

日本医療大学紀要

第1巻（初巻） 2015年

目次

巻頭言	
傳野 隆一.....	1
総説	
看護研究における統計解析の誤用について	
村松 宰.....	2
論文	
A大学看護学科1年次生の日常生活スキルとコミュニケーション・スキルの特徴	
小島 悦子・森口 眞衣・山田 敦士・松本 真由美.....	7
エゴグラムを用いたA大学看護学科1年次生の自我状態の分析	
松本 真由美・山田 敦士・森口 眞衣・小島 悦子	15
終末期の在宅療養や在宅死の意思決定に関する要因の研究	
—入通院患者に対する調査結果から—	
林 美枝子・松永 隆裕・矢野 智之・飯島 美抄子	24
研究ノート	
性暴力被害者支援におけるSANE（性暴力被害者支援看護職）の重要性と課題	
—人権尊重の視点から—	
松本 真由美・林 美枝子・小山 満子・滋野 和恵	38
健康阻害要因としての性暴力における被害者支援の考察	
—北海道の事例から—	
林 美枝子・小山 満子・滋野 和恵・松本 真由美	48
里親制度に関する男子学生の見解	
—看護学生に焦点をあてて—	
小山 満子	57
A大学学生のUPIからみた精神的健康と生活習慣との関連	
—性別の比較—	
滋野 和恵・前垣 綾子	63
講演会	77
紀要投稿規程	78
紀要執筆要領	80
編集後記	82



『日本医療大学紀要』創刊号 巻頭言

本学は多くの方々のご支援とご協力を賜り、平成26年4月に保健医療学部看護学科単科の大学として開学した新しい大学ですが、平成27年4月にはリハビリテーション学科（理学療法学専攻、作業療法学専攻）を増設し、医療系の総合大学を目指し、拡充をしているところです。

本学の経緯を簡単に述べたいと思います。学校法人日本医療大学は、医療と福祉の高度な人材育成の必要性から平成元年に専門学校日本福祉学院を開校したところから出発しています。平成7年4月に、専門学校日本福祉リハビリテーション学院理学療法学科及び作業療法学科を開設し、平成8年4月には専門学校日本福祉学院看護学院を開設し、医療人の育成を担い、多くの卒業生を輩出し、高い評価と信頼を得るなど、地域医療に貢献して参りました。

しかし、近年の医学・高度医療技術の進歩は目覚しく、医療人に求められる役割も多様化し、活動の場も病院から高齢者福祉施設、在宅医療などの地域活動へと広がっています。医療人は、それぞれの場の特性を理解し、人間と生活を総合的に判断し、必要な医療を的確に実践する能力が求められています。そのため、医療の質の向上に対する学問的探究心と問題解決能力、継続的に研鑽する自立性と主体的学修能力の育成は、学士課程における教育が必要であるとの認識から、この度日本医療大学として開設申請をし、設置認可を受けたところです。

本学は、伝統的な「人間尊重」の基本理念をふまえて、ヒューマニティに育まれる「人間力」を建学の精神として、保健福祉に関わる人材を育成することから、「人間尊重を基盤とした人間力を備えた医療人育成」を教育研究上の理念としています。

少子高齢社会と言われ、18歳以下の人口が減少している中で、学生確保には懸念される面もありますが、高齢者の割合が増加し、疾病構造の変化に伴い、医療人の育成に対する社会的要請は高まるばかりです。本学はこれに応えるべく大学を挙げて努力して参ります。そのためには、新しい教育環境を学生と共に創りあげていくと共に、教員自らが能力開発（FD）、教育改革を通して、教育研究能力を高めていかなければなりません。幸い、開学当初から高等教育に相応しい学術研究雑誌の発刊を希求する声が多く、図書・学術振興委員会のメンバーが中心となり、紀要の発行に至りましたことは、大慶の至りです。

創刊号は、日本医療大学の開学後の最初の記念刊行として企画され、原稿を募ったところ、学内から思いのほか原著論文が寄せられたと聞いております。本誌が医療分野において多少なりとも社会貢献できれば、望外の喜びであります。

今後とも関係各位のご支援、ご協力を賜れば幸いに存じます。

緑滴る石狩の野に
共に学ばん我が学舎
命の灯をいつまでも

2015年3月

日本医療大学長 傳野 隆一

総説

看護研究における統計解析の誤用について

村松 宰

1. はじめに

統計解析の誤用は、看護学領域に限らず、医学領域の論文では予想以上の比率で認められる。著者が過去に医学論文の誤用について科研費を頂いて数年間、調査、分析したことがあるが医学学術雑誌であっても、4分の1は多かれ少なかれ誤用がみられ、中には結論に致命的な影響を及ぼす例も見られた。特に、最近は誰もが簡単に使える統計パッケージが普及し(図1)、量的研究では統計学的仮説検定や分散分析、多変量分析などを用いた論文が増えているが(図2)、同時に誤用も以前にも増して多く

なっている。統計の誤用は、その後の、研究の方向、臨床診断、治療方針に大きな影響を及ぼす場合が多い。しかしながら、統計学は意思決定の最終判断の決め手にはならない。あまり大きな責務を負わせず手段・道具としてツールとしての考え方も必要である。

本稿は、決して看護研究のレベルの低さを指摘して看護研究者を中傷する目的の総説ではない。看護研究者が何の疑問もなく利用している統計解析方法についてもう一度、自己点検し、建設的に誤用や乱用について研究者同士で意見や批判を戦わたり、自分で更に勉強を進めたり、手に負えないときは統計専門家に相談してできるだけ誤用を少なくする努力をすることが大切である。そうすることが研究者の今後の発展につながると考え、問題提起をするものである。

以下に、誤用を著者なりに類型化し、統計を使用する際、注意すべき重要な点のうち誤用頻度の高いものや見逃し易いものを例として挙げておきたい。

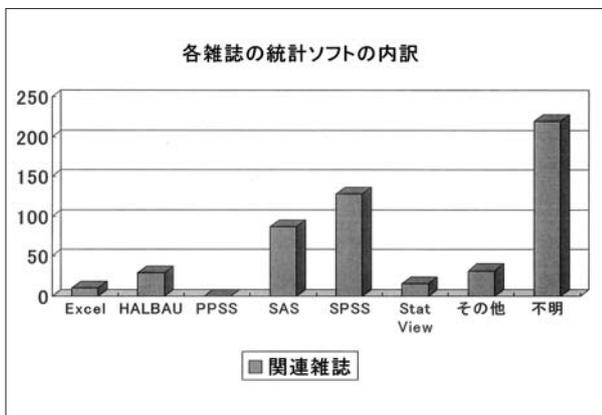


図1 10年間で8雑誌に用いられた統計ソフト

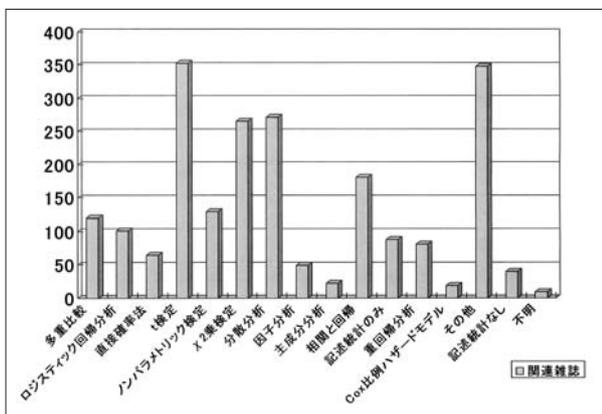


図2 関連8雑誌の10年間における統計手法数

2. 誤用の類型化

A. サンプリング(母集団と標本)の問題

実は統計解析の初歩の段階でのこの誤用が最も多い。

①無作為抽出された部分集団(抽出集団)から抽出の元全体(母集団)の特徴、性質を推定するのが推測統計学や統計学とも呼ばれる。全数調査(母集団)なのに不偏分散、平均値を用いて統計学的手法を使う。例えば、ある大学のある学科1年次学生100人について食生活調査を行い、朝食の欠食率について前期と後期に差があるかどうかをt検定する場合、母集団が想

定されてないし、学科の特定の学生を標本とすると全国の大学生を母集団と仮定しても標本抽出が限られた有為抽出なので全体の母集団は推定できない。結果として仮に前期の欠食率が高かった場合は、そのことは事実であるので記述統計の要約統計量にまとめておく方がよい。

ボランティアや応募などにより研究対象を選定する場合にも、標本の代表性には充分注意をする。一般にボランティアや応募者たちは研究者の想定している母集団を代表していない場合が多くみられる。

②看護研究に多い観察研究の場合、無作為抽出とともに未知の要因の効果を無作為割付によって除外できないので年代、性、職業など交絡因子になり易い要因の層別化とともに未知の要因を見逃さないようにしなければならない。

③サンプルサイズが少なすぎることによる β エラーの問題。観察研究の場合、さすがにサンプルサイズで4~5人を対象にすることは少ないが、動物実験などでは施設や予算の関係で4~5匹を使って薬剤などの効果を見る実験がある。効果の有無の確率を $1/2$ とすると4匹全部に効果があったとしてもその出現確率は 0.0625 となり有意水準 0.05 とすると帰無仮説は棄却されない。すなわち β エラーが生じ易い。研究計画を立てるときに適切なサンプルサイズを前もって計算しておくべきである。

B. 何でも χ^2 検定, t 検定

看護研究に限らず医学、医療領域では、使用頻度が最も高いのがt検定、次いで χ^2 検定となっている。(図2) それだけに誤用が目につく手法である。

① χ^2 検定では、度数が少ない($n < 20$)のに χ^2 検定をする例が多い。もともと χ^2 分布は連続量分布なので出現確率を χ^2 分布に近似させて使っている。従って χ^2 検定は計算が簡単であるが、近似的なP値しか与えられない。 χ^2 検定かFisher's Exact検定の選択は次のように考

える。Fisher's Exact検定は、常に正確なP値が計算されるために最良の選択であり、コンピューターを使う場合はこれが第1選択である。分割表のセル内度数、及び期待値が5以下の数値が一つでもあれば χ^2 検定は避けた方がよい。

サンプルサイズが大きい場合はYatesの補正は必要ない。また、同じ100人で大統領を支持するかどうかを前期と後期で調査し、差があったかどうかを調べる場合は一般の χ^2 検定ではなくマクネマーの検定を用いねばならない。

②属性が年代、学歴、収入など順序統計量の場合、“各組の標本は度数比が一樣な母集団からのランダム標本である”というのが帰無仮説だが、これが棄却された場合にあたかも“傾向”が実証されたかのように結論してしまう誤用がある。ランダムに選ばれた社会人を学歴別に3群に分け、所得水準をA, B, C, D群に分けて学歴によって所得水準が異なるかどうかを χ^2 検定して、もし有意であった場合の結論はあくまで“学歴によって所得水準は異なる”ということだけであるが“学歴が高いほど所得水準が高い”というような“傾向を示唆する”結論を出してしまう例が多く見られる。この場合、傾向性の検定が必要である。例えば、高コレステロール血症を、基準範囲内、中等度高コレステロール血症、高度高コレステロール血症の3群に分類し重症度を取り入れて検定するような場合もそうである。傾向性の検定には、拡張Mantel検定、Cochran-Armitage検定、Poisson傾向性検定、Mann-Whitney検定などがあるが意外と手法選択に迷う例である。

③連続量を無理に分類化して χ^2 検定をする。

結果が出てからカテゴリーを作ったり、カテゴリーをプールしたりする作為的な事後分類は、カテゴリー分けを都合よく変えることによって、“有意差あり”と“有意差なし”という結果も思いのままにできるようになる。分割表におけるカテゴリー分けは、正当な理由のも

とに事前に行なわなければならない。

連続量データを無理やりカテゴリー分けする場合で独立変数や従属変数が連続変量であるにもかかわらず、それらを“高、中、低”群のように分けて分析する。

あるいは具体的な年齢を質問しているにもかかわらず、分析の段階では“20歳以上”群と“20歳未満”群に分けて2群間のスコアの差を検定するあるいは頻度の χ^2 検定をして、“スコアについては年齢による差が認められた”というような結論に導く例である。

④ t 検定に関する誤用を幾つかあげれば、t 検定にかけるために無意味なグループ分けをしてグループ間の平均値の差に導く例、t 検定をする場合、前提条件として望ましい母集団は正規分布、等分散であり、標本は無作為抽出であるがそれらを見逃している場合、3群以上の平均値の比較において多重比較をすべきところを2群間の組み合わせについてt 検定を繰り返すという例である。また、もとのデータが連続変量(たとえば年齢とか尺度得点)であるのをわざわざグループ分けして群間でt 検定を行なうような誤りも指摘される。

⑤独立2標本(対応がない)の平均値の差をt 検定するとき、教科書的には、次のようなことが書かれている。まず等分散の検定(通常はF 検定)を行い、その上で、等分散なら通常のt 検定、等分散でなければ、ウェルチ(Welch)検定を行う。実際、多くの統計ソフトでは分析ではこの順で出力されている。この2段階検定は、最終的には、それぞれを単独に検定する場合とは異なるP 値を出すので、最初からウェルチ検定をする方が良いと考えられる。また2群比較ではt 検定の関連2標本(対応ある)と独立2標本(対応なし)を混同する例や、順序統計量間のt 検定を行う誤用例も多い。

C. 分布の無視

①母集団に正規分布が仮定できない場合、母

集団を表現するパラメータとして平均値、標準偏差を用いることは適切でないのに、平均値 \pm S.Dと表記するケースである。この場合は中央値(Me)と中央値や最頻値、パーセントタイルを用いるべきである。②アンケート調査で回答が5件法、例えば「大好き」を5点、「やや好き」を4点、「大嫌い」を1点としたような順序尺度である場合、平均値を算出することには意味がない。しかし、それらを得点化し、平均を求める傾向がある。

③2変量が共に正規分布ではないのに2変量の平均値や標準偏差から計算されるピアソン相関係数を使う。この場合は順位相関係数を使用すべきであるし、順位尺度のデータからピアソンの相関係数を算出してしまう誤りも多い。例えば図3のようにX変量が正規分布するわけでもなく、順序統計量なのに相関係数や回帰直線を求める例である。論文や発表では、単に相関係数を算出したと書くのではなくどういう相関係数をどういう理由で用いたのかを表示する必要がある。

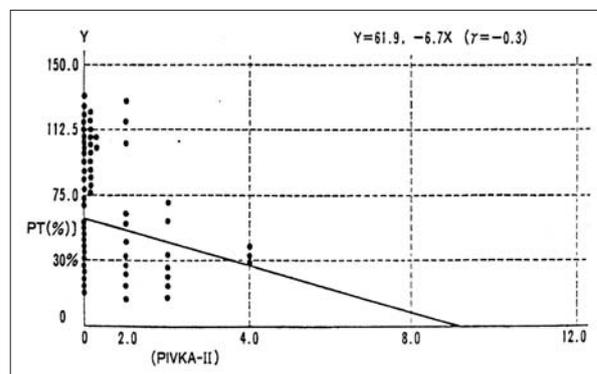


図3 HPT(ヘパプラスチソテスト)とPIVKA-IIの関係

D. 多重比較検定の問題

ANOVA(分散分析)と多重比較検定は、検定の目的が異なる。ANOVAで、どの群とどの群を比較する必要があるかを決め、複数群の群間因子を比較する。多くの場合は、ANOVAで有意差があれば、多重比較検定を行う。しかし、ANOVAで有意差が出なくても、F比を計算しない多重比較では、有意差が出ることも

ある。従ってF分布検定をしない多重比較は、前もってANOVAをしなくても良い。F分布を用いる多重比較にはScheffe, Games/Howell, Fisher PLSDなどがあり、F分布を用いない多重比較としてはDunnet, Tukey, Bonferoniなどがある。特に、Dunnet法は対照群と各群との比較をする検定なので総ての2群同士を比較する検定に用いてはならない。図5はDunnet法

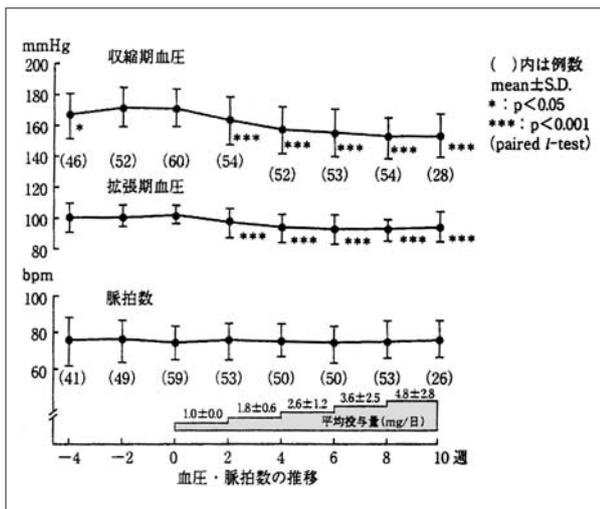


図4

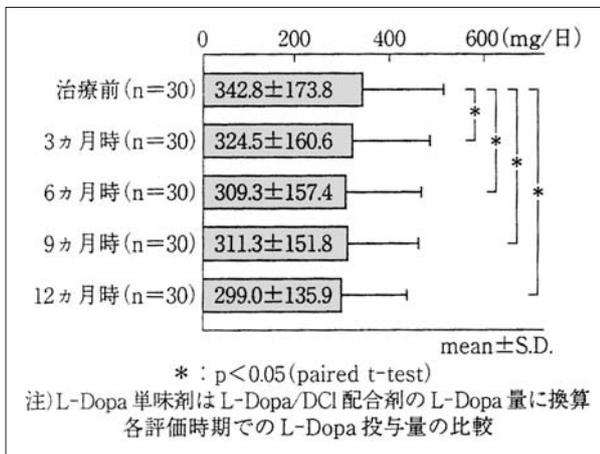


図5

を適用すべきであるがpaired t-testのくり返しを行っている。本来、多重比較検定は独立した群の群間比較のための検定であるが反復因子のための多重比較検定 (Two-way repeated measures ANOVA) の場合は、群内比較であるので通常多重比較検定ではなく、「対比」を行ななければならない。その他に、多重比較検

定が必要となるが殆ど見逃されているものには次のような例がある。相関行列における多くの要因の組み合わせでの5%有意水準による検定(表1)、棄却検定における複数標本の棄却検定、複数の検定法を使った検定、複数の時系列実験データ相互間のt検定の繰り返しなどである。(図4と図6)

表1 愁訴と各体温間の相関性

	皮膚温						鼓膜温	腋窩温
	鼻根部	右頬中央	示指尖	手掌中央	足背	下腿前面		
ZSDS n=55	0.134	0.291 *	0.143	0.255	0.072	0.316 *	0.315 *	0.195
CMI (V) n=55	0.002	-0.011	0.050	0.085	-0.106	-0.03	0.016	0.119
CMI (M-R) n=55	-0.019	0.111	-0.012	0.088	-0.054	0.126	0.044	0.156
鼓膜温 n=49	0.446 ***	0.462 ***	0.325 *	0.414 **	0.287 *	0.227		0.352 *

*: P<0.05 ** : P<0.01 *** : P<0.001

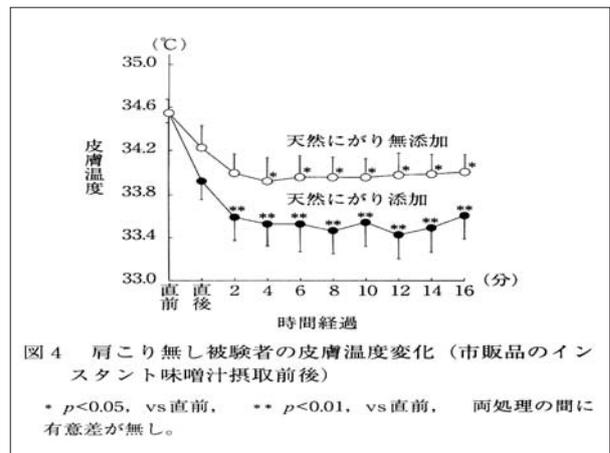


図4 肩こり無し被験者の皮膚温度変化(市販品のインスタント味噌汁摂取前後)
* p<0.05, vs直前, ** p<0.01, vs直前, 両処理の間に有意差が無し。

図6

E. 多変量解析の誤用, 乱用

最近統計パッケージソフトの普及により、統計学の素養がなくても簡単に使えるようになってきている。多変量解析の手法は、複数の変数を同時に分析する、あるいは多数の交絡因子(共変量)の調整を行うなど便利で有用な利点が多くあるが本来はパラメトリックまたはセミパラメトリックを前提としている手法なので制限事項があり、多くの研究論文においてはそれが無視され、また結果の解釈が誤っている場合が多い。よくみられる誤りは、説明変数間の独立性

の問題(多重共線性), サンプルサイズが $n = 40$ ぐらいなのに説明変数を10~15変数の挿入, 回帰係数の意味づけ, ダミー変数の使い方, 固有値の無視(表2, 因子分析の例だが第1因子の寄与率が僅か10%なのにそれぞれの因子抽出をして意味づけを行っている.), 横断研究における多重ロジスティックモデルの乱用などがあげられる.

表2

Factor loading of each food group by factor analysis.

Food groups	1st factor	2nd factor	3rd factor
Cereals	0.351	-0.047	-0.104
Potatoes*	-0.098	0.004	0.449
Sugar & preserves	-0.030	0.432	-0.184
Fats & oils	0.337	0.053	-0.142
Pulses	0.345	-0.013	0.090
Fruit	-0.087	0.426	0.114
Vegetables	0.127	0.385	0.224
Fish	0.128	-0.011	-0.060
Meat & meat products	0.117	0.011	0.473
Eggs	-0.223	-0.284	0.197
Milk	-0.053	0.100	-0.196
Dairy products	0.172	-0.014	-0.048
Confectioneries	-0.298	0.015	-0.086
Beverages	0.090	0.079	-0.165
Eigen value	1.902	1.658	1.427
Percentage of contribution (%)	13.6	11.8	10.2
Cumulative percentage (%)	13.6	25.4	35.6

* Potatoes include an intake of Platano.

この項については触れなければならない内容が多岐にわたるので別な機会に稿を新にした.

【おわりに】何故, 誤用が多いのか

誰もが統計パッケージを使えば容易に統計解析が出来る時代で, 先行研究で用いられた統計的方法を無批判によく理解しないでそのまま引用, 相承する誤りや, 統計ソフトのマニュアルに従って機械的にデータをインプット, アウトプットする現状にある. 今後は情報教育と実践的な医療・看護データを情報処理する実習・演習が必要で, 同時に技法教育に終始しないような検定の基本的事項について確率論や線型代数を基礎とした統計学教育の充実が求められる.

(図7)

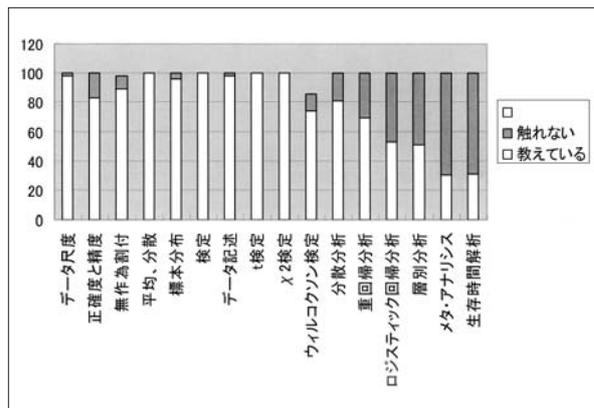


図7

論文

A大学看護学科1年次生の 日常生活スキルとコミュニケーション・スキルの特徴

Characteristics for Daily Life Skills and Communication Skills of the First-Year Nursing Students in A College.

小島 悦子, 森口 眞衣, 山田 敦士, 松本 真由美

Etsuko KOJIMA, Mai MORIGUCHI, Atsushi YAMADA, Mayumi MATSUMOTO

日本医療大学
Japan Health Care College

要旨

本研究は、コミュニケーション能力育成に向けた多分野協働の教育方法を検討する際の基礎資料を得ることを目的に、A大学看護学科1年次生の日常生活スキルとコミュニケーション・スキルの特徴を明らかにすることである。

調査票は79名に配布し、39名から回収されたが(回収率49.4%)、2名が白紙であったため、37名を分析対象とした(有効回答率46.8%)。分析の結果、日常生活スキルでは、『感受性』と『対人マナー』の自己評価が高く、『情報要約力』、『計画性』、『自尊心』、『前向きな姿勢』、『リーダーシップ』の自己評価が低かった。コミュニケーション・スキルでは、『他者受容』と『関係調整』の自己評価が高かったが、『表現力』、『自己主張』といった【表出系】の自己評価が低い傾向にあった。

日常生活スキルやコミュニケーション・スキルの向上のために、特に1年次における関連科目間の連携の必要性が示唆された。

The purpose of this study is to clarify characteristics of daily life skills and communication skills of the first-year nursing students in A college, and support to develop their communication abilities.

37 nursing students responded to our questionnaires. In a daily life skills scale, “empathy” and “interpersonal manner” are higher than any other subscales such as “knowledge summarization”, “planning”, “self-esteem”, “positive thinking”, and “leadership”. In ENDCOREs measuring communication skills, “acceptance of others” and “regulation on interpersonal relationship” are higher than any other subscales such as “expressivity” and “assertiveness”.

The result of this preliminary study suggests that collaborations between relevant subjects are necessary to develop daily life skills and a communication skills in the curriculum.

キーワード：日常生活スキル, コミュニケーション・スキル, 看護学生
daily life skills, communication skills, nursing students

I. はじめに

日本社会は、情報化やグローバル化の加速と急激な少子高齢化の進展に伴い大きく変化している。少子化の煽りを受け、大学全入時代の到来といわれる中、大学教育においては、急激に変化する社会に対応できる人材の育成が求められている。中央教育審議会(2012)は、大学においては、生涯学び続け、主体的に考える力を育成することが重要で、教育方法を質的に転換する必要があるとしている。そして大学教育の中で、人間として自らの責任を果たし、他者に配慮しつつ協調性を発揮できるための倫理的、社会的能力を身に付けられるようにする必要がある。さらに、大学は答えのない問題に対して自ら解を見出していく主体的学修の方法や、想定外の困難に際して的確な判断力を発揮できるための教養、知識、経験を総合的に獲得することのできる教育方法の開発・実践を担う責任があるとしている(中央教育審議会, 2012)。

A大学は看護師等の医療人を育成する大学であり、「ヒューマニティに育まれる人間力」を建学の精神にカリキュラムが展開されている。人間力は、社会を構成し運営するとともに自立した一人の人間として力強く生きていくための総合的な力であり、知的能力的要素、社会・対人関係力的要素、自己制御的要素で構成されている(内閣府, 2003)。看護師は、看護の対象となる人との人間関係を基盤に、対象となる人の健康状態や生活を理解し、多職種チームと連携・協働しながら対象に合ったケアを判断し、創造し、実践していく。すなわち、看護師には、日常生活で遭遇するさまざまな問題や要求に対して、建設的かつ効果的に対処するために必要なライフスキル(WHO, 1997)や、看護の対象となる人や多職種と協働していくために必要なコミュニケーション・スキルは欠かすことのできない基礎的能力となる。

A大学のカリキュラムは、これらの基礎的能力を段階的に修得できるように、基礎教育科目、

専門基礎科目、専門教育科目が配置され、リテラシー能力や論理的思考、倫理観、人間理解を育む科目を大学の専任教員が担当しているという特徴を有する。これらの特徴を活かしながら、4年間かけて「ヒューマニティに育まれる人間力」を備えた看護師を育成するには、特に1, 2年次における基礎教育科目、専門基礎科目、専門教育科目間の連携が必須であり、その中で適宜、能動的学修を組み入れることが重要となる。そこで本研究は、コミュニケーション能力育成に向けた多分野協働の教育方法を検討する際の基礎資料を得ることを目的に、A大学看護学科1年次生の日常生活スキル、コミュニケーション・スキル、自我状態の特徴を明らかにしたので報告する。なお、本研究では日常生活スキルおよびコミュニケーション・スキルの特徴に焦点をあてて報告する。

II. 研究目的

本研究の目的は、看護学生のコミュニケーション能力育成に向けた多分野協働の教育方法を検討する際の基礎資料を得ることを目的に、A大学の看護学科1年次生の日常生活スキルおよびコミュニケーション・スキルの特徴を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 研究対象

A大学看護学科1年次生85名

3. 調査方法

大学の昼休みに、研究協力依頼書と調査票を配布し、研究の趣旨、方法、および倫理的配慮について書面と口答で説明した。調査票は一定の期間を設け、所定のレポートボックスに投函するように依頼した。

4. 調査内容

調査項目は、1年次に受講した科目、「効果

的に日常生活を過ごすために必要な学習された行動や内面的な心の動き」と定義されたライフスキルを測定する日常生活スキル尺度・大学生版(島本ら, 2006), コミュニケーション・スキルを測定できるENDCOREs(藤本ら, 2007), および性格特徴をとらえる東大式エゴグラムとした。

日常生活スキル尺度・大学生版(島本ら, 2006)は, 8下位尺度24項目から構成され, 「4: とても当てはまる」～「1: ぜんぜん当てはまらない」の4段階評定を行う尺度である。計画性, 情報要約力, 自尊心, 前向きな思考といった主に個人場面で展開されるスキルを表わす「個人的スキル」と, 親和性, リーダーシップ, 感受性, 対人マナーといった主に対人場面で展開されるスキルを表わす「対人スキル」を測定でき, 信頼性(Cronbach's $\alpha = 0.63 - 0.87$), 妥当性がある程度支持されている。

ENDCOREs(藤本ら, 2007)は, 6下位尺度24項目から構成され, 「7: かなり得意」～「1: かなり苦手」の7段階評定を行う尺度で, 下位尺度ごとの平均値を求め, 得点が高いほどスキルが高いことを示す。自己統制, 表現力, 解読力といった基本スキルと, 自己主張, 他者受容, 関係調整といった高次な対人スキルを測定でき, 信頼性(Cronbach's $\alpha = 0.68 - 0.93$), 妥当性が認められている。

東大式エゴグラム(東京大学医学部心療内科, 1995)は, 5下位尺度60項目で構成され, 「Critical Parent」「Nurturing Parent」「Adult」「Free Child」「Adapted Child」の5つの自我状態を測定でき, 信頼性(Cronbach's $\alpha = 0.74 - 0.80$), 妥当性が認められた尺度である。

なお, 本研究における日常生活スキル尺度・大学生版およびENDCOREsの使用については, 開発者から事前に許諾を得た。

5. 調査期間

調査期間は, 2014年9月17日から30日の13日間とした。

6. 分析方法

日常生活スキル尺度・大学生版およびENDCOREsについては, 各項目及び各下位尺度の平均値, 標準偏差, および中央値を算出し分析を行った。

7. 倫理的配慮

研究協力予定者に対し, 研究の目的と意義, 調査は無記名で個人を特定できないこと, 研究への協力は自由意志であり辞退しても不利益を被らないこと, 回答の回収をもって研究協力の同意が得られたと判断すること, 調査結果の公表等について文書と口答で説明した。なお, 本研究は日本医療大学倫理委員会の承認(承認番号: 26-1)を得て実施した。

IV. 結果

調査票は, A大学看護学科1年次生79名に配布し, 39名から回収されたが(回収率49.4%), 2名が白紙であったため, 37名を分析対象とした(有効回答率46.8%)。

1. 日常生活スキル

日常生活スキルの各下位尺度の平均値は, 『情報要約力』が2.67, 『計画性』が2.68, 『自尊心』が2.47, 『前向きな思考』が2.53で, 『感受性』が3.08, 『親和性』が2.80, 『対人マナー』が3.42, 『リーダーシップ』が2.24であった(表1)。

『情報要約力』, 『計画性』, 『自尊心』, 『前向きな思考』を併せた【個人的スキル】が31.03, 『感受性』, 『親和性』, 『対人マナー』, 『リーダーシップ』を併せた【対人スキル】が34.65であった(表2)。

表1. 日常生活スキル尺度の項目および下位尺度の平均値, 標準偏差 (n=37)

下位尺度	項目	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
情報 要約力	手に入れた情報を使って, より価値の高いもの(資料等)を生み出せる	2.43	0.60	2.67	0.46
	数多くの情報の中から, 本当に自分に必要な情報を手に入れられる	2.86	0.42		
	多くの情報をもとに自分の考えをまとめることができる	2.70	0.74		
計画性	先を見通して計画を立てることができる	2.43	0.80	2.68	0.61
	課題がでると, 提出期限を自ら決める等の工夫をしてやる気を引き出す	2.95	0.70		
	やるべきことをテキパキと片付けることができる	2.65	0.75		
自尊心	自分のことが好きである	2.43	0.83	2.47	0.65
	自分の今までの人生に満足している	2.68	0.85		
	自分の言動に対して自信を持っている	2.30	0.70		
前向きな 思考	嫌なことがあっても, いつまでもくよくよと考えない	2.62	1.01	2.53	0.73
	困ったときでも「なんとかなるだろう」と楽観的に考えることができる	2.84	0.90		
	何かに失敗したときにすぐに自分はダメな人間だと思ってしまう※逆転項目	2.32	0.73		
感受性	困っている人を見ると援助をしてあげたくなる	3.27	0.69	3.08	0.61
	他人の幸せを自分のことのように感じるができる	3.05	0.70		
	悲しく泣いている人を見ると, 自分も悲しい気持ちになる	2.92	0.86		
親和性	困ったときに, 友人らに気軽に相談することができる	2.81	0.91	2.80	0.72
	親身になって友人らに相談に乗ってもらえることができる	3.05	0.78		
	どんな内容のことでも友人らと本音で話し合うことができる	2.54	0.90		
対人 マナー	目上の人の前では礼儀正しく振る舞うことができる	3.35	0.54	3.42	0.46
	年上の人に対しては敬語を使うことができる	3.54	0.51		
	初対面の人に対しては言葉遣い等に気を配ることができる	3.38	0.59		
リーダー シップ	話し合いのときにみんなの意見を1つにまとめることができる	2.43	0.73	2.24	0.61
	集団で行動するとき先頭に立ってみんなを引っ張っていくことができる	2.08	0.72		
	自分が行動を起こすことによって, 周りの人を動かすことができる	2.22	0.63		

表2. 日常生活スキル尺度における個人的スキルと対人スキルの平均値, 標準偏差, 中央値 (n=37)

	平均値	標準偏差	中央値
個人的スキル	31.03	4.10	30.00
対人スキル	34.65	5.12	33.00

2. コミュニケーション・スキル

コミュニケーション・スキルを測定する尺度であるENDCOREsの各下位尺度の平均値は, 自分の感情や行動をうまくコントロールする『自己統制』が4.68, 自分の考えや気持ちをうまく表現する『表現力』が4.18, 相手の伝えたい気持ちを正しく読み取る『解読力』が4.80, 自分の意見や立場を相手に受け入れてもらえるように主張する『自己主張』が4.01, 相手を尊重して相手の意見や立場を理解する『他者受容』が5.20, 周囲の人間関係にはたらきかけ良好な状

態に調整する『関係調整』が5.11であった(表3).

『表現力』と『自己主張』を併せた【表出系】が4.09, 『解読力』と『他者受容』を併せた【反応系】が5.0, 『自己統制』と『関係調整』を併せた【管理系】が4.89であった(表4).

V. 考察

1. A大学看護学科1年次生の日常生活スキルの特徴

A大学看護学科1年次生の日常生活スキルは, 1年次の2月と2年次の8月の時期にお

表3. ENDCORESの項目および下位尺度の平均値, 標準偏差 (n=37)

下位尺度	項目	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
自己統制	自分の衝動や欲求を抑える	4.59	1.24	4.68	0.66
	自分の感情をうまくコントロールする	4.38	1.04		
	善悪の判断に基づいて正しい行動を選択する	5.24	1.01		
	周りの期待に応じた振る舞いをする	4.49	1.17		
表現力	自分の考えを言葉でうまく表現する	3.78	1.44	4.18	1.37
	自分の気持ちをしぐさでうまく表現する	4.30	1.53		
	自分の気持ちを表情でうまく表現する	4.46	1.64		
	自分の感情や心理状態を正しく察してもらう	4.16	1.57		
解読力	相手の考えを発言から正しく読み取る	4.68	1.20	4.80	1.16
	相手の気持ちをしぐさから正しく読み取る	4.76	1.40		
	相手の気持ちを表情から正しく読み取る	4.86	1.13		
	相手の感情や心理状態を敏感に感じ取る	4.89	1.35		
自己主張	会話の主導権を握って話を進める	3.92	1.28	4.01	1.09
	まわりとは関係なく自分の意見や立場を明らかにする	4.27	1.56		
	納得させるために相手に柔軟に対応して話を進める	4.19	1.37		
	自分の主張を論理的に筋道を立てて説明する	3.65	1.36		
他者受容	相手の意見や立場に共感する	5.16	1.07	5.20	0.92
	友好的な態度で相手に接する	4.97	1.24		
	相手の意見をできるかぎり受け入れる	5.30	1.10		
	相手の意見や立場を尊重する	5.38	0.98		
関係調整	人間関係を第一に考えて行動する	5.27	1.17	5.11	0.88
	人間関係を良好な状態に維持するように心がける	5.65	1.09		
	意見の対立による不和に適切に対処する	4.84	0.99		
	感情的な対立による不和に適切に対処する	4.68	1.20		

表4. ENDCORESの各系の平均値, 標準偏差, 中央値 (n=37)

	平均値	標準偏差	中央値
表出系 (表現力・自己主張)	4.09	1.02	4.13
反応系 (解読力・他者受容)	5.00	0.98	4.88
管理系 (自己統制・関係調整)	4.89	0.68	4.88

るB看護大学の5年間の学生を対象とした各下位尺度の平均得点(小林ら, 2013)とほぼ同様の値であり, 平均年齢 19.6 ± 1.26 歳の一般の大学生を対象とした結果(島本ら, 2006)の『感受性』と『親和性』を除いた結果とほぼ同様の傾向を示した。

『感受性』の項目である「困っている人を見ると援助をしてあげたくなる」, 「他人の幸せを自分のことのように感じるができる」は, 島本ら(2006)の一般の大学生を対象とした研究の平均値はそれぞれ2.95, 2.71であるのに対

し, A大学看護学科1年次生は3.27, 3.05と高い傾向にあった。B看護大学生を対象とした小林ら(2013)の結果においても, 『感受性』の平均値が3.03~3.20であった。一方, 『親和性』の項目である「困ったときに, 友人らに気軽に相談することができる」, 「親身になって友人らに相談に乗ってもらうことができる」, 「どんな内容のことでも友人らと本音で話し合うことができる」は, 島本ら(2006)の一般の大学生を対象とした研究の平均値はそれぞれ3.18, 3.12, 3.20であるのに対し, A大学看護学科1年次生

は2.81, 3.05, 2.54と全体的に低い傾向を示した。B看護大学生を対象とした小林ら(2013)の結果においても、『親和性』の平均値が2.50~2.83と低い傾向がみられた。

以上から、大学生の日常生活スキルの特徴として、効果的な学習を促進すると考えられる『情報要約力』や『計画性』の項目、『自尊心』、ストレスへの緩衝作用になるといわれている『前向きな思考』といった【個人的スキル】の自己評価が低いことがあげられる。また、【対人スキル】においては、『対人マナー』の自己評価が比較的高いが、集団活動への参加を表わす『リーダーシップ』の自己評価が低く、加えてA大学看護学科の1年次生は、『感受性』は比較的高いが、『親和性』が低い傾向にある。

2. A大学看護学科1年次生のコミュニケーション・スキルの特徴

A大学看護学科1年次生のコミュニケーション・スキルの下位尺度の得点は、『他者受容』、『関係調整』が高く、『自己主張』、『表現力』が低い傾向にあった。『他者受容』については、287名の大学生・大学院生の調査においても平均値が5.20であり(倉元ら, 2012), 143名の2年次と4年次の看護学生の調査においても平均値が5.1(河内ら, 2014)と下位尺度の中で一番得点が高かった。一方、A大学看護学科1年次生の『関係調整』の平均値が5.11であったのに対し、倉元ら(2012)の結果は4.83, 河内ら(2014)の結果は4.6~4.8であったことから、他の大学生より高い傾向と考えられた。しかし社会的スキルを調査した研究において(武田ら, 2012), 大学1年次生は自らのスキルを高く認知する傾向を示唆していることから、1年次生の自己評価の特徴とも考えられる。『関係調整』の項目では、「人間関係を第一に考えて行動する」、「人間関係を良好な状態に維持するように心がける」の得点に比べて、「意見の対立による不和に適切に対処する」、「感情的な対立による不和

に適切に対処する」の得点が低かった。『自己主張』の項目のうち、「会話の主導権を握って話を進める」、「自分の主張を論理的に筋道立てて説明する」の得点が特に低く、『表現力』では「自分の考えを言葉でうまく表現する」が特に低かった。『自己統制』、『解読力』については先行研究の平均値とほぼ同じ結果であった(河内ら, 2014; 倉元ら, 2012)。しかし、『自己統制』については各項目のうち、「善悪の判断に基づいて正しい行動を選択する」が5.24と高かったが、「自分の感情をうまくコントロールする」は4.38と低い傾向を示した。また、『解読力』の各項目の平均値は4.68~4.89の間であったが、看護学生を対象とした研究において(阿部, 2013), 看護学生は患者とのコミュニケーションが困難な場面では解読が難しいと感じ、そのことが問題解決を阻み、ネガティブな情動を引き出し、コミュニケーションの困難度が増す可能性が示唆されている。よって、看護師を目指す学生は、さまざまな年齢や状況にある人を理解していくことも重要と考える。

各系では、『解読力』と『他者受容』を併せた【反応系】が高く、『表現力』と『自己主張』を併せた【表出系】が低い傾向にあった。藤本ら(2007)の延べ233名の日本人大学生を調査した結果においても、【表出系】よりも【反応系】のスキルに優れていたという結果から、日本人大学生の特徴と考えられる。

3. A大学看護学科1年次生のコミュニケーション能力育成に向けた多分野協働の教育方法

A大学看護学科1年次生は、日常生活スキルの『情報要約力』、『計画性』、『自尊心』、『前向きな姿勢』、『リーダーシップ』、およびコミュニケーション・スキルの『表現力』、『自己主張』といった【表出系】の自己評価が低い傾向にあった。

藤本ら(2007)は、ENDCOREsと自尊感情

との関連性について検討し、自己価値が高く、かつ対人不安の少ない人ほど【表出系】のスキルが優れていたと報告している。また、豊田ら(2004)は、大学生の自尊心は「得意科目があったこと」、「充実した学校生活」、「友人からの信頼」、「自己受容」と正の相関があり、「他者からの評価を気にする」と負の相関があったと報告している。つまり、【表出系】のスキルを高めるためには、自尊感情を高めることが重要であり、そのためには、多様な価値観をもつ他者との安心できる関係の中で、自己の価値に気づくための機会を提供していく必要がある。『親和性』は孤独感と負の相関があることが示されており(島本ら, 2006)、他者との相互作用が円滑に行われることによって孤独感が解消され、困ったときに相談することや本音で話し合うなどの『親和性』も高まっていくと考えられる。

さらに、コミュニケーション・スキルの『表現力』の項目では「自分の考えをうまく表現する」、『自己主張』の項目では「自分の主張を論理的に筋道立てて説明する」の自己評価が特に低かった。ENDCOREsは階層構造を有し、基本スキルである『表現力』と対人スキルの『自己主張』が2階層となって【表出系】を構成している(藤本, 2013)ことから、基本スキルである「自分の考えをうまく表現する」力をつける必要がある。A大学看護学科のカリキュラムは、論理的な記述力を育成する「日本語表現」、自分と他者の考え方の違いを意識し記述する「倫理学」や「生命倫理学」、自分や他者の行動を通して対人関係を理解する「心理学」や「人間関係論」などの基礎科目と並行して、基礎看護学の科目が配置されている。よって、科目間で情報共有しながら、自分で考える機会とグループで考えを共有する機会、および自分の意見や考えを発言する機会を授業内に計画的に組み込んでいく必要がある。科目間連携により、問題解決や意思決定スキルである『情報要約力』

が身に付くと同時に、基礎看護学では対象に合わせた最善のケアを計画・実施・評価する能力も育成することから、問題解決に必須の見通す力となる『計画性』を高めていくことも可能になると考える。それらのスキルが向上するにつれて、『自己主張』や『リーダーシップ』の能力も高まると考える。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究では調査票の回収率が低く、A大学看護学科1年次生の日常生活スキルやコミュニケーション・スキルの特徴を十分に捉えきれていないという限界がある。

今後は、日常生活スキルやコミュニケーション・スキルの経年変化、およびカリキュラムが異なる他大学の看護学生との違いについても検討する必要がある。

VI. 結論

1. A大学看護学科1年次生の日常生活スキルは、『感受性』と『対人マナー』の自己評価が高く、『情報要約力』、『計画性』、『自尊心』、『前向きな姿勢』、『リーダーシップ』の自己評価が低い傾向にあった。
2. A大学看護学科1年次生のコミュニケーション・スキルは、『他者受容』と『関係調整』の自己評価が高く、『表現力』、『自己主張』といった【表出系】の自己評価が低い傾向にあった。
3. 日常生活スキルおよびコミュニケーション・スキルの向上のために、特に1年次における関連科目間の連携の必要性が示唆された。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただいた学生の皆様に心より感謝を申し上げます。なお、本研究は平成26年度日本医療大学学術助成費(研究代表:山田敦士)の助成を受けて実施したものです。

引用文献

- 阿部智美 (2013). 患者とのコミュニケーション困難場面における看護学生の「解説, 問題解決, 感情」との関連. 日本看護研究学会雑誌, 36 (1), 149-156.
- 藤本学, 大坊郁夫 (2007). コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み. パーソナリティ研究, 15, 347-361.
- 藤本学 (2013). コミュニケーション・スキルの実践的研究に向けたENDCOREモデルの実証的・概念的検討. パーソナリティ研究, 22 (2), 156-167.
- 河内浩美, 池田かよ子 (2014). 看護学生におけるSOCとコミュニケーション・スキルの実態—実習の経験別による比較—. 新潟青陵学会誌, 7 (1), 57-62.
- 小林千世, 柳沢節子, 松永保子 (2013). 看護系大学生のライフスキルに関する研究. 応用心理学研究, 39 (1), 65-66.
- 倉元俊輝, 大坊郁夫 (2012). 大学生のコミュニケーション・スキルの特徴に関する研究—ENDCOREsを用いた検討—. 対人社会心理学研究, 12, 149-156.
- 内閣府 (2003). 人間力戦略研究会報告書. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2010/05/25/1293956_2_1.pdf [2014-12-11]
- 島本好平, 石井源信 (2006). 大学生における日常生活スキル尺度の開発. 教育心理学研究, 54, 211-221.
- 武田かおり, 鉢呂美幸, 工藤恭子 (2012). 看護大学生の社会的スキルに関連する生活および実習体験. 名寄市立大学道北地域研究所年報, 30, 21-27.
- 東京大学医学部心療内科 (1995). 新版エゴグラム・パターン—TEG (東大式エゴグラム) 第2版による性格分析. 東京: 金子書房.
- 33-40.
- 豊田加奈子, 松本恒之 (2004). 大学生の自尊心と関連する諸要因に関する研究. 東洋大学人間科学総合研究所紀要, 創刊号, 38-54.
- 中央教育審議会 (2012). 新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて—生涯学び続け, 主体的に考える力を育成する大学へ—. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2012/10/04/1325048_1.pdf [2014-12-11]
- WHO (1997). WHO・ライフスキル教育プログラム. 東京: 大修館書店. 12.

エゴグラムを用いたA大学看護学科1年次生の自我状態の分析

Analysis of the Ego States of First Year Students at A Nursing College by Egograms

松本 真由美, 山田 敦士, 森口 真衣, 小島 悦子

Mayumi MATSUMOTO, Atsushi YAMADA, Mai MORIGUCHI, Etsuko KOJIMA

日本医療大学

Japan Health Care College

要旨

本研究は「コミュニケーション能力養成プログラムの開発に向けた一連の研究」の一つである。コミュニケーション能力向上には自己理解が重要であることから、A大学看護学科1年次生に東大式エゴグラムTEGⅡを実施し、エゴグラム5尺度およびエゴグラム・パターンについて分析し、教育的介入の可能性について検討した。

有効回答34名の分析結果は、①エゴグラム5尺度の数値についてはNPが高く、ACとCPも高い傾向があった。②エゴグラム・パターンについてはN型、AC優位型、逆N型が多く示された。③教育的介入としては、状況を理性的・客観的に分析し、的確な判断ができるAの側面を強化することで、相対的にACとCPが低下し、看護職に適する自我状態である高NPと高Aの台形型へと移行する可能性が考えられた。

This study is one of a “series of studies for the development of a communication skills training program.” Improving communication skills and self-understanding is important. We examined the egograms (TEGⅡ) of first year students at A Nursing College. They were analyzed for five scales and egogram patterns. We considered the possibility of educational interventions. Thirty four valid responses were obtained. Results from this study suggested that : ①On the egograms five scale, the NP was high, and there tended to be a higher AC and CP. ②Regarding the egogram patterns, N-type, AC predominant type and Reverse N type had shown many. ③As the educational interventions are conducted, it will be recommended that students strengthen the A aspects by rationally and objectively analyzing the situation. The result is expected to be that the AC and CP will be relatively reduced. The ego states of the students will have a transition to trapezoidal high NP and high A which is suitable for nursing.

キーワード：看護大学生, 自我状態, エゴグラム

Nursing College Students, Ego States, Egogram

I はじめに

本研究はコミュニケーション能力育成に関する看護、人文領域の教員による多分野協働研究の一つに位置づけられ、複数年にわたり継続するものである。筆頭筆者は精神保健学、心理学を専門とし、本研究プロジェクトでは看護学生の人格面の発達とコミュニケーション能力の育成に関する領域を受け持つ。

A大学は2014年4月に開学した新設大学である。看護科の卒業時に求められる看護師像として「コミュニケーションを通して、援助的人間関係に発展させる能力」をあげ、コミュニケーション能力の修得を重視している。また、看護学生は臨地実習において、対象者の気持ちを理解し、適切なケアを行う上で高いコミュニケーション能力が求められるため、コミュニケーション能力の獲得に向けた教育的はたらきかけを早期から実施することが望まれる。

コミュニケーション能力向上を図るには、コミュニケーション傾向を客観的に示す必要があることから、本稿ではエゴグラムを採用した。エゴグラムは交流分析の4つの分析(エゴグラム分析、対話分析、ゲーム分析、脚本分析)の一つで、他者との交流の傾向を示すものとして位置づけられ(東京大学医学部心療内科TEG, 2006)、コミュニケーションの傾向診断上、有効性が示されている(内田, 2014a)。特に、自我状態を知るための簡便な自記式質問紙であり(Dusay, 1990)、日本版としてエゴグラム・チェックリストECLが作成された(新里ら, 1979)。この他、自我状態尺度には、SGE中京心身医療グループ版、PCE適性科学研究センター版、アスノ経営管理社版、埼玉医科大学版等があるが、医療分野で広く利用されているのが東大式エゴグラムTEG II(以下、TEG II)である。

自我状態とは人の思考・感情・行動の基本になる心の状態をいい、親的P、大人のA、子どものCで表す。エゴグラムはこの3種をさらに

5尺度の機能に分割し、他者との交流で示される自我状態を数量化し、視覚的にわかりやすいグラフで示したものである。5尺度はCP(Critical Parent:批判的な親)、NP(Nurturing Parent:養育的な親)、A(Adult:大人)、FC(Free Child:自由な子ども)、AC(Adapted Child:従順な子ども)であり、これら5尺度は誰の中にも存在し、その程度差に個人の特徴が表れると考える。エゴグラムの結果は本人が確認でき、自己発見や自己啓発に活用できるだけでなく、被験者群全体の傾向や類型化をもとに自我状態をより包括的に理解することが可能である(東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2006)。

看護学生のエゴグラムに関する研究はこれまで幅広く実施されており、主に4種に分類できる。看護学生の性格傾向の把握(杉田ら, 1991; 中川ら, 1993; 武藤, 1995; 三木ら, 2001; 稲光ら, 2007)等、エゴグラムと他の指標、たとえばCASなど不安得点との関連による性格特徴の分析(稲葉ら, 1991; 武藤, 1996)等、エゴグラムと臨地実習との関連(小河ら, 1993; 豊田ら, 1996; 榊原ら, 2005; 影本ら, 2010)等、エゴグラムとコミュニケーション・スキルとの関連(新里, 2001; 村中ら, 2007; 中村ら, 2007a; 中村ら, 2007b; 矢口ら, 2011; 内田ら, 2014a; 内田ら, 2014b,)等である。

本稿で取り上げたいコミュニケーション能力とエゴグラムの関連について、中村ら(2007a)は看護大学3年生を対象に両者の関連を検討した。その結果、コミュニケーション総得点とACに有意差があり、総得点の低さとAC得点の高さに関連が見られた。また、従来は、エゴグラムを自己啓発のツールとして活用しているが、エゴグラムを看護教育に応用した研究もある。村中ら(2007)は、コミュニケーション傾向の診断にエゴグラムを用いたシミュレーション・プログラムを開発した。方法は看護場面に

則した事例をシナリオにし、患者の発言に対し、看護師が答える設定のシナリオの中に設問と解答を用意した。解答はエゴグラムのA優位、NP優位、CP優位にそった選択肢が用意され、被験者である看護学生はいずれかを選択する。シナリオが進み、すべての設問に解答すると被験者が辿った学習コースから、良好、または不良なコミュニケーション傾向が診断される。事例は5種類用意され、Web上で被験者が個別に実施し、調査者が解答記録を分析することができる。その結果、看護学生のコミュニケーション傾向が把握でき、コミュニケーション・スキル・トレーニングに役立てられる。村中らの研究はエゴグラムをコミュニケーション・スキル向上に役立てた例として評価できる。

この他、看護教育以外にも、情報基礎教育でエゴグラムと発話量の関係を検討した研究等があり(内田ら, 2010a; 内田ら, 2014b)、大学教育におけるコミュニケーション能力向上にエゴグラムは十分活用可能と考えられる。

特に、エゴグラムの利点は5尺度の平均得点から被験者群全体の傾向を把握できることに加え、19のエゴグラム・パターンの類型化により、個人の自我状態を幅広く理解できる点である(東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2006)。19パターンはCP, NP, A, FC, ACそれぞれの優位型、低位型からなる10種と、台形型、U型、N型、逆N型、M型、W型、平坦型、P優位型、C優位型に分けられる。これら19パターンにそった性格特性を理解し、適する教育的介入の可能性を検討することで学生にあった指導がなされ、教育効果が高まると考えられる。ここで言う教育的介入とは教育現場で生じる課題に対し、教師と研究者が協働で授業を展開し、学生の問題を解決する教育方法を指す。本研究プロジェクトは複数の教員が参加していることから、将来的にはそれぞれが担当する授業の中で、エゴグラム・パターンの結果を学生全体に還元し、コミュニケーション能力を強化するこ

とが可能と思われる。

そこで、本稿は「コミュニケーション能力養成プログラムの開発に向けた一連の研究」の第一弾として、A大学看護学科1年次生のエゴグラムの分析を行うものである。まず、エゴグラムの全体的傾向を把握し、次いで、エゴグラム・パターンの中で多くの学生が分類された型を抽出し、それらに見合った適切な教育的介入のあり方について検討し、今後のコミュニケーション能力向上に向けた課題を明らかにする。

なお、使用するエゴグラム質問紙により項目、集計方法等が異なることから、本研究においてはTEG IIを使用したものを先行研究として参考にした。

II 研究方法

1. 調査対象

A大学看護学科1年生85名を対象とした。

2. 調査期間

2014年9月17日から30日までである。

3. 調査実施方法・調査内容

必修の授業時間終了後にコミュニケーションに関する研究の概略と調査協力について説明し、調査票を配布した。配布数は欠席者を除く79名であった。記入後は、指定の期日までに回収場所に投函するよう依頼した。

4. 分析方法

TEG IIはCP, NP, A, FC, AC各10問と回答の妥当性を測る3問をあわせた53の質問項目から成り、各問につき「はい(2点)」「どちらでもない(1点)」「いいえ(0点)」の3段階評定を用い、尺度ごと0~20点で程度差を示すことができる。また、各尺度の得点をグラフ化することにより、エゴグラム・パターンを見出すことが可能である。

5. 倫理的配慮

調査対象者には研究の目的を説明し、回答は自由意志であり、回答の有無が成績に影響しないこと、調査用紙の回収により調査協力に同意したものとみなすことを伝えた。記入は無記名としたが、今後、他の質問紙と関連づけた分析を行うことから、匿名化コードを用い、対象者ごと対応可能としたが、プライバシーには十分配慮した。なお、本調査は日本医療大学研究倫理委員会の承認を得た上で実施された(承認番号:26-1)。

Ⅲ 結果

1. 回収率

回収は39名であるが、白紙が4枚あり、有効回答数35名、回収率は44.3%である。このうちTEG IIのQスコアで38点を示した回答者があったが、Qスコアは「どちらでもない」に回答した合計数を示すもので、35点以上は相対累積度数が90%であり、TEG IIの分析上信頼性が乏しいと判断されることから除外し(東京大

学医学部心療内科TEG研究会, 2006), 研究対象は34名となった。

2. 集計結果

1) エゴグラム尺度値の結果

本調査対象者の得点の平均値と標準偏差を表1に示した。最も高かったのがNP(養育的親)の14.3, 次いでAC(順応した子ども)の13.6, FC(自由な子ども)の12.3, CP(批判的親)の11.7, A(大人)の10.6の順であり、最大と最小のポイント差が3.5である。

2) エゴグラム・プロフィールにもとづくエゴグラム・パターン分類

エゴグラムTEG IIは5尺度の得点の配置をもとに19のパターンに分類することができ、その19種を表2に示した。また、本調査対象者の分類結果を表3に示した。N型が8人と最も多く、AC優位型6人、逆N型4人の順に続く。表3に示された14パターン以外はいずれも0人であった。

表1 エゴグラム尺度の値 (n=34)

	CP	NP	A	FC	AC
平均値	11.7	14.3	10.6	12.3	13.6
標準偏差	4.1	3.4	4.6	4.3	5.1

表2 TEG IIのエゴグラム・パターン

パターン			
CP優位型	CP低位型	台形型	W型
NP優位型	NP低位型	U型	平坦型
A優位型	A低位型	N型	P優位型
FC優位型	FC低位型	逆N型	C優位型
AC優位型	AC低位型	M型	

表3 パターン分類の分布

CP優位	NP優位	A優位	FC優位	AC優位	NP低位	A低位
2人	1人	1人	3人	6人	1人	1人
FC低位	AC低位	N型	逆N型	M型	W型	平坦型
1人	2人	8人	4人	1人	2人	1人

IV 考察

1. エゴグラム尺度の平均値の特徴

本データはNPが14.3と最も高く、次いで、ACが13.6、FCが12.3、CPが11.7、Aが10.6の順であり、5尺度の中ではNP、AC、FCが高かった。中川ら(1993)が看護大学1年生に実施したTEG IIの結果と比較すると、NPが14.57、Aが12.63、ACが9.88、FCが9.75、CPが7.08であり、また、3年制短期大学の1年次生に実施した三木ら(2001)の結果では、NPが15.65、FCが14.27、ACが11.57、CPが9.26、Aが9.06であり、3大学ともに5尺度のうち、NPが最も高い点で一致したが、その他の尺度については個々に違いが見られた。

A大学看護学科1年次生の場合、他大学に比べ、ACとCPの得点が高い結果が示された。ACは相手にあわせる協調性、従順さを示すものであるが、裏を返せば依存心が強い、指示待ち状態を取りやすいとも考えられる。また、CPの高さは規則を遵守し、義務感・責任感が強く、道徳観・倫理観が保たれるが、自分の枠で相手を批判する、独断で決めつけ後に引かない、融通が利かないなどのマイナス面も併せ持つ(交流分析士2級テキスト, 2001)。5尺度の順位ではFCが3番目に位置し、自由にふるまう側面もあわせもつと考えられる。最も少ないのがAであり、理性的に判断する面が全体の中では低い傾向がある。

エゴグラムは高い尺度の得点を下げることは難しいが、低い尺度値を上げることで自ずと高い尺度値が平均化する傾向がある(Dusay, 1990)。A大学看護学科1年次生の場合、5尺度の中で低いAを高めることで、CP、ACが均質化すると考えられる。Aは論理的、計画的、状況判断と関わることから、状況をよく観察し、客観的に分析する理性的側面を育てることにより、人格的バランスが築かれると考えられる。

2. エゴグラム・パターンの分析

1) A大学看護学科1年次生の特徴

A大学看護学科1年次生の場合、エゴグラム・パターンではN型、AC優位型、逆N型が多く示された。

N型はCPが低く、ACが高い特徴を持つ。重型として(a) A低位、(b) FC低位、(c) A優位がある。以下、その特徴については東京大学医学部心療内科TEG研究会(2006)(以下、(同)と示す)の記述を参考にした。(a)は「頼まれたことや命令されたことを無批判に必死にやり遂げようとするお人よしタイプ」(同)である。従順で、熱心に関わる世話好きだが、理性的ではないため、状況判断がやや乏しい。(b)は「頼まれたことはノーと言えず、自分が世話をしないと気がすまないおふくろタイプ」(同)である。仕事を忠実にこなすが、1人で抱え込みがちで、ものごとを楽しめない傾向がある。(c)は「無批判、従順であり、加えて、仕事を何よりも愛し、仕事に献身的なワーカホリックタイプ」(同)であり、先の(a)(b)と比較すると理性的側面が強い。A大学看護学科1年次生は(a)が5名、(b)が2名、(c)が1名であり、世話やき、従順であるが、理性的に熟考・判断することが二の次になりやすい面が予想できる。

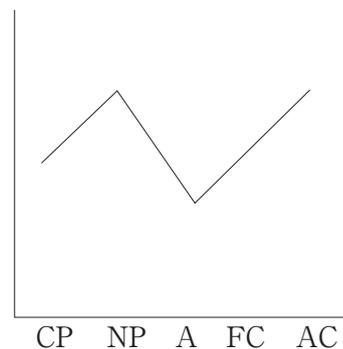


図1 N型(a)

AC優位型は指示されたことを誠実にこなし、まじめで、努力型であるが、依存心が強く、自分が責任を持つ場面では対処の仕方に戸

惑い、不安が高い傾向がある。

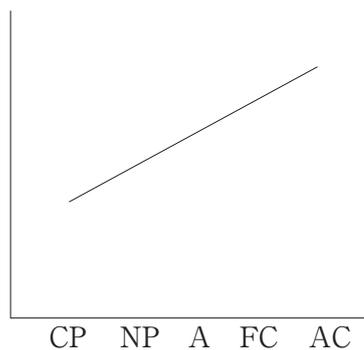


図2 AC優位型

逆N型はN型の逆でCPが高く、ACが低い。N型同様亜型として(a)(b)(c)タイプがあり、(a)はNPが低く、Aが高く、(b)はNPが低く、FCが高く、(c)はAが低く、FCが高い。(a)は「厳格で理想を追求する孤高の人タイプ」(同)である。規則やルールを遵守し、正義感が強いが、他者に厳しく、自分の主張を通し、妥協しないため、対人関係が円滑に展開しない場合がある。本データで(b)に該当する対象者はなかったが、自己愛が強いタイプである。(c)は「現実検討能力が低く、思い込みによって行動が規制されるタイプ」(同)である。感情豊かで、社会のルールを遵守するが、被害者意識が強く、状況を客観的に分析せず、他罰的行動をとる傾向がある。A大学看護学科1年次生では(a)が1名、(c)が3名であった。

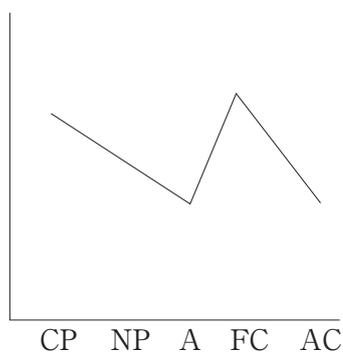


図3 逆N型(c)

エゴグラム・パターンを分析した中川の結果では、1年次生は台形型、N型、A優位型、逆

N型が多く(中川ら, 1993), N型, 逆N型についてはA大学看護学科1年次生と同様の傾向が示されたが、台形型は0名、A優位型は1名であった。台形型はNP, A, FCが高い山型を成し、健康で明るく自己主張ができる「自他肯定タイプ」である(同)。A大学看護学科1年次生は全体的傾向としてNPやFCが高いもののAが低いことから台形型に分類される者がなかった。

また、A優位型はAが高く、NPとFCがそれに次ぐベル型タイプで、知的で冷静、判断力があり、周囲への思いやりも高く、遊び心もあり他者と上手に付き合える適応タイプであるが(同)、A大学看護学科1年次生で該当したのは1名のみであった。

A大学看護学科1年次生において台形型やA優位型が少ないのは、A得点が高くないことと関係すると思われる。遠山ら(1988)は「看護婦としての社会的性格」として、エゴグラム上、NPとAの高い台形型を好ましいものとして上げている。これは看護師には母性的、保護的側面と、事実にもとづく冷静な判断力の両側面が特に重要であることを意味する。こうした望ましい看護師像や先行研究の結果から考えると、A大学看護学科1年次生は今後、Aの大人の自我の面を高め、NPまたはAを頂点とする山型に移行することが望ましい。前節のエゴグラム5尺度の平均値の特徴の分析でもAを高める必要性が示され、一貫した傾向が見て取れる。

2) エゴグラム・パターンに応じた教育的介入
 続いてエゴグラム・パターンに応じた教育的介入の可能性について検討する。各型にそったCP, A, ACの特徴については交流分析士2級テキスト(2001)(以下、(テキスト)と示す)を参考にした。

N型の特徴はCPの低さとACの高さにある。CPの不足は自分から責任をとれない、自分では決められない、あいまいな態度を取る、うのみにするなどである。対するACの過剰は依存

心の強さ、遠慮がち、妥協しやすい、指示されたことしかできない、がまんし続けると反動がでる等の傾向がある(テキスト)。CP不足とAC過剰の両者に共通する面として、状況に流され、自分の態度を決めかねる点があげられる。そこで、N型がよりバランスのよい自我状態に移行するための教育的介入として、周りとの関係の中に決まりやルールを取り入れ、場当たりの行動を減少するCP的側面を強めることや、まわりに流されやすい面を改善するために、本当にやりたいことを認識できる機会を与え、本意ではないことは断る自己表現を身につけるA的側面を強化することで、連動してACが低下することが期待できる。

AC優位型は自分の存在が周囲に受け入れられているかが気になり、周囲に合わせる傾向が強い(テキスト)。このパターンへの教育的介入としては、自分の意見を表現するA的側面を発揮する機会を作り、表現できた時はほめ、自信が持てるようはたらきかけることが考えられる。

逆N型は正義感あふれる模範的な行動が取れる反面、自分の考えを相手に押し付け、妥協しない面があり、また、ACの低さが他者の意見を取り入れる柔軟性の乏しさ、がんこに意地を通す傾向を示す(テキスト)。この場合の教育的介入としては、本人が自分の考えを持てる長所を評価しながら、ものごとには多様な見方があることや、相手の考えを受け入れ、時に妥協することにも意味があることを伝え、AC的側面を強めることが考えられる。

3) 今後の自我状態の変化の予測

1年次に示された自我状態は学年を経て、また、臨地実習を経験することで変化が生じることが予想される。先行研究の多くはCP、ACが下降し、NP、A、FCが上昇した。このうち有意差が示されたのが、1年次から3年次にかけてのNPの有意な上昇と、ACの有意な低下である(稲葉ら、1991;三木ら、2001;榊原ら、

2005)。

NPの上昇は3年次の実習が母性、小児、精神など母性的ケアを要求されるものであること(稲葉ら、1991)、また、「看護師には高いNPが要求される。」とDusay(1990)が述べたように、学年の上昇と共に看護師像がより明確になり、学生たちが理想像に近づくよう日々研鑽した結果と考えられ、NPの有意な上昇は看護師らしい方向への望ましい成長と思われる。

ACの低下については「年齢的成長による自我の発達とともに学習環境への適応、周囲の人々との対人関係による不安が減少し、自信や安定感を得た結果」(稲葉ら、1991)とあり、学年の上昇と共に不安や遠慮が少なくなり、指示されたことだけではなく、自分で課題をみつめる姿勢が生まれると考えられる。

これらの結果を参考にすると、A大学看護学科1年次生においても適切な教育的介入によってACが低下し、Aが上昇する可能性が十分に考えられる。今回示されたA大学看護学科1年次生のエゴグラム・パターンの特徴を各教員が共有し、日々の教育に活かすことで看護職によりふさわしい学生の成長が期待できる。

4) 本研究の限界と今後の課題

本稿ではエゴグラム5尺度の平均値による全体的傾向の分析と、エゴグラム・パターンの分析から、A大学看護学科1年次生の特徴を見出すことを試みた。今後はコミュニケーション・スキル尺度との関連を分析し、A大学看護学科1年次生の特徴に即したコミュニケーション・スキル獲得の方略について検討する必要がある。具体的には、A大学看護学科1年次生はAC得点が高い傾向があり、コミュニケーション・スキル尺度においても関連が予想される。たとえば、ACの高さはENDCOREsの「表現力」得点の低さや、「他受容」得点の高さとの関わりが考えられる。今後、エゴグラムとENDCOREsを関連づけ分析することで、強化すべき側面が明確になると予想する。

また、本研究は無記名で実施したため、エゴグラム結果を個別にフィードバックし、指導を行うことには困難があるが、本研究プロジェクトに参加する教員が担当する授業の中で、エゴグラムのA的側面を重点的に強化することはできる。また、エゴグラム・パターンのN型、AC型、逆N型に合致する学生の特徴が示される場面では、意識的に教育的介入を行うことが可能である。

今回、A大学の1年生の協力を得たが、データ数が少ない点は否めない。次年度以降の1年生にもデータ収集を継続し、また、本稿の対象者のデータを縦断的に取得し、エゴグラム・パターンの変化やコミュニケーション・スキル向上について経年変化を捉えることが重要と思われる。

V. 結論

A大学看護学科1年次生のエゴグラム5尺度およびエゴグラム・パターンの結果は以下の通りである。

1. エゴグラム5尺度の中ではNPが高く、先行研究の数値と比較しACとCPが高かった。
2. エゴグラム・パターンではN型、AC優位型、逆N型が多く示された。
3. 教育的介入としては、状況を理性的・客観的に分析し、的確な判断ができるA的側面を強化することにより、相対的にACとCPが低下し、看護職に適する自我状態である高NPと高Aの台形型へと移行する可能性が考えられる。

謝辞

本研究実施にあたり、ご協力いただいたA大学1年次生に心から感謝申し上げます。本研究は平成26年度日本医療大学学術助成費(研究代表:山田敦士)により実施した。

引用文献

武藤眞佐子(1995). エゴグラムから見た看護

学生の特徴. 岩手女子看護短期大学紀要, 3, 17-32.

武藤眞佐子(1996). 本学学生の性格特性とエゴグラムの特徴—2年次学年末におけるCAS不安因子得点毎エゴグラム—. 岩手女子看護短期大学紀要, 4, 17-31.

Dusay, J. M. (1990). エゴグラム. 新里里春訳. 創元社. 158.

稲葉佳江, 丸山知子(1991). 看護学生の性格特性と自我状態の変化. 交流分析研究, 14(1・2), 9-16.

稲光哲明, 篁宗一(2007). エゴグラムからみた看護学生の成長過程—1年次と4年次のPCエゴグラムの比較—. 交流分析研究, 32(1), 73-80.

影本妙子, 近藤栄律子, 曾谷貴子, 他(2010). 看護学生による臨地実習指導の評価—学生の特性に焦点をあてて—. 川崎医療短期大学紀要, 30, 17-22.

小河育恵, 掛橋千賀子(1993). 臨床実習におけるグループ編成に関する一考察—エゴグラムの活用を試みて—. 日本看護学会論文集:看護教育, 24, 22-25.

交流分析士2級テキスト(2001). 特定非営利活動法人日本交流分析協会. 10-20.

村中陽子, 高橋充, 鈴木克明(2007). 対人コミュニケーション・スキルのタスク分析とエゴグラムを活用した診断システムの開発. 日本教育工学会論文誌, 30(4), 343-353.

中川幸子, 森恵美(1993). 看護大学生のエゴグラムパターンの特徴—変化群と無変化群の比較—. 日本赤十字看護大学紀要, 7, 44-53.

中村小百合, 足立はるゑ, 天野瑞枝, 他(2007a). コミュニケーションスキル育成に関する研究(第1報)—看護学生のコミュニケーションスキルと自我状態との関連—. 日本看護医療学会雑誌, 9(2), 9-17.

中村小百合, 足立はるゑ, 天野瑞枝, 他(2007b).

- 看護学生のコミュニケーションスキル育成に関する研究(第2報)ーピーク・エゴグラムとボトム・エゴグラムからの分析ー。日本看護医療学会雑誌, 9(2), 27-32.
- 三木園生, 行田智子, 石原輝美, 他(2001). 看護学生の自我状態に関する調査ー1年次と3年次の比較ー。看護教育, 32, 92-94.
- 榊原守, 中山孝一, 藤本功, 他(2005). 入学直後と3年次臨地実習時の自我状態および認識の変化についてー精神看護学臨地実習時のエゴグラムとアンケート調査からー。看護教育, 36, 116-118.
- 新里里春(2001). エゴグラムによるソーシャルスキルと技法の見立て。日本行動療法学会大会論文集, 27, 181-182.
- 杉田明子, 太湯好子, 酒井恒美, 他(1991). 短大看護科学生の東大式チェックリストによるエゴグラムに関する基礎的検討。看護教育, 22, 204-206.
- 東京大学医学部心療内科TEG研究会(2006). 新版TEG2解説とエゴグラム・パターン。東京:金子書房。1-99.
- 遠山敏, 藤田美津子(1988). エゴグラムによる看護婦の自我状態の特性について。看護展望, 13(7), 90-97.
- 豊田久美子, 任和子, 中井義勝(1996). エゴグラムからみた看護学生の自我状態と実習評価との関連。京都大学医療技術短期大学紀要, 16, 77-82.
- 内田君子, 大矢芳彦, 奥田隆史(2014a). 情報基礎教育におけるペア効果とパーソナリティの特徴。情報処理学会研究報告コンピュータと教育研究会報告, 2014-CE-123(7), 1-10.
- 内田君子, 大矢芳彦, 奥田隆史(2014b). 情報基礎教育におけるペアワーク時の発話量とパーソナリティの特徴。情報処理学会論文誌, 55(5), 1595-1599.
- 矢口やよい, 阿部明美, 高橋直樹(2011). 看護学生のコミュニケーションスキルと自我状態との関連。第11回新潟医療福祉学会学術集会発表論文集, 56.

終末期の在宅療養や在宅死の意思決定に関する要因の研究 — 入通院患者に対する調査結果から —

Factors Related to Making Decisions Regarding Home Care and Death at Home — The Results of a Study of Inpatients and Outpatients —

林 美枝子¹⁾, 松永 隆裕²⁾, 矢野 智之³⁾, 飯島 美抄子⁴⁾
Mieko HAYASHI¹⁾, Takahiro MATSUNAGA²⁾, Tomoyuki YANO³⁾, Misako IJIMA⁴⁾

1) 日本医療大学保健医療学部看護学科

2) 札幌里塚病院 3) 札幌清田病院 4) 医療法人新産健会訪問看護ふれあいステーション

1) Department of Nursing, Faculty of Health Science, Japan Health Care College

2) Sapporo Satozuka Hospital 3) Sapporo Kiyota Hospital 4) Home Nursing Care Fureai Station

要旨

高齢化率が高い日本では、増加する年間死亡人口に対する病床不足が指摘され、国は在宅療養や在宅死を誘導する政策を行なっている。本研究は入通院患者にとって地域包括ケアシステムの政策の認知度や期待、在宅療養の実施の可能性やその意思決定に関連する要因を明らかにすることを目的としている。

調査の対象は40歳以上の患者であり、188人から協力を得た。分析は未記入率10%以下の177人であった。在宅療養に関する政策への期待について回答してくれた161人、在宅療養の可能性の可否に関して回答してくれた153人について、それぞれ他の変数との関連を分析した。

政策の認知度は38.5%で、政策への期待に関しては、男性 (P値 0.046)、夫婦世帯 (P値 0.046)、有職者 (P値 0.005)、在宅療養に不安を感じていないこと (P値 0.000) が、それぞれ他のカテゴリーよりも有意に影響していた。また在宅療養に不安を感じると答えた患者は、有意に多く在宅療養の実現は不可能であると答えていた (P値 0.006)。

The ratio of elderly in Japan is a high. The shortage of sickbeds in medical facilities in proportion to the annual death rate will be pointed out. As a result, Japan has begun making policy guides for terminal care at home. This study was conducted to clarify the possibility of home care and the relevant consequences of such a choice for patients.

The survey subjects were patients age 40 or over. 189 people answered. Analyses were 177 of less than 10 % of blank rate. For the 161 patients who answered the questions related to the expectation of the home care policy and the 153 patients who answered the questions related to the possibility of home care, the relations with other related factors were analyzed respectively.

The awareness of the comprehensive local care system policy was 38.5%, as for the expectation for the policy, male (P=0.046), husband/wife household (P=0.046), jobholder (P=0.005) and no concern about home care (P=0.000) respectively had significantly more hope than the other factors. The patients who answered they had concern about home care (P=0.006), answered home care was difficult to realize at a significantly high ratio, compared to the patients who answered they had no concern.

キーワード：在宅療養, 在宅死, 地域包括ケアシステム

Home care, Death at home, Comprehensive local care system

I 研究の背景と目的

日本の2035年における高齢化率の推計値は33.4%で、国民の3人に1人が高齢者となる社会が到来すると言われている(国立社会保障・人口問題研究所, 2012)。これは要介護人口の増加と死亡者数の増加を意味し、高齢者の終末期の医療と介護への対策は、現在最も重要な日本の政策課題である。現行の介護保険制度を維持するためには、さらなる負担増や給付抑制に取り組まねばならず、2014年6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が制定された。この法律の施行は、介護保険制度にとって2000年の創設以来の最も大きな制度改正となる。その目的は、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護の連携を図りながら地域での支援事業の充実を目指すというものであった。各市町村が地域の医師会と連携し、2025年までに構築を目指すこの支援事業は「地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク」(社会保障制度改革国民会議, 2013)という地域包括ケアシステムを指す。「地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において『21世紀型のコミュニティの再生』である」とも言われているが(社会保障制度改革国民会議, 2013)、在宅療養や在宅死を選択した患者が医療から介護へと円滑に移行することを促すことが期待されている。国はこのシステムの単位を、概ね30分圏内ですべてのサービスが提供される範囲とし、人口1万人程度の中学校区での実施を想定する。しかし多くの自治体では、まだ具体的なシステムの構築にはいたっておらず、厚生労働省は2012年を「地域包括ケア元年」と位置づけ、在宅での療養や看取りを普及する活動を活発化させている(厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室, 2012a)。終末期の医療や介護の資源が住んでいる地域によって大きく異なるにもかかわらず、

人生の終末期の患者やその家族は責任の重い意思決定を背負わされることになる。医療・介護の保険者である各市町村は、当該地域住民の納得のいく意思決定を保障することが求められ、そのためには地域の特性を生かした地域包括ケアシステムを構築せねばならない。

国は、2006年度から、原則的に24時間体制の往診や急変時の入院先の確保などの基準を満たす在宅療養支援診療所の認定を開始した。さらに、2008年度からは病院を中心とした半径4km以内に在宅療養支援診療所が存在しない病院を在宅療養支援病院と位置づけ、在宅療養支援診療所と同等に評価することとした。届け出数は2012年時点で在宅療養支援診療所が13758件、在宅療養支援病院が746件である。認定開始翌年時点での担当患者数と比べると、在宅療養支援診療所は約2倍、在宅療養支援病院は約12倍の患者を扱っており、確実に全国の医療施設での在宅支援力は高まっている(厚生労働省保険局医療課, 2013)。

本研究の目的は、入通院を行なっている患者集団を対象に、進行しつつある在宅療養・在宅死への誘導政策の受け皿となる地域包括ケアシステムの認知度やその政策への期待と関連する要因、調査時点での在宅療養・在宅での看取りの実施の可能性の有無、及びその関連要因を分析し、患者の意思決定の阻害要因を明らかにすることである。

II 在宅療養・在宅死の現状とその意思決定に関する先行研究

人口動態統計によると、1951年には82.5%であった日本の在宅での死亡率は、1976年に医療施設等での死亡率よりも低くなり、その後は減少の一途をたどっていることが分かる。2010年現在で12.6%となっていた(図1)。一方総務省が行なった2012年の「高齢者の健康に関する意識調査」では、54.6%の回答者(55歳以上の男女)が「自宅」での死を希望し、「配偶者に

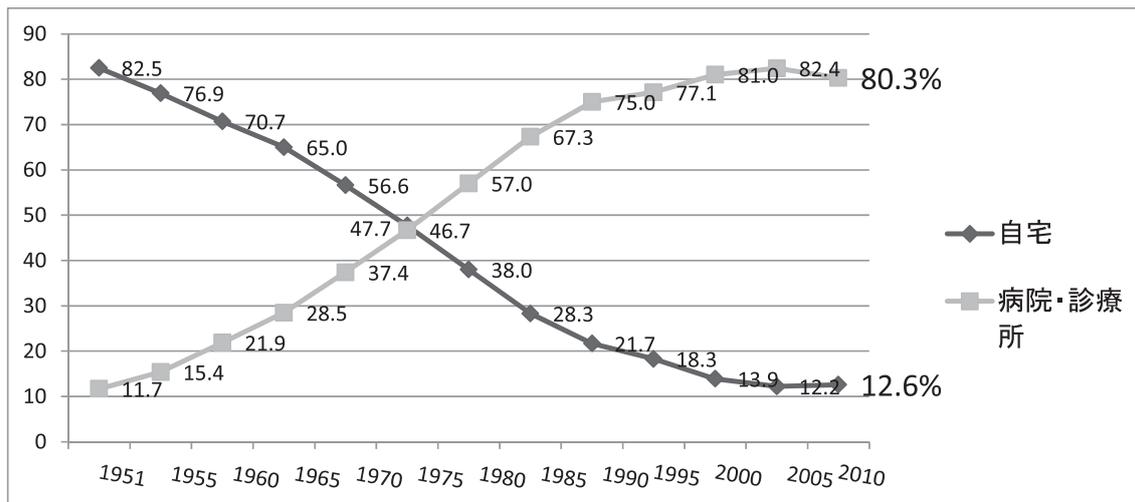


図1 日本における死亡場所の推移

備考 厚生労働省「人口動態統計年報 主要統計表」より作成。
1990年以前は老人ホームでの死亡が在宅に含まれていた。

どこで死を迎えさせてあげたいか」という質問に関して、本人よりも高率の57.7%がやはり「自宅」と答えていた（総務省，2012）。

この希望と現実の乖離の状況から、自宅での死を望みながらも病院で死亡している患者がかなりの数になることが理解できる。在宅死を望みながらも、多くはそれが阻害されてしまう現在の状況は、確かに改善を要する。先行研究では、在宅療養や在宅での看取りの意思決定に関連する要因を以下のように分析してきた。

在宅死の比率が20%台であった1991年の伊木らの研究によると、高齢者の療養形態を決定づけるものは、「家族の介護力」や「往診医の存在」、「訪問診療や訪問看護サービスのあり方やその量」であった（伊木ら，1991）。患者の意志と往診医の存在の他に、木下は「24時間体制の訪問看護ステーション」、「代替介護者の存在」を指摘し（木下，2000）、小林は「高齢者の主疾患が心疾患、悪性新生物であること」、「医師と終末についてのやりとりがあること」等を指摘している（小林，2000）。

介護保険制度成立以後の研究では、Akiyamaらが患者の在宅死の選択には「住宅の地理的位置」による影響が大きいとし、増加する在宅療

養支援診療所のうち「複数の医師がいる診療所」や、「診療所間の連携」がある場合、患者の在宅死の可能性が高まることを明らかにした（Akiyama, et al., 2011）。Ishikawaらは患者の在宅死には、患者の死に場所に関する希望や年齢ではなく、「性別が男性」であること、「家族が在宅死を好ましいと考えていること」が有意に関連していることを明らかにした（Ishikawa, et al., 2014）。患者の希望が家族の選択に左右されることを分析するとともに、患者と家族の死に場所の選択における不適合を示し、ターミナルケアにおける課題はいかにそれを適合させるかであると指摘している。また、石川らは終末期療養や看取りに関する認識の年代別比較を行い、希望場所として自宅を選択する傾向は有意に65歳以上に比べて「40-65歳の市民」に強いことを明らかにし、その関連要因から65歳以上には「介護の社会化に関する意識改革」、40-65歳では「死生観の醸成をする機会」が重要であることを指摘した（石川ら，2014）。須佐は家族の側の介護体験の意味分析を行い、介護者が在宅死を選択した理由として「社会規範による扶養意識」、「情緒的絆による扶養意識」、「過去の体験のやり直し」、「反施設感情」、「入

院する施設がない」,「経済的理由」を抽出している(須佐, 2004)。鈴木は家族が在宅での看護を継続するための要因を分析し,「知識・技術の修得」,「時間的余裕があること」,「介護に対する気力の発生」,「精神的負担の軽減」,「介護に専念できる環境」,「生活の見通しが立つこと」を上げていた(鈴木, 2003)。

Ⅲ 研究計画

Ⅲ-1 調査対象地域の概要

研究調査対象のA病院がある札幌市清田区は,今後の高齢化率の伸びが懸念され,地域コミュニティの強化が求められている地域である。在宅療養支援マップ¹⁾を検索すると,2015年1月現在,札幌市には121の在宅療養支援診療所と4つの在宅療養支援病院が表示されるが,清田区にはこのうち4つの在宅療養支援診療所はあるが,在宅療養支援病院はない。清田区は,区民の受診率が他の区と比べると最も低い53.7%であるが,外来の市内全体の充足率は98.2%であることから,この2つの数値の差だけ,他の区の病院や診療所を清田区民は受診していることが分かる(札幌市保健福祉局保健所医療政策課, 2012)。

A病院は,地域の急性期医療を担う内科・外科・整形外科を中心とした中核小規模病院(病床数99床)である。一日の外来患者数は約200人であるが,国道に面しているため市内の他の区や近隣他市からの入通院患者も多い。隣接する敷地には,眼科,皮膚科等の診療所や調剤薬局があるため,複数の診療科に通院する必要がある患者には便利な立地にある病院となっている。

Ⅲ-2 方法と分析

調査は,介護保険の対象者である40歳以上で,協力の意志を示してくれた入通院患者を対象に,自記式調査票によって実施した。事前に調査に関する実施と協力依頼のポスターを病院内の数箇所に貼付し,入院患者に関しては病院の医療関係者を通して協力の意思のある患者を

募り,調査期間内の検査や診察のない時間帯に病室を訪れて実施した。通院患者に関しては,待合室のロビー全域で,一人ひとりに調査への依頼を口頭で行い,協力の合意を得られた患者に自記式調査票を手渡し,記入後,その場で直接回収した。またロビー入口に記入用の机を設置して,受付の調査員を配置し,関心のある患者が,自由に調査協力ができるように工夫した。記入が困難な患者には調査員が一人ひとり付き添う形で,記入のための援助を行ったが,記入が強制とならないよう配慮した。調査員は筆者らが所属する「医療介護のコミュニケーション研究会」の医療関係者,及び近隣の大学の聴講生や学生,延べ18人である。事前に調査法,調査時の倫理的配慮に関する研修を行った。調査機関は2013年5月23日から29日の一週間である。

調査項目は社会的属性(性別,年代,同居家族,仕事の有無,居住形態,年間収入),現在の健康状況(健康不安の有無,受診診療科数,疾病の種類,医療関係者への信頼度),在宅療養・在宅死に関する意識項目(政策に対する期待,在宅療養の可能性の有無,その理由,在宅療養への不安の有無,関連する学習への需要)で,回答に要する時間は20分程度である。

得られたデータは単純集計と必要に応じたクロス集計を行い,記述式の場合は文章ごとに抽出してKJ法でカテゴリー分類を行った。在宅療養・在宅死の意思決定と政策への期待については,二値変数に値を再割り当てし,それぞれ他の項目との χ^2 検定を行って,有意な関連要因の有無を分析した。

Ⅲ-3 倫理的配慮

調査の目的,個人情報取り扱い,あるいはデータの目的外使用を行わないこと等を明記した文書を,調査票と同時に対象者に手渡し,内容を確認後,調査協力に関する同意欄へのチェックを得てから回答を開始してもらった。また得られたデータは調査対象者の個人情報が外部に漏れないよう,記号化して入力し,厳正

に管理した。調査実施に際してはA病院の理事会に研究に関する事業計画書を提出し承認を得た。

本論文の執筆にあたっては、日本医療大学研究倫理委員会からの承認を改めて得た。

調査協力者の知る権利に関しては、調査結果をポスターにして、学会報告後、A病院の待合室に1年間掲示した。

IV 結果

IV-1 分析対象者の概要と社会的属性

調査の協力が得られた患者は189人であった

が、未記入率10%以下の177票（女性91人，男性86人，40～50歳代41人，60～70歳代114人，80歳代以上22人）を分析対象とした。記入の途中で診察や検査が入り，未記入のまま調査票を回収しなければならないことが何件か発生したからである。

分析対象者の居住地区は図2の通りであった。隣接する北広島市からの患者が多いことが分かる。表1は分析対象者の社会的属性の単純集計と，性別によるクロス集計の結果である。女性の年代が男性よりやや高く，独居率，配偶者なしも女性のほうが高い。男性は46.5%が

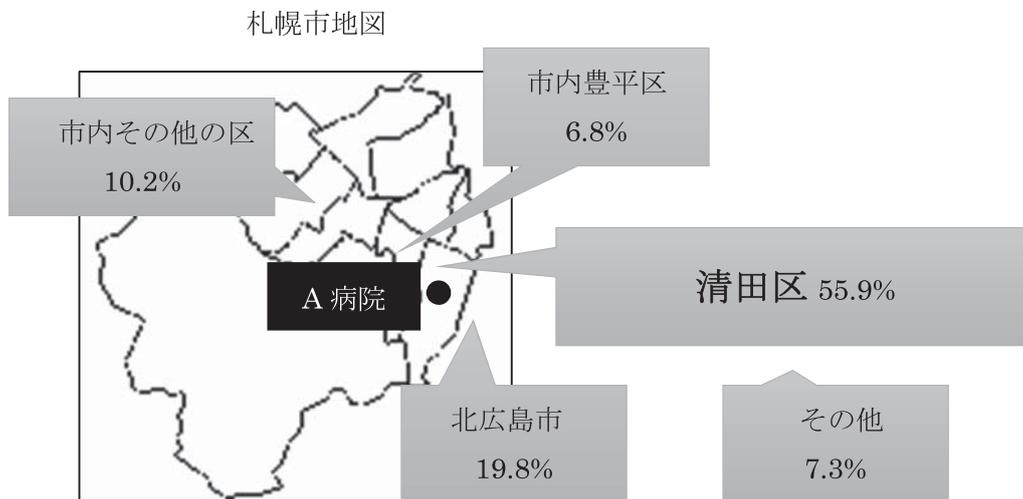


図2 本調査の分析対象患者の居住地

表1 社会的属性項目

		性別 (人数)		合計	
		女性	男性		
年代	40～50代	19	22	41	N.S.
	60～70代	59	55	114	
	80代以上	13	9	22	
世帯人数	独居世帯	18	8	26	0.03
	夫婦世帯	28	41	69	
	その他同居世帯	45	37	82	
配偶者の有無	いない	35	15	50	0.02
	いる	56	71	127	
仕事	している	9	40	49	0.00
	していない	82	46	128	
年間収入	無収入	12	0	12	0.00
	100万円未満	35	7	42	
	200万円未満	28	22	50	
	400万円未満	9	37	46	
	400万円以上	4	20	15	
合計		91	86	177	

有職者であるが、女性の有職者は9.9%であった。年間収入は世帯ではなく個人のものを用いているため、仕事の有無と関係し、年収の男女格差は極めて大きく、女性には無収入が12人いた。男女格差が際立っている点では学歴も顕著で、大学等の高等教育は男性が女性の4倍以上となっていた(図3)。図4は住居の形態であるが、住宅地という調査対象地の地域特性が反映され、今回調査では持ち家率が89.8%と高く、その80%以上が一戸建てである。

IV-2 健康に関する項目

図5, 6は分析対象者の健康状況に関する集計結果である。受診している診療科数は2ヶ所(44.6%)が最も多かった。治療中の疾患は代謝系, 循環器系, 整形外科系が目立っている。図7は患者の医療, 福祉関係者への信頼感の有無である。医師への信頼感が高いこと, 次いで看護師がやや高いこと, 他の医療, 福祉関係者への信頼感が低いことが伺えた(図7)。

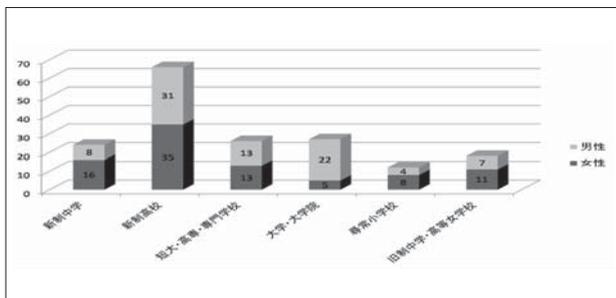


図3 学歴の男女比較 (N=177)

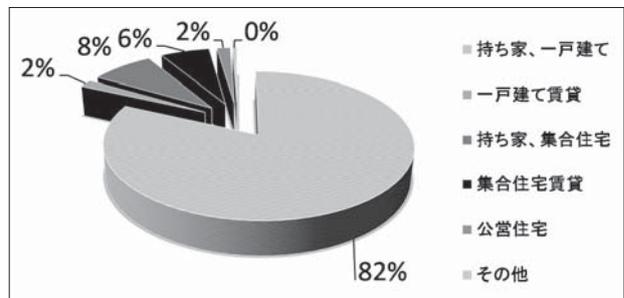


図4 住居形態 (N=177)

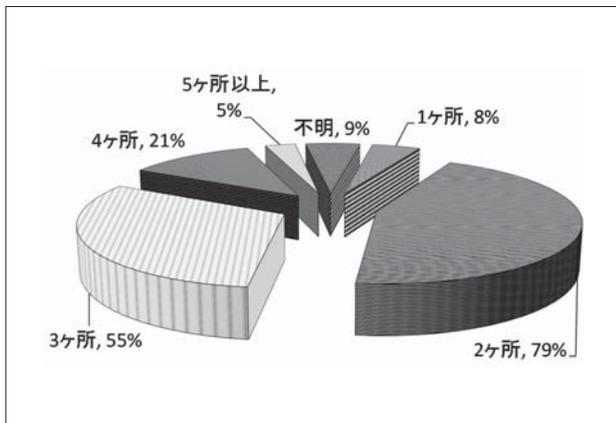


図5 現在受診している診療科の数 (N=177)

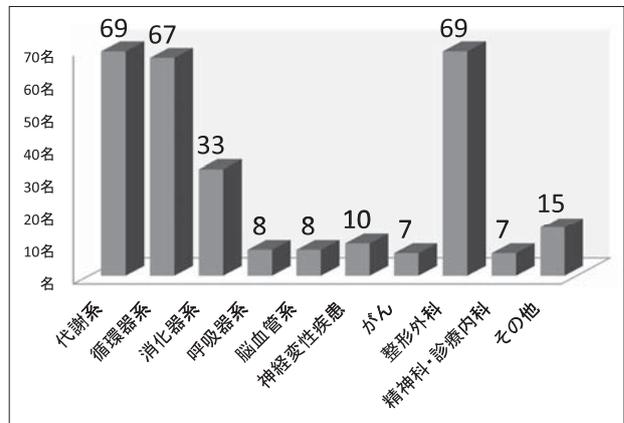


図6 疾病の種類 (複数回答 N=177)

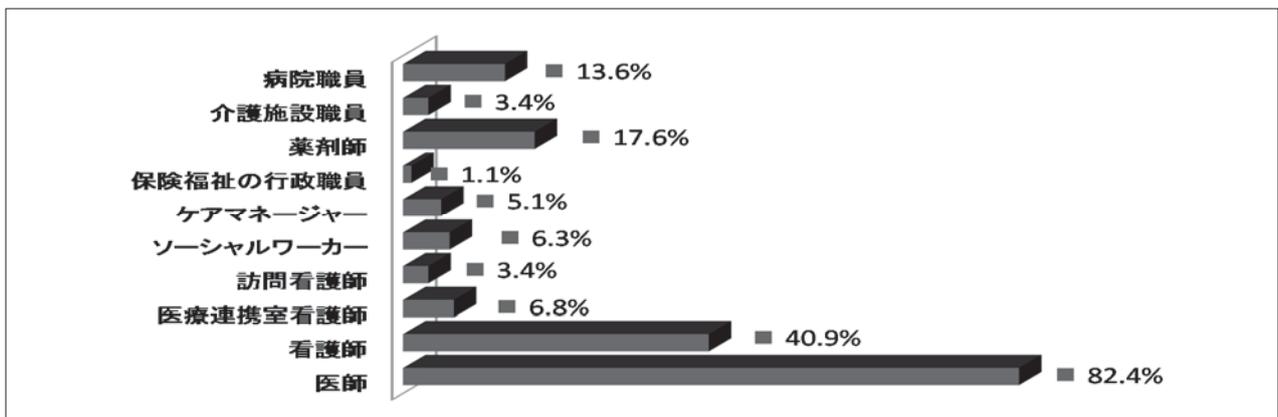


図7 信頼できると普段感じている医療, 福祉関係者 (N=177)

表2 本人が死を迎えたい場所, 家族に死を迎えさせたい場所

死を迎えたい場所, 迎えさせたい場所	患者本人 (N = 168)	家族 (N = 157)
療養, 最期ともに病院	48	47
療養は病院で, 最期は住み慣れた自宅 (老人ホームなどを含む)	60	53
療養は住み慣れた自宅 (老人ホームなどを含む) で, 最期は病院	26	25
療養も最期も住み慣れた自宅 (老人ホームなどを含む)	27	27
その他の場所	5	5

IV-3 在宅療養・在宅死に関する意識項目

表2は「もしあなたが回復の見込みが低い病気で終末期を迎えた場合, 最も過ごしたい療養場所, あるいは最期を迎えたい場所はどこですか」, さらに「家族に対しては最期をどこで迎えさせてあげたいですか」という質問に対する答えである。最後の看取りは自宅で, と望む患者は本調査では87人 (N=168) で, 51.8%であった。同居・別居に関係なく, 家族に対する看取りの場所に関しては自宅でと望む患者は80人 (家族のいない回答者は無回答N=151) で, 52.9%であった。

在宅療養を誘導する政策に関して得られた回答は161件である。図8は調査以前の政策への認知度であるが, 「知っていた」と「よく知っていた」を合わせた38.5%が, 政策を認知していたことになる。そのうち在宅療養が整備される政策への不安を訴えていた回答者は97人であったが, 期待していると答えた回答者も31人いた (図9)。不安の理由は介護される立場と介護する立場, どちらともいえない立場に別れたものとなる。記述式の結果が表3である。介護される立場では「家族への負担の懸念」, 「家族介護者不足」, 「体制, 環境が未整備」, 「急変

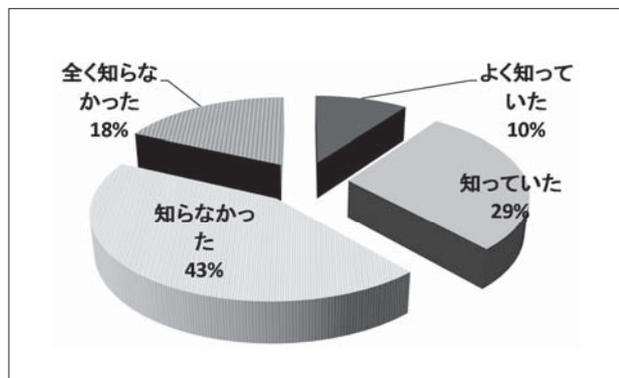


図8 在宅療養への誘導政策に関する調査以前の認知度 (N=161)

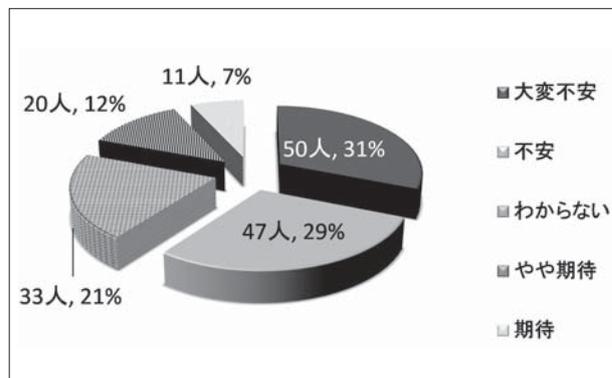


図9 在宅療養への誘導政策への不安や期待について (N=161)

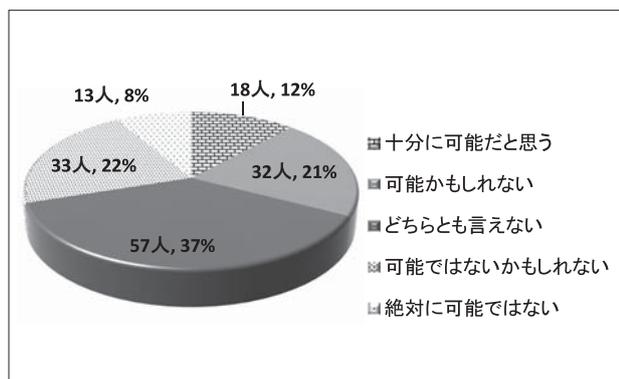


図10 在宅療養実施の可能性について (N=153)

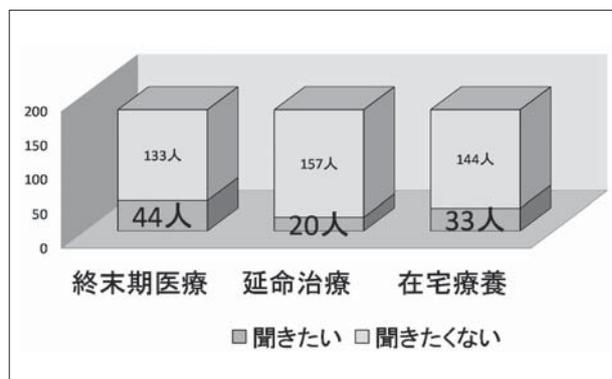


図11 研修へのニーズ (N=177)

表3 在宅療養や在宅での看取りの体制が整備されることに対する不安の理由 (N=97)

回答の立場	カテゴリー	記入内容	該当数
介護される立場での回答	「家族への負担の懸念」	介護で家族に苦労や迷惑をかけたくない	13
		テレビで家族が大変だと話しているのをよく聞くため	1
		介護する家族の健康が心配	3
		最後まで家族だけで介護をしてもらうのは不可能	2
		介護する者へのケアが心配	1
	「家族介護者不足」	家族の技術的介護力が不安	1
		老老介護になるので大変、家族は既に高齢	3
		1人で住んでいるため、同居者なし	4
		家族が少ない、同居家族はまだ子供	1
	「体制、環境が未整備」	家族が看れない時が不安	1
		まだ体制が整っているとは思えない	4
		病院で受けるような医療や介護は自宅では無理	2
		療養のための設備が自宅にはない	1
	「急変時の対応が不安」	自宅がバリアフリーではない	1
病状が悪化した時の対応が不安		8	
介護者の立場での回答	「知識不足」	常に医療関係者が居ないことは不安	3
		自分には医療、介護の知識がない	8
	「仕事との両立が不可能」	仕事をしているため24時間世話が出来ない	2
	「体力的な困難」	既に自分が高齢である	1
		自分ではとにかく無理	4
		精神的に耐えられなくなる不安	1
		自分で上手く出来る自信がない	2
		家族に対して介護をする意志はない	1
在宅療養の親戚を見ていて、自分にはできないと感じる		1	
どちらとも言えない回答	「その他」	何が起きるかわからないから	2
		在宅療養の実態が不明だから	1
		地域による格差があるので	1

時の対応が不安」、介護する立場では「知識不足」、「仕事との両立が不可能」、「体力的な困難」、「精神的な困難」などのカテゴリーを抽出することができた。

図9の5つの選択肢から、「やや期待する」と「期待する」をまとめ、他の項目も一つのカテゴリーにまとめて値の再割り当てを行い、他の変数との関連を χ^2 検定によって分析した結果が表4である。「女性」に比べて「男性」が(P値 0.046)、「独居」や「その他の同居家族がいる世帯」よりも「夫婦のみの世帯」が(P値 0.046)、「仕事をしていない」より「仕事をしている」患者が(P値 0.005)、「在宅死を希望していない」患者より「している」患者が

(P値 0.000)、在宅療養に「不安を感じている」患者より「感じていない」患者が(P値 0.000)、それぞれ有意に多く地域包括ケアシステムの政策に期待していた。

「現在、在宅療養を求められた場合、あなたにはそれが可能だと思いますか」という問いの答えが図10である。「十分に可能である」と「可能である」を足した答えは50人(32.6%)であった。「可能ではないかもしれない」と「絶対に可能ではない」と答えた46人にその理由を6つの項目から複数回答で選択してもらった結果が表5である。「介護する人がいない」、「家族に迷惑がかかる」がここでも多数を占めていた。また在宅療養の政策誘導を不安に感じる理由の

表4 在宅療養への誘導政策期待の有無との関連要因 (N=161)

		政策への期待		P 値
		ない	ある	
性別	女性	69 87.3%	10 12.7%	0.046
	男性	61 74.4%	21 25.6%	
世帯人数	独居世帯	22 95.7%	1 4.3%	0.046
	夫婦世帯	45 72.6%	17 27.4%	
	その他同居世帯	63 82.9%	13 17.1%	
仕事	している	32 66.7%	16 33.3%	0.005
	していない	98 86.7%	15 13.3%	
年間収入	200万円未満	78 85.7%	13 14.3%	N.S.
	200万円以上, 400万円未満	35 77.8%	10 22.2%	
	400万円以上	15 65.2%	8 34.8%	
健康への不安	あり	87 79.8%	22 20.2%	N.S.
	なし	39 81.3%	9 18.8%	
医師への信頼	なし	42 84.0%	8 16.0%	N.S.
	あり	88 79.3%	23 20.7%	
在宅療養への不安	なし	33 51.6%	31 48.4%	0.006
	あり	97 100.0%	0 0.0%	
合計		130 80.7%	31 19.3%	

表5 可能ではないと答えた人の理由 (複数回答) (N=46)

選択項目	人数
①自宅には看病・介護する人がいない	36人
②治療への不安	15人
③経済的に余裕がない	16人
④家族に迷惑がかかる	31人
⑤自宅はバリアフリーではなく、療養は物理的に無理	27人
⑥その他	4人

表6 可能になるための改善点について (複数回答) (N=46)

選択項目	人数
①看病・介護する人がいれば可能	34人
②病院と連携して訪問診療医により病気の管理がされ、医師の指示書に基づいて観察・報告・指示による処置や薬剤の管理を訪問看護師が行うなら可能	34人
③経済的に余裕があれば可能	22人
④地域に相互助け合いの組織があれば可能	10人
⑤自宅をバリアフリーに改装すれば可能	12人
⑥どうやっても無理	9人
⑦その他	1人

表7 在宅療養の可否との関連要因 (N=153)

		在宅療養について		P 値
		不可能	可能	
性別	女性	53 68.8%	24 31.2%	N.S.
	男性	50 65.8%	26 34.2%	
年代	40～50代	26 72.2%	10 27.8%	N.S.
	60～70代	67 67.7%	32 32.3%	
	80代以上	10 55.6%	8 44.4%	
持家	持家	93 67.9%	44 32.1%	N.S.
	賃貸, その他	9 60.0%	6 40.0%	
年間収入	200万円未満	63 71.6%	25 28.4%	N.S.
	200万円以上, 400万円未満	26 61.9%	16 38.1%	
	400万円以上	12 57.1%	9 42.9%	
健康への不安	あり	71 66.4%	36 33.6%	N.S.
	なし	30 68.2%	14 31.8%	
過去一年の入院歴	なし	84 70.0%	36 30.0%	N.S.
	あり	18 56.3%	14 43.8%	
医師への信頼	なし	28 59.6%	19 40.4%	N.S.
	あり	75 70.8%	31 29.2%	
在宅療養への不安	なし	34 55.7%	27 44.3%	0.006
	あり	67 77.9%	19 22.1%	
合計		103 67.3%	50 32.6%	

表8 在宅療養に関する知識について (N=161)

認知項目	人数
訪問診療医によるサポートで、自宅でも病院と同様に適切な医療が受けられる	79人
在宅療養中の容態の急変にも、訪問診療や看護を導入することで対応できる	42人
末期の進行がんの痛み・不安などの肉体的・精神的苦痛に対しても在宅療養で対応できる	26人
独居で、日常生活に不自由があっても、条件を整えば、在宅で療養することは可能である	28人
終末期の在宅療養であっても、医療費・介護費は保険適用内で受けることができる	35人
在宅療養を行う患者の家族に対しても、肉体的・精神的疲れに対応する措置が講じられる	22人

具体的な記述では、全く記入されていなかった「経済的な理由」が、ここでは16人に選択されていた。あるいは居住がバリアフリーではないこと等の環境要因も27人が選択していた。その他の具体的な回答欄には「体制が整っていない」、「人に介護されたくない」等が記入されて

いた。表6は何が改善されれば在宅療養は可能になるのかを、7項目から複数回答可で選択してもらった結果である。「看病・介護する人がいれば可能」、「病院と連携して訪問診療医により病気の管理がされ、医師の指示書に基づいて観察・報告・指示による処置や薬剤の管理を訪

問看護師が行うなら可能」がそれぞれ回答してくれた46人のうち34人に選択されていた。

図10の5つの選択肢から、「十分に可能だと思ふ」と「可能かもしれない」を「可能群」にまとめ、他の項目を「不可能群」とし、二値変数に値の再割り当てを行って、他の変数との関連を χ^2 検定によって分析した結果が表7である。関連する要因は一つで、在宅療養に不安を感じると答えた患者は、感じないと答えた患者に比べて、有意に在宅療養の実現は困難であると答えていた(P値 0.006)。

表8は在宅療養・在宅死に関する医療や介護の説明への認知度を聞いた質問への回答である。患者の家族に対する支援があることの認知度が最も低いことが分かった。図11は、「終末期医療や延命治療、在宅療養について、今現在、詳しい話を聞きたいと思えますか」という質問への複数回答の結果である。患者はこれらの話への興味をあまり持っていないかった。

V 考察

今回の調査結果は分析対象者の55.9%が清田区民であったが、これはⅢ-1で言及した清田区の通院患者の区内充足率とほぼ同じ数値であった。隣接する北広島市からの通院患者が多かった理由は、清田区と北広島市を結ぶ幹線道路沿いの大型店舗の開発が、新たな商業圏、生活圏を形成しつつあることの現れであろう。今後の地域包括ケアシステムの確立にあたっては、札幌市清田区南東部と北広島市大曲地区として、明らかな区分けが起こるわけであるが、医療資源に関しては市域を超えた利用が活発な地域であり、自治体同士の何らかの連携が極めて必要な地域となっている。

終末期を迎えたい場所に関しては療養を自宅で迎えることを希望した率と終末期を自宅で迎えたいとした率を足すと、在宅療養の希望は全体の31.5%、在宅死の希望は51.8%であった。先述した総務省の結果が54.6%であったか

ら、清田区A病院の患者集団の回答もほぼ同じであったことが分かる。しかし2010年の終末期医療のあり方に関する懇談会の調査では、一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、その66%はそれが困難であると感じており、その理由は「家族への負担」と「急変した時の対応への不安」であった(終末期医療のあり方に関する懇談会, 2010)。入通院患者を対象を絞った本調査でも、在宅療養は不可能であると答えた患者は67%で、数値はやはりほぼ同じであった。自由記述で答えてもらったその理由も、「家族への負担」と「急変した時の対応への不安」が多かった。清田区に在宅療養支援病院がないことや、往診をしてくれる医師を見つけることがやや困難な地区であることなどは、その理由として指摘されていなかった。今後、在宅死の希望に比べ、実際の在宅死の実現率の低さが明らかに予想され、やはりその意思決定を阻害する要因に対する何らかの取り組みが必要であろう。阻害要因と思われるものは本研究結果からは「在宅療養への不安」のみであり、先行研究が明らかにしてきた性別や年代、収入との関連はなかった。しかし在宅療養への不安の理由である急変期の医療的対応や家族介護者の負担は、患者が現在の在宅療養・在宅死ケアのシステムをよく知らないことに多くは起因しているのではないと思われる(表8)。患者やその家族が阻害要因を乗り越えて、納得して在宅療養・在宅死を選択するためには、情報の提供や教育的機会を工夫することが必要であろう。しかし、今回の調査からは、患者であっても、終末期医療や緩和ケア、在宅療養に関する学習への興味関心はあまり高くなかった(図11)。在宅療養に関する政策への期待は、健康要因より、男性であることや仕事を有しているなどといった社会的属性と関連しており、既に日本の家族介護者の属性における「男性」、「有職者」の率が増加していることと考え合わせると、在宅療養に関する学習機会の対象も男性や有職者を視

野に入れたものにする必要が感じられる。2025年までに地域包括ケアシステムが整えられ、地域の医療・介護資源を利用することで、在宅療養や自宅での看取りが十分に可能になったとしても、やはりそれを最期に選択するのは患者本人、あるいはその家族である。例えその選択が不可避であったとしても、納得した上での選択かどうか、この政策への今後の評価の分かれ目となる。

生きることに死が組み込まれていない現代日本の社会において、地域包括ケアシステムが全国的に構築されることで、死は居住空間の日常性に介入してくることになる。家の設計も、バリアフリーであるだけでなく、死を迎えやすい何らかの工夫が施されるようになり、家族介護者に対するワークライフバランスへの支援が、労働法制や雇用の仕組みを変えていくことになる。何より在宅での看取りは日本の死生観や、家族観にも大きな影響を与えていくことになるだろう。

本研究からは、改めて在宅療養や在宅死の選択の阻害要因として、「家族介護者の負担」への懸念が「不安」という言葉で、患者に根深く共有されていることが明らかになった。山岸によると、例えばがんの看取りをした家族のうち「在宅で家族を看取った経験がある」と回答したのはわずか15%であった(山岸, 2013)。以前のように家や女子教育の場で継承されてきた在宅介護や看取りの技術は、現在の日本の家庭や教育の場ではすでに失われている(林, 2014b)。在宅死が当たり前であった1970年代以前と比較すると、介護や看取りに関しては素人である家族に終末期の介護を委ねねばならない事態が現実、しかも大量に起こりつつあり、この種の懸念はむしろ現在の方がより高まっているのかもしれない。しかしその一方で、須佐の研究からは介護者は被介護者の失禁や褥創、食欲不振などの症状改善のために、自ら情報を得、さまざまな方法を取り入れ試みていること、

実践していくなかで、良い方法が確立されていく過程も示されている(須佐, 2004)。

何れにしても、地域の介護力を頼む政策が押し進められているわけであるから、介護や看取りの知識や技術も、何らかの社会的継承のルートが確立されることが望まれよう。

VI まとめ

本研究の限界は対象者が特定地域の極めて限定された患者集団であるという点であるが、具体的な在宅療養や在宅死の医療・介護における支援は、身近な地域社会の資源を利用したものとならざるを得ない。地域包括ケアシステムの構築に挑むということは、終末期の療養や死の看取りを、地域社会は、地域社会の問題として受け止めることができるのか、という問いの答えを探ることなのではないだろうか。最後に本論文のまとめを記す。

- ・入通院患者は地域包括ケアシステムの構築による在宅療養・在宅死への国の誘導政策をまだあまり認知していない。
- ・在宅療養や在宅死を支える種々の支援や制度に関して患者は正しい情報をあまり得ておらず、啓発のためにも何らかの情報提供の機会が工夫されるべきであろう。
- ・在宅療養・在宅死への不安が、その意思決定における阻害要因であったが、その理由は急変期の対応への不安と家族介護者に負担をかけることへの不安であった。

謝辞

本稿は、2013年10月23日開催の第72回日本公衆衛生学会で発表した研究内容を、加筆修正して論文化したものである。共同研究者の寄与については、研究のデザインは林が、質問票の作成は全員が、データ収集は林、松永が、データの分析と考察は全員が、論文の執筆は林が行った。また、医療・介護関連の専門知識を常にご助言くださった「医療介護のコミュニケーション

ン研究会(MCCG)」の皆様にご心からお礼を述べさせていただき、データの収集にご協力くださったA病院、及び患者の皆様には厚い感謝の意を伝えたい。

注釈

1) 2009年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)により、仙台往診クリニックが作成したサイト。 <http://www.tcs-cc.co.jp/maps/shienmap/>

引用文献

Akiyama, A., Hanabusa, H., Mikami, H. (2011). Factors influencing death at home in a Japanese metropolitan region. *Journal of Aging Research*, Article 2011 : 610520.

石川孝子, 福井小紀子, 澤井美奈子 (2014). 武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因 年代別比較. *日本公衆衛生雑誌*, 61 (9), 545-555.

国立社会保障・人口問題研究所 (2012) 日本の将来推計人口(平成24年1月推計). 3. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf> [2015-02-16]

厚生労働省. 平成25年(2013)人口動態統計の年間推計(2014) <http://www.lib.uoeh-u.ac.jp/.pdf> [2015-02-16]

厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 (2012a). 在宅医療・介護あんしん2012. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf [2014-12-30]

厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 (2012b). 在宅医療の最近の動向. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf [2013-10-05]

林美枝子 (2014a). 超高齢化社会と健康に関する研究 —終末期医療, 在宅療養, 在宅死

に関する社会人聴講生への調査—. *北海道地域・観光研究センター年報*, 6, 39-47.

林美枝子 (2014b). 在宅死に関する新たな家族介護者像の模索と看取り文化の再生の可能性について. *札幌国際大学紀要*, 45, 77-85.

Ishikawa, Y., Fukui, S., Saito, T., Fujita, J., Watanabe, M., Yoshiuchi K. (2013). Family preference for place of death mediates the relationship between patient preference and actual place of death : A nationwide retrospective cross-sectional study. *PLOS ONE Volume8 Issue3* e56848.

伊木雅之, 緒方昭, 梶田悦子, 他 (1991). 高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因に関する疫学調査. *日本公衆衛生雑誌*, 38(9), 87-94.

木下由美子 (2000). 在宅療養者の最期の場所を自宅に決定する要因. *ターミナルケア*, 10 (2), 148-155.

小林奈美 (2000). 都市に居住する要介護高齢者の在宅死の特徴とそれに関連する要因の検討 訪問看護指導対象者の調査から. *日本老年看護学会誌*, 5 (1), 59-70.

中村陽子, 宮原伸二, 人見裕江 (2000). 都市における在宅死の実態と医療福祉サービスの課題. *川崎医療福祉学会誌*, 10 (1), 87-95.

中村陽子, 宮原伸二, 石川孝子, 福井佐紀子, 澤井美奈子 (2014). 武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関する要因年代別比較. *日本公衆衛生雑誌*, 61 (9), 545-555.

札幌市保健福祉局保健所医療政策課 (2012). さっぽろ医療計画～健康で安心な暮らしのために～平成24～29年度. (2012～2017年度). 14. <http://www.city.sapporo.jp/eisei/tiiki/iryuuplan/documents/>

iryokeikaku.pdf [2014-01-05]

総務省 (2012). 高齢者の健康に関する意識調査. <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka.pdf>[2014-12-05]

須佐公子 (2004). 高齢者の在宅死を看取った家族の体験の意味の分析と看護者の役割の検討. 在宅医療助成勇美記念財団2002年度在宅医療助成報告書. 1-14. http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080327074244.pdf [2014-01-05]

鈴木千絵子 (2003). 要介護高齢者における在宅介護の継続維持に関する調査研究—施設入所を希望する家族の介護力分析から—. 日本看護学会論文集 老年看護, 34, 150-152.

社会保障制度改革国民会議 (2013). 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 12-23. <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> [2014-01-05]

終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010). 医療に関する調査等検討会報告書. 7. mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/06.pdf [2014-01-05]

山岸暁美 (2013) 在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究. 編集「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究. 2, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 98-103.

研究ノート

性暴力被害者支援におけるSANE(性暴力被害者支援看護職)の重要性と課題
—一人権尊重の視点から—

The Importance and Issues of the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) in Sexual
Assault Victim Support from the Respect for Human Rights Point of View

松本 真由美, 林 美枝子, 小山 満子, 滋野 和恵

Mayumi MATSUMOTO, Mieko HAYASHI, Michiko KOYAMA, Kazue SHIGENO

日本医療大学

Japan Health Care College

要旨

本稿ではわが国における性暴力被害者支援体制の充実に向け、特にSANE(性暴力被害者支援看護職)の重要性と増員に焦点化し、性暴力被害者支援体制の課題を明らかにするものである。性暴力は非常に重篤な人権侵害でありながら、社会の偏見ゆえに被害者が訴え出ること強い抵抗がある。わが国は1999年に男女共同参画社会基本法成立後、ようやく性暴力被害者救済のためのワンストップ支援センターが全国に設置されるようになってきた。そうした中でSANEは被害者の初期対応にあたる可能性が高く、医学的処置や心身のケア、証拠採取など法医学的ケアを行うなどその役割は重要である。しかし、現在、SANEの養成機関は全国に2ヶ所であり、周知度も高くないことから、今後は主要都市に養成機関を設け、SANEが増員され、被害者支援に関わる機関や病院に行き渡ることが望ましい。そのためには被害者支援におけるSANEの効果についての検証が必要である。

In this paper, in discussing the overview and the issues about support system of victims of sexual assault in Japan, we refer in particular to the importance and increase of Sexual Assault Nurse Examiners (SANE). Although sexual assault is a very serious human rights violation, there is a strong resistance to condemning it that denounces the victims because of prejudice. Japan after the establishment of The Basic Law for Gender Equal Society in 1999, has finally begun to install one stop support centers for sexual assault victims across the country. SANE has a high potential because they are initially involved with the victims. Their roles in performing forensic care such as medical treatment, physical and mental care, and evidence collection are important. However, currently, there are only two SANE training institutions in Japan which are not even well known. As the future provides more training institutions nationwide, SANE will increase. It is desirable to reach out to institutions and hospitals involved in victim support. For this purpose, it is necessary to document the effect of SANE in victim support.

キーワード: 性暴力被害者支援, 人権尊重, 性暴力被害者支援看護職

Sexual Assault Victim Support, Respect for Human Rights, Sexual Assault Nurse Examiner

I はじめに

性暴力による被害は被害を受けた人の一生を狂わせる重篤な人権侵害である。それにもかかわらず、わが国においては長らく医療的、法的に手付かずであり、ようやく近年になり支援の手が差し伸べられるようになってきた(棟居, 2012)。しかし、いまだに性暴力に対する社会一般の理解は不十分であり、支援につながらない人々が多数存在する。

内閣府男女共同参画局(2012)の報告によれば、「誰にも相談しない」被害者が6割強であり、相談しない人が多数を占める。被害者が通報や相談につながらない理由として、性暴力被害者への誤解が考えられる(棟居, 2012)。一般に想定される性暴力と実際が異なる場合に、被害者は公にすることを躊躇する傾向がある。棟居(2012)によれば以下の4点が考えられる。①性暴力被害者についての誤解、②二次被害のおそれ、③発生場所についての誤解、④加害者についての誤解である。これら①～④については後述するが、この他にもわが国の場合は性暴力被害者支援が始まって日が浅く、相談機関に関する情報不足も影響していると思われる。

さらに、被害者が相談機関や医療機関を訪れても専門的なトレーニングを受けた支援者にめぐりあう可能性は極めて少ないと考えられる。なぜなら、医療専門職や、社会福祉士、精神保健福祉士などの相談員の教育の中に性暴力被害者支援が最近になるまで十分に行われていなかったからである。そのような中で性暴力被害者支援看護職であるSANEの養成が15年前から(加納, 2001)、また、自治体等の性暴力被害者支援アドボケーターの研修等が数年前から実施されるようになってきた(北海道, 2014, 等)。こうした研修修了者を増やし、性暴力被害者支援体制を早急に整える必要がある。

本稿で特に問題としたいのは性暴力被害者支援看護職(SANE)である。SANEとは性暴力被害者支援の専門的研修を受け、日本フォレン

ジック看護学会から認定される看護職者に限定される民間資格である。SANEは性暴力被害者支援センター等の相談員や警察官と同様に被害者の初期対応にあたる可能性があり、特に、被害者の医学的処置や心身のケアに関わり、必要に応じ、告訴のための証拠採取を行う重要な役割を持つ(加納, 2012)。また、性暴力被害者支援センターだけでなく、一般病院においても、看護職者が被害者のケアに当たる可能性は十分予想できる(片岡, 2001)。したがって、わが国が、今後、被害者支援体制を整える上でSANEは重要な役割を果たすと思われる。

そこで、本稿は性暴力被害者への支援の充実に向け、中でもSANEの重要性と増員に焦点化し、性暴力被害者支援体制の課題を明らかにするものである。まず、性暴力被害を人権侵害の視点から捉えたのち、性暴力被害者支援体制の実際について言及し、さらに、SANEの重要性、養成の課程とその課題について検討する。

II 性暴力被害に関わる人権の視点

1. 人権侵害としての性暴力被害

「性犯罪」等、性に関する暴力行為に対し「性暴力」の用語が使用されるようになったのは比較的最近のことである。それ以前は「性犯罪」が多用された。「性犯罪」は警察庁の定義では刑法上の強姦、強制わいせつ等の性的欲求等に基づく身体犯で、強姦罪、強制わいせつ罪等が該当する。一方、「性暴力」はドメスティック・バイオレンス、強姦・強制わいせつ、子どもへの性的虐待、セクシャル・ハラスメント、ストーカー行為、痴漢、盗撮等幅広く捉え(土井, 2013)、特に「心身ともに完全に支配され、抑圧され、自由が奪われて、本来主体的な意志で相手との合意のもとに行う行為を、人間らしい扱いを受けることなく強制されること」を言い(佐々木, 2001)、性犯罪にのみ限定しない、性に関わる明らかな人権侵害をいう。

性暴力被害は人権侵害、かつ、人としての尊

厳の無視と捉えることができる。人権とは「人間であるがゆえに与えられる権利—万人に共通で、個人を対等に扱い、主に個人と国家との関係があり、人間の尊厳という信念によって支持される権利—である」(McHale, 2003)。McHale (2003) の定義では人権は人、誰もが持つ権利であり、人の対等性と、人としての尊厳を強調する。また、国家との関係にも言及し、人権の具体的な内容はその時代の社会のあり様によって変化すると考えられる。

この定義に則れば、性暴力は相手を支配する関係が根底にある極めて人権意識の乏しい行為である。それにもかかわらず、わが国では性暴力が人権侵害とは十分に認識されていないと思われる。そのために人権を大きく侵害された被害者が声を上げにくい。声をあげられない理由については次節で述べるが、性暴力被害者にとって非常に生きにくい社会であり、結果として性暴力を許容することにもつながる。だからこそ、法や政策の整備と、それにもとづく被害者支援体制の構築が必要であり、それらが一般に広く周知されなければならない。

2. 性暴力の潜在性

性暴力被害は極めて潜伏しやすい状況にある。表1は内閣府による調査で、性暴力被害

者の相談先を示す(内閣府男女共同参画局, 2012)。約7割が誰にも相談していない。相談先として多いのは友人らや家族らであり、公的機関や専門機関への相談は非常に少ない傾向がある。また、表2は同じく内閣府の調査で、性暴力の被害者が相談しなかった理由を示す。「恥ずかしくて誰にも言えなかった」が4割強、「思い出したくなかった」「自分さえがまんすれば、なんとかこのままやっていると」が各2割強、「どこ(だれ)に相談してよいかわからなかった」「相談してもむだだと思った」が各2割弱を占める。

「はじめに」であげた棟居(2012)は一般あるいは性暴力被害者自身が陥りやすい性暴力被害への誤解を4点示している。この4点から被害者がなぜ相談しないかが推測できる。①性暴力被害者についての誤解：一般に被害にあうのは若い女性と思われる。しかし、実際は幼児から高齢者まで幅広い年齢、また、男性やセクシャル・マイノリティーも被害にあうが、若い女性というステレオタイプがあると、それ以外の人には被害を言い出しにくいことが考えられる。②二次被害のおそれ：被害者ができごとを公にすると、被害者の落ち度が責められ、「あなたに隙があった」と、非難されることがある。被害者は自分の落ち度を責められると思うと訴え出

表1 被害の相談先(複数回答)

n=134

項目 割合	友人・ 知人	家族・ 親戚	警察	警察以外の 公的機関	民間の 専門機関	医療 関係者	学校 関係者	その他	相談しな かった	無回答
%	18.7	9.7	3.7	2.2	0.7	0.7	0.7	2.2	67.9	3.7

(内閣府男女共同参画局報告, 2012年)

表2 被害者が相談しなかった理由(複数回答)

n=91

理由	割合
恥ずかしくて誰にも言えなかった	46.2%
思い出したくなかった	22.0%
自分さえがまんすればこのままなんとかやっていると	20.9%
どこ(だれ)に相談してよいかわからなかった	17.6%
相談しても無駄だと思った	16.5%

(内閣府男女共同参画局報告, 2012年)

ることを躊躇する可能性がある。③発生場所についての誤解：人通りの少ない屋外と思われるが、実際に被害が発生するのは共同住宅などの室内が多く、これについては警察庁の統計で裏づけられている(警察庁, 2014)。室内の場合は、なぜ不用意に男女2人きりでいたのかと思われやすく、これも被害者が言い出しにくい要因の一つと考えられる。④加害者についての誤解：見ず知らずの人に突然襲われるイメージがあるが、事実は顔見知りや親族が多い。そのため、身近な人に言っても信じてもらえず、被害を訴え出にくい。

しかし、被害者は文字通り被害にあっているのであって、人権を侵害されているにもかかわらず、まわりからの無理解を恐れ、相談をためらうことは非常に苦痛なことである。性暴力は慢性的な健康障害、特に精神障害も生じることが指摘されており(白川, 2001)、被害者を専門的な支援へとつなげることがぜひとも必要である。

3. 人権尊重に向けた法整備と被害者支援対策

以下では、性暴力被害者支援に関する法整備の状況を女性や児童に関する人権の尊重と関連づけながら振り返る。はじめは1978年の「女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約(女子差別撤廃条約)」や1989年の「児童の権利に関する条約」である。「児童の権利に関する条約」では、たとえば、第34条：締約国は、あらゆる形態の性的搾取及び性的虐待から児童を保護することを約束すると記している。また、1993年の「女性に対する暴力の撤廃に関する宣言」第1条では、「女性に対する暴力とは、性に基づく暴力行為であって、公的生活で起こるか私的生活で起こるかを問わず、女性に対する身体的、性的若しくは心理的危害または苦痛(かかる行為の威嚇を含む)、強制または恣意的な自由の剥奪となる、または、なるおそれのあるものをいう。」とし、女性に対する暴力を権

利侵害と捉え、撤廃しなければならないことを宣言した。

これらの条約や宣言の理念がわが国の法制度の中で明確に性暴力への対策として示されたのは1999年に成立した男女共同参画社会基本法である。その付帯決議に「女性に対する暴力の根絶が女性の人権の確立にとって欠くことができないものであることにかんがみ、あらゆる形態の女性に対する暴力の根絶に向けて積極的に取り組むこと。」が明記され、内閣府が5年ごとに策定する男女共同参画基本計画によって性暴力撲滅に関する具体的な実現をみることとなった。

2000年に制定された第1次の男女共同参画基本計画(以下、第1次基本計画)の中の施策の基本的方向「女性に対する暴力を根絶するための基盤づくり」に「被害者が相談しやすい環境を整備するとともに、刑罰法令の的確な運用や関係機関間の連携の推進等女性に対する暴力に対処するための体制整備を進める。」ことが記された(内閣府, 2005)。

また、1999年の「児童買春、児童ポルノに係る行為等の処罰および児童の保護等に関する法律(児童買春、児童ポルノ禁止法)」, 2000年の「ストーカー行為等の規制等に関する法律(ストーカー禁止法)」, 同じく「児童虐待防止法」, 2001年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律(DV防止法)」, 2005年に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(高齢者虐待防止法)」が成立し、女性や子ども、高齢者の人権に関する一連の関係法規が整備され、性暴力防止にもつながっている。

2010年の第3次男女共同参画基本計画(以下、第3次基本計画)では、性暴力支援に関する基本的方向として「性犯罪被害者が、被害を訴えることを躊躇せずに必要な相談を受けられるような相談体制及び被害申告の有無に関わらず被害者の心身回復のための被害直後及び中長期の

支援が受けられる体制を整備するとともに、被害者のプライバシーの保護及び二次的被害の防止について万全を期する。近親者等親密な関係にある者や指導的立場にある者による性犯罪等の発生を防止するための取り組みを強化するとともに、関係法令の見直し、効果的な再犯防止策等について検討する。」とし(内閣府男女共同参画局, 2010)、これまでの第1次、第2次の基本計画よりもより詳細に、精神面の対応、女性警察官等による支援、診断・治療等に関する支援についても明記された。

また、「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター」の開設が計画に盛り込まれたことは非常に大きな前進である(内閣府犯罪被害者等施策推進室, 2012)。ワンストップ支援センターとは性暴力の被害者が二次被害を受けずに一か所で法的、医学的、心理学的、社会的支援を受けることができるセンターを言う。二次被害とは棟居(2012)の性暴力被害への誤解でも触れたが、犯罪による直接の被害に加えて、捜査、裁判、報道等の過程で関係者から不快な取り扱いを受けることなどによる被害をいう。行政のはたらきかけで、平成26年4月現在、全国の14の都道府県(北海道、福島県、東京都、神奈川県、福井県、愛知県、大阪府、兵庫県、滋賀県、和歌山県、岡山県、島根県、福岡県、佐賀県)で性暴力被害者支援センターが設置された。

さらに、第3次基本計画の中に「専門家の養成、関係者等の連携等」が盛り込まれ、「性犯罪に関する専門的知識・技能を備えた看護師等や民間支援員等の活用を促進する。」「被害者支援については関係省庁で連携し、研究者や医師、看護師その他の医療関係者等とも連携して取り組む。」(下線は著者による)が記載されたことは大きな意味を持つ。なぜなら、これまで被害者がおそろおそろ門を叩く医療機関に性暴力に関する専門家があまりにも少なく、十分な対応がなされていなかったからである。

4. 性犯罪被害者支援体制整備に向けた性犯罪被害当事者の貢献

この他、わが国の性暴力被害者支援体制構築において重要な役割を果たしたのは、人権被害に届することなく、自らの思いを社会に向け発信した性暴力被害当事者である大藪順子や小林美佳らである。たとえば大藪は2002年にワシントンの性犯罪防止対策上院議会にパネリストとして招かれ(大藪, 2007)、また、帰国後は2011年の内閣府の男女共同参画会議で発言した(内閣府男女共同参画局, 2011)。また、小林は全国の犯罪被害者支援の研修会や講習会、雑誌の取材で当事者の声を発信し続けている(小林, 2008)。かれらの発言が基本計画等に具体的に活かされており、人権侵害を受けた被害当事者の貢献は計り知れないものがある。また、政策に関与するのみならず、大藪らは相談機関等につながれない被害者が唯一信頼を寄せるピアサポーターとしての役割をも果たしている。

Ⅲ 性暴力被害者支援体制の実際

1. 性犯罪の認知、検挙件数

性暴力被害者支援体制について述べる前に警察庁による過去10年間の性犯罪認知件数と検挙件数を示す。強姦認知件数は平成25年が1,410件であり、平成23年まで示されたゆるやかな減少傾向が、平成24年以降わずかに上昇している。強制わいせつ認知件数は平成15年のピーク時は10,000件を越えたが、最近では7,000件前後で推移している。また、両検挙件数はともに認知件数と同様に平成23年が最も低く、以後、微増傾向を示す。

しかし、「はじめに」で触れたように、性暴力事案に関し、被害者が事件を公にすることには極めて抵抗が高く、犯罪認知件数と現実の被害件数には大きな乖離があることを考えれば、実数は相当多いと推測できる。

2. 性暴力被害者支援体制：アメリカの場合

こうした現実を踏まえつつ、次に、性暴力被害者支援について、先進的役割を果たすアメリカについて概観する。

アメリカは医療機関やクライシスセンター(危機対応センター)を拠点としたSART(性暴力対応チーム)が組織されており、支援に関わる専門家がチームで対応するのが一般的である(棟居, 2012)。被害者から連絡が入ると、アドボケーター(支援者)、SANE(SANEについては次章で詳述する)、医師、警察や検察、弁護士、カウンセラーらが各々の役割に応じ支援にあたる。

それぞれの関係と役割を図1に示した。

まず、被害者からワンストップ支援センターに連絡が入るとアドボケーターはできるだけ早

く被害者を訪ねる。また、本人が直接センターに来所した場合は、アドボケーターとSANEが対応し、その後、本人の理解が得られれば、医療機関や警察、弁護士、カウンセラー等と連携する。特に配慮しているのは、被害者が体験を何度も語らせられることがないように、情報収集は本人の状態や希望に沿いつつ、一度で済ますよう心がける。また、被害者の回復に必要な医療的情報や、医療を受けることに伴い発生する費用負担についての説明等も行う。

3. 性暴力被害者支援体制：日本の場合

わが国では、第3次基本計画策定以後、性暴力被害者支援体制が整いつつあるが、その中で重要な位置づけにあるのが、性暴力被害者支援センター、いわゆるワンストップ支援センター

表3 過去10年間の日本の強姦認知、検挙件数

単位：件数

年 区分	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年
認知件数	2,176	2,076	1,948	1,766	1,582	1,402	1,289	1,185	1,240	1,410
検挙件数	1,403	1,443	1,460	1,394	1,326	1,163	1,063	993	1,097	1,163

(警察庁報告, 2014)

表4 過去10年間の日本の強制わいせつ認知、検挙件数

単位：件数

年 区分	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年
認知件数	9,184	8,751	8,326	7,664	7,111	6,688	7,027	6,870	7,263	7,672
検挙件数	3,656	3,797	3,779	3,542	3,555	3,563	3,637	3,550	3,946	3,967

(警察庁報告, 2014)

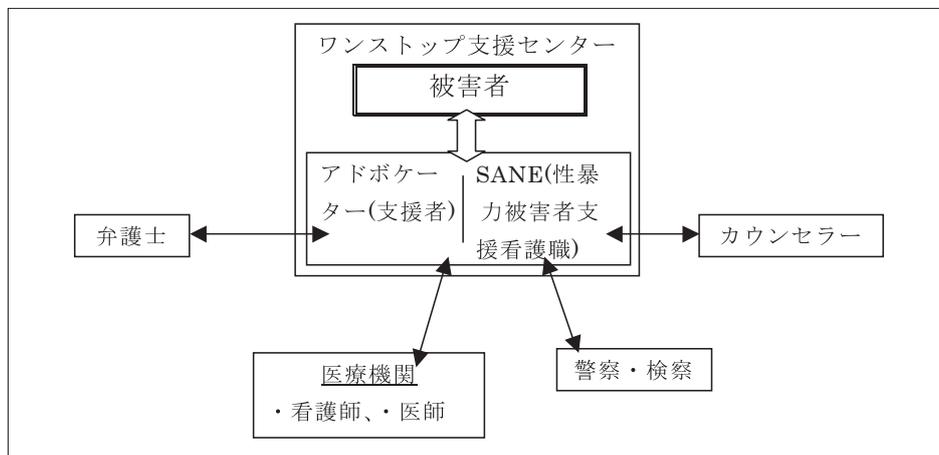


図1 アメリカにおける性暴力被害者支援のネットワーク

である。最初に開設されたのは「ハートフルステーションあいち」である(棟居, 2014)。国と愛知県による性犯罪被害者対応拠点モデル事業として立ち上がった。

主な支援内容は①常駐する支援員による被害相談や情報提供, ②婦人科医師による診察・緊急避妊・性感染症等検査, ③警察官による被害受理・証拠採取, ④臨床心理士によるカウンセリングであり, アメリカの支援体制と概ね同様である(愛知県警察, 2014)。

現在, 全国に10箇所以上の支援センターがあり, 国は2015年中に各都道府県に1つのセンターを設置することを目標としている(内閣府男女共同参画局, 2014)。

IV 性暴力被害者支援における SANE の重要性

1. SANE の養成: アメリカの場合

性暴力被害者支援の先進国, アメリカにおいても, かつては性暴力被害者が医療機関の救急部門を訪れても, 検査まで長時間待たされた上に, 性暴力被害者に対する関わりや法医学的証拠の採取の面で専門職の訓練と経験が欠落していた(Little, 2001)。それを改善したのが SANE である。SANE は1976年にテネシー州で看護職者が法医学的証拠採取を行ったことが始まりである。SANE は被害者の速やかな回復を促し, 思いやりのあるケアと, 総合的な法医学的証拠の収集を行う役割を持つ(Little, 2001)。必要があれば被害者の証人として出廷し, 証言もする。

具体的に実施することとしては, ①法医学的検査, ②心身の状態の査定と記録, ③傷の証拠写真や法的サンプルの収集, ④検体の保存・管理, ⑤被害者に対する情報提供, ⑥訴訟の際の証言等であるが(加納, 2012), トレーニングを受けた SANE が被害者の立場に立ち, 思いやりのあるケアを行うことは言うまでもない。

アメリカは1992年に国際法看護師協会が設立され, 1995年にはアメリカ看護師協会における

特定分野として認定され, 活動はカナダやヨーロッパ, アフリカ, インドにも広がり, 現在では全世界に650以上もの養成機関がある(性暴力被害者支援看護職養成プログラム, 2013)。

たとえば, 養成機関の一つであるワシントン.DC の DCRCC (DC Rape Crisis Center) は, アメリカで最も歴史のあるレイプクライシスセンター(性暴力被害者支援センター)である。同センターは被害者支援を行うだけでなく, 人材養成やボランティア養成も実施している(The Lighthouse Center for Healing, 2014)。

アメリカにおける SANE の効果として, SANE の養成を行う地域での性暴力犯罪者の逮捕者数の増加, SANE が被害者をケアした場合の加害者逮捕率の上昇が示されている(加納, 2012)。

2. SANE の養成: 日本の場合

わが国においては, 10年程前から, 大学等の看護職養成教育の中で「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」を取り上げている。リプロダクティブ・ヘルスとは, 1994年国際人口開発会議で提唱されたもので, 「人間の生殖システム, その機能と(活動)過程のすべての側面において, 単に疾病, 障害がないというばかりでなく, 身体的, 精神的, 社会的に完全な良好な状態にあることを指す。(後略)」とある。この他, リプロダクティブ・ヘルスの考え方には生殖に関する権利の考え方が色濃く示されている。また, リプロダクティブ・ライツは, 国内法・国際法および国連での合意に基づく人権の一つとして, 生殖に関わる自己決定権, 情報と手段を得る基本的権利, 最高水準のリプロダクティブ・ヘルスを享受する権利が示されている。これら「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」は性・生殖に関する健康観や権利に関する理念面の教育において重要である。

これらに加え性暴力に限った実践的な指導を実施するのが「NPO 法人女性の安全と健康の

ための支援教育センター(以下、女性支援センター)のSANE養成講座である。当女性支援センターの設立は性暴力被害者と関わった看護職者の無念から始まっている(加納, 2012)。ある看護職者が、性暴力被害者に会いながらも、何もできなかったことが悔やまれ、看護職者同士で勉強会を始め、1995年に「性暴力被害と医療を結ぶ会」を発足させ、それが基盤となり弁護士らも加わり、1999年に女性支援センターが開設され、SANEの養成が始まった。

女性支援センターのSANE養成プログラムはカナダのブリティッシュ・コロンビア州の教育プログラムをもとにし(竹元ら, 2012)、その内容は身体的外傷の特徴と治癒経過、法的支援のための知識、女性と心の病気、性被害にあった人の感情と行動、看護の実際、暴力被害からの回復と支援者のセルフケア等多岐にわたり、担当者も医師、弁護士、カウンセラー、看護職者等である。既にSANE養成研修の実績は15年以上にわたり、2014年現在、全国に330人以上のSANEを排出している。しかし、現在各地でワンストップ支援センターが増加しており、明らかにSANEの数が不足している。もし性暴力に関する専門知識を持たない人々が、それは医療関係者に限ったことではないが、不適切な対応をすれば、被害者を深く傷つける場合がある。片岡(2001)は「本来被害者を支援すべき医療者が、被害者に対して責めたり、責任を問うような批判的な態度をとることは、被害者に多大な影響を与えることが多くの研究によって明らかにされている。」ことを諸外国の研究を引用し述べている。こうした点からも早急にトレーニングを受けたSANEの増員が望まれる。

3. SANEの重要性と増員に向けた課題

SANEは他の専門職では果たせない重要な役割を持つ。それらはこれまで触れてきたように、被害者に対する心身のケアと法医学的証拠の採

取と保存である。被害者が望む場合は、性暴力を犯罪として立件することに協力できる。しかし、加害者が逮捕され、刑に服しても、被害者は性暴力を受ける前にもどることはできない。それでもなお、専門知識を持って親身に関わるSANEの存在が、被害者が長い時間をかけて手に入れると思われる、本人にとっての納得の第一歩となる可能性はある。特に、被害後、早い段階で会うことの多いSANEの対応が、その後の被害者の回復に直接影響するといっても過言ではない。それだけに、専門的なトレーニングを受けた看護職者が対応することが必須と考えられる。

また、アメリカのように訴訟が身近な国に比べ、わが国は犯罪の立件よりも、被害者の心のケアがより重要とも考えられ、アメリカやカナダのSANEとは異なる、わが国独自の役割が、今後、見出されることが期待される。

いずれにしても、SANEを増員することが急務であるが、課題もある。1つは、SANE養成機関の問題である。現在は東京と名古屋でのみ実施されているが、たとえば全国のいくつかの大学が養成機関となれば、受講の機会が拡大し、利点は大きいと思われる。行政は現在、基本計画の実現に向けSANE養成をはじめ、性暴力被害者支援に前向きである。SANE養成に名乗り出る大学や民間団体があれば協力関係を築くことが可能と思われる。特に、大学は専門的知識を持つ人材の宝庫であり、行政の持つ様々な資源をマネジメントし、被害者、行政、大学の三者が協働し、大きな効果を生み出すことが考えられる。将来的には全国の主要都市の大学や民間機関でSANEの養成を行うことができれば、SANEの増加が見込まれる。

2点目はSANEの認知度を高めることである。アメリカではSANEが発展し、国際法看護師協会を設立している。SANEと法看護は、SANEが法医学的証拠採取・保存・管理を行う点で関わりが深い(柳井ら, 2012)。アメリカ

ではこの国際法看護師協会が主にSANEの資格認定を行う。

わが国の場合、民間団体である女性支援センターの3期6日間にわたる、各分野の専門職による多彩な内容の研修を受講しても、かつては看護職者としての特別なキャリアにはならなかった。しかし、2014年3月に日本フォレンジック看護学会が発足し、現在、SANEは学会認定資格となり、今後、社会的により認知されることが期待できる。SANEの絶対数が増え、一般にも知られるようになれば、被害者が一人で抱え込まず、支援につながる機会が増すと考えられる。

V 今後の課題

性暴力被害者への統合的な支援における看護職者の役割は非常に大きいと考えられる(片岡, 2001)。今後は、わが国におけるSANEの活動実態や活動の効果に関する詳細な実態調査が必要である。

また、可能であればSANEの支援を受けた人たちから直接の声を聞き、性暴力犯罪被害者支援の検証が求められる。専門職から被害者への心ない関わりがさらに傷を深くすることもあり、望ましい支援のあり方についての検討が必要である。ただし、被害者に聞き取り調査を行うことは十分に慎重でなければならない。

本稿では、SANEを中心に被害者支援について言及したが、被害者を取り巻く支援のネットワークが密接で、それぞれの専門性を発揮することが重要である。SANEと共に被害者に寄り添える職種として、精神保健福祉士や社会福祉士が考えられるが、これらの職種においても、今後、性暴力被害者支援に関するより具体的な教育が行われることが望ましい。また、その他警察・司法・行政関係者等、被害者に関わるあらゆる職種の人々が性暴力被害者に対する心得を持つことで、支援体制がいっそう充実すると考えられる。

VI まとめ

本稿ではわが国における性暴力被害者への支援体制について、中でも性暴力被害者支援看護職であるSANEの重要性と増員の可能性について言及した。性暴力は非常に重篤な人権侵害でありながら、社会の偏見にさらされやすく、被害者が公にすることへの抵抗が強い。わが国は1999年に男女共同参画社会基本法を制定し、以後、女性、児童、DV、高齢者等の法律を整備し、ようやく性暴力被害者支援のためのワンストップ支援センターが全国に設置されるようになってきた。そうした中でSANEは被害者の初期対応にあたる可能性が高く、医学的処置や心身のケアだけでなく、証拠採取など法医学的ケアも行うなど、その役割は重要である。しかし、現在、養成機関は全国に2ヶ所であり、周知度も高くなく、今後は主要都市に養成機関を設け、SANEを増員し、一人でも多くの被害者を専門機関や専門職者につなげることが望ましい。そのためには被害者支援におけるSANEの貢献ないしは、効果についての検証が必要であり、また、他の専門職においても性暴力被害者支援に関する研修の機会が設けられ、支援体制がいっそう充実することが望ましい。

付記

本研究は平成26年度日本医療大学教育向上研究費(研究代表:小山満子)の助成を受けて実施した。また、本研究の一部は北海道社会福祉学会第53回大会(2015年1月)にて発表した。

引用文献

- 愛知県警察(2014). 性犯罪被害者のためのワンストップ支援センター「ハートフルステーション・あいち」. <http://www.pref.aichi.jp/police/soudan/heartful/> [2014-12-12]
- 土井真知(2013). III-1. 性暴力のさまざまな形態と日本の実態～主に公的機関の統計から～. SANE性暴力被害者支援看護職養

- 成講座テキスト. 特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センター編, 40-49.
- 北海道 (2014). 性暴力被害者アドボケーター養成講座受講者募集のご案内. <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ks/dms/anzenhp/advocatorkouza.htm> [2014-12-12]
- 加納尚美 (2012). 性暴力被害者支援看護師の役割と課題. 東京都病院協会会報, 第188号, 1-4.
- 加納尚美他 (2013). I. SANEの基本理念と役割. SANE性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト. 特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センター編, 5-18.
- 片岡弥恵子 (2001). 日本における性暴力被害看護の現場からみえる実態. 看護学雑誌, 65 (11), 1005-1008.
- 警察庁 (2014). 平成25年の犯罪情勢. 1-145.
- 小林美佳 (2008). 性犯罪被害にあうということ. 朝日新聞. 190-197 (1-213).
- The Lighthouse Center for Healing (2014). <http://lighthousedc.org/> [2014-12-22].
- Littel, K. (2001). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: Improving the Community Response to Sexual Assault Victims. OVC (Office for Victims of Crime) Bulletin, 1-20. U.S. Department of Justice: Office of Justice Programs: Office for Victims of Crime. Washington, DC.
- McHale, J. & Gallagher, A. (2003). 看護と人権 職業倫理の再考. 井部俊子監修 (2006). エクゼビア・ジャパン. 20. (1-285).
- 内閣府男女共同参画局 (2005). 男女共同参画基本計画 第9分野 女性に対するあらゆる暴力の根絶. 1-16.
- 内閣府男女共同参画局 (2010). 第3次男女共同参画基本計画 第9分野 女性に対するあらゆる暴力の根絶. 1-16.
- 内閣府男女共同参画局 (2011). 第60回 男女共同参画会議女性に対する暴力に関する専門調査会議事録. 1-21.
- 内閣府男女共同参画局 (2012). 男女間における暴力に関する調査報告書. 1-154.
- 内閣府犯罪被害者等施策推進室 (2012). 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引き. 1-42.
- 内閣府男女共同参画局 (2014). 性犯罪被害者支援に関する調査報告書. 1-52.
- 棟居徳子 (2012). 特集: 家族内の暴力・虐待と社会福祉《各論》性暴力被害の実態と被害者支援—いま社会に求められるもの—. 社会福祉研究, 第111号, 43-49.
- 棟居徳子 (2014). 論壇 性暴力被害者支援体制の構築と医療制度上の課題. 週刊社会保障, No.2769, 50-55.
- 大藪順子 (2007). STAND立ち上がる選択. いのちのことば社. 341-348 (1-352).
- 佐々木静子 (2001). 暴力と女性の健康. 看護学雑誌, 65 (11), 998-1001.
- SANE性暴力被害者支援看護職養成プログラムリーフレット (2013). 特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センター. 1-2.
- 白川美也子 (2001). 性暴力による慢性的な健康障害. 看護学雑誌, 65 (11), 1002-1004.
- 竹元仁美, 山本八千代 (2012). 司法看護における Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) の役割. 聖マリア学院大学紀要, 3, 105-115.
- 柳井圭子, 児玉裕美, 恒松佳代子 (2012). 暴力に対する看護の新たな役割—暴力被害者への看護の再考. 産業医科大学雑誌, 34(4), 339-351.

健康阻害要因としての性暴力における被害者支援の考察 —北海道の事例から—

Study on Support the Victims of Sexual Violence as Factor of Health Risk — Hokkaido Case Study —

林 美枝子, 小山 満子, 滋野 和恵, 松本 真由美

Mieko HAYASHI, Michiko KOYAMA, Kazue SHIGENO, Mayumi MATSUMOTO

日本医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Japan Health Care College

要旨

女性への暴力は深刻な健康阻害要因である。この種の暴力被害者に対する臨床の場での医療関係者の役割や責務は重い。現在、医療関係者の通報が契機となったこの種の暴力事案の警察による認知件数は極めて少ない。本稿の目的は、性暴力への被害者支援について、医療関係者への啓発や研修のあり方を考察することである。

対象は女性への暴力で先取的な取り組みをしてきた北海道の事例とした。資料としては北海道の施策について主に自治体の委員会の資料や報告書、行政が公表しているワンストップ支援センターに関するWeb資料等を使用し、医療関係者に対する性暴力被害者支援の啓発や情報提供のあり方を整理した。

その結果、北海道では、既に行われている人材育成が継続されるなら、医療関係者の意識の変化や行動変容がもたらされるかもしれない。しかし、より専門的な知識や技術のプログラムである性暴力被害者支援看護師 (Sexual Assault Nurse Examiner, 以下SANE) の講座を北海道でも受講できるようになることが望ましいと思われる。

Violence for woman it poses significant factor of health risk. Medical professionals play a critical role and shoulders heavy responsibilities in the clinical setting for treating the victims of this type of violence, a very few sexual violence cases were investigated by the police as a result of reports made by the medical professionals. The purpose of this paper is to study the awareness of medical professionals about sexual violence, and thereby encourage them to support the victims of sexual assaults and clarify how the information should be provided.

A subject of research is Hokkaido. It's said that Hokkaido is aggressive in sexual violent victim support. We examined relevant materials and reports on the policies of the local government committee that directly handles supporting activities for the victims of sexual violence, as well as the information about one-stop support center disclosed by the administration on the internet.

If the upbringing of human resources performed already is continued, medical professionals change in consciousness and behavioral modification in Hokkaido may be brought. But it'll be desirable from now on to be also able to attend a program of SANE which are the more technical knowledge and the technological authorization system in a Hokkaido.

キーワード：性暴力被害者, 健康阻害要因, SANE, ワンストップ支援センター

Sexual assault victim, Factor of health risk, Sexual Assault Nurse Examiner, One-stop support center

I 序論

2000年に制定された配偶者暴力防止法（法律第113号，以下DV防止法）には，医療関係者に高い発見の可能性や，発見した場合の医師法に阻まれることのない通報規定が明記されている（第6条）．この通報規定に関する臨床の場での認識率は高く，看護職を対象とした調査では2011年で47.4%，2012年で51.3%の看護師が認知していた（林，2013）．しかし法的根拠のある対応事案の契機となった医療関係者からの通報は，全国的に極めて少なく，表1に示したように対応件数の増加と医療関係者からの通報の件数は比例していない．

一方，本稿が考察の対象とする性暴力被害は，脅迫を用いて行う性交等を意味し（刑法176～179条），性的に親密な相手からのDVの性暴力もこれに包摂される．しかし被害の潜在傾向が高い犯罪であるとされ，被害者支援がこれまで最も成されにくい人権侵害であった．宮地は「被害直後から安心できるまでの期間は被害が続いている」とし，被害直後から誰かにサポートされることが必要であると述べている（性暴力禁止法をつくらうネットワーク，2010）．

近年，DV防止法の改正や性犯罪被害者支援に関しては，2004年に成立した犯罪被害者等基本法（法律第161号）の制定，国連からの加盟各国への啓発によって，性暴力被害者支援の取り組みが急速に進展している．特に性犯罪被害者への緊急時の医療的対応がその後の被害者の回復や支援に影響することから，医療関係者への啓発や情報提供，研修の必要性が高まっている．

本稿の目的は，医療機関や医療関係者における性暴力被害者への対応について，その行動変容を促すための啓発や情報提供の在り方を考察することである．対象として女性の性暴力被害者対策では先取地域である北海道を事例として選択し，性暴力被害者支援に関する施策について関連する委員会等の公表されている資料や行政の報告書，Web上のPDF資料，ワンストップ支援センターのHP等で公開されているデータを整理し，考察の対象とした．

II 研究の背景

本稿における性暴力に関する最も基本的な研究の背景は以下の二点である．

- 1 性暴力はジェンダーに基づく暴力である
- 2 性暴力は，その後の被害者における健康障害要因となる公衆衛生的問題である

ジェンダーに基づく暴力とは，一方が自らのジェンダーのカテゴリーに則った専制的支配や管理で，他の一方を服従させ，弱者とすることで成立する人権侵害を指す．夫婦，あるいは離婚した元夫婦間に発生するDVや，親密な両者間で起こるデートDVなどはその典型例であろう．もちろん明らかに刑法犯罪である強姦や強制わいせつ等の性犯罪も，単に性暴力として捉えるのではなく，ジェンダーに基づく暴力として捉えることで，より社会的な課題としてこれに取り組むことが可能となる．

例えば国連は常にあらゆる女性への暴力をジェンダー・イクウォリティへの社会改革の立場から見据え，その姿勢に揺ぎはない．2015年までに国際人権基準に則った女性への暴

表1 配偶者暴力防止法に基づく措置に対する医療関係者の通報数

年	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
医療関係者からの通報	40	31	32	50	53	56	81	44	60
裁判所からの保護命令通知	1176	1499	1774	2178	2247	2239	2534	2429	2428
保護命令違反の検挙	40	41	57	73	53	85	76	92	86

警察庁 配偶者からの暴力事案の対応状況 2002年から2010年の数値より作成した．

医療関係者からの通報は防止法の第6条第2項，保護命令通知は第15条3項，命令違反の検挙は第26条の規定である．

力に関する国内法の整備を加盟国の政策のゴールとして示し、そのためのハンドブックである Handbook for Legislation on Violence against Women を2010年に公にしている。そこでは被害を個人的悲劇とするのではなく、社会におけるジェンダー格差や差別の問題として捉え、その是正のための法の整備を政策課題とするよう加盟各国に求めている (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2010)。誰であれ、他者の性(生物学的なセクスの意味においても、社会・文化的なジェンダーの意味においても)や生殖に関する自己決定権を奪う権利はなく、国連はこれを「性の健康と権利」(Sexual Health and Right)と定義しているからである。

さらに性暴力が健康障害要因であるという点に関しては、これを改めて確認できた契機はパープルダイヤルであった。パープルダイヤルとは、2011年2月8日から3月27日までの48日間実施された内閣府と民間支援団体との協働による、日本で初めての全国24時間、緊急かつ集中的なDVや性暴力の相談用フリーダイヤルのことである。この事業の相談者に対する聞き取り結果からは、暴力による様々な身体的、精神的影響が報告され、「自殺企図」、「記憶障害」など重度の緊急な対応を要する後遺障害から、「不安」や「不眠」といった日常生活への影響が記録されていた(内閣府男女共同参画局, 2011)。また、内閣府の「配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査結果」においては、心身に不調をきたした被害者90.1%のうち、67.2%が医師の診察を受けていた(内閣府男女共同参画局, 2007)。

例えば被害者支援の先取国であるアメリカやカナダ、あるいはWHOではジェンダーに基づく暴力の健康への阻害的影響が科学的な研究によって明確に検証されてきている (Gin, et al., 1991, McCauley, et al., 1998, Beydoun, et al., 2010, WHO, 2005)。日本では石井らによっ

て、証拠に基づいた医療の流れから、健康問題として暴力等を明らかにする根拠はまだ先行研究がないと指摘されていたが(石井ら, 2003)、Yoshihamaらが、例えば身体的暴力、あるいは性的暴力を受けた被害者は、心理的暴力のみを受けた被害者に比べ、過去の入院歴のオッズ比が2.44倍、睡眠薬等の使用は3.3倍、自殺念慮に至っては5.04倍を示していることを明らかにした (Yoshihama, et al., 2009)。性暴力を健康障害要因と捉える先取地域では、医療従事者への啓発や情報提供の必要性、および教育訓練の推進が既に90年代初めから提言されてきたが、アメリカの連邦政府や医師会では臨床における医師へのガイドラインや対応マニュアルを作成し (American Medical Association, 1992)、暴力被害者の早期発見のための各種スクリーニングの開発や妥当性の検証、その弊害についても既に研究が進展している (MacMillan, et al., 2009)。こうした文脈の中で、性暴力被害患者への対応に関する実務者として、認定資格をもつ看護師SANEの制度が発展し、各地に養成のプログラムが展開している。

しかし日本の医療関係者には、女性への暴力が被害者にとってその後の重大な健康障害要因であるという認識や、公衆衛生的課題であるという認識が、まだあまり共有されていない。

Ⅲ 性犯罪被害者支援に関する事例と考察

2012年、男女共同参画会議女性に対する暴力に関する専門調査会で、性犯罪被害者支援の推進に関する提案が改めてなされた。例えば医療費の扶助に関する地域間格差等については、加害者が非親族であることなどを支払い要件としている県や、再診を対象外としている県があることを指摘し、公費負担制度はできる限り全国的に同水準とし、必要な検査・治療・処置の費用を措置することが望ましいと提言された(男女共同参画会議女性に対する暴力に関する専門調査会, 2012)。また関係機関における専門家

の育成を必須とし、弁護士、医師、臨床心理技術者、看護師等を対象に、性犯罪被害に関する専門性を高めるための研修やその職務従事のための環境づくりの促進も明記され、SANEへの言及も行われている。

現在、都道府県における犯罪被害者支援に関する条例は、特化した条例を持つ県が5県、安心安全なまちづくり等の条例に盛り込んだ県が18県となっている。犯罪被害者等基本法5条の規定に基づく基本計画に関しては、特化した計画を策定している県が20県、盛り込んだ計画を立てているのが18県である。北海道は、条例は策定していないが、特化した「北海道犯罪被害者支援基本計画」を2007年に策定し、2011年に第二次、2016年の3月にその第三次計画の策定を予定している。市町村においては、道内179市町村のうち特化条例が8市町村（北斗市、松前町、蘭越町、倶知安町、厚真町、広尾町、本別町、真狩村）、盛り込み条例が167の市町村で作成されており、残る4つの町村でも要綱が策定され、全市町村が既に何らかの施策を実施している（北海道環境生活部くらし安全局道民生活課、2014）。

医療関係者への啓発のためのツールに関しては、全国で作成の動きが活発化しているが、2011年の時点では、例えば医療マニュアルについて全く策定予定がないと答えた県は10県のみであった（林、2013）。北海道が医療関係機関に向けてDVへの意識啓発と対応のために簡易型のシートを配布したのは2007年、詳細な対応マニュアルの実践版冊子を全道の医療機関に配布したのは2008年のことである。他府県のものと比較し、健康障害要因であることの認識を医療関係者に明確に啓発する内容となっている（北海道環境生活部男女平等参画推進室、2007、2008）。しかし例えば医療関係の教育現場や研修の場でこれらが使用されたかどうか、臨床での被害者の対応や通報に迷った時に使われたかどうかの調査を北海道は行っていない。

被害者の一時保護施設としては行政だけではなく民間シェルターも全国に101施設あるが、その中の8施設が北海道にある。民間シェルターは被害者の安全確保のため、詳細な所在地は非公開だが、北海道においては札幌、函館、旭川、室蘭、帯広、北見、苫小牧、釧路で運営されており、広い道域に対して、中核都市となる場所には必ず設置されている。そのため北海道が毎年集計している女性への暴力相談件数のうち、各地に設置されたこのシェルター経由の件数は、他県の同ルートの相談件数に比較すると極めて多い。

先述した男女共同参画会議女性に対する暴力に関する専門調査会では、今後の重点的施策として性犯罪への厳正な対処とワンストップ支援センター（医師による心身の治療、医療従事者・民間支援員・弁護士・臨床心理技術者等による支援、警察官による事情聴取等の実施が可能なセンター）の設置促進を挙げていた。現在ワンストップ支援サービスに取り組んでいる県は増えつつあるが、その設置促進のため、内閣府犯罪被害者等施策推進室では、有識者や関係省庁の協力を得て、「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの開設・運営の手引」（http://www8.cao.go.jp/hanzai/kohyo/shien_tebiki/index.html）を作成し、2012年から公表している。手引きにはできるかぎり早期に、各都道府県に少なくとも一つはセンターを設置することが望ましいと記されていた（内閣府犯罪被害者施策推進室、2012）。

北海道では性犯罪被害者への対応強化体制の整備を図るため、犯罪被害者支援に関するアンケート調査を既に実施している。札幌市内77病院の産科・婦人科を対象としたもので、回答が50病院から寄せられた。性犯罪被害者の診察を行ったことがあると答えた病院は64%にも上っていた（北海道環境生活部生活局くらし安全推進課、2011）。しかしDV被害者に関する医療関係者からの通報は、北海道でも極めて少なく、

一時保護総数のうち保護に至る経路別で医療関係者からの通報によるものは、わずかに1件のみであった(北海道環境生活部くらし安全局道民生活課, 2009)。

被害者は、患者として治療や処置を求めて受診する者がほとんどであるが、明らかに性暴力の被害であると判断されるなら、それが直後の被害者支援や通報という行動変容にまで結びつくためにも、ワンストップ支援センターは病院施設内にあることが望ましい。しかし全国で6ヶ所目の設置であった北海道の性暴力被害者支援センター北海道(Sexual Assault Crisis Relief Assist Center Hokkaido 通称SACRACHさくらこ)は、2012年10月に医療施設ではない場所に設置された。北海道と札幌市が共に業務を委託し、委託先は産婦人科の医師が代表を務めるNPOゆいネット北海道である。SACRACHのHPからは支援の内容として、電話相談(月曜～金曜 13時～20時)、面接相談(電話相談と同じ曜日、時間帯 予約制で原則一回30分)、急性期の付き添い支援(札幌市、及びその近郊 病院、弁護士事務所、警察、行政等への付き添い)、相談者が希望した場合の協力機関の紹介(紹介先は、産婦人科、精神科、弁護士等、性被害を理解している協力機関)、HPによる急性期の対応、他の相談機関の案内

などの情報提供が書かれていた。

図1から3は2012年の開設時から2014年度末までの相談件数全245件に関する相談内容(図1)、その中の性犯罪の種類別件数(図2)、相談者の居住地区(図3)に関する結果である(北海道環境生活部くらし安全局道民生活課, 2014)。性暴力に関しては急性期の相談は2013年が8件、2014年が9件であった。また相談の時間帯に関しては、対応が始まる13時からの2時間が最も多く相談が集中していた。表2からわかるように2013年の北海道の強姦認知件数は50件である。相談件数のうち、2013年一年間にSACRACHに寄せられた強姦被害者の声は57件であったが、この中の何人かは警察の認知件数となるまでワンストップ支援センターの相談による支えや付き添い支援を受けていたものと思われる。北海道警察が開設している24時間の「性犯罪被害110番」に加え、この面談や病院、弁護士等への付き添い支援をしてくれるSACRACHの存在は、被害者には心強いものであったろう。しかし2014年2月の時点で支援センターが5人のアドボケーター(支援員)で運営されていることや、当時、新たな支援員の養成を目指しアドボケーター養成講座を受講させていることなどが北海道の施策担当者から説明されている(北海道環境生活部くらし安全局

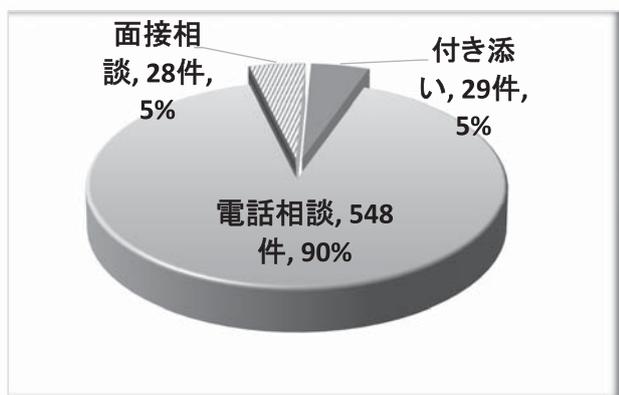


図1 性暴力被害者支援センター北海道SACRACHの対応内容

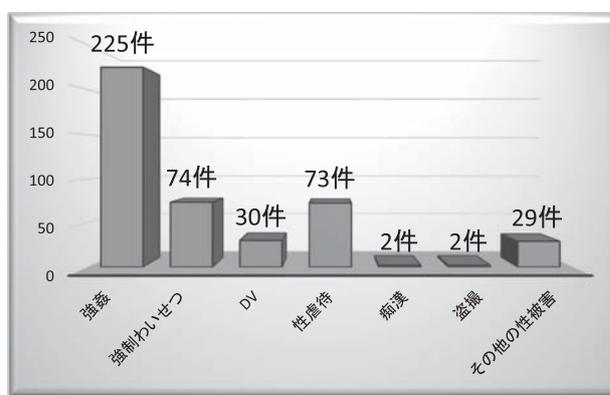


図2 性暴力被害者支援センター北海道SACRACHの相談内容

北海道環境生活部くらし安全局道民生活課(2015) 北海道被害者等支援推進委員会. 配布資料1, 5. 性暴力被害者支援センター北海道. 相談件数より作成

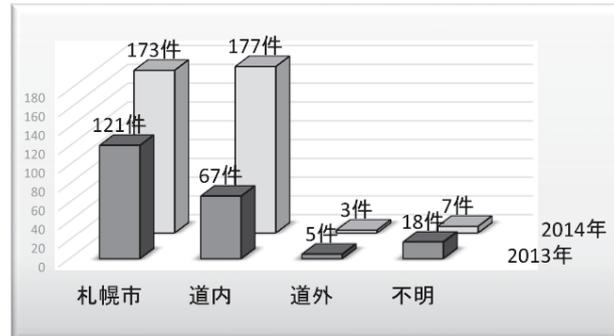


図3 全相談件数の地区 (2013年N=211, 2014年N=360)

北海道環境生活部くらし安全局道民生活課 (2014) 北海道被害者等支援推進委員会. 配布資料1, 5. 性暴力被害者支援センター北海道. 相談件数より作成

表2 全国, 及び北海道の強姦, 強制わいせつの認知件数

年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
全国の強姦件数	1,948	1,766	1,582	1,402	1,289	1,185	1,240	1,410
全国の強制わいせつ件数	8,326	7,664	7,111	6,688	7,027	6,870	7,263	7,672
北海道の強姦件数	77	85	62	52	38	38	48	50
北海道の強制わいせつ件数	370	280	242	224	221	222	262	310

警察庁, 北海道警察の公表犯罪件数2006年より2013年の数値より作成

道民生活課, 2014). 国がその設定基準を示し, 多くの自治体はその設置に向けて, まさに今動き始めているワンストップ支援センターであるが, 実際にはそれを各地域で担う人材の確保や育成に多くの自治体は苦慮しているのではないだろうか. 先取地域である北海道もこの点は例外ではないことが分かる.

国は2007年の犯罪被害者等施策推進会議において, 「支援のための連携に関する検討会」の最終取りまとめを報告し, 基礎的自治体レベル, 及び都道府県レベルにおけ『犯罪被害者支援ハンドブック (仮称)』の策定を指示したが, 北海道でもこれを受けて2010年に『北海道犯罪被害者支援ハンドブック』を刊行している. ハンドブックの「支援に携わる際の留意事項」の中には, 支援者自身の精神的ダメージが紹介され, そのための対策としてセルフグリーフケアについての提案が示されていた (北海道環境生活部くらし安全局くらし安全推進課, 2010).

北海道では支援に携わる機関・団体職員, 関心のある一般支援者のための「性暴力被害者ア

ドボケーター養成講座」, 北海道在住の医師, 看護師, 助産師, 保健師のための「性暴力被害者支援に関わる看護職養成講座」を2013年から実施している. とともに4日間20時間の無料講座である. それぞれ2013年のアドボケーター養成講座には, 40人の募集に全道から56人の職員や一般道民が, 看護職養成講座にも40人の募集に対して44人の医療関係者が参加していた. 2014年の看護職養成講座の募集パンフレットを見ると講師として北海道外からの専門家が何人か招聘されていたが, 北海道中央児童相談所の福祉司や札幌市, 函館市のレディースクリニックの医師も登壇しており, 地域の人材活用が行われている様子が伺えた.

IV 結論

現在, 医療機関, 医療関係者に対して自治体は性暴力被害者支援への理解を求めて啓発や研修などの働きかけを様々に行っている. しかし医療関係者が専門家として組織的に対応できるようになるまでの道のりは, まだ遠いと言わざ

るをえない。各自治体には、これまでも施設の有無や数等で被害者支援のハード面の地域資源格差が生じており、今後は地域人材の養成に取り組む自治体とそうでない自治体の間で、さらにソフト面での格差も広がると予想される。

北海道では、既に人材育成が始まっており、これが継続されるなら、医療関係者の意識の変化や行動変容が将来もたらされる可能性は高い。特に患者に寄り添う機会が多い看護職などの医療関係者に対しては、ジェンダーに基づく暴力への感受性の涵養が必要であり、また性暴力が健康阻害要因であることの科学的なデータの紹介が求められる。さらには実務的な被害者支援に資するための知識と技術習得機会が必要であろう。片岡らの調査によると、看護師は暴力被害女性の看護経験を20.1%有していたが、その看護には「ケアの不全感」が、困難性の第一因子として抽出された(片岡ら, 2004)。将来的には、専門的な知識や技術に加え、臨床実習も伴うSANEプログラムのような講座を、多くの看護師が身近な地域で受講できるようになることが望まれる。

また現在北海道では札幌のみに設置されているワンストップ支援センターであるが、SACRACHは札幌とその近郊以外の緊急時の相談者に対しては、被害者の居住区近隣の関係機関を紹介することになっている。図2からもわかるように2013年一年間の相談件数のうち31%は札幌以外の道内地域からのものであり、2014年にはその割合が49%となっている。北海道は広いため、第二、第三のSACRACHの設置が必要であり、そのための人材育成が、北海道では他府県よりも欠かせないと言えよう。北海道で始まっている一般の支援員を要請するための講座が、その質を高め、まさに第二、第三のSACRACHをそれぞれの地域で担えるような真のアドボケーターを輩出できるようになることが期待される。

本研究は「性暴力被害のアドボケーター養成、

SANE (Sexual Assault Nurse Examiner性暴力被害者支援看護師) 認定講座の本学での開設に関する予備的研究」(日本医療大学研究倫理委員会承認第4号)の一部として実施したものである。また本研究は日本医療大学教育向上研究費を受けて実施している。

謝辞

アドボケーターやSANEに関する情報に関しては、北海道におけるSANE研究の先導者である山田典子先生、日本で最初にSANEの講座を開催した特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センターの講座運営スタッフの皆様に、貴重なご助言を与えていただいた。この場をお借りして感謝の意を表したい。

引用文献

- American Medical Association (1992).
Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Fam Med*, 1 (1), 39-47.
- Beydoun, H. A., Al-Sahab, B., Beydoun, M. A., Tamim, H. (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the maternity experience survey. *Ann Epidemiol*, 20 (8), 575-83.
- Gin, N. E., Rucker, L., Frayne, S., Cygan, R., & Hubbell, F. A. (1991). Relevance of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *J Gen Intern Med*, 6 (4), 317-322.
- 林美枝子 (2013). 第8章 医療関係者に向けたDV対応マニュアルについて—都府県のとりくみと北海道の事例. 札幌女性問題研究会編. 北海道社会とジェンダー. 168-193. 東京, 明石書店.
- 北海道環境生活部男女平等参画推進室 (2007). 診療の場で配偶者暴力が疑われたら～医療

- 関係者の役割～. 札幌, 北海道. 2-3.
 北海道環境生活部男女平等参画推進室 (2008).
 DVに関する医療関係者の対応マニュアル
 (実践編). 札幌, 北海道. 5-19.
 北海道環境生活部くらし安全局道民生活課
 (2009). 北海道犯罪被害者支援基本計画.
 札幌, 北海道. 15.
 北海道環境生活部くらし安全局くらし安全課
 (2010). 北海道犯罪被害者支援ハンドブック
 資料編. 札幌, 北海道. 17.
 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 他 (2003).
 ドメスティックバイオレンス (DV) 簡易
 スクリーニング尺度 (DVSI) の作成およ
 び信頼性・妥当性の検討. 精神医学, 45.
 817-23. 東京. 医学書院.
 片岡弥恵子, 下谷恵美, 加納尚美, 大竹眞由美
 (2004). 性暴力・暴力被害女性への看護に
 関する実態調査. 聖路加看護学会誌, 8(1).
 1-10.
 MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson,
 E., Boyle, M. H., Shannon, H. S., Ford-
 Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben,
 J. H., Campbell, J. C., McNutt, L. A.
 & McMaster Violence Against Women
 Research Group (2009). Screening for
 intimate partner violence in health care
 settings : a randomized trial. JAMA, 5 ;
 302 (5). 493-501.
 McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K.,
 Derogatis, L. R., & Bass, E. B. (1998)
 Relation of low-severity violence to
 women's health. J Gen Intern Med, 13
 (10). 687-691.
 内閣府男女共同参画局 (2011). 配偶者暴力等
 被害者支援緊急対策事業 パープルダイヤ
 ル—性暴力・DV相談電話. 東京, 内閣府.
 24.
 性暴力禁止法をつくろうネットワーク (2010).
 安心できる青空を 性暴力禁止法をつくろ
 うネットワーク中間報告書. 大阪, 性暴力
 禁止法をつくろうネットワーク, 31-37.
 United Nations, Department of Economic and
 Social Affairs (2010). Handbook for
 legislation on violence against women.
 New York, United Nations. 1.
 Yoshihama, M., Horrocks, J., Kamano, S.
 (2009). The role of emotional abuse
 in intimate partner violence and health
 among women in Yokohama, Japan. Am
 J Public Health, 99 (4). 647-653.
 WHO (2005). Summary report : Multi-
 country study on women's health and
 domestic violence against women initial
 results on prevalence, health outcomes
 and women's responses. WHO. xv
[http://www.who.int/gender/violence/
 who_multicountry_study/Introduction-
 Chapter1-Chapter2.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf) [2015-01-05]
- HP情報**
 SACRACH <http://sacrach.jp> [2014-12-15]
- 委員会, 審議会資料, 手引き等**
 北海道環境生活部くらし安全局道民生活課
 (2011). 北海道被害者等支援推進委員会.
 参考資料. 性犯罪被害者支援に関する産科・
 婦人科医療機関アンケートの概要.
 北海道環境生活部くらし安全局道民生活課
 (2014). 北海道犯罪被害者等支援推進委員
 会. 参考資料. 都道府県における犯罪被害
 者等支援施策に関する条例・計画等の制定
 状況. 道内市町村における犯罪被害者等支
 援施策に関する条例・計画等の制定状況.
 刑法犯の現況 (平成25年). 会議録.
 内閣府男女共同参画局 (2007). 配偶者から
 の暴力の被害者の自立支援等に関する
 調査. 東京, 内閣府. 16. [http://www.
 gender.go.jp/e-vaw/chousa/ziritusien/](http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/ziritusien/)

pdf/1904kekka-02-2.pdf [2014-12-19]

内閣府犯罪被害者施策推進室（2012）. 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引～地域における性犯罪・性暴力被害者支援の一層の充実のために～. 3. http://www8.cao.go.jp/hanzai/kohyo/shien_tebiki/ [2015-01-03]

男女共同参画会議女性に対する暴力に関する専門調査会（2012）. 女性に対する暴力を根絶するための課題と対策～性犯罪への対策の推進～. 25-26. <http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/boryoku/houkoku/pdf/hbo07-0.pdf> [2015-01-03]

里親制度に関する男子学生の見解 —看護学生に焦点をあてて—

A Study of the View Held by Male Students of the Foster Parent System — Focusing on Nursing Students —

小山 満子

Michiko KOYAMA

日本医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Japan Health Care College

要旨

目的：青年期にある男子学生の里親制度に対する見解を明らかにすることである。

方法：男子学生6名を対象に、半構成的面接を実施し、質歴的帰納的方法で分析した。

結果：里親制度に対する男子学生の見解は、【幸せに暮らすための制度】【血縁関係にない家庭】【愛情のある里親】【安心できる家族】【改善が必要な制度】を抽出した。

結論：養育環境の1つである里親制度を通して、子どもの幸せは、血縁関係に限定した親子関係ではなく、愛情のある家庭環境の中で安心して暮らすことが重要と考えられている。

Purpose : This study's aim was to clarify the view of the Foster Parent System held by male students.

Methods : semi-structured interviews were conducted with six subjects who were male students. The interviews were analyzed qualitatively and inductively.

Results : In the Study of the View Held by Male Students of the Foster Parent System extraction groups : A system to live happily, Not related to the family, Affectionate foster parent, Relief regarding foster parents, Reform of the Foster Parent System.

Conclusions : Semi-structured interviews were conducted with six subjects In the Study of the View of Foster Parents Held by Male Students A system to live happily.

キーワード：里親制度, 男子学生の見解, 看護学生

Foster Parent System, Study on the View Held by University Students, Nursing Students.

I. はじめに

さまざまな事情により肉親が養育できない子どもが存在し、社会的な養護を必要とする子どもの問題が課題の1つとなっている。その理由として、親の未熟性などによる虐待の増加などの社会問題があげられる。21世紀の母子保健の取り組みである「健やか親子21」の策定には、子どもの安らかな発達と育児不安の軽減を目標として、目標予定を5年延長している。さらに、平成27年度からの10年計画として、「健やか親子21(第2次)」が継続されている現状にある。そこで、支援を必要とする子どもには、適切な養育環境として、社会的支援が不可欠である。

社会的支援の実際には、両親に代る養育環境として、乳児院や児童養護施設および里親制度などの社会資源が活用されている。また、現在の里親制度は、法に従って申請し、児童相談所を通して養育を委託していくシステムであり、里親委託は10%に満たない(厚生労働省2012)。

看護学生は、母性看護学・小児看護学などの専門科目において、現代社会の核家族化に対する育児支援の必要性などを学習する過程にある。また、母子関係・父子関係を含む家族システム、望ましい家庭環境の在り方や育児支援などを学習する。また、自分の将来を想定し、よりよい家庭を築くための在り方を考察する機会がある。さらに、青年期にある看護学生は、母性意識・父性意識の発達の準備期に相当する時期にもある。

里親の実態や里親制度に関する先行研究(貴田, 2007; 藤井, 2010; 益田, 2001; 御園生, 2007; 森本, 1992)が数多く存在する。また、看護学生が母性看護学の学びの中で家族関係を考えることに関し、青年期にある学生自身の母性意識の発達に役立つという視点で検討されてきている(益田, 2001; 植村, 2005)。また、里親制度に関する女子学生を対象とした看護学生の見解として、現代社会における里親の存在の重要性等(小山, 2011)は報告されているが、

男子学生の見解は報告されていない。2010年6月に改正された育児・介護休業法の施行を普及するために、イクメンプロジェクトが推進されている現代において、育児の協力者となる男性の役割は大きい。また、青年期の発達課題に到達していく過程にある男子学生が、家族の機能と役割を考えながら、父性意識を高めていく教育は重要と考える。母性看護学概論において、母性について、父性について学び、家族の機能と役割について、学習を深める機会がある。

そこで、本研究は、学生が経験している家庭等と比較して想定しやすい家族の機能と役割を改めて考える機会となる子どもの養育環境の1つである里親制度に着目し、母性看護学概論履修後における「里親制度に関する男子学生の見解」を明らかにすることを目的とした。また、家族の機能と役割に関連づけて考察する。

II. 用語の操作的定義

「里親制度に関する見解」は、里親を含めた里親制度に対し、「学生が感じていること、考えていることを含めた内容」とする。その理由は、里親と里親制度に関する感じ方や考え方には、学生個人の価値観を形成してきた成育歴と感性が大きく影響している要素も多く、感じていることと、考えていることの明確な区別は困難であることが予想された。そこで、「里親制度に関する男子学生の見解」は、里親制度の政策と里親自体について、両者を含めた見解とした。

III. 研究方法

1. 研究対象

研究対象者は、看護基礎教育課程の大学に在籍し、母性看護学概論、小児看護学概論を履修した後であり、各論を受講する前の男子学生とした。また、対象学生の選択基準は、青年期にある未婚の男子学生とした。

2. 調査期間

平成XX年8月～平成XX年10月

3. 研究方法

本研究は、質的帰納的研究方法を用いた質的研究である。

1) データ収集方法

母性看護学概論、小児看護学概論の履修後にある学生に、倫理的配慮に沿って、事前に録音の同意を得て、データ収集を行った。インタビューは、「里親制度に関して感じたこと、考えたことに関すること」のインタビューガイドに沿って、里親と里親制度の見解を把握するために、半構成的方法を用いた個人面接を実施し、インタビュー内容をデータとした。対象者の個人面接は、付加的なデータの情報時間も含めて、平均所要時間は、約30分を予定した。

さらに、研究対象者の学習を理解するための助けとなる付加的なデータとして、研究対象者の年齢、所属する教育機関について、情報を得た。

2) データ分析方法

データ分析は、次の手順で行った。録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。次に、分析対象とする記録単位は、意味内容を正確につかむために、すべてのデータの1文脈を1記述単位とし、分析内容をコード化した。さらに、コード化した内容を類似性・同質性に基づいてサブカテゴリー化を行い、抽象レベルの類似性に基づいてカテゴリー化した。

3) 本研究の真実性

分析過程において、結果の真実性を高めるために、質的分析法を熟知している研究者のスーパービジョンを適宜受けることで、確保した。

4) 倫理的配慮

研究対象者は、母性看護学概論、小児看護学概論を終了し、単位認定後にある者とした。研究対象者に研究の趣旨、方法、プライバシーの保護等について説明した。本研究の参加・不参加の選択は自由意思であること、途中で辞退することが認められること、個人や教育機関が特

定されないよう匿名性を守ることを含めて、研究協力による不利益がないことを説明した。また、データを正確に分析するためにインタビュー内容を録音することの同意を得た。さらに、データは本研究の終了後破棄することを説明した。

研究協力が得られた研究対象者には、同意書への署名で研究協力の意思を確認した。なお、本研究は大学の倫理委員会の承認後に実施した。

IV. 結果

1. 研究対象者の背景

研究対象者は、大学の看護基礎教育課程に在籍している男子学生6名であった。年齢は、20～21歳であった。

2. 「里親制度に関する見解」について

6名の「里親制度に関する見解」のデータは、カテゴリー【幸せに暮らすための制度】【血縁関係のない家庭】【愛情のある里親】【安心できる家族】【改善が必要な制度】を抽出した(表1)。

以下、カテゴリーは【 】内に、サブカテゴリーは〈 〉内で示す。

1) 【幸せに暮らすための制度】は、〈捨てられた子どものための里親制度〉〈育てられない子を救う制度〉〈虐待が多い社会に欠かせない制度〉のサブカテゴリーで示された。

男子学生は、子どもの養育環境として、何らかの事情がある両親や児童虐待が増加する社会には欠かすことのできない制度に里親制度が必要であると受けとめていた。

2) 【血縁関係のない家庭】は、〈血のつながらない里親〉〈実親が育てられない子の家庭〉のサブカテゴリーで示された。

3) 【愛情のある里親】は、〈尊敬できる里親の愛情〉〈責任と愛情を併せもつ里親〉のサブカテゴリーで示された。

男子学生は、血縁関係のない子どもの養育を行う里親に対し、人間として、尊敬できる

表1. 里親制度に関する男子学生の見解

カテゴリー	サブカテゴリー
幸せに暮らすための制度	捨てられた子どものための里親制度 育てられない子を救う制度 虐待が多い社会に欠かせない制度
血縁関係にない家庭	血のつながらない里親 実親が育てられない子の家庭
愛情のある里親	尊敬できる里親の愛情 責任と愛情を併せ持つ里親
安心できる家族	虐待された子が安らげる場所 安心できる居場所 心身の傷を癒す里親家族
改善が必要な制度	里親に対する金銭的支援 里親を支える制度の改善 里親の増加に向けた制度の見直し

存在と認めていた。また、自分の産んだ子どもに愛情と責任をもつことができない実の親と比較し、子どもが家庭的な環境で育つことを願っていた。

- 4) 【安心できる家族】は、〈虐待された子が安らげる場所〉〈安心できる居場所〉〈心身の傷を癒す里親家族〉のサブカテゴリーで示された。

男子学生は、肉親が子どもに虐待する社会状況などと比較し、血縁関係はないが、心身の傷を癒し、安心して安らげる居場所となっている里親のいる家族の必要性を認識していた。

- 5) 【改善が必要な制度】は、〈里親に対する金銭的支援〉〈里親を支える制度の改善〉〈里親の増加に向けた制度の見直し〉のサブカテゴリーで示された。

男子学生は、何らかの事情がある両親の児童虐待が増加する社会には欠かすことのできない里親制度に対し、金銭的な支援と制度の見直しが必要と考え、里親の増加を図るための改善策とともに子どもの養育環境の充実を希望していた。

V. 考察

男子学生の「里親制度に関する見解」として

抽出された5つのカテゴリーを通して考察する。

男子学生は、里親制度を【幸せに暮らすための制度】にとらえ、児童虐待が増加する社会には欠かすことのできない制度と考えている。その理由として、学生自身の成育歴や、看護基礎教育の中で、人権や子どもの児童憲章や児童の権利に関する条約等を学習してきたことが挙げられる(丸, 2012)。また、母性看護学概論や小児看護学概論において、児童憲章を通して、児童の幸福を図るために定められた内容を学び、児童は人として尊ばれ、よい環境の中で育てられる権利がある看護の対象の存在(森, 2012; 高橋, 2012; 上別府, 2012)を学習したことが影響していると考えられる。

また、里親は、【血縁関係にない家庭】であるが、子どもは虐待などを受けることなく【愛情のある里親】の下で暮らすことが重要と考えられている。また、心身ともに安全な家庭で暮らすことは、【安心できる家族】の存在が不可欠であることや、家族の役割を真剣に考える機会となっていたと言える。本来の子どもの成長発達には、適切な家庭環境が必要と考えられているのは、すべての児童は、家庭で、正しい愛情と知識と技術をもって育てられること、家庭に恵まれない児童には、これにかわる環境が与

えられる必要があること児童憲章(1951)の学習の成果ではないだろうか。本来の実親の役割を学生自身の体験や学習を基に、親のあるべき姿を想定していると考えられる。家庭を失った児童には、家庭にかわる環境で育てられるのが最も幸せであると考えたのではないか。里親に育てられている子どもは、家族としての機能を果たすことができない状況にある実親が存在し、子どもに責任を果たす親の役割を代行する里親を重要な存在として捉えることができていると言える。

親役割の責任と愛情を注ぐ里親に敬意を示していたと考えられる。さらに、本来の家族の機能と役割について、子どもに適した家族の在り方を真剣に検討する機会となっていたと考える。また、学生自身の成育歴や身近な友人・知人の家庭環境と比較しながら血縁のない親子関係について、子どもの目線から家族機能を真剣に考えていたと思われる。さらに、男子学生は、子どもの養育環境として、何らかの事情がある両親や児童虐待が増加する社会には欠かすことのできない制度に里親制度の必要性とその重要性を示唆している。

園井(2010)は、里親養育の必要性として、里子と実親に必要なだけでなく、里親は世代間における福祉のリレーを可能にする養育形態と示唆しているが、本研究対象である男子学生の見解に類似していると考えられる。その理由として、わが子を実親が育てていくことが困難な場合は、実親にこだわらずに、里子が安心して暮らす環境としての養育形態が重要であり、里親の養育の意義を考えられていたことである。また、里親制度について、子どもの目線から、望ましい養育環境の在り方について考える機会を得ていたと言える。男子学生の見解は、現代社会における里親の存在の重要性等(小山, 2011)を示した女子学生の見解の報告とほぼ一致している。

また、男子学生は、日本における現在の里親

の全体的な割合が、10%に満たない現状に対し、里親の増加を望む理由として、現代の重要課題の1つである児童虐待の社会問題等を意識した見解を示していたことである。子どもの立場から、愛情のある養育者に育てられることが、心身の安全と心の安定に結びつくと考えられている。さらに、現在の里親制度に対し、【改善の必要な制度】としての見解を示している。つまり、里親の待遇を改善することは里親の増加につながり、里子の幸せに結び付くと考えることができている。また、血縁関係のない子どもの養育を引き受ける里親に対し、人間としての尊敬を抱いている。自分の産んだ子どもに愛情と責任をもつことができない親が存在する社会の現状を通して、血縁関係に左右されない家族の存在の重要性に結びついていたと考えられる。

本研究を通して、男子学生は、家庭に恵まれない子どもの養育環境の1つである里親制度を通して、子どもの目線で、望ましい養育環境を考えられていたと言える。

また、虐待の多い社会状況を通して、子どもの目線に立ち、子どもが幸せに暮らすためには、血縁関係に限定した親子関係ではなく、愛情と責任のある家庭環境の中で安心して暮らすことが重要と考えられている。子どもの発達過程において、乳幼児期の愛着関係を形成することの重要性と家族機能や家族の役割を母性看護学概論で学んでいることが影響していると考えられる。また、里親制度の改善を願い、望ましい養育環境としての家庭と家族の在り方について検討する機会となったと考える。

VI. 結語

看護学生の「里親制度に関する見解」は、カテゴリ【幸せに暮らすための制度】【血縁関係のない家庭】【愛情のある里親】【安心できる家族】【改善が必要な制度】であった。

家庭に恵まれない子どもの養育環境の1つで

ある里親制度を通して、子どもの目線で、望ましい養育環境を検討する機会となり、血縁関係に限定した親子関係ではなく、子どもが幸せに暮らすことが重要と考えられている。

Ⅶ. 本研究の限界と課題

本研究は、望ましい養育環境の在り方と関連づけて里親の役割や里親制度の必要性を考える機会となったことは意義があると考えられる。また、本研究に協力が得られた対象者は、看護基礎教育課程に在籍していた男子学生であった。選考方法や人数を考えるとデータに偏りの可能性がある。

今後は、専門性や選考方法が異なる学生の比較を目指した里親や里親制度に関する見解を分析することが課題である。

引用文献

- 御園生直美 (2007). 里親養育における家族関係の形成—社会的養護と家庭環境—家庭教育研究所紀要, 29, 84-98.
- 厚生労働省福祉行政報告 (2012). 平成22年里親数等の推移, http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakiteki_yougo/02.html (検索日2015年1月6日)
- 小山満子 (2007). 里親制度に関する看護学生の見解, 旭川大学保健福祉学部紀要, 3, 31-34.
- 児童憲章, ウィキペディア. <http://ja.wikipedia.org/wiki> (検索日2015年2月16日)
- 園井ゆり (2001). 里親養育の必要性和新しい家族としての養育家族, 活水論文集, (53), 19-33.
- 貴田美鈴 (2007). 里親制度における政策主体の意図1960年代から1980年代の社会福祉の政策展開に着目して, 名古屋市立大学大学院人間文化研究科人間化研究, (8), 83-97.
- 益田早苗, 浅田豊 (2001). 現代日本の里親意

識と児童養育・支援の今日的課題, 青森保健大紀要, 3 (2), 177-199.

丸光恵 (2013). 小児看護学概論, 小児臨床看護総論, 医学書院.

森恵美・高橋真理・上別府圭子 (2012). 母性看護学概論, 医学書院.

森本美絵 (2007). 里子の養育家庭における課題と社会的支援—近畿地区里親の養育に関するアンケート調査を通して—名古屋短期大学研究紀要, 45, 163-173.

A大学学生のUPIからみた精神的健康と生活習慣との関連 —性別の比較—

The Relationship between UPI-Measured Mental Health and Lifestyle in A University Students — Comparison between Genders —

滋野 和恵¹⁾, 前垣 綾子²⁾

Kazue SHIGENO¹⁾, Ayako MAEGAKI²⁾

1) 日本医療大学保健医療学部看護学科 2) (元) 北海道文教大学人間科学部看護学科

1) Japan Health Care College 2) (Once) Hokkaido Bunkyo University

要旨

A大学学生の精神的健康と生活習慣の関連について検討するため、A大学学生854人を対象に、UPI調査とライフスタイル調査を実施した。その結果、64%の学生は精神的健康がおおむね良好であった。女子は、「自覚症状」と、「精神身体的訴え」「抑うつ傾向」「対人不安」「強迫傾向・被害関係念慮」の4下位尺度、「UPI38項目」で、男子より得点が高く、心身の不調を身体症状で訴える傾向があった。一般的に望ましいとされる生活習慣の学生が多く、特に、男子58.4%女子71.7%が、朝食をほぼ毎日摂取する習慣があった。不規則な生活習慣を持つものは女子より男子に多かった。しかし、精神的健康への影響度は女子の方が大きく、不規則な生活習慣は精神的健康低下のリスクがあり、学生の性別を考慮した健康教育の必要性が示唆された。精神的健康に関連する生活習慣因子を明らかにすることが今後の課題である。

The purpose of this study was to determine the relationship between mental health and lifestyle in A university students. A total of 854 students were asked about their lifestyle and mental health using the University Personality Inventory (UPI). It was found that 64% had generally good mental health. Comparison between genders showed that women tended to score higher than men on “subjective symptoms,” the 4 subscales - “psychosomatic symptoms”, “tend to depression”, “uneasy about relations with other peoples”, “tend to obsession and paranoia”, and 38 items of the UPI. Women tended to appeal mental and physical upset with physical symptoms. Many students had positive lifestyles. In particular, 58.4% of men and 71.7% of women consumed breakfast almost daily. More men than women had irregular lifestyles. However, about the impact of the mental health, women were larger it than men. These findings suggest that irregular lifestyles in students could lead to poor mental health, necessitating health education in accordance with the genders. It is necessary to clarify the lifestyle factors related to mental health.

キーワード：UPI (University personality Inventory) 精神的健康, 大学生, 生活習慣
UPI (University personality Inventory), Mental health, Students, Lifestyle

1. はじめに

近年、大学生の精神保健上の問題は、複雑多様化している。その特徴として、精神医学的な診断範疇に当てはまるような心身症の症状ではなく漠然とした不調を訴える学生の増加や、何らかの課題に直面した時に葛藤するのではなく、不安障害、身体表現性障害、摂食障害、引きこもりなどの身体化や行動化によって表現される傾向があげられている(高石200, 木村2013, 川上2013)。このような背景から、学生相談室の個別的関わりのほかにも、現代学生の特徴をふまえた全学的な教職員の取り組みが必要であると言われている。

こうした心身の不調は、日常生活上の変化として現れやすい。また、学生を取り巻く様々な状況やストレスなどの環境的变化が起因しており、日常生活の過ごし方とも関連が深い。学生の日常生活と精神的健康に関する研究報告によれば、望ましいとされる生活習慣、すなわち、毎日の朝食摂取、睡眠時間の確保、栄養バランスの取れた食事、夜型ではなく朝型の規則正しい生活パターン、規律ある生活習慣が精神的健康の良好さに関連しており(馬場ら2001, 徳田2014)、逆に、生活が不規則、朝食を食べない、運動の習慣や趣味がないといった生活習慣は、精神的健康度低下のリスクを高めることが示唆されている(伊藤ら2005)。

また、大学生の場合は、大学入学に伴う単身生活の開始、アルバイト、新しい人間関係の始まり、学業・勉学の状況などによって生活の変化が著しい。食生活が乱れ運動時間などが少なくなり(中山ら2011)、就寝時刻や起床時間が高校生よりも遅くなるなど(富永ら2001)、生活習慣が変わりやすいことが指摘されている。

折原ら(2006)は、生活習慣に及ぼす要因の検討に、生活習慣を妨害する項目を含めているが、健康的な生活を送るために、いかにして妨害因子を取り除くかといった自分自身の健康に対する態度や行動も重要である。折原らは、健

康的な生活を送りたくてもアルバイト等で健康的な生活が乱されることがあり、生活習慣に不安を持つ学生や健康情報を多く求める学生には、健康生活習慣を妨害する因子が多いことや、自分自身もそのことを自覚していることを示唆した。このような生活リズムや食生活が何らかの事情で影響されているかどうかという認知を、精神的健康との関連で見れば、学生のストレス対処行動が推測できる。たとえば生活習慣を妨害するものがあっても、うまくコントロールできればストレス状況に陥ることはなく、その反対にコントロールできなければ精神的健康度は低下することが考えられる。このような観点から折原らが述べる妨害因子を生活習慣や精神的健康との関連で見るとは意義深い。

ところで、大学生のメンタルヘルスの判定に有効な心理テストのひとつに、UPI (University Personality Inventory) がある。これは、1966年に全国大学保健管理協会が、主に大学生の心理的な悩みを調査するため作成したものである。本来、入学時に、神経症や抑うつ、統合失調症などの手がかりの追求、退学・休学・不登校学生の特性の把握やスクリーニングが第一義的目的で使用される。しかし、学生が抱えやすい悩みが網羅されていることもあり、様々な対象群の比較や、UPI項目の出現率の経年的な調査による学生の精神的健康の動向の把握など多様な目的で使用されている。

UPIを用いた先行研究のうち大学生の精神的健康の特性や傾向に関しては、性差に関する報告が多数あり、女子の方が男子よりも精神身体的な自覚症状を訴えやすいことや、心身の不調を、女性は内分泌・自律神経系症状や消化器症状で訴える傾向があると言われている。しかし、経年的変化をみると必ずしも性差は認められなかったものや(善田ら2001)、性差があるとする研究も、必ずしも一致した見解はなく、学年、学科、また大学によっても違いがあり、学

生が所属する集団の特性により異なる傾向を示す(西山ら2004, 中井ら2007, 前垣ら2011, 泉水ら2012)。また, 項目ごとの経年的変化では, 対人過敏性, 抑うつ気分の増加と活動性, 被受容性の減少があると言われている(平田2014)。

生活習慣との関連でも, 精神的健康と睡眠時間や就寝時刻との間に, 中高生では男女に関連があったが, 大学生では女子のみに見られることや, 男子は睡眠時間そのものには関連しない(富永ら2001)など, 精神的健康に影響する生活習慣には年齢による違いや性差があることなどが明らかになっている。

本調査では, 学生数増加が著しく, 今後ますます学生への関わりが必要となるA大学において, 現時点における学生の精神的健康の傾向と生活習慣の実態とそれらの関連について明らかにする。先行研究では精神的健康や生活習慣のあり方, また生活習慣が精神的健康度に及ぼす影響について男女で異なる傾向があったことから, 特に性別との関連で明らかにする。また, 規則正しい生活が送れているかどうかという学生の認知と精神的健康度との関連からストレスコントロールの実態を推測し, 健康教育への知見を得ることを目的とする。

2. 目的

性別の比較を中心に, A大学学生の精神的健康と生活習慣の実態及び関連について明らかにする。

3. 方法

1) 対象者

A大学について学生数1508人を対象に質問紙調査を実施した。A大学は文系学部3学科と保健医療系学部4学科からなる。

2) 調査時期とデータ収集方法

2008年10月の後期授業開始後実施した。これは, 1年生の場合は, 入学(新学期)から半年後にあたるが, 入学直後では緊張感が結果に反

映されやすいということがある。また, どの学年でもその時の日常生活の過ごし方が, 調査時の心身の状態に影響してくると考えられるため, 調査時期としても妥当であると考えた。調査は, 著者らが, 授業開始時または終了時に, 集合調査で精神的健康と生活習慣に関する質問紙を個別に配布し回答を求めた。記入時間は10-15分程度であり, 回答後は回収ボックスにおいて回収した。なお一部の学科は配布, 回収を担当教員に一任した。

3) 調査内容

学生の精神的健康については, UPI (University Personality Inventory) を, 生活習慣と生活習慣に影響を及ぼす要因については, 先行研究を参考に研究者が独自に作成した「ライフスタイル調査」を用いた。以下, 内容について説明する。

①UPI (University Personality Inventory) について

UPIは, 全60項目からなり, 最近6ヶ月ぐらいの間で自分が感じたことや, 経験したことに, ○印をつけてもらい1点として計算し合計得点を算出する。UPI60項目のうち56項目は「自覚症状」を示す内容であり, 残り4項目は「陽性項目(ライ・スケール)」で, 本来心理テストの信頼性をみる虚偽尺度である。しかし, 最近では学生の活動性や明るさなどの健康的側面の指標として分析に加えられている。中井ら(2007)は, 「自覚症状」56項目を, 内容別に4つの下位尺度に分類した。その内容は, 「精神身体的訴え」16項目, 「抑うつ傾向」20項目, 「対人面での不安」10項目, 「強迫傾向, 被害・関係念慮」10項目の4尺度である。

本調査では, A大学学生の全体像を把握する上で重要な項目と考え, 「陽性項目」も分析に加え, 中井らの分類に基づいてA大学学生の精神的健康状態を把握した。生活習慣との関連では, UPI「自覚症状」得点(最低点0点から最高点56点)を学生の精神的健康の指標とした。

4つの陽性項目を除くUPIは得点が高いほど精神的健康は良くないことを示す。

②「ライフスタイル調査」について

これは、折原ら(2006)を参考に、著者らが独自に作成した質問紙である。精神的健康のバロメーターとして関連が深く、心身の不調や快適な状態が生活の変化として捉えやすいことから、食生活、睡眠に着目した。起床時刻、就寝時刻、食事の時間などが規則的かどうか、また朝食を毎日摂取するか、睡眠時間はどのくらいか、栄養バランスを考えて食事をしているかなどを問う質問6項目と、大学生の生活習慣の変化に関連する外的環境要因として居住形態、通学時間、アルバイトの有無や労働時間に関する質問3項目、生活リズムや食事の内容などが何らかの事情により影響されるかどうかといった生活習慣に対する学生の認知的評価に関する質問2項目の全11項目から構成される。それぞれの質問には、選択肢を設け自分に当てはまるものあるいは最も近いもの一つを選択するよう求めた。

4) 分析方法

A大学学生の精神的健康の全体的傾向を調べるために、A大学全学生、男女別、およびライフスタイル調査の項目別回答別にUPI記述統計量を算出した。UPI自覚症状得点および下位尺度得点と性別との関連についてはSpearmanの順位相関、UPIの各項目と性別との関連は χ^2 独立性の検定を使用した。「ライフスタイル調査」の各項目において、性別との関連については χ^2 独立性の検定、UPI自覚症状得点との関連はSpearmanの順位相関を使用した。

5) 倫理的配慮

本研究は、調査実施大学の研究倫理審査会の審査を受け承認を得た。また各学部学科責任者に研究の主旨を説明し同意を得て実施した。調査対象者には、調査は無記名であり参加は自由で成績には無関係であること、また、調査用紙への記入・回答をもって調査の主旨・参加に同

意されたものとし、答えられない項目や答えたくない項目には無理に答えなくても良いことを質問紙に明記し事前説明も行った。

4. 結果

1) 対象者属性

調査対象者から1099人の回答を得た。そのうち回答に不備あったものを除外した。有効回答数は854人(有効回収率77.7%)であった。調査対象者内訳を表1に示す。平均年齢は男女とも19.8歳であった。

4年生の回答が56名と他学年に比べ少なかった。これは、A大学は、2006年から2008年にかけて3つの学科が新設され完成年度を迎えていないことや、既設の文系学部では4年生の講義が終了しているものが多くあり、そのため大学に登校しない学生が多かったためである。

表1 調査対象者内訳(人数)

学年	性別		合計
	男子	女子	
1年生	107	181	288
2年生	96	170	266
3年生	89	155	244
4年生	18	38	56
合計	310	544	854

2) A大学学生のUPIの結果

(1) UPI得点の分布

56項目の「自覚症状」得点の得点範囲は最小0点から最大52点であり、得点別では7点が最も多く48人、ついで6点、11点、12点が36名だった。図1は自覚症状の得点分布である。11点を中央値とし、14点までに60%の学生が含まれた。左偏りで緩やかに右下がりの分布を呈した。また、UPI得点30点以上の学生の中に問題の多い学生が多いとされるが、A大学では9.4%(男子15人女子65人計80人)であった。

(2) UPI得点の男女の比較

「自覚症状」得点平均値(SD)は、学生全

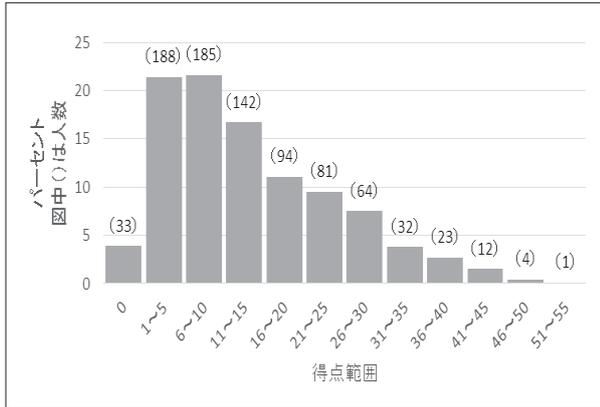


図1 UPI自覚症状得点の分布

体13.76 (10.63), 男子10.68 (9.28), 女子15.51 (10.96)であった。下位尺度の平均値 (SD) は、「精神身体的訴え」が, 学生全体3.86 (3.29) 男子2.76 (2.84) 女子4.49 (3.36), 「抑うつ傾向」が, 学生全体6.15 (4.65) 男子5.00 (4.31) 女子6.81 (4.70), 「対人不安」が, 学生全体2.20 (2.31) 男子1.64 (2.02) 女子2.53 (2.40), 「強迫傾向・被害関係念慮」が, 学生全体1.53 (1.95) 男子1.27 (1.73) 女子1.68 (2.05), 「陽性項目」が, 学生全体0.68 (0.98) 男子0.65 (0.98) 女子0.69 (0.98)であった (表2参照)。

また, 性別との相関は, 「自覚症状」および4つの下位尺度において, 有意な相関がみられ

表2 A大学学生のUPI得点平均値 (SD) の結果

	全体 (854人)	男性 (310人)	女性 (544人)
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
「UPI全体」			
自覚症状	13.76 (10.63)	10.68 (9.28)	15.51 (10.96)
陽性項目	0.68 (0.98)	0.65 (0.97)	0.69 (0.98)
「UPI下位尺度 (訴え内容別)」			
精神身体的訴え	3.86 (3.29)	2.76 (2.84)	4.49 (3.36)
抑うつ傾向	6.15 (4.65)	5.00 (4.31)	6.81 (4.70)
対人不安	2.20 (2.31)	1.64 (2.02)	2.53 (2.40)
強迫傾向・被害関係念慮	1.53 (1.95)	1.27 (1.73)	1.68 (2.05)

表3 UPI得点平均値と性別とのSpearmanの順位相関の結果

	自覚症状	陽性項目	精神身体的訴え	抑うつ傾向	対人不安	強迫傾向・被害関係念慮
性別	0.23***	0.02	0.27***	0.19***	0.20***	0.10**

表中 数値は相関係数 ρ

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < 0.001$

た。「自覚症状」($\rho = 0.23, p < .001$), 「精神身体的訴え」($\rho = 0.27, p < .001$), 「対人不安」($\rho = 0.23, p < .001$)で弱い正の相関があり, 「抑うつ傾向」($\rho = 0.19, p < .001$)「強迫傾向・被害関係念慮」($\rho = 0.10, p < .01$)で, ほとんど相関はなかった。また陽性項目には有意な相関はなかった (表3参照)。

UPI項目別の回答結果と性別との関連について表4に示した。肯定的回答 (はい) の多い上位10項目は, 男子では「12. やる気が出てこない」(45.5%), 「36. なんとなく不安である」(38.1%), 「15. 気分が波がありすぎる」(37.4%), 「14. 考えがまとまらない」(36.8%), 「9. 将来のことを心配しすぎる」(35.8%), 「2. 吐き気・胸やけ・腹痛がある」(35.5%), 「22. 気疲れする」(34.8%), 「28. 根気が続かない」(31.6%), 「29. 決断力がない」(31.6%), 「46. 体がだるい」(31.0%)であった。

女子では「12. やる気が出てこない」(59.6%), 「18. 首筋や肩がこる」(56.8%), 「15. 気分が波がありすぎる」(56.4%), 「36. なんとなく不安である」(54.4%), 「14. 考えがまとまらない」(50.9%), 「22. 気疲れする」(49.4%), 「2. 吐き気・胸やけ・腹痛がある」(49.1%),

表4 各UPI質問項目の回答別男女の割合と χ^2 独立性の検定結果

下位尺度	項目No	UPI 質問内容	回答	UPI		合計 人数	χ^2 検定の結果		
				男性 n=310人 人数 (%)	女性 n=544人 人数 (%)		χ^2 値	ϕ 係数	
【精神身体的訴え】	1	食欲がない	はい いいえ	68 (21.9) 242 (78.1)	197 (36.2) 347 (63.8)	265 589	18.80***	0.15***	
	2	吐き気・胸やけ・腹痛がある	はい いいえ	110 (35.5) 200 (64.5)	267 (49.1) 277 (50.9)	377 477	14.81***	0.13***	
	3	わけもなく便秘や下痢をしやすい	はい いいえ	71 (22.9) 239 (77.1)	198 (36.4) 346 (63.6)	269 585	16.66***	0.14***	
	4	動悸や脈が気になる	はい いいえ	35 (11.3) 275 (88.7)	87 (16.0) 457 (84.0)	122 732	3.57	0.1	
	16	不眠がちである	はい いいえ	72 (23.2) 238 (76.8)	175 (32.2) 369 (67.8)	247 607	7.68**	0.10**	
	17	頭痛がする	はい いいえ	53 (17.1) 257 (82.9)	199 (36.6) 345 (63.4)	252 602	36.0***	0.21***	
	18	首筋や肩がこる	はい いいえ	89 (28.7) 221 (71.3)	309 (56.8) 235 (43.2)	398 456	62.62***	0.27***	
	19	胸が痛んだり、しめつめられる	はい いいえ	31 (10.0) 279 (90.0)	94 (17.3) 450 (82.7)	125 729	8.38**	0.09**	
	31	赤面して困る	はい いいえ	44 (14.2) 266 (85.8)	106 (19.5) 438 (80.5)	150 704	3.81	0.08	
	32	どもったり、声かふるえる	はい いいえ	36 (11.6) 274 (88.4)	88 (16.2) 456 (83.8)	124 730	3.31	0.10	
	33	体がほてったり、冷えたりする	はい いいえ	37 (11.9) 273 (88.1)	150 (27.6) 394 (72.4)	187 667	28.23***	0.18***	
	34	排尿や性器のことが気になる	はい いいえ	15 (4.8) 295 (95.2)	43 (7.9) 501 (92.1)	58 796	2.93	0.06	
	46	体がだるい	はい いいえ	96 (31.0) 214 (69.0)	235 (43.2) 309 (56.8)	331 523	12.45***	0.12***	
	47	気になると冷や汗が出やすい	はい いいえ	40 (12.9) 270 (87.1)	81 (14.9) 463 (85.1)	121 733	0.64	0.03	
	48	めまいや立ちくらみがある	はい いいえ	56 (18.1) 254 (81.9)	205 (37.7) 339 (62.3)	261 593	35.82***	0.21***	
	49	気を失ったりひきつけたりする	はい いいえ	2 (0.6) 308 (99.4)	8 (1.5) 536 (98.5)	10 844	1.16	0.04	
	【抑うつ傾向】	6	不平や不満が多い	はい いいえ	85 (27.4) 225 (72.6)	194 (35.7) 350 (64.3)	279 575	6.10*	0.09*
		7	親が期待しすぎる	はい いいえ	19 (6.1) 291 (93.9)	44 (8.1) 500 (91.9)	63 791	1.11	0.0
		8	自分の過去や家庭は不幸である	はい いいえ	22 (7.1) 288 (92.9)	52 (9.6) 492 (90.4)	74 780	1.51	0.0
9		将来のことを心配しすぎる	はい いいえ	111 (35.8) 199 (64.2)	219 (40.3) 325 (59.7)	330 524	1.65	0.0	
10		人に会いたくない	はい いいえ	45 (14.5) 265 (85.5)	127 (23.3) 417 (76.7)	172 682	9.57**	0.10**	
11		自分が自分でないような感じがする	はい いいえ	44 (14.2) 266 (85.8)	124 (22.8) 420 (77.2)	168 686	9.24*	0.10*	
12		やる気が出てこない	はい いいえ	141 (45.5) 169 (54.5)	324 (59.6) 220 (40.4)	465 389	15.77***	0.14***	
13		悲観的になる	はい いいえ	90 (29.0) 220 (71.0)	214 (39.3) 330 (60.7)	304 550	9.15**	0.10**	
14		考えがまとまらない	はい いいえ	114 (36.8) 196 (63.2)	277 (50.9) 267 (49.1)	391 463	15.92***	0.14***	
15		気分に波がありすぎる	はい いいえ	116 (37.4) 194 (62.6)	307 (56.4) 237 (43.6)	423 431	28.56***	0.18***	
21		気が小さすぎる	はい いいえ	67 (21.6) 243 (78.4)	127 (23.3) 417 (76.7)	194 660	0.34	0.02	
22		気疲れする	はい いいえ	108 (34.8) 202 (65.2)	269 (49.4) 275 (50.6)	377 477	17.09***	0.14***	
23		いらいらしやすい	はい いいえ	93 (30.0) 217 (70.0)	254 (46.7) 290 (53.3)	347 507	22.81***	0.16***	
24		おこりっぽい	はい いいえ	45 (14.5) 265 (85.5)	147 (27.0) 397 (73.0)	192 662	17.72***	0.14***	
25		死にたくなる	はい いいえ	35 (11.3) 275 (88.7)	65 (11.9) 479 (88.1)	100 754	0.83	0.00	
26		何事も生き生きと感じられない	はい いいえ	31 (10.0) 279 (90.0)	84 (15.4) 460 (84.6)	115 739	5.01*	0.07*	
27		記憶力が低下している	はい いいえ	94 (30.3) 216 (69.7)	234 (43.0) 310 (57.0)	328 526	13.44***	0.13***	
28		根気が続かない	はい いいえ	98 (31.6) 212 (68.4)	209 (38.4) 335 (61.6)	307 547	3.97*	0.07*	
29		決断力がない	はい いいえ	98 (31.6) 212 (68.4)	216 (39.7) 328 (60.3)	314 540	5.56*	0.08*	
30	人に頼りすぎる	はい いいえ	95 (30.6) 215 (69.4)	218 (40.1) 326 (59.9)	313 541	7.56**	0.09**		

下位尺度	項目No	UPI 質問内容	回答	UPI		合計 人数	χ^2 検定の結果	
				男性 n=310人 人数 (%)	女性 n=544人 人数 (%)		χ^2 値	ϕ 係数
【対人不安】	36	何となく不安である	はい いいえ	118 (38.1) 192 (61.9)	296 (54.4) 248 (45.6)	414 440	21.13***	0.16***
	37	ひとりしていると落ち着かない	はい いいえ	33 (10.6) 277 (89.4)	98 (18.0) 446 (82.0)	131 723	8.26**	0.098**
	38	物事の自信が持てない	はい いいえ	87 (28.1) 223 (71.9)	217 (39.9) 327 (60.1)	304 550	12.05*	0.12*
	39	何事もためらいがちである	はい いいえ	61 (19.7) 249 (80.3)	157 (28.9) 387 (71.1)	218 636	8.76*	0.10*
	40	他人に悪くとられやすい	はい いいえ	26 (8.4) 8 (2.7)	69 (12.7) 13 (2.3)	95 21.1	3.69	0.07
	41	他人が信じられない	はい いいえ	32 (10.3) 278 (89.7)	110 (20.2) 434 (79.8)	142 712	13.96***	0.13***
	42	気をまわしすぎる	はい いいえ	53 (17.1) 247 (79.7)	135 (24.8) 409 (75.2)	188 656	6.85*	0.09*
	43	付き合いが嫌いである	はい いいえ	28 (9.0) 282 (91.0)	89 (16.4) 455 (83.6)	117 737	8.97*	0.10*
	44	ひげ目を感じる	はい いいえ	41 (13.29) 269 (86.6)	102 (18.8) 442 (81.3)	143 711	4.32*	0.07*
	45	とり越し苦労をする	はい いいえ	30 (9.7) 280 (90.3)	104 (19.1) 440 (80.9)	134 720	13.3***	0.13***
【強迫傾向・被害関係念慮】	51	こだわりすぎる	はい いいえ	57 (18.4) 253 (81.6)	132 (24.3) 412 (75.7)	189 665	3.96	0.07
	52	繰り返し、確かめないと苦しい	はい いいえ	47 (15.2) 263 (84.8)	98 (18.0) 446 (82.0)	145 709	1.14	0.04
	53	汚れが気になって困る	はい いいえ	21 (6.8) 289 (93.2)	49 (9.0) 495 (91.0)	70 784	1.31	0.04
	54	つまらぬ考えがとれない	はい いいえ	50 (16.1) 260 (83.9)	126 (23.2) 418 (76.8)	176 678	5.97*	0.08*
	55	自分の変なにおいが気になる	はい いいえ	14 (4.5) 296 (95.5)	33 (6.1) 511 (93.9)	47 807	0.91	0.0
	56	他人に陰口を言われる	はい いいえ	21 (6.8) 289 (93.2)	26 (4.8) 518 (95.2)	47 807	1.51	-0.04
	57	周囲の人が気になって困る	はい いいえ	46 (14.8) 264 (85.2)	109 (20.0) 435 (80.0)	155 699	3.59	0.1
	58	他人の視線が気になる	はい いいえ	73 (23.5) 237 (76.5)	188 (34.6) 356 (65.4)	261 593	11.28**	0.12**
	59	他人に相手にされない	はい いいえ	10 (3.2) 300 (96.8)	17 (3.1) 527 (96.9)	27 827	0.01	-0.00
	60	気持ちが傷つけられやすい	はい いいえ	54 (17.4) 256 (82.6)	136 (25.0) 408 (75.0)	190 664	6.56*	0.088*
【陽性項目】	5	いつも体の調子がよい	はい いいえ	44 (14.2) 266 (85.8)	88 (16.2) 456 (83.8)	132 722	0.59	0.02
	20	いつも活動的である	はい いいえ	68 (21.9) 242 (78.1)	115 (21.1) 429 (78.9)	183 671	0.07	-0.01
	35	気分が明るい	はい いいえ	74 (23.9) 236 (76.1)	133 (24.4) 411 (75.6)	207 647	0.04	0.0
	50	良く他人に好かれる	はい いいえ	17 (5.5) 293 (94.5)	42 (7.7) 502 (92.3)	59 795	1.53	0.04

(%)は男子、女子それぞれの総数に対する割合である。
太文字は、調整済み残差による有意に頻度の多いところである。

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

「23. いらいらしやすい」(46.7%)、「46. 体がだるい」(43.2%)、「30. 人に頼りすぎる」(40.1%)であった。上位10項目のうち、No 2, 12, 14, 15, 22, 36, 46の7つは、男女に共通した項目であった。

χ^2 検定の結果、37項目において有意差があり、肯定的回答数(はい)は女子に多かった。しかし、UPI質問項目と性別との関連の強さを ϕ 係数でみると、「17. 頭痛がする」($\phi = 0.21$, $p < .001$)、「18. 首筋や肩がこる」($\phi = 0.27$, $p < .001$)、「48. めまいや立ちくらみがする」(ϕ

$= 0.21$, $p < .001$)で弱い連関を示したが、他の項目は $p < 0.2$ であり、ほとんど関連はないという結果であった。

3) A大学学生の「ライフスタイル調査」とUPI得点の結果

(1) 生活習慣と性別との関連

「ライフスタイル調査」と性別の χ^2 検定で、有意であった項目は「起床時刻」($\chi^2 = 10.59$, $p < .01$)、「睡眠時刻」($\chi^2 = 11.10$, $p < .05$)、「朝食摂取」($\chi^2 = 24.21$, $p < .001$)、「栄養バランス」($\chi^2 = 12.18$, $p < .01$)であった。「ライフスタ

ル調査」と性別との関連の強さは、いずれの項目もCramerの $V < 0.2$ であった。

すなわち、調整済み残差の結果から「起床時刻」では「異なった時刻」,「睡眠時間」では「4時間以下9時間以上」と「7時間」,「朝食摂取」では「食べない」,「栄養バランス」では「考えていない」と回答した割合が、男子が女子よりも有意に多く、「朝食摂取」の「ほぼ毎日食べる」では、男子が女子よりも有意に少なかった。

A大学では、不規則な生活習慣を持つ学生が女子より男子に多いが、生活習慣と性別とは、ほとんど関連がなく男女とも生活習慣の様相にあまり違いはないことを示した(表5参照)。

(2)「ライフスタイル調査」の回答別UPI自覚症状得点平均値の結果

「ライフスタイル調査」の項目ごとに男女のUPI自覚症状得点平均値を比較すると、「居住形態」では、男子は「家族と同居」(平均値

表5 ライフスタイル調査項目の回答別 男女の割合と χ^2 独立性の検定結果

ライフスタイル調査		男子 n=310		女子 n=544		χ^2 検定の結果	
項目	回答	人数	(%)	人数	(%)	χ^2 値	CramerのV係数
居住形態	家族と同居	151	(48.7)	287	(53.4)	2.01	0.05
	親類など家族以外との同居や下宿	24	(7.7)	47	(8.8)		
	独り暮らし	135	(43.6)	210	(39.1)		
アルバイトの1日平均労働時間(1週間の平均)	していない	137	(44.1)	256	(47.7)	1.386	0.04
	4時間未満	41	(13.2)	64	(11.9)		
	4時間以上5時間未満	48	(15.4)	87	(16.2)		
	5時間以上	84	(27.1)	137	(25.5)		
大学までの通学時間	30分未満	168	(54.2)	225	(41.9)	/	/
	30分以上1時間未満	58	(18.7)	153	(28.5)		
	1時間以上2時間未満	82	(26.5)	157	(29.2)		
	2時間以上	2	(0.6)	9	(1.7)		
起床時刻	同じ時刻(30分以内)	82	(26.5)	166	(30.9)	10.59**	0.11**
	ほぼ同じ時刻(1時間以内)	118	(38.1)	242	(45.1)		
	異なった時刻	110	(35.5)	> 136	(25.3)		
就寝時刻	同じ時刻(30分以内)	11	(3.5)	30	(5.6)	4.75	0.08
	ほぼ同じ時刻(1時間以内)	158	(50.9)	304	(56.6)		
	異なった時刻	141	(45.5)	210	(39.1)		
睡眠時間(1週間の平均睡眠時間)	4時間以下か9時間以上	26	(8.4)	> 27	(5.0)	11.10*	0.11*
	5時間	87	(28.1)	175	(32.6)		
	6時間	117	(37.7)	220	(41.0)		
	7時間	65	(21.0)	> 82	(15.2)		
食事時刻	8時間	15	(4.8)	40	(7.4)	1.40	0.4
	規則的	57	(18.4)	90	(16.8)		
	ほぼ規則的	141	(45.5)	270	(50.2)		
朝食摂取	規則的でない	112	(36.1)	184	(34.3)	24.21***	0.12***
	ほぼ毎日食べる	181	(58.4)	< 385	(71.7)		
	時々食べる	72	(23.2)	117	(21.8)		
栄養バランス	食べない	57	(18.4)	> 42	(7.8)	12.18**	0.12***
	考えて食事している	31	(10.0)	75	(14.0)		
	少し考えて食事している	178	(57.4)	349	(65.0)		
生活リズムがやむ得ない事情に影響されるか	考えていない	101	(32.6)	> 120	(22.3)	1.44	0.04
	ほとんど影響されない	59	(19.0)	89	(16.6)		
	少し影響される	113	(36.5)	217	(40.4)		
食事内容がやむ得ない事情に影響されるか	影響される	138	(44.5)	238	(44.3)	0.56	0.03
	ほとんど影響されない	94	(30.3)	163	(30.4)		
	少し影響される	114	(36.8)	213	(39.7)		
	影響される	102	(32.9)	168	(31.3)		

(%)は男子、女子それぞれの総数に対する割合である。

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

期待度数5未満のセルがあった「大学までの通学時間」は分析から除外した。

太文字は、調整済み残差による有意に頻度の多いところと少ないところで、不等号(>, <)で大小を表した。

11.01), 女子では「独り暮らし」(平均値15.88)が最も高く, 精神的健康度が低かった。「アルバイトの一日平均労働時間」では, 男女とも「していない」が最も高かった(平均値男子11.78, 女子15.88)。「大学までの通学時間」では, 男子が「30分以上1時間未満」(平均値12.02)で最も高く, 女子では「2時間以上」の学生(平均値12.0)が, 通学時間の少ない学生に比べ著しく高かった。「起床時刻」では, 女子では「異なる時刻」(平均値16.96)が最も高いが, 男子では「ほぼ同じ時刻」(平均値11.01)が最も高かった。「就寝時刻」でも女子は「異なる時刻」(平均値17.03)で最も高いが, 男子では「同じ時刻」(平均値12.64)が高かった。「睡眠時間」では, 男子が「5時間」「7時間」(平均値11.2)であったが, 女子では「4時間以下か9時間以上」(平均値17.48)と睡眠時間が短じかい傾向の学生と長すぎる学生の精神的健康度が低かった。「食事時刻」は, 男女ともに「規則的でない」が最も高かった(平均値男子10.83, 女子17.27)。「朝食摂取」では, 男子は「時々食べる」(平均値11.04), 女子は「食べない」(平均値17.64)で最も高かった。「栄養バランス」では, 男女ともに「考えていない」学生が最も高かった(平均値男子12.24, 女子17.16)。また, 「生活リズムが止む得ない事情により影響されるか(以下, 生活リズムへの影響)」では, 「影響される」(平均値男子11.45, 女子17.46), 「食事内容が止む得ない事情により影響されるか(以下, 食事内容への影響)」でも「影響される」(平均値男子11.90, 女子17.26)が, UPI自覚症状得点平均値が最も高く, 精神的健康度は低いことを示した(表6参照)。

また, 男子でUPI自覚症状と有意な相関があった項目は「アルバイトの一日平均時間」($\rho = -.125, p < .01$), 「生活リズムの影響」($\rho = .128, p < .05$), 「食事内容への影響」($\rho = .114, p < .05$)の3項目, 女子では「就寝時刻」($\rho = .092, p < .05$), 「睡眠時間」($\rho = -.100, p$

$< .05$), 「食事時刻」($\rho = .115, p < .05$), 「栄養のバランス」($\rho = .090, p < .05$), 「生活リズムへの影響」($\rho = .190, p < .01$), 「食事内容への影響」($\rho = .104, p < .05$)の5項目であった。しかし, いずれの項目も $\rho < 0.2$ で, 相関はほとんどなく, 学生の生活習慣の各因子は, 精神的健康との関連は男女ともほとんどないことを示した(表7参照)

(3) 居住形態・アルバイト・通学時間と「ライフスタイル調査」項目との関連

居住形態・アルバイト・通学時間と, 食生活や睡眠などの生活習慣との間に有意な相関があり, $\rho > 2$ のものについて結果を述べる。「居住形態」と有意な相関があったものは, 男子では「通学時間」($\rho = -.713, p < .05$)との間に強い負の相関が, 「食事時刻」($\rho = .200, p < .01$), 「朝食摂取」($\rho = .340, p < .01$), 「栄養バランス」($\rho = .204, p < .01$)との間に弱い正の相関, 女子では「通学時間」($\rho = -.712, p < .05$)との間に強い負の相関が, 「食事時刻」($\rho = .266, p < .01$), 「朝食摂取」($\rho = .202, p < .01$)との間に弱い正の相関があった。「アルバイトの平均労働時間」は, 男子の「起床時刻」($\rho = .266, p < .01$)との間に弱い相関があった。「通学時間」は, 男子は「朝食摂取」($\rho = -.228, p < .01$), 女子は「食事時刻」($\rho = -.226, p < .01$)との間に負の弱い相関があった。

すなわち, 本調査では, 家族と同居の学生は, 通学時間が長く, 食事時刻は規則的, 朝食摂取し, 栄養バランスも考えている傾向にあること, 男子はアルバイトの労働時間が長くなると起床時刻が異なる傾向にあること, 通学時間が短い学生ほど, 食事時刻が不規則で朝食を食べない傾向であることが示された(表8参照)。

(4) 生活リズム・食事内容への影響と「ライフスタイル調査」項目との関連

「生活リズムへの影響」は, 男女ともに「アルバイトの平均労働時間」(男子 $\rho = .323, p < .01$, 女子 $\rho = .326, p < .01$)で正の弱い相関

表6 ライフスタイル調査項目の回答別男女のUPI自覚症状得点平均値(SD)の結果

ライフスタイル調査		UPI自覚症状得点平均値(SD)					
項目	回答	全体n=854		男子n=310		女子n=544	
居住形態	家族と同居	13.70	(10.62)	11.01	(9.82)	15.13	(10.76)
	親類など家族以外との同居や下宿	14.00	(10.48)	9.71	(9.81)	16.19	(10.22)
	独り暮らし	13.77	(10.71)	10.48	(8.59)	15.88	(11.40)
アルバイトの1日平均労働時間(1週間の平均)	していない	14.45	(10.64)	11.78	(9.47)	15.88	(10.97)
	4時間未満	13.48	(10.45)	10.32	(9.12)	15.50	(10.81)
	4時間以上5時間未満	12.97	(10.53)	9.65	(8.22)	14.80	(11.23)
	5時間以上	13.14	(10.75)	9.64	(9.56)	15.28	(10.90)
大学までの通学時間	30分未満	13.16	(10.44)	10.11	(8.45)	6.71	(4.79)
	30分以上1時間未満	13.96	(10.74)	12.02	(11.31)	6.48	(4.52)
	1時間以上2時間未満	14.04	(10.44)	11.01	(9.41)	6.97	(4.62)
	2時間以上	24.82	(14.22)	6.00	(2.83)	12.00	(4.87)
起床時刻	同じ時刻(30分以内)	13.44	(10.47)	10.87	(9.25)	14.71	(10.82)
	ほぼ同じ時刻(1時間以内)	13.86	(10.82)	11.01	(9.75)	15.24	(11.06)
	異なった時刻	13.93	(10.55)	10.18	(8.84)	16.96	(10.88)
就寝時刻	同じ時刻(30分以内)	12.76	(10.25)	12.64	(10.18)	12.80	(10.45)
	ほぼ同じ時刻(1時間以内)	13.43	(10.05)	10.94	(9.77)	14.72	(9.97)
	異なった時刻	14.30	(11.39)	10.23	(8.67)	17.03	(12.18)
睡眠時間(1週間の平均睡眠時間)	4時間以下か9時間以上	13.85	(12.14)	10.08	(10.43)	17.48	(12.74)
	5時間	14.83	(11.38)	11.26	(9.79)	16.60	(11.71)
	6時間	13.72	(10.10)	10.16	(8.77)	15.61	(10.27)
	7時間	12.20	(10.12)	11.23	(9.12)	12.96	(10.83)
	8時間	12.95	(9.63)	9.93	(9.63)	14.08	(9.50)
食事時刻	規則的	12.31	(10.14)	10.54	(10.73)	13.42	(9.64)
	ほぼ規則的	13.49	(10.28)	10.61	(8.60)	15.00	(10.77)
	規則的でない	14.83	(11.25)	10.83	(9.40)	17.27	(11.61)
朝食摂取	ほぼ毎日食べる	13.60	(10.50)	10.63	(9.10)	14.99	(10.83)
	時々食べる	14.39	(11.01)	11.04	(10.35)	16.44	(10.94)
	食べない	13.45	(10.70)	10.37	(8.54)	17.64	(11.94)
栄養バランス	考えて食事している	12.98	(10.49)	10.00	(9.07)	14.21	(10.83)
	少し考えて食事している	13.43	(10.53)	9.91	(8.84)	15.22	(10.88)
	考えていない	14.91	(10.90)	12.24	(9.98)	17.16	(11.17)
生活リズムがやむ得ない事情に影響されるか	ほとんど影響されない	10.22	(9.29)	8.29	(8.05)	11.49	(9.87)
	少し影響される	13.63	(10.38)	10.98	(9.84)	15.01	(10.41)
	影響される	15.26	(11.02)	11.45	(9.20)	17.46	(11.40)
食事内容がやむ得ない事情に影響されるか	ほとんど影響されない	12.50	(9.87)	9.74	(9.14)	14.09	(9.96)
	少し影響される	13.49	(10.76)	10.27	(9.25)	15.22	(11.13)
	影響される	15.27	(11.02)	11.99	(9.39)	17.26	(11.48)

表7 「UPI自覚症状得点」と「ライフスタイル調査」のSpearmanの順位相関の結果

	居住形態	アルバイトの平均労働時間	通学時間	起床時刻	就寝時刻	睡眠時間	食事時刻	朝食摂取	栄養バランス	生活リズムへの影響	食事内容への影響
UPI自覚症状得点	男子 .001	-.125**	.029	-.034	-.037	.023	.035	-.005	.105	.128*	.114*
	女子 .024	-.034	.046	.078	.092*	-.100*	.115**	.078	.090*	.190**	.104*

表中 数値は相関係数 ρ

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

があった。「食事内容への影響」は、男女とも「生活リズムへの影響」で(男子 $\rho = .670, p < .01$, 女子 $\rho = .614, p < .01$) でやや強い正の相関があった。また女子では「食事時刻」($\rho = .237, p < .01$) との間にも正の弱い相関があった。

すなわち、本調査においては、生活リズムや食事内容が影響されると回答した学生は、アルバイトの時間が長い傾向にあること、食事内容が影響されると回答した学生は、生活リズムが関連していること、女子では、食事時刻が不規

表8 居住形態・アルバイト・通学時間とライフスタイル調査項目とのSpearmanの順位相関の結果

	居住形態	アルバイトの平均労働時間	通学時間	起床時刻	就寝時刻	睡眠時間	食事時刻	朝食摂取	栄養バランス
男子	居住形態	-.174**	-.713**	.098	.168**	.139*	.200**	.340**	.204**
	アルバイトの平均労働時間		.193**	.266**	.077	-.024	.126*	.084	0.04
	通学時間			-.081	-.132*	-.109	-.096	-.228**	-.128*
女子	居住形態	-.048	-.712**	.103*	.124**	.129**	.266**	.202**	.050
	アルバイトの平均労働時間		.116**	.135**	.032	-.135**	.153**	.045	.048
	通学時間			-.120**	-.074	-.217**	-.226**	-.191**	-.049

表9 生活リズムや食事内容への影響とライフスタイル調査項目とのSpearmanの順位相関の結果

	居住形態	アルバイトの平均労働時間	通学時間	起床時刻	就寝時刻	睡眠時間	食事時刻	朝食摂取	栄養バランス	生活リズムへの影響
男子	生活リズムへの影響	.103	.323**	.118*	.185**	.090	.138*	.132*	.014	-.085
	食事内容への影響	-.01	.283**	.030	.142*	.104	.100	.167**	.009	.120*
女子	生活リズムへの影響	.029	.326**	.081	.105*	.167**	.064	.179**	.065	.086*
	食事内容への影響	.06	.359**	.010	.134**	.111**	.051	.237**	.164*	.074

表中 数値は相関係数 ρ

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < 0.001$

則になる傾向にあることを示した(表9参照)。

5. 考察

1) UPIにみるA大学学生の精神的健康の特徴について

UPI自覚症状得点平均値については、9.02点(中井2007)、15.56点(中川ら2006)、20.3点(西山ら2004)、短大生の調査から10.0~11.0点(吉武1995)などの報告があり、調査対象者の属性によるばらつきがあるものの9~16点代であるともいわれている(濱田ら1991)。A大学学生全体の得点平均値は13.76点、男子10.68点、女子15.51点であり、濱田らの主張する得点範囲にあったことや、6点から29点の精神的に健康とされる範囲の学生が64.3%いたことから、A大学学生の精神的健康度はおおむね良好であると言える。また、UPI自覚症状得点30点以上の約10%の学生の中に、心身の不調を抱え支援を必要とする学生がいることが推測された。

A大学では、「自覚症状」および「精神身体的訴え」「対人不安」と性別との間に弱い有意な正の相関があり、女子は訴えが多い傾向にあり、特に心身の不調を身体的症状で訴える特徴があった。また、項目別に男女を比較すると、男子が将来に対する現実的な不安を抱き、決断力のなさという形で訴えるのに対して、女子の不安は漠然とした内容で人に頼るという形で解消する傾向が伺えた。

なお、陽性項目の分析には議論のあるところだが、この得点が高いものは精神的健康度が高く(吉武1995)、逆に精神的ケアの必要だった学生は低い(濱田ら1994)と言われている。また、年々、陽性項目が減少し抑うつ得点の増加も指摘されている(喜田ら2001)ということから、本調査では、ライ・スケールとしてではなく、学生の健康的側面の指標という立場で、あえて若干の考察を加えたい。

A大学の陽性項目の平均値は、中井ら(2007)

の調査における得点(男子0.63, 女子0.71)とほぼ同じで, 中井らは他の大学に比較して低い傾向にあるとし, 経年的な減少傾向を示唆した。A大学では, 「20. いつも活動的である」「35. 気分が明るい」に「はい」と回答したものは男女とも20%程度と少なく, 全体的に良好な精神的健康状態でありながら, 活動エネルギーは低いことが伺えた。UPI出現率上位の男女共通項目をみると「12. やる気がでない」「15. 気分むらがある」などをはじめ, 肯定的回答(はい)率が30%以上の項目が, 下位尺度「抑うつ傾向」に集中していた。A大学学生の活動エネルギーの低さは抑うつ傾向が背景にあるのではないかと考えられる。この中には, 精神的ケアの必要な学生がいる可能性は否めないが, これは青年期特有の情動の不安定さや自己に対する不確実性と漠然とした不安感を示し, 現代青年の心理的特性が反映されたものと捉えることはできないだろう。単年度の結果だけでなく, 継続した調査の中でA大学学生の傾向を把握していく必要がある。

2) A大学生の生活習慣と精神的健康との関連について

A大学学生の日常生活の過ごし方は, 男女で同じ傾向にあった。つまり, 家族と同居の学生が多いこと, 70%の学生は通学時間が1時間未満で大学近郊に住んでいたこと, 起床時刻, 就寝時刻, 食事時刻がほぼ規則的で, 毎日朝食を摂取し, 栄養バランスにも気をつける一般的に望ましいとされる生活習慣を実行している学生の割合が多かった。

特に, 朝食の摂取状況は, 男子58.4%女子71.7%であり, 他の項目に比べ高率であった。朝食の摂取は血糖値の低下を防ぎ, 午前中の活動や疲労感に影響し, 良好な精神的健康状態を保つためにも重要である。A大学で朝食摂取率が高かった理由は, 家族の支援が受けられることや, 保健医療系学部があり朝食の意義について認識している学生が多かったことが考えられ

る。

これまでの先行研究では, 朝食摂取と睡眠については, 女子では朝食摂取状況が良いと睡眠の質が良いが, 男子では直接の関連性が見られず(堀内ら2011), 精神的健康度への影響では睡眠不足は女子において関連が認められている(佐藤ら1998)。また, 大学生の就寝時刻は, サークル活動, アルバイト, 勉強などで後退し, 健康状態へ影響すると言われている(松田ら2012, 佐々木ら2013)。

A大学学生の場合, 表5, 表6から不規則な生活習慣の学生の精神的健康度が低い傾向が読み取れる。たとえば, 男女ともに同じ時刻に起床する学生がおおよそ30%に対して, 就寝時刻が同じ学生は10%未満で, 異なる学生は40%代と多く, 睡眠時間がその日によって異なることが推測できる。こうした状況が, 女子の場合「就寝時刻の異なる」学生のUPI自覚症状得点平均値17.03の高さにつながっていると考えられる。これは「就寝時刻」が「異なる時刻」の男子(平均値10.23)と比べても高く, 女子は, 睡眠が精神的健康に影響していることが考えられる。食習慣についても不規則な女子は男子に比べUPI自覚症状得点が高い。頭痛や首や肩のこり, めまいや立ちくらみなどの訴えが女子に多い傾向があるが, 特に女子は男子よりもホルモンバランスの変調の影響を受けやすいことが背景にあり, 睡眠の質の低下がこうした自覚症状に関連していることが考えられる。

つまり, 生活習慣の構成因子単独の影響ではなく共に関連し合い精神的健康に影響していることや, 生活の変化や乱れの精神的健康への影響は, 男子よりも女子の方が受けやすいことを示唆する結果と考えることができる。

3) A大学学生の生活習慣に影響を及ぼす外的要因について

生活習慣を規定する外的要因としてアルバイトや居住条件をあげて検討した研究では, アルバイトの時間が長いことや, 一人暮らしの学生

の生活リズムや食生活が乱れやすく健康状態も良くないことが報告されている(芳田2000, 門間ら2003, 中嶋ら2012)。結果3) - (3)より, A大学の場合, 通学時間が長いほど良い食生活を送れることが示された。通学時間の長い学生には, 家族と同居のものが多いため, 家族の支援が受けられやすいことが考えられる。また, 男女とも食生活と生活リズムは関連しており, 食事は生活リズムを整え良好な精神的健康状態を維持するための重要なポイントであると言える。

アルバイトについては, 生活リズムや食事内容への影響が大きいものの, アルバイトをしている学生の方が, していない学生よりも良好な精神的健康状態であることから, 直接, 精神的健康を低下させる要因とは考えられず, むしろ, 生活の張りや充実感などにつながっていることが考えられる。しかし, アルバイト以外の要因により, 自律的健康的な生活ができず, ストレス状態にある学生もいることが推測された。

6. まとめ

本調査により, A大学学生の精神的健康と生活習慣の実態および関連が明らかになった。UPI自覚症状得点上位の約10%の学生と, 生活リズムや食事内容が何らかの事情により影響を受けている学生のなかに, 個別的支援の必要な学生がいることが示唆された。また, A大学学生は, 望ましい生活習慣の学生の割合が高かった。不規則な生活習慣は, 女子よりも男子に多くみられたが, 女子の方が精神的健康への影響が大きく, 精神的健康度低下のリスクが高いことがわかった。健康教育を行う上では, このような男女の特性を考慮する必要がある。今後は, 継続的な調査により学生の心理的傾向を把握すること, 生活リズムや食事内容に影響する要因や, 生活習慣が何らかの影響を受けていると自覚する学生の健康意識や健康行動について明らかにしていくことが課題である。

引用文献

- 馬場みちえ, 長弘千恵, 赤石久美子, 他 (2001). 学生の日常生活習慣と健康状態に関する文献展望—1998～1999年3月までの文献から—。九州大学医療技術短期大学部紀要, 28, 13-25.
- 濱田庸子, 鹿取淳子, 荒木乳根子, 他 (1991). 大学生精神衛生スクリーニング用チェックリスト(UPI)から見た女子大学生の特徴。聖徳大学研究紀要短期大学部, 24(II), 125-133.
- 平山 皓 (2014). UPI利用の手引き全国大学メンタルヘルス研究会。
- 堀内雅弘, 小田史朗 (2011). 大学生の睡眠状況とメンタルヘルスの関連—性差による検討—。北翔大学北方圏生涯スポーツ研究センター年報, 2, 75-80.
- 伊藤桜子, 津田 彰, 山本晴義, 他 (2005). メンタルヘルスセンター利用者の精神的健康度と生活習慣要因との関連性。久留米大学心理学研究, 4, 89-102.
- 川上華代 (2013). 大学生の特徴と学生相談についての一考察—問題や症状が維持され, 変わらない学生の姿から見えてくるもの。和光大学現代人間学部紀要, 6, 141-152.
- 木村晶子 (2013). 学生相談の現状—最近の傾向と課題—。人間科学研究, 20, 97-106
- 松田春華, 小川智子, 他 (2012). 女子大生における睡眠の質に影響する要因の検討。日本看護研究学会誌, 35(4), 47-55.
- 前垣綾子, 滋野和恵 (2011). UPIによる大学生の精神的健康の実態。北海道文教大学研究紀要, 35, 115-126.
- 中井大輔, 茅野理恵, 佐野 司 (2007). UPIから見た大学生のメンタルヘルスの実態。筑波学院大学紀要, 2, 159-173.
- 中山文子, 藤岡由美子 (2011. 1). 大学生の食事を主とした生活習慣と精神的健康に関する研究—高校生と比較を通して。松本大学

- 研究紀要, 9, 139-153.
- 中川正俊, 荒木乳根子, 平 啓子(2006). UPI(大学生精神健康調査) とその後の心理的問題の発生および学業遂行との関連に関する研究. 田園調布学園紀要, 1, 51-67.
- 中嶋千陽, 藤田三恵, 吉田早苗, 他 (2012). 看護学生の居住形態の違いによる食生活, 睡眠習慣, 健康状態の関連性. 日本看護学会論文集: 看護総合, 42, 370-373.
- 西山温美, 笹野友寿 (2004). 大学生の精神権呼応に関する実態調査. 川崎医療福祉学会誌, 14 (1), 183-187.
- 日本精神神経学会監修 (2014). DSM- 5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 307-347.
- 折原茂樹, 目黒忠道 (2006). 大学生の健康意識と生活習慣. 近畿大医誌, 31 (1), 21-30.
- 門間正子, 林 裕子, 井瀧千恵子, 他 (2003). 女子看護学生の居住形態の違いによる自覚的健康状態と食習慣. 札幌医科大学保健医療学部紀要, 6, 27-33.
- 佐々木浩子, 木下教子, 高橋光彦, 他 (2013). 大学生における睡眠の質と関連する生活習慣と精神的健康. 北翔大学北方圏学術情報センター年報, 5, 9-16.
- 佐藤陽治, 斎藤滋雄, 上岡洋晴 (1998). 大学生の精神的健康度とライフサイクルとの関連. 学習院大学スポーツ・健康科学センター紀要, 19 (6), 9-30
- 泉水紀彦, 茅野理恵, 佐野 司 (2012). UPI からみた大学生の入学後のメンタルヘルスの変化. 筑波学院大学紀要, 7, 197-208.
- 高石恭子 (2009). 現代学生のこころの育ちと高等教育に求められるこれからの学生支援. 京都大学高等教育研究, 15, 79-87
- 徳田完二 (2014). わが国の大学生の生活習慣と精神健康に関わる研究の動向と課題. 立命館人間科学研究, 29 (2), 96-110.
- 富永美穂子, 清水益治, 森 俊昭, 他 (2001). 中・高生および大学生の食生活を中心とした生活習慣と精神的健康度の関係. 日本家政学会誌, 52 (6), 499-510.
- 芳田章子, 前山 直 (2000). 大学生の日常生活習慣と健康度との関連. 藍野学院紀要, 14, 43-49.
- 吉武光世 (1995). UPIからみた新入生の心の状態について—他大学との比較をとおして—. 東洋女子短期大学紀要, 27, 33-42.

講演会

平成26年11月23日(日)10:00から、道民活動センター「かでの2・7大ホール」において、日本医療大学開学記念として本学初めての公開講座が開催されました。

テーマは「いつまでもおいしく食べたい」～を可能にする～「口腔内の観察とケアのポイント」と題して、九州歯科大学附属病院長、柿木保明先生による講演会で、本学の村松が司会進行を担当しました。柿木先生とは厚生労働省の長寿科学事業で研究をご一緒させて頂きました誼で多忙の中、無理を承知でお招きしました。

当日は、3連休の中日であったのですが約130名の聴衆が集まり、熱心に柿木先生の豊富な臨床経験に裏付けられた口腔診断や口腔機能のお話しに聞き入っておりました。講演は、口腔の役割は体全体に及ぶこと、唾液分泌のメカニズムから摂食・嚥下機能への影響、そして機能的な口腔ケアが、誤嚥性肺炎の予防や消化管機能の改善に貢献していることが知られおり、よく噛んで味わって食べることの大切さを話されました。また、「舌診」の名医の立場から、舌の色や形は全身の健康状態や体質を反映していて、例えば、風邪などをひくと喉の所の血行が悪くなって、血液が戻らなくなり舌の先端がうっ血して赤くなることや、胃腸や消化機能が弱った時は糸状乳頭が長くなって表面積が増えるので、古くなった細胞や老廃物がびっしりと張り付いて白い舌(舌苔)のように見えるなどとカラースライドで漢方医学の臨床現場で応用されているお話をされました。このように東洋医学にも精通している方なので幅広い立場から口腔内の観察とケアで、いつまでもおいしく食べて健康長寿になる秘訣について90分を超える講演でしたがアツという間の講演でした。講演終了後、質疑応答時には来場者から予定時間を越える数多くの質問が寄せられ、興味と関心の高さが窺えましたし、終了後のアンケート調査でも大変好評な結果で、有意義な公開講座でした。只一つ、反省材料としては、講師が全国的にテレビでも有名な先生であり、また会場も大ホールであったので多数の来場者を予想しておりましたが期待程の集客ではなく、もったいないという評価もありました。次回からは広報活動や日程、会場の設定、テーマの選定などを課題の一つにしたいと思います。

(文責 図書・学術振興委員長 村松 幸)

大学紀要投稿規程

(平成26年10月1日改正)

(目的)

第1条 日本医療大学紀要(以下「紀要」という.)の発行は,日本医療大学(以下「本学」という.)の教育の向上と本学関係者の研究の活性化を図ることを目的とする。

(投稿資格)

第2条 投稿論文の筆頭著者は本大学教員であること。左記以外の寄稿希望者について図書・学術振興委員会(以下,委員会という)が個々の事例についてその掲載の可否を判断する。

(投稿内容)

第3条 原稿は,国内外を問わず,未発表の初出原稿に限り,その内容は,所属学会誌の掲載論文に準じ,本学の科学的品位を損なわないものとする。

2 原稿は,次の基準に基づき論文と研究ノートに分類する。

- (1) 論文(原著,総説,短報)にあたるものは,当該分野における新知見や新発見などが資料(実験・調査データや文献資料など)を基に論述されていると認められるものとする。
- (2) 研究ノート(評論,報告,症例,解説,資料など)は,論文までには至らないが紀要に記載する価値があると認められるものとする。

(査読及び採録)

第4条 投稿された原稿は査読を受ける。この結果を踏まえて委員会は採録の可否及び原稿の分類(論文,研究ノート)を決定する。

2 各原稿の査読者については複数名とする。

3 その他査読に係ることは,委員会が決定する。

(投稿手続)

第5条 投稿手続については委員会が別に定める。

(執筆要領)

第6条 原稿の書式などは,「執筆要領」に基づかなければならない。

2 「執筆要領」は委員会が別に定める。

(編集・発行・公開)

第7条 編集・発行に関しては次のとおりとする。

- (1) 日本医療大学紀要は,原則として年1回年度末に発行する
- (2) 投稿締め切りは毎年1月9日とする。
- (3) 校正は2回までとし,著者が責任をもって行う。
- (4) 発行者は,日本医療大学学長とする。
- (5) 発行は印字媒体とする。それとは別に,製本された別刷は,原稿1部につき20部までは本学が費用を負担する。それ以上の部数を希望するときは,著者の負担とする。
- 2 紀要は無料公開することを原則とする。
- 3 編集業務は委員会がこれに当たる。編集責任者は当該年度の図書館長とする
- 4 その他,編集・発行・公開に係ることは,委員会が決定する。

（著作権）

第8条 紀要に採録された原稿の著作権は、本学に帰属する。他誌などにその全部又は一部を使用する場合には、委員会の承認を必要とする。ただし、著者自身は自己の原稿の全部又は一部について、出典は紀要であることを明示することを条件に、委員会の承認を得ることなく利用することができる。

（事務手続き）

第9条 紀要の提出先及び紀要に関する事務は、学術情報グループが行う。

（改廃）

第10条 この規程の改廃は、教授会の議を経て学長が行う。

附 則

この規程は、平成26年10月1日から施行する。

日本医療大学紀要執筆要領

(平成26年10月1日改正)

紀要投稿規程第6条第2項に基づいて、次のとおり紀要執筆要領(以下、本要領とする)を定める。

1. 原稿は、パソコンのワープロソフトで作成し、A4判、横書き、30枚以内とする。
2. 本文のフッター中央部にページ番号を入れる。
3. 原稿は日本語、もしくは英語を用いる。なお、日本語の場合は新かなづかいを用いる。
4. 外来語、外国人名、地名、化学物質名は原語のまま用い、外国語で一般に日本語化しているものは片仮名を用いてもよい。
5. 和文は10.5ポイントで1ページ400字とし、英文は12ポイントでダブルスペースとする。
6. 原稿に表紙を付し、(1)表題(和文、英文)、(2)著者名(和文、英文)、(3)所属機関名(和文、英文)、(4)原稿の種類(論文・研究ノート)、(5)図、表、写真などの枚数、(6)3～5語のキーワード(和文、英文)、(7)要旨(400字以内の和文抄録ならびに250 words以内の英文抄録)を明記する。数字、ローマ字、欧文略語は半角とし、年表示は西暦を使用する。
7. 本文の項目分けは第1章、第1節……などとせずI, 1, 1), (1), ①……とする。
8. 主な表記は原則として「及び→および、並びに→ならびに、おこなう→行う、当たり→あたり、取組み→取り組み、従って→したがって、更に→さらに、おもな→主な、充分→十分、又は→または、いえる→言える、且つ→かつ、但し→ただし、当学→本学」に統一する。
9. 図、表および写真は、図1 (Fig. 1)、表1 (Tab. 1)、写真1 (Pict. 1)等通し番号をつけ、本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれ挿入希望位置を朱書きする。
10. 文献の記載方法は下記に従う。

文献については、本文中は“著者名(発行年)”と記載し、著者名は姓、発行年は西暦で記載する。文献の配列は雑誌、著者を区別せずに著者名のアルファベット順、同一著者の場合は発行年順に列記する。

 - 1) 著者が3名までの場合、省略せずに“,”を入れて列記し、欧文の場合は最後の著者に“&”を入れて結ぶ。著者が4名以上の場合は、最初の著者3名の後に“他”, 欧人著者は“et al.”をつけ、4人目以下を省略してもよいし、全員列記してもよい。
 - 2) 欧人著者名は、family name, first name, middle name. の順とし、first name, middle nameはイニシャルで示す。
 - 3) 文献が2行以上になる場合は、2行目以下は和文2文字、英文4文字下げる。

【雑誌掲載論文】

・著者名(発行年). 論文の表題. 掲載雑誌名, 号もしくは巻(号), 最初のページ-最後のページ.

(例)

門間正子, 中井夏子, 木下久美(2013). 奄美大島豪雨災害(2010年)3ヶ月後の看護師の健康調査. 日本救急看護学会雑誌, 15(1), 12-20.

Lee, N. C., Wong, F. L., Jamison, P. M., et al. (2014). Implementation of the national breast and cervical cancer early detection program : the beginning. *Cancer*, 120 (S16), 2540-2548.

【単行本】

・著者名(発行年). 書名(版数). 発行地: 出版社名. ページ.

(例)

山田敦士(2009). *スガンの記憶*. 東京: 雄山閣. 40.

Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing*. London: Harrison.

【編者, 監修者のある本の一章の場合】

・章の著者名(発行年). 章の表題. 編者名. 書名(版数). ページ. 出版地: 出版社名.

※編者や監修の場合は, “編” “監修” と記載し, 欧文の場合は “(Ed.)” または複数の編者の場合は “(Eds.)” と表記し, 欧文の場合は著者名の前に “In” を入れる.

(例)

Rodgers, B. L. (2000). *Concept analysis : an evolutionary view*. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl. (Eds.), *Concept development in nursing (pp.77-102)*. Philadelphia: Saunders.

【翻訳書】

・原著者名(原書発行年). 翻訳書の書名(版数). 訳者名(翻訳書の発行年). 出版社名. ページ.

(例)

Flick, U. (2007). *質的研究入門(新版)*. 小田博志監訳(2011). 春秋社. 65.

【オンライン文献】

・著者名(update年). 著作物タイトル. URL(アドレス). 検索年月日

(例)

Scott, A., Hundahl, M. D., Irvin, D., et al. (1998). A national cancer data base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U. S., 1985-1995. *Cancer*, 83 (12), 2638-2648. Retrieved September 08, 2014, from [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19981215\)83:12%3C2638:AID-CNCR31%3E3.0.CO;2-1/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0142(19981215)83:12%3C2638:AID-CNCR31%3E3.0.CO;2-1/full)

【Webページなど, 逐次的な更新が前提となっているコンテンツを引用する場合】

・出版データのあとに括弧で括って検索日を記載する

(例)

厚生労働省大臣官房統計情報部(2014). *平成26年我が国の人口動態*.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>. [2014-09-08]

附 則

本要領は, 平成26年10月1日から施行する.

編集後記

本学が開学したのは、2014年4月1日です。その月の教授会で図書・学術振興委員会が発足し研究紀要が発刊の場合は図書・学術振興委員会(学振委員会)がその任にあたることが了承されました。その後、看護学科内において年度内での紀要発刊の要望が強くなりました。当初は、大学発足の初年度に研究紀要を刊行することについては躊躇する意見もあったのですが、年度末に創刊することとなり新設大学の研究活動を対外的にもアピールする重要な業務であると位置づけ、編集、発刊に取り組んできました。

ここに、開設年度に「日本医療大学紀要」を刊行し、記念すべき創刊号を発刊することができました。複数の研究者による慎重な査読・審査が行われ、査読審査を終えての掲載論文数は8編で内訳は総説1編、原著論文3編、研究ノート4編です。なお、傳野学長からは創刊号ということで特別に巻頭言を寄せて頂きました。査読に当たっては、学内の専任教員の他に、学外の専門の先生方にご協力をいただきました。ご多忙の中、快く査読の労をお引き受けくださいました諸先生方には、厚く御礼申し上げます。

紀要は大学から発信される知の媒体として重要な学術情報です。道内に限らず全国の医療技術系の大学や、その附属図書館、教育研究施設等に配布し、今後の学術情報の交流を図りたいと考えています。

大学教員の役割として教育と研究は両輪であり、専任教員が教育に係わる時間をやり繰りしながら、研究に取り組み、その成果を発表することはとても大切です。研究成果はできるだけ多くの研究者の目に触れる欧文誌や国内学術誌への掲載を目指すのが本来の姿ですが、すべての研究がそうなるとは限りません。そこで紀要を刊行することは大学教員の研究成果を公表の機会を広げるため意義を持つものです。本学の紀要もこのような役割を果たしていくものと考えられます。近年、一流の国際誌や国内学術誌はもちろん、大学の紀要であっても査読審査を受けたものが原著論文として認められ、それが業績書に「査読有り」とカウントされるようになってきました。そこで、創刊号から学内外の複数の研究者によって、多い場合は3審までの投稿者とのやり取りと、統計専門の査読委員も用意する査読審査の方法をとり、掲載する論文の質の維持に努めました。今後は、このような編集方針、査読システムを進めていくのが良いのかどうかを含めて研究紀要の充実を図るために、工夫や改善を重ねて行かなければならないと考えています。忌憚のない御意見、ご批判を頂ければ幸いです。最後に、改めて紀要創刊号の編集、発刊に協力を頂いた多くの方々に感謝の意を表します。次号にも、できるだけ皆さんの寄稿を掲載して行きたいと考えておりますのでどうぞ奮って投稿くださるようお願い致します。

文責 図書・学術振興委員長 村松 宰

編集委員 (Editors)

委員長 村松 宰 (Tsukasa MURAMATSU (chairman))

委員 小島 悦子 (Etsuko KOJIMA)

委員 滋野 和恵 (Kazue SHIGENO)

日本医療大学紀要 第1巻（初巻） 2015年

発行日 平成27年 3月31日

編集 日本医療大学（図書・学術振興委員会）

発行者 日本医療大学学長

〒004-0839 札幌市清田区真栄434番地 1

電話：011-885-7711

BULLETIN OF JAPAN HEALTH CARE COLLEGE No.1 2015

2015.3.31

Editorial Committee of Japan Health Care College

Shinei 434-1, Kiyota-ku, Sapporo-shi, Hokkaido

〒004-0839 JAPAN

Phone : 81-01-885-7711

印刷所 社会福祉法人 北海道リハビリ

〒061-1102 北広島市西の里507番地 1

電話：011-375-2116

BULLETIN OF JAPAN HEALTH CARE COLLEGE

No.1 2015

CONTENTS

Prefatory Note

Ryuichi DENNO 1

Review Article

Misuse of Statistical Analysis in Nursing Research.
Tsukasa MURAMATSU 2

Original Articles

Characteristics for Daily Life Skills and Communication Skills of the First-Year Nursing Students in A College.
Etsuko KOJIMA, Mai MORIGUCHI, Atsushi YAMADA, Mayumi MATSUMOTO 7

Analysis of the Ego States of First Year Students at A Nursing College by Egograms
Mayumi MATSUMOTO, Atsushi YAMADA, Mai MORIGUCHI, Etsuko KOJIMA 15

Factors Related to Making Decisions Regarding Home Care and Death at Home
—The Results of a Study of Inpatients and Outpatients—
Mieko HAYASHI, Takahiro MATSUNAGA, Tomoyuki YANO, Misako IJIMA 24

Research Note

The Importance and Issues of the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) in Sexual
Assault Victim Support from the Respect for Human Rights Point of View
Mayumi MATSUMOTO, Mieko HAYASHI, Michiko KOYAMA, Kazue SHIGENO 38

Study on Support the Victims of Sexual Violence as Factor of Health Risk
—Hokkaido Case Study—
Mieko HAYASHI, Michiko KOYAMA, Kazue SHIGENO, Mayumi MATSUMOTO 48

A Study of the View Held by Male Students of the Foster Parent System
—Focusing on Nursing Students—
Michiko KOYAMA 57

The Relationship between UPI-Measured Mental Health and Lifestyle in A University Students
—Comparison between Genders—
Kazue SHIGENO, Ayako MAEGAKI 63

Lecture 77

Editorial Policy 78

Instructions for Authors 80

Editorial Notes 82

