現する時の緊張や、仕事で感情表現が求められる時に、感じている感情を変化させるために自らの感情から分離させることである（Hochschild, 2000）。感情の不協和が続くことは感情を自身から切り離すことにつながるため、脱人格化に関連することは十分考えられる。また、職場からの情緒的支援を認知している時、脱人格化が弱くなっていた。ストレスを解決するのに必要な資源を提供したり、その人自身で資源を手に入れることができるような道具的支援が個人的達成感を促進すると言われている（浦, 1994）。本研究では職場の情緒的支援が脱人格化を軽減することが示唆された。人間関係に疲弊した看護師の感情には同じ体験をした看護師同士の気遣いが重要であることが本研究で明らかになったと考える。

個人的達成感の低下では、感情労働「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」と「患者への共感、ポジティブな感情表出」が関連していた。患者からの暴力、暴言を受けて感じた否定的感情を抑制した時、冷静に振舞うことができたと判断でき、個人的達成感が高まる方向へ結びついたと

考える。また、感情労働の「患者への共感、ポジティブな感情表出」が強い時、個人的達成感が高くなっていた。患者への共感や、温かい対応ができたり、喜びの感情を示す時、看護師自身の気持ちを前向きにし、達成感を高めることができると考える。

個人的達成感の低下が職場の情緒的支援と関連していなかったのは、誰から、どのようなサポートを受けるかで効果が違ってくることや（浦, 1994）、対人関係は重要なサポート源になる反面ストレス源にもなることが指摘されていること（贊川・松田, 2005）、上司が気を配ってくれたり、自分の仕事を評価してくれていると感じている看護師ほどバーンアウト傾向が少ない（上野他, 1996）など、サポートの有効性の多面性が指摘されており、関連性がはっきり現れなかつたのではないかと考える。

本研究では精神科看護師において、精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制と感情労働がバーンアウトに与える影響、および情緒的支援のバーンアウト軽減への有効性が確認できた。今回は精神科看護の特徴として、否定的感情の抑制のみを検討したが、看護を通して感じるさまざまな感情がどのようにバーンアウトに影響するか、さらなる調査検討が必要と考える。

結 論

精神科看護師が、精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制および、感情労働がバーンアウトに与える影響と、情緒的支援のバーンアウト軽減への有効性について調査検討した。その結果以下のことが明らかになった。

1. 感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」が強い時、情緒的消耗感は強くなっていた。また、職場からの情緒的支援を認知している時、情緒的消耗感は弱くなっていた。

2. 感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」が強い時と「感情の不協和」が強い時、脱人格化が強くなっていた。また、職場からの情緒的支援を認知している時、脱人格化は弱くなっていた。
3. 精神科看護の否定的感情の抑制の「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」が強い時、また、感情労働の「患者への共感、ポジティブな感情表出」が強い時、個人的達成感が高くなっていた。職場からの情緒的支援の認知と個人的達成感の低下との間に有意な関連はみられなかった。
4. 以上のことから、精神科看護師にとって、感情労働はバーンアウトを悪化させるだけでなく、軽減させる傾向もみられ、また、職場からの情緒的支援の認知はバーンアウトの情緒的消耗感と脱人格化を軽減していた。今後、精神科看護師のバーンアウト予防対策として、これら否定的感情や感情労働の影響を考慮しつつ、職場の人間が情緒的にフォローしていく体制づくりが重要と考えられる。

謝 辞

本研究にご協力下さいました看護職の皆様に心より感謝申し上げます。また、研究をまとめるにあたりご指導いただきました大正大学人間学部臨床心理学科、森岡由起子先生、広島国際大学国際交流センター、森口稔先生に感謝いたします。

文 献

- 福岡欣治・橋下宰（1995）。知覚されたソーシャルサポートのストレス緩和効果におけるサポート源とサポート内容の影響—看護教員養成講習会の受講者を対象として— 健康心理学研究, 8, 1-11。
後藤 稔 代表編（1988）。医学大辞典 医歯薬出版

328.

- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*, University of California Press. (ホックシールド 石川准・室伏亜希 (2000). 管理される心—感情が商品になるとき 世界思想社, 103-157).
- 市橋秀夫 (2000). 精神科・治療と看護のエッセンス 星和書店, 65-66.
- 井田政則・福田広美 (2004). 看護師への職場サポートがバーンアウト反応におよぼす影響 立正大学心理学研究所紀要, 2, 77-88.
- 稻岡文昭・川野雅資・宗像恒次 (1986). 看護者の BURNOUT と社会的環境および行動特性との関連についての研究—一般医と精神科医との比較を通して— 日本看護科学会誌, 6, 50-60.
- Kilfedder, C. J., Power, K. J. & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383-396.
- 北岡（東口）和代・谷本千恵・林みどり・渕崎恵美・所村芳晴・福島秀行・松本敦子・桶谷玲子 (2004). 精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討 石川看護雑誌, 1, 7-12.
- 久保真人・田尾雅夫 (1994). 看護婦におけるバーンアウト—ストレスとバーンアウトとの関係— 実験心理学研究, 34, 33-43.
- 久保真人 (2004). バーンアウトの心理学 サイエンス社 pp. 94-98, pp. 213-215.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- 宗像恒次・仲尾唯治・藤田和夫・諏訪茂樹 (1985). 都市住民のストレスと精神健康度 精神衛生研究, 32, 49-68.
- 贊川信幸・松田修 (2005). 看護師のバーンアウトとサポート源の関連に関する研究 こころの健康, 20, 25-35.
- 中 倫子 (2002). ナースの感情コントロールのプロセスとその背景 患者に対し否定的な感情を抱いた場面を通して 神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究集録, 27, 38-45.
- 岡原正幸, 山田昌弘, 安川一, 石川准 (2002). 感情

- の社会学 世界思想社 pp. 1-42, pp. 69-90.
- 荻野佳代子・瀧ヶ崎隆司・稻木康一郎 (2004). 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響 心理学研究, 75(4), 371-377.
- 武井麻子 (2001). 感情と看護 人とのかかわりを職業にすることの意味 医学書院 pp. 27-28.
- 武井麻子 (2005). 感情労働としての精神科看護 精神科看護, 32, 12-17.
- 武井麻子・鈴木純一編集 (1998). レトリートとしての精神病院 ゆみる出版 pp. 122-130.
- 上野徳美・山本義史 (1996). 看護者のバーンアウトを予防するソーシャルサポートの効果—サポートネットワーク量・満足度・サポート源との関係を中心として— 健康心理学研究, 9, 9-20.
- 氏原 寛・小川捷之・東山紘之・村瀬孝雄・山中康裕 編著 (1992). 心理臨床大事典 培風館 pp. 46-48.
- 浦光 博 (1994). 支えあう人と人 サイエンス社 pp. 107-113.

- 山崎登志子・石田真知子・柏倉栄子 (1999). 看護者のバーンアウト傾向をソーシャルサポートとの関連—2病院における看護者の構成比較から— 東北大医短部紀要, 8, 161-170.
- 山崎登志子・斎二美子・岩田真澄 (2002). 精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーとストレス反応との関連 日本看護研究学会雑誌, 25, 73-84.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. & Isic, A. (1999). Emotion work as a stress: The concept and development of an instrument. *European journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being a review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237-268.

原 著

在宅要介護高齢者とホーム・ヘルパー間の 依存と自立の構造

—修正版グランデッド・セオリー・アプローチを用いた分析から—

竹澤 みどり*

A structure of dependence and independence within the home-help relationship among older people receiving care at home: An analysis using a modified grounded theory approach

Midori Takezawa*

Abstract

Aim: This research sought to clarify the structure of balance between dependence and independence within the home-help relationship among older people receiving care at home.

Method: Data was collected from 10 older people who had built a good relationship with their home-help assistant and who had adjusted to using home help. Semi-structured interviews were employed and the contents analyzed using a modified grounded theory approach.

Results: Two types of dependency ("active dependency" and "passive-selective dependency") emerged and they worked complementary. Older people worked diligently develop effective dependent behavior and to maintain a good relationship with their home-help assistant.

Conclusion: These findings point to the need for older people to develop adaptive ways to be dependent and independent.

Key words: elderly living at home, dependency, independency, home help, home care.

問題と目的

日本の高齢化はめざましい。年々総人口が減少している一方で、平成21年7月1日現在65歳以上の高齢者の占める割合は22.6%とされ（総務省、2009）、年々増え続けている。しかし、孤独死や高齢者虐待の増加など、高齢者を取り巻く環境は厳しい状況にあると言える。そのため、高齢者が

より幸福に生活するための取り組みがますます重要となっている。

加齢による心身機能の低下を完全に回避することは不可能であり、年齢を経るに従って生活に必要不可欠な様々な活動を自力で行うことが困難となっていく。したがって、加齢に伴って他者に依存しなければならない機会が必然的に増えてくる。従来、依存は幼少期にはその適応的機能に注目さ

* 富山大学保健管理センター (Center for Health Care and Human Sciences, University of Toyama)

れているが、青年期以降になるとその問題点ばかりが注目されていた。さらに、依存を脱却して自立を達成することが重要視されてきた（竹澤・小玉, 2006）。しかし、その後は依存は変容しながらも生涯を通して存在し続け、自立の獲得・拡大に必要なものであると指摘されるようになった（高橋, 1968a, 1968b, 1970）。高齢期においても、その役割は非常に重要であると考えられるようになっている（Montenko & Greenberg, 1995）。その一方で、現代社会では高齢者に自立を求める傾向が強まっているという指摘もある（杉井, 2002）。実際、高齢者自身も自立を求める傾向が強く、依存することに対して不全感や無力感を感じやすい。そのため、依存することによるストレスが高いことが示されている（Sousa & Figueiredo, 2002; Gustafsson, Anderson, Anderson, Fjellstrom & Sidenvall, 2003）。したがって、今後はどのような依存の在り方が適応的であり、高齢者にとってより負担のないものであるかを検討することが必要であると考えられる。Baltes (1996) はより現実に即した高齢者の依存の在り方を次のように指摘している。自身の身体・認知機能に合わせて依存と自立のバランスをとっていくことが重要であり、それがサクセスフル・エイジングにつながる。また、Bornstein, Languirand, Geiselman, Creighton, West, Gallagher, & Eisenhart (2003) は、適応的で健全な依存とは、できるところは自分で行い、柔軟で状況に合わせて援助要請することができるとしている。Montenko, & Greenberg (1995) もまた、人生後期における依存には他者に援助を求めたり、提供された援助を受け入れることが重要であることを示している。さらに、それによって自律性を発揮し、有能感や自尊心を維持することが可能となるとしている。つまり、より適応的な状態とは、家族環境や身体・認知機能などの自身の状況に応じて、必要な場面では自身の依存を受容し援助要請を行うことができることである。

それに加えて、他者の援助を受けながらも自分で実行できるところは自分で行うという依存と自立のバランスがとれている状態といえる。依存と自立のバランスが重要であることはこれまで指摘されているが、実際にそのような観点から検討した研究は未だ少ない。したがって、高齢者がよりよい生活を送るためにには、どのような状態が依存と自立のバランスのとれた適応的な状態であるのか、それに影響を与える要因は何かについての詳細な検討が必要であると考えられる。なお、本研究では竹澤・小玉 (2004) をもとに、依存を「是認、支持、助力、保証などの源泉として他人を利用ないし頼りにすること」とする。

日本において高齢者が依存する対象は、多くの場合は家族が挙げられるだろう。しかし、高齢者の独居または高齢夫婦のみの世帯が年々増加しており、別居している子供との接触頻度も半数以上が「月に1～2回以下」であり、密な交流を行っていないのが現状である（内閣府, 2009）。また、本当は家族に依存したいのだが、子供に迷惑をかけたくないために自分から身を引く高齢者が現在の日本に多く存在することも指摘されている（袖井, 2008）。これらの理由から、家族以外の依存対象の必要性が高まりつつあると考えられる。高齢者が他者に依存しなければならない主な場面は、自分が他者から介護される場面であろう。実際、高齢者介護においても、高齢の親との同居に否定的な既婚者の割合も増加しており（才津, 2001）、家族が全面的に高齢者の介護を引き受けがりますます困難になりつつある。内閣府 (2009) の調査でも、高齢者が望む介護者として、介護専門職であるホーム・ヘルパー（以下、ヘルパー）を挙げる割合が急増している。また、主介護者である家族によって高齢者への虐待が行われる場合もあり、その両者への介入において介護専門職の役割が注目されている（大泉・高橋・藤沢・佐藤, 1999; 三浦, 2008）。以上より、高齢者介護において

て介護専門職の役割が非常に重要になっていると言える。しかし、介護者として、つまり自身が日常生活を維持するために依存する対象としてヘルパーを積極的に選好しているというより、家族への依存に期待が持てないため消極的にヘルパーへの依存を選択する場合が多いことが推測される。そのため、他人であるヘルパーを利用することへの抵抗も少なからず存在するだろう。介護が必要な状態であるにもかかわらず、ヘルパーを利用しない高齢者が数多く存在する（杉澤・深谷・杉原・石川・中谷・金, 2002）ことからもそれがうかがえる。それでは、どうすれば家族以外の他者への依存が必要となった高齢者が、他人であるヘルパーに依存しながらも、少しでも負担がなく快適な生活が送れるようになるのだろうか。

どのようにすれば高齢者が快適にヘルパーを利用し、ヘルパー利用に満足できるのかを明らかにするために近年多くの研究が行われている。そのような観点からの研究として、高齢者の介護専門職利用に対する満足感に関するものが挙げられるだろう。その多くは、いかにして高齢者が満足できる支援を専門家が提供できるか、実際にできているのかを評価することを目的とした研究である。そこでは、介護支援専門家を利用する高齢者にその満足度を直接聞くことによって検討を行っている（神部・岡田, 2000; 中谷・島内, 2000; 須加, 2003; 吉川・長峯・中尾・高比良・吉田, 2007 など）。つまり、これらの研究は主に支援提供者側であるヘルパーの技術や援助の質の向上を目指して行われているといえるだろう。一方で、支援を受ける側である高齢者がどのようにすることがよい影響を与えるのかといった、高齢者の側の要因を明らかにすることを目的とした研究はあまりみられない。しかし、介護専門職を利用している高齢者のよりよい生活には、支援を提供する側の要因のみではなく、支援を受ける側の高齢者の要因も大きく関係すると考えられる。

以上より、本研究では今後ますます利用が増大することが予想され、高齢者の生活において重要な役割を果たすと考えられることから、特に依存対象を介護専門職であるヘルパーに絞ることとした。本研究では、要介護（または要支援）認定を受けて、在宅でヘルパーを利用している高齢者における依存と自立がどのような構造をしているのかを探索的に検討することとする。そして、より適応的な依存と自立の在り方に関する示唆を得ることを目的とする。具体的には、以下の点について半構造化面接調査によって探索的に検討する。在宅で介護を受けている高齢者と介護者であるヘルパーとの間に、どのような依存が存在し、それらがどのように機能しているのか、依存行動に影響を与える要因にはどのようなものがあるのか、依存と自立がどのような関係にあるのかなどである。ヘルパーと良い関係を形成していると思われる高齢者は、より適応的な依存と自立の在り方を実践できていると考えられる。そのため、ヘルパー利用によく適応しており、ヘルパーとの関係も良好であると思われる高齢者を調査対象者とする。

方 法

調査対象者

在宅で訪問介護を受けている高齢者 10 名（男性 6 名・女性 4 名）を対象とした。選定条件として、65 歳以上で在宅でヘルパーを利用していることを前提とした。加えて、言語による意思疎通が可能であり、ケア・マネージャーがヘルパー利用によく適応し、ヘルパーとの関係が良好であると判断した高齢者とした。この条件で、複数のケア・マネージャーを通して研究の説明および調査協力依頼を行った。そのうち了承を得られたのは 11 名であった。後日、著者がその 11 名に電話にて調査協力の依頼を行い、最終的に協力の得られた 10 名を対象として半構造化面接調査を行った。

Table 1 対象者の基本的属性

ID	年齢	性別	介護・支援度	ヘルパー利用年数	家族との同居の有無
1	83	男性	支援2	2	無
2	84	女性	介護2	12	無
3	68	男性	介護3	10 ^{注)}	有
4	88	女性	支援1	5	無
5	66	女性	介護1	27 ^{注)}	有
6	84	女性	支援1	10	有
7	72	男性	支援2	25 ^{注)}	有
8	90	男性	介護1	10	無
9	71	男性	介護2	1	無
10	67	男性	支援1	20 ^{注)}	無

注)身体障害等のため65歳以前からヘルパーを利用している。

対象者の年齢は66～90歳（平均年齢77.3歳）、要介護（支援）度は、要支援1～2または要介護1～3であった。Table 1は対象者の属性をまとめたものである。

データ収集

1. 調査期間

調査期間は2008年8月中旬から10月上旬であった。

2. 面接手続

電話にて面接調査への協力依頼および日程調整を行った後、それぞれの高齢者の自宅へ面接者が訪問した。まず、研究の概要および倫理的配慮についての説明を行った。面接内容はICレコーダーで録音した。レコーダーの不備のため1名においては、録音することができなかった。その場合は面接終了後直ちに、面接者が面接中に取っていたメモをもとに、内容をできるだけ忠実に逐語化した。面接者は全て著者が担当した。

3. 面接内容

面接は半構造化面接法で行った。主な質問内容は「ヘルパーにお願いすることやその仕方」、「嫌だな・困ったなと思ったことやそれに対する

る自身の対応」、「ヘルパーとのやり取りの仕方や心がけていること」であった。面接者は会話の内容によって質問の順番や内容を変更したり、回答によってはさらに詳しく知るための質問や関連する事柄についての質問を行うなど柔軟に対応し、自然な会話の流れになるように心掛けた。所要時間は50～190分（中央値79分）であった。

倫理的配慮

研究概要の説明の後、倫理的配慮として、以下の4点を説明した：①研究目的・実施方法・面接内容、②面接協力への自由意思と途中の中止によつても不利益を受けないこと、③面接内容の録音拒否によつても不利益を受けないこと、④個人情報の管理・保護について。その上で、面接調査への協力に同意する場合には、同意書にサインをもらった。さらに、面接内容をICレコーダーで録音したい旨を伝え、了承を得たうえで面接内容を録音した。10名すべての対象者が録音を了承した。

分析方法

1. 分析プロセス

録音された面接内容を逐語化してロウ・デー

タとして用い、修正版グランデッド・セオリー・アプローチ（以後 M-GTA）（木下, 2003）を用いて分析を行った。グランデッド・セオリーはヒューマンサービス領域の研究に適し、社会的相互作用に関係した人間行動の説明と予測に優れているとされている（木下, 2003）。介護場面での被介護者である高齢者と介護者であるヘルパーとの相互作用を明らかにしようとしている本研究に適していると考えられたため、グランデッド・セオリー・アプローチを用いることとした。中でも、M-GTA は面接調査の分析に適しており、手続きがより体系的で実践的であるという点から、分析方法として用いた。M-GTA の分析方法は以下の通りである。①分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連個所に着目し、それを一つの具体例（ヴァリエーション）とし、さらに他の類似具体例をも説明できると考えられる説明概念を生成した。②概念を作る際に、分析ワークシートを作成し、概念名、その定義、具体例などを記入した。③データ分析を進める中で新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成した。④同時並行で他の具体例をデータから探し、ワークシートのヴァリエーション欄に追加記入していく。具体例が豊富に出てこなければ、その概念は有効ではないと判断した。⑤生成した概念の完成度は類似例の確認だけでなく、対極例についての比較の観点からデータを見ていくことにより、解釈が恣意的に偏る危険を防いだ。その結果をワークシートの理論的メモ欄に記入していく。⑥生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、関係図にしていった。⑦複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、さらに結果図を作成した（木下, 2003）。本研究では、著者および心理学の教員 1 名で数回にわたり、分析過程や分析結果の妥当性の検

討を行った。

2. 概念生成と分析ワークシートの例示

具体的な概念生成過程について例示する。ヘルパーにお願いすることについて聞いていると、「今日もそのヘルパーの主任さんが来られましてね、…流しの排水溝の所とは汚れとるらしいから、ヘルパーさんの普段手の届かない所をね、やってもらえるように計画しておきます、って言っていました」「朝起きたらまずそれ（ポータブルトイレ）を掃除する。…（そうしたらヘルパーに）そういう事は私仕事だからせんでもいいってね、言われて掃除の中に入りましたね。」といった発言が得られた。ここから『受動的・選択的依存』という概念を生成し、「高齢者が要求したわけではなく、ヘルパーが気付いて様々な援助を提案すること。（高齢者が必要と判断した場合、その提案を受け入れる）」と定義した。さらに分析を進め、類似例や対極例に相当する他の具体例を追加していく。分析ワークシートの例として、「受動的・選択的依存」を Table 2 に示す。

結 果

分析の結果、15 の概念が生成され、そこから 5 つのカテゴリーが生成された。以下、各カテゴリーについて結果をまとめ、さらに各カテゴリー間の関係についてまとめる。また、各カテゴリーの個々の概念で見られた具体的な発言例を Table 3 に示した。

高齢者の依存と自立

【高齢者の依存】は高齢者の担当ヘルパーへの依存についてのカテゴリーである。これは二つの概念から構成されている。一つは高齢者が主体的にヘルパーに依頼をする「能動的依存」である。もう一つはヘルパーが援助に関する様々な提案を

Table 2 分析ワークシートの例「受動的・選択的依存」

概念名	受動的・選択的依存
定義	高齢者が要求したわけではなく、ヘルパーが気付いて様々な援助を提案すること。 (高齢者が必要と判断した場合それを受け入れる)
バリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・今日もそこのヘルパーの主任さんが来られましてね、……流しのその排水溝の所とは汚れどるらしいから、ヘルパーさんの普段手の届かない所をそれをね…やつてもらえるように計画しておきます、って言っていかれました ・ポータブルトイというのがあるのね …(中略)…あのヘルパーさんにそういうのまで洗つてもらっては気の毒やと思って。朝起きたらまずそれを掃除する。取り替えるだけ。やつたらヘルパーさんに怒られた。あんた足悪いがに転んだらどうするがけ。そういう事は私の仕事だからあんたせんでもいーってね言われて掃除の中に入りましたね。…やっぱりね!回ありました。ポータブル(持つて)戻る時にひっくり返ってね。それから危ないなー思うて。 ・(ヘルパーは)いろんなことを知ってるから、いろいろ教えてもらつたり。洗剤は、夏はそんなにいわなくてもいいとか。洗濯機の使い方もすぐにみて、わかるみたいで教えてもらいましたねえ。 ・ヘルパーさん来てみたら、あんまり大変だったから帰つて報告したら主任さんがすぐケアマネージャーさんに連絡して、ケアマネージャーさん飛んで来てくれて、そしてまあいろんな介護の手当をしてくれた。それからあの松葉杖の代わりのような車のパックをかしてくれたり、こういう所の廊下の所一式みんな直してもらうて、あの手続きしてくださいって… <p>(他は省略)</p>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーからの提案を受け入れるかどうかは、高齢者自身が判断し、お願いしたいと思えば援助を受けることになる。積極的にお願いしていく「能動的依存」とは異なり、受動的な依存といえる。 ・恥ずかしさや申し訳なさから、無理をして自分で頑張つてやつてしまうこともある。このような場合には、けがや事故につながる危険もある。このことにいち早く気付き、ヘルパーが助言することで危険を減らすことができる。

し、高齢者が必要と認めたものをヘルパーに援助してもらう「受動的・選択的依存」である。一方、【高齢者の自立】は高齢者が日常生活において全面的にまたは部分的に自身の力で行う自立についてのカテゴリーである。これは一つの概念から構成されている。高齢者は「できるところは自分で行う」ことによって、または、一部をヘルパーに手伝つてもらいながら自分で行うことによって、自身の自立的活動を保持していることが明らかとなつた。

ヘルパー利用の工夫

【ヘルパー利用の工夫】は高齢者がヘルパーに依存する際に、依存が効果的にまたは機能的に働くように行っている様々な工夫に関するカテゴリーである。これは四つの概念から構成されている。まず、高齢者がヘルパーに対して依存したいと感

じた事柄は、きちんと言語によってヘルパーに伝えるという「主張」である。高齢者は自分の意思をヘルパーに伝えることは非常に重要であると認識しており、これによってヘルパーも仕事をしやすくなるだろうと感じていた。さらに、ヘルパーが自身の依存に応えやすいように、またはヘルパーに余計な負担をかけないようにと、自分で実行可能な部分はあらかじめ「準備」をしていた。また、ヘルパーが気持ち良く仕事ができるように、依頼をするタイミングをはかったり、ヘルパーが過度に負担を感じないような言い方をしたりなど「ヘルパーに気を使う」ようにしていた。最後に、高齢者はヘルパーが行う様々な援助に対して、時には気にかかることもあるけれども、概ねヘルパーが行う援助を受け入れ、それに委ねる（「受け入れる・委ねる」）ようにしていた。さらにそれによって、自身のストレスの蓄積を防ぎ、ヘルパー

Table 3 カテゴリーの内容

カテゴリー名	概念名	発言の例	
高齢者の依存	能動的依存	「時計を治してください」「歯立表を作ってください」「お味噌汁の具を作るのに困ってる」体の具合が悪い」「今日はここも掃除機かけてください」「ここは水を使わないでグッキンでお願いします。ここは水ぶきで」「どこか汚れてどころがないかだけ見ていいってください」	
	受動的・選択的依存	「ベットのほうがいいっていうことで入れてもらって」「ヘルパーさんからよつちゅういろいろなことを教わりましてね」「私がちょっと元気ないうて、主任さんにすぐに連絡してくれてね。医者をすすめてくれたりね」「無理にしてたら、危ないからしなくてもいいって言われてね。私の仕事だからって」	
高齢者の自立	できるところは自分で行う	「おかげでもヘルパーさんとわしで協力して作る」「全部任せてるけど、まあご飯炊いてり、お味噌汁作ったりはしないといけないけどね」「下着の洗濯は自分でね。買い物は自分でしたほうがいいと思ってる。運動になると思うの」「家の中のことばはしようと思ふことはできるし、びっこ引いてでも、リハビリだと思ってるの」「すぐにお風呂に入れるように、あらかじめお湯だけはっておくの」「押し車を買って、いけるところは自分で行くの」	
ヘルパー利用の工夫	主張	「こっちから要求したほうが仕事がやりやすいような風だけどね」「ある程度度口に出して要求するとか、意思表示をしないといけない」「いつも自然体よ。言いたいことは言って、したいことはして」「こっちのしたいことを言うだけね。(我慢しないで)言つたほうがいい」	
	準備	「すぐに仕事に取り掛かれるように、じやがいの皮をむいておいたり」「やつてしまいことがあるれば、準備されておけばね、お願ひすればいいから」「下着をねちょっと置いておいたら、もうお風呂入れていいてくれるから」	
	ヘルパーに気を使う	「仕事の邪魔にならない程度に、いろんな話をしたりね」「ヘルパーさんがしゃすいように、されるほうが心構えをしておかないと」「ヘルパーさんが来られる時はきれいにして、整理整頓して迎えなきやつて」「話してみて相手の反応を見て、(ヘルパーが)なるべく気を張らなくてできるように」「ありがとうございます」との一点張り」「オーバーフローするような頼み方をしたりしたらダメ」	
	受け入れる・委ねる	「介護してくれるヘルパーさんを受け入れる。そして介護しやすいように動くことが大事」「小さいことにこだわっていたら面白くない」「自分のした通りのことをしてもらって頼ろうと思うのはそれは無理な話。やっぱりある程度妥協して、お互いの状況をよく見極めて付き合う」「いろんな人がいるから、考えながらそれに慣れていかないと」	
依存規定要因	抑制要因	ヘルパー利用に係る制限	「(時間が決まっているから)だいたいそれだけが限度だろ?」「仕事の内容によってはできないんですけど言って言われる。いろいろ決まってるみたいだね」「介護保険になると風呂に入るのをちゃんと見てないといけないみたいですね。見られてるのは嫌なのに」「家族がいるからそれはどうしてもできないって言われてね」「煮るものは1時間って決まっているらしいね。そうしたら片付ける暇はないわね」「本当にしつらい限られたものしかしてもらえない。」「頼むことといったって、通らないことばっかりだから」
		ヘルパー利用のデメリット	「人にしてもらってるんだから、100%自分の思うようにはね。がまんしたり、言うを躊躇したり」「気にくわないこともあります。夫婦なら怒ったり怒鳴ったりしても、ヘルパーさんはできんからね。なるべくそういうのはせんように我慢しながらね」「頼らなきや生きていけないんだからね、それは仕方ないと思つて」「見られたくないところも、見られてしまうからねえ。そういうところが精神的にねえ。」
		家族の介護へのかかわり	「息子に買い物に連れて行ってもらうの」「娘が近くに嫁いでるから、おかげをもってきてもらおるわね」「2世帯ですので炊事とか洗濯とかはやってくれるので」「息子が車を出してくれる機会が増えた」「食事は隣に住んでる娘が全部やってます」
	促進要因	体力や能力の衰え	「言葉に出すにも頭で大変、能力が必要だね」「風邪を引いてから、朝作れなくなってきてねえ。ヘルパーさんがやってくれるように」「自分では一生懸命頑張ろうとするけどね、だんだん自分も年とってくるしね」
		ヘルパーとのコミュニケーション	「お互いに話したり、話し相手になってくれたり」「慣れてくるといいやすいね」「親しい気持ちじゃなければね、他人の人に入つてもらつての。時間残しておいてお話ししたり」
両方向要因	ヘルパーの性格	「年齢にもよるかもしれないね。自分で先に動いてしまう」「泰閑気が話しやすい人が多いねえ」「ちゃんと返事してくれると頼みやすい」(よく話す人・話さない人、ざくばらん人・そうでない人など)	
	高齢者の性格	「無顧着で、純感だから細かいことにあまり気にならない」「図太くなつた。言うことは言う」「私あまり人を疑わない人間ですね。」「話すと、あんまりうれしくって、話が弾んでしまつて」「積極的に話をするほうだから」	
ヘルパーへの気持ち	ヘルパーへの気持ち	「私は受けられるのが幸せだ」「ありがたいなと思ってるんです」「誠心誠意尽くしてくださる」「あいいっぱいいやることをしてくれる」「頼むになると思ったよ」	

との関係性を良好に保つことが可能となると考えていることが明らかとなった。

依存行動を規定する要因

【依存行動を規定する要因】は、高齢者のヘルパーへの依存行動の表出（または抑制）に影響を

与える要因に関するカテゴリーである。これは三つの小カテゴリーから構成されている。主に依存行動の表出に対して抑制的に働く抑制要因、主に依存行動の表出を促進する促進要因、促進または抑制のどちらの方向にも影響を与える要因（以下、両方向要因）である。

抑制要因は三つの概念から構成されている。介護保険法によって、ヘルパーが実施すべき援助と実施すべきではない援助が細かく規定されている。そのため、高齢者がヘルパーに依頼しても、規定に反している場合には援助を断られることもある。このような理由から、積極的な援助要請を行わないことも多く、「ヘルパー利用に係る制限」のため高齢者のヘルパーへの依存行動が抑制される場合があることが明らかとなった。さらに、ヘルパーを利用する場合には、自分が思った通りには行ってもらえないかったり、プライベートな領域をヘルパーに晒さなければならぬなど「ヘルパー利用のデメリット」がある。それが、結果的に高齢者が援助要請を行わずに我慢したり、自分で何とか実行しようとしてすることにつながっていた。また、「家族の介護へのかかわり」が多いほどヘルパーへの依存が減少していた。これは、家族が同居していたり、近隣に住んでいるために家族に依存することができる場合には、必然的にヘルパーへの援助要請が減少するためである。

促進要因は二つの概念から構成されている。年を重ねるにつれて「体力や能力の衰え」が進み、自分自身ではできることができることが年々減ってくる。そのため、必然的にヘルパーへの依存が増加していた。さらに、「ヘルパーとのコミュニケーション」を重ねるにつれて関係が深まったり、ヘルパーに慣れてきたりすることで依存行動を表出しやすくなっていた。

両方向要因は、「ヘルパーの性格」と「高齢者の性格」の二つの概念から構成されている。互いの性格が合う合わない（たとえば、社交的かどうかなど）によって、依存行動の表出量も変わってくることが明らかとなった。

ヘルパーへの気持ち

【ヘルパーへの気持ち】はヘルパーの利用を通して、高齢者が感じている気持ちに関するカテゴ

リーである。この中には、概念に至るほど多くの発言が見られなかったため一つの概念となっているが、大まかに以下の3種類の肯定的な感情が含まれていた；①介護保険制度によってヘルパーを利用できることに対する感謝の気持ちや、自分は恵まれており幸せだという気持ち、②担当ヘルパーへの感謝の気持ち、③ヘルパーを介護の専門家として尊重する気持ち。ほとんどの調査対象者において、上記のいずれかの肯定的な感情が話された。上記に関する言及がない場合においても「話をしていて楽しい」「お手伝いは喜んでしてもらっている」などと話され、高齢者自身もヘルパーとの関係が良好であると感じていることがうかがえた。これより、調査対象者選定にあたり、ケア・マネージャーがヘルパーとの関係が良好であるとした判断は妥当であったことが確認された。

各カテゴリー間の関係

各カテゴリー間の関係を図示した結果図をFigure 1に示す。様々な【依存行動の規定要因】によって、【高齢者の依存】が促進されたり抑制されたりといった影響を受けていた。また、高齢者が行っている【ヘルパー利用の工夫】によって、【高齢者の依存】をより効果的なものとすることに寄与していた。その一方で、【ヘルパー利用の工夫】を構成する概念の一部である「準備」や「ヘルパーに気を使う」といった工夫が、結果的には高齢者自身が行う自立的活動を生み出しており、【高齢者の自立】の増大にも寄与していた。また、【高齢者の依存】と【高齢者の自立】は相補的な役割を果たし、高齢者の生活を支えていることが明らかとなった。さらに、ヘルパーへの【高齢者の依存】を通して感謝や幸福感といった肯定的な感情（【ヘルパーへの気持ち】）が高齢者に生起するというプロセスが見出された。

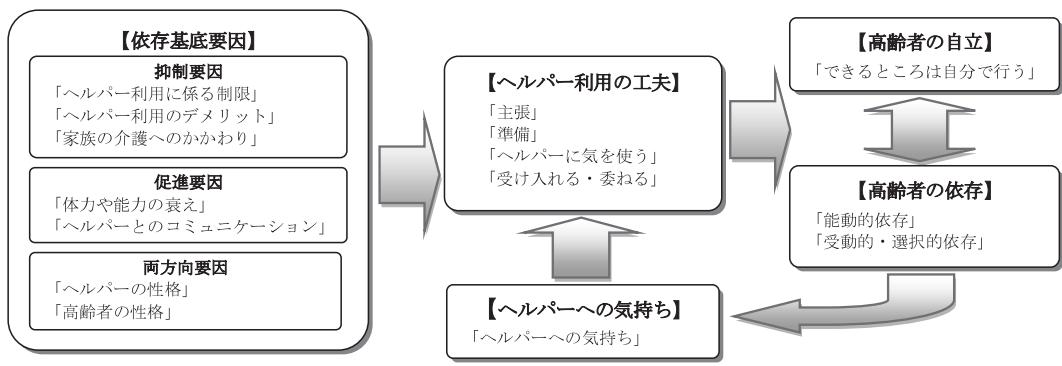


Figure 1 結果図

考 察

高齢者の依存と自立

在宅でヘルパーを利用している高齢者において2種類のヘルパーへの依存が見出された。一つが、高齢者自身が直接ヘルパーに必要な援助を要請する「能動的依存」である。自身の要望をヘルパーにきちんと伝えることでヘルパーが仕事をしやすくなると考える高齢者が多かった。積極的な主張は後述するヘルパーを利用する高齢者が自主的に行っている工夫（【ヘルパー利用の工夫】）にも含まれている。しかし、どのようなことでも簡単にヘルパーに依頼しているわけではない。介護保険法によってヘルパーが行うことができる援助内容が細かく決められている。そのため、高齢者は引き受けてもらえそうなものを選んで依頼しており、言い出すタイミングや依頼内容は高齢者なりにヘルパーの負担とならないように気を配りながら依頼していることがうかがえた。もう一つは、ヘルパー側から提供される援助である「受動的・選択的依存」である。介護についての知識を有しているヘルパーやケア・マネージャーは、高齢者が思い至らない便利で有益な情報を提供したり、ヘルパーが実施可能な援助案を提供したりすることが可能である。このような情報や援助案を受け入れるか否かの選択権は高齢者にある。しかし、提供または提案の仕方によって高齢者がそれを

受け入れやすくなり、生活の質の向上や高齢者の負担の軽減につながると推測される。提供の仕方が適切ではない場合には援助を受けることに対して拒否的になる高齢者もあり、必要な介護を受けないという状況が起こりうるだろう。そのため、提案の際には工夫が必要であろう（須加, 2007）。さらに、これらの依存は互いに独立して機能しているというよりはむしろ、密接な関係にあるといえる。「能動的依存」では足りない部分については介護の専門家であるヘルパーが援助の提案を行う「受身的・選択的依存」が補足的機能を果たす。その結果、高齢者に必要な援助が十分に提供されることにつながるだろう。また、この両者のバランスも重要である。介護度や認知機能のレベルによっては、高齢者の能動的依存行動の表出は困難となる。そのような場合は、「受動的・選択的依存」が必然的に増えるだろう。また、高齢者の性格によっても依存行動の表出のしやすさが異なり、それらに合わせてヘルパーは提案する援助の種類や量の調節を行うことが重要である。

一方で、特に身体活動能力の高い人や介護度の低い人においては、自身の力で行うことが可能な活動も多い。そのため、積極的に「できるところは自分で行う」という自立的活動を行っている。自立的活動にはリハビリとしての役割があり、活動能力の維持に寄与している。また、すべてを他人に依存しているのではなく、できるところは自

分でも行っているという感覚が、ヘルパーへ頼ることへの抵抗感を和らげていることがうかがえた。ソーシャル・サポート研究においては、サポートの互恵性や授受のバランスが議論されている。一方的にサポートを受ける場合には心理適応が悪いことから、サポートを提供する役割を果たすことの重要性も指摘されている（飯田, 2000; 三浦・上里, 2006など）。しかし、高齢になるにつれてサポートを提供する機会が少なくなっていく（河合・下仲, 1992）。介護を要する高齢者で、特に独居の場合には、他者にサポートを提供する機会は非常に少ないと考えられる。互恵性の理論から考えると、このような高齢者は与えられるサポート量が与えるサポート量よりも多くなってしまうことは不可避である。しかし、できるところは自分で行っているという感覚が、実際に他者にサポートを提供する程までには至らないまでも、サポートの提供と類似した効果を持ちうるのではないかと考えられた。したがって、できるところは自分で行っているという感覚は与えられるサポート量の多さからくる負積感を緩和させる機能を有するのではないかと推測された。また、自立は依存の対極概念ととらえられがちであるが、依存することで初めて可能となる自立も多く存在した。例えば、お味噌汁を自分で作る際にその具材を何にすればよいかわからず、考えることも億劫になり作れなくなっていた高齢者がいた。しかし、ヘルパーにメニューを考えてもらったり、下準備をもらうことで、自分でお味噌汁を作ることができるようになった。ヘルパーの援助がなければ、お味噌汁を作るという行動をしなくなり、食事の際にお味噌汁が飲めないという当人にとって寂しい状況に至っていただろう。これは、ヘルパーに頼り、自分では実行できない部分を依存することで、自身の実行可能な部分を残すことに成功した例である。まさに、柔軟で状況にあった援助要請ができ、自分でできるところは自分で行うという非常

に適応的な依存の在り方である（Bornstein et al., 2003）。このように、依存と自立はともに高齢者の生活の中に共存し、依存が自立的活動を促進する場合も多くあると推測される。しかし、依存することへの抵抗感や申し訳なさなどが強い場合には「自分でできるところは自分で行う」という適度な自立を超えて、無理をして自分で実行しようとする場合も出てくるだろう。無理な自立的活動の実施は、転倒などの事故につながる危険性がある。そのため、ヘルパーが適切に危険や高齢者の負担を察知し、高齢者の「受動的・選択的依存」として機能する援助の提案を行うことが危険の回避につながりうる。つまり、「受動的・選択的依存」は行き過ぎた自立を回避する機能をも果たしていると言える。この依存と自立は、対立するものとして存在しているわけではなく、ともに高齢者の健康や生活を支えるものとしてうまく共存することが非常に重要である。これは、バランスの取れた依存と自立の在り方が重要であるとする Baltes (1996) の指摘とも一致する。

ヘルパー利用の工夫

高齢者は決して受動的にヘルパーを利用しているだけではない。時間的制限や制度的制限の中で、どれだけ効果的にまたは双方が快適にヘルパーを利用できるかを考え、様々な工夫を行っていた。在宅高齢者がヘルパーを利用するにあたり、自主的に行っている工夫が大きく分けて四つ見出された。一つは、自身の要望は言語によってきちんと主張するという「主張」である。多くの高齢者は自身の要望をきちんと主張することがヘルパーの仕事のしやすさにもつながり、さらに行ってほしいのに行ってもらえないという自身のストレスや負担を回避することができると感じていた。その際にも、ヘルパーの負担にならないよう、またはヘルパーとの関係が悪化しないように言いだすタイミングや言い方等に配慮していた。

次に、「準備」についてである。高齢者はヘルパーが仕事をしやすいように、少しでも早く仕事に取り掛かれるようにと、自分でできるところは「準備」しておくという工夫も行っていた。たとえば、ヘルパーが食事を作りに来る時には事前に台所の洗っていない食器を片付けておく、神棚の榦を取り換えてほしい時には榦を準備しておいておくなどである。これは自立的活動ともなり、リハビリとしての機能も果たし、高齢者の活動能力の維持に寄与すると考えられた。また、高齢者自身もそれを認識している人が多かった。

次に、「ヘルパーに気を使う」についてである。気を使う理由としては、ヘルパーが気持ちよく仕事がしやすいように、できるだけ自分の思うようにヘルパーが動いてくれるように、ヘルパーとの関係性を良好なものとするために行われていることがほとんどであった。高齢者にとってヘルパーはあくまで他人であるため、家族のような接し方ではなく一線を引いた関係の持ち方をしていることがうかがえた。介護者が家族の場合は、遠慮や気づかいはヘルパーに対するものに比べて少ないだろう。したがって、介護者と被介護者との間の境界線はヘルパーとの場合の方がより明瞭であることが推測された。ヘルパーへ気を使うことは、援助者との関係性が緊密になりすぎて過度な依存につながることを防ぎ、結果的に依存と自立のバランスの維持に寄与していると考えられる。一方で、あまり気を使いすぎると主張しにくくなったり、ヘルパーと付き合っていくこと自体が負担となってしまう危険性もある。適度な気の使い方をそれぞれのヘルパーとの付き合いの中で見つけていくことが、高齢者には必要かもしれない。

最後に、「受け入れる・委ねる」についてである。この概念には二つの要素が含まれている。一つはヘルパーの仕事について割り切って考え、それを受け入れるという工夫である。高齢者は家事など自分自身で行うことができれば、自分の思う

通りに仕上げることができる。しかし、実際には代わりに他人であるヘルパーに行ってもらうことになるため、必然的に全てが自分の思ったような仕上がりになるとは限らない。そういった思い通りにならないことに起因するストレスも少なからず存在する。しかし、そういった思い通りにならないことに不満を抱き続けることは高齢者にとっても負担である。そこで、適応的な高齢者はヘルパーの行う仕事の仕方や仕上がり具合について多少自分の思っているものとは違っていても、ヘルパーに任せることも重要であると考え、それを受け入れ、割り切って考えるよう工夫していた。しかし、これが行き過ぎると高齢者に一方的に我慢を強いることにもなりかねない。前述の自分の要望をきちんと主張する「主張」とのバランスが重要であると考えられる。二つ目は、ヘルパーの仕事についてはヘルパーに全てを委ねるというものである。ヘルパーの仕事で自分にもできる部分があれば（例えば料理の手伝いなど）一緒に行う人もいる。これは、自立的活動が増えるのでリハビリにもなりうる。一方で、ヘルパーが行う仕事には係わらないようにして、ヘルパーが行わない作業において、自分ができるところは自分で行うという人もいる。後者は、ヘルパーの仕事はヘルパーに委ねてしまって邪魔をしないよう、干渉しないよう気を使っている。どちらがよいのかは、高齢者の性格やヘルパーとの関係性によるだろう。これは前述の「準備」とは相反する概念であると考えられる。しかし、適応的な高齢者においては、この両者がうまく共存し、ある部分では「準備」をし、ある部分ではヘルパーに委ねるという風に適度なバランスをとっていることがうかがえた。

依存行動の規定因

ヘルパーへの依存行動を規定する要因としては、抑制要因、促進要因、抑制的にも促進的にも働きうる両方向要因が見いだされた。抑制する要因と

しては三つの要因が抽出された。一つは、「ヘルパー利用に係る制限」である。ヘルパーが提供できる援助は法律で細かく規定され、その範疇外の仕事はしてはいけないことになっている。そのため、高齢者が望んでいることでも規定外の作業である場合には、援助の提供が許されない。高齢者は援助を依頼した際に、法律で認められている範疇外の仕事であることを理由に断られるまたは説明される。それによって制限を知り、自身の援助要求を抑制することとなる。その結果、自分でできる範囲のことであれば自分で行い、自分で行うことが困難な場合は我慢することにつながる。自分で行う活動が増えるという点ではメリットがある場合もあるが、我慢を強いることで高齢者への精神的な負担やストレスが増えるという点でデメリットもある。さらに、ヘルパーを利用するに起因するデメリット（「ヘルパー利用のデメリット」）もまた依存行動に抑制的に働く。介護者が家族であっても思うようにいかないことや不満は生じる。まして、他人であるヘルパーが自宅に入り家事等を行うため、プライバシーの問題や気を使う場面も生じ、デメリットも多く存在するのが現実であろう。このデメリットよりも得られるメリットの方が多い場合や、デメリットをなんとか受け入れられる場合にはヘルパーへの依存行動が抑制される場合は少なくなる。逆に、デメリットを受け入れられない場合やデメリットを大きくとらえてしまう場合にはヘルパーへの依存行動を回避することになる。時には、ヘルパー利用を辞めてしまうことにもつながり得るだろう。最後は、家族の存在である（「家族の介護へのかかわり」）。ヘルパーは時間が決められており、その時間内で実施可能な仕事内容があらかじめ決められている。そのため、近くに家族が住んでいたり、同居している場合には、頼りたいことがあればヘルパーよりも家族の方がより頼りやすいだろう。その結果、高齢者の依存対象がヘルパーのみの場合に比べて、

必然的にヘルパーに表出する依存行動は分散され相対的に少なくなると考えられる。

依存行動に促進的に影響する要因としては、二つ抽出された。一つは「体力や能力の衰え」である。体力や能力は年齢とともに衰えやすく、それに伴って自力ではできない作業が増えていく。その結果、必然的にヘルパーへの依存が増える。高齢者自身が直接依頼して、ケアプランの変更や支援内容を調整してもらう「能動的依存」につながることもあるが、高齢者の生活状況を的確に判断し、ケア・マネージャーの側から提案する「能動的・選択的依存」につながることもある。二つ目は、「ヘルパーとのコミュニケーション」である。地域によっては担当ヘルパーが1年ごとに変わることが多い場合もあり、高齢者は毎年新しい人と関係を構築していくことが求められる。高齢者はヘルパーを利用する際の工夫の一つとして自身の要求をきちんと主張することが望ましいと考えているが、どんな場合も言いやすいわけではないだろう。ヘルパーとのコミュニケーションを重ね、ある程度良好な関係性が構築されている相手の方が主張しやすくなる。その結果、頼りたいにもかかわらず無理に我慢するという機会も減ってくる。したがって、ヘルパー利用においてヘルパーと利用者である高齢者との間のコミュニケーションの果たす役割は非常に大きいといえる。実際、ヘルパーが変わった初期には、時間が許せば、お互いを知るためにヘルパーとの会話の時間を積極的に作り、より良い関係を構築するために積極的な働きかけをしている高齢者も複数存在していた。

その他、抑制的にも促進的に働く要因としては、まず援助する側のヘルパーの性格である。よく話をする人の方が言い出しやすいという人もいれば、よく話をする人が苦手という高齢者もいる。そのため、ヘルパーが高齢者の性格に合わせて自身の対応の仕方を変えることも適切な援助の提供のためには重要である（須加, 2007）。また、高

齢者の性格によっても影響を受ける。当然のことながら性格によっても依存しやすさ、しくさに違いがある。依存しにくい場合には、「能動的な依存」の機会は少なくなり、その結果「受動的・選択的な依存」が増えることが推測される。

ヘルパーに対する気持ち

高齢者はヘルパーに対する気持ちに言及することも多かった。そのほとんどがヘルパーへの感謝の気持ち、ヘルパーを利用できることの幸せ、ヘルパーを介護の専門家として尊重する気持ちなど、ヘルパーまたはヘルパー利用に対する肯定的な感情であった。これはヘルパーとの関係が良好な高齢者が調査対象であることに起因すると考えられる。国の制度を自分が利用してヘルパーに来てもらっているため、ヘルパーを家政婦のように扱ったり、自分の思う通りに動かせる存在と見るのは間違った見方であると考えていることが複数名から語られた。ヘルパーに対する肯定的な感情は、このようなヘルパー利用に対する捉え方の影響を受けていると推測された。さらに、ヘルパーはできる限りのことを一生懸命行ってくれているという気持ちも強く、ヘルパーの仕事への姿勢に対する高い評価も、肯定的な感情につながっていると考えられた。このようなヘルパーへの肯定的感情や高い評価が、ヘルパーが仕事しやすいように、ヘルパーとの関係がよりよいものとなるために行っている様々な工夫（「ヘルパー利用の工夫」）を行う動機づけとして機能していることが推測された。逆に、ヘルパーを家政婦のような役割とみなしていたり、ヘルパーの仕事に対する姿勢を評価できない場合には、ヘルパーに対して肯定的な気持ちを抱くことは難しいだろう。そのため、ヘルパーとの関係をよりよくする工夫をしたり、ヘルパーと協力してできるところを自分で行ったりすることに消極的になってしまう可能性もあるだろう。また、周囲のヘルパーを家政婦のように扱ってい

る人に対して、自分のヘルパーの見方を話したことで少し相手の考え方が変わったかもしれないと言る高齢者も数名存在した。ヘルパー等の援助者からこのような話題を出すことは非常に難しく、相手の拒否感を高めやすいことが推測される。しかし、同じ立場である高齢者から語られることによって、より耳を傾けやすくなるかもしれない。ヘルパーを利用して嫌な思いをすることも少なからず存在するだろう。しかし、そのような思いを溜めこまず、同じ立場の者同士が自分の感じていることや経験を話すことによって、嫌な気分が解消されたり、よりヘルパー利用の良い点に目を向ける機会を得ることができるだろう。実際、今回の調査対象者の中にもデイケアなどに参加したり、友人が頻繁に自宅に遊びに来たりなど、定期的に同じ境遇の人と話をする機会を持っている人が多く存在した。同じ境遇にある高齢者同士が話をする機会を積極的に持つことも、より適応的な依存を可能にするためには重要であると考えられた。

依存構造のまとめ

各考察部分でカテゴリー間または概念間の関連についても触れているが、ここで各カテゴリーの相互関係から高齢者の依存と自立を取り巻く構造についてまとめる。依存と自立は互いに独立して機能するというよりはむしろ、相補的に影響し合いながら機能し、高齢者の置かれた状況や身体・認知機能などによってそのバランスが変化すると考えられる。依存行動や自立的行動に影響を与える要因として抑制要因・促進要因・両方向要因が見出された。それによって高齢者の依存行動の表出量や表出の仕方、自立的行動量などが変化し得るだろう。さらに、より効果的に、または快適にヘルパーを利用するため、さらに依存や自立を効果的にするために様々なヘルパー利用の工夫が行われていた。このような工夫を行うことによって、

結果的に自身の依存が満たされやすくなったり、ヘルパーとの関係性が良好に保たれる。その結果、ヘルパーやヘルパー制度に対する肯定的な感情が生じ、それがさらにはヘルパー利用の工夫を持続させ、依存と自立のバランスを保つ方向へと動機づけるのではないかと考えられた。

結論

本研究は、以下の点について探索的に検討することを目的として行われた。在宅で介護を受けている高齢者と介護者であるヘルパーとの間に、どのような依存が存在し、それらがどのように機能しているのか、依存行動に影響を与える要因にはどのようなものがあるのか、自立と依存がどのような関係にあるのかなどである。その結果、二種類の依存が存在していることが明らかとなった。一つは、高齢者が必要な援助を直接要請する「能動的依存」である。もう一つは、ヘルパーから提案される援助に対して高齢者が必要と認めた援助を受ける「受動的・選択的依存」である。「受動的・選択的依存」は「能動的依存」の不足部分を補う機能も有していた。このことから、高齢者の身体・認知機能に応じて両者のバランスがとれていることが、より適応的な依存の在り方であることが示唆された。また、高齢者は効果的にまたは快適にヘルパーを利用するため、自身の要望をきちんと主張すること、できるところはあらかじめ準備をしておくこと、ヘルパーが快適に仕事ができるように気を使うこと、ヘルパーの援助を受け入れ、自身を委ねることといった工夫を主体的に行っていた。さらに、このような工夫が効果的な依存行動や自立的行動につながることが示唆された。高齢者の依存行動に影響を与える要因については、制度に係る制限やヘルパーを利用することによるデメリット、家族の介護への参加、高齢者自身の体力・能力の衰え、ヘルパーとのコミュ

ニケーション量、高齢者やヘルパーの性格といった要因が影響を与えていた。最後に、依存と自立の関係について述べる。両者は決して対極概念ではなく、依存が成立して初めて可能となる自立も存在し、互いがうまく機能するよう支えあってい る関係であることが明らかとなった。そして、高齢者の身体・認知機能に合わせて両者がバランスよく共存することが、より適応的な依存と自立の在り方であることが示唆された。

本研究の限界と今後の展望

ここでは、本研究における限界や問題点と今後の展望について述べる。本研究では、在宅でヘルパーを利用している高齢者で、担当ケア・マネージャーがヘルパーとの関係が良好であり、ヘルパーの利用によく適応していると思われる人を対象とした。ヘルパーとの関係が良好であり、ヘルパー利用によく適応している高齢者は適応的な依存と自立の在り方をしているという前提で行った。しかし、本研究で得られた適応的な在り方が果たしてヘルパー利用に適応していない人や不満を抱いている人においては見られないのか、異なる構造が見られるとするすればどのような在り方であるのかはわからない。今後は、対象をヘルパー利用に適応していないまたは不満を抱いているような人も含めて検討していくことが必要である。さらに、高齢者に直接回答を求めるため、調査対象者は認知機能が十分に保たれ、面接者の質問を理解し、考え、回答することが可能な、介護度が軽度の人のみが対象となった。そのため、多くの人は、身体的能力も高く、自力で行うことが可能な活動が比較的多く残されている高齢者であった。要介護度が高く、自力で行うことが可能な活動が非常に少ない場合には、そのような身体状況に適した依存と自立の在り方、それに影響を与える要因があることが推測される。したがって、要介護度

が高い高齢者についての新たな検討が必要であろう。認知機能の低下がみられる高齢者については、家族や介護専門職等の観察によって推し量る調査方法を選択する必要もあるだろう。

謝 辞

調査にご協力いただいた方々、分析に協力いただいた寺島瞳先生（筑波大学）に心より厚く御礼申し上げます。また本研究は、平成 20 年度科学研究費補助金（若手研究（B）、課題番号：20730442）の助成を受け実施され、一部は日本健康心理学会第 22 回大会（早稲田大学）において発表された。

引用文献

- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.
- Bornstein, R. F., Languirand, M. A., Geiselman, K. J., Creighton, J. A., West, M. A., Gallagher, H. A., & Eisenhart, E. A. (2003). Construct validity of the relationship profile test: A self-report measure of dependency-detachment. *Journal of Personality Assessment*, 80, 64-74.
- Gustafsson, K., Andersson, I., Andersson, J. & Sidenvall, B. (2003). Older women's perceptions of independence versus dependence in food-related work. *Public Health Nursing*, 20, 237-247.
- 飯田亜紀 (2000). 高齢者の心理的適応を支えるソーシャル・サポートの質：サポーターの種類とサポート交換の主観的互恵性 健康心理学研究, 13, 29-40.
- 神部智司・岡田進一 (2000). デイサービスに対する利用者満足度の構成因子と総合的満足度に影響を及ぼす要因に関する探索的研究 日本在宅ケア学会誌, 4, 87-93.
- 河合千恵子・下仲順子 (1992). 老年期におけるソーシャル・サポートの授受 別居家族との関係の検討 老年社会科学, 14, 63-72.
- 木下康仁 (2003). グランデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い 弘文堂
- 三浦正江・上里一郎 (2006). 高齢者におけるソーシャルサポート授受と自尊感情、生活充実感の関連 カウンセリング研究, 39, 40-48.
- 三浦美子 (2008). 高齢者在宅介護における家族の介護意識に関する研究—高齢者虐待予防の視点から— 保健福祉学研究, 6, 185-200.
- Montenko, A. K. & Greenberg, S. (1995). Reframing dependence in old age: a positive transition for families. *Social Work*, 40, 382-390.
- 内閣府 (2009). 平成 21 年版高齢社会白書 1-120. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/21pdf_index.html (2010 年 1 月 7 日)
- 中谷久恵・島内 節 (2000). 利用者満足度による在宅ケアマネジメントの評価に関する研究 日本在宅ケア学会誌, 4, 39-46.
- 大泉哲子・高橋美岐子・藤沢緑子・佐藤怜 (1999). 在宅介護に見られる高齢者虐待問題について 日本赤十字秋田短期大学紀要, 4, 81-90.
- 才津芳昭 (2001). 1990 年代日本における妻の家族意識一年齢による差異と変化 人口問題研究, 57, 16-31.
- 袖井孝子 (2008). 少子高齢社会における高齢者像の変化：家族への依存から自立へ 家族研究年報, 33, 49-61.
- 総務省 (2009). 人口推計月報 (平成 21 年 7 月確定値). <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/tsuki/index.htm> (2010 年 1 月 7 日)
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2002). Dependence and independence among old persons-realities and myths. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, 269-273.
- 杉井潤子 (2002). 老人虐待 畠中宗一(編) 自立と甘えの社会学 世界思想社 pp. 79-99.
- 杉澤秀博・深谷太郎・杉原陽子・石川久展・中谷陽明・金恵京 (2002). 介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因 日本公衆衛生誌, 49, 425-436.
- 須加美明 (2003). 訪問介護の質を測る利用者満足度尺度案の開発 老年社会科学, 25, 325-338.
- 須加美明 (2007). サービスを拒む利用者との関係形

- 成 社会関係研究, **12**, 119-132.
- 高橋恵子 (1968a). 依存性の発達的研究 I—大学生女子の依存性— 教育心理学研究, **16**, 7-16.
- 高橋恵子 (1968b). 依存性の発達研究 II—大学生女子との比較における高校生女子の依存性— 教育心理学研究, **16**, 216-226.
- 高橋恵子 (1970). 依存性の発達的研究 III—大学生・高校生との比較における中学生女子の依存性— 教育心理学研究, **18**, 65-75.
- 竹澤みどり・小玉正博 (2004). 青年期後期における依存性の適応的観点からの検討 教育心理学研究, **52**, 310-319.
- 竹澤みどり・小玉正博 (2006). 適応的依存とは？：依存概念の再検討 筑波大学心理学研究, **31**, 73-86.
- 吉川秀敏・永峯卓哉・中尾八重子・高比良祥子・吉田恵理子 (2007). 訪問介護サービスに対する利用者の満足度とサービスの有効性との関連 日本在宅ケア学会誌, **10**, 67-74.

原 著

神経難病者の病の受け入れの促進要因に関する研究

—脊髄小脳変性症を中心として—

朝田 圭*・茂木 俊彦**

Factors promoting illness-acceptance among people with the neurological intractable disease of spinocerebellar degeneration

Kei Asada*, Toshihiko Mugi

Abstract

Objectives: This study used a qualitative approach to understand the illness-acceptance process and factors that promoted the process among people with spinocerebellar degeneration living in Japan to better inform health-care practice in various clinical fields.

Method: Semi-structured interviews with ten persons with neurological intractable diseases provided data that was analyzed using a modified grounded theory approach.

Results: As a result, the following six categories were evident: (1) unable to accept illness; (2) have a safe base; (3) have a stable background; (4) admit to having the disease; (5) cope with the stress in my own way and (6) developing some peace of mind.

Conclusion: It was beyond the scope of this study to complete the investigation of "disability acceptance" by these participants; however, they will be getting closer to the stage in which they could gradually accept their illness through their interactions with the environmental and individual factors found in this study.

Key words: neurological intractable disease, spinocerebellar degeneration, the illness-acceptance, modified grounded theory approach.

問題と先行研究

はじめに

代表的な神経難病の1つである脊髄小脳変性症 (Spinocerebellar Degeneration; 以下 SCD) は、小脳や脳幹が萎縮していくことで脊髄への信号伝達が不十分となり、全身の運動機能が徐々に喪失されていく神経変性疾患の総称である。従来遺伝型

のものが30~40%、非遺伝型のものが60~70%と言われてきた。しかし2003年以降の特定疾患の疾病分類からは、それまで非遺伝型 SCD の過半数を占めていたオリーブ橋小脳萎縮症 (Olivopontocerebellar Atrophy; 以下 OPCA) が、病理学的見地から他の神経難病である多系統萎縮症 (Multiple System Atrophy; 以下 MSA) に、線条体黒質変性症 (Striatonigral Degeneration)、シャイ・

* 桜美林大学加齢・発達研究所 (Institute of Aging and Human Development, J.F.Oberlin University)

** 桜美林大学 (J.F.Oberlin University)

受稿2010.6.2 受理2010.10.18

ドレーガー症候群（Shy-Drager syndrome）と共に統合されるようになった。医学的位置はまだ明確になっていないが、OPCAだけは SCD との共通点が多いことから、現在でも臨床的には SCD の代表的疾患と考えられることが多い。人口 10 万人あたり約 5～6 名の有病率と言われる SCD・MSA (OPCA) の治療法としては、現在のところ 1 種類の薬物療法しかなく、その効果も不十分である。進行を遅らせるための唯一の対策はリハビリテーション（以下リハビリ）であるが、もちろん日常生活動作（Activities of Daily Living; 以下 ADL）の低下は避けられない。SCD・MSA には多岐に渡る神経症状があるが、とりわけ歩行や言語など、日常生活で最も必要とされる動作が最初に障害されていく。1977 年に結成された全国 SCD・MSA 友の会は、2009 年 11 月現在、会員数約 1,700 名の患者会であり、年間を通してさまざまな活動を行っている。友の会が 1998 年に会員 956 名に対して行った郵送アンケートでは、92% の会員が自宅療養中であり、残りの 8% も施設入所中、病院入院中という状態であった（金澤, 2001）。

神経難病者の ADL 向上や、生活の質（Quality of Life; 以下 QOL）向上に直結することは明らかであるため、リハビリや治療法の開発を進める研究が重要であることは言うまでもない。病者にとって廃用性の能力低下を防ぎ、機能を維持させようとする努力は重要であるが、前述したように、薬物療法やリハビリの効果には限界があり、それだけでは病者の機能維持に対するモチベーションを維持することは難しい。そのため病者の意欲を上げるような支援を行うことが急務である。筆頭著者は SCD の 1 疾患当事者としての経験から、病者の意欲向上には病者が病を受け入れられるような精神的安定を得ることが重要であると考える。

なお本研究では、神経難病が国から定められている特定疾患の、病者にとって客観的な医学的位置を「疾患」(disease) と呼び、疾患を抱えてい

る病者の主観的精神的なものを「病」(illness) と呼ぶこととする。

障害受容に関する先行研究

主要な障害受容理論には「段階論」と「価値転換論」がある。「段階論」では、Kubler-Ross (1969 鈴木訳 2001) の死の受容段階を参考にした、上田 (1980) の障害受容段階であるショック期—否認期—混乱期（怒り・うらみと悲嘆・抑うつ）—解決への努力期—受容期が広く知られている。他方「価値転換論」では、Wright (1960) が、個人が障害受容する際は以下の 4 つの価値の転換が行われると考えた。すなわち (a) 価値範囲の拡大、(b) 障害が与える影響の制限、(c) 身体的外観の従属化、(d) 比較価値より資産価値を重視する、などである。価値の転換は、その後受容の本質として障害後の心理過程の最終段階に位置づけられた。しかし価値觀を変えることは選択肢の 1 つに過ぎず（南雲, 2003）、障害者個人に対して一律に価値転換を押し付けてしまう危険性も指摘されている（本田・南雲, 1992; 結城, 2008）。そして従来の段階論では、どのような障害者でも一律に受容に至るような印象を与える点が問題視され、疾患の種類や病者のパーソナリティなどにより従来の受容過程に当てはまらないことが多く、現在は障害受容の理論的枠組みを見直すべきという考え方もある（南雲, 1994, 2003）。

最初に障害受容の重大性を説いた Grayson (1951) は、障害受容を身体、心理、社会の 3 つの側面から複合的にとらえなければならないことを主張し、特に障害者は身体像（ボディ・イメージ）を再構成し、障害者として自分自身を社会に統合させる、という 2 つの過程を重視した。南雲 (2002, 2003) は、受傷後の心の苦しみを“自分の中から生じる苦しみ”と“他者から負わせられる苦しみ”の 2 つに分け、前者の苦しみに対する受容を“自己受容”、後者の苦しみに対する受容

を“社会受容”とし、社会受容の根本は他者が障害者を心から受け入れることとしている。南雲は“個人受容は障害者を隘路に導くものであり、社会受容こそが活路を開く”として、社会受容をより重要と考えるが、“社会受容は自己受容を促進するのに有効な手段である”と考えて両者の相互作用を重視している。本田・南雲・江端・渡辺（1994）は脊髄損傷と脳卒中者の手記を通して、障害体験に影響する諸要因として、(a) 個体要因、(b) 障害要因、(c) 環境要因の相互作用を明らかにした。長田（2006）も障害を受容するには、年齢・性別・生活史・社会的役割のような個人的要因だけでなく、障害の原因や回復の可能性、治療環境、職業、家族などの社会的要因が関与するとして、2 要因の相互作用を重視している。以上のように障害受容とは、障害を伴う個人の努力だけが影響するのでなく、個人と環境との相互的な関係のもとで促進されるという観念は多くの人に受け入れられている。

2001 年には WHO（世界保健機関）により、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health; 以下 ICF）が発表された。ICF は、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 つの次元及び「環境因子」「個人因子」の影響を及ぼす背景因子で構成されている。そして特に「環境因子」を生活機能と障害のあらゆる構成要素と相互に関連しあうとして、重視している。本研究では ICF のそのような健康と障害に関する相互作用モデルも参考に、現代の日本社会に生きる神経難病者の病の受け入れに関与する要因を明らかにする。

日本の神経難病者に対する障害受容研究

山田・百々（2004）は、ストレス科学の視点より、45 特定疾患の中でも特に神経難病者群への

ストレスマネジメント^{註1)} 教育の必要性を示唆した。出江（2006）は、電話によるコーチングにより SCD・MSA 病者の自己効力感を上昇させた。このような試みも多く行われているが、それらを受けようとする意志も病者の自発性によるものである。三宅・尾花・広瀬・田辺（1993）は、著しい ADL 低下の中で安定した在宅療養生活を継続している神経難病者に共通する 4 条件を明らかにし、これらを満たすことが在宅療養者の QOL 向上の鍵となると考えられた（小町・笠原・出倉・新美、1999）。野川・唐津（2001）は、進行性筋萎縮症病者 4 名に対して半構造化面接を行い、病の受けとめに影響する 8 要因を看護援助の手がかりとして抽出した。

SCD・MSAにおいては、前川・深澤・正木・永江・黒田・野口（1992）が、“SCD のような疾患では、（中略）他とは異なった疾病的受容段階がある”として従来の「段階論」に SCD・MSA 病者が当てはまらないことを明確にしている。筆頭著者も 1 当事者として適切とは感じなかったが、SCD・MSA 病者においても診断されて間もない時期は、やはり疾患や障害が受容できずに苦しんでいることが報告されている（押領司・佐藤、2007）。疾患本体と関連するものか否かは明確ではないが、SCD・MSA 病者に関しては健常者や他の疾患と比較しても、抑うつ症状を合併する頻度が高いことが示されている（小林・村田・山口・木谷・岡田、1990；高田・早原、2005）。本研究では、対象を神経難病者に絞るが、従来の段階論や完全なる価値転換・受容には固執せず、少しでも病者の QOL 向上に関わる要因を明らかにし、神経難病者独自の受容段階について検討する。

多くの神経難病者は正常な認知機能が維持されているため、本研究では病者の罹患体験への主観的側面を中心に分析していく。主観的 QOL は、質的研究でこそ明らかにできるであろう。本研究

註1) ストレスの本質を知り、それに打ちかつ手段を習得することを目的とした体系的介入法。

では、病者の主観的QOL向上のため、半構造化面接により神経難病者の病の受け入れの過程を中心に、病の受け入れを促進する要因を明らかにすることを目的とする。筆頭著者が1疾患当事者として分析することは、当事者だからこそ主観的な分析に至るという限界もあるだろう。しかしさまざまな臨床現場で応用可能な視点を得たい。

方 法

研究対象者

全国SCD・MSA友の会によって2ヶ月に1回ほど、都内で開かれる交流会に参加していた会員へ筆頭著者が直接依頼し、研究の趣旨を説明し、許可の得ることのできた7名を対象とした。その他の神経難病者に関しては、都内の訪問看護ステーションの紹介により、許可の得られた3名とした。

調査期間

2008年11月～2009年7月に実施した。

インタビュー方法および内容

実際のインタビューでは、半構造化面接の長所が活かされるように、開放感を持たせ、会話形式でできるだけ自由に答えてもらった。質問項目33項目をTable 1に示す。内容は、三浦ら（1993）や野川ら（2001）の先行研究において受容に影響する要因と考えられているものも参考にしたが、基本的に筆頭著者がSCD病者の1人として病を受け入れる際に関係するであろうと考えたライフイベントを取り上げた。質問内容は、基本的にSCD・MSA病者に合わせたものだが、病気の種類によって表現を考慮し、変化させた部分もあった。インタビューには1回60～180分を要し、面接内容は許可を得てICレコーダーにて録音した。なお本研究の倫理的配慮は、桜美林大学の研究倫理委員会で許可を得た。

分析方法

分析にはM-GTA（木下, 2003）を用いた。これは研究者の問題意識に忠実に、データを切片化せずコンテキストで解釈していく、そこに反映されている人間の認識や行為、それに関わる要因や条件をていねいに検討していく方法である。M-GTAを採択したのは、神経難病者の病の受け入れのプロセス的性格に対応でき、社会的相互作用を重要視する理論であるためである。以下にその分析手順を簡単に示す。

1. インタビューを録音したICレコーダーにより、全過程を逐語化する。
2. 逐語化されたデータを熟読し、本研究の目的に照らして関連箇所に着目し、分析焦点者（それぞれの神経難病者）の立場に立って解釈する。
3. 概念生成の際、分析ワークシートに類似する着目箇所をヴァリエーション（具体例）として羅列していく、共通する意味合い（定義）を短文で考え、説明概念を考案していく。
4. 同時並行的に他の概念も作成していく、1分析ワークシートごとに1概念を生成する。
5. 生成した概念の完成度は類似例の確認だけでなく、対極例についての比較の観点からデータを見ていくことにより、解釈が恣意的に偏る危険を防ぐ。その結果をワークシートの理論的メモ欄に記入していく。
6. 次に、生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、関係図にしていく。
7. 複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、結果図を作成し、その概念とカテゴリーを簡潔にストーリーラインとして文章化する。

分析の全般において、M-GTAでの著書や学術論文のある熟練者1名のスーパーバイズを受けた。

Table 1 半構造化面接に用いた質問項目^{註2)}

1. 医師から何で告知されましたか？そのときどう思いましたか？
2. 診断された後（ショック後）は何日くらいで社会に復帰したか覚えてますか？どうしてでしょうか？
3. 同居家族はいらっしゃいますか？ご家族へ伝えたときは何て言つたんですか？ご家族の反応はどうでしたか？どう感じましたか？それで何か変わりましたか？
4. では仲の良い友達にはどのくらいで伝えましたか？反応はどうでしたか？何か変わったことはありますか？
5. そのときは何をしていたのですか？（仕事なら）職場の同僚や上司には言いましたか？（学生なら）学校の先生や同級生に伝えたりしましたか？どんな反応で、どう思いましたか？その後、どのような変化がありましたか？
6. ご近所の方には伝えましたか？何か変化はありましたか？
7. 生活圏内に有効利用できそうな社会資源はありますか？
8. 友達や知り合いのサポートはどうですか？
9. 家事や掃除などの自治体のサポートはありますか？どう思いますか？
10. 経済的にはどうですか？
11. 今通院されていますか？医師や看護師はどのようなかんじですか？入院時は？
12. 医療券や身体障害者手帳を申請されたときはなにか感じましたか？
13. セレジスト^{註3)}飲んだりヒルトニン^{註3)}打ったりされていますか？効きますか？（効かない場合）どうして続けられているのですか？
14. 片足で立てなくなったり、走れなくなったり、ジャンプできなくなったり、普通にしていた動作ができなくなって、病気の進行を感じたとき感じて覚えてることってありますか？
15. そのように病気の進行を感じられて落ち込んだとき、立ち直るために自分でなにか努力されたことはありますか？
16. 電車とかバスにひとりで乗られたり、公共の場に自分ひとりのときはどんなんかんじなのです（でした）か？
17. 周囲や社会から差別的なことを感じることはありますか？
18. 障害を受容するには、“ショック期”“否認期”“混乱期”“適応への努力期”“受容期”という時期があると言われることがありますけど、自分は今どの時期だと思いますか？
19. では一般的に“緩徐”と言われていますけど、自分自身に関してはどう思いますか？
20. SCD・MSA になったことで“死”ってことについて考えたことがありますか？（診断されたばかりの人には聞かない。“生きがい”から入る。；“生きがい”についてどう思いますか？）
21. 病気のことについてどんなふうに、どれくらい調べましたか？どう思っていますか？
22. 病気の経過の予測、今後の生活はどうなっていくと思いますか？例えば自分の生存しているうちに SCD・MSA の根治的治療法が臨床応用されるというなどの期待がありますか？それからどのような不安が主にありますか？
23. 病気にかかったから得たものはあると思いますか？例えばどのようなものでしょうか。
24. 病気だからできないことってあると思いますか？
25. 今なにカリハビリをしていますか？
26. 闘病生活を送る上で助けになっているものは特になんですか？
27. 趣味はありますか？
28. 相談相手はいますか？
29. 心の支えになっていると思うものはありますか？
30. 友の会の交流会などの同病者同士の交流や情報交換をどう思いますか？どのような情報が一番有益でしょうか？
31. 無理しない範囲で積極的に外出していますか？
32. 精神面への援助法には、どのようなものがあつたらよいと思いますか？
33. 今まで伺ってきたこと以外に、精神面に影響がありそうなことはありますか？

註 2) 質問項目は口語体で示す。

註 3) SCD・MSA 唯一の薬物であり、効果は不十分とされている。

結果と考察

内容の重複を避けるために結果と考察を分けずに報告する。Table 2に対象者の属性を、Table 3に分析ワークシートの例を、Figure 1に病の受け入れへの促進要因と関係性の概念図を示す。カテゴリーを〈〉で、概念を‘’で示す。概念図内の矢印の意味を含め、以下で各カテゴリーを説明していくが、文章化のため、概念名やカテゴリー名を変化させている部分がある。概念は19個、カテゴリーは6個となり、概念化するためのスクリプト（具体例）は196個あったが、論文ではそのなかで主だったものだけを引用する。また以後文章中の対象者の答えは、イタリック体で記し、事例番号とスクリプト番号を答えの後に記す。

研究対象者の中のその他の神経難病者3名の病名は、多発性硬化症（multiple sclerosis；以下MS）、筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis；以下ALS）、デュシェンヌ型進行性筋ジストロフィー（progressive muscular dystrophy；以下PMD）であった。神経難病者の全体的な心理的側面を分析するため、性別、年齢、罹患期間の基本的属性は幅広

く取るよう心掛けた。合計10名の平均年齢は 44.4 ± 12.2 歳（25～69歳）で、男性6名、女性4名であった（Table 2）。なお、最近の45特定疾患の分類内にはPMDが含まれていない。なぜならPMDは、東京都など一部の都道府県では特定疾患とされるが、病者数の問題や診断上の困難さなどから現在も難病としては公的に認められていないためである。しかし臨床的には神経難病の範疇に入る疾患と考えられているため、本研究でもPMDを神経難病として扱うこととした。

それぞれの疾患（MS、ALS、SCD、MSA、PMD）は症状や発症年齢、予後が異なるため、“神経難病”と範囲を大きく考えたことを懷疑的に感じる人もいるかもしれない。しかし実際データを解釈した結果、病を受け入れるときの心理面に大きな相違は感じられなかった。これは病者にとって、病に対しての受けとめ方が“慢性進行性の不治の病”と共通しているためと考えられるだろう。また現在の症状も“自立歩行”から“ベッド生活”と幅広かったが、神経難病者の全体的な障害受容を考えられる結果につながった。

Table 2 対象者の属性

事 例	性・年齢	罹患期間	病 名	現在の生活状態 (現在の症状)	同居家族
A	男・36	1年	MSA	自営 (自立歩行)	妻、息子1人
B	男・53	半年	MSA	会社員 (自立歩行)	なし
C	女・30	7年	SCD	自宅療養 (車いすでの移動)	母
D	男・44	9年	SCD	自宅療養 (杖での移動)	妻
E	男・40	21年	MSA	自宅療養 (車いすでの移動)	父
F	男・42	7年	ALS	自宅療養 (ベッド生活)	妻、娘3人
G	女・53	23年	MS	自宅療養 (車いす生活)	夫
H	女・69	3年	SCD	自宅療養 (杖での移動)	夫、息子夫婦、孫2人
I	男・25	22年	デュシェンヌ型 PMD	NPO勤務 (車いす生活)	なし
J	女・52	半年	SCD	自宅療養 (杖での移動)	母

Table 3 分析ワークシートの例

概念名	同病者との交流効果
定義	同じような境遇の人との交流は有意義なストレスコーピング。
具体例	<p>A20 Q さん^{*1}は家も同じ方面だし、交流会のとき一緒に車で帰ったりしていろいろ情報聞く。闘病記を出している人のブログには2~3ヶ月前くらいからコメントを始めた。今年の交流会は全部行っている。福祉制度の情報とか聞けるからいい。みんなすごい“いいひと”。</p> <p>F12 同病者に話を聞くのが一番。だからブログをやってるよ。</p> <p>I 18 障害があるってことで、「なんでわたしだけ」とか「なんでオレだけ」というのは考えたりすると思うんで、そういうときに例えれば同じような病気、ダイレクトに同じ病気じゃなくっても、そういう人が実際にこんな風に生きてますとか、ちゃんと充実した生き方をしているような人が話をしてくれたりとかしてくれると一番の励ましになります。</p> <p>J14 私がしゃべれない部分を補ってもらえる?っていう部分で交流会に(娘さんたちを)一緒に連れて行ったんですよ。自分の両親を見て、「あれじゃいけないな」と思ったから。</p> <p>16 W さん^{*2}なんて私よりひどいのに、メールで「マミーちゃん(対象者)なら大丈夫だよー?」とかさらっと入れてきてくれて、大丈夫かもって気にさせてくれるの。</p> <p>(その他 6 例)</p>
(対極例)	<p>G14 同じ病気の人と比べることは全くないです。</p> <p>15 病気(同病者)に関しての交流は、まあしてないですね。 …「資産価値」向上しきった状態?この人はこれで安定している。</p>
註 ⁴⁾ 理論的 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 福祉系の情報が聞ける。 ✓ 症状の相談ができたり、観察できる。 ✓ いろいろ意見交換ができる。 ✓ 交流会に連れて行くことで、同伴者に自分が伝えきれないことを補ってもらえる。 ✓ 普段はあまり話せない病気のことを集中的に話せるので、よいストレスコーピングになる。

*1・2 交流会で会った、同病者。

〈病を受け入れられない〉状態

〈病を受け入れられない〉状態のときは、まず自覚症状はあるものの確定診断は受けていないときや、確定診断を受けても、それが“いずれは死に至る慢性進行性の不治の病”という予後を知らなければ、実感できない‘何が起こっているのだろう’という思いをする。その後すぐ疾患の予後を病名告知時に医師から説明されたり、インターネットなどで調べたりし、初めて知ったとき、ショックを受ける、‘予後を知り衝撃を受ける’経験をする。本研究では1人だけ「親を何十年も見てきて

るから、いつか自分もなる、って思っていたから。ショックはない、ぜんっぜんない、ほんとに。」(J1) という対極例があった。SCDはほとんどが遺伝性であるため、予後をもともと知っていて覚悟ができていれば衝撃が少なくなる病者もいるのかもしれない。そして予後を知った後には自己が罹患したことを認められず、“病だから”受けるだろう社会的人間的な差別を恐れ、なるべく避けようとし、‘病を隠す’という現実に陥る。上述したように SCD・MSA 病者に関しては健常者や他の疾患と比較しても、抑うつ症状を合併する頻度

註4) 解釈の思考プロセスをもっとよく記録したもの。定義とはならなかった他の解釈案や解釈の際に浮かんださまざまな疑問、アイデアなどを記入していく。対極例や類似例についても、その都度記入していく、比較分析を継続的に進めていく。

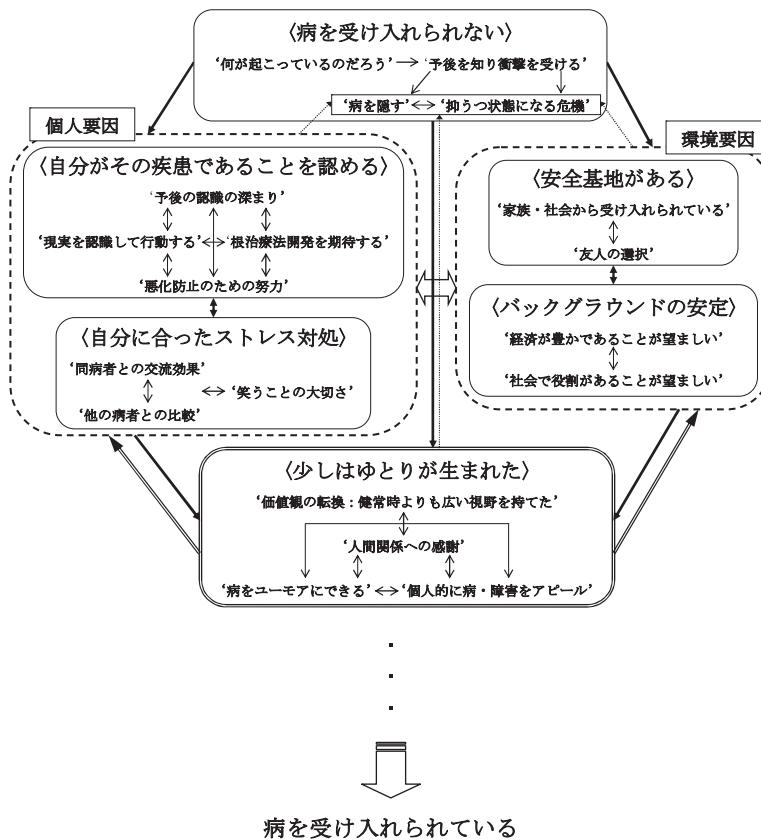


Figure 1 病の受け入れへの促進要因と関係性の概念図

が高いことが示されている（小林ら, 1990; 高田ら, 2005）ことから、「抑うつ状態になる危機」という概念が考えられた。本研究で実際大うつ病を併発した対象者は1人であったが、悪い予後を知り、落ち込まない人はいない。したがって、抑うつ状態は神経難病者において、受容へ向かう前にほとんどの病者に表れると考えてよいだろう。この2つの概念が影響し合う可能性はあるが、最初の2概念（‘何が起こっているのだろう’、‘予後を知り衝撃を受ける’）へ戻ることはないため、1方向の矢印とした。

環境要因

以下の〈安全基地がある〉カテゴリーと〈バックグラウンドの安定〉カテゴリーは、生活の土台や環境になるものであると考えたため、環境要因になると位置づけた。この2カテゴリーは影響し合っている。

〈安全基地がある〉 病者にとって、いつでも避難できる精神的な〈安全基地がある〉ことが望ましい。「家族・社会から受け入れられている」ことは病者の安心につながり、病者自身が自然に病を受け入れていける土台が準備されていることである。

そこから、家族や職場以外でのプライベートな‘友人の選択’へつながっていき、以上の2概念は生活の中で相互的に影響し合っていく。本研究の対象者には、罹患後に信仰を始め、そこでの人間関係が中心となった人がいる。このように、罹患前と罹患後は機能の低下や価値観の変化などの理由から、自分が罹患したことを受け入れてくれ、支援してくれる人としか付き合わなくなる。

〈バックグラウンドの安定〉 生活における〈バックグラウンドが安定〉していることは病者の主観的QOL向上と精神的安定につながる。本

研究では、「経済が豊かであることが望ましい」、「社会で役割があることが望ましい」という概念が抽出され、この 2 概念も関連し合っていると考えた。もし経済的に余裕があれば、趣味に費やしたり、就学したりして、「社会で役割があることが望ましい」概念にもつながり、自己実現でき心にゆとりが生まれる人もいるだろう。また、まだ自立歩行可の病者たちが「仕事ができないってことはすごく辛いことなんだよね。」(B7) と言うように、働くうちは働くことが大切である。しかし働けなくなつてからも社会の中でなにか役割、するべきことがあると望ましい。「Pさん（同病者）の紹介で、始めた絵手紙のボランティアが、2回目の発送となり、読んでくれた人からお便りが届きました。社会と関わって行ける縛みみたいなもので、ちょっと嬉しい時間です。」(のちのちメールにて：事例J) というように、この病者は罹患したため、ボランティアに意義を見出すようになった。

個人要因

以下の〈自分がその疾患であることを認める〉カテゴリーと〈自分に合ったストレス対処〉カテゴリーは、病を受け入れるときの病者による個別の努力が中心となると考えられたため、個人要因となると考えた。この 2 カテゴリーは影響し合っている。

そして病者が少しでも主観的 QOL を向上させるためには、この環境要因と個人要因の相互作用は欠かせないものである。

〈自分がその疾患であることを認める〉 病者自身の課題としては〈自分がその疾患であることを認める〉姿勢を持つことが重要であろう。インタビューの返答の中にも「病気は認めた方がいいとは思うんですよ。(中略) 僕は、やっぱり検査して、病気を分かったら、まぁ完全に受容できなくとも、なんかいい方法で進行を抑えるとか、そ

ういうような治療があるじゃないですか？ だからそこは認めたほうがいいと思う。」(D11) という主張があった。ここでは、この病者自身が生活の中で〈自分がその疾患であることを認める〉ことの大切さを実感したことが語られている。

医療券や身体障害者手帳を申請し、インターネットや本で‘予後の認識の深まり’をし、自己の中で罹患を認めさせ、その疾患の症状や予後を認識する。そのことで病だから継続・挑戦を諦め、病の進行を想像して今しかできないことを考え、‘現実を認識して行動する’ようになる。「諦める」という言葉を「明らめる」と書くことがある。よく「病気だから諦めた」という表現を聞くが、自己の現在の機能を把握して今の自己に合ったものごとに取り組んでいくということは、「諦める」ということではなく、「明らめ」つまり現実認識であろう。機能低下のため、健常時よりもできなくなることはあるが、それを見極め手を出さないというだけのことであり、前向きな姿勢の一種であるといえる。

また、現在再生医療（万能細胞の臨床応用）や SCD の根治的治療法の開発、臨床応用への期待が盛んに呼ばれているため、‘根治療法開発を期待する’ようになる。そのことも「平井教授の研究 (SCD 根治的治療法) には賭けているものがあるから。それ聞いてリハビリ始めたの。3 年後くらいまでには治って、働いて、家族を養っていくないと。」(C7) と‘悪化防止のための努力’につながる。‘悪化防止のための努力’ 中ももちろん、‘現実を認識して行動’ したり、‘根治療法開発を期待’ したり、‘予後の認識の深まり’ をするので、可逆的な矢印とした。

〈自分に合ったストレス対処〉 罹患が原因の〈自分に合ったストレス対処〉をすることが重要となってくる。本研究の病者では、まず‘同病者との交流（効果）’(Table 2) で情報交換することがストレス対処となっている人が多かった。

1人だけ同病者との交流や情報交換に意義を見出さない人がいたが、意義を見出している対象者は、積極的に交流していた。対象者のSCD・MSA病者に関しては、交流会に何度も足を運んでおり、機能低下などさまざまな理由から直接面会はできない病者も、インターネットなどで同病者と情報交換をしていた。また自己の病よりも予後の悪い‘他の病者と比較’することや、自己よりも劣る状況の人々などと比較することが、最悪ではないと自己に言い聞かし、客観的に自己が罹患した状況を振り返ることになり、ストレス低減につながっている病者もいた。この2概念は相互補助関係にあるように感じられた。なお本インタビューでは少数意見ではあったが、お笑いを観賞することや、病者のナチュラルキラー（Natural killer; 以下NK）細胞を活性化させることでストレス低減を図ろうと言って、‘笑うことの大切さ’を考える病者もいた。上述の‘同病者との交流効果’に意義を見出さなかった事例Gの病者は、この方法でストレス対処していた。リンパ球内のNK細胞を活性化させることがストレス解消につながり、笑いやユーモア感情がNK細胞活性を促すことは明らかとなっていて、一般的なストレス解消法の1つと考えられている（春木・森・石川・鈴木, 2007）。喜劇映画を見て笑いを誘発されたことが、重い膠原病を治したという逸話（Cousis, N., 1979 松田訳 2001）があるように、神経難病者にも個人によって病から引き出されるストレスに効果があるのであれば、積極的に取り入れられるべきである。

〈少しあゆとりが生まれた〉 病者が完全に病を受け入れられる状態になることができるかどうかは分からぬが、病に対して最初よりも精神的に〈少しあゆとりが生まれた〉であろう状態が考えられた。まずインタビュー結果から、多くの対象者が、罹患してから、健常な頃とは違った視点でものごとを見たり、考えたりするようになる。つまりその人なりに‘価値観の転換：健常時よりも広い視野を持てた’が起こっていることを主観的に感じられることが大きかった。従来のWrightが考えた、「価値転換論」の4分類には固執しなかったが、何かしらの価値観の転換は病を受け入れる際の促進要因となっていた。同時に医療従事者、福祉従事者、新しい友人などとの出会いを感謝し、罹患したから持てる‘人間関係へ感謝’ができるようになる。また罹患したからこそ、今までよりも出会いなどに感謝できるようになったことが感じられる病者も多く、とてもゆとりが感じられた。本研究では、特に訪問看護などのサービスを受けている病者らは、訪問ヘルパーや看護師などへの感謝の気持ちが目立ち、ADL低下に伴って感謝する気持ちは増大していくように感じられた。そして雰囲気が重くならないように、難病を抱える自己より他者への気づかいから、会話で「個人的には、なんでも病気のせいにしてふてぶてしく生きていった方がいいと思うよ。（何かできないとき）「病気だから」とか言うと「なんでも病気のせいにしないでよ！」とか（奥さんに）よく言われる（笑）。」（A24）などと‘病をユーモアにできる’ことは、ゆとりが生まれた証拠であろう。さらに生活するときに、「最近杖をついているのでみんな親切に助けてくれる。」（D23）と、周囲に病名を言ったり、杖や車いすを使用したりし、‘個人的に病・障害をアピール’することで、理解・介助を得るという例があげられることが多かった。このような行動は安全基地の中で親しい人たちから受けた体験が世間でも広く活かされていくということで、他者と自己との相互的な病の受け入れが期待できる。また、このように周囲に自己が障害者であることを個人的にアピールして援助を得ることにより、症状や予後の自覚も深まっていき、上述の全てのカテゴリーと相互的に関係していく。

〈少しあゆとりが生まれた〉状態になってから、背景要因（環境要因、個人要因）を体験するとき

は、以前体験したものよりも質の高い体験となり、このカテゴリーと背景要因は、相互補完的に病を受け入れられる状態へ向かっていく。

ICFでは「環境因子」を個人的なレベルと社会的なレベルで分けている。個人的レベルは、家庭や職場、学校などの場面を含む個人にとって身近な環境で、人が直接接触するような物的・物質的な環境や、家族、知人、仲間、よく知らない人などの他者との直接的な接触を含む。社会的レベルはコミュニティーや社会における公式または非公式な社会構造、サービス、全般的なアプローチ、または制度であり、個人に影響を与えるもので、これは就労環境、地域活動、政府機関、コミュニケーションと交通のサービス、非公式な社会ネットワーク、更に法律、規定、公式・非公式な規則、人々の態度、イデオロギーなどに関連する組織やサービスを含む。本研究で問題にしているのは個人的レベルでのアピールである。社会的レベルのアピールは、これまで健常者によりたくさん行われているようだが、環境整備などの面では、可能ならば病者自身が社会に積極的に働きかけることも重要である。

各カテゴリーから最初の〈病を受け入れられない〉状態へ戻ることはあるかもしれないが、あっても‘病を隠す’‘抑うつ状態になる危機’までであろう。戻っても必ずしも元の状態ではなく、質の高いものになっている。

おわりに

本研究では、現代の日本社会で生活する神経難病者10名を対象に、主観的QOL向上の主要要因が病の受け入れにあるのではないかと考え、病を受け入れられるにはどのような要因がどのように関係してくるのかをインタビュー内容から検討した。その際、従来の「段階論」や「価値転換論」には固執しなかったが、ICFでもモデル化されて

いるように、個人要因と環境要因の相互作用が重要であることが分かり、神経難病者における具体的な内容を明らかにすることができた。もちろん本研究において神経難病者の受容達成要因全てを明らかにできたとは言えず、病者が一律にこの過程を辿るとは限らない。本研究の対象者は、外交的で前向きな人々が多く、対象者が異なったならば、結果も異なったかもしれない。しかし本研究で明らかとなった、以上の具体的な内容である概念のほぼ全ての相互作用によって、病者は病を受け入れられる状態へ少しづつ進んでいく。

インタビューからも、従来の「段階論」は神経難病者には不適切であったことが証明された。完全に病を受け入れられているだろう状態は、必ずしも全ての病者が達成しなければならない目標ではないが、それに向かって少しでも前進していくことは、病者個人の主観的QOLが安定していくことに役立つだろう。

今後は、疾患別の障害受容について、質的にも量的にも更に深めていく必要がある。本研究では上述したように、神経難病者の受容達成要因を全て網羅できたわけではない。今後神経難病者、もしくは疾患別に受容達成要因の網羅と理論化が更に深まっていくことが望まれる。

謝 辞

本論文は、筆頭著者が桜美林大学大学院に在籍中の研究成果をまとめたものである。同専攻長田久雄教授、石川利江教授には、本論文の細部にわたりご指導をいただいた。本研究の分析では、ヤマザキ学園大学の小倉啓子先生にM-GTAをご指導していただくとともに有益なご助言をいただいた。先生方に深謝の意を表する。面接に快く同意し、さまざまな貴重なお話をしてくださった神経難病者の方々に感謝する。そしてこの研究にご協力くださいました全ての皆様に感謝の気持ちを捧げたい。

引用文献

- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness*. New York: Bantam Books. (ノーマン・カズンズ 松田 銑(訳) (2001). 笑いと治癒力 岩波書店)
- Grayson, M. (1951). Concept of acceptance in physical rehabilitation. *JAMA*, 145, 893-896.
- 春木 豊・森 和代・石川利江・鈴木 平 (2007). 健康の心理学—心と身体の健康のために サイエンス社 pp. 198-200.
- 本田哲三・南雲直二 (1992). 障害の「受容過程」について 総合リハビリテーション, 20, 195-200.
- 本田哲三・南雲直二・江端広樹・渡辺俊之 (1994). 障害受容の概念をめぐって 総合リハビリテーション, 22, 819-823.
- 出江紳一 (2006). 特別講演 リハビリテーションにおけるコーチング技術の活用—神経難病患者に対する心理社会的介入の研究を中心に— 近畿理学療法学術大会誌, 36, 1-3.
- 金澤一郎 (監修) (2001). 脊髄小脳変性症 Q&A126—医療・生活・福祉126の質問に答える 全国脊髄小脳変性症友の会 (編) 脊髄小脳変性症Q&A編集委員会
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い— 弘文堂
- 小林祥泰・村田昭博・山口修平・木谷光博・岡田和悟 (1990). オリーブ-橋-小脳萎縮症における知的機能と脳血流量, CT上の脳萎縮 臨床神経学, 30, 157-163.
- 小町利治・笠原良雄・出倉庸子・新美まや (1999). 在宅脊髄小脳変性症患者のQOL向上に向けて 理学療法ジャーナル, 33, 471-478.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Simon & Shuster, Inc. (エリザベス・キューブラー・ロス 鈴木 晶(訳) (2001). 死ぬ瞬間—死とその過程について 中公文庫)
- 前川弘美・深澤恵美・正木治恵・永江美千代・黒田久美子・野口美和子 (1992). 家族性脊髄小脳変性症疾患者の疾病受容と生活の実態 日本看護学会集録, 23, 12-14.
- 三宅直之・尾花正義・広瀬和彦・田辺 等 (1993). 在宅生活を継続している神経難病患者の障害の特徴について—東京都立神経病院の神経難病患者に対する在宅診療活動を通して 総合リハビリテーション, 21, 778-780.
- 南雲直二 (1994). 脊髄損傷患者の障害受容—stage theory再考 総合リハビリテーション, 22, 832-836.
- 南雲直二 (2002). 社会受容—障害受容の本質 荘道社
- 南雲直二 (2003). 障害受容の相互作用論—自己受容を促進する方法としての社会受容 (特集 障害受容における相互作用) 総合リハビリテーション, 31, 811-814.
- 野川道子・唐津ふさ (2001). 進行性筋萎縮症患者の病の受けとめに影響する要因 日本難病看護学会誌, 5, 185-192.
- 長田久雄 (2006). 臨床心理学30章10 病者・障害者の心理的過程 日本文化科学社 pp. 96-102.
- 押領司 民・佐藤みつ子 (2007). 脊髄小脳変性症療養者の主観的QOL—性別、年齢別、罹患期間別の比較 山梨大学看護学会誌, 6, 7-14.
- 高田 裕・早原敏之 (2005). 脊髄小脳変性症に対する後頭部経頭蓋反復磁気刺激療法 (rTMS) と抑うつ等の精神面への影響 心身医学, 45, 759-765.
- 上田 敏 (1980). 障害の受容—その本質と諸段階について 総合リハビリテーション, 8, 515-521.
- Wright, B. A. (1960). *Physical disability,—a psychological approach*. New York: Harper & Row. pp. 106-137.
- 山田富美雄・百々尚美 (2004). 難病患者の心の健康を支援するストレスマネジメント教育介入—地域での実践研究の概要 ストレス科学, 18, 177-186.
- 結城俊也 (2008). 脳卒中者は将来における自己身体像をどのようにイメージしているか 健康心理学研究, 21, 33-48.

報告・資料

救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーション問題

清水 裕子*・白井 千津**

Emergency outpatient nurses' communication difficulties with older patients

Yuuko Shimizu*, Chizu Usui**

Abstract

Aim: This study aimed to identify nurses' communication problems with older patients, which may affect the quality of their emergency medical treatment.

Method: A written questionnaire was answered by 157 emergency outpatient nurses.

Results: Even though the survey respondents were experienced nurses, about 80% experienced difficulty in observations of and explanations to older patients. The age and experience of the nurse showed no effect.

Conclusion: Communication difficulties in explaining important medical and health events to older people may have a negative impact on care such as informed consent, diagnoses and treatment. In order to solve such problems, nurses need: (1) more understanding of the aging process; (2) to examine their own biases of older people and (3) make simple screening possible at emergency outpatients.

Key words: older patients, emergency outpatients, communication, emergency nursing.

I. 問題

わが国の高齢化率は、2005年には20.2%に達し、高齢者人口が増加の一途を辿り2055年には40.5%に増加すると推計されている（厚生統計協会, 2008a）。政府は、高齢者人口の増加に伴い1993年から実施された第二次医療法改正など、高齢者の医療ニーズに応える対策を講じてきた。2006年に実施された第五次医療法改正では、地域での救急医療にも具体的な計画作成が行われた。救急医療では、1963年消防法の改正以来、患者

搬送は消防機関が担うことになっている。その後、1976年以降、初期、二次、三次の救急医療体制が整備され、この10年間ではおよそ50%も利用が増加している現状にある（厚生統計協会, 2008b）。そのような中、近年周産期も含めた全体的な救急医療体制の問題が生じている。中でも、高齢者の増加に伴う高齢者救急医療の問題は、約3割の受診者を占めていることと、老化による機能障害などが治療に影響をおよぼしていることで課題を抱えている（寺沢, 2005）。多くの高齢患者は、老化による機能低下のため、症状が現れにくく、

* 香川大学医学部 (Faculty of Medicine, Kagawa University)

** 愛知医科大学看護学部 (Faculty of Nursing, Aichi Medical University)

訴えが少ないなどの特徴がある上に、コミュニケーション障害や複数の病気を併存させていることで治療に困難が生じている。

また、救急外来においては、加齢に伴う認知機能の低下も診断や治療に影響を及ぼしている。この認知機能の低下は、加齢による生理的変化のみならず、病的変化を伴う認知症が存在することもあり、その鑑別が問題である。国内外における救急外来での高齢患者の認知症を調査した研究には次のようなものがある。石川県内の1施設、救急外来患者2,085人を検討した調査では、11.8%が高齢患者であり、その内26.7%が認知症であったとされる（北村・長谷川・倉田, 2008）。一方、米オハイオ州アクロン市の救急病院で、認知症が疑われる認知機能低下の救急患者は、約60%に達していると報告されている。しかも高齢になると従ってその比率は高まり、65から69歳のオッズ比が1.00のとき、85から89歳では3.93、80から84歳では3.69、90歳以上では8.36であった（Gerson, Counsell, Fontanarosa, and Smucker, 1994）。この二つの調査は、質問紙が異なるので、単純な比較はできないものの、いずれも救急外来患者の認知症問題が指摘されている。その問題は、認知症が病歴聴取などにおいてコミュニケーション障害をもたらすことが多いである。高齢患者のコミュニケーション問題は、脳の変化に影響された高次の障害から発話に関連する筋骨格系および滑舌などの機能低下を含むものまであり、多様な要因によって生じる。その要因は、生理的な老化から疾病による高度の障害まで様々である。従って、専門的な知識や認知機能の意図的な評価を活用しなければ、情報が十分に収集できず、明確な診断が得られず適切な治療が行われない可能性がある。

実際に救急医療機関で治療にあたっている立場から、高齢患者が救急外来では特別の緊張をもつて受け止められている現状があると指摘されてい

る。それは、高齢患者の場合、検査や画像診断が無力であることが多く、理学的所見も今ひとつ決定打とならず、病歴聴取の執拗さだけが勝負の分かれ目となり、病歴聴取が困難で大きなトラブルになり得ることである（寺沢, 2005）。このことに対応するには、家族の同席が一つの方法であることを示している。ただ、医師のこのような状況と同様のことが看護師にも生じているのではないかと懸念される。

高齢者救急の問題は、受診の方法にも特徴がある。救急外来の受診は、時間外や夜間が多いと思われがちだが、高齢患者の場合、昼間の時間帯でしかも、救急車搬送による受診が多い（中村, 2007; 清水・臼井・松月, 2008）。救急車搬送では、家族の他に救急隊員の情報収集の問題も生じている。中村（2007）は、老人介護施設からの高齢傷病者への対応を検討した中で、救急搬送の際、約3割を占めている高齢患者の問題を取り上げ、救急医療の成果を左右する情報収集において、看護師の能力を高く評価している。つまり看護師の有無によって、救急隊員や救急医が取り入れる情報に差が生じ、治療に影響を及ぼすと指摘している。折しも看護協会は、「老健施設の新たなサービス提供体制の在り方」を提案する中で、看護を中心とした24時間対応体制を挙げ、施設などの高齢者救急医療への看護師の貢献を期待している（日本看護協会広報部, 2007）ことから、救急外来での看護師の高齢患者に対する情報収集能力を高める必要がある。

ところで、看護師養成では、平成11年度より必須科目として「老年看護学」を実施し、高齢者看護の質の向上をめざしている。しかし、老年看護は、高齢者施設や在宅看護領域など広範にわたって求められるため、老年看護の専門的能力を有する看護師は、量的にも質的にも未だ、十分とはいえない。特に救急医療では、救命が急がれることもあり、患者個々の状況に応じた対応や満足感が

得られるようなケアを提供することが難しい。加えて高齢患者からの情報収集が難しいとなれば、適切な診断治療が提供されない可能性もある。なぜなら高齢者救急では、病歴聴取だけが入院決定（救命）の決め手になる場合が多いからである（寺沢, 2005）。では、救急外来で看護師が高齢患者からの情報収集を有効に行うにはどのような解決方法があるのだろうか。

救急看護の研究では、高齢者看護の問題に関する研究は少なく、さらに看護師の情報収集能力や高齢患者に対応するコミュニケーション技術などに関する研究は、殆ど見あたらない。そこで臼井（2005）が同一調査協力者に対して行った予備調査では、高齢患者の観察において困難に感じたこと、高齢者救急看護について感じていることは次の通りであった。高齢患者の観察の際、表現が曖昧なために訴えの内容がわかりにくく、アセスメントが難しい（27%）、普段の様子がわからず意識レベルが判定できない（21%）、が回答の上位にあった。障害の問題としては、難聴、言語障害、認知症、意識障害などを抱えており、意思疎通が難しい（14%）、また、障害により情報が伝わらないという困難感を述べていた。さらに、遠慮や我慢をして訴えたがらない（4%）、緩慢な動作、理解力の低下、難聴などのために観察に多くの時間を要する（3%）という高齢患者に対する看護師の見方を表現したものもあった。このような結果から、看護師の高齢患者に対するコミュニケーション問題について、その実態と解決に至る方策を検討する必要がある。

II. 研究目的

本研究では、二次救急外来勤務の看護師が高齢患者に対応する際のコミュニケーションを取り上げ、コミュニケーション問題の実態と解決策を検討することである。

III. 研究方法

調査協力者は、入院治療が必要な重症の救急患者を受け入れ、患者滞在時間が比較的長い24時間体制の二次救急外来勤務の看護師221名であった。調査協力者の勤務する調査施設は、中部・関東・北海道地方の二次救急医療機関であった。

調査方法は、質問紙調査であった。調査内容は、高齢患者との看護状況の質問項目を独自に作成した。調査項目は、基本属性として性別、年齢、勤務地域、臨床経験年数の他、救急外来での経験年数、救急外来での1ヶ月間の当直経験回数であった。高齢患者への看護については、高齢救急患者の観察に困難を感じる頻度として観察困難度（よくある・時々ある・ほとんどない・ない、の4件法とし4から1を対応させた）、救急での心肺停止や急変対処についての自信の程度（心肺蘇生で対処できる・余り対処できない・ほとんどできない、の3件法とし3から1を対応させた）、高齢者との仕事以外でのケアや介護を含む交流経験の有無（2件法で1, 0を対応させた）、症状が悪化した場合の対処方法や服薬に関することなどを例示した上で高齢患者への説明に困難を感じる頻度として説明困難度（よくある・時々ある・ほとんどない・ない、の4件法とし4から1を対応させた）を質問した。

本研究にいう高齢者とは、65歳以上、成人とは20歳から65歳未満をいう。

分析にあたり、年齢、勤務地域、臨床経験年数、救急外来での1ヶ月間の平均的な当直経験と臨床経験年数は、カテゴリーに分類した。カテゴリーは、年齢は10歳ごと、勤務地域は、地域ブロックごと、臨床経験年数と臨床経験年数は5年から10年ごと、救急外来での1ヶ月間の平均的な当直経験回数は5回ごとに分類した。各変数の評定段階を等間隔とみなし、分析は、記述統計、相関係数を求めた。また、統計解析は、SPSSVer.13

を使用した。

調査時期は、2004年9月であった。

調査協力者への倫理的配慮として、調査実施施設の倫理委員会もしくはそれに代わる機関の許可を得て実施した。調査協力者への配慮として、郵送留置法の調査協力者には、研究の主旨と評価には関係しないことなどを、実施施設の担当者が時間外に書面と口頭で説明した。直接配布の調査協力者には、研究者以外の第3者によって同様の内容を時間外に書面と口頭で説明した。回収にあたっては、無記名の上、自由意志により指定した回収箱および返送による提出とした。

IV. 結 果

回収率は71%で、分析に有効なケースは、157ケース（男性5名、女性152名）であった。勤務地は、関東地方115名、中部地方25名、北海道17名であった。調査協力者の年齢は22歳から61歳、平均36.56（SD=9.32）歳で30歳代が最も多かった。臨床経験は、6ヶ月から51年で、平均14.16（SD=9.05）年、5年未満を除いた看護師の割合は88.2%であった。救急外来の臨床経験は、3ヶ

月から35年まであり、平均6.27（SD=5.85）年、5年未満の経験者が38.7%であった。救急外来での1ヶ月間の平均的な当直回数は0から20回までで、平均4.02（SD=3.87）回、但し月に11回から20回も行う人は11名（7.0%）であった（Table 1）。高齢患者の心肺停止や急変に対する対処についての自信の程度は、心肺蘇生法で対処できるとする人が99名（67.8%）と、調査対象者が高い技術を有している熟練した看護師であったといえる（Table 2）。また、高齢患者と仕事以外のケアや介護などを含めての交流はあるかについて、「ある」36.7%、「ない」62.7%で、高齢患者と日常的にコミュニケーションを図る機会が少ないと考えられる。

1. 高齢患者についての看護師の認識

高齢患者の観察の難しさである観察困難度は、「よくある」と「時々ある」で128名（81.5%）、高齢患者に説明する際の難しさである説明困難度は、「よくある」と「時々ある」で127名（82.5%）であった（Table 3）。

Table 1 調査協力者の属性と実務状況（N=157）

性別(人)		年齢(人)		経験年数(%)	救急経験年数(%)	1ヶ月間の救急当直回数(%)	
男性	女性	20歳代	30歳代			1~5回	6~10回
5	152	20歳代	39	5年未満	11.8	49.7	78.5
		30歳代	57	10年未満	24.1	27.4	14.5
		40歳代	38	15年未満	21.0	13.1	5.1
		50歳代	18	20年未満	16.3	5.2	1.9
		60歳代	2	30年未満	19.0	3.9	
		不明	3	40年未満	6.5	0.7	
				50年以上	1.3		
合計	157	合計	157	100.0	100.0		100.0

Table 2 救急外来看護師の急変対応の自信の程度（N=157）

高齢者が心肺停止は急変したときの対処の自信(%)	
心肺蘇生で対処できる	67.3
余り対処できない	26.5
ほとんどできない	5.4
その他	0.8
合計	100.0

Table 3 高齢患者とのコミュニケーションの問題 (N=157)

頻度	観察の困難を感じる(%)	説明の困難を感じる(%)
よくある	22.3	16.9
時々ある	59.2	65.6
ほとんどない	15.9	16.2
ない	1.9	0.6
不明	0.7	0.7
合計	100.0	100.0

2. 項目間の関連

調査協力者の特徴と質問項目間の相互関連を明らかにするために相関を検討した。そのうち、有意な関連があったものは、年齢と経験年数 ($p < 0.01$) ・救急外来経験年数 ($p < 0.01$) ・高齢患者急変時対応の自信の程度 ($p < 0.01$)、経験年数と救急外来経験年数 ($p < 0.01$) ・救急当直経験年数 ($p < 0.01$)、救急外来経験年数と救急当直経験年数 ($p < 0.01$) であり、二次救急外来では、若い人の方が救急外来の経験や当直の回数が多い傾向にあった。また、観察困難度と説明困難度は、相関係数が 0.61 ($p < 0.001$) でやや強い関連を示した。

V. 考 察

1. 高齢患者に対するコミュニケーション問題

今回の調査では、看護師は経験年数が概ね 5 年以上で、平均経験年数 14 年の看護師が主要な調査協力者であった。この看護師は、技術的経験的には、蘇生などの高度な技術も提供でき自信を深めた、概ね熟練した看護師といえる。しかし、年齢は 40 歳未満の青年・中年層が多く、高齢患者とは年齢差、世代間差があって、日常的な高齢者との交流経験が少ないことが特徴であった。このことから、高齢者に対する知識が比較的少ない可能性が考えられる。

観察によって高齢患者の病状を正確に把握することが難しいと感じる観察困難度を検討した結果、年齢や経験年数の関連は認められなかつたが、全

体に高齢患者に対する観察困難度が高く、高頻度に観察の困難さを感じていた。観察は、言語的、非言語的コミュニケーションによって患者の主観的情報を、また状態を視ることによって客観的情報を得ることである。これら対面的関係における情報収集が難しいという結果から、医師と同様のコミュニケーション問題が存在していることがわかった。

また、高齢患者に対する説明困難度は、症状が悪化した場合の対処方法や服薬などの説明場面を想定し、概ね言語的に高齢患者に情報を伝えることである。主に言語的な説明の困難さであることから、治療に影響を及ぼす可能性が考えられる。救急外来での説明として考えられるものには、患者に対して今後起こりうる状況、つまり検査・治療開始の説明、場所の移動など、協力を求める内容や、同意を必要とする説明が考えられる。看護師にとって説明が伝わっていないと考える場合は、適切な反応、応答が返ってこないという高齢患者の状態があるものと考えられる。さらに認知症などによる認知機能低下がある場合には、身体疾患の重症例が多いこと（久保田・亀山・村田・庄子・野上・鈴木・清水・山下・福島・飯塚・栗田, 2007）や、暴力、興奮、幻覚、妄想などの問題行動や精神症状が見られること（塩崎・日野, 2004）も説明を難しくしている要因と考えられる。つまり、意識があるにもかかわらず、言語的なやりとりによって理解を得ることが難しいと考えられる。救急外来では、患者との意思疎通ができない場合の評価として、JCS (Japan Coma Scale) などの意

意識レベルの判定を参考にすることが多い。JCSは、患者が外界と情報をやりとりできる覚醒度の水準を開眼状態に着目して、刺激と反応の結果で評価する尺度である。覚醒度がある程度あれば、言語的やりとりが可能であろうと多くの看護師は考えている。しかし、老化による障害は、意識だけの問題ではないことがある。

それは、脳の全体的、あるいは局所的な萎縮と変性によっておこる認知機能低下の存在である。生理的な認知機能の低下は、程度の差はあっても高齢患者に顕在することが多い。しかし、高齢患者の比率が高いにもかかわらず、救急外来での評価は定式化していない。また、患者にとってなじみのない救急外来では、環境変化によって一時的な失見当識、つまり居場所や時間認知の曖昧さが出現することがある。実際に、高齢患者が救急外来の環境に適応できないことが影響して、情報処理能力が低下している可能性が指摘されている(English & Morse, 1988)。このような一過性に生じた変化を含めた認知機能低下は、外見では評価が難しく、老化の理解が不十分な看護師には掴みにくい健康状態といえる。

高齢患者の健康状態は、例えば、炎症があっても体表面温の上昇となりにくく、体内に熱が蓄積される現象がみられるなど、体温一つをとっても他者にはそれと特定できる症状または根拠を見いだしにくいことがある。症状が顕著でないという特徴に加えて、認知機能低下があれば、身体的にも心理的にも健康状態を判断しづらくなる。特に、高齢患者に表れやすいせん妄症状は、服薬後や昼間にもみられる意識障害であるものの、対話上では認知症を思わせる症状を呈している(清水, 2008)。これも専門的な判断を必要とする病状である。つまり、症状が複雑であること、健康状態の同定を難しくしているのである。この一過性のせん妄は、軽度の認知症の場合には、救急外来などの不慣れな環境下の不適応から生じ、また薬

物によって発症することがある。この症状は、かかわりを誤れば悪化することがあり、また心ない言葉によって心的外傷を与えることもある。このような高齢患者の認知的な混乱や記憶状態の変調は、過大に評価されることもあるが、過小評価されることもある。いずれにしても、看護師は、高齢患者の情報処理能力が低下しているために情報を適切にうけられず、困難感を抱いていると考えられる。

2. 救急外来での認知機能評価

今日の救急外来看護では、救命技術に主眼がおかれて、高齢患者の認知面のアセスメントは未だ重要視されている現状はない。それゆえ救急外来の多忙な臨床でも実施可能な認知機能評価が必要かもしれない。簡便な認知機能評価が、救急外来で実際に使用されている例がある。

オハイオ州アクロン市の救急病院では、救急外来の60%の患者に認知機能の低下があった⁴⁾が、日本では、北村らが27%と低い値を報告した(北村・長谷川・倉田, 2008)。北村らは、Mini-Mental Scaleと長谷川式簡易知能スケールを使用した。これは一つのスケールが少なくとも15分程度はかかる測定用具であり、持続的な思考を求められるため、身体症状がある患者には負担が大きい。Gerson(1994)らが使用したのは、短時間でスクリーニングができるとされるOrientation-Memory-Concentration Testである。これは、「What year is it now? (今何年ですか)」、「What month is it now? (今何月ですか)」、「About what time is it? (何時ですか)」という日時の見当識と「20から1までの逆唱」、「月を12月から逆唱する」、フレーズの記録と遅延再生がセットされ、重み付け採点される。22点の合計得点の内、10点以上であれば認知症と診断する。日時の見当識は、比較的重度の認知症患者でも通過率が高いが、重度な認知症では誤りが多い。また、逆唱はWechsler式知

能検査の二つの下位尺度のうちの一つである言語性検査の主要な検査項目、数唱の課題である。数唱問題が扱う心的機能は暗唱と即時再生であり、そのための課題として順唱と順序の逆転を答える逆唱がある（小林・藤田・前川・大六・山中, 1998）。逆唱に誤りがあるのは、系列処理や数処理といった思考に障害が見られることによる。記録と遅延再生は、重度になると誤りやすい項目であり、重度の認知症のスクリーニングができる（加藤・下垣・小野寺・植田・老川・池田・小坂・今井・長谷川, 1991）。また、軽微の機能低下もスクリーニングできることから、簡単な声かけで対応が変化させられる点では有用なテストではないかと考えられる。このような評価方法の活用は看護師の高齢患者に対する正確な観察を助けることになるかもしれない。

3. 看護師の高齢患者に対する

認知的バイアスの存在

予備調査（臼井, 2005）の結果から、救急外来の看護師には、看護師側の認知的問題が影響している可能性も考えられる。例えば、看護師の「表現が曖昧なために訴えの内容がわかりにくい」や「意思疎通が難しい」という回答は、病状が影響した高齢患者のコミュニケーション障害による困難感を述べている。また、「遠慮や我慢をして訴えたがらない」という回答もあったが、これは高齢患者の心理的特徴であり、寺沢（2005）がのべるように、高齢患者に対して敬意を払うことで解決可能な問題かもしれない。しかし、「緩慢な動作、理解力の低下、難聴などのために観察に多くの時間を要する」は、高齢患者の身体機能の低下に過度のネガティブな印象をもっている可能性を考えられる。このような高齢患者に対する見方は、看護師の偏見（エイジズム）ともいえる認知的バイアスが影響している可能性が考えられる（清水, 2007）。この認知的バイアスを軽減させるために、

救急看護領域の看護師にも老化と高齢者についての理解を深める教育が必要ではないだろうか。

4. 今後の課題

救急外来受診という非日常的経験において高齢患者の心身に表れる変化は、十分に明らかにされていない。このような中で看護師は、目の前の高齢患者の情報収集と治療に関する説明に苦慮する実態があった。発熱のある高齢患者に対して「どうしましたか」のオープンクエーションでは、有効な回答は得られない可能性がある。また、「今までの病気は」「経過は」「治療方法や薬は」の問い合わせに対しても、難聴、視力の低下などがあれば、看護師の質問が理解しにくいことも考えられる。高齢患者への適切なケアが提供されるためには、正確な情報を如何に得るかが課題である。例えば、医療情報カルテ一元化は、複雑で多様且つ長期の病気経過をたどる高齢患者の場合、患者個人の情報が正確に入手でき、治療や看護する側にとって有効なものと期待できる。老化が避けがたいものであるため、今後は、システムの工夫も課題である。本論文は、調査からの時間が経過したが、状況に大きな変化はみられないと考えられる。

VII. 結論

救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーションには、観察と説明の困難さからくる問題があった。高齢患者の老化による問題は、身体機能や認知機能の変化によるものであり、避けがたいものであるが、看護師の老化の理解や偏見の検討、認知機能の簡便な評価やシステムの工夫などによって、問題を軽減できる可能性がある。

文献

- Gerson, L. W., Counsell, S. R., Fontanarosa, P. B., & Smucker, W. D. (1994). Case finding for Cognitive Impairment in Elderly Emergency Department Patient. *Annals of Emergency Medicine*, 25, 813-817.
- English, J., Morse, J. M. (1988). The 'difficult' elderly patient: adjustment or maladjustment? *International Journal of Nursing Studies*, 25, 23-39.
- 加藤伸司・下垣光・小野寺敦志・他 (1991). 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成 老年精神医学雑誌, 2, 1339-1347.
- 北村立・長谷川充・倉田孝一 (2008). 精神科救急外来の対象となった認知症高齢者の特性 石川県立高松病院における診療実績から 老年精神医学雑誌, 19, 70-77.
- 小林重雄・藤田和弘・前川久男・大六一志・山中克夫 (1998). 日本版 WAIS-R の理論と臨床 東京: 日本文化社. 31.
- 厚生統計協会 (2008a). 第2編第1章人口動態 国民衛生の動向, 55, 39.
- 厚生統計協会 (2008b). 第3編第5章医療対策 国民衛生の動向, 55, 164-172.
- 久保田洋介・亀山元信・村田祐二・庄子賢・野上慶彦・鈴木淳子・他 (2007). 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療 現状と課題 救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療 老年精神医学雑誌, 18, 1204-1209.
- 中村 弘 (2007). 老人介護施設からの高齢者救急搬送要請への対応 救急医療ジャーナル, 24-27.
- 日本看護協会広報部 (2007). 療養病床再編へ向け日本看護協会が老健施設の新たなサービス提供を提案 News Release 2007 May.
- 清水裕子 (2007). 看護学生の老年者との対話の問題と特徴 日本老年看護学会誌, 11, 56-63.
- 清水裕子・臼井千津・松月みどり (2008). 高齢者の二次救急における受診実態と看護の課題 第28回日本看護科学学会講演集, 520.
- 清水裕子編著 (2008). コミュニケーションからはじまる認知症ケアブック 東京: 学習研究社.
- 塩崎一昌・日野博昭 (2004). 痴呆性高齢者の在宅介護破綻に関する研究 緊急入院した症例の分析を通して 大和ヘルス財団研究業績集, 27, 92-97.
- 寺沢秀一 (2005). 救急外来における高齢者の診療 救急医学 29, 1801-1804.
- 臼井千津 (2005). 救急外来・二次救急における高齢患者への対応 Emergency Care, 18, 1033-1037.

海外文献紹介

医療現場でのコミュニケーションの現状と問題点

岩崎 祥一*・野呂幾久子**

(1) Voluntary informed consent in research and clinical care: An update.

Cahana, A. and Hurst, S.A., Pain Practice (2008) 8, 446-451.

この論文は、主に治験を対象に、Informed Consent (IC) がどのような意味を持ち、患者への侵襲的な関与に関してどのような役割を果たしているかを、最近の文献を基に論じている。まず、治験や治療への患者の参加あるいはその拒否は、それがどのような内容の介入であるかについて十分に情報を与えられた上で患者の純粋な自由意思に基づく決定でなければならないこと（情報開示、理解、意思決定、自発性がICの本質である）、さらに（特に治験に関して）それがこれから治療を受ける他の患者の利益にはなっても必ずしも当人の利益となるとは限らないことが述べられている。

情報開示に関しては、Williams達が行った研究が紹介されている。彼らは、European Journal of Cancerに1990年から1992年までに掲載された12の無作為割り当て治験について、それに関わった治療者に対してICに関するアンケートを行い、そのうち60名から回答を得た。その結果、12%の研究では患者を無作為に治療プロトコールに割り振る前に治験に関する情報を与えていなかった。また、38%は、患者をランダムに治療プロトコールに割り振ることを患者にちゃんと述べていなかった。さらに、5%では全くICを得ていなかったというように、十分な情報開示が行われているとは言い難い実態が明らかになっている。また、治

験に際しての患者と治療者のやり取りをビデオ録画したものを分析した研究では、治験が研究目的であることを99%が、またその目的が安全性のテストであることを92%が、99%が途中で治験を降りる権利があることを、67%が死の危険を伴うことを、84%が未知の危険があるかも知れないと述べていたが、得られる利益として治癒の可能性について説明しているのは5%だけであった。さらに、ヨーロッパでの調査から、治療者側が90%以上、自らの日頃の説明が十分だと考えているのに対し、患者側はもっと情報を開示して欲しいと考えているというように、両者の間に情報開示の程度に関してギャップが見られるという研究も紹介されている。

理解については、おおまかに言えば、（能力や経験が平均的なレベルの）普通の患者が治療に関して考え方を変えることができる程度に与えられた情報について理解していることが望まれる。特に、治療に伴う危険とそこからもたらされる利益に関しては理解が重要となる。危険性に関しては治療者側と患者側で特に差が目立っている。ある研究では、「私の癌に関して、今回の治験は標準的な治療と比べてより多くの危険や苦しみをもたらさない」という質問に、患者側は38%が同意しているのに対し、治療者側は2%しか同意していない

* 東北大学情報科学研究所 認知心理情報学 ((1)を担当)

** 東京慈恵医科大学人間科学教室 日本語教育研究室 ((2)～(4)を担当)

いことが明らかになっている。通常の治療でも、特に治療に伴う希な危険については、患者側はもっと情報が必要だと考えている。さらに、治験に関しては、それが必ずしも患者の利益を目的としたものではないこと、治験のやり方、特に無作為に治療プロトコールに患者を割り当てることや二重盲検法については、患者側の理解が得られているとは言い難い。

自発性に関しては、ICで最も難しい部分だと言える。特に同意が自発的な意思に基づくという知識とそれが本当にそうだと本人も思っているかどうかとの間には違いがある。南アフリカで行われたHIVワクチン治験研究では、93%の参加者が参加は自由意思に基づくとしたが、98%は、治験から降りることは病院側が許さないと考えていることが明らかになっている。さらに、患者は、治験から降りても、最善の治療が受け続けられるとは思っていないこと、参加に強制された感じが伴っている場合があることが他の研究からも伺えた。

以上のことからも分かるように、先進国においても、ICが十分な情報を与えられ、それを理解した上で得られているとは言い難いのが実情である。同意書の書式は、年々複雑で長くなってきており、その内容を理解するには大卒程度の文章理解力を必要とする。糖尿病のコントロールと合併症に関する治験研究で、患者に対し事前に十分な教育を行い、その結果をテストで確認するという試みが行われ、90%以上が無作為割り当てや研究目的について理解したという結果も報告されているが、この高い成績と、単に言われた内容を丸

暗記した結果でないとは言えない。最も有効なのは患者が治療者側と一对一で自由に話し合えるようになることではないか。実際、Aaronsonらの研究では、患者が看護師と30分間、電話で話が出来るようにすることで、治験のやり方に関する理解が深まることが明らかになっている。

より多くの情報を与えることは、患者の不安を増し、治験への参加率を低下させるという副作用があることを懸念するむきもある。しかし、不安の増加あるからといって患者がそうした情報を望んでいないとは言えないし、それが治験への参加を妨げるとも限らない。さらに、ICを患者から得る必要性は、そもそも患者がそうしたいと思えば治療を拒否することができる権利を与えることにあるので、治験に参加する患者が減るからと言うのは、十分な説明を与えない理由にはならない。しかし、治療者側はICを得ることが治験参加への障害になっていると考えている。ある調査では、170名の乳ガン治療専門家に対してアンケートをとったところ、89%がICを得ることは治験の障害になるとしている。また、1737名の癌治療専門医を対象にしたアンケートでは、25%が「細かなことまで一々説明しなければいけないと思うと、治験への参加に関して患者に声をかけにくくなる」としている。

結論として、治験に際しては、参加する側の信頼が重要であり、そのためにも十分な情報開示と疑問点を解消するための話し合いが必要だとしている。

(2) Patients' expectations of information provided at cancer hospitals in Japan.

Hamajima, N., Tajima, K., Morishita, M., Hyodo, C., Sakakibara, N., Kawai, C., & Moritaka, S.
Japanese Journal of Clinical Oncology (1996) 26, 362-367.

この論文は、日本のがん患者が疾患や治療法に関する情報に対して、どのような意識を持っているかを調べたものである。調査は1995年に愛知がんセンターにおいて、匿名による自己記入式アンケートで行われた。回答者は外来初診患者97名、再診患者99名、入院患者97名の計293名（男性115名、女性174名、不明4名）であった。結果は、まず「自分の診断名を知りたいか」という問に対し、「いかなる場合でも本当の診断名を知りたい」と答えた患者は74%で、「知りたくない」と答えた患者はわずか2%であった。次に、「治療について最も詳しく知りたい情報は」という問には、「担当医が勧める治療法」を挙げた人が72%と最も多く、続いて「治癒の可能性」(59%)、「副作用」(48%)、「治療に要する期間」(47%)などがあつた。

%) などであった。年齢別に見ると、「担当医が勧める治療法」「投与薬名」を除く全ての項目において、60歳以下の患者の回答率は60歳以上の患者より高かった。また性差も見られ、女性は男性より「副作用」「投与薬名」の回答率が有意に高く、それらへの関心が高い傾向が見られた。最後に「病名や治療法をどのような形で伝えて欲しいか」という問については、約40%の患者がパンフレットのような文書を、4分の1の患者がビデオを用いて説明して欲しいと答えている。以上の結果から、日本の患者は米国の患者に比べてそれほど情報希求度が高くないと思われているが、実際には強く情報を求めており、その傾向は特に若い女性患者に顕著であることが結論として述べられている。

(3) Are informed consent forms that describe clinical oncology research protocols readable by most patients and their families ?

Grossman, S.A., Piantadosi, S., & Covahey, C.
Journal of Clinical Oncology (1994) 12, 2211-2215.

これは、臨床疫学研究のためのIC説明文書のリーダビリティー（読みやすさの程度）を調べた大規模研究である。対象となったのは、米国の大病院他で作られた137種類のIC説明文書である。米国では、1920年代から文章の読みやすさを測定し（多くの場合センテンスの長さの平均値（単語数で計算）と単語の長さの平均値（音節数で計算）に基づいて算出される）、結果を「～年生レベル」というように教育学年で表す方法が多数開発されているが、この研究ではそれらのうち、Flesch Reading Ease Score, Flesch-Kincaid Formula,

Gunning fog Index という 3 つの方法が用いられている。測定の結果、対象 IC 説明文書のリーダビリティーは、11 年生（高校 2 年生）～14 年生（大学生以上）レベルであった。米国では移民が多いなどの理由で、成人であっても読み書き能力に問題がある人が多いことから、IC 説明文書は 8 年生（中学 2 年生）以下のレベルで書くことが推奨されている。それにも関わらず、実際の IC 説明文書はそれよりはるかに高いレベルで書かれていたことになる。IC 説明文書についての患者の理解度を調べたこれまでの研究からは、患者の

多くがIC説明文書を理解できていない現状が報告されているが、著者は、それがIC説明文書の難易度の高さ、読みにくさによると述べている。ICにおいて患者が真の意味で同意したといえるためには、患者やその家族が十分に情報を理解し

ていることが不可欠である。この論文は、難しうるというIC説明文書の問題点を実証的に示し、それをわかりやすく改善することの重要性を指摘している。

(4) Patients' understanding and opinion about informed consent for coronary angiography
in a rural Japanese hospital.

Narumi, J., Miyazawa, S., Miyata, H., Suzuki, A., Sugiura, T., Oshiumi, M., & Kosaka, S.

Internal Medicine (1998) 37, 18-20.

これは、日本の患者がインフォームド・コンセント (IC) で知られた情報をどの程度記憶しているか、およびICについてどのような態度・意識を持っているかを調べた研究である。調査は1996年～1997年に東海地方の病院で、狭心症診断のために冠動脈血管造影検査を受ける予定の患者102名を対象に行われた。方法は、1) 検査2週間前に外来にて患者にIC説明文書を渡す 2) 入院後に口頭でICを行う 3) 検査前日にICで説明した内容についての記憶テストとICについての態度・意識を尋ねるアンケートに匿名で回答してもらう、というものであった。結果だが、まず記憶テストの正解率は平均63.8%にとどまり、検査に伴うリスクを1つもあげられない患者も50%いた。正解率は学歴、年齢と関係しており、学歴が高い患者は正解率が高く、高齢者は低いという傾向が見られた。以上の結果は、米国でのこれまでの研究結果と一致していた。次にICに対する態度・意識だが、同意書へのサインについては、42.2%の人が「患者には同意書にサインしない権

利がある」と答えた一方、48%の人が「同意書を渡されたらサインしなければならない」と答えている。米国の研究では、「サインしなければならない」と答えた人は27.5%に過ぎず、著者はこの差異を、日本の患者の意識にまだパターナリズム傾向が存在することによるものと解釈している。検査に伴うリスクについては、「情報を知りたい」と答えた人が78.4%いたものの、「リスクについての情報は知りたくない」と答えた人も16.7%おり、また「ICでリスクについて知らされたことでより不安になった」と答えた患者も40.2%見られた。最後に「ICの目的は何だと思うか」との間に、「医師の権利を守るための法的文書」と答えた患者は34.3%で、「患者の権利を守るための法的文書」と答えた患者(27.5%)より多く見られた。しかし、米国の研究では「医師の権利を守るための法的文書」と答えた患者の割合は日本よりはるかに多く、著者は、法的手段を用いて問題を解決することが日本より多いことによるものと説明している。

日本ヒューマン・ケア心理学会第4期第3回理事会 議事録

日 時：2010年7月18日（日）12:00～13:00

場 所：日本赤十字看護大学広尾キャンパス

議 長 会 長 小玉正博

書 記 事務局長 清水裕子

定足数確認

理事会運営内規第3条に基づき、定足数が確認された。理事4名から委任状の提出があり、出席者は16名であった。

挨 拶

主催者を代表し、木村登紀子大会委員長（淑徳大学）から、歓迎の辞が述べられた。

小玉正博会長から挨拶があった。

[審議事項]

1. 2009（平成21）年度事業報告

事務局長から2009年度の事業について説明があり、了承された（資料1）。

2. 2009（平成21）年度決算に関する件

事務局長から2009年度の決算について説明があり、了承された（資料2）。

3. 2009（平成21）年度会計監査報告

6月25日に行われた飯田・藤澤両監事による会計監査について飯田監事より説明があり、了承された（資料3）。

4. 2010（平成22）年度事業計画

事務局長より2010年度の事業計画について説明があり、了承された（資料4）。

5. 2010（平成22）年度予算に関する件

2010年の予算について説明があり、役員選挙、学会論文賞審査に関する経費をふくめ、了承さ

れた（資料5）。

6. 会則改正に関する件

小玉会長より会則改正について説明があった。

1) 第5条 会員について

現在、1名の非人格の会員があり、選挙規定の被選挙権を有する者との整合性において問題が生じている。そこで、会員資格において加筆を行うことが審議されたが、常任理事会において継続検討することとなった。

2) 第2条について

会則第2条の学会事務局の所在地について、現在の所在地が聖路加看護大学とされていることに対して、聖路加看護大学学長である井部俊子理事より再考の要請があった。審議の結果、学会事務局を事務局長の所在地に一致する案が提案され、総会に諮ることが了承された。

7. 名誉会員の件

大橋英寿（オオハシヒデシ）会員（東北大学大学院名誉教授）を名誉会員とする提案があった。審議の結果、了承された。

8. 第4回役員選挙の件

選挙管理委員会委員長として廣瀬清人理事が紹介された。

9. 学会論文賞贈呈に関する内規制定の件

常任理事会より、現在優秀論文を顕彰するために授与している研究奨励賞の名称変更について提案があった。審議の結果、表彰の趣旨を考慮して学会論文賞と改称することを決定し、改めて、学会論文賞贈呈に関する内規の制定が了承された。

尚、第1回学会論文賞候補論文は、2008年4月から2011年3月までに本学会誌にて公表され

た原著論文が対象であり、2011年5月に審査、
2011年7月に表彰の予定である。

10. 研究奨励賞贈呈に関する内規廃止の件
前項の学会論文賞贈呈に関する内規の制定を
うけて、研究奨励賞贈呈に関する内規は廃止さ
れることが了承された。
11. 第12回総会に関する件
第12回総会の議案について説明があった。
12. 学術集会第13回大会に関する件
2011年に開催される学術集会第13回大会につ
いて、木村学術担当理事より大阪市立大学石井
京子大会準備委員長および山田富美雄大会準備
副委員長によって、2011年7月22—23日に開催
される予定であることが説明された。

[報告事項]

1. 第1回学会論文賞審査委員会の件
第1回学会論文賞審査委員会委員長として、
遠藤公久理事が紹介された。
2. 常任理事会報告
事務局長より、第7回、第8回常任理事会に
ついて既報であること、および第9回、第10回
について説明があった。
3. 投稿規程・執筆要領改訂の件
資料に基づき、改訂箇所の説明があった。
4. 研修修了証の件
長田研修担当理事より、継続的に学会より研
修修了証を発行する件と、研修修了者の名簿を
作成するために登録を依頼した旨の報告があっ
た。

日本ヒューマン・ケア心理学会第12回総会議事録

期 日 2010年7月19日（月）12：15～13：00

場 所 日本赤十字看護大学広尾キャンパス

1. 開 会

遠藤公久大会副委員長より開会が宣言された。

出席者 19名

2. 挨 捶

木村登紀子大会委員長より挨拶があった。大会の参加者は130名と報告された。

小玉正博会長より挨拶があった。

3. 議長選出

慣例により議長に岩崎祥一第11回大会委員長、副議長に木村登紀子第12回大会委員長が選出された。

議長によって、梅村美代志会員（東京女子医科大学）が書記に指名され承認された。

4. 議 題

[審議事項]

1) 2009（平成21）年度事業報告の件

清水事務局長より説明があり、原案通り承認された（資料1）。

事務局では、会員の入会に当たり、事務局長が事前審査を行い、手続きの迅速化を図っている。「HCニュースレター」No.11、「ヒューマン・ケア研究」第10巻第1号、第2号の発行を行った。第11回大会を2009年7月19日～20日に東北大学（岩崎祥一大会委員長）で開催した。第11回大会において「事例研究の進め方」の研修会（淑徳大学教授・木村登紀子氏）を行い、会員には研修修了証を発行した。

2) 2009（平成21）年度決算に関する件

清水事務局長より収支報告書の説明があり、原案通り承認された（資料2）。

3) 2009（平成21）年度会計監査報告の件

飯田監事より、6月25日に飯田・藤澤両監事が会計監査を行い、相違なかったことが報告され承認された（資料3）。

4) 2010（平成22）年度事業計画の件

清水事務局長より、第4回役員選挙、第1回学会論文賞審査等の事業計画について説明があり、原案通り承認された（資料4）。

5) 2010（平成22）年度予算に関する件

清水事務局長より説明があり、原案通り承認された（資料5）。

6) 会則改正に関する件

小玉会長より会則改正について説明があり、第2条について、学会事務局住所地は学会事務局長の所属とすることが説明され承認された。従って、今後の事務局所在地は「香川大学医学部看護学科清水裕子研究室」となる。

7) 役員選挙の件

第5期役員を選出する第4回役員選挙が実施されるための選挙管理委員会の設置について説明があった。廣瀬清人選挙管理委員長が紹介され承認された。

8) 名誉会員の件

大橋英寿会員（東北大学大学院名誉教授）が名誉会員として承認された。

9) 学会表彰の件

「研究奨励賞贈呈に関する内規」は、昨日の理事会において廃止され、「学会論文賞贈呈に関する内規」が制定されたことが報告され、承認された。内容は研究奨励賞贈呈に関する内規を踏襲する。

なお、遠藤公久審査委員長より、学会論文賞審査委員会は5名の委員で構成されること、対象論文は、2008年度から2010年度に発刊されたヒューマン・ケア研究に公表された原著

論文であることが承認された。

[報告事項]

1) 理事会報告

清水事務局長より理事会について報告された。

2010年7月18日に開催された理事会は、委任状4名があり、出席者は16名であった。主な審議事項は次の通りであった。

(1) 会則2条の条文の改正

学会事務局住所地が、清水裕子事務局長の所属、香川大学医学部に変更される。

(2) 役員選挙

第5期役員の選挙が実施されることとなり、選挙管理委員長として廣瀬清人理事が承認された。

(3) 名誉会員

大橋英寿会員の略歴が紹介され、名誉会員として承認された。

(4) 学会表彰

学会論文賞審査委員長として遠藤公久編

集委員長が承認された。

2) 次年度学術集会

第13回学術集会について、木村学術集会担当理事より説明があり、平成23年7月23日(土)・24日(日)大阪市立大学阿倍野キャンパスにて、石井京子大会準備委員長、山田富美雄大会準備副委員長により開催予定であることが承認された。

第13回学術集会石井京子大会準備委員長より挨拶があった。

3) 投稿規程・執筆要領の改正が報告された。

4) 第12回大会で会の研修会「質的研究方法M-GTAの独自性と分析方法」(立教大学教授・木下康仁氏)に参加した会員には研修修了証が発行された。

5) 常任理事会議事録

常任理事会議事録は原案通り承認された。

5. 閉会の辞

遠藤公久大会副委員長より日本ヒューマン・ケア心理学会第12回総会の閉会が告げられた。

2009(平成21)年度 事業報告

事務局	<ul style="list-style-type: none"> ・会員数 計 266名 (2010年3月31日現在、22名の増) ・会員入退会管理・会費管理の外部委託 (事務局業務の明確化) ・理事会・総会・常任理事会の開催 ・機関誌編集事務 <ul style="list-style-type: none"> ・入会予備審査 ・研修修了者名簿収集 <ul style="list-style-type: none"> ・大会準備支援 ・研究奨励賞贈呈に関する内規の廃止 ・学会論文賞贈呈に関する内規の制定
広 報	<p>「HCニュースレター」 No.11号 (2010年3月) 発行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常任理事会議事録
編 集	<p>「ヒューマン・ケア研究」 第10巻第1号 (2009年4月) 発行 第10巻第2号 (2009年11月) 発行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・投稿規程・執筆要領改訂
研 修	<p>「事例研究の進め方－方法論をふまえての検討－」 (2009年7月19日、淑徳大学 木村登紀子)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修修了証の発行 ・既研修修了者の届けに関する告知
学 術 (大会)	<ul style="list-style-type: none"> ・第11回大会 (2009年7月19日～20日) ・東北大学川内キャンパス (岩崎祥一大会委員長、安保英勇大会副委員長)
学 術 (Web)	<ul style="list-style-type: none"> ・投稿規程・執筆要領・投稿用紙Web掲載 ・学会誌・ニュースレターWeb掲載 ・第12回大会関係情報のWeb掲載

2009（平成21）年度 決算に関する件

収支計算書

自 2009年4月 1日
 至 2010年3月31日
 (単位:円)

科 目	予 算 額	決 算 額	差 差(△減)	備 考
1 収入の部				
1.会費収入				
入会金	105,000	99,000	6,000	3000円
2009年度会費	1,400,000	1,301,000	99,000	7000円
過年度会費		180,000	△ 180,000	
2.事業収入				
雑誌売り上げ	30,000	52,000	△ 22,000	
3.雑収入				
別刷代	100,000	84,850	15,150	
その他の寄付金	0	0	0	
利子	1,000	549	451	
当期収入計(A)	1,636,000	1,717,399	△ 81,399	
前期繰越収支差額	1,007,966	1,007,966	0	
収入合計(B)	2,643,966	2,725,365	△ 81,399	
2. 支出の部				
大会援助金	250,000	250,000	0	第12回大会
通信費	130,000	74,660	55,340	
会議費	30,000	30,000	0	
旅費交通費	100,000	89,400	10,600	
人件費	20,000	16,000	4,000	
消耗品費	20,000	8,832	11,168	
事務局委託費	126,000	126,000	0	
編集事務委託費	157,500	157,500	0	
機関誌発行費	1,200,000	710,325	489,675	機関誌 10(1)(2)
広報紙発行費	65,000	63,000	2,000	
研究奨励賞	30,000	28,875	1,125	
雑費	15,000	9,480	5,520	振替手数料など
予備費	500,466	0	500,466	
当期支出計(C)	2,643,966	1,564,072	1,079,894	
当期収支差額 (A)-(C)	△ 1,007,966	153,327	△ 1,161,293	
次期繰越収支差額 (B)-(C)	0	1,161,293	△ 1,161,293	

貸借対照表
2010年3月31日現在

資産の部

科目	金額
現金	42,005
振替貯金	91,000
普通貯金	1,150,288
資産合計	1,283,293

負債及び正味財産の部

科目	金額
前受金	122,000
次期繰越金	1,161,293
負債及び正味財産合計	1,283,293

**日本ヒューマン・ケア心理学会
2009年度会計監査報告書**

日本ヒューマン・ケア心理学会
会長 小玉正博 殿

監事は日本ヒューマン・ケア心理学会会則の第10条の規定に基づき、日本ヒューマン・ケア心理学会の2009年4月1日から2010年3月31日までの第11期会計年度の決算書類、即ち、貸借対照表および収支計算書について監査を行ないました。

結果、貸借対照表および収支計算書は法令および会則に従い、学会の財産および収支の状況を正しく示しているものと認め、また、学会の会計は適正に執行されていることを確認し、ここにご報告申し上げます。

2010年6月25日

日本ヒューマン・ケア心理学会

監事 飯田澄美子 

監事 藤澤伸介 

2010(平成22)年度 事業計画

事務局	<ul style="list-style-type: none"> ・会員入退会管理・会費管理 ・機関誌編集事務・会報作成 ・理事会・総会・常任理事会の開催 ・入会予備審査など ・第4回役員選挙・第1回学会論文賞審査に関する事務
広 報	<p>「HCニュースレター」 No.12 (2011年3月発行予定)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常任理事会議事録
編 集	<p>「ヒューマン・ケア研究」 第11巻第1号 (2010年5月発行) 第11巻第2号 (2010年9月発行予定) 第12巻第1号 (2011年3月発行予定)</p>
研 修	<p>「質的研究方法 M-GTAの独創性と分析方法」 (2010年7月19日 立教大学 木下康仁)</p>
学 術 (大会)	<ul style="list-style-type: none"> ・第12回大会 (2010年7月18日～19日) 日本赤十字看護大学広尾キャンパス (木村登紀子大会委員長・遠藤公久大会副委員長)
学 術 (Web)	<ul style="list-style-type: none"> ・改訂会則のWeb掲載 ・執筆要領Web掲載 ・学会誌・ニュースレターWeb掲載 ・第12回・第13回大会情報のWeb掲載

2010（平成22）年度 予算に関する件
2010年度 予算書

自 2010年4月 1日
至 2011年3月31日
(単位:円)

科 目	予 算 額	備 考
1 収入の部		
1.会費収入		
入会金	105,000	@3,000円
2010年度会費	1,400,000	@7,000円
過年度会費	35,000	@7,000円
2.事業収入		
雑誌売り上げ	52,000	
3.雑収入		
別刷代	60,000	
寄付金	0	
利子	1,000	
当期収入計	1,653,000	
前年度より繰越金	1,161,293	
収入合計	2,814,293	
2. 支出の部		
大会援助金	250,000	第13回大会
通信費	100,000	機関誌、会費請求送付
会議費	30,000	理事会
旅費交通費	152,000	常任理事、監査、学会事務委託業者
人件費	30,000	学会事務委託業者、監査
消耗品費	100,000	学会封筒、ラベル印刷費など
事務局委託費	189,000	学会事務委託管理費@5,000/月の増
編集事務委託費	157,500	編集事務委託費150,000+税
機関誌発行費	1,200,000	機関誌Vol.11(1)(2), 12(1)
広報紙発行費	65,000	ニュースレター
学会賞審査委員会	10,000	会議開催費用
雑費	15,000	振替手数料など
予備費	515,793	
当期支出 計	2,814,293	

常任理事会報告

第8回常任理事会

期 日：2010年3月6日（土）14:00～16:30

会 場：桜美林大学四谷キャンパス

出 席

小玉正博、木村登紀子、岩崎祥一、遠藤公久、

廣瀬清人、清水裕子

欠 席

長田久雄

配付資料

①第8回常任理事会議事次第、②第7回常任理事会議事録（案）、③会員報告資料、④編集委員会資料、⑤学会賞関係資料、会則改正検討資料、⑥ニュースレター原案

進行・議事録：清水

議 事：

1. 議事録

1) 前回議事録案は修正のうえ承認された。

2. 会員の異動

1) 入会希望者3名が審議のうえ入会を承認され、3月31日付の退会者6名が報告された。
3月末の会員数は266名と報告された。

3. 審議事項

1) 研究奨励賞贈呈に関する内規の件

審議のうえ、学会論文賞への発展的解消という理由で廃止が承認された。

2) 学会論文賞贈呈に関する内規の制定について審議され、原案通り承認された。

3) 会則改正原案について、非人格会員の学会運営における制限事項が審議され、理事会議案が作成された。

4. 報告事項

1) 学術（木村理事）

①学術集会第12回大会準備状況について、木村大会準備委員長より説明があった。

2) 学術Web（岩崎理事）

①2月23日、大会準備委員会の要請により1号通信がアップされた旨報告された。

②今後のWeb管理について、専門機関への依頼の提案があり、次回以降の会議に原案が示される予定である。

3) 研修（長田理事）

①第12回大会研修会について、大会準備委員会より説明があった。

②研修会の修了者を把握するため、ニュースレター誌上に掲載する「お知らせ」の原案が検討された。学会事務局の現状から申告後随時の修了証発行が困難のため、一部原案を変更し了承された。

4) 編集（遠藤理事）

①ヒューマン・ケア研究11(1)について報告があった。編集作業の面から、予定の3月末発行は困難と判断し、4月末をめざすことで了承された。掲載内容は、海外文献紹介は1編、自著紹介1編、論文は3編程度、および大会特別講演原稿は第11回岩崎大会委員長より入稿されることが確認された。

②ヒューマン・ケア研究11(2)の英語文献紹介のテーマは、大会テーマを参考することで了承された。

5) 広報（廣瀬理事）

ニュースレターNo.11の4ページ原案が示され、3)～②について訂正のうえ、了承された。

6) 事務局（清水事務局長）

①前回検討されたヒューマン・ケア研究掲載論文の著作権同意説明書および同意書について、一部訂正のうえ承認された。

②資格養成検討については、当面事務局で名称の商標登録に関する情報収集などを行うことで了承された。

常任理事会開催予定

第9回常任理事会予定

2010年5月15日（土）14時～16時

桜美林大学四谷キャンパス（あるいは22日）

第10回常任理事会予定

2010年7月17日（土）19時30分～20時30分

日赤看護大学広尾キャンパス

第9回常任理事会議事録

期 日：2010年5月15日（月）16：30～18：30

会 場：桜美林大学四谷キャンパス

出席者：

小玉正博、木村登紀子、長田久雄（途中退席）、
清水裕子（司会）、廣瀬清人（書記）

欠席者：

岩崎祥一、遠藤公久

配布資料：

①第9回常任理事会次第 ②第8回常任理事会
議事録（案） ③会員報告資料 ④編集委員会
資料 ⑤広報委員会資料 ⑥学会論文賞関係資
料 ⑦会則改正検討資料 ⑧学術集会第12回大
会報告資料

1. 議事録

第8回常任理事会議事録案を検討し、承認さ
れた。

2. 会員の異動

入会者13名が承認され、退会者9名が報告さ
れた。

3. 審議事項

1) 学会論文賞贈呈に関する内規の制定につ いて

研究奨励賞贈呈に関する内規を2010年7月
18日に廃止し、学会論文賞贈呈に関する内規
を同日より施行することとした。

2) 会則改定（案）について

非人格会員の選挙権のあり方について、会

則の改正を審議した。

3) 第1回学会論文賞審査委員会について

審査対象論文は2008年度から2010年度まで
に掲載された原著論文とし、審査予定は2011
年5月、表彰は同年7月の予定であることを
審議のうえ承認した。

4) 理事会資料、総会資料

別紙（省略）の理事会資料および総会資料
を審議のうえ承認した。

4. 報告事項

1) 学術（木村理事）

学術集会第12回大会（日本赤十字看護大学）
の準備状況および学術集会第13回大会（大阪
市立大学）について説明があった。

2) 学術Web（岩崎理事）

学術集会第12回大会1号通信がアップされ
たことが、岩崎理事の代理として木村理事よ
り説明があった。

3) 研修（長田理事）

①第12回大会研修会の進捗状況について説明
があった。立教大学教授・木下康仁氏の
「質的研究法M-GTAの独自性と分析技法」
のチラシの作成が提案された。

②これまでの研修会の参加者の把握について、
理事会報告を行うことが説明された。

4) 編集（遠藤理事）

遠藤理事の代理として清水事務局長が以下
の事項を報告した。

①ヒューマン・ケア研究11（1）掲載予定リ
ストが報告された。

②ヒューマン・ケア研究11（2）英文献紹介
のテーマは「つながりあう“ケア”」であ
る。

③著作権同意書の件

著作権同意の範囲は、原著および報告とし、
ヒューマン・ケア研究10（1）からとした。

④執筆要領の件

執筆要領の訂正の確認があった。

5) 広報（廣瀬理事）

ニーズレターNo.12（案）について報告があつた。

6) 事務局（清水事務局長）

①理事会・総会資料準備の件について報告があつた。

②学会事務・編集事務について

学会の事務機能および編集事務機能の今後の方向性について報告があつた。

第10回常任理事会

期 日：2010年7月17日（土）19:45-21:30

会 場：日本赤十字看護大学広尾キャンパス

出 席

小玉正博、木村登紀子、遠藤公久、廣瀬清人、
長田久雄、清水裕子

欠 席

岩崎祥一

配付資料

①第10回常任理事会議事次第、②第9回常任理事会議事録（案）、③第4期第3回理事会・第12回総会資料、④会員報告資料、⑤編集委員会資料、⑥選挙管理委員会資料

進行・議事録：清水

議 事

1. 議事録

前回議事録確認は次回に繰り越された。

2. 会員の異動

入会審査30名および、退会者1名、会員数286名の報告があつた。

3. 審議事項

1) 第4期第3回理事会の運営

配付資料に基づき、議事進行について説明があり承認された。

2) 第12回総会の運営

配付資料に基づき、議事進行について説明があり承認された。

3) 第1回学会論文賞審査委員会

学会論文賞審査委員会設置が説明され、2010年7月18日審査委員会設置、2011年3月までの原著論文が対象となり、2011年5月に審査、2011年第13回大会にて学会論文賞受賞講演が行われる。

4) 第4回選挙管理委員会

第5期役員選挙日程が承認された。

2010年7月18日選挙管理委員3名選出、選挙公示日2010年12月1日、投票用紙郵送、2011年2月中旬、投票締切り2011年2月28日、開票期日2011年3月19日とした。

選挙管理委員長には、廣瀬清人理事が承認された。

4. 報告事項

1) 学術（木村理事）

学術集会第12回大会準備状況、学術集会第13回大会の予定が報告された。第13回大会準備副委員長が山田富美雄会員と報告された。

2) 研修（長田理事）

第12回大会の研修会について報告された。

3) 編集（遠藤理事）

ヒューマン・ケア研究11(1)報告、11(2)、12(1)の編集報告があつた。

4) 広報（廣瀬理事）

ニーズレターNo.12の計画が報告された。

5) 事務局（清水事務局長）

理事会、総会準備の件が報告された。

学会事務物品は、学会事務局より遠藤大会副委員長宛に送付されること、ボランティアを2名依頼済みであることが報告された。

選挙管理委員会準備の件で、名簿の確認があつた。

第11回常任理事会（臨時）

期 日：2010年 7月19日（月曜日）15:30-16:30

会 場：日本赤十字看護大学広尾キャンパス

出 席

小玉正博、木村登紀子、岩崎祥一、長田久雄、

遠藤公久、廣瀬清人、清水裕子

配付資料

なし

進行・議事録：清水

冒頭、会長より緊急の審議事項のために常任理事会を招集することが説明された。

議 事

1. 学術集会第12回大会報告

大会参加者は130名であり盛会裡に終了した。

2. 入会審査

会期中に1名の申込があり、承認された。退会者1名があり、会員286名が報告された。

3. 審議事項

1) 選挙規程改正の件

選挙にあたり選挙規程の確認を行ったところ、第9条推薦理事の選出手続きなどに不備が確認されたため、改正のうえ役員選挙に臨むことが提案され了承された。

2) 臨時総会開催の件

小玉会長は選挙規程改正のために、臨時総会を招集することを提案され、期日は12月11

日（土）午前11:00、桜美林大学四谷キャンパスにおいて実施の予定である。これに先立ち、10月上旬に持ち回り理事会を開催し、上記の選挙手続きについて審議することが了承された。

4. 報告事項

1) 学会論文賞審査委員会の件

遠藤審査委員長より、委員として、堀毛理事、志賀理事、菅理事、島井理事を委員とすることが報告された。

2) 選挙管理委員会の件

廣瀬委員長より、伊藤まゆみ会員、白崎けい子会員を委員とすることが報告された。第1回会合を7月18日に実施した旨報告があった。第2回は9月下旬に実施の予定である。

5. その他

学術集会第13回、石井京子大会準備委員長との意見交換が行われた。

第13回大会テーマとして「和（仮）」に関連することを検討中である。また、研修については、今後長田担当理事と調整する方向である。大会資料は第12回大会事務局の廣瀬理事より提供されることが報告され、また既に清水事務局長より過去の大会事務資料が提供されていることも報告された。

石井大会準備委員長より、充実した大会に向けて準備される旨の報告があった。

日本ヒューマン・ケア心理学会会則

制定 1999年5月1日
改正 1999年10月30日
改正 2002年6月2日
改正 2006年9月6日
改正 2007年9月8日
改正 2009年7月20日
改正 2010年7月19日

(名 称)

第 1 条 本会は、日本ヒューマン・ケア心理学会と称する。

(事務局)

第 2 条 本会の事務局は、当面、香川大学医学部看護学科清水裕子研究室に置き、その事務を有限会社プライムアソシエイツ（東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F）に委託する。

(目 的)

第 3 条 本会は、看護・介護・世話などのヒューマン・ケアにかかわる領域の心理学的研究を推進し、その進歩・発展・普及に貢献することを目的とする。

(事 業)

第 4 条 本会は、前条の目的を達成するために、機関誌の発行、ヒューマン・ケア心理学に関する研究発表・研修のための集会、関連分野との学際的な連携等の事業を行う。

(会 員)

第 5 条 本会は、正会員、名誉会員及び賛助会員をもって構成される。

正会員は、次のいずれかの条件を満たす者で、ヒューマン・ケア心理学に関心のある者とする。

- ① 大学で心理学及びその隣接領域を専攻し、学士の学位を有する者
- ② 学士の学位を有し、看護師、保健師、助産師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、保育士などとして登録されている者
- ③ 上記の①ないし②と同等以上の経験を有すると認められる者

名誉会員は、正会員のうち本会の運営・学術研究活動において著しい功績のあった者で、理事会の発議により総会の承認を得た者とする。

賛助会員は、本会の事業に財政的な援助をなす者で、理事会の承認を得た者とする。

(入 会)

第 6 条 本会に正会員として入会しようとする者は、正会員1名以上の推薦により、常任理事会の承認を得なければならない。

(会員の権利)

第 7 条 本会の会員は、本会の諸事業に参加し、本会の編集出版物等について優先配付を受けることができる。

正会員は、本会が行う研究のための集会、並びに機関誌に研究発表を行うことができる。

(退 会)

第 8 条 会員が退会しようとするときには、文書をもってその旨本会に通知し、常任理事会の承認を得なければならない。

(除 稽)

第 9 条 所定の会費を 2 年以上滞納した者に対しては、理事会の議決を経て、これを除籍することができる。

(役 員)

第 10 条 本会の事業を運営するために、正会員は次の役員を互選する。役員の任期は 3 年とする。ただし、再任を妨げない。

会長 1 名 会長は理事の互選により決定し、本会を代表し、会務を統括する。会長は、常任理事の内 1 名を副会長に指名できる。

常任理事若干名 理事の互選により決定し、通常会務を執行する。内 1 名は事務局長とする。

理事若干名 正会員の互選により決定し、本会を運営する。

監事 2 名 正会員の互選により決定し、本会の会計及び会務執行を監査する。

2 顧問を置くことができる。顧問は理事会の承認を得て会長が委嘱する。顧問の任期は 3 年とする。ただし、再任を妨げない。

(運 営)

第 11 条 総会は、正会員をもって構成し、本会の最高機関として会の意思と方針を決定する。決議は、出席者の過半数の同意による。

理事会は、本会の事業の運営と執行の責任を負う。

常任理事会は、理事会の委託を受けて、本会の通常会務の執行にあたる。

(会 計)

第 12 条 本会の経費は、会費、寄付金及び補助金などでまかなう。

会計年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日までとする。

会費は、入会金及び年会費とする。

入会金は、3,000 円とする。

正会員の年会費は、7,000 円とする。

賛助会員の年会費は、1口20,000円とする。

名誉会員から年会費は徴収しない。

年度会費は、前年度末（3月31日）までに納めるものとする。

（会則の変更）

第 13 条 本会則は、理事会の議を経て、総会に出席した正会員の3分の2以上の賛成による承認をもって、これを変更することができる。

付 則

1. 本会則は、日本ヒューマン・ケア心理学会設立の日（1999年5月1日）から施行する。
2. 本学会の第1期役員は、第11条第1項（上記の現会則第10条第1項）の規程にかかわらず、日本ヒューマン・ケア心理学会設立発起人をもって充てる。
3. 本会則は、1999年10月30日に一部改正し、同日より施行する。
4. 本会則は、2002年6月2日に一部改正し、同日より施行する。
5. 本会則は、2006年9月6日に一部改正し、同日より施行する。
6. 本会則は、2007年9月8日に一部改正し、同日より施行する。
7. 本会則は、2009年7月20日に一部改正し、同日より施行する。
8. 本会則は、2010年7月19日に一部改正し、同日より施行する。

実務の連絡先は、

〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F プライムアソシエイツ気付
日本ヒューマン・ケア心理学会 TEL03-5805-0527 FAX03-3812-5187、メール
アドレスはhumancarepsy@primeassociates.jp（日本ヒューマン・ケア心理学会専用）である。なお、WEB関係の業務は、引き続き岩崎祥一氏（東北大学）のもとで行われている。

日本ヒューマン・ケア心理学会役員選挙規程

第1条 日本ヒューマン・ケア心理学会会則第11条に定める役員の選挙等を適正に実施するために、この規程を定める。

第2条 日本ヒューマン・ケア心理学会の役員選挙の管理業務は当該選挙の事由が発生する3ヶ月以前を基準として、当該時の本学会理事会が選挙管理委員会（以下、委員会という）を組織してこれを行う。

2. 委員会は、3名の委員によって構成され、その代表責任として選挙管理委員長を定めなければならない。
3. 委員会の事務は、学会事務局が担当する。

第3条 理事の定員は当分の間正会員の互選による理事（以下、互選理事という）10名及び常任理事会推薦による理事（以下、推薦理事という）10名とする。

2. 常任理事の定員は当分の間、若干名とする。

第4条 委員会は以下の業務を行う。

- (1) 選挙実施日程の確定と公示

当該選挙のための委員会が成立した日より6ヶ月以内に選挙実施日程と実施手続きに関する計画書を作成し、これを公示する。

- (2) 選挙台帳の作成と公示

選挙台帳は役員改選年の1月1日の会員名簿により作成し、第6条による指定日の1か月以前に公示するものとする。

ただし、前年度までの会費未納者は選挙台帳から削除する。

- (3) 選挙の実施と開票結果の確定

本規定第6条により厳正な選挙を実施する。開票結果の確定は第8条によりこれを行う。

開票に際して会員の任意な立ち会いを認めるが、会場の都合により人数を制限することがある。

- (4) 選挙結果の報告

委員会は開票業務の終了後、その結果を常任理事会に報告する。

- (5) その他選挙を厳正かつ円滑に行うのに必要と思われる業務を行う。

第5条 選挙権及び被選挙権は選挙台帳に記載されるものに与えられる。

2. 選挙台帳の作成される所定期日に海外に居住するものは選挙権及び被選挙権を有しない。

第6条 選挙は選挙台帳記載会員の互選により無記名投票とする。投票は所定の投票用紙を用いる郵便投票とし、指定の日付までの消印のあるものをもって有効とする。その他無効となる投票内容は委員会の定めるところによる。

第7条 投票は互選理事については3名連記とし、監事については単記とする。

第8条 当選者の確定は得票順による。ただし、次の場合はこの限りではない。

1. 同点者の生じた場合は抽選によって決める。
2. 欠員の生じた場合は次点者をもって補う。ただし、次回改選期日の1年以前に限り適用する。
3. 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

4. 理事及び監事の双方に当選した場合は、理事の当選を優先し、監事は次点者をもってあてる。

第9条 推薦理事は、ヒューマン・ケア心理学領域における顕著な業績あるいは日本ヒューマン・ケア心理学会への貢献度等に基づいて、常任理事会が選出する。

第10条 会長及び常任理事の指名は、互選理事及び推薦理事による最初の理事会が行う。

第11条 会長指名のための選挙は無記名の投票で行う、ただし、同点者の場合は抽選によって決める。

2. 欠員の生じた場合は、次点者をもって補う。

3. 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

第12条 常任理事指名のための選挙は3名連記無記名の投票で行う。当選は得票順として同点者の場合は抽選によって決める。

2. 欠員の生じた場合は、次点者をもって補う。

3. 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

第13条 委員長は互選理事・推薦理事及び監事に関する選挙・選出の結果を総会に報告して、承認をうるものとする。

第14条 会長は理事会が指名した会長、常任理事及び事務局長について総会に報告するものとする。

第15条 本規定の改正は理事会の3分の2以上の賛成による議決と総会の承認により行われる。

附 則 この規程は、2004年8月26日より施行する。

2. 第8条第2項、第11条第2項および第12条第2項の欠員が生じた場合の認定は、次の(1)又は(2)によるものとする。

(1) 当該役員は疾病・外傷等により職務執行が困難であると理事会が認めたとき

(2) 当該役員が提出した辞意表明の文書を、理事会が受理したとき

日本ヒューマン・ケア心理学会学会論文賞贈呈に関する内規

第1条 日本ヒューマン・ケア心理学会（以下本学会）は、優れた研究業績をあげた個人に対して「日本ヒューマン・ケア心理学会優秀論文賞」（以下学会論文賞という）を贈るために本内規を定める。

第2条 学会論文賞は、第1回を2011年度に、以後3年ごとに、年次総会または学会論文賞贈呈式において、これを表彰して贈る。

第3条 学会論文賞は、当分の間、一件につき3万円の副賞を添えてこれを贈る。

2. 副賞は、経常経費の一部をもって、これに当てる。

第4条 学会論文賞を贈るための審査委員会（以下委員会という）を本学会に設ける。

2. 委員会は、学会論文賞表彰前年に構成し、理事会の互選によって選ばれた5名の委員によって組織するものとする。

3. 審査委員長は、原則として編集委員長がその任にあたる。

4. 委員長は、当該年度の総会・学会論文賞贈呈式の開催日の1ヶ月前までに当該年度の表彰者を内定し、所定の書式により、これを会長に報告するものとする。

5. 会長は、委員長の報告内容を常任理事会に諮問し、その承認を得て表彰者を決定する。

第5条 委員会は、当該年度の学会論文賞候補者（以下候補者という）の推薦を得るために、理事に別に定める手続きにより候補者の推挙を得なければならない。

2. 委員会の定める候補者の推薦手続きに関する事項は、原則として以下による。

① 学会論文賞候補者は、審査委員会が開催される時点で3年以上本学会会員であること。

② 学会論文賞候補者の推薦は、所定の期間に「ヒューマン・ケア研究」に候補者が単独または筆頭著者として発表した原著論文に基づくこと。

③ 推薦を行う場合は、その理由を明示した推薦書を委員会に提出すること。

3. 選考基準については別途定める。

4. 委員会は、委員長を議長として審議し、被表彰者の内定は、出席委員の5分の4以上の賛成によりこれを決する。

5. 学会論文賞の受賞者は、直近の学術集会において、その成果に関する講演を行うものとする。

第6条 委員会の審議内容は、他に口外してはならない。

第7条 本内規の改廃は、理事会の審議を経て本学会の会長が行う。

附 則 本内規は2010年7月18日より施行する。

編集規程

1. 名称：本会誌は「ヒューマン・ケア研究」と称し、英文名は Journal of Human Care Studies とする。
2. 企画・編集：本会誌は当分の間、年2回発行するものとし、その企画・編集は常任理事により構成される機関誌編集委員会が担当する。
3. 機関誌に関する事務は当分の間、学会事務局が取り扱うものとする。
4. 内容：本会誌は、本学会正会員のヒューマン・ケア心理学に関する未刊行の論文を掲載する。本会誌には、オリジナルな内容の研究報告である原著論文、また追試的あるいは試験的内容の研究報告である報告・資料等の論文；巻頭言、展望、特集、書評等の編集委員会による依頼論文；及び本学会報等が収録される。
5. 投稿論文は、編集委員会によって審査され、採択の可否が決定される。その際、編集委員会は、本学会正会員の編集協力者に査読を依頼し、その査読結果を参考にして採択の可否を決定する。
6. 投稿論文の原稿は、「ヒューマン・ケア研究」の執筆要項に準じたものとする。執筆要項は、編集委員会で定める。
7. 採択論文の掲載に要する費用は、原則として本学会で負担するが、図表等に関してその費用の全部もしくは一部を執筆者に請求することがある。
8. 採択論文の別刷りは、執筆者の希望部数に応じるが、その費用は執筆者の負担とする。
9. 投稿採択論文は返却しない。
10. 本会誌に掲載されたものの著作権は、本学会に帰属する。

執筆要領

1. 原著論文（Article）は16,000字相当（図表も含む）、報告・資料論文（Report）・展望は12,000～16,000字相当とする。
2. 上記論文はA4判用紙に32字×25行1段の字詰め・行詰め、英文原稿の場合は、A4判でダブルスペース仕様にする。英文の場合、本誌1頁あたり800語程度に相当するものとして換算する。オリジナル原稿には、表題・著者名・所属機関名を記したタイトルページ、およびそれらの英訳は本文とは別に書くこと。原稿は1つのファイル（図表は本文に貼り付ける形式）にして、下記事務局まで電子メールにて添付・送付し、同原稿も事務局まで郵送すること。
3. 原著論文および資料論文は原則として、問題（目的）、方法、結果、考察、文献からなることが望ましい。
4. 全ての論文には英文アブストラクトをつける。アブストラクトは、問題（Objectives）、方法（Method）、結果（Results）、結論（Conclusion）などを100～175語以内で簡潔にまとめる。投稿時には、アブストラクトの日本語原稿（和文抄録）も添付すること。英文アブストラクトおよび日本語原稿（和文抄録）にそれぞれ3～5語のキーワードをつける。なお、英文アブストラクトは事務局によって校閲するので

経費10,000円を要する。

5. 本文の記述は簡潔で明解にし、新仮名使い、当用漢字、算用数字を用い、図表はその大きさを本文に換算して所定枚数に納めること。所定枚数を超えた分については著者負担とする。
6. 図および写真はそのまま掲載可能な鮮明なものを提出すること。なお、図がカラーの場合には著者負担になる。
7. 表の場合は上にTable 1、Table 2あるいは表1、表2のように、図の場合には下にFigure 1、Figure 2あるいは図1、図2のように通し番号をつけ、それぞれに見出しをつける。表、図、写真などの題、説明文、図表中の文字は英文にしてもよい。
8. 数字は原則として算用数字を用いる。計量単位は原則として国際単位を用いる。
9. 略語は一般に用いられているものに限る。ただし、初出の時にその旨を明記する。
10. 脚注は通し番号をつけて別紙に書き、本文中の番号と対応するように註1) 註2) のように記す。
11. 外国人名、地名等の固有名詞以外は訳語を用い、必要な場合、初出のとき原語を付すること。
12. 本文で引用された文献の配列は、著者名のアルファベット順とする。

文献掲載様式は、雑誌の場合：著者名・発行年（西暦）・題名・雑誌名・巻号数・掲載頁とする。単行本の場合：著者名・発行年（西暦）・書名・発行所・引用・参考箇所の頁とする。翻訳の場合：原典の著者名・発行年（西暦）・書名・発行所（著者名の訳語・翻訳者名・翻訳書の発行年・書名・発行所）とする。このとき、和文、欧文を問わず、雑誌の巻数はボールド（太字、あるいは波線のアンダーライン）に、また欧文の雑誌名および書名はイタリック（斜体、あるいは実線のアンダーライン）にする。

〈凡例〉

日野原重明（1999）。<ケア>の新しい考え方と展開 春秋社

木野和代（2000）。日本人の怒りの表出方法とその対人的影響 心理学研究, 70, 494-502.

Sourial, S. (1966). An analysis and evaluation on Watson's theory of human care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 404-402.

Kleinman, A. (1988). *Patients and healers in the contexts of culture*. University of California Press.

（クラインマン, A. 江口重幸・五木田紳・上野豪志(訳) (1996). 病の語り～慢性の病をめぐる臨床人類学 誠信書房）

なお、その他表記の詳細については、『APA論文作成マニュアル』（医学書院、2004年）あるいは日本心理学会発行の「執筆・投稿の手びき」（2005年版）を参照のこと。

原稿送り先

日本ヒューマン・ケア心理学会事務局

〒113-0033

東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F

プライムアソシエイツ気付

TEL : 03-5805-0527 FAX : 03-3812-5187

E-mail : humancarepsy@primeassociates.jp

『ヒューマン・ケア研究』投稿用紙 (コピーしてご利用下さい)

論文名

和文	
英文	
原稿枚数	本文 枚 + 図・表 点 = 合計 枚

論文の種類 (ひとつだけ○をつける)

原著	報告・資料	展望	その他 ()
----	-------	----	---------

投稿履歴 (ひとつだけ○をつける)

初回投稿原稿	修正ないし再投稿原稿
--------	------------

連絡先

氏名	姓	名	Middle name
住所	〒		
電話番号		FAX	
E-mail			

投稿者用チェックシート

投稿に際しては以下を必ずご確認下さい

- 投稿原稿は、表紙（タイトル、著者、キーワード、所属）、抄録、英文要約、本文、図表の順に頁番号を入れた電子ファイル（ワープロあるいはテキスト）にして下さい。ただし、表紙は無番号にして下さい。
- 図表は本文中に挿入せず、挿入位置のみを指示して下さい。
- 和文原稿には和文抄録と英文要約を添付し、英文原稿では和文要約を添付して下さい。
- タイトル、キーワード（3～5個）、著者名・所属機関名には、それぞれ英文を併記して下さい。
- 投稿原稿はメールで電子ファイルを1部提出し、別途印刷原稿1部を郵送して下さい。
- 修正原稿の際は、修正論文中に修正箇所の表示（アンダーラインなど）して下さい。
- 修正原稿の際は、修正済み論文に修正箇所と審査者への回答一覧表を添付して下さい。

原稿提出年月日 年 月 日

原稿受稿年月日 年 月 日 (←編集委員会記載欄)

原稿受理年月日 年 月 日 (←編集委員会記載欄)

日本ヒューマン・ケア心理学会入会申込書

申込日 年 月 日 () 正会員・() 賛助会員 *受付番号

氏名	フリガナ 漢字	印		生年月日	西暦 年 月 日生
	ローマ字				
現住所		〒 Phone: fax:			
所属機関	勤務先 所属				
	勤務先 住所	〒 Phone: Fax:			
	所属先*	* 学生の場合。			
	所属先* 住所	〒 Phone: Fax:			
e-mail address (必須)					
専攻分野		心理学・看護学・社会福祉学・社会学・法律学・医学・教育学・リハビリテーション科学 作業療法・理学療法・言語療法・その他 () 資格 :			
最終学歴		(年 月)			
推薦者 氏名					
連絡希望先		() 自宅 () 所属機関			

*事務局記入欄

受付年月日	年 月 日	会員番号	
承認年月日	年 月 日	承認通知	

日本ヒューマン・ケア心理学会役員（第4期）

(*は常任理事、五十音順)

会長 小玉 正博(筑波大学)

理事 足立 久子(岐阜大学)、安保 英勇(東北大学)、石川 利江(桜美林大学大学院)、井部 俊子(聖路加看護大学)、*岩崎 祥一(東北大大学学院)、*遠藤 公久(日本赤十字看護大学)、岡堂 哲雄(聖徳大学)、*長田 久雄(桜美林大学大学院)、小山田 隆明(岐阜女子大学)、*木村 登紀子(淑徳大学)、*小玉 正博(筑波大学)、後藤 宗理(名古屋市立大学大学院)、志賀 令明(福島県立医科大学)、島井 哲志(南九州大学)、*清水 裕子(香川大学)、菅 佐和子(京都大学)、*廣瀬 清人(聖路加看護大学)、堀毛 裕子(東北学院大学)、三田村 啓子(修学院ことばと子どもの相談室たかきたクリニック)、山崎 登志子(広島国際大学)

監事 飯田 澄美子(聖隸クリストファー大学)、藤澤 伸介(跡見学園女子大学)

顧問 長谷川 浩(東京女子医科大学・名誉教授)、岡堂 哲雄(聖徳大学)

事務局長 清水 裕子(香川大学)

機関誌編集委員(*は委員長、五十音順)

岩崎 祥一、*遠藤 公久、長田 久雄、木村登紀子、小玉 正博、清水 裕子、廣瀬 清人

<査読者一覧 2010年>

本誌への投稿原稿を査読いただき誠にありがとうございました。

足立 久子、岩崎 祥一、遠藤 公久、小玉 正博、志賀 令明、清水 裕子、菅 佐和子、
堀毛 裕子、廣瀬 清人、山崎登志子 (敬称略 五十音順)

編集後記

昨年の今頃は世界中を新型インフルエンザが猛威をふるいました。未知の生物との遭遇に、恐怖が恐怖を呼び、少しパニック状態でした。ワクチンもタミフルも不足が懸念されました。そのこともあり、気休め程度でもマスクがだいぶ売られたようです。我が家は、どうやら、その残りでこの冬を何とか乗り越えられそうです。

ところで、3年に1回の若手研究奨励賞の名称が、「日本ヒューマン・ケア心理学会論文賞」(以下学会論文賞という)に変更になりました。学会論文賞は、年齢に関係なく、優秀な研究業績に贈られるものになりました。今回は第3回目であり、vol. 9 からvol.11に掲載された論文が対象になります。

論文審査が遅れて投稿者の皆さまには御迷惑をおかけしております。審査の迅速さを進めて参りますので、引き続き、投稿をお願いいたします。

2010/12/30 編集委員長 遠藤 公久

ヒューマン・ケア研究 第11巻 第2号 2010年12月30日発行

編集 日本ヒューマン・ケア心理学会編集委員会

代表者 遠藤 公久

発行 日本ヒューマン・ケア心理学会

代表者 小玉 正博

事務局 〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-14

TKビル5F プライムアソシエイツ気付

日本ヒューマン・ケア心理学会

TEL: 03-5805-0527 FAX: 03-3812-5187

E-mail: humancarepsy@primeassociates.jp

印刷 東洋出版印刷株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-2 第1三沢ビル

TEL: 03-3813-7311 FAX: 03-3813-7314

©日本ヒューマン・ケア心理学会2010

(本誌掲載の記事は無断転載を禁じます)

\mathcal{H}^C