

2009 年度博士論文

思春期 1 型糖尿病患児への
メンタリングを用いた
看護介入プログラムの効果

Effectiveness of a Mentoring Nursing
Intervention Program for
Adolescents with Type 1 Diabetes

神戸市看護大学大学院

博士後期課程

看護実践開発学領域

学籍番号 72006005 薬師神裕子

(指導教員 二宮啓子)

思春期1型糖尿病患児へのメンタリングを用いた 看護介入プログラムの効果

看護実践開発学領域 学籍番号 72006005 薬師神裕子
指導教員 二宮啓子

I. 研究目的

本研究の目的は、思春期1型糖尿病患児へのメンタリングを用いた看護介入プログラムを開発し、臨床での効果を検討することである。具体的な目的を以下に示す。

1) 思春期1型糖尿病患児の対処行動の獲得を目指した介入プログラムの開発を行う。2) 対処行動の獲得を目指した介入プログラムに加えて、同じ1型糖尿病を持つ青年期患者からの長期的なメンタリングを活用した介入プログラムを思春期患児に適用し、思春期患児の自己管理行動や自己概念の発達と血糖コントロールにどのような影響を与えるかを検討する。3) 青年期1型糖尿病患者のメンターとしての経験を明らかにし、青年期患者の生活や自己効力感にどのような影響を及ぼすのかを検討する。4) 開発した看護介入プログラムと青年期患者に行った研究者の看護援助を評価し、より効果的なプログラムの内容と看護援助方法について検討する。

なお、本研究では、メンタリングを「青年期1型糖尿病患者(メンター)が、思春期1型糖尿病患児(メンティー)の個性と自己管理行動に必要な能力を発達させることを目的とし、糖尿病対処行動のガイダンスや肯定的・情緒的サポートなどの支援を提供する構成的な信頼関係」と定義する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、準実験研究のデザインを用いた介入研究であり、介入プログラムの開発を目的とした事前調査と、開発したプログラムを思春期1型糖尿病患児に適用し、その介入効果を検討する本調査から構成される。

2. 事前調査の方法

1) **介入プログラムの開発**: 2007年6月～8月に療養行動の豊富な経験を持つ19歳～30歳の青年期1型糖尿病患者4名に、思春期に体験した療養行動の課題と対処方法の実際について、面接調査を実施した。この結果をもとに、対処行動の獲得を目指した介入セッション用プログラムとメンタリング支援マニュアルを開発した。

3. 本調査の方法

1) **対象**: 中学生から高校生までの1型糖尿病患児15名と青年期1型糖尿病患者8名。

2) **マッチング**: メンティーとメンターのマッチングは性別・年齢・性格などを考慮し、メンター1人につき2～3人のメンティーの組合せとした。

3) **介入方法**: (1) 対処行動の獲得を目的とした介入セッション: 2007年8月に、思春期患児2～4名と青年期患者1～2名で構成した4グループで、事例を用いて具体的な対処行動の課題と解決策を学ぶ120分の介入セッションを行った。(2) 継続メンタリング: 介入セッション終了後からメンターが月1回程度の頻度で電子メール等を用いて1年間かかわり、メンティーの生活上の悩みや療養行動の課題に共感し、実践可能な解決方法を見出すメンタリングを行った。(3) メンターへのサポート体制: 研究者からメンターへ定期的に電子メール等でメンタリングの状況を確認し、対応に困った場合の相談体制を整えた。

5) **介入効果の評価及び分析方法**: 思春期患児への介入プログラムの効果を検討するために、属性、HbA1c値、糖尿病問題解決尺度(DPSMA)、糖尿病自己効力感尺度(SED)、自己肯定意識尺度、メンタリング尺度(ME)を、介入前、介入セッション後1か月、6か月、12か月に測定した。介入セッション前後の評価には、対応のあるt検定、または、Wilcoxon符号付順位和検定を用いて分析した。1年間の介入期間中の各尺度得点とHbA1c値の比較には、Friedman検定、または、繰り返しのある一元配置の分散分析を用いて分析した。各尺度の変数間の関連はスピアマンの順位相関係数を用いて分析した。青年期患者への介入プログラムの効果を測定するために、属性、一般性自己効力感尺度(SE)とメンター尺度(MS)を使用し、Friedman検定を用いて分析した。統計解析には、SPSS Statistics ver 17.0を使用し、有意水準は5%未満とした。青年期患者のメンターとしての経験について、介入セッション後1か月と6か月に面接調査を実施し、質的記述的分析を行なった。また、プログラム評価についても、思春期及び青年期患者から回答を得て内容分析を行った。

6) **倫理的配慮**: 神戸市看護大学倫理委員会の承認を得た後、対象者と保護者に研究参加の任意性、研究目的と方法、研究参加による利益と不利益、プライバシーと匿名性の確保、途中辞退の可能性を口頭及び文書を用いて説明し、同意書への署名を得た。

III. 結果

介入セッションと1年間の継続メンタリングを終了した思春期患児10名と患児の担当メンターであった青年期患者7名を分析対象にした。患児の平均年齢は13.8±1.8歳、平均罹病期間5.2±3.6年、青年期患者の平均年齢は22.2±4.4歳、平均罹病期間は12.3±5.9年であった。

1. 介入セッションの効果

思春期患児のHbA_{1c}値は、介入前8.60±1.79%から介入セッション後1か月7.80±1.49%と有意な低下を認めた($t = 3.95, p = 0.03$)。SED得点は、介入前140.70±27.19点から介入セッション後1か月157.00±26.59点と有意に上昇した($t = -2.49, p = 0.04$)。

2. 継続メンタリングの効果

1) **メンティーへの介入効果**:メンティーのHbA_{1c}値は、介入前8.60%, 介入セッション後1か月7.80%, 6か月7.94%, 12か月7.09%と低下し、すべての介入期間で介入セッション後に有意に低下した($F = 12.17, df = 3, p = 0.00$)。SED尺度の下位尺度である「糖尿病に関する項目」は、介入前98.40±19.04点、介入セッション後1か月110.20±15.55点、6か月108.90±20.40点、12か月107.20±18.68点と、介入前後で有意差を認め($F = 3.45, df = 3, p = 0.03$)、多重比較の結果、介入セッション後1か月と6か月に有意な得点の上昇を認めた。

ME尺度の下位尺度であるメンターに対する「満足度」「幸福度」は、介入期間中に高得点を維持したが、メンターに話を聞いてもらいアドバイスを得たことを示す「対処支援」得点は、介入セッション後12か月に11.80点から9.70点と有意に低下した($\chi^2 = 10.38, df = 2, p = 0.01$)。メンターへの信頼を表す「壊れない信頼」得点は、介入期間中16点満点中11点~12点台と低い値を示した。

次に、各変数間の関係を分析した結果、HbA_{1c}値とSEDの下位尺度である「医療」に介入セッション後6か月に負の有意な相関を認めた($r_s = -0.664, p = 0.04$)。SED総得点と自己肯定意識尺度の「自己受容」において、介入セッション後6か月($r_s = 0.786, p = 0.01$)と12か月($r_s = 0.743, p = 0.01$)に正の有意な相関を認めた。SED総得点と「自己実現的態度」は、介入期間中に正の有意な相関を認めた(介入セッション後1か月 $r_s = 0.744, p = 0.01$; 6か月 $r_s = 0.731, p = 0.02$; 12か月 $r_s = 0.685, p = 0.03$)。SED総得点と「充実感」では、介入セッション後6か月に正の有意な相関を認めた($r_s = 0.811, p = 0.00$)。

2) **メンターへの効果**:メンターの一般性セルフ・エフィカシー尺度の総得点及び下位尺度得点は、介入セッション前後で有意差を認めなかった。また、メンティーへの親密性を示すメンター尺度の総得点は、介入セッション後6か月以降に低下していった。

3. 青年期患者のメンターとしての経験

青年期患者が行ったメンタリングは、メンティーとの関係性が発展したパターンと、関係性が途絶えたパターンの二つの局面があることが明らかになった。関係性が発展したパターンは、【かかわり方に戸惑う】【かかわりを続けるための連絡方法を工夫する】【かかわりを促進するための背景を活かす】【関心を示し自然体でかかわる】【かかわり続ける】【状況を把握し自己管理上の悩みを理解する】【自分自身の体験を正直に語る】【気遣う】【気持ちを察し受け止める】【頑張りや喜びを共有する】【判断力を育て自己決定を促す】の11のカテゴリーで構成されていた。一方、関係性が途絶えたパターンは、【かかわり方に戸惑う】【連絡に苦慮する】【メンタリングの効果に疑問を感じる】【関係性の発展に困難感を抱く】【かかわりが途絶える】の5つのカテゴリーから構成された。

そして、青年期患者は、【かかわり続ける】【メンティーの頑張りや自分の励みにする】【病気を理解しあえる仲間の存在とつながりを大切にする】【糖尿病と向き合う】【メンターとしての責任感と役割を自覚する】といったメンターとしての経験をとおして、支援者としての【新たな自分の可能性を発見する】成長がみられていた。

4. 介入プログラムと看護援助の評価

介入セッションは、「身近な事例に強い共感を持ち取り組めた」「自己管理行動に対する自分の取り組みを振り返り、今後の意欲を生み出す機会となった」と、好評であった。また、継続メンタリングは「相談にのってもらえ安心できる」「励ましや有効なアドバイスがもらえる」「本音が言える」と思春期患児は満足していた。一方、青年期患者からは「連絡手段の改善の必要性」「連絡時間の調節と確保」などの課題と、6か月以降には「反応のないメンティーへのかかわりに関する困難性」を指摘していた。

メンターへの看護援助内容では、メンター自身のゆらぎを支えメンターとしての機能が果たせる状況に整える援助、メンティーとメンターの関係をつなぐ援助、そして、メンターの「聴く」かかわりを支持し、かかわりの中でメンターが意識していない支援内容を可視化させる看護援助が主に行われていた。

IV. 考察

思春期糖尿病患児へのメンタリングを用いた介入プログラムの活用は、介入セッション後6か月にわたる自己効力感の向上と1年間の血糖コントロールの改善に効果を示した。また、介入セッション後6か月まではメンタリング関係に満足していたが、その後親密性は低下していった。今後、メンタリング関係をより強化し介入効果を高めるためには、コミュニケーションスキルを取り入れたメンターへの事前指導の導入、初期の段階での信頼関係構築のサポート、そして、メンタリング関係のモニタリングを強化する支援の必要性が示唆された。

Effectiveness of a Mentoring Nursing Intervention Program for Adolescents with Type 1 Diabetes

Development of Nursing Practice Course, Student Number: 72006005 Yuko Yakushijin
Professor Keiko Ninomiya

I. Purpose

The purpose of this study was to develop and determine the effectiveness of a nursing mentoring intervention program for adolescents with type 1 diabetes. The study had 4 goals: 1) to investigate the feasibility of a group-based coping skills training and mentoring program for adolescents with type 1 diabetes; 2) to examine self-efficacy, self-esteem, mentoring relationships, and metabolic control of these adolescents after this intervention program; 3) to determine the self-efficacy and mentoring experiences of young adults with type 1 diabetes; and 4) to evaluate the mentoring program and to review the process of nursing intervention.

II. Methods

1. Participants

Fifteen adolescents with type 1 diabetes aged between 12 and 17 years, and 8 young adults with childhood-onset type 1 diabetes aged between 19 and 30 years were recruited for this study. Young adults (mentors) were matched with 1–2 adolescents (mentees) based on age differences, gender, and duration of diabetes.

2. Procedures

i) Development of the program

For development of an effective coping skills training program, young adults were asked to identify the most difficult aspects of diabetes management that they encountered and the types of coping strategies that they used when they were adolescents. A content analysis was performed to analyze the diabetes-related experiences of the young adults. A coping skills training program was then developed based on the experiences of these young adults. In addition, a mentor's manual that described methods for supporting those being mentored was developed.

ii) Practice of the program

Adolescents (mentees) and young adults (mentors) participated in a 2-hour group intervention session on diabetes coping skills training at a diabetes camp. After the group intervention session,

monthly online mentoring was provided via e-mail or telephone over a 12-month period. Before the inception of the mentoring sessions, mentors were given specific guidelines to facilitate a rapport with the mentees and to aid in the development of a caring relationship.

3. Measurements

Data on metabolic control were collected from the adolescents before the intervention and 1, 6, and 12 months after the mentoring sessions using the following instruments: Self-Efficacy for Diabetes Scale (SED), Self-Esteem Scale for Adolescents (SEA), the Diabetes Problem-Solving Measure for Adolescents, and Mentoring Scale.

Additionally, data were collected from young adults using the General Self-Efficacy Scale and Mentor Scale. Qualitative data were obtained to assess the mentoring experiences of young adults. Self-reports were completed by adolescents and young adults. Demographic and program evaluation data were collected.

4. Data analysis

Metabolic control was assessed on the basis of glycosylated hemoglobin (HbA1c) levels. Wilcoxon signed-ranks test and paired *t*-tests were used to evaluate the effects of the coping skills training program. To determine whether the effects of the intervention differed across follow-up periods, a repeated-measures analysis of variance and Friedman's test were performed. Spearman's rank correlation coefficients were used to examine the mentoring relationships between adolescents and young adults and other variables. The data were analyzed using SPSS Statistics version 17.0 software. The level of significance was defined as $p < 0.05$. To assess the mentoring practice and mentoring experiences of young adults, a qualitative descriptive analysis was performed.

5. Ethical considerations

Approval was obtained from the institutional review board at Kobe City College of Nursing. Participants and their parents were informed about

the study, both verbally and in writing.

III. Results

Ten adolescents and 7 young adults with diabetes completed this program over a 12-month period. 1 young adult and 5 adolescents who did not attend the group intervention session or changed a method of insulin injection were excluded from the analysis. The mean age of the adolescents was 13.8 ± 1.8 years, and their mean duration of diabetes was 5.2 ± 3.6 years. The mean age of the young adults was 22.2 ± 4.3 years, and their mean duration of diabetes was 12.3 ± 5.9 years.

1. Effects of coping skills training

The mean HbA1c level was 8.60% at baseline and 7.80% at 1 month post-session. There was a significant decrease in HbA1c levels at 1 month post-session ($t = 3.95, p = 0.03$). The total SED score was 140.70 ± 27.19 at baseline and 157.00 ± 26.59 at 1 month post-session. The total SED score was significantly higher at 1 month post-session than at baseline ($t = -2.49, p = 0.04$).

2. Effects of mentoring

Analysis of HbA1c levels showed a significant decrease during the 12-month intervention period ($F = 12.17, df = 3, p = 0.00$). The mean HbA1c levels were 8.60% at baseline, 7.80% at 1 month post-session, 7.94% at 6 months post-session, and 7.09% at 12 months post-session. There was a significant increase in the SED subscale score for "Diabetes" at 1 and 6 months post-session ($F = 3.45, df = 3, p = 0.03$).

Overall, the adolescents enjoyed the relationship with their mentors during the intervention period. However, there was a significant decrease in the mentoring subscale score of "Helped to Cope" at 12 months post-session ($\chi^2 = 10.381, df = 2, p = 0.01$).

HbA1c levels correlated significantly with SED subscale of "Medical" at 6 months post-session ($r_s = -0.664, p = 0.04$). The total SED score also correlated significantly with the SEA subscale of "Self-acceptance" at both 6 ($r_s = 0.786, p = 0.01$) and 12 ($r_s = 0.743, p = 0.01$) months post-session and SEA subscale of "Self-actualization" at 1 ($r_s = 0.744, p = 0.01$), 6 ($r_s = 0.731, p = 0.02$), and 12 ($r_s = 0.685, p = 0.03$) months post-session.

The score for self-efficacy in young adults did not increase during the intervention period, and a significant relationship with the mentees was not observed. The analysis of qualitative data showed that strong connections between the mentors and mentees appeared to be relatively rare, despite the

generally positive self-reports on mentoring from adolescents.

3. Mentoring experiences of young adults

At the beginning of the intervention, most mentors experienced difficulties in communicating with their mentees. Two different communication patterns were found in the mentoring relationship. Some mentors were successful at expressing sincere concerns for their mentees via active listening skills, while others were unable to maintain strong connections with their mentees, and the relationships ultimately ended. The factors contributing to this failure included the age difference between mentor and mentee, poor communication skills of mentors, and problems with scheduling contact times.

4. Evaluation of the mentoring program

The coping skills training session was effective at assessing the diabetes management skills of adolescents and motivated them to achieve the goal of better self-management. The adolescents found the e-mail exchanges to be useful because they increased their level of self-disclosure and provided encouragement and timely advice from their mentors. In contrast, young adults found this mode of communication difficult and observed that mentee responses were insufficient. The most frequently cited problems were the timing of phone calls and the sending of e-mails. Nursing intervention was provided to the mentors to improve their self-worth, to improve the establishment of relationships with the mentees, and to realize their unconscious support.

IV. Discussion

These findings suggest that the use of the group-based coping skills training session and mentoring intervention improved the metabolic control of diabetes in adolescents over a 12-month period and facilitated their self-efficacy of diabetes management over a 6-month period. Although the adolescents were satisfied with the mentoring relationship, it was concluded that online mentoring is not ideal for establishing and maintaining strong connections between mentees and mentors over the long term. Additional research is needed to increase the beneficial effects of mentoring for both mentees and mentors. The basic structure (e.g., ongoing guidance for mentors and training them to develop strong communication skills, early support for relationship building, and supervision of mentoring relationships) of mentoring programs must be strengthened if they are to be successful.

目 次

要旨	
I. 序章	1
1. 研究の背景	1
2. 研究目的	3
3. 研究の意義	4
II. 文献検討	5
1. 思春期 1 型糖尿病患児の血糖コントロールと QOL	5
2. 思春期 1 型糖尿病患児とその家族が抱える課題	5
3. メンタリングプログラム	6
4. メンタリングを用いた介入プログラムによる糖尿病患者への支援	8
5. 療養行動を高める介入プログラムの必要性	9
6. 慢性疾患を持つ子どもの対処行動を高める介入プログラム	10
1) ストレス認知・対処理論	10
2) 子どものストレス対処行動の特徴	11
3) 慢性疾患を持つ子どものストレス対処行動の特徴	11
4) 思春期 1 型糖尿病患児を対象とした 対処行動プログラムに関する文献検討	12
(1) 認知行動療法の理論的背景	12
(2) 糖尿病サマーキャンプでのストレス対処カリキュラム	12
(3) 対処行動トレーニングを用いた介入研究の短期的効果	13
(4) 対処行動トレーニングを用いた介入研究の長期的効果	13
5) 本研究における介入プログラムの検討	14
III. 研究方法	16
1. 概念枠組み	16
1) 説明モデル	16
2) 本研究における概念枠組み	16
2. 用語の定義	17
3. 研究デザイン	18
4. 調査方法	19
1) 事前調査の方法	19
(1) 研究期間	19
(2) 対処行動の獲得を目的としたプログラムの開発	19
2) 本調査の方法	19
(1) 研究期間	19
(2) 研究の場	19
(3) 研究対象	20

(4) 介入方法.....	21
(5) メンターへのガイドラインの提示とサポート体制.....	23
(6) 研究者からメンターへの看護援助の方針.....	23
(7) 介入効果を測定する尺度.....	24
(8) 介入効果の測定方法.....	31
5. 分析方法.....	32
1) 介入セッションの効果についての分析.....	32
2) メンタリングの実際とメンターとしての経験についての分析.....	33
3) 看護介入プログラムの評価	34
6. 倫理的配慮.....	34
1) 自己決定の権利の保証.....	35
2) 糖尿病キャンプ主催者側への研究協力の依頼.....	36
3) プライバシー, 匿名性, 機密性の保持.....	36
4) 情報公開の権利の保証.....	36
5) 不利益を受けない権利の保証.....	36
6) 研究参加に必要な費用負担に関する配慮.....	37
IV. 結果.....	38
1. 事前調査の結果.....	38
1) 対処行動を高める介入プログラムの開発.....	38
2) メンタリングマニュアルの開発.....	38
2. 本調査の結果.....	39
1) 介入セッションの実施状況.....	39
(1) 実施期間.....	39
(2) 対象.....	39
(3) 実施方法.....	39
2) 介入セッションの結果.....	40
(1) 対象者の属性.....	40
(2) 介入セッションの効果.....	40
3) 継続メンタリングの結果.....	48
(1) 継続メンタリングの実施状況.....	48
(2) HbA _{1c} 値の介入セッション前後の変化.....	51
(3) 糖尿病自己効力感尺度得点の介入セッション前後の変化.....	53
(4) 自己肯定意識尺度得点の介入セッション前後の変化.....	59
(5) 糖尿病問題解決尺度得点の介入セッション前後の変化.....	63
(6) メンターへの効果.....	64
(7) メンティーとメンターのメンタリング関係の変化.....	67
(8) 概念枠組みにもとづく各変数間の相関関係.....	79
4) メンタリングの実際と青年期患者のメンターとしての経験.....	84

(1) 青年期 1 型糖尿病患者が思春期患児に行ったメンタリングの実際..	84
(2) 青年期 1 型糖尿病患者のメンターとしての経験.....	101
3. 看護介入プログラムの評価.....	107
1) プログラムのサービス提供・利用の適格性の査定.....	107
(1) メンティーからの介入プログラムの評価.....	107
(2) メンターからの介入プログラムの評価.....	108
(3) 介入期間中のプログラム参加者のドロップアウト.....	109
2) アウトカムモニタリング.....	109
3) 予定した介入と実際に行われた介入の整合性の査定.....	110
(1) 研究者が行ったメンターへの支援状況.....	110
(2) メンティーとメンターの関係調整.....	111
(3) メンターへの看護援助の内容.....	111
V. 考察.....	115
1. 糖尿病の療養行動に必要な対処行動を高める介入セッションの効果....	115
2. 継続メンタリングによるメンティーおよびメンターへの効果.....	116
1) 継続メンタリングによる思春期患児の糖尿病自己効力感の向上.....	116
2) 思春期患児の血糖コントロールの改善.....	118
3) 思春期患児への自己肯定感への効果.....	120
4) 思春期患児と青年期患者のメンタリング関係.....	121
3. メンターとしての経験が青年期 1 型糖尿病患者に与えた影響.....	124
4. メンタリングを用いた看護介入プログラムの評価と効果的な運用.....	125
1) 介入セッションの内容及び方法の妥当性.....	125
2) 継続メンタリングの効果的な展開方法.....	126
3) メンタリング関係を支える研究者のメンターへの看護援助.....	128
VI. 研究の限界と今後の課題.....	131
VII. 結論.....	132
謝辞.....	134
文献.....	135
資料	

I. 序章

1. 研究の背景

日本における1型糖尿病の発症率は小児人口10万人に対して1.63人とされ、その有病率は18歳未満1万人に対して1.53人である(日本糖尿病学会, 2002)。日本の小児1型糖尿病の発症率は北欧諸国および北米と比較すると、20分の1～30分の1ときわめて低く、日本の18歳未満人口の1型糖尿病の有病者数は、約3,000人～5,000人と推測されている(日本糖尿病学会, 2001; 森本, 西村, 田嶋, 2008)。

1型糖尿病を持つ子どもには、生涯にわたるインスリン注射、食事療法、低血糖や合併症の危険性という血糖管理に関連した医学的問題に加え、学校生活や社会生活の困難性、家族や友人との関係性、生命予後や将来への不安、といった発達課題や心理・社会的な問題が存在する。これらの課題による負担を軽減し、病気に関連したストレスの解消と療養行動に必要な自立心や積極性を育成する目的で、1963年に日本で初めて小児糖尿病キャンプが丸山らによって開始された(日本糖尿病学会, 2001)。2009年には全国で50のキャンププログラムが開催され、糖尿病の子どもたちへの教育支援が継続されている。小児糖尿病キャンプでは、子どもたちが野外活動やレクリエーション、勉強会や懇親会などの活動をとおして、小児糖尿病の治療、食事・運動療法に関する知識と、インスリン自己注射や血糖自己測定などの治療技術を学ぶ経験だけでなく、同じ病気を持った仲間と知り合い交流する機会を子ども達に提供している(日本糖尿病協会, 2007)。

これまで研究者は、1999年から2009年の10年間にわたり、小児糖尿病サマーキャンプに参加し、糖尿病を持つ子どもたちとその家族に関わってきた。また、学童期及び思春期の患児を対象に、子どもの自主性をはぐくみながら親の不安を軽減し、自己管理の主体を親から子どもへ移行することを目的としたテレビ電話を用いた教育支援システムを構築し、キャンプ後の継続支援を実施してきた(中村ら, 2002; 薬師神ら, 2002)。テレビ電話を用いた支援では、患児の血糖コントロールの体験を定期的に語る機会を提供し、自己管理行動の意味づけや、具体的な生活場面での対処方法と判断について、患児の考えや思いを引き出すことが可能であった。また、療養行動の対処方法について、患児と一緒に評価を行うことで、血糖コントロールが著しく不良であっても、次第に子ども自身が自分の将来の目標を見据え、糖尿病の自己管理を行なう力が育っていくことを確認した(薬師神ら, 2002)。

糖尿病を持つ子どもの支援では、子どもの糖尿病管理に家族が与える影響は大きく、家族が子どもの成長にあわせゆっくり時間をかけて家族員の関係性を変化させ、子どもの確実な成長を支援していくことが必要である。特に、子どもが思春期になる時期には、親を中心とした支援から、子ども自身が主役となって糖尿病の自己管理を行なえることが大切である。そのためには、子ども自身に療養行動に必要な知識・技術と、療養行動を継続するための強い意志と意欲が持てるよ

うな教育が重要となる。また、子どもが自分の将来や人生に対する積極的な姿勢を培えるように、心理・社会的成長を援助していくことが、思春期患児に対する糖尿病教育の基本といわれている。

しかし、思春期にある患児は、医療者や家族が治療と称して患児の気持ちを無視し、合併症を予防する目的と称して生活を細かく指示するなどの行き過ぎた管理行動を嫌い、血糖値の虚偽報告やインスリン注射を中断するといった行動を起こしやすい。また、思春期は、家族との関係だけでなく、友達や異性との付き合いを大切にしながら親密な友人関係を築き、価値観や自己像を作り上げる時期であるため、1型糖尿病を持つ患児は、外観、能力、技術で健康な友人より劣っていると感じ、情緒不安定、反抗、権威への敵意、破壊衝動などの出現により、病気の自己管理が困難となりやすい。また、思春期患児は、自分の意見が採用されず、自分の未来が親の手に委ねられることにより役割の困難が生じ、なぜ、自分だけがこんなめに合うのかと感じ、自分に示される同情や哀れみに耐えられないといった感情も抱きやすい（田中，2005）。その結果、友達と一緒に行動できなくなる場合や、逆に、友達との付き合いを優先してしまうため、療養行動がうまくいかなくなることが多い(Dickinson & O' Reilly, 2004)。

このような思春期に特徴的な問題と行動を理解し、患児の療養行動をより促進するために、思春期の視点からとらえた望ましい家族や医療者の関わり方やケア方法の見直しが必要とされている(Woodgate, 1998; Carroll & Marrero, 2005)。思春期の患児が医療者に求めていることは、①病気だけを見るのではなく人間として扱って欲しい、②疾患をもって生活する思春期のことを理解するよう努力して欲しい、③健康な子どもと異なる扱いをしないで欲しい、④自己管理を行なう自分を勇気付けて欲しい、⑤療養行動を強要しないで欲しい、⑥療養行動に対する選択肢を与えて欲しい、⑦子どもが行なっていることを知り知識と情報を共有して欲しい、といった病気の治療管理を優先する医療者としてのかかわりではなく、より患児の生活の視点を優先し、患児自身が主体的に療養行動を行う選択肢が与えられるような関わりを望んでいる(Woodgate, 1998)。

また、思春期は友人と時間を最も長く過ごすことから、患児にとって友人との「関係性」から生じるストレスは大きく、友人からどのようなソーシャルサポートが受けられるかが、療養生活にも影響する(Burroughs ら, 1997; Davidson ら, 2004)。糖尿病を持つ思春期の患児は、病気のことを理解してもらえないと知覚している周囲の友人や、接点の少ない友人には、ソーシャルサポートを求めない傾向にあるが、逆に、自分が糖尿病であることを打ち明け、食事や注射の時間に合わせて一緒に行動し、病気のことを気遣ってくれる友人からのソーシャルサポートは取り入れるといった特徴がみられる(Carroll & Marrero, 2005; 金丸, 2006)。周囲の友人に受け入れてもらえているという安心感は思春期患児のQOLとも関連しており、友人からのソーシャルサポートが、患児のストレスを緩和する効果があることが報告されている(Di Battista ら, 2010; Malik & Koot,

2009)。

このように、医療者や周囲の友人が糖尿病を持っていても“普通”に接してくれることや、批判的で管理的な態度で接するのではなく、患児の意見を話す時間や、セルフケアの技術に対して肯定的なフィードバックを与えてくれることで、患児は糖尿病をコントロールする力があることを確信し、非常に困難な課題に出会っても、病気を自分のこととして受け止め、ケアに対する責任を持ち療養行動を進めていくことが可能となる。したがって、患児の心理・社会的適応を促進するためには、医療者からの支援だけではなく、糖尿病を理解してくれる友人からの支援や、同じ糖尿病を持つ仲間や先輩などから糖尿病に関する情報や考えを共有できるような支援の提供が必要である。

糖尿病キャンプでは、同じ病気を持つ仲間との「横の関係性」だけでなく、先輩キャンパーとの「ななめの関係性」を活用したグループ編成を行い、キャンパーと先輩の交流を促進する取り組みをこれまで行なってきた。その結果、先輩キャンパーは、糖尿病に関連した共通の悩みをキャンパーと分かち合い、互いに励まし合い、ともに病気に立ち向かうよき理解者となることを確認している（愛媛ブルーランドファミリーの会，2006）。また、先輩キャンパーは、家族や医療者にはできない経験者の視点から、子どもの生活に即した具体的対処方法を提供でき、自己管理の目標や動機付けを促進する教育者としての役割を担える人物である。

起こりうる将来の合併症を考慮すると、厳格な血糖コントロールを目指した医療者による病気の治療・管理はいうまでもなく重要である。しかし、糖尿病をもつ思春期患児が主体性を持って療養行動に取り組むためには、子どもの療養行動に対する思いを大切にしながら自己管理の目標や動機付けを促進し、実際の子どもの生活に沿った支援を提供する必要がある。特に、患児の心理・社会的適応を促進するためには、同じ糖尿病を持つ先輩から糖尿病に関する情報や考えを共有できる支援を強化し、患児が病気とともに生きていく意味を肯定的にとらえ自己概念を高めていく支援プログラムの開発が求められる。

2. 研究目的

本研究の目的は、思春期1型糖尿病患児へのメンタリングを用いた看護介入プログラムを開発し、臨床での効果を検討することである。具体的な目的を以下に示す。

- 1) 思春期1型糖尿病患児の対処行動の獲得を目指した介入プログラムの開発を行う。
- 2) 対処行動の獲得を目指した介入プログラムに加えて、同じ1型糖尿病を持つ青年期患者からの長期的なメンタリングを活用した介入プログラムを思春期患児に適用し、思春期患児の自己管理行動や自己概念の発達と血糖コントロールにどのような影響を与えるかを検討する。

- 3) 青年期 1 型糖尿病患者のメンターとしての経験を明らかにし、青年期患者の生活や自己効力感にどのような影響を及ぼすのかを検討する。
- 4) 開発した看護介入プログラムと青年期患者に行った研究者の看護援助を評価し、より効果的なプログラムの内容と看護援助方法について検討する。

3. 研究の意義

本研究では、思春期 1 型糖尿病患者が同じ糖尿病を持つ先輩とかかわり、糖尿病に関する思いや感情を共有することで、思春期患児の心理的ストレスの軽減や、糖尿病とともに生きていくアイデンティティの確立が促進される。また、思春期患児が糖尿病自己管理の具体的な方法を身につけることで、患児の効果的な対処行動が強化され、血糖コントロールの改善にも影響を与えることが予測される。

さらに、青年期患者にとっては、思春期患児との交流により、療養行動についての情報提供や感情の共有による相互作用の体験が、青年期患者の自己価値を高め、患者でありながら教育者へ成長するといった効果が期待される。そして、このような患者同士のかかわりにより、糖尿病に関する情報交換や人的資源の活用が可能になり、1 型糖尿病患者同士のネットワークの構築が期待される。

したがって、糖尿病の療養行動に必要な対処行動を高めるプログラムの開発とともに、患者が病気を持って生きていく意味や自己概念を高めるようなプログラムの開発と臨床実践への適用は、1 型糖尿病患者の心理・社会的支援において意義が大きい。

II. 文献検討

1. 思春期 1 型糖尿病患児の血糖コントロールと QOL

思春期は、性ホルモン、成長ホルモン等のインスリン拮抗ホルモンの急激な増加を認め、血糖コントロールが難しい時期である。しかし、近年のインスリン製剤の向上により、超速効型インスリンや持効型インスリンが 18 歳未満の患者にも導入されており、血糖コントロールにおいては、生理的インスリン分泌に類似した血中動態を再現でき、正常に近い血糖動態を得ることが可能となってきた（浦上，2003）。海外での超速効型インスリン使用例の思春期患児に関する調査では、超速効型インスリンの導入により、血糖値の改善だけでなく、QOL の向上にも効果がみられている（Grey, Boland, & Tamborlane, 1999）。日本においても、浦上ら（2003）が行なった小児 1 型糖尿病患者 944 人を対象にした調査で、超速効型インスリンの使用例は全体の 44%に相当し、血糖値の改善は 48.3%，日常生活における QOL の改善は 78.5%の患者で認められた。超速効型インスリンの導入により、夜間の低血糖、重症低血糖及び低血糖全般の発現頻度の低下なども報告され、子どもの生活管理に有効であることが明らかになっている。

しかし、その一方で、中間型及び持効型インスリンの投与量を増加させる必要が生じた症例が 32.5%にみられ、血糖値に応じた基礎インスリン量の調節を行う必要性、各症例の生活様式に応じた注射薬の選択を行う必要性、そして、中間型および持効型インスリンの投与量を増加させる必要性も報告されている（浦上ら，2003）。思春期の子どもの生活様式は多様であるため、複数のインスリン製剤を子どもの生活に合わせて多様に使いわけることで QOL の改善が期待されるが、逆に、超速効型インスリンの導入により、自己管理方法がより複雑になる可能性もあるため、使用インスリン製剤の種類に合わせたよりきめ細やかな支援が必要となる。

2. 思春期 1 型糖尿病患児とその家族が抱える課題

新たなインスリン製剤の開発により QOL の向上が認められる一方で、思春期はアイデンティティの獲得を課題とする心理・社会的適応過程にあり、交友関係の広がりや親からの自立に伴い、療養行動に関連した判断や決定を自ら行っていくことが必要となる。この時期には、親が子どもの自己管理能力を正しく理解できず、過保護になったり、活動を制限してしまったり、あるいは、親が疾患管理における役割と責任を子どもに早期に移行させてしまうことで、自己管理に伴う親子間の葛藤が生じやすい。

その結果、子どもは親との間にさまざまなストレスを抱え、適切な療養行動がとれないことが多い（谷，2003）。思春期にある 1 型糖尿病を持つ子どもの QOL は、健康な子どもよりも低く、親も不安に陥りやすい状態であることが報告されている（梅田・中村，2001；中村ら，2005）。糖尿病を持つ子どもと家族の支援の目標は、子どもの成長と将来への長期的な視点を持つことと、家族とともに成

長を待つことである。中村（2005）は、母親や家族が中心であった糖尿病管理の主体が、子ども自身による管理に移行していくためには、「今、その子にとって必要でちょうどよい支援」（p.38）を提供することが重要であると述べている。

また、二宮は（1998, 2003, 2005）、子どもと親の療養生活の「実施」と療養生活の大切さの「認識」の相違に関する調査を、二次元イメージ拡散法を用いて行い、患児の独立意識と親の養育態度について明らかにしている。この研究では、親子間で糖尿病の疾患管理行動の認識の相違が低いほど、血糖コントロールがよく、親の受容的・子ども中心のかかわりと子どもの独立性が高いほど、HbA_{1c}値が低いことが報告されている。これらの研究結果から、糖尿病を持つ思春期の子どもが、家族から自立し自己概念を確立することが、子どものQOLと血糖コントロールにおいて重要であることが理解できる。

3. メンタリングプログラム

海外では、思春期の若者の心理・社会的な成長・発達を促進する支援方法として、先輩や同じ仲間からサポートを受けるさまざまなメンタリングプログラムが、盛んに行なわれている（Dubois & Karcher, 2005）。メンタリングとは、年齢が上でより経験のある大人（メンター）と若者（メンティー）との関係であり、若者が大人へ移行するために、大人は若者の能力と個性を発達させるような継続的なガイダンスの提供と指示や激励を与え、同じ時間を過ごしていく過程で親密性を構築し、相互責任、尊敬、帰属意識と忠誠を発展させる関係性である（Rhodes, 2005）。

メンタリングの起源は、古く紀元前800年にまでさかのぼり、ギリシアの叙事詩「オデッセイア」に登場するトロイ戦争の勇者オデッセウス王の盟友「メントール」に由来している。メントールは、オデッセウス王がトロイ戦争に赴く際に、息子テレマコスの養育を任された老賢人であり、王が戦争から帰還する際に、メントールの力を借りて息子のテレマコスが王を救出したといわれている。このような師弟関係から、メンターは「後見人」「良き指導者」「師」などと意味されるようになった（Kram, 1988；渡辺・伊藤, 2003；Rhodes, 2005）。

その後、産業化と都市化が進んだ20世紀に入って、形式的なメンタリングがアメリカで発展し、子どもを労働や非行、少年犯罪から守るための教育改革、職業訓練、そして、思いやりのある大人が未成年者を手助けする少年裁判所などで行われた善意事業の始まりが、近代のメンタリングに大きく貢献している。1930年頃には、医学・心理学的モデルとしてのメンタリングが提唱され、心理・社会的治療や個人カウンセリングが子どもの非行を予防し、子どもの行動変容を促すのに有効であることが確認されている（Dubois & Karcher, 2005）。また、1977年には、Big Brothers Big Sisters of Americaが、メンタリングプログラムを提供する代表的な組織として発展してきた（Big Brothers Big Sisters of America, 2007）。Big Brothers Big Sistersのプログラムを受けた10～16歳

の 1138 人を対象にした介入研究では、介入群は統制群よりも、アルコールと薬物の使用、学校での欠席が少なく、両親や友達との関係は良好で、学習能力も高く、メンタリングは、子どもの自我・認知・心理社会性の発達を促進する有効な支援であることが報告されている。

メンタリングにおける子どもの自我の発達に関する理論的背景には、アメリカの社会学者 Cooley が唱えた、“looking-glass self”（鏡に映った自我）が用いられており、他者という鏡に照らして自分を見ることによって自己認識が可能となり、子どもの自我が形成されると説明されている (Dubois & Karcher, 2005)。メンティーは、メンターと関わる中で、メンターの鏡に映った自分を認識することで自我が形成され、メンターをロールモデルとして捉え成長していくことが可能となるといわれている。

また、認知発達過程への影響には、Vygotsky (1978) が唱えた “zone of proximal development”（発達の最近接領域）の考え方が、メンタリングの背景理論として説明されている (Dubois & Karcher, 2005)。子どもは成長する過程で、既に今持っている能力で出来る範囲のことよりちょっと先のことをやろうとする時に、大人の協力を得ながら発達可能な領域を増やし、認知と知性の成長が促される (土井・神谷, 2003)。したがって、より洗練された考えを持ったメンターと活動を共有した場合、子どもが新しい考えや技術を身につけ、知性を洗練するための足場を固めることができるとされている。このように、メンターとの肯定的なかかわりが、他の親や友人とより効果的に関わることを可能とし、メンティーは感情の調整を行いながらコミュニケーションを発展させ、人間関係の困難さを軽減させていくことが可能となる。

メンタリング関係は、本来年上の大人との関係から発展しているが、メンティーとメンターの年齢差が開きすぎている場合、世の中の見方や共感の仕方が異なり、相手の視点を理解する認知能力や対人関係の行動にも違いが生じ関係構築が困難となりやすい。そこで、メンタリングの方法には、1対1のメンタリングだけでなく、1人の大人が3~4人の子どもを担当するグループメンタリング、数人のメンターが1グループ4人以内のメンティーを担当するチームメンタリング、若者同士が行うピアメンタリング、電子メールやインターネットを用いた E-メンタリングなどのさまざまな方法が開発されている (Sipe, 2005)。

これらのメンタリングの方法の中でも、同年齢の仲間がカウンセラー・仲介者・チューターとして彼らの仲間を助けるピアメンタリングや、年齢の異なる仲間同士のメンタリング (Cross-Age Peer Mentoring) が近年注目されている (Karcher, 2005)。年齢の異なる仲間同士のメンタリングは、①年齢、②活動内容、③プログラムの目標といった3点からピアメンタリングとは異なり、友達関係よりも階層的な力関係を反映しやすい。しかし、年齢の異なる仲間同士のメンタリングは、相互作用が単に説教的ではなく、年上の子どもが年下の子どもの発達を効果的に促進させることを目標としている。また、継続的なプログラムに基

づいた発展的な関係であり、年上のメンターは、年下のメンティーのスキル、自尊心、将来への動機づけや希望を促進させる手助けを行なう役割を担う。

これらのメンタリング関係を維持するために重要なことは、冗談を言いながら笑いだけでた会話や、リラックスした態度で接することも、関係性の満足度や親密性と関連し、子どもの成長につながるとされている。また、メンティーとメンターの年齢差も重要な要因である。通常、メンターはメンティーよりも年上で賢く、メンティーが尊敬でき理想的な人であることが望ましいといわれているが、メンターがメンティーよりも少しだけ年上の場合には、メンターは尊敬されるような良好な人物であることが望ましい。このような年齢の異なる仲間とのメンタリングは、他のメンタリングと異なり、プログラムの効果がメンティーとメンターの両方にもたらされることに特徴があるとされている。情報を交換し、感情を表現し、目標を交渉し、自身と他者の行動を調整するといった相互作用により、メンティーとメンターがお互いに成長しあう関係性が築かれていく (Karcher, 2005)。

4. メンタリングを用いた介入プログラムによる糖尿病患者への支援

糖尿病を持つ患者同士の支援方法には、ピアグループを用いた介入支援 (Anderson ら, 1995)、思春期 1 型糖尿病患者児が 1 型糖尿病を持つ成人から自己管理行動のアドバイスや情緒的支援を提供してもらうスポンサーシップを用いた介入支援 (Daley, 1992)、糖尿病を持つ思春期患児に対するメンタリング支援 (Blake, 1997)、そして、糖尿病と診断されてまもない子どもを持つ親へのメンタリングを用いた介入支援が報告されている (Sullivan-Bolyai ら, 2004)。Sullivan-Bolyai ら (2004) が行った研究では、糖尿病の子どもを育てた経験のある母親 4 人をメンターとし、子どもが糖尿病と診断されたばかりの不安の強い母親 42 人を対象に、メンタリングプログラムを導入した。この研究では、Ireys ら (2001) が行なった慢性疾患を持つ子どもの家族へのソーシャルサポートに関する研究で利用した、親メンターへのカリキュラムを基盤にし、糖尿病の日常管理やケアに対する「情動的サポート」、親の感情や自信を強化する「肯定的サポート」、そして、親の心配事を聴く「情緒的サポート」の 3 つのサポートからなる介入プロトコルが導入された。

「情動的なサポート」とは、糖尿病の子どもを持つ母親だけが知る、毎日の糖尿病管理についての情報を共有する支援であり、メンターである母親は、医療者にどのように効果的に働きかけるのか、糖尿病管理に必要な医療物品を一度にどのくらい注文すればいいのか、そして、遠足や長期休暇の時にどのようなものを準備すればいいのかといった情報を提供していた。「肯定的サポート」では、病気を持っても子どもは普通であるという感情を認め、親が安全に、そして、効果的に子どもにケアを提供できるように、親の自信を促す支援が行われていた。「情緒的サポート」は、母親の心配事を聴き、親の不安な思いや考えについて興

味を示す支援方法であった。

上記のような支援を、介入群の 20 人の母親に 6 か月間にわたって自宅訪問や電話相談を用いて行った結果、通常の医療者からのサポートを受けた 22 人の統制群の母親よりも、メンターからサポートを受けた介入群の母親のほうが、母親の不安は低下し、家族にも肯定的な影響を与えるといった効果が得られていた。

このように、同じ立場にある糖尿病患者からのソーシャルサポートを糖尿病教育に導入することで、具体的な生活上のアドバイスや、より患者の視点に立った情緒的支援の提供が可能になると考える。

また、ピアグループを用いた介入では、自己管理行動を実践する動機付けや、患児の潜在能力を発見したり、糖尿病をもって生きる自己への価値観や自己効力感を高めたりする肯定的な効果も報告されている (Anderson ら, 1995)。したがって、このようなメンタリングを用いた介入プログラムを、日本の小児を対象とした糖尿病教育にも活用することが期待できる。

5. 療養行動を高める介入プログラムの必要性

日本における思春期の 1 型糖尿病患者児の療養行動に関する研究は、自尊感情と血糖コントロールの関係 (河口ら, 1998)、療養行動の主体性に関する研究 (谷, 1998) ストレスと対処行動に関する研究 (中村・兼松, 1998)、療養行動と学校生活の実際 (国吉ら, 2003)、ソーシャルサポートと療養生活に関する研究 (金丸, 2006) が行われているが、依然、糖尿病患者児の特徴や療養行動の実態を明らかにする研究にとどまっている。谷 (1998) は、療養行動に子どもの主体性が現れていても、必ずしも療養行動が適切であるとは限らず、判断の内容や判断基準の有無によって療養行動の適切さに違いが見られるため、外来での継続的な教育の必要性を報告している。同様に、Davidson, Penney & Muller ら (2004) も、思春期患児が抱えるセルフケアの特徴と課題を明らかにし、糖尿病の自己管理がうまくいかない場合、患児が罪悪感を抱き自己非難するといった情緒的な対処行動をとるため、日常生活での具体的な対処方法に関する知識や技術提供の必要性を指摘している。また、二宮 (2003) は、日本においても子どものよりよい療養行動を促し、対処行動を高めるような介入の効果を検討していく研究が必要であることを提言している。

海外では、1990 年代から思春期 1 型糖尿病患者児の自己管理能力や対処行動を高めるプログラムの開発と介入研究が行われ、アウトカムを重視した糖尿病教育が実践され続けている (Boadway ら, 1993; Davidson, Boland, & Grey, 1993; Grey ら, 2000; Hains ら, 2000; Massouh ら, 1989; Waller ら, 2005; Cook ら, 2002)。Hampton ら (2000) は、1999 年までに発表された 1 型糖尿病を持つ思春期患児の行動に対する介入研究の効果について、64 文献を対象にシステマティック・レビューを行い評価している。その結果、35 論文において統制群を用いた実験・準実験的介入研究が行われており、その中で最も多かった介入方法は、

糖尿病の療養行動に必要な対処スキルトレーニング (45.7%) であり、次いで、家族に対する介入(27.5%), 問題解決技法への介入(20%), 食事への介入(20%) の順であった。また、これらの研究では、介入効果の指標として HbA_{1c} 値、心理社会的変数(自己効力感, 家族ストレス, 糖尿病に関連したストレス, QOL など), 自己管理行動, 知識などが用いられていたが、介入の効果量 (Effect size) は、HbA_{1c} 値は 0.37, 心理・社会的な変数は 0.33 と、他の指標よりも強く示されていた。また、Urban, Berry, & Grey (2004) も、1986 年から 2003 年の間に発表された 1 型糖尿病患者と家族を対象に行った教育的介入および心理・社会的介入研究の 29 文献について分析し、教育的な介入は知識を増加させるが、血糖値の改善には必ずしも有効ではないことを指摘している。

このように、海外で実践された思春期の子どもたちの生活に根ざした心理・社会的なプログラムの中でも、対処スキルトレーニングを用いた介入が、血糖値や自己効力感の改善に最も有効であることが報告されており、これらの手法を用いた臨床での介入は、日本の 1 型糖尿病患者にとっても有効ではないかと考える。

6. 慢性疾患を持つ子どもの対処行動を高める介入プログラム

1) ストレス認知・対処理論

子どもが糖尿病という慢性疾患により健康を障害された場合、低血糖や高血糖による身体の異常、インスリン注射や血糖測定、そして、食事の管理など治療処置や生活上の制限、そして、学校などの生活環境への適応といった多様なストレスに向き合わなければならない。糖尿病を持つ子どもの QOL を向上するためには、このようなストレスへの対処方法の獲得についても支援していく必要がある。

Lazarus & Folkman (1984, 1999) のストレス認知・対処理論によれば、環境刺激であるストレス源を個人がどのように認知するかにより、刺激がストレッサーになるか否かが決定され、個人がうけた出来事や要求が驚異的であると評価した場合、抑うつ、不安、いらいら、不機嫌、怒りなどのネガティブな情動的反応を生じる。ストレス対処には、ネガティブな反応をできる限り速やかに低減しようとし、個人がさまざまな行動を起こし、考え方を絶えず変化させていく認知的・行動的な努力を起こす対処行動が必要である。しかし、対処行動がうまく機能しない場合、出来事や要求が驚異的となり続け、ネガティブな情動反応は低減されず、ストレスが蓄積した状態となっていく。その結果、ストレス認知・対処行動の直接的影響として、感情・情緒などの変化及び身体の生理的変化が起こり、長期的には身体的・精神的健康や社会的適応状態にも影響をもたらす。

これらのストレスへの対処過程には、環境との出会いで何かが危うくなっていると個人が評価する一次評価と、いかなる対処行動の選択が可能かという二次評価がある。二次評価で用いられる対処行動は、環境に対して行動を起こしたり人間の行動を変えることで個人と環境の関係を変化させる「問題中心型対処」と、ストレスフルな状況の現状を変えることなく脅威について考えることを、避けた

り再評価したりといった、情動をコントロールする「情動中心型対処」があり、その対処方法には、「対決的対処」、「距離をおくこと」、「自己コントロール」、「ソーシャルサポートの希求」、「責任の受容」、「逃避－回避」、「計画的問題解決」、「ポジティブな再評価」といった8つの対処要因が用いられる(Lazarus, 1999)。また、ソーシャルサポートの希求は「情動的サポート」「実質的サポート」「情報のサポート」の3つに分類され、健康教育のさまざまな場面で用いられている。

2) 子どものストレス対処行動の特徴

子どものストレスの対処方法については、岡安(2003)がLazarus & Folkmanの心理的ストレス理論に基づき、日本の子どもの対処行動の特徴を分析している。中学生の学校生活における対処方法は、積極的対処(直面している問題に直接働きかけることにより解決を図る)、サポート希求(周囲の誰かに情緒的、情動的、実体的な援助を求める)、逃避・回避的対処(問題を解決することから当面逃れることによりストレス反応を緩和する)の3つに分類されている。この3つのうち、積極的対処だけがストレスの緩和に有効な対処方法ではなく、問題が解決しない場合には、状況や自分自身の状態に応じて、サポート希求や逃避・回避的対処を組み合わせた多様な対処行動を柔軟に使い分けることが、思春期の子どものストレス緩和に重要となる。

3) 慢性疾患を持つ子どものストレス対処行動の特徴

Ryan-Wenger(1996)は、慢性疾患を持つ子どもの対処行動の特徴について文献レビューを行い、「攻撃的行動」、「行動の回避」、「行動の転換」、「認知の回避」、「認知の転換」、「問題解決」、「再構成」、「感情表出」、「忍耐や我慢」、「情報探索」、「離れる」、「自己コントロール」、「社会的支援」、「スピリチュアルサポート」、「ストレス源の修正」といった15種類の対処行動に分類している。また、中村(2003)も慢性疾患を抱える子どものストレスと対処行動の特徴を、発達段階別に分類し報告している。思春期患児が持つ病気に関連したストレスには、身体的苦痛、身体活動の制限、病気や治療に対する恐れ、プライバシーが保たれないこと、自己コントロール感の喪失、学業の遅れ、仲間との関係が保てない、友達と同じ行動が取れない、ボディーイメージの変容、周囲の無理解、家族にかけている負担、経済的な不安、将来の進学・結婚・就職などの悩み、疾患の再発・憎悪・合併症・死の不安があり、これらのストレスに対処するために、「自分で問題に取り組む」、「気晴らしをする」、「感情を表出する」、「サポートを求める」、「認知的に対処する」、「逃避的に対処する」といった6種類の対処方法があることを示している。そして、慢性的な経過のなかで生じるストレスに対処するためには、悪影響を与える対処法を減らす働きかけだけでなく、さまざまな対処行動ができるような能力を発達させる必要性を述べている。

したがって、子どもの年齢や疾患に特徴的な対処行動に注目し、糖尿病の子ども

もが自分のおかれた状況や病気の状態に応じて、多くの対処方法を柔軟に使い分ける能力を促進する支援が必要である。

4) 思春期 1 型糖尿病患児を対象とした対処行動プログラムに関する文献検討

(1) 認知行動療法の理論的背景

子どもの行動を変化させるために有効な方法として、海外の研究では、認知行動療法が注目されている。認知行動療法の理論的基礎は、パブロフの古典的条件付けの理論を発展させたウォルピの系統的脱感作、スキナーのオペラント条件付け理論 (Skinner, 1974)、バンデューラの社会的学習理論 (Bandura, 1977, 1997)、ベックの不適切な思考が否定的結果を導き認知を歪めるといった非合理的信念やスキーマ (Beck, 1976)、そして、エリスの感情と認知の関連性から発展した論理情動療法などの影響を受けて発展してきた。認知行動療法とは、認知過程を変化させ、心理的悩みや不適応行動を軽減させることを目的とした心理的介入方法であり、感情と行動は主に認知の結果生み出されるとされている。この認知行動療法は、現在の問題に焦点をあて、短期間で成果を得ることが可能であり、特に問題を抱える子どもや若者の支援に適しているといわれている (Stallard, 2002)。子どもの問題となっている出来事について、子どもがその意味をどのように解釈し、その原因をどのように考えるのかという認知的側面を重視し、新しい考え方や行動の仕方をみつけることを支援していく方法である。

(2) 糖尿病サマーキャンプでのストレス対処カリキュラム

Smith & Brouhard (1991) は、7 日間の糖尿病キャンプで、糖尿病管理に関連するストレスの要因をあきらかにしている。ストレスの要因は「家族の人間関係と友人との人間関係」31%、「糖尿病に関連したストレス」11%、「勉強に関連したストレス」10%で、ストレスの強さは、糖尿病に関連したストレスが他のストレスと比較し有意に高かったことを報告している。そして、このようなストレスへの効果的な対処方法についてグループで話し合い、ストレス源、糖尿病のコントロールに影響する要因、ストレスマネジメントの方法について意見交換し、自分の否定的で直感的な考えや、ゆがんだ認識を明らかにした。その後、それらの考えに立ち向かうようなモデリング、リラクゼーション、イメージング、ボディエクササイズ、問題解決などの技法を提供した結果、キャンプ介入後のストレス対処方法は、「問題に焦点を当てたコーピング」が、「回避するコーピング」よりも有意に多くなり、積極的コーピング技法が獲得されていたことが明らかになっていた。子ども自身が多様なコーピング方法を学ぶこのプログラムは、子どもたちの対処行動の種類を増やすために効果的な方法であった。しかし、統制群のない前後比較での研究デザインであることや、キャンプ中の 7 日間での短期的効果しか評価できておらず、統制群を用いた研究デザインでの評価や、長期的なフォローアップの効果について、評価していくことが必要である。

(3) 対処行動トレーニングを用いた介入研究の短期的効果

Hains ら (2000) は、糖尿病を持つ 12 歳から 15 歳の 14 人の患児を対象に、認知行動療法を活用したストレスマネジメントの効果に関する研究を行い、その介入効果を統制群を用いて評価した。この研究では、週 1 回 1 時間のグループセッションを 6 回実施し、セッションでは、①概念化の段階、②技術の獲得とリハーサルの段階、③適用の段階といった 3 つの段階的な介入が導入された。

まず、概念化の段階では、セルフモニタリングシートを用いて最近体験したストレスフルな状況場面とその時の考えを個人で記入し、その後グループでストレスを感じた場面とその時の感情を話し合った。

技術の獲得とリハーサルの段階では、ストレスに対する認識の再構成と問題解決スキルトレーニングが実施され、患児は自分の否定的な考えに対する根拠を見つけ出し、自分の否定的な考えを「誇大化」、「非現実的な期待」、「提言」、「過剰反応」、「レッテル」、「飛躍」などにカテゴリー化し、ストレスに対する新しい見方を考えていった。その後、グループでストレスフルに対する否定的な考えと根拠や、見直した新しい考え方が正しいかどうか評価し、より現実的な考え方を導き出すための問題解決トレーニングを実施した。問題解決トレーニングでは、①問題を定義する、②問題を解決する方法を考える、③結果を起こす、④意思決定を行なうという、4 段階にわたって解決していく方法が教授され、ストレスに対する認識を再構成していくために、自分の考え方をセルフモニタリングシートに記述していった。

適用の段階では、将来起こりそうなストレスフルな出来事と課題のなかで問題となりうる否定的な考えをより現実的な考え方へ変換するセッションを行った。また、一般的なストレスと糖尿病に関連したストレスに対する問題解決方法をグループで考え、現実的な考えが日常生活に適用可能か話し合っていた。

介入効果の測定には、「子どもの対処行動の認知 (KIDCOPE)」、「不安のレベル (STAI)」、「血糖コントロール (HbA_{1c} 値)」、「糖尿病についてのストレス (Diabetes Stress Questionnaire)」の変数を用い、セッション終了前、直後、1 か月後に効果を測定した。その結果、介入群と統制群で介入前後の HbA_{1c} 値の変化については有意な差は見られなかったが、介入群では状態不安、糖尿病に関連したストレス、否定的対処の得点が、介入後に有意に低下した。一方、統制群において介入後に改善がみられたのは対処行動のみであった。

このように、認知行動療法を活用したストレスマネジメントに対する短期間の介入では、HbA_{1c} 値の改善はみられておらず、血糖コントロールの改善には、食事、運動、インスリンの調節などの血糖コントロールに影響を与える療養行動に必要な対処方法の獲得を目指した介入を検討することが求められる。

(4) 対処行動トレーニングを用いた介入研究の長期的効果

Grey ら (2000) は、対処スキルの獲得を目指したトレーニングを実施し、その

長期的な効果を検討している。この研究では、1時間半の介入セッションを6週間行い、少人数の思春期患児とトレーナーが糖尿病の対処スキルの獲得を行うためにロールプレイングを実施した後、毎月のフォローアップセッションを行った。介入効果の測定には、糖尿病自己効力感、子どものうつ傾向、QOL、HbA_{1c} 値を用い、介入セッション前、3か月後、6か月後、12か月後と1年間にわたる長期的な効果について検討した。その結果、介入群と統制群で介入前後のHbA_{1c} 値を比較したところ、介入群でHbA_{1c} 値の低下は早く現れ、介入3か月後、6か月後、12か月後で、介入セッション前よりも有意なHbA_{1c} 値の低下がみられた。また、介入群の方がQOLは有意に高い結果が示された。

同様に、Nanselら(2007)は、11歳から16歳の81人の思春期1型糖尿病患者児を対象に、6回の糖尿病の療養行動に対する動機づけや対処スキルトレーニングセッションを、自宅や医療機関で個人トレーナーと一緒にを行い、電話でのフォローアップを含む2か月におよぶ介入を実施した。その結果、介入後9か月の時点では介入群にHbA_{1c} 値の有意な低下がみられ、介入後12か月では、自己効力感とQOLの改善が確認された。このことから、対処行動トレーニングを用いた介入は、血糖コントロール、自己効力感、QOLの改善に長期的な効果もたらしうことが可能であることが理解できる。

5) 本研究における介入プログラムの検討

以上の文献検討を踏まえて、1型糖尿病患者児の対処行動を高め、血糖コントロールに反映されるような介入プログラムの内容を検討していくが、臨床での介入効果が期待できるプログラムを開発するためには、介入する問題に対する臨床知識、科学的知識、研究参加者の視点から捉えた問題や関心と経験を踏まえた知識を用いたプログラムの開発が必要である(Whittemore & Grey, 2002)。また、介入する問題をよく検討・定義し、介入の内容・強さ・時期が構築されている研究的アプローチを用いること、介入方法を洗練し、臨床効果が測定できる方法を踏まえた方法で介入研究を行うことが重要である。

まず、プログラムの形態としては、海外で実践されている1型糖尿病患者児を対象とした、認知行動療法を基盤とした対処行動トレーニングプログラムが有効であると考えられる。対処行動トレーニングプログラムには、①問題の概念化の段階、②技術の獲得とリハーサルの段階、③適用の段階、の3つの介入プロセスを含むことが必要である。また、糖尿病を持った生活に必要なスキルである、①仲間とのかかわり方などの社会的な人間関係の解決法、②コミュニケーションスキルトレーニング、③誤った自己管理行動に対する認知行動の修正、④葛藤の解決方法に関する内容についても、含めることが必要であると考えられる。

次に、介入期間については、①自己概念の変化は短期間に起こるものではないこと、②新しい行動スキルを獲得し自分のものとして日常生活で活用するためには時間を要すること、③HbA_{1c} 値は過去1~2か月の血糖がどの程度高かったか

をあらわした数値であるため、自己管理行動の変化が起こってもすぐに血糖コントロールに反映されないことを考慮する必要がある。特に、メンタリング関係の継続期間においては、1年以上関係が続いた場合に、自己価値、社会での受容、学習能力、親子関係の質、学校生活において肯定的な効果が見られたこと(DuBois & Kacher, 2005)も考慮すると、6週間程度の介入期間と最低6か月～1年間のメンタリング関係を保つことが、最も高い介入効果が得られるプログラムとなることが予想される。

しかし、地理的条件に加えて、塾などの習い事や部活動への参加など、学校以外での子どもの生活を考慮すると、介入プログラムに毎週参加してもらうことは、子どもたちの負担が大きく困難であることが予想される。したがって、夏休み中に開催される糖尿病サマーキャンプの中で、グループ活動を用いた介入セッションを行い、毎月のフォローアップとして、メンターからの電話や電子メールを用いた継続的な支援を提供し、思春期患児が抱える療養行動の課題について解決していく介入方法が妥当である。

また、介入セッションの実施体制については、いずれの研究においても、3-4人～7-8人程度の少人数グループに1人のインストラクターが配置されており、少人数制のグループセッションで、子ども同士がディスカッションできる体制を整えることが効果的であると考えられる。

最後に、介入効果の根拠を明らかにするためには、統制群を用いた研究デザインを用いることが望ましい。しかし、2001年～2003年度の1型糖尿病の18歳未満の有病者数は毎年3617～3708例(森本, 西村, 田嶋, 2008)と母集団が少ないことや、介入研究期間中にドロップアウトする対象者が現れる可能性があることを考慮すると、介入効果の因果関係検証能力は低い。したがって、統制群を持たない準実験研究デザインを用いて対象者数を確保し、介入効果を測定する方法を計画していく。

III 研究方法

1. 概念枠組み

1) 説明モデル

思春期 1 型糖尿病患児の療養行動における課題について示した本研究の説明モデルを図 a-1 に示す。1 型糖尿病を持つ思春期の患者は、インスリン分泌能の欠如とインスリン拮抗ホルモンである成長ホルモンの分泌により、血糖コントロールが悪化するという問題を有する。また、思春期は親からの自立を図る時期であり、患児は親や医療者からの保護的で指示的な糖尿病管理行動を嫌い、糖尿病の管理のために健康な友人と同じ行動ができないといった体験から、孤独感を抱きやすい。病気を理解してくれる周囲からのサポート不足は、思春期患児の自己肯定感や自己効力感の低下を招き、将来への不安を抱きやすい。また、自己肯定感や自己効力感の低下は未熟な対処行動と相互に影響し、血糖コントロールにも影響を与えると予測される。

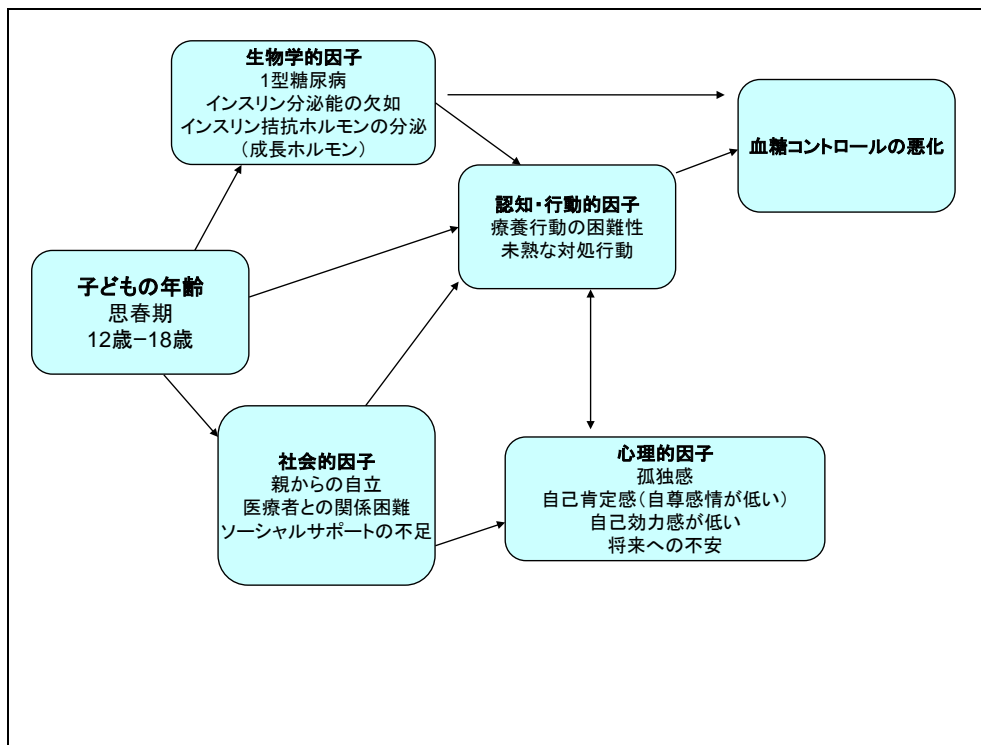


図 a-1. 説明モデル（思春期 1 型糖尿病患児の自己管理行動における課題）

2) 本研究における概念枠組み

本研究における概念枠組みを図 a-2 に示す。研究者から心理的・情動的サポートを得ながら、青年期の 1 型糖尿病患者（メンター）は、メンタリングを用いた看護介入プログラム（対処行動を高める介入セッションと継続メンタリング）の中で、思春期 1 型糖尿病患児（メンティー）に、情動的サポート、肯定的サポート、情緒的サポートを提供する。メンターからのこれらの支援は、思春期患児の

糖尿病に関する対処行動，自己効力感，自己肯定感，メンターとの親密性，血糖コントロールに影響を及ぼす。特に，メンティーの自己効力感や対処行動の変化は，血糖コントロールに関係する。また，メンティーの自己効力感，自己肯定感とメンターとの親密性にも関係する。そして，メンターとの親密性は，メンティー自身の自己肯定感，自己効力感と，メンターが捉えるメンティーとの親密性とも関係する。また，メンタリングを用いた介入プログラムの提供は，青年期1型糖尿病患者のメンティーとの親密性や自己効力感にも影響を与え，メンティーとの親密性とメンター自身の自己効力感と関係するとともに，メンティーのとらえたメンターとの親密性にも関係する。

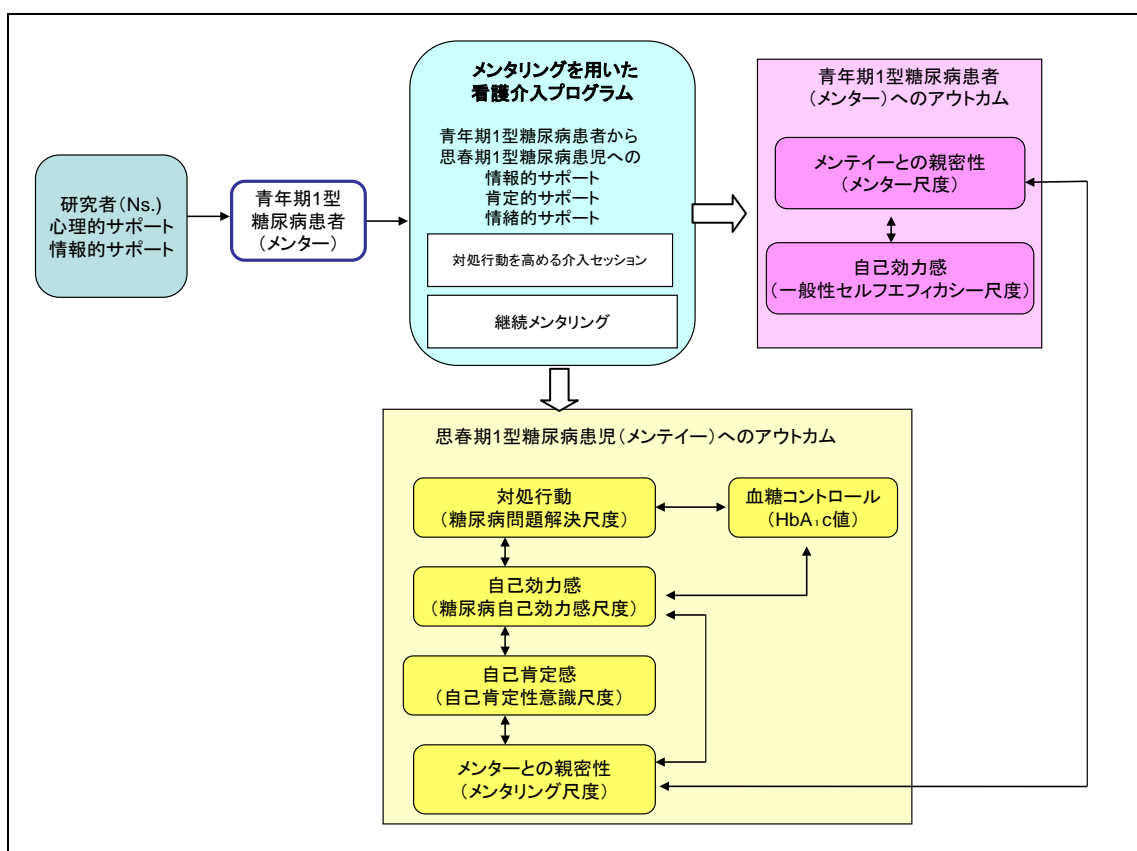


図 a-2. メンタリングを用いた看護介入プログラムの概念枠組み

2. 用語の定義

【メンタリング】

青年期の1型糖尿病患者（メンター）が思春期の糖尿病患者（メンティー）の個性と糖尿病の療養行動に対する能力を発達させることを目的とし，糖尿病対処行動のガイダンス，肯定的・情緒的サポートなどの支援を提供する構造的な信頼関係である。これらの関係は，メンティーの社会・情緒的発達，認知的発達，自我の発達に影響を与え，情緒の安寧や糖尿病の対処行動などに肯定的な結果をもたらす。

【メンター】

小児期に1型糖尿病を発症した青年期の患者で、糖尿病の療養行動に関する知識と技術を有し、技術的・情緒的な支援を用いて思春期患児の成長と発達を促進する者。

【メンティー】

思春期の糖尿病患者で、糖尿病の対処行動に関する知識と技術や心理的サポートをメンターから受け情緒的な絆でメンターとの信頼関係を築いていく者。

【糖尿病自己管理行動】

糖尿病の自己管理行動とは、糖尿病に関するあらゆる活動をとおして、病気の管理、健康、安寧の達成のために行う行動 (Schilling, Grey, & Knaf1, 2002) で、インスリン注射、血糖コントロールの監視、食事と運動療法、低血糖・高血糖への対応、インスリン調節、糖尿病に関連した問題解決方法、効果的なコミュニケーション、心理・社会的適応などの行動を含む。

【対処行動】

日常生活場面で遭遇する、糖尿病の自己管理に必要な特殊な状況や問題に取り組むための効果的な行動を発見し、創造する認知・行動プロセス。

3. 研究デザイン

本研究は、準実験研究のデザインを用いた介入研究であり、介入プログラムの開発を目的とした事前調査と、開発したプログラムを思春期1型糖尿病患者に適用し、その介入効果を検討する本調査から構成される。

【事前調査の概要】

青年期1型糖尿病患者の体験から、思春期の1型糖尿病患者がよりよい自己管理を行うために必要となる対処行動に必要な要因を探索し、思春期患児の対処行動を高める介入セッション用のプログラムとメンター用の支援マニュアルを開発する。

【本調査の概要】

青年期患者をメンターとして、事前調査で開発したプログラムを用いた介入セッションと1年間にわたるメンタリングを実施し、これらのメンタリングを用いた看護介入プログラムの提供が、思春期の1型糖尿病患者の血糖コントロール、療養行動における対処行動、および自己概念に与える効果を評価する。また、メンターとしての経験が青年期の1型糖尿病患者に与える効果を検討するとともに、青年期患者のメンターとしての経験を明らかにする。

4. 調査方法

1) 事前調査の方法

(1) 研究期間：2007年6月～7月

(2) 対処行動の獲得を目的としたプログラムの開発

①糖尿病の対処行動の獲得を目的としたプログラムに関する文献検討

臨床での介入効果が期待できるプログラムを開発するために、まず、海外で実践された思春期1型糖尿病患者を対象に行った糖尿病の対処行動を高めるストレスマネジメントプログラムや、コーピングプログラムの文献検討を行い、介入セッションで用いるプログラムの内容や方法について検討した。

②自己管理行動の課題と問題解決方法の具体的な内容の検討

日本の1型糖尿病患者に合った適切な介入を行うために、青年期に達した1型糖尿病患者を対象に、思春期の療養行動に関する課題や、問題を解決するために行なった実際の方法と、必要と思われる支援プログラムの内容について、面接調査を実施した。面接調査の対象は、研究の同意を得られた19歳～30歳までの青年期の1型糖尿病患者4名で、自己管理に対する豊富な経験を持つ者に行った。そして、面接調査の分析結果を参考に、対処行動の獲得を目指した支援内容を検討した。また、面接調査から得られた患者の体験をもとに、やる気を引き出す思春期患者との接し方を探索し、メンター用の支援マニュアル作成の参考にした。

2) 本調査の方法

(1) 研究期間

2007年8月～2008年8月

(2) 研究の場

本研究で行なう介入プログラムの一部は、X県内で28年間にわたり毎年開催されている4泊5日～5泊6日の日程で行なわれている糖尿病サマーキャンプである。このキャンプは、インスリン注射を行なっている小学生から高校生を対象に実施され、毎年30数名前後のキャンパーが参加している。また、このキャンプでは、レクリエーションやスポーツなどの集団生活や勉強会を通じて、患者が糖尿病と糖尿病の疾患管理方法について正しく理解することや、仲間と協力しながら生活していく中で、同じ悩みを持つ人と出会い、お互いつらいこともあるのに頑張っているということを知り、患者が毎日の生活に自信を持つことを目的として行われている。このキャンプでの教育目標は、小児糖尿病とその治療や合併症に関する知識を増やすこと、インスリン自己注射、血糖自己測定などの治療技術や、運動・食事療法を含めた自己管理能力を高めること、そして、自己管理を継続するための自分の行動目標を示し、子どものやる気を引き出すことを目標と

している（中村・薬師神，2004）。

糖尿病サマーキャンプのプログラムの具体的な内容としては、ハイキング、スポーツ大会、ゲーム大会、キャンプファイヤー、きもだめしや演芸大会などのレクリエーション活動を通して、血糖の変動に合わせたインスリン調整方法や、食事と補食のとり方などの方法を学び、勉強会や調理実習・野外炊飯により糖尿病の自己管理に必要な知識を与える教育的要素を含んでいる（資料1）。

また、この糖尿病サマーキャンプの企画・運営は、「ファミリーの会」が主催者としてキャンププログラムを企画し、日本糖尿病協会などの財団が共催となり実施されている。キャンプスタッフの構成要員は、医療スタッフである大学病院及び県内の関連病院の医師・看護師・栄養士・薬剤師と、ボランティアスタッフである医学生・看護学生、そして、一部のポストキャンパー（OB/OG）と製薬会社や医療機器メーカーからの参加者で構成される。

（3）研究対象

①メンティーの選出

本研究の対象となる中学生・高校生の思春期患児であるメンティーの選出に先立ち、まず、糖尿病サマーキャンプの主催者である「ファミリーの会」の責任者に協力を依頼した（資料2, 3）。主催者からの協力が得られた後に、キャンプ開始2か月前に開催されたファミリーの会で、キャンプ主催者が保護者に研究の趣旨と概要を説明し、研究の承諾を得た。そして、糖尿病サマーキャンプに参加予定の12歳～18歳（中1～高3）のインスリンを使用している糖尿病患者16名（インスリンを使用している2型糖尿病患者1名を含む）に、キャンプの主催者から研究についての詳細な説明を聞く意思があるかどうか、また、研究者が直接患児と連絡をとってよいか確認してもらった。その後、説明を聞く意志が確認できた者16名に、電話や外来受診時に研究者が患児と保護者に口頭で研究の詳細な内容を説明し、同意書を読んでもらった後に研究参加の意思を確認し同意を得た。さらに、キャンプ開始時に患児と保護者に、再度研究の内容を口頭及び十分説明し研究参加の同意を確認した（資料4, 5）。

②メンターの選出

メンターの選出においては、まず、キャンプの主催者である「ファミリーの会」の責任者に対象者の紹介を依頼し、自己管理に対する豊富な経験を持つ者や、糖尿病サマーキャンプにOB/OGとして積極的に参加予定の19歳～30歳までの青年期糖尿病患者10人（インスリンを使用している2型糖尿病患者1名を含む）を対象とした。その後、研究に対する説明を聞く意思があるか、また、研究者が直接連絡をとってよいか責任者から確認してもらった後、研究参加の意思が確認できた9名に、研究者から電話で研究参加の依頼を行った（資料6, 7）。

なお、メンティー及びメンターそれぞれ1名のインスリンを使用している2

型糖尿病患者も糖尿病サマーキャンプに参加しており，倫理的配慮の観点から研究に参加したが，これらの2型糖尿病患者2名は研究対象から除外した。

③メンティーとメンターのマッチング（組み合わせ）

小児期発症の1型糖尿病患者の患者数が限られていることや，青年期に達した1型糖尿病患者でメンターとしての条件を満たす者の数を考慮すると，メンティーとメンター1対1の組み合わせは，困難である。したがって，本研究では，2～3人のメンティーに対してメンター1人の組合せとした。ただし，メンターの負担や能力を考慮し，メンター1人が担当するメンティーの人数は，メンター的意思に応じて相談し決定した。

また，メンティーの思春期という発達段階や特性を考慮し，メンティーとメンターの性別はできるだけ一致させ，相談しやすい関係が築けるよう配慮した。メンティーとメンターの年齢差が広がらないように考慮し，中学生のメンティーには19歳～24歳のメンターを，高校生には25歳～30歳のメンターを組み合わせた。また，糖尿病キャンプ主催者やキャンプに携わっている医療者からの意見も参考にし，子どもの性格なども考慮し有効なメンタリング関係が構築できるような組み合わせを事前に検討した。なお，組み合わせについては，キャンプ開始前にメンターに通知し，不都合がないか確認し承諾を得た。メンティーに対しても，メンターとなる先輩キャンパーを事前に知らせ，不都合がないか確認した。

（4）介入方法

①メンタリングを用いた看護介入プログラムの構成

本研究におけるメンタリングを用いた看護介入プログラムの構成要素は，Sullivan-Bolyaiら（2004）が開発した1型糖尿病の子どもを持つ母親へのメンタリングプログラムの構成要素である「情動的サポート」「肯定的サポート」「情緒的サポート」を参考にし，メンターの支援姿勢の基盤とした。また，これらの支援方法の概要をメンターの支援マニュアルに記載し，メンター全員に配布した（資料8）。

「情動的サポート」

情動的サポートは，糖尿病自己管理行動に必要な情報の提供や行動変容を促すための対処スキルの提示やアドバイスを与える支援である。これは，友達，家族，医療者とのコミュニケーション方法や人間関係の解決方法の提示，誤った糖尿病自己管理行動に対する認知行動の修正，糖尿病の自己管理行動から生じる葛藤の解決方法といった対処行動スキルや知識の提供を行う。

「肯定的サポート」

患児のセルフケア方法に対して肯定的なフィードバックを与える支援であり，

メンティーの糖尿病自己管理行動に対する意欲や行動を，強化・維持する目的で行なう。メンターは主にメンティーの自己管理行動と一緒に評価し肯定的なフィードバックを行う。

「情緒的サポート」

情緒的サポートは，糖尿病自己管理行動や日常生活に関する患児の悩みを聴き，患児の視点について興味を示し共感する支援である。これは，メンティーの糖尿病自己管理に関する感情やストレスを緩和する目的で行ない，メンティーの心配事を聴いたり，患児の視点について興味を示したり共感を与える支援を行う。

②介入の具体的な展開方法

本研究におけるメンタリングを用いた看護介入プログラムは，糖尿病自己管理行動必要な対処行動の習得を目的とした介入セッションと，継続的な1年間にわたるメンタリング（以下「継続メンタリング」と略す）で構成される。

対処行動の習得を目的とした介入セッションの目的は，メンティーが日常生活で遭遇する自己管理行動の問題について振り返る機会を与え，自己管理行動の問題に対する具体的な解決方法を発見し，新しい対処技術を学習することとした。また，継続メンタリングの目的は，メンターからの継続的なメンタリングにより，生活レベルでのメンティーのより具体的な日常生活で生じる自己管理行動の悩みや思いをメンターとともに解決していくことで，思春期患児の社会・情緒的発達，認知的発達，自我の発達に影響を与え，情緒の安寧や糖尿病のよりよい対処行動を獲得することを目的とした。

〔対処行動の習得を目的とした介入セッションの具体的方法〕

まず，糖尿病サマーキャンプの主催者である「ファミリーの会」の責任者に，介入セッションを開催する時間，場所，目的，プログラムの活動内容を示し，キャンプスケジュールに組み込んだ形で，介入セッションを実施した。セッションは，5泊6日のキャンプスケジュールの中で，キャンパーやOB/OGとの交流が進んだキャンププログラムの中盤である4日目に実施した。

介入セッションは，メンティー2～4人とメンター1～2人を小グループとしたグループ学習形式で行い，介入セッションの司会は研究者が担当した。介入セッションの進行は，事前調査で作成した，「こんなときどうする？糖尿病とうまくつきあうために」の冊子を用いて行った（資料9）。

介入セッションの具体的な進行方法は以下のとおりである。

- a) 事前調査で作成した資料から，関心のある事例をグループで自由に選択し，その事例の主人公の問題や気持ちを個人で考え，付箋に3つずつ記載する。その後，個人が取り上げた事例の問題や気持ちについて，全員が発表した後，全員で共有する。

- b) 糖尿病自己管理行動の問題を解決するために、実生活で実際にできる解決方法を再度個人でできるだけたくさん考え付箋に記載していく。その後、同様に発表を行いながら、メンターは、実際に役立つ方法やアイデアについてメンティーと一緒に考える。
- c) 問題を解決する方法を行った場合に起こりうるよい結果と悪い結果について、グループメンバー全員で話し合い、問題を解決するのに一番よい方法を選択する。その後、よりよい自己管理を行うための行動目標を設定する。メンターは、様々な状況に適した自己管理行動の方法は多様であり、事例の主人公の考えや生じた感情が普通であることを支持する態度で話し合いに参加する。

[継続メンタリングの具体的方法]

介入セッション終了後より行った 1 年間の継続的なメンタリングの具体的方法は、以下のとおりである。

- a) メンティーとの交流は、サマーキャンプ終了後から開始し、交流の頻度は月 1 回を目安に定期的にメンターから行き、メンティーから相談を受けた場合には、できるだけ速やかに返事を行う。
- b) メンターとの電話、電子メール、手紙などを用いた交流は、メンティーの普段の生活から生じる悩みを中心とした会話から行き、メンティーの生活から生じる自己管理行動の課題に対しては、実際の生活場面でなぜうまくいったのか、あるいは、うまくいかなかったのかを一緒に考え、より実践可能な解決方法を見出したり、アドバイスを与える。
- c) メンターの支援姿勢としては、会話の中でメンティーの成功体験を褒め、努力を認める肯定的評価を大切にし、新たな行動にメンティーが挑戦していけるよう導く。

(5) メンターへのガイドラインの提示とサポート体制

メンターへの介入プログラムの説明は、糖尿病サマーキャンプ開始 1 週間前に実施した。同質の介入が行えるようメンティーへの支援方法に関するガイドラインを示した支援マニュアルを手渡し、介入期間中のメンターとしての役割、プログラムの内容、メンティーへの支援方法とその期間について、オリエンテーションを兼ねてメンターへの教育セッションを行った。

(6) 研究者からメンターへの看護援助の方針

メンターの行うメンティーへの継続メンタリングを研究者が支援するために、メンターに対して以下の具体的な看護援助の方針を設定した。

①メンターへの支援回数

- ・介入セッション後 6 か月までは 1~2 か月に 1 回程度を目安に、電子メールや電話を用いて、研究者からメンターのかかわりの状況を確認する。

- ・介入セッション後 6 か月以降は、メンターの自主性や背景を考慮し、主にメンターから連絡があった場合に対応する。

②メンティーとの関係調整

- ・介入期間中、メンターが困ったときには、電子メールや電話でいつでも研究者と相談できることを伝え、相談があった場合には速やかに返信する。
- ・メンティーとの連絡方法や連絡手段で問題が生じた場合、連絡手段の変更や研究者がメンティーに連絡先を確認し、連絡が行えるよう調整する。
- ・介入期間中にメンティーとメンターの関係性について問題がある場合は、研究者が調整し、マッチングの変更も可能とする。
- ・介入セッション後 6 か月の時点で、青年期患者と思春期患児のマッチングを評価し、その後のメンタリングの継続が可能であるか確認する。

③メンターへの心理的・情動的サポート

- ・介入セッション後 1 か月と 6 か月に行うインタビューにおいて、メンティーとのかかわりの状況や支援に関する課題をメンターと一緒に振り返る。
- ・介入終了時点には、担当メンターにあてたメンティーからのお礼のメッセージをメンターに伝え、メンタリング関係を終了する。
- ・メンターの支援者としての在り方をサポートするために、「メンターの体調を気遣う」、「メンターの話に傾聴する」、「メンターの支援姿勢を賞賛する」といった心理的サポートと、「メンター自身の糖尿病に関する療養行動の支援を行う」、「メンティーへの具体的なアドバイスの方法を伝える」といった情動的サポートを基盤とした看護援助を提供する。

(7) 介入効果を測定する尺度

本研究で使用する「糖尿病に関する自己効力感尺度-思春期用」(Grossman, Brink, & Hauser;1987, 2007), 「糖尿病に関する問題解決尺度 - 思春期用」(Cookら;2001), 「メンタリング尺度」(Rhodesら;2005), 「メンター尺度」(Rhodes;2007)は海外で開発され、信頼性・妥当性はともに確保されている。また、開発者全員から尺度の翻訳および使用許可を電子メールで得た後、日本の文化的背景や治療環境などを考慮して、日本の思春期患児に適用可能か評価した。そして、それぞれの尺度の翻訳およびネイティブスピーカーによるバックトランスレーションを行った後に、糖尿病専門の医師・看護師を加えて質問項目の妥当性を検討し、調査票の回答に伴うメンティーの負担や、日本の文化的な背景に合致しない不必要な項目を削除し、質問項目内容と項目数を厳選した。同時に、1型糖尿病患者5~6人に調査し、それぞれの尺度項目の表現内容が理解可能か確認した。

次に、介入効果の評価に用いた各尺度の概要と、本研究の対象者の回答結果から得られた尺度の信頼性について説明を加える。

<メンティーへの介入効果を測定する尺度>

①基本属性およびプログラム評価（資料 10・11）

思春期 1 型糖尿病患児の基本属性として、研究開始直前に、年齢、性別、発症年齢、家族の人数、インスリン注射の種類、注射回数、HbA_{1c} 値について自記式調査票を用いて調査した。また、介入セッション後 1 か月、6 か月、12 か月後には、HbA_{1c} 値、インスリン注射の変更の有無、メンターとの連絡頻度について調査した。

プログラムの評価として、「介入セッションに参加しての学びと感想」について介入セッション終了直後に評価用紙を用いて調査した。また、継続メンタリングの評価を行うために、介入セッション後 1 か月、6 か月、12 か月に「先輩とのかかわりから印象に残ったこと」「プログラムに参加して良かったことや良くなかったこと」「先輩とのかかわりをきっかけに学校・家での生活、糖尿病の自己管理で新たに挑戦したこと」について、自由記述による調査を行った。

②糖尿病問題解決尺度-思春期用（Diabetes Problem-Solving Measure for Adolescents :DPSMA）（資料 12）

糖尿病問題解決尺度 - 思春期用は、Cook ら（2001）が思春期患児を対象に開発し、糖尿病に関連した自己管理の問題を、日常生活場面でどのように解決するのかを評価する尺度である。尺度は 17 項目の質問からなり、質問項目の内容は「インスリン調節」、「食事管理」、「血糖自己測定」、「血糖値の異常値に対する認識と対応」、「心理・社会的問題」の 5 つから構成される。正解 2 点、部分正解 1 点、不正解 0 点として採点し、得点範囲は 0-34 点である。尺度全体の信頼性係数（ α ）は 0.71 であり、表面妥当性、内容妥当性、構成概念妥当性ともに確保されている。

本研究では、糖尿病問題解決尺度を、日本の患児に不適な内容を削除し、14 項目（得点範囲は 0-28 点）で構成した尺度に改変した。なお、本研究における尺度全体の信頼性係数である Cronbach の α は、0.82~0.90 であった（表 a-1）。

表 a-1. 糖尿病問題解決尺度の信頼性

介入時期	問題解決尺度全体（0 点-28 点）	
	Cronbach の α	項目数
介入セッション後 1 か月	0.84	14
介入セッション後 6 か月	0.82	14
介入セッション後 12 か月	0.90	14

③糖尿病自己効力感尺度-思春期用 (Self-efficacy for Diabetes Scale : SED)
(資料 13)

Grossman, Brink, & Hauser (1987, 2007) が開発した尺度で、思春期の子どもがとらえる糖尿病と糖尿病に関連した自己効力感を測定する尺度である。下位尺度は、糖尿病に関する自己効力感 (SED-D) 24 項目, 医療に関する自己効力感 (SED-M) 5 項目, 一般性自己効力感 (SED-G) 6 項目の 3 つで、35 項目から構成される。それぞれの項目について、現在どのくらい自分ができると信じているかを、「とてもよくあてはまる」「かなりあてはまる」「どちらかといえばあてはまる」「どちらかといえばあてはまらない」「かなりあてはまらない」「まったくあてはまらない」の 6 段階で回答する。得点はそれぞれ順に 6 点, 5 点, 4 点, 3 点, 2 点, 1 点の配点とし、各項目の回答得点を単純加算し、尺度得点とする。得点範囲は 35-210 点である。信頼性係数 (Kuder-Richardson reliability coefficient α) は、尺度全体 0.90, 糖尿病に関する自己効力感 0.92, 医療に関する自己効力感 0.70, 一般性自己効力感 0.60 である。

本研究における介入セッション前後の測定における尺度全体の信頼性係数 (Cronbach の α) は、0.93~0.96, 糖尿病に関する自己効力感 0.85~0.93, 医療に関する自己効力感 0.71~0.88, 一般性自己効力感 0.64~0.84 であった (表 a-2, 表 a-3)

表 a-2. 糖尿病自己効力感尺度全体の信頼性

介入時期	尺度全体 (35-210 点)	
	Cronbach の α	項目数
介入セッション前	0.93	35
介入セッション後 1 か月	0.94	35
介入セッション後 6 か月	0.96	35
介入セッション後 12 か月	0.96	35

表 a-3. 糖尿病自己効力感尺度 (下位尺度の信頼性)

介入時期	糖尿病に関する項目 (24-144 点)		医療に関する項目 (5-30 点)		一般性自己効力感 (6-36 点)	
	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数
介入セッション前	0.88	24	0.71	5	0.64	6
介入セッション後 1 か月	0.85	24	0.88	5	0.64	6
介入セッション後 6 か月	0.90	24	0.86	5	0.77	6
介入セッション後 12 か月	0.93	24	0.85	5	0.84	6

④自己肯定意識尺度（資料 14）

自己肯定意識尺度は、平石(1990)が開発した尺度で、青年期における自己意識の発達を、対自己領域と対他者領域という2つの両極性を軸とした「自己への態度の望ましさ」である自己肯定意識を測定する尺度で、中学生～大学生を対象としている。下位尺度の対自己領域の下位成分は、「自己受容」「自己実現的態度」「充実感」からなり、対他者領域の下位成分は「自己閉鎖性・人間不信」、「自己表明・対人的積極性」、「被評価意識・対人緊張」から構成されている。尺度は41項目からなり、それぞれの項目について、「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」「どちらともいえない」「どちらかといえばあてはまらない」「あてはまらない」の5段階評定で回答する。得点はそれぞれ順に5点、4点、3点、2点、1点と配点し、尺度毎に項目の回答得点を単純加算し尺度得点とする。各下位尺度の信頼性係数（Cronbach α 係数）は、対自己領域「自己受容 0.69」「自己実現的態度 0.85」「充実感 0.87」、対他者領域「自己閉鎖性・人間不信 0.86」「自己表明・対人的積極性 0.80」「被評価意識・対人緊張 0.85」である。

本研究における下位尺度の信頼性係数は、「自己受容 0.36～0.86」「自己実現的態度 0.76～0.92」「充実感 0.85～0.94」、「自己閉鎖性・人間不信 0.92～0.93」「自己表明・対人的積極性 0.91～0.92」「被評価意識・対人緊張 0.71～0.95」であった（表 a-4, 表 a-5, 表 a-6）。

表 a-4. 自己肯定意識尺度（尺度全体）の信頼性

介入時期	尺度全体（41-205点）	
	Cronbach の α	項目数
介入セッション前	0.95	41
介入セッション後 1 か月	0.90	41
介入セッション後 6 か月	0.78	41
介入セッション後 12 か月	0.71	41

表 a-5. 自己肯定意識尺度（対自己領域）の信頼性

介入時期	自己受容 (4-20点)		自己実現的態度 (7-35点)		充実感 (8-40点)	
	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数
介入セッション前	0.36	4	0.76	7	0.89	8
介入セッション後 1 か月	0.82	4	0.91	7	0.85	8
介入セッション後 6 か月	0.80	4	0.50	7	0.94	8
介入セッション後 12 か月	0.86	4	0.93	7	0.93	8

表 a-6. 自己肯定意識尺度（対他者領域）の信頼性

介入時期	自己閉鎖性/人間不信 (8-40点)		自己表明/対人的積極性 (7-35点)		被評価意識/対人緊張 (7-35点)	
	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数
介入セッション前	0.93	8	0.91	7	0.91	7
介入セッション後 1 か月	0.93	8	0.91	7	0.90	7
介入セッション後 6 か月	0.92	8	0.92	7	0.75	7
介入セッション後 12 か月	0.93	8	0.92	7	0.89	7

⑤メンタリング尺度 (Mentoring Scale) (資料 15)

メンティーの視点からメンターとの親密性の強さを測定する尺度として、Rhodes ら (2005) が開発したメンタリング尺度 (Mentoring Scale) を翻訳し使用した。メンタリング尺度はメンターとの経験と関係性について肯定的な視点と否定的な視点の両方を併せ持ち、15 項目から構成され、下位尺度に満足度 (3 項目: 先輩は時々約束をやぶることがある, 先輩は私の好まない方法で接する, 先輩が別の人だったらいいのにとと思う), 対処支援 (3 項目: 落ち着くまで話を聞いてくれる, 問題を解決するたくさんのアイデアを持っている, 迷いを取りはらうよう助けてくれる), 幸福度 (5 項目: アドバイスをばからしく感じる, 無視されていると感じる, 一緒にいると退屈だ, 一緒にいると腹立たしい, 先輩と一緒にいるとがっかりさせられる), 壊れない信頼 (4 項目: 親に告げ口をするので信用できない, 自分のことをもっと知ってほしいと思う, もっと一緒に時間をすごしたい, もっと自分の考えをたずねてほしい) がある。尺度の回答は、「非常によくあてはまる」「かなりあてはまる」「かなりあてはまらない」「全くあてはまらない」の 4 段階で回答する。得点は、逆転項目の得点を修正した後、それぞれ順に 1 点, 2 点, 3 点, 4 点の配点とし、各項目の回答得点を単純加算し尺度得点とする。得点範囲は、15 点~60 点である。オリジナル尺度の下位尺度信頼性係数は、満足度 (0.74), 対処支援 (0.81), 幸福度 (0.85) 壊れない信頼 (0.81) であり、妥当性も確認されている。

本研究における尺度の信頼性係数 (Cronbach α 係数) は、「満足度」0.84~0.85, 「対処支援」0.82~0.85, 「幸福度」0.83~0.85, 「壊れない信頼」0.82~0.85, 尺度全体 0.80~0.82 であった (表 a-7, 表 a-8)。

表 a-7. メンタリング尺度全体の信頼性

介入時期	尺度全体 (15-60点)	
	Cronbach の α	項目数
介入セッション後 1 か月	0.82	15
介入セッション後 6 か月	0.81	15
介入セッション後 12 か月	0.80	15

表 a-8. メンタリング尺度（下位尺度）の信頼性

介入時期	満足度 (3-12点)		対処支援 (3-12点)		幸福度 (5-20点)		信頼感 (4-16点)	
	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数
	介入セッション後 1 か月	0.85	3	0.85	3	0.85	5	0.85
介入セッション後 6 か月	0.84	3	0.84	3	0.83	5	0.84	4
介入セッション後 12 か月	0.84	3	0.82	3	0.83	5	0.83	4

<メンターへの効果を測定する尺度>

①基本属性およびプログラム評価（資料 16・17）

青年期患者の基本属性については、年齢、性別、発症年齢、家族の人数、糖尿病サマーキャンプの参加回数について、自記式調査票を用いて調査した。

介入プログラムの評価については、介入セッション終了直後に「介入セッションに参加しての学びと感想」を、評価用紙に記入してもらい評価した。また、継続メンタリングについては、介入セッション後 1 か月及び 6 か月のインタビューで、「メンティーとの交流の満足度」「コミュニケーションに問題がないかどうか」「支援を行うための問題」について質問し評価した。また、介入セッション後 12 か月に「後輩との 1 年間のかかわりをとおして、うれしかったことや楽しかったこと、困ったことや難しかったこと」「後輩から学んだことや成長したこと」「介入プログラムに参加しての意見や感想」について、調査用紙を用いて評価した。

②一般性セルフ・エフィカシー尺度（General Self-Efficacy Scale : GSES）

（資料 18）

GSES は板野ら（1986, 2006）が開発した尺度で、18 歳以上から高齢者まで幅広く利用可能な、自己効力感の程度を測定することが可能である。尺度は 16 の質問項目から構成されており、回答は、「はい」または「いいえ」の 2 件法で得点範囲は 0～16 点である。下位尺度は、失敗に対する不安（6 項目）、行動の積極性（6 項目）、能力の社会的位置づけ（4 項目）からなる。標準化得点（21 点～80 点）への換算と、自己効力感の程度を示すことが可能であり、標準化得点が高いほど自己効力感が高い。なお、尺度の信頼性は、再検査法 0.83、折半法 0.84～0.86、内部一致性 0.74～0.81 と確保されている。また、因子的妥当性、併存的妥当性、臨床的妥当性も確保されている（板野ら, 2006）。本研究における尺度全体の Cronbach の α 係数は、0.72～0.78 と一定した信頼性を得られた（表 a-9）。

表 a-9. 一般性自己効力感尺度の信頼性

介入時期	尺度全体 (0点-16点)	
	Cronbach の α	項目数
介入セッション前	0.72	16
介入セッション後 6 か月	0.75	16
介入セッション後 12 か月	0.78	16

③メンター尺度 (Mentor Survey) (Rhodes, 2007) (資料 19)

メンターからとらえたメンティーとの関係性をはかる尺度として, Rhodes (2007) が開発中であったメンター尺度 (Mentor Survey) を, 許可を得て翻訳・改変した。メンター尺度は, 親密性, 負担感, 満足感, プログラムサポートの 4 下位尺度 20 項目で構成され, 尺度の回答は, 「非常によくあてはまる」「かなりあてはまる」「かなりあてはまらない」「全くあてはまらない」の 4 段階で行う。得点はそれぞれ順に 1 点, 2 点, 3 点, 4 点の配点とし, 各項目の回答得点を単純加算し尺度得点とする。

本研究においては, 項目数を電話や E-mail で行うメンタリングの内容に合わせて 17 項目に修正し, 「距離感」を「負担感」として命名し直し使用した。尺度の信頼性係数 (Cronbach の α) は, 親密性 0.61~0.90, 負担感 0.58~0.83, 満足感 0.58~0.84, プログラムサポート 0.39~0.81, 尺度全体では, 0.85~0.94 であった (表 a-10, 表 a-11)。

表 a-10. メンター尺度の信頼性

介入時期	尺度全体 (17点-85点)	
	Cronbach の α	項目数
介入セッション後 1 か月	0.85	17
介入セッション後 6 か月	0.87	17
介入セッション後 12 か月	0.94	17

表 a-11. メンター尺度の信頼性

介入時期	親密性 (4点-20点)		負担感 (5点-25点)		満足感 (4点-20点)		プログラムサポート (5点-20点)	
	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数	Cronbach の α	項目数
介入セッション後 1 か月	0.61	4	0.65	5	0.58	4	0.39	4
介入セッション後 6 か月	0.82	4	0.58	5	0.56	4	0.76	4
介入セッション後 12 か月	0.90	4	0.83	5	0.84	4	0.81	4

(8) 介入効果の測定方法

①介入プログラムのメンティーへの効果

介入プログラムのメンティーへの効果を測定する指標には、血糖コントロールの指標である「HbA_{1c} 値」、「糖尿病に関する問題解決尺度」、「糖尿病に関する自己効力感尺度」、「自己肯定意識尺度」を用い、介入セッション前、介入セッション後 1 か月、6 か月、12 か月に評価した。ただし、「糖尿病に関する問題解決尺度」については、介入セッション前（介入セッション開始時）と介入セッション後 6 か月、12 か月にのみ測定した。また、メンタリング関係については、介入セッション後 1 か月、6 か月、12 か月に「メンタリング尺度」を用いて測定した。

（表 a-12, 図 a-3.）。介入セッション前の評価尺度の回答は、研究参加に同意の得られた対象者に対して、キャンプ開始前の外来受診時に依頼し回収した。なお、外来受診時に時間的余裕がない場合、自宅で回答し郵送で返信してもらった。また、介入セッション後の調査は、郵送で自宅に調査票を送付し回収した。

②介入プログラムのメンターへの効果

介入プログラムのメンターへの効果を測定する指標として、「一般性セルフ・エフィカシー尺度」を用い、介入セッション前、介入セッション後 6 か月、12 か月に評価した。また、メンタリング関係については、メンターからとらえたメンティーとの関係性を示す「メンター尺度」を用いて測定し、介入セッション後 1 か月、6 か月、12 か月に評価した。また、メンターとしての経験が青年期患者に与える影響とメンタリング関係について、介入セッション後 1 か月と 6 か月にインタビュー調査を行い、また、12 か月後には質問紙を用いて質的な評価も行った（表 a-13, 図 a-3.）。なお、メンターの介入セッション前の評価尺度の回答依頼は、介入プログラムのオリエンテーションを行う際に実施し、介入後の回答は郵送で依頼し回収した。

表 a-12. 介入効果の測定時期（メンティー）

思春期 1 型糖尿病患者（メンティー）				
測定時期	介入セッション前	介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月
評価方法				
基本属性	●			
糖尿病自己効力感尺度	●	●	●	●
問題解決尺度	●		●	●
自己肯定意識尺度	●	●	●	●
メンタリング尺度		●	●	●
HbA _{1c}	●	●	●	●
プログラム評価		●	●	●

表 a-13. 介入効果の測定時期 (メンター)

青年期 1 型糖尿病患児 (メンター)				
測定時期	介入セッション前	介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月
評価方法				
基本属性	●			
自己効力感尺度	●		●	●
メンター尺度		●	●	●
メンタリング関係		●	●	●
プログラム評価		●	●	●

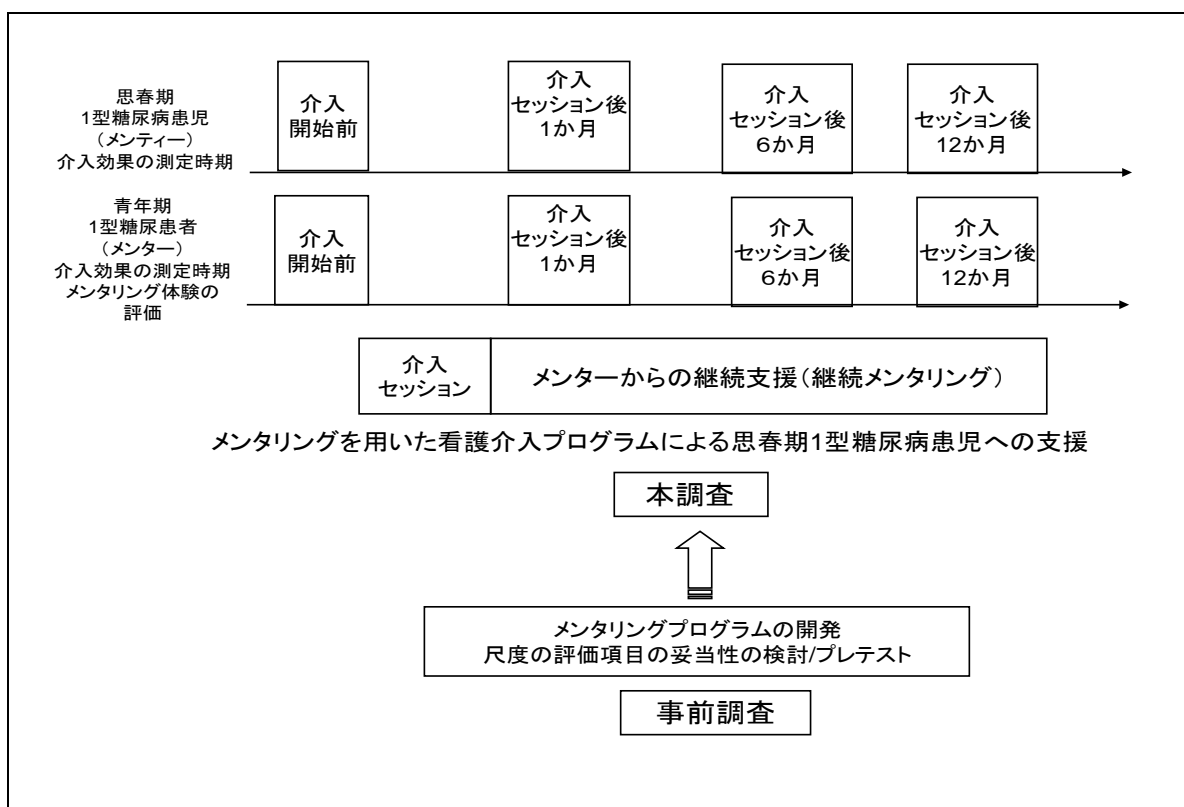


図 a-3. 研究方法の概要

5. 分析方法

1) 介入セッションの効果についての分析

① 介入セッションの効果に対する分析方法

対象者の基本属性である、年齢、性別、罹病期間については記述統計を用いた。メンタリングプログラムを用いた介入セッションから得られる思春期 1 型糖尿病患児への短期的効果を測定するために、「HbA_{1c} 値」、「糖尿病自己効力感尺度」、「自己肯定意識尺度」、について、介入セッション前後のそれぞれの得点の比較に Wilcoxon 符号付順位和検定、または、正規性がある場合には、対応のある t 検定を用いて分析した。また、糖尿病自己効力感尺度の各下位項目についても、介入セッション前後で尺度得点の比較を行った。さらに、介入セッション直後に、

メンター及びメンティーの両者に「介入セッションから得た学びと経験」について記述してもらい、内容分析を行った。

②継続メンタリングの効果に対する分析方法

対象者の基本属性である、年齢、性別、罹病期間については記述統計を用いた。メンタリングプログラムの思春期 1 型糖尿病患者児への継続メンタリングの効果を評価するために、思春期患児の「HbA_{1c} 値」、「糖尿病自己効力感尺度」、「自己肯定意識尺度」、「糖尿病問題解決行動尺度」、「メンタリング尺度」について、1 年間の介入期間中における介入セッション前後のそれぞれの得点比較に Friedman 検定、または、正規性のある場合、繰り返しのある一元配置の分散分析を用いて評価した。

また、概念枠組みに沿って思春期患児の「血糖コントロール」、「対処行動」、「自己効力感」、「自己肯定感」、「メンターとの親密性」の各変数間の関係を明らかにするために、「HbA_{1c} 値」、「メンタリング尺度」、「自己肯定意識尺度」、「糖尿病自己効力感尺度」、「糖尿病問題解決尺度」得点をスピアマンの順位相関係数を用いて分析した。

メンターとしての経験が青年期 1 型糖尿病患者に与えた効果を評価するために、「一般性セルフ・エフィカシー尺度」を用い、介入セッション前、介入セッション後 6 か月、介入セッション後 12 か月に測定し、1 年間の介入期間中の得点の比較を、Friedman 検定を用いて分析した。なお、すべての有意水準は 5% 未満とした。

2) メンタリングの実際とメンターとしての経験についての分析

継続支援を行う中でのメンタリングの実際と青年期 1 型糖尿病患者のメンターとしての経験について、介入セッション後 1 か月および 6 か月にインタビューを実施し、質的記述的分析（グレッグ，2007）を行なった。インタビューは半構造化面接とし、Rhodes（2007）が開発したメンター尺度（Mentor Survey）と、Weinbergner（2005）のメンターへのスーパービジョンと評価に用いる質問項目を参考にして、メンティーとの関係性を質的に評価した。

メンタリングの実際を明らかにするために、継続支援を行なうなかでのメンティーとの具体的ななかかわり方や内容については、①「どのくらいの頻度でメンティーと連絡をとっているか」、②「メンティーと行っている交流に満足しているか」、③「メンティーとのコミュニケーションはうまくいっており関係性に問題はないか」、④「メンティーを支援する上で困っていることはないか」、⑤「メンティーが問題を抱え困ったときに、アドバイスすることができているか」の質問を用い、インタビューを実施した。

また、メンターの支援者としての経験を明らかにするために、「メンターとしての経験が自分にどのような影響を与えたか」について質問を行った。インタビ

ューは、許可が得られた場合には録音し、逐語録を作成し、インタビューの録音許可が得られなかった場合は、インタビュー内容をメモに残し、逐語録を作成した。

データの分析方法としては、①逐語録を繰り返し読み全体を把握する、②データの縮小を行なうために、記述された各ケースのデータについてコード化を行った後に、全てのケースのコードを相違点、共通点について比較・分類し、カテゴリー化を行なう、③カテゴリー間の関連性をコーディング・ファミリー（原因、文脈、関連条件、帰結、共変化、条件）を用いて検討し、データの図式化と構造モデルを作成し、青年期の1型糖尿病患者のメンタリングの実際とメンターとしての経験を明らかにした。

分析結果の厳密性を検討するために、分析の過程で研究指導者および小児糖尿病を専門とする研究者からスーパービジョンを受けた。また、データの解釈の確実性を検討するために、分析結果を青年期患者3名に提示しメンバーチェックングを行い、分析結果が真実であることの信憑性を確認した。

3) 看護介入プログラムの評価

介入プログラムの評価には、安田と渡辺（2008）が唱えるプログラム評価研究におけるプロセス評価方法を参考にし、「プログラム理論と実施の整合性の査定」、「サービス提供・利用の的確性の査定」、「アウトカムモニタリング（プログラムによる介入前後の参加者に生じた変化）」の3つの視点から評価した。

まず、「プログラム理論と実施の整合性の査定」として、研究者が行った青年期患者への看護援助内容について、メンターへの電話や電子メールでの1年間の支援回数、メンティーとメンターの関係調整状況、心理的サポートと情動的サポートを基盤とした看護援助の内容を評価した。メンターとメンティーとの関係調整と看護援助内容については、メンターへ送信した電子メールの送信記録とメンターへ行った2回のインタビュー内容から、研究者の支援に該当する部分を抽出し、実際の援助方法について内容分析を行った。また、ドロップアウトの人数と背景について評価した。

次に、「サービス提供・利用の的確性の査定」及び「アウトカムモニタリング」を行うために、メンティー及びメンターから得た介入セッション及び継続メンタリングに関するプログラム評価の記述から、「サービス提供・利用の的確性の査定」及び「アウトカムモニタリング」に関する部分を抽出し、内容分析を行った。

6. 倫理的配慮

本研究における対象者は1型糖尿病を持つ思春期患児と青年期の1型糖尿病患者であり、子どもの年齢やメンティーとメンターの関係性などを考慮し、以下の倫理的配慮を行った。なお、本研究の実施に必要な倫理的配慮については、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て、本研究を実施した（資料20）。

1) 自己決定の権利の保証

① キャンプ主催側への研究協力依頼

まず、糖尿病サマーキャンプの主催者である「ファミリーの会」の責任者に研究の趣旨と概要を説明し、糖尿病サマーキャンプ中に、介入セッションを開催する時間と場所の提供を依頼した。また、キャンプの目的・プログラムの活動内容と研究目的が一致するかどうかを十分検討してもらい、キャンプスケジュールの空いた時間に、介入セッションの時間を設定してもらおうよう依頼した。

主催者からの承諾が得られた後に、キャンプ開始2か月前に開催されるファミリーの会で、キャンプ主催者から保護者全体に研究の趣旨と概要を説明してもらうよう依頼し、キャンプ中に本研究を行う承諾を得た。

② 思春期患児に対する研究協力依頼

糖尿病サマーキャンプに参加予定の12歳～18歳の1型糖尿病患者に、キャンプの主催者から研究についての詳細な説明を聞く意思があるかどうか、また、研究者が直接連絡をとってよいかの確認を依頼した。その後、説明を聞く意志を確認できた者に、研究者から電話で研究の概要を説明し、主に外来受診時に研究者がまず患児に口頭と文書で研究目的、介入内容、手順と研究参加により期待される利益・不利益について説明を行った。また、研究途中であっても研究参加の取り止めはいつでも可能であり、参加を取り止めても一切不利益を被らないことを説明した。患児ひとりで研究参加について判断出来ない場合、保護者と相談した上で研究への参加を決定してよいことを伝えた。患児の同意が得られた場合は、保護者にも同様の説明を行い、承諾が得られれば患児と保護者に同意書への署名を依頼した。なお、外来受診がすでに終了している患児については、電話で説明を行い、承諾を得た後に同意書を郵送で返送してもらった。そして、キャンプ中の介入セッション開始直前に、対象者全員に対して研究への参加の意思を再確認した。

③ 青年期の患者に対する研究協力依頼

青年期の患者である対象者についても、まず、キャンプの主催者である「ファミリーの会」の責任者から対象者を紹介して頂き、研究に対する説明を聞く意思があるか、また、研究者が直接連絡をとってよいか責任者から確認してもらった。その後、研究参加の意思が確認できた者に、研究者から電話で研究参加の依頼を行い、研究の内諾を得られた者を対象とした。できるだけ外来受診時あるいは対象者の都合に合わせて個別に時間を設けて、研究参加は任意であること、研究目的、内容、手順、研究参加により期待される利益と不利益、プライバシーと匿名性の確保、研究途中での辞退が可能であることについて、口頭及び文書を用いて説明し、研究参加への意思を確認した上で同意書への署名を依頼した。なお、事前調査で行う面接調査と介入プログラムの説明を行なう前に、再度、研究の内容

を口頭及び文書で十分説明し、研究への参加の意思を再確認した。

2) 糖尿病キャンプ主催者側への研究協力の依頼

糖尿病サマーキャンプの主催者である「ファミリーの会」の責任者に対して、研究目的、介入内容、手順、研究参加により期待される利益と不利益、参加者のプライバシーと匿名性の確保について口頭及び文書を用い説明した。また、キャンプ開始前に開催されるファミリーの会の総会において、キャンプ主催者から保護者に研究の趣旨と概要の説明を依頼し、キャンプ中に研究を行う承諾を得た。また、キャンプ中に介入プログラムを展開するため、プログラムの内容が糖尿病キャンプの教育的趣旨に添っているか、また、キャンプの運営に支障がないかキャンプの主催者に検討してもらい、研究協力の承諾を得てから研究を開始した。

3) プライバシー、匿名性、機密性の保持

調査票を用いたデータ収集においては、プライバシーや匿名性が確保されるよう対象者を ID 番号で管理し、得られた個人情報の保護に努めた。同様に、インタビューデータの収集においても、対象者は ID 番号で管理し、データの中に個人が特定される固有名詞はテープ起こしの際に記号化した。また、調査票の回答を外来受診の際に依頼する場合や、インタビューを行う際には個室で行い、対象者のプライバシーを確保した。調査票、録音テープ、逐語録、メモなどの収集したデータや関連資料は、鍵のかかる場所に保管し、全研究過程終了時にシュレッダーなどで復元不可能な状態にして破棄した。また、メンティーとメンターが交流する上で必要となる各自の電話番号、電子メールアドレス、住所については、研究以外の目的で使用しないこと、交流する上で知り得た個人情報については口外しないこと、そして、送受信された電子メールは他人に転送しないようにし、個人情報の保護に努めるよう説明し協力を得た。

研究結果については、学位論文として大学に提出すること、学会や学術雑誌において発表するが、研究結果を公表する場合は、個人が特定されないように万全をつくすことを説明した。

4) 情報公開の権利の保証

研究の過程で対象者が研究結果を知りたい場合には、いつでも回答することが可能であること、また、研究結果については、希望があれば研究終了後に対象者に送付することを説明した。

5) 不利益を受けない権利の保証

メンティーとメンターの関係性への配慮については、本研究は、思春期 1 型糖尿病患者児であるメンティーと青年期の 1 型糖尿病患者のメンタリング関係の構築が基盤となる研究であるため、メンタリングの組み合わせについては、キャン

プ開始前にメンター及びメンティーに通知し、不都合がないか確認し承諾を得る。しかし、万が一、不都合があり組み合わせを再検討した場合、両者の関係が悪くならないような配慮を行なった。また、キャンプ主催者からも関係性が悪くならないような配慮に対する協力を得た。

また、メンタリング関係がうまくいっている場合でも、関係性において葛藤や苛立ち、我慢できないことや、怒りや後悔などの感情が生じるときもあると考えられる。したがって、研究参加中にメンティーとメンターとの関係が構築され、良好な信頼関係を維持・促進できるよう、研究者が毎月メンティーおよびメンターに電話や電子メールでの継続的なフォローアップを行い、問題が生じていないか確認した。また、困ったときにはメンティーおよびメンターから研究者へ相談を行うことはいつでも可能であることを説明し、電話番号と電子メールアドレスを提供し連絡の取れる体制で臨んだ。

特に、患児 2～3 人を担当する予定のメンター側の負担が考えられたため、メンター1人が担当するメンティーの人数は、メンターの意思や能力に応じて相談し決定した。また、できるだけメンターの負担を早期に把握し、軽減できるよう十分配慮し、万が一、メンターがメンティーからの質問や相談に対応できない場合、研究者から直接メンティーへの相談や支援を行った。

また、メンターが複数のメンティーを担当するため、キャンプ中にメンティー同士がメンターの関心を引き、独占しようとする行動が生じる可能性があるため、メンターには自分の担当するそれぞれのメンティーに平等に接するよう心がけてもらった。

メンティーあるいはメンターのいずれかが、キャンプ期間中や終了後にメンタリング関係を保つことが困難となった場合、研究者と話し合いを行い、本人の意向や保護者の意見を聞いてメンターを変更するか、必要であれば研究参加の継続を直ちに中止するよう配慮した。研究参加を中止する際には、メンター又はメンティーに十分な説明を行い、両者に心理的負担が生じないよう十分配慮した。

6) 研究参加に必要な費用負担に関する配慮

本研究では、メンター及びメンティーの交流を電話、電子メールや手紙を用いて行なうため、対象者に通信費の費用負担が生じる。したがって、通信費の負担を軽減するために、切手は研究者が準備し研究対象者に提供した。また、メンティーに対する費用負担の軽減としては、謝礼として図書カードを提供した。また、必要な場合、交信用の携帯電話の貸し出しが可能であることを伝え必要の有無を確認した。

IV. 結果

本章では、1. 事前調査の結果（対処行動を高める介入プログラムの開発と介入セッションの実施）、2. 本調査の結果（介入セッションの結果及び継続メンタリングの結果）、3. 看護介入プログラムの評価、の3点から結果を述べる。

1. 事前調査の結果

1) 対処行動を高める介入プログラムの開発

思春期の1型糖尿病患者がよりよい自己管理行動を獲得することを目的に、青年期の1型糖尿病患者の体験から、日常生活における糖尿病に関連したよりよい問題解決技法や対処行動に必要な要因を探索し、妥当性を高めた対処行動を高める介入セッション用のプログラムを検討した。介入プログラムの開発にあたっては、糖尿病自己管理に対する豊富な経験を持つ青年期の1型糖尿病患者の体験から、思春期の自己管理行動を行う上で遭遇した課題や、問題を解決するために行なった実際の方法と、必要と思われる支援の内容について、面接調査を実施した。面接調査は、2007年6月～7月に19歳～30歳の青年期1型糖尿病患者4名に行い、以下の3点について、半構成面接を実施した。

- ①中学生・高校生の時に糖尿病の自己管理を行う上で最も大変であったことや問題となった具体的な場面はどのようなものか。
- ②自己管理上の問題に対してどのように対処し解決してきたか。
- ③その問題をうまく解決できた時の状況と、あればよかったと思う具体的な支援は何か。

これらの面接調査の内容から、患者の体験からとらえた思春期の自己管理行動の課題を抽出し（表1）、これらの課題を参考にして、思春期患児が具体的な対処行動を考えるための、以下の4つの項目を取り入れた介入セッション用の冊子を作成した（資料9）。

- ①部活動中に低血糖にならないようにするための問題解決方法
- ②友達と外食する際に必要な対処方法
- ③血糖コントロールを心配する親への対応方法
- ④学校のトイレにインスリンの注射器を忘れた時の対処方法

2) メンタリングマニュアルの開発

また、青年期患者の面接調査から得られた、思春期患児に必要と思われる支援内容としては、「やる気を引き出す思春期患児の接し方」があげられた。具体的には『うまくできていることは褒める』、『努力を認める』、『一緒に考える』という接し方が抽出され、これらの方法をメンター用の支援マニュアルに取り入れた。

表 1. 思春期の時期に体験した糖尿病自己管理上の課題

年齢	性別	職業	罹病期間	インタビューから出てきた自己管理の課題
19 歳	女	学生	8 年	<ul style="list-style-type: none"> ・学校の友達に病気のことを話していなかったこと ・隠れてインスリン注射を行わなければいけなかったこと ・クラスメートが病気のことを理解してくれないこと ・病気のことを理解してくれる仲間を作る大切さ ・高血糖，肥満 ・集団生活で一人だけ別の行動をしないといけないこと
24 歳	男	社会人	16 年	<ul style="list-style-type: none"> ・部活動中の低血糖への対応 ・低血糖が嫌なためインスリン注射をやめたこと ・低血糖が嫌なこと（部活ができない） ・インスリン注射がめんどくさいので注射は学校で打たない ・部活動の練習前・練習中に補食をとること（低血糖予防） ・外出中にインスリン注射をすることがめんどくさい ・外出中にインスリンをもっていくことが邪魔
27 歳	女	社会人	10 年	<ul style="list-style-type: none"> ・友達に病気のことをどうやって説明するか ・心の許せる友達に病気のことを説明する大切さ ・部活動中に低血糖にならない工夫 ・低血糖を避けるためにとにかく食べる ・体育の前に補食を取ることや補食を常に持ち歩く ・糖尿病の事をどう友達に説明していいかわからない ・外出中のインスリン注射を行う場所の工夫 （友達に分からないような工夫） ・トイレにインスリン注射を忘れた体験からの学び ・病気の生活に合わせるのではなく，普通の生活に近づける工夫 ・キャンパーと対等な姿勢で関わる視点の大切さ
20 歳	女	学生	11 年	<ul style="list-style-type: none"> ・部活動中の低血糖への対策 ・インスリン注射がめんどくさいので 5 日間やめて倒れたこと ・身近な人にだけ病気のことを話すこと ・中学生の時に親の言うことを聞かない ・コントロールのことをしきりに親が言うことが嫌であったこと ・血糖値の変化の要因となる生活を考えること

2. 本調査の結果

1) 介入セッションの実施状況

(1)実施期間：2007 年 8 月

(2)対象：本研究の対象とし，研究参加に同意を得た思春期糖尿 1 型病患児 15 名および青年期患者 8 名のうち，介入セッションに参加したのは日程調整が可能であった思春期患児 11 名と青年期患者 5 名であった。

(3)実施方法：思春期患児 1-4 名と青年期患者 1-2 名で構成される 4 つのグループを編成し，介入セッション用の資料冊子をもとに 120 分の介入セッションを行った（表 2）。なお，青年期患者には，事前にメンターの役割を記載したマニュアルを手渡し，セッションの運営・進行方法の説明とメンタリングの目的等について説明を行った。介入セッションでは，4 グループが【部活動中の低血糖】，【友達と外食】，【親がうるさく聞いてくる】の 3 事例を選択し，グループメンバー全員で，自己管理で困っている場面の行動と問題が生じた時の気持ちを付箋に書き出し，全員の考えを KJ 法を用いて分類した。次に，問題場面の具体的な解決方法と，解決方法を行った際に生じる「良い結果」「悪い結果」を同様に付箋に書き出し，KJ 法を用いて分類した。その後，日常生活場面での望ましい解決策を話し合った後，各グループの発表と意見交換を行った。

表 2. 介入セッションの青年期患者と思春期患児のグループ編成（分析対象者のみ）

G	青年期患者（メンター） n=5					思春期患児（メンティー） n=10				
	ID	年齢	職業	性別	罹病期間	ID	年齢	学年	性別	罹病期間
1G	106	21	社会人	女	9	5	14	中 3	女	3
						3	15	高 1	女	13
						2	16	高 2	女	6
						1	17	高 3	女	2
2G	108	19	学生	女	11	16	12	中 1	女	7
						12	12	中 1	女	6
						6	14	中 3	女	7
3G	103	21	学生	男	15	15	12	中 1	男	1
	104	21	学生	男	9	13	12	中 1	男	3
4G	101	30	社会人	男	25	8	15	中 3	男	1

2) 介入セッションの結果

(1) 対象者の属性

本研究の対象である思春期 1 型糖尿病患児 15 名および青年期患者 8 名のうち介入セッションに参加したのは思春期患児 11 名と青年期患者 5 名であったが、介入セッション効果の分析には、1 年間の継続メンタリングを最後まで終了できた思春期患児 10 名と青年期患者 5 名を対象とした。分析の対象にした思春期患児 10 名の内訳は、中学生 7 名、高校生 3 名、男性 3 名、女性 7 名であり、平均年齢は 13.8 ± 1.8 歳、平均発症年齢は 8.4 ± 3.9 歳、平均罹病期間は 5.2 ± 3.6 年であった。青年期患者 5 名の内訳は、社会人 2 名、学生 3 名で、男性 3 名、女性 2 名で、平均年齢は 22.2 ± 4.4 歳、平均発症年齢は 9.2 ± 3.0 歳、平均罹病期間は 13.0 ± 7.0 年であった（表 3）。

表 3. 介入セッション参加者の属性

項目	思春期患児	青年期患者
人数	10 名	5 名
年齢（Mean）	13.8 ± 1.8 歳	22.2 ± 4.4 歳
発症年齢（Mean±SD）	8.4 ± 3.9 歳	9.2 ± 3.0 歳
罹病期間（Mean±SD）	5.2 ± 3.6 年	13.0 ± 7.0 年
性別	男性 3 名，女性 7 名	男性 3 名，女性 2 名
学年/職業	中学生 7 名，高校生 3 名	社会人 2 名，学生 3 名

(2) 介入セッションの効果

① 介入セッションにおけるメンター及びメンティーの経験

セッション後に記述された思春期患児のメンティーの経験を、内容分析を用いて分析した結果、【事例に自分の体験を重ね合わせる】【多様な意見や考えを知る】【仲間の意見の理解と比較・共有をおこなう】【将来起こりうる体験を予測

する】【望ましい療養行動を発見し理解する】【新たな問題解決方法を試す意欲を示す】【自分の糖尿病に対する考えを変化させるきっかけをつかむ】【病気の自己開示に取り組む意欲を示す】という8カテゴリーが抽出された（表4）。

表4. 思春期患児（メンティ）の介入セッションの経験

カテゴリー	サブカテゴリー
事例に自分の体験を重ね合わせる	自分の体験を事例と重ねる 普段の生活上の問題の話し合い 事例の中に自分の生活体験を見つける
多様な意見や考えを知る	仲間の多様な考えを理解する 多様な意見が聞ける喜びを感じる 多くの学びを吸収する
仲間の意見の理解と比較・共有をおこなう	仲間の意見を参考にする 仲間の意見を共有する 仲間で相談する話しやすさを感じる 自分と仲間との意見を比較し考える
将来起こりうる体験を予測する	起こりうる問題を役立てる 今後起こりうる体験を予測する
望ましい療養行動を発見し理解する	問題解決の対策方法を理解する 望ましい療養行動を見出す
新たな問題解決方法を試す意欲を示す	異なる意見を参考にし問題解決方法を試す意欲を示す 日常生活で新しい問題解決方法を取り入れる意欲を示す
自分の糖尿病に対する考えを変化させるきっかけをつかむ	自分の考えを変化させるきっかけをつかむ 病気を良くしたいという意欲を示す
病気の自己開示に取り組む意欲を示す	病気の自己開示に取り組もうと考える 病気の自己開示に取り組む意欲を示す

また、セッション後に記述された青年期患者のメンターの経験を、内容分析を用いて分析した結果、「メンティの日常体験の理解と病気に対する考えを共有する」「メンティの意見や考えを取り入れる」「楽しみながら意見を考えだす」「メンター自身の勉強となることを認識する」「問題解決策の発案と活用への意欲を示す」「効果的なグループワークについて評価する」「グループワークを進める不安を感じる」の7カテゴリーが抽出された（表5）。

表 5. 青年期患者（メンター）の介入セッションの経験

カテゴリー	サブカテゴリー
メンティーの日常体験の理解と病気に対する考えを共有する	メンティーの日常を理解する
	メンティーと意見の一致を確認する
	メンティーと病気に対する考えを共有する
メンティーの意見や考えを取り入れる	メンティーの意見を参考に取り入れる
	対応方法や考え方の違いを参考にする
楽しみながら意見を考え出す	自分たちで考え意見を出す楽しさ
	勉強会の楽しさ
メンター自身の勉強となることを認識する	話し合いが自分自身の勉強となる
問題解決策の発案と活用への意欲を示す	解決策の活用に対する意欲
	解決策の今後の生活への活用
	体験をもとに解決策を導き出す
効果的なグループワークについて評価する	グループワークを進める適切な時間配分と人数を評価する
	グループワークに用いた事例の話やすさを評価する
	さまざまな事例を用いたグループワークを評価する
グループワークを進める不安を感じる	メンターとしてグループワークを進行していく不安を感じる

② HbA_{1c} 値の介入セッション前後の変化

介入セッション前後のメンティーの HbA_{1c} 値の分析には、Shapiro-Wilk の正規性の検定を用い、対象者の HbA_{1c} 値の正規性を確認した後、対応のある t 検定を用いて比較した。HbA_{1c} 値は、介入セッション前 $8.60 \pm 1.79\%$ から介入セッション後 1 か月 7.80 ± 1.49 と有意な低下を認め ($t=3.95$, $p=0.03$)、参加者 10 名のうち 9 名に介入セッション後 1 か月に HbA_{1c} 値の低下が見られた(表 6-1, 表 6-2, 図 1-1, 図 1-2)。なお、介入後の HbA_{1c} 値は、メンティー個々の外来受診日が異なるため、介入セッション後 1~2 か月以内の値を採用した。

表 6-1. HbA_{1c} 値の正規性の検定

介入時期	自由度	統計量	p 値
介入セッション前	10	0.92	0.37
介入セッション後 1 か月	10	0.95	0.66
介入セッション後 6 か月	10	0.96	0.80
介入セッション後 12 か月	10	0.95	0.70

Shapiro-Wilk の正規性の検定 $p > 0.05$ で有意でない場合、正規分布に従う

表 6-2. HbA_{1c} 値の介入セッション前後の変化 (n=10)

項目	介入セッション前		介入セッション後 1か月		統計量 (t)	p 値
	Mean	SD	Mean	SD		
HbA _{1c}	8.60	1.79	7.80	1.49	3.95	0.03*

Paired t-test *p<0.05

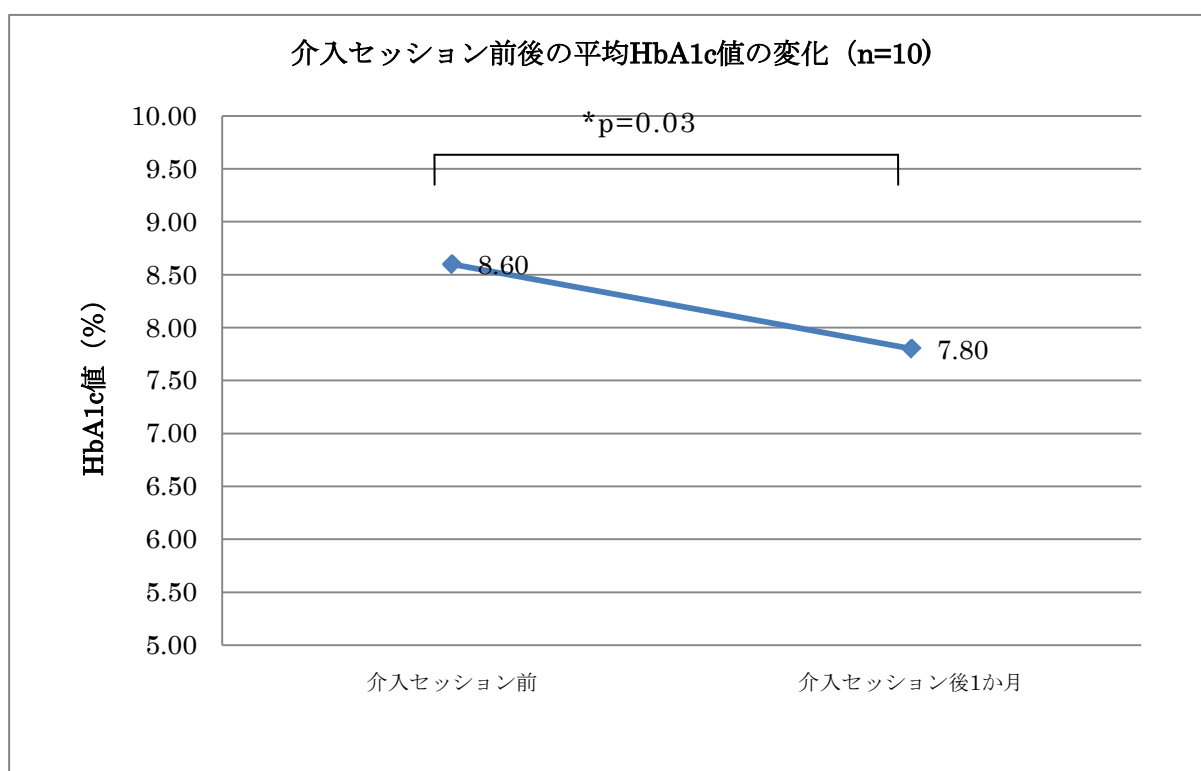


図 1-1. 介入セッション前後の HbA_{1c} 値の変化 (n=10)

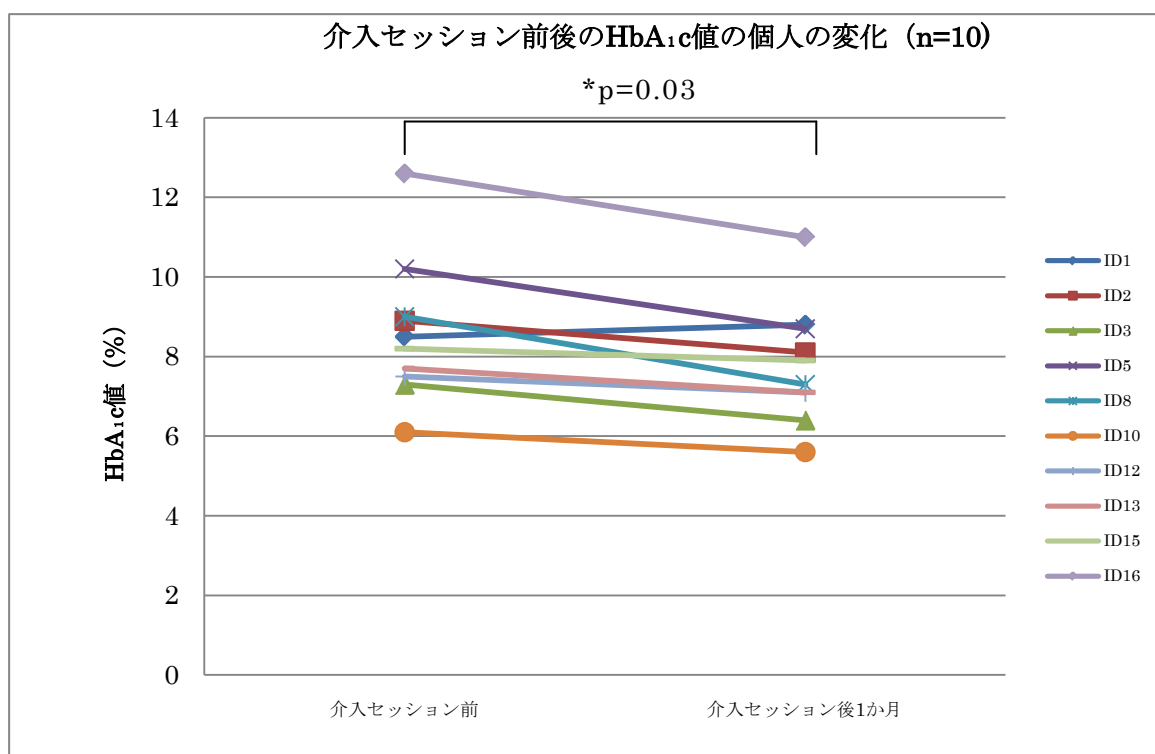


図 1-2. 介入セッション前後の HbA_{1c} 値の変化

③糖尿病自己効力感尺度得点の介入セッション前後の変化

糖尿病自己効力感尺度得点の介入セッション前後の変化を分析した結果、糖尿病自己効力感尺度の総得点の平均点は、介入セッション前 140.70±27.19 点から介入セッション後 1 か月 157.00±26.59 点と総得点は上昇し、有意差が認められた ($t=-2.49$, $p=0.04$)。また、下位尺度である「糖尿病」に関する項目においても、介入セッション前 98.40±19.04 点から介入セッション後 1 か月 110.20±15.55 点と介入セッション後 1 か月に得点の上昇がみられ有意差を認めた ($t=-2.45$, $p=0.04$) (表 6-3, 図 1-3, 図 1-4)。しかし、下位尺度の「医療」に関する項目は介入セッション前 18.60±5.70 点から介入セッション後 1 か月 20.50±7.52 点、「一般的な自己効力感」に関する項目は、介入セッション前 23.70±5.95 点から介入セッション後 1 か月 26.30±5.17 点と、いずれも介入セッション後 1 か月に得点の上昇を示したが有意差は見られなかった。

糖尿病自己効力感尺度の各下位項目について、さらに分析した結果、「血糖値を記録している」 ($z=-2.33$, $p=0.02$)、「皮膚の傷、腫れ、赤みをさけてインスリン注射を行っている」 ($z=-2.27$, $p=0.02$)、「運動をしたときに、インスリン量や注射の時間を調節する」 ($z=-2.50$, $p=0.01$)において、介入セッション後 1 か月に有意な得点の上昇がみられた (表 6-4)。

表 6-3. 糖尿病自己効力感尺度得点の介入セッション前後の変化 (n=10)

項目	介入セッション前		介入セッション後 1か月		自由度	統計量 (t)	p 値
	Mean	SD	Mean	SD			
総得点 (35-210 点)	140.70	27.19	157.00	26.59	9	-2.49	0.04*
糖尿病 (6-144 点)	98.40	19.04	110.20	15.55	9	-2.45	0.04*
医療 (5-30 点)	18.60	5.70	20.50	7.52	9	-1.48	0.17
一般 (6-36 点)	23.70	5.95	26.30	5.17	9	-1.25	0.24

Paired t-test *p<0.05

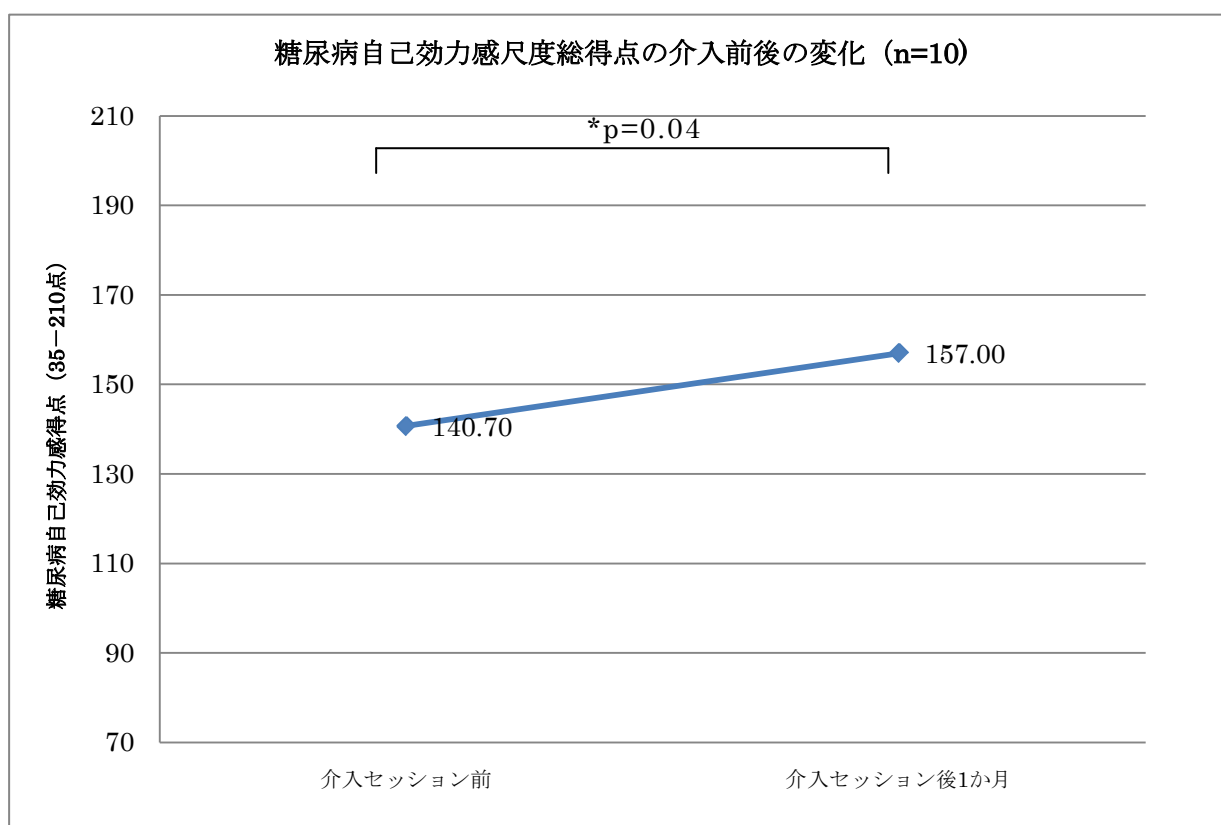


図 1-3. 糖尿病自己効力感尺度総得点の介入セッション前後の変化 (n=10)

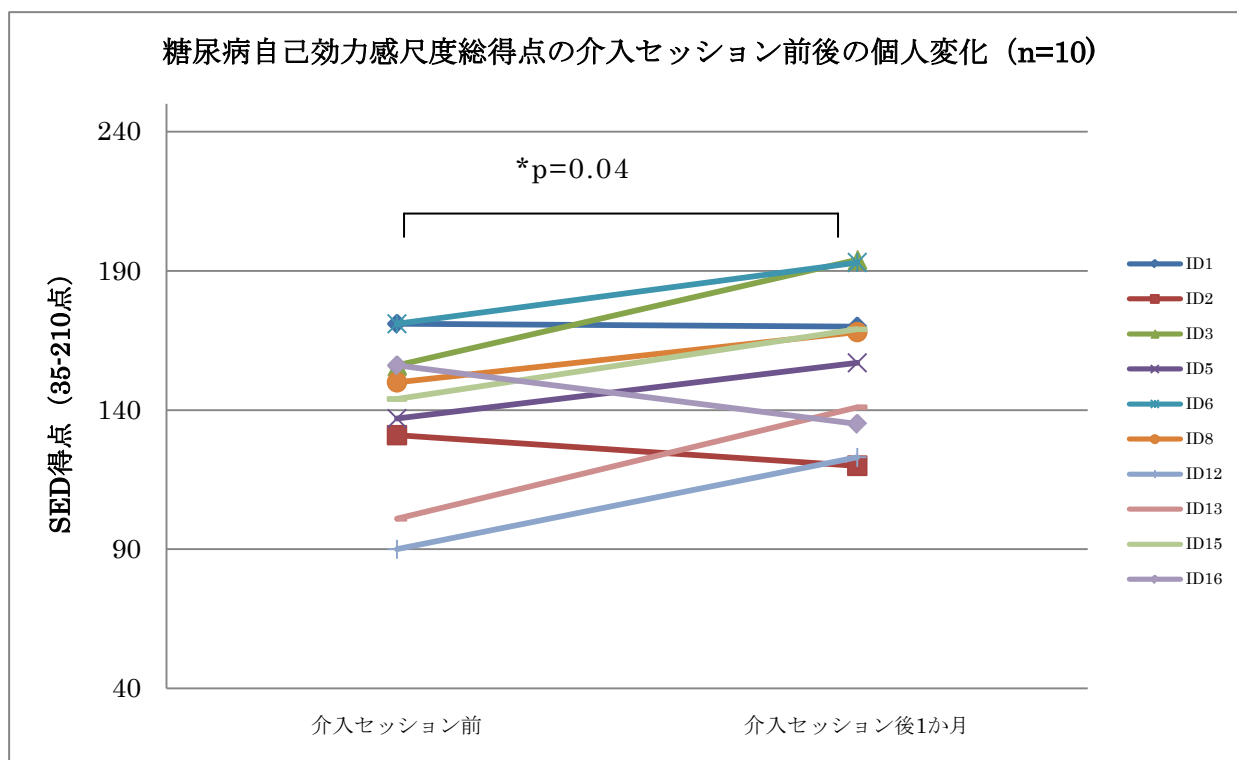


図 1-4. 糖尿病自己効力感尺度総得点の介入セッション前後の個人の変化 (n=10)

表 6-4 糖尿病自己効力感尺度下位項目得点の介入セッション前後の変化 (n=10)

項目 (1点-6点)	介入セッション前		介入セッション後 1か月		統計量 (z)	p 値
	Mean	SD	Mean	SD		
1. 血糖の値を記録している	3.90	1.79	4.60	1.65	-2.33	0.02*
2. 低血糖を予防することができる	4.30	1.16	4.60	1.07	-1.00	0.32
3. 糖尿病管理に必要なことを主治医と話しあっている	3.90	1.60	4.60	1.71	-1.93	0.05
4. 糖尿病であることを友達に話している	4.40	1.84	5.50	0.85	-1.73	0.09
5. 外出したときには、自分が何を食えばよいか理解している	3.90	1.37	3.90	1.52	0.00	1.00
6. 運動前にとる食事の量を判断できる	4.10	1.29	4.10	1.29	0.00	1.00
7. 気分が悪いとき、他人に助けを求めることができる	4.60	1.35	4.60	0.97	0.00	1.00
8. 主治医の考えが自分の考えと違う時に、主治医に自分の意見を言うことができる	3.40	1.58	3.30	2.16	-0.14	0.89
9. やりたくないと思っていることをやらなければならないと感じている	2.70	1.25	3.60	1.43	-1.38	0.17
10. 宿題や手伝いをすることを自分の責任としている	4.20	1.32	4.00	1.41	-1.00	0.32

Wilcoxon の符号付順位和検定 *p < 0.05

表 6-4 糖尿病自己効力感尺度下位項目得点の介入セッション前後の変化 (続き)

項目 (1点-6点)	介入セッション前		介入セッション後 1か月		統計量 (z)	p 値
	Mean	SD	Mean	SD		
11. 知り合いのいない集まりで、人に声をかけることができる	3.3	1.83	3.9	1.45	-1.40	0.16
12. 糖尿病を管理するために医者のこと(治療方針)に従う	4.0	1.7	4.6	1.26	-1.09	0.27
13. 家での自分の食事と補食の単位を理解している	3.8	1.81	3.5	1.65	-1.13	0.26
14. 自分の主治医と合わない場合、主治医を変えることができる	3.0	1.83	2.9	2.02	-0.14	0.89
15. 血糖測定の値を良くしたり悪くしたりする方法を理解している。	4.5	1.65	4.9	1.6	-0.41	0.68
16. 血糖の値を観察している	4.1	1.85	4.3	1.77	-0.21	0.83
17. 彼氏や彼女に自分の糖尿病を説明している	3.5	1.96	4.4	1.78	-1.56	0.12
18. 自分の病気を知らない友達の家を外泊したり、修学旅行に行ける	4.7	1.57	5.3	0.95	-1.60	0.11
19. 皮膚の傷、腫れ、赤みをさけてインスリン注射を行なっている	4.0	1.25	5.0	0.94	-2.27	0.02*
20. 糖尿病の管理ができていない時もない時他の人からできるだけ配慮を得るようにする	3.9	1.52	3.8	1.4	-0.27	0.79
21. インスリン注射を行うのは自分の責任である	4.7	1.7	5.1	1.91	-1.30	0.19
22. シックデイの時にインスリンを単位注射すればよいか理解している	4.1	1.66	3.9	1.97	-0.82	0.41
23. 運動をたくさんした時には、インスリン注射の時間を調節している	3.9	0.88	4.9	1.45	-2.50	0.01*
24. 高血糖になっても尿にケトンがでないようにすることができる	2.7	1.49	3.1	1.91	-0.51	0.61
25. インスリン量を変更することを親に相談できる	3.9	2.02	4.5	1.43	-1.04	0.30
26. 高血糖を気にしない	2.9	1.97	3.1	2.08	-0.21	0.83
27. 元気があるときには、運動を行なっている	4.4	1.58	4.8	0.92	-0.64	0.52
28. 低血糖が起こったとき低血糖に対応できる	4.6	1.43	5.0	1.05	-1.63	0.10
29. 友達が私を怒らせたときには、怒りを表すようにしている	3.6	1.9	4.3	1.83	-0.95	0.34
30. 糖尿病カードや手帳を身につけるようにしている	2.6	1.71	3.2	2.2	-0.94	0.35
31. 食事以外の食べ物をこっそりかくれて食べている	3.1	2.02	3.1	1.91	-0.21	0.83
32. 学校の先生に自分の考えを知らせている	4.1	2.08	4.3	2.16	-0.36	0.72
33. 自分には糖尿病をコントロールする能力があると信じている	2.9	1.37	3.7	1.7	-1.65	0.09
34. 糖尿病網膜症や他の合併症を予防している	3.7	1.16	4.2	1.4	-1.51	0.13
35. 糖尿病でなくても同じような人生を歩んでいると思う	2.6	1.9	3.6	1.58	-1.19	0.23

Wilcoxon の符号付順位和検定 *p<0.05

④自己肯定意識尺度の介入セッション前後の変化

自己肯定意識尺度のいずれの下位尺度得点においては、介入セッション前後の得点に有意差は認められなかった。しかし、すべての下位尺度項目において、介入セッション後1か月に得点の上昇を認めた（表7-1）。

表7-1. 自己肯定意識尺度得点の介入セッション前後の変化 (n=10)

下位尺度項目	介入セッション前		介入セッション後 1か月		統計量 (z)	p値
	Mean	SD	Mean	SD		
自己受容 (4点-20点)	16.00	2.21	16.70	2.31	-0.74	0.46
自己実現的態度 (7点-35点)	25.30	5.42	26.30	7.53	-0.15	0.88
充実感 (8点-40点)	27.20	8.48	29.40	6.50	-0.71	0.48
自己閉鎖性/人間不信 (7点-35点)	14.90	5.41	16.40	9.38	-0.12	0.91
自己表明/対人的積極性 (8点-40点)	22.60	8.45	23.80	7.69	-0.36	0.72
被評価意識/対人緊張 (7点-35点)	18.60	6.29	20.00	8.12	-0.46	0.64

Wilcoxonの符号付順位和検定

3) 継続メンタリングの結果

(1) 継続メンタリングの実施状況

①対象者の属性

介入セッション後に実施した1年間にわたる継続メンタリングには、介入セッションに参加できなかった思春期1型糖尿病患児3名と青年期1型糖尿病患者3名を含む思春期患児15名と、青年期患者8名が参加した。しかし、思春期患児の継続メンタリングによる効果の分析においては、継続メンタリングの期間中に、転居のため連絡不可能になった者1名、研究期間中にインスリンポンプに変更した者1名、介入セッションに参加していない者3名の計5名を除外し、介入セッションと1年間にわたる継続メンタリングを最後まで終了した10名を対象にした。また、青年期患者の継続メンタリングによる効果の分析においては、上記10名の思春期患児の担当であった青年期患者7名を対象にした。ただし、7名のうち2名は、介入セッションに参加できなかった。また、メンター1名については、介入セッション後6か月の時点で、研究辞退の申し出があったため、別のメンターと交代した。

分析の対象となった継続メンタリングに参加した思春期1型糖尿病患児(メンティー)10名の平均年齢は13.8±1.8歳、発症年齢は8.4±3.9歳、罹病期間は5.2±3.6年、青年期1型糖尿病患者7名の平均年齢は22.4±4.3歳、発症年齢は10.1±3.9歳、罹病期間は12.3±5.9年であった(表8-1)。

表 8-1. 継続メンタリング参加者の属性

項目	思春期患児	青年期患者
人数	10名	7名
年齢 (Mean±SD)	13.8±1.8歳	22.4±4.3歳
発症年齢 (Mean±SD)	8.4±3.9歳	10.1±3.9歳
罹病期間 (Mean±SD)	5.2±3.6年	12.3±5.9年
性別	男性3名, 女性7名	男性3名, 女性4名
学年/職業	中学生7名, 高校生3名	社会人2名, 学生5名

思春期患児の使用インスリンの種類と注射回数を表 8-2 に示す。インスリンの種類は、超速効型と持効型を使用している者 3 名, 超速効型, 速効型, 持効型を使用している者 3 名, 速効型と中間型を使用している者 2 名, 超速効型, 中間型, 混合型を使用している者 1 名, 超速効型, 速効型, 中間型を使用している者 1 名であった。また, 注射回数は, 1 日 4 回の頻回注射法を全員が行っていた。なお, 介入期間中にインスリンの種類の変更があった者は 2 名で, いずれも介入開始後 6 か月を過ぎて変更された。

表 8-2. 使用インスリン一覧 (メンティー) (n=10)

ID	介入セッション前			介入セッション後				インスリン変更有無	
	注射の種類		回数	注射の種類		回数			
1	超速効型	持効型	4	超速効型	持効型	4	なし		
2	超速効型	速効型	持効型	4	超速効型	速効型	持効型	4	なし
3	超速攻型	持効型	4	超速攻型	持効型	4	なし		
5	超速攻型	速攻型	持効型	4	超速効型	持効型	4	あり	10 か月後
6	速攻型	中間型	4	速攻型	中間型	4	なし		
8	超速効型	中間型	混合型	4	超速効型	中間型	混合型	4	なし
12	超速効型	速効型	持効型	4	超速効型	速効型	持効型	4	なし
13	超速効型	速効型	中間型	4	超速効型	速効型	中間型	4	なし
15	速効型	中間型	4	超速効型	速効型	中間型	4	あり	11 か月後
16	速効型	持効型	4	速効型	持効型	4	なし		

②メンターとメンティーのマッチング

メンティーとメンターのマッチングを行う際には, メンティーとメンターの関係性の構築をスムーズにするために, 性別を一致させ, できるだけ年齢差が開きすぎないようにした (表 8-3)。また, 過去のキャンプでお互いの面識がある者同士をできるだけ組み合わせさせた。

表 8-3. メンティーとメンターの属性と継続メンタリングにおけるマッチング

ID	メンター (n=7)				ID	メンティー (n=10)			
	年齢	職業	性別	罹病期間		年齢	学年	性別	罹病期間
101*	30	社会人	男	25	8*	14	中 3	男	1
103	21	学生	男	15	15	12	中 1	男	1
104	21	学生	男	9	13	12	中 1	男	3
105	27	社会人	女	11	3	15	高 1	女	13
					5	14	中 3	女	7
107	20	学生	女	11	6	14	中 3	女	6
					1	17	高 3	女	2
108	19	学生	女	11	12	12	中 1	女	6
109	18	学生	女	10	2	16	高 2	女	6
					16	12	中 1	女	7

* ID101 が 6 か月後に辞退したため、ID104 がその後メンティーID8を担当した

③メンティーとメンターの連絡回数・連絡頻度と手段

1年間の介入期間中のメンティーとメンターの連絡回数、連絡頻度、連絡手段を表 8-4、表 8-5 に示す。

表 8-4. メンターとの連絡回数 (2007 年 7 月～2008 年 7 月)

組み合わせ	メンティー ID	メンター ID	連絡回数 (回)		
			介入セッション後 3 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月
①	1	107	5	20	10
②	2	109	1	1	0
③	3	105	2	5	0
④	5	105	2	6	5
⑤	6	107	1	0	0
⑥	8	101	1	0	1
⑦	12	108	2	2	3
⑧	13	104	20	3	0
⑨	15	103	0	3	4
⑩	16	109	5	30	0

表 8-5. メンターとの連絡頻度と連絡手段 (2007年7月～2008年7月)

組み 合わせ	メンティー ID	メンター ID	連絡頻度			連絡手段
			介入セッション 後 3 か月	介入セッション 後 6 か月	介入セッション 後 12 か月	
①	1	107	1 回/月	1 回/月	1 回/月	携帯メール
②	2	109	1 回/月	1 回 6 か月	連絡なし	携帯メール/ 携帯電話
③	3	105	1 回/月	1 回/月	連絡なし	携帯メール
④	5	105	1 回/月	1 回/月	1 回/月	携帯メール
⑤	6	107	1 回/月	1 回/月	1 回/月	携帯メール
⑥	8	101	連絡なし	連絡なし	1 回/2 か月	携帯メール
⑦	12	108	1 回/月	1 回/月	1 回/月	携帯メール
⑧	13	104	1 回/2 週間	1 回/2 か月	1 回/2 か月	携帯メール
⑨	15	103	連絡なし	1 回/3 か月	1 回/2 か月	固定電話/ 携帯メール
⑩	16	109	1 回/月	1 回/月	1 回/2 か月	携帯メール

メンターからのメンティーへの連絡手段は、メンティーの希望に応じて決定した。その結果、連絡手段は、携帯電話のメール 9 名と自宅の固定電話 1 名であった。自宅電話の利用は、メンティーの不在や自宅に電話をかけにくいといった理由から、定期的な連絡には至らなかったが、携帯電話の貸し出しにより、途中で連絡手段を携帯メールに変更した。その結果、変更後から 2 週間に 1 回といった連絡頻度となり、相手の時間を気にせず都合のよい時間に連絡できていた。

メンターからの連絡頻度は、月 1 回程度を目安に発信してもらった。介入開始後半年間はほぼ定期的に連絡され、メンティーから積極的にメンターへ連絡し合う組み合わせも見られた (ID1, ID13, ID16)。しかし、介入セッション後 6 か月を過ぎると、次第にメンティーからの連絡回数は 2 か月に 1 回と減少していった。

(2) HbA_{1c} 値の介入セッション前後の変化

<HbA_{1c} 値の全員の変化>

メンティーの HbA_{1c} 値は、介入セッション前 8.60%から介入セッション後 1 か月 7.80%に低下し、その後、介入セッション後 6 か月に 7.94%と若干の上昇がみられたが、介入セッション後 12 か月には再度 7.09%と変化した。介入セッション前、介入セッション後 6 か月、介入セッション後 12 か月の HbA_{1c} 値の変化を、繰り返しのある一元配置の分散分析を用いて分析した結果、介入セッション前後で有意差がみられた (F=12.17, df=3, p=0.00)。さらに、Dunnett の多重比較を行い、それぞれの介入時期の値を介入セッション前と比較すると、すべての介入期間で、HbA_{1c} 値は介入セッション前よりも介入セッション後に有意に低下し、HbA_{1c} 値の改善が認められた (表 9-1, 表 9-2, 図 2-1)。

表 9-1. HbA_{1c} 値の介入セッション前後の変化 (n=10)

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量 (F)	p 値
介入セッション前	8.60	1.79	3	12.17	0.00**
介入セッション後 1 か月	7.80	1.50			
介入セッション後 6 か月	7.94	1.61			
介入セッション後 12 か月	7.09	1.31			

Repeated One-Way ANOVA **p < 0.01

表 9-2. HbA_{1c} 値の介入セッション前後の多重比較

(I) 介入時期 HbA _{1c} 値	(J) 介入時期 HbA _{1c} 値	平均値の差 (I-J)	標準誤差	p 値
介入セッション後 1 か月	介入セッション前	-0.80	0.25	0.01*
介入セッション後 6 か月	介入セッション前	-0.66	0.25	0.04*
介入セッション後 12 か月	介入セッション前	-1.51	0.25	0.00**

Dunnett t *p < 0.05 **p < 0.01

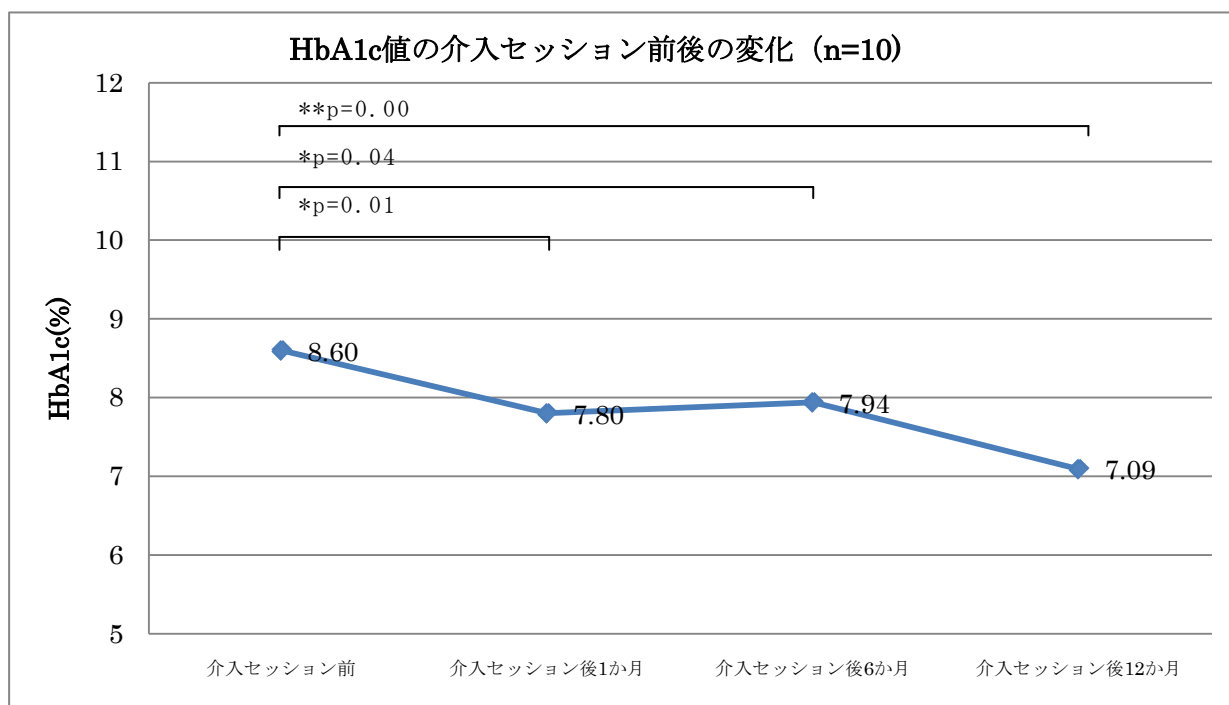


図 2-1. HbA_{1c} 値の介入セッション前後の変化 (n=10)

<HbA_{1c} 値の個人の変化>

HbA_{1c} 値の個人の変化パターンの特徴を分析してみると、介入期間中、継続して低下した者が 7 名 (ID3, ID5, ID6, ID8, ID13, ID15, ID16) と最も多かった。また、HbA_{1c} 値が介入セッション後 1~6 か月に上昇した後、12 か月後に低下し

た者 2 名 (ID1, ID12), 介入セッション後 1 か月に低下した後に 6 か月後にわずかに上昇し, 再び 12 か月後に低下した者 1 名 (ID2) であった (表 9-3, 図 2-2)。

表 9-3. HbA1c 値の介入セッション前後の個人変化 (n=10)

ID	介入セッション前	介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月	特徴
ID1	8.5	8.8	9.8	8.5	上昇後低下
ID2	8.9	8.1	8.6	7.3	低下後上昇低下
ID3	7.3	6.4	6.2	5.8	継続低下
ID5	10.2	8.7	8.1	7.0	継続低下
ID6	9.0	7.3	8.0	7.5	継続低下
ID8	6.1	5.6	5.7	5.4	継続低下
ID12	7.5	7.1	8.1	7.6	上昇後低下
ID13	7.7	7.1	6.7	5.9	継続低下
ID15	8.2	7.9	7.2	6.3	継続低下
ID16	12.6	11.0	11.0	9.6	継続低下
平均	8.60	7.80	7.94	7.09	

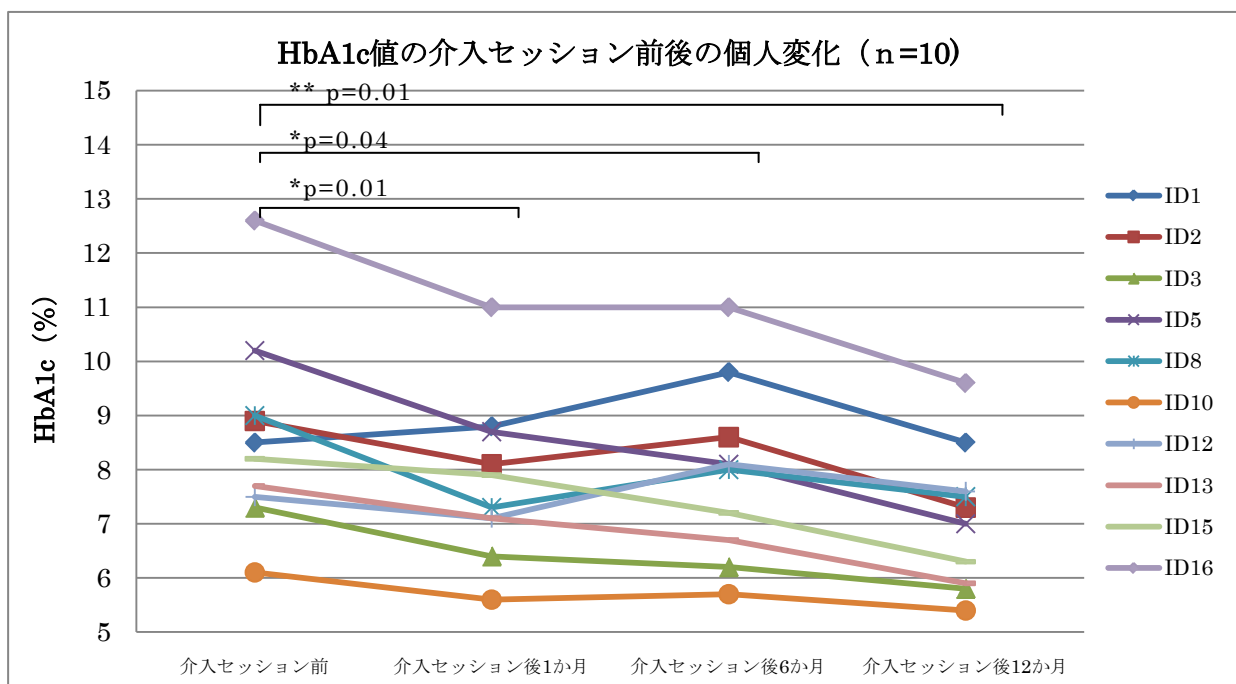


図 2-2. HbA1c 値の介入セッション前後の個人変化 (n=10)

(3) 糖尿病自己効力感尺度得点の介入セッション前後の変化

①糖尿病自己効力感尺度得点の変化

<糖尿病自己効力感尺度総得点の全員の変化>

まず, 糖尿病自己効力感尺度 (SED) の総得点の介入セッション前後の全体の変化を明らかにするために, 総得点の正規性を確認した後, 介入セッション前後の得点変化を, 繰り返しのある一元配置の分散分析を用いて統計解析を行った。

その結果、メンテナーの SED 総得点（35 点～210 点）は、介入セッション前 140.70±27.19 点、介入セッション後 1 か月 157.00±26.59 点、介入セッション後 6 か月 154.80±32.22 点、介入セッション後 12 か月 152.30±28.54 点と変化し、介入セッション前後で有意差がみられた（F=3.03，df=3，p=0.046）。

介入セッション前の得点を基準として Dunnett の多重比較をおこなった結果、SED の総得点は、介入セッション前よりも介入セッション後 1 か月に有意な得点の上昇がみられた（p=0.03）。しかし、介入セッション後 1 か月をピークに SED 総得点は、介入セッション後 6 か月 154.80 点、介入セッション後 12 か月 152.30 点と徐々に低下し、介入セッション前よりも高い得点が維持されていたが、有意差は認めなかった（表 10-1，表 10-2，表 10-3，図 3-1）。

表 10-1. 糖尿病自己効力感尺度（総得点）の正規性の検定

介入時期	Shapiro-Wilk		
	統計量	自由度	p 値
介入セッション前	0.90	10	0.22
介入セッション後 1 か月	0.93	10	0.43
介入セッション後 6 か月	0.94	10	0.53
介入セッション後 12 か月	0.93	10	0.39

Shapiro-Wilk の正規性の検定 p>0.05 で有意でない場合、正規分布に従う

表 10-2. 糖尿病自己効力感尺度（総得点：35-210 点）の介入セッション前後の変化 (n=10)

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量 (F)	p 値
介入セッション前	140.70	27.19	3	3.03	0.046*
介入セッション後 1 か月	157.00	26.59			
介入セッション後 6 か月	154.80	32.22			
介入セッション後 12 か月	152.30	28.54			

Repeated One-Way ANOVA *p<0.05

表 10-3. 糖尿病自己効力感尺度（総得点）の多重比較

(I) 介入時期	(J) 介入時期	平均値の差 (I-J)	標準誤差	p 値
介入セッション後 1 か月	介入セッション前	16.30	5.87	0.03*
介入セッション後 6 か月	介入セッション前	14.10	5.87	0.06
介入セッション後 12 か月	介入セッション前	12.50	5.87	0.11

Dunnett t *p<0.05

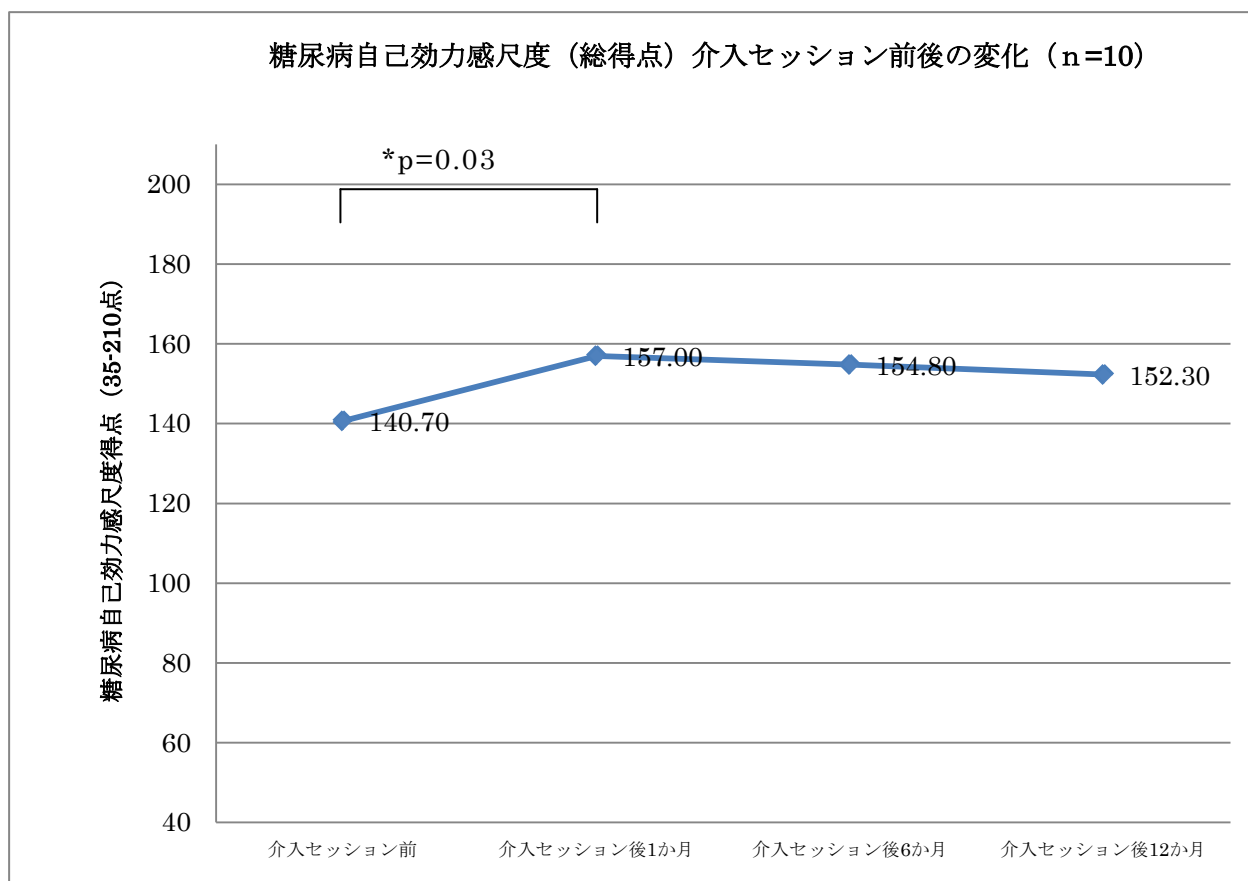


図 3-1. 糖尿病自己効力感尺度（総得点）の介入セッション前後の変化（n=10）

<糖尿病自己効力感尺度の下位尺度（糖尿病に関する項目）の変化>

糖尿病自己効力感の下位尺度である「糖尿病に関する項目」（24点～144点）の介入セッション前後の変化を分析した結果、メンティーの得点は、介入セッション前 98.40 ± 19.04 点，介入セッション後1か月 110.20 ± 15.55 点，介入セッション後6か月 108.90 ± 20.40 点，介入セッション後12か月 107.20 ± 18.68 点と変化し，介入セッション前後で有意差がみられた（ $F=3.45$ ， $df=3$ ， $p=0.03$ ）。介入セッション前の得点を基準として Dunnett の多重比較をおこなった結果，SED の下位尺度である「糖尿病に関する項目」の得点の変化は，介入セッション前と介入セッション後1か月（ $p=0.02$ ），介入セッション前と介入セッション後6か月後（ $p=0.04$ ）に，介入セッション後の得点が有意に高かった。介入セッション後12か月では，介入セッション前の得点よりも 107.2 ± 18.7 点と高い得点を維持していたものの，有意差は認めなかった（表 10-4，表 10-5，図 3-2）。

表 10-4. 糖尿病自己効力感尺度（糖尿病）の介入セッション前後の変化 (n=10)

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量 (F)	p 値
介入セッション前	98.40	19.04	3	3.45	0.03*
介入セッション後 1 か月	110.20	15.55			
介入セッション後 6 か月	108.90	20.40			
介入セッション後 12 か月	107.20	18.68			

Repeated One-Way ANOVA *p<0.05

表 10-5. 糖尿病自己効力感尺度（糖尿病）の多重比較

(I) 介入時期	(J) 介入時期	平均値の差 (I-J)	標準誤差	p 値
介入セッション後 1 か月	介入セッション前	11.80	4.02	0.02*
介入セッション後 6 か月	介入セッション前	10.50	4.02	0.04*
介入セッション後 12 か月	介入セッション前	9.10	4.02	0.09

Dunnett t *p<0.05

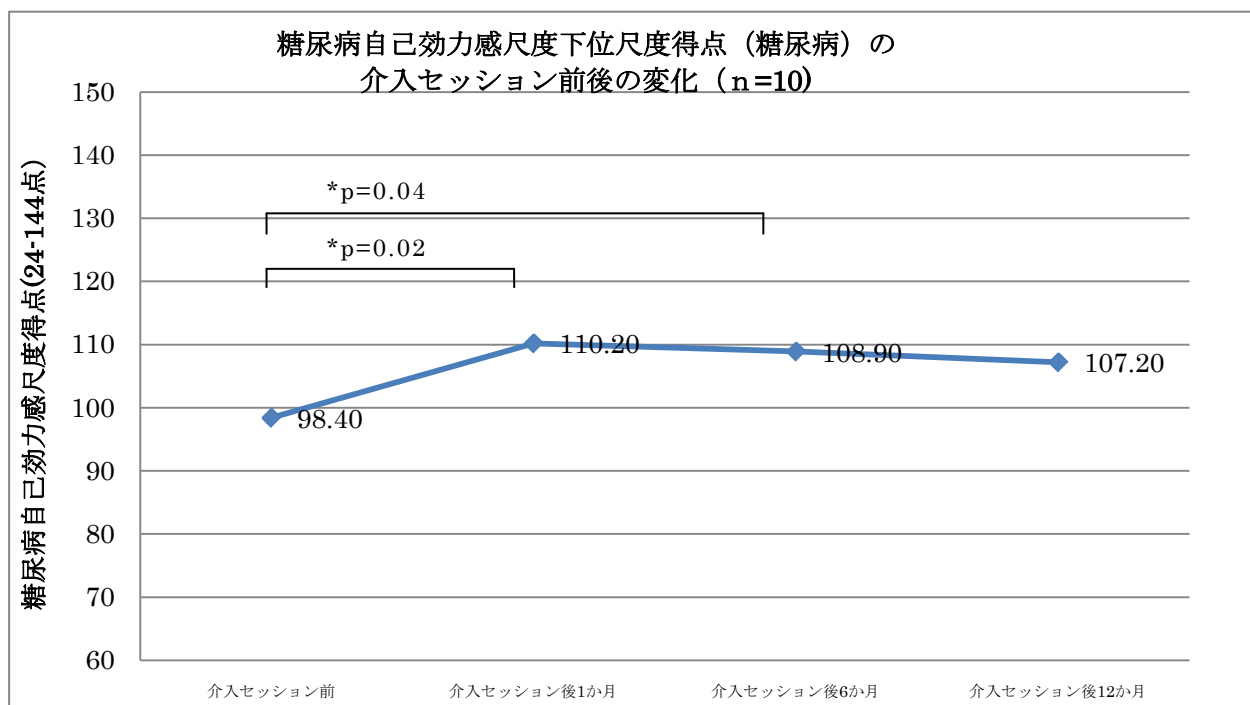


図 3-2. 糖尿病自己効力感尺度下位尺度得点（糖尿病）の介入セッション前後の変化 (n=10)

<糖尿病自己効力感尺度得点の個人変化>

次に、個人の SED 総得点の介入セッション前後の推移を分析した結果、SED 総得点が介入セッション後 6 か月までは上昇したが、介入セッション後 12 か月に低下した者 3 名 (ID3, ID5, ID6, ID8)、介入セッション後 1 か月で得点が変わらず、または、上昇し 6 か月後に一旦低下した後に 12 か月後に再び上昇した者 2 名 (ID2, ID15)、介入期間中低下し続けた者 2 名 (ID1, ID16)、介入セッション後 1 か月に得点は上昇したが 12 か月後に低下した者 1 名 (ID13)、介入セッション後継続し

て上昇し続けた者 1 名 (ID12) に分類された (表 10-6, 図 3-3)。

また, 糖尿病自己効力感尺度の下位尺度である糖尿病に関する個人得点の変化は, 介入セッション後 1 か月では, ID3, ID5, ID6, ID8, ID12, ID13, ID15 の 7 名に得点の上昇がみられた。しかし, 介入セッション後 6 か月まで継続して維持, または, 上昇した者は, ID3, ID5, ID6, ID8 の 4 名のみであった (表 10-7, 図 3-4)。これらの 4 名のうち ID6 を除く 3 名は, 12 か月後に得点の低下がみられた。ID16 は, 介入が進むにつれ自己効力感尺度得点が低下し, この患児は体重増加に伴い HbA_{1c} 値の改善が難しいという背景があった。

表 10-6. 糖尿病自己効力感尺度 (総得点) の介入セッション前後の個人変化 (n=10)

ID	介入セッション前	介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月	特徴
1	171	170	164	162	低下
2	131	120	123	138	低下後上昇
3	156	194	209	207	上昇後低下
5	137	157	164	158	上昇後低下
6	171	193	195	191	上昇後低下
8	150	168	178	151	上昇後低下
12	90	123	115	123	上昇
13	101	141	130	131	上昇後低下
15	144	169	140	143	上昇後上昇
16	156	135	132	119	低下
平均	140.70	157.00	154.80	152.30	

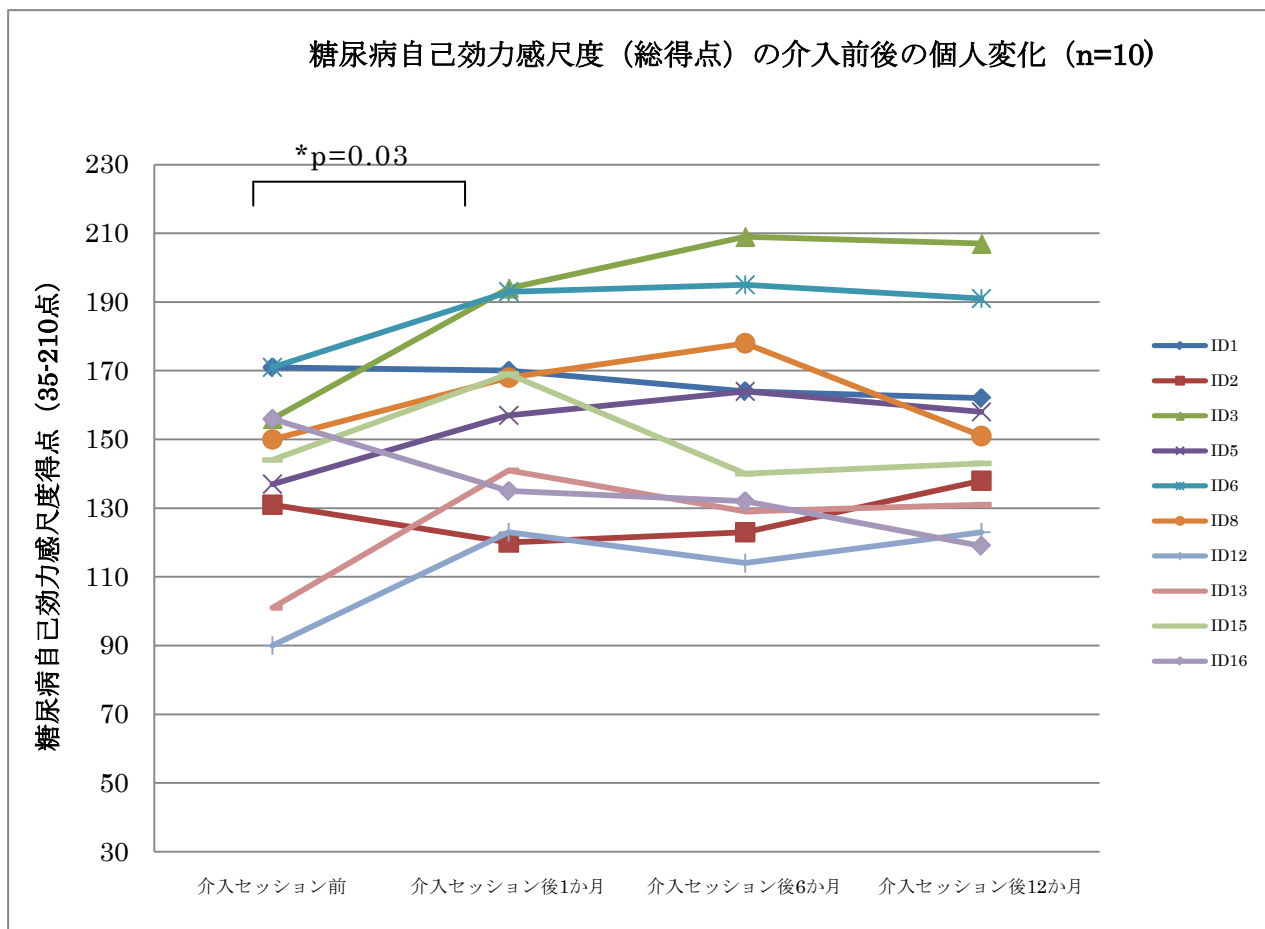


図 3-3. 糖尿病自己効力感尺度（総得点）の介入セッション前後の個人変化（n=10）

表 10-7. 糖尿病自己効力感尺度（糖尿病）の介入セッション前後の個人変化（n=10）

ID	介入セッション前	介入セッション後1か月	介入セッション後6か月	介入セッション後12か月	特徴
1	121	120	116	116	低下
2	96	88	87	91	低下
3	108	130	144	141	上昇
5	96	109	115	109	上昇後低下
6	117	133	133	135	上昇
8	105	120	124	108	上昇後低下
12	66	93	86	90	上昇後低下
13	66	100	93	93	上昇後低下
15	98	112	95	100	上昇後低下
16	111	97	96	89	低下
平均	98.40	110.20	108.90	107.20	

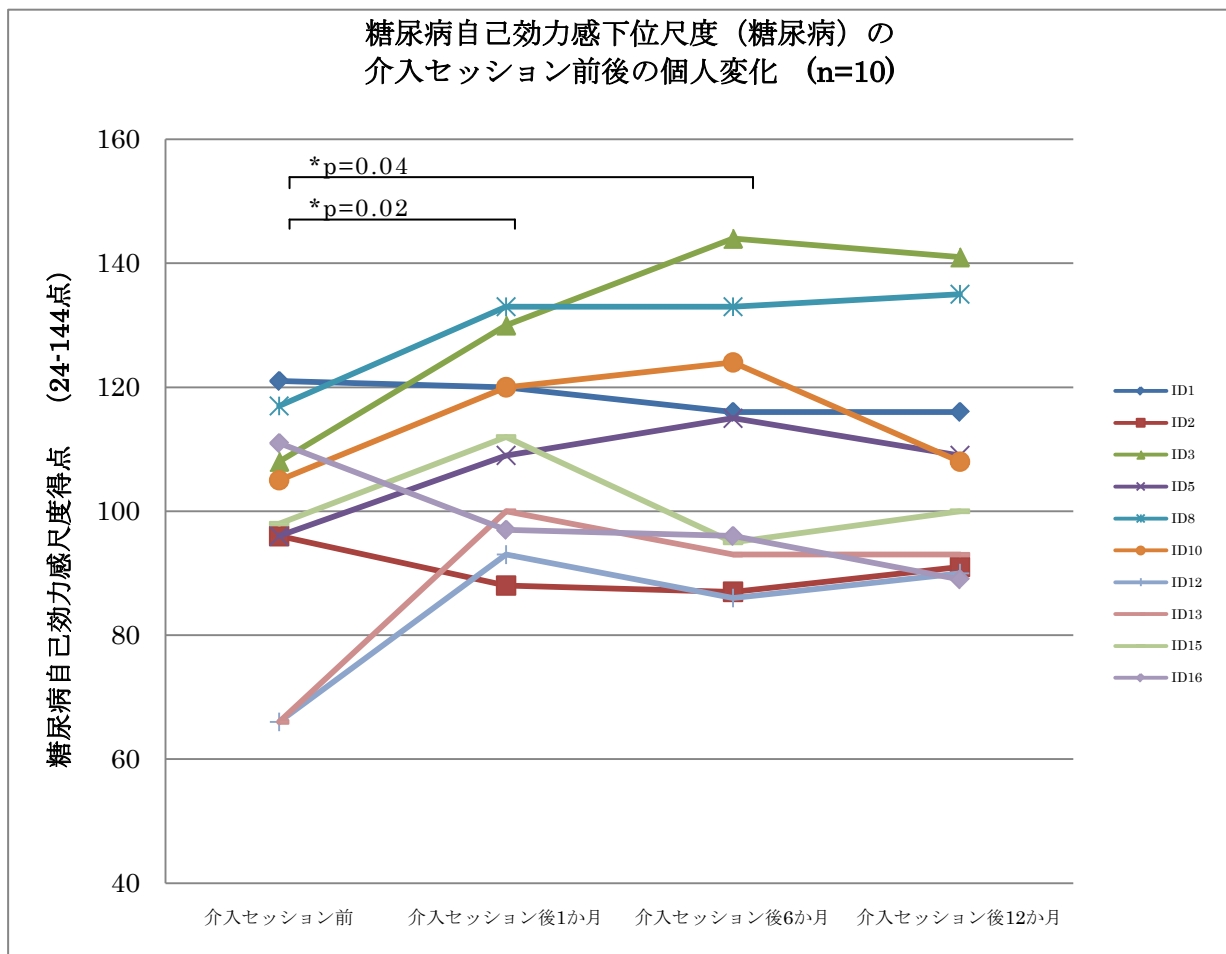


図 3-4. 糖尿病自己効力感下位尺度（糖尿病）の介入セッション前後の個人の変化（n=10）

(4) 自己肯定意識尺度得点の介入セッション前後の変化

自己肯定意識尺度得点の介入セッション前後の変化を、Friedman 検定を用いて分析した結果、すべての下位尺度において有意差を認めなかった。しかし、「自己受容」得点は、介入セッション後 1 か月に 16.00 点から 16.70 点と介入セッション前よりも若干の上昇がみられた。「充実感」得点も介入セッション後 1 か月で 27.20 点から 29.40 点と上昇したが、その後介入セッション前の値に戻っていた。「被評価意識/対人緊張」得点は、介入セッション後 12 か月に得点の低下がみられた（表 11-1）。

一方、「充実感」得点は、介入セッション後 6 か月に得点が増える者と、低下する者に分かれた。得点が増えた者は、メンターとの連絡がうまくいっている状態にあるメンティーが多く、反対に得点が増えなかった者には、メンターとのかわりが停滞している者が多かった。そして、介入セッション後 12 か月には、メンタリングの頻度の低下とともに 29.40 点から 27.20 点と低下した。

表 11-1. 自己肯定意識尺度得点の介入セッション前後の変化 (n=10)

下位尺度	介入時期	平均値	標準偏差	統計量 (χ^2)	p 値
自己受容 (4 点-20 点)	介入セッション前	16.00	2.21	0.24	0.87
	介入セッション後 1 か月	16.70	2.31		
	介入セッション後 6 か月	16.00	3.37		
	介入セッション後 12 か月	16.10	2.73		
自己実現的態度 (7 点-35 点)	介入セッション前	25.30	5.42	0.54	0.66
	介入セッション後 1 か月	26.30	7.52		
	介入セッション後 6 か月	25.30	4.14		
	介入セッション後 12 か月	24.20	7.30		
充実感 (8 点-40 点)	介入セッション前	27.20	8.48	0.35	0.79
	介入セッション後 1 か月	29.40	6.50		
	介入セッション後 6 か月	27.70	9.79		
	介入セッション後 12 か月	27.20	8.75		
自己閉鎖性/ 人間不信 (7 点-35 点)	介入セッション前	14.90	5.40	0.45	0.72
	介入セッション後 1 か月	16.40	9.38		
	介入セッション後 6 か月	17.60	8.68		
	介入セッション後 12 か月	17.20	6.65		
自己表明/ 対人的積極性 (8 点-40 点)	介入セッション前	22.60	8.45	0.24	0.87
	介入セッション後 1 か月	23.80	7.69		
	介入セッション後 6 か月	24.10	8.21		
	介入セッション後 12 か月	23.50	8.05		
被評価意識/ 対人緊張 (7 点-35 点)	介入セッション前	18.60	6.29	1.51	0.23
	介入セッション後 1 か月	20.00	8.12		
	介入セッション後 6 か月	22.90	6.39		
	介入セッション後 12 か月	18.30	7.59		

Friedman 検定

<自己肯定意識尺度得点の個人変化>

自己肯定意識尺度の下位尺度である「自己受容」「自己実現的態度」「充実感」「自己閉鎖性・人間不信」「自己表明・対人的積極性」「被評価意識・対人緊張」の、1年間の個人の得点変化を分析した(表 11-2~表 11-7)。その結果、對自己領域である「自己受容」得点は、1年間の介入期間中に最終的に上昇した者は4名であった。介入後メンターとの関係が進んでいった介入セッション後6か月にいったん低下したものの、不変または元に戻った者が3名であった。

対他者領域である「自己閉鎖性・人間不信」得点は、介入セッション後12か月に ID2, 3, 5 の得点が大きく低下し、メンターとの相談で自分の主治医選択に関する課題を解決した者や、高校合格を自らメンターに報告できた体験を持ったメンティーであった。一方、得点が増した ID8, 13, 16 は、メンターと連絡が次第に途絶えたり、うまくいかなかったりした者であった。

「自己表明・対人的積極性」得点の変化は、介入セッション後6か月に ID2, 3, 5, 6 の得点が増し、ID3 や ID5 においては、主治医や家族との対人面での相談をメンターに行っていた。そして、周囲にどのように思われるかといった意

識や緊張感を示す「被評価意識・対人緊張」得点は、介入セッション後6か月で一旦得点は上昇したが、介入セッション後12か月には低下する者が多かった（ID2, ID3, ID6, ID13, ID15）。特に、自分が糖尿病であることを書いた作文を全校生徒の前で発表し、作文コンクールの県大会でも発表したメンティー（ID1）は、継続的な得点の低下が見られた。また、ID13は、メンターのアドバイスで部活動の仲間に病気のことを話し、友人と出かける際にインスリンを打つという新しい試みを始めた経緯があり、戸惑いながらも新しい行動を起こし、その後、「被評価意識・対人緊張」得点が低下していた。

表 11-2. 自己肯定意識下位尺度（自己受容）得点の個人変化 (n=10)

ID	自己受容（4点-20点）				変化
	介入セッション前	介入セッション後1か月	介入セッション後6か月	介入セッション後12か月	
1	14	17	16	17	上昇後低下し上昇
2	16	16	14	16	低下後戻る
3	14	20	20	20	上昇
5	13	13	16	16	上昇
6	20	20	20	20	不変
8	18	15	16	12	低下
12	15	14	9	16	低下後上昇
13	15	18	13	15	上昇後戻る
15	17	17	18	17	上昇後低下
16	18	17	18	12	低下し上昇後低下
平均	16.00	16.70	16.00	16.10	

表 11-3. 自己肯定意識下位尺度（自己実現的態度）得点の個人変化 (n=10)

ID	自己実現的態度（7点-35点）				変化
	介入セッション前	介入セッション後1か月	介入セッション後6か月	介入セッション後12か月	
1	29	32	26	24	低下
2	27	24	25	28	低下後上昇
3	21	35	31	27	上昇後低下
5	22	17	21	21	低下
6	34	35	31	26	低下
8	19	23	27	22	上昇後低下
12	18	13	19	22	上昇
13	24	23	21	21	低下
15	32	31	24	21	低下
16	27	30	28	20	上昇後低下
平均	25.30	26.30	25.30	24.20	

表 11-4. 自己肯定意識下位尺度（充実感）の得点の個人変化 (n=10)

ID	充実感（8点-40点）				変化
	介入セッション前	介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
1	32	36	38	26	上昇後低下
2	23	31	26	27	上昇
3	16	36	40	32	上昇後低下
5	24	23	30	23	上昇後低下
6	40	40	40	32	低下
8	22	25	25	19	上昇後低下
12	16	20	11	8	低下後上昇
13	27	24	16	24	低下後上昇
15	36	29	28	30	低下後上昇
16	36	30	23	21	低下
平均	27.20	29.40	27.70	27.20	

表 11-5. 自己肯定意識下位尺度（自己閉鎖性・人間不信）得点の個人変化 (n=10)

ID	自己閉鎖性・人間不信（8点-40点）				変化
	介入セッション前	介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
1	14	11	11	16	低下後上昇
2	20	18	15	13	低下
3	14	8	8	8	低下
5	19	13	18	15	低下
6	8	8	8	8	不変
8	24	28	23	29	低下後上昇
12	19	20	32	20	上昇後低下
13	12	8	22	22	上昇
15	11	36	29	18	上昇後低下
16	8	14	10	23	上昇
平均	14.90	16.40	17.60	17.20	

注：得点が低いほうが自己閉鎖性・人間不信が低い

表 11-6. 自己肯定意識下位尺度（自己表明・対人的積極性）10)

ID	自己表明・下位尺度対人的積極性（7点-35点）				変化
	介入セッション前	介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
1	26	24	18	25	低下後上昇
2	22	20	24	18	上昇後低下
3	17	35	35	35	上昇
5	17	18	25	24	上昇後低下
6	34	32	35	35	低下後上昇
8	17	26	20	17	上昇後戻る
12	9	11	10	9	上昇後戻る
13	19	15	16	20	低下後上昇
15	30	28	28	28	低下
16	35	29	30	24	低下
平均	22.60	23.80	24.10	23.50	

表 11-7. 自己肯定意識下位尺度（被評価意識・対人緊張）得点の個人変化(n=10)

ID	被評価意識・対人緊張（7点-35点）				変化
	介入セッション前	介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
1	15	18	15	13	低下
2	28	26	30	24	上昇後低下
3	9	7	25	7	上昇後低下
5	21	16	14	22	低下後上昇
6	13	15	25	16	上昇後低下
8	17	27	22	22	上昇後低下
12	28	27	31	32	上昇
13	17	9	23	14	上昇後低下
15	15	30	29	10	上昇後低下
16	23	25	15	23	低下し元に戻る
平均	18.60	20.00	22.90	18.30	

注：得点が低いほうが被評価意識・対人緊張が低い

(5) 糖尿病問題解決尺度得点の介入セッション前後の変化

思春期1型糖尿病患者児10名の糖尿病問題解決尺度（14項目，0-28点）総得点の介入セッション前後の得点変化を表12-1に示す。介入セッション前後の得点の変化は，介入セッション前 18.60±5.83点，介入セッション後6か月 17.90±6.03点，介入セッション後12か月 17.70±6.38点と，介入セッション前後で有意差は見られなかった（ $\chi^2=0.81$ ， $p=0.66$ ）（表12-1）。

糖尿病問題解決尺度総得点の個人変化を見ていくと，介入セッション後6か月に得点が増え12か月後に低下した者（2名）と，介入セッション後6か月に得点が低下し12か月後に上昇した者（2名），変化がなかった者（1名），介入セッション後6か月まで変化がなく12か月後に上昇した者（2名），低下し続けた者（3名）に分類された。これらの変化の特徴をメンターとの関わりの頻度やメンターとの関係性から分析したが，特に明らかな一定のパターンは見られなかった（表12-2）。

表 12-1. 糖尿病問題解決尺度総得点(0-28点)の介入セッション前後の変化 (n=10)

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量(χ^2)	p値
介入セッション前	18.60	5.83	2	0.81	0.66
介入セッション後6か月	17.90	6.03			
介入セッション後12か月	17.70	6.38			

Friedman 検定

表 12-2. 糖尿病問題解決尺度総得点(0-28点)の介入セッション前後の個人の変化 (n=10)

ID	介入セッション前	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	変化
1	14	16	14	上昇後戻る
2	14	14	15	上昇
3	22	21	23	低下後上昇
5	27	27	27	不変
6	26	24	23	低下
8	14	9	8	低下
12	20	21	19	上昇後低下
13	13	17	13	上昇後低下
15	24	21	24	低下後戻る
16	12	9	11	低下
平均	18.60	17.90	17.70	

(6) メンターへの効果

①メンターの自己効力感の介入期間中の変化

メンター7名が継続メンタリングに参加したが、自己効力感の全員の経時的変化の分析には、介入セッション後6か月で研究継続を辞退したメンター1名(ID101)を除いた6名で分析した。

一般性セルフ・エフィカシー尺度得点を用いて、介入セッション前後のメンターの自己効力感得点の変化を分析した結果、介入セッション前 54.30 ± 8.95 点から介入セッション後6か月 56.20 ± 11.63 点と、介入セッション前よりも得点の上昇がみられたが、介入セッション後12か月には 52.80 ± 12.79 点に低下し、介入セッション前後で有意な得点の変化はみられなかった(表 13-1, 図 4-1)。

表 13-1. メンターの自己効力感得点(標準化得点)の介入期間中の変化 (n=6)

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量(χ^2)	p値
介入セッション前	54.30	8.95	2	1.73	0.42
介入6か月後	56.20	11.63			
介入12か月後	52.80	12.79			

Friedman 検定 備考: ID101 は途中で辞退したため分析から除外し n=6 で分析した。

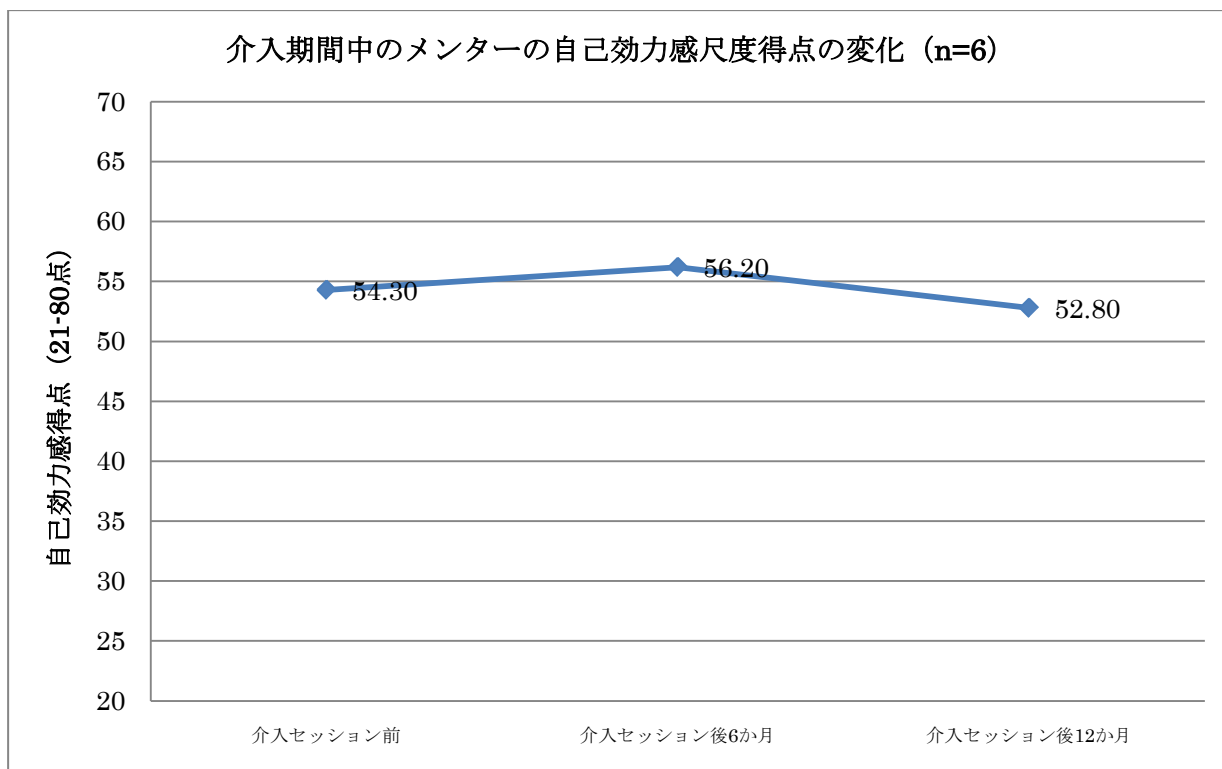


図 4-1. 介入期間中のメンターの自己効力感尺度得点の変化 (n=6)

さらに、メンターの一般性セルフ・エフィカシー尺度の下位尺度である「行動の積極性」、「失敗に対する不安」、「能力の社会的位置づけ」の得点変化を分析した結果、いずれの下位尺度においても有意差を認めなかった。しかし、「行動の積極性」は介入期間が進むにつれて介入セッション前 3.57 点から介入セッション後 6 か月 3.71 点、介入セッション後 12 か月 4.30 点と得点の上昇がみられた。また、「失敗に対する不安」についても、介入セッション前 2.71 点から介入セッション後 12 か月では 2.00 点と介入期間が進むにつれて、得点の低下がみられた。「能力の社会的位置づけ」は、介入セッション後 6 か月で 1.43 点から 2.29 点と得点が増加したものの、介入セッション後 12 か月では 2.00 点と若干の低下を認めた (表 13-2, 表 13-3, 表 13-4)。

表 13-2. 自己効力感下位尺度得点 (失敗に対する不安 : 0-5 点) 介入セッション前後の変化 (n=6)

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量 (χ^2)	p 値
介入セッション前	2.71	1.80	2	4.80	0.09
介入セッション後 6 か月	2.57	1.71			
介入セッション後 12 か月	2.00	1.41			

Friedman 検定

表 13-3. 自己効力感下位尺度得点（行動の積極性：0-7 点）介入セッション前後の変化（n=6）

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量（ χ^2 ）	p 値
介入セッション前	3.57	1.51	2	2.24	0.33
介入セッション後 6 か月	3.71	1.60			
介入セッション後 12 か月	4.30	1.60			

Friedman 検定

表 13-4. 自己効力感下位尺度得点（能力の社会的位置づけ：0-4 点）介入セッション前後の変化（n=6）

介入時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量（ χ^2 ）	p 値
介入セッション前	1.43	0.98	2	2.48	0.29
介入セッション後 6 か月	2.29	1.11			
介入セッション後 12 か月	2.00	1.73			

Friedman 検定

<メンターの自己効力感得点の介入期間中の個人変化>

メンターの自己効力感得点の介入期間中の個人の変化では、1 名（ID105）を除いた 6 名は、介入セッション後 6 か月に得点が上昇していたが、介入セッション後 12 か月に介入セッション前の値よりも低下した者が 3 名（ID105, ID106, ID108）みられた（表 13-5, 図 4-2）。一方、介入セッション後 6 か月に上昇し介入セッション後 12 か月においても自己効力感得点を維持していた者は 2 名おり（ID104, ID108）、これらのメンターは担当するメンティーとのかかわりがうまくいっていた者であった。メンティーからの連絡が少なく、連絡が途絶えたメンターは、介入セッション後 6 か月から 12 か月後に自己効力感が低下していた。

表 13-5. メンターの自己効力感得点（標準化得点 21-80 点）の介入期間中の個人変化（n=7）

ID	介入セッション前		介入セッション後 6 か月		介入セッション後 12 か月	
	標準化得点	SE 程度	標準化得点	SE 程度	標準化得点	SE 程度
101*	36	非常に低い	39	低い傾向	—	低い傾向
103	70	非常に高い	73	非常に高い	70	非常に高い
104	54	普通	57	高い傾向	57	高い傾向
105	47	普通	40	低い傾向	42	低い傾向
107	59	高い傾向	65	非常に高い	57	高い傾向
108	48	普通	51	普通	57	高い傾向
109	48	普通	51	普通	34	低い傾向
平均	54.30		56.20		52.80	

備考：*ID101 は介入セッション後 6 か月以降辞退したため平均点は n=6 で分析した。

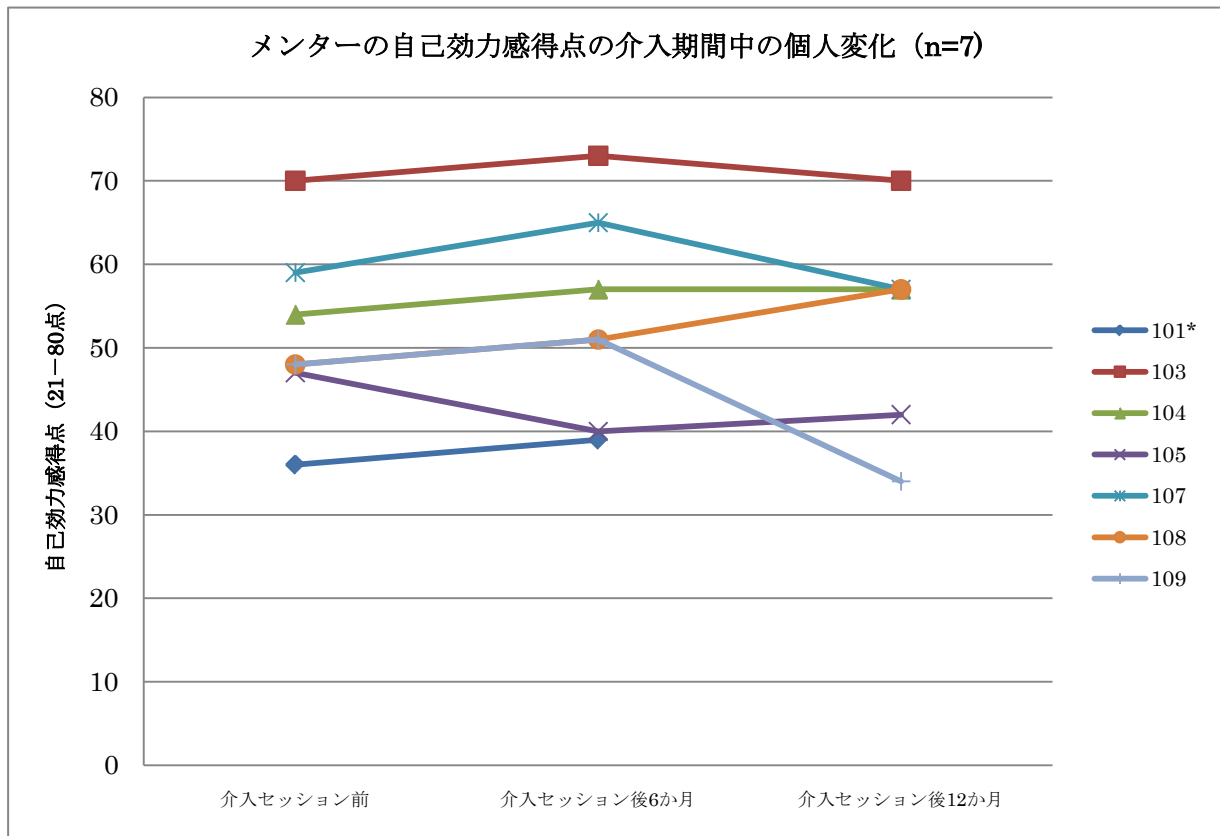


図 4-2. 自己効力感得点の介入期間中の変化 (個人得点) (n=7)

注：*ID101 は介入セッション後 6 か月以降に辞退した

(7) メンティーとメンターのメンタリング関係の変化

①メンタリング尺度得点 (メンターに対する親密性) の 1 年間の変化 〈全員の变化〉

介入期間中のメンタリング尺度得点は、総得点が 60 点中 52 点以上であった。また、下位尺度項目であるメンターに対する「満足度」の平均得点は、12 点満点中 11.70 点以上、メンターと過ごす「幸福度」得点は、20 点満点中 19.20 以上と満点に近く、メンティーは介入期間をとおしてメンターとの関係に概ね満足していた (表 14-1)。しかし、メンターへの「壊れない信頼」得点は、介入セッション後 12 か月に 16 点中 11.50 点~12.50 点と他の項目と比べ点数が低かった。

これらのメンタリング尺度得点の 1 年間の推移を、Friedman検定を用いて分析した結果 (表 14-1)、総得点、「満足度」、「幸福度」、「壊れない信頼」得点については、介入セッション後 6 か月、12 か月ともに有意差はなく、メンターとの関係に満足した状態で介入期間を過ごしていた。しかし、「対処支援」(落ち着くまで話を聞いてくれる、問題を解決するアイデアを持っている、迷いを取りはらうよう助けてくれる) 得点については、介入セッション後 12 か月に、11.80 点から 9.70 点と有意な低下がみられ ($\chi^2=10.38, P=0.01$)、メンティーはメンターからの支援が不足していると評価していた。

表 14-1. メンタリング尺度得点の介入セッション後の変化 (n=10)

尺度	時期	平均	標準偏差	自由度	統計量 (χ^2)	p 値
総得点 (15-60 点)	介入セッション後 1 か月	53.20	3.85	2	0.49	0.78
	介入セッション後 6 か月	52.00	4.57			
	介入セッション後 12 か月	53.10	6.08			
満足度 (3-12 点)	介入セッション後 1 か月	11.80	0.42	2	0.50	0.78
	介入セッション後 6 か月	11.80	0.63			
	介入セッション後 12 か月	11.70	0.68			
対処支援 (3-12 点)	介入セッション後 1 か月	11.80	0.42	2	10.38	0.01**
	介入セッション後 6 か月	11.80	0.63			
	介入セッション後 12 か月	9.70	2.41			
幸福度 (5-20 点)	介入セッション後 1 か月	19.80	0.63	2	0.55	0.76
	介入セッション後 6 か月	19.40	1.58			
	介入セッション後 12 か月	19.20	1.69			
壊れない 信頼 (4-16 点)	介入セッション後 1 か月	11.70	1.83	2	0.51	0.77
	介入セッション後 6 か月	11.50	2.27			
	介入セッション後 12 か月	12.50	2.51			

Friedman 検定 **p<0.01

<メンタリング尺度得点の個人変化>

メンティーがとらえたメンターとの関係性を示すメンタリング尺度の下位項目である「対処支援」「壊れない信頼」得点の個人の変化パターンを見てみると、「対処支援」得点は、介入セッション後 6 か月に、メンターとの連絡方法が自宅の電話であった ID15 は、介入セッション後 6 か月の得点が 12 点から 10 点へ低下していた。また、介入セッション後 12 か月においては、ID1, ID2, ID7, ID8, ID15, ID16 の計 6 人の「対処支援」得点の低下がみられた(表 14-2, 14-3, 14-4, 14-5, 14-6)。これら 6 人の背景は、ID1 以外は介入セッション後 6 か月以降にメンターからの連絡頻度が減少し、それに伴い、メンティーは話を聞いてもらい、迷いを取りはらうよう助けてくれ、問題解決のアイデアを提供してもらおうといった支援の不足を感じていた。

また、「壊れない信頼」得点においては、介入セッション後 6 か月に、ID1, ID12, ID13 の得点が上昇しており、これらのメンティーを担当したメンターは、1 か月に 1 回の定期的な連絡を行っていた。一方、介入セッション後 6 か月に得点が低下した 7 名 (ID3, ID4, ID5, ID6, ID8, ID11, ID15) のうち、ID11 と ID15 は電話や手紙での連絡手段であり、連絡回数が少ないことから信頼関係を築くことが難しかった。また、ID3, ID4, ID5, ID6, ID8 は、電子メールで連絡を取り合っていたが、メンティーからの反応が少ない組み合わせであった。

しかし、介入セッション後 6 か月に「壊れない信頼」得点が低下しても、介入セッション後 12 か月に得点が上昇しており、最終的にはメンターと信頼関係が構築されていた。また、メンティーからの反応は少なくても、メンターが確実に

定期的な連絡を取っていた ID12 は、介入 6 か月以降も得点が維持されていた。

表 14-2. メンタリング尺度（総得点：15-60 点）の介入セッション後の個人の変化（n=10）

メンテナー ID	介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月	変化
1	54	54	53	低下
2	54	51	50	低下
3	58	54	60	低下後上昇
5	59	54	59	低下後上昇
6	55	54	57	上昇
8	52	43	42	上昇
12	54	57	60	上昇
13	48	56	54	上昇後低下
15	47	45	47	低下後元に戻る
16	51	52	49	上昇後低下
平均	53.20	52.00	53.10	

表 14-3. メンタリング下位尺度（満足感：3-12 点）得点の介入セッション後の個人の変化（n=10）

メンテナー ID	介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月	変化
1	12	12	12	不変
2	12	12	12	不変
3	12	12	12	不変
5	12	12	12	不変
6	12	12	12	不変
8	12	12	11	低下
12	12	12	12	不変
13	11	12	12	上昇
15	12	10	10	低下
16	11	12	12	上昇
平均	11.80	11.80	11.70	

表 14-4. メンタリング下位尺度（対処支援：3-12 点）得点の介入セッション後の個人の変化（n=10）

メンテナー ID	介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月	変化
1	12	12	9	低下
2	12	12	9	低下
3	12	12	12	不変
5	12	12	12	不変
6	12	12	12	不変
8	12	12	5	低下
12	12	12	12	不変
13	11	12	10	低下
15	12	10	9	低下
16	11	12	7	上昇後低下
平均	11.80	11.80	9.70	

表 14-5. メンタリング下位尺度（幸福度：5-20点）得点の介入セッション後の個人の変化（n=10）

メンティー ID	介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	変化
1	20	20	20	不変
2	20	20	20	不変
3	20	20	20	不変
5	20	20	20	不変
6	20	20	20	不変
8	20	19	16	低下
12	20	20	20	不変
13	18	20	20	上昇
15	20	15	16	低下後上昇
16	20	20	20	不変
平均	19.80	19.40	19.20	

表 14-6. メンタリング下位尺度（壊れない信頼：4-16点）得点の介入セッション後の個人の変化（n=10）

メンティー ID	介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	変化
1	11	13	12	上昇後低下
2	10	10	9	低下
3	14	10	16	低下後上昇
5	15	13	15	低下後上昇
6	11	10	13	低下後上昇
8	11	8	10	低下後上昇
12	13	16	16	上昇
13	9	13	12	上昇後低下
15	12	11	12	低下後上昇
16	11	11	10	低下
平均	11.70	11.50	12.50	

②メンター尺度得点の介入セッション後の変化（メンティーに対する親密性）
 <全員の変化>

メンティーに対する親密性を示すメンター尺度の総得点は介入セッション後1か月 62.90±7.16点、6か月 62.40±8.57点と、6か月後までは得点を維持していた。しかし、12か月後には 58.40±10.75点と、介入期間が長くなるにつれて、メンティーに対する「親密性」は低下する傾向にあったが、有意差はみられなかった。同様に、下位尺度である「親密性」「負担感」「満足感」ともに介入セッション後の得点には有意差を認めなかった。しかし、介入セッション後6か月から得点が低下し、介入セッション後12か月においては、メンターのメンティーにかかわり続けていく難しさが示された(表 15-1)。

表 15-1. メンター尺度得点の介入セッション後の変化 (n=10)

尺度	時期	平均値	標準偏差	自由度	統計量 (χ^2)	p 値
総得点 (17-85 点)	介入セッション後 1 か月	62.90	7.16	2	3.40	0.18
	介入セッション後 6 か月	62.40	8.57			
	介入セッション後 12 か月	58.40	10.75			
下位尺度 親密性 (4-20 点)	介入セッション後 1 か月	13.90	2.08	2	3.39	0.18
	介入セッション後 6 か月	13.50	3.06			
	介入セッション後 12 か月	11.90	3.45			
下位尺度 負担感 (5-25 点)	介入セッション後 1 か月	16.00	2.21	2	2.44	0.30
	介入セッション後 6 か月	16.50	2.12			
	介入セッション後 12 か月	15.40	3.31			
下位尺度 満足感 (4-20 点)	介入セッション後 1 か月	15.40	2.50	2	4.19	0.12
	介入セッション後 6 か月	15.20	2.62			
	介入セッション後 12 か月	14.00	3.80			
下位尺度 プログラム サポート (4-20 点)	介入セッション後 1 か月	17.60	1.35	2	2.77	0.25
	介入セッション後 6 か月	17.20	1.87			
	介入セッション後 12 か月	17.10	1.73			
3 下位尺度項目 合計 (13-65 点) 親密性 負担感 満足感	介入セッション後 1 か月	45.30	6.36	2	3.74	0.15
	介入セッション後 6 か月	45.20	7.16			
	介入セッション後 12 か月	41.30	9.78			

Friedman 検定 注：メンター7名が担当するそれぞれのメンティー (n=10) に対する評価

<メンター尺度の個人変化>

介入セッション後 6 か月でメンターを辞退した ID101 を除く、メンターのメンティーに対する親密性を示すメンター尺度（総得点）の個人変化を見てみると、介入が進むにつれて得点が上昇した者 1 名（ID13 を担当したメンター ID104）、介入セッション後 6 か月で得点が一旦上昇するが 12 か月後に低下した者 3 名（ID2 と ID16 をタンとしたメンター ID109、ID15 を担当したメンター ID103、ID6 を担当したメンター ID107）、介入セッション後 6 か月までは得点が維持されていたが 12 か月後に低下した者 1 名（ID1 を担当したメンター ID107）、介入期間中にほとんど変化しなかった者 1 名（ID12 を担当したメンター ID108）、介入期間中に低下し続けた者 1 名（ID3 と ID5 を担当したメンター ID105）の 5 つの変化パターンがみられた（表 15-2～表 15-7）。

表 15-2. メンター尺度得点（総得点）の介入セッション後の個人変化(n=10)

メンター	ID 担当 メンティー	総得点（17-85点）			変化
		介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
107	1	67	67	62	維持低下
109	2	63	65	54	上昇低下
105	3	61	53	41	低下
105	5	60	56	42	低下
107	6	62	63	58	上昇低下
101	8	46	46	62	維持上昇*
108	12	70	68	70	変化なし
104	13	68	69	72	上昇
103	15	71	75	68	上昇低下
109	16	61	62	55	上昇低下
平均		62.90	62.40	58.40	

注1：*メンティーID8の得点上昇は、介入セッション後6か月以降に担当メンターの変更によるもの

注2：メンター7名が担当するそれぞれのメンティー（n=10）に対する評価

表 15-3. メンター尺度得点（親密性）の介入セッション後の個人変化(n=10)

メンター	ID 担当 メンティー	親密性（4-20点）			変化
		介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
107	1	14	15	14	上昇後元に戻る
109	2	15	16	12	上昇後低下
105	3	13	10	6	低下
105	5	13	12	7	低下
107	6	13	12	11	低下
101	8	9	8	10*	低下後上昇
108	12	16	13	14	低下
104	13	15	16	16	上昇
103	15	16	18	16	上昇後低下
109	16	15	15	13	維持後低下
平均		13.90	13.50	11.90	

注1：*メンティーID8の得点上昇は、介入セッション後6か月以降に担当メンターの変更によるもの

注2：メンター7名が担当するそれぞれのメンティー（n=10）に対する評価

表 15-4. メンター尺度得点（負担感）の介入セッション後の個人変化 (n=10)

メンター	ID 担当 メンティー	負担感（5-25点）			変化
		介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
107	1	17	18	15	低下
109	2	16	16	12	維持後低下
105	3	16	15	12	低下
105	5	16	16	12	維持後低下
107	6	16	18	16	上昇後低下
101	8	11	12	17*	上昇
108	12	18	18	18	変化なし
104	13	17	18	20	上昇
103	15	19	19	20	維持後上昇
109	16	14	15	12	低下
平均		16.00	16.50	15.40	

注1：*メンティーID8の得点上昇は、介入セッション後6か月以降に担当メンターの変更によるもの

注2：メンター7名が担当するそれぞれのメンティー（n=10）に対する評価

表 15-5. メンター尺度得点（満足感）の介入セッション後の個人変化 (n=10)

メンター	ID 担当 メンティー	満足感（4-20点）			変化
		介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
107	1	17	17	17	変化なし
109	2	14	15	12	上昇後低下
105	3	16	12	8	低下
105	5	15	12	8	低下
107	6	15	16	15	上昇後低下
101	8	10	12	16*	上昇
108	12	16	17	18	上昇
104	13	19	19	18	維持後低下
103	15	18	18	16	維持後低下
109	16	14	14	12	維持後低下
平均		15.40	15.20	14.00	

注1：*メンティーID8の得点上昇は、介入セッション後6か月以降に担当メンターの変更によるもの

注2：メンター7名が担当するそれぞれのメンティー（n=10）に対する評価

表 15-6. メンター尺度得点（プログラムサポート）の介入セッション後の個人変化（n=10）

メンター	ID 担当 メンティー	プログラムサポート（4-20点）			変化
		介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
107	1	19	17	16	低下
109	2	18	18	18	変化なし
105	3	16	16	15	維持後低下
105	5	16	16	15	維持後低下
107	6	18	17	16	低下
101	8	16	14	19*	低下後上昇
108	12	20	20	20	変化なし
104	13	17	16	18	低下後上昇
103	15	18	20	16	上昇後低下
109	16	18	18	18	変化なし
平均		17.60	17.20	17.10	

注1：*メンティーID8の得点上昇は、介入セッション後6か月以降に担当メンターの変更によるもの

注2：メンター7名が担当するそれぞれのメンティー（n=10）に対する評価

表 15-7. メンター尺度（3下位尺度：親密性・負担感・満足感）得点の介入セッション後の個人変化（n=10）

メンター	ID メンティー	親密性・負担感・満足感の合計（13-65点）			変化
		介入セッション後 1か月	介入セッション後 6か月	介入セッション後 12か月	
107	1	48	50	46	上昇低下
109	2	45	47	36	上昇低下
105	3	45	37	26	低下
105	5	44	40	27	低下
107	6	44	46	42	上昇低下
101	8	30	32	43*	上昇
108	12	50	48	50	不変
104	13	51	53	54	上昇
103	15	53	55	52	上昇低下
109	16	43	44	37	低下
平均		45.30	45.20	41.30	

注1：*メンティーID8の得点上昇は、介入セッション後6か月以降に担当メンターの変更によるもの

注2：メンター7名が担当するそれぞれのメンティー（n=10）に対する評価

③介入期間中のメンティーとメンターと関係性のとらえ方の違い

メンタリング尺度総得点（60点満点）とメンター尺度得点のうちメンティーとの関係性を示す3下位項目の合計得点（65点満点）を用いて、各時期のメンターとメンティーのそれぞれの組合せにおけるメンタリング関係の経時的な変

化パターンを分析した（表 16-1，図 5-1～図 5-10）。その結果，A)メンティーとメンターが同程度に親密さを感じ，同調して変化していく組み合わせ（メンティーID 1，ID3，ID12，ID15）と，B)メンティーの親密性は高い状態が維持されていたが，メンターの親密性が低下していく組み合わせ（メンティーID2，ID3，ID5，ID6，ID16）の 2 つのパターンが明らかになった。なお，担当メンターが変更になった組み合わせ（メンティーID8）は，C)マッチング変更後にお互いの親密性が近くなっていた。

メンティーとメンターが同調した関係性を保った組み合わせの背景には，「メンターがお気に入りの先輩であったこと」，「メンターの年齢がメンティーの年齢と近いこと」，「介入セッションでメンティーとメンターが同じグループであったこと」が示された。一方，メンティーの親密性は高い状態で維持されたが，介入セッション後 6 か月以降にメンターの親密性が低下した組み合わせの背景には，「年齢差があること」，「介入セッション後 6 か月以降の連絡が途絶え連絡頻度が減少していたこと」，「メンターの自己効力感の下位項目である能力の社会的位置づけの得点（他人よりもすぐれた能力がある等）が低いこと」が示された。

表 16-1. メンタリング関係の変化パターンの特徴（メンティー n=10,メンターn=7）

組み合わせ	ID	介入セッション 後 1 か月	介入セッション 後 6 か月	介入セッション 後 12 か月	特徴	関係性の 変化パターン	
①	メンティー	1	54	54	53	維持	A
	メンター	107	48	50	46	維持	
②	メンティー	2	54	51	50	維持	B
	メンター	109	45	47	36	低下	
③	メンティー	3	58	54	60	上昇	B
	メンター	105	45	37	26	低下	
④	メンティー	5	59	54	59	維持	B
	メンター	105	44	40	27	低下	
⑤	メンティー	6	55	54	57	上昇	B
	メンター	107	44	46	42	やや低下	
⑥	メンティー	8	52	43	42	低下	C
	メンター	101	30	32	43	上昇	
⑦	メンティー	12	54	57	60	上昇	A
	メンター	108	50	48	50	上昇	
⑧	メンティー	13	48	56	54	上昇維持	A
	メンター	104	51	53	54	上昇	
⑨	メンティー	15	47	45	47	維持	A
	メンター	103	53	55	52	維持	
⑩	メンティー	16	51	52	49	やや低下	B
	メンター	109	43	44	37	低下	

注：メンティーの得点はメンタリング尺度の総得点（15-60 点）を示す。メンターの得点はメンター尺度の 3 つの下位尺度（親密性・負担感・満足感）の合計得点（16-65 点）を示す。

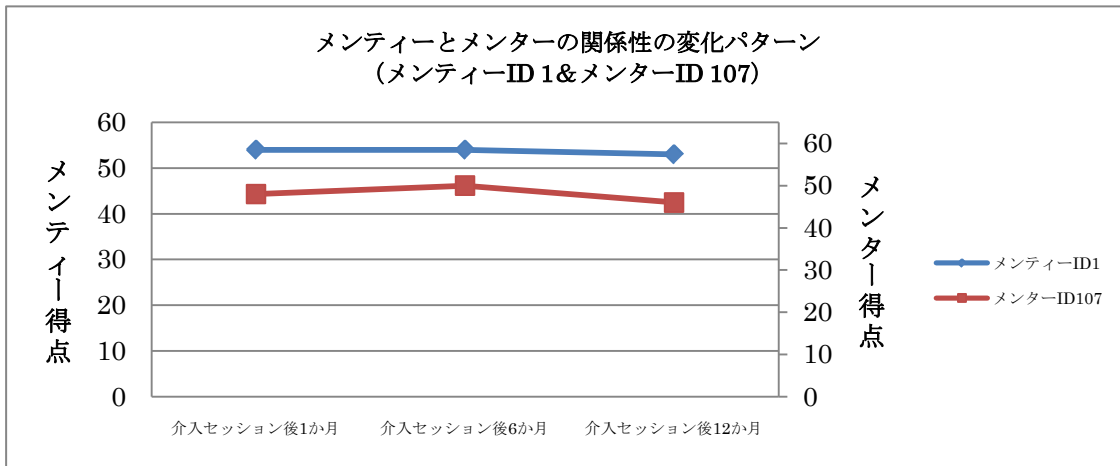


図 5-1. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID1& ID107)

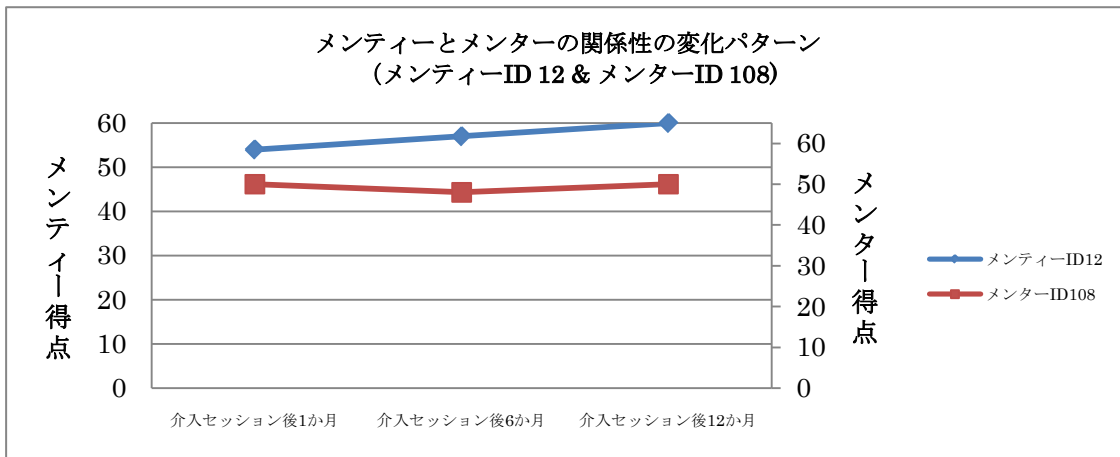


図 5-2. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID12& ID108)

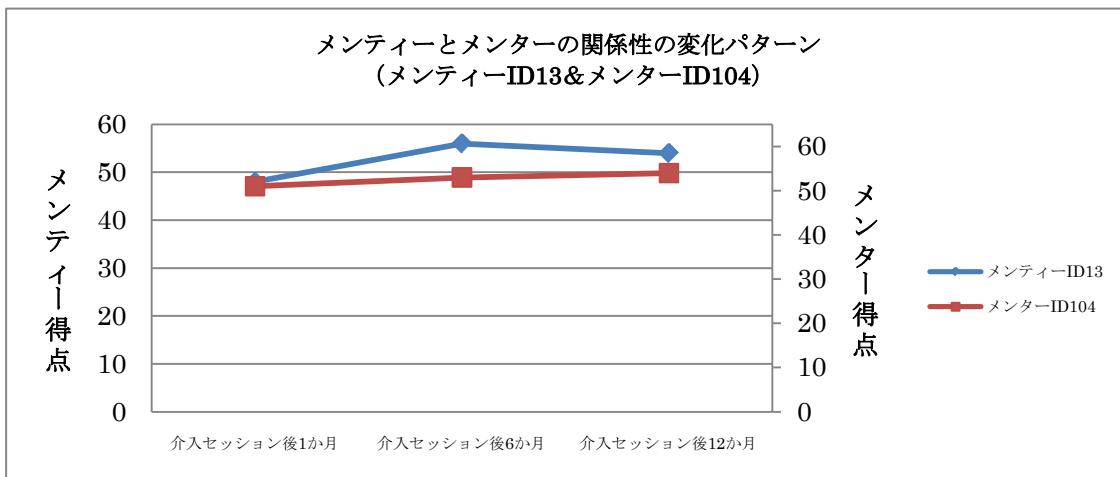


図 5-3. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID13 & ID104)

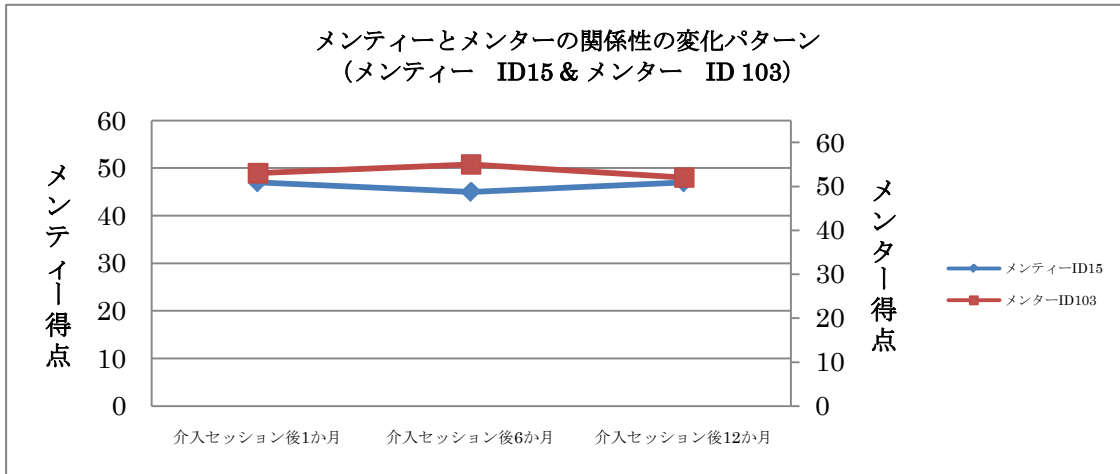


図 5-4. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID15 & ID103)

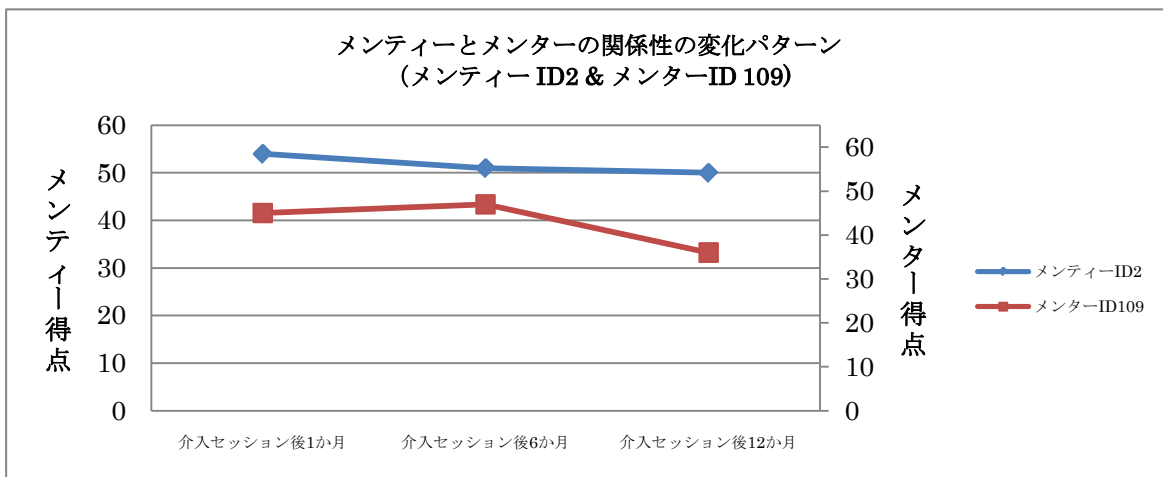


図 5-5. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID2 & ID 109)

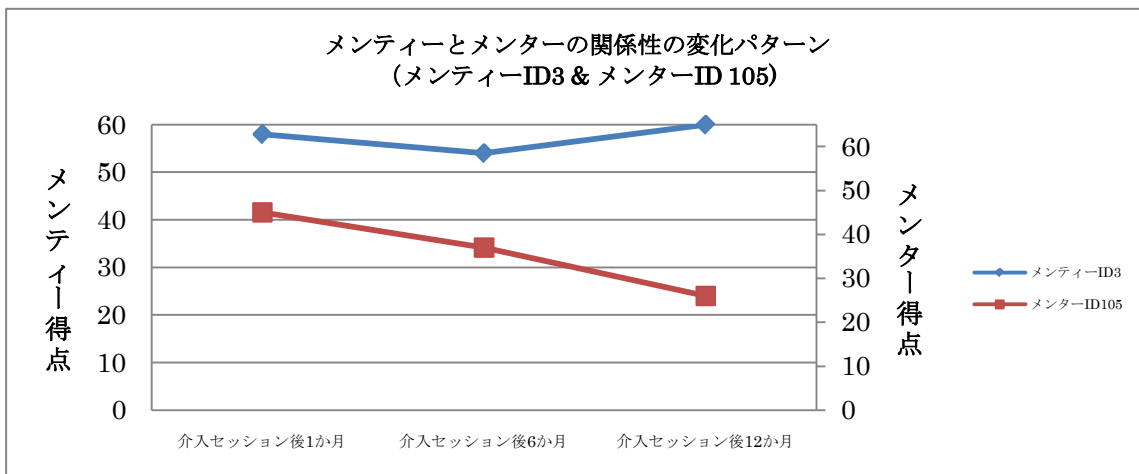


図 5-6. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID3 & ID105)

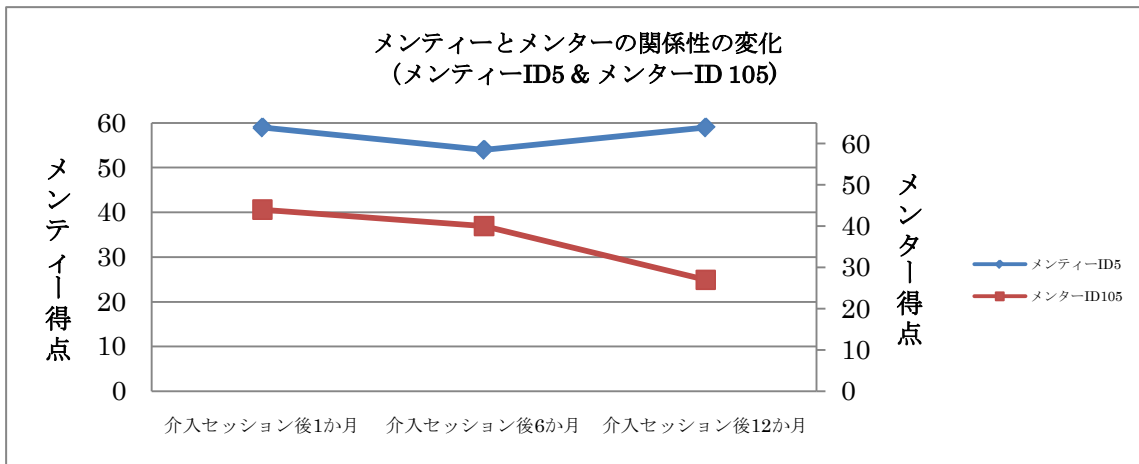


図 5-7. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID 5 & ID 105)

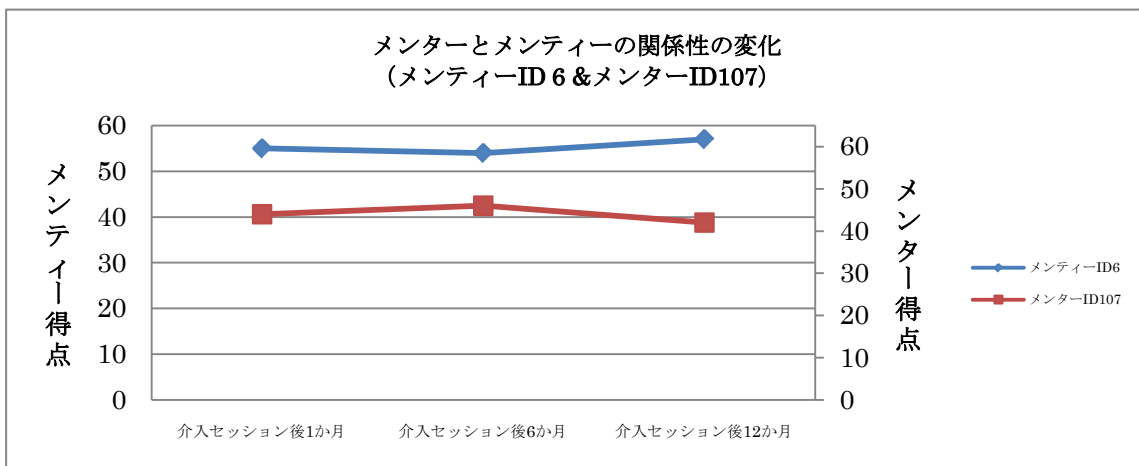


図 5-8. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID6 & ID 107)

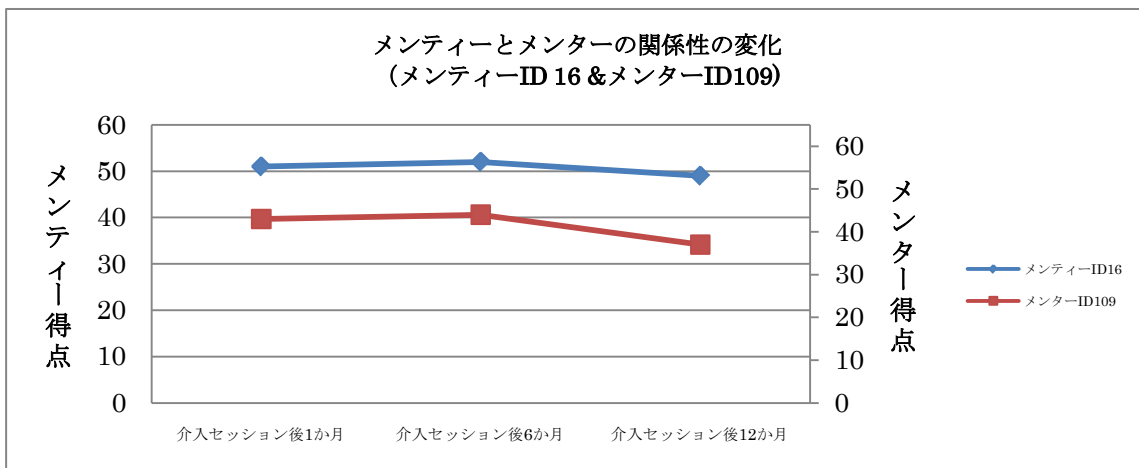


図 5-9 メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID16& ID109)

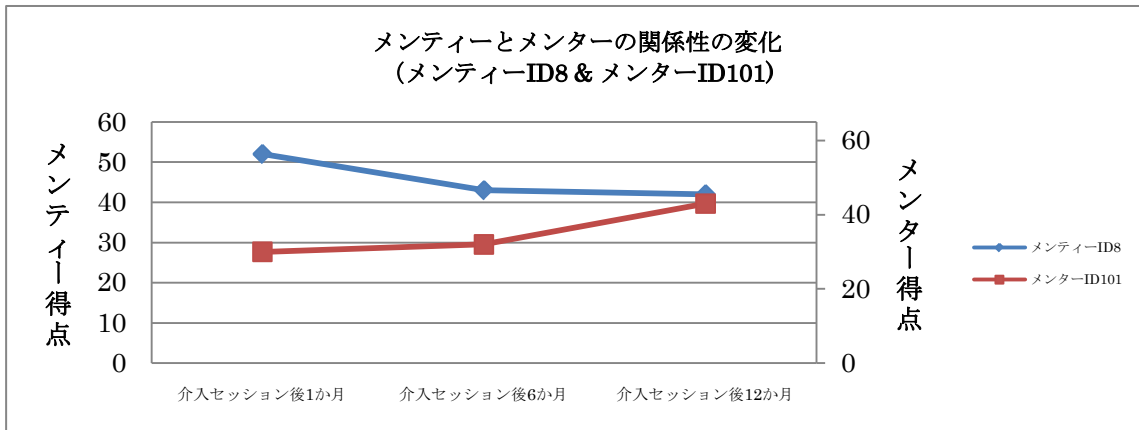


図 5-10. メンティーとメンターとの関係性の変化パターン (ID8 & ID101)

注：介入セッション後 12 か月のメンター得点は担当メンターを ID104 に変更後の得点

(8) 概念枠組みにもとづく各変数間 (HbA_{1c} 値, 問題解決尺度, 糖尿病自己効力感尺度, 自己肯定意識尺度, メンタリング尺度, メンター尺度) の相関関係

本研究の概念枠組みに沿って, HbA_{1c} 値, 問題解決尺度, 糖尿病自己効力感, 自己肯定意識, メンタリング尺度, メンター尺度のそれぞれの相関関係を分析した (図 6-1)。なお, 各変数間に有意な相関を認めた場合 (+) を, 認めなかった場合 (-) を図中に示した。

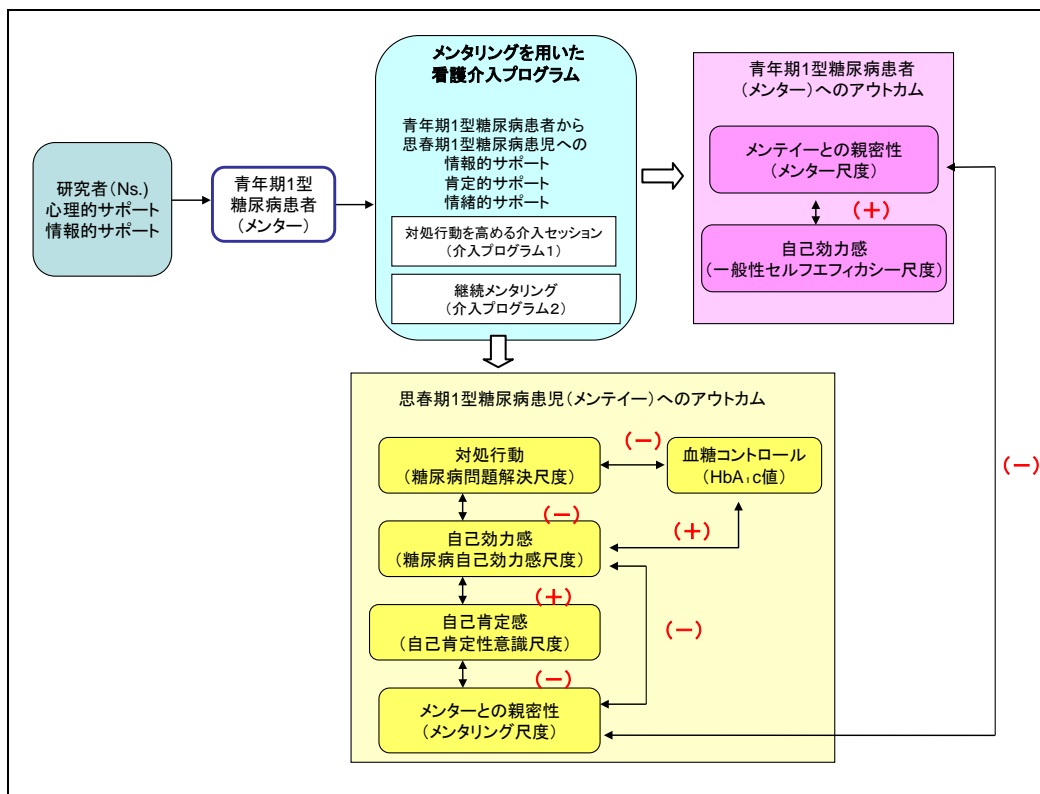


図 6-1. メンタリングを用いた介入プログラムの概念枠組み：各変数の相関関係

① 思春期患児の HbA_{1c} 値と糖尿病自己効力感の関係

各時期の HbA_{1c} 値と糖尿病自己効力感尺度の総得点と下位尺度得点の相関を Spearman の順位相関を用いて分析した。その結果、介入セッション後 1 か月において、HbA_{1c} 値と総得点および下位尺度の「糖尿病」得点との間に負の相関がみられ、自己効力感が高いと HbA_{1c} 値が低いことが示されたが、有意な相関は認めなかった。しかし、HbA_{1c} 値と下位尺度の「医療」との間には、介入セッション後 6 か月に有意な負の中程度の相関を認め、自分の意見を主治医に伝え相談できるといった医療に関する自己効力感が高いほど HbA_{1c} 値が低いことが示された ($r_s = -0.664$, $p = 0.04$) (表 17-1)。

表 17-1. HbA_{1c} 値と SED 得点の関係 (n=10)

		SED (総得点)	SED (糖尿病)	SED (一般)	SED (医療)
HbA _{1c} 値 介入 セッション前	r_s	0.238	0.256	0.511	-0.068
	p 値	0.51	0.48	0.13	0.85
HbA _{1c} 値 介入セッション後 1 か月	r_s	-0.237	-0.311	-0.113	-0.41
	p 値	0.51	0.38	0.76	0.24
HbA _{1c} 値 介入セッション後 6 か月	r_s	-0.454	-0.365	-0.284	-0.664
	p 値	0.19	0.30	0.43	0.04*
HbA _{1c} 値 介入セッション後 12 か月	r_s	-0.333	-0.37	-0.091	-0.471
	p 値	0.35	0.29	0.80	0.17

Spearman の順位相関 * $p < 0.05$

② 思春期患児の HbA_{1c} 値と対処行動の関係

HbA_{1c} 値と対処行動との関連をみるため、HbA_{1c} 値と問題解決尺度得点の相関を分析した結果、いずれの時期においても有意な相関を認めなかった (表 17-2)。

表 17-2. HbA_{1c} 値と問題解決尺度の関係 (n=10)

		問題解決尺度
HbA _{1c} 介入セッション前	r_s	0.067
	p 値	0.85
HbA _{1c} 介入セッション後 6 か月	r_s	-0.167
	p 値	0.65
HbA _{1c} 介入セッション後 12 か月	r_s	-0.061
	p 値	0.87

Spearman の順位相関

③ 思春期患児の糖尿病自己効力感と青年期患者の親密性の関係

糖尿病自己効力感尺度の総得点とメンタリング尺度の総得点及び各下位尺度得点との関係は、介入セッション前後のどの時期においても有意な相関は認めなかった。また、糖尿病自己効力感尺度の下位尺度得点とメンタリング尺度の各下

位尺度得点においても、有意な相関を認めなかった（表 17-3）。

表 17-3. 糖尿病自己効力感尺度得点とメンタリング尺度得点の関係 (n=10)

		総得点	満足度	対処支援	幸福度	信頼感
SED 介入セッション後 1 か月	r_s	0.288	0.348	0.348	0.174	0.319
	p 値	0.42	0.32	0.32	0.63	0.37
SED 介入セッション後 6 か月	r_s	-0.220	0.058	0.058	-0.147	-0.550
	p 値	0.54	0.87	0.87	0.68	0.10
SED 介入セッション後 12 か月	r_s	0.286	0.009	0.374	0.000	0.395
	p 値	0.42	0.98	0.29	1.00	0.26

Spearman の順位相関

④思春期患児の糖尿病自己効力感と対処行動との関係

糖尿病自己効力感尺度得点と問題解決尺度得点の関係は、いずれの時期においても、有意な相関を認めなかった（表 18-1）。

表 18-1. 糖尿病自己効力感尺度得点と問題解決尺度得点の関係 (n=10)

		問題解決尺度
SED 介入セッション前	r_s	0.086
	p 値	0.81
SED 介入セッション後 6 か月	r_s	0.253
	p 値	0.48
SED 介入セッション後 12 か月	r_s	0.438
	p 値	0.21

Spearman の順位相関

⑤思春期患児の糖尿病自己効力感と自己肯定感との関係

糖尿病自己効力感尺度の総得点と自己肯定意識尺度の各下位尺度の相関を分析した結果、糖尿病自己効力感尺度の「自己受容」得点において、介入セッション後 6 か月, 12 か月にそれぞれ正の有意な中程度の相関を認め ($r_s=0.786, p=0.01$, $r_s=0.74, p=0.01$), 自己受容が高いほど糖尿病自己効力感が高いことが示された。糖尿病自己効力感尺度総得点と「自己実現的態度」得点においても、介入セッション後 1 か月, 6 か月, 12 か月とそれぞれ正の有意な中程度の相関を認め (介入セッション後 1 か月 $r_s=0.744, p=0.01$, 介入セッション後 6 か月 $r_s=0.731, p=0.02$, 介入セッション後 12 か月 $r_s=0.685, p=0.03$), 自己実現的態度が強いほど、糖尿病自己効力感が高かった。糖尿病自己効力感尺度の総得点と「充実感」得点では、介入セッション後 6 か月に正の有意な中程度の相関を認め ($r_s=0.811, p=0.00$), 充実感が高いほど糖尿病自己効力感尺度の総得点が高いことが示された。

また、糖尿病自己効力感尺度の総得点と「自己表明・対人的積極性」得点においては、介入セッション後1か月($r_s=0.685, p=0.03$), 6か月($r_s=0.640, p=0.046$), 12か月($r_s=0.683, p=0.03$)とそれぞれ正の有意な中程度の相関を認めた。糖尿病自己効力感尺度の総得点と「自己閉鎖性・人間不信」得点では、介入セッション後12か月に負の有意な中程度の相関を認め($r_s=-0.693, p=0.03$), 自己閉鎖性・人間不信が弱いほど自己効力感が高いことが示された。糖尿病自己効力感尺度の総得点と「被評価意識・対人緊張」得点は、介入セッション後12か月に負の有意な中程度の相関を認め($r_s=-0.644, p=0.04$), 被評価意識・対人緊張が低いほど自己効力感が高いことが示された(表19-1)。

表 19-1. 糖尿病自己効力感尺度 (SED) 総得点と自己肯定意識尺度得点の相関 (n=10)

		自己受容	自己実現的 態度	充実感	自己表明・ 対人的 積極性	自己 閉鎖性・ 人間不信	被評価 意識・ 対人緊張
SED 総得点	r_s	0.249	0.529	0.491	0.568	-0.443	-0.680
介入セッション前	p 値	0.49	0.12	0.15	0.09	0.20	0.03*
SED 総得点	r_s	0.603	0.744	0.590	0.685	-0.423	-0.419
介入セッション後 1 か月	p 値	0.07	0.01*	0.07	0.03*	0.22	0.23
SED 総得点	r_s	0.786	0.731	0.811	0.640	-0.573	-0.382
介入セッション後 6 か月	p 値	0.01*	0.02*	0.00**	0.046*	0.08	0.28
SED 総得点	r_s	0.743	0.685	0.616	0.683	-0.693	-0.644
介入セッション後 12 か月	p 値	0.01*	0.03*	0.06	0.03*	0.03*	0.04*

Spearman の順位相関 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

⑥ 思春期患児の自己肯定感と青年期患者との親密性の関係

思春期患児の自己肯定感と青年期患者との親密性との関係を分析したが、介入セッション後1か月から12か月まで、青年期患者に対する親密性を示すメンタリング尺度得点はほぼ満点に近い高得点を維持し、得点の変化がなかったため、自己肯定感と青年期患者との親密性は意味のある有意な相関は得られなかった。

⑦ 思春期患児の親密性と青年期患者の親密性の関係

思春期患児と青年期患者のメンタリング関係を明らかにするために、介入セッション後1か月、6か月、12か月の時期のメンタリング尺度総得点(思春期患児のメンターに対する親密性)とメンター尺度得点の3下位項目の総得点(青年期患者のメンティーに対する親密性)を、Spearmanの順位相関を用いてそれぞれ分析した。その結果、介入セッション後1か月及び12か月では、メンタリング尺度得点とメンター尺度得点に相関は見られなかった。しかし、メンタリング関係が進んだ介入セッション後6か月では、正の相関がみられたが、有意な相関には至らなかった($r_s=0.552, p=0.098$) (表20-1, 図7-1~7-3.)。

表 20-1. メンタリング尺度とメンター尺度得点の相関 (n=10)

介入時期	r_s	p 値
介入セッション後 1 か月	-0.123	0.734
介入セッション後 6 か月	0.552	0.098
介入セッション後 12 か月	-0.085	0.815

Spearman の順位相関

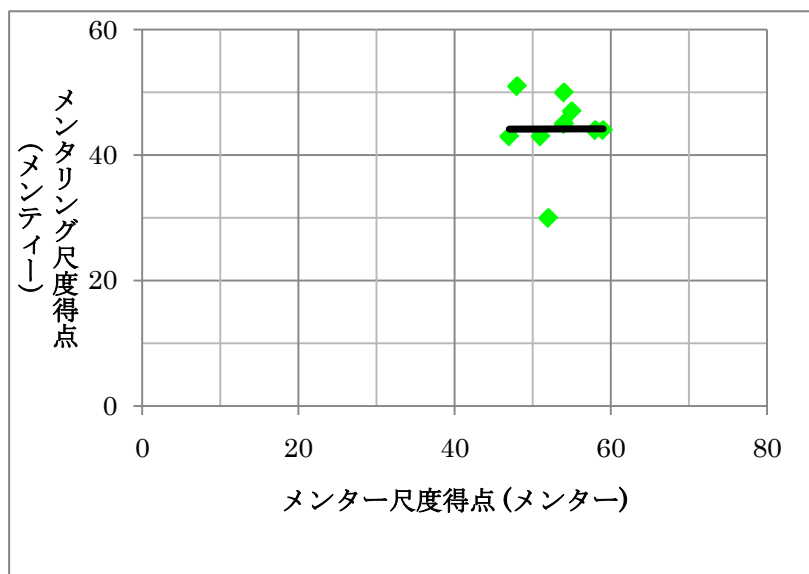


図 7-1. メンタリング尺度とメンター尺度得点の相関 (介入セッション後 1 か月 n=10)

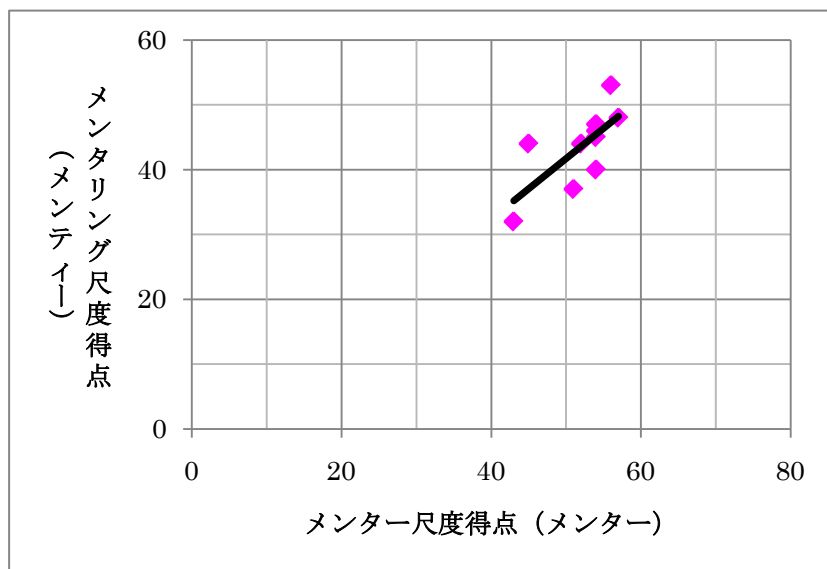


図 7-2. メンタリング尺度とメンター尺度得点の相関 (介入セッション後 6 か月 n=10)

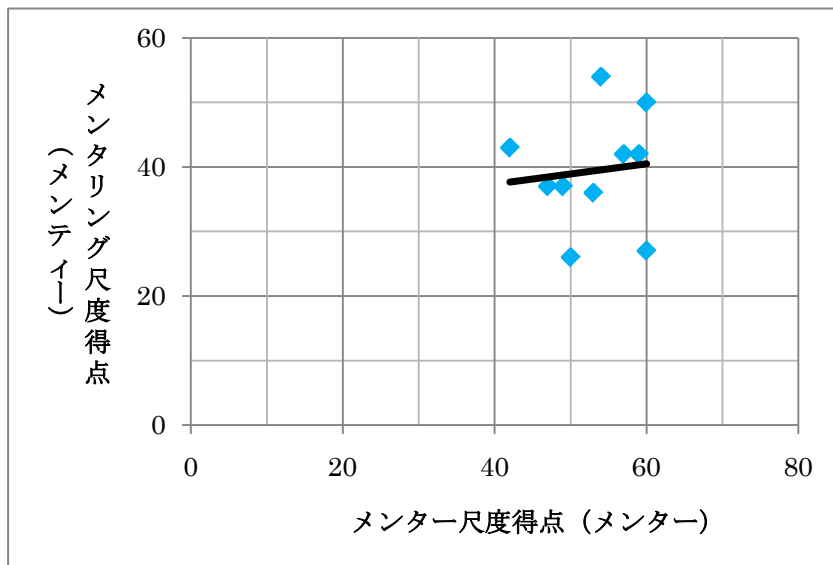


図 7-3. メンタリング尺度とメンター尺度得点の相関 (介入セッション後 12 か月 n=10)

⑧メンターの自己効力感とメンター尺度の関係

メンターの一般性自己効力感得点とメンティーに対する親密性を示すメンター尺度の相関について、Spearmanの順位相関を用いて分析した結果(表 20-2)、介入セッション後 12 か月に有意な正の中程度の相関がみられた ($r_s=0.679$, $p=0.03$)。

表 20-2. メンターの自己効力感とメンター尺度得点の相関 (n=10)

		メンター尺度総得点	メンター尺度総得点	メンター尺度総得点
		介入セッション後 1 か月	介入セッション後 6 か月	介入セッション後 12 か月
自己効力感 介入セッション前	r_s	0.220	0.259	0.610
	p 値	0.54	0.47	0.06
自己効力感 介入セッション後 6 か月	r_s	0.220	0.259	0.610
	p 値	0.54	0.47	0.06
自己効力感 介入セッション後 12 か月	r_s	0.246	0.233	0.679
	p 値	0.49	0.52	0.03*

Spearman の順位相関 * $p < 0.05$

4) メンタリングの実際と青年期患者のメンターとしての経験

(1) 青年期 1 型糖尿病患者が思春期患児に行ったメンタリングの実際

介入セッション後 1~3 か月後に青年期 1 型糖尿病患者 7 名に行った 1 回目のインタビューの平均時間は約 23 分であった。また、介入セッション後 6 か月に行った 2 回目のインタビューは約 54 分であった。インタビューは、許可が得られた場合にのみ録音し、録音許可が得られなかった場合、インタビュー内容をメ

モに残し逐語録を作成した。これらのデータから青年期 1 型糖尿病患者が行ったメンタリングの実際について、質的記述的分析を用いて分析した結果、メンティ
ーとの関係性が発展したパターンと、関係性が途絶えたパターンの二つの局面が
あることが明らかになった。これらのパターンは、いずれも【かかわり方に戸惑
う】共通の体験から始まり、関係性が発展したパターンは、【かかわり方に戸惑
う】【かかわりを続けるための連絡方法を工夫する】【かかわりを促進するた
めの背景を活かす】【関心を示し自然体でかかわる】【かかわり続ける】【状況
を把握し自己管理上の悩みを理解する】【自分自身の体験を正直に語る】【気遣
う】【気持ちを察し受け止める】【頑張りを認め喜びを共有する】【判断力を育
て自己決定を促す】の 11 のカテゴリで構成されていた。

一方、関係性が途絶えたパターンは、【かかわり方に戸惑う】【連絡に苦慮する】
【メンタリングの効果に疑問を感じる】【関係性の発展に困難感を抱く】【かか
わりが途絶える】の 5 つのカテゴリから構成されていた（図 8-1、表 21-1、
表 21-2）。なお、【 】はカテゴリを、[]はサブカテゴリを、「 」
はインタビューの生データを示し、生データにはメンターの ID と分析で用いた
コード番号を示している。以下に、青年期 1 型糖尿病患者が行ったメンタリ
ングの詳細を、カテゴリとサブカテゴリの関係性とインタビューの生データを
示しながら説明する。

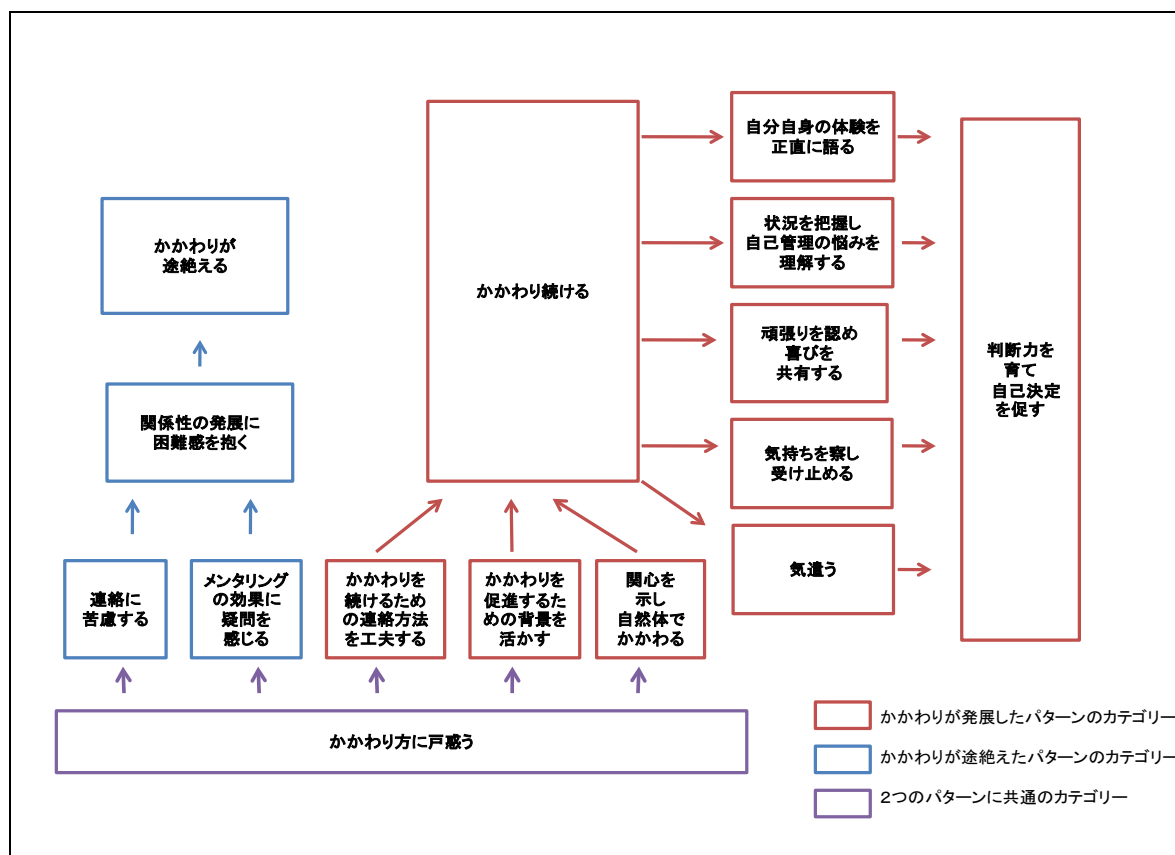


図 8-1. 青年期 1 型糖尿病患者が思春期患児に行ったメンタリングの実際

表 21-1. 青年期 1 型糖尿病患者が思春期患児に行ったメンタリングの実際
(関係性が発展したパターン)

カテゴリー	サブカテゴリー
かかわり方に戸惑う	メンティーからの反応や相談の少なさに戸惑う
	メンティーとの会話や接し方に戸惑う
	連絡手段に困難性を感じる
	生活時間に合わせて連絡することに戸惑う
かかわりを続けるための連絡方法を工夫する	連絡時間を考慮する
	メールアドレスの再確認を行う
かかわりを促進するための背景を活かす	相性を考慮する
	年齢の近さを考慮する
	メンタリング開始前の関係性を活用する
関心を示し自然体でかかわる	心を開き関心を示す
	支援者として意識せず自然体で関わる
	メンティーとのかかわりを楽しむ
かかわり続ける	メンティーの性格特性を理解してかかわる
	適度な距離感を保つ
	メンティーへのこまめなやりとりを続ける
	メンティーの話を傾聴する
	メンティーの体調を配慮する
気遣う	完璧な自己管理を目指すことを心配する
	メンティーの頑張りすぎを懸念する
	メンティーの間違った知識と自己管理行動の体への影響を恐れる
	メンティーの気持ちを受け止める
気持ちを察し受け止める	自分の体験からメンティーの気持ちを察する
	メンティーの行動を賞賛する
頑張りを認め喜びを共有する	頑張りを認める
	メンティーの目標達成の喜びを共有する
	生活状況を把握する
状況を把握し自己管理上の悩みを理解する	血糖コントロールに影響する要因を確認する
	病気の開示に関する悩みを知る
	病気に関連した進路に関する悩みを理解する
	病気に関連した人間関係の悩みを確認する
自分自身の体験を正直に語る	自分と同じ失敗体験を繰り返させたくない思いを伝える
	自分の失敗体験を正直に語る
	自分の体験を伝える
判断力を育て自己決定を促す	日常生活場面での具体的なアドバイスを提供する
	判断力を育てる
	メンティーの自己解決能力に気づく
	メンティーの能力を信じ見守る
	自己決定権を与える

表 21-2. 青年期 1 型糖尿病患者が思春期患児に行ったメンタリングの実際

(関係性が途絶えたパターン)

カテゴリー	サブカテゴリー
かかわり方に戸惑う	メンティーからの反応や相談の少なさに戸惑う
	メンティーとの会話や接し方に戸惑う
	生活時間に合わせて連絡することに戸惑う
連絡に苦慮する	連絡不足を実感する
	連絡手段に困難性を感じる
	連絡のタイミングがずれる
メンタリングの効果に疑問を感じる	メンタリングを無意味に感じる
	メンタリング効果を懸念する
関係性の発展に困難感を抱く	メンティーとの年齢差に壁を感じる
	自分の立場が邪魔する
	メンタリング開始前の関係性を不十分と感じる
	コミュニケーションスキル不足を実感する
かかわりが途絶える	メンティーとの関係が停滞する
	メンティーからの返信が途絶える

①メンティーとメンターの関係性が発展したパターン

《かかわり方に戸惑う》

多くのメンターは、メンティーと電子メールや電話で連絡を取り始めた当初、メンティーとの【かかわり方に戸惑う】経験をしていた。これは、メンターが、電子メールや電話で「困ったことはないか」という質問に対して、メンティーからは「何も特にありません」「大丈夫です」といった答えや、「はい」「いいえ」といった[メンティーからの反応や相談の少なさに戸惑う]経験をしていた。また、メンティーに送る電子メールについては、言葉を慎重に選び、年齢の離れた[メンティーとの会話や接し方に戸惑う]などの経験をし、かかわりの導入は決してスムーズではなかった。また、自宅への電話や、親の携帯電話にメール送信をせざるを得ないなど、メンティー本人と直接連絡できないメンターは、[連絡手段に困難性を感じる]経験をしていた。また、メンティーと連絡をとるタイミングが困難な状況にある場合、メンティーの[生活時間に合わせて連絡することに戸惑う]経験をしていた。

[メンティーからの反応や相談の少なさに戸惑う]

「困ったことはないかなあ？とか、メールするんですけど、何もありませんって返ってくる。相談もなし。ぜんぜん。」(ID-108-9)

「あまり、困ったことがあるとか言ってこないです。インスリンを変えたっていうふうについて、それで終わり。それだけですね。何もないので、正直言って本当にこれでいいのかなあと思うぐらい。私から月に1回メールする以外は、アドレスが変わったっていう連絡ぐらいしかないの、本当にこれでいいのかなあ？

自分（メンティー）からは何も。いまは大丈夫ですとか、困っていませんとか、あとは何もない。だから、こっちが本当にいいのかなあって思うくらいで…」(ID - 108 - 65)

[メンティーとの会話や接し方に戸惑う]

「自分よりも年が離れている子にどういうふうに接したらいいのかっていうことを考えました。どういう話をすればいいのかなあって。ちょっと難しいかなあって。」(ID - 103 - 24)

[連絡手段に困難性を感じる]

「Rちゃんは親の携帯みたいで…あんまり頻回に返事を返せられない感じ。」(ID - 105 - 79)

[生活時間に合わせて連絡することに戸惑う]

「あのねえ、まだ、連絡できてないんですよ。日曜日だけでしょう…受験で勉強しよるのに、しつこくこれはどうなん？あれはどうなん？って聞くのも。何もないって言うのに、長々と聞くのもどうなのかあって。」ID - 105 - 19・80

《かかわりを続けるための連絡方法を工夫する》

メンターはかかわり方に戸惑いながらも、【かかわりを続けるための連絡方法を工夫する】努力を行っていた。これは、メンティーと連絡がとりやすい夜間や、メンティーが最もメールを確認しやすい時間帯を選んでメール送信や電話するといった[連絡時間を考慮する]行動や、たびたび変更されるメンティーの[メールアドレスの再確認を行う]などの対処を行っていた。

[連絡時間を考慮する]

「なるべく時間とかが、メールをやり取りする時間が二人ともバラバラなので、私も、私はいつでもいいんですけど、一番メールをみってくれるだろうなあって時間にメールして。」(ID - 108 - 15)

[メールアドレスの再確認を行う]

「メールアドレスも変わって、また、変わって送ってきてくれたので、それは登録して。今日明日くらいに返そうかなあと。この前はメールアドレスが変わっていて、連絡できなかつたんですけど、今回ちゃんとききました。」(ID - 108 - 58)

《かかわりを促進するための背景を活かす》

また、メンターはメンティーとの【かかわりを促進するための背景を活かす】ことで、かかわり方の戸惑いを払拭していた。メンティーとの[相性を考慮する]

ことや[年齢の近さを考慮する]ことにより、思春期患児との会話を発展させていく方法を探し出していた。また、これまで培ってきたメンティーとの[メンタリング開始前の関係性を活用する]といった、メンティーとうまくかかわるために重要な背景を理解し、メンティーとのかかわりを促進するために活かしていた。

[相性を考慮する]

「相性があったというか。うーん。相性が一番、うん、いくらOBっていても、やっぱり合う合わないがあるでしょう。」(ID - 107 - 36)

[年齢の近さを考慮する]

「一番関わりやすいのは…やっぱり年も近いし。そうですね。年が近いのが一番ですかね。Aちゃんとはちょっと2つくらい違うだけでしょう。」(ID - 107 - 33, ID - 107 - 34)

[メンタリング開始前の関係性を活用する]

「もう(担当のメンティーが)決まって一緒って言われとったけん…(キャンプ中に)どんだんグループでなんかする時は一緒に歩いたり、わちゃわちゃ話したりしながら。その流れで、今まできているけん。(今のメンティーとの関係が)いい状態、キャンプでいい状態がつくれとったけん…絶対にやりやすいかなあって。」(ID - 104 - 25)

《関心を示し自然体でかかわる》

そして、メンティーからの反応や相談が少ない状況でも、関係性を保つためにはメンティーに【関心を示し自然体でかかわる】姿勢を持ち続け、メンティーの反応がなくてもメンター自身から積極的にメンティーに[心を開き関心を示す]ことや、メンティーにかかわる際にはできるだけ[支援者として意識せず自然体で関わる]ように努めていた。また、メンター自身が[メンティーとのかかわりを楽しむ]ことも、関係性を築くためには重要な戦略であった。

[心を開き関心を示す]

「もっと話しかけて、もともと僕は話すほうじゃないんですけど、まあ、ちょっと話しかけていたり…子どもって、しっかり心開いていかんとというか、自分から、がーっと、関心あるんよみたいに示していかんと反応してくれんというか。やっぱり、こっちも心開いていなかったら、よってこんなような気がした。」(ID - 104 - 19, 20)

[支援者として意識せず自然体で関わる]

「おれは普通に、メールやけどそんな(血糖コントロールの)話ばかりじゃなくて、なんやろう普通のどうでもいいメールとか。普通の部活のこととか、友達とメールしよるみたいな感覚でやりよったら、質問が来る」(ID - 104 - 49)

「まあ、普通の、そこまでいまは何も特別(一生懸命支援する)って感じでもないですね。いや、俺、何も(支援者として)してないですよ。」(ID - 104 - 3)

[メンティーとのかかわりを楽しむ]

「私は楽しいっていうか、楽しい感じでメールをしよる。」(ID - 109 - 23)

「でも、別にそれが苦しかったわけでもなく、それが(メンティーとのメール交換)楽しかったの、うん、別にそんなに無意識で、まあ、しているのかあ...この研究を受けて、最初に下の子から相談を受けるのなんて嫌なんじゃないかなあって思っていたんですけど、反対に楽しい感じ。なんか自分でびっくりした。ちっちゃい子の、世代も違うし相談されてもわかるわけないじゃんとか、最初は思ってた。でも、関わってみてぜんぜんそんなことないなあって。逆に関わってみて、関わって見つけることもあるし、結構楽しいなあって。」(ID - 108 - 23・60)

以上のように、メンターはこれらの【かかわりを続けるための連絡方法の工夫をする】、【かかわりを促進するための背景を活かす】、【関心を示し自然体でかかわる】の3つの戦略を実行することで、反応の少ないメンティーにも【かかわり続ける】ことが可能となっていた。

《かかわり続ける》

積極的な相談やメンターへの反応が少ない思春期患児に、メンターが【かかわり続ける】ためには、[メンティーの性格特性を理解してかかわる]ことがまず重要であった。また、メンティーとあえて[適度な距離感を保つ]ことで、メンターのかかわりがメンティーに不快感を与え、嫌われないよう配慮し、かかわりを長く継続していくことが可能となった。そして、メンティーからの反応が乏しくても、メンターから定期的に[メンティーへのこまめなやりとりを続ける]ことや、じっくりと[メンティーの話を傾聴する]ことで、メンティーに地道にかかわり続けていた。

[メンティーの性格特性を理解してかかわる]

「Yちゃんは向こうから聞いてくるタイプじゃないから、これはどう?あれはどう?って聞いてくるのはどうなのかなあとか。」(ID - 105 - 78)

[適度な距離感を保つ]

「自分がメールを送っても、まあ、なんか、『わかりましたって』。じゃあ、いいんだなあと思って終わる。その子によって、たとえば週に1回とか送ってきてとか、私も週に1回くらい連絡を。(私も)初めてキャンプに行った時に、キャンパーの友達に連絡を毎週もらった時は、うざいとか思ったので、やっぱり人によって連絡してほしい頻度はわからないし…自分がされて嫌なことはしないようにしてる。過剰に聞くとか、しないようにしてる。」 (ID - 108 - 27, 57)

[メンティーへのこまめなやりとりを続ける]

「ちょこちょこメールしよる。送ったら送り返してくれる…結構、質問してきてくれるというか、まあ、こっちがメールせんと質問してきてはくれないんですけど、そしたら、まあ、ぼちぼちわからんことがあれば…確かに『はい』『いえ』くらいで返って来ることもあるけど、根気強くやってたら、意外と返ってくる。質問がくるかなあって。」 (ID - 104 - 12, 42)

「前は月に1回くらいメールしてもとか思ったけど、今は月に1回だからメールしとかなきゃあって思ったりしますね…とりあえず月に1回はするぞって思ってる。」 (ID - 108 - 10, 70)

[メンティーの話を傾聴する]

「なんか、みんな(メンティー)から私にどうしたらいいって聞かれることはないんですよ。やけん、話を聞くくらいしか。」 (ID - 109 - 2)

次に、青年期1型糖尿病患者であるメンターは、メンティーにかかわり続けていく中で、メンタリングの具体的な支援行為となる思春期患児を【気遣う】、【気持ちを受け止める】、【頑張りを認め喜びを共有する】といった、メンティーの感情や行動を受け止めメンティーの安全基地となりうる支援と、【状況を把握し自己管理上の悩みを理解する】、【自分自身の体験を正直に語る】といった、メンティーの療養行動に変化をおこすきっかけを与える支援が行われていた。

《気遣う》

まず、メンティーの感情や行動を受け止める支援では、【気遣う】ことがなされており、これは[メンティーの体調を配慮する]ことや、メンティーが[完璧な自己管理を目指すことを心配する]行為であった。また、メンティーが少しでも楽になれるよう[メンティーの頑張りすぎを懸念する]ことや、インスリンの間違った使用方法や不適切な補食の取り方、外食時の相談を受けるうちに、[メンティーの間違った知識と自己管理行動の体への影響を恐れる]など、メンティーに対する配慮がうかがえた。

[メンティーの体調を配慮する]

「この前もだいぶ寒くなったから、風邪などひかんようになって送ったら、「もうすでにかかっています」って。「シックデイの対応大丈夫？」って送ったら、「主治医の先生にお薬もらいますから大丈夫です」って。(ID-105-30)

[完璧な自己管理を目指すことを心配する]

「よくないことであっても、何でも完璧にしようたら絶対どこかでは疲れる。」(ID - 105 - 66)

[メンティーの頑張りすぎを懸念する]

「思考が深くってぐるぐる自分の中でのいるから、もう少し楽になったらって言ってあげたいようなところもある…相当考えている。そこまで考えなくていいんじゃないっていうくらい考えている」(ID - 105 - 53・54)

「なんか、(血糖コントロールを)よくなりすぎようと思えば難しいかもしれない。」(ID - 109 - 8)

[メンティーの間違った知識と自己管理行動の体への影響を恐れる]

「(追加のインスリンを)打とうとするけん、とりあえず、高かったら打つ、食べたかったら打つ、みたいな感覚でおるけん、打てばいいみたいな感覚でおるけん…今まで高い時にどンドン打てという考えを持っておいたら、そういうのに(インスリンの抵抗性ができる)つながる。もし、そういうアドバイスで、『打てばいいやん、打てばいいやん』って言ったら、抗体ができてしまう可能性にもつながってしまうかもしれん。」(ID - 104 - 16・31)

《気持ちを察し受け止める》

同じ糖尿病を持つ先輩として、メンティーの【気持ちを察し受け止める】支援行為では、療養行動で生じた課題や目標に向き合わなければならないとわかっていても、その行動が起こせず、成果が表れない苛立ちをメンティーが抱えている場合、メンターは[メンティーの気持ちを受け止める]ことをまず行っていた。そして、メンティーが他人へ病気の開示を行う際に生じる問題について、メンターは[自分の体験からメンティーの気持ちを察する]ことを行っていた。

[メンティーの気持ちを受け止める]

「Mちゃんもわかってはいるんですよ。でもね、Mちゃんはどっかにあてたいんでしょう。今の気持ちを。」(ID - 105 - 57)

「言っていましたよ。Aちゃんが、他人から言われて、(血糖が高いのは)自分で

もわかっている，頭の中でもわかっている。でも，それができないって言ってたから，教習所とかバイトに行っていて，時間が不規則で，高いってわかっているけど…自分でも本当にわかっている。」(ID - 107 - 31)

[自分の体験からメンティーの気持ちを察する]

「高校生で受験前に学校を休むのはかなりハンディになる。私も，受験科目ではない家庭科とかの時間を使って病院に行っていたら，単位が不足しそうとか言われた。半日休むのは，かなりね，結構大きい。」(ID - 105 - 8)

「やっぱり病気のことを言ったことで人からいろいろ言われたら嫌だろうし，もともと（人前で病気のことを）言いたくなかったわけでなかった。でも，言った後のことを考えて迷っていた。」(ID - 107 - 24・25)

《頑張りを認め喜びを共有する》

療養行動を頑張り成果が見られたメンティーに対しては，【頑張りを認め喜びを共有する】支援がなされ，[メンティーの行動を賞賛する][頑張りを認める][メンティーの目標達成の喜びを共有する]といった，メンティーの頑張りと一緒に喜び分かち合う経験をしていた。

[メンティーの行動を賞賛する]

「Yちゃんがねえ，努力してきたことを誰もが認めてくれると思うし，結果がどうあれというよりも，それでいいんじゃないっていう形で，言ってあげた。」(ID - 105 - 35)

[頑張りを認める]

「頑張らなあ，頑張らなあって，もしかしたら糖尿病のことでマイナスがあるから，勉強して頑張らなあっていうのがあるんかもしれんね。そう。合格したのがすごい，やから相当頑張ったんだと思いますよ。よっぽどだと思う。」(ID - 105 - 25)

「今は調子いいとか，HbA_{1c} が下がったとかいう報告があった時は，がんばってるやんみたいなの。」(ID - 104 - 43)

[メンティーの目標達成の喜びを共有する]

「相当うれしかったんだと思う。よっぽどだと思う。急に突然，『今は，お仕事ですか？』って。あのう，あの子はメールのやりとりをするのが日曜日だけだったと思うので，そのう，日曜日にしかメール入れてなかったんだけど，合格発表の日に19時くらいにメールがあって，『いやあ，終わったけど，どしたん？』

って送ったら『あのう、いい報告があります。合格しました』って、メールがはいったけん、そうとううれしかったんやろうなと思って。そう。本当に、心配で、心配で。自信がなかったと思うけん、この合格は相当プラスだと思う。彼女にとっては。そう、合格しましたっていう報告がすごくうれしかった。うん、うん、ああ、良かったって。」(ID - 105 - 33・38・45)

「(人権作文で自分の糖尿病のことを書いて発表した) 作文のこととかも、『クラスの子とかどう?』とか聞いたら、『うーん、全然、今までと同じ普通どおりだったし』って(返事が)返ってきて…『そう、よかったねえ、みんなの前で発表することはすごいことだと本当に思うんよ』って。(ID - 107 - 10)

《状況を把握し自己管理上の悩みを理解する》

メンティーの気持ちを受け入れた後には、メンティーの【状況を把握し自己管理上の悩みを理解する】行為を行っていた。メンティーの[生活状況を把握する]、[血糖コントロールに影響する要因を確認する]、クラスメートや学校全体に向けておこなった[病気の開示に関する悩みを知る]、[病気に関連した進路に関する悩みを理解する]、母親や主治医との関係といった[病気に関連した人間関係の悩みを確認する]など、メンティーが療養行動を行う上で生じる悩みを理解し、必要となる具体的なアドバイスを提供していた。

[生活状況を把握する]

「Tちゃんめっちゃ(受験)勉強しよるみたいです。毎週金曜日の夜しか連絡とれないみたいで。」(ID - 107 - 3)

[血糖コントロールに影響する要因を確認する]

「なかなか高度な相談をしてくれる。『映画に友達と行っとて、遊びに行っといて、昼御飯にマック食べてそれでそのあとに、映画見て、みんながポップコーン食べよるけん、追加のインスリンを打って食べたけど、映画の途中で高血糖になったんですけど、どれくらい、どうしたら高血糖にならんかったんでしょかねえ』みたいな…それで単位数とかも、現在S君がうちよるのもわからなかったけん、それを聞いて、ほんで、どのくらい食べたか聞いて、そしたら、結構食べる。」(ID - 104 - 50・39)

「私もメールしたら、「そうなんですよ、突然意識がなくなるんですよ」って。えー、そんなあるんやって思って。しんどい感じはあるけど、しんどいって思ったら意識がなくなるって言ってた。重症の低血糖とか、私になったことないこととかわからんし、理解しがたい部分がありますね…『突然意識がなくなるのはなんでやろうやね。倒れそうになるのはわからんの?』って聞いたら、『急にし

んどくなって、そのときには意識がないんですよ』って。」(ID - 109 - 4・27)

[病気の開示に関する悩みを知る]

「キャンプの時にも、(クラスの)人には(糖尿病のことを)言えないんだけどやっぱり言おうか言わまいかみたいな。そのことを言っていたような気がする。」(ID - 107 - 40)

[病気に関連した進路に関する悩みを理解する]

「受験のことがやっぱり心配と言っていましたよ。あと、一人暮らしを。県外の高校を受験するとしたら、一人暮らしになるから、そのへんはどうなのかなあって。」(ID - 103 - 7)

[病気に関連した人間関係の悩みを確認する]

「まあ、受験生やし、Rちゃんなんかは、HbA_{1c}が上がるので悩んでいるって言ったら、『ストレスとかでも結構血糖はあがるしね』というと、『そうなんです、親との間のストレスです』みたいに。」(ID - 105 - 5)

「A先生が(大学に)帰るでしょう？そうなった時のこと(を相談してくれて)、医師が変わるところについていくとなると、学校を休まんといかんので、帰るべきかっていうことを話して…Mちゃんはよっぽど前の先生とうまくいかんかったことが痛かったみたい。トラウマっていうか、すごい、いややったみたい…。A先生の場合は、とりあえず、自分がして任せてもらえる、でも、悪くなったときは診て貰う。でも、B先生の場合は、いろいろ言われる。『先生との相性は私もあると思いますって』すごい言いよった。」(ID - 105 - 15・18・74)

《自分自身の体験を正直に語る》

最後に、メンターが【自分自身の体験を正直に語る】支援行為とは、糖尿病の療養行動についてメンティーに[自分と同じ失敗体験を繰り返させたくない思いを伝える]ことや、高血糖で合併症を心配されるまでに至った[自分の失敗体験を正直に語る]こと、そして、メンターは失敗体験を語るだけでなく、メンティーがいまだ体験していないことに対する対応について[自分の体験を伝える]支援を行っていた。

[自分と同じ失敗体験を繰り返させたくない思いを伝える]

「Hちゃんはこの前12-13%とかあったので、自分も中学の頃は12-13%ってあったので。『ならないほうがいいよ。絶対に、インスリンを打っていないとか、そんなのはやめたほうがいいと思う。』私みたいに、インスリンを打たずに10%とかになるのは当たり前だし、それはやめておいたほうがいいなあって(伝えました)。」(ID - 108 - 8・17)

[自分の失敗体験を正直に語る]

「私が高いからなんともいえないんですけどね。びっくりです。A1c10%だったんです、今月…。(自分の)失敗談話すしかないですよ。いいのか悪いのかって感じですよ。よくないけど、経験的にはいいのかなあ…自分も合併症かもしれないって眼科の受診のときに言われたことを、Aちゃんに話したですよ。でも、合併症ではなかったけど、でも、本当に怖い、ちゃんとしないといけないって思ったんよって、話をした。」(ID-107-1・30・44)

[自分の体験を伝える]

「別に自分は修学旅行で心配することはなかったの、まあ、『コントロールをよくしていたらいいんじゃない』って送った。」(ID-108-30)

《判断力を育て自己決定を促す》

メンタリングの様々な支援手法を用いメンティーにかかわる中で、メンターは、メンティーの【判断力を育て自己決定を促す】といった、糖尿病を持つメンティーの療養行動に必要な能力を促進し、支援行為を行っていた。これは、[日常生活場面での具体的なアドバイスを提供する][判断力を育てる][メンティーの自己解決能力に気づく][メンティーの能力を信じ見守る][自己決定権を与える]からなるサブカテゴリーで構成されており、メンタリングのゴールである自立型の姿勢を支援する行為であった。

まず、療養行動に必要なアドバイスを与え、メンティー自身に血糖コントロールに影響を与える要因を考えさせたり、答えさせたりする方法で、知識を確認しながら判断力を育てていた。また、メンティーが初めて体験する状況に必要な方法について、具体的なアドバイスを指示していた。

さらに、自分で解決できる力をメンティーが持っていることに気づくことで、メンティーの行動を見守り、療養行動の改善に向けて必要となる決定権をメンティーに委任し、判断力と自己決定力を養っていくといったメンティーの成長への支援が示された。

[日常生活場面での具体的なアドバイスを提供する]

「夜中が低くなるけん、Nを減らしよるみたい、そういうやり取りだった。やっぱりそこだけじゃなくて、(食べる)量を減らすというか、カロリーを考えて打つだけじゃなくて、まあ、そんな話をこの前しました…。寝る前のNをどうしようかみたい。えーっと、最初「Nを減らす」みたいのことを言いよったんですよ。ほんで、寝る前に減らしたらさらに朝が高くなるじゃないですか。『晝現象でNを減らしたら朝が高くなるじゃないか』と言ったら、ほんで、でも、夜中は低血糖が起こっているみたいで…そういうやり取りをしようたんですけど。別に学校生活っていう話ではなくって、基礎的なもの、インスリン量、補食は何

を食べるかとか。まあ、そういうことが(アドバイスする内容には)多いかなあ。」
(ID - 104 - 1・14)

「(受験のことを) 言ってあげたというか、補食とか、緊張とかで、ある程度の血糖は上がり下がりがあると思うけん、まあ、そういうこと。テストの時に、試験の前に模擬テストとかあるじゃないですか。テストの時に、そういうことを考えながら模擬テストを受けたほうが、本当の試験の時に役立つと思うよとは言ったけど、実際の試験の時には、補食をポケットに入れておくとか、そういうことはしておいたほうがいいよとは言った。」(ID - 105 - 20)

[判断力を育てる]

「本人が自分で考えんといかん、最終的には自分で考えんといかん…『朝が(血糖が) 高くなる』って言うから、『じゃあ、どうしたらいいと思う?』って聞いたら簡単に答えたら、自分が答えたら済むけど、ちょっと『じゃあ、どうしたらいいと思う?』と…(メンティーに) 聞いたら『自分でマックのカロリーがどれくらいあるか計算して、追加打つだけじゃなくて、ちょっと食べる量を減らせ、考えろ』って…例えば、『食事をちょっと押さえろとか、打つだけじゃなくて食べる量もちょっと押さえろ』って今から教えられたらいいんじゃないかなって。」
(ID - 104 - 24・29・38・47)

[メンティーの自己解決能力に気づく]

「(主治医を交代することも) 悩んでいるのは悩んでいるけど、なんていうのかなあ、悩んでいるけど、自分のなかで解決できてるんですよ。ああ、それはもうねえ。たぶん、個々に気になっていることは、自分でなんとか解決してる」(ID - 105 - 4・6)

[メンティーの能力を信じ見守る]

「うーん、自分で対処できてるから、あえて(友達との関係のことも) 聞かなくてもいいんじゃないですか。知らないふりしてて。」(ID - 104 - 7)

「そう、コントロールのこととか、インスリンの量とか、何年もやってきてるから大丈夫だと思うんですよ。」(ID - 105 - 11)

[自己決定権を与える]

「わかってるんだと思うんですよ。自分ではわかってると思うけど、誰かに決めてもらっても、決めてもらうとあとで人のせいにするし、うん。一番最初は進路のことやったんですよ。だけど、相談はするけど、それは自分で決めんといかん。どうしようもないけん、自分で受け入れる、悩みながら解決するために、ど

っちにするかを自分で決めないといけないって…」(ID - 105 - 69・71)

②関係性が途絶えたパターン

一方、関係性が途絶えたパターンから抽出されたカテゴリーは、メンティーとの【かかわり方に戸惑う】、【連絡に苦慮する】、【メンタリングの効果に疑問を感じる】、【関係性の発展に困難感を抱く】、【かかわりが途絶える】の5つで構成されていた。

《かかわり方に戸惑う》

まず、関係性が発展したパターンと同様に、メンターはメンティーとの【かかわり方に戸惑う】状況にあった。メンターの戸惑いは、[メンティーからの反応や相談の少なさに戸惑う]ことや、[メンティーとの会話や接し方に戸惑う]ことのメンティー側の要因と、そして、[生活時間に合わせて連絡することに戸惑う]といった様々な要因によって起こっていた。

[メンティーからの反応や相談の少なさに戸惑う]

「あの、メールするんですけどね、いつも、何もないって返事がかえってくるんですよ。それはそれでかまんですかねえ？Mちゃんは結構、先生が代わることに對して病院をどうしたらいいかっていうのは、何回か聞いてきましたが…。Rちゃんとも、最初、何回かメールしていたけど、そのあとは1か月ごとに送っても、『大丈夫です』みたいな。Yちゃんはメール送っても返ってこないみたいな…」(メンターID105)

[メンティーとの会話や接し方に戸惑う]

「Mちゃんは会っていないから、状況がつかめないのので何を話そうかと迷うことがある。難しいなあって思うのは何を話そうかという話題ですね。」(ID - 109 - 18・28)

「やっぱり、どういうふうに聞いたらとか…いろいろやっぱり、自分よりも年が離れている子にどういうふうに接したらいいのかっていうことを考えました。やっぱ自分がやってきたことが、昔やってきたことが、今の子に合うのかなあ…」(ID-103-25)。

[生活時間に合わせて連絡することに戸惑う]

「どういうタイミングで電話したらいいだろうとか、いろいろやっぱり考えた。U君に合わせてタイミングよく連絡してあげるのが、時間が難しい…夕方学校から帰ってきてからゴルフの練習に行くみたいで、なかなか僕が電話したときには、家にいなかったりして。おねえちゃんが出て、『ゴルフの練習に行つて

います』といわれたんで、時間を合わせるのが難しいかなあ。」(ID - 103 - 1・4)

《連絡に苦慮する》

関係性が途絶えたパターンに至った原因には、メンターからの[連絡不足を実感する]こと、メール以外の[連絡手段に困難性を感じる]こと、また、メンティーとの[連絡のタイミングがずれる]ことなどがあり、これらの状況が改善されない結果、【連絡に苦慮する】経験をしていた。

[連絡不足を実感する]

「ちょっとあまりにも状況を把握してなさ過ぎて申し訳ない。正直2回くらいしか連絡してなくて」(ID-107-32)

「M君からはいいたいこともないと言うので、ほとんどかかわれてないような状況と理解してもらったほうがいいかな。」(ID - 101 - 50)

[連絡手段に困難性を感じる]

「携帯なかったらちょっと。厳しいかも。なかなか家に電話してっていうのは。メールだといんですけど。メールだったらもっとNくんだったら来るかもしれない。」(ID-103-10・22)

[連絡のタイミングがずれる]

「最近、ちょっと特には連絡できていないです結構遅い時間にかけて出してくれないというか、ゴルフの練習にすごく行っているんで、あんまり遅いと向こうに悪いし...最近、僕にバイトが入っているんで、帰ってくるのもかなり遅いし、ちょっと、今日は無理かなあって。難しいですね。夕方、学校から帰ってきてからゴルフの練習に行くみたいで、なかなか僕が電話したときには、家にいなかったりして。おねえちゃんが出て、「ゴルフの練習に行っています」と、いわれたんで、時間を合わせるのが難しいかなあ。」(ID - 103 - 4・23)

《メンタリングの効果に疑問を感じる》

いくらかかわっても反応の少ないメンターへの[メンタリングを無意味に感じる]ことや、成果の見えない状況に、[メンタリング効果を懸念する]といった不安をメンターは感じ【メンタリングの効果に疑問を感じる】経験をしていた。

[メンタリングを無意味に感じる]

「何もありませんって返ってくる。相談もなし。あんまり意味ない。」(ID-10-2)

[メンタリング効果を懸念する]

「そのう、メールをするのが、相当時間がないとか、そういうような感覚は全くないんやけど、これをしてこの子らに意味があるものかどうか私も全くわからん」(ID-105-27)

《関係性の発展に困難感を抱く》

そのような経過を経て、次第にメンターはメンティーとの【関係性の発展に困難感を抱く】ようになっていった。これは、[メンティーとの年齢差に壁を感じる][自分の立場が邪魔する][メンタリング開始前の関係性を不十分と感じる][コミュニケーションスキル不足を実感する]といった経験であり、メンティーと良好な関係を築く障壁になっていた。

[メンティーとの年齢差に壁を感じる]

「これだけのやりとりだけでなく感じていることが、キャンプ中に、まあ、OBとOGで話し合いした時に年齢差は感じるんですよね。下手したら親ですよ。17歳離れている。やっぱり年の差っていうのは確かに感じました。」(メンターID-101-30)

[自分の立場が邪魔する]

「やっぱりキャンプリーダーっていう立場。うん。やっぱりメンティーが身構えるというところはやっぱり感じるんで。」(ID-101-22)

[メンタリング開始前の関係性を不十分と感じる]

「たとえば連絡先をね、誰とでも連絡できるように作ったりしたりするとしても、それだけではやっぱり連絡はとれないんですよ。それまでに、関係性ができていないとね、メールとかも打ちにくいし、なんか、その辺の方法が、じゃあ、具体的にどうしたらいいのって言われたら難しい。(ID-101-19)

[コミュニケーションスキル不足を実感する]

「なかなかそれ(会話)がキャッチボールにならんというか、なかなか引き出せていない自分っていうのがあったりする」(ID-101-26)

《かかわりが途絶える》

そして、関係性の発展に困難感を抱いたメンターは、ついにはメンティーとの【かかわりが途絶える】経験をしていた。メンタリング支援を行っているあいだに、効果的なコミュニケーション方法やメンティーとの関係性が確立できなかったメンターは、次第に [メンティーとの関係が停滞する] ことや、[メンティーからの返信が途絶える] といった経験をし、ついには両者のかかわりが途絶え

てしまうことになってしまった。

[メンティーとの関係が停滞する]

「どういうふうに伝える以前で関係が終わってしまったかなあ。」(ID-101-8)

[メンティーからの返信が途絶える]

「今はもう返信は返ってこないですね...僕は相談できる人でないと判断したんじゃないですかね。」(ID-101-49)

(2) 青年期 1 型糖尿病患者のメンターとしての経験

青年期 1 型糖尿病患者のメンターとしての経験を分析した結果、【かかわり続ける】【メンティーの頑張りを自分の励みにする】【糖尿病と向き合う】【病気を理解しあえる仲間の存在とつながりを大切にする】【メンターとしての責任感と役割を自覚する】【新たな自分の可能性を発見する】の 6 つの категорияが抽出された。(図 9-1, 表 22-1)

以下に、メンターとしての経験の詳細を、カテゴリとサブカテゴリの関係性とインタビューの生データを示しながら説明する。なお、【 】はカテゴリを、[]はサブカテゴリを、「 」はインタビューの生データを示す。

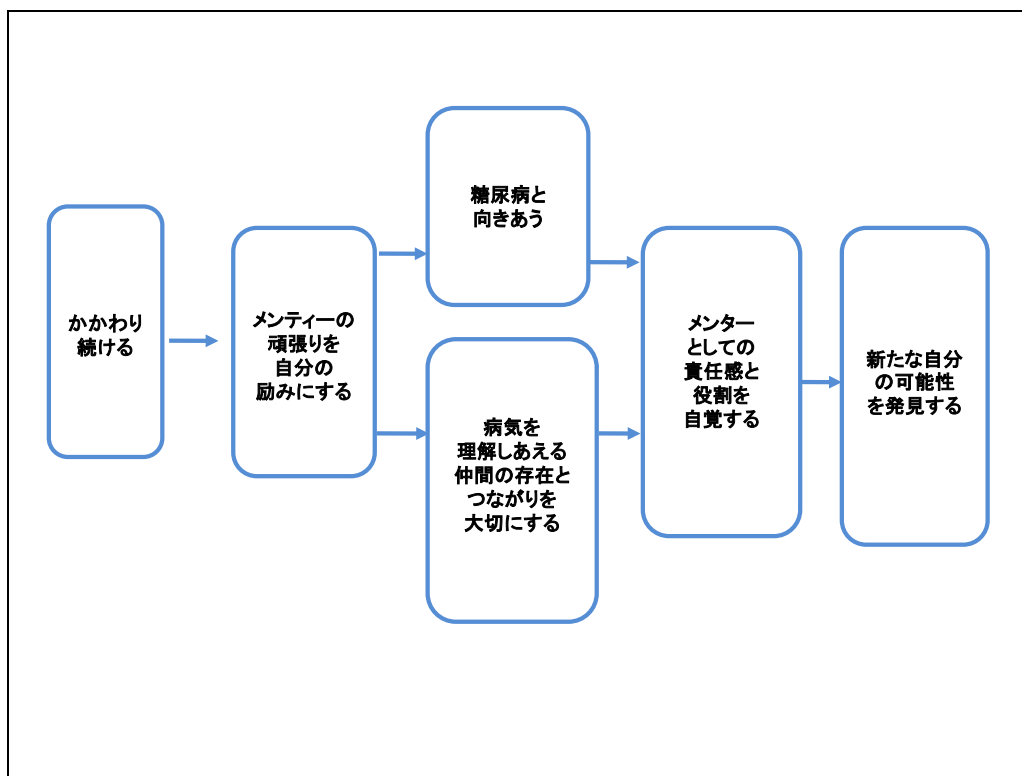


図 9-1. 青年期 1 型糖尿病患者のメンターとしての経験

表 22-1. 青年期 1 型糖尿病患者のメンターとしての経験

カテゴリー	サブカテゴリー
かかわり続ける	メンティーの性格特性を理解してかかわる
	適度な距離感を保つ
	メンティーへのこまめなやりとりを続ける
	メンティーの話を傾聴する
メンティーの頑張りを自分の励みにする	メンティーの頑張る姿を自分の励みにする
	メンティーの頑張りにから刺激を受ける
糖尿病と向き合う	病気を責任転嫁してきたことを振り返る
	糖尿病と向き合う覚悟を決める
	自分自身の自己管理行動を改善する
病気を理解しあえる仲間の存在と つながりを大切にする	病気を理解しあえる仲間の存在を大切にする
	同じ病気を持つ先輩・後輩の関係とネットワークを大切にする
メンターとしての責任感と役割を自覚する	確実なアドバイスを提供する責任を自覚する
	アドバイスを行うための確かな知識を身につける
	メンターとしての役割を担う難しさを実感する
新たな自分の可能性を発見する	人の役に立つ喜びと自信を感じる
	支援者としての自分の可能性を発見する

《かかわり続ける》

青年期 1 型糖尿病患者がメンターとして成長していくためには、まず、メンティーに【かかわり続ける】ことが必要であった。メンターが期待していたような積極的な相談や反応が乏しいメンティーと関係を築くためには、とにかく【かかわり続ける】ことが大切であり、そのために行われた行為は、[メンティーの性格特性を理解してかかわる]ことや、思春期にあるメンティーと[適度な距離感を保つ]といった、一歩下がった形でメンティーとの関係を保つことであった。また、メンティーからの反応が乏しくても、メンターから定期的に [メンティーへのこまめなやりとりを続ける] ことと、じっくりと [メンティーの話を傾聴する] ことで、メンティーの生活状況や悩みに耳を傾け、出来るだけメンティーのことを理解しようとしていた。

[メンティーの性格特性を理解してかかわる]

「あんまり、話さない子かなあって思う。なんか扱いやすいんですね。なんか、これを自分がしたら、こうなるってわかるんですよ。私のちっちゃい頃とすごく似てるから、見てて。私とか、周りの人がこれをしたら、彼女がこう、例えば、ぐれるとか、例えば、その人を避けるとか...それはやりやすい。だから、キャンプの時にも、『なんかあの人嫌だ』っていったら、『ああ、わかる』って。

それは、すごくわかって、だから変な話し、扱いやすい。」(ID - 108 - 8)

[適度な距離感を保つ]

「自分がされて嫌なことは、しないようにしている。過剰に聞くとかしないようにしている。向こうが聞いてくれたことは確実に返すけど、こっちからはあんまりしない。もし、質問とかされたらきちんと返すけど。」(ID - 108 - 5・74)

[メンティーへのこまめなやりとりを続ける]

「前は月に1回くらいメールしても(どうかなあ)、とか思ったけど、今は、月に1回だからメールしとかなきゃあって思ったりしますね。」(ID - 108 - 70)

[メンティーの話を傾聴する]

「話をきいてあげてる... ああ。なんか、みんなから私にどうしたらいいって聞かれることはないんですよ。やけん、話を聞くくらいしか。」(ID - 109 - 2)

《メンティーの頑張りを自分の励みにする》

メンターはメンティーとかかわり続け、メンティーの話を聴くなかで、メンティーがさまざまな悩みを抱えながらも、糖尿病と向き合い、療養行動を頑張っている姿を感じ、【メンティーの頑張りを自分の励みにする】経験をしていた。自分の療養行動がよい加減になりつつあるメンターにとって、メンティーにかかわり続ける中で感じたメンティーの頑張る姿を目の当りにし、[メンティーの頑張る姿を自分の励みにする]ことや、[メンティーの頑張りにから刺激を受ける]といった、メンティーとメンターの互恵的な関係が築かれていた。

[メンティーの頑張る姿を自分の励みにする]

「一人暮らしって怒られることもないし。自由なんですよ。だれもかまってくれない。怒られる回数が減った。やっぱり寂しい。Aちゃんが変わっていくところ(糖尿病のことを作文に書いて周りの人に開示し県大会で発表して優秀賞をもらって前向きになった)をみて頑張ろうと思った。」(ID - 107 - 15)

[メンティーの頑張りにから刺激を受ける]

「それで、やっぱり、自分もちゃんとやらんといかんかなあとか刺激にはなりますよね。」(ID - 107 - 45)

《糖尿病と向き合う》

メンティーの頑張る姿からメンター自身が励まされることで、メンターは次第に自分の思春期の時期の療養行動について振り返る行為を行っていた。メンター自身の療養行動を振り返る中でも、メンターが変化を起こす転機となったのが、

[病気を責任転嫁してきたことを振り返る]経験であった。これまで、糖尿病である自分を受け入れられず、療養行動についても積極的になれずに糖尿病から逃げていたメンターが、メンティーの頑張る姿から刺激をうけることで、[糖尿病と向き合う覚悟を決める]といった経験をし、【糖尿病と向き合う】一步を踏み出していた。そして、その一つとして、[自分自身の自己管理行動を改善する]前向きな姿勢が現れ、自分がメンティーの見本となれるよう努力を行っていた。

[病気を責任転嫁してきたことを振り返る]

「(高校に入ってから)自分の病気を話すと友達の反応が今までと違ってて。(友達の)おじいちゃんもインスリンを打っていたから、それからかも知れない。その高校のときの友達が病気を理解してくれた...小学校、中学校なんて、(1型糖尿病のことを)絶対、理解してくれなかったし、高校に入ってその子に会えたのが一番かな...ああ、自分から(血糖コントロール)しなくちゃって思ってきたし... (学校に行けないことを)糖尿病のせいにしてた。今まではしてたなあ。今まではかなりしてた。糖尿病のせいにしてた。うーん、すごいのは、「なんで病気にしたんよ！」って親に言った。(ID - 108 - 69・71)

[糖尿病と向き合う覚悟を決める]

「Sさんみたいにそこまでは登りつめることはできない、そこまではできないと思うけど、なにかしら糖尿病のことに関わっていきたいと思う...自分の経験を生かして他の人の、自分と同じ病気の人のために、少しでも何かになったらいいなあと思うようになって...うん。病気を持っていない人よりは、(病気を持っている自分の経験が)絶対に、ためになるだろうし。」(ID - 108 - 67・72)

[自分自身の自己管理行動を改善する]

「自分のことは正直適當。自分もちゃんとやらないといけないって。今までだったら、正直、朝起きなくて、インスリンを3回食前に打たないといけないのに、朝打てなくて、お昼からっていうのもあったんですけど、最近は朝眠くても一回起きてインスリンを打って、また、寝るということもしている。まあ、ましになったのかなあ。ちゃんとインスリンを打っているし。」(ID - 108 - 43・45)

《病気を理解しあえる仲間の存在とつながりを大切にする》

糖尿病である自分をすでに受容しているメンターは、メンティーの頑張りを自分の励みにする経験をしたメンティーとのかかわりで、【病気を理解しあえる仲間の存在とつながりを大切にする】経験をしていた。これは、メンター同志の横の関係について[病気を理解しあえる仲間の存在を大切にする]といった経験だけでなく、メンティーとメンターの [同じ病気を持つ先輩・後輩の関係とネットワークを大切にする]といった、1型糖尿病患者としての仲間意識を育てていく

経験であった。

[病気を理解しあえる仲間の存在を大切にする]

「S君（他のメンター）に連絡して、『キャンパーの子に連絡したけど、全然なんていうか、普通の反応で何もないうて言われたけどこんなんでもいいんやろうか？2回くらいこんなのが続いたけど、こんなんでもいいんやろうか？』って連絡した。」（ID - 105 - 61）

[同じ病気を持つ先輩・後輩の関係とネットワークを大切にする]

「キャンプの5泊6日っていうのはきっかけに過ぎない。結局ね、糖尿病とはずっとつきあっていかんといかんわけやから、これ（メンタリング）できっかけを。これで得た知識とかも活かされてのことやし、そして、困った時に頼りにできる関係づくりをして、そこでコミュニケーションすることで、こういう結果がでるという見方ができますね。」（ID - 101 - 14）

「あのう、（メンティーにとってメンターは）保険じゃないですけど、自分の主治医の他に、私でも主治医の先生以外に、女性特有のこと（結婚や出産のこと）に関しては、女の先生とかに聞くような感じで。同じ病気を持つ同性で（話が）聞けるのはすごく楽かも知れないです。同性として（メンティーと話ができることは）。」（ID - 105 - 39）

《メンターとしての責任感と役割を自覚する》

青年期1型糖尿病患者が自ら糖尿病と向き合い、また、メンティーを同じ病気を持つ仲間として大切に感じる経験をした後に、メンターは支援者である自分に向き合い、【メンターとしての責任感と役割を自覚する】経験をしていた。これは、自分の療養行動に関しては、多少いい加減にできるメンターも、自分のアドバイスの内容如何で、メンティーの療養行動が良くも悪くもなりえることに責任を感じ、メンティーに[確実なアドバイスを提供する責任を自覚する]ことが生じていた。そして、確実なアドバイスを提供するためには、[アドバイスをを行うための確かな知識を身につける]努力がなされ、アドバイスに必要な知識の習得と深い思考をめぐらしていた。しかし、メンターは、アドバイスの責任を自覚すると同時に、[メンターとしての役割を担う難しさを実感する]経験もしていた。

[確実なアドバイスを提供する責任を自覚する]

「誰でもそうだと思う。自分のことだったらまあ、多少のあいまいさってあってもいいかもしれんけど、その子のことになったらそういうわけにもいかん... やっぱり自分のことやったら、2単位くらい追加しておいたらいいかなあって思うけど、やっぱ人のことだったら（真剣に考える）... いやあ、2単位多い?...」

これを本当に言っているのか？みたいな。メールで（やりとして）パツパと（インスリンを）打ってしまうのは怖いなあって... そうそうそうそう。それで間違いが起きたりしたら怖いなあって。」(ID - 104 - 28・30・36・37・41)

「やっぱり、ほかの人にアドバイスすることは、もし違うことをやって、逆にアドバイスしたことをやってみて、（メンティーの療養行動が）悪くなったとかになったらだめなので、うーん、適当にはできないなあ。」(ID - 108 - 37)

[アドバイスをを行うための確かな知識を身につける]

「教えるためにはやっぱり知識がいるけん。勉強になったというか、さらに詳しく知ろうと思うし、考えさせられたというか... やったこと（勉強したこと）を忘れん。そういうときに考えたことって、忘れんから役に立つかなあ。後々、誰にアドバイスするにしても。やけん、まあ、いい勉強になったかなと思います」(ID - 104 - 17・26)

[メンターとしての役割を担う難しさを実感する]

「何か聞かれたら答えてあげられるけど、キャンパーから何も言われていない状況でアドバイスするのって難しいなあって... 私が先輩やけん、先輩らしくいいこと言ってあげんといかんって思うけど、それも言ってあげられず、なんかこんなんでいいのかなあって... もっとできることがあるのかもしれないなって。」(ID - 109 - 21・24・31)

《新たな自分の可能性を発見する》

これまで、メンターは糖尿病患者として、医療者から多くの支援を受けてきた立場であった。しかし、思春期患児にかかわる中で、メンターとしての責任と役割を自覚し、メンターは、[人の役に立つ喜びと自信を感じる]経験や、[支援者としての自分の可能性を発見する]といった経験をとおして支援者としての【新たな自分の可能性を発見する】ことができていた。

[人の役に立つ喜びと自信を感じる]

「自分の言ったことに対して本当に素直に受け入れてくれるというか、頑張りますって言うてくれただけでも、なんか大げさにいえば、（自分も）役に立てたかなあと思いますね... いいお手本にならないといけないと思う」(ID-107 - 26)

[支援者としての自分の可能性を発見する]

「自分が関わるっていうか、面倒を見たり、お世話をしたりっていうのが、本当は好きなんだなあって思ったりした... 途中は（中学・高校は）正直自分が何をしたいとかわからなかったし、どうでも良かったので...。今は、こういう研

究に参加して下の子と関わってみて、自分でもびっくり。なんか、一番自分がびっくりしている。なんでこんなになったんだろう。あれえって。今までとぜんぜん違うじゃないかあみたいなあ。今まではなんだったんだろうみたいなあ…。教えられるよりも人に教えたいなああって。これを始めて、人と関わるのが嫌いじゃないんだなああって思った。今までは、人と関わること自体が嫌だったわけじゃないけど、めんどくさかったから。でも、今は、めんどくさくなくて、楽しかったりするし。今までだったら、すごい第3者の目から(まわりを)見ていたけど、Yちゃんの担当になったときに、全然大変なことじゃないなああって思ったりした。嫌じゃないなあと思った。」(ID - 108 - 63・66・68)

3. 看護介入プログラムの評価

1) プログラムのサービス提供・利用の的確性の査定

(1) メンティーからの介入プログラムの評価

① 介入セッションの評価

メンティーは、介入セッションで用いた事例の適切性について、「普段の生活で起こりうる身近な事例として強い共感を持ちながら取り組めた」と評価した。一方で、「一事例の内容がやや複雑であり難しい」という意見も見られた。セッションの方法は、「仲間や先輩と少人数で話し合うスタイルは、和やかな雰囲気の中で自分の意見や思いを表現でき、他者の意見を聞き入れやすい」「他人の意見と自分の意見を比較し、これまでの自己管理行動に対する自分の取り組みを振り返り、今後の意欲を生み出す機会となった」と、青年期患者をメンターとしたグループワークの取り組みはおおむね好評であった。また、プログラム内容が患児の行動変容を生み出すための動機づけとなっており、介入内容の強度が効果的であったことや、グループワークの人数の適切さについての評価を得られた。

② 継続メンタリングの評価

介入セッション後6か月に、介入プログラムの参加の継続の有無をメンティーに確認したところ、参加者全員から継続希望の意思が確認された。継続希望の理由は「メンターから話を聞いてもらい相談に乗ってもらえる」ことや、「励ましやアドバイスがもらえた」ことが多く、継続メンタリングが、メンティーのニーズに沿った適切なプログラムであることが評価された。しかし、サービス提供の的確性については、「生活時間が違うため連絡のタイミングが合わないこと」「メールをもっと送ってほしい」という2点が挙げられ、介入プログラムの機能が不十分であったことが指摘された。一方で、「メールでの質問は便利である」「メールだから本音を伝えられる」など、メールでの連絡手段が有効であるといった回答が得られた。プログラムの内容については、「日常生活レベルで起こる課題への対処方法が学べる」といった具体性が評価された(表23-1)。

表 23-1. メンティーからの介入プログラムの評価

項目	n
相談に乗ってもらい安心できる	9
話や悩みを聞いてもらえる	6
話しやすい	4
励ましが得られる	4
有効なアドバイスが得られ助かる	4
メールで連絡が取りやすい	3
メールで本音が言えた	1
病気以外の話ができた	1
晩現象の対処法を学べた	1
部活引退後の自己管理方法を学んだ	1
生活時間に合わせた連絡タイミングが難しい	1
メンターからメールをもっとしてほしい	1
合計	36

(2) メンターからの介入プログラムの評価

① 介入セッションの評価

メンターからの評価には、「介入セッションを運営するための時間配分と人数が適切であった」ことや、「セッションの進行方法に関する詳細な説明を再度加えたことで、グループ活動におけるメンターとしての役割を確認できた」ことが評価された。介入セッションの事例の内容や方法については、「日常生活の中でありそうな事例であったため取り組みやすく意見交換が活発に行えた」「自分たちの体験からの意見を話し合え楽しみながら行えた」ことが評価されていた。しかし、「ファシリテーターの役割を担うことが難しかった」と、介入セッション中のメンターとしての具体的な活動方法に関する説明不足が指摘された。

② 継続メンタリングの評価

次に、継続メンタリングの有効性の評価として、介入セッション後 6 か月の時点でメンターに介入プログラムの参加の継続の有無について確認した。その結果、1 名を除く 6 名のメンターから継続可能という回答が得られた。

継続メンタリングの方法に関する評価としては、自宅の固定電話の利用はメンティーとの連絡が困難であり、メールを用いた連絡手段が望ましいといった「連絡手段の改善の必要性」が示された（表 23-2）。また、継続メンタリングの終了時のメンターの評価からは、「かかわりの時間を捻出する困難性」や、メンタリング関係を築くための「介入期間の短さ」を指摘された。さらに、「メンティーからの反応のなさ」といった、メンティーからの反応がない場合の戸惑いや、メンティーの「相談に対して適切な答えを出す困難性」が指摘された。

表 23-2. メンターからの介入プログラムの評価

プログラムの改善点	n
連絡手段の改善の必要性	4
かかわりの時間を捻出する困難さ	3
メンティーからの反応のなさ	3
相談に対して適切な答えを出す難しさ	1
介入期間の短さ	1
合計	12

(3) 介入期間中のプログラム参加者のドロップアウト

介入セッション後に実施した1年間にわたる継続メンタリングには、介入セッションに参加できなかった思春期患児4名と青年期患者3名を含む、思春期1型糖尿病患児15名と、青年期1型糖尿病患者8名が参加した。このうち分析対象から除外した者(介入セッションに参加していない思春期患児4名とその患児の担当であった青年期患者1名)を除いた参加者のドロップアウトは1名であった。この1名のドロップアウトの理由は、継続メンタリング中の転居による連絡不通であった。また、介入セッション及び継続メンタリングに参加した青年期患者1名から、介入セッション後6か月の時点で研究辞退の申し出があった。この背景には、担当したメンティーは、糖尿病発症後2年目の高校生の患児であり、インスリンの自己分泌があるために安定した血糖コントロールであったことや、療養行動もスムーズにこなせるため、支援の必要性がないのではないかとといったメンティー側の状況と、メンターの連絡に対してメンティーからの反応がほとんどなく、また、年齢差が16歳と大きく、うまくかかわれていないといったメンター側からの状況が示され、メンティーの担当を交代した。

2) アウトカムモニタリング

アウトカムモニタリングの評価として、プログラムによる介入以前と以後で参加者に起こったメンティーの行動変容について分析した。その結果、「自己管理に自信が持てるようになった」「病気のことを友達に公表した」「自己管理の意識が高まった」「病気と向き合えた」「将来のことを自分で決めた」といった、心理的側面からの変容と、「新しいインスリンの使い方を工夫した」「HbA_{1c}値が低下した」「自分の生活を見直し向き合えた」「高血糖に対処できるようになった」「カロリーを考えて調理をしてみた」「友達との外出時にインスリン注射を持って出かけるようになった」「補食を常に持ち歩くようになった」といった食事・注射・運動面からの療養行動に関連した行動変容が見られていた(表23-3)。

表 23-3. プログラム参加後にメンティーに起こった変化

項目	n
自己管理に自信がもてるようになった	3
病気のことを友人に公表した	2
新しいインスリンの使い方を工夫した	2
自己管理の意識が高まった	1
HbA _{1c} 値が低下した	1
病気と向き合えた	1
自分の生活を見直し向き合えた	1
高血糖に対処できるようになった	1
カロリー考えた調理をしてみた	1
友達との外出の際にもインスリンを持ってでかけた	1
将来のことを自分で決めた	1
補食を常に持ち歩くようになった	1
合計	16

また、プログラムによる介入以前と以後に起こったメンターの変化には、「改めて病気の付き合い方を見つめなおせた」「考え方や視野が広がった」「知識の再確認が行えた」「責任感が持てた」といったメンター自身の療養行動に対する行動変容と、「メンティーの成長を共有し喜びあえた」「継続したかかわりを希望したい」といった、メンティーとの関係を強化する変化がもたらされた(表 23-4)。

表 23-4. プログラム参加後にメンターに起こった変化

項目	n
改めて病気の付き合い方を見つめなおせた	4
メンティーの成長を共有し喜びあえた	3
継続したかかわりを希望したい	2
考え方や視野が広がった	2
知識の再確認が行えた	2
責任感が持てた	1
合計	14

3) 予定した介入と実際に行われた介入の整合性の査定

プログラムで予定した研究者のメンターへの看護援助が実際にどのように行われたのかを明らかにし、そのメンターへの看護援助の適切性と質を把握するために、①メンターへの支援回数、②メンターとメンティーの関係調整、③メンターへの看護援助の内容について分析した。

(1) 研究者が行ったメンターへの支援状況

研究者が行ったメンターへの支援回数を表 24-1 に示す。メンターからの連絡回数は平均 8.7 回に対して、研究者がメンターに行った連絡回数は平均 11.4 回であった。特に、学生であった ID103, ID104, ID108, ID109 への連絡回数が多く、

これは、連絡方法の確認、連絡手段の変更に関する相談、メンターからの質問への回答、メンター自身への体調の確認や、メンティーとの関わり方に関する相談とその支援方法についてであった。一方、社会人であった ID101 と ID105 のメンターからは、研究者への質問も少なかったため、メンターの主体的な支援を見守り、連絡方法やメンターの支援状況を確認する援助が中心に行われた。

表 24-1. 研究者からのメンターへの 1 年間の支援状況

ID	メンターからの 連絡回数	研究者からメンターへの 連絡回数
101	4 回	4 回
103	11 回	15 回
104	7 回	13 回
105	5 回	4 回
107	4 回	8 回
108	17 回	23 回
109	13 回	13 回
平均	8.7 回	11.4 回

(2) メンティーとメンターの関係調整

介入セッションへの参加が不可能なメンターが、継続メンタリングの担当となったメンティーには、継続メンタリング開始前にあらかじめメンターを紹介し顔合わせを行った。また、継続メンタリング中に、メンターに対して、メンティーとの関係に問題がないか確認した。介入期間中に介入セッション後 6 か月にメンター 1 名から、メンティーからの連絡がなく、関係を継続することが困難であるという理由から研究参加辞退の申し出があった。その際には、担当メンティーの継続意向を確認した後に、他の同性のメンターに担当を依頼した。

(3) メンターへの看護援助の内容

心理的サポートと情報的サポートを基盤としたメンターへの看護援助の実際について内容分析した結果、メンターへの研究者からの看護援助には、【メンター自身のゆらぎを支える】【メンターとしての機能が果たせる状況に整える】【連絡調整とメンターへの負担を配慮する】【メンティーとの関係をつなぐ】【メンティーへの具体的なかかわりのスキルを示す】【メンターのかかわり方を認め意識化させる】【かかわりの成果を賞賛する】【メンターの能力や成長を認める】という 9 つの具体的な援助が行われていた (表 24-2)。

表 24-2. 研究者からメンターへ行った看護援助

カテゴリー	サブカテゴリー
メンターとして機能が果たせる状況に整える	メンターの生活状況を確認する
	メンターの体調を気遣う
	メンターの自己管理行動を支える
メンター自身のゆらぎを支える	メンターの将来の方向性をともに考える
	糖尿病と向き合う覚悟を後押しする
連絡調整を行いメンターの負担を配慮する	メンティーとの連絡確認と調整を行う
	メンターの負担を和らげる
メンティーとの関係をつなぐ	メンティーとの関係をつなぐ基盤づくりを行う
	メンティーとの関係をつなぐ情報伝達
	メンティーとのかかわりを刺激する
メンターのかかわり方を認め意識化させる	メンターのかかわり方を支持する
	メンタリングの目的を伝える
	メンターの意識しないかかわりを可視化させる
	他のメンターのかかわりの状況を伝える
メンティーへの具体的なかかわりのスキルを示す	自己管理の意欲を引き出す
	メンティーのやる気を引き出す具体的支援方法を提示する
メンティーの成長・挑戦を伝える	メンティーの反応を伝える
	かかわりの成果を伝える
メンターのかかわりを賞賛する	メンターの頑張りを賞賛する
	メンターの活躍に感謝する
メンターの能力や成長を認める	メンターとしての存在意義を伝える
	メンター自身の成長を喜ぶ

以下にメンターへ実際に行われた看護援助の概要を示す。なお、【 】はカテゴリーを「 」はサブカテゴリーを示す。

《メンターとしての機能が果たせる状況に整える》

【メンターとして機能が果たせる状況に整える】とは、昨年まで高校生であったメンターらが新たに大学生となったり、社会人としての生活を送ったりするなかで、糖尿病の自己管理行動がうまく行えていないメンターには、メンティーへの直接的な支援を期待するのではなく、まず、メンターの生活に注目し、「メンターの生活状況を確認する」「メンターの体調を気遣う」、「メンターの自己管理行動を支える」といった、メンター自身が支援者としての機能が果たせるための基盤づくりが行われていた。

《メンター自身のゆらぎを支える》

「支援者」としての自信に欠けるメンターには、メンターとしての機能を果たす状況を整えると同時に、「メンターの将来の方向性をともに考える」ことや、メンター自身の「糖尿病と向き合う覚悟を後押しする」など、糖尿病を乗り越えて人間にとっての強みにして前に進んでいく必要性を伝え、【メンター自身のゆらぎを支える】支援が行われていた。

《連絡調整を行いメンターの負担を配慮する》

メンターが支援者としての機能が果たせるよう準備が整った後に、メンティーとのかかわりに困難を生じていたメンターには、メンティーとのかかわるために必要となるメールアドレスの変更がないかどうか「メンティーとの連絡確認と調整を行う」支援を提供していた。また、メンティーへの連絡が定期的にとれなかったメンターの罪悪感を和らげ、複数のメンティーとのかかわりによる負担が生じていないか懸念し「メンターの負担を和らげる」といった、【連絡調整を行いメンターの負担を配慮する】支援がされていた。

《メンティーとの関係をつなぐ》

次に、【メンティーとの関係をつなぐ】支援として、まず、メンティーとのかかわりの状況確認を研究者が行い、関係がうまくいっていない場合には、メンターの担当を変更する準備を整え、できるだけメンティーとの関係作りがスムーズにいくように「メンティーとの関係をつなぐ基盤づくりを行う」支援を実施していた。また、メンティーの考え、気持ち、意向を研究者からメンターに間接的に伝え、メンティーの生活状況や母親からの情報などをメンターに伝えるなど、「メンティーとの関係をつなぐ情報伝達」を行っていた。そして、メンティーとの関係をつなぐために、かかわりが途絶えそうなメンターには、できるだけ定期的なかかわりを促すために、「メンティーとのかかわりを刺激する」支援を行っていた。

《メンターのかかわり方を認め意識化させる》

メンターがメンティーとのかかわり方に自信がなく不安を抱えながら支援している場合、「メンターのかかわり方を支持する」ことや、「メンタリングの目的を伝える」こと、「メンターの意識しないかかわりを可視化させる」といった、メンターが実際に行っているかかわりが支援に値していることを意識させていた。また、メンターとしての自信を与えるために、「他のメンターのかかわりの状況を伝える」ことでメンターに安心感を与え、【メンターのかかわり方を認め意識化させる】支援を提供していた。

《メンティーへの具体的なかかわりのスキルを示す》

関係性が構築された後には、【メンティーへの具体的なかかわりのスキルを示す】支援として、メンティーとの具体的な関わり方をアドバイスし、メンティーへ「自己管理の意欲を引き出す」方法を指導し、「メンティーのやる気を引き出す具体的支援方法を提示する」ことが行われた。

《メンティーの成長・挑戦を伝える》

メンティーとのかかわりが進んでいく中で、メンタリングの効果が見えず焦りを感じているメンターに対して、メンティーからの評価をメンターにフィードバックする「メンティーの反応を伝える」行為や、研究者やメンティーの母親からみたメンティーの客観的变化である「かかわりの成果を伝える」といった【メンティーの成長・挑戦を伝える】支援行為を行っていた。

《メンターのかかわりを賞賛する》

さらに、「メンターの頑張りを賞賛する」ことや、「メンターの活躍に感謝する」といった【メンターのかかわりを賞賛する】支援を提供することで、メンターのやる気と自信を促していた。

《メンターの能力や成長を認める》

最後に、「メンターとしての存在意義を伝える」ことや、メンティーとのかかわりの中で生じた「メンター自身の成長を喜ぶ」といった、【メンターの能力や成長を認める】支援行為を行い、メンターが成長していく過程をとおして支援者としての在り方を再考できるよう支援していた。

V. 考察

本章では、メンタリングを用いた看護介入プログラムの効果について、以下の4つの視点から考察を行う。

1. 糖尿病の療養行動に必要な対処行動を高める介入セッションの効果
2. 継続メンタリングによるメンティー及びメンターへの効果
3. メンターとしての経験が青年期1型糖尿病患者に与えた影響
4. メンタリングを用いた看護介入プログラムの評価と効果的な運用方法

1. 糖尿病の療養行動に必要な対処行動を高める介入セッションの効果

小児期に1型糖尿病を発症した青年期患者の体験から抽出された事例を用いた介入セッションの実施は、思春期患児が先輩の体験を自分のこととして考えながら真剣に取り組んでいた。また、グループワークをとおして、先輩や仲間の意見を比較し共有することで、療養行動に必要な多様な考えや対処方法を知り、自分の考えを変化させるきっかけづくりの場となっていた。その結果、思春期患児の「望ましい療養行動の発見」と「新たな問題解決を試す意欲」の出現により、自己効力感得点は介入セッション前 140.70 ± 27.19 点から介入セッション後1か月 157.00 ± 26.59 点と上昇し、HbA_{1c}値は介入セッション前 $8.60 \pm 1.79\%$ から介入セッション後1か月 $7.80 \pm 1.50\%$ と有意な低下が認められた。

特に、介入セッション終了後には、1～2か月という短期間の中に参加者全員のHbA_{1c}値が改善しており、体験事例を用いた認知行動療法と青年期患者と実施したグループディスカッション形式での介入プログラムの活用が、思春期患児に短期間での行動変容を促し、血糖コントロールに影響をもたらしたと考える。

特に、介入セッションの事例内容であった「部活動中に低血糖にならない工夫」、「友達と外食にでかけた場合の工夫」、「血糖値の記録やインスリンの注射手技や運動時のインスリン量や時間の調節」に相応した自己効力感尺度項目である「血糖値を記録している」、「皮膚の傷・腫れ・赤みをさけてインスリン注射を行っている」、「運動をしたときにインスリン量や注射の時間を調節する」などの、インスリン注射や血糖管理に必要な対処技術に関する項目得点が上昇していた。

この理由として、日常生活上起こりうる身近な事例を用い、「感情」と「行動」に分けて事例の分析を行い、起こりうる問題とその望ましい解決策を示す認知行動療法の活用が効果的であったと考える。認知行動療法では、患者の否定的で柔軟性のない考え方や良くない考え方を指摘したり、肯定的な考え方を教授するだけでは、患者の認知を変容していくことはできないといわれている(板野, 2005)。特に、思春期患児に望ましい療養行動を示し、思考の転換を一方向的に促すことは、かえって患児に「理解してもらえない」という感情を引き起こさせ、支援者との距離感を与えてしまいがちになる。認知変容のテクニックには、問題に「気づく」「整理・再検討する」「新しい考え方を探す」「実践する」というプロセスを促進することが重要といわれている(Stallard, 2002)。思春期患児の抱える問題に

「気づく」ための道先案内人として、患児の問題を整理したり、状況に即した柔軟性や多様性を身に付けることを支援できる人物が必要である。

本研究では、この道先案内人の役割を、同じ糖尿病を持つ青年期のメンターが担った。介入セッションをとおして、メンティーは同じ1型糖尿病を持つメンターと同じ病気を持つ仲間とともに、安心した雰囲気の中で時間を過ごし、自己管理行動の体験や考えを共有しながら自分の行動を比較していった。そして、現実の生活と照らし合わせながら、自分の生活上の問題点や療養行動における悪循環や、自分の抱える課題に気づき、具体的な取り組みを考えることが可能になった。

また、先輩患者の体験事例を活用したことで、将来起こりうる体験も予測しながら、問題に焦点を当てて解決に向けた具体的な戦略を立てることが可能となった。このような体験が、患児の新しい行動や思考を身につけることを容易にし、新たな問題解決に取り組む意欲が高まり、糖尿病自己効力感の向上やHbA_{1c}値の改善につながったと推測される。

Hampton ら (2000) や Urban, Berry, & Grey (2004) が行った1型糖尿病患児の療養行動の獲得を目的とした教育・心理・社会的介入研究についてのシステマティック・レビューでは、認知行動療法を用いた対処行動の獲得を目指した介入は、血糖値と自己効力感の改善に有効であることが報告されている。本研究で実施した1回の介入セッションでも、メンティーの血糖値や心理面の改善に認知行動療法が有効であることが明らかとなり、今後もこのようなプログラムの活用が必要である。

2. 継続メンタリングによるメンティーおよびメンターへの効果

本研究で思春期1型糖尿病患児に行った継続メンタリングによるメンティーとメンターへの効果の特徴は、①思春期1型糖尿病患児の自己効力感は介入セッション後1か月に最も得点が上昇し、6か月後まで維持されていた。②血糖コントロールの改善は、介入セッション後12か月まで維持された。③自己肯定感は、介入セッション前後に有意な改善はみられなかったが、介入セッション後1か月には「充実感」得点が上昇し、介入セッション後12か月には「被評価意識・対人緊張」が改善傾向に至っていた。④メンタリング関係では、思春期患児は介入期間をとおしてメンターへの高い親密性を維持していたが、青年期患者の親密性は介入セッション後6か月以降から低下し、双方の信頼関係のとらえ方に相違がみられた。これらの4つの継続メンタリングの特徴について、考察していく。

1) 継続メンタリングによる思春期患児の糖尿病自己効力感の向上

まず、継続メンタリングを受けた10名の1年間にわたる糖尿病自己効力感の総得点の変化は、介入セッション前 140.70 ± 27.19 点、介入セッション後1か月 157.00 ± 26.59 点、介入セッション後6か月 154.8 ± 32.22 点、介入セッション後12か月 152.30 ± 28.54 点と、介入セッション後1か月に得点の大きな上昇を

認め有意差が示された。このことから、糖尿病自己効力感の向上には介入セッションの影響が大きいことが理解できる。しかし、介入セッション後6か月と12か月においては、介入セッション前と比較し有意な得点の上昇は認めなかったが、自己効力感は介入セッション前の得点より11点以上も高い状態が維持されていた。特に、糖尿病自己効力感の下位尺度である「糖尿病に関する項目」に注目してみると、介入セッション前 98.40 ± 19.04 点、介入セッション後1か月 110.20 ± 15.55 点、介入セッション後6か月 108.90 ± 20.40 点、介入セッション後12か月 107.20 ± 18.68 点と、介入セッション後6か月までは有意な上昇を認め、介入セッション後12か月においても介入前の得点よりも10点ほど高く維持されていた。これらの結果から、継続メンタリングを併用したことで、療養行動に必要な知識や行動面のアドバイスを、継続的に思春期患児の必要性に応じて得ることが可能となり、継続メンタリングは、介入セッション後6か月までは「糖尿病に関する自己効力感」の向上に効果を与えたと考える。

このような効果により、思春期患児には、「病気を友達に公表した」「病気と向き合えた」「将来のことを自分で決めた」といった、心理的な側面からの行動変容と、「生活を見直した」「友達との外出時にインスリン注射を持って出かけるようになった」「補食を常に持ち歩くようになった」「高血糖に対処できるようになった」「カロリーを考えて調理した」といった食事・注射・運動面からの療養行動における変化が見られ、「自己管理に自信がもてるようになった」「自己管理の意識が高まった」といった糖尿病の療養行動に関する効力感が高まったことがメンティナーのコメントからも示された。

Greyら(2000)が行った研究においても、対処行動スキルの獲得を目指した介入セッションを週1回6週間行なった後に、毎月のフォローアップセッションを併用した結果、思春期患児の自己効力感は1年後においても介入前より改善し、介入プログラムの長期的な効果を得ていた。このように、心理的に不安定になりやすい思春期患児が、定期的なフォローアップを受けることで、個々の患児の生活状況に合わせてきめ細やかな相談が可能になり、安心感を得るだけでなく、長期的な自己効力感の向上や維持が可能になる。

それでは、思春期1型糖尿病患者の自己効力感を高めるためには、どのような要件が必要になるのであろうか。自己効力感の認識に影響を与える先行要件には、思考プロセスが行動をコントロールすることで行動達成が導かれる「制御体験(enactive mastery experience)」、他者の体験を見本にした「代理経験(vicarious experience)」、成功できると思わされるような「言語的説得(verbal persuasion)」、行動に伴う身体的な刺激や反応、感情、気分といった「生理的情動的状态(psychological and affective state)」の4つがあり、これらの情報源に加えて、「行動に対する意味づけ」「達成するための方略」「原因の帰属」「ソーシャルサポート」「自身を振り返る反省の認知能力」「健康状態」が自己効力感に影響するとされている(Bandura, 1997; 江本, 2000)。

本研究においては、青年期患者の体験を聞くことで得られる「代理体験」、話や悩みを聞いてもらえ励ましを受けることで得られる療養行動に対する「言語的説得」、青年期患者からアドバイスを得て、血糖コントロールなどの療養行動に実際に成功し、目標を達成した経験をとおして、「自分にはできる」という自己効力感が促進されたと考える。また、療養行動を高めるための対処行動を青年期患者から直接学ぶ体験やソーシャルサポートに加えて、継続メンタリングをとおして、メンターとともに目標を掲げて療養行動を意味づけ、患児自身がこれまでの療養行動を振り返り、自分の生活を見直すという体験も、自己効力感の向上に影響を与えたのであろう。

ただし、今回の研究では、介入セッション後 12 か月の時点では自己効力感の有意な向上は示されなかった。この背景には、介入期間が 6 か月を過ぎる頃より、メンターがとらえるメンティーへの親密性は低下し、メンターからの「対処支援」得点も 12 か月後には有意に低下したことが影響していると推察される。この原因として、継続メンタリングの期間が 6 か月を過ぎた時点から、メンティーからのメールの返信がなく、連絡してもメールアドレスが変更され連絡ができないなど、メンティーとメンターの双方向でのやり取りが困難となったことや、メンターが連絡時間を確保することが困難であったことが、調査表の記述内容からも示されていた。これらの結果から、青年期患者が担当のメンティーと積極的なかわりを持ち、長期にわたる思春期患児の自己効力感の向上に貢献することが難しかったと考える。今後、思春期患児の自己効力感の長期的な向上が維持できるよう、さらにメンタリングの期間や手法などを改善していくことが求められる。

2) 思春期患児の血糖コントロールの改善

介入セッションと継続メンタリングを用いた介入プログラムの提供により、思春期患児の HbA_{1c} 値は、介入セッション前 $8.60 \pm 1.79\%$ 、介入セッション後 1 か月 $7.80 \pm 1.49\%$ 、6 か月後 $7.94 \pm 1.31\%$ 、12 か月後 $7.09 \pm 1.31\%$ と、それぞれの時点で介入セッション前よりも有意な低下を認め、12 か月後に最も低い値を示した。思春期患児個々の変化を見ても、介入期間中 10 名中 7 名に HbA_{1c} 値の継続的な改善がみられた。また、3 名は介入セッション後 6 か月で季節性の変動として HbA_{1c} 値は一旦上昇したが、12 か月後に再び低下していた。このように、1 年間の介入をとおして、思春期患児の血糖コントロールに改善がみられ、継続メンタリングの長期的な効果が示されていた。

ただし、介入効果の査定を行うためには、介入以外の交絡因子の影響を考慮しておく必要がある。本研究の介入効果に影響する交絡因子には、まず、血糖コントロールに影響を与えるインスリン注射の変更が与える影響を考える必要がある。継続的な血糖コントロールの改善が見られた思春期患児 7 名のうち 1 名に、介入セッション後 6 か月を過ぎた時点で、超速効型インスリンの導入が行われていた。また、うち 1 名は「超速効型・速効型・持効型」から「超速効型・持効型」

への変更がみられた。これらの状況を考慮すると、超速効型インスリンが導入された1名に対する血糖コントロールの影響は否めない。しかし、残り9名の血糖コントロールの改善には、本研究でおこなった1年間にわたる継続メンタリングの効果が反映されていると予測される。

次に、介入効果に影響を与えるもうひとつの交絡因子に、小児糖尿病サマーキャンプの影響が考えられる。本研究で実施した介入セッションは、サマーキャンプのプログラムの一つとして実施しており、介入セッション以外のキャンププログラムで得た知識やスキルなどの影響について考慮する必要がある。小児糖尿病サマーキャンプの効果に関するこれまでの研究では、キャンプ後に、思春期患児の自己効力感が上昇することが報告されている(平泉・工藤, 2002; Stantiprabhobら, 2008; Torokら, 2006)。糖尿病キャンプに参加した1型糖尿病患者児60名を対象に行ったキャンプの効果に関する研究では、介入後3か月ではHbA_{1c}値は9.0%から8.2%とキャンプ前よりも有意に低下していたが、キャンプ後6か月の時点では9.2%とキャンプ前よりも上昇し、キャンプの体験が長期的な血糖コントロールの改善に至らなかったことが報告されている(Stantiprabhobら, 2008)。同様に、薬師神ら(2009)が行った10歳~18歳の1型糖尿病患者児173人を対象とした「小児糖尿病サマーキャンプの必要性と効果に関する全国調査」の結果からも、キャンプ初参加群は、キャンプ後3か月に自己効力感の有意な上昇を認めたが、キャンプ参加経験のある群は、自己効力感得点の有意な上昇を認めなかった。

これらのことから、糖尿病キャンプの効果は、キャンプ後6か月までの短期的な効果であり、キャンプの参加経験だけでは、1年という長期的なHbA_{1c}値の改善や自己効力感の向上には至らないことが考えられる。したがって、本研究で行った継続メンタリングを用いた介入は、HbA_{1c}値の改善に影響を与えたことが予測される。

それでは、継続メンタリングで行われたメンターへの相談で、どのようなことが血糖コントロールに影響をもたらしたのであろうか。青年期患者に行ったインタビューで明らかになった相談内容からは、介入セッション後1か月を過ぎた時点から、メンティーから学校や家庭での生活状況が話され、血糖コントロールの改善に影響を与えるような相談が行われていた。例えば、「教室で適切な時間にインスリン注射を行いたいけど友達にどのように説明すればいいか」、「友達とファストフード店で外食した時の食事量に合わせた追加インスリンの調節を行った場合、どのくらい血糖値に影響するのか」、「中学の部活動退部後に起こった高血糖にどのように工夫し対処すればよいのか」といった相談が行われていた。このような相談に対して、メンターは自分の体験から得られた血糖コントロールの工夫を示したり、インスリンを2単位打てば良いといった技術的なアドバイスを与えるのではなく、食事などの状況を一緒に確認し、患児自身に血糖コントロールに影響するさまざまな要因を考えさせ、対処行動の選択肢を与えていた。

Redfearn (2002) は、1 型糖尿病の子ども 120 名を対象に、血糖管理の影響要因についてパス解析を用いて分析し、「希望と自己肯定感」、「インスリン療法と血糖コントロール」、「インスリン療法と食事へのコンプライアンス」、「社会的経済的地位と食事へのコンプライアンス」、「血糖コントロールと食事へのコンプライアンス」の変数間での因果関係を明らかにしている。したがって、上記のような血糖値に影響を与える要因に関するアドバイスを青年期患者から得て活用することで、思春期患児の療養行動に対する対処技術が高まり、血糖コントロールに反映されたことが示唆される。

また、メンティーは医師とのコミュニケーションについて、「医師に自分の意見をどのように伝えればいいのか、また、医師の転勤に合わせて病院を変更した方がいいのか」といった具体的な相談を青年期患者に行っていた。これらの質問に対してメンターは、主治医に自分の意見を伝えよく話し合うことや、最終的には、自分の意思で主治医の変更を決定することが重要であるとアドバイスし、メンティーの自立した判断力を育てるようかかわっていた。本研究においては、介入セッション後 12 か月で自己効力感の下位尺度である「医療」と血糖コントロールに負の有意な相関を認めており、主治医と話し合ったり、主治医に自分の考えを伝えるといった自己効力感が高いほど、HbA_{1c} 値が低いことが示された。継続メンタリングによって、医師と糖尿病管理について交渉する力が強化され、血糖コントロールに間接的に影響したのではないだろうか。

医師と交渉できるなどの「医療」に関する自己効力感得点（介入セッション前 16 点、介入セッション後 18 点）は、Grey ら (1998) や Edmunds ら (2007) がおこなった思春期 1 型糖尿病患児の介入研究の結果（介入セッション前 20 点、介入セッション後 21 点）よりも、本研究の対象者の得点は明らかに低い値を示していた。文化的な背景に違いがあるものの、思春期患児の主のコミュニケーションを高める支援の提供は、血糖コントロールに少なからずも影響を与えるであろう。よって、主治医とのコミュニケーションを促進するような視点からも、思春期患児を支える新たな支援方法を検討することが必要である。

3) 思春期患児への自己肯定感への効果

自己肯定感尺度の各下位尺度得点については、介入セッション前後で統計的な有意差は認めなかった。しかし、下位尺度の「自己受容」得点は、介入セッション後 12 か月には 16.0 点から 16.7 点と、介入セッション前よりもわずかではあるが上昇がみられた。また、「被評価意識/対人緊張」得点は、介入セッション介入セッション後 6 か月までは上昇し続けたが、介入セッション後 12 か月に低下がみられ、被評価意識・対人緊張感が低下していた。「被評価意識/対人緊張」得点が低下した思春期患児は、継続メンタリングをとおして病気のことを友人に公表するといった行動変容がみられていた。

思春期患児にとって、病気を持った自分が周囲の人に受け入れてもらえるかど

うかといったストレスは、最も大きな課題である。しかし、慢性疾患を持つ思春期患児が、健康な友人と比較して同じ生活ができないという基準を持ち続けることが、同じ病気を持つ仲間と話し合うことで間違いであることに気づき、新たな基準を自分の中に持つことで、病気を持った自分らしさを認め自己肯定感を養うことが可能である (Woodgate, 1998)。特に、周囲の人から糖尿病を持っていても普通に接してもらい、受け入れてもらえた実感できた場合には、自信を持って前向きに進んでいける力を思春期患児は有する (Davidson ら, 2004)。Daley (1992) は、思春期 1 型糖尿病患児 54 人を対象に、成人の 1 型糖尿病患者が相談者となり、6 週間毎のグループセッションに加えて、2 か月に 1 回のペースで思春期患児と外食、スポーツ、ゲームなどの機会をとおした関わりを持ち、糖尿病の療養行動の問題についてアドバイスを与える介入研究を、統制群を用いて実施した。その結果、介入群は統制群よりも自尊感情尺度の下位尺度である「社会からの受け入れ」が、介入後に有意に高くなり、社会的対人能力や不安が軽減したことが報告されている。本研究においても、病気を周囲の友達に公表した患児 2 名は、自己肯定感の明らかな向上がみられており、今後、ソーシャルスキルや対人関係に関する具体的なアドバイスの方法をメンターの支援に組み込んでいくことが必要である。

また、自己肯定感は糖尿病自己効力感とも密接に関係しており、本研究の分析結果からは、「自己受容」と「糖尿病に関する自己効力感」との間に、介入セッション後 6 か月と 12 か月に正の有意な相関を認めており、6 か月間を経てメンタリング関係が進んだ頃より、病気を持った自分を受け入れたことで、糖尿病管理に必要な自己効力感も高くなることが示された。また、「自己実現的態度」と糖尿病自己効力感の「総得点」との間には、介入セッション後 1 か月、6 か月、12 か月の間にすべて正の有意な相関がみられ、糖尿病管理に必要な自己効力感と、思春期患児の前向きに取り組む気持ちに関連があることが示された。

同様に、「自己表明・対人的積極性」と「糖尿病に関する自己効力感」にも介入セッション後 1 か月から 12 か月まで正の有意な相関を認め、「糖尿病に関する自己効力感」が高いと「自己表明・対人的積極性」得点が高くなることが示された。「被評価意識・対人緊張」と「糖尿病に関する自己効力感」は、介入セッション後 12 か月において有意な負の相関を認め、自己効力感得点が高いほど「被評価意識/対人緊張」が低いことが明らかになった。

このように、介入期間中をとおして自己効力感は自己肯定感と相関がみられ、メンタリングを用いた介入を効果的に行うことで、思春期患児の自己効力感の向上を維持でき、さらには自己肯定感を高めることが可能であることが示唆された。

4) 思春期患児と青年期患者のメンタリング関係

メンタリングプログラムの活用により、思春期患児の血糖コントロール、自己効力感、自己肯定感への効果が明らかになったが、では、どのようなメンタリン

グ関係が、自己肯定感の向上や自己効力感の向上に影響をもたらしたのであろうか。メンティーのメンターとの関係性を示すメンタリング尺度得点の下位尺度である「満足度」「幸福度」は、介入期間中をとおしてほぼ満点に近い得点を示し、思春期患児は青年期患者の支援に満足していた。これは、マッチングの際に、事前にメンティーとメンターの相性や、お互いが顔見知りであるかどうかを配慮した結果が反映され、その成果が示されたと考える。また、介入セッション後 6 か月では、メンターに対する信頼感とメンティーに対する親密性と満足感は、それぞれ正の相関を示しており、6 か月間の期間を経て、両者のメンタリング関係が芽生えていったことが示された。メンタリングにおける信頼関係の構築には、最短でも半年の期間が必要であり、さらに、メンタリングの効果を得るためには、1 年以上の継続期間が必要であることが報告されている（渡辺，2002；Rhodes，2007）。したがって、メンタリング関係を維持するためのこのような関係構築のプロセスを理解し、メンター・メンティー双方に信頼関係の構築には時間を要することを伝え、支援していくことが必要である。

しかし、信頼関係が構築される一方で、「壊れない信頼（自分のことを知ってほしい、一緒に時間を過ごしたい、自分の考えをたずねて欲しい）」は、他の項目と比較しても介入期間中の得点は低く、思春期患児はメンターの存在に満足しているが、メンターと積極的に関わりたいという気持ちを前面に表していないことが伺えた。これは、思春期の発達課題と行動の特徴にあるように、大人や社会からの干渉を恐れ、孤独になることで不安定な自己を護ろうとしている思春期の精神的な特徴を示している（清水，2001）。

一方で、自分のニーズを満たすためには、自分が欲しい時だけ都合よくサポートを求めてくるといった行動も実際に見られた。メンターのインタビューからも、「メールするけど、何もなくて返事が返ってくるんです。困ったことないかなってメールするんですけど。何もありませんって返ってくる。相談もなし」と、思春期患児からの反応がなく、メンターは、このような思春期患児にどのように対応すればよいのか途方にくれていた。しかし、介入期間中に、必要最低限のやりとりしか行わなかったメンティーでさえも、「先輩と相談できて心丈夫になった」「本音が言えた」「相談にのってもらい安心できる」と、介入終了時にはメンターからの支援は好評であったと評価していた。

このように、思春期の時期は内心はとても不安であるが、一方で、悩みを打ち明け、話ができる相手の存在を求めるといったアンビバレントな状態で関係性を保つことが多い。したがって、思春期患児とのかかわりでは、外部から見える患児の行動と内面が一致していないことが多く、メンターへの関心が示されなかった場合は、最初の信頼関係の構築は一見困難となりやすい。よって、青年期患者は、連絡頻度や連絡方法を工夫し、自分から関心を寄せて丁寧に根気強くかかわり続けたことで、思春期患児との関係構築を可能にしたと考える。

思春期患児にとって、青年期の患者であるメンターは、親子という直系的な「縦」

の関係や同世代の「横」の関係でもない「斜めの関係」の相手であり、思春期の子どもたちにとって貴重な話し相手になれる存在である（天野，2005）。思春期患児からの反応がなくても、定期的にかかわり続け、話を聴き、根気強くかかわったメンターのメンティーに対する信頼感得点は高いことが、本研究の結果からも明らかになっており、反応がなくても関わり続け、信頼関係を構築していくことが重要である。親から自立しようとしている思春期のメンティーにとって斜めのつながりのあるメンターがいることで、いつも見守られている安心感を持ち、本当に困ったときにはSOSのサインを出すことが可能である。

そして、なによりも同じ糖尿病という疾患を持つメンターの存在は、メンティーにとって心強く安心できるものである。また、糖尿病を持つ生活に根ざした視点からの具体的なアドバイスは、医療従事者からのアドバイスよりも素直に取り入れることが可能であろう。Woodgate（1998）が行った思春期の視点からとらえた望ましい医療者の関わりに関する先行研究では、思春期1型糖尿病患児は「疾患をもって生活する思春期のことをもっと理解して欲しい」、「療養行動を強要しないで欲しい」、「療養行動に対する選択肢を与えて欲しい」、「子どもが行なっていることを知り知識と情報を共有して欲しい」といった、より患児の生活の視点を優先し、自己管理の選択肢が与えられる関わりを望んでいる。同じ病気を持つ青年期患者は、本当の意味での共感、賞賛、関心を示しながら、思春期患児に関わることのできる唯一の人物であろう。

思春期患児は、介入期間をとおして、話を聞いてもらい、相談にのってもらい支援への「満足度」と「幸福度」はほぼ満点を維持していた。しかし、介入セッション後12か月には、メンターからの「対処支援（話を聞いてもらえる、迷いを取り除いてもらえる）」得点が有意に低下していた。これは、介入セッション後6か月以降は、メンターからの連絡頻度が減少し、思春期患児はメンターからの傾聴やアドバイスを得る機会が減少していった影響が考えられる。一方、青年期患者がとらえたメンタリング関係では、介入期間中、メンター尺度の得点に有意な低下は見られなかったが、総得点は62.9点から介入セッション後12か月には58.4点に低下していた。特に、思春期患児に対する「親密性」が介入セッション後1か月13.9点から介入セッション後12か月に11.9点と低下しており、6か月以降に思春期患児への「親密性」を維持していく難しさが示された。

インタビューデータからも、メンティーとの関係性が発展しなかった組み合わせでは、関係性を構築する段階で、メンターがメンティーとの距離感を感じており、その要因には、「年齢差」、「連絡のタイミング」、「連絡手段」、メンターの「立場」が挙げられた。また、「メンティーからの反応のなさ」とメンターの「コミュニケーションスキルの不足」から、メンターがどのようにメンティーにかかわっていけばよいかわからない状態となり、定期的な関わりに発展しなかったことが考えられる。

コミュニケーションスキルの不足は、メンタリングの成功に大きな影響を与え

る。メンタリングで重要なのは、思春期患児の持つ心理的特徴や、連絡がなくても関心を寄せ続けることの大切さを青年期患者に伝え、「待つこと」「理解ある耳を持つこと」の大切さを教授することである。メンタリングのコミュニケーションスキルとして最も大切なのは「聴く (Listening) 事」であり、聴く事に関係を発展させる鍵があるといわれている。また、青少年中心・青少年主導 (Youth Centered Youth Driven) の関係で青少年と共同していくのが良いとされており、メンターが思春期患児の抱える問題を何とかしようとするのではなく、患児が自分自身で何とかしようとする気になるように支えることが重要である。そして、メンタリングによる人間関係の絆づくりのためには「目と耳だけでなく心と頭で聴く」という感情と思考を用いた「共感的聴き方」が必要である (中川, 2002)。

実際、本研究においても、支援者として思春期患児を一生懸命救おうとするメンターよりも、思春期患児にかかわり続け、患児の主観や情緒に配慮し「共感的聴き方」で接し、会話を楽しみながらともに方向性を見出す支援を行ったメンターのほうが、自己効力感も高く関係性の構築がスムーズであった。したがって、このような支援方法をプログラムに盛り込み、メンターへの援助に役立てていく必要がある。

3. メンターとしての経験が青年期 1 型糖尿病患者に与えた影響

今回の介入研究の目的は、メンティーだけでなく、メンター自身の成長にも利益をもたらすことを意図して行った。青年期患者の自己効力感得点の介入セッション前後の変化とインタビューの結果から、青年期患者に与えた効果を考察していく。

まず、青年期患者の一般性セルフ・エフィカシー尺度の標準化得点は、介入セッション前 54.3 点から、介入セッション後 6 か月に 56.2 点と介入セッション前よりも得点の上昇がみられたが、12 か月後には 52.8 点に低下し、介入セッション前後で有意差はみられなかった。いずれの下位尺度得点においても、介入セッション前後の得点に有意差が得られるまでの変化は認めなかった。しかし、介入セッション後 6 か月には下位尺度の「能力の社会的位置づけ」は、1.62 点から 2.38 点に上昇した。また、「行動の積極性」は、介入期間が進むにつれて得点が増加し、「失敗に対する不安」は、介入期間とともに徐々に得点が低下する傾向を認めた。

さらに、メンターの自己効力感得点の介入セッション前後の個人変化をみると、介入セッション後 6 か月では 7 名中 4 名に得点の上昇がみられた。得点が増加していたメンターは、メンティーとの関係性が発展しており、病気を持つ青年期患者であっても後輩の役に立つことで、社会貢献できる充実感を得たり、物事の取り組みを行う際に失敗に対する不安を軽減できる効果が示された。逆に、2 名はメンティーからの連絡が少なくなり、連絡が途絶えたメンターであり、介入セッション後 12 か月には自己効力感が低下していた。介入セッション後 12

か月のメンターの自己効力感得点は、メンティーへの親密性と正の有意な相関を示しており、自己効力感が高いほどメンティーへの親密性も高いことが明らかになった。メンタリングがもたらす利点は、メンティーにとっての利点のみならず、メンターが自分以外の人の人生に影響を与えることで、メンターが自分自身をより肯定的に感じ、また、メンタリングの経験がメンターに生きがいを与えることにあると言われている（渡辺，2002）。

これらの利点は、メンターへのインタビューの分析結果からも明らかである。メンタリング開始前には、自己効力感が低く消極的だった青年期の1型糖尿病患者にも、思春期患児との相互作用をとおして、支援者としての責任感が芽生えていた。そして、思春期患児の成長が目に見える形で現れたことで、自分の支援者としての関わりに自信を持ち、他者に貢献できる喜びを獲得していた。また、逆に思春期患児から励まされることにより、自己管理行動を見直すといった青年期患者の行動の変化が表れ、これまで病気から逃げていた自分を見直し、自ら糖尿病に関する仕事にかかわっていきたい、自分と同じ病気の人役に立ちたい、という糖尿病と向き合う覚悟をしていくといった、青年期患者の素晴らしい成長がみられた。このように、青年期患者自身も、思春期患児との関係をとおして、糖尿病を持つ自己への肯定的評価を持てるようになっていた。青年期患者が自分の体験を活かして、支援される側から支援する側に立つことで、青年期患者の自己概念の発達に多大な影響を与えたと考えられる。

一方、本研究では、メンタリング関係がうまく発展しなかった場合、メンターには負担が大きく、自己効力感も低下するといった結果が示された。先行研究においても、メンターは、メンタリングを行う中でしばしば孤立に襲われるため、メンター同士の感情を支えるために、経験の分かち合いの機会や、セルフヘルプグループを組織する必要性が指摘されている（中川，2002）。実際、青年期の1型糖尿病患者からは、メンティーとの関係が行き詰った時に、「他の人（メンター）はどうしているのですか？」といった質問をたびたび受けた。メンターの体験についてグループインタビューを行った際には、それぞれのメンターがメンティーとの関係を構築するための工夫や困難点を話し合う機会になり、違った角度から自分のかかわりを見直し解決策を見出すよい機会となっていた。このことから、メンターの個人負担を軽減するためには、伝統的な一対一のメンタリング方法に加え、グループメンタリング制を採用したり、半年間でメンターを交代していく方法などについても今後検討するなど、よりメンターの負担を考慮したプログラムに発展させていくことが求められる。

4. メンタリングを用いた看護介入プログラムの評価と効果的な運用

1) 介入セッションの内容及び方法の妥当性

メンティーの自己管理行動を高める対処行動の獲得を目的とした介入プログラムの開発においては、事前に小児期発症の青年期1型糖尿病患者の体験をイン

レビューし、実生活の体験の内容に基づいた事例を用いたことで、患児からは自分の問題としてとらえ、共感しやすく事例に取り組みやすかったという評価を得た。今回の介入セッションに参加した対象者の背景は、平均年齢 13.9 歳、平均罹病期間は 5.7 年であることから、糖尿病の自己管理に関する基本的な知識はすでに獲得していると考えられる。したがって、知識の提供を中心とした介入よりも、日常生活で抱える課題にどのように取り組むかといった具体的な実践レベルでの課題を用いた介入のほうが、自分の行動を見直しながら新しい解決方法に触れることが可能となり、患児の行動変容を促す効果が高いと考える。

また、介入セッションでは、KJ 法を用いて先輩患者であるメンティーとメンターが共に自分の考えを発表したことで、お互いの糖尿病管理に関する感情や考えを知る機会になり、自分の自己管理行動の修正や確認ができただけでなく、より望ましい自己管理行動を継続していく意欲を高め行動変容を起こすきっかけとなった。このように、認知行動療法を用いた介入セッションを行うことで、患児が抱える自己管理行動で起こりうる出来事について、その意味の解釈や原因をどのように考えるか、そして、新しい考え方や行動の仕方を見つけることの重要性を確認できた。また、実際に「病気を友達に公表した」「病気と向き合えた」「将来のことを自分で決めた」といった、心理的な側面からの行動変容と、「友達との外出時にインスリン注射を持って出かけるようになった」「補食を常に持ち歩くようになった」「高血糖に対処できるようになった」「カロリーを考えて調理した」といった食事・注射・運動の療養行動面からの行動変容が生じており、今後の小児糖尿病患者への教育内容に取り入れ、さらに発展させたい。

最後に、介入セッションの方法として、時間配分、グループ編成、進行方法に関しては、「適当であった」という評価を得たが、メンターにとっては、「ファシリテーターとしての役割を意識した関わりがやや難しい」といった課題も示された。介入セッションにおけるメンターの役割は、指導者としての役割ではなく、メンティーにとってもメンターにとっても互恵的關係（信頼し相談する相手がいる、信頼され相談される相手がいる）の意味をより強調し、具体的な説明を加えることが必要である。メンタリングが、医療者が行う指導的な立場での関わりとの違いを明確に示した上で、メンターがファシリテーターとして活躍できるような支援方法の検討が求められる。

2) 継続メンタリングの効果的な展開方法

①効果的なマッチング方法の検討

発症率の低い小児 1 型糖尿病を対象にした研究であるため、限られた人材で効果的なメンタリングを行うためには、メンティーとメンターのマッチングが特に重要となる。今回、メンティーとメンターのマッチングは、それぞれの性格、年齢、罹病期間、性別等を考慮し、メンター 1 名に対して 1~3 名のメンティーをマッチングした。その結果、メンティーのメンターに対する満足度と幸福度は、

介入期間中ほぼ満点を示し、メンティー側の満足度が高いことが示された。一方、メンター尺度得点は、介入時期が経過するにつれて親密性は低下し、また、メンターの満足感が有意に低下していることが示された。これらの結果から、長期的な関わりにおいては、メンターの負担を軽減する必要性が示され、メンティー1名に複数のメンターで対応する方法、あるいは、複数のメンティーに複数のメンターで対応するグループメンタリングを用いたマッチング形式や、介入セッション後6か月以降には、メンターの交代などを考慮するなどの工夫が必要である。また、青年期患者のインタビューからも抽出された、「共通の話題」があること、「年齢差」が少ないこと、「相性」が合うことも、メンタリング関係の発展と維持に重要であるため、これらの要因を考慮したマッチングを実施していくことが、効果的なメンタリング関係を生み出すために必要である。

②連絡手段の検討

次に、連絡手段はメンティーの希望に応じて、メール、自宅の固定電話といった方法で行った。その中で、固定電話を用いた連絡は、生活時間の違いからメンティーとメンターが連絡を取り合うことが難しかった。メンター及びメンティーの双方に最も便利で、連絡時間を気にしなくてよい連絡手段は、メールであった。しかし、メンティーは中学生・高校生であったため、本人専用の携帯電話を持っていない者もあり、メンターが親の携帯電話にメールを送ることの不便なども挙げられた。途中、携帯電話の提供を3名のメンティーに打診し、1名に貸与した結果、その後メンターとの連絡が活発に行われるようになった。このように連絡手段は、メンターとの関わりを左右する重要な要因であり、本人と直接連絡が取れる手段を検討していくことが重要である。

③連絡頻度と継続期間の検討

連絡の頻度については、メンターに月1回程度の定期的なかかわりを介入として依頼したが、連絡手段、メンティーからの反応の有無によって、その後の信頼関係構築に違いが表れた。メンターのかかわりのパターンは、頻回な連絡がとれた者と、研究者の後押しによってメンターが連絡を行い続けた者へと分類された。しかし、定期的な連絡が取れた場合でも、メンティーの反応が乏しいと、話が續かないといった課題をメンターは感じていた。したがって、批判されるという恐れを抱くことなく、話したいことを話し、感情を表現することを手伝うメンターのリスキングスキルについて、プログラムを開始する前に説明することが必要である。

次に、メンタリングプログラムの継続期間としては、介入セッション後3か月の時点で、メンティー1名のドロップアウトを認めたが、介入セッション後6か月の時点で残りのメンティーの継続意思を確認したところ、全員が継続希望を示し、12か月後においても1名のメンティーは継続を希望していた。一方、メ

ンターにとっては、介入セッション後 6 か月で関係性が構築されるが、その後のかかわりの頻度は減少する傾向にあった。メンターの仕事や学生生活の多忙さから、メンティーに定期的な連絡を入れることが難しい場合もあり、それぞれのメンティーに対して一定の介入頻度を保つ難しさが挙げられた。これらのメンターの負担を考慮すると、6 か月以降の継続にはメンターの負担を軽減する支援方法を考慮することが必要である。

Rhodes (2005) は、メンタリングの相互関係・信頼・共感に影響を与える変数として、メンティーの対人関係の経歴、社会的能力、発達段階、継続期間、プログラムの内容を挙げている。渡辺 (2002) も、メンタリング関係の発展には信頼関係の構築が最も重要であり、そのためには最低 6 か月の期間が必要であることや、メンターの適正な選考、事前指導訓練、メンタリング継続のモニタリングの重要性、メンターのメンティーに対する最初の段階での働きかけが重要であることを示している。本研究においても、マッチング、メンタリングの手段と連絡頻度、メンタリングの継続期間と、反応のないメンティーにどのようにかかわり続けるかが、メンタリング関係の構築に重要であることが示唆され、介入効果を上げるためには、事前にメンターのコミュニケーションスキルトレーニングの内容や質を向上させることが求められる。

3) メンタリング関係を支える研究者のメンターへの看護援助

研究者がメンターに行った看護援助の評価を示すメンター尺度の「プログラムサポート」得点は、介入セッション後 17.6 点から 17.1 点と介入時期が進むにつれて、若干低下したが、有意な得点の低下は見られなかった。介入期間中、研究者からの援助内容や援助方法の改善点について青年期患者にインタビューをとおして確認したが、研究者の援助に関する特別な要望は示されなかった。

しかし、介入プログラム実施前に計画したメンタリング関係を支える看護方針は、反応のないメンティーへどのように対応していくか個々のメンタリング関係を把握しながら調整する必要があった。

① 研究者からのメンターへの支援頻度

研究者からメンターへの支援頻度は、個々のメンターの支援者としてのレディネスに合わせて変更していった。特に、大学に入学したばかりの若いメンターへは、信頼関係が構築されるまでの介入セッション後 6 か月までは、メンター自身を支えながら支援者としての準備を整える関わりを行った。そして、できるだけメールでの返信はタイムリーに行い、連絡調整とメンターへの負担がないか確認した。反対に、支援者としての状況が整っている 20 代後半の社会人であるメンターには、メンターの支援姿勢をできるだけ尊重し、支援方法の具体的な内容を指示するのではなく、メンティーとの関係構築の確認を目的とした後方支援を展開した。その結果、介入期間中のメールでのメンターへの支援回数は、メンター

の状況により 4 回～23 回と異なり、個々のメンターに一定の看護支援を提供できたとは言い難い。特に、介入セッション後 6 か月を過ぎた頃からは、メンターから研究者への積極的な問い合わせは減少傾向にあり、これらの状況が間接的にメンタリング関係やメンティーの自己効力感や自己肯定感に影響を与えてしまったのではないかと推察される。

今回、研究者が間接的にメンターを支える支援を展開し、メンターのかかわりによるメンティーへの効果を期待したが、確実な介入効果を得るためには、メンターへの支援も定期的に行う必要があったのではないかと考える。特に、多忙な生活を送っているメンターにとっては、研究者からの定期的なメールの送信は、メンティーに積極的に関わるきっかけや刺激となり、メンタリング関係を促進する重要な要素になると考える。

② 研究者からのメンターへの看護援助内容

研究者からメンターへ行った実際の看護援助内容は、【メンター自身のゆらぎを支える】【メンターとしての機能が果たせる状況に整える】【連絡調整と負担への配慮】【メンティーとの関係をつなぐ】【メンティーへの具体的なかかわりのスキルを示す】【メンターのかかわり方を認め意識化させる】【かかわりの成果を賞賛する】【メンターの能力や成長を認める】という 9 つの援助であり、メンターへの情動的サポートよりも、心理的サポートを中心とした看護援助が主に展開されていた。

これらの看護援助内容を経時的に考察してみると、メンタリング開始の時点では【メンター自身のゆらぎを支える】【メンターとしての機能が果たせる状況に整える】といった、青年期患者のメンターとしての準備性を高める支援が重要であった。特に、学生であるメンターにとって、メンターとしての経験は、これまで支援される側から支援する側に立つという逆の立場におかれる経験であり、研究者がメンターの療養行動に配慮しながら、支援者としてのメンターの不安を解消し、メンタリング機能が果たせる状況を整えることが非常に大切であった。特に、メンタリング開始時においては、ほとんどのメンターがメンティーとのかかわり方に戸惑い困難を感じていた。【連絡調整と負担の配慮】と【メンティーとの関係をつなぐ】支援行為は、メンタリング関係を促進させる基盤として重要な看護援助であった。

次に、メンタリング関係が進むにつれて重要となる看護援助は、【メンティーへの具体的なかかわりのスキルを示す】【メンターのかかわり方を認め意識化させる】【かかわりの成果を賞賛する】【メンターの能力や成長を認める】支援であった。支援者としての経験が初めてのメンターには、関わりの具体的な方法についてアドバイスを提供し、メンティーのやる気を引き出すための賞賛の方法や、具体的なかかわりのスキルを与えるアドバイスを行った。しかし、メンターからは「こんな関わり方でいいのでしょうか?」「聴くぐらいしかできないんですけ

ど…」と自分の関わり方について、度々、疑問がなげかけられた。このような場合には、メンターの「聴く」かかわりを支持し、「かかわり続けること」「聴くこと」が最も支援者として重要な姿勢であることを伝え、メンターの意識していない支援内容を「可視化させる」看護援助が最も重要であったと考える。

今回、一人の研究者でこのプログラムを運営しメンター7人を担当したが、メンター全員に一律の介入がはかれるような十分な支援提供を行えたとは言い難い。メンタリングの確実な成果を上げるためには、メンターへのきめ細やかでタイムリーなサポートが必要である。欧米では、組織的な体制が整い、国のメンタリング・リソース・センターが提供する「特別支援を必要とする青少年向けのプログラム」の提供や、学校と地域コミュニティを活用したプログラムの開発と補助金の創設などが展開されている（渡辺，2008）。今回は、小規模な形で1型糖尿病をもつ思春期患児を対象に、同じ病気を持つ先輩からのメンタリングプログラムを展開したが、今後、組織的な支援体制の確立と運営についても検討していくことが必要である。

また、プログラムの成功には、メンター自身の学習を支援する事前の訓練がメンタリングに成功をもたらす鍵といわれている。プログラムの事前訓練では、①青少年に影響を及ぼす問題を知る、②聴く・伝達する能力を磨く、③プログラムの要素を理解する、④目標を持つ、⑤関係形成のための計画を立てる機会を持つことが提供され、事前訓練をとおして、メンタリングの目標を絞ることや、相手との違いや境界に敏感になると同時に、曖昧さや失敗に対する寛容性を持つこと、かかわりの時間を楽しいと感じることが、より関係性を進展させるために必要である（中川，2002）。今回の研究では、具体的なメンティーへのかかわり方について、介入開始前にメンター用マニュアルを手渡した。しかし、これらのマニュアルの利用状況や効果については、メンターから評価を得ておらず、今後、マニュアルの内容や活用方法も含めて、さらに検討していく必要がある。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回の思春期 1 型糖尿病患者の自己管理能力を高める介入プログラムの開発では、分析結果を示した対象者の最終的な人数が思春期患者 10 名と青年期患者 7 名と少なく、今回の研究結果を一般化して解釈することは難しい。長期的な介入研究を行う場合には、ドロップアウトを予測し、より多くの人数を対象にした研究に発展させていくことが望まれる。また、統制群を持たない 1 群の事前事後テストデザインを用いたため、介入効果の内的妥当性が弱いことが、研究の限界としてあげられる。今後、プログラムに参加していない 1 型糖尿病患者を統制群とし、準実験的アプローチによるプログラム評価を実施し、メンタリングの効果について、さらに検討していく必要がある。

介入プログラムの効果を高めるためには、介入の「投与量（大きさ）」「強さ」「頻度」「持続性」を標準化していくことが重要である。メンティーへの介入を標準化するためには、メンターのかかわり方や傾聴の手法を学ぶメンターのスキルトレーニングを行うなどのプログラムを充実させ、良好なメンタリング関係が築けるような支援が必要である。また、メンタリング関係を細かくモニタリングし、メンターの負担を早期に発見することで、メンティーへの介入効果を最大限引き出し、メンティー及びメンター双方により高いメンタリング効果をもたらす介入プログラムへ修正していくことが求められる。

また、今回使用した介入効果を測定する尺度は、海外で開発された尺度を翻訳し用いている。文化的背景が異なるために回答しにくい質問項目については除外し、一定の尺度の信頼性を確認したが、日本の思春期患者を対象にした質問項目についてさらに検討を加え、尺度の信頼性をより高めることが必要である。

最後に、研究者がより丁寧かつタイムリーにメンターにかかわることができるよう、メンターを支援する看護支援体制を工夫することが必要であり、複数の看護者による支援方法の提供や、組織的な取り組みを検討していきたい。今回開発したメンタリングを用いた看護介入プログラムを基盤として、初めて診断された 1 型糖尿病患者や、さまざまな慢性疾患を持つ子どもの生活の特徴にあわせたプログラムを今後開発し、臨床での看護実践に応用させていきたい。

VII. 結論

本研究では、糖尿病の自己管理行動に必要な対処行動を高めるとともに、患者が病気を持って生きていく意味や自己概念を高めるために、メンタリングを用いた看護介入プログラムを開発し、1年間の介入を終了した10名の思春期患児と7名の青年期患者への介入効果について検討した結果、以下のことが示された。

1. 青年期患者の体験から抽出された事例を用い、グループワークを用いた介入セッションの実施は、思春期患児が青年期患者や仲間と、身近で起こりうる事例について意見を分かち合い、療養行動に必要な多様な考えや対処方法について比較し共有できた。その結果、思春期患児は、「望ましい療養行動の発見」と「新たな問題解決を試す意欲」を持ち、介入セッション後の自己効力感の上昇と血糖コントロールの改善につながった。

2. 1年間にわたる継続メンタリングを用いた介入プログラムの実施により、思春期患児の自己効力感は介入セッション後6か月まで有意に上昇した。また、血糖コントロールの改善は、介入セッション後12か月まで有意に改善した。

3. メンタリング関係においては、思春期患児は介入期間をとおしてメンターに対する高い満足感や幸福感を維持していたが、介入セッション後12か月には、対処支援得点が有意に低下し、メンターの支援が十分得られていないと評価していた。しかし、思春期患児は悩みを打ち明け話ができるメンターとの関係に満足し、「メンターの存在」を必要としていた。青年期患者は、メンタリング開始時に、思春期患児からの反応がなく、関係構築に戸惑いを感じていた。しかし、患児の話を聴く姿勢を示し定期的に根気強くかかわり続けたメンターは、メンタリング関係を発展、維持することが可能であった。一方、コミュニケーション手段やスキルが乏しい青年期患者は、メンティーとの関係性が途絶える経験をしていた。

4. 介入プログラムの運営では、まず、メンティーとメンターのマッチングにおいて、「共通の話題」があること、「年齢差」が少ないこと、「相性」が合うことが、メンタリング関係の発展と維持に重要な要因であった。また、連絡手段では、メンター及びメンティーの双方に時間的な制約をきたさず、本人と直接連絡が取れるE-mailが最も有効であった。連絡の頻度とメンタリングの継続期間においては、メンターに月1回の定期的なかかわりが維持できた場合、メンタリング関係が発展したが、6か月以上のプログラムの継続は、メンターの負担を軽減する支援が必要であった。メンターへの看護援助内容では、メンター自身のゆらぎを支えメンターとしての機能が果たせる状況に整える援助、メンティーとの連絡調整によりメンティーとの関係をつなぐ援助、そして、メンターの「メンティーの

話を聴く」かかわりを支持し，かかわりの中でメンターが意識していない支援内容を可視化させる看護援助が最も重要であった。

謝辞

本研究の実施において、快く研究に協力頂いた1型糖尿病のファミリーの会の皆様、思春期1型糖尿病患児の皆様、そして、根気強く丁寧な支援を思春期患児に提供して頂いた青年期1型糖尿病患者の皆様にご心からの感謝を申し上げます。

また、研究計画の段階から実践、評価、論文作成に至るまで、深い示唆に富んだ指導を行って下さった、神戸市看護大学大学院の二宮啓子教授、グレッグ美鈴教授、高山成子教授、そして、論文審査において統計学の専門的な立場からご指導下さった笠松隆洋教授と、小児糖尿病研究の専門的立場から示唆をいただいた、千葉大学大学院の中村伸枝教授に深謝いたします。

最後に、小児糖尿病キャンプの活動と運営をとおして、小児1型糖尿病を持つ子どもたちの支援について10年間にわたり指導して下さった愛媛大学大学院の中村慶子教授に感謝の意を表します。

文献

- 天野奈緒美 (2005). 思春期の対人関係と支援者のかかわり方のポイント, 小児看護, 28(2), 177-180.
- Anderson, B. J., Wolf, F. M., Burkhart, M. T., et al. (1995). Effects of peer-group intervention on metabolic control of adolescents with IDDM: randomized outpatient study, *Diabetes Care*, 12, 179-1989.
- Bandura, A. (1971)/原野広太郎・福島脩美 (1974). 人間行動の形成と自己制御, 金子書房.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, NJ: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Experience of Control*, New York: W. H. Freeman and Company.
- Beck, A. T. (1976)/大野裕 (1990). 認知療法, 岩崎学術出版社.
- Big Brothers Big Sisters of America. (2007). Who we are, Retrieved May, 11, 2007, http://www.bbbs.org/site/c.diJKKYPLJvH/b.1539759/k.2640/Who_We_Are.htm.
- Blake, J. B. (1997). A mentoring program for adolescents with diabetes, *The Diabetes Educator*, 23(6), 681-684.
- 愛媛ブルーランドファミリーの会編(2006). 第27回ブルーランドサマーキャンプ文集.
- Boardway, R. H., Delamater A. M., Tomakowsky, J., et al. (1993). Stress engagement training for adolescents with diabetes, *Journal of Pediatric Psychology*, 18(1), 29-45.
- Brink, S. & O'Keefe, E. (2007). Grossman-Brink SED Scale, personal Communication, May 10, 2007.
- Burroughs TE, Harris MA, Pontious SL, et al. (1997). Research on social support in adolescents with IDDM: a critical review, *Diabetes Educator*, 23(4):438-48.
- Carroll, A. E., & Marrero, D. G. (2005). The role of significant others in adolescent diabetes, *The Diabetes Educator*, 32(2), 243-252.
- Cook, S., Alkens, J. E., Berry, C. A., et al. (2001). Development of the diabetes problem-solving measures for adolescents, *The Diabetes Educator*, 27(6), 865-874.
- Cook, S., Herold, K., Edldln, D. V., et al. (2002). Increasing problem solving in adolescents with type 1 diabetes: the choices diabetes program, *The Diabetes Educator*, 28(1), 115-124.
- Daley, B. J. (1992). Sponsorship for adolescents with diabetes, *Health and Social Work*, 17(3), 173-181.

- Davidson, M., Penney, E. d., Muller B., et al. (2004). Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research*, 17(2), 72-80.
- Di Battista, A. M., Hart, T.A., Greco, L., et al. (2009). Type 1 diabetes among adolescents: reduced diabetes self-care caused by social fear and fear of hypoglycemia, *The Diabetes Educator*, 35(3), 465-475.
- Dickinson, J. K., & O' Reilly, M. M. (2004). The lived experience of adolescents females with type 1 diabetes, *The Diabetes Educator*, 30(1), 99-107.
- DuBois, D., & Karcher, M.J. (2005). Youth Mentoring, *Handbook of Youth Mentoring*, 2-11, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Edmunds, S., Roche, D., Strantton, G., et al. (2007). Physical activity and psychological well-being in children with Type 1 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 353-363.
- 江本リナ(2000). 自己効力感の概念分析, *日本看護科学会誌*, 20(2), 39-45.
- グレッグ美鈴(2007). 主な質的研究と研究手法－質的記述的研究, *グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編著, よくわかる質的研究の進め方・まとめ方: 看護研究のエキスパートをめざして*, 54-72, 医歯薬出版株式会社.
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., et al. (1998). Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents, *Diabetes Care*, 21(6), 902-908.
- Grey, M., Bolan, E.A., & Taamboriane, W. V. (1999). Use of lispro insulin and quality of life in adolescents on intensive therapy. *The Diabetes Educator*, 25(6), 934-941.
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., et al. (2000). Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatrics*, 137, 107-113.
- Hains, A. A., Davies, W. H., Totka, J., et al. (2000). A stress management intervention for adolescents with type 1 diabetes, *The Diabetes Educator*, 26(3), 417-424.
- Hampson, S.E., Foxcroft, D., Skinner, T.C., et al. (2000). Behavioral interventions for adolescents with type 1 Diabetes, *Diabetes Care*, 23(9), 1416-1422.
- 平石賢二 (1990). 自己肯定意識尺度, 山本真理子編, *心理測定尺度集 I*, 16-22, イエンス社.
- 平元泉, 工藤由紀子 (2002). 小児糖尿病キャンプの効果 -自己効力感を視点として, *秋田大学医療技術短期大学部紀要*, 10(1), 41-47.

- 板野雄二, 東篠光彦 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12, 73-82.
- 板野雄二, 東篠光彦, 福井至他 (2006). 一般性セルフ・エフィカシー尺度, こころネット株式会社.
- Ireys, H. T., Chernoff, R., DeVet, K. A., & et.al., . (2001). Maternal outcomes of a randomized controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illnesses, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 155, 771-777.
- Karcher, M. J. (2005). Cross-Age Peer Mentoring, In Handbook of Youth Mentoring, DuBois, D. L., & Karcher, M. J., (Eds), 266-285, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 金丸友 (2006). 診断後1年以内の10代糖尿病患者児が知覚するソーシャルサポートと療養生活の関連について, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 10(2), 122-131.
- Kram, K. E. (1988). 渡辺直登, 伊藤知子訳 (2003). メンタリング - 会社の中の発達支援関係, 白桃書房.
- 河口てる子, 伊達久美子, 吉谷優子他 (1998). インスリン依存型糖尿病患者の自尊感情と糖尿病コントロールの関係, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 1(2), 104-110.
- 国吉緑, 具志堅美智子, 宮城こずえ他 (2003). 小児糖尿病患者の療養行動と学校生活, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 7(2), 107-114.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping, Springer, NY:New York.
- Lazarus, R. S. (1999)/本明寛監訳 (2004). ストレスと情動の心理学 - ナレティブ研究の視点から, 実務教育出版.
- Massouh, S. M., Steele, T. M. O., Alseth E. R., et al. (1989). The effects of social learning intervention on metabolic control of insulin-dependent diabetes mellitus in adolescents, The Diabetes Educator, 15(6), 518-521.
- Malik, J. A. & Koot, H. M. (2009). Explaining the adjustment of adolescents with type 1 diabetes: role of diabetes-specific and psychosocial factors, Diabetes Care; 32(5): 774 - 779.
- 森本彩, 西村理明, 田嶋尚子 (2008). 1型糖尿病の疫学, Diabetes Frontier, 19(2), 162-168.
- 中川恵理子 (2002). 米国の青少年個別支援型メンタリングプログラムの展開と法-子どもと大人と地域を繋ぐ成人・生涯発達論の「動的システム」的パラダイム転換一, 生涯学習・社会教育学研究, 27, 81-91.
- 中川恵理子 (2006). 米国の世代間メンタリング・プログラムにおける相互支援

- と評価－問題を抱える若者への包括的支援にみるケアと学びの連関－，生涯学習・社会教育学研究，93－104.
- 中村慶子，薬師神裕子，伊藤卓夫他(2002)．テレビ電話による自己管理支援事例－自己管理への行動変容と効果的な支援方法の検討，糖尿病ケア IT 革命，糖尿病教育資源共有機構編，142-149．医歯薬出版株式会社.
- 中村慶子(2005)．1型糖尿病をもつ子どもと家族への支援，日本糖尿病教育・看護学会誌，9(1)，37-43.
- 中村慶子，薬師神裕子(2004)．糖尿病キャンプのABC - キャンプ運営のポイント，糖尿病ケア，97，101.
- 中村伸枝，兼松百合子(1998)．10代の小児糖尿病患者のストレスと，飲酒・喫煙・食べて気をまぎらす対処行動 - 健康児との比較と縦断的变化，日本糖尿病教育・看護学会誌，1(2)，76-83.
- 中村伸枝(2003)．慢性病児のストレス・コーピングと看護の役割，小児看護，26(8)，982-986.
- 中村伸枝，松浦信夫，佐々木望他(2006)．1型糖尿病をもつ子どもと健康児 QOL の比較，糖尿病，49(1)，11-18.
- Nansel, T.R., Iannotti, R.J., Simons-Morton, B.G., et al. (2007). Diabetes personal trainer outcomes: short-term and 1-year outcomes of a diabetes personal trainer intervention among youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30(10): 2471-2477.
- 二宮啓子(1998)．思春期の糖尿病患者とその親の療養生活に対する認識の変化が療養生活・血糖コントロールに及ぼす影響に関する研究 -二次元イメージ拡散法を用いた看護援助の検討- 千葉看護学会会誌，4(1)，39-46.
- 二宮啓子(2003)．思春期の糖尿病患者と親の療養生活に対する認識の相違が血糖コントロールに及ぼす影響，日本糖尿病教育・看護学会誌，6(2)，104-112.
- 二宮啓子(2003)．小児糖尿病に関する看護研究の動向と課題，小児看護，26(7)，892-896.
- 二宮啓子(2005)．小児糖尿病患者の家族支援-成長発達に寄り添う支援とは-，日本糖尿病教育・看護学会誌，9(1)，66-70.
- 日本糖尿病学会編(2001)．小児・思春期糖尿病管理の手びき，南江堂.
- 日本糖尿病学会編(2002)．糖尿病学の進歩，132－138，診断と治療社.
- 日本糖尿病協会編(2007)．サマーキャンプ開催に向けて-サマーキャンプってなに？，月刊糖尿病ライフさかえ，20-26，47(5).
- 岡安孝弘(2003)．子どものストレスとコーピングの特徴，小児看護，26(8)，966-969.
- Redfearn, R.M. (2002). Testing a model of eight factors as predictors of glycemic control in children with diabetes, Doctoral dissertation,

- Barnes College of Nursing, University of Missouri-St.Louis.
- Rhodes, J.E. (2005). A Model of Youth Mentoring, In Handbook of Youth Mentoring, DuBois, D. L., & Karcher, M. J., (Eds), 30-43, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rhodes, J.E. (2007). Mentor survey, personal communication, April 17, 2007.
- Ryan-Wenger, N.A. (1996). Children, coping, and the stress of illness: a synthesis of the research, Journal for Specialists in Pediatric Nursing 1 (3), 126-138.
- Santiprabhob, J., Likitmaskul, S., Kiattisakthavee, P., et al. (2008). Glycemic control and the psychosocial benefits gained by patients with type 1 diabetes mellitus attending the diabetes camp, Patient Education and Counseling, 73(1), 60-66.
- Schilling, L. S., Grey, M., & Knafl, K.A. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis, Journal of Advanced Nursing, 37(1), 87-89.
- Sipe, C.L. (2005). Toward a typology of mentoring, In Handbook of Youth Mentoring, DuBois, D. L., & Karcher M. J., (Eds), 65-80, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Skinner, B.F. (1974). About Behaviorism, Cape, London: Vintage.
- Smith, K. E., & Brouhard, B. H. (1991). Impact of a camp experience on choice of coping strategies by adolescents with insulin dependent diabetes, The Diabetes Educator, 17(1), 49-53.
- Stallard, P. (2002)/山下晴彦監訳(2006). 子どもと若者のための認知行動療法ワークブック - 上手に考え気分はスッキリ, 金剛出版.
- Sullivan-Bolyai, S., Grey, M., Deatrck, J., Gruppuso, P., & Tamborlane, (2004). Helping other mothers effectively work at raising young children with type 1 diabetes, The Diabetes Educator, 30(3), 476-484.
- 田中義人 (2005). 青年期と慢性疾患, 小児看護, 28(9), 1081-1085.
- 谷洋江 (1998). 小児糖尿病患者の療養行動における主体性に関する研究, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 2(2), 88-96.
- 谷洋江 (2003). 1型糖尿病をもつ子どもと家族のライフサイクルに合わせた支援 - 思春期の子どもと家族, 小児看護, 26(7), 837-841.
- Török, S., Kökönyei, G., Károlyi, M., Ittész, A., Tomcsányi, T. et al. (2006). Outcome effectiveness of therapeutic recreation camping program for adolescents living with cancer and diabetes, Journal of Adolescent Health, 39(3), 445-447.
- 梅田英子, 中村慶子(2001). 学童期の1型糖尿病児を持つ両親のQOLに関する

- 研究, 日本看護科学会誌, 21(1), 71-79.
- 浦上達彦 (2003). 超速効型インスリンの導入と子どもの生活, 小児看護, 26(7), 860-865.
- 浦上達彦, 宮本茂樹, 川村智行他 (2003). 小児 1 型糖尿病における超速効型インスリン使用の実態調査, 日本小児科学会雑誌, 107(11), 1491-1496.
- Urban, A., D., Berry, D., Grey, M. (2004). Optimizing outcomes in adolescents with type 1 diabetes and their families. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 11(5), 299-306.
- Vygotsky, L. S. (1978) / 土井捷三・神谷栄司監訳 (2003). 「発達の最近接領域」理論—教授・学習過程における子どもの発達, 三学出版.
- Waller, H., Eiser, C., Heller, S., et al. (2005). Adolescents' and their parents' views on the acceptability and design of a new diabetes education program: a focus group analysis, *Child: Care, Health & Development*, 31(3), 283-289.
- 渡辺かよ子 (2002). 円環的生涯発達支援としてのメンタリング・プログラムに関する考察—米国の事例を中心に—, 教育学研究, 69(2), 11-20.
- 渡辺かよ子 (2008). 社会的包摂に向けたメンタリング運動, 米国の特別な支援を必要とする青少年のためのプログラムを中心に, 愛知淑徳大学論集—文学部・文学研究科編—, 33, 19-30.
- 渡辺かよ子 (2009). メンタリング・プログラム—地域・企業・学校の連携による次世代育成, 川島書店, 東京.
- Weinbergner, S. G., (2005). Developing a mentoring program, Dubois, D. L., Karcher, M. J., (Eds). *Handbook of Youth Mentoring*, 220-234, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Whittemore, R., & Grey, M., (2002). The systematic development of nursing interventions, *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 115-120.
- Woodgate, R. L. (1998). Health professionals caring for chronically ill adolescents: adolescents' perspectives, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 3(2), 57-68.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, CA :Stanford University Press.
- 安田節之, 渡辺直登 (2009). プログラム評価研究の方法, 新曜社.
- 薬師神裕子, 中村慶子, 伊藤卓夫他 (2002). テレビ電話による自己管理支援事例—自己管理への行動変容と効果的な支援方法の検討, 糖尿病ケア IT 革命, 糖尿病教育資源共有機構編, 150-157, 医歯薬出版株式会社.
- 薬師神裕子 (2006). 思春期の 1 型糖尿病患児とその家族の 7 年間のあゆみ—家族の成長を待ってみませんか, 家族ケア, 4(5), 16-18.
- 薬師神裕子, 中村慶子, 岡田泰助他 (2009). 小児糖尿病キャンプの必要性和効果

に関する全国調査～キャンプ参加前後の HbA_{1c} 値と糖尿病自己効力感得点の比較～，第 15 回小児・思春期糖尿病シンポジウム抄録集，3.

資料

- 資料 1. 小児糖尿病サマーキャンプスケジュール
- 資料 2. キャンプ主催者用同意書（キャンプ主催者用）
- 資料 3. キャンプ主催者用同意書（研究者控え）
- 資料 4. 思春期患児用同意書（思春期患児用）
- 資料 5. 思春期患児用同意書（研究者控え）
- 資料 6. 青年期患者用同意書（青年期患者用）
- 資料 7. 青年期患者用同意書（研究者控え）
- 資料 8. メンタリング支援マニュアル（メンター用）
- 資料 9. 介入セッション用プログラム
「こんなときどうする？糖尿病とうまくつきあうために」
- 資料 10. 思春期患児用調査票 1-1（依頼文）
- 資料 11. 思春期患児用調査票 1-2（基本属性）
- 資料 12. 思春期患児用調査票 2（糖尿病問題解決尺度）
- 資料 13. 思春期患児用調査票 3（糖尿病自己効力感尺度）
- 資料 14. 思春期患児用調査票 4（自己肯定性意識尺度）
- 資料 15. 思春期患児用調査票 5（メンタリング尺度）
- 資料 16. 青年期患者用調査票 1-1（依頼文）
- 資料 17. 青年期患者用調査票 1-2（基本属性）
- 資料 18. 青年期患者用調査票 2（一般性セルフ・エフィカシー尺度）
- 資料 19. 青年期患者用調査票 3（メンター尺度）
- 資料 20. 倫理審査結果通知書

研究協力をお願い

私は、現在、神戸市看護大学大学院博士後期課程で、1型糖尿病の子どもさんへの効果的な看護支援方法の開発をするために、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」に取り組んでいる、薬師神裕子と申します。これまで、糖尿病サマーキャンプに参加し、1型糖尿病の子どもたちから多くのことを学ばせていただきました。糖尿病を持って生活する子どもたちが、糖尿病とうまくつきあうために血糖測定やインスリン注射を行いながら、家や学校での生活にさまざまな工夫を行い思春期を乗り越え、大学生や社会人として立派に成長し活躍されていることを大変うれしく思っています。

そこで、今回、これまでの研究結果を踏まえて、思春期の1型糖尿病の子どもが自己管理技術を身につけるための看護支援プログラムを作成しました。この看護支援プログラムは、先輩キャンパーの力をお借りして、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を後輩キャンパーが学べるようにグループでの支援方法と個人的な支援方法の2つで構成されています。これらの支援方法の効果を検討し、今後、1型糖尿病の子どもたちの支援に役立てていきたいと考えています。

つきましては、キャンプ主催者様に、サマーキャンプで勉強会としてのグループワークを提供する機会を与えていただくこと、並びにサマーキャンプの参加者にこの研究についてご紹介をいただけましたら、幸いと考えております。

以上のことをご理解いただき、研究へのご協力をお願いいたします。なお、以下の「研究の概要」、「お願いしたいこと」、「お約束すること」の項目と、参加者にお渡しする同意書をお読みいただき、ご協力をお願いいたします。

（研究の概要）

- ① この研究は、思春期の1型糖尿病の子どもがより適切な自己管理行動を行うために、1型糖尿病の先輩キャンパーとの関係性の中で、糖尿病自己管理行動に必要な技術を身につけることを目的としています。
- ② 糖尿病サマーキャンプ中に、思春期のキャンパーを対象にした1時間程度のグループワークを2回開催します。グループワークでは、キャンパーが先輩キャンパーと一緒に、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法についてグループで考えていきます。
- ③ サマーキャンプ終了後から、キャンパーと先輩キャンパーは、電話、電子メール、手紙などで月1回程度交流します。主に先輩キャンパーから月1回定期的に連絡をとっていただき、キャンパーの生活に合わせたよりよい自己管理方法を一緒に考える支援を6か月間提供していただきます。

（お願いしたいこと）

- ① 糖尿病サマーキャンプ中に、勉強会として行うグループワークを2回開催するお時間と場所の提供をお願いいたします。なお、貴会のキャンプスケジュールに組み込んでいただいても結構ですし、スケジュールの空いた時間に、この研究で行う勉強会の時間を設けていただいても結構です。
- ② 糖尿病サマーキャンプに参加予定の思春期の1型糖尿病患者さんをご紹介下さい。具体的には、キャンプ前に開催されるファミリーの会の総会で、キャンプ中にこの研究を行うことの承認を得ていただくことと、思春期の対象者の保護者に研究の趣旨や概要の説明を行い、研究者が患者さんと連絡をとってよいかの意向をご確認下さい。その後、研究についての説明を聞いてもよいと意思表示された方の紹介をお願いいたします。
- ③ また、19歳から30歳までの青年期にある先輩キャンパーにも、研究の趣旨や概要を説明していただき、研

究についての説明を聞いてもよいと意思表示された方の紹介をお願いいたします。

- ④ キャンパーと先輩キャンパーの組み合わせについて、できるだけ良好な関係が築けるようなアドバイスと、キャンプ中にも良好な関係が築けるようなサポートをお願いいたします。

（お約束すること）

- ① 研究参加者および貴会のプライバシーは固く守ります。参加者同士が知り得た情報については、一切口外しないようお願いしています。また、参加者の住所、電話番号、電子メールアドレスなども研究以外の目的で使用することはありません。
- ② 万が一、キャンプ中にキャンパーと先輩キャンパーの関係に問題が生じた場合、いつでも研究者にご相談下さい。双方の意向を聞いて参加の継続あるいは中止について相談いたします。
- ③ キャンプ中に勉強会を開催するにあたり、必要物品は全て研究者が準備します。なお、部屋代等の負担が生じる場合、研究者がお支払いいたします。

なお、今回ご協力いただく研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものです。研究結果は、神戸市看護大学大学院の博士論文として同大学に提出します。また、結果は糖尿病に関する学会や教育専門誌に発表する予定ですが、研究参加者のプライバシーは固く守ります。研究結果について、お知りになりたいご希望があれば、下記の送付先欄にご記入下さい。なお、不明な点あれば、下記にご連絡下さい。

（連絡先）

研究者
神戸市看護大学大学院博士後期課程
看護実践開発学専攻
薬師神 裕子

指導教員
神戸市看護大学大学院看護学研究科
療養生活看護学領域 小児看護学分野
二宮 啓子

（研究者勤務先）

〒791-0295 愛媛県東温市志津川
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
電話：089-960-5401 携帯：090-1001-4270
E-mail：yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

（指導教員連絡先）

〒651-2103 神戸市西区学園西町3丁目4
神戸市看護大学
電話：078-794-8080（代表）

担当者名：

研究結果送付先

〒

研究協力をお願い

私は、現在、神戸市看護大学大学院博士後期課程で、1型糖尿病の子どもさんへの効果的な看護支援方法の開発をするために、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」に取り組んでいる、薬師神裕子と申します。これまで、糖尿病サマーキャンプに参加し、1型糖尿病の子どもたちから多くのことを学ばせていただきました。糖尿病を持って生活する子どもたちが、糖尿病とうまくつきあうために血糖測定やインスリン注射を行いながら、家や学校での生活にさまざまな工夫を行い思春期を乗り越え、大学生や社会人として立派に成長し活躍されていることを大変うれしく思っています。

そこで、今回、これまでの研究結果を踏まえて、思春期の1型糖尿病の子どもが自己管理技術を身につけるための看護支援プログラムを作成しました。この看護支援プログラムは、先輩キャンパーの力をお借りして、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を後輩キャンパーが学べるようにグループでの支援方法と個人的な支援方法の2つで構成されています。これらの支援方法の効果を検討し、今後、1型糖尿病の子どもたちの支援に役立てていきたいと考えています。

つきましては、キャンプ主催者様に、サマーキャンプで勉強会としてのグループワークを提供する機会を与えていただくこと、並びにサマーキャンプの参加者にこの研究についてご紹介をいただけましたら、幸いと考えております。

以上のことをご理解いただき、研究へのご協力をお願いいたします。なお、以下の「研究の概要」、「お願いしたいこと」、「お約束すること」の項目と、参加者にお渡しする同意書をお読みいただき、ご協力をお願いいたします。

（研究の概要）

- ① この研究は、思春期の1型糖尿病の子どもがより適切な自己管理行動を行うために、1型糖尿病の先輩キャンパーとの関係性の中で、糖尿病自己管理行動に必要な技術を身につけることを目的としています。
- ② 糖尿病サマーキャンプ中に、思春期のキャンパーを対象にした1時間程度のグループワークを2回開催します。グループワークでは、キャンパーが先輩キャンパーと一緒に、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法についてグループで考えていきます。
- ③ サマーキャンプ終了後から、キャンパーと先輩キャンパーは、電話、電子メール、手紙などで月1回程度交流します。主に先輩キャンパーから月1回定期的に連絡をとっていただき、キャンパーの生活に合わせたよりよい自己管理方法を一緒に考える支援を6か月間提供していただきます。

（お願いしたいこと）

- ① 糖尿病サマーキャンプ中に、勉強会として行うグループワークを2回開催するお時間と場所の提供をお願いいたします。なお、貴会のキャンプスケジュールに組み込んでいただいても結構ですし、スケジュールの空いた時間に、この研究で行う勉強会の時間を設けていただいても結構です。
- ② 糖尿病サマーキャンプに参加予定の思春期の1型糖尿病患者さんをご紹介下さい。具体的には、キャンプ前に開催されるファミリーの会の総会で、キャンプ中にこの研究を行うことの承認を得ていただくことと、思春期の対象者の保護者に研究の趣旨や概要の説明を行い、研究者が患者さんと連絡をとってよいかの意向をご確認下さい。その後、研究についての説明を聞いてもよいと意思表示された方の紹介をお願いいたします。

- ③ また、19歳から30歳までの青年期にある先輩キャンパーにも、研究の趣旨や概要を説明していただき、研究についての説明を聞いてもよいと意思表示された方の紹介をお願いいたします。
- ④ キャンパーと先輩キャンパーの組み合わせについて、できるだけ良好な関係が築けるようなアドバイスと、キャンプ中にも良好な関係が築けるようなサポートをお願いします。

（お約束すること）

- ① 研究参加者および貴会のプライバシーは固く守ります。参加者同士が知り得た情報については、一切口外しないようお願いしています。また、参加者の住所、電話番号、電子メールアドレスなども研究以外の目的で使用することはありません。
- ② 万が一、キャンプ中にキャンパーと先輩キャンパーの関係に問題が生じた場合、いつでも研究者にご相談下さい。双方の意向を聞いて参加の継続あるいは中止について相談いたします。
- ③ キャンプ中に勉強会を開催するにあたり、必要物品は全て研究者が準備します。なお、部屋代等の負担が生じる場合、研究者がお支払いいたします。

なお、今回ご協力いただく研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものです。研究結果は、神戸市看護大学大学院の博士論文として同大学に提出します。また、結果は糖尿病に関する学会や教育専門誌に発表する予定ですが、研究参加者のプライバシーは固く守ります。研究結果について、お知りになりたいご希望があれば、下記の送付先欄にご記入下さい。なお、不明な点あれば、下記にご連絡下さい。

（連絡先）	
研究者 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護実践開発学専攻 薬師神 裕子	指導教員 神戸市看護大学大学院看護学研究科 療養生活看護学領域 小児看護学分野 二宮 啓子
（研究者勤務先） 〒791-0295 愛媛県東温市志津川 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 電話：089-960-5401 携帯：090-1001-4270 E-mail：yukomyak@m.ehime-u.ac.jp	（指導教員連絡先） 〒651-2103 神戸市西区学園西町3丁目4 神戸市看護大学 電話：078-794-8080（代表）

担当者名：

研究結果送付先：

〒

研究協力をお願い

私は、現在、神戸市看護大学大学院博士後期課程で、1 型糖尿病の子どもさんへの効果的な看護支援方法を開発するために、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」に取り組んでいる、薬師神裕子と申します。私は、これまで、糖尿病サマーキャンプに参加するなかで、1型糖尿病を持って生活する子どもさんが、血糖測定やインスリン注射を行いながら、家や学校での生活でさまざまな工夫を行い、頑張っている姿から多くのことを学ばせていただきました。しかし、どんなに工夫しても血糖コントロールがうまくいかなかったり、気持ちがいらいらしどうしていいかわからないといった体験もされていると思います。

そこで、この研究では、思春期にある 1 型糖尿病の子どもさんが、より糖尿病の自己管理に前向きに取り組めるために、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を先輩キャンパーや他のキャンパーと一緒に考えたり、先輩のキャンパーと交流するなかで、努力を認めたり励ましてもらえるような支援の効果について明らかにし、今後の皆さんの支援に役立てたいと考えています。

以上のことをご理解いただき、研究へのご協力をお願いいたします。また、研究の参加を行うにあたり、「お願いしたいこと」、「お約束すること」の項目を読み、同意される場合は、同意書にご署名をお願いします。

(お願いしたいこと)

- ① 糖尿病サマーキャンプ中に組み込まれている、1 時間程度の勉強会に 2 回参加していただき、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を他のキャンパーや先輩キャンパーと一緒に学習します。勉強会は、2-3 人のキャンパーと先輩キャンパー 1 名でグループをつくり、自己管理の具体的な方法を話し合います。
- ② キャンプ終了後から、6 か月の間、あなたの担当の先輩キャンパーが、月 1 回電話、電子メール、手紙などであなたに連絡をとります。この交流のなかで、自分の生活に合わせたよりよい方法を先輩キャンパーと一緒に考えたり相談できます。また、先輩キャンパーから、自分の努力を認め励ましてもらえる支援を受けることができます。また、困ったときには、あなたから先輩キャンパーに連絡を取ることも可能です。
- ③ この研究に参加するにあたり、調査票の回答にご協力下さい。調査票の回答は、キャンプ開始前(7 月下旬頃)、キャンプ終了直後(9 月中旬頃)、キャンプ終了後6か月(春休みの 3 月頃)の計3回行っていただきます。1 回の調査票の回答に必要な時間は、それぞれ 30~40 分程度です。

(お約束すること)

- ① この研究への参加・協力はあなたの自由です。この研究に同意した後や途中でも、研究の参加・協力を断ることは可能です。お断りになってもあなたが受ける医療サービスに関して不利益を受けることは一切ありません。
- ② あなたのプライバシーは固く守ります。先輩キャンパーが知り得たあなたの情報については、一切口外しないように約束しています。また、あなたの住所、電話番号、電子メールアドレスなどを研究以外の目的で使用することはありません。個人情報の保護のため、調査票を集計するときには、あなたの回答は番号で処理され特定されることはありません。また、調査票は、研究終了時にすべて破棄します。
- ③ あなたの担当の先輩キャンパーを決定する際には、あなたの性格や性別に合わせて良好な関係を築ける

よう配慮します。また、事前にあなたの担当する先輩キャンパーのお名前を紹介しますので、あなたの意向を確認します。万が一、先輩キャンパーとの間で困ったことが生じた場合は、あなたの意向を聞いて参加の継続あるいは中止について相談いたします。なお、あなたがこの研究へ参加するなかで問題が生じていないか確認する目的で、研究者から月 1 回定期的に電話やメールで連絡を差し上げます。また、困ったことがあれば、あなたからいつでも研究者に相談して下さい。

- ④ あなたが先輩キャンパーに連絡を取る場合、通信費が生じますが、通信費の代わりに謝礼として図書カードや血糖測定などに必要な医療材料を提供します。

なお、今回ご協力いただく研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものです。研究結果は、神戸市看護大学大学院の博士論文として同大学に提出します。また、結果は糖尿病に関する学会や教育専門誌に発表する予定ですが、あなたのプライバシーは固く守ります。研究結果について、お知りになりたいご希望があれば、同意書の送付先欄にご記入下さい。 なお、不明な点あれば、下記にご連絡下さい。

(連絡先)	
研究者 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護実践開発学専攻 薬師神 裕子	指導教員 神戸市看護大学大学院看護学研究科 療養生活看護学領域小児看護学分野 二宮啓子
(研究者勤務先)	(指導教員連絡先)
〒791-0295 愛媛県東温市志津川 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 電話:089-960-5401 携帯:090-1001-4270 E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp	〒651-2103 神戸市西区学園西町 3 丁目 4 神戸市看護大学 電話:078-794-8080 (代表)

同意書

私は、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」について、十分説明を受け内容を理解しましたので、この研究に参加・協力することに同意いたします。

平成 年 月 日

参加者氏名

保護者氏名

研究結果送付先

〒

説明者氏名

平成 年 月 日

研究協力をお願い

私は、現在、神戸市看護大学大学院博士後期課程で、1 型糖尿病の子どもさんへの効果的な看護支援方法を開発するために、「思春期1型糖尿病患児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」に取り組んでいる、薬師神裕子と申します。私は、これまで、糖尿病サマーキャンプに参加するなかで、1型糖尿病を持って生活する子どもさんが、血糖測定やインスリン注射を行いながら、家や学校での生活でさまざまな工夫を行い、頑張っている姿から多くのことを学ばせていただきました。しかし、どんなに工夫しても血糖コントロールがうまくいかなかったり、気持ちがいらいらしどうしていいかわからないといった体験もされています。

そこで、この研究では、思春期にある 1 型糖尿病の子どもさんが、より糖尿病の自己管理に前向きに取り組めるために、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を先輩キャンパーや他のキャンパーと一緒に考えたり、先輩のキャンパーと交流するなかで、努力を認めたり励ましてもらえるような支援の効果について明らかにし、今後の皆さんの支援に役立てたいと考えています。

以上のことをご理解いただき、研究へのご協力をお願いいたします。また、研究の参加を行うにあたり、「お願いしたいこと」、「お約束すること」の項目を読み、同意される場合は、同意書にご署名をお願いします。

(お願いしたいこと)

- ① 糖尿病サマーキャンプ中に組み込まれている、1 時間程度の勉強会に 2 回参加していただき、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を他のキャンパーや先輩キャンパーと一緒に学習します。勉強会は、2-3 人のキャンパーと先輩キャンパー1 名でグループをつくり、自己管理の具体的な方法を話し合います。
- ② キャンプ終了後から、6 か月の間、あなたの担当の先輩キャンパーが、月 1 回電話、電子メール、手紙などであなたに連絡をとります。この交流のなかで、自分の生活に合わせたよりよい方法を先輩キャンパーと一緒に考えたり相談できます。また、先輩キャンパーから、自分の努力を認め励ましてもらえる支援を受けることができます。また、困ったときには、あなたから先輩キャンパーに連絡を取ることも可能です。
- ③ この研究に参加するにあたり、調査票の回答にご協力下さい。調査票の回答は、キャンプ開始前(7 月下旬頃)、キャンプ終了直後(9 月中旬頃)、キャンプ終了後6か月(春休みの 3 月頃)の計3回行っていただきます。1 回の調査票の回答に必要な時間は、それぞれ 30~40 分程度です。

(お約束すること)

- ① この研究への参加・協力はあなたの自由です。この研究に同意した後や途中でも、研究の参加・協力を断ることは可能です。お断りになってもあなたが受ける医療サービスに関して不利益を受けることはありません。
- ② あなたのプライバシーは固く守ります。先輩キャンパーが知り得たあなたの情報については、一切口外しないように約束しています。また、あなたの住所、電話番号、電子メールアドレスなどを研究以外の目的で使用することはありません。個人情報の保護のため、調査票を集計するときには、あなたの回答は番号で処理され特定されることはありません。また、調査票は、研究終了時にすべて破棄します。
- ③ あなたの担当の先輩キャンパーを決定する際には、あなたの性格や性別に合わせて良好な関係を築けるよう配慮します。また、事前にあなたの担当する先輩キャンパーのお名前を紹介いたしますので、あなたの意

向を確認します。万が一、先輩キャンパーとの間で困ったことが生じた場合は、あなたの意向を聞いて参加の継続あるいは中止について相談いたします。なお、あなたがこの研究へ参加するなかで問題が生じていないか確認する目的で、研究者から月 1 回定期的に電話やメールで連絡を差し上げます。また、困ったことがあれば、あなたからいつでも研究者に相談して下さい。

- ④ あなたが先輩キャンパーに連絡を取る場合、通信費が生じますが、通信費の代わりに謝礼として図書カードや血糖測定などに必要な医療材料を提供します。

なお、今回ご協力いただく研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものです。研究結果は、神戸市看護大学大学院の博士論文として同大学に提出します。また、結果は糖尿病に関する学会や教育専門誌に発表する予定ですが、あなたのプライバシーは固く守ります。研究結果について、お知りになりたいご希望があれば、同意書の送付先欄にご記入下さい。なお、不明な点あれば、下記にご連絡下さい。

(連絡先)	
研究者 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護実践開発学専攻 薬師神 裕子	指導教員 神戸市看護大学大学院看護学研究科 療養生活看護学領域小児看護学分野 二宮啓子
(研究者勤務先)	(指導教員連絡先)
〒791-0295 愛媛県東温市志津川 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 電話:089-960-5401 携帯:090-1001-4270 E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp	〒651-2103 神戸市西区学園西町 3 丁目4 神戸市看護大学 電話:078-794-8080 (代表)

同意書

私は、「思春期1型糖尿病患児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」について、十分説明を受け内容を理解しましたので、この研究に参加・協力することに同意いたします。

参加者氏名 _____ 保護者氏名 _____ 平成 年 月 日

研究結果送付先

〒 _____

説明者氏名 _____

平成 年 月 日

研究協力をお願い

私は、現在、神戸市看護大学大学院博士後期課程で、1型糖尿病の子どもさんへの効果的な看護支援方法を開発するために、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」に取り組んでいる、薬師神裕子と申します。私は、これまで、糖尿病サマーキャンプに参加するなかで、皆さんから多くのことを学ばせていただきました。糖尿病を持って生活する皆さんが、糖尿病とうまくつきあうために血糖測定やインスリン注射を行いながら、家や学校での生活でさまざまな工夫を行い思春期を乗り越え、現在、大学生や社会人として立派に成長し活躍されていることを大変うれしく思っています。この研究では、思春期にある1型糖尿病の子どもたちが、より前向きに自己管理に取り組めるよう、自己管理行動に関連した問題解決方法や対処方法を、身につけていくことを目的としています。

そこで、あなたには、調査1:思春期の糖尿病自己管理行動に関する課題や問題を解決する方法を明らかにする目的で、思春期に糖尿病自己管理行動に関する課題や問題をどのような方法で解決してきたかについて、お話を聞かせていただきます。また、調査2:先輩キャンパーであるあなたの力を借りて思春期のキャンパーの自己管理技術を高める支援方法の効果を明らかにする目的で、糖尿病キャンプ中及びキャンプ後に、定期的に自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を子どもたちと一緒に考えたり、子どもの努力を認め勇気づける支援を提供していただききたいと考えています。この研究の結果は、今後の1型糖尿病の子どもたちの教育支援に役立てたいと思っています。

なお、研究協力にあたり、調査1および調査2両方の協力が難しい場合、どちらか一方だけの協力でも結構です。以上のことをご理解頂き、研究へのご協力をお願い致します。研究の参加を行うにあたり、「お願いしたいこと」、「お約束すること」の以下の項目を読み、同意される場合、同意書にご署名をお願いします。

調査1

(お願いしたいこと)

- ① 思春期の糖尿病自己管理行動に関する課題や問題を解決する方法を明らかにする目的で、約1時間程度の面接にご協力下さい。面接では、a)中学生・高校生の時に糖尿病の自己管理を行う上で最も大変であったことや問題となった具体的な場面は何か、b)それらの問題に対してどのように対処し解決してきたのか、c)その問題をうまく解決できた時の状況とあればよかったと思う具体的な支援は何か、の3点についてお聞かせ下さい。

(お約束すること)

- ① この研究への参加・協力はあなたの自由です。また、この研究に同意した後や途中でも、研究の参加・協力を断ることは可能です。お断りになってもあなたが受ける医療サービスに関して不利益を受けることは一切ありません。
- ② お話はご了承をいただいた上で録音させていただき、了承されない場合にはメモを取らせていただきますが、あなたのプライバシーは固く守ります。インタビューの録音テープは、研究終了時に破棄します。

調査2

(お願いしたいこと)

- ① 糖尿病サマーキャンプ中に、キャンププログラムに組み込まれた1時間程度のグループワークに2回参加していただき、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を、後輩のキャンパーと一緒に考えてあげて下さい。グループワークは、あなたが担当する2-3人のキャンパーとあなたを1グループとして、自己管理の具体的な方法を話し合います。また、キャンプ終了後から6か月の間、担当する後輩キャンパー2-3人と電話、電子メール、手紙などで月1回程度あなたから連絡をとっていただき、後輩キャンパーの生活に合わせたよりよい自己管理方法を一緒に考えてあげて下さい。なお、後輩キャンパーから相談があっ

た場合は、できるだけ速やかに答えてあげて下さい。

- ② 後輩キャンパーとの交流では、努力を認め良い行動を褒めるようお願い致します。後輩キャンパーから連絡があった場合、できるだけ速やかに回答するようお願い致します。また、キャンパーとの関係で知り得た情報は一切口外しないことと、インスリン注射に関する医療的なアドバイスは行わないようお願い致します
- ③ 調査2にご協力いただくにあたり、以下のA)調査票(アンケート)の回答とB)面接調査にご協力下さい。
 - A) 調査票の回答と簡単な面接調査にご協力下さい。調査票の回答は、キャンプ開始前(7月頃)、キャンプ終了後(9月頃)、キャンプ後6か月(春休みの3月頃)の合計3回です。1回の調査票の回答に必要な時間は、それぞれ約10分程度です。また、後輩キャンパーとの関係に関する15分程度の面接調査にご協力下さい。
 - B) キャンプ後6か月頃に(春休みの3月頃)、後輩キャンパーとのかかわりに関する具体的な内容とキャンパーとの体験に関するあなたの感想を、30分程度お話を聞かせて下さい。お話はご了承をいただいた上で録音させていただき、了承されない場合にはメモを取らせていただきます。

(お約束すること)

- ① この研究への参加・協力はあなたの自由です。また、この研究に同意した後や途中でも、研究の参加・協力を断ることは可能です。お断りになってもあなたが受ける医療サービスに関して不利益を受けることは一切ありません。
- ② あなたのプライバシーは固く守ります。また、あなたの住所、電話番号、電子メールアドレスなども研究以外の目的で使用することはありません。調査票を集計するときには、あなたの回答は番号で処理します。また、調査票やインタビュー資料と録音テープは、研究終了時にすべて破棄します。
- ③ あなたが担当する後輩キャンパーの人数は、あなたの意志に応じて相談します。また、あなたの担当するキャンパーを決定する際には、キャンパーの性格や性別に合わせて良好な関係を築けるよう配慮します。事前に、あなたが担当するキャンパーをお知らせしますので、不都合があればお知らせ下さい。万が一、キャンパーとの関係に問題が生じた場合、あなたの意向を聞いて参加の継続あるいは中止について相談いたします。なお、研究者が電話やメールでキャンパーとの関係に問題が生じていないか確認するために月1回程度定期的にあなたに連絡いたします。また、困ったことが生じた時には、いつでも相談して下さい。
- ④ キャンプ中に行われる勉強会および面接に参加する際の交通費を研究者が負担いたします。また、キャンパーに連絡を取る場合、通信費が生じますが、通信費は研究者が負担するか専用の携帯電話をお渡しします。また、謝礼として図書カードか血糖測定等に必要な医療材料を提供します。

なお、今回ご協力いただく研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものです。研究結果は、神戸市看護大学大学院の博士論文として同大学に提出します。また、結果は糖尿病に関する学会や教育専門誌に発表する予定ですが、あなたのプライバシーは固く守ります。研究結果について、お知りになりたいご希望があれば、同意書の送付先欄にご記入下さい。なお、不明な点あれば、下記にご連絡下さい。

(連絡先)

研究者	指導教員
神戸市看護大学大学院博士後期課程	神戸市看護大学大学院看護学研究科
看護実践開発学専攻	療養生活看護学領域小児看護学分野
薬師神 裕子	二宮啓子
(研究者勤務先)	(指導教員連絡先)
〒791-0295 愛媛県東温市志津川	〒651-2103 神戸市西区学園西町3丁目4
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻	神戸市看護大学
電話:089-960-5401 携帯:090-1001-4270	電話:078-794-8080 (代表)
E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp	

ご協力いただける調査1・調査2の同意書にそれぞれご署名をお願いいたします。

〔調査1〕

同 意 書

私は、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」について、十分説明を受け内容を理解しましたので、調査1に参加・協力することに同意いたします。

平成 年 月 日

参加者氏名

保護者氏名(20歳未満の方のみご署名下さい)

研究結果送付先

〒

説明者氏名

平成 年 月 日

〔調査2〕

同 意 書

私は、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」について、十分説明を受け内容を理解しましたので、調査2に参加・協力することに同意いたします。

平成 年 月 日

参加者氏名

保護者氏名(20歳未満の方のみご署名下さい)

研究結果送付先

〒

説明者氏名

平成 年 月 日

研究協力をお願い

私は、現在、神戸市看護大学大学院博士後期課程で、1 型糖尿病の子どもさんへの効果的な看護支援方法を開発するために、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」に取り組んでいる、薬師神裕子と申します。私は、これまで、糖尿病サマーキャンプに参加するなかで、皆さんから多くのことを学ばせていただきました。糖尿病を持って生活する皆さんが、糖尿病とうまくつきあうために血糖測定やインスリン注射を行いながら、家や学校での生活でさまざまな工夫を行い思春期を乗り越え、現在、大学生や社会人として立派に成長し活躍されていることを大変うれしく思っています。この研究では、思春期にある1型糖尿病の子どもたちが、より前向きに自己管理に取り組めるよう、自己管理行動に関連した問題解決方法や対処方法を、身につけていくことを目的としています。

そこで、あなたには、調査1: 思春期の糖尿病自己管理行動に関する課題や問題を解決する方法を明らかにする目的で、思春期に糖尿病自己管理行動に関する課題や問題をどのような方法で解決してきたかについて、お話を聞かせていただきます。また、調査2: 先輩キャンパーであるあなたの力を借りて思春期のキャンパーの自己管理技術を高める支援方法の効果を明らかにする目的で、糖尿病キャンプ中及びキャンプ後に、定期的に自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を子どもたちと一緒に考えたり、子どもの努力を認め勇気づける支援を提供していただききたいと考えています。この研究の結果は、今後の1 型糖尿病の子どもたちの教育支援に役立てたいと思っています。

なお、研究協力にあたり、調査1および調査2両方の協力が難しい場合、どちらか一方だけの協力でも結構です。以上のことをご理解頂き、研究へのご協力をお願い致します。研究の参加を行うにあたり、「お願いしたいこと」、「お約束すること」の以下の項目を読み、同意される場合、同意書にご署名をお願いします。

調査1

(お願いしたいこと)

- ① 思春期の糖尿病自己管理行動に関する課題や問題を解決する方法を明らかにする目的で、約 1 時間程度の面接にご協力下さい。面接では、a)中学生・高校生の時に糖尿病の自己管理を行う上で最も大変であったことや問題となった具体的な場面は何か、b)それらの問題に対してどのように対処し解決してきたのか、c)その問題をうまく解決できた時の状況とあればよかったと思う具体的な支援は何か、の 3 点についてお聞かせ下さい。

(お約束すること)

- ① この研究への参加・協力はあなたの自由です。また、この研究に同意した後や途中でも、研究の参加・協力を断ることは可能です。お断りになってもあなたが受ける医療サービスに関して不利益を受けることは一切ありません。
- ② お話はご了承をいただいた上で録音させていただき、了承されない場合にはメモを取らせていただきますが、あなたのプライバシーは固く守ります。インタビューの録音テープは、研究終了時に破棄します。

調査2

(お願いしたいこと)

- ① 糖尿病サマーキャンプ中に、キャンププログラムに組み込まれた1 時間程度のグループワークに2 回参加していただき、自己管理がうまくいかない時の具体的な対応方法を、後輩のキャンパーと一緒に考えてあげて下さい。グループワークは、あなたが担当する2-3 人のキャンパーとあなたを1 グループとして、自己管理の具体的な方法を話し合います。また、キャンプ終了後から 6 か月の間、担当する後輩キャンパー2-3 人と電話、電子メール、手紙などで月1 回程度あなたから連絡をとっていただき、後輩キャンパーの生活に合わせたよりよい自己管理方法を一緒に考えてあげて下さい。なお、後輩キャンパーから相談があつ

た場合は、できるだけ速やかに答えてあげて下さい。

- ② 後輩キャンパーとの交流では、努力を認め良い行動を褒めるようお願い致します。後輩キャンパーから連絡があった場合、できるだけ速やかに回答するようお願い致します。また、キャンパーとの関係で知り得た情報は一切口外しないことと、インスリン注射に関する医療的なアドバイスは行わないようお願い致します。
- ③ 調査2にご協力いただくにあたり、以下の A)調査票(アンケート)の回答と B)面接調査にご協力下さい。
 - A) 調査票の回答と簡単な面接調査にご協力下さい。調査票の回答は、キャンプ開始前(7 月頃)、キャンプ終了後(9 月頃)、キャンプ後6か月(春休みの 3 月頃)の合計3回です。1 回の調査票の回答に必要な時間は、それぞれ約 10 分程度です。また、後輩キャンパーとの関係に関する 15 分程度の面接調査にご協力下さい。
 - B) キャンプ後 6 か月頃に(春休みの 3 月頃)、後輩キャンパーとのかかわりの具体的な内容とキャンパーとの体験に関するあなたの感想を、30 分程度お話を聞かせて下さい。お話はご了承をいただいた上で録音させていただき、了承されない場合にはメモを取らせていただきます。

(お約束すること)

- ① この研究への参加・協力はあなたの自由です。また、この研究に同意した後や途中でも、研究の参加・協力を断ることは可能です。お断りになってもあなたが受ける医療サービスに関して不利益を受けることは一切ありません。
- ② あなたのプライバシーは固く守ります。また、あなたの住所、電話番号、電子メールアドレスなども研究以外の目的で使用することはありません。調査票を集計するときには、あなたの回答は番号で処理します。また、調査票やインタビュー資料と録音テープは、研究終了時にすべて破棄します。
- ③ あなたが担当する後輩キャンパーの人数は、あなたの意志に応じて相談します。また、あなたの担当するキャンパーを決定する際には、キャンパーの性格や性別に合わせて良好な関係を築けるよう配慮します。事前に、あなたが担当するキャンパーをお知らせしますので、不都合があればお知らせ下さい。万が一、キャンパーとの関係に問題が生じた場合、あなたの意向を聞いて参加の継続あるいは中止について相談いたします。なお、研究者が電話やメールでキャンパーとの関係に問題が生じていないか確認するために月 1 回程度定期的にあなたに連絡いたします。また、困った時には、いつでも相談して下さい。
- ④ キャンプ中に行われる勉強会および面接に参加する際の交通費を研究者が負担いたします。また、キャンパーに連絡を取る場合、通信費が生じますが、通信費は研究者が負担するか専用の携帯電話をお渡しします。また、謝礼として図書カードか血糖測定等に必要な医療材料を提供します。

なお、今回ご協力いただく研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものです。研究結果は、神戸市看護大学大学院の博士論文として同大学に提出します。また、結果は糖尿病に関する学会や教育専門誌に発表する予定ですが、あなたのプライバシーは固く守ります。研究結果について、お知りになりたいご希望があれば、同意書の送付先欄にご記入下さい。なお、不明な点あれば、下記にご連絡下さい。

(連絡先)

研究者 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護実践開発学専攻 薬師神 裕子 (研究者勤務先) 〒791-0295 愛媛県東温市志津川 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 電話:089-960-5401 携帯:090-1001-4270 E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp	指導教員 神戸市看護大学大学院看護学研究科 療養生活看護学領域小児看護学分野 二宮啓子 (指導教員連絡先) 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3 丁目 4 神戸市看護大学 電話:078-794-8080 (代表)
--	--

ご協力いただける調査1・調査2の同意書にそれぞれご署名をお願いいたします。

〔調査1〕

同意書

私は、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」について、十分説明を受け内容を理解しましたので、調査1に参加・協力することに同意いたします。

平成 年 月 日

参加者氏名

保護者氏名(20歳未満の方のみご署名下さい)

研究結果送付先

〒

説明者氏名

平成 年 月 日

〔調査2〕

同意書

私は、「思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究」について、十分説明を受け内容を理解しましたので、調査2に参加・協力することに同意いたします。

平成 年 月 日

参加者氏名

保護者氏名(20歳未満の方のみご署名下さい)

研究結果送付先

〒

説明者氏名

平成 年 月 日



メンタリング支援マニュアル OB/OG(メンター)用

2007/08/04

薬師神裕子作成

勉強会のねらい

- 勉強会「こんなときどうする？ー糖尿病とうまくつきあうためにー」では、4つの事例について担当していただくキャンパーと一緒に糖尿病の自己管理行動の問題とその解決策を考えていきます。

グループワークは、以下の手順で行います。

- ①事例から糖尿病の自己管理で生じる問題を明らかにする
- ②具体的な対処方法と可能な解決方法を考える
- ③日常生活場面での望ましい解決方法を選択する
- ④自分の行動を振り返り、行動目標を設定する

(勉強会終了後のねらい)

勉強会終了後に、キャンパーが自分のこれまでの自己管理方法の課題について考え、新しい解決方法をみつけ対処していけることがゴールです。

勉強会でOB/OGにお願いしたいこと

- グループの話し合いを促進したり、自己管理行動に関する自分の体験から、キャンパーにアドバイスを与えたり、具体的な問題解決方法をキャンパーと一緒に考えていってください。
- グループの話し合いのなかで、様々な状況に適した自己管理行動にはいろいろな方法があること、また、事例の主人公の考えや気持ちが普通であることを示してあげてください。
- グループワークでは、アドバイザー的な存在となり、必要な知識の提供や、具体的でより効果的な対処方法をキャンパーと一緒に考えてあげてください。
- キャンパーの糖尿病の自己管理に対するやる気を高めたり、自己管理行動の選択肢を広げてあげてください。
- 今、うまくできている自己管理行動に対しては、よくできていると誉めてあげてください。
- 患児の視点について興味を示したり共感してあげてください。

キャンパー(メンティー)への支援方法に関する ガイドライン(OB/OG用)

1. キャンパーとの交流は1回/月程度を基本に行っていただきます。キャンプ後の最初の交流は、キャンプ終了後2-3週目頃にあなたから、連絡を入れてあげてください。その後、定期的に月1回、キャンパーが希望する方法で連絡をいれてあげてください。
2. キャンパーからの電話、電子メール、手紙が届いた場合、できるだけ迅速に回答するようお願いします。
3. キャンパーへの支援は、日常生活における糖尿病の自己管理でキャンパーが関心を持っていること、悩んでいること、気にしていることを中心に行ってあげてください。
4. キャンパーの自己管理行動について、できるだけ良いところをほめたり、キャンパーの努力を認めながら関わってあげてください。
5. キャンパーと接するときは、一緒に考える姿勢を心がけてください。
6. キャンパーとの関係で困っていることがないか月1回定期的に薬師神から連絡いたしますが、万が一、自分で対応できない問題が生じた場合、速やかに薬師神まで連絡してください。
7. 複数のキャンパーを担当していただく場合、キャンプ中は担当するそれぞれのキャンパーに平等に接するよう心がけてください。
8. キャンパーに関する知り得た個人情報、他人に一切口外しないようお願いします。また、キャンパーから届いた電子メールは、他人に転送しないようお願いします。
9. インスリン注射量の変更に関する医療的なアドバイスは行わないで下さい。

キャンパーへの支援マニュアル(OB/OG用)

支援目的	主な相談内容
1. 日常の自己管理に関する具体的な方法を提供する。	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロールと血糖測定方法 ・食事のとり方と補食の選び方、外食時の注意事項 ・運動 ・低血糖への対応、高血糖への対応 ・無自覚低血糖への対応 ・外出時の注意事項 ・インスリン注射に関連した内容（インスリン量の調節を除く） ・ストレスへの対処方法
2. 学校での糖尿病自己管理方法や、将来に対する具体的なアドバイスを提供する。	<ul style="list-style-type: none"> ・友人との効果的なコミュニケーション方法 ・学校での友達への病気の説明の仕方や、付き合い方など ・学校での自己管理方法(学校でのインスリン注射の場所や方法、体育の時間の対応、遠足・修学旅行の対応方法など) ・部活動や学校外での活動時の対応(塾や部活動などで工夫すること) ・進学・就職に関する相談(受験の際に必要な自己管理の方法や、適切な職業の選択肢に関するアドバイス)
3. キャンパーの家族や地域にあるサポート資源の確認と活用方法を示す。	<ul style="list-style-type: none"> ・親との関係と対応方法 ・兄弟姉妹との関係と対応方法 ・友人・教師との関係と対応方法 ・家族・友人以外の人との関係と対応方法 ・キャンパーやOB/OGとの関係 ・医療者との対応(自分の気持ちを医師に伝える。診察時には、親に自分の気持ちを代わりに言わせない。)

薬師神裕子連絡先

- （研究者所属連絡先）
神戸市看護大学大学院博士後期課程
看護実践開発学専攻
薬師神 裕子

- （研究者勤務先）
〒791-0295愛媛県東温市志津川
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
電話:089-960-5401 携帯:090-1001-4270
E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp



勉強会資料

こんなときどうする？

糖尿病とうまくつきあうために



平成19年8月11日

担当：薬師神 裕子

班：

氏名：

この勉強会の目的は、みなさんが、糖尿病とうまくつきあっていくために、糖尿病の自己管理行動に関する具体的な対処方法を身につけていけるようにすることです。この勉強会では、4つの事例を読んで、主人公のたけし君、けい子さん、あさみさん、ゆうた君の自己管理行動に関する「気持ち」や「行動」について、キャンパーとOBのみなさんが一緒に考えていきます。また、主人公のたけし君、けい子さん、あさみさん、ゆうた君が、糖尿病とうまくつきあっていくために、どのような「解決策」があるかを考え、みなさんの実際の生活や自己管理にも役立て欲しいと考えています。

この勉強会は、以下の2つのセッションから構成されています。

セッション1

4つの事例を読み、4人の主人公の糖尿病の自己管理を考えてみましょう。日常生活のなかで、4人が困っている場面の「行動」について考えてみましょう。また、この場面における4人の「気持ち」について考えてみましょう。

セッション2

たけし君、けい子さん、あさみさん、ゆうた君の糖尿病の自己管理行動に関する問題を解決するために、実際の生活で行動可能な解決方法を考え、その解決方法を実行した場合におこりうる「良い結果」と「悪い結果」を予測し、4人にとって、「望ましい解決策」となる行動を見つけましょう。



グループワークの具体的な進め方

セッション1

- 1) グループで相談し話し合いたい事例を1つ選択してください。
- 2) 選択した事例を読んで、たけし君、けい子さん、あさみさん、ゆうた君が困っている場面の行動について考えてみましょう。たけし君・けい子さん、あさみさん、ゆうた君の行動の何が問題でしょうか？
- 3) 事例の場面のたけし君、けい子さん、あさみさん、ゆうた君の気持ちについて考えてみましょう。
- 4) 2) 及び3) で考えた場面の「行動」と「気持ち」を、各自で3つずつふせん紙に書き出してみよう。
- 5) グループメンバーが書き出したものを机に並べ、同じような内容のものをまとめ、分類していこう。
- 6) 分類したものをまとめて模造紙（画用紙）に張りつけ、その内容にタイトル（見出し）をつけよう。

セッション2

- 1) 次に、たけし君、けい子さん、あさみさん、ゆうた君が、糖尿病の自己管理行動の問題を解決するために、実生活で実際にできる解決方法を、各自で3つずつふせん紙に書き出してみよう。
- 2) 書き出した解決方法を、机の上に並べて、同じような内容のものをまとめ、分類していこう。
- 3) グループメンバー全員で、分類した問題を解決する方法を確認し、その後、やってみた場合に起こりうる「よい結果」と「悪い結果」を、ふせん紙に書き出し、良い結果と悪い結果を読み上げながら、模造紙に貼り付けよう。
- 4) 問題を解決するのに一番よい方法をグループで選択し、書き出してみよう。
- 5) 各グループが取り上げた事例の、たけし君、けい子さん、あさみさん、ゆうた君の「行動」「気持ち」「解決方法」起こりうる「良い結果」と「悪い結果」について、各グループごとに発表し、糖尿病自己管理行動の「望ましい解決策」について、全員で共有しよう。

事例1：こんなときどうする？ 一部活動中に低血糖にならない編ー

小学校5年生で糖尿病を発症し、1日4回のインスリン注射を行っているたけし君（中学1年生）は、中学校に入学し野球部に入りました。たけし君は顧問の先生にだけ、インスリン注射を行っていることを話しています。

たけし君は、できるだけみんなと同じように部活動がんばり、レギュラーに選ばれたと思っています。しかし、練習の途中で低血糖になるため、部室にもどりジュースを飲んで対応していました。ある日、野球部の仲間から、「おまえ、何しに部室に行きよるの？」と不思議そうに聞かれ、「あ、ちょっと…」と、ごまかしました。

低血糖になるたびに、野球の練習を中断して部室に行くことが嫌になってしまったたけし君は、部活動中に低血糖にならないようにするために、お昼のインスリン注射をやめてしまいました。その結果、夕方から夜の血糖値は300代といつも高い状態が続いています。



セッション1

1) たけし君の行動で何が問題か？

2) この場面でのたけし君の気持ちは？

事例2：こんなときどうする？ ー友達と外食編ー

高校1年生のけい子さんは、日曜日に友達のゆうこちゃんとあゆみちゃんと買い物にかけています。けい子さんは、インスリン注射を行っていることを、ゆうこちゃんとあゆみちゃんに話していません。

お昼ごはんはマクドナルドで、食べることにしました。最近、けい子さんは、夕方の血糖値が300mg/dl代といつも高く、HbA1cも10%です。けい子さんは高めの血糖値をどうにかしたいと思っています。しかし、外出したときにはみんなと同じものを食べたいとも思っています。

あゆみちゃんとゆうこちゃんは、「おなかすいたねえ。どれもおいしそう。」と言いながら、マックシェーク、ポテト、てりやきマックバーガーのセットを注文しました。ゆうこちゃんが、「けい子ちゃんも同じ物を頼む？」と聞いてきたので、けい子さんは、「あー、うん...」と言ってしまい、つい同じメニューを頼んでしまいました。



セッション1

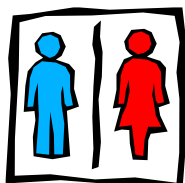
1) けい子さんの行動で何が問題か？

2) この場面でのけい子さんの気持ちは？

事例3：こんなときどうする？—トイレにインスリンを忘れちゃった編—

あさみさんは、中学2年生の春休みに糖尿病と診断され、1日4回のインスリン注射を始めました。3年生になったあさみさんは担任の先生と保健室の先生には、糖尿病でインスリン注射を学校でも行うことを説明しています。しかし、友達にはインスリン注射を行うことや、低血糖のときに補食をとる必要があることを誰にも話していません。

あさみさんは、給食の前にはインスリン注射を行うために保健室に行っていましたが、保健室には他の生徒も多くくるため、なかなか思うように注射ができません。そこで、あさみさんは、学校のトイレでインスリン注射を行うことにしました。ある日、あさみさんは、トイレでインスリン注射をした後に、インスリン注射が入ったケースをトイレに忘れたことに気がつきました。あわててトイレに戻ると、友達3人がインスリンケースを開けて、「これ、トイレに忘れてあったけどなんだろうねえ？」と話しています。



セッション1

1) あさみさんの行動で何が問題か？

2) この場面のあさみさんの気持ちは？

事例 4：こんなときどうする？ -親がうるさく聞いてくる編-

中学校 1 年生のゆうた君は、小学校 3 年生で糖尿病と診断されました。ゆうた君の家族は、父親、母親、小学校 3 年生の妹とゆうた君の 4 人です。小学校の時は、母親に注射や血糖測定を頼っていましたが、母親には「中学生になったのだから、注射や血糖測定は、自分できちんとやりなさい」と言われています。

ゆうた君は朝起きるのが苦手です。また、朝の血糖はいつも 60 代と低めでなかなか起きれません。母親は、「血糖はちゃんと測ったの?」「朝のインスリンはいくら打ったの?」「補食はちゃんと持って出かけているの?」と毎日毎日、しつこく聞いてきます。ゆうた君は、母親が自分のことを心配してくれていることはわかるのですが、自分がしようと思っている矢先に、注射や血糖測定のことを聞かれるので、うっとうしくてたまりません。しかし、ゆうた君は、自分から進んで血糖測定やインスリン注射は行っていません。

ゆうた君は母親に、「いちいちうるさいなあ、自分でするからほっといてよ!」といいましたが、母親は「言わないとあなた自分から注射しないでしょう?」と言い返されてしまいました。



セッション 1

1) ゆうた君の行動で何が問題か?

2) この場面でのゆうた君の気持ちは?

今日学んだことを参考に、おうちに帰って同じようにあなたの自己管理行動で困っている場面を書き出し、あなたにとってもっともよい解決策を考えてみよう。また、あなたが自己管理をよりよく行うための行動目標を設定してみよう。



自己管理をよりよく行うために...

- 1) あなたの自己管理行動について困っている場面を書き出してみよう！
- 2) この場面でのあなたの気持ちは？
- 3) あなたの行動に対する解決策を書き出してみよう！
- 4) その解決策を実行した場合に起こりうる良い結果を考えてみよう！
- 5) その解決策を実行した場合に起こりうる悪い結果を考えてみよう！
- 6) あなたにとって最も望ましい解決策を見つけよう！
- 7) あなたの自己管理行動の目標をたててみよう！

あなたの自己管理の行動目標

平成 19 年 7 月 5 日

_____さん

こんにちは。

7 月に入り随分と暑くなりましたが、お元気でお過ごしでしょうか。楽しみにしている糖尿病サマーキャンプも、だんだんと近づいてきました。今年もキャンプで、元気な顔を見せてくれることを楽しみにしています。

さて、先日お願いしました研究参加へのご協力ありがとうございます。キャンプのOB/OGである先輩キャンパーと、自分が頑張ったことや困ったことなどについて相談できる機会になればと考えています。この研究に参加していただくにあたり、早速ですがキャンプの開始前に、みなさんが普段行なっている糖尿病の自己管理方法などについて、教えていただきたいと思います。恐れ入りますが、次のページの調査票 1-4 の回答にご協力下さい。この調査票の回答に必要な時間は、30～40 分程度です。設問をよく読んでから、答えを記入してください。やり残しのないよう、全ての質問にお答え下さい。調査票の質問内容で、何かわからないことがあれば、電話あるいはメールで遠慮なくご連絡下さい。なお、回答終了後、同封してある封筒に調査票 1-4 を入れて、必ず 7 月 20 日（金）までに薬師神まで返送して下さい。

では、ご協力よろしくお願いたします。

薬師神 裕子



（ 研究者 ）

神戸市看護大学大学院博士後期課程
看護実践開発学専攻
薬師神 裕子

（ 連絡先 ）

〒791-0295 愛媛県東温市志津川
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
電話：089-960-5401（大学） 携帯：090-1001-4270
E-mail：yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

平成 19 年 10 月 1 日

さん

こんにちは。

10 月に入りやっと涼しくなりましたが、お元気でおすごしでしょうか。運動会も終わり授業や部活動に忙しくされていることと思います。楽しみにしていた糖尿病サマーキャンプもあつというまに終わりました。キャンプでは、同じ仲間や先輩とのかかわり、そして、ボランティアの方、医療者とかかわり楽しみながら多くのことを学ぶことができたと思います。また、今回のキャンプでは、先輩と一緒にいった勉強会にも、参加していただきありがとうございました。

さて、キャンプ終了後からOB/OGである先輩キャンパーとの電話やメールでの相談も始まり、1 ヶ月以上が過ぎました。つきましては、先輩キャンパーとの相談方法や困っていることなどについて、おうかがいします。また、次ページの調査票の回答にも回答にご協力下さい。この調査票の回答に必要な時間は 30 分程度です。設問をよく読んでから、答えを記入してください。やり残しのないよう、全ての質問にお答え下さい。調査票の質問内容で、何かわからないことがあれば、電話あるいはメールで遠慮なくご連絡下さい。

なお、回答終了後、同封してある封筒に 4 つの調査票を入れて、必ず 10 月 10 日（水）までに、薬師神まで返送してください。今回、これまでの調査のご協力への謝礼として、図書券を同封させていただきましたので、どうぞお受け取り下さい。では、ご協力よろしく願いいたします。

薬師神裕子



（ 研究者 ）

神戸市看護大学大学院博士後期課程
看護実践開発学専攻
薬師神 裕子

（ 連絡先 ）

〒791-0295 愛媛県東温市志津川
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
電話：089-960-5401（大学） 携帯：090-1001-4270
E-mail：yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

平成 20 年 3 月 7 日

さん

こんにちは。

3 月に入り少しずつ暖かくなってきましたね。お元気で過ごしてでしょうか。高校卒業そして短大への進学おめでとうございます。これからは、自分の決めた職業に向けて一步一步着実に進んで行って下さい。

さて、昨年のキャンプ終了後から継続していただいている先輩キャンパーとの交流に関する研究へのご協力ありがとうございます。先輩との交流も、すでに半年が過ぎました。なかなか時間がとれなく十分な交流ができていない場合もあるかと思いますが、先輩とのやりとりのなかで、生活や自己管理のヒントや励ましなどを少しでも得ることができたでしょうか？

今回は、これまでの先輩キャンパーとのやりとりに関する感想や学びについてお聞かせ下さい。また、調査票の回答にもご協力下さい。調査票の質問内容で、何かわからないことがあれば、電話またはメールで遠慮なくご連絡下さい。回答終了後、同封してある返信用封筒に調査票すべてを入れ、必ず 3 月 21 日(金)までに、薬師神まで返送して下さい。

なお、この研究を始めた時は、今年の 3 月末まで先輩と交流していただく予定でしたが、進級や進学など 4 月以降生活環境の変化を体験される方も多いかと思えます。そこで、キャンプが予定されている 8 月まで延長したいと考えています。7 月頃にまた調査票の回答にご協力いただきますが、先輩との連絡・相談を継続するかどうか、ご家族と十分に話し合わせ、継続の意向についてお知らせ下さい(調査票 1:Q7 の質問にお答え下さい)。継続して頂ける場合、通信費の代わりに謝礼をお渡しいたします。お忙しいと思いますが、ご協力お願いいたします。調査のご協力への謝礼として、図書券を同封いたしました。

薬師神 裕子



(研究者)

神戸市看護大学大学院博士後期課程
看護実践開発学専攻
薬師神 裕子

(連絡先)

〒791-0295 愛媛県東温市志津川
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
電話：089-960-5401 (大学) 携帯：090-1001-4270
E-mail：yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

平成 20 年 7 月 18 日

さん

こんにちは。

7 月に入り猛暑が続いておりますが、お元気でお過ごしでしょうか。
ようやく夏休みに入りほっと一息ついているところかと思えます。

さて、昨年のキャンプ終了後から継続いただいている先輩キャンパーとの交流も、そろそろ 1 年が過ぎようとしています。7 月末をもちまして、この研究は終了とさせていただきます。みなさまに 1 年間にわたりご協力いただき、本当にありがとうございました。同じ病気を持つ先輩との交流から、みなさんが少しでも自己管理のヒントや生活の工夫を得ることができればと思い始めた研究ですが、いかがでしたか。「研究協力」という形での、先輩との定期的な連絡・相談は終了させていただきますが、これを機会に先輩とのキャンプやその後の交流が、今後も続けばと願っています。

今回、最後の調査票をお送りさせていただきます。お忙しいと思いますが、ご協力お願いいたします。なお、調査票の質問内容で、何かわからないことがあれば、電話またはメールで遠慮なくご連絡下さい。回答終了後、同封してある返信用封筒に調査票すべてを入れ、必ず **8 月 1 日 (金) までに、薬師神まで返送**して下さい。

なお、研究協力への謝礼として、図書券を同封いたしておりますので、どうぞお受け取り下さい。それでは、キャンプでお会いできることを楽しみにしています。

薬師神 裕子



(研究者)

神戸市看護大学大学院博士後期課程
看護実践開発学専攻
薬師神 裕子

(連絡先)

〒791-0295 愛媛県東温市志津川
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
電話：089-960-5401 (大学) 携帯：090-1001-4270
E-mail：yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

資料 11 (思春期患児用調査票 1-2 基本属性)

(思春期患児用 調査票1-1 回目)

あなた自身のことについておうかがいします。下記の質問項目について答えを記入し、あてはまる答えに○をつけてください。

1. あなたの年齢は?

() 歳

2. あなたの学年は?

- () ① 中学1年生
() ② 中学2年生
() ③ 中学3年生
() ④ 高校1年生
() ⑤ 高校2年生
() ⑥ 高校3年生

3. あなたの性別は?

- () ① 男性
() ② 女性

4. あなたがはじめて糖尿病と診断された年齢は?

() 歳

5. 一緒に住んでいる家族の人数は?

自分も含めて () 人

6. 最近測定したヘモグロビンA1c値は?

() mg/dl 測定した日付 (月 日)

*測定した日付を覚えていなければ、何月に測定したかを記入してください。

7. 現在使用しているインスリン注射の種類すべてを○で囲んでください。

- () ① 超速攻型インスリン (Q)
() ② 速攻型インスリン (R)
() ③ 中間型インスリン (N)

- () ④ 混合型インスリン (30R、50R、3/7など)
() ⑤ 持効型インスリン (G ランタス)
() ⑥ その他 (インスリンポンプなど)

8. 一日のインスリン注射回数は?

- () ① 2回/日
() ② 3回/日
() ③ 4回/日
() ④ 4回以上/日 () 回/日

9. 先輩キャンパー (キャンプのOB/OG) と連絡を取る方法を記入してください。
あなたの連絡先を記入し、希望する連絡方法に○をつけてください。

お名前 _____

住所 〒 _____

() メール _____ @ _____

() 携帯電話 _____ - _____ - _____

() 自宅電話 _____ - _____ - _____

() ハガキや手紙

*電話の場合、先輩からの連絡をうけるのに都合のいい曜日 () 曜日

先輩からの連絡をうけるのに都合のいい時間 (午前・午後 時頃)

10. 先輩のキャンパー (キャンプのOB/OG) に相談したいことを具体的に記入してください。

(思春期患児用 調査票 1-2 回目)

Q: 下記の質問項目についてあてはまる内容を記入するか、○をつけてください。

1. キャンプ終了後(8月以降)に測定したヘモグロビンA1c値は?

()% 測定した日付(月 日)

*測定した日付を覚えていなければ、何月に測定したかを記入してください。

2. 先輩のキャンパーと、キャンプ終了後(8月以降)からこれまでに、何回連絡を取り合いましたか?

(回)

3. 先輩キャンパーとどのくらいの頻度で連絡を取り合っていますか?

- () ① 月に1回
- () ② 3週間に1回
- () ③ 2週間に1回
- () ④ 1週間に1回
- () ⑤ 1週間に1回以上
- () ⑥ 一度も連絡をとっていない

4. これまでの先輩キャンパーとのかかわりで良かったことや役に立ったことについて具体的に記入してください。

5. これまでの先輩キャンパーとのかかわりで困っていることや希望がありましたら記入してください。(こちらで可能な限り調整させていただきます)

6. 先輩キャンパーとの連絡方法について確認させて下さい。

*メールアドレスや携帯電話番号を変更などを変更し、前回お知らせいただいた連絡方法と異なる場合があると思いますので、あらためて連絡先を記入してください。また、希望する連絡方法に○をつけてください。

お名前 _____

住所 〒 _____

() メール _____ @ _____

() 携帯電話 _____ - _____ - _____

() 自宅電話 _____ - _____ - _____

() ハガキや手紙

*電話の場合、先輩からの連絡をうけるのに都合のいい曜日 ()曜日

先輩からの連絡をうけるのに都合のいい時間 (午前・午後 時頃)

7. 次回の外来受診予定日 (大学病院を受診されている方はお知らせ下さい)

_____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時ごろ

(思春期患児用 調査票 1-3 回目)

ID:

Q: 下記の質問項目についてあてはまる内容を記入するか、○をつけてください。

1. あなたの12月前後および3月前後のヘモグロビンA1c値は？

12月前後 ()% 測定した月 (月)
3月前後 ()% 測定した月 (月)

*何月に測定したかを記入してください。

2. 10月以降からこれまでのあいだに、あなたから先輩のキャンパーに何回くらい連絡を取りましたか？

(約 回)

3. 先輩キャンパーとどのくらいの頻度で連絡を取り合っていますか？

- () ① 1週間に1回以上
- () ② 1週間に1回
- () ③ 2週間に1回
- () ④ 1か月に1回
- () ⑤ 2か月に1回
- () ⑥ 一度も連絡をとっていない
- () ⑦ その他 (か月) に1回

4. これまでの先輩キャンパーとのかかわりから、印象に残ったことをできるだけ具体的に記述してください。

5. 今回のプログラムに参加して、いかがでしたか。あなたにとってよかったこと、よくなかったことなど何でもかまいませんので、できるだけ具体的に記述してください。

6. 先輩からの助言を受けたことによって、自分の学校や家での生活や糖尿病の自己管理で、新たに挑戦したことはありますか？できるだけ具体的に記述してください。

7. 先輩キャンパーとのやりとりを、今後も続けていきたいですか？ (今のところ今年の8月まで予定しています。)

() ①はい () ②いいえ

8. 今後も継続を希望される場合、連絡方法について確認させて下さい。メールアドレスや携帯電話番号などを変更されている場合もあると思いますので、あらためて連絡先を記入してください。また、希望する連絡方法に○をつけてください。

お名前 _____

() メール _____ @ _____

() 携帯電話 _____ — _____ — _____

() 自宅電話 _____ — _____ — _____

() ハガキや手紙

*電話の場合、連絡を受けるのに都合のいい曜日 () 曜日、都合のいい時間 (午前・午後 時頃)

(思春期患児用 調査票 1-4 回目)

ID:

Q: 下記の質問項目についてあてはまる内容を記入するか、○をつけてください。

1. あなたの一番最近のヘモグロビンA1c値は?

()% 測定した月(月)

*何月に測定したかを記入してください。

2. 3月以降からこれまでのあいだに、あなたから先輩のキャンパーに何回くらい連絡を取りましたか?

(約 回)

3. 3月以降からこれまでのあいだに、先輩キャンパーとどのくらいの頻度で連絡を取り合っていますか?

- () ① 1週間に1回以上
() ② 1週間に1回
() ③ 2週間に1回
() ④ 1か月に1回
() ⑤ 2か月に1回
() ⑥ 一度も連絡をとっていない
() ⑦ その他(か月)に1回

4. これまでの先輩キャンパーとのかかわりから、印象に残ったことをできるだけ具体的にお書きください。

5. 1年間にわたる先輩との交流プログラムに参加して、いかがでしたか。あなたにとってよかったこと、よくなかったことなど何でもかまいませんので、できるだけ具体的にお書きください。

6. 先輩とのかかわりをきっかけにして、学校での生活、家での生活、または、糖尿病の自己管理で、新たに挑戦したことや始めたことはありますか?あれば、できるだけ具体的にお書きください。

7. 先輩へのメッセージがありましたらお書き下さい。

(資料 12 思春期患者用調査票 2: 糖尿病問題解決尺度)

この調査票は、日常生活場面であなたが行っている糖尿病の自己管理の方法をお聞きするものです。

以下の質問について、血糖測定、インスリン注射、食事、低血糖・高血糖への対応、友達とのかかわりに関するあなたのいつもの対応について、最もあてはまる答えを1つ記入してください。「その他」を選んだ場合()内にあなたの対応を記入してください。

質 問 項 目	回 答
Q1. あなたは、友達と一緒にマクドナルドに行きました。おいしそうなハンバーガー、ポテト、マックシェークや炭酸飲料などを目の前にし、血糖値を気にして食べたいものをがまんすることがいやになってしまっています。あなたはどのような行動をとりますか？	<input type="checkbox"/> 食べたいものを食べる <input type="checkbox"/> 飲み物はお茶にして友達と同じものを食べる <input type="checkbox"/> 飲み物だけ注文する <input type="checkbox"/> 食べずにがまんする <input type="checkbox"/> その他()
Q2. Q1 の場面で、あなたは、友達と一緒に同じメニューを食べることに決めました。その後あなたはどのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 血糖をはからず普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> 食後に血糖をはかりインスリンを調節する <input type="checkbox"/> 血糖をはからずインスリンを調節する <input type="checkbox"/> 血糖をはかりインスリンを調節する <input type="checkbox"/> その他()
Q3. いつもあなたは朝の7時にインスリン注射を行います。しかし、土曜日の朝に寝過ごし、11時に目が覚めました。あなたはどのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> 血糖をはからずにインスリンを調節する <input type="checkbox"/> 血糖をはからずに食事量を調節する <input type="checkbox"/> 血糖をはかりインスリンを調節し食事をとってその後の血糖を確認する <input type="checkbox"/> その他()
Q4. 夕食前に血糖測定をしたところ、いつもの血糖値よりも高めの値でした。あなたはどのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> 食事を減らす、あるいは、運動を行ない夕食後の血糖をはからない <input type="checkbox"/> 食事を減らす、あるいは、運動を行い夕食後に血糖をはかる <input type="checkbox"/> 多めのインスリンを注射し夕食後の血糖をはからない <input type="checkbox"/> 多めのインスリンを注射し夕食後に血糖をはかる <input type="checkbox"/> その他()
Q5. あなたは土曜日の午前中に友達数人と出かけようとしています。何時に昼食をとるのかまったくわかりません。このような場合、あなたはどのような行動をとりますか？	<input type="checkbox"/> 友達に合わせていつもの時間に昼食もとらないし、インスリンも注射しない <input type="checkbox"/> 友達に合わせて昼食をとりインスリンを調節する <input type="checkbox"/> いつもの昼食の時間に少し補食をとる <input type="checkbox"/> いつもの時間に昼食をとるように友達に協力してもらう <input type="checkbox"/> 出かける前に血糖をはかり、インスリン、血糖測定器、補食を持っていく <input type="checkbox"/> その他()
Q6. 学校で午後の体育の時間にサッカー(バスケット)を行うことになっています。体育の時間のあとには、血糖値がいつも60mg/dlと低めであることに気づきました。あなたはどのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> 血糖をはかり昼のインスリンは調節しない <input type="checkbox"/> 血糖をはかり昼の食事量を調節する <input type="checkbox"/> 昼のインスリンを減らす <input type="checkbox"/> 体育の前に血糖をはかり、運動量にあわせた補食をとる <input type="checkbox"/> その他()

質 問 項 目	回 答
Q7. 学校で給食の時間になりました。あなたは、血糖測定を行う十分な時間がなく、めんどうくさいと感じています。あなたはどのような行動をとりますか？	<input type="checkbox"/> 血糖をはからずインスリンを注射する <input type="checkbox"/> インスリンを注射し血糖はあとではかる <input type="checkbox"/> 血糖をはかりインスリンを注射する <input type="checkbox"/> その他 ()
Q8. 最近あなたは、糖尿病をもっていることがいやになり気分が落ち込んでいます。あなたは他のことを考えて気分をまぎらわそうとしますが、落ち込んだ気分はなおらずどうしていいかわかりません。あなたはどのような行動をとりますか？	<input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> 食べて気分をまぎらわす <input type="checkbox"/> 運動をして気分をまぎらわす <input type="checkbox"/> 医療者や、親・友人などに相談する <input type="checkbox"/> その他 ()
Q9. 最近、あなたは友達と出かけるときに食べ過ぎてしまい、血糖値がいつも高めになっています。友達と同じように食事をとりたいと思っていますが、あなたは血糖値を良くしたいとも思っています。あなたはどのような行動をとりますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> 友達と同じように食事をとり次の食事前のインスリンを調節する <input type="checkbox"/> 血糖をはかりインスリンは調節しない <input type="checkbox"/> できるだけ血糖値を上げないようなメニューをえらぶ <input type="checkbox"/> 血糖をはからずにインスリンを多めに打つ <input type="checkbox"/> 血糖をはかりインスリンを多めに打つ <input type="checkbox"/> その他 ()
Q10. あなたは 11 時に寝ましたが、突然夜中の 2 時に目が覚め、目の前がぼんやりとしてお腹がすいたように感じます。あなたはどのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> そのまま寝る <input type="checkbox"/> 血糖をはからず補食をとる <input type="checkbox"/> 補食をとってから血糖をはかる <input type="checkbox"/> 血糖をはかり補食をとる <input type="checkbox"/> その他 ()
Q11. あなたは、午後 4 時に塾（習い事）に行く予定にしているため、いつもより夕食が遅くなるのがわかっています。あなたはどのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 家に帰ってから夕食をとる <input type="checkbox"/> 可能であれば塾の休み時間に少し補食をとる <input type="checkbox"/> 何か食べてから塾に行く <input type="checkbox"/> 血糖をはかり補食を持って行く <input type="checkbox"/> その他 ()
Q12. あなたは、朝いつもどおりの時間に目覚めて、インスリン注射の直前に血糖値を測定したところ、「Low」の値がでました。あなたはどのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> インスリンを減らすが、その後血糖ははからない <input type="checkbox"/> 補食をとり、その後血糖をはかる <input type="checkbox"/> その他 ()
Q13. この数週間、あなたの朝の血糖値はとても低い状態が続いています。あなたは、どのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> 朝のインスリンを減らす <input type="checkbox"/> 夕食前や寝る前のインスリンを減らす <input type="checkbox"/> 医師に相談する <input type="checkbox"/> その他 ()
Q14. この数週間、あなたの朝の血糖値はとても高い状態が続いています。あなたは、どのように対応しますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおりいつもと同じ量のインスリンを注射する <input type="checkbox"/> 朝のインスリンを増やす <input type="checkbox"/> 夕食前や寝る前のインスリンを増やす <input type="checkbox"/> 寝る前のインスリンを減らす <input type="checkbox"/> 医師に相談する <input type="checkbox"/> その他 ()

(資料 13 思春期患児用調査票 3:糖尿病自己効力感尺度)

Q:以下の質問項目について、今の自分がどの程度「できる」あるいは「できない」と思うか、最もあてはまると思われるところに○印をつけてください。やり残しのないように全ての質問にお答え下さい。

質問項目	全く できない	できない	たぶん できない	たぶん できる	できる	とても よくなる
1. 血糖の値を記録している						
2. 低血糖を予防している						
3. 糖尿病管理で必要なことを主治医と話しあっている						
4. 糖尿病であることを友達に話している						
5. 外出したときには、自分が何を食えばよいか理解している						
6. 運動前にとる食事の量を判断できる						
7. 気分が悪いとき、他人に助けを求めることができる						
8. 主治医の考えが自分の考えと違う時に、主治医に自分の意見を言うことができる						
9. やりたくないと思っていることをやらなければならないと感じている						
10. 宿題や手伝いをするを自分の責任としている						
11. 知り合いのいない集まりで、人に声をかけることができる						
12. 糖尿病を管理するために医者のごこと（治療方針）に従う						
13. 家での自分の食事と補食の単位を理解している						
14. 自分の主治医と合わない場合、主治医を変えることができる						
15. 血糖測定の値を良くしたり悪くしたりする方法を理解している						
16. 血糖の値を観察している						
17. 彼氏や彼女に自分の糖尿病を説明できる						
18. 自分の病気を知らない友達の家を外泊したり、修学旅行に行ける						
19. 皮膚の傷、腫れ、赤みをさけてインスリン注射を行なっている						
20. 糖尿病の管理ができていない時も、他の人からできるだけ配慮を得るようにする						
21. インスリン注射を行うのは自分の責任である						
22. シックデイ（風邪、嘔吐、下痢など）の時に、インスリンを何単位注射すればよいか理解している						
23. 運動をたくさんした時には、インスリン注射の量や時間を調節している						
24. 高血糖になっても尿にケトンがでないようにすることができる						
25. インスリン量を変更することを親に相談できる						
26. 高血糖を気にしない						
27. 元気があるときには、運動を行なっている						
28. 低血糖が起こった時、低血糖に対応できる						
29. 友達が私を怒らせたときには、怒りを表すようにしている						
30. 糖尿病カードや手帳を身につけるようにしている						
31. 食事以外の食べ物をこっそりかくれて食べている						
32. 学校の先生に自分の考えを知らせている						
33. 自分には糖尿病をコントロールする能力があると信じている						
34. 糖尿病網膜症（目の合併症）や他の合併症を予防している						
35. 糖尿病でなくても同じような人生を歩んでいると思う						

(資料 14 思春期患児用調査票 13: 自己肯定精意識尺度)

以下の文章をよく読んで、それが現在の自分にとってどのくらいあてあまるかを考え、最も適していると思われるところに○印をつけてください。やり残しのないように、全ての質問にお答え下さい。

質問項目	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらでもない	どちらかといえば当てはまる	完全に当てはまる
1. 自分なりの個性を大切にしている					
2. 私には私なりの人生があってもいいと思う					
3. 自分のよいところも悪いところもありのままに認めることができる					
4. 自分の個性を素直に受け入れている					
5. 自分の夢をかなえようと意欲に燃えている					
6. 情熱をもって何かに取り組んでいる					
7. 前向きな姿勢で物事に取り組んでいる					
8. 自分のよい面を一生懸命伸ばそうとしている					
9. 張り合いがあり、やる気が出ている					
10. 本当に自分のやりたいことが何なのかわからない					
11. 自分には目標というものがない					
12. 生活がすごく楽しいと感じる					
13. わだかまりがなくスカッとしている					
14. 充実感を感じる					
15. 精神的に楽な気分である					
16. 自分の好きなことがやれていると思える					
17. 自分のはのびのびと生きていると感じる					
18. 満足感がもてない					
19. ころから楽しいと思える日がない					
20. 他人との間に壁を作っている					
21. 人間関係をわずらわしいと感じる					
22. 自分は他人に対してところを閉ざしているような気がする					
23. 自分は一人ぼっちだと感じる					
24. 私は人を信用していない					
25. 友達と一緒にいてもどこかさびしく悲しい					
26. 友人と話していても全然通じないので絶望している					
27. 他人に対して好意的になれない					
28. 相手に気を配りながらも自分の言いたいことを言うことができる					
29. 自分の納得のいくまで相手と話し合うようにしている					
30. 疑問だと感じたらそれらを堂々と言える					
31. 友達と真剣に話し合う					
32. 人前でもこだわりなく自由に感じたままを言うことができる					
33. 人前でもありのままの自分を出せる					

質問項目	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらでもない	どちらかといえば当てはまる	完全に当てはまる
34. 自主的に友人にはなしかけていく					
35. 人から何か言われないうか、変な目で見られないかと気にしている					
36. 人に対して、自分のイメージを悪くしないかと恐れている					
37. 自分が他人の目にどう映るかを意識すると身動きできなくなる					
38. 他人に自分のイメージだけを印象づけようとしている					
39. 無理して人に合わせようときゅうくつな思いをしている					
40. 自分は他人よりおとっているかを気にしている					
41. 人に気を使いすぎてつかれる					

(資料 15 : 思春期患児用調査票5 : メンタリング尺度)

Q: 以下の質問について、あなたの担当の先輩キャンパーとの現在のかかわりについて、もっともあてあまるところを●で塗りつぶして下さい。

質 問 項 目	全く あてはまらない 1	かなりあて はまらない 2	かなり あてはまる 3	とてもよく あてはまる 4
1. 先輩のキャンパーは約束をしても時々約束をやぶることがある	○	○	○	○
2. 先輩のキャンパーは私の好まない方法で接する	○	○	○	○
3. 先輩のキャンパーが別の人だったらいいのと思う	○	○	○	○
4. 先輩のキャンパーは私に困ったことが起きたとき、落ち着くまで話を聞いてくれる	○	○	○	○
5. 先輩のキャンパーは問題を解決するのにたくさんのアイデアを持っている	○	○	○	○
6. 先輩のキャンパーは、私と連絡や相談をすることで私の悩みを取りはらうよう助けてくれる	○	○	○	○
7. 先輩のキャンパーからのアドバイスをばからしく感じる	○	○	○	○
8. 先輩のキャンパーに連絡や相談をしていると無視されていると感じる	○	○	○	○
9. 先輩のキャンパーに連絡や相談をしていると退屈だ	○	○	○	○
10. 先輩のキャンパーに連絡や相談をしているときは腹立たしい	○	○	○	○
11. 先輩のキャンパーは親に告げ口をするので信用できない	○	○	○	○
12. 先輩のキャンパーに連絡や相談をしているときはがっかりさせられる	○	○	○	○
13. 先輩のキャンパーに自分のことをもっと知ってほしいと思う	○	○	○	○
14. 先輩のキャンパーともっと一緒に時間をすごしたい	○	○	○	○
15. 先輩のキャンパーにもっと自分の考えをたずねてほしい	○	○	○	○

やり残しのないようすべての質問にお答え下さい。

研究協力についてのお願い

_____さん

こんにちは。

8月に入り随分と暑くなりましたが、お元気で過ごしでしょうか。

楽しみにしている糖尿病サマーキャンプも、だんだんと近づいてきました。今年もキャンプで、元気な顔を見せてくれることを楽しみにしています。

さて、先日お願いしました研究参加へのご協力ありがとうございます。キャンプのOB/OGである先輩キャンパーのお力をお借りして、キャンパーができるだけよりよく自己管理行動ができ、自分で対処できる力が養える機会になればと考えています。

つきましては、別冊のファイルにありますキャンパー支援マニュアルをごらん頂き、キャンプ終了後の支援方法について、ご理解くださいますようお願いいたします。なお、担当いただく個人情報管理については、十分ご注意ください。また、この研究に参加していただくにあたり、早速ですがキャンプの開始前に、次のページの調査票1-2の回答にご協力下さい。この調査票の回答に必要な時間は、10分程度です。設問をよく読んでから、答えを記入してください。やり残さないよう、全ての質問にお答え下さい。なお、あなたの回答は、集計の際に番号で処理しますので、個人が特定されることはありません。

回答終了後、同封してある封筒に調査票を入れて、薬師神まで提出してください。

では、ご協力よろしくお願いたします。

平成 19 年8月4日

薬師神 裕子



(研究者)

神戸市看護大学大学院博士後期課程

看護実践開発学専攻

薬師神 裕子

(連絡先)

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

電話:089-960-5401(大学) 携帯:090-1001-4270

E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

研究協力についてのお願い

_____さん

こんにちは。

随分と寒くなりようやく冬の訪れが近づいてきましたね。

キャンパーの後輩へのサポートについてのご協力いつもありがとうございます。先輩とのかかわりの中から、キャンパーが少しずつですが、毎日の自己管理に前向きに取り組んでいる話を聞かせていただき、大変うれしく思っています。また、OB のみなさんの存在を頼もしく感じています。

さて、先日、電話でお話したように、担当していただいているキャンパーとの関係についての簡単なアンケートにお答えいただきたいと思えます。お手数ですが、アンケート記入後に、同封してある返信用封筒に入れて 10 月 10 日(水)までに薬師神までお送り下さい。なお、複数のキャンパーを担当していただいている方には、担当人数分のアンケート用紙を同封していますので、それぞれのキャンパーについてお答え下さい。また、これまでの協力に対する謝礼をお送りいたしますので、どうぞお受け取り下さい。

また、こちらから時々連絡させていただきますし、何か困ったことがあれば連絡下さい。では、今後ともご協力よろしくお願ひします。



(研究者)

神戸市看護大学大学院博士後期課程

看護実践開発学専攻

薬師神 裕子

(連絡先)

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

電話:089-960-5401(大学) 携帯:090-1001-4270

E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

研究協力についてのお願い

_____さん

こんにちは。

随分と暖かくなり春らしくなってきました。

キャンパーの後輩へのサポートについてのご協力いつもありがとうございます。先輩とのかかわりの中から、キャンパーが少しずつですが、毎日の自己管理に前向きに取り組んでいる話を聞かせていただき、大変うれしく思っています。また、OBのみなさんの存在を頼もしく感じています。

さて、先日、電話でお話したように、担当していただいているキャンパーとの関係についての簡単なアンケートにお答えいただきたいと思います。お手数ですが、アンケート記入後に、同封してある返信用封筒に入れて3月23日(金)までに薬師神までお送り下さい。なお、複数のキャンパーを担当していただいている方には、担当人数分のアンケート用紙を同封していますので、それぞれのキャンパーについてお答え下さい。

また、こちらから時々連絡させていただきますし、何か困ったことがあれば連絡下さい。では、今後ともご協力よろしくお願ひします。



(研究者)

神戸市看護大学大学院博士後期課程

看護実践開発学専攻

薬師神 裕子

(連絡先)

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

電話:089-960-5401(大学) 携帯:090-1001-4270

E-mail:yukomyak@m.ehime-u.ac.jp

平成 20 年 7 月 17 日

研究協力についてのお願い

さん

こんにちは。

猛暑が続いていますが、元気でお過ごしでしょうか。

さて、昨年の 8 月のサマーキャンプから、1 年間にわたり後輩キャンパーに継続した支援を提供していただき、本当にありがとうございました。自分の自己管理を行いながら仕事や勉強のあいまに、定期的の後輩にかかわっていくことは、なかなかの御苦労だったことと思います。しかし、担当していただいた後輩キャンパーは、先輩の後ろ姿を見て、少しずつですが成長してくれています。後輩キャンパーにとって、日常の小さな悩みや困ったことを気軽に先輩に相談できることは、大変心強かったようで、「同じ病気なので話しやすいし、とても親身になって話を聞いてくれた」、「わからないことをやさしく教えてくれた」、「とてもメールしやすかった」「先輩はとてもたくさんの経験をしているんだなと思った」「元気づけられた」といった言葉が返ってきています。

そして、なによりも先輩のみなさんが後輩とかかわるうちに、自分の自己管理方法を見直したり、アドバイスを行うために糖尿病の知識について勉強しなおしたり、同じ病気を持つ先輩として自分にできることは何かを考えるなかで、先輩としての責任感が芽生え、みなさん自身が大きく成長されたことを実感しています。

後輩キャンパーとの「研究協力」という形でのかかわりは、7 月末をもって終了とさせていただきます。そこで、担当の後輩との関係の締めくくりとして、「応援メッセージ」を担当の後輩キャンパーにメール・手紙などで送ってあげてください。「応援メッセージ」の内容は、後輩の 1 年間の頑張りをたたえ、褒めたり、後輩の自己管理行動を認めてあげたり、今後も引き続き自己管理を行うための動機づけとなるような内容の簡単なメッセージを送ってあげてください。見本のメッセージを次頁に示しています。

なお、後輩キャンパーへのアンケートの回収を 8 月 1 日(金)としておりますので、「応援メッセージ」は必ず 7 月 27 日(日)頃までに送ってください。また、先輩の皆様にも、最後のアンケートを同封しています。アンケートは、8 月 1 日(金)までに薬師神まで返信して下さい。

今後、後輩とのかかわりは自由となりますが、時々メールなどしていただければ後輩も心強いかと思います。では、これからますます暑くなります。夏バテしないように体調管理には十分お気を付けください。研究協力の謝礼の図書券を同封しておりますので、どうぞお受け取りください。本当にありがとうございました。

薬師神裕子



後輩への応援メッセージの例

[例]

〇〇さんと、昨年のサマーキャンプ後から担当の先輩として関わらせてもらい、そろそろ1年がたちますね。この1年間、〇〇さんとかかわるなかで、いろんなことを教えてもらいました。本当にありがとう。

- ・私は、〇〇さんの学校生活(進路、将来のことなど)や血糖コントロール(低血糖、高血糖、食事など)に一生懸命取り組んでいることを、とてもうれしく思っています。食べすぎないように工夫していることや、インスリンの量をきちんと考えて打てるようになったことは、本当にえらいと感心しています。
- ・〇〇さんが、……が高血糖にならないように少しでもよくしようという思いで取り組んでいるけど、うまくいなくてイライラする気持ちはよくわかります。私も中学生(高校生)のときはそうでしたよ。でも、一番大切なことは、〇〇さんが投げやりになるのではなく、毎日努力していることが大切なことです。
- ・〇〇さんが、……ができるようになったこと(していること)は、とても意味のあることだし素晴らしいとおもいます。
- ・私は、年下の〇〇さんが頑張っている姿を見て、自分もコントロールをしっかりしないといけないと励まされました。
- ・今年のキャンプには参加しますか？私も参加する予定なので、〇〇さんに会って成長した姿を見ることを楽しみにしています。そして、今年も一緒にキャンプを楽しみましょう。

この7月末で〇〇さんの担当の先輩という私の役割は終わりますが、何か困ったことやうれしいことがあったら、また気軽に連絡してください。そして、これから、いろいろなことにぶつかると思うけど、今の調子で自信をもって1つ1つ頑張って乗り越えてください。同じ病気を持つもの同志、私も〇〇さんに

[例]

〇〇さんと、昨年のサマーキャンプ後から担当の先輩として関わらせてもらい、そろそろ1年がたちますね。この1年間、〇〇さんとかかわってきましたが、なかなか連絡できなくて、ごめんなさい。でも、あなたから送られてきたメールから勉強も血糖コントロールもよく頑張っていることがわかりました。また、なかなかうまくいかない時でも、努力していることが伝わってきました。

この7月末で〇〇さんの担当の先輩という私の役割は終わりますが、何か困ったことやうれしいことがあったら、また気軽に連絡してください。そして、これから、いろいろなことにぶつかると思うけど、今の調子で自信をもって1つ1つ頑張って乗り越えてください。同じ病気を持つもの同志、私も〇〇さんに負けないように仕事を(勉強を)頑張るし、〇〇さんのことを応援しています。

資料 16 青年期患者用調査表 1-1 (依頼文)

(青年期患者用調査表 1 回目)

下記の質問項目についての答えを記入するか、あてはまる答えを○で囲んで下さい。

お名前 ()

1. あなたの年齢は？

() 歳

2. あなたの職業は？

① 学生 (大学 短期大学 専門学校)

学年 () 年生

② 社会人 (職業:)

3. あなたの性別は？

① 男性 () ② 女性 ()

4. あなたがはじめて糖尿病と診断された年齢は？

() 歳

5. 現在一緒に同居しているご家族の人数について教えてください。

自分も含めて () 人

6. これまでに、キャンプに何回参加されましたか？

() 回

7. 連絡先

メールアドレス: @

携帯電話:

自宅電話:

住所:

(青年期患者用調査票 2 回目)

インタビュー内容

Q1. どのくらいの頻度で後輩キャンパーと連絡をとっていますか？

Q5. 後輩キャンパーが問題を抱えて困っているときに、アドバイスすることができていますか？

Q2. 後輩キャンパーと行っている交流に満足していますか？

Q6. 後輩キャンパーとの関係は、あなたにどのような影響を与えていますか？

Q3. 後輩キャンパーとのコミュニケーションはうまくいっていますか？
また、後輩キャンパーとの関係に問題はありますか？

Q4. 後輩キャンパーを支援する上で、何か困っていることがありますか？

(青年期患者用調査票 3 回目)

Q1. 後輩キャンパーとの昨年の10月以降から今までの連絡の頻度、連絡方法、連絡手段について、それぞれ担当するキャンパー名を記入し、当てはまる番号に○をつけて下さい。

担当キャンパー名	Q:連絡の頻度は? (①~⑦より当てはまる番号を選んで下さい)	Q:連絡方法は? (①~③より当てはまる番号を選んで下さい)	Q:連絡手段は? (①~③より当てはまる番号を選んで下さい)
	() ① 1週間に1回以上 () ② 1週間に1回 () ③ 2週間に1回 () ④ 月に1回 () ⑤ 2か月に1回 () ⑥ 一度も連絡をとっていない () ⑦ その他()月に1回	() ① 主に自分から連絡する () ② 主にキャンパーから連絡がある () ③ 同じくらい連絡し合う	() ① メール () ② 手紙 () ③ 電話
	() ① 1週間に1回以上 () ② 1週間に1回 () ③ 2週間に1回 () ④ 月に1回 () ⑤ 2か月に1回 () ⑥ 一度も連絡をとっていない () ⑦ その他()月に1回	() ① 主に自分から連絡する () ② 主にキャンパーから連絡がある () ③ 同じくらい連絡し合う	() ① メール () ② 手紙 () ③ 電話
	() ① 1週間に1回以上 () ② 1週間に1回 () ③ 2週間に1回 () ④ 月に1回 () ⑤ 2か月に1回 () ⑥ 一度も連絡をとっていない () ⑦ その他()月に1回	() ① 主に自分から連絡する () ② 主にキャンパーから連絡がある () ③ 同じくらい連絡し合う	() ① メール () ② 手紙 () ③ 電話

(青年期患者用調査票 4 回目)

Q1. 後輩キャンパーとの3月以降から今までの連絡の頻度、連絡方法、連絡手段について、それぞれ担当するキャンパー名を記入し、当てはまる番号に○をつけて下さい。

担当キャンパー名	Q:連絡の頻度は? (①~⑦より当てはまる番号を選んで下さい)	Q:連絡方法は? (①~③より当てはまる番号を選んで下さい)	Q:連絡手段は? (①~③より当てはまる番号を選んで下さい)
	() ① 1週間に1回以上 () ② 1週間に1回 () ③ 2週間に1回 () ④ 月に1回 () ⑤ 2か月に1回 () ⑥ 一度も連絡をとっていない () ⑦ その他()月に1回	() ① 主に自分から連絡する () ② 主にキャンパーから連絡がある () ③ 同じくらい連絡し合う	() ① メール () ② 手紙 () ③ 電話
	() ① 1週間に1回以上 () ② 1週間に1回 () ③ 2週間に1回 () ④ 月に1回 () ⑤ 2か月に1回 () ⑥ 一度も連絡をとっていない () ⑦ その他()月に1回	() ① 主に自分から連絡する () ② 主にキャンパーから連絡がある () ③ 同じくらい連絡し合う	() ① メール () ② 手紙 () ③ 電話
	() ① 1週間に1回以上 () ② 1週間に1回 () ③ 2週間に1回 () ④ 月に1回 () ⑤ 2か月に1回 () ⑥ 一度も連絡をとっていない () ⑦ その他()月に1回	() ① 主に自分から連絡する () ② 主にキャンパーから連絡がある () ③ 同じくらい連絡し合う	() ① メール () ② 手紙 () ③ 電話

資料 17 青年期患者用調査票 1-2 (属性)

(青年期患者用調査票 4 回目)

Q2.今年の3月以降、担当の後輩からどのような連絡や相談を受けましたか？

Q5.後輩とかかわるなかで、あなたが後輩から学んだことがありましたか？

ありましたら、それはどのようなことだったかお書き下さい。

Q3.後輩との1年間のかかわりを通して、うれしかったことや、楽しかったことはありましたか？ありましたら、それはどのようなことだったかお書き下さい。

Q6.後輩とかかわるなかで、あなた自身について学んだことやあなた自身が成長したことがありましたか？ありましたら、それはどのようなことだったかお書き下さい。

Q4.後輩との1年間のかかわりを通して、困ったことや難しかったことはありましたか？ありましたら、それはどのようなことだったかお書きください。

Q7.この研究に参加しての意見や感想があれば、何でも結構ですので、自由にお書き下さい。

恐れ入りますが、回答を返信用封筒に入れて8月1日(金)までに薬師神までご返送ください。アンケートへのご協力ありがとうございました。

以下の各項目を読んで、現在のあなたにあてはまるかどうかを判断してください。あてはまる場合には、「はい」、あてはまらない場合には「いいえ」に○をつけてください。はい、いいえ、どちらにもあてはまらないと思われる場合でも、より近いと思うほうに必ず○をつけてください。どちらが正しい答えということはありませんから、あまり深く考えずありのままに答えてください。

質 問 項 目	はい	いいえ
1. 何か仕事をするときは自信をもってやるほうである。		
2. 過去に犯した失敗や嫌な経験を思い出して、暗い気持ちになることがある。		
3. 友人より優れた能力がある。		
4. 仕事を終えた後、失敗したと感じることがある。		
5. 人と比べて心配性なほうである。		
6. 何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである。		
7. 何かを決めるとき、うまくいかないのではないかと不安になることが多い。		
8. 引っ込み思案なほうだと思う。		
9. 人より記憶力がよいほうである。		
10. 結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでいくほうだと思う。		
11. どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれなことがよくある。		
12. 友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある。		
13. どんなことでも積極的にこなすほうである。		
14. 小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである。		
15. 積極的に活動するのは、苦手なほうである。		
16. 世の中に貢献できる力があると思う。		

やり残しのないようお願いします。

Q：以下の質問はあなたが担当している後輩キャンパーとの現在の関係についてお聞きするものです。 担当キャンパー名：
各質問項目をよく読み、もっともあてはまるところを●で塗りつぶしてください。
複数のキャンパーを担当頂いている場合、キャンパーそれぞれについてお答えください。

番号	質問項目	全くあてはまらない	あてはまらない	どちらともいえない	あてはまる	とてもよくあてはまる
Q1	後輩キャンパーと親密な関係を保っている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q2	後輩キャンパーの担当先輩としての体験を楽しんでいる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q3	後輩キャンパーの先輩であることはもっと楽しいことであると期待していた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q4	後輩キャンパーと私は同じことに興味をもっている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q5	後輩キャンパーの先輩であることは、私にとって挑戦であり自信を感じている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q6	後輩キャンパーと定期的に連絡をとることが難しくいらいらだちを感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q7	後輩キャンパーを担当することは思っていたより時間をとられる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q8	連絡をとりはじめから、後輩キャンパーに進歩がみられる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q9	後輩キャンパーがあまり変化しないことに対して時々苛立ちを感じている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q10	後輩キャンパーは先輩からの支援が必要でないように思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q11	このプログラムから十分なサポートを得ることができていない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q12	後輩キャンパーと話していることは時々無駄なことだと感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q13	後輩キャンパーと連絡をとる時間をみつけることが困難である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q14	後輩キャンパーはよく私にいろいろと要求してくる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q15	後輩キャンパーと本当の交流がもてていると感じる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q16	後輩キャンパーとの相性は良いと思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q17	このプログラムを開始する前に十分な説明やトレーニングを受けることができた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q18	このプログラムは継続的なサポートを提供してくれている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q19	プログラムスタッフから電話やE-mailで適切な返答を提供してもらえる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q20	後輩キャンパーとの関係がうまくいっているか確認する連絡を定期的にスタッフから受けている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

やり残しのないようお願いします。

資料 20 倫理審査結果通知書

(様式 2-(2) 号)

平成19年5月30日

倫理審査結果通知書

指導教員名 二宮 啓子 様

学生名 薬師神 裕子 様

神戸市看護大学 倫理委員長 高田 早苗



受付番号 課題名 思春期1型糖尿病患者児へのメンタリングを用いた介入プログラムの効果に関する研究

さきに申請のあった上記課題について、平成19年5月29日 開催の倫理審査委員会で、下記の通り判定しましたので通知します。

記

判定結果	<p>○(1)承認 (2)条件付承認 (3)変更の勧告 (4)不承認 (○印をつける)</p> <p>*「(3)変更の勧告」および「(4)不承認」の場合、再審査を受ける手続きが必要です。</p>
理由 または 勧告事項	<p>大変丁寧にかつ誠実に修正されていると思います。 一点だけ下記の事項についてご検討下さい。</p> <p>p23のメンティーが「このメンターでは嫌だ」と言い、グループ編成を変えた場合、メンターはメンティーの構成が変わったこととその理由を知ることになります。取り越し苦労かもしれませんが、その事がきっかけで両者の関係がギクシャクすることも考えられます。翌年以降も引き続きキャンプで顔を合わせることもあると思いますので、キャンプの主催者側にも引き続きフォローをお願いしておくなどの配慮が必要かと思ひます。</p> <p>キャンプの目的が本研究で行われる介入によって、より十全なものになっていると思われまひます。研究の成功を祈念し期待しています。</p>