

Bulletin of Tenri Health Care University

天理医療大学 紀 要

Vol.9 No.1

2021

天 理 医 療 大 学

Tenri Health Care University

天理医療大学紀要

第9巻第1号 2021

副学長講話

「医療における科学的思考」

稲本 俊 1

原著論文

臨床検査データの関連性を反映した新しい基準範囲設定の試み

山西 八郎 4

宗教系病院における死亡した非信者患者及びその家族への宗教者によるケア

山本佳世子 13

実習指導者の声掛けが看護学生に与える影響

伊藤 咲 24

短 報

成人看護学実習を受ける学生の実習前のSense of Coherenceと実習中の精神健康度・身体症状・生活状況・社会的状況の関連性

山中政子 35

報 告

診療所看護師の役割に関する文献レビュー：2014年以降の文献を対象として

横井弓枝 42

第34回日本がん看護学会学術集会に於いて交流集会を企画・運営した経験

山中政子 53

シンガポールからローマが見える

曾山奉教 57

Proceedings 2020 天理医療大学リトリート 研究発表一覧 64

令和元年度 共同研究助成報告 68

Bulletin of Tenri Health Care University

Volume 9 Number 1 2021

Dean lecture

「Scientific thinking in health care」

Takashi Inamoto 1

Original Article

Reference intervals of clinical laboratory tests by factor analysis

Hachiro Yamanishi 4

Religious Care by Hospital Chaplains for Non-Religious Patients Who Died in Hospital and Their Families Kayoko Yamamoto

Kayoko Yamamoto 13

“Effect of striking a conversation by training instructors for nursing students”

Saki Ito 24

Relationship between the Sense of Coherence before Clinical Practice of Adult Nursing and Mental Health Status, Physical Symptoms and Life and Social Situations during the Practice in Nursing Students

Masako Yamanaka 35

Report

Review of literature since 2014 on the role of clinic nurses

Yumi Yokoi 42

Report of host about 20th The Japanese society for Laboratory Hematology at Tenri city.

Masako Yamanaka 53

Visiting Singapore, We think about ancient Roman age

Tomonori Soyama 57

Proceedings of the Tenri Health Care University Retreat 2020 64

Collaborative research report, 2019 68

医療における科学的思考

Scientific thinking in health care

副学長 稲本 俊
Takashi Inamoto

「医療における科学的思考」は天理医療大学の開学時から1回生に講義を行ってきた科目の名称です。この科目の目的は、「医療が発展する原動力となった科学的思考について知り、根拠に基づいた医療を提供する能力を身につける。」としています。この科目では、学生たちに科学的思考とはどういうもので、医療においてどのような科学的思考が重要かを伝えることに腐心しました。学生の理科離れ、理科嫌いが進んでいるといわれ、理科に代表される科学的な思考が学生たちに十分に身につけていないのではないかと考え、科学的思考の基本的なところから伝えようと思ったからです。

レオナルド・ダ・ヴィンチは、「空中にあらわれる青さは空気自身の色ではなく、ごく微細で感知できない原子となって蒸発せる熱い水分(水蒸気)によって生ずる。この水分は自己の背後に太陽光線の当るのを受け、そして自分の上を覆っている火層圏の無量の暗闇を背景として発光するのである。」(レオナルド・ダ・ヴィンチの手記)と書いています。レオナルド・ダ・ヴィンチの鋭い観察力と洞察力によって立てられた仮説は、ティンダルの実験によって証明されます。ティンダルは、実験の結果を、「直径7cm、長さ1m20cmのガラス管を水蒸気で満し強い光を当てると、水蒸気が水滴となってガラス管が微細な粒子で満たされるのが見える。ここで部屋を真っ暗にしてガラス管に焦点を合せると、ガラス管全体が空の青さと同じ色を呈する。」(医学を変えた発見の物語)と報告しています。物事を科学的に考えて行くときは、その物事についての観察から始まり、深く観察するなかから推論をして仮説をたてること、そして、実験を行って仮説を証明するためには、綿密に考えて、仮説を証明するために適切な実験方法を計画し、実施することが重要であることを学生たちが学んでくれることを期待しました。

あるものが変化するときには、必ずそのものを構成する物質の合成や分解、あるいは化学的に変化することによって起こることを、葉の緑と紅葉の変化を取り上げて説明しました。葉が緑色をしているのは、葉に多く存在するクロロフィルが構造中のテトラピロール環に由来する青色と赤色の波長の光を吸収し、緑色の波長の光を反射するので緑色に見え、吸収する赤色の波長から光合成のエネルギーを得ていること、葉が赤くなるのは、秋になって光合成が低下すると、クロロフィルの分解とともに、新たに赤いアントシアニン系の色素が大量に作られるため、アントシアニンは青色の光をよく吸収して、分解途中のクロロフィルの作る活性酸素から葉の細胞を守るカーテンの役割をしていることを紹介しました。生物の活動のほとんどが化学的な反応により行われていることを理解し、生物の活動や変化を化学的な視点から科学的思考をもって、観察し、研究を行うことの必要性を学んで欲しいと思っています。

医療においては、生物学が最も大きな位置を占めていますが、そのなかでも遺伝子の役割を理解することが最も重要だと思います。講義では、ダーウィンとウォレスは自然選択説からはじまる進化論が、累積的選択を経て、リチャード・ドーキンスの利己的遺伝子の説明に至る経緯を紹介し、進化だけでなく、人の様々な行動にまで、遺伝子が関わっていて、生物学的な科学的思考には、遺伝子の面から考えることが欠かせないことを理解して欲しいと思いました。さらに、遺伝子学的な面からはまだ結論が得られていない、動物の寿命のことについても話してみました。動物の寿命は体重で決まるという説がありますが、それは結果論で、

体重が増加するとどうして寿命がのびるのかという理由は不明です。また、哺乳類ではどの動物でも、一生の間に心臓は20億回打つという計算になることから、心臓の鼓動の総数が寿命を決めるという説がありますが、これも結果論で、心臓が20億回打つとどうして寿命が終わるのかが説明されていません。培養細胞では、細胞分裂時に短くなる染色体上のテロメアと呼ばれる配列がありますが、それを延長できず、ある程度以上にテロメアが短くなれば分裂できなくなるという現象(ヘイフリック限界)で細胞の寿命が説明できますが、細胞の集合体である個体の寿命を説明できるわけではありません。学生たちには、生命現象はまだ未知のことが多くあり、その解明には科学的思考が必要であることを理解してもらいたいと思い、このテーマを取り上げました。

人を対象として活動を行う医療の場合、個々の人を見ると、遺伝子が重要なキーワードのひとつになりますが、集団としてとらえて考えるときには、疫学的な視点からの思考が必要になります。人間の寿命にデータも疫学的調査をもとに出されています。前に述べた体重で寿命が決まるという式を30代の日本人に当てはめると26歳くらいになります。実際の日本人がその3倍以上の平均寿命を持つようになったのは、新生児死亡の低下と、医学の発展と医療技術の進歩、医療サービス提供の向上、食事と栄養の改善、生活水準の向上や労働条件の改善などによる身体衰弱の緩慢化、感染症罹患率の低下、教育水準の上昇などによる高齢者死亡率の低下が主要要因と考えられていますが、これらの結論は疫学的調査の結果から導かれたものであることを知ってもらいたいと思いました。また、病気の診断や治療などの医療的な活動を評価するときは統計学的な解析が欠かせません。統計学的な解析には、どのように解析のサンプルを選ぶかから始まって、バイアスや交絡といった問題があります。人間は非常に多様な生物であり、集団として医療での診断や効果を見るためには統計学的な解析が特に重要です。これらのことに学生たちが興味をもって考えることができるように説明を加えました。

多くの科学者の科学的思考の積み重ねで科学が進歩してきたわけですが、それは、科学者の多くの失敗の上に成り立っていることをエジソンの例に説明しました。そして、同時期に交流電気方式、無線操縦、蛍光灯などを発明したニコラ・テスラがエジソンの死後、ニューヨークタイムスのインタビューへ「私は少し理論を利用するか計算するだけで90%削減できたであろう労力を彼が費すのを残念に思いながらほとんど見ているだけだった。彼は本での学習や数学的な知識を軽視し、自身の発明家としての直感や実践的なアメリカ人的感覚のみを信じていた。」とコメントしていたことを紹介して、失敗しても諦めずに研究を続けることは大事ですが、失敗から深く学ばないと無駄な努力をしてしまうことを感じてもらえればと思っています。そして、北陸トンネル火災事故、東日本大震災、福島原発事故などを取り上げて、失敗から学ぶことの重要性を考えてもらいたいことと、科学的思考が欠落すると風評被害やいじめといった問題をひきおこしていることも考えてもらいたいと思いました。

医療の現場では、医療者も医療の対象となる人々の様々な場面で、選択と判断に迫られます。それぞれの人が自分の持っている知識と経験から、選択を行い、判断していくわけですが、知識とか経験には、それぞれの人の生まれ育った環境や受けて生きた教育が強く影響を与えていること、選択できる自由は、選択の結果をよいものにするために重要であることを、「選択の科学」に書かれていることを題材にして考えてもらいました。医療の対象となる人の選択や判断を考えると、それぞれの人の生まれ育った環境や教育が自分とは異なることを理解して、その選択や判断を尊重し、選択できる自由がある医療を提供することの必要性を考えるきっかけになればと思っています。

今回、遠隔授業を行うに当たって、この科目についても多くの見直しを行いました。その効果は、レポートの内容や授業評価アンケートを分析して評価をしたいと思っています。

文献

1. レオナルド・ダ・ヴィンチの手記(下) 杉浦明平
訳 岩波文庫 (ISBN4-00-335502-4)
2. 医学を変えた発見の物語 Julius H Comroe
Jr 諏訪邦夫訳 中外医学社 (498-00915-
C3047)
3. 利己的な遺伝子 リチャード・ドーキンス 日高
敏隆,岸由二,羽田節子,垂水雄二訳 紀伊國屋
書店 (ISBN978-4-314-01003-0)
4. 選択の科学 シーナ・アイエンガー 櫻井裕
子訳 文芸春秋 (ISBN978-4-16-373350-0)

臨床検査データの関連性を反映した 新しい基準範囲設定の試み

Reference intervals of clinical laboratory tests by factor analysis

山西 八郎

Hachiro Yamanishi

天理医療大学 医療学部 臨床検査学科

Department of Clinical Laboratory Science, Tenri Health Care University

抄 録

臨床検査データに対する臨床的判断指標の一つである基準範囲は、多数の健常者(基準個体)における測定値分布の95%信頼区間として設定される。しかし、各検査項目の基準範囲は独立して設定されており、検査項目間の臨床的関連性は反映されていない。そこで、本研究では、健常日本人臨床検査データより、「細胞障害」「腎機能」「脂質代謝」などと解釈できる指標を因子分析により抽出、スコア化することにより、従来の基準範囲に代わる新しい判断基準(健常判断指標)を創出することを目的とした。さらに、スコア化した各指標と生活習慣との関係について要因分析した。その結果、「細胞障害指標」「炎症指標」「脂質代謝指標」「骨代謝指標」「腎機能指標」と解釈できる5つの因子が抽出された。そこで、それぞれの指標について基準範囲を設定したところ、すべての指標で地域差は認められなかったが、「炎症指標」以外の指標で性差が、また「骨代謝指標」で年齢差が認められた。一方、各指標と生活習慣との関係については、特に適度な飲酒習慣は脂質代謝スコアと骨代謝スコアの上昇を抑制する効果を有することが認められ、逆に過度な飲酒習慣は骨代謝異常の原因となることが示唆された。健常判断指標は関連する検査成績の総合的な臨床情報を内包しており、また生活習慣改善のための指標としても有用であると考えられる。

Abstract

Reference intervals (RIs) have been defined as range of mean \pm 1.96SD of measured values from reference (healthy) individuals. In the previous study, the RIs of latent pathologic factor scores representing the clinical status of healthy Japanese by factor analysis were established. A five-factor solution (liver function, inflammation, lipid metabolism, bone metabolism, and renal function) was extracted. Three-level nested analysis of variance was applied to quantitation of the factor scores due to “region”, “sex”, and “age”. The magnitude of variation due to the elements was expressed as SD, and the ratio of the SD and between-individual SD was calculated as SDR. SDR exceeding 0.3 was considered significant. SDRs for “region” were not significant. On the other hands, SDRs for “sex” were significant for the clinical factors except inflammation. Drink habit had a positive effect which prevents lipid metabolism disorders. The RI of latent pathologic factor scores includes comprehensive clinical information on related test results and is useful as an index for lifestyle habit improvement.

緒言

臨床検査データに対する臨床的判断指標の一つとして基準範囲が用いられている¹⁾。基準範囲は、多数の健常者(基準個体)における測定値の分布を必要に応じて正規化し、その平均 \pm 1.96標準偏差(SD)の範囲として定義される分布の95%信頼区間である。しかし、個々の基準範囲は独立して設定されており、検査項目間の臨床的な関連性は考慮されていない。また、基準範囲は測定値と同じ単位を持つため、平均や単位の異なる検査項目間の基準範囲を比べることはできない。

そこで、本研究では従来の基準範囲に代わる新しい判断指標として、健常者臨床検査データの組合せより「細胞障害」、「脂質代謝」、「骨代謝」など、健常な状態に呼応した因子を探索的因子分析により抽出^{2,3)}、これをスコア化することにより、複数の検査成績の関連性が反映された因子スコアによる基準範囲を設定することを目的とした。さらに、枝分かれ分散分析⁴⁾により、因子スコアによる基準範囲を「地域」、「性別」、「年齢」を考慮して設定する必要があるかを検討するとともに、スコアに対する生活習慣との関係について要因分析した。

方法

1. データベースと検査項目

「アジア地区共有基準範囲設定国際プロジェクト2009」^{5,6,7)}の健常日本人データ(女性:1102人、男性879人、年齢20~64歳)を用いた。日本人データベースは、日本全国を13の地域に分割し、以下の条件を基準個体からの除外条件としている。

- ・ BMI \geq 28
- ・ 喫煙量 $>$ 20本/日
- ・ 飲酒量(エタノール換算) \geq 平均75g/日
- ・ 慢性疾患(糖尿病, 高血圧, 高脂血症, うつ状態など)の定期的な薬物治療中
- ・ 妊娠中または分娩後1年以内
- ・ 入院を要する急性疾患や手術から回復後2週間以内
- ・ HCV/HBV キャリア状態

また、本データベースには「飲酒習慣」や「喫煙習慣」など38項目の生活習慣に関するアンケート

結果が含まれている。解析には腎機能, 細胞障害, 脂質代謝関連項目などの生化学検査40項目を対象とした。あらかじめ、すべての項目の分布を確認し、必要に応じて調整Box-Cox変換式で正規化した。

2. 因子分析による因子の抽出とスコアの算出

因子分析とは、複数の変数間に共通する因子が潜在すると仮定し、もとの変数を共通因子とそれにかかる重み(因子負荷量)の積の和に分解することにより、共通因子を新しい変数として抽出する多変量解析法である²⁾。図1に6項目の検査成績間に2つの共通因子が潜在していると仮定し、検査成績を分解した例を示す。 $a_{11} \sim a_{62}$ は因子負荷量である。仮に、因子負荷量 a_{11} , a_{21} , a_{31} が絶対値として大きな値を示しているのであれば、共通因子1は検査A,B,Cの、また、因子負荷量 a_{42} , a_{52} , a_{62} が絶対値として大きな値を示しているのであれば、共通因子2は検査D,E,Fに共通する臨床情報から定義される因子として変数化される。因子負荷量は主因子法により算出し、検査項目に対する因子負荷量の絶対値が0.4以上のものに注目して因子を解釈した。また、抽出因子数は、 m を許容される抽出因子数、 t を変数の数としたときの「芝の経験則」を目安とした。因子軸の回転は、因子間を無相関と仮定する因子パーシモニー法を選択した。

$$\text{芝の経験則: } m = \frac{t-2}{\log_2 t}$$

さらに、抽出された因子を個々の基準個体(被検者)がどの程度の大きさで有しているかを因子スコアとして算出した。因子スコアは平均=0の

図1 因子分析の構造

検査A= a_{11} ×共通因子1+ a_{12} ×共通因子2+独自因子1
 検査B= a_{21} ×共通因子1+ a_{22} ×共通因子2+独自因子2
 検査C= a_{31} ×共通因子1+ a_{32} ×共通因子2+独自因子3
 検査D= a_{41} ×共通因子1+ a_{42} ×共通因子2+独自因子4
 検査E= a_{51} ×共通因子1+ a_{52} ×共通因子2+独自因子5
 検査F= a_{61} ×共通因子1+ a_{62} ×共通因子2+独自因子6

変量(検査A~F)が2つの共通因子とそれぞれの因子負荷量の積の和として分解できると仮定した例。独自因子は共通因子で説明されない残差を意味する。

正規分布にしたがい、単位と平均で標準化されているため無単位であり、したがって、異なる因子間でスコアの大小関係や信頼区間の幅を比較することが可能となる。

3. 枝分かれ分散分析

枝分かれ分散分析とは、ある測定値の変動が複数の要因に影響されると仮定し、全変数に占める各要因の影響度を定量的に分析する方法である⁴⁾。本研究では要因を「地域」、「性別」、「年齢」の3要因とし(3レベル枝分かれ分散分析)、それぞれの要因のSDと要因の影響を取り除いた純個体変動のSDの比、群間差指数(SD ratio; SDR)が0.3を上回る場合はその要因の水準ごとにスコアの基準範囲を設定した。因子スコアとデータベースに

含まれる生活習慣についてのアンケート結果との関係は、重回帰分析により要因分析した。以上の統計処理は有意水準を5%とし、統計ソフトは「StatFlex ver.6 (アーテック社)」を用いた。

結果

1. 因子の抽出

最終的に18変数を対象とした因子分析の結果を表1に示す。芝の経験則から許容される抽出因子数は4因子であったが、因子の分離が不十分であったため、抽出因子数を5因子とした。因子1はAST, ALT, γ -GTなどに対して大きな因子負荷量を示していることから「細胞障害指標」と解釈した。また、因子2は補体成分やCRP, 血清アミロイドA (SAA) に対しての因子負荷量が大き

表1. 因子分析結果

項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
	細胞障害因子	炎症因子	脂質代謝因子	骨代謝因子	腎機能因子
AST	0.8514	0.1021	0.057	0.2331	0.0284
ALT	0.7373	0.124	0.293	0.2285	0.1025
LD	0.4475	0.2011	-0.1268	0.2406	-0.0187
γ GT	0.4816	0.153	0.267	0.2267	0.2191
CK	0.4318	0.0864	-0.0193	0.2701	0.2889
C3	0.1822	0.5934	0.4574	0.1443	-0.1113
C4	0.1214	0.5528	0.2072	0.1357	-0.01
CRP	0.0579	0.8098	0.0919	0.0167	0.1341
SAA ^a	0.0315	0.6672	-0.0336	-0.0182	0.0046
TG ^b	0.2054	0.1722	0.5455	0.2215	0.2093
HDL-C ^c	0.0308	-0.1289	-0.5793	-0.1088	-0.2311
Insulin	0.0295	0.1216	0.4843	0.0374	-0.056
Adipo ^d	-0.0987	-0.1118	-0.6314	-0.0845	-0.2811
B-ALP ^e	0.0014	0.0115	0.0481	0.7287	-0.0417
TRAP ^f	-0.0221	-0.0673	-0.1088	0.7377	0.0104
UA ^g	0.2688	0.1197	0.2907	0.2601	0.5614
CRE ^h	0.1836	0.0406	0.159	0.2858	0.8148
Cys-C ⁱ	0.0578	0.1598	0.1123	0.2976	0.5361
寄与率	0.1042	0.0916	0.0808	0.1054	0.1191

^a 血清アミロイドA, ^b トリグリセライド, ^c HDL-コレステロール, ^d アディポネクチン, ^e 骨型アルカリ性ホスファターゼ, ^f 酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ, ^g 尿酸, ^h クレアチニン, ⁱ シスタチンC

いことから「炎症指標」と定義した。因子3は、中性脂肪(TG)に対しては正の、HDLコレステロール(HDL-C)とアディポネクチン(Adipo)に対しては負の因子負荷量を示していることから「脂質代謝指標」とした。因子4は骨型アルカリ性ホスファターゼ(B-ALP)、酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ(TRAP)に対しての因子負荷量が多いことから「骨代謝指標」と、因子5はクレアチニン(CRE)、シスタチンC(Cys-C)に大きな因子負荷量を示していることから「腎機能指標」と解釈した。

抽出された因子が、変数全体の持つ情報をどの程度説明しているかの指標となる寄与率は、各因子ともに10%前後であった。なお、以下ではこれら抽出した因子を健常判断指標、そのスコアを健常判断スコアと称することとする。

2. 健常判断スコアの基準範囲

図2に各健常判断スコアの分布と基準範囲を示す。任意の被験者における各スコアは、その値が基準範囲上限を大きく上回るほど、機能低下あるいは代謝異常を呈する病態にあることを意味する。

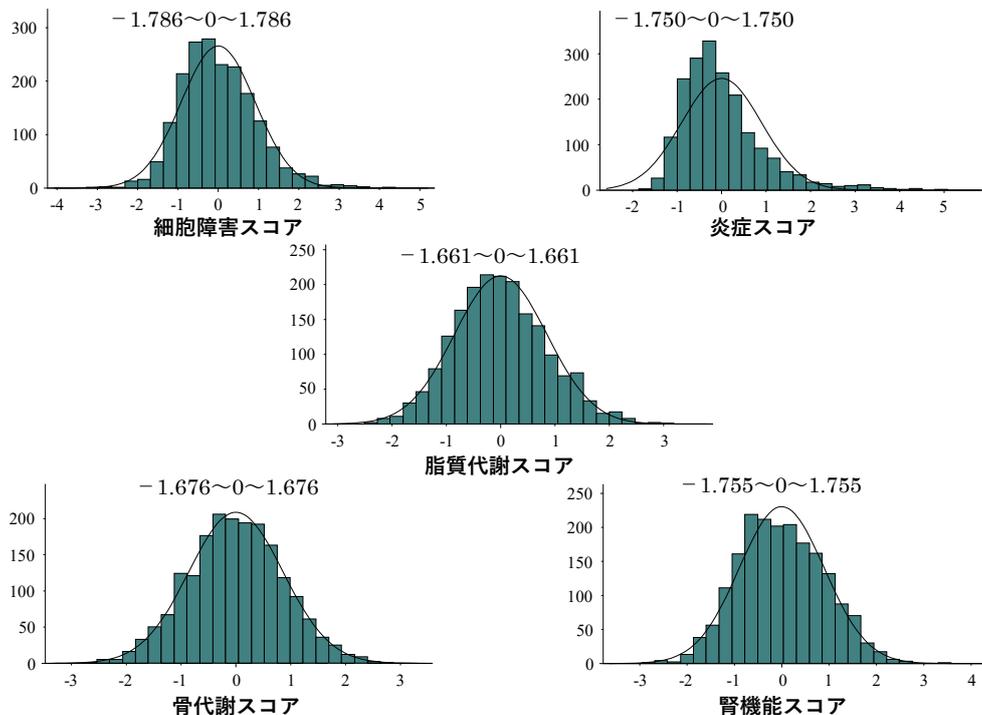


図2. 健常判断スコアの分布と基準範囲

図中の数値は基準範囲の「下限値-中央値-上限値」を示す。

数理的に因子スコアは正規分布にしたがうが、Kolmogorov-Smirnov検定の結果、細胞障害スコア、炎症スコア、および腎機能スコアにおいて正規性が棄却された。特に炎症スコアは明らかに右裾を引いた分布を示した。そこで、炎症スコアについて調整Box-Cox変換式で正規化を試みたが、これ以上の正規化は不可能であった。一方、各分布について正規確率紙上のパターンで評価すると、炎症スコア以外は正規分布にしたがうものと判断された。

3. 健常判断指標とSDR

現在、基準範囲を設定する際のSDRのカットオフ値は、国際的に0.3以上とされている⁵⁾。「地域」「性別」「年齢」を要因とした3レベル分散分析の結果、「地域」のSDRはいずれの指標においても0であった(図3)。また、因子分析のパラメータとした18項目を単独で解析したところ、いずれにおいても地域差は認められなかった。一方、炎症指標以外の健常判断スコアで性差が認められ、特に腎機能指標のSDRが最も高値を示した(SDR = 1.38)。腎機能の指標として汎用される血清

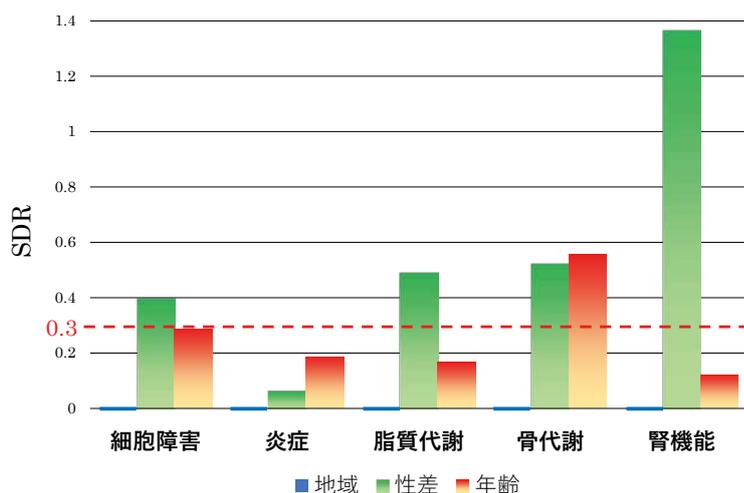


図3. 群間差指数の比較

SDR (SD ratio) : 群間差指数

表2. 男女別健常判断指標の基準範囲

健常判断指標	基準範囲
細胞障害スコア	M -1.553 ~ 2.095
	F -1.847 ~ 1.417
炎症スコア	-1.750 ~ 1.750
脂質代謝スコア	M -1.321 ~ 1.952
	F -1.761 ~ 1.247
骨代謝スコア	M -1.072 ~ 1.739
	F -1.962 ~ 1.418
腎機能スコア	M -0.651 ~ 2.020
	F -1.777 ~ 0.668

(M: 男性 F: 女性)

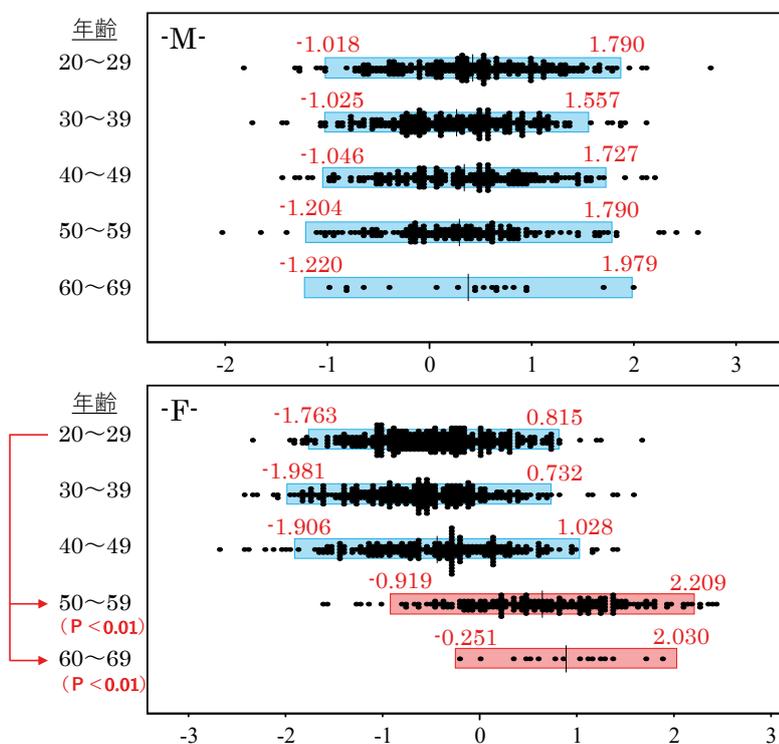


図4. 性と年齢で層別化した骨代謝スコアの基準範囲

図中の数値は各年代におけるスコアの基準範囲の下限値と上限値を表す。P < 0.01 は女性の20 ~ 19歳を基準としたとき、50 ~ 59歳、60 ~ 69歳台で基準範囲が有意に上昇していることを示す。

CRE実測値による基準範囲上限値は、男性:1.08 mg/dl,女性:0.80mg/dlで、男性は女性に比して1.35倍高値であった。これに対して腎機能スコアで評価すると、基準範囲の上限は男性:2.020,女性:0.668と、約3倍に増幅されていた。表2に男女で層別化した健常判断スコアの基準範囲を

示す。基準範囲の幅は、細胞障害スコアの男性で最も広く(3.648),女性における腎機能スコアの基準範囲幅が最も狭かった(2.445)。

年齢差は骨代謝指標でのみ認められた(SDR = 0.555)。図4に性と年齢で層別化した骨代謝スコアの基準範囲を示す。図中の数値は、各年代に

における95%信頼区間を表す。男性では年代間に有意差は認められなかったが、女性において20歳代を基準としてDunnett検定で多重比較すると、50歳代および60歳代で有意な基準範囲の上昇が認められた($P < 0.01$)。

4. 健常判断スコアと生活習慣の要因分析^{8,9,10)}

各健常判断スコアを目的変数、「喫煙習慣」、「飲酒習慣」、「1日運動量」、および「1日立位時間」を説明変数とした重回帰モデルを仮定し、健常判断スコアに対する生活習慣の影響を分析した(表3)。性別(女性=1,男性=0)と年齢は交絡を制御するための制御変数としてモデルに投入した。その結果、特に「飲酒習慣」は脂質代謝スコア、骨代謝スコアに対して負の偏回帰係数を示していることから($P < 0.001$)、これらの代謝異常の予防因子であることが示唆された。

一方、脂質代謝指標のパラメータである、TG、HDL-C、Adipo、インスリン(Insu)のそれぞれを目的変数として同様に要因分析を行ったところ、「飲酒習慣」はHDL-CとInsuに対してのみ有意な説明変数であった。また、骨代謝指標のパラメータであるB-ALPおよびTRAPを目的変数とした重回帰モデルでは、「飲酒習慣」はいずれの目的

変数に対しても有意な説明変数であった。「飲酒習慣」は炎症スコアに対しても有意な負の偏回帰係数を示しているが、重回帰分析は変数の正規性が必要十分条件となるため、正規性が担保されていない炎症スコアは解析の対象外とした。

「飲酒習慣」は飲酒度を、習慣無し=0,まれに=1,週1日以下=2,週2~3日=3,週4~5日=4,毎日=5の6ランクでコードしている。そこで、飲酒度0(飲酒習慣無し)を基準変数として各ランクをダミー変数化し、脂質代謝スコアと骨代謝スコアを目的変数として重回帰分析を実施した。図5に示すごとく、脂質代謝スコアでは飲酒度3(週2~3日)のみがマイナス方向に有意であった。また、骨代謝スコアでは、飲酒度1(まれに)が負の方向に有意な偏回帰係数を示し、逆に飲酒度5(毎日)はプラス方向に有意な変数であった。

考察

基準個体の実測値分布から設定される基準範囲は、疾病の診断や予防、治療効果の判定などの指標として極めて重要な役割を担っている。また、以前までは医療施設独自に基準範囲を設定していることが多かったが、検査の重複や患者の負担軽減を目的とした医療施設間での基準範囲の共

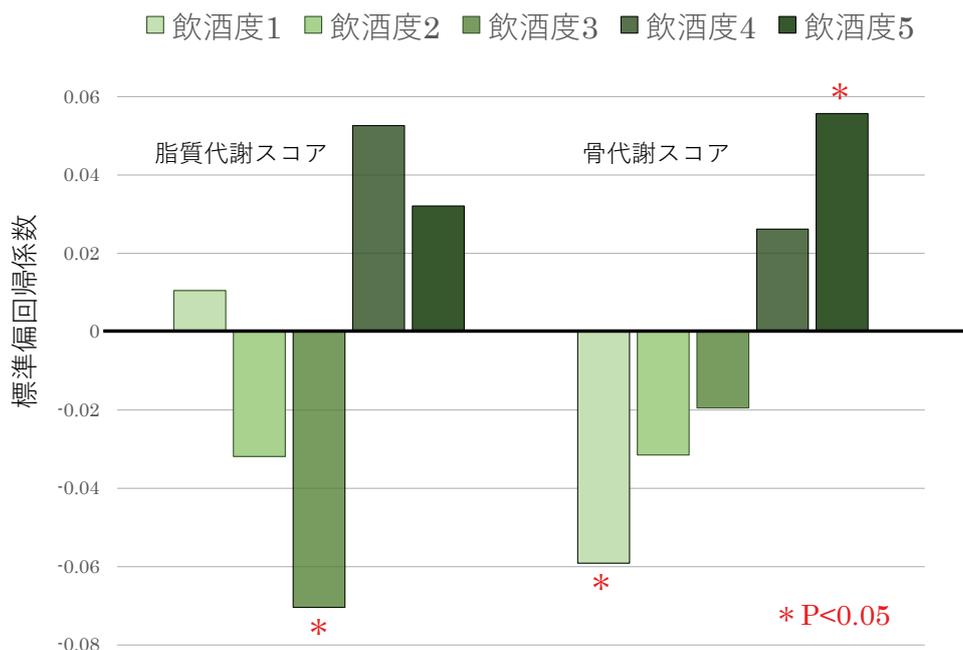


図5. 飲酒度0を基準変数とした重回帰分析結果

表3. 生活習慣の要因分析

	β	SE(β)	std β	P
目的変数：細胞障害スコア				
性別	-0.446	0.046	-0.25	<0.001
年齢	0.019	0.002	0.233	<0.001
喫煙習慣	-0.109	0.028	-0.092	<0.001
飲酒習慣	0.089	0.013	0.154	<0.001
運動量	0.005	0.014	0.008	0.7333
立位時間	0.021	0.006	0.08	<0.001
目的変数：炎症スコア				
性別	-0.193	0.049	-0.107	<0.001
年齢	0.011	0.002	0.137	<0.001
喫煙習慣	0.013	0.029	0.011	0.659
飲酒習慣	-0.065	0.014	-0.112	<0.001
運動量	-0.025	0.015	-0.041	0.095
立位時間	0.005	0.006	0.0189	0.44
目的変数：脂質代謝スコア				
性別	-0.58	0.043	-0.342	<0.001
年齢	0.002	0.002	-0.031	0.166
喫煙習慣	0.095	0.025	0.087	<0.001
飲酒習慣	-0.049	0.012	-0.092	<0.001
運動量	-0.041	0.013	-0.007	<0.001
立位時間	-0.015	0.006	-0.063	0.006
目的変数：骨代謝スコア				
性別	-0.602	0.042	-0.351	<0.001
年齢	0.016	0.002	0.221	<0.001
喫煙習慣	0.057	0.025	0.052	0.024
飲酒習慣	-0.046	0.01	-0.085	<0.001
運動量	0.019	0.013	0.033	0.141
立位時間	-0.001	0.005	-0.005	0.802
目的変数：腎機能スコア				
性別	-1.171	0.035	-0.652	<0.001
年齢	-0.002	0.001	-0.026	0.134
喫煙習慣	-0.042	0.021	-0.036	0.042
飲酒習慣	0.032	0.01	0.057	<0.001
運動量	0.064	0.011	0.103	<0.001
立位時間	-0.012	0.004	-0.047	0.008

β ：偏回帰係数 SE(β)：標準誤差 std β ：標準偏回帰係数

有化,いわゆる基準範囲共有化プロジェクトが進行している^{5,6,7)}。

しかし,単独の検査成績から正確な病態を推定できるとは限らず,関連する複数の検査成績を総

合的に評価し病態を判断する必要がある。この点において,本研究は因子分析により関連する複数の検査成績から健常判断指標を抽出し,これをスコア化することにより,具体的な病態の存在を

判断できる新しい指標の創出を目的とした。

因子分析による健常判断指標の抽出では、複数の因子が同一の変数(検査項目)に対して強い因子負荷量を示すことなく、ほぼ良好に因子を分離、抽出できているものと考えられる。しかし、各因子の寄与率は10%前後であり、累積寄与率も約50%であることを考えると、変数全体の有する情報が十分に因子に伝搬されているとは言い難い。この原因の一つとして因子軸の回転法が考えられる。解析の初期段階では、因子軸の回転法として一般的なバリマックス回転を選択したが、この方法では第1因子、第2因子に寄与率が集中する傾向にあるため、できるだけ均一に因子の説明力を分散させる目的から因子パーシモニー法を用いた。今後の課題として、因子間にある程度の相関を許容した斜交回転法の選択を考えている。

炎症スコアの分布を、より正規分布に近づけるために調整Box-Cox変換式を適用したが、これ以上の正規化は不可能であった。これは、因子スコアの算出プロセスにおいて、データの標準化(Z変換)処理がすでに行われているために、わずかな変換原点の変更やべき乗変換が大きく分布の形状に影響するためと考えられる。

ここで、単独の検査成績が従来の基準範囲内にある被験者について、これを健常判断スコアで評価するとその基準範囲を大きく外れることがあるのか、またその逆の現象が生じる可能性があるのかについては、健常基準個体を対象としているために検証することはできなかった。しかし、健常判断スコアは表1に示した因子負荷量に依存するため、たとえば細胞障害因子(因子1)のパラメータであるCKが従来の基準範囲内にあっても、ASTが異常高値を呈していれば、健常判断スコアによる評価と乖離する可能性が考えられる。

枝分かれ分散分析の結果、男女差が認められた健常判断指標の中で、骨代謝指標における男女別の基準範囲幅でもっとも大きな差が認められた(女性:3.380,男性:2.811)。性差SDRは腎機能指標が最も大きな値を示したが、これは、骨代謝指標では性差に加えて年齢SDRもカットオフ値0.3

を超えており、特に女性では50歳代以上で基準範囲の中央値が急激に上昇、男性では有意な変動が認められなかったことに起因するものと考えられる。

健常判断スコアと生活習慣との要因分析では、特に「飲酒習慣」と脂質代謝スコア、骨代謝スコアの間に関連性が認められた。しかし、脂質代謝スコアに対しては、飲酒度3のみが有意な変数であったことから、週2~3日程度の適度な飲酒習慣が脂質代謝スコアの上昇を抑制するものと考えられる。また骨代謝スコアに対しては、飲酒度5(毎日飲酒)は有意に骨代謝スコアを上昇させる要因であり、過度の飲酒習慣は、健全な骨代謝を阻害するものと考えられる。

結論

健常日本人臨床検査データより抽出される「細胞障害」「炎症」「脂質代謝」「骨代謝」および「腎機能」指標は、関連する検査データの総合的な臨床情報を有しており、また、それぞれの指標をスコア化することにより、従来の基準範囲と同様にその95%信頼区間を新しい基準範囲として設定することが可能であった。さらに、生活習慣改善のための指標としても利用することが可能であると考えられた。

文献

1. Ichihara K, Itoh Y, Christopher WK, et al. (2008). Sources of variation of commonly measured serum analytes in 6 Asian cities and consideration of common reference intervals. *Clin Chem*, 54, 356-63.
2. Gorsuch RL. (1983). *Factor analysis*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
3. Yamanishi H, Iyama S, Yamaguchi Y, et al. (2002). Relation between iron content of serum ferritin and clinical status factors extracted by factor analysis in patients with hyperferritinemia. *Clin Biochem*, 35, 523-29.
4. 山田輝雄, 岩崎学, 加野象次郎. (2005). 枝分かれ分散分析による変動成分解析. *臨床検査*,

- 49 (12), 1293-96.
5. Ichihara K, Ceriotti F, Tam TH, et al. (2013). The Asian projects for collaborative derivation of reference intervals: (1) strategy and major results of standardized analytes. *Clin Chem Lab Med*, 51, 1429-42.
 6. Ichihara K, Ceriotti F, Tam TH, et al. (2013). The Asian projects for collaborative derivation of reference intervals: (2) result of non-standardized analytes. *Clin Chem Lab Med*, 51, 1443-57.
 7. Ichihara K, Ozarda Y, Klee G, et al. (2013) Utility of a panel of sera for the alignment of test results in the worldwide multicenter study on reference values. *Clin Chem Lab Med*, 51,1007-25.
 8. Kildsgaard J, Zsigmond E, Chan L, et al. (1999). A critical evaluation of the putative role of C3adesArg (ASP) in lipid metabolism and hyperapobetalipoproteinemia. *Molecular Immu*, 36, 869-76.
 9. Anders H, Berg and Philipp E. (2005). Adipose tissue, inflammation, and cardiovascular disease. *Circ Res*, 96, 939-49.
 10. Bastard JP, Maachi M, Lagathu C, et al. (2006). Recent advances in the relationship between obesity, inflammation, and insulin resistance. *Eur Cytokine Netw*, 17, 4-12.

宗教系病院における死亡した非信者患者及び その家族への宗教者によるケア

Religious Care by Hospital Chaplains for Non-Religious Patients Who Died in Hospital and Their Families

山本 佳世子¹⁾, 葛西 賢太²⁾, 打本 弘祐³⁾

Kayoko Yamamoto¹⁾, Kenta Kasai²⁾, Koyu Uchimoto³⁾

¹⁾天理医療大学 医療学部 看護学科, ²⁾上智大学 グリーフケア研究所, ³⁾龍谷大学 農学部 植物生命科学科

¹⁾Department of Nursing Science, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University

²⁾Institute of Grief Care, Sophia University

³⁾Department of Plant Life Science, Faculty of Agriculture, Ryukoku University

抄 録

日本では終末期医療を中心に、スピリチュアルケアの議論と実践の蓄積がされてきたが、それは宗教的ケアとは切り離した形で進められてきた。では、非信者に対して宗教者による宗教的ケアは不要なのか。本稿では、宗教系病院における死亡した非信者患者及びその家族へのケアの一端を明らかにし、病院における宗教者による非信者患者や家族へのケアの意義や可能性、さらには「無宗教」と言われる日本人の死生観や宗教性の一端について示唆を得る。

天理よろづ相談所病院、キリスト教系病院A及びB、あそかビハーラ病院で活動する宗教者計23名に対し半構造化面接を行った。非信者患者の死後の「死者へのケア」としては、天理よろづ相談所病院およびあそかビハーラ病院では宗教者によるお見送りが、キリスト教系病院A・Bでは希望に応じたチャプレンによる葬儀の司式が行われていた。また、その家族へのケアとしては、キリスト教系病院Aでは月1回の遺族の分かち合いの会が、キリスト教系病院Bでは遺族カウンセリングが行われており、あそかビハーラ病院には院内の仏堂への遺族によるお参りの例があった。

これらの実践からは、「無宗教」を自認する多くの日本人にとって、死後の世界や故人の魂につながるために必要な存在が「宗教」ではなく「宗教者」であることが示唆される。これまで地域コミュニティにおいてなされてきた宗教者による「死者へのケア」及び悲嘆者である遺族が「死者へのケア」をできるように宗教者が関わる「『悲嘆者の死者へのケア』をケアすること」が、病院付き宗教者に新たに求められるようになってきていることが明らかになった。

Abstract

In Japan, spiritual care practices and discussions are carried out primarily in the field of end-of-life care, and wherein spiritual care has normally been separated from religious care. Then is religious care by religious people for non-religious people unnecessary? In this article, we focused on what kind of care is provided by hospitals with religious origins to non-religious patients when they died.

We conducted semi-structured interviews with 23 religious people who work for Tenri Hospital, Christian-based hospitals A and B, and Asoka Vihara Hospital. As cares for non-religious patients who died in Tenri Hospital and Asoka Vihara Hospital, religious people conducted farewell ceremony. At Christian-based hospitals A and B, chaplains conducted funerals if there were requests from the patients. As grief care for bereaved families, Christian-based hospital A held a support group for the bereaved families once a month and Cristian-based hospital B provided counseling for bereaved families. Some bereaved families visited Asoka Vihara Hospital to worship the deceased.

From these practices, we can say that many Japanese who identify themselves as being “non-religious” nonetheless want to connect with the world after death or the soul of the dead, not via “religion” but rather “religious people.” “Care for the dead” and “care for bereaved to ‘care for the dead’” are the roles which were once performed in the local community. From this research, these are now the new roles required of religious people in hospitals.

キーワード: 宗教的ケア, スピリチュアルケア, 非信者, チャプレン, 臨床宗教師

Keywords : religious care, spiritual care, non-believer, chaplain, interfaith chaplain

緒言

1. 背景と問題の所在

宗教系病院において、信者である入院患者の宗教的儀礼・儀式を執行する役割を担っていたのが、チャプレンなどと呼ばれる施設付き宗教者である。彼らは日々の礼拝・ミサ、洗礼式や葬儀等を執り行い、患者の病床を訪問し、その苦悩に耳を傾け、その宗教・宗派に基づいた対話をしたり祈りを捧げたりする。伊藤は病院に施設付き宗教者がいる意味として、『医療は患者の病気にだけ関心があるのではなく、患者の全人的存在に関心がある』という基本的な考え方が大切にされ、『病院は患者の人間存在そのものと向かい合う姿勢を整えている』ということがチャプレンの存在を通して具体化された¹⁾(伊藤2010)と述べている。米国においてはその後、非信者である患者の苦悩にも耳を傾けるようになる中で、布教伝道を切り離し、教会から一定の距離を取ったチャプレンが誕生するようになる(伊藤2010)。

日本においても宗教系病院を中心に、それぞれ

の病院の理念に基づいて病院付き宗教者が配置されていたが、統一の資格や教育システムは存在しなかった。それが終末期患者の抱えるスピリチュアルペインを含む患者への全人的ケアが唱えられるようになり、1980年代以降、宗教者や医療者を中心にスピリチュアルケアの議論と実践が蓄積されてきた。「無宗教」を標榜する人が多い日本においては、宗教的儀礼・儀式の執行や、特定の宗教・宗派の教義に基づいた対話といった布教伝道につながる宗教的ケア活動をスピリチュアルケア提供者の活動から切り離し¹⁾、スピリチュアルケア提供者も宗教者に限定されない形で養成が進められていった²⁾。日本スピリチュアルケア学会での資格認定が2012年に始まり、非宗教者であり、宗教的ケアを行わないスピリチュアルケア提供者も多く誕生している。

では、「無宗教」者への宗教的ケアは不要なのか。東日本大震災以降に公共空間で布教伝道をせず心のケアに携わる臨床宗教師が立ち上がり、期待が集まっている。その背景には、布教伝道への

¹⁾ 宗教的ケアとスピリチュアルケアの違いについては、谷山の提示したモデル(谷山2009)がわかりやすく、広く受け入れられている。

²⁾ アメリカでは病院チャプレンを養成するClinical Pastoral Education(臨床牧会教育)を受講するためには所属する宗教団体からの推薦が必要であるが、日本スピリチュアルケア学会による認定教育プログラムは、いずれも特定の信仰を持っていることや、宗教団体からの推薦を受講の条件とはしていない。

警戒感と、しかし非信者による宗教者からのケアニーズがあることが窺われる³⁾。そこで、筆者らは日本スピリチュアルケア学会の人材養成と資格認定や臨床宗教師が登場する前から宗教者による非信者へケアの蓄積がある宗教系病院において、宗教者は非信者にどのように関わっているのかを尋ねるインタビュー調査を行った(山本2019, 葛西2020, 打本2021出版予定)。その中で、宗教者であることが重要な意味を持つ非信者へのケアとして再確認されたのが、非信者患者が死亡した際の宗教者によるお見送り、葬儀執行やお墓の相談、その後の家族へのグリーフケアといった、死者の慰霊・供養・追悼等による死者及びその家族へのケアである。そこで、本稿では特に、宗教系病院における死亡した非信者患者およびその家族への宗教者によるケアについて検討する⁴⁾。

2. 病院における宗教者による死亡した患者へのケアに関する先行研究

キリスト教系病院チャプレンの活動の一部として、葬儀の執行に触れている研究としては、深谷らの一連の研究がある(柴田・深谷2011, 深谷2011, 深谷・柴田2013)。首都圏および関西圏のキリスト教系の9病院への調査(深谷2011, 柴田・深谷2011)では、うち6病院が葬儀を行っており、条件を付している場合、付していない場合、積極的に行う場合があるという。条件を付す例はある程度のキリスト教の信仰を求めるのに対し、付さない例はキリスト教信仰への理解は求めず、本人の精神的安定のみを目的としており、積極的に行う場合は葬儀を伝道の機会と捉えているなど、葬儀の執行の仕方に非信者への向き合い方が現れている。また、九州地方のキリスト教系2病院への調査(深谷・柴田2013)でも両病院ともに葬儀の執行をしており、キリスト教系病院の多くが死亡した患者へのケアとして葬儀の執行をしていることがわかる。

一方で、臨床宗教師の倫理綱領(2016)および倫理規定(2016)では布教・伝道を目的とすることを明確に禁止し、宗教的ケアについてもかなり慎重な姿勢を取っており、臨床宗教師は死者供養を介して既存の寺檀関係を乱すことのないよう戒められている。臨床宗教師のケアについて大村(2019)は、布教・伝道と多重関係を避け、地域の宗教者との良好な関係を維持するためには、臨床宗教師の立場と宗教者の立場は同時に存在し得ないと述べる。宗教者は宗教的儀礼の実施などの宗教的ケアを行い、生者である信者のケアだけではなく、供養などのケアによって死者のケアをし、さらには死者のケアを通じた生者のケアができ、それは宗教者のみが特権的に行えるケアだと指摘する。しかし僧侶である臨床宗教師が葬儀等の儀式を行うことは地域の既存の寺檀関係を損なうもの⁵⁾としてトラブルに発展する可能性もあることから臨床宗教師は宗教的ケアの実施を控えるよう要請されるのである。それでもケア対象者からは死者のケアや死者を通じた生者のケアができる者として見られるために、直接的な宗教的ケアを行うことなく、ケアの中に潜在的な宗教的ケアが働くと大村(2019)は述べる。

青山らの研究(2017)では、全国の緩和ケア病棟で宗教的背景のある施設の方が患者の望ましい死の達成度が高い理由として、病院に宗教的背景があること、宗教者がいることが、直接的な宗教的ケアや意識的なスピリチュアルケアだけでなく、「宗教的な話のしやすさ」を生み出していると指摘している。まさに大村の述べる潜在的な宗教的ケアである。

以上より、非信者に対する宗教者ならではのケアとして、葬儀という直接的な宗教的ケアと、「それができる人」という期待による潜在的な宗教的ケアがあることが確認できた。キリスト教系病院では伝道目的で葬儀を行う者、伝道目的ではなく患者・家族の精神的安定を目的に葬儀を行う

³ 臨床宗教師がいかにして誕生したかは、藤山(2020)に詳しい。

⁴ 今回対象とした病院の他に、立正佼成会附属佼成病院でも調査を行った(葛西2020)。ただし、佼成病院で活動する宗教者の場合、看取りや死者供養には直接関与する例がほぼ皆無であることを確認しており、本稿の対象からは除外している。

⁵ 墓地や納骨を受けていた菩提寺より、臨床宗教師の所属する寺院へと、檀家が移籍するなどが想定されている。

者がいる一方で、地域コミュニティとの良好な関係を維持するために、僧侶である臨床宗教師は、ケア対象者のための葬儀等の宗教的ケアは自身では行わない規定があることがわかった。

3. 研究目的

天理よろづ相談所病院, キリスト教系病院A, キリスト教系病院B, あそかビハラー病院において、宗教者が非信者の患者に対してどのようなケアを行なっているのか、各病院で活動する宗教者に対し、聞き取り調査を行った。その中でも死亡した非信者患者及びその家族に対するケアに注目し、宗教系病院における宗教者による非信者患者へのケアの一端を明らかにする。それによって、病院における宗教者による非信者患者や家族へのケアの意義や可能性、さらには「無宗教」と言われる日本人の死生観や宗教性の一端についての示唆を得る。

4. 用語の定義

本稿で用いられる「ケア」という言葉は、非常に多義的な意味を持つものである。医療や福祉に関わる領域においては、「ケア」は何らかの「依存的な存在」を援助する社会的行為や関係として定義される⁶⁾。一方で、英語のcareには「世話, 看護, 介護」といった行為のレベルだけでなく、「関心, 注意」といった認知のレベルも含まれる。そうした広義の「ケア」について、メイヤロフは「相手が成長すること, 自己実現することを助ける」ことと定義する(Mayeroff 1971=1987)。本稿においては、このメイヤロフの定義を採用しつつ、ケアの対象である「相手」に死者を含む。我々は死者を葬り、弔うという行為を通じて、死者を「不在」から「死者という存在」へと変容させてきた⁷⁾。我々の死者への態度は、生者に対するものと同様に「死者としてのその人らしさ」を助

けるものであり、それが「死者へのケア」と定義される(崎川2012)。

また、宗教的ケアとスピリチュアルケアについては、宗教的ケアはスピリチュアルケアに含まれるとする論者もいれば、両者を別のものとする論者や、別のものとしつつ重なり合う部分があるとする論者もあり、定まった定義はない⁸⁾。本稿においては、宗教的ケアを「特定の宗教が持つ教義, 礼典などの宗教の資源を用いて行われるケア」、スピリチュアルケアを「相手のスピリチュアリティに寄り添い, 生きることを支えるケア」とする。

さらに、本稿における非信者とは、特定の信仰を持たない者及び病院で活動する宗教者から見た場合に他宗派・他宗教を信仰している者をいい、中でも特に特定の信仰を持たない者は「無宗教者⁹⁾」とした。

方法

1. 調査対象

本研究では、日本スピリチュアルケア学会の人材養成・資格認定及び臨床宗教師が登場する前から独自に宗教者の活動の蓄積がある宗教系病院として、キリスト教, 仏教, 新宗教系病院を取り上げ、その中でも宗教者の活動の実績の蓄積のある以下の4病院で活動する宗教者で、活動に関する理解が深く、その人なりのケア理念が確立され、経験や実績のある者を対象とした。なお、病院によって宗教者の呼称が異なるが、本稿では各病院で用いられている呼称を用いた。

キリスト教系病院Aはカトリックの病院で、病床数100床弱の小規模病院であり、2名(男性1名, 女性1名)の宗教者(本稿ではチャプレンA, シスターAと記載)が主に緩和ケア病棟でパストラルケアを行っている。患者のベッドサイドを訪問しての患者・家族のケアの他、デイルームでのティー

⁶⁾ 例えば上野(2011)は「依存的な存在である成人または子どもの身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組のもとにおいて、満たすことに関わる行為と関係」という定義を挙げている。

⁷⁾ 「死者」を不在ではなく存在とみることの意味については、波平(2004)や若松(2012)に詳しい。

⁸⁾ 日本においては、主に窪寺(2009)や深谷(柴田・深谷2011)、大下(2005)が宗教的ケアはスピリチュアルケアに完全に一致するものではないとしつつも含まれるという包括構造を考え、谷山(2009)や伊藤(2010)は両者を重なり合うところを認めつつも区別する、一部が重複する構造を立てる論を展開してきた。

⁹⁾ 阿満(1996)は日本人の無宗教は、創唱宗教への無関心であり、日本人は熱心な「自然宗教」の信者であると述べる。そうした観点から、本稿では無宗教者ではなく「無宗教」者と表記する。

サービス、ミサ等のキリスト教行事の執行を行っている。また、毎月1回、緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族との分かち合いの会を開催している。キリスト教系病院Bはプロテスタントの病院で、病床数200床程度の中規模病院であり、1名(男性)の宗教者(本稿ではチャプレンBと記載)が主に緩和ケア病棟で活動する。患者のベッドサイドを訪問しての患者・家族のケアや礼拝、その他のキリスト教行事を執り行っている。また、当院で死亡した患者の遺族に限定しない形での遺族カウンセリングも行っている。どちらの病院も患者のほとんどが非信者である。キリスト教系病院ではこの3名を調査対象とした。3名の勤続年数は5年以上である。

あそかビハーラ病院は京都府城陽市にある浄土真宗本願寺派を背景にした病床数28床の完全独立型の緩和ケア病棟である。浄土真宗本願寺派の門徒の少ない地域であり、患者のほとんどが非信者である。仏教精神を理念とし、調査当時は5名のビハーラ僧が勤務していた。患者の居室訪問や仏堂での朝夕の勤行を執り行う他、患者が死亡した場合は希望に応じて「お別れ会」を行なっている。勤続年数3年以上の者3名(男性)を対象とした。

天理よろづ相談所病院は奈良県天理市にある病床数700床を超える大規模総合病院である。天理教の理念に基づき、医学と信仰と生活の3側面からの全人的医療を掲げている。信仰に関する部署である事情部では、全国の天理教教師の中から委嘱された講師が活動を行っている。緩和ケア病棟を有する病院であるが、その活動は緩和ケア病棟に限定されず、了解を得た全入院患者を訪問し、対話と病氣平癒を祈る「おさづけの取り次ぎ」を行っている。外来や電話・手紙相談、朝夕のおつとめ等も実施している。また、当直勤務もあり、患者が死亡した場合は事情部講師が24時間いつでも霊安室でのお見送りを主導する。患者の約8割は非信者である。調査当時79名いた事情部講師のうち70歳未満で活動年数5年以上の者17名(男性11名、女性6名)を対象とした。

2. 調査方法

キリスト教系病院A及びBのチャプレン及びシスターに対しては2019年9月に、あそかビハーラ病院のビハーラ僧に対しては2019年3月に、天理よろづ相談所病院の事情部講師に対しては2017年11・12月に、それぞれ90分～120分程度の半構造化面接を行った。インタビューは個別に行い、了解を得て録音した。

主な質問項目は、①病院付き宗教者となった経緯、②非信者へのケアを含む活動の実際及び③課題である。本稿では、特に②に含まれる死亡した非信者患者およびその家族へのケアを取り上げる。

3. 分析方法

集められたインタビューデータは、テーマごとにまとめ、その関係等を検討する主題分析(Riessman, 2008)を行った。録音した記録を文字起こしし、主な質問項目として挙げた各項目に対する語りに分けてトランスクリプトを作成する。繰り返し読み直すことでテキスト全体を理解した上で、重要と思われる箇所にラベリングをしていき、それぞれのトランスクリプトに横断して現れるテーマを抽出し、共著者と共に議論しながら比較検討を行う。本稿では、質問項目②非信者へのケアを含む活動の実際から抽出されたテーマとしての「死亡した非信者患者へのケア」及び「死亡した非信者患者の家族へのケア」について検討した。

4. 倫理的配慮

本インタビュー調査は、天理医療大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った(通知番号第113号)。対象者には調査目的及び内容、参加は自由意志に基づくものであり、いつでも参加を取りやめることができること、調査に参加することで不利益を被ることはないこと、収集データは厳重に管理し研究が終了したら破棄すること、調査結果を発表する際には個人が特定されないことがないようにすることを口頭及び書面で説明し、同意を得た。なお、対象者個人が特定されない形で病院名を公表することについて、同一病院の全対象者から了解を得られた場合については、病院名を記載する

こととした。

結果

1. 死亡した非信者患者へのケア

死亡した非信者患者へのケアとして、霊安室での宗教者によるお見送り、「お別れ会」の開催、葬儀の執行の3種類のケアがあった。なお、対象者の語りの引用は“ ”(ダブルクォート)で示す。

1.1 霊安室での宗教者によるお見送り

天理よろづ相談所病院では、入院患者が死亡した場合、霊安室で事情部講師が患者の到着を待ち、患者のお見送りを主導する。当直の講師もおり、遺族等から断られない限り、全ての死亡した患者のお見送りを事情部講師が行っている。生まれ変わりの教理に基づいて、事情部講師が病院を代表して挨拶をする。死亡した患者のこれまでの人生を“お疲れ様でした、ありがとうございます”とねぎらい、“ゆっくりお休みください、遺されたご家族をお守りください、そして少しでも早く、またこの世にお戻りください”と患者に語りかけるのである。天理教の信仰を持たない者に対しても“それ(天理教)しか知らないから”と“天理教ではこう教えられています”という言葉添えて上述のような挨拶をする講師もいれば、相手の信仰に合わせて“仏様のもとでどうぞゆっくりお休みください”“どうぞ天国に”などと言葉を変える講師もいる。これは布教目的ではなく、天理教の教えに基づいて運営されている病院としてできる、“御^{たま}霊さんに対する最高の敬意の表し方”なのだと言う。当直で初めて会う患者、救急で運ばれてきてそのまま死亡した患者などもいるが、とにかく“その人の生きた証に対して最高の敬意を示す”というのだ。講師の挨拶の後、担当の医師と看護師の挨拶が続くが、自然とそれも家族だけでなく患者本人に向けての挨拶になるという。講師が述べたところによると、ここに医療者しかいなければ、その挨拶は遺された家族に向けてのものとなる。ところ、我々は遺族に挨拶をするのではなく、亡くなられた方の魂に挨拶をする”ということであった。宗教者だからこそできるお見送りである

と自負していることがわかる。そして、「そこに居るのはご遺体ではなく亡くなられた方である」とみなしてのこうしたお見送りの形について、同席した家族について“「ご遺族も喜んでくださる」「悲しみの中にも喜びが出てくる」と聞いたことがある”と講師は語っている。

1.2 「お別れ会」の開催

あそかビハーラ病院でも、ビハーラ僧が葬儀を行うことは檀家獲得のための布教伝道とみなされやすく、患者の菩提寺である仏教寺院との関係悪化につながるために決して行わない。ただし、“葬儀に代わるものではないけれど”と言いながら、30分程度の「お別れ会」を本人や家族に希望を確認した上で行っている。現在はオンコール体制を取っていないため、夜間に死亡した場合は、「お別れ会」を希望する家族に退院を朝まで待ってもらって実施することもあるという。「お別れ会」を行う時間がない場合に読経のみを行うこともある。身寄りのない患者の場合、“何もしないというのは寂しい、せっかくお坊さんがいるんだから、みんなでお参りしよう”というスタッフの希望で「お別れ会」が行われている。

病室で行なわれることもあるが、通常「お別れ会」は仏像が安置されている院内の仏堂(ビハーラホール)で、ビハーラ僧が家族やスタッフと共に読経し、ビハーラ僧、医師、看護師が挨拶をする流れで行なわれる。患者と関わりの深かった管理栄養士やソーシャルワーカーが加わる場合もある。ビハーラ僧は仏教の話を交えつつ、患者の言葉や様子を振り返る挨拶になるという。「お別れ会」は浄土真宗の患者に限らず、希望する他の宗教・宗派の患者の場合も同様に行っている。信者獲得の意図はないため、仏教の話も浄土真宗の話ではなく、“超越的次元の話”、“死後にも継続していくようなつながり”の話を中心に行っているという。

1.3 葬儀の執行

天理よろづ相談所病院やあそかビハーラ病院では葬儀の執行はしていないが、キリスト教系病院A及びBでは患者からの依頼があれば、チャプレ

ンが葬儀を司式している。どちらの病院でもキリスト教式の葬儀になることへの了解は得るが、入信を求めてはいない。

キリスト教系病院AのチャプレンAは“結構、お葬式を引き受けてやっていますね。まさに信者じゃない方なんです”, “信者の場合は、自分の所属の教会があるので、亡くなったら、その教会へだいたいご遺体を運んで、その教会の神父が司式しますんで、大体私に葬儀を頼む人は、そういうクリスチャンじゃない人で、でも、ここで最期まで診てもらって、ここで葬儀もしてほしいというような、いわゆる家族葬というパターンだったらということだね。結構何回か。”と述べている。多くはホスピス病棟に入院し、チャプレンと親しくなる中で“私の葬儀、チャプレンしてくださいよ”と直接頼まれるが、中にはチャプレンとの交流は少ない患者からも看護師を通じて頼まれることがあると言う。“ここでしてほしいというのに、多分、街のほうでしたくない”と言うのがあるのだろうとチャプレンAは述べている。また、親類縁者の少ない患者の場合、隣接する修道院のシスターに参列してもらって大勢で見送ることができ、“シスターらにお祈りしてもらった”と喜ばれるという。また、シスターAによると、親類縁者がいなくて生活保護を受けているような患者の場合、葬儀だけでなく教区の墓地を紹介したこともある。

キリスト教系病院Bは墓地(納骨堂)も有しており、死後にそこに入る患者もいる。キリスト教系病院Aと同様に、チャプレンBに葬儀を依頼してくる患者はほとんどがクリスチャンではない。やはりクリスチャンの患者は自分の所属教会で葬儀を行うからだ。墓地についてはキリスト教式の納骨堂で毎年墓前礼拝をしていること、葬儀についてはキリスト教式ですることの了解を得られれば、誰でも構わないという。

チャプレンはそこでの入信を求めておらず、そのことについてチャプレンBは“確かにキリスト教の、いうなれば布教の場になるわけですけど、それよりもその方のやっぱり悲嘆とかのケアにつながらばっていうのを先に考えてしまうので、後なんですよね、私にとって布教的な要素が”と述

べており、布教よりもケアを優先している結果として非信者への葬儀の執行があるとの見解を示している。

実際、どちらの病院でも患者の洗礼を行うことはあるが、本人の意思を繰り返し確認するなど、非常に慎重に行っており、非信者に対して布教をしようという意識は非常に低い。チャプレンBは患者の求めに応じて一緒にお経を読むこともあるといい、“相手の大事にしているものを大事にしていきたい”と自らの姿勢を述べている。チャプレンAも“私がまず、キリスト教にならなくてもいいじゃないかっていうようなもの、根本的にある”, “その人が自分の人生の生き方を自分で選んでやってるんだから、それは神様は認めてくれるだろうっていうふうにも思うから”と述べている。同様にシスターAは“ご先祖様にも仏様にもお祈りしますからね、イエス様にもお祈りしていいですか?”と言ってお祈りし、“ご先祖様、お願いします、何々さんは一生懸命、皆さんのもとに行くために努力しています、助けてあげてください”と話したりお祈りしたりするという。患者や家族の大切にしていることを大切にすることで、葬儀の執行や墓地の紹介もあることがわかる。

2. 死亡した非信者患者の家族へのケア

死亡した非信者患者の家族へのケアとしては、遺族の分かち合いの会の開催と、遺族カウンセリングの実施、お参りに来る遺族への対応の3種類のケアがあった。天理よろづ相談所病院では死亡した非信者患者の家族へのケアは行われていなかった。

2.1 遺族の分かち合いの会の開催

患者の死後、遺された家族のケアについて、キリスト教系病院Aでは毎月1回、病院で死亡した患者家族を対象にした遺族の分かち合いの会を開催している。第一部を「祈りの会」として院内のチャペルで行っている。チャプレン主導で賛美歌を歌い、聖書を読み、チャプレンが話をする。故人への手紙を書いたりすることもあると言う。そして第二部は会議室に場所を変えて、お茶を飲みな

がら近況やその時々への想いの分かち合いをしているという。クリスチャンではない遺族が「チャペルで心落ち着いていいわ」「心が穏やかになる」と、第一部の「祈りの会」が好評であるという。

2.2 遺族カウンセリングの実施

キリスト教系病院Bでは遺族カウンセリングを行っている。その対象を病院で死亡した患者家族に限定しておらず、割合は半々程度といい、カウンセリングの件数は増えているという。そのことについて、チャプレンが葬儀をし、病院の納骨堂に入られるとそこで家族ケアができるために、遺族カウンセリングが必要にはならないという。入院日数が短くなっていることによる入院中の家族ケアが不十分であることと、葬儀が短くなり、直葬が増え、葬儀をしない人もいて、そうした方がカウンセリングに来ている印象があるとチャプレンBは語っている。その上で、チャプレンが行う遺族カウンセリングに来る人は“死後の世界とのつながりがそこでバツて生まれてて、「それはやっぱ(心理)カウンセラーじゃ駄目」っておっしゃる方が結構多いんです。宗教者じゃないとこんな話できない。”と言うようである。“死後の世界の話共有していくような形でのサポート”が必要なケースがあると言うことだ。

2.3 お参りに来る遺族への対応

あそかビハーラ病院では、数は決して多くはないが、命日や月命日に院内の仏堂にお参りに来られる遺族がいるという。その際には、お参りの前後にビハーラ僧が故人の思い出等を語り合う。

考察

1. 死亡した非信者患者へのケア

天理よろづ相談所病院での「お見送り」に非信者であっても肯定的な反応を示す遺族がいるということや、あそかビハーラ病院での「お別れ会」や

キリスト教系病院での葬儀の例からは、人が死亡した際には何らかの儀式が重要な意味を持つことがわかる。死者を葬り、弔うのは、死者をあの世に送り出す儀式であると同時に、死者に呼びかけることを通じて、死者を死者として存在させるためのものでもあり、それを崎川は「死者へのケア」と呼ぶ(崎川2012)。故人を死者として存在させることと、死者をあの世に送ることを通じて「死者へのケア」がなされるのである。

天理よろづ相談所病院では、事情部講師は天理教の教理に則って死者に話しかける。天理教の教理そのものを同席している家族が理解しているわけでは必ずしもないと思われるが、「死者に挨拶をする」ことにより、死者を「不在な者」ではなく「死者として存在」させることになる。医療者だけでは、患者ではなく家族への挨拶になると事情部講師が述べるのは、医療者だけでは死者は「不在な者」として扱われることになるということであり、しかしそこに事情部講師がいることで、死者を死者として存在させることになり、医療者もそれに従って「存在する死者」に挨拶をするようになる。崎川(2012)は、グリーフケアは『悲嘆者の死者へのケア』をケアすること」をその内奥に孕んでいると述べるが、講師が「死者へのケア」を行うことによって、医療者も「死者へのケア」ができるようになっており、まさに『悲嘆者¹⁰⁾の死者へのケア』をケアすること」が実現している。そして、同席した家族の反応からは、こうした「死者へのケア」を見届けることは、遺された家族にとってのグリーフケアになっている可能性も示唆されている。

そして伝統的な(時に形骸化した)「家」が所属する宗教(多くは仏教の)宗派の作法に則った葬儀ではなく、親しくなった宗教者に送ってもらいたいというニーズがあることがキリスト教系病院の例からはわかる¹¹⁾。家族葬が増え、従来の仏式の葬儀や墓地だけでなく、自然葬など、故人の希望にそった自由な葬儀や埋葬の形が増えている(村

¹⁰ ここでの「悲嘆者」には、担当する患者を見送った医療者も含まれる。

¹¹ 寺檀関係の侵食になりかねないために仮に患者からの要望があったとしても仏教系病院では回避する葬儀の執行について、キリスト教系病院では要望に応じることが可能なのは、患者あるいはその家族が属していた菩提寺側が気分を害している可能性は否定できないが、キリスト教病院の宗教者側がそれを気にかけないためである。

上2018)。最期の時間を共に過ごし、親しい間柄になった病院の宗教者に信者でなくても葬儀を依頼することも、この流れに位置付けられる。特に都市部では宗教者とのつながりが希薄化する中で、「親しい宗教者に、親しい場所で見送ってもらいたい」と言う願いと、「親しくもない宗教家に送ってもらうのはイヤだ」と言う両方の思いが含まれるようである。「無宗教」者であっても、人が死亡した際には何らかの死者をあの世へと送る儀式が必要とされることがある。伝統的な葬儀はどんどん簡素化されており、最近では「終活」の一環として故人が生前に「自分らしい葬儀」をデザインすることも珍しくなくなっているが、今回の例では形式にはこだわらず自分の家の宗教とは異なっても構わず、しかし親しい宗教者が求められている。死亡した人をあの世に送るのは、超越的存在ではなく宗教者個人だからであろう¹²⁾。信者にとっては、宗教儀礼の「形」は非常に重要なものである。チャプレンBは布教伝道の意識は非常に低く、普段は平服を着て、患者との対話においてもチャプレンからキリスト教の話をするのはまずないという。しかし、洗礼の時など、クリスチャンの方への儀礼儀式では形を“ものすごく大事に”すると言う。そして牧師として期待される「権威」を壊さないように気を付けている。一つ一つに教義的な意味がある故に、それを大切にすることが重要である。それに対し、いわゆる「無宗教」の者は一つ一つの「形」に特別な意味を見出すことはない。故に、葬儀がキリスト教式であっても構わない。むしろ、司式してくれる「人」が大事である。だからこそ、会ったこともない葬儀会社が紹介する僧侶や、関わりのほとんどない菩提寺の僧侶よりも、最期の時を一緒に過ごし親しい存在となったチャプレンに葬儀を頼むのではないだろうか。故人を死者として存在させたり、故人をあの世に送ってくれたりするのは、超越的存在ではなく、宗教者個人なので

ある。それ故に、極論すると形は何でもよく(親しみのある形であるに越したことはないだろうが)その宗教者のやり方、形でしてくれたらそれで良いのである。あそかビハラー病院の「お別れ会」も同様の意味を持つものとして理解することができる。

死亡した患者のお見送りに携わることは、日常における宗教者との関わりが希薄になっている現代において、病院付き宗教者だからこそできるケアの一つと言えよう。

2. 死亡した非信者患者の家族へのケア

遺族ケアは必ずしも宗教者の存在が必須なものではない。しかし、キリスト教系病院A及びBの遺族ケアの事例からは、日常においてはなかなか話しにくい「死後の世界」の話をしたり、故人を思い出し、故人に話しかけたりという「死者へのケア」を悲嘆者である遺族がする場として、チャペルのような宗教的空間や宗教者が求められていることがわかる。宗教者に求められている役割が、まさに『悲嘆者の死者へのケア』をケアすること(崎川2012)なのである。個人的には「無宗教」者であっても、宗教離れが言われるようになって久しい現代においても、死後の世界や死後の魂を完全に否定することはせず¹³⁾、「死者へのケア」ができる存在として宗教者が認められ、期待されている。

結論

本研究からは、日本人の多くが死後の世界や死者の魂の存在を否定することができず、遺族の多くが死者を不在な者としてではなく死者として存在させることや、死後の世界や故人の魂が存在することを前提にした対話を求めていることが示唆された。そして「無宗教」を自認する多くの日本人にとって、死後の世界や故人の魂につながるために必要な存在は組織としての「宗教」ではなく、その権能を持つ「宗教者」であることが示唆された。

¹² 佐藤(2015)は、中世には来迎図に代表されるように仏が死者をあの世に送ってくれるとされていたのが、近世には死者は墓にとどまる存在とされ、神仏の存在が不要になったと論じている。遺族が定期的に死者と交流する(弔い続ける)が、それ以外の時に墓で死者が寂しくないように墓は寺の境内に設置されるようになったが、「特定の宗旨の篤信者を別にすれば、近世社会では死者が眠る寺院の宗旨が問題にされることはなかった」と述べている。現代では「弔い続ける」ことが困難になり、永代供養墓が増え、その機能も寺に任されるようになってきている。また、葬儀における僧侶の役割について、井藤(2008)は「故人を生の世界から死の世界に恙無く送り出す専門職」と述べている。

¹³ NHK放送文化研究所(2020)が2018年に行った調査によると、神または仏を信じると答えたものは47%、あの世を信じると答えたものは11%であり、宗教や信仰に関するものを何も信じていないと答えたものは32%であった。

自身は信じていなくても、自身が信頼する宗教者の方法で死後の世界や故人の魂につながろうとするのである。しかし、日常生活において宗教者との関係は希薄化しており、初めて親しくなった宗教者が病院付き宗教者であるという例も少なくないだろう。「家」の宗教で葬送儀礼を行う者も、その宗教宗派の教義はよく知らないという例が多くある。しかし、故人とつながり、弔い続けるために、寺檀関係のある仏教寺院や僧侶を利用してきた。同様に、利用する宗教者が身近にいない者が、病院付き宗教者を利用しているとも言える。

病院における宗教者による非信者に対する宗教的ケアの一つとして、「死者へのケア」及び「『悲嘆者の死者へのケア』をケアすること」があることがわかった。元来、地域コミュニティにおいてなされてきたことであり、臨床宗教師の倫理規範にあるように、病院で活動する宗教者はむしろそれを自制する必要ばかりが論じられてきた。しかし、地域における宗教者とのつながりが希薄になる中で、「死者へのケア」及び「『悲嘆者の死者へのケア』をケアすること」という宗教的ケアが、病院付き宗教者に新たに求められるようになった機能の一つであることが、本研究の結果から明らかである。

確かに、本研究で明らかになった以上のような宗教的ケアは宗教系病院だからこそできるものであろう。宗教的背景のない病院においては、宗教者には遺族ケアは求められていても、葬儀やお見送りといった直接的な宗教的ケアは求められていないことが谷山の論考(谷山他2020)からもわかる。とはいえ、「死者へのケア」及び「『悲嘆者の死者へのケア』をケアすること」の担い手として、引き続き宗教者が求められるのであれば、宗教的背景のない病院においても、病院付き宗教者によるなんらかの「死者へのケア」への関わりが今後求められるようになる可能性はあろう。

最後に、本研究の課題を挙げる。本研究は、宗教者へのインタビューのみで構成されており、患者や家族への調査は含まれていない。また、調査した病院数も限られている。今後、今回の結果をさらに検証していくために、患者・家族への調査や、更なる病院への調査が求められる。

付記

調査にあたってご協力いただきました病院の皆様方には、心より感謝申し上げます。本研究は、JSPS 科研費 JP18K00093 の助成を受けて行った。本論文は日本宗教学会第79回学術大会パネル発表「病院における亡くなられた非信者患者への宗教者によるケア」の発表を基に内容の補訂を行い、原稿化したものである。本研究に関し、開示すべき COI 関係にある企業等はない。

文献

1. 阿満利磨. (1996). 日本人はなぜ無宗教なのか. 筑摩書房, 東京.
2. 青山真帆, 斎藤愛, 菅井真理, 他. (2017). 宗教的背景のある施設において患者の望ましい死の達成度が高い理由: 全国ホスピス・緩和ケア病棟127施設の遺族調査の結果から. *Palliative Care Research*, 12 (2), 211-220.
3. 藤山みどり. (2020). 臨床宗教師: 死の伴走者. 高文研, 東京.
4. 深谷美枝. (2011). キリスト教専門職によるスピリチュアルケア実践: 実践の全体像を捉える試み. *明治学院大学社会学・社会福祉学研究*, 135, 117-143.
5. 深谷美枝, 柴田実. (2013). キリスト教系病院チャプレンによるスピリチュアルケア実践. *明治学院大学社会学部附属研究所研究所年報*, 43, 45-54.
6. 井藤美由紀. (2008). 「生と死の教育」を考える: 生活に根差した伝統的生死観から. *ホスピスケアと在宅ケア*, 16(1), 29-38.
7. 伊藤高章. (2010). 臨床スピリチュアルケア専門職養成—現代日本社会の必要に応じて. 窪寺俊之, 伊藤高章, 谷山洋三(編), *スピリチュアルケアを語る《第三集》臨床的教育法の試み* (pp.41-59). 関西学院大学出版会, 兵庫.
8. 葛西賢太. (2020). 心の声に従う—倭成カウンセリング研究所における傾聴者養成. *中央学術研究所紀要*, 49, 1-19.
9. 窪寺俊之. (2000). *スピリチュアルケア入門*. 三輪書店, 東京.
10. Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. Harper &

- Row, NY. (ミルトン・メイヤロフ. (1987). ケアの本質. ゆるみ出版, 東京.)
11. 村上興匡. (2018). 葬儀研究から見た弔いの意味づけの変化. 鈴木岩弓, 森謙二 (編), 現代日本の葬送と墓制: イエ亡き時代の死者のゆくえ (pp.131-148). 吉川弘文館, 東京.
 12. 波平恵美子. (2004). 日本人の死のかたち. 朝日新聞出版, 東京.
 13. NHK放送文化研究所. (2020). 現代日本人の意識構造[第九版]. NHKブックス, 東京.
 14. 日本臨床宗教師会. (2016). 臨床宗教師倫理綱領. <http://sicj.or.jp/uploads/2017/11/rinri.pdf>
 15. 日本臨床宗教師会. (2016). 臨床宗教師倫理規定 (ガイドライン) および解説. <http://sicj.or.jp/uploads/2017/11/guideline.pdf>
 16. 大村哲夫. (2019). 臨床宗教師ならではのケア: 宗教的ケアとスピリチュアルケアのはざまで. 東北宗教学, 15, 263-284.
 17. 大下大圓. (2005). 癒し癒されるスピリチュアルケア. 医学書院, 東京.
 18. Riessman, Catherine Kohler. (2008). Narrative Methods for the Human Sciences. SAGE Publications, CA.
 19. 崎川修. (2012). 沈黙とともに聴く. グリーフケア, 1, 15-33.
 20. 佐藤弘夫. (2015). 死者の花嫁: 葬送と追想の列島史. 幻戯書房, 東京.
 21. 柴田実, 深谷美枝. (2011). 病院チャプレンによるスピリチュアルケア: 宗教専門職の語りから学ぶ臨床実践. 三輪書店, 兵庫.
 22. 谷山洋三. (2009). スピリチュアルケアをこう考える: スピリチュアルケアと宗教的ケア. 緩和ケア, 19(1), 28-30.
 23. 谷山洋三, 山本佳世子, 森田敬史, 他. (2020). 医療施設における宗教的背景と宗教家の活動実態: 質問紙による実態調査. 東北宗教学, 16, 29-42.
 24. 打本弘祐. (2021). 教団主導型ビハーラにみるビハーラ僧の宗教的ケア～聞き取り調査を通して. 真宗学, 143・144, 29-50.
 25. 上野千鶴子. (2011). ケアの社会学. 太田出版, 東京.
 26. 若松英輔. (2012). 死者との対話. トランスビュー, 東京.
 27. 山本佳世子. (2019). 病院における宗教者による信仰を異にする患者への「心のケア」のあり方に関する考察～天理よろづ相談所病院事情部講師の語りから. 臨床死生学, 24, 59-67.

実習指導者の声掛けが看護学生に与える影響

“Effect of striking a conversation by training instructors for nursing students”

伊藤 咲¹⁾, 中野 博子²⁾
Saki Ito¹⁾, Hiroko Nakano²⁾

¹⁾ 天理医療大学 医療学部 看護学科, ²⁾ 聖心女子大学 現代教養学部 心理学科

¹⁾ Department of Nursing Science, Tenri Health Care University

²⁾ University of the Sacred Heart, Tokyo Department of Psychology

抄 録

本研究は、学生の特徴に応じた指導の示唆を得るため、看護大学2、3年生72名を対象に質問紙調査を実施し、【尺度構成による学生の対人関係】、【声掛けの受止め方】、【平常時と実習期間中の心身の状態の変化】との関連を量的・質的に分析した。尺度構成による学生の対人関係の傾向は、親和不全・見捨てられ不安が有意に高い結果を示した($p < 0.05$)。見捨てられ不安にある学生は、実習指導者からの声掛けの受け止め方に関連($p < 0.05$)があり、また、平常時に比べ実習期間中は、疲労や倦怠感・睡眠障害にも弱い相関を示した($r = 0.392, p < 0.05$)。

実習指導者の表情・態度に敏感な学生が多く(90.3%)、実習指導者からの声掛けの体験内容の自由記述を分析した結果、嬉しい声掛けとして『不安・緊張の緩和』、辛い声掛けとして『不快な態度』などが抽出された。実習指導者と学生間の関係形成は、学生の対人関係の傾向より実習指導者の表情、態度の変化に敏感で心身の状態の変化においても関連があった。

実習は学生にとって、ストレスフルな環境であると同時に成長する場でもあり、実習指導者の声掛けひとつが、学生の安心感や意欲の向上、身体症状に影響を及ぼすため、実習指導者は学生との対応時、対人関係の傾向を考慮した声掛けが必要であると示唆された。

Abstract

For acquiring instructive suggestions in accordance with student's characteristics, we conducted a questionnaire survey for 72 students (the second/third year students) at University of nursing in the present study and made a qualitative/quantitative analysis for “Students' interpersonal relationships measured by scale composition”, “Perception of striking a conversation”, and “Change in physical and mental state during a training program”.

According to the scale composition, the tendency of students' interpersonal relationships showed a significantly higher result of defective affinity and anxiety over abandonment ($p < 0.05$). and it is also related to the perception of striking a conversation by instructors ($p < 0.05$), their physical and mental state also showed a weak correlation with fatigue, tiredness, and sleep disorders during a training program compared to ordinary times ($r = 0.392, p < 0.05$).

The percentage of the perception of striking a conversation was “Sensitive to facial expression/behavior by instructors (90.3%)” as the highest, then we classified the free descriptions into categories such as relaxation of anxiety/tension by comfortable verbal communication and a repulsive

attitude toward a distressing striking a conversation.

The formation of a relationship between instructors and students was more sensitive to facial expression and attitude change by instructors compared to a tendency of student's ordinary interpersonal relationship, and it was related to change in physical and mental state.

Practical training is a stressful environment as well as a place to grow for students. Striking a conversation by instructors can influence an ease of mind, improvement of motivation, and physical and mental state for students, it was suggested that instructors need to strike a conversation with the consideration of a tendency of interpersonal relationship when dealing with students.

キーワード: 声掛け, 青年期, 看護学生, アタッチメント, 対人関係支援

Keywords: striking a conversation, adolescence, nursing student, attachment, support for interpersonal relationship

I. 緒言

看護学生(以下学生)は, 実習で患者, 実習指導者, 実習メンバー等の関係構築を能動的に行う必要があり多様なストレスを体験する。青年期の対人関係について, 白井¹⁾は, 互いの内面に立ち入らず希薄な関係にあると指摘し, 野村²⁾は, 自分の意見や内面をことばで表現することが苦手な傾向にあると述べている。学生は, 臨地実習で, 困難な状況時, 自ら危機を乗り越える学生がいる一方で自己表出が苦手な学生も多い。先行研究では実習における教員, 実習指導者と看護学生の人間関係作りの要因に, 中山ら³⁾は, 実習が進まない体調不良要因の一つに, 指導者との関係構築に「人間関係形成の未熟さ」や, 指導者の声掛けが学生の精神的助けになり, 木戸⁴⁾は, 教員と学生との相互性の中で互いに高められる人間関係作りが重要であると報告している。

看護学生にとってストレスフルな環境にある実習において, 教員・臨地実習先の指導者の声掛けが, 学生の精神的助けになると明らかにされているが, 「声掛け」が, 安心感に繋がるのか, 「声掛け」の具体的な内容, 雰囲気, 表情, しぐさや, 学生の声掛けの受け止め方における現状の詳細は示されていない。また, 学生が実習指導者による声掛けをどのように受け止めているのか(以下「声掛けの受け止め方」)における現状の詳細や学生の心身の状態における平常時と実習期間中を比較する研究は

見当たらない。学生への対人関係傾向と実習指導者の声掛けの詳細を明らかにし検討することは, 個々の学生に応じた指導の示唆を得ることができると考えた。

本研究では, 実習指導者の声掛けが看護学生に与える影響を明確にする目的で, 声掛けの受け止め方の現状, 学生が平常時と実習期間中における心身の状態(以下「心身の状態の変化」)の現状を, 平常時と実習期間中の両期間を比較検討し, 声掛けの受け止め方および心身の状態の変化と各尺度構成との関連の視点から, 実習指導者が個々の学生の特徴に合わせた指導について検討した。

II. 方法

1. 用語の定義

1) 安心感

一般的に, 安心は心配・不安がなく心が安らぐ, 安心感は安心できる感じの意味⁵⁾があり, 安心感は主観的な感覚のため, 本研究では「学生が声掛けに対する感じ方として, 見守ってくれている, 協力してもらえ, 安心する, 気持ちが落ちつく, ほっとするという状態」とした。

2) 雰囲気

実習指導者が作り出している雰囲気, また, 指導の場や学生など環境が作り出す雰囲気。

3) 実習指導者

学生の回答する時期が, 実習終了直後ではなく

実習終了日より期間があいての調査となり、記憶の想起の際、教員からの声掛けあるいは臨地実習指導者からの声掛けであるのかが曖昧な回答になると考え、教員と臨地実習指導者の両者をまとめて「実習指導者」とした。

4) 心身の状態の変化

学生の身体・精神的側面に生じるストレス反応により学生の平常時と実習期間中と比較した調子の変化。

5) 声掛け

実習期間中に、実習指導者が学生に指導、助言する場面での声掛け。

2. 研究デザインの種類

調査研究

3. 調査期間

平成29年7月～8月

4. 調査対象者の選定基準

<対象者>

- ・ A大学看護学生2年次生77名, 3年次生66名, 合計143名

(現役生, 社会人経験者すべて含む)

<対象者の実習内容>

- ・ 2年次生:平成29年1月後半:実践基礎看護学実習を既習している。
- ・ 3年次生:平成28年9月後半:共通基盤看護学実習Ⅱを既習している。

5. 調査方法

無記名自記式質問紙調査法とし、研究者本人が実習に関する調査協力の依頼と調査用紙の封筒を配布し、研究目的・内容・方法および実習評価終了後の調査であり、研究の参加ないし不参加が成績等学生の不利益にならないことを含め倫理的な配慮について口頭及び文書で説明した。回収は、大学玄関設置の鍵付き回収ボックスを使用し、調査開始日から1週間の期限を設け、研究者本人が期限に鍵付き回収ボックスから調査用紙を回収した。

6. 調査内容

1) 属性

学年, 性別

2) 質問項目

問1) 対象関係尺度(青年期用)⁶⁾:質問29項目

学生の対人関係の傾向を把握するため、井梅ら⁶⁾の作成した対象関係尺度(青年期用)を用いた。学生の対人関係に問題を抱える背景には、対人スキルの未熟さの他、自己中心性や自他境界の未分化、見捨てられ不安、対人信頼感の欠如などが存在すると考え、学生の傾向として対象理解の視点から捉え、心理的援助に活かせるひとつの手段とした。

・ 測定概念

個人の対象関係を分析的・多面的に評価することを目的とした尺度である。対象関係とは、精神分析的な治療理論に使われる概念で「対人場面における個人の態度や行動を規定する、精神内界における自己と対象(他者)との関係性の表象」と定義される。

・ 適用範囲

18歳～29歳の男女が対象となる。

・ 尺度構成

- ①親和不全:対人的やりとりにおいて、自ら壁を作り緊張して打ち解けられない。
- ②不安定で希薄な対人関係:他者に対する評価が安定せず、相互理解やサポートの授受など実質的な中身を伴う対人交流ができない。
- ③自己中心的な他者操作:自分が優れているという独善的な思いがあり、自分のために他者が動いてくれることを当然と考える。
- ④一体性の過剰希求:他者との心理的距離が過度に近く、自分の要求や行動が相手と100%共有されるはずだと思いそのような相手を求める。
- ⑤見捨てられ不安:親しい人から拒絶され、取り残されることに対する恐れが強く、相手の反応に過敏である。

上記①～⑤の5因子で、合計29項目で構成され信頼性・妥当性は確認され、「とてもそう思う」6点から「全くそう思わない」1点の6件法で得点化し各下位尺度の得点の平均値を算出し、5パター

ンの対人関係の特徴が分析される。一般に自らの対人パターンを見直すといった自己理解を深めるための使用が可能である。

問2) 声掛けの受け止め方: 質問5項目

中本ら⁷⁾の臨地実習における学生の困難感の特徴や、中山ら³⁾の実習中に学生が体調不良を訴えた要因を参考にし、筆者の経験から実習場面で起こり得る状況も踏まえ作成し「非常に思う」5点から「まったく思わない」1点の5件法で調査した。

- ①声掛け時の実習指導者の表情、態度の変化に敏感である。
- ②大きな声で叱責するような声掛けをされると混乱する。
- ③困った時に声を掛けてもらえないと不安になる。
- ④有益な助言であれば、苦手と感じる実習指導者からの声掛けでも、受け入れられる。
- ⑤気持ちを汲み取るような雰囲気があると安心する。

問3) 実習指導者からの声掛けの体験(自由記載)

- ①最も嬉しかった体験
- ②最も辛かった体験

問4) 平常時と実習期間中の心身の状態: 8項目

平常時と実習期間中に分けて下記項目を「非常に思う」5点から「まったく思わない」1点の5件法で調査した。

- ①疲労感や倦怠感がある。
- ②頭が重い・頭痛がする。
- ③便秘・下痢を繰り返す。
- ④胃腸の調子が悪く、食欲がない。
- ⑤睡眠障害がある。
- ⑥活気がでない。
- ⑦物事を考えられない。
- ⑧人と話をしたくない。

7. 分析方法

統計ソフトは、Stepsエクセル統計を使用した。尺度構成についての6質問は反転項目であるため、あらかじめ点数を反転させ、平均値、標準偏差を算出し、性差と各学年の差はMann-Whitney's U test、尺度構成の多重比較はTukey-Kramer testを使用した。声掛けの受け止め方および心身の状

態の変化と各尺度構成との相関関係はPearson's correlation coefficient test、平常時と実習期間中の心身の状態の変化においてPaired t testを使用し、いずれも有意水準は $p < 0.05$ とした。声掛けの体験内容の記載は、有識者の指導を得て、記述内容を読み取り意味内容が類似するカテゴリーに分類した。

8. 倫理的配慮

本研究は、調査実施期間場所の天理医療大学(第108号)、人間総合科学大学(第519号)の研究倫理審査委員会の承認を受け尺度の使用は開発者から承諾を受けて実施した。

Ⅲ. 結果

1. 回収状況

A大学看護学生2年次生77名(女性66名, 男性11名), 3年次生66名(女性58名, 男性8名), 計143名に調査用紙を配布し、回収数は、2年次生40部, 回収率51.9%, 有効回答率97.5%(性別未記入1名), 3年次生32部, 回収率48.5%, 有効回答率97.5%(性別未記入2名, 質問未記入1名)であった。有効回答全てを分析対象とした。

1. 尺度構成による学生の対人関係の傾向(表1)

尺度構成の各項目を分析した結果、男女別および各学年に有意な差はみられなかった。尺度構成から得られた学生の対人関係の傾向は、2年次生の尺度構成の平均値は、⑤の見捨てられ不安(3.82)において、他の尺度構成に比べ有意に高い結果($p < 0.05$)を示し、3年次生では⑤の見捨てられ不安(3.72)において、①の親和不全(3.28)を除き他の尺度構成に比べ有意に高い結果を示した。

2. 学生の平常時と実習期間中における心身の状態の変化(表2)

学生の平常時と実習期間中における心身の状態について、平常時における心身の状態8項目(①疲労感や倦怠感がある, ②頭が重い・頭痛がする, ③下痢を繰り返す, ④胃腸の調子が悪く, 食欲がない, ⑤睡眠障害がある, ⑥活気がでない, ⑦物事を考

	2年次生 (n=40)		3年次生 (n=32)	
	Mean	SD	Mean	SD
①親和不全	3.19±0.98		3.28±1.07	
②不安定で希薄な対人関係	2.52±0.87		2.41±0.92	
③自己中心的な他者操作	2.76±0.86		2.79±1.05	
④一体性の過剰希求	2.76±0.90		2.51±0.71	
⑤見捨てられ不安	3.82±0.84		3.72±0.96	

Tukey-Kramer test *p<0.05

表1 対象関係下位尺度得点の差

心身の状態の項目	2年次生 n=40	平均値±SD	p	3年次生 n=32	平均値±SD	p
①疲労感や倦怠感がある	平常時	3.33±1.11	*]	平常時	3.63±0.94	*]
	実習期間中	4.25±0.74		実習期間中	4.41±0.91	
②頭が重い・頭痛がする	平常時	2.78±1.27	*]	平常時	2.47±1.22	*]
	実習期間中	3.28±1.18		実習期間中	3.09±1.35	
③便秘・下痢を繰り返す	平常時	2.45±1.34	] ns	平常時	2.84±1.42	] ns
	実習期間中	2.25±1.29		実習期間中	2.97±1.40	
④胃腸の調子が悪く、食欲がない	平常時	1.98±0.95	] ns	平常時	2.13±1.24	*]
	実習期間中	2.15±1.17		実習期間中	3.03±1.43	
⑤睡眠障害がある	平常時	2.38±1.41	*]	平常時	2.28±1.28	*]
	実習期間中	3.03±1.44		実習期間中	3.22±1.41	
⑥活気がでない	平常時	2.85±1.23	*]	平常時	2.78±1.24	] ns
	実習期間中	3.48±1.06		実習期間中	3.2±1.52	
⑦物事を考えられない	平常時	2.20±1.14	*]	平常時	2.16±1.17	*]
	実習期間中	2.60±1.30		実習期間中	3.03±1.43	
⑧人と話をしたくない	平常時	2.20±1.09	] ns	平常時	2.25±1.16	] ns
	実習期間中	2.45±1.22		実習期間中	2.56±1.37	

Paired t test ns=not significant *p<0.05

表2 平常時と実習期間中の心身の状態の変化

えられない, ⑧人と話をしたくない)と, 実習期間中における心身の状態の8項目の変化を比較した。2年次生は①疲労感や倦怠感がある, ②頭が重い・頭痛がする, ⑤睡眠障害がある, ⑥活気が出ない, ⑦物事を考えられないの5項目が実習期間中に有意に高く (p<0.05), 3年次生は, ①疲労感や倦怠感がある, ②頭が重い・頭痛がする, ④胃腸の調子が悪く, 食欲がない, ⑤睡眠障害がある, ⑦物事を考えられない (p<0.05) の5項目が実習期間中に有意に高くなった。2年次生は⑥活気が出ない, 3

年次生は④胃腸の調子が悪く, 食欲がないの項目のみ学年で異なっていた。両学年において③便秘・下痢を繰り返す, ⑧人と話をしたくないの2項目は平常時と実習期間中の間に有意差はみられなかった。

3. 声掛けの受け止め方および心身の状態の変化と尺度構成の関係 (表3)

【尺度構成】の5項目(①親和不全, ②不安定で希薄な対人関係, ③自己中心的な他者操作, ④一体性の過剰希求, ⑤見捨てられ不安)と【声掛け

n = 72

	尺度構成	平常時	実習期間中
声掛けの受け止め方と尺度構成	①親和不全	0.139	0.139
	②不安定で希薄な対人関係	0.005	0.100
	③自己中心的な他者操作	0.021	0.050
	④一体性の過剰希求	0.107	0.067
	⑤見捨てられ不安	0.296 *	0.340 *
心身の状態の変化と尺度構成	①親和不全	0.392 *	0.251 *
	②不安定で希薄な対人関係	0.232	0.169
	③自己中心的な他者操作	0.029	0.185
	④一体性の過剰希求	0.130	0.227
	⑤見捨てられ不安	0.377 *	0.334 *

Pearson's correlation coefficient test *p < 0.05

表3 声掛けの受け止め方および心身の状態の変化と各尺度構成の相関関係

の受け止め方】及び【尺度構成】の5項目と【心身の状態の変化】との相関を分析した。⑤の見捨てられ不安のみ、平常時と実習期間中に【声掛けの受け止め方】(平常時 $r = 0.296$, $p < 0.05$, 実習期間中 $r = 0.340$, $p < 0.05$)と【心身の状態の変化】(平常時 $r = 0.377$, $p < 0.05$, 実習期間中 $r = 0.334$, $p < 0.05$)の両方に弱い相関を示した。①の親和不全は、平常時と実習期間中に【心身の状態の変化】(平常時 $r = 0.392$, $p < 0.05$, 実習期間中 $r = 0.251$, $p < 0.05$)に弱い相関を示した。

4. 声掛けの受け止め方の割合(図1)

学生が実習指導者による声掛けをどのように受け止めているのかを分析し、学生の回答より「5:非常にそう思う」の選択で多い項目は、「大きな声で叱責するような声掛けをされると混乱する。」(54.2%),「気持ちを汲み取るような雰囲気があると安心する(56.9%)を、半数以上の学生が回答した。次に、多い項目は、「①声掛け時の実習指導者の表情、態度の変化に敏感である。」(47.2%)を示した。「5:非常にそう思う」「4:まあそう思う」

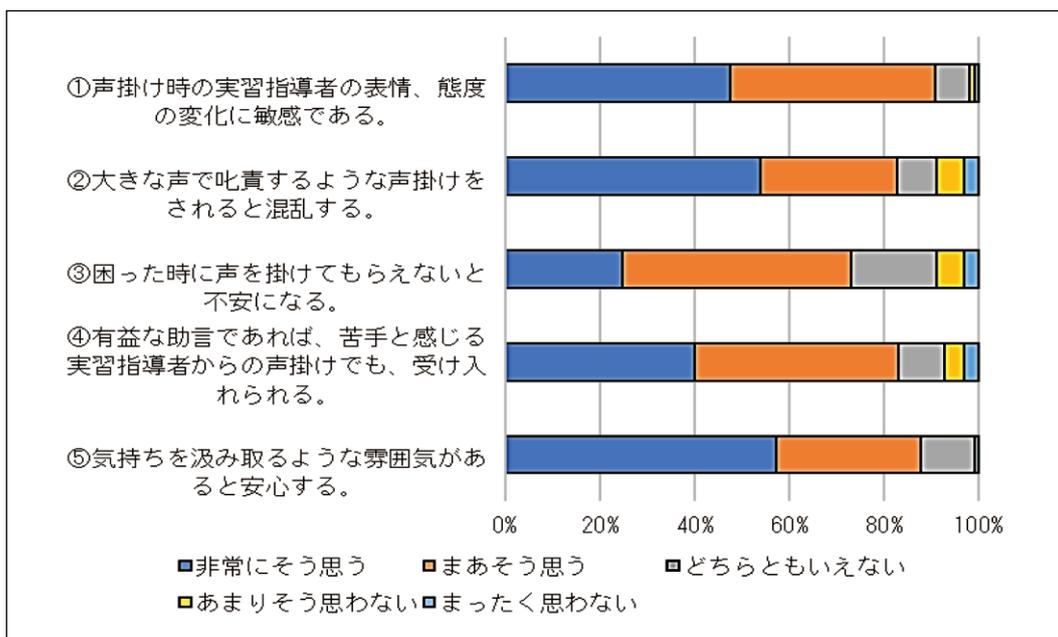


図1 声掛けの受け止め方の割合

をまとめた割合で、多い項目は「①声掛け時の実習指導者の表情、態度の変化に敏感である。」(90.3%),次に「気持ちを汲み取るような雰囲気があると安心する。」(87.5%),「大きな声で叱責するような声かけをされると混乱する。」と「有益な助言であれば、苦手と感じる実習指導者からの声掛けでも、受け入れられる。」(2項目共に83.4%)を示した。

5. 学生の実習指導者からの声掛けの体験内容

(表4, 5)

回答率は、2年次生40名中(52.5%),3年次生32名中27名(84.3%)であった。学生の記述内容を読み取り、「最も嬉しいと感じた実習指導者からの声掛けの体験」及び「最も辛いと感じた実習指導者からの声掛けの体験」をカテゴリー分類した。カテゴリー分類の内容を、野田⁹⁾の「勇気づけるメッセージ」と「勇気をくじくメッセージ」を参考に、【最も嬉しいと感じた実習指導者の声掛け】すべてを「勇気づけるメッセージ」とし、【最も辛いと感じた実習指導者の声掛け】を「勇気をくじくメッセージ」に分類した。【最も嬉しいと感じた実習指導者の声掛け】は、6カテゴリー『成果、努力を認める』、『達成への評価と次に繋がる助言』、『学生の成長や期待』、『学生を信頼し判断を委ねる』、『不安・緊張の緩和』、『解決への方向性の示唆』と、『不安・緊張の緩和』は、3サブカテゴリー及び『解決への方向性の示唆』は2サブカテゴリーが抽出された(表4)。また、【最も辛いと感じた実習指導者の声掛け】は、5カテゴリー『達成できていない部分の指摘』、『否定的メッセージの表明』、『不快な態度』、『学生の思考の混乱』、『他者との比較』と、『不快な態度』は2サブカテゴリーが抽出された(表5)。

IV. 考察

尺度構成から得られた対人関係の傾向は、2,3年次生ともに、⑤の見捨てられ不安の傾向が高く、次に①の親和不全の傾向を示した。井梅ら⁶⁾は「親和不全」と「見捨てられ不安」間には、前者が自分の内面の壁に焦点をあて、後者が相手の反応

に過敏になる傾向に焦点をあてているという違いはあるが、打ち解けた関係を築けないという共通点があると示していることより、学生は、対人関係作りの困難さや他者の反応に過敏傾向にあるのではないかと考えられた。

学生の平常時と実習期間中における心身の状態の変化について、学生は、実習がない平常時に比べ、実習期間中は心身の状態を示す8項目中5項目(①疲労感や倦怠感がある、②頭が重い・頭痛がする、⑤睡眠障害がある、⑥活気が出ない、⑦物事を考えられない)が有意に高く、各学年で異なった項目に⑥活気が出ない、④胃腸の調子が悪く、食欲がないが挙げられた。実習期間中の環境は、平常時と比べ、様々な患者や患者家族、実習指導者、臨床スタッフ、担当教員、グループメンバーとの関係性が多様となる環境の変化があり、対人関係作りが困難な状況になる。学生は、多様な環境で、自ら対人関係作りを行う過程で、対人関係作りが困難な場合、個人差はあるが、身体・精神的側面になんらかのストレスによる症状が出現すると考えられた。また、各学年で異なった項目においては、これまでの各学年のカリキュラムの進捗、学年別による実習到達度の内容や各学生の実習経験の積み重ねでの成長などレディネスの違い、さらに、生活・学習習慣、対人関係など個人的背景の様々な要因が関連していると推察される。今回、ストレスを及ぼす要因は、外的・内的要因を含むが、各要因の詳細までは分析に至らなかった為、各要因の詳細を明らかにする必要がある。

先行研究では、実習中の学生の心身の状態の変化や項目は明らかにされていなかった。今回、実習期間中の心身の状態を示す6項目として「①疲労感や倦怠感がある」「②頭が重い・頭痛がする」「④胃腸の調子が悪く、食欲がない」「⑤睡眠障害がある」「⑥活気がでない」「⑦物事を考えられない」が明らかとなった。実習指導者は、学生の心身の状態のサインを見逃さないように日々の学生の表情・態度・行動の微細な変化を把握し、早期に学生の身体・精神的側面に個々の特徴を考慮した声掛けや相談できる場の提供など支援することが、実習を順調に進める要因の一つと考えられた。

カテゴリー『』・サブカテゴリー「」	学生の記述内容	
『成果、努力を認める』	「よいね」とシンプルに言われた 実習記録を確認し「がんばってるね」と言われた	
『達成への評価と次につながる助言』	頑張っていることに対する評価、アドバイスをしてくれた よく書けているけど、ここをこう書いたら、もっと良くなると指導を受けた	
『学生の成長や期待』	あなたは、患者さんの辛いと思っていることをよく理解してあげてるねと言われた 「患者さんのこと、よく理解して情報を集めているね」と言われた 「あなたは、粘り強い人だね、最後まで患者さんの何が問題かを見つけようとして、今後、楽しみです」と言われた カンファレンス時、「今日、学んだことは、とてもよいことばかりですね、気づく力がすばらしいと思います」と学生全体に向かってほめて頂いた	
『学生を信頼し判断を委ねる』	指導者から「どちらも重要な援助であることは間違いないから、自分の思うとおりにやってみよう」と声掛けがあり、自分の考えに自信をもつことができて嬉しかった	
『不安・緊張の緩和』	「表情や態度」	優しく、大丈夫？と声をかけてくれた 笑顔で優しい口調で教えてくださった 他の看護師の方は、助言はしていただくが、威圧感がありおびえるように質問していたため、優しい態度で、時にユーモアを交えた声かけのある看護師の存在は大きいと思った 会話中、「あー、うんうん」と頷きながら話をきいてくれた
	「見守りと待つ姿勢」	「どうしよう」と不安な状態の時、「〇〇さんなら大丈夫」「自信もって」と励ましてくれた カンファレンスで上手く担当患者のことを言い表せなかったとき、そばで見ていた指導者が「あの時は、どうだった？」と助言してくれた
	「気にかける姿勢」	38度の発熱があり、心配していただいたことがありがたい。「水分補給していいよ」「早く寝るように」 患者さんとの関係を心配してくれた
『解決への方向性の示唆』	「共に考える」	自分を理解してもらっていると感じ、自分の欠点をおしえてもらい、次回につなげるような助言をもらった 上手く実習を進めていく上で悩んだとき、「何か悩んでいる様子だね」と少し声をかけていただき、患者について話し、自分の考えを話すことで「本当にそれは、その人のためかな？」「うん、他には？」と聞かれ、考えを整理しやすかった 「何がわからないのか一緒に考えてみようか」と言われた
	「具体的な助言」	失敗した時、どうしてそのようになったのかを一緒に状況を整理し、今後どのようにすべきかを指導してくれた 初めての患者さんを受け持ったとき、緊張していて混乱していた時に、隣からアドバイスをもらい安心した

表4 最も嬉しいと感じた実習指導者の声掛け

カテゴリー『』・サブカテゴリー「」	学生の記述内容	
『達成できていない部分の指摘』	既習していない内容が含まれる実習で、わからないことも多い中、学生なりに毎日寝ずに学習したが、認めてもらえず「それだけ？」「他は？」と聞かれた 学生に「あなたは、看護師じゃなくて、それを学びに来ている学生でしょ。それを考えて」と言われた 学生の作った媒体について、媒体の内容が恐怖をうえつけるだけで役に立たないと言われ、患者さんのことを考え、寝ずに作成したため傷ついた 学生のことを大して知らないのに、「あなたは、こう」と決め付けたような声掛けであった	
『否定的メッセージの表明』	理由を聞かずに「なにしてるの」と言われた 「それって関係ある？」と指導者に質問された わからなくて悩んだ時、私の伝え方が下手であったと思うが、「私にはあなたの考えは理解できない」と言われた 患者が入浴を希望されているが下痢をしまいどうしようかと迷い、指導者に相談したが「あなたは患者さんの入浴をやめようとしているの、患者さんは希望しているよね、気持ちを考えていつてるの？」と言われ、何も言い返せずに泣いてしまった	
『不快な態度』	「表情や態度」	学生のアクションに対し無反応、無表情であったが、急に「なんで？」など怒った口調で聞いてくる 学生の説明に対し意見がなかったときも、終始無反応、無表情で最後に「わかりました」の言葉だけで、このような指導を続けられると、指導者の顔を伺い、指導者の思うように動くことだけに気をとられ非常に辛い 馬鹿にするような態度であった 声掛けとは関係ないが、指導がめんどくさそうな表情をされるのが嫌であった 話し方が怖かった
	「責める口調」	他の学生がいる控え室の隅に呼ばれ、「なぜ、さっきのような行動をとったのか、教えてくれる？」と言われ、質問に答えても立て続けに質問され、威圧感と恐怖感が強かった
『学生の思考の混乱』	学生がわからず、言いくくりに無言になったとき、「なんで？」と繰り返されたこと 全部に「なんで？」「なんで？」と言われると混乱して何も答えられなくなった	
『他者との比較』	学生の実習記録が他学生と比べ、追いついていない、遅い、全然駄目とグループメンバーと比較された 実習初日に既往歴について聞かれ、わからず答えられなかったとき、患者さんと他学生の前で「わからなかったら戻って勉強して、わかるまで血圧測定はしないように」と言われた	

表5 最も辛く感じた実習指導者の声掛け

学生の声掛けの受け止め方および心身の状態の変化と各尺度構成との関連について、各学年ともに①の親和不全と⑤の見捨てられ不安にある学生は、平常時と実習期間中での指導者による声掛けの受け止め方や心身の状態において、平常時より他人の反応や異なった環境を敏感に感じ、何らかの反応を示していることがわかった。①の親和不全が高い学生は、平常時に比べ実習期間中において【心身の状態の変化】を認め、特に⑤の見捨てられ不安にある学生は、【心身の状態の変化】と【声掛けの受け止め方】の両方に変化を示し、他人の反応を敏感に感じとっていると考えられた。学生は、実習期間中の学生を取り巻く環境の刺激(人・物・音・香りなど)を敏感に感じとり、平常時に比べ交感神経が優位に働き緊張状態となり、身体・精神的側面に、胃腸・睡眠障害、思考の停滞など引き起こす状態になったと考えられた。久住⁸⁾は、健康障害は身体疾患として起こる場合と精神病理として起こる場合とがあるが、それらは個々の障害として成立しているわけではなく、互いに関連し、ストレス処理には、適切な時期の心身両面からアプローチが効率的であると報告されている。つまり、ストレスとなる刺激は、心の不健康状態を招くと同時に、身体症状も招き心と身体は「心身相関」であると言える。また、久住⁸⁾はストレス反応を起こす刺激であるストレスには、生物学的、物理的、化学的、心理社会的なものが存在し、受けるストレスの種類、量、質の違い、ストレスを受ける個人の特性(パーソナリティ、行動特性)や置かれている環境、その個人の心身の状態によってさまざまな健康障害が生じるとしている。よって、実習指導者は、学生の個人の特性を踏まえ、心身両側面から学生の状態を把握する必要があると考えられた。

学生の対人関係の傾向において、「見捨てられ不安」「親和不全」が高く示され、「親和不全」の対人関係の特徴は、対人的なやりとりにおいて自ら壁を作り、緊張して打ち解けられない傾向や、深くつきあうことを恐れる傾向を表し、「見捨てられ不安」は、親しい人から拒絶され取り残されることに対する恐れや、相手の反応に過敏な傾向を

表すとされ、両者ともに対人関係において消極的で恐れが見受けられる傾向がある。井梅ら⁶⁾は、「見捨てられ不安」は、「親和不全」と相関関係があり、「親和不全」は自分の内面に焦点をあてるのに対し、「見捨てられ不安」は、相手の反応に注意が向いてるとされ、自我同一性との関連や女性に多いとされる相手への依存性との関連があると述べている。実習指導者が、学生の他者に恐れを抱く感情を軽減できる環境を調整することは、学生自ら対人関係作りを促進できると言える。学生は、青年期の発達課題である「友達と親密な関係を築く中で自己を形成する時期」にある段階であり、自我同一性の確立をめぐり、さまざまな試行錯誤が行われ成長していく。しかし、成功するとは限らず、失敗に終わると同一性の拡散とよばれる混乱状態がおり、この意味で青年期は同一性の危機の時代でもあり、学生の個人の特性や個々の対人関係作りのあり方が重要となる。対人関係作りは、重要他者として実習指導者の存在が要因の一つと考えられた。

学生が自由記述した実習指導者からの声掛けの体験内容について、『成果、努力を認める』『達成への評価と次に繋がる助言』『学生の成長や期待』『学生を信頼し判断を委ねる』『不安・緊張の緩和』『解決への方向性の示唆』のカテゴリーは、学生にとって、認められ安心して実習に向かうことが出来る肯定的な関わりとなっている。反対に『達成できていない部分の指摘』『否定的メッセージの表明』『不快な態度』『学生の思考の混乱』『学生の思考の混乱』『他者との比較』は、否定的な関わりとなっている。野田⁹⁾は、「勇気」を健康に建設的に暮らしていくための絶対必要な要素だと述べ、「勇気づけるメッセージ」(過程を重視・達成、成果の指摘、成長の重視、肯定的表現など)と「勇気をくじくメッセージ」(成果の重視・できていない部分の指摘・成功のみの評価・他者との比較・否定的表現など)を挙げている。学生が最も嬉しいと感じた実習指導者の声掛けは、「勇気づけるメッセージ」であり、学生が安心して探索するために、挑戦する勇気の源になると考えられ、一方、野田⁹⁾の「勇気をくじくメッセージ」は、人が目標を破壊的な反社会的な方法で実現する場合は、勇気をくじかれていると

述べており、学生に自己否定感や挑戦する勇気を奪うことに繋がると考えられた。

COS(Circle Of Security)プログラムの理論で、数井¹⁰⁾は、子どもは、養育者によって安心感が得られると探索システムが優勢になり、身体・認知的な発達が進められ、安定した関係性に必要な「安心の基地」や「安全な避難所」の役割を「安心感の輪」としている。学生と実習指導者との関係性を「安心感の輪」を参考に、養育者を実習指導者、子どもを学生に置き換え図示した(図2)。学生は、実習指導者から「勇気づけるメッセージ」を受け、自ら探索し困難に遭遇した場合、実習指導者の役割である「安心の基地:安心して自分を表出できる場、受け止めてもらえる場」で安心感を得て、再度、探索しようと挑戦する勇気へ繋がるサイクルであると考えられた。学生と実習指導者の「安心感の輪」が円滑に回れば、学生が、困難な状況に自らが立ち向かう行動の促進となり、両者の相互作用により、受け止めてもらえる安心感を得ながら、自己を表現し、主体性が育っていくのではないかと考えられた。

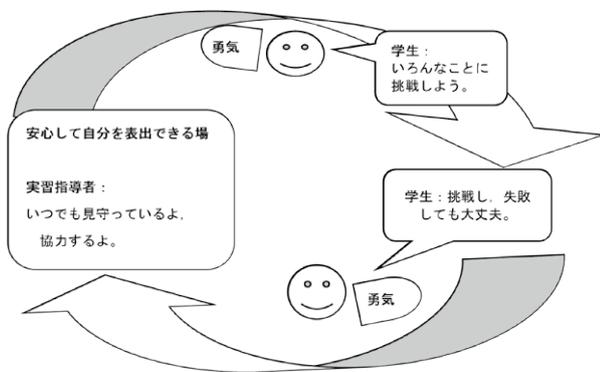


図2 学生と実習指導者間における安心感の輪

木戸⁴⁾は、看護学生の自己教育力を阻害する看護教員の関わりについて、業務量の多さがゆとりを失い、学生に関わる事が出来ない状況が学生との関係性に距離を作り、学生が教員と関わりたくない理由に、「親しみにくい」「教員が怖い」「緊張する」「何を話せばいいかわからない」など挙げられ、教員と学生間の相互性の中で互いに高められるコミュニケーションを図ることが重要であると示唆している。実習は学生にとって成長する場

であり、実習指導者と学生間の対人関係形成は、学生の声掛けの受け止め方に示された「実習指導者の表情、態度の変化に敏感である」「気持ちを汲み取るような雰囲気があると安心する」ことより、声掛け一つにより学生の安心感や意欲の向上に影響を及ぼすと考え、学生の個々の対人関係の傾向を知り、声掛け時に考慮することが必要であると考えられた。

本研究では、教員と臨地実習指導者の両者をまとめて実習指導者と設定し検討したが、教員と臨地実習指導者を区別した検討や男女間の尺度構成の比較も例数を増やし今後、研究を進めていく予定である。

V. 結論

1. 学生は実習期間中、平常時と比較して心身の状態の緊張が高いことが示唆された。
2. 対人関係の傾向において、「見捨てられ不安」「親和不全」の高い学生は、実習期間中、平常時と比較して心身の状態の変化との弱い相関があった。
3. 「見捨てられ不安」にある対人関係に敏感な学生は、実習指導者の声掛けに対しても敏感な反応を示した。
4. 実習指導者は、学生の対人関係の傾向を考慮し、学生個々に応じて話しやすい雰囲気作りや場の提供をすることが重要である。

文献

1. 白井利明:よくわかる青年心理学第2版. ミネルヴァ書房. 京都:2015:92-93.
2. 野村朋:青年期の発達要求にこたえる教育のありかたについて. 大阪健康福祉短期大学紀要. 2008;7:203-211.
3. 中山由美, 大町弥生:看護学生が臨地実習中に体調不良を訴えた要因-学生に必要な教員・臨床指導者からの教育支援-. 看護教育研究学会誌. 2013;5:12-21.
4. 木戸寛子:看護学生の自己教育力を促進させる看護教員の関わり. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター教員養成課程看護教員養成コース看護教育研究集録. 2009;34:46-53.

5. 新村出:広辞苑第7版. 一般財団法人新村出記念財団. 岩波書店. 東京都:2020:118.
6. 井梅由美子, 平井洋子, 青木紀久代, 他.:日本における青年期用対象関係尺度の開発. 日本パーソナリティ心理学学会. 2006:183-188.
7. 中本明世, 伊藤朗子, 山本順子, 他.: 臨地実習における学生の困難感の特徴と実習状況による困難感の比較—基礎看護学実習と成人看護学実習の比較を通して—. 千里金蘭大学紀要. 2015:12:123-134.
8. 久住眞理:ストレスと健康改訂第1版. 人間総合科学大学. 埼玉:2012:10-16.
9. 野田俊作:アドラー心理学を語る. 勇気づけの方法. 創元社. 大阪:2017:10-27.
10. 数井みゆき:アタッチメントの実践と応用—医療・福祉・教育・司法現場からの報告. ミネルヴァ書房. 京都:2015:24-29.

成人看護学実習を受ける学生の実習前の Sense of Coherence と実習中の精神健康度・身体症状・ 生活状況・社会的状況の関連性

Relationship between the Sense of Coherence before Clinical Practice of Adult Nursing and Mental Health Status, Physical Symptoms and Life and Social Situations during the Practice in Nursing Students

山中 政子¹⁾, 平賀 元美²⁾, 藤原 尚子³⁾, 中本 明世⁴⁾, 三浦 恭代⁵⁾
Masako Yamanaka¹⁾, Motomi Hiraga²⁾, Naoko Fujiwara³⁾
Akiyo Nakamoto⁴⁾, Miura Yasuyo⁵⁾

¹⁾天理医療大学 医療学部 看護学科, ²⁾名古屋学芸大学 看護学部, ³⁾四天王寺大学 看護学部

⁴⁾甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 看護学科, ⁵⁾千里金蘭大学 看護学部

¹⁾ Department of Nursing Science, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University

²⁾ School of Nursing, Nagoya University of Arts and Sciences

³⁾ Faculty of Nursing, Shitennoji University

⁴⁾ Faculty of Nursing and Rehabilitation, Department of Nursing, Konan Women's University

⁵⁾ Faculty of Nursing, Senri Kinran University

抄 録

本研究は、成人看護学実習を履修する学生の実習前のSense of Coherence(首尾一貫感覚:SOC)と、実習1週目、2週目、3週目における精神健康度・身体症状・生活状況・社会的状況との関連性を明らかにすることを目的とした。成人看護学実習を履修する学生に質問紙調査を実施し、実習前のSOC(SOC-13日本語版)が中央値未満の学生をSOC低群、中央値以上の学生をSOC高群とし、SOC低群43名、SOC高群49名の計92名を分析対象とした。SOC低群とSOC高群で、実習1週目、2週目、3週目の精神健康度(日本版GHQ-12)、身体症状、生活状況、社会的状況を比較した結果、実習1週目の身体症状はSOC低群で有意に高く、実習前のSOCが実習1週目の身体症状出現の予測因子になり得ることが示唆された。教員は、実習前から学生のストレス対処に着目し、学習面での関わりだけでなく、実習中のストレスに対処できるようサポートする必要があると考える。

キーワード:成人看護学実習, 看護学生, Sense of Coherence

Keywords: Clinical Practice of Adult Nursing, Nursing Students, Sense of Coherence

I. はじめに

看護基礎教育における臨地実習(以下, 実習)は, 講義・演習で学習してきた知識・技術を統合し, 患者に適用させて看護援助を実践する科目である。看護学生(以下, 学生)は, 実習によって看護の受け手との関係形成やチーム医療において必要な対人関係能力や倫理観を養うとともに, 看護専門職としての自己の在り方を省察する能力を身に付ける(大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2017)。一方, 実習中の学生はストレス状態にあり, 中島ら(2018)は, 実習グループ内の人間関係や看護介入に対する困難, 実習期間が長いこと, 援助が上手くいかないこと, 実習記録, 睡眠不足, 実習指導者や教員との関係に学生はストレスを感じていると報告している。また, 実習中の学生は強い慢性疲労の状態にあり(堤ら, 2019), 実習中の学生のストレスと精神健康度は有意な相関があると報告されている(菊池ら, 2018)。実習中にストレス状態が続けば, 実習の学修は妨げられるため, ストレスへの対処が重要となる。そこで, ストレッサーが心身に及ぼす影響を緩和するとされる首尾一貫感覚(sense of coherence: 以下, SOC)に着目した。SOCはAntonovskyが提唱した健康生成理論の要の概念であり, 把握可能感と処理可能感, 有意味感の3つの感覚からなる(Antonovsky, 1987/2001)。この3つの確信をもって人生や日常生活における何事に対しても向き合っている人ほど, ストレス対処力が高いとされている(山崎, 2009)。

著者らは, SOCと精神的健康度, 身体症状, 生活状況(睡眠など), 社会的状況(人間関係やサポート)の関連を明らかにするために, 成人看護学実習前から実習3週目までの学生のSOCとこれらの関連項目の推移, およびSOCとこれらの関連項目の相関を調査した。その結果, 実習前から実習3週目においてSOCに変化はなかったが, 身体症状は強くなり, 精神健康度は低下し, 生活状況と社会的状況は良好でない状態になっていたこと, そして, SOCが高いと精神健康度や身体症状, 生活状況, 社会的状況も良好であることが明らかとなった(山中ら, 2018)。また, 思春期を対象とした調

査によれば, 中学1年次のSOCが3年次の精神健康の予測因子である可能性が示されている(荒木田ら, 2003)。これらの結果から, 実習前のSOCが, 実習中の精神健康度・身体症状・生活状況・社会的状況の予測因子になり得るのではないかと考えた。SOCが予測因子であれば, SOCを活用した実習前からの学生支援のあり方を検討できる。

そこで, 本研究は, 成人看護学実習を履修する学生の実習前のSOCと, 実習1週目, 2週目, 3週目における精神健康度・身体症状・生活状況・社会的状況との関連性を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究におけるSOCの定義は, その人に浸みわたったダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される生活世界の志向性であり, それは, 自分の内外で生じる環境刺激は, 秩序づけられた予測と説明が可能なものであるという把握可能感と, その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという処理可能感, そうした要求は挑戦であり, 心身を投入しかかわるに値するという有意味感から成るストレス対処力(Antonovsky, 1987/2001)とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

記述的相関研究

2. 研究対象者

成人看護学実習 I (急性期実習)および成人看護学実習 II (慢性期実習)を履修する A 大学看護学部3年生86名および4年生67名, 延べ153名。

3. データ収集期間

2015年5月～同年12月

4. 急性期実習および慢性期実習の概要

対象者が履修した急性期実習と慢性期実習の実習期間は各3週間で, 1施設の急性期病院で実習を行った。学生配置数は1病棟あたり4～5名であった。急性期実習では周手術期患者を受け持ち, 慢

性期実習では薬物療法やリハビリテーション、終末期医療を受ける患者を受け持った。実習指導体制として、教員1名が病棟に常駐して看護実践や実習記録の指導を行い、実習指導者は学生の看護計画への助言や看護実践の指導を行った。

5. 調査内容

1) 対象者の基礎情報

性別、年齢、家族との同居の有無、通学時間とした。

2) SOC

Antonovskyによって開発されたSOCスケール英語版(SOC-29, SOC-13)(Antonovsky, 1987/2001)を翻訳したSOC-13日本語版(戸ヶ里ら, 2005)を用いて測定した。SOC-13日本語版は、SOC概念を構成する3つの主要な感覚である把握可能感5項目、処理可能感4項目、有意味感4項目で構成されている。本研究では7件法版を採用し、各項目の合計点を用いた。得点は最低13点～最高91点で、SOC得点が高いほどSOCが強くストレス対処力が高い。SOC-13日本語版のCronbach α 係数は0.72～0.89で、信頼性と妥当性ともに認められている(戸ヶ里ら, 2005)。

3) 精神健康度

Goldberg.D.Pによって開発された精神健康調査票(General Health Questionnaire: GHQ)(Goldberg, 1996/2013)の日本版GHQ-12を用いて測定した。4件法で問い、各項目の合計点を用いた。得点は最低0点～最高36点で、得点が高いほど精神健康度が低い。日本版GHQ-12は高い妥当性と信頼性が得られている(Goldberg, 1996/2013)。

4) 身体症状

身体症状は、学生が実習中に訴えることがある症状を研究者が独自に選定し、疲労感、頭痛、腹痛、腰痛の4症状とした。これらの身体症状は「症状がない;1点」～「とても強い;4点」までの4件法で問い、4症状の合計点を用いた。得点は最低4点～最高16点で、得点が高いほど身体症状が強く表れていることを示している。

5) 生活状況

近村ら(2007)が看護学生の臨地実習中のスト

レスに關与する生活習慣として挙げた項目を参考に、生活状況として、規則正しい食事、朝食の摂取、栄養バランス、入浴、睡眠の質、運動習慣、趣味活動の7項目を選出し、「はい;1点」「いいえ;0点」の選択肢で問い、7項目の合計点を用いた。得点は最低0点～最高7点で、得点が高いほど生活状況は良好な状態であることを示している。

6) 社会的状況

現代学生は学生間の人間関係が希薄で、教員とは親密で依存傾向にあることや(柳川ら, 2011)、実習ストレスとして「実習に関わる人間関係」「患者・家族との人間関係」が含まれていることから(近村ら, 2007)、学生の社会的状況を実習中に接する身近な人間との関係性と捉えて次の項目を選出した。家族、友人、実習場所の看護師、教員、受け持ち患者との人間関係の5項目と、家族、友人、実習場所の看護師、教員からのサポートの自覚の4項目を、「とてもよい;4点」～「非常によくはない;1点」までの4件法で問い、9項目の合計点を用いた。得点は最低9点～最高36点で、得点が高いほど社会的状況は良好な状態であることを示している。

6. データ収集方法

データ収集は連結可能匿名化された無記名の自記式質問紙調査により実施した。質問紙の配布日は、実習開始前週の水曜日と、実習1週目の金曜日、実習2週目の金曜日、実習3週目の金曜日の朝とした。回収は、配布した翌週月曜日の実習開始までに、対象者自身が指定した回収箱へ投函する方法で行った。

対象者は、急性期実習または慢性期実習で本調査への協力依頼を受ける者125名と、急性期実習と慢性期実習の両方すなわち2回協力依頼を受ける者14名がいた。また、専門分野Ⅱ看護学実習のローテーション上、対象学生が成人看護学実習を受ける時期は異なっている。

7. 分析方法

統計解析にはIBM SPSS Statistics Ver. 25を用いた。収集したデータの記述統計量と度数分布表から正規性を確認したのち、実習前のSOCが中

中央値未満の学生をSOC低群, 中央値以上の学生をSOC高群とし, t 検定を用いて2群間で差の検定を行った。有意水準は5%未満とした。学生にとって専門分野Ⅱ看護学実習における成人看護学実習の経験時期に違いはあるが, 成人看護学実習での教員の支援は等しく必要であることから, 急性期実習および慢性期実習を履修する学生を対象として一律に分析した。

8. 倫理的配慮

本研究は, 千里金蘭大学の疫学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号-201)。対象学生に対し, 当該実習の成績判定者ではない研究者が, 研究の目的と方法, 研究参加の自由意思, 匿名性の確保, 個人情報保護等を文書と口頭で十分説明した。質問紙調査は無記名とし匿名化は遵守するが, 対象者が独自に考えた図柄を質問紙に記載する方法を用いて, 各測定ポイントの質問紙が同じ対象者の回答であることがわかるようにした。また, 回収箱の周囲には研究者が立ち入らないようにして匿名性と研究協力の任意性を確保した。尚, 実習前中に計4回調査することや, 急性期実習と慢性期実習において重複して本調査に参加する学生がいることから, 負担が最小限となるよう5分程度で回答できる質問紙を作成した。

IV. 結果

1. 質問紙の回収率と対象者の背景

配布した質問紙612部(延べ153名×4部)のうち574部が回収された(回収率93.8%)。全ての測定ポイントで回答があったのは111名(回答率72.5%)で, そのうち欠損値がなかった92名(有効回答率82.9%)を分析対象とした。92名の実習前SOCは平均54.2 ($SD=9.7$)であり, 把握可能感は平均19.4 ($SD=4.9$), 処理可能感は平均17.0 ($SD=3.7$), 有意味感は平均17.9 ($SD=3.5$)であった。実習前SOCの中央値53.0であったため, 53.0未満の43名をSOC低群, 53.0以上の49名をSOC高群とした。

対象者は全員女性で, SOC低群の平均年齢は20.9歳 ($SD=3.4$), 実習区分は急性期実習23名, 慢

性期実習20名, 家族との同居率は93.0%, 平均通学時間は63.7分 ($SD=16.4$)であった。SOC高群の平均年齢は21.2歳 ($SD=1.4$), 実習区分は急性期実習26名, 慢性期実習23名, 家族との同居率は93.9%, 平均通学時間は64.4分 ($SD=20.3$)であった。

また, 実習前の精神健康度は, SOC低群で17.2点 ($SD=4.2$), SOC高群で13.4点 ($SD=4.9$)であり有意差があった ($p<.001$)。実習前の身体症状は, SOC低群で6.7点 ($SD=2.3$), SOC高群で6.1点 ($SD=2.2$)であり有意差はなかった ($p=.241$)。実習前の生活状況は, SOC低群で4.7点 ($SD=1.2$), SOC高群で4.7点 ($SD=1.5$)であり有意差はなかった ($p=.910$)。実習前の社会的状況は, SOC低群で28.2点 ($SD=3.5$), SOC高群で29.5点 ($SD=2.6$)であり有意差があった ($p<.05$)。

2. 実習前SOCと実習中の精神健康度, 身体症状, 生活状況, 社会的状況との関係性

実習前のSOC低群, SOC高群における実習中の精神健康度, 身体症状, 生活状況, 社会的状況を比較したところ表1に示す結果が得られた。

実習1週目の精神健康度は, SOC低群で20.0点 ($SD=3.9$), SOC高群で16.6点 ($SD=4.7$)であり, SOC低群の方が精神健康度は有意に低かった ($p<.001$)。実習2週目の精神健康度は, SOC低群で19.8点 ($SD=4.4$), SOC高群で16.4点 ($SD=4.9$)であり, SOC低群の方が精神健康度は有意に低かった ($p<.01$)。実習3週目の精神健康度は, SOC低群で18.9点 ($SD=5.4$), SOC高群で16.2点 ($SD=5.1$)であり, SOC低群の方が精神健康度は有意に低かった ($p<.05$)。

実習1週目の身体症状は, SOC低群で8.3点 ($SD=2.2$), SOC高群で7.3点 ($SD=2.1$)であり, SOC低群の方が身体症状は有意に強かった ($p<.05$)。実習2週目の身体症状は, SOC低群で8.6点 ($SD=2.6$), SOC高群で7.8点 ($SD=2.4$)であり有意差はなかった ($p=.103$)。実習3週目の身体症状は, SOC低群で8.4点 ($SD=2.5$), SOC高群で7.5点 ($SD=2.5$)であり有意差はなかった ($p=.100$)。

実習1週目の生活状況は, SOC低群で4.1点 ($SD=1.4$), SOC高群で4.1点 ($SD=1.5$)であり,

有意差はなかった($p=.900$)。実習2週目の生活状況は、SOC低群で4.1点($SD=1.4$)、SOC高群で4.3点($SD=1.4$)であり有意差はなかった($p=.464$)。実習3週目の生活状況は、SOC低群で4.1点($SD=1.3$)、SOC高群で4.4点($SD=1.4$)であり有意差はなかった($p=.212$)。

実習1週目の社会的状況は、SOC低群で30.1点($SD=2.7$)、SOC高群で30.4点($SD=3.2$)であ

り有意差はなかった($p=.543$)。実習2週目の社会的状況は、SOC低群で29.3点($SD=2.7$)、SOC高群で30.9点($SD=3.1$)であり、SOC低群の方が社会的状況は有意に良好でない状態であった($p<.05$)。実習3週目の社会的状況は、SOC低群で30.6点($SD=2.8$)、SOC高群で30.9点($SD=3.3$)であり有意差はなかった($p=.642$)。

表1 実習前のSOCと実習中の精神健康度,身体症状,生活状況,社会的状況との関連

		実習前			実習1週目			実習2週目			実習3週目		
		平均値	標準偏差 (SD)	p値	平均値	標準偏差 (SD)	p値	平均値	標準偏差 (SD)	p値	平均値	標準偏差 (SD)	p値
精神健康度													
実習前SOC	低群 $n=43$	17.2	4.2	.000***	20.0	3.9	.000***	19.8	4.4	.001**	18.9	5.4	.015*
	高群 $n=49$	13.4	4.9		16.6	4.7		16.4	4.9		16.2	5.1	
身体症状													
実習前SOC	低群 $n=43$	6.7	2.3	.241	8.3	2.2	.028*	8.6	2.6	.103	8.4	2.5	.100
	高群 $n=49$	6.1	2.2		7.3	2.1		7.8	2.4		7.5	2.5	
生活状況													
実習前SOC	低群 $n=43$	4.7	1.2	.910	4.1	1.4	.900	4.1	1.4	.464	4.1	1.3	.212
	高群 $n=49$	4.7	1.5		4.1	1.5		4.3	1.4		4.4	1.4	
社会的状況													
実習前SOC	低群 $n=43$	28.2	3.5	.035*	30.1	2.7	.543	29.3	2.7	.010*	30.6	2.8	.642
	高群 $n=49$	29.5	2.6		30.4	3.2		30.9	3.1		30.9	3.3	

t検定 * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

V. 考察

成人看護学実習前のSOCは平均54.2($SD=9.7$)であった。SOC-13の平均得点は、東京都内の成人男女(22~72歳)では55.3($SD=6.0$)、農村部の男女(30~59歳)では54.5($SD=9.9$)と報告されており(戸ヶ里ら, 2009)、本研究の対象者のSOCは成人のSOCよりやや低かった。成人前期(20歳~30歳頃)までのSOCは未熟で不安定であるとされており(戸ヶ里, 2008)、対象者の年齢が20歳代前半であることが関係していると考えられる。

成人看護学実習の1週目, 2週目, 3週目の精神健康度と身体症状, 生活状況, 社会的状況を実習前のSOC低群とSOC高群で比較した結果, 実習期間中の精神健康度と, 実習1週目の身体症状,

実習2週目の社会的状況において有意差が認められた。これにより, 実習前のSOCの程度と実習中の精神健康度および実習1週目の身体症状, 実習2週目の社会的状況との間に関連性があることが示唆された。山崎(2009)は, 初回調査時のSOCが高い人ほど, その後の健康状態の回復・維持・改善率が高いことから, SOCが健康保持力の予測力を有すると述べている。本研究において, SOC高群はSOC低群よりも実習期間中の精神健康度が高く, 実習1週目の身体症状が強く表れていなかったことは, この山崎(2009)の主張を一部裏付けている。また, 実習前のSOC高群はSOC低群よりも実習2週目の社会的状況が良好であった。ストレス対処の成否は, 汎抵抗資源¹⁾(モノ, カネ,

知識, ソーシャルサポート, 社会との関係など)の豊富さと, その動員力であるSOCの強さにかかっている(山崎, 2008)。龔(2020)は, 看護学生の実習適応感に影響する要因のひとつに人的資源があり, 人的資源には家族や実習グループ, 友人, 教員など様々な人の存在があると報告している。SOCの高い学生がSOCの低い学生より, 実習2週目に人間関係やサポートといった社会的状況を良くすることができたのは, 周囲の人々を人的資源として動員する力によるものと推察する。

しかし, 精神健康度と社会的状況は実習前にも有意差があり, 実習中の生活状況は2群間で有意差がなかったため, 実習前のSOCが実習中の精神健康度, 生活状況, 社会的状況の予測因子であるという結果は導き出せなかった。

一方, 身体症状は, 実習前の2群間で有意差がなく, 実習1週目に2群間で有意差が認められたことから, 実習前のSOCが実習1週目の身体症状出現の予測因子である可能性が示唆された。成人看護学実習では, 情報収集から看護問題の特定に至るまでの実習記録が実習1週目に集中し身体的負担が大きい。そのため, SOCの低い学生では, 実習中の様々なストレスにうまく対処できず, ストレス反応として身体症状が出現しやすいと考える。教員は, 実習中の学生に身体症状などのストレス反応が表われて初めて, 学生がストレスに対処できていないことに気づく。しかし, 実習直前の学生の12%が抑うつ状態にあるという報告や(山本ら, 2007), 実習中の学生は慢性疲労得点が高く, 実習目標達成度が高いほどストレス反応得点が低い傾向にあるという報告があり(堤ら, 2019), 学生のストレス反応への早期対応が求められているといえる。教員は, 日常的な学生生活や実習前オリエンテーション時の学生の様子をストレス対処力に着目して観察することにより, 実習初期のからだの不調を予測することができるのではないかと考える。また, 実習前から過度に緊

張の高い学生に対し実習前からサポートすることにより, 学生はSOCをうまく活用してストレスに対処し, 体調を整えて実習に臨むことができるのではないかと考える。実習は学生と教員が対面で関わるため, 直接的なサポートを提供しやすい環境にある。学生が教員をストレス対処における汎抵抗資源のひとつとして認識できるような関わりや, 実習を意味あるものと実感できるような関わりによって, 学生がSOCを活用する一助になるのではないかと考える。

最後に, 本研究の対象者は, 同一の大学に在籍する全員女性の学生であることから, 結果を一般化することには限界がある。今後は, SOCの活用方法や学生のSOCを高める教員の関わりについて検討していくことが課題である。

結語

成人看護学実習を受ける学生の精神健康度, 身体症状, 生活状況, 社会的状況を実習前SOC低群とSOC高群で比較した。その結果, 実習1週目の身体症状はSOC低群で有意に高く, 実習前のSOCが実習1週目の身体症状出現の予測因子になり得ることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力頂きました看護学生の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究は, 千里金蘭大学平成27年度「特別研究費B」の助成を受けて実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

Antonovsky A. (1987) / 山崎喜比古, 吉井清子 訳. (2001). 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム(初版)(pp. 20-23,

¹ 汎抵抗資源とは, 身体的, 生化学的, 物質的, 認知・感情的, 評価・態度的, 関係的, 社会文化的な, 個人や集団における特徴のことで, 世の中にあまねく存在しているストレスの回避, あるいは処理において役立つもの, と定義されている。SOCは, 汎抵抗資源には含めず, その外側に置き, ストレス対処にあたり, 様々な内的・外的資源の中から柔軟かつ適切に汎抵抗資源を選び取り動員する力であると位置づけられている。(山崎, 2008)

- pp. 221-225), 有信堂高文社, 東京.
- 荒木田美香子, 高橋佐和子, 青柳美樹, 他. (2003). 中学生の精神的健康状態とその要因に関する検討—(第一報)3年間の縦断調査—. 小児保健研究, 62(6), 667-679.
- 近村千穂, 石崎文子, 小山矩, 他. (2007). 看護臨床実習におけるストレス状況と性格との関連. 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, 7(1), 187-196.
- 文部科学省高等教育局医学教育課 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 (2017, 10, 31). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得をめざした学修目標～. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afiedfile/2017/10/31/1397885_1.pdf (検索日2020年1月15日)
- Goldberg D. (1996) / 中川泰彬, 大坊郁夫. (2013). 日本版GHQ精神健康調査票手引(増補版)(pp. 69-80). 日本文化科学社, 東京.
- 菊池有紀, 吉岡さおり, 窪田光枝, 他. (2018). 周手術期・急性期実習における学生の精神健康度の変化とストレス・コーピング. 国際医療福祉大学学会誌, 23(1), 137-144.
- 龔恵芳. (2020). 看護学生の実習適応感に影響する要因の検討. 応用心理学研究, 46(1), 11-21.
- 中島美香, 粕谷恵美子. (2018). 慢性期看護学実習における看護学生のストレス調査. 医療保健学研究, 9, 33-41.
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古. (2005). 13項目5件法版 Sense of Coherence Scaleの信頼性と因子的妥当性の検討. 民族衛生, 71(4), 168-182.
- 戸ヶ里泰典. (2008). SOCの形成要因—SOCはいかにして育まれるのか, 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子(編), ストレス対処能力SOC(初版)(pp. 45-46). 有信堂高文社, 東京.
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古. (2009). SOCスケールとその概要 SOCスケールの種類と内容・使用上の注意点・課題. 看護研究, 42(7), 505-516.
- 堤雅恵, 河村敦子, 清永麻子. (2019). 老年看護学実習における学生のストレス反応—実習期間中の活動・休息状況および実習目標達成度との関連—. 日本医学看護学教育学会誌, 28(1), 53-61.
- 山本明弘, 水主千鶴子, 志波充. (2007). 臨地実習直前における看護学生の精神的健康状態—日本版Self-rating Depression Scaleを用いた検討—. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 3, 51-56.
- 山崎喜比古. (2008). ストレス対処能力SOCとは, 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子(編), ストレス対処能力SOC(初版)(pp. 16-21). 有信堂高文社, 東京.
- 山崎喜比古. (2009). ストレス対処力SOC(Sense of Coherence)の概念と定義. 看護研究, 42(7), 479-490.
- 柳川育子, 矢吹明子. (2011). 現代看護学生の生活及び気質の特徴第2報(次元別解析)—1987年, 2000年及び2009年の比較—. 京都市立看護短期大学紀要, 36, 61-68.
- 山中政子, 平賀元美, 藤原尚子, 中本明世, 森岡広美, 三浦恭代. (2018). 成人看護学実習を受ける看護学生の実習前から実習期間中のSense of Coherenceと精神健康度・身体症状・生活状況・社会的状況の推移と関連性に関する調査. 日本看護学教育学会誌, 28(1), 1-11

診療所看護師の役割に関する文献レビュー： 2014年以降の文献を対象として

Review of literature since 2014 on the role of clinic nurses

横井 弓枝¹⁾

Yumi Yokoi

¹⁾ 天理医療大学 医療学部 看護学科

Department of Nursing Science, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University

抄 録

【背景・目的】

地域包括ケアシステムの構築,プライマリ・ケアの整備が進められる中,大島ら(2014)は2013年以前発行の文献を対象とし,診療所看護師の役割についてまとめ,報告した。しかし,それ以降も診療所看護師の役割は拡大しているのではないかと考えた。そこで,本研究は,2014年以降に報告された診療所看護師の役割に関する文献をレビューし,診療所看護師の役割について明らかにすることを目的とした。

【方法】

医学中央雑誌Web版を用い,キーワードを「診療所」AND「看護師」AND「役割」,発行年を2014年以降とし,抽出された文献32件を整理した。また,役割に関する記載内容について,その意味内容の類似性に沿って分類した。

【結果】

診療所の種類は,一般診療所(44%),在宅療養支援診療所(28%),へき地診療所(25%),夏山診療所(3%)の4つに大別できたが,活動報告がほとんど(81%)であった。役割に関しては,一般診療所,在宅療養支援診療所,へき地診療所の役割として【多職種と連携する】、一般診療所の役割として【短時間で情報収集する】【患者・家族に指導する】が抽出された。

【考察・結論】

多職種で連携するという役割が診療所看護師に新たに必要となった特徴的で重要な役割であること,短時間で情報収集とアセスメントをするという役割が一般診療所看護師に必要な役割であることが示唆された。また,一般診療所看護師の役割に関する文献割合が高まっており,これは,我が国の医療がプライマリ・ケアへ移行したため,一般診療所を受療する患者数が増加したためであることが示唆された。さらに,へき地診療所の看護師の役割についての文献割合が低下しており,これは,へき地診療所の看護師数が確保できていないためであることが示唆された。しかし,対象文献の研究方法は著者の活動報告がほとんどであり,診療所看護師に関する研究は不十分であることが明らかとなった。そして,本研究において,診療所看護師への教育の示唆は十分に得られなかった。

キーワード: 診療所,看護師,役割,文献レビュー

I. 緒言

厚生労働省(2003)が報告した「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」に、「地域包括ケアシステムの確立」という項目が含まれて以降、日本では、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」という概念が登場し理解されるようになった。そして、2011年の介護保険法第5条第3項の改正、2012年の施行によって、地域包括ケアシステムの構築推進が国および地方公共団体の責務として加わった。葛西(2014)は、日本の「地域包括ケアシステム」が、高齢者の在宅でのケアに関するものとして議論されるようになったと述べた上で、この日本の実情に合ったより良い地域包括ケアシステム構築のためには、「プライマリ・ケア」の整備が必要であること、プライマリ・ケアの要は家庭医に加えて家庭医とともに働く看護師、つまり診療所看護師であることを述べている。

「プライマリ・ケア」とは、「患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」と定義されている(National Academy of Sciences, 1996)。つまり、プライマリ・ケアは、高齢者のみならず、すべての地域住民、すべての健康ニーズ、すべての種類のケアに対応することができ、プライマリ・ケアが整備されることによって、地域包括ケアシステムの構築にもつながると考えることができる。しかし、同時に、プライマリ・ケアの要である診療所看護師の役割が拡大するとも考えることができる。

大島ら(2014)は、診療所看護師の役割について文献をレビューし、診療所看護師には特にアセスメント力と患者教育の役割が求められるという示唆を得たが、診療所看護師に関する研究は不十分であることを報告した。大島ら(2014)の研究対象は、2013年までに報告された文献であった。2013年は、介護保険法第5条第3項が改正・施行され、地域包括ケアシステムの推進が国および地方公共団体の責務として加わった翌年である。大島

ら(2014)が診療所看護師の役割に関する示唆を報告した以降も、プライマリ・ケアの整備、地域包括ケアシステムの構築は進められ、診療所看護師の役割は拡大し続けてきたと考えた。

そこで本研究は、大島ら(2014)が研究対象とした2013年の翌年である2014年以降に報告された診療所看護師の役割に関する文献をレビューし、診療所看護師の役割を明らかにすることを目的とした。そして、診療所看護師を対象とした教育についての示唆を得たいと考えた。本研究は、診療所看護師に対する教育についての基礎的資料となり、さらには、プライマリ・ケアの整備、地域包括ケアシステムの構築に向けた一助になると考えた。

II. 方法

1. 対象文献検索から収集・精選までのプロセス

大島ら(2014)の研究と同様の以下プロセスをとった。ただし、大島ら(2014)の対象文献より後に報告された文献が対象となるように、検索する文献の発行年は「2014年以降」とした。検索日は2020年5月22日であった。

論文の検索には医学中央雑誌Web版を用い、まず、キーワードを「診療所」AND「看護師」AND「役割」とした結果、139件がヒットした。この139件から抄録のみである学会発表「会議録」はすべて除外し106件となった。キーワードを「役割」とすることで除外される文献があることを考慮し、次に、キーワードを「診療所」AND「看護師」、論文種類を「原著論文」、分類を「看護」、内容把握のため「抄録あり」とした結果84件となった。これら106件と84件の重複を整理したところ91件となった。91件のうち、診療所看護師の役割について言及・記載しているものを抽出した結果、分析対象文献は32件となった。

2. 分析手順

まずは、大島ら(2014)の研究と同様に、抽出した32件を熟読し、診療所の種類毎に分類し、次に、診療所の種類毎に分析シートの項目(タイトル、著者、出典、発行年、研究方法、役割に関する記載内容の抜粋)に従って整理し、順に文献No.を付与した。

さらに、本研究では、役割に関する記載内容について、その意味内容の類似性に沿って分類した。

3. 倫理的配慮

対象文献の内容抽出においては、文献の論旨や文脈の意味を損なわないように抽出することに努めた。

Ⅲ. 結果

対象文献の診療所の種類は、一般診療所14件(44%)、在宅療養支援診療所9件(28%)、へき地診療所8件(25%)、夏山診療所1件(3%)であり、離島の診療所に関する文献は無かった。上記診療所毎に整理した結果を表1-1, 1-2に示した。研究方法は、調査研究は6件(19%)であり、その他は著者の活動報告であった。

役割に関する記載内容について、診療所毎に、その意味内容の類似性に沿って分類した結果を表2-1, 2-2に示した(No.は、表1に記した文献No.を記した)。一般診療所における役割は【多職種と連携する】【患者・家族に指導する】【短時間で情報収集する】【問い合わせに対応する】【患者・家族の精神的支援をする】【学生を指導する】に分類された。在宅療養支援診療所における役割は【多職種と連携する】【家族も含めて支援する】【予防に向けた支援をする】【事務業務をする】【地域全体を対象とする】に分類された。へき地診療所における役割は【多職種と連携する】【生活を捉えて支援する】【診療を補助する】【地域全体を対象とする】【学習を継続する】【常に対応する】に分類された。夏山診療所における役割は【日常生活を援助する】に分類された。大島ら(2014)の研究では言及されていなかったが、本研究結果として抽出された役割に、一般診療所、在宅療養支援診療所、へき地診療所の役割として抽出された【多職種と連携する】という役割があった。反対に、大島ら(2014)の研究でも述べられており、本研究結果としても抽出された役割に、【短時間で情報収集する】【患者・家族に指導する】という役割があった。しかし、【患者・家族に指導する】という役割の具体的内容について記載されていた文献は無かった。

Ⅳ. 考察

1. 診療所看護師の特徴的な役割

本研究で抽出された診療所看護師の役割のうち、【多職種と連携する】という役割は、一般診療所、在宅療養支援診療所、へき地診療所の看護師の役割として抽出された。辻村ら(2020)は、地域包括ケア病棟看護師の役割に、高齢者の生活・家族における多種多様で複雑・複合化したニーズに対応するために、多職種と連携をとりながらケアすることがあると明らかにした。診療所看護師も、地域包括ケア病棟看護師と同様に、地域で暮らす患者の生活・家族におけるニーズに対応する必要があるため、多職種と連携するという役割があると考えた。大島ら(2013)の研究では、多職種と連携するという役割については言及されていなかったことを踏まえると、多職種と連携するという役割は、プライマリ・ケアの整備、地域包括ケアシステムの構築に伴い、診療所看護師に新たに必要となった特徴的で重要な役割であることが示唆された。多職種連携教育(Interprofessional Education; 以下IPEと記す)について、柳原ら(2019a)は、看護学を含む5つの専攻の大学生が、問題解決型学習によってともに同じ課題に取り組み、その成果をポスターツアーで発表・共有することで、多職種と連携することへの理解が深まったと報告している。同様に、学生を対象としたIPEの方法とその有用性に関する報告は多数ある(渡邊ら, 2019; 柳原ら, 2019b; 亀田ら, 2019)。それらが共通して述べていることは、関わる職種の特徴を理解することが、多職種と連携することへの理解に繋がるということである。これは、診療所看護師においても同様であり、診療所看護師が多職種と連携するという役割を果たすためには、まずは、連携している各職種の特徴を理解できるように教育することが必要であると考えた。診療所看護師が連携している具体的な職種として、一般診療所看護師は、医師(No.2.6.10)、受付事務員(No.2)、管理栄養士(No.6)、へき地診療所看護師は、施設介護者(No.18)、地域診療所・病院(No.14)が挙げられていた。他にも、プライマリ・ケアに関わる職種には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、保健師、ケアマネージャー、

表1-1 診療所種類毎の対象文献の概要

診療所の種類	文献No.	タイトル	著者	出典	発行年	研究方法	役割に関する記載内容の抜粋
一般診療所	1	クリニックなどでよくある場面 クリニックを拠点とした親子のコミュニティづくり	天野優	小児看護, 42(2), 200-203	2019	活動報告	小児診療所では、診察前・診察中などの短期間の関わりから受診した親子の疾患に限らず日常生活をとらえることが必要
	2	地域で子どもの医療を支えるクリニックでの看護師の役割	二星淳吾	小児看護, 42(2), 130-135	2019	活動報告	受付事務員が気になる親子の診察場面に参加したり、親子の思いを医師に伝えるなど、多職種との連携の必要がある
	3	さまざまな場で活躍する小児看護専門看護師 クリニックにおける看護実践	二星淳吾	小児看護, 42(6), 691-694	2019	活動報告	子どもの権利を尊重した養育者との調整や教育を行う必要がある
	4	クリニックにおける看護師の活動 アトピー性皮膚炎のある子どもと家族へのケア 地域のクリニックにおける看護師のかかわり	岩崎七々枝	小児看護, 41(4), 445-451	2018	活動報告	食事との関係について説明している 診察前に母親から子どものスキンケア方法を聴取している 電話での対応も行っている 症状の増悪・寛解に対する不安への支援・相談にあたっている
	5	整形外科単科の有床診療所における月一回のリウマチ治療 専門医不在時の看護師の役割	船津丸恵美子, 黛弘美, 福田めぐみ 他	臨床リウマチ, 30(2), 126-134	2018	カルテより振り返り調査	医師不在時の問い合わせに対応する重要性
	6	慢性心不全看護認定看護師クリニック	齋藤珠美	循環器ナーシング, 8(1), 33-40	2018	活動報告	心不全患者に対し、初診時に生活状況の聞き取りを行っている 管理栄養士や医師、他看護師との情報共有をしている、生活指導を行っている
	7	クリニックにおける看護師の活動 アトピー性皮膚炎のある子どもと家族へのケア クリニックにおける看護外来	小林敬	小児看護, 41(4), 452-457	2018	活動報告	指導を行っている
	8	地域の多職種連携において慢性心不全看護認定看護師として果たせる役割について	齋藤珠美	看護実践の科学, 42(9), 30-37	2017	活動報告	多職種で連携する体制を構築することが重要である 患者や家族に説明することが重要である
	9	熱性けいれんに対する取り組み クリニックにおける熱性けいれんへの対応・取り組み	野村さちい	小児看護, 39(6), 726-732	2016	活動報告	診察介助、外回り、他児の対応を看護師同士で連携して行っている
	10	小児科医としてどうかかわるか 専門職との連携 看護師との連携	山本淳	小児科臨床, 68(増刊), 2339-2345	2015	活動報告	患者を「育む」という看護師だからこそできることを診療に加えることで、医師だけで行う以上の成果をあげることを目指している
	11	子どもと家族の生活を支える看護師 診療所の実践と看護師の活躍	川名るり	小児看護, 38(9), 1154-1161	2015	活動報告	患児に指導をしている 診察前に生活状況の収集を行う看護学実習の指導にあたっている
	12	一歩先を行く意思決定支援の実現に必要なこと	椎名美恵子, 宇都宮宏子, 武山ゆかり 他	医療と介護Next, 1(6), 486-491	2015	座談会	外来患者の異変を地域のスタッフにつなげている 評価ツールを整備することで外来患者の異変に気付く必要がある
	13	外来看護師の役割と他職種との連携ポイント	角谷京子	薬事, 56(6), 873-877	2014	活動報告	問診する看護師、診察室で患者の表情・様子を観察する看護師、点滴室で援助し体調確認をする看護師がいる
	14	一般診療所における看護師による糖尿病患者指導	大島操, 藤本明日香, 新居富士美 他	日本医学看護学教育学会誌, 23, 7-11	2014	質的研究	地域の診療所や病院と学習会を行い情報共有するのも良いのではないかと 治療だけではなく予防の観点から患者と関わる必要性がある

表1-2 診療所種類毎の対象文献の概要

診療所の種類	文献No.	タイトル	著者	出典	発行年	研究方法	役割に関する記載内容の抜粋
在宅療養支援診療所	15	「地域をつなぐ看護」を実践し地域包括ケアに関わる高知県高知市 地域包括ケアシステムで重要な役割を担う診療所の看護師	市川峰帆	コミュニティケア, 20(7), 113-116	2018	活動報告	在宅医療に関する多職種連携をしている終末期患者や認知症患者の家族支援を行っている 外来患者への継続受診・検診受診を呼び掛けている
	16	なぜWOCクリニックを開設したのか	村田幸生	WOC Nursing, 6(6), 35-42	2018	活動報告	様々な多職種会議に参加したり、在宅への同行訪問をしている
	17	在宅療養支援診療所の役割	井上舞	地域連携入退院と在宅支援, 10(6), 93-101	2018	活動報告	往診同行や看護連携業務をしている 往診時には患者・家族の生活視点での支援をしている 事務処理や備品管理をしている
	18	"地域"と"チーム"で支える慢性心不全! 地域とチームで支える慢性心不全の包括的ケア	田中宏和, 弓野大	薬局, 68(7), 2684-2689	2017	活動報告	在宅医療を行う多職種と連携することで患者の在宅療養を支援している
	19	在宅支援診療所看護師の役割	神尾千穂	地域連携入退院と在宅支援, 10(4), 98-102	2017	活動報告	診療同行や他職種との連携相談窓口になることと、患者・家族の精神的支援を共同で行うことが大切である 書類作成や備品管理を行っている 訪問看護師や他職種の相談・支援をしている
	20	ホームケアクリニックえん多職種との連携がケアも地域も変えていく	高橋美保	コミュニティケア, 17(4), 27-29	2015	活動報告	家族・患者からの相談を受け、家族の認知・行動の変容を支援し、患者・家族への説明をしている 市民からの相談を受け支援している
	21	地域包括ケアの展開における専門看護師・認定看護師の役割とは 在宅療養支援診療所の医師から専門看護師・認定看護師は積極的に"仕掛けて"ほしい	高瀬義昌	コミュニティケア, 17(7), 12-14	2015	活動報告	多職種への説明をしている メタボリックシンドローム・サルコペニア・ロコモティブシンドローム予防のために生活支援をしている 地域への説明をしている 現場に合ったものを構成している
	22	地域包括ケア時代を向かえた今 チーム医療における看護師の役割と課題 地域包括ケアにおける自院所の役割と看護の課題	祐川尚子	北海道勤労者医療協会看護雑誌:看護と介護, 41, 18-19	2015	活動報告	看取りについて、患者・家族の代弁者としてチーム医療を行っている
	23	"つなぐ"看護実践リポート 診療所看護師 在宅医療連携支援で生きるメッセンジャーの力	赤瀬佳代	コミュニティケア, 16(7), 86-89	2014	活動報告	患者・家族に寄り添っている
	24	へき地の診療所看護師の取り組み 地域の中の一員として看護する	花戸幸恵	看護, 72(2), 076-078	2020	活動報告	疾病治療だけではなく生活上の不具合にも対応し、その地域だからこそ解決できる方法があることを知るために、自ら同じコミュニティの一員として活動している
へき地診療所	25	地域の中にある診療所看護師の役割	佐々木みちる	地域医療, 57(2), 174-177	2019	活動報告	数年前先の患者の生活までも考えている 地域の健康のための支援をしている
	26	診療所看護師が担う「地域で暮らす高齢者の見守り」機能の検討 山武長生 夷隅医療圏の一整形外科診療所における看護師の関わりと意識	高柳千賀子, 堀之内若名, 鳥田美紀	城西国際大学紀要(看護学部), 24(8), 1-16	2016	質的研究	高齢者の健康に関する情報を関係諸機関へ伝達する必要がある 外来では慢性疾患患者への診察と指導を行っている 学び続ける必要がある
	27	NPのアウトカムとエビデンス 在宅医療・訪問看護のケース 診療所における診療看護師(NP)の活動と成果	長谷川健美, 山田顕士, 福田広美	看護研究, 48(5), 449-451	2015	活動報告	在宅では、施設介護者への教育を進めている
	28	在宅療養支援診療所に向けての新たな取り組みについて 訪問診療における看護師の役割	河江有美, 莊加路子, 廣田俊夫	地域医学, 29(11), 922-924	2015	活動報告	医師の負担軽減のために訪問診療時の運転を行ったり、全看護師が情報を得るために当番制にしたり、多職種会議などに参加している 継続学習を行っている
	29	僻地の診療所で働く看護師の役割 他機関・他職種との連携・協働	高橋麻実, 水谷聖子, 星昌枝	日本看護学会論文集:在宅看護, 45, 75-78	2015	質的研究	福祉・生活面も考え実践できる看護師が求められている 多職種連携のための発信が求められている
	30	地域の診療所における特定看護師への期待	山田顕士	保健の科学, 56(8), 551-555	2014	活動報告	診療介助の他、医師不在時の対応をしている 地域住民への勉強会を実施している
夏山診療所	31	へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況 12項目の特定行為(案)に着目して	江角伸吾, 山田明美, 中島とし子, 他	日本ルーラルナース学会誌, 9, 47-56	2014	量的調査	診療の補助行為すべてを実施している 24時間対応している
	32	夏山診療所における医師看護師業務役割についての認識に関する比較研究	立石愛美, 山内豊明	登山医学, 34(1), 126-131	2014	質問紙	医師は看護師に、日常生活援助や環境調整を期待している

表2-1 診療所種類毎の看護師の役割

診療所の種類	役割	役割に関する記載内容	No.
一般診療所	多職種と連携する	受付事務員が気になる親子の診察場面に参加したり、親子の思いを医師に伝えるなど、多職種との連携の必要がある	2
		管理栄養士や医師、他看護師との情報共有をしている	6
		多職種で連携する体制を構築することが重要である	8
		診察介助、外回り、他児の対応を看護師同士で連携して行っている	9
		患者を「育む」という看護師だからこそできることを診療に加えることで、医師だけで行う以上の成果をあげることが目指している	10
		外来患者の異変を地域のスタッフにつなげている	12
		地域の診療所や病院と学習会を行い情報共有するのも良いのではないか	14
	患者・家族に指導する	子どもの権利を尊重した養育者との調整や教育を行う必要がある	3
		食事との関係について説明している	4
		生活指導を行っている	6
		指導を行っている	7
		患者や家族に説明することが重要である	8
		患児に指導をしている	11
		治療だけではなく予防の観点から患者と関わる必要がある	14
短時間で情報収集する	小児診療所では、診察前・診察中などの短期間の関わりから受診した親子の疾患に限らず日常生活をとらえることが必要	1	
	診察前に母親から子どものスキンケア方法を聴取している	4	
	心不全患者に対し、初診時に生活状況の聞き取りを行っている	6	
	診察前に生活状況の収集を行う	11	
	評価ツールを整備することで外来患者の異変に気付く必要がある	12	
問い合わせに対応する	問診する看護師、診察室で患者の表情・様子を観察する看護師、点滴室で援助し体調確認をする看護師がいる	13	
	電話での対応も行っている	4	
患者・家族の精神的支援をする	医師不在時の問い合わせに対応する重要性	5	
	症状の増悪・寛解に対する不安への支援・相談にあたっている	4	
学生を指導する	看護学実習の指導にあたっている	11	

No.: 表1に記載した文献No.を記した

表2-2 診療所種類毎の看護師の役割

診療所の種類	役割	役割に関する記載内容	No.	
在宅療養 支援診療所	多職種と連携する	在宅医療に関する多職種連携をしている	15	
		様々な多職種会議に参加したり、在宅への同行訪問をしている	16	
		往診同行や看護連携業務をしている	17	
		在宅医療を行う多職種と連携することで患者の在宅療養を支援している	18	
		診療同行や他職種との連携相談窓口になることと、患者・家族の精神的支援を共同して行うことが大切である	19	
		訪問看護師や他職種の相談・支援をしている	20	
		多職種への説明をしている	21	
		看取りについて、患者・家族の代弁者としてチーム医療を行っている	22	
	家族も含めて支援する	終末期患者や認知症患者の家族支援を行っている	15	
		往診時には患者・家族の生活視点での支援をしている	17	
		家族・患者からの相談を受け、家族の認知・行動の変容を支援し、患者・家族への説明をしている	20	
		患者・家族に寄り添っている	23	
	予防に向けた支援をする	外来患者への継続受診・検診受診を呼び掛けている	15	
		メタボリックシンドローム・サルコペニア・ロコモティブシンドローム予防のために生活支援をしている	21	
	事務業務をする	事務処理や備品管理をしている	17	
		書類作成や備品管理を行っている	19	
	地域全体を対象とする	市民からの相談を受け支援している	20	
		地域への説明をしていること、現場に合ったものを構成している	21	
	へき地 診療所	多職種と連携する	高齢者の健康に関する情報を関係諸機関へ伝達する必要がある	27
			在宅では、施設介護者への教育を進めている	27
			医師の負担軽減のために訪問診療時の運転を行ったり、全看護師が情報を得るために当番制にしたり、多職種会議などに参加している	28
		生活を捉えて支援する	多職種連携のための発信が求められている	29
疾病治療だけではなく生活上の不具合にも対応し、その地域だからこそ解決できる方法があることを知るために、自ら同じコミュニティの一員として活動している			24	
数年先の患者の生活までも考えている			25	
診療を補助する		福祉・生活面も考え実践できる看護師が求められている	29	
		外来では慢性疾患患者への診察と指導を行っている	26	
		診療介助の他、医師不在時の対応をしている	30	
地域全体を対象とする		診療の補助行為すべてを実施している	31	
	地域の健康のための支援をしている	25		
	地域住民への勉強会を実施している	30		
学習を継続する	学び続ける必要がある	26		
	継続学習を行っている	28		
常に対応する	24時間対応している	31		
夏山診療所	日常生活を援助する	医師は看護師に、日常生活援助や環境調整を期待している	32	

No.: 表1に記載した文献No.を記した

医療ソーシャルワーカー(小野, 2016)や, ボランティア, 地域コミュニティのリーダー(仁井谷ら, 2016)などもあると言われている。今後, それぞれの診療所看護師が, どのような職種とどのように連携する必要があるのかについて明らかにすることで, 診療所看護師を対象とした教育についての具体的な示唆が得られると考えた。

また, 一般診療所看護師の役割として【短時間で情報収集する】【患者・家族に指導する】が抽出された。大島ら(2013)の研究でも, 一般診療所看護師の役割として, 短時間で・一人で患者の状況をアセスメントすること, 加えて患者教育の役割があることを述べている文献があることに注目していた。一般診療所看護師においては, 短時間で情報収集とアセスメントをするという役割と, 指導するという役割は必要不可欠な役割であることが示唆された。江崎ら(2013)は, 白内障手術患者の入院日数が短縮していることに着目した上で, 患者と病棟スタッフにアンケート調査を行った。その結果, 患者は日常生活に不安や疑問があること, 病棟スタッフは患者の理解度に不安や疑問があり, また, 指導時間の不足を感じていることを明らかにした。入院患者・病棟スタッフが不安を抱いているということは, 入院期間よりも短い時間でしか関わることができない一般診療所の患者と看護師も不安を抱いていると推測できる。双方の不安を解決するためにも, 一般診療所看護師は, 患者について短時間で情報収集とアセスメントを行い, 指導する力を必要とすると考えた。多田(2018)は, フライトナースが関わる患者は重症患者から原因不明の症状が出現している患者まで多岐にわたることを前提とした上で, 短時間で患者について観察し判断する必要があること, そのためには, 病歴・発症時刻・発症経過と様式・前駆症状・随伴症状・既往歴と内服薬・日常生活動作に関する情報を本人や家族から聴取することを報告している。診療所看護師が関わる患者においても原因不明の症状が出現しており, それが生命に関わる徴候であるということもあり得ると考えると, フライトナースの情報収集の視点については, 診療所看護師の情報収集の視点としても活用できると考えた。し

かし, 診療所看護師が関わる患者は, 急性症状が生じている患者だけでなく, 慢性疾患を抱えて地域で生活している患者もいることを考えると, 患者の生活も踏まえた情報収集とアセスメントが必要だと推測できる。診療所看護師として短時間で情報収集とアセスメントを行う際の視点について明らかにする必要があると考えた。情報収集とアセスメントが実施できるようになれば, 指導についての役割も遂行できると考える。診療所看護師に限らず, 全ての看護師に求められる指導の内容として, 注射もしくは複雑な与薬の自己管理法, 医療ガスの自己管理法など, 18項目がある(Whitman, 1986/2004)と言われているが, 本研究対象文献には, 患者・家族に指導する具体的な内容については言及されていなかった。診療所看護師が行う指導の内容についても, 今後, 明らかにすることが必要であると考えた。

2. 診療所看護師の役割に関する研究動向

本研究対象文献は32件であり, 大島ら(2013)の研究対象文献の25件よりも多かった。特に, 一般診療所・在宅療養支援診療所の看護師の役割についての文献割合が, それぞれ32%から44%, 12%から28%に増加していた。国際的に医療の中心がプライマリ・ケアに移行しており, 日本の医学分野においても, 2013年4月の厚生労働省専門医の在り方に関する検討会報告書に基づき, 総合診療領域を基本領域として加え, 総合診療専門医が専門医に含められた(厚生労働省, 2013)。そして, 看護学分野においても, 2019年7月から日本プライマリ・ケア連合学会において, プライマリ・ケア看護師の学会認定を開始した(日本プライマリ・ケア連合学会, n.d.)。このような医療のプライマリ・ケアへの移行に伴って, 診療所看護師の役割についても注目が集まり, 対象文献が増加したと考えた。また, 全国の医療施設で受療した推計外来患者数(率)は, 2008年は病院が1727.5千人(31.1%), 一般診療所が3828.0千人(68.9%)であったが(厚生労働省, 2009), 2017年は病院が1630.0千人(27.9%), 一般診療所が4213.3千人(72.1%)であり(厚生労働省, 2017), 一般診療所を受療す

る患者は増加している。一般診療所看護師の役割についての文献割合が増加した背景には、一般診療所を受療する患者数の増加もあったのではないかと考えた。

また、大島ら(2013)のレビュー研究では、へき地診療所看護師の役割に関する文献割合が40%と最も高かったという結果について、日本ルーラルナーシング学会が設立されたことに伴い研究が促進されたのではないかと述べている。日本ルーラルナーシング学会とは、へき地(過疎地域、豪雪地帯、山村、離島等)を含む地域の中核病院・保健所等に勤務する看護職やへき地看護学(ルーラルナーシング)に関心を寄せている教育研究者が共に努力し、ルーラルナーシング実践の向上、そのための研究の実施・積み重ねをめざすことを目的に、2005年3月に設立された学会である(日本ルーラルナーシング学会, n.d.)。しかし、本研究結果では、へき地診療所看護師の役割に関する文献割合は25%と低下していた。また、離島診療所看護師の役割に関する文献は無かった。厚生労働省(2014)の報告によると、へき地診療所の医師数は、へき地医療拠点病院からの派遣を行っていても確保できていないのが現状である。これを踏まえると、へき地診療所、離島診療所の看護師数も確保できていないこと、それに伴い、看護師の役割に関する研究が進んでいないと考えた。へき地における看護師の役割、看護師教育の実態や課題を明らかにするためには、まずは、へき地医療拠点病院の看護師を対象とした調査が必要であると考えた。しかし、塚本ら(2011)は、へき地医療拠点病院もまた看護師数が不足していることを明らかにし、へき地診療所支援充実のためには、先ずは、へき地医療拠点病院の看護師確保について対策を検討する必要があると報告している。へき地における看護の充実、そのための、へき地で働く看護師教育の充実をはかるためには、行政も含めた組織的な支援が必要であると考えた。

3. 本研究の課題と今後の展望

大島ら(2013)が一般診療所看護師の役割に関する研究が不十分であると報告したのと同様に、

本研究においても、対象文献の研究方法は著者の活動報告がほとんどであり、診療所看護師に関する研究は不十分であることが明らかとなった。よって、本研究において診療所看護師を対象とした教育の示唆は十分に得られなかった。日本の医療においては、プライマリ・ケアの整備、地域包括ケアシステムの構築が進められ、診療所看護師の役割はこれまで以上に拡大すると考える。診療所は患者にとって身近な、かかりつけ医の役割を果たしているからこそ、そこで働く看護師の役割、さらには教育の実態を明らかにすること、そして、診療所看護師を対象とした教育モデルを構築することが早急に必要であると考えた。ただし、日本看護協会(2019)の行った実態調査の結果から、一般診療所看護師は、勤務形態の都合がつくことを理由に一般診療所で働くことを選択している既婚者や子どもをもつ親が多いことが示唆された。つまり、看護師自身が自身の生活を考慮して一般診療所での勤務を選択しているということである。そのため、看護師の役割が拡大しているからと言って、一方的に教育を行っても、それは役割理解・遂行に向けた成長には繋がらないと考える。診療所看護師自身が抱いている教育に対するニーズも理解した上で教育を行うことが必要であり、そのためには、今後、診療所看護師の役割に加えて、診療所看護師を対象とした教育の実態や、診療所看護師自身が抱いている教育に対するニーズについて明らかにすることが必要であると考えた。

V. 結論

1. 本研究対象文献における診療所の種類は、一般診療所、在宅療養支援診療所、へき地診療所、夏山診療所の4つに大別できた。
2. 多職種で連携するという役割は、プライマリ・ケアの整備、地域包括ケアシステム構築が進められてきたことに伴い、診療所看護師に新たに必要となった特徴的で重要な役割であることが示唆された。
3. 一般診療所看護師において、短時間で情報収集とアセスメントをするという役割と、指導するという役割は必要不可欠な役割であることが示

唆された。

4. 一般診療所看護師の役割に関する文献割合が高まっており、これは、我が国の医療がプライマリ・ケアへ移行したため、一般診療所を受療する患者数が増加したためであることが示唆された。
5. へき地診療所の看護の役割についての文献割合が低下しており、これは、へき地診療所の看護師数が確保できていないためであることが示唆された。

利益相反

本研究において開示すべきCOI関係にある企業・組織および団体等はない。

文献

1. 江崎由美, 梅木公子. (2013). 退院指導を見つめなおす 指導統一による業務改善. 日本眼科看護研究会, 28, 139-141.
2. 亀田直子, 鎌田佳奈美, 池田友美 他. (2019). 小児病棟での統合看護学実習における薬学部生との専門職連携教育の実践報告. 摂南大学看護学研究, 7(1), 12-19.
3. 葛西龍樹. (2014). 地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題. 医療経済研究, 26(1), 3-26.
4. 厚生労働省. (2003,6月). 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html> (検索日2020年10月3日).
5. 厚生労働省. (2009,12月). 平成20年患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html> (検索日2020年10月3日).
6. 厚生労働省. (2013, 4月). 専門医の在り方に関する検討会 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html> (検索日2020年10月3日).
7. 厚生労働省. (2014) へき地医療の現状と課題. https://www.soumu.go.jp/main_content/000513101.pdf (検索日2020年10月3日).
8. 厚生労働省. (2017). 平成29年(2017)患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html> (検索日2020年10月3日).
9. National Academy of Sciences. (1996). Primary Care : America's Health in a New Era (pp.1). The National Academies Press, Washington DC.
10. 日本看護協会. (2019). 「看護職員の多様なキャリアと働き方実態調査」からみる看護職の確保定着に必要な要因. https://nurse-st.jp/assets/pdf/2019_nursing_survey_report.pdf (検索日2020年10月26日).
11. 日本プライマリ・ケア連合学会. (n.d.). 学会認定 プライマリ・ケア看護師. https://www.primary-care.or.jp/nintei_nu/index.html (検索日2020年10月3日).
12. 日本ルーラルナースング学会. (n.d.). 設立趣意書. <http://www.jasrun.org/> (検索日2020年10月26日).
13. 仁井谷真由美, 谷山尚子. (2016). プライマリ・ケアにおける多職種連携・協働. 松下明, 森山美知子(編), プライマリ・ケア看護学 基礎編 (pp. 18-22). 南山堂.
14. 小野美喜. (2016). 多職種チーム連携. 松下明, 森山美知子(編), プライマリ・ケア看護学 基礎編 (pp. 381-284). 南山堂.
15. 大島操, 新居富士美, 安部恭子. (2014). 診療所における看護師の役割に関する文献的検討. 九州看護福祉大学紀要, 15(1), 81-89.
16. 多田真也. (2018). フライトナースの視点 五感を使った観察力を発揮し, 少ない情報, 短時間でどのように判断するか. 急変 ABCD + 呼吸・循環ケア, 39(3), 16-22.
17. 辻村早苗, 淵田英津子. (2020). 地域包括ケア病棟における医療の有用性と看護の役割の検討. 日本農村医学会雑誌, 68(5), 606-616.
18. 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子 他. (2011). へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支援との関連, 日本ルーラルナースング学会誌, 6, 17-33.
19. 柳原清子, 松原孝祐, 間所祥子 他. (2019a). 初

- 年次導入教育における「多職種連携学習(IPE)」
の評価:PBL/ポスターツアーの実践から.
Journal of Wellness and Health Care, 43(2),
75-84.
20. 渡邊亜希子, 藤井博之, 淵田英津子. (2019).
協働学習による「学生主体活動型地域サロン」
実施後の学生が語った学びと課題. 保健医療
福祉連携, 12(1), 2-8.
21. Whitman, I. N. & Graham, A. B. & Gleit, J.
G. et al. (1986/2004). 安酸史子, 松原まなみ,
澤田和美 他(訳), ナースのための患者教育と
健康教育(pp. 53-54). 医学書院, 東京.
22. 柳原清子, 南香奈, 津田朗子 他. (2019b). 退
院調整場面を焦点化した多職種協働・地域連携
教育の検討: アクティブラーニングを用いて.
Journal of Wellness and Health Care, 43(1),
91-99.

第34回日本がん看護学会学術集会に於いて 交流集會を企画・運営した経験

Experience in Planning and Managing Exchange Meetings at the 34th Annual Conference of the Japanese Society of Cancer Nursing

山中 政子¹⁾, 鈴木 久美²⁾, 吹田 智子³⁾, 加藤 理香³⁾, 藤田 美佐緒³⁾
山本 桂子⁴⁾, 柳井 瑞乃⁴⁾, 神山 智秋⁵⁾

Masako Yamanaka¹⁾, Kumi Suzuki²⁾, Tomoko Suita³⁾, Rika Kato³⁾, Misao Fujita³⁾
Keiko Yamamoto⁴⁾, Mino Yanai⁴⁾, Chiaki Kouyama⁵⁾

¹⁾天理医療大学 医療学部 看護学科, ²⁾大阪医科薬科大学 看護学部, ³⁾箕面市立病院

⁴⁾第二大阪警察病院, ⁵⁾明治橋病院

¹⁾Department of Nursing Science, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University

²⁾Faculty of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University

³⁾Minoh City Hospital, ⁴⁾Daini Osaka Police Hospital, ⁵⁾Meijibashi Hospital

I. はじめに

日本がん看護学会は、がん看護に関する研究、教育及び実践の発展と向上に努め、もって人々の健康と福祉に貢献することを目的として1987年に発足した。第34回日本がん看護学会学術集會は、2020年2月22・23日に昭和大学病院・附属東病棟の荒川千春看護部長を学術集會長とし東京国際フォーラムにて開催された。参加登録数は4,369名であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により講演中止や演題取り下げが数件あり、開催地に足を運んだ参加者は例年より少なかった。そのような中、筆者らは交流集會を予定通り開催することとした。

学術集會における交流集會は、研究者グループがそれぞれのテーマで自由に企画・運営し、参加者との学術的な交流を行うことを目的としている。筆者らは、開発した通院中の成人患者のがん疼痛セルフマネジメントを促進する看護介入プロ

ラム(以下、プログラム)をがん看護に携わる人々に広く周知し、関心をもって頂きたいと考え交流集會を開催した。本稿では、交流集會の内容を紹介し、参加者に実施したアンケート結果も踏まえて交流集會の企画・運営の経験を報告する。

II. 交流集會の内容

1. 交流集會のテーマ

交流集會のテーマは、「通院中の成人患者のがん疼痛セルフマネジメントを促進する看護介入プログラムの開発～医療者主体のペインマネジメントから患者主体のセルフマネジメントへ～」とした。

2. 交流集會開催の背景と目的

日本では通院中の進行がん患者の約60%が痛みを有し(Yamagishi et al., 2012)、外来患者は入院患者より除痛率が低く、外来の非高齢者は高齢者より痛みの有症率が高いと報告されている(榎

原ら, 2016)。また, 日本がん看護学会会員を対象にした2016年の調査では, 「患者にとっての苦痛症状」「がん看護実践の重要課題」とともに痛みは第1位であり(鈴木ら, 2017), がん患者の痛みは未だ解決されていない。さらに現在, オピオイド鎮痛薬は外来で新規導入されることが増えており, 患者は自宅で痛みや鎮痛薬に関する判断や対処を自身で行わなければならない状況に置かれている。したがって, 通院患者が痛みを自身で管理できるようになるための効果的な看護介入方法の検討は喫緊の課題である。

通院患者が自宅でがん疼痛に対処するためには, 医療者が主体で行う症状マネジメントから, 患者が主体的にがん疼痛を管理するセルフマネジメントへの視点が必要となる。そこで, がん疼痛から派生する諸問題に患者自らが取り組めるようになるためのプログラムを作成した。本プログラムは, がん疼痛患者のセルフマネジメントを促進する教育的介入に関する文献レビュー(山中, 鈴木, 2018), がん疼痛のセルフマネジメントの概念分析(Yamanaka, 2018a), がん疼痛のある通院患者へのインタビュー調査(Yamanaka, 2018b)を実施し, その結果に基づいてプログラム試案を作成し, さらに専門看護師や認定看護師, 薬剤師の意見をもとに内容を洗練化して開発したものである。

本プログラムは, オピオイド鎮痛薬を使用している通院がん患者を援助する際に看護師が使用するものである。看護師は, 通院日に合わせて対面式個別セッションを3回実施し, 「実践ガイド」「患者用冊子」「痛みの日記」をもとに, 自己効力感を高める技法を用いて教育的支援, 認知的支援, 行動的支援, 情緒的支援を行う。介入する看護師の基本的態度は, “患者とのパートナーシップを構築するため, 患者との対話を重視し, 痛みのマネジメントに対する患者の意見を尊重し, 共に考える姿勢で支援する”とした。この介入のアウトカムは, 患者の痛みの緩和とQOL向上, 自己効力感の高まり, 鎮痛薬の効果的使用, 心理的安定がもたらされることである。現在は, プログラムの臨床適用可能性と有用性を確認するための介入研究を進めている段階である。

交流集会の目的は, プログラムの開発過程とプログラムの内容, 臨床におけるプログラムの活用方法について紹介し, プログラムの活用可能性や患者の主体性を促進するがん疼痛看護について, 参加者と意見交換することである。

交流集会の企画代表者は山中政子(科研研究代表者), 企画協力者は鈴木久美(科研研究分担者), 吹田智子(緩和ケア認定看護師), 加藤理香(緩和ケア認定看護師), 藤田美佐緒(がん化学療法看護認定看護師), 山本桂子(がん性疼痛看護認定看護師), 柳井瑞乃(緩和ケア認定看護師), 神山智秋(がん性疼痛看護認定看護師)である。

3. 交流集会の実際

交流集会は鈴木司会のもと1時間行った。最初に, プログラムの開発者である山中から, プログラムの開発の背景, プログラムの開発プロセス(先行研究の概要・プログラムの作成方法・プログラムの内容)をプレゼンテーションした。

次に, プログラムを実臨床で使用した経験のある吹田(緩和ケア認定看護師)と山本(がん性疼痛看護認定看護師)がプレゼンテーションを行った。吹田は外来患者に対し本プログラムを適用した看護実践を紹介し, プログラムには日頃から看護師が大切にしているケアが包含されており, プログラムを使用するハードルは高くはなかったと振り返った。そして, プログラムで示されている自己効力感を高める技法, 患者の持てる力を信じてフィードバックすること, がんばりを承認すること, 共有した目標の達成や成長を共に喜ぶことなどの看護介入を実施することで患者のがん疼痛セルフマネジメントが促され, 患者は次の目標や希望の実現に向かっていくことを実感したと報告した。

山本も外来患者に対し本プログラムを適用した看護実践を紹介し, 鎮痛薬に対する思いや懸念, “痛みが緩和したらなりたい自分”を患者に言語化してもらうことで希望と現状のずれを認識し実現可能な目標設定が共有できること, そして, 通常ケアなら看護師が痛みをアセスメントしてしまうところ, 患者自身が痛みと鎮痛薬の関係を分析できるよう促すことにより患者自身が痛みの方略を見出した

と報告した。また、外来看護師がこのプログラムを使用できるようになるには、「実践ガイド」や「患者用冊子」のさらなる修正が必要であり、外来看護体制として患者には同一の看護師が関われる工夫や認定看護師に相談できる連携システムの構築が必要であるとの課題を提示した。

これらのプレゼンテーションのあと参加者との交流を行った。参加者からは、「患者自身に、痛みが緩和するとどうなりたいかを問うといった看護介入の内容が素晴らしい。外来看護師は配置数が少なく非常勤も多いため、このプログラムを活用することで看護介入の質を一定に保てるのではないかと感じた。」という感想が得られた。また、「がんの進行に伴い、患者はセルフマネジメントが難しくなってくると思われるが、その点も踏まえて、今後どのようにこのプログラムを活用していきたいか。」という質問があった。この質問に対し、「本プログラムを用いて外来看護師との相互作用を経験した患者は、がんの進行により自身でできる事が減っていく中であっても、自身の希望に沿ったその時々実施可能なセルフマネジメントを実行できるのではないかと考えている。今後は、比較試験により本プログラムの有効性を検証していきたい。」と回答した。

Ⅲ. 交流集会後のアンケート結果

交流集会に参加した者は48名、アンケートへの回答者36名であった。アンケート結果の公表に同意が得られた35名のアンケート結果を以下に示す。

回答者の年代は、20歳代3名、30歳代7名、40歳代16名、50歳代8名、60歳以上1名であり、勤務先は病院30名、大学3名、クリニック1名、その他1名であった。回答者の資格(複数回答可)は、看護師35名、保健師4名、がん看護専門看護師5名、認定看護師23名(内訳、がん性疼痛看護認定看護師18名、緩和ケア認定看護師2名、がん化学療法看護認定看護師1名、放射線療法看護認定看護師1名、乳がん看護認定看護師1名)、大学教員3名、博士課程院生1名であった。

この交流集会に参加した理由(複数回答可)は、

このプログラムに関心があった20名、がん性疼痛看護に関心があった26名、プログラム開発に関心があった10名、その他1名(患者がセルフマネジメントすることが必要であると考えているから)であった。この交流集会および本プログラムの内容に対する評価は表1に示すとおりであり、概ね高い評価を得た。

表1 交流集会およびプログラムの内容に対する評価

		n = 35
問い		回答数
交流集会の内容はよ かったか	とてもそう思う	12
	そう思う	21
	そう思わない	0
	全くそう思わない	0
	無回答	2
このプログラムを臨 床で活用してみたい	とてもそう思う	7
	そう思う	24
	そう思わない	2
	全くそう思わない	0
	無回答	2
このプログラムを用 いた介入研究に参加 してみたい	とてもそう思う	4
	そう思う	20
	そう思わない	7
	全くそう思わない	0
	無回答	4

Ⅳ. おわりに

交流集会は自主運営であるため、事前に、発表者、司会者、照明係、誘導係、アンケートの配布・回収係を決定し企画協力者に依頼した。また、チラシ(図1)を作成し学会初日から配布できるようにした。新型コロナウイルス感染症の拡大により学会参加者が少ない中、48名もの参加者に恵まれ、交流集会が順調に進行できたことにより、企画協力者間で一体感や仲間意識が生まれたように感じた。企画協力者らは、当時進行中であった本プログラムの介入研究における研究協力者でもあるが、対面で一堂に会したのはこれが初めてであった。交流集会以降、介入研究は8月まで続いたが、この交流集会の経験は、研究を完遂させる決意を新たにさせたように感じている。交流集会は、研究発表の形

式では伝えきれない研究のプロセスや成果を存分に伝える有用な機会であり、共同研究者間での仲間意識が生まれる機会でもあった。(図2)



図1 交流集会チラシ



図2 現地にて

謝辞

交流集会の機会を与えてくださいました第34回日本がん看護学会学術集会の学術集会長はじめスタッフの皆さまに深く御礼申し上げます。本プログラムの開発を指導し支えてくださった鈴木先生、交流集会に賛同しご協力頂きました認定看護師の吹田様、加藤様、藤田様、山本様、柳井様、神山様に深く御礼申し上げます。

この交流集会は、JSPS 科研費 JP16K12084 の助成を受けたものである。

文献

榊原直喜, 東尚弘, 山下慈, 他. (2015). がん患者の疼痛の実態と課題 外来/入院の比較と高齢者に焦点をあてて. *Palliative Care Research*, 10(2), 135-141.

鈴木久美, 林直子, 藤田佐和, 他. (2017). 日本におけるがん看護研究の優先性—2016年日本がん看護学会会員によるWeb調査. *日がん看護会誌*, 31, 57-65.

Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., et al. (2012). Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage*, 43 (3), 503-514.

山中政子, 鈴木久美. (2018). がん疼痛患者のセルフマネジメントを促進する教育的介入に関する文献レビュー. *Palliative Care Research*, 13(1), 7-21.

Yamanaka M. (2018a). A Concept Analysis of Self-Management of Cancer Pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 254-61.

Yamanaka M. (2018b). Investigation of Specifics of Self-Management towards Dealing with Cancer Pain among Adult Outpatients. *Health*, 10, 1520-38.

シンガポールからローマが見える

Visiting Singapore, We think about ancient Roman Age

曾山 奉教¹⁾, 奥村 和夫²⁾
Tomonori Soyama¹⁾, Kazuo Okumura²⁾

¹⁾天理医療大学 医療学部 臨床検査学科, ²⁾天理医療大学 医療学部 看護学科

¹⁾Department of Clinical Laboratory, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University

²⁾Department of Nursing Science, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University

キーワード:シンガポール, 外国語学研修

Keywords : Singapore, Foreign Language Training

はじめに

平成25年から令和元年に亘りシンガポール外国語学研修を担当した。本研修の履修生は28名(内, 男子1名)を数える。当初は様々な意見や苦勞もあったが, 現地での学生達の生き生きとした表情に何度も助けられた。履修生の中には本研修をきっかけに本格的な英会話習得に取り組んだ者もいる。今振り返っても実に有意義な研修であった。

7年間に亘る本研修の全てに携わった者として, その思いをここに記す(曾山)。

準備

シンガポール滞在は例年8月末であるが, その準備は前年度の11月に始まる。年明け早々に行われる履修者選抜試験を前に12月に実施するガイダンスの準備は, 私にとって次年度の研修開始を意味した。

1月末の履修選抜試験に続き, 試験結果の通知, 同意書手続き, パスポート取得の案内, 現地講師とのやり取りなどを進める中, 気が付けば4月を迎えるのが恒例であった。引き続き, 保護者説明

会, 航空チケット・ホテル予約の段取り, 現地状況の確認, ガイドブック作成, 事前発表会と8月末に関西空港を出発するまでの心労は, シンガポール滞在の比にならない。

初めて海外渡航する学生達を預かり無事帰国するための準備は, 最後まで慣れることがなかった。

研修初日

関西空港Hカウンターを待ち合わせ場所とした。9:00に集合し, 全員分のパスポートを確認するまでは生きた心地がしない。この日を迎えるまで, 自身のパスポートや全員分の航空チケットを忘れる夢を何度も見た。

10:15に関西空港を離陸するシンガポール航空・SQ619で現地に向かう。中には初めての搭乗が本研修という学生もあり, 7時間の飛行中も気を抜くことはなかった。

シンガポール・チャンギ国際空港に到着後, 入国審査, 換金, EZ-link(IC乗車カード)を購入し, MRT(地下鉄)でYWCA(ホテル)の最寄り駅(Dhoby Ghaut MRT Station)に向かう。MRTの車窓から見る街並みに高揚する学生達を横目に,

全員無事入国できたことに安堵していた。

ホテルのチェックインを済ませ、最寄りのフードコートで現地ディナーを堪能する。初めてのシンガポールで何の躊躇もなく店員さんとやり取りする学生達を見て、英語は「学問」である前に「コミュニケーションツール」であることを再認識していた。

天理教シンガポール出張所

シンガポールの歴史、政策、経済状況等についてご講義をいただいた。また、日本人墓地公園をご案内いただく年もあり、先人達の苦労の上に我々の今の生活があることを改めて実感した。

生駒言語学院(英会話レッスン, 実践英会話実習, 文化交流)

生駒言語学院(校長:中川弘司先生)はシンガポール中心街のOrchard Roadに位置する。学生達は6日間の滞在期間中、同学院に4日間通う。本研修で最もお世話になった施設である。

・英会話レッスン

英会話レッスン開始前、イギリス人講師のアンソニーと1対1のレベルチェックを受ける。最初は戸惑う学生も、日本人の性格・特徴を熟知するアンソニーの指導方法とその人柄に魅了され、楽しく受講していた(写真1)。



写真1 アンソニーの英会話レッスン

・実践英会話実習

アンソニー立ち合いのもと市街地(文化施設等)を見学しながら、約3時間の道中に出会う地元の方々に英語で質問する(写真2)。例年、本実習を皮切りに学生達の英会話に対する積極性が格段

に上がり、同時に結束が深まる様子が印象的であった。



写真2 実践英会話実習

・文化交流

日本語を勉強する現地の学生と本学学生が、自己紹介や連想ゲームを通して交流を深める(写真3)。その際、現地の学生は日本語で、本学学生は英語を使用する。最終日の自由時間には現地の学生に観光名所を案内してもらうまで交流を深める者もいた。



写真3 現地学生との文化交流

病院見学

・Raffles Hospital

「シンガポールの医療事情」に関しRaffles Japanese Clinic院長の元田玲奈先生にご講演いただいた(写真4)。シンガポールはMedisave等で医療費が節約されているにもかかわらず、平均寿命が日本とほぼ変わらない点は興味深い。

Raffles Hospitalはメディカルツーリズムにも

力を入れており施設自体は病院というよりは高級ホテルといった印象である。日本との違いに学生達は終始驚いている様子であった。



写真4 元田先生のご講演 (Raffles Hospital)

・ Mount Elizabeth Novena Hospital

「国際医療の現状と今後」と題し、元 Mount Elizabeth Novena Hospital 肝臓疾患・生体肝移植専門クリニックの木内哲也先生にご講演をいただいた。引き続き、同病院をご案内いただき、職員食堂で昼食を済ませ、最後に集合写真を撮影するのが恒例であった(写真5)。



写真5 Mount Elizabeth Novena Hospital

日本ではどの病院も「医は仁術」であり非営利なものであるのに対し、シンガポールの一部の病院では「医は算術」であり営利目的である様子が見受けられた。いずれの方法にも長所・短所があり、その考え方の違いはどちらも正しいと感じた。

最終日

14:00~20:00は、学生達にとって待ちに待った「自由時間」である。9月の課題発表会に向け現地

を視察する者もいれば、文化交流で仲良くなった現地の学生と時間を共にする者もいる。いずれにせよ、学生達には最も楽しい時間である。

一方、引率教員の立場では、学生達が初めて目の届かない場所へ行く時間である。本研修では大きなトラブルは無かったものの、小さなトラブルが起こるのはいつもこの時間帯であった。保護者説明会で面談した保護者の顔が目に浮かぶ時間帯でもある。

20:00にYWCA ロビーに集合し、身支度を整える。土産話に花が咲く学生達の姿を見ながら「お疲れさん」と自分に言い聞かす。

MRTでチャンギ国際空港に向かい、夜間飛行で帰国する。夜明けの空は自分へのご褒美のように思えた。

総括

7年間に亘るシンガポール外国語学研修が幕を閉じた。毎年感じていたのは、英語上達に向け6日間の研修期間はあまりにも短いということである。

しかし、現地で生きた英語とふれあい、自分の意思が相手に伝わった時の喜びは、英会話習得に向けた大きな「きっかけ」になっているに違いない。

履修生の中には、夏季休暇を利用して単独で東南アジア諸国を訪れボランティア活動に勤しんだ者もいる。またイギリス人講師のアンソニーは、学生達の英語に対する積極性が年々明らかに向上していると評価していた。これは本研修が本学に根付いた一つの証であるものと考えられる。

当初は様々な場面で本研修に対する意見があった。「高い費用を掛けてシンガポールに遊びに行っている様にしか見えない」と言われ、悔しい思いをした。

しかし、この7年を振り返り、履修生および保護者から不平・不満を伝えられたことは一度もなく、むしろ感謝の意を伝えていただけたことは、担当教員としてこれ以上の喜びはない。

最終年度の自由時間、7年間に亘るシンガポール外国語学研修が無事に終了することへの感謝の意を、日本人墓地公園に眠る天理教シンガポール

教会初代会長の板倉タカ様にお伝えしたことを申し添え、私の報告とする。

紀行

街について話す(奥村)。20年以上前に訪れた街のことだ。

オーチャード通りの両脇には木造のカフェやブティックが並んでいて、街のそこそこに古き良きイギリスの面影が残っていた。残念なことに今ではすっかり高層ビル街に代わってしまったが、それでも十九世紀のコロニアルな雰囲気を残しているホテルはそのままの建物を今に伝えている。今回で何回目の訪問になるのか、すぐには数えられないが、それでも。夏の終わりになるとノスタルジーに誘われて、つい二、三日ほどやってくる。ほぼ毎年のことだ。

はじめてこの地を訪れたとき、マラッカ海峡の近くを古びた小さい観光船に乗っていた時のことだ。

その船がゆっくりと傾き始めた。気が付いた時には、テーブルの下まで海水が来ていた。前の席に座っていたイギリス人の青年は気にすることもなく、リバプール大学で西洋古代史を学んだという彼はローマ帝国史について熱く語りながら、自分の先祖はノルウェーの出身で、元々バイキングだから「こんな狭い海峡なんて放り出されてもどうってということないさ、ドーバー海峡に比べてもね」と堂々としていた。しばらくするとひざ上まで海水に沈んだため、向かいの席のイギリス人は壁にぶら下げてある浮き輪を一つ私に渡してくれた。「俺は泳いでいくよ、陸に上がったら街のカフェでビールでも飲んでいるよ。そこで待っているからゆっくり来てくれたらいい。また街で会おう」といって、波間に遙か遠くに見え隠れする陸地をめがけて飛び込んだ。その度胸にあきれたが、仕方がないので私は浮き輪につかまって「僕は助けが来るまでここで浮いているよ、運が良ければまた街で会おう」と精いっぱい見栄を張って彼に応えた。

彼は軽快に陸地を目指して泳いでいたがそのうち波のまにまに見えなくなってしまった。そう

こうしていると、船員たちがポンプで海水を船外に出し始め、半分沈みかけた観光船はどうか港までたどり着いてくれた。乗員乗客はこんなことには慣れているのかたいして慌てることもなく、全員下船できた。

翌日シャワーを浴び、コットンパンツにブルーのTシャツに着かえて、ここで一番の繁華街へ繰り出してみた。

暑さが一段落した夕方、蒸し暑い道を歩いてオーチャードの繁華街までやってきた。カフェを一軒ずつのぞき込んで彼を探した。たしかジェームズと言っていたが。何件目かの木造の上にペンキを塗った店で、カウンターの上に座って右手にビールグラスを持ち左手で隣席の女性に何かを説明しているジェームズを見つけた。ちょうどビーゼのマサチューセッツの曲が流れていた。私が入っていくと向こうも気が付いたのか左手を挙げてこちらに手招きした。

私は彼の隣の空いていた席に座った。彼は握手をして「元気だったか」と訊いてきた。

「ところで昨日はどうだった？」と私も訊いた。

「申し分なかったね、暑かったし、海水も生暖かくて、いい運動になったよ」

「そりゃ、よかったね」

「赤道直下で泳ぐのは最高だよ。それに近くで泳いでいた女の子がいてね、何処まで行くんだった声かけたわけさ」

「陸地までよ」と答えるのさ、「陸地までよ」とはなかなか言えないよ。気に入ったよ。誰だってそうだからね。

「そういうから、じゃあ俺と同じさ、というわけでここまで一緒に来たのさ」と言って彼は横にいた碧眼で金髪がよく似合う、いかにも北欧系の女性を紹介してくれた。

「彼女はケンブリッジの学生だ。夏休みでここにいるおじさんのところに來たらしい」

ボーダー柄のTシャツにショートパンツといういで立ちからも避暑地での休暇という感じがした。

「ところで俺がここに来たわけがわかるかい？」

「休暇だろ」

「そりゃそうさ、でも本当は大英帝国の旧植民地

を踏破しようと思ってね」

彼はそこで一息ついたのか右手のビールを飲みほした。

「イラン、イラクから香港と回ってきたよ、アメリカは去年行ったよ、夏のマサチューセッツも最高だったね、海沿いの緑のきれいな街さ、ピージェズの曲を聴くとどうしても思い出してしまうのさ。シンガポールと不思議なことによく似ているんだ。どちらも海沿いの街で緑が茂り、海にはヨットが浮いていてね…。オーストラリアは2年前」

彼はティッシュペーパーで顔の汗を拭きながら言った。

「一つ確実に言えることがある。どこもみんないいところだってことさ、だから大航海時代に大きく乗り遅れたイギリスがその後大英帝国を作れたわけさ、俺は感心したね。いいところばかりを植民地にしたのさ、シンガポールだってそうさ、東洋と西洋の海上交易の分岐点さ、二十世紀にはマレーでゴムが取れたのが大きいね。時代感覚がよかったんだ、ゴムを独占して大もうけをしたからね」

「確かにね、僕もそう思うよ」

「だけどね、大英帝国がうまくいったのはここまでさ、第一次大戦で莫大な借金をしたからね、そのすぐ後で、第二次大戦で、立ち直れないくらいの借金大国になったのさ。それで出てきたのが問題のアメリカさ。アメリカは第一次大戦後、空前の好景気になったからね。フィッツジェラルドの「グレートギャツビー」によく書かれているよ。その後の第二次大戦で大英帝国は没落し、アメリカが世界の覇権を握る。というわけさ。もちろん続きがあるわけで、今や、アメリカは曲がり角に来てしまっているということさ。…こう考えるとローマ帝国が強大であるから世界に平和がもたらされるという『パクス・ロマーナの時代』から『パクス・ブリタニカの時代』になり、それから今までは『パクス・アメリカナの時代』といえるが、さて次はどうなるのかと考えてしまうのさ。どうしてもね」

「今じゃイギリスはヨーロッパの小国さ」

「じゃあ日本だってそうだよ」

「一時期だけ経済大国だって、うぬぼれていたが、

今じゃ長寿大国くらいしか自慢するものがない、つまり全く先がない国さ、これから先は落ちていくばかりで、アジアの小国で生きていくしかない」

「とはいっても大英帝国が残してくれたのは英語くらいなものさ、でも英語はイギリス人が作ったわけじゃない。地中海の海上交易で経済的に大国だったフェニキア人が海上交易のために4千年ほど前に作ったんだから。

それがギリシャ語、からラテン語になり、ゲルマン民族の大移動でドイツ人がブリテン島に押し寄せてイギリスを支配し、ドイツ語からそもそも英語が始まったわけだから。その後フランス人が支配するとイギリスの公用語はしばらくフランス語だったんだからね。その最後の行き先がシンガポールだったってことさ。大英帝国最後の植民地で、今現在繁栄しているという意味でね」

「なるほど、それでここまでやってきたのか」

「いや、もちろんそれだけじゃないさ。これから英語はどこへ行くのかを考えていたんだ。どう思う？」

「なるほどね、でも英語は変わっていくことだけは間違いないだろう。我々の知っている英語は18世紀以降の英語で、16世紀以前の英語ときたらさっぱりわからんからね」

「そのとおりさ、変われるから生き延びてきたのさ、地球上の隅々までね」

☆

今日はラッフルズ病院でM先生の講義のあと、広大な院内を案内してもらった。明日のエリザベス病院での国際医療の講義で今回の研修も終わりにになるので、これからラッフルズホテルの中庭にあるレストランで打ち上げの夕食会だ。

四方が高層ビルに囲まれた一角に、二階建ての19世紀にたてられたヴィクトリア朝の建築物がある。この中の緑に囲まれた中庭にいと、時の流れが途絶えたような気持ちになれる。

☆

あの時から20数年が過ぎてしまった。夏になるとシンガポールにやってくる。街は高層ビルに囲まれてしまったが、その中に懐かしい面影が残っているからだ。

ジェームズ君はたまに連絡してくる。先日ふと天理にやって来た。女子大で英語の講師をしているらしい。金がたまればまた南アフリカへ行く準備をしていると言っていた。ケンブリッジ大の女性はシンガポールの病院で内科医をしている。

☆

20年前の思い出もほんの昨日の出来事のような。すっかり変わってしまった街を歩いていると、遠くのハーバーライトの灯かりが見えた。

昔と何も変わっていない。ふと泣きたくなる時があるが、泣きたいと思うときにはきまって涙が出てこない。

人生とはそういったものだからだ。

マリーナベイで風に吹かれているうちに、今年の夏も物憂く過ぎていく。

『マサチューセッツで過ごした日について話そう……。

僕はきつとまたマサチューセッツを思い出さるろう』(Massachusetts;1968, Horizontal)

海沿いのマリーナベイの街にやって来るとどうしても、この曲とジェームズのことを思い出す。

リトリート2020 研究発表一覧

稲本 俊	1	乳酸菌のチオレドキシシン (TRX) 高発現株の開発と臨床応用への基礎研究
内田 宏美	1	診療記録・看護記録におけるインシデント関連情報記載の実態—ドレーン・チューブ管理, 医療機器管理, 療養上の世話, 服薬自己管理を中心に— (第14回 医療の質・安全学会 (2019.11月) ポスター発表)
大西 郁子	1	「第二言語としての『英語脳』 実現のための学習実践とその成果」
奥村 和夫	1	Clinical pharmacological consideration of low dose SDA in the treatment of elderly people with delirium
金井 恵理	1	オートファジーと ROS の抑制による虚血性肺高血圧の治療研究
金井 恵理	2	女性医師増加時代, 循環器界の未来と内科医ワークライフバランスについて
鎌田 道彦	1	「全経絡の気功」を用いたトラウマセルフケアの効果」
次橋 幸男	1	在宅医療を受けている日本人患者における要介護度の分布と生活機能やサルコペニアの指標に対する妥当性
増谷 弘	1	Txnip による乳癌組織診断法検討
山本 佳世子	1	病院における宗教者による亡くなられた非信者患者へのケア～三病院での事例から～

臨床検査学科

大野 歩	1	大学生アスリートの健康管理および体力強化・競技力向上のサポート体制の構築
小松 方	1	2010年～2014年に近畿地区から分離されたペニシリン低感受性 Streptococcus agalactiae の検出率およびその薬剤感受性率と莢膜抗原血清型別に関する検討
近藤 明	1	血清異常プロトロンビン測定法の開発
曾山 奉教	1	レドックスラベルによる赤血球酸化ストレスモニター法の検討
戸田 好信	1	ABCA13の脳特異的発現および細胞内局在の解析
中村 彰宏	1	ハイブリッドアセンブリ全ゲノムシーケンセスを用いた多剤耐性腸内細菌目細菌における新規コリスチン耐性遺伝子 mcr-9 コーディングゲノム構造解析 (実験計画)
畑中 徳子	1	緊急検査専用機器に even check 法を適応することは可能か
Cristiane Lumi Hirata	1	Thioredoxin interacting protein (Txnip) high molecular weight nucleoprotein complex influence on RNAs expression
松本 智子	1	凝固線溶波形の特徴と波形解析による病態把握の検討
松本 智子	2	血友病 A のための FXa 生成能を反映する第 VIII 因子活性測定法の検討
山岸真理子	1	芸術と脳科学 ～小型機器導入の検討～
山西 八郎	1	健常日本人男性における潜在的病態因子の因果解析
山本 慶和	1	新生児から青年期の加齢による日常検査項目の臨床参考値の推移
和田 晋一	1	正中法 ENoG は顔面神経全体の病態を反映するのか

※「1」…第1回リトリートでの発表 「2」…第2回リトリートでの発表

看護学科

東 真理	1	遷延性意識障害患者に対するトランポリン運動を組み入れた回復プログラムの効果
東 真理	2	用手微振動の手技における動力学的可視化の試み
石橋かず代	2	保育保健活動における看護職・保育職の専門性の認識と連帯の実際
伊藤 咲	1	看護学実習における看護学生の活動量計を用いた精神・身体的反応の変化(仮)
井上 莉沙	1	先天性疾患児をもつ母親が必要とする養育支援の在り方— 姑息術後から根治術に至る時期に焦点を当てて—
今井 理香	2	55歳以上で骨髄非破壊的移植を受けたA氏の担院後の生活の現状
江南 宣子	2	NICU入院児の母親の母乳分泌とストレス不安
大西 郁子	1	「第二言語としての『英語脳』 実現のための学習実践とその成果」
岡本 響子	2	訪問看護師が訪問先で出会う引きこもり当事者から受ける心配事の実態
小川 朋子	1	Text Miningを用いた新人看護師の学習意欲低下要因に関する研究
奥田真紀子	2	養育支援訪問事業における要支援家庭の状況および支援内容の実践度と必要度
桂 敏樹	1	中山間地在住高齢者のQOLに関連するフレイル— マッチドペアによる訪問調査の分析—
菊本 由里	1	認知症高齢者が語るライフストーリーから「もてる力」と語りの意義を見出した一事例
小林いずみ	1	臨地実習における看護技術の客観的評価導入への困難要因が形成されるプロセスの検証
佐上 裕子	1	COVID-19状況下における在宅介護者のフレイルに関する文献検討
高橋 晶	1	A県内の病院に勤務する看護師の退院支援活動の実態(研究計画)
高橋 里沙	2	Knowledge, Attitude, and Practices Related to Dengue among Elementary School Children in endemic area, Thailand
徳永 智美	1	新生児蘇生の実践力を維持する再履修教育構築のための基礎的研究
戸田 千枝	1	子どもを死産した患者に2年近く応答しつづけた語りからの一考察
前川理恵子	1	初めて看護系大学に入職した新人教員の職場適応に関する文献検討 第2報
前中 夕紀	1	自然災害時における看護師の抱える課題に関する文献検討
松井 利江	1	壮年期婦人科がん患者が初回術後に化学療法をうける体験(平成29年度の学内共同研究助成を受けた研究の成果)
松永 智子	1	施設高齢者の長寿の健康要因に関する検討: SOCとQOL評価との関連から
溝口 幸枝	2	心拍変数を用いたタクティールタック®の有効性の検証—成人女性を対象として—
三毛美恵子	1	腹部マッサージによる自然排便促進の効果に関する文献検討
森 知美	1	看護基礎教育における心肺蘇生法演習の学習効果
森嶋 道子	1	200床以上の病院に勤務する卒後3年未満看護師の入院患者に対するグリセリン浣腸実施の現状
山中 政子	1	がん疼痛のある外来患者に対するオピオイド鎮痛薬の服薬指導および看護ケアの実態調査
横井 弓枝	2	看護大学生を対象とした終末期ケアシミュレーション教育のレジリエンスへの影響: 無作為化比較試験による検討

※「1」…第1回リトリートでの発表 「2」…第2回リトリートでの発表

令和元年度天理医療大学 共同研究助成最終報告書

Txnipによる乳癌組織診断法検討

増谷 弘 68

令和元年度 天理医療大学 共同研究助成最終報告書

1. 研究課題名:Txnipによる乳癌組織診断法検討

2. 研究代表者:増谷 弘 所属:天理医療大学臨床検査学科

3. 共同研究者名

- | | |
|----------|---------------------------|
| 1) 稲本 俊 | 所属:天理医療大学,天理よろづ相談所病院 乳腺外科 |
| 2) 戸田 好信 | 所属:天理医療大学 臨床検査学科 |
| 3) 山城 大泰 | 所属:天理よろづ相談所病院 乳腺外科 |
| 4) 石井 慧 | 所属:天理よろづ相談所病院 乳腺外科 |

4. 助成金額:500,000円

5. 報告内容

【研究の背景】

わが国の2013年の乳癌死亡数は女性約13,000人で,女性では癌死亡全体の約9%を占める。2011年の女性乳癌の罹患数(全国推計値)は,約72,500例(上皮内癌を除く)で,女性の癌罹患全体の約20%を占める(<https://ganjoho.jp/public/cancer/breast/index.html>)。

乳癌において,①luminal A(ホルモン受容体陽性,HER2受容体陰性,増殖能低い),②luminal B(ホルモン受容体陽性,HER2受容体陰性,増殖能高い),③HER2陽性,④triple negativeタイプに大別され,治療法が異なっている。分子標的療法が有効なHER2陽性以外,とりわけluminal A,luminal Bにおける手術や化学療法を選択する指標には細胞増殖能を反映するKi67しかない。また,triple negativeタイプは受容体発現が陰性としてしか診断できず,積極的に診断する指標はない。さらに,これらのタイプも様々な遺伝子異常を含むheterogeneityがあり,的確な治療法選択のためには,適切な分別指標の開発が望まれている。

研究代表者らは,これまでアルファアレスチンファミリーに属するthioredoxin interacting protein (Txnip)の研究を行ってきた。Txnipは多くの癌でエピジェネティック機構により発現が低下しており,膀胱癌発癌モデルでのノックアウトマウスでの解析ではTxnipの欠損により癌の悪性度が上昇していた(Nishizawa et al.2011)。加えて,膀胱癌においてTxnipの変異が7%の患者で見られることが報告されており(Nature,2014),また,乳癌ductal carcinoma in situでの発現減少(Modern pathology 2018)や細胞外マトリックスとの関連でのTxnip発現低下(Cell,2018)が報告されており,Txnipの発現低下や変異は実際の発癌に関与しており,その計測により癌の診断・治療法判定に資すると考えられる。

【目的】

乳癌において,①luminal A ②luminal B ③HER2陽性 ④triple negativeタイプに大別され,治療法が異なっている。また,triple negativeタイプは積極的に診断する指標はない。的確な治療法選択のためには,適切な分別指標の開発が望まれている。昨年度の共同研究助成により,研究代表者が研究を行ってきた癌抑制因子であるTxnipの発現は,乳癌のサブタイプ,さらに症例ごとに発現や細胞内局在が異なっていることを明らかにした。今年度は,乳癌の生検,病理組織においてTxnipの発現を検討し,その違いにより治療法選択に応用できるかどうかについて検討する。また,Txnipの発癌抑制の分子機構を解析する。

【方法】

①乳癌のホルマリン固定組織でのTxnip蛋白質の発現を検討する

天理よろづ相談所病院保存ホルマリン固定組織でTxnipに対する免疫組織化学的検出法を用いて,乳癌のサブタイプ別の手術,生検組織のホルマリン固定標本でのTxnip蛋白質の発現を検討した。倫理的に

問題のないホルマリン固定組織を使用した。

② Txnipの乳癌細胞での細胞内局在の解析

乳癌細胞株MDA-MB231より細胞膜, 細胞質, 核内可溶画分, 核内難溶画分の単離を行い, ウェスタン法での解析を行った。さらに, RNA成分の解析を行った。

③ Txnipの発癌抑制機構の解明

Txnipの過剰発現白血病細胞を用いて, 細胞死, 細胞増殖能に対する機構解析を行った。またTxnip過剰発現細胞を用いたタンデム affinity 精製, プロテオミクス解析, RNA-seq 解析により, Txnip 癌抑制機構を解析した。

【結果】

- ①天理よろづ相談所病院病理部山崎貴之技師と坂本真一主任技師との共同研究により, 乳癌手術標本や生検標本についてTxnip発現の検討を行った。現在までのところ, 臨床検体を用いてTxnipの発現を臨床レベルで評価できる一定の結果を得られなかった。
- ②乳癌triple negativeタイプMDA-MB231細胞で, 細胞膜分画および細胞骨格分画でのTxnipの局在を明らかにした。
- ③乳癌luminal type(ホルモン受容体陽性)MCF7細胞株ではTxnipが細胞核に局在することを報告していた(Nishinaka et al. JBC, 2004)が, 今年度, TxnipがMCF7細胞株核内で高分子複合体を形成し(1, 2), RNA発現パターンに影響を及ぼすこと(3)を明らかにした。
さらに, 難治性Mixed lineage leukemia (MLL)白血病細胞株でTxnipが増殖を抑制し, autophagyを誘導することを明らかにした(4)。

【考察】

- 1) 今回, 臨床検体を用いてTxnipの発現を臨床レベルで評価できる結果を得られなかったことにより, 現在の方法では, Txnipの免疫組織学的検討を臨床応用に適応することが困難であることが明らかになった。臨床診断に応用できるようにTxnip検出法を改めて再検討する必要がある。また, Txnipの分子機構を明らかにすることにより, その知見をfeed backした解析法を作成する必要がある。
- 2) triple negativeタイプ乳癌細胞株MDA-MB231細胞で細胞分画によってTxnipが細胞膜に局在する知見を得た。luminalタイプ乳癌細胞株MCF7細胞でのTxnipの核での発現と対照的であり, この細胞内局在の差は乳癌のタイプ別の異なる発癌機構に由来する可能性がある。細胞膜分画においてMDA-MB231特異的にTxnipと相互作用する分子を特定することにより, triple negative乳癌の分子機構を明らかにでき, また, 層別診断法の作成のための手がかりにできる可能性がある。
- 3) TxnipはMCF7細胞で核内複合体を形成している知見を得た。この核内高分子複合体によるmRNAやlong non coding RNAの発現パターンの調節により, 細胞増殖制御や代謝制御の調節が行われている可能性がある。一方, 難治性MLL白血病細胞株でTxnipが増殖を抑制し, autophagyを誘導することを明らかにした。Txnipによるautophagy制御がその癌抑制作用に果たす意義についてさらに解析を行う必要がある。また, この現象が, 白血病細胞株だけではなく, 他の種類の癌でも見られるかどうか検討する必要がある。一方, Beclin-1のリン酸化にTxnipの過剰発現が影響を与え, またTxnipによる増殖抑制にBcl-xLの関与を示唆する知見を得た。autophagy誘導においてBeclin-1のリン酸化制御の分子機構には未解明な点があり, Txnipに焦点を当てた解析により, autophagyの分子機構の新たな理解につながる可能性がある。

【発表実績(助成研究課題に関するもののみ)】

- 1) Hirata CL, et al., *Archives of Biochemistry and Biophysics*, 677(108159), 2019.
- 2) Hirata CL et al., *Bulletin of Tenri Health Care University*, Vol.8 No.1, 3-12, 2020.
- 3) Hirata CL et al., *Data in brief*, 28, 104893, 2020.
- 4) Noura M et al., *FEBS openbio*, doi:10.1002/2211-5463.12908, 2020.

天理医療大学紀要 投稿規定

編集方針：本誌は、天理医療大学の機関誌として年1回以上発行し、医学に関する基礎的・臨床的研究論文を掲載するものである。

論文投稿資格：論文投稿者は、医学・医療に関わる者であれば所属施設・職種・身分等は問わない。

医の倫理規定：臨床試験等の医の倫理に係る研究は、厚生労働省の最新の「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「遺伝子治療臨床研究に関する倫理指針」を遵守し、当該施設の倫理委員会の承認を得たものであること。また、その旨を論文中に明記する。

論文執筆倫理：投稿論文は未発表のものに限る。二重投稿や類似投稿は認めない。すでに学会等で発表したものであればその旨を記載する。総説等で、著者自身が他誌に発表した原著論文の図表などを用いる場合は著作権者の許可を得ること。他者の著作物等を論文中で使用する場合は、許諾を得たものであることを本文中に明記する。他者の著作物等を引用する場合は、論文執筆者の倫理に基づいて適正に行うこと。

論文の採否：論文の採否は、査読者(原則2名)による peer review の結果に基づいて編集委員会で最終決定する。

著作権(copyright)：本誌に掲載された論文の著作権は、天理医療大学に帰属する。また、論文は委員会が承認した電子ジャーナルシステムにより電子化し公開する。著者が自身のホームページや所属施設のリポジトリに掲載したい場合は編集委員会にその旨を申し出て許可を得ること。

論文の種類：[紀要構成]

- ・原著論文 Original Article
- ・短報 Brief Communication
- ・報告 Report
 - 実践報告 Practice Report；教育の現状等の報告
 - 技術報告 Technical Report；検査技術の改良、修正、工夫等の報告
 - 学会報告 Conference Report；学会参加報告
- ・総説 Review
- ・論説 Article
- ・Supplement

天理医療大学リトリート抄録集

Abstracts from Research Retreat of Tenri Health Care University

天理医療大学共同研究助成報告書

Reports from Tenri Health Care University Grant-in-aid for Collaborative Research

投 稿 窓 口：執筆要項に準じて論文を作成し，下記の投稿窓口へ投稿すること

天理医療大学紀要編集室 thcu-kiyou@tenriyorozu-u.ac.jp

2020年4月 施行

天理医療大学紀要 執筆要項

論文の作成要領：

使用する言語は和文または英文を問わない。いずれの原稿もA4版の用紙に上下3cm, 左右2.5cmの余白をとり、12ポイントの文字の大きさで、ダブルスペースにて印字する。標準的なフォントを用いたMicrosoft社のWordでの作成を推奨する。

和文原稿の原著と総説は、各16,000字以内、短報、報告(実践報告、技術報告、学会報告)、論説は8,000字以内とする。ただし欧文文字は半角文字として扱い、図と表は1個につき400字とみなす。

英文原稿のOriginal Article, Reviewは4,000語以内、Brief Communication, Report (Practice Report, Technical Report, Conference Report), Commentaryは2,000語以内とし、図と表は1個につき100語とみなす。読点は全角カンマ「,」を用い、文末は「。」を用いる。

論文は以下のセクションに分ける。

- 1) 表紙: 表題(日本語, 英語), 著者名(日本語, 英語), 所属(日本語, 英語), 表題の欄外見出し(ランニングタイトル・30字以内), 代表者の連絡先住所, 電話番号, ファックス番号, Eメールアドレス, 論文の種類, 表題から文献までの総文字数(英文の場合は総語数)を記載する。
- 2) 抄録(サマリー): 和文は800字以内, 英文は300語以内とする。3~5個のキーワード・keywordsを付ける。原著論文の抄録には, 背景または目的, 方法, 結果, 結論を含める。(和文論文, 英文論文のいずれであっても, 和文・英文両方の要旨およびキーワードを付ける。その他の論文は和文・英文の一方でも可)
- 3) 本文: 原著論文では原則として, 緒言, 方法, 結果, 考察, 謝辞など。英文原稿ではIntroduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Acknowledgementsなど。結論・Conclusionを追加してもよい。謝辞・Acknowledgementsには研究資金の提供先を記載する。
- 4) 利益相反 C.O.I. (conflict of interest) 申告開示をする。
- 5) 文献 References

APA方式もしくはNLM方式の記載方式を用いる。

(1) APA方式(『APA6th edition』に沿って記載)

■本文中の引用

「著者名(出版年)は, ……」または「……と報告されている(著者名, 出版年)」などと記載する。著者が複数の場合には, 筆頭著者に「ら」または「他」(英文の場合はet al.)を付けて記載する。

■文献リストの記載

- ・文献リストは, 筆頭著者の姓のアルフェベット順に並べ, 出典ごとにぶら下げインデント(段落の2行目以降を字下げした書式)で記載する。
- ・記載すべき書誌情報は, 基本的に「著者」「年号」「タイトル」「出版データ」の順で記載する。それぞれの要素は全角ピリオドで終え, 年号は半カッコで括る。欧文文献の場合は, 半角英数字の後, 半角スペースを入れる。
- ・著者が3名以上の場合には3名まで記載し, 4名から他(英文の場合はet al.)とする。

①学術誌収載論文の記載

《基本》 著者名. (出版年). 論文タイトル. 収載誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

例》天理太郎, 別所花子. (1982). 看護とコミュニケーション. 天理医療研究学会誌, 2 (1), 22-29.

例》Tenri, T., & Jyo, A. (2000). Introduction to Nursing Basic Sciences. Journal of Tenri Sciences, 2(1), 23-52.

②書籍の記載

《基本》 著者名. (出版年). 書籍名 (版数) (pp.開始ページ-終了ページ). 出版社名, 発行地.

例》天理太郎. (1995). 看護基礎科学入門 (第2版) (pp.23-52). 研究学会出版, 大阪.

例》Carter, B. (2000). Nursing Basic Sciences. A science of dependency (pp. 23-52). London, England: Taylor publisher.

《編集本の章の引用》章の著者名. (出版年). 章タイトル, 編者名(編), 書籍タイトル (pp. 章の開始ページ-終了ページ). 出版社名, 発行地.

例》天理太郎. (2008). 第3章 コミュニケーション, 天理花子(編), 看護技術論 (pp. 34-50). 天理出版, 大阪.

例》Carter, B. (2008). Nursing Basic Sciences. In Smith, H(Eds.), A science of dependency (4th ed, pp.34-50). London, England: Taylor publisher.

③インターネット上の資料の場合

逐次的な更新が前提となっているもの場合のみ出版データのあとにカッコで括って検索日を記載する。

《基本》 著者名. (投稿・掲載の年月日). タイトル. <http://...> (検索日〇〇〇〇年〇〇月〇〇日)

例》近畿健康労働局. (2012, 11月). 健康情報に関する近年の動向.

<http://www.mhlw.go.jp/kenkou/dl/kenkouhousin>

例》Health Organization. (2008, January 22). Nursing contribution to primary health care. primary health care. Retrieved from www.mhlw.go.jp/kenkou/dl/_01

※DOI (digital object identifier : デジタルオブジェクト識別子) が示されている出典の場合は通常の書籍情報の最後に「doi:」という文字に続けて10から始まるDOI番号を記載する。この場合URLや検索日の記載は原則不要。

(2) NLM方式

■本文中の引用

引用順に本文の引用箇所の右肩に^{1) 2)}と番号を付ける。

■文献リストの記載

文献リストは本文の最後に一括して, 引用番号順に記載する。

・著者が3名以上の場合には3名まで記載し, 4名から「, 他.」(英文の場合は et al.) とする。

①学術誌収載論文の記載

《基本》 著者: タイトル. 雑誌名. 発行年 (西暦); 巻: 最初の頁 - 最後の頁.

例》(邦文の場合) 加藤大典, 戸井雅和, 稲本俊, 他. : 乳房部分切除後の断端陽性に対する取扱いの比較検討—41施設へのアンケートによる調査結果から—。乳癌の臨床. 2009; 24 : 158-159.

例》(英文の場合) Fujita J, Yoshida O, Yuasa Y, et al. : Ha-ras oncogenes are activated by somatic alterations in human urinary tract tumors, Nature. 1984; 309: 464-466.

②書籍の記載

《基本》著者：書籍名. 出版社名. 発行地：発行年（西暦）；最初の頁—最後の頁.

※英文の場合、書籍名の冒頭に In, 編者名の最後にて ed. (Editorの略, 複数名の場合は eds.) を表記。

例) (邦文の場合) 広井良典：ケア学越境するケアへ. 医学書院. 東京：1998；156-158.

例) (英文の場合) Ryan ET: Immunization. In Goroll AH, Mulley AG Jr, eds. Primary Care Medicine, 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia; 2000; 21-36.

③インターネット上の資料の場合

逐次的な更新が前提となっているものの場合のみ出版データの後に括弧で括って検索日を記載。

《基本》著者. (投稿・掲載の年月日) タイトル. <http://...> (検索日〇〇〇〇年〇〇月〇〇日)

※DOI (digital object identifier：デジタル、オブジェクト識別子) が示されている出典の場合は 通常の書籍情報の最後に「doi:」という文字に続けて10から始まるDOI番号を記載する。この場合YRLや検索日の記載は原則不要。

例) (邦文の場合) 近畿健康労働局. (2012年, 11月). 健康情報に関する近年の動向. <http://www.mhlw.go.jp/kenkou/dll/kenkouhousin>

例) (英文の場合) health Organization. (2008, January 22). Nursing contribution to primary health care. primary health care. Retrieved from www.mhlw.go.jp/kenkou/dll/_01

6) 図, 表の説明 Figure Legends

7) 図, 表

本文とは独立したフォーマットで提出する。

図, 表には番号 (図1またはFigure 1, 表1またはTable 1) をつける。図はDOC (X), XLS (X), PPT (X), JPG, TIFF, GIF, AI, EPS およびPSD フォーマットなどが受理可能である。印刷原稿の解像度として, 300 dpi を必要とする。表は標準的なフォントを用いたMicrosoft 社のWordまたはExcelでの作成を推奨する。

図, 表の中で略語を使用する場合にはその右肩に順次 a, b, cの添字を付け, それぞれの説明は本文中とは別に説明を要する。

2020年4月 施行

編集後記

天理医療大学 Vol.9 No.1 2021が発行の運びとなりました。

2019年より流行し始めた新型コロナ・ウイルス感染症(COVID-19)は二度目の春を迎えた今も顔を変え、形を変えて我々の前に立ちふさがっています。この間、四度の大きな波が押し寄せ、三度の緊急事態宣言が発令されました。医療現場はひっ迫し、患者は自宅での療養が余儀なくされています。

しかし、これから大規模ワクチン接種が始まります。他国ではワクチン接種による急激な鎮静化も見られており、日常を取り戻しつつあります。新型コロナ・ウイルスに対抗して人類が開発したワクチンに期待し、安心して暮らせる社会に戻ると信じています。我々にとって医療に貢献できること、社会に貢献できることは優秀な医療人を育てることであり、この紀要がその一助になることを期待いたします。

投稿者ならびに査読者の皆様には編集委員から心より感謝いたします。

編集委員長 和田晋一

天理医療大学紀要

Bulletin of Tenri Health Care University

編集委員長

和田 晋 一

Editor-in-Chief

Shinichi Wada

編集委員

山 西 八 郎

岡 本 響 子

金 井 恵 理

桂 敏 樹

畑 中 徳 子

Editorial Board

Hachiro Yamanishi

Kyoko Okamoto

Eri Kanai

Toshiki Katsura

Noriko Hatanaka

編集部

小 森 智 明

小 野 亜希子

Managing Editor

Chiaki Komori

Akiko Ono

天理医療大学紀要 第9巻第1号

Bulletin of Tenri Health Care University Vol.9 No.1

2021年3月発行

発行者 〒632-0018 奈良県天理市別所町80番地-1
学校法人天理よろづ相談所学園 天理医療大学

TEL : 0743-63-7811

代 表 吉田 修
