

岩手看護学会誌

巻頭言

今、あらためて「患者の生命と生活を支える日常ケア」を考える 畠山なを子 1

原著論文

乳がん患者の初発時と再発時の認知的評価と対処行動
-初発時における体験の影響を考慮して- 菅原よしえ 3

事例報告

ヘルスプロモーション行動促進看護介入による行動変容の変遷
-傾聴を主軸にした1事例の面接内容の分析より-
齋藤貴子, 佐々木悠美, 菊池和子, 安藤里恵, 野口恭子, 土屋陽子 16

第4回岩手看護学会学術集会

会長講演 「現場における気づきの共有・集積を確かな知見へ」 菊池和子 22
交流集会1 「最新の創傷ケアを現場で活かそう！」 29
交流集会2 「私のワーク・ライフ・マネジメント-だって、一度しかない人生だもの-」 32
めんこいセミナー 「臨床でのリサーチクエストから介入研究を進める過程」 34

学会記事

会告 岩手看護学会第5回学術集会開催 37
平成24年度第1回岩手看護学会理事会議事録 38
岩手看護学会会則 41
岩手看護学会役員名簿 44
岩手看護学会入会手続きご案内 45
入会申込書 46
岩手看護学会誌投稿規則 47
Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines 51
岩手看護学会員関心領域 55
論文投稿のご案内 57
岩手看護学会誌論文投稿促進講座Ⅱ 58
岩手県内で開催される学会・研修会のご案内 59
編集後記 61

第6巻第1号 2012年6月

岩手看護学会

Iwate Society of Nursing Science

巻 頭 言

今、あらためて「患者の生命と生活を支える日常ケア」を考える

このたびの東日本大震災で被災者された方々や影響を受けた方々に心よりお見舞い申し上げます。

今回の大震災で看護職は、被災地や避難所での病人への対応、飲料水、食事、排泄への対応、感染対策などのケアを通して、生きることへの支援、生活することへの支援をする職業とあらためて感じました。

また、急速に変化する医療情勢のなか、今回の診療報酬や介護報酬改定からも、ますます「医療から介護」「施設から地域へ」と変換を余儀なくされ、医療・福祉・保健のそれぞれの看護職が連携を取り、患者の生命を守り生活を支えるためのケアが求められております。同時に、専門性の高い看護ケア提供のため、的確な判断と適切な看護技術が求められております。このようなことから、学術集会であらためて『患者の生命と生活を支える日常ケア』を考えてみることにしました。専門職として臨床現場で今まで培ってきた患者の生命と生活を支える日常ケアについて、日々、頑張っていることや工夫していること、疑問などを講演や研究発表、交流集会を通して共有したいと考えております。

基調講演では、私自身、臨床現場で個々の患者の状況や背景を大事にした関わりやエビデンスに基づいたケアの提供とは、そのための教育システム構築とは、など原点に戻り学び直したいと考え、岩手県立大学看護学部研究科に入りました。ナイチンゲール、ベナーから日常生活を整えることの重要性や命を守るための観察、看護の臨床知などを学ぶことができました。事例検討、看護研究や研修など実践の取り組みについてお話をさせていただこうと思っております。

特別講演は、NHKプロフェッショナル仕事の流儀「希望は、必ず見つかる」で、患者の生命を支える看護の素晴らしさを伝えた、淀川キリスト病院のがん看護専門看護師の田村恵子先生にお願いいたしました。

交流集会では「日常ケアの卓越した技を問う」「大学院での学びを実践に活かす」について、病院・施設などそれぞれの分野で卓越している技を実践している方々に報告をしていただき今後につながる場となればと考えております。

ぜひ多数の演題発表と多くの方々にご参加をいただき、活発な意見交換や情報交換の場となり岩手の看護学の発展に寄与できる学術集会となることを願っています。

平成24年 6 月

岩手看護学会副理事長

第 5 回岩手看護学会学術集会会長

畠山 なを子（岩手県立磐井病院）

< 原著 >

乳がん患者の初発時と再発時の認知的評価と対処行動 - 初発時における体験の影響を考慮して -

菅原よしえ

宮城大学看護学部

要旨

本研究は、乳がん患者の初発時と再発時の認知的評価と対処行動を明らかにし、初発時の体験が、再発時の対処に影響しているか検討することを目的とした。方法は、乳がん再発患者5名に半構成的質問による面接法を用いてデータ収集し、内容分析をおこなった。分析の結果、認知的評価は、初発時では【思ってもみない病気の罹患に驚いた】、【将来的に死につながる病気】など、再発時では【完治の期待が碎かれる失望感を感じた】、【死がより身近な具体的なものと感じた】などが抽出された。対処行動では初発時と再発時に共通する【泣いて気持ちを発散した】、【治療について医師と十分に話をした】などのカテゴリーが抽出された。がんの脅威は、初発時に比較して再発時では生命に危機を与える身に迫ったものになっていた。対処行動においては、患者はその都度新たな体験としてとらえて、多大な努力をはらっていると考えられた。

看護師は、乳がん患者の再発に際して、前回の体験が生かされるわけではないことを理解して援助する必要がある。

キーワード；乳がん，再発，認知的評価，対処行動

はじめに

がんは我が国の死亡原因の第1位であり¹⁾、がん罹患率は増加傾向である。女性では乳がんが第1位であり、やはり増加傾向となっている²⁾。乳がんの経過は多様であり、乳がん患者のうち、リンパ節転移のある患者の半数に再発が認められ³⁾、原発性乳がん患者全体の20～30%に再発が認められている。再発時の治療開発の進歩により、再発後の生存期間は延長してきている⁴⁾。がん患者および家族は長期に渡って乳がんの脅威と共存しながら治療や症状の対応に取り組んで生活することが必要になってくる。このことから、がんは慢性疾患の一つと言われるようになってきている。がん患者や家族は、長い経過の中でおこるさまざまなストレスの状況に対処していかなければならない。看護師はがん患者や家族の長期にわたるがんとの取り組み状況を明らかにし、患者や家族自身がストレスを乗り越えられるように援助することが重要である^{5) 6)}。

乳がん患者の取り組みに関する研究は多く、特に、

急性期の診断、手術、化学療法などの初回治療の期間における心理的变化、対処についての報告がされている。乳がんの手術前および手術直後から手術後3年未満を対象とした研究報告では、ストレスの内容は、手術による痛みなどの苦痛、乳房を失うこと、予後・再発・転移に関すること、家族や仕事への影響などがあげられている^{7) - 10)}。患者が強くストレスを感じている時期は手術前であるが、手術後も予後・再発・転移に関することをストレスにあげる患者の数は手術前より増加したという報告がある¹¹⁾。乳がんの診断から初回治療の時期におけるストレスおよびその対処行動に関しては、診断直後のストレスは、告知の有無、術式の違いに関係なく共通に強い。コーピングとしては、患者は話すことで感情を整理し、医師の指示に従うことで対処している。また、患者は一つの対処のみにとどまるのではなく多様な対処方法を同時にとっており、告知の有無や術式の違いが影響している^{12) 13)}。

長期にわたるがん患者の適応について水野¹⁴⁾の報告

では、地域で社会生活をおくっているがん体験者の適応を特徴づける認識として“自己に対する責任と自分自身の能力を認める”ことで、適応を可能にする自己概念を形成することを報告している。米国では、長期生存の乳がん患者を対象に再発の恐怖や病気の不確かさを持ちながら、肯定的に再評価し生きる体験が報告されている¹⁵⁾¹⁶⁾。がん患者は治療終了後もストレスを抱えている状態を継続しているが、再発を伴っていない場合は長期にわたる経過の中で自分なりの方法を見出し適応していることがわかる。

再発時期に焦点をあてた研究は日本においては数少ない。米国の報告で、初発時と再発時を比較した研究において、再発ではがんの診断の意味がより深く自覚され、死に関連することやがん再発を経験した家族や友人の影響を受けていたという報告があり¹⁷⁾、乳がん再発患者は死を再び感じる体験をしている。困難な状況にある乳がん再発患者を含む渡辺の調査で心理的適応ができていない患者の報告があり、心理的適応には自尊感情や活動性、ソーシャルサポートと関連があることが示されている¹⁸⁾。乳がん再発患者が不安にかられるだけでなく、病気を受け止めて取り組んでいることが伺える。がん治療の進歩に伴い再発後も生存期間が延長する中で、患者は再発をどのように認識し、どのような対処行動をとっているのかを明らかにすることは、様々な状況に直面するがん患者の理解に不可欠である。

本研究では、乳がん患者の初発時と再発時の認知的評価と対処行動を明らかにし、初発時の体験が、再発時の対処にどのように影響しているか検討することを目的とする。

用語の定義

1. 初発乳がん

原発性乳がん初めて受けた診断。

2. 再発乳がん

初発乳がんの治療終了後に局所再発または遠隔転移の診断を受けた時。転移部位、治療は限定しない。

3. 認知的評価

乳がんの診断によって個人が自分の能力や資源を超えて危ういと評価した主観的な思いや考え。危ういと評価するには、すでに受けた傷や障害などの危害・喪失、危害・喪失が生じる可能性が予測される脅威、対処努力を必要とする状態である挑戦が含まれる。

4. 対処行動

乳がんの診断によって個人が自分の能力や資源を超

えて危ういと評価した状況に対してとった行動を含む処理した過程。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究では乳がんというできごとに対する対処の過程に注目する。あるできごとがストレスになるかどうかは人間と環境の関係を個人がどのように認知的に評価するかにかかっている。認知的評価は個人の主観的な解釈による評価であり、その人の語りの中から得られるものである。研究協力者の語りがデータとなりデータに示されている内容が意味していることを探っていくことが必要となるため、文脈を重視するKrippendorff¹⁹⁾の内容分析手法を参考に分析を行う質的記述的デザインにより行った。

2. 研究協力者

乳がん初回治療終了後、遠隔転移と局所再発を含んだ乳がん再発を経験している患者で、以下の条件を満たし研究の承諾を得られた方とした。

- ・初発時に遠隔転移がなく、標準治療を受けている
- ・初発乳がん診断後1年以上経過し、1回目の再発である
- ・乳がんおよび再発の診断が患者に知らされている
- ・初発時から再発時までの間に、障害を残すような疾患や、生命に関わるような外傷を経験していない
- ・症状が安定し調査に耐えうる
- ・言語によるコミュニケーションが可能
- ・20歳以上の成人である
- ・精神疾患を持たない

協力者の紹介は、がん患者に対して集学的治療（手術、化学療法、放射線治療）を行い、乳がん患者の診療を行っている関西地域の医療施設の協力を得た。

3. データ収集期間

2002年7月1日～8月31日

4. データ収集方法

半構成的質問による面接とカルテからの基礎データ収集を行った。

面接は、研究内容について研究者が個別に説明し協力を依頼した。協力の承諾を得られた後に患者と面接日を調整してインタビューを行った。面接は1対1でプライバシーが守られる場所で行い、面接内容は対象者の許可を得て録音した。面接の所要時間は60～90分（平均72分）の1回であった。インタビューの始まりは、「乳がんになってストレスと感ずることとそれに

対する取り組みやそのときの状況についてお話し下さい。初めて乳がんと診断されたときのことからでも、今回再発したときのことからでも話しやすい方からお願いします。」と開始した。インタビューをすすめる際には対象者の主観的な認知を違和感なく語ることに配慮し、話しの流れを妨げないよう適宜質問を行った。

基礎データの収集は、研究者が作成した基礎データ収集表を使用し、カルテから収集した。収集した内容は、年齢、診断名、治療の経過、主訴であった。

5. 分析方法

録音したインタビューデータから逐語録を作成し、データとした。データを精読し、事例毎に、初発乳がんおよび再発乳がんの認知的評価、対処行動を示す内容をコードとして抽出し、類似するコードをまとめてサブカテゴリー化した。5事例のサブカテゴリーの意味内容が類似するものを集めてカテゴリー化した。

分析過程において、がん看護研究者からスーパーバイズを受けてコードの抽出およびカテゴリーの妥当性について検討を重ねた。

6. 倫理的配慮

研究協力者は、病状の受け止め方および心身の状況を把握する主治医または婦長が本研究への参加を許可した患者とした。研究協力にあたっては、以下のことを口頭および文書によって研究者が説明を行い、署名をもって同意を得られた患者のみに協力を得た。

- 1) 研究の目的、方法について
- 2) 参加は自由意思であり、途中での中断、参加の中止も自由であること
- 3) 本研究の参加の有無によって治療や看護に変わりはないこと
- 4) 研究協力に中断の申し入れがあった場合は、その場で関連するデータを処分すること
- 5) インタビュー中に患者の心身の疲労がみられる場合には、研究者からインタビューの中断を申し入れること

面接場所は対象者のプライバシーが守られる場所を確保し、録音は対象者の同意を得て行った。面接中の患者の状況を常に観察し、負担にならないよう時間を配慮した。面接の内容や基礎データは、本人が特定できないように実名ではなく、コード化して取り扱った。面接によって、つらい経験を思い出すことにより否定的感情が生じるような場合には、対象者が感情を十分に表出するための面接を研究とは別にもうけるなど、

適切なケアが受けられるよう対応した。

本研究は兵庫県立看護大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

結果

1. 協力者の概要 (表1)

対象者は乳がんを再発した女性5名であった。年齢は40～60歳代(平均52.6歳)、自営業1名を除いては乳がん罹患に伴い仕事を辞めていた。4名はインタビュー時には職業に就いていなかった。患者の支援者はインタビューで語られた同居家族、近隣に在住の実母、姉妹、友人であった。支援者の構成や人数は事例により異なったが、初発時と再発時では、どの事例も違いはなかった。再発は5名とも定期検査で発見され、肺転移、骨転移のいずれかがあった。5名はそれぞれ化学療法またはホルモン療法による治療を行っていた。自覚症状は5事例共に初発時にはなかった。再発に伴う自覚症状がある者は2名であり、骨転移部の疼痛があり医療用麻薬による疼痛コントロールがはかられていた。初発の乳がん診断から再発の乳がん診断までの期間は平均31か月であった。

2. 初発時の認知的評価 (表2)

初発時の認知的評価は19コード、11サブカテゴリー、4カテゴリーが抽出された。

以下、サブカテゴリー< >、カテゴリー【 】で示す。4カテゴリーは【思ってもみない病気の罹患に驚いた】、【将来的に死につながる病気】、【将来が遮断される気がした】、【他の人と異なる人になる孤独感を感じる病気】であった。患者は、初発の乳がん診断に対して【思ってもみない病気の罹患に驚いた】と予想外のできごとに驚き、【将来的に死につながる病気】と死を意識させられる病気と認識していた。この死を意識させられるという認識は、<これまで全く死を考えないで生きていたので10%の死ぬ可能性はショックだった>というように、これまで健康と感じていた状態に比べて少し死が近づいたという認識であった。そして、1例(事例B)は、将来設計として楽しみにしていたことができな【将来が遮断される気がした】と未来を断ち切られる感じを認識していた。また、1例(事例A)は女性の象徴的な部位である乳房の病気や治療による乳房切除術に対して<女性として普通でなくなるような気がした>、<他の人と違うというさびしさがあった>と【他の人と異なる人になる孤独感を感じる病気】と認識していた。初発時の認知的評価

として抽出された【思ってもみない病気の罹患に驚いた】、【将来的に死につながる病気】は、4事例にそれぞれ組み合わせて認識されていた。【将来が遮断される気がした】は事例Bのみが認識し、【他の人と異なる人になる孤独感を感じる病気】は事例Aのみが認識していた。

3. 再発時の認知的評価 (表3)

再発時の認知的評価は27コード、13サブカテゴリー、3カテゴリーが抽出された。

以下、サブカテゴリー< >、カテゴリー【 】で示す。3カテゴリーは【完治の期待が碎かれる失望感を感じた】、【死がより身近に具体的なものと感じた】、【家族や仕事への影響を考えさせられた】であった。

再発の乳がん診断においては、< 初回治療が終了して髪も伸びて普通の人並みになったと思っていたのに、再発したことはがっかりですよ >、< やっぱりきたか がっかりです > というように、完治は難しいと知っ ていながらも初回治療終了後に完治を期待していたことがうかがえた。その期待が碎かれる思いとして< 肩こりの痛みが強くなり普通じゃないと感じてショックでした >、< 結局、完治は難しいと思った > というように失望感を感じるできごとと認識していた。この【完治の期待が碎かれる失望感を感じた】ということは5例ともに認識していた。死については初発時にも認識していたが、再発時では< 再発では生存率が下がるので恐怖心が募る >、< 腫瘍マーカーが100になった時

表1 協力者の概要

	A	B	C	D	E
年齢	50代	60代	50代	40代	40代
職業	元会社員	元料理指導	自営業	元事務職	元事務職
患者の支援者	夫, 子2人, 友人	夫, 子2人, 実母, 友人	夫, 子1人, 実母, 実妹, 友人	夫, 実姉, 実母	夫, 子2人, 実姉, 実母
初発乳がん	診断: 右乳がん病期ⅢA 治療: 乳房全摘 化学療法	診断: 右乳がん病期ⅡA 治療: 乳房全摘 ホルモン療法	診断: 右乳がん病期ⅢA 治療: 乳房全摘 化学療法	診断: 左乳がん病期Ⅰ 治療: 乳房部分切除 ホルモン療法	診断: 右乳がん病期不明 治療: 乳房全摘 放射線療法
再発乳がん	診断: 肺転移 治療: 化学療法	診断: 胸骨転移 治療: ホルモン療法	診断: 胸椎骨転移 治療: ホルモン療法	診断: 肺転移 治療: 化学療法	診断: 胸壁再発, 胸骨転移 治療: 化学療法
自覚症状	なし	なし	疼痛	なし	疼痛
初発から再発までの期間	14か月	41か月	23か月	48か月	29か月

表2 初発時の認知的評価

サブカテゴリー	カテゴリー
家族に乳がん患者はいなく、思ってもみないことだった まさか自分が乳がんになるとは思ってなかった がんかって驚いた	思ってもみない病気の罹患に驚いた (A,B,E)
がんになったら死ぬのかなと考えた がんは死をイメージする これまで全く死を考えないで生きてたので10%の死ぬ可能性はショックだった がんていったら即死ぬイメージをもっていた がんは治らないイメージがあるので恐怖を感じた	将来的に死につながる病気 (B,C,D,E)
楽しみにしていた趣味ができないと感じ夢も何もなくなる気がした	将来が遮断される気がした (B)
女性として普通でなくなるような気がした 他の人とは違うというさびしさがあった	他の人と異なる人になる孤独感を感じる病気 (A)

表3 再発時の認知的評価

サブカテゴリー	カテゴリー
初回治療が終了して髪も伸びて普通の人並みになったと思っていたのに、再発したことはがっかりですよ	完治の期待が碎かれる失望感を感じた (A,B,C,D,E)
やっぱりきたかどがっかりです	
肩こりの痛みが強くなり普通じゃないと感じてショックでした	
結局、完治は難しいと思った	死がより身近に具体的なものと感じた (A,B,C,D,E)
腫瘍マーカーが100になった時は死を身近に感じた	
再発では生存率が下がるので恐怖心が募る	
最初と違って転移したら全身への影響が考えられるのでショック	
1回目は治療すれば治ると思ったが、再発では亡くなった同病者を思い出した	
再発してみると、初回の時はまだよかったなと感じる	
いつ死ぬかわからないと思った	
後何年かわからないが私の老後はないなと思った	家族や仕事への影響を考えさせられた (A,C)
家族に心配させてしまうことが気がかかった	
自分がいなくなったら、会社の運営が大変と思った	

は死を身近に感じた>というように検査値や具体的な数値を指標に状況を認識していた。また、<最初と違って転移したら全身への影響が考えられるのでショック>、<1回目は治療すれば治ると思ったが、再発では亡くなった同病者を思い出した>と初発後に得た知識や情報をもとに死を具体的に感じていた。そして、死に対する思いは<再発してみると、初回の時はまだよかったなと感じる>、<いつ死ぬかわからないと思った>、<後何年かわからないが私の老後はないなと思った>というようにより身に迫ったものと認識されていた。【死がより身近に具体的なものと感じた】のカテゴリーに関する認識は5例から語られた。他に、【家族や仕事への影響を考えさせられた】という認識が2例から語られた。この2例は再発というできごとがより身近に死が迫るできごとと感じるところから自分自身の心身に関するだけでなく、家族や仕事における自分の立場を含めて再発の影響を考えていた。

4. 初発時の対処行動(表4)

初発時の対処行動は49コード、13サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された。

以下、サブカテゴリー< >、カテゴリー【 】で示す。6カテゴリーは【泣いて気持ちを発散した】、【治療について医師と十分に話した】、【手術でがんをとれば治ると自分に言い聞かせた】、【人との接触を避けた】、【夫や家族と病気について話した】、【支えになる友人や同病者と話した】であった。思ってもみない病気の罹患について驚きを【泣いて気持ちを発散した】。3例が泣く対処をとったが、いずれも1人でまたは夫の

前で泣く場を限定し、ある期間のうちに気持ちを発散させていた。その後に、他の対処行動を組み合わせで対処していた。問題に直面する解決を図る対処行動では、乳がんや治療について医師の説明をよく聞き<病名や治療法を医師から説明されて納得した>や<乳房を残してほしいという希望を医師に伝え>自ら要望を述べて納得するまで【治療について医師と十分に話をした】対処行動が抽出された。情緒的安定を図る対処行動としては、【手術でがんをとれば治ると自分に言い聞かせた】そして、家族や親しい人以外との関わりを少なくする【人との接触を避けた】対処行動をとっていた。その後に、【夫や家族と病気について話した】、【支えになる友人や同病者と話した】のように夫や家族など患者の精神的負担が少ない範囲で話しをする機会を増やしていき、落ち込んだ気持ちを切り替えることや、孤独感をやわらげる対処行動をとっていた。

5. 再発時の対処行動(表5)

再発時の認知的評価は68コード、16サブカテゴリー、7カテゴリーが抽出された。

以下、サブカテゴリー< >、カテゴリー【 】で示す。7カテゴリーは【泣いて気持ちを発散した】、【治療について医師と十分に話をした】、【気持ちが落ち込まないように自分で気持ちをコントロールした】、【新しい人生の目標をもった】、【自分が実行できる役割を見出した】、【病気に対して自分から積極的に動かない】、【職場や親戚へは病気に関する情報は選別して伝えた】であった。【泣いて気持ちを発散した】、【治療について医師と十分に話をした】は初発時にとった対処と同

じであった。乳がんという問題に直面して解決をはかる対処行動である【治療について医師と十分に話をした】対処行動は初発時では2例であったが、再発時には4例がとっていた。直接的に問題を解決するものではないが、<身体によい食事に気を配った>、<身体の負担が少なくするよう活動を控えた>のような行動も問題に直面して自分ができる解決策を実行する対処行動であった。自分が実行できる対処行動としては、このような問題解決につながるもの他<ストレスをためないよう趣味を見つけた>のように情緒的安定を図ることを【自分が実行できる役割を見出した】内容のものと、<だまって援助してくれる家族のサポートを受け入れた>のように、家族のサポートに感謝しつつ静かに受け入れることを【自分が実行できる役割を見出した】対処行動としてとっていた例があった。情緒的安定を図る対処行動としては<自分にサポートがあることを自分自身に言い聞かせた>や<病気にとらわれないよう楽観的に考えるようにした>のように【気持ち落ち込まないように自分で気持ちをコントロールした】対処行動がとられた。初発時には抽出されなかったが、再発時に抽出された対処行動としては、【新しい人生の目標をもった】という対処行動を2例(事

例B, D)がとっていた。この対処行動は、<きちんと治療を受けることと、家の中のことだけをするを心がけた>のように、自分の役割を見出しどこまで行動できればよいか自分の目標を明確にすることで自分のあり方に納得する対処行動であった。また、<がんを怒らせないように共存して1日でも長生きしたいと考えるようになった>というように、がんを持った自分自身や人生観をとらえなおす対処行動であった。2例(事例C, E)は【病気に対して自分から積極的に動かない】という対処行動をとっていた。これは、<自分で調べたり病気に対して何かやってみようとは思わない>、<色々しても亡くなった友人を見ているので、別に何もしようとは思わなかった>というものであった。その他<親戚には心配させないように細かなことは伝えなかった>、<誰に何を話すかは選別した>というように自分自身に対する対処ではなく、自分の周囲の人に対する配慮を含めた対処行動が抽出された。

考察

1. 初発時と再発時を比較した認知的評価の特徴

初発時と再発時のそれぞれの診断において、初発時には【思ってもみない病気の罹患に驚いた】、再発時

表4 初発時の対処行動

サブカテゴリ	カテゴリ
泣いて気持ちを発散した	泣いて気持ちを発散した (A,D,E)
病名や治療法を医師から説明されて納得した	治療について医師と十分に話をした (A,D)
乳房を残してほしいという希望を医師に伝えた	
乳がんは手術すれば治ると思った	手術でがんをとれば治ると自分に言い聞かせた (B,C)
手術のできるがんなので治ると考えて気が楽になった	
ショックで誰にも話しができなかった	
夫や娘以外話しをしたくなかった	人との接触を避けた (A,C,E)
2週間くらいは外に出なかった	
同居家族に病気を伝えて、治療をころに決めた	夫や家族と病気について話した (A,D,E)
死への不安を夫に話し励ましを受けた	
構えずに接することができる友人を頼りにした	
友人から病気に関する情報をもらった	支えになる友人や同病者と話した (A,B,D)
患者会イベントに参加した	

表5 再発時の対処行動

サブカテゴリ-	カテゴリ-
泣いて気持ちを発散した	泣いて気持ちを発散した (D,E)
治療について医師からよく話しを聞いた	治療について医師と十分に話をした (A,B,C,D)
治療に関する疑問を医師にたずねた	
身体によい食事に気を配った	自分が実行できる役割を見出した (A,B,C,D,E)
身体の負担を少なくするよう活動を控えた	
ストレスをためないよう趣味を見つけた	
だまって援助してくれる家族のサポートを受け入れた	
自分にサポートがあることを自分自身に言い聞かせた	気持ちが落ち込まないように自分で気持ちをコントロールした (A,B,D,E)
病気にとらわれないよう楽観的に考えるようにした	
きちんと治療を受けることと、家の中のことだけすることを心がけた	新しい人生の目標をもった (B,D)
がんを怒らせないよう共存して1日でも長生きしたいと考えるようになった	
自分で調べたり病気に對して何かやってみようと思わなかった	病気に對して自分から積極的に動かない (C,E)
色々しても亡くなった友人を見ているので別に何もしようとは思わなかった	
職場には病気に關する情報を選択して伝えた	職場や親戚へは病気に關する情報は選別して伝えた(C,D,E)
親戚には心配させないよう細かいことは伝えなかった	
誰に何を話すかは選別した	

には【完治の期待が砕かれる失望感を感じた】と患者は共通して診断によって衝撃を受けていた。しかし、その衝撃の内容は初発時と再発時では異なるものであった。初発時は、これまで健康と思って生活していたことから予想だにしていなかったできごとが生じたことに対する衝撃であった。再発時は、治療経過の中で再発の可能性を知りながらも完治への期待を持っており、期待を打ち砕かれる衝撃になっていた。その衝撃に引き続いた死を意識させられた認識としてがんの脅威や死の脅威は、初発時に比較して再発時ではより生命に危機を与える身に迫ったものになっており、再発時にはより切迫した死の脅威を5例が共に認識していた。このことは、再発では死との関連がより深く自覚されるとい先行研究²⁰⁾と共通していた。

初発時と再発時で異なった認識は、初発時に抽出されたカテゴリ【将来が遮断される気がした】、【他の人と異なる人になる孤独感を感じる病気】と、再発時に抽出されたカテゴリ【家族や仕事への影響を考えさせられた】であった。【将来が遮断される気がした】カテゴリは初発時に1例から抽出されたものではあるが、死を意識させられる衝撃的な疾患であることを初発時に認識していたことをあらわすものであり、再発時のさらなる衝撃に通じる認識と考えられる。【他の人と異なる人になる孤独感を感じる病気】のカテゴリは1例から抽出されたものではあるが、女性の象徴と考えられる乳房を失う乳がん患者の特徴をあらわ

すものであると考えられる。この認識は、患者のもつ価値観に影響され個別性が高いのではないかと思われた。また【家族や仕事への影響を考えさせられた】カテゴリは再発時に抽出された認識である。これは、初発時の体験から家族などの周囲に与える影響を知り、家族に精神的負担をかける脅威を再発時には認識されたのではないかと思われる。再発時には患者自身のことだけにとどまらず、患者の周囲への影響も大きく、患者の周囲の人々を含めた対処の必要性を感じ、より困難な状況になってきていることを認識していることをあらわしていると考えられる。

以上のことから、がんの脅威や死の脅威は、初発時に比較して再発時では生命に危機を与えるような身に迫ったものになっていると考えられる。また、再発時には患者自身のことだけでなく家族などの周囲に与える影響も大きくなり、より困難な状況であると、患者は認識していると考えられる。

2. 初発時と再発時を比較した対処行動の特徴

初発時と再発時の両方で抽出された対処行動のカテゴリは【治療について医師と十分に話をした】、【泣いて気持ちを発散した】であった。

【治療について医師と十分に話をした】は乳がんという身体的な問題を直接的に解決をはかる対処行動と考えられる。この問題解決につながる対処行動は初発時には2事例のみから抽出されたが、再発時には4事例から抽出された。また再発時には問題解決をはかる

対処行動と考えられるものは【自分が実行できる役割を見出した】の категорияに含まれるサブカテゴリーの<身体によい食事に気を配った>、<身体の負担を少なくするよう活動を控えた>があった。初発時においても、再発時においても、問題に取り組む対処行動よりも、衝撃的な気持ちを落ち着かせ、気分転換を図ることで情動の苦痛を低減させるための対処行動の種類の方が多くとられていた。情動の苦痛を低減させる対処行動として初発時では、【手術でがんをとれば治ると自分に言い聞かせた】という category が 2 例から抽出された。再発時には【気持ちが落ち込まないように自分で気持ちをコントロールした】の category に含まれるサブカテゴリーは<自分にサポートがあることを自分自身に言い聞かせた>、<病気にとらわれないように楽観的に考えるようにした>で、初発時とは考え方を変えることで対処していた。治療をすれば治るという考えから、病気があってもサポートがあることや病気だけにとらわれない考え方に変える対処行動をとっていた。このように再発時に乳がんである状況の考え方を変える対処行動をとっていたのは 4 例と増えており、再発時には情動の苦痛を低減させる対処行動を多くとるようになっていたと考えられる。また、情動の苦痛を低減させる対処行動と考えられる category として初発時には【人との接触を避けた】、【夫や家族と病気について話した】、【支えになる友人や同病者と話した】のように、人間関係の範囲を家族や同病者や限られた友人に限定する傾向があった。このことは防衛機制の一つである抑圧の傾向と考えられ、不快な思考や感情を生じる可能性のある人間関係を避けて、安心できる家族や同病者や限られた友人の範囲の人間関係をもつことで精神的負担を軽くしているものと思われた²⁰⁾。この傾向は再発時にはより強くなり、<だまって援助してくれる家族のサポートを受け入れた>のように家族の援助を受け入れることが自分の役割ととらえ、さらに【病気に対して自分から積極的に動かない】の category のように受動的な対処行動をとる傾向があった。この受動的な対処行動は事例 C と事例 E から抽出された。この 2 例が受動的な対処行動が顕著になったのは、再発により疼痛を伴っていたことが影響していると考えられる。また、【職場や親戚へは病気に関する情報は選別して伝えた】という対処行動も人間関係の範囲を小さくし、精神的負担を軽くすることにつながっていると思われる。一方、category 【自分が実行できる役割を見出した】中に含まれ

るサブカテゴリー<ストレスをためないように趣味を見つけた>や、category 【新しい人生の目標をもった】に含まれるサブカテゴリー<きちんと治療を受けると家の中のことだけをするを心がけた>、<がんを怒らせないように共存して 1 日でも長生きしたいと考えるようになった>はがんを持つという変えることのできない状況を認め前向きな考え方に変えることで情動の苦痛を低減させていたと考えられる。この対処行動は事例 B と事例 D の 2 事例から抽出された。人間関係の範囲は限定するものであるが、再発の状況のとりえ方を変えて情動の苦痛を低減をはかっていると考えられる。

以上のことから、初発時においても、再発時においても問題解決をはかるために【治療について医師と十分に話をした】という対処行動がとられていた。対処行動の種類は情動の苦痛を低減させるための行動が多くとられており、再発時に顕著になっていると考えられた。

3. 再発時の対処行動への初発時の体験の影響

初発時と再発時の両方で対処行動の結果、問題解決をはかることにつながる行動と情動の苦痛を低減させることにつながる行動がみられた。この 2 つの行動について初発時の体験を生かして再発時に同じ対処行動をとったものか検討する。

まず、問題解決をはかるための【治療について医師と十分に話をした】対処行動について検討する。

初発時においては、4 例でがんと診断された時点で仕事を辞めるなど治療に専念する方法がとられ、治療を受けることが最優先と考えられていた。廣田ら²¹⁾の研究においても、初発時の乳がん患者がもっとも多く用いた対処行動は医師の指示に従う従順性であったと報告している。また、初発時と再発時を比較した米国の研究では、患者がもっとも希望を託したことは、初発時においては治療や医療関係者のサポートであり、再発時には信仰であった。再発時では、治療や医療関係者のサポートは 3 番目に希望を託すものであった²²⁾。これらの報告は、米国の文化を反映したものと思われるが、乳がん初発時における医師の治療への期待の大きさを表しているものとみられ、本研究の事例が初発時に医師を頼りに【治療について医師と十分に話をした】対処行動をとったことと類似していると考えられる。先行研究では、再発時には医療関係者による支援よりも信仰を頼りにしていたという報告がされている²³⁾。しかし、本研究の 5 事例は再発において

【治療について医師と十分に話した】対処をとる事例が増え、医師を頼りにしていた。このことは、本研究の3例（A, B, D）は自覚症状がない状態で定期検査により再発を発見されて、すぐに再発治療を開始していた。これは、患者自身ではわからない再発の兆候を医学的に早期に発見できていることから医療への信頼が高くなったのではないかと考えられる。大堀²⁴⁾は再発乳がん患者の生活を整える要因に関する研究で、自分の状況を知り、自分のことを自分で決める土台になるものとして医師との信頼関係構築をあげている。本事例において医師を頼りにする対処行動が増えていることは、初発時の対処行動を生かしたのではなく、初発時から再発時まで継続した関わりの中で医師に対して信頼を培ってきたものではないかと考えられる。

次に、情動の苦痛を低減する対処行動について検討する。情動の苦痛を低減する対処行動の内容では、【泣いて気持ちを発散した】、【手術でがんをとれば治ると自分に言い聞かせた】、【人との接触を避けた】、【夫や家族と病気について話した】、【支えになる友人や同病者と話した】、【気持ちが落ち込まないように自分で気持ちをコントロールした】、【新しい人生の目標をもった】、【病気に対して自分から積極的に動かない】、【職場や親戚へは病気に関する情報は選別して伝えた】といった方法を組み合わせて対処しており、組み合わせの仕方には個人差があった。

再発時に、精神的負担を軽くするための対処行動が顕著になった事例は、事例Cと事例Eであった。事例Cは、初発時では【手術でがんをとれば治ると言い聞かせた】対処行動をとり現実を避け、【人との接触を避けた】対処行動をとっていた。再発時には疼痛を伴い切迫した生命に関わる脅威を感じ、家族のサポートを受け入れ、【病気に対して自分から積極的に動かない】こと、<職場には病気に関する情報を選択して伝えた>ことで精神的消耗を最小限にする対処行動をとっていた。事例Eは初発時には【泣いて気持ちを発散した】と【人との接触をさけた】対処行動をとることで情動の苦痛を低減させていた。再発時にも初発時と同じように、【泣いて気持ちを発散した】ことで情動の苦痛を低減させていた。さらに、再発時には疼痛を伴い【病気に対して自分からは積極的に動かない】ことや【親戚へは病気に関する情報を選別して伝えた】対処行動をとることで精神的消耗を最小限にしていた。保坂ら²⁵⁾は、乳がん患者が病名を告知されたことによる情緒とコーピング・スタイルに関する研究で、乳が

ん罹患前と罹患後を比べると能動的、行動的、積極的対処と消極的、否定的な対処のすべてが顕著になると述べ、乳がん罹患すること自体がすべての対処行動を変化させるほどの大きなできごとであると報告している。初発時に乳がんと診断されたことは、死をイメージする大きなストレスであり、再発においては、さらに、初発時よりも生命の危機に切迫する脅威や新たな危害・喪失、脅威が加わり、その人の持つ対処資源でその都度懸命に対処していたと考えられる。Lazarusら²⁶⁾は、脅威の大きさと対処の関係について、「大きな脅威にさらされると認知的な機能は高まるが、情動中心の対処はより原始的なものとなり防衛的な拒否反応が見られるようになる。このような反応によって情動のバランスが保たれ問題中心の対処が行われるようになるものと考えられている。」と述べており、人間関係の範囲を小さくする傾向や受動的な対処傾向が見られた理由は、再発では、初発時よりさらに大きな脅威にさらされ、情動中心の防衛的な対処傾向になっていったと考えられる。以上のことから、再発時に顕著になった、精神的負担を軽くするための対処行動は、脅威の大きさが影響したものと考えられる。それは、再発時は、初発時よりさらに切迫した生命の危機を及ぼす死の脅威にさらされ、新たな危害・喪失、脅威が加わり、より大きな対処努力を必要とするストレスフルなできごとになっていたためではないかと思われる。

再発時に新たにみられた対処行動は、【新しい人生の目標を持った】対処行動（事例B, D）であった。

事例Bは、初発時では【手術でがんをとれば治ると自分に言い聞かせる】現実を避ける対処をとりながらも、<構えずに接することができる友人を頼りにした><患者会イベントに参加した>と同病者などの資源を活用する対処をとっていた。再発時には<ストレスをためないよう趣味を見つけた>、<身体によい食事に気を配った>など【自分が実行できる役割をみだした】、そして<がんを怒らせないように共存して1日でも長生きしたいと考えるようになった>と変えることのできないがん状況を認めるとらえ方をしていた。手術すれば治るというとらえ方を変えて【新しい人生の目標を持った】初発時とは異なる対処行動をとっていた。事例Dは、初発時には【泣いて気持ちを発散した】、【夫や家族と病気について話した】、【支えになる友人や同病者と話した】ことで情動の苦痛を低減させていた。再発時にも初発時と同じように、【泣いて気

持ちを発散した】ことで情動の苦痛を低減させていたが、【自分ができる役割を見出した】、【気持ちが落ち込まないように自分で気持ちをコントロールした】、【新しい人生の目標を持った】と、初発時とは異なる対処行動をとっていた。乳がん再発患者は現実を受け入れることで自分のありようや新たな可能性を見出していくことができるという報告と一致する²⁷⁾。宗像²⁸⁾は「認知的、行動的なストレス対処が成功すると、環境の要請にうまく対処できるという対処への自信感が高まり、人とのつながり（支援ネットワーク）が強くなり、平常心や精神的ゆとりが生まれる。しかも生理的にもストレスに対する抵抗力を生むであろう。こうしたサイクルは人がストレス反応を体験しても、その中で学習や創造が生まれ、効果的なストレス対処能力を身に着けることによって、生活の質の向上につながるものである。」と述べている。つまり、ストレスフルな状態が生じて、対処が成功すると、対処への自信が付き学習されると言われている。事例B、事例Dは、初発時の体験がうまくできたと認識して、その対処行動をそのまま再発時に生かしていたものではないが、初発時から再発時まで継続した取り組みの中で自分なりの対処行動を変化させてきたものと思われる。Younger²⁹⁾は、ストレス体験を乗り越えて自己の再編成や環境を変化させる新しい能力を発達させることについて、Masteryとして説明している。Masteryのためには、できごとの事実と自分自身の能力を確認することが必要であり、さらに、ストレスフルなできごとを受け入れること、できごとの対処に必要な技術を用いて変化することが必要で、これら3つが相互作用することで発達の成長につながると述べている³⁰⁾³¹⁾。本研究でみられた変えることのできない状況を認め【新しい人生の目標を持った】対処行動はストレスフルなできごとを受け入れることと思われる。また、【自分ができる役割を見出した】、【気持ちが落ち込まないように自分で気持ちをコントロールした】した対処行動はMasteryのできごとの対処に必要な技術を用いて変化していくことと思われる。自己の再編成や環境を変化させる新しい能力を発達させるきっかけを得ていることがうかがわれる。

以上のことから、再発時に新たにみられた対処行動は、乳がん初発の時期から、再発してインタビューを受けるまでの全過程の継続的な努力の中で、とられるようになってきた対処行動であったと考えられる。それは必ずしも初発時の体験を生かして、獲得されたも

のとは言えないが、長い経験の中で新しい能力を発達させるきっかけを得ている部分があったのではないかとと思われる。

看護実践への示唆

乳がん初発時と再発時で同じ傾向の対処行動が見られたが、がんの脅威は初発時に比較して再発時はより大きなものとなっており、必ずしも患者は初発時の対処がうまくできたと認識して、再発時に同じ傾向の対処行動をとったものではなかった。それには、乳がんの初発時と再発時におけるストレスの大きさが影響していると考えられた。乳がんというストレスは初発時においても再発時においても大きな脅威であり、さらに、再発時ではより生命に危機を及ぼす切迫したものになっていた。そのため、乳がん患者は初発時から再発時にかけて生じるストレスに対して、その都度懸命に対処して、自分のストレスに対する反応や対処方法を意識化している状況は見出されなかった。これらのことから、初発時の体験が再発時に必ずしも影響するわけではなく、患者はその都度新たな体験として対処し多大な努力をはらっていると考えられる。

看護師は、乳がん患者の再発に際して、前回の体験がそのまま生かされるわけではないことを理解して援助する必要があるものと思われる。しかし、その一方、一部では、初発から再発の全過程の継続的な努力の中で、新しい対処能力を発達させるきっかけを得ている事例もみられた。このような事例に対して、個別に対処行動の意味を確認できる機会を持つことはその人の対処能力をさらに高めることにつながるのではないかと考える。患者自身が持っている対処資源や、とっている対処行動の意味を確認できる機会を持つことで、初発時の経験を再発時に変化させて生かすことができるのではないかと考える。患者がじっくりと話をすることができる個別な場を設けることで、看護師が患者の気持ちを否定したり避けたりせず受け止め、その患者がとっている対処を言葉で表現し、患者自身がその努力を確認できるようなサポートが重要な看護援助として位置づけられるのではないかと考える。また、そのような機会を利用し患者会を紹介するなど、その人が新しい対処方法を得る機会を広げることができるのではないかと考える。

研究の限界と今後課題

本研究は、再発時に面接しデータ収集したものであ

った。初発時の体験については対象者が再発時に認識している範囲であり時間的影響を受けていることから偏りが生じている可能性が否定できない。また、研究者がデータ収集のツールになっていることや、一施設で行われ、対象者が5名と十分な数ではないことから得られるデータにはおのずから限界が生じている。本研究の結果は限られた範囲のもではあるが、乳がん再発時の患者に対する看護援助の示唆を得ることができたのではないかと考える。

今後は対象者数や調査場所を拡大し、データを積み重ねてこの研究結果の妥当性を確認していく必要がある。

結論

本研究においては、5事例のインタビューから、初発時と再発時の認知的評価と対処行動を分析した結果、次の特徴があげられた。

がんの脅威や死の脅威は、初発時に比較して再発時では生命に危機を与えるような身に迫ったものになっており、再発時には患者自身のことだけでなく家族などの周囲に与える影響も大きくより困難な状況であると、患者は認識していると考えられた。

初発時に比べ再発時では、人間関係の範囲を小さくする傾向や受動的な対処行動が強くなっていた。初発時から再発時の全過程の継続的な努力の中で、新しい目標や自分自身の役割を見出している事例がみられた。

再発時の対処に、初発時の体験を生かしている部分があるのではないかと考えていたが、初発時の体験が必ずしも再発時に影響するわけではなく、患者はその都度新たな体験として対処し多大な努力をはらっていると考えられた。

謝辞

本研究に参加およびご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。本稿は兵庫県立看護大学大学院修士課程の論文に加筆修正を加えたものである。第9回日本緩和医療学会学術集会で本研究の一部を発表した。

引用文献

- 1) 厚生労働省人口動態・保健統計課平成20年人口動態統計。厚生労働省。2009年6月。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai08/index.html>。
- 2) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報

センター。部位別がん粗罹患率の推移。独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター。2011年1月27日。

http://ganjoho.jp/pro/statistics/gdb_trend.html

- 3) 北川貴子, 津熊秀明. がん統計白書. 東京: 篠原出版; 1999.
- 4) 元村和由. 再発乳がんの診断と治療. 日本医師会雑誌2008; 137(4): 685-689.
- 5) 南裕子. 基本セルフケア看護心を癒. 東京: 講談社; 1996. 114-117.
- 6) 田村正恵. 乳がん診断され、乳房切除術を受ける患者のストレス認知とコーピング行動 - ラザラスのストレス・コーピング理論からの分析 -. 看護技術1990; 36(7): 703-706.
- 7) 千田好子, 板村和江, 高橋加代. 乳がん患者の手術前の心理的ストレスとコーピング(Coping). 日本看護学会論文集第20回成人看護 1989: 188-191.
- 8) 佐藤由里. 乳がん患者の術前のストレス・コーピングの分析. 神奈川県立看護教育大学看護教育研究集録1999; 24: 444-451.
- 9) 小山美智子, 長谷川恭子, 中里志保子. 乳癌患者の診断時期におけるストレス - 認知的評価と対処行動からの分析 -. 日本看護学会論文集29回看護総合1998: 100-102.
- 10) 千田好子, 板村和江. 乳がん患者の手術後の心理的ストレスとコーピング(Coping), 日本看護学会論文集第21回成人看護 1990: 181-183.
- 11) 大堀洋子, 森山道代, 佐藤紀子. 乳癌術後の患者の気持ちの変化と対処行動 - 外来で補助化学療法を受けている患者へのインタビューの結果から -. 日本がん看護学会誌2000; 14(1): 53-59.
- 12) 温井由美. 乳房切除術と乳房温存術を受ける患者の術前術後のストレス・コーピングとその比較. 日本がん看護学会誌1999; 15(1): 17-27.
- 13) 小河育恵, 千田好子, 板村和江. 乳がん手術患者の退院後における心理的ストレスとコーピング, 日本看護学会論文集23回成人看護 1992: 17-19.
- 14) 水野道代. がん体験者の適応を特徴づける認識の構造. 日本がん看護学会誌1998; 12(1): 28-39.
- 15) Mast M.E. Survivors of Breast Cancer - Illness Uncertainty, Positive Reappraisal, and Emotional Distress. Oncology Nursing Forum1998; 25(3): 555-561.
- 16) Pelusi J.. The Lived Experience of

- Surviving Breast Cancer. Oncology Nursing Forum 1997; 24(8): 1343-1353.
- 23) 同左21)
- 24) 大堀洋子. 乳がん再発患者の生活の質 (QOL) に関する研究-積極的に生活を整えている3名によって語られた内容から-. 日本がん看護学会誌2003; 17(1): 35-41.
- 17) Mahon, S.M., Casperson, D.M. . Exploring the Psychosocial Meaning of Recurrent Cancer - a Descriptive Study-. Cancer Nursing 1997; 20(3): 178-186 .
- 25) 保坂隆, 徳田裕, 小城良子, 内富庸介, 青木孝之, 他. がん患者のコーピングと情緒状態. 心身医学1995; 35(6): 484-489 .
- 18) 渡辺孝子. 乳がん患者の心理的適応に関連する要因に研究. 日本がん看護学会誌2001; 15(1): 29-39.
- 26) Lazarus, R.S., Folkman, S. . ストレスの心理学 - 認知的評価と対処の研究. 本明寛, 春木豊, 織田正美. 東京: 実務教育出版; 1991. 177 .
- 19) K.Krippendorff. メッセージ分析の技法「内容分析」への招待 Content Analysis - An Introduction to Its Methodology. 三木俊治, 椎野信雄, 橋元良明. 東京: 勁草書房; 1989. 21-124 .
- 27) 矢ヶ崎香, 小松浩子. 外来で治療を続ける再発乳がん患者が安定した自分へ統合していく体験. 日本がん看護学会誌2007; 21(1): 57-65.
- 20) 南裕子, 梶原和歌, 中山洋子, 野島佐由美. 精神看護学. 東京: 金芳堂; 1980.9 .
- 28) 宗像恒次. ストレス解消学 過労死・がん・慢性疾患を超えるために. 東京: 小学館; . 158 .
- 21) 廣田典祥, 木田晴海, 青木照代, 川浪由喜子, 高橋克郎, 他. 乳がん患者の病氣行動に関する研究 - 主として病氣ストレス反応と病氣行動について - . 医療1994; 48(11): 917-923 .
- 29) Younger, J.B. . A Theory of Mastery. Advances in Nursing Science 1991; 14(1): 76-89 .
- 22) Ballard, A., Green, T., McCaa, A., Logsdon, M.C. . A Comparison of the Level of Hope in Patients with Newly Diagnosed and Recurrent Cancer . Oncology Nursing Forum 1997; 24(5): 899-904.
- 30) 同上28)
- 31) 藤田佐和. 日本語版がん体験者のMastery of Stress Instrumentの開発過程. 高知女子大学紀要看護学部編2000; 50: 27-43 .
- (2012年3月5日受付, 2012年5月26日受理)

Cognitive Appraisals and Coping Behavior at Initial Diagnosis and Relapse among Recurrent Breast Cancer Patients -Examining the Effects of Previous Experience-

Yoshie Sugawara

Miyagi University, School of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to identify cognitive appraisals and coping behavior at initial diagnosis and relapse among recurrent breast cancer patients, and examine whether previous experience with cancer exerted an influence on the appraisal-coping process in response to a recurrence of cancer. We performed a content analysis of data collected through semi-structured interviews with 5 recurrent breast cancer patients. As a result, categories of cognitive appraisals included the following:【being surprised to receive an unexpected diagnosis of cancer】 and 【having a notion that it can potentially be fatal】 at the time of initial diagnosis; while, 【being disappointed because their expectations for full recovery were not satisfied】 and 【becoming more conscious of death than ever before】 when cancer recurred. Common categories of coping behavior at initial diagnosis and relapse included:【shedding tears to release their emotions】 and 【talking at length about treatment options with their doctors】. The threat of cancer was far more imminent and grave at relapse than initial diagnosis. The findings suggest that the patient regarded recurrence as new experience each time, and it has paid great effort. When providing care for recurrent breast cancer patients, nurses should be mindful that such patients do not always draw or rely on their prior experience.

Keywords: breast cancer, recurrence, cognitive appraisal, coping behavior

< 事例報告 >

ヘルスプロモーション行動促進看護介入による行動変容の変遷 傾聴を主軸にした1事例の面接内容の分析より

齋藤貴子¹⁾, 佐々木悠美²⁾, 菊池和子¹⁾, 安藤里恵¹⁾, 野口恭子¹⁾, 土屋陽子¹⁾

1) 岩手県立大学看護学部, 2) 滝沢村健康福祉部健康推進課

要旨

高血圧者へのヘルスプロモーション行動促進看護介入プログラムを開発し, 2007年から介入研究を継続している。本研究では面接内容から, 対象者のヘルスプロモーション行動の変遷を明らかにすることを目的とした。その結果, 1回目の面接では高血圧を指摘されていたが, 薬剤を使用せずに直したい, 自分なりの運動量を把握するものさしを知りたいと思い, 2回目では, セルフモニタリングを通して, 血圧が下がっていないこと, 運動量のものさしができたが, 実際は足りないと認識していた。その後降圧薬を開始し, 効果を実感できていた。4回目では, 血圧が下がっていることを, 自らアピールしていた。5回目では, セルフモニタリングを通じて, 降圧薬を飲み続け血圧が安定していることを実感していた。薬剤を頼る言動があり, 継続して運動できていることで体重が減った実感があった。運動を継続できるかどうか心配する気持ちが出てきた。

キーワード; ヘルスプロモーション行動 セルフモニタリング 面接 傾聴

はじめに

メタボリックシンドロームは慢性疾患の起因であり, 高血圧は生活習慣病のひとつに位置づけられている。高血圧が長期に及ぶと, 単独ではもちろん糖代謝異常や脂質代謝異常と相乗し, 微細血管の障害による合併症から大血管疾患まで, ありとあらゆる合併症へつながっていく。

岩手県の平成20年の死亡率は, 人口10万対で高血圧性疾患が5.2(全国5.0)であり, 東北6件の中で最も高く, 脳血管疾患の死亡率は159.3(全国100.9)¹⁾と全国で最も高くなっている。発症してからではなく, 高血圧由来の疾患に対しての一次予防や二次予防が重要なことは, この結果からも明白である。

われわれは高血圧者に対するヘルスプロモーション行動促進のため, スピリチュアリティ, 運動, ストレスマネジメントを中心とする看護介入プログラム(以下プログラム)を開発²⁾し, 介入調査を継続している。これまで第1次調査として2007年1月から7月, 第2次調査として2008年1月から7月, 第3次調査として2010年2月から8月に調査を実施してきた。このヘルスプロモーション行動促進看護介入プログラムによって血圧の低下, 身体活動量の増加が確認できてい

る³⁾。この「高血圧者へのヘルスプロモーション行動促進看護介入プログラム」は, スピリチュアリティ, 運動, ストレスマネジメントに働きかけるプログラムである。スピリチュアリティへの働きかけは, スピリチュアルケアとしての限りない傾聴, 共感, 相手を尊重する態度による面接である。運動への働きかけとしてライフコーダ[®]による身体活動量のセルフモニタリングを主軸に, 血圧のセルフモニタリングの結果とあわせ自身の生活との関連を認識できるようにした。さらにストレスマネジメントについては, スピリチュアルケアとしての面接時にストレスに関することを話題とした。



図1 高血圧者へのヘルスプロモーション行動促進看護介入プログラム

これまでもこのプログラムを通じて身体活動量や血圧値の変化から対象者の行動変容の結果は実感していたが、対象者の語りから行動変容の実際を明らかにすることができずにいた。そのため2010年に行った第3次介入調査の1事例の面接を分析し、数値だけでは読み取ることができないヘルスプロモーション行動の実際から行動変容の変遷を明らかにすることを目的とした。

研究目的

高血圧者へのヘルスプロモーション行動促進看護介入プログラムの面接内容から対象者のヘルスプロモーション行動の変遷を描写し、行動変容を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

行動変容：運動・セルフモニタリングから体験したこと、メンバー同士の交流、知識獲得によってヘルスプロモーション行動が変化すること

研究方法

1. プログラムの主な実施方法

1) プログラムへの参加者

A村の健康診断で要受診を含む境界型の高血圧と診断された住民に、「血圧の気になる方への教室（以下教室）」への参加案内を送付した。教室への参加申し込みのあった住民を対象とし、初回の教室でプログラムの概要を説明し、研究協力について依頼した。

2) プログラムの内容

家庭用記録機能付自動血圧計と身体活動量を記録できるライフコーダ[®]PLUSを貸し出し、対象者が各自毎日記録した。1か月ごとに集合し、血圧計とライフコーダ[®]のデータをパソコンにてカラーのグラフとして出力し、そのグラフを見ながら個別面接を行った。面接者の態度は、スピリチュアリティへの介入として相手を尊重し、限らない傾聴、共感の姿勢とし、解決方法をいくつか提案し、参加者自らが解決策を選択することを心がけた。そのほか血圧や塩分などヘルスプロモーションに関する知識をパンフレット、食品モデル、集団での説明にて提供し、参加者同士の交流を促した。これを6か月間継続した。

2. データ収集方法

プログラムの参加者全員より研究参加への承諾が得

られていた。参加者と面接する際、対象者の了解を得て面接の内容をICレコーダに記録した。

3. 分析方法

プログラムの参加者のうち1事例を対象に事例研究を行った。具体的な方法として、はじめにICレコーダに記録された音声データから逐語録を作成し、何度も熟読した。対象者のヘルスプロモーション行動ごとに語りを抽出し、質的帰納的に抽象化したものをシークエンスとした。ひとつのヘルスプロモーション行動に含まれるシークエンスを面接回数ごとに並べ替え変遷を明示した。抽象化したシークエンスについて研究者間会議を行い、真実性・信憑性を確保した。

4. 倫理的配慮

開催前にA村より介入調査の承諾を得た。

参加者には、初回の教室の際に研究の趣旨と方法を説明し、研究への参加は自由であり途中辞退が可能であること、研究に不参加であっても教室への参加はできること、不参加や辞退により不利益は生じないこと、調査で得られたデータは本研究以外では使用せず、匿名性を保つことを文書と口頭で説明し、署名をもって同意を得た。面接時のICレコーダへの録音は面接ごとに同意を得た。音声データならびに面接の文書データは、個人が特定できないよう匿名化し、管理と分析を進めた。すべてのデータは鍵のかかる場所で保管し、研究者のみが取り扱い厳重に管理した。

結果

1. 対象者の概要

B氏、50歳代、男性。B氏は7回の教室のうち第1回、第2回、第4回、第5回、第6回の計5回出席した。身長166cm、体重は開始時65.3kg、終了時63.9kgであった。降圧薬の服薬歴なし、喫煙歴なし、每晚ビール350ml焼酎1合の晩酌の習慣がある。運動習慣はなかった。

2. 教室参加による血圧値の平均・平均歩数の変化(図2)

B氏の血圧値の平均、平均歩数の変化を図2に示した。B氏は、2010年4月13日より降圧薬の内服を開始したと話しており、図2の4月7日から5月4日までの間で内服が開始されている。また、第6回の教室の際に、ライフコーダ[®]をはずしている時間があると話しているため、7月28日から8月26日の平均歩数が少

なくなっていた。

3.ヘルスプロモーション行動のシーケンスごとの変遷
分析により得られたシーケンスは血圧・薬剤・運動・塩分・体重・スピリチュアリティであった。以下の表1から表6にて示す。表中の から の数字はB

氏と面接した回を示す(:教室第1回目2010年2月10日, :教室第2回目3月5日, :教室第4回目5月6日, :教室第5回目6月23日, :教室第6回目7月15日,教室第3回目はB氏欠席,教室第7回目は個人面接なし)。

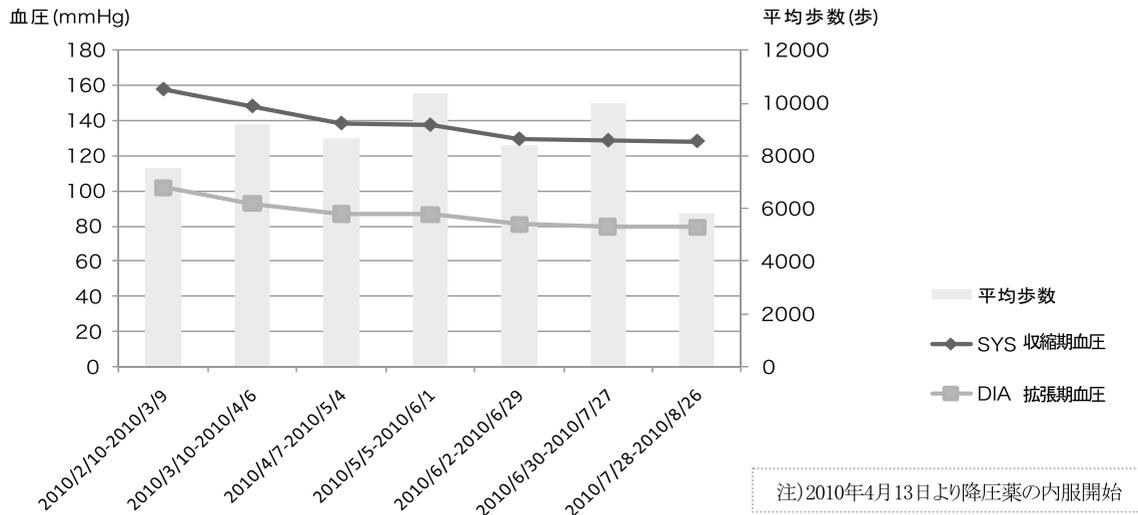


図2 B氏の4週間ごとの血圧と歩数の変化

1) 血圧のシーケンス (表1)

表1 血圧についてのヘルスプロモーション行動の変遷

①	以前に血圧を高いことを指摘され、脳卒中が怖いと思いながら自ら血圧計を購入して自分の血圧は高いと思っていた。1か月間データを測定しその結果を受けて受診するかと考えていた。
②	血圧は下がらず、血圧のデータを記録したものを持参し受診しようか、もう1か月データを見守るか話すのが、自分の血圧だったら内服したほうが良いといわれると自嘲していた。
③	努力によって血圧を下げたかったが下がらなかったため、病院に相談したところ、高血圧と診断され、降圧薬を飲み始めた。降圧薬内服による血圧の変化をデータで見比べ、下がったことを実感していた。
④	降圧薬を飲み続けているため血圧がこんなにも低いと面接者に見せてくれる。血圧が安定して下がっているため(塩分に)気をつけなくなったと話すのが、面接を進めていったところ食事、運動、塩分など実際は変化していると面接者に認められ、自分なりに気を付けていたことに気づいた。
⑤	降圧薬を飲むことによる安心感から気のゆるみがある一方こうやっていけば大丈夫という自信が出てきていた。

2) 薬剤のシーケンス (表2)

表2 薬剤についてのヘルスプロモーション行動の変遷

①	降圧薬は飲み続けなければいけないというイメージのため、飲まずに治したいと思っている。
②	降圧薬は飲み続けなければならないというマイナスのイメージがあり、飲まずにいたい。
③	降圧薬を飲み始めた。降圧薬を継続して内服しなければならないか、医師に確認した。几帳面な性格のため内服は忘れない。降圧薬の内服をやめるぐらいまで下がるといい。
⑤	降圧薬を飲まなくなると血圧が上がりそうで(不安)。降圧薬を飲んでいるから安心している。頑張っているか中だるみしているかわからないが、薬を飲んでいる安心感がある。

3) 運動のシーケンス (表3)

表3 運動についてのヘルスプロモーション行動の変遷

①	犬の散歩をしているが運動のレベルではないと思っており、ライフコーダ [®] の8000歩の目標値に到達するのは無理と思っていた。自分がどの程度運動しているかわからないため自分なりの運動量のものさしがわかれば、運動量を自分で考えていくことができるだろうと考えていた。
②	1か月続けて、自分なりのものさしができ、毎日目標値に達しなければ運動量が足りないと思わがっていた。
③	仕事があり、夏の活動量は十分で冬の活動量が少なくなることを心配していた。
④	夏の活動量には自信があり、冬の活動についての心配が続いていた。
⑤	冬に動かなくなり体重が増え、血圧が上昇しないかと心配していた。

4) 塩分のシーケンス (表4)

表4 塩分についてのヘルスプロモーション行動の変遷

①	塩分については、考えているだけではだめだと思っている。
②	集団講義で塩分の話を聞き、自分の生活を振り返ると塩分がいっぱい多い。塩分に気がつけいたら血圧が下がる可能性があるのか。妻は降圧薬を内服しているため、塩分の管理に関心がなく、味付けが濃い。教室後に妻に内容を伝え、塩分に気をつけるが、時間が経つと元に戻ってしまい、自分でも薄味にしなければと思う。妻にいろいろ言うとうと食事を作ってくれなくなるような気がするため、自分のだけはしょうゆをかけないようにしている。ラーメンの汁は飲まないようにするなど、しょっぱいものは極力避けている。味噌汁も塩分が多いと気づく。
③	塩分に気がつけいたら血圧が下がるか面接者に確認する。普段の食事が濃い味であると自覚しながらも、降圧薬を飲み始めてから塩分のことは妻に言わなくなったが、血圧を気にして自分では塩分を少しずつ控えている。
④	降圧薬を飲み始めたとしても、極端に塩辛いものを食べないように前より気をつけている(ドレッシングに含まれる塩分についても)。薬を飲まないほうが血圧を気にして塩分を制限するが、それを続けることは辛い。

5) 体重のシーケンス (表5)

表5 体重についてのヘルスプロモーション行動の変遷

①	太らないようにしたいと思い、我慢をしているが食べてしまう。仕事が終わってから、うちにいて黙っているため食べてしまうと振り返っている。
②	体重は少し減った。お酒を飲むときにはご飯(主食)を食べないように気をつけている。早い時間の夕食のため、寝る前に間食をしてしまう。間食で食べたいのは菓子パンである。菓子パンのカロリーを知り、散歩では消費しきれないため、自分が太ってしまったことを納得している。
④	夏になり、動いているが体重が減らない。野菜が多く出始め、野菜を多く摂るようになると体重が減るだろうと予測している。
⑤	口の中の肉が減ってきていることから、体重が減少しているのを感じ、実際に減ってきている。無理せず普通にして体重が減っているため、最高だなあ。

6) スピリチュアリティのシーケンス (表6)

表6 スピリチュアリティについてのヘルスプロモーション行動の変遷

①	思うように仕事が見つからず、自分にとってのストレス解消法は何か振り返っている。はりを見つけれないと現在の自分を振り返っている。自分にとって満足なことは健康であること。
②	工夫をすれば血圧が下がるかもしれないが、実施するのが難しい。今の現状を保ちながら散歩を増やしたり、体重を落としたいと考えている。塩分についても気をつけていこうと思っている。
③	60歳近くになると体の不調が出てくる。頑張っているといわれ、何かとね、無職になることはストレスかどうかわからない。
④	気をつけている自分を優等生なはず、と表現している。

考察

地域保健における生活習慣病対策では、平成20年4月から特定健診・特定保健指導が始まったこともあり、知識提供型の指導から行動変容を促す指導へシフトしてきている。患者教育の場面では、既に自己効力や成人学習理論としてアンドラゴジーが有用であることは周知のことであるが、一次予防の健康教育でそれらの概念を用いて指導することの有用性を本格的に活用し始めたのは特定健康診査の導入からといえる。実際に本研究と類似のプログラムを使用してのランダム化比較試験では、行動変容型プログラムとして学習理論と社会認知理論に基づき構築された目標設定、セルフモニタリング、行動契約、モデリング、刺激統制を活用しプログラムを実施していた。その結果、知識提供型のプログラムより行動変容を促すプログラムのほうが、有意にメタボリックシンドロームの危険因子が低下していた⁴⁾。本研究のプログラムは、血圧と身体活動量のセルフモニタリングを基本に、1か月ごとに面接と集団指導を行う、先のプログラムと似かよった手法となっている。実際に本研究のプログラムは、血圧や身体活動量（歩数）の変化に有意な変化があったことより、2007年より継続して実施し、毎回参加者の血圧値と歩数の変化が得られている。

そのなかで本研究では、血圧値や身体活動量といった数値の変化に着眼するのではなく、面接を通じて対象者から語られた言葉から、ヘルスプロモーション行動の変遷を知ることである。面接は、対象者が日々のセルフモニタリングをしながら感じていること、思い、手ごたえを、自身の言葉で語るできるよう限らない傾聴と関心を寄せ、言葉が発せられることを待ち、対象者が言語化できない主観的な感覚を代行し言葉を探す。面接はプログラムの間約1か月ごとに行われ、面接が積み重ねられていった。面接の中で語られたB氏のヘルスプロモーション行動は、プログラムの進行に伴い変遷をたどっていた。

1回目の面接から2回目の面接では、B氏は自分がどのくらい活動しているのかのものさしがほしいと希望していた。自分がどの程度活動しているのかについて客観視することがものさしだとするならば、セルフモニタリングを通じて自己の生活と歩数を見比べ、自己理解を深めていった。看護師の援助と患者の学びのプロセス⁵⁾（以下（ ）内はB氏とのプロセス）では、看護師は患者に関心を持ち（限らない傾聴）、患者は自己を客観視し（血圧が高いことを自覚していることと

自分なりのものさしがほしいことを面接時に語ること）、自己理解を深めたいと思う（ものさしがわかって自分のことを考えたい）。その後の自己の生活とデータの突き合わせる（血圧と身体活動量のセルフモニタリング）。実際にB氏は、1回目の面接では歩数についてのどのくらい活動しているかものさしがほしいと語っており、日々のセルフモニタリングによってもものさしが形成され、自分の生活強度を測定できていた。2回目の面接では、自己の生活とライフコーダ[®]に表れるデータを突き合わせた結果、もっと活動しなければと話す結果につながったと考えられる。

面接を通じて時に形骸化している対象者の感覚を、面接のやり取りの中で実体化させていくことができる。またこの面接では、面接者がヘルスプロモーション行動を客観的にフィードバックすることで、対象者が自らのヘルスプロモーション行動を自覚することにつながる。生活習慣改善のプロセスにおいて、行動が定着化する段階では、面接は対象者が実行可能性の認識を持ち後押しを受ける⁶⁾とされている。実際B氏も、塩分を気にしていないと話しながらも、面接における傾聴によって実際には普段の生活で塩分に気をつけていることが明らかとなり、フィードバックされ後押しを受けていた。

さらに本研究のB氏は、プログラムを通じて今後の自己のヘルスプロモーション行動の見通しまでつかんでいた。面接が後半となると自分は優等生なはずと話す一方、プログラムが終了した後ヘルスプロモーション行動が維持されるかどうか危惧するまでに至っていた。生活習慣改善のメリットを認識し、行動化の自信が獲得できたためと考える。プログラム全体を通じ、主に血圧が日々下がっていることを自己測定しながら実感することに加え、データを眺めながら面接者にも認められ、血圧が下がった効果を主観的客観的に実感し、対象者が健康問題を体験する可能性を低くする⁷⁾ことができ、さらに運動や塩分についても健康問題を体験する可能性を低くすることにつながった。こうしたことが対象者自身の自己効力につながったと考えられる。

本研究におけるプログラムでは、面接以外にも参加者同士の交流など対象者の行動変容に影響を与えている要素があったと推測される。しかしながら本研究では行動変容の実際について面接内容を通じて明らかにすることを目的とし、事例となった対象者がどのような行動や思いがあったのかを明らかにすることを考察

していくことを主眼としたため対象者にとって本プログラムのどの構成要素がどの程度影響したかは明らかにできず、本研究並びに本プログラムの限界と考えている。

まとめ

高血圧者へのヘルスプロモーション行動促進看護介入として行った面接による1事例の行動変容の変遷は、以下のとおりである。

1. 血圧、高いことを指摘されていた。セルフモニタリングを通して、下がっていないことを初回の面接時からの約1か月間で認識し、B氏は受診し降圧薬の内服を開始していた。降圧薬を飲み続けることで、血圧が安定していることがヘルスマニタリングを通じて実感していた。
2. 血圧の薬剤を使用せずに治したい(血圧を下げたい)と思っていたが、受診し下がっていることをセルフモニタリングで実感すると、血圧の安定をもたらす薬剤を頼る言葉が聞かれた。
3. 運動については、自分なりの運動量を把握するものさしをわかりたいと思い、歩数のセルフモニタリングをとおして、ものさしができたが運動量は足りないと認識していたが、運動量が増え継続できるようになり、今後運動を継続できるか心配する気持ちが出てきた。自分なりの運動パターンや食事などを見つけていったことで、体重が減少し、最高だと話していた。
4. 塩分について考えているだけではなく、その後塩分についての自らの取り組みを話し、面接で塩分の多いメニューについて自ら気づくことができるようになっていった。血圧を下げるための努力として塩分摂取に気をつけることを継続していた。

< Case Report >

Transition of Health Promoting Behavior with Nursing Intervention - A Listening-based Case Report -

Takako Saito¹⁾, Yumi Sasaki²⁾, Kazuko Kikuchi¹⁾, Rie Ando¹⁾, Kyoko Noguchi¹⁾, Yoko Tsuchiya¹⁾.

1) Iwate Prefectural University Faculty of Nursing, 2) Takisawa Village Office

Keywords; Health Promoting Behavior, Self-monitoring, Interview, Listening

5. 生活習慣や血圧についての取り組みを改善できたことにより自信がつき、健康問題の発現の可能性が低くなる見通しができたことで、自己効力が高まったと考えられる。

引用文献

- 1) 厚生統計協会. 国民衛生の動向・厚生指標 2010;57(9):406-407.
- 2) 菊池和子, 兼松百合子, 土屋陽子, 千葉澄子, 佐々木悠美他. 高血圧者へのヘルスプロモーション行動促進のための看護介入プログラムの開発と試行. 岩手看護学会誌 2009;32):24-34.
- 3) 安藤里恵, 菊池和子, 土屋陽子, 千葉澄子, 佐々木悠美, 他. 高血圧者に対するヘルスプロモーション行動促進のための看護介入プログラムの検証. 岩手県立大学看護学部紀要 2010;12:51-59.
- 4) 甲斐裕子, 荒尾孝, 丸山尚子, 三村尚子. メタボリックシンドローム危険因子に対する行動変容技法を用いた生活習慣改善プログラムの有効性: ランダム化比較試験. 厚生指標 2008;55(11):1-7.
- 5) 野口美和子. 千葉大学看護学部におけるセルフケアに関する研究. 千葉看護学会誌2007;13(2):91-96.
- 6) 高波利恵, 佐藤しのぶ, 松尾太加志. 労働者の健康的な生活習慣への改善のプロセス 組織的な健康づくりを行うA大規模事業所の中年期の男性労働者への面接から. 看護科学研究 2011;9:30-41.
- 7) Nola J. Pender. Health Promotion in Nursing Practice. Third Edition. 小西恵美子監訳. 日本看護協会出版会:1997 56.

(2011年11月11日受付, 2012年2月21日受理)

第4回岩手看護学会学術集会

<会長講演>

現場における気づきの共有・集積を確かな知見へ

第4回岩手看護学会学術集会会長
菊池和子（岩手県立大学看護学部）

この度の東日本大震災により被災された皆様に心よりお見舞い申し上げます。

このような状況下での学会開催ではありますが、本学術集会での交流で明日への元気ができるような大会とすべく、「現場における気づきの共有・集積を確かな知見へ - 明日の元気のために -」のメインテーマのもとに第4回岩手看護学会学術集会を開催いたします。

特別講演は、基礎研究の成果を臨床現場へ広めるトランスレーショナルリサーチ（橋渡し研究）について、「看護研究が医療を動かす - トランスレーショナルリサーチに基づいた褥瘡研究 -」のテーマで、東京大学大学院医学系研究科老年看護学 / 創傷看護学分野教授の真田弘美先生にお願いいたしました。ご期待ください。

本学会が、明日への活力となる活発な情報交換、交流の場となることを念願しております。

本学会のテーマであります看護職者の方々が日々の看護実践の中で気づき、培ってきた実践知を理論知へつなぐ試みについて、共同研究者と共に実施した筋肉内注射技術に関する研究（2009年¹⁾と在宅ターミナルケアに関する研究（2005年²⁾）をご紹介します。

・筋肉内注射技術に関する研究

1. はじめに

厚みに個人差のある皮下組織を介しての筋肉内への注射は、針の刺入深度について経験的に行われている現状にある。そこで、先行研究では行われていなかった生体の筋肉内注射部位の皮下組織厚を超音波診断装置を用いて測定を行い、科学的根拠に基づく筋肉内注射の注射針刺入深度アセスメント法を確立するために、実証研究³⁾⁻⁵⁾を平成14年度より進めてきた。その結果、超音波診断装置により測定された三角筋部注射部位の皮下組織厚は、皮下脂肪計（キャリパー）による測定値に相関が認められたため回帰式を求め、注射部位の皮下組織厚のアセスメント式とした。臨床の場で使

る道具として、知覚計を利用し、アセスメント式に基づく値を示した機器を考案した⁶⁾。考案した機器の使用可能性を探るために、看護師の行う筋肉内注射場面の観察を行った。その結果、看護師は三角筋部の注射部位の選定時に皮下組織をつまみあげてその厚さをアセスメントし、片手で筋肉内注射部位を持ち上げ、片手で注射器を操作し、注射針を刺入、吸子を引いて血液の逆流を確かめ、薬液を注入する操作を行っており、注射針がずれないように工夫していた。その技術は、無理、無駄がなく見た目に美しい動作で達人といえるものであった。「達人Expert」についてベナーは、状況を理解して適切な行動と結びつけていく際に、もはや分析的な原則（ルール、ガイドライン、格率）には頼らない⁷⁾、としている。

一方、これまでの研究の成果発表時に行った看護師を対象とした質問紙調査から、筋肉内注射の手技に関する困難点として、「片手で操作ができない」「注射終了後に酒精綿をトレイから取るときに注射部位から手を離すため、注射針がずれる」「酒精綿をどこに置けばいいのか」といった内容があげられ、新人看護師のみならず、経験年数の多い看護師からも同様の困難点があげられていた⁸⁾。近年、筋肉内注射の実施頻度が減っていること、達人といわれる技術が看護師間で共有されていないと考えられた。看護技術の教科書をみると、筋肉内注射についての記述はあるが、先の看護師の疑問に答えるような記述はなく、部位の皮下組織のアセスメント法についても「皮下脂肪、筋肉の厚さによって異なる」の記述のみであり、そのアセスメント方法を示していない⁹⁾。

以上の状況を踏まえて、筋肉内注射技術の実践知を明らかにすること、実践知が科学的根拠に基づくものであるかを明らかにし、より安全な筋肉内注射技術を提供するために、実践知を看護師間で共有することが必要であると考えた。

本研究ではその第一段階として、看護師の実践知を

見出すための調査として看護師の行う三角筋部筋肉内注射技術について検討した。

2. 研究目的

看護師の行う三角筋部筋肉内注射技術を分析し、実践知を明らかにする。

用語の定義

臨床経験から洗練された体験を元に、看護師の感性が表現された技術を実践知と定義する。

3. 研究方法

対象：筋肉内注射の実施経験があり、調査の同意が得られた3病院の看護師41名。

方法：普段行っている方法で三角筋部筋肉内注射モデル（上腕筋肉内注射シュミレータ“リミット”）を装着した対象者の注射モデルに筋肉内注射を実施してもらい、同意を得て録画し、その動作を以下の観点から分析する。

注射部位の確認 注射部位の皮下組織厚のアセスメント 注射器の把持方法 注射針刺入角度 血液の逆流確認の方法と薬液の注入方法及び注射器の固定 抜針時に使用するアルコール綿の置き場所 注射針刺入中の針のぶれの有無

尚、本調査前に3名の対象者について、実際に患者に筋肉内注射を実施している場面を観察し、モデルへの注射手技とほぼ同様であることを確認した。

調査期間：平成18年6月～平成19年8月。

倫理的配慮：研究の趣旨とプライバシーの保護、研究への参加は自由意思によることを紙面と口頭で説明し、調査協力の同意を得た者を対象とし、結果の公表にあたり個人や施設が特定されないように配慮した。

4. 結果

注射部位の確認

41名中、29名が部位を確認しているが、全員が肩峰3横指下部よりやや下方を選択していた。12名は確認していなかった。

注射部位の皮下組織厚のアセスメント

41名中、8名が注射部位を指で押して弾力を確認する方法で皮下の厚さを確認していた。33名は確認していなかった。

注射器の把持方法

採血をする時のように注射器は上から把持している

者が21名（52%）であり、筆を持つように把持している者が17名（41%）、下から把持している者が3名（7%）であった。

注射針の刺入角度

90度が31名（76%）、約70度が10名（24%）であった。

血液の逆流確認、薬液の注入方法と注射器の固定 33名（74%）が、左手で注射部位を摘みあげたままで右手の第4～5指で血液の逆流の有無を確認し、第1指で薬液を注入していた。そのほかの方法としては、注射部位を摘んだ状態から指をずらして注射針の針基を固定し、右手第4指で注射器を引き逆流を確認し第1指で薬液を注入する方法を11名が行っており、注射部位を摘んでいた左手を離し、左手で下から針基を固定していたのは1名であった。この一連の動作を片手のみで行っていたのは約8割に当たる23名であり、この場合は針基を固定していなかった。

抜針時に使用するアルコール綿の置き場所

14名（34%）は注射終了後左手や右手に把持していたアルコール綿で圧迫していたが、27名（66%）はトレイからアルコール綿を取り出していた。

注射針刺入中の針のぶれの有無

21名（68%）に注射針のぶれがみられた。逆流確認のための注射器の持ち換え時、薬液注入時の持ち換え時、トレイからアルコール綿を取る時であった。

5. 考察

注射部位は肩峰3横指下よりやや下方を選択していた。これは肩峰の位置確認が不十分で、突出している大結節を肩峰としているように思われたが、注射針を60～70度で刺入すると、筋肉内の到達点が肩峰3横指下部の位置に相当すると推測される。今後肩峰の場所を確認するように周知する必要がある。

注射部位の皮下組織厚のアセスメントについては、ほとんど実施されていなかった。実施している者では注射部位の弾力で確認していた。これは、看護技術の教科書にはその記載がないこと¹⁰⁾で、看護基礎教育で教育されていない状況が考えられる。実験動物を用いた研究から、筋肉内注射用薬剤が皮下に投与された場合の皮下組織の傷害性が報告されている¹¹⁾¹²⁾ことから、筋肉内注射用薬剤は筋肉内に投与される必要がある。達人といえる一部の看護師は皮下組織厚のアセスメント法を実践知として確立していると推測される。しかし、多くの看護師にその動作がみられなかったことが

ら、我々がこれまで行ってきた研究成果を踏まえて皮下組織厚のアセスメント方法をより簡便にできるようにし、普及していくことが必要と考える。

筋肉内注射技術の市販の教育用のビデオ¹³⁾では、左手で注射部位を摘みあげ、筆を持つように注射器を把持し針を90度の角度で刺入後、注射部位を摘みあげていた左手を離し、注射器を両手で操作している。初学者や新人にとっては安全で確実な手技を習得することが必要であり教育用ビデオのような技術が求められる。

今回対象とした看護師で針のぶれもない看護師が行っていた手技は、注射部位を終了まで摘みあげ、片手で注射が行えるように注射器の持ち方を工夫し、注射針がぶれないように工夫しながら血液の逆流を確かめ、薬液を注入する技術であった。速やかに注射が行えるよう、患者の筋肉内注射による苦痛を軽減するために、患者の反応を確認しながら体験を元にして築いた実践知と考えられる。左手で注射部位を摘んだままで注射を行うことで対象者の反応から苦痛が最小となるようだ、という経験を持っており、また、注射部位を摘む際に注射針が固定されるように摘む手技を確立してきた¹⁴⁾。看護師は患者の痛みを察しながら、看護者の考えの表現として、つまり看護者の感性を表現するアートとしての看護技術を確立していたと思われる。

針基を固定している者は、薬液の注入時抵抗感のある油性製剤などの薬剤の注射時や、頻回な注射で注射部位に硬結がある患者の注射時に針基から薬液が注入した経験を有している者がおり、その経験で針基を固定するようになった、という経験談を話していた。注射実施中の薬剤の注入が困難な場合としてあげられる油性製剤のような場合や頻回な筋肉内注射を実施し注射部位の硬結がみられる場合の方法について(このような場合は薬剤の吸収にも問題が考えられるが、この点についてはここでは言及をさける)は、針基を確実に固定して注射する方法が必要と思われる。

注射器を固定する手のために薬液注入時、刺入部がみえなくなる例もあったが、刺入部の観察ができるような工夫が必要と考えられる。

注射針刺入後に針がぶれる例が半数に及んでいた。ぶれは「逆流確認のための注射器の持ち換え時」「薬液注入のための持ち換え時」「トレイからアルコール綿をとる時」にみられたことから、注射器を固定する際に針がずれないように、固定している看護師の指が患者の皮膚に固定する手技が必要であり、またアルコール綿は看護師が右利きであれば左手に把持しているこ

とが必要と考えられる。

これまでの我々の調査で、ゆっくり注射針を刺入すると筋膜を切ったのがわかり筋肉内に針が刺入するのが分かる、と話す看護師もいた¹⁵⁾。また、患者が自分より身長がある場合や患者の体位によって注射の手技を換えている看護師もあった。

以上のことから、安全な部位に確実に筋肉内に注射するための筋肉内注射技術を確立することが重要であるが、患者の皮下組織厚によるタイプ別、患者の体位別、使用する薬剤別や看護者の習熟度別の看護技術があるものと考えられる。

今後、実践知をより詳細に明らかにし、理論知と結びつけることが課題である。

本研究から、筋肉内注射技術を伝承する第1段階として研究成果に基づく新人や学生用の安全な筋肉内注射技術のDVD教材を制作した。

．在宅ターミナルケアに関する研究

1．はじめに

本研究では、我が国の死亡原因の1位が悪性新生物であることを踏まえ、がん患者の在宅ターミナルケアに焦点を当てがん患者が在宅で療養するにあたり困難なこととして考えられている苦痛の緩和について検討することとした。

訪問看護師を対象とする面接調査を行い、在宅ターミナルケアにおける訪問看護師の実践知から苦痛緩和のコツを明らかにし、今後の県内の在宅ターミナルケアの充実のための基礎資料としたいと考えた。

2．研究目的

岩手県でがん患者の在宅ターミナルケアに携わる訪問看護師が行っている苦痛緩和のコツを明らかにする。

用語の定義

ターミナルケア：柏木哲夫が述べている¹⁶⁾以下の定義とする。

ターミナルケアとは、この世との別れである死が迫っている人々を、できるだけ苦痛が少なく新しい世界へ移す援助をすること。ターミナルステージとは、あらゆる集学的治療をしても治癒に導くことができない状態で、むしろ積極的な治療が患者にとって不適切と考えられる状態をさす。通常生命予後が6か月以内と考えられる状態。

在宅ターミナルケア：通常生命予後が6か月以内と考えられる人々をできるだけ苦痛を少なく死を迎える

ことができるよう在宅で行われる看護援助。

苦痛：患者や家族にとって苦痛であること、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルなこと全てを含む。

コツ：看護を行う上で訪問看護師が心がけていること。

3. 研究方法

対象：岩手県内の訪問看護ステーションのうち13施設で活動する訪問看護師13名。訪問看護経験年数約3～10年。

方法：在宅ターミナルケアでうまくいった例について、半構成的面接法を用いて内容が十分表出されるようにし、不十分と考えられる場合のみ質問を追加した。その内容は承諾を得た上でテープに録音し、その後文字による面接記録とした。1名については録音の承諾が得られず面接時に了承を得て面接内容を記録した。

その後13の面接記録から苦痛緩和のコツを抽出し、類似した内容を集めカテゴリー化した。

調査期間：2003年3月～2004年7月。

倫理的配慮：調査の趣旨を説明し、同意を得た者に調査を実施した。分析に当たっては個人や施設が特定されないように配慮した。

4. 結果

苦痛緩和を行う上で訪問看護師が心がけていることを「コツ」とし、18カテゴリーが抽出された。

<医師との連携> <積極的な治療を勧めない> <看護師の姿勢> <患者の意思の尊重> <コミュニケーションのコツ> <心地良いケアの提供> <症状緩和のケア> <鎮痛剤使用の指導> <心地良い時間の提供> <存在すること> <病状の受け入れへの支援> <家族への介護指導> <患者と家族間の調整> <家族への情報提供> <家族へのケア・遺族ケア> <社会資源の活用> <ステーションの体制> <病院と訪問看護との連携> が抽出された。

<医師との連携> では、「医師との連絡を密にして連携」、連絡手段としてEメールを使用することもある、忙しい医師はメールだと見てくれる、や「最期を看取る医師の確保」「入院ベッドを確保しておく」では、家族が不安になった時は入院させる、等が挙げられた。

<看護師の姿勢> では「心から辛さを分かろうとする」「家族の潤滑油的存在」「経済面などあらゆる面から考えて看護する」が出され、看護師の姿勢として患

者と家族がお互いに遠慮している関係の中で言い出せないことを言えるような雰囲気づくりに心がけている。

<患者の意思の尊重> では、「治療方針を患者に選んでもらう」「同意を得てケアを行う」「希望に沿うケアの提供」であった。

<コミュニケーションのコツ> では、信頼関係を大事にするために「自然体で話す」、患者に予後を聞かれたときは「傾聴」しながら自然体で自分の考えを話す、があげられた。「傾聴」し、「相手が求めているものを引き出す」、家族の前では悲しむから言えないことでもナースの前で泣けたり愚痴もこぼせる、うん、うんと言いながら傾聴する。アルバムを見ながら「思い出話をする」、があげられた。

<心地良いケアの提供> では「背部熱布清拭」「マッサージ・タッチ」であり、厚手の手袋を持ち歩き熱いお湯を使用して背部の熱布清拭を行い、心地良さを提供する。つらいと思われるところをマッサージ、タッチすると患者からやっぱり看護師さんはわかるんだと安心感を持たれ、初回訪問で信頼関係が形成される、がだされた。

<症状緩和のケア> では、「便秘対策」「褥瘡ケア」「呼吸リハビリテーション」が挙げられ、「温電法」により気分をリラックスさせるがあげられた。「鎮痛剤は痛くなってから使用するとどうしても効きが悪い、時間を決めて何時間おきに使用するよう指導」が出された。

<心地良い時間の提供> では「気持ちの良い時間を過ごすことで穏やかに痛みを感じない」であり、お茶の好きな方に野立てをして心地よい時間を過ごしてもらうことでその日は穏やかに痛みを感じないでいられる、「気分転換」が出された。

<存在すること> では、患者のそばにいること、存在そのものが大事である、があげられた。

<病状の受け入れへの支援> では、患者から病状悪化について問われたときには、否定せずに傾聴し、患者自身が病状を受け入れるように支援していく、が出された。

<家族への介護指導> では、家族には「やれる範囲で介護するように指導」する、医師が家族に高度なことを要求することがある、できないことはできないっておっしゃってください、やれる範囲でよいからと話す、があげられた。また「家族の介護力を上げる」があげられ、訪問時に自然に介護を覚えてもらうようにする、訪問時に約束事をつくる、であった。電子体温

計でも怖いと思う家族もある，介護不安を少なくするように訪問時に自然に介護を覚えてもらうようにする，何かあったときにどのようにしたら良いかなどの約束事をつくっておき，電話で話したときにわかるようにしておく，があげられた．「家族を介護に参加」させるでは，そうすることで患者が安心する，みんなでよくやったと，家族の中で納得できると亡くなった後の立ち直りがはやすい．

<患者と家族間の調整>では，患者と家族，親戚の考えを理解する，地域柄親戚の意見が強いことがある，どうしてこんなに悪いのに病院に入れないのかなど，患者，家族，親戚の考えを理解し，一致するように関わるという内容が出された．

<家族への情報提供>には，「医師が言うと思われることを伝えておくことで家族の心理的な負担感を減らす」等であり，亡くなる時期が近くなったらどのような症状が出てくるのか家族に情報を提供したり，医師が話すと思われることを伝えておくことで家族の心理的な負担を減らしておくなどがあげられた．

<家族へのケア・遺族ケア>では，「介護者に気分転換」を勧める，「介護者へのねぎらいの言葉かけ」，「家族の訴えを聴く」などがあげられた．「遺族訪問」では遺族を訪問し様子を見たり話を聴いたり，高齢者が一人残った場合にはデイケアを勧めるが出された．

<ステーションの体制>では，「電話でのフォロー」，電話することで患者や家族が安心する．「複数のナースが担当し役割分担をする」ではナースが2～3人で担当すると，この人の前では笑ってられる，この人の前では穏やかでられる，この人の前では泣くことができる，などナースの間で役割を決めることで患者や家族へのより良いケアにつながる，がだされた．

<病院と訪問看護との連携>では，「在宅導入期に医療従事者・家族とのカンファレンスをもつ」，在宅に移行する前にケースミーティングをして家族の方にも参加してもらい不安がないかその場で確認している，があげられた．

5. 考察

多くの看護師から医師との連携があげられた．苦痛緩和に関してはアセスメントを確実にし医師に伝えるなど治療法との関係も多いため，医師との連携は重要となる．荒尾らの全国の訪問看護ステーションの看護職を対象とする調査¹⁷⁾では，在宅ターミナルケアが可能な医師との連携について回答者の84.1%は連携が

あると回答したが，13.9%は連携をもっていなかった．面接調査からは，最期を看取る医師の確保が困難である，といった内容も出されたことから，岩手県においても課題となっている．

日常生活の援助では，心地良いケアの提供ができるように考えたり，マッサージ，タッチを行うことで患者との関係づくりを考えており患者の意思を尊重し，心地よいケアの提供，心地よい時間の提供により苦痛緩和につながっていると考えられる．

コミュニケーションのコツとして自然体で話す，といったことから看護師が一人の人間として患者や家族に向き合うことで人間関係がスムーズに形成されるものとする．また，病状を受け入れられるように支援することが出され，患者から病状や死について問われた時は，看護師が共にある人間として接し，病状や死への恐怖を共有することで，患者が自らがおかれている状態を受け止めることへの支援となるものとする．そばにいることそのものが大事であることが挙げられた．新藤¹⁸⁾は，看護師が語るがん終末期患者のスピリチュアルケアとして“そばにいること”“一人の人間として相対する”等をあげている．本調査で出されたこれらのコツはスピリチュアルケアに当たると考える．

在宅だと痛みが和らぐ，ということが多くの訪問看護師から出された．本人の意思を尊重し，その人らしい日常生活を維持するように援助していることが患者や家族の苦痛の緩和につながっているものと考えられる．これは，日本看護協会訪問看護領域における看護業務基準¹⁹⁾にある「訪問看護を必要とする人の生き方を尊重し，安らかな終末期を支援する」ことである．医療機関は“医療モデル”によってケアを提供しているが，在宅では“生活モデル”によってケアを提供できる．

看護師の姿勢として患者のつらさを心からわかろうとする，家族の潤滑油的な存在となり患者と家族のふれあいを大事にする，患者と家族がお互いに遠慮している関係の中で言い出せないことを言えるような雰囲気づくりに心がけており，患者と家族を一体として援助している．

家族への情報提供では，亡くなる時期が近くなったらどのような症状が出てくるのか家族に情報を提供したり，医師が話すと思われることを伝えておくことで家族の心理的な負担を減らしておくなど，のコツがあげられた．

家族にはやれる範囲で介護するように指導すること

で家族の負担感を減らしたり，訪問時に自然に介護方法を覚えてもらい介護に対する不安の除去に努めている．生前中に家族の満足する介護ができた場合には遺族の悲嘆反応が緩和される²⁰⁾ことから，家族に介護への参加を勧めることで，遺族ケアへとつながっている．

遺族ケアでは，会計をもって行きながら様子をみている，といったように訪問看護師は遺族への配慮も行っているが，十分に話を聴いたり，必要性を感じても，時間を確保できないという課題を抱えていた．

ステーションの体制として，複数のナースが担当し役割分担をしていることで効果的な看護が提供できるといったことや，ミーティングをもちスタッフのストレス緩和に努めていることも間接的に患者や家族の苦痛の緩和につながるものとする．

在宅導入準備期における医療従事者・家族とのカンファレンスは在宅への移行をスムーズにしており苦痛緩和のコツとして重要であるとする．

以上のことから，訪問看護師は実践知として様々な苦痛緩和のコツをもっていることが明らかとなった．身体面，精神面，社会面，スピリチュアルな面を含むコツが抽出され，トータルペインとして看護援助を行っていること，家族への苦痛緩和のコツが多くあげられ患者と家族を一体として看護することが苦痛緩和につながっていた．

今後，がんターミナル期の患者のケアを担当したことのない訪問看護師が今回抽出されたコツを共有することで，県内の在宅ターミナルケアが充実していくものとする．その一環として，訪問看護師の方々と在宅ターミナルケア学習会を行ってきた．

．まとめ

実践知は，経験から獲得できるものです．実践知に理論知を結びつけることで，専門知識・技術として発展できると考えます．実践の現場で，実践知が多く存在するものと思われます．実践者と研究者が連携，協働し，その実践知を共有し，専門知識・技術として発展していけたら，と考えます．

文献

- 1) 菊池和子，小山奈都子，高橋有里，石田陽子．三角筋部筋肉内注射技術の実践知の検討．岩手県立大学看護学部紀要2009;11:79-85.
- 2) 菊池和子，安保寛明．岩手県の在宅ターミナルケアにおける訪問看護師の行う苦痛緩和のコツ．岩

手県立大学看護学部紀要2005;7:81-90.

- 3) 菊池和子，高橋有里，石田陽子，他．三角筋部筋肉内注射における注射針刺入深度に関する検討．第24回日本看護科学学会学術集会講演集2004;257.
- 4) 高橋有里，菊池和子，三浦奈都子，他．殿部筋肉内注射部位の皮下組織厚とそのアセスメント法の検討．日本看護技術学会第3回学術集会講演抄録集2004;65.
- 5) 菊池和子，高橋有里，三浦奈都子．日本看護技術学会第2回学術集会報告コアセッション 筋肉内注射の注射針刺入深度．日本看護技術学会誌2004;3(1):35-57
- 6) 高橋有里，菊池和子，小山奈都子，他．日本看護技術学会第4回学術集会報告交流セッション1筋肉内注射の針刺入深度のアセスメント法．日本看護技術学会誌2006;33-35.
- 7) Patricia E. Benner: From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Addison-Wesley, 1984; 井部俊子，井村真澄，上泉和子訳．ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー．医学書院;1992.
- 8) 菊池和子，高橋有里，石田陽子，小山奈都子，他．看護師の行う筋肉内注射技術に関する困難点と実践知の検討．岩手県立大学看護学部紀要2007;9:53-63.
- 9) 吉田時子監修．標準基礎看護学講座13巻基礎看護学2，金原出版株式会社;1998.447.
- 10) 前掲⁹⁾
- 11) 石田陽子，武田利明．筋肉内注射用薬剤の安全性に関する実験的研究．岩手県立大学看護学部紀要2005;7:1-5.
- 12) 石田陽子，小山奈都子，高橋有里，菊池和子，武田利明．筋肉内注射の安全性に関する実験的研究 油性注射液について．岩手県立大学看護学部紀要2006;8:45-50.
- 13) 東京大学医学部附属看護学校，千葉大学医学部附属看護学校監修．基礎看護技術ビデオシリーズ注射編3筋肉注射．丸善株式会社;1994.
- 14) 前掲⁸⁾60-61
- 15) 前掲⁸⁾60
- 16) 柏木哲夫，藤腹明子編集．系統看護学講座 別巻10．医学書院;2000.30-31.
- 17) 荒尾晴恵他．平成13年度 看護政策立案のための基盤整備推進事業わが国におけるターミナルケアのありかたに関する基礎調査 - 在宅ターミナルケ

ア促進にむけてー.22-23.

- 18) 新藤悦子.看護婦が語るがん終末期患者へのスピリチュアルケアの様相. 日本がん看護学会誌2001 15(2):82-91.
- 19) 日本看護協会.日本看護協会看護業務基準集2004年;13-21.
- 20) 菊池和子.がんターミナル期患者家族および遺族へのケアの検討 - 遺族の面接調査より - .家族看護学研究2006;11(3):108-115.

第4回岩手看護学会学術集会

< 交流集会 1 >

最新の創傷ケアを現場で活かそう！

- まだ残る神話 消毒 , ガーゼ , 傷は乾かして からの脱却 -

岩手医科大学附属病院
皮膚・排泄ケア認定看護師
高橋咲子

創傷ケアとは？

創傷ケアとは、キズを受けた組織が修復されるよう環境を整えることを指します。

1. 創傷の治り方

1) キズが治るメカニズム：炎症期

キズができると、まず血小板の作用で止血されます。その後、血小板やキズを受けた組織や血管が広がり、細菌に立ち向かう体液（滲出液）をよびよせます。この体液（滲出液）には細菌を貪食する白血球や死んだ組織を溶かすマクロファージがあります。これがキズをきれいにしよう働きます。

この時期は炎症期と呼ばれ、血管が広がり体液がでることから、キズの周りは赤く腫れてきます。通常、受傷後から5日程度続きます。

2) キズが治るメカニズム：増殖期・成熟期

キズをそのままにすると、体液が乾いてキズの表面にかさぶたができます。かさぶたの中ではキズを埋める組織や新しい血管が作られます。その後、かさぶたの下を表皮（皮膚の一番外側の組織）が移動していき、キズが治っていきます。この時期は増殖期といえます。

深いキズの場合は1年ぐらいを要して目立たなくなり、皮膚の強さはもとの80%くらいまでもどります（成熟期）。

3) 創傷ケアのポイント

どのようなキズでも、炎症期、増殖期、成熟期を経て治癒に至りますが、1つの段階が終わらないと、次に移行することができません。そのため、各段階がスムーズに進むように、治る力を妨げないケアを行うことが大切です。つまり、細菌・異物を除去し、細胞の働きを助けること、できた組織を保護するこ

とが、創傷ケアのポイントです。

2. 創傷ケアの根拠と実際

これまで行われてきた「消毒・ガーゼ・乾燥」と現在推奨されているケアを比較しながらお話しします。

1) 消毒によるキズへの影響

消毒薬を使用する目的は「細菌数を減らす」ことです。以下に代表的な消毒薬の特徴をあげました^{1))}。

血液など蛋白質に触れると効果が低下するもの	細胞に毒性があるもの
塩化ベンゾトニウム（マキロン）	グルコン酸クロルヘキシジン（ヒピテン、マスキン水）
ポピドンヨード（イソジン）	ポピドンヨード（イソジン） オキシドール（オキシフル）

消毒薬には、体液に触れることで効果が低下してしまうものや、細菌に抵抗しようと働く体液にもダメージを与えてしまうものがあります。また、皮膚障害などのアレルギーや、アナフィラキシーショックを引き起こす危険性もあります。

医療現場において、感染のリスクがある際に消毒が行なわれることもあり、キズへの使用は禁忌というわけではありません。日頃よく見られる擦り傷も、化膿する心配がある場合は受傷時に消毒を行う選択もあるでしょう。その際は、過去に消毒薬でアレルギーを起こしたことがないかを確認すること、使用方法や薬剤の保管・使用期限の管理が正しく行われているかなどもチェックした上で実施する必要があります。また、感染がないのに消毒を延々と続ける

ことは、キズの治癒を妨げる要因にもなります。

2) 細菌・異物の除去を助けるキズの洗浄

消毒以外で、キズから細菌や異物を取り除く方法に洗浄があります。

(1) 砂などの異物が残らないよう十分に流す

洗浄が不十分だと異物や細菌が取り除けず、感染の原因になります。異物が入ったまま治ってしまうこともあります(外傷性刺青)。

(2) 洗浄に使用するものは水道水で可

浸透圧の違いで痛みは生じます。水道水で十分洗い流してください。その後、清潔なティッシュペーパーやキッチンペーパーなどで水分をとりましょう。ただしペーパー類の繊維が残らないように注意します。異物が残ると感染のもととなります。

3) モイストヒーリング(湿潤療法)

「細胞の働きを助け、できた組織を保護する」ためには、湿潤環境が非常に重要となります。

(1) 湿潤環境の重要性

表皮化する細胞やキズをうめる組織は湿潤環境で増えていきます。細胞は水分がないと生きていくことができません。キズからしみ出る体液(浸出液)にも創傷治癒に必要な因子が存在するため、体液を保持できる環境も必要となります。

(2) 「ガーゼ・乾燥」と「閉鎖湿潤環境」の違い

キズを覆わずに乾燥させた場合の温度は21℃、ガーゼ管理では25~27℃、ポリウレタンフィルムは30~32℃、ポリウレタンフォームは30~35℃となります。キズの温度が28℃以下となると、細菌の貪食能や細胞分裂の機能が障害されると言われています¹³⁾。キズを被覆することで、細胞や体液が適切な働きをすることができるのです。

また、キズを乾燥させ、かさぶたを形成した場合と、ポリウレタンフィルムで被覆した場合のキズの収縮率を比較した研究では、フィルムで被覆した方が2倍治癒が早いという報告もあります¹³⁾。

かさぶたを形成すると炎症が続き、痒み物質が発生します。かさぶたを掻きむしることによって、再び損傷することがあります。ガーゼのみを当てた場合も乾燥するとキズに固着し、交換する際に痛みを生じ、組織もキズ

つけることとなります。このように、かさぶたやガーゼでキズを管理すると、治りが遅く痛みや痒みなど不快な状態が生じる原因となります。

このため、キズを早くきれいに、なおかつ痛みを少なく治すケアが勧められています。

(3) キズを閉鎖する絆創膏の使用

キズを覆うことにより湿潤環境を維持し、血管新生を促します。また、閉鎖することで外からの汚染が防がれ、保温効果も得られます。

BAND-AID®キズパワーパッドTM

(ジョンソンエンドジョンソン)

ネクスケアTMハイドロコロイドネディカルパッド(3M)

これらは、体液(浸出液)を吸収しゲル化する成分(ハイドロコロイド)が使われています。ゲル化することでキズに固着せず、交換の際に痛みを生じません。

バイオパッド®(ケアリーブ)

体液の吸収がやや多いポリウレタンフォームというものを使用しています。ゲル化はしませんが、創部に固着しません。

その他、防水タイプの絆創膏も閉鎖湿潤環境を維持しやすい製品です。

(4) 閉鎖湿潤する絆創膏の使用の注意

製品により交換の目安が2日~5日と差がありますが、創部を直接観察できないため、初回1~2日目度1度交換することをお勧めします。その際にキズの感染の徴候がなければ使用を継続してかまいません。

また、すでにかさぶたができてしまった場合は、その時点から使用しても効果が得られないためあまり意味がありません。

3. 創傷ケアを行う上で注意しなければならないこと

1) 閉じてはいけないキズがある

感染の恐れがあるキズは閉鎖してはいけません。なぜなら湿潤環境は細菌が増えるのにも快適な環境であるためです。キズを閉鎖する絆創膏を使用する際には、ケガをした経緯とキズの形・深さをチェックすること。感染の症状があるかをチェックすることが必要です。

2) 感染の症状

キズの「赤みが増す」・「はれ上がる」・「痛みが増す」・「熱をもつ」、また、体液が黄色や緑色でどろっとした状態に変化する、などが感染の症状です。感染が疑われるときはキズを閉鎖する絆創膏の使用は中止し、受診を勧めます。キズのケアを行う際は、こうした感染徴候の経過観察する必要性を相手に伝えておくことも大切です。

受傷してすぐに受診を勧めるケースとしては、キズの形が複雑でギザギザ・凸凹している、普通の洗浄では異物がとれない・奥にある、汚染されている場や物での深い傷、犬・猫、人などの咬み傷、などです。キズ口が深く狭い場合、洗浄を十分に行うことができません。動物による咬みキズなどでは嫌気性菌（酸素のないところで育つ菌）が存在する場合があります。

4. まとめ

キズを早くきれいに治すには、きれいに洗浄することや、湿潤環境を維持して体の働きを助けていくことが大切です。しかし、湿潤環境は感染の原因となる細菌にも快適な条件です。閉じてよいキズか、できないキズかを確認していくこと、また対処後の経過観察をしていくことが重要となります。

参考文献

- 1) 穴澤貞夫・監：改訂ドレッシング新しい創傷管理，へるす出版，東京，2006。
- 2) 臼田俊和他：熱傷，日本皮膚科学会誌，120(2):173-192 2010。
- 3) 大出靖将：部位別外傷への初期対応・熱傷，小児科臨床，64(4):713-721 2011。
- 4) 荻津真理子：学校での救急処置における湿潤法の有用性と問題に関する研究・学校での救急処置事例からの考察，学校救急看護研究，1(1):54-70，2008。
- 5) 金子那幸他：消毒のDO NOT&エビデンス，INFECTION CONTROL，10(5):40-49 2009。
- 6) 草竹兼司：汚染創，レジデントノート，12(7):1209-1213 2010。
- 7) 現場ですぐ使える洗浄・消毒・滅菌の推奨度別・絶対ルール227&エビデンス：INFECTION CONTROL，メディカ出版，東京，2009。
- 8) 小室裕造：部位別外傷への初期対応・顔面外傷，小児科臨床，64(4):655-660 2011。
- 9) 齊藤綾子：学校保健室における出血する手当の実態と提案，小児保健研究，68(3):395-401 2009。
- 10) 塩谷信幸監：正しいキズケアBOOK1，正しいキズケア推進委員会，東京，2009。
- 11) 塩谷信幸監：キズはもう乾かさない・正しいキズケアBOOK2，正しいキズケア推進委員会，東京，2009。
- 12) 塩谷信幸監：正しいキズケアBOOK3，正しいキズケア推進委員会，東京，2009。
- 13) 祖父江正代：創傷治癒にはなぜ湿潤環境が必要か？，Nursing Today，342006。
- 14) 竹田由美子他：保護者からクレームを受けた事例分析からの学校救急看護の問題と課題，学校救急看護研究，1(1):23-27 2008。
- 15) 内藤亜由美他・編：病態・処置別スキントラブルケアガイド，学研，東京，2008。
- 16) 日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会・編：スキンケアガイダンス，日本看護協会出版会，東京，2002。
- 17) 堀口裕治：擦過傷，切創，小児内科，42(6):887-891 2010。
- 18) 本田桂他：救急外来当直医必修・救急蘇生処置創傷処置（擦過傷、裂傷、挫創），消化器外科，33(5):579-582 2010。
- 19) 水原章浩：自分で行うとっさの傷の手当て，金原出版，東京，2005。
- 20) 南和彦・平林慎一：擦過傷，挫創，弁状創に対する処置の基本，形成外科，47:S23-S27 2004。
- 21) 山崎早苗：熱傷，臨床看護，37(4):500-504 2011。
- 22) 渡邊克益：創傷の処置・急性創傷の処置、外科治療，101(3):345-352 2009。

第4回岩手看護学会学術集会

< 交流集会 2 >

私のワーク・ライフ・マネジメント

- だって、一度しかない人生だもの -

話題提供：向谷地百合子（岩手県立二戸病院）

コーディネーター：高橋明美（岩手県立東和病院）

金谷法子・藤村史穂子（岩手県立大学）

大会のサブテーマ「明日の元気のために」というフレーズにつながる企画を行いたいと思い、この企画を考えました。岩手県内の看護職で生き生きと仕事を行いながら自分の夢も達成している、そんな方のお話を聞いて、自分も含めて明日の元気につながればと。そこで岩手県立二戸病院の助産師である向谷地百合子さんに話題提供をお願いしました。向谷地さんは平成20年9月からの2年間、青年海外協力隊としてセネガルで活動されました。どのような経緯で青年海外協力隊に参加する決心をしたのか、派遣先で得てきたものはどのようなものであったのか、お話をいただきました。

当日は、病院などに勤務する看護職のほか看護学校の学生も多数来てくださり、全体で約30名が参加されました。5つのグループに分かれて座り、高橋さんの司会進行で内容の説明、コーディネーターの自己紹介ののち、向谷地さんからのお話となりました。向谷地さんはセネガルの民族衣装で登場、現地で行った活動内容や感じたことについてお話をいただきました。



（民族衣装をまとうて話をしている向谷地さん）

話題提供

向谷地さんが、海外で医療職として活動することに興味を持った最初のきっかけは、小学生のころに見たテレビの番組でした。海外で活躍する女性を紹介する番組の中で、インタビューに答えたその女性が自分と同じ東北弁で話している様子に衝撃を受けたのです。

その後、成長する過程で誰かの役に立ちたいとの思いが増していき、看護の道、中でも助産師へと進みました。病院で勤務する中での充実感もありましたが、海外でボランティアをしてみたい、日本を外から眺めてみたいとの思いが増し、青年海外協力隊への応募となりました。

セネガルでは、タンバクンダ保健センターという広域診療病院の位置づけの施設で活動されました。

そこでは、生と死が日常の中にありました。手術が必要な方は高次病院へ搬送されますが、目に見えて死期が近い方は自宅へと戻っていきます。生まれたばかりの赤ちゃんや死産だった赤ちゃんが並んでベッドの上で寝ている。トンネルもない、信号機もない、医療保険もない。マラリアが身近な危機である国、セネガル。

何かしたい、何かできると行って行ったセネガルでしたが、そこで気付かされたのは自分自身がちっぽけな存在で、自分の方が何かを必要としていたこと。そして、「平凡な月並みな生活が続くことがどんなに大切で幸せなこと」ということだったそうです。

日本には豊かな自然があり、安全な水があり、電気があり、恵まれ「過ぎて」いますが、孤独を感じながら妊娠期を過ごしたり、育児をしている女性もたくさんいます。一方セネガルでは、いつも誰かの支えがあり、相手に対し「おもてなし」「助け合い」の心で接しているように感じたそうです。

生まれた場所・国・環境でそれぞれの価値観は変わりますが、根本となるものは大きくは変わらない。「女性が 女性らしく ありのままに その人らしく 生き抜けるように」ということでした。

帰国してから1年、向谷地さんが思い描いて叶えられていないことや、やり残したことはたくさんあるようです。ですが、今できること、毎日出会う日本の女性たちのその人らしさ、自然体を大切にしていきたいとのことでした。

グループワーク

最初に座ったグループごとに、グループワークを行いました。

自己紹介をして、“こうあったらいいな”と思うことを各自付箋に書き、それを模造紙の『4つの窓』(もうできている、もう少しでできる、かなり大変だけどできる、絶対に無理!)に分類して貼ります。

その後、もう少しでできる、かなり大変だけどできるに注目して、どうしたら達成できるか、グループ内でワイワイ対策を考えました。



(グループワークの様子)

各グループでさまざまな夢とそこにたどり着くまでの対策が述べられました。学生さんたちが答えた〔学校をみんなで卒業する〕、〔国家試験合格!〕などの目前に迫った内容から、〔毎日笑顔で明るく過ごす〕、〔健康な体でいる〕といった毎日の目標となるようなこと、〔自分の家がほしい〕、〔いろんな町に旅行したい〕といった、かなったらいいなと願う遠い「夢」まで。

対策をお互いに話し合う中で、自分ではかなり難しいと思っていた夢の解決策が見つかったりしていました。



(グループワークで作成した模造紙の1例)

おわりに

途中でアフリカ風の音楽を聴いたり、セネガルでのお産の様子を見たり、驚きと一緒に自分のことも振り返っての時間でした。

向谷地さんがセネガルで気づかされた「女性が 女性らしく ありのままに その人らしく 生き抜けるように」ということ。かわりを持つ誰かに対してはもちろん、私たち自身についても大切にして、日々生き生きと過ごしていきたいものです。

だって、一度しかない人生だもの!



(当日のスライドより、セネガルの夕日)

第4回岩手看護学会学術集会

<めんこいセミナー>

臨床でのリサーチクエスチョンから介入研究を進める過程

岩手県立中央病院

箱石 恵子

看護を実践しているときに、患者に対して「もっと効果的な方法はないか」「早く治るための援助はないか」「苦痛なく、楽な方法はないか」「どうしてこういう状態になるのだろうか」「・・・は予測できないものだろうか」という疑問が浮かんでくる。このようなクリニカル・クエスチョンはどんなレベルのどんな疑問でも、思いつきでもどんどん書き留めておく。

かかえた疑問を解決するために、文献を読んだり、経験者から聴いたりという行動をおこす。この作業を繰り返していくうちに自分がかかえている疑問には、一つの現象だけでなく、他の現象と関係して起こっているのではないかという仮説が浮かぶこともあれば文献を読んでも解決できないこと（自分が明らかにしたいことが明らかになっていない）こともある。この段階の疑問がリサーチ・クエスチョンであり、研究によって明らかにしたい事柄である。これを土台にして看護研究を進めていく。自分が行なった介入研究の過程を、実例をあげて説明する。

私が介入研究を志向するきっかけとなったのは、「初診の糖尿病患者に対する外来での個別指導の内容と効果」（日本糖尿病教育・看護学会誌 Vol.5 No.2,2001）で初診時に看護師が個別指導を行なった患者19名（指導群）の経過と個別指導を行なわなかった患者19名（対照群）の経過（21か月間）を比較した結果から看護介入の有無による差が示唆されたことであった。

その後も糖尿病看護を継続して行く中で、糖尿病患者が運動療法を生活の中に適切に取り入れ、効果的な運動が継続して行われるためにはどのような看護援助が必要かというリサーチクエスチョンを持った。文献検討は糖尿病の運動療法、動機づけ、行動変容、看護師が運動療法を指導する意義、糖尿病教育の評価、療養指導の評価、糖尿病と自己決定理論（SDT）、SDTと感情、冬期の身体活動について行なった。文献検討の結果、介入方法として選択した理論はJohnson行動システムモデルとSDTである。

Johnson行動システムモデルは人間を行動システムとして相互に関係し、依存する7つのサブシステムを持つものとする理論である。7つのサブシステムとは愛着、依存、摂取、排除、性、達成、攻撃/保護である。このうち「達成」サブシステムを取り上げ、サブシステムの構成要素である目標、傾向、行動選択、行為の4つについて分析し、「刺激」「保護」「養育」の要素を含む介入を行う。これにより、患者が自分の生活習慣における運動療法の目標設定を明確にし、行動選択を広げ、気づきを広げ、行為を変化させ、運動を意識し、運動療法を習慣として定着することを促進する。

SDTは動機づけ要因となる知識・技術などの有能感、自律性、関係性の3つの欲求が満たされれば高く動機づけられるという理論である。SDTに基づくモチベーショナル・インタビューはリフレクションなどを用いた介入によって、自ら目標や行動を選択し（自律性）、有能感を高めることができ、自己決定する過程を促進する。リフレクション以外の介入はJohnson行動システムモデルによる看護介入の「刺激」「保護」「養育」にも含まれると考え、主にリフレクションをSDTに基づく介入として扱った。

実際の介入方法として、(1)運動療法を行ってもよい患者が否かを主治医から確認する【保護】、(2)初回面接時、運動療法の目的、方法、ライフコーダーの使用法を説明してから【刺激】、ライフコーダーを渡し、最低6か月間、面接終了まで継続して装着してもらう、(3)2回以降の面接では、ライフコーダーで前回から今回までの平均歩数（歩/日）、平均運動量（kcal/日）を示し【刺激】、次回面接日（4～6週間後）までの目標を患者が

設定するようにかかわる【養育】、(4)ライフコーダーの結果を診察時、医師に示し、患者とともに運動量が適切か確認する【刺激・保護】、患者が叱責や嫌悪を感じないようにする【保護】、などのように理論に基づいた看護介入を計画し、実践した。

患者の言動や行動（面接場面の録音、ライフコーダーのデータ）の変化、身体的指標（体重、ヘモグロビンA1c値）の変化、SDTによる動機づけスケールの値の変化を収集し、データ分析を行なった。

理論に基づいた看護介入の効果を評価するために、患者の変化を漫然と評価するのではなく、面接場面の録音から、サブシステムの構成要素である「目標」「傾向」「行動選択」「行為」がどのように言動に表れているかを分析した。

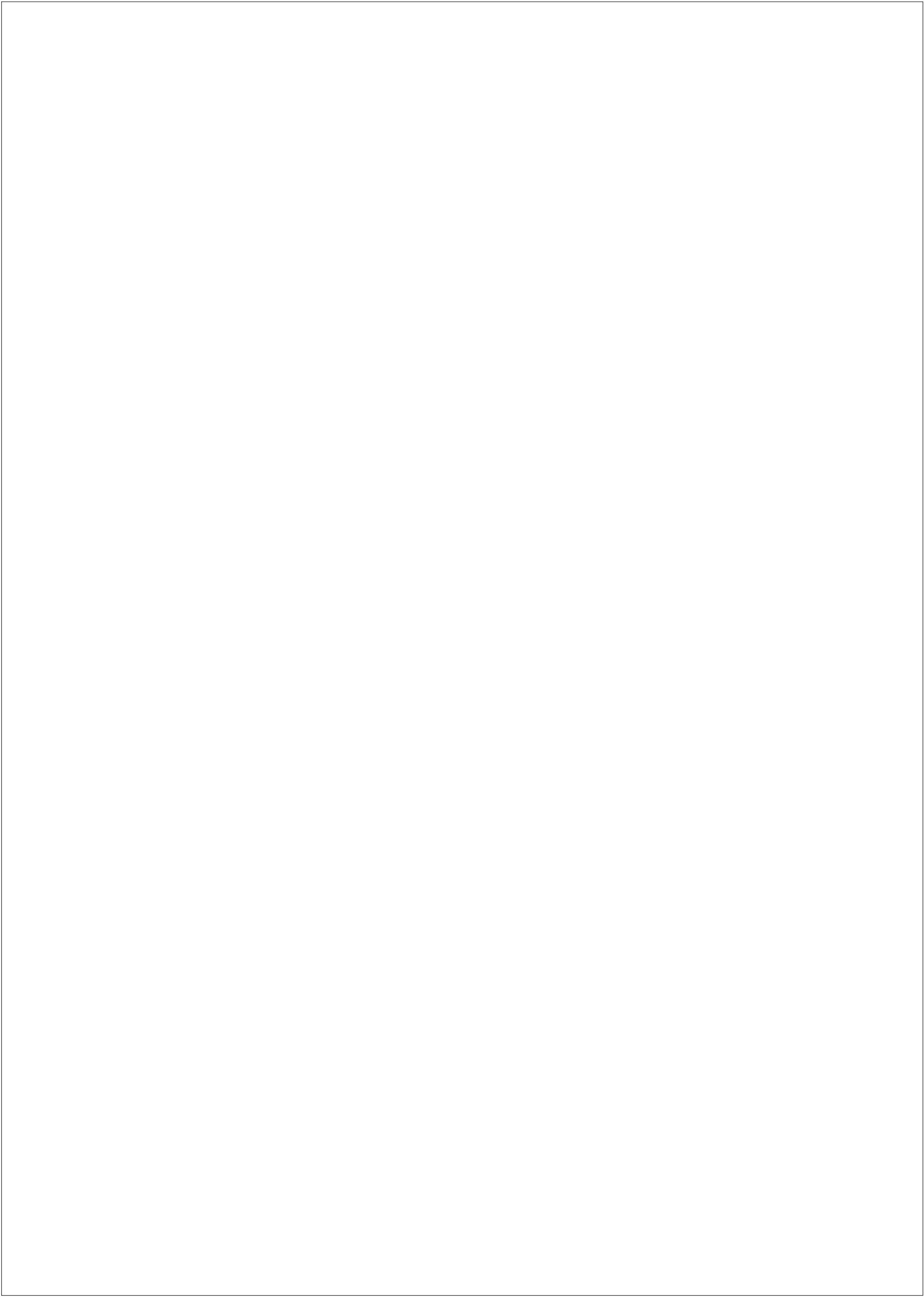
理論に基づいた看護介入の結果、Johnson行動システムモデルとSDTに基づく看護介入は糖尿病の運動療法の動機づけを内発的動機づけに近づけ、維持するために有用であった。

ここで紹介した看護研究の一部は岩手看護学会誌第4巻第2号に掲載されているので参照していただければ幸いです。

介入研究とは実践的な研究で、問題の要因や背景を明らかにすることによって、その問題への対応、または解決方法を明らかにすることである。

介入研究が備えるべき要件は、対象が抱える問題や原因を系統的に説明すること（その対象がある行動をとる理由とその理由が行動を変えていく過程を明らかに示す）、その問題や原因に対して看護介入が可能なこと、対象が望ましい方向へ行動変容できるような介入方法をデザインすること（何を变えることができ、何を变えることができないのか）、デザインする際に理論を活用すること、介入方法は具体的であることである。

私は介入研究を行う過程で患者の変化を患者とともに実感でき、そのことが看護実践や看護研究を行うことのモチベーションを高めたという体験をした。数的なデータ収集だけでなく、看護援助の効果を患者の変化というデータで示すことのできる介入研究を一度経験されることをお勧めする。



会 告 (1)

第 5 回岩手看護学会学術集会のご案内

第 5 回岩手看護学会学術集会を下記の通り開催します。会員の皆様をはじめ多数のご参加をお待ちしています。

期 日：平成24年10月20日(土)
会 場：岩手県立大学 講堂・共通講義棟
会 長：畠山なを子(岩手県立磐井病院)

テ ー マ：患者の^{いのち}生命と生活を支える日常ケア

会長講演：畠山なを子(岩手県立磐井病院)
特別講演：田村恵子氏(淀川キリスト教病院)
交流集会：日常ケアの卓越した技を問う
 大学院での学びを実践に活かす
めんこいセミナー：中村令子(東北福祉大学健康科学部)

2012年 6 月

第 5 回岩手看護学会学術集会
会長 畠山なを子(岩手県立磐井病院)

会 告 (2)

平成24年度岩手看護学会総会の開催について

平成24年度岩手看護学会総会を下記の通り開催します。

日 時：平成24年10月20日(土) 12:00~12:30
会 場：岩手県立大学 講堂・共通講義棟

2012年 6 月

岩手看護学会 理事長 武田利明

平成24年度 第1回理事会 議事録

日 時：平成24年4月14日（土）10：00～12：00

場 所：いわて県民情報交流センター（アイーナ）7階 学習室5

出席者：兼松，菊池（和），菊池（田），木内，武田，畠山，平野，三浦（奈），三浦（ま） 敬称略

委任状提出者：白畑 欠席者：安藤，工藤

配布資料：1．平成23年度事業活動報告

2．平成23年度収支決算報告（案）および平成23年度会計監査報告

3．第4回学術集会報告

4．庶務報告（会員状況）

5．編集委員会報告

6．平成24年度事業計画

7．平成24年度修正予算（案）

8．評議員および理事の選挙日程（案）

9．平成22年度，23年度年会費未納者について

追加資料：第5回岩手看護学会学術集会ポスター

1．開会

平野理事より，出席9名，委任状1名により理事会の成立が確認された。

2．理事長挨拶

武田理事長より，以下の挨拶があった。岩手県立大学は今年で15年目となった。本学会も第5回目の学術集会開催の年となり，さらなる飛躍の年と考えている。皆様のご協力を得ながら運営していきたい。

3．議事

1）報告事項

(1) 平成23年度事業活動報告

資料1に基づき，平野理事より報告があった。

(2) 平成23年度収支決算報告（案）および平成23年度会計監査報告

資料2に基づき，菊池（和）理事より報告があった。収入は，161名分の会費および第4回学術集会からの寄付であった。支出として，今年度新たに広報活動費として500,000円を計上し，ホームページを構築したが，440,000円弱と予算内に収まっている。よって，1,227,836円を次年度繰り越しとした。

菊池（田）監事より，4月2日に監査を行い，適正に処理されていることを確認したことが報告された。

(3) 第4回学術集会報告

資料3に基づき，菊池（和）第4回学術集会長より報告があった。参加者は学生含め256名で，演題数は22演題であり，アンケート結果は概ね好評であった。めんこいセミナーは参加者が少なかった。

収入は，参加費256名分その他，学会開催助成金，企業展示などで1,268,000円，支出は印刷費，当日運営費等で1,033,970円となり，残額の234,030円を学会本部へ寄付した。

(4) 庶務報告

資料4に基づき，三浦（奈）理事より報告があった。3月31日現在の会員数は，186名である。会費未納者は，平成22年度分14名，平成23年度分43名となっている。

(5) 編集委員会報告

資料5に基づき、兼松編集委員長より報告があった。編集委員会は3回開催し、学会誌は第5巻1号、2号を発刊した。現在、6巻に掲載のために準備している。そのほかに、岩手看護学会誌論文投稿促進講座を武田理事長が執筆予定である。

新たに編集システムの改正を行った。投稿受信者は、委員長、副委員長2名であり、その後、論文担当者1名を決定し、査読者2名を選定している。投稿された論文ごとに担当者4名のメーリングリストを作成し、編集作業を進めている。また、論文の体裁が整っていなかったり、チェックリストの記載不足の場合も多くあるが、即受付しないということにせず、著者に負担をかけないようにアドバイスしており、それらを含めた編集作業の標準手順を見直し中である。投稿していただいた論文については、なるべく著者の意向に沿うように取り組んでいきたい旨が確認された。

第5回学術集会での編集委員会企画として「投稿から発刊までの道のり」と題したセミナーを予定している。詳細は未定である。

理事長より、論文投稿をぜひ促進したいと思っているため、査読者2名で採択が分かれた場合には、編集委員長の裁量で決定する方針で進めていただきたいとの意見があった。

畠山副理事長より、臨床側からは、やはり論文投稿は難しそうというイメージあり、それをなかなか払拭できない。看護実践センターからの講師派遣などとも連携し、研究発表、論文投稿まで進めていきたいとの意見があった。

2) 審議事項

(1) 平成24年度事業計画および活動方針について

資料6に基づき、平野理事より説明があった。平成23年度総会にて承認された内容であるが、めんこいセミナーの参加者が少ないこと等により開催を検討していただきたい。

めんこいセミナーは、編集委員会企画と重複する内容であるため、統合してはどうか、具体的な研究手法(統計の選択方法や質的研究手法など)であれば、参加者の興味をひくのではないかと意見があった。今年度は学術集会中に開催することとし、武田理事長より臨床現場の方々と研究をともに行っている中村令子氏が推薦され、依頼することとなった。学術集会担当としては、本部企画が2本も入るのは、時間配分が困難であるので、来年度以降は、めんこいセミナーの単独開催を検討することとした。

また、編集委員会企画を事業計画に追加する案もあったが、学会誌刊行の一環として行っているため、記載しないこととした。

(2) 平成24年度修正予算(案)

資料7に基づき、菊池(和)理事より説明があった。平成23年度の繰越金(134万6620円)が決定し、会員見込みを160名として修正予算を組んだ。今年度は評議員、理事の選挙があること、学会ホームページ維持管理費がかかることなどを組み込み、算出した。メール便が厳しくなった(手紙や請求書等の信書が送れない)こともあり、通信費を10万円に修正した。

(3) 評議員および理事の選挙日程(案)

資料8に基づき、林本選挙管理委員長に代わり、三浦(奈)選挙管理委員から説明があった。5月中に選挙のための書類を発送し、7月14日に開票を予定している。評議員選挙後の理事会推薦の10名は、メール会議とした。新理事会は9月中とし、選挙日程に追記した。

(4) 第7回学術集会長(平成26年度)会長の候補者について

第7回学術集会(平成26年度)会長の候補者を、安藤広子氏(岩手県立大学)とし、依頼する。

(5) 平成24年度めんこいセミナー講師について

今年度も開催することとし、中村令子氏に講師を依頼することとした。

(6) 評議員の補充について

現在、ホームページ作成を担当している遠藤良仁氏（岩手県立大学）を評議員として推薦したい旨、武田理事長より提案があった。平成23年度は理事が1名欠員のまま運営してきた経緯や、遠藤氏がホームページ作成の実務を担当していることもあるため、ぜひ評議員として迎えたいとのことであった。遠藤良仁氏を新たに評議員に補充することで合意し、総会に諮ることとなった。理事会にもホームページ担当オブザーバーとして出席することとした。なお、遠藤氏にはこれまで同様に編集委員も兼務していただくことになった。

(7) 退会者について

資料9に基づき、三浦(奈)理事より説明があった。平成22年度、23年度会費未納者である14名の退会が承認された。

(8) その他

畠山第5回学術集会長より、開催内容について報告があった（追加資料：ポスター）。特別講演は、がん看護専門看護師である田村恵子氏を講師とする。交流セッションは2題、学生向け企画として「災害時の日常ケア」を予定している。臨床現場からの企画委員を多くし、参加者確保を狙っている。

以上

（文責：三浦(奈)）

岩手看護学会会則

第一章 総則

- 第1条 本会は、岩手看護学会(Iwate Society of Nursing Science)と称す。
- 第2条 本会の事務局を、岩手県立大学看護学部内(〒020-0193岩手県滝沢村滝沢字巣子152-52)に置く。
- 第3条 本会は、看護学の発展と会員相互の学術的研鑽をはかることを目的とする。
- 第4条 本会は、第3条の目的を達成するため次の事業を行う。
- (1) 学術集会の開催
 - (2) 学会誌の発行
 - (3) その他本会の目的達成に必要な事業

第二章 会員

- 第5条 本会の会員は、本会の目的に賛同し看護を実践・研究する者ならびに看護に関心のある者で、所定の年会費を納入し、理事会の承認を得た者をいう。
- 第6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。
- 第7条 会員は、次の理由によりその資格を喪失する。
- (1) 退会
 - (2) 会費の滞納(2年間)
 - (3) 死亡または失踪宣告
 - (4) 除名
- 2 退会を希望する会員は、理事会へ退会届を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反する行為のあった会員は、評議員会の議を経て理事長が除名することができる。

第三章 役員・評議員および学術集会会長

- 第8条 本会に次の役員をおき、その任期は3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。
- (1) 理事長 1名
 - (2) 副理事長 1名
 - (3) 理事 10数名(理事長 副理事長を含む)
 - (4) 監事 2名
- 第9条 役員を選出は、次のとおりとする。
- (1) 理事長は、理事の互選により選出し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
 - (2) 副理事長は、理事の中から理事長が指名し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
 - (3) 理事および監事は、評議員会で評議員の中から選出し、総会の承認を得る。
- 第10条 役員は次の職務を行う。
- (1) 理事長は、本会を代表し、会務を統括する。
 - (2) 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故あるときはこれを代行する。
 - (3) 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
 - (4) 監事は、本会の事業および会計を監査する。
- 第11条 本会に、評議員を置く。評議員の定数及び選出方法は、別に定める。
- 第12条 評議員の任期は、3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。
- 第13条 評議員は、評議員会を組織し、この会則に定める事項のほかには理事長の諮問に応じ、本会の運営に関する

重要事項を審議する。

第14条 本会に、学術集會会長を置く。

第15条 学術集會会長は、評議員会で会員の中から選出し、總會の承認を得る。

第16条 学術集會会長の任期は、1年とし再任は認めない。

第17条 学術集會会長は、学術集會を主宰する。

第四章 會議

第18条 本会に、次の會議を置く。

- (1) 理事会
- (2) 評議員会
- (3) 總會

第19条 理事会は、理事長が招集し、その議長となる。

2 理事会は、毎年1回以上開催する。但し、理事の3分の1以上から請求があったときは、理事長は、臨時に理事会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とする。

第20条 評議員会は、理事長が招集しその議長となる。

2 評議員会は、毎年1回開催する。但し、評議員の3分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めるとき、理事長は、臨時に評議員会を開催しなければならない。

3 評議員会は、評議員の過半数の出席をもって成立とする。

第21条 總會は、理事長が召集し、学術集會会長が議長となる。

2 總會は、毎年1回開催する。但し、会員の5分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めるとき、理事長は、臨時に總會を開催しなければならない。

3 總會は、会員の10分の1以上の出席または委任状をもって成立とする。

第22条 總會は、この会則に定める事項のほか次の事項を議決する。

- (1) 事業計画および収支予算
- (2) 事業報告および収支決算
- (3) その他理事会が必要と認めた事項

第23条 總會における議事は、出席会員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第五章 学術集會

第24条 学術集會は、毎年1回開催する。

第25条 学術集會会長は、学術集會の運営および演題の選定について審議するため、学術集會企画委員を委嘱し、委員会を組織する。

第六章 会誌等

第26条 本会は、会誌等の発行を行うため編集委員会を置く。

第七章 會計

第27条 本会の會計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日で終わる。

第八章 会則の変更

第28条 本会の会則を変更する場合は、理事会および評議員会の議を経て總會の承認を必要とする。

2 前項の承認は、第23条の規定にかかわらず出席者の3分の2以上の賛成を必要とする。

第九章 雑則

第29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。

附則

この会則は、平成19年6月23日から施行する。

岩手看護学会 役員名簿(2012年4月現在)

理事長	武田 利明	岩手県立大学
副理事長	畠山なを子	岩手県立磐井病院
理事	兼松百合子 (編集委員長)	前岩手県立大学
	菊池 和子 (会計)	岩手県立大学
	木内 千晶 (会計)	日本保健医療大学
	工藤 朋子 (副編集委員長)	岩手県立大学
	白畑 範子 (広報)	岩手県立大学
	平野 昭彦 (庶務)	岩手県立大学
	三浦奈都子 (庶務)	岩手県立大学
	三浦まゆみ (副編集委員長)	岩手県立大学
監事	安藤 広子	岩手県立大学
	菊池田鶴子	岩手県立江刺病院
評議員	田中 千尋	岩手県立高田高等学校
	箱石 恵子 (編集委員)	岩手県立中央病院
	林本 郁子	岩手県立中央病院
	三浦 幸枝	岩手医科大学附属病院
	村上 繁子	岩手県立南光病院

(五十音順, 敬称略)

岩手看護学会入会手続き

本学会への入会を希望される方は、以下の要領に従ってご記入の上、入会申込書を岩手看護学会事務局までご返送ください。

1. 入会申込書に必要事項をみれなくご記入ください。記入みれがある場合には、再提出をお願いすることがあります。提出された書類は返却いたしませんのでご注意ください。
2. 入会申込書は楷書ではっきりとお書きください。
3. 「会員名簿記載の可否」欄では、どちらかに をつけ、「掲載してよい項目」欄には記載してよい項目にレ印をお書きください。会員名簿記載が可の場合、レ印のある情報に関して会員名簿に記載いたします。
4. 入会申込書に年会費の払込金受領証(コピー)を添付し、下記事務局まで郵送してください。
(1) 年会費5,000円です。会員の種類は正会員のみです。
(2) 郵便局に備え付けてある郵便振替払込用紙、または当学会が作成した払込用紙にて年会費をお振り込みください。

<p>・口座番号： 02210 - 6 - 89932 ・加入者名： 岩手看護学会</p>

ご注意 「払込金受領証」を必ず受け取り、受領印があることをご確認ください。

- (3) 振込手数料は入会希望者をご負担ください。
- (4) 「払込金受領証」のコピーまたは原紙を入会申込書の裏に貼付してください。
- (5) 入会申込書を封書でお送りください。

ご注意 振り込み手続きだけでは入会申し込みは完了いたしません。
入会申込書を必ずお送りください。

5. 入会申込は、随時受け付けています。

<事務局> 〒020-0193 岩手県岩手郡滝沢村滝沢字巣子152-52

岩手県立大学看護学部内 岩手県看護学会事務局 平野 昭彦

FAX:019-694-2239 E-mail:iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

HP:<http://isns.jp/>

岩手看護学会誌投稿規則

1. 総則

- (1) 本学会は、看護学における研究成果の発表を目的として、岩手看護学会誌 Journal of Iwate Society of Nursing Science を年 2 回発行する。
- (2) 刊行については、本学会が編集委員会を設置し、その任にあたる。
- (3) 本雑誌は、オンライン (Internet) および紙媒体にて出版する。

2. 投稿規定

(1) 投稿資格

- 1) 筆頭執筆者は本学会の会員とする。
- 2) 本学会が依頼した場合には前項の限りではない。
- 3) 日本以外の国から投稿する者については会員以外でも投稿資格を有するものとする。
- 4) その他の投稿者については編集委員会が決定する。

(2) 著作権

本誌掲載論文の著作権は本学会に帰属する。
投稿者は、版権の利用に当たって、本規則の附則に従う。

(3) 論文の種類

本誌に掲載する論文は、総説、原著、事例報告、研究報告、短報、その他とし、論文として未発表のものとする。審査の段階で編集委員会が論文の種類の変更を指示することがある。

・ 総説

看護学に関わる特定のテーマについての知見を集め、文献等をレビューし、総合的に学問的状況を概説したもの。

・ 原著

看護学に関わる研究論文のうち、研究そのものに独創性があり、新しい知見を含めて体系的に研究成果が記述されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の 5 段の形式で記述されたものでなければならない。

・ 事例報告

臨床看護上貴重な臨床実践例の報告で、臨床看護実践または看護学上の有益な資料となるもの。

・ 研究報告

看護学に関わる研究論文のうち、研究成果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の 5 段の形式で記述されたものでなければならない。

・ 短報

看護学に関わる研究論文のうち、新しい知識が含まれており、看護学の発展に寄与することが期待できるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の 5 段の形式で記述されたものでなければならない。

・ その他(論壇等)

看護学に関わる論文。

(4) 論文の提出

論文は、岩手看護学会ホームページよりオンライン投稿する。

(5) 論文の採否

投稿論文の採否の決定は、査読を経て編集委員会が行う。査読者は編集委員会が依頼する。原則として査読者は 2 名とする。査読者間の意見の相違がある場合は編集委員会が別の 1 名に査読を依頼することができる。査読は

別途定める査読基準ならびに査読ガイドラインに従って行う。

投稿論文の審査過程において、編集委員会からの修正等の要望に対し3か月以上著者からの回答がなかった場合には自動的に不採用とする。

(6) □ 編集

論文の掲載順序その他編集に関することは、編集委員会が行う。

(7) □ 校正

初校は著者校正とする。著者校正は原則として字句の訂正に留めるものとする。再校以後は編集委員会にて行う。

(8) □ 別刷り

50部単位で著者校正時に申請する。別刷りにかかる費用は著者の負担とする。

(9) □ 倫理的配慮

人及び動物が対象とされる研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。具体的には下記の倫理基準を満たしていること。また、原則として研究倫理審査委員会の審査をうけていること。

- ・ 人体を対象とした研究では、「ヘルシンキ宣言」に従うこと。
- ・ 動物を対象とした研究では、「岩手県立大学動物実験倫理規定」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・ 調査研究については、「疫学研究に関する倫理指針」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・ ヒトゲノム・遺伝子解析を対象とした研究は、「ヒトゲノム・遺伝子解析に関する倫理指針」および「遺伝子治療臨床研究に関する指針」または、これと同等水準の倫理基準を満たしていること。

(10) □ 投稿手続き

- 1) 論文の投稿は、岩手看護学会ホームページの学会誌論文投稿用アドレスより行う。投稿の際は、①筆頭著者の氏名、②会員番号、③所属、④連絡先住所および郵便番号、⑤電子メールアドレス、⑥論文タイトル、⑦論文の種類を明記し、論文と投稿チェックリストを添付して送信する。
- 2) 編集委員会が、投稿論文が投稿規則に従っていることを確認した時点で投稿手続きが終了し、この日をもって受付日とする。また、査読を経て、編集委員会が雑誌掲載を許可した日をもって受理日とする。
- 3) 採用された論文の掲載に研究倫理審査書、共同研究者同意書等が必要とされた場合には、論文受理通知後2週間以内に編集委員会宛てにそれらの書類を提出すること。
- 4) 著者は受理日以降であれば、論文掲載証明を請求することが出来る。

(11) □ 掲載料

掲載料は無料とする。ただし、カラー写真掲載に関する費用は実費負担とする。

3. 執筆要領

(1) □ 論文の記述

- 1) 論文原稿は、和文または欧文(原則として英文)とし、A4サイズの内設定を用い、Microsoft Word書類とする。
- 2) 論文の分量は、表題、要旨、本文、引用文献等全てを含め、組み上がり頁数で以下の規定以内とする。
 - ・ 総説: □ 12頁(本文と引用文献(図表含む)で20,000字相当)
 - ・ 原著: □ 12頁(本文と引用文献(図表含む)で20,000字相当)
 - ・ 事例報告: □ 6頁(本文と引用文献(図表含む)で10,000字相当)
 - ・ 研究報告: □ 12頁(本文と引用文献(図表含む)で20,000字相当)
 - ・ 短報: □ 4頁(本文と引用文献(図表含む)で7,000字相当)
 - ・ その他(論壇等): □ 内容により編集委員会が決定する。
- 3) 和文原稿は、原則として現代かなづかい、JIS第2水準までの漢字を用いる。外国の人名、地名、術語は原語のまま表記する。学術的に斜字体で表記されている術語は斜字体で表記する。単位および単位記号は、原則としてSI単位系に従うものとする。和文原稿の句読点はピリオド及びカンマとする。

- 4) 論文は、表題、著者名、所属、要旨、本文、引用文献、表題(英文)、著者名(英文)、所属(英文)、Abstract(英文要旨)の順に作成する。本文が欧文である場合には、表題以下の英文部分から始め、和文の表題、著者名、所属、要旨を順に最後に記載する。
- 5) 論文(その他を除く)には400字程度の和文要旨をつけ、原著については250語程度のAbstract(英文)もつける。原著以外の論文にAbstractをつけてもよい。
- 6) 欧文(英文Abstractを含む)は原則としてNative Checkを受けたものとする。
- 7) 5語以内のキーワード(和文および英文それぞれ)をつける。
- 8) 文書フォーマットは下記のものとする。
 - ・ 本文および引用文献は2段組み、24文字×44行、文字は10ポイント、その他は1段組みとする。
 - ・ 文書余白は上下25mm、左右20mmとする。なお余白部分は編集委員会が頁数、書誌事項、受付日、受理日の表示のために利用する。
 - ・ 本文和文書体はMS-P明朝、見出しはMS-Pゴシック(11ポイント)を用いる。本文欧文書体はTimes New Romanを用いる。
 - ・ 上付き、下付き文字はMS-P明朝を用い、Microsoft Wordの機能を用いて作成する。
 - ・ 要旨及びAbstractは、左右15mmインデントする。
- 9) 丸付き数字、ローマ数字等の機種依存文字は使用しない。

(2) 図表の掲載

- 1) 図表は、1段(7.5cm幅)あるいは2段(16.5cm幅)のサイズで本文中に掲載する。
- 2) 図表中の表題、説明文等の文字はMS-Pゴシック6または8ポイントとする。
- 3) 図は原則としてjpg、gifあるいはpngフォーマットにより作成する。写真も同様とする。Microsoft ExcelまたはPowerPointから直接貼り付けることも認める。
- 4) 表はMicrosoft Excelにより作成し、本文中に貼り付ける。
- 5) 図には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに、「図1・表題」と図の直下に中央揃えにて記載する。
- 6) 表には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに、「表1・表題」と表の直上に左寄せにて記載する。

(3) 文献の記載

引用文献の記述形式は「生物医学雑誌に関する統一規定Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals」(‘ Vancouver style)に準ずる。

- 1) 文献を引用する場合は、本文の引用箇所の肩に上付き文字で¹⁾⁻²⁾のように表し、最後に一括して引用順に掲げる。

- 2) 記載の様式は下記のようにする。

- ・ 雑誌の場合.....著者名. 表題名. 雑誌名 年次;巻(号):頁.
なお、頁は数字のみ。雑誌名は和雑誌は医学中央雑誌、洋雑誌はMEDLINEに従い省略形を用いる、それらに掲載されていないものは正式名称を用いる。
- ・ 単行本の場合.....著者名. 書名. 版. 発行地: 発行所; 年次. または、著者名. 書名. 版. 編集者名. 発行地: 発行所; 年次. 頁.
なお、頁は数字のみ。
- ・ 訳本の場合.....著者名. 書名. 版. 翻訳者名. 発行地: 発行所; 年次. 頁。
- ・ 新聞記事の場合.....著者名. 記事タイトル(コーナー名). 新聞名(地域版の場合にはその名称,版,朝夕刊の別). 掲載年月日; 欄:位置(段)なお、著者名のない場合は省略して良い。
- ・ ホームページの場合.....著者名. タイトル: サブタイトル[インターネット]. 発行元: 発行者; 発行年月日[更新年月日]. URL. (原則として、公的機関等のサイトにおいて情報が継続して同一URL上にあることが確実であるような場合のみ引用することが出来る。)

- 3) 著者名の記載については下記の例に従う。
 - ・ 和文の場合..... 5名以下のときは全員の姓名, 6名以上のときは, 筆頭から5名の姓名の後に「, 他」をつける。
 - ・ 欧文の場合..... 5名以下のときは姓, 名のイニシャル, 6名以上の時は5名までの姓, 名のイニシャルに「, et al.」をつける。
- 4) 書体は本文に準じる。
- (4) 英文投稿は本規則のほか [Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines](#) を参照すること。

附則 1. 著作権について

- (1) 学会誌掲載内容(学会ホームページ上で公開する電子媒体を含む)の著作権は, 全て学会に帰属する。
- (2) 学会誌内で掲載されている図表など原著性の高い内容を他の雑誌や書籍刊行物にて使用する際には, 学会誌編集委員長に対して必ず書状にて許諾申請を行うものとする。許諾は編集委員会宛て郵送にて申請する(電子メールでの申請は受け付けない)。
- (3) 前項の許諾申請は 1. 引用する学会誌の論文の号・巻・頁・年度・タイトル・筆頭著者名・使用したい図表等の掲載頁とその図表番号, 2. 利用目的, 3. 依頼者住所・氏名・電話番号・FAX番号・電子メールアドレスを明記し, 自著署名を付して申請すること。
- (4) 使用許可のおりた図表等の利用に関しては脚注に(あるいは参考文献として)原著を引用文献として明示すること。

附則 2. 本規則の適用期間

本規則は平成19年6月23日より発効する。

附則 3. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成20年10月4日から施行する。

附則 4. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成21年10月17日から施行する。

附則 5. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成23年4月16日から施行する。

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines

1. General Guidelines

- (1) The Journal of Iwate Society of Nursing Science is published by the Society two times a year for the purpose of sharing research results in nursing.
- (2) The editorial committee is established by the Society to carry out publishing responsibilities.
- (3) The journal is published online and on paper.

2. Submission Rules

(1) Qualifications for Submission

- 1) The first author listed must be a member of the Society.
- 2) Authors requested by the Society are exempt from the preceding qualification.
- 3) Authors residing outside Japan are not required to be members of the Society.
- 4) Other authors may be qualified by the editorial committee.

(2) Article Categories

Articles published in the Journal must be review articles, original articles, case reports, research reports, brief reports and others, which are unpublished. In the review process, the editorial committee may suggest a change in categories.

- Review Article
A comprehensive evaluation and discussion based on a critical review of literature concerning a specific theme in nursing.
- Original Article
A research article in nursing with originality, including new knowledge and systematically describing research results. It should contain clear significance for knowledge in nursing science. It must be presented systematically consisting of purpose, method, results, discussion and conclusion.
- Case Report
A report of a valuable clinical example of nursing. It will provide beneficial information for nursing practice and nursing science.
- Research Report
A research article in nursing with a significant research conclusion, which will be recognized as contributing to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.
- Brief Report
A short research article in nursing containing new knowledge, expected to contribute to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.
- Other articles
Articles in nursing, such as concerning nursing issues.

(3) Article Submission

Articles should be submitted online.

(4) Review Process

The decision on submitted articles concerning acceptance for publication is carried out by the editorial committee, based on the evaluation of two anonymous reviewers at the request of the committee. If there are differences of opinion between the reviewers, an additional reviewer will be requested. The review is conducted in accordance with the reviewing standards and guidelines. If the author does not respond to the editorial committee's comments on modifications for more than three months, the article will automatically be rejected.

(5) Editing

The publication sequence of articles and other editorial issues are performed by the editorial committee.

(6) Proofs

The first proofreading will be conducted by the author. Corrections by the author will be limited to the correction of words and phrases. Further proofreading will be performed by the editorial committee.

(7) Reprints

The author may ask for reprints in blocks of 50 copies during the proofreading process. The cost will be the responsibility of the author.

(8) Ethical Considerations

Research on human subjects or animals must include a statement of ethical consideration. The ethical standards written below must be fulfilled. The research protocol must be approved by the Ethical Committee of the institution.

- Research on the human body must follow the "Helsinki Declaration".
- Research on animals must meet the ethical standards of the "Iwate Prefectural University Ethical Provisions for Animal Experiments" or other similar standards.
- Investigative research studies must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines on Epidemiologic Study" or similar standards.
- Research on the human genome and genetic analysis must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines for Human Genome and Genetic Analysis" and "Guidelines for Clinical Research on Gene Therapy" or similar standards.

(9) Submission Procedures

1) Articles should be submitted through the Iwate Society of Nursing Science web site by attaching the file of article. The submitter also should write Name of the first author, Membership number, Affiliation, Postal address including postal code, E-mail address, Title of the article, Category of the article.

2) Once the editorial committee has confirmed that the submitted article conforms to the submission rules, the submission procedures are completed and this date is considered the date of receipt. The date when the editorial committee accepts the article for publication, based on the reviewers' evaluation, is considered the date of acceptance.

3) The author of an article accepted for publication for which a joint research agreement and ethical screening report are necessary must supply those documents to the editorial committee within two weeks of notification of acceptance of the article.

4) The author may request a proof of publication for the article after the date of acceptance.

(10) Publication Costs

The costs for publication are free. However, publication costs of color photographs are the responsibility of the author.

3. Writing Guidelines

(1) Description of the Article

1) The submitted article is to be in Japanese or English, using A4 page settings and written in MS Word.

2) The length of the article, including the title, abstract, text and references must be composed within the page limits described below.

- Review Article: 12 pages, about 6000 words including text, references, figures and tables.
- Original Article: 12 pages, about 6000 words including text, references, figures and tables.
- Case Report: 6 pages, about 3000 words including text, references, figures and tables.
- Research Report: 12 pages, about 6000 words including text, references, figures and tables.
- Brief Report: 4 pages, about 2000 words including text, references, figures and tables.
- Other articles: The editorial committee will decide on the length of the article according to content.

3) Measurements and measurement symbols should conform to System International (SI) units.

4) The article should be presented in the following order: title, name of the author, affiliation, abstract, text, references.

5) An abstract of 250 words should be attached to articles except those categorized as Other articles.

6) 5 or fewer keywords should be included in all articles.

7) The format of the article should be as follows:

- The text and references should be two-columned, 44 lines in 10 point font and everything else should be in one column.
- The top and bottom margins should be set at 25mm and the left and right margins should be set at 20mm. Margins will be used by the editorial committee to display page numbers, the name, volume and number of the journal and the dates of receipt and acceptance.
- The typeset for English text should be Times New Roman.
- The abstract should be indented by 15mm.

8) Numbers enclosed in circles, roman numerals and similar machine-dependent characters should not be used.

9) If the author is Japanese, the Japanese title of the article, the name of the author in Japanese, the name of the affiliation in Japanese and an abstract in Japanese should be attached.

(2) Insertion of Diagrams

1) Figures and tables should be sized at 1 column(width 7.5cm) or 2 columns(width 16.5cm) and be inserted into the text.

2) The letters of the title and the explanation of figures and tables should be in 6 or 8 point font.

3) Figures should be created using jpg, gif or png formats. This also applies to photographs. Direct copying and pasting from Microsoft Excel or PowerPoint is also acceptable.

4) Tables should be created using Microsoft Excel and inserted into the text.

5) Sequential numbers should be added to each figure in the article and e.g. " Fig 1. " and the title of the figure should be centered directly below each figure.

6) Sequential numbers should be added to each table in the article and e.g. " Table 1. " and the title of the table should be written directly above the table to the left.

(3) Description of References

Descriptions of references should be based on the " Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals " (i.e. ' Vancouver style ')

1) When references are cited, superscript expressed as 1), 2) etc. should be added in the citation area and the citations should be listed in order at the end of the article.

2) The description style should be as follows:

- Articles in journals: The name of the author. the title of the article. the title of the journal year; volume(number) pages. Pages should be in numbers.
- Books: The name of the author. the title of the book. version. the name of the editor. place of publication: publisher; year. pages.
- Newspaper articles: The name of the author. the title of the article. the title of the newspaper(edition). date: section: location(column number). If the name of the author was not stated, it may be omitted.
- Web sites: The name of the author. the title: the subtitle. place of publication: publisher; date of publication [updated date; cited date] URL.

3) Names of authors in references should be as follows:

If there are 5 or fewer authors, the last names and initials of the authors should be written. If there are 6 or more authors, the last names and initials of the first five authors and " et al. " should be written.

4) Typeset for references is the same as for the main text.

4. Copyrights

(1) The copyrights of all articles and content of the Journal (including the online version on the web site) are reserved by the Society.

- (2) Before using diagrams and highly original items published in the Journal, users must apply for permission from the editorial committee of the Journal. (E-mail applications will not be accepted.)
- (3) An application for permission should include:
1. The volume, number, pages, year, title of the article, the name of the first author listed and the page number or number of the diagram for which permission is sought.
 2. The purpose of use.
 3. The full name, address, telephone and fax number, e-mail address and signature of the applicant.
- (4) Diagrams and other items for which permission for use is granted must be stated as citation from the original article in footnotes or references.

April 16, 2011

岩手看護学会 関心領域別名簿

岩手看護学会発足5年目を迎えようとしております。本学会は、主に学術集会開催と学会誌発刊の事業を展開し、看護学の発展と会員相互の学術的研鑽を図ってまいりました。この学会がさらに発展していくために、会員相互の交流を充実していくことが必要ではないかと思っております。同じ領域に関心を持つ会員相互の交流を図ることができれば、より身近な学会となるのではないかと考えました。その第一歩として会員の関心領域を把握し、それを会員間で共有したいと思います。

名簿をご覧になり、会員間で連絡を取りたい場合がありましたら、学会事務局までご連絡ください。

1. 看護理論・看護歴史

兼松 百合子 菊池 和子 田辺 有理子

2. 看護倫理

安藤 広子 伊藤 奈央 菊池 田鶴子 三浦 幸枝 工藤 一子

3. 看護技術

大久保 暢子 菊池 和子 熊谷 真澄 鈴木 美代子 高橋 有里 武田 利明

武田 知子 中村 令子 平野 昭彦 三浦 奈都子 室岡 陽子

4. 看護管理・政策

門脇 豊子 門屋 久美子 菊池 英理子 菊池 田鶴子 工藤 一子 佐藤 奈美枝

菖蒲澤 幸子 畠山 なを子 村田 千代

5. 看護教育

佐藤 奈美枝 鈴木 美代子 高橋 有里 畠山 なを子 晴山 明美 平野 昭彦

6. 感染看護

7. リスクマネジメント

菊池 英理子 門屋 久美子

8. 皮膚・排泄ケア

武田 利明 三浦 奈都子 室岡 陽子

9. 母性看護

安藤 広子 大谷 良子 蛸崎 奈津子 笹野 佳奈 アンガホッフア 司寿子

西里 真澄 晴山 明美 福島 裕子

10. 小児看護

石川 正子 柴田 周子 原 瑞恵 三上 千佳子 吉崎 純子

11. 遺伝看護

安藤 広子

12. 新生児集中ケア

吉崎 純子

13. 学校保健看護

遠藤 巴子 小山 ゆかり 柴田 周子 平 栄子 田中 千尋 田村 美穂子

原 瑞恵

14. 慢性看護

齋藤 貴子 三浦 幸枝

15. クリティカルケア

齋藤 貴子 吉田 利留子

16. 周手術期看護

齋藤 貴子

17. 糖尿病看護

兼松 百合子

18. リハビリテーション看護

岩淵 枝里香 佐々木 幸栄 武田 知子 中村 令子 原 瑞恵 室岡 陽子
吉田 利留子

19. 高齢者看護

上女鹿 縁 木内 千晶 小嶋 美沙子 佐々木 敬 佐々木 文子 菅野 智美
藤川 君江 室岡 陽子 渡辺 幸枝

20. 精神看護

稲葉 文香 小笠原 智恵子 佐藤 史教 田辺 有理子 藤川 君江
藤澤 くみ子 松浦 真里子

21. 地域看護

岩淵 枝里香 岩淵 光子 佐々木 敬 佐々木 文子 鈴木 喜美子 平 栄子
松川 久美子

22. 在宅看護

上女鹿 縁 工藤 朋子 小嶋 美沙子 澤内 イツ 原 瑞恵 三上 千佳子

23. 家族看護

石川 正子 佐々木 幸栄 原 瑞恵 藤田 由紀子 松浦 真里子 三浦 まゆみ
横田 碧

24. 災害看護

澤内 イツ 鈴木 喜美子 平野 昭彦 三浦 まゆみ

25. 看護情報

26. がん看護

伊藤 奈央 門脇 豊子 工藤 朋子 熊谷 真澄 菅野 智美 武田 利明
晝澤 征子

27. 緩和ケア

菊池 和子 笹野 佳奈 菖蒲澤 幸子 藤田 由紀子

28. カウンセリング

遠藤 巴子 横田 碧 渡辺 幸枝

29. その他

大久保 暢子 意識障害, 脳神経外科看護

佐藤 稲子 職場のメンタルヘルスケア

アンガホッフア 司寿子 不妊看護

館山 純

福島 裕子 リプロダクティブヘルス

* 名簿作成にご賛同頂き、「1. 看護理論・看護歴史」「24. 災害看護」の関心領域に印をつけていただいた会員で、お名前と会員番号の記載がないため、名簿に記載できない方が1名いらっしゃいます。お心当たりの方は学会事務局までご連絡ください。

岩手看護学会誌 論文投稿のご案内

岩手看護学会では、岩手看護学会誌を年2回発行しております。冊子体としての発刊のほかに、インターネットに対応した電子体でも発刊しております。また、「医学中央雑誌」に掲載されております。

論文には、「総説」「原著」「事例報告」「研究報告」「短報」「その他」と種類があります。院内でとりくまれている看護研究や日々のかかわりをまとめた事例研究、普段から取り組んでいる業務の改善などを、論文としてまとめてみてはいかがでしょうか。

岩手看護学会誌は、みなさまからの投稿で成り立っております。岩手看護学会では、みなさまの論文投稿の支援を、論文投稿支援窓口と編集委員会が行っております。

みなさまからの論文の投稿をお待ちしています。

支援窓口、支援内容、問い合わせ先

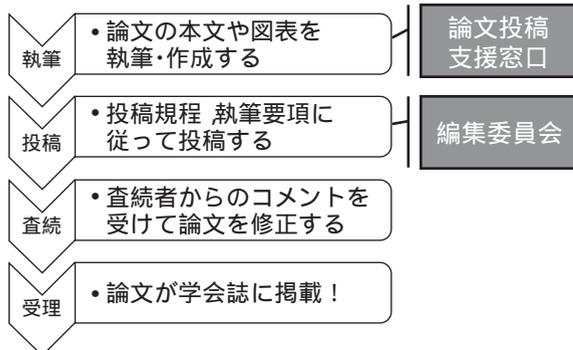
論文投稿支援窓口

- 論文の執筆に関する相談をお受けします
- 担当者：武田利明，菊池和子
- 連絡先：shien@isns.jp

編集委員会

- 投稿から校正までをお手伝いします
- 担当：岩手看護学会編集委員会
- 連絡先：regist@isns.jp （論文投稿のメールアドレスと同じ）

論文投稿の流れと本学会の投稿支援



岩手看護学会誌論文投稿促進講座

論文投稿支援窓口の役割について

岩手看護学会では、看護実践家からの投稿論文が一つでも多く学会誌に掲載されるように支援窓口を設けています。本学会でも学術集会での発表件数は増えていますが、それと比較して投稿論文がとても少ないのが現状です。前回の投稿促進講座にも書かれていたように学術集会で発表した内容が、実践現場の看護職に有用であっても、限られた看護職にしかその内容は伝わりません。しかし、学会誌に掲載された研究論文は全国の多くの看護職に読まれ活用されることとなります。実際に本誌に掲載された研究論文について問い合わせがあり、研究の参考になったとの話を聞いています。このように、岩手看護学会誌が着実に全国に看護学を発信していることを実感しています。

それぞれの医療施設においては積極的に看護研究に取り組んでいますので、学会での発表経験者は多いと思います。講演やポスターでの発表でも準備の段階で、先行研究や関連する研究などの論文をいくつか読むこととなります。そのプロセスでも、論文の構成やまとめ方を学ぶこととなります。したがって、学会発表までには論文を書く作業の約70%は経験するので、残りの30%について支援窓口がサポートするのです。具体的には、発表原稿の内容を一緒に検討し、研究内容を投稿論文の形式に整えることをサポートします。研究の背景についても簡単に説明していることが多いので、実践現場からの必然的なテーマであることを丁寧に記載することから始めます。この内容は具体的に無理なく書くことができます。そして、研究方法や得られた結果を発表原稿に基づいて記載します。次に、得られた結果について引用文献や参考文献に基づきより深く考察します。研究論文では、この考察は大変重要な内容ですが、初めから上手に書くことはとても大変です。そこで、支援窓口の担当者と一緒に議論して進めることによって、論理的に記載することができるようになりますと思います。

投稿論文として、まとめるタイミングは発表後できるだけ早めに着手することが重要です。学会での発表の際にいくつかのコメントをいただくこともありますので、それらも盛り込んで考察を書くことができます。論文にまとめることは実践の場で取り組んだ内容の再検討にもなり看護学をさらに発展させるためには必要なことです。これから学会発表を予定されている会員の皆様は、論文作成にも是非取り組んでみてください。

【論文投稿窓口支援担当者：武田利明】

岩手県内で開催予定の学会・研修会のご案内 ～ 2012年 7 月以降 ～

7月

日本小児看護学会第22回学術集会「どこにいても子どもと家族に確かなケアを」

期日：7月21日(土)22日(日)

会場：いわて県民情報交流センター(アイーナ), 盛岡地域交流センター(マリオス)

会長：白畑範子(岩手県立大学看護学部)

事務局：岩手県立大学看護学部, syounikango@ml.iwate-pu.ac.jp

運営事務局：ヤマダプランニング, 019-663-1801

岩手県災害看護ネットワーク協議会 第1回岩手県災害看護研修会

期日：7月21日(土) 14:00～15:30

会場：岩手県立大学共通講義棟201講義室

講演「東日本大震災における課題と教訓」越野修三(岩手県総務部総合防災室特命参事)

事務局：岩手県立大学看護学部に研修会担当：平野

FAX 019-694-2239 ahirano @iwate-pu.ac.jp

第107回 岩手県学校保健研修会

期日：平成24年7月27日(金) 9:00～16:00

会場：いわて県民情報交流センター(アイーナ)804

講演：「学校における救急処置」～養護としての救急看護とその実際

講師：聖母大学 教授 大谷尚子

参加費：会員は無料(会員以外の希望者受講料 3000円)

連絡先：盛岡市立巻堀中学校 山根ヒロ子 Tel 019-682-0022 FAX 019-682-2106

9月

第43回日本看護学会～看護教育～「看護の未来を拓く“育む力・支える力・伝承する力”」

期日：9月5日(水)6日(木) 14:00～15:30

会場：岩手県民会館 会長：兼田昭子(岩手県看護協会)

事前参加登録期間：5月28日～8月15日

問合せ先：日本看護協会

岩手県災害看護ネットワーク協議会 第2回岩手県災害看護研修会

期日：9月8日(土) 10:30～15:30

会場：岩手県立大学共通講義棟201講義室

講演「東日本大震災直後の医療活動」高橋徹(岩手県立中央病院救急医療科科長)

シンポジウム「東日本大震災直後の看護支援活動 - あの日、あの時」

事務局：岩手県立大学看護学部に研修会担当：平野

FAX 019-694-2239 ahirano @iwate-pu.ac.jp

岩手県立大学看護学部公開講座「災害看護の新たな連携を考える」

期日：9月22日(土)

会場：岩手県立大学

基調講演：黒田裕子(NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会副会長)

参加費：1000円

申し込み先：岩手県立大学看護学部広報委員会

問合せ先：岩手県立大学看護学部事務室 019-694-2200

10月

看護技術に関する相談・支援事業「アサーティブトレーニング」

期日：10月18日(木) 10:00～16:00

会場：いわて県民情報交流センター(アイーナ)7階岩手県立大学アイーナキャンパス学習室1

担当：井上都之・鈴木美代子(岩手県立大学)

申し込み先：岩手県立大学看護学部基礎看護学講座 鈴木

TEL&FAX 019-694-2292, s-miyoko @iwate-pu.ac.jp

11月

岩手県災害看護ネットワーク協議会 第3回岩手県災害看護研修会

期日：11月10日(土) 10:30～15:30

会場：岩手県立大学共通講義棟201講義室

学会名：

講演「小さな実践の継続が教えてくれた被災者と共に歩む姿勢」

川嶋みどり(日本赤十字看護大学名誉教授)

シンポジウム「被災地での継続的な取り組み - それぞれの挑戦」

事務局：岩手県立大学看護学部内研修会担当：平野

FAX 019-694-2239 ahirano @iwate-pu.ac.jp

看護技術に関する相談・支援事業

「ME機器管理のポイント - 心電図の読み方レスピレーター管理」

期日：11月12日(土)

会場：いわて県民情報交流センター(アイーナ)7階岩手県立大学アイーナキャンパス学習室1

担当：高橋有里・及川正広(岩手県立大学)

申し込み先：岩手県立大学看護学部基礎看護学講座 鈴木

TEL&FAX 019-694-2292, s-miyoko @iwate-pu.ac.jp

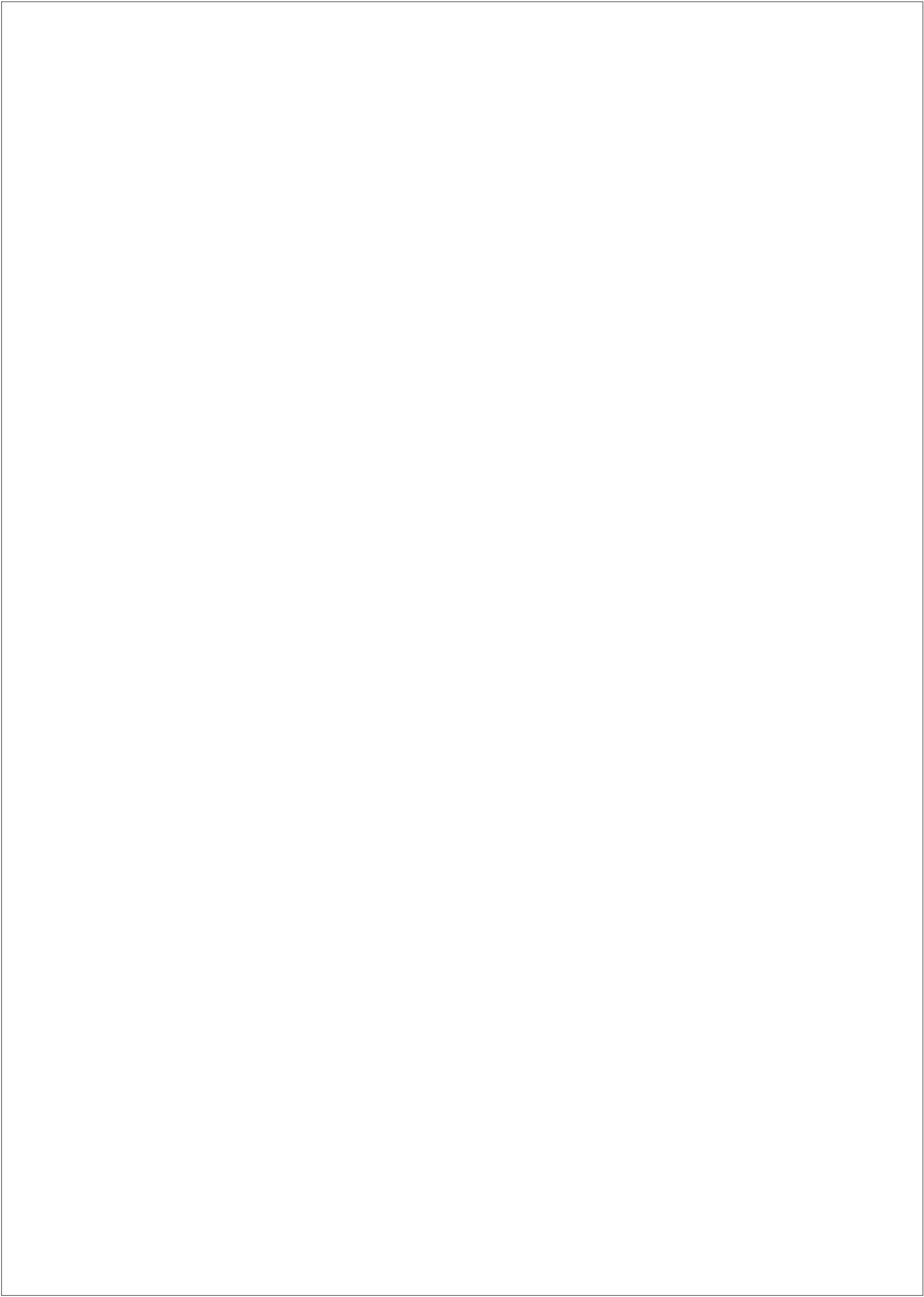
第7回日本禁煙科学会学術集会 in いわて

「イーハトーブの復興に向けて～今、爽やかな風を～」

期日：11月17日(土),18日(日)

会場：いわて県民情報交流センター(アイーナ)

学会長：立見政信(岩手大学保健管理センター長)



編 集 後 記

例年になく遅い春の訪れを待ち構えていたかのように、一斉に芽吹きはじめた木々の新緑が眩しい季節となりました。また今年は、被災地のあちこちでも春祭りや行事の便りが聞かれ、岩手の揺るぎなく受け継がれる文化の力強さを感じるこの頃です。

このような中、本誌第6巻第1号を発刊できますことを大変嬉しく思います。本号には、原著論文1編、事例報告1編と昨年の第4回学術集会記事を掲載することができました。あらためましてご投稿いただきました皆様、そしてご協力いただきました査読者の皆様に心より感謝申し上げます。

本学会誌は、皆様方の日頃現場での気づきやこれまでの研究成果を、論文に掲載していくことで、受け継がれるべく確かな知見の集積を目指すものです。本号にも掲載いたしました。本学会ではその論文投稿の支援窓口 (shien@isns.jp) を開設し、見識豊かな担当者が、論文執筆について丁寧に相談に対応しております。お気軽にご活用いただき、多くの方々のご投稿をお待ち申し上げます。

(鈴木 記)

編集委員

アンガホッフア司寿子 遠藤良仁 蛸崎奈津子 兼松百合子(委員長) 工藤朋子(副委員長) 齋藤貴子
鈴木美代子 高橋有里 田辺有理子 千田睦美 箱石恵子 松本知子 三浦まゆみ(副委員長)

(五十音順)

岩手看護学会誌 第6巻第1号

発行日 2012年6月30日

編集 岩手看護学会編集委員会

代表者 兼松百合子

発行 岩手看護学会

代表者 武田利明

〒020-0193

岩手県岩手郡滝沢村滝沢字巣子 152-52

岩手県立大学看護学部内岩手看護学会事務局

Fax 019-694-2239

E-mail regist@isns.jp

URL <http://isns.jp/>

印刷 有限会社 松陰堂印刷所

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
ご注意ください。
© 2012.6. ISSN 1882-7381

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Foreword

Addressing Everyday Care Solutions to Protect and Support Patients' Lives

Naoko Hatakeyama

1

Original Article

Cognitive Appraisals and Coping Behavior at Initial Diagnosis and Relapse among Recurrent Breast Cancer Patients - Examining the Effects of Previous Experience -

Yoshie Sugawara

3

Case Report

Transition of Health Promoting Behavior with Nursing Intervention - A Listening-based Case Report -

Takako Saito, Yumi Sasaki, Kazuko Kikuchi, Rie Ando, Kyoko Noguchi, Yoko Tsuchiya

16

4th ISNS Conference

Chairperson's Address

Kazuko Kikuchi

22

Information Exchange 1

29

Information Exchange 2

32

"Menkoi" Seminar

34

Iwate Society of Nursing Science Meeting Reports

Information on 5th Conference

37

Minutes of 1st Board of Directors Meeting 2012

38

Constitution of the ISNS

41

Board of Directors and Councilors

44

Membership Application Information

45

Membership Application Form

46

Journal of Iwate Society of Nursing Submission Guidelines

51

List ISNS members' specialty

55

Information of Support for Submission of Articles

57

Promoting Manuscript Submission to JISNS

58

Information of Conference, Workshop and Lecture in Iwate in 2012

59

Editorial Postscript

61

Volume 6 Number 1 June 2012

Iwate Society of Nursing Science