VOL.25 No.2
平成14年6月20日発行
ISSN 0285—9262

# 日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.25 NO.2

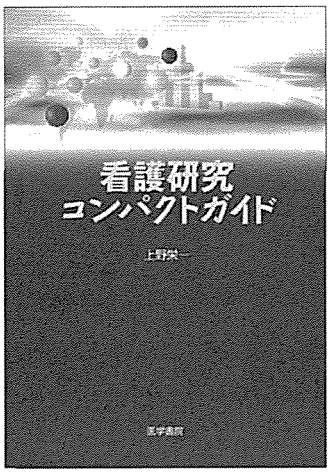
日本看護研究学会

看護研究の基礎から応用まで

# 看護研究 コンパクトガイド

新刊

上野栄一　旭川医科大学看護学科助教授




本書は、看護研究の用語について、また研究方法などのエッセンスについて、図表やチャートを用いてコンパクトに、そして平易に解説している。研究の題材を決めるところから研究内容を発表するところまでの流れにそって、基礎から応用までの知識を網羅している。コンパクトながら研究に際しての強いサポーターとなってくれる一冊!

●A5　頁116　図32　表75　定価(本体1,500円+税)
送料実費　[ISBN4-260-33186-8]

目次

【基礎編】
看護研究の流れ
看護研究の優先順位
文献検索
文献検索：文献の種類
文献検索：文献の効果的な調べ方
論文のクリティーク方法
研究計画書
研究の基本的タイプ
内容分析
コミュニケーションの質的研究
医療の分野におけるデータの特徴
情報と数値化
調査の方法
倫理的配慮
尺度の種類
回答形式
データ収集
標本の抽出
情報管理
心理テスト
統計処理・表計算ソフト
基本的な統計学用語
基本統計量
統計処理：クロス集計
統計処理：検定の方法
統計処理：パラメトリック検定とノンパラメトリック検定
統計処理：回帰分析
統計処理：因子分析
統計処理：多重比較
統計処理：実験計画(研究)法
統計処理：各種統計手法
変数
図・表の作成
論文の書き方
研究の実際(シミュレーション)
研究発表の準備
【応用編】
分割表分析
統計処理の表示例(1)
統計処理の表示例(2)
統計処理の表示例(3)
統計処理の表示例(4)
統計処理の表示例(5)
統計処理の表示例(6)
様々なグラフ表示例

# 看護研究なんかこわくない

## 計画立案から文章作成まで

田久浩志・岩本　晋

「やらなきゃいけない」看護研究なら、難しく考える前にとにかく始めてみることです。初めは高いレベルである必要はありません。本書に従ってテーマを見つけ、計画どおりに進めれば、立派な看護研究ができ上がります。もちろん、中級者、上級者がより一層深い内容の研究ができるヒントや手法も満載です。

1.看護研究はお好き?　2.始める前に知っておこう　3.研究テーマを分析する　4.研究計画を立てる　5.文献の探し方　6.統計手法の選び方　7.論文を設計する　8.文章を分かりやすくする　9.データ入力　10.集計表の作り方　11.JMPによるデータ解析例　12.アウトラインプロセッサによる文章作成例　13.質的問題の分析方法

●B5　頁132　2000年
定価(本体2,200円+税)
送料実費　[ISBN4-260-33047-0]

医学書院　〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp　http://www.igaku-shoin.co.jp　振替 00170-9-96693

# 会　　告　(1)

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する次頁規程・細則および募集要項に基づいて，平成14年度学会賞の対象者を推薦して下さい。

平成14年 6 月20日

日本看護研究学会

理事長　川　村　佐和子

# 日本看護研究学会　学会賞および奨励賞に関する規程

（趣旨）

第1条　この規程は，本学会の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰および若手研究者の育成に関し必要な事項を定める。

（種類）

第2条　表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

1）日本看護研究学会賞（以下，学会賞）

2）日本看護研究学会奨励賞（以下，奨励賞）

（審査対象）

第3条　審査対象は次のとおりとする。

1）学会賞

(1)　過去に本学会誌に優れた論文を発表し，その領域の発展に貢献した者。

(2)　本学会の学術活動に貢献した者。

2）奨励賞

(1)　推薦年度を含む過去3年間に本学会誌に優れた論文を発表した者。

(2)　当該年度に本学会学術集会で優れた研究発表をした者。

（資格）

第4条　各賞は次の各号に該当する者に授与する。

1）学会賞

(1)　15年以上日本看護研究学会会員であること。

2）奨励賞

(1)　3年以上日本看護研究学会会員であること。

(2)　推薦時に45歳未満であること。

(3)　前条2号(1)の論文の筆頭者，または前条2号(2)の筆頭発表者であること。

（推薦）

第5条　各賞に対する推薦は，次のとおりとする。

1）学会賞については，日本看護研究学会会員の推薦によるものとする。

2）奨励賞については，理事長が委嘱した選考委員会によって推薦される。

（受賞者数）

第6条　各賞の授賞者数は，次のとおりとする。

1）学会賞は毎年度1名以内。

2）奨励賞は毎年度1名以内。

（選考）

第７条　毎年１回，理事長が委嘱した委員によって構成された選考委員会で各賞の候補者を審査選考する。

（決定）

第８条　前条により選出された候補者については，理事会の議を経て授賞者を決定する。

（表彰等）

第９条　各賞の授賞者には，賞牌および副賞を毎年総会時に授与する。なお学会賞受賞者は，表彰式が実施される学術集会会期中に記念講演を行う。

（規程の改正）

第10条　本規程の改定は，理事会の議を経て行う。

附則

（施行期日）

この規程は，平成13年４月１日から施行する。

# 日本看護研究学会　学会賞および奨励賞に関する規程細則

（趣旨）

第1条　この細則は，日本看護研究学会賞および奨励賞に関する規程において，学会賞および奨励賞の候補者選定に関する必要な事項などについて定める。

（選考基準）

第2条　各賞の選考は，次のとおりとする。

1）学会賞

(1) 論文の内容が，看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。

(2) 本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

2）奨励賞

(1) 研究方法や成果に独自性があり，看護実践への示唆が大きく，十分な論理性を備えていること。

（推薦方法）

第3条　学会賞候補者の推薦依頼は，毎年度の本学会雑誌2号において行う。学会賞推薦書は毎年度本学会雑誌2号に綴じ込むものとする。奨励賞は，理事長から委嘱された選考委員会によって推薦される。

（申請手続）

第4条　各賞候補者の申請は，次のとおりとする。

1）学会賞：本学会員の推薦によるものとし，次の書類を添えて9月末日までに理事長に申請する。

(1) 学会賞推薦書・申請書（所定の用紙）……6通

(2) 申請論文の別冊またはコピー……6通

(3) 共著の場合は共著他者の同意書……6通

2）奨励賞：理事長から委嘱された選考委員会による推薦とし，選考委員会は，次の書類を添えて11月末日までに理事長に申請する。

(1) 奨励賞推薦書・申請書（所定の用紙）……2通

(2) 申請論文または講演抄録の別冊またはコピー……2通

(3) 共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書……2通

（選考委員会）

第5条　各賞の選考委員会は，次のとおりとする。

1）委員会は，理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。なお委員長は，委員の互選とする。

2）選考委員会の委員は，原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。

3）選考委員会は4月に設置する。

第6条　選考委員会は，提出された申請書類等を審査し，委員会の合議で各賞候補者を選考する。

第7条　選考委員会は，11月末日までに各賞候補者を選出し，推薦書を添えて理事長に報告する。

第8条　選考委員会は，候補者の選考経過および結果を本学会雑誌1号で報告する。

（その他）

第9条　副賞の内容については，当該年度の理事会において決定する。

第10条　提出書類（論文別冊を含む）は，返却しない。

（細則の改正）

第11条　本細則の改定は，理事会の議を経て行う。

附則

（施行期日）

この細則は，平成13年4月1日から施行する。

# 平成14年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1．応募方法・応募資格

日本看護研究会学会賞および奨励賞に関する規程・細則により，学会雑誌2号に綴じ込みの所定の用紙により申請する。（A4に拡大コピーして下さい。）

2．応募締切日

平成14年9月30日必着

3．選考方法

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会（以下学会賞・奨励賞選考委員会と略す）は，規程，細則に基づいて審査を行い，理事長に報告するとともに結果を本学会誌1号で報告する。

4．学会賞・奨励賞選考委員会

委員長　竹　尾　恵　子（国立看護大学校大学校長）
委　員　石　垣　靖　子（医療法人東札幌病院副院長，看護部長）
〃　小　田　正　枝（西南女学院大学保健福祉学部教授）
〃　七　田　恵　子（日本赤十字武蔵野短期大学教授）
〃　松　岡　　緑（佐賀医科大学医学部看護学科教授）

（アイウエオ順）

5．学会賞の交付

規程第9条，細則第9条により行う。

6．応募書類は細則第10条により返却しない。

7．学会賞申請書送付先

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会
学会賞・奨励賞選考委員会
委員長　竹　尾　恵　子

# 会　　告　(2)

第28回日本看護研究学会学術集会を，パシフィコ横浜にて開催いたします。日程，プログラムは下記に示すとおりです。全国から多くの皆様がご参加下さることを心からお待ち申し上げます。(尚，最新の情報は学術集会のホームページをご覧下さい。http://www.nrs.kitasato-u.ac.jp/linkage/)

平成14年6月20日

第28回日本看護研究学会学術集会
会長　池　田　明　子

記

会　　期　2002年8月8日（木），9日（金）
会　　場　パシフィコ横浜（国立大ホール・国際会議センター）
〒220-0012　横浜市西区みなとみらい1－1－1

メインテーマ　リンケージ：**看護実践の拠りどころとなる研究**

第1日目　8月8日（木）　10：00～17：30
10：00～　会　長　講　演
「看護実践・教育における対人関係論の活用　～40年間の歩みをふり返って～」
池田　明子（北里大学看護学部）
11：00～　特　別　講　演
「脳化社会とエコロジー」　養老　孟司（北里大学大学院）
司会：戸田　肇（北里大学看護学部）
13：00～　＜総　会＞
14：00～　演　題　発　表　示説・口演
14：30～　交流セッション
「看護におけるコンピューターの活用」
プレゼンテーター：柏木　公一（東京大学医学部附属病院）
前田　樹海（長野県看護大学）
柳田　征宏（社団法人　日本看護協会）
「実践に役立つ研究の面白さ，楽しさ，難しさ」
コーディネーター：寺町　優子（東京女子医科大学看護学部）
「クリティカル領域での看護実践モデル」
コーディネーター：別府　千恵（北里大学病院）
「慢性疾患領域での看護実践モデル」
コーディネーター：菊一　好子（北里大学東病院）他

14：30～　教育講演Ⅰ

「看護研究における倫理的課題」　グレッグ美鈴（岐阜県立看護大学）

司会：小山　幸代（東海大学健康科学部看護学科）

16：00～　鼎　談

「看護専門職を育てる効果的なシステム」

高嶋　妙子（日本看護協会看護師職能理事）

竹股喜代子（亀田総合病院看護部長）

田中由紀子（横浜市立市民病院看護部長）

司会：倉田トシ子（山梨県立看護大学短期大学部）

18：00～19：30　＜懇親会＞

第2日目　8月9日（金）9：30～16：00

9：30～　教育講演Ⅱ

「質的研究の方法論を問う　～グラウンデッド・セオリーに焦点を当てて～」

木下　康仁（立教大学社会学部）

司会：黒田　裕子（日本赤十字看護大学）

9：30～　演題発表　示説・■演

10：40～　教育講演Ⅲ

「生活援助技術の開発　～研究成果と実践への活用～」

紙屋　克子（筑波大学大学院）

司会：野々村典子（茨城県立医療大学保健医療学部）

13：30～　シンポジウム

「実践・教育・研究のリンケージ」

シンポジスト：石川眞里子（東京女子医科大学看護学部）

宇佐美しおり（熊本大学医療技術短期大学部）

北野　庸子（東海大学健康科学部社会福祉学科）

佐藤芙佐子（三重大学医学部看護学科）

司会：大島　弓子（山梨県立看護大学）

岡崎寿美子（北里大学看護学部）

閉　会

## 【第28回日本看護研究学会学術集会参加申し込みのご案内】

学術集会および懇親会参加費の事前振り込みは，6月28日（金）で締切りとさせていただきます。6月28日までに申し込みをされた会員の方には，25巻3号の学術集会雑誌に，領収証（ネームプレートとして使用）を同封いたしますので，学術集会当日には必ずお持ち下さるようお願い申し上げます。

なお，7月1日（月）以降の参加申し込みについては下記の通りです。

参加費：

会　員：10,000円

非会員：10,000円（但し学術集会雑誌代金は含まない）

学　生：　3,000円（但し学術集会雑誌代金は含まない）

＊大学院生は，会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

懇親会：6,000円

申し込み方法：

第25巻1号同封の振り込み用紙，または郵便局に備え付けの振込用紙をご利用下さい。

（振込用紙1票につき，1名だけご記入下さい。）

通信欄には，会員・非会員もしくは学生を明記し，氏名には必ずフリガナをお書き下さい。

郵便振込先：

第28回日本看護研究学会学術集会

００１７０－３－１１６８７５

**当日，必ず振込金受領証をご持参下さい。**

参加手続き等に関してご不明な点がございましたら，下記までお問い合わせ下さい

〒228-0829

神奈川県相模原市北里２－１－１

北里大学看護学部内

第28回日本看護研究学会学術集会事務局

FAX　042－778－9814

E-mail kenkyu28@nrs.kitasato-u.ac.jp

http://www.nrs.kitasato-u.ac.jp/linkage/

# 学 会 賞 推 薦 書

日本看護研究学会理事長 殿

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程第5条に則り，学会賞の候補者を推薦いたします。

年　　月　　日

| 推薦者氏名（年齢） | 推薦者所属（職名） |
|---|---|
| 会員番号　　（　　歳） | （　　） |
| 被推薦者氏名　（年齢） | 被推薦者所属　（職名） |
| 会員番号　　（　　歳） | （　　） |
| 推薦理由 | |

# 学 会 賞 申 請 書

年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 被推薦者氏名（年齢・性別） | |
| 本学会会員歴 | |

本学会雑誌掲載論文リスト　（筆頭論文のみ）

No.　著者・共同研究者　：　論文題目　，　巻（号），頁，年

主な研究論文についての推薦すべき点

本学会の学術活動への貢献となった事項

# 目　　次


－原　著－

入院高齢者の転倒経験とその後の予防のとらえ方 …… 17
金沢大学医学部附属病院　平　真紀子
金沢大学医学部保健学科　泉　キヨ子
河　村　一　海
加　藤　真由美
石川県済生会金沢病院　丸　山　巳　奈

臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響（Part Ⅱ）
－自己イメージから－ …… 29
金沢大学医学部保健学科　木　村　留美子
金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域　河　田　史　宝
南　家　貴美代

経管栄養施行例における経鼻胃管，接続管の細菌学的調査 …… 37
長野県看護大学大学院　塩　原　真　弓
長野県看護大学　佐　伯　由　香
井　上　都　之

青年期女子の社会的スキルに関する研究
－Social Skills Inventory を用いた分析－ …… 49
弘前大学医学部保健学科看護学専攻　西　沢　義　子
阿　部　テル子
工　藤　せい子
元弘前大学教育学部看護教育学科　花　田　久美子
弘前大学教育学部教育保健講座　葛　西　敦　子

看護職の法的責任認識に関する研究 …… 61
北里大学看護学部　綿　貫　恵美子

脳血管疾患患者・家族の初回外泊における体験内容 …… 71
聖隷クリストファー大学看護学部　豊　島　由樹子

－総　説－

ナースキャップの表現する看護婦像とフェミニズム
－英米におけるナースキャップ廃止議論の背景にあるもの－ …… 87
京都府立医科大学医学部看護学科　嶌　田　理　佳
上　野　範　子

－資　料－

看護婦の職務における自律性と研究活動に対する意識
および倫理的問題に対する悩みとの関連 …… 101
東京女子医科大学看護学部　菊　池　昭　江
岡　本　恵　里

## 第27回日本看護研究学会講演記事（2）

### 招聘講演


臨床現場に活かせる看護研究 …… 113
Veterans Hospital　田中勝子


### シンポジウムⅠ


司会の言葉 …… 121
石川県立看護大学　天津栄子
岡山大学医学部保健学科　安酸史子

看護現象の着眼と研究プロセスへの道 …… 123
福井医科大学　高山成子

研究のねらいと研究方法選択上の問題
－がん看護における研究着眼から研究方法選択を中心に－ …… 126
石川県立看護大学　水野道代

研究成果を実践現場に還元するには …… 128
碧水会長谷川病院　家野雅

質的研究の基盤と発展の可能性 …… 130
福島県立医科大学看護学部　中山洋子


### シンポジウムⅡ


司会のことば …… 133
大分県立看護科学大学　粟屋典子
金沢大学医学部保健学科　稲垣美智子

褥瘡研究からみたエビデンス …… 135
金沢大学医学部保健学科　真田弘美

酸素化を看護実践として取り組む …… 137
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院　看護部　宮下多美子

2001年，三つの新しい視点　～新しい看護の時代へ～ …… 139
ケアブレインズ　松下博宣

看護行為のエビデンスに迫る …… 144
日本赤十字看護大学　黒田裕子


### ワークショップⅠ


ＩＴが看護実践および看護研究に及ぼす影響 …… 151
兵庫県立看護大学　川■孝泰
兵庫県立看護大学附属研推進センター　東ますみ


### ワークショップⅡ


実践と研究における看護倫理 …… 153
鳥取大学医学部保健学科　宮脇美保子

# CONTENTS


…… Original Paper ……

Point of View on Falls and Their Prevention for Institutionalized Elderly Persons with a History of Falls …… 17

Kanazawa University Hospital: Makiko Taira
School of Health Sciences, Faculty of Medicine,
Kanazawa University: Kiyoko Izumi
: Kazumi Kawamura
: Mayumi Kato
Ishikawa-ken Saiseikai Kanazawa Hospital: Mina Maruyama

The Influence of Experience and Age on Nurse Self-enaluation, in the Context of Self-image (Part Ⅱ) …… 29

School of Health Sciences, Faculty of Medicine,
Kanazawa University: Rumiko Kimura
Division of Health Science Nursing Graduate School
of Medical Sciences, Kanazawa University: Hitomi Kawata
: Kimiyo Nanke

Survey of Bacterial Flora in Nasogastric and Joint Tubes of Patients Receiving Nasogastric Tube Feeding …… 37

Graduate school, Nagano College of Nursing: Mayumi Shiohara
Nagano College of Nursing: Yuka Saeki
: Satoshi Inoue

A Study of Social Skills in Young Women
—Analysis from Social Skills Inventory— …… 49

Department of Nursing, Hirosaki
University School of Health Sciences: Yoshiko Nishizawa
: Teruko Abe
: Seiko Kudo
(Formerly) Department of Nursing Education,
Faculty of Education, Hirosaki University: Kumiko Hanada
Department of School Health Sciences,
Faculty of Education, Hirosaki University: Atsuko Kasai

Nursing Staff's Understanding of their Liability in Nursing Practice ..... 61
School of Nursing, Kitasato University: Emiko Watanuki

The Perceptions of the Experiences by Stroke Patients and their Family Caregivers through the First Overnight-stay at Home ..... 71
Faculty of Nursing, Seirei Christopher College: Yukiko Toyoshima

..... Review Article .....

The Image of Nurses Expressed by Caps, and Feminism Perspective: What Affected the Changing in UK and USA ..... 87
School of Nursing, Kyoto Prefectural
University of Medicine: Rika Shimada
: Noriko Ueno

..... Material .....

The Relations of Professional Autonomy in Nursing With Attitude Toward Research Activity and Distress to Ethical to Ethical Issues ..... 101
Tokyo Women's Medical University: Akie Kikuchi
: Eri Okamoto

－原　著－

# 入院高齢者の転倒経験とその後の予防のとらえ方

## Point of View on Falls and Their Prevention for Institutionalized Elderly Persons with a History of Falls

平　真紀子[1)]　泉　キヨ子[2)]　河村一海[2)]
Makiko Taira　Kiyoko Izumi　Kazumi Kawamura

加藤真由美[2)]　丸山巳奈[3)]
Mayumi Kato　Mina Maruyama

キーワード：転倒，入院高齢者，転倒恐怖感，転倒経験
fall, institutionalized elderly, fear of falling, history of falls

## Ⅰ．はじめに

超高齢社会の到来とともに，高齢者の転倒も年々増えてきている。転倒のなかには外傷などの大事に至らないものも多いが，時には骨折や重篤な外傷・硬膜下血腫などの合併症を生じることもあり，寝たきりをつくるきっかけとなる。また，転倒により外傷を起こさなくても，精神的な後遺症として，再び転倒することに対する恐怖，すなわち転倒恐怖感[1)]を抱き，その後の生活行動を制限させることもある。

一般に，高齢者は他の年代に比べて，意欲の低下，孤独，不安など慢性的な不安に陥りやすく，日常生活の中で喪失体験をしばしば経験する。このような不安状態に陥りやすい高齢者が，転倒に対する不安や恐怖感を抱くことで，さらに自立生活への自信を喪失し，依存的になりやすいので，その援助やケアを考えることは重要である。

転倒恐怖感について Tinetti[1)] は「日常生活動作を行う能力がありながらも，それらを避けてしまうような転倒に関する概念」と定義している。さらに Tinetti ら[2)]は，転倒恐怖感を測るスケールを開発し，信頼性や妥当性が得られている。諸外国ではこの転倒恐怖感が注目されており，転倒恐怖感の発生頻度やその原因についての報告[3~4)]がなされている。一方，わが国では転倒の実態やリスク要因の研究は数多くなされている[5~8)]が，転倒恐怖感についての研究は少ない[9~10)]。近年，鈴木ら[11)]が Tinetti らの開発した尺度を応用して，転倒恐怖感の発生頻度を報告している。しかし，転倒恐怖感そのものを調べた研究はみられない。

そこでわれわれは転倒恐怖感とはどのようなものであるのか，その恐怖のうらに存在する思いや行動はどのようなものであるのか，転倒経験者が印象深く残っている体験を明らかにすることで，転倒予防の看護に活かせるのではないかと考えた。

1）金沢大学医学部附属病院　Kanazawa University Hospital
2）金沢大学医学部保健学科　School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University
3）石川県済生会金沢病院　Ishikawa-ken Saiseikai Kanazawa Hospital

## Ⅱ．目　的

病院・施設内に入院・入所中の転倒経験のある高齢者に，印象強く残っている転倒経験について語ってもらい，その中で転倒経験とその後の予防のとらえ方・転倒恐怖感ついて明らかにすることを目的とした。

## Ⅲ．方　法

### 1．調査対象

対象は，本研究のための面接調査に協力を得られた石川県内の病院5カ所，老人保健施設4カ所，老人福祉施設1カ所に入院・入所している65歳以上の高齢者とした。なお，研究に同意を得られた34名のうち，言語によるコミュニケーションが可能であり，過去の転倒経験（入院・入所前も含む）をよく覚えている18名を対象とした。また調査の協力を得た34名には事前に転倒経験が精神面や日常生活にどのように影響しているのか，転倒予防に対する意識や転倒の恐怖感について調査することで，転倒予防看護に役立てたいこと，調査した内容は研究の目的以外には使用しないことを説明し，了解を得た。

### 2．調査期間

データ収集は平成9年8月7日から8月26日までの19日間であった。

### 3．調査内容

1）知的機能の測定

対象者の見当識や記銘力，その他の精神機能を確かめるために，客観的な指標として，Mini-Mental State（MMS）[12]を行った。

2）不安尺度

調査時の不安については金井ら[13]が高齢者用に簡易化したSTAIを用いて測定した。これは20点満点で，10点未満が不安なし，10～15点が不安あり，15点以上が高度の不安ありとされている。

3）身体機能状態及び転倒に関する客観的情報の把握

看護記録やカルテおよび看護婦の面接を通して，身体機能状態及び転倒に関する客観的情報について把握した。この身体機能状態とは移動レベル，視力障害（日常生活に支障がある），聴力障害（耳介に接した声しか理解できない），運動失調，運動麻痺の有無である。転倒に関する客観的情報とは，転倒時期，回数，損傷の程度，時間帯，場所などである。

4）面接内容

対象者の転倒経験及び転倒に対する思いやその思いからの行動を知るために独自で作成した質問紙を用い，半構成的面接を行った。面接を行うに至る前に以下の手順を踏んだ。

①対象の条件を満たす患者を病棟看護婦長より紹介してもらう。

②研究協力依頼書を用いて，病院・施設の責任者及び患者に研究目的・面接の方法を説明した。

③落ち着いて面接が行えるように個室の使用を依頼した。

質問項目は，

- 転倒した時のことを覚えているか（時期，損傷の有無・程度，転倒原因）
- 転倒直後どう思ったか（本人の印象深い転倒について）
- 転倒してから今後再び転倒しないように気を付けているか
- 気を付けていてもまた転倒するのではないかと思うか

の4項目である。

面接は対象者1名に対し研究者2名で行い，その面接内容を対象者の承諾を得て，テープレコーダーに録音した。録音を拒否した1名については記録の承諾を得て筆記し，記録した。また面接時間は対象者の疲労を考え1時間以内に終わるようにし，1回目の面接ですべての質問を実施できな

かった場合，２回目の面接を行った。この時，前回の面接で語られた内容に対する研究者の理解や意味づけの確認も行った。なお，２回目の面接の前には，１回目の面接内容を研究者全員で検討し，個々の対象者に対してどのような問いをするのがよいか吟味した上で，それぞれの対象者に対する面接内容を考えた。

### ４．分析方法

１）面接テープは面接を行った研究者２名が逐語録にし，転倒経験についての質問項目について対象者ごとに分け，72枚のカードを作成した。

２）面接記録を繰り返して読み，自然に発生する意味の単位または場面に分け，そこで対象者が語ったことを通し，特徴あるセンテンスをキーセンテンスとして研究者全員で確認しあって抽出した。

３）再度面接記録に戻り，それらのキーセンテンスは主に対象者の何に対する思いを語ろうとしているのか，そのキーセンテンスの意味することを再確認した。

４）それぞれのキーセンテンスの類似するものを整理し，ネーミングした。

## Ⅳ．結　果

### １．対象者の背景

対象者の背景を表１に示した。18名中，男性３名（16.7%）女性15名（83.3%），平均年齢82.6±6.0歳であった。主な疾患について，脳血管疾患13名（72.2%），骨関節疾患５名（27.7%），神経疾患３名（16.6%）であった。運動・機能障害については，運動麻痺５名（27.7%）と最も多く，耳介に接した大きな声しか理解できない聴力障害２名，日常生活に支障がある視力障害２名であった。また，移動レベルは，車椅子使用９名（50.0%），シルバーカー使用４名（22.2%），歩行器使用３名（16.7%）の順に多かった。転倒による損傷では，18名中15名（83.3%）が骨折を経験し，３名（16.6%）が打撲のみであった。なお，その骨折の中でも大腿骨頸部骨折を12名（66.6%）が経験していた。

今回の対象者には最も印象の強い転倒について語ってもらったが，その転倒による損傷（表では＊で表現）は骨折13名（72.2%），打撲４名(22.2%)，裂傷１名であった。また転倒回数は，１回６名（33.3%），２～３回９名（50.0%），４～５回３名（16.6%）で，一人平均２回以上転倒していた。対象者が語った転倒の時期は，１カ月以内の転倒３名（16.6%），１～３カ月前の転倒４名（22.2%），３カ月前～２年前の転倒10名（55.5%），５年～７年前の転倒１名（5.5%）であり，９日前から７年前と過去の転倒でも大きく幅があった。

STAIの得点範囲は，10点以下13名（72.2%），10～15点３名（15.5%），15点以上２名（11.1%）であり，７割以上がこのSTAIで不安なしを示していた。

MMSの得点範囲は，最低得点17点，最高得点28点，平均得点20.3±21.0点であった。また19～20点が９名（50.0%）と半数が正常といわれる範囲以外の得点であったが，全員が過去の転倒経験を覚えていた。そのため，21点以上であることを対象者の選択する基準としたが，20点以下の９名も過去の転倒をよく覚えており，かつその記憶がカルテや看護記録から正確であることが確認されたため対象者とした。

転倒状況において，ベッド付近が６名（33.3%），次いでトイレ，トイレへ行く途中が３名（16.6%）であり，転倒原因としては，つかみそこねる，驚いて手すりを離す，シルバーカーが先に進む，などの予想もつかない，瞬時の出来事が多かった。

### ２．転倒経験者の転倒のとらえ方

質問項目を中心に転倒経験者が語った特徴を，１）転倒直後の思い，２）再転倒を予防するにあたって意識していること，３）再転倒を予防する

表1－1　対象者の背景

| 対象 | 年齢 | 性別 | 主たる疾患 | 運動・機能障害 | 移動レベル | 転倒による損傷 | 転倒■数 | 転倒の時期 | STAI | MMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 86 | 女 | 脳血管障害 | なし | 歩行器 | 1. 第二腰椎圧迫骨折<br>2. 左大腿骨頸部骨折＊ | 2 | 5年前<br>7ヶ月前 | 5 | 20 |
| B | 80 | 女 | 脳梗塞後遺症<br>パーキンソン病 | | シルバーカー | 1. なし<br>2. 腰部打撲＊ | 2 | 不明<br>1ヶ月前 | 6 | 28 |
| C | 91 | 女 | 脊椎骨粗鬆症 | 右腓骨神経麻痺 | シルバーカー | 1. 左大腿骨頸部骨折<br>2. 肩部打撲＊<br>3. なし<br>4. 右側頭部打撲 | 4 | 6年前<br>3ヶ月前<br>1ヶ月前<br>1ヶ月前 | 6 | 21 |
| D | 84 | 男 | 脳内出血 | 左不全麻痺<br>失明 | 歩行器 | 1. 左腰部打撲＊ | 1 | 1ヶ月前 | 9 | 20 |
| E | 87 | 女 | 脳血管障害 | なし | 車椅子 | 1. 左上腕骨頸部骨折＊ | 1 | 9■前 | 16 | 20 |
| F | 77 | 女 | パーキンソン病<br>多発性脳梗塞 | なし | 車椅子 | 1. 第二腰椎圧迫骨折<br>2. なし<br>3. 左橈骨末端部骨折＊<br>4. なし<br>5. 左大腿部打撲 | 5 | 5年前<br>2年前<br>2年前<br>2年前<br>2年前 | 8 | 23 |
| G | 82 | 女 | 脳血管障害<br>メニエル病 | 平行に歩けず | 車椅子 | 1. 右大腿骨頸部骨折＊<br>2. 左大腿骨頸部骨折 | 2 | 7年前<br>6年前 | 6 | 22 |
| H | 90 | 女 | 脳血管障害<br>変形性膝関節症 | | 杖／一部歩行器 | 1. 右大腿骨頸部骨折<br>2. 左大腿骨転子間骨折＊ | 2 | 12年前<br>1年6ヶ月前 | 12 | 22 |
| I | 67 | 女 | 慢性関節リウマチ | 右緑内障 | シルバーカー | 1. 頭部裂傷＊<br>2. 左大腿骨骨折 | 2 | 1年前<br>5ヶ月前 | 7 | 21 |
| J | 82 | 女 | 脳梗塞後遺症 | 難聴 | 車椅子 | 1. 右大腿骨頸部骨折<br>2. 左大腿骨頸部骨折＊ | 2 | 1年前<br>8ヶ月前 | 10 | 20 |
| K | 84 | 女 | 脳梗塞<br>右変形性膝関節症<br>変形性腰椎症 | 難聴 | 歩行器 | 1. 右大腿骨頸部骨折＊ | 1 | 2年前 | 8 | 21 |
| L | 90 | 女 | 慢性気管支炎<br>肺気腫 | なし | 車椅子 | 1. 右大腿骨頸部骨折＊ | 1 | 3ヶ月前 | 8 | 25 |
| M | 88 | 女 | なし | 左不全麻痺 | 車椅子／一部杖 | 2. 左大腿骨頸部骨折＊ | 1 | 1年3ヶ月前 | 9 | 20 |
| N | 82 | 女 | 変形性膝関節症 | なし | 車椅子 | 1. 第二腰椎圧迫症<br>2. 右大腿骨頸部骨折＊ | 2 | 30年前<br>2ヶ月前 | 9 | 27 |
| O | 86 | 女 | 多発性脳梗塞 | 左不全麻痺<br>振戦あり | 車椅子 | 1. 右大腿骨頸部骨折＊<br>2. 肋骨骨折 | 2 | 1年前<br>5ヶ月前 | 15 | 20 |
| P | 82 | 女 | 脳出血後遺症<br>変形性腰椎症 | 左不全麻痺 | シルバーカー | 1. なし<br>2. なし<br>3. 左コーレス骨折＊<br>4. 左上腕打撲 | 4 | 4年前<br>4年前<br>2年前<br>7ヶ月前 | 5 | 17 |
| Q | 75 | 男 | 多発性脳梗塞<br>パーキンソン病<br>腰脊椎管狭窄症 | なし | 車椅子 | 1. 右前腕内側部打撲 | 1 | 3ヶ月前 | 10 | 17 |
| R | 77 | 男 | 右脳梗塞<br>左大腿骨頭壊死 | 左片麻痺 | 歩行 | 1. 左大腿骨頸部骨折＊<br>2. 右肘打撲 | 2 | 2年前<br>1年前 | 7 | 19 |

注1）転倒による損傷については看護記録で確認されたものを示す。また数字は何■目の転倒であるかを示す。
注2）＊は対象者が記憶に残っており，語った転倒を示す。

ための具体的行動，4）自分の行動に注意するようになってからの再転倒のとらえ方の4つについて表2から表5に示した。

1）転倒直後の思い（表2）

転倒直後の思いとして，“痛かった”，“痛かった・身体が心配”，“恐かった”，などの思いの特徴がみられた。その中でも痛みについての訴えが最も多く“痛かった”と7名が訴えていた。その内容は，強い痛みのために身動きができなかったという経験や（事例A,H），痛かったこと以外記憶にない（C,K），といった痛みのみの転倒経験として印象強く残っていた。次に，“痛かった・身体が心配”と痛みと共に自分の体の損傷を心配・危惧した思いも特徴的であり，4名が訴えていた。その内容は，損傷の有無を心配し（D,L），また「しもた，ただでさえ不自由なのに。（左片麻痺あり）」と，損傷による今後の身体的状況に不安を抱いていた（R）。これらを通して，この痛みという知覚を思いとして捉えた対象者は11名（61.1％）と半数以上あり，痛みが非常に印象深いものとなっていた。さらに“恐かった”と恐怖体験として捉えていた者の内容は（M），転倒場所（ここでは玄関）を見るとその転倒を思い出し，■避してしまうほどの恐怖体験となっていた。

一方，“たいしたことない”（O）と転倒を楽観的にとらえる訴えもあった。この事例は運動麻痺をもち，またこの転倒で大腿骨頸部骨折を患っているが，「どうってことない。」と訴えていた。

2）再転倒を予防するにあたって意識していること（表3）

再転倒を予防するにあたって意識していることとして，“転倒の危険を感じる場所”，“自分の身体機能状態”，“転倒後の身体と他人への影響”，“他人からの忠告”，の4つに分類された。

“転倒の危険を感じる場所”を意識している対象者が5名であり，風呂場とトイレを意識していた（A,G,H）。風呂場という濡れた場所を意識し，風呂のタイルの上で転んだ後の状況をイメージして危険を感じ，またトイレでパンツをあげる瞬間や歩行器・車椅子から手を離す瞬間，車椅子から便器に移動する瞬間など，つかまる所がなくバランスが不安定になりやすい時に転倒の危険を感じていた（B,J,K）。次に，“自分の身体機能状態”について意識している者は5名であった。

表1－2　転倒状況

| 事例 | 転倒場所 | 転倒原因 |
|---|---|---|
| A | 濡れていたベランダ | 洗濯物を取り入れようとして |
| B | トイレに行く途中 | シルバーカーが前に進む |
| C | ベッドの横 | ベッドをつかみそこねる |
| D | ベッドの横 | 歩行器からベッドへの移動時 |
| E | トイレ | カーテンを引っぱる |
| F | 自室 | ワゴンを押し下膳しようとして |
| G | 雪路 | 歩行中、隣の人に押される |
| H | ベッドの横 | トイレに行こうとベッドから降りて滑る |
| I | 病院の外来の廊下 | 足元に飛び出て置いてあった杖に足がひっかかる |
| J | 洗濯場 | 歩行器が先に進む |
| K | トイレに行く途中 | 不明 |
| L | 洗濯場 | 少しの段差を踏みはずす |
| M | 施設の自動ドア前 | 自動ドアに挟まり車椅子より落下 |
| N | ベッドへ行く途中 | 驚いて手すりを離す |
| O | ドア付近 | 扉を閉めようとして |
| P | ベッドの横 | ベッドから立った瞬間 |
| Q | ベッドの横 | 歩行困難だが錯覚により歩行しようとして |
| R | 部屋に戻る途中 | 洗濯後、部屋に戻ろうとして |

表2　転倒直後の思い

| 思いの特徴 | 事例 | 具体例 |
|---|---|---|
| 「痛かった」 n=7 | A | あっ，しもた，と思いました。失敗したなーと思って，誰か助けてーって叫んだ。痛くて痛くて，…転んだ時力が入らなくって，どうしても立てなかったの。全身の力が抜けていった。 |
| | B | 転ばんように歩いとったけど，転んでしまったら仕方ない。そんなもん，痛いやら，ひどいやら，起きれんやら，助けてもらわんなんやら，やあ，こりゃ大変やわ，と思って。 |
| | C | とっさには何も思わんです。痛いさかい。 |
| | F | その時は骨折してなくて，立てた。腫れとって痛かった。 |
| | H | どうしても全然起きれなくって。ちょっとでも動いたら痛かった。 |
| | K | 痛かったこと以外，記憶にないわ。 |
| | Q | しゃあない。転んだその時はボーっとしとるさかい。後から分かって，ありゃーしまった，と思った。ケガが痛かった。 |
| 「痛かった」「体が心配」 n=4 | D | 腰の骨折れたんやと思った。そればっかりや。細い身やしなあ。年寄りやしな。 |
| | L | ありゃーどうもなかったってくれりゃいいがにー…と思った。ありゃー痛いーと思って。 |
| | N | あっしまった，と思いましたよ。はっとした瞬間手が滑って，足がぐらっとして…。自分でも不思議なくらい。膝が痛かった。 |
| | R | しもた，ただでさえ不自由なのに…。痛かった。 |
| 「恐かった」 n=2 | M | 恐かったです。当分玄関へ行くと，ああここでやったんやな，と思って恐れてね。恐くて恐くて行けなかった。 |
| | I | 頭ガーンと響いて目から火が出る程やった。恐ろしかった。 |
| 「たいしたことない」 n=1 | ● | あー失敗したなーでもどってことないなー。 |
| その他 n=4 | E | しもたーと思った。転びやすい性である。後悔やわね。 |
| | G | こりゃだめや。 |
| | J | 身体がしんどかったのは覚えとるけど，あとは何も覚えていない。 |
| | P | どんな気持ちやったかねー。だいぶ前で覚えていない。 |

表3　再転倒を予防するにあたって意識していること

| 思いの特徴 | 事例 | 具体例 |
|---|---|---|
| 転倒の危険を感じる場所 n=5 | A | トイレに入る時気をつけます。一番気をつけるのはお風呂に入った時たたきの所歩くでしょ。一番神経つかいます。ここで転んだら下はタイルだし大変だと思ってね。 |
| | B | トイレでパンツがあがらんと，飛び出てしまう。前に手のつかまる所があるとじゃまないがや。つかまる所がないとしゃがんで倒れててしまう。 |
| | H | 濡れとる所は杖でも滑ることがある。 |
| | K | 痛かったんでこりてしまって…。トイレで歩行器を離した時に転ばんかと思って恐ろしい。ドア開けて片手で手すりにつかまって，それから閉めんなんでしょ。その間がしばらくね。一番気をはるね。 |
| | J | お風呂の中で歩く時やトイレで車椅子から便器へ歩いて移動する時気をつける。 |
| 自分の身体機能状態 n=5 | E | トイレの付近で転んだ。トイレは暗かった、。目が弱いから暗いのは苦手。 |
| | I | やわやわと歩いとるけど，足があんまり言うことをきかんさかい，ちょっとの石ころ一つでもけつまずいて転ぶんや。 |
| | D | 注意に注意しとるけど目見えんやろ。用心深くなる。目が見えんもんやさかい，何もわからん。 |
| | Q | 病気のために体フラフラやし恐ろしゅうて歩けん。 |
| | N | 今はね右足使っちゃいけないって。習慣　みたいになってあまり体重かけるとあれかなと思って。 |
| 転倒後の身体と他人への影響　n=1 | F | 気をつけとるというか，歩かなくなった。それから1回も転んでない。みんなや家族に迷惑かけるし，自分も痛いし，あんまり立たない。 |
| 他人からの忠告 n=1 | G | 先生に，あんたの骨ボキボキや，といわれた。ボキボキになったら何もせんでも骨折れるのやって。息子達も転ぶなー 転ぶなーという。やっぱ気を付けんなんと思う。 |
| その他 n=5 | C | 転ばんように気をつけているけど思うようにはなりませんわ。 |
| | L | 下向いて下向いて歩かんなんと思うとるわ。転ぶのはおとろっしゃ。 |
| | M | 杖をたよりにしています。 |
| | P | 自分がひどい目に二回もあっているから，やっぱり気をつけます。 |
| | R | 気をつけとる。それが一番や。 |

目が弱いことや見えないといった自分のもつ視力障害や足の弱さ，といったその人のもつ疾患や転倒しやすい身体状態を自覚し，転倒予防を意識していた。また1名のみの訴えではあったが“転倒後の身体と他人への影響”では「家族に迷惑をかけるから。」（F）と家族への影響を意識し，“他人からの忠告”では「先生にあんたの骨ボキボキや，と言われた。」（G）と自分の骨折しやすい身体状況を忠告され危機を感じ，かつ子供にも忠告され，それらを強く意識していた。

3）再転倒を予防するための具体的行動（表4）

再転倒への予防行動として“何かにつかまる”，“補助具を変える”，“足元に注意する”，“移動動作をゆっくり行う”，が分類された。

最も多くみられた具体的行動として，“何かにつかまる”行動であり，6名に見られた。「何かにつかまらなおれん。」（E,N,O）といった，何かにつかまらないと不安で仕方がないという不安感からつかまるという安定感を得る行動をとっていたが，また看護婦と手をつないでいても安心できない（J）という不安も訴えていた。

次に5名が“補助具を変える”行動をとっていた。その中でも補助具の種類として，シルバーカーの使用がみられ，「両手で押すようになれば安定するから。」（H,I,P）と杖のみを使用していたのが転倒後により安定感を求め，シルバーカーを併用するという行動をとっていた。また独歩はできるにも関わらず「今度転んだら駄目になるかと思って，用心のために。」（A）と自主的に歩行器を使用していた。その他“足元に注意する”，“移動動作をゆっくり行う”，の順で予防行動がみられた。“足元に注意する”行動では，片麻痺をもつためにつま先が引っかからないようにつま先に意識を集中して注意を払い（R），“移動動作をゆっくり行う”行動ではシルバーカーをゆっくり押し，また杖をたよりにゆっくり歩行するという行動をとっていた（C,M)。これらの行動は各自のペースで，かつその人のはっきりとした意識下での予防行動であるが，周囲からは転倒予防行動をとり注意しているとは一見わかりにくい，というところが特徴的であった。

その他，何かにつかまって安定感を得たいという思いから，トイレ内でズボンを降ろす時に頭を壁にくっつけるという安定感を得る工夫をし，転倒予防に努めていた（K)。この自分なりに工夫し，転倒予防に努める事例とは反対に，再び転倒することに対する恐怖から，「歩くことが恐ろしい。転ぶかと思って。」と必要以上は歩かないようになっていた（E)。

4）自分の行動に注意するようになってからの再転倒のとらえ方（表5）

“自分の行動に注意するようになってからもまた転ぶのではないかと思うことがある”ととらえた人は18名中13名（72.2%）と7割以上であった。特にトイレという場所でズボンを下げる時，トイレに行く時や入る時，トイレに入って手すりにつかまる瞬間に再転倒の危険を感じていた（B,F,J,K)。その中でも「トイレには看護婦がつかないから」（D）と，看護婦の付き添いがないことにも不安を訴えていた。また「立ちあがった時」（E,F）や「石ころの上にのったりする時」（I），「頭がフラッとする時」（P）というのは，体が安定せずふらつきの強い瞬間であり，このような不安定さを感じる瞬間に再転倒の危険を感じていた。そして，再転倒の恐怖のあまりに他人を信頼できない（M,O）という事例もみられ，車椅子を他人に押してもらうことが脅威であり，自分のペースで車椅子を押したいという思いが強かった。

その他に，意識がはっきりしていない時やイライラしている時に再転倒の危険を感じていた。また，“転ぶとは思わない”と3名（16.6%）が訴えていたが，自分の行動に注意し，再転倒を予防することによって“転ぶとは思わない”（L）ととらえていた。

表4　再転倒を予防するための具体的行動

| 行動の特徴 | 事例 | 具体例 |
|---|---|---|
| 何かにつかまる n=6 | A | （風呂に入った時）看護婦さんが手を引いてくださいます。 |
| | E | 転ぶかと思ってどこでもつながって歩く。何かにつかまらなおれん。 |
| | J | 看護婦と手をつないでいても足がふらつくことがあるし，看護婦の手をぎゅっとつかむ。看護婦と手をつないでいても安心できないから気をつけている。トイレでズボンを下げたりする時は手すりにつかまってする。 |
| | N | しっかりと手すりでも大丈夫かな，と思ってつかまる。腰かける時でもつかまって座らないと不安でしょうがない。 |
| | O | どこにでもつかまってね。恐いから。 |
| | G | 転ばないようなるべく手すりにつかまって歩く。恐ろしいもんね。転んでからなに注意しても駄目や。 |
| 補助具を変える n=5 | A | 今度転んだら駄目になるかと思って，用心のために自主的に歩行器にしている。歩けるんだけども。 |
| | F | 歩かなくなった。車椅子ばかりのっているから。みんなや家族に迷惑かけるし，自分も痛いしあんまり立たない。 |
| | H | 乳母車を押すようになった。（普段は杖） |
| | I | 今まで杖ついて歩いとったけど，転んでから，乳母車使うようになった。両手で押すようになれば安定するから。 |
| | P | 歩く時いつも乳母車を使うようにしている。 |
| 足元に注意する n=4 | B | ホースなんかが道にあったりしたら少しのことでつまづいて。足元を見るようになった。 |
| | F | 足にしっかり力を入れている。転ばんように注意に注意しとる。 |
| | L | 下向いて下向いて歩かんなんと思とるわ。 |
| | R | 左足はつまずかないよう（左片麻痺）つま先をいつも気をつけている。 |
| 移動動作をゆっくり行う n=3 | C | シルバーカーを力を入れ過ぎないでゆっくり押す。 |
| | D | 慌てないでゆっくり歩いとる。 |
| | M | ゆっくり歩いて杖をたよりにしています。車椅子もゆっくり押しています。 |
| その他 n=3 | E | それから（転倒後）歩かない。歩くことが恐ろしい。転ぶのかと思って。 |
| | K | （トイレ内で）頭を壁にくっつけて，ズボンを降ろすようになった。つかまったら手自由にならんでしょ。健康な時には考えられんことですわ。 |
| | Q | 起きとる時は（意識が）はっきりしとる。歩けんことわかっとるから歩かん。 |

表5　自分の行動に注意するようになってからの再転倒のとらえ方

| 思いの特徴 | 事例 | 具体例 |
|---|---|---|
| 転ぶのではないかと思うことがある n=14 | B | ちょっと油断するとひっくりかえって転ぶ。 |
| | D | 頭から離れない。トイレに入ってズボンを下げる時一番恐ろしい。心配。足がふらつく。トイレには看護婦がつかないから。 |
| | E | また転ぶのではないかと思って恐ろして。ふらふらっとする時や立ち上がった時体が安定しとらんやろ。 |
| | F | 立つ時，椅子に腰かける時，トイレに行く時，転ぶと思う。 |
| | G | 急いで(トイレ)行ったら足モタモタになる。 |
| | I | 何もないのにけつまずいたり，石ころの上にのったりする時，転ぶと思う。 |
| | J | トイレに入る時，リハビリで歩行器で歩く時，歩行器がしゃっと進んで恐ろしい。 |
| | K | トイレに入る時，歩行器を離してトイレの手すりにつかまる瞬間がね，一番恐ろしい。 |
| | M | 押してくれるつもりで車椅子をぐいぐいどんどん押してくれる方がいるんです。わたし車椅子を押せないと思って押してくれるつもりなんでしょうね。止めてくれるまで言って止めてもらっているんです。 |
| | N | 転んだら駄目だーってそればっかり頭にある。 |
| | O | リハビリ中，（歩行訓練中）先生が後ろからもってくれるけど，自分が心配になる。 |
| | P | 頭がフラッとする時転ぶのではないかと思う。 |
| | Q | 錯覚（眠剤による意識不明瞭）が起こる時。経験（眠剤内服による転倒）が先にあるから，また転ぶんじゃないかと思う。 |
| | R | 自分のイライラしている時に起こる。 |
| 転ぶとは思わない n=3 | A | そうゆうことはありません。 |
| | H | そんなん考えとったら，何もできん。 |
| | L | 気をつけとるから転ぶとは思はない。 |
| 転倒は突然起こるものである　n=1 | C | 転びそうと思って転ぶもんじゃありませんよ。突然ですから。 |

### 3．STAIと再転倒のとらえ方について

今回再転倒の恐怖を訴えている対象者において，状態不安の得点にばらつきがみられ，再転倒のとらえ方との関連は明らかにならなかった。しかし状態不安が対象者の中で16点と高得点であった事例Eは，転倒時期が9日前と最近であり，何かにつかまらないと不安で仕方がなく，歩くことが恐怖でその歩くこと自体を自ら控えていた。

## V．考　察

本研究の特徴は，自立独歩も難しく，移動レベルが低い意識の明瞭な入院高齢者を対象に，自分が体験した転倒について語ってもらいそれを分析したところにある。その対象者が語った転倒という体験とその後の予防のとらえ方を明らかにすることで，転倒恐怖感に迫ると考えた。

### 1．転倒恐怖感と転倒直後の思いについて

今回，転倒直後どう思ったか，と思いを聞いたにもかかわらず，半数以上の対象者が，“痛かった”，“痛かった・体が心配”と知覚を訴えていた。「痛かったこと以外覚えていない」という訴えからもわかるように，その時の強烈な痛み，知覚が過去の転倒経験として印象強く残っており，痛み体験としてとらえていることが明らかとなった。このことは，対象者の7割以上が骨折経験をしており，骨折と同程度の痛みを体験したためと考える。これに関して，転倒後に骨折した経験が転倒恐怖感に関連する因子の一つであるという報告がある[11,14]。骨折経験が転倒恐怖感の要因となる背景には，骨折する程の強烈な痛みが転倒恐怖感に影響していると予測でき，本研究を支持するものである。また，痛みのためにどうしても身動きができなかったという体験が印象強く残っていたが，これに関してArfkenらは転倒後起き上がるのに時間を要したことも転倒恐怖の関連因子として述べている[14]。この痛みにより身動きができなかったという体験も転倒恐怖に影響していくものと考えられる。しかしどのような過程で，どのように転倒恐怖感に影響していくかは，明らかにされず，今後の課題である。

### 2．転倒恐怖感について

再転倒を予防するため意識していることとして“転倒の危険を感じる場所”“自分自身の身体状況”“転倒後の身体と他人への影響”“他人からの忠告”が明らかとなった。最も多くの対象者が意識していたのは“転倒の危険を感じる場所”であった。その中でもトイレや風呂場で，かつ歩行器や車椅子からの移動時に不安定さを感じていた。それに関連して，転倒経験者は重心動揺が大きいという報告[15]があるが，重心動揺が大きいとバランスがとりにくくなるために，不安定な場面を意識していたとも考えられる。また“自分自身の身体状況”では視力障害や歩行のしにくさを自覚し，自分自身の身体状況における易転倒性を意識していた。これについては鈴木ら[11]も健康度自己評価の低い者が転倒恐怖感に関連すると述べている。また予防行動としては，“何かにつかまる”“補助具を変える”“足元に注意する”などの行動がみられた。これについては，高齢者の3分の2はなんらかの転倒予防の対策をとっていると述べているが[16]，この対策をとる背景には「何かにつかまらなおれん。」という転倒への恐怖や自信のなさがあり，かつ外見の行動からはどの行動もなにげない行動として介助者からは見落とされやすいのではないかと考える。また補助具との関連で転倒恐怖の要因の一つに杖の使用が挙げられている[17]。今回の対象者において杖のみを使用している対象者はいなく，その理由として入院・入所中でありADLが低いためと考えられるが，杖使用と転倒恐怖感との関連は見出せなかった。

また対象者の7割が転倒予防行動をとっていても再び転ぶと思う，と再転倒の恐怖を訴えていた。「(転ぶことが) 頭からはなれない。」などの思いからもわかるように，生活の中で常に再転倒を意

識しており，かつトイレと風呂場で，ズボンを下げるときや歩行器から手を離す時，立ち上がるときなど身体のバランスがとれないときに恐怖が生じることを，介助者は理解しておく必要性が明らかとなった。これに関しては，ナーシングホームにおいて，転倒恐怖感をもつ人はもたない人に比べバランスや足どりにおける機能状態が悪いという報告がある[18]。対象者が身体のバランスが保てない時に転倒恐怖感を訴えていたのは，このようなバランスや足どりなどの機能状態の低下が影響しているのではないかと考えられる。そのため不安定さを感じる場面には特に敏感に反応し，転倒恐怖感を増大させているのかもしれない。そのため，転倒経験者が移動や立ち上がりの際に，ぎゅっとつかむ行動や平素よりもゆっくりとした歩行ペースにある時には，介助者は転倒恐怖感の存在を敏感に感じとり，一人一人のペースにあわせ，かつ安定感を与える援助が必要と考えられる。

また転倒恐怖感の発生頻度については，65歳で独歩を主体とする在宅高齢者において54.4％が転倒恐怖感を抱いていたという報告があるが[18]，本研究では7割とより多くのものが転倒恐怖を訴えていた。一般に入院高齢者は平行感覚や運動機能に障害をもつものが多く，今回の対象者においても背景に麻痺やパーキンソン病，視力障害などが合併しているものが多い。それが今回の発生頻度の高さに影響しているのではないかと考えられる。また障害をもつ患者としてリウマチ患者を例にあげると，関節痛やこわばりなどの症状の出現や筋力や歩行機能の減退など，乏しい身体機能状態の影響からリウマチ患者はその他の人に比べて転倒恐怖を訴える割合が多い[19]。すなわち障害が転倒恐怖感を増強させることを支持しており，在宅高齢者に比べ入院高齢者の方が転倒恐怖感を抱いている要因と考えられる。麻痺やパーキンソン，視力障害，その他多くの疾患をもつ入院高齢者の，転倒予防行動をとっていても再転倒が「頭から離れない」という恐怖感や，在宅高齢者に比べ入院高齢者がいかに再転倒の恐怖を抱きながら生活しているかが明らかとなった。

本研究の限界として，今回，転倒による損傷の有無に関わらず，転倒経験者の転倒経験を把握したが，転倒経験者の中でも骨折経験者がほとんどであったため，骨折をしていない転倒経験者の転倒恐怖を十分には把握できなかった。しかし骨折経験者がいかに再転倒を予防するために意識し，行動をとっているかが明らかにされたと考える。

## Ⅵ. ま と め

施設内に入院中の転倒経験のある高齢者18名に，印象強く残っている転倒経験について語ってもらい，転倒経験とその後の予防のとらえ方・転倒恐怖感の感じ方について明らかにした。その結果，以下の結論をえた。

1．転倒直後の思いとして7割以上“痛かった”という転倒時の痛みが印象深く残っており，転倒を痛み体験として捉えていた。

2．再転倒を予防するにあたり，“転倒の危険を感じる場所”“自分の身体状態”“転倒後の身体と他人への影響”“他人からの忠告”が抽出された。その中でも，トイレと風呂場で特に再転倒を意識していた。

3．再転倒を予防するための具体的行動として，“何かにつかまる”“補助具を変える”“移動動作をゆっくり行う”“足元に注意する”という行動をとっていた。

4．転倒予防行動をとっていても再転倒の恐怖を7割が訴えていた。特にトイレに入る瞬間やズボンを下ろす時など体が不安定になり易い場面に再転倒の恐怖が生じることが明らとなった。

## 謝　辞

面接調査に御協力頂きました面接対象者の皆様，ならびに病院の看護部長及び婦長の皆様，老人保

健施設・老人福祉施設の施設長及び職員の皆様に感謝し御礼申し上げます。

本論文の一部は第25回日本看護研究学会（浜松市，1999年）において報告した。

## 要　旨

施設内に入院中の転倒経験のある高齢者18名に，印象強く残っている転倒経験について語ってもらい，転倒経験とその後の予防のとらえ方・転倒恐怖の感じ方について明らかにした。その結果，以下の結論を得た。

1．転倒直後の思いとして7割以上「痛かった」という転倒時の痛みが印象深く残っており，転倒を痛み体験として捉えていた。

2．再転倒を予防するにあたり，「転倒の危険を感じる場所」「自分の身体状態」「転倒後の身体と他人への影響」「他人からの忠告」が抽出された。その中でもトイレと風呂場で特に再転倒を意識していた。

3．再転倒を予防するための具体的行動として，「何かにつかまる」「補助具を変える」「移動動作をゆっくり行う」「足元に注意する」という行動をとっていた。

4．転倒予防行動をとっていても再転倒の恐怖を7割が訴えていた。特にトイレや入浴動作時に身体が不安定になり易い場面に恐怖感がみられることが明らかとなった。

## Abstract

We interviewed 18 institutionalized elderly persons who had a history of falls. Based on their personal experience, they described their viewpoints on falls and preventing them. The results are as follows. More than 70% of elderly persons with a history of falls perceived the falls as painful. Concerning fall prevention, their views can be classified into four categories: 1) Prediction of locations likely to cause a fall, 2) Injury, 3) Effects of falls on the injured and others, and 4) Outside advice. The subjects stated that the bathroom areas (toilet and bathtub) would be the most dangerous. Subjects prevented falls by grasping nearby objects when they slipped, using walking aids for stability, moving slowly, and keeping an eye on the floor while walking. More than 70% of older adults expressed that they were afraid of falling again and were taking preventive action. They especieally feared falling in the bathroom, where they were most likely to lose their balance.

## 文　献


1）Tinetti ME, Powell L: Fear of Falling and Low Self- efficacy: A Cause of Dependence in Elderly Persons, The Journal of Gerontorogy, 48, 35－38, 1993

2）Tinetti ME et al: Falls efficacy as a measure of fear of falling, The Gerontological Society of America, 45(6), 239－243, 1990

3）Tinetti ME, Mendes de Leon CF et al: Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders, Gerontol Med Sci, 49, 140－147, 1994

4）Walker J E, Hawland J: Falls and Fear of falling among elderly persons living in the community. Occupational therapy interventions, Am J Occup Ther, 45, 119－122, 1991

5）秋谷典裕：ふらつき・歩行障害と転倒. 臨床看護, 23(13): 1919－1923, 1997

6）新井治子, 二渡玉江, 他：老人の転倒に影響を及ぼす日常生活の要因, 群馬大学医療短期大学紀要, 14, 7－13, 1993

7）江藤文雄, 稲源一郎,他：転倒・骨折患者のQOL, Geriatric Medicine, 34(6) 727－731, 1996

8）江藤文夫：老年者と転倒, Geriatric Medicine, 22, 779－783, 1984

9）江藤真紀, 久保田新：在宅健常高齢者の転倒に影響する身体的要因と心理的要因, 日本看護研究会雑誌, 23(4), 43－58, 2000

10）鈴木みずえ：高齢者の転倒に関する調査研究と転倒予防看護,臨床看護研究の進歩, 10, 23－35, 1998

11）鈴木みずえ, 金森雅夫, 他：在宅高齢者の転倒恐怖（fear of falling）とその関連要因に関する研究, 老年精神医学誌, 10(6), 685－695, 1999

12）大塚俊男（編）：高齢者のための知的機能検査の手引き Mini-Mental State（MMS), 初版, 35－38, ワールドプラニング, 東京, 1991

13）金井和子, 土屋尚義, 他：心理テストの高齢者用簡易化に関する検討, 日本看護研究会学会雑誌, 18(3), 31－35, 1995

14）Arfken CL, Lach HW, et al: The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community, Am J Public Health 84: 565－570, 1994

15）鈴木みずえ, 大友昭彦, 他：高齢者の転倒と身体機能に関する基礎的調査研究, 看護研究, 26(5), 75－83, 1993

16）近藤敏, 宮前珠子, 他：在宅高齢者の転倒と転倒恐怖, 作業療法ジャーナル, 33(8), 839－844, 1999

17）近藤敏, 宮前珠子, 他：高齢者における転倒恐怖, 総合リハビリテーション, 27(8), 775－780, 1999

18）Franzoni S, Rozzini R, et al: Fear of Falling in Nursing Home Patients, Gerontorogy, 40, 38－44, 1994

19）Fessel K.D, Nevitt M.C: Correlates of Fear of Falling and Activity Limitation Among Persons with Rheumatoid Athritis, Athritis Care and Research, 10(4), 222－228 (1997)


〔平成13年8月10日受　付
平成13年12月14日採用決定〕

－原　著－

# 臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響（Part Ⅱ）
## ―自己イメージから―

The Influence of Experience and Age on Nurse Self-enaluation, in the Context of Self-image (Part Ⅱ)

木村留美子[1)]　河田史宝[2)]　南家貴美代[2)]
Rumiko Kimura　Hitomi Kawata　Kimiyo Nanke

キーワード：看護婦，臨床経験，自己評価，自己イメージ
nurses, clinical experience, self-evaluation, self-image

## はじめに

戦後の高度経済成長は産業構造の変化とともに，都会への集中化と農村部の過疎化をもたらした。その結果，核家族が増え少子少産，高年齢独居老人の増加などによる問題や慢性疾患，障害を抱えながら自宅で生活する人々への支援など，医療の領域にもさまざまな影響を及ぼし，多岐にわたる健康問題への対応，倫理面への配慮，看護の質の向上といったことが求められている。このことは専門職としての看護婦の意識にもさまざまな変化をもたらしている[1・2)]。そのうちの一つに，看護の現場で働く人々の学習意欲の高揚があげられる[3・4)]。これはまた，組織社会化の過程[5)]として経営主体が強力に推し進めていることでもある。このような状況の中で，人は職業人としてのキャリアを発達させ，それに伴う行動の変容を迫られている[6・7)]。

そこで，本研究では職業人としてのキャリア発達に看護婦の体験や経験がどのように影響を及ぼしているのか，自己概念の構成要素の一つである自己イメージについて，年代と臨床経験年数との関係から調査した。

## 調査方法

### 1．調査内容

自己イメージについての調査項目は，Osgood, C. E.[8)]が考案したSemantic Differential Method (SD法)[9)]を用いた。項目は，井上[10)]が心理学や教育学の分野で用いパーソナリティの測定に有効であるとし，また，鹿内ら[11)]が用いた31の形容詞対から30項目の形容詞対を用い表1に示した。これらの形容詞対を用いて自分自身のイメージを評定し，回答欄には，「非常によくあてはまる」「あてはまる」「ややあてはまる」「どちらともいえない」の4段階の評定尺度を設けた。評定尺度の配点は「どちらともいえない」の4点を中心に置き7～1点の配点を行った。したがって，得点が高いほど形容詞対の左側のイメージが強調され，得点が低いほど形容詞対の右側のイメージが強調される。

1）金沢大学医学部保健学科　School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University
2）金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域　Division of Health Science Nursing Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

表1　自己イメージの形容詞対

| | |
|---|---|
| 1．活発な | 不活発な |
| 2．理性的 | 感情的 |
| 3．決断力のある | 決断力のない |
| 4．親切な | 不親切な |
| 5．無■ | おしゃべりな |
| 6．繊細な | おおまかな |
| 7．弱い | 強い |
| 8．真面目な | 不真面目な |
| 9．外向的な | 内向的な |
| 10．野暮な | おしゃれな |
| 11．大らかな | 気持ちのこまやかい |
| 12．野心のある | 野心のある |
| 13．地味な | 派手な |
| 14．家庭的な | 非家庭的な |
| 15．頼もしい | 頼りない |
| 16．細やかな | 雑な |
| 17．誠実な | 不誠実な |
| 18．楽観的な | 悲観的な |
| 19．指導力のある | 指導力のない |
| 20．逞しい | ひ弱な |
| 21．暖かい | 冷たい |
| 22．意志強固な | 意志薄弱な |
| 23．社交的 | 非社交的 |
| 24．自主的 | 依存的 |
| 25．線の太い | 線の細い |
| 26．魅力のある | 魅力のない |
| 27．視野の広い | 視野の狭い |
| 28．明るい | 暗い |
| 29．積極的 | 消極的 |
| 30．優雅な | 粗野な |

### 2．調査時期と対象

2000年10月から11月に看護研究の学習会に出席した北陸地区と関東地区の看護婦550名であり，その内有効回答数は478名（86.9%）であった。

### 3．分析方法

パーソナルコンピュータに入力し，SPSS 統計パッケージ（10.0J）を使用した。自己イメージの因子構造の検討には主因子法（バリマックス）による因子分析を行った。20歳代，30歳代，40歳代以上の3群からと，5年未満，5年以上15年未満，15年以上の3群に分類された臨床経験年数から比較した。抽出されたそれぞれの因子を構成する項目の平均得点の差の検定はt-検定により行った。

### 4．倫理的配慮

対象者には研究の目的と研究への協力は自■意志であることを口頭で伝え，回答は無記名とした。

## 結　果

### 1．対象者の背景

基本統計により各年代と臨床経験年数が大きく異なるものは，はずれ値として扱い12名を除外し，466名を分析対象者とした。また，男性の参加者は466名中10名（2.1%）と少数であったため，男女を分けずに分析を行った。表2に対象者の年代

表2　対象者の年齢別臨床経験年数　n＝466

| 臨床経験年数 ＼ 年代 | 20歳代 | 30歳代 | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代 |
|---|---|---|---|---|---|
| 3年未満 | 103 (22.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 103 (22.1) |
| 3年以上5年未満 | 98 (21.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 98 (21.0) |
| 5年以上10年未満 | 61 (13.0) | 31 (6.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 92 (19.7) |
| 10年以上15年未満 | 0 (0.0) | 47 (10.1) | 3 (0.6) | 1 (0.2) | 51 (10.9) |
| 15年以上 | 0 (0.0) | 26 (5.6) | 83 (17.8) | 13 (2.8) | 122 (26.2) |
| 合　計 | 262 (56.2) | 104 (22.3) | 86 (18.5) | 14 (3.0) | 466 (100.0) |

人数（%）

と臨床経験年数を示した。看護研究の学習会への参加者は20歳代が262名（56.2%），30歳代が104名（22.3%），40歳代が86名（18.5%），50歳代が14名（3.0%）であり，20歳代が最も多く，年代が高くなると共に減少していた。また，臨床経験年数は，3年未満は103名（22.1%），3年以上5年未満は98名（21.0%），5年以上10年未満は92名（19.7%），10年以上15年未満は51名（10.9%），15年以上は122名（26.2%）であり，臨床経験年数15年以上の参加者が最も多く，次いで臨床経験年数3年未満の者が多かった。年代と臨床経験年数の関係は，20歳代の全員が臨床経験年数10年未満，30歳代は臨床経験年数5年以上から15年以上と幅広く，40～50歳代のほとんどは臨床経験年数15年以上であった。

## 2．自己イメージの因子構造

表3は，自己イメージについて主■子法により

表3　自己イメージ尺度の■子分析　（n＝466）

| 尺度 | | 第1■子 | 第2■子 | 第3■子 | 第4■子 | 第5■子 | 第6■子 | 寄与率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 自主的 | ―依存的 | 0.745 | −0.089 | 0.035 | 0.076 | 0.071 | 0.010 | 16.00 |
| 指導力のある | ―指導力のない | 0.704 | −0.062 | 0.132 | 0.113 | 0.205 | −0.007 | |
| 頼もしい | ―頼りない | 0.699 | −0.152 | 0.196 | 0.170 | 0.131 | −0.013 | |
| 決断力のある | ―決断力のない | 0.658 | −0.024 | 0.036 | 0.185 | −0.053 | −0.158 | |
| 逞しい | ―ひ弱な | 0.576 | −0.254 | 0.238 | −0.016 | 0.079 | −0.050 | |
| 積極的 | ―消極的な | 0.556 | −0.458 | 0.158 | 0.250 | −0.076 | −0.100 | |
| 線の太い | ―線の細い | 0.555 | −0.204 | 0.003 | −0.014 | −0.204 | −0.079 | |
| 視野の広い | ―視野の狭い | 0.535 | −0.141 | 0.127 | 0.331 | 0.112 | 0.052 | |
| 活発な | ―不活発な | 0.523 | −0.498 | 0.102 | 0.112 | −0.035 | −0.039 | |
| 弱い | ―強い | −0.533 | 0.111 | 0.101 | −0.011 | 0.175 | 0.213 | |
| 無口な | ―おしゃべりな | −0.148 | 0.773 | 0.076 | 0.049 | −0.038 | 0.186 | 10.54 |
| 明るい | ―暗い | 0.278 | −0.632 | 0.297 | 0.172 | −0.191 | −0.108 | |
| 外交的な | ―内向的な | 0.347 | −0.650 | −0.004 | 0.267 | −0.083 | 0.109 | |
| 社交的 | ―非社交的な | 0.293 | −0.680 | 0.152 | 0.289 | −0.105 | 0.125 | |
| 誠実な | ―不誠実な | 0.067 | 0.■50 | 0.734 | 0.029 | 0.012 | 0.018 | 9.99 |
| 親切な | ―不親切な | 0.111 | −0.131 | 0.723 | 0.055 | 0.004 | 0.005 | |
| 暖かい | ―冷たい | 0.038 | −0.234 | 0.721 | 0.074 | −0.071 | 0.097 | |
| 家庭的な | ―非家庭的な | 0.068 | −0.052 | 0.629 | 0.034 | 0.168 | −0.045 | |
| 真面目な | ―不真面目な | 0.175 | 0.295 | 0.599 | 0.035 | 0.174 | −0.192 | |
| 優雅な | ―粗野な | 0.184 | −0.■42 | 0.196 | 0.658 | 0.135 | −0.059 | 8.01 |
| 魅力のある | ―魅力のない | 0.353 | 0.224 | 0.246 | 0.500 | −0.101 | −0.115 | |
| 地味な | ―派手な | −0.111 | 0.411 | 0.307 | −0.538 | 0.066 | 0.194 | |
| 野暮な | ―おしゃれな | −0.025 | 0.130 | −0.001 | −0.728 | −0.057 | 0.019 | |
| 繊細な | ―おおまかな | 0.128 | 0.188 | 0.204 | 0.211 | 0.654 | 0.148 | 6.75 |
| 細やかな | ―雑な | 0.264 | 0.134 | 0.281 | 0.353 | 0.527 | 0.051 | |
| 楽観的な | ―悲観的な | 0.407 | −0.051 | 0.034 | −0.005 | −0.580 | 0.118 | |
| 大らかな | ―気持ちの細やかな | 0.045 | 0.028 | 0.014 | 0.107 | −0.818 | 0.046 | |
| ■性的 | ―感情的 | 0.222 | 0.429 | 0.028 | 0.352 | 0.021 | 0.523 | 4.29 |
| 野心のある | ―野心のない | 0.192 | −0.077 | −0.088 | 0.357 | 0.006 | −0.565 | |
| 意志強■な | ―意志薄弱な | 0.404 | 0.043 | 0.207 | 0.097 | 0.012 | −0.618 | |
| 累積寄与率（%） | | | | | | | | 55.52 |

因子分析（バリマックス回転）を行い0.5以上の因子負荷量を持つ項目を採用したものである。第1因子は，「自主的」「指導力のある」「頼もしい」「決断力のある」「逞しい」「積極的」「線の太い」「視野の広い」「活発な」「強い」から「自主性」因子と命名した。第2因子は，「無■な」「暗い」「内向的な」「非社交的な」から「社交性」因子と命名した。第3因子は，「誠実な」「親切な」「暖かい」「家庭的な」「真面目な」から「受容性」因子と命名した。第4因子は，「優雅な」「魅力のある」「派手な」「おしゃれな」から「魅力的」因子と命名した。第5因子は，「繊細な」「細やかな」「悲観的な」「気持ちの細やかな」から「繊細さ」因子と命名した。第6因子は，「理性的」「野心のない」「意志薄弱な」から「理性的」因子と命名した。6因子の累積寄与率は55.52%であった。

### 3．年代と自己イメージ

年齢の分布状況から年代を20歳代262名（56.2%），30歳代104名（22.3%），40歳代以上100名（21.5%）の3群に分け，年代別に，自己イメージの6因子のそれぞれを構成する項目の得点を算出し，一元配置分散分析により3群の因子の平均得点を比較した。その結果，「受容性」因子に有意差を認めた（F（2,463）=3.908，p＜0.05）。自己イメージの6因子のそれぞれを構成する項目の平均得点を年代別に図1に示した。平均得点が高いほどその因子の表す傾向が強いことを示している。「自主性」「魅力的」「繊細さ」因子は40歳代以上の者の平均得点が高かったが，t検定の結果有意差は認めなかった。「社交性」因子は20歳代の者の平均得点が高かったがt検定の結果有意差は認めなかった。「理性的」因子は年代による相違は認めなかった。「受容性」因子は，20歳代と40歳代以上との間に有意差を認め，40歳代以上の者が有意に高かった（t=2.77，df=360，p＜0.05）。

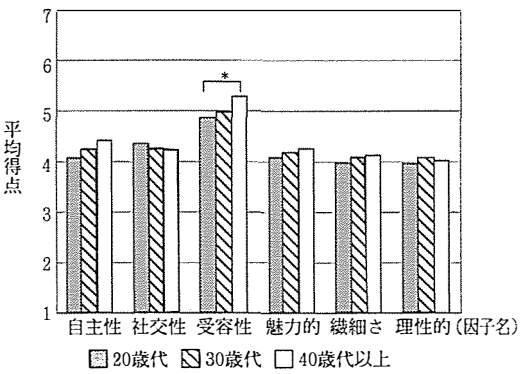



図1　年代別自己イメージ因子得点の比較

### 4．臨床経験年数と自己イメージ

人数の割合や年代との重なりを考慮し，臨床経験年数を5年未満（43.1%），5年以上15年未満（30.7%），15年以上（26.2%）の3群に分類し，これにもとづいて自己イメージの6因子のそれぞれを構成する項目の平均得点を算出した。3群の因子の平均得点は一元配置分散分析により行った。その結果，「受容性」因子に有意差を認めた（F（2,463）=3.891，p＜0.05）。自己イメージの6因子のそれぞれを構成する項目の平均得点を臨床経験年数別に図2に示した。平均得点が高いほどその因子の表す傾向が強いことを示している。「自主性」「魅力的」「繊細さ」因子は，臨床経験年数15年以上の者の平均得点が高かったが有意差は認められなかった。「社交性」因子は臨床経験年

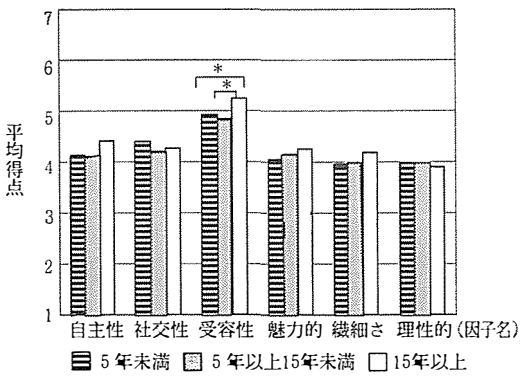



図2　経験年数別自己イメージ因子平均得点の比較

数５年未満の者の平均得点が高かったが有意差は認められなかった。「理性的」因子は臨床経験年数による相違は認められなかった。「受容性」因子は臨床経験年数15年以上の平均得点が最も高く，15年以上の者は５年未満（$t=2.31$, $df=321$, $p<0.05$）および５年以上15年未満（$t=2.64$, $df=263$, $p<0.05$）との間に有意差を認め，15年以上の臨床経験者の得点が有意に高かった。

## 考　察

学習会への参加者は年代では20歳代が最も多く，年代が高くなるとともに減少していた。臨床経験年数では，15年以上が最も多く，次いで３年未満であった（表２）。20歳代に参加者が多いことは，若い年代に対しても調査研究の能力が求められ，また自らの欲求もあり[1]，さらに学生時代に学習した研究方法論を再度学習し，臨床の現場で活かしたいとの思い[4]があるものと考える。さらに，医療の高度化や多様な健康問題を有する患者への質の高い看護活動など，急激な社会の変化に応じた専門的知識や技術を応用する力をつけ，専門性を高めていく方法の一つとして研究能力を高めることの必要性に対する周囲の期待も大きいものと考えられる[12]。また，臨床経験年数15年以上の参加者が多いことについては，彼らの多くが中間管理職や指導的・教育的役割を担い，経験の短い者からの相談を受ける機会が増加[13]するなど，職務上の要求や解決すべき課題も多く，これらの課題を解決するための一つの方法として，研究能力を高める必要性が生じて参加していることが考えられる。

看護婦としての自己イメージは，「自主性」「社交性」「受容性」「魅力的」「繊細さ」「理性的」の６因子が抽出された（表３）。看護婦は医療サービスを提供する専門職として，チームを組んで仕事を遂行し，患者やその家族と対峙し，刻々と変化する患者の状況に対して適切に看護業務を実施することが求められている。そのためには冷静に理論的に，かつ主体的に必要な判断を行い，他のスタッフと協働しながらも自主的に行動することが要求される。また，患者の話をじっくり聞き，患者や家族の立場に立って話をする細やかな配慮ある対人関係を取るための技術も身に付け[14・15]，看護活動をおこなっていく必要がある。本研究で看護婦としての自己イメージとして抽出された６因子は，このように理論的知識と経験的知識を統合し看護活動を行っていくのに必要な因子であると考えられる。この因子の中でも特に，「受容性」因子は，40歳代以上の者の得点が高く，臨床経験では15年以上の者の得点が高かった。つまり，患者の話をじっくり聞き，患者がどのようなことに心を痛めているか，また家族の思いなどへも配慮した受容的な対応ができる姿勢は，看護において基本的な援助技術ではあるが，患者の個性の尊重やその時々の場面の状況を判断しながら対応しなければならないといったことは経験を積み上げ，幅広い体験をした年齢の高い看護婦の方により深く体得されているものと考えられる。一方，経験の浅い看護婦は，職務内容に慣れ職場の良好な人間関係を構築する[16・17]ために，まず対象の理解や対人関係を作り上げること[18]や医療チーム内の相互理解や信頼関係の構築のために[19]注意が払われ，患者に対して受容的な関係を構築するまでにはまだ時間を要することが考えられた。しかし，他の５因子に比べて「受容性」因子は，全ての年代，臨床経験年数で平均得点が最も高く示されたことは，日ごろから看護婦として看護活動の中で常にこのことを意識して患者や家族に接していることの表れと考えられる。

## ま と め

以上，述べたように，年代や臨床経験年数によって明らかな相違が認められた自己イメージの因子は，「受容性」因子のみであった。このイメージ

は，看護婦として患者との関係の中で支持的，共感的に関わる職務経験により形成されることが明らかであった。また，「自主性」「社交性」「魅力的」「繊細さ」「理性的」の自己イメージは医療サービスを提供する専門職業人に必要な因子として，職業適性を示す自己イメージが形成されていたと考えられる。このような傾向は専門職業人となるための専門教育の影響も大きく関与し，すでに看護学生のときから他専攻の学生よりも強く意識されており[20,21]，就業後もこのような傾向は引き継がれて行くことが本研究からも明らかとなった。Super[22]は職業心理学の中において自己概念と職業活動とが相互に影響し合う中で個人の職業上の発展としてのキャリア発達がなされ，それがまた個人の適応を推し進めるとしており，これらのことが職業人としての自己イメージにも影響を与えていることがわかった。

## 要　旨

本研究では看護婦の経験がどのように専門職業人の意識に影響を及ぼしているのか，自己概念の一つである自己イメージについて臨床経験年数と年代の関係から調査した。

学習会への参加者は年代別には20歳代（21.1%）が最も多く，臨床経験年数別では臨床経験年数15年以上が最も多かった。自己イメージは「自主性」「社交性」「受容性」「魅力的」「繊細さ」「理性的」の6因子が示された。年代別および臨床経験年数別の比較において，「受容性」因子に有意差を認め，高年齢群で高く，臨床経験年数15年以上に高くなっていた。

## Abstract

A study on the influence of clinical experience on nurse career development, as viewed from the self-evaluation of ability, and in the context of self-image.

Subjects who participated in this study ranged in age from their 20's (21.1%) to their 50's, most of them having experience of more than 15 years.

Six factors were extracted from factor analytic studies of self-image.
The factors were: independence, sociability, receptiveness, competence, sensitivity, and rational.

Based on comparison of the age groups and the number of years of clinical experience, the receptiveness factor showed a significant difference. The factor showed higher scores for both the older age group, and for those with more than 15years of clinical experience.

## 引用・参考文献

1）日本看護協会：日本看護協会調査研究報告，1997年看護職員実態調査No54，63－68，196－199，1999

2）菊地昭江，原口唯司：看護専門職における自律に関する研究，看護研究Vol. 30，No4，23－34，1997

3）斉藤千代，飯豊祥子他：経験年数別階層区分に基づく看護職の現実的課題と展望，第21回日本看護学会論文集，看護管理，156－162，1990

4）杉下知子，交野好子：臨床看護者が看護研究に取り組む姿勢，看護展望，Vol. 19，No.745－52，1994

5）若林 満 他：キャリア発達と職業自己像－女

性専門職の場合－，名古屋大学教育学部紀要，29:137－155，1982

6）Graen, G. B.: Role-making processes within complex organizations. In M.D. Dunnette (ed.), Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally, 1976

7）Wanous, J.P.: Organizational entry: Recruitment, selection, and sociali-zation of newcomers. Reading Mass.: Addison-Wesley, 1980

8）Osgood, C, E, and et al.: The Measurement of Meaning Univ. of Illinois' s Press. Urbana, 1957

9）岩下豊彦：SD法によるイメージの測定．その理解と実施の手引き，川島書店，1983

10）井上正明・小林利宣：評価技法としてのSD法の意義とその用い方（その2）－形容詞対の尺度構成の方法－，指導と評価，31(10)：41－44，1985

11）鹿内啓子他：女子大生の社会的・職業的役割意識の形成過程に関する研究－性役割タイプと自己能力を中心として－，名古屋大学教育学部紀要，29: 101－136，1982

12）日本看護協会：日本看護協会調査研究報告，1997年看護職員実態調査No54，63－68，192－195，1999

13）大隅悦子，西田直子他：京都市内の国公立病院における看護研究活動の現状－活動状況および環境条件を中心に－，第30回日本看護学会論文集，看護管理，119－121，1999.

14）石渡祥子，臼井洋子他：20代ナースの経年別にみるキャリア形成過程（その3）第28回日本看護学会論文集，看護管理，233－236，1997

15）田渕康子，岡本久美他：新人看護の人間関係に関する調査，第28回日本看護学会論文集，看護管理，113－115，1997

16）柳沢悦子：看護実践能力の獲得に関する研究（その2），日本看護科学会誌 Vol. 14，3，360－361，1994

17）池内佳子，阿曽洋子他：新卒看護婦の就職5年間における自立過程から見た継続教育の検討，看護展望 Vol.25，No 5，26－37，2000

18）本田多美江：『看護の専門的能力』の視点からみた院内教育ニーズの分析－N系病院における看護婦の調査から－．日本看護科学会誌，20(2)：29－38，2000

19）菊池昭江：看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連－臨床経験年数ごとにみた比較．看護研究，32(2) 92－103，1999

20）若林 満，後藤宗理他：職業レディネスと職業選択の構造－保育系，看護系，人文短大生における自己概念と職業意識との関連－．名古屋大学教育学部紀要，30: 63－98，1983

21）木村留美子，和田丈子 他：現在の Attachment である Internal Working Model（IWM）と職業指向の関係について．母性衛生，41(1)：11－15，2000

22）Super, D, E.: The psychology of careers. New York: Harper. 1957. 日本職業訓練協会訳：職業生活の心理学．誠心書房．1960

〔平成13年11月5日受　付
平成14年2月3日採用決定〕

－原　著－

# 経管栄養施行例における経鼻胃管，接続管の細菌学的調査

## Survey of Bacterial Flora in Nasogastric and Joint Tubes of Patients Receiving Nasogastric Tube Feeding

塩原真弓[1)]　佐伯由香[2)]　井上都之[2)]
Mayumi Shiohara　Yuka Saeki　Satoshi Inoue

キーワード：経鼻胃管栄養，細菌定着，感染予防
nasogastric tube feeding, bacterial colonization, infection control

## Ⅰ．緒　言

経静脈栄養法と並んで重要な栄養補給法の1つとなっているものに経管栄養法がある。この栄養法は，外科領域の術前の健康管理，術後の創の保護や安静などを目的として幅広く用いられており，特に脳外科領域においては，脳血管障害後遺症のために嚥下障害を伴う患者の多くに適応されている。その経管栄養法で使用される経鼻胃管は，細菌が常在している鼻腔から■腔内，咽頭部，食道を通って胃内へ挿入，留置されること，管内に栄養に富んだ物質が注入されること，生体内に留置されるため管内の温度が37℃前後に保たれていることなどの理由から感染経路になる可能性が高い。また胃管自体が細菌の定着の場となりやすい[1)]ことから感染源になる可能性が高い。しかも本来ならば，胃内には強酸性（pH1～2）の胃液が分泌され，細菌の腸管への侵入を防いでいるが，加齢に伴う胃液分泌の低下や，制酸剤などの薬剤が処方される機会が多いこと，経管栄養食のpHが6～7と高いことにより，経管栄養症例，特に老年者の胃内は胃液pHが高く[2,3)]，非常に細菌が定着しやすい環境になっている。実際，経管栄養施行時の合併症として最も多い下痢の原因として，成分栄養剤の内容，浸透圧や注入速度のほか，細菌感染[1)]や菌交代症のような腸内細菌叢の変化[4)]が指摘されている。その他経鼻胃管の留置と関連がある感染症として，胃食道逆流により誘発された呼吸器感染症の発症も報告されている[5)]。このように経管栄養施行に際し，様々な感染が起こる可能性が考えられるが，その予防に関する研究はあまり見あたらない。さらに経管栄養法で使用される物品はすべてディスポーザブル製品であるが，経済的な理由により[6)]多くの病院で繰り返し使用しているのが現状である。またディスポーザブル製品であるために，物品の使用回数や消毒方法についての基準がなく，各病院で手探り状態である。

そこで今回，経管栄養施行時の感染予防について考察することを目的として，脳外科に入院中の経管栄養施行例を対象に経鼻胃管，および経鼻胃管と経管栄養ボトルをつなぐ接続管内の細菌学的調査を行い，定着の程度，感染経路，および$H_2$ブロッカー使用の有無，胃液のpHなどの関連因子について検討した。

1）長野県看護大学大学院　Graduate school, Nagano College of Nursing
2）長野県看護大学　Nagano College of Nursing

## Ⅱ．方　法

### 1．調査期間

1999年10月4日～11月1日

### 2．対　象

対象は長野県南部にあるS総合病院脳外科病棟に入院中の経鼻胃管および胃瘻による経管栄養施行中の患者のうち，家族から同意が得られた13名であった。（表1）

### 3．管類および経管栄養食の管理について

S病院処置マニュアルに従って管類，経管栄養剤の管理を以下のように行った。

経管栄養には，経鼻胃管（8Fr，120cm，不可塑塩化ビニール製，argyle®，日本シャーウッド），経鼻胃管と経管栄養ボトルをつなぐ接続管（以下，接続管）（150cm，塩化ビニール製，ニプロ輸液セット（EDⅠ（elemental diet）ボトル用），ニプロ），経管栄養ボトル（ポリエチレン製，ニプロ経腸栄養セット，ニプロ）を用いた。経鼻胃管は，使用期間を1ヶ月としているディスポーザブル製品であるが，自己抜去等の理由により使用期間が短い場合には，水洗い後，再挿入した。ただし，管の変形により再挿入が困難な場合は，使用期間に関係なく新しい管に交換した。管の挿入は看護師が行った。

接続管は，経管栄養ボトルと共に，毎日1回昼食後に0.01%次亜塩素酸ナトリウム（ミルトン®）で1時間消毒して，自然乾燥させ再利用した。交換は一週間ごとに行った。

経管栄養ボトルは，個人使用である。

経管栄養剤は1kcal/mlになるよう栄養科で調整後，注入直前に病棟へ送られ，看護師により注入された。注入速度は100ml，15分程度を目安とし，患者の症状に応じて決定した。また注入後シリンジを用いて経鼻胃管内に白湯30mlを通し，管内の経管栄養食の残存を防いだ。

### 4．調査方法

経鼻胃管の症例については経鼻胃管内と接続管内，胃瘻の症例については接続管内の細菌定着の有無を調べた。また胃液のpHは両症例で測定した。さらに経鼻胃管留置中の$H_2$ブロッカー（消化性潰瘍治療薬）の使用の有無についても調査した。

経鼻胃管，接続管は抜去，交換後氷冷保存し，菌の採取は24時間以内に行った。経鼻胃管の菌の採取箇所は，経鼻胃管留置場所が胃内，胃内～噴

表1　対象の基本属性

| 症例 | 性別 | 年齢 | 病名 | 栄養剤投与経路 | MRSA定着 | $H_2$ブロッカー使用 | 収集した経鼻胃管 | 収集した接続管 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 男性 | 79 | 右視床出血，脳室穿破 | 経鼻＋胃瘻 | | （＋） | 2 | 1 |
| B | 男性 | 82 | 脳梗塞 | 胃瘻 | | | | 4 |
| C | 男性 | 73 | 痙攣，右皮質下出血 | 経鼻 | | | 1 | 1 |
| D | 男性 | 85 | 脳挫傷 | 経鼻 | （＋）痰 | | 2 | 1 |
| E | 男性 | 75 | 脳梗塞 | 経鼻 | | （＋） | 4 | 3 |
| F | 女性 | 75 | クモ膜下出血 | 経鼻＋胃瘻 | | | 1 | 4 |
| G | 女性 | 83 | 脳梗塞 | 経鼻 | | （＋） | 2 | 2 |
| H | 女性 | 78 | クモ膜下出血 | 経鼻 | （＋）痰 | | 1 | 4 |
| I | 女性 | 76 | 左混合型出血 | 経鼻 | | | 2 | 2 |
| J | 女性 | 74 | 脳内出血，左皮質下出血 | 胃瘻 | | | | 4 |
| K | 女性 | 76 | 脳内出血，右皮質下出血 | 経鼻 | （＋）痰 | | 1 | 1 |
| L | 女性 | 72 | 脳腫瘍再発 | 経鼻 | | | 2 | |
| M | 女性 | 81 | 脳梗塞 | 経鼻 | （＋）痰 | | 1 | 4 |

門部，食道内に相当する先端から10cm，15cm，20cmの3カ所とした。また接続管の菌の採取箇所は，経鼻胃管接続部先端から20cm，40cm，60cm，80cmの4カ所とした。経鼻胃管内容物を除去するため，菌の採取直前に滅菌水5mlを管内に流した。菌の採取はふき取り法を用いた。管表面を消毒用エタノールで消毒し，滅菌したはさみで管を切りながら，滅菌綿棒を用いて経鼻胃管内をふき取った。胃液は早朝の経管栄養施行前に経鼻胃管を通して採取した。胃液はpHメーター（HORIBA,M-13）を用いてpHを測定した後，2％NaOHを加えてpH7.0に調整し，0.1mlを培地全体に接種した。

細菌学的検査はすべて37℃で好気性培養を行った。24時間培養後，コロニー数の算定及び菌種の同定を行った。細菌の培養には羊血液寒天培地（日水，226.8cm²）を用い，24時間培養後，培地に生育したコロニー数をカウントした。その後，色や形状の異なる独立したコロニーを1つ，改めて血液寒天培地に塗沫し，24時間培養後，溶血性の観察，およびグラム染色して検鏡した。同時にカタラーゼテスト，オキシダーゼテストを行った。さらにグラム陽性ブドウ状でカタラーゼ陽性球菌は，卵黄加マンニット食塩培地（日水）に植え，マンニット分解性及びレチシナーゼ反応を観察した。その結果*Staphylococcus aureus*と同定された菌については，さらにディスク法（Kirby-Bauer法）による薬剤感受性試験を行った。この試験には感性ディスク用培地（日水）を用い，KBディスク® '栄研' オキサシリンに耐性のある*S. aureus*をメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（以下，MRSA）と同定した。その他のグラム陽性ブドウ球菌の同定にはID-Test®・SP-18 ラピッド（日水）を用いた。グラム陰性桿菌で乳糖発酵性菌はID-Test®・EB-20ラピッド（日水）を，乳糖非発酵性菌はID-Test®・NF-18ラピッド（日水）を用いて同定を行った。グラム陰性球菌の同定には，ID-Test®・HN-20ラピッド（日水）を用いた。

### 5．統計学的解析

データ分析にはSPSS統計パッケージを使用した。コロニー数の比較にはWillcoxon順位和検定を，菌株数の比較には$\chi^2$検定を用いた。平均値は経鼻胃管，もしくは接続管1本あたりの平均を示した。統計的有意性の検討においては，$p<0.05$を有意とした。

## Ⅲ．結　果

### 1．対象患者の属性

対象患者の基本属性を表1に示した。対象患者の平均年齢は77.3±4.1歳（76～85歳），性別では，男性5人，女性8人であった。栄養剤注入経路は，経鼻胃管栄養9例，胃瘻栄養2例，最初経鼻胃管栄養で途中から胃瘻栄養が2例であった。

### 2．経鼻胃管からの検出菌

収集した19本の経鼻胃管からの検出菌を表2に示した。検出菌株数の合計は59株で，グラム陽性菌は29株（49.2％），グラム陰性菌は30株（50.8％）であった。

グラム陽性菌はすべて球菌で，*S. aureus*が13株（44.8％）と最も多かった。さらにそのうち9株がMRSAであった。グラム陰性菌はすべて桿菌で，最も多かったのは*Acinetobacter baumannii*であった。

採取箇所によるコロニー数および菌株数に有意差は認められなかった（表2）。

### 3．経鼻胃管留置期間別検出菌

経鼻胃管の留置期間は0.5日～7日が9例，8日～14日が3例，15日以上が7例で，留置期間の平均は12.6±10.2日（0.5～34日）であった。

コロニー数，菌株数は留置期間による有意な相違は認められなかった（表3）。

表2　経鼻胃管からの検出菌と菌株数

| 先端からの距離(cm) | | 10 | 15 | 20 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| グラム陽性球菌 | *S. aureus* | 3 (2) | 4 (3) | 6 (4) | 13 |
| | CNS | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | *Micrococcus* spp. | | 1 | 2 | 3 |
| | *Streptococcus* spp. | 5 | 1 | 1 | 7 |
| | *Aerococcus* spp. | 1 | 1 | | 2 |
| | 計 | 11 | 8 | 10 | 29 |
| グラム陰性桿菌 | *A. baumannii* | 1 | 4 | 4 | 9 |
| | *P. aeruginosa* | 2 | 4 | 1 | 6 |
| | *P. fluorescens* | 1 | | | 1 |
| | *B.cepacia* | 3 | 2 | 2 | 8 |
| | *S. maltophilia* | 1 | 1 | | 2 |
| | *Sphingomonas* spp. | | | 1 | 1 |
| | *K. oxytoca* | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | 計 | 9 | 12 | 9 | 30 |

CNS: Coagulase-negative staphylococci

（ ）内は*S.aureus*のうちMRSAの菌株数を示す

表3　経鼻胃管からの検出コロニー数，菌株数

| | | 0.5〜7日 n=9 | 8〜14日 n=3 | 15日〜 n=7 | 合　計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 先端からの距離（cm） | | | | | |
| 10 | コロニー数 | 58 ( 6.4) | 26 ( 8.7) | 314 (44.9) | 398 (20.9) |
| | 菌株数 | 10 ( 1.1) | 3 ( 1.0) | 7 ( 1.0) | 20 ( 1.1) |
| 15 | コロニー数 | 90 (10.0) | 21 ( 7.0) | 160 (22.9) | 271 (14.3) |
| | 菌株数 | 11 ( 1.2) | 3 ( 1.0) | 6 ( 0.9) | 20 ( 1.1) |
| 20 | コロニー数 | 85 ( 9.4) | 13 ( 4.3) | 207 (29.5) | 305 (16.1) |
| | 菌株数 | 9 ( 1.0) | 5 ( 1.7) | 5 ( 0.7) | 19 ( 1.0) |

（ ）内は経鼻胃管1本当たりの平均を示す

### 4．$H_2$ブロッカー使用の有無と経鼻胃管からの検出菌

経鼻胃管留置中に$H_2$ブロッカー非使用の7例と$H_2$ブロッカー使用の3例について経鼻胃管から検出された菌のコロニー数を比較した。それぞれの管1本あたりのコロニー数の平均は$H_2$ブロッカー非使用群9.4±15.0個，$H_2$ブロッカー使用群4.7±7.3個で，$H_2$ブロッカー非使用群でコロニー数がやや多かったが，有意差は認められなかった（図1）。

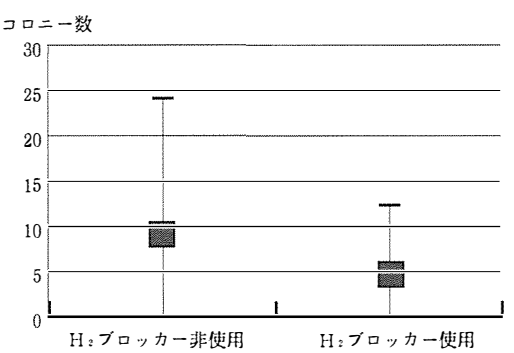



図1　$H_2$ブロッカー使用の有無と細菌コロニー数の比較
経鼻胃管1本あたりの平均±標準偏差を示す

### 5．接続管からの検出菌

収集した31本の接続管からの検出菌を表4に示した。検出菌株数の合計は72株でグラム陽性菌12株（16.7%），グラム陰性菌は60株（83.3%）であった。

グラム陽性菌はすべて球菌で，最も多かったのは*S. aureus*であった。MRSAは検出されなかった。グラム陰性菌はすべて桿菌で，最も多かったのは*Stenotrophomonas maltophilia*であった。

採取箇所別による検出菌株数，およびコロニー数に差は認められなかった。

### 6．胃液のpHと細菌

胃液は1週間に1回採取する予定であったが，ほとんどの患者で胃液が採取できなかったため，胃液が採取できた4例について，胃液のpHならびに培養結果を表5に示した。平均pHは3.4±2.4であった。胃液の培養ではpH 4.0であった1例を除く3例から細菌が検出された。

### 7．経鼻胃管と接続管

経鼻胃管と接続管から検出された菌種について比較した（表2，4）。経鼻胃管はグラム陽性菌が49.2%（29/59），グラム陰性菌が50.8%（30/59）と，グラム陽性菌，陰性菌がほぼ半分の割合で検出されたのに対して，接続管ではグラム陽性菌が16.7%（12/72），グラム陰性菌が83.3%（60/72）で，両者の間に有意差が認められた（$p<0.01$）。

### 8．下痢と検出菌

調査期間中，下痢が起こったのは3例で，その

表4　接続管からの検出菌と菌株数

| 先端からの距離（cm） | | 20 | 40 | 60 | 80 | 合　計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| グラム陽性球菌 | *S. aureus* | 2 | 1 | | 1 | 4 |
| | *S. epidermidis* | 1 | | 1 | | 2 |
| | CNS | | 2 | 1 | | 3 |
| | *Micrococcus* spp. | | 1 | 1 | | 2 |
| | *Streptococcus* spp. | | | | 1 | 1 |
| | 計 | 3 | 4 | 3 | 2 | 12 |
| グラム陰性桿菌 | *A. baumannii* | 1 | 1 | 2 | 3 | 7 |
| | *Acinetobacter* spp. | | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | *P. putida* | 2 | 1 | | 2 | 5 |
| | *P. fluorescens* | | | 2 | 1 | 3 |
| | *P. aeruginosa* | | 1 | | 1 | 2 |
| | *Pseudomonas* spp. | 1 | 2 | 1 | | 4 |
| | *B. cepacia* | 3 | 1 | 1 | 2 | 7 |
| | *S. maltophilia* | 1 | 2 | 2 | 3 | 8 |
| | *Sphingomonas* spp. | | | 2 | 1 | 3 |
| | *C. meningosepticum* | 1 | 2 | 1 | | 4 |
| | *Flavobacterium* spp. | 2 | 1 | 2 | | 5 |
| | *Actinobacillus* spp. | | 1 | | | 1 |
| | *E. cloacae* | | 1 | | | 1 |
| | *Enterobacter* spp. | | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | *K. oxytoca* | | | | 1 | 1 |
| | *K. pneumoniae* | 1 | | | | 1 |
| | *Leminorella* spp. | 1 | | | | 1 |
| | 計 | 11 | 13 | 12 | 12 | 60 |
| カ　ビ | | 1 | | | | 1 |

CNS: Coagulase-negative staphylococci

表5　胃液からの検出菌

| 症例 | 胃液pH | コロニー数 | 検　出　菌 |
|---|---|---|---|
| A | 4.0 | 0 | |
| F | 1.4 | 8 | CNS |
| | | | *S. maltophilia* |
| H | 6.6 | 347 | *B. cepacia* |
| J | 1.7 | 145 | *Micrococcus* spp. |
| | | | *S. maltophilia* |

CNS: Coagulase-negative staphylococci

うち1例からは細菌性下痢の起因菌となる*S. aureus*が経鼻胃管，接続管の両方から検出された。

### 9．呼吸器感染症と検出菌

1例の接続管より肺炎の起因菌となる*Klebsiella pneumoniae*が，2例の経鼻胃管，2例の接続管，1例からは経鼻胃管，接続管の両方から*S. aureus*が検出された。

## Ⅳ．考　　察

経管栄養法で使用される経鼻胃管は，その挿入経路から押し込み感染や留置による誘導感染といった様々な感染経路になる危険性を持っている[7]。そこで今回，脳外科に入院中の経管栄養施行症例を対象に経鼻胃管，および接続管内の細菌学的調査を行い，経管栄養施行時の感染予防について考察を行った。

### 1．経鼻胃管，接続管の定着について

経鼻胃管は，採取箇所の違いによりコロニー数，菌株数とも有意差が認められなかった（表2）。また留置期間別に採取箇所別の細菌のコロニー数，菌株数と比較したが，有意差は認められなかった（表3）。以上より経鼻胃管は，その場所や留置期間に関係なく細菌が定着し，管内が細菌の培地になりやすいと考えられる。本調査では細菌の採取は先端部から20cmまでとしたが，体内に留置されている先端部から60cmまでは，管内の温度が37℃前後に保たれていること，管内に栄養物が注入される等の理由により，管内の細菌定着が予想される。重松ら[1]は留置期間が15日以上になると経鼻胃管の外側，特に胃内に相当する先端部で菌株数が増加傾向を示したと報告している。本調査では経鼻胃管先端から10cmが胃内に留置していると考えられるが，そのような傾向は見られなかった。その理由として採取箇所が先端と先端から10cm，管の外側と内側と異なること，さらに外側先端の場合，抜去時に咽頭部や鼻腔などの粘膜に触れる可能性があることから，このような異なる結果が得られたと考えられる。

経鼻胃管内の細菌の定着を防ぐためには，管内を清潔に保つことが最も重要である。経管栄養剤注入後や薬剤の注入後は栄養剤，薬剤が経鼻胃管内に残留しないよう，洗い流しを徹底させる必要がある。一般的に，管内の洗い流しに使用されるのは白湯[8]，湯か番茶[9]などである。アメリカでは，生理食塩水[10]，水[11]，お湯[12]，コーラやクランベリージュース[13]等も使用されている。近年では茶およびカテキンが多くの腸管感染症起因菌[14]やMRSA[15]などに広く抗菌スペクトルを示すことが報告されている。したがって経鼻胃管内の洗い流しに，単に白湯，水だけでなくカテキンを多く含む緑茶を使用することも有効だろう。洗い流しに何を使用するかについては，今後の検討課題である。

また本調査において経鼻胃管から検出された13株の*S. aureus*のうち9株がMRSAであった（表2）。MRSAが検出された4例の患者は，調査開始時は痰，便等からMRSAは検出されていなかった。逆に調査開始時，痰からMRSAが検出されていた4例の患者のうち，胃癌患者を除く3例の経鼻胃管からはMRSAは検出されなかった。このような矛盾した結果となった要因として，1つは病棟でのMRSAの検査は本調査直前に行われたものではないため，本調査の開始時点で

MRSAが定着していた可能性が考えられる。経管栄養施行例は，経鼻胃管の留置によって鼻腔および咽頭部に圧迫や摩擦が加わり炎症が起こることが多く，細菌感染を起こしやすい状態であり，前■の検査の後で感染した可能性も考えられる。また*S. aureus*の細胞表■は疎水性が高く，カテーテルのような疎水性の高い高分子重合体に付着しやすいという性質も影響していると考えられる。従って，病棟での定期的な検査で*S. aureus*が検出されなくても，経鼻胃管を留置している患者すべてに*S. aureus*が定着する可能性がある。*S. aureus*は健常者の鼻腔，咽頭から検出されることもあり，免疫機能が正常な健常者においては常在菌として振る舞うことがほとんどである。しかし経管栄養施行例，特に脳外科病棟では麻痺により寝たきりの高齢者，いわゆるcompromised hostが多く，身体の清潔保持が困難，低栄養状態，嚥下障害，経鼻胃管の留置等の理由[16]から，鼻腔，咽頭等に*S. aureus*が定着しやすく，様々な感染症を引き起こす可能性が高い。特にMRSAは多くの抗生物質に耐性を持ち，1度感染すると治療が難しいため，定着した段階ですみやかに除菌する必要があるのではないだろうか。

接続管は，採取箇所の違いによりコロニー数，菌株数ともに有意差は認められなかった（表4）。よって接続管も経鼻胃管と同様に細菌が定着し，管内全体が細菌の培地になりやすいと考えられる。接続管は毎日1時間，0.01%次亜塩素酸ナトリウム（ミルトン[20]）による消毒が行われていたにもかかわらず，多くの細菌が検出された。臨床では様々な消毒薬が使用されるが，次亜塩素酸ナトリウムは広い抗菌スペクトルを示し，安価で速効性があるため，非金属の医療器具の消毒に用いられている。次亜塩素酸ナトリウムは今■の調査で検出された細菌のいずれに対しても有効とされており[7]，正しい使用によっては十分な消毒効果が期待できると考えられる。具体的には，正確に濃度調整を行うこと，管内の付着物を除去すること，シリンジを用いて管内全体に消毒薬がいき渡るようにすることといった基本的な手技の徹底，消毒時間の厳守などが挙げられる。

## 2．経鼻胃管と接続管の細菌の侵入経路について

経鼻胃管と接続管の検出菌を比較すると，経鼻胃管はグラム陽性菌・陰性菌がほぼ1：1の割合で検出されたのに対して，接続管では1：5の割合で，検出菌種に大きな違いが認められた（表2，4）。また接続管については経鼻胃管群，胃瘻群に分け，その検出菌を比較したが，有意差は認められなかった。以上のことから，経鼻胃管と接続管では細菌の侵入経路が異なっていると考えられる。

経鼻胃管の細菌の侵入経路として考えられるのは，その挿入経路の常在菌の押し込みである。本調査でもヒトの咽頭や鼻腔，皮膚などに存在する*Staphylococcus*属や，口腔内の常在菌である*Streptococcus*属が経鼻胃管から検出されている（表2）。また松浦ら[3]は，口腔内貯留液と胃液から共通の菌株を検出しており，経鼻胃管挿入による鼻腔内，口腔内細菌の胃内への押し込みの可能性が示唆される。したがって看護師は経鼻胃管挿入中の患者を看護する際には，経鼻胃管内や，胃内への細菌の押し込みを防ぐことが重要であろう。特に挿入前ならびに挿入する際はもちろんのこと，経鼻胃管留置中の鼻腔内，口腔内の清潔保持は押し込み感染や誘導感染の予防に重要な因子であると考えられる。イソジン[13]ガーグル[17]や緑茶[18]，梅酢[19]での含嗽，清拭によって口腔内の細菌数が低下したと報告されているので，これらの使用も■腔内の清潔を維持する方法の1つであると考えられる。また木山ら[20]はいったん歯垢を完全に除去した後に，歯垢抑制効果が高いとされるグルクロン酸クロルヘキシジンの併用による簡単な口腔ケアで■腔内の清潔保持が可能であることを報告

している。また経鼻胃管の細菌の侵入経路としては，洗い流しに使用するシリンジの細菌定着が考えられる。残念ながら本調査ではシリンジの細菌学的調査は行っていないため，この因子との関連性については明らかにすることはできなかったが，消毒や滅菌された清潔なシリンジを使用することが感染予防につながると考えられる。

接続管の菌の侵入経路として考えられる要因は経管栄養食そのものや，経管栄養ボトルの細菌定着である。接続管は洗浄後，自然乾燥させているが，この方法では接続管の構造上，管内を完全に乾燥させることはできない。したがって，洗浄では除去できなかった細菌，特に浸潤した環境で増殖するグラム陰性菌が多く検出されたと考えられる。本調査では経管栄養剤，経管栄養ボトルの細菌学的調査はおこなっていないためこれらの因子について検討することはできなかった。しかし経管栄養ボトルは接続管と同様に，毎日次亜塩素酸ナトリウム(ミルトン®) で消毒されている。木之下ら[21]は経管栄養ボトルの洗浄方法別に細菌数を比較し，繰り返しの使用でも病原性のある菌は検出されず，ミルトン®を使用した洗浄が手軽で安全であると報告している。よって，経管栄養ボトルも，接続管同様，消毒剤を正しく使用することによって消毒効果が得られるだろう。

### 3．胃液と検出菌

胃液は1日に1～3 ℓ分泌され，塩酸を含むためpH 1.5～2.0の酸性という性質を持つ。この胃液は，胃内に侵入した細菌を殺菌し，腸内への細菌の侵入を防ぎ，生体にとって重要な感染防御機構の1つを担っている。よって経鼻胃管挿入時に挿入経路に定着している細菌が胃内に押し込まれても，ほとんどの細菌が胃内で増殖することはない。しかし経管栄養施行例では，種々の要因により，胃液のpHが高くなり，胃内での細菌増殖が起こる可能性が高い。本調査においても胃液のpHはこれまでの報告[2,3]と同様に，通常に比べて高い例もあり，平均pHは3.4であった（表5）。胃液のpHが3.5を超えると，胃内にグラム陰性桿菌が繁殖することは多くの報告で認められており[2,3]，さらに呼吸器感染症の発生と重要な関連があることが報告されている[5]。本調査において胃液の培養を行い，検討した結果pH 2以下の強酸の胃液からもグラム陰性桿菌が検出された（表5）。したがってpH 2以下の胃液中でも細菌が生存していると考えられる。また逆にpH 4.0でも細菌が検出されない例があった。本調査では胃液の採取数が少ないこともあり単純に胃液のpHと細菌との関連については結論づけることができず，今後の課題と思われる。

経管栄養施行例の胃液のpHが高くなる要因についてはまず$H_2$ブロッカーの投与が考えられる。経管栄養施行中の患者は，消化管出血予防や消化管潰瘍の治療のために$H_2$ブロッカーが投与されることが多い[3]。この$H_2$ブロッカー投与による胃液のpHの上昇および胃内細菌の増殖に関して多くの報告が見られ[2,3]，安易な$H_2$ブロッカー投与は控えるべきであるとも言われている[3]。本調査では$H_2$ブロッカー投与の有無による経鼻胃管からの検出菌数の差は認められなかった。これは$H_2$ブロッカー非使用者の胃液pHがすでに高かったためかもしれない。本調査では胃液の採取数が少なく，$H_2$ブロッカー投与の有無による胃液pHの比較はできなかったが，胃液pHが高かった理由として，本調査の対象が全員高齢者であったことから，加齢による胃液分泌機能の低下が考えられる。

また本調査で胃液が採取できなかった原因は，経鼻胃管の先端が胃液に到達していなかった，採取時の体位，加齢および経口摂取の減少による胃液分泌の減少などの可能性が考えられる。

### 4．下痢の有無と検出菌

下痢を起こした3例のうち，1例から下痢の起因菌となる*S. aureus*が経鼻胃管，接続管の両方から検出された。この患者は調査1日目に注入経路が経鼻胃管から胃瘻に移行し，その6日後より2回下痢を起こしているが，経鼻胃管による経管栄養法のときからたびたび下痢を起こしていた。胃瘻に移行してから5日目に接続管は新しいものと交換し，その交換後の新しい接続管から*S. aureus*が検出されている。また調査期間中栄養剤の増量以外に，注入方法，速度，栄養剤の種類等の変更，抗生物質の投与はなかった。よってこの症例の下痢は，経鼻胃管由来の*S. aureus*による細菌性下痢の可能性がある。下痢と経鼻胃管の細菌定着との関連について，重松ら[1]の報告では，経鼻胃管留置期間が15日以上の管先端部での分離菌数が増加傾向を示し，下痢症状は65.5%に認められ，細菌定着度との相関関係が示唆されている。また鈴置ら[22]は，2週間に1回の頻度で経鼻胃管を交換し，管先端部に多くの細菌が存在することを報告しており，今後，経鼻胃管の交換頻度の検討も必要であろう。

### 5．呼吸器感染症と検出菌

本調査では経鼻胃管栄養患者1例の接続管から肺炎の起因菌となる，*K. pneumoniae*が，2例の経鼻胃管，2例の接続管，1例からは経鼻胃管，接続管の両方から*S. aureus*が検出されたが，6例の患者全員に，発熱やCRPの上昇など感染の兆候はみられなかった。経鼻胃管の留置は，喀痰排出を困難にさせ，また口腔や咽頭の分泌物の停滞の原因になるだけでなく，胃食道逆流を誘発する可能性が指摘され[5]肺炎の原因として考えられている。

高齢で長期臥床者が多い脳血管疾患を有する患者にとって肺炎は致命的な病気であり，呼吸器感染症の予防は看護上重要である。胃液pHが高く，胃内細菌が多くとも胃食道逆流がなければ呼吸器感染症が成立しないという報告[5]もあり，呼吸器感染症を予防するためには，細菌の胃内への侵入を防ぐこと，そして経管栄養剤注入中だけでなく，注入後も適切な時間ファーラー位を保ち，栄養剤の腸への排出を促し，この胃食道逆流を防ぐことの2つの面からのアプローチが必要であると思われる。

## V．結　　語

脳外科で経管栄養施行中の13例について，経鼻胃管，接続管内の細菌定着と胃液pH，下痢などの他因子との関連，細菌の侵入経路について検討した。経鼻胃管，接続管ともに調査部位全域から細菌が検出され，管内に細菌が定着しやすいことがわかった。また経鼻胃管と接続管からの検出菌では，その菌種に違いが認められ，侵入経路が異なることが示唆された。経管栄養施行に伴う細菌感染予防のためには，経管栄養施行後の管内の洗い流し，使用物品の消毒，胃食道逆流の防止，また経鼻胃管の挿入経路の清潔を保持するための口腔，鼻腔ケアが必要であろう。

## VI．謝　　辞

稿を終えるにあたり，調査にご協力いただきました脳外科病棟スタッフの皆様，患者様，患者様のご家族に深く感謝いたします。

## 要　旨

脳外科病棟で経管栄養法を施行中の13例を対象に経鼻胃管，接続管の細菌汚染調査を行い，経管栄養施行時の感染予防について考察した。経鼻胃管では留置期間に関係なく，管内から *Staphylococcus aureus, Streptococcus* spp., *Pseudomonas aeruginosa* などが検出された。接続管でも同様に管内全体から *S. aureus, Pseudomonas* spp., *Acinetobacter baumannii* などが検出されたことから，経鼻胃管，接続管を介しての感染が起こる可能性が考えられた。また経鼻胃管と接続管からの検出菌種に違いが認められ，細菌の侵入経路が異なることが示唆された。感染予防のためには，管内の洗い流しを徹底するとともに物品の清潔管理，口腔ケア，鼻腔ケアなどの，清潔保持のための看護ケアを効果的に使うことが必要であろう。

## Abstract

This survey was designed to discuss preventing infection in patients who received nasogastric tube feeding. We investigated the microbiological flora in the 19 nasogastric and 31 joint tubes in 13 patients in neurosurgery. Bacteria such as *Staphylococcus aureus, Streptococcus* spp. or *Pseudomonas aeruginosa* were isolated from the nasogastric tube independently of the length of its retention period. In the joint tube, *S. aureus, Pseudomonas* spp. and *Acinetobacter baumanii* were found to be inhabited throughout the tubes. These results show that infection may occur via nasogastric and joint tubes. There were significant differences in the types of bacteria between nasogastric and joint tubes, probably resulting from the difference in the portal of entry. To protect patients receiving nasogastric tube feeding from infection, it can be said that it is necessary for nurses to provide the patients with nursing care effectively such as keeping materials clean, oral or nasal care in addition to thoroughly tube flushing.


## 引用参考文献


1）重松可明，藤田訓也，他：口腔外科臨床における経管栄養チューブに関する臨床細菌学的研究．日本口腔外科学会雑誌，41，48－52，1995.

2）松浦徹，鈴木幹三，他：高齢者経管栄養施行例の口腔内および胃内細菌叢に関する検討．感染症学雑誌，71，397－404，1997.

3）松浦徹，鈴木幹三：老年者の経管栄養と胃内細菌叢．老年消化器病，9，1－5，1997.

4）吉川厚：経管栄養施行時の腸内細菌叢の変動について－特に臨床症状との関連について－．日本臨床外科医学会雑誌，46，1593－1604，1985.

5）小川滋彦，小市勝之，他：経管栄養患者の呼吸器感染症における胃食道逆流の意義－核医学的方法と食道内pHモニタリングの比較－．日本老年医学会雑誌，31，829－834，1994.

6）Oie, S., Kamiya, A. et al: Microbial contamination of enteral solution and its prevention. American Journal of Infection Control, 21, 34－38, 1993.

7）林　泉，塩谷謙司，他：内科領域における消毒剤の臨床応用．川名林治編：感染防止対策と消毒剤ハンドブック，87－96，医薬ジャーナル社，大阪，1994.

8）澤本政子，布川雄一郎：実践看護技術マニュアル．48，医学芸術社，東京，1998.

9）氏家幸子，阿曽洋子：基礎看護技術Ⅱ 第5版．114－118，医学書院，東京，2000.

10) Barbara, K. T.: Fundamental Skills and Concepts in Patient Care (sixth edition). 592－629, Lippincott, Philadelphia, 1996.

11) Barbara, K., Glenora, E., et al.: Techniques in Clinical Nursing (fourth edition). 558－572, ADISION/WESLELY, California, 1993.

12) Teresa, J.: Enteral Nutrition, Anne, G.P., Patricia, A. P.: Clinical Nursing Skills & Techniques (Third edition). 687－713, Mosby, St. Louis, 1994.

13) Carol, T., Carol, L., et al: Fundamentals of nursing The Art and Science of Nursing Care (Third edition). 1149－1210, Lippincott, Philadelphia, 1997.

14) 戸田真佐子, 大久保幸枝,他：日本茶の抗菌作用および殺菌作用について. 日細菌誌, 44, 669－672, 1989.

15) 戸田真佐子, 大久保幸枝, 他：Methicillin resistant Staphylococcus aureus に対するカテキン抗菌・殺菌作用. 日細菌誌, 46, 839－845, 1991.

16) 紺野昌俊：MRSA の疫学, 紺野昌俊編：MRSA 感染症のすべて. 17－79, 医薬ジャーナル, 大阪, 1993.

17) 梅本健三, 鎌田容子, 他：経口挿管患者の■腔ケアの基礎的研究　口腔内イソジンガーグル液噴霧前後の口腔内細菌数. 東京都衛生局学会誌, 101, 160－161, 1998.

18) 佐藤文恵, 杉本かつ枝, 他：口腔ケアに使用する薬剤の比較研究　緑茶と30倍イソジンガーグル液を使用しての比較. 整形外科看護, 2(2), 201－204, 1997.

19) 平尾百合子, 林滋子：梅酢による口腔ケアの有効性の検討. 日本看護学会誌, 8(1), 27－34, 1999.

20) 木山直子, 小西佳織, 他：経管栄養患者に対する口腔ケアの簡略化の試み. 日本歯科衛生士会学術雑誌, 28(2), 56－59, 2000.

21) 木之下珠美, 水越恵美, 他：当院における経腸栄養チューブおよびボトルの洗浄方法・交換時期の検討, 輸液・栄養ジャーナル, 20(9), 768－770, 1998.

22) 鈴置千鶴子, 平沼久乃, 他：看護技術の適正性について　経管栄養に焦点を当てて. 看護52(1), 106－110, 2000.

〔平成13年12月7日受　付
平成14年2月12日採用決定〕

－原　著－

# 青年期女子の社会的スキルに関する研究
## ―Social Skills Inventory を用いた分析―

A Study of Social Skills in Young Women
－Analysis from Social Skills Inventory－

西沢義子[1)]　阿部テル子[1)]　工藤せい子[1)]
Yoshiko Nishizawa　Teruko Abe　Seiko Kudo

花田久美子[2)]　葛西敦子[3)]
Kumiko Hanada　Atsuko Kasai

キーワード：青年期女子，社会的スキル，SSI，コミュニケーション
young women, social skills, SSI, communication

## Ⅰ．はじめに

青年期は自己を確立し，多面的な視点から多くのことを学習し，社会人としての能力を身につけていく時期である。さらに自己の志望する職業に必要な専門的知識と技術を併せて習得していかなければならない重要な時期でもある。他者との関わりが基本となる看護師，保育士や教員は，対人関係が重要となる職業である。特に対象者のニーズを的確に把握するためのコミュニケーション能力は，他者との対応をする上では最も重要である。コミュニケーションにはことばを中心とした言語的方法と表情や行動，動作，姿勢などによる非言語的方法がある。コミュニケーションを成立させるためにはこれらの方法により，送り手と受け手がお互いの意図を伝達し，理解しあえることが必要である。コミュニケーション能力は「円滑な対人関係を築き，それを保持する個人的能力」とされている社会的スキル（social skills）として捉えることが可能である[1)]。社会的スキルの捉え方は様々であるが，樋野[2)]によれば近年では多様な対人行動の特定の目標や状況に限定された具体的行動としてとらえる方法が主流となっている。また，武田[3)]はスキルは単なる技術ではなく，心理社会的能力を表すコンピテンス（competence）も含めた技術として扱っている。人間関係の形成には社会的スキルが密接に関わっている。庄司[4)]は社会的スキルの定義を①学習される，②対人関係の中で展開される，③他者との相互作用の中で個人の目標達成に有効である，④社会的に受容されるとしている。

1）弘前大学医学部保健学科看護学専攻　Department of Nursing, Hirosaki University School of Health Sciences
2）元弘前大学教育学部看護教育学科　(Formerly) Department of Nursing Education, Faculty of Education, Hirosaki University
3）弘前大学教育学部教育保健講座　Department of School Health Sciences, Faculty of Education, Hirosaki University

Riggio[5]は社会的スキルの個人差を測定する尺度としてSocial Skills Inventory（以下SSIとする）を考案した。従来の研究では社会的スキルはコミュニケーションの観点から捉えられていることが多いことから，SSIはコミュニケーションを非言語的情報と言語的情報の2側面に分類し，それぞれの側面に情報の伝達，情報の解読，情報の管理・制御の3つのスキルを設定しており，合計6つの基本的スキルから構成されている。SSIで測定されるのは対人関係における有効なコミュニケーション行動を生み出す認知能力である[6]。

社会的スキルは訓練により獲得されるものであり，児童・生徒を対象としたSST（社会的スキル訓練）が実施されている[7][8][9]。また，看護教育においてもSSTを授業に取り入れ，効果が認められ，社会的スキルが高まれば患者との対人関係においても有効的な関わりを期待することができるとしている[10]。しかし，先行研究では社会的スキルを総合的な1つの指標として示す単一次元的な捉え方をしている場合が多く，構造的に分析した報告は少ない。そこで本研究では社会的スキルをその構成要素である6尺度から多次元的に捉え，対人関係が重要となる職業を志望している青年期女子を対象とし、教育背景および生活背景の側面から分析を試みた。さらに看護学生と他の学生との社会的スキルを比較することにより，看護学生のコミュニケーション能力をより一層高めるためにはどの側面に対するアプローチが必要であるのかも究明することが可能である。

## Ⅱ．方　法

### 1．対　象

調査対象は，青森県内の3年制看護学専攻の短期大学生178名（1～3学年），4年制の教育学部学生270名（1～4学年），2年制保育士養成の専修学校生89名（1，2学年）である。大学生は看護教員，養護教諭，小・中学校教員課程の学生である。全ての調査項目に回答が得られた533名を分析の対象とした。対象者は全て女子であり，平均年齢は20±1.5才であった。有効回答率は99.3％であった。

### 2．調査方法

調査は質問紙を用い，直接または間接配布により回答を求めた。大学生の場合は授業担当教官に調査の趣旨を説明し，配布・回収を依頼した。短期大学生，専修学校生の場合は施設側の承諾を得てから実施した。また，無記名方式であり，個人のプライバシーが漏れることがないこと，研究目的以外には使用しないことを調査用紙に記載した。

社会的スキルについては，Riggio[11]の改訂版SSIを榎野[2]が日本語に訳し，信頼性および妥当性を検証した日本語版SSIを用いた。SSIは情緒的表現性，情緒的感受性，情緒的コントロール，社会的表現性，社会的感受性，社会的コントロールの6つの基本的能力から構成されている。6つの基本的能力について今野[12]の解説を用いれば以下のようになる。情緒的表現性は自己の感情や態度や地位を，非言語的情報を媒介として正確に伝達する能力である。情緒的感受性は他者の感情や態度や地位を，非言語的情報を媒介として正確に解読する能力である。情緒的コントロールは非言語的表出をコントロールする能力であり，極端な感情表出を抑制したり，情緒状態を隠したりする能力である。社会的表現性は自己の感情や態度や地位を，言語的情報を媒介として正確に伝達する能力であり，流暢に会話する能力である。社会的感受性は他者に注意を払い，社会的規範や状況への適切さを解読する能力である。社会的コントロールは言語的表出をコントロールし，様々な社会的役割を演じる能力である。

各尺度15項目，合計90項目の質問があり，非常に当てはまる（5点）から非常に当てはまらない（1点）までの5段階評価を行い，得点は90～450

点となる。各尺度のα係数は0.70～0.87であり，さらにパーソナリティ尺度との相関からも妥当性が検証されている[12]。

また，現代のような少子化，核家族化の家庭においては基本的生活習慣を経験的に学習する機会が少なくなっており，コミュニケーション能力の低下が指摘されている[13]。このような状況は社会的スキルの獲得においても同様であることが推測される。湯川[14]もきょうだいや祖父母は子どもの自立にとって重要な家族としての他者であることを指摘している。そこで，同胞数と出生順位，祖父母との同居経験についても併せて調査した。出生順位は第1子と第2子以降に分類した。ここでの第1子は一人っ子の場合も含めた。

### 3．調査期間

調査は2000年2月に実施した。この時期は1年次の学生では各専攻課程の学習を最低1年間終了した時期である。

### 4．統計解析

解析にあたり，平均値の比較では2群の場合にはF検定を，3群の場合はBartlett検定を行い正規性を確認してから解析をすすめた。2群の比較において正規性が認められた場合にはstudent's unpaired t-testを，正規性が認められなかった場合にはwelch's t-testを用いた。3群の比較にはOne-way Factorial ANOVAを用い，有意差が認められた場合にはFisher's PLSDを用い多重比較を行った。2群間の相関にはピアソンの相関係数を用いた。統計学的有意差は$p<0.05$とした。また，出現率の比較には$\chi^2$-testを用いた。統計解析ソフトにはStatView 5.0を使用した。

## Ⅲ．結　果

### 1．教育機関別の比較

表1に教育機関別SSIスコアを示した。教育機関は専修学校（以下専修校生と略す），短期大学（以下短大生と略す），4年制大学（以下大学生と略す）の3群に分類した。どの教育機関に於ても，各尺度の得点には学年による大差が認められなかったので，学年をプールして分析した。専修校生は社会的感受性が最も高く53.7±6.99，次いで情緒的表現性45.6±7.56であった。短大生も社会的感受性が最も高く53.0±6.92，次いで社会的表現性46.6±9.20であった。大学生も同様に社会的感受性が最も高く53.8±6.56，次いで社会的コントロール46.7±6.97であった。3群とも最もスコアが高かったのは社会的感受性であり，最もスコアが低かったのは情緒的コントロールであった。

また，3群間に有意差が認められたのは情緒的感受性（$F(2,530)=6.514$，$p<0.01$）と情緒的

Table 1　SSI of educational background

| Scale | Special training college students N=87 | | Junior college students N=178 | | University students N=268 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | M | SD | |
| Emotional expressivity | 45.6 | 7.6 | 46.1 | 6.9 | 46.4 | 6.9 | |
| Emotional sensitivity | 43.3 | 7.5 | 45.8 | 7.1 | 46.4 | 7.1 | ** |
| Emotional control | 40.3 | 8.3 | 42.8 | 7.0 | 41.7 | 8.1 | * |
| Social expressivity | 44.1 | 9.7 | 46.6 | 9.2 | 44.8 | 9.3 | |
| Social sensitivity | 53.7 | 7.0 | 53.0 | 6.9 | 53.8 | 6.6 | |
| Social control | 45.0 | 7.1 | 46.4 | 6.9 | 46.7 | 7.0 | |
| SSI score | 271.9 | 25.2 | 280.6 | 24.5 | 279.7 | 23.7 | * |

One-way Factorial ANOVA among three groups, **$p<0.01$, *$p<0.05$

コントロールであった（F（2,530）＝3.098，p＜0.05）。多重比較の結果では，情緒的感受性は短大生，大学生のスコアが専修校生より高値であり，情緒的コントロールは短大生のスコアが専修校生より高値であった。さらに6つの尺度の合計点であるSSIスコアは，3群間に有意差が認められ（F（2,530）＝4.186,p＜0.05），多重比較では短大生，大学生のスコアが専修校生より高値であった。

## 2．出生順位によるSSI

同胞数は3群間に有意差はなく，1人（一人っ子）は6.9%（37名），2人は49.7%（265名），3人は37.8%（206名），4人以上は4.7%（25名）であった。即ち，93.1%は同胞が複数であった。また，出生順位も3群間に差はなく，第1子は46.7%（249名），第2子は40.9%（218名）であった。第3子以降は12.4%（66名）であった。

対象者を第1子と第2子以降の2群に分類し，SSIスコアを表2に示した。同胞が1人の場合（一人っ子）と複数の場合でSSIスコアを比較したが，顕著な差は認められなかったので，ここでは第1子の中には一人っ子も含めて分析した。2群間に有意差が認められたのは社会的コントロールであり，第1子は47.0±6.69，第2子以降は45.7±7.17であり，第1子のスコアが有意に高値であった（p＜0.05）。社会的感受性を除く他の尺度も有意差はないものの第1子のスコアがやや高かった。

Table 2　SSI of birth order

| Scale | First birth N＝249 | | Second birth and so on N＝284 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | |
| Emotional expressivity | 46.2 | 6.9 | 46.1 | 7.1 | |
| Emotional sensitivity | 46.0 | 7.6 | 45.4 | 6.9 | |
| Emotional control | 42.1 | 8.2 | 41.5 | 7.5 | |
| Social expressivity | 46.0 | 8.8 | 44.6 | 9.8 | |
| Social sensitivity | 53.2 | 7.0 | 53.7 | 6.6 | |
| Social control | 47.0 | 6.7 | 45.7 | 7.2 | * |
| SSI score | 280.6 | 23.3 | 277.1 | 25.2 | |

t-test between two groups, *p＜0.05

## 3．祖父母との同居経験による分析

祖父母との同居経験がある者は教育機関別の3群間に有意差が認められ（p＜0.05），短大生56.7%（101名），大学生58.6%（157名）に対し，専修校生は74.7%（65名）と最も高率であった。同居時期は3群間に差はなく，子どもの頃から同居している者は62.5%（202名），過去に同居していた者は30.7%（99名），最近同居し始めた者は2.5%（8名）であった。その他は4.3%（14名）であった。

祖父母との同居経験の有無別にみたSSIスコアを表3に示した。2群間に有意差が認められたのは情緒的表現性であり，同居経験のない者のスコアは45.4±7.30に対し，同居経験がある者のスコアは46.6±6.76と有意に高かった（p＜0.05）。その他の尺度のスコアは2群間に差は認められなかった。

Table 3　SSI of experience of having lived with grandparents

| Scale | Experienced N＝323 | | Not experienced N＝210 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | |
| Emotional expressivity | 46.6 | 6.8 | 45.4 | 7.3 | * |
| Emotional sensitivity | 45.7 | 7.4 | 45.7 | 7.0 | |
| Emotional control | 41.5 | 7.1 | 42.3 | 8.9 | |
| Social expressivity | 45.0 | 9.4 | 45.7 | 9.3 | |
| Social sensitivity | 53.6 | 6.6 | 53.3 | 6.9 | |
| Social control | 46.1 | 7.0 | 46.7 | 7.0 | |
| SSI score | 278.5 | 24.5 | 279.2 | 24.2 | |

t-test between two groups, *p＜0.05

## 4．SSI尺度間の相関

SSI尺度間の相関係数を表4に示した。情緒的表現性と社会的感受性，情緒的コントロールと社会的表現性，社会的表現性と社会的感受性の間には有意な相関は認められなかったが，その他の尺度間には有意な相関が認められた（p＜0.001，

Table 4 Correlation coefficient among SSI scale

| Scale | Emotional expressivity | Emotional sensitivity | Emotional control | Social expressivity | Social sensitivity | Social control |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Emotional expressivity | | | | | | |
| Emotional sensitivity | 0.244*** | | | | | |
| Emotional control | −0.402*** | 0.089* | | | | |
| Social expressivity | 0.477*** | 0.407*** | −0.075 | | | |
| Social sensitivity | −0.013 | 0.241*** | −0.106* | 0.008 | | |
| Social control | 0.273*** | 0.327*** | 0.209*** | 0.609*** | −0.231*** | |
| SSI score | 0.488*** | 0.712*** | 0.234*** | 0.794*** | 0.248*** | 0.698*** |

***$p<0.001$, *$p<0.05$

Table 5 SSI of training course

| Scale | Nursing course N=250 | | Educational course N=62 | | School nurse course N=134 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | M | SD | |
| Emotional expressivity | 45.8 | 7.1 | 46.5 | 6.9 | 47.1 | 6.4 | |
| Emotional sensitivity | 45.4 | 7.0 | 45.9 | 7.0 | 47.8 | 7.1 | ** |
| Emotional control | 43.0 | 7.4 | 40.0 | 7.3 | 41.5 | 8.2 | * |
| Social expressivity | 45.6 | 9.3 | 44.9 | 8.8 | 45.6 | 9.5 | |
| Social sensitivity | 53.0 | 6.9 | 53.8 | 6.2 | 54.1 | 6.6 | |
| Social control | 46.3 | 7.0 | 46.4 | 6.8 | 47.1 | 6.8 | |
| SSI score | 279.1 | 24.7 | 277.4 | 23.9 | 283.1 | 22.6 | |

One-way Factorial ANOVA among three groups, **$p<0.01$, *$p<0.05$

$p<0.05$)。特に$r=0.40$以上の強い相関が認められたのは，情緒的表現性と社会的表現性，情緒的感受性と社会的表現性，社会的表現性と社会的コントロールであり，それぞれ$r=0.477$, $r=0.407$, $r=0.609$であった。 また，SSIスコアはどの尺度とも有意な正の相関を示し，$r=0.234$〜$0.794$（$p<0.001$）の範囲であった。$r=0.40$以上の強い相関が得られたのは情緒的表現性，情緒的感受性，社会的表現性，社会的コントロールであった。

### 5．専攻別の比較

教育機関別の分析で3群間に有意差が認められたのは情緒的感受性，情緒的コントロール，SSIスコアであった。多重比較の結果では短大生と大学生間には差が認められなかったが，専修校生と短大生および大学生間には差が認められた。そこで，本項では短大生と大学生は同等に取り扱うことが可能であること，教育機関（教育レベル）による差異の影響を避ける必要があることから，専修校生のデータを除外した446名について分析した。

対象者の専攻別に，主として臨地実習で患者と接することの多い短大看護課程および4年制看護課程の看護系，教育に関わる幼稚園・小・中学校課程の教員系と子どもの健康問題を扱う養護教諭課程の養護系の3群に分類した。教育学部看護課程の学生は教育に関する学習もしているが，カリキュラム内容から考慮し看護系として取り扱った。専攻別にみたSSIスコアを表5に示した。

3群間に有意差が認められたのは情緒的感受性

($F(2,443)=5.465$, $p<0.01$) と情緒的コントロール ($F(2,443)=4.623$, $p<0.05$) であった。多重比較では，看護系の情緒的感受性は養護系より低く，看護系の情緒的コントロールは教員系より高値であった。しかし，6つの尺度の合計点であるSSIスコアは，3群間に有意差が認められなかった。

## Ⅳ. 考　察

青年期は家族から離れ，一人の社会人として独立していく時期であり，主体としての自己が対人関係の再体制化に強くかかわる時期でもある。また，これまでは社会や親の期待にあわせる形で学習してきた性役割の諸特性を，自分自身の意志で再検討しつつ，新たに加わった生物学的な性的特質（二次性徴）に統合していく時期でもある[14]。

薄井ら[15]が，コミュニケーションは社会関係の中で経験的に身につけている技術であることを指摘しているように，社会的スキルは徐々に形成されていくスキルである。しかし，本研究では専修校生，短大生，大学生の3群共各尺度のスコアには学年差が認められなかった。この要因として，社会的スキルは2～4年の短期間では大きな変化が認められないことも考えられる。神戸ら[16]の報告によれば，基礎実習前後では社会的スキルには変化が認められなかったことを指摘しており，本研究結果を支持するものである。また，本研究の対象者はコミュニケーション能力が求められる職業を志望しているため，既に入学時には各教育機関毎にある程度のコミュニケーション能力が備わっていたことも考えられる。野崎ら[17]は大学生の社会的スキルを調査し，それぞれの集団で特徴があり，中でも看護学生は対人関係に自信をもった学生が入学してくる傾向があることを報告している。

本研究における大学生および短大生のSSIスコアは樫野[2]の女子大学生を対象としたデータと比較すると，情緒的表現性47.3±7.7，情緒的感受性46.7±6.8，情緒的コントロール41.7±9.8，社会的表現性45.3±9.5，社会的感受性57.1±7.1，社会的コントロール45.2±8.7とほぼ一致していた。したがって，本研究の短大生および大学生は一般的な女子大学生であると捉えることができる。短大生および大学生が専修校生より高かった尺度は情緒的感受性と情緒的コントロールであった。情緒的感受性は他者の感情，態度，地位について非言語的表出を媒介として正確に解読する能力であり，情緒的コントロールは自己の非言語的情報をコントロールする能力である[6]。即ち両尺度のスコアが高かった短大生および大学生は，非言語的手段を用いて他者の感情や態度を解読したり，自己の非言語的表出（情緒的表出）をコントロールする能力が高いことを示唆している。このような差異が認められた背景として，教育レベルや教育環境が影響しているのではないかと推察される。短大生および大学生の場合には一定の教育レベルに到達した人達が集まっている集団である。さらに本研究対象の短大生，大学生は専修校生より他課程や他学部の幅広い年齢や性別構成の学生と交流しており，経験的に非言語的手段を用いて，他者の感情や態度を解読したり，自己の非言語的情報をコントロールすることを学習しているのではないかと考えられる。湯川[14]も自己にとって，複数の他者がそれぞれの意味と重みをもって位置づくことを指摘している。さらに田口ら[18]は看護学生のアサーション（主体的な人間関係の結び方）に影響する因子については年齢よりも，友達関係が関与していることを報告している。

各尺度のスコアを比較すると，3群共最も高値であったのは社会的感受性で専修校生53.7，短大生53.0，大学生53.8であった。最も低値であったのは情緒的コントロールで専修校生40.3，短大生42.8，大学生41.7であった。社会的感受性は言語的情報を媒介とし，社会的規範や状況への適切さを解読する能力であるが，高すぎると対人不安に陥りやすい[6]。また，共感性，規律性，自己顕示

性，攻撃性，劣等感，神経質，抑鬱性と正の相関が認められている[2]。社会的感受性のスコアが高かったことは，他者に注意を払い，他者からの良い評価（反応）や自他の関係性に強い関心を持っていることを示している。すなわち本研究の対象者は共感的対応ができる反面，対人不安に陥りやすい危険性もあると言えよう。

さらに社会的感受性スコアは樋野[2]の女子のデータ57.1より低く，むしろ男子の53.6と同程度であった。本研究の対象者は看護師，教員，保育士を志望している学生である。どの職業も適度な感受性を伴った客観的な判断が必要であり，「大人(Adult)」としての役割意識が求められる。我々の大学生を対象とした研究[19]でも男女共に男性・女性の性別役割よりも，大人としての役割意識が最も高く，大学生は社会人としての表現性や感受性を重要視している可能性も考えられる。鹿志村[20]も大学生を対象とした調査で対人場面においも生物学的性差が認められ，さらに生物学的性差よりも性役割理論に基づく性差の方が顕著に現われたことを報告している。

最も低値であったのは情緒的コントロールであった。情緒的コントロールは，極端な感情表出を抑制したり，情緒状態を隠したりする能力である。樋野[2]の調査でも情緒的コントロールは最も低値であった。高木[21]は日本の青年には個人生活優先型や個人生活重視型の価値観や人生観が多くなっていることを指摘している。情緒的コントロールのスコアが短大生，大学生は専修校生より高いものの3群共最も低値であったことは，現代青年の特徴である可能性も示唆される。

出生順位別SSIでは社会的コントロールにおいて第1子のスコアが第2子以降のスコアより有意に高かった。社会的コントロールは言語的表出をコントロールし，様々な社会的役割を演じる能力である[6]。第1子は，親からの大きな期待を受けて育つことが多い。同胞の中でも子どもの役割モデルとして周囲から期待されると同時に，自分自身も第1子としての役割意識を形成していく。山崎ら[22]は年少のきょうだいの存在は援助行動の生起のみならず，援助のストラテジーにも影響を与えることを指摘している。したがってこのような背景を持っている第1子の社会的コントロールが高かったものと推察される。

祖父母との同居経験の有無では，同居経験がある者の情緒的表現性が有意に高かった。情緒的表現性は自己の感情や態度や地位を非言語的情報を媒介として正確に伝達する能力である[6]。祖父母は，家族として貴重な他者であり，両親に比べ暖かく好意的に接してくれる他者の位置にいる[14]。したがって社会的スキルにも影響を与えていることが考えられる。先行研究[23]では祖父母との同居経験の有無による学生と患者とのコミュニケーションの良否には差がみとめられなかった。本研究でも6つの尺度の合計得点であるSSIスコアには差が認められなかったものの，構造的（多次元的）に分析することにより部分的な差異が明確となった。したがって，多次元的な視点から社会的スキルを把握していくことは有用である。

各尺度間の相関をみると，r＝0.40以上の相関係数を示したのは情緒的表現性と社会的表現性，情緒的感受性と社会的表現性，社会的表現性と社会的コントロールであった。Riggio[5]の結果でもこれらはr＝0.40以上の有意な相関が得られ，同様の結果であった。本研究では特に社会的表現性と社会的コントロールの相関係数はr＝0.609と最も高かった。社会的コントロールは言語的表出をコントロールしている。即ち，社会的表現性とは密接な関連があるため，この2群間の相関係数が高かったものと考えられる。

また，SSIスコアはどの尺度とも有意な正の相関を示し，情緒的表現性，情緒的感受性，社会的表現性，社会的コントロールはr＝0.488～0.794と強い相関が認められた。即ち，個々のスキルは

関連性があり，特にこの4つのスキルを高めることにより，社会的スキルの向上が期待できることを示唆している。櫃野[21]の報告でもこの4つの尺度とSSIスコアとの間にはr＝0.54～0.81と有意な正の相関が認められ，本研究結果を支持するものである。

戸ヶ崎ら[24]は小学生を対象とした研究ではあるが，社会的スキルは場面が異なっていても内容的にはほぼ同質の行動で構成されていることを指摘している。このことは，あらゆる実践の場面でも，同様なコミュニケーション行動が出現することを示している。この視点から相対的にみた各専攻の社会的スキルの特徴をそれぞれの実践場面に当てはめて考察すると以下のように説明することが可能であると考えられる。看護系学生の情緒的感受性のスコアが養護系より低かった。このことは他者の感情，態度，地位を非言語的情報を媒介として正確に解読する能力が劣っていることを示唆している。即ち，患者とのコミュニケーション場面では，患者の感情や表情，態度からニーズを十分把握できていない可能性も否定できない。一方，養護系学生は他者の情報を非言語的レベルで捉える能力が優れていることを示している。即ち，児童・生徒を対象とする養護系学生は言葉による子どもの訴えだけではなく，表情や態度から子どもの本来の訴えを読みとる傾向があることを示唆している。また，情緒的コントロールは教員系より看護系が高かった。情緒的コントロールは非言語的表出をコントロールする能力である。教員系の場合の他者は自分よりも年齢が低い子どもであるのに対し，看護系の場合にはあらゆる年齢層の人々を対象としている。看護系学生の患者とのコミュニケーション場面では，その場面に応じた適切な対応を求められるため，自己の感情をそのまま表出させるのではなく，情緒的表出をコントロールする能力が優れているのではないかと考えられる。

本研究で社会的スキルに影響を及ぼす要因を幾つか取り上げて分析したが，有意差が認められたのは主に情緒的側面の尺度であった。即ち，非言語的情報レベルによるスキルに差異が認められた。横川ら[25]は教授場面における非言語的コミュニケーションに関する研究で，聞き手の理解状態はうなずきとまばたきの非言語的行動で示され，正確な読みとりを促進するために非言語的手がかりを教示し，訓練することが有効であるとしている。松本[26]も説得行動における非言語的コミュニケーションの効果について報告し，目の凝視と対人方向が影響するとしている。さらに富田ら[27]は幼稚園教員の援助スキルをビデオ分析し，「うなずく」「目を合わせる」「笑顔で接する」の3項目が上位であった。これら3項目は距離をおいた援助スキルであるが，非言語的コミュニケーションでもある。

看護は子どもから老人までのあらゆる年齢層を対象とする活動である。また，看護ケアーのみならず教育的活動も重要視されている。伊東ら[28]は看護におけるコミュニケーションは対象との相互関係を成立させ，必要な援助を行ううえで重要な手段であり，看護基礎教育で育成すべき技能であることを指摘している。したがって，本研究対象の保育士や教員系学生の特徴および生活背景を考慮しながら，非言語的コミュニケーション能力を高めていけるような指導が望まれる。今後はSSIの情緒的側面に焦点を当て，対人場面を設定した詳細な分析が望まれる。

## V．まとめ

対人関係が重要となる職業を志望している専修校生，短大生，大学生女子533名の社会的スキルを測定し，教育背景および生活背景の側面から分析した。社会的スキルの測定には情緒的表現性，情緒的感受性，情緒的コントロール，社会的表現性，社会的感受性，社会的コントロールの6尺度から構成されているSSIを用いた。さらに看護学生と他の学生との社会的スキルを比較し，その差

異についても分析し，以下のような結果が得られた。

1．教育機関別では情緒的感受性，情緒的コントロールおよびSSIスコアに有意差が認められた。多重比較では情緒的感受性とSSIスコアは専修校生より短大生，大学生のスコアが高かった。情緒的コントロールは専修校生より短大生のスコアが高かった。

2．出生順位別では社会的コントロールに差がみられ，第1子のスコアが有意に高値であった。

3．祖父母との同居経験別では情緒的表現性に差がみられ，同居経験がある者のスコアが有意に高値であった。

4．専攻別では情緒的感受性，情緒的コントロールに有意差が認められた。多重比較では情緒的感受性は養護系より看護系が低かった。情緒的コントロールは教員系より看護系が高かった。

5．SSIスコアは情緒的表現性，情緒的感受性，社会的表現性，社会的コントロールと有意な強い相関が認められた。

## 要　旨

青年期女子の社会的スキルを測定し，教育背景および生活背景の側面から分析した。対象者は青森県内の専修校生，短大生，大学生女子533名であった。社会的スキルの測定にはSSIを用いた。この尺度は情緒的表現性，情緒的感受性，情緒的コントロール，社会的表現性，社会的感受性，社会的コントロールの6尺度から構成されており，SSIスコアは6つの尺度の合計得点である。さらに看護学生と他の学生との差異についても分析した。教育機関別では情緒的感受性，情緒的コントロールとSSIスコアに，出生順位別では社会的コントロールに，祖父母との同居経験別では情緒的表現性に有意差が認められた。また看護学生の情緒的感受性は養護系より低く，情緒的コントロールは教育系より高かった。さらに，SSIスコアは情緒的表現性，情緒的感受性，社会的表現性，社会的コントロール尺度と有意な強い相関が認められ，これらのスキルを高めることが社会的スキルの向上につながることが示唆された。

## Abstract

The purpose of this study was to investigate social skills in young women and to analyze it from their educational backgrounds and lifestyles. Subjects were 533 female students selected from a special training college, a junior college and a university in Aomori prefecture, Japan. Social skills were measured by using Social Skills Inventory (SSI) that was composed of six basic social skills; emotional expressivity, emotional sensitivity, emotional control, social expressivity, social sensitivity, and social control. The SSI score is the total of six basic social skills. We compared SSI score of students in nursing course with in other course.

Significant differences existed among emotional sensitivity, emotional contorol and SSI score in relation to educational background, social control in terms of birth order, emotional expressivity in relation to having lived with grandparents. In nursing course, emotional sensitivity score was lower than school nurse course, and emotional control score was higher than educational course.

The SSI score appears to be significantly tied to emotional expressivity, emotional sensitivity, social sensitivity and social control, and our results suggest that social skills would be improved by promoting these four skills.

## VI. 文　献


1）岡安孝弘，佐藤正二，他：教師評定用社会的スキル尺度（児童用）の標準化に関する研究，第38回日本教育心理学会，78，1996

2）榎野　潤：社会的技能研究の統合的アプローチ（I）－SSIの信頼性と妥当性の検討－，関西大学大学院「人間科学」，31，1－16，1988

3）武田　敏：ライフスキル教育の理論的研究，学校保健研究，Vol. 39, Suppl. 212，1997

4）庄司一子：子どもの社会的スキル，菊池章夫，堀毛一也（編），社会的スキルの心理学，204，川島書店，東京，1995

5）Riggio, R. E.: Assesment of basic social skills, J Pers Soc Psychol, 51, 649－660, 1986

6）榎野　潤：SSIについて，菊池章夫，堀毛一也（編），社会的スキルの心理学，192－200，川島書店，東京，1995

7）藤枝静暁，石川芳子，他：学級を対象とした社会的スキル訓練の効果に関する研究（1），第41回日本教育心理学会，128，1999

8）石川芳子，藤枝静暁，他：学級を対象とした社会的スキル訓練の効果に関する研究（2）－引っ込み思案児の事例研究を通して－，第41回日本教育心理学会，129，1999

9）木立正敏：学校カリキュラムに導入したSST学習の効果と課題に関する研究，第41回日本教育心理学会，130，1999

10）千葉京子，柳原清子：基礎看護教育における社会的スキル訓練，第19回日本看護科学学会学術集会講演集，300－301，1999

11）Riggio, R.E., Tucker, J., et al.: Social skills and deception ability, Personality and Social Psychology Bulletin, 13,568－577,1987

12）今野裕之：日本語版SSI，堀　洋道他（編）：人間と社会を測る心理尺度ファイル，245，垣内出版，東京，1996

13）加藤明子：人間交流とコミュニケーション，日本子どもを守る会（編）：子ども白書・2000年版，230，草土文化，2000

14）湯川隆子：児童期から青年期までの子どもと家族，日本家政学会（編）：子どもの発達と家庭生活，41－59，朝倉書店，東京，1992

15）薄井堰子，新田なつ子：コミュニケーションの技術，基礎看護技術，73，医学書院，東京，1999

16）神戸美輪子，坂本雅代，他：臨地実習前後でみた学生の社会的スキルの変化（第1報－共感性尺度との関連－，日看研会誌，22(3)，241，1999

17）野崎智恵子，千田睦美，他：看護大学生の社会的スキル，日本看護学会看護教育論文集，30，74－76，1999

18）田口恵美子，阿部素子：看護学生のアサーション（主体的な人間関係の結び方）についての心理的傾向－課程別・学年別の質問紙調査を通して－，日本看護教育学会雑誌，22(3)，239，1999

19）西沢義子，早川三野雄：性役割観から捉えた大学生の母性・父性意識，弘前大学教育学部紀要，73,31－38,1995

20）鹿志村和子：大学生の対人場面における関係帰属と原因帰属の心理学的性差，社会心理学研究，3(1)，1－10，1987

21）高木秀明：青年の価値観，人生観，悩み，（東洋編：発達心理学ハンドブック，488－491，1998

22）山崎浩一，柏木恵子：親子関係と発達，東　洋他編：発達心理学ハンドブック，1032－1035，1998

23）西沢義子：臨床実習における学生と患者とのコミュニケーションの実態，弘前大学教育学部紀要，63，25－31，1990

24）戸ヶ崎泰子，坂野雄二：母親の養育態度が小学生の社会的スキルと学校適応に及ぼす影響，教心理研，45，173－182，1997

25）横川数章，有馬道久：教授場面における非言語的コミュニケーション－理解状態の表出と判断－，教心理研，34，120－129，1986
26）松本卓三：説得行動における非言語的コミュニケーションの効果，教心理研，26，247－251，1978
27）富田久枝，田上不二夫：幼稚園教員の援助スキル変容に及ぼすビデオ自己評価の効果，教心理研，47，97－106，1999
28）伊藤小百合，足立はるえ，他：看護学生のコミュニケーション技能育成に関する検討－自己評価得点とエゴグラムの分析－，第19回日本看護科学学会学術集会講演集，358－359，1999

〔平成13年11月5日受　付
平成14年2月13日採用決定〕

－原　著－

# 看護職の法的責任認識に関する研究

Nursing Staff's Understanding of their Liability in Nursing Practice

綿貫　恵美子
Emiko Watanuki

キーワード：看護職，法的責任，（看護）専門職としての判断，医療過誤
nursing staff, liability, professional decision (for nursing), malpractice

## Ⅰ．緒　　言

ある職業が専門職であるには，外的圧力によらず職業上の意思決定ができる自律性を有することが条件とされるが[1]，その前提として専門的知識と社会的地位に裏付けられた権限を有し，意思決定・行動に対する責任を負うことが必要となる。看護職においてもその専門職性を主張するには，看護職者個々が自己の責任を認識し，責務を負うことが不可欠となる[2)-4)]。責任は「倫理・社会的責任」「法的責任」に大別されるが[5]，人命に携わる医療従事者としてその責任を考えた場合，法的責任は非常に重要な意味を持つ。現実問題として国内では，1999年1月に起きた大学病院での手術患者取り違え事故以降，マスメディアを通して医療事故が頻繁に報道され，その中で事故に関与した看護職者の過失が問題とされている。近年漸増する医療過誤訴訟の中で，看護職者が過失を問われる事例の割合は増加しており[6]，業務上の法的責任を問われる状況が増えていることを示している。

法的責任を考える上で重要となる看護職の業務規定については，1948年に制定された保健師助産師看護師法第5条において，看護師は，「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする」と定められている。このうち「診療の補助」業務は，同法第37条により，主治の医師の指示に基づいてその医行為の補助を行なうものと規定され，診療上の指示・医行為の実施の権限とその最終責任は医師にあるとされる。看護職者は指示の履行者として，医師との信頼の原則に基づいて診療上指示された事項を適切に行なう，不明瞭・不明確な指示は医師に問い合わせる，自己の能力を超える指示にはできないことを表明し拒否する，という注意義務があるとされる。一方，「療養上の世話」業務には法文上の指示命令系統がないため様々な解釈があるが[7)-9)]，現在では，医師の治療方針の影響はあるものの看護職の主体的かつ独自の業務であり，実行の決定権とそれに伴う注意義務および法的責任のすべては看護職にある，という専門性を認める解釈が定着してきている[5), 9), 10)]。しかし，法律上は具体的な権限や業務範囲の規定がなく，現実として医師と看護職の業務に明確な分離がなされていないことから，患者ケアの様々な臨床場面において看護職の業務範囲と権限，そして負うべき法的責任は曖昧さを含んでいる。

看護職の法的責任に関する研究は，既述した医事法で規定される看護の業務範囲と権限，医事法

北里大学看護学部　School of Nursing, Kitasato University

や民法などから医療過誤時に求められる法的責任の詳細について論じたもの[5),8)]，過去の医療過誤事例の事故状況や下された判決に基づき，個々にまたは分類を加えて，看護職の注意義務や責任を考察したものが数多くみられる[9)-12)]。しかし先述した状況の中で，自らの意思決定や行動の結果生じた患者の不利益に対する法的責任について，看護職者自身が専門職の立場でどのように認識し，責任を負う意識を持っているのかを検討した研究はみられない。そこで本研究では，実際に臨床で日々患者と接する国内の看護職者が，自らの法的責任についてどのように認識しているのかを明らかにすることを目的に，看護職の法的責任認識に関する測定尺度の開発，および看護職者が自らの職業上の法的責任を判断する基準の解明を行なうこととした。

法的責任や責任判断に関する概念，医事法，看護の専門職性などについての関連文献から[5),7),9),13)]，看護職の法的責任認識は「専門職としての自らの判断・行為の結果に対してどの程度法的責任を負いたい，果たしたいと思っているのかという責任意識」と，これを基盤にした「法的責任が，ある状況下で看護職にどの程度の重さで帰属すると考えているのかという具体的・実際的な判断」とを総合することによってとらえられる，という視点に立って分析を行なった。前者を「引責志向性」，後者を「実際的な法的責任判断」と命名し，これらの測定・分析を通して看護職の法的責任認識について検討した。

## Ⅱ．方　法

### 1．対象および調査方法

対象は，看護師，准看護師，保健師，助産師のいずれかの資格を有して，首都圏の許可病床数約300～500床の4総合病院に常勤で勤務する看護職員1,361名（主任，師長などの管理職を含む）とした。

本研究は郵送法による自記式質問紙調査とし，1999年5～7月に実施した。配付は，各病院看護部または各所属看護師長宛てに人数分一括して送付し，各個人には所属先の師長から配付する形式とした。回収は，配付日から約3週間後を締切りとして，対象者個人が直接本研究者宛てに返送する形とした。本調査は東京大学医学系研究科研究倫理審査委員会の承認を得ており，個人宛ての調査依頼文の中で，調査協力に対する自由意思・プライバシーの尊重，回答内容の守秘を説明した。また，質問紙内容の信頼性検証を目的として1施設の383名を対象に，1ヵ月の調査間隔をおいて再調査を実施した。

### 2．調査内容

1）看護職の引責志向性

専門職として，自らが下す判断や実施する看護行為とその結果に対して責任を引き受けようとする意識の高さを評価する目的で，医療過誤訴訟の判例，医療過誤責任に関する文献[7),9),11)]などに基づいて，尺度を作成した。質問は10項目，5段階評定とし，得点が高いほど看護職として法的責任を引き受ける意識が高くなるように，責任の引き受けに肯定的な項目は順に5～1点を，否定的な項目は逆に1～5点を与え，点数化した。

2）実際的な法的責任判断

責任概念や責任判断に関する心理社会学的研究では，判断材料となる事故の事例を簡潔に記述して調査対象に提示し，その中で示される被害が生じたことに対する当事者の責任を，何段階かの評定で評価するという方法が広く用いられている[13)]。そこで看護職の法的責任認識の実態を把握するために，医療従事者として現実に法的責任が問われる医療過誤の事例を用いて，より具体的な状況下において看護職としての自分にどの程度の責任・注意義務を求めるか，という視点から質問紙を作成した。国内で発生した医療過誤で訴訟となり，

すでに判決が下された事例のうち8事例を選定し，経過を簡略化した。この事例状況各々に対する1）看護職者の包括的な責任，2）過失の認定，3）刑罰の受け入れについて，さらに，判決が示した狭義の法的責任と個人の考える法的責任との乖離から責任認識をとらえるために，4）看護職者の責任に言及した判決内容の妥当性を加え，各々5段階評定で尋ねる32の質問項目で質問紙を構成した。得点が高いほど看護職の法的責任を重く判断しているように1～5点を与え，点数化した。

さらに，個人特性として年齢，性別，臨床経験年数，看護教育最終学歴，雇用資格，役職について尋ねた。

3）分析方法

作成した引責志向性尺度について，因子構造と各項目の寄与を明らかにするために因子分析を実施した。またクロンバックのα係数，再検査法に基づくκ統計量と級内相関係数から尺度の信頼性を検証した。また，事例に対する実際的な法的責任判断の回答についても因子分析を行なった。統計処理には，統計パッケージ Windows 版 SAS Ver6.12を用いた。

表1　対象の背景　　例数＝ 860

| 項　　目 | 平均値±標準偏差 |
|---|---|
| 年齢（歳） | 29.9±8.9 |
| 臨床経験年数（年） | 7.5±7.9 |
| **項　　目** | **回答数（%）** |
| 性別 | |
| 女性 | 843（ 98.0） |
| 男性 | 17（ 2.0） |
| 看護教育最終学歴 | |
| 衛生看護科，准看護師養成専門学校 | 34（ 4.0） |
| 衛生看護専攻科，准看護師進学課程 | 403（ 46.9） |
| 看護師養成3年制専門学校 | 219（ 25.5） |
| 〃　3年制短期大学 | 39（ 4.5） |
| 〃　4年制大学 | 80（ 9.3） |
| 保健師又は助産師専攻科・専門学校 | 33（ 3.8） |
| 看護教員養成課程 | 6（ 0.7） |
| 看護系大学院 | 7（ 0.8） |
| 無回答 | 39（ 4.5） |
| 雇用資格 | |
| 看護師 | 787（ 91.5） |
| 准看護師 | 36（ 4.2） |
| 助産師 | 34（ 4.0） |
| 保健師 | 2（ 0.2） |
| 専門看護師（CNS） | 1（ 0.1） |
| 役職 | |
| スタッフ | 742（ 86.3） |
| 主任（副主任含む） | 61（ 7.1） |
| 看護師長・部長（副師長等含む） | 51（ 5.9） |
| 無回答 | 6（ 0.7） |

## Ⅲ．結　　果

### 1．質問紙の回収状況および対象の背景

配付数1,361通に対して，回収数は893通（回収率65.6%）であった。無効回答を除いた有効回答数は860通（有効回答率63.2%）であった。また再調査時の質問紙回収数は373通（回収率97.4%）で，無効回答を除外後に上述の本調査の質問紙とマッチングした結果，信頼性の検証に使用できる有効回答数は339組であった。

対象は，平均年齢が29.9±8.9歳，性別は女性が98.0%を占め，男性は2.0%であった。臨床経験年数は7.5±7.9年，看護教育の最終学歴では，2年制の衛生看護専攻科または進学課程の卒業者が46.9%と約半数を占めたが，4年制大学卒業者も約10%含まれていた（表1）。

### 2．看護職の引責志向性尺度の検証

引責志向性尺度について，各質問項目の回答率，回答のばらつきを確認した後，主成分解を求めた。主成分解により得られた固有値とその落差から，抽出する因子数を2としてバリマックス回転を行なった。その結果，項目9）は両因子にほぼ同じ負荷量を示したため削除し，再度因子分析を行なった（表2）。この因子構造におけるクロンバックのα係数は0.73，0.76であった。

さらに再検査法に基づき，引責志向性尺度の9つの質問項目について重み付けκ統計量を，合計得点について級内相関係数を算出し，信頼性を検証した。解析の結果，各質問項目の重み付けκ統計量は0.35～0.48に分布し，下位因子の合計得点

表2　引責志向性尺度の因子構造とVarimax回転後の各因子の因子負荷量　例数＝847

| 質問項目 | 第1因子 | 第2因子 |
|---|---|---|
| 1）どのような種類の行為であれ，看護婦は自分が実施した行為に対して責任をとるべきである。 | 0.62 | 0.18 |
| 2）医師と看護婦は，立場も責任も対等であった方がよい。 | 0.53 | 0.08 |
| 3）自分が実施した行為の結果患者に損害を与えてしまったら，不利になっても自分の過失を公にしたい。 | 0.69 | −0.02 |
| 5）看護婦が主体的に判断して実施した行為により患者に損害が生じたら，看護婦が全ての責任を負うべきである。 | 0.58 | −0.00 |
| 8）患者に何らかの悪い結果が生じていれば，自分の実施した行為の結果に対しては自分で責任をとりたい。 | 0.64 | 0.13 |
| 10）正直言って，看護婦としての自分に法的な責任を求められることは負担である。 | 0.51 | 0.19 |
| 4）与薬など診療の補助として，看護婦が実施した行為により生じた損害については，医師が責任をとるべきである。 | 0.01 | 0.75 |
| 6）医師の指示が不適切だった場合は，看護婦の実施した行為の結果として事故が起こっても看護婦に責任はない。 | 0.11 | 0.71 |
| 7）患者に行なわれる，看護を含めた医療行為全体の責任は，医師がとった方がよい。 | 0.20 | 0.71 |
| 説明分散 | 2.20 | 1.66 |
| 因子寄与率（%） | 28.1 | 14.8 |
| 累積寄与率（%） | 28.1 | 42.8 |

註：調査は平成14年3月の保健師助産師看護師法改正前に行われたため，質問項目の表記は「看護婦」としている。

表3　医療過誤8事例に対する法的責任判断の各質問得点の平均値，標準偏差　例数＝774

| | 1）包括的責任 | 2）過失の認定 | 3）刑罰の受け入れ | 4）判決の妥当性 |
|---|---|---|---|---|
| 事例1（気管カニューレ逸脱） | 3.9±0.8 | 3.8±0.8 | 3.0±1.1 | 3.8±1.0 |
| 事例2（診察台落下） | 2.7±1.0 | 2.6±1.0 | 2.1±1.0 | 2.2±1.1 |
| 事例3（外傷後観察不十分） | 4.2±0.8 | 4.0±0.8 | 3.7±1.0 | 3.5±1.0 |
| 事例4（術中管理不十分） | 3.2±0.9 | 3.2±1.0 | 3.0±1.1 | 3.3±1.1 |
| 事例5（ベッド転落） | 3.2±0.9 | 3.3±1.0 | 2.9±1.1 | 3.2±1.1 |
| 事例6（前投薬過量投与） | 4.5±0.6 | 4.4±0.6 | 4.3±0.9 | 3.7±1.2 |
| 事例7（窓外転落） | 3.6±0.8 | 3.6±0.9 | 3.3±1.1 | 3.6±1.1 |
| 事例8（歩行介助不十分） | 3.2±1.0 | 3.2±1.0 | 3.0±1.1 | 2.8±1.1 |
| 合計 | 28.5±3.7 | 28.1±4.1 | 25.2±5.7 | 26.2±4.5 |

による級内相関係数は0.65，0.61であった。

また，第1因子の平均得点は21.3±3.0点，第2因子の平均得点は10.2±1.8点であった。

### 3．実際的な法的責任判断

医療過誤8事例を用いた看護職の実際的な法的責任判断の平均得点は108.1±16.2点（範囲47～158点）であった。事例毎，質問項目毎に平均得点と標準偏差を示した表3 をみると，ほとんどの事例で1）包括的責任と2）過失の認定には得点差がない一方，3）刑罰の受け入れの得点は得点自体が全体に低く，さらに1） 2）に比べ得点が下がるという傾向にあった。

続いて，看護職の法的責任判断を規定する基準を明らかにするために，この32項目を用いて因子分析を行なった。主成分解により得られた固有値とその落差から，抽出する因子数を3としてバリマックス回転を行なった。表4 に示したように，第1因子には「看護師による清拭後に，気管カニューレ逸脱による患者の換気障害が発見された事例」など4事例が，第2因子には「外来診察中に診察台が落下し，患者が負傷した事例」など2事例が，第3因子には「外傷による緊急入院後の経過観察が行なわれなかった間に，患者が死亡した事例」など2事例が，それぞれ高い負荷を示した。

表4 医療過誤事例に対する法的責任判断回答の因子構造とVarimax回転後の各因子の因子負荷量

例数＝774

| 事例内容 | 質問番号* | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 |
|---|---|---|---|---|
| 気管カニューレ逸脱 | 事例1-1) | 0.39 | 0.06 | 0.10 |
| | 2) | 0.40 | 0.15 | 0.19 |
| | 3) | 0.43 | 0.29 | 0.19 |
| | 4) | 0.43 | 0.08 | 0.17 |
| ベッド転落 | 事例5-1) | 0.50 | 0.23 | 0.26 |
| | 2) | 0.55 | 0.26 | 0.30 |
| | 3) | 0.53 | 0.34 | 0.34 |
| | 4) | 0.51 | 0.21 | 0.25 |
| 前投薬過量投与 | 事例6-1) | 0.62 | −0.12 | −0.08 |
| | 2) | 0.67 | 0.00 | 0.02 |
| | 3) | 0.62 | 0.05 | 0.09 |
| | 4) | 0.51 | −0.05 | −0.10 |
| 窓外転落 | 事例7-1) | 0.49 | 0.32 | 0.24 |
| | 2) | 0.49 | 0.34 | 0.28 |
| | 3) | 0.49 | 0.37 | 0.32 |
| | 4) | 0.44 | 0.31 | 0.26 |
| 診察台落下 | 事例2-1) | −0.11 | 0.67 | 0.22 |
| | 2) | −0.02 | 0.71 | 0.26 |
| | 3) | 0.03 | 0.71 | 0.24 |
| | 4) | −0.12 | 0.60 | 0.25 |
| 術中管理不十分 | 事例4-1) | 0.31 | 0.64 | −0.09 |
| | 2) | 0.35 | 0.68 | −0.06 |
| | 3) | 0.41 | 0.67 | −0.00 |
| | 4) | 0.32 | 0.59 | −0.07 |
| 外傷後観察不十分 | 事例3-1) | 0.35 | −0.11 | 0.46 |
| | 2) | 0.38 | −0.04 | 0.51 |
| | 3) | 0.39 | 0.08 | 0.48 |
| | 4) | 0.27 | −0.10 | 0.45 |
| 歩行介助不十分 | 事例8-1) | 0.03 | 0.21 | 0.75 |
| | 2) | 0.06 | 0.25 | 0.78 |
| | 3) | 0.13 | 0.30 | 0.75 |
| | 4) | 0.01 | 0.19 | 0.72 |
| 説明分散 | | 5.21 | 4.62 | 4.18 |
| 因子寄与率（%） | | 27.60 | 8.70 | 7.60 |
| 累積寄与率（%） | | 27.60 | 36.20 | 43.80 |

＊：1)～4)は，1)包括的責任 2)過失の認定 3)刑罰の受け入れ 4)判決の妥当性 を指す

## Ⅳ．考　察

### 1．看護職の引責志向性尺度の検証

第1因子は「どのような種類の行為であれ，看護師は自分が実施した行為に対して責任をとるべきである」「自分が実施した行為の結果患者に損害を与えてしまったら，不利になっても自分の過失を公にしたい」など6項目が高い負荷を示したことから，主体的に専門職としての責任を引き受けようとする前向きな意思に関わる因子と考えられる。よって，第1因子を「看護の職責自覚因子」と命名する。第2因子は「与薬など診療の補助として，看護師が実施した行為により生じた損害については，医師が責任をとるべきである」「患者に行なわれる，看護を含めた医療行為全体の責任は，医師がとった方がよい」などの3項目が高い負荷を示したことから，最終的な責任を医師に帰

存しようとする意識に関わる因子と考えられる。そこで，第1因子と同様，看護職者が責任を引き受ける意識が高くなる方向を表すように考慮し，第2因子を「医師への帰責否定因子」と命名する。

因子構造におけるクロンバックのα係数はそれぞれ0.73，0.76であり，引責志向性尺度は内的整合性も有していると考えられる。また，重み付けκ統計量から算出した一致率はやや低かったものの，下位因子の合計得点による級内相関係数において一定の再現性を示していたことから，本尺度は信頼性を有していると判断できる。以上より，引責志向性尺度は妥当性，信頼性があると考えられ，尺度の得点を看護職者が自らの看護行為とその結果に対して法的責任を引き受けようとする意識の高さの程度を示す簡便な尺度として，使用可能であると考える。

## 2．看護職の実際的な法的責任判断の検討

結果の表4に示した医療過誤事例に対する実際的な法的責任判断の回答に現われた因子構造において，1事例に対する質問項目が異なる因子に寄与することはなく，同一事例の4つの質問項目は4つ全て同じ因子に寄与し，事例毎に3因子に分かれていた。このことから，看護職者は過失や刑罰といった問われる責任内容ではなく，事故の発生状況をもとに，自らの過失とその責任の程度を判断していることが示唆される。また，それぞれの因子に高い負荷を示した事例ごとに事故発生状況を検討してみると，第1因子は，清拭後に患者の気管カニューレが逸脱していた事例や，ベッド位置が誤って窓に接していたために患児が窓外に転落した事例など「看護職者の結果発生予見は明らかに可能な」事例であり，第2因子は，外来診察時に診察台が落下して患者が負傷した事例や，術中血圧管理をしていた看護師が2分離れた間に患者が呼吸・心停止を起こした事例といった「看護職者の結果発生予見はやや困難な」事例であると考えられる。また第3因子は，外傷による緊急入院後行なわれた医師の指示のもとでの経過観察が不十分であった事例や，術後の転棟時に医師の特別な指示がないことから患者・家族のみで移動し，患者が心不全を起こした事例といった「看護職者の結果発生予見の可能性に，先行する医師の結果発生予見義務が関わっている」事例であると考えられる。これらから，看護職者が下す法的責任の有無および軽重の判断には，以下の2つの基準があると推察される。

看護職は看護業務遂行上，一般的な看護職のもつ看護技能を用いて，その状況下における危険な結果（事故）の発生の有無を判別するアセスメント能力と回避技術をもつことを求められている[5]。本質問紙において取り上げた事例は様々であるが，先述の第1因子，第2因子が「看護職の結果発生予見性」のレベルにより分けられる可能性があることから，本調査の回答者がこの事故前の状況に自分の考える看護技能（看護職のアセスメント能力）を当てはめ，その能力をもってして予見できるかにより責任の程度を判断していることが考えられる。またFinchamら[14]は，ある状況において人々が問題を起こした当事者と同様の行動をすると思われる可能性，いわゆる「一般性」が高いほど，人は当事者の責任を少なく判断すると報告している。以上のことから，看護職は「事故状況は，自分自身が看護職者一般に必要と考えている水準のアセスメント能力を用いたならば，発生の予見が可能か否か」という基準により，責任判断を下していることが推測される。

もう1つの基準としては，事例に見られる医師と看護職者の結果発生予見の関係性から「事故状況は，先行する医師の予見義務やその内容にかかわらず，看護職者が主体的に事故発生を予見し，回避すべきであったか否か」ということが考えられる。引責志向性の一端が医師への責任依存や帰責の意識からなっていたことをあわせて考えると，

これは看護職と医師との関係性，医師からの独立性に対する個人の意識が，法的責任判断に関わることを意味している。緒言で述べたように，診療の補助業務に関する医師との法律上の指示関係があり，その中では看護職の自律性は制限されること，またその他の看護業務についても医師との間で業務範囲と権限が不明確なままであることから[15]，これは予測された結果ではあった。本調査によりこの点が裏付けられたと言える。

一方，ほとんどの医療過誤事例において，事故発生に対する倫理・社会的責任を一部含有する「包括的責任」と，法的責任が成立する重要な要件となる「過失の認定」とに得点差がないにもかかわらず，法的制裁を意味する「刑罰の受け入れ」の得点はそれらよりも下がり，また得点自体が低いという回答傾向が認められた。このことから，看護職者が医療過誤を現実問題としてとらえた場合，法的責任に倫理・社会的責任を含めた広義の「責任」は感じているものの，主体的に法的制裁を受け入れる意識までには達していないことが推測される。責任概念に関する研究においてShaver[16]は，判断対象となる事例の加害者が判断当事者にとってある程度以上の関連性を持つようになると，同様の場合に自分に向けられるであろう非難を回避しようとする自己防衛的欲求が責任判断に反映すると述べている。質問紙において「事故を起こした看護師が自分であったら」という仮定を用いており，実際の判決内容についても言及していることから，刑罰という法的制裁に対してなされた回避的な責任判断には，この自己防衛的欲求が働いている可能性が推察される。しかし，人命を預かる専門職であるならば自己防衛的な姿勢から脱却し，自らの職責を自覚した責任判断，法的制裁の受け入れがなされるべきではないかと考える。今後，看護職の法的責任認識を高めていくために，この認識に寄与する要因を明らかにするとともに，それらの結果を看護教育に反映させることが重要であると思われる。

### 3．研究の限界と今後の課題

本調査の対象は，■内全体の看護職に比較し，准看護師割合が低い点[17]，臨床経験年数が短い点などから[18]，その代表性という点では注意を要する。また調査実施施設間で質問紙の回収率にバラツキがあったこと，全体の回収率が62.5%とそれほど高くないことから，施設や個人のバイアスが考えられる。しかし，看護職が有する法的責任の認識についての先行研究がみられない現状において，今回得られた知見の有用性は高いと言える。今後は，今回得られた看護職の法的責任認識に対する関連要因の探索や異なった調査対象による追試，引責志向性尺度の精度の向上が研究課題である。

## V．結　　語

■内における看護職の法的責任認識について，その実態を明らかにすることを目的とした調査とその分析を行なった。その結果，看護職の引責志向性は「看護の職責自覚」と「医師への帰責否定」の2因子からなり，看護職者が具体的な状況で法的責任判断を下す際には，特に看護職者個人の意識の中で看護職と医師との関係をどう位置づけているかが看護職の法的責任認識に関与している可能性が裏付けられた。

稿を終えるにあたり，多くのご指導を頂きました東京大学大学院医学系研究科教授数間恵子先生，同講師河正子先生，日本赤十字九州国際看護大学学長小島通代先生，■學院大學法学部教授平林勝政先生に深く感謝申し上げます。また，調査にご協力下さいました病院看護部ならびに看護職員の皆様に御礼申し上げます。

なお，本研究は東京大学大学院医学系研究科博士後期課程の博士論文の一部に修正を加えたものである。

## 要　旨

本研究は，■内における看護職の法的責任認識の実態を明らかにする目的から，測定尺度の開発および職業上の法的責任に関する判断基準の解明を行なった。看護職の法的責任認識をとらえるために，看護職の引責志向性尺度，医療過誤事例における看護職の実際的な法的責任判断を問う質問紙を作成し，首都圏の総合病院の看護職者1,361名に自記式質問紙調査を実施した。因子分析の結果，引責志向性尺度は「看護の職責自覚」「医師への帰責否定」に関連した妥当性，信頼性のある2因子からなることが明らかとなった。実際的な法的責任判断は事故状況に強く左右され，看護職は「自らが看護職一般に必要と考える水準のアセスメント能力を用いた時の事故発生の予見可能性」「先行する医師の予見義務・内容に関わらない看護職者の主体的な発生予見・■避の必要性」という2つの基準により，看護職の法的責任の有無および軽重の判断を下している可能性が示唆された。

## Abstract

The purpose of this study was to elucidate the level of nursing staff's understanding of their liability in nursing practice in Japan. From four general hospitals in the Tokyo Metropolitan area, 1361 nurses were surveyed using a newly-developed self-reporting questionnaire designed to determine their understanding of their level of liability in nursing practice in the event of a medical accident.

Factor analysis showed that the scale of nurses' understanding of their own liability comprised two factors: "self-awareness of one's duty as a nurse" and "refusal to shift liability onto doctors". The validity of this scale, and the reliability using the test-retest method had been confirmed. Nursing staff's judgment of the degree of their liability was considerably affected by the circumstance of a medical accident. It was suggested that nurses had two internal criteria to make such judgments: whether or not "the average nurse might have foreseen the accident when assessing the situation", and whether or not "the nurse should have foreseen and avoided the accident even though the accident should have been foreseen and prevented by the doctor in charge."


## VI. 引用文献


1) Hall, RH.: Professionalization and bureaucratization, American Sociological Review, 33(1), 92－104, 1968

2) Holden, RJ.: Responsibility and autonomous nursing practice, Journal of Advanced Nursing, 16(4), 398－403, 1991

3) Batey, MV., Lewis, FM.: Clarifying autonomy and accountability in nursing service-Part1, The Journal of Nursing Administration, 12(9), 13－18, 1982

4) Hancock, HC. : Professional responsibility-Implications for nursing practice within the realms of cardiothoracics, Journal of Advanced Nursing, 25(5), 1054－1060, 1997

5) 高■利廣：看護業務における責任論－看護の主体性確立を目指して，1－28，医学通信社，東京，1994

6）浅井登美彦：医事紛争訴訟の最新動向－説明義務，看護体制でも過失問われる，日経メディカル，336，91－95，1996
7）石井トク：医療事故－看護の法と倫理の視点から，4－17，医学書院，東京，1992
8）小島通代，平林勝政：効果的な離職防止対策に関する研究－医師の指示権と看護婦の責任に関する法的構造，およびこれに伴う看護婦のジレンマの実態，Ⅶ－32－34，平成5年度厚生省看護対策総合研究事業研究報告書，1994
9）菅野耕毅：看護事故判例の理論－医事法の研究 第Ⅳ巻，17－25，信山社，東京，1997
10）松村悠子：看護婦の社会的責任，北海道大学医療技術短期大学部紀要，1，123－131，1988
11）高田利廣：看護の安全性と法的責任 第1集～第10集，日本看護協会出版会，東京，1976－1989
12）杉本陽子，加藤佳子，他：入院中の子どもが転倒・転落した場合の責任範囲の受け止め－子どもにかかわる5職種の認識の比較検討，三重大学医療技術短期大学部紀要，3，7－13，1994
13）萩原滋：責任判断過程の分析－心理学的アプローチ，125，多賀出版，東京，1986
14）Fincham, FD., Jaspars, JM.: A subjective probability approach to responsibility attribution, British Journal of Social Psychology, 22(2), 145－162, 1983
15）天野正子：専門職化をめぐる看護婦・看護学生の意識構造，看護研究，5，181－200，1972
16）Shaver, KG.: Defensive attribution-Effects of severity and relevance on the responsibility assigned for an accident, Journal of Personality and Social Psychology, 14(2), 101－113, 1970
17）看護問題研究会監修：平成11年 看護関係統計資料集，8－11，日本看護協会出版会，東京，1999
18）日本看護協会調査・情報管理部調査研究課（編）：日本看護協会調査研究報告〈No.54〉1999－'97看護職員実態調査，44－48，日本看護協会出版会，東京，1999

〔平成14年2月7日受　付
平成14年2月21日採用決定〕

－原　著－

# 脳血管疾患患者・家族の初回外泊における体験内容

## The Perceptions of the Experiences by Stroke Patients and their Family Caregivers through the First Overnight-stay at Home

豊　島　由樹子
Yukiko Toyoshima

キーワード：脳血管疾患患者，介護者，初回外泊，体験内容
stroke patients, family caregivers, the first overnight-stay, the experience

## Ⅰ．はじめに

脳血管疾患では障害が完全に治ることは少なく，患者は退院後，以前と全く同じ生活を送るのが難しい場合が多い。また家族にとっても患者が障害を抱えることは，家庭内の役割に変化をきたし，患者の退院後には介護役割も背負うことが予測され，患者・家族とも退院後の生活には様々な戸惑いが生じることが予測される。

先行研究においても，脳血管疾患患者の退院における不安[1),2)]や，在宅生活を送る患者のADLの変化[3),4)]などが調査されており，退院にむけて環境の調整と介護者への指導，家庭内の調整が重要である[3)]と言われている。また，脳血管疾患患者の障害受容[5),6),7)]や意欲[8)]について，質的な研究が進められている。家族においては，在宅に患者を抱える主介護者の40.6%に介護負担感が認められ[9)]，介護者の主観的負担感を強める要因には，要介護者のADL状況，介護時間，夜間介護の有無，要介護者との人間関係，介護者の健康状況がある[10),11)]。しかし，これまで患者と家族それぞれを対象とすることが多かったのに対して、家族看護学の発展により家族そのものを看護の対象として，家族を一つのユニットと考え家族の持つ健康問題に取り組むことが強調されるようになった。そして家族を看護していく場合，家族が本来持っているセルフケア機能を高めることが大切で[12)]，さまざまなストレスに対して家族としてどのように対処していくか，その対処方策や過程が重要視されるようになってきた[13)]。

脳血管疾患患者が退院後の生活へ見通しをつける機会として外泊が行われている。外泊の目的としては，1）病院内で獲得したADLを在宅で発揮できるかの評価と訓練，2）家屋の改造，物品準備の効果の評価，3）家族の介護能力の評価と教育，4）家庭・地域社会との結びつき，5）新たな問題点の発見などにまとめられる[14),15)]。しかし外泊に関する研究は少なく，外泊に踏み切れない要因の調査[16)]や，外泊時の否定的反応が退院時の不安と関連するという報告[2)]，理学療法士や作業療法士による外泊時のADLの調査[17)]がある程度で，看護として外泊をとりあげた研究はみられない。在宅生活をめざす患者と家族は，それぞれ家族関係や支援状況が異なるため，外泊を医療者の視点のみで評価するのでなく，患者と家族か

聖隷クリストファー大学看護学部　Faculty of Nursing, Seirei Christopher College

らみた体験として明らかにすることが，患者・家族の個別性に対応した継続看護に繋がると考える。

そこで本研究では，障害を負ってから初めて家庭に戻り生活する外泊を取り上げて，在宅生活をめざす患者・家族への看護に役立てるために，患者・家族の体験内容を明らかにすることを目的とした。

## Ⅱ．研究方法

### 1．研究対象

脳血管疾患によりS病院リハビリテーション病棟に入院中で，在宅生活をめざして初めて外泊を行った患者と家族のうち，研究に同意が得られた17事例を対象とした。患者は，今回が脳血管疾患の初発であり，言語的な意思疎通が可能で前頭葉に病変の認められない80歳以下の者とした。対象の背景は表1に示すように，患者は男性7名，女性10名，平均年齢は68.1歳，疾患名は脳梗塞11名，脳出血5名，くも膜下出血1名，主な障害としては右麻痺8名，左麻痺9名である。

また外泊を体験した家族には，介護を中心に担う者と介護者に影響を与える家族員が存在するため，本研究では「介護者」を日常生活上何らかの介助を必要とする患者に対して主に在宅で介護する役割を担う同居家族員とし，「家族」は夫婦関係を基礎とした親子や兄弟，近親者など情緒的な結びつきのある人々で介護者と他の家族員を含めた総称として区別した。そして，介護者以外の家族にも許可が得られた場合、患者と同時に面接を行った。介護者の属性は，夫7名，妻5名，嫁2名，娘2名，息子1名で，平均年齢は60.3歳，家族構成は夫婦2人のみ7事例，未婚の子供と同居3事例，子供夫婦と同居7事例であった。

表1 対象の背景

| 事例 | 患者の年齢 | 患者の性別 | 患者の主要疾患 | 患者の主な障害 | 家族構成 | 介護者の属性 | 介護者の年齢 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 56歳 | 男 | 脳梗塞 | 左麻痺 | 未婚の子供と同居 | 妻 | 52歳 |
| B | 60歳 | 男 | 脳梗塞 | 右麻痺・右上1/4同名半盲 | 未婚の子供と同居 | 妻 | 58歳 |
| C | 74歳 | 女 | 脳梗塞 | 右麻痺 | 夫婦2人のみ | 夫 | 76歳 |
| D | 65歳 | 女 | 脳梗塞 | 左麻痺 | 子供夫婦と同居 | 夫 | 66歳 |
| E | 65歳 | 女 | 脳出血 | 右麻痺・軽度言語障害 | 子供夫婦と同居 | 嫁 | 46歳 |
| F | 68歳 | 女 | 脳出血 | 左麻痺 | 子供夫婦と同居 | 夫 | 71歳 |
| G | 67歳 | 女 | 脳梗塞 | 右麻痺 | 夫婦2人のみ | 夫 | 70歳 |
| H | 77歳 | 女 | 脳梗塞 | 左麻痺・左半空間失認 | 子供夫婦と同居 | 娘 | 53歳 |
| I | 75歳 | 男 | くも膜下出血 | 右麻痺 | 夫婦2人のみ | 妻 | 75歳 |
| J | 63歳 | 男 | 脳出血 | 右麻痺 | 夫婦2人のみ | 妻 | 59歳 |
| K | 71歳 | 女 | 脳梗塞 | 左麻痺 | 夫婦2人のみ | 夫 | 71歳 |
| L | 60歳 | 女 | 脳出血 | 左麻痺 | 夫婦2人のみ | 夫 | 64歳 |
| M | 68歳 | 女 | 脳出血 | 右麻痺 | 子供夫婦と同居 | 息子 | 38歳 |
| N | 63歳 | 女 | 脳梗塞 | 左麻痺 | 子供夫婦と同居 | 夫 | 67歳 |
| O | 78歳 | 男 | 脳梗塞 | 右麻痺・軽度言語障害 | 未婚の子供と同居 | 娘 | 46歳 |
| P | 73歳 | 男 | 脳梗塞 | 左麻痺・左半空間失認 | 夫婦2人のみ | 妻 | 70歳 |
| Q | 74歳 | 男 | 脳梗塞 | 左失調・左腓骨神経麻痺 | 子供夫婦と同居 | 嫁 | 43歳 |

### 2．データ収集方法

外泊を体験した患者・家族に対して，半構成的な質問項目を用いて面接調査を行なった。質問内容は，1）外泊について（3項目），2）外泊時の生活状況（8項目），3）病気・障害について（2項目），4）発症後の生活の変化（3項目），5）家族に対しての思い（4項目），6）今後の生活について（2項目）の計22項目である。面接は外泊後1週間以内に行い，1回の面接時間は30分程度，面接場所は患者・家族のプライバシーが保てるよう病棟の面談室を使用した。面接内容の記録は対象者の許可を得て録音し，逐語記録として分析した。また対象者の承諾が得られた場合，1回めのインタビューで不十分であった部分や聞き取った内容を確認するため日を改めて2回めの面接を行い，面接内容を補足するため患者と家族の面会場面における参加観察も併用した。データ収集期間は，平成11年3月～8月である。

なお本研究では，患者と家族の体験内容を「思い」[18]

として，物事にふれておこる気持ちや考え，事にあたる態度や姿勢などを包括した，個人が感じる主観的な現実で，自覚され言語で表現されたものと定義した。

### 3．データ分析方法

分析方法としては，インタビュー内容の逐語録で語られた言葉を質問項目ごとに思いやトピックを表す文章や段落をつけ分析単位としてコーディングした。コーディングの際には，面接での内容と参加観察や記録類より得たデータを合わせ，言動の一致を確認した。そこから，17事例の患者・家族に共通性のある内容を抽象化し，外泊体験についてのカテゴリーとして抽出した。また1事例ごとに患者と家族の体験内容を詳しく分析して，相互の比較を積み重ね，特徴あるグループごとに患者・家族の関係性を考慮した関連図を作成した。その上で，発症前から退院に向けた患者・家族の思いのプロセスを対比させて図に表した。なお，分析にあたっては指導教官よりスーパーバイズを受け，信頼性と妥当性を確保しながらすすめた。

## Ⅲ．研究結果

### 1．外泊時の患者の生活状況

入院から外泊までの期間は平均8.8週（4.5～18週）で，その時点の患者のFIM（Functional Independence Measure）得点は平均105.7点（73～127点）であった。外泊時の患者の生活状況では，『室内の移動』が自力歩行できた者4名，杖歩行10名，車椅子使用3名である。『排泄』では，全てトイレ使用9名，昼はトイレ・夜は尿器またはポータブルトイレ使用5名，ほとんどポータブルトイレ使用3名，『寝具』では，布団使用8名，家にあるベッドを使用4名，ベッドを借用3名，外泊のためにベッド購入2名であった。『外泊時の生活範囲』は，近隣への訪問や畑に行くために遠出した者5名，自宅周囲のみ散歩した者2名，屋内で過ごした者6名，ほとんど自室で過ごした者4名である。

### 2．外泊時の介助内容と家族の生活変化

『患者への介助内容』としては，歩行の付き添いや監視，段差の介助，トイレ監視など移動に関する内容が多く，生活上頻■の介助が必要であった。また介護者だけでなく他の家族員も患者の介助に参加した事例もみられ，布団からの立ち上がりで3事例，入浴で3事例が，外泊前に医療者から指導を受けて在宅で実行していた。

『患者の入院による家族の生活変化』としては，家族人数が少ない場合，患者の入院後に他の家族員や近隣の人が夕食のおかずを作って持ってきてくれるなどの協力がみられた。また夫婦2人のみで夫が介護者である場合，夫は社会活動を含めた仕事を続けながら妻の発症を機に初めて家事を実施していた。そのうち2事例では全ての家事を夫が行っていたが，残り2事例では炊事において介護者の生活をサポートする関わりがみられた。

### 3．外泊後の患者・家族の体験の受け止め

外泊後の患者の思いとしては表2に示すように，〈喜びの感情〉や〈安心〉の≪明るい気持ち≫を13名が表出していた。それは「思ったより歩けた」などの≪自分で行動できた喜び≫と関係している。また「あっという間だった」という〈充実感〉や≪役割の達成感≫も語られた。それとともに外泊が「家族と一緒に過ごせた」「友人や近隣の人が幾人も見舞いに来てくれた」のように，≪家族・社会との繋がりの取り戻し≫を感じていた。また〈生活環境の広がり〉〈欲求の充足〉も，病院生活と異なる≪自由な生活環境の広がり≫となっている。しかし，このような好ましい体験だけでなく，「畳の上が思うように歩けなかった」「段差が大変だった」などの〈在宅での困難〉を感じた患者が7名みられた。

外泊後の家族の思いでは，患者と同様に〈思ったより“出来ていた”実感〉を10事例が述べた。しかし同時に介護について，「不安はあったが心

表2　外泊後の患者と家族の体験の受け止め　　複数回答（人）

| | 大カテゴリー | 小カテゴリー | 例 | 人数 |
|---|---|---|---|---|
| 患者 | 明るい気持ち | 喜びの感情 | 楽しかった | 11 |
| | | 安　心 | 帰ることが出来て気楽になった | 2 |
| | 自分で行動できた喜び | "出来た" 喜び | 思ったより歩けた | 5 |
| | | 自立の気持ち | 自分でやらなければと思い自立心を持った | 1 |
| | 役割の達成 感 | 充実感 | あっという間だった | 2 |
| | | 役割の達成 | 気が済むように片づけできた | 2 |
| | 実際に生活して分かった現状 | 在宅への順応 | 慣れた所なので歩けた | 3 |
| | | 在宅での困難 | 畳の上が思うように歩けなかった | 7 |
| | 家族・社会との繋がりの取り戻し | 家族・社会との繋がり | 家族と一緒に過ごせた | 12 |
| | | 家族の励まし | 家族が暖かく迎えてくれた | 3 |
| | 自由な生活環境の広がり | 生活環境の広がり | 遠くまで散歩に行った | 6 |
| | | 欲求の充足 | 夜良く眠れた | 5 |
| 家族 | 介護についての実　感 | 思ったより "出来ていた" 実感 | 思ったより動けるようになっていた | 10 |
| | | 苦にならない介護 | 不安はあったが心配するほどでなかった | 4 |
| | | 介護 負担 感の実感 | 大変だった | 4 |
| | 初めて在宅生活を体験しての思い | 目の離せ なさ | 転ばないか心配でいつも横についていた | 4 |
| | | 行動の危険性 | 前と同じ感覚で行動するが危なく感じる | 1 |
| | | 在宅での動きの悪さ | 病院の方がやっぱり動きが良い | 4 |
| | | 初めての介護 体験 | 今まで心得がなかったが扱いが分かった | 1 |
| | 今後の在宅生活に向け ての見通し | 今後の生活への期待 | 家での生活が思ったより出来そう | 3 |
| | | 今後の生活に向け ての準備 | どこに何が必要かチェックできた | 1 |
| | 家族としての結びつきの強まり | 患者の嬉しさを共感 | 元気で嬉しい感じで帰れて良かった | 2 |
| | | 家族としての繋がり | 家族でふれあうことが出来た | 4 |
| | ソーシャルサポートの必要性 | 医療者の指導の効果 | 介助方法を教えてもらったのが役立った | 3 |
| | | サポートの必要性 | 子供や親戚の人が助けてくれて良かった | 1 |

配するほどでなかった」などの〈苦にならない介護〉や，「忙しすぎて疲れた」などの〈介護負担感の実感〉を4事例の家族が認識していた。介護に関する内容としては，「初めてだったので転ばないか心配でいつも横についていた」などの〈目の離せなさ〉や，「入院前と同じ感覚で本人は行動しているが周囲には危なく感じる」の〈行動の危険性〉，「病院の方がやっぱり動きが良い」などの〈在宅での動きの悪さ〉といった≪初めて在宅生活を体験しての思い≫がみられた。また〈患者の嬉しさを共感〉する様子や，「1人で出来ることが少なくても家族とふれあうことが出来た」の≪家族としての結びつきの強まり≫を5事例が外泊の成果として強調していた。その他≪今後の在宅生活に向けての見通し≫や，初めての外泊であっても「子供や親戚の人が助けてくれて良かった」のように≪ソーシャルサポートの必要性≫が述べられた。

**4．病気・障害についての患者・家族の受け止め**

表3に示すように，患者は〈突然の思いがけない発症〉と感じている者が6名みられ，≪突然の発症による戸惑い≫があった。〈思うように出来ない苛立たしさ〉などから≪病気・障害についての辛さ≫を訴える者もみられたが，≪障害を見つめようとする気持ち≫を語り，外泊まで漕ぎ着けたことから≪次第に回復してきた実感≫を語る者もいた。また〈回復の限界を認める気持ち〉や〈発症理由の振り返り〉，≪同病者への思い≫など，さまざまな気持ちがみられている。今後に向けては，〈回復を望む気持ち〉〈退院後の目標〉〈家族の負担を思う気持ち〉の≪退院にむけての目標≫も語られた。

家族でも患者と同様に〈突然の思いがけない発症〉と感じた者が7名みられ，また家族ならではの〈生命危機の乗り越え〉を体験してきた家族もあった。しかし13事例の家族が，≪次第に回復してきた実感≫を語り，≪患者への思いやり≫がみられた。同時に〈発症理由の振り返り〉〈病気を受けとめようとする気持ち〉〈回復の限界を認める気持ち〉も患者同様，家族にもみられた。そして今後に向けては〈回復を望む気持ち〉を9名の家族が自然に述べたのに対して，「高い段差もクリアできるようもう少し頑張って貰いたい」などの〈患者に対する回復への強い期待〉や「もう少し良くなるまで病院において欲しい」などの〈医療機関への要望〉などの≪退院にむけての目標≫が語られた。

表3　病気・障害についての患者と家族の受け止め　　複数回答（人）

| | 大カテゴリー | 小カテゴリー | 例 | 人数 |
|---|---|---|---|---|
| 患者 | 突然の発症への戸惑い | 突然の思いがけない発症 | 突然こうなってしまった | 6 |
| | 病気・障害についての辛さ | 症状の苦痛 | 痛みや浮腫があってスッキリしない | 2 |
| | | 病気の辛さ | この病気は辛い病気 | 3 |
| | | 思うように出来ない苛立たしさ | まごつく自分にイライラしてくる | 2 |
| | | 投げやりな気持ち | あんまり悪くなると生きているのが嫌になる | 1 |
| | 障害を見つめようとする気持ち | 気持ちの切り替え | なったことは仕方ないと思うことにしている | 4 |
| | | 焦りを抑える気持ち | 思うようにはいかないから、ぼちぼちだ | 3 |
| | 次第に回復してきた実感 | 良くなったことを認める気持ち | 家に帰れるくらい良くなってきた | 9 |
| | 自立に向けての努力 | 行動上の注意 | 転ばないように気をつけている | 4 |
| | | 自立に向けての積極的な態度 | 自分で出来ることはやろうと思う | 5 |
| | 回復の限界を認める気持ち | 回復の限界を認める気持ち | 全部治る訳ではないから | 2 |
| | 発症理由の振り返り | 発症理由の振り返り | 生活に気をつけなかったのが悪かった | 8 |
| | 同病者への思い | 同病者との比較 | 他の人と比べてひどくなくて良かった | 3 |
| | | 同病者との繋がり | 病院には同じような人がいるから楽しい | 2 |
| | 退院にむけての目標 | 回復を望む気持ち | もう少し歩けるようになりたい | 4 |
| | | 退院後の目標 | 仕事・家事ができるようになりたい | 5 |
| | | 家族の負担を思う気持ち | 家族に迷惑を掛けないようになりたい | 3 |
| 家族 | 突然の発症による戸惑い | 突然の思いがけない発症 | まさかこうなるとは思っていなかった | 7 |
| | | 生命危機の乗り越え | 倒れたばかりの頃は大きな覚悟をした | 2 |
| | 症状に対する対処困難 | 症状(痛み)に対する対処困難 | どうしたら良いか聞いてもわからない | 1 |
| | 次第に回復してきた実　感 | 発症時と比べて回復を認める気持ち | 始めの頃を思うと良くなった | 7 |
| | | 良くなったことを認める気持ち | 結構自分で歩けるようになって良かった | 11 |
| | 患者への思いやり | 患者の気持ちを思いやる様子 | 病気をしたことがないのでギャップがあっただろう | 4 |
| | | 患者の努力を認める気持ち | この短期間に本当に良く頑張ったと思う | 3 |
| | 発症理由の振り返り | 発症理由の振り返り | 多少悪いところがあったのに無理したかもしれない | 5 |
| | | 病気を受けとめようとする気持ち | 軽く済んだほうと思っている | 5 |
| | 回復の限界を認める気持ち | 回復の限界を認める気持ち | 進歩を課せばキリがないから | 2 |
| | 退院にむけての目標 | 回復を望む気持ち | もう少し歩けるようになってほしい | 9 |
| | | 在宅生活に向けての目標 | 身の回りのことは1人でできるようになってほしい | 2 |
| | | 患者に対する回復への強い期待 | 高い段差もクリアできるよう頑張って貰いたい | 2 |
| | | 医療機関への要望 | もう少し良くなるまで病院においてほしい | 2 |

### 5．患者と家族の思いに特徴あるグループの分析

これまでの内容について，患者と家族の受け止めを対比し事例ごとに細かく検討を積み重ねた結果，『家族が〈目の離せなさ〉を感じたグループ［事例A，B，C，D］』，『患者・家族とも〈在宅での動きの悪さ〉を感じたグループ［事例E，F，G］』，『家族が〈回復への期待の強い〉グループ［事例H，I，J］』，『患者が〈役割復帰の希望が強い〉グループ［事例K，L］』，『患者・家族が〈出来た〉と感じたグループ［事例M，N，O，P，Q］』に大きく分類することができたが，ここでは患者の外泊体験と家族の介護役割の受け止めに特徴の認められた3グループについて詳細に述べる。

1）家族が〈目の離せなさ〉を感じたグループ（4事例）

図1に示したように，このグループでは家族が〈目の離せなさ〉を感じているのに対して，患者は外泊において〈"やりたい思い"〉を持っていた。

［事例A］

妻「自分1人なら何回も（トイレに）行くのは構わないけれど，こうなると何回もは，結構その度（介助）なんで"ああ，キツいなあ"って感じで。」

●さん「病棟でもポータブルは使ったことない。トイレじゃないと出ないんだ。」

患者は外泊し在宅で過ごすにおいて〈自分で出来ることはやりたい〉〈発症前と同じようにやりたい〉のような望みを持っている。それに対して家族は〈転倒の危険を心配した目の離せなさ〉を感じており，患者の〈"やりたい"思い〉と対立していた。患者が〈"やりたい"思い〉を持つ背景には，事例B「俺がこんな病気になったから，俺なんかもう用がない。」などの〈役割の喪失感〉，事例A「金は今まで俺が稼いできた。それなのにちっと

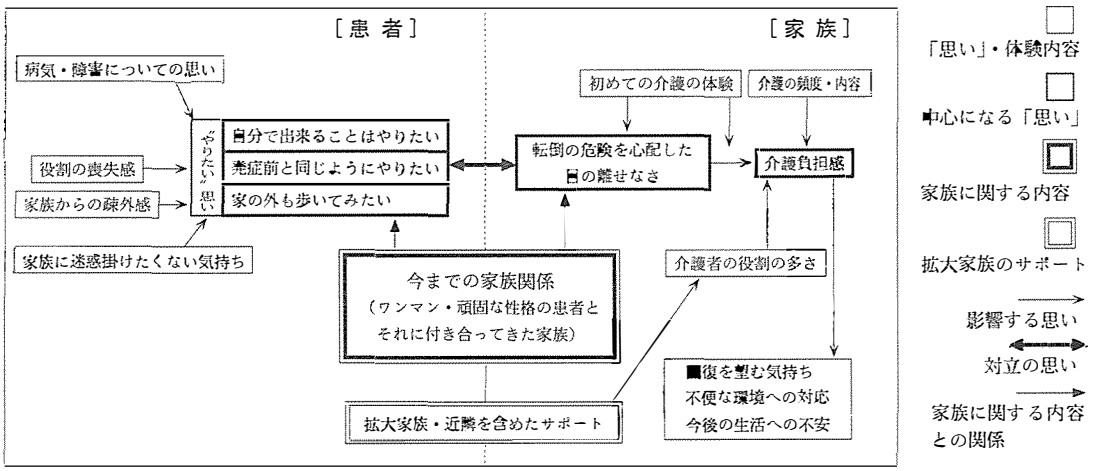



図1　家族が〈目の離せなさ〉を感じたグループ（4事例）

も俺の言う事をきかん。」などの**〈家族からの疎外感〉**，事例D「私が帰ってもあんまり面倒かけないようにしたい。」などの**〈家族に迷惑掛けたくない気持ち〉**など，それぞれの患者の**〈病気・障害についての思い〉**が関係している。

これらの患者と家族には，**【ワンマン・頑固な性格の患者とそれに付き合ってきた家族】**という**【今までの家族関係】**がみられ，患者は**〈"やりたい"思い〉**のままに実行し，家族は常にそれに付き添う状況になりやすく，それが家族にとって**〈介護負担感〉**として感じられている。

[事例A]
妻「24時間目が離せなくて，主人の手足になっているようで疲れました。」
[事例C]
夫「(外泊について) 忙しすぎて疲れたよ。正直なとこ。」

以上のような**〈介護負担感〉**に関しては，今回の外泊が**〈初めての介護の体験〉**であるため，どの程度介助したら良いのか判断しきれない家族の状況がある。また事例A介護者「2，3人がかりでないと，どうにも動けなくて…。」や事例B介護者「杖で行ってるから，回数がちょっと多くて…。」のような**〈介護の頻度・内容〉**も**〈介護負担感〉**と関連している。そして事例A介護者は祖母の看病，事例C介護者は自営の店を営業しており，介護者は外泊した患者の介護役割だけでなく，他の家族員の世話や仕事，家事役割など1人でさまざまな役割を担っている現状が明らかになり，**〈介護者の役割の多さ〉**も**〈介護負担感〉**に関係していることがうかがえた。

このような外泊の状況から，家族は患者に**〈回復を望む気持ち〉**と，今回の外泊において具体的に不便であった環境に対して手すりをつけるなどの**〈不便な環境への対応〉**の予定がうかがえた。同時に，事例A介護者「家で何回も（患者の下敷きになって）つぶれました。その時は子供もみんないたんで良かったですけど，本当に2人きりだとどうしようかと思って。」や，事例B介護者「お手洗いのことが本当に苦だったから…。もし次に帰ることがあったら，何か考えてもらおうかと…。」のような**〈今後の生活への不安〉**が語られた。

2）患者・家族とも**〈在宅での動きの悪さ〉**を感じたグループ（3事例）

図2に示したように，このグループでは患者が**〈1人で出来ない〉〈うまく歩けない〉**と感じたのに対し，家族も**〈うまく動かせない〉**ことを感じていた。

[事例F]
Fさん「ベッドは借りてくれたんだけど，ここみたい

にしっかりした柵じゃないから，ぐらぐらして起きるのも大変で…。」
夫「病院の方が設備良いだもんで，家と違って。」
[事例G]
Mさん「畳の上が靴はかないで歩いたんで，思うように歩けなかった。」
夫「病院と違って，畳の上は柔らかいから力の入り具合が違うじゃないかなと思った。この靴じゃなくて，無論脱いで上がるもんで，滑るじゃないかな。そんな感じで足の出が悪かったな。」

畳の上の歩行など病院との環境の違いから，患者は病院では自分で出来ていることも家では出来ない状況となっており，家族も同様にそれを感じている。患者が自分で歩けないため家族は車椅子で移動を介助することになるが，やはり平らでない環境のため車椅子を動かすのも難しい現状を実感している。それによって患者は「トイレはベッドの横にポータブルトイレを置いてする」ようになり〈自室内だけの生活〉になりやすい。この背景として患者の〈歩けない現状で外泊する不安〉や〈無理しない姿勢〉〈体力的な疲れ〉，また〈家族に対する遠慮〉の気持ちが強いと余計に〈自室内だけの生活〉になりやすい。

患者があまり動かないためか，介護については事例E介護者「そういう点（家の準備ができていないこと）は不安になりましたけど，思ったほどではなかったです。」などの〈苦にならない介護〉として感じられている。また事例G介護者「わしも町の方の障害者のリハビリ関係の送り迎えをやっているもんで，えらい苦にもならなかった。」のように〈介護の経験〉があることが介護についての思いに関係していた。

またこのグループの患者と家族には【互いを思いやる気持ち】がみられた。

[事例E]
嫁「遠慮するんですよ。トイレのことも気にして，“ありがとう”とか“申し訳ない”とか言うものだから，そんなことは何□も言わなくて良いよって言って。どうしても遠慮があるんでしょう。私，嫁だから…。」
Uさん「いや，よくやってくれるよ。」
嫁「母に私はお世話になってきたから，ずっと。今度は逆に私が…。」
[事例F]
嫁「1人で出来ることが少なくても，家族とふれあうことが出来てよかったです。」
Fさん「家はうまく収まっていて，他の人から羨まがられるくらい。本当にね，うちの家族はみんな良くやってくれて，心遣いは100点満点ですよ。」

このような【家族としての結びつき】が，介護への思いにも影響していることがうかがえた。また事例Eでは介護者が仕事に出掛けた□□嫁いだ娘が代わりに介護をしたり，近隣に住む患者の妹が手伝い

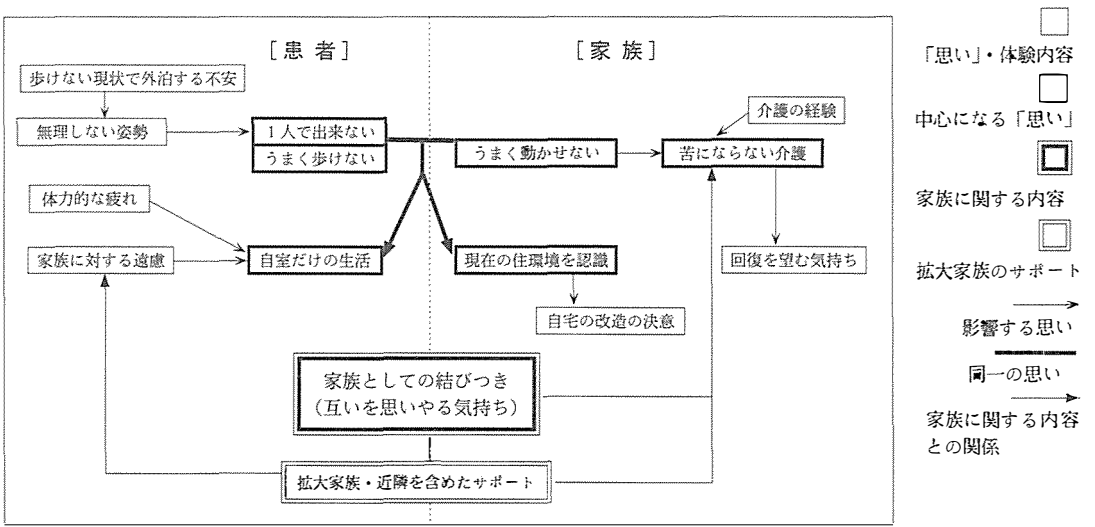



図2　患者・家族とも〈在宅での動きの悪さ〉を感じたグループ（3事例）

に来てくれたり，事例Gでは遠方に住む娘が1泊帰省して介護を手助けするなどの〈**拡大家族・近隣を含めたサポート**〉が存在し，これらも介護についての思いに影響している。

このように外泊において〈**在宅での動きの悪さ**〉を実感したことから，患者・家族とも退院にむけて〈**回復を望む気持ち**〉を持っている。また外泊によって事例E・Fでは，〈**現在の住環境の限界を認識**〉し〈**自宅改造の決意**〉をしていた。

3）家族が〈**回復への期待の強い**〉グループ（3事例）

図3に示したように，このグループでは患者は〈**思ったより "出来た"**〉と感じているのに対して，家族も〈**思ったより "出来ていた"**〉と感じながらも，同時に〈**介護が必要であることを認識**〉していた。

[事例I]
Yさん「(歩くのに) だいぶ自信がついてきました。」
妻「ずっと起きていたのに，何も疲れた様子がなかったんです。だからだいぶ元気になったなと思って。1ヶ月前のことを思えば改善して，こんなに早く歩けるとは思いませんでした。」
妻「やはり介護が必要だったねってことで。親戚の方が迎えに来て下さって，その方の車に乗って。それで降りる時にも，車から降ろして肩も貸していただいて，家に入って。そんなことで介添えがいるわけです。」

患者は初めての外泊に対して〈**家族への迷惑の危惧**〉もありながら〈**自宅復帰に向けての期待**〉をもって外泊に臨み，その結果〈**思ったより "出来た"**〉と実感できたことから〈**"出来た" 喜び**〉を感じている。これに対して家族は，〈**生命危機の乗り越え**〉を体験し，外泊で〈**思ったより "出来ていた"**〉と感じながらも，同時に段差の介助やトイレ歩行において〈**介護が必要であることを認識**〉していた。

しかし，このグループの家族は，〈**患者に対する回復への強い期待**〉や，「良くなるまで病院においてほしい」などの〈**医療機関への要望**〉も語った。

[事例H]
娘「(ベッド柵つきのベットは) 歩けるようになれば，必要ないね。いつまでもそういうの使って立とうと思うんじゃなくて，使わなくても立ったり座ったり出来るようにならなくちゃね。」
Yさん「この間帰った時，娘はここの先生より厳しかったです。"頑張り方がまだ足りない" って言われました。」
娘「そうだよ。一人で歩けるようにならんと。」
[事例J]
妻「でも，もう少し歩けるようにならないと，家に来てくれても困るよね。私も1人でなければね。やっぱり1人であんまり動けないと，私がどこか行くにも心配ですものね。(夫は) 大丈夫だよって言うけど，やっぱり

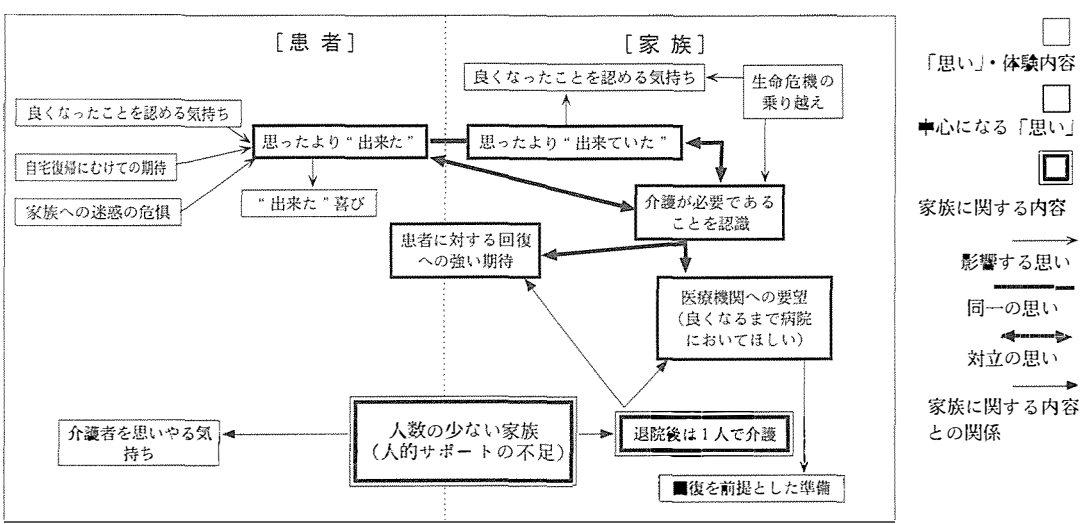



図3　家族が〈回復への期待の強い〉グループ（3事例）

怖いですよね，1人では。」

このように期待や要望が強い背景としては，これらの家族が【人数の少ない家族】であることが関係している。事例Hは老親を仕事をもつ既婚の娘が介護，事例Iと事例Jでは夫婦2人のみで妻が夫を介護しており，3事例とも【人的サポートの不足】がみられる。介護者が介護役割を引き受けるにおいて，〈退院後は1人で介護〉する可能性が高い場合，〈患者に対する回復への強い期待〉となりやすい様子がみられた。このような家族の状況を患者も理解しており，事例H「私には娘1人しかいなくて…。（中略）だからどうしても娘が頼りになっちゃうんだけど，ムリさせるのが申し訳なくて…。」などのように〈介護者を思いやる気持ち〉を持っている。介護者も今までの家族関係から，患者に対する感謝の気持ちや回復をともに喜ぶ気持ちを持っており，家族としての結びつきは保たれていた。

そして回復への期待から，退院後の生活について家族は〈回復を前提とした準備〉を考えていた。

[事例H]
娘「退院近くなったら，どんな物が必要か把握して，それで用意するものは用意していきたいなと思っているんです。早々やっても動けるようになったら，必要なくなるじゃないですか。安い物じゃないから…。ムダになるなら買わない方が良いし，そんなに早く用意してもね。」

また今後の生活について，別居している長男との同居に悩みながら，今後も2人で生活していくことを決断した事例もあり，外泊での体験を踏まえ患者と家族は退院後の生活について自分達で決断をしていた。

### 6．退院に向けての患者・家族の思いの変化

これまでの内容をまとめ，図4に示した。患者・家族には，発症前からの個々の家族なりの〈今までの家族関係〉と〈拡大家族・近隣のサポート〉がある。それが発症によって，患者・家族ともに〈突然の発症による戸惑い〉そして徐々に，〈次第に回復してきてた実感〉から〈病気・障害をみつめ，受け入れていく気持ち〉に変化していく。その中で患者は，〈家族への迷惑の危惧〉，家族では〈患者への思いやり〉があり，介護者の生活の変化に対しては拡大家族・近隣の〈介護者へのサポート〉がみられた。そして‘外泊’を経験することで，患者は〈自分で行動できた喜び〉や

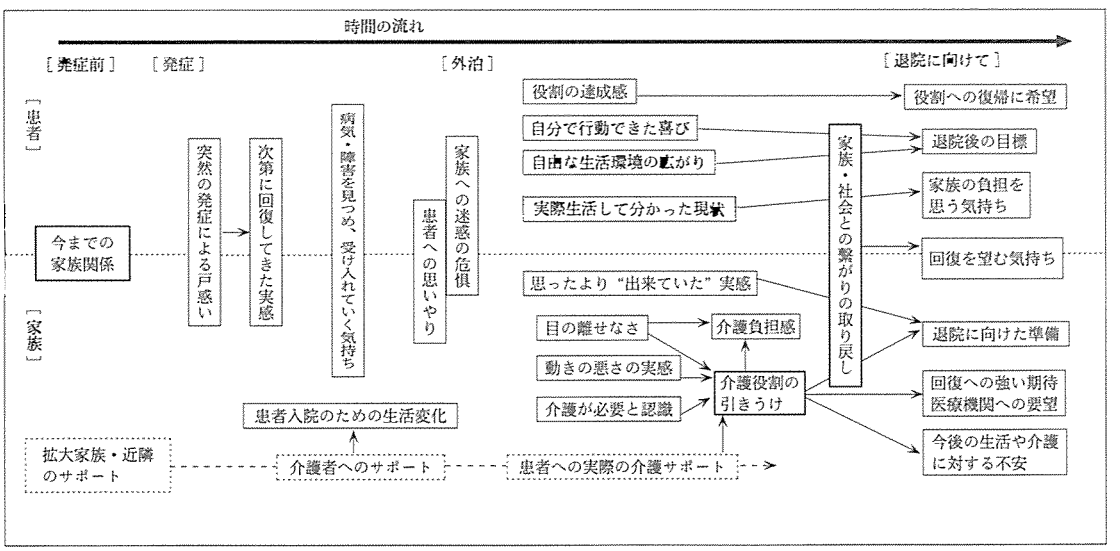



図4　退院に向けての患者・家族の思いの変化

〈自由な生活環境の広がり〉，〈実際生活して分かった現状〉，〈役割の達成感〉などを感じていた。これに対して家族は，〈思ったより“出来ていた”実感〉を感じた事例もみられたが，〈目の離せなさ〉から〈介護負担感〉を感じたり，〈動きの悪さの実感〉〈介護が必要と認識〉する事例もあった。このように‘外泊’は，家族にとって初めて〈介護役割の引き受け〉を実感する機会であり，拡大家族・近隣からの〈患者への実際の介護サポート〉も行われて，患者・家族は退院後の生活を具体的にイメージするようになる。また外泊によって患者・家族は，〈家族・社会との繋がりの取り戻し〉を感じていた。そして退院に向けて，患者では〈役割への復帰の希望〉や〈退院後の目標〉〈家族の負担を思う気持ち〉，〈回復を望む気持ち〉を，家族では患者と同様に〈回復を望む気持ち〉，それに加えて〈在宅生活への期待〉や〈退院に向けた準備〉，介護を引き受けるにあたっての〈回復への強い期待・医療機関への要望〉，そして〈今後の生活や介護に対する不安〉がみられた。

## Ⅳ．考　　察

### 1．外泊についての患者の体験内容

初発の脳血管疾患は，ほとんどの患者にとって予期しない突然の思いがけない発症である場合が多い。しかし外泊を経過した今回のインタビューの時期には，発症の戸惑いを乗り越え，障害をみつめる気持ちへと変化がみられた。外泊での生活において，患者は自分で出来ることは努力して取り組み，出来た喜びを多くの患者が語った。また外泊が，入院生活では出来ない自■な生活環境の広がりの機会になったり，入院によって途絶えていた家族・社会との繋がりの取り戻しもされていた。外泊で患者は，障害によって変化した自己像を感じることもあるが，家族・社会の中で変わらない存在としての価値を身近な人々との関わりから感じ取り，家庭において関係を取り戻せた体験が，患者の喜びに繋がったと考える。

しかし外泊はこのような好ましい体験だけでなく，実際に生活してみて分かった現状から，在宅での■難も感じていた。また未だ病気を受け止めきれない者もあり，患者の思いは一様ではない。患者がこのような思いを持つ背景には，役割の喪失感や家族への思いが関係していることが事例の分析から示された。『障害に対する取り組みは必ずしも段階的に移行していくものでなく，患者は家族や重要他者との関わりの中で障害を受けとめていく』と河原ら[5]が述べているように，患者が障害を受け止め今後に向けてどう取り組んでいくかは，患者を取り巻く家族との関係が重要で，患者が自分と家族の関係をどのように捉えているかを把握した上で，看護者は退院後の生活を患者とともに考えていく[19]必要がある。

### 2．外泊についての家族の体験内容

今回の対象では，配偶者が介護役割を引きうける場合が多く，夫婦2人暮らしの7事例のうち6事例が今後も高齢者夫婦2人で生活していくことを選択していた。夫婦2人の世帯の場合，患者入院による生活の変化も大きく，介護者としての役割負担も高まる。また仕事を持った娘や嫁が介護者となる場合でも，養育の必要な子供や介護の必要のある父母との同居など，介護者を取り巻く状況はストレスフルである。そのような介護者に対して，拡大家族や近隣から介護者の生活をサポートする関わりが示された。家族員が入院し心労を感じる介護者にとって，患者とともに自分を労わってくれる支援者の存在は，手段としてだけでなく心理的なサポートにもなっていると考える。

これまで研究されてきた患者の障害の受容について[6),7)]だけでなく，家族にも患者と同様に様々な思いがあることが今回示された。まず突然の発症による戸惑いの気持ちは，患者と同様であるのに加えて，患者の死を意識した生命危機の乗り越

えという家族独自の気持ちがあった。また患者とともに悩んだり，患者の努力を認めるなど患者への思いやりがみられた。回復の実感については，“出来た”ことを実感し良くなったと認める気持ちだけでなく，発症時と比較して良くなったと認める気持ちもみられた。退院後の目標においても，回復を望む気持ちや在宅生活に向けての目標は患者と同様であるが，患者に回復を強要するような強い期待や，良くなるまで病院においてほしいなどの医療機関への要望は家族独自の思いであった。このように家族には，患者の障害を自分のことのように悩み，ともに回復を喜ぶ気持ちと同時に，患者を介護する立場として患者をみつめる気持ちがあると考える。

外泊後の家族の思いには，患者が思ったより“出来ていた”ことから，予想と比較して楽であったと実感した者が多かった。家族にとっては，病院と環境の異なる在宅で実際に患者がどの程度動けるのか想像できなかったため，かなり■難があるだろうと予想していたのに反して，患者が“出来ていた”と実感できたことから，外泊前に感じていた不安は和らいだと思われる。しかし予想と比較して楽であった実感と同時に，介護の必要性や負担を感じた家族もみられ，外泊時の介護における困難には介護回数の多さや夜間介護の疲労が含まれていた。これは介護負担感[9),10),11),20)]の研究で明らかにされた内容と共通するものがあり，初めての介護であっても介護負担として感じる内容は在宅介護者の場合と同様であると言える。しかし，初めてであるからこそ感じる目の離せなさや在宅での動きの悪さなど，初めて在宅生活を体験しての思いは，今後の介護役割の引き受けに影響することが予測される。そのため，患者同様に家族からも外泊について話を聞き，家族員それぞれがどのように感じたのか，患者を取り巻く家族の思いや支援状況を正確に捉えておくことが大切である。

初めての外泊を通して，家族は介護役割の引き受けを実感したのと同時に，患者を含めた家族としての結びつきの強まりを感じていた。患者との関係は，介護負担感にも影響する要■であり，家族が自らの生活の■で介護を肯定的に受け止めるためにも，入院によって距離のあった患者と家族の繋がりが取り戻されることは重要な意味を持つ。また患者・家族がともに退院後の在宅生活を考えることで，退院に向けて家族として共通の課題に取り組め，家族の結びつきが増すことも考えられる。そのためには専門家同士が充分に情報伝達しあい，患者・家族を混乱させることのないよう在宅生活の指導を進める必要がある。

### 3．外泊についての患者・家族の思いの特徴

本研究では，患者と家族の外泊体験を対比させた結果，体験に特徴のあるグループとして，3グループについて検討を行った。

1）家族が〈目の離せなさ〉を感じたグループ

このグループでは，患者の“やりたい”思いと家族の目の離せなさの気持ちが対立していた。患者は久しぶりの在宅生活において，自分で出来ることはやりたい，発症前と同じようにやりたいなどの望みを持っている。患者には，障害を確認していくための積極的な意味を持つ「障害たしかめ体験」が存在する[7)]との研究や，発症から15～20週後に実際の生活で実施してみる「可能性の体験」がある[21)]との研究からも裏付けられるように，今回の患者の行動には自分の障害や可能性を実際に家庭に戻って確かめる意■もあったと考える。また障害や入院によって役割の喪失感や家族からの疎外感を感じている患者にとっては，在宅への復帰を望むゆえの焦りもあると考えられる。このような背景から，患者は自分の思いを優先して行動しているが，付き添う家族にとっては思いに反して体がついていかないように見え，転倒の危険の心配から目の離せなさを感じていた。それが排泄に関わる動作など“頻回に”みられる行動で

あることから，家族は絶えず付き添いが必要となり介護負担感を感じていた。このグループの患者は，性格的にワンマンであったり頑固なところがみられ，思ったことをすぐ実行するタイプであるため，家族にとっては余計に振り回される感じがすると考える。

また初めての外泊であるため家族は介護において責任[22]を感じており，余計に目が離せないと感じやすいのではないか。今回，介護者が「24時間目が離せなくて主人の手足になっていたようで疲れた」と語ったことは，責任感から自己喪失(self-loss）を感じたためと考えられる。Grantら[23]は，脳卒中患者の家族介護者は喪失とともに生きており，自律した自己の喪失として介護に時間を費やした結果，自由な自分自身の時間が喪失すると述べている。数日の外泊であっても，このような介護負担感を訴える介護者もおり，退院後も同様の状況が継続することのないよう，患者・介護者間の調整が看護として必要である。

介護者の役割の多さも，介護負担感に拍車をかけることが今回示された。一人の介護者がどの程度の役割を背負っているのかは，個々の家族状況を詳しく把握しなければ見出せない内容であるため，入院時から患者だけでなく家族の負担感などにも着目した看護の関わりが大切である。このような事例では，患者・介護者に対する支援が特に重要であるため，拡大家族や近隣を含めての体制作りが早くから必要になる。

このグループでは，家族が患者の言動だけに振り回されることのないよう，実際に何は患者に任せても危険がないのか，少しずつ手が外せることを見極めていけるように，患者を含めて時間を掛けた医療者の関わりが大切である。

2）患者・家族とも〈在宅での動きの悪さ〉を感じたグループ

このグループでは，患者のADLの自立度が低く，かつ畳や段差など日本的な住環境のため，患者が行動するにも家族が介護するにも困難が生じていた。このグループの患者は自分が歩けないことを認識しており，また家族に対する遠慮の気持ちから，無理しない姿勢があったと考える。そのためこれらの患者では，自室内だけの生活になりやすいが，家族にとってはそれが苦にならない介護となっている。しかし退院後もこの状態が継続すると，患者のADLの低下に繋がる可能性があり，牛久保ら[3]や深谷ら[4]も家庭内で役割を持たない場合に退院後のADLが低下しやすいと報告している。このグループ中2事例の患者では，子供夫婦との同居のため退院後に特別な役割はないが，患者と家族の関係は良好で家族としての結びつきが強かった。そのため，外泊を通して現在の住環境の限界を認識し，今後自宅改造の決意をしており，退院後における患者のADL低下の可能性は回避される傾向にある。

患者と家族の繋がりを大切に，退院後も患者が出来ることは自分で行える環境になるよう，実際に準備を進める上で医療者はいつでも患者・家族の相談に乗ることが重要である。またADLが低下しやすい対象であることを念頭におき，患者が自宅に閉じこもりきりにならないよう，退院後の生活を看護者は継続的に確認していく必要がある。

3）家族が〈回復への期待の強い〉グループ

このグループでは，家族は思ったより“出来ていた”と感じながらも，介護が必要であると認識し，人数の少ない家族であるため患者に対する回復への強い期待や医療機関に対しての要望を語った。患者との関係も良く，介護も負担感と言うほど重くはないが，初めて介護に取り組む家族にとっては，出来るだけ患者に元のようになってほしい，少しでも自らの役割を軽減したい思いがあると推察できた。成木ら[24]は，介護負担を増加させる要素として「実質的な代替者がいない」ことをあげ，介護者の望む代替者とは実質的に機能して気軽に代われる者であると述べた。このよう

に，家族の介護役割の引き受けには，患者との関係だけでなく，家族を取り巻く様々な要因を受け入れていくことが，真に介護役割の受け入れとなると思われる。

またこのグループでは，患者に対して回復への強い期待をもつゆえに，回復を前提とした準備を考えており，いざ退院となった場合に準備不足となる可能性もある。そのため医療者は，退院ための準備をどの程度家族が進めているのかも把握しておく必要がある。またこれらの事例では，家族人数が少なく拡大家族などからのサポートも少ない可能性があるため，社会資源の活用についても伝えておき，退院後に患者・家族が共倒れになる危機的状況を招かないよう事前に対応を相談しておく必要がある。

このように外泊は，患者と家族の結びつきを強め，患者・家族が退院後に向けて生活を変化させていくために有意義な体験である。これまで外泊は，リハビリテーション訓練の一環として，機能回復訓練の成果が本来の生活の場である家庭において適用できるかの確認や家族の介護能力評価，退院後の生活の準備確認など[15)25)]の意味合いが強く，看護としてはあまり注目されていなかった。また現在，入院期間の短縮ため外泊の体験なしに退院を迎える患者・家族も多いと思われる。しかし，他の医療者が専門分野として生活動作の拡大に重点をおくのに対して，看護者は外泊における患者と家族の繋がりの取り戻しにも意味を見出し，退院後の在宅生活において患者と家族がともに健康な生活が送れるよう，外泊に対して看護が積極的に関わる必要を感じる。

今後の課題としては，対象者の数が17事例と少なく，結果を一般化していくためには，さらに対象者を増やし検討を重ねていく必要がある。また今回，研究に同意の得られた患者・家族は，家族関係が良好で，外泊時にそれなりの満足感のあった対象であると考えられる。実際には，外泊によって失望の体験をもつ患者・家族もいるため，今後は対象の幅を広げる必要がある。加えて，今回は初回の外泊体験に時期を限定したが，外泊を繰り返して退院を迎えるまでの経過についても，縦断的に患者・家族の思いの変化を調査していく必要がある。

## V．まとめ

脳血管疾患による障害を持ちながら在宅生活をめざす患者・家族に対して，発症後初めて家庭に戻る機会となる外泊を取り上げて，患者と家族それぞれの体験内容を質的に研究した結果，以下の事柄が明らかになった。

1．外泊後，患者は自分で行動できた喜びや自由な生活環境の広がり，家族・社会との繋がりの取り戻しを体験していた。しかし，実際に生活して在宅での困難を感じた事例もみられた。
2．外泊後，家族は初めての在宅生活を体験して介護についての実感を感じていた。また，外泊を通して家族としての結びつきの強まりがみられた。
3．外泊における患者と家族の体験から特徴あるグループとして，家族が目の離せなさを感じたグループ，患者・家族とも在宅での動きの悪さを感じたグループ，家族が回復への期待の強いグループがみられた。

## 謝　辞

本研究のために闘病中にもかかわらず心を開いて率直な体験を話して下さった患者と家族の皆様，研究の実施にあたり快く研究の場を提供して下さいました看護師の皆様，スタッフの皆様，ご指導いただきました聖隷クリストファー看護大学の飯田澄美子教授に深く感謝いたします。

また，笹川科学研究助成および日本看護研究学会奨学会のご援助をいただきましたことは，研究を進めるうえで大きな助けとなりました。

## 要　旨

脳血管疾患により障害を持ちながら在宅生活をめざす17事例の患者・家族に対して，発症後初めて家庭に戻る外泊を取り上げ，患者と家族がどのような家庭生活を体験したかについて面接を行い，その内容を質的に分析した。

その結果，1）外泊後，患者は自分で行動できた喜びや自由な生活環境の広がり，実際に生活しての困難，家族・社会との繋がりの取り戻しを体験していた。2）家族は，初めての在宅生活を体験して介護についての実感を感じると同時に，外泊を通して家族としての結びつきの強まりがみられた。3）外泊における患者と家族の体験から特徴あるグループとして，家族が目の離せなさを感じたグループ，患者・家族とも在宅での動きの悪さを感じたグループ，家族が回復への期待の強いグループがみられた。

## Abstract

The purpose of this study was to find out what the first overnight-stay at home means to the stroke patients and family caregivers and to clarify their perceptions of the experience. The subjects were 17 patient-family cases concerning the first-time stroke patients in rehabilitation ward of the hospitals. They were interviewed by semi-structured questions. The data was taped, transcribed, and then analyzed in inductive method.

The results were as follows : 1) After the first overnight-stay at home, the stroke patients experienced the joy of their independent activities, the expansion of a free living environment, the difficulties in daily living, and recovering their relationships with family and community. 2) The families taking care of the stroke patients experienced their care burden as well as the enhanced family unity. 3) Through the experience of the overnight-stay at home, the following groups with different characteristics were found: The group that the family caregiver found it necessary to administer constant and careful attention, the group that both patients and families felt the difficulties in daily living, and the group that the family members had strong anticipation for the patients' recovery.


## 引用文献


1）瓢風須美子，沼本教子，他：日常生活動作障害を残し自宅退院を控えた患者の不安の実態，第19回日本看護学会集録 地域看護，37－39，1988

2）沼本教子，瓢風須美子，他：自宅退院を間近にした患者の不安に影響を及ぼす家族的要因 －リハビリテーション施設における聴き取り調査を基に－，看護研究，22(4)，290－302，1989

3）牛久保美津子，島内節，他：脳血管障害者の病院から在宅生活への継続ケアの要件 －退院前後の患者のADLレベルとケアニーズ比較－，看護研究，26(6)，515－528，1993

4）深谷安子，村嶋幸代，他：在宅片麻痺老人患者のADL変化に関する要因の分析 －患者及び家族の日常生活に視点をあてて－，日本看護科学会誌，11(2)，44－54，1991

5）河原加代子，飯澄美子：在宅脳血管障害者

の障害に対する受け止め方とその取り組みのプロセス，保健の科学，39(4)，220－225，1997
6）小笠原充子，森口美奈，他：脳血管障害をもちながら自宅退院する人の経験世界の構造，高知女子大学看護学会誌，23(1)，37－45，1998
7）高山成子：脳疾患患者の障害認識受容過程の研究 －グランデッド セオリー アプローチを用いて－，日本看護科学会誌，17(1)，1－7，1997
8）千田みゆき，飯田澄美子：脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因，日本看護科学会誌，17(2)，43－53，1997
9）臼田滋，茂木信介，他：脳卒中患者の主介護者における介護負担感および主観的健康度とその関連要因，日本公衆衛生雑誌，43(9)，854－863，1996
10）水野敏子，村嶋幸代，他：介護者と要介護者との介護役割認知のズレと介護負担感，日本看護科学会誌，12(2)，17－29，1992
11）筒井孝子，新田収：在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意思に関連する要因の検討，総合リハビリテーション，21(2)，129－134，1993
12）鈴木和子，渡辺裕子：家族看護学 －理論と実践－，16－28，日本看護協会出版会，東京，1995
13）Friedman MM: Family Nursing －Theory and Assessment－，野嶋佐由美監訳：家族看護学 －理論とアセスメント－，327－350，へるす出版，東京，1986
14）上田 敏：日常生活動作を再考する －「できるADL」「しているADL」から「するADL」へ－，リハビリテーション医学，30(8)，539－549，1993
15）沢志津枝，松ケ谷洋子，他：脳卒中患者の外泊訓練について，ＰＴジャーナル，26(1)，27－32，1992
16）根岸由美，田中清子，他：脳卒中後遺症患者とその家族が外泊に踏み切れない■子，日本農村医学会誌，43(3)，666－667，1994
17）木村伸也，太田喜久夫，他：脳卒中片麻痺患者の日常生活動作に関する検討(2)－外泊訓練－，リハビリテーション医学，29(12)，1050，1992
18）本田彰子，佐藤禮子：がん患者の家族の思いに関する研究－診断期から治療期における家族の思いの構造化－，日本がん看護学会誌，11(1)，49－58，1997
19）大川貴子：“看護者の行為”に対する患者の認知 －リハビリテーション病棟に入院している脳血管障害患者に焦点をあてて－，看護研究，28(2)，115－132，1995
20）結城美智子，飯田澄美子：在宅要介護高齢者の介護における家族・身内とのかかわりと介護負担感との関連，老年看護学，1(1)，42－54，1996
21）Doolittle ND: The Experience of Recovery Following Lacunar Stroke, Rehabilitation Nursing, 17(3), 122－125, 1992
22）Scholte op Reimer WJM, de Haan RJ, et al: The Burden of Caregiving in Partners of Long-Term Stroke Survivors, Stroke, 29(8), 1605－1611, 1998
23）Grant JS, Davis LL : Living With Loss: The Stroke Family Caregiver, Journal of Family Nursing, 3(1), 36－56, 1997
24）成木弘子，飯田澄美子，他：後期高齢者の主介護者における介護負担軽減に関する研究 －主観的な介護負担感を構成する要素の検討－，聖路加看護大学紀要，22，125－137，1996
25）大川弥生，関口晴美：脳卒中リハビリテーションにおける外泊訓練の意義と理学療法，PTジャーナル，28(2)，88－94，1994

〔平成14年2月7日受 付
平成14年3月8日採用決定〕

# ナースキャップの表現する看護婦像とフェミニズム
## ―英米におけるナースキャップ廃止議論の背景にあるもの―

The Image of Nurses Expressed by Caps, and Feminism Perspective
: What Affected the Changing in UK and USA

嶌田理佳　上野範子
Rika Shimada　Noriko Ueno

キーワード：ナースキャップ，フェミニズム，イメージ，専門職，英米
nurses'cap, feminism, image, professional, UK and USA

### はじめに

ユニフォームもしくは制服とは“ある集団に属する人が着るよう定められた服装”[1]を指す。看護婦の場合は病院や施設から貸与された服装をユニフォームとしており，1980年代までは白衣に白いストッキング，ナースキャップが一般的であり，デザインに差はあるものの全国どこへ行っても看護婦は同じような外観であったといっても過言ではない。看護婦といえばナースキャップが連想されるほど，ナースキャップは看護婦のユニフォームの一部として広く着用されていた。氏家[2]はナースキャップをキャップすなわち帽子としてその効用を①頭髪の飾り　②衣服との調和　③頭部の保護・防寒・防暑　④頭髪をまとめて覆う　⑤ある職能や団体を表す象徴であるとし，ナースキャップも③以外の役目は何らかの形で果たしていると述べている。しかし著者らはナースキャップには単に帽子としての役目以上の意味があるように思っている。

戴帽式は尼僧の入信式を模倣したものとされる[3),4)]。わが国においては欧米のようなキリスト教の基盤がないにも関わらず，習慣的に行っていることにその意義を疑問視しながらも，戴帽式は看護の道を歩もうとする者が決意を表明する一段階とされ[5)]，ナイチンゲールの献身的な看護の精神とナースキャップの意味や責任の重大さを十分に認識させることが目的とされた[6)]。さらに仙[7)]は戴帽式が看護婦としての自覚を深める機会とされていることに疑問を呈し，戴帽式は日本独特の絶対服従や献身という面が誇張されたナイチンゲール精神を伝承している懸念があることを指摘した。こうしたことからもナースキャップには看護婦としての自覚や誇り，さらには滅私奉公に似た献身等精神的な意味合いも込められているといえる。一方で，ナースキャップは看護婦の象徴でもあるとし，これに憧れを持つ看護婦や学生もいる[8),9)]。

正確な数字としては不明であるが，1980年代以降，全国的にナースキャップをユニフォームから廃止する施設が増加している[10)～15)]。これらの施設で挙げられている廃止の理由をまとめてみると1）ナースキャップは習慣的に着用しているだけで，機能的ではない　2）業務遂行時の動作の支障となる　3）ナースキャップに付着する粉塵や

京都府立医科大学医学部看護学科　School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

細菌が院内感染予防の観点から好ましくない　4）廃止により洗濯コストの削減を図りたい　5）着用は権威を印象づける恐れがあるなどである。

ナースキャップ廃止に関連してはこれまでに，看護婦・患者双方に廃止に賛成か反対か，あるいは廃止の利点，問題点等を問う意識調査が行われている[16)~23)]。その結果，ナースキャップが看護婦の目印やステータスシンボルとしての役目を背負っていること，着用することで職務に対する自覚が再確認できるなど，看護婦の心理面にも影響を与えていることが浮き彫りにされてきた。

明治維新の後，日本は近代看護と共にユニフォームの型も英米を手本とし導入したが[24)]，今日手本としたそれらの国々では，前述したわが国と同様の理由もあり，ナースキャップを着用している看護婦は稀になってきた[25)~27)]。英米におけるナースキャップ廃止の背景を考察したものの中で，日本にはみられないものとして特記すべき点は，フェミニズムの視点の存在である[28)~32)]。著者らが今回参考とした文献からは，フェミニズムの思想や女性運動そのものがナースキャップ廃止をもたらしたという証拠は得られなかったが，ナースキャップの表現するステレオタイプ化された看護婦像が，本来望まれる“看護婦とは高度な専門的知識と技術を備えた独立した専門職である”というイメージとは相対するとの見解は存在した。著者らはこうした視点が背景となり，ナースキャップ廃止の流れに拍車をかけたのではないかと推測する。

ナースキャップ廃止の是非については今後も議論が尽きないであろうが，その際にはまず，ナースキャップの由来や意味を十分に理解した上で，ナースキャップが機能のみならず専門職としてのイメージにどのような影響を与えているのか，そのイメージは新時代の看護にとって好ましいものなのか，もしくは否定したいものなのかを含めて議論すべきかと考える。一人一人が専門職としての姿勢やあり方を考えることが今後の課題とされていることから[33), 34)]，今後の論点のひとつとなりうることを期待して，英米の文献を参考にフェミニズムの視点を交え，ナースキャップに凝縮された意味にはどのようなものがあるのかを考えていきたいと思う。国内文献は医学中央雑誌にてナースキャップ，ユニフォーム，フェミニズムをキーワードに，国外文献はMEDLINEにてnurses' cap, uniform, stereotype, image, feminismをキーワードに検索を行い，理論の根拠となりうるものを選定して考察した。

## 1．ユニフォームとナースキャップの由来

欧米では19世紀の半ばまで，病人は家庭で家族に看護されていた。病院に入院ということは死刑の宣告に等しく，十分な治療が受けられないどころか不衛生な環境のため，院内感染により命を落とすことも多かった[35), 36)]。病院の劣悪な環境は魅力的な職場とはいえず，またこの頃の一般女性が家の外で就労することはなかったので，病院看護婦には元売春婦，受刑者，寡婦，老婦といった下級層出身の人々が多く，無作法で教養も低く，患者の私物や食事を横領したり職務中飲酒したりという振る舞いも見られたという[37), 38)]。このような看護婦の実態によるマイナスイメージを一掃し，看護婦は清純・清潔・上品・働き者で尊敬に値する者として表現するため[39), 40)]，また，ナイチンゲールの登場以来，より高い階級の女性たちが看護の世界に入ってきたことから，これまでの下層階級出身の看護婦とは区別する目的で，ユニフォームが導入された[41)]。このユニフォームは，女子修道院の尼僧の衣装に由来しており，ナースキャップには尼僧と同じく，謙遜，奉仕，服従のシンボルであるベールがついていた。現代に受け継がれるナースキャップはこの名残であり，謙遜と人々への慈愛のシンボルとなっているとSnasz[42)]は述べている。

ナイチンゲールがクリミア戦争で統率した看護

婦達に着用させたユニフォームは，ビクトリア朝時代の召使いの服装であったが，ユニフォーム導入は泥酔した人でも看護婦が識別できるようにし，また売春婦と間違われるのを防ぐため[43]，さらにトレーニングを受けた専門職であることを強調する目的があった[44]。ナースキャップは，不潔なまま放置された患者，鼠や害虫のはいまわる野戦病院の不衛生な環境から看護婦達を守るためにも必要であったと考えられている[45]。

## 2．ユニフォームの変遷とナースキャップ廃止の動き

Kalisch[46]らは1873年から1985年頃までの約110年間のユニフォーム及びナースキャップの変遷を7つの時代に分類し，それぞれの特徴を以下のように説示している。ここでは主にナースキャップについて述べるが，それによればユニフォームは，各時代の流行を取り入れて変化してきており，1873年から1909年の間（第1段階）はナースキャップも頭髪を覆うようなデザインであったという。1890年代には小さくなり，頭の後ろにつけるようになってきた。1910年から1919年の間（第2段階）はユニフォームの堅苦しさは消え，フリルやレースもなくなり，丈は踝の上まで短くなった。1920年代（第3段階）には白衣の丈は膝下まで短くなっている。ナースキャップはさらに縮小化し，飾りとして，もしくは出身校の証として着用されるようになってきたという。これは現在でも日本国内でよく見られるのと同じ型であると著者らは理解している。1930年から1945年の間（第4段階）には半袖も着るようになってきた。第二次世界大戦終結から約15年後まで（第5段階）は，機能の面では着用の目的はないとされつつも，ナースキャップは看護婦を他の病院職員と見分けるために有用であるとして推奨され着用は続いた。1960年から1973年（第6段階）になると当時の流行を取り入れ，色も形もさまざまなユニフォームを身につけるようになり，動作が容易であるとしてパンツスーツ型白衣も人気を得るようになった。1974年以降（第7段階）になると，看護婦同様のユニフォームを着用する他職種の職員も多くなり，ユニフォームだけで看護婦を識別するのは困難になってきた。また男性である看護士の増加や看護婦の活動の場が広がったこと，看護婦が医療施設の管理職に就任するようになったことも，伝統的な白衣とナースキャップが看護婦の役割を示すものとしては不適切になってきた等が述べられている。

さらに英国内でも前述したような伝統的なユニフォームを着用しなくなった施設は1960年頃から見られ，1980年までには多くの精神科看護婦がユニフォームに代わって私服で業務を行うようになっている[47]が，1990年以降にカジュアル服をユニフォーム代わりに導入した施設もある[48]。英国内のあるリハビリテーション病棟でも，従来型のユニフォームに代わっていわゆるトレーナージャージのような活動性の高いユニフォームを1986年に導入した[49]。Rooney[50]は，英国内のあるがん専門病棟においては1990年に私服着用が導入されたこと，また地域で働く看護婦の場合も，ユニフォーム姿で外出した場合には薬物を携帯しているのではないかと思われ，犯罪の標的とされる懸念が生じることや，隣近所に看護婦の訪問が知れることを嫌がる対象者もいることから多くが私服を着用していること，さらに小児病棟においても私服や色柄物のスモック等を着用する看護婦が多くなっていることを報告している。Meyer[51]も小児病棟において同じ様なユニフォームの変化を報告をしている。

1970年台に入ってから次々とキャップが廃止されたとはいえ，この動きが順調に広がったとはいえない。看護婦の中には病院の制服規定に反し，ナースキャップを着用せず勤務についたとして病院側とトラブルに発展する事例が相次いだ。代表的なものとして，1976年，マサチューセッツ州で

制服規定に反してナースキャップを着用せずに勤務についた看護婦の賃金を，病院側が罰金として差し引いたことに対して，全米調停協会が仲裁に関わったケースがあった[52]。この件では男性である看護士が，ナースキャップの着用を求められていない制服規定は差別的であるとの見解が示され，罰金として差し引かれた賃金は払い戻され，その後この病院ではナースキャップの着用は自由化された。このように看護婦の希望があっても，病院側が制度を盾にナースキャップ廃止に難色を示した事実は興味深い。

1990年代までには米■のほとんどの病院や看護学校でナースキャップの着用が求められることはなくなった[53]。英■では使い捨てのナースキャップも使用されていた[54),55]が，1990年にはほとんどの病院で経費削減，機能的でない，不潔ということから看護婦がナースキャップを着用しなくなった[56]。

### 3．ナースキャップ廃止をめぐる議論

欧米でのナースキャップ着用の賛否については1970年代後半から1990年代前半にかけて主に看護婦，患者，一般の人々を対象に意識調査が行われている。この約20年間の社会意識の変化は大きく，看護婦の役割も変わりナースキャップを着用する看護婦は激減したが，その調査によると以下のとおりナースキャップ着用に対する意見は二分しており，賛否いずれかに軍配が上がることはなかった。

ナースキャップを着用しなければ看護される側の人々の間に混乱が起きると懸念する声に対して，Snasz[57]は真っ向からそれを否定している。実際の調査でも，ナースキャップの有無は専門家としてのイメージには影響を与えない[58]，ナースキャップがなくても患者は気にしない，看護婦の識別に問題はないという調査結果[59),60]や，ナースキャップを着用した看護婦の姿は“怖そう”“近づきにくい”との理由で一番の不人気と報告[61]され，看護婦の間にもナースキャップの実用性は支持されなかった[62]。B●wmanら[63]は，ナースキャップは時代遅れであると明言した上で，自信を持って仕事するのにナースキャップが必要であるとか，ナースキャップを廃止することで，看護婦が不適切な服装になるのではないかとの意見を否定している。

一方，白衣にナースキャップという伝統的な制服を支持する調査結果もある。“ナースキャップ無しでは看護婦を他の職員と識別できない”との患者からの不満の声[64]に代表されるような，看護婦を認識するのに便利とか，ユニフォームにはナースキャップか不可欠といった意見の他に，ナースキャップがあった方が専門的なトレーニングを受けた有能な人に見えるといった意見[65]もあった。専門職らしく見え，患者に安心感を与えることもできるナースキャップは，従来の看護婦の見慣れた服装として看護婦らしく見えるためにも必要と考えられている[66)~68]。しかも看護婦自身もこうした人々の意識に敏感で，その好みにあわせ，看護婦らしく見せたいと思っているため，ナースキャップへの執着も残っているようである[69]。

若年層にはナースキャップ無しの方が好まれているという報告[70),71]もある。ナースキャップが廃止されたのは1970から80年代であることから，この後に生まれた若年層はナースキャップ廃止後の看護婦の方を見慣れており，むしろナースキャップに違和感を覚えていると考える。

ナースキャップに代わって白衣に聴診器という姿が新たな看護婦像として描出されており，看護婦の外観として最も好まれているのは，パンツ型白衣に聴診器姿[72)~74]という調査も報告されている。このままナースキャップなしの看護婦が定着すれば，将来，白衣にナースキャップという看護婦の姿は，昔話の挿絵としてしか人々の目に入らなくなる時代がくるのかもしれない。

初めにナースキャップが導入された当時は一般女性もキャップ（帽子）を日常かぶっていたが，19世紀末以降には世間の風俗からキャップが消えた後も看護婦はキャップを着用し続けた[75]。これは前述したように看護を受ける側の人々や雇用者の意向，さらに看護婦の中にも自身のアイデンティティや価値観をナースキャップに見出す者もあったためであると考えるが，ナースキャップに対してこのような支持がありながら何故廃止が進んだのか，その背景を考えてみたい。

まず，白衣だけでなく色柄物のブラウスやカジュアルウェア等もユニフォームとして登場してきたことは，ナースキャップがこれらの新しいユニフォームに不釣合いとして廃止されていったとしても不思議ではないと考える。また，ナースキャップは伝統的な白衣を強調し，患者との間に距離を作るということも廃止の理由のひとつにあがると考える。

江川[76]は自身の米国での体験から，専門職としての看護婦の自覚や個別性を重視する風習が，ナースキャップを着用しない流れに寄与していると述べている。これは約20年も以前の状況を紹介したもので，最近の論文[77),78)]にもこの江川の見解が海外の動向として引用されているが，ナースキャップ変遷の経緯からみて，これだけでは廃止の動きの説明としては乏しいと思う。また，古臭いとか没個性的といった，単にファッション的なことや習慣の変化だけが廃止の理由でもなければ，機能面，洗濯コスト，感染予防の点のみが問題とされているのでもないと考える。

女性のみが着用を求められるナースキャップの由来やその意味からは，歴史的に看護婦が置かれた立場が見えてくる。伝統的に看護婦は女性の職業であったことから，ながらく医療システムの中で女性としての役割に徹するように求められてきたが，抑圧された女性の歴史は看護婦の歴史の中でも重要な意味を持っている。また後述するようにナースキャップは看護婦のイメージも表現していることから，ナースキャップには実に複雑な意味合いが凝縮されていると著者らは考える。女性史・看護史を基にフェミニズムの視点から考えれば，ナースキャップを廃止するということは，単にユニフォームの一部を変更するということにとどまらず，専門職のイメージとは程遠い旧来のステレオタイプ化された看護婦像及び伝統的な女性としての役割を演ずることを否定し，その呪縛から離脱する確固たる意志を表す意味合いが濃いのではないかと思われるのである。

## 4．伝統的な女性観と看護

男性である看護士がナースキャップをかぶらないことをほとんどの人は不思議に思ってはいないだろう。同じ看護職であるのに，何故かということを考えると，ナースキャップは女であるという印だからとしか答えが見つからないのではないだろうか。その，看護婦の象徴とされるナースキャップが“女性である”ということを表現していることが，どうして専門職のイメージとしてふさわしくないのであろうか。この疑問に答えるために，フェミニズムの視点から一般的な女性観がどのように看護に影響を与えているかを考えてみたいと思う。

フェミニズムとは男女同権論ないし女性解放論と邦訳され，政治・経済体制における女性の差別や抑圧の開放に動機づけられた思想と行動であり[79) p1)]，女性を価値あるものと評価し，性差に基づく体系的な不公平に立ち向かうもの[80) p74)]とされる。1960年代に始まった女性運動は一般社会においても女性が科学技術や理工学の分野へ進出することを可能とし，看護においても賃金や労働条件等の待遇改善や看護教育の向上をもたらした[81)]。

ナイチンゲールの登場によって近代看護の夜明けを迎えたビクトリア朝時代，女性は男性の庇護を受けその生涯を家庭内で男性の家族メンバーに

尽くすこととされていた。女性は男性に比べ小柄で弱々しいため，精神的にも肉体的にも劣るとされたほか，女性の頭脳労働は生殖機能に悪影響を及ぼすと信じる人もおり，高等教育まで受ける女性はごく稀であった[82]。あらゆる社会階層において女性は子どもの時から感情を抑制し慎み深くあるよう育てられ，奉仕と自己犠牲の精神を教え込まれた。将来の結婚の支障とならぬよう，野心や知的好奇心などを抱くことは容認されず，また当時は中流階級であっても妻や娘が有閑であることが男性の社会的地位の証明であったために，有給の職業を得ることは恥とされ，女性たちは無償である教会関係の慈善活動や家族の看護を活動の場としていた[83]。このように一生を男性に仕えるという■習や奉仕と自己犠牲の精神を身につけた女性が看護婦となれば，医師や病院に忠実な働き手となったことは容易に想像できる。

日本とは違い男女平等が浸透していると思われている欧米でも，伝統的な男女の役割には違いがあり，今も部分的ではあっても根強く残っていると考える。社会の風潮は子供の頃から男は男らしく，女は女らしく振る舞い，性によって思考や行動が異なることを期待している。Weitzman[84]は性別による意図的な人間形成が生まれた瞬間から始まっており，男の新生児はブルー，女の子はピンクの毛布にくるまれ，遊びの中でも両親は子供の性別によって異なる接し方，つまり女の子には優しく，男の子には少々荒っぽい遊び方をする傾向があることを指摘している。またStrasen[85]も服にも違いが見られ女の子は人を助け，人を喜ばせる存在になるよう，従順で怒りの感情が抑制でき，反抗せず，疑問があっても追及せず，利己的にならず，皆と仲良く遊び，張り合ったり自分をひけらかしたりしないように育てられ，長じては良妻賢母となることが理想とされたと述べている。さらにStrasenは女性の就職は結婚前までと，子供が成長したあとのこととされた習慣もあり，看護婦としての就職も腰掛け，或いは家計の足しにという程度の認識で，キャリアとして看護を追求しようとする専門家としての自覚には疑問があり，こうした姿勢が専門職としての看護の地位確立を妨げてきたが，男性は全く逆で，常に競争社会の中でもキャリアを積んでいけるよう育てられ，女の子の育てられ方がいかに看護職に影響を与えているかを論じた。そしてこのような社会的な性差としての女性性と伝統的社会的な看護婦を統合して考えると，以下のようなことがいえるという。

1．優秀な看護婦は常に自分自身のニードよりも患者や医師のニードを尊重する
2．優秀な看護婦は常に医師や患者のニードを先読みして対処する
3．優秀な看護婦は患者や医師が幸福，健康であるよう全責任を持つ
4．優秀な看護婦は常に医師に対して最大限の敬意を払うよう接し，医師の判断に異議を唱えず，ずば抜けた賢明さや挑戦的な態度を見せることなく医師のニードを予見する
5．優秀な看護婦は常に方針や手順に従い，決して手抜きをしたり革新的になったりしない
6．優秀な看護婦は常に自分自身で考えるよりも先輩看護婦の指導監督に従う

伝統的に看護が女性の職業であるということは，このように大きな意味を持ってくるのかと驚く。一人一人が女性として育てられ，振舞う看護婦の集団は，やはり女性の特徴をそのまま露呈してしまい，看護は男性ばかりが占める医学に仕えることが求められ，医学の君臨を許したのではないかと考える。

このように看護婦は納得できないと思っても，黙って医師の指示を遂行した。職務以外でも医師の便宜を図り，時にはお茶を入れたり雑用を引き受けたりした。代わりに困ったことがあっても自分で解決する必要はなく，医師を頼り医師に守ら

れていた。医師はパターナリズム（家父長主義）をもとに，自分で考える能力もない，か弱い娘（看護婦）は大人しくお父さん（医師）に任せておけば大丈夫，という考え方で看護婦を導いていった[86),87)]。

看護婦は抑圧された集団であり，看護婦たち自身も状況打破の必要性を感じてはいたが，同時に無力感も感じていた[88)]。Ashley[89)]は男性の占める分野は急激な発展を遂げたが，看護の前進は緩慢としていたと述べ，また看護界は女性の専門職業集団としては最大であったがために，看護婦が抑圧を受け入れ男性に協力し，男性による支配を良しとしたことで，全ての女性の社会的地位向上の可能性を妨げることになったと指摘している。Kuhse[90)]はこのような看護の医学への従属性は，1965年国際看護倫理規定にも見られると指摘している。この中では，看護婦は知性と忠誠心をもって医師の指示を実行する義務があると唱えられており，看護婦は医師に服従し忠実であるべきとの考えが，看護婦の間にもあったことをうかがわせるという。その後，看護婦たちの意識も変わり，1973年には国際看護婦協会が，看護婦は医師ではなく看護を必要とする人々に対して，第一義的な責務を果たすべきだと明言するようになったとその変化を指摘している。これはちょうど，アメリカで1960年代に始まった女性運動の時期と重なるだけに，この看護婦側の医師に対する姿勢の変化は興味深い。

このように20世紀前半までは医学が看護教育や看護業務に強く影響を与えており，看護婦は医師の配下としての立場に甘んじざるを得なかった。医師も看護婦は従属的な地位にとどまるべきで，自分の領分を超えないこと，役に立つ召使という身分をわきまえることを看護婦に求めた[91)]。看護が近年にいたるまで医学のような大学・大学院での教育に移ることがなかったのは，看護が女性の職業であったからで，看護論も確立していなかったために看護は容易に医学により影響を受けたのである[92)]。

## 5．ステレオタイプ化された看護婦のイメージ

前述したように女性運動の広がりは看護婦の待遇改善や看護教育の向上にも影響を与えたが，ナースキャップ廃止の動きもこれと時を同じくしているように思われる。

1980年代に入るとMuffやKalisch夫妻に代表される研究者たちが，看護や看護婦のイメージが専門職としての看護にいかなる影響を与えているのかを論じるようになってきた。彼らは看護史，女性史，あるいは社会学的視点から，映画・テレビ番組・小説・雑誌等に描かれる看護婦像を分析し，マスメディアによって作り出された看護婦のイメージにはどのようなものがあるのか，そのイメージは理想的な専門職としてのイメージなのか，どのような意味を持ち，どのように看護に影響を与えるのかといったことを考察し，看護が医師や医療組織の支配から独立した専門家集団としての地位を確立する上で，障害になっているマイナスのイメージを変えるために必要となる行動は何かを論じ，看護界へ提唱した[93)~96)]。

看護婦のイメージにはどのようなものがあるだろう。ナイチンゲール登場以前の看護婦といえば，下層階級の出身者も多かったことから教養が低く下品，酒飲みで怠惰な娼婦達と見られ，尊敬には値しないと言われる一方，尼僧や教会関係者の慈善事業としての看護は，神に仕える身としての慈愛に満ちた自己犠牲に基づく奉仕であり[97)]，自分の救済を目的とするものでもあった[98)]。前者の受容しがたいイメージはナイチンゲールの登場によって一掃されたが，その後の看護婦のイメージとしては優しく献身的な女性でありながら，性的な幻想も抱かせる存在とされ[99)]，少なくとも1980年代終わりごろまでは人々は看護婦のイメージとして女らしさや女性としての特徴を描いていた[100)]。

Muff[101]はイメージの基となる看護婦のステレオタイプとして，①慈悲深い救いの天使　②医師のお手伝い・召使　③白衣を身につけた人　④性的魅惑のシンボル　⑤傲慢な人，お局様，●拷問人（Muffによると，時に患者に痛みを与える医療器械・器具を用いることがあるため。）を挙げている。著者らはこれらのステレオタイプイメージのどれ一つとして，看護婦は学問としての看護学を基盤にした専門職であるというイメージが伝わってこないことに愕然とする。

人々に看護婦と聞いて何を連想するかと問う調査[102]でも，看護の専門性に関する回答はみられず，「白衣」や「ナースキャップ」といった視覚上の描出ばかりが得られたように，看護婦のイメージにはナースキャップが深く関わっていると考える。とりわけ白衣の白という色は貞淑，純粋，純潔を示すとともに看護婦はそうあるべきであると求められたこと，及びナースキャップは主への従属性を示し宗教上に由来する習慣を根付かせるものである[103), 104]とされることから，従来の伝統的なユニフォームを廃止することにより，看護婦のイメージの変化が期待できるのではないかと考える。

Kalischら[105]は一般社会のイメージは看護婦とはこうあるべきという期待や暗示となり，看護婦のセルフイメージに影響を与え，その言動を左右することでさらに看護婦のイメージを固定してしまうばかりか，看護職を目指す人々の質・人数や，政府による看護政策決定にも影響を与えるとして，看護のイメージ改善の必要性を提唱した。Kalisch[106]らはこれに関連して“看護婦の服装の変化は新しい看護の役割に対する認識を助ける”として，ユニフォームの果たす役割に言及している。またMagnam[107]も人々は外観からその職種に対するイメージを抱くとして看護婦の服装もまた重要であるということを言明している。

このような1980年代以降の活発なイメージ改善の取り組みの中で，“女性である”ことを強調しているナースキャップは，服従を余儀なくされた過去と，旧来の看護婦像のシンボルとみなされ，精神的にも社会的にも独立した専門職のイメージとしてふさわしくないと，敬遠されることになってきたように思われる。

## おわりに

以上の英米の文献からみると歴史的に看護は女性の職業とされ，教会・軍隊・女性に期待される役割による影響を受け発展してきた。教会の尼僧のベールに由来するナースキャップには，女性であるが故に厳密な上下関係のもと服従を余儀なくされた歴史と伝統的女性観，それらに由来する看護婦のイメージが凝縮されていた。男性によって支配されていた教会では尼僧には発言権はなく，従軍看護婦として活動した軍隊は上官（男性）の命令に絶対服従を強いる組織であった。病院をはじめとした医療現場でも，看護婦は医師（男性）によってコント■ールされていた。

伝統的な女性観は，女性は男性よりも弱く，独立心が低く，決断力がなく，困難な事態の収拾能力に欠け，最終的には男性に頼って生きていくものと見ており，この男性－女性の関係はそのまま男性（医師）より劣る女性（看護婦）とされ，看護は医学や医師による支配を受けること，医師を尊敬し従属すること，それと引き換えに医師からの庇護を受けることをよしとしていた。ナースキャップを着用するということは，見た目という外観だけでなく，内面的にも“女性である”ことを無意識のうちに表現していたことから，看護婦自身の意思に関わらず，ステレオタイプ化された女性特有とされるイメージをも伝えることになってしまった。これが看護と看護婦の地位の向上を妨げてきたとも言える。こうした過去を踏まえ，新時代の専門職としての看護を構築し，その地位を確立するためには，従来のイメージと決別する必要があっ

たに違いない。ナースキャップを着用しないということは，従来のステレオタイプ化された女性観や看護婦像を否定し，独立した専門職としての自覚を持った個人でありたいという意志表示であると考える。

わが国においても英米と文化の違いはあるとはいえ，歴史的に看護が医学主導で発展してきたことは事実[106]であり，歴史的宗教的な背景に違いはあるものの，ナースキャップをかぶった看護婦のイメージやナースキャップに精神的意味合いを含ませる目的があることは事実ではないかと考える。伝統的な女性の役割も含め，あまりにも共通するところが多く驚きさえ覚える。このことは著者らも，海外の研究者の指摘するように，ステレオタイプ化された看護婦のイメージを甘受し，その影響を受け，そうしたイメージを壊さぬように無意識に行動していたことを意味する。わが国においてもナースキャップや戴帽式についての疑問は1970年代から論議されているように思うが，ナースキャップの持つ意味やナースキャップによるマイナスイメージを払拭するために廃止しようという動きは聞かれない。

明治時代にわが国の近代看護に影響を与えた英米の看護婦がナースキャップを着用しなくなったからといって，我々も慌てて追随するべきだとは言わないが，伝統的な男女観の変化はもちろんのこと，より多くの女性が医師となり，男性が看護士として活躍している今日，ナースキャップが本来の意味を失い形骸化され，“女性である”ことを表現する意味合いが強いだけのものならば，ナースキャップの着用にこだわる必要はないであろう。我々は専門職としての自覚と誇りを持ち，看護学を自立した学問として探求し，医療システムに中で真に対等な立場で医学をパートナーとしていくことができるようありたいと考える。

筆者は1993年から6年間を英国及び豪州で過ごし，現地の看護婦と接する機会があった。一部の病院でクリスマスなどの特別行事の折に，19世紀のユニフォームであった提灯袖のドレスを着て，長いレースとフリルのついたナースキャップをかぶることはあったが，一般の病院で日常的にナースキャップにお目にかかることはなかった。1999年に帰国した日本でも，ナースキャップの廃止が増加しているのに気づいたが，廃止の理由として看護婦のイメージ改善を目的としたという例は見聞せず，そこに欧米の看護婦たちとの意識の違いを感じたことが今回の論文執筆のきっかけとなった。

以上，英米の文献を参考にナースキャップの由来や廃止について述べてきたが，この論文がわが国の今後のナースキャップ議論に新たな視点を提供することになれば幸いである。

## 要　旨

アメリカやイギリスでは1990年頃までにほとんどの施設でナースキャップが廃止された。私服導入を含めたユニフォームの変遷と共に必然的に廃止に至ったと考えられるが，この背景にはナースキャップの表現する看護婦像が専門職のものとしてふさわしいかどうかを議論したフェミニズムの視点もあったと考える。歴史的に欧米でも女性は主体的に生きることは許されず，一生を男性に捧げるものとされてきたが，看護が伝統的に女性の職業であったために，1960年代まで看護婦は医師や病院経営者ら男性による支配をうけてきた。その後，女性のみに着用が求められるナースキャップは，差別的であるとの指摘や伝統的女性観を想起させ，新時代の看

護婦のイメージとして不適切との主張がナースキャップ廃止に影響を与えたのではないかとみられる。この論文では英米の文献を参考に看護史と女性史に基づき，ナースキャップの表現する女性性と看護婦像について考察した。


## Abstract

Most nurses in UK and USA no longer wear traditional caps. In Japan, it is common to see them, although their abolition has been the topic of debate over the last 20 years and less nurses have come to wear them. The tendency to reconsider a nurses' caps in Japan has been resulted from some negative findings that wearing caps is impractical, unhygienic, costly, and that authoritative image attached to a cap is apt to prevent maintaining rapport between patient and nurse. However, there seems to have been hardly any arguments toward the abolition from the viewpoint of feminism. The history teaches us that the origin of nurses' cap can be traced to a nuns' veil that symbolized subordination and obedience. Furthermore, a nurses' cap leads us to review nursing as a women's role and a traditionally oppressed female occupation in health care systems. The authors referred to British and American articles to study how a nurse's cap has been related to the image of subservience and reinforced the female gender role in the light of the history of women and nursing.


## 文　献


1）新村出編：広辞苑，第三版，1331 & 2448，岩波書店，東京，1983

2）氏家幸子：キャッピングの意義と虚構性，看護技術，17(6)，106－113，1971

3）石原明：医療用服装としての白衣の歴史，病院，25(6)，20－23，1966

4）吉田幸雄：病院職員の服装はどうあるべきか，病院，25(6)，15－19，1966

5）前掲2）

6）仙田洋子：看護における戴帽の変遷とその背景，看護教育，8(10)，69－75，1967

7）仙田洋子：戴帽式の現状と将来への展望，看護教育，11(12)，43－50，1970

8）クリニカルスタディ編集部：ナースキャップについてどう思う？，クリニカルスタディ，19(10)，948－962，1998

9）伊藤みどり，中村美和他：ナースキャップに対する意識調査，当看護婦におけるナースキャップへの認識を知る，川崎市立川崎病院看護研究集録，53回号，1－7，1999

10）前掲8）　p74，75

11）大坪よしこ：ナースキャップは看護婦の象徴？，Nurse data，17(10)，53－55，1996

12）鈴木妙子，島田陽子，他：ナースキャップをはずす試み，看護学雑誌，58(1)，48－51，1994

13）村尾都子：キャップのないユニフォーム－当院における試み－，看護，38(11)，19－23，1986

14）柏倉淑子，横田三枝，他：患者とナースキャップをはずした看護婦，看護学雑誌，61(3)，290－294，1997

15）根本希代子，河野由香，他：ナースキャップ廃止に向けての意識調査　－着用を自由化して－，日本看護学会論文集，第29回看護総合，82－84，1998

16）前掲8）　p74，75

17）前掲12）

18) 前掲13)
19) 前掲14)
20) 前掲15)
21) 横井和美，藤田きみゑ他：ナースキャップに対する意識調査 －滋賀県湖東・湖北地区の患者と医療従事者の比較－，滋賀県立医療技術短期大学部学術雑誌，4，37－43，2000
22) 尾黒正子，山本陽子他：「ナースキャップの意義」についての看護婦の意識調査，日本看護学会論文集，第26回看護総合，104－106，1995
23) 畠村清香，田■高子，他：ナースキャップの是非に関する検討（II）－本院看護職員のナースキャップに対する意識－，岐阜県立下呂温泉病院温泉医学研究所年報，25号，106－109，1998
24) 亀山美知子：日本の看護婦の制服の歴史 －近代を中心に－，看護，38(11)，55－72，1986
25) McNally, M.: Uniform distress, Nurs Stand, 4(20), 51－52, 1990
26) Mangum, S. Garrison, C. et al.: First impressions of the nurse and nursing care, J Nurs Care Qual, 11(5), 39－47, 1997
27) Kalisch, BJ. Kalisch, PA.: Dressing for success, Am J Nurs, 85(8), 887－893, 1985
28) Muff, J.: Handmaiden, battle-ax, whore: an exploration into the fantasies, myths, and stereotypes about nurses, In: Muff, J., (Ed): Socialization, sexism, and stereotyping: women's issues in nursing, 113－156, Waveland Press, Inc, Illinois, 1982
29) Szasz, S, S.: The tyranny of uniforms. In: Muff, J. (Ed): Socialization, sexism, and stereotyping: women's issues in nursing, 397－401, Waveland Press, Inc, Illinois, 1982
30) Kuhse, H.: A history of subservience, In: Caring: nurses, women, and ethics, 13－33, Blackwell Publishers Ltd, Oxford, 1997
31) Leininger, M, M.: The traditional culture of nursing and the emerging new one, In: Leininger, M. (Ed): Nursing and anthropology: two worlds to blend, 63－82, Greyden Press, Ohio, 1994
32) Bowman, G. Thompson, D.: Where did you get that cap?, Nurs Times, 88(5), 43－45, 1992
33) 前掲12) p51
34) 前掲14) p294
35) Abel－Smith, B.: A history of the nursing profession, Heineman, London, 1975
36) Kalisch, B, J. Kalisch, P, A.: The changing image of the nurse, 13, Addison-Wesley Publishing Company, California, 1987
37) 前掲36) p12－15
38) Kelly, L, Y.: Care of the sick: how nursing began, In: The nursing experience: trends, challenges, and transitions, 3－21, McGraw-Hill, New York, 1996
39) 前掲29) p397
40) Page, J, G. Lawrence, P, A.: Attitudes toward dress codes, Nurs Manage, 23(12), 48－50, 1992
41) Mangum, S.: Uniforms and caps: Do we need them?, In: Strickland, O, L., et al. (Eds): Nursing issues in the 1990's, 46－66, Delmar, New York, 1994
42) 前掲29) p397
43) Hawkey, B. Clarke, M.: Dress sense or nonsense?, Nurs Times, 86(3), 28－31, 1990
44) 前掲27) p888
45) Berglas, C: Farewell to caps, Nurs Mirror, 142(21), 66, 1976
46) 前掲27)
47) Meade, H.A.C.: Or no uniform at all?,

Nurs Times, 74(4), 147－148, 1980
48) Brennan, W. Scully, W. et al: Nurses' attire in a special hospital: perceptions of patients and staff, Nurs Stand, 9(31), 35－38, 1995
49) O'Connor, S. Wright, M.: Removing barriers to communication, Nurs Stand, 5(12), 26－27, 1990
50) Rooney, E.: Do clothes maketh the nurse?, Nurs Stand, 8(11), 47－49, 1993
51) Meyer, D.: Children's responses to nursing attire, Pediatr Nurs, 18(2), 157－160, 1992
52) News: Caps are now optional at Vineyard Hospital, Am J Nurs, 77(1), 204, 1977
53) 前掲41) p54
54) 前掲43) p28
55) Halls, F. Martin, H. et al.: A question of uniform, Nurs Times, 80(24), 53－56, 1984
56) 前掲25)
57) 前掲29) p399
58) 前掲40) p50
59) Sparrow, S.: An exploration of the role of the nurses' uniform through a period of non-uniform wear on an acute medical ward, J Adv Nurs, 16, 116－122, 1991
60) 前掲32) p45
61) Rowland, W.: Patients' perceptionsof nurse uniforms, Nurs Stand, 8(19), 32－36, 1994
62) Hughes, E. Proulx, J.: You are what you wear, Hospitals, 53(16), 113－118, 1979
63) 前掲32) p45
64) 前掲62) p14
65) Kucera, K, A. Nieswiadomy, R, M.: Nursing attire: the public's preference, Nurs Manage, 22(10), 68－70, 1991
66) 前掲65) p70
67) Franzoi, S, L.: A picture of competence, Am J Nurs, 88, 1109－1112, 1988
68) Mangum, S. Garrison, C. et al.: Perceptions of nurses' uniforms, Image J Nurs Sch, 23(2), 127－130, 1991
69) 前掲55) p56
70) 前掲61) p35
71) 前掲68) p129
72) 前掲26)
73) 前掲61)
74) 前掲68)
75) 前掲32) p43
76) 江川隆子：白衣－アメリカ事情，看護，38(11)，47－54，1986
77) 前掲21) p41
78) 前掲22) p104
79) 油井邦雄：女性性の概念とその実証的検討，油井邦雄（編）：女性性の病理と変容－現代社会における女性性とその逸脱構造－，1－26，新興医学出版社，東京，1995
80) Chinn, P, L. Wheeler, C, E.: Feminism and nursing, Nurs Outlook, 33(2), 74－77,1985
81) Chitty, K. Cambell. C.: The social context for nursing, In: Chitty, K, K. (Ed): Professional nursing: concept for challenge (3rd ed), 64－100, W.B.SaundersCompany,Philadelphia, 2001
82) 前掲36)
83) 河村貞枝：イギリス近代フェミニズム運動の歴史像，237－287，明石書店，東京，2001
84) Weitzman, L, J.: Sex-role socialization, In: Muff, J. (Ed): Socialization, sexism, and stereotyping: women's issues in nursing, 21－47, Waveland Press, Inc, Illinois, 1982
85) Strasen, L, L.: The image of professional nursing: strategies for action, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992
86) Lovell, M, C.: Daddy's little girl, In: Muff, J. (Ed): Socialization, sexism, and stereotyp-

ing: women's issues in nursing, 210－220, Waveland Press, Inc, Illinois, 1982
87) 前掲31)
88) Roberts, S, J.: Oppressed group behavior: implications for nursing, ANS, 5, 21－30, 1983
89) Ashley, J, A.: Nurses in American history: nursing and early feminism, Am J Nurs, 75 (9), 1465－1467, 1975
90) 前掲30) p32
91) Achterberg, J.: Woman as healer, Shambhala Publication, Inc., Boston, 1990.
長井英子訳：癒しの女性史－医療における女性の復権, 262, 春秋社, 東京, 1994
92) Leddy, S. Pepper, J, M. et al.: Dynamics in the development of professional nursing, In: Leddy, S., et al. (Eds): Conceptual bases of professional nursing (4th ed), 51－74, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998.
93) 前掲28)
94) 前掲36)
95) Kalisch, B, J. Kalisch , P, A.: Improving the image of nursing, Am J Nurs, 83(1), 48－52, 1983
96) 前掲85)
97) 前掲31)
98) 前掲91) p264
99) 前掲43) p29
100) Kaler, S, R. Levy, D, A. et al.: Stereotypes of professional roles, J Nurs Scholarsh, 21(2), 85－89, 1989
101) 前掲28) p120
102) 前掲29) p398
103) 前掲28) p120
104) 前掲85) p23
105) 前掲36) p48
106) 前掲27) p892
107) 前掲26)

〔平成13年11月6日受　付
平成14年2月12日採用決定〕

－資　料－

# 看護婦の職務における自律性と研究活動に対する意識および倫理的問題に対する悩みとの関連

## The Relations of Professional Autonomy in Nursing With Attitude Toward Research Activity and Distress to Ethical to Ethical Issues

菊池昭江　岡本恵里
Akie Kikuchi　Eri Okamoto

キーワード：看護婦，看護専門職としての自律性，研究活動に対する意識，倫理的問題に対する悩み
nurse, professional autonomy in nursing, attitude toward activity, distress to ethical issues

## はじめに

看護専門職としての自律性は，職務遂行における専門性の発揮に表現されると考え，看護活動での状況認知や判断能力，実践能力をどの程度身に付けているのかという観点から明らかにしてきた[1]。その中で，看護婦が就業後5年までに研究に取り組むことは，判断能力の育成に重要であることが示された[2]。研究活動に関しては，参加した看護婦の多くが達成感を得ており，臨床経験が多いほど研究による充実感が高まることや，研究活動に自己啓発や科学的根拠を求める傾向があることなどが報告されている[3-6]。これらのことから，看護を科学的に検証し問題の本質や原理を追求するプロセスは，看護婦の問題解決能力や論理的思考の形成に役立ち，職務遂行能力の発達にとって重要な意味を持つものと考えられる。しかし，研究を企画，実施，発表するという研究活動に対する看護婦の意識や経験と職務上の諸能力との関連性については充分に検討されてはいない。

また，看護婦が専門職として質の高い看護を提供していくには，倫理的感受性や倫理的決断をする能力の育成が重要であると言われる[7]。しかし，看護婦は患者の権利を擁護できないと感じてはいるものの，日常の看護業務の中で体験する様々な問題を看護倫理上の問題として捉える視点が弱いことが指摘されている[8,9]。看護専門職としての自律性の発達は，このような業務上の倫理的問題に直面する機会を増大させ，倫理的問題に気づく能力にも何らかの影響を与えているのではないかと推測される。また，臨床で行う研究活動は看護婦の倫理的感受性を高める一方で，倫理的感受性の高まりが研究活動を動機づけているのではないだろうか。このように看護婦の職務における自律性と研究活動に対する意識，さらには倫理的問題に対する悩みとは互いに相補的な関係にあると考える。

そこで，本研究は，看護婦の職務における自律性と研究活動に対する看護婦の意識および倫理的問題に対する悩みとの関連性を検討することを目的とする。

東京女子医科大学看護学部　Tokyo Women's Medical University

## 用語の定義

看護婦の職務における自律性とは，“認知能力”“実践能力”“具体的判断能力”“抽象的判断能力”“自立的判断能力”の5つの下位項目を持つ。“認知能力”とは，現在の患者の状況をどれだけ正確に知覚し，理解できるのかという看護婦の力量を示す。“実践能力”とは，判断した看護方法を主体的に実行し，的確に成し遂げる行動である。“具体的判断能力”とは，訴えや症状など患者が示す具体的な手がかりに基づいて対処方法を的確に判断できる力量を表し，“抽象的判断能力”とは患者の気分や感情，不安といった心理的状況を察知し，それに応じた看護方法を組み立てる力量を示す。一方，“自立的判断能力”とは，他の看護婦に依存することなく自ら独自に必要な看護方法を考察する力量に関わっている。

研究活動とは，研究を企画，実施，発表するプロセスとし，研究活動に対する意識はこれらのプロセスに対する看護婦の認知や意志を指している。そして，倫理的問題とは，看護婦の責任である健康の増進，疾病の予防，健康の回復，苦痛の緩和を遂行できていないと感じる業務上でぶつかる事例とした。

## 方　法

### 1．調査対象および方法

S総合病院に勤務する看護婦381名を対象にして，2000年5～6月の期間に留置質問紙調査を行った。実施にあたっては研究の目的，プライバシーは厳守すること，調査への参加は自由であることなどが記された教示文を添えて調査協力を求めた。調査票は269部を回収し（回収率70.6%），そのうち男性と准看護婦，回答不十分を除く248部について分析した。結果の解析には，統計解析ソフトウェアSPSS 8.0Jを用いて因子分析（主因子法，バリマックス回転），t検定，一元配置分散分析，相関係数を求めた。

### 2．質問紙の構造

本研究で使用した質問紙には，対象者の属性に加えて看護専門職における自律性，研究活動に対する意識および倫理的問題に対する悩みの程度を測定する尺度，研究活動への参加経験や研究内容を尋ねる項目などが含まれている。

1）看護婦の職務における自律性の測定

職務における自律性の測定には，菊池・原[1]で作成した看護専門職における自律性測定尺度47項目を用いた。本尺度は，看護職の自律性を“認知能力”“実践能力”“具体的判断能力”“抽象的判断能力”“自立的判断能力”の5つの側面から捉えようとするものである。各項目に対して，“かなりそう思う”から“全くそう思わない”までの5段階評定を求め，順に5～1点を与えて得点化した。得点が高いほど状況認知，判断および実践の各側面で自律性が高いことを示している。

本研究における自律性測定尺度の因子構造を調べたところ，第1因子は具体的な手がかりや仮説に基づく判断能力に加えて，患者への幅広い対処方法を実行する実践能力が含まれていたことから，“具体的判断・実践能力”と呼ぶことにした。第2因子は“認知能力”となり，第3因子は実践能力の中でも緊急時の正確性や確実性を示す項目の因子負荷量が高かったので“緊急時対応能力”と命名した。第4因子は，看護理論や科学的根拠に基づく判断能力を表す項目のみで構成される“抽象的判断能力”，第5因子は“自立的判断能力”であった。本研究では，これら5因子を分析に使用することとした。なお，5因子による累積寄与率は59.56%，項目全体の信頼性係数（Cronbach's $\alpha$）は.97であった。

2）研究活動に対する意識の測定

看護婦の研究活動の経験は，看護の専門性の向上や能力開発と結びついていることから，研究活動に対する意識の測定には研究活動に関する調査結果[3-6]やキャリア意識尺度[10]などを参考に12項

目を作成した。各項目について，“かなりそう思う”から“全くそう思わない”までの5段階評定（5～1点）を求めた。得点が高いほど研究活動が自己のキャリア形成に役立ち，研究を進める際に職場の支援が得られると感じ，参加意欲や研究活動への適性が高いことを示している。

本尺度の構成概念を明らかにするために因子分析を行い，3因子を抽出した（表1）。第1因子は，研究活動が自己のキャリア形成に役立つという感覚と専門的技能の発達への関心を示す項目で構成されていたので，“キャリア形成への期待感”と命名した。第2因子は，研究活動への参加や発表の機会を求める項目で高い負荷量を示したことから，“研究意欲”と名づけた。第3因子は，研究の悩みや相談が気軽に話せ，助言や指導が得られるなど支援体制を示す項目が含まれていたので，“研究サポートへの満足感”と呼ぶことにした。なお，これら3因子の累積寄与率は59.74%，各因子の信頼性係数（Cronbach's $\alpha$）は.83～.87であった。

3）倫理的問題に対する悩みの測定

倫理的問題に対する悩みの測定は，岡本[11]が作成した倫理的問題状況に対する悩みの程度測定尺度を参考にして，地域の中核病院としての特徴を考慮しながら項目を精選し，合計25項目を使用することにした。本尺度は，「倫理的原則に関する問題」「倫理的権利に関する問題」「倫理的義務・責務に関する問題」「倫理的忠誠に関する問題」「生命と生殖に関する問題」の5つの下位尺度から成り立っている。各項目に対して“非常に感じる”“強く感じる”“中程度に感じる”“少し感じる”“全く感じない”の5段階評定（5～1点）を求めた。高得点であるほど，倫理的問題状況場面に対する悩みを強く感じていることを示している。

本尺度は，これまで1因子構造を示すことが明らかになっているが[11]，今回の回答結果を基に因子分析を行ったところ4因子を抽出した。その際に，共通性の低い2項目とバリマックス回転後の因子負荷量が低い（.401以下）3項目を削除した。

表1　研究活動に対する意識の因子分析結果

| 項目 | | F1 | F2 | F3 |
|---|---|---|---|---|
| 第1因子：キャリア形成への期待感 | Cronbach' $\alpha$ = .83 | | | |
| 研究発表することは自分のキャリアを伸ばす上で有利である | | 0.835 | 0.104 | −0.004 |
| 研究活動への参加は自分のキャリアを伸ばす上で有利である | | 0.826 | 0.156 | 0.096 |
| 研究活動は自分の新たな能力を引き出してくれる | | 0.647 | 0.327 | 0.061 |
| 研究活動は看護の専門知識・技術を高めてくれる | | 0.527 | 0.287 | 0.037 |
| 第2因子：研究意欲 | Cronbach' $\alpha$ = .87 | | | |
| 私は機会があれば研究活動に参加してみたい | | 0.209 | 0.913 | 0.174 |
| 私は機会があれば研究発表をしてみたい | | 0.271 | 0.844 | 0.165 |
| 私は看護を科学的に検証していく研究が好きだ | | 0.370 | 0.588 | 0.019 |
| 第3因子：研究サポートへの満足感 | Cronbach' $\alpha$ = .83 | | | |
| 上司には研究の悩みや問題を気軽に話せる | | 0.008 | −0.039 | 0.966 |
| 上司からは常に研究内容の助言や指導が得られ | | 0.018 | 0.068 | 0.760 |
| 同僚は私（私たち）の研究に協力的である | | 0.100 | 0.199 | 0.660 |
| N = 248 | 因子負荷量の二乗和 | 21.320 | 20.640 | 17.790 |
| | 累積寄与率（%） | 21.320 | 41.960 | 59.740 |

全体のCronbach' $\alpha$ = .84

各因子の意味内容をみるといずれも想定した5要素を含んでいたことから，これまでと同様に1因子として取り扱うことが適当であると思われる。そこで，合計20項目の単純合計値を本研究における倫理的問題に対する悩み尺度として用いることにした。なお，4因子の累積寄与率は49.60%，合計20項目での信頼性係数（Cronbach's $\alpha$）は.92であった。

## 結　果

### 1．対象者の特性

対象者の特性を表2に示す。平均年齢29.73歳，職務経験平均年数8.16年，看護専門学校の卒業生が大半を占め，約9割が病棟スタッフであった。研究活動に関しては，6割の看護婦が何らかの研究活動に従事しており，研究の種類は調査研究47.1%，事例研究30.1%，実験研究18.3%の順であった。また，病院内研究発表会で発表をした者は52.4%と過半数を占めた。

表2　対象者の特性

| | | 平均値（SD） |
|---|---|---|
| 年　齢 | 平均年齢 | 29.73 (7.09) |
| 職務経験 | 平均年数 | 8.16 (6.95) |
| | | 人数（%） |
| 職　位 | スタッフ | 216 (87.1) |
| | 主任・婦長 | 29 (11.7) |
| | 無回答 | 3 ( 1.2) |
| 所　属 | 病棟 | 197 (79.4) |
| | 外来・手術室など | 50 (20.2) |
| | 無回答 | 1 ( 0.4) |
| 教育課程 | 看護専門学校 | 221 (89.1) |
| | 大学・短大 | 27 (10.9) |
| 研究活動の経験 | あり | 153 (61.7) |
| | なし | 92 (37.1) |
| | 無回答 | 3 ( 1.2) |
| 研究の種類[1)] | 調査研究 | 72 (47.1) |
| | 事例研究 | 46 (30.1) |
| | 実験研究 | 28 (18.3) |
| | 文献研究 | 3 ( 2.0) |
| 研究発表の経験[2)] | あり | 130 (52.4) |
| | なし | 117 (47.2) |
| | 無回答 | 1 ( 0.4) |
| 学術集会への参加[3)] | 日本看護学会 | 102 (41.1) |
| | 日本看護科学学会 | 19 ( 7.7) |
| | 日本看護研究学会 | 15 ( 6.6) |
| | その他 | 23 ( 9.3) |

N＝248

1）複数回答，（ ）内は研究活動経験者に占める回答者数比率

2）病院内での発表経験者を指す

3）複数回答，（ ）内は全被験者に占める回答者数比率

### 2．研究活動に対する意識と倫理的問題に対する悩みの属性別比較

1）職務経験年数

これまで職務経験10年以上の看護婦は研究意欲が高いこと，また倫理的問題に対する悩みの程度は職務経験年数と無関係であることなどが見出されている[2,11)]。しかし，本研究においては看護婦の研究活動に対する意識，倫理的問題に対する悩みと職務経験年数との間には低い相関が確認されたことから（$\gamma$＝.21～.22，$p<.001$），職務経験10年未満群と10年以上群の2群に分けて比較した（表3）。看護婦のキャリア形成への期待感や研究意欲，倫理的問題に対する悩みは，10年以上群が10年未満群よりも有意に高かった。職務経験年数が多い看護婦では，研究活動が自己の専門性を高めキャリアを伸ばしてくれるものと考え，機会があれば研究に取り組みたいと希望していた。一方，研究サポートへの満足感は，10年未満群の方が10年以上群よりも有意に高く，ベテラン看護婦は研究を進めていく上で相談や助言，協力が得られないと感じていることが示された。

2）職　位

職務経験高年数群における研究活動に対する意識や倫理的問題に対する悩みは，スタッフや婦長などの職位の影響を受けていると考えられることから，職位が変化する10年以上群についてスタッフと主任以上の2群間で比較した（表3）。その結果，研究意欲と倫理的問題に対する悩みは，スタッフ群よりも主任以上群の方が有意に高かった

表3　研究活動に対する意識および倫理的問題に対する悩みの属性別比較

| | 職務経験年数 | | | 職位 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10年未満 N=170 M（SD） | 10年以上 N=78 M（SD） | t値 | スタッフ N=45 M（SD） | 主任以上 N=32 M（DS） | t値 |
| 研究活動に対する意識 | | | | | | |
| キャリア形成への期待感 | 15.29（2.45） | 16.39（2.94） | 3.07** | 15.91（2.86） | 17.13（2.97） | 1.83† |
| 研究意欲 | 8.14（2.29） | 9.17（3.22） | 2.88** | 7.91（2.64） | 11.00（3.14） | 4.67*** |
| 研究サポートへの満足感 | 10.49（2.30） | 9.83（2.26） | −2.11* | 9.64（2.33） | 10.00（2.16） | 0.68 |
| 倫理的問題への悩み | 74.58（11.04） | 78.51（10.90） | 2.61** | 76.27（10.72） | 82.04（10.32） | 2.36* |

***p<.001　**p<.01　*p<.05　†p<.10

（t=4.75，p<.001とt=2.47，p<.05）。管理職者は，業務上での倫理的問題状況に対する悩みを強く感じており，機会があれば研究に取り組みたいと考えていた。

### 3．研究活動に対する意識と倫理的問題に対する悩みのとの関連

研究活動に対する意識と倫理的問題に対する悩みは，ベテラン看護婦や役職者の方が高かったことから，職務経験10年以上と主任・婦長以上の研究経験者について研究活動に対する意識と倫理的問題に対する悩みとの間で相関係数を求めた（表4）。職務経験10年以上の看護婦では，倫理的問題に対する悩みの程度とキャリア形成への期待感及び研究意欲との間で有意な正の相関を示した。さらに，役職者は研究意欲と倫理的問題に対する悩みとの間で高い相関が得られた。すなわち，倫理的問題に対する悩みの程度が高いベテラン看護婦ほど，研究活動は看護の専門知識・技術を高め自己のキャリア形成に役立つものであり，機会があれば研究に取り組みたいと考えていた。特に，主任や婦長といった地位に就いている看護婦は，倫理的問題を多く抱えている者ほど主体的に研究に取り組もうとする意識傾向を持つことが示唆された。

表4　研究活動に対する意識と倫理的問題に対する悩みとの相関

| | 倫理的問題に対する悩み | |
|---|---|---|
| | 職務経験10年以上 | 主任・婦長以 |
| 研究活動に対する意識 | N=69 | N=26 |
| キャリア形成への期待感 | 0.249* | 0.364 |
| 研究意欲 | 0.295** | 0.412* |
| 研究サポートへの満足感 | −0.009 | −0.011 |

**p<.01　*p<.05　研究経験者を対象とした

### 4．職務における自律性と研究活動に対する意識および倫理的問題に対する悩みとの関連

職務経験10年未満群と10年以上群について，自律性と研究活動に対する意識および倫理的問題に対する悩みとの間で相関係数を求めた。その結果，10年未満群では関連性が認められなかったが，10年以上群において正の相関を示した（表5）。看護婦のキャリア形成への期待感と研究意欲は，自立的判断能力を除く自律性各下位項目との間で正の相関を示した。すなわち，自律性の高いベテラン看護婦ほど研究活動に参加することを希望し，研究活動がキャリア形成に役立つと考えていることが示された。さらに，研究サポートへの満足感は，具体的判断・実践能力や認知能力との間で関連性が認められた。状況を正しく理解する能力や情報を基に適切な看護方法を見出し実行していく能力の高い看護婦ほど，看護研究を進める上で助言・指導が得られ，職場は協力的であると肯定的に受け止めていた。また，倫理的問題に対する悩みに関しては，全ての自律性下位項目と関連性を

表5　職務における自律性と研究活動に対する意識および倫理的問題に対する悩みとの相関
（職務経験年数10年以上の看護婦）

| | 研究活動に対する意識 | | | 倫理的問題に対する悩み |
|---|---|---|---|---|
| | キャリア形成への期待感 | 研究意欲 | 研究サポートへの満足感 | |
| 具体的判断・実践能力 | 0.232* | 0.463*** | 0.267* | 0.319** |
| 認知能力 | 0.306** | 0.571*** | 0.304** | 0.233* |
| 緊急時対応能力 | 0.238* | 0.398*** | 0.14 | 0.226* |
| 抽象的判断能力 | 0.37*** | 0.515*** | 0.204 | 0.336** |
| 自立的判断能力 | 0.083* | 0.077 | 0.094 | 0.281* |
| 総得点 | 0.286* | 0.513*** | 0.284* | 0.341** |

N＝77　***p＜.001　**p＜.01　*p＜.05

示し，自律的に行動できている看護婦ほど倫理的問題に対する悩みが高かった。すなわち，看護婦の職務における自律性が高まるほど，看護業務上で遭遇する倫理的問題に対する悩みが増えていくことが示唆された。

## 考　察

### 1．看護婦の研究活動に対する意識と倫理的問題に対する悩み

職務経験10年以上の看護婦は，研究活動や研究発表の経験が自分の新たな能力を引き出しキャリア形成に役立つものであると考えており，研究意欲も高いことが示された。特に，主任や婦長といった役職者ではその傾向が顕著であった。看護研究に対する意欲や関心については，就業後3年を過ぎると停滞するが10年を越えると再び高まることが見出されている[2,6]。本研究においても職務経験10年以上の看護婦や管理職者では，研究活動が自己のキャリア形成と結びつき，意欲的に研究に取り組もうとする姿勢が明らかになった。しかし一方では，ベテラン看護婦は研究を進める上で相談や助言，協力が得られないと感じていた。このことは，臨床経験が多くなるに従い職場で指導的な役割を担うようになり，自分自身が指導を受けるという立場を取りにくい状況に置かれていることによるものではないかと推測される。

倫理的問題状況に対する悩みの程度についても，職務経験が豊富な看護婦や役職者ほど高くなる傾向が示され，'97看護職員実態調査と同様の結果であった。これは，職務経験年数が多くなるに従い職場内でリーダーシップを発揮する場面や役割が増えること，役職者では病棟管理や職員教育などの管理業務が課せられ責任が増大することが要因であると指摘されている[9]。このような職務における様々な役割の取得は，看護婦の倫理的問題状況場面に遭遇する機会を増大させ，主任や婦長など役職者の倫理的感受性を高めているのではないかと考える。

倫理的問題に対する悩みと研究活動に対する意識との関係をみると，倫理的問題に対する悩みの程度が高い職務経験10年以上の看護婦や管理職者では，主体的に研究に取り組もうとする意識傾向を持つことが示された。これらのことから，ベテラン看護婦や主任・婦長職に就いている看護婦が再び研究活動に参加する機会を提供すると同時に，身近に相談・助言が得られる指導体制を確立していくことが重要であると言えよう。

### 2．看護婦の職務における自律性と研究活動に対する意識，倫理的問題に対する悩みの関係

職務経験10年以上の看護婦では，自律性が高い者ほど研究意欲やキャリア形成への期待感が高く，

研究活動が自己のキャリア形成に役立ち機会があれば研究に取り組みたいと考えていた。そして，状況を正しく理解する認知能力や適切な対処方法を決断・実行していく具体的判断・実践能力の高い看護婦ほど，研究を進めていく上で助言や指導が得られ，職場は協力的であると感じていた。研究サポートへの満足感は，職務経験10年未満の看護婦よりも10年以上の者の方が低かったが，自律性の高いベテラン看護婦では研究意欲やキャリア形成への期待感が高く，職場環境を肯定的に受け止めていることが示された。これは，看護専門職としての自律性が充分に高まったベテラン看護婦は，研究活動の場でも主体的・自主的に取り組むことができサポートの必要度が低いためではないかと思われる。これらのことから，臨床経験豊富で自律性の高い看護婦が研究活動において指導的役割を担い，自らの専門性を発揮していく場の提供が必要であると考えられよう。

また，職務において自律的に行動できている看護婦は，そうでない者よりも患者の権利擁護や職務上の義務と責任など看護業務上で遭遇する倫理的問題場面での悩みを強く感じていた。すなわち，患者の状況を正しく察知するという認知能力の向上は，倫理的問題の存在に気づく倫理的感受性の育成と結びついていることを示唆していると考えられる。以上より，看護専門職としての自律性が充分に高まり，倫理的問題に対する悩みを抱えているベテラン看護婦が研究活動に参加し，自己の専門性を発揮していくことが求められていると考える。

## 結　論

総合病院の看護婦381名を対象にして職務上の自律性（看護活動における状況認知，判断，実践に関する力量）と研究活動に対する看護婦の意識や経験，倫理的問題に対する悩みとの関連性を検討した結果，以下のことが明らかになった。

1. 看護婦の職務における自律性は，具体的判断・実践能力，認知能力，緊急時対応能力，抽象的判断能力，自立的判断能力の5因子，研究活動に対する意識はキャリア形成への期待感，研究意欲，研究サポートへの満足感の3因子，倫理的問題への悩みの程度は1因子構造を示した。
2. 職務経験10年以上の看護婦は，10年未満の者よりもキャリア形成への期待感や研究意欲，倫理的問題に対する悩みの程度が高く，さらに主任や婦長はスタッフよりも研究活動に対する意識や倫理的問題に対する悩みの程度が高かった（$p<.05$）。
3. 職務経験3～9年の看護婦では，共同研究経験者の方が未経験者や個人研究経験者よりも職務における自律性が高かった（$p<.05$）。このことから，看護婦が就業後10年までに共同研究に参加することは，職務上の自律性を高める要因であることが示唆された。
4. 職務経験10年以上の看護婦では，職務上の自律性が高い者ほど研究活動に対する意識が高く，研究活動を肯定的に受け止めていた。また，自律性が高い者ほど倫理的問題に対する悩みを強く感じていた。

本研究では，一施設の看護婦を対象としていることから結果を一般化することはできない。しかし，看護婦の職務上の自律性は研究活動に対する意識や経験，倫理的問題に対する悩みと関連していたことから，今後は共同研究でどのような役割を果たしてきたのか，倫理的問題への対処行動と自律性との関係などについて検討する必要がある。

## 要　旨

本研究の目的は，職務における自律性（看護活動における状況認知，判断，実践に関する力量）と研究活動に対する看護婦の意識や経験，倫理的問題（看護婦の責任である健康の増進，疾病の予防，健康の回復，苦痛の緩和を遂行できていないと感じる業務上でぶつかる事例）に対する悩みとの関連性を検討することである。総合病院看護婦381名を対象に質問紙調査を行った結果，以下のことが明らかになった。

1．看護婦の職務における自律性は，具体的判断・実践能力，認知能力，緊急時対応能力，抽象的判断能力，自立的判断能力の5因子，研究活動に対する意識はキャリア形成への期待感，研究意欲，研究サポートへの満足感の3因子，倫理的問題への悩みの程度は1因子構造を示した。

2．職務経験10年以上の看護婦は，10年未満の者よりもキャリア形成への期待感や研究意欲，倫理的問題に対する悩みの程度が高く，さらに主任や婦長はスタッフよりも研究活動に対する意識や倫理的問題に対する悩みの程度が高かった（$p<.05$）。

3．職務経験10年以上の看護婦は，倫理的問題に対する悩みとキャリア形成への期待感及び研究意欲との間で，役職者では倫理的問題に対する悩みと研究意欲との間で有意な正の相関を示した（$p<.05$）。

4．職務経験10年以上の看護婦では，職務上の自律性が高い者ほど研究活動に対する意識が高く研究活動を肯定的に受け止めていた。また，職務上の自律性が高い者ほど倫理的問題に対する悩みを強く感じていた。

## 引用・参考文献

1）菊池昭江，原田唯司：看護の専門職的自律性の測定に関する一研究，静岡大学教育学部研究報告（人文・社会学編）第47号，241－254，1997

2）菊池昭江：看護専門職における自律性と研究活動との関連，Quality Nursing，6(4)，321－327，2000

3）白川秀子，秋山典子ほか：当院における看護研究の実態と研究環境の問題点（2報），日本看護研究学会雑誌，22(3)，91，1999

4）西田直子，倉ヶ市絵美佳：K病院における看護研究活動に関する研究（第2報），日本看護研究学会雑誌，22(3)，93，1999

5）木村紀美，大串靖子，ほか：研究活動に関する看護職員の意識の因子；北海道・東北6県について，日本看護研究学会雑誌，23(2)，19－28，2000

6）白田久美子，弓場紀子：大阪市立大学医学部附属病院における看護臨床経験年数と看護研究に対する意識との関連，阪市医誌，46（1.2），139－144，1997

7）サラ.T.フライ，片田範子・山本あい子訳：看護実践の倫理，日本看護協会出版会，63－71，1998

8）横尾京子，片田範子，他：日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応；日本看護科学学会看護倫理検討委員会報告，日本看護科学学会誌，13（1），32－37，1993

9）岡谷恵子：看護業務の倫理的問題に対する看

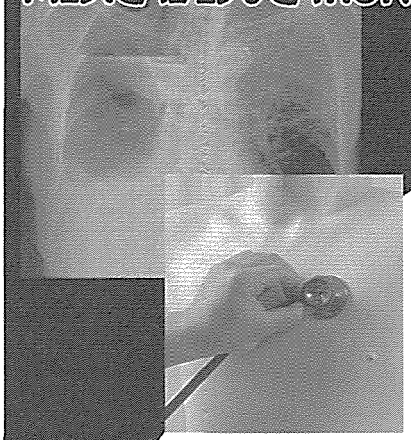
護職者の認識；日本看護協会<日常業務にぶつかる悩み>調査より，看護，51(2)，26－31，1999

10）金井篤子：働く女性のキャリア・ストレスに関する研究，社会心理学研究，8(1)，21－32，1993

11）岡本恵里：看護職者の倫理的問題状況への対処行動に影響する要因，筑波大学大学院修士論文，2000

〔平成13年10月4日受　付〕
〔平成14年2月4日採用決定〕

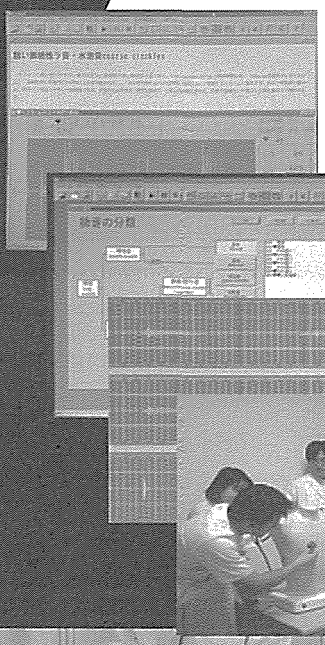
MEDICAL EDUCATION SIMULATORS What's NEW?



特願2000-332437号

# 呼吸音聴診シミュレータ

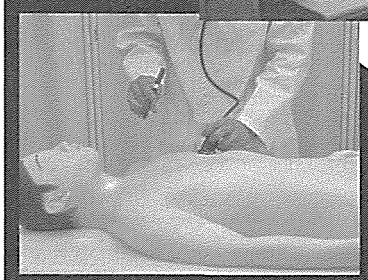
ミスターラング
# Mr. Lung



監修・指導
産業医科大学 呼吸器科
教授 城戸優光
講師 吉井千春

モデル背部でも
患者さんにそっくりの
fine crackleが聴かれます。

**等身大のモデル体内に内蔵された15基のスピーカが患者さんから録音した肺音を再現。肺音の分類教育にふさわしい本邦初のトレーニング機器です。**



生体シミュレータ"Ichiro"と併せてご使用いただくと
呼吸音35症例に加え、心臓病88症例が実際の
患者さんのようにシミュレーションできます。
高度なプライマリケアの獲得に！

詳細は 京都本社 075-605-2510 東京支店 03-3817-8071 教育機器部へお問い合わせください。

株式会社 京都科学

http://www.kyotokagaku.co.jp
e-mail:kyoiku@kyotokagaku.co.jp

第　27　回

日本看護研究学会学術集会

# 講　演　記　事　（2）

平成13年7月27日（金）・28日（土）

会長　泉　キヨ子

於　金沢市観光会館
金沢市下本多町6－27

◆招聘講演◆

# 臨床現場に活かせる看護研究

Nursing research, clinical utilization at the Veterans Hospital

田中　勝子
Katsuko Tanaka, ARNP, CS, MN
Psychiatric nurse practitioner at Veterans Hospital
Mental Health services / Addictions Treatment Center
Clinical facuity at University of Washington School of Nursing / Graduate program

今日の看護は，以前の習慣や慣例的な看護ケアから，研究から得たエビデンスを基にした看護ケアへと変わって来ています。ナースによる研究が拡張する中，まだ，研究結果の情報と臨床での看護ケアの実践との間にはギャップが見られます。例えどんなに素晴らしい看護研究でも，その情報が，ナースによって臨床現場で患者のケアの向上に応用されなければ何の価値もありません。そこで，臨床現場に活かせる看護研究とはどんなものなのか，次に述べる順に添って追及してみたいと思います。

まず最初に，ナースが研究結果の情報を臨床の場で実際に患者のケアに活かせるためには，どのような要素が必要なのかみてみましょう。そして次は，実際にエビデンスを基にした看護ケアに携わっているシアトルのベテランズ・ホスピタルのそれぞれのナースの立場からみた臨床現場で活かせる看護研究についてもさらに追及していきます。

## 1．ナースが臨床現場で看護研究を応用しやすくするための要素

ナースが臨床現場で看護研究を応用しやすくするための要素として，臨床で役立つ研究課題，研究情報の伝達，研究結果の応用性，研究サンプルの類似，臨床応用やポリシー組み入れの容易さ，経済性，臨床ナースの知識と能力，看護実践をかえる用意と環境，そして，周囲の理解と支援などが考えられます。

1）看護研究の課題が臨床実践での問題解決や看護ケアの課題に応用できるもの。例えば，褥創や転倒の予防，ドレーンのケア，痛みの査定と介入など，ナース達の看護実践に役立つ課題であることが大事です。

2）また，そういった情報が，研究雑誌だけでなく臨床雑誌にも発表され，いろいろな臨床関係セミナーやカンファレンスなどを通じて情報が臨床現場で働くナース達に伝達されることが必要です。

3）その研究結果が難しい研究専門用語ではなく，臨床のナース達に分かりやすく説明してあり，そして，その研究結果を臨床でどのように応用出来るかが明確に提示してあれば，もっと看護実践に取り入れやすくなります。

4）研究のサンプルや，その特徴などから，充分にその結果が応用できること。研究のサンプル数が少ない場合は，その結果を一般論として受け入れられません。サンプル方法や研究デザインにもよりますが，サンプル数の多い研究結果はもっと臨床応用への確信がもてます。また，年齢，人種，性別，環境や背景（教育，経済，家族，都会，田舎）など，そのサンプルの特徴が似ているほど臨床で応用しやすくなります。

5）また，その研究が，臨床で応用しやすいものであり，看護ケアのポリシーに組み入れやすいもの。例えば，感染が防げて，もっと患者にやさしいドレーンのケアの方法がエビデンスを基にした理由付けと共に，そのケアの課程が詳しく説明してあると，容易にそれをポリシーに組み入れることが出来ます。

6）それから，研究結果を取り入れる上で，あまり，時間や費用がかからないものほど応用しやすくなります。

7）そして，臨床で働くナースの知識や能力がとても大事な要素になります。「何故，こういうやり方をするのだろう，この方法は理屈に合っているのか，現状のエビデンスに添っているのか，他にもっと良い方法はないのだろうか？」などと，常に問い，批判，探求するクリティカルシンキングをもっていることが重要になってきます。さらに，ナースが研究結果の情報を実際に臨床現場の看護ケアに活かせるためには，研究文の批評，分析，応用，また，ポリシーへの組み入れなどの知識，そして，看護ケアを変える決断と行動力，さらに，その結果を批評できる能力が必要となってきます。

8）それから，研究結果からのエビデンスを基にして，今までの看護実践をかえる用意と環境が，臨床現場にあるかどうかということが大事になってきます。新しい物を導入し，今までの看護のやり方を変えるということには，抵抗が伴ないます。そこで，そういった変化を受け入れやすくするための，柔軟性のある環境を普段からつくる必要があります。ジャーナルクラブ（臨床雑誌を読む会）やインサービス（職場教育）などを周期的に行ない，看護研究を読み，批評，そして，その応用性などを皆で話し合う場をもつことが大切です。また，ナースが研究結果を基にして新しい看護のやり方に変えるという決断をし，その価値があると信じること，そして，そういった決断を実行に移せる機会と権限が与えられていることが必要です。それから，実行を可能にするための再教育の場やそういった援助，また，変えることに対する不安を少なくし，準備を促進するための，充分な質疑がなされる場や機会などの環境づくりが重要です。

9）そして，同僚，上司，管理者，研究専門家や教育者などの理解と支援があること。また，研究結果を臨床に応用する活動に要する時間，費用や資料（コンピューターなどでの情報アクセス，関連資料の入手，教育の機会，人材）の援助。そして，そういった活動で看護ケアの向上に努力したナース達の功績に対するメリット（昇給，表彰）が明確に提示してあることが大事です。

10）それから，同じトピックの研究が充分にあり，それらを集約した文献が，解説，分析，批評，そして，その結果から出た，臨床応用の結論，適切さなどが説明してある情報が容易にアクセスできること。そういった批評やレビュー情報のシステム化があること。例えば，レビュー雑誌，特集本，コンピューター情報ネットワークなどがあると，臨床で働くナース達にとって，看護研究の応用がもっと容易になります。

さて，次は，実際にエビデンスを基にした看護ケアに携わっているシアトルのベテランズ・ホスピタルのナース達をインタビューして，それぞれの視野や経験からみた，臨床現場に活かせる看護研究についての意見を聞いてみましょう。

## 2．シアトルのベテランズ・ホスピタルのナース達のそれぞれの視野や経験からみた臨床現場に活かせる看護研究

1）Frankie Mannings（看護部長）：

まず最初に，■本とアメリカの看護交換に積極的なベテランズ・ホスピタルのマニング看護

部長の意見です。「看護実践においては，看護研究だけでなくあらゆる分野からの研究情報を使用することが必要です。」「患者により良い結果を導くための研究が，臨床に役立つものだと言えるでしょう。」「そういった研究や臨床応用を推進する環境づくりは，管理者としての私の大事な勤めだと思います。」

2）Dianne Long, Clinical Coordinator for Decision System Support
（決断システムサポートの臨床コーディネーター）：

この，決断システムサポートは，経理課の一部で，全米のベテランズ・ホスピタルからのコンピューター臨床データを扱う部門で，目的は，コストを押さえ，よりよい医療ケアを患者に提供することです。経理課のスタッフと共に，一人のナース，ダイアンが働いています。彼女は，臨床での患者のケアの知識があるので，集まったデータを分析するとき，経理のスタッフに，臨床的知識や視野を説明できるし，また，臨床スタッフには，数字やグラフなどのデータを，臨床的な意味のものに解説できるので，経営管理者と臨床医療班との橋渡し的な存在です。彼女の主な役割は，第一線で働く臨床マネージャーに，いろいろな必要に応じて，コンピューター臨床データを提供，分析，解説することです。例えば，最近，心臓外科病棟の婦長から，心臓手術患者の看護ケアの評価の一部として，退院後の病院訪問の実情をみたいとの依頼がありました。そこで，彼女は，まず，退院後30日間の患者の病院訪問（場所と回数）のデータをみました。すると，以外と緊急治療室ＥＲ訪問の多いことが解かりました。彼女は，このデータを依頼の婦長に提示し，さらに現在，ＥＲ訪問の理由（胸の痛み，傷■の化膿，風邪，など）の集計をしています。ダイアンさんは，自分の調査結果のデータが，臨床現場での看護ケア，また，退院ケアプランなどの向上に役立ち，そこから，看護研究プロジェクトが生まれ，さらに，それを援助する情報提供が出来ることを望んでいます。

3）Jessie Ahroni（Diabetic Foot Study Project Manager）：

ジェッシーさんは，看護研究家で，医師との共同研究に携わっています。また，研究情報を集めそれを臨床のスタッフなどに提供しています。研究の合間に，ナース，他の医療関係スタッフ，学生などの教育，そして，糖尿病患者も診ています。特に足のケアについての患者教育に力を注いでいます。地道な研究が主である彼女の毎日のなかで，そうした患者との接触が，彼女の仕事の生きがいになっているそうです。彼女にとって，臨床に活かせる看護研究は，慢性疾患患者ケアの向上に役立つもの，それに関した課題です。

4）Linda Haas（Endocrinology Clinical Nurse Specialist）：

リンダさんは，看護ケアにおけるクリティカルシンキングの必要性を指摘しました。「看護ケアには，まだ，たくさんの神話，慣例や習慣があります。何故，こういう方法でするのか，それはエビデンスに添っているのか，論理にあっているのか，と常に自分にたずねることが大事です。」「糖尿病のケアの中で我々のしている多くのことが研究結果では裏付けされていないのです。注射をするときに，薬のビンの上や皮膚をアルコールで消毒する必要はないのです。注射を打つ場所を変えることはかえって薬の量の不安定化を招くのです。例えば，腕にしていたのを，次には，お腹へと場所替えをすると，二つの場所では吸収度が変わるので薬の量が変わって来るのです。お腹なら，お腹の場所の中で違った所を使うほうが良いわけです。それから，インスリンの薬のビンを20回以上振ってから使うと，毎回の薬の量の安定化をたかめることが出

来るのです。」「足のケアに役立つ介入としての研究によると，88%の患者は，自分の足の裏などをよく見ることが出来ないのです。それは，視力や体の柔軟性の減少によるものです。そういった問題解決のひとつの手段として，手の長い鏡や足の指の間をきれいに出来るものなどを使って，患者のセルフケアの向上をはかります。」「糖尿病患者の足の怪我のもととなっている大きな理由は2つあります。患者が自分で爪を切ることと靴が合わないことです。アメリカのナース達は何故患者の足の爪を切ってあげないのでしょうか？自分達は患者の爪を切れると考えないのでしょう。でも，出来ないというエビデンスは無いのです。」

5）Bonnie Steele (Respiratory Clinical Nurse Specialist & Researcher):

ボニーさんは看護研究と患者のケアとの両方で活躍しています。彼女は，看護研究情報だけではなく，全ての研究からのエビデンスを基にした看護実践を考える必要があると言っています。臨床の場で働きながら看護研究をする方への助言として，研究者としての充分な訓練を持つことが非常に大事であること，インターネットをフルに活用してリサーチに必要な情報を得ること，そして，臨床時間からもっと研究のための時間をつくることなどを提唱しています。現在，研究中のトピックは虚弱な老人とCOPDとの関係，そして，呼吸困難患者のエクササイズの有効性です。彼女の研究の論説は，座りがちの生活をしている人は，病気になるリスクと向かい合っている。そして，エクササイズは，心肺の病気や神経筋の障害をもつ人の，身体の動きと働きを促進させるというものです。

6）Richard Buhrer (Clinical Specialist at Spinal Cord Injury Services):

リチャードさんは，自分の看護実践に，エビデンスを基にした臨床ケアガイドを使用しています。最近，他の医師と共に，睡眠中無呼吸(sleep apnea）と四肢麻痺についての共同研究を発表しました。現在，夜勤のナースによる観察や酸素飽和状態の測定などで，睡眠中無呼吸の診断の手助けが出来ないものかと思案しています。これは，次の研究課題となるかもしれません。彼は，常に，看護ケアの向上に役立つ研究情報を求めています。例えば，排便に関したケアで，いろいろな方法，特に時間の短縮と安全性を考えてある方法の研究情報が欲しいと思っています。また，四肢麻痺を持つ患者の咳の機能を援助する器具や，睡眠中無呼吸の症状を持つ患者が使用する矯正マスクなどの情報を求めています。患者自身は，自分で器具やマスクを調整できないので，他人の手助けが必要になります。どんな器具が，どんな方法がもっと患者を楽にするのか，そういった課題の研究が，彼の臨床の場では，役に立つのです。

7）Alma Aquino (Nurse Manager at GIMC):

アルマーさんは，一般内科の外来で婦長をしています。彼女は，ナース達の外来ケアの管理の他に，学生の教育もしています。彼女の職務は，新しく設けられたものなので，外来ケアのポリシーや看護ケアのマニュアルなど，一から始めなくてはなりませんでした。この外来では，ナースによる電話Triage，それから，電話相談もやっています。彼女は，臨床に役立つ看護研究情報として，次のようなものを上げました。患者の緊急度の査定と診察，また，治療の順番のふりわけをより適切に，能率的にできるシステムについての情報，そして，ナースによる電話triageに関する訓練教育，マニュアル，また，コンピューターを使って，もっと簡単に，正確な査定や記録が出来，そして時間の節約ができるものなどの研究情報です。

8）Randal Slatten（Nurse Practitionor at GIMC):

ランドルさんは，一般内科の外来で患者を診ています。彼女は，鬱血症心麻痺の長期治療に於ける自宅セルフケアに力を注いでいます。臨床実践の一つとして，彼女は，患者の退院3日後に自宅に電話をし，病院から薬をちゃんともらって帰って正しく服用しているか，体重の変化は無いか，具合はどうかなど質問して患者の査定をします。順調にいっているようであればその患者を2週間以内に外来で診ます。もし何か問題があり，電話での指示では充分なケアが出来ない場合は早急に外来に来てもらいます。この電話での査定は，患者が新しい薬に変えた場合も，その3日後に行なわれます。現在，ランドルさんは，Tele Med Program（遠隔治療），コンピューターと自宅ケアのモニター器具をつかった看護ケアを考えています。この器具は，1年間の借用費（取り付け，維持などのサービス料）が$3,000と，ちょっと高価ですが，それを使うことで患者の病状をより早く察知，治療することで結果的には医療コストを押さえることが出来ると思っています。この方法で，患者は，毎日，簡単に自分の血圧，脈拍，体重をコンピューターに繋がった器具で測定します。その情報は，彼女のコンピューターに入って来ます。もし異常があれば，モニターのスクリーンに注意の表示とその情報が出ます。その場合，彼女は，患者に電話を入れ，査定をします。こういった看護介入で，早期治療が可能になり，入院回避にもなると思っています。このプロジェクトを考えているランドルさんの求めている看護研究は，患者と医療提供者とのコミュニケーション方法と遠隔治療に関したものです。

9）Charmaine Kauth (Patient Discharge Coordinator at Inpatient Medicin Unit):

シャーメーンさんは，内科の入院病棟で，患者の退院ケアプランのコーディネーターとして働いています。アメリカでは，入院日数の短縮で患者がまだ治りきらないうちに退院して行くので，退院した後の傷のケアやドレーンのケアなどの引き継ぎを患者や家族，また，在宅訪問ナースや他の施設のスタッフなどにしなくてはなりません。新しい治療方法や治療用品が次々と出て来ているなか，まず，それらの知識を充分に自分のものにし，それを看護ケアのなかに活かし，そして，それを短い入院期間に患者に教えて，患者や，その家族が正しく退院後のケアを続けることが出来るようにしなければなりません。そんな仕事に携わっている彼女にとって，新しい治療方法や治療用品の知識と，それに関した看護ケアガイドの研究情報が必要になります。例えば，ドレーンに使われている管の種類によって，どんなことに気を付けなければいけないのか，また，感染の予防法や，退院後の患者や家族自身が継続して行なうケアにおいて考えられるあらゆる事故防止のための情報などです。

10）Christine Fredericks（Nurse Manager at Dementia / Alzheimer's unit):

シアトル市のベテランズ・ホスピタルとタコマ市にあるベテランズ・ホスピタルは数年前，合併して，一つの病院として運営されています。そのタコマの病院に，痴呆症病棟があります。クリスティンは，この病棟の婦長をしています。ベッド数は18で，現在，38歳から90歳までのいろいろな原因からの痴呆症の診断を持った，徘徊の癖があり居なくなる恐れのある患者さん達が入院しています。ここは閉鎖病棟で，退院は，制限の少ない施設へというのが一般だそうです。このクリスティンの病棟では，以前の Reality Orientation の看護ケアから，“Gentlecare”（by Moyra Jones, published by Hartly & Marks in '99）の看護ケアへと変えたそうです。Reality Orientation は，患者に現実を受け入れさせて，それに適応させる現実療法です

が，このGentlecareは，人間的な実存的アプローチで，患者個人の世界を受け入れ，そして，その世界に居る患者とのコミュニケーションをとることによって看護ケアを行なっているそうです。例えば，幻覚のある患者が，自分のベッドに大きな虫がいるとナースに訴えます。ナースは，患者の訴えを受け入れ，患者と共に虫を追い出す手助けをします。また，自分のベッドに寝ず，居間のソファーに寝る患者がいます。どうしてもそのソファーが自分のベッドだと言うのです。この場合，他の患者の迷惑や，患者自身に害や危険のないときは，患者の主張を聞いて，ソファーをベッドにつくって寝ることを受け入れます。このアプローチだと患者の興奮や動揺が少ないということです。現に，抑制(restraint)の使用や投薬で興奮を押さえるという看護介入はほとんどしなくなったそうです。また，この病棟の壁の色は患者を落着かせる効果のあるピンクを使っています。

こんな病棟で働く彼女は，どんな看護ケアが患者のQuality of Lifeをたかめるのかといった看護研究の情報を常に求めています。現在，彼女の病棟では，ナース達も一緒に，骨の密度に関する共同研究（Multidisciplinary bone density study）を企画しています。骨を強くすることで骨折事故の予防と減少を促す目的です。それはまた，感染，肺炎，他の合併症減少にも繋がるということで，患者のQuality of Lifeを高めることが出来ると思っています。今，彼女のいちばん興味のある研究課題は，どんな環境や看護介入が患者をもっと活性化させるかというものです。

11）Jill Dowell（Staff Nurse at Substance Dependence Inpatient Unit)：

ジルさんは，臨床実践で，よく看護研究情報の不十分さにぶつかるそうです。彼女は，常に精神病薬，特に新薬の研究情報を得たいと思っています。その場合，看護雑誌では，ほとんど情報が得られないので，他の医療雑誌を読むことになります。自分が病棟で他のナース達にインサービス（職場教育）をしなければいけない時は，そのインサービスの課題の情報を得るために，まず最初に看護雑誌をみます。でも，もし自分の興味のあるものが見つからない場合は，他の医療雑誌をみるそうです。課題にもよりますが，看護研究情報に制限を感じることがよくあるそうです。彼女の興味のある研究情報は，50歳以上のエイズ患者のケアに関するもの，ヘロイン中毒患者の新薬や，スピリチャル(spiritual）方面のケアなどです。

12）Carol Wieltschnig（Staff Nurse at Substance Dependence Inpatient Unit)：

ジルさんと同じ病棟で働くキャロルさんも，自分が病棟で他のナース達にインサービス（職場教育）をしなければいけない時は，その課題を探すために，まず最初に看護雑誌をみます。もし自分が思ったものがみつけられない時は，他の医療雑誌をみるそうです。彼女は，インサービスを請け負うことで，研究文献を読まざるを得ない圧力がかかるので，結果的には，自分の為になると思うそうです。研究情報で得たエビデンスを少なからず自分の臨床実践に反映することになるので，自分の看護ケアの向上につながると言っています。研究文献を読むうえで，難解な文章は，自分の知識欲を減少させるが，解かりやすく説明がしてあり，その上にグラフや図面などでもっと明瞭さを増しているような文献に出会うと，もっと，その課題について知りたいと思うようになり，自分の探求心を増すそうです。それぞれの課題について，今までの研究や情報が要約されている文献があれば大きな援助となると言っています。忙しい仕事中に研究文献を読む時間が無く，インサービスをする時は，いつも自分の時間を使うことになるの

で，それが一つの難点だと言っています。

13) Peggy Albrizio (Staff Nurse at Substance Dependence Inpatient Unit):

ペギーさんは，看護研究だけにしぼらず，いろんな分野の研究にも関心を持ち，多種の分野からの研究情報を自分の臨床実践に役立てるよう努力をしているそうです。そんな彼女が興味を持っている課題は，高齢者の依存症治療法，安楽や痛みの軽減を考えた死期の近い患者の精神的，またspiritual方面のケアなどです。それから，治療の場での看護教育がどのくらい退院後やく立っているのか，治療の場では成功したように見えた患者が退院後も，習ったことを自分の行動に取り入れてうまくやっているのかどうかなどの研究情報を求めています。

14) David Reimer (Staff Nurse at Posttraumatic Stress Disorder Inpatient Unit):

デイビッドさんは，もっと自分自身を知ることが出来て，患者のケアにより良い結果を導く，そんな看護研究情報を求めています。患者とのコミュニケーションにおいて，自分の感情を止めることは出来なくても，それを自覚することで，患者のケアに悪い影響を与えることを防護できるので，そういった自己認識を高めるための研究情報が欲しいそうです。

15) Rose Frazmeier (Senior Educator at Nursing Education Services):

ローズさんは，臨床スタッフの教育活動の監督・管理の他に，クラスなども少し教えています。そして，看護ケアポリシーやマニュアルを作成している委員会のコンサルタントも兼ねています。

彼女は，スタッフナースが看護研究を臨床の場で使うようにするためには，もちろん教育援助や資料提供も大事だが，リサーチの知識のあるナースの援助が必須であると思っています。リサーチ文献は，ままにして，難解な専門用語とその文論でとても解かりにくいので，研究知識のある者がそれを読み，批評・分析して，それを解かりやすく簡潔に要約したものをナースに提供することを奨励しています。また，その研究結果の知識をどのように臨床現場で応用できるのか，応用した場合，どのような結果ができるのか，その結果をどのようにして測定するのかを分かりやすく伝えることも必要であると言っています。

それから，大人であるナースの教育には，シンプルで応用し易く，細かい段階に分けてあることが大切で，そのひとつひとつの段階を達成するごとに，その結果がすぐ分かることが大事だと考えています。それによって感じられる達成感，満足感が，新しいものを受け入れる気持ちを促し，今までの臨床実践を変えるエネルギー源となり，看護研究が臨床現場で活かされる援助になると確信されています。

いろいろなナースから意見を聞きましたが，看護研究が臨床現場で活かされるためには，ナースの決断と，それを可能にする環境や援助が必要です。臨床で働くナースと看護研究家，大学や教育者，管理者などが協力しあってこそこれからのエビデンスをもとにした看護が可能になると思います。

## References

Cutler L. The problems inherent in promoting research-based practice and strategies by which they might be overcome. Nurs Crit Care, Sep-Oct 1997, 2(5), p224－30

Davis PL, Madigan EA. Evidence-based practice and the home care nurse's bag. Home Healthc Nurse, May 1999, 17(5) p295－9.

Fain JA. Reading, understanding and applying nursing research: a text and woorkbook.

F.A. Davis: Philadelphia, 1999.

Fellows LS, Miller EH, Frederickson M, et al Evidence-based practice for enteral feedings: aspiration prevention strategies, bedside detection, and practice change. Medsurg, Feb 2000, 9(1), p27－31.

Glanville l, Schim V, Wineman NM. Using evidence-based practice for managing clinical outcomes in advanced practice nursing. J Nurs Care Qual, Oct 2000, 15(1), p1－11.

Goldberg NJ, Moch SD. An advanced practice nurse-nurse researcher collaborative model. Clin Nurse Spec, Nov 1998,12(6), p251－5.

Gunn IP. Evidence-based practice, research, peer review, and publication. CRNA, Nov 1998, 9(4), p177－82.

King KM, Teo KK. Integrating clinical quality improvement strategies with nursing research. West J Nurs Res, Ang 2000, 22(5), p596－608.

Kupensky DT. Applying current research to influence clinical practice. J Intraven Nurs, Sep-Oct 1998, 21(5), p271－4.

Lewis SL, Prowant BF, Cooper CL, et al. Nephrology nurses' perceptions of barriers and facilitators to using research in practice. ANNA J, Aug 1998, 25(4), p397－405, discussion 406.

Logan J, Harrison MB, Graham ID, et al. Evidence-based pressure-ulcer practice: the Ottawa model of research use. Can J Nurs Res, Jun 1999, 31(1), p37－52.

Lund CH, Osborne JW, Kuller J. et al. Neonatal skin care: clinical outcomes of the AWHONN／NANN evidence-based clinical practice guideline. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses and the National Association of Neonatal Nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, Jan-Feb 2001, 30(1), p41－51.

Pederson C, Bjerke T. Pediatric pain management: a research-based clinical pathway. Dimens Crit Care Nurs, May-Jun 1999, 18(3), p42－51.

Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based pratice. Image J Nurs Sch, 1999, 31(4), p317－22.

Stratmann D, Vinson MH, Magee R, et al. The effects of research on clinical practice: the use of restraints. Appl Nurs Res, Feb 1997, 10(1), p39－43.

Stetler CB. Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. Nurs Outlook, Nov-Dec 2001, 49(6), p272－9.

Stevens KR, Pugh JA. Evidence-based practice and perioperative nursing. Semin Perioper Nurs, Jul 1999, 8(3), p155－9.

Stiefel KA, Damron S, Sowers NJ, et al. Improving oral hygiene for the seriously ill patient: implementing research-based practice. Medsurg Nurs, Feb 2000, 9(1), p40－3, 46.

Warren JJ, Heermann JA. The Research Nurse Intern program. A model for research dissemination and utilization. J Nurs Adm, Nov 1998, 28(11), p39－45.

◆ シンポジウムⅠ ◆

「看護現象の着眼と研究の方法－質的研究を中心に－」

# 司会の言葉

石川県立看護大学　天津栄子
岡山大学医学部保健学科　安酸史子

学術集会のメインテーマ「新しい時代が問う看護研究の方向」を受けて，シンポジウム1では，＜看護現象の着眼と研究の方法－質的研究を中心に－＞焦点をあてた討議が行なわれました。看護は初めからそこに存在するものではなく，相互作用をとおして創り出していくものであり，そのためには看護現象を丁寧に見つめ，その意味を抽出し研究過程を経て，成果としての看護の価値を言語化・社会科していくことが期待されています。本シンポジウムのねらいは，1つに質的研究の基盤と全体像について確認し，今世紀の質的看護研究発展の方向性，可能性について共に考えていきたいこと。2つに具体的に質的看護研究に取り組むプロセスで起こるさまざまな問題点は何か，質的研究をするときのベースラインとしての力とは何か等を話し合い，さらに生み出した研究成果を現場にどの様に還元していくかについて討議することでした。そこでシンポジストには，日本における質的看護研究のオーソリティーの先生と若き質的研究者をお招きし，それぞれ示唆に富んだご提言をいただきました。

高山成子先生は痴呆性高齢者への質的研究方法の立場から，車椅子への移動介助をきっかけに今まで何気なく見過ごしていた痴呆性高齢者の言動に着目し，その人に残されている確かさを見つめて，その確かさが引き出される状況を研究方法に沿いながら明らかにされました。また相互作用の醍醐味や看護観の変容と同時に，データーの分析過程における迷いや困難性についても触れて頂きました。

水野道代先生には，研究のねらいと研究方法選択上の問題についてがん患者への看護をとおして語られました。痛いのプロセスにおけるダイナミクスな現象から〔結局は自分なんだ〕というkeyを抽出し，現象をとらえる上でのフィロソフィーに則って研究者による〔現象を翻訳〕するための方法論選択の重要性を指摘されました。さらに“違和感”や“気がかり”を大切に，keyとなる言葉を探し，その言葉の意味やそこに至る思考を重ね，自己の看護行為に意味づけをする大切さを示唆されました。

荻野雅先生は研究成果を実践現場に還元する立場から，精神科病棟の文化に関する記述的研究を基に話されました。患者・スタッフが共有している信念や情緒が病棟の目標と一致していないといった精神科病棟の文化を把握しておく必要性を指摘されました。研究成果を還元する前提として，臨床現場の特性である偶然性，主観性，全体性，直感性を考慮すること，また臨床で知を用いる意味は，成果としての知を用いてよりよいケアを提供し，さらなるケアの向上への方向性を提示されました。

最後に中山洋子先生から，質的研究の基盤とその方向性，可能性についてお話しいただきました。「なぜ，私たちにとって研究なのか」という原点への問いを出され，「見えない現象を見えるよう

に」「理解しがたい現象を理解したい」という研究動機を確認した後，看護における質的研究について，現象への異なるアプローチとして「説明」(explanation) と「理解」(understanding) をキーワードにその相違について分かり易く■示されました。また，「理解」に独善性がはらんでいることへの問い直しを通して，理解がケアの原点になることや現象に根ざした研究がナースの成長とより質の高いケアへ寄与することを示唆されました。臨床ナースが質的研究の成果を使って検証し，さらに精度を高めて理論構築に至るには継続と辛抱強さが必要であることを説かれました。また，質的研究におけるエビデンスについても言及され，経験に基づくエビデンスになるように質的研究の発展性を方向づけて下さいました。

その後，フロアとシンポジストとの活発な意見交換があり，看護研究学会における始めての試みであった質的研究の原点を確認しつつ，踏み出せる動機づけや研究の発展につながることを念じています。

◆ シンポジウムⅠ ◆

「看護現象の着眼と研究の方法－質的研究を中心に－」

# 看護現象の着眼と研究プロセスへの道

福井医科大学　高山成子

質的研究はこれからの看護の発展のために重要である。なぜならこれからの看護に求められるのは実践力で，質的研究は現場での現象を解明して実践力向上に寄与するからである。

しかしながら，仮説を立てそれを立証する量的研究に比べ，質的研究は方法が曖昧である，安易に使われて研究の質が低下するなどの指摘がある。このような質的研究に対する問題提起に応えるためにも，実際に研究を行ったプロセスを通して感じた課題を述べてみたい。

私の研究は「中等度から重度痴呆症高齢者の，残された現実認識の力についての研究」である。対象者はアルツハイマー型の痴呆症高齢者5名で，グランデッドセオリー法に準じた質的・帰納的研究法で行った。研究プロセスを，次の3点に絞って紹介する。

## 1．研究はどのような現象に着眼して始まったか？

私の研究は，痴呆症が重度で時間や人に対する認知障害のため会話は意味不明で，車椅子生活であった患者との会話に着眼して始まった。それまで私は，患者が「家に誰もいないで洗濯物取り込んどいてー」と言った時「洗濯物が心配なんだな」と思い「もう，取り込みましたよ」と嘘で答えていた。患者は「あーそう」と言い，私は患者を安心させたと思った。ところがある時車椅子に座っている筈の患者が立っている。私が慌てて側に行き「車椅子に移りましょう？」と言うと，患者は「なんで？」と聞いてくる。「その方が安心ですから」と答えると，患者は「そうやの」と車椅子へ移る。このような的確な言葉と行動を見て，私は「もしや，今迄も分かっていたのでは？」「私が分からないと思い込んで見逃していたのでは？」とドキッとした。そこで，私は彼らの言葉や行動を見つめ直し，残された確かさを明らかにしてみようと思ったのである。

質的研究は現象に着眼し解明する研究なので，現象に対し「どきっ」とか「おやっ」と感じる力は必要である。現象に着眼するためのポイントは，**①わかったつもりで思い込まない。**私の場合には「この人はミニメンタルテストが低いのだから何も解らない」と思い込んでいたため，この患者がどこかで確かな力を示していたとしても気付かなかったといえる。**②知識に現象を当てはめるのではなく，知識で予測しながらも現象を謙虚に見つめる。**知識は現象を見るのに邪魔になるのではない。より多くの知識をもつからこそその知識と異なる現象に着眼することができると考える。

## 2．何故，質的研究方法を選択したか？

私が質的研究法を選択した理由は，「進行した痴呆症高齢者が生活の中で残された力をどのように表しているのか？」という研究的疑問を明らかにした先行文献がなかったこと，その疑問はテストなどでは明らかに出来なく，言葉や行動などをデータとしてそのデータに密着して分析する必要があったからである。

### 3．質的研究プロセスのどの時点で，迷い，困難を感じ，曖昧さを感じたか？

(1) データ収集方法とデータの質の問題

質的研究では，データの曖昧さが指摘される。本研究では対象者の生活の場でケアをしながら，データ収集をした。この方法は1■だけのインタビューや第3者的観察よりもよいデータが得られると考える。それは，生活の場で繰り返し接することでよい関係が生まれ彼らの言葉が多く引き出せること，彼等の言葉や現象を同じ生活場所で感じて聞き返すことにより，知りたいことに迫ったデータが得られるからである。私は一人に9日間調査したが，日を重ねても彼らが私を覚えているとは思えなかった。しかし，徐々に彼等の言葉は多くなり，特にケアをした後に多くなり，聞こえにくかった言葉も聞こえるようになった。このように対象者の生活の場でケアを通して質的研究ができることは，看護職の大きな強みであると考える。

(2) オープンコーデイングでのラベル化の問題

この段階は質的研究のプロセスのなかで最も労力が大きく，また曖昧であると次の分析で焦点が定まらなくなるので重要である。通常，質的研究のデータおよびラベルは膨大で，私は860のラベルを作成した。分析途中でわけがわからなくなったり，日によって揺れ動いたりする。このラベル化をスムーズに進めるためのポイントを2つ示す。まず，**研究の焦点が明確になっていること**。それが出来ていれば，迷ったり曖昧になったりが少なくなる。私は「残された力をどのように表しているのか？」という研究の焦点にあわせて，焦点にあわないデータを思い切って棄てることができた。次は，**ラベルをデータの意味から外れないようにしながら，抽象的な概念でつける**。私はできるだけデータの言葉を生かしてラベル名をつけるとともに，「そのこと（現象）は何を意味しているのか？」と問いながら少しづつ抽象度を上げていった。グラウンデッドセオリーでは，最初のラベルづけでかなり抽象度の高い概念を作るとされている。しかし，質的研究の初心者の私には，一度に抽象度の高い言葉で示そうとするとデータから離れた内容になる危険が大きく，反対に抽象度が低過ぎると現象を説明するエピソードを羅列するにとどまる可能性があった。結果として私は無理な抽象的表現で現象から離れた理論を作る結果になるよりは，低いレベルの言葉でも現象を説明できる結果のほうが，次の研究のステップになると考えた。

(3) 中心概念（コアカテゴリー）の発見

グランデッドセオリーは理論化を目標とする研究で，その理論の中心となるのがコア概念である。ある本には「データに密着していれば，コアカテゴリーが浮かび上がる」と書かれているが，そううまくはゆかない。結果的に私は，「患者の言葉に思わず大笑いするとき患者も大笑いしている」のように，痴呆症高齢者が残された力を発揮するとき，常に私が存在し，その私を痴呆症高齢者が認識し，そこに行ったり来たりの相互作用があったことに気づき，残された確かさを示す中心概念を「他者を確認し，他者と相互作用がある」とした。これは看護者が，痴呆症高齢者が他者の認識が出来るよう，他者との相互作用ができるように働きかけることが，彼等の残された力を引き出せることを示している。今の段階で，私は中心概念がスムーズに発見できる方法について明確には言えない。が，注意すべき点として，2つ上げることができる。まず，**ラベルやカテゴリーが十分概念生成されていること**，次に，**何のために中心概念を発見して理論化するのか，その中心概念をどのように看護実践に生かすのかを考える**ことである。

最後に，質的研究の素晴らしさについて述べる。私にとって質的研究は量的研究に比べ，決して安易な研究方法ではなかった。調査に入ってしまえば楽しいのになぜか調査前日には逃げ出したいほど苦痛だった，録音記録のテープ起こしでは膨大な量に吐き気がした，ラベル化は大変で狂いそうだった，コアカテゴリーが発見出来ず毎日カテゴリーを眺めていた，など困難の連続であった。その困難を乗り越えさせてくれたのは，予想をはるかに越えた彼等の残された力をデータから発見できたときの驚きであった。更に，データから浮んでくる痴呆症高齢者の人としての素晴らしさを感じた時の喜びであった。研究を通して，私は痴呆症になった彼らへの尊敬と愛情を感じ，その結果看護観が変容した。すなわち，私はこの調査と結果を通して「看護とは，その人に残っている力を認め，引き出すことである」と強く実感できるようになったのである。

この質的研究のプロセス上で得た喜びや看護観，そして質的研究の結果が実際の現場に与える価値を考えるとき，今後より信頼に値する明確な質的研究にするための検討が必要と考える。

◆ シンポジウムⅠ ◆

「看護現象の着眼と研究の方法－質的研究を中心に－」

# 研究のねらいと研究方法選択上の問題

## －がん看護における研究着眼から研究方法選択を中心に－

石川県立看護大学　水野道代

「地域社会で生活するがん体験者の健康」や「長期療養生活を続ける造血器がん患者の希望」をテーマにおこなった研究を用いて，私がどのように質的研究に取り組み，何を研究によって明らかにしようとしてきたのかを振り返ってみた。

私は，がんになった人たちの健康や希望を明らかにする過程で鍵となる言葉を探し，その言葉が持つ意味やそこに至るまでの体験のダイナミックスを説明してきた。それを可能にしたのは，研究対象とした現象に向かい合った時に研究者が感じた違和感や，そこに引きつけられるような魅力や気がかりであった。質的研究をおこなうときは，この違和感や気がかりをとても大切にする。

異なった価値観や生活体験を持つ者には異なって受け取られる可能性のある，現象や言葉の意味を知りたいというのが，質的研究をおこなう大きな理由の一つである。知らずにいれば，私たちに恐怖を感じさせたり，私たちが偏った思いこみで捉えがちなものの正体を知りたいのである。恐怖感が薄れ，親しみがわけば，自ずと人間はその現象に関心を寄せるようになるからである。また，異なった体験や文化を理解するということは，その体験や文化を説明する言葉を私たちが持つということになり，それは必要なケアを見逃さないことや，自分の看護行為に意味付けができるということにつながる。だからそれらを研究によって明らかにしたいのである。

質的研究によって生まれる知識は研究者による現象の翻訳だと考える。どんな言葉で，どんなパターンを用いて翻訳された知識かを知っておく必要はあるものの，看護実践のなかで親しみのある言葉や出来事で翻訳された知識であれば，私たちはその知識を自分達のより身近な現象に照らし合わせながら利用することができる。これらの知識は個々の現象が持つ文脈から導き出されるもので，その翻訳に際し，合理的知識を直接用いることはできない。ここでいう合理的知識とは，役に立たない事実をすべて取り除き，集団によって安定化された知識を言う。このような知識は，誰にでも共通に認識されるはずの症状や行動を理解する際に用いられるべきものである。質的研究によって導き出された知識は，研究者が関心を向けた看護の現象を現象そのものを用いて解明しようとしたものでなくてはならない。

質的研究を実践するには，主観主義，個人主義，全体論，相対主義，解釈の有用性を反映したパラダイムが必要である。つまり客観的に下される判断よりも，個々の人の主観を信じるということである。全体の中の一人ではなく，その人個人の立場に立って物事や出来事をとらえるということ，また，個々の人間あるいは個々の出来事の一部分に焦点を当てて見ることが時にはあったとしても，そのことは，その人あるいはその出来事全体のなかで理解されて初めて意味を持つものだというこ

とである。真実は相対的に判断されるもので，その時その場の状況に合わせて流動的に変化するものだととらえる。だからある現象を説明するには，その現象が持つその時，その場の文脈を解釈することが必要である。それも主観を信じ，個を尊重し，全体として解釈することが必要である。このパラダイムの範疇において，各研究者の研究の目的に合った質的なデータ収集や分析がおこなわれることが重要だと考える。このことはもう一方で，質的なパラダイムに則っていれば，一概に質的研究といっても，具体的なデータ収集の手段や分析過程は様々だということにもなる。

前述の2つの研究では，Spradleyというエスノグラファーが示す研究アプローチが用いられた。彼のアプローチは対象とした集団の文化を明らかにする事を目的としている。彼のいう文化とは，集団を形成する人々のものの見方や考え方，生活の仕方にあらわされるものである。彼は集団が用いる言葉の意味に関心を向け，出来事や物事を観察し，人々の話しを聞き，分析を進める。

私は，がん体験者の方々や，造血器がん患者の方々の体験が交じり合い，積み重ねられてできあがった，彼ら独特の物の見方や考え方，生活の仕方を知りたいと考えた。それは同様の体験をしている人々の体験に影響を与えるはずのものだからである。また，彼らが発する言葉の意味を知りたいと考えた。その意味は一人一人の，また，その時その時の体験のなかから生れると同時に，その体験が関連する文化の影響を全体として受けているからである。一人一人の対象者にインタビューをおこない，一人一人の物の見方や考え方，生活の仕方を知り，彼らが用いる言葉の意味を探した。その意味は彼らが形成する文化の影響も受けている。そして，一つ一つの言葉が持つ意味が，新たな文化に発展していくこともあり得る。この文化と言葉にあらわされた意味への関心から，研究を進める方法として，Spradleyが示すエスのグラフィーの手法が選択された。

では，エスノグラファーであるSpradleyが研究に求めるものと，看護の研究者である私が研究に求めるものとの間に，何らかの違いがあるとしたらそれは何か？それは，明らかにしたいものや，明らかにしたい理由のなかに，看護の視点が存在するか否かにあると考える。

では，何を持って看護の視点が存在するとするのか。それは，看護を顕在的あるいは潜在的に必要とする人間が研究のなかに存在していることだと考える。看護がおこなう研究は，単に人間や人間の行動を知りたいわけではない。また，単に人間の情動や行動を説明する概念，あるいは，単に生活様式や環境や社会構造に興味があるわけでもない。看護が人間の情動や行動や生活に感心を向けるのは，彼らの健康あるいは看護を考える際に，それらを知る事が必要になるからだと考える。

ではさらに看護とは何か。それは現在の私に可能な考えとして，括弧付けで述べるならば，看護として社会的に体系づけられた役割と機能に対して責任を持った専門職者が，人間に向ける関心，あるいは人を思う心ではないかと考える。

質的研究のみでなく，看護現象をとらえる上でも質的パラダイムは重要になる。看護を実践するには，合理的な知識も質的な知識も必要である。統計的かつ論理的な現象探求のプロセスを踏んだ研究によって明らかにされる事実と，現象そのものがあらわす事実が作り出す線上のどこに，質的研究によって導き出された結果をおくかによっても，研究方法選択の評価は影響されるであろう。ただ，看護の視点がそこに存在し，現象を質的パラダイムに乗っ取ってとらえる必要がある場合は，質的な看護の研究方法を選択するべきだということはハッキリ言える。そこに残るのは，どのように，その質的研究を実践していくのかという課題であろう。

◈ シンポジウムⅠ ◈

「看護現象の着眼と研究の方法－質的研究を中心に－」

# 研究成果を実践現場に還元するには

碧水会長谷川病院　寒野　雅

看護研究は看護に関する研究であり，その目的は看護の知識を充実・拡大するものだと考える。その知識が集積し，体系化されたものが看護学であり，そこで発見された知は看護の進歩をもたらし，実践の質を向上させる。

一方，看護実践は様々な知識を用いて行われている。看護研究で明らかになった知識のみならず，上司や先輩から教えられた知識や教科書から学んだ知識，あるいは試してみてわかった知識など，役立つものをすべて用いている。実践現場で役立つことだけを考えるのならば，看護研究で知識を探求するよりは，問題解決アプローチの方が有効である。しかし専門職としての看護実践を追求すると，そこには看護研究で明らかになった普遍性，再現性，客観性，論理性を兼ね備えた科学的知識を基盤としてなければならないと考える。

しかし看護研究で明らかになった知識をそのまま臨床の現場で用いることができるだろうか。

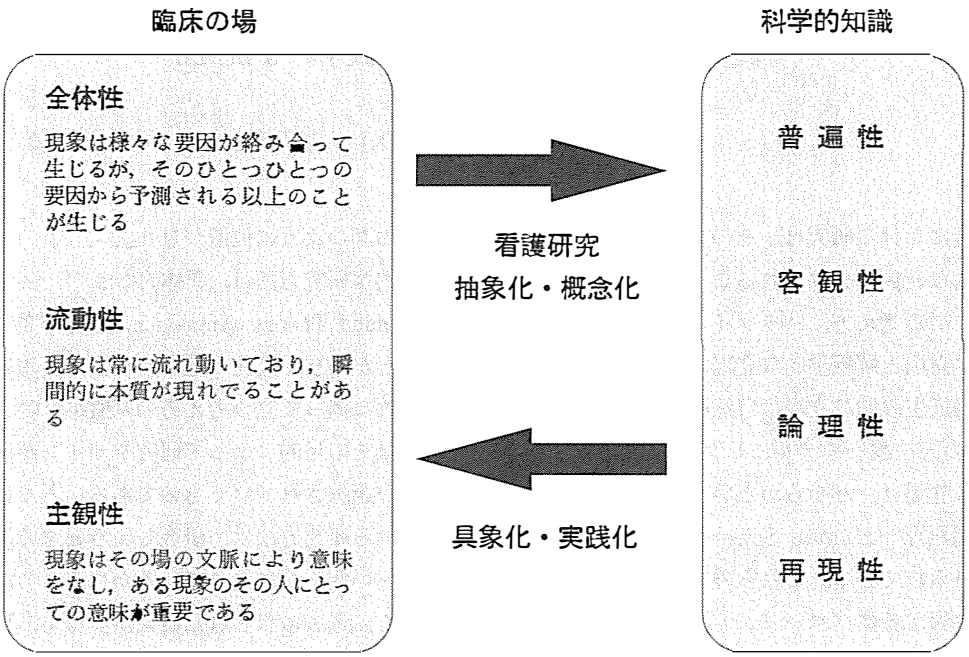
筆者は大学院で精神科病棟の文化をエスノグラティで描き出し，病棟文化の成り立ちについて研究を行った。エスノグラフィという研究手法の特徴は，その場にいる人々の主観を大事にし，現象はその場の文脈により意味をなすという考えが前提にある。よって，その前提で明らかになった一つの精神科病棟の文化についての知は，その病棟で生じる現象の意味を明らかにするものの，他の病棟には当てはまらない。その病棟の文化はその病棟の文脈の中でしか存在しないからである。そこで筆者は3つの病棟文化の成り立ちについて比較検討し，その共通性を導き出すことで，研究からえられた知見の普遍性を高めた。

しかし，この研究で得られた病棟文化の成り立ちについての普遍的な知識を臨床の現場に役立たせるためには，さらなる工夫が必要であった。

臨床の現場は様々な要素が混沌としており，いくつもの要素が絡み合ってある物事が生じる。またその個人が感じる主観性が大事であったり，ある物事をその文脈の中でとらえることで意味が明らかになったりする。つねに現象は流れ動いており，時にはある瞬間に本質が現れでることもある。筆者が研究の中で行った3つの病棟文化の共通性を導き出したのと反対の作業，つまり，その場にいる個人の主観性，病棟での文脈，全体性を加味する作業を行って，漸くこの研究の知見を臨床現場で活用することができた。

看護研究で明らかになる知識は，ボーリットとハングラーによると普遍性，再現性，客観性，論理性を兼ね備えた科学的知識である。しかし看護実践は，主観性，全体性に立脚した，流動的に変化する臨床現場で行われる。研究により明らかになった知識を活用した看護実践を行うには，抽象化から具象化へ，概念知から実践知への変換を行うことが必要となってくる。抽象化された概念や理論を，その場の文脈やタイミングをはかって用いることや，科学的知識を個人の直感や経験と統合していくことにより，知識を基盤とした看護実践が行われ，我々よりよいケアを提供することができるのだと考える。

主観性，全体性，流動性といった臨床の場の特性をふまえた上で，看護研究で明らかになった知見を用いることによって，はじめて研究成果が現場に還元されることになると考える。



◆ シンポジウムⅠ ◆

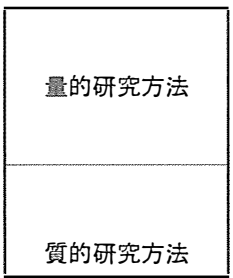
「看護現象の着眼と研究の方法－質的研究を中心に－」

# 質的研究の基盤と発展の可能性

福島県立医科大学看護学部　中山洋子

看護における研究は，その方法から量的な研究と質的な研究に分けられることが多いが，前提になっている考え方，パラダイムからすると実証主義的な立場と解釈学的な立場に分けることができる。実証主義的な立場は自然科学（Natural Science）の方法論をモデルにしたものであり，解釈学的な立場は，どちらかというと哲学的な方法論で人間科学（Human Science）の研究方法として用いられている。これらの方法論は，現象への2つの異なるアプローチ，「説明 Explanation」と「理解 Under-standing」として論じられている。「説明」においては，現象を分析し，概念化してその概念間の関係を検証し，概念枠組みをつくって説明する。最終的な目的は，一般的法則や理論の構築である。これに対して「理解」とは，現象は背景や文脈全体のなかで捉えてはじめて意味があり，現象の理解に主観性を排除することはできないと主張する立場である。したがって，現象をまるごと解釈することが重要になる。こうした前提をふまえ，看護における質的な研究方法を以下の図のように位置づけた。

質的な研究方法は，具体的には，Ethnography, Grounded Theory Approach，現象学的アプローチなどがあり，文化人類学，社会学，現象学とそれぞれに拠って立つ考え方の基盤が異なっている。研究はその目的によって研究デザインが決まり，方法が選択されていくものである。とくに，看護における研究方法は，研究しようとする現象がどのくらい明らかにされているかによって決められていく。過去になされた研究が少なく，現象そのものが明らかになっていない場合，「これは何か」と，まず質的な研究方法を用いて帰納的に現象を記述し，そのなかで構成要素，あるいは影響要因などを抽出することから始める。質的な研究方法によって抽出した概念や構成要素を変数として測定可能なものにし，「どのような関係があるか」を探究したり，仮説を量的な研究によって検証したりしていく。したがって，図－1のように，質的な研究は，量的な研究の前段階として位置づけられ，質的な研究から量的な研究へと発展させ，



図－1　説明 Explanation

図－2　説明 Explanation

図－3　理解 Understanding

演繹的な研究を重ねて，一般化，理論化を図っていく。

また，図－2は，「これは何か」から始まる研究のステップを質的な研究を積み重ねることによって発展させ，一般的な法則を見出したり，理論化しようとするものである。例えば，Grounded Theory Approachは，理論構築をめざす質的研究方法の1つで，帰納的に現象から概念を抽出する段階も，概念枠組みや仮説を演繹的に検証していく段階でも，質的な研究方法によって行う。

これに対して，図－3は，現象の理解，すなわち，現象を記述し，それを解釈するという方法論である。当然，この方法論は，現象をまるごと理解することを特徴とするので，現象を分析して概念やその構成要素を抽出したりする作業をすることはない。現象の理解のしかたや解釈した意味の妥当性がこの方法論にとっては重要になる。わが国においては，Patricia Bennerのエキスパートナースの研究が現象学的・解釈学的アプローチに基づく研究として紹介されている。

以上，図に示した3つの考え方を本シンポジウムIのシンポジストの方々の研究方法を例にして説明を加えてみたい。中等度・重度痴呆高齢者に残された確かさを明らかにすることを目的とした高山成子さんの研究は，Grounded Theory Approachを用いて概念を抽出し，図－2の研究プロセスを踏もうとするものである。がんの痛みに苦しむ患者さんの疼痛コントロールに焦点を当てた水野道代さんの研究は意味の探求で，起こっている現象を明らかにし，それを共有することをめざしたものである。したがって，図－3の研究に近いと考えられる。荻野雅さんは，病棟の文化をEthnographyによって明らかにする研究から始め，病棟文化に影響する要因を抽出して病棟間の比較検討を行っている。荻野さんの研究は，研究のステップの踏み方から考えると，さらに発展させて質的な研究から量的な研究へと進めていくことができる研究である。

研究Researchは，実証主義に基づくScienceの世界であり，研究によって1つの真実を発見し，それを積み重ねて科学を進歩させていくという使命を考えると，図－3のような現象の理解を，私たちがイメージしている研究と同じレベルで考えてよいかどうかには議論の余地があろう。また，わが国の看護研究の現状を見ると，多くの臨床看護師が求めていることは現象の理解であり，理論構築をめざしているとは言い難い。「見えない現象を見えるようにする」「理解しがたい現象を理解できるようにする」「分からないものを分かりたい」といったような関心が，質的な研究へと傾斜している要因ではないかと思われる。しかしながら，「なぜ，私たちにとって研究なのか」という原点に立ち返ってみると，研究を通して私たちが目指していることは，看護ケアの質の向上である。現象をよく理解することができれば，看護の質が変わり，看護ケアの担い手としての成長をはかることができるが，それだけでは看護研究が研究者の自己満足の域を出なくなってしまう。なぜならば，現象の理解や意味の解釈に留まりすぎると，個別性が高くなりすぎて，研究成果を共有することが困難になるからである。

看護における質的研究の神髄は，現象に密着するという点にあり，研究には膨大な時間と研究者の粘り強さが求められる。今後，質的な看護研究を発展させていくためには，研究を継続して実践に役立つ理論を産み出すこと，研究成果を実践で活用できるような形にすることが課題といえよう。

◆ シンポジウムII ◆

「看護におけるエビデンス」

# 司会のことば

大分県立看護科学大学　粟屋眞子
金沢大学医学部保健学科　稲垣美智子

本学術集会のメインテーマである「新しい時代が問う看護研究の方向」に，エビデンス（証拠：Evidence）を一つのキーワードに挙げた。エビデンスは，EBM（根拠に基づいた医療：Evidence-Based Medicine）と一緒に飛び込んできたのは21世紀を目前にした時であった（最近ではEBCP：Evidence-Based Clinical Practiceと呼び方を変える傾向もみられる）。その背景には，医療経済の変化による医療改革の必要性から，これまで以上に安全で質が高く効率よいケア提供の必要性と，IT（情報通信技術 Information Technology）の発達と社会生活への浸透がもたらす影響があげられる。しかし，エビデンスの捉え方はさまざまであり，ことばが先走りしているようにも感じる。また生物医学におけるエビデンスのイメージが強いのではないかという懸念の声もある。

本シンポジウムは，当初耳慣れないことばであったが，今日では広く知られ頻繁に使われるようになったエビデンスについて，期待や懸念も視野にいれつつ，看護が人々の健康にかかわる意思決定に貢献するために，エビデンスをどのようにとらえ取り組んでいけばよいかについて討議する企画であった。

まず，真田弘美先生から「褥瘡研究からみたエビデンス」と題して，高齢者の二層式マットレスを使用することで褥瘡発生率が低下するかというエビデンスとなる研究にいたる過程と，実際の研究方法が紹介された。氏は，褥瘡に関連する圧の関連要因の測定評価研究は多いが，それをどのように臨床に還元するかを研究したものは少なく，これからは臨床実験研究がエビデンスとなる研究として不可欠でありその重要性が述べられた。そして，臨床実験研究は人を対象とするので，研究者の倫理的配慮が最優先されることを強調された。

宮下多美子先生は，「酸素化を看護実践として取り組む」と題して，廃用性続発症に端を発した，急性期重症患者の肺炎と無気肺のケア基準化，換気で行う排痰から酸素化のケア基準化について実践過程が紹介された。氏は，実践看護師として現場の何に対して問題だと着眼し特定してきたか，現場に一定化，普及させ，その成果は5年後に急性期管理日数が12日から5，5日に短縮というかたちとなり現れたと述べられた。そして今なお，文献検索をして新しい見解を見逃さないようにしている現状を加えられた。

松下博宣先生は「2001年，三つの新しい視点」と題し，医療経営学からみたエビデンスの位置つけについて紹介された。氏は，3つの視点とは①成果責任医療経営（マネジメントスタイル）②標準・効率③クリティカルパスだとして，21世紀は「医療の適正化」の要請に対応すべく運動を推進することにより標準化と効率化と科学的根拠が求められるようになり，積極的に機能を組織化するか否かにより医療機関の格差が大きくなると説明された。

黒田裕子先生は，「看護行為のエビデンスに迫る」と題し，看護的で実践的視点を踏まえた思考過程育成なための教育方法開発のために，看護者の行為の基盤にある看護者特有の思考過程に着眼した研究を行っていることを紹介された。氏は，看護者は看護行為の前に何かを推論しているはず，その推論には根拠つまりエビデンスがあるとして，それをとりあげる手法，さらに視聴覚を用いてデータとともに結果を示し説明された。また看護者の推論は幾重にも層化され累積され，看護者自身の体に埋め込まれてしまっているので教材化することは難しいこととしながらも，研究方法も含め可能性と意義を提言された。

その後，フロアとシンポジストとの有意義な意見交換ができ，本学術集会のメインテーマである「新しい時代が問う看護研究の方向」に「看護におけるエビデンス」がどのような位置つけされるか，また研究と実践のあり方において，現在および将来の発展における課題と可能性がうきぼりにされたと思う。

◆ シンポジウムII ◆

「看護におけるエビデンス」

# 褥瘡研究からみたエビデンス

金沢大学医学部保健学科　真田弘美

## はじめに

褥瘡ケアは創傷の変化がパラメーターとなるため，評価研究が行いやすいといわれている。1990年から2000年までの褥瘡に関する論文を整理してみると，本邦で最も多く行われているのは体圧分散についての研究である。多くは，リスクファクターとしての体圧値や血流または温度，体圧分散寝具や車椅子での測定評価であり，それらの計測値をどのように臨床に還元するか研究されたものは少ない。むろん，最近EBNに最も有効な研究といわれる臨床実験研究（Randomized Cont-rolled Trial）は，その費用および倫理的問題から困難点が多い。私達の教室では，科学的な褥瘡ケア実践を目指して，研究結果を臨床で検証することに主眼を置いて活動してきた。ここでは，高齢者の褥瘡予防に最も重要とされる体圧分散寝具の開発とその臨床適用について，EBNの形成に向けての研究のプロセスを紹介する。

## 1．高齢者における体圧分散方法の問題点

褥瘡の原因は圧迫であり，体圧を分散させるために体位変換が最優先される。米国のAHRQ（旧AHCPR）のガイドラインでは側臥位30度，ギャッチアップ30度の体位を推奨している。この30度ルールを予防ケアに取り入れたところ，不幸にも褥瘡発生率が増加した。その原因を追求すると，日本人高齢者に特有の骨突出というリスクファクターが抽出されたこと，また30度ルールは強制体位であることが判明した。24時間の大半をベッド上で生活する患者にとって，この体位がストレスであっては倫理的に許されない。そこで発想を転換した。体位で整えるのではなく，寝具で整えることに。

## 2．高齢者の体圧分散寝具のコンセプト

骨突出部位の圧分散力を高めるためには，マットを柔らかくすることである。しかし，柔らかいマットでは患者は体動できなくなりQOLが低下する。つまり圧分散力を高める必要性と患者のQOLを高める方法では矛盾が生じる。この矛盾を解決する寝具とは，骨突出部位は圧分散するが，支持面が安定することを条件とする。しかし，これらの条件を満たす寝具は日本には見当たらなかった。床を整える責任があり患者に最も近い立場である看護者として，日本の高齢者に適した寝具を開発する必要性を強く感じた。そして，厚み10cm以上の二層式エアマットレスのコンセプトを導いた。

## 3．二層式エアマットレスの圧分散の検証

二層式エアマットレスは体圧を分散するか？この仮説に対して，圧分散力を評価する必要性がある。私達はまずその安全性と圧分散を健常人で検証し，意思疎通が可能で許可が得られたねたきり高齢者4名の各体位別最大体圧値を，体圧分布測定シート（MYF－2K－235，Sanei）にて測定した。その結果，二層式はどの体位でも単層式の最大体圧より有意に低く，骨突出部位への除圧の有

効性が認められた。

### 4．臨床実験研究

高齢者に二層式マットレスを使用することで褥瘡発生率が低下するか？これこそがエビデンスである。この介入評価研究として，実験研究デザインを用いた。高齢者を主とする内科外科混合病棟において，承諾を得られた患者に単層式，二層式，および標準マットレスを無作為に30名ずつ敷き，褥瘡発生率を比較した。ギャッチアップは角度設定せず患者の自由に任せた。その結果，患者の可動範囲は差がなかったが，褥瘡発生率は単層式や標準マットレスに比べて二層式が有意に低く，高齢者用体圧分散寝具としての有効性が臨床的に証明された。

## おわりに

臨床で有効なエビデンスとなる研究は人を対象に行われる。このプロセスで重要なことは，看護者として研究の倫理的配慮が何を置いても最優先されることを強調したい。

◆ シンポジウムII ◆

「看護におけるエビデンス」

# 酸素化を看護実践として取り組む

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院　看護部　　宮　下　多美子

予防手術後約1ヶ月の間に家族は廃用性続発症によって死に至った。家族として看護実践そのものに大きな疑問を抱くようになり，1992年，ロイ適応看護モデル序説を学ぶ機会を得て，廃用する身体の■果関係を学ぶ機会をえた。

## 換気から酸素化にいたるあゆみ

### 1．肺炎と無気肺の対策を講じる

急性期重症患者は，入院後間もなく例外なく肺炎と診断される。起炎菌は緑膿菌・MRSA・腸球菌などであった。痰は優先して吸引を行い，後に排泄のケアを行うことと1行為1手洗いを基準化した。しかし，吸引は痰もとれず苦痛が強い上に，頭蓋内圧の変動も著しい。非侵襲的で有効な排痰方法を模索し，呼吸理学療法を導入した。導入は専門家の指導を受けて換気力学・手技の目的と適応・手技の習熟・アセスメント・手技の目的・頻度を決定する指標など講師へのコンサルテーションは3年に渡った。導入前後の肺炎肺野の調査を画像診断報告書から検討した。入院前から肺炎や無気肺があり，入院後にも発症していた。呼吸理学療法導入後3年後調査を行った結果，それぞれ罹病日数と罹病頻度・人工換気装着日数は減少した。肺炎や無気肺の肺野は肺底部に集中し，活動姿勢である抗重力姿勢時には有効な換気と拡散ができないことが分り，運動能低下が予測できた。（不動性の助長）

### 2．換気で行う排痰から酸素化（呼吸・循環・代謝）のケアに拡大する（1995年）

人工換気の早期離脱が可能となったことから鎮静の中止の指示は，腸管蠕動を促進することにより食事の摂取が可能となる。次の活動の拡大と離床につなげる重要なケアを検討した。体内環境の適応を促進する刺激の操作を研究グループワーク（EBN活動）として開始した。グループは，ロイの「運動と休息」廃用性続発症の中から，各自が選択してグループを構成した。チームは関連する文献検索を行い，文献レビューから体内環境の関連図を作成した。関連図から何の刺激を操作することで患者の適応を促進するのかを検討した。グループは，①栄養　●腸管蠕動促進　③呼吸理学療法　④運動　⑤体温　⑥家族支援　⑦尿路感染管理　⑧スキンケア　⑨入浴　⑩安全管理　⑪患者中心の■会　⑫患者家族参加カンファレンス　⑬介護技術の習得支援を基準化した。急性期管理日数は5年間で，12日から5.5日に短縮した。

### 3．致命的な呼吸不全の患者のケアに重大なリスクがあった

脳動脈瘤術後脳血管攣縮期のARDSによる重症呼吸不全患者は，1■換気量190ml，体重60kg，$SPO_2$ 80%，喘ぐような呼吸状態で搬送された。換気量確保のために呼吸理学療法を救命外来から3週間にわたって継続的に行った。人工換気によってもなお酸素化は不良であり，体位変換（換気－血流不均衡の改善）を行った。右肺野全体に換気・

拡散の改善は無かったが，用手換気補助中は，$SPO_2$ 95%以上を保ちつづけた。人工換気離脱後，入浴，座位は可能となり車椅子の生活が可能となった。この実践は看護婦の誰もが満足であった。最近になってさらに文献検索を行ってみると2つの重要な誤りに気づいた。1つ目はステロイド治療を行っている患者は骨折しやすいこと，2つ目はARDSのような拘束性の肺疾患では，肺胞が過剰に伸展するようなケアを行うと，肺の繊維化が進み予後が悪いことが示されていた。次の事例ではこのガイドラインに沿って侵襲のないケアを適応した。

◆ シンポジウムII ◆

「看護におけるエビデンス」

# 2001年，三つの新しい視点
## ～新しい看護の時代へ～

ケアブレインズ　松下博宣

まず，今現在日本の医療といったものが非常に大きな勢いで変化をしています。やはり大事なポイントは，日本の医療がどのようなサブシステムによってなっているのかということです。これらのサブシステムの変化を点検していきたいとおもいます。

まず第1点目は，従来は国民皆保険制度一本できたわけですけれども，これからは医療財源がもう破綻しておりますので，全てのレベルの医療を好適な保険でもってカバーではないという背景のもと，介護保険と医療保険を分けたり，公的保険でカバーできないような保険サービスを民間の保険会社が提供する動きが活発になっていました。このような動きを保険のセグメント化，セグメント別保険といいます。

2点目の変化といいますのは，従来は国民皆保険制度に立脚した格好で，「誰もが，いつでも，どこでも医療機関に行ける」といったようなフリーアクセスというところに特徴があったわけですけれども，これからはフリーはアクセスできない。すなわちアクセスをする時，医療機関に行く時には，その患者さんが持っている保険の種類や自己負担の程度，医療機関の機能，役割分担などで制御されていくということです。そのことをコントロールド・アクセスと言います。

3点目のポイントは，日本の医療は従来は出来高払い制度というものに特徴があったわけですが，これからは多くの論者の方々が言うように，単に出来高払一本ではなく，むしろ包括的な定額制支払い方式に移行しつつあります。

最後のポイントは，従来は自由開業医制度というものに特徴があったわけですが，これからはどんどん多様化する医療システムのプレイヤーが非医師化してくる動きがあります。規制緩和ですとか，民活といったような路線で，その背景にはポリティカルな政治的な軋轢といったものもあるわけですけれども，次第次第に「餅は餅屋」ということで，ヘルスケアマネジメント，病院経営の漸次なオープン化，訪問看護ステーションなどの新しいケア機関の経営主体の非医師化といったようなテーマになるわけです。

さてこれからが本題ですが，表1の7つのテーマのお話しをこれからしたいと思います。まず1点目は，いわゆる成果責任の明確化です。英語で『アカンタビリティ』と言いますが，医療機関全体，医療機関の中の個々の職務－例えば，院長先生とか副院長とか看護部長，事務長，診療部長，スタッフレベルに至るまでの全ての職務に対する成果責任を明らかにするといったことが要請されます。

2点目は少し難しいですが，『価値創造型の経営戦略』といったものが要求されます。

3点目は『理念，戦略，成果責任，成果目標へのコミットメント』というテーマです。

4点目は『脱年功序列と成果主義人事の導入』です。

5点目のポイントは，その『明示的な「標準」の活用と効率化への挑戦』があります。

6点目のことを私はEvidence Based Healthcareと言っていますが，これからは単にEvidence Based Medicineではなく，Evidence Based Nursing －その根拠・事実に基づく看護ですとか，あるいは事務のほうでしたら事実に基づく管理－Evidence Based Administration，こういったものを統合した格好でのEvidence Based Healthcareといったような考え方が必要になってきます。

7点目の最後のポイントは，暗黙的な共同体組織から本来の機能組織への転換というテーマでございます。

以上のポイントについてお話申し上げたいと思います。

さて，『成果責任』を定義しますと「明確な役割分担の中で他者に説明可能な成果を生み出すための責任」となります。これはやはり今後医療機関が政策誘導によって，より役割といったものを明らかにされることが要求されるわけですので，必然的に個々の医療機関の成果責任といったものが問われざるを得ません。なおかつ，個々の医療機関のなかの個々のポジションの成果責任といったものが問われるわけです。

V＝O／Cとは経営の割り算です。「V」というのはバリューです。これは「価値」と日本語で言います，「C」というのはコストです。「O」と言いますのはアウトカム，これは日本語では「効果」と言います。小学4年生ぐらいで習うようなこれは簡単な割り算ですが，このV＝O／Cを経営の割り算と言います。従来の日本の出来高払いと言いますのは，全ての矢印が素朴に，あるいは安直に上を向いていたという傾向があるのではないでしょうか。すなわち，コストをかければかけるほど－例えば点滴をたくさん行う，投薬をする，検査を行う，コストをかければかけるほど効果といったものが上がるだろうということです。このコストを上げて効果を上げれば，必然的に価値が上がるだろうといったような前提があったわけです。この前提はある一定レベルの医療サービスを広く遍く，比較的短期間に■全体に広げる時には良い側面があったわけですが，どうやら良い側面ばかりではないらしいです。例えば，効率を考えないですとか，あるいは資源を大事に使わないですとか，コスト制御がきかないですとか，あるいはモラルハザード（倫理感の欠如），俗に言うところの「検査漬け，薬漬け」というような副作用といったものが発生してきたわけでございます。

何かと言いますと，医療に世界ではあまり紹介されておりませんが，経営の世界ではバリュー・エンジニアリングという考え方があります。このV＝O／Cという式において，価値を上げるためにいくつかの方法があります。

まず第1点目は，コストを一定にしておいて業務改善を行って効果というものを上げる。これによって，明らかに価値が上がってくるということです。今まで通りの効果を維持しながらも，やはりコスト削減を少し行うことによって価値を高めていこうという発想です。

2つ目と言いますのは，何もケチケチすることだけが経営ではありません。特に必要な人的資源に対する投資，教育投資等々の必要な投資・消費といったものもきっちり行う，すなわちコストを上げるわけです。しかしながら，単にコストを上げるのみではなくて，必ずコストが上昇した以上のアウトカム（成果）といったものを上げるための工夫が必要です。つまり，上向きの矢印がコストよりも大きくなれば必然的に価値は上がるわけです。

3つ目はコストを大幅に下げる。しかしながら成果はあまり下げない。これは別名，縮小的なリ

エンジニアリングですとか，あるいはダウンサイジングと呼ばれています。特徴のない「なんとなく総合病院」的な医療機関ですと，積極的に今後この3番目の方式といったものが要求されるわけでございます。

端的に価値といったものが一番上がるのは，言うまでもなくコストを削減して成果を上げることです。このような発想といいますのは，実はグローバル企業では当たり前の話であるわけです。しかしながら日本では先ほども言いましたが，V＝O／Cという式が出来高払いによって，素朴に全ての矢印が上に向くだろう，あるいは向かなければいけないといった前提があったわけですから，多くの医療機関，とくに公的な病院の中ではV＝O／Cのーこのコストの組み合わせとアウトカムの組み合わせをうまく考え実行して価値をあげるといったような発想が薄いのではないでしょうか。

計画を立て，立てられた計画を管理（マネジメント）し，その結果といったものを必ず評価して，評価の結果を報酬に結び付ける仕組みのことをマネジメントのサイクルと言います。このサイクルがまわらない組織の病気のことを，マネジメントサイクルの不全症候群と言います。さまざまな原因があります。理念とか戦略を示すことができないトップですとか，あるいは曖昧な役割分担，コミュニケーション不足，あるいは評価をしない，受け入れない体質，硬直的な年功賃金，このような事柄がマネジメントサイクルの不全症候群を招いています。さてこのマネジメントのサイクルですが，機能組織において物事を計画して，管理をして，評価，処遇ということは，通常当たり前です。しかしながら，組織というものが実同体化していきますと，このサイクルがなかなか回りません。

つぎのスライドは医療機関あるいは非営利組織一般等を普遍化してみたものですが，組織を方向づける目的の仕組みを簡単に示しております。ご覧通り縦の軸に抽象的と，その反対の具体的，横の軸に長期・短期を取っております。医療機関には必ず理念といったものがなければいけません。これは非常に抽象的でありながらも，長期的な組織全体の背骨にあたるものです。しかしながら単に抽象的で長期的なものだけでもやはりマネジメントはできません。逆に短期的であり，かつ具体的な目的が必要です。このことを目標と言います。ご覧の通りこの左下の領域です。皆さん方の医療機関は，やはり単年度単年度目標といったものを策定してらっしゃるとは思いますけれども，要はこの目標というものと理念というものがうまくリンクすべきなんです。ところがこの理念と目標はかくも距離が離れておりますので，一気には結び付きません。ですので，理念と目標を結び付けるための仕組みが必要です。

例えば，ここに方針とありますけれども，読んで字の如く，ある方向を示す針のことを方針と言います。先ほど申し上げました成果責任というのは，ちょうど方針と目標の間に位置するわけです。すなわち組織が機能的であるためには理念を方針に展開をして，成果責任で引き止めて，目標に具体化するための仕組みが必要です。理念，方針・成果責任・目標を繋ぎあわせる一本の線のことを戦略と言います。戦略とは理念，方針，成果責任，目標といったものを結び付ける1本の糸，1本の論理と言ってもよろしいでしょう。この戦略があるのか，ないのかということがー実はこれから非常に重要なテーマですが，やはり理念がはっきりしないとか，方針がフラフラする，成果責任がない，あるいは目標があっても書いたきりで忘れますといったような思い出目標ですと，経営的には戦略がないといわざるをえません。

今しがたの理念とありましたけれども，医療機関のトップの方々，中間管理職を含めまして，やはり理念を見せるということが必要です。これはよくビジュアライズ・ミッションと言います。方

向付けをするという意味でのセット・ディレクションということ。単に抽象的な理念を議論するのみならず，成果志向であるということがやはり今後かなり要求されます。このことをアウトカム・オリエンテッドと言います。目標達成に邁進をするということをパスー・オブジェクティブといいます。以上ですが，これを英語で縦に読みますとVSOPと言います。お酒のVSOPではなく，医療機関のリーダーの方々が行うべき行動規範を示すVSOPなんですね。

このテーマは若干議論をしづらいのですが，自治体病院の多くは非常に伝統的に年功賃金といったものを使ってきておりました。年功賃金とは，誕生日の■数に比例すれような賃金のことです。過去迎えた誕生日の■数が大事なのであって，仕事振り，能力，あるいは成果といったものは積極的には評価されておりませんでした。これは，市場での競争が激しくなり，規制が緩和されつつある業種の動向を見ておりますと一目瞭然ですが，規制が緩和されますと必然的に年功賃金の維持といったものができなくなってきます。

例えば，近年の金融ビックバンが進行中です。多くの金融機関で，従来は素朴に，あるいは硬直的に年功賃金を使ってきたわけですが，もうそうではない。非常な勢いで脱年功賃金ということで，いわゆる仕事振りに立脚をした賃金体系というものに移ってきています。

仕事振りには3つの側面があります。1つ目が成果，2つ目が能力，3つ目が態度です。この能力，成果，態度に密着をした賃金体系を構築をしなければ，なかなかこの対応は難しいと，こう申し上げてもよろしいでしょう。勢い明日からいきなり年功賃金をやめましょうといったような素朴な議論もできません。やはり，我々がすべきなのは，人材の評価からと言ってもよろしいでしょう。能力主義ですとか成果主義といいますのは，個々人が生み出している成果ですとか，あるいは能力ですとか，あるいは態度といったようなものを測定するシステムがなければ導入できないわけです。多くの論者の方々が「医療の質，看護の質を評価しよう」とおっしゃいますけれども，やはり医療サービス，看護サービスを提供する主体は人間ですから，人的資源に対する評価，そのあたりの課題といったものがやはり大きくあるのではないでしょうか…。

最後のポイントは，『共同体組織から機能体組織へ』という転換です。共同体は居心地の良さをもとめる組織です。たとえば，村落共同体，家庭という組織は共同体です。機能を発揮することによって成果を生み出すことを目的としている組織が機能組織です。いうまでもなく病院は本来，機能組織であるべきです。ところが，終身雇用と年功賃金に■い込まれてますと，次第次第に機能，成果というところが弱くなり，病院が共同体化してきてしまいます。

今日は変革と混乱の度をましつつある医療の世界で，共同体としてではなく，機能組織として強い組織をつくりあげてゆくときの7点ほどのポイントを紹介させていただきました。

より現場に近い話をしたいと思います。実は私は仕事柄日本全■，大体年間に100ぐらい病院におじゃまをしていますが，やはり病院の中には目に見えないいろいろな壁があると日々実感しております。

例えば，今日はこういった格好で皆さん参列されていますけれども，看護は看護，ドクターの方々は診療部という世界の中，コ・メディカル，事務と，縦割りなんです。今日もクリティカルパスという話が出ておりましたけれども，やはり多くの医療機関では看護の方々が中心にパスを研究されていて実施されているわけですが，なかなかドクターサイドとコミュニケーションが取れていないようなケースが多いように実感しております。あるいは，EBMにつきましても，やはり研究熱心

で問題意識の強いドクターの方は十分この言葉なり概念をご存知ですが，やはりナースの方々は今ひとつエビデンス・ベースド・メディスンと言われましてもはっきりしないような傾向があるのではないでしょうか。やはり，縦で割られていますから読むジャーナルですとか，専門誌ですとか，言葉までも縦割りです。それがこれからは，先ほども言いましたけれども，縦割りではなく横の串刺しといったような発想がいるのではないでしょうか。

例えば根拠に立脚をした看護ですとか，あるいはメディスンですとか，コ・メディカルの活動ですとか，事務といったような包括的に縦割りではなく，横にイコールな格好で，これをよくイコール・パートナーと言いますが，資格による上下関係ではなく，やはり一医療人としての対等な格好での議論といったようなことで，エビデンス・ベースド・ヘルスケアなり，その根拠に基づいた本来の医療といったような事柄が現場レベルで是非進行すれば，医療の中の共通言語といったものに寄与できるのかなと期待をしております。

以上

◆ シンポジウムII ◆

「看護におけるエビデンス」

# 看護行為のエビデンスに迫る

日本赤十字看護大学　黒田裕子

現在まで4年間をかけて，「看護学生の思考を育てる教育方法の開発」という研究課題に取り組んでいる。この研究に着手してみて，あらためて「看護者の思考とは何か」，もっと言えば，「看護者はいったい何を考えながら日々行為をしているのか」，そして，今日のテーマに関連させて言うならば，「看護者の行為には，その行為を導いている何らかのエビデンス，つまり，行為の合理的・科学的根拠があるはずだ，そのエビデンスはいったい何だろうか」というような「看護の原点」への問いかけをしなければならない，これを追究しなければ何も見えてこないということがわかってきた。

この研究の当初に行った調査は，ベテラン看護者の看護行為への着目であった。ベテラン看護者の看護行為は，文献でも指摘されているように，厚い経験に支えられた，すばらしい行為があるはずだ，と考えた。そして，経験の少ない看護者と比べると，その違いがよく見えてくるのではないかと，両者を調査の対象者として，参加観察法と面接を行った。調査では，日勤のあいだじゅう，対象者の看護者に付き添い，すべての行為に密着した。できるかぎり参加観察したことをフィールドノートに記録した。そして，日勤が終わるごとに面接も行った。その結果，次のようなことが見えてきた。ここでは看護行為のエビデンスということに焦点化させて紹介したい。

まずは，日勤帯のナースが，今日受け持つ患者のところに訪室をはじめる場面である。1年目ナースは，特に部屋の全員の患者さんに気をかけることもなく，そーーと，一番はじの患者の観察から開始した。これに対し，6年目ナースは，「失礼します」，と大きな声でその部屋に居る患者全員に声をかけて，一定程度部屋の中を見渡して全員の患者に気遣いを示し，『誰か変わった患者は居ないか』といった鋭い視線を向け，重要だとそのとき捉えた患者の観察から開始した。

次は，各患者へのかかわりが開始される場面である。

1年目ナースは，「あ，ちょっと血圧とか測っていいですか？」といって血圧を測定しはじめる。いきなり観察に入っている。検温板をしきりに見て，そこに書かれてあるチェック項目にしたがいながら，検温板に誘導された観察をしている。一方，6年目ナースは「今日はどうですか？息苦しい感じは？」と声をかけ，患者がベッドの下のほうにずれ落ちそうになっているのを見たとたんに体位をなおしたり，寝衣のシワを伸ばし，「背中にシワはないですか？」と確認をしている。検温板はもってはいるが，常にその場の観察に基づいた自分自身の判断が優先し，今までの情報との比較がすばやくなされながらそれぞれの患者に行為をしていく。

次は，各患者へのかかわり自体とその技能の比較である。

1年目ナースは，「フフフッ」と笑って逃げたり，「間」を持たせたりしている。時折ぎこちな

いかかわりも見られる。1つの場面を患者と共有することへのコミットを感がるようでもある。一生懸命かかわってはいるが，必ずしも各患者にフィットしているわけではないようだ。子どもっぽい言葉，「いやだあ」なども見られる。一方，6年目ナースはひとことで言えば「ごく自然なかかわり」である。自分の発する声のトーンやアクセントを患者によって随時，微妙に変えている。

最後の場面は，患者に質問されたときの対応である。

1年目ナースは，「先生に話ししてみましょう」と質問に直接は答えないで医師に預ける対応をしている。自分の自信の無さに気づかれないよう努力をしている。一方，6年目ナースは質問には前向きに答える。情報不足の場合はナースステーションまで戻って情報の確認をする。即座に質問の仕分けが成され，どの種類の情報を得れば質問への答えが判断できるのかがわかっているのだと推測できる。したがって患者の疑問は早期に解決されることになる。

■勤終了後に行った面接で，1年目ナースは，「業務に追われている，その■のことをこなすのが精一杯，何か自分で考えて新しいことをやるっていうのはできない」と自分のことを表現した。6年目ナースは，「3年目くらいから仕事をひととおり覚えて動けるようになった。自分でこうしよう，って動いて楽しいと感じられた。3年目，4年目，5年目と過ぎ，それ以降は仕事が楽しいって感じでやってなければあんまり実りがないと最近感じる」と言い，「自分の目が一番信じられる，情報を当てにしない，情報に振り回されることがある」と表現した。

ここでは調査のごく一部分の抜粋しかできないが，6年目ナースの看護行為には，経験に裏づけされている，経験に保証されているという，行為のエビデンスが見えてくる。このエビデンスの恩恵を何よりも個々の患者が得ていっていることに意味があると考える。もちろんこの経験には質的相違があるだろう。また，純粋に経験だけでもないと考えられるが，経験は看護行為のエビデンスを形作るうえでの必要条件だと考えることができる。

さて，翌年の調査では，もう少しベテラン看護者に焦点を合わせてその行為を詳細に，しかも連続して捉えなければ見えてこないと考えた。そして特定の患者とベテラン看護者の相互作用をＶＴＲ撮影しデータ化するという方法によって，看護行為を綿密に分析していった。ＭＤ機器によって言語データもすべておさめた。膨大なデータベースであるが，ここではその中の一部分のみを抜粋して，2つの視点で看護行為のエビデンスに引き寄せて紹介する。

1つの視点は，対一患者場面で見られる看護者の即座の推論，という視点で看護行為を探ってみるということである。

看護者は専門職である以上，患者に期待される結果に向かって看護介入を行っているはずである。したがって，看護者が特定の患者とかかわるときには，看護者の意図するケアの方向性が頭の中にあるはずである。しかしながらこれが具体的な場面でどう展開できるのか，おそらく，ある種の看護者の力量が働いて看護行為へと結びつくはずであると考えた。その時，その場に行って，看護者はたった今のこの瞬間の患者のアセスメントを行ない，行為を展開していくことになるのだと考えた。そのとき患者が何を考え，何を問題としているのか，何を思っているのか，患者の気持ちなどを全体的に把握していくのである。場合によっては当初予想もしていなかった事態に遭遇こともあるだろう。また，その場で看護者が判断した方向へと患者をひっぱっていこうとするときには，それなりの技能も必要とされるだろう。

以下の事例は，看護者と患者とのやりとりを見て「噛みあう相互作用」「噛みあわない相互作用」の違いから見出した即座の推論に裏付けされた看護行為のエビデンスである。

まず，「噛みあわない相互作用」から見てみる。

ナースは20歳代で7年目のナースである。患者は気管支拡張症の60歳代の女性，T氏（仮称）である。これは腹式呼吸を指導する場面である。T氏はパンフレットに目を向けたままベッド上に正座をとり下腹部に手を当てている。下腹部に手を当てたまま呼吸練習をしている。ナースはその呼吸練習を見て，患者の肩が動いていることを見つけ，着目する。黙ったままナースはT氏の左肩に手を当てる。T氏は，ナースが左肩に手をおいたことで「変」と思ったのか，自分の左肩に右手を当て，再度下腹部に手をもっていく。そして，「ここに力が入るんかなあー」とT氏は言った。ナースは，「肩がこう上がって」と，肩に手を当てたまま，胸や肩を見ている。この時患者は「力が入るのかどうかを聞いている」のであるが，ナースは「肩がこう上がって」と状況を告げるのみで終わっており，力が入るということを気にしているT氏の意図には答えていない。次に，T氏が「なんかあのね，これが頭にあるから」とパンフレットの1つの図を差し出す。ナースは，「これはストレッチのですよね」と，その図が何であるのかを解説したのみで，「これが頭にあるから……（できない）」と言ったT氏の意図には答えていない。つまり，T氏が意図したことを捉えていない。T氏がそのあとも，「あっちとこっちを混同してしまって」と言い，肩を上げ下げしながら呼吸して見せたり，下腹部に手を当てて深呼吸の練習を行っているのであるが，ナースは何も言わず，気づかない。T氏は，呼吸筋運動の肩動かしの例と，腹式呼吸の際の肩の使い方を混同しているのであるが，このことにナースは気づかない。そして，そのあともナースは笑みを浮かべてT氏を見あげて，うなづきながら，意味を持たない言葉，「うん」とだけ告げる。T氏が，「吸ったりはいたりする力が弱いんかなあ」と言う。そのあと，「うん，そうね，炎症も起きてましたしね。痰もたくさん出るくらいだから」と言う。それに対してT氏は，「ずいぶんリハビリしたの。痰の量もすごく減っているから」と，ナースの言ったことの反対の内容を言っている。しかし，「そうですね」と言い，T氏への同意はするが，T氏の言葉の意味が何かを推察しようとはせず，パンフレットを見ながら「これはちょっとずつですね」と話題を変えてしまう。話を打ち切ってしまう。T氏が，「お腹に手を当てて練習せんと」と練習の必要性を意気込んで言っているが，「すぐに上手になりますよ，大丈夫，大丈夫」と表面的に対応している。そして，「最初はみんなエーって思いますから……意識しないでこういうのやってますから」とT氏に言う。T氏の心配ごとや困難に対する言動ではなく，患者一般の話題にすりかえてしまっている。そしてそのことがさらにT氏を追いつめたのか，T氏は，（みんなが意識しないでやっているというナースの言動を受けて）「意識しないでできるようにならないとね」と返している。この言葉にナースは，「そんなことないと思うけど」と，T氏の言うことをなかば否定して，結局，両者のあいだに，「沈黙」がもたらされ，話題をこのまま続けさせないことになってしまっていく。

ここには，患者のその場の瞬時の意図を読み取ることができないナースの言動が，かえって患者を混乱におとしめることになっていく相互作用が如実に読み取れる。さらに，患者とは一定の距離を持たせておきたいと患者に思わせるようなナースの語調，動きやしぐさがあり，それが患者を遠ざけることになっている。

つぎに，「噛みあう相互作用」を簡単な例で見てみる。

ナースは30歳代で9年目である。患者は人工肛

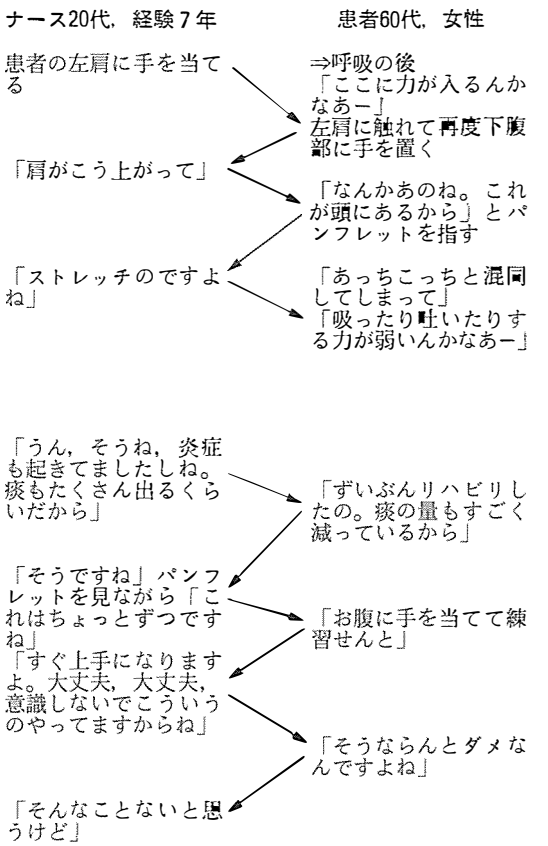



図1－1　噛みあわない相互作用の例
気管支拡張症患者に複式呼吸を指導する場面

門造設術を受けた70代の男性，Y氏（仮称）である。これは2回目のフランジ交換を指導する場面である。パウチ交換の準備をしているときナースは，Y氏は前回の指導では剥がすことはやってみたが痛かったという感想を述べていたので，「今■は様子を見て反応がよければセルフケアに向けた技術の指導に進もう，そうでなければそんなに大変なことではないとY氏に伝えながら，やる気をそがないように無理じいをしないことにしよう」と方針を決めてこの指導に臨んでいた。　まずナースはY氏に「やりますか？見ていますか？」と，選択権を与えて，「見ている」というY氏の返事を待ってフランジを剥がす作業をナースのほうではじめた。この間，Y氏はナースの手元を見ているが，Y氏の話しの内容はなぜかフランジ交換とは関係のない話になっている。ナースはこのことに気づいており（これではいけない）と，タイミングをみはからって，フランジがストマ近くまで剥がれかける瞬間を見計らって……「どう？」と突然Y氏をひきつける。そして，「今■は大丈夫？痛いですか？」と聞いかけをしながら，順調にフランジ交換をつづける。皮膚とフランジのあいだを1回ずつ撫でることによって剥がれやすくなることを口で巧みに説明しながら目で見せて，そこに前回Y氏が味わったような痛みがないことを実感してもらっている。そんなナースの誘導にY氏は「そうか……」と違いがつかめた様子を示している。

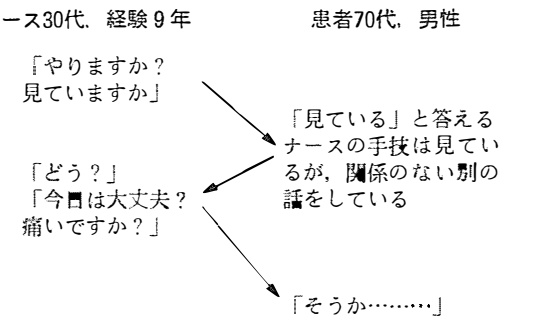



図2　噛みあう相互作用の例
人工肛門造設術を受けた患者にフランジ交換を指導する場面

ここには，患者を自然と巻き込むという看護者の技能が働いている。巻き込むためには，患者に選択権を与えること，タイミングを見計らうこと，患者を上手い技能へと方向づけること，この場合はフランジ交換を目で見せて引きつけようとしている。患者は知らぬ間に看護者の指導のとりこになり，魅せられていっている。そして知らず知らずのあいだに患者は技能を獲得していけるようになっていくと考えられる。「噛みあう相互作用」を対一患者場面で瞬時に展開していけることのできる看護者の行為は，結果として患者の良い変化

をもたらすものと考えられ，これは即座の看護者の推論が真に機能していくことで生まれてくると考えられる。

以上から，「噛みあう行為」と「噛みあわない行為」を比較してみる。「噛み合う行為」には，患者の瞬時の意図を引き出そうとするテクニックが諧調，動作やしぐさにかもし出され，患者はそれに誘導されて意図が表出できてくる。これに対し，「噛み合わない行為」は，患者の瞬時の意図にそぐわない看護者の意図が患者を退かせている，つまり，患者の意図の瞬時の読み取り能力が問われるわけであり患者の意図への適切な推論ができるかどうかが，看護行為を導けるエビデンスに成りえるかどうかを決定していると考えられる。さらに，「噛み合う行為」には，患者の側への看護者のゆるやかな歩み寄りが患者にとって心地よく受け入れられている一方で，「噛み合わない行為」では患者と一定の距離を持たせようとする看護者の行為が患者を退かせる結果を生んでいる。対ー患者との関係距離の持ち様はそれ次第で看護行為の良し悪しを決定する要素となり得るということが推測できる。また，「噛み合う行為」が患者との協働性を互いに生み出そうとしている一方で，「噛み合わない行為」では協働性は生まれない。患者と目標を共有しているんだという看護者の対応の仕方さらに患者と力を合わせて一緒に目標に向けて頑張ろうという看護者の姿勢は，患者を良い方向へと導く看護行為のエビデンスとなり得ると推測できる。

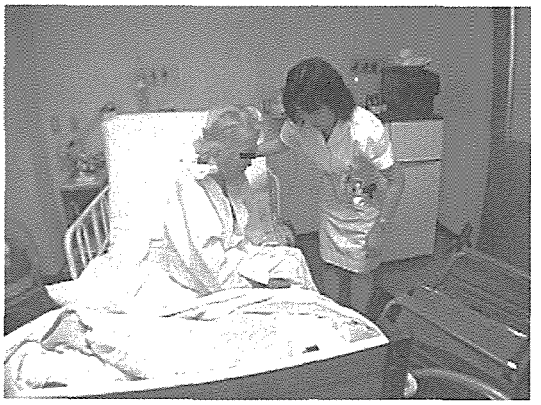
最後に，「噛み合う行為」においては，患者を看護者の意図に自然に巻き込もうとする方向づけがされており，患者の方もその意図に自然に引き込まれていくことが読み取れた。しかし，「噛み合わない行為」では，看護者の意図も不明瞭であり，さらに患者の瞬時の意図の読み取りもできないために，患者の混乱さえも生んでいた。その時のその場の患者の瞬時の意図の読み取り，すなわち推論が適切にできない限り，適切な看護行為を導くエビデンスは形成されていくことはないと言えるのではないだろうか。

それでは2つ目の視点として，対ー患者状況場面で看護者から発揮される即座の技という視点で看護者の行為を見てみよう。

ここではMナースとA氏（仮称）のかかわりの場面を紹介する。

Mナースは30歳代，A氏は70歳代の女性である。重症不整脈のために除細動，心臓マッサージが成され，人工呼吸器を装着後，心不全，人工透析後1ヶ月経過し，ようやく全身状態が安定し，尖足および拘縮予防目的でリハビリテーション（以下，リハビリ）を開始しようとする段階である。自分でできることの範囲を拡大することが看護目標としてあがっていた。Mナースも「できるところをなるべく自分でやってもらう」ことを踏まえてA氏とのその日のかかわりを計画していた。リハビリ室へ行く準備の場面である。病室に入るや否やMナースは，「Aさんリハビリに行くよ」と大きな声をかける。すると，それまで埋もれるようにベッド上に身を任せていたA氏は，腹部までかけられていたタオルケットのはじを両手でつかみ，動かしているとは気づかないくらい，ゆっくりと少しずつ下へずらす。ベッド柵をはずそうとしていたMナースの視線は，このかすかなA氏の動きに促されるようにA氏へと向かい，思わず，「**やる気満々かしら**」「1日目は車椅子に3，40分座っていたんだよね」とA氏にわかるように大きな声をかける。そして一人ではからだを起こせないA氏のからだを起こし上げるために，「じゃあ，ちょっとベッドをあげますね」と声をかけながらベッドをギャッジアップする。また上半身が起き上がったA氏の両膝にMナースの手を置くと，「**じゃあ足下ろしますよ**」と言いながら視線をA氏の足元に落としていく。これに促されるようにA氏は，

「対－患者状況場面で看護者から発揮される即座の技」という視点で看護行為を見る



「対－患者状況場面で看護者から発揮される即座の技」という視点で看護行為を見る

「対－患者状況場面で看護者から発揮される即座の技」という視点で看護行為を見る

右下肢をわずかに上えと動かすがそこで止まってしまう。そこでMナースは，右手をA氏の肩において，左手でベッドサイドへと下肢を下ろすのを手伝っていく。このA氏の肩に置かれたMナースの右手は，そのままA氏を支えて，左手で両膝を抱え込むと，A氏のからだをくるりと回転させて，ベッドサイドに座らせる。端座位になったあとも，A氏の肩に置かれた右手は，A氏の姿勢を支えるためにそこにとどまり，左手は上着や襟を整えはじめていた。A氏がからだを起こし上げてからベッドサイドへ座るまでのあいだ，Mナースの右手はずっとA氏のからだのどこかに置かれており，長く寝たきりでいたA氏のからだの，あるいはA氏の存在自体の支えとなっていた。この支えが，少しではあるが，A氏の下肢を上へと動かしたのではないかと考えられる。

面接でMナースは，「（Aさんは）こうやれば足上げられるんだ，自分でも忘れていた」「たぶんこれはできないだろうっていうことが私の頭の中にあったかもしれない」と，自分のもっていた先入観が，A氏が自力で動くきっかけを奪いとっていたのではないかと反省していた。A氏がふと見せてくれた，あるいは，感じさせてくれた力は，Mナースのからだを A氏の動きを誘うような場所へと促し，それだけではなく，Mナースの先入観をもった見方を振り返る契機にもなっていた。そのときには「意識してなかった」とMナースが言っていることから，Mナースはかかわり合いの中で知らぬ間に，からだで感じ取ったことを言葉にしていたり，患者の行為を促すように，患者の体に手を置いたり，視線を向けていたと言える。

このような看護者のからだに持つ技を，「対－患者状況場面でかもし出される即座の『技』と捉えた。長年の経験や多様な患者とのやりとりの積み重ね，そして1つ1つの丁寧な行為の積み重ねのなかで，看護者はからだに『技』を獲得する。これは意識している場合と意識していない場合があるが，看護行為を導くエビデンスと言えるので

はないだろうか。

最後に，看護者の行為を導いていると考えられるエビデンスを大雑把に捉えようとしても無理がある。以上見てきたように相互作用の１つ１つを細かく分析しなければ見えてこない。しかしながら，患者を良い方向，つまり，患者の健康問題に対する反応をポジテイブな方向へと変容させる看護者の行為が着実に存在しているということは明らかである。今後は検証の方向で研究を積み重ねていくことが期待されるわけであるがここで見てきたような質的な研究が着実に蓄積されていかない限り，検証する材料さえも発見できない可能性がある。看護行為のエビデンスの奥の深さがあらためて見えてきたと考える。

◆ワークショップⅠ◆

# ＩＴが看護実践および看護研究に及ぼす影響

兵庫県立看護大学　川口孝泰
兵庫県立看護大学附属研推進センター　東　ますみ

21世紀は，情報通信技術すなわちＩＴ（information Technology）の世紀ともいわれ，「ＩＴ革命」の波は医療の分野にも例外なく訪れている。わが国では1997年頃から遠隔医療（telemedicine）が盛んに行われるようになり，在宅遠隔患者に対する再診料，テレパソロジー（telepathology）における病理診断料などが既に保険点数として認められている。一方，看護の分野では，電話による健康相談やテレビ電話および電子メールを用いた慢性病患者の自己管理支援などの取り組みがみられるが，まだ少数でしかなく，遠隔看護（telenursing）という言葉や概念は市民権を得ていないのが現状である。しかし，医療環境が在宅医療へと急速に移行しつつある状況を考えると，遠隔看護への取り組みは急務の課題である。

## 1．「e-japan 戦略」

わが国では，多額の予算を投じて「e-japan 戦略」と称したＩＴ環境の整備に取り組み始めている。2005年までには超高速アクセス（目安として30～100Mbps）が可能な，世界最高水準のインターネット網の整備を促進し，必要とする全ての国民が低廉な料金で利用可能となるインフラの整備を目標としている。このような情報環境の整備により，医療環境は大きく変貌し，看護実践においては，ＩＴ環境を利用した技術開発が急速に求められると予測される。

## 2．アメリカ・イギリスにおける e-Health の現状

アメリカやイギリスでは，既に「e-Health」という，インターネットなどの情報通信ネットワークを使用して医療や健康に関する情報サービスを，一般消費者（患者など）に提供することが積極的に行われている。この背景には，消費者が質の高い医療を要求するようになったことや，病院中心の医療から在宅医療へ移行するなどの社会構造が変化してきたこと，またＩＴに関連する接続費用が軽減して接続性が向上したこと，そして法環境の整備が整ってきたことなどが関係している。

## 3．Telehealth・telemedicine・telenursing 分野での研究動向

「telehealth」とは，双方向の電信手段によって，離れた場所へ健康サービスを提供するテレコミュニケーション技術であり，「telemedicine」とは，テレコミュニケーション技術を使用して医療技術や医療情報を提供する技術である。「telenursing」すなわち遠隔看護とは，アメリカ看護婦協会によると，遠距離通信のテクノロジーを使用した看護の実践と定義され，患者の健康状態を示す情報を取得し，治療的介入や処方を行ったり，双方向の映像のやりとりなどを通して，ケアや患者教育を行う看護実践とされている。これらの研究の動向を，看護文献データベース CINAHL から文献数の推移でみると，1995年以降から年々増加傾向にあり，ＩＴを利用したケアの実践が検討

され始めていることがわかる。

## 4．次世代型遠隔看護システムの概要

われわれは，兵庫県立看護大学附属研推進センターを拠点として，一定規模の地域を１ユニットとした，次世代型遠隔看護システムの構築を目指している。一定規模の地域とは，担当看護職者がクライエントのところへ気軽に訪問できる範■を考えている。なぜなら，ＩＴを通じたケア実践を成立させるためには，担当看護職者とクライエントの人間関係の成立，そして定期的な対面でのケアも必要不可欠であると考えるからである。その具体的なシステムを図１に示した。

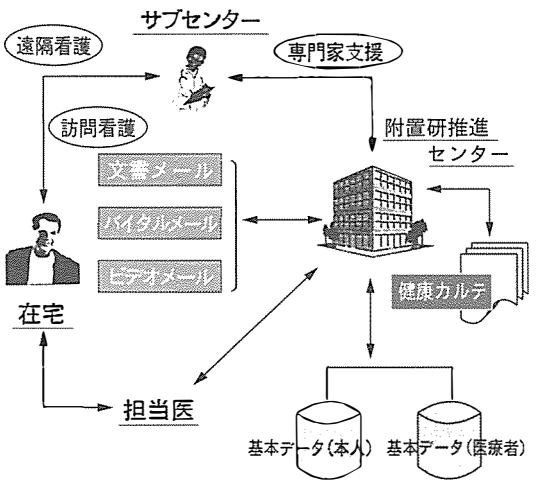



図１　次世代型遠隔看護システム

## 5．兵庫県立大学附属研推進センターにおける取り組み

われわれは，兵庫県立大学附属研推進センターのホームページを作成し，その中に，遠隔看護の実践を行う「ケア支援システム」というページを開設した。このシステムの目標は，①セルフケアレベルに応じた健康管理，②生活習慣病者への自立支援，③術後患者の■復管理，④退院後患者の継続看護，⑤介護者・看護者への支援である。遠隔看護を実践するために取得する看護観察情報としては，ビデオメール・バイタルメール・文書メールを用いる。これらを「表情分析」や「カオス分析」などを行うことで，健康状態をチェックし，クライエントへ返信する。クライエントは自分自身の健康状態の結果を，１ヶ月単位で画面上から把握することができるため，自己の健康管理行動に役立てることができる。また，「健康関連情報」のページを開設し，健康に関する最新情報を自ら得ることができるようにした。

ＩＴ化が進む現代において，一人一人の健康行動を継続的に支援できる専門家として看護職者の果たす役割は大きく，遠隔看護の実用化が期待される。

◆ワークショップII◆

# 実践と研究における看護倫理

鳥取大学医学部保健学科　宮脇美保子

泉キヨ子会長のもと，21世紀の幕開けに開催された第27回の日本看護研究学会のワークショップは，現在の社会のニーズを反映し，かつ医療の将来を見据えたＩＴと倫理がテーマであった。それから２ヶ月も経たない，「世界が変わった日」とされる９月11日がきた。本当に先のことはわからない時代に入ったように思う。まさかと思うことがそうでなくなる激しい変化に，我々は適応していくことを余儀なくされている。変わらないのは，長引く日本の政治経済の苦しい状況であり，それは医療の分野においても，さまざまな痛みとして感じるようになっている。医療の消費者だけでなく従事者にとっても厳しい時代といえる。

そうした社会背景の中で，医療において優先すべきことは何か，医療消費者は医療に何を期待し，われわれはそれに対してどのように応えていけばよいのかを改めて考える時期にきているのではないか。医療消費者が医療者に求めるものの１つとして倫理的判断に基づく行動がある。人々の医療に対する認識は，恩恵の医療からサービスとしての医療へと確実に変化している。

医療技術の進歩は，人々に恩恵を与える一方でその手法や手続きのプロセスにおいて倫理的ジレンマを生むことも多い。しかし，われわれ医療者の多くは，未だ社会やそれに伴う人々のニーズが変化していることには気づきながらも頭はまだ固い世界から抜けだせていないというのが実情ではなかろうか。今回は，そうした時代のニーズに応えるべく「実践と研究における看護倫理」というテーマでワークショップが企画された。

当初，倫理に関心をもつ方々が全員発言できる方法を計画していたが，会場の都合もあり，今回は，話題提供を４人の方々にお願いし，それをもとに会場からの質問や意見を聞くという形となった。話題提供者は，「看護実践における倫理について」，「研究における倫理について」それぞれ２人づつであった。

１人目の発言者は，「NPO法人・患者の権利オンブズマン」の理事であり，弁護士の小林洋二先生である。先生は，弁護士として水俣病福岡訴訟，九州薬害HIV訴訟，らい予防法違憲国賠訴訟等で活躍されているばかりでなく，NPO活動にも積極的に取り組まれておられる。そうした患者や市民との関わりを通して，患者の声の代弁者としてどのようなことが医療の現場で倫理上の問題となっているのか，看護者に何を望むかといった点を中心にお話していただいた。その内容は３点に要約されるが，医療はプロセスであり，そのプロセスに責任を負える倫理的判断にもとづく行動や，事実を記録として残すことが重要であることを法律家の立場から強調された。

**１）　医療者は「結果」ではなく「過程」に責任を負う**

医療は，患者の疾病の治癒あるいは予後の改善といった「結果」を請け負えるものではない（請負契約ではない）。よりよい「結果」を目指して最善を尽くす「過程」に責任を負うべきものである（準委任契約）。

2)「過程」に責任を負うための条件としての記録

つまり「過程」が客観的に了解可能な形で記録化されることが「過程」に責任を負うための条件である。かつその検証の公正さを確保するためには記録自体が患者側に開示されることが極めて重要である。

3) 研究対象としての記録

医療の改善のためには，いかなる「過程」から悪い「結果」が発生するかについての研究が不可欠である。ここにおいて患者の個人記録は，その個人の利益を超えて，医療改善というより大きな利益のために役割を果たす。一方，個人記録を研究に使用することは個人情報の目的外使用であることを念頭におかねばならないが，本人の同意があれば基本的には目的外使用が許される。

次に，「看護実践における倫理について」というテーマで，前京都大学医学部附属病院副看護部長で，現在，鳥取大学所属の内田宏美先生に発言していただいた。先生には，現場の看護者，特に管理者の立場から倫理に関する感受性や，倫理的問題解決のプロセス等について，経験を踏まえてお話いただいた。発言の概要は次の通りであるが，専門職としての看護婦は，医師のパターナリズムの協働者として機能していないか，患者個人への関心だけでなくシステム的要素への認識を高める必要があるのではないかという点を指摘された。

1) 問題提起

日常の身近なところで起こっている倫理的問題状況を意識化するところから，看護婦としての「倫理的問題」との向き合いが始まる。

2) 臨床で看護婦が直面する倫理的問題のケース紹介と解決への課題

(1) ケースにみる倫理的問題の焦点，及びそれを解決していく上で困難なこと

看護者の自律と意識，社会的視点←→看護の教育・実践・管理

(2) 医療・看護における倫理原則（by 清水哲郎）：①相手の善・利益を最大に考える，②相手を人間として尊重する，③社会的視点としての正義・公平

(3) 臨床における倫理の実践と課題：①倫理モデルの提示，②ケースカンファレンスを活用した倫理検討システムの導入，③協働関係のもとでチーム医療の実現

3人目は，「研究における倫理」について，鳥取大学の松尾ミヨ子先生にお願いした。先生は，日本で修士号（看護学）を，米国のイリノイ大学でPh.D（Nursing）を取得されている。博士論文は量的研究の手法を用いておられ，今回はご自身の経験を通して，「量的研究に関する倫理的配慮」というテーマで先生にお願いした。内容の要約は次の通りであるが，厳しい倫理審査をパスするプロセスを実際の経験を通して具体的にお話していただき，多くの示唆を得た方も多かったようである。

1) 研究参加者への同意を得るための研究内容に関する説明

多くの同意は文書によるものであり，その内容は目的・方法・研究に伴う不快要素の明示，参加のメリット，研究結果の活用，参加者の権利等である。

2) 研究の倫理審査（イリノイ大学の場合）のプロセス

(1) 第1段階の倫理審査（倫理審査申請書 Request for Ethical Review of Research Involving Human Subjects）：部局倫理審査委員会に研究プロトコールの初期倫理審査を申請する。①研究目的，②研究方法，③対象者が蒙る可能性のあるリスクと利益，④対象者の安全を考慮した対策（守秘義務への対応）等。

(2) 第2段階の倫理審査（倫理審査申請書

Departmental Review & Compliance Committee for Human Experimental Projects)：研究リスクからの参加者保護に関する倫理調査会での審査を申請する。①人を対象として行われる具体的な研究手続き，②対象者に及ぶ潜在的リスク，③研究によってもたらされる可能性のある利益，④研究の正当性等。

最後の発言者は，岐阜県立看護大学のグレッグ美鈴先生である。グレッグ先生は，我が国で修士号（看護学）を，米国のコロラド大学で Ph.D (Nursing) を取得されている。先生には，「質的研究における倫理的問題」というテーマでお願いした。内容の概略は次の通りであるが，研究においては，研究参加者の権利を守ることを大切にしており，研究参加への同意は常に進行形であると話されたことが印象的であった。

**1） 現在使用している研究同意書**

内容は，企画の記述，研究への参加方法，不快と危険，利益，資金源，対象者の費用，参加の取り消し，問い合わせ先，秘密性，承諾等。書面に研究者と参加者の双方がサインしそれぞれが1部づつもつ。

**2） 質的研究におけるジレンマ**

(1) 面接中の倫理的ジレンマ

① 研究者 VS 実践家：研究参加者にとって辛い経験が話されたとき等

② 秘密性 VS 通報：法的な問題が浮上したとき等

(2) 参加観察における倫理的ジレンマ

目的の周知 VS 自然な状況の破壊：どこまで誠実になるべきか，研究の全てが明らかにされることによる自然な状況の破壊。

以上，4人の発言者から提供された話題は，わかりやすく多くの示唆に富むものであった。その後，会場の方々との間で，質的研究における参加観察のあり方，研究者が臨床で研修・研究する際の参画のあり方，個人情報が含まれる実習記録の取り扱い，臨床における患者への看護実践とその効果を研究したい場合の患者への説明の程度等についての質問や意見があり有意義な討議が行われた。時間不足であった感も残るが実り多きワークショップであったと思う。

最後にご協力いただきました皆様に感謝致します。

# 図書案内

http://www.jnapc.co.jp

## 看護研究計画書作成の基本ステップ

P.J.ブリンク・M.J.ウッド 著　小玉香津子・輪湖史子 訳
●B5判　376頁　定価(本体3,300円+税)

研究計画の作成過程を一つの技法として扱い、疑問から発して、研究トピックを見つけ、計画書を書き上げるまでを詳しく解説する。

## 看護研究のための文献検索ガイド[第3版]

山添美代・山崎茂明　共著
●B5判　160頁　定価(本体2,000円+税)

文献に基づく知識の活用ができるよう、検索方法やレポートの書き方をわかりやすくガイドする総合的な看護文献検索テキスト。

## 看護研究のすすめ方・よみ方・使い方[第2版]

数間恵子・岡谷恵子・河正子 編著
●B5判　172頁　定価(本体2,136円+税)

学生の教材として、また臨床で研究を行う際の参考書として、基礎が確実に身につく必携書。

## 調査研究ステップアップ パソコンを使えばこんなにカンタン

藤田和夫・藤田智恵子・高柳良太 著
●B5判・2色刷　176頁　定価(本体2,80円+税)

研究テーマの設定からプレゼンテーションの方法まで、身近に利用できるパソコンソフトによる具体的な統計処理方法を解説。

## パソコンと統計処理の基礎知識[第3版]

浅野弘明・林恭平 共著
●B5判　338頁　定価(本体3,000円+税)

パソコンと統計処理に関する基礎知識、全16●項■をそれぞれ見開き2ページでわかりやすく解説。最新情報を満載した第3版。

## 看護倫理 ―理論・実践・研究

A.J.デーヴィス 監修　見藤隆子・小西恵美子・坂川雅子 編
●B5判　244頁　定価(本体3,000円+税)

日本文化や日本人の考え方に配慮した看護倫理を考えるために、国内外の精選論文18編を収載したテキスト。

**実践看護技術学習支援テキスト**　看護技術のレベルアップを目指す学生や看護職者の自己学習を深めるためのテキスト。

[第1回配本] 好評発売中

## 老年看護学

中島紀恵子 監修　中島紀恵子・井出訓・北川公子・湯浅美千代　他著
●B5判・2色刷　256頁　定価(本体2,800円+税)

〈続刊〉**基礎看護学**(川島みどり監修)　**在宅看護論**(川村佐和子監修)　**成人看護学**(佐藤禮子監修)
**母性看護学**(小松美穂子監修)　**小児看護学**(片田範子監修)　**精神看護学**(野嶋佐由美監修)

看護教育の新しい流れを具現化した画期的なシリーズ!!

## シリーズ看護の基礎科学

■総編集 大島弓子・数間恵子・北本清

**全7巻**(B5判・2色刷)　セット価格(本体23,800円+税)

これまで看護基礎教育で学んできた「解剖学」「生理学」「生化学」「病理学」など既存の学問分野の知識を、看護職が本来もつべき医学的知識の体系へと転換し再編成したテキスト。看護実践の基本ともなる知識の理論的根拠を修得するための必修書。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第1巻 | からだのしくみ：生理学・分子生物学 I | 320頁 | 定価(本体3,600円+税) |
| 第2巻 | からだのしくみ：生理学・分子生物学 II | 384頁 | 定価(本体4,000円+税) |
| 第3巻 | からだの異常：病態生理学 I | 276頁 | 定価(本体3,200円+税) |
| 第4巻 | からだの異常：病態生理学 II | 328頁 | 定価(本体3,200円+税) |
| 第5巻 | からだの異常：病態生理学 III | 252頁 | 定価(本体3,000円+税) |
| 第6巻 | 微生物・寄生虫とのかかわり：感染症学 | 376頁 | 定価(本体3,600円+税) |
| 第7巻 | 薬とのかかわり：臨床薬理学 | 392頁 | 定価(本体3,200円+税) |

日本看護協会出版会　〒101-0003 東京都千代田区一ツ橋2-4-3 光文恒産ビル6F　TEL.03-5275-2471
郵便振替00190-8-168557　FAX.03-5275-2316

医療・保健スタッフのための

# 健康行動理論の基礎

## 生活習慣病を中心に

松本千明　著

**プロフィール**

日本内科学会認定内科専門医，日本糖尿病学会専門医，栄養士，公衆衛生学修士（ミシガン大学公衆衛生大学院健康行動健康教育学科卒業）
現在は，医療と保健の現場に，健康行動理論を広めるための講演を中心に活動中．
URLは，
http://members.aol.com/cmkenkou/

■B5判・108頁
定価（本体1,800円+税）
ISBN4-263-23337-7

**◆本書のねらい**

**❶対象者の健康に関する行動の変容と維持に関して，筋道を通して考えることができる．**
**❷対象者の健康に関する行動の変容と維持に関して，スタッフ間で共通の“言葉”でデスカッションができるようになる．**
**❸健康行動理論とその尺度を用いることによって，対象者の現在の状況が把握でき，介入計画の立案や実行とその評価が可能になる．**

### ●主要もくじ

**第１章　健康信念モデル（ヘルス・ビリーフ・モデル）**
健康信念モデルの考え方　健康信念モデルの現場への応用　健康信念モデルと生活習慣病に関する研究
**第２章　自己効力感（セルフ・エフィカシー）**
自己効力感の考え方　自己効力感の現場への応用　自己効力感と生活習慣病に関する研究
**第３章　変化のステージモデル**
変化のステージモデルの考え方　変化のステージモデルの現場への応用　変化のステージモデルと生活習慣病に関する研究
**第４章　計画的行動理論**
計画的行動理論の考え方　計画的行動理論の現場への応用　計画的行動理論と生活習慣病に関する研究
**第５章　ストレスとコーピング**
ストレスとコーピングの考え方　ストレスとコーピングの現場への応用　ストレスとコーピングと生活習慣病に関する研究
**第６章　ソーシャルサポート（社会的支援）**
ソーシャルサポートの考え方　ソーシャルサポートの現場への応用　ソーシャルサポートと生活習慣病に関する研究
**第７章　コントロール所在**
コントロール所在の考え方　コントロール所在の現場への応用　コントロール所在と生活習慣病に関する研究
付録／健康行動理論　問題と解答

医歯薬出版株式会社／〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10／TEL. 03-5395-7610 FAX. 03-5395-7611
●直送ご希望の場合は，医歯薬出版発行図書通信販売代行店の（株）東京メール・サービス☎03-5976-0631でうけたまわっております．
2002.2.IS

# 辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

特許　エアー噴出型

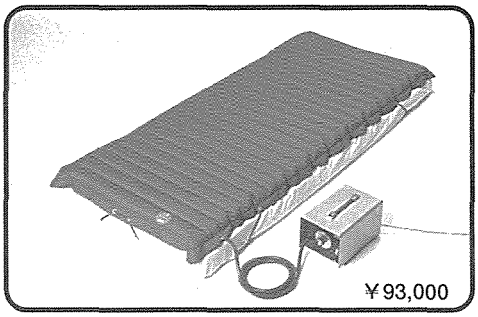
# サンケンマット®

大臣賞　受賞品

## 床ずれ治療に噴気型のパイオニア

特許：エアー噴出型

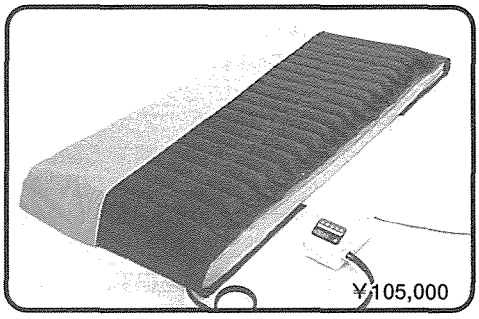
**サンケンマット**　ギャヂタイプ



￥93,000

特許：エアー噴出・波動型（エアーセルタイプ）

**ハッピーウェイブ**　電子機能が自動調節

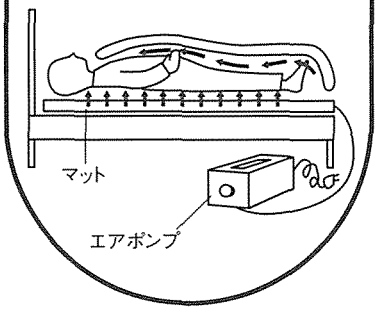


￥105,000

（製品についてのお問い合せは、お気軽にお電話下さい。）

### ユニークな原理（特許）

- ●噴出するエアーが患部を乾燥させ、細菌の繁殖をとめます。
- ●重症の床ずれ、病臭ほど威力を発揮します。
- ●体位交換が楽になり、看護の労力を軽減します。




厚生省日常生活用具適格品エアーパッド

サンワカケン

三和化研工業株式会社

本社　〒581-0039　大阪府八尾市太田新町2丁目41番地　TEL.0729(49)7123㈹　FAX.0729(49)0007

# 運営審議会報告

## 第971回
## 運営審議会の概要
（平成14年1月15日）

第971回運営審議会は、平成14年1月15日（火）に開催され、次のような審議がありました。

### 1 運営審議会附置委員会の設置について

次の運営審議会附置委員会の設置について、原案のとおり了承しました。

・ITを活用した科学能力開発に関する国際会議実行委員会

### 2 地区会議構成員の追加について

第6部長からの提案により、審議結果に基づき、地区会議構成員の追加をすることを了承しました。

### 3 平成14年度代表派遣旅費の配分計画について

原案のとおり了承しました。

### 4 委員候補者の推薦について

会長からの提案により、物理学研究連絡委員会委員長、結晶学研究連絡委員会委員長及び化学研究連絡委員会委員長の審議結果に基づき、委員候補者を推薦することを了承しました。

# 運営審議会報告

## 第972回
## 運営審議会の概要
（平成14年2月25日）

第972回運営審議会は、平成14年2月25日（月）に開催され、次のような審議がありました。

### 1 運営審議会附置委員会の廃止について

次の運営審議会附置委員会の廃止について、原案のとおり了承しました。

・情報等の公開に関する検討委員会

### 2 平成15（2003）年度に共同主催する国際会議について

次の会議について閣議請議の候補とすることとした。

(1) 第1回バイオ・ナノインターフェイス国際会議
(2) 第23回国際測地学・地球物理学連合2003年総会
(3) 第21回国際光化学会議
(4) 第16回アジア知的障害会議
(5) 第34回国際シミュレーション＆ゲーミング学会大会
(6) 第13回国際動脈硬化学会
(7) 第6回アジアデザイン国際会議
(8) 第7回アジア・オセアニア国際老年学会議

### 3 平成13年度代表派遣の変更等について

(1) ドイツ軍事史研究所主催コロキウム「戦争と社会（1939～45）」（2月15日～17日、ポツダム／ドイツ）→派遣計画の取消し
(2) 日韓統計学会連絡会（平成14年3月下旬→2月22日～2月23日、ソウル／韓国）
(3) COSPAR（宇宙空間研究連絡委員会）役員会（3月21日～22日→3月17日～3月23日、パリ／フランス）
(4) アメリカ広告学会（3月25日～4月5日→3月21日～3月24日、ジャクソンビル／アメリカ合衆国）
(5) イギリス実験生物学会大会2002（4月8日～10日→4月7日～4月12日、スワンジー／連合王国）
(6) 国際法協会第70回総会（4月2日～8日、ニューデリー／インド）→派遣計画の取消し

### 4 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

(1) シンポジウム「ケイタイ・カーナビの利用性と人間工学」
日時：平成14年4月25日、26日
場所：独立行政法人　産業技術総合研究所つくばセンター共用講堂
(2) 第40回原子力総合シンポジウム
日時：平成14年5月21日、22日
場所：千代田区立内幸町ホール
(3) 地球惑星科学関連学会2002年合同大会
日時：平成14年5月26日～31日
場所：国立オリンピック記念青少年総合センター
(4) 第39回日本伝熱シンポジウム
日時：平成14年6月5日～7日
場所：北海道厚生年金会館

### 5 国際会議の後援について

次の国際会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

○アジア内視鏡外科学会2002
（Congress of the Society of Endoscopic and Laparoscopic Surgeons of Asia 2002（ELSA,2002））
日時：平成14年9月19日～9月21日
場所：東京都新宿区（京王プラザホテル）

### 6 委員候補者の推薦について

会長からの提案により、学術基盤情報常置委員会の審議結果に基づき、委員候補者を推薦することを了承しました。

# 運営審議会報告

## 第973回
## 運営審議会の概要（平成14年3月12日）

第973回運営審議会は、平成14年3月12日（火）に開催され、次のような審議がありました。

### 1 対外報告

次の報告について、担当委員長から説明があり、対外報告として了承しました。

・学術基盤情報常置委員会報告「行政改革と各種施設等独立行政法人化の中での学術資料・標本の管理・保存専門職員の確保と養成制度の確立について」

### 2 臨時（特別）委員会の設置について

次の特別委員会の設置について、原案のとおり了承しました。

・「精神障害者との共生ーいわゆる『触法精神障害者問題』を契機としてー」特別委員会

### 3 第137回総会日程について

原案のとおり了承しました。

### 4 平成16（2004）年度開催国際会議の共同主催候補について

次の会議について共同主催候補とすることとした。

(1) 第18回国際音響学会議
(2) 第1回環太平洋蛋白質科学国際会議
(3) 第9回技術者継続教育国際会議
(4) 第20回国際家政学会議
(5) 第16回国際解剖学会議
(6) 第9回分子磁性国際会議
(7) 第18回世界社会精神医学会
(8) 第19回国際宗教学宗教史会議世界大会

### 5 平成14年度代表派遣実施計画について

会長からの提案により、審議結果に基づき、原案のとおり了承しました。

### 6 平成14年度代表派遣について（4,5,6月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

(1) イギリス法社会哲学年次大会（4月11日～13日、エグハム／連合王国）
(2) 国際木材学会運営会議（4月19日～20日、ソウル／韓国）
(3) 国際北極科学委員会評議会（4月21日～27日、グロニンゲン／オランダ）
(4) ヨーロッパ地球物理学協会第27回総会（4月21日～26日、ニース／フランス）
(5) 欧州経営学会第2回年次大会（5月9日～11日、ストックホルム／スウェーデン）
(6) 第14回国際社会防衛会議（5月17日～19日、リスボン／ポルトガル）
(7) 第8回国際血液学療法・移植工学学会2002年次総会（5月25日～28日、バルセロナ／スペイン）
(8) 純正・応用化学2002年国際会議及び展示会（PACCON 2002）（5月29日～31日、バンコク／タイ）
(9) 第3回国際HDPワークショップ（6月3日～14日、ボン／ドイツ）
(10) 第4回IUPACシンポジウム“高分子系の分子秩序と動的性質”（6月3日～7日、セントペテルブルグ／ロシア）
(11) 米国結腸直腸外科学会（6月3日～8日、シカゴ／アメリカ合衆国）
(12) 第15回国連システム学術会議（6月21日～22日、リスボン／ポルトガル）
(13) 第18回UICC国際癌会議（6月30日～7月5日、オスロ／ノールウェー）

### 7 第1回産学官連携推進会議の開催について

原案のとおり了承しました。

### 8 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

○高分子学会設立50周年記念式典・講演会
日時：平成14年5月28日
場所：パシフィコ横浜メインホール

### 9 国際会議の後援について

次の国際会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

○ 第5回国際法医学シンポジウム
(Fifth International Symposium on ADVANCES IN LEGAL MEDICINE)
日時：平成14年9月30日～10月4日
場所：高山市（飛騨・世界生活文化センター）

### 10 委員候補者の推薦について

会長からの提案により、学術基盤情報常置委員会の審議結果に基づき、委員候補者を推薦することを了承しました。

# 日本看護研究学会雑誌投稿規程

## 1．投　稿　者

本誌投稿者は，著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

## 2．投稿の種類と内容

投稿内容は，看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は，投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。

---

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）
学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。
投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

■研究報告
学術上および技術上価値ある新しい研究成果で，前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが，これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告
技術的な問題についての実践結果の報告で，その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総　　説
特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

---

投稿者は，投稿時に上記論文種別のいずれかを申告する。

## 3．原稿の送付

投稿原稿は，所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等，を綴じたオリジナル原稿，およびオリジナル原稿のコピー２部（査読用）を添えて下記に送付する。

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10
日本看護研究学会　編集委員会　委員長　内布　敦子　宛

（封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し，形式が整った時点を受付日とする。

## 4．原稿の受付（締め切り）

原稿の受付は年４回（４月，７月，10月，１月，各月の10日）とし，各回ごとに受理手続きを行う。

## 5．投稿の採否

寄稿の採否は，規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで寄稿の種類を変更することがある。

査読の結果，「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で，その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には，不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

| | 原著論文 | 研究報告 | 技術・実践報告 | 総　説 | 資料・その他 |
|---|---|---|---|---|---|
| 独　創　性 | ○ | ○ | ○ | | |
| 萌　芽　性 | | ○ | ○ | | |
| 発　展　性 | | ○ | ○ | ○ | |
| 技術的有用性 | | | ○ | ○ | |
| 技術的価値性・有用性 | ○ | ○ | | ○ | |
| 信　頼　性 | ○ | | | ○ | |
| 完　成　度 | ○ | | | | |

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6．原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。
なお校正の際の加筆は一切認めない。

7．原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，12頁以下（400字詰原稿用紙45枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，あらかじめ著者より申し受けて有料で印刷する。料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8．著 作 権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9．原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付　則

1）平成5年7月30日　一部改正実施する。
2）平成9年7月24日　一部改正実施する。
3）平成12年4月22日　一部改正実施する。

# 原　稿　執　筆　要　項

## 1．原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図，表を引用するときには必ず出典を明記すること。

1）所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをＡ４判に拡大コピーして使用）に，原稿の種類，和・英（JAMA の書式）の論文題名，およびキーワード（５語以内）著者氏名，所属団体・部署とその英訳，原稿枚数，別刷部数を明記する。

2）本文は原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし，書式はＡ４判の用紙に文字数800字（40字詰め20行），左右余白30mm，上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。

3）英文抄録は200語以内Ａ４判の用紙にダブルスペースで印字する（原著論文，研究報告のみ）。

4）和文抄録は400字以内とする。

5）図表は一つずつＡ４用紙に配置し，それぞれに通し番号を付して図１，表１などとする。

6）図表は，白紙または青色の方眼紙に，黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。

7）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

8）文献は，本文の引用箇所の肩に１），２）のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が３名以上の場合は筆頭者２名のみをあげ，○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題，雑誌名，巻（号），始ページ－終ページ，発行年（西暦）

－例－

1）日本太郎，看護花子，他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴，日本看護研究学会雑誌，2(1)，32－38，1998

2）Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32－38, 1998

②書籍の場合：

番号）著者名：書名，引用箇所の始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

－例－

3）研究太郎：看護基礎科学入門，23－52，研究学会出版，大阪，1995

③編集者の場合：

番号）著者名：表題，編集者名（編）：書名，始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

－例－

4）研究花子：不眠の看護，日本太郎，看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ，123－146，研究学会出版，東京，1998

5）Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236－265, Nihon Academic Press, New York, 1996

なお，雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUS および INTERNATIONAL NURSING INDEX に従うものとする。

9）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI単位系（m，kg，S，Aなど）を用いる。

**2．原稿用紙および原稿の長さ**

所定の原稿用紙2.5枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，■表等の一切を含むものとする。

(1) 原著論文　　12ページ
(2) 研究報告　　12ページ
(3) 技術・実践報告　　8ページ
(4) 総　説　　8ページ

**3．フロッピーディスク**

原則として，原稿のフロッピーディスクを添付する。3.5インチフロッピーでMS-DOS上のテキストファイルが望ましい。ラベルには著者，表題，使用機種，使用ソフトウェアを明記すること。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付　則

1）平成5年7月30日　一部改正実施する。
2）平成9年7月24日　一部改正実施する。
3）平成10年7月30日　一部改正実施する。
4）平成12年4月22日　一部改正実施する。

# 事 務 局 便 り

1．平成14年度会費のご案内について

平成13年度から会費が下記の通りとなりました。未納の方は，お早めにお振り込みくださいますようご案内いたします。平成13年度会費を納入した方で，平成14年度から「退会」のお申し出のない方には，引き続き会員を継続なさるものとして，平成14年度発行学会誌を25巻1号からお送りいたしております。

記

会　費　　7,000円

支払い方法　　郵便振込

■口座番号　　00100－6－37136　　加入者名　　日本看護研究学会事務局

**お振込みの際，会員番号を必ずご記入下さい。会員番号は，封筒のラベルに明記してあります。**

2．**送付先**変更の場合は，お早めに会費振込用紙の通信欄，又は葉書，FAX（043－221－2332）で新しい送付先をお知らせ下さい。楷書でお書き頂き，難しい呼び名の場合には，ふりがなを付記して下さい。

3．下記の方が住所不明です。ご存じの方は，本人，又は事務局までご連絡をお願い致します。

あ－225 **赤羽衣里子**　え－073 **榎元美紀代**　こ－309 **今野　理恵**　さ－484 **佐藤ゆかり**

ち－039 **千田美恵子**

**事務所の開所曜日と開所時間の変更について**

平成13年4月1日より下記のように変更になりましたので，ご注意下さい。
尚，下記開所日時以外のお問い合わせにつきましては，留守番電話，又は，FAXにてお願いいたします。

記

開所曜日　月・火・木・金　　電　話　043－221－2331
開所時間　9：00～15：00　　FAX　043－221－2332


日本看護研究学会雑誌

第25巻　2号

会員無料配布

平成14年5月20日　印刷
平成14年6月20日　発行



編集委員

委員長　内布　敦子（理　事）兵庫県立看護大学
副委員長　玄田　公子（理　事）神戸市看護大学
委　員　深井喜代子（理　事）岡山大学医学部保健学科
東　玲子（評議員）山口大学医学部保健学科
成田　伸（評議員）自治医科大学看護学科
平河　勝美（評議員）神戸市看護大学
川口　孝泰（会　員）兵庫県立看護大学
横手　芳恵（会　員）岡山県立大学保健福祉学部看護学科
若村　智子（会　員）兵庫県立看護大学

（アイウエオ順）



発行所　日本看護研究学会
〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1－2－10
☎　043-221-2331
FAX　043-221-2332

発行責任者　川　村　佐和子

印刷所　（株）正文社
〒260-0001 千葉市中央区都町1－10－6

**入会申込をなさる際は，以下の事項にご留意下さい。**

1．**大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません。**ただし，学生である以前に本学会会員である場合はこの限りではありません。

2．入会年度について：**学術集会で発表なさる方は，演題申込時点**で発表者および共同研究者共に会員であることが必要です。

3．入会なさる場合は，評議員の推薦，署名，捺印の上，下記申込書に必要事項を楷書でご記入の上，事務局（〒260-0856　千葉市中央区亥鼻1－2－10 日本看護研究学会）宛に郵送して下さい。

4．入会金3,000円と年会費7,000円，合計10,000円を郵便振替 **00100－6－37136** 日本看護研究学会事務局宛に送金して下さい。

5．専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚，その他の場合は，（　）内に専門の研究分野を記入して下さい。

6．送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7．地区の指定について：勤務先又は，自宅住所のいずれかに○印を付けて地区登録して下さい。尚，地区の指定がない時は，勤務先の地区にいたします。

（きりとり線）

# 入　会　申　込　書

日本看護研究学会理事長　殿

申込年月日　平成　　年　　月　　日

貴会の趣旨に賛同し会員として　　年度より入会いたします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | | 専門区分 | 看護学・医学・その他（　　） |
| | | 生年 | 西暦　　年 |
| 所属 | | | |
| | TEL | FAX | |
| 送付先住所<br>自宅・所属 | 〒 | | |
| 自宅 | TEL | FAX | |
| 推薦者氏名 | 印 | 会員番号 | － |
| 推薦者所属 | | | |
| 事務局記入欄 | 年度入会　会員番号 | － | |
| | 受付日 | 巻　　号～ | |
| | 通知番号 | 送付日　　月　　日 | |

地区割

| 地区名 | | 都道府県名 |
|---|---|---|
| 1 | 北海道 | 北海道 |
| 2 | 東北 | 青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島 |
| 3 | 関東 | 千葉，茨城，栃木，群馬，新潟 |
| 4 | 東京 | 東京，埼玉，山梨，長野 |
| 5 | 東海 | 神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重 |
| 6 | 近畿・北陸 | 滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川 |
| 7 | 中国・四国 | 島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知 |
| 8 | 九州 | 福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄 |

# 日本看護研究学会　投稿原稿表紙

| | |
|---|---|
| 原稿種別<br>（番号に○） | 1．原著（a.カテゴリーⅠ，b.カテゴリーⅡ，c.カテゴリーⅢ）　2．研究報告<br>3．技術・実践報告　4．総　説　5．資料・その他（　　） |
| 原稿送付年月日 | 年　　月　　日 |

**和　文　題　目**

**英　文　題　目**

**キーワード（5語以内，日本語／英語）**

1．　／　2．　／　3．　／
4．　／　5．　／

**原　稿　枚　数**

本文：　枚　　図：　枚　　表：　枚　　写真：　点

**著　　者**

| 会員番号 | 氏　名（日本語／ローマ字） | 所　属（日本語／英語） |
|---|---|---|
| | | |

**連　絡　先　住　所　・　氏　名**

住所：〒

氏名：

Tel：　　Fax：　　E-mail：

**別　刷　希　望　部　数**

部

＊受付年月日：　　年　　月　　日

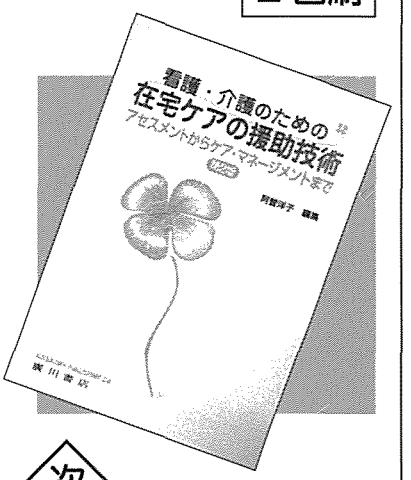
# 看護・介護のための 〔第2版〕
# 在宅ケアの援助技術
## ――アセスメントからケア・マネージメントまで――

大阪大学医学部保健学科教授　阿　曽　洋　子　編集

B5判　250頁　2,200円

2色刷

★第2版では，介護保険で新たに加わった内容や，研究により検証されている褥瘡のケアなどを加えました．




◆日常的な要介護者のケアを立体的に解説しました．
◆在宅でよく使う看護援助について，アセスメントからケアプランの立案，実践，ケア・マネージメントの一連の援助過程にそって，豊富な事例（イラスト入り）で解説しました．
◆アセスメントからケア・マネージメントまでの援助過程を，看護職，介護職者それぞれの専門の立場に分けて解説しています．援助の範囲を明確にし，かつ，専門職者が介護者（家族）に指導するときの指針になるように構成しました．

## 主要目次

**第1章　在宅ケアの考え方**
A．目的，目標
B．基本的に理解しておくこと
要介護者・家族と看護職者・介護職者との関係／要介護者・家族の生活リズムと在宅療養／保健医療と在宅ケアとの連携／在宅ケアの進め方

**第2章　在宅での援助の基本**
A．要介護者の理解
B．家族の理解
C．円滑にするための留意点

**第3章　在宅療養者へのケア・マネージメント**

**第4章　在宅ケアの援助技術**
（内容）
1）生活リズムとの関係
1日の生活のなかでの好ましい実施時間帯と生活リズムの中への取込み方を明記．
2）看護援助のためのアセスメント
家族・ホームヘルパーと看護職にできる段階に分類し，さらに身体面，精神面，社会・経済面に区分している．チェック欄付．
3）援助に際しての留意点とその理由
4）援助の実際
①日常生活自立度（寝たきり度）判定基準の分類による高齢者への援助
②合理的な援助とその根拠（「援助・観察のキーポイント」）

Ⅰ．日常生活の援助
療養環境／活動・移動・体位変換／衣類と更衣／身体の清潔／食事／排泄／事例
Ⅱ．診療に伴う援助
在宅酸素／吸引／膀胱留置カテーテル／自己導尿／経腸栄養法／褥瘡
（各項目にケア・マネージメントを入れた）

**第5章　在宅介護のサポートシステム（支援組織）**
A．在宅支援サービス
B．施設介護支援サービス

**資料**　日常生活自立度判定基準，用具の工夫など

**用語解説**

廣川書店
Hirokawa Publishing Company
消費税が加算されます．
113-0033　東京都文京区本郷3丁目27番14号
電話 03(3815)3652　FAX 03(3815)3650