

難病患者の皆様にも、また研究のご指導を下さいました日本赤十字看護大学樋口康子先生に心より感謝申し上げます。

本論文は1994年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程に提出した学位論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 厚生省編：厚生白書 8年版—7年度厚生行政年次報告, ぎょうせい, 223-225, 1996.
- 2) 厚生省編：国民衛生の動向, 厚生統計協会, 37(9), 1996.
- 3) 同上1)
- 4) Marr, J.: The Experience of Living with Parkinson's Disease, *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(5), 325-329, 1991.
- 5) Hainsworth, M. A.: Living with Multiple Sclerosis: The Experience of Chronic Sorrow, *Journal of Neuroscience Nursing*, 26(4), 237-40, 1994.
- 6) Fitzsimmons, B. & Bunting, L. K.: Parkinson's Disease-Quality of Life Issues, *Nursing Clinics of North America*, 28(4), 807-818, 1993.
- 7) 前川弘美・深沢恵美・正木治恵他：家族性脊髄小脳変性症患者の疾病受容と生活の実態, *日本看護学会第23回集録 地域看護*, 12-14, 1992.
- 8) 同上6)
- 9) 同上5)
- 10) Glaser, B.G. & Strauss, A.L.: The Discovery of Grounded Theory-Strategies for qualitative research, *Aldine de Gruyter*, 1987.
- 11) Chenitz, W.C. & Swanson, J.M.: 1986, 樋口康子・稲岡文昭訳, *グラウンデッド・セオリー—看護の質的研究のために*, 医学

書院, 1992.

- 12) Strauss, A.L. & Corbin, J.: *Basic of Qualitative Research-Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage publications, 1990.
- 13) Sandelowski, M.: The problem of rigor in qualitative research, *Advanced in Nursing Science*, 8(3), 27-37, 1986.
- 14) 上田敏：リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権—, 青木書店, 1994.
- 15) 同上5)
- 16) 同上6)
- 17) 同上7)
- 18) 小島操子：喪失と悲嘆—危機のプロセスと看護の働きかけ, *看護学雑誌*, 50(10), 1107-1113, 1986.
- 19) 佐藤能史：障害受容のプロセスと援助の方法, *臨床看護*, 6(12), 2013-2020, 1980.

参考文献

- 1) 藤明朱美：神経難病患者のこころのケア, *こころの科学*, 45, 59-63, 1992.
- 2) 川村佐知子・木下安子・山手茂：難病患者とともに, 亜紀書房, 1975.
- 3) Kim, T.S.: Hope as a mode of coping in amyotrophic lateralsclerosis, *Journal of Neuroscience Nursing*, 21(6), 342-327, 1989.
- 4) Mayeroff, M.: *On Caring*, 1972, 山村真・向野宜之訳, ケアの本質, ゆみる出版, 1987.
- 5) Miller, C.M.: Trajectory and empowerment theory applied to care of patients with multiple sclerosis, *Journal of Neuroscience Nursing*, 25(6), 343-348, 1993.
- 6) Foote, A.W. Piazza, D., Holcomb J. et. al.: Hope, self-esteem and social support in persons with multiple sclerosis, *Journal of Neuroscience Nursing*, 22(3), 155-159, 1990.

「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」の開発

福島道子*1, 島内節*2, 亀井智子*2
高階恵美子*2, 星野ゆう子*3, 杉山郁子*4

Development of "Assessment Guideline of Family Power for Healthy Life"

Michiko Fukushima*1, Setsu Shimanouchi*2, Tomoko Kamei*2
Emiko Takagai*2, Yuko Hoshino*3, Ikuko Sugiyama*3

*1 International University of Health and Welfare

*2 Tokyo Medical and Dental University

*3 Odawara Health Center

*4 Public Health and Hygiene Department, Shizuoka Prefectural Government

Abstract

The purpose of this study is to develop "assessment guideline of family power for healthy life" aiming at expanding self-care power of family in community nursing practice. The subjects of this study covered those families in one hundred and fifty six instances that we had seized as subject for nursing care and study. The method of this study had constructed assessment guideline inductively out of each case, and modified it by applying to cases of families with health problems and others.

As a result, we had formed nine items of "family power for healthy life" and three items of "conditions influencing family power for healthy life" for "assessment guideline of family power for healthy life".

要 旨

本研究の目的は、地域看護実践における家族のセルフケア力の拡大をねらいとした「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」を開発することである。研究対象は、われわれが看護援助や研究対象として把握してきた156例の家族であった。研究方法は、各事例から帰納的に指標を構成し、さらに、これを健康問題をもつ家族事例に適用させるなどを行って指標を修正した。

その結果、「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」として、「家族の生活力量」9項目と「家族の生活力量に影響する条件」3項目を構成した。

*1国際医療福祉大学, *2東京医科歯科大学, *3小田原保健所, *4静岡県保健衛生部

はじめに

われわれ家族ケア研究会¹⁾(以下、研究会)は、家族ケアの理論化と、実践と理論の統合をめざして、1983年より月1〜2回程度の研究会を開催してきた。現在のメンバー構成は、保健婦など地域看護実践者、看護教育・研究者、看護系大学院生の計15名である。

今まで本研究会は、家族危機理論や家族システム理論^{2,3)}、育児環境評価^{4,5)}などのアセスメント理論と実践の場における利用方法、およびそれらを活用した援助方法を提案してきており、健康生活を営む家族の力量に着目した「家族の生活力量・問題対処力や条件」^{6,7)}をアセスメントする枠組みもそのひとつである。

看護職が家族を援助する際は、健康問題や課題をもつ個人のみではなく、家族を単位としてとらえる。かつ、健康問題・課題が生活の営みの中にあるととらえ、その家族が健康生活能力を高め、家族自らが問題解決できる力を形成していくことができることをめざして、家族の生活力量をアセスメントすることが重要である。また、何らかの問題が発生した家族を対象とするのであれば、看護職はその問題解決のために、家族がどの程度の生活力量をもっているか、それはどのような内容であるかをアセスメントし、その力量を活用して援助していく必要がある。このような意味において、家族の生活力量をアセスメントすることは、家族看護の基盤であるといえることができる。

これまでわが国における家族のアセスメント枠組みは、Friedmanの家族の構造—機能、家族発達、システム理論に基づいた枠組み⁸⁾や、Wrightらのシステム理論、サイバネティックス、コミュニケーション理論、変化理論に基づいたカルガリー—家族アセスメントモデル⁹⁾などが紹介され、鈴木らによって家族危機理論を基本にした枠組み¹⁰⁾などが開発されている。

しかし、家族の生活力量それ自体に着目し、しかも地域看護実践において実際の援助に直結する形で使うことができるアセスメント枠組みは、前述した本研究会の「家族の生活力量・問題対処力や条件」以外にはみられていない。家

族看護実践では、第一に家族の生活力量をアセスメントし、その結果から有効と思われる何らかの家族理論を適用させ、看護計画を立てることが効果的ケアにつながっていくと考えられる。したがって、家族の生活力量をアセスメントすること、また、実践で使いやすいアセスメント枠組みを開発することは、家族看護にとって重要な課題である。

この「家族の生活力量・問題対処力や条件」に対して、本研究会は次のような問題意識をもつようになった。すなわち、同枠組みは、集団論や家族危機理論などの社会科学理論、および看護理論と本研究会メンバーの実験経験などを統合して作成し、多くの実践事例に適用されてきたものではあるが、アセスメント項目の抽象度が高く、実践ですぐに利用していくにはより具体的なものが必要であること、信頼性・妥当性の検証が十分でないこと、実践で活用したいものであるならば実践そのものから項目を導くことにも意味があるなどである。そこで本研究は、家族ケア研究会が従来示してきた「家族の生活力量・問題対処力や条件」の基本的考え方を継承した上で、質的・帰納的に再構築し、特に地域における看護実践においてさらに利用しやすいものとすることをめざした。

I 目 的

地域看護において、家族のセルフケア力の拡大を援助の目的とし、家族の健康課題とそれに関係する生活課題の解決・改善のために、より適切な看護アセスメントを行なうことを目指して、援助内容と方法の基盤となる家族の生活力量アセスメント指標を開発する。

なお、本研究におけるアセスメント指標とは、地域看護実践においてアセスメント枠組みとして活用しやすいものであることを念頭に置き、そのアセスメント項目を構造的に示したものである。

II 研究対象

対象は、研究会メンバーが現在まで援助対象かつ研究対象とし、詳細な情報を把握している家族156例であった。これらの把握契機は、母

子の健康問題69例、成人・老人の健康問題87例であった。なお、現在援助中の事例は、研究対象となることの同意を得た。

III 研究方法

方法は、上記の事例中115例(母子63例、成人・老人52例)から帰納的に指標を構成し、その後、本研究会が提示してきた「家族の生活力量・問題対処力や条件」との照合、既存の家族看護学や社会学などの文献との照合、指標の事例への適用、指標を構成概念とした家族の生活力量の尺度開発を並行して進める過程での指標の修正、を通して指標の妥当性を高めていった。これらの作業過程と主要な作業結果を以下に述べる。

1. 指標を開発する前提

指標を開発するに先だって、研究会メンバー全員で、指標を開発する視点を共有した。具体的には、「家族の生活力量」を「家族が健康生活を営むための知識、技術、態度、行動、情動が統合されたもの」と暫定的に定義し、その内容として、(1)発達課題を達成していく能力、(2)日常生活を維持していく能力、(3)社会生活を維持していく能力、(4)健康問題や生活問題を予防する能力、(5)健康問題や生活問題が発生したとき対応していく能力、を含んでいることを共通理解した。また、家族をシステムとしてとらえ¹¹⁾、生活力量をとらえる際もシステムとして考えていくこと(家族の生活力量は、各成員の生活力量の単なる総和ではなく、相互のダイナミクスを含んだ総合力である)、指標を開発するためには、家族の構造・機能に関するアセスメント項目を抽出することになるが、「実践に有効な」指標を作成する作業であることを確認した。

2. 要素の抽出と指標の仮設定

115例の家族に関して、その事例を扱った者が、家族の生活力量の観点から事例を記述した後、要素(家族の生活力量を示している最小単位の素データ)を抽出した。抽出した要素について、記述が同じものは1要素としたところ、要素数は285要素であった。表1は、その要素

の分類過程と結果であり、第4分類では4項目に抽象化された。この表に基づいて家族の生活力量に関する議論を行いながら、各分類の抽象度をそろえていった。この過程において、アセスメントする際の柱として第2分類(中項目と命名)、その具体的内容として第1分類(小項目と命名)を位置づけ、これを指標として仮設定した。

3. 文献との照合

指標の妥当性を高め、さらに各項目の概念を明確にし、項目の概念説明として指標に加えるために、仮設定した指標と先行研究との照合を行った。主な照合作業とその結果は、以下の通りであった。

第一に、演繹的に構築した「家族の生活力量・問題対処力や条件」(前掲^{6,7)})との照合を行った。その結果、本研究において仮設定した指標は、前記枠組みの内容をすべて網羅し、かつそれを具体化しており、健康課題を扱う地域の看護職にはより実践的な構成となっていると評価された。

第二に、社会学の立場から提示されている生活構造論、その中でも広く知られている青井らの「生活行為分析のマトリックス」¹²⁾や、家族社会学の文献^{13,14)}との照合を通して、指標の修正と概念化を行った。生活構造論は、経済生活や社会階層などの視点から人々の生活の構造・機能を解明している。照合した結果、本指標が「健康課題」と「保健行動」の観点から類型化されていることを確認した。

第三に、家族看護学のいくつかの文献¹⁵⁻¹⁷⁾との照合を行った。これらが示しているアセスメント枠組みは、いずれも明確な理論的基盤を示しており、帰納的に開発を試みている本指標は、システム論、セルフケア論、家族発達、生活構造—機能、家族危機理論などを基盤としていることは明らかであるが、今後、家族や生活をとらえる理論的基盤を整理し体系化していく必要性が示唆された。

また、項目の概念化に当たっては恣意性を避けるために、看護学や社会学が一般的に定義している概念との整合性を図るよう努めた。

表1 事例から抽出した生活力量に関する要素の類型化

要素	第1分類	第2分類	第3分類	第4分類
・心身条件 ・食飲/睡眠/排泄など	11要素	健康問題をもつ人の状況	健康問題をもつ人の基礎情報	個人の基礎情報
・家族構成/年齢構成/職業構成 ・各々の健康状態など	23要素	家族の基礎情報	家族の基礎情報	家族の基礎情報
・介護者の身体条件 ・性別/技術/職業など	29要素	介護者・育児者の条件 基本情報	主介護・育児者の基礎情報と条件	家族の生活力量そのもの
・健康状態の観察 ・保健行動の継続力など	10要素	情報収集 情報の選択力 健康の意味 セルフケアなど	健康を維持増進する力	
・理解力 ・問題の受けとめ方など	49要素	受けとめ方 団結力 情報収集と処理能力など	問題に対する対処力 介護力と教育力	
・適切な育児 ・知識・技術・意欲など	38要素	育児力 健康状態 愛着 協力 介護力など	社会資源を活用する力	
・サービスに対する関心 ・資源導入への思いなど	11要素	人的ネットワーク 社会参加 社会との交流など	家事運営する力	
・適切な炊事/洗濯/掃除/買い物 ・整理整頓など	18要素	家事実行力 マネジメントなど	日常生活を維持する力	
・家族の協力 ・柔軟な役割交代など	9要素	役割分担 家族間の協力 代替など	役割分担し補完する力	
・家族の人間関係 ・円滑な交流があるかなど	33要素	親密性 凝集性 統合性 情緒関係など	家族の人間関係を調整・統合する力	
・必要に応じた家屋の工夫 ・住宅改修状況など	8要素	快適性 安全性 利便性 アクセシビリティなど	住環境を整える力	
・収入源 ・適切な家計管理など	9要素	収入源 出納バランス 消費パターン 貯蓄など	経済力	
・家族のライフステージ/発達課題 ・家族の生活史など	10要素	ライフサイクル 発達課題 役割配分 生活史など	ライフステージ	
・ソーシャルサポート ・活用している社会資源など	22要素	活用している社会資源 活用可能な社会資源など	活用している社会資源	
・人口構成/産業構成/地理的条件 ・人々の交流など	5要素	立地条件 近隣環境 文化 規範 健康水準など	社会環境	

4. 指標の事例への適用

指標の妥当性を高めるために、仮設定した指標を6事例(母子事例2例, 成人・老人事例4例)に、また、後述する尺度開発の過程において35事例(母子事例6例, 成人・老人事例29例)に適用した。

この結果、大・中・小項目の抽象度の不一致が発見され、要素の再類型化を行った。また、小項目において援助の観点から内容の重複(家族関係や社会資源など)があることが明らかとなり、これを修正した。

5. 尺度化の取り組み

本研究は、指標の開発を目的として掲げているが、同時に、仮設定した指標を構成概念として、家族の生活力量の尺度開発を試みており¹⁸⁾、この過程においても指標を修正した。したがって、尺度開発にとっては、指標の修正は構成概念の妥当性を検討する作業となるが、本

研究にとっては指標の精緻化や妥当性を高める目的と位置づく。

尺度開発の方法は、以下の通りであった。

- ①指標の小項目に対応させて、質問項目(計100項目)を設定した。
- ②保健婦4名を被験者として、質問項目と指標の一致度を検討した。
- ③プレテストとして、5事例に尺度を適用した。
- ④30事例を対象にして、ライフサイクルや家族問題別の生活力量の識別度の検討を行った。これらの取り組みから、指標について以下の修正を行った。

「家族の生活力量」と、これをアセスメントする際に背景要因として必要なライフサイクル、社会資源、自然・社会環境を「家族の生活力量に影響する条件」として別枠で位置づけた。また、指標の構成は、生活力量をアセスメントするに必要不可欠なものに限定する意図から、個人と家族の基礎情報(表1参照)は指標として扱

わないこととし、小項目も質問項目を設定する段階で再構成した。さらに、質問項目として設定し難い小項目(特に「健康維持力」と被験者4人の一致率の低い質問項目の出現から、小項目の構成および中項目の定義を修正した。

IV 結果と考察

1. 「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」

1) アセスメント指標の構成

以上の過程から導き出された指標が、表2である。

表2 家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標

大項目	中 項 目		小 項 目 (具体的な課題・条件内容)	
	項目・条件	定 義		
家族の生活力量	家族のセルフヘルスケア力	I健康維持力	健康生活を営む上で必要な家族の基本的保健行動力	情報収集力 観察力 判断力 選択力 実行力 継続力
		II健康問題対処力	何らかの健康問題が発生した場合、それを理解し対処しようとする家族の保健行動力	理解力 情報収集・判断力 健康問題の受けとめ方 コンプライアンス 家族内の問題共有力 家族内の結束力
		III介護力または養育力	他者による身の世話を必要とする家族員が発生した場合、それを判断し補完する家族の保健行動力	意欲 知識 技術 自由時間の獲得力 ケア対象者への愛着 ストレス対処力 介護・養育の方針
		IV社会資源の活用能力	健康課題の解決・改善および日常生活を営むために有用な家族資源を理解し活用しようとする家族の保健行動力	社会資源利用の態度 社会資源への接近力 社会資源知識の獲得力 人的ネットワークの拡大力
		V家事運営力	日常生活を営む上で必要な炊事掃除などの家事を運営する力	炊事・買い物・洗濯・掃除の遂行能力
		VI役割再配分・補完力	役割変化の必要が生じた場合、それを理解し各機能を保持しようとする家族の柔軟な役割交代や相互に補完する力	役割分担力 役割再配分力 役割継続力
		VII関係調整・統合力	家族員の自立・自由を確保しながら、家族の凝集性を高め柔軟に家族関係の調整を行いまとまろうとする力	親密性 凝集性 コミュニケーション キーパーソン 家族成員の自立・自由
		VIII住環境整備力	安全・便利・快適な家屋やその周辺の環境を整備する力	衛生性 快適性 安全性 利便性
		IX経済・家計管理力	生活の基盤となる収入を得て計画的に消費しようとする家族の経済運営力	収入源 出納バランス 消費パターン
家族の生活力量に影響する条件	ライフサイクル	家族の成立から解体までの段階的生活周期	ライフステージ 発達課題 家族の生活史	
	社会資源	家族のニーズを充足するために利用している、または活用可能な制度、集団や個人が有する知識・技能、施設・設備、資金・物品	活用している社会資源 活用可能な社会資源	
	自然・社会環境	家族を取りまく自然・社会環境のうち健康問題と関係しやすい環境要素	家屋の特徴 立地条件 交通手段 地域社会の人間関係 慣習・価値観 人口構造的特徴 気候	

1. 家族の生活力量は各成員の生活力量と条件が家族の生活力量に関与して総合化されて構成される
2. 家族の生活力量は各成員の生活力量の単なる総和ではなく相互のダイナミクスを含んだ総合力である(970327)

前述したように本指標の適用対象は、地域で活動する看護職が援助対象とする家族である。また、本指標における「健康課題」とは、いわゆる「看護問題」と同義ではある。しかし、「問題」とは本来「解決・改善されるべきこと」を指しており、特に地域看護においては、「解決・改善されるべきこと」が同じ比重で、現状の維持、発達課題の達成や生活の向上など、看護援助によって「維持・増進・進展されるべきこと」にアプローチしている。この理由から、あえて「健康課題」という表現を用いた。また、指標の欄外に、アセスメントの際、家族をシステムとしてとらえ、家族の相互関係や統合性を重視することを強調した。この欄外の1.2.は後述するように、本研究が従来から家族ケアを探索する上での基本的理論としてきたことであり、本研究過程でさらに明確にしたことである。

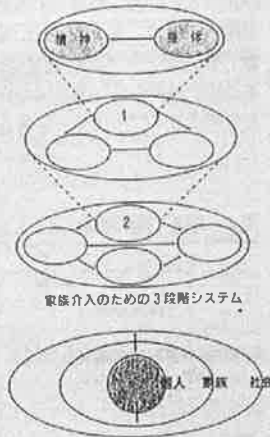
「家族の生活力量」は表2の通り、家族のさまざまな健康レベルにおいて家族が自らのために行動する「家族のセルフヘルスケア力」4項目と、健康に影響を及ぼす重要な生活要素である「家族の日常生活維持力」5項目で構成される。「家族の生活力量」をアセスメントする際は、以上の9項目に加え、「家族の生活力量に影響する条件」3項目が必要である。この「条件」は、力量そのものではないが、力量と深くかかわってこれを強めたり弱めたりすることに関係または影響しているものである。

2) 家族と家族成員の生活力量の関係

家族成員個々(個人)の生活力量が家族(集団)の生活力量と、どのように関係しているかについて考察を行う。

本研究は従来から家族ケアを検討する基盤として、図1¹⁹⁾のように、家族の健康問題は個人・家族・地域の各システムの相互関係によって生じており、援助する際も各システムにおける問題の所在と内容をとらえる必要があると考えてきた。ここから、家族の生活力量は、各成員の「生活力量」と「力量に影響する条件」が、「家族の生活力量」に関し総合化されて構成されるととらえられる。また、家族の生活力量

- 1. 個人システム
- 2. 家族システム
- 3. 地域システム



家族介入のための3段階システム

個人・家族・社会の相互交流

図1 家族問題の構造と事例分析のポイント

1. 問題は、個人・家族・地域の相互関係で生じている。したがって、この3つのどのシステムに働きかけても影響が及ぶ。
2. 3つのシステムのどこにどのような問題が生じているかをアセスメントする。
3. 援助は、問題が顕在化しているシステム、または援助を求めているシステムから働きかけ、他のシステムへ援助の効果が波及し各システムの問題が改善されるよう意識して行う。

は、各成員の生活力量の単なる総和ではなく、成員と成員相互、成員と家族相互がダイナミックに関係し合った総合力といえる。

2. 家族の生活力量の構造

図2は、指標の中項目各々の関係を、地域看護ケアの観点から構造化したものである。

地域看護ケアは、ソーシャルワークなどの他領域のヒューマンサービスと対比させると、健康課題を乗り越える「家族のセルフヘルスケア力」を強化することが目標となり、その中でも「I. 健康維持力」の強化を最終的な目標とすることであるととらえられるため、これを中心に置いた。また、「IX. 経済・家計管理力」は、収入源などの力量以外の要素を含んでいるところから、構造的に家族の生活力量の最も外側に位置づけた。さらに、その周辺に家族の生活力量に影響する条件である「ライフサイクル」

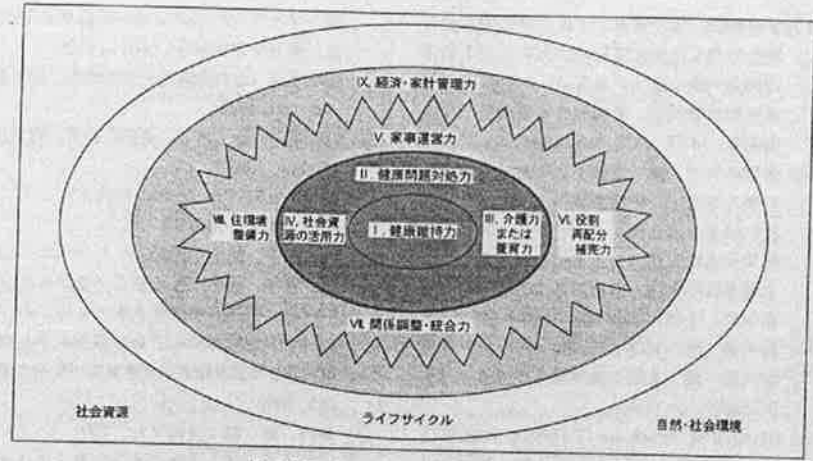


図2 地域看護の観点からみた家族の生活力量の構造

- I~IX: 家族の生活力量
- 家族のセルフヘルスケア力
- 家族の日常生活維持力
- 家族の生活力量に影響する条件

「社会資源」「自然・社会環境」を置いた。家族の生活力量は、図2のどこかに課題が生じたり、課題を乗り越えたり、そのことが他の部分に影響しつつ時間とともに変化していくと考えられる。

V 結論

1. 「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」は、地域看護が対象とする全家族を網羅したものであり、その構成は「家族の生活力量」と「家族の生活力量に影響する条件」(大項目)、家族の生活力量をアセスメントするための項目・条件(中項目)、具体的な課題・条件内容(小項目)からなる。
2. 「家族の生活力量」の構造は、地域看護ケアの観点からみると健康課題や保健行動から構造化する必要があり、「家族のセルフヘルスケア力」が中核となり、その周辺に「家族の日常生活維持力」、さらにその周辺に「家族の生活力量に影響する条件」があり、これらが相互に影響しているのとらえられる。
3. 「家族の生活力量」は、各成員の力量の単なる総和ではなく、相互のダイナミクスを含ん

だ総合力である。

おわりに

本指標を構築した手続きは、多くの家族事例から帰納的に構築し、文献照合や事例適用によってその妥当性を高めた。現在、研究会では次の研究課題として、指標の具体的な利用方法の明示と、指標を構成概念とした「家族の生活力量アセスメント尺度」の開発を進めているところである。

なお、本研究の大要は、第15回および第16回日本看護科学学会^{20,21)}において発表した。

引用文献

- 1) 杉山郁子 他：自主研究グループによる事例検討と事例研究の実際、保健婦雑誌、46(5)、371-379、1990。
- 2) 島内節 他：家族を単位とした分析視点と支援技術、保健婦雑誌、40(12)、10-54、1984。
- 3) 家族ケア研究会：家族援助のための理論と看護への利用法、看護技術94-10増、40(14)、41-72、1994。

4) 安梅勅江 他：家族ケアにおける関係性に焦点を当てた生活環境のアセスメント方法の開発—第1報：アセスメント枠組み，日本看護科学会誌，第14回日本看護科学学会講演集，14(3)，318-319，1994。
 5) 星野ゆう子 他：家族ケアにおける関係性に焦点を当てた生活環境のアセスメント方法の開発—第2報：アセスメント枠組みを養育環境に問題のある事例に適用して，日本看護科学会誌，第14回日本看護科学学会講演集，14(3)，320-321，1994。
 6) 島内節 他：前掲2)，20。
 7) 島内節 他：地域看護学講座②家族ケア，医学書院，69，1994。
 8) Marilyn M. Friedman: FAMILY NURSING-Theory and Assessment, 1986, 野嶋佐由美 他訳，家族看護学—理論とアセスメント，へるす出版，1993。
 9) 森山美知子：家族看護モデル—アセスメントと援助の手引き，医学書院，1995。
 10) 鈴木和子 他：家族看護学—理論と実践，日本看護協会出版会，1995。
 11) Marilyn M. Friedman：前掲8)，111-127。
 12) 青井和夫：生活体系の展開，三浦典子 他

編，リーディングス日本の社会学5生活構造，東京大学出版会，56-71，1986。
 13) 森岡清美 他：家族社会学の展開，培風館，165-180，1993。
 14) 森岡清美 他：新しい家族社会学，培風館，83-114，1983。
 15) Marilyn M. Friedman：前掲8)
 16) 森山美知子：前掲9)
 17) 鈴木和子 他：前掲10)
 18) 亀井智子 他：家族の生活力量アセスメント指標の開発—第2報家族の生活力量アセスメント尺度の開発，日本看護科学会誌，第16回日本看護科学学会講演集，16(2)，212-213，1996。
 19) 島内節 他：前掲7)，192。
 20) 福島道子 他：家族の生活力量アセスメント指標の開発—家族ケアのための指標の抽出とその構造，日本看護科学会誌，第15回日本看護科学学会講演集，15(3)，247，1995。
 21) 福島道子 他：家族の生活力量アセスメント指標の開発—第1報アセスメント指標の精選，日本看護科学会誌，第16回日本看護科学学会講演集，16(2)，210-211，1996。

妊娠期における母親役割獲得プロセスと共感性の関連について

石井邦子*1, 森恵美*2, 前原澄子*3

The Relationship between Maternal Role Attainment during Pregnancy and Empathy

Kuniko Ishii*1, Emi Mori*2, Sumiko Maehara*3

*1 Doctoral Student at School of Nursing, Chiba University
 *2 School of Nursing, Chiba University
 *3 Mie Prefectural College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to describe the relationship between maternal role attainment during pregnancy and empathy. Sixty-seven pregnant women were asked to complete the Japanese version of the Interpersonal Reactivity Index to measure their empathy, and were subsequently divided into a high-empathy group consisting of 13 subjects, and a low-empathy group consisting of 9 subjects. Data was collected from the 12th through the 30th gestational week by means of a semi-structured interview which was based on Rubin's conceptual model of maternal role attainment.

The following results were obtained.

1. Eight subjects of the high-empathy group and 2 of the low-empathy group were judged to have reached the *Introjection-projection-rejection* phase.
2. High-empathy group subjects displayed *Mimicry* more often, had partners near them during *Role-play*, began *Fantasy* earlier, and expected more changes in themselves through *Grief-work* than low-empathy group subjects.
3. High-empathy group subjects were more prepared for the maternal role before conception, came in contact with people that served as a role model more often during pregnancy, and formed *Binding-in* earlier than low-empathy group subjects.

要 旨

本研究の目的は妊娠期の母親役割獲得プロセスと共感性の関連を明らかにすることであった。67名の妊婦の共感性を多次元共感測定尺度を用いて測定し、抽出された高共感性群13名と低共感性群9名を対象に、妊娠12週から30週にわたり、Rubinの概念に沿った内容の半構成的面接を行なった。得られた結果から以下のことが明らかになった。①「取り込み—投影—拒絶」まで進んだものが高共感性群は13名中8名、低共感性群は9名中2名であった。②高共感性群は低共感性群に比べ、「模倣」をより多く行い、「ロールプレイ」のパートナーが身近に存在し、「空想」を早くから開始し、「悲嘆作業」によって新しい自己を思い描いている傾向があった。③高共感性群は低共感性群に比べ、妊娠前の母親役割のレディ

*1千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程，*2千葉大学看護学部，*3三重県立看護大学