

第8巻第1号

新潟青陵学会誌

JOURNAL OF NIIGATA SEIRYO ACADEMIC SOCIETY

新潟青陵学会

目 次

原 著

和田 由紀子・本間 昭子

看護職者用二次的外傷性ストレス尺度の作成および信頼性・妥当性の検討 … (1)

小林 祐子・和田 由紀子

医療施設での死後の処置の課題 …………… (13)

—葬祭業従事者への調査から—

研究報告

本間 昭子・塚原 加寿子・田辺 生子・坪川 トモ子・和田 由紀子

食物アレルギーの子どもの養育困難に立ち向かう母親の体験プロセス …………… (23)

渡辺 優子

幼児のわらべうたの短期記憶に関する一考察 …………… (35)

—音程と音量における歌唱力の発達—

中根 薫・中村 悦子・清水 理恵

A県内の看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識 …………… (45)

—100～299床施設の特徴—

平成26年度新潟青陵学会定例総会 議事録 …………… (55)

新潟青陵学会誌投稿および編集に関する規程・様式1～3 …………… (59)

看護職者用二次的外傷性ストレス尺度の作成 および信頼性・妥当性の検討

和田 由紀子・本間 昭子
新潟青陵大学看護学部看護学科

Development and validation of the Japanese version of the secondary traumatic stress for nursing staff

Yukiko Wada, Syouko Honma
NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

看護職者の二次的外傷性ストレスの測定尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検討をすることを目的に、託送調査法による2度の質問紙調査を実施した。

調査1は尺度の作成のために、A県内3ヶ所の総合病院に勤務する看護職者556名を対象とし、内的整合性および信頼性、並存的妥当性の検討を経て、「不安・志向性の低下」「外傷後のストレス反応」「否定的な感情反応」の3因子・20項目から成る尺度が作成された。調査2は、作成尺度がより広い地域・対象で使用に耐え得るか検討するために、全国21ヶ所の一般病院に勤務する看護職者996名を対象とした。因子間での質問項目の移動は1項目あったが、因子の変化や削除すべき項目はなく、内的整合性および信頼性、並存的妥当性、構成概念妥当性が確認された。確認的因子分析による適合度指標は、CFI=.914, RMSEA=.092であった。

以上により、一定の信頼性・妥当性を確保した二次的外傷性ストレス尺度が作成された。

キーワード

二次的外傷性ストレス、看護職者、尺度の作成、信頼性、妥当性

Abstract

This study's aim was to develop a scale to measure secondary traumatic stress for nursing staff, and to examine its reliability and validity. A mailed questionnaire survey was carried out twice. Survey 1 was distributed to five hundred fifty six nurses from three polyclinic hospitals in the "A" prefecture, with a valid response rate of 60.8%. Survey 2 included 996 nursing staff from 21 general hospitals nationwide, with a valid response rate of 72.2%.

Following analysis of the survey data, a 20-item scale was developed, with three factors, "anxiety and reduced intentionality," "post-traumatic stress reactions," and "negative emotional reactions." The internal consistency and reliability of the scale was analyzed using exploratory factor, reliability, cross-correlation, and item score-total score correlation. Concurrent validity of the scale was examined by correlation analysis with the General Health Questionnaire (GHQ-28) and Japanese version of the Burnout Scale; construct validity was also verified by examining differences in the scale scores by the group, which was selected based on the level of sympathy for patients and duration of care provided. Final confirmatory factor analysis indicated fit indices of CFI = .914 and RMSEA = .092, which met a degree of criteria as the scale. Thus, the Secondary Traumatic Stress Scale for nursing staff exhibited a degree of reliability and validity.

Key words

secondary traumatic stress, nursing staff, development of scale, reliability, validity

I はじめに

各種の災害・戦争・テロ・事故・暴力犯罪等、なんらかの外傷的出来事により急激に押し寄せる強い不安で、個人の対処や防御の能力の範囲を凌駕する心理的なショックによるストレスを外傷性ストレスといい¹⁾²⁾、個人にとって大きなショックとなるそれらの出来事に遭遇することによってできた心理的な損傷³⁾を心的トラウマという。心的外傷後ストレス障害(以後PTSDとする)や急性ストレス障害は、外傷性ストレスが引き金となって起こる心的トラウマ反応の一部である。精神疾患の分類と手引DSM-IV-TR⁴⁾(以後DSM-IV-TRとする)では、これらは不安障害の下位分類に位置づけられ、不安症状の存在がその本質と考えられている³⁾。日本では、地下鉄サリン事件や阪神淡路大震災を契機として、約20年の間に心的トラウマやPTSDの概念が広く知られるようになり、「市民権を得た」と表現されるまでになっている⁵⁾。

しかし、このような外傷性ストレス・心的トラウマ・PTSD等は、直接体験した本人だけではなく、家族・友人・ケアの提供者といった周囲の人々にも様々な影響を及ぼす。その一つが、「外傷性ストレスを受け心的トラウマ反応を生じた本人に対して、周囲の人々が共感的に関わる中で、実際には体験していないにも関わらず本人と同様の心的トラウマ反応を体験すること」、即ち二次的外傷性ストレスである⁶⁾。この場合の「周囲の人々」は、家族や友人の他に本人を援助する対人援助職者も含み、「実際の体験」は過去の類似した体験は含まない。結果として体験する「本人と同様の心的トラウマ反応」は多様であり、心的トラウマ反応までには至らなかったり、異なる反応として表れたりすることもある。

Joinsonによりその現象を指摘され、Figleyが最初に概念化して以降、二次的外傷性スト

レスは、「外傷性ストレスを受け心的トラウマ反応を生じた本人」に関わる様々な対人援助職者を対象として研究されている^{7)~9)}。その多くがメンタルヘルスの専門家やソーシャルワーカーであるが、看護職者に対する研究も一部に行われている^{9)~11)}。

看護職者は、職務を通じて患者の死や悲劇的な出来事にさらされ、外傷性ストレスをもたらすような状況にしばしば遭遇する環境にあるが¹⁰⁾、看護職者の二次的外傷性ストレスはそのような職務環境に対する反応ではなく、患者をケアした自然な反応であり、職務上の危険であると考えられている⁹⁾¹²⁾。特に病院に勤務する看護職者は、交代制の勤務体制をとっているため、短い期間に同じ患者を繰り返しケアすることが多く、その結果患者の外傷性ストレスや心的トラウマ反応に反復的に曝されてしまう。また患者に対する共感、適切なケアを行うための重要な要素である一方で看護職者を傷つきやすい状態にするため¹²⁾、「外傷性ストレスを経験した患者」へのケアを通して、患者の心的トラウマを自分のもののように感じ、繰り返しイメージしたり悪夢をみたりするといった反応をしばしば呈するようになる。その結果、多くの看護職者が回復したり専門職としての対処能力を身に着けたりする一方で、一部が二次的外傷性ストレスに陥ることとなる¹²⁾。しかし、国内では二次的外傷性ストレスの概念がまだ浸透していないため、そのまま見過ごされるかバーンアウト等の他の兆候と混同されることが多いのではないかと予測される。同時に国内では、二次的外傷性ストレスを測定できる尺度は非常に限られている。主に用いられている尺度は、信頼性・妥当性が確保されている日本版GHQ精神健康調査票や改訂出来事インパクト尺度である^{14)~16)}が、これらの尺度は被測定者のPTSD症状や精神的健康を測定するものである。またこれらの尺度は、概して一般の成人に比べ看護職者は高得点を示す傾

向がある¹⁶⁾¹⁷⁾。看護職者の二次的外傷性ストレスの測定に主眼を置いた尺度が作成され、早期に発見および対応されることは、看護職者にとって非常に重要であるといえる。

従って本研究では、2回の質問紙調査を通して、看護職者の二次的外傷性ストレスを測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検討を目的とした。

II 研究方法

1. 調査1

1) 質問紙の内容

質問紙は、二次的外傷性ストレス尺度の原版および尺度原案、対象の基本的属性に対する質問、日本版G H Q精神健康調査票28項目版（以下GHQ28とする）と日本語版バーンアウト尺度（以下バーンアウト尺度とする）の追加尺度、ソーシャルネットワーク等に関する尺度・質問を主な内容とした。GHQ28とバーンアウト尺度は、二次的外傷性ストレスと関連が深い症状が測定可能であり、信頼性・妥当性も高いという点から、並存的妥当性を検討するための追加尺度として用いた。原版および尺度原案、各追加尺度の詳細は以下の通りである。

(1) 原版および尺度原案

Secondary Traumatic Stress Scale（以下STSSとする）⁷⁾¹³⁾¹⁸⁾は、米国で二次的外傷性ストレスを測定する目的で開発された17項目から成る自記式の尺度である。メンタルヘルスの専門家やソーシャルワーカーに主に使用され、DSM-IVのPTSDにある再体験、回避・麻痺、過覚醒をもとに開発され信頼性・妥当性も高い⁷⁾¹⁹⁾。この17項目について、医薬・化学分野の翻訳専門業者に依頼し日本語訳にした後、看護職者への質問に適するよう一部変更し原版とした。さらに「二次的外傷性ストレスとPTSDの主な症状は一致する¹⁹⁾」ため、DSM-IV-TRのPTSDにある再体験、回避・麻

痺、過覚醒を参考に作成した8項目を追加項目とし、計25の質問項目を尺度原案とした。回答はSTSSに準じ、「全くない」～「非常に良くある」の5段階評定とした。

(2) GHQ28

日本版G H Q精神健康調査票は、神経症状および不安や社会的な機能の不全さを反映し、神経症のみならず、緊張やうつを判別するのに優れた尺度である²⁰⁾。短縮版であるGHQ28は、身体症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の4因子を代表項目とし、得点が高いほど精神的健康度が低いことを示す。総得点は0～28点、尺度のスクリーニング的な意味での弁別点は5/6点とされ、平均点を比較しても男女差はないとされている²⁰⁾。

(3) バーンアウト尺度

バーンアウトの概念は主にヒューマン・サービスの現場で用いられ、過度で持続的なストレスに対処できずに張り詰めていた緊張が緩み、意欲が急速に萎えてしまった心身の症状であり、長期的なストレスの結果として生じたストレス反応である²¹⁾²²⁾。バーンアウト尺度は、仕事を通じて精力的に力を出し尽くし消耗してしまった状態である「情緒的消耗感」、サービスの受け手に対する無情で非人間的な対応を示す「脱人格化」、ヒューマン・サービスの職務に関わる有能感・達成感が低下する「個人的達成感の低下」の3つの下位尺度から成る²²⁾。情緒的消耗感が5～25点、脱人格化・個人的達成感の低下が各6～30点、全体尺度が17～85点の範囲をとり、相対評価として使用される。

2) 手続き

原版および尺度原案を検討するために、A県内3ヶ所の総合病院に勤務する看護職者556名を対象とし、2011年3月～4月に各施設の看護部を通した託送調査法による無記名・自記式の質問紙調査を実施した。質問紙の回収数414（回収率74.5%）、有効回答数338（有効回答率60.8%）、その基本的属性は表1に示す

とおりであった。

3) 分析方法

(1) 原版の分析

天井効果・床効果の確認をした後、STSSの点数分布²³⁾と比較した。更に、信頼性分析・探索的因子分析（主因子法・Promax回転）を行い因子数を決定し、確証的因子分析（最尤法）を実施した。

(2) 尺度原案の分析

項目分析・内的整合性の検討として、原版に追加した質問8項目の天井効果・床効果の確認をした後、25項目全体の信頼性分析・探索的因子分析（主因子法・Promax回転）を行い採用項目と因子数を決定した。更に採用項目と因子を下位尺度とした信頼性分析、および、対象全体・尺度点の上下27%を基準とした低得点群（ $n=92$ ）・高得点群（ $n=91$ ）の相互相関分析を実施した。並存的妥当性は、全項目・下位尺度点とGHQ28・バーンアウト尺度とのPearsonの相関分析を行い検討した。

2. 調査2

1) 質問紙の内容

質問紙は、調査1の分析を経て尺度原案を検討した最終版を使用した。さらに被暴力体験・職務状況を測定する質問を追加し、その他は調査1の内容に準じた。

職務状況については、看護職者自身の過去の外傷的出来事や患者との類似体験の有無、心的トラウマ反応を示す患者の恐怖・不安を感じる強さや援助する時間、自己の対応に対する評価等、看護職として患者の外傷性ストレスや心的トラウマ反応に関わる現状を質問した。その中のトラウマ反応を示す患者への共感や援助する時間の長さは、二次的外傷性ストレスのリスクファクターであると指摘されている⁹⁾。調査2ではこの2つに着目し、看護職者の反応傾向の違いを最終版が反映し構成概念妥当性を保障するかを検討した。心的トラウマ反応を示す患者の恐怖・不安を感

じる強さについては「非常に感じる」～「ほとんど感じない」、1日にそのような患者に援助する時間については「30分未満」～「3時間以上」のそれぞれ5段階で評価した。

2) 手続き

調査1を経て作成した尺度（最終版）が広い地域・対象での使用に耐え得るか検討するために、国内を6ブロックに分け計21病院に勤務する看護職者996名を対象として、2012年2月～10月に各施設の看護部を通した託送調査法による無記名・自記式の質問紙調査を実施した。なお依頼する病院は、医事日報発行の病院情報から選択し、事前に看護部より調査協力の下承を得た。質問紙の回収数749（回収率75.2%）、有効回答数719（有効回答率72.2%）、その基本的属性は表1に示すとおりであった。

表1. 対象の基本的属性

属性	区分	調査1(n=338)		調査2(n=719)	
		人数(名)	割合(%)	人数(名)	割合(%)
職種	准看護師	18	5.3	28	3.9
	看護師	288	85.2	657	91.4
	助産師	32	9.5	32	4.5
	その他・無回答	0	0.0	2	0.2
年齢	20歳代	128	37.9	194	27.0
	30歳代	109	32.2	254	35.3
	40歳代	63	18.6	175	24.3
	50歳以上	36	10.7	93	12.9
	その他	1	0.3	2	0.3
	無回答	1	0.3	1	0.1
勤務形態	日勤のみ	31	9.2	133	18.5
	3交代制	273	80.8	393	54.3
	2交代制	11	3.3	132	18.4
	その他	20	5.9	55	7.6
	無回答	3	0.9	6	0.8
暮らしの形態	一人暮らし	85	25.1	187	26.0
	家族・友人等と同居	250	74.0	521	72.5
	その他	0	0.0	7	1.0
	無回答	3	0.9	4	0.5
看護形態	7対1	186	55.0	3	57.2
	10対1	112	33.1	147	20.4
	13対1	4	1.2	3	0.4
	15対1	2	0.6	15	2.1
	その他	0	0.0	106	14.7
	無回答	10	3.0	37	5.1

3) 分析方法

最終版のI-T相関分析を行った後、主因子法・Promax回転による探索的因子分析、信頼性分析を行い、採用項目・因子を決定した。

並存的妥当性の検討としては、全項目および因子を下位尺度として算出した点とGHQ28・バーンアウト尺度とのPearsonの相関分析を実施した。構成概念妥当性の検討としては、心的トラウマ反応を示す患者への共感「少し感じる」「ほとんど感じない」と回答した群を「共感が弱い群（ $n=199$ ）」、

「かなり感じる」「非常に感じる」と回答した群を「共感が強い群（ $n = 136$ ）」として抽出し、1日に援助する時間の長さについては「30分未満」「1時間未満」と回答した群を「援助時間が短い群（ $n = 411$ ）」、「2時間以上」「3時間以上」と回答した群を「援助時間が長い群（ $n = 72$ ）」として抽出し、各々採用項目・因子を下位尺度として算出した点のt検定（ $p < .05$ ）を実施した。さらに、想定どおりの因子構造となることを確かめるために確認的因子分析（最尤法）を実施した。

なお全ての分析には、PASW Statistics 18およびAmos19を使用した。

3. 倫理的配慮

本研究では、使用した各尺度の作成者・販売元に使用許可を得ると共に、調査者の所属施設の倫理審査委員会の承認を得た後、調査を実施した。

対象には、研究の主旨、協力の自由意思と匿名性の保証、協力拒否による不利益の回避、研究結果の学術的な目的に限定した使用

について、本人への依頼文書および質問紙の冒頭で説明し、回答をもって協力への同意を得たものとした。各施設の看護部へは、これに加え各対象や施設での分析はしないことを文書で説明し了承を得た。

Ⅲ 結果

1. 調査1について

1) 原版の分析

17の質問項目で天井効果はみられなかったが、床効果が8項目（4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 17）にみられた（表2）。またSTSSを使用した調査²³⁾では、カットオフスコアは尺度点数の上位25%の38点と設定されていたが、本調査で38点以上は対象の39.9%を占め、全体の分布でも点数が高い傾向にあった。

探索的因子分析を実施したところ、固有値が1.0以上の因子数は3であったが、固有値のスクリープロットより1因子または2因子が妥当であると考えられた。1因子の場合では、十分な因子負荷量を示さず除外が必要な

表2. 原版・尺度原案の項目分析結果（ $n = 338$ ）

質問項目		平均値	標準偏差	平均+SD	平均-SD
原版 (17項目) 尺度原案 (25項目)	1. その出来事や患者についての感情が、麻痺したような感じがする。	2.1	1.0	3.1	1.0
	2. その出来事や患者について考えると、落ち着かない気持ちになる。	2.1	1.0	3.2	1.1
	3. その患者への関わり・援助を通じて、その出来事を体験しているかのように感じる。	1.8	0.9	2.8	0.9
	4. 寝つきが悪かったり、よく眠れなかったりすることがある。	2.1	1.2	3.3	0.9
	5. 自分の将来に、希望をもつことができない感じがする。	2.3	1.2	3.5	1.0
	6. その出来事や患者を思い起こさせるものに会うと、焦ったりドキドキしたりする。	2.1	1.0	3.2	1.1
	7. 他の人と一緒にいることに、あまり興味をもつことができない。	1.7	1.0	2.7	0.7
	8. 神経が過敏になり、ささいなことでもドキッとしてしまう。	2.1	1.1	3.2	1.0
	9. いつもより活動的でなくなった。	2.1	1.2	3.3	0.9
	10. 考えるつもりがなくても、その出来事や患者について考えてしまう。	2.2	1.1	3.3	1.1
	11. ものごとに集中できない。	2.1	1.0	3.1	1.1
	12. その出来事や患者を思い出させるような人、場所、ものごとを避けてしまう。	1.9	1.0	3.0	0.9
	13. その出来事や患者についての嫌な夢をみる。	1.6	0.8	2.4	0.7
	14. 関わり・援助をするのを、できれば避けたい患者がいる。	2.6	1.3	3.8	1.3
	15. イライラして、怒りっぽくなっている。	2.5	1.2	3.8	1.3
	16. 何か悪いことが起きそうな気がする。	2.1	1.1	3.2	1.0
	17. その患者とのやりとりについて、記憶が抜け落ちていることがある。	1.6	0.9	2.5	0.8
	18. いつもよりぼうつとしていることがある。	1.9	1.0	2.9	1.0
	19. その患者へ関わり・援助をするに、無力感を感じる。	2.0	1.1	3.1	0.9
	20. その患者の話を聞いていないことがある。	1.8	1.0	2.7	0.8
	21. その出来事に対する患者の恐怖・不安が、自分に伝染したとを感じる。	1.5	0.7	2.2	0.7
	22. その患者に対して、漠然とした怒りを感じる。	1.8	1.0	2.8	0.8
	23. その出来事や患者については、考えないようにしている。	2.0	1.0	3.0	0.9
	24. 何をやってもうまくいかないと感じる。	2.2	1.2	3.3	1.0
	25. 仕事への意欲が低下している。	2.5	1.3	3.8	1.3

項目はみられなかったが、回転前の17項目の全分散を説明する割合は49.0%と低く、十分ではないと判断された。信頼性分析で得られた α 信頼性係数は.93を示した。確証的因子分析では、全項目が影響を受けたモデルで分析を行ったところ、各因子間の相関は有意に高かったが適合度指標はComparative Fit Index (CFI) = .857, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = .105であり、尺度として使用するにあたり改良を要する結果だった。

2因子の場合では、回転前の17項目の全分散を説明する割合は2因子で55.9%、因子間相関は.76を示した。 α 信頼性係数は、それぞれの因子が.90 (10項目: 9, 5, 7, 15, 11, 16, 8, 14, 4, 17) と.88 (7項目: 6, 2, 3, 10, 12, 13, 1) であり、項目間の相関行列はいずれも有意な正の相関を示したが、2項目 (14, 17) の項目合計統計量が信頼性係数より低かった。確証的因子分析は、各因子からそれぞれ該当する項目が影響を受け、全ての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、各因子間の相関は有意な正の相関がみられたが、適合度指標はCFI = .885, RMSEA = .095であり、この場合も尺度として使用するには改良を要する結果だった。

以上の結果より、原版を尺度として使用するには、質問項目の改良が必要と判断された。

2) 尺度原案の分析

(1) 信頼性の検討

追加した8の質問項目において天井効果はなかったが、床効果が6項目 (18, 19, 20, 21, 22, 23) でみられた (表2)。原版で床効果がみられた8項目を併せた14項目から、床効果が0.8以下で歪度・尖度も高かった5項目 (7, 13, 17, 20, 21) を除外し、残り20項目で信頼性分析を行ったところ、 α 信頼性係数は.95だった。他の床効果がみられた9項目がそれぞれ除外された場合の α 信頼性係数は全てこれを下回り、項目間の相関行列はいずれも有意な正の相関を示した。

そのため、20項目で探索的因子分析を行った。固有感が1.0以上の因子は3個あり、固有感のスクリープロットも因子3を超えると安定し、3因子構造が妥当であると考えられた。回転前の3因子で20項目の全分散を説明する割合は63.9%で、十分な因子負荷量を示さず除外が必要な項目はみられなかった。因子1は8項目 (9, 25, 24, 11, 5, 18, 4, 16) で構成されており、精神的健康の低下として漠然とした不安を感じ職務や生活への意欲・集中力を欠くことを示す項目が高い負荷量を示した。因子2は7項目 (6, 2, 3, 10, 12, 8, 1) で構成され、外傷性ストレスにさらされた患者や患者への関わりに対して様々な心的トラウマ反応を示す項目が高い負荷量を示した。因子3は5項目 (14, 22, 23, 15, 19) で構成され、二次的外傷性ストレスを生じた原因である患者や患者へのケアに対して否定的な感情反応を表す項目が高い負荷量を示した。各因子を下位尺度として信頼性分析を行ったところ、 α 信頼性係数は全体が.95, 因子1が.92, 因子2が.89, 因子3が.85といずれも高い値を示し、項目間の相関行列・項目合計統計量にも問題はなかった。

さらに対象全体・低得点群・高得点群について、尺度全体および下位尺度の平均点の相互相関分析を実施した。対象全体では20項目合計点および各下位尺度でそれぞれ $r = .68 \sim .94$ と強い正の相関がみられた。低得点群・高得点群ではそれぞれの相互相関結果は非常に類似した傾向を示し、因子1・因子3の下位尺度間では $r = .24 \sim .29$ の弱い正の相関だったが、それ以外では $r = .60 \sim .70$ の強い正の相関がみられた。

(2) 併存的妥当性の検討

尺度全体および各因子を下位尺度とした点と、GHQ28およびバーンアウト尺度の相関係数を算出した。バーンアウト尺度の下位尺度である「個人的達成感の低下」とはいずれも無相関だったが、それ以外の全体尺度・下位

尺度は、 $r = .27 \sim .61$ の有意な正の相関を示した。これにより、並存的妥当性が確保されていると判断された。

2. 調査2について：最終版の分析

1) 信頼性の検討

I-T相関分析では、全ての質問項目に $r = .66 \sim .83$ の有意な正の相関がみられた。

探索的因子分析では、固有値が1.0以上の因子は3個あり、固有値のスクリープロットも因子3を超えると安定し、尺度原案の分析結果と同様に3因子構造が妥当であると考えられた。各因子を構成する項目は因子3から因子1へ1項目（15）が移動したが、その1項目以外で各因子を構成する項目・負荷量の変化はなかったため、因子1を不安・志向性の低下、因子2を外傷後のストレス反応、因子3を否定的な感情反応とそれぞれ解釈した。回転前の3因子で全分散を説明する割合は70.6%であり、この因子分析における各項目の因子負荷量は全て40以上を示した（表3）。

以上の結果をもとに、尺度全体の点および各因子を下位尺度とした点を算出し信頼性分析を行ったところ、 α 信頼性係数は尺度全体

が.96、因子1が.94、因子2が.92、因子3が.89であった。いずれも尺度原案より高い値を示し、項目間の相関行列・項目統計合計量にも問題はなかった。これにより、20項目中除外すべき項目はないと判断された。

2) 妥当性の検討

尺度全体および下位尺度の点と、GHQ28・バーンアウト尺度との相関分析では、調査1の結果と同様に、バーンアウト尺度の個人的達成感の低下は無相関、GHQ28の身体症状は $r = .23 \sim .34$ の弱い正の相関、他の全体尺度・下位尺度間では $r = .34 \sim .58$ の有意な正の相関を示した。心的トラウマ反応を示す患者への共感のt検定では、共感が弱い群に比べ共感が強い群が全体および下位尺度点の全てで有意に高く、1日に援助する時間の長さについてのt検定でも、援助時間が短い群に比べ援助時間が長い群が、全体および下位尺度点の全てで有意に高かった（表4）。

さらに、この尺度が想定どおりの3因子構造となることを確かめるために、確証的因子分析を実施した。3因子からそれぞれ該当する採用項目が影響を受け、全ての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ

表3. 最終版の因子のパターン行列と因子相関行列 (n=719)

	因子1	因子2	因子3
24. 何をやってもうまいかないと感じる	.872	-.096	-.098
5. 自分の将来に、希望をもつことができない感じがする	.821	.057	-.089
25. 仕事への意欲が低下している	.817	-.188	-.212
18. いつもよりぼろっとしていることがある	.817	.002	-.030
11. ものごとに集中できない	.714	.142	-.003
9. いつもより活動的でなくなった	.703	.125	-.011
16. 何か悪いことが起きそうな気がする	.629	.124	-.128
4. 寝つきが悪かったり、よく醒れなかったりすることがある	.577	.225	-.143
15. イライラして、怒りっぽくなっている	.452	-.023	-.383
3. その患者への関わり・援助を通じて、その出来事を追体験しているかのように感じる	-.183	.891	.076
2. その出来事や患者について考えると、落ち着かない気持ちになる	.047	.858	-.032
6. その出来事や患者を思い起こさせるものに会おうと、焦ったリド付したりする	.151	.682	-.046
8. 神経が過敏になり、ささいなことでもドキッとしてしまう	.374	.516	-.006
1. その出来事や患者についての感情が、麻痺したような感じがする	.080	.500	.147
10. 考えるつもりがなくても、その出来事や患者について考えてしまう	.424	.484	-.042
12. その出来事や患者を思い出させるような人、場所、ものごとを避けてしまう	.153	.406	.296
22. その患者に対して、漠然とした怒りを感じる	-.129	.035	.946
14. 関わり・援助をするのを、できれば避けたい患者がいる	.006	.015	.808
19. その患者へ関わり・援助をするに、無力感を感じる	.225	.038	.624
23. その出来事や患者については、考えないようにしている	.121	.148	.605
間因子1	—	.758	.745
因子2		—	.681
因子3			—

表 4. 心的トラウマ反応を示す患者への共感の強さ、1日に援助する時間の長さ別による最終版平均得点の差異

		最終版							
		総得点		不安・志向性の低下		外傷後のストレス反応		否定的な感情反応	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
共感の強さ	共感が弱い群(n=199)	34.6	13.3	16.6	7.2	11.5	4.5	6.5	2.9
	共感が強い群 (n = 136)	49.1	21.4	22.6	10.3	17.2	7.7	9.3	4.6
	t 値 (df)	t(206.1)=7.02**		t(223.7)=5.90**		t(199.3)=7.78**		t(208.5)=6.31**	
援助時間の長さ	援助時間が短い群(n=411)	39.4	15.7	18.5	7.9	13.2	5.6	7.7	3.5
	援助時間が長い群(n=72)	49.9	20.5	23.6	10.0	16.9	7.5	9.4	4.7
	t 値 (df)	t(86.2)=-4.15**		t(87.3)=-4.09**		t(85.5)=-4.00**		t(85.3)=-3.09**	

*p<.05 **p<.01

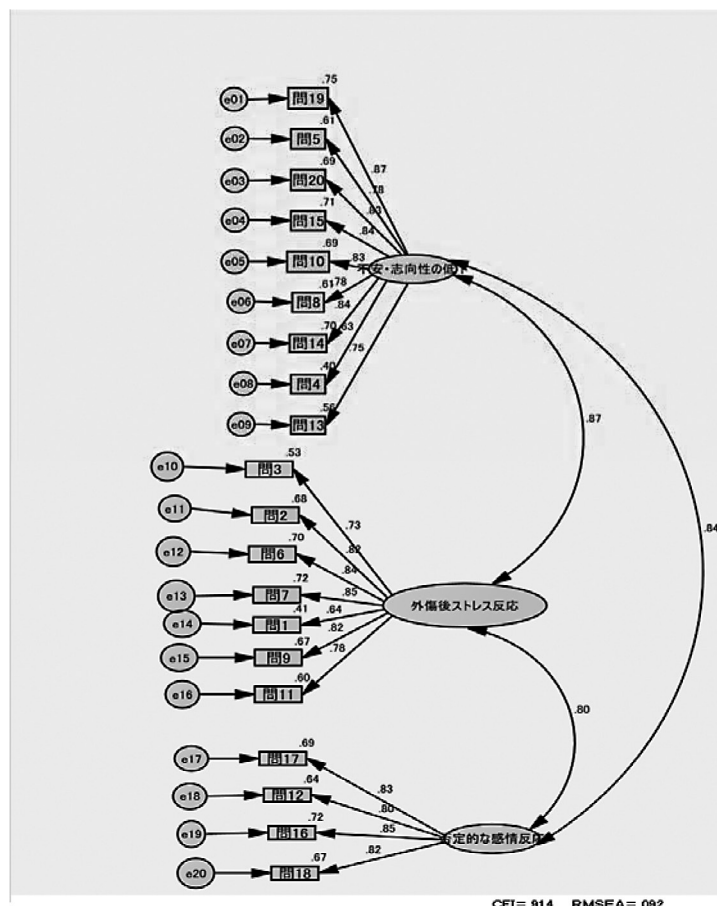


図 1. 最終版の確証的因子分析結果 (標準化推定値)

ろ、適合度指標はCFI=.914, RMSEA=.092であり、各因子間の相関は有意に高かった。CFIは.90以上、RMSEAの値は.05を超えるが.10未満であり、尺度として一定の基準を満たすと判断された (図 1)。

IV 考察

1. 尺度の因子構造と信頼性・妥当性

本研究は、看護職者の二次的外傷性ストレス測定尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検討目的で行われた。2回の調査を経て検討

した最終版では、不安・志向性の低下、外傷後のストレス反応、否定的な感情反応で構成される3因子構造が示され、尺度として一定の基準を満たすと判断された。因子3から因子1へ1項目 (15) が移動したことは、地域性による偏りの影響が調査1ではあったのではないかと考えられる。

STSSと因子数・構造が異なった理由としては、原版を作成する際に質問項目の内容を一部変更し、尺度原案で更に項目を追加改良を試みたことがあげられる。また、本来STSSは米国でソーシャルワーカーを対象に作

成された尺度であり、標準化されてはいるが作成時の対象に傷つけられた人々を援助する立場にある心理・看護・精神医学の専門家は含まれておらず適用の限界が指摘されている⁷⁾¹⁸⁾。本研究も対人援助職という点では共通するものの、対象は国内の病院に勤務する看護職者であり、結果に影響を与えていると考えられる。

外傷性ストレスにさらされた患者や患者への関わりに対して様々な心的トラウマ反応を示す「外傷後のストレス反応」因子が抽出されたことについては、原版・尺度原案がDSM-IVのPTSDをもとにしたものであるため妥当と考えられる。「不安・志向性の低下」および「否定的な感情反応」の各因子が抽出されたことについては、上記理由に加えて看護職者の職務の遂行における職務内容や患者との関わり方が背景にあると考えられる。ソーシャルワーカーと異なり、病院に勤務する看護職者は患者の生活全般により密接に関わりケアを行う一方、多くは一定の時間内に複数の患者に時と場を変え対応しなければならない状況にある。このような職務状況は、二次的外傷性ストレスを生じた原因である患者に対しても同様であるため、精神的健康の低下として漠然とした不安を感じ生活や職務への意欲・集中を欠く「不安・志向性の低下」、および二次的外傷性ストレスを生じた原因である患者や患者へのケアに対して否定的な感情を持つ「否定的な感情反応」の各因子を独立して生じさせたのではないかと考えられる。今回抽出された3因子は、二次的外傷性ストレスに対する反応として表れる可能性が高いものであり、これらが尺度を構成する因子として抽出されたのは妥当である。

調査1・調査2の尺度原案・最終版において、抽出された各因子を下位尺度とした α 信頼性係数を算出したところ、いずれも.85~.94と高い値が得られ、尺度全体の α 信頼性係数も.95~.96と高い値であった。特に最終版は尺

度原案に比べ尺度全体・各因子共に上昇している。各因子間の相関係数も問題ない。内的整合性の観点からその信頼性は確保されているといえる。

尺度全体および各因子を下位尺度とした点と、追加尺度の2尺度との得点間の相関分析において、GHQ28とバーンアウト尺度の総合得点に有意な正の相関があったことより、併存的妥当性も確保されている。しかし、バーンアウト尺度の下位尺度である「個人的達成感の低下」とは無相関、GHQ28の「身体症状」とは弱い正の相関であったことは予想に反した結果であった。理由としては、本尺度が測定する二次的外傷性ストレスと2尺度の測定するものが似て非なるものであるということが反映された可能性、他の要因の影響等が考えられる。バーンアウトについては、二次的外傷性ストレスと陥る状態は類似しているが、その原因や症状の発現・回復の仕方は異なるという指摘があり⁶⁾¹⁸⁾、この分析結果は今後二次的外傷性ストレスの構造を検討する場合の手がかりとなる。二次的外傷性ストレスの構造の検討や、後述のように尺度改良を重ねて行く上での今後の課題とする。心的トラウマ反応を示す患者への共感がより強かった群、および援助する時間がより長かった群において、尺度全体および下位尺度の全ての点が有意に高かったことにより、尺度の構成概念妥当性も確保されたと考えられる。確証的因子分析では、STSSで3因子構造の場合の適合度指標はCFI=.92~.94、RMSEA=.069~.080であり⁷⁾¹⁸⁾、それより適合度は低下しているが尺度としての一定の基準は満たしているため、この側面からも尺度の妥当性が裏付けられている。

2. 作成尺度の有用性と今後の課題

本研究で作成された尺度は、3因子構造を示す20項目からなる尺度である。尺度の信頼性・妥当性も確保されており、相対評価であ

るが病院に勤務する看護職者の二次的外傷性ストレスを測定という目的において、一定の使用には耐え得ると考えられる。

その一方、今後の課題として尺度の更なる改良があげられる。調査2で全国調査を経ているため地域性による偏りはないが、本研究の対象は「病院に勤務する看護職者」と限定的であり、作成尺度の看護職者全般に対する一般化可能性を論じるには十分とはいえない。二次的外傷性ストレスの構造についても、本研究で触れなかった他の要因の影響も含めさらに検討し、他の職務状況にある看護職者や介護職などの他職種へも広く使用できる尺度にする必要がある。二次的外傷性ストレスのスクリーニングや、バーンアウト等の近接概念との弁別がなされるようにも改良しなければならない。

また本研究の調査1の調査期間は、東日本大震災が発生した時期と重なっており、対象になった多くの看護職者にその影響が及んだ可能性が考えられる。今後尺度を検討する際にはこの点にも留意し、看護職者自身の心的トラウマ反応と二次的外傷性ストレスを判別できるようにする工夫、自身の過去の類似体験や共感性等の要因がどのように作用しているのかという検討も行う必要がある。

V 結論

本研究で作成した看護職者用二次的外傷性ストレス尺度は、20項目3因子（不安・志向性の低下、外傷後のストレス反応、否定的な感情反応）から成る尺度である。信頼性・妥当性は確保され一定の使用には耐えうるが、病院に勤務する看護職者以外への有用性、スクリーニングの点等において改良を行う必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいた看護部・看護職の皆様、および使用許可をくださった各尺度の作成者・販売元の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、平成22～24年度科学研究費補助金（挑戦的萌芽研究、課題番号22653084）の助成を受けて行った研究の一部である。

文献

- 1) 飛鳥井望. PTSDの臨床研究 理論と実践. 18-29. 東京:金剛出版; 2008.
- 2) 西澤哲. トラウマの臨床心理学. 20-90. 東京:金剛出版;1999.
- 3) 杉村省吾他(編). トラウマとPTSDの心理的援助. 13-46. 東京:金剛出版;2009.
- 4) 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳. DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き新訂版. 179-182. 東京:医学書院;2003.
- 5) 金吉春(編). 心的トラウマの理解とケア(第2版). 3-15. 東京:じほう;2006.
- 6) 小西聖子. 二次受傷—治療者のトラウマの影響—. 精神療法. 2007;33(2):34-39.
- 7) Ting L, Jacobson J.M, Sanders S. et al. The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS): Confirmatory Factor Analyses with a National Sample of Mental Health Social Workers. Journal of human behavior in the social environment. 2005;11 (3/4):177-194.
- 8) Knobloch S, Klopfer H.C.. Compassion fatigue within nursing practice—A concept analysis. Nursing health sciences. 2010;12:235-243.
- 9) Gates D.M., Gillespie G.L.. Secondary Traumatic Stress in Nurses who Care for Traumatized Women. JOGNN. 2008;37:243-249.
- 10) Badger J.M.. Understanding Secondary Traumatic Stress. AJN. 2001; 101(7):26-32.
- 11) Beck C.T.. Secondary Traumatic Stress in Nurses—A Systematic Review. Archives of

- Psychiatric Nursing. 2011;25(1):1-10.
- 12) Sabo,B.M.. Compassion fatigue and nursing work—Can we accurately capture the consequences of caring work? International Journal of Nursing Practice. 2006;12:136-142.
- 13) 大澤智子. 二次受傷に関する実証的研究—犯罪被害者を支援する人々を対象として—, 心的トラウマ研究. 2005;1:79-85.
- 14) 富永良喜, 渡辺啓介, 住本克彦. 被害者支援専門職者の二次的外傷性ストレスと集団認知動作療法プログラム. 発達心理臨床研究. 2005;11:1-7.
- 15) 真木佐知子, 笹川真紀子, 廣常秀人ほか. 三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神的健康の実態と関連要因. 日本救急看護学会雑誌. 2007;8(2):43-52.
- 16) 大澤智子, 加藤寛. 看護師の職場における暴力体験とその影響に関する調査研究. 心的トラウマ研究. 2008;4:69-81.
- 17) 和田由紀子, 佐々木祐子. 病院に勤務する看護職への暴力被害の実態とその心理的影響. 新潟青陵学会誌. 2011;4(1):1-12.
- 18) Townsend,S.M.,Campbell,R.. Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. Journal of Forensic Nursing. 2009;5:97-106.
- 19) Bride,B.E.,Jacobson,J.M.,Yegidis,B.et al. Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. Research on Social Work Practice. 2004;14(1):27-35
- 20) 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985). 日本版G H Q 精神健康調査票<手引>. 57-66. 東京:日本文化科学社;1985.
- 21) 久保真人. バーンアウトの心理学. 74-82. 156-196. 東京:サイエンス社;2004.
- 22) 田尾雅夫, 久保真人. バーンアウトの理論と実際. 3-46. 東京:誠信書房;1996.
- 23) Bride,B.E.. Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. Social Work. 2007;52(1):63-70.

<資料:看護職者用二次的外傷性ストレス尺度>

次の項目は、「強いストレスを伴うような出来事」にさらされた患者に関わることにより、生じることのあるものです。各項目を読み、最近の1週間に体験したことについて、最もあてはまると思う番号に○印をつけてください。

	非常によくある	よくある	時々ある	まれにある	全くない
1. その出来事や患者についての感情が、麻痺したような感じがする。	5	4	3	2	1
2. その出来事や患者について考えると、落ち着かない気持ちになる。	5	4	3	2	1
3. その患者への関わり・援助を通じて、その出来事を追体験しているかのように感じる。	5	4	3	2	1
4. 寝つきが悪かったり、よく眠れなかったりすることがある。	5	4	3	2	1
5. 自分の将来に、希望をもつことができない感じがする。	5	4	3	2	1
6. その出来事や患者を思い起こさせるものに出会うと、焦ったりドキドキしたりする。	5	4	3	2	1
7. 神経が過敏になり、ささいなことでもドキッとしてしまう。	5	4	3	2	1
8. いつもより活動的でなくなった。	5	4	3	2	1
9. 考えるつもりがなくても、その出来事や患者について考えてしまう。	5	4	3	2	1
10. ものごとに集中できない。	5	4	3	2	1
11. その出来事や患者を思い出させるような人、場所、ものごとを避けてしまう。	5	4	3	2	1
12. 関わり・援助をするのを、できれば避けたい患者がいる。	5	4	3	2	1
13. イライラして、怒りっぽくなっている。	5	4	3	2	1
14. 何か悪いことが起きそうな気がする。	5	4	3	2	1
15. いつもよりぼろっとしていることがある。	5	4	3	2	1
16. その患者へ関わり・援助することに、無力感を感じる。	5	4	3	2	1
17. その患者に対して、漠然とした怒りを感じる。	5	4	3	2	1
18. その出来事や患者については、考えないようにしている。	5	4	3	2	1
19. 何をやってももうまいいかないと感じる。	5	4	3	2	1
20. 仕事への意欲が低下している。	5	4	3	2	1

*不安・志向性の低下=4・5・8・10・13・14・15・19・20、外傷後のストレス反応=1・2・3・6・7・9・11、否定的な感情反応=12・16・17・18

医療施設での死後の処置の課題

—葬祭業従事者への調査から—

小林 祐子・和田 由紀子

新潟青陵大学看護学部看護学科

Issues related to postmortem measures at medical facilities

: Based on a survey on death care industry workers

Yuko Kobayashi, Yukiko Wada

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

本研究の目的は、退院後の遺体の状況や家族の処置への参加状況から、医療施設での死後の処置の課題を明らかにすることである。葬祭業従事者680名に遺体に関するトラブルや感染予防状況などの質問紙調査を実施し、232名の有効回答を分析した。結果、開口や体液漏れなどのトラブルがみられ、遺体の状況に応じた処置を医療施設から行う必要性が示唆された。葬祭業者の中で家族参加がグリーフケアにつながると考えているほうが参加の声かけを行い、出血や体液漏れなどのトラブルの際には家族の対応が困難になることから、医療施設からの冷却、太い点滴チューブ抜去後の縫合など処置の見直しが求められる。家族は退院後も処置に参加する機会があり、葬祭業者と同様に家族の感染の可能性も考慮した説明が必要である。医療者から感染やトラブルの可能性など遺体に関する情報提供が少なく、そのニーズも高いことから、看護師と葬祭業者間の連携のあり方を検討することが課題である。

キーワード

死後の処置、グリーフケア、遺体の管理、葬祭業者

Abstract

The objective of the present study was to elucidate issues related to postmortem measures at medical facilities based on the condition of corpses after they leave the hospital and the participation of family members in postmortem measures. A questionnaire survey on problems related to corpses, infection prevention conditions, and other factors was conducted on 680 death care industry workers, and a total of 232 valid responses were analyzed. The results indicated problems such as openings in the body and leakage of body fluids, and suggested the need for medical facilities to perform postmortem measures according to the condition of corpses. Because death care industry workers who believed that family participation led to grief care tended to verbally encourage families to participate in postmortem measures, and because problems such as bleeding and leakage of body fluids led to difficulties in handling among families, a review of postmortem measures, such as storage at lower temperatures of corpses at their medical facility and suturing of the sites where intravenous tubes had been removed, was considered necessary. Families were also given opportunities to participate in postmortem measures after corpses had been released from the hospital. Given that explanations that consider the possibility of infection for families, as with death care industry workers, are required, and that despite a great need, medical personnel provided little information on corpses such as the possibilities of infection and problems, investigation of approaches for cooperation between nurses and death care industry workers was considered necessary.

Key words

postmortem care, grief care, corpse management, death care industry worker

I はじめに

人の死後に行われる身体の整容をはじめとした死後の処置（以下、処置）は、日本人の多くが医療施設で死を迎える現代では、看護師が行うのが一般的である。葬儀は葬祭業従事者（以下、葬祭業者）に委ねられ、核家族化などにより看取りの経験が少ない家族に対して、葬送儀礼を伝承していくことが葬祭業者の役割となっている。

2002年以降、エンゼルメイク研究会によって、看護師の行う死後の処置が改めてケアとして見直され、遺体现象の理解とエビデンスに基づいたケアの提供が提言¹⁾された。特に遺体の変化を考慮した処置や死化粧の見直しが全国的に広がりを見せ、講習会も数多く開催されるなど、看護師の意識に大きな変化をもたらした。

しかし、日常的に患者の死と接する機会の多い緩和ケア施設を中心に、処置を見直す動きが盛んである一方で、コスト面を中心とした見直しや知識の吸収として留めている場合もあり、施設間で違いが生じている現状がある。エビデンスに基づいた処置は、退院後に遺体の管理を担う葬祭業者だけでなく、葬儀を無事に終えたい家族にとっても重要である。

先行研究では処置の実態や看護師の意識調査、死化粧を中心とした院内講習会の効果の報告²⁾が多く、処置への家族参加に関する調査³⁾が増加しているが、いずれも医療施設内と限局的である。退院後の遺体の状況を看護師が把握することで処置の改善ができると期待されるが、医療施設での処置が退院後の遺体にどのように影響しているか報告が少ない。

そこで本研究では、退院後の遺体の管理を行う葬祭業者を対象に、退院後の遺体の状況や家族の参加状況から、医療施設での死後の処置の課題を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

本研究では、「死後の処置」を医師の死亡宣告後に亡くなった人の外観を整えるために行う身体の整容（清拭や更衣、死化粧）とする。チューブ類の抜去後の手当てや体腔への詰めものなども含み、医療施設での看護師の処置と葬祭業者の処置は区別しないものとする。

II 対象および方法

1. 研究対象

対象は9都道府県の葬儀会社183社、24都道府県の納棺士会社23社において、業務として遺体に接する機会がある20歳以上の葬祭業従事者である。事業所内での3～5名の対象の選定は、各事業所の責任者に一任した。

2. 調査方法

調査は自記式の質問紙法とし、1社につき3～5部の調査用紙を事業所の責任者あてに郵送法にて配布し、回収法方法も郵送による個別回収とした。内容は森脇⁴⁾の調査項目を参考に、基本属性4項目（年齢、経験年数、年間の業務件数）のほかに、医療施設から退院後の遺体や処置の状況など32項目から構成した。

処置の項目は、遺体に関するトラブルの現状（出血や体液漏れ：6項目）、感染予防（業務時のマスクや手袋の装着、感染症の危険を感じた経験の有無：6項目）、家族の参加状況（家族の参加希望やグリーフケアの認識：5項目）、医療者との連携（感染症や退院後に予測されるトラブルに関する情報提供：5項目）、医療施設での処置への意見（遺体の冷却や死化粧、医療者の知識：10項目）とした。回答は、処置に対する意見は「しなくてよい」「どちらでもない」「したほうがよい」とし、家族参加や医療者への意見、感染対策と情報提供は4件法とした。処

置に関する医療者への意見は、自由記述での回答を求めた。

3. 分析方法

分析は、属性や感染予防対策、家族対応、医療者の情報提供について χ^2 検定、Wilcoxonの順位和検定を行い、危険率が5.0%未満を有意差があるとした。処置の家族参加や医療者への意見の回答では、「思う」「やや思う」を「思う群」、「あまり思わない」「思わない」を「思わない群」と2群に分けて、分析した。

4. 倫理的配慮

調査は無記名であり、プライバシーの保護、研究目的以外に使用しないことを記した。調査への協力は自由意志で参加ができるように、事業所ごとでなく個別で調査者の元に郵送で質問紙が届くようにした。調査用紙の返送をもって、同意を得たものとした。

5. 調査期間

2010年11月～2011年5月。

6. 回収率

680部配布、回収率34.6%（235部回収）、有効回答率98.7%（有効回答232部）。

Ⅲ 結果

1. 対象者の属性

対象の葬祭業としての経験年数は平均15.7±10.5年、エンバーマー（防腐処理士）の有資格者は4人（1.7%）、年間に担当する葬儀（納棺）件数は、100件以上が99人（42.7%）と4割であった（表1）。

2. 葬祭業従事者からみた死後の処置と遺体の状況

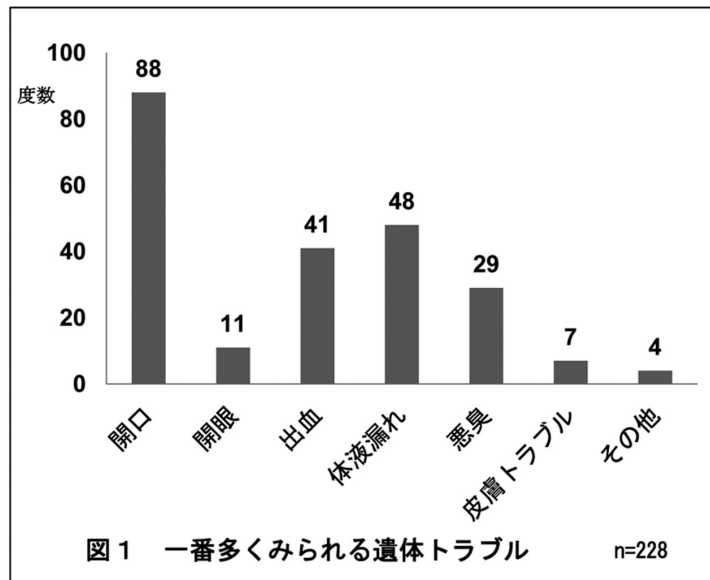
1) 退院後の遺体の状況

遺体のトラブル経験（複数回答）は出血218人（94.0%）、開口216人（93.1%）、開眼213人（91.8%）、髭剃り後の皮膚トラブル75人（32.3%）、体液漏れは212人（91.4%）が経験し、口、鼻、耳など多くの部位があげられていた。一番多く見られる遺体のトラブル（n=228）は開口88人（38.6%）、体液漏れ48人（21.1%）、出血41人（17.9%）の順であった（図1）。

表1 対象者の属性

		(n=232)
		人数 (%)
年齢	20 歳代	13 (5. 6)
	30 歳代	63 (27. 2)
	40 歳代	73 (31. 5)
	50 歳代	51 (21. 9)
	60 歳以上	32 (13. 8)
経験年数	Mean±SD	15. 7 (10. 5)
年間の担当葬儀（納棺）件数	50 件以下	65 (28. 0)
	51～99 件	68 (29. 3)
	100 件以上	99 (42. 7)
エンバーマーの資格	有	4 (1. 7)
	無	228 (98. 3)

表中数値は度数であり、() は %



2) 医療施設における処置

医療施設での処置をしたほうがよいと回答した項目では、太い点滴チューブ抜去後の縫合が186人（80.2%）と多く、死亡直後からの遺体の冷却98人（42.2%）、開口対策としてあごを縛る126人（54.3%）、合掌147人（63.4%）、口腔ケア203人（87.5%）であった（図2）。自由記述では、開口はあごの下にタオルを置く、枕の調節で対応できるという回答がみられた一方で、やり直しが多いため業者に任せて欲しいという意見もみられた。合掌は「手を組むことにより遺体を運びにくい、硬直が取れないと着替えや納棺がしにくい」など、業者によって見解が異なっていた。

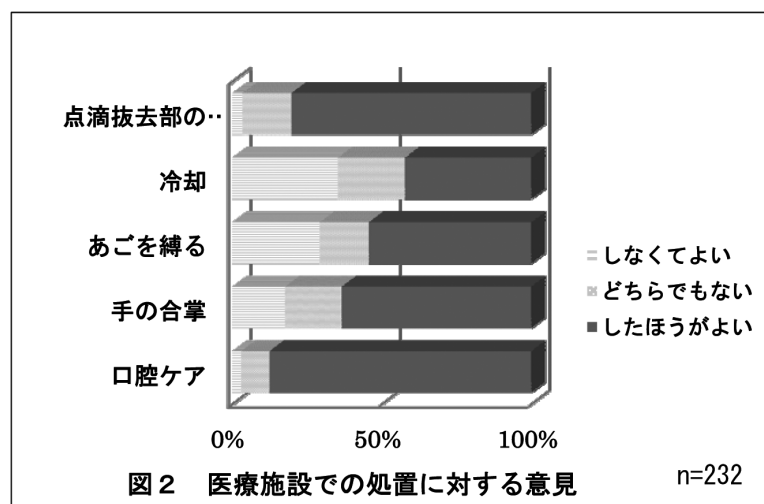
医療者への意見では表2に示すように、ほとんどが遺体の変化に関する知識を医療者が得ていたほうがよいと望んでおり、医療者からの家族への説明も十分でないと考えていた。

3) 死化粧

葬祭業者の8割は退院後に死化粧を直すことがあり、医療施設での死化粧の実施は意見がわかれた。自由記述では、看護師の化粧を「テクニックにこだわりすぎる」という意見や、男性のメイクへの配慮不足があげられていた。

3. 処置への家族参加

着替えや化粧直しなど処置への家族の参加



希望の経験は7割で、参加の声かけは8割であった。家族の対応で困った経験があったのは83人（35.6%）で、開口（ $p=.000$ ）、出血（ $p=.021$ ）、医療者からの家族への説明（ $p=.047$ ）、処置への参加の声かけ（ $p=.037$ ）に有意差がみられた（表2、表3）。

処置に家族が参加することがグリーフケア

につながると考えていたのは7割を超え、処置の参加がグリーフケアになると考えている群は、参加の声かけ（ $p=.000$ ）に差がみられ（表4）、医療施設からの冷却（ $p=.003$ ）、太い点滴チューブ抜去後の縫合（ $p=.008$ ）に有意差がみられた（表5）。自由記述では、体液漏れや出血の際の家族の戸惑いや素手で体液

表2 家族対応の困難経験と家族参加、医療者への意見

(n=232)

項目	家族の対応が困難だった経験		
	ある (n=83)	ない (n=149)	
医療者から家族への説明は十分である			*
思う	3	9	
ややそう思う	5	13	
あまり思わない	36	76	
思わない	39	51	
家族の処置への参加の声かけ			*
いつもする	44	53	
ときどきする	29	49	
あまりしない	8	33	
しない	2	14	
医療者は遺体の知識を持っていたほうがよい			
思う	67	119	
やや思う	13	21	
あまり思わない	2	3	
思わない	1	6	

Wilcoxon の順位和検定

* $p<0.05$

表3 遺体のトラブル状況と家族対応の困難経験

(n=232)

項目	家族の対応が困難だった経験		χ^2
	ある (n=83)	ない (n=149)	
開口			15.21***
ある	79	137	
ない	4	12	
開眼			1.95
ある	79	134	
ない	4	15	
髭剃り後の皮膚トラブル			2.67
ある	40	35	
ない	43	114	
出血			5.31*
ある	82	136	
ない	1	13	
体液漏れ			
ある	78	134	
ない	5	15	

χ^2 検定、Fisher の直接確率検定

* $p<0.05$

** $p<0.01$

*** $p<0.001$

表4 グリーフケア認識と家族の参加希望・声かけ、医療者への意見 (n=232)

項目		処置の参加がグリーフケアにつながる		
		思う群 (n=176)	思わない群 (n=56)	
家族からの参加希望	いつもある	43	4	
	ときどきある	100	23	
	ほとんどない	30	24	
	まったくない	3	5	
家族参加の声かけ	いつもする	81	11	***
	ときどきする	64	15	
	あまりしない	26	14	
	しない	5	16	
医療者知識	思う	146	40	
	やや思う	33	11	
	あまり思わない	2	3	
	思わない	5	2	
医療者説明	思う	11	17	
	やや思う	14	34	
	あまり思わない	78	4	
	思わない	73	1	
Wilcoxon の順位和検定		*p<0.05	**p<0.01	***p<0.001

表5 グリーフケアの認識と医療施設での処置への意見 (n=232)

項目		処置の参加がグリーフケアにつながる		
		思う群 (n=176)	思わない群 (n=56)	
太い点滴チューブ抜去後の縫合	したほうがよい	148	38	***
	どちらでもない	21	17	
	しなくてよい	7	1	
死亡直後からの冷却	したほうがよい	83	15	***
	どちらでもない	31	21	
	しなくてよい	62	20	
あごを縛る	したほうがよい	97	29	
	どちらでもない	28	10	
	しなくてよい	51	17	
手の合掌	したほうがよい	109	38	
	どちらでもない	34	10	
	しなくてよい	33	8	
口腔ケア	したほうがよい	155	48	
	どちらでもない	15	7	
	しなくてよい	6	1	
病院での死化粧	したほうがよい	57	14	
	どちらでもない	70	24	
	しなくてよい	49	18	
χ^2 検定、Fisher の直接確率検定		*p<0.05	**p<0.01	***p<0.001

の処理を行っている様子だけでなく、トラブルの際には葬祭業者または医療者への怒りを表出しており、葬祭業者の家族への対応にも配慮がみられていた。また、体液漏れなどのトラブルがみられない場合でも、遺体に触れようとしない家族の様子も述べられていた。

4. 業務時の感染予防対策

葬祭業者の感染予防対策では、業務（遺体に接触）時のマスク着用は2割程度、手袋の装着はいつもしている38人（16.4%）、ときどきしている70人（30.2%）であった。また、体液に触れる可能性がある際には、9割が手袋

を装着する傾向にあった。自由記述では、遺族の自身の感染予防行動ができていないと半数が回答し、遺体からの感染の危険を感じた経験が約半数、業務を起因とした感染症は16人(6.9%)が経験していた。感染の危険を感じた経験のある人は体液漏れの経験 ($p=.032$)、業務時のマスクの着用 ($p=.028$) で有意差がみられた(表6)。自由記述では、「遺族の

前では心情に配慮して手袋は使用しにくい」という意見や保護剤の使用や極力体液に触れないように作業するなど対応していた。また、葬祭業者が肝炎の既往歴を後で知った場合は、感染の危険を感じた回答が自由記述で多くみられており、医療者からの情報提供を望んでいた。

表6 感染の危険性を感じた経験とトラブル・感染対策・情報提供の状況 (n=232)

項目		感染の危険を感じた経験	
		ある (n=103)	ない (n=130)
出血トラブル	ある	100	117
	ない	3	11
体液漏出トラブル	ある	99	112
	ない	4	16
予測されるトラブルの情報提供	いつもある	1	4
	ときどきある	23	39
	ほとんどない	50	46
	まったくない	29	39
予測されるトラブルの情報提供希望	希望する	98	124
	希望しない	4	3
	どちらでもない	1	1
業務時のマスクの着用	いつもしている	11	5
	ときどきしている	15	15
	ほとんどしていない	41	48
	していない	36	60
業務時の手袋の装着	いつもしている	13	25
	ときどきしている	38	32
	ほとんどしていない	35	38
	していない	17	33
体液に触れる可能性がある際の 手袋の装着	いつもしている	71	81
	ときどきしている	25	29
	ほとんどしていない	5	12
	していない	2	6
自身の感染予防	十分できている	3	10
	まあまあできている	38	47
	あまりできていない	54	60
	できていない	8	11
感染症の情報提供	いつもある	1	7
	ときどきある	26	22
	ほとんどない	46	53
	まったくない	30	46
感染症の情報提供希望	希望する	102	123
	希望しない	1	3
	どちらでもない	0	0
感染症の有無を聞いた経験	ある	35	31
	ない	68	97
仕事に起因した感染症	ある	6	10
	ない	97	118

χ^2 検定、Fisher の直接確率検定、Wilcoxon の順位和検定

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

5. 遺体に関する情報提供

表6に示すように、医療者から遺体の感染症の情報提供は少なく、ほとんどが感染症の情報提供を希望し、感染症の有無を医療者に確認した経験があるのは、3割にとどまった。約7割は医療者からの退院後に予測されるトラブルの情報提供の機会がなく、退院後に予測されるトラブルに関する情報提供をほとんどが望んでいた。自由記述では、葬祭業者が看護師に遺体に関して尋ねても把握していなかったり、個人情報理由に断られたりすることで、仕方なく家族から情報を得る様子がみられていた。

IV 考察

1. 医療施設から退院後の遺体の状況

先行研究⁵⁾でも上位に挙げられているように、体液漏れなど遺体に起きるトラブルは、退院後の遺体管理に大きな影響を及ぼしていた。体腔の詰め物に関しては、体液漏れが死体現象である腐敗⁶⁾によるもので、体液漏れが予測される状況以外での体腔への詰め物の見直しが推奨⁷⁾されている。このような動向から、施設によって処置の内容に差が生じ、トラブルの出現にも違いが生じていたと考えられる。生前の治療状況も遺体の状態に影響するが、緩和ケア施設では退院後の遺体に問題があったのは少数だった⁸⁾ことから、生前の治療状況によっても違いが生じることが考えられる。

今回の調査では点滴抜去部位の適切な処置を多くの葬祭業者が望んでいたことから、体液漏れは医療者の対応によって、トラブルを可能な限り防げるものであると言えよう。また、遺体のトラブルでは開口が一番多くみられていたが、開口は家族にとって安らかな顔に見えないため、死亡直後から看護師が対応すべき処置である。

一方で、葬祭業者は開口や開眼をそもそも

遺体のトラブルとして捉えておらず、本研究で想定していたトラブルをむしろ解決することが、専門家として使命であるという意見がみられた。退院後の遺体の管理を葬祭業者が担うとはいえ、看護師は葬儀が終わるまでの遺体の変化を考慮した処置を行うことが求められる。

2. 葬祭業者従事者と看護師の連携のあり方

遺体に関する情報提供のニーズは先行研究と同様に高かったが、実際に両者が関わる場合は搬送時のわずかな時間であり、看護師の葬祭業者に情報提供する意識も低いため、情報も提供されにくかったと考えられる。また、看護師に確認した経験は3割にとどまり、感染症の情報を家族から得ていたことから、積極的な情報提供が行われていないと推察される。葬儀業者の教育では、感染症の情報を含めた死者の状況聴取を遺体搬送の確認内容にあげる⁹⁾など、業務時の感染予防にも取り組んでいる。しかし、実際は看護師から個人情報理由に断られるなど、葬祭業者が情報を得ることは容易ではないため、搬送の際に処置の状況を看護師から葬祭業者に伝える機会をもつことが必要であると改めて確認された。

同様に、葬儀が終わるまでの遺体の変化や状況を看護師が目にする機会が一般的には少ないため、退院後の遺体の状況に関する情報を看護師が把握することが困難であったと思われる。本調査でも体液漏れが家族の心情に影響していたことから、遺体からの感染予防に配慮した医療施設での処置の実施¹⁰⁾だけでなく、看護師による積極的な葬祭業者や家族に対する情報提供と感染予防の指導が、今後は重要となる。

また、葬祭業者からは詰め物など従来通りの処置だけでなく、点滴抜去部位の縫合も希望する意見がみられ、施設間での違いによる戸惑いや不満から、医療者の不信につながる可能性も考えられた。そのため、遺体の処置

のあり方や情報提供の体制を図るには、看護師とその医療施設のある地域の葬祭業者を交えた検討会を催し、両者が交流する機会を持つことが必要である。

3. 医療施設での死後の処置の課題

医療施設での処置をグリーフケアの観点から考察すると、看護師は死亡直後の処置の状況によって、退院後の遺体の状態に影響を及ぼすことを再認識することが必要である。遺体のトラブルは葬祭業者の家族の対応の困難さにつながり、医療者から家族への処置や遺体に関する説明は不十分だと捉えていた葬祭業者が多かったことから、看護師は医療施設での処置の参加を促すだけでなく、家族に対して退院後のトラブルの可能性を伝えることも必要である。

医療施設で処置に家族が参加することは、家族が思いを表出するなど悲嘆作業を促す場¹¹⁾となり、グリーフケアとして看護師にも認識¹²⁾されているが、今回の調査では体液漏れなど遺体のトラブルがみられた場合に、家族が戸惑いや怒りの感情を有することで、悲嘆過程に影響を及ぼすことが示唆された。葬祭業者の中で、処置がグリーフケアになると捉えている方が家族に処置の参加を促し、体液漏れに関与する死亡直後のからの冷却と太い点滴チューブ抜去後の縫合を望んでいたが、看護師は退院後の遺体の状態が家族の心情に影響することを念頭において、遺体に応じた処置を行うことが望ましい。看護師の行う体腔への処置は、葬祭業者の意見からも施設によって差がみられていると推察されるが、安藤が述べているように体液流出防止・腐敗抑制剤、詰め物の効果を明らかにする¹³⁾ことで、チューブ類の処置は抜去部位の縫合だけでなく抜去せずに残す¹⁴⁾など、生前の治療状況や遺体の状態を考慮して、体液漏れに対する処置の再検討が必要である。

次に感染予防の視点から処置の課題を考え

ると、前述のように遺体のトラブルへの対策だけでなく、葬祭業者や家族の感染のリスクが改めて課題となることが確認された。感染の要因は遺体のトラブルだけでなく、今回の調査でも明らかになったように、遺体の感染の可能性に関する情報不足が要因になると考えられた。葬祭業者は肝炎などの既往歴の情報提供を望んでいたが、搬送後に感染症を知ったり、個人情報理由に情報を得ることができなかったりと、情報を得る困難さは改善すべきである。

体液に触れる可能性がある場合でも1割は手袋を装着しておらず、先行研究¹⁵⁾と同様に、家族の心情に配慮して手袋をせずに業務していた。自身の感染予防はできていないと半数が回答していることから、体液漏れなどのトラブルがある際には、手袋の装着など葬祭業者が適切な感染予防対策ができるように、家族にも遺体からの感染の可能性を周知していくことが望まれる。少数ではあるが、葬祭業者が仕事に起因した感染症の経験もあったことから、適切な遺体からの感染予防対策をとることが急務である。今回の調査では、体液に素手で触れる家族の様子が語られており、看護師から家族への説明が十分でないことが明らかになったことから、家族への指導も必要となる。

森脇も体液漏れがより少ない状態で遺体を送り出すことは、遺族や葬祭業者の感染対策のうえでも重要であると指摘¹⁶⁾している。看護師は遺体のトラブルが最小限となるように適切な処置をするだけでなく、遺体に関する情報を家族にも伝える必要がある。死の直後に悲しみや衝撃の最中にある家族は、説明内容が断片的にしか残らず、誤解を生じることもある。そのため、小林らの報告¹⁷⁾にあるようにリーフレットを用いた退院指導も有効であると考えられ、それらを導入することで、家族の援助にもつながると言えよう。

また、多くの葬祭業者が医療者から医療施

設での処置や遺体のトラブルの可能性の情報を希望していたことから、医療者と葬祭業者との連携のあり方が重要となる。確実に情報提供が行われるためには、医療者の教育だけでなく、チェックシートなどを活用して、施設搬送時に感染症と遺体のトラブルの可能性が引き継がれることが求められる。

V まとめ

退院後の遺体の状況では体液漏れや出血などのトラブルがみられており、葬祭業者の家族の対応にも影響を及ぼすため、看護師は生前の状況を考慮した処置の見直しが必要となる。葬祭業者は医療者から遺体管理に必要な情報提供を望んでいたが、感染症などの遺体管理に必要な情報提供は少なく、家族に対する説明も課題にあげられた。今後は、看護師と退院後の遺体の管理を行う葬祭業者間で、処置や感染予防の検討など連携の機会をもつことが望まれる。

謝辞

調査にご協力くださいました全国の葬祭業者の皆様、新潟県立吉田病院看護部の皆様に御礼申し上げます。本研究は新潟青陵学会第4回学術集会で発表したものを加筆修正した。なお、本研究は平成23年度科学研究費補助金（若手研究（B）、課題番号21792242）による研究の一部である。

引用文献

- 1) 小林光恵, エンゼルメイク研究会. ケアとしての死化粧 (改訂版). 28-33. 東京: 日本看護協会出版会; 2007.
- 2) 宇多みどり, 岡崎智絵, 登喜和江他. 中規模病院におけるエンゼルケアの実態と課題<第1報>-看護師へのアンケート調査から-. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ. 2012; 第42回: 113-116.
- 3) 飯田正代, 上口奈世美. 家族参加による「死後の処置」に対する家族心理調査-シャワー浴を取り入れて-. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ. 2006; 第37回: 377-379.
- 4) 森脇睦子, 西山美香. 遺体からの感染の可能性に関する調査. 民族衛生. 2006; 72(4): 160-167.
- 5) 安藤悦子, 山崎千賀, 石丸愛子他. 死亡退院後の遺体トラブルと家族の反応-葬祭業者への質問紙調査より-. 保健学研究. 2009; 21(2): 79-83.
- 6) 伊藤茂. “死後の処置”に活かすご遺体の変化と管理. 31-33. 東京: 照林社; 2009.
- 7) 小林光恵. ナースが行う逝去時の看護エンゼルケア・エンゼルメイクQ&A. Expert Nurse. 2011; 27(13): 43-59.
- 8) 中島優子, 村下尚美, 田辺由香里他. 緩和ケア病棟死亡退院後のエンゼルケアの評価. 京都市立看護短期大学紀要. 2011; 第36号: 23-28.
- 9) 碑文谷創編集. 特集 新時代の葬祭サービス〈上〉. SOGI. 2003; 13(1): 25-35.
- 10) 赤川陽子, 佐藤好恵, 佐伯香織他. 死後処置の教育と今後の課題. 医学と生物学. 2009; 第153巻12号: 620-626.
- 11) 萩原桂, 三木明子, 谷美行他. エンゼルケアに参加した遺族の思い. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ. 2006; 第37回: 380-382.
- 12) 荒木美和, 寿賀真弓, 秋山正子. 病状の急変で死別した遺族への訪問看護師が行うグリーフケア-死別期から初回遺族訪問までの期間に焦点を当てて-. 臨床死生学. 2003; 8: 17-25.
- 13) 前掲5)
- 14) 杉本真佐子, 陶山香, 清水晶子他. より良い死後のケアを行うための葬祭業者への実態調査. 平成22年度新潟県看護協会看護学会集録. 2010: 43-45.
- 15) 前掲4)
- 16) 前掲4)
- 17) 小林光恵, 名波まり子. グリーフケアとしてのエンゼルメイク (死化粧) 対談 これからエンゼルメイクに取り組む人たちに. Nursing Today. 2007; 22(3): 18-22.

食物アレルギーの子どもの養育困難に立ち向かう 母親の体験プロセス

本間 昭子・塚原 加寿子・田辺 生子・坪川 トモ子・和田 由紀子

新潟青陵大学看護学部看護学科

Mothers' experience process on difficulties in caring children with food allergies

Shoko Homma, Kazuko Tukahara, Seiko Tanabe,

Tomoko Tubokawa, Yukiko Wada

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

本研究の目的は、食物アレルギーの子どもの養育困難に立ち向かう母親の体験プロセスを明らかにし、母親が求める医療関係者や保育園・学校の教職員の支援を検討することである。母親9名に半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した結果、6カテゴリーと22概念が抽出された。

母親らは<医療不信の中で探し求める拠り所>を求めて奔走し、<子どもへの切ない思い>と<緊張の続く生活>の中で【先の見えない辛さ】にさらされていた。<出会えた拠り所>と<保育園・学校との妥協点を探るの折り合い>を得て、母親自らが<前を向いて生きるしかない自分との折り合い>に到達するプロセスが明らかになった。

母親の養育困難を軽減するには、医療関係者による早期診断と適切な治療の開始、納得できる情報の提供、親の会の参加に繋がる支援が求められていた。保育園や学校の教職員に求める支援は、食物アレルギーに関する正しい認識に基づいた協力的対応であった。

キーワード

食物アレルギーの子ども、母親、養育困難、体験プロセス

Abstract

The objective of this study is to reveal the experience process of the mothers who are facing with the difficulties in caring children with food allergies, and to consider the supports they require from the medical personnel and staff of nurseries and schools. As we conducted semi-structured interviews on 9 mothers, and analyzed with modified grounded theory approach, 6 categories and 22 concepts were extracted.

Mothers were desperately seeking an 'anchorage in lack of medical reliability' and were exposed to the [anxieties of unpredictable futures] with 'deep concerns to their children' and 'ceaseless tensions of daily life'. It revealed their process of finding the point for mutual agreement between the 'anchorage they had found' and 'nurseries or schools', and accepting themselves 'who must live on, looking forward'.

In order to lighten mothers' burden of childcare difficulties, supports by medical health professionals are much required, such as early diagnosis, initiation of appropriate treatment, persuadable explanation and encouragement to join in parents association. The supports required from the personnel of nurseries and schools are cooperative supports based on the accurate understandings on food allergies.

Key words

children with food allergies, mothers, childcare difficulties, experience process

I. はじめに

平成25年調査の「学校生活における健康管理に関する調査」¹⁾によると、食物アレルギーでアナフィラキシーを起こした児童生徒が49,855人(0.5%)いることが報告された。さらに、食物アレルギーの有症率は、乳児が約10%、3歳児が約5%と言われている²⁾ことから、乳幼児にも相当数の発症があることが推測され、家庭と保育園・学校等、どこでもアナフィラキシーの発生する危険を認識した対応が必要な現状といえる。

平成24年12月に起きた東京都調布市で小学5年生の女児の死亡事故をきっかけに、学校など集団給食を提供する施設では早急な対策が求められ、ガイドラインや手引き^{3) 4) 5)}が示された。しかし、教育委員会や校長などの管理者の対応への意識が低く、正しい知識や情報に基づいたマニュアル作成が行われていない現実が指摘されている⁶⁾。血液検査に基づく食物除去の指示や経口負荷試験ができる病院が不足する中で、正しい診断を受けずに食物除去をする母親もいる。さらに、食物アレルギーに関する学校給食対応や校外学習への参加の可否は、学校側の人員や設備により影響される状況がある。学校により差が大きい現状で、通学する学校を自由に選べない子どもと母親は、アレルギー対応の給食や緊急時の対応などについて、協力を得ることが難しい状況に置かれている。鈴木⁷⁾は、食物アレルギーの子どもを育てる母親らが、病気に関する不安やストレス、食生活の負担・困難、疲労の問題を抱えていることを示し、育児支援の方向性を検討する必要性を指摘している。

以上のことから、医療機関や保育園・学校により対応に差がある現状において、母親の意見を反映させる対応が最も重要なことであるといえる。そこで、食物アレルギーの子どもをもつ母親に面接調査を行い、母親が医療

関係者や保育園・学校の教職員に求める支援を検討し、親子のQOLを高めるための示唆を得たいと考えた。

II. 研究目的

食物アレルギーの子どもの養育困難に立ち向かう母親の体験プロセスを明らかにし、母親が求める医療関係者や保育園・学校の教職員の支援を検討する。

III. 研究方法

1. 研究対象者

保育園や幼稚園・小中学校に在籍する食物アレルギーを持つ子どもの母親9名。

2. 調査期間

2013年8月～2013年11月。

3. データの収集法・手順

A県内で活動する食物アレルギーの子どもを持つ親の会(以下、親の会)の会長宛に、文書と面談により調査協力を依頼した。会長の承諾後に会員30名に、会報の郵送時に調査依頼の文書を同封した。調査協力できる場合は、直接研究者に連絡を頂いた。調査協力の承諾を得た9名に対し、次の手順で面接によるインタビュー調査を行なった。

- 1) 面接調査は半構造化面接とし、面接内容は本人了解のもとに録音した。
- 2) 面接内容は、医療機関や保育園・小学校から受けた対応、食物アレルギーの医療や食事管理に関する情報の入手方法や利用について、親の会に参加した感想、食物アレルギーを抱えて生活する子どもと親の困っていることや病気体験の受け止め方の変化に関する内容とした。
- 3) 面接時間は最短57分、最長90分、平均69分であった。録音から逐語録を作成

し、データとした。

- 4) 面接日は対象が希望する日に、場所はプライバシーの確保できる個室で実施した。

4. データの分析方法

データの分析には、木下⁸⁾による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を活用した。分析テーマは食物アレルギーの子どもの養育困難に立ち向かう母親の体験プロセスであり、分析焦点者は食物アレルギーの子どもをもつ母親である。

データは、面接の録音データを逐語録に起こし、テーマに関連する箇所注目して分析ワークシート（概念名、概念の定義、ヴァリエーション、理論的メモ）に記入した。概念の類似性を検討して、概念をまとめてカテゴリーを生成した。カテゴリー間の関係を検討し、共同研究者間で妥当性を確認して分析を進めた。

5. 倫理的配慮

対象者に研究目的・方法等を説明し、参加の意思を確認して、書面による同意を得て実施した。説明内容は、自由意思による参加の

保証、不参加による不利益が無いこと、匿名化による個人情報の保護、データの処理と公表に関すること、答えない自由と取り消すことが可能であることを説明した。録音は許可を得た上で行った。

本研究は、新潟青陵大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 対象者の特性

対象者9名は、表1に示すように、全員が多食物アレルゲンを抗原食品としてもつ子どもを育てている母親であり、子どものアナフィラキシーを体験している。第一子は全員がエビペンを所有しており、家族歴も1名の子どもを除いて有していた。

2. M-GTAによる分析結果

M-GTAによる分析の結果を図1のとおりであった。抽出されたカテゴリーは〈 〉、概念は【 】で示す。母親の語りは「 」を用いて挿入した。

食物アレルギーの子どもの養育困難に立ち

表1 食物アレルギーの子どもを育てる母親の子ども毎の患者特性

No	調査時		性別	抗原食品の数	診断時年齢と方法	アナフィラキシー経験回数と時期	エビペンの所有	家族歴の有無
	年齢	学年						
1	14	中2	男	多食物	6ヶ月☆	1回 6歳	有り	有り
	11	小5	男	単体食物	5ヶ月☆	無し	無し	
2	5	年中	男	多食物	3ヶ月☆	1回 1歳頃	有り	無し
3	6	小1	女	多食物	6ヶ月*	3回 6ヶ月と1歳	有り	有り
4	7	小1	男	多食物	6ヶ月*	1回 6ヶ月	有り	有り
5	10	小4	男	多食物	1歳頃☆	無し	無し	有り
	7	小2	男	多食物	6ヶ月*	2回 7ヶ月と7歳	有り	
6	5	年長	男	多食物	7ヶ月*	1回 7ヶ月	有り	有り
7	12	小6	女	多食物	5ヶ月☆	5回 10ヶ月 2歳と11歳	有り	有り
	7	小2	女	多食物	5ヶ月☆	無し	無し	
8	13	中2	女	多食物	5ヶ月☆	1回 7歳	有り	有り
9	6	小1	男	多食物	4ヶ月☆	5回 幼児 6歳	有り	有り

注) 診断方法：*印はアナフィラキシーの発症 ☆印は血液検査の陽性

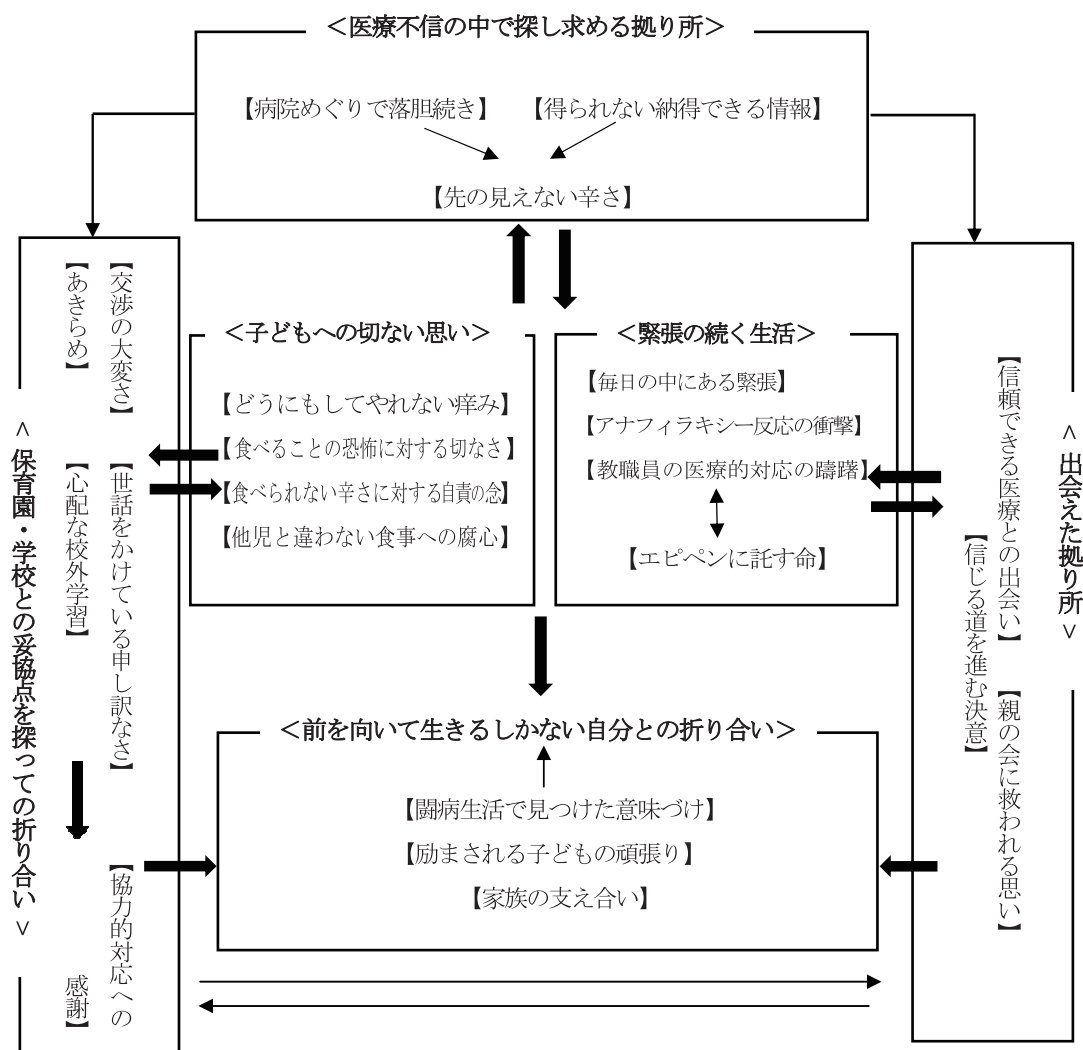
向かう母親の体験プロセスを分析した結果、6 カテゴリーとカテゴリーを構成する22概念が抽出された。

1) <医療不信の中で探し求める拠り所>

<医療不信の中で探し求める拠り所>は、信頼できる医療や情報にたどりつけないまま、先の見えてこない不安の中にいる状況を表すカテゴリーである。

【病院めぐりで落胆続き】は専門医が少な

く、病院探しから診断まで時間を要し、さらに診断後もなかなか子どもの症状が良くならず困りはてている状態である。「近くの小児科を5つぐらい行ったんですが、結局同じ。かゆいとお昼寝もままならない。今度は東京の方に行きました。」と、奔走する様子が語られた。「ちょっとアトピー性皮膚炎がひどい状態で、それを私自身が知らなかったのも、乳児湿疹と医師からも言われていたので、食物アレルギーがあるなんて知らなかったんで



注) < >はカテゴリー、【 】は概念を示す。

➡は変化の方向を示す。→は影響の方向を示す。

図1 M-GTAに基づく食物アレルギーの子どもの養育困難に立ち向かう母親の体験プロセス

注) 「M-GTA: 木下による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」

す。」と医師の見立てに不信感を持っていた。さらに、「もう自分の中には医療に対する不信がもう凝り固まっていたんですね。民間療法もいろいろやりましたし、正直お金もとても使って、何を信じていいか分からない状態だったのです。」と、抱り所の無い不安が語られた。対極例として1例、「生後4カ月ぐらいで、先生が“これはちょっと乳児湿疹とは違うタイプの湿疹だね”と血液検査をしてくださって、卵、乳、小麦、米とか、いろいろなものに反応して…いろいろな対策が最初に立てられたので良かったです。」があった。

情報を求めて探すが、「お医者さんでの情報はまずないし…」と【得られない納得できる情報】に直面していた。「すごく迷います。情報も多過ぎて、どれが本当なのかとか。」や「先生それぞれとか、人の意見はその人の考えで全く違うことが書いてあって、もう頭がパンクしそうなので、最近はネットで調べるのはやめました。」と、混乱する事態も招いていた。公的サービスなら正しい情報を得られるのではないかと市町村の保健師を訪ねるが、「返ってくる言葉は、教科書に書いてあるような返事ばかりでした。」と、情報を得られない状況が続くことになった。この状態が続くと、何が本当なのか、何が真実なのか、どこに向かって頑張っていけばいいのか分からない思いとして、【先の見えない辛さ】の中に長い間置かれた状態になった。「学校に行けないことが辛かったというより、どこに指針を持っていいか分からない。」「見通しが全くつかない時が、一番辛かったですね。」と、追い詰められていく状況になっていった。

2) <子どもへの切ない思い>

<子どもへの切ない思い>は、苦しむ子どもの辛さを受け止め、親であってもどうしてもしてやれない気持ちを表すカテゴリーである。

対象者の子どもがアトピー性皮膚炎を合併

し、生後間もなくから痒みや発疹が強く出ていた。【どうにもしてやれない痒み】は、見ているしかない状態を示す概念である。「顔がすごく痒くて、じくじく感じたんです。」や、「おかゆでもう真っ赤になって、全身痒がって。」と、火傷をした皮膚のような状態を見ることは辛い体験であった。痒がる子どもを世話する大変さと乳幼児期の子育ての大変さが相まって、母親の心理的負担と身体的疲労は極限に達していた。「泣かせておくのはかわいそうで、ずっとだっこをしているのですが。主人が帰ってきたら、主人に渡して、それからご飯を作り始めて、交代してご飯を食べたりして。それが2年ぐらい続いたので…」や「ちょっと寝たかなと思ったら家事をして、途中でまた泣いて、起きたりとか。立って食べてという、何かつまめるものをつまんでとっている状況だったので…」と、余裕のない生活そのものであった。

また、子どもの抱く【食べることへの恐怖に対する切なさ】を感じる場面は多く、「食べたことない、ママ、食べられる?」、「もう1滴(牛乳)も飲めなかったのですね。」と言うように、子どもの恐怖心がわかるだけに、切ない思いを抱いていた。反対に、【食べられない辛さに対する自責の念】として、「ママ、どんな味と聞いてくる。ちょっと胸にきますね。」と思いを語られた。「私のせいでみんなが食べたいものが食べられないこともすごく嫌だし、でも、それと同じぐらいの気持ちで自分が同じものを食べられないことも嫌だし…」は、我慢すると共に、食べられない自分の存在が周囲に迷惑をかけていると傷ついている子どもの思いを受け止めていた。【他児と違う食事への腐心】は、母親らが「お弁当の幼稚園を選んで、お弁当を3年間持っていました。」や「献立表を見て、給食の日は同じように作って」と、子どもに自分だけ違うと思わせない食事になるように工夫をしていた。

3) <緊張の続く生活>

<緊張の続く生活>は、症状の悪化やアナフィラキシーショックの危険を、毎日感じて生活している状態を表すカテゴリーである。

今まで症状の出なかった食品や量、飛散する食物、匂い等で症状が出ることにより、【毎日の中にある緊張】を感じて生活していた。「もうちょっと食べられるものを増やしてあげたいなというのがあるんですよ。私の方も不安の方が大きくて。また、夜だしな、とか。」と、母親自身の不安から、対処できない状況があった。その原因は、【アナフィラキシー反応の衝撃】の体験の影響が大きい。アナフィラキシー反応の中でも、呼吸困難と皮膚反応の強さに衝撃と恐怖を感じていた。「ぞっとするんですが、とにかく呼吸がおかしくなってしまうと、泣いているのか、苦しんでいるのか、まだ半年だと分らなかったんです。ちょっと怖くなって…」、「生後7カ月の時に、ヨーグルトを初めて一口食べさせたときに、咳き込みが始まって、アナフィラキシーを起こして、それで初めて食物アレルギーが分かったんです。」と時間の経過によっては危険な状態を体験していた。「(全身の皮膚が)言葉で表すなら血の海みたいな状態になっていました。」と、苦しむ子どもを見る衝撃と恐怖を語った。

アナフィラキシーへの対応は、第一にエピペンの使用が推奨されている。「園は預かるだけで、怖いから打たないと言われていたんです。でも、それだと間に合わない可能性もあるからというので…、本当に打たなければいけない時は打ちますと最近言ってくれたのです。」と、安心を得るために協力を引き出していた。まさに、【エピペンに託す命】であり、なんとしても守りたい命があるため、【教職員の医療的対応への躊躇】がある場合は消防署の協力を取り付けるなど、母親自ら行動に出ていた。

4) <出会えた拠り所>

<出会えた拠り所>は、【信頼できる医療との出会い】と【信じる道を進む決意】、【親の会に救われる思い】を得て、【先の見えない辛さ】から脱することができたプロセスである。

時間と費用をかけて病院めぐりをした結果、【信頼できる医療との出会い】はアナフィラキシーショックの危険がある中で生活する親子にとって、命綱の存在であった。近くに見つけることが出来ず、遠方の病院を受診していた。さらに、子どもの思いを抜きに進められない治療の特徴から、「先生が子どもに沿ってくださったんですね。ああ、怖かったんだね。その気持ちよく分かるよと。本人がああ先生に、私はかかりたいと。」と、子どもが信頼できる拠り所を見つけた意味は大きいと実感していた。「〇〇先生とのやりとりで、食べられるということが自分の実感として積み重なっていった。そうすると実際に気持ちが上に向いてくると、食べられるんですよ。」と、親子の心と体をトータルで診てくれる医療に出会えたことで、前向きに治療に臨めるようになったプロセスが語られた。

一方、いろいろ試してみる中から、自分のやり方を見つけた親がいた。「お医者さんも教えてくれないんだよ。自分で試行錯誤して、結局それで見つけていくというのも多いですよ。」と、自分の【信じる道を進む決意】を固めていく変化が表現された。

【親の会に救われる思い】は、同じ病気の子どもの育てている母親だから分かってもらえることで、支え合っていた。「ああ、私だけじゃないんだ。大きいお子さんをお持ちのお母さんもいらっしゃる、そのお母さんの話を聞くだけでも、何か救われた感じになります。」や、「分かってくれるという。話すだけでちょっとすっきりして帰るという。」というように、拠り処を見つける体験

をしていた。「最初は自分が困って相談していたけれども、今は自分が相談される側に回りますよね。そうすると客観的にそういうことも、お母さんは大変なんだろうなという目でも見られるようになって。」と、共感できる力をつけていた。「もう今（親の会）5年目なんですけど、その間やはり開いても誰も来ない日もありました。それでも意味があるのかなと思って（笑）。やはり情報は不安だからこそ、“ああ”と安心し、情報をもらえるところがあるというのはすごい。」と、使命感を持って開催していた。

5) <保育園・学校との妥協点を探っての折り合い>

<保育園・学校との妥協点を探っての折り合い>は、親は【交渉の大変さ】を体験し、【世話をかけている申し訳なさ】や【あきらめ】の感を抱きつつも要望を出して妥協点を見出していくプロセスである。

母親は、【交渉の大変さ】を保育園や幼稚園、小中学校のどこでも体験していた。「数件断られたりしたし。入園してみたものの、あまりよく分かっていないというか。やはり先生が分かってくれなかったりとか、こちらのわがままだと思われたりとか。」という中で交渉しなければならない苦労があった。「〇〇は食べられないものを自分でよけるからと言っているのに、何でお宅だけ食べられないものに関して材料までしっかり出してほしいという面倒なことを言うんだ。」と、一人ひとり異なること理解してもらい難しさを感じていた。

また、母親は他の子どもより注意を払ってもらえることが多いことで、学校に【世話をかけている申し訳なさ】を感じていた。「なるべくそんなに迷惑をかけたくなかったの、こちらが我慢…、でも、行事はできれば参加させたかったから、もしできましたらという感じで…」と交渉した。しかし、個別の対応が

出来ない事が多く、【あきらめ】の感を何度も抱いていた。幼稚園は人員不足から、安全が約束できないと、給食前に帰されるケースも語られた。小学校でも、毎日付き添いを求められた母親は従うしかない。【交渉の大変さ】を一番感じるのは、【心配な校外学習】であった。「修学旅行の時も悩んで、宿の方とやりとりをして、大丈夫なものを、調味料も全部送って作ってもらったんです。」と話された。学校から宿泊先との交渉を断られた母親は、2泊3日の行程を家族全員で体験し、関係者と直接交渉し、協力を引き出した。「調理担当の方と直接1回お話をさせていただくこと。それはやはり踏まえないと恐ろしくて出せないのです。」と譲れない一線を持ち、1回しかできない体験を子どもにさせたい思いから、行動に出る強さを持っていた。

【協力的対応への感謝】は、期待以上に配慮してくれ、安心して任せられる状況を語った。「先生には本当に感謝しきれないぐらい。」や「保健の先生はすごく一生懸命いろいろ聞いてくれて、私も話しやすいし…」など、担任や養護教諭の理解は大方得られていた。「栄養士の方がありがたいことにすごく知識が豊かで。」や「調理師さんに本当に頭が上がりません。」「すごく良心的で、できるだけそれに替わるようなものを作りますと言ってくれてありがたい。」は、栄養士や調理師の協力を得ることで、代替食の準備と精神面の両方の負担が軽減されることを如実に表していた。

6) <前を向いて生きるしかない自分との折り合い>

<前を向いて生きるしかない自分との折り合い>は、【家族の支え合い】を得て、【励まされる子どもの頑張り】を感じ、【闘病生活で見つけた意味づけ】を見出していくプロセスである。

【家族の支え】は、家族全員で同じものを

食べるスタイルをとっていた。保育園や学校で、みんなと違うことに傷ついている子どもの抱く疎外感を癒したい思いの現れであった。「せめて家族の中では同じものを食べることで、自分だけが別世界にいるわけではないということを確認してもらいたかった。」と表現した。さらに、全員同じものを食べることは、母親の食事作りの負担軽減も理由に挙げられ、全面的に家族の協力も得ていた。痒がって眠れない子どもを、両親は交代で掻いてあげるなど、家族で支え合っていた。

さらに、「本人が希望して負荷試験を受けました。最終的に頑張ろうと思う気持ちが育ったんだなということが確認できました。」や、「(5歳児)前ほど100%私がしなくても、そのうちの1%でも本人が自立してできる部分が今できてきているので、私にとってはだいぶ楽になりました。」と【励まされる子どもの頑張り】を認識していた。

みんなと楽しく美味しく食べることは、幸せな思いを感じる瞬間である。食べる事を真剣に考えなければ、命にも関わる問題を抱えるのが、食物アレルギーという病気である。「食べることは非常に心につながっていて、どう生きていくかに非常に深くつながっていると思うんですね。」と、価値観の転換を伴う体験を表現していた。「大変なことが1つあると、他のことを悩まなかったりするではないですか。人間って。だから、逆にこの子の、これだけは大変だけれども、他のことは全然悩みがないので(笑)。」と表現した。「実際本当にこの子が生まれて気付かされたことがたくさんあるので、今となっては、本人も大変でしょうが、良かった部分もあります。」や「何か大したことがなくても、喜べたりとか。何か人間が悩むことは同じくらいかな。」と、【闘病生活で見つけた意味づけ】を持つように変化した自分と向き合い、価値観の変換が起きている自分を客観的に見つめる発言もあった。

V. 考察

1. 先の見えてこない苦しみへの早期介入

母親が医療不信に陥る原因は、診断がつかず食物アレルギーの治療が行なわれないままアトピー性皮膚炎の症状が重症化することによるものである。【どうにもしてやれない痒み】の対処を求めて、母親らは積極的に病院探しを始めるが、見つからずに落胆し続けていた。杉浦ら⁹⁾によると、アトピー性皮膚炎の保育園児の母親を対象に調査した結果、痒みの強さと子育ての大変さがほぼ正比例しており、症状コントロールが悪いと「抑うつ感」、「不安感」、「慢性疲労徴候」等の訴えも多くなることが報告されている。＜子どもへの切ない思い＞が続く中で、いつアナフィラキシーショックを起こすかわからない＜緊張の続く生活＞は、母親にとって非常に強いストレスである。そこで母親らは、拠り所を求めて医療機関や行政にかかるが情報は得られず、インターネットでは情報が多すぎてたどり着けず、一番苦しい状態の「先の見えない辛さ」の中に長い間置かれることになる。ここで、母親が求めていた支援は、信頼できる医療と納得できる情報である。秋鹿ら¹⁰⁾の調査においても、食物アレルギー児の母親の困難感として＜疾患・症状コントロール上の困難感＞、＜医師との関係上の困難感＞を報告している。医療不信は治療効果が現れない事だけでなく、「お医者さんでの情報はまずないし…」という発言からも、医師から治療に関する十分な説明が得られないことも原因と推測できる。専門医不足の中で、看護職や栄養士が行う生活指導、食事指導の機会に、母親の不安や悩みに寄り添いながら対応していくことによって、情報不足による困難感を軽減できる可能性が高いと考える。

一方、信頼できる医療にたどり着くためには、早期診断による適切な治療の開始は鍵であると考えられる。食物アレルギーの約7割は、

乳児アトピー性皮膚炎を合併している¹¹⁾ という報告があることから、早期診断の機会を逃さないためにも、食物アレルギーを疑ったスクリーニング機能が働くシステムが望まれる。自治体による乳幼児健診や生後4か月までの全戸訪問の機会、保健師や助産師などが皮膚の状態を確認できる機会である。症状に応じて、家族歴もふまえ、乳児アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの関係についての保健指導が必要である。保健指導の内容は、母親が切望しているアレルギーの診断が可能な医療機関の情報提供を行うことが望まれる。また、子どもへのスキンケアを医療機関の指導に準じて実施し、薬物療法や環境整備を行っても症状の改善が見られない場合、受診を勧めた方が良いケースの基準に該当する¹²⁾ ため、早期の受診勧奨も保健指導時に行う必要があると考える。

母親は医療関係者による専門的な相談に加え、ピアカウンセリング機能を持つ親の会に参加することで救われる思いを体験し、先の見通しを立てることができるように変化が生じていた。「大きいお子さんの母親の話を聞くだけで救われた」という体験は、まさにこれから進む道を見るような感覚の体験である。反対に、相談を受けた母親は、他者との交流の中で自分が子どもとともに歩んできた闘病生活を客観視できるようになり、その体験に意味を見い出して前に進む決意を持つ機会になったと考える。さらに、母親は家族の支えに救われ、子どもの頑張りに励まされる毎日の中で、価値観の変換が起きている自分を自覚することができるように変化していた。つまり、＜前を向いて生きるしかない自分との折り合い＞をつけることができるためには、医療関係者や親の会が早期介入し、食物アレルギーの子どもと母親を切れ目なく支えることで【先の見えない辛さ】から救う方法と成り得るであろう。

2. 食物アレルギーに関する正しい認識に基づいた支援

保育園や学校との交渉で母親らが困っていたのは、教職員の食物アレルギーに関する理解不足である。子どもの生活にとって、保育園や学校の存在の大きさは計り知れない。食物アレルギーに関する教職員の認識の違いが大きいことは、今回の母親らの体験からも確認された。「数件断られたりしたし。入園してみたものの、あまりよく分かっていないというか。」というように、子どもの受け入れ態勢が整っていないなかで【交渉の大変さ】を体験し、他の子どもより【世話をかけている申し訳なさ】から妥協点を探っているのである。【あきらめ】の境地に達する部分と、子どもの命を守るためには妥協できない部分は引かずに交渉を続け、折り合うプロセスを踏んでいた。特に、生命の危険に直結するエピペンの対処や、修学旅行などの校外学習中の安全については確保できるまで交渉を続けていた。母親らは【アナフィラキシー反応の衝撃】を体験し、自分の見ていない所で誤食事故が起こったらと思うと、過剰と思える対応を保育園や学校に求める印象を持たれるかもしれないが、そう思わせる出来事をいくつも体験して得た確信である。「何でお宅だけ食べられないものに関して材料までしっかり出してほしいという面倒なことを言うんだ。」の対応から、最終的に子どもの命を守るのは、母親である自分なのだと思うようになっていくプロセスがある。

また毎日、みんなと一緒に安心して給食を食べることは、子どもにとっても、母親にとっても幸せなことである。「食べることは非常に心につながっていて、どう生きていくかに非常に深くつながっていると思うのですね。」と表現された母親の思いは、食べることは生きることそのものであると感じる生活があるからである。その生活の一部である保育園や学校において求められる対応は、それ

ぞれ抗原食品の種類や数の違いや症状の出方の個人差が大きいことを十分に認識することである。また、地域や施設により対応に差はあるが、個別の【協力的な対応】を受けた母親らの養育困難感は、格段に軽減されていた。担任や養護教諭の理解、調理師や栄養士からの支援により、相談できる場を得てストレス認知の変化が生じていたからである。この協力的な対応が、＜前を向いて生きるしかない自分と折り合い＞を付けることに、大きな変化を引き出す役割を果たしていると考えられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、食物アレルギーの子どもの養育困難を抱えて親の会に参加している母親という限られた条件下の対象者に焦点を当てたものである。したがって、得られた知見はこの条件範囲内において説明力があり、親の会に参加していない母親を対象に含んでいない点で限界がある。

また、診断されてからの年数が経っている人が多かったことは、医療関係者や学校関係者との体験を踏まえた多くの語りから、母親が求める関係職種の支援についての示唆を得ることができた。今後は、一番困難感が強いと思われる時期のニーズを焦点化する必要がある、母親の養育困難の緩和に向けた切れ目ない支援づくりに貢献できるデータ収集と分析の継続が課題である。

VII. 結論

保育園や幼稚園・小中学校に在籍する食物アレルギーをもつ子どもの母親9名を対象に、養育困難に立ち向かう母親の体験プロセスを分析した。その結果、母親らは＜医療不信の中で探し求める拠り所＞を求めて奔走し、＜子どもへの切ない思い＞と＜緊張の続

く生活＞の中で【先の見えない辛さ】に長期間置かれていた。しかし、守りたい子どもの命のために、医療機関や親の会に＜出会えた拠り所＞を得ると共に、＜保育園・学校との妥協点を探るの折り合い＞を経て、母親自らが＜前を向いて生きるしかない自分との折り合い＞のところまで到達することができていた。

しかし、到達までのプロセスは時間を要し、養育困難の程度は厳しいものがある。母親の養育困難を軽減するには、医療関係者による早期診断と適切な治療の開始、納得できる情報の提供、親の会の参加に繋がる支援が求められていた。保育園や学校の教職員に求める支援は、食物アレルギーに関する正しい認識に基づいた協力的対応であった。

謝辞

本研究に、快くご協力くださいました対象者の皆様に、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本学校保健会. 平成25年度学校生活における健康管理に関する調査事業報告書. 〈http://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_H260030/H260030.pdf〉. 2015年6月1日.
- 2) 厚生労働科学研究班. 食物アレルギーの診療の手引き2014. 〈<http://www.foodallergy.jp/manual2014.pdf>〉. 2015年6月1日.
- 3) 日本学校保健会. 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン. 59-79. 東京:日本学校保健会;2008.
- 4) 厚生労働省. 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン. 2011年3月. 〈<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03.pdf>〉. 2015年6月1日.
- 5) 文部科学省. 学校給食における食物アレルギー対応指針. 2014年3月. 〈<http://www.mext>

go.jp/component/a_menu/education/detail/____icsFiles/afieldfile/2015/03/26/1355518_1.pdf》.

2015年6月1日.

- 6) 今井孝成. 学校で起きる食物アレルギーの誤食事故－課題とその対応－. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌. 2014;12(1):1-4.
- 7) 鈴木美佐. 日本における食物アレルギー児をもつ母親に関する研究の現状. 聖泉看護研究. 2013;2:103-110.
- 8) 木下康仁. M-GTA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. 東京:弘文堂;2003.
- 9) 杉浦太一, 大橋麗子. 蓄積的疲労からみたアトピー性皮膚炎幼児の母親の特徴. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌. 2014;12(3):258-293.
- 10) 鹿野都子, 山本八千代, 宮城由美子, 他. 食物アレルギー児を持つ母親の主観的困難感と看護者に望むもの. 小児保健研究. 2011;70(5):89-696.
- 11) 池松かおり, 田知本寛, 松崎千鶴子, 他. 乳児期発症食物アレルギーに関する検討 (第1報) 乳児アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの関係. アレルギー. 2006;55(2):140-150.
- 12) 前掲1)に同じ.

幼児のわらべうたの短期記憶に関する一考察

—音程と音量における歌唱力の発達—

渡辺 優子

新潟青陵大学福祉心理学部社会福祉学科

A study of children's short-term memory of traditional Japanese children's songs in preschool
- Development of singing ability in pitch and volume-

Yuko Watanabe

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE

要旨

幼児の歌唱の発達に関連して、日本伝統音楽の様式を持つわらべうたの短期記憶について、実験的な調査を行った。幼稚園の3歳児、4歳児、5歳児にわらべうたを教え、グループの歌唱と個人の歌唱について、年齢別に音程や音量を比較検討した。その結果、先行研究と同様に5歳児において歌唱力が高まることが示された。さらに、年齢別の歌唱行動の発達の道筋についての見通しを持つことができた。また、わらべうた特有の歌の構造（核音、テトラコルドの重なり、都節の音程感）や歌詞、言葉のアクセントなどが幼児の歌唱に及ぼす影響についても示唆を得ることができた。

キーワード

わらべうた、短期記憶、幼児、歌唱力の発達

Abstract

This study examined the short-term memory of preschoolers for *Warabe-Uta* children's songs – known to reflect particular characteristics of traditional Japanese music – in connection with these children's development of singing ability. Three-, four- and five-year-old preschool children were taught these traditional *Warabe-Uta*, and their singing ability at each age was then assessed for correct pitch and volume, in both group and individual singing. Confirming previous studies, we found the five-year-olds had developed the highest singing ability, and we were able to see how this singing ability had developed from one year to the next. Special structural characteristics of the *Warabe-Uta* songs (their syllable nuclei, combined tetrachords, and tone intervals in their miyako-bushi scale), as well as their lyrics and accenting of certain syllables, therefore seem to positively influence the development of the children's singing ability.

Key words

warabe-uta, short-term memory, preschool children, development of singing ability

I はじめに

幼児の音楽的発達に関しては、質的な観点と量的な観点の双方向からの研究がなされている。今川¹⁾によれば、「音楽的表現を質的に捉える」として、保育現場での参与観察から、幼児の歌唱表現をその場の文脈より捉える。つまり、「子どもの表現の意味を物理的な音の性質にのみ求めるのではなく、人間相互のかかわり合いの中に一回ごとに成り立つものとして見ること」であるとしている。その上で、幼児の音声表現の特質を、声紋分析なども交え明らかにしようとしている。一方では、従来からなされている幼児の音楽的能力を測定しようとする研究においても、幼児の生活から全く離れた実験室での測定ではなく、幼稚園や保育園などの生活の場において、幼児が親しめる音楽を用いて行われている。

水戸等²⁾は、幼児の歌の記憶について、リズムと音程に注目した再生法により、4歳児と5歳児の歌唱と歌の記憶について、実験的調査を行っている。4小節16拍の子どもの歌のリズム構造を複雑にした旋律と同じ曲のリズム構造を単純にした旋律の歌唱について、音高とリズム、年齢の側面から差があるか調べた。その結果、リズムの側面では複雑なリズムでも単純なリズムでも、年齢別にも差がない。また、複雑なリズムの旋律の音高において、5歳児において、有意差が認められたとしている。

一方、幼児の音楽的発達における歌唱の音高の正確さについて、山根³⁾は、幼稚園児が1ヶ月間クラスで歌った歌を一人ひとり個別に録音し、年少児、年中児、年長児の歌唱における基準音とのズレに注目している。それによれば、各年齢の幼稚園児は概して低い音で歌っており、年少、年中、年長と成長につれて、音程のズレは解消される方向にある。特に下降音程よりも、上昇音程の歌唱におい

て、年少児や年中児は困難さを示している。また、年少児は個人差が大きいが年長児では個人差が少なくなるとしている。

吉富等⁴⁾は、保育園の4歳児と5歳児がクラス集団で歌っている時に一人ずつマイクをつけて録音し、1曲の中の開始音、最高音、終止音をどの程度歌えているか評価した。その結果、全体的には、基準の音よりも低い音で歌っているが、集団の歌唱では、4歳児よりも5歳児の方においてポイントが高くなっている。しかし、個人別にみると、5歳児でも4歳児よりもポイントの低い幼児もいる。ポイントが低くなる原因として、前後の曲の終わり方や始まり方に関係する声区の切り替えの問題をあげている。

上記の研究に用いられている歌の多くは童謡であり、西洋音楽の枠組みで作られている。日本伝統音楽の基本的な性格を持つわらべうたを用いた研究は少ない。そこで、幼稚園という幼児の生活の場において、参与観察ではなく、わらべうたを使った音楽活動を行い、再生法により幼児の短期記憶の様相を探ることとした。その上で、幼児がわらべうたをどのように覚え歌えるようになるのか、先行研究と比較検討するとともに、わらべうたを題材とした場合に起こることが予想される独自の反応についても検討する。

II 実験的調査

1. 実験的調査概要

1) 調査の目的

幼児のわらべうた遊びにおいて、まず、歌唱における音高、メロディー、リズム、歌詞などについて、幼児が短期的にどのように記憶し再現できるかを探る。その際、年齢的な違いにも注目する。

1回目はテトラコルドが2つ重なった（民謡音階+律音階）メロディーを使う。

2回目では都節（半音関係を含む）のメロ

ディーを使う。

2) 調査園：S幼稚園（新潟市）午前中の自由遊びの時間帯

S幼稚園ではシュタイナー教育を取り入れている。シュタイナー教育では幼児期には5音音階の音楽がふさわしいとされ、わらべうたやシュタイナー教育の5音音階の歌が主に歌われているが、童謡や唱歌なども適宜歌われている。

- 3) 調査日：第1回：平成27年3月6日（金）
午前10時～午前10時45分
第2回：平成27年3月13日（金）
午前9時45分～午前10時30分

4) 方法

(1) 幼児の普段の生活に近い実験環境を設定する。具体的には、幼稚園の朝の自由遊びの時間帯に幼稚園の一室（遊戯室）において、5人から10人のグループでわらべうた遊びを行う。グループは3歳児（年少児）、4歳児（年中児）、5歳児（年長児）の年齢別で構成する。

(2) グループで輪になって座る。まず実験者が歌詞の説明を簡単に行ない、次に歌いながら遊び、手本を示す。その後、実験者も含めて全員で歌いながら9回から10回遊ぶ。最後に一人ずつ歌いながら遊ぶ。

(3) 遊びの様子をビデオカメラ2台、録音機2台で撮影し録音する。

(4) 分析手法は、撮影ビデオを用い、音高、メロディー、リズム、歌詞などについてどの程度再現できているか、点数化して数量的な分析を行う。点数化する場合は、相対的な音程感を4人で判定する。判定者は実験担当者1名と音楽の素養のある大人3名の合計4名である。

(5) わらべうた遊びなので、ピアノ伴奏などは用いない。当園ではわらべうただけではなく、童謡などを歌う時もピアノ伴奏をすることは少ない。ピアノ伴奏については、伴奏があってもなくても子ども達の歌唱における

音高や音程のズレについては差がないという研究もあるが⁵⁾、ピアノ伴奏があった方が正確に歌えるという研究もあり決着を見ていない。以上より、ピアノ伴奏をしないことのデメリットはないと考える。

5) 使用楽曲について

(1) 1回目

- ① 使用曲：「どんぐりころちゃん」銭回しの遊び歌⁶⁾（図1-1）
② 遊び方：どんぐりを両手の中に入れて振りながら歌い、最後に右手か左手かどちらかに入れて、見ている子ども達にあてさせる。

③ 楽曲の特徴

旋律の音階は小泉理論においては、D F Gは民謡音階のテトラコルド、G A Cは律のテトラコルドである⁷⁾。幼児に歌われることの多いわらべうたは、2音旋律や3音旋律が多いので、2音旋律や3音旋律では使われることの少ないA～Cの音程をどのように歌うかが分析の視点となる。使われているリズムは1拍に2つの音が入り、日本語のリズムと関係が深い。最後から2小節のみ、リズムが細かくなっている。最初の小節の♪のリズムはわらべうたの出だしに使われることの多い音型であり、小泉文夫によれば、わらべうたの拍節的な性格を特徴づけるものであり出発感に関するものとされている⁸⁾。しかし、幼児に多く歌われるわらべうた（げんこつ山のたぬきさんやかごめかごめなど）では、D F Gと音が上がる形より、G F Dと下がる形が使われているので、低い音から上がってゆく音型をすぐに歌えるのかどうかも分析の観点となる。

(2) 2回目

- ① 使用曲：「いちもんめのいすけさん」まりつきうた⁹⁾（図1-2）
② 遊び方：本来はまりつき歌であるが、今回はお手玉を両手で上下に振って遊ぶ。最

1 どんぐりころちゃん



2 いちもんめのいすけさん



3 ちがう音で歌っている例（年長男児）



図 1

後に隣の人にお手玉を回すことにした。5歳児はできたが、3歳児はできなかった。4歳児は最後に練習して、少しできそうになった。

③ 楽曲の特徴

旋律の音階は小泉文夫によると、律と都節がディスジャンクトされ、核音Fより核音Gに機能が移行し、C Gの5度（ペンタコルド）が強調されている¹⁰⁾。第1小節目にある4度の上昇や3小節目にある半音的な音を聞き取り、歌えるかがポイントとなる。

④ 導入としてペープサートを使用した。

「いちもんめのいすけさん」などの言葉になじみがないと予想されたためである。また、歌の途中にもペープサートを使用した。4歳児や3歳児は個人で歌う時に最初の言葉が出にくかったためである。

6) 倫理的配慮

新潟青陵大学倫理審規定に従ってS幼稚園園長に依頼し承諾を得た。

Ⅲ 実験的調査結果

1. 歌声の評価基準

評価の基準として調査前は音高、メロ

ディー、リズム、歌詞とした。しかし、実際はリズムと歌詞は緊密に結びついており、リズムの間違いと歌詞の間違いは多くの場合同時に起こった。また、楽器の伴奏もないので、音高も相対的に表現された。これらの理由から、音程（相対音感）と音量について、下記の通り評価した。

1) 評価基準

音程：良い=a=5，普通=b=3，違っている=c=2，言葉のみ=1，やや高い↑・やや低い↓=-1

音量：大きい（しっかり歌う）=a=5，普通=b=3，小さい=c=2，歌っていない=d=0，言葉が違う=f=0，リズムが違う=e=0

2) 評価ポイントについては、歌詞とメロディーの各音があう部分の歌い方を評価した。

(1) どんぐりころちゃん

1 2 3 4 5 6 7 8

どん ぐ り こ ろ ちゃん あ た

9 10 11 12 13 14 15 16

ま は とん がっ て お し り

17 18 19 20 21 22 23 24

は べっ ちゃん こ どん ぐり どっ ちか

25

な

(2) いちもんめのいすけさん

1 2 3 4 5 6 7 8
いちもんめのいすけさんい
9 10 11 12 13 14 15 16
もかいにはしったいも
17 18
ちょうだい

3) 年齢別にグループの歌声と個人の歌声の両方を評価した。グループの歌声については、練習として実験者も含めて9回から10回全員で歌った歌声から子ども達の歌声を評価した。個人の歌声は、グループで歌った後にひとり一人が歌った歌声について評価した。

2. どんぐりころちゃんの調査結果

1) 対象児

3歳児（年少児）1グループ10人より、7人の個人データを得た。7人の平均月齢は54ヶ月（4歳6ヶ月）であった。

4歳児（年中児）1グループ5人を2グループ行い、10人の個人データを得た。10人の平均月齢は65ヶ月（5歳5ヶ月）であった。

5歳児（年長児）1グループ10人より10人の個人データを得た。10人の平均月齢は77ヶ月（6歳5ヶ月）であった。

2) 判定者による差異

合計点平均（音程と音量の合計点）において

は、最大1.44、最小0.12の差が認められたが、基準内として、平均を取ることにした。

3) 平均と標準偏差（表1参照）

3. いちもんめのいすけさんの調査結果

1) 対象児

3歳児（年少児）1グループ8人より、7人の個人データを得た。7人の平均月齢は53ヶ月（4歳5ヶ月）であった。

4歳児（年中児）1グループ8人より7人の個人データを得た。7人の平均月齢は67ヶ月（5歳7ヶ月）であった。

5歳児（年長児）1グループ7人より7人の個人データを得た。7人の平均月齢は77ヶ月（6歳5ヶ月）であった。

2) 判定者による差異

合計点平均（音程と音量の合計点）においては、最大0.43、最小0.045の差が認められたが、基準内として、平均を取ることにした。

3) 平均と標準偏差（表1参照）

4) 「いちもんめのいすけさん」において、年齢別合計点平均について、二元配置分散分析を行い、その結果5%水準で有意差が認められた。

$F(2,197) = 114.994$, $MSe = 2.559$ $p < .05$

多重比較 Tukey HSD の結果 5歳児 > 3歳児, 5歳児 > 4歳児となった。

表1 調査結果（平均と標準偏差）

どんぐりころちゃん					いちもんめのいすけさん				
年齢区分	評価内容	グループ・個人	平均	標準偏差	年齢区分	評価内容	グループ・個人	平均	標準偏差
3歳児	音程+音量	グループ+個人	2.72	1.17	3歳児	音程+音量	グループ+個人	1.8	0.84
		グループ	3.49	0.69			グループ	1.4	0.76
		個人	1.62	0.71			個人	2.26	0.75
	音程	グループ+個人	1.34	0.52		音程	グループ+個人	1	0.41
	音量	グループ+個人	1.37	0.66		音量	グループ+個人	0.79	0.45
4歳児	音程+音量	グループ+個人	3.79	2.5	4歳児	音程+音量	グループ+個人	1.58	1.24
		グループ	4.81	1.73			グループ	1.17	1.22
		個人	2.17	2.76			個人	2.15	1.19
	音程	グループ+個人	1.99	1.17		音程	グループ+個人	0.88	0.61
	音量	グループ+個人	1.82	1.35		音量	グループ+個人	0.69	0.64
5歳児	音程+音量	グループ+個人	6.11	2.13	5歳児	音程+音量	グループ+個人	5.31	1.58
		グループ	6.54	2.19			グループ	5.84	1.34
		個人	5.68	2.1			個人	4.56	1.7
	音程	グループ+個人	3.08	1.01		音程	グループ+個人	2.66	0.7
	音量	グループ+個人	3.03	1.12		音量	グループ+個人	2.67	0.92

IV 考察

1. 3歳児と4歳児の短期記憶の特徴

(図2、図3参照)

5歳児はグループでも個人でも大きな差がなく歌うことができる。音程に関しては、5歳児に比べ、3歳児は全般に得点が低い。「いちもんめのいすけさん」の4歳児も3歳児と同様である。最初のフレーズの後は得点が下がってゆく。「どんぐりころちゃん」で4拍(1フレーズずつ)の音程平均の推移を見ると次の通りである。3歳児では1.91, 1.50, 1.26, 0.59、4歳児では2.2, 1.96, 1.26, 1.64、5歳児では3.36, 3.11, 3.25, 2.51となっている。同じく「いちもんめのいすけさん」では3歳児は1.50, 0.64, 0.55であり、4歳児では1.31, 0.74, 0.43、5歳児では2.79, 2.48, 2.72である。3歳児と4歳児の方が第2フレーズ以降の得点の減少幅が大きい。3歳児では第2フレーズ以降は、0点が30%、2点未満が70%であった。4歳児では、0点が69%、2点未満が

25%であった。

また、4歳児と3歳児はグループと個人の差が大きい。合計点で2点未満は、歌うというより言葉を唱えるか、または声に出して歌わないかどうかである。

「どんぐりころちゃん」の場合、4歳児個人では、10人中8人は1曲の7割以上が0点や2点未満である。また、そのうち4人については1曲のほとんどが0点か2点未満である。しかし、4歳児の中には1曲の最初から最後まで歌える者もあり、個人差が大きい。3歳児では、全員が曲の約半分の箇所まで音程平均得点が0点か2点未満である。特に最後のフレーズは3歳児7人中歌わない者が5人、2点未満が2人で、歌えない場合が多い。5歳児でも10人中3人が最後のフレーズの得点が低い。これに関しては短3度の繰り返しという曲の構成上の難しさもあると考えられる。

以上から3歳児、4歳児のわらべうたの短期記憶の特徴については次のようにまとめる

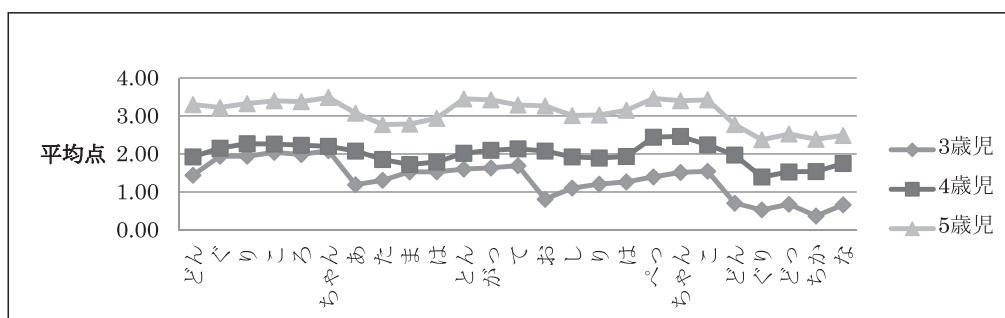


図2 どんぐりころちゃん年齢別音程平均点

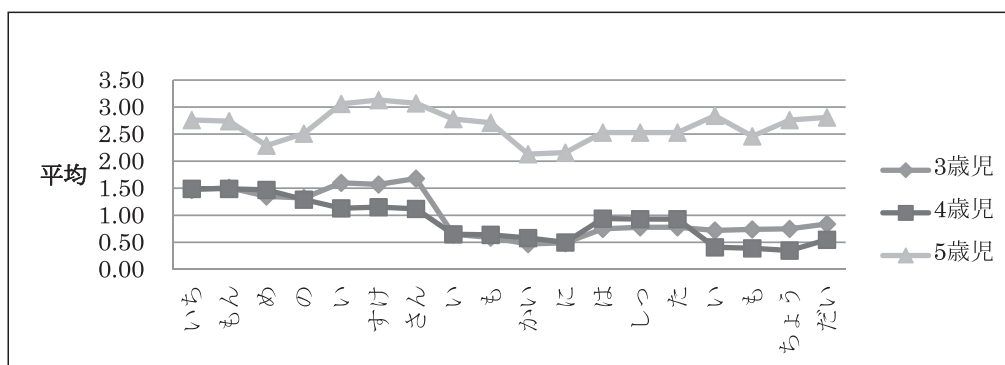


図3 いちもんめのいすけさん年齢別音程平均点

ことができる。曲の最初のフレーズ（4拍目まで）は言葉と音程を結び付けて歌うことができる。その他の部分は言葉のリズムとして言葉を覚えるが、音程の難しい部分や曲の最後は言葉も覚えきれない場合がある。

2. 本調査の目的とした音程の歌い方について (図2、図3参照)

先に本調査での観点として、それぞれの曲の特徴より、「どんぐりころちゃん」では民謡と律のテトラコルドの重なりの部分と出だしの短3度の上昇について、「いちもんめのいすけさん」では出だしの4度音程と都節の半音が歌えるかをあげていた。

「どんぐりころちゃん」の民謡音階と律の重なりの部分である「どんぐりころちゃんあたまは」のA C A Aについては、3歳児は音程平均で1.19, 1.31, 1.53, 1.53であり、4歳児は2.08, 1.86, 1.72, 1.79で他の部分と比べると低い得点となっている。個人で歌う場合、3歳児や4歳児は音程を付けずに歌詞を唱えたり、その部分は歌わないなどの姿がみられた。5歳児の音程平均は3.08, 2.78, 2.78, 2.94であり得点は低めであるが、ある程度歌うことができる。

また、「いちもんめのいすけさん」における「いもかいに」の半音は、音程平均で3歳児は0.65, 0.59, 0.47, 0.49、4歳児は0.65, 0.64, 0.58, 0.50で、4歳児では歌わない者が多かった。また、歌詞を唱えたり、歌詞も違える例

もあった。5歳児では2.78, 2.71, 2.13, 2.16で得点は低いがある程度歌えていた。

「どんぐりころちゃん」の出だしの短3度と「いちもんめのいすけさん」の出だしの4度については、3歳児や4歳児では最初にグループで歌い始めた時には全体に低く、また、音程も狭く歌っていたが、グループ歌唱の最後には歌えるようになっていた。5歳児ではグループ歌唱の比較的早い段階でほぼ歌えるようになっていた。(図4、図5、図6参照)

以上の結果は、5歳児では音高などが、安定してくるという山根³⁾や吉富等⁴⁾の先行研究の結果と対応している。

3. グループでの練習回数と得点 (図4、図5、図6参照)

3歳児は練習回数が増えることによって必ずしも全般的に得点上がるのではなく、ばらつきがある。5歳児は始めの数回後は回数を追うごとに得点上がる傾向がある。4歳児では「いちもんめのいすけさん」を歌ったグループにおいて、最初から8回目までは、かすかな声しか出さず、9回目になって初めてしっかりと声を出して歌うという特徴的な歌い方が見られた。(図6) 8回目までの音程平均は0.79であったが、9回目は3.92に大幅に上昇している。聞くことを重視して自信が持てるまで大きな声で歌わないという、慎

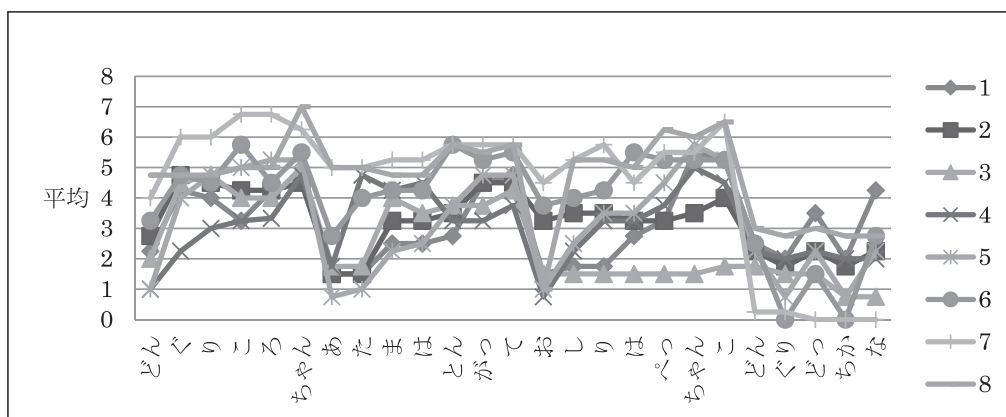


図4 3歳児グループ練習回数別得点

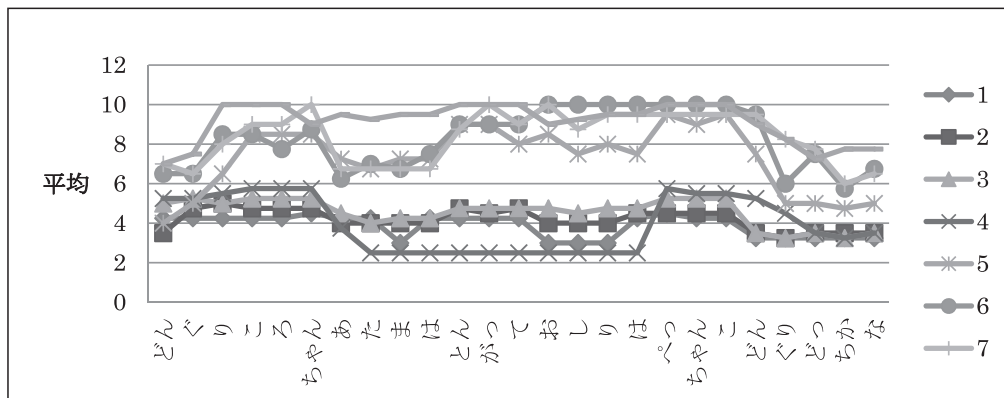


図5 5歳児グループ練習回数別得点

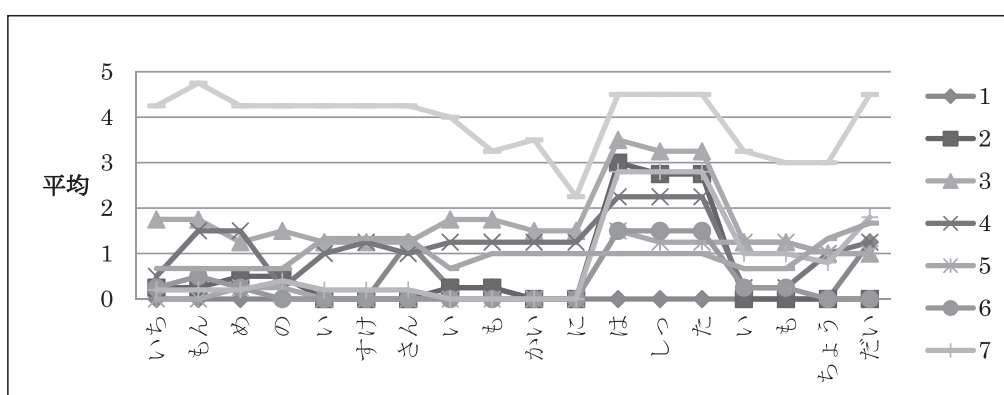


図6 4歳児グループ練習回数別得点

重な歌唱行動の一つの現れであると考えられるとともに、注意深く聞くことが歌の記憶の前提となっていることを示唆している。

4. わらべうたの短期記憶における特徴的な反応 (図2、図3参照)

全般的にわらべうたの終止形 (核音→長2度下の音→核音) の音程に安定感がみられた。「どんぐりころちゃん」の「どんぐりころちゃん」「とんがって」「ぺっちゃんこ」、「いちもんめのいすけさん」では「いすけさん」「はした」「ちょうだい」の部分である。5歳児の音程平均では「ころちゃん」3.39、「とんがって」3.39、「ぺっちゃんこ」は3.43であった。また「いすけさん」3.09、「はした」2.53、「ちょうだい」は2.79であり、前後の部分に比べると得点が高い。「ぺっちゃんこ」は4歳児でも2.38であ

り、他の部分に比べて得点が高かった。

「ぺっちゃんこ」の言葉の楽しさや「とんがって」から「ぺっちゃんこ」のメロディーのくり返しも幼児の短期記憶に影響を与えていると考えられる。

5歳児は全般的に安定して歌うが、音程を作り変えて歌う姿が見られた。作り変えの方法は、わらべうたの特徴を踏まえているものであった。例として、「どんぐりころちゃん」から「あたまは」と「どっちかな」の部分の譜例をしめす。(図1-3)「あたまは」は原曲ではA C A Aであるが、これをA C C Aと歌っている。「どっちかな」は原曲ではD F F Gであるが、これを「G F F G」と歌っている。どちらも、言葉のアクセントにかなった歌い方となっている。

V まとめ

本研究より示唆される幼児のわらべうたの短期記憶の特徴は次の通りである。まず、歌を覚えて歌えるまでの過程として、聴くこと、次に言葉を唱えることがあり、最後に歌を歌うという過程に至る。3歳児や4歳児では、特に音程が難しい部分や曲の後半では歌わずに聴く姿や言葉を唱える姿が見られた。しかし、5歳児においては、3歳児、4歳児と比べグループでの歌唱と個人の歌唱の得点差が少なく、グループでの歌唱（練習）の比較的早い段階から歌えるようになっている。これは、5歳児には3歳児や4歳児と比べ、わらべうたの言葉や音遣いの感覚が育っている可能性があるのではないか。そのため、3歳児、4歳児に見られる歌を覚える過程を、早めに終えてすぐに歌うことができるのではないかと考える。5歳児が言葉のアクセントに合う形に音程を変化させて歌っていることも、わらべうたの音感覚の育ちを示唆するものである。

本研究は先行研究と違う「わらべうた」を題材としたことで、わらべうたの構成要素や日本語の特徴がわらべうたを覚える過程に影響を与えていることが示唆された。

今後、調査範囲を広げるとともに、音声分析などの効果的な調査方法についてもさらに検討したい。

達の様相—学校教育学研究論集、2009:19:1-14.

- 4) 吉富功修, 三村真弓. 幼児の歌唱の実態に関する研究 (1) —高岡市国吉光徳保育園でのクラス歌唱を対象として—. 中国四国教育学会教育学研究紀要. 2013:59:616-621.
- 5) 山根直人. 幼児の歌唱における音高の正確さについての研究—音高, 音程を基準にした評価を中心に—. 音楽教育の未来—音楽教育学会設立40周年記念論文集—. 137. 東京都:音楽之友社;2009.
- 6) 木村はるみ, 蔵田裕子. うたおうあそぼう わらべうた 乳児・幼児・学童との関わり方. 151. 東京都:雲母書房;2011初版第3刷.
- 7) 小泉文夫編. わらべうたの研究. 楽譜編. 96. 東京都:わらべうたの研究刊行会;1969.
- 8) 小泉文夫編. わらべうたの研究. 共同研究の方法論と東京のわらべうたの調査報告. 研究編. 365. 東京都:わらべうたの研究刊行会;1969.
- 9) 小泉文夫編. わらべうたの研究. 共同研究の方法論と東京のわらべうたの調査報告. 研究編. 372. 東京都:わらべうたの研究刊行会;1969.
- 10) 小泉文夫編. わらべうたの研究. 共同研究の方法論と東京のわらべうたの調査報告. 研究編. 394. 東京都:わらべうたの研究刊行会;1969.

引用参考文献

- 1) 今川恭子, 大畑祥子. 乳幼児期における音楽的発達研究の視点. 日本女子大学紀要. 家政学部. 1999:46:1-6.
- 2) 水戸博道, 岩口摂子, 内山恵子. 幼児の歌の記憶. 宮城教育大学紀要. 2006:41:65-71.
- 3) 山根直人. 幼児の歌唱における音高、音程の正確さについての一考察—音声分析から見た発

A県内の看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識

－ 100～299床施設の特徴 －

中根 薫・中村 悦子・清水 理恵

新潟青陵大学看護学部看護学科

Growing clinical practice roles among Japanese nurses

: Performance of specialized nursing skills and the need for training

Kaoru Nakane, Etsuko Nakamura, Rie Shimizu

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

本研究では、看護師の役割拡大について臨床現場の視点から検討するために、A県内の医療施設に勤務する看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識を明らかにすることを目的とした。A県内の8医療施設に勤務する臨床経験5年以上の看護師637名を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、分析の結果、以下のことが明らかとなった。

1. 100～299床施設の看護師が実施している医行為については、臨時薬剤の投与の3項目が6割を超え、38項目のうち5項目については、300～499床施設の看護師よりも実施している割合が高かった。2. 100～299床施設の看護師の特定行為研修に関する認識については、指定研修を受けた看護師が実施可能とする医行為は、最も割合が高い項目「急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理」等も2割程度であった。今後、特定行為を安全に行うために特定行為研修の積極的な受講の必要性が示唆された。

キーワード

看護師、医行為、特定行為研修

Abstract

In order to examine the growing roles of clinical practice for nurses, this study aimed to elucidate the performance of specialized nursing skills that are required to carry out prescribed medical therapies among Japanese nurses and the need for additional training to accomplish these complex tasks. An anonymous self-administered questionnaire that comprised 38 items was distributed to 637 nurses from 8 different facilities in prefecture A who had at least 5 years of clinical experience. Analysis of the data revealed that specialized nursing skills, such as administration of special drugs, were performed by more than 60% of nurses at 100-299-bed facilities. Five items were performed by more nurses at 100-299-bed facilities than nurses at 300-499-bed facilities. In terms of awareness of the need for specific training, at 100-299-bed facilities, about 20% of nurses believed that nurses who received specific training could perform specialized nursing skills. These findings suggest that proactive participation in specific training is needed in order for nurses to safely perform specific skills for complex procedures.

Key words

nurse, specialized nursing skills, specific training

I はじめに

超高齢化社会の到来に伴い医療ニーズが急速に増大する中、より効果的・効率的な医療の提供が求められ、国は医療提供体制の抜本的な見直しを進めている。厚生労働省では2010年、チーム医療を推進するため、「チーム医療の推進に関する検討会」が行われ、その報告書¹⁾の中で看護職にも最大限の役割発揮を期待し、特定看護師（仮称）の創設が提言された。

その後、「チーム医療推進会議」において看護師特定能力認証制度骨子（案）²⁾が出され、特定看護師（仮称）という名称独占、業務独占ではなく、能力の認証を受けた看護師が医師の包括的な指示の下、特定行為を行う仕組みとして検討されてきた。また、診療の補助における特定行為の内容・研修のあり方等について「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」において制度の骨子についての検討が重ねられてきた。この間、2010年度からは養成調査試行事業³⁾や2011年度からは業務試行事業⁴⁾が開始されている。

その結果、2013年3月にチーム医療推進会議報告書「特定行為に係る看護師の研修制度について」⁵⁾が提言され、医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為を「特定行為」とし、保健師助産師看護師法において明確化するとされた。

国会審議を経て2014年6月、特定行為の明確化やそれらを手順書に基づき行う看護師への研修の義務化等について保健師助産師看護師法が改正された。特定行為は38行為21区分とすることが定められ、2015年10月施行に向け、具体的な検討が進められている⁶⁾。

このような経過の中で、これまでに看護師が行う医行為に関する大規模な先行研究としては、前原ら⁷⁾が2010年に看護師の医行為の

実施状況や今後、看護師や特定看護師（仮称）が行う医行為の範囲などについて主に管理職の医師と看護管理者を対象に調査を行っている。医師、看護師ともに、現在より今後「看護師、特定看護師（仮称）の実施が可能」であるという割合が大きく、両者ともに看護師の業務拡大に前向き、積極的であるという結果であった。この調査の結果は「チーム医療推進会議」と「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」に、基礎データ・検討資料を提供する役目を果たしている。

また、2012年には全日本病院協会⁸⁾が特定看護師（仮称）の実施可能な医行為とどの医療職種が実施すべきかについて病院長と看護部門長を対象に調査を行っている。この調査では、能力認証を受けた看護師でも包括的指示の下で観血的、侵襲的処置は実施不可とする割合が高い結果であった。そして能力認証された看護師が包括的指示のもと医行為を実施するためには医療の標準化と研修機会の多様化が必要と提言している。

以上のような調査がこれまでに行われてきたが、いずれも管理職を対象に調査が行われており、臨床現場で実際に医行為を行う看護師を対象としたものではない。また、前原ら⁷⁾の調査の対象は、500床以上の大規模病院が6割を占めており、そのうち特定機能病院が約3割と病床規模の大きい施設での意見が主であった。そこで研究者らは、看護師の役割拡大について臨床現場の視点から検討するために、A県内の医療施設に勤務する看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識を明らかにすることを目的に調査を行った。その結果、500床未満の中小規模の一般病院において看護師が実施している医行為は、臨時薬剤の投与が6割を超え、前原ら⁷⁾の調査よりも高い割合であり、指定研修を受けて医行為を行う看護師が必要と考える看護師は4割を占めること等が明らかとなった⁹⁾。

一方、2013年の全国の病院を病床規模別にみると、約8割の病院は300床未満であり¹⁰⁾、A県においても病床規模別の病院数において100～299床施設は約半数を占めている。また、A県においては全国平均からみても慢性的な医師不足が課題となっており、病院の100床当たりの医師数では、300～499床施設9.9人に対して100～299床施設は7.1人と少ない¹⁰⁾。病床規模によって医師数が異なることから医師数の少ない中では看護師の医行為の実施状況は異なることが考えられる。そこで本稿では、A県内の医療施設に勤務する看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識について病床規模別に比較し、100～299床施設の特徴を明らかにすることを目的とした。

II 用語の定義

特定行為：本研究を行った時点で、特定行為は明確に定まっていなかったが、本研究では特定行為を診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとし、厚生労働省令で定められた38行為のことをさす。

なお、厚生労働省令で定められた38行為の中では、「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」は「褥瘡・慢性創傷における血流のない壊死組織の除去」、「一時的ペースメーカーの抜去」は「一時的ペースメーカーリードの抜去」という表現になったが、本研究では調査時点での表現をそのまま使用する。

III 研究方法

1. 対象

日本病院会会員一覧¹¹⁾ から病床数と経営主体、所在地域を参考にA県内の中小規模の一

般病院8医療施設に勤務する臨床経験5年以上の看護師637名を対象とした。

2. 調査方法

調査は無記名自記式質問紙法で施設の所属長に本研究の趣旨を記載した説明文と調査用紙を送付し、承諾の得られた施設に調査を依頼した。対象者を決めるにあたっては、施設の所属長を訪問し、病棟・外来（手術室・透析室を含む）に特定の箇所へ偏らないようバランスよく配布を依頼した。その後、同封した返信用封筒で個別に封書後、郵送で調査用紙を回収した。調査期間は2013年11月～12月であった。

3. 調査内容

看護師の属性については、所属部署、資格・職位、年齢、臨床経験年数についてたずねた。また、医行為については、先行研究⁷⁾⁸⁾とチーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ資料¹²⁾を参考に項目を決定した。医行為56項目について看護師が実施しているか否かの現状と、今後の医行為のあり方として【医師が実施すべき】、【一般の看護師が実施可能】、【医療現場で研修を重ねた看護師が実施可能】、【指定研修を受けた看護師が実施可能】のいずれか1つを選択してもらった。さらに、指定研修を受けて医行為を行う看護師が今の所属先には必要か否かの回答を得た。

4. 分析方法

項目ごとに単純集計を行った後、100～299床施設と300～499床施設に勤務する看護師の2群に分け、医行為56項目について χ^2 検定を行った。また、看護師の年齢と臨床経験年数についてt検定を行い、有意水準は $p < .05$ とし、分析は統計ソフトSPSS ver.22を用いた。さらに、自由記述は類似内容をカテゴリー化した。

5. 倫理的配慮

施設の所属長に事前に説明し、承諾の得られた施設に調査を依頼した。対象者には研究目的、守秘義務、無記名で施設や個人が特定されないこと、研究協力は自由意思であり、拒否による不利益はないこと、データは統計的に処理し研究以外の目的で使用しないこと、研究結果は研究者の所属する学会で公表されること等を書面で説明し、回答および返送により同意を得たものとした。

IV 結果

1. 対象施設と対象者の属性 (表1)

対象施設8施設は100床台から400床台の一般病院でそのうち2施設は療養型病床を併設していた。対象者637名のうち、回答者数は581名(回収率91.2%)であった。そのうち、有効な回答が得られた561名(88.0%)を分析対象とした。

100～299床施設の看護師の平均年齢は、44.3歳(SD=9.6)、平均臨床経験年数は21.4年

(SD=10.0)であった。300～499床施設の看護師よりも年齢が高く、臨床経験年数も長いという結果で有意差がみられた。100～299床施設の看護師の所属部署は、病棟232名(69.5%)が最も多く、資格・職位は看護師229名(68.6%)が最も多かった。

2. 看護師の医行為の実態

現在、看護師が実施している医行為について調査を行った56項目のうち、特定行為と定められた38行為についての結果を表2に示した。

1) 現在、看護師が実施している割合が高い医行為

100～299床施設の看護師が実施している医行為は、「臨時薬剤(抗不安薬)の投与」227名(68.0%)が最も割合が高く、次いで「臨時薬剤(抗精神病薬)の投与」220名(65.9%)、「臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与」218名(65.3%)の順であった。これら臨時薬剤の投与の3項目はいずれも実施している割合が6割を超えており、次いで「臨時薬剤(感染徴

表1 対象施設と対象者の属性

項目		100～299床 n=334	300～499床 n=227	t 値
施設数		4	4	
病床数		206.8±13.4	382.8±71.1	
年齢		44.3±9.6	41.5±9.0	3.54***
臨床経験年数		21.4±10.0	18.8±8.9	3.12**
所属部署	病棟	232(69.5)	166(73.1)	
	外来	90(26.9)	51(22.6)	
	ICU	0(0)	8(3.5)	
	CCU	0(0)	1(0.4)	
	無回答	12(3.6)	1(0.4)	
資格・職位	准看護師	59(17.7)	8(3.5)	
	看護師	229(68.6)	170(74.9)	
	副看護師長	23(6.9)	10(4.4)	
	看護師長	20(6.0)	29(12.8)	
	認定・専門看護師	3(0.8)	6(2.6)	
	無回答	0(0)	4(1.8)	

注1) 病床数、年齢、臨床経験年数は平均±標準偏差

***: p<.01 **: p<.001

注2) 所属部署、資格・職位は人数(%)

表2 現在、看護師が実施している医行為

順位	項目	100～299床 n=334		300～499床 n=227		χ^2 値
		人数	%	人数	%	
1	臨時薬剤(抗不安薬)の投与	227	68.0	152	67.0	
2	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	220	65.9	149	65.6	
3	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	218	65.3	142	62.6	
4	臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与	188	56.3	119	52.4	
5	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	133	39.8	102	44.9	
6	病態に応じたインスリン投与量の調整	85	25.4	76	33.5	8.525*
7	人工呼吸管理下の鎮静管理	83	24.9	68	30.0	
8	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	82	24.6	76	33.5	14.120**
9	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	76	22.8	56	24.7	
10	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	62	18.6	71	31.3	
11	持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整	60	18.0	53	23.3	
12	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入	58	17.4	19	8.4	32.608***
13	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整	58	17.4	42	18.7	
14	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	56	16.8	44	19.4	
15	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	55	16.5	43	18.9	
16	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	47	14.1	52	22.9	
17	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	46	13.8	16	7.0	43.243***
18	脱水の程度の判断と輸液による補正	40	12.0	22	9.7	
19	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	40	12.0	32	14.1	
20	人工呼吸器モードの設定条件の変更	38	11.4	38	16.7	
21	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与・投与量の調整	37	11.1	39	17.2	28.511***
22	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更	31	9.3	32	14.1	
23	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	28	8.4	4	1.8	27.127***
24	気管カニューレの交換	26	7.8	5	2.2	
25	膀胱ろうカテーテルの交換	26	7.8	3	1.3	44.636***
26	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	21	6.3	18	7.9	
27	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	16	4.8	3	1.3	10.225**
28	中心静脈カテーテルの抜去	9	2.7	1	0.4	
29	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	5	1.5	6	2.6	
30	直接動脈穿刺による採血	4	1.2	3	1.3	
31	PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の操作・管理	4	1.2	7	3.1	
32	胸腔ドレーン抜去	3	0.9	1	0.4	
33	心嚢ドレーン抜去	3	0.9	0	0.0	
34	「一時的ペースメーカー」の抜去	2	0.6	0	0.0	
35	創部ドレーン抜去	2	0.6	0	0.0	
36	橈骨動脈ラインの確保	1	0.3	0	0.0	
37	大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整	1	0.3	6	2.6	
38	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	1	0.3	2	0.9	

*: p<.05 **: p<.01 ***: p<.001

候時の薬剤)の投与」188名(56.3%)も5割を超えていた。また、この順位は300～499床施設の看護師においても同様であり、病床規模による差はみられなかった。

2) 現在、看護師が実施している割合が低い医行為

100～299床施設の看護師が実施している割合が最も低い医行為は、「橈骨動脈ラインの確保」1名(0.3%)等の3項目であった。また、300～499床施設の看護師においても「橈骨動脈ラインの確保」の他に「心嚢ドレーン抜去」等の計4項目については、看護師は全く実施していなかった。

3) 100～299床施設の看護師が300～499床施設よりも実施している割合が高い医行為

「PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入」58名(17.4%)、「創傷の陰圧閉鎖療法の実施」28名(8.4%)「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」16名(4.8%)等の5項目については、100～299床施設の看護師の方が300～499床施設よりも看護師が実施している割合が高く有意差がみられた。

4) 100～299床施設の看護師が300～499床施設よりも実施している割合が低い医行為

「病態に応じたインスリン投与量の調整」85名(25.4%)、「持続点滴投与中薬剤(カテ

コラミン)の病態に応じた調整」82名(24.6%)、「硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」37名(11.1%)の3項目については、100～299床施設の看護師の方が300～499床施設よりも看護師が実施している割合が低く有意差がみられた。

3. 看護師の今後の医行為のあり方

- 1) 指定研修を受けた看護師が実施可能とする医行為
看護師の今後の医行為のあり方について調

査を行った56項目のうち、特定行為と定められた38項目について指定研修を受けた看護師が実施可能とする医行為を表3に示した。

指定研修を受けた看護師が実施可能とする医行為は、100～299床施設の看護師では「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」70名(21.0%)が最も割合が高く、次いで「急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理」69名(20.7%)、「創傷の陰圧閉鎖療法の実施」60名(18.0%)の順であった。しかし、最も割合が高い項目も2割程度

表3 指定研修を受けた看護師が実施可能とする医行為

順位	項目	100～299床 n=334		300～499床 n=227	
		人数	%	人数	%
1	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	70	21.0	52	22.9
2	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理	69	20.7	50	22.0
3	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	60	18.0	28	12.3
4	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更	55	16.5	47	20.7
5	人工呼吸器モードの設定条件の変更	53	15.9	48	21.1
6	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	52	15.6	45	19.8
7	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	40	12.0	35	15.4
8	病態に応じたインスリン投与量の調整	39	11.7	28	12.3
9	脱水の程度の判断と輸液による補正	34	10.2	28	12.3
10	人工呼吸管理下の鎮静管理	31	9.3	27	11.9
11	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	30	9.0	28	12.3
12	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	30	9.0	25	11.0
13	気管カニューレの交換	30	9.0	23	10.1
14	直接動脈穿刺による採血	29	8.7	16	7.1
15	中心静脈カテーテルの抜去	23	6.9	24	10.6
16	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	23	6.9	17	7.5
17	持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整	22	6.6	19	8.4
18	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	22	6.6	17	7.5
19	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	22	6.6	15	6.6
20	橈骨動脈ラインの確保	22	6.6	15	6.6
21	膀胱ろうカテーテルの交換	21	6.3	18	7.9
22	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整	20	6.0	21	9.3
23	PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の操作・管理	18	5.4	27	11.9
24	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	18	5.4	17	7.5
25	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	18	5.4	16	7.0
26	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入	17	5.1	13	5.7
27	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	16	4.8	19	8.4
28	臨時薬剤(抗不安薬)の投与	16	4.8	13	5.7
29	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	15	4.5	11	4.8
30	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	14	4.2	12	5.3
31	臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与	14	4.2	11	4.8
32	「一時的ペースメーカー」の抜去	14	4.2	11	4.8
33	大動脈内バルーンポンピング離脱のための補助頻度の調整	13	3.9	25	11.0
34	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	13	3.9	21	9.3
35	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	13	3.9	12	5.3
36	胸腔ドレーン抜去	12	3.6	13	5.7
37	創部ドレーン抜去	10	3.0	9	4.0
38	心嚢ドレーン抜去	6	1.8	4	1.8

にとどまり、この傾向は300～499床施設の看護師においても同様で病床規模による差はみられなかった。

2) 一般の看護師が実施可能とする医行為

また、看護師の今後の医行為のあり方について調査を行った56項目のうち、特定行為と定められた38項目について一般の看護師が実施可能とする医行為を表4に示した。

一般の看護師が実施可能とする医行為は、100～299床施設の看護師では「臨時薬剤（抗

不安薬）の投与」164名（49.1%）が最も割合が高く、次いで「臨時薬剤（抗精神病薬）の投与」156名（46.7%）、「臨時薬剤（抗けいれん剤）の投与」155名（46.4%）、「臨時薬剤（感染徴候時の薬剤）の投与」145名（43.4%）の順であった。これら臨時薬剤の投与4項目はいずれも4割を超えており、この順位は300～499床施設の看護師においても同様であった。

また、100～299床施設の看護師においては、臨時薬剤の投与4項目に加えて「経口・

表4 一般の看護師が実施可能とする医行為

順位	項目	100～299床 n=334		300～499床 n=227		χ^2 値
		人数	%	人数	%	
1	臨時薬剤（抗不安薬）の投与	164	49.1	79	34.8	17.933**
2	臨時薬剤（抗精神病薬）の投与	156	46.7	76	33.5	17.326**
3	臨時薬剤（抗けいれん剤）の投与	155	46.4	72	31.7	20.327***
4	臨時薬剤（感染徴候時の薬剤）の投与	145	43.4	70	30.8	13.204*
5	持続点滴投与中薬剤（降圧剤）の病態に応じた調整	79	23.7	55	24.2	
6	持続点滴投与中薬剤（カテコラミン）の病態に応じた調整	56	16.8	38	16.7	
7	持続点滴投与中薬剤（高カロリー輸液）の病態に応じた調整	52	15.6	26	11.5	
8	持続点滴投与中薬剤（利尿剤）の病態に応じた調整	49	14.7	35	15.4	
9	病態に応じたインスリン投与量の調整	48	14.4	41	18.1	
10	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	47	14.1	17	7.5	11.173*
11	PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）挿入	46	13.8	12	5.3	24.130***
12	持続点滴投与中薬剤（糖質輸液、電解質輸液）の病態に応じた調整	44	13.2	35	15.4	
13	持続点滴投与中薬剤（K、Cl、Na）の病態に応じた調整	41	12.3	30	13.2	
14	脱水の程度の判断と輸液による補正	39	11.7	19	8.4	
15	人工呼吸管理下の鎮静管理	35	10.5	25	11.0	
16	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	33	9.9	18	7.9	
17	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	20	6.0	5	2.2	16.792**
18	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	20	6.0	12	5.3	
19	気管カニューレの交換	18	5.4	3	1.3	39.057***
20	人工呼吸器モードの設定条件の変更	17	5.1	11	4.8	
21	NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）モード設定条件の変更	16	4.8	10	4.4	
22	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	12	3.6	0	0.0	
23	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理	11	3.3	3	1.3	
24	心嚢ドレーン抜去	7	2.1	2	0.9	
25	創部ドレーン抜去	7	2.1	1	0.4	
26	腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む）	6	1.8	5	2.2	
27	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	5	1.5	1	0.4	
28	胸腔ドレーン抜去	4	1.2	0	0.0	
29	直接動脈穿刺による採血	3	0.9	0	0.0	
30	橈骨動脈ラインの確保	3	0.9	0	0.0	
31	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	3	0.9	3	1.3	
32	「一時的ペースメーカー」の抜去	2	0.6	1	0.4	
33	PCPS（経皮的心肺補助装置）等補助循環の操作・管理	2	0.6	1	0.4	
34	大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整	1	0.3	1	0.4	
35	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	1	0.3	1	0.4	
36	橈骨動脈ラインの確保	1	0.3	0	0.0	
37	大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整	1	0.3	6	2.6	
38	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	1	0.3	2	0.9	

*: $p < .05$ **: $p < .01$ ***: $p < .001$

経鼻気管挿管チューブの位置調節」等の計10項目について300～499床施設の看護師よりも今後、一般の看護師が実施可能とする割合が高かった。

4. 特定行為を行う看護師の必要性

指定研修を受けて医行為を行う看護師が今の所属先には必要かどうかについては、「どちらでもない」274名（48.8%）が最も多く、次いで「必要である」206名（36.7%）、「必要ではない」81名（14.4%）の順であった。特定行為を行う看護師の必要性については病床規模による差はみられなかった。

必要とする理由には、「医師の不在時に特定行為を行う看護師がいれば対応の遅れを改善できる」、「安全な医療を提供するためには研修を受けた看護師が必要である」等があった。また、必要としない理由には、「医師と連携がはかれており、医師の指示のもと、一般看護師が行っているため十分である」、「看護師が侵襲の大きい医行為を実施するのは危険である」があった。またどちらでもない理由には、「特定行為を行う看護師が職場にいるイメージがわからない」、「今の所属先に特定行為を行う看護師が現状でどれほど必要なのかわからない」等があった。

V 考察

1. 100～299床施設の看護師が実施している医行為

100～299床施設の看護師の医行為の実態においては、臨時薬剤の投与の3項目は実施している割合が6割を超えていた。これらは、特定行為区分⁶⁾において【精神・神経症状に係る薬剤投与関連】に分類されている医行為である。また、次いで実施している割合が5割を超えていた臨時薬剤（感染徴候時の薬剤）の投与も【感染に係る薬剤投与関連】に分類されている。

この順位は300～499床施設においても同様であり、病床規模による差はみられなかったことから【精神・神経症状に係る薬剤投与関連】と【感染に係る薬剤投与関連】の特定行為は、病床規模に関係なく、病院では看護師が行っている割合が高い現状が明らかとなった。

一方、100～299床施設の看護師では300～499床施設に比べ、「PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）挿入」や「創傷の陰圧閉鎖療法の実施」、「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」といった特定行為区分の【創傷管理関連】に分類されている医行為等5項目について看護師が実施している割合が高かった。これら5項目については、前原ら⁷⁾が行った調査においても、病床規模が小さくなるほど看護師が実施している割合が高くなる傾向は同様であった。

本研究の対象者においては、100～299床施設の看護師の方が300～499床施設の看護師よりも平均年齢が高く、経験年数も長かった。このため、100～299床施設では300～499床施設に比べて、医師数の少ない中で経験年数の長い看護師が特定行為となった医行為を医師の指示の下、実施している現状があると考えられる。

2. 100～299床施設の看護師の特定行為研修に関する認識

100～299床施設の看護師が、指定研修を受けた看護師が実施可能とする医行為は300～499床施設の看護師と同様に最も割合が高い項目「急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理」等も2割程度であった。指定研修を受けた看護師が実施可能とする割合が低い要因として調査期間が考えられる。本研究の調査は2013年11月から12月に実施したものであり、「特定行為に係る看護師の研修制度」がようやくまとまった時期であった。本研究の調査対象は、看護管理者ではない看護

師がほとんどであり、特定行為に係る研修制度についてまだよく知られていなかったことも影響していると推測する。

また、一般の看護師が実施可能とする医行為の上位は、臨時薬剤の投与4項目がいずれも4割を超えていた。そしてその順位は現在、看護師が実施している割合が高い医行為の結果と一致していた。しかし、現在、看護師が実施している割合の6割よりも若干低下しており、これは現在、特定行為とされる医行為を行いながらも正しく安全に行うためには、研修を受ける必要性があると感じている看護師もいるためではないかと考える。

一方で100～299床施設では特定行為区分において【精神・神経症状に係る薬剤投与関連】、【感染に係る薬剤投与関連】に分類される臨時薬剤の投与等10項目について、300～499床施設よりも今後、一般の看護師が実施可能とする割合が高かった。小規模病院では、医師数の少ない中で臨床経験の長い看護師が医行為をすでに実施しているため、研修の必要性を感じていない人も多いと考えられる。特定行為を行う看護師を必要としない理由の中にも「医師と連携がはかれており、医師の指示のもと、一般看護師が行っているため十分である」という内容があった。

特定行為はあくまで診療の補助であるため、看護師が手順書により特定行為を行うのではなく、従来どおりに医師の指示の下、看護師が手順書によらずに行う場合は特段の制限が生じるものではない¹³⁾。しかし、特定行為の実施については高い知識と技術を要する。手順書により特定行為を行わず、医師の指示の下、実施するとしても表面的な模倣ではなく、特定行為を安全に実施し、かつ質を保証するために、特定行為研修を積極的に受けていく必要性があると考えられる。

その反面、今後、特定行為研修が実施されても小規模施設では人数の少ない中で看護師を研修に出すことは困難なことが懸念され

る。結局は研修を受けないまま従来どおりに医師の指示の下、診療の補助行為が行われ続ける可能性もある。多くの看護師が特定行為研修を円滑かつ効果的に受講するために、就労を継続しながら受講を継続できるようなeラーニング等を用いた遠隔学習を支援するための体制¹⁴⁾を整備していくことが重要である。

VI 結論

1. 100～299床施設の看護師が実施している医行為については、臨時薬剤の投与の3項目が6割を超え、「PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）挿入」等の5項目については、300～499床施設の看護師よりも実施している割合が高かった。
2. 100～299床施設の看護師の特定行為研修に関する認識については、指定研修を受けた看護師が実施可能とする医行為は、最も割合が高い項目「急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理」等も2割程度であった。また、臨時薬剤の投与に加えて「経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節」等の10項目について、300～499床施設の看護師よりも今後、一般の看護師が実施可能とする割合が高かった。今後、特定行為を安全に行うために特定行為研修の積極的な受講の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆様に心より感謝いたします。

本研究は第7回新潟青陵学会学術集会（2014年11月）の発表に加筆・修正を加えたものである。なお、本研究は2013年度新潟青陵大学共同研究費の助成を受けて実施した。

文献

- 1) 厚生労働省. チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書). 2010. <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>>. 2015年6月12日.
- 2) 厚生労働省. 看護師特定能力認証制度骨子(案). 2011. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001w5xo.html>>. 2015年6月12日.
- 3) 厚生労働省. 平成22年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業最終報告. 2010. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001q7c3.html>>. 2015年6月12日.
- 4) 厚生労働省. 平成23年度特定看護師(仮称)業務試行事業実施状況最終報告概要. 2011. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002den.html>>. 2015年6月12日.
- 5) 厚生労働省. チーム医療推進会議報告書「特定行為に係る看護師の研修制度について」. 2013. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yovx-att/2r9852000002yoxe.pdf>>. 2015年6月12日.
- 6) 厚生労働省. 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令等について. 2015. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077985.html>>. 2015年6月12日.
- 7) 前原正明, 信友浩一, 川越正平, 他. 看護師が行う医行為の範囲に関する研究. 平成22年度厚生労働科学特別研究成果報告書. 2011.
- 8) 社団法人全日本病院協会病院のあり方委員会. 「医行為の分類に関するアンケート」調査結果報告書. 2013.
- 9) 清水理恵, 中村悦子, 中根薫. A県内の看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識. 第18回日本看護管理学会学術集会抄録集. 2014:202.
- 10) 厚生労働省. 平成25年医療施設(動態)調査・病院報告の概況.2014. <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/>>. 2015年6月12日.
- 11) 日本病院会. 日本病院会会員一覧. <http://www.hospital.or.jp/shibu_kaiin/>. 2013年10月6日.
- 12) 厚生労働省. 第34回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ資料 指定研修における行為群(案)一覧. 2013. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000017692.html>>. 2015年6月12日.
- 13) 穴見翠. 手順書に基づく「特定行為」Q&A 訪問看護における特定行為の実際と展望. 訪問看護と介護. 2014;19(12):970-975.
- 14) 春山早苗, 浅田義和, 阿部幸恵, 他. 診療の補助における特定行為等に係る研修の体制整備に関する研究 就労継続支援型の看護師の特定行為研修の実施にあたっての手引き. 平成26年度厚生労働科学地域医療基盤開発推進研究成果報告書. 2015.

平成26年度新潟青陵学会定例総会 議事録

1. 日 時 平成27年3月19日（木）
15時00分～15時40分

2. 場 所 5号館5301大講義室

正会員数133名であり57名の会員により総会は成立する。出席者50名、委任状30名、合計80名であり、正会員数の過半数以上であることから総会の成立が確認され議事に入った。

3. 議事の経過および結果

司会：碓井理事

1) 会長挨拶

諫山会長が公務のため鈴木会長代行により挨拶があった。本学会・学会誌での発表を第1歩として各専門誌に投稿できることを期待しているというお話をいただいた。

2) 議長選出

役員会に一任され、本間昭子会員が選出された。

3) 審議事項

第1号議案 平成26年度事業報告（案）
について平川理事より報告があった。

学会におけるポスターセッションは発表者の希望により口演とポスターに分けて発表する方法をとることで発表時間が有効に使えるという意見があり次回学会までに検討することになった。第1号議案は異議なく拍手をもって承認された。

第2号議案 平成25年度事業計画（案）
について平川理事より説明があった。

異議なく拍手をもって承認された。

第3号議案 平成25年度収支予算（案）
について平川理事より説明があった。

学会誌に広告を出すことや医療機器会社などから広告を出してもらい経費を蓄えておくことで講師招聘の基金とすることができるといった意見があった。

第3号議案は異議なく拍手をもって承認された。

第4号議案 学部再編に伴う規約改正について平川理事より説明があった。

第4号議案は異議なく拍手をもって承認された。

4) 報告事項

(1) 新年度役員紹介：看護学部（鈴木・尾崎・渡辺タ・斉藤ま）と福祉心理学部（平川・荒木・斉藤さ・碓井）各4名の役員が鈴木会長代行により紹介された。

(2) 第8回新潟青陵学会学術集会準備状況について、開催日程が決定したのでこれから内容の検討に入るといった報告があった。

以上をもって定例総会の審議と報告を終了し議長は退出し閉会となった。

以上

平成26年度事業報告

平成26年4月1日～平成27年3月19日まで

I 学術集会・講演会・講習会の実施

1. 新潟青陵学会第7回学術集会

平成26年11月8日（土）に、新潟青陵学会第7回学術集会を、「実践が問いかけるケアー経験の蓄積、学びの継続」をテーマとして本学において開催した。基調講演は、首都大学東京大学院教授の西村ユミ先生より、「実践を生み出し継承する看護師たちの方法」という題名のもとに行われた。看護場面の実践知を記述する研究に取り組まれている西村先生の講演は、専門職者が実践しているケアを考える本学会のテーマの中心となる内容であった。ポスターセッションは、基礎研究・調査研究・実践研究等30題の発表を準備することができた。参加者からは、興味のある研究があって楽しめた、初めてのポスター発表で緊張するのかもしれないけど、参加者と近い分、親近感があってよかったという意見があった。また、発表が一斉にはじまったため発表者の声が重なり聞こえなかった、セッションの時間が短くてゆっくりポスターをみることができなかったなどの意見もあった。これらの意見は次回の学術集会に活かしたい。

シンポジウムは、看護、福祉、心理の臨床の場で活躍している4名の本学の卒業生をシンポジストに迎え、「私の実践経験と学び」というテーマで行った。シンポジストから、病院という組織の中で、看護ケア向上のために学んでいること、赤ちゃんからお年寄りまで、障がいのある人もない人もみんなに、みんなの居場所を提供することを目標に挑戦していることなどの発表があり、会場の参加

者と質疑応答、意見交換があった。学生の参加者の多くが、現実と格闘しながらも理想の実現を目指す実践者の体験談を聞き刺激を受けた、先輩のようになれるように日々努力をしたいという感想を述べていた。

今回の学術集会には、学会員273名（正会員64名、学生会員209名）、会員外38名、総計311名の参加者があった。

2. 学位取得者等による研究報告

平成27年3月16日（月）に、渡辺 優子先生による「わらべうた研究のあらたな視点を求めて」、丸山 公男先生による「新潟におけるメチル水銀曝露と神経症状」の学位論文の発表会を、本学6202講義室において行った。

II 学会誌の編集・発行 研究・調査等の推進

新潟青陵学会誌第7巻第1号を平成26年9月に、第7巻第2号を平成26年11月に、第7巻第3号を平成27年3月にそれぞれ発行した。

研究・調査等の推進を、学術集会での発表、参加者との交流、学会誌への投稿・掲載等を通じて、研究団体としての成果を社会へ還元した。

III 学生会員に対する業務

新入生を対象とした学会オリエンテーションを実施し、学生会員に学会誌を配布し、学術集会・学会誌等への研究発表の場を提供した。卒業生に対して一般会員への移行を推進した。

IV その他、本会の目的達成に必要な事業

学会ホームページにより、学術集会活動の情報提供を随時行った。

平成27年度事業計画(案)

平成27年4月1日～平成28年3月31日まで

I 学術集会・講演会・講習会の実施

1. 学術集会を平成27年11月7日（土）に開催する。
 - 1) 研究者としての研鑽と研究成果の発表の場と参加者との相互交流の場を提供する。
 - 2) 卒業生との連携研究および情報提供の場とする。「新潟青陵学会学生シンポジウム」の開催などによる研究活動支援と学会活動情報を提供し、会員と卒業生の連携をすすめる。
2. 学位取得者等による研究報告会を開催し、研究者・専門職としての質の向上を図る。

II 学会誌の編集・発行

学会誌を年度内に3回（9月・10月・3月）発行し、研究者としての研鑽と研究成果の発表の場を提供する。学会誌への投稿・掲載等を通じて、研究団体としての成果を社会へ還元する。

III 学生会員に対する業務

1. 新入生を対象とした学会オリエンテーションを実施する。
2. 卒業生に対して一般会員への移行を推進する。
3. 学生会員に学会誌を配布する。
4. 学術集会・学会誌等への研究発表の場を提供する。

IV その他、本会の目的達成に必要な事業

学会ホームページにより、学会活動の情報提供を随時行う。

新潟青陵学会誌投稿および編集に関する規程

(発行の目的)

第1条 新潟青陵学会会員の執筆による論文等を掲載発表することを目的として「新潟青陵学会誌」を発刊する。

(発行の体裁)

第2条 発行各号の体裁はA4版とし、本文の体裁は10ポイント活字横2段組みとする。

(掲載制限)

第3条 同一の号における掲載は、1人1編を原則とする。ただし、各号の全体の頁数が過大となる場合は、執筆者の承諾を得て2つ以上の号に分割掲載することがある。

(原稿の種類および内容)

第4条 原稿の種類は、総説、原著、研究報告および資料とし、それぞれの内容は、次の各号のとおりとする。

- 一、総説 特定のテーマについて、総合的に学問的状况を概説したり考察したりしたもの
- 二、原著 独創的な知見が論理的に導かれている学術論文
- 三、研究報告 研究結果の意義が大きく、当該研究分野の進展に寄与すると認められるもの(実践報告、事例報告、または、調査報告等を含む)
- 四、資料 前各号のいずれにも該当しないものの、資料的価値があると認められるもの

2 新潟青陵学会誌編集委員会(以下「編集委員会」という。)は、前項に規定する原稿とは別に、新潟青陵学会の事業に関する記事を掲載したり、会員に記事の投稿を求めたりすることができる。

(投稿手続)

第5条 原稿は、次の各号により構成する。

- 一、英文要旨(資料をのぞく)
- 二、和文要旨(資料をのぞく)
- 三、本文(タイトル、注・引用文献および文献一覧を含む)
- 四、図、表および写真

2 前項第一号に規定する英文要旨は、英語を母国語とする者、またはそれに準ずる語学力を有する者による校閲を受けるものとする。校閲に係る手続き等は、投稿者において行う。

3 投稿者は、編集委員会において定める提出期限までに、次の各号の書類等を角形2号封筒(投稿者の氏名を記載する。)に封入して、編集委員会において定める提出先に持参、または、郵送する。

- 一 カバーシート(様式1) 1部
- 二 原稿 2部
- 三 投稿論文チェックリスト(様式2) 1部

4 前項第二号に規定する原稿には、投稿者の氏名を記載しない。

5 第4条第2項に規定する記事は、前号までの規程によらず、編集委員会において別に定めるところによるものとする。

(編集手続)

第6条 編集委員会における編集手続は、次の各号のとおりとする。

- 一、前条第2項の投稿手続を経た原稿は、学会事務局に到着した日をもって提出日とする。ただし、提出期限を過ぎて到着した原稿は、いかなる理由があっても認めない。
- 二、編集委員長は、期限までに提出された原稿が本規定の第7条第3項および4項を遵守しているかどうか確認し、遵守されている原稿を受け付け、遵守されていない原稿については再提出を指示する。
- 三、編集委員会は、受け付けた原稿を審査に付し査読を行って、その採否を決定し、正式に受理する。
- 四、編集委員会は、受理した原稿の投稿者に対して原稿の修正および種類の変更を求めることができる。
- 五、稿の受理通知を受けた投稿者は、編集委員会に対して、本文等のデータを電磁的に記録した電子媒体を遅滞なく提出しなければならない。
- 六、原稿の掲載順等の編集に関する事項は、編集委員会が決定する。

(原稿の執筆)

第7条 原稿の執筆は、次の各号の要領によるものとする。

- 一、原稿は、和文または英文により、ワードプロセッサを用いて作成する。
- 二、原稿(図、表および写真を除く。)の形式は、すべてA4版の用紙に、横書きで印字するものとする。
- 三、一行の文字数は40字、一頁の行数は36行に設定して適切な行間を空けるものとする。
注・引用文献および文献一覧の書式もこれに準ずる。
- 四、原稿の本文、図、表および写真を合計したA4版用紙の枚数は、11枚以内とする。
- 五、原稿中の図、表および写真は、4分の1未満にあっては360字、4分の1以上2分の1未満にあっては720字、2分の1以上1頁未満にあっては1440字で換算するものとする。
- 六、見出番号の表記は、原則として次の様式に従う(全角英数字。「_」は全角スペースを、「□」は文字を示す)。

I _□□□□□ (章)

(1行アキ)

1. □□□□□ (節)

1) □□□□□ (項)

(1) □□□□□

① _□□□□□

- 七、図、表および写真には、図1、表1、写真1のように通し番号をつけ、本文とは別に一括し、本文右欄外に、それぞれ挿入希望位置を朱書きで指定するものとする。
なお、図および写真については、天地の別を明示することが望ましい。文字の修正・矢印の焼き込み等については、別に実費を徴収するものとする。
- 八、図および写真は、直接に製版可能な明瞭かつ鮮明なもの(電磁的データによるものが望ましい。)とし、モノクロ製版を原則とする。カラー製版を希望する場合は、モノクロ製版とした場合の差額分は投稿者の負担とする。

九、注・引用文献および文献一覧の取扱いは、次の例による。

- ① 注・引用文献は、本文末尾に通し番号（算用数字）を付して一括する。
- ② 注・引用文献の番号は、本文中の必要箇所右肩に、片括弧を伏した算用数字を記入する。
- ③ 文献一覧は、原稿末尾に一括する。ただし、通し番号は付さない。
- ④ 注・引用文献および文献一覧における文献の表記は、原則として次の様式に従う。
雑誌論文 著者名. 論文名. 雑誌名. 西暦年;巻(号):頁.
単行書 著者名. 書名. 頁. 発行所所在地:発行所名;西暦年.
訳書 原著者名. 訳者名. 書名. 頁. 発行所所在地:発行所名;西暦年.
ウェブページ 著者名. ページ名. 〈URL〉. 閲覧西暦年月日.

十、付記の取扱いは、次の例による。

- ① 共同執筆の場合、各執筆者の分担部分を記載する。
- ② 当該研究が研究助成等を得て行われた場合は、その旨を記載する。

十一、カバーシートには、次の内容を記載する。

- ① 論文の表題（和文および英文）
- ② 欄外見出し（和文および英文）
- ③ 著者名（和文およびローマ字）
- ④ 所属機関名
- ⑤ キーワード（和文および英文で5語以内）
- ⑥ 図、表および写真それぞれの枚数
- ⑦ 希望する原稿の種類
- ⑧ 実費負担による抜刷希望部数（無料分50部を除く）
- ⑨ 連絡者（第一執筆者であることが望ましい。）の氏名、住所、電話番号および電子メールアドレス

十二、要旨は、和文については400字程度、英文については200ワード程度で作成するものとする。

（著者校正）

第8条 審査および査読後の最終原稿提出後の著者校正は、誤字及び脱字等の修正以外の加筆及び修正は認めないものとする。

（抜刷等）

第9条 掲載論文等1編につき抜刷50部を配付する。ただし、50部を超える分については執筆者がその費用を負担しなければならない。カラー製版等の特別な技術を必要とする場合も同様とする。

（著作権等）

第10条 本学会誌に掲載された論文等（以下「論文等」という。）の著作権は、新潟青陵学会に帰属する。

2 最終原稿提出時に誓約書及び著作権譲渡同意書（様式3）に著者全員が自筆署名（もしくは押印）し提出すること。

（規程の改正）

第11条 この規程の改正は、学会役員会の議を経なければならない。

附則

この規程は、平成20年12月1日から施行する。

附則

この規程は、平成21年7月6日から施行し、平成21年4月1日から適用する。

附則

この規程は、平成22年12月17日から施行する。

附則

この規程は、平成27年7月27日から施行する。

(様式1)

新潟青陵学会誌 (Journal of Niigata Seiryō Academic Society) 投稿論文カバーシート

論文番号(事務局にて記載)		原稿受付月日(事務局にて記載)	20 年 月 日
論文の表題			
Title			
欄外見出し			
Running Title			
著書名 1. 2. 3.	所属機関名 1. 2. 3.		
Authors 1. 2. 3.	Affiliation 1. 2. 3.		
キーワード (5語以内)			
Keywords			
原稿(本文)	■枚数() ■図の数() ■表の数() ■写真の数()		
原稿の種類	■総説() ■原著() ■研究報告() ■資料()		
抜刷希望数	()部 ※無料分50部を除く。		
連絡者 ※第一執筆者 であることが 望ましい	(氏名) (住所)〒 (電話番号) (電子メール)		
英文校閲 ¹⁾ Revision of English	サイン(sign) ※校閲者による自署のこと。校閲を証明する書類の添付にかえることも可。		

1) 本文が日本語の論文は、校閲対象をTitle, Running Title, keywordsおよびAbstractとする。

(様式2)

投稿論文等チェックリスト

* 投稿する前に原稿を点検確認し、原稿に添付して提出してください。下記の項目に従っていない場合は、投稿を受け付けないことがあります。

- ☐ 1. 原稿の内容は、他の出版物にすでに発表、あるいは投稿されていない。
- ☐ 2. 希望する原稿の種類と原稿枚数の規定を確認している。
- ☐ 3. 原稿は、A4判用紙に横書きで、1行40字、1ページ36行で印字している。
- ☐ 4. 原稿枚数は、本文、注記および図表等を含めて、投稿規程の制限範囲内である。
- ☐ 5. 図、表および写真は、1枚に1点を印刷し、それぞれ通し番号を付けている。
- ☐ 6. 見出番号の表記は、投稿および編集に関する規程に準じている。
- ☐ 7. 本文原稿右欄外に、図、表および写真の挿入希望位置を朱書きしている。
- ☐ 8. 文献の情報は、原典と相違ない。
- ☐ 9. 文献の注記は、投稿および編集に関する規程に準じている。
- ☐ 10. 和文要旨400字程度、英文要旨 200ワード程度（希望する原稿の種類が「資料」の場合を除く）をつけている。
- ☐ 11. 和文要旨と英文要旨の内容は、一致している。
- ☐ 12. カバーシートに、次の項目を記載している。
 - ① 論文の表題（和文および英文）
 - ② 欄外見出し（和文および英文）
 - ③ 著者名（和文およびローマ字）
 - ④ 所属機関名
 - ⑤ キーワード（日本語および英語でそれぞれ5語以内）
 - ⑥ 図、表および写真それぞれの枚数
 - ⑦ 希望する原稿の種類
 - ⑧ 実費負担による抜刷希望部数（無料分50部を除く）
 - ⑨ 連絡者（第一執筆者であることが望ましい）の氏名、住所、電話番号および電子メールアドレス
- ☐ 13. 次の書類等が、揃っている。
 - ① 原稿：2部
 - ② カバーシート：1部
 - ③ 投稿論文チェックリスト：1部
- ☐ 14. 上記書類等を封入する角形2号封筒には、投稿者の氏名を記載している。

以上

私は、新潟青陵学会誌投稿および編集に関する規程に基づき、上記項目を確認しました。

平成 年 月 日 （第一執筆者氏名）

(様式3)

新潟青陵学会

会長 諫山 正 様

年 月 日

【誓 約 書】

投稿論文は、その内容を他誌に掲載・投稿していないことを誓約致します。

【著作権譲渡同意書】

私は論文等を見新潟青陵学会に提出するに際し、「新潟青陵学会誌投稿および編集に関する規程第10条 著作権等」に同意の上、その論文等にかかる著作権を本会に譲渡することに同意します。

また譲渡後、当該論文等が電子データベース「新潟青陵大学・新潟青陵大学短期大学部機関リポジトリ」に登録され、インターネットにより配信されることにも併せて同意します。

論 文 名：

論文種類：〔総説 原著 研究報告 資料 その他〕

著 者 著者全員、署名・捺印のこと

*但し、自書の場合は捺印不要

1. (筆頭者)	印	6.	印
2.	印	7.	印
3.	印	8.	印
4.	印	9.	印
5.	印	10.	印

筆頭者氏名：

住所：

所属施設

*用紙が不足する場合はコピーして使用してください。

CONTENTS

Original Articles

Development and validation of the Japanese version of the secondary traumatic stress for nursing staff

Yukiko Wada, Syouko Honma (1)

Issues related to postmortem measures at medical facilities

: Based on a survey on death care industry workers

Yuko Kobayashi, Yukiko Wada (13)

Reports

Mothers' experience process on difficulties in caring children with food allergies

Shoko Homma, Kazuko Tukahara, Seiko Tanabe,

Tomoko Tubokawa, Yukiko Wada (23)

A study of children's short-term memory of traditional Japanese children's songs in preschool

- Development of singing ability in pitch and volume-

Yuko Watanabe (35)

Growing clinical practice roles among Japanese nurses

: Performance of specialized nursing skills and the need for training

Kaoru Nakane, Etsuko Nakamura, Rie Shimizu (45)

平成 27 年度 新潟青陵学会役員

会 長 諫山 正
会長代行 鈴木 宏
理 事 総務担当：平川 毅彦、斎藤 まさ子 研究報告会担当：碓井 真史、渡邊 タミ子
広報担当：荒木 重嗣 学会誌編集担当：中平 浩人、尾崎 フサ子、斎藤 智
監 事 眞壁 伍郎、栗林 克礼
事 務 高野 聡、小松原 由美子

編集後記

新潟青陵学会誌第 8 巻 1 号をお届けします。ご投稿くださった会員の皆様、そしてお忙しい中、査読の労をお執りいただいた皆様に深謝いたします。

本誌第 8 巻はご投稿いただいた 6 編のうち 5 編（原著：2 編、研究報告：3 編）を選択させていただきました。原著 2 編は「医療施設での死後の処置の課題－葬祭業従事者への調査から－」、「看護職者用二次的外傷性ストレス尺度の作成」、報告 3 編は「食物アレルギーの子どもへの対応における母親と医療・学校関係者の連携のあり方に関する研究」、「幼児のわらべうたの短期記憶に関する一考察」、「A 県内の看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識：100～299 床施設の特徴」でした。



終戦から 70 年を迎えた 8 月 15 日は日本国中、大戦の犠牲者を追悼する式典が開かれました。

その一つに米ハワイ州ホノルル市の真珠湾で 15 日（現地時間 14 日）、戦没者に手向ける菊の花を模した新潟県長岡市の花火「白菊」が夜空に 3 発打ち上げられ、両市民らが追悼と平和の祈りを込めて見守ったと記載されていました（読売新聞、8.15 '15）。

花火の打ち上げに参加した長岡からの 5 人の中学生は、「平和への誓いを日本だけでなく世界の人々と共にしたい」と述べていました。私には、テレビでみた一人の女子学生の実顔が忘れられませんでした。彼女はこの会場に来たことによって世界と一緒の平和の取り組み（交流）が必要だと、泣き出さんばかりの大きな笑顔と新たな気づきで話していました。

尾崎 フサ子

新潟青陵学会誌 第 8 巻第 1 号

平成 27 年 9 月 14 日 印刷
平成 27 年 9 月 18 日 発行（非売品）

発行者 〒951-8121 新潟青陵学会（会長 諫山 正）
新潟県新潟市中央区水道町 1 - 5939

TEL 025 (266) 0127
FAX 025 (267) 0053
<http://www.n-seiryō.ac.jp/gakkai/>

印刷所 〒951-8103 新潟県新潟市中央区田中町 408 番地

 株式会社 清水印刷所

TEL 025 (223) 2950
FAX 025 (223) 2951
E-mail shimizu@pavc.ne.jp

ISSN 1883-759X

Vol. 8 , No. 1

JOURNAL OF
NIIGATA SEIRYO
ACADEMIC SOCIETY

NIIGATA SEIRYO ACADEMIC SOCIETY