ISSN　1882-191X

富山大学看護学会誌

第17巻 2号
（2018年3月）

目　　次

〈短報〉
高齢者における「物事に対する前向き態度尺度」の開発
岩崎（大上）涼子，新鞍真理子，竹内登美子 …… 1

医療型障害児入所施設の退所に向けた医療者に対する親のニーズの構造
古里直子，桶本千史，松井弘美，笹野京子，長谷川ともみ …… 13

富山県 A 地区における在宅高齢者の食料品購入と栄養摂取量の実態
伊井みず穂，茂野敬，梅村俊彰，安田智美 …… 23

看護学生の腰痛と精神的背景との関連について－不安と仮面うつの評価から－
池永純香，喜多島奈緒，舘　侑希，若林理絵，金森昌彦 …… 33

〈学会報告〉
第 18 回富山大学看護学会学術集会 …… 41

富山大学看護学会

高齢者における「物事に対する前向き態度尺度」の開発

岩崎（大上）　涼子[1)]，新鞍　真理子[2)]，竹内　登美子[3)]

1）富山大学大学院医学薬学研究部（医学）協力研究員
2）富山大学大学院医学薬学研究部　老年看護学講座
3）富山県立大学

要　旨

本研究では，自立した高齢者の前向きな態度を測定するため「物事に対する前向き態度尺度」を開発した．A 県の老人クラブ連合会に所属する 60 歳以上の高齢者 1,000 名に無記名自記式質問紙調査を実施した．回答者 575 名（回収率 57.5％）のうち，尺度原案 19 項目に全回答の 517 名を分析対象者とした．探索的因子分析で 2 因子 10 項目を抽出し，Cronbach の α 係数から内的一貫性と確認的因子分析によって適合性が確認できた．基準関連妥当性では，尺度は抑うつと負の相関，ストレス対処能力の有意味感および社会活動と正の相関があった．本研究で作成した尺度は，信頼性と構成概念妥当性が確認できた．本尺度では，健康的な高齢者の前向きな態度の得点の高低が測定できる．

キーワード
高齢者，尺度開発，バルテスの SOC 理論

はじめに

日本では，健康寿命の延伸に向け予防を重視した健康づくりが展開され，望ましい高齢期の過ごし方や上手な歳の重ね方などサクセスフルエイジングへの関心が高まっている．

一般的に老化は，身体的な機能の低下が強調され，職業的地位や社会的役割，家族内の役割，近親者との死別など様々なものを「喪失」していく過程と言われる．しかし，バルテス（Baltes,P.B.）は老化を獲得（gains）と喪失（losses）の混在したダイナミックスとして捉え，生涯発達の立場から，「補償を伴う選択的最適化理論（Theory of Selective Optimization with Compensation）」（以下，バルテスの SOC 理論とする）を提唱した[1)]．この理論は，高齢者が心身機能の低下によってそれまでの水準を維持できなくなった場合への対処法として適用され，これまでよりも狭い領域や特殊な内容を探索し（選択），その狭い領域・特殊な内容に対する適応の機会を増し（最適化），そして，機能の低下を補うための新たな方法や手段を獲得する（補償）ことによって，新たな発達的適応が可能であると考えている[2)]．バルテスらは、2002 年に SOC を測定するため SOC Questionnaire（以下，バルテスの SOC 尺度とする）を作成した．バルテスの SOC 尺度には，48 項目の原尺度（以下，SOC−48 とする）と 12 項目の短縮版（以下，SOC−12 とする）がある[3,4)]．また，日本では，翻訳版として 2005 年に所らが SOC−12 に 7 項目を加えた 19 項目（以下，SOC−19 とする）を作成した[5)]．その後，2009 年に岡林は，人生マネイジメント方略を測定する尺度として

SOC 尺度の日本語版（48 項目）と短縮版（24 項目）を作成した[6].

バルテスの SOC 尺度に関する研究は国内において心理学の分野でのみ散見され，精神的健康との関連が示唆されているが，看護の分野で SOC 尺度を用いた研究はされていない．高齢者への看護や介護予防を検討する上で，老いを生きるということやバルテスの SOC 理論のように加齢への適応について注目し，さらには健康行動との関連を検討していくことは高齢者の日常生活の自立をサポートするための看護を考える上で必要である．

しかし，バルテスの SOC 尺度は，1 つの項目に SOC に該当する文章と非該当の文章の 2 つの選択肢があり，自分に近い方を選び，それが SOC に該当する選択肢を選んだ場合に 1 点を与え，その合計得点が SOC 得点となる．したがって，1 つの項目を解答するためには 2 つの文章を読まなければならないため短縮版であっても読む文章が多く時間を要する．そのため現在の尺度より簡単に測定できる尺度があれば，看護の分野においても使いやすいのではないかと考えた．そこで，所らが翻訳版として開発した SOC-19 に注目した．この SOC-19 に基づいて，バルテスの SOC 理論の獲得（成長）である SOC に該当する文章を質問文とし、Likert 法で回答すれば，バルテスの理論に即した獲得（成長）の状態を測定できるのではないかと考えた．

高齢者が最適な加齢を実現するためには物事に対する前向きな生き方が重要である．バルテスの SOC 理論を手がかりとして，所らの SOC-19 に基づいて高齢者の前向きな生き方を容易に測定することができれば，看護においても健康づくりや虚弱化予防対策への活用が期待できるのではないかと考える．

研究目的

本研究では，自立した高齢者の前向きさの程度を測定するために「物事への前向きな生き方に関する尺度」を開発し，信頼性と妥当性を検証することを目的とした．

研究方法

1．用語の操作的定義

高齢者：現在わが国では，老年人口や介護保険における高齢者は 65 歳以上と定められているが，地域の老人クラブに加入できる年齢が概ね 60 歳以上であるため，本研究では 60 歳以上の者を高齢者とした．

2．尺度原案の作成

SOC-19 日本語版尺度の提唱者から SOC-19 の資料提供及び日本語版尺度の使用許可を得て尺度原案を作成した．

本研究では，SOC-19 の獲得（成長）を示す選択肢を質問文とした．選択肢は Likert 法を用いて「1. まったくしない」,「2. あまりしない」,「3. どちらでもない」,「4. 少しする」,「5. かなりする」の 5 段階とし，1 ～ 5 点を与え得点化した．そして，この 19 項目を尺度原案とした．本研究はバルテスが開発した尺度に基づいているのではなく，その日本語版尺度に基づいた研究である．しかし，設問の方法や選択肢の方法が異なるため，別の尺度とみなされることから，尺度開発の手順を踏み研究を行う必要がある．

3．調査対象者と調査方法

A 県内に居住し，老人クラブ連合会に所属する 60 歳以上の高齢者を対象として，無記名による自記式質問紙調査を実施した．まず，老人クラブ連合会の事務局長に研究協力を依頼し承諾を得た．その後，各支部の事務局長を通じて，研究協力依頼書・調査票・返信用封筒が入った封筒一式が各老人クラブ連合会の代表者や役員に手渡され，合計 1,000 名に配布された．調査票は郵送により研究者が直接回収した．調査票の回答者数は，575 名（回収率 57.5%）であり，そのうち，年齢が 60 歳以上で尺度原案の 19 項目全てに回答があった 517 名を分析の対象者とした．調査期間は 2011 年 8 月 1 日～ 11 月 30 日であった．

4．調査内容

尺度原案 19 項目に加えて，以下の項目を調査した．

（1）対象者の属性

対象者の属性は，年齢，性別，婚姻状況，世帯構成，収入のある仕事の有無，経済状況に関する主観的評価とした．経済状況は,「1. 困っている」,「2. 少し困っている」,「3. あまり困っていない」,「4. 困っていない」の 4 段階で尋ねた.

（2）基準関連妥当性に関する項目

基準関連妥当性を検討するため，バルテスの SOC-48 と関連が指摘された抑うつ状態，SOC-12 と関連が指摘された年齢，所らの SOC-19 と関連が指摘された生活満足度に関する項目を設けた．また，尺度は前向きな生き方という積極的な側面を測定するので，アントノフスキーの SOC（ストレス対処能力）と主観的健康感，社会活動についての質問を追加した．また，性別に関しては，前向きな生き方と相関がみられる可能性を考慮して項目に加えた .

①高齢者抑うつ尺度 5 項目短縮版（Geriatric Depression Scale 5；以下，GDS5 とする）：GDS5 は，5 項目の合計が得点となり，5 点満点中合計得点が 2 点以上の場合は，うつ傾向が疑われる尺度である [7].

②生活満足度尺度Ｋ（Life Satisfaction Index K；以下，LSIK とする）：LSIK は，9 項目で構成され得点範囲は 0 ～ 9 点である [8]．点数が高いほど生活満足度が高いことを表す.

③日本語版 Sense of Coherence（SOC）スケール 13 項目短縮版（以下，アントノフスキーの SOC-13 とする）：アントノフスキー（Antonovsky,A.）が作成した SOC スケールは，ストレス対処能力・健康保持能力を測定でき [9]，3 つの下位尺度「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」からなる．本研究では，アントノフスキーの日本語版 SOC13 項目短縮版 [10, 11] を用いた．回答形式は 7 件法で，得点範囲は 13 ～ 91 点である．点数が高いとストレス対処能力・健康保持能力が強いことを示す.

④主観的健康感：自覚している健康状態を「1. 非常に健康」,「2. まあまあ健康」,「3. あまり健康でない」,「4. 健康でない」の 4 段階で評価した.

⑤社会活動：老人クラブや町内会などの社会活動への参加の状況について「1. まったくしない」,「2. ほとんどしない」,「3. 時々参加する」,「4. 積極的に参加する」の 4 段階で尋ねた.

5．分析方法

分析には，統計解析ソフト PASW Statistics 18.0 と共分散構造分析ソフトウェア Amos18.0 を用い，有意水準は 5%とした.

（1）尺度の構成項目の検討：尺度原案の質問項目ごとに天井・フロア効果を検討した．Item-Total 相関（以下，I-T 相関とする）分析にて，相関係数が 0.3 以上であること [12] を確認し，探索的因子分析を行った.

（2）信頼性の検討：内的一貫性を確認するため，尺度全体と下位尺度について Cronbach の α 係数を算出した.

（3）構成概念妥当性の検討：探索的因子分析の結果から二次因子構造をもつと想定し，その因子構造がモデルとして成立するのかを共分散構造分析にて確認した．本研究では，モデル適合度の判定基準を GFI>.9，AGFI>.9，CFI>.9，RMSEA<.08 に設定した [13, 14].

（4）基準関連妥当性の検討：年齢，GDS5，LSIK，アントノフスキーの SOC-13 と下位尺度，性，社会活動，主観的健康感との相関は Spearman の順位相関係数で検討した．相関係数は，± .20 ～± .40 を弱い相関があると判断した [15].

6．倫理的配慮

質問紙は無記名とし，研究協力依頼書には，参加は自由意思で行い，アンケートの返送をもって同意したとみなす旨を記載した．得られた結果は学会などで発表すること，公表の際に個人が特定されないことを研究協力依頼書に明記した．本研究は，所属大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（臨認 23 － 21 号，臨変 23 － 91 号）.

結　果

1．対象者の概要

平均年齢は 73.5 ± 5.3 歳であり，性別は男性が 297 名（57.4 %），女性が 218 名（42.2 %）であった．配偶者が健在の者は 79.1 %，世帯構成

では，独居 9.1％，夫婦のみ世帯 32.5％，三世帯 27.9％，その他 28.0％であった．仕事をしている者は 26.1％，経済状況は「困っている」と「少し困っている」を合わせると 26.1％，主観的健康感は「非常に健康」と「まあまあ健康」を合わせると 86.4％，社会活動は「積極的に参加する」が 75.0％であった．また, GDS5 の平均値は 0.6 ± 1.0 点，LSIK の平均値は 4.9 ± 2.3 点，アントノフスキーの SOC-13 の平均値は尺度全体が 64.0 ± 10.6 点であった（表 1）.

表 1．対象者の概要

n=517

項目	区分	人数	（ % ）	*Mean* ±	*SD*
年齢	60歳～69歳	114	（ 22.1 ）		
	70歳～79歳	334	（ 64.6 ）		
	80歳以上	69	（ 13.3 ）		
	全体	517		73.5 ±	5.3
性別	男性	297	（ 57.4 ）		
	女性	218	（ 42.2 ）		
	無回答	2	（ 0.4 ）		
婚姻状況	結婚し配偶者も健在	409	（ 79.1 ）		
	死別・離婚・未婚	106	（ 20.5 ）		
	無回答	2	（ 0.4 ）		
世帯構成	独居	47	（ 9.1 ）		
	夫婦のみ	168	（ 32.5 ）		
	三世帯	144	（ 27.9 ）		
	その他	145	（ 28.0 ）		
	無回答	13	（ 2.5 ）		
収入のある仕事	仕事をしている	135	（ 26.1 ）		
	仕事をしていない	372	（ 72.0 ）		
	無回答	10	（ 1.9 ）		
経済状況	困っている	24	（ 4.6 ）		
	少し困っている	111	（ 21.5 ）		
	あまり困っていない	231	（ 44.7 ）		
	困っていない	150	（ 29.0 ）		
	無回答	1	（ 0.2 ）		
主観的健康感	非常に健康	41	（ 7.9 ）		
	まあまあ健康	406	（ 78.5 ）		
	あまり健康でない	62	（ 12.0 ）		
	健康でない	7	（ 1.4 ）		
	無回答	1	（ 0.2 ）		
社会活動	まったくしない	8	（ 1.5 ）		
	ほとんどしない	4	（ 0.8 ）		
	時々参加	107	（ 20.7 ）		
	積極的に参加	388	（ 75.0 ）		
	無回答	10	（ 2.0 ）		
GDS5[1)]	（ 5項目　範囲0～5）	503		0.6 ±	1.0
LSIK[2)]	（ 9項目　範囲0～9）	480		4.9 ±	2.3
SOC-13[3)] 尺度全体	（13項目　範囲13～91）	477		64.0 ±	10.6
下位尺度　有意味感	（ 4項目　範囲4～28）	477		20.6 ±	3.5
把握可能感	（ 5項目　範囲5～35）	477		24.3 ±	4.8
処理可能感	（ 4項目　範囲4～28）	477		19.2 ±	4.0

1）高齢者抑うつ尺度5項目短縮版
2）生活満足度尺度K（古谷野,1996）
3）アントノフスキーの日本語版SOCスケール13項目短縮版

２．尺度開発および信頼性・妥当性の検討

（１）尺度の構成項目の検討

尺度原案の各項目に関する度数分布，平均値，標準偏差を算出し，天井効果が認められた項目番号11は除外した．I-T相関係数の低い項目はなかった（表2）．18項目について最尤法･プロマックス回転による探索的因子分析を行った結果，固有値1以上は2因子抽出された．そして，因子の選択の際には，因子所属が明瞭であるように[16]，当該因子への因子負荷量が.40未満の項目番号6と8，当該因子以外への因子負荷量が.20以上の項目番号14，12，10，9，7を除外し，さらに共通性が著しく低い項目番号1を除外した．また，項目の選択の際には，質問文の意味内容を考慮した．残った10項目で因子分析を行った結果（表3），因子負荷量は因子所属が明瞭であり，共通性は.491～.741，因子間相関は.750であった．固有値1以上は2因子あり，抽出した2つの因子それぞれには，バルテルのSOC尺度にある「選択」，「最適化」，「補償」を把握するための質問項目が1つ以上含まれ，内容的に妥当な因子構造が得られた．

（２）尺度の命名と因子の命名

2因子で構成された10の質問項目の意味内容から検討した結果，物事が今までと同じようにできなくなったときに，目標を変え，より重要な目標に向かって努力をすることや目標が達成できるように他の方法を試すという，物事に対する前向きな生き方や態度を表す内容であると解釈したことから，「物事に対する前向き態度尺度」と命名した．

さらに2因子の質問文の内容から第1因子は「物事に対する前向きな意欲」，第2因子は「物事に対する前向きな行動」と命名し下位尺度とした．

（３）信頼性の検討

Cronbachのα係数を算出したところ，尺度全体は.929，下位尺度「物事に対する前向きな意欲」は.920であり，「物事に対する前向きな行動」は.850と高い内的一貫性を示した（表3）．

（４）構成概念妥当性の検討

探索的因子分析で得られた仮設モデルを確認的因子分析で検討した（図1）．モデルの適合度指標は，GFI=.956，AGFI=.929，CFI=.975，RMSEA=.069であり，適合度は良好であった．なお，χ^2（34）＝114.118（p<.001）であったが，本研究は対象者が500名以上であったため，χ^2検定の結果は該当しない[13]．

（５）基準関連妥当性の検討

尺度全体および下位尺度の合計得点と外的基準との関連について検討した結果（表4），GDS5との関連は，尺度全体ではr=－.284，下位尺度「物事に対する前向きな意欲」ではr=－.276，「物事に対する前向きな行動」ではr=－.242の負の弱い相関が認められた．しかし，LSIKとは尺度全体の相関はr=.092であり下位尺度においても相関が見られなかった．また，アントノフスキーのSOC－13の下位尺度「有意味感」との関連は，尺度全体ではr=.372，下位尺度「物事に対する前向きな意欲」ではr=.376，「物事に対する前向きな行動」ではr=.316であり，それぞれ正の弱い相関が認められたが，アントノフスキーのSOC-13全体および下位尺度「把握可能感」および「処理可能感」との相関は見られなかった．社会活動の参加状況との関連は，尺度全体ではr=.241，下位尺度「物事に対する前向きな意欲」ではr=.242，「物事に対する前向きな行動」ではr=.197の正の弱い相関がみられた．また，年齢，性別，主観的健康感との関連では，尺度全体および下位尺度において相関はみられなかった．

３．「物事に対する前向き態度尺度」構成項目の完成

尺度は信頼性と妥当性を検討し，「物事に対する前向きな行動」4項目，「物事に対する前向きな意欲」6項目を下位尺度とした合計10項目から成る尺度とした（表5）．回答の選択肢は「かなりする」=5点，「少しする」=4点，「どちらでもない」=3点，「あまりしない」=2点，「まったくしない」=1点の5段階評定とし，得点範囲は，尺度全体の「物事に対する前向き態度尺度」が10～50点，下位尺度では「物事に対する前向きな行動」が4～20点，「物事に対する前向きな意欲」が6～30点となった．尺度全体では合計得点の平均値は39.0±6.4点となった（表6）．

表２．物事に対する前向き態度尺度原案19項目の得点分布とIT相関

n=517

項目番号と質問文	まったくしない 人数（%）	あまりしない 人数（%）	どちらでもない 人数（%）	少しする 人数（%）	かなりする 人数（%）	*Mean*±*SD*	I-T相関係数
1 私は，ほんの少しのことに全てのエネルギーを注ぎます	3(0.6)	64(12.4)	141(27.3)	232(44.9)	77(14.9)	3.6±0.9	.531
2 私は，ものごとが前と同じようにはうまくいかなくなった時，大切な目標を1つか2つ選ぶようにします	2(0.4)	52(10.1)	123(23.8)	281(54.4)	59(11.4)	3.7±0.8	.661
3 私は，自分が決めた目標を達成するまで，努力を続けます	2(0.4)	26(5.0)	55(10.6)	280(54.2)	154(29.8)	4.1±0.8	.712
4 私は，ものごとが今までのようにうまくいかなくなった時，以前と同じ結果が出るまでいろいろな他の方法をためしてみます	3(0.6)	42(8.1)	89(17.2)	284(54.9)	99(19.1)	3.8±0.8	.748
5 私は，いつでも，その時，その時に，一番大切なひとつの目標に集中します	4(0.8)	23(4.4)	71(13.7)	279(54.0)	140(27.1)	4.0±0.8	.763
6 私は，大切なことが今までどおりに出来なくなってしまった時，新しい目標をさがすことにします	9(1.7)	48(9.3)	128(24.8)	266(51.5)	66(12.8)	3.6±0.9	.707
7 私は，特定の目標をやり遂げるために，あらゆる努力をします	5(1.0)	35(6.8)	82(15.9)	280(54.2)	115(22.2)	3.9±0.9	.772
8 私は，ものごとが今までしていたようにうまくいかなくなった時，他人に忠告や援助を求めます	19(3.7)	125(24.2)	111(21.5)	237(45.8)	25(4.8)	3.2±1.0	.467
9 私は，自分のこれからの人生を考える時，1つか2つの大切な目標にしぼって，とりくみます	4(0.8)	65(12.6)	113(21.9)	270(52.2)	65(12.6)	3.6±0.9	.745
10 私は，今まで通りに何かが出来なくなった時，自分にとって本当に大切なのは何かを，考えてみます	7(1.4)	35(6.8)	81(15.7)	284(54.9)	110(21.3)	3.9±0.9	.714
11 私は，自分にとって何か大切なことが起きた時には，それに対して精一杯努力します	3(0.6)	11(2.1)	36(7.0)	235(45.5)	232(44.9)	4.3±0.7	.747
12 私は，以前と同じ結果がなかなか得られなくなってきても，以前と同じようにできるまで，より一層の努力をします	4(0.8)	27(5.2)	87(16.8)	293(56.7)	106(20.5)	3.9±0.8	.808
13 私は，目標を選ぶ時には，それに向けてあらゆる努力をする覚悟をします	6(1.2)	34(6.6)	91(17.6)	275(53.2)	111(21.5)	3.9±0.9	.824
14 私は，事がうまく運ばなくなったら，自分にとってもっとも重要な目標に向かって，がんばります	5(1.0)	27(5.2)	94(18.2)	278(53.8)	113(21.9)	3.9±0.8	.824
15 私は，物事が以前の方法ではうまくいかない時には，他の方法を探します	2(0.4)	38(7.4)	59(11.4)	328(63.4)	90(17.4)	3.9±0.8	.715
16 私は，常にもっとも重要な目標に注意を向けています	5(1.0)	36(7.0)	120(23.2)	260(50.3)	96(18.6)	3.8±0.9	.798
17 私は，物事が以前のようにうまくいかない時には，うまくできるように，方法や手段を探します	5(1.0)	31(6.0)	49(9.5)	297(57.4)	135(26.1)	4.0±0.8	.794
18 私は，今まで通りに何かがうまく運ばなくなった時，目標を減らして，より重要な目標に向かってがんばります	5(1.0)	28(5.4)	111(21.5)	276(53.4)	97(18.8)	3.8±0.8	.812
19 私は，自分にとって何が重要であるかを，よく考えています	5(1.0)	30(5.8)	81(15.7)	251(48.5)	150(29.0)	4.0±0.9	.788

19項目の質問文はバルテスのSOCに該当する選択肢を使用している．「選択」：項目番号1，2，5，6，9，10，14，16，18，19　「最適化」：項目番号3，7，11，13　「補償」：項目番号4，8，12，15，17

表３．物事に対する前向き態度尺度10項目の因子分析

項目番号と質問文	第1因子	第2因子	共通性
第1因子：物事に対する前向きな意欲			
16 私は，常にもっとも重要な目標に注意を向けています	.880	-.026	.741
17 私は，物事が以前のようにうまくいかない時には，うまくできるように，方法や手段を探します	.866	-.016	.730
18 私は，今まで通りに何かがうまく運ばなくなった時，目標を減らして，より重要な目標に向かってがんばります	.800	.051	.704
15 私は，物事が以前の方法ではうまくいかない時には，他の方法を探します	.758	-.003	.571
19 私は，自分にとって何が重要であるかを，よく考えています	.647	.165	.606
13 私は，目標を選ぶ時には，それに向けてあらゆる努力をする覚悟をします	.636	.194	.628
第2因子：物事に対する前向きな行動			
3 私は，自分が決めた目標を達成するまで，努力を続けます	-.046	.826	.628
4 私は，物事が今までのようにうまくいかなくなった時，以前と同じ結果が出るまでいろいろな他の方法をためしてみます	.085	.733	.638
2 私は，物事が前と同じようにはうまくいかなくなった時，大切な目標を1つか2つ選ぶようにします	.012	.692	.491
5 私は，いつでも，その時，その時に，一番大切なひとつの目標に集中します	.176	.642	.613
因子間相関	Ⅰ	Ⅱ	
Ⅰ	—	.750	
Ⅱ		—	
Cronbachのα	.920	.850	.929

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うﾌﾟﾛﾏｯｸｽ法

※2つの因子にはバルテスのSOC理論にある「選択」「最適化」「補償」を把握するための質問項目が含まれている.

「選択」：項目番号17，15，19，2，5　「最適化」：項目番号18，13，3　「補償」：項目番号16，4

考　　察

１．開発した尺度の信頼性の検討

尺度全体および下位尺度の Cronbach の α 係数は .850 ～ .929 であり，十分な内的一貫性を有していた．尺度の構造については，確認的因子分析の結果，概念構造の適切さが確認でき，2 因子構造であることが検証された．よって，モデルが成り立つことが確認できた．

２．開発した尺度の妥当性の検討

基準関連妥当性の検討では，アントノフスキーの SOC-13 の下位尺度「有意味感」にのみ正の弱い相関が認められた．「有意味感」とは，日々の営みにやりがいや生きる意味が感じられることである[11]．本尺度は前向きの態度を測定しているため「有意味感」と共通する部分があると考えられる．しかし，アントノフスキーの SOC-13 全体としてのストレス対処能力と本尺度は相関がなかったことから，両尺度は異なる内容を測定する尺度であるといえる．

また，本尺度は GDS5 と r= － .242 ～ － .284 の負の弱い相関が認められた．しかし，所らの SOC-19 ではうつ症状との関連が認められなかっ

表４．尺度全体および下位尺度の得点と外的基準との相関

	年齢	GDS5[1]	LSIK[2]	SOC-13[3]	SOC-13下位尺度[4]			性別	社会活動[5]	主観的健康感[6]
					把握可能感	処理可能感	有意味感			
物事に対する前向き態度尺度	.086	-.284***	.092*	.198***	.082	.119**	.372***	.029	.241***	.093*
物事に対する前向きな意欲	.058	-.276***	.091*	.196***	.074	.119**	.376***	.018	.242***	.087*
物事に対する前向きな行動	.127**	-.242***	.071	.164***	.066	.095*	.316***	.050	.197***	.083

Spearmanの順位相関係数
*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001
1）高齢者抑うつ尺度5項目の得点
2）生活満足度尺度Kの得点
3）アントノフスキーの日本語版SOCスケール13項目の得点
4）アントノフスキーの日本語版SOCスケール13項目下位尺度の得点
5）社会活動：「1.まったくしない」，「2.ほとんどしない」，「3.ときどき参加」，「4.積極的に参加」の4つのカテゴリー変数
6）主観的健康感：「1.健康でない」，「2.あまり健康でない」，「3.まあまあ健康」，「4.非常に健康」の4つのカテゴリー変数

表５．「物事に対する前向き態度尺度」の質問文

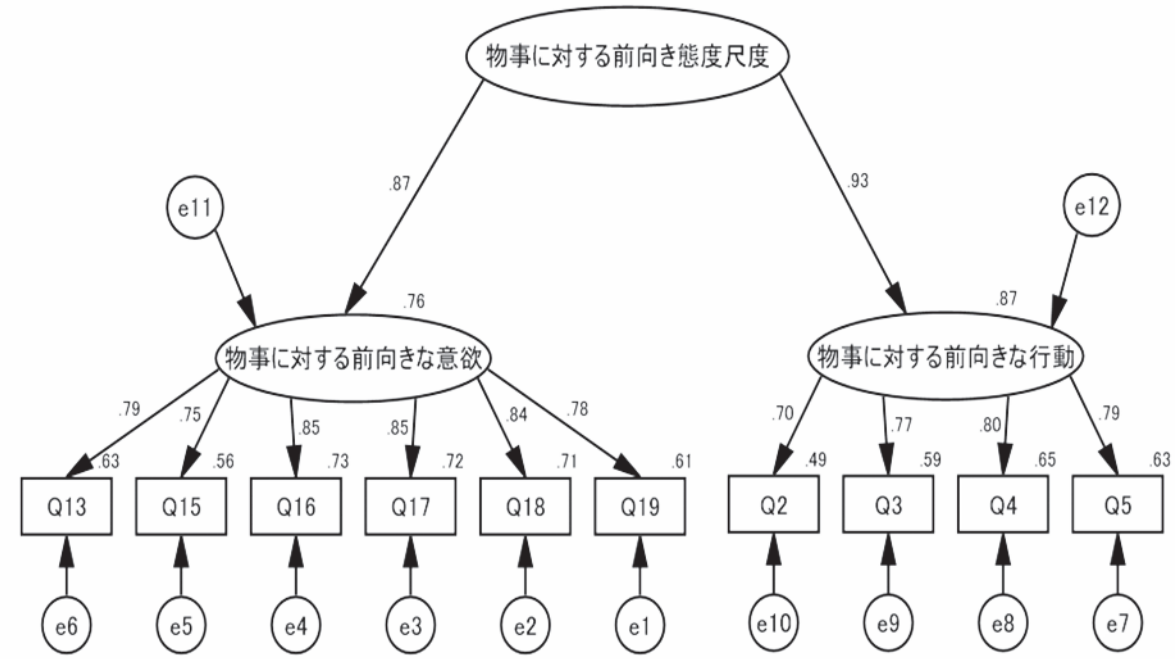
あなたが自分にとって何が大切かを，どのように決めているか，それをどのように達成されているか，についてうかがうものです．1から5の当てはまるものに○をつけてください．

(1) 私は，目標を選ぶ時には，それに向けてあらゆる努力をする覚悟をします
(2) 私は，物事が以前の方法ではうまくいかない時には，他の方法を探します
(3) 私は，常にもっとも重要な目標に注意を向けています
(4) 私は，物事が以前のようにうまくいかない時には，うまくできるように，方法や手段を探します
(5) 私は，今まで通りに何かがうまく運ばなくなった時，目標を減らして，より重要な目標に向かってがんばります
(6) 私は，自分にとって何が重要であるかを，よく考えています
(7) 私は，物事が前と同じようにはうまくいかなくなった時，大切な目標を1つか2つ選ぶようにします
(8) 私は，自分が決めた目標を達成するまで，努力を続けます
(9) 私は，物事が今までのようにうまくいかなくなった時，以前と同じ結果が出るまでいろいろな他の方法をためしてみます
(10)私は，いつでも，その時，その時に，一番大切なひとつの目標に集中します

注1）回答選択肢は「かなりする」，「少しする」，「どちらでもない」，「あまりしない」，「まったくしない」の5つ．
注2）得点化は「かなりする」=5点，「少しする」=4点，「どちらでもない」=3点，「あまりしない」=2点，「まったくしない」=1点の配点で行う．
注3）質問(1)～(6)は下位尺度「物事に対する前向きな意欲」，質問(7)～(10)は下位尺度「物事に対する前向きな行動」となる．

表６．尺度全体および下位尺度の得点分布

		項目数	合計得点			合計得点/項目数	歪度	尖度
			得点範囲	平均値± *SD*	中央値	平均値± *SD*		
尺度全体	物事に対する前向き態度尺度	10	10～50	39.0±6.4	40	3.9±0.7	-0.80	1.32
下位尺度	物事に対する前向きな意欲	6	6～30	23.4±0.2	24	3.9±0.7	-0.91	1.36
	物事に対する前向きな行動	4	4～20	15.6±0.1	16	3.9±0.7	-0.73	0.97



GFI=.956　AGFI=.929　CFI=.975　RMSEA=0.69
$\chi 2$（34）=114.118（$p < 0.01$）

図１．２因子 10 項目による確認的因子分析

注 1）楕円が因子を表す（潜在変数）．誤差（e）も因子と扱っている．
注 2）四角が実際に測定されている項目を表す（観測変数）．
　　Q2，Q3，Q4，Q5，Q13，Q15，Q16，Q17，Q18，Q19 は尺度項目番号に対応している．
注 3）矢印の部分にある値は，標準化されたパス係数を示す．
注 4）潜在変数および観測変数の右上の数値は，重相関係数の平方（決定係数：R^2）を示す．

た[5]．また，バルテスの SOC 尺度の SOC 得点と神経症傾向の相関は r= － .140 であり[3]，岡林による日本語版 SOC 尺度と神経症傾向の相関は r= － .160 であった[17]．うつ症状の思考内容は，悲観的で，後悔や取り越し苦労が多く，自己評価も低くなったり，自信をなくしたりすること[18]であるため，前向きの態度を示す本尺度は GDS5 と負の関係性があったことは妥当と考える．ゆえに本尺度は抑うつを反映しやすい尺度になったと考えられる．

しかし，本尺度は LSIK との関連が見られなかった．バルテスらの研究では，SOC-48 および SOC-12 と幸福感や肯定的感情とは r=.200 程度の弱い相関がみられた[3]．同様に，所らの研究[5]では，SOC-19 と生活満足度（5 項目，4 段階）とは，r=.260 の弱い相関がみられた．LSIK は，これまでの人生を含めた満足度を尋ねる回顧的な項目が複数あることが指摘されており[19]，本研究のように健康で活動的な高齢者においては，過去よりも現在や将来に対する意識が強く LSIK との関連がみられなかったのではないかと考える．ゆえに，本尺度は SOC-48 や SOC-19 よりも生活満足度の影響を受けない尺度となったと考えられる．

また，本尺度は，社会活動の参加状況と正の弱い相関がみられた．社会活動は QOL の精神的活力と関連していること[20]や，地域の自主活動に参加した者は抑うつの発生が少ないこと[21]，社会参加が活発な者は心身機能を維持しやすいこと[22]が報告されている．社会活動に積極的に参加することは，精神的に健康であることや参加意欲が高いことから，本尺度の前向き態度とも相関がみられたと考えられる．しかし，本尺度は，主観的健康感とは相関がみられなかった．社会活動に参加している者は主観的に健康であること[23]，

主観的健康感が低い者はうつ予防の支援が必要であること[24]が指摘されている．本尺度は，うつ傾向や社会活動と相関がみられたことから，健康についても関連していることが予測されるため，さらに詳細な健康関連指標との関連を検討することが必要である．

３．本研究の限界と今後の課題

本研究で使用したデータは，Ａ県全般であるが地方で暮らしている高齢者に限定されたものである．今後，他の地域において同じ尺度を用いた調査を実施し，交差妥当性を検討することが必要であろう．また，同一対象に再調査を実施し信頼性を確認することも必要であった．

本研究は，地域で健康的に暮らしている高齢者を対象としたため，本尺度では，健康的に暮らしている高齢者の前向きな態度の得点の高低が測定できる．そして，尺度得点が全体的に高い傾向を示したことから，元気な高齢者の特性を生かした尺度であることを主張できる．よって，本尺度は，元気な一般の高齢者の前向きな態度を測定するために活用できると考えるが，介護予防に活用できるようにするためには，より研究を進めることが重要であり，今後は健康度の異なる集団を対象とした場合の尺度得点の違いについて検討することが望まれる．そして，尺度得点は，カットオフポイントを設けることが妥当かの検討も含め，尺度がより活用しやすいものとなるよう発展の可能性を探る必要がある．

結　論

本尺度は，高い信頼性と構成概念妥当性を確認することができ，従来のSOC-48やSOC-19よりも抑うつ状態を反映し，生活満足度の影響を受けにくい特徴をもつ独自の尺度となった．また，基準関連妥当性では，本尺度は，うつ傾向と負の弱い相関，アントノフスキーのストレス対処能力の「有意味感」および社会活動と正の弱い相関がみられた．本尺度は，虚弱化防止や介護予防に役立つ可能性があると考えられる．

謝　辞

本研究にご協力いただきました皆様に心から感謝申し上げます．本論文は富山大学大学院医学薬学教育部修士課程看護学専攻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）Baltes,P.B.／鈴木忠訳：生涯発達心理学を構成する理論的諸観点－成長と衰退のダイナミックスについて．生涯発達の心理学１巻 認知・知能・知恵，東洋，柏木惠子，高橋惠子（編），pp173-204，新曜社，東京，1987／1993.

２）佐藤眞一：心理学的超高齢者研究の視点－P.B.Baltesの第４世代論とE.H.Eriksonの第９段階の検討－，心理学紀要（明治学院大学），13，41-48，2003.

３）Freund,A.M.,Baltes,P.B.：Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Correlations With Subjective Indicators of Successful Aging, *Psychology and Aging*，13（4），531-543，1998.

４）Freund,A.M.,Baltes,P.B.：Life-Management Strategies of Selection, Optimization, and Compensation: Measurement by Self-Report and Construct Validity, *Journal of Personality and Social Psychology*，82（4），642-662，2002.

５）所真紀子，高橋惠子：サクセスフル・エイジングの測定－SOC尺度の検討－，日本心理学会第69回大会発表論文集，1218，2005.

６）岡林秀樹：「中高年の生涯発達についての第四次追跡調査」調査報告書，明星大学人文学部心理・教育学科，102-112，2010.

７）町田綾子，平田文，柳田幸ほか：簡易鬱スケールGDS5の本邦における信頼性，妥当性の検討，日本老年医学会雑誌，臨時増刊号（学術集会講演抄録集），39，104，2002.

８）古谷野亘：QOLなどを測定するための測定（2），老年精神医学雑誌，7（4），431-441，1996.

９）Antonovsky,A.／山崎喜比古，吉井清子（監

訳）健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム，221-225，有信堂，東京，1987／2010.

10）山崎喜比古：健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC, Quality Nursing，5（10），825-832，1999.

11）山崎喜比古，戸ヶ里泰典，坂野純子（編）．ストレス対処能力 SOC，9，27-32，有信堂高文社，東京，2008.

12）Polit,D.F. & Beck,C.T.／近藤潤子（監訳）：看護研究　原理と方法 第 2 版，436，医学書院，東京，2004／2010.

13）朝野熙彦，鈴木督久，小島隆矢：入門 共分散構造分析の実際，118-122，講談社，東京，2005.

14）大石展緒，都竹浩生：Amos で学ぶ調査系データ解析，196-197，東京図書，東京，2009.

15）小塩真司：SPSS と Amos による心理・調査データ解析〔第 2 版〕，－因子分析・共分散構造分析まで，34，東京図書，東京，2011.

16）古谷野亘：数学が苦手な人のための多変量解析ガイド，133-137，川島書店，東京，2005.

17）Hideki Okabayashi：Development of a Japanese Version of the Selection, Optimization, and Compensation Questionnaire，Journal of Cross-Cultural Gerontology，29（4），447-465，2014.

18）遠藤英俊：うつの評価，鳥羽研二（編），高齢者総合的機能評価ガイドライン，108-111，厚生科学研究所，東京，2008.

19）岡本秀明：高齢者の活動に着目した日頃の活動満足度尺度の作成，社会福祉学，50（2），45-55，2009.

20）長田久雄，鈴木貴子，高田和子ほか：高齢者の社会的活動と関連要因　シルバー人材センターおよび老人クラブの登録者を対象として，日本公衆衛生雑誌，57（4），279-290，2010.

21）本田春彦，植木章三，岡田徹ほか：地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関係．日本公衆衛生雑誌，57（11），968-976，2010.

22）新開省二：運動・身体活動と公衆衛生（18）「高齢者にとっての身体活動および運動の意義，老年学の立場から，日本公衆衛生雑誌，56（9），682-687，2009.

23）佐藤むつみ，大渕修一，河合恒ほか：都市部在宅高齢者における社会活動参加者の特性　介護予防の推進に向けた基礎資料，厚生の指標，59（4），23-29，2012.

24）長谷川直人，佐藤和佳子：要支援高齢者の主観的健康感の関連要因，日本看護科学会誌，31（2），13-23，2011

Development of a Positive Attitude Toward Things Scale for Elderly Persons

Ryoko IWASAKI (nee OKAMI)[1], Mariko NIIKURA[2], Tomiko TAKEUCHI[3]

1) Cooperation Researcher, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama
2) Department of Gerontological Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama
3) Toyama Prefectural University

Abstract

This study developed a “positive attitude toward things” scale for measuring the positive attitude of independent elderly persons.

A self-administered anonymous questionnaire was sent to 1000 elderly people over the age of 60 years who were members of senior citizen clubs in A prefecture, Japan.

Among the 575 responses received (response rate, 57.5%), 517 complete responses were subjected to analysis. As a result of exploratory factor analysis, 2 factors and 10 items were constructed, and internal consistency was confirmed by Cronbach’s α. Confirmatory factor analysis showed that the scale was valid.

In terms of the criterion-related validity, a weak negative correlation was observed between the scale and a depressed mental state. Additionally, positive correlations were observed between the scale and the meaningfulness of SOC and social activities.

The results of this study confirm the scale’s internal consistency and construct validity.

By this scale, it is possible to measure the level of the positive attitude score of healthy elderly people.

Keywords

Elderly, scale development, Baltes’ SOC

医療型障害児入所施設の退所に向けた医療者に対する親のニーズの構造

古里　直子[1)]，桶本　千史[2)]，松井　弘美[3)]，笹野　京子[3)]，長谷川　ともみ[3)]

1）富山県立中央病院（看護師）/富山大学大学院医学薬学研究部（医学）協力研究員
2）富山大学大学院医学薬学研究部（医学）　小児看護学（看護師 / 研究職）
3）富山大学大学院医学薬学研究部（医学）　母性看護学（助産師 / 研究職）

要　旨

児童福祉法に基づき 18 歳までに医療型障害児入所施設退所を余儀無くされる重症心身障害児の親は，退所先として障害者施設又は在宅療育のいずれかを選択する．今回，医療型障害児入所施設の退所に向けた医療者に対する親のニーズの構造を明らかにする目的で研究を行い，研究対象者である 6 名の語りから現象学的分析方法を用いて分析した．その結果，(1) 入所時から子どもの行末について相談できる窓口が欲しい，(2) 成長する子どもに対してサポート力が低下している家族がケアできるか否か見通しを得たい，(3) 子どもと家族にとって最適な療育環境を選択したい，(4) 選択した療育環境に子どもが順応する支援が欲しい，という構造が得られた．

キーワード

障害児入所施設，重症心身障害児，親，ニーズ

はじめに

平成 24 年 4 月に児童福祉法が改正され，第一種自閉症児施設，肢体不自由児施設，重症心身障害児施設で医療の提供を行っている施設が一元化し，医療型障害児入所施設となった．また，この改正により 20 歳以上の入所期間延長規定が廃止された．そのため，医療型障害児入所施設は，平成 30 年までに以下の 3 タイプの施設，(1) 障害児施設として継続，(2) 障害者施設に転換，(3) 障害児と障害者の施設の併設[1)] を選択しなければならない．厚生労働省によると，平成 27 年 12 月時点で医療型障害児入所施設は全国に 217 施設あり，そのうち (1) 障害児施設として継続するのは 45 施設（20.7%），(2) 障害者施設に転換するのは 1 施設（0.5%），(3) 障害児と障害者の施設を併設するのは 138 施設（63.6%），未定は 33 施設（15.2%）[2)] と報告されている．

上記 (1) の障害児施設として継続する施設に入所している子どもは，18 歳以上になると退所し，自宅または地域の障害者施設に移行の選択をせまられることになる．そのため，障害児施設に入所している子どもの親は，子どもが 18 歳になるまでに医療者から退所に関する何らかの支援を受けている．このような支援は親のニーズを把握して行うことが必要であるが，子どもは成長していくため，親のニーズはそれに伴って変化する特徴があると考えられる．

先行研究を精査すると，医療型障害児入所施設のうち (1) の障害児施設として継続する施設に入所している重症心身障害児が退所するまでの医療者に対する親のニーズに焦点をあてた先行研究は見当たらなかったが，病院の小児病棟，NICU，GCU から重症心身障害児の親が在宅に退院する

過程に関する先行研究はあり，重症児病院から在宅の移行を検討する際の母親の心理経過や親が希望する退院支援内容については報告されている[3-5]．そこで，今回医療型障害児入所施設の退所に焦点をあてて研究を行うこととした．本研究では，A 県内で障害児施設として継続する施設において，医療型障害児入所施設の退所に向けた医療者に対する親のニーズの構造を明らかにすることを目的とした．

用語の操作的定義

親のニーズ：医療型障害児施設在籍時の退所に向けた要望や希望を表現したものとした．

対象と方法

1．研究対象者

A 県内の医療型障害児入所施設は，障害児・者施設の併設と障害児施設として継続する 2 施設である．本研究では，障害児施設として継続する施設を対象としているため，本研究の主旨に該当する施設は 1 施設であった．研究対象者は，その施設に一年半以上入所している重症心身障害児あるいは，①絶えず医学的管理下に置くべきもの ②障害の状態が進行的と思われるもの ③合併症のあるもの，が多く「周辺児」と呼ばれている（大島分類[6] 1 ～ 9）子どもをもつ親のうち，退所まで一年半以内に迫った子どもと退所して半年以内の子どもにとってのキーパーソンであり本研究の主旨，参加に同意が得られる者とした．

2．調査方法

1）研究協力依頼の手順

事前に施設長と看護部門の責任者に研究内容の説明を書面と口頭で行い，研究の協力依頼をし，承認を得た．

(1) 退所している子どもをもつ親への研究依頼方法

施設長と看護部門の責任者の許可を得て研究協力依頼書を郵送した．その紙面に研究目的，研究者所属先，研究者名，連絡先，後日電話連絡することを記載した．後日，電話で説明し，同意が得られた親に受診日に書面と口頭で説明し，書面にて研究同意を得た．

(2) 施設に入所している子どもをもつ親への研究依頼方法

親の来所時に書面と口頭で説明し，書面にて研究同意を得た．

2）調査期間

平成 26 年 5 月から平成 26 年 10 月まで

3．研究デザイン

質的記述的研究デザイン

4．データ収集

インタビューガイドによる半構成的面接法を用いた（表 1）．研究者は，研究対象者の語りの方向性を操作しないように配慮しつつ，語りの意図を深めるような質問をしながら，入所から調査当日までのことを想起できるように質問をした．データ収集に関しては，研究対象者の同意を得た後，面接内容を IC レコーダーに録音し，また診療録から必要なデータ（表 2）を得た．

表 1．インタビューガイド

1．いつ頃から退所のことを意識し始めましたか？
　意識し始めたきっかけはなんですか？
2．いつごろ退所後は自宅または施設にしようときめましたか？
　決めたきっかけを教えてください。
3．自宅を選択された親に対して：
　いつ頃退所しようと思っていますか？
　退所後に利用しようと考えている施設などのレスパイトに関する情報はいつ得られましたか？
4．施設を選択された親に対して：
　施設の説明はいつ頃受けられましたか？施設の見学に行った印象はどうでしたか？
5．退所する前までに、知りたいこと（知りたかったこと）はなんですか？
6．いつごろから看護師に子どもの退所後についてアドバイスや指導を受けたいですか（受けたかったですか）？
7．入所中に経験しておきたいこと（おきたかったこと）はありますか？
8．退所する前までに、医師、保育士、PT、OT、ST、栄養士、学校から説明してほしい（してほしかった）内容を教えてください。

（　）内は、退所した人の質問内容である。

表２．研究対象者の概要

	年齢	子どもとの関係	家族形態	療育上のサポートのキーパソン	研究対象者の子ども						
					診断名	大島	入所	罹病	罹患時の医療機関	調査時年齢	退所先
a	30 代	母	母子家庭	実母	脳性麻痺	1	1 年 6 か月	15 年	2 次周産期医療機関	15 歳	施設
b	30 代	母	母子家庭	なし	脳性麻痺	1	12 年	16 年	3 次周産期医療機関	16 歳	施設
c	40 代	母	母子家庭	なし	脳性麻痺	1	5 年	17 年	3 次周産期医療機関	17 歳	施設
d	40 代	母	核家族	実父母	脳性麻痺	1	1 年 6 か月	17 年	3 次周産期医療機関	17 歳	施設
e	40 代	母	核家族	実父	脳性麻痺	1	1 年 6 か月	15 年	3 次周産期医療機関	15 歳	自宅
f	40 代	母	核家族	実父母	交通事故による高次脳機能障害	9	3 年	11 年	不明	18 歳	自宅

＊重症心身障害児区分（大島分類）

５．分析方法

Giorgi, A は，特定の個人の経験ではなく，それぞれの被験者から集められるデータ，特にそれらの叙述の中に含まれている現象事例の数が大切だと述べている．現象学的研究は，複数の被験者から多くの生データを集め，共通の現象の構造を追究していく方法である．本研究では，限定的な環境に置かれている親の共通のニーズを抽出するために Giorgi, A の現象学的分析方法を用いた[7-8]．

分析は，インタビュー後，逐語録を作成し Giorgi, A. の 4 段階の分析手順を忠実に踏むように以下のように進めた．①インタビューを全体の意味を求めて読む．②ニーズに焦点を当てて，意味単位を決定する．③究明しようとしている現象を浮き上がらせるように看護学的視点で表現を変換する．④共通なニーズを抽出する．

６．倫理的配慮

研究で得られた情報は施錠可能な書架で管理・保管し，研究目的以外で使用しない，個人や施設は匿名化し特定されないようにし，論文公表終了後に焼却・破棄する旨を，研究者は研究対象者に紙面と口頭で説明した．

なお，本研究は平成 26 年 7 月 22 日に調査施設の倫理委員会で承認された．

結　　果

１．研究対象者の概要

調査期間中，依頼した親 7 人中，6 人の同意が得られた．研究対象者の概要を表 2 に示す．

２．対象施設の概要

重度重複児棟 20 床，肢体不自由児棟 50 床および親子入園 2 床であり，研究対象者に関わる職種は，医師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，看護師，保育士，心理療法士，薬剤師および栄養士であった．看護体制は受け持ち制とチーム制が併用されていた．子どもを担当している各職種者が年 2 回集まり，情報を統一できるようにカンファレンスが行われていた．

子どもが入所すると，心理療法士が子どもの親と適宜面談を行い，他施設，ケアマネージャーや児童相談所等に連絡し調整していた．退所指導に関する中心的職種は心理療法士が担っているが，在宅療育を望む親に対しては，保育士，看護師が退所指導を追加して行っていた．過去 10 年間の退所児数は，年に 0 ～ 7 人とばらつきがあり，調査年度では，退所児数 7 名であった．7 名のうち，在宅療育への移行は 4 人，障害者施設への転所は 3 人であった．

３．結果の分析例

Giorgi, A. の 4 段階の分析例として，研究対象者 a の分析過程を一部抜粋して述べる．①逐語録を読んで全体を把握したあと，②「年齢とともに

やっぱり親の状況も変わってくる」を意味単位として抜粋し，③「児の成長とともに家族も加齢していく」と看護学的視点で表現を変換した．④②～③を繰り返して研究対象者 a のニーズを抽出した．さらに研究対象者 b ～ f にも①～③を繰り返し，共通なニーズを抽出した．

４．子どもが医療型障害児入所施設に入所し退所するまでの親のニーズの構造

研究対象者は子どもを医療型障害児入所施設に入所後，早期から退所に関する情報が欲しいと思っていた．しかし，研究対象者は，退所に関する情報収集が困難であったことから，【入所時から子どもの行末について相談できる窓口が欲しい】と考えていた．歳月を重ねるに伴い研究対象者を取り巻く環境が変化していくことから，【成長する子どもに対しサポート力が低下している家族がケアできるか否か見通しを得たい】と考えていた．そして退所後に在宅または施設への移行に関することについては，【子どもと家族にとって最適な療育環境を選択したい】と考えていた．療育環境を選択した後では，【選択した療育環境に子どもが順応する支援が欲しい】と考えていた．入所時から施設退所に向けた研究対象者のニーズは継時的に変化しており，これらは 6 名に共通した（図 1）．

以下に研究対象者の語りを包含し，4 つのニーズの各々を述べる．ニーズは【　】，研究対象者 a ～ f の語りの引用は「　」で示す．文脈的に意味がわかりにくい語りには，（　）で補足説明をした．なお，語りの末にある（　）内のアルファベットは，研究対象者を示す．

4-1.【入所時から子どもの行末について相談できる窓口が欲しい】

施設入所後から，*「実際，（障害児を）施設に預けたときに，その後（18 歳以上になったときに）どこに預けるか気になりだす．市役所に相談しても，結構，他人事みたいなところもあったりして．施設を出てからは，こういうパターンがありますよっていうのを誰かに案内してもらいたい．(a)」*と，親身になって話を聞いてくれる相談窓口を求めていた．入所してから数年間，施設内の相談窓口を知らなかった研究対象者は，*「何から探せばいいんだろうっていうのは，たぶん本音だと思うので．相談窓口は，どうせなら入所したころから知っていた方がいいんじゃないかなと思います．(b)」*と，入所時から相談窓口の場所を知りたかったことを述べている．*「特に重症心身障害児の情報が無いなって感じていたんです．相談できる窓口，意外と無いんじゃないかなって思うんです．(f)」*と重症心身障害子どもの相談窓口が無いことを気にしていたと語った．それは，施設入所後に，*「施設だと他の親の方に会う機会が*

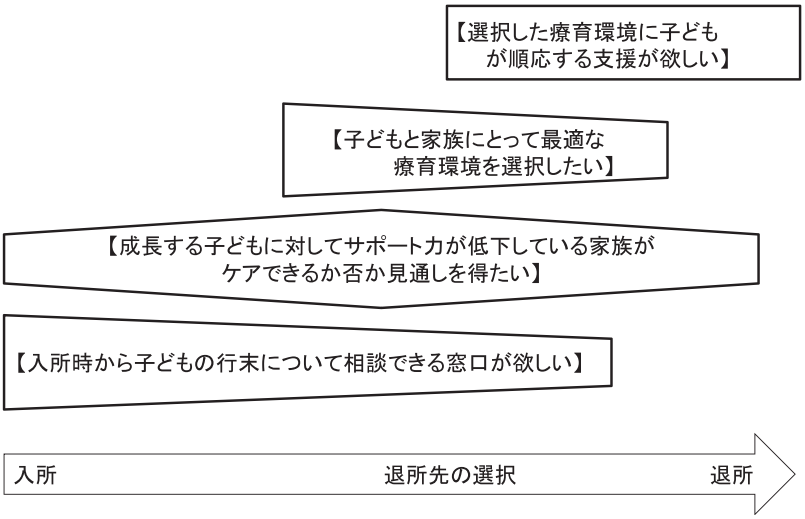


図 1．子どもが医療型障害児入所施設に入所し退所するまでの親のニーズの構造

*無いのでちょっと聞く機会が少ないんです．重症心身障害児なので重症心身障害児の方のお話を聞きたいな，というのがありました．ちょっと聞きづらいじゃないですか．個人情報とか言って・・中略・・6年生で卒業という言葉が出てきたあたりから，やっぱり気持ちが焦り出すっていうか，もっと情報を集めないといけないのかな．(c)」*と，情報不足により焦りを感じていたと述べていた．そのため，医療者に相談したいなと思っていたが，仕事の都合上，平日の日中に施設に来ることができず，*「どうしても夜ばっかり来ているので．（相談窓口が）看護師さんだとありがたい．病棟に居られますし．(c)」*と，時間外に施設に来る親にとって，常に病棟にいる看護師が頼りであったことを語った．一方，*「相談窓口はわからなかったが，入ったときに（心理療法士と）面談とかしたな．そこから心理療法士さんによく相談していた．(d)」*と，入所時に説明をしてくれた心理療法士を頼っていたことを語った．

4-2.【成長する子どもに対してサポート力が低下している家族がケアできるか否か見通しを得たい】

入所期間中に，家族は年齢を重ねていくため，*「年齢とともに，やっぱり親の状況も変わってくるし．親の体の具合とかもあるし，親の親の介護とかも．(a)」，「普通に考えたら親よりも長生きをすると考えて．どうしたら良いのかよくわからん．今は親にも面倒見てもらっているけど，親もだんだん体力無くなってくるし，だんだん本人も重くなってくるし．(d)」*と，研究対象者は親や自分自身が加齢していくことを実感し，退所後の生活をどうしたらよいのかわからないことを語った．成長に伴い二次障害が出現し，嚥下機能低下のため胃瘻を造設した子どももおり，*「（胃瘻造設を）やってみたら上手いこといかなくて，吐いたり．ああ，こんなになってしまったっていう．負担面もちょっとあるかな．(e)」*と，経口摂取していたが胃瘻からの栄養摂取になったことに対する思いを語った．また，子どもの身長・体重が増加したことで*「いろんな面で負担は大きくなってきていますね．成長．（入所していた）3年間の間で大きくなっているし．私自身もちょっと病気しちゃって．3年前ほどの，なんていうか体力が今一つ無いというか．(f)」*と，研究対象者の負担が大きくなってきていることを語った．

在宅療育が困難だと考えている研究対象者は，*「家で看ることが難しい状況なので．同じ母子家庭の親から（施設を希望していることを）言ってみたほうが良いよって言われた．(c)」，「私は母親でもあり，父親でもあるので，そうそう弱音をはけないですし・・中略・・医師に自分の場合はどこがいいですかね？みたいなことを聞いた．(b)」*と，今後のことを医療者に相談したいことを語った．

4-3.【子どもと家族にとって最適な療育環境を選択したい】

障害者施設の選択を考えている研究対象者は*「（入所前は）仕事して，デイサービスに迎えに行って，家に帰ってお風呂に入れて．もういっぱいいっぱいの生活だった．やっぱり（退所後も）施設に預けて，自分もゆとりをもった生活の方が，本人にもなんかいいかなって思って．(a)」や「在宅サービスだと週に5日とかでは，たぶんみていただけないと思うので，できれば障害者施設でという話をしていた．(c)」*と在宅サービスを使用しても，家庭生活に余裕がないために施設入所を選択したことを語った．しかし，実際に障害者施設にしようと思い，*「児童相談所でも話をしていたんだけど，こちら（入所施設）で相談されれば良いんじゃないですか？　みたいなことを言われたんですけど，実際誰に言えばいいのかわからない．市役所の人にどこに言えばいいのかわからないって言ったら県の方とかに問い合わせをしたり，色々してもらったんだけどわからなくて．(a)」*と，相談・手続きをどこで取れば良いのかわからず戸惑ったことを語った．その後，施設内の相談窓口を通して希望した障害者施設を見学し，*「暗いイメージを想像していたんですけど，行ったら全然綺麗で新しくて．見ることでプラスになった．(b)」，「学校の雰囲気を感じつつ，授業をして帰るっていうことができるって言われたんで，ちょっと私の中で安心したっていうか．私の中で引っかかってい*

たところも意外と解消された．(a)」，と雰囲気や気になっていたところを実際に見て選択したいと語った．

一方，在宅療育を選択した研究対象者は，*「結構おじいちゃんにちょっとお願いしたり．(おじいちゃんは)そういうところ(胃瘻)もみると言ってくれている．(e)」*，*「いろんなサービスとか使ったりして，自分に余裕をもちながら充実した生活を送れるようにしてやりたい．(f)」*と，家族の協力を得たり，新たなサービスを利用したり，自分自身の休息できる時間をもちながら在宅療育がしたいと語った．

4-4.【選択した療育環境に子どもが順応する支援が欲しい】

障害者施設への転所に向けて，*「(対象施設の職員は)小さいころからのいろんな過程を皆さん知っているので安心なんですけど，そのことを障害者施設先は知らない．そういうのはまず心配ですよね．‥中略‥障害者施設の訓練の方が，こっち(入所施設)の訓練の方と横のつながりがあるっていうので．お世話になっている訓練士の方とかも，よくみんなで話し合いとか，そういうのを設けていますよと言われて安心しました．(b)」*，*「てんかんとか，医療的な面でみてもらっていたので，普段の状況ってこちら(入所施設)の方が(親よりも)わかっている．(転所すると)学校も病院も変わってしまう．専門家の看護師にしても学校の先生にしても，自分以上にわかっている人からの申し送りが上手くいったらいいかなって思います．(a)」*，*「(転所すると)環境が変わるので，不安はすごくあります．(c)」*と，医療者間で情報交換などの連携を図ることで，転所先の医療者にも子どもの些細な変化を早く察知できるようになって欲しいと語った．

一方，在宅療育を再開することを決意した研究対象者は，*「1年半ここ(障害児施設)においても，私が(子どものことを)わかっていない部分がいっぱいあって，家に帰ってみて(外泊中に)，こんなときどうすれば良いんだろうと．そんな部分が結構あって，いろんな時に出てきます．(e)」*，*「その前はずっと見ていたにも関わらず，やっぱり3年間空くとその毎日居る生活に対する不安，少しありましたね．実際，(施設で)どんなふうに暮らしていたのかよくわからなかった．1日くらい一緒にここでの生活を見られたら．(f)」*と，退所前までに子どもの様子を詳細に知りたかったと語った．そして，*「これって発作なのかな，とかちょっとびっくりしているだけなのかな，とか．‥中略‥医療ケアがこんなに結構大変なんだと思って．(e)」*と子どもの反応を理解できないもどかしさや胃瘻を造設したことで子どもの消化器症状を確認しなければいけない難しさなどを語った．またトイレなどで姿勢が不安定になりやすいことから*「椅子，ちょっと不安定になるし，(障害児施設では)工夫とかされているじゃないですか，その子に合わせた物を．こんな風にしたほうが本当はもっと良いんだというのはやっぱりわからないんで，そういう情報があったらいいなという気がしますね．(f)」*と，座位保持物品を整えてから退所したいことを語った．つまり，子どもと研究対象者が在宅療育に順応できるように外泊を繰り返すことが必要であると語った．さらに，退所して半年在宅療育を行っている研究対象者は，*「医療者方が定期的にアドバイスをくれたり，みに来ていただけたりすると，すごく在宅生活が安心していけると思う．(f)」*と医療者の継続した介入が欲しいことを語った．

考　察

本研究で得られた構造と医療者の介入について考察する．

(1) 入所時から子どもの行末について相談できる窓口が欲しい

親は子どもが医療型障害児入所施設に入所したときから，退所後のことを意識していた．しかし，親は，退所後の情報提供を医療者から充分に受けていないことや，施設に入所すると親同士の情報交換が困難になるとも語っていた．先行研究では，在宅療育を行っている親は，友人や知人などのピアサポートからレスパイトサービスに関する情報収集を入手している[9]，と述べられている．この

ことから，在宅療育を行っている親は，主としてピアサポートを頼りにしているが，施設に入所した子どもの親は，第一に公的機関や子どもが入所している施設などからの情報を頼りにしていると考えられる．

親は，入所早期より退所後の情報が欲しいという思いがあることが明らかになった．在宅から施設入所を決断した親は，子どもや家庭の状況などの違いはあるが，在宅療育を継続できなくなったため，児童相談所や医療機関から得られる少ない情報をたぐりよせ，しかも短期間で判断せざる得ない状況になっていることが多い[10-11]，と報告されている．これらより医療者は，入所したときから積極的に親と関わり，相談窓口を明示・休日や夜間子どもに面会に来る親の相談に応じるなどの相談機能を強化する必要があると考えられる．

(2) 成長する子どもに対してサポート力が低下している家族がケアできるか否か見通しを得たい

家族の加齢などから家族のサポート力低下し，子どもの退所後の生活を心配していることが明らかになった．また，成長していく子どもの状態の変化に戸惑いを感じているようであった．入所している子どもの多数は成長期にあるため，刺激によるてんかん発作の病状の変化，子どもの身長・体重の増加に伴う脊柱変形や呼吸・嚥下・消化管機能の変化などの二次障害が出てくること[11]が推察される．親の加齢や子どもの成長について，藤原は[10]，障害児の母親は自分自身の加齢と向き合いながら，ある面においては子どもの加齢をも見つめていくことになると述べている．この時期の親は，子どもの二次障害に対する治療の選択に加え，親の親の介護も必要になってくることから，自分自身を含めた家族の高齢化と向き合わなければならないと考えられる．これらより医療者は，親と入所している子どもが一緒に過ごせる時間が限られていることを意識して子どもの現状と今後出現するであろう障害の状況の説明，それに対して家族のサポート力で対応できるかを充分に検討する必要がある．

(3) 子どもと家族にとって最適な療育環境を選択したい

親は，最適な療育環境を選択する際，家族サポートの有無，在宅サービスにより親の休息時間があるか，また子どもが充実した生活が送れるかを考えていた．これは，善生が述べている5つの在宅介護ニーズの特徴[13]とほぼ同じであったことから，施設から在宅療育を選択しようとする親にも当てはまる共通したニーズと考えられる．

また，親は，今後の事を具体的にイメージできるようになりたいという思いがあるため，利用可能なサービスを把握したり，施設見学を行ったりすることで施設内の医療者だけでなく，他施設・児童相談所や地域など多職種の人と関わるようになっていた．このような子どもに代わって親が情報交換する行動は，日本発達障害連盟が提言している大きな選択に係わる意思決定支援[14]である情報を交換し判断の根拠を明確にする行動と合致していると考えられる．つまり，親は子どもの代行で意思決定する代行決定をしなければいけないと考えられる．医療者は，親に希望する施設見学や自宅外泊を積極的に勧め，今後子どもの意向，心情，信念，好み，価値観を充分に反映される療育環境を選択・意思決定支援ができるように関わる必要があると考えられる．

(4) 選択した療育環境に子どもが順応する支援が欲しい

退所先が決まっても引き続いて親は，子どもが新しい環境に順応できる支援が欲しいと考えていた．重症心身障害児は，わずかな刺激や環境の変化などが原因で呼吸困難や発熱，てんかん発作などを誘発することが多く，その前駆症状は，子どもの微弱な反応，個別性があることから捉えにくい[15]．そこで，今後子どもに関わる施設や児童相談所などの支援機関の関係者と現在子どもが入所している施設の医療関係者は，親を交えて子どもの状態について情報交換を行うことが重要だと考えられる．

また，在宅療育を選択した親は，医療者が自宅に訪問しそれぞれの専門的分野の視点でアドバイスが欲しい，さらに退所後も定期的に医療者が自宅に訪問し子どもや親の様子を確認してほしいと

語った．急性期病院から在宅生活に移行した医療的ケアが必要な重症心身障害児の退院支援への家族の思いとして池田は[16]，在宅生活において実用性のある退院指導を求めていたと述べている．このことから，子どもに関わる医師，看護師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士や児童相談所は，自宅の構造，子どもの障害の程度と親の思いを把握して，親が在宅療育をする自信につながるようなアドバイスを行うべきであることがいえる．

さらに，子どもが障害者施設に転所することを選択した親は，初めて会う障害者施設の職員に子どもを託すことになるため，子どもの反応を適切にとらえて対応してもらえるのだろうかと心配していた．そのため，医療型障害児入所施設の医療者は，転所先の医療者と密に情報交換を行い，その内容を親に伝える必要があること考えられる．また，実際に転所先の施設の医療者が施設で過ごしている子どもを見る機会を持てるように関わり，かつ親もその場面に立ち会うことができれば，親により安心感を与えることができるのではないかと考えられる．本研究では，医療者同士だけでなく親も交えた情報交換を行っていくことが重要であるといえる．

(5) 本研究で得られた構造（図 1）

【入所時から子どもの行末について相談できる窓口が欲しい】というニーズは，入所したころに強く退所がみられるが，退所先が決まるとみられなくなる．【成長する子どもに対してサポート力が低下している家族がケアできるか否か見通しを得たい】というニーズは，入所時から持っており，退所先の選択をするときに最も強くみられる．そして退所をするときには在宅療育を選択した親に見られる．【子どもと家族にとって最適な療育環境を選択したい】というニーズは，退所先の選択の時期に強く見られ，退所先が決定するとみられなくなる．【選択した療育環境に子どもが順応する支援が欲しい】のニーズは，退所先の選択する時期から見られ，退所するまでみられる．このように共通なニーズの構造は時系列と関係していると考える．

結　語

医療型障害児入所施設退所を余儀無くされる重症心身障害児をもつ親のニーズの構造として，【入所時から子どもの行末について相談できる窓口が欲しい】【成長する子どもに対してサポート力が低下している家族がケアできるか否か見通しを得たい】【子どもと家族にとって最適な療育環境を選択したい】【選択した療育環境に子どもが順応する支援が欲しい】が得られた．親は，医療型障害児入所施設入所から退所までの期間，子どもの行先について情報収集や相談などの支援を受けたいと考えていることから，入所早期から親のニーズをとらえた支援が必要であると示唆された．

謝　辞

本研究において協力していただきました親御様，医療関係者の皆様に心より感謝申し上げます．

利益相反に関する開示事項はありません．

文　献

1）厚生労働省．“障害児及び障害児支援の現状”http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000036483.pdf（参照 2017-03-07）

2）厚生労働省．“主管課長会議資料　平成 28 年 3 月 8 日 実 施”http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000115777.pdf（参照 2017-03-07）

3）池田麻左子：医療的ケアが必要な重症心身障がい児の退院支援への家族の思い　急性期病院の看護師による退院支援を通して．せいれい看護学会 6（2）：16-21，2016.

4）川本和子，豊田ゆかり，西嶋志津江ほか：重症心身障害児の親が体験した医療者とのかかわり　－診断・入院・在宅の経過の中で－．愛媛県立医療技術短期大学紀要（15）：73-79，2002.

5）玉村尚子．重症心身障害児の母親が在宅療養

を選択する過程での迷い．自治医科大学看護学ジャーナル　2016；13：11-19
6）横地健治：重症心身障害児の概念と定義の変遷，大島分類・横地分類．新版 重症心身障害児療育マニュアル．第１版．岡田喜篤監．2-15. 医歯薬出版株式会社，東京，2015.
7）アメリオ・ジオルジ：心理学における現象学的アプローチ　理論・歴史・方法・実践，吉田章宏訳，223-232，新曜社，東京，2013.
8）Giorgi A.：The Descriptive Phenomenological Method in Psychology．Duquesne University Press．Pennsylvania，2009.
9）高木園美，桶本千史，嶋大二郎ほか：富山県の在宅重症心身障害児（者）の主介護者における介護負担感に関する要因．小児保健研究 73（3）：403-408，2014.
10）藤原里佐：障害者家族における母親役割の変化：加齢期にある母親の生活を中心に．教育福祉研究 9：127-135，2003.
11）今村三枝，松島明日香，玉村公二彦：青年・成人期における重症心身障害者のＱＯＬに関する考察―主たる介護者である親へのインタビュー調査による検討―．奈良教育大学紀要 63（1）：55-65，2014.
12）鈴木康之，舟橋満寿子：重症心身障害児（者）の予後とライフスタイル．新版 重症心身障害児療育マニュアル．岡田喜篤監．46-54，医歯薬出版株式会社，東京，2015.
13）善生まり子：重症心身障害児（者）と家族介護者の在宅介護ニーズと社会的支援の検討：埼玉県立大学紀要 7：51-58，2006.
14）公益社団法人　日本発達障害連盟．“平成 27 年度障害者総合福祉推進事業 意思決定支援のガイドライン作成に関する研究”．2016 http://www.jldd.jp/wp-content/uploads/bb8a04988f4675aa39188b161c56d48a-1.pdf（参照 2017-05-18）
15）石井美津子，平元東：健康管理の基本的な考え方．新版 重症心身障害児療育マニュアル．岡田喜篤監．70-76, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2015.
16）池田 麻左子：医療的ケアが必要な重症心身障がい児の退院支援への家族の思い　急性期病院の看護師による退院支援を通して：せいれい看護学会誌 6（2），16-21，2016.

Parent al needs structure until therefollowing discharge of their children with physical and mental disabilities discharge from medical facilities.

Naoko Furusato[1)], Chifumi Okemoto[2)], Hiromi Matsui[3)], Kyoko Sasano [3)], Tomomi Hasegawa[3)]

1) Nursing, Toyama Prefectural Central Hospital/Research Support Personnel, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama,
2) Department of Pediatric Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama,
3) Department of Maternal nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama,

Abstract

Per According to the Child Welfare Act system in Japan, children aged >over 18 years with physical and mental disabilities must be discharged from medical facilities. Parents of these children have to decide whether to admit them to facilities for the disabled or provide home care.
This study clearly aimed at examined examining the healthcare concerns of the parents' medical needs for following the discharge of their children with physical and mental disabilities as they must discharge from the medical facilities. Interviews were conducted sSix parents of such children with profound intellectual and multiple disabilitieswere interviewed. The interview contents were then analyzed using Giorgi's A's phenomenological method.
Results : (1) the parents immediately wanted want to contact staff that can talkto discuss about their children after discharge as soon as entering, (2) want to get a prospect whether aging parents can support or not growing children;the parents needed to assess the adequacy of aging parents in catering for the special needs of their growing child, (3) the parents wanted to selectchoose the most suitable care environment for both their child and the family, and (4) the parents wanted their children to adapt child to new suitable care environment.

Keywords

Medical facilities, ; Needs ,; Parents; physicalParent, Physical and mental disabilities parent needs

富山県 A 地区における在宅高齢者の食料品購入と栄養摂取量の実態

伊井　みず穂，茂野　敬，梅村　俊彰，安田　智美

富山大学医学薬学研究部　成人看護学 2

要　旨

本研究は，富山県 A 地区における在宅高齢者の食料品購入と栄養摂取量の実態を明らかにすることを目的とした．在宅高齢者 62 名のうち，同意が得られた 38 名（61.3%）に，食料品購入・栄養に関する意識・栄養摂取量について自記式調査を行った．そのうち，未記入がなかった 26 名（41.9%）について，分析を行った結果，食料品購入不便なしが 86.9%，不便ありは 13.1%と不便ありの割合が少なく，食料品購入の不便さと栄養摂取量には有意差はみられなかった．対象者全体の栄養摂取量は，十分な栄養摂取ができており，特にたんぱく質を多く摂取できていた．栄養に関する意識では，関心ありはなしよりエネルギー摂取量，たんぱく質，脂質，炭水化物の 4 要素すべてが有意に高かった．A 地区では食料品購入の不便さに関わらず十分な栄養摂取ができており，今後も十分な栄養摂取を継続していくこと，栄養バランスに関心がない人に対し，支援を行うことが必要であると考えられた．

キーワード

在宅高齢者，食料品購入，栄養摂取量

はじめに

我が国の平成 28 年の高齢化率は過去最高の 27.3%となり[1]，超高齢社会である．この現状を踏まえ，健康日本 21（第二次）では，健康寿命の延伸と健康格差の縮小，生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底，社会生活を営むために必要な機能の維持および向上，健康を支え守るための社会環境の整備，栄養・食生活，身体活動・運動，休養，飲酒，喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善という 5 つを基本的な方向としている[2]．多様な食料品摂取は健康づくりの主要な要素として位置づけられ，食生活指針[3]や食事バランスガイド[4]等にも示されている．

とくに，地方や農山漁村地域においては，医療や福祉を含めた社会資源の確保にも支障を来すような地域も現れているため[5]，生活習慣病や介護予防を含めた健康の維持・増進を図っていく上で，健康づくりの主要な要素であるバランスの摂れた食生活を確立することが重要となると考えられる．

富山県における県民全体の栄養状態は，平成 16 年と比較して平成 22 年はエネルギー摂取量が減少し，脂肪エネルギー比率がやや増加していた．それを踏まえ，健康なまちづくりの推進として，地域各々での栄養状態の現状把握，対応の検討の必要性が健康栄養調査報告[6]で述べられている．

また，富山県は交通手段分担率において，公共交通機関が 4.5%と全国と比較しても低く，自家用車が 72%と高い．しかし，自家用車を自由に利用できない人が約 30%であり，そのうち 71.2%が 60 歳以上の自動車社会の交通弱者となっ

ている[7]．このような地域で生活を営む高齢者にとって，購入先の販売店と自宅からの距離，交通手段は栄養摂取量状況に大きく関係していることが考えられる．よって，交通弱者である高齢者のみの世帯では，日々の買い物が不便となり，食事内容にも影響を及ぼすのではないかと考えた．そのような中，有料の買い物代行サービスや移動販売などが行われている[8]．しかし大井による北陸地区を対象とした調査[9]によると，ネット注文は高齢者にはハードルが高く，宅配事業も各社とも利用件数が伸びていない現状が報告されている．

そこで，私たちは買い物状況にも影響すると考えられる地理的環境や家族構成などの要素と食生活との関連にも焦点を当てつつ，富山県の山間部にあるA地区における在宅高齢者の栄養摂取量を把握することを目的として研究を行った．

研究対象と方法

1．研究デザイン

実態調査，関連探索型研究

2．研究対象

富山県内山間部（A地区）で生活を営む65歳以上の在宅高齢者とし，医師から食事コントロール，食事療法を指示されている人は除外した．

3．調査期間

2017年9月

4．方法

1）実施方法

地域の代表者に研究の趣旨および目的と方法を書面および口頭にて説明し，同意を得た後，対象者となる高齢者が集う場の紹介を受けた．
紹介を受けた対象者に研究の目的と方法，調査への協力は自由意志であること，拒否による不利益はないことを文書及び口頭で説明し，同意を得られた対象者に調査を行った．

調査開始日に対象者に質問紙にて聞き取り調査を行い，5日間の献立について自己にて記載と食事の撮影を行ってもらい，郵送にて回収を行った．

2）調査内容

(1) 食料品購入・栄養に関する意識

①対象者属性

性別，年齢，同居者，食事準備者，食事療法の有無

②食料品購入について

農林水産政策研究所が行った調査[10]を参考にした．

買い物の不便さとその理由，食料品購入方法，買い物に利用する店舗までの距離，買い物に利用する店舗までの移動手段，など

③栄養に関する意識

栄養バランスについての関心，体重管理の心がけ，健康の増進やメタボ改善などのための食事の有無，食事のカロリーや成分への関心，規則正しい食生活，食事の適切さを知っているか，食事内容の適切さを知りたいかの7項目について2択で回答を求めた．

(2) 栄養摂取量

献立を自記式で5日分記入してもらい，写真撮影を依頼した．

調査終了後に中3日分の献立をエクセル栄養君®Ver.8[11]に入力を行った．

エクセル栄養君®Ver.8に献立を入力することで，食品コードを元に栄養計算が行われる．本研究では，標準食品分類は18食品群を使用し，栄養摂取量を算出した．

また，撮影された写真，記入献立から算出した栄養摂取量は，管理栄養士に確認を依頼し，修正を行った．

3）分析方法

データ分析には，統計ソフトSPSSVer.23.0J for Windowsを用いた．研究対象者の栄養摂取量と属性，食料品購入状況，栄養に関する意識などの関連を検討するため，分散分析，χ^2検定を行った．有意水準は$P < 0.05$とした．

倫理的配慮

地域の代表者に研究の趣旨および目的と方法を書面および口頭にて説明し，同意を得た後，対象

者の紹介を受けた.

紹介を受けた対象者に研究の目的と方法，調査への協力は自由意志であること，拒否による不利益はないことを文書及び口頭で説明し，同意を得られた対象者に調査を行った．得られたデータは本研究以外の目的では使用せず, 厳重に管理した. 本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認を得た（臨 29-56).

結　　果

集会場に集まった 62 名のうち，同意が得られた 38 名（61.3％）に回答を依頼し，そのうち自記式献立記載用紙の記載に未記入がなかった 26 名（41.9％）を分析対象とした.

1．食料品購入・栄養に関する意識について

1）対象者属性

対象者の性別は，男性 3 名（11.5％），女性 23 名（88.5％），平均年齢 77.3 ± 7.6 歳であった. 同居者は，一人暮らし 5 名（19.2％），配偶者と二人世帯 7 名(26.9％), 子世帯と同居 13 名(50％), その他 1 名（3.8％）で，食事準備者は自分自身 21 名（80.8％），配偶者 1 名（3.8％），子ども 4 名（15.4％）であった（表 1).

2）食料品購入について

食料品購入については，苦労や不便を感じることがある 4 名（15.4％），苦労や不便はあまり感じない 13 名（50.0％），苦労や不便は全くない 9 名（34.6％）であった．以下,「苦労や不便を感じることがある」を「不便あり」とし,「苦労や不便はあまり感じない」,「苦労や不便は全くない」をまとめて「不便なし」とする.

「不便あり」の理由は，店舗までが遠い，店舗に行くまでに坂がある，店舗までに段差・階段がある，タクシーに乗らないといけない，バスの便が少ない，バス停が遠い，バス代などの交通費の負担が大きい，荷物をあまり運べないであった.

苦労を解消するために重要なことは，地元の商店をもり立てること，バス路線の開設やバス便の改善，バス乗車やタクシー乗車への補助，店舗への無料送迎サービスの充実，自宅で注文する宅配の充実，店舗にて購入した商品の宅配サービスの充実であった.

「不便なし」の理由は，自分で買い物に行けるが最も多く，次いで近くに店舗がある，代わりに買ってきてくれる人がいる，バスなどの交通機関で買い物ができるであった.

利用する食料品購入方法は，最寄りの食料品販売店（スーパー）19 名（73.1％）と最も多く，次いで最寄りの商店 4 名（15.4％），自作のみ 2 名（7.7％），食料品の宅配・通信販売 1 名（3.8％）であった.

買い物に利用する店舗までの距離は，全体では～ 250m 1 名(3.8％), 250m ～ 500m 3 名(11.5％), 500m ～ 1000m 9 名（34.6 ％），1000m ～ 2000m 3 名（11.5 ％），2000m ～ 5000m 7 名（26.9 ％），5000m 以上 3 名（11.5％）であった．食料品購入について不便ありでは 500m ～ 1000m 2 名（50.0％），2000m ～ 5000m 1 名（25.0％），5000m 以上 1 名（25.0％），不便なしでは～ 250m 1 名（4.6 ％），250m ～ 500 m 3 名（13.6 ％），500m ～ 1000m 7 名（31.8 ％），1000m ～ 2000m 3 名（13.6％），2000m ～ 5000m 6 名（27.3％），5000m 以上 2 名（9.1％）であった.

買い物に利用する店舗までの移動手段は，全体では自分で運転する自家用車 14 名（53.8％）と最も多く，次いで同居する家族が運転する自家用車 4 名（15.4％），徒歩 4 名（15.4％），自転車 3 名（11.5％），電車 1 名（3.8％）であった．食料

表 1．対象者の基本属性

n ＝ 26

		人数	％
年代	70 歳未満	4	15.4
	70 歳代	10	38.5
	80 歳以上	12	46.2
性別	男性	3	11.5
	女性	23	88.5
同居者	一人暮らし	5	19.2
	配偶者と二人世帯	7	26.9
	子世帯と同居	13	50.0
	その他	1	3.8
食事準備者	自分自身	21	80.8
	配偶者	1	3.8
	子供（義娘・義息子含む）	4	15.4

品購入について不便ありでは同居する家族が運転する自家用車２名（50.0%），徒歩２名（50.0%），食料品購入について不便なしでは自分で運転する自家用車・バイク 14 名（63.6%）が最も多く，次いで自転車３名（13.6%），徒歩２名（9.1%），同居する家族が運転する自家用車２名（9.1%），電車１名（4.6%）であった．

同居者は食料品購入について不便ありでは子世帯と同居１名（25.0%），配偶者と二人世帯１名（25.0%），一人暮らし２名（50.0%），不便なしでは子世帯と同居 12 名（54.5%），配偶者と二人世帯６名（27.3%），一人暮らし３名（13.6%），その他１名（4.6%）であった（表 2）．

３）栄養に関する意識

栄養に関する意識については，栄養バランスについての関心は，あり 20 名（76.9%），なし６名（23.1%），体重管理の心がけは，あり 20 名（76.9%），なし６名（23.1%），健康の増進やメタボ改善などのための食事は，あり 20 名（76.9%），なし６名（23.1%），食事のカロリーや成分への関心は，あり 15 名（57.7%），なし 11 名（42.8%）であった．規則正しい食生活は，はい 22 名（84.6%），いいえ４名（15.4%），食事の適切さを知っているかは，はい 16 名（61.5%），いいえ 10 名（38.5%），食事内容の適切さを知りたいかは，はい 14 名（53.8%），いいえ 12 名（46.2%）であった．

2．栄養摂取量

１）対象者の栄養摂取量

対象者の栄養摂取量については，エネルギー摂取量３日間平均は，男性 2052 ± 213kcal/ 日，女性 1852 ± 402kcal/ 日であった．たんぱく質は男性 72.6 ± 7.5g，女性 74.4 ± 17.8g，脂質は男性 57.5 ± 14.7g，女性 55.5 ± 16.2g，炭水化物は男性 258.3 ± 15.4g，女性 255.7 ± 58.8g であった．

２）A 地区と全国補正値との比較

A 地区の栄養摂取状況をみるために，平成 27 年度国民健康・栄養調査[6] における，１人１日当たりの 70 歳以上の高齢者の栄養摂取状況との比較を行った．

男女全体では，エネルギー摂取量は全国 1663kcal，A 地区 1883 ± 399kcal，たんぱく質は全国 68.6g，A 地区 74.8 ± 17.0g，脂質は全国 51g，A 地区 56.4 ± 18.5g，炭水化物は全国 255.3g，A 地区 256.0 ± 54.1g であり，有意差は見られなかった．（表 3-1）

男性では，エネルギー摂取量は全国 1997kcal，A 地区 2230 ± 278kcal，たんぱく質は全国 74.4g，A 地区 78.2 ± 11.5g，脂質は全国 54.7g，A 地区 66.2 ± 31.0g，炭水化物は全国 277.7g，A 地区 276.6 ± 19.1g であり，有意差は見られなかった．（表 3-2）

女性では，エネルギー摂取量は全国 1663kcal，

表２．買い物の不便さと利用店舗・同居者との関係

n = 26

		全体		不便あり		不便なし	
		人数	%	人数	%	人数	%
買い物に利用する店舗までの距離	0000 ～ 250m	1	3.8	0		1	4.6
	0250 ～ 500m	3	11.5	0		3	13.6
	0500 ～ 1000m	9	34.6	2	50.0	7	31.8
	1000 ～ 2000m	3	11.5	0		3	13.6
	2000 ～ 5000m	7	26.9	1	25.0	6	27.3
	5000m　以上	3	11.5	1	25.0	2	9.1
買い物に利用する店舗までの移動手段	自分で運転する自家用車	14	53.8	0		14	63.6
	同居者家族が運転する自家用車	4	15.4	2	50.0	2	9.1
	徒歩	4	15.4	2	50.0	2	9.1
	自転車	3	11.5	0		3	13.6
	電車	1	3.8	0		1	4.6
同居者	子世帯と同居	13	50.5	1	25.0	12	54.5
	配偶者と二人世帯	7	26.9	1	25.0	6	27.3
	一人暮らし	5	19.2	2	50.0	3	13.6
	その他	1	3.8	0		1	4.6

表３－１．全国とＡ地区の栄養摂取量の平均（男女）

n=26

	平均±標準偏差		
	全国	A 地区	p 値
エネルギー (kcal)	1663	1883 ± 399	0.35
たんぱく質 (g)	68.6	74.9 ± 17.0	0.07
脂質 (g)	51.0	56.5 ± 18.5	0.15
炭水化物 (g)	255.3	256.0 ± 54.1	0.94

表３－２．全国とＡ地区の栄養摂取量の平均（男性）

n=26

	平均±標準偏差		
	全国	A 地区	p 値
エネルギー (kcal)	1997	2230 ± 278	0.28
たんぱく質 (g)	74.4	78.2 ± 11.5	0.62
脂質 (g)	54.7	66.2 ± 31.0	0.58
炭水化物 (g)	277.7	276.6 ± 19.1	0.93

表３－３．全国とＡ地区の栄養摂取量の平均（女性）

n=26

	平均±標準偏差		
	全国	A 地区	p 値
エネルギー (kcal)	1663	1852 ± 402	0.04*
たんぱく質 (g)	64.1	74.4 ± 17.8	0.01*
脂質 (g)	48.3	55.1 ± 17.0	0.51
炭水化物 (g)	238	253.3 ± 56.9	0.06

*p<0.05

A 地区 1852 ± 402kcal，たんぱく質は全国 64.1 g，A 地区 74.4 ± 17.8g，脂質は全国 48.3g，A 地区 55.1 ± 17.0g，炭水化物は全国 238g，A 地区 253.3 ± 56.9g であり，A 地区は全国と比べてエネルギー摂取量，たんぱく質の摂取量が多く，有意差がみられた（p<0.05）（表 3-3）.

４）食料品購入・栄養に関する意識と栄養摂取量との関連

食料品購入・栄養に関する意識と栄養摂取量との関連を検討した結果，栄養バランスへの関心について，ありはエネルギー摂取量 1960 ± 350kcal，たんぱく質 76.8 ± 18.4g，脂質 59.8 ± 14.6g，炭水化物 268.2 ± 50.9g であり，なしはエネルギー摂取量 1593 ± 401kcal，たんぱく質 65.6 ± 4.5g，脂質 41.9 ± 12.0g，炭水化物 215.6 ± 54.1g であり，たんぱく質，脂質，炭水化物ではありが有意に高かった（表 4）.

同居者の有無，食事準備者，買い物に利用する店舗への移動手段，食料品購入についての不便さでは有意差は見られなかった.

また，全国と A 地区の買い物に不便ありの栄養摂取量を比較したところ，有意差はみられなかった.

考　察

１．食料品購入について

食料品購入について A 地区では，不便なしは 22 名（84.6%），不便ありは 4 名（15.4%）であり，買い物に不便を感じていない人の割合が高いことがわかった．農林水産研究所の調査[10] によると，鳥取県の山村地域 C 町では，食料品購入について不便ありの割合は 50 歳以上で 41.6%であった．C 町は山間部に位置し，平成 22 年の調査時点での高齢化率は 48.0%であり，今回の調査対象であ

表４．食料品購入・栄養に関する意識と栄養摂取量との関連

		人数	%	平均±標準偏差			
				エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	炭水化物 (g)
同居者	高齢者のみ	12	46.2	1959 ± 383	77.3 ± 17.3	59.0 ± 17.7	270.5 ± 57.7
	子世帯	14	53.8	1803 ± 390	71.6 ± 16.7	52.8 ± 14.0	243.6 ± 52.1
食事準備者	自分・配偶者	22	84.6	1902 ± 352	75.2 ± 17.7	57.1 ± 16.1	261.4 ± 49.4
	子・子の配偶者	4	15.4	1725 ± 587	68.8 ± 12.1	48.1 ± 13.5	226.4 ± 84.3
移動手段	自分で運転する自家用車	14	53.8	1884 ± 374	73.7 ± 18.8	57.0 ± 16.0	256.1 ± 42.5
	その他	12	46.1	1864 ± 419	74.8 ± 15.1	54.2 ± 16.1	256.0 ± 69.5
食料品購入	不便あり	4	15.4	2049 ± 145	81.7 ± 09.7	68.4 ± 10.2	269.2 ± 24.9
	不便なし	22	84.6	1843 ± 411	72.9 ± 17.7	53.4 ± 15.7	253.6 ± 59.4
栄養バランスへの関心	あり	20	76.9	1960 ± 350 *	76.8 ± 18.4 *	59.8 ± 14.6 *	268.2 ± 50.9 *
	なし	6	23.1	1593. ± 401	65.6 ± 04.5	41.9 ± 12.0	215.6 ± 54.1

*p<0.05

るA地区も平野部と山間部があり，平成27年での高齢化率は30.0%である[12]．このことから，A地区とC町は地理的環境や高齢化率が類似しているため，同様の結果になると考えられたが，食料品購入について不便ありはA地区では15.4%，C町では41.6%と異なる結果となった．

食料品購入についてA地区の不便なしの理由は自分で買い物に行けるが最も多く，自転車や徒歩で行ける距離に店舗があること，また店舗が遠くても自身で自家用車やバイクなどを運転して買い物に行けることが挙げられた．農林水産省経済産業省の調査では，食物が入手しやすい地理的範囲の基準を500 mとしている[13]が，A地区では食料品購入について不便なしのうち，買い物に利用する店舗までの距離が500 m以上の人が81.8%であった．石川らは，食物を入手しやすい地理的範囲は居住地域による交通手段の違い，季節による生活様式の変化，宅配サービスの増加等を踏まえた上で検討する必要があると述べている[14]．富山県は交通手段として自家用車の利用率が高く[15]，A地区でも移動手段として自分で運転する自家用車の利用率が高かったことが食料品購入に不便を感じていないことに関連していたと考えられる．また今回の調査対象者は，自ら集会場まで足を運べることや，地域での交流の場に自ら参加し，地域住民との交流があることから，比較的元気な在宅高齢者であり，このことも食料品購入に不便を感じていないことに関連していると考えられる．

一方，不便ありの理由は，C町と同様に店舗までが遠いが最も多く，移動手段が徒歩，または家族の運転する自家用車であり，公共交通機関が少ない山間部では自分で運転できることが買い物の不便さに関係しており，運転できない人のためにも公共交通機関や店舗までの送迎などのサービスの充実が必要になると考えられる．また，高齢者にはネット注文はハードルが高く利用件数が伸びていない現状がある[9]ことも踏まえ，今後山間部に住む高齢者も利用しやすいサービスを高齢者と共に考え，普及していく必要があると考えられる．

栄養摂取量について，A地区の高齢者は食事摂取基準[16]を満たしており，十分な栄養摂取ができていた．

A地区のと平成27年度国民栄養調査における全国平均と比較したところ，男性では有意差は見られなかったが，女性では，エネルギー摂取量，たんぱく質摂取量が全国に比べ有意に高く，またエネルギー摂取量，たんぱく質，脂質，炭水化物の4要素すべてが久山町に比べ有意に高かった．高齢者は伝統的な食生活を保持していることが多く，米，麺類などの炭水化物が多く含まれる主食に偏る傾向があり[17]，特に健康維持のために必要なたんぱく質摂取ができていないことが報告されている[18]．たんぱく質は骨格筋量，筋力，身体機能の維持に強い関連がある栄養素として重要であり[19]，A地区の食事内容を見ると，食事バランスガイド[4]にも示されているたんぱく質にあたる，刺身や焼き魚などの魚料理や納豆，味噌汁，卵の摂取が多かった．富山県は「天然のいけす」と言われる富山湾を有しており，沿岸から急激に深くなり海底には多くの谷が入り組んだ藍瓶といわれる海底谷があり，そこに魚介類が集まる[20]という特徴から，他県と比較して魚介類の摂取量が多い[21]．また，A地区は山間部に位置しているが，富山県は海と山が近く魚介類を身近に摂取できるため，たんぱく質を摂取しやすい環境にあると考えられる．

A地区内において，食料品購入・栄養に関する意識と栄養摂取量との関連をみると，栄養バランスへの関心について，ありはなしより4要素すべてが有意に高かった．このことから，栄養への意識の差は食事内容に影響すると考えられる．

A地区では，たんぱく質を摂取しやすい環境を生かし，今後も十分な栄養摂取を継続するために支援を行い，栄養バランスに関心のない人に対しては，栄養に関する簡単な情報の提供や食事バランスガイドを基にした理解しやすいパンフレットの作成，配布などの栄養バランスに関心が持てるような働きかけを行うことが必要である．

また今回の調査では，調査対象に男女の偏りがあったこと，自分で運転する自家用車での移動が多く，地区での集まりに自ら足を運ぶような活動的な対象者であったこと，A地区全体では山間部

であるが，今回調査協力を得た対象者は，A 地区内でも比較的平野部で生活する高齢者が多かったことから，調査対象の条件を調整することで結果が異なった可能性があると考えられる．

結　　語

富山県 A 地区の在宅高齢者に対し，食料品購入・栄養に関する意識，栄養摂取量について調査を行った結果，以下の内容が明らかとなった．

・食料品購入について，不便なしが 86.9％であり，不便ありは 13.1％と不便ありの割合が少なく，食料品購入の不便さと栄養摂取量には有意差はみられなかった．

・栄養摂取量について，A 地区は十分な栄養摂取ができており，特にたんぱく質を多く摂取できていた．

・栄養に関する意識と栄養摂取量との関連では，関心ありはなしよりエネルギー摂取量，たんぱく質，脂質，炭水化物の4要素すべてが有意に高く，栄養への意識の差は食事内容に影響すると考えられた．

謝　　辞

本研究を行うにあたり，調査に協力してくださった対象者の皆様に心より感謝し，深く御礼申し上げます．

引用文献

１）内閣府:平成29年版高齢社会白書高齢化の状況高齢化の現状と将来像, http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf（閲覧日:2017年8月9日）

２）厚生労働省:国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針, http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002eyv5-att/2r9852000002eywv.pdf（閲覧日:2017年8月9日）

３）文部省, 厚生労働省, 農林水産省:食生活指針, http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000129379.pdf（閲覧日:2017年11月6日）

４）農林水産省:食事バランスガイド, http://www.maff.go.jp/j/balance_guide/（閲覧日:2017年10月30日）

５）高見富士男:過疎対策の現状と課題；新たな過疎対策に向けて, 立法と調査, 300, 16-29, 2010

６）富山県厚生部:健康栄養調査報告, http://www.pref.toyama.jp/cms_pfile/00011719/00507232.pdf（閲覧日:2017年10月24日）

７）総務省統計局:国勢調査　利用交通手段別15歳以上通勤・通学者数, http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/jutsu1/00/04.htm（閲覧日:2017年8月9日）

８）富山県商工労働部 商業まちづくり課:県内で利用できる買い物支援サービス, http://www.pref.toyama.jp/cms_pfile/00013046/00995474.pdf（閲覧日:2017年8月9日）

９）大井誠:高齢化社会の進展と食材宅配, 北陸経済研究, 416, 3-18, 3013

10）薬師寺哲郎, 高橋克也, 田中耕一:住民意識からみた食料品アクセス問題 食料品の買い物における不便や苦労の要因, 農業経済研究, 85, 45-60, 2013

11）吉村幸雄:エクセル栄養君Ver.8.健帛社，東京，2017.

12）日本医師会:地域医療情報システム地域別統計富山県立山, http://jmap.jp/cities/detail/city/16323（閲覧日:2017年10月19日）

13）農林水産省経済産業省:食料品へのアクセスに関する調査研究, http://www.maff.go.jp/j/shokusan/eat/shoku_akusesu.html（閲覧日:2017年10月30日）

14）石川みどり, 横山徹爾, 村山伸子:地理的要因における食物入手可能性との関連についての系統的レビュー, 栄養学雑誌, 71(5), 290-297, 2013

15）一般財団法人自動車検査登録情報協会:自動車保有動向, https://www.airia.or.jp/publish/file/r5c6pv000000g7xt-att/r5c6pv000000g7y8.pdf（閲覧日:2017年11月6日）

16）厚生労働省：日本人の食事摂取基準，http://www.mhlw.go.jp/file/04-

Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000041955.pdf（閲覧日2017年11月6日）
17）広田孝子, 川崎泉, 広田憲二:【高齢者の肥満と痩せ・栄養】高齢者の肥満・痩せと老年疾患との関係　高齢者のための食事の工夫, Geriatric medicine, 46(5), 479-485, 2008
18）Kerstetter JE,O'Brien KO,Insogna KL:Low Protein Intake, The Impact on Calcium and Bone Homeostasis in Humans, J Nutr, 133, 855-861, 2003
19）菱田明, 佐々木敏:日本人の食事摂取基準, 第4版, 378, 第一出版株式社, 2015
20）富山県:とやま観光ナビ観光情報, http://www.info-toyama.com/about/1/（閲覧日:2017年10月26日）
21）総務省統計局:家計調査調査結果, http://www.stat.go.jp/data/kakei/5.htm（閲覧日:2017年10月26日）

Buying food and nutritional intake in home-dwelling elderly in Region A of Toyama Prefecture.

Mizuho Ii, Takashi Shigeno, Toshiaki Umemura, Tomomi Yasuda

Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

Abstract

The aim of this study was to elucidate the food purchases and nutritional intake of home-dwelling elderly in Region A of Toyama Prefecture. A self-administered questionnaire survey on buying food, attitudes toward nutrition, and nutritional intake was conducted with 38 of 62 (61.3%) home-dwelling elderly people from whom consent was obtained. The analysis was conducted with the responses from 26 people (41.9%) of them that had no missing information. The results showed that buying food was not inconvenient for 86.9% of respondents, and was inconvenient for 13.1%. The proportion that felt inconvenience was thus smaller. No significant difference was seen in inconvenience in buying food and nutritional intake. Nutritional intake was sufficient in all subjects, who consumed much protein in particular. With regard to attitudes to nutrition, there were significantly higher levels of energy intake, protein, fats, and carbohydrates in those who had an interest in nutrition than in those who did not. In Region A, sufficient nutrition was consumed regardless of inconvenience of buying food. For continuing intake of sufficient nutrition in the future, it is thought that efforts will be needed to assist people who do not have an interest in nutritional balance.

Keywords

Home-dwelling elderly, Food purchases Nutritional intake

看護学生の腰痛と精神的背景との関連について
―不安と仮面うつの評価から―

池永　純香，喜多島　奈緒，舘　侑希，若林　理絵，金森　昌彦

富山大学医学部看護学科人間科学１講座

要　　旨

看護学生を対象に腰痛と精神的ストレスの実態をアンケートにより調査した．腰痛の頻度は 49.2％であり，精神的ストレスを自覚する者は 48.1％であった（オッズ比：2.46，$p < 0.01$）. JOABPEQ（Japanese Orthopedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire）における心理的障害の項目は腰痛の程度（Visual Analogue Scale: VAS）を反映した（$r=-0.290$, $p < 0.05$）．また State-Trait Anxiety Inventory（STAI）における状態不安の評価は平均 43.4 ± 9.1 点，特性不安は平均 48.8 ± 9.5 点，Self-Rated Questionnaire for Depression（SRQ-D）は平均 9.6 ± 5.5 点で，これらの精神的評価も腰下肢症状における VAS との関連性があった（いずれも $r > 0.2$，$p < 0.05$）．また腰痛と仮面うつの評価のオッズ比は 2.59 であった（$p < 0.01$）．以上のことから腰下肢症状と精神的状態が呼応することが示された．

キーワード

腰痛，看護学生，不安，うつ状態

はじめに

我が国における有訴者率において最も上位が腰痛で，人口の約 10％程度である [1]．多くの調査において，対象者の 15 ～ 30％が腰痛を自覚しているとされ，生涯有病率は 50 ～ 80％と言われている [2,3]．しかし腰痛の背景は複雑であり，脊椎の老化変性という解剖学的な変化だけでは説明できない．手術対象になる器質的疾患においてでさえ，ある程度の精神的背景が関与する [4]．

思春期から成人に移行する大学生においても学業に支障のある腰痛，およびそれに関連する下肢症状を自覚していることが身近にも経験される．その原因には大学生を含めた若者特有のものがあり，過度の運動や長時間の座学や実習という身体的ストレス，また心のストレスなどの精神的要因が腰痛の原因として挙げられている [5]．医学生を対象にした先行研究 [6] では半数以上の学生に腰下肢症状（腰痛、殿部から下肢の疼痛やしびれ）が認められており，不安や仮面うつという精神的背景との関連性が示された．これまでにも看護学生に関する腰痛の報告 [7,8] はあるが，身体的評価が中心であり，精神的背景との関連性には注目されてこなかった．

そこで，我々は看護学生を対象に，腰下肢症状と精神的背景との関連性について実態調査を行った．

対象と方法

調査は201X年に行い，対象は「A大学に在籍する看護学科の学生（1年～3年）」とした．無記名のアンケートにより，対象者の背景，自覚する腰下肢症状の程度，腰痛の性質，不安と仮面うつの評価を行った．回答を得たのは185例（男9例，女176例，平均年齢19.4歳）であった．

1）対象者の背景

対象者の背景として，属性（性別・年齢），腰痛の原因となる疾患の有無，精神的ストレスの有無（有の場合はその具体的内容も含む）を最初に記載してもらった．

2）自覚する腰下肢症状の程度

腰下肢症状の程度は，腰痛，殿部･下肢痛，殿部･下肢のしびれの程度の3つに分け、Visual Analog Scale（VAS）[9]を用いて，「痛み（しびれ）が全くない状態」を0，「想像できるもっとも激しい痛み（しびれ）」を10と考えて，最近1週間で最も症状のひどい時の痛み（しびれ）の程度を0から10（cm）の間で記載してもらった．

3）自覚する腰痛の性質

腰痛の性質を分析するために，日本整形外科学会が作成したJOABPEQ（Japanese Orthopedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire）[10-13]を用いた．JOABPEQは疼痛関連障害，腰椎機能障害，歩行機能障害，社会生活障害および心理的障害の5つのドメインからなる．因子毎に重症度を100点満点で表し，各評価値が高いほど良好であることを示す．

4）不安の評価

不安の評価にはSTAI（State-Trait Anxiety Inventory）を用いた．これはSpielberger[14]の「不安の状態・特性モデル」に基づいて開発されたもので、アンケートには日本版尺度[15]を用いた．STAIは状態不安と特性不安に分けられている．状態不安は一過性の不安を示し，特性不安は比較的安定した個人としての性格不安のことで，各20項目の全40項目で評価される．

5）仮面うつの評価

仮面うつの評価にはSRQ-D（Self-Rated Questionnaire for Depression）を用いた．SRQ-DはRockliff[16]により開発され，18項目からなるが，そのうちの12項目を各項目4段階（0～3点）評価する方法で，16点以上を「うつ病の疑いあり」，11点～15点を「境界型」，10点以下を「正常」と判断するアンケートで，日本語版[17]によるものを用いた．

6）統計学的分析

数量データの2群比較にはWelchの検定を用い、比率の2群比較にはχ^2検定を用い，$p>0.05$を有意差ありとした。またオッズ比にはWoolfの方法により95%信頼区間を求めた。

7）倫理的配慮

研究対象者に対して，調査時に研究の主旨，目的，方法，研究への参加は自由意志であること，研究への参加に同意しない場合でも不利益を受けないこと，いつでも参加を中止できること，個人情報は含まれないこと（無記名）を文章と口頭で説明し，同意を得た上で、研究を実施した．本研究実施にあたり，富山大学倫理審査委員会の承認を受けた（臨認26-395号）．

結　果

1）対象者の背景

大学入学後に腰痛を自覚した学生は91人（49.2%）で、自覚しなかった学生は94人（50.8%）であった。椎間板ヘルニアなどの器質的疾患を有する学生は12人（6.5%），そうでない学生は173人（93.5%）であった．次に，「自分のストレスとなっているものがあるか」という質問に「はい」と答えた人が89人（48.1%），「いいえ」と答え

表1．患者背景

症例数		185例
性別		男9例，女176例
年齢		平均19.4歳
腰痛		
	有	91（49.2%）
	無	94（50.8%）
精神的ストレスの自覚		
	有	89（48.1%）
	無	96（51.9%）
器質的疾患		
	有	12（6.5%）
	無	173（93.5%）

た人が 96 人（51.9%）であった（表 1）.

腰痛の有無と精神的ストレスの自覚との関係はオッズ比 2.46（95 % CI, 1.87-3.05），p ＜ 0.01 であり，精神的ストレスのある学生は有意に多く腰痛を自覚していた（表 2-1）．また腰痛の有無と器質的疾患との関係は認められなかった（表 2-2）.

精神的ストレスの原因の中で最も多かったのが「人間関係」の 57 人，次いで「勉強（授業）」の 49 人,「勉強（実技）」の 34 人,「部活動」の 33 人,「その他」は 8 人となった（複数回答含む）.「人間関係」と回答した者のうち，具体的な記述があった者として,「友人関係」が 10 人,「部活動での人間関係」が 3 人,「アルバイト先での人間関係」が 2 人であった（図 1）.

表２－１．腰痛の有無と精神的ストレスの自覚との関係（人数）

腰痛＼ストレスの自覚	有	無
有	54	37
無	35	59

オッズ比 = 2.46（95% CI, 1.87 - 3.05）

表２－２．腰痛の有無と器質的疾患との関係（人数）

腰痛＼器質的疾患	有	無
有	8	83
無	4	90

χ^2 値 = 1.57<3.84 のため有意差を認めず.

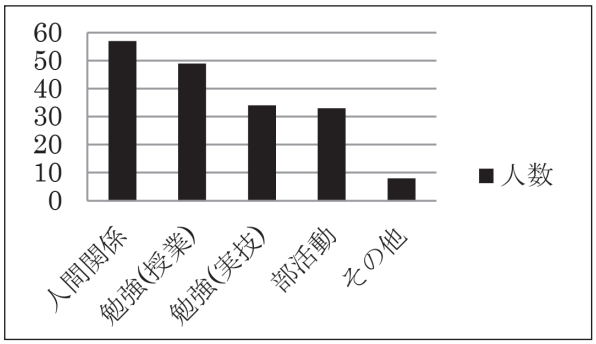


図１．ストレスの原因（複数回答可）

２）自覚する腰下肢症状の程度

VAS の数値（0 から 10 まで）は , 痛みやしびれが全くない状態を X=0 とし , 軽い痛み，しびれ（0 ＜ X ＜ 4），中程度の痛み，しびれ（4 ≦ X ＜ 7），強い痛み，しびれ（7 ≦ X ＜ 10），想像できるもっとも激しい痛みを 10，とする 5 つの段階に分類した．集計した結果を表 3 に示す．腰痛を有する学生は 49.2%，殿部・下肢痛が 30.3%，しびれは 34.6%となり，腰痛の頻度が最も多かった.

VAS の評価（cm）では , 腰痛の平均は 1.5 ± 2.0, 殿部痛の平均は 0.9 ± 1.4，しびれの平均は 0.7 ± 1.4 で，腰痛の値が最も高かった.

３）自覚する腰痛の性質

JOABPEQ の評価において，疼痛関連障害の平均は 83.1 ± 24.7 点 , 腰椎機能障害は 95.3 ± 12.1 点 , 歩行機能障害は 96.7 ± 9.9 点、社会生活障害は 86.3 ± 49.4 点 , 心理的障害は 61.2 ± 15.5 点であり , 心理学的障害のドメインが最も低い値となった.

疼痛関連障害では，腰痛の VAS は JOABPEQ にやや相関関係（r = -0.282，p ＜ 0.05）があったが，殿部・下肢症状では相関を認めなかった．腰椎機能障害では，殿部・下肢痛，殿部・下肢のしびれで，やや相関関係（それぞれ r = -0.267，r = -0.324，ともに p ＜ 0.05）があり，歩行機能障害では，いずれも JOABPEQ にやや相関が認められた（r = -0.207 ～ -0.289, p ＜ 0.05）．社会生活障害

表３．VAS による症状の程度（人数）

程度（X cm）＼症状	腰痛		殿部・下肢痛		殿部・下肢のしびれ	
0	94（50.8%）		121（69.7%）		129（65.4%）	
0 ＜ X ＜ 4	(61)	91 49.2（%）	(51)	64 30.3（%）	(44)	56 34.6（%）
4 ≦ X ＜ 7	(28)		(9)		(11)	
7 ≦ X ＜ 10	(2)		(3)		(1)	
10	(0)		(1)		(0)	
平均	1.5 ± 2.0		0.9 ± 1.4		0.7 ± 1.4	

表４．腰下肢症状の程度（VAS）と JOABPEQ 各５因子、STAI および SRQ-D との相関係数

	腰痛	殿部・下肢痛	しびれ
疼痛関連障害	-0.282 *	-0.010	-0.025
腰椎機能障害	-0.090	-0.267 *	-0.324 *
歩行機能障害	-0.207 *	-0.289 *	-0.273 *
社会生活障害	-0.192 *	-0.034	-0.005
心理的障害	-0.290 *	-0.071	-0.027
STAI（X-Ⅰ）	0.293 *	0.309 *	0.348 *
STAI（X-Ⅱ）	0.222 *	0.211 *	0.245 *
SRQ-D	-0.338 *	-0.299 *	-0.286 *

* $p < 0.05$

に相関関係はないものと判断された（r ＜｜0.2｜）．しかし心理的障害では，腰痛の程度にやや相関関係（r = -0.290，p ＜ 0.05）が認められ，腰痛と心理的側面には関連性が認められた（表 4）．

４）不安の評価

精神的背景の分析では STAI における状態不安の評価は平均 43.4 ± 9.1 点，特性不安は 48.8 ± 9.5 点であった。VAS と STAI による粗点を比較検討すると，特性不安，状態不安ともにやや相関関係（r = 0.211 ～ 0.348, p ＜ 0.05）がみられた（表４）．

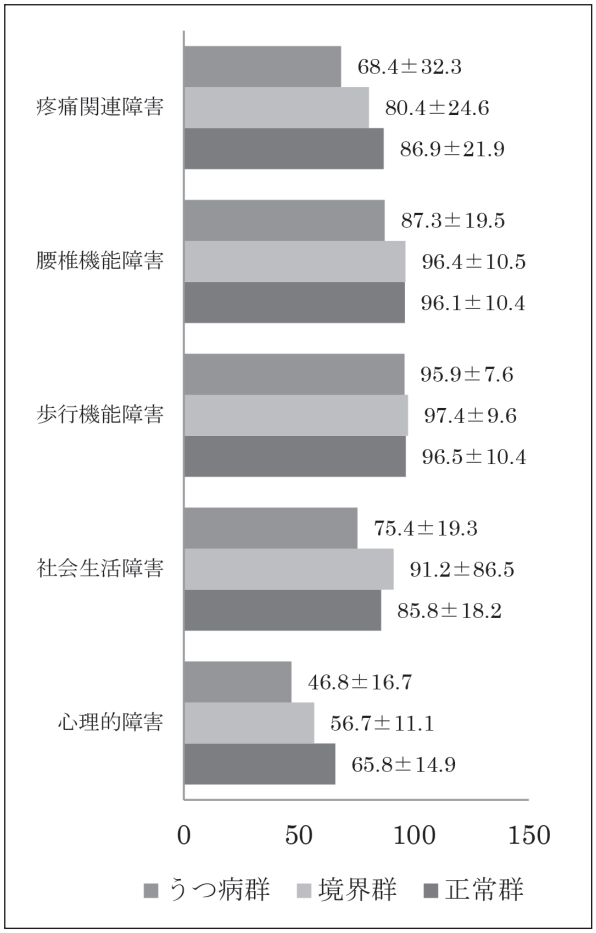


図２．SRQ-D評価の3群におけるJOABPEQ各5因子の平均点

表５．腰痛の有無とうつ状態との関係（人数）

腰痛＼うつ状態傾向	有（73 例）	無（112 例）
有（91 例）	46	45
無（94 例）	27	67

うつ状態傾向とは SRQ-D の境界型以上（11 点以上）とした．
オッズ比 = 2.53（95% CI, 1.93 - 3.14）

５）仮面うつの評価

SRQ-D スコアは平均 9.6 ± 5.5 点であり，VAS との結果と比較検討すると，相関関係（r = 0.286 ～ 0.338, p ＜ 0.05））が認められた（表 4）．

185 人中 54 人が SRQ-D における境界型であり，19 人は「うつ病の疑いあり」と推測された．このうつ病群では JOABPEQ の疼痛関連障害が 68.4 ± 32.3 点，腰椎機能障害は 87.3 ± 19.5 点，心理的障害は 46.8 ± 16.7 点であり，この 3 項目が正常群と比較して，有意に低い結果（p ＜ 0.05）となった（図 2）．

また境界型と「うつ病の疑いあり」の両者を合わせて「うつ状態傾向あり」と考え，腰痛の有無で分けて検討するとオッズ比が 2.59（95% CI, 1.93 -3.14）となり，腰痛の有無はうつ状態と関連性があることがわかった（表 5）．

考　　察

2017/18 年版の厚生の指標 [1] において，腰痛の有訴者率は 10 代では男性 12.6 人（対 1000 人），女性 15.9 人，20 代では男性 41.0 人，女性 59.6 人

である．これらの数値をもとに今回の研究対象の学生（平均 19.4 歳）を比較すると，対象の大学生の有訴者率は 49.2％であり、やや高い割合を示した．これまでに遠藤ら[5]が行った大学生の腰・背部痛の有訴者数調査では全体で 61％であり、大学生における腰痛の頻度は比較的高いと言える．

思春期・若年成人であるいわゆる adorescent young adult（AYA）世代に相当する大学生は身体的には骨格形成の終了時期であると同時に，社会的にも成人を迎える時期であるため，精神的に期待と不安が交錯するなど様々なストレスが「からだ」の痛みとなって表れやすいと考えられる．

これまでに Tetsunaga ら[18]は腰痛の重症度と精神的な健康状態との VAS を用い調査を行っている。身体的症状の評価については従来の JOA（Japanese Orthopedics Association）スコア[19]，精神的尺度については SDS（Self-rating Depression Scale）[20]を用いて実施した．この文献ではうつ病群の平均 VAS は、非うつ病群や軽度うつ病群よりも高く，平均 JOA スコアは非うつ病群より低かった．しかし，一般論として JOA スコアは医師側の評価であるため，研究実施者側のバイアスの関与は否定できない．本研究では，身体的症状の評価に患者立脚型の JOABPEQ を用いており，本人記載のアンケートであるため、結果の信頼性はより高いものと考えられた．

仮面うつ病群の JOABPEQ は、疼痛関連障害、腰椎機能障害，心理的障害において正常群よりも低く評価されたことから，仮面うつは疼痛だけでなく腰椎機能にも関連していたと言える。精神的背景を客観的にかつ個別に捉えることは困難であるものの，少なくとも不安状態とうつ状態の 2 面性から評価する必要があると我々は考えて，一連の研究を行ってきた[4,6]．今回もその両者を用いて看護学生を対象に実施したところ，腰痛のみならず下肢症状までもが精神的背景と関連していたことを示すことができた．腰痛については心身症における不定愁訴として考えられているが、下肢症状についての見解は定まっていなかったことから，新たな知見の一つと言える．

しかし本研究では、両者の因果関係を推測することは難しい．AYA 世代に相当する大学生において，腰下肢症状が発症あるいは悪化し，日常生活に支障のある程度に移行する可能性がある一方で，思春期以降の精神的不安定性が心因反応としての腰下肢症状を生じる可能性もある．また長時間授業による座位や，立位が多い実技演習などとの教育環境要因も指摘できる．さらに学外での活動（部活動やアルバイト, その他の課外活動など）でも腰下肢症状を発現する可能性があるが，他学部の学生とどの程度の差異が生じているかは今後の網羅的な研究が望まれる．

さらに看護教育に示唆を求める視点からは，看護学生特有の内容についても検討した方が良いと考えた．また短期大学や専門学校の看護学生にも対象を広げることで，看護学生の腰痛の軽減・予防につなげていきたい．

ま と め

看護学生の腰痛とストレスの自覚，腰下肢症状の程度と不安や仮面うつの分析の結果は，いずれも関連性を認めた．それらの因果関係については言及できないが，腰痛のみならず，殿部や下肢の疼痛およびしびれは看護学生の精神的背景に関連していることが示唆された．

文　献

1）一般財団法人 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生の指標 64(9), 436, 2017.

2）Anderson GB. Epidemiology of low back pain. Acta Orthop Scand. Suppl 281: 28-31, 1998.

3）Cassidy JD, Cote P, Carroll LJ, et al: Incidence and course of low back pain episodes in the general population. Spine 30 (24): 2817-2823, 2005.

4）金森昌彦，安田剛敏，鈴木賀代ほか：腰椎手術患者における精神的背景の分析．整形外科 61：1261-1268，2010.

5）遠藤伸太郎 , 和秀俊 , 石渡貴之ほか：大学生の腰痛と心理的要因の関連性．体力科学 61(1)：71-78, 2012.

6）金森昌彦，安田剛敏，鈴木賀代ほか：大学生の腰痛と精神的背景について．中部整災誌 58：1185-1186，2015.
7）Kokabu H：Study of lumbago in student nurses. 滋賀看護学術研究会誌　6(1)：36-42, 2002.
8）土方浩美，武石浩之，久田満：看護短期大学生におけるアンケートによる腰痛調査．東女医大看短研究紀要 19：95-99, 1997.
9）Huskinsson EC: Measurement of pain. Lancet II: 1127-1131, 1974.
10）Kawakami M, Kikuchi S, Konno S, et al: JOA Back Pain Evaluation Questionnaire (JOABPEQ)/ JOA Cervical Evaluation Questionnaire (JOACMEQ). J Jpn Orthop Assoc 82: 62-84, 2008 (in Japanese).
11）Fukui M, Chiba K, Kawakami M, et al: JOA Back Pain Evaluation Questionnaire: initial report. J Orthop Sci 12: 443–450, 2007.
12）Fukui M, Chiba K, Kawakami M, et al: Japanese Orthopaedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire (JOABPEQ). Part 2. Verification of the reliability. J Orthop Sci 12: 526–532, 2007.
13）Fukui M, Chiba K, Kawakami M, et al: Japanese Orthopaedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire (JOABPEQ). Part 3. Validity study and establishment the measurement scale. J Orthop Sci 13: 173-179, 2008.
14）Spielberger CD: Anxiety as an emotional state. Anxiety-current trends and theory. pp3-20, New York. Academic Press, 1996.
15）曽我祥子：STAI（The State-Trait Anxiety Inventory）について．看護研究 17(2)：107-116, 1984.
16）Rockliff BW: A brief self-rating questionnaire for depression (SRQ-D). Psychosomatics 10: 236-243, 1969.
17）阿部達夫 , 筒井末春 , 難波経彦ほか：Masked depression（仮面うつ病）の Screening test としての質問表（SRQ-D）について．精神医 12(4)：243-247, 1972.
18）Tetsunaga T, Misawa H, Tanaka M, et al: The clinical manifestations of lumbar disease are correlated with self-rating depression scale scores.　J Orthop Sci 18(3): 374-379, 2013.
19）日本整形外科学会：腰痛治療成績判定基準．日整会誌 60：391-394, 1986.
20）Zung WWK: A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 32: 63-70, 1965.

The relationship between lumbago and psychological stress
― From the view point of anxiety and masked depression ―

Sumika IKENAGA, Nao KITAJIMA, Yuki TACHI,
Rie WAKABAYASHI, Masahiko KANAMORI

School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Toyama

Abstract

We investigated the actual situation of the relationship between lumbago and psychological stress by the self-rated questionnaires in nursing students. Frequency of lumbago was 49.2 % , and it was 48.1 % to be aware of psychological stress (odd's ratio = 2.46, $p<0.01$). The domain of the psychologic disorder in Japanese Orthopedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire (JOABPEQ) reflected the lumbago in nursing students ($r=-0.290$, $p<0.05$). The evaluations were for an average of 43.4±9.1 points of the state anxiety in State-Trait Anxiety Inventory (STAI), as for an average of 48.8±9.5 points of the trait anxiety. Self-Rated Questionnaire for Depression (SRQ-D) was an average of 9.6±5.5 points. These psychologic data were correlated to the lumbago-lower leg symptom ($r>0.2$ with VAS, $p<0.05$). The relative risk was high in view point of the lumbago and the status of depression (odds ratio: 2.53, $p<0.01$). Therefore, the relationship between lumbago-lower leg symptom and the psychological stress are shown in nursing students.

Keywords

Lumbago, Nursing students, Anxiety, Depression

第 18 回　富山大学看護学会学術集会

学術集会長　　安田　智美　　富山大学大学院医学薬学研究部（医学）成人看護学 2 講座
開催日　　2017 年 11 月 25 日（土）
会場　　富山大学杉谷キャンパス　講義実習棟 1 階　大講義室

学術集会日程

開会挨拶	13：00〜13：05
特別講演	13：10〜14：40
休　　憩	14：40〜14：50
一般演題	14：50〜15：40
閉会挨拶	15：40〜15：45

＜参加者へのお願い＞

1.　参加者の皆様へ

受付は会場入口で 12 時 30 分から開始します。参加費（一般参加費・抄録代含む 2,000 円、抄録集のみ 500 円、学生参加費無料（大学院生を除く））をご納入下さい。領収書が必要な方はその旨お申し付け下さい。なお、一般演題口演者は本学会会員に限ります（連名者はこの限りではありません）。当日受付で入会手続きをしておりますので非学会員の方はこの機会にご入会下さい。年会費 3,000 円です。

2.　一般演題の口演者の方へ

演題受付は会場入口で 12 時 30 分から開始します。プレゼンテーションファイルを受付にご提出いただき、12 時 50 分までに会場 PC にて試写をしてください。できるだけ早めに受付及び試写をお願い致します。

発表時間 10 分（発表 7 分・質疑応答 3 分）です。6 分で 1 回、7 分で 2 回ベルを鳴らします。時間厳守でお願いします。ご発表セッション開始前に次演者席にお着き下さい。

3.　座長の方へ

一般演題の発表時間は 10 分（発表 7 分・質疑応答 3 分）です。6 分で 1 回、7 分で 2 回ベルを鳴らしますので時間厳守での進行をお願いします。ご担当セッション開始前に次座長席にお着き下さい。

4.　学会員・評議員の方へ

総会は、12 時 30 分から富山大学講義実習棟 101 教室（第 18 回富山大学看護学会学術集会会場向い）で開催致しますので、ご参集下さい。

学術集会プログラム

◆開　　場（　12：30　）

◆総　　会（　12：30～13：00　）　　場 所　　101 教室

◆開会挨拶（　13：00～13：05　）　　第 18 回学術集会長　　安田 智美

◆特別講演（ 13：10～14：40 ）　　座長　　八塚 美樹

看護のためのポジティブ・マネジメント

講師　手島　恵　先生

千葉大学大学院看護学研究科　病院看護システム管理学領域　教授

◆休　　憩　（　14：40～14：50　）

◆一般演題　（　14：50～15：40　）　　座長　　西谷 美幸

1. ベイズ推定を用いた血圧測定における精度評価の試み
   ○梅村 俊彰[1]、武藤 吉徳[2]
   [1]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）成人看護学 2、
   [2]岐阜大学医学部看護学科基礎看護学

2. 精神看護学臨地実習前後における学生の患者に向ける傾倒と援助的コミュニケーションスキルの関連
   ○今川 真里奈[1]、比嘉 勇人[2]、田中 いずみ[2]、山田 恵子[2]、畠山 督道[1]
   [1]富山大学大学院医学薬学教育部、[2]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）精神看護学

3.　温熱手袋での加温が前頭葉脳血行動態に及ぼす影響

○久田 智未[1]、四十竹 美千代[2]、黒川 裕文[3]、堀 悦郎[4]
[1]富山大学大学院医学薬学教育部、[2]城西国際大学看護学部、[3]株式会社ユメロン黒川、
[4]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）行動科学

4.　新生児への人工乳追加の要因とその基準に対する文献レビュー

○筧 眸[1]、佐々木 沙綾[2]、林 千咲都[2]、長谷川 ともみ[3]
[1]国立大学法人富山大学附属病院看護部、
[2]社会福祉法人恩賜財団済生会富山県済生会高岡病院看護部、
[3]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）母性看護学

5.　看護管理者の意識改革への関わり―ポジティブマネジメントへの変化―

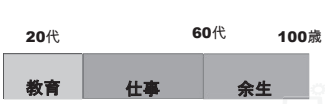
○長木 雅子、米道 智子
国立大学法人富山大学附属病院看護部

◆閉　　会（　15：40～15：45　）　　学会長　　西谷 美幸

特別講演

バック・トゥ・ザフューチャ
これからの時代の看護
ポジティブ・マネジメントの実際

千葉大学大学院看護学研究科
病院看護システム管理学
手島　恵



人生100年で何が変わる？

ライフ・シフト リンダ・グラットン（2016）

- **3段階構造➡多段階構造**（マルチステージ）
- １００歳まで生きるのであれば、**80歳まで働く**
  「例えば、5年間は懸命に働く、そうしたら、自分のスキルを更新するため、6か月仕事を離れて新しいスキルを学ぶ。そして、仕事に戻って、ほかの会社で働く。私が提案しているのは、みなそれぞれが自分自身の人生を築くことです」
- **3つの能力**
  -生産性：長寿をよりよく過ごすための所得を増やすこと
  -活力：身体的精神的な健康
  -変わる能力：時代の変化に合わせる力

なにが働き方の未来を変えるのか？

WORKSHIFT(2012)リンダ・クラットン

要因1　テクノロジーの変化
要因2　グローバル化の進展
要因3　人口構成の変化と長寿化
要因4　社会の変化
要因5　エネルギー・環境問題の深刻化

50%近い仕事がコンピューターに奪われる時代

THE FUTURE OF EMPLOYMENT HOW SUSCEPTIBLE ARE JOBS TO COMPUTERISATION? C Fery, M. Osborn(2013)

オックスフォード大学が2013年に発表した「コンピューターの影響を受けやすい未来の仕事」に関する調査レポートでは、アメリカの雇用の半分はコンピューターに取って代わられる可能性が高いとされている。

このレポートで、約700の職業の中で最も代替されにくいとされたのはセラピストだ。逆にトレーディングの計算や資料の分析は下位にランキングされた。

コンピューターが苦手とすること

【1】クリエイティビティ

【2】パーソナル・インテリジェンス（相手の気持ちを考える）

【3】手先の器用さ←※注目

3要素が強い職業ほど、代替されにくいと考えられる

Nursing at the forefront transforming care

Mary Wakefield ,2017 ICN

アメリカ合衆国保健福祉省副長官にオバマ政権下2015年に任命された、Mary Wakefieldの基調講演では、SDGs（Sustainable Development Goals）の目標達成に看護師は、重要な役割を果たすことが期待されている。

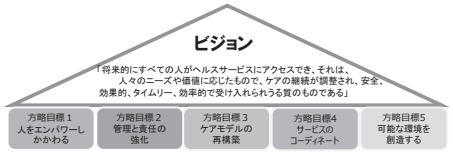
重要な鍵は、1. Transform うちも外も

2. Digital Health Technologyの活用

3. 次世代の支援

持続可能な開発目標（SDGs）国連開発計画

WHO　**people-centered health services**
統合の国際戦略の概要　2015（暫定版）



方略目標１
人をエンパワーしかかわる

１．１　個人や家族をエンパワーしてかかわる

１．２　コミュニティーをエンパワーしてかかわる

１．３　サービスが行届いていない、重要視されていないところに届く

保健医療2035　提言書　厚生労働省2016

2035年、日本は健康先進国へ

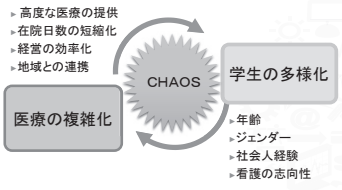
2035 年に向けた3つのビジョン

（1）「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める～」
（2）「ライフ・デザイン ～主体的選択を社会で支える～」
（3）「グローバル・ヘルス・リーダー ～日本が世界の保健医療を牽引する～」

2035 年のビジョンを実現するためのアクション

（1）「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める～」
　ⅰ）より良い医療をより安く享受できる
　ⅱ）地域主体の保健医療に再編する
（2）「ライフ・デザイン ～主体的選択を社会で支える～」
　ⅰ）自らが受けるサービスを主体的に選択できる
　ⅱ）人々が健康になれる社会環境をつくり、健康なライフスタイルを支える
（3）「グローバル・ヘルス・リーダー ～日本が世界の保健医療を牽引する～」

今、何がおきているのか



Valute Driven Management
価値基盤型管理

- Value Based Education
- Value Based practice

楽しみの社会学
チクセント・ミハイ

フロー理論における内発的報酬とは？

賃金や罰則等といった外発的報酬とは違い、内発的報酬とは「充実感」「達成感」「楽しい」といった、自身の内側から自然にこみあげてくるもの

仕事を楽しいと感じていますか？

「楽しさは何をするか、によるのではなく、むしろどのようにするか、によって決まる」

臨床の看護師から、教師になったばかりの私は、堰をきったように、学生は、あれもできない、これもできない、こんなことで看護師になれるのだろうか・・・というような話をしたと思います。

すると桧垣先生は、「教育は、評価するだけが仕事じゃないのよ。それができるようにそういう学生を育てることだからね」と、穏やかに、諭すように言われたことばが管理者になってからもとても心に残っています。

看護のためのポジティブマネジメント（2014）
14－15

看護のアジェンダ　第3回　週刊医学界新聞

看護界の遺伝子　井部俊子

・・・いつも否定的フィードバックを受けて育った新人看護師が、経験を積み、指導者になり、再び否定的フィードバックを実践し、そして教育の現場に入り、そのことをくり返す。そうした指導を受けた学生が次世代でも同様なサイクルを作る。こうして看護界の遺伝子が受け継がれる・・・（略）。

新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】（平成26年）
③　姿勢・態度

・相手を尊重した態度で指導する
・一緒にどうしたらよいのか考える
・新人看護職員の自立を支援するように、認めていることを伝え励ます
・新人看護職員、実地指導者および部署の所属長と良好な関係を築くことができる

ペップトーク5つのルール

1. ポジティブな言葉を使う
　事故を起こさない！➡安全第一だね
2. 短い言葉を使う
3. わかりやすい言葉を使う
4. 相手が一番言って欲しい言葉を使う
5.相手の心に火をつける本気の関わり

浦上大輔（2017）たった一分で相手をやる気にさせる話術　PEP TALK, フォレスト出版

ペップトーク　４つのステップ

1. 受容　事実の受け入れ
2. 承認　とらえかた変換
3. 行動　してほしい変換
4. 激励　背中の一押し

浦上大輔（2017）たった一分で相手をやる気にさせる話術　PEP TALK, フォレスト出版

Positive psychology

人間のもつ長所や強みを明らかにし、ポジティブな機能を促進していくための科学的・応用的アプローチ
（Snyder&Lopez,2007）

ポジティブ心理学は、人間性心理学の流れを汲んでおり、マズロー、ロジャース、フロムらの考えを実証している側面がある。
現代のポジティブ心理学は、1998年にマーティン・セリグマンが、アメリカ心理学会の会に選ばれた際に、今後取り組む課題としてポジティブ心理学の創設を選んだことによって開始された。

凸 positive
肯定的、積極的、前向き、楽観的

凹 negative
否定的、消極的、後ろ向き、悲観的

もともと
明るいので大丈夫！

まわりの人たちが明るく元気になるようにすることが大切です。自分だけが明るくて、周りの人が迷惑しているのは、考えものですね。

ネクラなので
無理です・・・

そんなことを言っている場合ではありません。
管理者としてのプロ意識を持ちましょう！“

ドラッカー

「自らの強みに集中する」

不得手なことの改善にあまり時間を使ってはならない。自らの強みに集中すべきである。無能を並みの水準にするには、一流を超一流にするよりも、はるかに多くのエネルギーと努力を必要とする。

明日を支配するもの　P.199

「強みを総動員する」

成果をあげるには、人の強みを生かさなければならない。弱みからは何も生まれない。結果を生むには、利用できるかぎりの強み、すなわち同僚の強み、上司のつよみ、自らの強みを総動員しなければならない。

経営者の条件P.102

高いプロ意識で

悲観主義は気分によるものであり、楽観主義は意志によるものである。気分にまかせて生きている人はみんな、悲しみにとらわれる。否、それだけではすまない。やがていらだち、怒りだす

－1922年にアランは哲学短章「誓わなければならない」の章頭でこのように述べています。前向きに、ポジティブにものを見るためには、必ず、意思と努力、そして行動が必要

ポジティブマネジメント

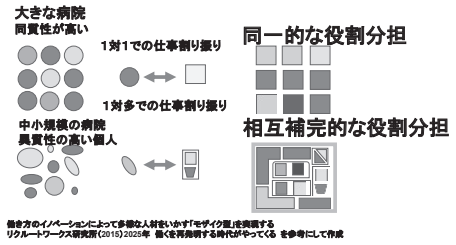
ポジティブ心理学や、ポジティブ組織研究の研究成果を活用しながら、雇用者を動機づけ、成果を促進し、創造的で活き活きと、かつ尊重された関係により組織の目標を達成し維持するという広範囲の方略

誰にでもやさしくする、柔軟すなわち適当でいい、ニコニコすること、楽しいお祭り騒ぎ、祈れば叶う、ポジティブシンキング・・・ではない

管理者としての高いプロ意識と自己規制を求める

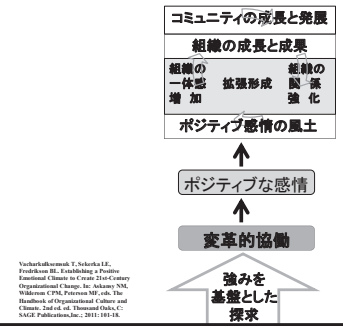
中小規模病院の
看護管理能力向上を
支援するガイド
人をひきつけ生き生きと地域に貢献する病院づくり

平成26・27年度
厚生労働科学研究費補助金　地域医療基盤開発推進研究事業
代表　千葉大学大学院看護学研究科　手島　恵



1．中小規模病院の支援 -ちがう見方をしてみる -

中小規模病院は、大規模病院のように多くの新卒の新人看護師が就職し、若い看護職 員が看護実践の中心を担うというより、むしろ、子育てをしながら看護のキャリアを継 続したい、急性期病院ではなく療養型でゆっくり看護をしたいなど経験豊富で、多様な 人材が看護を担っています。前の章で述べた調査の結果のように、多くの中小規模病院 は、人材確保や定着、育成システムの構築、管理者の育成などの問題を抱えており、組 織改革が求められています。これまでは、組織の問題．．は何かに注目をし、それらの原因を考え、改善するための方 略や戦略を打ち出し、解決をしていく、いわばマイナスをゼロにしていく問題解決型の 組織開発でした。ここでは、中小規模病院が抱える問題や特徴．．．．．．を、組織の強み．．や潜在力．．．すなわち特長．．ととらえる問いかけをしたいと思います。このことによって、伝統的な方 法とは異なる、組織や人の強みに焦点を当てた対話型組織開発、すなわちマイナスをプ ラスに変えるための発想の転換となり、生き生きとした、元気がでる組織開発につながると確信しています。中小規模病院の全国調査の分析にかかわったり、インタビューにかかわったりした人 たちを中心に、中小規模病院の特徴について話し合いました。足りない、問題だという 特徴の視点を、違う角度から見る、すなわち特長、強みとしてとらえなおすと、表7の ようになります。
1）施設が小さい、人数が少ない「特徴」を「特長」へ



変革的協働を通じた
ポジティブ感情による拡張効果

現状での危機的状況	鍵となる対応
メンタルヘルス問題 ハピネスの衰退	ポジティブ心理学に基づく 取組み
環境問題　天然資源の減少 信頼の衰退	社会的責任/組織/個人
仕事の複雑さ増大 グローバリゼーション　高齢化	高度の成果をあげるチーム
孤立の増加	ポジティブな仕事環境
雇用者のコミットメント低下	雇用者の参加
使い捨て　変化	成長　学習
敵意と対立	丁寧なふるまい　礼節

Ulrich D, Ulrich W:The why of work:How Great Leaders Build Abundant Organizations That Win, The McGraw-Hill, 2010 から引用，手島恵　看護のためのポジティブマネジメント，20，医学書院，2014

個人と組織を充実させるリーダーシップ

デイブ・ウルリッチ他（2012）生産性出版

意味をつくるのはあなたの仕事だ。あなたには充実感あふれる職場をつくる責任がある。

働く意味をつくる人たち7つの原則

1．私たちはどのような点で知られているのか・・・（アイデンティティ）
2．私はどこへ向かっているのか・・・（目的とモチベーション）
3．誰と一緒に旅を続けるのか・・・（職場で役に立つ人間関係とチームワークを築く）
4．前向きな職場環境をどのように築き上げるか・・・（効果的な職場文化と職場環境）
5．どのようなチャレンジが私の興味をかきたてるのか・・・（個人に内在化された貢献意欲）
6．「使い捨て」と変化にどのように対応するか・・・（成長、学習、再起力）
7．何が私を歓喜させるのか・・・（礼節と幸福感）

ポジティブな感情の効用

Fredlickson,BL 2001

- ネガティブな感情から守り、その悪影響を打ち消す
- 活力を与え、人を元気にする
- 視野を広げ、自分とは違う考え方や行動に気づかせてくれる
- 人種の壁を打ち破る
- 苦しいときの「たくわえ」となる、丈夫なからだやこころ、頭、人間関係をつくる
- 組織や個人がもっている力を引き出す
- （リーダーがポジティブな感情を積極的に示したとき）チームの成果を高める

脳科学は人格を変えられるか？

Elain Fox 2014

楽観主義（オプティイズム）という言葉の本来の意味は、この善きものを信じる思いにずっと近い。わたしたちが今日「楽観主義」といって思い浮かべる「バラ色のメガネをかける」とか「明るい面ばかりを見る」などのイメージは、もとの意味からはかなり遠ざかっているのだ。

ラテン語で「可能な限りの最善」を意味する「オプティマム」に由来する「オプティミズム」は、ドイツ人の哲学者にして数学者のゴットフリート・ウィルヘルム・ライプニッツ（1646～1716）が考えた概念だ。ライプにつつによれば、神は可能なかぎり最善の世界を創造した、だからそれを改善することはできない。つまり、オプティミズム本来の意味においては、「ものごとの明るい面」だの「グラスに水が半分もある」だのの概念は無縁なのだ。

・・・運命の手綱を自分で握っていたからだ。自身の問題を解決するために行動を起こす人こそが真の楽観主義者なのだ。P25 文芸春秋

ネガティブ・ケイパビリティ

答えの出ない事態に耐える力

帚木蓬生（2017）

学校教育や職業教育では、問題が生じれば、的確かつ迅速に対処する能力が養成されます。

ネガティブ・ケイパビリティは、その裏返しの能力で、論理を離れた、どのようにも決められない、宙ぶらりんの状態を回避せず、耐え抜く能力です。

私たちの人生や社会は、どうにも変えられない、とりつくすべもない事柄に満ち満ちています。むしろ、そのほうが、分かりやすかったり処理しやすい事象よりも多いのではないでしょうか。だからこそ、ネガティブ・ケイパビリティが重要になってくるのです。

魂のケア・・・それは、治療する、直す、変える、調整する、あるいは健康にするということにかかわるものではない。・・・それは理想的で問題のない状態を未来に求めるものではなく、むしろ現在の状態に辛抱強くとどまり、毎日続く生活に密着したものである（p.xv)

つらく一見不能に思える状況は、人間の生活の複雑さを示しているにすぎない。求められるのは、「深いレベルで葛藤があるときには、一方的な見方をしないことである。矛盾や逆説を包み込めるくらいに心を広げることが必要であろう」

意識の拡張としての健康（Newman,1994)

一般演題：1

ベイズ推定を用いた血圧測定における精度評価の試み

○梅村 俊彰[1]、武藤 吉徳[2]
[1]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）成人看護学 2、[2]岐阜大学医学部看護学科基礎看護学

【目的】

血圧測定は看護師の業務の中で頻度が高く、正確な測定技術が要求される。高血圧治療ガイドライン 2014 では、熟練者の測定した値の平均を用いることが推奨されている。しかし、これは看護師の熟練と主観によるところが大きく、血圧測定の精度について定量的に評価したいと考えた。

ベイズ推定では、観測データから真の値とその確率分布を推定することができる。そこで、複数の被測定者と測定者の組み合わせによる血圧測定に対し、ベイズ推定で精度評価ができるか確かめることを目的とした。これにより、血圧と測定者の精度を見積もる方法を確立でき、看護技術の評価や教育に役立てることができると考えられる。

【方法】

対象者は、測定者として看護学生、看護師または血圧測定に熟練した者、被測定者として循環器系に障害のない成人男女とした。調査項目は、血圧と測定者の血圧測定経験である。ベイズ推定に用いたモデルは、血圧測定値が被測定者の真の血圧値と測定者由来のばらつきの和であるとした。測定方式は、3 人の測定者が 3 人の被測定者について全ての組み合わせ計 9 回の測定を行う 3×3 方式と、3 人が互いに測定者、被測定者となる全ての組み合わせ計 6 回の測定を行う 3 角方式の、2 通りとした。血圧測定は、高血圧治療ガイドラインの診察室血圧測定法に準じ、水銀血圧計を用いた聴診法を行った。分析には、RStudio と RStan を用い、MCMC 法を行った。

倫理的配慮は、対象者に研究の目的と方法、調査への協力は自由であり拒否による不利益はないことを文書及び口頭で説明し、調査への協力を依頼した。本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認を得た（臨 29-4）。

【結果・考察】

3×3 方式と 3 角方式の血圧測定値に対し MCMC 法を行った。Rhat は 1.01 以下で、十分な MCMC サンプル数であり、収束していることが確かめられた。3 人の被測定者の真の血圧が信頼区間とともに推定でき、3 角方式の信頼区間は 3×3 方式と同等であった。複数の測定者、被測定者の組み合わせから、他の基準を要せず、ベイズ推定により真の血圧が得られることが分かった。

3 人の測定者のばらつきは概ね数 mmHg であった。応用として看護師の技術の評価が考えられるが、ばらつきの信頼区間は 3×3 方式より 3 角方式でやや悪い。3 角方式は少人数で済む利点があるが、3×3 方式は測定を同時に行うことで時間を節約できる。実際の技術評価では、人数や測定回数の負担と、求める精度のバランスを考える必要がある。

一般演題：２

精神看護学臨地実習前後における学生の患者に向ける傾倒と援助的コミュニケーションスキルの関連

○今川 真里奈[1]、比嘉 勇人[2]、田中 いずみ[2]、山田 恵子[2]、畠山 督道[1]
[1]富山大学大学院医学薬学教育部、[2]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）精神看護学

【目的】
看護学生の受け持ち患者に向ける傾倒（距離および熱意）と援助的コミュニケーションスキル（患者の内面的成長過程を促すための言語的または非言語的な関わり：TCS）で構成した傾倒 TCS モデルを作成し，実習前と後における傾倒 TCS モデルの差異を検討する。

【方法】
実習中の学生 81 名が使用した傾倒尺度と TCS 測定尺度の回答用紙を調査対象とした。傾倒尺度は「患者との距離（共感）」「患者への熱意（傾聴）」を変数とする 14 項目 7 件法の質問紙である。TCS 測定尺度は「説明や確認等を刺激として与えることで言動反応を引き出す（心理的スキル）」「心理的スキルや神気的スキルを補完または円滑にする（交差的スキル）」「望みや支え等を主体的に語らせポジティブな話題を引き出す（神気的スキル）」「音声または文字を介さず口調や動作等によって伝える（非言語的スキル）」を変数とする 18 項目 6 件法の質問紙である。統計処理は共分散構造分析を行い（Amos20），有意水準は 5%未満とした。なお，調査対象としたすべての回答用紙は，精神看護学臨地実習の評価終了後に連結不可能な匿名化データに変換して用いた。

【結果】
74 名の実習前と後の回答用紙が有効であった。これを分析対象とし，「共感」「傾聴」を原因変数，「心理的スキル」「交差的スキル」「神気的スキル」「非言語的スキル」を結果変数とする傾倒 TCS モデルを求めた。実習前と後のモデル適合度は概ね良好であった（AGFI=0.90 と 0.88，CFI=1.00 と 0.98，RMSEA=0.03 と 0.07）。①実習前と後に共通して認められた相関係数は「共感↔傾聴：0.47 と 0.43」であった。②実習前と後に共通して認められた因果係数は「共感→非言語的スキル：0.24 と 0.36」「傾聴→心理的スキル：0.41 と 0.35」「傾聴→交差的スキル：0.60 と 0.43」「傾聴→神気的スキル：0.34 と 0.50」，実習前のみに認められた因果係数は「共感→交差的スキル：−0.24」であった。③実習前と後に共通して認められた誤差間相関係数は「心理的スキル↔交差的スキル：0.55 と 0.36」「心理的スキル↔神気的スキル：0.53 と 0.36」「交差的スキル↔神気的スキル：0.48 と 0.39」，実習後のみに認められた誤差間相関係数は「非言語的スキル↔神気的スキル：0.34」「非言語的スキル↔交差的スキル：0.26」であった。

【考察】
①実習前と後の「共感と傾聴」において共変性が示唆されが，極度な「共感と傾聴」を調整するために「共感と傾聴」は無相関または弱い相関であることが望ましいと考えられた。②実習前と後の「共感と非言語的スキル」「傾聴と心理的スキル・交差的スキル・神気的スキル」において因果性が示唆され「共感」と「傾聴」の特異性が示されたが，「共感」と各スキルとの因果性に関する劣勢問題については課題を残した。また，実習前における「共感」が「交差的スキル」の抑制要因となる一方で「傾聴」が「交差的スキル」の促進要因となっていることから「共感」の質的問題（つもり共感）が示唆されたが，実習後はその抑制が消失しており「つもり共感」の改善が推察された。③実習前と後において「心理的スキル」「交差的スキル」「神気的スキル」の各誤差間相関が弱—中等度であることから各スキルに影響を及ぼす傾倒以外の潜在要因が示唆され，外的要因（患者要因）を傾倒 TCS モデルに追加する根拠が得られた。また，各誤差間相関が中等度から弱へと低下傾向を示していることから，外的要因（患者要因）による影響（緊張や不安）が弱化し「非言語的スキル」を組み入れた各スキルの併用が活性化されたと推察された。

一般演題：３

温熱手袋での加温が前頭葉脳血行動態に及ぼす影響

○久田 智未[1]、四十竹 美千代[2]、黒川 裕文[3]、堀 悦郎[4]
[1]富山大学大学院医学薬学教育部、[2]城西国際大学看護学部、[3]株式会社ユメロン黒川、
[4]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）行動科学

【目的】

前頭葉は高次脳機能と密接な関連を有しており、前頭葉の活動性の低下は様々な認知機能の低下と相関を示す。このことから、前頭葉機能の賦活には大きな臨床的意義が存在する。これまでの研究結果から、手の温浴（手浴）は前頭前野の血流を増加させることが確認されている。しかし、通常の手浴ではお湯を使用するため、実際の臨床で用いる際には、お湯の温度管理や浴槽の設置場所といった面から、手軽さ・安全性について問題があると考えられる。そこで我々は、お湯と同様に手を温める手袋があれば、手浴よりも安全かつ手軽に手浴の効果が得られるのではないかとの仮説を立てた。今回、新規に開発した温熱手袋の効果を調べるため、温熱手袋装着時の前頭葉血流を調べた。

【方法】

研究参加の同意を得た 24 名（平均年齢 21±2 歳）を研究対象とした。温熱手袋または手浴による加温を各 2 分間×2 回行い、近赤外線分光法（NIRS）を用いて脳血行動態を測定した。また、処置前後に温かさ、落ち着き、心地よさ、眠気の 4 項目の主観的気分を VAS にて測定した。本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認(承認番号：臨 28-95 号)を得て実施した。

【結果】温熱手袋および手浴のいずれにおいても前頭前野の血流量が同程度増加する傾向があった。しかし、温熱手袋は手浴に比べて 1)前頭前野の血流増加が緩やかであった。2)前頭前野の血流増加効果が有意に長く持続していた。一方で、処置の前後に測定した主観的気分ついては、温熱手袋および手浴に差がなかった。

【考察】

今回用いた手袋は遠赤外線によって温熱を行うことが可能なものである。先行研究において、遠赤外線を用いた加温を行うことで、ゆっくりと時間をかけ身体を温めることができるとされている。このことから、温熱手袋による温熱では、手浴と比較してゆっくりと身体が温められたと考えられ、それによって前頭葉における緩やかな血流の増加につながったと推測される。また、遠赤外線を用いた温熱では、加温終了後においても、お湯以上に加温による効果が保持されるという報告がある。本研究においても、温熱手袋では手浴と比較して加温効果が持続していたと予想される。このことが加温終了後の前頭前野脳血流量の持続に影響を及ぼしたと考えられる。

【結論】

温熱手袋は、手浴と同程度まで前頭葉の血流を増加させることが明らかとなった。また、その効果は手浴よりも緩やかに発現し、温熱刺激終了後も持続していた。これらのことから、温熱手袋は手浴よりも手軽に前頭葉の血流を増加させる方法として、臨床応用の可能性が強く示唆された。

一般演題：4

新生児への人工乳追加の要因とその基準に対する文献レビュー

○筧 眸[1]、佐々木 沙綾[2]、林 千咲都[2]、長谷川 ともみ[3]
[1]国立大学法人富山大学附属病院看護部、
[2]社会福祉法人恩賜財団済生会富山県済生会高岡病院看護部、
[3]富山大学大学院医学薬学研究部（医学）母性看護学

【目的】
母乳育児における支援の質の向上のため、新生児への人工乳追加の要因とその基準の根拠を明らかにする。

【方法】
医学中央雑誌 Web 版を用い、原著論文に限定し、2017 年 10 月までの全年検索を行い、新生児への人工乳追加の要因とその基準が記載されている本邦論文 32 件を対象論文として文献レビューを行った。

【結果】
新生児への人工乳追加の要因は『児側の要因』『母親側の要因』『その他の要因』に分類された（表）。図に示すように、児の要因で最も多かったのは体重減少が 10 件であり、10%を基準としている文献が 6 件みられた。脱水による体重減少率に加えて代謝性アシドーシスや高ケトン体血症、血糖値、ビリルビン値といった血液生化学的データを考慮する報告が見られた。母親側の要因では母乳不足感が 12 件で、母乳不足感を母乳分泌不足と誤解することが見受けられた。乳汁分泌不足による人工乳補足基準は 1 日に 18～30g の確実な児の体重増加、排便を少なくとも 3 回/日、薄黄色の排尿を 6～8 回/日と述べられていた。その他の要因では家族形態や産科施設体制など褥婦の周囲環境によっての変化が見られた。

表．新生児の人工乳追加の要因とその基準の内容分類

サブカテゴリ	カテゴリ	件数（重複あり）
体重減少率著明/高ナトリウム血症/低血糖/代謝性アシドーシス/高ケトン体血症/排泄状態/吸着不良/低出生体重児/黄疸/啼泣	児側の要因	20 件
乳房緊満感の消失/乳汁分泌不良/児の啼泣/乳管開通不良/疲労/乳頭痛/乳頭トラブル/育児負担感/母乳育児に対する知識不足/母乳育児希望なし/合併症/薬剤/年齢	母親側の要因	23 件
周囲との母乳育児観・価値観の違い/施設環境/母子分離/サポート不足	その他の要因	12 件

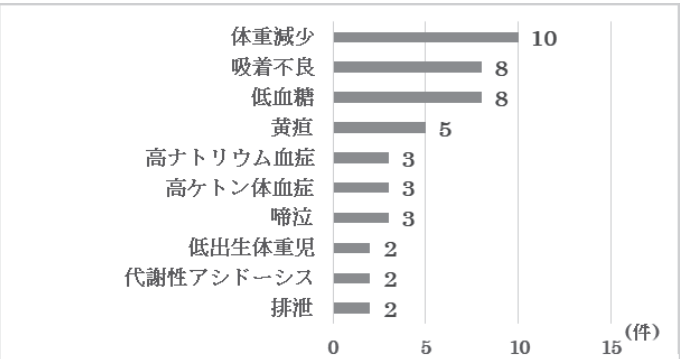


図.児側の要因による人工乳追加の文献件数　n=20（,重複あり）

【結論】
新生児への人工乳追加の基準は、児の体重減少 10%とし、血液生化学的データも考慮した上でのリスク査定が必要である。母親側の人工乳補足の多くは乳房緊満感の消失、または体重減少や排泄状況など児を介して主観的に観察されるものであり、医療者が人工乳補足基準を適切に情報提供し、母親とその家族の主体性を尊重し、理解を促すことが不適切な補足を防ぐことにつながると示唆された。

一般演題：５

看護管理者の意識改革への関わり―ポジティブマネジメントへの変化－

○長木 雅子、米道 智子
国立大学法人富山大学附属病院看護部

【目的】

当院は病床数 612 床、特定機能病院である。看護師長は 27 名で、看護師長経験 5 年未満 13 名、5 年から 10 年未満 3 名、10 年以上は 11 名計の 27 名である。今後 5 年間で、半数以上が退職を迎え、次世代の看護管理者の育成は急務である。しかし、看護部の管理者研修は、必要な知識の研修であり、看護師長の技量を身につける研修は、看護師長自身の自己研鑽に任されている。そのため経験の浅い看護師長は様々な不安を抱えながら病棟管理を行っている。加えて平成 27 年度の看護の質評価において、過程評価（看護ケアのプロセス）の 6 項目中 5 項目が低下した。これは、看護師長が、個人を尊重し、人々のつながりの中でスタッフやチームの強みや価値を拡張、増幅させていくようなポジティブなマネジメントができていないことも一因と考えため、看護師長の育成に取り組みたいと考えた。

【方法】

1）看護師長のエンパワーメント会を 2 回/月に小グループで開催し、成功体験や看護師長として大切にしていることをグループで話す。エンパワーメント会の開催前後にメンタリング尺度の質問紙（54 項目、15 分程度記載）を実施する。

2）看護管理者研修を企画、看護の質の評価（目標管理）での取り組みと成果について、各看護師長が報告会を行う。報告会後にアンケートを実施する。

3）本年度も看護の質評価を受審する。

4）倫理的配慮

看護部・看護師長会にて企画書を提出し、同意を得た。また、質問紙による回答は無記名とし、前後比較ができるよう暗号化した。質問紙には倫理的配慮を説明し回答を得られた者は、同意を得られたとした。調査結果は看護師長会で報告する。尺度使用においては開発者に承認を得た。

【結果】

1）エンパワーメント会の前後で「メンタリング尺度」を測定し、受容と承認の 17 項目において、経験年数を問わず 0.19 点上昇した。また、前後の比較できる 16 名中 12 名が 2 回目において点数が上昇した。

2）「看護の質の評価」報告会後のアンケートにおいて 75%の看護師長・副看護師長が、他部署の取り組みが聞け、自部署の参考になると答え、ポジティブな未来のビジョンを共有することができた。その後、任意研修を企画、参加を募集し、看護師長のポジティブな意識変化を調べた。

3）平成 28 年度看護の質の評価の過程評価において 6 項目中 5 項目において 2.2～5%上昇した。

【考察】

エンパワーメントの会による意図的な対話の場づくりにより、看護管理者としてポジティブな思考を聞き影響を受けたと考える。また、報告会の開催は、看護師長の主体的なアクションを引き出すことができ、これを契機に自己の成長を目指す意識の変容を認めた。看護師長の承認行動の変容も「看護の質の評価」過程評価の結果が改善したことに寄与していると考える。

富山大学看護学会会則

第１章　総　　則

第１条　本会は富山大学看護学会と称する．

第２条　本会の事務局を富山市杉谷 2630　富山大学医学部看護学科内におく．

第２章　目的および事業

第３条　本会は看護の研究を推進し，知見の交流ならびに相互の理解を深めることを目的とする．

第４条　本会は第３条の目的を遂行するために，次の事業を行う．

1）　学術集会の開催

2）　会誌の発行

3）　その他本会の目的達成に必要な事業

第３章　会　　員

第５条　本会は本会の目的達成に協力する者をもって構成し，一般会員，学生会員，名誉会員，功労会員，および賛助会員よりなる．

第６条　本会の会員は次のとおりとする．

1）　一般会員，学生会員は本会の趣旨に賛同し，細則に定める年会費を納める者

2）　名誉会員は本会の発展に寄与した年齢 65 歳以上で，原則としてつぎのいずれかに該当する会員の中から，現職の学会長が推薦し，評議員会および総会で承認された者

⑴　本会の学会長，または学術集会長を経験した者

⑵　国際的な貢献を行い，これに対する表彰・栄誉を与えられた者

3）　功労会員は年齢 65 歳以上で，原則として次のいずれかに該当するものの中から，評議員会が推薦し，総会で承認された者

⑴　富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を准教授（または助教授）以上で退官し，退官後に細則に定める看護学研究等に多大な貢献をした者

⑵　富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を経験し，65 歳に達するまで本会の一般会員を継続した者

4）　賛助会員は細則に定める寄付行為により本会の活動を支援する個人または団体で，総会で承認された者

第７条　本会に入会を希望する者は，所定の用紙に氏名，住所等を明記し，会費を添えて本会事務局に申し込むものとする．会費は細則によりこれを定める．

第８条　会員の年会費は事業年度内に納入しなければならない．毎年度，会費納入時に会員の継続または退会の意志を確認する．原則として，3 年間に亘って意志表明がなく会費未納であった場合，自動的に会員としての資格を喪失する．

第９条　会員は次の事由によってその資格を喪失する．

1）　本人により退会の申し出があったとき，これを認める．

2）　死亡したとき

3）　会費を滞納し，第８条に相当したとき

4）　本会の名誉を傷つけ，本会の目的に反する行為のあったとき

第4章　役　　員

第 10 条　本会は次の役員をおく．
会長（1名），理事（若干名），監事，評議員

第 11 条　会長は総会の賛同を得て決定する．年次総会の会頭は会長がつとめる．

第 12 条　理事および監事は会長が委嘱する．

第 13 条　評議員は評議員会を組織し，重要会務につき審議する．

第 14 条　理事は会長を補佐し庶務，会計，会誌の編集等の会務を執行する．理事長は会長が兼務するものとする．

第 15 条　監事は会計を監査し，その結果を評議員会ならびに総会に報告する．

第 16 条　役員の任期は 2 年とする．

第5章　総会および評議員会

第 17 条　総会は毎年 1 回これを開く．

第 18 条　臨時の総会，評議委員会は会長の発議があった時これを開く．

第6章　会　　計

第 19 条　本会の事業年度は毎年 4 月 1 日より翌年 3 月 31 日までとする．

第 20 条　本会の経費は会費，寄付金ならびに印税等をもって充てる．

第7章　その他

第 21 条　本会則の実施に必要な細則を別に定める．

第 22 条　細則の変更は評議員会において出席者の過半数の賛成を得て行うことができる．

付則　本会則は，平成 9 年 11 月 5 日から施行する．

付則　本会則は，平成 12 年 10 月 21 日，一部改正施行する．

付則　本会則は，平成 17 年 10 月 15 日，一部改正施行する．

付則　本会則は，平成 24 年 12 月 15 日，一部改正施行する．

付則　本会則は，平成 26 年 11 月 22 日，一部改正施行する．

細　　則

6 － 1　一般会員（大学院生含む）の年会費は 3,000 円とする．学生会員の年会費は 1,000 円とする．名誉会員および功労会員の会費は免除する．賛助会員の会費は 30,000 円以上とし，2 年間の会員資格を有効とする．

6 － 2　学生会員は卒業と同時に，一般会員へ自動的に移行できるものとする．

6 － 3　功労会員 3) －⑴の条件における，看護学研究等における多大な貢献とは，退官後に富山大学看護学科の協力研究員として，5 年以上の実務的な実績がある者とする．

6 － 4　功労会員 3) －⑵の条件における，本会の一般会員を継続した者とは会費を完納した場合とする．

8 － 1　前年度の滞納者には入金確認がされるまで学会誌は送付しない．

17 － 1　総会における決議は出席会員の過半数の賛成により行う．

18 － 1　評議員は現評議員 2 名の推薦により評議員会で審議し，これをうけて会長が委嘱する．

富山大学看護学会誌投稿規定

1．掲載対象論文：看護学とその関連領域に関する未発表論文（総説・原著・短報・症例報告・特別寄稿）および記事（海外活動報告・国際学会報告）を対象とする．

2．論文著者の資格：全ての著者は投稿時に富山大学看護学会会員であることが必要である（学会加入手続きは本誌掲載富山大学看護学会会則第3章を参照のこと）．

3．学会誌の発刊は9月および3月の年2回行う．そのため投稿原稿の締切りは6月および12月末日とする．

4．投稿から掲載に至る過程：

1）　投稿の際に必要なもの

①初投稿の際

・原稿3部（図表を含む）

・著者全員が学会員であることを確認した書類（書式は自由であるが筆頭者の署名が必要）

②査読後再投稿の際

・修正原稿2部（2部ともに変更箇所にアンダーラインをつけて示す）

・査読者に対する回答

・校閲された初原稿

③掲載確定後の際（郵送の場合）

・最終原稿1部

・原稿をファイルしたCD–ROMまたはそれに準ずるもの

（投稿者名，使用コンピューター会社名，ワープロソフト名を貼付）

2）　査読：原則として編集委員会が指名した複数名の査読者によりなされる．

3）　掲載の可否：査読結果およびそれに対する対応をもとに，最終的には編集委員会が決定する．

4）　掲載順位，掲載様式など：編集委員会が決定する．

5）　校正：著者校正は1校までとし，その際，印刷上の誤りによるもののみにとどめ，内容の訂正や新たな内容の加筆は認めない．

5. 倫理的配慮に関して：本誌に投稿される論文（原著・短報・症例報告）における臨床研究は，ヘルシンキ宣言を遵守したものであることとする．患者の名前，イニシャル，病院での患者番号など患者の同定を可能にするような情報を記載してはならない．投稿に際して所属する施設から同意を得ているものとみなす．ヒトを対象とした研究を扱う論文では，原則として「研究対象と方法」のセクションに所属する施設の倫理審査委員会から許可を受けたこと（施設名と承認番号を記載のこと），および各患者からインフォームド・コンセントを得たことを記載する．ただし倫理審査委員会申請の対象とならない研究論文を除く．

6. 掲載料の負担：依頼原稿以外，原則として著者負担（但し，2万円を上限）とする．なお別刷請求著者には別途請求（50部につき5千円）する．

7．原稿スタイル：

1）　原稿はワープロで作成したものをA4用紙に印字したものとする．
上下左右の余白は2 cm以上をとり，下余白中央に頁番号を印字する．

①和文原稿：

・平仮名まじり楷書体により平易な文章でかつ推敲を重ねたものとする．
・句読点には，「，」および「．」を用い，文節のはじめ（含改行後）は，１字あける．
・原則として，横書き12ポイント22文字×42行を１頁とし，すべての原稿は20頁以内とする．
・原著および短報には英文文末要旨を必要とする．
・英文文末要旨は英語を母国語とする人による校閲を経ることが望ましい．

②英文原稿：

・英語を母国語とする人による英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること．
・原則として，12ポイント，ダブルスペースで作成し，すべての原稿は20頁以内とする．
・特に指定のないかぎり，論文タイトル，表・図タイトルを含む全ての論文構成要素において，最初の文字のみ大文字とする．但し，著者名のうち姓はすべて大文字で記す．
・原著および短報には和文文末要旨を必要とする．

2）　原稿構成は，表紙，文頭要旨（含キーワード），本文，文末要旨，表，図の順とする．但し，原著・短報以外の原稿（総説等）には要旨（含キーワード）は不要である．頁番号は文頭要旨から文末要旨まで記し，表以下には記さない（従って，表以下は頁数に含まれない）．

⑴　表紙（第１枚目）の構成：①論文の種類，②表題，③著者名，④著者所属機関名，⑤ランニング・タイトル（和字20文字以内），⑥別刷請求著者名・住所・電話番号・FAX番号，メールアドレス，⑦別刷部数（50部単位）．
表紙（第２枚目）の構成：①②⑤のみを記載したもの．

・著者が複数の所属機関にまたがる場合のみ，肩文字番号（サイズは９ポイント程度）で区別する．
・英文標題は，最初の文字のみ大文字とする．

⑵　文頭要旨（Abstract）（第３枚目）：本文は和文原稿では400文字，英文原稿では200語以内で記す．本文最後には，１行あけて５語以内のキーワードを付す．各語間は「,」で区切る．英語では，すべて小文字を用いる．

⑶　本文（第４枚目以降）

・原著：はじめに（Introduction），研究対象と方法（Materials and methods），結果（Results），考察（Discussion），結語（Conclusion），謝辞（Acknowledgments），文献（References）の項目順に記す．各項目には番号は付けず，項目間に１行のスペースを挿入する．
・短報：原著に準拠する．
・総説：はじめに・謝辞・文献は原著に準拠し，それ以外の構成は特に問わない．

⑷　文献：関連あるもののうち，引用は必要最小限度にとどめる．

・本文引用箇所の記載法：右肩に，引用順に番号と右片括弧を付す（字体は９ポイント程度）．
同一箇所に複数文献を引用する場合，番号間を「,」で区切り，最後の番号に右片括弧を付す．
３つ以上の連続した番号が続く場合，最初と最後の番号の間を「–」で結ぶ．
同一文献は一回のみ記載することとし，「前掲～」とは記載しない．
・文末文献一覧の記載法：論文に引用した順に番号を付し，以下の様式に従い記載する．
○著者名は筆頭以下３名以内とし，３名をこえる場合は「ほか」または「,et al」を記載する．

英文文献では，family name に続き initial をピリオド無しで記載し，最後の著者名の前に and は付けない.

○雑誌の場合

著者名：論文タイトル．雑誌名　巻：初頁 – 終頁，発行年（西暦）．の順に記す.

雑誌名の略記法は，和文誌では医学中央雑誌，英文誌では index medicus のそれに準ずる.

例：

1）　近田敬子，木戸上八重子，飯塚愛子ほか：日常生活行動に関する研究．看護研究 15：59–67，1962.

2）　Enders JR, Weller TH, Robbins FC, etal：Cultivation of the poliovirus strain in cultures of various tissues. J Virol 58：85–89, 1962.

○単行本の場合

・全引用：著者名：単行本表題（2 版以上では版数）．発行所，その所在地，西暦発行年.

・一部引用：著者名：表題（2 版以上では版数）．単行本表題，編集者，初頁 – 終頁，発行所，その所在地，西暦発行年.

例：

1）　砂原茂一：医者と患者と病院と（第 3 版）．岩波書店，東京，1993.

2）　岩井重富, 矢越美智子:外科領域の消毒．消毒剤（第 2 版）, 高杉益充編, pp76–85, 医薬ジャーナル社，東京，1990.

3）　Horkenes G, Pattison JR：Viruses and diseases. In "A pratical guide to clinical virology（2nd ed）, Hauknes G, Haaheim JE eds, pp5–9, John Wiley and Sons, New York, 1989.

○印刷中の論文の場合：これらの引用に関する全責任は著者が負うものとする.

1）　立山太郎：看護学の発展に及ぼした法的制度の研究．富山大学看護学会誌（印刷中）.

(5)　文末要旨：新たな頁を用い，標題，著者名，所属機関名に次いで文頭要旨に準拠し，和文原稿では英訳したもの, 英文原稿では和訳したものをそれぞれ記す（特別寄稿および総説には不要である）．なお文末要旨は 2 部作成し，1 部は著者名，所属機関名を除く.

(6)　表および図（とその説明文）：用紙 1 枚に 1 表（または図）程度にとどめる.

和文原稿においては，図表の標題あるいは説明文は英文で記してもよい.

肩文字のサイズは 9 ポイント程度とする.

・表：表題は，上段に表番号（表 1. あるいは Table 1.）に続き記載する.

脚注を必要とする表中記載事項は，その右肩に表上左から表下右にかけて出現順に小文字アルファベット（または番号）を付す．有意差表示は右肩 * による．表下欄外の脚注には，表中の全ての肩印字に対応させ簡易な説明文を記載する.

・図説明文：下段に図番号（図 1. または Fig. 1.）に次いで図標題．説明本文を記載する.

写真（原則としてモノクロ）は鮮明なコントラストを有するものに限定する.

(7)　その他の記載法

・学名：イタリック体で記す.

・略語の使用：要旨および本文のそれぞれにおいて，最初の記載箇所においては全記し，続くカッコ内に以後使用する略語を記す.

例：後天性免疫不全症候群（エイズ），mental health problem（MHP）.

但し，図表中においては number の略字としての n または N は直接使用してよい.

・度量衡・時間表示：国際単位（kg, g, mg, mm, g/dl）を用い，温度は摂氏（℃），気圧はヘクトパスカル（hpa）表示とする．

英字時間表示には，sec, min, h をピリオド無しで用いる．

⑻　記事（海外活動報告・国際学会報告）は1,200字程度とし，写真 1 ～ 2 枚をつける．投稿料・掲載料は不要であり，掲載の可否は編集委員会が決定する．

「投稿先」

〒 930 － 0194　富山市杉谷 2630

富山大学医学部看護学科

富山大学看護学会誌編集委員会　八塚美樹（成人看護学講座）　宛

メールアドレス：ymiki@med.u-toyama.ac.jp

＊封筒に論文在中と朱書し，郵便書留にて発送のこと

入会申込書記入の説明

・入会する場合は，下記の申込書を学会事務局まで郵送し，年会費3,000円（学生会員は1,000円）を下記郵便口座へお振込みください。

学会事務局　〒930-0194　富山市杉谷2630番地
富山大学医学部看護学科　基礎看護学講座
西谷　美幸　宛
振込先：郵便口座00710-1-41658　富山大学看護学会

切り取り線

入 会 申 込 書

平成　　年　　月　　日

富山大学看護学会会長 殿
貴会の趣旨の賛同して会員として　　年度より入会いたします.

ふりがな 氏　　名 メールアドレス	
勤　務　先 （所属・職名）	
勤務先住所 TEL FAX	〒
自 宅 住 所 TEL FAX	〒
学会誌送付先	

富山大学看護学会　登録事項変更届

平成　　年　　月　　日

※該当する項目に✔をご記入ください。

□勤務先変更　□改姓名　□退会
□自宅住所変更　□送付先変更　□その他

フリガナ	
氏　　名	（旧姓名　　）
勤 務 先	名称 所属・職種 〒　　－ TEL　　－　　－ FAX　　－　　－
自宅住所	〒　　－ TEL　　－　　－ FAX　　－　　－
送 付 先	□　自宅　　□　勤務先
退 会 届	□　平成　　年３月31日をもって退会します。

事務局への通信欄：

※用紙は下記へ郵送でお送りください。

〒930-0194 富山県富山市杉谷2630 富山大学看護学会 事務局宛

編集後記

富山大学看護学会誌第17巻2号を発行する運びとなり、短報4編を掲載することができました。ご投稿いただきました学会員の皆様、ならびにご多忙のなか貴重なご助言・ご指導いただきました査読委員の皆様に、編集委員一向、心より感謝申しあげます。本巻では、分析対象数、分析方法等において原著論文として採択するに至らず、短報として掲載いたしました。また、昨年11月に開催されました第18回看護学会学術集会特別講演「これからの時代の看護ポジティブ・マネジメントの実際についても掲載いたしました。これからも、本大学の看護を担う皆様に、本誌が少しでもお役に立てますと幸いです。どうぞ、今後とも本学会誌へのご協力を賜りますようお願いいたします。

編集委員長　八塚　美樹

平成 29 年度
富山大学看護学会役員一覧

会 長　西谷　美幸

庶 務　林　佳奈子，鷲塚　寛子

編 集　八塚　美樹，安田　智美，田中　いずみ，坪田　恵子

会 計　齊藤佳余子，青木　頼子

監 事　梅村　俊彰，吉井　美穂

富山大学看護学会誌　第17巻２号

発 行 日　2018（H30）年３月
編集発行　富山大学看護学会
編集委員会
八塚　美樹（編集委員長）
安田　智美，田中　いずみ，坪田　恵子
〒930-0194　富山市杉谷2630
TEL（076）434-7425
FAX（076）434-7425
印　　刷　中央印刷株式会社
〒930-0817　富山市下奥井1-4-5
TEL（076）432-6572
FAX（076）432-2329

ISSN 1882-191X

THE JOURNAL OF THE NURSING SOCIETY OF UNIVERSITY OF TOYAMA

VOL. 17, NO. 2 MARCH 2018

CONTENTS

〈**Short Communication**〉

Development of a Positive Attitude Toward Things Scale for Elderly Persons
Ryoko IWASAKI (nee OKAMI), Mariko NIIKURA, Tomiko TAKEUCHI …… 1

Parent al needs structure until therefollowing discharge of their children with physical and mental disabilities discharge from medical facilities.
Naoko FURUSATO, Chifumi OKEMOTO, Hiromi MATSUI
Kyoko SASANO, Tomomi HASEGAWA …… 13

Buying food and nutritional intake in home-dwelling elderly in Region A of Toyama Prefecture
Mizuho II, Takashi SHIGENO, Toshiaki UMEMURA, Tomomi YASUDA …… 23

The relationship between lumbago and psychological stress
— From the view point of anxiety and masked depression —
Sumika IKENAGA, Nao KITAJIMA, Yuki TACHI,Rie WAKABAYASHI, Masahiko KANAMORI …… 33

〈**News from the Nursing Society of University of TOYAMA**〉
Programs of the 18th annual meeting …… 41

THE NURSING SOCIETY OF
UNIVERSITY OF TOYAMA