

日本保健科学学会誌

December 2012

Vol. 15 No. 3



日本保健科学学会誌

The Journal of Japan Academy of Health Sciences



Vol. 15 No. 3

December 2012

日保学誌

J Jpn Health Sci

原 著

- 分娩直後のカンガルーケア（BKC）のプロセスと所要時間121
神谷 摂子, 高橋 弘子, 恵美須文枝
- 在日中国人女性における婚姻暴力の認知に関する研究.....132
周 燕敏, 安達久美子
- パースィ看護理論における True Presence（真に共にある）の概念分析141
田中 純子, 勝野とわ子, 高橋 照子
- The Relationship between Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving for Family
Caregiver of Frail Elderly at Home152
Young-Eun Chang, Yoshinori Koyama, Kazumitsu Okabe, Kazuo Nakajima
- 地域医療連携において提供される画像情報の検討.....163
吉澤 寿
-

学会だより	170
日本保健科学学会 会則	173
日本保健科学学会 細則	175
日本保健科学学会誌 投稿要領（日英）	177
日本保健科学学会役員・評議員	181
編集後記	182

日本保健科学学会誌に掲載された下記論文が二重投稿と著作権侵害の疑いが生じ、著者（1名）に問い合わせたところ、編集委員会が納得できる返答が得られなかったため、論文掲載を取り消すとともに、学会の名誉を著しく傷つけたことをもって著者を学会から除名することといたしました。査読課程においてこの点を発見することができず掲載されてしまったことは学会誌編集者として極めて遺憾であります。今後はこうした事態を防止するため最善の努力をしてみたいと存じます。なお本論文が受賞した第3回日本保健科学学会奨励賞も取り消しといたします。

日下雄次：超常磁性酸化鉄製剤の乳房皮下注入 MRI によるセンチネルリンパ節描出の試み、
日本保健科学学会誌 13 巻 2号, 71-76.

■原著

分娩直後のカンガルーケア（BKC）のプロセスと所要時間

Birth Kangaroo Care (BKC) processes and the time required for each stage

神谷 摂子¹, 高橋 弘子², 恵美須文枝¹Setsuko Kamiya¹, Hiroko Takahashi², Fumie Emisu¹

要 旨：本研究は BKC 中の児の行動を観察し、どのような経過でそれぞれのステージが進行し、また、それぞれのステージが次の段階に移行するまでの所要時間はどれくらいかかるのかを明らかにすることを目的に、2003 年 7～9 月までに正常分娩し、研究への参加に同意が得られた母子 10 例を対象に、児娩出場面から BKC 終了又は児が入眠傾向になった時点までを観察記録とビデオ撮影による参加観察を行った。分析は、BKC 中の児の動作・行動について児が①娩出したとき②母親の腹部にのったとき③覚醒期に入ったとき④乳首を探し出したとき⑤乳首を吸啜したとき⑥入眠傾向に入ったときという 6 つのプロセスにそって行い、①～⑥のそれぞれ次の段階に移行するまでの時間測定と、事例別の長さを検討した。

その結果、BKC の実施時間は平均 1 時間 29 分であった。児が乳首を吸啜するまでには腹部にのってから約 1 時間が、また入眠傾向に入るまでには 1 時間半を要し、各プロセスは一つの場面が短ければ他の場面も短いとは限らず個人差がみられ、覚醒期から乳首を探し出すまでの所要時間が最も長かった。

キーワード：分娩直後のカンガルーケア、母子愛着形成、母子相互作用、母子早期接触

I はじめに

カンガルーケアは、1979 年に南米コロンビアのボコダで低出生体重児の保育器不足を補う方法として導入され、次第に分娩直後の正常な新生児を対象にも実施されるようになった。しかし、分娩直後のカンガルーケアに関して、事故の報告もされるようになったことから、2009 年にカンガルーケア・ワーキンググループによりガイドラインが作成され、その中で、カンガルーケアを①低出生体重児を対象としたもの、②集中治療下の児

を対象としたもの、③分娩直後に行われる正常な新生児を対象に行われるもの、の 3 つに分類された¹⁾。

分娩直後のカンガルーケアは、母子の愛着形成や母乳育児に効果があるとされ、多くの出産施設に浸透しつつある。しかし、実際にはその方法は様々で、分娩直後すぐに母親の腹部の上に児をのせる場合もあれば、計測や処置が終了してから実施する場合もある。特に、腹部にのせている時間は多様であり、本来の目的が効果的に実現されな

1 愛知県立大学看護学部 School of Nursing and Health ,Aichi Prefectural University

2 前天使大学大学院（助産研究科） Tenshi College Graduate School (Master's Program in Midwifery)

いと思われる方法でもカンガルーケアと称してケアが実施されている^{2,3)}ことに疑問を感じ、今回、分娩直後のカンガルーケアに着目した。

これまでのカンガルーケアの研究では、母乳育児との関係^{4,5)}母性感情に与える影響⁶⁾や児の安全性について^{7,8)}があり、カンガルーケアの意義や必要性が報告される一方で、児の低体温や呼吸循環異常、母親の疲労や苦痛を増大させるという課題があるのも事実である。それらの状況を考慮し、カンガルーケアを実施するうえでは、母子の安全に十分に注意を払って行い、日本の診療現場に即した方法で実施することが必要である。先行文献によると、出生直後に母親の腹部にうつ伏せ状態でのせられた新生児は、分娩によるストレスの影響で、初期はぐったりとした様子がみられるが、5～8分たつと、眩しそうに少しずつ目を開けようとし、頭も徐々に持ち上げ始める。さらに15～20分過ぎると、頭を持ち上げ、足で蹴るように母親の乳輪に向かって蠢いていく。その際に時々自分の手(指)をなめながら、約1時間前後には母親の乳首を探し出す。乳首に近づくと口を大きく開け、口全体で乳首を捕らえようと何回も試み、そのうちタイミングがあうと、新生児はぐいぐいと乳首を吸い始め、2時間くらい覚醒状態にあるが、次第に入眠傾向になっていくといった一連の行動をとるといわれている⁹⁾。産科医療の現状における、医療介入や当たり前のように新生児に実施されている吸引などの人為的操作をした場合、カンガルーケア中の新生児の行動が、先行文献と同様の行動をとるのかどうかを知ることも、ケアとして取り入れるためには必要である。そこで、今回は産科医療の中で、児を母親の腹部にのせてからカンガルーケアが終了するまでの児の行動を観察し、どのような経過で各ステージが進行し、また、それぞれのステージが次の段階に移行するまでの所要時間はどれくらいかかるのかを明らかにし、各施設にあった、安全・確実な母子にとって効果的なカンガルーケアの方法を考えるための一助となるようにしたいと考えた。

II 用語の定義

本研究で用いる用語を以下のように定義した。

『分娩直後のカンガルーケア』とは、児が出生した直後、はじめて行う母子接触で、できるだけ早期に、できるだけ長い時間、母子の肌と肌を接触させることをいう。

III 研究方法

1. 研究対象者

A県内のN産婦人科病院で2003年7月から9月までに出生した正常分娩の母子12例を観察対象とした。12例は母子ともに正常で、カンガルーケアの経験がなく、分娩前にそれを行うことを希望し、研究への参加に同意が得られた事例とした。また、母親には妊娠10ヶ月の妊婦健診時に、分娩直後のカンガルーケアについてその意義と方法を説明した。

2. データ収集期間

データ収集期間は、2003年7月～9月までの3ヶ月間であった。

3. 本研究のカンガルーケアの条件

今回のカンガルーケアは、以下の条件を満たす方法とした。

助産師は、出生直後、児の自然な動きを母親が知覚できるように、できるだけ早期に、母親の腹部に肌と肌を合わせて児をうつ伏せにのせる。

助産師は、児の行動を妨げず、母親が出生直後の児の能力に注目できるように、児の変化にあわせて、自然な経過でカンガルーケアが進行するように環境を整える。

助産師は、児が自分で乳首を捕らえる事ができたと確認できるまで、異常がない限り、沐浴や計測、その他によって母子を分離するようなことをしない。

開始と終了は、児を母親の腹部にのせてから、出産後2時間、もしくは母親がカンガルーケアの終了を希望するまでとする。

4. データ収集方法

本研究では、分娩直後のカンガルーケア場面での児の自然な行動をリアルに捉えるために、参加観察法(非構造的観察)を用いた。研究者は産婦との自然な関係を築くために分娩第一期から可能な限りベットサイドに付き添い、また出産場面では助産師の業務の補助や出産の準備、片づけなどの

役割を担いながらフィールドに参加した。カンガルーケア中は、研究者は観察者としての参加者である一人の助産師として、上記のカンガルーケアの条件を満たすように努めた。

観察はカンガルーケア場面の児の行動や母子のやりとりを中心に、母親の承諾を得てビデオカメラによる撮影を行うとともに、映像に映しきれない産婦やその場面に立ち会った家族の言動や、他に立ち会った医療従事者の言動、母子の身体的な異常の有無(バイタルサインズなど)や、周りの環境の状態など、観察した内容をフィールドノート(記述ノート)に記載した。カメラは、母親の心理的負担を最小限に抑え、自然な行動を妨げないように児と母の様子がとらえられる角度の分娩台の左右どちらかの位置に固定した。また、データ収集は、児の娩出場面以降を記録し、ビデオ撮影はカンガルーケアの終了または児が入眠傾向になった時点で終了とした。

5. データ分析方法

分析は、先行研究⁹⁾を参考にして、観察期間を①児が娩出したとき、②児が母親の腹部にのったとき、③児が覚醒期に入ったとき、④児が乳首を探し出したとき、⑤児が乳首を吸啜したとき、⑥児が入眠傾向に入ったとき、という6つのプロセスに添って、カンガルーケア中の児の動作・行動を分析した。①～⑥のそれぞれ次の段階に移行するまでの所要時間と、その間に起こった現象を分析対象とした。ビデオ録画データは確認内容を文章化し、そして、ビデオ画像とフィールドノート(記述ノート)を突き合わせ、それぞれ5場面の正確な所要時間を測定し、場面ごとに事例別の長さをグラフ化して検討した。また、フィールドノート(記述ノート)は、映像をリアルタイムに自分の理解をより再生しやすくするために用い、5場面の時間経過の正確な所要時間の測定に活用した。

6. 倫理的配慮

研究に先立ち、研究実施施設の管理責任者に研究概略を書面を用い、口頭で説明して許可を得た。研究参加者には、本研究の趣旨や方法、使用機器、研究参加者の権利に関すること、研究に伴う利益と不利益、プライバシーの保護及び、結果公表時の匿名性の厳守について書面を用いて説明した。

また、研究参加は研究対象者の自由意志に基づき、いつでも中断や取り消しができることを伝えて書面による同意を得た。ビデオなどのデータは他の記録媒体とともに鍵のかかる場所に保管するなどプライバシーの保護管理を徹底した。また、カンガルーケア中の児の安全性を確保するため、室温の管理を厳重に行い、カンガルーケアを実施したまま、適宜、バイタルサインの測定や全身状態の観察を行い、母子の異常の有無を確認しながら実施する方針とした。

IV 結果

1. 研究対象者の概要

今回、12例の対象者のうち、分娩に間に合わず撮影が途中からしか行えなかった1事例と、児が出生後の処置を必要とする経過になった1事例を分析対象から外し、10例の事例を分析対象とした。対象者の概要は表1のとおり、初産婦7名と経産婦3名で、在胎週数37週1日～41週3日の正期産で、出生時体重は2,555～3,365gであった。分娩所要時間は、最短約2時間、最長約54時間であり、全員が正常分娩であったが、5名が薬剤による陣痛誘発または促進分娩で、児の娩出時にクリステレル胎児圧出法(以下クリステレル法)を併用した事例が2例あった。出生後、母親の腹部にのせるまでの処置は、臍帯切断後が7名で、臍帯切断せずに腹部にのせた者は3名であった。また、児の口腔、鼻腔からの羊水吸引は8名に行った。臍帯切断後に腹部にのせた7名中2名は、腹部の上にのった後も医師の指示で羊水吸引を行った。臍帯切断をせずに腹部にのせた3名のうち1名はその状態での羊水吸引を行った。

出生直後から、児が腹部にのるまでの所要時間は、最短0分(直接腹部にのせる)から最長7分で平均2分であった。7分かかった児は羊水吸引を頻回に行った後に腹部にのせた事例であった。

対象者の全例が分娩直後から出産後2時間まで母子の状態に異常はなく、分娩直後、1時間値、2時間値ともバイタルサインに問題はなかった。ビデオ撮影の平均時間は1時間29分であった。

表 1 対象者の概要

事例	初経別	在胎週数	出生時体重	分娩所要時間	1 分後 AP	分娩時処置	KC 前・中の児の処置	腹部にのるまでの時間
A	初産	40W2d	3,145 g	約 13 時間	9 点	促進剤使用 クリステレル法併用	吸引, 臍切断 KC 中も吸引	3 分
B	1 経産	39W4d	3,365 g	約 2.5 時間	9 点		吸引, 臍切断	2 分
C	初産	39W0d	2,740 g	約 20 時間	9 点		吸引, 臍切断	2 分
D	初産	37W1d	2,805 g	約 11 時間	9 点		吸引, 臍切断 KC 中も吸引	2 分
E	初産	41W2d	3,230 g	約 18 時間	9 点	促進剤使用		直後
F	初産	38W6d	2,790 g	約 25 時間	9 点	促進剤使用 クリステレル法併用	吸引, 臍切断	7 分
G	1 経産	39W5d	2,905 g	約 2 時間	9 点		吸引, 臍切断	1 分
H	1 経産	39W4d	3,330 g	約 2 時間	9 点	誘発剤使用		直後
I	初産	40W6d	2,555 g	約 54 時間	9 点	促進剤使用	吸引, 臍切断	2 分
J	初産	41W3d	3,255 g	約 5 時間	9 点		吸引	1 分

KC (Kangaroo Care)

2. 母親の腹部にのってから覚醒期に入るまで (図 1)

母親の腹部にのってから、児が覚醒期に入るまでの所要時間は、最短 3 分 30 秒、最長 30 分で平均 14 分 12 秒であった。20 分以上かかった 2 事例は、児娩出時にクリステレル法を併用したり、腹部にのってからも口腔から吸引を行った児であった。

今回の研究における新生児の行動では、出生直後、母親の腹部にうつぶせ状態でせられると、初期にはぐったりしている児もいれば、腹部にのせられてすぐに目を開こうとしたりゴソゴソ動く児もいた。また、10 事例中 7 事例は、出生直後大きな声で啼泣していても、母親の腹部にのるとびたりと泣きやみ、残りの 3 事例は泣いたり泣きやんだりを繰り返しながら、次第に静かになっていった。

そのうちに児は眩しそうな表情をしながら、少しずつ目を開けようとして、覚醒期に入っていく様子が観察された。

3. 児が覚醒期に入ってから乳首を探し出すまで (図 2)

はっきりと目覚めた表情になって覚醒期に入った児は、しばらくすると徐々に頭を持ち上げ始め、時々足で蹴るような動作や、自分の手や指をなめながら休憩したりを繰り返して、母親の乳首に向かって這い上がっていった。そして、乳首の近くまで這い上がると、口を大きく開け、乳首を探す

様子をみせた。児が覚醒期に入ってから、乳首を探し出すまでの所要時間は、最短 18 分、最長 64 分とばらつきがあり、平均 34 分 36 秒であった。10 事例中 8 事例は覚醒期に入ってから 40 分以内で乳首を探し出すことができていた。

4. 児が乳首を探し出してから吸啜するまで (図 3)

児は、大きく口を開け、頭を動かしながら何度も乳首を捕えようと試みた。そして、タイミングが合うと児はぐいぐいと乳首を吸い始めた。児が乳首を探し出してから、乳首を捕えるまでの所要時間は、最短 2 分、最長 28 分、平均 14 分 6 秒で、ばらつきが見られた。母親が自然な協調行動をとって、児に乳首を吸わせやすくする母親の場合は、児は短い時間で吸啜できていたが、そうでない場合は、時間が長くかかっていた。助産師は極力見守る姿勢を保ったが、乳首を探し出してから乳首を捕えるまで、多少の介助が必要な事例もあった。それでも、10 事例中 9 事例は 20 分程度で乳首を探し出して吸啜することができていた。

吸啜するまでに 30 分近くを要した事例は、娩出時にクリステレル法を行い、カンガルケア中も羊水吸引を行った事例であった。その事例では児が乳首を探し出して大きく口を開け、何度も乳首を捕らえようとするにもかかわらず、母親が上手くタイミングを合わせることができず、吸啜するまでに時間がかかりかかって、児の動きが徐々に緩慢になっていった。

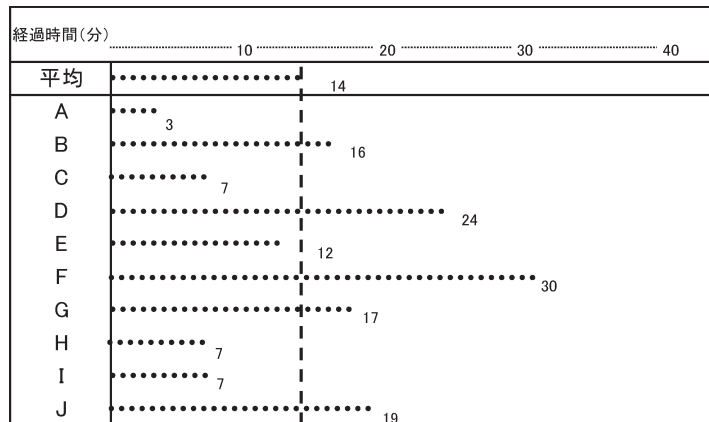


図 1 母親の腹部にのってから覚醒期に入るまでの所要時間

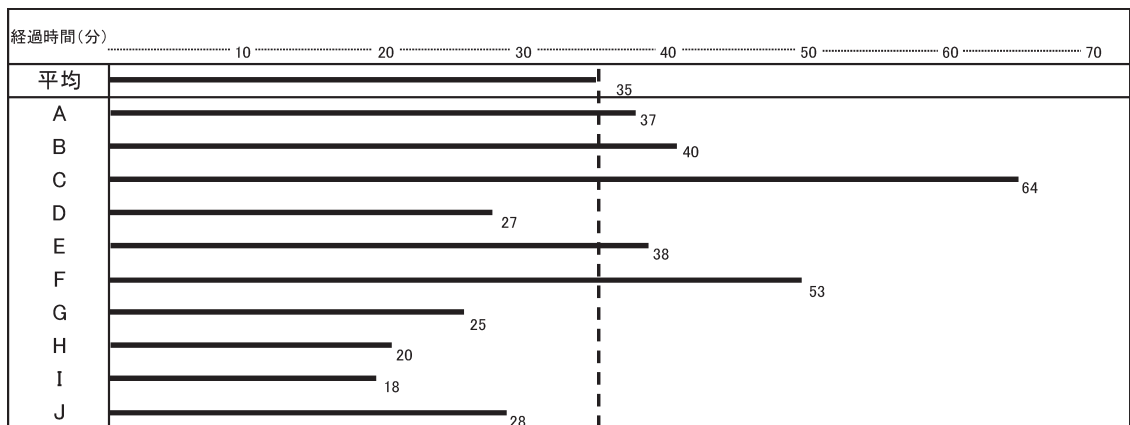


図 2 児が覚醒期に入ってから乳首を探し出すまでの所要時間

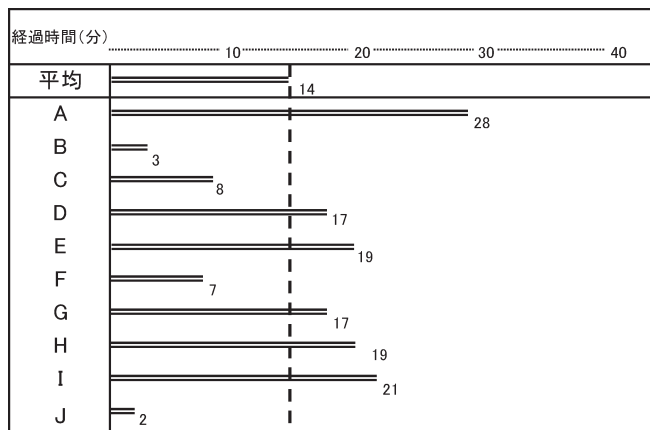


図 3 児が乳首を探し出してから吸啜するまでの所要時間

5. 児が乳首を吸啜してから入眠傾向になるまで (図4)

10事例中、3事例は児が入眠傾向になる前に、母親の希望でカンガルーケアを終了した。その理由は「(児が)重くなったから」や「父親にも早く抱かせたい」であった。しかし、いずれもが、乳首を吸啜したことを確認してからの終了を希望していた。残りの7事例は、児が乳首を吸啜してから入眠傾向になるまでに最短8分、最長45分で平均23分42秒であった。吸啜してからの時間にばらつきがみられてはいるが、カンガルーケア全体のプロセスでは、出生後から1時間半前後には、全ての児が入眠傾向になってカンガルーケアは終了となっていた。

6. 分娩直後のカンガルーケア中の児の全経過 (図5)

児が母親の腹部にのってから、乳首を吸啜するまでの3場面の内、10事例中9事例で、児が覚醒期に入ってから乳首を探し出すまでの所要時間が最も長いことが観察された。児が母親の腹部にのせられてから、乳首を吸啜するまでの所要時間は、最短46分(2事例)、最長86分で、平均63分であり、70分以内には10事例中8事例は乳首に吸啜することが可能であった。86分かかった事例は、出生直後、口腔、鼻腔からの羊水吸引を頻回に行い、7分後に母親の腹部にのせられた児であった。児が乳首に吸啜するまでの所要時間が平均以上かかった5事例中3事例は、児娩出時に

クリステレル法を行った、又は、母親の腹部にのせてからも、医師の指示で羊水を吸引した事例であった。

カンガルーケア中の場面ごとの所要時間は、一つの場面が短ければ、他の場面も短いとは限らず、それぞれにばらつきがみられた。覚醒期の児は、他の場面の長短に関係なく、腹部にのってから1時間半前後に入眠傾向になって、乳首を吸啜する行動が時々見られるものの目を閉じて徐々に入眠していった。即ち、児が乳首を吸啜するまでには母親の腹部にのってから約1時間を、また、入眠傾向になるまでには1時間半を要した。

V 考察

1. カンガルーケアの時間経過

今回の10事例の児の行動は、母親の腹部にのせられると、しばらくして覚醒期に入り、足で蹴りながら乳房へ向かって動き出し、そして、乳首を探し始め、ついに乳首を捕らえて吸啜を始め、次第に吸啜力が減弱し入眠していくという、先行文献⁹⁾でいわれている分娩直後の一連のプロセスと同様であった。

しかし、場面ごとの所要時間を比較してみると、一般的に腹部にのせられてから覚醒期に入るのは5～8分⁹⁾とされているのに対し、今回の事例では、平均14分18秒(3分30秒～30分)であり、先行文献よりもやや長い傾向がみられた。出生直後の児は、胎盤循環から肺循環に移行するには平

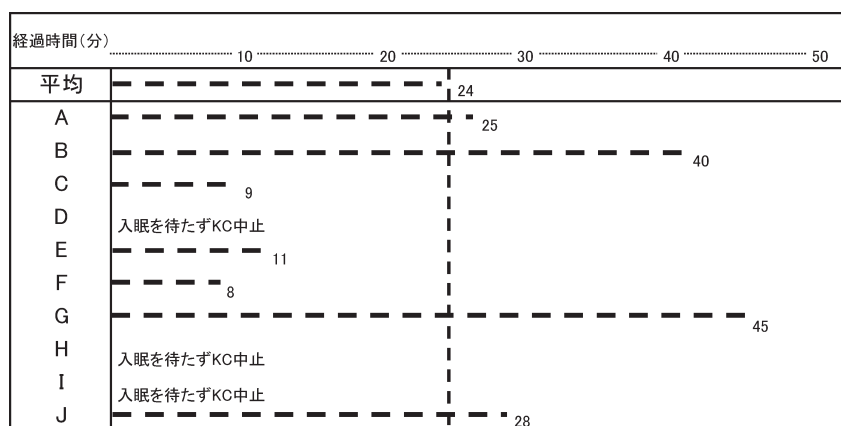


図4 児が乳首を吸啜してから入眠傾向になるまでの所要時間

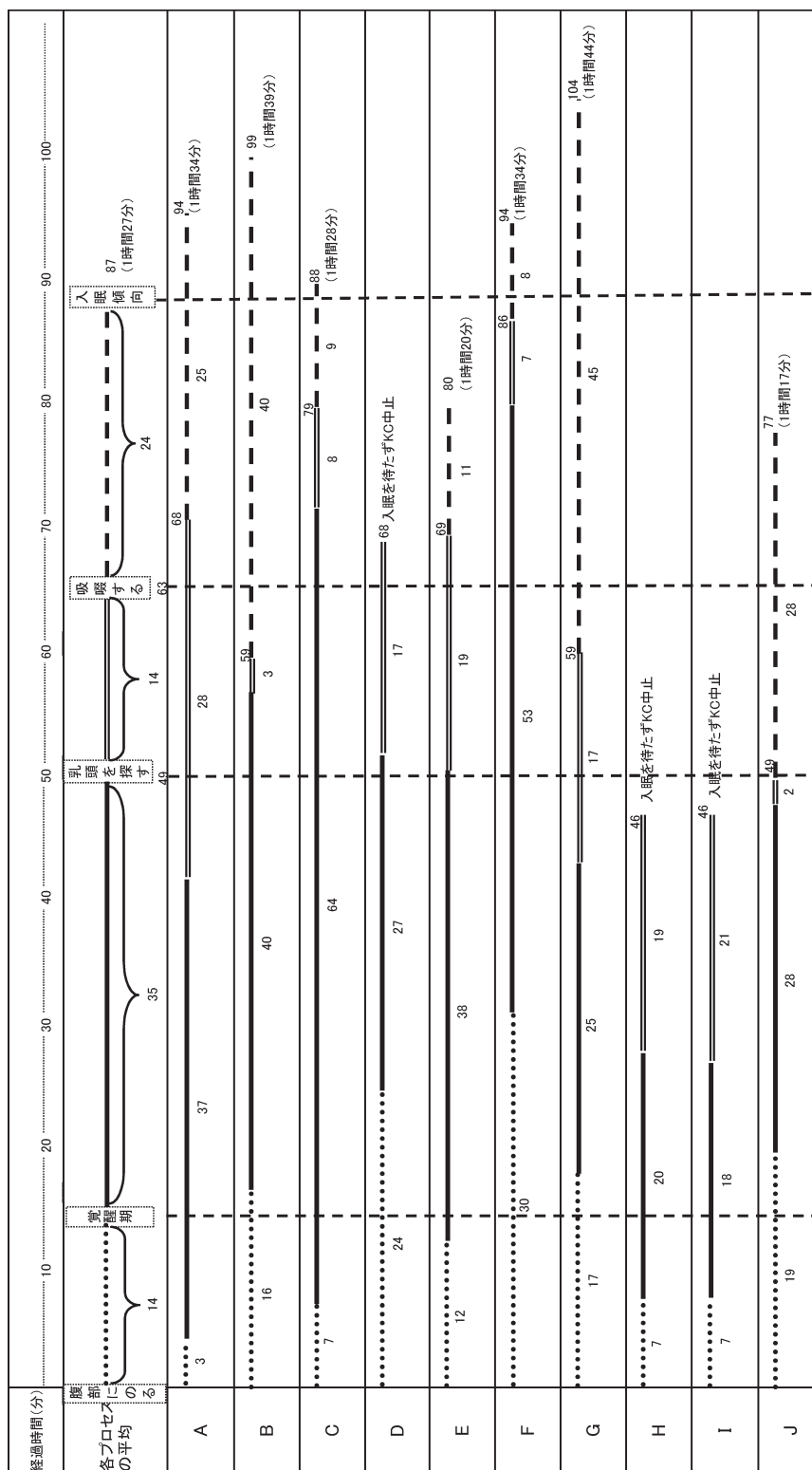


図5 分娩直後のカンガルーケア中の児の全経過の時間

※各罫線はそれぞれのプロセスが次の段階に移行するまでの時間を示す。

均で20分以上を要している¹⁰⁾といわれていることから、覚醒期に入ってしまったら、呼吸状態が特に安定しない時期である。また、出生直後の児の体温は母親より0.5～1.0度ほど高く、最初の30分は児の体温は低下する¹¹⁾という報告からも、この時期に重要なことは、出来るだけ母子のそばから離れず、児の呼吸や体温を注意深く観察しながらカンガルーケアをすすめることである。覚醒期は、新生児が外部からの刺激にとっても敏感になる感受期とも呼ばれる時期であり、母子の愛着形成が深まるためには必要な時期である。覚醒期に入るまでの所要時間がたとえ長くても、その先にその時期が来ることを分娩に立ち会う医療従事者が理解していれば、むやみに母子を引き離すことがなくなると考える。

覚醒期に入るまでに30分かかった児は、娩出7分後に腹部にのった児で、その後の乳首を探し出すまでの所要時間も最も長くかかっており、母親の腹部にのせるまでに羊水吸引を長く行った児であった。このことも含め、覚醒期に入るまでの所要時間が先行文献より長かった原因のひとつには、分娩時の医療処置が出生直後の児の行動を妨げる^{12, 13)}ことが影響している可能性があると考えられる。

また、新生児は腹部にのせられてから、約1時間前後で乳首を探し出す⁹⁾といわれているが、今回の事例では、10事例中8事例が40分以内に乳首を探し出しており、残りの2事例は50分以上かかったが、これまでの見解よりも短い傾向にあった。

全体の所要時間をみても、乳首を捕えるまでに1時間以上かかった5事例中の3事例(事例A, D, F)は、クリステル法や腹部の上での羊水吸引などの人為的操作を実施した事例であり、これらの医療処置が覚醒期までの時間だけでなくその他の場面でも、児の行動に影響した可能性が考えられる。しかし、これらの医療処置は、児の状態によって必要上実施したことであるため、このような児に対しては、より、カンガルーケアの実施中に児を注意深く観察しながら行なうことが必要である。

以上のことから、腹部にのせてから乳首を探し

出すまでの一連の行動は、約1時間は必要であるといえるが、それぞれの各場面の所要時間に関しては、事例によってかなりばらつきがみられた。

先行文献では、児は2時間くらい覚醒状態にあるが、次第に入眠傾向になっていく⁹⁾といわれているが、今回の対象では、出生後、1時間18分～1時間45分には、児の動きは減弱し入眠傾向になることが観察され、先行文献より早い段階で入眠傾向になることが観察された。このことは、先行文献の新生児は、全く医療介入をしない状態での自然分娩直後のカンガルーケアであるため、断定はできないが、今回の対象者とは分娩直後の状況が異なることが影響しているとも考えられた。また、時間が経過するに従って児の動きは徐々に減弱し、自ら吸啜することが難しくなる傾向がみられたため、児の吸啜意欲が強い段階で、適切な介入を考えることも必要といえる。

母子の愛着形成は、覚醒期におこる児の反応と母親のやり取りによって深まるため、この期間は長い方がよい時期である。腹部にのせられてから覚醒期に入るまでが先行文献より長く、入眠傾向になる時期が早いということは、今回の対象は覚醒期の時期が先行文献と比べ短いということがいえる。事例数が少ないため断定はできないが、分娩時に新生児への羊水吸引など、人為的な操作を加えた場合、覚醒期が短い可能性があることも視野に入れ、タイミングを逃すことなくケアしていくことが必要である。

2. カンガルーケア中の助産師の役割

今回の10事例は、児を腹部にのせてから、乳首を探し出すまで、助産師は児の自然な動きを妨げることなく、母子の動きに任せた。

カンガルーケアのこの段階は、児の表情や動きが大きく変化する。その間に母親は生まれたばかりのわが子の身体の細かい特徴や外観に気づき、児が示す反応に引き込まれ、児に向き合いアイコンタクトをとるなどして、自分の子どもを受け入れていくプロセスになっている¹⁴⁾。児が母親の腹部にのせられてから、乳首を吸啜するまでの所要時間は、平均63分であり、70分以内には10事例中8事例は乳首に吸啜することが可能であったことから、腹部にのせてからの60～70分は児

の自然な動きを妨げることなく、母子を離さずに、家族と共に過ごせるように見守ることが、その後の愛着形成の上でも重要である。

児が乳首を吸啜する場面では多少の介助が必要である事例もあった。乳首を探し出してから、乳首を吸啜するまでには、平均 14 分 6 秒(2～28 分)必要であることが観察されたが、授乳経験がある母親や、初産婦であっても、児とタイミングを合わせることができた母親は、短時間で乳首を吸啜させていた。すなわち、母親の授乳動作と児の吸啜タイミングの状態次第でその所要時間がかなり異なっていた。児は、腹部にのせてから、1 時間 18 分～1 時間 45 分で入眠傾向に入るため、タイミングを逃さず吸啜を支援することが支援のポイントになる。

この期間は、児が母親の乳首を吸啜することで、母親は、わが子との一体感を感じる体験になる¹⁴⁾ことや、児の覚醒期に乳首を吸啜することを母親が肌で感じることを効果的にするために、適切な手助けが必要な段階である。今回も 10 事例中 3 事例の母親が、児が十分に吸啜したことを見届けると、「夫にも抱かせたい」「少し自分も休みたい」といった気持ちが生じたことから、分娩後にわが子が乳首を吸啜することは、母親にとってお産を締めくくる重要なポイントになっている。

以上のことから、助産師は、児が腹部にのった時点では、児の呼吸の安全を確保するとともに、母親が児の温かさや感触を十分に感じることができるよう環境を整えることが重要といえる。

更に、覚醒期は、児の自然な行動に個人差はあるものの児の多彩な反応がみられ、それに対して母親も反応し、母子相互作用が活発に働き出す時期である。従って、児が目をしっかり開き、自力で乳首に這い上がっていくという自然な行動を、母親が確実にわが子の生きる力として知覚できるように見守り、それを十分に実施できる安全で快適な環境を整える必要がある。この間に母親が児の能力を認め受け入れていくことで、児が乳首を吸啜できたときのわが子への思いが増すといえる。

また、児が乳頭部に達したことが確認できた時

点では、母親が児に乳首を吸啜される感覚を確実に知覚できる体験になるように、母親の手技を手伝うタイミングが重要である。誕生に続く最初の 1 時間は、二度と繰り返すことができない、終生にわたって影響する決定的な感受期となる¹⁵⁾。その際に、医療者の都合で覚醒期に入っていない児に無理矢理に乳首を吸啜させたりすることがないよう注意すべきである。更に、児の覚醒期のサインがどのような状態かを読み取れる専門的知識に基づいた観察力と、タイミングのよい吸綴サポートが重要な役割となる。出生直後のケア提供者は、カンガルーケア実施中の児の行動とその経過を十分に知っている必要がある。児が乳首を探し出し、吸啜意欲がみられてはいても、母親がどうしてよいかわからない場合やタイミングが合わず乳首を捕えられない場合は、母親の体位を整えたり、児が乳首を捕えやすいように援助する必要がある。

カンガルーケアの場面にはそれぞれ意味がある。やむなく母子を引き離す場合であっても、可能な限り覚醒を待って児が乳首を吸啜したことを見届けた後が適しているといえる。

カンガルーケアの必要性がいわれる一方で、いくつかの事故が報告されており、NICU を備える全国 205 施設に対する調査では、カンガルーケア中に急変した児 16 症例の報告があった¹⁶⁾。これらの事故の共通点は、①事前に十分な説明をしていない、②誕生直後に異常がないことを確認しただけで始めている、③助産師や看護師など新生児ケアのプロが側におらず、十分な観察がされていない¹⁷⁾ことが、毎日新聞で指摘された。また、カンガルーケアの方法についても、身体計測などの処置を行ってから母親の腹部の上に乗せているなど、本来のカンガルーケアの目的が活かされていないケースも多いとも、朝日新聞厚生文化事業団 HP でいわれている。

2009 年 11 月に発表された分娩直後のカンガルーケアのガイドラインでは、「家族に対する十分な事前説明と機械を用いたモニタリング、及び新生児蘇生に熟練した医療者による観察など安全性を確保した上で、出生後できるだけ早期に、できるだけ長く(出生後 30 分以内から出生後少なく

とも最初の2時間、または最初の授乳が終わるまで)実施することが薦められる」¹⁾と書かれている。ケア提供者は、カンガルーケア実施中の児の行動やその経過を熟知した上で、母子の安全を十分に配慮することが重要である。

VI 研究の限界と今後の課題

今回は分娩直後のカンガルーケアを取り入れつつある施設で、それを試みながらの研究の実施であった。児を母親の腹部にのせるまでの条件が一定でなかったことや、クリステレル胎児圧出法や頻回の児の吸引を行った事例など異なる条件で同一条件の例数が少ないことが、研究の限界である。しかし、それぞれの場面の時間の長さを観察し、状況に応じた支援の目安を考えることができた。更に事例を増やして、これらを検証することが求められる。

VII 結論

児娩出直後のカンガルーケアの児の行動として、以下のことが明らかになった。

- ①今回の事例では、先行文献と比較し、場面ごとの所要時間の差がみられたが、母親の腹部にのってから、乳首を吸啜するまでの所要時間は先行文献とほぼ同様であった。
- ②カンガルーケアの各場面の所要時間は個人差がみられたが、ほとんどの事例が乳首を捕えるまでの時間は、60～70分が必要であった。
- ③今回の事例の一連のプロセスでは、覚醒期に入ってから乳首を探し出すまでの所要時間が最も長かった。

また、支援の方法としては、児が覚醒期に入るまでは、児の自然な行動を妨げることなく見守る姿勢を保ち、児が乳首に達したことを確認できたら、母子相互の状況に応じて、児の吸啜感覚を母親が明瞭に体験できるように吸啜手技を手伝うことも必要といえる。

謝辞：本研究を遂行するにあたり、研究の趣旨を理解し、研究に快く了解して下さいました、産婦の皆様とお子様、そしてその家族の皆様に、心よりお礼を申し上げます。また、研究の場を提供し

て下さいました、N病院理事長及び院長はじめスタッフの皆様に厚くお礼を申し上げます。

なお、本研究は、愛知県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

文 献

- 1) カンガルーケア・ガイドライン ワーキンググループ：根拠と総意にもとづくカンガルーケア・ガイドライン, 2009.
- 2) 神谷摂子, 高橋弘子：愛知県内における分娩直後の母子早期接触方法の実態—カンガルーケアを中心として. 愛知母性衛生学会誌, 21: 29-37, 2003.
- 3) 大石美鈴, 浅田祥子, 黒木恵美, 他：文献からみた国内におけるカンガルーケアの方法. 保健学研究, 19(1): 21-26, 2006.
- 4) 熊井秋穂, 佐伯薫, 下田和恵, 他：分娩直後のカンガルーケアが生後一ヶ月の母乳栄養継続率に及ぼす影響. 母性衛生, 46(4): 649-654, 2006.
- 5) 堀内勤：カンガルーケアと乳汁分泌. 産婦人科治療, 85(4): 408-415, 2002.
- 6) M. H. クラウス, J. H. ケネル, 竹内徹訳：親と子のきずなはどうつくられるか, 63-64, 医学書院, 東京, 2001.
- 7) 大槻克文, 佐藤陽子, 針谷真美子, 他：正期産正常分娩直後におけるカンガルーケアの有用性に関する基礎的検討. ペリネイタルケア, 26(7): 89-91, 2007.
- 8) 大槻克文, 市塚清健, 松岡隆, 他：正期産正常分娩直後におけるカンガルーケアの安全性に関する検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 44(1): 30-33, 2008.
- 9) Righard L, Alado Mo : Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet, 336(8724): 1105-1107, 1990.
- 10) 中村友彦：カンガルーケア実施の際の留意点. 助産雑誌, 64(8): 750-754, 2010.
- 11) 竹内正人, 山本正子：分娩直後のカンガルーケア. ペリネイタルケア, 28(8): 53-58, 2008.
- 12) Bartocci M, et al : Activation of olfactory cortex in newborn infants after odor stimulation. Pediatr Res, 48: 18-23, 2000.
- 13) Winberg, J : Care of mother and newborn-evolutionary and neurobiologic aspects. 日本未熟児新生児学会誌, 12(2): 1-19, 2000.

- 14) 神谷摂子, 志村千鶴子 : 分娩直後のカンガルーケアのプロセスにおける母親の体験—カンガルーケア実施後のふり返りから—, 日本ウーマンズヘルス学会誌, 9(1): 104-115, 2010.
- 15) ミッシェル・オダン, 大野明子訳 : プライマル・ヘルス, 90-94, メディカ出版, 大阪, 1986/1995.
- 16) 渡部晋一 : カンガルーケアとSkin-to-skin. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 47(4): 731-735, 2011.
- 17) 毎日新聞 東京版朝刊 : カンガルーケア・安心への模索, 2009. 12. 9.

Abstract : The objective of the present study was to elucidate the processes and the time required for each stage of birth kangaroo care (BKC) by observing the behavior of infants. Specifically, participant observation was conducted for 10 mother-infant pairs with normal delivery between July and September 2003 who gave consent to participate in the study. Observation with video recording was conducted from delivery to either completion of BKC or the point where the infant began to fall asleep. For analysis of the movements and behaviors of the infants during BKC, the durations of each of the following six stages were measured and investigated: 1) delivery, 2) placement on the mother's abdomen, 3) awakening, 4) nipple searching, 5) sucking on the nipple, and 6) drifting into sleep. The results showed that BKC was implemented for a mean of 1 hour and 29 minutes. After being placed on the mother's abdomen, the infant started to suck on the nipple about 1 hour later and started to fall into sleep about 1 hour and 30 minutes later. Individual differences were observed in the duration of time spent at each stage, and having a short duration for one stage did not necessarily mean that the durations of the other stages were also short. The duration of nipple searching after awakening was the longest.

Key words : Birth Kangaroo Care (BKC), Attachment, mother-infant interaction, skin to skin contact

(2011 年 9 月 12 日 原稿受付)

■原著

在日中国人女性における婚姻暴力の認知に関する研究

Chinese women's cognition of marital violence in Japan

周 燕敏, 安達久美子

Yanmin Zhou, Kumiko Adati

要 旨：【目的】本研究は在日中国人女性の婚姻暴力に対する認知の現状及びそれに関連する要因を明らかにすることを目的とした。【方法】首都圏に在住の中国語を母語とする既婚在日中国人女性 140 名を対象とし、婚姻暴力認知尺度及び対象者の属性について、自記式質問調査票による調査を行った。【結果】婚姻暴力認知尺度の中央値は 45.0、最頻値は 46.0、最低得点 25.0、最高得点は 57.0 であった。婚姻暴力の認知に有意な関連が認められた対象者の属性は、夫婦の年齢、交際期間、子どもの有無、結婚年数、就職状況であった。【結論】在日中国人女性の婚姻暴力に対する許容度は低かった。年齢・結婚年数の増加とともに婚姻暴力に対する許容度は高くなる傾向にあった。在日中国人女性に対して、結婚前にまたは結婚後の早い時期に、正しい婚姻暴力認識を促進する支援の重要性が示唆された。

キーワード：婚姻暴力, ドメスティック・バイオレンス, 在日中国人女性, 認知

I はじめに

近年、ドメスティック・バイオレンス(以下 DV と略称する)への関心が高まっている。内閣府の調査¹⁾によると、これまでに配偶者からの被害経験のある女性が調査対象者全体(N = 1358 人)に占める割合は、身体的暴力 24.9%・精神的暴力 16.6%・性的暴力 15.8% であった。DV は被害者に深刻な身体的・精神的被害を与え、さまざまな健康障害を引き起こす^{2~7)}。DV 被害は潜在化しやすい特徴があり、さらに、被害者側の何らかの原因で DV を引き起こすと誤認識されやすい^{8~11)}。被害者は、自分の行いが虐待行為を引き起こしてしまったと信じ、虐待行為を正当化し

てしまっているという内面化された罪悪感、暴力を避けるため取った従順な行動及び誤った暴力の原因帰属といった特徴がある¹²⁾。このような特徴が、暴力を受けた時に、被害者が他者からの援助を求めることを阻んでいる¹⁾。

国際交流の進展に伴い、国境を越えた人口移動が増加しつつある。特に 2009 年現在、在日中国人女性は 39 万人を超えており、在日外国人女性全体の 33.45% を占める¹³⁾。2001 年以来、日本人男性に嫁ぐ中国人女性は急増しており、毎年 1 万人を超えている¹⁴⁾。日本 DV 防止情報センター¹⁵⁾は、「移住女性が受ける DV のリスクは日本人以上に高いと推定される。背景として、移住

女性と日本人のカップルには幾重もの力関係の不平等が存在する。(中略)日本人男性の優位性は、移住女性に対する支配と暴力を強めていることは間違いない。」と述べている。外国人女性は、在留資格の問題、公的機関に対する抵抗感や恐怖などのため、公的な行政サービス機関に助けを求めづら¹⁶⁾。また、移住女性のDVケースは、日本に來た知り合いの紹介による結婚、国際結婚紹介業者による結婚など、お互いに十分交際を深める期間がないまま結婚に至る中国人女性のケースが多いという¹⁷⁾。

暴力被害を防止するためには、加害者側への対策と、被害者側への対策が必要である。加害者に対しては、加害者教育プログラム(加害者を教育し、DV再発を予防する対策プログラム)があるが、プログラムはDV再発予防に顕著な効果が得られていない¹⁸⁾。被害者に対しては、まず、自らが暴力と闘う意識を持つことが大切であり、DVに関する正しい認識を持てるよう支援することが重要となる。すなわち、被害者自身が被害と認め、暴力に抗議すること、または支援を求めることができるよう支援することである。日本では、DV加害者への教育プログラムへの参加は義務づけられておらず、また前述のように、加害者教育プログラムへの参加が義務づけられている国においても、その予防効果は明らかでないため、加害者への対策による暴力被害の防止は難しく、被害者への対策が重要である。

女性がDV被害を受けた時に早期に暴力に抗議できるかどうか、他者へ支援を求められるかどうかは、自らのDVに対する認識に大きく影響されていると考える。日本においては、従来の研究は、DVの被害女性及び暴力環境下の子どもに及ぼす影響、DVの実態調査、実施されているDV支援に着目した文献が多い。しかし、DVの認識についての調査は、それら調査に比べ十分になされているとは言い難い。したがって、女性がDVについてどう認識しているかを知ることが重要となる。

一般的には「配偶者や恋人など親密な関係にある又はあった者から振るわれる暴力」はDVという言葉が使用されている。しかし、時には親子間

の暴力などまで含めた意味で使われる場合もある¹⁹⁾。したがって、人によって異なった意味に受け取られるおそれがあると考え、本研究では、「DV」という言葉を使わず、「婚姻暴力」という言葉を使用した。

詹²⁰⁾の18歳以上の未婚者を対象とした研究においては、男性の婚姻暴力に対する許容度は女性より高く、両親間の暴力を目撃した経験が多いほど婚姻暴力に対する許容度は低く、伝統的な性別役割意識が高いほど婚姻暴力に対する許容度は高く、在学者は就職者より高く、また、在学者の内、中学生は高校生、短大生、大学生より高く、大学生は短大生より高かったと報告している。また、林²¹⁾は、伝統的な婚姻観(婚姻に対する見方。婚姻に対する責任感が強く、婚姻は幸せなことであり、それを前向きに考えること)をもつほど婚姻暴力に対する許容度が高く、勤務状況別での比較では、常勤の女性は非常勤の女性より高く、実家と非常に親密な関係を持つ女性はそうでない者より低く、親間の暴力経験があった女性が無い者より高かったことを報告している。

そこで、本研究は、中国の特有な文化に育てられ、日本に在住している中国人女性を対象とし、今後の在日中国人女性に向けたより効果的な婚姻暴力防止のために基礎資料を得ることをねらいとして、彼女らの婚姻暴力に対する認知の現状及びそれに関連する要因を明らかにすることを目的とした。

II 用語の定義

1. 婚姻暴力

婚姻関係にあるまたはあった者の間で起こっている暴力とした。

2. 婚姻暴力の認知

婚姻暴力に関連している物事に対する認識・理解・見方であり、主に婚姻暴力に対する許容度を指すものとした。本研究においては、婚姻暴力の認知を測るために『婚姻暴力認知尺度』²¹⁾を用いたため、具体的には下位尺度である「婚姻暴力への対応態度および被害原因への追究」、「夫が暴力を振るうことへの寛容度」、「婚姻暴力の受け入れ程度」、「被害者である妻への見方」、「加害者であ

る夫及び被害者である夫への見方」の5因子についての認識をいう。

3. 在日中国人女性

日本に在住しており、中国語を母語とする女性とした。

III 研究方法

1. 調査対象

首都圏に在住の中国語を母語とする既婚女性を調査対象とした。

2. 調査方法

調査対象者に直接研究協力を依頼した。調査協力の意思が確認できた後、調査票と婚姻暴力被害者への支援情報パンフレットを入れた封筒を配布し、その場で記入してもらい、回収用封筒に記入済みの調査票を入れ密封したものを回収した。

3. 調査期間

2009年8月～2009年10月

4. 調査内容

本研究は先行文献をふまえ、調査内容を決定した。基本属性として、年齢、交際期間、結婚年数、学歴、就職状況、子どもの数、夫の年齢などについて尋ねた。また、日本の文化の影響について検討するため、「来日年数」「日本語レベル」「夫の国籍」を加えた。次いで婚姻暴力の認知について尋ねた。

婚姻暴力の認知は『婚姻暴力認知尺度』²¹⁾を使用した。尺度は、前述のように5つの下位尺度から構成されており、総項目数が22項目である。得点は、「全くそう思わない」1点、「そう思わない」2点、「そう思う」3点、「非常にそう思う」4点の4段階で評価され、点数が高いほど婚姻暴力に対する許容度が高いことを示す。この尺度は台湾で開発され、信頼性・妥当性が検証されている²¹⁾。尺度の使用にあたっては、原著者から許可を得た。本研究においては、極僅かな対象者は繁体字中国語が読めない又は読みにくいことを想定し、読みやすいために繁体字中国語から簡体字中国語に書き換えた。本論文の執筆にあたっては、尺度の内容については日本語に翻訳した。翻訳にあたっては、婚姻暴力の日本人研究者および、中国語を母国語とし、日本文化および日本語に精通している

者の協力を得て、本研究者が翻訳を行った。翻訳にあたっては、意識をさげ直訳に近い表現とした。

5. 統計分析方法

データの分析はSPSS ver.16.0を使用した。対象者の属性と婚姻暴力認知尺度との関連の検討には、Spearman 相関分析、Mann-Whitney Test、Kruskal Wallis Testを用いた。婚姻暴力の認知に影響する要因を検討するため、関連のあった属性を独立変数とし、婚姻暴力の認知を従属変数とし、変数増減法により重回帰分析を行った。重回帰分析にあたっては、R、R²、AICを確認し、RとR²が最大となりAICが最小となる重回帰式を選んだ。VIFが10を超えるような変数はなかった。なお、本研究では有意水準を0.05とした。

6. 倫理的配慮

本研究では、WHO 国際調査／日本調査の倫理的配慮²²⁾を参考とし、本調査が婚姻暴力に対する認知に焦点をあてた研究であることを対象者以外の者には伝えず、調査対象者に研究の目的・意義・内容などを直接説明し、協力を得られた対象者だけにアンケート用紙を配布した。自由意思での参加を確保し、アンケートの回答をもって研究参加の承諾が得られたものとした。調査内容は個人を特定できるような項目を避け、調査データを研究者以外が閲覧できないように厳重に保管した。その他、現在婚姻暴力被害を受けている可能性があることを想定し、DV被害者のための支援情報をまとめたパンフレットを提供した。なお、本研究は首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を得た(承認番号：21 首都大荒管第527号)。

IV 結果

1. 対象者の属性 (表1)

調査協力の意思が確認できた177名の対象者に調査票を配布し、記載途中で回答を中止した5名を除き、172名からの回答を得た。60代の女性2名は分析から除外し、『婚姻暴力認知尺度』の22項目をすべて回答した140名を有効回答者(有効回答率81.4%)とした。対象者の年齢は35.6 ± 7.3 (平均値 ± SD) 歳、来日年数は8.5 ± 6.0 年、交際期間は2.9 ± 2.6 年、結婚年数は7.0 ± 6.1 年、

表1 対象者の属性 (n = 140)

Mean ± SD			
年齢	35.6 ± 7.3		
来日年数	8.5 ± 6.0		
交際期間	2.9 ± 2.6		
結婚年数	7.0 ± 6.1		
夫の年齢	40.4 ± 9.3		
		n	%
学歴	小学校	1	0.7
	中学校	7	5.0
	高校	27	19.3
	大学	80	57.1
	大学院	25	17.9
日本語レベル	少し分かる	22	15.7
	日常会話程度	88	62.9
	よく分かる	30	21.4
就職状況	無職（主婦を含む）	66	47.1
	パートタイム	36	25.7
	フルタイム	28	20.0
	その他	10	7.1
子どもの数	なし	56	40.0
	一人	61	43.6
	二人	18	12.9
	三人以上	4	2.9
	無回答	1	0.7
夫の国籍	中国	60	42.9
	日本	74	52.9
	その他	4	2.9
	無回答	2	1.4

夫の年齢は 40.4 ± 9.3 歳であった。在留資格の内訳は、「永住者」45 名、「定住者」4 名、「日本人の配偶者等」37 名、「留学」7 名、「家族滞在」28 名、日本に帰化した者 10 名、その他 9 名であった。最終学歴が大学以上の女性が多かった。

2. 婚姻暴力認知尺度の回答結果 (表 2)

婚姻暴力認知尺度の総得点の平均値 (± 標準偏差) は 42.3 (± 7.5)、中央値は 45.0、最頻値は 46.0、最低得点 25.0、最高得点は 57.0 であった。項目別に見てみると、「配偶者間暴力を解決することは、公にするべきではなく、できるだけ密かに解決する」に、「そう思う」は 34.3%、「非常にそう思う」は 12.9% であった。「時には夫が妻を殴ることは必ずしも夫の間違いではない」に「そう思う」は 45.7% であった。「夫が衝動的に妻を殴って、被害が酷くなければ、許されるべきである」に、「そう思う」は 32.9%、「非常にそう思う」は 4.3% で

あった。「婚姻の暴力が発生する原因について、一部の原因には妻が強情すぎるからである」に、「そう思う」は 25.0%、「非常にそう思う」は 2.1% であった。他に、「もし暴力行為があるならば、妻は社会福祉センター・警察に通報し、解決に協力してもらうべきである」に、「そう思う」は 55.7%、「非常にそう思う」は 30.0% であった。本研究での Cronbach の α 係数は 0.84 であった。

3. 婚姻暴力の認知に関連する要因の分析 (表 3)

婚姻暴力の認知と対象者の属性との関連を分析し、「夫の年齢」の上昇 ($\gamma = 0.453$, $p < 0.001$), 「女性の年齢」の上昇 ($\gamma = 0.339$, $p < 0.001$), 「結婚年数」の増加 ($\gamma = 0.284$, $p = 0.001$) と、婚姻暴力認知得点の上昇との間に有意な正の相関があった。「交際期間」の減少 ($\gamma = -0.361$, $p < 0.001$) と、婚姻暴力認知得点の上昇との間に有意な負の相関があった。また、Mann-Whitney の U 検定を行った結果、「無職 (主婦を含む)」群の中央値は 44.0, 「有職 (パートタイムとフルタイムをあわせて有職とした)」群の中央値は 45.5 であり、両群の中央値には有意な差が認められた ($U = 1548.500$, $p = 0.008$)。「子どもなし」群の中央値は 42.0, 「子どもあり」群の中央値 45.0 であり、両群の中央値には有意な差が認められた ($U = 1770.000$, $p = 0.017$)。「夫の国籍別 (中国・日本)」での中央値には有意な差が認められなかった ($p = 0.854$)。学歴別、日本語レベル別での中央値にも有意な差が認められなかった。

4. 婚姻暴力の認知に影響を及ぼす要因

重回帰分析の結果、「夫の年齢」 ($\beta = .426$, $p < .001$), 「交際期間」 ($\beta = -.260$, $p = .001$), 「子どもあり」 ($\beta = .182$, $p = .016$) であった。「夫の年齢」は婚姻暴力の認知に最も影響を与えている可能性が示唆された。しかし、 R^2 は 0.347 であり、自由度調整済みの R^2 は 0.331 であった。

V 考察

1. 在日中国人女性の婚姻暴力に対する認知

本研究に使用した婚姻暴力認知尺度の得点範囲は 22 点から 88 点までであり、22 項目全てに「全くそう思わない」と回答した場合に 22 点、全てに「そう思わない」と回答した場合に 44 点となる。

表2 婚姻暴力認知尺度の回答結果 (n = 140)

項目	n (%)			
	全く そう思わない	そう思わない	そう思う	非常に そう思う
婚姻暴力への対応態度および被害原因への追究				
婚姻暴力があまり酷くなければ、すべて受け入れることができる。	71 (50.7)	59 (42.1)	7 (5.0)	3 (2.1)
加害者である夫がもし過ちを改めることを望むならば、妻は彼に謝る機会を与えてあげるべきである。	8 (5.7)	64 (45.7)	59 (42.1)	9 (6.4)
もし近所の人に婚姻暴力事件が発生したら、自分ではできるだけ干渉しない方がよいと思う。	15 (10.7)	69 (49.3)	50 (35.7)	6 (4.3)
男女が異なった生物学的特性を持つため、婚姻暴力は起こりうる。	59 (42.1)	60 (42.9)	21 (15.0)	0
もし妻が夫に従うならば、婚姻暴力が発生することはありえない。	63 (45.0)	73 (52.1)	4 (2.9)	0
私は婚姻の中で夫の権利は妻より強いと思う。	58 (41.4)	68 (48.6)	10 (7.1)	4 (2.9)
夫が暴力を振るうことへの寛容度				
時には夫が妻を殴ることはやむを得ないことである。	54 (38.6)	69 (49.3)	14 (10.0)	3 (2.1)
時には夫は妻を殴ることがコントロールできない。	51 (36.4)	72 (51.4)	17 (12.1)	0
妻は夫に殴られることを寛容し我慢すべきである。	74 (52.9)	65 (46.4)	1 (.7)	0
家庭円満のため、被害者である妻は夫から離れるべきではない。	52 (37.1)	76 (54.3)	8 (5.7)	4 (2.9)
婚姻暴力の受け入れ程度				
夫が衝動的に妻を殴って、被害が酷くなければ、許されるべきである。	14 (10.0)	74 (52.9)	46 (32.9)	6 (4.3)
婚姻暴力が発生する原因について、一部の原因には妻が強情すぎるからである。	20 (14.3)	82 (58.6)	35 (25.0)	3 (2.1)
子どもの成長のため、暴力を受けた妻はできるだけ婚姻暴力の事実を受け入れたほうがよい。	71 (50.7)	69 (49.3)	0	0
夫が妻を殴ることに對して、家庭のために妻はこのような運命を受け入れるべきである。	81 (57.9)	56 (40.0)	3 (2.1)	0
被害者である妻への見方				
配偶者間暴力を解決することは、公にするべきではなく、できるだけ密かに解決する。	28 (20.0)	46 (32.9)	48 (34.3)	18 (12.9)
被害者である妻は自分にも間違いがあるから殴られた。	36 (25.7)	81 (57.9)	23 (16.4)	0
もし妻が夫以外の男性と不倫関係が発生したならば、妻が夫に殴られてもよい。	28 (20.0)	67 (47.9)	43 (30.7)	2 (1.4)
加害者である夫及び被害者である夫への見方				
時には夫が妻を殴ることは必ずしも夫の間違いではない。	21 (15.0)	55 (39.3)	64 (45.7)	0
夫が妻を殴ることは一時的にコントロールできなくなるからである。妻がうまく対応すれば改善できる。	36 (25.7)	86 (61.4)	18 (12.9)	0
逆に、もし夫が妻に暴力を加えられれば、それは面目のないことである。	19 (13.6)	51 (36.4)	67 (47.9)	3 (2.1)
もし暴力行為があるならば、妻は社会福祉センター・警察に通報し、解決に協力してもらうべきである。(逆項目)	6 (4.3)	14 (10.0)	78 (55.7)	42 (30.0)
夫が妻を殴ることは、最悪のことである。(逆項目)	16 (11.4)	5 (3.6)	52 (37.1)	67 (47.9)

本研究においては、婚姻暴力認知尺度の総得点の平均値は42.3、中央値は45.0であり、対象者は多くの項目に「全くそう思わない」「そう思わない」と回答した。この結果からみると、在日中国人女性には婚姻暴力を否定する傾向にあり、婚姻暴力に対する許容度が低いことがわかった。また、本研究の結果は同尺度を用いた台湾にいるベトナム人女性を対象とした研究²¹⁾と比べても、得点が低く、暴力への許容度が低かった。Finnは夫婦間暴力を容認する態度について、最も重要な原因は

伝統的な性別役割意識である²³⁾と報告している。中国においては、中華人民共和国建国後、「男女平等」は憲法で定められ、全国婦女連合会が女性の社会進出を推進する活動を行われてきた。2010年に行われた全国調査²⁴⁾では、59.5%が「男女の社会的地位はほとんど同じだ」、83.5%が「女性の能力は男性に劣らない」、88.6%が「男性も積極的に家事を分担すべき」と回答しており、現代の中国人女性において男女平等の意識がたかく、このような意識が、本研究の婚姻暴力に対する許容度

表3 婚姻暴力の認知に関連する要因の分析

		n		γ		p
年齢		140		0.339		< 0.001
夫の年齢		140		0.453		< 0.001
結婚年数		140		0.284		0.001
交際期間		140		- 0.361		< 0.001
来日年数		139		0.129		n.s.

		n	median	interquartile range	U/H	p
就職状況	無職（主婦を含む）	66	44.0	35.0 ~ 46.0	1548.500	0.008 ^a
(n = 130)	有職	64	45.5	38.0 ~ 50.0		
子どもの有無	なし	56	42.0	32.5 ~ 46.0	1770.000	0.017 ^a
(n = 139)	あり	83	45.0	36.0 ~ 49.0		
学歴	高卒まで	35	45.0	44.0 ~ 47.0	5.861	n.s. ^b
(n = 140)	大学	80	43.0	34.0 ~ 49.0		
	大学院	25	38.0	36.0 ~ 46.0		
日本語レベル	少し分かる	22	45.0	35.0 ~ 49.0	0.551	n.s. ^b
(n = 140)	日常会話程度	88	45.0	36.0 ~ 48.0		
	よく分かる	30	45.0	33.0 ~ 46.0		
夫の国籍	中国	60	45.0	34.0 ~ 47.0	2179.000	n.s. ^a
(n = 134)	日本	74	44.5	36.0 ~ 47.0		

γ : Spearman の相関係数, ^a : Mann-Whitney Test, ^b : Kruskal Wallis Test, n.s. : not significant

が低いという結果に表れたではないかと考えられる。

婚姻暴力認知尺度の総得点は低かったが、項目別にみると、「配偶者間暴力を解決することは、公にするべきではなく、できるだけ密かに解決する」「時には夫が妻を殴ることは必ずしも夫の間違いではない」「に「そう思う」「非常にそう思う」と回答した女性は4割を超えていることから、内閣府やWHO日本調査^{1, 22)}の結果と同様に、一部は、まだ従来の伝統的考え方にとらわれていると考える。一方、「もし暴力行為があるならば、妻は社会福祉センター・警察に通報し、解決に協力してもらうべきである」に8割以上が賛成したことから、援助を求める意識は非常に高いと考えられる。今後、在日中国人女性が、DV被害を受けた場合に、すぐに支援が受けられるよう、在日外国人に配慮した情報へのアクセスのしやすさを提供することが求められる。

2. 婚姻暴力の認知に関連する要因

女性の婚姻暴力の認知に最も関連があったのは「夫の年齢」であり、夫の年齢が高いほど婚姻暴力に対する許容度が高くなった。DVはジェンダー不平等の原因であり、結果でもある²⁵⁾。「男女の

ライフスタイルに関する意識調査」²⁶⁾によれば、男性の性別役割意識は女性より根強く、また、男性は年齢が高いほど賛成の割合が高かったことが報告されている。年齢の高い夫の性別役割意識は伝統的であり、それは妻に影響し、妻の婚姻暴力の許容度が高くなった可能性が考えられる。

在日中国人女性の婚姻暴力の認知は日本の文化に影響されているかを検討するため、「夫の国籍」「来日年数」「日本語レベル」別で分析した。これらの項目においては、有意差は見られず、日本の文化による影響の有無については更なる調査、検討が必要である。

「結婚年数」と婚姻暴力の認知との間に有意な相関がみられた。即ち、結婚年数が長いほど、婚姻暴力に対する許容度が高くなった。更に、「女性の年齢」も婚姻暴力の認知との間に有意な相関がみられ、年齢が高いほど婚姻暴力に対する許容度は高かった。暴力は繰り返されることにより、被害女性の積極的対応を阻害し、「学習無力感」になってしまう²⁷⁾。また、早期に夫の暴力に抗議しないと長年にわたる積み重ねは夫婦の上下関係を固定化し、さらに深刻な被害をもたらすことになる²⁸⁾。以上の結果から、婚姻暴力の認知が変

化している可能性が考えられる。結婚前に、または結婚後の早い時期に婚姻暴力についての正しい知識を与え暴力被害にあった時に、それを暴力であると認識できるような支援が重要である。

「有職」女性の婚姻暴力の許容度は「無職」より有意に高かった。一般に、有職者が自立しており、男女平等に対する意識が高いため、暴力の許容度は低いと考えられやすい。しかし、「常勤」の女性は「非常勤」の女性より婚姻暴力の許容度が高かった²¹⁾との報告もあり、本結果でも有職者の方が許容度が高く、単なる職業の有無の影響だけでなく、職業における男女平等の考え方、職場環境・就職の理由などを含めた検討が必要である。また、「学歴」別での婚姻暴力認知の比較には、有意差がなかった。先行研究では、学歴に関連している場合もあれば²⁰⁾、関連していない場合²¹⁾もあり、就業の有無と同様に多面的な調査分析が必要である。

交際期間とは、知り合ってから結婚までの時間のことである。「交際期間」が短いほど婚姻暴力に対する許容度が高かった。恋愛期間が短い場合、お互いに理解できていないため、結婚後より問題が起こりやすいと思われる。三澤²⁹⁾は、DV被害者の家族関係の特徴として、「結婚までの期間が短く、お互いによく知り合うことなく結婚に至っていたこと」を挙げていた。今後、DV予防教育やDV支援を行う際に、交際期間の短い女性に注目する必要がある。

「子どもを持つ女性」は婚姻暴力の許容度が高かった。被害女性が暴力関係にとどまる理由としては、子どもには父親が必要であること、離婚すれば他人に非難されることを信じているなどが挙げられ、結局、暴力を受けている女性のほとんどは、見切りをつけて別れることを考えるよりも、パートナーが変わってくれることを待ち望むことになる²⁷⁾と述べられている。また、家庭及び子どものため、被害女性は暴力を許容し、子どもにも被害を受けた時にのみ、暴力から離れることを考え始めた³⁰⁾とも報告されている。今後、DV被害者を支援する際には、子どもを持つ女性に更なる関心を払うことが望まれる。

VI 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、便宜的標本抽出法にて選出され、高学歴が多かった。調査内容は身体的暴力に対する認知に限られている。今後、確率標本による検討、または質的研究手法を組み合わせた検討などでより詳細な婚姻暴力の認知に影響する要因の検討が必要と考える。そして、それらの結果を基に、女性が婚姻暴力を許容しないための看護介入のあり方を検討することを課題としたい。

VII 結論

在日中国人女性の婚姻暴力に対する許容度は低かった。交際期間の短い女性及び子どもを持つ女性は、そうでない女性より婚姻暴力に対する許容度が高かった。在日中国人女性は、暴力にあった時に援助を求める意識が高かった。年齢・結婚年数の増加とともに婚姻暴力に対する許容度が高くなる傾向にあった。これらの結果から、在日中国人女性に対して、結婚前にまたは結婚後の早い時期に、婚姻暴力に関する正しい知識の普及を行い、暴力行為にあった時に、自ら支援を求められるような予防教育を実施し、中国人女性が支援を求めやすい環境の整備を行っていくことの重要性が示唆された。

謝辞：本研究の調査に協力をいただいた皆様に心よりお礼申し上げます。なお、本論文は首都大学東京に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。その一部を第20回日本保健科学学会学術集会にて発表した。

文 献

- 1) 内閣府男女共同参画局：男女間における暴力に関する調査。2009.
- 2) 藤田景子, 高田昌代：子宮内胎児発育遅延(IUGR)児を出産した母親とドメスティック・バイオレンス(DV)の関連。子どもの虐待とネグレクト, 10(1): 35-44, 2008.
- 3) 仙石仁美, 福島章, 藤山直樹：あるドメスティック・バイオレンス被害者のロールシャッハ反応 ドメスティック・バイオレンス被害者の心理学的特性の検討にむけて。上智大学心理学年報, 26: 91-99,

- 2002.
- 4) 藤田景子, 高田昌代: 低出生体重児を出産した母親とドメスティック・バイオレンス(DV)との関連. 日本新生児看護学会誌, 14(2): 6-14, 2008.
 - 5) 誉田貴子, 友田尋子, 藤田千恵子, 坂なつこ: 暴力が女性に及ぼす影響 女性への暴力の実態調査(その1). 母性衛生, 44(1): 83-92, 2003.
 - 6) 藤田千恵子, 友田尋子, 誉田貴子, 坂なつこ: 暴力が及ぼす性格・生活態度への影響 女性への暴力の実態調査(その2). 母性衛生, 44(2): 322-332, 2003.
 - 7) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子, 岸本淳司: シェルター入所者におけるドメスティック・バイオレンス被害の実態と精神健康に及ぼす影響. 精神科治療学, 20(2): 183-191, 2005.
 - 8) 日本DV防止情報センター: ドメスティック・バイオレンスへの視点一夫・恋人からの暴力根絶のために: 47, 朱鷺書房, 大阪, 2005.
 - 9) 内閣府男女共同参画局: 加害者のタイプ. <http://www.gender.go.jp/e-vaw/dv/04.html#sono4>, 2009, 12.
 - 10) エレン・ペンス (Ellen Pence), マイケル・ペイマー (Michael Paymar) 編著, 波田あい子監訳, 堀田碧, 寺沢恵美子訳: 暴力男性の教育プログラム—ドゥルース・モデル: 10, 誠信書房, 東京, 2004.
 - 11) 信田さよ子: 加害者は変わるか? DVと虐待をみつめながら: 110, 筑摩書房, 東京, 2008.
 - 12) ケヴィン・ブラウン (Browne, Kevin), マーティン・ハーバート (Herbert, Martin) 著, 藪本知二, 甲原定房監訳: 家族間暴力防止の基礎理論 暴力の連鎖を断ち切るには: 84-87, 明石書店, 東京, 2004.
 - 13) 法務省: 政府統計の総合窓口国籍(出身地)別年齢・男女別外国人登録者. 2009.
 - 14) 厚生労働省: 人口動態調査. 2008.
 - 15) 日本DV防止情報センター: ドメスティック・バイオレンスへの視点一夫・恋人からの暴力根絶のために: 136-142, 朱鷺書房, 2005.
 - 16) 李節子: 在日外国人女性のドメスティック・バイオレンス被害に対する社会的資源—その現状と課題: 34, アジア女性基金, 東京, 2004.
 - 17) 移住連「女性への暴力」プロジェクト: ドメスティック・バイオレンスと人身売買—移住女性の権利を求めて. 移住労働者と連帯する全国ネットワーク, 東京, 2004.
 - 18) 内閣府: 配偶者からの暴力の加害者更生に関する検討委員会報告書. 2006.
 - 19) 内閣府男女共同参加局: <http://www.gender.go.jp/e-vaw/dv/01.html>, 2009, 12.
 - 20) 詹惠慈: 未婚青少年性別角色態度與婚姻暴力認知之關係研究. 台湾, 東海大學, 2003.
 - 21) 林怡婷: 越南配偶婚姻暴力認知與婚姻態度之研究—以台南縣市為例. 中国文化大学, 台湾, 2005.
 - 22) 吉浜美恵子, 釜野さおり, 秋山弘子, 他: 女性の健康とドメスティック・バイオレンスWHO国際調査/日本調査結果報告書: 30, 新水社, 東京, 2007.
 - 23) Finn J: The relationship between sex role attitudes and attitudes supporting marital violence. Sex Roles, 14(5/6): 235-244, 1986.
 - 24) 第三期中国妇女社会地位调查课题组: 第三期中国妇女社会地位调查主要数据报告. 妇女研究论丛, 6: 5-15, 2011.
 - 25) 渡辺秀樹編, 現代日本の社会意識家族・子ども・ジェンダー: 201, 慶應義塾大学出版会, 東京, 2005.
 - 26) 内閣府男女共同参画局: 男女のライフスタイルに関する意識調査: 12, 2009.
 - 27) ケヴィン・ブラウン (Browne, Kevin), マーティン・ハーバート (Herbert, Martin) 著, 藪本知二, 甲原定房監訳: 家族間暴力防止の基礎理論 暴力の連鎖を断ち切るには: 87, 明石書店, 東京, 2004.
 - 28) 難波淳子: 中年期の日本人夫婦のコミュニケーションの特徴についての一考察—事例の分析を通して. 岡山大学大学院文化科学研究科紀要, 8: 69-85, 1999.
 - 29) 三澤寿美, 川崎佳代子, 西脇美春, 他: A県におけるDV(ドメスティック・バイオレンス)現状の明確化・背景にある家族関係に焦点を当てて. 日本母子看護学会誌, 2(1): 46-54, 2008.
 - 30) 黄一秀: 婚姻暴力之受虐婦女求助歷程之探討, 台湾, 東海大學, 2000.

Abstract : 【Purpose】 The purpose of this study was to examine the present situation with respect to cognition of marital violence and the correlative factors among Chinese women in Japan. 【Methods】 The subjects of this study were 140 married Chinese women, whose native language was Chinese, living in metropolitan areas in Japan. The survey was conducted using self-reporting questionnaires, including Cognition of Marital Violence Scale and personal attributes. 【Results】 The median (mode) score on Cognition of Marital Violence Scale was 45.0 (46.0). The lowest score was 25.0 and the highest score was 57.0. It was found that the personal attributes significantly correlated with cognition of marital violence were the couple's age, length of courtship, presence or absence of children, length of marriage; employment status. 【Conclusion】 Chinese women in Japan have a low tolerance for marital violence. The tolerance for marital violence tended to increase with increasing age and length of marriage. It was suggested that encourage women to understand marital violence correctly were essential before marriage or in the early years of marriage.

Key words : Marital violence, Domestic violence, Chinese women in Japan, Cognition

(2012 年 4 月 2 日 原稿受付)

■原著

パースィ看護理論における True Presence（真に共にある）の概念分析

A concept analysis of true presence in Parse's theory of nursing

田中 純子¹, 勝野とわ子¹, 高橋 照子²

Junko Tanaka¹, Towako Katsuno¹, Teruko Takahashi²

要 旨：目的：本研究は、パースィ看護理論の“真に共にある”概念の属性および特徴を解明し、“真に共にある”看護実践方法に示唆を得ることを目的とした。

方法：パースィ理論に関する著述2編と関連する4文献を精読し、“真に共にある”概念を示す部分を抽出して、Walker & Avantの方法を用いて分析した。

結果：124の記述が抽出され、属性には1) パースィ理論における位置づけ、2) “真に共にある”看護実践、先行要件には1) “真に共にある”看護師の在り様、2) 看護師が真に共にあろうとする対象の存在、帰結には1) 意味を照らし出す、2) リズムに同調する、3) 超越を結集する、4) QOLの向上が導かれた。

結論：本概念分析により“真に共にある”概念が、パースィ理論の看護実践方法の基盤となり、理論の目標である「QOL向上」を帰結とすること、対象理解と主体性を重んじる看護実践であること、さらに“真に共にある”具体的方法が示唆された。

キーワード：パースィ看護理論、真に共にある、概念分析

I はじめに

パースィ看護理論(以下、パースィ理論)の看護実践方法には、“真に共にある”「意味を照らし出す」「リズムに同調する」「超越を結集する」の4つの概念が提示されている。パースィは「The Human Becoming School of Thought¹⁾」の中で「意味を照らし出す」「リズムに同調する」「超越を結集する」については明確な定義をしている。“真に共にある”概念については、パースィ理論に基づいた看護実践者の前提となる態度であり、理論を生

きる基盤である¹⁾と位置づけられ、パースィが、看護実践において最も重要であるとする「ケア対象者の選択を尊重し、その人の選択したQOLを達成することができるよう、真に共にあり支援し続けること」として提示されている。しかし、多くのパースィの著書を探求しても“真に共にある”概念に関する明確な定義や具体的な実践方法の記述はない。そこで、本研究は、パースィ理論の実践的検証に向け“真に共にある”実践方法を、より深く理解するために概念分析の手法を用い“真に

1 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

2 西武文理大学看護学部 Bunri University of Hospitality

共にある”概念の意味を明らかにすることを目的とした。

II 研究目的

本研究は、パースィ理論に基づいた看護実践方法を用いる実践者の前提である“真に共にある”概念を明確にし、“真に共にある”看護実践方法に示唆を得ることを目的とした。

III 研究方法

パースィが、その実践方法について記述した「Illuminations : The Human Becoming In Practice And Research²⁾」と、パースィ理論の全容が記述された「The Human Becoming School of Thought¹⁾」および、これらの著書の“真に共にある”概念の記述において引用されていた4文献^{3~6)}を精読し、“真に共にある”概念の示す部分を抽出し分析した。日本で行われた唯一の看護理論検証研究である舟島らが行った「キング目標達成理論の経験的理論検証研究⁷⁾」で用いられた概念分析の手法に基づき、概念の属性や具体的なケースの特徴を解明するために、Walker & Avantの方法^{8,9)}を用いた。Walker & Avantの方法は、看護理論構築の手法としてWilsonが提唱した方法を基盤として開発され、その目的は「概念を定義できる属性と適切でない属性を区別すること」にある¹⁰⁾。本研究では“真に共にある”概念の示す看護実践方法への示唆を得るために、“真に共にある”概念を定義する属性と適切でない属性を明らかにすることが重要であると考え、Walker & Avantの方法を選択し

た。なお、分析は、パースィ理論に精通した指導者のスーパーバイズを受けた。

IV 結果

「Illuminations : The Human Becoming In Practice And Research²⁾」と「The Human Becoming School of Thought¹⁾」および関連する4文献^{3~6)}から“真に共にある”概念に関する124の記述を抽出した。

1. “真に共にある”概念の属性：Attributes

124の記述のうち60の記述が“真に共にある”概念の属性に関する内容を示していた。概念の属性とは、概念の中に繰り返し現れる特性を意味する。分析の結果“真に共にある”概念属性としては、2つのテーマが導かれた。

1) 属性1：パースィ理論における位置づけ

“真に共にある”看護の位置づけを示す記述を検討した結果、3つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容は、次のとおりである。

(1) 【パースィ理論を生きる基盤であること】

パースィ理論に基づいた看護を実践する者は“真に共にある”看護を生きている。また“真に共にある”ことが、パースィ理論を生きる基盤であるとする記述が8つあった。パースィ理論を生きる基盤であるとは、すなわち、パースィ理論に基づいた看護を実践する者が、ケア対象者の選択を尊重し、その人の選択したQOLを達成することができるよう、真に共にあり支援し続けることを信条に人生を送ることを示す。

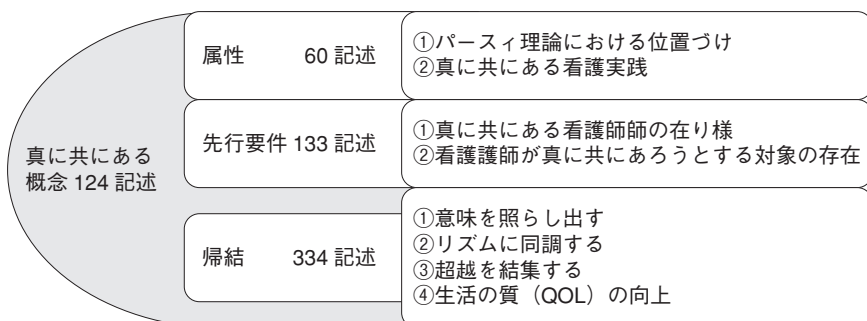


図1 “真に共にある”概念の記述の構造

“真に共にある”概念を示す記述数と、属性、先行要件、帰結を示す記述数とそれらが示す主な内容について示した。

(2) 【対人関係のアートであること】

“真に共にある”とは意図的で思索的な愛であり、専門的知識に基づいた対人関係のアートであるという記述が6つあった。そこでは“真に共にある”ことは、家族間や夫婦間の愛情による関係性とは異なる看護学に基づいた専門的知識に裏付けされた意図的かつ思索的な愛であり、看護学の知識を基にケアすることの重要性を述べられていた。同時に、看護師と患者や家族の関係は、それぞれの独自性や創造性、無限の可能性を持つアートであると記されていた。

(3) 【パースィ理論の看護実践方法と共にあること】

パースィ理論の看護実践方法には「意味を照らし出す」「リズムに同調する」「超越を結集する」が挙げられる。“真に共にある”とは、この実践方法と共に存在し、これらを支える中心概念であることが4つの記述に示されていた。

2) 属性2：“真に共にある”看護実践

“真に共にある”看護実践とは、どのような実践なのかに関しては42の記述が記されていた。これらの記述を検討した結果、4つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容は、次のとおりである。

(1) 【患者や家族が主体であること】

“真に共にある”看護実践に関する記述の中で、8つの記述が患者や家族が主体であることを示していた。そこでは、看護師は、患者と家族の争いを和解させたり、彼らの抱える問題を解決させたりすることを目的とせず、あくまでも彼らの自由な選択を保障し、秘められた可能性や方策を選択できるよう支援することが重要であると記されていた。

(2) 【患者や家族を理解すること】

患者と家族への理解に関する記述は7つあった。患者や家族を理解するためには、その瞬間にある真実に心を開き、全ての現実に関わることが必要である。また、言語化された情報だけで判断せず、言語化されないその人の思いにまでも思いをはせ、彼らを深く理解することの重要性が示されていた。

(3) 【患者や家族のQOLを目的としていること】

“真に共にある”看護実践に関する記述のうち3つが、患者や家族のQOLを目的にしていることについてであり、“真に共にある”看護実践では、患者や家族のQOLを高めるためのケアが重要であると記されていた。

(4) 【静かに身を置くこと】

“真に共にある”実践方法のひとつとして、【静かに身を置くこと】が挙げられており、これに関する記述は6つあった。“真に共にある”ためには、必ずしも言語は必要ではなく、ただ患者や家族と共に、その場に静かに身を置き、患者や家族の人生を見つめることが重要であると示されていた。

(5) 【対話的に関わること】

“真に共にある”実践方法のひとつとして、【対話的に関わること】に関する5つの記述があった。患者や家族と“真に共にある”ことにより生じる気持ちを分かち合うことが必要であり、そこには、それぞれの考えや実存する出来事、未来の可能性や希望も含まれる。また、対話的な関わりには、会話以外にも、小説や映画、絵画、音楽、その他の表現解釈を通して行われる交流が含まれる。

(6) 【永く共にあること】

【永く共にあること】も“真に共にある”実践方法として記され、4つの記述があった。そこには、患者や家族と永くあることにより生じた思いや“真に共にあった”経験は思い出の中で生き続け、未来へ向かって生きる力になり得ることが示されていた。

2. “真に共にある”概念のモデルケース： Model Case

モデルケースとは「概念の使用に関する実例」であり、その概念のすべての重要な属性を含む模範的なケースを意味している。モデルケースは、概念に対する自分の理解を他者にわかりやすく提示することに役立つ。本研究では、モデルケースとして、前述した属性を踏まえ、研究者自身が看護師としてケアを行った実践例に基づいて作成した。

Aは、排尿障害のため7年前から自己導尿による排尿管理を継続していた。高齢で一人暮らしのAは、自己導尿の技術を習得するまで、B看護師

と共に繰り返し訓練を重ね、新たな排尿方法を習得した。ひとり暮らしを続けながら、毎月の受診日には、1カ月の間に起こった様々な出来事をB看護師に笑顔で話し、生きがいである海外旅行にも自由に行けるようになった。

その後、Aは変形性膝関節症の手術を受けることになった。手術後の経過は順調で、毎日、リハビリテーションに励んでいた。しかし、ある日、担当の看護師から「急にAさんが意欲を失い、病室にこもったままで食欲もない。」と知らせがあった。看護師が、いくら励まして、Aは暗い表情のままベッドから動こうとしないとのことであった。Bが病室を訪ねてみようと考えていたところ、突然、Aから電話がかかってきた。Aは、か細い声で「忙しいところに電話をして申し訳ない。手術は、うまくいってリハビリを続けていたんだが、どうしていいものか…わからなくなってしまったんだよ。」と、つぶやくように話した。Bは、Aの話に「そう、そうですか。辛いことがあったのですね。」と静かに答えた。Aは、声を詰まらせ「学生の頃からの親友からね、昨日、突然連絡があったんだよ。彼は、定年退職後、仕事もなく、連れ合いも亡くして子供もいない。たった一人で生きているんだ。年をとって友達も死んでしまい、私達だけが残された。その親友が癌になった、もう死を待つばかりだと言うんだ。何を言ってやったらいいものか、わからなくてね。Bさんなら、どう答えるか、何を話してやるかと思ってね。こんな身体じゃ行ってやることもできない。たったひとりの親友なのに、何もしてやれない。情けなくてね。」と、ため息交じりに話した。Bは、Aの話に「そう、そう、辛いですね。リハビリを行う気分じゃないですね。」と相槌を打ちながら、Aの話を静かに聞いた。するとAは「そうなんだよ。何もしたくなくてね。身体に力が入らないんだ。親友が死んでしまいたいと言うのにな、何も言ってやれない自分が情けなくてね。Bさんに聞いて欲しくてね。」と、すすり泣きながら話すAに「私は、いつでもAさんと一緒にいます。同じ空間にはいませんが、目を閉じれば、いつでも会える。いつでも暖かな思いを心に描くことができます。お友達は、きっとご自分なりの答えを持っている

のでしょうね。Aさんが、ご自分の考えをお持ちのように。それでも誰かに話したい。Aさんと同じ気持ちなのかもしれませんね。」と素直に思いを伝えた。するとAは「そうだね。そうだ。彼も私も同じだな。ただ静かに彼の話を聞いてやるのが大事なのかもしれない。Bさんが、私に言ってくれたように、いつでも一緒にいるんだということ伝えることなら、私にもできる。」と、力強く答えた。Aは「年甲斐もなく涙なんて流して申し訳なかったね。身体の中に力が湧いてきたよ。リハビリをして、早く自由に動けるようになって、Bさんに会いに行きたいね。」と、電話から明るい声が聞こえてきた。

このモデルケースでは、排尿の自立を目指すプロセスの中で、永くあることによって看護師と患者は真に共にあった。患者は、変形性膝関節症の術後に、リハビリテーションが困難になるというエピソードを通じ、再び“真に共にある”看護を受けた。“真に共にある”看護では、看護師は、自分が価値を置くリハビリテーションへの必要性を患者に伝えるのではなく、患者自身が主体的に自らに起きた問題の解決を図り、QOLを向上していくことができるよう支援する。看護師は、患者の傍らに静かに身を置き、対話し、患者のリズムに同調しながら、患者の抱える不安や苦痛を理解しようと努めた。その結果、患者は自身が抱えた問題に目を向け、その問題に内包する意味を照らし出し、新たな価値に気付くことができた。“真に共にある”看護により、患者は再び生きる力を取り戻し、患者自身が心に描いた変容の可能性を推進することができた。

3. “真に共にある”概念の付加的ケース：Additional Case

付加的ケースとは「その概念でない」ケースのことをいい、“真に共にある”概念の対症的なケースとして前述したモデルケースを基に次のように作成した。

Aは、変形性膝関節症のため手術を受けることになった。手術後の経過は順調で、毎日、リハビリテーションに励んでいた。しかし、ある日、担当の看護師から「急にAさんが意欲を失い、病室にこもったままで食欲もない。」と知らせがあっ

た。看護師が、いくら励まして、Aは暗い表情のままベッドから動こうとしないとのこと。Bが病室を訪ねてみようと考えていたところ、突然、Aから電話がかかってきた。Aは、か細い声で「忙しいところに電話をして申し訳ない。手術は、うまくいってリハビリを続けていたんだが、急に、どうしていいものかわからなくなってしまったんだよ。」と、つぶやくように話した。Bは「頑張らないと歩けるようにはならないですよ。何があろうと、今はリハビリテーションが最も大切な時期です。頑張らしましょう。」と、Aにリハビリテーションの必要性を説き、叱咤激励した。Aは「そんなことは、わかっているよ。誰も私の気持ちをわかってくれない。誰も私の話に耳を傾けてはくれないんだ。」と、はき捨てるように言い、電話を切った。Bは、何とかAを励まそうと病室を訪ねたが、Bがベッドから起き上がることはなかった。

この対照的ケースでは、看護師は、患者がリハビリテーションを継続できることを目標に、その必要性を説明し、患者を励ましている。しかし、患者が、なぜリハビリテーションを継続できなくなってしまったのか、何が患者の気持ちに変化をもたらしたのかを理解するための看護行為は認められない。また、患者自身が、今後どうありたいのかについて、患者の希望に静かに耳を傾けることや対話的な関わりがなく、患者の主体性を尊重する“真に共にある”看護は成立していない。その結果、患者のリハビリテーションに対する意欲が高められることはなくQOLの向上を図ることも叶わなかった。

4. “真に共にある”概念の先行要件：Antecedents

124の記述のうち13の記述が“真に共にある”概念の先行要件に関する内容を示していた。先行要件とは「概念の発生に先立つこと」であり、本概念の先行要件としては、次に示す2つのテーマが導かれた。

1) 先行要件1：“真に共にある”看護師の在り様

パースィは“真に共にある”看護師は、ガイドや指針となる人ではなく、他者が自ら健康のパターンを変えることを選択するのを見守りながら、他

者が人生の意味に新たな光りを与えるようにする示唆に富む思いやり深い存在であると述べている¹¹⁾。さらに“真に共にある”看護を実践するために必要な看護師の在り様を示す記述を検討した結果、次に示す4つのカテゴリーが抽出された。

(1) 【患者や家族の存在を尊重できること】

【患者や家族の存在を尊重できること】に関しては6つの記述があった。そこでは、現象を看護師の価値観によって評価することなく、対象者のありのままを受け止め、その価値観や存在そのものを尊重することと言及されていた。

(2) 【患者や家族の選択を支援できること】

【患者や家族の選択を支援できること】に関しては3つの記述があった。患者や家族が自ら選択できるように支援することと、彼らが自己選択できる能力を有することを信じて支援することの重要性について述べてられていた。

(3) 【専門的な看護の知識と技術を持っていること】

【専門的な看護の知識と技術を持っていること】に関しては2つの記述があり“真に共にある”看護を実践するためには、看護師としての実践力や知識、技術が必須であるとされていた。しかし、それらに関する具体的なレベルや内容を示す記述は見当たらなかった。

(4) 【“真に共にある”ことを生きること】

“真に共にある”看護を実践する者は“真に共にある”ことを生きるという記述が5つ抽出された。すなわち“真に共にある”とは、看護師の生き様そのものであることを示している。

2) 先行要件2：看護師が“真に共にあろう”とする対象の存在

“真に共にある”概念の先行要件である対象の存在に関する記述は、看護が生じる状況と対象に関する2つ記述が認められた。看護が生じる状況は、看護師と個人(患者)および看護師と集団(家族を含む)においてである。“真に共にある”看護の対象は、子供や大人、家庭、避難所、保健センター、教会、病院、企業など、看護師が人々と共にあるところ全てに存在し、“真に共にある”看護が実践される¹¹⁾と示されていた。

5. “真に共にある”概念の帰結：Consequences

34の記述が帰結に関する内容を示していた。帰結とは「その概念の使用の結果として生じるできごと」である。“真に共にある”概念の帰結としては、次に示す4つのテーマが導かれた。

1) 帰結1：意味を照らし出す

意味を照らし出すについては23の記述があり、(1)【新たな価値の発見】、(2)【自己選択の促進】というカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容は、次のとおりである。

(1)【新たな価値の発見】

【新たな価値の発見】に関する記述は、概念の帰結の中で最も多く18の記述があった。記述を統合すると、以下の内容が導かれた。患者や家族は、看護師と“真に共にある”ことにより、自らの人生を見つめ、未来を創造的にイメージすることができる。そして、もし違う生き方をしたなら、どのような状況になるか(逆説)を思い描くことにより、自らが抱える葛藤に新たな光りを当て、物事の見方を変えていくことができる。目の前の現象に対し、新たな価値づけをすることにより、未来に希望を抱くことを可能にすると示されていた。

(2)【自己選択の促進】

【自己選択の促進】に関しては3つの記述があった。そこには、患者や家族は、新たな価値の発見により、自分の生きる道を、自らの意思により選択することを可能にすることが示されていた。

2) 帰結2：リズムに同調する

リズムに同調するに関しては5つの記述があり、(1)【看護師と患者や家族との関係性の促進】と、(2)【患者や家族の安寧や平穩の促進】というカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容は、次のとおりである。

(1)【看護師と患者、家族間の関係性の促進】

【看護師と患者や家族の関係性の促進】に関しては3つの記述があった。そこには2“真に共にある”ことにより、看護師は患者や家族を深く理解し、その関係を促進することを可能にすると示されていた。

(2)【患者や家族の安寧や平穩の促進】

患者や家族の安寧や平穩の促進に関しては2つの記述があった。そこには、看護師が“真に共に

ある”ことにより、彼らは安寧を感じ、心の平穩を取り戻していくことを可能にすると示されていた。

3) 帰結3：超越を結集する

超越を結集するに関しては7つの記述があった。それらを統合すると、(1)【患者や家族の健康パターンの変化】と、(2)【心に描いた変容の可能性を推進】というカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容としては、看護師が“真に共にある”ことにより、患者や家族が、自ら変化したいと望む方向に人生を歩みだすことが、健康のパターンに変化を与え、異なる新たな人生をもたらすことが示されていた。

4) 帰結4：QOLの向上

“真に共にある”概念の帰結には、患者や家族のQOLの向上を導くという記述が3つあった。それらによるとQOLとは、患者や家族によってのみ具現化され、個々の価値や信念により異なるものである⁶⁾。そのため、看護師の価値により評価されたり判断されたりするものではなく、患者や家族の主体性に基づいて創造される⁵⁾とされていた。

6. “真に共にある”概念の経験的指標：Empirical Reference

経験的指標とは、その概念の重要な属性の存在が、現実世界における何によって確認できるかを規定し、多くの場合、重要な属性が経験的指標とされる^{8,9)}。しかし、パースイ理論は、看護の本質や構造を示す大理論に属する¹²⁾ため、“真に共にある”概念は抽象度が高く、経験的指標を限定するには、さらなる検証が必要になる。そこで本研究では、現段階において概念分析の手法を用いて明らかにした属性に基づいて経験的指標を示した。

“真に共にある”概念の属性には、理論上の位置づけと看護実践が示された。経験的指標としては、属性2で示した“真に共にある”看護実践のカテゴリーである(1)【患者や家族が主体であること】、(2)【患者や家族を理解すること】、(3)【患者や家族のQOLを目的としていること】が、看護実践上に認められているか否かが重要な指標となり得ることを示唆している。また(4)【静かに身を

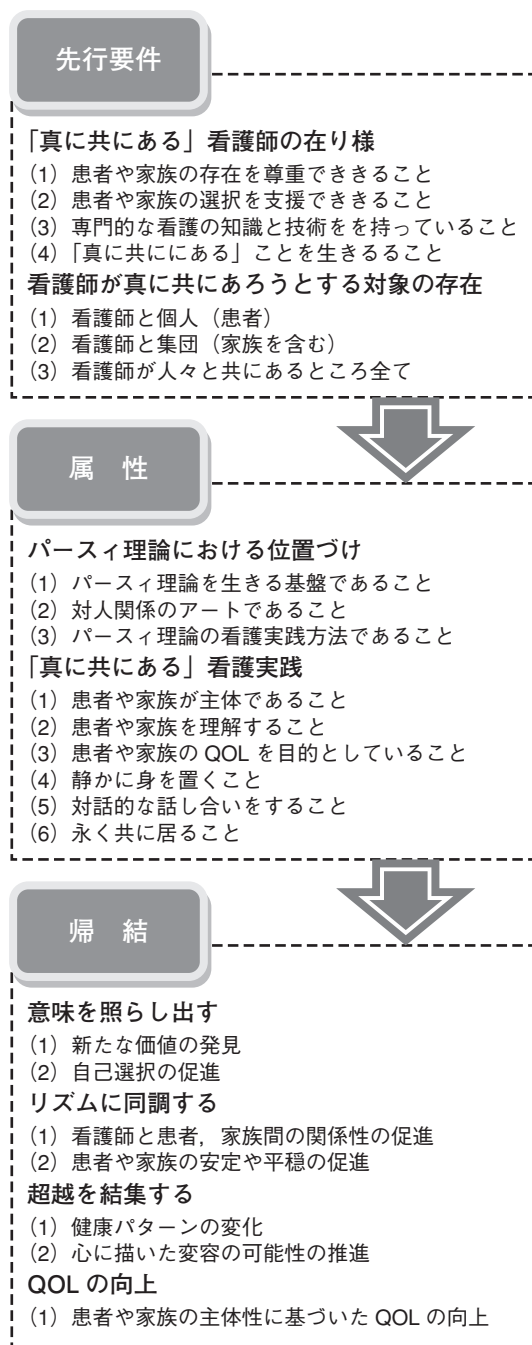


図2 “真に共にある”概念の構造

“真に共にある”概念の構造として、先行要件、属性、帰結の示す内容を示した。

置くこと】、(5)【対話的に関わること】、(6)【永く共にあること】も、看護実践上の経験的指標といえよう。ここでは、これらの6つのカテゴリーが経験的指標となりうるかを、モデルケースを実例として確認していく。【患者や家族を理解すること】は、リハビリテーションをしたくないというAの気持ちを理解し(2)、その理由に耳を傾ける看護行為に示されている。【患者や家族が主体であること】は、リハビリテーションが必要であるという看護師の持つ価値を押し付けることなく、Aの「今はリハビリテーションをしたいという気持ちになれない」という思いを尊重する看護行為が示している(1)。【静かに身を置くこと】は、Aの話に静かに耳を傾け、相槌を打ち、Aが無言になってしまってもAの反応を待ち、静かに見守ること(4)で確認される。【対話的に関わること】は、患者と看護師の心のこもったやり取りであり、どちらか一方が自分の考えを説明するという方法とは異なる。このケースでは、Aに一方的にリハビリテーションの必要性を説くのではなく、なぜリハビリテーションへの意欲が低下してしまったのかの理由を看護師は対話をしながら明らかにしている(5)。【患者や家族のQOLを目的としていること】に示されるQOLは、患者や家族の価値づけによるQOLであり、看護師の価値観に基づいたQOLとは異なる。モデルケースの場合では、Aはリハビリテーションを続行することよりも、長年の友人に起きた出来事への思い、友人のために何かしたいという思いを解消することがQOL向上のための優先課題であった。そして、Aは、看護師に思いを打ち明けることにより、自ら意欲を取り戻し、再びQOLを向上させるための取り組みを開始した(3)。このように属性2で示した“真に共にある”概念が、経験的指標となりうるといえる。

V 考察

パースィ理論の中核的概念である“真に共にある”を、Walker & Avantの方法によって概念分析を行った結果、各属性・先行要件・帰結に関する諸要件が明らかになった。それらから“真に共にある”看護実践方法に示唆を得るために“真に共に

ある”看護師の特性“真に共にある”看護実践の特性と活用法に分け、考察を深めていく。

1. “真に共にある”看護師の特性

概念分析の結果、先行要件として「看護師の在り様」というテーマが導かれ、そのカテゴリーには(1)【患者や家族の存在を尊重できること】、(2)【患者や家族の選択を支援できること】、(3)【実践的かつ専門的な看護の知識と技術を持っていること】、(4)【“真に共にある”ことを生きること】の4項目が抽出された。これらの結果は“真に共にある”看護師の特性を示しており、パースイ理論の目標である「人間が健康のプロセスの中で、可能性に向かって自由に選択ができるように、その人を含めた家族を支援していくこと。患者や家族、地域のそれぞれの考え方によるQOLを向上すること¹¹⁾」を達成するための“真に共にある”看護を導く事項であると考えられる。患者や家族と“真に共にある”看護師には、彼らの心に内包する価値や希望を理解し、実践的かつ専門的な看護の知識と技術を駆使して、彼らの選択を支援できることが求められる。その過程において看護師は、彼らが自らの置かれた状況を理解し、状況の中で人生を選択することを支援する。選択の権限と責任は、看護師ではなく、看護の対象である患者や家族にある¹⁾。これは、医師が決定し、看護師と患者はその決定を受け入れ、医師の指示の基に健康を目指すとする医療における伝統的なパターンとは全く異なる姿勢である。パースイは、看護のアートを実践するために看護師は「修正する人」ではなく「育てる人」として、患者や家族に対処すべきであると言及している³⁾。看護師は、患者や家族が医師の指示を順守するために、彼らの選択を「修正」する人ではなく、彼らが自らの置かれた状況を理解し、状況の中で人生を選択していけるよう「育てる人」なのである。そのため“真に共にある”看護師は、個々の人の生き方や考え方、感じ方に判定を下したり、分類したりするのを避けることを学ばなければならない¹¹⁾。患者や家族を裁いたり、変えたり、コントロールしようとするよりも、むしろ患者や家族の世界に共にあることが重要である⁵⁾。看護師が“真に共にある”ためには、現代医学の知識体系に基づいた看護の専門的知識

や技術を学ぶとともに、患者や家族を尊重し選択を支援する“真に共にある”対人関係の技術を学ぶ必要があるだろう。パースイが看護を「対人関係のアートである」と提示したことから、この学びは、机上で学び、記憶する学習方法ではなく、対象と向き合い、ケアを実践する中で経験を重ねながら、日々、体得していくことが重要であるといえよう。まさに“真に共にある”看護を生きることが学びを導き“真に共にある”看護実践をもたらすものであることが示唆される。

2. “真に共にある”看護実践の特性と活用性

“真に共にある”看護実践の特性は、概念分析により導かれた属性に提示した“真に共にある”看護実践が示している。そのカテゴリーには、(1)【患者や家族が主体であること】、(2)【患者や家族を理解すること】、(3)【患者や家族のQOLを目的としていること】、(4)【静かに身を置くこと】、(5)【対話的に関わること】、(6)【永く共にあること】の6項目が抽出された。この6項目に示された看護実践が、帰結として「意味を照らし出す」「リズムに同調する」「超越を結集する」というパースイ理論の看護実践を導き、QOLを向上する結果をもたらすことが明らかになった。この結果からも“真に共にある”看護が、パースイ理論における看護実践の基盤であり、中核をなす概念であることが示唆される。パースイ理論の看護実践方法である「意味を照らし出す」とは、看護師が、患者や家族と共に健康状態の変化などの状況に、どのような意味づけをするのか、人生の目的や希望、夢などを言語化することによって明らかにされる^{1,12)}。意味づけは、看護師の関わりにより変化し続け、患者や家族は、新たな希望を見出すことを可能にする。また「リズムに同調する」とは、患者や家族の人生における浮き沈み、感情の移り変わりなどの人生の流れの中で、看護師が、そのリズムに合わせ、患者や家族が自ら人生に新たな意味づけができるよう共にあることを示す¹⁾。そして「超越を結集する」とは、患者や家族が、予期せぬ健康状態の変化などの状況において、新たな人生の可能性を見出し生きていく力を得ることを示す^{1,13)}。これらの過程は、全て“真に共にある”看護が導き出すものであり、パースイ理論の看護

実践において、“真に共にある”看護師の存在は欠かせないものであることが示唆される。

また“真に共にある”看護実践として抽出された6項目のうち、(1)【患者や家族が主体であること】、(2)【患者や家族を理解すること】、(3)【患者や家族のQOLを目的としていること】の3項目は、パースィ理論の目標である「人間が健康のプロセスの中で、可能性に向かって自由に選択ができるように、その人を含めた家族を支援していくこと。患者や家族、地域のそれぞれの考え方によるQOLを向上すること^{1,11)}。」と合致する。このことは、患者や家族自身が、それぞれの価値と選択に基づいて、自ら受ける医療を選択するという現代的な姿勢であり、看護で重視されている「アセスメント→診断→治療」のプロセスが示す内容とは一致しない。ワトソンは、看護学が、科学としての体裁を整えることや看護を専門職として向上することを目指し、医学の概念・視点・技法を用いて、疾患の命名や分類、診断、治療という医学のパラダイムを取り入れてきたと述べている¹⁴⁾。しかし、“真に共にある”看護とは、医学診断によって規定された取り組みではなく、看護師の個人的な価値体系に由来した専門的助言や意見を提供することでもない。あくまでも、主体は患者や家族であり、彼らの価値に基づいたQOLの向上が果たされるよう看護師は彼らを理解し支援する。看護理論家であるヘンダーソンは、看護師の役割について「患者の必要としていることを知ることが重要であり、そのためには患者の心にも触れる理解をしなければならない。」と述べている^{14,15)}。パースィ理論における“真に共にある”看護においても、その価値は変わらない。医学による健康に関する専門的知識を取り入れつつ、患者や家族の望むQOLを理解し、その向上を患者や家族自身が目指していくことができるよう、共に在り続けることが、“真に共にある”看護師に求められる。これらの結果からも“真に共にある”看護は、患者や家族の価値観や主体性を尊重する看護において活用すべき概念であると考ええる。

次に“真に共にある”看護実践方法の具体的方法として、(4)【静かに身を置くこと】、(5)【対話的に関わること】、(6)【永く共にあること】の3

項目が明文化されていた。これらの実践方法から示唆されたことは、“真に共にある”看護は、看護の対象のために看護師が必要と考える看護行為を提供するというよりは、むしろ、彼らの傍らに「静かに身を置き、対話し、永く共にある」ことにより導かれるものであると考える。今後、さらに“真に共にある”看護実践の経験的指標を明確化し、実践での活用性を高めていくためには、多くの実践例を検証し、「静かに身を置き、対話し、永く共にある」看護実践内容について明らかにしていくことが重要である。

3. パースィ理論検証研究に向けた課題

本研究により“真に共にある”看護師の在り様や看護実践方法が明らかにされ、パースィ理論に基づいた“真に共にある”看護実践方法についての示唆を得た。しかし、パースィ理論は、抽象度の高い大理論として位置づけられており、抽象度の高い概念を直接的に検証することは困難である^{16,17)}。そのため、理論の抽象度を検証可能な中範囲理論の具体的なレベルに示していかななくてはならない。本研究では、パースィ理論の示す“真に共にある”看護について「属性」「先行要件」「帰結」が明らかになり、モデルケースおよび付加的ケースの作成により、経験的指標の具体例を導くことができた。今後は、パースィ理論に基づいた看護実践例から、“真に共にある”看護実践の経験的指標を明文化し、理解困難であると言われる抽象度の高いパースィ理論を、臨床の場で実践可能となり得よう研究を重ねていくことが課題である。

VI 結論

“真に共にある”概念は、パースィ理論における看護実践の中核をなす概念であり、看護実践方法である「意味を照らし出す」「リズムに同調する」「超越を結集する」を導き、パースィ理論の目的である患者や家族の価値に基づいたQOLの向上を帰結とすることが確認できた。また、先行要件として“真に共にある”看護師の在り様、属性として【“真に共にある”看護実践方法が抽出された。本研究により、今後、“真に共にある”看護の実践的検証を蓄積し、“真に共にある”看護の経験的指標

を明文化することの必要性が示唆された。

文 献

- 1) Parse R R : The Human Becoming School of Thought : A Perspective for Nurses and Other Health Professionals : Sage Pub, California, 1998.
- 2) Parse R R : Illuminations The Human Becoming In Practice And Research, Jones & Baritlett Pub, Boston, 1999.
- 3) Parse R R : Nursing science—Major paradigms, theories, and critiquis. Philadelphia : Saunders, Toronto, 1987.
- 4) Parse R R著, 高橋照子訳 : 健康を・生きる・人間 : 看護のため理論. 現代社, 東京, 1985.
- 5) Parse R R : Human becoming : Parse's theory of nursing. Nursing Science Quarterly, 5 : 35-42, 1992.
- 6) Parse R R : Quality of life : Sciencing and living the art of human becoming. Nursing Science Quarterly, 7 : 16-21, 1994.
- 7) 亀岡智美, 舟島なをみ, 杉森みどり : 「看護婦・士—患者相互行為における目標達成」と「看護婦・士—患者相互行為における満足感」に関する概念分析—キング目標達成理論の検証に向けて—. 看護教育学研究, 9(1) : 15-25, 2000.
- 8) Walker L O, Avant K C : Strategies for Theory Construction in Nursing, Appleton & Lange, New Jersey, 1995.
- 9) Walker L O, Avant K C著, 中木高夫, 川崎修一監訳 : 看護における理論構築の方法, 医学書院, 東京, 2008.
- 10) Rodgers B L, Knafle K A : Concept Development in Nursing Foundation. Techniques and Application (2nd ed), W. B. Saunders Company, Philadelphia, 2000.
- 11) Parse R R著, 高橋照子, 勝野とわ子訳 : パーシ看護理論人間生成の現象学的探求, 医学書院, 東京, 2004.
- 12) Michell G J, Lawton G : Living with the consequences of personal choices for persons with diabetes : Implications for educators and practitioners. Canadian Journal of Diabetes Care, 24(2) : 23-31, 2000.
- 13) Michell G J, Pilkington B : Theoretical approach in nursing practice : A comparison of Roy and Parse. Nursing Science Quarterly, 3 : 81-87, 1990.
- 14) Watoson J著, 稲岡文昭, 稲岡光子訳 : ワトソン看護論人間科学とヒューマンケア : 17-33, 医学書院, 東京, 2004.
- 15) Marriner Tomey A, Alligood M R著, 都留伸子訳 : 看護理論家とその業績ヴァージニア・ヘンダーソン看護の定義第3版 : 106-122, 医学書院, 東京, 2011.
- 16) Julia B G著, 南裕子, 野嶋佐由美, 近藤房恵訳 : 看護理論集より高度な看護実践のために : 333-354, 日本看護協会出版会, 東京, 1998.
- 17) Fawcett J著, 太田喜久子, 筒井真優美訳 : フォーセットの看護理論の分析と評価 : 199-242, 医学書院, 東京, 2008.

Abstract : Aim: To clarify the attributes of the concept of “true presence”, which is a basic part of nursing theory, and to investigate the practice of “true presence” to evaluate the role of Parse’s theory of nursing in practice. Methods: After carefully reviewing two texts and four references on Parse’s theory of nursing, we selected the passages describing the concept of “true presence” and analyzed them by the method of Walker and Avant. Results: One hundred and twenty-four descriptions were extracted from the literature review. The attributes included 1) the meaning of the concept in Parse’s theory of nursing, and 2) the nursing practice of “true presence”. The antecedents included 1) nurses providing “true presence” for patients, and 2) patients who needed “true presence” from the nurses. The consequences included 1) finding the meaning, 2) staying with patients, 3) promoting self-transcendence, and 4) improvement of quality of life. Conclusions: This study suggested that the concept of “true presence” is the basic principle of Parse’s theory of nursing. It has the consequence of leading to “improvement of quality of life” (the purpose of the theory), and is a nursing practice that emphasizes the understanding and independence of patients. In addition, specific ways to provide “true presence” for patients were reviewed.

Key words : Parse’s theory of nursing, True presence, Concept analysis

(2012 年 6 月 15 日 原稿受付)

■原著

The Relationship between Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving for Family Caregiver of Frail Elderly at Home

高齢者の家族介護者における介護コミットメントと介護継続意思との関係

Young-Eun Chang¹, Yoshinori Koyama², Kazumitsu Okabe², Kazuo Nakajima³

張 英恩¹, 小山 嘉紀², 岡部 一光², 中嶋 和夫³

Abstract : The point of this study is to get a basic data of families who contribute to in-home care for the elderly in need of caregiving. The cognition related to a role of family caregiver is stated as 'Caregiving Commitment', and this concept is basically consisted of three (3) factors, 'Affective Commitment', 'Continuance Commitment', and 'Normative Commitment'. The purpose of this study is to define the relationship between those commitments and the family's will to continue the in-home care. In results, within the three (3) factors that constituting 'Caregiving Commitment', it indicated that the 'Affective Commitment' and 'Normative Commitment' have a significant effect on the family's will to continue the in-home care. And this suggests that the commitment theory cannot be denied. As to conclude, along with the existing home care service, if the elderly wish to receive in-home care, and if their families have a will to continue the in-home care for the elderly, it revealed the importance of intervention, either directly to the 'Caregiving Commitment', or indirectly through the factors that relate to 'Caregiving Commitment'.

Key words : Frail Elderly, Caregiving, Commitment

I Introduction

In Korea, it is estimated that the number of old people who have psychosomatic malfunction caused by the consequences of dementia or cerebral hemorrhage will be dramatically increased in

the future along with the rapid graying of the population¹⁾. In Korea culture, these aged groups tend to live and cared by the family members or relatives. It is part of the culture of paying a respect to the elders^{2,3)}.

1 Ryobi Healthy Care Co. Ltd The Ryobi Research Institute of the Well-being for the Elderly 株式会社両備ヘルシーケア両備介護研究所

2 Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

3 Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University 岡山県立大学保健福祉学部

However, times have changed. Nowadays, the females have rapidly gained high academic achievements and the number of nuclear families has been growing which cause the capacity of caring for their older families has been remarkably declined⁴⁾. The family members tend to have their elders to be sent to retirement homes. This fact is revealed by the report^{5, 6)} that mental and physical health of family caregivers has been declined in developed countries like in Europe and America⁷⁾. Nevertheless, most Korean people still have been caregiving their care needed families at home. It is presumed that the reasons for keeping home care is not just explained by the word 'respecting for the aged and parents', but by the close relevance of compound emotions related with the awareness of taking a role as a family member.

According to the results of current research, the compound emotions are defined as fondness, devotion, emotions expecting a mutual reward, or a sense of duty and so on⁸⁾. It is reported⁹⁾ that, between parents as frail elderly and their grown-up children as family caregiver, the stronger fondness of caregiving or sense of duty to care old parents they have, the more aggressive they care for their parents. And also, Chang(2008)¹⁰⁾ has clearly grasped caregivers' acknowledgement of their roles from the conception of Caregiving Commitment, and has reported effects of the subordinate concept on family caregiver's tendency to get depressed. In addition, Higashino(2007)¹¹⁾ has reported influences of caregivers'sense of duty to support their parents on 'the Will to Continue Caregiving'. Summarizing the results of the former study above, it is assumed that, as to acknowledgement of caregiving roles, family caregiver's fondness, devotion, emotions expecting a mutual reward, or a sense of duty for frail elderly are closely related with 'the Will to Continue Caregiving'. However, there are quite a few study that empirically inspect the fact shown above. Considering a rapid graying of population, it might be expected

that we should investigate the mechanism of keeping home cares and examine the spread of caregiving in East Asia based on Confucianism

Therefore, for the purpose of gaining basic data on family caregivers for frail elderly, this study considers the acknowledge of the family caregivers' roles as the concept of 'Caregiving Commitment' and aims at revealing the effects of the three subordinate concepts, namely 'Affective Commitment', 'Continuance Commitment' and 'Normative Commitment' on their 'the Will to Continue Caregiving'.

II Methods

1. Subjects & Research

The subjects were sampled from 500 main family caregivers caring for the frail elderly (65 years or more) in A city of Korea participated in the research. Those are using Day-care service center and the senior welfare center and utilizing in/out patient of the Oriental medicine hospital. The research questionnaires were distributed after obtaining cooperation agreement by social workers and hospital relations. Only the family caregiver who rendered consent to cooperate in the research were asked for completion of the questionnaire. The completed questionnaires of the main family caregiver were collected and tightly sealed in order to maintain privacy. Research duration was from November, 2008 to January, 2009 for 3months.

2. Questionnaires

The questionnaire included frail elderly's gender, age, and conditional function (Physical Function and Cognitive Function), and Behavioral Disturbance. It also included and family caregiver's gender, age, relationship with frail elderly, daily caregiving time, duration of caregiving, Caregiving Commitment, and the Will to Continue Caregiving.

1) Frail elderly's Conditional Function and Behavioral Disturbance

The Conditional Function of frail elderly was measured from two sides of the Physical Function and Cognitive Function.

Physical Function was measured using the Korean's Barthel Index^{12~13)} (10 items). This Index is composed of feeding, transfer, grooming, toilet use, bathing, ambulation, stairs, dressing, bowel control, and bladder control. It was measured with 8 items except for the item of the bowel control and the bladder control which are discharge movement by the inside and this research. The item was administered using from 2-point to 4-point response category, and scores were derived according to the Barthel Index scoring method (independent - minor help - major help - dependent points, for selections from 2 to 4 points).

Cognitive Function was measured using the Cognitive Function Scale (6 items) by Tsutsui(1999)¹⁴⁾. The item was administered using a three-point response category, and scores were derived according to 'Not Possible', 'A little possible', 'Possible'.

Behavioral Disturbance was measured using the frail elderly's Behavioral Disturbance Scale¹⁵⁾ (13 items). The item was administered using a three-point response category, and scores were derived according to 'Not at all', 'Sometimes', 'Often'. The family caregiver measured of conditional function and Behavioral Disturbance for frail elderly.

2) Family caregiver's Caregiving Commitment

On this study, Caregiving Commitment is defined as the psychological role and cognitive reaction of the family caregiver to caregiving at home. The factors of three-component conceptualization were named 'Affective Commitment', 'Continuance Commitment', and 'Normative Commitment'. It is consisted of a total of 12 items selected from the Caregiving Commitment by Chang¹⁰⁾. 'Affective Commitment' means the family caregiver's emotional attachment to caregiving. 'Continuance Commitment' means the family caregiver's assessment of the costs associated with caregiving. Lastly, 'Normative Commitment' means the family caregiver's sense of obligation to remain in their caregiving.

The item was administered using a four-point response category, and scores were derived according to 'I don't believe at all', 'I believe less', 'I believe a little', 'I strongly believe'. The higher score is based on the psychological role and cognitive reaction of the family caregiver to caregiving at home.

3) Family caregiver's the Will to Continue Caregiving

The Will to Continue Caregiving is defined as the feeling of a family caregiver who opted to look after the frail elderly for him or self at home. Family caregiver's the Will to Continue Caregiving was measured using Sakurai(1999)¹⁶⁾ has the Will to Continue Caregiving Scale(8 items). The item was administered using a three-point response category, and scores were derived according to 'No', 'Neither', 'Yes'.

3. Analytic Strategy

On the statistical analysis, at first, we focused on Construct Validity from the factor structure model's aspect. And we analyzed the factor structure model's validity to each measuring scales using Confirmatory factor analysis with Structural Equation Model. Then, as for frail elder's Physical Function scale (the Korean's Barthel Index), Cognitive Function scale, and the Will to Continue Caregiving scale are defined as a single factor model. And we constructed a second-order factor model comprised of the factors, hard to control emotions, to wander around the outside, abnormal cognition of things, persecution hallucination and complex, and weariness and forgetfulness used as first-order factors and Behavioral Disturbance scale as a second-order factor, and studied the goodness of fit on the date for the model by confirmatory factor analysis.

Then, in the statistical analysis, measurement index of categorical response was administered ordinal scale by qualitative variable, both the Korean's Barthel Index has 2, 3 or 4 point response category, Cognitive Function Scale (6 items) and Behavioral Disturbance Scale (13 items) have 3-point response category. From those facts, parameters

were estimated using a WLSMV (Weighted Least Squares with Mean and Variance adjustment) estimator in the case of using categorical variables, or a ML (Maximum-Likelihood) estimator otherwise. The loading path coefficient of indicator variables, all Critical Ratio values in the models were 1.96 or more (5% significance level) and, all over loading paths were considered to be statistically significant. In addition, we evaluated the reliability of internal consistency of scale by Cronbach's α coefficient.

Second, the relationship between Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving was assumed as a causal analysis model from a Three Component Model of Organizational Commitment by Meyer(2002)¹⁷⁾. On this study, the antecedent factor of Caregiving Commitment regarded family caregiver's gender, age was put in Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving of causal analysis model. Also, the potentially stressor of Caregiving Commitment regarded frail elder's Physical Function, Cognitive Function, Behavioral Disturbance was put in causal analysis model. The agreement of a causal analysis model above with tested data and the relationship between factors were analyzed by Structural Equation Model. For instance, on family caregiver's

gender, we used dummy variables namely '1' represented male and '2' represented female. Also, family caregiver's age was quantitatively analyzed. Moreover, frail elder's Physical Function, Cognitive Function, Behavioral Disturbance were quantitatively variables by total scores of each scale.

The hypothetical model's fitness to the data was assessed using the Comparative Fit Index (CFI) and the Root Mean Squares Error of Approximation (RMSEA). For adequately fitting models, these fitness indices should meet the following criteria: CFI>0.90, RMSEA<0.08^{18, 19)}.

In the above analyses, we used the statistical software SPSS12.0J for Windows and M-plus version 2.01²⁰⁾. In regards to statistical analysis, we used data from 316 out of 354 persons with completely-filled-up questionnaires (valid response rate 70.8%).

III Results

1. Distribution of subject attributes and response for items

Table 1 presents the characteristics of family caregiver and frail elderly.

The family caregiver's consisted of 64 males (20.3%) and 252 females (79.7%). The average age was 48.4 years old (Standard deviation 10.3, range

Table 1 Responses for the characteristics of subjects

〈Family Caregiver〉		
Gender	Male	64 (20.3)
	Female	252 (79.7)
Average age	48.4 years (SD=10.3, Range 22~84)	
Relationship with Frail elderly	Daughter-in-law	139 (44.0)
	Daughter	84 (26.6)
	Son	47 (14.9)
	Spouse	29 (9.2)
	other	17 (5.4)
Duration of caregiving	47.1 months (SD=58.8, Range 0.5~360)	
Daily Caregiving time	5.5 times (SD=3.9, Range 0.5~18)	
〈Frail elderly〉		
Gender	Male	72 (22.8)
	Female	244 (77.2)
Average age	77.8 years (SD=7.7, Range 65~98)	

unit : people(%), SD : standard deviation, n = 316

22-84). Distributions of the family caregiver's relationship to the frail elderly were as follows: Most caregivers 139 were daughters-in-law (44.0%), 84 were daughters (26.6%), and 47 were son (14.9%), and 29 were spouses (9.2%). The family caregiver's total duration of caregiving was 47.1 months (Standard deviation 58.8, range 0.5~360) and daily caregiving time was 5.5 times(Standard deviation 3.9, range 0.5~18).

The frail elderly's consisted of 72 males (22.8%) and 244 females (77.2%). The mean of age was 77.8 years old (standard deviation 7.7, range 65~98). As for the average scores of the degree of disorder, the average scores of Physical Function was 13.6 (standard deviation 5.0, range 8~24), Cognitive Function was 8.9 (standard deviation 3.4, range 6~18), and Behavioral Disturbance was 18.5 (standard deviation 4.8, range 13~35).

2. Examination of construct validity and reliability of the method of measurement

We conducted CFA (Confirmatory Factor Analysis) in order to consider construct validity and reliability about each in measurement scales from the aspect of factor structure. The CFA results showed the path coefficient was all statistically significant

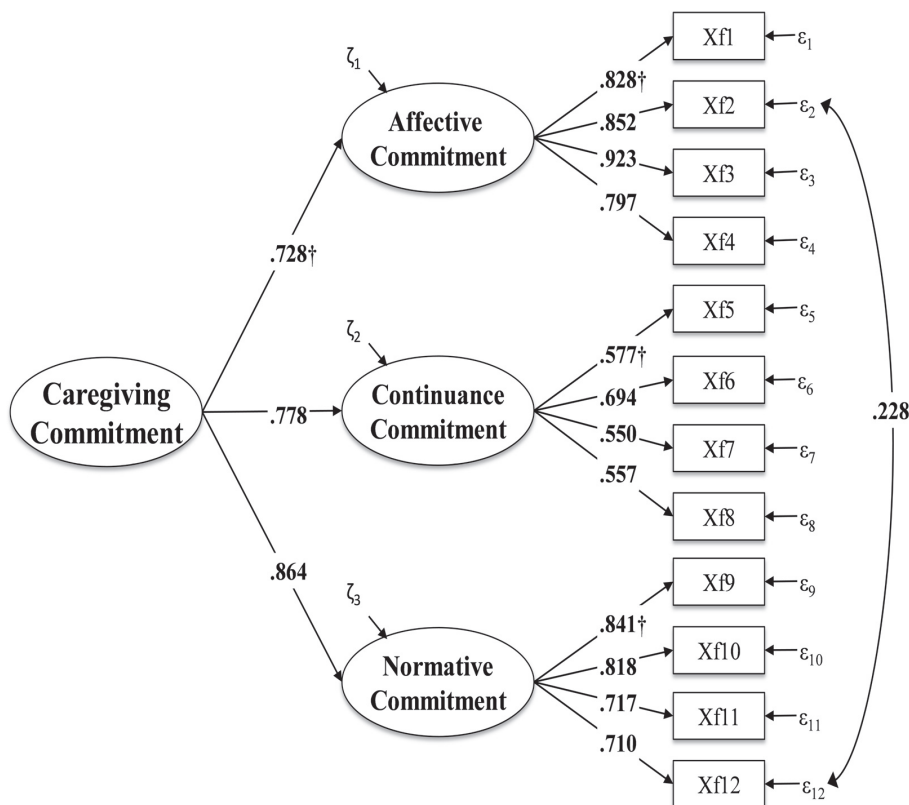
level that frail elder's Physical Function Scale (Korean's Barthel Index) was CFI = 0.997, RMSEA = 0.071, Cronbach's α = 0.932, Cognitive Function Scale was CFI = 0.996, RMSEA = 0.097, Cronbach's α = 0.925, Behavioral Disturbance Scale was CFI = 0.982, RMSEA = 0.066, Cronbach's α = 0.880.

The factor structure of Caregiving Commitment Scale (Table 2) hypothesized and tested the second-order factor model. We constructed a second-order factor model comprised of the factor, Affective Commitment, Continuance Commitment, and Normative Commitment used as first-order factors and Caregiving Commitment Scale as a second-order factor, and studied the goodness of fit on the date for the model by confirmatory factor analysis. The CFA results showed that the second-order factor model yielded a goodness fit to the data (CFI = 0.959, RMSEA = 0.093). Furthermore, except for the loading paths of indicator variables constrained to be 1, all standardization coefficient of path estimate was statistically significant level. It was shown by standardization coefficient that all statistically significant level ($p < 0.05$) (Figure 1). Caregiving Commitment's three-factors showed Cronbach's α coefficient for internal consistency that Affective

Table 2 Responses for Caregiving Commitment of Family Caregiver

Item	I do not believe at all	I do not believe less	I believe a little	I strongly believe
Affective Commitment				
Xa1. I am proud of caregiving.	21 (6.6)	90 (28.5)	136 (43.0)	69 (21.8)
Xa2. I intend to do caregiving.	44 (13.9)	67 (21.2)	112 (35.4)	93 (29.4)
Xa3. I believe to the purpose of caregiving.	24 (7.6)	95 (30.1)	118 (37.3)	79 (25.0)
Xa4. I believe that caregiving is worthy.	44 (13.9)	94 (29.7)	123 (38.9)	55 (17.4)
Continuance Commitment				
Xa5. I believe I will learn a lot from continued caregiving.	66 (20.9)	106 (33.5)	104 (32.9)	40 (12.7)
Xa6. I believe that caregiving is important, I will keep on doing.	110 (34.8)	95 (30.1)	71 (22.5)	40 (12.7)
Xa7. I believe that caregiving is good, I will keep on doing.	90 (28.5)	110 (34.8)	86 (27.2)	30 (9.5)
Xa8. I have benefited a lot from them that's why I am doing.	118 (37.3)	94 (29.7)	76 (24.1)	28 (8.9)
Normative Commitment				
Xa9. I feel a responsibility for caregivings.	37 (11.7)	64 (20.3)	130 (41.1)	85 (26.9)
Xa10. Even I would like to do other things, I am obligated to caregiving.	31 (9.8)	63 (19.9)	144 (45.6)	78 (24.7)
Xa11. Even though there are other caregivers, I feel responsibility for caregiving myself.	60 (19.0)	104 (32.9)	105 (33.2)	47 (14.9)
Xa12. Caregiving is normally done by family members.	18 (5.7)	36 (11.4)	121 (38.3)	141 (44.6)

unit : people (%), n = 316



n=316, CFI=0.959, RMSEA=0.093

Figure 1 The factor structure model of Caregiving Commitment (standardized coefficients)

Commitment (4 items) was 0.874, Continuance Commitment (4 items) was 0.612, Normative Commitment (4 items) was 0.793. A total of 12 items of Cronbach's α coefficient was 0.856.

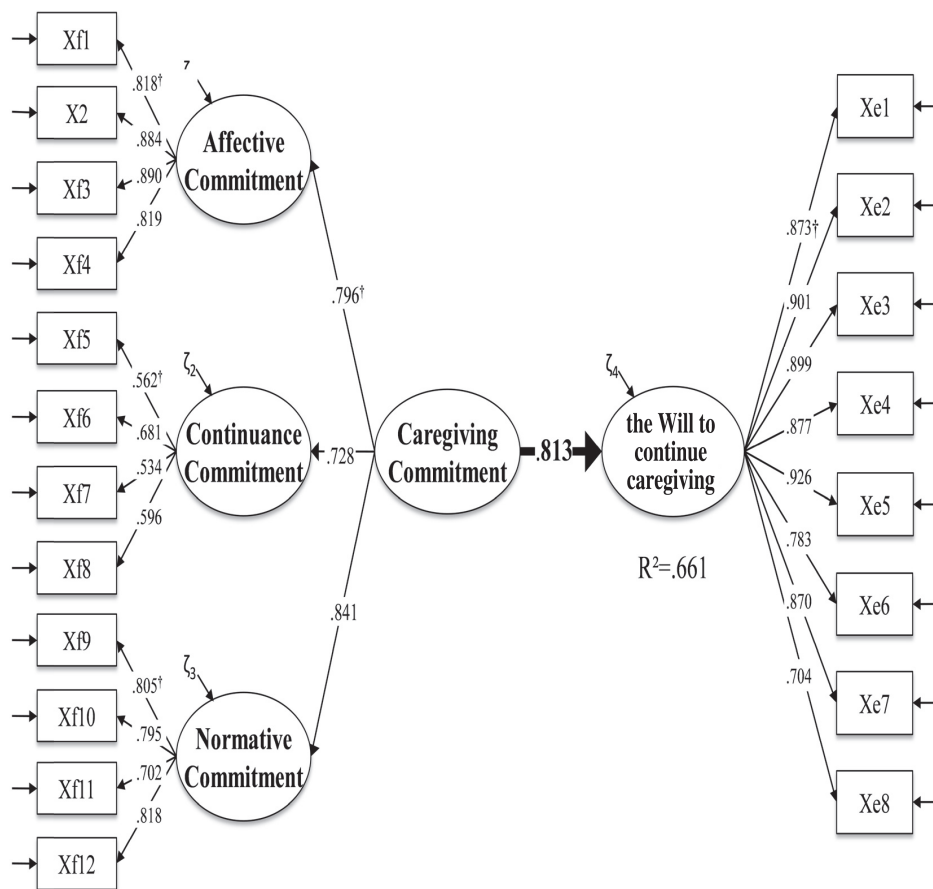
Also, the average scores $\pm$ standard deviation of total scores of Caregiving Commitment Scale (12 items, 12~47 point) were 31.1 ± 7.0 point. As for the gender of family caregiver's males have 32.9 ± 6.3 point, females have 30.5 ± 7.1 point. Family caregiver's in regard with the age was 22~48 years old (156 people) have 30.2 ± 6.3 point, and more than 49 years old (160 people) have 31.8 ± 7.6 point. And, relationship with frail elderly was spouses have 37.9 ± 5.9 point, sons have 31.8 ± 6.2 point, daughters-in-law have 27.9 ± 6.8 point, and

daughters have 32.7 ± 5.7 point.

3. The relationship between Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving

The causal analysis model results showed regarding goodness of fit on the data for a factor model in which Caregiving Commitment was the independent variable and the Will to Continue Caregiving was dependent variable, CFI = 0.959, RMSEA = 0.081. In each case, the path coefficient was at statistically significant levels. The rate of contribution of Caregiving Commitment was 66.1% (Figure 2).

In the statistical analysis results showed, we used structure equation modeling to study the goodness of fit on the data for a factor model in

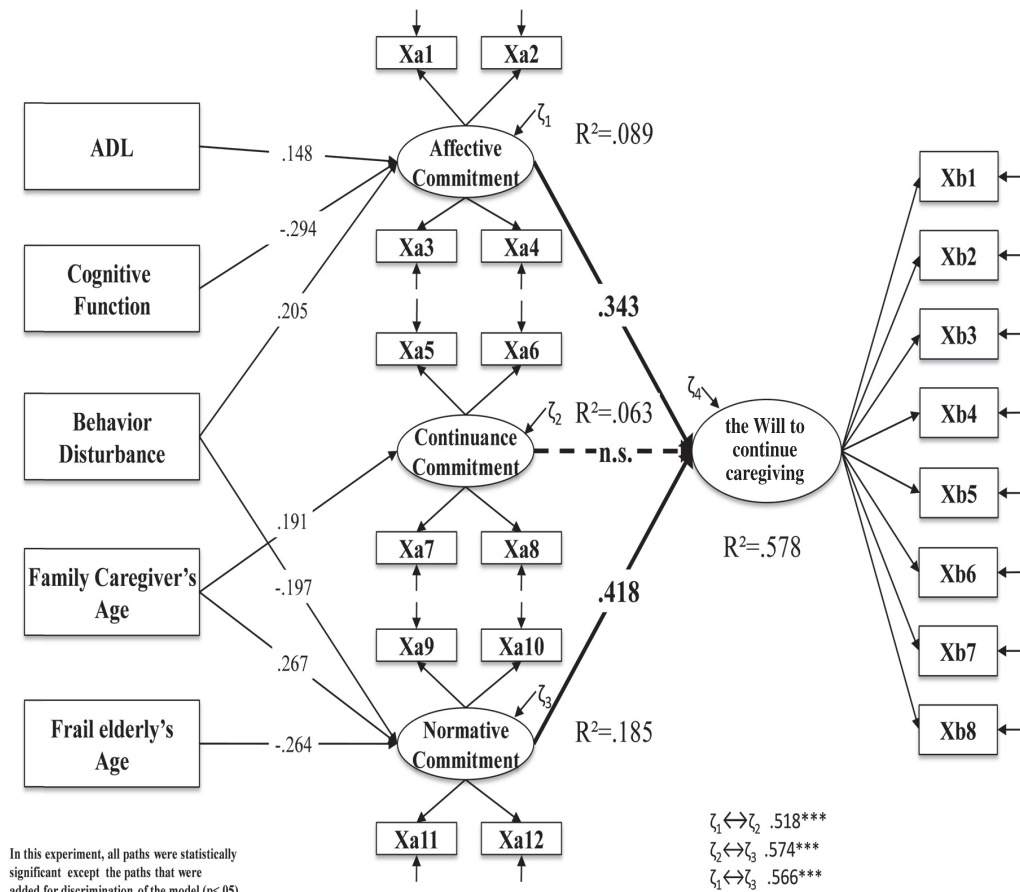


n=316, CFI=0.959, RMSEA=0.081

Figure 2 The relationship between Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving (standardized coefficients)

which the causal analysis model. In addition, the potentially stressor of Caregiving Commitment regarded frail elder's Physical Function, Cognitive Function, Behavioral Disturbance was put in causal analysis model. Also, family caregiver's gender, age was the antecedent variable of Caregiving Commitment. The causal analysis model results showed regarding goodness of fit on the data for a factor model was CFI = 0.954, RMSEA = 0.077. Caregiving Commitment's three-factors show the fate of the hypothesized relation ships. Affective Commitment factor (standardization coefficient:

0.343, $p < 0.001$) and Normative Commitment factor (standardization coefficient: 0.418, $p < 0.001$) were influenced significant paths to the Will to Continue Caregiving factor. The rate of contribution of Caregiving Commitment to the Will to Continue Caregiving was 57.8%. However, Continue Commitment factor were not influenced significant paths to the Will to Continue Caregiving factor (Figure 3). In addition, the hypothesized paths antecedent factor was influenced to Caregiving Commitment's three-factors, it shown by standardization coefficient from -0.294 to 0.267. The rate



n=316, CFI=0.954, RMSEA=0.077

Figure 3 The relationship between Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving (standardized coefficients)

of contribution of antecedent factor of Caregiving Commitment was 'Affective Commitment' 8.9%, 'Continuance Commitment' 6.3%, 'Normative Commitment' 18.5%.

IV Discussion

On this study, we regard the family caregiver's acknowledgement on a caregiving role as the concept 'Caregiving Commitment', aiming at gaining basic data on helping family caregivers for frail elderly. And the main purpose of this study is to reveal the relevance between its three-component

conceptualization named Affective Commitment, Continuance Commitment, and Normative Commitment and the Will to Continue Caregiving. First, we have conducted the fact that Caregiving Commitment factor has a close correlation with the Will to Continue Caregiving. The perception that Caregiving Commitment relates with the Will to Continue Caregiving does not contradict the indication that the motivation to nurse or support elders is a vital factor directly effects on the Will to Continue Caregiving. At the same time, the result supports the Commitment Theory as well¹⁷⁾.

Moreover, on this study, it has been revealed that Affective Commitment factor and Normative Commitment factor has been statistically related with the Will to Continue Caregiving factor on an intentional level. According to the former study, it has been reported that there is every possibility that satisfactory family relationship contributes to reduction of a burden on care giving^{24~26)}. This view suggests that the improvement of Affective Commitment related with quality of the relationship between family caregivers and frail elderly might effectively function on the burden of caregiving or the stability of the Will to Continue Caregiving. Moreover, family caregivers who highly perceive Normative Commitment tend to believe that the fundamental of caring is mutual cooperation especially derived from devotions²⁷⁾. Thus, we can assume that, as a result of this fact, their the Will to Continue Caregiving has been increased. According to former study, it has been indicated that a spirit of 'devotion' is an essential factor that directly effects on the Will to Continue Caregiving of family caregivers²⁸⁾, and it can be a factor to decrease their depression²⁹⁾. However, to promote family caregiving merely depending on those traditional virtues, on the other hand, might carry a high risk to increase burden of caring. Thus, it is required to systematically provide official home caring services or strengthen informal cooperators³⁰⁾ for family caregivers, such as their families, relatives, or people surrounding them. And also, the statistical and significant relationship between Continuance Commitment and the Will to Continue Caregiving has not been recognized. We can appreciate that this result has been also caused by Korean traditional virtues we have discussed above. Adding to the results above, in regard to the prior factor of Caregiving Commitment, it is indicated that females' Normative Commitments are higher than males if we focus on family caregivers' gender. On the former study, it has been reported that the definition of caregiving differs according

to family caregivers' gender or family relationship and that males do not tend to have negative emotion on caregiving as much as females³²⁾. It has been assumed that the tendency is inferred to have a close linkage with the standards such as traditional patriarchal system based on Confucianism. Second, there is a tendency that higher family caregivers' age is, higher Continuance Commitment and Normative Commitment are. And this is the same result as prior study. It might suggest that, as an indication on the study 'a national fact-finding of elders' actual lives and welfare need's' on 2004, this result reflects the different characteristics of the cognitive aspect of caregiving between generations. Furthermore, it tends that the lower frail elderly's Physical Function which tested as the potentially stressors as a causal analysis model are, the higher Affective Commitment of home caregivers are. However, the less frail elderly's Behavioral Disturbances are, the higher Affective Commitment and Normative Commitment are. Elders' mutual interactions of chronic disease or physical depression with emotional supports have a great influence on utilization of in-home nursing care facilities. Concretely, on the former study³⁵⁾ it has been reported that if there are various emotional supports by families or relatives a period to use home care facility services get short, even though elders have a high physical dependence. According to the results above, we can assume that family caregivers with low Affective Commitments caring physically-dependent elders extremely need home welfare services. On the cases, it is to be desired to develop not only the providence of hospitable home care services but the systematical support programs including provision of information for family caregivers' correct understanding of frail elderly' handicaps.

References

- 1) The National Statistical Office : Estimated population Statistics, Korea, 2006.

- 2) Yun-Jung Kim : Verification of the Effectiveness of Caregiving Model on Care giving Stress. *Jouranal of Family relation*, 11 (1): 79-101, 2006.
- 3) Hyun-Sook Yoon, Heung-Bong Cha, Hee-Se Cho : The Impact of Social Support on the Family Caregivers' Burden and Depression. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 20 (1): 1-19, 2000.
- 4) Jung-Nim Kim : Family Caregiver's Burden when caring for frail elderly at home in Seoul City —An investigation of the factors affecting burden—. *Japan Socio-Gerontological Society*, 23 (1): 50-60, 2001.
- 5) Ka-Oak Rhee, Mi-Jin Lee : A Study on caregiving burden among family caregivers of impaired elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 20 (2): 215-228, 2000.
- 6) Eun-Sub Oh, Kyoung-Hyung Suh : Caregivers' Burdens with Demented Family Members, Stress Responses, and their Physical Health. *Korean Journal of Health promotion and disease prevention*, 7 (4): 253-260, 2007.
- 7) Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, et al. : Caregiving and the Stress Process —An Overview of Concepts and Their Measures—. *The Gerontologist*, 30 (5): 583-594, 1990.
- 8) Noriko Suzuki, Koichi Yaguchi, Tatsuto Asakawa : A study of the concept- structure and its explanatory factors for the caring behavior performed by female caregivers. *Japan Socio-Gerontological Society*, 26 (1): 68-77, 2004.
- 9) Cicirelli VG : Attachment and Obligation as Daughters' Motives for Caregiving Behavior and Subsequent Effect on Subjective Burden. *Psychology and Aging*, 8 (2): 144-155, 1993.
- 10) Yung-Eun Chang, Ki-Wook Um, Jung-Suk Kim, et al. : A Study on the Development of a Caregiving Commitment Scale for Family Caregivers of Frail Elders at Home and the Relation between Caregiving Commitment and Depression. *Journal of Welfare for the Aged*, 42: 79-98, 2008.
- 11) Higashino Sadanori, Otaga Masaaki, Tsutsui Takako, et al. : The relationship between filial obligation for Aging Parents and encouraging continued caregiving. *The Japanese Association of Business Management for Long-Term Care*, 2 (1): 2-11, 2007.
- 12) Masafumi Kirino, Yuki Yajima, Osamu Nitta, et al. : Cross-validation of the Barthel Index among Institutional Elderly. *The Journal of Tokyo Academy of Health Sciences*, 5 (4): 230-237, 2003.
- 13) Seong-Hye Choi : Dementia Screening Questionnaire —Introduction of Activities of Daily Living (ADL), Neuropsychiatric Inventory (NPI)—. *Journal of the Korean Neurological Association*, 17 (2): 14-20, 1999.
- 14) Takao Tsutui, Kazuo Nakajima : The Relationship between Cognitive and Physical Function and Behavior Disturbance of the elderly with Dementia. *Japan Society for Healthcare Administration*, 36 (3): 27-33, 1999.
- 15) Takao Tsutui, Kazuo Nakajima : Validity of the Dementia Behavior Disturbance Index —Patients in hospitals specializing in long-term care, and residents at health care facilities for the elderly and special nursing homes—. *Japan Society for Healthcare Administration*, 35 (4): 21-30, 1998.
- 16) Narumi Sakurai : The moderating effects of positive appraisal on the burden of family caregivers of older people. *The Japanese Journal of Psychology*, 70 (3): 203-210, 1999.
- 17) Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, et al. : Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization —A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences—. *Journal of Vocational Behavior*, 61: 20-52, 2002.
- 18) Yamamoto Kaichirou, Onodera Takayoshi : Structural Equation Analysis by Amos and Analysis case [No.2]. *Nakanishiya Shuppan*, 2002.
- 19) Tabei Akemi : SPSS perfect utilizing method Questionnaire processing by Structural Equation Model (Amos). *TokyoTosho*, 2004.
- 20) Mplus ver.2.01 ; Muthen & Muthen Web : www.StatModel.com/Support:Support@StatModel.com
- 21) Hiroko Fujisaki : Towards a Conceptual Framework of Family Care for the Impaired Elderly. *Comprehensive Urban Studies*, 39 : 61-83, 1990.
- 22) Yuko Harasawa, Yoshiko Hasebe, Kazushi Okamoto : The Influence of Filial Obligation on the Will to Continue Care in Family Caregivers. *The Japan Academy for Health Behavioral*, 21 : 177-188, 2006.
- 23) Yuhko Tanaka : Tanshin-funin employees' organiza-

- tional commitment and family commitment, and their stress. The Japanese Society of Social Psychology, 12(1): 43-53, 1996.
- 24) Peters Davis ND, Moss MS, Pruchno RA : Children-in-law in caregiving families. The Gerontologist, 39 : 66-75, 1999.
 - 25) Pruchno RA, Burant CJ, Peters ND : Typologies of caregiving families: Family congruence and individual well-being. The Gerontologist, 37 : 157-167, 1997.
 - 26) Pyke K : The micropolitics of care in relationships between aging parents and adult children —Individualism, collectivism, and power—. Journal of Marriage and the Family, 61 : 661-672, 1999.
 - 27) Young-Kee Kim : Changes of Support Consciousness and Confucian Culture in Korean's Aging Society. Toukai University Bunmei, 3 : 21-31, 2003.
 - 28) Hyun-Ji Lee : An impact of family caregivers' filial obligation on caregiving burden and future care willingness for the frail elderly. Journal of the Korean Gerontological Society, 27(4) : 1015-1030, 2007.
 - 29) Mi-Ae Chun : Effects of Filial Piety Values on the Coping Styles in Family Care giver Burden and Depression. Journal of the Korea Gerontological Society, 26(4) : 665-680, 2006.
 - 30) Tomoko Tanaka, Yoshimi Hyodo, Koji Tanaka : The function of the social support network for caregivers: Family, Friends, Neighbors, and professionals. The Japanese Society of Social Psychology, 18(1) : 39-50, 2002.
 - 31) Walker AJ, Acock AC, Bowman SR, et al. : Amount of care given and caregiving satisfaction: A latent growth curve analysis. Journal of Gerontology — Psychological Sciences—, 51B(3) : 130-142, 1996.
 - 32) Martn P, Slivia Sörensen : Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. Journal of Gerontology — Psychological Sciences—, 61B(1) : 33-45, 2006.
 - 33) Kyoung-Hee Jung, Young-Hee Oh, Jae-Eun Suk, et al. : The reality of the life of elderly and welfare needs survey: 3 cepter —The supporting of elderly's exchange reality Korea, 2004—. Korea Institute for Health and Social Affairs, 2005.
 - 34) Eun-Joo Han, Bea-Young Choi : A Study about Parent Care Consciousness with a focus Symbolic Interaction Perspective. Journal of the Korean Home Economics Association, 35(2) : 373-383, 1997.
 - 35) In-Jeong Lee : The Determinants of Community Service Utilization Among Family Caregivers of the Impaired Older Persons. Korean Journal of Social Welfare, 56(3) : 183-205, 2004.

要 旨：本研究では、要介護高齢者を介護する家族の在宅介護支援に資する基礎資料を得ることをねらいとして、家族介護者の介護役割に関する認知を「介護コミットメント」概念で捉え、その下位概念を構成する3因子（情動のコミットメント、計算的コミットメント、規範的コミットメント）と介護継続意思との関連性を明らかにすることを目的とした。その結果、「情動のコミットメント」因子と「規範的コミットメント」因子が「介護継続意思」因子に有意な影響を示していた。これは、コミットメント理論が否定できないことを示唆している。従って、要介護高齢者が在宅での介護を望み、また家族が介護を継続することを志向するような場合には、従来の在宅サービスに加えて、家族介護者の介護コミットメントに対して直接的に介入すること、あるいは介護コミットメントに関連する要因への介入を通して間接的に介入することの重要性が示唆された。

キーワード：要介護高齢者、介護、コミットメント

(2012年4月4日 原稿受付)

■原著

地域医療連携において提供される画像情報の検討

Investigation of offered images between community-based medical institutions in a central community hospital in Tokyo

吉澤 寿

Hisashi Yoshizawa

要 旨：画像情報はその情報量の多さや客観性から診断や治療方法の決定に重要な役割を果たしており、地域医療連携においても最も重要な情報の一つである。本研究では、地域医療連携において利用される画像情報の内容について、地域の中核病院（東京都立墨東病院）に提供された画像情報を調査した。調査期間は2008年1月から2011年2月であった。地域医療連携で提供される画像数は年々増加し、その90%以上はCT（Computed Tomography）とMRI（Magnetic Resonance Imaging）の画像であった。地域医療連携において提供される画像数は増加した理由は、第一にCT装置やMRI装置の性能が高まり多くの画像情報が利用されるようになったこと、第二に画像を持参する患者数が増えたこと、第三に画像データの持ち運びに可搬型媒体が利用され大量のデータが容易に提供できるようになったことが考えられた。

キーワード：地域医療連携、医療画像、コンピュータ断層撮影、画像情報、画像診断

I はじめに

2008年の診療報酬改定において電子画像管理加算が新設されたことにより、医療機関において画像情報の電子管理が進展している^{1~3)}。電子化による画像情報の運用には、画像情報の保管・管理業務の省力化や省スペース化、画像情報の共有化による診断効率の向上などの大きなメリットがある^{3,4)}。CT装置の多検出化やMRI装置の多チャンネル化により装置の性能が高まり、多くの画像情報を診療で利用するようになったことも、電子管理の誘因となった⁴⁾。

地域医療連携は、地域の医療機関との緊密な連携により、それぞれの医療機関が機能に応じて役割を分担し、医療の質の向上と医療資源の効率的

な活用を行うことを目的とする。地域医療連携における画像情報は、診断や治療に客観的な情報を付加するとともに、検査の重複を避け、患者の身体的・経済的な負担を軽減することができる。近年、可搬型媒体を用いることにより大量データを容易に他の医療機関に提供できるようになったため、地域医療連携においても多くの画像情報が診療で利用されるようになった³⁾。しかし、地域医療連携において利用されている画像の内容について検討した報告はない。本研究では、地域の中核病院に紹介された患者が持参した画像情報について調査し、地域医療連携において利用される画像に影響を与える要因について検討した。

II 方法

調査期間は2008年1月から2011年2月であった(2008年1月にPACS(Picture Archiving and Communication System)サーバの運用開始)。調査対象は、地域の医療機関より東京都立墨東病院(以下、墨東病院)での診療を紹介された患者の、診療情報提供書に添付された画像情報とした。調査対象について、画像情報を含む診療情報提供書により紹介された患者(以下、画像持参患者)の人数、検査方法、画像数および画像情報を提供した医療機関の種別と病床数を調査した。画像持参患者数は、画像持参患者ごとに1人とカウントした。検査方法は、対象の画像情報を、X線写真、透視、CT、MRI、血管造影、PET(Positron Emission Tomography)、内視鏡、超音波の各検査方法に区分した。画像数は、画像ごとに1コマとカウントし、1枚のフィルムに複数の画像が記録されている場合は、画像毎に1コマとカウントした。

墨東病院の規模は、23診療科、772病床、平均外来患者数は1400名/日である。区東部医療圏(墨田区、江東区、江戸川区)において最大規模の総合病院であり、救急救命センター、総合周産期母子医療センターを設置するとともに精神科救急にも対応し、地域の中核病院としての機能を果たしている。地域別外来患者数は、江東区(31.1%)、江戸川区(29.5%)、墨田区(20.0%)の近隣3区が約8割を占め、東京都内が93.5%となっている(2010年10月調査)。紹介率は61.7%(2010年度)であり、救急車等搬入患者数の割合がその3割を超えている。本研究は墨東病院の倫理委員会の承認を受けた。

III 結果

画像情報を提供した地域の医療機関を表1に示す。画像情報を提供した医療機関1409施設のうち、江東区が199施設(14.1%)、江戸川区183施設(13.0%)、墨田区123施設(8.7%)と、近隣3区が35.8%を占め、東京都内は1007施設(71.5%)であった。都外では、千葉県が143施設(10.1%)と高い割合を示した。

画像持参患者の紹介数4442人のうち、江東区が1292人(29.1%)、江戸川区914人(20.6%)、墨

田区911人(20.5%)と、近隣3区が70.2%を占め、東京都内は4116人(92.7%)であった。紹介患者の地域分布は、墨東病院における外来患者の地域分布に近い傾向を示した。

地域医療連携において提供された画像数の推移を図1に、画像持参患者数の推移(2008年～2010年)を図2に示す。画像持参患者数はいずれの規模の医療機関においても経年的に増加した。特に医科診療所からの紹介患者151人から994人と大幅に増加した。

画像持参患者1人当たりの画像数の推移(2008～2010年)を図3に示す。画像持参紹介患者1人当たりの画像数は、歯科診療からのものは他の種別の医療機関からのものに比べ少なかった。医科診療所からのものは、2008年には74コマ、2009年には66コマ、2010年には71コマと経年的な変化が少なかった。病院からの画像持参患者1人当たりの画像数は、2008年には59コマ、2009年には143コマ、2010年には179コマと経年的に増加する傾向が見られた。特に500床以上の病院からの画像持参患者1人当たりの画像数は、2008年には124コマであったものが、2009年には338コマ、2010年には390コマと大幅に増加した。

画像持参患者の画像数を検査方法の種別で見ると、歯科診療所では、提供された画像数の16%がX線写真であり、医科診療所や病院におけるX線写真の割合が2%未満であるのに比べ高い割合を示した(図4)。医科診療所から提供された画像情報はCT、MRIの画像数がほぼ同数であり、合わせると90%を超えていた(図4)。病院から提供された画像情報は、CTの画像数が62%、MRIが27%、PETが10%であった。

IV 考察

画像情報は、初期診療段階での原因検索から治療方針の決定やその効果判定まで、日常診療に不可欠なものである^{4～6)}。本研究において、地域医療連携で中核病院(墨東病院)に提供された画像数は、提供元が診療所、病院ともに経年的に増加していることが明らかになった。このことは、画像情報が地域医療連携においても重要な情報であ

表 1 画像情報を提供した医療機関

		診療所				病院															
		歯科		内科		20～49床		50～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床以上		不明	
		施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数	施設数	患者数
東京都 23区	江東区	27	67	140	592	4	167	3	89	5	173	2	171	1	20			1	13		
	江戸川区	13	20	130	445	3	7	7	182	7	197	1	2	1	38	1	23				
	墨田区	19	67	78	312	1	9	3	110	6	253	2	63			1	97				
	足立区	1	9	9	22			7	17	8	17	2	5			1	2				
	葛飾区	6	11	32	99	1	3	6	59	5	28			2	27						
	新宿区			21	34			2	3	3	3			1	2	1	1	6	23		
	千代田区			20	36	4	11			1	2	3	12			2	12	1	4		
	大田区	2	6	1	7	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3		
	世田谷区			3	3			2	2			1	1	2	2	1	3	2	3		
	港区			21	32	1	1	2	2			1	4					3	21		
	板橋区							1	1	1	1					1	1	4	5		
	文京区									2	7							5	119		
	渋谷区			6	8			1	1	2	3					1	6	1	12		
	台東区			14	17			1	1	3	38					1	22				
	北区			4	4	1	3	3	3			1	1								
	中野区			3	4							2	3	1	1	1	5				
	豊島区			3	3	1	1	2	3	1	1										
	荒川区	1	1	4	9			1	1	1	1					1	3				
	中央区	2	3	26	48	1	2											2	45		
	目黒区	1	1	3	4									1	1	1	1	1	1		
	練馬区											1	2	1	2	1	3				
	杉並区							1	1			1	2								
	品川区			2	2									1	1			1	3		
都下市町村				11	18			2	2	4	4	2	3	6	7	1	1	6	13		
千葉県				29	34	1	1	5	6	12	19	12	24	10	14	7	15	10	33		
神奈川県				10	10	2	1		1	1	4	1	3	5	7	3	6	10	10		
埼玉県				5	5	1	2	1		4	1	3	1	4	7	3	5	4	13		
茨城県								1	1		1		1	1	2	1	1	3	7		
栃木県				1	1			1			1		1	1	1	1	1	3	4		
群馬県				1	1					1	2	1	1					2	3		
静岡県										1	1	1	1			1	1	3	4		
大阪府				1	2			1	1					3	3			1	1		
福島県														1	1			4	4		
北海道				1	1			2	2									2	3		
愛知県				5	5			1	1					1	2			1	1		
山形県												1	1					2	3		
長野県														1	2	1	1	1	1		
福岡県				2	2									1	1			2	2		
広島県														1	1	1	1				
三重県				1			1	1										1	1		
山梨県												1	1					1	1		
青森県																		2	2		
大分県								1	1			1	1								
岩手県														1	1						
岐阜県																		1	2		
京都府																		1	1		
熊本県																1	1				
山口県										1	1										
滋賀県																		1	1		
新潟県				2														1	2		
長崎県														1	1						
鳥取県												1	1								
富山県																1	1				
外国																				4	4
健康検診				4	4																

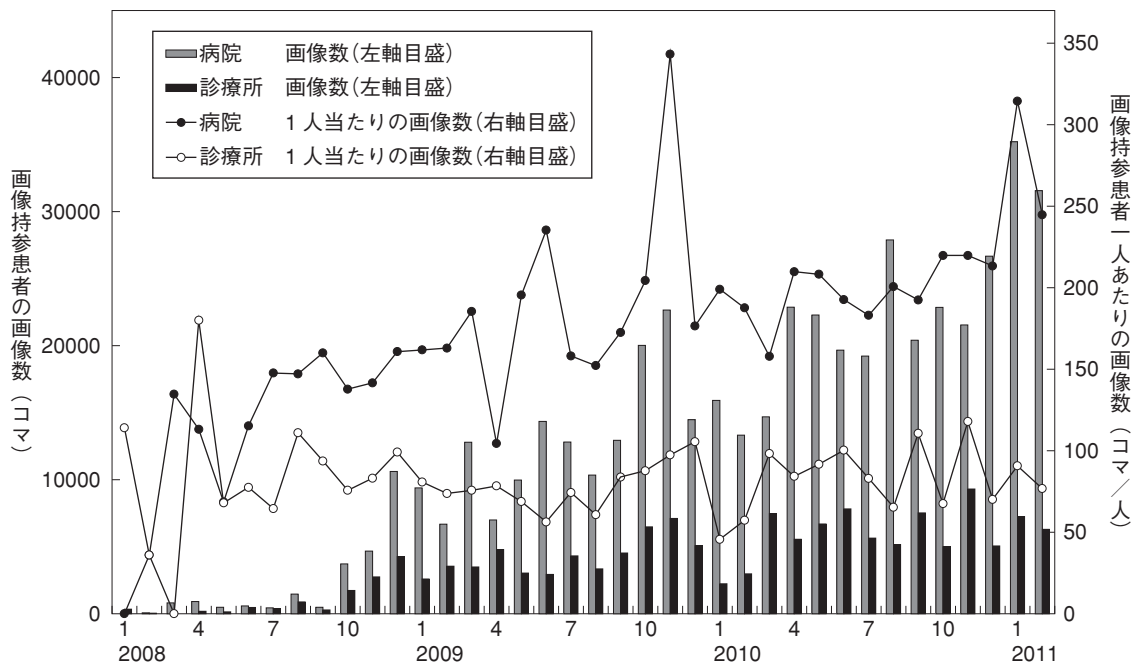


図1 地域医療連携において提供された画像数

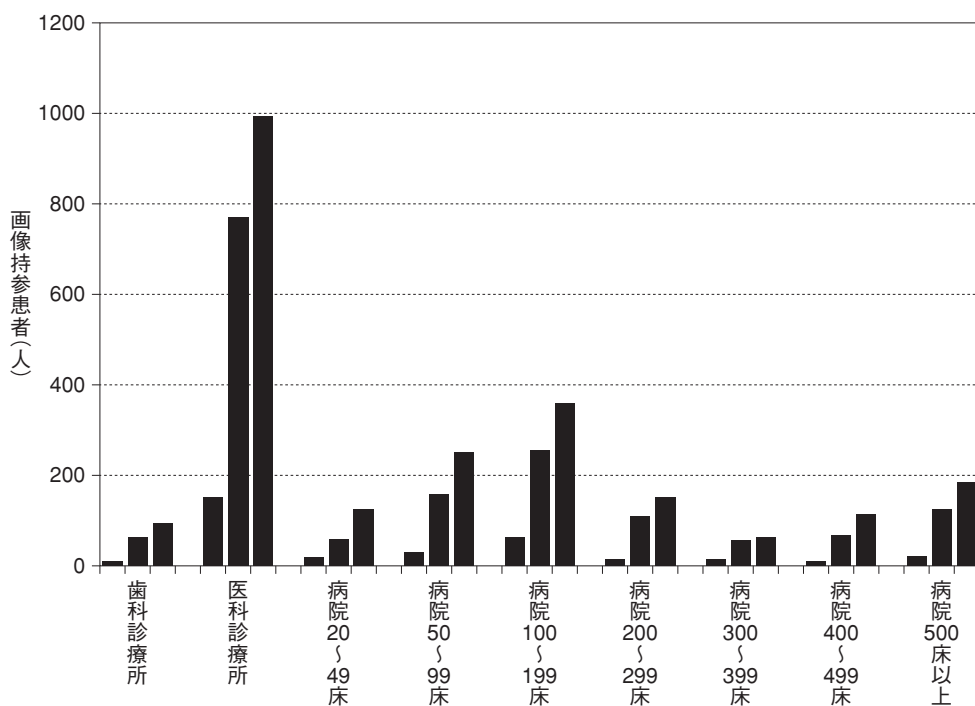


図2 画像持参患者数の推移(2008～2010年)

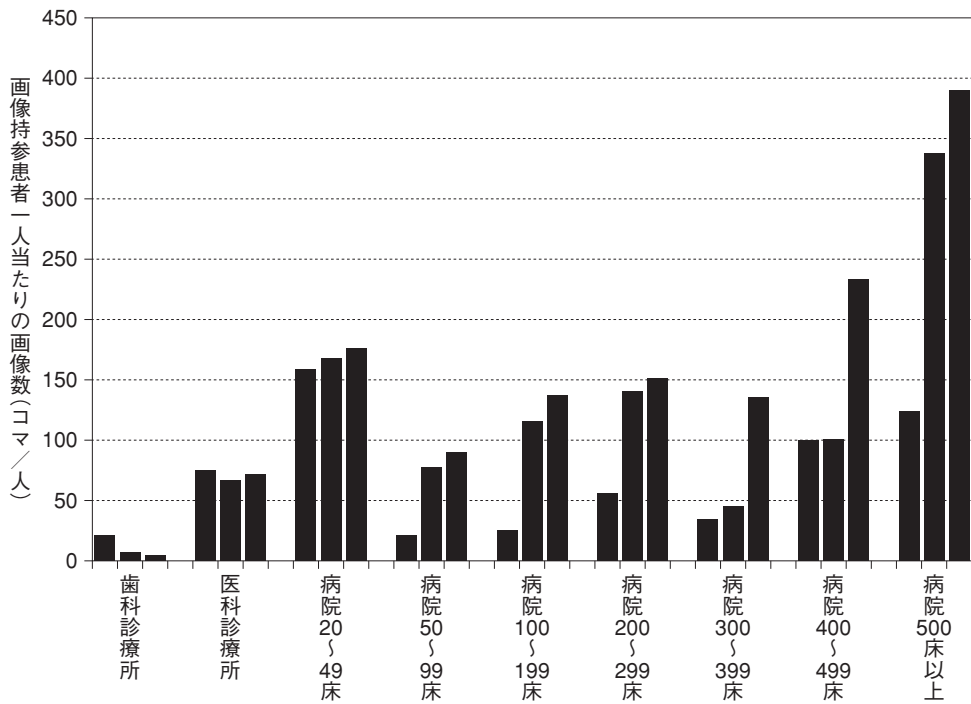


図3 画像持参患者1人当たりの画像数の推移(2008～2010年)

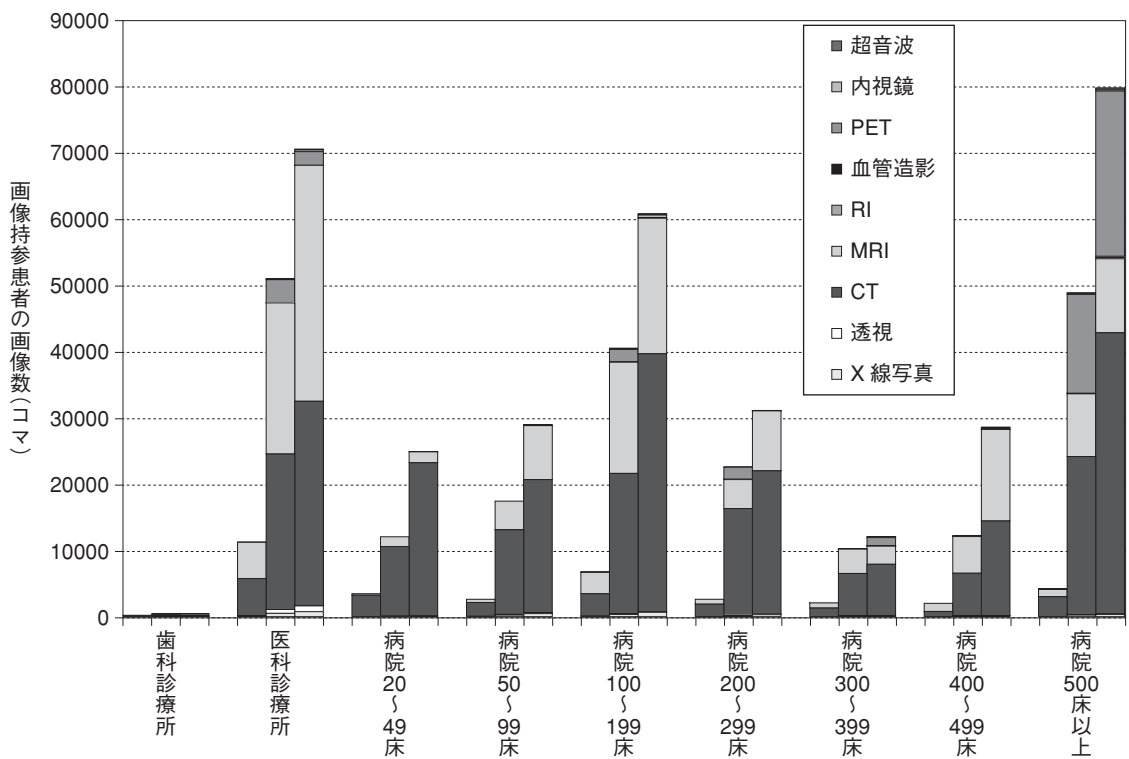


図4 画像持参患者の画像数の推移(2008～2010年)

り、その役割が年々増していることを裏付けるものとする。

地域医療連携において提供される画像情報を検査方法から見ると、CTとMRIを合わせた画像数が提供された総画像数の90%を超えており、その数も増加していた。地域医療連携において提供される画像情報を提供元の医療機関の規模別で見ると、500床以上の病院からの画像持参患者1人当たりの画像数は、2008年から2010年の間に124コマから390コマと大幅に増加した。地域医療連携において画像持参患者の画像数が増加したのは、第一にCT装置の多検出化やMRI装置の多チャンネル化により装置の性能が高まったために、多くの画像が使われるようになったこと⁴⁾。第二に、画像を持参する患者が増えたこと(図2)。第三に、画像データの持ち運びに可搬型媒体が利用され、大量のデータが容易に提供できるようになったことが影響しているものと考えられる^{1~3)}。

本調査の結果、地域医療連携においても、画像情報が活発に利用されていることが明らかになった。反面、地域医療連携で提供される画像数がこのまま増加し続けると、次のような問題が生ずる恐れがある。まず、提供された画像情報は受入れた医療機関で保管しなければならず、そのためのコストがかかる点である。そして、提供された画像の診断をいつ誰が行うのか、という点である。今後、地域医療連携における画像情報管理の診療報酬インセンティブを更に高めて、画像情報を通じた医療の質の向上と医療資源の効率的な活用が図られることが望まれる。

V まとめ

連携的医療を実現するためには、画像情報を含

む診療情報の共有化が欠かせない。地域医療連携において中核病院(墨東病院)に提供された画像数は年々増加していた。提供される画像数の90%以上はCTまたはMRIの画像であった。画像数の増加は、CTやMRI装置が高性能化し多くの画像情報が医療機関で利用されるようになったことや、画像を持参する紹介患者数が増えたこと、可搬型媒体を利用することで大量の画像データを容易に持ち運びできるようになったことが、主な原因と考えられた。

謝辞：研究に協力頂いた墨東病院前診療放射線科技師長、故 永田健治氏、洞察に富む助言を与えて頂いた前診療放射線科部長、小山和行氏に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 木村道男, 奥田保男: 患者に渡す画像CD—現状, 問題点, インセンティブ. インナービジョン, 23: 2-8, 2008.
- 2) 木村道男: 患者に渡す画像CDに関する話題—現状, 問題点, リスク, 厚生労働省標準規格. 映像情報メディア, 42: 818-823, 2010.
- 3) 吉澤寿: 可搬媒体を用いた病診画像連携—東京都大田区での調査—. 日保学誌, 13: 87-90, 2010.
- 4) 井田正博: 地域中核病院とPACS, そして放射線科専門医の役割. 映像情報メディア, 41: 826-829, 2009.
- 5) 吉澤寿: MRIで淡蒼球・黒質に異常信号を認め高圧酸素療法が効奏した一酸化炭素中毒の1例: 一酸化炭素による選択的脳組織傷害機序の一考察. 日保学誌, 9: 268-275, 2007.
- 6) 吉澤寿, 井田正博, 長尾毅彦, 他: Parkinson病診断におけるNeuromelanin imagingの有用性. 日磁医誌, 30, 32-35, 2010.

Abstract : One of the most important points for medical care cooperation is image information, which plays a major role in decision-making regarding diagnosis and treatment of disease. This study examined contents of images that have been used in community medical care, such as detection equipment, resources, recording mediums, at Bokutoh hospital in Sumida-ku. The survey was carried out between January 2008 and February 2011 and involved 4442 pieces of data. The number of the provided images has been on the increase in community medical care. More than 90% of all provided images were produced by CT or MRI. One of the reasons for the increase in the number of offered images was that CT and MRI have been recently upgraded with new detector technology. The second reason was that many patients bring in medical images take at other medical institutions as part of referral information to treat illnesses. The third reason was that Portable Data for Imaging (PDI) are increasingly being used.

Key words : regional medical collaboration, medical image, Computed Tomography, image information, diagnostic imaging

(2011 年 6 月 24 日 原稿受付)

学会だより

第22回日本保健科学学会学術集会を開催して

平成24年10月13日(土)に首都大学東京荒川キャンパスにて第22回日本保健科学学会学術集会を開催しました。今回のテーマは「認知症の予防とケア」といたしました。このテーマを取り上げた背景の一つには、平成23年に社会保障審議会医療部会が従来の4疾患5事業に新たに精神疾患を追加したことがあります。なかでも増加する認知症患者への対応は急務であるといえます。認知症患者への対応は医療的なケアの範疇に収まるものではなく、総合的なニーズに応えるために、多領域の連携が求められており、多くの職種を会員に有する本学会にふさわしいと思いました。

シンポジウムでは、はじめに本学会理事長、繁田雅弘先生より、「4つの認知症疾患を理解しよう」、続いて大場洋先生(帝京大学)から「認知症の画像診断」、最後に、守口恭子先生(健康科学大学)より「認知症の人にどう関わるか—作業療法の立場から」を御講演いただき、各専門領域から認知症への理解を深めることができました。

その後、新たな試みとして、シンポジウムの精神医学と作業療法学に看護学と理学療法学を加えた4領域によるワークショップを企画し、地域に開かれた学会として、多くの地域住民に御参加いただきました。そのテーマは、医学領域から「認知症の症状を理解し、共感するということ」、看護学領域からは「心身を癒すタッチセラピーを学ぶ」、理学療法学領域からは「認知症の予防には運動がおすすめ」、作業療法学領域から「人生再発見講座」でした。

また、本大会においては、口述発表15題、昨年より採り入れた電子ポスター発表26題の発表により、会員の日ごろの研究成果の紹介、熱心な討論が行われました。また栄えある本学会優秀賞・奨励賞受賞者の講演も実施されました。

参加者は、一般参加者110名、正会員98名、非会員9名、本学学部生40名、合計257名でした。一般参加者向けのシンポジウムおよびワーク

ショップの企画が項を奏した形で、多くの来場者を迎えることが出来ました。

最後に本学術集会開催に御協力いただきました関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

第22回日本保健科学学会学術集会長 里村 恵子
(首都大学東京健康福祉学部作業療法学科教授)

平成24年度 日本保健科学学会 第2回 報告

平成24年10月12日18時30分より、首都大学東京健康福祉学部大会議室にて平成24年度第2回日本保健科学学会理事会が開催された、出席理事は12名委任状3名であった。

報告事項

繁田雅弘理事長の挨拶に続き、第22回日本保健科学学会学術集会進捗状況について里村恵子学術集会長より報告が行われた。

平成25年度第23回日本保健科学学会学術集会につて、勝野とわ子学術集会長より集会のテーマなどの紹介が行われた。

新田収事務局長より、平成26年度第24回日本保健科学学会学術集会長として池田誠先生が選出されたことが報告された。

新田収事務局長より今年度実施予定の役員選出について、その方法の説明が行われた。

繁田雅弘編集委員会委員長より編集委員会再編成に関する報告が行われた。

審議事項

繁田雅弘編集委員会委員長より、第4回日本保健科学学会優秀賞・奨励賞候補論文が提案され、承認された。

関根紀夫広報委員長より、論文査読システムのデジタル化について説明が行われた、審議されたが、継続して検討することが確認された。

優秀賞

竹井仁, 根岸徹, 後藤保正, 渡邊修, 柳澤健 : MRIによる肩関節屈曲運動の解析. 14(1): 13-23, 2011.

奨励賞

伊藤猛, 篠原広行, 橋本雄幸 : 医用画像位置合わせの過程を視覚化する表示プログラムの開発. 14(1): 32-39, 2011.

第4回日本保健科学学会優秀賞・奨励賞の 選考

第4回日本保健科学学会優秀賞・奨励賞の選考が行われました。両賞は、保健科学における研究の推進と、本誌への論文投稿をより一層奨励することを目的として設けられたもので、今回が3回目となります。

前年度発行の本誌（今回は第14巻）に投稿された全原著論文のうち、査読者または担当編集委員により優秀な論文として推薦のあったものの中から、選考委員会において選考され、その答申を元に理事会において決定されます。

優秀賞は最も優秀な論文と認められたもの、奨励賞は筆頭著者が投稿時に40歳未満であることを条件として奨励賞にふさわしい優れた論文と認められたものに贈られます。

本年度は査読者または担当編集委員により5編の論文が推薦されました。この中から選考の結果、右記の論文が優秀賞および奨励賞に決定し、第22回日本保健科学学会学術集会会場において、各賞の贈呈が行われました。

受賞者である竹井先生、伊藤先生に受賞の喜びや今後の抱負について寄稿していただきました。



優秀賞受賞者と編集委員長

第4回日本保健科学学会優秀賞を受賞して

●首都大学東京健康福祉学部理学療法学科

竹井仁



平成24年10月13日に表記の表彰式が行われ、記念発表を行わせていただきました。

今回受賞させていただいた論文は、「竹井仁, 根岸徹, 後藤保正, 渡邊修, 柳澤健: MRIによる肩関節屈曲運動の解析. 日保学誌 14(1): 13-23, 2011」です。私の研究に協力していただいた先生方、ならびに本賞に推薦していただいた先生方に深謝申し上げます。

さて、私は常々、考えていることがあります。それは、何十年も前に先人達が研究して報告した内容が、あたかも既成事実として多くの研究者に引用され、さらには教科書にも載っていることが、果たして本当に正しいのか？、という疑問です。昔と今とでは、測定機器も異なれば、その精度も違ってきています。もしかしたら、既成事実が違っているかもしれないのです。

その事実を確認したいという期待感から、今までも私自身多くの研究を行ってきました。今回の研究では、MRIという精密な機器を使用しました。結果、肩関節屈曲運動の最終肢位での肩甲骨腕リズム（上腕骨：肩甲骨）は約2.1:1でしたが、角度を細かく見ていくと、後半は肩甲骨の比率が高くなり、1.4:1になることも分かりました。また、最終肢位にて、上腕骨頭は36.4°の内旋を生じていることも分かりました。教科書にも「屈曲には内旋が伴う」とありますので、それを裏付ける結果かと思いきや、実は、肩甲骨の外転／内転や上方回旋の動きを加味すると、肩関節としては最終的に29.6°の外旋となることが明らかとなったのです。これらは新たな発見です。こういう研究は楽しくもあります。

今後も、真実を見極めるべく、研究に邁進したいと考えています。

奨励賞を受賞して

●首都大学東京大学院人間健康科学研究科放射線科学域

伊藤猛



この度は、第4回日本保健科学学会奨励賞という栄誉ある賞をいただき、大変光栄に存じます。編集委員会、選考委員会の先生方に深く御礼申し上げます。

現在の医療現場では単一モダリティで得られた画像のみではなく、異なるモダリティにより得られた画像を融合させ診断能の向上を図る場面が増えてきています。PET/CTのようなハイブリット装置では同じ患者位置で撮像できるため融合画像の作成は簡単ですが、異なるモダリティで得られた画像を融合させるには通常ソフトウェアによる位置合わせが必要となります。様々なソフトウェアがある中、本研究では画像位置合わせの過程を表示させることにより、位置合わせの流れを視覚化することを試みました。これにより処理前と処理後の融合画像のみでは分からなかった位置ずれ、またはその原因の検証等に役立つと考えます。本研究の表示プログラムは、頭部等の変形のない剛体モデルに対する線形変換による位置合わせのため、今後は体幹部等の非線形変換による位置合わせへの発展が必要と考えます。

最後になりますが、本研究を行うにあたり親身にご指導頂いた篠原広行名誉教授（首都大学東京）、橋本雄幸教授（横浜創英大学）、ならびにご協力いただいた方々に深く感謝申し上げます。

日本保健科学学会会則

第1章 総 則

第1条 本会は、日本保健科学学会（Japan Academy of Health Sciences）と称する。

第2章 目 的

第2条 本会は、わが国における保健科学の進歩と啓発を図ることを目的とする

第3章 事 業

第3条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- 一、学術交流を目的とする学術集会を開催する
- 二、会誌等を発行する
- 三、その他理事会が必要と認めた事業を行う

第4章 会 員

第4条 本会の会員は、次のとおりとする。

- 一、正会員
- 二、学生会員
- 三、賛助会員

第5条 正会員とは、本会の目的に賛同するもので保健科学に関心がある研究者もしくは実践家であり、所定の会費を納入した個人をいう。

2. 正会員は総会に出席し、議決権を行使することができる。
3. 正会員は、会誌に投稿し、学術集会で発表し、会誌等の配布を受けることができる。

第6条 学生会員とは大学学部に在学し、保健科学に関連する分野に関心があるものであり、正会員1名の推薦があった個人をいう。学生会員は別途さだめる会費を納入する義務を負う。

2. 学生会員は総会への出席および議決権の行使はできない。
3. 学生会員は、会誌等の配布を受けることができる。

第7条 賛助会員とは、本会の目的に賛同する個

人または団体で、理事の承認を得た者をいう。

第8条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。

2. 既納の会費は、理由のいかんを問わずこれを返還しない。

第9条 会員は、次の理由によりその資格を失う。

- 一、退会
- 二、会費の滞納
- 三、死亡または失踪宣告
- 四、除名

2. 退会を希望する会員は、退会届を理事会へ提出しなければならない。

3. 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に著しく反する行為のあった会員は、評議員会の議をへて理事長がこれを除名することができる。

第5章 役員および学術集會会長

第10条 本会に次の役員を置く。

- 一、理事長1名
- 二、理事15名程度
- 三、監事2名
- 四、事務局長1名
- 五、評議員定数は別に定める

第11条 役員の選出は次のとおりとする。

- 一、理事長は、理事会で理事のうちから選出し総会の承認をうる。
- 二、理事および監事は、評議員のうちから選出し総会の承認をうる。
- 三、事務局長は正会員のうちから理事長が委嘱する。
- 四、評議員は正会員のなかから選出する。
- 五、役員の選出に関する細則は、別に定める。

第12条 役員の任期は2年とし再選を妨げない。

第13条 役員は、次の職務を行う。

- 一、理事長は本会を代表し会務を統括する。
- 二、理事は理事会を組織し会務を執行する。
- 三、監事は本会の会計および資産を監査する。

- 四. 評議員は評議員会を組織し、理事会の諮問に応じ本会の重要事項を審議する。

第14条 学術集会長は、正会員のなかから選出し総会の承認をうる。

第15条 学術集会長の任期は当該学術集会の前の学術集会終了日の翌日から当該学術集会終了日までとする。

第6章 会議

第16条 本会に次の会議を置く。

- 一. 理事会
- 二. 評議員会
- 三. 総会

第17条 理事会は、理事長が招集しその議長となる。

2. 理事会は年1回以上開催する。ただし理事の3分の1以上からの請求および監事からの請求があったときは、理事長は臨時にこれを開催しなければならない。

3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。

第18条 評議員会は、理事長が招集する。評議員会の議長はその都度、出席評議員のうちから選出する。

2. 評議員会は、毎年1回以上開催し、評議員の過半数の出席をもって成立する。

第19条 総会は、理事長が招集する。総会の議長はその都度、出席正会員のうちから選出する。

2. 総会は、会員現在数の10%以上の出席がなければ議事を開き議決することができない。ただし、委任状をもって出席とみなすことができる。

3. 通常総会は、年1回開催する。

4. 臨時総会は、理事会が必要と認めたとき、理事長が招集して開催する。

第20条 総会は、次の事項を議決する。

- 一. 事業計画及び収支予算に関する事項
- 二. 事業報告及び収支決算に関する事項

- 三. 会則変更に関する事項

- 四. その他理事長または理事会が必要と認める事項

第7章 学術集会

第21条 学術集会は、学術集会長が主宰して開催する。

2. 学術集会の運営は会長が裁量する。

3. 学術集会の講演抄録は会誌に掲載することができる。

第8章 会誌等

第22条 会誌等を発行するため本会に編集委員会を置く。

2. 編集委員長は、正会員のうちから理事長が委嘱する。任期は2年とし、再任を妨げない。

第9章 会計

第23条 本会の費用は、会費その他の収入をもってこれに充てる。

2. 本会の予算および決算は、評議員会および総会の承認を受け、会誌に掲載しなければならない。

第24条 本会の会計年度は各年4月1日にはじまり、3月末日をもって終わる。

第25条 学術集会の費用は大会参加費をもって充てる。ただしその決算報告は理事会において行う。

第26条 本会の事務局は、当分の間、首都大学東京 健康福祉学部内におく。

2. 事務局の運営に関しては、事務局運用規定に定める。

第10章 会則変更

第27条 本会則の変更は、理事会および評議員会の議を経たのち総会の承認をうることを必要とする。

第11章 雑則

第28条 この会則に定めるもののほか本会の運営に必要な事項は別に定める。

付 則 本会則は、1998年9月30日から実施する。
(2005年9月10日改訂)

以上

日本保健科学学会細則

〔会費〕

1. 正会員の年度会費は、10,000 円とする。賛助会員は年額 30,000 円以上とする。
2. 会費は毎年 3 月 31 日までに、その年度の会費を納付しなければならない。

〔委員会〕

1. 本会の事業を遂行するため、必要に応じて委員会を設置することができる。その設置は事業計画に委員会活動の項目を設けることで行う。
2. 委員長は理事・評議員の中から選出し、理事会で決定する。委員は正会員の中から委員長が選任し、理事長が委嘱する。委員の氏名は、会員に公表する。
3. 必要に応じて、副委員長、会計棟の委員会役員を置くことができる。委員会の運営規約は、それぞれの委員会内規に定める。
4. 委員会の活動費は、学会の経常経費から支出できる。
5. 委員会は総会において活動報告を行う。

(発効年月日 平成 11 年 6 月 26 日)

〔事務局運用規約〕

1. 本学会に事務局を置く。事務局の所在地は、当分の間下記とする。
116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10
首都大学東京健康福祉学部内
2. 事務局に事務局長 1 名、事務局員若干名、事務局職員を置く。事務局員は、会員の中から事務局長が推薦し理事長が委嘱する。事務局長と事務局員は無給とする。事務局職員は有給とする。
3. 事務局においては事務局会議を開催し、学会運営に関する事務を行う。事務局会議の結果は、理事長に報告する。

(発効年月日 平成 13 年 7 月 28 日)

〔編集委員会規約〕

1. 日本保健科学学会誌（以下、会誌という）の編集代表者は理事長とする。
2. 編集委員会の委員は正会員のうちから理事長が委嘱する。任期は 2 年とし再任は妨げない。
3. 編集委員会は、編集にかかわる業務を行い、会誌を定期的に刊行する。
4. 投稿論文は複数の審査者による査読の結果に基づき、編集委員会において掲載を決める。
5. 編集委員会には、編集協力委員をおくことができる。編集協力委員は、編集委員長が推薦し理事長が委嘱する。
6. 編集委員会の結果は、理事長に報告する。

(発効年月日 平成 13 年 7 月 28 日)

〔役員選出に関わる細則〕

1. 評議員は、職種別会員構成に準拠して、本人の承諾を経て選出する。
2. 評議員は、保健科学の学識を有し、本学会に貢献する者とする。
3. 新評議員は 2 名以上の評議員の推薦を要する。
4. 理事長により選出された役員選出委員会にて推薦された新評議員について上記 1. 2. の条件への適合について審議の上、新評議員候補者名簿を理事会へ提案する。

(発効年月日 平成 15 年 9 月 13 日)

〔学会功労者に関する表彰規定〕

1. 理事より推薦があり、理事会において日本保健科学学会の発展に著しい功績があると認められた場合、表彰状を授与することができる。

(発効年月日 平成 19 年 9 月 6 日)

〔大学院生の会費割引に関わる規程〕

1. 入会時および会費納入時に、所属する大学院および研究科、および博士前期、後期を問わず、学生証の提示により大学院生であることが確認されれば、正会員資格のまま、会費の 50% を軽減する。

(発効年月日 平成 20 年 4 月 1 日)

[会費未納に伴う退会規程]

1. 2年間会費未納の場合学会誌送付を中止し、さらに2年間未納の場合は退会とする。
2. 上記規程により退会となった者が会員資格の回復を希望する場合は原則として未納分の会費の納入を必要とする。

(発効年月日 平成20年4月1日)

[学会賞に関わる細則]

1. 日本保健科学学会誌に掲載された論文の中から、特に優秀な論文に対し以下の手順に従っ

て、優秀賞および奨励賞を授与することが出来る。

選出手順

- ①日本保健科学学会誌編集委員長が優秀賞・奨励賞選考委員会を招集する。
- ②優秀賞・奨励賞選出委員会は当該年度日本保健科学学会誌掲載論文の中から、優秀賞1編、奨励賞1編を選出する。ただし奨励賞は筆頭著者が40歳未満であることを条件とする。

(発効年月日 平成20年4月1日)

日本保健科学学会誌 投稿要領

1. 本誌への投稿資格は日本保健科学学会会員とする。ただし、依頼原稿についてはこの限りではない。投稿論文の共著者に学生会員を含むことができる。研究や調査の際に倫理上人権上の配慮がなされ、その旨が文中に明記されていること。
2. 原稿は未発表のものに限る。
3. 原稿は次のカテゴリーのいずれかに分類する。
 - ・総説
 - ・原著（短報、症例報告、調査報告などを含む）
 - ・その他（資料など）
4. 投稿原稿の採否は、査読後、編集委員会において決定する。
5. 審査の結果は投稿者に通知する。
6. 原稿の分量および形式は、下記の通りとする。
 - (1) 原稿はパソコンまたはワープロ（テキストファイル形式）を用い、A4 版横書き縦 40 行・横 40 字の 1600 字分を 1 枚とし、文献、図表、写真を含み、本文の合計が 10 枚（16000 字相当）以内を原則とする。1600 字用紙で 3 枚程度の短報も可能。
 - (2) 図表、写真は、それぞれ 1 枚につき原稿 400 字分と換算し、原則として合計 5 枚以内とする。図は製版できるよう作成し、表はタイプ又はワープロで作成する。写真は白黒を原則とし、カラー写真の場合には実費負担とする。
 - (3) 刷り上がり 3 ページ（4800 字相当）までの掲載は無料。4 ページ以上の超過ページの印刷に関する費用は有料とする（1 ページ当たり 6000 円）。
7. 原稿の執筆は下記に従うものとする。
 - (1) 原稿の表紙に、題名（和文および英文）、著者氏名（和文および英文）、所属（和文および英文）、連絡先、希望する原稿のカテゴリー、別刷必要部数を明記する。なお、著者が大学

院学生の場合、所属として大学院および研究科等を記す。ただし他の施設・機関等に所属している場合、これを併記することができる（例：首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域、〇〇病院看護部）。連絡先には、郵便番号、住所、氏名、電話、ファックス、e-mail アドレスを含む。いずれの原稿カテゴリーにおいても上記の様式とする。

- (2) 原稿本文には、和文の要旨（400 字以内）とキーワード（5 語以内）、本文、文献、英語要旨（300 語以内の Abstract）と Keywords（5 語以内）の順に記載し、通し番号を付け、図表及び写真を添付する。
- (3) 図、表及び写真は 1 枚ずつ別紙とし、それぞれの裏に通し番号と著者名を記入する。さらに図及び写真の標題や説明は、別紙 1 枚に番号順に記入する。また、原稿中の図表、写真の挿入箇所については、欄外に朱筆する。
- (4) 年号は原則として西暦を使用し、外国語、外国人名、地名は、原語もしくはカタカナ（最初は原綴りを併記）で書く。略語は本文中の最初に出たところでフルネームを入れる。
- (5) 文献の記載方法
 - a) 本文中の該当箇所の右肩に、順に 1), 2) …の通し番号を付し、文末に番号順に揚げる。
 - b) 雑誌の場合
著者名：題名、雑誌名、巻(号)：引用ページ、発行年 の順に記載する。
(例)
井村恒郎：知覚抗争の現象について、精神神経誌，60：1239-1247, 1958.
Baxter, L R, Schwartz, J M, et al. : Reduction of prefrontal cortex metabolism common to three types of depression. Arch Gen Psychiatry, 46 : 243-250, 1989.
 - c) 単行本の場合
著者名：題名、監修ないし編集者、書名、版数：引用ページ、発行社名、発行地名、西暦発行日の順に記載する。
(例)
八木剛平、伊藤 斉：躁鬱病。保崎秀夫

編著, 新精神医学: 282-306, 文光堂, 東京, 1990.

Gardnar, M B : Oncogenes and acute leukemia. Stass SA (ed) , The Acute Leukemias : 327 - 359, Marcel Dekker, New York, 1987.

- d) 著者名が4名以上の場合, 3名連記の上, ○○○, 他, あるいは○○○, et al. とする。
8. 原稿はパソコン又はワープロ (テキストファイル形式) で作成し, 正原稿 1部とそのコピー 1部, 所属・著者名を削除した副原稿 2部, 合計 4部を提出する。また, 電子媒体 (DVD, CD, USB メモリー等) (氏名, ファイル名等を明記) と所定の投稿票と投稿承諾書 (巻末) を添付する。
9. 修正後の原稿提出の際には, 修正原稿 1部とそのコピー 1部, 修正副原稿 (所属, 著者名

を削除) 2部, 修正後の電子媒体 (氏名, ファイル名等を明記), 査読済の元原稿 (コピー) 2部を添えて提出する。

10. 著者校正は1回とする。校正の際の大幅な変更は認めない。
11. 採択した原稿及び電子媒体は, 原則として返却しない。
12. 論文1編につき別刷 30部を贈呈する。それ以上の部数は著者の実費負担とする。
13. 原稿は日本保健科学学会事務局
〒116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10
首都大学東京 健康福祉学部内
に提出する。
14. 本誌に掲載された論文の著作権は日本保健科学学会に帰属する。

(2010年8月5日改訂)

入会の おすすめ

日本保健科学学会 ((旧)東京保健科学学会) は平成10年9月30日に設立されましたが, 現在会員数は500余名を数えます。大東京を中心とする保健医療の向上と福祉の増進および学問の交流・推進に寄与するためにはますます本学会の活動を充実させる必要があります。この骨組みに肉付け・味付けするのは会員の皆様です。また, 会誌の発行などは会員の年会費に大いに依存しています。この趣旨に賛同される皆様の入会を切に希望します。備え付けの入会申込書に年会費1万円を添えてご入会下さい(下記郵便振替も可)。

投稿論文 募集

日本保健科学学会雑誌は, 皆様の投稿論文をよりスピーディに円滑に掲載できるよう年4回の発行を予定しています。また, 論文の受付は常時行っており, 審査終了後, 逐次掲載していきますので, 会員多数のご投稿をお待ちしております。投稿論文は本誌掲載の投稿要領をご熟読の上, 学会事務局までお願いします。

入会や会誌に関しては, 日本保健科学学会事務局までお問い合わせ下さい。

事務取り扱い時間は,

月曜日と水曜日は午前10時～午後4時まで, 金曜日は午後1時30分～午後5時となっております。

〒116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10

首都大学東京 健康福祉学部内

TEL. 03-3819-1211 内線 270 e-mail : gakkai@hs.tmu.ac.jp

ダイヤルイン 03-3819-7413 (FAX 共通)

郵便振替 口座番号 00120-0-87137, 加入者名 日本保健科学学会

Submission Guide for the Journal of Japan Academy of Health Sciences

1. All authors wishing to submit papers to the journal must be members of the Japan Academy of Health Sciences. Authors preparing manuscripts on request from the Editorial Board are exempt from this qualification. Co-authors may include student members. All research should fully protect the participants' rights and conform to accepted ethical guidelines. This should be confirmed in the manuscript.
2. Manuscripts published previously or that are currently being considered for publication elsewhere will not be accepted.
3. Manuscripts should be categorized as one of the following types of articles.
 - Review article
 - Original article (including brief report, case study, field report, etc.)
 - Other (data, information, materials)
4. The Editorial Board decides on acceptance of the manuscript following review.
5. The author will be notified of the decision.
6. Article lengths and formats are as below.
 - (1) English manuscript should be double spaced, using PC or word processor (text file), 12 pt font in A4 size, no longer than 10 pages (7,000 words) in principle including references, tables, figures and photographs. Short report (approximately 2,000 words) is also acceptable.
 - (2) Each table, figure and photograph is counted as 200 words and maximum of 5 tables, figures and photographs is permitted in total. Figures should be of adequate quality for reproduction. Tables should be made using word processor. Photographs should be black and white in principle; expenses for color printing must be borne by the author.
- (3) No charge will be imposed on the author for manuscripts up to 3 pages (printed pages in the journal, approximately 2,000 words) in length. Charges for printing manuscripts in excess of 4 pages will be levied on the author at a rate of JPY 6,000 per page.
7. Manuscripts should be prepared in the following style.
 - (1) The title page includes: Title, name of each author with departmental and institutional affiliation, address, postal code, telephone and fax numbers, e-mail address of the corresponding author, type of article and number of offprints you require. When the author is a graduate student, academic affiliation should be listed as an institutional affiliation, however, she/he may write workplace affiliation (ex. Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University /Department of Nursing, XX Hospital). All submissions should follow the above style.
 - (2) Manuscripts should include: abstract (300 words or fewer), keywords (5 or few words). Text, references, abstract and keywords should be presented in the above order. Tables, figures and photographs must be enclosed. Abstract in Japanese (400 characters or fewer) may be included optionally.
 - (3) Tables, figures and photographs should be numbered and have the name of the author on the back sides. Their locations in the text should be indicated in the margin with red ink. A list of titles of tables, figures and photographs and brief explanation (if necessary) should be presented in order on a separate sheet.
 - (4) Dates should be indicated using the Western calendar. Words, names and names of places

in non-English languages should be stated in original languages or katakana. when they appear first in the text. When using an abbreviation, use the full word the first time it appears in the manuscript.

(5) References

a) Consecutive superscript numbers are used in the text and listed at the end of the article. Each reference should be written in the following order.

b) Journal article

Names of author (s), title, name of journal, volume/issue number, pages and year of publication.

(Example)

Baxter, L R, Schwartz, J M, et al.: Reduction of prefrontal cortex metabolism common to three types of depression. Arch Gen Psychiatry, 46: 243-250, 1989.

c) Books

Names of author (s), article or chapter title, editor(s), book title, volume number in series, pages, publisher, place of publication and year of publication.

(Example)

Gardner, M B: Oncogenes and acute leukemia. Stass SA (ed). The Acute Leukemias: 327-359, Marcel Dekker, New York, 1987.

d) In case of more than four authors, use “et al” after the citation of three authors.

8. Manuscripts should be prepared using PC or

word processor (text file) and submitted in duplicate as one original and one copy. In addition, two hard copies without the authors' name(s) and affiliation(s) should be enclosed. Together with the manuscript, electronic files (DVD, USB, etc; labeled with the author and file names), submission form and Author Consent Form should be enclosed.

9. After changes or corrections, the revised manuscript, a copy and two hard copies without authors' name(s) and affiliation(s) should be submitted, along with electronic files on 3.5 inch diskette (labeled with author and file names). The initial manuscript and the copy should be enclosed.

10. Page proofs will be made available once to the author. Further alterations other than essential correction of errors are not permitted.

11. In principle, accepted manuscripts and electronic files will not be returned.

12. The author will receive thirty free offprints from the journal. Additional offprints will be provided upon request at the author's expense.

13. Manuscripts should be sent to:

Japan Academy of Health Sciences
C/O Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University
Higashiogu, Arakawa-ku, Tokyo, Japan Postal Code 116-8551

14. Copyright of published articles belong to Japan Academy of Health Sciences.

日本保健科学学会役員・評議員

(平成 24 年 12 月 16 日現在)

理事長

繁田 雅弘 (首都大学東京)

理 事

飛鳥井 望 (東京都精神医学総合研究所)

安保 雅博 (東京慈恵会医科大学)

新井 賢一 (東京大学)

飯村 直子 (首都大学東京)

井上 順雄 (首都大学東京)

笠井 久隆 (首都大学東京)

川村佐和子 (聖隷クリストファー大学)

河原加代子 (首都大学東京)

木下 正信 (首都大学東京)

菊池恵美子 (帝京平成大学)

菊池 吉晃 (首都大学東京)

里村 恵子 (首都大学東京)

繁田 雅弘 (首都大学東京)

志自岐康子 (首都大学東京)

篠原 広行 (首都大学東京)

杉原 素子 (国際医療福祉大学)

林 泰史 (東京都リハビリテーション病院)

福士 政広 (首都大学東京)

丸山 仁司 (国際医療福祉大学)

水間 正澄 (昭和大学)

森 浩一 (茨城県立医療大学)

柳澤 健 (首都大学東京)

米本 恭三 (首都大学東京)

里宇 明元 (慶応義塾大学)

渡邊 修 (東京慈恵会医科大学附属第三病院)

監 事

金子 誠喜 (東京医療学院大学)

金田麻里子 (荒川区役所)

事務局長

新田 収 (首都大学東京)

評議員

安達久美子 (首都大学東京)

川村佐和子 (聖隷クリストファー大学)

栃木捷一郎 (首都大学東京)

飛鳥井 望 (東京都精神医学総合研究所)

菊池恵美子 (帝京平成大学)

新田 収 (首都大学東京)

安部 真治 (首都大学東京)

菊池 吉晃 (首都大学東京)

猫田 泰敏 (首都大学東京)

安保 雅博 (東京慈恵会医科大学)

喜多村章一 (日本医療科学大学)

林 泰史 (東京都リハビリテーション病院)

新井 賢一 (東京大学)

木下 正信 (首都大学東京)

福士 政広 (首都大学東京)

飯村 直子 (首都大学東京)

後藤 保正 (首都大学東京)

福田 賢一 (首都大学東京)

池田 誠 (首都大学東京)

齊藤恵美子 (首都大学東京)

丸山 仁司 (国際医療福祉大学)

石井 賢二 (東京都老人総合研究所)

齋藤 秀敏 (首都大学東京)

水間 正澄 (昭和大学)

石川 陽子 (首都大学東京)

齋藤 宏 (東京医療学院)

宮崎 茂 (小田原循環器病院)

井上 順雄 (首都大学東京)

里村 恵子 (首都大学東京)

村岡 宏子 (東邦大学)

上木 隆人 (東京都多摩立川保健所)

繁田 雅弘 (首都大学東京)

森 浩一 (茨城県立医療大学)

恵美須文枝 (愛知県立大学)

篠原 広行 (首都大学東京)

八木 一夫 (首都大学東京)

長田 久雄 (桜美林大学)

杉原 素子 (国際医療福祉大学)

柳澤 健 (首都大学東京)

小川久貴子 (東京女子医科大学)

志自岐康子 (首都大学東京)

山田 孝 (目白大学)

織井優貴子 (青森県立保健大学)

菅又 昌実 (首都大学東京)

山村 礎 (首都大学東京)

香川幸次郎 (岡山県立大学)

鈴木 隆雄 (国立長寿医療センター)

結城美智子 (福島県立医科大学)

笠井 久隆 (首都大学東京)

須田 治彦 (首都大学東京)

米本 恭三 (首都大学東京)

勝野とわ子 (首都大学東京)

関根 紀夫 (首都大学東京)

里宇 明元 (慶応義塾大学)

金子 誠喜 (東京医療学院大学)

谷口 千絵 (日本赤十字看護大学)

渡邊 修 (東京慈恵会医科大学)

金田麻里子 (荒川区役所)

田村 孝司 (健康科学大学)

渡邊 賢 (首都大学東京)

河原加代子 (首都大学東京)

寺山久美子 (大阪河崎リハビリテーション大学)

編集後記

編集に直接関わりはじめて間もなく2年になります。原稿の受付から査読、校正、雑誌発行まで一連の作業に関わる立場から、本誌は本当に多くの方々との協力とチームワークの賜であると改めて実感しております。特に投稿から掲載までの迅速さを特長とする本誌の魅力は、査読をお願いしている先生方によって支えられております。その成果はこのところの掲載論文数の安定増加として表れております。また、本号において第4回日本保健科学学会優秀賞・奨励賞の受賞論文が筆者の挨拶とともに紹介されました。いずれも選考委員が賞賛に値すると満場一致で認めた論文です。

本誌がこうした量と質に支えられ、今後ますます発展するよう期待致します。(小林法一)

編集委員 (※は編集協力員)

繁田 雅弘	(編集委員長)	小林 法一	(副編集委員長)
網本 和	石川 陽子	井上 薫	井上 順雄
笠井 久隆	加藤 洋 [※]	河原加代子	里村 恵子
篠原 広行	杉原 素子	竹井 仁	谷村 厚子 [※]
猫田 泰敏	林 泰史	福士 政広	古川 順光 [※]
丸山 仁司	山本美智代 [※]	米本 恭三	(五十音順)

日本保健科学学会では、ホームページを開設しております。
<http://www.health-sciences.jp/>

日本保健科学学会誌

(略称：日保学誌)

THE JOURNAL OF JAPAN ACADEMY OF HEALTH SCIENCES

(略称：J Jpn Health Sci)

定価 1部 2,750 円 (送料と手数料を含む)

年額 11,000 円 (送料と手数料を含む)

2012 年 12 月 25 日発行 第 15 巻第 3 号©

発行 日本保健科学学会

〒116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10

首都大学東京 健康福祉学部内

TEL. 03(3819)1211(内線270)

ダイヤルイン 03(3819)7413(FAX 共通)

製作・印刷 株式会社 双文社印刷

〒173-0025 東京都板橋区熊野町 13-11

TEL. 03(3973)6271 FAX. 03(3973)6228

ISSN 1880-0211

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意下さい。

