

設定場面 6

部屋の中央にいるのは、高齢者です。高齢者は不機嫌です。どこにいたいですか？
その場所にシールを貼って下さい。

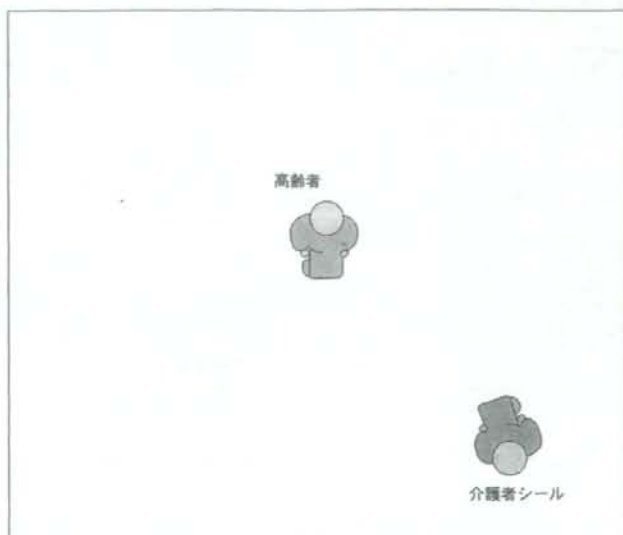


図1 対人距離評価表

表1 対人距離評価表の場面設定条件

設定場面	場面設定条件	介護場面	情緒場面
1	高齢者は失禁し着物が汚れ臭っています	○	
2	高齢者は食事されており、全面介助が必要です	○	
3	高齢者はお金が盗られたとあなたを疑っています	○	
4	高齢者は落ち着かず部屋の中を徘徊しています	○	
5	高齢者は何とか立ち上がろうと、とても苦労されています	○	
6	高齢者は不機嫌です		○
7	高齢者はいつも介護者に反抗的です		○
8	高齢者から感謝の言葉がありません		○
計		5	3

に隠されている感情や態度まで理解し捉えることは難しいことから、高齢者に対して介護者がどのような位置をとるか、高齢者に対して視線をどのように向けるのかを併せて見ることで、介護者と高齢者とのより深い人間関係を理解できると考えられる。

そこで本研究の目的は、介護者が高齢者との間でいたいと思う位置や視線の向きが介護者と高齢者との人間関係にどのように関係しているかを分析し、対人距離評価表の有用性を検討することである。

II. 研究の対象と方法

1. 研究対象

対象者は、主治医や地域の保健師が支援を行っている高齢者を介護している主介護者で、研究の趣旨に同意の得られた者とした。

2. 調査方法

調査は、在宅で高齢者の主介護者を家庭訪問し、小野ら(2003)が作成した対人距離評価表、図1を用いて面接調査により実施した。対人距離評価表は、図版8枚と介護者シールで構成されている。図版は、縦・横

表2 貼付されたシールの「位置」の分類基準

位置	分類基準
正面	高齢者の前方 45°の範囲
斜め前	高齢者の前方 135°の範囲(ただし、正面を除く)
横	高齢者の左右 45°の範囲
斜め後ろ	高齢者の後方 135°の範囲(ただし、真後ろを除く)
真後ろ	高齢者の後方 45°の範囲
枠外	室外

表3 貼付されたシールの「向き」の分類基準

向き	分類基準
視野中央	高齢者の前方 60°の範囲にシールがある
視野周辺	高齢者の前方 150°の範囲にシールがある
同方向	高齢者と並んで同じ方向を向いている
無関係	高齢者を見ずに高齢者とは無関係の方向を向いている
背中向き	高齢者に背中を向けている
枠外	室外

が30 cmの調査用紙に、部屋と見立てた四角な枠の中央に模式的に高齢者の姿を描いたものである。図版には表1に示すように、先行研究より介護者が介護場面で困難を感じる項目を取り上げ、困難を強く感じる場面上位から8番目まで選択し、場面を設定した。高齢者が介護を必要としている場面を介護場面、介護者の気持ちを刺激する場面を情緒場面とした。介護者シールは、向きが測定できるシールとした。調査は、場面条件を設定した図版に介護者がいたいと思う場所に、介護者シールを貼付するものである。

3. 分析方法

貼付された介護者シールの位置と高齢者に対するシールの向きについては、分類基準を作成し、設定場面ごとに分析を行った。

「位置」の分類基準を表2に示した。位置は、シートの高齢者の絵に対し、貼付したシールについて絵の空間的位置から以下の5つに分類整理した。①正面(高齢者の絵を中心にして前方45°の空間)、②斜め前(高齢者の絵を中心にして前方135°の空間、ただし正面の領域を除く)、③横(高齢者の絵の左右各45°の空間)、④斜め後ろ(高齢者の後方135°の空間、ただし真後ろを除く)、⑤真後ろ(高齢者の絵の後方45°の空間)および枠外(室外)である。

貼付されたシールの「向き」の分類基準を表3に示した。向きは、シートに貼付されたシールの絵の視線がどの方向を向いているかについて、以下の5つに分類した。①視野中央(高齢者の前方60°の範囲にシール

が貼られている)、②視野周辺(高齢者の前方150°の範囲にシールが貼られている)、③同方向(高齢者と並んで同じ方向を向いている)、④無関係(高齢者を見ずに高齢者とは無関係の方向を向いている)、⑤背中向き(高齢者に背中を向けている)および枠外(室外)である。

分析は、虐待あり群と虐待なし群に分け、2群間の比較を行った。虐待あり群とは、介護者自身が過去1年間に介護の放任、嫌がる言葉かけ、暴力の有無についてであると回答している、家族における高齢者虐待リスク評価尺度の虐待項目にチェックしている、地域の往診している医師や地域の保健師など専門職が身体的な虐待や言葉による虐待、介護の放任など虐待の事実を把握している、これら3項目に該当する介護者とした。

4. 倫理的配慮

調査前に主治医、地域の担当保健師から、調査の目的、方法、意義、秘密の保持などについて説明してもらい、同意の得られた介護者とした。調査時に再度研究者から対象者に研究の目的、方法、意義、調査の協力や中断は自由であることについて書面と口頭で説明を行い、結果は統計的に処理し個人が特定されないこと、学会誌に発表することを説明し同意を得た。

Ⅲ. 結 果

対象者66人のうち、調査項目の回答に欠損がみられない53人を分析対象とした。介護者がいたいと思う位置、視線の向きについて、介護者全体と虐待のみられる介護者27人を虐待あり群、虐待のみられない介護者26人を虐待なし群の2群に分類し、比較分析を行った。

1. 虐待の有無別にみた介護者の高齢者に対する位置

1) 介護場面

高齢者の介護場面に対する介護者のいたいと思う位置は、高齢の横が29.7%、正面が19.3%、枠外(室外)が16%であった。虐待の有無別にみたものを図2-1に示した。虐待あり群の介護者は、介護が必要な場面であらうと思う位置は、高齢者の真後ろや枠外(室外)に位置する割合が多かった。食事介助が必要な場面「高齢者は食事の全介助が必要です」では、枠外

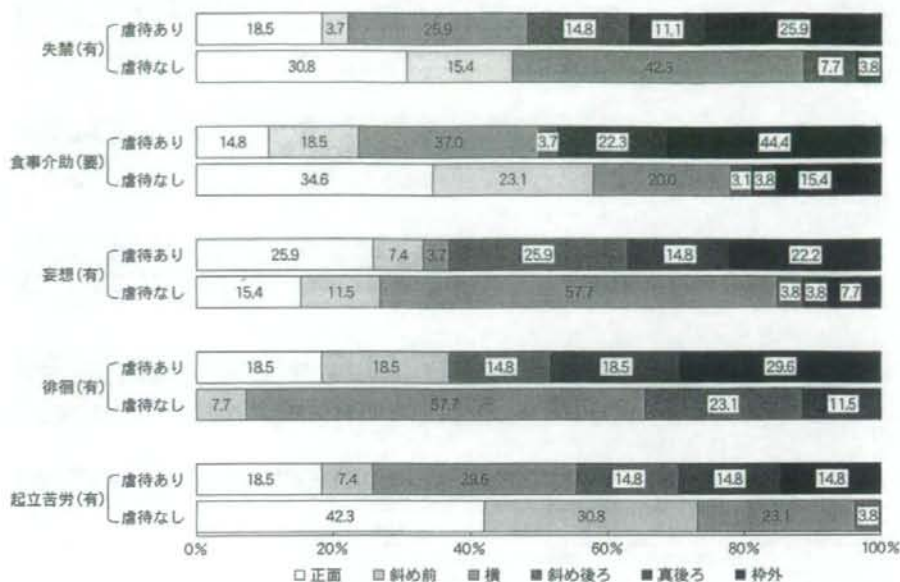


図 2-1 虐待の有無別にみた介護者が高齢者に対してとる位置(介護場面)

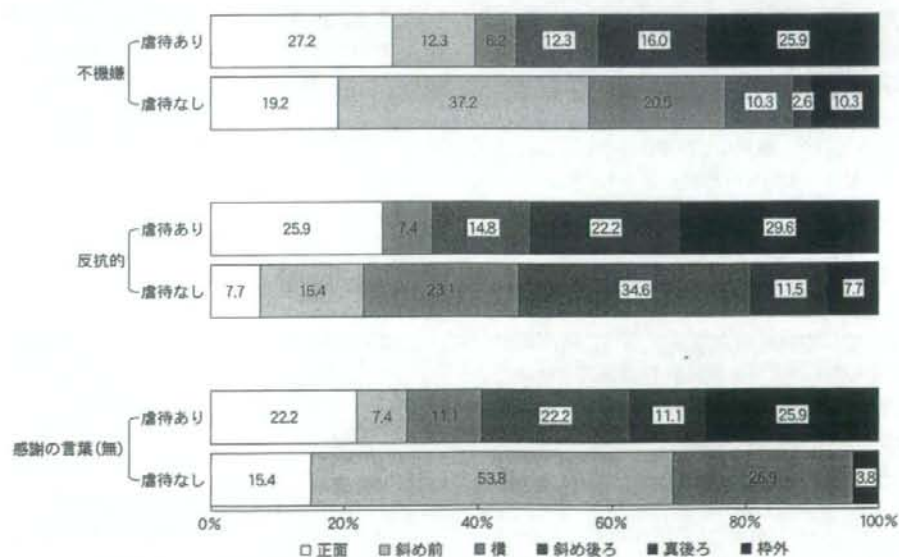


図 2-2 虐待の有無別にみた介護者が高齢者に対してとる位置(情緒場面)

(室外)が12人(44.4%)、真後ろが6人(22.3%)と66.7%を占めていた。一方、虐待なし群では、真後ろ、枠外(室外)は合わせて19.2%であった。高齢者が失禁している場面「高齢者は失禁し服が汚れ臭って

います」では、虐待あり群の介護者が高齢者に対していたいと思う位置は、枠外(室外)が7人(25.9%)、真後ろと斜め後ろが7人(25.9%)と高齢者の真後ろや枠外(室外)が5割を占めていた。虐待なし群では横

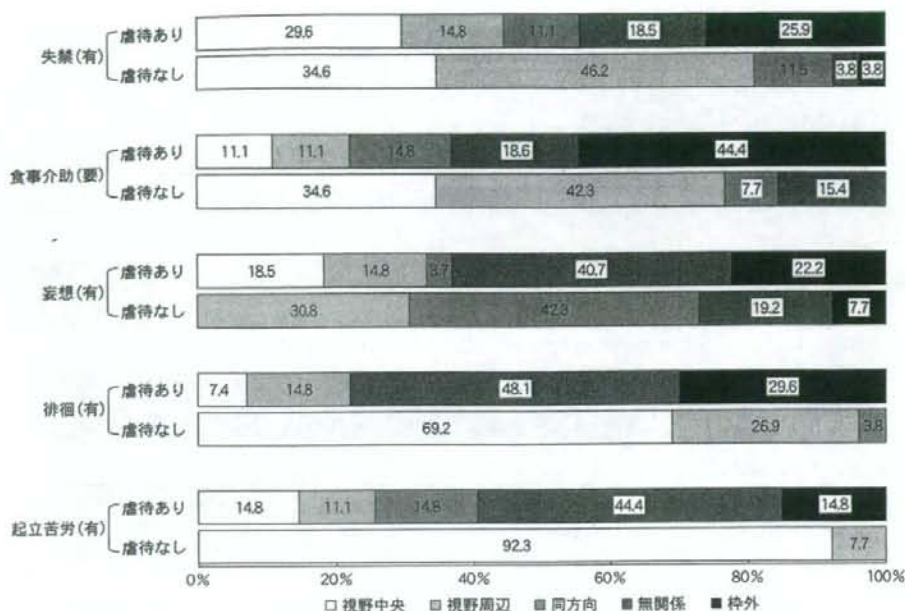


図3-1 虐待の有無別にみた介護者が高齢者に対してとる視線の向き(介護場面)

が11人(42.3%)と最も多く、次いで正面が8人(30.8%)であり、枠外(室外)はみられなかった。認知症に関する場面「高齢者は認知症があり徘徊しています」では、虐待あり群は枠外(室外)が8人(29.6%)と3割を占めていた。虐待なし群では横が15人(57.7%)を占めており、次いで斜め後ろが6人(23.1%)、枠外(室外)はみられなかった。

2) 情緒場面

介護者の気持ちを刺激する情緒場面に対し、介護者が高齢者に対していたいと思う位置は、斜め前が19.6%と最も多く、次いで正面が19.6%であった。虐待の有無別にみたものを図2-2に示した。虐待あり群の気持ちを刺激する情緒場面に対し、いたいと思う位置は、高齢者の正面や枠外(室外)が多かった。「高齢者はいつも介護者に反抗的です」の場面については、虐待あり群では枠外(室外)に位置するが8人(29.6%)と約3割を占めており、次いで正面が7人(25.9%)、真後ろが6人(22.2%)の順であった。虐待なし群では、斜め後ろが9人(34.6%)、横が6人(23.1%)であり、枠外(室外)は2人(7.7%)であった。高齢者の機嫌が悪い場面「高齢者は不機嫌です」では、虐待あり群の介護者は正面が7人(27.2%)、枠外が6

人(25.9%)、真後ろが4人(16%)であった。虐待なし群では、斜め前が10人(37.2%)であり、次いで横が6人(20.5%)、正面が5人(19.2%)であった。高齢者からの言葉かけがない場面「高齢者から感謝の言葉かけがありません」では、虐待あり群では、枠外(室外)に位置するが7人(25.9%)と最も多く、次いで正面と斜め後ろが6人(22.2%)であった。虐待なし群では斜め前が14人(53.8%)と半数を占めており、枠外(室外)に位置するはみられなかった。

2. 虐待の有無別にみた介護者の高齢者に対する視線の向き

1) 介護場面

高齢者の介護場面に対する介護者の視線の向きは、視野中央が31.2%、視野周辺が21.2%と半数を占めていた。虐待の有無別にみたものを図3-1に示した。虐待あり群の介護者が高齢者に対して取りたいと思う視線の向きは、高齢者とは無関係な枠外(室外)が多く、虐待なし群では、視野中央や視野周辺で捉える者が多かった。

認知症の症状に関する場面「高齢者は認知症があり徘徊しています」では、虐待あり群は高齢者に無関係な方向の視線の向きが13人(48.1%)であり、次いで

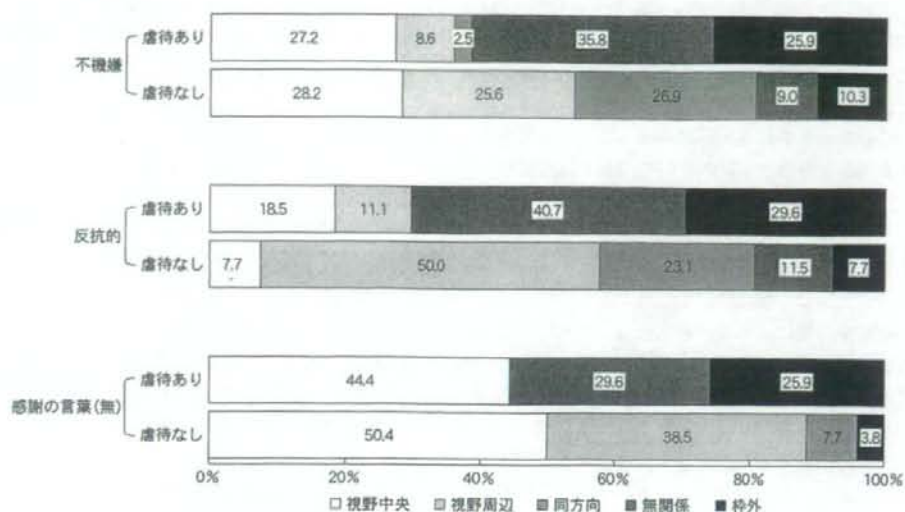


図3-2 虐待の有無別にみた介護者が高齢者に対してとる視線の向き(情緒場面)

枠外(室外)が8人(29.6%)と7割が高齢者に視線を向けていなかった。虐待なし群では枠外(室外)や無関係な向きはみられず、18人(69.2%)が高齢者を視野中央で捉えており、視野周辺が7人(26.9%)であった。

高齢者に失禁がみられる場面「高齢者は失禁し服が汚れ臭っています」では、虐待あり群は枠外(室外)が7人(25.9%)、無関係が5人(18.5%)と4割が高齢者に視線を向けていなかった。虐待なし群は枠外(室外)が1人(3.8%)、無関係が1人(3.8%)と1割以下であった。

食事の介助が必要な場面「高齢者は食事の全介助が必要です」では、虐待あり群は枠外(室外)が13人(44.4%)と4割を占めており、無関係が5人(18.6%)であった。虐待なし群は視野周辺が11人(42.3%)、視野中央が9人(34.6%)であった。

高齢者が起立するのに苦労している場面「何とか立ち上がろうと、とても苦労されています」では、虐待あり群は無関係と枠外(室外)を合わせると16人(59.2%)が高齢者に視線を向けていなかった。虐待なし群は視野中央で24人(92.3%)が捉えていた。

2) 情緒場面

介護者の気持ちを刺激する情緒場面に対して、介護者が高齢者に取りたいと思う視線の向きは、視野中央が29.4%、無関係が21%、室外が17.2%であった。

虐待の有無別にみたものを図3-2に示した。介護場面と同様に虐待あり群の介護者が高齢者に対して取りたいと思う視線の向きは、高齢者に無関係な方向の視線の向きが多かった。虐待なし群は、高齢者を視野中央や視野周辺で捉えている者が多かった。

「高齢者が不機嫌である」場面では、虐待あり群は視野周辺や同方向の向きは少なく、高齢者に無関係な方向が10人(35.8%)であり、枠外(室外)が7人(25.9%)を占めていた。虐待なし群は高齢者に無関係な方向や枠外(室外)は少なく、視野中央、視野周辺、同方向で捉える向きがほぼ同じ割合であった。

「高齢者が反抗的である」場面では、虐待あり群は高齢者に無関係な向きが11人(40.7%)、枠外(室外)が8人(29.6%)と7割の介護者が高齢者に視線を向けていなかった。虐待なし群は半数が視野周辺で捉えており、無関係や枠外(室外)は1割であった。

高齢者からの言葉かけ場面「高齢者から感謝の言葉かけがありません」では、虐待あり群は視野中央が12人(44.4%)と最も多く、次いで高齢者に無関係な方向が8人(29.6%)、枠外(室外)が7人(25.9%)であった。虐待なし群では半数が視野中央で捉えており、視野周辺が10人(38.5%)であった。高齢者に無関係な方向は2人(7.7%)にすぎなかった。

Ⅳ. 考 察

本研究は、対人距離評価表の有用性を検討することを目的に、介護者53名に対人距離評価表を用いて、介護者が高齢者にとる位置・視線の向きについて対象者を虐待あり群と虐待なし群の2群に分類し比較検討を行った。

1. 介護者が高齢者にとる位置

Sommer(1959)は、相互作用を望むか否かに応じて、二者間の距離や位置によって調整されることを報告している。宮本(1965)は、人間の空間について、生きている空間と死んだ空間があることを明らかにしている。生きている空間は、我々が現実生きている空間で、1つは人の体の前方であり、もう1つは体の左右にある横の空間である。死んだ空間は、人の背後の空間であり、いっさいの環境と交渉を欠いていると考えられている。本研究においても、虐待あり群の介護者が高齢者にとる位置は、高齢者の真後ろや枠外(室外)など死んだ空間に位置した者が多く、宮本の研究を追認する結果となった。介護者の気持ちを刺激する、介護者に反抗的である場面では、虐待あり群の介護者が高齢者にとる位置は、正面が虐待なし群の約3倍を占めていた。人の正面は、他人と出会ったり話したりする位置である。一方、対決する時にとる位置でもある(宮本, 1965)。虐待あり群の介護者の中には、腹がたつと異常に高齢者の正面から近づいてしまうと表現する介護者もみられた。怒り、恐怖、悲しみといった強い情動や抗議する時には、その相手に異常に近づく傾向がみられる(宮本, 1965)。虐待している介護者は高齢者が不機嫌である、反抗的である場面など介護者自身の感情が刺激される場面では、高齢者の正面の近い場所に位置する傾向がみられるなど、介護者と高齢者との関係が対人距離評価表に反映されていた。

2. 介護者が高齢者に対してとる視線の向き

Horowitz(1964)は、人間関係は複雑であり、相手に嫌な感情を抱いていても、その感情を表出することを避けて、視線をそらすなど行う。このように視線の向きは人間関係を捉えるのに重要な手がかりを与えることを明らかにしている。今回の調査では、高齢者が失禁している場面で、虐待あり群の介護者が高齢者に対してとる視線の向きは44.4%が、高齢者とは無関係な向きであった。高齢者が食事介助を必要とする場

面においても虐待あり群の介護者の約6割が、高齢者に視線を向けていなかった。このように虐待している介護者は、高齢者が介護を必要としても相互作用を望まない状況が、対人距離評価表の視線の向きから推察された。

また、虐待を受けている高齢者のうち7割から8割に認知症があることが報告されている(佐々木ら, 1997; 小野ら, 2000; 医療経済機構, 2003)。高齢者に認知症があり徘徊している場面では、虐待なし群の介護者の96.1%が高齢者を視野中央や視野周辺で捉えていたが、虐待あり群の介護者は7割が高齢者に視線を向けていなかった。このように、視線の向きに高齢者と介護者の人間関係など介護状況が、対人距離評価表に反映することが示唆された。

3. 対人距離評価表の有用性

日常生活や面接場面において、対象者の座る位置や体の方向、姿勢、視線の向きから、その人の状態や関わりを拒否しているか否かがわかる(板井, 1991; 中曾根, 1972)。対人距離評価表は、介護者が設定した場面を通して要介護高齢者との関係をイメージ化するものであり、高齢者との関係について介護者が抱いている願望や感情がそこに表現されているといえる。介護者は、設定条件場面に対して自分がいたいと思う位置や向きを考えながら、貼付するまでの間にさまざまなことを考え感じて、イメージの中で何かを経験すると考えられる。このイメージの中で経験することと、現実的に経験することは、心理学的に同等であることが報告されている(Middlemist et al., 1976)。今回の調査対象者である介護者は、要介護高齢者をイメージ化の中で、現実の高齢者との関係を再体験したと考えられる。対人距離評価表を用いて調査した後に、どうして介護者シールをその位置に貼付したか視線の向きについて質問すると、介護者の多くは、実際介護している高齢者との関係について設問していないにもかかわらず、対人距離評価表に表現されている位置や視線の向きは、介護している高齢者との人間関係や介護者の気持ちなど介護状況が反映されていた。

Horowitzら(1964)も指摘しているように対人関係は複雑である。相手に対してとる位置や視線の向きは、人間関係を知る手がかりを与えてくれる。対人距離評価表に貼付された介護者シールの位置や視線の向きに介護者と高齢者の人間関係など介護状況が反映されることから、高齢者虐待の要因の1つである介護者と高

高齢者の人間関係について知るアセスメントの1つとして有用な手法であると考えられる。

対人距離評価表の特徴は、図版の設定条件に対して介護者シールを貼るだけの作業であり非常に簡単であるが、的確に介護者と高齢者との人間関係が表現される。面接者と介護者が、高齢者との人間関係についてイメージを共有することができる。イメージを基に話し合うことで、介護者と高齢者の人間関係に焦点を当てた面接が展開できる。このように対人距離評価法は、高齢者と介護者の人間関係など介護状況を早期に捉えることができる評価表であるといえる。

4. 本研究の看護実践への示唆

本研究により、虐待している介護者は、高齢者の真後ろや柵外(室外)に位置する、視線は高齢者とは無関係な向きであるなどの特徴がみられた。看護実践の場において、介護者と高齢者との人間関係を知る手がかりとして、看護実践の評価として、対人距離評価表は有用であると考えられる。

V. 結 論

対人距離評価表に介護者と高齢者の人間関係など介護状況が反映されることから、介護者と高齢者の人間関係を知る手がかりとして活用できる。最も把握が難しい介護者と高齢者の人間関係を把握し、その要因を明らかにし支援することで、介護の破綻や高齢者虐待防止につながる可能性が示唆された。

謝辞：面接調査にご協力いただきました介護者の皆様に心からお礼申し上げます。また、調査にご協力いただきました地域の保健師の皆様ならびに医師の皆様へ感謝いたします。

文 献

- 医療経済機構(2003)：家庭内における高齢者虐待に関する調査報告書，11-128。
- 板井修一(1991)：母親の子供に対する心理的距離の測定，久留米医学会雑誌，54(9)，53-62。
- Hall E. T. (1966) / 日高敏隆，佐藤信行訳(1970)：かくれた次元，みすず書房，東京。
- Horowitz M. J., Duff D. F., Stratton I. O. (1964)：Boy buffer zone：Exploration of Personal Space, Arch. Gen. Psychiatry, 11, 651-656。
- 中曾根泰昭(1972)：分裂病者のコミュニケーション行動，面接時の personal space を中心として，精神医学，14，63-72。
- Mehrabian A. (1969)：Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships, Psychol. Bull., 71(5), 359-372。
- Middlemist R. D., Knowles E. S., Matter C. E. (1976)：Personal space invasions in the lavatory, Suggestive evidence for arousal. Journal of personality and social psychology, 33(5), 541-546。
- 宮本忠雄(1965)：精神病理学における時間と空間，みすず書房，東京。
- 大坊郁夫(1979)：2人会話における発言と視線の構造，日本社会心理学会第20回大会論文集，96-97。
- 小野ミツ，小西美智子(2003)：在宅介護高齢者に対する介護者の虐待と対人距離，日本地域看護学会誌，6(1)，49-58。
- 小野ミツ，高崎絹子，佐々木明子，他(2000)：都市部と郡部における在宅介護高齢者虐待の比較検討，日本老年行動科学学会誌，7(2)，53-61。
- Sommer R. (1959)：Studies in personal space, Sociometry, 22, 247-260。
- 渋谷昌三(1984)：面接者の非言語行動の分析，山梨医大紀要，38-45。
- 渋谷昌三(1985)：パーソナルスペースの形態に関する一考察，山梨医大紀要，41-49。
- 佐々木明子，高崎絹子，小野ミツ，他(1997)：高齢者虐待と支援に関する研究(2)，3県の実態調査から，保健婦雑誌，53(5)，383-391。
- Zarit S. H., Reever K. E., Bach-Peterson(1980)：Relatives of the impaired elderly, Correlates of feelings of burden, Gerontologist, 20(6), 649-655。

入学時における医療系学生の Sense of Coherence (SOC) に 関連する要因の検討

榎本 光代 岡村 仁

川崎医療短期大学臨床検査科 広島大学大学院保健学研究科
広島大学大学院保健学研究科

Assessment of Factors Associated with the Sense of
Coherence (SOC) of Medical Students on Entering School
Mitsuyo KISHIMOTO Hitoshi OKAMURA

本研究は医療系大学の新入生306人を対象に、ストレス耐性能力に関連した精神的健康に
影響を及ぼすと考えられている第一-貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) と大学志望
度、居住環境、神経症傾向との関連を調査し、SOCに影響を与える要因を明らかにする
ことを目的とした。SOC得点を従属変数とした重回帰分析を行ったところ、SOCに影響
を与える要因として、入学時の大学志望度、CMI、養育、自殺傾向、強迫観念が抽出さ
れた。本結果より、入学の段階で志望度合いや心身の健康状態を把握しておくことが、そ
の後の学生の精神的健康をサポートしていくうえで重要である可能性が示唆された。
キーワード: co-medical students, SOC, CMI

1. はじめに

青年期を自己を形成する重要な時期である。学生は大学生活を送るなかで、専門的な知
識や技術を学ぶだけでなく、人間性を磨き、社会人として相応しい生き方を学びながら自
己を形成していく。学生の多くは、大学入学を機に受験などのプレッシャーから解放され、
自我の独立を図る。しかし、入学時は新生活への期待や不安、不規則な生活、環境不慣れ、
対人関係、学業不安などの様々なストレスを受け、身体的にも精神的にも健康不安を
感じている学生が多い。また、入学後においても理想と現実とのギャップを感じ、精神健
康状態が不安定になる学生がいることが多く報告されている(5,10,13,19,21)。入学時の精
神健康状態について、福原ら(18)の調査結果によれば、1993年からの3年間と2003年から
の3年間の新入生の精神健康をUPI調査により比較・分析した結果、10年前と比べ、メン
タルヘルスの不調を訴え、多くのストレスを抱えている学生が増加傾向にあると報告して
いる。さらに、小畑ら(6)も、将来の不安や対人関係、学業不安などの様々な悩みを目
撃する者の割合が、90年代に比べて2000年度以降増加傾向にあることを述べており、入
学時の学生精神健康状態が不安定であることが伺える。また、入学段階において将来の具
体的な職業像を抱くことが困難な学生が多いことを指摘しており、そのため、専門資格を
求める学生の増加や資格を得ることができず、学業・学業への入学希望者が増加している
と報告している(6)。一般大学入学直後の仕事調査調査において、入学直後は、自分で計画
をたてることができず、自分の都合で調整できる仕事や、周りから認められるような仕事を
したという意識が高く、専門知識・技能・資格を身につけたい、やりがいのある仕
事かという意識が高いと報告している(12)。また、医療系大学を志望する学生の傾
向については、将来の職業意識が高く、人の役に立ちたい、国家資格を欲得し、医療専門

職の安定した仕事に就きたいなどの志望動機が比較的高く(16)、また、入学時の志望動機
が高いほど、職業意識度が有意に高いことも報告されている(11)。さらに、将来への職業
意識が高い学生ほど入学時から卒業時まで低下することなく、授業や課題、大学行事など
過密なカリキュラムのなかから、強い意志を持ち続けたいと報告している(15)。医療系
大学に入学を志望する学生は、将来への目的意識が比較的高いと認められる。その意志の強
さにより、その後の学生生活を送るなかで受ける様々なストレスを乗り越え、乗り越える
力との関連性について検討する必要があると考える。

また、居住環境の変化は、その後のキャンパスライフに影響を及ぼすことが知られてい
る。居住環境の変化により、精神的に不安定な状態になる学生もみられる。藤原ら(19)は
、入学後体調が悪化したと訴えた者の割合が1割から2割みられ、さらに下宿生は自宅
生と比較して、生活習慣の乱れが顕著にみられたと報告している。また、志水ら(14)は、
一人暮らしをしている独居生はストレスの有無や自我状態などの精神的状態に関連性がみ
られ、非独居生は生活習慣の規則性や気分転換などの生活状況、特に自覚的健康感と関連
要因が明らかとなったと報告している。大学入学を機に、居住環境が変わることは学生に
ついてストレス要因になっていることは否めず、居住環境の変化は後の学生生活に影
響を及ぼすことは明らかである。本研究の調査対象大学には、校舎棟と隣接した女子寮が
完備されており、集団生活を送る学生がみられる。学生のなかには、集団生活に耐えられ
ず退学する学生もみられるが、一方で、経済的な理由により、我慢して集団生活を送る
学生もみられる。このように、同一の環境で同一の刺激を受け、ストレスフルな環境に曝
されながらも現実を受け入れ、前向きに努力を重ね、心身ともに健全な状態で過ごす学生
がみられる。しかし一方で、現実から逃避し、精神的に不健康な状態に陥り、結果として
休学や留年、退学する学生も認められる。

そこで、本研究では、アロン・アントノフスキーが提唱した健康生成論の中心概念で
あるSense of Coherence (第一-貫感覚; 以下SOCと略す) の概念に注目した。SOCとは
「ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界規模の志向性」と
定義されている(1)。アントノフスキーは、人生の中で受ける様々なストレスに対処でき
るかは、ストレス刺激の受容による緊張状態をどのように処理するかの違いであると述べて
いる。また、多種多様なストレスに対処するためには、身近な目的・目標や自我の強さ、
金銭、文化的な安定性などの心理的資源 (RRGs) が影響していると考えられている。こ
のSOCには、把握可能感 (comprehensibility)、処理可能感 (manageability)、有意義感
(meaningfulness) の3つの下位尺度があり、これらの感覚よりストレス対処能力を測定す
るとされている(2)。把握可能感は人生において生じる様々な問題に直面したとき、認知
的理解でき、説明できるといふ感覚、処理可能感は人生における様々な問題を適切に対処
することができ、前向きにとらえることができるという感覚、有意義感が生きていることによ
って生じる様々な問題や要求が歓迎すべき挑戦であると感している程度を意味している。

SOCが形成される時期のなかで、乳幼児期と思春期が最も重要であるとされており、
また、思春期におけるSOC形成にかかわる要因の中には、社会階層の影響があることは知
られている(24)。そのなかで、前目となる大学入学時の環境変化および将来への希望の
強弱は、SOCの高低に影響していると考えられる。大学生を対象にしたSOCに関する研究
では、現生の大学を強く志望して入学した人はこのSOC得点が有意に高く、留年経験を持

つ人は、低くなる傾向がみられると報告されている。一般に、SOCが高い人は、ポジティブな情動を持ち、健康への満足度が高く、将来の目標、過去の感情的評価などの時間的展望を持ち、精神的にも健康を維持する傾向があるが、SOCの低い人は、精神的な不健康感が強く、将来への不安や過去についての後悔や自己評価の低下などの時間的展望が持たない傾向があるといわれている(17)。また、SOCと抑うつ症状などの精神健康状態との間には負の相関があることも知られている(17,20,22)が、性格傾向を示す神経症傾向との関連性についてはあまり報告がなされていない。

そこで、本研究は、大学入学前までの生育環境における経験がその後の良好なSOC形成をもたらす可能性が高いといわれていることから、医療系大学の新入生を対象に、様々なストレスラーによる影響が強い入学時期に焦点を当て、入学時のSOCと大学志望度、居住環境と神経症傾向との関連を調査し、SOCに影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。

II. 対象および方法

1. 対象

調査を実施したA医療系短期大学は、中国地方の大自然に囲まれた郊外に位置し、チーム医療の場で活躍できるような医療技術者を養成する医療・福祉系の私立総合短期大学である。対象者は、A医療系短期大学に在籍する5学科の1年生369人のうち、研究参加への同意が得られ、回答に不備のない306人(82.9%)とした。全体平均年齢(SD)は、18.38歳(SD=1.82)であった。学科別人数および年齢については、表1に示すとおりである。

表1 学科別人数および年齢の分布

学科	n=306	
	人数 (%)	平均年齢 (SD)
A学科	107 (34.9%)	18.60 (2.32)
B学科	67 (23.0%)	18.04 (0.21)
C学科	32 (10.5%)	18.69 (1.67)
D学科	38 (12.4%)	18.47 (2.92)
E学科	62 (20.3%)	18.11 (0.37)

2. 調査期間

調査は、入学時期の2007年4月5日～21日の期間に行った。

3. 質問紙の配布・回収方法

各学科担任の協力を得てホームルーム時間に研究の主旨説明を行い、同意した学生に対して調査の協力を依頼した。同意の得られた学生には、質問紙を入れた封書とその場で配布

し、教室あるいは自宅での回答を求めた。回答後の質問紙は、すべて封書に入れた状態で提出させた。

4. 調査項目

(1) 基本属性

性別、現在の居住環境(自宅、下宿、女子寮)、大学志望度(強く希望していた、強くではないが希望していた、あまり希望していなかった、全く希望していなかった)について尋ねた。

(2) 神経症傾向

神経症傾向を測るため、性格・人格検査で用いられているCMI(Cornell Medical Index)を用いた。CMIは、1949年にコーネル大学のBrodman, Dredmann, Lorge及びWolfらによって作成された健康調査表であり、身体的・精神的自覚症状を短時間に把握することができる。CMIの質問事項は、A(目と耳)、B(呼吸器系)、C(心臓血管系)、D(消化器系)、E(筋肉骨格系)、F(皮膚)、G(神経系)、H(泌尿生殖器系)、I(疲労度)、J(疾病頻度)、K(既往症)、L(習慣)、M(不満足)、N(抑うつ)、O(不安)、P(過敏)、Q(怒り)、R(緊張)の18項目で、A～Lを身体的自覚症、M～Rを精神的自覚症に区分されている。質問数は、身体的自覚症が144問、精神的自覚症が51問の総計195問となっている。さらに、身体症状質問項目の中で、心臓血管系(C)、疲労度(D)、既病頻度(J)の合計得点を神経症傾向項目(M-R)の合計得点を軸とした神経症判別図を用いて、神経症傾向の程度を領域として判定することができる。本研究では、深町法の基準(8)を参考に、領域I:5%の危険率で心理的に正常と判定できる領域、領域II:心理的に正常と判定できる領域、領域III:神経症と判定できる領域、領域IV:5%の危険率で神経症と判断できる領域、として判定した。

また、特定の精神的項目より、「憂鬱」「希望がない」「自殺傾向」「神経症の既往」「精神病院入院既往」「家族精神科入院既往」「陽気性」「強迫観念」「理由のないおびえ」の特殊項目より自己を内省し評価することができるだけでなく、自覚症状に基づくスクリーニング検査として幅広く活用されている。回答は「はい」「いいえ」の2件法である。

(3) 人生の志向性

自我の内面的情態を測るため、SOC (Sense of Coherence) 尺度を用いた。SOC尺度は、Aaron Antonovskyによって提唱されたストレスへの対処能力、健康維持能力を評価する尺度であり、山崎ら(1)によって日本語版が作成されている。回答は、各質問に対する感じ方の程度を1から7までの数値で表現し、数字1つに回答する7件法のSD法である。質問項目数は29項目、得点範囲は29から203となる。SOCの得点が高いほどSOCが強く、ストレス対処能力が高いと評価される。

5. 倫理的配慮

本研究はA医療系短期大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究目的、方法、データ管理、研究参加の任意と撤回の自由、プライバシーの保護、結果の公表

などについて書面と口頭にて説明を行い、同意書に署名した学生に対し調査を行った。

6. 分析方法

まず、SOC得点と性別、現在の居住環境、CMI特殊項目(9項目)の関連要因の比較にはt検定および一元配置分散分析、大学志望度合い、CMI領域との関連要因の比較には、Kruskal-Wallis検定を行った。次に、入学時のSOCへの影響力の強い要因を検討するため、SOC得点を従属変数とし、現在の居住環境、大学志望度、CMI領域、CMI特殊項目を独立変数として投入し、重回帰分析を行った。なおその際、大学志望度およびCMI領域分布より、ダミー変数として重回帰式に投入した。

全ての検定におけるp値は両側であり、 $p < 0.05$ を有意とした。また、全ての統計解析にはStatistical Package for the Social Science(SPSS) ver.15.0J for Windowsを用いた。

III. 結果

1. 学科間の同質性の確認

まず、本研究で扱う変数を用い、学科間の同質性の確認を行った。その結果、性別 ($p < 0.001$)、年齢 ($p = 0.176$)、居住環境 ($p < 0.001$)、大学志望度 ($p = 0.259$)、CMI領域 ($p = 0.903$)、憂鬱 ($p = 0.649$)、希望がない ($p = 0.239$)、自殺傾向 ($p = 0.183$)、神経症の既往 ($p = 0.096$)、精神科入院院既往 ($p = 1.000$)、家族精神科入院院既往 ($p = 0.613$)、易怒性 ($p = 0.116$)、強迫観念 ($p = 0.012$)、理由のないおびえ ($p = 0.271$)、SOC合計得点 ($p = 0.230$) において、性別、居住環境、強迫観念以外で、学科間の同質性は確認された。

2. 対象の属性

分析対象者306名の性別は、男性が38人(12.4%)、女性268人(87.6%)であった。居住環境は、自宅から通う通学生が117人(38.2%)、下宿生が75人(24.5%)、学生寮(女子のみ)に住む寮生が114人(37.3%)であった。大学志望度合いは、強く希望していた学生は162人(52.9%)、強くではないが希望していた学生は121人(39.5%)、あまり希望していなかった学生は20人(6.5%)、全く希望していなかった学生は3人(1.0%)であった。

3. SOCとCMI領域の分布

SOC得点の結果を表3に示す。SOC得点の平均±標準偏差は124.0±19.1点であった。また、SOCの把握可能感は39.8±7.9点、処理可能感は44.5±7.7点、有意味感は39.2±7.8点であった。次に、CMI領域と特殊項目の結果を表3に示す。CMI領域別にみると、領域Iは121人(39.5%)、領域IIは128人(41.8%)、領域IIIは49人(16.0%)、領域IVは8人(2.6%)であった。CMI特殊項目9項目のうち、最も出現数が多かったのは易怒性の60人(19.5%)であった。また、強迫観念が37人(12.1%)、自殺傾向が25人(8.2%)で認められた。

表2 対象者のSOC得点

尺度	範囲	平均	標準偏差	最小値	最大値
SOC	29 - 303	124.0	19.1	66	177
把握可能感 (co)	11 - 77	39.8	7.9	18	63
処理可能感 (ma)	10 - 70	44.4	7.7	24	66
有意味感 (me)	8 - 56	39.1	7.8	16	56

表3 CMI領域と特殊項目の分布

領域	人数	(%)
領域I	121	(39.5%)
領域II	128	(41.8%)
領域III	49	(16.0%)
領域IV	8	(2.6%)
特殊項目		
憂鬱	10	(3.3%)
希望がない	9	(2.9%)
自殺傾向	25	(8.2%)
神経症の既往	9	(2.9%)
精神科入院院既往	0	(0.0%)
家族精神科入院院既往	3	(1.0%)
易怒性	60	(19.5%)
強迫観念	37	(12.1%)
理由のないおびえ	9	(2.9%)

4. SOC得点と関連項目の関連比較

SOC得点と性別、現在の居住環境、大学志望度、CMIの関連項目との関連をみるため、t検定、一元配置分散分析およびKruskal-Wallis検定を実施した結果、表4に示すように、SOC得点はCMI領域、CMI特殊項目のうち7項目(憂鬱、希望がない、自殺傾向、神経症の既往、易怒性、強迫観念、理由のないおびえ)においてそれぞれ有意差がみられた。

表4 SOC得点と性別、居住環境、大学志望度、CMIとの相関比較

項目	n	SOC mean±SD	T、F、 χ ² 値		p値
			T、F、 χ ² 値	p値	
性別					
男性	38	122.3±21.6	-0.577		0.564
女性	268	124.3±18.7			
現在の 居住環境					
自宅	117	124.1±18.4	0.964		0.383
下宿	75	126.3±19.8			
学生寮	114	122.4±19.2			
大学 志望度					
強く希望していた	162	126.4±19.3	7.606		0.055
強くではないが希望していた	121	122.4±17.8			
あまり希望していなかった	20	115.7±22.0			
全く希望していなかった	3	118.7±19.4			
CMI					
領域Ⅰ	121	131.8±18.9	54.709		<0.001
領域Ⅱ	128	122.8±16.9			
領域Ⅲ	49	112.6±14.1			
領域Ⅳ	8	96.6±16.6			
CMI特殊項目(9項目)					
憂鬱	296	124.9±18.6	4.715		<0.001
希望がない	10	97.0±12.7			
希望がない	297	124.8±18.5	4.332		<0.001
自殺傾向	9	97.7±17.7			
自殺傾向	281	125.9±18.1	6.281		<0.001
神経症の既往	25	102.4±16.7			
神経症の既往	287	124.4±19.1	2.001		0.046
精神科入院歴	9	111.6±12.8			
精神科入院歴	306	124.0±19.1	—		—
家族精神科入院歴	0	0.0±0.0			
家族精神科入院歴	303	124.0±19.1	0.009		0.993
異常性	3	124.0±1.7			
異常性	246	126.5±18.7	4.829		<0.001
強迫観念	60	113.7±16.9			
強迫観念	269	126.3±18.0	6.033		<0.001
理由のないおびえ	37	107.2±18.3			
理由のないおびえ	237	124.6±18.8	3.193		0.002
理由のないおびえ	9	104.3±15.9			

5. 重回帰分析によるSOCへの関連要因
次に、SOC得点に影響を及ぼす要因は何かを検討するため、SOC得点を従属変数とし、SOC得点に有意差のあったCMI領域、CMI特殊項目の7項目(憂鬱、希望がない、自殺傾向、神経症の既往、異常性、強迫観念、理由のないおびえ)、および有意差はならなかったが、p値が0.05を示した大学入学志望度の9項目を独立変数として投入した重回帰分析(強制投入法)を行った。なお、CMIの領域と大学志望度については、ダミー変数として投入したため、採用されたCMI領域の変数は、領域Ⅰ、領域Ⅱ、領域Ⅲの3変数、また、大学志望度は、「強く希望していた」「あまり希望していなかった」「全く希望していなかった」の3変数が重回帰式に投入された。また、多重共線性の確認には、VIP(Variance Inflation Factor)値を参考にした。投入された9項目の独立変数のVIP値はすべて2以下であったため、全項目を用いて解析を行った。

その結果、SOC得点に影響を与える要因として、入学時の大学志望度について、「強く希望していた」($\beta=0.110, p<0.05$)、「あまり希望していなかった」($\beta=-0.110, p<0.05$)、CMI「領域Ⅰ」($\beta=0.178, p<0.01$)、CMI特殊項目の「憂鬱」($\beta=-0.151, p<0.02$)、「自殺傾向」($\beta=-0.205, p<0.01$)、「強迫観念」($\beta=-0.144, p<0.05$)の6項目が抽出された(表5)。

表5 SOC得点と関連要因による重回帰分析

項目	標準化係数 (β)	t値	p値
大学志望度 [強くではないが希望していた]			
強く希望していた	0.110	2.128	0.034
あまり希望していなかった	-0.110	-2.128	0.034
全く希望していなかった	-0.006	-0.114	0.909
CMI			
【領域Ⅱ】			
領域Ⅰ	0.178	3.231	0.001
領域Ⅲ	-0.074	-1.212	0.227
領域Ⅳ	-0.084	-1.353	0.177
CMI特殊 憂鬱 [無]	-0.151	-2.746	0.006
希望がない [無]	-0.025	-0.411	0.681
自殺傾向 [無]	-0.205	-3.248	0.001
神経症の既往 [無]	0.002	0.038	0.969
異常性 [無]	-0.083	-1.455	0.147
強迫観念 [無]	-0.144	-2.437	0.015
理由のないおびえ [無]	0.050	0.837	0.403

[] 内はレファレンスカテゴリ R=0.548, 調整済みR²=0.300

IV. 考察

本研究では、大学入学直後の医療系学生を対象に、SOCと大学志望度、居住環境、神経症傾向などとの関連性を比較、検討し、入学時のSOCに影響を与える要因について検討を行った。

1. 入学時における医療系学生の神経症傾向

まず、入学時における医療系学生は、5人に1人の割合で神経症傾向を示していることが明らかになった。藤崎ら(13)は過去37年間のCMI調査を実施した結果をまとめている。その報告によると、神経症傾向を示す学生の割合は、平成15年度は19.8%、平成16年度は18.8%と、約2割前後の割合で診断者がみられ、増加傾向を示している。大学入学時は、入学した喜びの反面、学業や友人関係、将来に対する不安が顕著に現れる時期といえ、本研究においても、先行研究と同様の傾向を示したといえる。

次に、CMIによる精神的自覚症状のうち、特にイライラしやすいなどの易怒性を自覚する者の割合が19.5%、何か恐ろしい考えがいつも頭に浮かんでくるなどの強迫観念を自覚する者の割合が12.1%、自己の存在価値を否定的にとらえ、いっそ死んでしまいたいと思うことがあるなどの自殺願望を抱いたことがある者が8.2%と認められた。藤崎ら(13)の報告によると、すぐかたくなった、いらいらしたりするといった易怒性の傾向は、平成3年から平成16年の間では、約25%前後と4人に1人の割合で訴えている。一言ら(2)も、恒常的に怒りやすいなどの陰性感情を自覚する学生の割合が増加傾向にあることを指摘しており、特に女子学生のイライラ感の増加が顕著にみられると報告している。また、易怒性に次ぐ出現率を示した強迫観念、自殺傾向の診断者の割合についても、藤崎ら(13)の調査報告とはほぼ一致する傾向を示した。

2. SOCとの関連要因

小田(7)は、高いSOC得点を示した者は、低いSOC得点を示した者よりも、ストレスを体験する割合が有意に少なく、同時に生理学的なストレス指標の低下傾向がみられたこと、またSOC得点が低い人に精神的診断がみられる出現率は、SOC得点が高い人に比べて3.5倍高いことを報告している。これまでの先行研究では、SOCと精神的健康との関連について、SOC得点が高いほど精神健康状態が良好な状態を示すことが報告されている(4,7,17,20)。本研究においても、神経症傾向が高い傾向を示す学生は、有意に低いSOC得点を示すことが明らかになった。また、入学時点における健康状態は、不安や憂鬱などの不快な情動を内包していることも明らかになった。一方、性別や居住環境とSOCへの影響については、有意差はみられなかった。しかし、男子学生の方が女子学生よりも強いSOC傾向があると報告している先行研究もあることから(9)、本研究では対象者の男女比に差がみられたことが結果に影響した可能性がある。したがって、今後は男女比を均一にして再検討する必要があると考えられる。居住環境とSOCとの関連については、先行研究(4,9)と同様、関連は認められなかった。

重回帰分析により、SOCに強い影響を与える因子について検討した結果、「大学志望度」「CMIによる神経症傾向」「憂鬱」「自殺傾向」「強迫観念」が抽出された。入学時は新生活のスタートであり、将来の目標を掲げ、学ぶ意欲が最も高まる時期であると考えられるが、本意な入学や入学後の本意感による意欲減退の傾向が不適応行動の出現に影響を及ぼ

すことも報告されている(25)。本研究においても、積極的な入学動機を示す学生は、高いSOC傾向を示し、一方、消極的な入学動機を示す学生は、低いSOC傾向を示していることが明らかになった。木村ら(9)の研究においても、大学志望度が高いほどSOC得点が高いという関連が有意に認められたと報告している。また、本江ら(23)の看護学生を対象にした研究においても、看護職につきたいという強い動機をもつことは、さまざまなストレスに積極的にコーピングをとっていく経験がSOCを強く強める要因となっていたと報告している。SOCは、乳幼児から青年期に至るまでの人生経験を通じて、後天的に形成され、その人に深く刻み込まれていく学習性の概念といわれている(24)。したがって、志望の大学に入学することができたという経験は、SOC形成に重要な影響をもたらすと考えられる。本研究をまとめると、消極的な入学動機を示す学生は、低いSOC傾向を示しており、さらに、CMI特殊項目の中でも、憂鬱、自殺傾向、強迫観念の項目についても低いSOC傾向を示していた。大学生の大多数は、心身とも健康な集団であるが、入学の段階でメンタルヘルスに不安を抱えている学生が少なからずいることは否定できない。合格に満足していない本意な入学は、留年、休学、退学のすべてに際してあり、本意な入学という要因を除いた後にも、精神面の問題が留年、退学などの重要な要因となっている可能性が示されたと報告している(3)。したがって、入学時という強いストレスがかかる時期については、学生のサポート体制を充実させる必要があると考えられる。

本結果より、SOCに影響を与える要因として、入学時の大学志望度や神経症傾向を示す傾向がSOCに関連する要因として影響を与えていることが明らかとなった。また、入学時は、不定愁訴による身体面の不調や憂鬱、希死念慮、恐怖や不安などの精神診断などの健康状態を示す学生もみられることから、入学の段階で志望度合いや心身の健康状態を把握しておくことが、その後の学生の精神的健康をサポートしていくうえで重要である可能性が示唆された。今後は、入学時のSOCの強さの程度により、入学後の学生生活における様々なストレスイベントをどのように受け止め対処しているか、抑うつ症状などの精神健康状態との関連も含め検討したいと考えている。

本研究の限界は、同環境下に入学した入学時における医療系短期大学の学生のSOCと大学志望度や居住環境、神経症傾向を調査したが、一大学の限られた集団を対象であったこと、および、対象者の男女の割合が異なる点があげられる。また、本研究は、地方の医療系系総合短期大学の学生を対象に調査していることから、公立の大学や私立大学の医療系学部に関する大学生、同じ医療系学部に所属する大学生、さらには医療系以外の学部にも所属する大学生を対象とした検討も必要であると考えられる。

V. 謝辞

本調査に快く回答していただいた学生の皆様、各学年担任の教員に感謝いたします。

引用文献

- 1) Antonovsky A. 著、山崎喜比古、吉井海子監訳、藤田の謎を解く ストレス対抗と健康維持のメカニズム、青春堂文社、23、222-225、東京、2006
- 2) 一宮博、馬場明、福塚英明、他：大学新入生の精神状態の変化 最近14年間の質問票による調査の結果から、精神医学、45、959-966、2003

- 3) 宮原, 福盛英明, 馬場明, 他: 大学生の入学時の精神状態と学年・休学・退学との関連について. 精神医学, 46, 1185-1192, 2004.
- 4) 梅本彰子, 有馬由紀, 若本美穂, 他: 大学生のSOCの類型と関連要因の探求. 熊本大学教育学部紀要 54, 53-60, 2005.
- 5) 大久保智生, 菅澤輝: 大学新入生の適応に関する研究—社会的スキルは後の適応を予測するのか?—人間科学研究所, 18, 207-213, 2005.
- 6) 小出真司, 朝山智子, 國廣寺礼子: 大学新入生における悩みの有無および悩みの内容の入学年度による変化. 学生相談研究, 27, 138-148, 2005.
- 7) 小田博志: サリョート・ジュネンと心身医学. 心身医学, 39, 507-513, 1999.
- 8) 金久卓也, 栗野健, 野浩一: 日本版 コーヘレン・メディカル・インデックス—その解説と資料. 三友房, 2001.

9) 木村知香子, 山崎比古, 石川ひろの, 他: 大学生の Sense of Coherence (菅尾一貫感, SOC) とその関連要因検討. 日本健康教育学会誌, 9, 37-47, 2001.

10) 黒崎充男, 岡本百合, 松山まり子, 他: 大学新入生のうつ状態に関するアンケート調査—過去4年間の入学時評価とその転帰についての検討から—, 総合保健科学, 広島大学保健管理センター研究論文集, 32, 49-57, 2006.

- 11) 工藤由起子, 石井裕子, 平元泉, 他: 看護大学生の看護に対するイメージ—入学時における家庭背景・入学動機と卒業後進路志望との関連から—, 秋田大学医学部保健学科紀要, 11, 119-126, 2003.
- 12) 小嶋明子, 大塚紀子, 高野香: 大学生の仕事観(5)入学時から半年後の経過. 明治学院大学心理学紀要, 17, 43-57, 2007.
- 13) 藤崎俊子, 山口快生: 福岡女子大学学生におけるCornell Medical Index 質問調査過去3年間—昭和45年度〜平成16年度. 福岡女子大学文学部紀要, 67, 265-262, 2005.
- 14) 志水幸, 志高真一, 島谷敏香, 他: 本学新入生のライフスタイルと健康感に関する研究 (第7報). 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 14, 27-35, 2007.
- 15) 杉本明子, 成瀬悦子, 生田美也子: 看護学生の看護師選択及び看護師志望に関する部属の変動—2年退留の入学から卒業まで—. 第37回 看護教育, 372-374, 2006.
- 16) 藤田香代子, 乾崎美, 竹内裕紀, 他: 東京理科大学における6年制教育—1期入学生を対象とした意識調査. 医学雑誌, 127, 1153-1157, 2007.
- 17) 藤田直子, 澤川美希: Sense of Coherenceからみた大学生の自己概念. 久留米大学心理学研究, 4, 35-41, 2005.

- 18) 藤原成太郎, 藤田愛, 近藤智津恵, 他: 横浜国立大学における学生のメンタルヘルスに関する研究(2)—UPI調査の分析による最近10年間の変化—. 精神会誌, 56, 65-74, 2006.
- 19) 藤原千枝, 藤原有子, 石田博也, 他: 大学新入生の生活習慣に関する研究—入学後3ヶ月における実態調査からの検討—. 川崎大学看護学会誌, 12, 321-330, 2002.
- 20) von Bothmer M, Fridlund B: Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17, 347-357, 2003.

- 21) 松井尚子, 近藤智津恵, 植崎一風, 他: 横浜国立大学における学生のメンタルヘルスに関する研究(1)—修正版UPIからみた実態調査結果—. 精神会誌, 55, 15-22, 2005.
- 22) 明敷光直: 菅尾一貫感と健康な精神的転帰との関連. 中央大学心理学部紀要, 3, 7-15, 2003.

- 23) 本江朝見, 河口敏, 谷山秋, 他: 女子看護学生の Sense of Coherence とその関連要因の検討. 昭和医学会誌, 65, 365-373, 2005.
- 24) 山崎比古, 戸原聖典, 坂野純子: ストレス対処能力SOC. 看護堂高文社, 東京, 2005.
- 25) 山田ゆかり: 大学新入生における適応感の検討. 名古屋文理大学紀要, 6, 29-35, 2006.

英文要約

This study was conducted on 306 new medical students, and its purpose was to survey associations between sense of coherence (SOC), which is thought to be associated with stress coping ability and to affect mental health, and the degree of preference for the school, the residential environment, and mental and physical health status, and to identify factors that have an impact on SOC. A multiple regression analysis with SOC score as the dependent variable identified degree of preference for the school, CMI, depressed feeling, suicidal tendency, and obsessive thoughts as factors that had an impact on SOC. These findings suggested that determining the degree of preference for the school and physical and mental health status of students at the stage when they enter school is important in terms of supporting the subsequent mental health of students.

サイコオンコロジーの理解と実践を目指して

岡村 仁 広島大学大学院保健学研究科

Hitoshi Okamura

「がん対策推進基本計画」が策定され、重点的に取り組むべき課題のひとつとして、精神的ケアを含めた緩和ケアの実施がとりあげられた。癌医療の現場では、以前より癌患者の精神面には関心が向けられており、癌患者の心の問題や精神的側面を評価し、それに対応するというサイコオンコロジーについても、その名称は聞いたことがあるという臨床医は増えてきている。しかし、具体的に患者の心の問題をどのように評価し、どのように対応していけばよいかといったサイコオンコロジーの実践については、まだ十分に理解されていないのが現状であろう。

サイコオンコロジーの概要については本特集の中で述べられているためここでは詳述しないが、サイコオンコロジーは情報開示、とくに悪い知らせが伝えられた後にみられる落胆、孤立感、疎外感、絶望などの通常の心理的反応から、抑うつなどの専門的アプローチが必要な精神的変調まで、患者のさまざま

な精神的側面に対応することで、患者のquality of life (QOL)の維持・向上を図るという点から関心が向けられるようになり(図1)、腫瘍学と精神医学の統合した新たな学問分野として誕生し、発展してきた。その歴史は、1977年に米国の癌専門病院であるMemorial Sloan-Kettering Cancer Center病院に精神科サービス部門が設立したことに始まる。その後、1980年代にWHOがQOLに関する専門会議を召集し、会議を重ねる過程で、1986年に国際サイコオンコロジー学会(International Psycho-Oncology Society; IPOS)が創設され、サイコオンコロジーへの取り組みが本格的に開始された。

日本ではIPOS創設を機に、1986年に日本臨床精神腫瘍学会(Japan Psycho-Oncology Society; JPOS、後に日本サイコオンコロジー学会と名称変更)が結成され、1987年に第1回学術大会が開催された。創設期のテーマは、癌患者の痛みと心、癌告知の是非、QOL

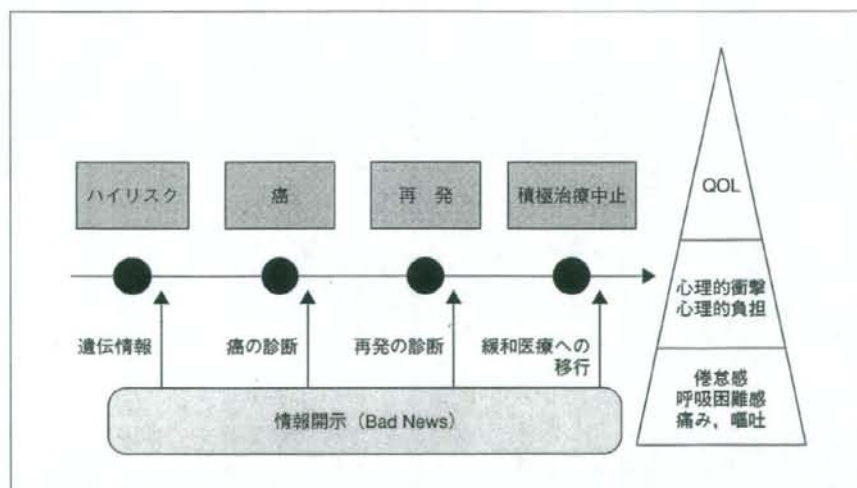


図1 癌の臨床経過と情報開示がQOLに及ぼす影響

とは何か? などが中心であり、癌医療に携わる医師や看護師に心のケアの重要性が大いにアピールされた。以後、サイコオンコロジーが目指す2つのゴールである¹²⁾、①癌が患者、家族、医療者に与える心理的影響を明らかにし、それに対応すること、および②癌患者のQOLや生存に関与する心理・社会・行動学的因子を同定し介入法を開発することの実現のため、一方では近年めざましく発展してきた脳科学、遺伝学、免疫学などの基礎医学との連携によりサイコオンコロジーの生物学的基盤を解明・確立することに努力が払われた。

そして一方では、コミュニケーションスキルを含めた情報開示のあり方、癌患者の心理的負担へのアプローチに関するガイドラインの作成、患者・家族に対する支援プログラムの開発など、癌の医療現場に還元できる実証的臨床研究とその実践に取り組みられてきた。さらに、こうしたサイコオンコロジーの実践のためには、精神科医のみならず、癌患者にかかわるすべての医師、看護師、心理療法士、ソーシャルワーカー、作業療法士をはじめとするリハビリテーションスタッフなど、さまざまな職種との協働、すなわちチーム医療により展開することが必須であることが強調されてきた。すなわち、癌患者の

QOLを維持・向上させるためには、癌患者にかかわるすべての医療従事者が患者の心の問題、精神的側面を理解し、それぞれの立場から対応していくことが必要であるというのが、サイコオンコロジーの基本的な考え方といえる。

以上を踏まえ、本特集はタイトルを「チーム医療のためのサイコオンコロジー入門」とし、癌患者が呈する代表的な精神症状とその対策や家族のケアについて精神科医に解説をお願いするとともに、サイコオンコロジーに携わっているさまざまな職種の先生方に、それぞれの立場からサイコオンコロジーへのかかわりについて述べていただくことにした。本特集を通して、癌医療に携わる臨床医が癌患者の心の問題に今以上の関心や理解を示し、自身もサイコオンコロジーを実践するひとりとして臨床の現場にかかわっていただけることを願っている。

●文献

- 1) Holland JC, et al: Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, 1990.
- 2) 山脇成人監: サイコオンコロジー; がん医療における心の医学, 診療新社, 大阪, 1997.



話題

がんチーム医療と リハビリテーション*

岡村 仁**

Key Words : ADL, QOL, rehabilitation

がん患者に対するリハビリテーション

リハビリテーションは元来、日常生活活動 (activities of daily living : ADL) の改善・向上を主たる目的として展開してきた。したがって、がん医療においては、医療者、患者ともに、ADLを改善し社会復帰を目指すというイメージの強いリハビリテーションに対して、積極的な介入を求めることは少なかった。このため、チームで行うがん医療の中にリハビリテーションスタッフが加わる機会はこれまでほとんどなかったといっ

てよい。しかし、近年の治療技術の進歩に伴い、がん患者の生存率が上昇してきた一方で、がんによる症状や治療に伴う副作用を抱えながら長期生存する患者が増えてきた。また、終末期を迎え日常生活に支障をきたしているがん患者も少なくないことから、がん患者のquality of life (QOL) の維持・向上に関心が向けられるようになり、そのためのアプローチ法の一つとして、リハビリテーションが見直されるようになってきた。すなわち、がん患者のQOL向上を担うチーム医療に、リハビリテーションが関与できる可能性が示唆されてきたといえる。その一つの現れとして、1999年にニューヨークで「新時代におけるがんリハビリテーション」と題したカンファレンスが開かれ、その内容ががん専門誌にも掲載された¹⁾。

がん患者に対するリハビリテーションは、「患者の身体的-心理的-社会的側面の間に存在している強い結びつきを十分把握すること」に基づくと言われているように²⁾、身体的側面だけでなく、心理・社会的側面を考慮したアプローチが重要であることが指摘されている。したがって、がん患者に対するリハビリテーションにはリハビリテーションの専門家だけでなく、精神科や臨床心理士、あるいは看護師などさまざまな職種のかかわりが必要であり、多職種からなるチーム医療の実践が求められる領域ともいえる。しかし、がん患者のリハビリテーションに関する報告は、1978年にLehmannら³⁾によって、1982年にHarveyら⁴⁾によって、リハビリテーションの必要性に関する包括的な研究報告が発表されて以後、あまりみられなくなったという現状がある。このため、がんリハビリテーションという概念は、まだ臨牀的・研究的にも決して確立された概念ではない、本領域を確立し、がん患者に対するチーム医療の中にリハビリテーションを位置づけていくためには、現状を踏まえた上で、がん患者のQOLを維持・向上できる症状/障害に対して積極的にアプローチし、客観的・科学的基盤に基づいて、その有効性を検証することで、臨牀の現場に還元していくことが必要である。

以上の背景を踏まえ、ここではまず、がん医療においてリハビリテーションが関与できると思われる領域について、先行研究での報告を中

* Multidisciplinary approaches and rehabilitation for cancer patients.

** Hitoshi OKAMURA, M.D., Ph.D.: 広島大学大学院保健学研究科(〒734-8551 広島市南区霞1-2-3) ; Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University, Hiroshima 734-8551, JAPAN

表1 がんの各時期におけるリハビリテーションの対象領域

疾患の時期	領域
I. 診断から治療計画立案まで	1. がん治療が機能へ及ぼす影響の予測 2. 機能の維持に関する理解 3. 総合的なリハビリテーション評価(ROM, ADLなど)
II. 初回治療時	1. 治療が機能へ及ぼす影響の評価 2. 運動, 浮腫対策, 活動の増加による機能の維持と回復 3. 痛みのコントロール
III. 初回治療後	1. 日常活動を回復し健康的なライフスタイルを促進するためのプログラムの開発と支援 2. 自己チェックすべきこと(ROM, 浮腫, 痛みなど)についての患者への教育 3. 運動, 浮腫対策, 移動に関する維持プログラムの管理
IV. 再発時	1. 再発の衝撃やそれが機能へ及ぼす影響についての患者への教育 2. 臨床所見でチェックすべきことについての患者への教育 3. 機能を維持しその低下を予防するための適切なプログラムでの患者管理 4. 活動やQOLを維持することでの患者への援助
V. 終末期	1. 移動訓練, 身体機能維持, 補助具に関する患者/家族への教育 2. 薬物以外での痛みへの対応と症状コントロール 3. 自立とQOLの維持

ROM: range of motion(関節可動域), ADL: activities of daily living(日常生活活動), QOL: quality of life(生活の質)
(文献⁹⁾より引用)

心に概説する。次いで、わが国のがん患者に対するリハビリテーションの実態を知ることを目的にわれわれが実施した調査研究の結果を紹介し、チーム医療においてリハビリテーションがどのように位置づけられるか、また、どのような面で貢献できるかについて考えてみたい。

リハビリテーションが 有用と思われる領域

表1に、疾患のそれぞれの時期においてリハビリテーションの対象となり得る領域についてまとめたものを示す⁹⁾。表に示すように、リハビリテーションは終末期を含むすべての時期で適用が可能であり、また、身体面だけでなく心理・社会的側面でのかかわりも重要であることがわかる。

とくに、これまではあまり対象とされてこなかった終末期医療の領域においても、リハビリテーションが果たす役割は大きく、リハビリテーション開始当初の治療目標として、移動動作を中心としたADLの改善が求められている⁶⁾。しか

しながら、たしかに初期はADLの改善が得られることが多いが⁷⁾、病状の進行とともにADLの低下は避けられなくなる。この際、ADL改善から心理・社会的支援に重きをおいたQOLの維持・向上へといかにギアチェンジできるかが重要となるが⁸⁾、最期までQOLの維持を目指したりハビリテーションのかかわりは続く。

このように、がん患者に対してさまざまな時期や領域においてリハビリテーションは有用と考えられているが、残念ながら、これらの領域においてどのようなリハビリテーションアプローチが有効であるのか、また、その効果はどうかを客観的に示した研究報告は国内外を通じてほとんどないのが現状である。今後、上記の各症状/障害に対するリハビリテーションの有効性を明らかにしていくことが大きな課題と思われる。

わが国におけるがん患者への リハビリテーションの現状

2004年、厚生労働省は「第三次対がん10か年総

表2 患者・家族のリハビリテーションへの満足度とリハビリテーション開始2週間後の各評価尺度得点の変化

		統計検定量	
		Z	P値*
患者 (n=23)	満足度:8.6点(0~10)		
	リハビリテーションの認識	-3.326	0.001
	リハビリテーションへの意欲	-2.232	0.026
	感情状態	-3.115	0.002
家族 (n=23)	満足度:7.7点(0~10)		
	リハビリテーションの認識	-2.768	0.006
	リハビリテーションへの意欲	-0.222	0.824
	感情状態	-3.258	0.001

* Wilcoxon signed-ranks test

(文献¹⁹⁾より引用)

合戦略」を開始し、重点項目として「がん患者等の生活の質(QOL)の向上」をとりあげた。具体的には、①機能温存・機能再建療法の開発や緩和医療技術の開発を進め、がん患者の苦しみの軽減を目指す治療法等の普及を図ること、②終末期がん患者は精神的な面で支援が必要なことからQOLの向上を図るため全国的に緩和医療の提供できる体制を整備することが重要課題となっている。したがって、心身機能を含めた病状からの回復、さらには終末期への対応として、リハビリテーションの重要性がますます高まってくると考えられる⁹⁾。

がん患者は、疾病の増悪とともに身体的機能の低下および運動・生活動作困難¹⁰⁾、QOLの低下¹¹⁾を示す。近年、がん患者に対するリハビリテーションの研究が進み、①身体機能の改善を目的とした運動療法¹²⁾、②精神・心理的機能の改善を目的とした心理・社会的介入¹³⁾、③各がんにて特化した方法(大腸がんに対するストーマケア¹⁴⁾、乳がん患者の肩関節運動療法¹⁵⁾、肺がん患者の呼吸器リハビリテーション¹⁶⁾、頭頸部がん術後の嚥下困難に対する訓練¹⁷⁾・発声・会話練習¹⁸⁾、末期がん患者の移動方法改善¹⁹⁾により、QOLの改善効果が示されている。

しかし、日本における包括的ながんリハビリテーション研究は少なく、体系的ながんリハビリテーションプログラムの普及・開発がなされていない。そのためには、がん患者やその家族がリハビリテーションに対してどのような認識あるいは満足感を持っているのか、さらに日本

の医療機関におけるがんリハビリテーションの実施状況および内容に関する実態を明らかにする必要がある。これらを明らかにするために、①がん患者および家族の視点からのリハビリテーションへの満足度と満足度に関連する要因を明らかにし、②わが国におけるがんリハビリテーションの現状を知ることを目的に調査研究を行った。

方法として、目的①については、千葉県がんセンター病院、千葉県がんセンター緩和医療センターに入院中または外来通院中の患者で、調査期間中にリハビリテーション処方が出された者のうち、適格条件を満たした患者・家族それぞれ23名に対して、調査者による聞き取りおよび自己記入式調査票により調査を行った。その結果、患者および家族のリハビリテーションに対する満足度では、患者の平均値が8.6点(0~10)、家族の平均値が7.7点(0~10)といずれも高い値を示し、がん患者・家族ともリハビリテーションに満足していることが明らかとなった。また、リハビリテーションアプローチが身体面・精神面への効果として患者や家族に認識されていることが示された(表2)。

患者や家族の満足度に関連する要因について検討を行った結果、患者の満足度には「家族参加回数」、「リハビリテーションの認識(後)」、「リハビリテーションへの意欲(前・後)」、「感情状態(前・後)」、「スタッフとの交流」、「リハビリテーションの効果」の8項目が、家族の満足度には、患者の「感情状態(前・変化)」、家族の「リハビリテーションの認識(後)」、「感情状態(変化)」

「スタッフとの交流」の5項目がそれぞれ有意に関連していた¹⁹⁾。

目的②については、2005年12月に財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価に認定された1,693医療機関を対象に、がんリハビリテーションの実態について、郵送法によるアンケート調査を行った。

その結果、1,045施設(62.0%)から調査票の有効回答が得られた。分析の結果、2005年度にがん患者に対してリハビリテーションを実施していた施設は864施設(82.7%)であり、実施内容は歩行訓練(92.1%)、筋力増強訓練(88.9%)、関節可動域訓練(85.6%)の身体機能に関する内容で高い割合が示された。また、日常生活動作指導・訓練(73.6%)においても高い実施割合が示された。リハビリテーションを実施しているがん患者の病期については、再発・進行期を含め、いずれの病期においても高い実施割合が示された。しかし、がんに特化したリハビリテーションプログラムは普及していないことが明らかとなった。がん患者に対するリハビリテーションを実施していなかった181施設のうち、171施設(94.5%)ががん患者に対するリハビリテーションの必要性を感じていると回答し、必要性を感じる場面として、「もう一度立って歩きたいという要求が患者からあったとき」、「他人に頼らずトイレをしたいという要求が患者からあったとき」などが多くあげられた²⁰⁾。

以上の調査結果から、がん患者・家族ともリハビリテーションに期待を寄せていること、またリハビリテーションアプローチが身体面・精神面への効果として患者や家族に認識されていることが示された。さらに、患者・家族の満足度を高めるためには、患者および家族の感情状態の把握とケア、リハビリテーションの認識・意欲を高めるための十分な説明と積極的なかわりが重要であることが示唆された。さらに、がんリハビリテーションの実態調査からは、日本の医療機関においてがん患者に対してリハビリテーションを実施している割合は高く、その必要性が高いこと、反面、その実施体制は不十分で、がんに特化したプログラムも存在しないことが明らかとなった。

今後はこうした結果を踏まえ、performance status(PS) 3-4の患者を対象とした、起立、歩行、移動に焦点を当てたりハビリテーションプログラムの作成とその普及を目指した取り組みを行うことで、がん患者のADLの低下をできるだけ緩やかにし、QOLを向上させるための新たな「がんリハビリテーションモデル」を構築することが課題と考えている。

おわりに

がん医療の中にリハビリテーションを定着させ、がん患者のQOL向上を目指したチーム医療の一端を担う試みは、わが国においてようやく開始されたところであるが、こうした取り組みは世界的にみても数少ないといえる。しかし、今回述べてきたように、がん医療の中でリハビリテーションが果たせる役割は決して少なくないと思われる。リハビリテーションをがん医療に定着させるためには、客観的・科学的基盤に基づいた有効性を検証することが必要であり、そのためにわれわれはより一層努力していく必要があるが、同時にがん医療に携わるすべての職種がリハビリテーションに関心と理解を示し、なんらかの形でリハビリテーションにかかわっていけるようなチーム医療の実践を目指すことが重要と思われる。

文 献

- 1) Payne R, Santiago-Palma J, Cheville A, et al. Cancer Rehabilitation in the new millennium. *Cancer* 2001; 92: 969-1057.
- 2) Ronson A, Body J. Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Support Care Cancer* 2002; 10: 281-91.
- 3) Lehmann JF, DeLisa JA, Ware CG, et al. Cancer rehabilitation: assessment of need, development and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil* 1978; 59: 410-9.
- 4) Harvey RF, Jellinek HM, Habeck RV. Cancer rehabilitation: an analysis of 36 program approaches. *JAMA* 1982; 247: 2127-31.
- 5) Gerber LH. Cancer rehabilitation into the future. *Cancer* 2001; 92: 975-9.

- 6) 安部能成. 緩和医療, がん, リハビリテーション, 緩和医療学 2003 ; 5 : 66-72.
- 7) Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patients. *Am J Phys Med Rehabil* 1994 ; 73 : 199-206.
- 8) 安部能成. 緩和医療におけるリハビリテーションの役割. *Pharm Med* 2002 ; 20 : 72-3.
- 9) Gritz ER, Carmack CL, de Moor C, et al. First year after head and neck cancer : quality of life. *J Clin Oncol* 1999 ; 17 : 352-60.
- 10) Rietman JS, Geertzen JH, Hoekstra HJ, et al. Long term treatment related upper limb morbidity and quality of life after sentinel lymph node biopsy for stage I or II breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006 ; 32 : 148-52.
- 11) Nguyen NP, Frank C, Moltz CC, et al. Impact of dysphagia on quality of life after treatment of head-and-neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005 ; 61 : 772-8.
- 12) Thorsen L, Skovlund E, Stromme SB, et al. Effectiveness of physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middle-aged cancer patients shortly after chemotherapy. *J Clin Oncol* 2005 ; 23 : 2378-88.
- 13) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003 ; 21 : 69-77.
- 14) Toth PE. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. *Semin Oncol Nurs* 2006 ; 22 : 174-7.
- 15) Morimoto T, Tamura A, Ichihara T, et al. Evaluation of a new rehabilitation program for postoperative patients with breast cancer. *Nurs Health Sci* 2003 ; 5 : 275-82.
- 16) Sekine Y, Chiyo M, Iwata T, et al. Perioperative rehabilitation and physiotherapy for lung cancer patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2005 ; 53 : 237-43.
- 17) Keohane J Jr, Lampe HB, Poluha P. Use of the modified barium swallow in the rehabilitation of the swallowing mechanism. *J Otolaryngol* 1988 ; 17 : 368-71.
- 18) Baugh RF, Lewin JS, Baker SR. Vocal rehabilitation of tracheoesophageal speech failures. *Head Neck* 1990 ; 12 : 69-73.
- 19) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al. Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it - results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* 2007 ; 29 : 437-44.
- 20) Hamaguchi T, Okamura H, Nakaya N, et al. Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan. *Disabil Rehabil* 2008 ; 30 : 559-64.

* * *