

Volume 28 Number 5 December 2005
ISSN 0285-9262

Journal of Japanese Society of Nursing Research

日本看護研究学会雑誌

Japanese Society of Nursing Research

日本看護研究学会

28巻5号

目的と根拠がわかれば、フィジカルアセスメントは看護につながる

フィジカルアセスメント ガイドブック

新刊

目と手と耳で ここまでわかる

山内豊明

名古屋大学教授・医学部基礎看護学講座

フィジカルアセスメントの「なぜ？」
を解決しながら、基本的知識と技術
を解説するガイドブック。

目的と根拠がわかれば、フィジカル
アセスメントは看護につながる。

なぜ患者さんの
右側から
診察を行うの？

なぜ頸静脈を
アセスメントすることで、
右心不全が見抜けるの？

主要目次

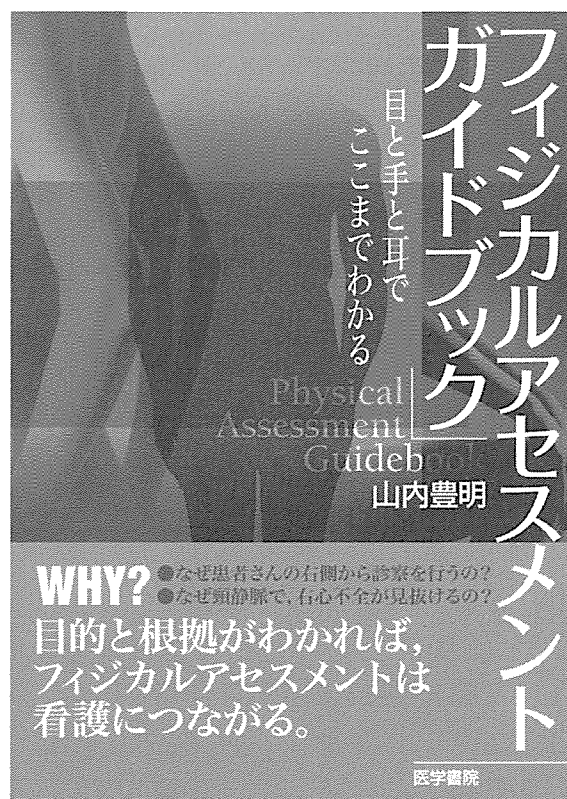
Part1 症状・徴候からのアセスメント

Part2 身体機能別のアセスメント

- A. 呼吸系
- B. 循環系
- C. 消化系
- D. 感覚系
- E. 運動系
- F. 中枢神経系

■ B5 頁192 2005年
定価2,415円
(本体2,300円+税5%)
[ISBN4-260-00114-0]

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



WHY? ●なぜ患者さんの右側から診察を行うの？
●なぜ頸静脈で、右心不全が見抜けるの？
目的と根拠がわかれば、
フィジカルアセスメントは
看護につながる。

医学書院



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)

日本看護研究学会評議員の任期が平成19年3月31日で満了となります。

従って、平成18年度において、次に示す任期の評議員を選出するため、会則第5章 評議員 第17条（評議員の選出）および評議員選出規定により選挙を行いますのでお知らせ致します。

評議員任期 平成19年4月1日より平成22年3月31日まで

平成17年12月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成18年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。（第2回公告）

平成17年12月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

本会は日本看護研究学会の事業の一として、優秀な看護学研究者の育成の為に、その研究費用の一部を贈与し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第3条 (資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を基金として、その金利をもって奨学金に当てる。
会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めた者若干名とする。

- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。
- 3) 原則として、本人の単独研究であること。
- 4) 推薦の手続きや様式は別に定める。
- 5) 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。
- 6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

第5条 (義 務)

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、更に可及的早い時期3年以内に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

第6条 (罰 金)

奨学金を受けた者の負う義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、委員会が査問の上、贈与した奨学金の全額の返還を命ずることがある。

第7条 (委員会)

本会の運営、審査等の事業に当たり、日本看護研究学会理事会より推薦された若干名の委員によって委員会を設ける。

- 2) 委員会に委員長を置き、本会を総括する。
- 3) 委員会は次の事項を掌務する。
 - ① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告
 - ② 奨学金授与者の選考、決定及び理事長への報告
 - ③ 授与者の義務履行の確認、及び不履行の査問、罰則適用の決定及び理事長への報告
 - ④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については、別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

- 1) 昭和59年7月22日 一部改正（会計年度の期日変更）実施する。
- 2) 平成6年7月29日 一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。
- 3) 平成8年7月27日 一部改正実施する。
- 4) 平成11年7月30日 一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会 平成18年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー 6 部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。
- 3) 原則として本人の単独研究であること。

3. 応募期間

平成17年11月1日から平成18年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

日本看護研究学会奨学会委員長（以下奨学会委員会と略す）は、応募締切後、規定に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 近 田 敬 子 理事（園田学園女子大学）
委 員 紙 屋 克 子 理事（筑波大学医学専門学群看護医療科学類）
寺 崎 明 美 理事（長崎大学医学部保健学科）
中 西 純 子 評議員（愛媛県立医療技術大学）
宮 島 朝 子 評議員（京都大学医学部保健学科）

6. 奨学金の交付

選考された者には1年間20万円以内の奨学金を交付する。

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 近 田 敬 子

（註1） 審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。

（註2） 奨学研究の成果は、次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討、確認し理事長に報告するが、必要と認めた場合には指導、助言を行い、又は罰則（日本看護研究学会奨学会規程第6条）を適用することがある。

会 告 (3)

第32回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催します。(第2回公告)

平成17年12月20日

第32回日本看護研究学会学術集会

会長 松 岡 緑

記

第32回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「社会資源としての看護」

－激動の時代、看護に求められているもの－

会 場：別府市ビーコンプラザ

期 日：平成18年8月24日（木）、25日（金）

プレカンファレンスセミナー 8月23日（水）

会長講演：「社会資源としての看護」

－激動の時代、看護に求められているもの－

松岡 緑（大分大学医学部看護学科）

座長：石垣 靖子（医療法人東札幌病院／北海道医療大学）

招聘講演：（仮題）「ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー」

Patricia Benner

座長：（交渉中）

ジョイント講演：「少子高齢社会で看護が果たす役割」

韓国：高麗大学（交渉中）

日本：村嶋 幸代（東京大学医学部健康科学・看護学科）

座長：小西 恵美子（大分県立看護科学大学）

特別講演：「医療と福祉の接点」（仮題）

村田 幸子（元NHK解説委員・福祉ジャーナリスト）

座長：竹尾 恵子（国立看護大学校）

特別講演：「看護の質を保証する看護職の人事考課制度」

正木 義博（済生会熊本病院 副院長）

座長：隈本 博幸（小倉第一病院）

シンポジウムⅠ：「利用者と共に歩む看護」

シンポジスト

利用者の立場から 峰尾 一路（元西日本新聞社論説委員，元九州保健福祉大学教授）

看護職の立場から 村松 静子（在宅看護研究センター代表，看護コンサルタント株式会社取締役社長）

福祉関係者の立場から

小幡 秀夫（社団法人日本社会福祉士会 企画課長）

患者会代表者の立場から

森尾 久海子（日本ALS協会大分県支部）

座長：泉 キヨ子（金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻）

座長：小幡 光子（大分大学医学部看護学科）

シンポジウムⅡ：「看護の専門職者を育てる・育つ」

シンポジスト

基礎教育 前川 幸子（大分大学医学部看護学科）

卒後教育1 村上 睦子（日本赤十字社医療センター）

卒後教育2 リボウィッツ よし子（青森県立保健大学健康科学部看護学科）

教育学 生田 久美子（東北大学大学院教育研究科）

座長：高橋 みや子（山形大学医学部看護学科）

座長：大池 美也子（九州大学医学部保健学科）

実演交流会：2題（企画中）

市民公開講座：「認知症を理解しよう」

講師：山田 達夫（福岡大学医学部）

座長：赤司 千波（大分県立看護科学大学）

(学会前日)

プレカンファレンスセミナー：「臨床に活かす看護研究」

1. 量的研究・・・西田 真寿美（岡山大学医学部保健学科）
2. 質的研究・・・オ木 クレイグヒル 滋子（首都大学東京健康福祉学部看護学科）
3. 統計学入門・・・中野 正博（産業医科大学産業保健学部）

日 時：平成18年8月23日（水）13：00～17：00

会 場：別府市ビーコンプラザ

募集人員：各コースとも100名

会 費：学術集会参加費とは別に5,000円入用

【参加費】

- ① 事前登録（会 員） 9,000円
- ② 事前登録（非会員） 9,000円（但し、学術集会誌代は含まない）
- ③ 事前登録（学 生） 2,000円（ 同 上 ）
- ④ 当日登録（会 員） 10,000円
- ⑤ 当日登録（非会員） C（但し、学術集会誌代は含まない）
- ⑥ 当日登録（学 生） 3,000円（ 同 上 ）

*事前登録は平成18年7月15日までの登録

<参加申し込み方法>

第32回学術集会参加事前振り込みは、平成17年12月20日発行の第28巻5号に同封の振り込み用紙をご利用下さい。

振込先は郵便振替「第32回日本看護研究学会学術集会 01720-8-117311」です。

※日本郵政公社金融総本部郵便貯金事業部より連絡があり、郵便振込料金の改定が平成18年4月3日より、以下の通り適用されます。

現在取扱い額 ～10,000につき70円が100円に改定

【第32回学術集会事務局】

〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

大分大学医学部看護学科内

第32回日本看護研究学会学術集会 松岡 緑

TEL&FAX：097-586-5074

E-mail：jsnr32@med.oita-u.ac.jp

ホームページ：http://www.med.oita-u.ac.jp/jsnr32/

第32回日本看護研究学会学術集会一般演題募集

第32回日本看護研究学会学術集会の一般演題を下記の要領により募集いたします。開催地は大分県別府市で、開催日は、平成18年8月24日（木）、25日（金）です。

発表形式は、一般演題は示説（ポスターセッション）のみとします。多数の方のご応募をお待ちしております。

平成17年12月20日

第32回日本看護研究学会学術集会

会長 松 岡 緑

一般演題募集要項

I. 発表資格

- 発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。なお、会員番号の問い合わせおよび入会確認については、学会事務局（Ⅶ. 参照）にお問い合わせください。
- 発表者の方は、共同研究者全員の会員番号および平成18年度の会費納入をご確認ください。
未入会・未入金の方は、演題申し込み時までにあらかじめ、発表年度（平成18年度）の入会手続き・振り込みをすませてください。学会発表時までに、平成18年度会費未入金の方がおられますと発表できません。
- 演題は、発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会等への二重投稿は慎んでください。
- 発表者としての申し込みは、1人1題に限ります。

II. 演題申し込み方法

- 演題申し込みと同時に原稿を提出してください。
- 演題申し込み方法は、インターネット申し込みとなります。インターネットで応募できない場合は、事務局までお問い合わせください。
- 第30回学術集会から学会誌の大きさがB5版からA4版になり、抄録は、1ページに2演題掲載されます。
- 原稿は電子的に処理されるため、A4半分にレイアウトする必要はありません。所定の文字数制限を厳守の上、作成してください。
- 図表は1枚のみ入れることができます。
- 原稿文字数は、演題名、発表者・共同研究者の氏名・所属、本文あわせて、1200字以内でお願いいたします。
図表を入れる場合は、840字以内でお願いいたします。
- 演題名は48字以内でお願いいたします。
- 本文には、【目的】、【研究方法】、【結果】、【考察】を必ず記入してください。研究方法には、必要に応じて倫理的配慮を含めてください。

文字数の数え方

1. 演題名：『学術集会抄録原稿の電子的投稿に関する研究』（20字）
2. 発表者・共同研究者の氏名・所属：
同じ所属の共同研究者は1行にまとめて印刷されますので、所属は1回だけ数えてください。
（例：渡辺美智子と佐賀綾子は、同じ大分大学医学部附属病院）

『石原裕子 大分大学医学部看護学科』(15字)

『渡辺美智子 佐賀綾子 大分大学病院』(15字：大分大学医学部附属病院の省略)

15+15=30字

3. 本文：句読点・【目的】などを含めて数えますが、空白は含めません。半角英数文字については2つで1字として数えます。

4. 合計文字数：20+30+714=765字（図表なしは1200字以内，図表ありは840字）

Ⅲ. 発表形式

●発表形式は、示説（ポスターセッション）のみとなります。

●演題は次の分類に該当するものを選び、その番号をホームページまたは演題申込用紙の所定欄に記入してください。ただし、演題数の都合により希望の分類が変更される場合もあります。

- | | | | | | |
|----------|---------------|----------------|----------------|------------|----------|
| 1. 基礎看護 | 2. 看護技術 | 3. 看護教育 | 4. 看護管理 | 5. 急性期看護 | 6. 慢性期看護 |
| 7. 老年看護 | 8. 精神看護 | 9. リハビリテーション看護 | 10. 小児看護 | 11. 母性看護 | |
| 12. 地域看護 | 13. 継続看護・在宅看護 | 14. 家族看護 | 15. 健康増進・予防看護 | 16. 生活機能看護 | |
| 17. 感染看護 | 18. がん看護 | 19. ターミナル・ケア | 20. 看護行政・政策・経済 | | |
| 21. 看護診断 | 22. 生命倫理・看護哲学 | 23. 看護情報 | 24. 国際看護 | 25. 看護史 | 26. その他 |

Ⅳ. 申し込み後の日程

お申し込みいただいた演題は査読を行い、その結果を平成18年4月初旬にお知らせいたします。発表日程につきましては、演題が採択された後の5月下旬にお知らせいたします。

Ⅴ. 演題申し込み先

演題申し込みは、インターネット申し込みのみとなります。インターネットで応募できない場合は事務局までお問い合わせください。

1) インターネットによる申し込み

募集期間 平成18年2月13日（月）～3月10日（金）17：00まで

●学術集会ホームページ（<http://www.med.oita-u.ac.jp/jsnr32/>）の演題登録画面から、演題分類カテゴリ、発表者、連絡先、共同研究者、所属、演題名、本文、図表（1つまで）等を入力してください。詳しい入力方法は学術集会ホームページに掲載いたします。

●演題受理、査読結果、発表形式・日時等の連絡は、すべて発表者の電子メール宛に行います。電子メールアドレスが変更になった場合は、学術集会事務局へ電子メール（jsnr32@med.oita-u.ac.jp）またはFAX（097-586-5074）でご連絡ください。

●査読の結果、追加・修正が必要な場合は、再度学術集会ホームページからアクセスし、ファイル上でご自分の原稿を修正したものを、前回の申し込みと同様に送信して下さい。詳しい方法は、学術集会ホームページに掲載いたします。

●平成18年2月6日から演題の試験登録が可能となります。本番の演題登録前に試験登録で手順をご確認ください。申し込み期日は、平成18年2月13日（月）から3月10日（金）までです。

2) 郵送による申し込み（インターネットで申し込み出来ない場合）

募集期間 18年1月30日（月）～ 2月24日（金）必着

インターネットで応募出来ない場合は必ず事務局までお問い合わせください。

※次の5つを同封し、書留で下記の6. 演題申し込み郵送先に郵送してください。

1. 原稿1部
2. 図表2部（図表を入れる方のみ）
3. フロッピーディスク
4. 演題申込用往復官製葉書
5. 定形封筒（長形3号 235mm×120mm・各自購入）・80円切手貼付

1. 原稿

●原稿は、ワープロソフトを用いて「原稿記載例（郵送の場合）」に従って作成して下さい。

2. 図表

●図表は、1枚のみ入れることができます。図表を入れる場合は、原稿とは別に印刷したものを2部同封してください。

●その際、図表の上部に、発表者氏名と演題名を記入してください。

印刷時には、本文の下部に縦6.5cm×横8cmに収まる大きさに縮小または拡大されます。

3. フロッピーディスク

●フロッピーディスクには、原稿ファイルのみを入れ、図表は入れないでください。

●ファイルは、Microsoft Wordを用いて作成、あるいは、テキストファイルでお願いいたします。ファイル名は、発表者氏名（例：「看護花子.doc」）にしてください。

●フロッピーディスクの表に、演題名、発表者氏名、使用したワープロソフト名・バージョン（例：「Microsoft Word 2003」「テキストファイル」）を必ず記入してください。

4. 演題申込用往復官製葉書

●演題申込用往復官製葉書は、演題名、発表者名、所属を記入し、返信用には発表者の宛名を書いてください。

5. 定形封筒

●定形封筒は、査読結果を送る際に使用します。定形封筒（長形3号 235mm×120mm）の表に発表者の宛名を書き、80円切手を貼ってください。

6. 演題申し込み郵送先

〒879-5593

大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

大分大学医学部看護学科内

第32回日本看護研究学会学術集会 事務局

7. その他

●演題受理、査読結果、日時等の連絡は郵送で行われます。

●査読の結果、追加・修正が必要な場合は、修正原稿を郵送してください。詳細は査読結果と共にお知らせいたします。

●ご送付いただいたフロッピーディスク等はすべてお返しできませんので、ご了承ください。

Ⅵ. 問い合わせ先

演題登録に関する問い合わせは、下記「第32回日本看護研究学会学術集会 事務局」宛にお願い致します。

〒879-5593

大分県由布市挾間町医大ヶ丘 1 - 1

大分大学医学部看護学科内

第32回日本看護研究学会学術集会 事務局

TEL&FAX : 097 - 586 - 5074

E-mail : jsnr32@med.oita-u.ac.jp

よくある問い合わせについては、ホームページにまとめてあります。問い合わせをされる前に、まずホームページをご確認ください。それでも解決しない問題については、電子メールまたはFAXにてお問い合わせください。

Ⅶ. 学会入会申込・学会費振込先、学会事務局

発表者・共同研究者の会員番号の問い合わせおよび入会の確認は下記「日本看護研究学会事務局」にお問い合わせ下さい。

〒260-0856

千葉県千葉市中央区亥鼻 1 - 2 - 10

日本看護研究学会事務局

TEL : 043-221-2331 FAX : 043 - 221-2332

ホームページ : <http://jsnr.umin.jp/>

入会手続きについて

※入会手続きが平成14年度より一部改正されました。それに伴い、入会申込用紙が変更となっておりますので、ご注意ください。

学会誌28巻5号(12月20日発行)巻末の申し込み用紙または、日本看護研究学会ホームページ(<http://jsnr.umin.jp/>)をご利用の上、入会なさるご本人の署名捺印、必要事項をご記入の上、推薦者評議員の署名・捺印をご確認の上、学会事務局へ郵送してください。

理事会の承認後、学会事務局より、入会の承認通知とあわせて入会金(3,000円)、および年会費(7,000円)の振込み用紙をお送りします。振込みが確認でき次第、手続きの上、会員番号を通知いたします。

尚、理事会の承認手続きに多少時間を要しますので、早めに手続きを済ませてください。

「原稿記載例（郵送の場合）」

<演題分類カテゴリ> 3, 12 ←

<演題分類カテゴリ>

演題募集要項を参照の上、数字で2つ選んで下さい。

<発表者>

石原 裕子 いしはら ゆうこ い-999 ←

<発表者>

氏名、ふりがな、会員番号、所属、郵便番号、住所、電話、内線番号、FAX、電子メールアドレスの順の順に入力して下さい。それぞれの項目と姓と名の間には空白をあけて下さい。

大分大学医学部看護学科

〒879-5593

大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

TEL&FAX: 097-586-5074

電子メール: jsnr32@med.oita-u.ac.jp

<共同研究者>

1行に1名ずつ、氏名、ふりがな、会員番号、所属の順に入力して下さい。それぞれの項目と姓と名の間には空白をあけて下さい。登録時点で会員番号が不明な方は、「不明」と入力し、会員番号が決まり次第、募集要項にある連絡先まで御連絡下さい。

<共同研究者>

渡辺 美智子 わたなべ みちこ わ-999 大分大学病院

佐賀 綾子 さが あやこ さ-999 大分大学病院

<図表の有無>

図表は1つのみ入れることができます。「図表あり」「図表なし」のどちらかを入力して下さい。

図表を入れる場合は、印刷したものを2部同封し、フロッピーディスクには入れないで下さい。印刷字には、本文の下部に、縦6.5cm×横8cmに収まる大きさに縮小または拡大されます。

<図表の有無> 図表あり ←

<演題名> (48文字以内)

学術集会抄録原稿の電子的投稿に関する研究

<本文>

【目的】現在、インターネットに……

<本文>

演題名、発表者・共同研究者の氏名・所属、本文あわせて1200字以内に収まるようにして下さい。なお、図表を入れる場合は、840字以内にお願いいたします。

字数を超えた部分は印刷できません。

目 次

第30回日本看護研究学会講演記事

特別講演

- 看護における心臓領域専門家の育成と役割 17
University of California, San Francisco, U.S.A. Erika S. Froelicher

－原 著－

- 看護教員のストレス要因を測定するストレッサー尺度の開発 25
－専修学校の看護教員を対象として－

石川県立総合看護専門学校 坂 井 恵 子

- 看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造 37

石川県立田鶴浜高等学校専攻科 新 谷 善 恵
金沢大学医学部保健学科 稲 垣 美智子

- ギャッチベッドの背上げにおける援助方法の検討 47
－臥床位置と膝上げ方法から考える－

玉野総合医療専門学校保健看護学科 遠 藤 明 美
岡山県立大学保健福祉学部 奥 山 真由美
〃 村 上 生 美
〃 森 将 晏

－研究報告－

- 大学看護学科学生のカウンセリング技術養成教育の評価に関する研究 55
高知大学医学部看護学科 軸 丸 清 子

- RA患者における主介護者の介護負担感と疲労徴候 63

西南女学院大学保健福祉学部看護学科 梶 原 江 美
佐賀大学地域保健老人看護学講座 忽 那 龍 雄

- 夫を亡くした妻の喪失体験の意味づけ 71
－夫婦としての存在の意味づけ－

香川県立白鳥病院 小 林 裕 子

- 学年別比較による看護学生の共感性に関する一考察 81
－2回の横断的比較と其中的の経年的比較から－

聖隷クリストファー大学 風 岡 たま代
神奈川県立保健福祉大学 川守田 千 秋

- がん看護学教育における物語を導入した教育方法 87
Story-Case Learning (SCL) の試み

国際医療福祉大学大学院博士課程 関 美奈子

－資 料－

- 患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定パターンに関する研究 97
西南女学院大学保健福祉学部看護学科 藤 野 成 美

CONTENTS

.....Original Papers.....

Developing a Scale for Evaluating Stressors on Teachers at Nursing Schools	25
--	----

Ishikawa Prefectural School of Nursing : Keiko Sakai

Learning Structure of Practical Nursing Care for Chronically Ill Patients	37
---	----

Nursing School of Junior College, Tatsuruhama High School : Yoshie Shintani

School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University : Michiko Inagaki

Considering the Optimal Backrest Elevation Technique on the Gatch Bed about Lying Location and Knee Elevation	47
--	----

Health and Clinical Nursing, Tamano Institute of Health, and Human Services : Akemi Endo

Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Mayumi Okuyama

〃 : Ikumi Murakami

〃 : Masaharu Mori

.....Research Reports.....

Evaluation of Training of Nursing College Students in Counseling Skills	55
---	----

Kochi University, Medical School Nursing Course : Kiyoko Jikumaru

Care Giver Burden and Fatigue in Rheumatoid Arthritis Patients	63
--	----

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University : Emi Kajiwa

Department of Community Health and Gerontological Nursing, Saga University : Tatsuo Kutsuna

Loss Experience of the Wife who Lost the Hasband Gives the Significance	71
---	----

— The Significance about the Existence as Hasband and Wife —

Kagawa Prefectural Shirotori Hospital : Yuko Kobayashi

A Study of Nursing Students' Empathy by Comparative Studies of the Academic Years	81
---	----

— The Diachronic Study between the Two Cross-Sectional Studies —

Seirei Christopher College : Tamayo Kazaoka

Kanagawa University of Human Services : Chiaki Kawamorita

Development of Education Method using Story-Case Learning in Oncology Nursing Education	87
---	----

Doctoral Course, International University of Health and Welfare : Minako Seki

.....Preliminary Report.....

Decision Making Pattern of the Psychiatric Patients in Consent to Cooperating Nursing Students' Practicum	97
--	----

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University : Narumi Fujino

第 30 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (3)

2004年7月29日 (木)・7月30日 (金)

会長 竹尾 恵子

於 大宮ソニックシティ

How to Educate Cardiac Nurse Specialists for Roles in Advanced Cardiovascular Nursing Practice

Erika Sivarajan Froelicher, RN, MA, MPH, PhD

Physiological Nursing, School of Nursing, and Epidemiology & Biostatistics
University of California, San Francisco,
San Francisco, California USA

INTRODUCTION

Cardiovascular disease (CVD) and stroke, once considered disorders limited only to Western nations, have reached global proportions, affecting even countries that are in transition in their economic development (WHO, 1996). Today, CVD is an impending global epidemic requiring appropriate governmental and organizational responses. I commend the leaders of Japanese Nursing for recognizing that this change calls upon the nursing profession for prompt action to prepare for the opportunities and challenges ahead in order to meet the public health care demands of nursing in the 21st century in Japan (WHO, 1996).

This paper describes briefly the development of a cardiovascular nursing specialty in response to the CVD epidemic in the United States (US) and Japan and the historic developments in the nursing profession that took place in the US in the light of this epidemic (Table 1). Specifically, it relates the development of a nursing workforce with appropriate specialty qualifications and the necessary academic and experiential preparation to permit it to respond to the health care challenges in the US. This paper is intended to provide examples – the leaders of the Nursing profession in your country can best identify which, if any, of the options described may be societally, culturally, and economically suitable to the Japanese health care system in general and to the Japanese Nursing profession in particular.

A REVOLUTION IN CARDIOVASCULAR CARE

The medical advances of the 1960s fostered the realization that patients who experienced a myocardial infarction might also have cardiac arrest or ventricular arrhythmias, such as ventricular tachycardia (VT) or ventricular fibrillation (VF), and that, by monitoring these patients, such life-threatening arrhythmias could be reversed, thus averting death. In response to this realization, industry, especially the pharmaceutical industry, manufacturing defibrillators for the treatment of VF. Their response led to such services becoming available. Availability of

devices (defibrillators) for treating CVD in all major hospitals in the major cities across the US and, in time, also in rural areas. Physicians recognized that vigilant 24-hour observation of cardiac patients was required in order for these advances to provide their full benefit. Nurses soon responded and – due to the nature of their services, which presumes 24-hour patient care – started to provide monitoring of patients with CVD, receiving training that enabled them to implement “standing orders” signed by the medical directors of the coronary care unit (CCU). Because time is of the essence in treating these patients, the response teams that were developed had to be prepared to manage this new responsibility. Nurses were offered new programs, and they responded promptly to the courses that were developed to teach nurses advanced cardiac anatomy and physiology, electrocardiography, and how to read cardiac monitors. They acquired competency in the recognition of life threatening arrhythmias and their management with defibrillation, the initiation of intravenous lidocaine infusion, and the assessment of responses to stand by order” interventions.

THE RESPONSE BY NURSING TO THE DEMANDS OF CARDIOVASCULAR CARE

Nurses proved to be most eager to assume these new expanded roles. In order to maintain expertise, the development of what were called “special interest groups” took place. Nurses in these groups met and invited experts to speak to them on numerous topics related to the care of cardiac patients. When pacemakers and other advanced intervention became more commonplace, nurses acquired the expertise necessary to practice safely and confidently.

Special Interest Groups

The special interest groups that were started initially within the nursing unit, evolved to encompass the institution and then community-wide or city-wide planning. Over

Table 1. Evolution of a Specialty

• Early 1960s –	cardiac units open, patients' outcomes improve
• Mid 1960s –	nurses take over care of patients requiring critical care
• 1969 –	American Association of Cardiovascular Nurses (AACN) formed
• 1971 –	name changed to American Association of Critical-Care Nurses
• 1975 –	AACN Certification Corporation is established
• 1976 –	First administration of the CCRN certification examination
• 1984 –	First role-delineation study conducted by a nursing certification organization to validate the CCRN exam
• 1989 –	Competence Statements for Critical Care Clinical Nurse Specialists developed by the AACN CNS special interest group and adopted by the AACN Board of Directors
• 1993 –	AACN Synergy Model for Patient Care introduced
• 1995 –	ACNP Scope and Standards jointly developed by AACN and ANA
• 1996 –	Acute Care Nurse Practitioner certification examination jointly developed by the AACN and ANCC
• 1997 –	CCRN job analysis indicates that 40% of CCRNs are practicing outside of the traditional four walls of the ICU
• 1998 –	Job analysis conducted to study the role of the CNS in acute and critical care.
• 1999 –	AACN Certification Corporation launches Acute and Critical Care Clinical Nurse Specialist certification examination
• 2002 –	AACN publishes Scope of Practice and Standards of Professional Performance for the Acute and Critical Care Clinical Nurse Specialist
• 2003 –	Comprehensive study of critical care nursing practice compares CNS and ACNP practice, identifies entry-level critical-care competencies, and defines nursing competencies for care of the progressive care patient
• 2004 –	Progressive Care examination launched
• 2004 –	Job analyses begin on the Cardiovascular and Cardiology subspecialty certification examination
• 2005 –	Plan development of Nurse Practitioner certification examination and Interventional Cardiology subspecialty certification examination
• 2006 –	Plan development of Entry-level Critical Care certification examination.

AACN = American Association of Critical-Care Nurses (formerly American Association of Cardiovascular Nurses) ; CCRN® = CCRN® examination for Advanced Practice Certification for the Clinical Nurse Specialist in Acute and Critical Care; CNS = Clinical Nurse Specialist; ACNP = Acute Care Nurse Practitioner; ANA = American Nurses Association; ANCC = American Nurses Credentialing Center; ICU = intensive care unit.

time, their educational needs took on larger proportions, and a higher level of organization was needed. A new specialty nursing organization emerged called the American Association of Critical Care Nurses (AACN). The AACN became incorporated as a national not-for-profit organization, with

regional and local chapters that developed all over the US and extended overseas. The association has served nurses at all levels of professional preparation since its establishment in 1969. Along with the development of the AACN's educational goals and programs, recognition of the need for professional standards and competencies emerged and a professional journal, *The Heart and Lung* – the official journal of the AACN – was established. AACN serves, as a model for many other specialty nursing groups that fill a variety of nursing specialty needs.

Certification Programs and Continuous Education

As needs for continuing education were identified, the AACN developed an annual conference called the National Teaching Institute, which evolved to include semi-annual leadership development workshops that were also made available to the membership. Certification through examinations was developed in order to ensure uniform minimum standards for practice. Cardiopulmonary certification (CPR) and Advanced CPR were concurrently offered by hospitals, the Red Cross, and other organizations to prepare nurses in these necessary techniques.

The Preparation of Nurses

In the US, nursing preparation historically has taken the form of a number of different entry-level programs. Initially, nursing education was hospital-based rather than university-based and was usually a 3-year program of study terminating in the award of a Diploma of Nursing. In response to a nursing shortage and the need to prepare nurses during and after World War II, the concept of the Associate Degree (AA) in Nursing evolved with the intention of providing nursing education at the community college level. A graduate with an AA in Nursing could practice nursing and, if she or he so desired, could return at a later date for 2 additional years of education at a college of nursing to earn a Bachelor of Science degree. In the 1960s, a number of university-based baccalaureate programs of nursing started to offer senior nursing course electives in coronary care or critical care nursing to better prepare new nursing graduates for roles in these settings (Sivarajan E 1980)

Cardiovascular Nursing developed as an option for specialization in graduate education in the 1970s. As a result, the role of Clinical Nurse Specialist (CNS) in Advanced Nursing Practice (ANP) emerged in many Schools of Nursing in US colleges and universities.

RESPONSE BY ORGANIZATIONS

Several organizations have been highly responsive in their

efforts to support Advanced Nursing Practice with the goal of maximizing patients' outcomes, including:

American Association Of Critical Care Nursing (AACN)

The AACN has the mission of providing its members with high-quality programs. These include:

- Professional Education - consisting of continuing education programs.
- National Teaching Institutes – which constitute a large conference bringing to the AACN membership the most up-to-date information about all areas of critical care as well as about teaching and leadership aspects of critical care nursing.
- Regional Meetings – which have taken the form of leadership development.
- Local Chapters - which have been formed to offer education for nurses who are unable to travel and which encompass local and regional issues relevant to critical care nursing.

Details of each of these programs can be found on the Internet at www.aacn.org.

American Heart Association (AHA)

AHA is a not-for-profit organization with the distinct mission of reducing morbidity and mortality from CVD and stroke by offering community education as well as professional education programs. These goals are accomplished through activities that include an annual meeting consisting of scientific sessions that provide a forum for research presentations, education, and networking among professionals committed to cardiovascular patient care or research. The programs include:

- Research Presentations – presentation of original research relevant to patient care.
- Cardiovascular Seminars – seminars on a series of related topics with an emphasis on clinical practice issues.
- How-to Sessions - practical information that aids the participant with specific clinical expertise.
- Meet the Expert - opportunities to discuss with experts matters relevant to clinical challenges.

Additionally, the AHA has an extensive Internet program on a wide range of topics to provide a single source of credible, free information for patients and health professionals at www.americanheart.org. Topics include scientific statements, guidelines, and other information.

American Association Of Cardiovascular And Pulmonary Rehabilitation (AACVPR)

The AACVPR is an organization that supports professionals from the many disciplines that are engaged in service, research, and/or education related to prevention of and rehabilitation for cardiac and pulmonary conditions. This group holds annual conferences, provides a scientific publication as a benefit for its professional membership, develops standards for practice, and compiles a directory of cardiac rehabilitation programs for use in the referral of patients. It can be found on the Internet at www.aacvpr.org.

Preventive Cardiovascular Nurses Association (PCNA)

This is a relatively new educational nursing organization that aims to provide programs and materials for nurses to assist them in training for and implementing evidence-based methods for risk-factor reduction and services such as the management of lipid disorders, hypertension, and diabetes, among others. It can be found on the Internet at www.pcna.net.

The American College Of Cardiovascular NURSES (ACCN)

A nonprofit organization formed in 1991 to provide cardiovascular nurses with a professional organization directed at the educational needs of the specialty of cardiovascular nursing, the ACCN defines and establishes the scope of cardiovascular nursing practice while recognizing the role of other organizations that have developed a scope of practice for nursing or a subspecialty within the nursing profession. Information about the ACCN can be found on the Internet at www.accn.net.

Society Of Invasive Cardiovascular Professionals (SICP)

A nonprofit organization established to support the highest quality of patient care given by all invasive cardiac cathlab professionals; the SICP has led in professional practice and defined a core curriculum for cardiovascular professionals. The society provides educational opportunities; monitors relevant legislative issues, and maintains relationships with other organizations such as the American College of Cardiology, the Society of Cardiac Angiography and Interventions, the American Society of Radiological Technologists, and the American Board of Nursing. Information about the ACCN can be found on the Internet at www.sicp.com.

JOURNALS

A variety of general and specialty-specific journals provide additional sources of information for the nurse specializing in cardiovascular care. Some of these specialty journals are:

- Progress in Cardiovascular Nursing
- Journal of Cardiovascular Nursing
- Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation
- American Journal of Critical Care Nursing
- European Journal of Cardiovascular Nursing

STANDARDS, QUALITY CONTROL, AND CERTIFICATION

Numerous organizations have provided standards and criteria for quality control initiatives over the years. Examples of standards for cardiovascular nursing practice include the American Nurses Association's Scope of Practice for Cardiac Rehabilitation (Table 3 & Table 4), the AACN Certification Examination, and the state-specific or National CNS Certification.

Scope and Standards of Nursing Practice

Newly revised, the classic publication from the American Nurses Association (ANA) – addresses both advanced and general clinical practice and the non-clinical practice of nursing role specialties. It encompasses all aspects of current professional nursing practice, discusses the scope and prospects of practice, and delineates practice standards and professional performance standards and their measurement criteria. Contains 16 ANA; the scope of practice can be seen in Table 2. The core role preparation for the CNS is depicted in Figure 2. the AACN publication Scope of Practice and Standards of Professional Performance for the Acute and Critical Care Clinical Nurse Specialist (AACN Product #128101)

Legal Concerns Surrounding Advanced Nursing Practice

Credentialing and Regulation of Advanced Nursing Practice

Credentialing is a term that encompasses several important aspects of nurses' preparation to ensure that individuals, programs, and institutions have a resource for the purposes of establishing or enforcing standards, protecting the public, and improving quality of care (Hamric et al. 2000). It can include graduation from an approved graduate nursing program; national certification, state licensure, or recognition as a registered nurse

(RN) or Advanced Nursing Practice; an insurance-issued practice provider number; and approval of hospital practice privileges.

Certification

National certification for ANPs serves several purposes, including regulation.

ANPs are advanced practice nurses who diagnose and manage common primary care problems for adults. They work in a variety of community-based practice settings, including community health clinics, health maintenance organizations, specialty clinics, correctional facilities, and private medical practices. Many ANPs specialize in an area of interest, such as HIV/AIDS, pulmonary care, or integrated and complementary health.

Many, but not all, APN specialties have specific requirements for adequate numbers of mandatory hours of practice that are required between the years of recertification in order to make sure that the ANP maintains currency and competency through regular practice. These certification requirements are aimed at providing a minimum level of quality control for advanced practitioners.

Regulation

In the US, regulation of advanced practice nursing is accomplished through statutes, the rules and regulations of state nurse practice acts, certification, peer review, and self-regulation. Nurse practice acts are administered under the authority of state governments to ensure public safety.

Nurse Practice Act

Nursing practice in the US is governed by state licensure. Most states have developed mandatory continuing education units required for the renewal of the nursing license; for example, the state of California requires evidence of completion of 30 units every 3 years. There are additional requirements for the APN. Information about licensure in California is found on the Internet at <http://www.rn.ca.gov/> <http://www.dca.ca.gov/>

ACADEMIC PROGRAMS

The academic programs that produce specialty-oriented nurses for graduate nurses have a great deal of variability in the preparation they offer. An example of the domains of study and the scope of practice are outlined briefly in the following sections. Efforts have been made over the years to standardize graduate programs to achieve a uniform graduate preparation

of nurses, but these efforts have met with equivocal results. A suggested general educational preparation for CNS includes: theoretical study, science, skills, clinical practice, research, and other foundational background, such as ethics, legislative issues, economic concepts and legal concepts (Sparacino, 1994 p. 300). For APNs, the curriculum includes specialty practice and content, and lastly the content specifically required to the practice setting. An example of the preparation that the University of California, San Francisco program uses for the preparation of cardiovascular nurses is presented in Appendix A.

Clinical Nurse Specialist

A core curriculum that the CNS nursing program requires to produce a nurse prepared for Advanced Nursing Practice at the master's degree level consists of different components:

Educational Preparation

Education of the CNS is at the graduate level in nursing. The education program assists the CNS to integrate the collaborative model of care into a coordinated patient-management plan and develop competencies within each of the spheres of influence of the CNS. The curriculum requirements are delineated in *The Essentials of Master's Education for Advanced Practice Nursing* (Figure 1) The advanced practice nursing student prepared in a direct care-provider role must obtain sufficient clinical experience to provide depth and breadth of practice in a specific specialty or with designated populations. The acute and critical care CNS program should provide sufficient clinical experiences to prepare the graduate to provide for public safety. When preparing a graduate who will provide direct client care, make diagnoses, prescribe, and assume accountability for clinical care, the educational program should provide the student with opportunity to master knowledge of health care problems and

to apply these skills in extensive clinical practice. The student should have a minimum of 500 hours in direct clinical practice during the educational program.

Certification

Certification of the CNS is recognition of the increasing competence of the profession. One component of certification is eligibility, related to successful completion of the program of study, knowledgeable grasp of the course content, and a specified amount of supervised clinical practice. The other component of certification is knowledge determined by passing a written examination that tests the knowledge base for the selected area of advanced practice.

Through use of a consistent definition for the acute and critical care CNS, criteria to review and assess competence for CNS practice, and CNS educational requirements, certification will assure the public that the acute and critical care CNS meets consistent standards of quality.

Advanced Practice Nursing

Advanced Practice Licensure

The CNS is licensed to practice as a registered nurse in the state in which the nurse practices and is subject to the state's legal constraints and regulations. Many states have additional requirements that the CNS must satisfy to practice or be recognized. 22 State Boards of Nursing utilize the CCNS® examination for Advanced Practice Certification for the Clinical Nurse Specialist in Acute and Critical Care as one criterion for advanced practice licensure or designation.

Specialization. The acute and critical care CNS practices in any setting in which patient-care requirements include complex monitoring and therapies, high-intensity nursing interventions, or continuous nursing vigilance within the full range of high-acuity care. Furthermore, she or he may practice in a clinic with primary responsibility for assessment and management of cardiovascular risk factors. See example of preparation for the role of APN.

Prescriptive Authority. The CNS provides direct patient care, such as assessing, diagnosing, planning, and intervening, which includes prescribing pharmacological as well as non-pharmacological treatment of health problems.

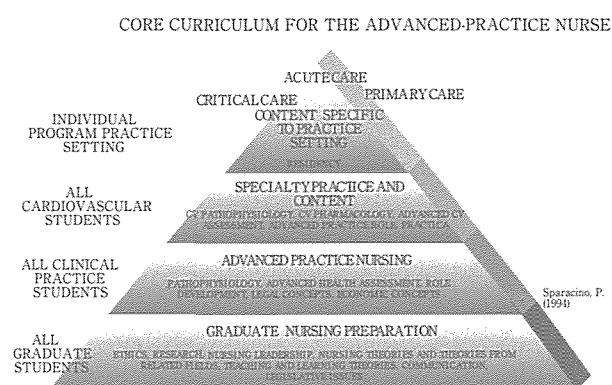


Figure 1. Academic Curriculum for Master's Degree in Cardiovascular Nursing: Clinical Nurse Specialist Role

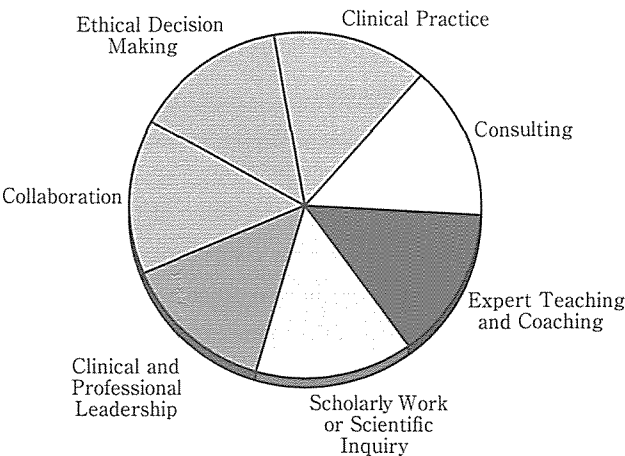


Figure 2. Core Role Preparation for the Clinical Nurse Specialist

Table 2. Scope of Practice and Standards of Practice*

Scope of Practice.
• Direct Practice
• Expert Coaching and Guidance
• Consultation
• Research
• Collaboration
• Ethical Decision-Making Skills
• Leadership: Empowerment, Change Agency, and Activism
Standards of Practice
1. Assessment
2. Diagnosis
3. Outcomes Identification
4. Planning
5. Implementation
6. Evaluation

*From: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach. 2nd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

Nurse Competency. APNs have a broad scope of general as well as specific education that prepares the individual nurse with beginning competency in the domains of clinical judgment, advocacy and moral agency, caring practices, collaboration, systems thinking, responsiveness to diverse populations, clinical inquiry, and facilitation of learning. With practice, the APN will move from a novice to an expert clinician (Benner, 1984)

Graduate Nursing (In General)

All graduate students receive the following content as part of the core of their foundational preparation in lectures and a discussion-seminar format: ethics, research, Nursing leadership, nursing theories and related fields, teaching and learning theories, communication, and legislative issues.

Preparation for a Role in Secondary Prevention and Cardiac Rehabilitation

This generic masters of science degree program is tailored to emphasize the skill sets needed to practice in the advanced practice setting and to take a more independent practice role in cardiac prevention and rehabilitation (Table 3 &4) (Figure 3). This role requires a greater focus on public health, principles of

Table 3. Areas of Study to Gain Specific Expertise in Cardiac Rehabilitation Nursing

SMOKING
Assessment of Dependence
Cessation Interventions
EXERCISE PHYSIOLOGY
Exercise Testing and Interpretation for Prescription
LIPID DISORDERS
Assessment and Management
HYPERTENSION
Assessment and Management
DIABETES MELLITUS
Assessment and Management
PSYCHOSOCIAL RISK FACTOR DEPRESSION, SOCIAL ISOLATION, STRESS
Assessment and Management
GENDER AND RACIAL/ETHNIC FACTORS
MOTIVATIONAL INTERVIEWING
COMPLIANCE COUNSELING

Table 4. Scope of Practice for Cardiac Rehabilitation

1. Quality of Practice
2. Education
3. Professional Practice Evaluation
4. Collegiality
5. Collaboration
6. Ethics
7. Research
8. Resource Utilization
9. Leadership

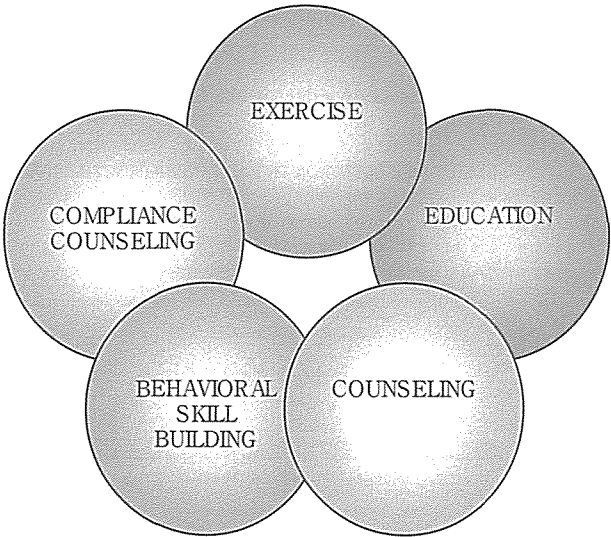


Figure 3. Component of Cardiac Rehabilitation

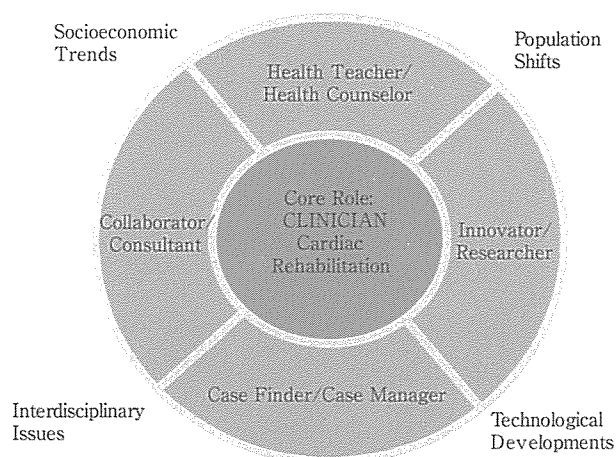


Figure 4. Roles of the Cardiac Rehabilitation Nurse



Figure 5. Tobacco Free Nurses

population sciences, background in community nursing skills, greater autonomy, and skills in working with the family and the community in the outpatient setting or in the patient's home (Figure 4).

SUMMARY

Once a 3-year degree in the US, the discipline of nursing has evolved to require graduate education beyond the bachelor's degree. This evolution occurred in response to the scientific, technological, and practice advancements that have taken place over the last 40 years. As a result, contemporary nursing in the US requires an interdisciplinary understanding of a variety of scientific specialties as well as community practice and organizational structure. Nurses in the US are heavily regulated by state and national regulations, often requiring specific certifications in addition to educational degrees, to ensure their

competency and proficiency.

Numerous models for cardiovascular nursing exist in the US, England, and throughout the world, which will assist the Japanese in the understanding of Cardiovascular Disease and Stroke. Leaders of nursing in Japan understand the knowledge, experience, and competencies required of nurses specializing in cardiovascular disease and stroke. Learning from specialties already established here in Japan can only enhance these models.

Acknowledgement: The assistance of Pat Sparacino, RN, MS is gratefully acknowledged.

REFERENCES

- Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Menlo Park: Addison Wesley Publishing Company, 1984.
- Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach. 2nd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.
- Gawliniski A, Kern LS (eds). The Clinical Nurse Specialist Role in Critical Care. Philadelphia: WB Saunders. 1994.
- Murray CJL, Lopez AD (eds). The Global Burden of Disease. Geneva: World Health Organization, 1996.
- Sparacino PSA. Issues and future trends for the critical care clinical nurse specialist. In Gawliniski A, Kern LS (eds). The Clinical Nurse Specialist Role in Critical Care. Philadelphia: WB Saunders, 1994.

OTHER USEFUL RESOURCES

Board of Registered Nursing; 400 R Street, Suite 4030; Sacramento, CA 95814;
 Phone: 916-322-3350; TDD: 916-322-1700; Fax: (916) 327-4402. <http://www.rn.ca.gov/npa/npa.htm>
 AACN, Certification Corporation; 101 Columbia, Aliso Viejo, CA 92656-4109;
 Phone: 1-800-899-2226 or 949-362-2000

California Nursing Practice Act with Regulations and Related Statutes & CD
http://bookstore.lexis.com/bookstore/catalog?action=product&prod_id=49091
<http://www.americanheart.org>
<http://www.aacn.org>
<http://www.certcorp.org/>
<http://www.pcna.net/index.php>
<http://www.nih.gov/http://www.sicp.com/html/library/scope.html>

看護教員のストレス要因を測定するストレッサー尺度の開発 －専修学校の看護教員を対象として－

Developing a Scale for Evaluating Stressors on Teachers at Nursing Schools

坂 井 恵 子
Keiko Sakai

キーワード： ストレス， ストレッサースケール， 看護教員， 信頼性， 妥当性

Key Words : stress, stressor scale, nursing teacher, reliability, validity

I. はじめに

看護基礎教育とは、看護の実践および特定の能力をのばすための広範囲で確実な基礎を提供する正規に定められた教育課程である。看護基礎教育にかかわる看護教員は、看護専門職を育成する役割があるため、看護専門職に必要な能力についての理解を有し、かつ教員自身が専門職としての能力と教育者としての能力を具備し、学生への教育的な関わりが求められている。しかし看護教員が自らの資質や能力について疑問やジレンマを感じている場合は、これが看護教員に対する大きなストレスになるかもしれない。

看護教員に掛かるストレッサー（ストレス要因）には、看護教育に関連した例として、学生にはどのような領域の学力が必要か、その学力をつけるにはどのような基礎的な知識を提供し技術・態度を修得させるか、どのようにして知識・技術の応用方法を教育するか、学生と患者との治療的関係を成立するための教育方法、学生－患者関係における相互の反応の読みを可能にする教育方法、計画・実施した教育内容・方法によってどれだけ教育効果をもたらすことができたかの評価方法等があげられる。また日本看護協会調査研究部の報告¹⁾によると、看護教員のストレッサーとなっている事項には、受持学生数が多い、職場における教育業務以外の仕事が多い、自分の教員としての能力や資質の不足等があげられている。さらに著者が新人看護教員を対象に行った研究^{2) 3)}では、教育的能力、相互信頼、時間的余裕、教員資質、専門職性、学生指導について悩みがあることが明らかにされた。

このような看護教員における悩みやストレッサーの質や強さは教員自身の活力を低下させるととどまらず、看護教育へのやる気を失わせ、教育能力に対する劣等感を増強させ、ひいては目的としている看護専門職育成の低下をもたらすと考えられる。したがって、看護教員にとって何が職業上のストレッサーになっているかを明確にすることは

ストレス防止策を立てる一助になるであろう。しかし、ストレス一般についての測定法や尺度に関する研究⁴⁾、看護師・保健師など看護現場に携わる職員のストレスに関する研究^{5) - 7)}は報告されているが、看護教員に見られるストレスに関する研究は見あたらない。さらに看護教育上のストレッサーを測定する方法は未だ確立されてはいない。

そこで本研究では、質問紙法を用いて、看護教員が抱えている職業上のストレス要因を特定し、その結果に基づいて専修学校の看護教員を対象とするストレス要因を測定するストレッサー尺度の開発を目的とする。

II. 文献検討に基づくストレス概念枠組みの想定

(1) 看護教員が抱えるストレスに関連した先行研究

ストレスの概念⁸⁾は、最初14世紀に辛苦、苦境、逆境、苦悩等を意味する言葉として使われ始めた。Cannon (1932)はストレスを身体の平衡状態が乱れた状態とし、Selye (1936)はストレスを有害な刺激形態に対する身体の防衛として汎適応症候群と呼び、ストレッサーによって作り出される生理的反応やその過程とした。

現在ストレスに関する理論的研究で中心的役割を担っているのはLazarusらのストレス理論^{9) 10)}である。ストレスを1変数ではなく、多くの変数、過程からなるものをまとめた総称であるとし、特定の人間と環境との関係がストレスフルなものかどうかの判断は当事者の認知的評価に依存しているとしている。またストレスの定義¹¹⁾によると、ストレスとはストレスフルな刺激やイベント、状況に対する個人の評価、ストレス反応のどの側面をどの程度強調するかによって異なるとしている。本研究では、ストレスフルな刺激やイベント、つまりストレッサーに焦点をあてる。

職業ストレッサーとしては、以下6つの概念に大別される¹²⁾。1. 仕事自体、2. 組織内での役割、3. 仕事上の

人間関係、4. キャリア発達に関する問題、5. 組織の構造と風土の問題、6. 家庭と仕事に共通する問題である。それらを参考にしながら看護教員が直面する可能性のあるストレス概念を以下に想定した。

1. 仕事自体からくるストレッサー

仕事自体からくるストレッサーは、①仕事内容、②仕事量に関するものが考えられる。

① 看護教員の仕事内容：看護教員の主要な役割は授業や実習指導といった教育活動である。熊谷¹³⁾は、授業・実習上に不安があったのは89%としている。悩みが多い順に授業では、「思考を深める授業方法が難しい」「意欲を引き出す授業方法がわからない」「小集団指導が難しい」「授業内容の理解・組立てがわからない」と続く。実習では、「多数の学生を受け持つ」「看護過程を通して看護を深めさせるのは難しい」「実習に喜びや満足が得られない」「実践の場が見られない」「学生と指導者との調整が大変である」と続いた。看護教育活動においては、受持学生数、教員としての能力・資質の程度、教材研究の不十分さ等が、教員本来の教育活動を妨げ、教育活動の企画・実施・評価が十分に行えずストレッサーになっていると考えられる。

② 看護教員の仕事量：日本看護協会調査研究室による調査報告¹⁾では、どの養成課程においても、「受持学生数が多い」といった学生数の多さ、業務多忙、勤務時間の超過、授業の事前準備時間が無い等、仕事量の加重が指摘されている。限られた教員数の配置から、多くの学生数への対応や教育活動以外の仕事量が、教員の仕事に対する不完全遂行状態を生みだし、焦燥感とジレンマという苦悩を生じさせている。

2. 組織内での役割から生じるストレッサー

看護教員の職場である看護基礎教育機関は、大学・短大・専修学校・高校とさまざまである。看護教員の所属する学校組織の設置主体や教育理念によって、①役割、②将来・展望、③自律性、④研究活動から発生するものが考えられる。

① 看護学校での役割：看護専修学校特有のストレッサーがある。組織内での役割から生じるストレッサーとしては、一般的には役割の曖昧さと役割葛藤に大別される。前者について、しばしば教育実績、魅力ある学校であることが問われ、社会のニーズやカリキュラム改正に伴い教育内容・方法の改善が求められているが、これに伴う会議、教育計画、評価が役割を複雑で曖昧なものにしており、仕事の増加に対応できる状況には十分整っていない。後者の場合、教育機関でありつつ医療者を育てるという看護学校の特性上、教員は看護職であり、かつ教育者としての役割

が求められるが、それに見合う教育とキャリアを積むには未だ不十分だと考えられる。

② 看護学校の将来・展望：看護基礎教育の趨勢は大学教育に向け高度化した。1991年9校だった看護系大学は、2001年91校¹⁴⁾となり、大学院修士・博士課程が増加している。その一方で、専修学校の統廃合や閉校・募集停止といった縮小化が進んでいる。教育形態の変化や教員の帰属する職場の変化は、看護教員の適性・将来・展望に危惧を与え、これらが職域のストレッサーとなっている。

③ 看護教員の自律性：専門性の条件の一つに自律性が求められるが、看護教員の中にはこれが低い人もいように見える。しかし確認した研究は見当たらない。これに関する研究として浜田ら^{15)~17)}は、看護教員の教育活動における「積極派」「消極派」の相違が、職務遂行上の意識に反映しているとしている。つまり消極派の人は教育活動に悩み、積極派の人は後輩教員の指導・助言という教育経営的側面に悩みを持つとしている。大学・短大・専修学校と同じ看護教員という役割であっても、専修学校の教員はさまざまな問題があって教員自身の自律性を揺るがしていると推測される。

④ 看護教員の研究活動：専修学校の看護教員の仕事として、研究活動を明確に打ち立てていないところはない。しかしながら看護教育の将来を見据えた場合、研究の取り組みが求められる。看護教員として研究を行う際、予算がない、研究履行にかかわるサポートシステムの不備、自分の研究能力不足等がストレッサーになっていると考えられる。大学においてさえ研究時間をあみ出し積極的な研究推進には困難を伴う¹⁸⁾との声もある。

看護教員は、自らの役割と責任で教育活動にあたっているが、教員の9割が悩みをもち、バーンアウトに陥る者も多い¹⁹⁾とされている。稲岡²⁰⁾は、看護教員のバーンアウト率は、看護系大学6.2%、短大10.2%、専門学校16.3%であるとし、専門学校教員のバーンアウト率が高くなった要因として、学内での不明瞭な教育・組織的な問題・不明確な教員役割等に起因していると述べており、上述した看護教員の仕事自体や組織内での役割から生じるストレッサーが、バーンアウトの要因と考えられる。

3. 仕事上の人間関係によるストレッサー

人間関係によるストレッサーとしては、まず学生との関わりがあげられる。学生側に見られる問題²¹⁾として、社会性の未発達、人間の心や生活力を育むような対人経験が少ないこと、目標に向かって努力するよりも快楽を優先する姿勢、何かをやり遂げる忍耐力の弱さ、内省するよりも他人への責任転嫁、情緒コントロールの未熟さ等がある。専門教育以前に人間形成が必要となり、そのことに関わる

困難さもストレッサーとなりうる。これらに基づいて発生する問題解決に時間がとられ、心が碎かれることも職業上のストレッサーとなっている。

次に、職場の上司・同僚との関係が、ストレッサーとなりうる。この背景には、教員自身が受けた教育に差があることから、教員間において競争意識、協力関係や団結力の欠如を生みだすことが考えられる。また専門職教育に関わる看護教員でありながら、大学教育を受けていない者が多く、教員自身の劣等感や不全感となり、キャリアアップの継続教育を受けられ難いといったことがストレッサーになっている。その他に指導・支援やモデルとなる上司・先輩の有無、医師との関係、実習施設での患者・指導者との関係もストレッサーとなり、その強度は問題を抱えている学生数が多いほど強くなるといえよう。

4. キャリア発達に関する問題からくるストレッサー

看護師としてキャリアのある人でも看護教員になった場合、強いストレスをもつことがある。Michael²²⁾は、新人教員の最初の一年は、教員は未知の世界の異邦人でリアリティショックを持つ状況にあると述べている。看護師から看護教員になったことで、仕事上の要求と役割の相違からくるショックがあると考えられる。Marcy²³⁾は、新人看護教員は、臨床から学問の世界に入ることによりリアリティショックを受けるにも拘らず管理職側から保護や能力開発に関する指導支援は少ないのが現実と言っている。また鈴木²⁴⁾は、新人教員の声として「給料が少なくなった」「余暇時間が少なくなった」「臨床を離れ医療の発達に遅れのような焦燥感」等をあげていた。

看護教育に関して学生の問題を「平成13年度看護学教育ワークショップ」²⁵⁾でみると、「基本的な看護実践能力の修得が不十分」「医療人としての素養が身についていない」「患者の権利擁護者としての素養が身についていない」「患者とのコミュニケーション能力が不足している」等をあげている。これらの問題を解決するためには、看護教員が自らの能力・資質を高め、看護教育活動を固めることが基盤であることは言うまでもない。伊藤²⁶⁾は、看護教員に求められる能力を帰納的に明確にしている。能力として、カリキュラム編成、授業実践、実習指導の実施、教育改善、教材研究、研究指導、教育指導、問題対処、教員役割の実施、他職種との調整、教育観の明確化である。これらの能力は、看護教員に要求される必須要件であるが、別の見方をすれば、看護教員に掛かる要求圧力、即ちストレッサーでもありうると思われる。林²⁷⁾は、やりがいを感じる看護教員は、大学75.2%、短大62.3%、高校衛看59.2%、2年課程56.7%、3年課程51.3%であり、教員になった動機が積極的な者ほど満足度が高い傾向があったと

している。看護教員は自らのキャリアをどのように発達させていくのか、といった意識化が必要であろう。

5. 組織の構造と風土の問題からくるストレッサー

日本看護協会調査研究室による調査報告¹⁾では、教育活動の問題点として21項目を取り上げ、どの項目に問題を感じるかを問うているが、どの養成課程においても、「受持学生数が多い」「学校の予算不足」「学校の予算に教員の意向が反映されない」「教員に対する研究費の不足」「自分の研究時間や研修時間がとれない」「職場における教育業務以外の仕事が多すぎる」「看護教員の給料が安い」「自分の教員としての能力や資質の不足」の8項目を挙げていた教員が多かった。さらに自由記載欄には先述以外にも多くの問題が提示された。大学・短大教員からはカリキュラムや制度に対する問題点、つまり教育内容に関するものが多かったが、3年課程・2年課程・准看課程の教員からは、学校運営上の諸問題や教員自身の悩み・不満が多くみられた。このことから専修学校の看護教員には、学校の組織構造や風土が教員自身の個人的問題と相まってストレッサーになっていると推察される。

6. 家庭と仕事に共通する問題からくるストレッサー

看護師から看護教員へ職務転換したことによる苦悩は、待遇・給与においては、仕事負担度に相応しない給与額²⁸⁾、公的仕事に関わる自己負担額の増加があげられている。

以上、看護教員を取り巻くストレスについて6つの概念で検討してみた結果、以下の10因子の概念枠組みを想定することが妥当と考えられた。①仕事内容、②仕事量、③役割、④将来・展望、⑤自律性、⑥研究活動、⑦人間関係、⑧キャリア発達、⑨職場風土、⑩待遇・給与である。

Ⅲ. 研究方法

文献検討に基づく概念枠組みの想定後に、ストレス項目原案の作成のためパイロットスタディを行い、さらにストレッサー尺度開発のための本調査を行った(表1)。

1. パイロットスタディ

1) 質問項目原案の作成

2001年6月、50名の現役看護教員(全国にわたる看護基礎教育機関の大学・短大・専修学校勤務者)を対象に、先の概念枠組みで想定した10因子を提示し、各因子に相当するストレス事項を箇条書きに自由記述してもらった。合計636の回答文を得た。回答文を精査した結果、ストレッサーの構成因子として10因子より13因子が妥当と考えられた。そして、各因子をさらに細分化した結果は以下の通りである。①教育内容13項目、②教育方法15項目、③教員組織21

表1 ストレス尺度作成の3段階

段階	目 的	方 法	結 果
1	ストレス概念枠組みの想定	文献検討	10因子のストレス想定
2	ストレス項目原案の作成のためのパイロットスタディ	10因子について自由記述式質問紙調査 (全国の大学・短大・専修学校の看護教員100名、回答50名)	13因子210項目を選定
		・内容妥当性の検討 ・表面妥当性の検討	13因子169項目を選定（ストレス質問紙とした）
3	ストレス尺度開発のための本調査	全国看護教員に質問紙調査 [ストレス質問紙, バーンアウト尺度, STAI, 属性] (全国の専修学校の看護教員450名、回答227名)	ストレス尺度として 9因子57項目を決定
		・因子的妥当性の検討 ・回答分布の偏りの確認 ・弁別性妥当性の検討 ・基準関連妥当性の検討 ・尺度の信頼性の確認	

項目、④教育環境10項目、⑤教員としての資質・能力31項目、⑥看護教育の将来・展望14項目、⑦自律性7項目、⑧研究14項目、⑨仕事の量と質13項目、⑩学生との人間関係18項目、⑪教員間の人間関係29項目、⑫患者・指導者との人間関係7項目、⑬待遇・給与18項目となり、210項目からなる質問原案となった。

2) 内容妥当性の検討

210項目の内容を、内容の重複、測定項目の不足、表現の不明瞭さの有無を看護分野の研究者2名で検討してもらった。その結果、210項目の原案は、13因子、169項目から成る修正案に再編された。

3) 表面妥当性の検討

この修正案を使って、看護教育経験10年以上の看護教員3名（教員養成講習会受講済みの、30代1名、40代2名）を対象に、ストレス調査を行った。その過程で理解困難な文章、回答困難な表現、類似項目がないかを指摘してもらうことにより、使いやすさを検討した。全調査に要した回答所要時間は平均25分であった。

これらの指摘に基づいて、質問項目の文章の修正を行い、最終的に13因子、169項目から成る最終的質問票を作成した。また、各ストレス項目について、悩んだり困ったり負担だと感じたりした程度を、「非常に感じる」「やや感じる」「少し感じる」「全然感じない」の4強度から選択できるような回答肢を調査票に加えた。データ処理時、それぞれの強度を4点から1点に得点化した。

2. 本調査

1) 質問票配布先

対象は全国の看護系の専修学校に勤務する看護教員とした。3年課程、2年課程の学校割合から層化無作為抽出法を用いた。質問票の配布先は、看護専修学校884校の内、

208施設450名であった。

2) 倫理的配慮

看護専修学校の責任者及び看護教員宛に、研究目的、調査方法、研究協力は任意であること、無記名法によりプライバシーは侵害されないこと及び論文の公表を明記した調査依頼書を同封し、調査の主旨を承諾できた場合には、同封の封筒で回答用紙を返送してもらう方法をとった。

3) 対象者の背景調査

対象者の背景として、年齢、性別、教育課程の区分、設置主体、職位、最終学歴（一般、専門）、研修受講の有無、臨床看護経験年数、看護教育経験年数を尋ねた。

4) バーンアウト尺度及びSTAI（State Trait Anxiety Inventory）調査

ストレス調査票に加えて基準関連妥当性の検討のためバーンアウト尺度とSTAI調査を行った。バーンアウト尺度^{29) 30)}は、Maslachに準拠して田尾が開発したバーンアウト症状を測定する質問紙で、「消耗因子」と「達成因子」の2因子21項目からなる。回答は、「全くない」から「いつももある」までの7段階のリッカートタイプであり、得点が4点以上はバーンアウトを示す。STAI^{31) 32)}は、清水らによるSpielbergerのSTAIの日本語版である。本尺度は、自律神経の興奮などを伴う一時的・状況的な不安状態を示す状態不安と、ストレス状況に対して不安を喚起させやすい傾向を示す特性不安がある。後者は、比較的安定した個人内特性といえることができるため、本研究ではSTAIの特性不安の尺度を用いた。心の状態を20項目で評価し、回答は「決してそうでない」1点、「たまにそうである」2点、「しばしばそうである」3点、「いつもそうである」4点で得点化するものである。得点が高いほど不安傾向の特性を示す。尺度使用にあたり、それぞれの著作者から了解を得た。

5) 調査期間と調査方法

2001年10月18日～11月20日、調査方法は郵送法で行った。

6) 分析方法

(1) 因子的妥当性の検討

ストレッサー項目については、因子分析（主因子法、最尤法、主成分法、それぞれのバリマックス回転）を行い、因子的妥当性を検討した。因子構造として納得でき、説明がつくものになるまで因子分析を行った。項目決定の基準は、固有値1以上、因子負荷量0.4以上で解釈可能性がつくものとした。

(2) 回答分布の偏りの確認

回答分布の極端な偏りのある項目を排除する目的で、項目別の回答分布状況を確認した。また看護教員ストレッサー得点の正規性を尖度と歪度で確認した。

(3) 弁別性妥当性の検討

ストレッサー項目の各項目に識別力があるかをみるための弁別性妥当性の検討には、上位－下位分析（GP分析）を行った。ストレス尺度の合計点で4群にわけ、項目毎の上位（good）群、下位（poor）群の平均値の差の検定を行った。

(4) 基準関連妥当性の検討

本研究における概念枠組みに類似した理論に基づいて作成されたバーンアウト尺度で測定した得点、及びSTAIの特定不安尺度による得点と、本研究で用いたストレス尺度で測定した得点とそれぞれの相関をみるために、ピアソンの積率相関係数を求め、基準関連妥当性を調べた。

(5) 尺度の信頼性の確認

内部整合性は最終的に抽出された尺度全体と下位尺度毎のクロンバック α 係数を算出して確認した。

7) 統計処理

研究結果のデータ解析のために行った因子分析、ピアソンの積率相関係数、クロンバック α 係数等の算出には、統計解析用ソフトSPSS（Ver.10 for Windows）を使用した。

IV. 結 果

1. 対象者の背景

質問票配布先総数450名のうち回答のあった227名（回答率50.4%）について研究対象とした。対象者は、平均年齢41.9（SD7.1）歳、平均臨床看護経験年数9.9年、平均看護教育経験年数8.7年であった（表2）。

2. 因子的妥当性の検討

看護教員227名の回答である計169項目について因子分析を行った。先に13因子が推定されていたことから、因子数を13で設定して因子分析を行い、さらに因子数を減らしての分析を順次繰り返した。固有値1以上、因子負荷量0.4

表2 対象者の背景

(N = 227)

属性区分		人数 (名)	割合 (%)
年 齢	30歳以下	6	(2.6)
	31～40歳	97	(42.7)
	41～50歳	93	(41.0)
	51～60歳	30	(13.2)
	61歳以上	1	(0.4)
性 別	女性	216	(95.2)
	男性	11	(4.8)
教育課程 区 分	3年課程	162	(71.4)
	2年課程	4	(28.2)
	NA	1	(0.4)
設置主体	国	29	(12.8)
	都道府県	61	(26.9)
	市町村	37	(16.3)
	日赤	3	(1.3)
	済生会・厚生連・北海道社会事業	16	(7.0)
	厚生団・船員保険会・健保連・共済組合・全国社会保険連合会	9	(4.0)
	医師会	19	(8.4)
	医療法人	6	(2.6)
	学校法人	27	(11.9)
	その他	20	(8.8)
職 位	校長	0	(0)
	副校長	4	(1.8)
	教務部長・教務主任	30	(13.2)
	専任教員	189	(83.3)
	その他	4	(1.8)
最終学歴 一 般	高卒	152	(67.0)
	短大卒	29	(12.8)
	大学卒	42	(18.5)
	大学院卒	2	(0.9)
	NA	2	(0.9)
最終学歴 専 門	看護学校卒	157	(69.2)
	短大卒	28	(12.3)
	大学卒	11	(4.8)
	保、助、専攻科卒	28	(12.3)
	大学院卒	2	(0.9)
	その他	1	(0.4)
研修受講 有 無	有	195	(85.9)
	無	32	(14.1)
臨床看護 経験年数	5年以下	45	(19.8)
	6～10年	101	(44.6)
	11～20年	75	(33.0)
	21年以上	6	(2.6)
看護教員 経験年数	2年未満	12	(5.3)
	2～3年	33	(14.5)
	4～5年	34	(15.0)
	6～10年	85	(37.4)
	11～20年	50	(22.0)
	21年以上	13	(5.7)

以上で、かつ解釈可能性を項目決定の基準とすると、ストレス要因として9因子の結果（主因子法、バリマックス回転）が適当とされた。さらに因子数と内容を検討し残余項目を削除することで、9因子の因子構造を確定した（表

看護教員のストレス要因を測定するストレッサー尺度の開発

表3 看護教員ストレッサー尺度の因子分析結果

因子名	項 目	1	2	3	4	5	6	7	8	9
第 学 1 生 因 対 子 応	1. 自己中心的な学生への指導	.715	.008	.223	.108	.009	.182	.123	.001	.155
	2. 自分が苦手な学生への指導	.715	.106	.294	.130	.010	.107	.296	-.006	.008
	3. 社会性の無い学生に生活指導を行う	.705	.139	.007	.198	.271	.163	.141	.008	.100
	4. 問題を持つ学生への対応	.684	.118	.282	.114	.139	.180	.234	.000	.005
	5. カウンセリングの必要な学生への指導	.620	.140	.003	.179	.330	.132	.137	.118	.007
	6. 教員の努力に反応しない学生への指導	.618	.196	.264	.009	.112	.115	.158	-.002	.005
	7. 受動的な学生への指導	.586	.147	.008	.217	.263	.139	.199	.220	.136
	8. ストレスに弱い学生への指導	.579	.164	.103	.174	.294	.193	.008	.009	.118
第 職 2 場 因 環 子 境	1. 自由にオープンに発言できる職場雰囲気	.007	.698	-.006	.006	.189	.000	.227	.002	.010
	2. 仕事上で困ったり行き詰まった時、上司から指導や助言が得られる	.005	.656	.169	.128	.010	.008	.008	.115	.131
	3. 上司は部下の能力を評価し認めてくれる	.008	.645	.112	.008	.007	.010	.008	-.002	-.003
	4. 自分の能力を発揮する機会がある	.168	.639	.256	.223	.121	.000	.106	.003	.142
	5. 教員はお互い理解し尊重しあう	.112	.627	.137	.005	.010	.008	.102	.009	-.004
	6. 教員間で肯定的評価や支援があ	.005	.614	.008	.006	.002	.204	.156	.105	.108
	7. 自分の能力に見合った仕事を任される	.199	.606	.186	.207	.140	.003	.010	.002	.168
	8. 職場の中で自分の果たす役割と貢献	.253	.455	.250	.280	.199	.007	.010	.004	.212
第 教 3 員 因 資 子 質	1. 学生の気持ちや考えを受け入れたり共感したりする	.220	.224	.685	.110	.192	.137	.010	.004	-.005
	2. 教員として愛情をもって学生に接する	.228	.222	.681	.169	.205	.110	.008	.006	-.008
	3. 看護教育に対して熱意を燃やす	.187	.166	.602	.191	.008	.119	.002	.272	.138
	4. 学生の反応を確認しながら授業をする	.304	.252	.590	.173	.118	.166	.130	-.003	.178
	5. 看護の本質を自分の中に培っている	.007	.006	.578	.167	.160	.179	.006	.000	.299
	6. 教員としての人間的陶冶をはかる	.212	.008	.544	.292	.197	.193	.158	.130	.296
	7. 仕事における体力に自信がある	.119	.325	.456	.173	.005	-.001	-.005	.213	.006
	8. 教員としての役割意識と使命感を持つ	.317	.124	.416	.340	.287	.008	.218	.009	.244
第 多 4 因 子 忙	1. 勤務時間内で仕事を消化する	.141	.108	.009	.701	.005	.009	.009	.005	-.002
	2. 勤務時間内に講義や実習指導の準備をする	.008	.003	.124	.639	.005	.139	.180	.151	.126
	3. 終わりのない仕事にも忍耐力を持って行う	.180	.208	.269	.597	.202	.235	.000	.105	-.004
	4. 仕事を完了するのに必要な時間がある	.006	.150	.002	.571	.007	.124	.002	.009	.146
	5. 超過勤務や時間外勤務	.222	.116	.203	.563	.008	.001	.001	.009	-.001
	6. 納得のいく教育内容・方法を準備する	.126	.144	.210	.543	.108	.145	.206	.132	.193
	7. 仕事は量・質を常に調整して行う	.201	.265	.299	.478	.234	.009	.135	.228	.008
第 ト ラ ブ ル 因 子 対 処	1. 臨地実習指導を指導者に委託して何かトラブルを起こした場合でも、教師として責任持って対処する	.180	.312	.146	.104	.784	.183	.003	.003	.003
	2. 学生の実習におけるトラブルの原因を教師として明確にする	.205	.239	.010	.132	.770	.191	.008	.102	.009
	3. 臨床間に学習指導上の手違いがあった場合、きっちりと対処する	.198	.148	.237	.227	.707	.110	.160	.114	-.003
	4. 実習指導で実習場所の師長との間に不一致があった時対処する	.316	.111	.146	.005	.583	.149	.162	.004	.181
	5. 学生が実習で問題を起こした時、速やかに対処する	.288	.000	.215	.148	.541	.210	.127	.007	.229
	6. 学生が実習で実習指導者と意見が一致しない場合、教員として対処する	.275	.112	.191	.006	.508	.292	.151	-.004	.009
第 6 教 育 因 子 方 法	1. 思考を深める指導	.185	.006	.010	.114	.168	.818	.003	.001	.165
	2. 意欲を引き出す指導	.251	.006	.010	.010	.182	.804	-.001	.000	.009
	3. 主体性を育てる指導	.213	.005	.005	.140	.009	.783	.007	-.007	.106
	4. 小集団での活動を指導する	.108	.133	.124	.126	.141	.715	.008	.005	.005
	5. 教育内容を吟味して授業に臨む	.001	.149	.220	.360	.007	.448	.135	-.001	.003
	6. 看護技術を身につける指導	.008	.137	.162	.147	.240	.439	.106	.158	.006
第 7 教 員 相 互 関 係 因 子	1. 感情的な反応をする教員との対応	.260	.206	.000	.133	.008	.007	.829	.008	.005
	2. 目標や価値観の違う教員との協調	.235	.213	.009	.008	.172	.007	.802	.167	.104
	3. 様々な性向をもつ教員との対応	.240	.139	.007	.118	.189	.005	.742	.226	.128
	4. 自己主張の強い教員への対応	.173	.197	.009	.164	.009	.009	.684	.002	.006
	5. 同僚との関係に気配り	.146	.367	.254	.009	.003	.009	.449	.007	-.001
第 8 研 究 因 子 資 源	1. 研究のアドバイザーがいる	-.002	.004	.006	.007	.005	-.001	.008	.915	.006
	2. 研究を行うための研究費が配分されている	.003	.004	.009	.148	.005	-.002	.119	.800	.004
	3. 研究するフィールドがある	.006	.002	.006	.004	.005	-.004	.005	.793	.104
	4. 教員のキャリアアップに対する指導体制	.006	.227	.006	.310	.125	.190	.157	.423	.007
	5. 研究会、学会へは出張扱いで参加する	.007	.010	.009	.199	.001	.101	.008	.410	-.196
第 9 教 育 能 力 向 上 因 子	1. 教育活動を評価する	.258	.257	.172	.146	.007	.197	.157	.008	.665
	2. 実習指導に理論を活用する	.177	.195	.268	.008	.135	.239	.007	.009	.594
	3. カリキュラムの評価を行う	.299	.309	.004	.247	.223	.135	.131	.000	.479
	4. 概念や理論についての授業展開を計画する	.153	.007	.107	.368	.269	.229	.143	.002	.400
寄与率		9.0	8.0	7.0	7.0	6.8	6.7	6.0	5.3	3.6
累積寄与率 (%)		9.0	17.0	24.1	31.0	37.9	44.6	5.6	55.9	59.5

因子分析法：主因子法によるバリマックス回転、項目採択基準：固有値1以上因子負荷量0.4以上

3)。9因子は、第1因子8項目、第2因子8項目、第3因子8項目、第4因子7項目、第5因子6項目、第6因子6項目、第7因子5項目、第8因子5項目、第9因子4項目、合計57項目に再分画される事が判明した。調査票に提示された全ストレス項目（169項目）中、これら57項目の累積寄与率は59.5%であった。

第1因子の項目内容についてみると、「自己中心的な学生への指導」「自分が苦手な学生への指導」「社会性の無い学生への生活指導」「問題を持つ学生への対応」等8項目で、学生への指導上の対応に関する内容であったことから、第1因子を「学生対応」因子と命名した。第2因子は、「自由でオープンに発言できる職場雰囲気」「仕事上困ったり行き詰まった時上司から指導や助言が得られる」「上司は部下の能力を評価し認めてくれる」「自分の能力を発揮する機会がある」等8項目で、職場における人的環境に関連する内容であったことから「職場環境」因子と命名した。第3因子は、「学生の気持ちや考えを受け入れたり共感したりする」「教員として愛情をもって学生に接する」「看護教育に対して熱意を燃やす」「学生の反応を確認しながら授業をする」等8項目で、共感、愛情、熱意、使命感等、教員の資質として不可欠な内容であったことから「教員資質」因子と命名した。第4因子は、「勤務時間内で仕事を消化する」「勤務時間内に講義や実習指導の準備をする」「終わりのない仕事にも忍耐力を持って行う」「仕事を完了するのに必要な時間がある」等7項目で、時間、仕事量・質、終わりが無いといった仕事に対する時間的ゆとりがないことから「多忙」因子と命名した。第5因子は、「臨地実習指導を指導者に委託して何かトラブルを起こした場合でも、教員として責任持って対処する」「学生の実習におけるトラブルの原因を教員として明確にする」「臨床側に実習指導上の手違いがあった場合、きっちり対処する」等6項目で、トラブル対処に関連する内容であったことから「トラブル対処因子」と命名した。第6因子は、「思考を深める指導」「意欲を引き出す指導」「主体性を育てる指導」といった6項目で全て教育方法に関わることから「教育方法」因子とした。第7因子は、「感情的な反応をする教員との対応」「目標や価値観の違う教員との協調」「様々な性向をもつ教員との対応」等5項目で、特に教員との関係であることから「教員相互関係」因子とした。第8因子は、「研究のアドバイザーがいる」「研究を行うための研究費が配分されている」「研究するフィールドがある」等5項目で、「研究資源」因子とした。第9因子は、「教育活動を評価する」「実習指導に理論を活用する」「カリキュラムの評価を行う」「概念や理論についての授業展開を計画する」の4項目であったことから、「教育能力向上」因子と命名した。

表4 看護教員のストレッサー項目のGP分析

下位 尺度	「ストレス非常に感じる」 該当者数		比較の差の検定 t検定	
	上位good群 N=56 (平均得点)	下位poor群 N=56 (平均得点)		
学生対応	1	1 (2.39)	38 (3.64)	11.860 ****
	2	2 (2.30)	44 (3.75)	13.316 ****
	3	5 (2.43)	46 (3.82)	12.552 ****
	4	1 (2.39)	46 (3.79)	13.932 ****
	5	5 (2.48)	49 (3.88)	12.522 ****
	6	4 (2.41)	44 (3.77)	11.979 ****
	7	0 (2.29)	42 (3.75)	15.959 ****
	8	4 (2.32)	35 (3.63)	11.534 ****
職場環境	1	2 (2.00)	17 (3.02)	7.234 ****
	2	1 (1.95)	23 (3.25)	9.554 ****
	3	2 (1.93)	16 (3.02)	7.402 ****
	4	0 (2.00)	15 (3.13)	10.688 ****
	5	1 (2.05)	14 (3.04)	7.805 ****
	6	2 (1.96)	16 (3.05)	7.755 ****
	7	1 (2.09)	15 (3.14)	9.314 ****
	8	1 (2.23)	29 (3.48)	11.568 ****
教員資質	1	0 (1.61)	13 (2.89)	9.646 ****
	2	0 (1.55)	12 (2.89)	10.191 ****
	3	0 (1.98)	24 (3.21)	9.270 ****
	4	0 (2.11)	25 (3.38)	11.343 ****
	5	2 (2.09)	20 (3.05)	6.247 ****
	6	0 (1.95)	24 (3.34)	12.316 ****
	7	0 (2.02)	22 (3.13)	7.735 ****
	8	0 (1.96)	27 (3.43)	14.011 ****
多忙	1	6 (2.48)	39 (3.66)	9.389 ****
	2	8 (2.46)	45 (3.77)	9.194 ****
	3	3 (2.36)	44 (3.71)	11.583 ****
	4	11 (2.66)	41 (3.64)	6.639 ****
	5	3 (2.25)	29 (3.39)	8.198 ****
	6	3 (2.20)	33 (3.52)	10.496 ****
	7	1 (2.04)	30 (3.48)	12.707 ****
トラブル対処	1	0 (1.88)	36 (3.54)	12.775 ****
	2	0 (1.86)	32 (3.46)	12.276 ****
	3	0 (1.91)	31 (3.41)	11.114 ****
	4	5 (2.41)	46 (3.79)	11.133 ****
	5	5 (2.34)	37 (3.61)	9.246 ****
	6	3 (2.02)	33 (3.50)	10.897 ****
教育方法	1	3 (2.36)	36 (3.54)	8.837 ****
	2	5 (2.43)	38 (3.64)	9.122 ****
	3	11 (2.63)	40 (3.66)	7.319 ****
	4	2 (2.18)	20 (3.23)	7.800 ****
	5	4 (2.30)	26 (3.36)	7.269 ****
	6	1 (2.00)	20 (3.07)	7.335 ****
教員相互関係	1	13 (2.64)	42 (3.73)	7.687 ****
	2	7 (2.48)	41 (3.73)	9.717 ****
	3	6 (2.30)	38 (3.66)	10.212 ****
	4	13 (2.59)	36 (3.64)	7.401 ****
	5	4 (2.20)	21 (3.23)	7.909 ****
研究資源	1	13 (2.41)	33 (3.29)	4.276 ****
	2	8 (2.20)	31 (3.25)	5.398 ****
	3	11 (2.41)	31 (3.25)	4.400 ****
	4	4 (2.20)	36 (3.52)	8.594 ****
	5	5 (1.70)	13 (2.59)	4.695 ****
教育能力向上	1	2 (2.21)	28 (3.48)	11.208 ****
	2	3 (2.30)	30 (3.50)	9.600 ****
	3	1 (2.34)	33 (3.54)	10.436 ****
	4	6 (2.41)	34 (3.61)	9.494 ****

t検定 **** p<.001

3. 回答分布の偏り

因子分析で抽出された57項目において、ストレス強度が全て最大の場合は228点、全て最小の場合57点となる。本研究での57ストレス項目の得点は、最小77点、最大223点であり、平均値は160.6 (SD27.2) 点であった。また、尖度は-0.194、歪度は-0.092であった。尖度は分布の尖り具合を、歪度は正規分布に比べてどれくらい歪曲しているかを数値化したものである。どちらも絶対値が10を越える場合には分布の正規性は認められないが、いずれも10以下であった。したがって排除すべき項目はなく、57項目すべて採択できると判断した。

4. 弁別性妥当性の検討

因子分析で確認されたストレス各項目の弁別的妥当性をみるために、GP分析を行った結果、57項目すべてにおいて1%水準の有意差が認められた。これは、57項目すべては十分な弁別力を持ち、棄却しえないものであることが確認された(表4)。

5. 基準関連妥当性の検討

57ストレス項目における得点と、バーンアウト尺度との得点との間で $r = .558$ ($p < .001$) の相関、STAIの特定不安尺度との得点との間で $r = .542$ ($p < .001$) の高い正の相関が見られた。ちなみに、本調査におけるバーンアウトの結果は、3点未満の健全な者は72人(31.7%)、3点以上4点未満のバーンアウトの徴候が見られる者は81人(35.7%)、4点以上バーンアウトに陥っている者は74人(32.6%)であった。

6. 信頼性の検討

ストレス各因子の信頼性係数(クロンバック α 係数)は、第1から第9のそれぞれの因子においては0.82か

ら0.92の範囲にあり、いずれにおいても十分な内的整合性が確認された(表5)。

V. 考 察

1. 開発されたストレス尺度の信頼性・妥当性

本研究では、専修学校の看護教員を対象として、職業上のストレス要因を測定するストレス尺度の開発を行った。13因子169項目から成る質問紙の作成過程において、文献検討、看護教員50名を対象としたパイロットスタディ、内容妥当性や表面妥当性の検討を行い最終的な項目を選定した。この過程を経たことで、看護教員のストレス項目として適切な項目を得ることができたと思われる。そして、この質問紙を450名に配布して、227名から回答が得られた。因子分析を利用して検討した結果、9因子57項目(各因子4~8項目)が有用と結論づけられた。因子分析では、固有値1以上、因子負荷量0.4以上のうち、10因子以上は固有値が低下したので9因子でうち切りとした。因子分析の手続きを踏み、各因子の項目数と内容の解釈可能性からも9因子で問題ないと考えられた。9因子57項目の累積寄与率が59.5%であったということは、本尺度は看護教員が抱えているストレス状況のうち約6割を説明することを意味している。

本尺度は、バーンアウト尺度やSTAIと関連性のあることが判明した。バーンアウト尺度は、バーンアウトを測定する尺度である。バーンアウトとは、その個人のコーピング能力を超えた長期のストレスが原因で、それまでの緊張が緩み意欲喪失し疲れ果ててしまう心身の症状である。ストレスとバーンアウトとの間に、高い正の相関が見られたということは、ストレスを強く認識した看護教員は、バーンアウトを示す傾向にあったことを意味している。また不安尺度のうちの特性不安の測定は、ストレス状況に対する状態不安の喚起傾向の程度を調べるものである。本研究において、特性不安とストレスとの間で正の相関が見られたということは、強い不安傾向の人はストレスを強く感じることを示唆している。このように、ストレスと関連があると言われているバーンアウトや特性不安の尺度と、本研究で開発されたストレス尺度との間で相関があったということは、本尺度はストレスを測るのに妥当な尺度であると考えられる。

さらに、本研究で取り上げた各ストレス因子のクロンバック α 係数は0.82~0.92を示したということは、9因子それぞれに含まれる項目間の内的整合性が高いことを意味し信頼性を確保している。以上のことから、看護教員ストレス尺度として、9因子57項目の質問票で構成されるストレス尺度を提案するものである。

表5 看護教員のストレス因子と信頼係数

項目数	因子名	クロンバック α 係数
第1因子	8 学生対応	0.92
第2因子	8 職場環境	0.88
第3因子	8 教員資質	0.89
第4因子	7 多忙	0.86
第5因子	6 トラブル対処	0.90
第6因子	6 教育方法	0.88
第7因子	5 教員相互関係	0.90
第8因子	5 研究資源	0.82
第9因子	4 教育能力向上	0.82

2. ストレッサー尺度に含まれるストレス要因と課題

看護教員が抱えるストレス要因として当初13因子が推定されたが、因子分析の結果、9因子が特定された。9因子とは、①学生の対応、②職場環境、③教員としての資質、④多忙、⑤トラブル対処、⑥教育方法、⑦教員相互関係、⑧研究の資源、⑨教育能力の向上であった。これらは、13因子のうち、「教育内容」、「看護教育の将来・展望」、「患者・指導者との人間関係」の3因子は削除されたものであり、また残り10因子が9因子に整理・統合された結果であった。

まず削除された3因子について考えてみる。「教育内容」としては、唯一「教育内容を吟味して授業に臨む」の項目が、第6因子「教育方法」の項目中に留まった(表3)。教育内容は、看護教員として教育活動上の本質であり、吟味が一番重要なことである。しかし、今回ストレスとして構造化されなかったのは、教員自身が教育内容の重要性への認識が低いためなのか、あるいは学級管理や学生との関係作りといったことに関心がいきすぎていて、肝腎の教育内容への注目に至らなかったためなのかは不明である。「看護教育の将来・展望」については、看護教員でありながら臨床現場へ戻る可能性をもって仕事についているためなのか、将来も自分が看護教員としての仕事継続の意思や看護教育を自分が背負っていかうとする職業的意欲が低いいためなのか、将来的予測が不明確なためストレスには至らなかったと推測される。「患者・指導者との人間関係」については、看護教員は元来看護師であったため、患者への対応や実習指導者への気配りは、新たなストレッサーにはなりにくいと考えられる。

次に9因子について考えてみる。①学生対応、⑥教育方法の2因子は、看護教員の職務自体のストレッサーである。養成所教員の教育実践上の悩みとして佐々木³³⁾は授業方法の工夫や問題学生の指導をあげているが、これと一致した。①⑥の因子は、看護師から看護教員となったことで、すぐ要求されることでもある。看護師であれば患者への対応や看護ケアの実践であったが、看護教員の立場となったことで、学生を把握し学生個々に応じた対応や教育方法が求められ、日々教育活動を具現化するものでありストレッサーとなりうる。類似のことは一般教師の大きなストレスとしてふりかかっている³⁴⁾。大学教員にとっても大学の大衆化と共に学生の質の低下が指摘され³⁵⁾、どの教育機関の教師であっても学生個々への対応や教育方法の工夫は避けて通れない課題となっている。

③教員としての資質、⑨教育能力の向上は、看護教員の個人的・内面的な要因であり、看護教員は自らの資質や能力を成長・発展されていく必要に迫られる。看護専修学校教員の資格要件は、「看護師等養成所の運営に関する指導

要領」に依拠して、看護職資格を有し臨床経験5年以上、看護教員養成講習会受講がある。看護教員養成講習会受講は、8か月から1年程度の看護教員教育として、看護師から看護教員になる基盤づくりとして価値あるものと考えられる。受講者の選定にあたって、看護教員として資質があるかどうかを見極めておく必要がある。また、看護教員養成講習会受講後も看護教員としてさらなる研鑽の継続と、看護教員自身が成熟していくプロセスを解明し、看護教員としての資質向上に繋げることが早急の課題だと考えられる。

②職場環境、④多忙、⑤トラブル対処、⑦教員相互関係、⑧研究の資源は、看護教員を取り巻く外的要因であり、状況・環境的要因である。看護教員が、看護教育に対して哲学と情熱を持ち、看護教員同士が畏敬と信頼を築き、暖かくオープンな雰囲気、学生個々に真剣に向き合える環境として整備されていることが望まれるが、まだまだ不十分な職場状況と推察される。これは、看護基礎教育が、専門職教育といいつつ職業教育・徒弟制を併せもつ時代背景があるため、経営者の理念や社会環境に左右されるといったことがあると推察される。看護教育制度や看護教員文化の独自性に対する認識が不可欠であるかもしれない。また看護教員自身の中にも、教員相互を認め育てあう環境作りが未熟な点があるのかもしれない。一般教師においても悩みの対象に同僚との人間関係があげられ³⁶⁾、教職としての特徴が影響している可能性もありうる。

3. 看護教員のストレッサー尺度の利用

本尺度の利用について述べる。1つは、各看護教員がこの尺度を使用することで、自らのストレッサーの因子を明確にし、かつストレスと感ずる強度を測ることに活用できる。そうすることで自分のストレスを客観的に把握したり、そのストレッサーに対する方策を講じたり、あるいは前向きに挑戦する手段にしたりできるであろう。本調査においてバーンアウト群が32.6%と高率を示し、先行研究文献²⁰⁾をはるかに超えていた。教員のバーンアウトが深刻な問題となる前に、ストレッサー尺度から得られる情報を活かしてさまざまな工夫が出来るであろう。2つ目には、新任教員への支援に生かされる可能性がありうる。新任教員が、看護基礎教育現場に赴任した際、上司は新人が陥りやすいストレッサーを把握するために実施したり、上司・先輩教員が新人のストレス緩衝や指導支援に活用したりできる。新任教員のストレッサー把握と支援に役だっているかという観点から、尺度を活用することが可能である。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界と今後の課題を述べる。本尺度の累積寄

与率は約6割であったということは、看護教員が抱える全ストレスのうち6割しか解明しないことを意味している。社会情勢の変化は著しく看護基礎教育も影響を受けることから、看護教員も時々刻々の変化に曝される。そのため、看護教員も新たなストレスが加わり、ある時点においてストレス尺度の改訂が必要である。また、今回は専修学校の看護教員を対象としたため、大学・短大の看護教員の特有の問題点を付加した尺度が新たに必要であるかもしれない。この開発された尺度を用いて、大学教員と専修学校教員を比較検討することで、ストレスが同一なのか相違があるのか客観的指標となりうる。今後は、全ての看護教員に適用できるストレス尺度として、包含性を志向した形で整備し充実がはかられる必要があろう。

VI. 結 論

全国の専修学校看護教員450名を対象に169ストレス項目について4段階でのストレス調査を行った。227名の回答

から、データの因子分析を行った結果、ストレスの因子構造としては、「学生対応」「職場環境」「教員資質」「多忙」「トラブル対処」「教育方法」「教員相互関係」「研究資源」「教育能力向上」の9つの因子が見出され、各因子は4～8項目で合計57項目であった。この57ストレス項目をそれぞれ4段階のストレス強度で判定するような質問票を、看護教員ストレス尺度として提案した。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力頂きました全国の看護教員の方々とご支援頂きました方々に心から感謝申し上げます。本研究は、富山医科薬科大学大学院医学系研究科修士課程において研究したものに加筆・修正したものです。大学院在籍中は、富山医科薬科大学大学院教授・高間静子先生（現日本赤十字北海道看護大学大学院教授）にご指導頂きました。なお、本論文の一部は第28回日本看護研究学会（横浜市、2002年）において報告致しました。

要 旨

本研究の目的は、専修学校の看護教員が職業上出会うストレス要因を測定するためのストレス尺度を開発することである。文献検討に基づいて看護教員のストレスの概念枠組みを想定した。この枠組みに沿ってパイロットスタディとして看護教員50名に自己記述の回答を求めた。ストレスを評価するための質問項目調査票を作成し本調査を行った。169項目の各ストレスに感じる強度を四肢択一方式で選択した。対象は、全国の専修学校の看護教員450名で、回答は227名であった。平均年齢は、41.9 (SD7.1) 歳。その因子分析の結果、9因子57項目からなる看護教員ストレス尺度が作成された。9因子は、「学生対応」「職場環境」「教員資質」「多忙」「トラブル対処」「教育方法」「教員相互関係」「研究資源」「教育能力向上」で構成された。信頼性は高く ($\alpha = 0.82 \sim 0.92$)、妥当性は他の関連尺度との間で高い相関（不安尺度 $r = 0.54$ 、バーンアウト尺度 $r = 0.56$ ）が確認された。

Abstract

The present study was undertaken to develop a stressor scale for evaluating stressors to which teachers at nursing schools are occupationally exposed. The author prepared a conceptual framework concerning stressors for nursing teachers by analyzing and reviewing the literature. In a pilot study using this framework, the author asked 50 nursing-school teachers to answer questions using the free entry method. Then, the author prepared a questionnaire on stressors and conducted a questionnaire survey to investigate stressors to which the teachers were exposed. The survey involved 450 teachers working at nursing schools across the country. Responses were collected from 227 teachers. The age of the responders was 41.9 years (mean). On the basis of the results from factor analysis, the author created a stressor scale for nursing teachers composed of 9 factors and 57 items. The 9 factors were “dealing with students”, “workshop environments”, “teacher’s qualifications”, “work load”, “dealing with problems”, “educational methods”, “relationships among teachers”, “research resources” and “improving teaching skills.” This scale was highly reliable ($\alpha = 0.82 \sim 0.96$). The validity of this scale had a close correlation with the other related scales ($r = 0.54$ with an anxiety scale and $r = 0.56$ with a burnout scale).

文 献

- 1) 日本看護協会調査研究室：日本看護協会調査報告No.38看護教育調査，日本看護協会出版会，86-123，東京，1993。
- 2) 坂井恵子，名原壽子：新人看護教員が抱える悩みのタイプ，第18回日本看護科学学会学術集会講演集，396-397，1998。
- 3) 坂井恵子，名原壽子：新人看護教員の悩みと個人的特性との関連，第28回日本看護学会集録（看護教育），5-7，1997。
- 4) Cohen, R.C., Kessler, R.C., et al : Measuring Stress, Oxford University Press England 1995（小杉正太郎監訳：ストレス測定法，365-400，川島書店，東京，1999）

- 5) Karen, E.C., June, T.B., : Living with stress and promoting well-being, 1980 (伊藤幸子, 他: ナースとストレス, 51-78, 医学書院, 東京, 1985)
- 6) 森 俊夫, 影山隆之: 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査, 産業衛生雑誌, 37, 135-142, 1995.
- 7) 三木明子, 原谷隆史: 看護師の年代別職業性ストレスの特徴, 第32回日本看護学会論文集 (看護総合), 68-70, 2002.
- 8) Lazarus, R.S., & Folkman, S.: Stress, appraisal, and coping, Springer Publishing Company, New York, 1984 (本明 寛, 春木 豊, 他監訳: ストレスの心理学, 4-14, 実務教育出版, 東京, 1991)
- 9) Lazarus, R.S., Cohen.D.: The stress and coping paradigm. Models for clinical psychopathology, Academic Press, New York, 177-214, 1981.
- 10) Lazarus, R.S.: Coping theory and research: Past, present, and future. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247, 1993.
- 11) 中島義明, 安藤清志, 他: 心理学辞典, 475, 有斐閣, 東京, 1999.
- 12) 高木 亮, 田中宏二: 教師のストレッサーに関する研究, 教育心理学研究51, 165-174, 2003.
- 13) 熊谷温子: 看護教員の授業・実習指導上の不安や悩み, 看護教育, 33(1), 58-62, 1992.
- 14) 看護行政研究会監修: 平成14年版看護六法, 新日本法規, 1198, 名古屋, 2002.
- 15) 浜田悦子, 樋口康子, 他: 看護短大における看護教員の教育意欲と職務遂行上の意識との関連について, 日本赤十字看護大学紀要, 1, 23-31, 1987.
- 16) 浜田悦子, 稲岡文昭, 他: 「教師教育」と「教員の職務」との関連についての調査研究, 看護教育, 29(13), 851-867, 1998.
- 17) 浜田悦子, 佐々木幾美: 看護教員の職務意識に影響する就職後の再教育, 日本看護赤十字大学紀要, No8, 45-58, 1994.
- 18) 堀内成子: 看護大学における教員の役割と今後の展望, 看護教育, 32(4), 216-220, 1991.
- 19) 伊藤美奈子: 教師のバーンアウト傾向を規定する諸要因に関する探索的研究, 教育心理学研究48, 12-20, 2000.
- 20) 稲岡文昭, 浜田悦子, 他: 看護教員のBOURNOUTとBOURNOUTに関与する心理社会的・教育的要因, 日本看護学会誌, 3(1), 38-49, 1994.
- 21) 岡元彩子: 高校生の問題と理解, 現代のエスプリ1, 45-54, 1995.
- 22) Micheal S.: Qualitative Voices in Educational Research, Falmer Press Social Education Research and Educational Studies Series, 10, 139-156, 1993.
- 23) Marcy, CK: Faculty Mentoring and Administrative Support in Schools of Nursing, Journal of Nursing Education, 34(9), 419-422, 1995.
- 24) 鈴木信子, 鈴木幸子, 他: 新人教員をとりまく問題, 東京都立荏原看護専門学校 (資料), 1997.
- 25) 文部科学省: 平成13年度看護学教育ワークショップ資料2, 2001.
- 26) 伊藤暁子, 吉田喜久代, 他: 看護教員および看護教育管理者に求められる能力と教育内容, 看護展望, 18(4), 69-78, 1993.
- 27) 林 幸範: 看護教員に関する研究 - 満足度・やりがい感を中心にして, 第24回日本看護教育学会集録, (看護教育), 101-103, 1993.
- 28) 西村千代子: 教員不足の背景をさぐる, 看護教育, 32(4), 197-200, 1991.
- 29) Cherniss, C. Professional Burnout in Human Service Organization, New York, Praeger, 1980 (田尾雅夫, 久保真人: バーンアウトの理論と実際, 誠信書房, 東京, 1996)
- 30) 堀洋道, 山本真里子, 他: 心理尺度ファイル, 551-554, 垣内出版, 東京, 1994.
- 31) 清水秀美, 今榮国晴: STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORYの日本語版 (大学生用) の作成, 教育心理学研究, 29(4), 348-353, 1981.
- 32) 曾我祥子: STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) について, 17(2), 107-116, 1984.
- 33) 研究代表者 佐々木俊介: 『教師教育』と『教員の責務』との関連についての調査研究, 課題番号13610323, 平成13～15年度科学研究費補助金 (基盤研究C(2)) 研究成果報告書, 平成16年3月.
- 34) 金子勲榮, 針田愛子: 小・中学校教師の職場ストレスに関する分析, 金沢大学教育学部紀要人文・社会・教育科学編, 42, 1-10, 1993.
- 35) 田中幸代: 大学教員に求められる教育力向上のために, 教育心理学研究46, 473-483, 1998.
- 36) 岡崎 勝, 赤田圭亮, 編: 100万人教員のためのやさしい悩みごと相談, こころの科学増刊, 2003.

[平成17年1月4日受付]
[平成17年6月16日採用決定]

自分で書きこむ

●学生さんの自己学習に大好評の1冊!

病態関連ケアノート

◆二渡玉江(群馬大学保健学科教授)
林 陸郎(群馬県立県民健康科学大学教授)
下村洋之助(群馬県立県民健康科学大学教授) 編著
◆B5判 200頁 定価2,310円(本体2,200円 税5%)

最新刊!



ISBN4-263-23476-6

◆本書の主な特徴

- 本書は、はじめて病態生理、病気のことを学ぶ人のために、疾患の生ずるメカニズムを中心に、治療、看護・ケア、予防法について解説しています。
- まるごと全体像を理解するための手段となるよう、自分で図書に書き込めるように編集しています。内容は解剖・生理に基づいた疾患のメカニズムと対応(治療・看護)について、骨組みとなる重要な事項をお互いが関連しあうように図解・列挙して解説した、とてもわかりやすいテキストです。
- 次にこれらの骨格に、必要最小限度の肉付けとして解説ページを分けました。図解ページに設けた余白は読者が納得・理解したことを、自分の言葉で表現するためのものです。また、新たな知識を得た時には、これらの余白以外にもどんどん書き込みをしてノート代わりに利用してください。詳しくは「本書の使い方」を参照してください。
- 内科、外科、小児科、婦人科、精神科などから各領域の代表的な疾患を精選し、実際に臨床の場で役立つように、すべて頻度の高い、各領域内で共通する内容を含む重要なものについて、懇切に解説しています。

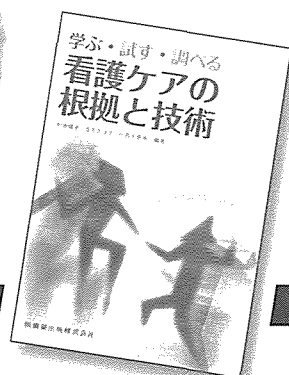
◆根拠がわかることで技術の応用力と発展力が身につく、教えやすいと大好評のテキスト!

学ぶ・試す・調べる

看護ケアの根拠と技術

◆村中陽子(岩手県立大学ソフトウェア情報学研究科)
玉木ミヨ子(埼玉医科大学短期大学看護学科教授)
川西千恵美(徳島大学医学部保健学科教授) 編著
◆B5判 224頁 定価2,940円(本体2,800円 税5%)

最新刊!



ISBN4-263-23470-7

◆本書の主な特徴

- 基本技術からの応用や発展のさせ方に重点をおき、臨床への適応の助けとなること、今後の臨床看護実践と看護研究の発展に役立つことを目指してまとめた大好評のテキスト。
- “学び”“試し”“調べる”という学習が、EBMの実践に必要な根拠を“探し出すこと”、“つくり出すこと”、“使うこと”という態度の習得に繋がるように、ひとつひとつの看護技術の根拠を懇切に記述。
- まず、看護援助の必要性、それを判断するためのミニマムデータとアセスメントの概念図を提示。次に基本技術(安全/安楽/動作経済の面で効果的な方法、臨床における禁忌事項)の根拠を示しながら解説し、実践に役立つようなその応用技術と臨床のポイントを加えた。
- 技術を裏づけする多くの実証報告を紹介し、さらに、追加検証が必要なケースの検証点、経験からの知の場合どのような観点で検証するとよいかについても、詳しく解説した。

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



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

2005年10月作成:IS

看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造

Learning Structure of Practical Nursing Care for Chronically Ill Patients

新 谷 善 恵¹⁾
Yoshie Shintani

稲 垣 美智子²⁾
Michiko Inagaki

キーワード：慢性疾患看護，看護実践ケア，看護，看護教育，継続教育
Key Words：nursing care of chronically ill, practical nursing care, nursing, nursing education, further education

I. はじめに

慢性疾患患者ケアについて看護基礎教育では、学生が経験を通して主体的に慢性疾患患者を理解できるように疑似体験¹⁾や経験学習²⁾などの教育方法が工夫されているが、慢性疾患患者への実践ケアの獲得は卒後の課題となっている。一方、卒後継続教育では教育プログラムが整いつつあるものの、院内研修では慢性疾患患者ケアに関する報告は少なく、院外研修では内容検討の段階^{3), 4)}であり、院外研修受講者からは患者ニーズの変化や疾病構造の変化に対応した研修⁵⁾、具体的な患者教育方法や教育評価に関する研修が希望されている⁶⁾。これらのことより看護基礎教育および卒後継続教育ともに、慢性疾患患者ケアにおいて課題が残ることがわかる。また、慢性疾患患者への実践ケアの獲得は看護師個人の経験に委ねられている現状といえる。

慢性疾患患者に携わる看護師個人の経験について、看護師の実践ケア場면을記述した質的研究^{7)~10)}や、慢性疾患患者へのケア役割を記述した質的研究¹¹⁾が報告されている。いずれの研究も看護師は患者の言動を見るだけではなく、その前後の文脈をも含んで解釈していること、その一連の行為には慢性疾患患者との相互作用が関与していることが示唆され、それらが看護師の実践ケアに影響することが明らかにされている。しかし、慢性疾患患者への実践ケアをどのように獲得していくのかについては、明らかにされていない。

まずは、慢性疾患患者をケアする現場で何が起こり、看護師はどのように慢性疾患患者ケアを学んでいるのかを記述することから始めることで、看護師の慢性疾患患者への実践ケアの獲得方法とその過程における困難さが見出されるのではないかと考えた。さらに、卒後継続教育のあり方や教育方法が示唆され、卒後継続教育方法の開発の一助になるとも考えられた。そこで本研究は、看護師が慢性疾患

患者への実践ケアを学ぶ構造を明らかにすることを目的とする。

1. 用語の定義

実践ケア：看護師個人が患者に関心を向け、患者の安寧やニーズの充足のために直接的な働きかけをすること。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究はグラウンデッドセオリー法を用いた質的因子探索研究である。看護師をとりまく社会や慢性疾患患者との相互作用を通じて、看護師が慢性疾患患者へのケアをどのように意味付け解釈し、実践ケアを獲得しているのかを明らかにするためには、データから理論を構築することを目的に開発されたグラウンデッドセオリー法が適切であると考えた。

2. 研究フィールドと研究参加者（表1）

研究フィールドにはK市内の中規模病院2施設内科系3病棟を選定し、面接への参加には1－5年の内科病棟勤務経験がある看護師に依頼をした。さらに比較検証を行うため、研究フィールドをICU・CCU病棟まで広げ、面接参

表1 研究フィールドと研究参加者

		A病棟	B病棟	C病棟	理論的 サンプリング
研究フィールド		内科系	内科系	内科系	ICU/CCU 1名 内科系 3名
臨床経験年数	1～3年	3名	3名	2名	1名
	4～5年	1名		1名	3名
	6年以上	3名			
内科経験年数	1～3年	5名		2名	2名
	4～5年	2名		1名	
	6年以上				2名
学歴	専門学校卒	7名	3名	3名	1名
	短大卒				3名

1) 石川県立田鶴浜高等学校専攻科 Nursing School of Junior College, Tatsuruham High School

2) 金沢大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University

加者もICU・CCU病棟勤務経験者および学歴の相違する内科病棟経験者を追加し、理論的サンプリングとした。最終的な面接参加者は17名となった。中規模病院を選択したのは、慢性疾患患者の重症度や入院期間の偏り、看護師の学歴の偏りを防ぐためであった。また1～5年目の看護師の選択は、一般に卒後継続教育は5年目までの看護師を対象としていること、状況を直感的にとらえることができる熟達者になるには3～5年を要すること¹²⁾を参考にした。

3. データ収集の方法と分析

データ収集には参加観察法と半構成的面接法を用い、2002年11月～2003年9月に実施した。データ分析ではグラウンデッドセオリー法を用い、研究経験が豊富なスーパーバイザーに指導を受けることで信用可能性を高めるとともに、共同研究者を含む複数者の解釈により真実性を確保しながらすすめた。以下に方法を説明する。

1) 参加観察の方法

20日間延べ98時間に渡り、観察者としての立場から病棟に入り申し送りやカンファレンス、看護ケア場面から、様々な経験年数の看護師がとる行動や患者との関係、看護師をとりまく環境を観察し、随時インタビューを行った。参加観察の進行と同時に、観察内容を記述したフィールドノートを繰り返し読み、コード化を進め、ストーリーとした。また、観察中の直感的な印象とその証拠となるデータを加えて、ダイアグラムを作成した。テーマに照らしながら描いたダイアグラムにより、病棟で起こる現象に説明がつくかを観察し、説明がつくことを確認した上で、看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学んでいく際に影響すると仮定した要因を抽出した。

その結果、看護師は患者と向き合う経験や慢性疾患患者ケアに困難を感じる経験、モデルとなる看護師の行為を意味付け解釈し、慢性疾患患者のイメージや理想とする慢性疾患患者ケアを見出しているのではないかと推察された。さらに病棟によっては、看護師－患者間の相互関係の深まりやスタッフ間の親しさ、慢性疾患患者ケアに関する教育にも相違があった。これら環境要因も、慢性疾患患者への実践ケアを学習していくプロセスで何らかの影響を及ぼしている可能性が予測できた。

2) 半構成的面接の方法

半構成的面接の質問内容は、参加観察から得られたデータを基に構成した。(a)慢性疾患患者のイメージについて、(b)印象に残っている慢性疾患患者へのケア体験について、(c)慢性疾患患者ケアを行う上で大切にしていることについて、(d)慢性疾患患者との関係のとり方について、(e)慢性疾患患者ケアを行うにあたり影響を与えた人や出来事についてという5つの質問からはじまる面接を行い、面接終

了時には臨床看護に携わった経験年数、内科病棟に勤務した経験年数、学歴についても調査をした。面接は病院内の個室で行い、承諾を得てテープレコーダーに録音した。面接時間は30分から65分を要した。逐語録は1事例ごと文脈に沿って参加者が何を体験し何を学んでいるのかを読み取り、解釈し、コード化していった。さらに事例を重ねつつ、カテゴリー化し、概念にネーミングを行った。

3) 理論的サンプリングの方法

予定していた参加観察と面接が終了した時点で、慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ特性といえるのか、看護全般を指すことなのではないかという疑問がわいた。その疑問は理論的に重要であると考え、対極的なフィールドといえるICU・CCU病棟で、申し送りやケア場面に同行し、看護師と患者の関係、看護師をとりまく環境などを観察した。さらに、ICU・CCU病棟勤務経験者1名に面接を追加した。

加えて、ストーリーラインおよびカテゴリー間の関係を検証すること、十分に発展していないカテゴリーを充実させる目的から、類似比較をする理論サンプリングとして、学歴の相違する内科病棟勤務経験者にも面接をし、比較検証を行った。継続的な比較分析を行いながら、適切な概念を導き出し、複数の概念間の関連性を検討していった。これまでの分析によって見出されているカテゴリー体系の説明つく理論的飽和に達するまで、理論的サンプリングを進めた。

4. 倫理的配慮

質的研究の一般的な倫理規定に従って研究をすすめた。参加観察では看護師および患者の双方に、許可を得たうえで同席した。看護師への面接の依頼は研究者が個別に行い、研究の主旨と具体的な方法に加え、研究への参加は自由であり途中放棄が可能であること、得られた情報は研究の目的以外に使用しないこと、データの処理には細心の注意を払うこと、結果の記述は個人が特定されないよう配慮することなどを紙面と口頭で説明し、同意書の署名にて研究参加の承諾を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造の概要(図1)

看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びは【ケア環境に感化される】を中核とする学びであり、その構造には〈学習プロセス〉あるいは〈学習プロセスからの逸脱〉という過程があることが描き出された。〈学習プロセス〉では〈停滞サイクル〉と〈発展プロセス〉という特性が見出され、〈発展プロセス〉は〈学習内容〉の獲得にまで発展

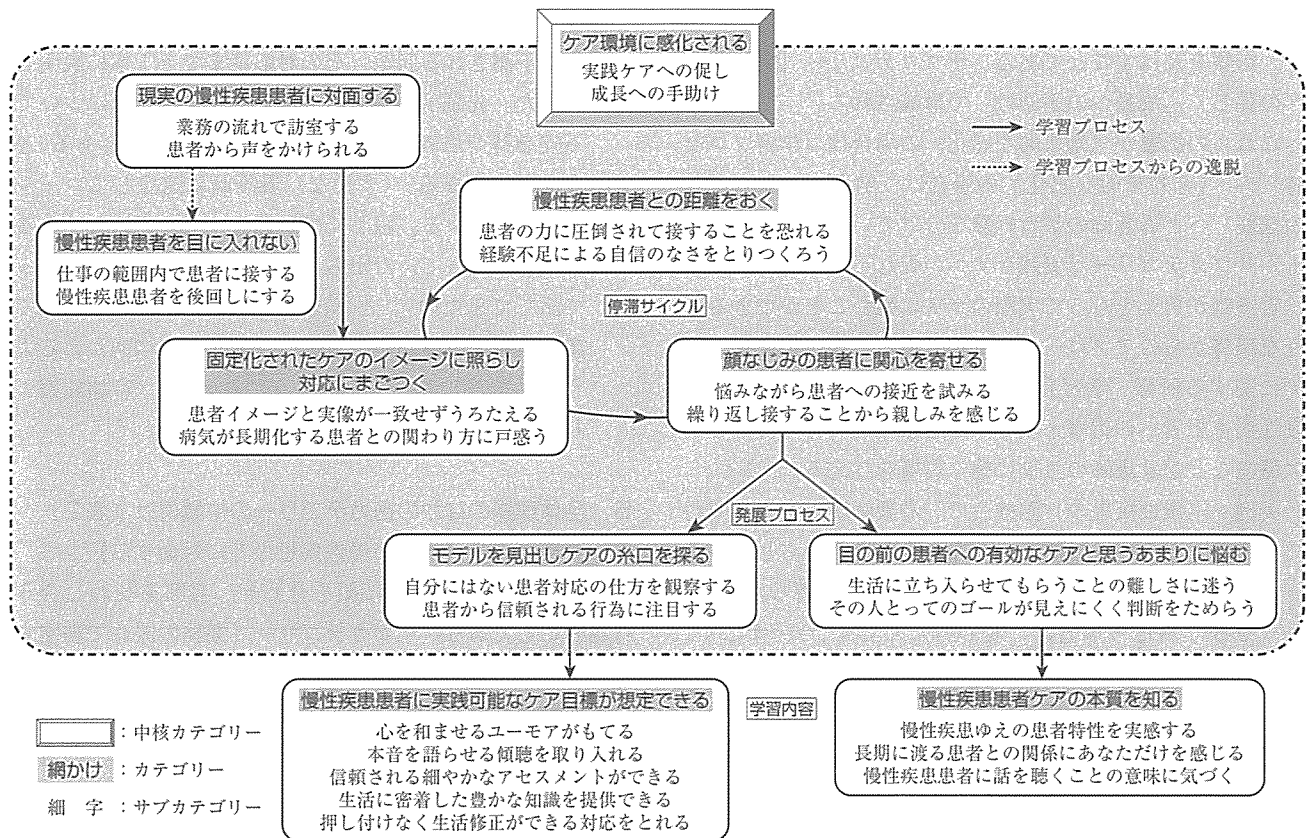


図1 看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造

していた。

中核カテゴリー【ケア環境に感化される】には学習に《効果的な感化》と《非効果的な感化》という次元があり、《効果的な感化》の場合は〈学習プロセス〉を踏むことが可能になるが、《非効果的な感化》の場合は〈学習プロセスからの逸脱〉に至ることが説明された。【ケア環境に感化される】ことにより看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びは左右されるが、いったん看護師の学びとして身についた〈学習内容〉は【ケア環境に感化される】ことがないと説明され、構造図では点線の囲いで示した。中核カテゴリー・カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〔〕、特性を〈〉、次元を《》と表記する。

2. 〈学習プロセス〉の構造

〈学習プロセス〉は【現実の慢性疾患患者に直面する】、【固定化されたケアのイメージに照らし対応にまごつく】、【顔なじみの患者に関心を寄せる】、【慢性疾患患者との距離をおく】、【モデルを見出しケアの糸口を探る】、【目の前の患者への有効なケアと思うあまりに悩む】、【慢性疾患患者に実践可能なケア目標を想定できる】、【慢性疾患患者ケアの本質を知る】の8カテゴリーで構成された。

〈学習プロセス〉は、【固定化されたケアのイメージに照らし対応にまごつく】、【顔なじみの患者に関心を寄せる】、

【慢性疾患患者との距離をおく】を循環し停滞するサイクルと、【顔なじみの患者に関心を寄せる】をきっかけとした〈学習内容〉の獲得にまで発展するプロセスで説明され、それぞれを〈停滞サイクル〉、〈発展プロセス〉と命名した。〈発展プロセス〉では、【モデルを見出しケアの糸口を探る】という理想とする看護師のケアを観察することから【慢性疾患患者に実践可能なケア目標を想定できる】ことを可能にし、【目の前の患者への有効なケアと思うあまりに悩む】という自身の経験をもって【慢性疾患患者ケアの本質を知る】ことを学んでいた。

〈学習内容〉は、【慢性疾患患者に実践可能なケア目標を想定できる】および【慢性疾患患者ケアの本質を知る】であり、いったん看護師の学びとして身につくと【ケア環境に感化される】ことがないことが説明された。

3. 〈学習プロセスからの逸脱〉の構造

〈学習プロセスからの逸脱〉は【慢性疾患患者を目に入れない】の1カテゴリーで構成された。このプロセスをたどる看護師は、慢性疾患患者への実践ケアの学習から逸脱していた。

4. 中核カテゴリー【ケア環境に感化される】

病棟内で起こっている相互作用やその環境がもつ雰囲気

気・価値・信念が、看護師自身の価値や行為に関与していき、影響を及ぼすことである。サブカテゴリー「実践ケアへの促し」、[成長への手助け]で構成される。

これらの影響が《効果的な感化》の場合は〈学習プロセス〉へ、《非効果的な感化》の場合は〈学習プロセスからの逸脱〉へと看護師の学習経験を分けていく。

1) サブカテゴリー「実践ケアへの促し」

看護師が勇気をもって実際のケアに臨むことができるような環境からのアプローチのことである。慢性疾患患者ケアに関する研修・学習会が組み込まれているケア環境や、慢性疾患患者への指導・教育などを積極的に行っているケア環境などが看護師の意欲に強く影響を与える。

実例：「(慢性疾患の)勉強会で、看護師が患者様に関わる時、どういう目的か、どんなことを今からしていくのか、言ってしまう方がいいんですよって習ったので、やってみたら本当に(変わったんです。)…すごく、活用できた。そういう風に自分を活用していけばいいんだなって。」(I看護師の面接より)

実例：「…すごく熱心な人がいるんです。熱心に指導とかすると周りも頑張らなきゃみたい、ついていかなきゃみたい、なると思うし、(逆に)みんなも業務に流れて、上の人も流れて、指導とかも疎かになると、そのまんま下の子も一緒になって、そんな雰囲気になってしまうし…病棟が変われば、変わるのかな…」(P看護師の面接より)

2) サブカテゴリー「成長への手助け」

看護師が実践ケアに取り組めるように行われる直接的な働きかけのことであり、この関わりが看護師の実践ケアを確かなものにし、看護師の成熟を促す。看護師・医師などのスタッフ間で行われる相談や、申し送り・カンファレンスといった場面で行われる直接的な指導が看護師の実践ケアを可能にするとともに、個人の成長を導く。

実例：1年目の看護師が先輩看護師に申し送りを行う場面で先輩看護師は、どのように患者の状態をアセスメントしたのか、実際にどのような看護をしたのかという質問を投げかけ、新人看護師に自身の実践ケアをフィードバックさせていた。先輩看護師はユーモアを交えながらカラッとした口調で「(申し送りの)受け手から情報を得るような申し送りでは困るよ～」と注意をしたが、新人看護師をせめることはしなかった。その様子には新人看護師が成長することへの期待と見守りが伺えた。(参加観察より)

実例：22年の臨床経験をもつ看護師が1年目の看護師に申し送りをしている場面を観察した。先輩看護師は患者の状態やこれまでの経過だけを伝達するのではなく、現状をどのようにアセスメントしたのかという自

身の思考過程を加えて話し、これから出現しやすい症状や予測される問題、その対応策までを丁寧に説明していた。先輩看護師は「(退院後の自己管理について不安を持つ患者は)退院したくない気持ちもあるし、夜は不安になる。(多忙な)看護師に遠慮してコールも我慢している。寂しくて、悲しくて、死にたくなることもあるって、だからナースコールしてもいいよって話して来たの。」と状況が思い浮かぶような口調で語り、新人看護師が患者のベッドサイドに向かえるように手を差し伸べているようにみえた。(参加観察より)

5. 全体理論のなかの各カテゴリーの位置付け(表2)

1) カテゴリー【現実の慢性疾患患者に直面する】

慢性疾患患者と実際に顔を合わせ、言葉を交わし合う行為のことである。サブカテゴリー「業務の流れで訪室する」、[患者から声をかけられる]で構成される。

看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びは、【現実の慢性疾患患者に直面する】ことから始まり、すべての看護師が経験を積む。しかしこの経験が〈学習プロセス〉へつながるのか、あるいは〈学習プロセスからの逸脱〉に至るのかは、ケア環境がもつ慢性疾患患者ケアに関する価値が関与する。

実例【業務の流れで訪室する】：看護師は多様な仕事をするために患者の元に訪室をしていた。定期的な観察のための訪室、清潔ケアや体位変換などのケアのための訪室、オリエンテーションや患者教育のための訪室などが観察された。(参加観察より)

実例【患者から声をかけられる】：看護師は患者から様々な場面で声をかけられていた。廊下やデイルームでの挨拶、ナースステーションで話される頼みごとや苦情、ナースコールでの訴え、退院した患者からの電話での相談などが観察された。(参加観察より)

2) カテゴリー【固定化されたケアのイメージに照らし対応にまごつく】

既存の知識や自身がつけたケアの印象と比較して、ありのままの患者を理解することの難しさやその関わり方の難しさを実感するとともに、その状況にあった手段や方法が思いつかなくてまごまごすることである。サブカテゴリー「患者イメージと実像が一致せずうろたえる」、[病気が長期化する患者との関わり方に戸惑う]で構成される。

〈学習プロセス〉をたどるすべての看護師は【固定化されたケアのイメージに照らし対応にまごつく】ことを経験し、この疑問を抱えながら慢性疾患患者に接し、次のプロセスを踏んでいく。

実例【患者イメージと実像が一致せずうろたえる】：「心

表2 カテゴリーを構成するサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	サブカテゴリーの説明
現実の慢性疾患患者に 対面する	業務の流れで訪室する	検温や患者に必要な処置、清潔ケアなど日常的な看護技術の実施のために、患者のベッドサイドに足を運ぶこと。
	患者から声をかけられる	廊下で患者に話し掛けられたり、ナースコールで呼ばれるなどの患者からの促しで対面すること。
固定化されたケアの イメージに照らし 対応にまごつく	患者イメージと実像が 一致せずうろたえる	長年に渡り慢性疾患と付き合っている患者を理解することが簡単ではないことや、既存の知識と現実の患者を結びつけることがたやすくないことを目の当たりにし、どうしてよいのか分らなくなること。
	病気が長期化する患者 との関わり方に戸惑う	長年に渡り慢性疾患を抱えている患者や繰り返し入院してくる患者に対し、どのように接していけばよいのか分らなくなり、うろたえること。
顔なじみの患者に 関心を寄せる	悩みながら患者への接近 を試みる	どうすればいいのかと迷いながらも、ありのままの患者を理解することやその関わり方を探ることを目的に、コミュニケーション技術を工夫して、患者に近づいていくこと。
	繰り返し接することから 親しみを感じる	何度となくベッドサイドに足を運ぶことで、慢性疾患患者との隔たりを縮めていくとともに、話ができるようになっていくこと。
慢性疾患患者との 距離をおく	患者の力に圧倒されて 接することを恐れる	慢性疾患患者に深く関わることや心になづくことに対して、疾患歴の長い慢性疾患患者の迫力におされ看護師自身の力量ではかなわないと思ってこわがること。
	経験不足による自信のなさ をとりつくろう	顔なじみになった患者から相談を受けたり、苦痛や疑問を投げかけられても、どのような対応をとればよいのか適当なでだてが見つからないために、目先をつくろうこと。
モデルを見出し ケアの糸口を探る	自分にはない 患者対応の仕方を観察する	周囲の看護師が患者に関わる際にとる態度を直接見たり、看護師間の話し合いや看護記録から看護師それぞれの患者に関わる姿勢を洞察することから、慢性疾患患者へのふるまい方や物事の運び方のヒントを得ようとする事。
	患者から信頼される行為 に注目する	患者から頼られている看護師に関心を寄せ、どのような看護師の能力が慢性疾患患者から認められているのかを観察すること。
目の前の患者への 有効なケアと思う あまりに悩む	生活に立ち入らせてもらう ことの難しさに迷う	長年に渡り慢性疾患と付き合ってきた患者は、病気に対する知識を経験的に培っており、その人なりの考えや価値を併せ持っていることから、その人の生活に介入することが簡単ではないために悩むこと。
	その人にとってのゴールが 見えにくく判断をためらう	長期に渡る療養を必要とする患者にとっての目標をどこに定めればいいのか、その際の価値をどこに置けばいいのかの見極めに対して躊躇すること。
慢性疾患患者への 実践可能なケア目標が 想定できる	心を和ませるユーモアが もてる	機知に富んだしゃれを用いて、慢性疾患との付き合いが長期化するに従って起こる複雑な気持ちを和らげたり、ひと時でも明るい気持ちにすること。
	本音を語らせる傾聴を 取り入れる	慢性疾患患者がもつ本当の気持ち、内部事情やその意味などを、患者自身が打ち解けて、話したくなるような聞き方ができること。
	信頼される細やかな アセスメントができる	患者の生活背景や疾患の受け止め方、人生の価値など詳しい情報を持ち合わせ、そのうえで分析していることがスタッフおよび患者からの信用となっていること。
	生活に密着した豊かな知識 を提供できる	慢性疾患を抱えながら暮らしていく時に、必要となる具体的で活用可能な知恵を持ち合わせいて、患者に提案できること。
	押し付けなく生活修正が できる対応をとれる	実際に慢性疾患と付き合っている患者のこだわりや苦勞を尊重しつつ、専門家として、生活改善のための意見を述べるができる関わり方のこと。
慢性疾患患者ケアの 本質を知る	慢性疾患ゆえの患者特性 を実感する	慢性疾患患者がみせる理解しがたい出来事から、症状の変化が分りにくい病気と生涯に渡り付き合っていくことを余儀なくされ、また生活の変更や改善を求められる慢性疾患だからこそ、陥りやすい行動や傾向だと感じること。
	長期に渡る患者との関係 にあなただけを感じる	同じ患者に繰り返し関わることの経験から、看護師－患者の相互間で起こる反応やその結びつきに特別な感情が生じることに気づくこと
	慢性疾患患者に話を 聴くことの意味に気づく	慢性疾患患者との対話を繰り返すことから、傾聴することの重要性を感じるとともに、患者が表現する言葉や行動にあるメッセージ、傾聴するその行為自体の有効性に思いがよぎっていくこと。
慢性疾患患者を 目に入れない	仕事の範囲内で 患者に接する	業務時間の流れのなかで患者と顔を合わせ、しなくてはならないルーチン業務だけを行い、慢性疾患患者特有のケアに踏み込もうとしないこと。
	慢性疾患患者を 後回しにする	症状の変化の緩慢さや緊急性が少ないことから、その日の業務内容や時間的な制約を理由に、慢性疾患患者へのケアの順番を後にすることであり、患者への深い関わりがもてない状況になること。

不全の人は、何回も何十回も繰り返して入院してくる人が多いので、びっくりしましたね。薬も飲んでるのに繰り返したりとか。」(M看護師の面接より)

実例【病気が長期化する患者との関わり方に戸惑う】：「難しいですね。(生活指導のために) 話す内容もその病気についても、皆何十年ってかかっているんで、詳しいし、聞く耳ももたなくなってしまうんで。」(M看護師の面接より)

3) カテゴリー【顔なじみの患者に関心を寄せる】

患者－看護師双方が知り合いであることを認識し、親しみを感じて声をかけやすい間柄になっていき、徐々に心を傾けていくことである。サブカテゴリー【悩みながら患者への接近を試みる】、【繰り返し接することから親しみを感ずる】で構成される。

この経験が、慢性疾患患者をケアするという意味を見つめることへの導入となる可能性を秘めている。【顔なじみの患者に関心を寄せる】は、〈停滞サイクル〉と〈発展プロセス〉の分岐点に位置する。

実例【悩みながら患者への接近を試みる】：「生活習慣病とかにしても、きっとその人はわかっているから、まずわかっているか、わかっていないかを聞いて、その人の足りないところをどこかというのを、コミュニケーションのなかで探して…」(N看護師の面接より)

実例【繰り返し接することから親しみを感ずる】：「(再入院の患者に対して) また来たんだって思って、気軽に声をかけられると言うか、この人、薬飲んでいなかったなあとか、また飲んでいないのかなあとか、思ったりとか、初対面の人とはちょっと対応が違うかもしれないですね。」(Q看護師の面接より)

4) カテゴリー【慢性疾患患者との距離をおく】

患者の存在を常に意識していても、実際には慢性疾患患者への隔たりが生じ、深い関わりがもてないことである。サブカテゴリー【患者の力に圧倒されて接することを恐れる】、【経験不足による自信のなさを取りつこう】で構成される。

【顔なじみの患者に関心を寄せる】ことができたとしても、ケア環境が整っていなければ〈発展プロセス〉に至ることはなく、慢性疾患患者への対応に戸惑い、対策がとれないままに、〈停滞サイクル〉にとどまってしまう。

実例【患者の力に圧倒されて接することを恐れる】：「(私は) 何も知らない。でも患者さんは長い間その病気と付き合ってきて、病気のこともわかっているし、その人なりの考え方も持っている。その人が間違えたことをしていたとしても、なかなかその間違いを正すことができないんです。」(D看護師の面接より)

実例【経験不足による自信のなさを取りつこう】：腰

部脊柱管狭窄症患者が腰痛のため投薬を希望し頻回にナースコールを鳴らしていた。看護師は少し苛立ちながらも、鎮痛剤使用時間を考慮して曖昧な態度で反対した。患者の表情は硬くなった。しかし看護師は、「坐薬を入れるにしても、注射を打つにしても、8時間空けなきゃいけないから、少し様子をみましょう。」と言ひ残し、病室を去った。(参加観察より)

5) カテゴリー【モデルを見出しケアの糸口を探る】

看護師は慢性疾患患者ケアのヒントを探るために、周囲の看護師のなかから模範となる人物を発見し、患者に近づくための手がかりを手探りで見つけ出そうとすることである。サブカテゴリー【自分にはない患者対応の仕方を観察する】、【患者から信頼される行為に注目する】で構成される。

この時模範となる人物はひとりだけではなく、複数の看護師を統合して慢性疾患患者ケアの理想像とする。モデルにしたいと思う看護師が多くいるケア環境が、【顔なじみの患者に関心を寄せる】より〈発展プロセス〉への移行を助ける。

実例【自分にはない患者対応の仕方を観察する】：「患者さんへの対応とか、人それぞれに違うわけじゃないですか。自分にはない対応の仕方とか見た時は、ああこういう対応の仕方があるんだと、自分も機会があれば取り入れようと思いますね。」(K看護師の面接より)

実例【患者から信頼される行為に注目する】：「退院された患者様からも電話がかかってくる、こんな時はどうすればいいとか…素晴らしいなって、信頼されて頼りにされているんだなって。」(I看護師の面接より)

6) カテゴリー【目の前の患者への有効なケアと思うあまりに悩む】

慢性疾患患者全般から慢性疾患をもつただひとりのその患者に視点が移り、その患者が抱える問題を患者の背景や価値を考慮に入れてケアしようとする時、具体的なケア方法を見つけていることが出来ずに、思い煩うことである。サブカテゴリー【生活に立ち入らせてもらうことの難しさに迷う】、【その人にとってのゴールが見えにくく判断をためらう】で構成される。

このことは経験を積み重ねた後にも感じることであり、慢性疾患患者ケアに関わる看護師の悩みでもある。患者によりよいケアを提供したいという願いをもつケア環境であることが、【顔なじみの患者に関心を寄せる】より〈発展プロセス〉への移行を助ける。

実例【生活に立ち入らせてもらうことの難しさに迷う】：「長年透析をしておられるので、自分のその病気のこととは自分が一番よくわかっているって自負しておられて、私達もなかなか立ち入らせてもらえないような傾

域があったりとか…」(L看護師の面接より)

実例 [その人にとってのゴールが見えにくく判断をためらう]:「慢性疾患患者さんって一生のお付き合いだと思っているし…ある程度教育していかなくちゃとは思っているんですね。生活面とか、それでも高齢の方にこれでいいんだって言われたら、どっちがいいんだろうって、悩んでしまうし、」(O看護師の面接より)

7) カテゴリー【慢性疾患患者に実践可能なケア目標を想定できる】

具体的な慢性疾患患者ケアのイメージをふくらませ、実践可能なケア目標を想定していくことである。サブカテゴリー [心を和ませるユーモアがもてる], [本音を語らせる傾聴を取り入れる], [信頼される細やかなアセスメントができる], [生活に密着した豊かな知識を提供できる], [押し付けなく生活修正ができる対応をとれる] で構成される。

〈学習プロセス〉では最終点に位置する。モデルが行うケアから見出した実践ケア目標が、慢性疾患患者への実践ケアを行う際の起動力となる。

実例 [心を和ませるユーモアがもてる]:「明るっていうこと。その人がそこにいると、その場の雰囲気が和らぐっていうか、そんな感じで、」(H看護師の面接より)

実例 [本音を語らせる傾聴を取り入れる]:「いかにベッドサイドにいれるか、…その患者さんの側において、何か思っていることとか、引き出せると…」(N看護師の面接より)

実例 [信頼される細やかなアセスメントができる]:「患者様の日常生活をすごく細かくアセスメントして、いろんなことにすごく詳しいんですよ。」(I看護師の面接より)

実例 [生活に密着した豊かな知識を提供できる]:「本当に知識が豊富で、患者様に質問された時もすらすらと、的確なアドバイスされている。私がどうしようと思っていることでも、その方に代わっていただくと、患者様はすごく安心する、知識が豊富なんです。」(I看護師の面接より)

実例 [押し付けなく生活修正ができる対応をとれる]:「否定しないのが一番かなって思うんです。そのやり方がもし間違っていたとしても、その人なりに理解してそういうやり方をしてきたのだから、否定しないで、こういう方法がこうだからいいって、理論付けて教えるとか、」(F看護師の面接より)

8) カテゴリー【慢性疾患患者ケアの本質を知る】

曖昧でとらえ所のなかった慢性疾患患者ケアのありかたや具体的なただてを、わずかではあるが看護師個人で勝ち

取り、自分自身のものにしていくことである。サブカテゴリー [慢性疾患ゆえの患者特性を実感する], [長期に渡る患者との関係にあなただけを感じる], [慢性疾患患者に話を聴くことの意味に気づく] で構成される。

これらのことは良いことも悪いことも含めた患者との関わりから発見し気づいたことであり、〈学習プロセス〉の最終点に位置する。この経験が慢性疾患患者をケアすることの喜びや看護師を続けていく糧となる。

実例 [慢性疾患ゆえの患者特性を実感する]:「患者さんが愚痴を言いたい気持ちは実感としてわかるようになりました。いくら前向きな人でも、その気持ちをずっと継続していくのは難しいと思うんです。時には愚痴も言いたくなるって、実感として分りました。」(O看護師の面接より)

実例 [長期に渡る患者との関係にあなただけを感じる]:「患者さんに何でも話してもらえるような関わり方がいいと思うので…向こうも慣れていて、話しやすいし、本人だけじゃなくて家族とかも、私が受け持ちだってことわかっているし、他の人には言えないけどあんたにはって、言ってくれたりとか、私の前では涙を見せてくれたりとか、そういう関わりができたんです。」(H看護師の面接より)

実例 [慢性疾患患者に話を聴くことの意味に気づく]:「糖尿病の方の食事にしても、誰が食事を作るかとか、自分で作らなきゃいけないとか、奥に秘めたものが重要なキーポイントになるっていうか、思いとか言えない人もいるんじゃないかって、調理する人がお嫁さんで、栄養指導に来てもらうのが気兼ねでっていう人とか、おいでて、その家の関係とか、悩みとかあるんじゃないかなって。」(B看護師の面接より)

9) カテゴリー【慢性疾患患者を目に入れない】

慢性疾患患者の存在を意識の外に出すことにより、慢性疾患患者への関心が薄くなり、そのために患者への積極的なケアが行われないうことである。サブカテゴリー [仕事の範囲内で患者に接する], [慢性疾患患者を後回しにする] で構成される。

慢性疾患患者ケアより他の価値が優先されるケア環境において生じる現象であり、看護師はそのケア環境に感化され、慢性疾患患者への実践ケアの学習から逸脱する。

実例 [仕事の範囲内で患者に接する]:「重症の患者さんや覚えなくてはいけない看護技術ばかりに目がいつて、慢性の患者さんは必要なことだけして、それ以外のことはできないでいました。」(D看護師の面接より)

実例 [慢性疾患患者を後回しにする]:「慢性期になると、何ともないだろうとか、何かあったら言ってくれ

るだろうとか、その人の性格とかがわかるじゃないですか。そしたらすぐ、何ともないねって出てきてしまう…」(N看護師の面接より)

IV. 考 察

1. 慢性疾患患者への実践ケアが困難となる要因

慢性疾患は症状の変化が緩慢であることや緊急を要しないという特徴をもつ。その特徴ゆえに、重症度の高い患者が優先され「慢性疾患患者を後回しにする」ことや、ルーチン業務を行うにとどまり「仕事の範囲で患者に接する」ことから、「慢性疾患患者を目に入れない」という現象が生じ、結果として、慢性疾患患者への実践ケアの学びは「学習プロセスからの逸脱」に至ると考えられる。

また、慢性疾患は病気の慢性的状態がもたらす問題が多様でかつ複雑であるため、生活の質を維持するためのケアを見出すこともまた難しい。だが一方で、患者が慢性疾患をもちながら生きていく意味を見出せるようなケア^{13), 14)}が求められ、慢性疾患患者へのケアには質の高いテイラーケア(個人の生活や価値を重視したケア)^{15), 16)}が必要となる。このような慢性疾患特有の複雑さと実践ケアの難しさから、既存の理論や一般的な知識をもって慢性疾患患者に関わろうとすることに不一致が生じ【固定化されたケアのイメージに照らし対応にまごつく】ことや、慢性疾患患者への実践ケアに対する自信のなさから【慢性疾患患者との距離をおく】ことが生じ、〈学習プロセス〉において【顔なじみの患者に関心を寄せる】ことに至っていたとしても、〈停滞サイクル〉を循環する現象が起こっていたと考えられる。

慢性疾患患者へのケア経験を通して臨床的知識を獲得していくことの困難さには、慢性疾患患者をケアする病棟では〈学習プロセスからの逸脱〉に陥りやすいこと、仮に〈学習プロセス〉に進んでいたとしても〈停滞サイクル〉にとどまっては学びにつながらないことがその要因と推察され、このことは慢性疾患患者をケアする看護師に起こりやすい危うさとも考えられる。

2. 慢性疾患患者ケアにおける臨床的知識の獲得

本研究における〈発展プロセス〉は、【顔なじみの患者に関心を寄せる】ことをきっかけに、【モデルを見出しケアの糸口を探る】および【目の前の患者への有効なケアと思うあまりに悩む】へと進んでいく。【モデルを見出しケアの糸口を探る】では、顔なじみの患者に対する関心が深まるとともに、ケアするてがかりを見つけ出そうとモデルの行うケアを見つめている。このことは、ケアする人々はケアにかかわっている他の人に関心を寄せ、他の人のするケアを尊重するというMayeroff¹⁷⁾のケアリングの考えに

類似する。また【目の前の患者への有効なケアと思うあまりに悩む】では、慢性疾患患者全般から目の前のその個人へと関心が移り、その人に何とか関わりたいという欲求をもつようになっていく。このことは、ケアする相手をかけがえのない独自の存在として対応することで、ケアしている人は相手の感情を察知し、相手のニーズに応じようとするWatson¹⁸⁾のケアリングのとらえ方に類似する。つまり、〈発展プロセス〉では、表面的な患者への関わりにとどまるのではなく深く関わろうとする時に、【目の前の患者への有効なケアと思うあまりに悩む】ことや【モデルを見出しケアの糸口を探る】ことが生じており、その際看護師は経験的にケアリングを用いることの有効性を獲得していると考えられる。

Benner¹²⁾は技能習得のドレイファスモデルを看護に応用し、初心者・新人・一人前・中堅・達人の実践特性を明らかにした。しかし、すべての看護師がこの経過をたどるわけではなく、中堅への移行には状況を部分的というよりも全体としてとらえることが重要になると述べている。本研究では、〈停滞サイクル〉にとどまる看護師は実践ケアの具体的な方法が見出せず、〈発展プロセス〉にすすんだ看護師は悩みながらも実践ケアを試み、モデルを見つけ出すことから慢性疾患患者へのケア目標を見出していた。つまり、〈停滞サイクル〉では現象を十分に見ることができていないが、〈発展プロセス〉では状況を大きくとらえ全体が見えているがゆえに【目の前の患者への有効なケアと思うあまりに悩む】ことが生じ、他者との比較から慢性疾患患者への実践ケアを大きくとらえようとした結果【モデルを見出しケアの糸口を探る】ことが生じていたと考えられる。これらの広い視点が〈学習内容〉への発展につながり、【慢性疾患患者に実践可能なケア目標が想定できる】および【慢性疾患患者ケアの本質を知る】の獲得につながったと考えられる。

3. 卒後継続教育への示唆

1) 【ケア環境に感化される】を整えること

社会的学習理論では環境の力が個人の経験に影響する¹⁹⁾といわれている。本研究では【ケア環境に感化される】ことが看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びに影響を及ぼしていた。【実践ケアへの促し】や【成長への手助け】がよく行われているケア環境では、慢性疾患患者ケアへの看護師の関心は高まり、《効果的な感化》が慢性疾患患者への実践ケアの学びを促進させていた。一方、【実践ケアへの促し】や【成長への手助け】があまり見られないケア環境では、慢性疾患患者ケアへの関心の薄さや自信のなさが認められ、学びには至ってはいなかった。つまり、慢性疾患患者へのケアを積極的に行っているケア環境であるこ

とが、看護師の学びを支えるうえで重要になるといえ、【ケア環境に感化される】ことを調整することが望ましいと考えられる。このことは、慢性疾患患者をケアする病棟において看護師が〈学習プロセスからの逸脱〉や〈停滞サイクル〉に陥ることを防ぐことにもつながると推察できる。

2) 〈発展プロセス〉への移行を促すこと

安酸²⁾は、学生がケアされる人としての経験をしながらケアする人に成長していく経験型実習教育を提唱し、ケアされる体験がケアすることとはどのようなことなのかを身をもって知る機会となると述べている。本研究では【ケア環境に感化される】ことが看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びを助けていた。看護師は慢性疾患患者の実態や患者への接し方を教えてもらう経験や慢性疾患患者ケアへの関心を引き出してもらう経験などをしており、この学習をサポートされるというケアを受ける経験がケアすることとはどういうことなのかを学ぶ機会になっていたのではないかと考えられる。このようなケアリングの体験を看護師が持ち合わせている否かにより慢性疾患患者への関心が異なっていき、ケアリングの体験をもつ看護師の方が【顔なじみの患者に関心を寄せる】ことをきっかけに〈発展プロセス〉へと移行しやすいのではないかと推察される。〈発展プロセス〉への移行を促すには、慢性疾患患者をケアするためのモデルとなることや目の前の患者に有効なケアとは何かを共に考えることなど、【ケア環境に感化される】ことのひとつであるケアリングを効果的に用いことが重要になると示唆される。

V. 本研究の限界と課題

今回の研究は2施設3病棟を研究フィールドとしたが、慢性疾患患者全般を代表するとは言い切れない。研究参加者の学歴はほとんどが専門学校卒であり、理論的サンプリングにより確認を行ったが、多様な学歴のすべてには及ん

でいない。今後この点を加味して、概念をより精選するために研究フィールドと参加者の拡大が必要と考える。

VI. 結 論

質的因子探索研究により、看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造を描き出した結果、

1. 看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びは【ケア環境に感化される】を中核とする学びであり、その構造は〈学習プロセス〉あるいは〈学習プロセスからの逸脱〉という過程であることが描き出された。〈学習プロセス〉では〈停滞サイクル〉と〈発展プロセス〉という特性が見出され、〈発展プロセス〉は〈学習内容〉の獲得にまで発展していた。
2. 慢性疾患患者への実践ケアの獲得困難の要因として、慢性疾患患者をケアする病棟では〈学習プロセスからの逸脱〉および〈停滞サイクル〉に陥りやすいことが示唆された。
3. 看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びを促進するには、【ケア環境に感化される】を調整すること、〈発展プロセス〉を意図的に作り出すことの重要性が示唆された。

謝 辞

本研究をすすめるにあたり、研究フィールドを提供してくださいました看護部長様および病棟師長様、参加観察および面接にご協力いただきました看護師の皆様は心より感謝申し上げます。

付 記

本研究は、平成15年度金沢大学大学院医学系研究科の修士論文の一部に加筆修正を加えたものであり、その一部は第30回日本看護研究学会学術集会において報告した。

要 旨

本研究は看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造を明らかにすることを目的とした質的因子探索研究である。グラウンデッドセオリー法を用い、中規模病院2施設の内科系3病棟における参加観察、および1-5年の内科病棟勤務経験がある看護師への面接を実施した上で、対極的なフィールドを広げ、面接参加者を追加し分析した。その結果、看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びは【ケア環境に感化される】を中核とする学びであり、その構造には〈学習プロセス〉あるいは〈学習プロセスからの逸脱〉という過程であることが描き出された。〈学習プロセス〉では〈停滞サイクル〉と〈発展プロセス〉という特性が見出され、〈発展プロセス〉は〈学習内容〉の獲得にまで発展していた。看護師の慢性疾患患者への実践ケアの学びを促進するには、【ケア環境に感化される】を調整すること、〈発展プロセス〉を意図的に作り出すことの重要性が示唆された。

Abstract

We undertook a qualitative factor analysis study to clarify some aspects of practical nursing care for chronically ill patients. Using the grounded theory, we conducted on-site observations at 3 internal medicine wards in 2 medium-sized hospitals and interviewed nurses who had worked for 1 to 5 years on this type of ward. We then interviewed nurses working in other fields. The study revealed that when nurses learn skills of practical care for chronically ill patients, the influences of this type of nursing environment shape the core of learning. Phases in learning can be characterized by “learning processes” or “deviations from learning processes”. “Learning processes” are made up of “retention cycles” and “processes of progress”. The processes of progress lead to acquisition of the “learning contents”. In wards where chronically ill patients are cared for, deviations from learning processes and cycles of retention are likely to occur, perhaps making it difficult for nurses to acquire the necessary skills for providing care to chronically ill patients. These findings suggest the importance of adjusting for the influences of nursing environments and intentionally creating processes of progress, to promote acquisition of the nursing skills necessary for the practical care for chronically ill patients.

文 献

- 1) 関美奈子, 上田雅代子, 他: 成人看護学における臨地実習前演習の学習効果の検討, 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 5, 45-54, 2002.
- 2) 安酸史子: 学生とともにつくる臨地実習教育 経験型実習教育の考え方と実際, 看護教育, 41, 814-825, 2000.
- 3) 玄田公子, 高橋みや子: 看護継続教育の変遷と課題 日本看護協会を中心に, 日本看護研究学会雑誌, 3, 375, 2001.
- 4) 長吉孝子: 看護職の生涯教育の現状と問題, 2002-09-30, <http://www.bunkyo.ac.jp/faculty/kyouken/Bull10/shuu10.htm>.
- 5) 長吉孝子: 看護基礎教育課程卒業後の教育 卒後3～5年目の看護職者の現任教育, 2002-09-30, [http://www.bunkyo.ac.jp/faculty/kyouken/\[\]Bull10/shuu10.htm](http://www.bunkyo.ac.jp/faculty/kyouken/[]Bull10/shuu10.htm).
- 6) 楠葉洋子, 松岡 緑, 他: 慢性疾患患者教育への患者教育に関する研究 看護者の患者教育方法に関するパイロットスタディ, 日本看護研究学会雑誌, 23(3), 413, 2000.
- 7) 本庄恵子, 黒田裕子, 他: 慢性期患者との相互作用作用における看護者の即座の行為に関する研究, 日本赤十字看護学会誌, 2(1), 61-69, 2002.
- 8) 黒田裕子代表: 看護学生の論理的思考を育成する教育方法の研究, 平成10年度～平成13年度科学研究費補助金基盤B(2)研究成果報告書, 2003.
- 9) 小林貴子, 小長谷百絵, 他: 「看護実践モデル」における「とかかり／手がかり言動とその直観的解釈」, 看護研究, 36, 187-197, 2003.
- 10) 土師しのぶ: 内科病棟における看護ケアの構造 患者－看護師の相互関係の分析から, 神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究収録, 27, 4-61, 2002.
- 11) Carter, B.: Ways of working CCNs and chronic illness, Journal of Child Health Care, 4(2), 66-72, 2000.
- 12) Benner, P. 著, 井部俊子, 井村真澄, 他訳: ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院, 東京, 1992.
- 13) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 他: 病いの慢性性Chronicityと個人史 わが国におけるセルフケアから個人史までの軌跡, 看護研究, 35(4), 19-30, 2002.
- 14) 牛久保美津子, 数間恵子: 慢性病患者のケアに関する研究の動向と今後の課題, 看護研究, 33(3), 29-37, 2000.
- 15) Temmink, D., Francke, A.L. et al.: Innovations in the nursing care of the chronically ill; a literature review from an international perspective, Journal of Advanced Nursing, 31(6), 1449-1458, 2000.
- 16) Thorsteinsson, L.S.: The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness The magical touch of nursing, Journal of Clinical Nursing, 11, 32-40, 2002.
- 17) Mayeroff, M. 著, 田村 真, 向野宣之, 訳: ケアの本質 生きることの意味, ゆみる出版, 東京, 1987.
- 18) Watson, J. 著, 稲岡文昭, 稲岡光子, 訳: ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア. 医学書院, 東京, 1992.
- 19) Bandura, A. 著, 原野広太郎監訳: 社会的学習理論 人間理解と教育の基礎, 金子書房, 1979.

[平成17年1月11日受 付]
[平成17年6月16日採用決定]

ギヤッチベッドの背上げにおける援助方法の検討

－臥床位置と膝上げ方法から考える－

Considering the Optimal Backrest Elevation Technique on the Gatch Bed about Lying Location and Knee Elevation

遠 藤 明 美¹⁾

Akemi Endo

奥 山 真由美²⁾

Mayumi Okuyama

村 上 生 美²⁾

Ikumi Murakami

森 將 晏²⁾

Masaharu Mori

キーワード：背上げ，臥床位置，膝上げ，ズレ力，背部荷重値

Key Words : backrest elevation, lying location, knee elevation, shearing force, load of back

緒 言

臨床において，治療や日常生活拡大など多くの目的で仰臥位から坐位への援助を行なうが，この時背部や膝部の挙上ができるギヤッチベッドが広く用いられている。実際にギヤッチベッドでの背上げを体験すると，臥床位置によっては上半身はずれ上がり，肩から背部にかけて押し下げられるような強い圧迫を受け，大変苦しい状態となる。これは，ベッドの屈曲点とからだの屈曲点の位置がはなれていることに起因し，厚く重ねた紙を折り曲げた時に内側の紙が両側にはみだしてくること¹⁾と同じ現象である。この時，身体接触部はこの両側への移動とは反対方向，つまり上半身は頭側から，下半身は足側から腰の方向にズレ力を受ける。しかし，基礎看護技術の書籍²⁻⁷⁾にはこのような力を考慮したギヤッチベッドでの背上げの方法や留意点などの記述はみられない。

Samuel⁸⁾は，ベッドの背上げ，つまり頭側を上げるときに圧縮力とともにこのズレ力が身体接触部位に加わることを指摘し，褥瘡の大きな要因になるとも考えられている^{9,10)}。このような体内の応力を非観血的に計測することは困難だが，皮膚表面のズレ力を測定することは可能であり，近年体圧とズレ力の同時測定の有用性が報告されつつある¹¹⁾。しかしながら，背上げや膝上げの角度と体圧分散やズレ力についての検討は，主に臀部¹²⁻¹⁷⁾が中心であり，背上げ時に発生する各接触部のズレ力の方向やその大きさについての報告^{1,17)}，ズレ軽減への看護援助の報告¹⁸⁾，およびベッド臥床時の臀部位置とベッド屈曲点の位置関係による体圧とズレ力の方向と大きさに関する報告¹⁹⁾もあるが，部分的な報告となっており，ギヤッチベッドでの背上げによる身体接触部位への影響を総合的に検討するには不十分と考えられる。

そこで，ギヤッチベッドでの背上げにおける臥床位置と

膝上げ方法が身体接触部に与える影響を明らかにするとともに，その影響を考慮したベッドの背上げ時の援助方法について検討し，知見を得た。

I. 研究目的

1. ギヤッチベッドでの背上げにおいて，臥床位置や膝上げ方法の違いが肩甲骨部・仙骨部さらに大腿後面に及ぼす影響を，ズレ量とズレ力および背部荷重値から検討するとともに，体格との関連を検討する。
2. ベッドの背上げ時の援助方法について考察する。

II. 用語の操作的定義

背上げ：ギヤッチベッドの背ボトム（板）を上げて上半身を起こすこと

膝上げ：ギヤッチベッドの膝部分を上げること

- ・後上げ：背上げ後に膝上げをすること

ズレ：固体の内部である面の上下層が逆の向きに力を受けて，上下層間にすべりを生じるような変形であり，量（距離）と力で表現される²⁰⁾。

- ・ズレ力：皮膚表面に平行なズレの力，体表面ズレ力²⁰⁾として用いる。身体が動こうとする力の反対方向に働く。

- ・ズレ量：皮膚表面に平行なズレの量，体表面ズレ量²⁰⁾として用いる。

III. 研究方法

1. 被験者：健常成人50名

被験者には体の力をぬいて，出来るだけ自発的には動かないよう説明した。

1) 玉野総合医療専門学校保健看護学科 Health and Clinical Nursing, Tamano Institute of Health and Human Services

2) 岡山県立大学保健福祉学部 Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2. 実験方法

1) 測定環境および測定内容と測定機器

湿潤による皮膚表面の変化を考え、発汗がみられないよう室温 $24 \pm 2^{\circ}\text{C}$ 、湿度 $50 \pm 10\%$ に空調にてコントロールし、被験者に寒暖と発汗の有無を確認しながら実施した。ギャッチベッドは従来のような3分割や4分割のものに加え、5分割やギャッチアップ時のズレを軽減する機能を備えるなど様々に開発されている。しかし、ベッドボトム的基本的な動きは3分割または4分割のギャッチベッドと考えられ、現使用状況も考慮し、パラマウントKA5240ベッド（ボトムは4分割、頭側より78cm, 29cm, 39cm, 49cm）を用い、マットレス（パラケアマットレスKE-601）、綿マットレスパッドに綿平織りシートでベッドメイキングした。さらに、寝衣・寝具の摩擦による影響も考え、病衣として広く用いられている綿平織りの寝衣を使用した。

頭部ズレ量は乳様突起下端、足部ズレ量は外踝部をマークし移動量をシートに貼付したメジャーで測定した。ズレ力は、仰臥位での接触部位である肩甲部、仙骨部、大腿後面に簡易式体圧・ズレ力同時測定器プレディア（モルテン）を貼付し測定した。肩甲部および大腿後面に関しては体圧分布測定システムBIG-MAT（ニッタ）²¹⁾で荷重値の大きい部位を確認し貼付部位とした。また、背部への負荷の指標として背部のシート下に敷いたBIG-MATで背部荷重値を測定した。ズレ力および背部荷重値は経時的に測定し、ズレ量は背上げおよび膝上げの前後に測定した。

2) 臥床位置の設定（図1）

臥床位置としてはギャッチベッドの背ボトム屈曲点と股関節をあわせる方法と¹⁰⁾、仙骨部とほぼ一致する上前腸骨棘をあわせる方法¹⁹⁾が報告されており、本研究では上前腸骨棘を指標とし、以下の3位置にて行なった。

- ①頭側：上前腸骨棘が背ボトム屈曲点より10cm頭側
- ②屈曲点：上前腸骨棘が背ボトム屈曲点上
- ③足側：上前腸骨棘が背ボトム屈曲点より15cm足側（ベッド臀部ボトムの中央）

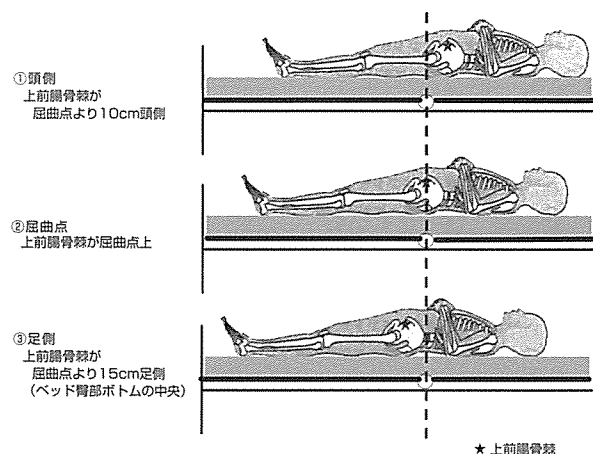


図1 臥床位置の設定

- ③足側：上前腸骨棘が背ボトム屈曲点より15cm足側（ベッド臀部ボトムほぼ中央）

3) 背上げ・膝上げ角度の設定と方法

背上げ角度は、先行研究¹³⁻¹⁹⁾では $17 \sim 80$ 度と様々だが、自力での坐位が困難な対象者への食事介助時などの坐位までの背上げを考慮し、今回使用したベッドの最大角度73度とした。膝上げ角度と方法は、以下の4過程とした。

- ①膝上げ無：背上げ73度のみ
- ②膝上げ10度：膝上げ10度の後、背上げ73度
- ③膝上げ20度：膝上げ20度の後、背上げ73度
- ④後上げ20度：背上げ73度の後、膝上げ20度

背上げ膝上げ速度は電動ベッドキューマライン（パラマウント）と同程度とし、約40秒で73度になるようメトロノームでコントロールした。なお、ベッド臥床位置と膝上げ方法を組み合わせた12パターンでの測定の順序は乱数表に基づいて無作為的に行なった。

3. 分析方法

- 1) ズレ量（cm）は、背上げ過程開始前の値と終了時の値の差を集計した。頭側へのズレを+とした。
- 2) ズレ力（N）は、背上げ過程開始時から終了後10秒間までの最大ズレ力とした。頭側へのズレ力を+とした。
- 3) 背部荷重値変化率は、背部とベッドの接触部の荷重値を算定し、背上げによる変化率（%）として、下記の方法で算出した。

*背上げ過程終了後10秒間の最大荷重値/背上げ過程開始時の荷重値 $\times 100$

- 4) 検定は、ズレ量、ズレ力、背部荷重値変化率を臥床位置および膝上げ方法毎にFriedman検定を行ない、Bonferroniの方法で多重比較を行なった。身体接触部への影響（ズレ量とズレ力および背部荷重値変化率）と身長と体重およびBMIとの関連については、Spearmanの順位相関係数を算出した。統計解析にはSPSS Version 10.0J for Windowsを使用した。

4. 倫理的配慮

研究協力の依頼は、研究の目的・意義、方法、さらに参加・中断の自由、プライバシー保護およびデータの匿名性と保管について明記した文書の配布と共に口頭にて説明し、後日、自発的参加者を募り、同意書にて承諾を得た。実施にあたっては、再度、研究に対する疑問・質問等の確認と実験中断の自由を伝え、プライバシー保護に努めた。

IV. 結果

被験者50名は全員女性であり、年齢 21.5 ± 2.7 歳、身長 $157. \pm 5.4$ cm、体重 50.1 ± 4.9 kg、BMI 20.2 ± 1.4 、頭頂-上前

腸骨棘間 75.1 ± 2.9 cmで、特別な基礎疾患や運動機能上の問題はみとめなかった。

1. ズレ量

有効分析数は47であった。表1および図2に、背上げによる頭部および足部のズレ量を示す。膝上げ無では頭側に臥床した場合、頭部は平均値 $M=-1.9\text{cm}$ 、中央値 $Me=-1.5\text{cm}$ とずれ下がるが、屈曲点に臥床した場合は $M=3.0\text{cm}$ 、 $Me=3.3\text{cm}$ 、足側に臥床した場合は $M=8.0\text{cm}$ 、 $Me=8.6\text{cm}$ とずれ上がり、ズレ量は頭側に臥床した場合が一番小さく、屈曲点、足側の順に大きかった。足部は、膝上げ無で頭側に臥床した場合 $M=-22.1\text{cm}$ 、 $Me=-22.5\text{cm}$ 、屈曲点に臥床し

表1 背上げによるズレ量 (cm)

n=47

位置 膝上げ		頭 側		屈曲点		足 側	
		Median		Median		Median	
		Mean ± SD		Mean ± SD		Mean ± SD	
頭部	無	㊦ ³	- 1.5	3.3	8.6	}	}
			- 1.9±1.96	3.0±2.03	8.0±3.02		
	10度	㊦ ³	- 2.2	3.6	9.8	}	}
			- 2.4±2.31	3.4±1.89	9.4±2.83		
	20度	㊦ ³	- 1.4	3.8	12.3	}	}
			- 1.8±2.14	3.5±1.73	11.8±2.26		
	後20度	㊦ ³	- 1.5	2.4	8.0	}	}
			- 2.2±2.28	2.8±1.69	7.9±2.49		
足部	無	㊦ ³	- 22.5	- 15.2	- 10.0	}	}
			- 22.1±2.70	- 15.5±2.54	- 10.2±2.85		
	10度	㊦ ³	- 22.7	- 14.5	- 7.7	}	}
			- 22.7±2.59	- 15.2±1.84	- 8.0±2.87		
	20度	㊦ ³	- 21.5	- 14.5	- 6.5	}	}
			- 21.9±2.90	- 14.5±1.73	* - 6.6±1.58		
	後20度	㊦ ³	- 22.2	- 15.5	- 9.7	}	}
			- 22.4±2.63	- 15.5±2.98	- 10.3±2.51		

③ 頭側-屈曲点, 屈曲点-足側, 頭側-足側すべて $p < 0.05/3$

* $p < 0.05/6$

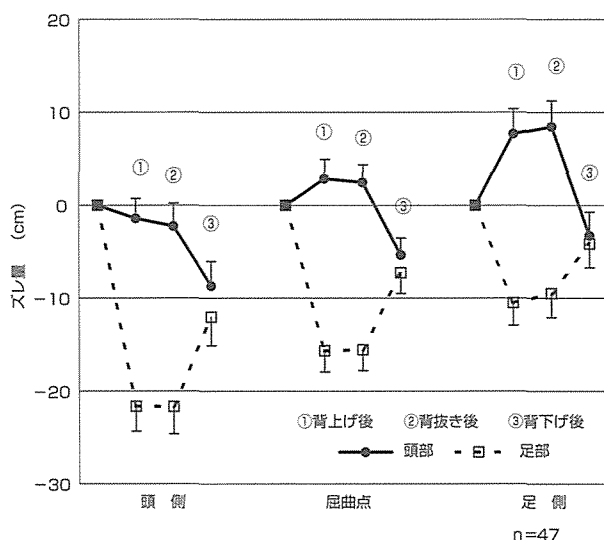


図2 背上げ背下げによるズレ量の変化(膝上げ無)

た場合は $M = -15.5\text{cm}$, $Me = -15.2\text{cm}$, 足側に臥床した場合は $M = -10.2\text{cm}$, $Me = -10.0\text{cm}$ とずれ下がり、頭部とは反対に頭側に臥床した場合が一番大きく、屈曲点、足側の順に小さかった。頭部ズレ量および足部ズレ量ともに頭側、屈曲点、足側の3位置間すべてに有意な差を認めた。この臥床位置の違いによる差は、他の膝上げ方法でも同様であった。

膝上げ方法の違いでは、頭部ズレ量は、頭側および屈曲点に臥床した場合、どの膝上げ方法にも有意な差はなかった。しかし、足側に臥床した場合、膝上げ20度はズレ量が $M=11.8\text{cm}$ 、 $Me=12.3\text{cm}$ と最大となり、次に膝上げ10度が $M=9.4\text{cm}$ 、 $Me=9.8\text{cm}$ と大きく、他の膝上げ方法と有意な差を認めた。また、足部ズレ量は、頭側に臥床した場合にはどの膝上げ方法にも有意な差はなかったが、屈曲点に臥床した場合、膝上げ20度で $M=-14.5\text{cm}$ 、 $Me=-14.5\text{cm}$ と小さく、後上げ20度と有意な差を認めた。また、足側に臥床した場合、膝上げ20度でズレ量が $M=-6.6\text{cm}$ 、 $Me=-6.5\text{cm}$ と最小で、次に膝上げ10度が $M=-8.0\text{cm}$ 、 $Me=-7.7\text{cm}$ と小さく、他の膝上げ方法と有意な差を認めた。

2. ズレカ

1) 肩甲部

有効分析数は46であった。表2に背上げによる肩甲部ズレ力を示す。臥床位置の違いでは、膝上げ無では頭側に臥床した場合、 $M=0.39N$ 、 $Me=0.53N$ と頭側向きに働くが、屈曲点に臥床した場合は $M=-1.61N$ 、 $Me=-1.23N$ 、足側に臥床した場合は $M=-2.50N$ 、 $Me=-2.03N$ と、頭部のズレの方向とは反対向きに働いていた。そして、その力は頭側に臥床した場合が一番小さく、屈曲点、足側の順に大きくなり、3位置間ではすべてに有意な差を認めた。この臥床位置の違いによる差は、他の膝上げ方法でも同様であった。

膝上げ方法の違いでは、頭側および屈曲点に臥床した場合は有意な差はみられなかったが、足側に臥床した場合に

表2 背上げによる肩甲部ズレ力 (N)

n=46

位置		頭 側	屈曲点	足 側	
膝上げ		Median Mean $\pm$ SD	Median Mean $\pm$ SD	Median Mean $\pm$ SD	
無	@ ³	0.53	- 1.23	- 2.03	}
		0.39 $\pm$ 0.98	- 1.61 $\pm$ 1.50	- 2.50 $\pm$ 2.15	
10度	@ ³	0.60	- 1.41	- 2.98	}
		0.01 $\pm$ 1.70	- 1.99 $\pm$ 1.70	- 3.42 $\pm$ 2.62	
20度	@ ³	0.57	- 1.35	- 4.49	}
		0.16 $\pm$ 1.35	- 1.93 $\pm$ 2.05	- 4.19 $\pm$ 3.09	
後20度	@ ³	0.93	- 1.20	- 2.20	}
		0.50 $\pm$ 1.30	- 1.66 $\pm$ 1.74	- 2.88 $\pm$ 2.75	

③ 頭側-屈曲点、屈曲点-足側、頭側-足側すべて $p < 0.05/3$

* $p < 0.05/6$

表3 背上げによる仙骨部ズレ力 (N)

n=47

位置 膝上げ	頭側		屈曲点		足側	
	Median Mean ± SD		Median Mean ± SD		Median Mean ± SD	
無	7.02	@	4.34	@	6.29	
10度	7.06 ± 2.23	@	3.24 ± 3.48	@	6.21 ± 4.38	
20度	7.60	@	4.44	@	6.38	
後20度	7.37 ± 2.50	@	3.77 ± 3.55	@	6.50 ± 4.33	
	8.05	@	4.84	@	5.95	
	8.09 ± 2.26	@	4.49 ± 2.84	@	5.32 ± 4.20	
	7.06	@	3.85	@	6.05	
	7.01 ± 2.29	@	3.29 ± 3.42	@	6.11 ± 4.53	

@ p < 0.05/3 @² 頭側 - 足側間 p < 0.05/3

* p < 0.05/6

は、膝上げ20度で M = -4.19N, Me = -4.49N と他の膝上げ方法に比べズレ力が大きく、膝上げ無および後上げ20度と有意な差を認めた。

2) 仙骨部

有効分析数は47であった。表3に背上げによる仙骨部ズレ力を示す。臥床位置の違いでは、膝上げ無では屈曲点に臥床した場合、M=3.24N, Me=4.34Nとズレ力が一番小さく、頭側や足側に臥床した場合の約1/2であり、有意な差を認めた。この臥床位置の違いによる差は、膝上げ10度および後上げ20度でも同様であった。

膝上げ方法の違いでは、足側に臥床した場合は有意な差を認めなかったが、屈曲点に臥床した場合、膝上げ20度は M=4.49N, Me=4.84N と増大し後上げ20度と有意な差を認めた。さらに、頭側に臥床した場合、膝上げ20度は M=8.09N, Me=8.05N と最大で膝上げ無および後上げ20度と有意な差を認めた。

3) 大腿後面

有効分析数は42であった。表4に背上げによる大腿後面ズレ力を示す。臥床位置の違いでは、膝上げ無で足側に臥床した場合、ズレ力は M=4.99N, Me=5.03N と小さく、頭側および屈曲点に臥床した場合と有意な差を認めた。しかしながら、肩甲部や仙骨部に比べてその差は小さく、膝上げ方法によっては臥床位置間での有意差が認められないケースも見られ、ズレ量や肩甲部ズレ力および仙骨部ズレ力のような特定の傾向は示さなかった。

膝上げ方法の違いでは、頭側に臥床した場合は膝上げ20度が M=4.46N, Me=4.53N と他の膝上げ方法に比べ有意に小さかった。屈曲点に臥床した場合は、膝上げ無と後上げ20度のズレ力が大きく、それぞれ膝上げ10度および膝上げ20度と有意な差を認めた。足側に臥床した場合は、膝上げ無のズレ力が小さく、膝上げ20度および後上げ20度と有意な差を認めた。

表4 背上げによる大腿後面ズレ力 (N)

n=42

位置 膝上げ	頭側		屈曲点		足側	
	Median Mean ± SD		Median Mean ± SD		Median Mean ± SD	
無	6.15	@ ²	6.60	@	5.03	
10度	6.27 ± 2.37	@	6.94 ± 2.65	@	4.99 ± 1.29	
20度	5.63	@	5.78	@	5.73	
後20度	5.91 ± 2.60	@	5.65 ± 2.27	@	5.50 ± 1.63	
	4.53	@	4.69	@	6.18	
	4.46 ± 2.00	@	4.90 ± 2.63	@	6.06 ± 1.92	
	6.19	@	6.85	@	5.81	
	6.68 ± 3.23	@	7.01 ± 2.17	@	5.68 ± 1.87	

@ p < 0.05/3 @² 頭側 - 足側間 p < 0.05/3

* p < 0.05/6

表5 背上げによる背部荷重変化率 (%)

n=47

位置 膝上げ	頭側		屈曲点		足側	
	Median Mean ± SD		Median Mean ± SD		Median Mean ± SD	
無	70.2	@ ³	93.6	@	132.4	
10度	71.4 ± 15.1	@	101.0 ± 22.6	@	138.8 ± 27.8	
20度	75.9	@	96.4	@	150.4	
後20度	80.9 ± 23.4	@	97.0 ± 16.9	@	154.2 ± 26.7	
	77.2	@	108.2	@	172.5	
	76.1 ± 15.2	@	115.5 ± 28.5	@	171.5 ± 31.7	
	69.1	@	98.2	@	172.5	
	71.5 ± 15.7	@	100.9 ± 18.1	@	172.5 ± 28.3	

@³ 頭側 - 屈曲点, 屈曲点 - 足側, 頭側 - 足側すべて p < 0.05/3

* p < 0.05/6

3. 背部荷重値変化率

有効分析数は47であった。表5に背上げによる背部荷重値変化率を示す。臥床位置の違いでは、膝上げ無で頭側に臥床した場合、M=71.4%, Me=70.2%と背上げ開始時より減少していたが、屈曲点に臥床した場合は M=101.0%, Me=93.6%と背上げ開始時とほぼ同じで、足側に臥床した場合は M=138.8%, Me=132.4%と増えて増加し、頭側、屈曲点、足側の3位置間すべてに有意な差を認めた。この臥床位置の違いによる差は、他の膝上げ方法でも同様であった。

膝上げ方法の違いでは、頭側に臥床した場合は、膝上げ10度での変化率が M=80.9%, Me=75.9%と増大し、膝上げ無および後上げ20度と有意な差を認めた。屈曲点に臥床した場合は、膝上げ20度での変化率が M=115.5%, Me=108.2%と大きく、他の膝上げ方法と有意な差を認めた。また、足側に臥床した場合は、膝上げの後先にかかわらず膝上げ20度が170%を超えて大きく、膝上げ無および膝上げ10度と有意な差を認めた。

4. 身体接触部への影響と体格との関連

表6に各臥床位置における膝上げ無での身体接触部への影響と体格との関連を示す。頭側臥床では、肩甲部ズレ力

表6 身体接触部への影響（膝上げ無）と体格との関係

		ズレ力			ズレ量		背部荷重値 変化率
		肩甲部	仙骨部	大腿後面	頭部	足部	
頭側臥床	身長	-0.2	-0.029	0.006	-0.075	-0.082	-0.138
	体重	-0.287*	-0.083	0.086	0.047	-0.201	-0.054
	BMI	-0.248	0.059	0.046	0.248	-0.145	0.046
屈曲点臥床	身長	-0.086	0.474**	0.239	0.004	-0.274	-0.099
	体重	0.026	0.419**	-0.036	0.046	-0.251	-0.04
	BMI	0.025	0.161	-0.231	0.038	-0.099	0.006
足側臥床	身長	-0.237	0.338*	-0.252	0.058	0.039	-0.157
	体重	-0.223	0.257	-0.179	0.109	0.035	-0.181
	BMI	-0.061	0.028	0.015	0.027	-0.014	-0.185

注1) Spearmanの順位相関係数

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

は体重と負の相関を認め、身長も同様の傾向を示したが、他の計測値には相関は認められなかった。屈曲点臥床では、仙骨部ズレ力と体重および身長と正の相関を示した。足側臥床では、仙骨部ズレ力は身長と正の相関を認め、体重とも同様の傾向を示した。一方、肩甲部ズレ力と身長および体重は負の相関傾向が見られた。いずれの臥床位置においてもズレ量および背部荷重値変化率と身長や体重との相関は認められなかった。

V. 考 察

今回、背上げにおける臥床位置と膝上げ方法の違いが、身体接触部へ与える影響について検討を行ない、大腿後面ズレ力以外は臥床位置の違いが大きな影響を与えることが明らかとなった。

1. 臥床位置について

背上げによる上半身への影響は、頭部ズレ量、肩甲部ズレ力および背部荷重値変化率の3指標で表される。上半身のズレの方向に関して、大久保ら¹⁾は、ベッド背上げにより頭部はずり上がると報告しているが、本研究では頭側に臥床した場合、頭部はずれ下がっており、このため肩甲部ズレ力は頭側向きに働いている。これは、森ら¹⁹⁾の報告と一致しており、屈曲点より頭側に臥床したことにより、背上げた時に坐骨部がマットレスに接していない状態となり、重力によりずり落ちたものと考えられる。そして、屈曲点や足側に臥床した場合、頭側に臥床した場合とは異なり、頭部は重力に反してずれ上がり肩甲部ズレ力は足側向きとなり、上半身が頭側に押し上げられるように働いていることを示している。大久保ら¹⁾は臥床位置を詳細には記述していないが、ほぼ屈曲点または足側と考えられ、本研究のデータと一致する。この重力に反してずれ上がる現象は、身体の屈曲点とベッドの屈曲点の位置が離れていることに起因する¹⁾と考えられている。

さらに、上半身への影響は、3指標ともに頭側に臥床し

た場合に最小であり、屈曲点、足側の順に増大し有意な差を認めた。足側に臥床した場合、膝上げ無での頭部ズレ量は頭側の約4倍に、肩甲部ズレ力は約6倍に増強、背部荷重値変化率は約2倍に増大しており、足側に臥床した場合には上半身への影響が非常に大きいことがわかる。これは「臀部がベッド屈曲点より頭側にある場合、上体はベッドの挙上と共に移動するので上体に加わる力は少ない」¹⁹⁾という報告と一致する。つまり、上半身においては頭側に臥床したほうが他の臥床位置より影響が少なく望ましいと考えられる。

次に、背上げによる下半身への影響は、足部ズレ量と大腿後面ズレ力で表される。下半身のズレの方向は、3臥床位置とも背上げにより足部はずれ下がり、大腿後面ズレ力は頭側向きに働き、下半身がずれ下がったことを示し、大久保ら¹⁾の報告と一致する。ところが、足部ズレ量は、上半身の3指標とは反対に頭側に臥床した場合に最大であり、屈曲点、足側の順に減少し、有意な差を認めた。大腿後面ズレ力も足側に臥床した場合、膝上げ20度を除き他の位置より小さく、特に、膝上げ無では有意な差を示した。つまり、足側に臥床すると下半身への影響を多少軽減していることとなり、「臀部がベッド屈曲点より足側にある場合は、下半身に加わる力は少なく…」¹⁹⁾という報告とも一致している。しかし、頭側に臥床した場合、膝上げ無での足部ズレ量は、足側に臥床した場合の約2倍、大腿後面ズレ力は約1.3倍と、足側に臥床した場合の上半身への影響の増加に比べると軽度であり、足側への臥床は好ましくないと考えられる。被験者の感想からも、下半身に関する訴えはパジャマがめくれるという程度に対し、上半身に関しては背部・腹部への圧迫感や上から押さえつけられるような感じを訴え、おもわず背部を動かす状況もみうけられた。

仙骨部に関しては「仙骨-臀部のズレ力は体型による差が大きく、一定の傾向は見られなかった」¹⁹⁾と報告されている。しかし、本研究では、仙骨部ズレ力は頭側と足側では差はほとんど認めなかったが、屈曲点に臥床した場合は他の臥床位置の約1/2と有意に少なかった。頭側に臥床した場合は、前述のように身体が重力によりずり落ちるために、反対方向つまり頭側向きに仙骨部ズレ力は増大し、肩甲部ズレ力とともに同方向に働いている状態である。これに対し足側に臥床した場合は、頭部のズレが示すように上半身がずれ上がろうとするため肩甲部ズレ力は足側向きに働き、仙骨部付近では重力とともにこの肩甲部付近からの足側向きのズレ力の影響から足側に押し下げられた状態となり、仙骨部ズレ力は頭側向きに増大していると考えられる。このため、上半身は肩甲部付近を押し下げる力と仙骨部付近からの押し上げる力という相対する力を受け、苦しい状態になっていると考えられる。

このように、仙骨部のズレに関しては上前腸骨棘をベッドの屈曲点と合わせて臥床するほうが望ましいと考えられる。

2. 膝上げ方法について

半坐位における膝上げは腹筋などの緊張を解き、上半身が滑り落ちないための援助技術²⁾として行われている。本研究では背上げよりも先に膝上げをすると、頭側に臥床した場合はズレ量には影響は少なかったが、仙骨部ズレ力は増大し、大腿後面ズレ力は減少した。この大腿後面ズレ力の減少は、若年女性の坐位殿-膝窩距離の平均46.5cm²²⁾に対して我々の使用したベッドでは約63cmあり、ベッドの膝屈曲部の方が身体の膝屈曲部より長いために大腿後面とベッド面が密着せず、膝上げの効果が出なかったものと考えられた。一方、足側に臥床した場合、膝上げにより頭部はずれ上がりが増加し、足部はずれ下がりが増加、つまり膝上げによるずれ下がり予防効果が見られた。しかし、背部荷重値変化率や肩甲部ズレ力は増大し、上半身への負荷を増強させていた。屈曲点に臥床した場合は足側に臥床した場合と似た傾向を示したが、程度は軽度であった。基礎看護技術の書籍²⁻⁷⁾に記載されている膝の後上げは、足側に臥床した場合に背部荷重値変化率と大腿後面ズレ力を増大させた以外には影響を与えなかった。小長谷ら¹⁷⁾は、屈曲点より足側の臥床位置で膝上げ15度、背上げ45度を行ない「膝を上げないで頭部を挙上すると、ずり落ちようとする力が大きい。ずり落ち防止のために膝を上げると水平力は減るが、垂直力が増加する」と本研究の結果と同様の報告をしている。

3. 身体接触部への影響と体格の関連について

頭側臥床では肩甲部ズレ力が体重と負の相関を認め、身長も同様の傾向であったことは、ギャッチベッドの背上げにおいて頭側に臥床すると体重の軽い人や身長の低い人つまり体格の小さい人ほど肩甲部に大きなズレ力を受けていることとなる。これは、前述した重力によるずり落ちのために発生したずれ力であり、体格の小さい人ほどずれる力が大きいと考えられる。また、足側に臥床すると肩甲部ズレ力が身長や体重と負の相関傾向を示しているが、これは臀部の位置がベッド屈曲点より足側にずれるために肩甲骨部を含めた上半身が背ボトムに突っ張る形¹⁹⁾となり、身長の低い人は高い人に比べ背ボトムに上半身が接する角度が大きくなり、より負荷がかかっていると考えられる。

仙骨部に関して森ら¹⁹⁾は「仙骨部は…ずれ力は体格の違いなどによるばらつきが大きく…」と報告している。しかし、本研究では、屈曲点に臥床すると仙骨部ズレ力と身長および体重は正の相関を認め、足側に臥床しても身長は

正の相関を認め、体重も同様の傾向であった。このことは屈曲点又は足側に臥床すると体重の重い人や身長の高い人つまり体格の大きい人ほど、仙骨部に大きなズレ力を受けていることを意味しているが、これは、体格の大きさに比例した重力の影響と考えられる。

4. 最適なベッドの背上げ方法を考える

背上げ、つまり上体を起こす基本的な方法は、徒手による方法²⁻⁷⁾である。しかし、ギャッチベッドの使用は、患者が床上安静を保ちながら上体を起こしたり、膝を曲げたりする目的⁵⁾で広く用いられている。今回の研究から、ギャッチベッド使用での最適な背上げを行なうには、まず、上前腸骨棘がベッド屈曲点よりやや頭側よりで、背上げ時に身体がずり落ちないように位置に臥床させ、上半身への負荷と仙骨部のズレ力の軽減を図ると共に、坐位になってからのずれ下がりやを予防する目的で、背上げ後に膝上げをするのが望ましいと考えられる。日本人成人の上前腸骨棘から頭頂までの長さの平均値は76.3cm（高齢者69.8cm）²³⁾であり、一般的なベッドの背ボトムの長さが約80cmであることを考えると、臨床で目にする背上げ前に頭側に身体を移動させる方法は、上前腸骨棘をベッドの屈曲点に合致させるのとほぼ同様であり、おおそ望ましい位置に臥床させていると考えられる。この際、身長の低い患者は、当然、上前腸骨棘から頭頂までの長さも短く頭側に移動しすぎる事となるので、上前腸骨棘を目印にして臥床位置を決める方が良い。患者を仰臥位からセミファロー位に体位変換する前の体位の確認として、「臀部（仙骨部）の位置がマットレス挙上時にマットレスの谷（屈曲部）にあたるようにする」と記述する書籍³⁾もあるが、これはベッドボトム3分割の場合での説明であり、今回使用した4分割のベッドでは少し頭側に臥床した場合に近いと考えられる。仰臥している場合は、仙骨部より上前腸骨棘のほうが比較的触れやすく、臥床位置を決める目印となりやすい。このような適切な臥床位置への配慮が、最適な背上げを行なう重要なポイントとなる。

膝上げに関しては、上記の位置に患者が臥床した場合、膝の屈曲点とベッドの膝屈曲点が一致しない場合も多い。このように一致しないときには膝上げにより大腿部がベッド面から離れてかえって悪影響を与える可能性があり、大腿後面とベッド面が接し荷重が分散できる^{17, 24)}ようなピロー挿入の工夫など必要である。

大浦¹⁰⁾は身体屈曲点を股関節部とし、これとベッドの屈曲点と合致させることを勧めているが、確固たるエビデンスは示されておらず、仰臥した場合、股関節部は確認しにくい位置を決めにくく活用しにくい。天野ら²⁵⁾は、本研究結果と同様に、ベッド屈曲点と上前腸骨棘を合わせ

る方法を勧めている。いずれにしても背上げにより身体接触部位にズレや圧迫がかかっているため、背上げ後には背抜き^{1, 19)} (上半身を前傾させてマット面から離すこと) を行ない背上げの影響を除いた後、姿勢を調整することが重要であると考えられる。

以上述べてきたように、背上げ時に働く力は臥床位置や膝上げ方法などにより左右されるが、それ以外に着衣の摩擦係数^{18, 19)}、ベッドやマットレスの性能¹³⁻¹⁶⁾なども影響すると考えられる。近年、ズレを軽減したベッドなども開発されてきているが未だ十分なものは見られない。

また、ベッドの背上げによる身体接触部への影響と体格との関連から、体重の軽い人や身長の高い人のように体格の小さい人はあまり頭側に臥床させないように注意する必要がある。本研究の対象は健康成人であり、身長と体重という体格からの示唆は得られたが、体型および拘縮や麻痺など他の個人的要因による影響の検討も必要であると考えられる。ズレを軽減するとしても影響がなくなるわけではなく、個人に合わせたより最適なベッドの背上げ方法を考え援助することが必要である。その援助を考える指針としても、本研究での成果を活用することができると考えられる。

VI. 結 論

ギャッチベッドの背上げ過程における臥床位置と膝上げ方法による影響及び体格との関連を被験者50名について行い、以下のことが明らかにされた。

1. 臥床位置による影響として、頭側に臥床した場合は上半身への影響が最も少なく、屈曲点に臥床した場合は仙骨部への影響が少ない。足側に臥床した場合は下半身への影響は少ないが、上半身への影響が大きい。また、膝上げ方法による影響は臥床位置により異なり、頭側に臥床した場合は仙骨部への影響が増大し、屈曲点や足側に臥床した場合はずれ下がり予防効果が見られたが、上半身への負荷を増強させていた。

2. ギャッチベッド使用での背上げ方法として、まず、上前腸骨棘がベッド屈曲点よりやや頭側よりで、背上げ時に身体がずり落ちないように位置に臥床させ、上半身への負荷と仙骨部のズレ力の軽減を図ると共に、坐位になってからのずれ下がり予防を目的で、背上げ後に膝上げをするのが望ましいと考えられる。

3. 体格との関連として、頭側に臥床した場合、肩甲骨部ズレ力は体重と負の相関を認め、身長も同様の傾向を示し、屈曲点および足側に臥床した場合は、仙骨部ズレ力は身長および体重の両方と相関を認めた。つまり、体重の軽い人や身長の高い人のように体格の小さい人はあまり頭側に臥床させないように注意する必要がある。

謝 辞

本研究にあたり、実験にご協力を頂きました被験者の皆様、実験を手伝って頂いた渡辺洋子様に感謝申し上げます。

要 旨

ギャッチベッドの背上げにおいて臥床位置と膝上げ方法が身体接触部に与える影響を明らかにし、援助方法を検討した。上前腸骨棘とベッド屈曲点が合致する位置を中心に頭側と足側の3臥床位置と膝上げ方法を組み合わせ、健康成人50名を手動式ギャッチベッドで昇降し、頭部・足部のズレ量、肩甲骨部・仙骨部・大腿後面のズレ力及び背部荷重値を測定した。結果、臥床位置の違いによる影響が大きく、上半身への負荷と仙骨部ズレ力の少ない上前腸骨棘がベッド屈曲点からやや頭側になる位置に臥床させることが重要である。膝上げ方法では背上げ前に行なうと上半身への影響が大きかったので、背上げ後の坐位によるずれ下がり予防目的で膝上げを後から行なう方が望ましい。また、身体接触部への影響と体格との関連では、体格の小さい人ほど頭側臥床で肩甲骨部ズレ力が大きくなるので、あまり頭側に臥床させないようにする必要がある。

Abstract

To consider the optimal technique for backrest elevation from a supine position to a seated position, we evaluated stresses on the body during backrest elevation, lying in different locations with different knee elevation positions on a Gatch bed in 50 healthy women. When the body was in a more cephalad position (superior anterior iliac spine located cephalad to the flexion point of the backrest), stresses to the upper body (shift of head, shearing force to the scapular region, and load on the back) during backrest elevation were minimal compared with those in other positions. When the body was positioned on the flexion point, shearing force of sacral region was minimal compared with that in other positions. However, when the body was positioned caudal to the flexion point, shift of the foot was minimal, but stresses to the upper body were the greatest compared with those in other positions. Knee elevation before backrest elevation tended to increase stresses to the upper body compared to the occurring when knee elevation was performed after backrest elevation. Body size (height

and weight) and shearing force in the sacral region were positively correlated when the body was positioned on the flexion point, while weight and shearing force of scapular region were negatively correlated, when the body was positioned cephalad to the flexion point.

文 献

- 1) 大久保祐子, 小長谷百絵, 他: ベッドの背を上げ下げする時の身体への影響, 日本褥瘡学会誌, 2(1): 45-50, 2000.
- 2) 氏家幸子, 阿曾洋子: 基礎看護技術 I (第5版), 154-196, 医学書院, 東京, 2003.
- 3) 日野原重明総監: ナーシングマニュアル第15巻看護技術マニュアル (II), 95-96, 学習研究社, 東京, 1994.
- 4) 石原幸子: 看護技術 SPT(I) (第2版), 50-53, 医学書院, 東京, 1994.
- 5) 小玉香津子: 生活行動援助, 薄井坦子 (著代): 系統看護学講座専門2 基礎看護学2 基礎看護技術 (第13版), 137-155, 医学書院, 東京, 2004.
- 6) 岩脇陽子: 活動・運動の援助, 深井喜代子 (編): 新体系看護学第18巻 基礎看護学③ 基礎看護技術, 225, メヂカルフレンド社, 東京, 2003.
- 7) 明神啓子: 活動と休息, 吉田時子, 前田マスヨ (監修): 標準看護学講座13基礎看護学2日常生活と看護技術, (3), 228-232, 金原出版, 東京, 1993.
- 8) Samuel M. Reichel: Shearing force as a factor in decubitus ulcers in paraplegics, JAMA, (15), 1958.
- 9) 小長谷百絵: 摩擦・ずれ防止 - ベッド挙上時の摩擦・ずれについて -, EB NURSING, 1(3), 14-20, 2001.
- 10) 大浦武彦: わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド, 14-21, 照林社, 東京, 2001.
- 11) 高橋 誠: 応力を制することができるか?, 臨床看護, 27(9), 1346-1351, 2001.
- 12) 田中靖子, 畑中あかね, 他: 褥瘡の発生予防と治療に関する研究 (第3報) - 体位による体圧の変化 -, 神戸市立看護短期大学紀要, (13), 1-12, 1994.
- 13) 田中マキ子, 森山美知子, 他: 各種褥瘡予防マットの除圧・体圧分散効果の研究 (2) - ギャッジの角度別による比較検討 -, 看護学雑誌, 61(4), 347-353, 1997.
- 14) 大澤論樹彦, 初山日出樹, 他: ギャッジアップ角度と体圧分散との関係, 秋田大学医療技術短期大学部紀要, 7(2), 143-149, 1999.
- 15) Fontaine R, Risley S: A quantitative analysis of pressure and shear in the effectiveness of support surfaces, JWOCN, 25(5), 233-239, 1998.
- 16) Defloor T: The effect of position and mattress on interface pressure, Applied Nursing Research, 13(1), 2-11, 2000.
- 17) 小長谷百絵, 大久保祐子, 他: ファーラー位におけるずれの力に関する研究 - フォースセンサーによる測定結果より -, 日本創傷・オストミー・失禁ケア会誌, 2(1), 24-30, 1998.
- 18) 大久保祐子, 小長谷百絵, 他: ベッドの背上げ背下げが身体に与える影響 - 寝衣・リネンによる差異 -, 財団法人木村看護教育振興財団看護研究集録, 9, 13-19, 2002.
- 19) 森 将晏, 遠藤明美, 他: ベッドの背上げ時に働く力の臥床位置による差異について, 日本褥瘡学会誌, 6(4), 1-6, 2004.
- 20) 高橋 誠, 大浦武彦, 他: 外力に関する用語の提案 - 圧力とズレ力に着目して -, 日本褥瘡学会誌, 4(2): 265, 2002.
- 21) 平田雅子, 深田裕子, 他: 褥瘡の発生予防と治療に関する研究 (第2報) - 発生因子観察方法の考察とわれわれの選択 -, 神戸市立看護短期大学紀要, 第12号: 27-35, 1993.
- 22) 生命工学工業技術研究所編: 設計のための人体寸法データ集, 185, 日本出版サービス, 東京, 1996.
- 23) 前掲22), 57.
- 24) 平田雅子, 松木光子著: 改訂看護技術の物理学的考察 (第2版), 143-150, メヂカルフレンド社, 東京, 1997.
- 25) 天野富士子, 菅原 啓, 他: ギャッジアップ時における仙骨部位のズレを少なくすると推測される試み, 日本褥瘡学会誌, 3(2): 163, 2001.

[平成16年10月8日受 付]
[平成17年8月2日採用決定]

大学看護学科学生のカウンセリング技術養成教育の評価に関する研究

Evaluation of Training of Nursing College Students in Counseling Skills

軸 丸 清 子

Kiyoko Jikumaru

キーワード：ヒューマンケア、実践能力、カウンセリング技術、看護、教育

Key Words：human care, ability to practice, counseling skill, nursing, education

I. 緒 言

我が国の学士課程における看護学教育は、1952年（昭和27年）にスタートし、1991年（平成3年）に11校であった看護系大学は、2003年（平成15年）には107校にまで増えた¹⁾。こうした時代背景を受けて、文部科学省による第一次「看護教育の在り方に関する検討会」が2001年（平成13年）に発足し、2003年（平成15年）に第二次検討会がもたれ、2004年（平成16年）3月に「看護実践能力の充実に向けた大学卒業時の到達目標」が報告された。そこには、卒業時の看護実践能力をⅠ～Ⅴ群に区分し、19の項目とその細項目が示されている。その中のⅠ群はヒューマンケアの基本に関する実践能力とされており、1) 人の尊敬の重視と人権の擁護を基本に据えた援助行動、2) 利用者の意思決定を支える援助、3) 多様な年代や立場の人との援助的人間関係の形成の3項目が挙げられている。

筆者は、1999年から精神看護学を担当して「コミュニケーション論」「カウンセリング論」「精神看護援助論」「精神看護学実習」の授業を開講してきた。この精神看護学は卒業時到達目標Ⅰ群のヒューマンケアの実践能力を養成することを目的にしている。ヒューマンケアの実践能力を養成する方法の中でも、特にカウンセリングの基本的な技術を身につけることであると考え、力を注いできた。カウンセリングの基本的な技術とは、狭義には、一般的にカウンセリングと称される人間の精神の健やかな成長・発達の促進、精神を病む人たちの健康回復及び保持増進を支援することを目指して行われる専門技術の基本を意味する。広義には、看護における日常生活援助、治療援助、教育、ケースワークなどの場面にカウンセリング的態度で対応し、対象者の精神的成長・発達、精神的健康の回復及び保持増進を支援する基本的な技術を意味する。これこそ、「大学卒業時の到達目標」としている人権の尊重を基盤とした生活支援のためのヒューマンケア実践能力養成教育に最もふさわしい。

看護の領域におけるカウンセリングの技能に関する研究は、これまでもいくつかなされており、たとえば原田²⁾の研究では、基礎看護学概論の授業（90分）に学生のライフサイクルをライフライン（1本の線）で描かせるというエクササイズを実施し、自分を知る機会になったと報告されている。また、村上³⁾の研究では、コミュニケーション・カウンセリングの授業（2時間×8回）を学生に評価票を用いて評価させ、学生の理解度や疑問点を把握し、講義を検討する資料になったと報告されている。しかし、いずれも学生に対するカウンセリングの技術教育の効果を客観的に評価したものではない。

本研究は、ヒューマンケアの実践能力養成教育のなかでも、カウンセリングの基本的な技術の養成成果を客観的に評価し、授業内容との関係を検討して、今後のヒューマンケア実践能力養成のための看護学教育に資することを目的とする。

II. 研究方法

1. 授業内容

筆者が担当する精神看護学で本研究に関係する科目は、コミュニケーション論（30時間）、カウンセリング論（30時間）、精神看護援助論（60時間）で組織されている。その内容は表1、2、3の通りである。コミュニケーション論は、前半の12時間は看護活動に特に関係の深いパーソナル・コミュニケーションについて、コミュニケーションの基本概念および機能、プロセス、コンピテンス等の講義を行った。後半の8時間は、講義で得た知識を体験的に理解するために、絵画や楽器を用いての非言語的コミュニケーションの体験学習、8時間は4時間ずつ2回にわけて、グループダイナミックスを導入した授業で自己理解と他者理解、効果的な話し合いと協力等の体験学習を行った。残りの2時間はグループダイナミックスの授業を振り返り、気づいたこと学んだことについてのレポート作成と試験を

表1 コミュニケーション論の授業内容

回数	内 容	授業形態
1	コミュニケーションの基本概念	講義
2	コミュニケーションの機能と過程、意志決定	講義
3	シンボル作用としてのコミュニケーション	講義
4	コミュニケーションの意味・特性・類型	講義
5	対人関係とコミュニケーション	講義
6	対人コミュニケーション・コンピテンス	講義
7	説得のコミュニケーション・コンピテンス	講義
8	絵画を用いたコミュニケーション	体験学習
9・10	楽器を用いたコミュニケーション	講義・体験学習
11・12・13	グループ・ダイナミックス：いろんな自分を知る	講義・体験学習
14・15	グループ・ダイナミックス 効果的な話し合いをするために 1) 生き物としてのグループ 2) 自他を尊重する関わり 3) 協力過程を体験する 4) 創造的な援助を考える 試験	体験学習

表2 カウンセリング論の授業内容

回数	内 容	授業形態
1	ロジャーズ, C.R. のカウンセリング理論	講義
2	マズロー, A.H. の欲求 (動機付け) 理論	講義
3	エリクソン, E.H. の心理・社会的発達理論	講義
4	看護カウンセリング	講義
5	傷ついた願望を満たす訓練 (物に語りかけ、物語りづくり)	体験学習
6	援助を受けるということ (粘土作品の共同製作)	体験学習
7・8	カウンセリングの基礎的訓練Ⅰ (ロールプレイ)	演習
9	HIV/AIDS カウンセリング	講義
10・11	カウンセリングの基礎的訓練Ⅱ (ミニカウンセリングと逐語録作成)	演習
12・13	カウンセリングの基礎的訓練Ⅲ (ビデオ撮影でのロールプレイ)	演習
14	スーパービジョン	講義
15	試験	

行った。なお、楽器を用いた非言語的コミュニケーション技能の開発は、英国公認音楽療法士のライセンスを持っている音楽専門の大学教員に、グループダイナミックス導入による効果的な話し合いと協力のトレーニングは、臨床心理士に非常勤講師として依頼した。

表3 精神看護援助論の授業内容

回数	内 容	授業形態
1・2	精神看護学の概論 精神看護学に影響をおよぼす諸モデル	講義
3・4	精神看護の倫理 精神医療の歴史と変遷	講義
5・6	精神保健および障害者福祉に関する法律 (精神保健福祉法)	講義
7・8	精神の構造と機能 精神の健康に影響をおよぼす因子	講義
9	精神障害の理解 精神障害の症状と病理	講義
10	精神障害と治療の理解 治療の実際：薬物療法	講義
11・12	精神障害と治療の理解 治療の実際：薬物療法以外	講義
13・14	精神障害を持つ患者の看護 看護の基本	講義
15・16	精神障害を持つ患者の看護 主な症状に対する看護	講義
17	音楽療法の実際	講義・演習
18・19	触法精神看護	講義
20・21	生活自立訓練と看護	講義
22・23	精神看護過程 (事例展開)	講義・演習
24・25	精神看護過程 (事例展開)	演習
26・27	精神看護過程 (事例展開)	演習
28・29	精神看護過程 (事例展開)	演習
30	試験	

カウンセリング論は、前半の8時間は臨床心理学の観点からの人間の心理や行動の理解とカウンセリングの基本的な技能に関する講義、4時間は感受性や洞察力を磨く体験学習、後半の14時間は前半の講義で学習した知識を体験的に理解を深めるためのロールプレイやミニカウンセリング等、より実践に近い演習を行った。ただし、「HIV/AIDS カウンセリング」の講義は演習の前に配置する予定であったが、非常勤講師の都合で演習の間に入れた。残りの3時間は、スーパービジョンについての講義、1時間は試験を行った。なお、HIV/AIDS カウンセリングについては、自治体派遣AIDSカウンセラーをしている臨床心理士に非常勤講師として依頼した。

精神看護援助論は、前半の12時間は精神看護学の概論、20時間は精神障害と治療の理解、精神障害を持つ人の看護の講義、後半の10時間は音楽療法の実際をはじめとするリハビリ看護と触法患者の看護の講義と演習を行った。12時間は事例を用いて、コミュニケーション論やカウンセリング論で学んできた知識・技術を統合し、看護過程の展開を6人一組でグループおよび個人学習し、その後5時間を使ってグループごとにそのプロセスを発表した。残りの1時間は試験を行った。なお、精神医療の歴史と変遷、精神

障害の理解と治療は本学精神科医師、音楽療法の実際はコミュニケーション論の「楽器を用いてのコミュニケーション」の単元と同一の非常勤講師に依頼した。

2. 調査対象

被験者は2003年4月～2003年7月までの4か月間授業を受講した大学看護学科3年生で、授業前後ともに65名中65人回答を回収したが、授業前の同意書に名前が明記されていなかった1名を除外し、64人を研究対象とした。学習進度は、看護に必要な教養基礎的な科目と基礎看護学Ⅰ・小児・母性・成人・老人看護学の専門科目が2年生で終わり、この時期は、専門基礎科目として病態と治療、専門科目として精神看護学、地域・在宅看護学、基礎看護学Ⅱ(看護管理)、選択科目として生活生物論、情報科学が並行して行われている。

3. 調査時期と手続き

1) 調査時期

2003年4月16日第1回目の授業前と2003年7月24日最終回の授業終後である。

2) 手続き

質問紙の作成：菊池(1988)の「Kiss-18 (Kikuchi's Social Skill Scale・18項目版)⁴⁾」、加藤・高木(1980)の「情動的共感性尺度⁵⁾」、柿本(1995)の「人間度尺度⁶⁾」、辻(1993)の「他者意識尺度⁷⁾」、Devis(1983)の「多次元共感測定尺度⁸⁾」、星野⁹⁾の「自分の話し方、きき方の検討」の質問紙、中村¹⁰⁾の「共通感覚論」に基づき作成した福井(2002)の「Q.S.C (Questionnaire for Sensuous Communis)」を参考にした60項目の質問紙A「対話的対人関係形成技能の尺度」と、菊池(2002)の「人あたりの良さ尺度(HIT-44)¹¹⁾」、菊池(1988)の「向社会的行動尺度(大学生版)¹²⁾」、岩淵・田中・中里(1982)の「セルフ・モニタリング尺度¹³⁾」から選択した50項目の質問紙B「基本的対人関係形成能力の尺度」を参考に計110項目の質問紙を作成した。

趣旨説明と同意：研究対象者に対して調査前に、研究の目的と研究への参加は自由であること、不参加でも成績には一切関係ないことを文章と口頭で説明した。また参加同意者は回答と共に同意書にサインをし、提出するよう説明してから、質問紙とともに同意書を配付した。

調査の実施：授業前のカウンセリングの基本技能を測定する方法としては、質問紙A) 対話的対人関係形成技能の尺度と質問紙B) 基本的対人関係形成能力の尺度を第1回目の授業開始前に配付し、各人の普段の人間関係におけるコミュニケーションの状態を思い浮かべてもらった上で、1. まったくない、2. ほとんどない、3. めったにない

が、ときどきある、4. かなりよくある、5. いつもそうなどの5段階評定法で自己評価を求めた。

集計方法：授業前の技能を測定する方法として、授業前の質問紙A)、B) の回答をそれぞれ別個に因子分析した。そしてそれぞれの抽出された因子得点とその合計得点の平均値と標準偏差を求め、授業前の技能得点とした。授業後の技能を測定する方法としては、最終回の授業後に授業前と同じ質問紙を用いて回答を得た。そして授業効果を因子ごとに検討するために、授業前と同じ因子の因子得点とその合計得点の平均値と標準偏差を求め、授業前と後の対応のある差の検定を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 質問項目の因子分析

質問紙A) 60項目およびB) 50項目の得点に基づきそれぞれ別個に因子分析を行い、固有値が1を越える第6因子までを因子数の指標とした。そして各項目の負荷が0.399以下を示すものを削除しながら、主因子法、バリマックス回転で、6因子から3因子までの指定で因子分析を行った。その結果、質問紙A)、B) 共に因子を構成する項目に重複負荷がなく、項目が意味する内容のまとまりという観点から、4因子構造が最も適切であると判断した。各因子の α 係数は、それぞれ質問紙A) 第1因子は0.85、第2因子は0.85、第3因子は0.78、第4因子は0.74であった。質問紙B) 第1因子は0.84、第2因子は0.86、第3因子は0.81、第4因子は0.78であった。各項目の回転(バリマックス)後の因子負荷量と各因子の項目を表4と5に示した。

質問紙A) の第1因子を構成したのは13項目で、「共感的理解」と命名した。第2因子を構成したのは9項目で「肯定的配慮」と命名した。第3因子を構成したのは6項目で「自己一致」と命名した。第4因子を構成したのは5項目で「傾聴」と命名した。合計33項目である。質問紙B) の第1因子を構成したのは12項目で「情緒的コントロール」と命名した。第2因子を構成したのは8項目で「融和性(うち解け)」と命名した。第3因子を構成したのは7項目で「機知性」と命名した。第4因子は8項目で「思いやり」と命名した。合計35項目である。

2. 各因子別の授業効果

質問紙A)、B) の因子分析によって得られた4つの因子について、それぞれに属する因子の得点とその合計得点について、授業前と授業後の対応のある差の検定を行った。その結果、質問紙A) では、第3因子(自己一致)の授業前平均得点2.82、標準偏差値0.59、授業後平均得点3.08、標準偏差値0.57で、授業前より授業後が有意に得点が高かった。また、第4因子(傾聴)の授業前平均得点3.18、

表4 対話的対人関係形成技能の尺度

※＝逆転項目	1 因子 共感的 理解	2 因子 肯定的 配慮	3 因子 自己一致	4 因子 傾聴
第1因子：共感的理解 ($\alpha = 0.85$)				
46 人のちょっとした気分の変化でも、敏感に感じてしまう	0.809	- 0.033	0.044	0.063
27 人のちょっとした表情の変化でも見逃さない	0.801	- 0.016	0.027	0.030
50 あなたの言っていることに、相手がどのように反応しているか、相手の表情などに気づこうとする	0.725	0.103	- 0.297	0.093
41 人の考えを絶えず読み取ろうとしている	0.715	0.204	0.056	- 0.114
57 人の心の動きを分析し、理解しようと試みている	0.687	0.280	- 0.046	- 0.103
21 人の言動には絶えず注意を払っている	0.635	0.138	0.124	0.344
47 人の気持ちを理解するように心がけている	0.631	0.329	- 0.147	0.044
53 話し合っているとき、相手の表情などにも目を向けている	0.576	0.100	0.192	0.249
34 人の態度や表情を気をつけて見るようにしている	0.559	0.203	- 0.154	0.199
12 人の気持ちが直感的に伝わってくる	0.530	0.160	0.110	- 0.074
32 あなたが知っていることを話すことが、相手を傷つけたり事柄を悪くすると思うと、言うのを控える	0.465	0.203	- 0.273	0.277
19 自分の声の調子が、相手にどのように影響を与えているかに気づいている	0.430	0.160	- 0.248	0.150
59 ※人から非難されると、そのことが気になって仕方がない	- 0.408	0.133	0.349	- 0.018
第2因子：肯定的配慮 ($\alpha = 0.85$)				
30 友だちをよく理解するために、彼らの立場になって考える	0.173	0.752	- 0.106	0.235
48 ある人に気分を悪くされても、その人の立場に立ってみようとする	0.223	0.657	- 0.110	- 0.147
7 話し合っているときは、相手の立場に立とうとしている	0.133	0.654	- 0.349	0.148
54 話し合っているとき、相手の視点で物事を見るようにしている	0.227	0.642	0.131	0.255
23 なにかを決定するときには、自分と反対の意見をもつ人たちの立場にたって考えようとする	0.097	0.565	0.018	- 0.036
42 どんな問題にも対立する二つの見方（意見）があると思うので、その両方を考慮するように努める	0.038	0.547	0.131	0.102
58 人を批判する前に、もし自分がその人であったならば、どう思うであろうかと考えるようにしている	0.287	0.542	- 0.001	0.283
9 共同生活を成り立たせるために、親身になって助け合おうとする	0.291	0.537	0.180	0.047
1 相手の言っていることがよく分らないとき、すぐに問い返す	- 0.033	0.533	0.041	- 0.125
第3因子：自己一致 ($\alpha = 0.78$)				
60 ※人と話しているとき、言いたいことがうまく言葉になって出て来ない	0.012	- 0.030	0.785	- 0.153
8 ※他人にやってもらいたいことを、うまく説明することができない	- 0.133	0.039	0.684	- 0.121
33 ※気まずいことがあった相手と、上手に和解できずに困る	0.047	- 0.170	0.656	0.077
18 ※周囲の人の思いがはっきりしなくて、その場にいたたまれなくなることがある	- 0.054	0.190	0.547	0.092
17 ※人と共同作業をしていても自分が人から浮いているような気がする	- 0.006	0.153	0.532	- 0.049
49 ※人の考えていることが分からなくて困ることがある	0.025	- 0.119	0.451	0.165
第4因子：傾聴 ($\alpha = 0.74$)				
28 ※思ったことを、よく考えずに主張してしまう	0.126	0.075	0.111	0.763
29 ※自分が言いたいことを全部一気にしゃべってしまう	- 0.051	- 0.034	- 0.089	0.659
36 ※自分の判断が正しいと思うときには、他の人の意見を聞かない	- 0.001	0.116	0.080	0.576
6 ※相手の言っていることについて、すぐ良いとか悪いとか言いたくなる	0.069	- 0.031	- 0.051	0.569
4 ※他の人の立場を無視して、物事を考えてしまう	0.146	0.105	- 0.038	0.466
行列の固有値	5.496	3.879	3.009	2.608
因子寄与率 (%)	16.7	11.8	9.1	7.9

標準偏差値0.61、授業後平均得点3.39、標準偏差値0.54で、授業前より授業後が有意に得点が高かった。第1因子（共感的理解）と第2因子（肯定的配慮）では、有意な得点の差は認められなかった。さらに、4因子合計の授業前平均得点13.11、標準偏差値1.24、授業後の平均得点13.73、標準偏差値2.28で、授業前より授業後が有意に得点が高かった。質問紙B）では、第4因子（思いやり）の授業前平均

得点3.83、標準偏差値0.43、授業後平均得点3.97、標準偏差値0.38で、授業前より授業後が有意に得点が高かった。

第1因子（情緒的コントロール）、第2因子（融和性（うち解け）、第3因子（機知性）では、有意な得点の差は認められなかった。4因子合計の平均得点と標準偏差値にも、有意な得点の差は認められなかった。質問紙A）の結果を表6に、質問紙B）の結果を表7に示した。

表5 基本的対人関係形成能力の尺度

※ = 逆転項目	1 因子 情緒的コントロール	2 因子 融和性	3 因子 機知性	4 因子 思いやり
第1因子：情緒的コントロール ($\alpha = 0.84$)				
41 本当は嫌いな相手でも表面的にはうまく付き合える	0.756	0.333	- 0.061	- 0.057
3 相手に不快な感じを持っても、それを表に出さない	0.683	0.071	- 0.046	0.061
10 自分の悪いところを隠してつきあえる	0.671	- 0.140	0.218	- 0.154
13 相手に合わせて、自分をコントロールできる	0.636	0.109	0.153	0.048
26 表情や態度などで話し相手に嫌な印象を与えないようにする	0.538	0.114	0.251	0.275
20 人の嫌がることを言わない	0.509	0.108	- 0.043	0.372
1 他人の意見にうまく調子を合わせる	0.507	- 0.070	0.222	0.122
8 余計なことをいわない	0.491	0.095	- 0.180	0.218
21 どんな人とも、いつも変わらない態度で話ができる	0.478	0.397	- 0.009	0.307
32 相手の立場をよく考えて行動する	0.475	0.196	0.203	0.386
4 世渡りを上手にやる	0.462	0.278	0.338	- 0.155
18 ※ 友人からレポート作成や宿題を手伝って欲しいと言われても、ことわれる	0.422	- 0.171	- 0.263	- 0.226
第2因子：融和性 (うち解け) ($\alpha = 0.86$)				
16 相手とすぐ打ち解けることができる	0.202	0.782	0.109	- 0.037
28 だれとでもすぐ仲良くなれる	- 0.027	0.739	0.376	- 0.086
22 初対面の人とも気軽に話ができる	0.085	0.698	0.052	0.014
40 他人に対して壁を作らない	0.170	0.691	0.063	0.123
23 人前できまりが悪くても、おもいきって自分のことが言える	- 0.047	0.658	- 0.005	0.188
34 だれとでも、気軽にあいさつする	- 0.127	0.509	0.269	0.221
5 与えられた役割をうまく果たせる	0.233	0.467	0.401	0.153
19 人と話をうまく合わせることができる	0.359	0.448	0.354	0.092
第3因子：機知性 ($\alpha = 0.81$)				
33 ユーモアのある話し方ができる	- 0.117	0.124	0.647	- 0.003
44 人の心の動きを読み取ることができる	0.211	0.098	0.638	0.170
39 機転をきかせ、愛想よく振る舞える	0.270	0.315	0.636	- 0.113
38 相手の性格を素早くのみこむことができる	0.216	- 0.037	0.611	0.170
27 身振りや手振りをまじえ、表情豊かに話しができる	- 0.113	0.132	0.552	0.167
50 さりげなく相手と意見の異なることを示すことができる	0.077	0.306	0.536	0.113
25 さりげなく相手をほめることができる	0.023	0.022	0.455	0.450
第4因子：思いやり ($\alpha = 0.78$)				
24 気持ちの落ち込んだ友人に電話したり、手紙を出したりする	0.048	0.278	0.008	0.709
37 相手の話をまじめな態度でよく聞くことができる	- 0.011	0.130	0.389	0.650
47 ※他人の気持ちをあまり考えず、自分の思いどおりにする	0.208	0.055	- 0.102	0.568
31 相手により感じを持ったならそれを素直に表現できる	- 0.067	- 0.011	0.266	0.511
30 落とし物をした人にはこちらから声をかけて教えてあげる	- 0.197	0.192	0.160	0.489
6 授業を休んだ友人のために、プリントなどを貰っておいてあげる	0.155	- 0.071	- 0.033	0.444
48 相手の立場に立ってものが考えられる	0.263	0.381	0.258	0.443
49 必要なら相手を立てることができる	0.279	- 0.055	0.282	0.441
行列の固有値	44.521	4.247	3.772	3.417
因子寄与率 (%)	12.9	12.1	10.8	9.8

表6 対話的対人関係形成技能の授業前後の平均値と標準偏差値

	授業前 (n=64)		授業後 (n=64)		t 値	有意性
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
第1因子：共感的理解	3.62	0.45	3.72	0.41	1.21	n.s.
第2因子：肯定的配慮	3.45	0.51	3.54	0.41	0.99	n.s.
第3因子：自己一致	2.82	0.59	3.08	0.57	2.90	**
第4因子：傾聴	3.18	0.61	3.39	0.54	2.18	*
4因子合計	13.11	1.24	13.73	1.22	2.82	**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

注) 各因子の変数 (負荷量「0.40以上」) 第1因子：13変数、第2因子：9変数、第3因子：6変数、第4因子：5変数

表7 基本的対人関係形成能力の授業前後の平均値と標準偏差値

	授業前 (n=64)		授業後 (n=64)		t 値	有意性
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
第1因子：感情のコントロール	3.39	0.48	3.49	0.45	1.24	n.s.
第2因子：融和性 (うち解け)	3.22	0.61	3.31	0.67	0.82	n.s.
第3因子：機知性	3.45	0.55	3.58	0.52	1.52	n.s.
第4因子：思いやり	3.83	0.43	3.97	0.38	2.24	*
4因子合計	13.92	1.45	13.75	1.61	1.56	n.s.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

注) 各因子の変数 (負荷量「0.40以上」) 第1因子：12変数、第2因子：8変数、第3因子：7変数、第4因子：8変数

IV. 考 察

各因子に有意な差が認められた質問紙A)の第3因子(自己一致)については、津村ら¹⁴⁾によると、自己一致とは自己概念と経験が一致することであり、その方向に変容していくための必要条件としては、自分自身に対する無条件の関心(かえりみ)が増加することが必要であるとしている。そのために、第一に自分が重要な関係を持った人からの無条件の肯定的配慮、存在そのものに示された配慮を伝達されていること、第二に自分や他者に対する関心を深め、そこに起こっている体験を直視できていることをあげている。学生は、コミュニケーション論の「絵画を用いたコミュニケーション」の授業で、自分が描いた絵について発表したり、意見交換をしたりするという体験を通して、絵画に投影された自己が語られ、それを仲間が肯定的に関心を向けて聞いてくれることによって、内的な体験が意識化され自己一致を経験することが多くなったと考える。また、「楽器を用いたコミュニケーション」では、自己の内面に蠢く感情や気持ちを音で表現したり、共鳴し合ったりするという体験を通して、心と身体のリズムの一致が起こり、無意識レベルでの自己一致が多くなったと考える。さらにカウンセリング論での「傷ついた願望を満たす訓練」では、「物」に語りかけることで、過去の満たされなかった欲求や願望が「物」に投影され、対話をしながら物語を作ることでそれらが直視でき、傷ついた体験を意識上でとらえられるようになったと考えられる。さらにねぎらいの言葉をかけることでセルフヒーリングが起こり、その傷つきは一層うけ入れられやすくなったと考える。津村ら¹⁴⁾は、30年にわたる人間関係ラボラトリートレーニングの経験から、学習者の成長は自己と経験とが一致していくカウンセリングの過程と同じであることを指摘しており、カウンセリングの技術が養成されていく過程は、カウンセリングの過程そのものといえる。

第4因子(傾聴)については、コミュニケーション論での講義による知識をはじめ、「絵画を用いたコミュニケーション」の演習で、非言語的な感情や気持ちを理解しようとする努力、「楽器を用いたコミュニケーション」の演習で、体感レベルでの感情を理解しようとする努力、「グループダイナミクス」の演習で、グループの力動を理解しようとする努力等、体験的な学習が基本的な対人技能¹⁷⁾になったと考える。その上にカウンセリングの理論や基本態度、応答技法等に関する専門的な知識が加わり、カウンセリングの基本的な技術の開発をより促進的にしたと考える。また「傷ついた願望を満たす訓練」の演習では、自己の傷ついた願望に気づくことによって自己受容が促進され、他者をケアできる能力が培われたと考える。さらに「援助を受けるということ」の演習で、援助のプラス面とマイナス面

を体験的に学び、最終的には「カウンセリングの基礎訓練」でのロールプレイ等の演習で「傾聴」の技能として統合されていったと考える。津村ら¹⁶⁾は、聴くということは、耳できくのではなく、相手の真意を理解するために身体的にも、感情的にも、知的にも、エネルギーを集中させてはじめてできるとしており、学生はコミュニケーション論やカウンセリング論で学んだ知識や演習での体験が、総合されて経験に統合され、傾聴の態度ないし技能として身につくと言えり。

質問紙B)の第4因子(思いやり)については、菊池¹⁸⁾は、思いやりとは相手の立場になって考えたり感じたりすることであり、その行動は相手のためになる援助であると述べている。そして、これらは“赤ん坊の頃の親との繋がりを”“両親の愛情”“思いやりのあるモデル”“「考エテゴラン」型のしつけ”“相手と似ていることに注目させる”“対人的な競争を過度にさせない”“自分を肯定的にみる”等の経験が基礎になっているとしている。菊池はこの基礎となる経験を幼少時に限定しているが、カウンセリングが「いま・ここの関係場面を重要視する¹⁹⁾」ように、学生は学習の進行と共に援助的な人間関係が開発され、幼少時の親との繋がりの中で体験されるような思いやりに関する課題が再獲得されていったと考える。“愛情”については、特に「カウンセリングの基礎的訓練Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」によって援助的な人間関係が発展し、クラスの人間関係の中でも肯定的配慮をもって受容され、愛されるという体験をする²⁰⁾ことが多くなったと考える。“モデル”については、自分よりもさらに援助的な人間関係を形成できる同僚や教員の対応がそれになったと考える。“「考エテゴラン」”については、演習ごとに気づきや学び、感想を書く、「傷ついた願望を満たす訓練」等が洞察する力の開発になったと考える。“相手と似ているところに注目”は、「傷ついた願望を満たす訓練」や「絵画を用いたコミュニケーション」で、意識・浅い無意識レベルでの相手の中に自分の体験を重ねて見るということが起こっていたと考える。“対人的な競争を過度にさせない”では、クラスの中での人間関係が援助的になるにしたがって個人を尊重することが多くなったと考える。“自分を肯定的に見る”では、「傷ついた願望を満たす訓練」や「絵画を用いたコミュニケーション」等を通して、自分の傷つきや今の気持ち、感情に気づき、意識・浅い無意識レベルでの自己受容が起こり、他者受容へと発展していったと考える。

また、思いやりを相手の立場になって考えたり感じたりすることと考えると、それは、ロジャーズ、C.R.²¹⁾が建設的なパーソナリティ変化が起こるために必要にして十分な条件としている6つの中の、カウンセリングの基本態度と呼ばれる自己一致や無条件の肯定的配慮、共感的理解と

いうことができる。有意な得点差が認められなかった質問紙A)の第1因子(共感的理解)と第2因子(肯定的配慮)は、今後、3年生後期から4年生にかけて実施される臨地実習で、病院や施設、地域でのクライアントとの実践的な相互作用を通してさらに開発される可能性がある。

V. 結 論

対話的対人関係形成技能に関する60項目と基本的対人関係形成能力に関する50項目の質問紙は、抽出された因子の α 係数がどの因子も0.74以上であることから、本研究における対話的対人関係形成技能や基本的対人関係形成能力を基礎とした、カウンセリングの基本的な技術を測定する尺度として信頼できる。しかし、カウンセリングの基本的な技術に関する要素全てを網羅しているわけではない。また、質問紙で得られた得点は主観的なものであり、それが実際に技術として身に付いたということとは必ずしも一致しない可能性がある。さらに、調査対象者数については因子分析の場合、通常質問項目数の3倍のデータが必要であると言われるなか、項目数60項目と50項目であるのに対して、被験者数が64人と少ないところに本研究の限界があ

る。これらの問題を解決し、客観的な評価をするためには、第三者による直接観察や逐語録、Video Tape Recorder: VTRでの観察等も必要であると考ええる。しかし、大学教育という大きな集団の教育評価には現実的ではないので、対象者を限定して行う等の工夫が必要である。

有意な得点差が認められなかった質問紙A)の対話的対人関係形成技能の第1因子(共感的理解)、第2因子(肯定的配慮)は、有意な得点差が認められた第3因子(自己一致)、第4因子(傾聴)と共にロジャーズ, C.R.²¹⁾が提唱するカウンセリングの基本態度である。また有意な得点差が認められなかった質問紙B)の基本的対人関係形成能力の第1因子(情緒的コントロール)、第2因子(融和性(うち解け))第3因子(機知性)は、有意な得点差が認められた「思いやり」と共に、カウンセリングの技術の基礎となる要素である²¹⁾。特に質問紙A)対話的対人関係形成技能は4因子(「共感的理解」「肯定的配慮」「自己一致」「傾聴」)の合計に有意な得点差が認められていることから、今後、臨地実習における実践的な学習を積むことによって、これらの技能が開発されていく可能性がある。

要 旨

本研究では、大学看護学科学生の看護基礎教育における基本的なカウンセリング技術の教育成果を検討する。3年生64人を対象に、菊池・堀毛(2002)の「社会的スキル尺度(Kiss-18)」他を参考にして作成した60項目の対話的対人関係形成技能尺度と菊池(2002)の「人あたりの良さ尺度(HIT-44)」他を参考にして作成した50項目の基礎的対人関係形成能力の尺度を用いて、授業前後に質問紙調査を行った。その結果、対話的対人関係形成技能尺度の第3因子(自己一致)と第4因子(傾聴)、4因子合計は、授業前より授業後が有意に得点が高かった。しかし第1因子(肯定的配慮)と第2因子(共感的理解)は、優位な得点差がなかった。また基本的対人関係形成能力尺度の第4因子(思いやり)、4因子合計は、授業前より授業後が有意に得点が高かった。しかし第1因子(情緒的コントロール)、第2因子(融和性)、第3因子(機知性)は、優位な得点差がなかった。

Abstract

The results of education of basic counseling skills in a class of basic nursing for nursing collage students were evaluated. A questionnaire was performed before and after the class in 64 third-year students using a scale of conversational human relationship formation skills consisting of 60 items selected primarily from the Social Skills Scale(Kiss-18) of Kikuchi and Horige(2002) and a scale of basic human relationship formation ability consisting of 50 items selected primarily from the Affability Scale(HIT-44) of Kikuchi(2002). The scores of the third factor (self-consistency) and fourth factor (listening), and the total score of the 4 factors of the scale of conversational human relationship formation skill were significantly higher after the class than before the class. However, no significant difference was observed in the score of the first factor (affirmative considerations) or the second factor (sympathetic understanding) between before and after the class. The score of the fourth factor (sympathy) and the total score of the 4 factors of the scale of basic human relationship formation ability were significantly higher after the class than before the class. However, no significant difference was observed in the score of the first factor (emotional control), second factor (harmonization), or third factor (wittiness) between before and after the class.

文 献

- 1) 平山朝子：看護学教育の在り方に関する検討会を終えて，大学と学生，通（453），2-7，2002.
- 2) 原田慶子・小坂信子：学生の成長を支援するカウンセリング教育の試みに関する一考ー“ライフライン”を描くことによって学生に起こっていることー，秋田県看護教育研究会誌，23-28，2002.
- 3) 村上昭史：看護学科におけるカウンセリング教育と学生による授業評価，香川医科大学看護学雑誌，5(1)，159-165，2001.
- 4) 堀洋道（監），吉田富二雄（編）：心理測定尺度集Ⅱ，サイエンス社，170-174，2002.
- 5) 前掲書4)，119-124.
- 6) 前掲書4)，226-231.
- 7) 前掲書4)，131-135.
- 8) 前掲書4)，136-137.
- 9) 星野欣生：人間関係づくりトレーニング，55-56，金子書房，東京，2004.
- 10) 中村雄二郎：共通感覚論，岩波現代文庫，東京，2003.
- 11) 菊池章夫・堀毛一也編著：社会的スキルの心理学，24-37，川島書店，東京，2002.
- 12) 前掲書4)，178-182.
- 13) 堀洋道（監），山本真理子 編：心理測定尺度集Ⅰ，サイエンス社，東京，271-275，2001.
- 14) 津村俊充，山口真人 編：人間関係トレーニング，113，ナカニシヤ出版，京都，1994.
- 15) 大湊幸秀，鹿島清五郎（監）：実践音楽療法，135，日総研，名古屋，2001.
- 16) 前掲14)，89.
- 17) 前掲11)，24.
- 18) 菊池章夫：また思いやりを科学する，131-140，川島書店，1998.
- 19) 西光義敏：暮らしの中のカウンセリング，49-52，有斐閣選書，1995.
- 20) Rogers, C. R.：対人関係-ガイダンスの核心-，畠瀬稔 編訳：人間関係論THE COMPLETE WORKS OF C.R. ROGERS 6，11，1993.
- 21) 前掲20)，45-67.

〔平成16年7月12日受 付〕
〔平成17年6月20日採用決定〕

RA患者における主介護者の介護負担感と疲労徴候

Care Giver Burden and Fatigue in Rheumatoid Arthritis Patients

梶 原 江 美¹⁾

Emi Kajiwara

忽 那 龍 雄²⁾

Tatsuo Kutsuna

キーワード：関節リュウマチ、介護者、介護負担感、疲労

Key Words : rheumatoid arthritis, care giver, care giver burden, fatigue

I. はじめに

関節リュウマチ (Rheumatoid Arthritis: 以下RAと略す) は、多関節炎を呈する原因不明の全身性疾患であり、多くが寛解と再燃を繰り返しながら進行する。それに伴って、多数の関節が破壊、拘縮、変形をきたし、日常生活動作 (以下ADLと略す) や社会参加の制限によって何らかの介護が必要になってくる。

平成13年の国民生活基礎調査 (厚生労働省)¹⁾によると、要介護の原因疾患として、脳血管疾患が27.7%と最も多く、高齢者の衰弱や骨折・転倒、痴呆等とほぼ同じくリュウマチ等の関節疾患が10%台を占めていた。近年の介護負担に関する研究²⁻⁴⁾の中で介護の対象となっている要介護者の主疾患についても同様の傾向がある。その研究報告の中では、介護者は介護実施に伴い、抑うつ状態に陥りやすいこと^{5,6)}や健康状態が悪化すること⁷⁾が述べられている。

脳血管疾患や認知症、加齢に伴う身体機能が低下した要介護者を介護する介護者については、介護状況や介護負担感などが明らかになっていく中で、要介護RA患者の介護者の介護状況や介護負担感については、他に比べて非常に少ないのが現状である。海外文献でも主介護者に焦点を当てているものは少ない。その中で、要介護RA患者の介護者の介護負担感への影響要因として、介護者の健康状態や患者との人間関係、患者ADL能力や心理状態などが挙げられている¹¹⁻¹³⁾。また、介護者の介護認識と患者の自尊感情との関係も示唆されている¹⁴⁾。しかしながら、国内の文献では、RA患者の生活状況を中心とした調査の中に介護状況として主介護者の続柄や就業の有無、副介護者の有無が若干調査されているにすぎない¹⁵⁻¹⁷⁾。この状況の中で要介護RA患者の主介護者に焦点を当てて調査することは、RAという疾患と共存している患者と生活を共にしている家族の実態と介護状況を直接的に具体的に知ることに繋がる。看護師は、患者を捉えて看護を考えると、背景

として存在する家族の状況にも注目する。また、看護の対象が患者だけではなく、患者の家族となることもある。特にRAという原因不明でケアの質が患者の生活の質に直結している現在では、その家族の状況を知ることは新たなケアへの有益な資料となると考えた。今回は、現段階で介護状況の把握が未だ不明瞭であると判断し、可能な限り多くの主介護者の介護状況把握を目指した。そこで、RA患者の主介護者を対象にして介護状況と介護負担感の実態と関連性を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の操作的定義

今回の研究において介護、介護負担感、疲労徴候、を次のように定義した。

介護とは、日常生活動作及び手段的日常生活動作に対する援助とした。また、援助を受けているRA患者を要介護者とし、RA患者の援助を主に行っている家族、及び血縁関係者を主介護者とした。要介護者の選定にあたっては、RA患者の病勢判定法においてSteinbrockerの分類が一般的であるためこれを用いた。Steinbrockerの分類には、骨や関節の変化を中心にRAの進展度を示すstage I～IV、機能障害度を示すclass I～IVに分けられており、数字の順に重症度が高くなる。class分類では、Iが身体機能に不自由がない、IIが運動制限はあっても普通の活動ができる、IIIが身の回りのことがごくわずかできる、IVが寝たきりあるいは車椅子を利用しなければならない状態である。一般的に要介護状態を指すのはclass III、IVであるが、藤林はこれをさらに各4段階に細分類して示している¹⁸⁾。

介護負担感は、Zaritの定義に基づき、「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」とした。

疲労徴候については、心身の状態について自らが自覚している主観的な負担の程度とし、本研究では健康状態を指

1) 西南学院大学保健福祉学部看護学科 Faculty of Health and Welfare, Department of Nursing, Seinan Jo Gakuin University

2) 佐賀大学地域保健老人看護学講座 Department of Community Health and Gerontological Nursing, Saga University

し示している一指標として位置づけた。

Ⅲ．対象並びに方法

1．対象

2002年5月15日から10月9日にかけて、A大学病院整形外科リウマチ専門外来、及び同県にあるリウマチ診療ネットワーク病院において、通院治療を受けていたRA患者360名中、何らかの日常生活動作を家族に介護してもらっ

ていたSteinbrockerのclassⅢ及びclassⅣのRA患者90名を調査対象として抽出した。このうち、調査に協力が得られなかった15名、回答不備4名の19名を除いたRA患者とその主介護者71名を最終調査対象者とした。対象者の概要は表1に示す。

RA患者の性別および年齢は、男性7名、女性64名、35歳から85歳までの平均64.3歳±10.8であり、年齢区分別では49歳以下が6名、50歳代17名、60歳代22名、70歳代21名、80歳以上が5名であった。

RA罹病期間は1年から48年の平均19.5年±10.9であった。調査時の藤林による細分類では、ADLが困難ではあるもののほぼ可能である3aが25名と最も多く、次いで整髪や靴下着脱など部分的介助の必要な3cが14名、かろうじて屋内の歩行が可能である3dが13名の順であった。また、RA活動性のコントロール状態は良好37名、不良34名であった。なお、Steinbrockerの分類及び活動性のコントロール状態は、対象患者の主治医である2名のリウマチ専門医が、炎症関節数、赤沈値、CRP値を基準に判定した。認知機能レベルについては、全員、柄澤式老人知能基準において正常であった。介護保険による要介護認定を受けている者は21名と少なく、全体の30％であった。

主介護者は、男性48名、女性23名、年齢は19歳から88歳、平均年齢61.9歳±15.3であり、年齢区分別では49歳以下が12名、50歳代13名、60歳代18名、70歳代22名、80歳以上が6名であった。要介護者との続柄は夫が46名と最も多く全体の65％を占めており、次いで子供9名、妻と嫁がそれぞれ5名、親4名、兄弟姉妹2名であった。

2．調査内容および調査方法

調査内容は、要介護者に対して基本属性、炎症活動性コントロール状態の評価、介護認定レベルを調査した。なお、基本属性として把握した要介護者のADL障害度は藤林の細分類を用いた。また、要介護者の認知機能レベルについては、研究者が面接を行う中で柄澤式老人知能基準を参考に確認した。主介護者に対しては、基本属性、就労の有無、副介護者の有無、要介護者との人間関係、介護期間、介護時間、介護内容、疲労感、介護負担感を調査した。

介護内容は、主介護者自身が介助しているという認識を捉える為に調査し、日常生活全般において考えられるものを項目として出した。項目は、ADLとして食事、更衣、排泄、入浴、移動を3段階で調査し、IADLとして調理、買物、洗濯、掃除を3段階で調査した。

健康状態の把握として疲労感について調査した。測定用具には、越河らにより開発された蓄積的疲労徴候調査票(CFSI)を用いた¹⁹⁾。なお、今回は、横山に倣い「労働意欲低下」の特性について除外し、「不安徴候」「抑うつ状態」

表1 RA患者と主介護者の背景

調査対象	項目＜調査方法＞	カテゴリー	人数
RA患者 71名	性別 《本人及びカルテから聴取》	男性	7
		女性	64
	年齢 《本人及びカルテから聴取》	49歳以下	6
		50歳代	17
		60歳代	22
		70歳代	21
		80歳以上	5
	罹病期間 《本人及びカルテから聴取》	5年未満	4
		5年以上10年未満	6
		10年以上15年未満	13
		15年以上20年未満	18
		20年以上	30
	Steinbrocker's stage	Ⅲ	15
	《主治医（リウマチ専門医）の診断》	Ⅳ	56
	Steinbrocker's class	Ⅲ	61
	《主治医（リウマチ専門医）の診断》	Ⅳ	10
	藤林の分類（ADL） 《主治医（リウマチ専門医）の診断》	3a	25
		3b	9
		3c	14
		3d	13
		4a	3
		4b	5
		4c	2
		4d	0
	RA活動性コントロール状態 《主治医（リウマチ専門医）の診断》	良好	37
		不良	34
主介護者 71名	性別 《本人及びカルテから聴取》	要支援	3
		要介護1	4
	介護認定レベル 《本人及びカルテから聴取》	要介護2	5
		要介護3	3
		要介護4	3
		要介護5	3
		介護認定を受けていない	50
	性別 《本人及びカルテから聴取》	男性	48
		女性	23
	年齢 《本人及びカルテから聴取》	49歳以下	12
		50歳代	13
		60歳代	18
		70歳代	22
		80歳以上	6
	続柄 《本人及びカルテから聴取》	夫	46
		妻	5
		子供	9
		嫁	5
		兄弟姉妹	2
		親	4

「気力減退」「イライラ感」「一般的疲労感」「慢性疲労」「身体不調」の7特性について自記式アンケート調査を実施した²⁰⁾。特性ごとに症状があると答えた項目の全項目中に占める割合を訴えの得点とした。得点が高いほど各特性の疲労徴候が高いことを示す。本研究におけるクロンバッハの α 係数はいずれも0.9以上であった。

介護負担感については、荒井らが作成したZarit介護負担尺度日本語版²¹⁾を用い自記式アンケート調査を実施した。この尺度は、88点満点で得点が高いほど負担感が高いことを示している。本研究におけるクロンバッハの α 係数は0.91であった。

調査は診療の待ち時間を利用し、患者とその主介護者に個別に面接によって行い、その後主介護者にのみZarit介護負担尺度日本語版調査票と蓄積的疲労徴候調査票への記入を依頼した。

3. 倫理的配慮

対象患者と主介護者に対して、研究の趣旨、プライバシーの保護、不参加による不利益は受けないことを明記した書面を口頭で説明し、口頭で同意を得た。また、面接による聞き取り調査時は、プライバシーの保護の為、患者と主介護者それぞれ別室にて聴取し、得られた情報は記号化し個人が特定できないよう配慮した。

4. 分析方法

なお、統計学的解析は、介護負担感得点と藤林の細分類でみたADL障害の程度、人間関係、介護内容、疲労徴候について、スピアマンの順位相関係数検定にて検討した。また、介護負担感得点と性別、炎症活動性コントロールの良否、就労の有無、副介護者の有無との関連性は、Mann-whitney's U test、年齢、罹病期間、介護期間、介護時間、続柄はKruskal-Wallis testにて検討した。なお、統計解析には、SPSS Version11.0 for Windowsを使用し、信頼区間は95%とした。

IV. 研究結果

1. 主介護者の介護負担感

主介護者71名の対象患者に対する介護状況は図1に示した如くであり、これら主介護者の介護負担感得点は、0点～54点であり、平均得点は16.6点 $\pm$ 11.8であった(図2)。介護負担感得点は、対象患者の性別、年齢、炎症活動性のコントロール状態の良否、罹病期間、副介護者の有無との間に有意差は認められなかった(表2)。しかし、藤林の分類でみた対象患者のADL能力障害の程度と介護負担感得点との間には有意な関連性が認められた($r=0.467$)。

主介護者の年代別介護負担感得点は、80歳以上の主介護

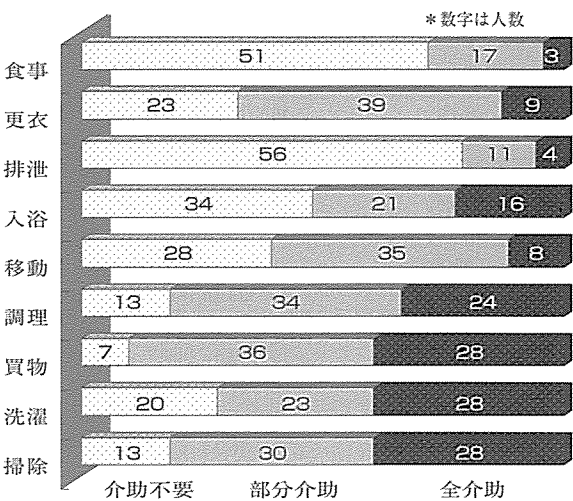


図1 介護内容と介護レベル
対象71名の介護内容では排泄介助が不要の者が多かった。

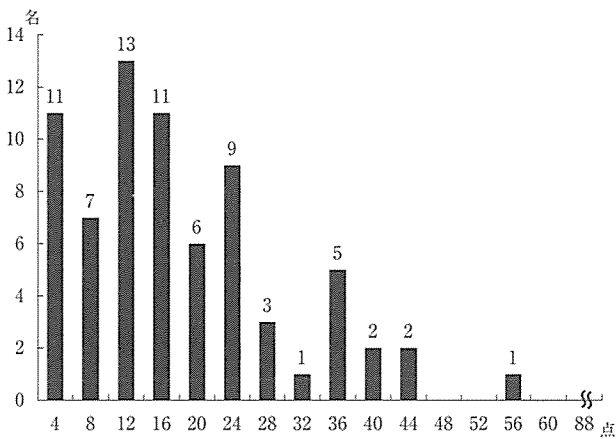


図2 介護負担感得点
71名の平均得点は16.6点であり、低い点数のものが多かった。

表2 RA患者の背景因子と介護負担感得点 n=71名

項目	n	Mean $\pm$ SD (range)	有意差
《性別》	男性	7 23.3 $\pm$ 13.7 (4 - 39)	N.S.
	女性	64 15.9 $\pm$ 11.4 (0 - 54)	
《年齢》	49歳以下	6 8.2 $\pm$ 5.6 (0 - 15)	N.S.
	50歳代	17 15.6 $\pm$ 10.2 (3 - 37)	
	60歳代	22 17.0 $\pm$ 11.6 (3 - 54)	
	70歳代	21 19.2 $\pm$ 13.6 (1 - 44)	
	80歳以上	5 17.2 $\pm$ 13.3 (5 - 39)	
《RA炎症活動性》	良好	37 16.5 $\pm$ 11.8 (1 - 44)	N.S.
	不良	34 16.6 $\pm$ 11.9 (0 - 54)	
《罹病期間》	5年未満	4 11.3 $\pm$ 6.4 (6 - 20)	N.S.
	5年以上10年未満	6 15.0 $\pm$ 4.7 (11 - 21)	
	10年以上15年未満	13 15.1 $\pm$ 12.7 (1 - 44)	
	15年以上20年未満	18 18.5 $\pm$ 13.5 (0 - 43)	
	20年以上	30 17.1 $\pm$ 12.0 (2 - 54)	

者の平均介護負担感得点が23.3点 $\pm$ 14.7と最も高く、次いで70歳代21.1点 $\pm$ 11.8、60歳代16.6点 $\pm$ 12.3、50歳代13.7点 $\pm$ 9.1、49歳以下8.2点 $\pm$ 6.3の順であり、各年代間の得点に

表3 主介護者の背景因子と介護負担感得点

		n = 71名		
	項 目	n	介護負担感得点 (range)	有意差
《性別》	男 性	48	17.8±12.1 (0 - 54)	N.S.
	女 性	23	14.0±10.8 (1 - 39)	
《年齢》	49歳以下	6	8.1± 6.3 (0 - 19)	p<0.05
	50歳代	17	13.7± 9.1 (3 - 36)	
	60歳代	22	16.6±12.3 (2 - 54)	
	70歳代	21	21.1±11.8 (2 - 44)	
	80歳以上	5	23.3±14.7 (5 - 43)	
《続柄》	夫	46	18.3±12.1 (0 - 54)	N.S.
	妻	5	23.0±14.9 (4 - 39)	
	子供	9	10.2± 5.2 (3 - 19)	
	嫁	5	7.2± 6.9 (1 - 16)	
	兄弟姉妹	2	16.0± 5.7 (12 - 20)	
	親	4	15.3±14.7 (5 - 37)	
《就労の有無》	あり	46	16.0±11.1 (1 - 54)	N.S.
	なし	25	17.6±13.1 (1 - 44)	
《副介護者の有無》	あり	41	17.2±11.8 (1 - 54)	N.S.
	なし	30	15.7±11.9 (0 - 39)	
《介護期間》	3年未満	9	20.8± 6.9 (12 - 35)	N.S.
	3年以上5年未満	6	9.0± 8.4 (2 - 24)	
	5年以上10年未満	23	17.5±12.0 (4 - 44)	
	10年以上20年未満	24	14.5±11.0 (0 - 37)	
	20年以上	9	20.9±16.7 (2 - 54)	
《介護時間》	30分未満	11	8.0± 7.0 (0 - 23)	p<0.0001
	30分以上60分未満	12	14.9±11.3 (1 - 35)	
	60分以上120分未満	22	13.0± 7.3 (1 - 27)	
	120分以上180分未満	9	13.7± 6.3 (7 - 26)	
	180分以上240分未満	6	29.0±13.4 (10 - 44)	
	240分以上	11	29.9±11.7 (13 - 54)	

Mann Whitney's U - test Kruskal Wallis test N.S.: Not Significant

有意差が認められた。要介護者との人間関係では、71名中68人の主介護者がいい関係が保てていると答えており、介護負担感得点との間に有意差が認められた (r = 0.298)。介護時間別では、1日に240分（4時間）以上の介護を行っている主介護者の平均介護負担感得点が29.9点±11.7と最も高く、次いで180分以上240分未満が29.0点±13.4、30分以上60分未満14.9点±11.3、120分以上180未満13.7点±6.3、60分以上120分未満13.0点±7.3、30分未満は8.0点±7.0の順であり、時間区分別得点に有意差が認められた。なお、主介護者の続柄別、就労の有無、介護期間別には有意な得点差は認められなかった（表3）。

また、食事、更衣、排泄、入浴、移動、調理、買物、洗濯、掃除の介護内容と介護負担感得点の間には有意な関連性が認められた（表4）。

表4 介護内容と介護負担感得点との関連

		n = 71名	
	項 目	r	
	食 事	0.495 ***	
	更 衣	0.372 **	
	排 泄	0.411 ***	
	入 浴	0.431 ***	
	移 動	0.323 **	
	調 理	0.299 *	
	買 物	0.444 **	
	洗 濯	0.433 **	
	掃 除	0.433 **	

Spearman's correlation coefficient by rank test

r : 相関係数 * : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

表5 主介護者の背景因子と疲労徴候得点の比較

		n = 71名													
項 目	n	不安徴候		抑うつ状態		気力減退		イライラ感		一般的疲労感		慢性的疲労		身体不調	
		Mean ± SD (range)	有意差	Mean ± SD (range)	有意差	Mean ± SD (range)	有意差	Mean ± SD (range)	有意差	Mean ± SD (range)	有意差	Mean ± SD (range)	有意差	Mean ± SD (range)	有意差
《性別》	男性	48 27.1±32.9 (0 - 100)	N.S.	24.2±32.2 (0 - 100)	N.S.	31.4±34.3 (0 - 100)	N.S.	27.0±31.2 (0 - 100)	N.S.	40.3±27.7 (0 - 100)	N.S.	33.8±33.6 (0 - 100)	N.S.	23.3±31.5 (0 - 100)	N.S.
	女性	23 16.5±19.0 (0 - 80)		11.8±17.3 (0 - 73)		19.7±26.0 (0 - 82)		16.5±24.1 (0 - 88)		28.8±20.6 (0 - 64)		38.3±31.9 (0 - 100)		13.4±15.2 (0 - 44)	
《年齢》	49歳以下	6 11.7±22.1 (0 - 80)	N.S.	7.6±20.9 (0 - 73)	N.S.	12.1±20.7 (0 - 64)	N.S.	13.7±26.5 (0 - 88)	N.S.	15.0± 9.7 (0 - 27)	p<0.01	16.7±18.7 (0 - 40)	N.S.	4.6± 9.9 (0 - 33)	p<0.05
	50歳代	17 24.6±28.2 (0 - 100)		16.0±18.6 (0 - 55)		27.3±33.9 (0 - 82)		12.7±16.2 (0 - 50)		29.5±25.2 (0 - 64)		30.8±34.3 (0 - 100)		10.2±14.5 (0 - 44)	
	60歳代	22 31.1±38.0 (0 - 100)		32.8±38.2 (0 - 100)		42.4±36.8 (0 - 100)		38.4±37.4 (0 - 100)		41.8±31.0 (0 - 100)		44.4±36.0 (0 - 100)		35.8±37.7 (0 - 100)	
	70歳代	21 25.0±28.6 (0 - 100)		19.3±28.9 (0 - 100)		23.1±29.3 (0 - 100)		25.8±28.5 (0 - 100)		43.7±23.1 (0 - 91)		39.1±33.2 (0 - 100)		22.1±27.4 (0 - 100)	
	80歳以上	5 18.3±14.7 (0 - 30)		19.5±18.4 (0 - 45)		24.2±33.4 (0 - 91)		14.7±16.8 (0 - 38)		53.2±19.7 (18 - 73)		40.0±25.3 (0 - 60)		18.3±13.3 (0 - 33)	
《続柄》	夫	46 28.0±33.3 (0 - 100)	N.S.	25.0±32.6 (0 - 100)	N.S.	32.8±34.4 (0 - 100)	N.S.	28.2±31.3 (0 - 100)	N.S.	41.6±27.5 (0 - 100)	N.S.	35.2±33.5 (0 - 100)	N.S.	24.1±31.9 (0 - 100)	N.S.
	妻	5 14.0± 8.9 (0 - 20)		7.2± 7.5 (0 - 18)		1.8± 4.0 (0 - 9)		5.2± 7.1 (0 - 13)		19.8±13.3 (0 - 36)		28.0±33.5 (0 - 80)		19.8±16.3 (0 - 44)	
	子供	9 16.7±24.5 (0 - 80)		14.1±25.0 (0 - 73)		18.2±31.6 (0 - 82)		21.0±31.4 (0 - 88)		18.1±16.5 (0 - 55)		24.4±26.0 (0 - 80)		9.8±14.0 (0 - 33)	
	嫁	5 14.0±20.7 (0 - 50)		7.2±11.7 (0 - 27)		12.6±10.3 (0 - 27)		7.6±11.2 (0 - 25)		34.6±24.6 (0 - 55)		28.0±26.8 (0 - 60)		4.4± 6.0 (0 - 11)	
	兄弟姉妹	2 20.0±14.1 (0 - 30)		9.0± 0.0 (9 - 9)		59.0±19.8 (45 - 73)		12.5±17.7 (0 - 25)		41.0±32.5 (18 - 64)		70.0±42.4 (40 - 100)		5.5± 7.8 (0 - 11)	
	親	4 15.0±19.1 (0 - 40)		15.8±18.6 (0 - 36)		21.8±23.7 (0 - 45)		25.3±20.9 (0 - 63)		41.0±22.0 (18 - 64)		60.0±36.5 (20 - 100)		24.8±18.8 (0 - 44)	
《就労の有無》	あり	46 25.0±32.0 (0 - 100)	N.S.	20.7±31.5 (0 - 100)	N.S.	29.5±33.5 (0 - 100)	N.S.	24.6±29.9 (0 - 100)	N.S.	37.1±27.4 (0 - 100)	N.S.	37.0±33.5 (0 - 100)	N.S.	20.0±30.0 (0 - 100)	N.S.
	なし	25 21.2±24.4 (0 - 100)		19.2±23.5 (0 - 100)		24.3±29.8 (0 - 100)		21.7±28.8 (0 - 100)		33.5±24.0 (0 - 91)		32.0±32.1 (0 - 100)		20.3±23.1 (0 - 89)	
《介護期間》	3年未満	9 33.3±45.3 (0 - 100)	N.S.	33.4±46.1 (0 - 100)	p<0.05	69.9±28.0 (18 - 100)	p<0.0001	61.3±34.5 (0 - 100)	p<0.05	62.7±36.6 (0 - 100)	p<0.05	68.9±37.6 (20 - 100)	p<0.001	34.3±45.3 (0 - 100)	N.S.
	3年以上5年未満	6 20.0±39.5 (0 - 100)		1.5± 3.7 (0 - 9)		1.5± 3.7 (0 - 9)		6.3±10.5 (0 - 25)		15.0±14.7 (0 - 36)		3.3± 8.2 (0 - 20)		11.0± 9.8 (0 - 22)	
	5年以上10年未満	23 20.0±23.2 (0 - 80)		16.2±21.1 (0 - 73)		21.7±25.3 (0 - 73)		21.4±27.2 (0 - 88)		31.0±16.8 (0 - 64)		30.4±23.5 (0 - 80)		15.8±19.1 (0 - 78)	
	10年以上20年未満	24 13.3±14.0 (0 - 50)		11.6±14.9 (0 - 45)		18.5±25.3 (0 - 82)		15.8±18.6 (0 - 50)		32.6±22.8 (0 - 73)		30.0±32.3 (0 - 100)		10.1±14.5 (0 - 44)	
	20年以上	9 33.3±32.4 (0 - 100)		32.2±36.4 (0 - 100)		42.3±39.2 (0 - 100)		23.8±35.1 (0 - 100)		49.6±27.5 (18 - 91)		48.9±28.5 (20 - 100)		29.6±32.9 (0 - 89)	
《介護時間》	30分未満	11 8.2±12.5 (0 - 40)	N.S.	4.1± 6.2 (0 - 18)	p<0.05	9.8±12.4 (0 - 36)	N.S.	6.9±13.1 (0 - 38)	p<0.05	20.6±19.7 (0 - 55)	N.S.	21.8±20.9 (0 - 60)	N.S.	5.0± 9.0 (0 - 22)	p<0.05
	30分以上60分未満	12 40.8±44.6 (0 - 100)		43.8±43.7 (0 - 100)		45.4±44.2 (0 - 100)		42.9±39.4 (0 - 100)		49.9±37.2 (0 - 100)		58.3±43.0 (0 - 100)		41.6±41.7 (0 - 100)	
	60分以上120分未満	22 22.7±28.5 (0 - 100)		13.6±20.8 (0 - 73)		21.0±29.7 (0 - 91)		13.8±21.2 (0 - 88)		29.6±17.7 (0 - 73)		22.7±24.9 (0 - 100)		9.5±10.3 (0 - 33)	
	120分以上180分未満	9 30.0±33.2 (0 - 100)		29.1±32.0 (0 - 100)		44.6±32.1 (0 - 100)		39.1±38.8 (0 - 100)		46.4±27.6 (0 - 91)		44.4±26.0 (20 - 100)		28.3±31.5 (0 - 89)	
	180分以上240分未満	6 11.7± 7.5 (0 - 20)		13.7±21.5 (0 - 55)		19.7±27.3 (0 - 73)		21.0±20.5 (0 - 50)		34.7±19.4 (0 - 55)		26.7±27.3 (0 - 60)		20.3±29.4 (0 - 78)	
	240分以上	11 23.6±19.1 (0 - 70)		19.7±23.7 (0 - 82)		23.9±28.3 (0 - 82)		27.5±24.2 (0 - 75)		44.7±23.1 (0 - 73)		45.5±38.0 (0 - 100)		26.1±26.8 (0 - 89)	

Mann Whitney's U - test Kruskal Wallis test N.S.: Not Significant

2. 疲労徴候

主介護者71名のCFSIにおける疲労徴候は、不安徴候23.7点±29.4、抑うつ状態20.2点±28.8、気力減退27.6点±32.1、イライラ感23.6点±29.4、一般的疲労感36.5点±26.1、慢性疲労35.2点±32.9、身体不調20.1点±27.6であった。これら疲労徴候の項目別得点は、対象患者の性別、年齢、炎症活動性のコントロール状態の良否、罹病期間、続柄、ADL能力障害の程度、主介護者の就労の有無との間に有意差は認められなかった。

しかし、主介護者の年代別には、一般的疲労感の項目では、80歳以上が53.2点±19.7と最も高く、次いで70歳代の43.7点±23.1であり、年代間の得点に有意差が認められ、身体不調の項目においても60歳代の35.8点±37.7が最も高く、次いで70歳代の22.1点±27.4であり、年代間の得点に有意差が認められた。介護期間別にみると、各特性ともに3年未満の平均疲労得点が最も高く、次いで20年以上の介護期間群の順であった。このうち、抑うつ状態、気力減退、イライラ感、一般的疲労、慢性疲労を示す項目と介護期間別間の得点には有意差が認められた。介護時間別では、不安徴候、抑うつ状態、気力減退、イライラ感、一般的疲労感、身体不調の平均疲労得点では30分以上60分未満の介護時間が最も高く、次いで120分以上180分未満であった。慢性疲労では30分以上60分未満が最も高く、次いで240分以上の順であった。このうち、抑うつ状態、イライラ感、身体不調を示す疲労徴候で介護時間により有意差が認められた(表5)。

また、介護内容と疲労徴候得点との間には移動介助と抑うつ状態及び身体不調の項目との間にのみ有意な関連性が認められた(表6)。

3. 介護負担感と疲労徴候との関係

主介護者の介護負担感得点と疲労徴候得点との間には、一部の項目に低い相関係数が含まれるが、不安徴候($r =$

0.412)、抑うつ状態($r = 0.412$)、気力減退($r = 0.296$)、イライラ感($r = 0.337$)、一般的疲労感($r = 0.459$)、慢性疲労($r = 0.255$)、身体不調($r = 0.326$)の7項目全てに有意な相関が認められた。

V. 考 察

今回、RA患者を介護する主介護者の介護状況、介護負担感について調査し、それらの関連性を明らかにした。介護負担感を左右する因子として、Medeiros ら¹¹⁾や、Manne ら^{12, 13)}、Beckham ら¹⁴⁾は患者の機能障害や心理的要因、片桐ら^{15, 16)}は介護者の意識との関係があると述べ、大山ら⁷⁾は、介護者の年齢との関係が認められたと述べている。また、Zarit^{22, 23)}、Medeiros ら¹¹⁾は、被介護者と介護者のコミュニケーション、人間関係が重要な影響を及ぼすと述べている。今回の調査では、介護者の年齢と関係は、大山らの報告に同じく認められ、80歳以上の主介護者の介護負担感得点は23.3点±14.7と対象者中で最も高かった。また、ほとんどの主介護者が被介護者との人間関係は良かった。RAについては、早期発見早期治療が目指されているものの、原因が不明であるため治療は薬のコントロールや痛みに対する対症療法等になる。そのため、罹病期間も長期の患者が多く、疾病との共存の中で生活を送っているのが実状である。個人差はあるが痛み一つ取上げて、日々変化するだけでなく、日内でも変化し、その痛みは強い精神的苦痛であるといえる。それを最も身近にいる家族は患者の身代わりにはなれなくとも生活を共にする中で疾患と共存する患者と関わり、患者の疾患との共存を共有する関係性を築いていくのではないかと考える。そのことから主介護者の介護負担感平均得点が16.6点±11.8と低くなったのではないかと考えた。なお、同様の尺度を用いた要介護高齢者^{22, 23)}や脳卒中患者²⁾、ALS患者²⁴⁾の介護者の介護負担感平均得点40点前後であり、他疾患の主介護者と比べても遠に低かった。この相違については今回の対象者が、認知機能レベルが維持できており意思疎通がしっかりとでき、徘徊などの問題行動を生じているものがないことが、SteinbrockerのclassⅢ、Ⅳの比較的重度の機能障害があるにも関わらず、藤林の細分類でみると排泄動作において介助不要の者が多く、全介助の要介護者が少なかったことなどが理由にあると思えた。

荒井ら²⁾は脳卒中患者の介護者の介護負担感が介護時間と関係すると述べているが、今回のRA患者の主介護者では、3時間以上の介護になると負担感得点が高くなった。RA患者の主介護者の介護負担感平均得点は低いとはいえ、食事や更衣等のADLや調理、買物といった手段的ADL全ての介護内容と介護負担感との間に関連性が認められたことは、RAの特徴である手指の変形や炎症活動性

表6 介護内容と疲労徴候得点との関連 n = 71名

	相関係数						
	不安 徴候	抑うつ 状態	気力 減退	イラ イラ感	一般的 疲労感	慢性 疲労	身体 不調
食事	-0.101	-0.023	-0.059	-0.087	-0.146	-0.055	0.010
更衣	0.052	-0.035	-0.124	-0.051	0.004	-0.197	-0.101
排泄	-0.096	-0.045	-0.118	-0.048	-0.148	-0.197	-0.107
入浴	-0.112	-0.151	-0.165	-0.136	-0.092	-0.202	-0.097
移動	0.211	0.244*	0.142	0.191	0.094	0.076	0.251*
調理	0.089	0.073	0.026	0.049	-0.041	-0.081	-0.039
買物	0.126	0.069	0.056	0.052	0.020	-0.028	0.065
洗濯	-0.089	-0.155	-0.107	-0.104	-0.114	-0.126	-0.128
掃除	-0.056	-0.114	-0.096	-0.099	-0.133	-0.161	-0.153

Spearman's correlation coefficient by rank test r: 相関係数 *: p<0.05

に伴う痛みなどが関連しているように思える。また、これらの症状によって介護状況も変わってくるものの、一般に症状の増悪が介護量や介護時間の増大に繋がるように思えるため、症状にあわせた生活様式の工夫や、自助具などの情報を提供し自立支援に努めていく一方で、介護者へのねぎらいの声かけなどコミュニケーションによる精神的援助も必要であるといえる。

次に、介護状況から生じる疲労徴候について、横山⁹⁾は、①一般的疲労感、慢性疲労、身体不調の特性からなる身体的な疲労徴候、②不安徴候、抑うつ状態、気力減退の特性からなる精神的な疲労徴候、③イライラ感の特性からなる介護状況から生じる疲労徴候と3つの特性からなり、抑うつ状態、イライラ感、慢性疲労、身体不調は被介護者よりも介護者のほうが高くなると述べている。今回の対象例では、年代間に一般的疲労と身体不調に有意差が認められたが、加齢に伴う生理的機能の低下を鑑みれば当然のことといえる。

疲労徴候と介護期間との関係においては、横山⁹⁾は、慢性疲労と介護期間との間に強い関連が認められたと述べている。今回の調査では、慢性疲労のみならず抑うつ状態、気力減退、イライラ感、一般的疲労、慢性疲労との間に有意差が認められ、身体的、精神的、介護状況から生じる疲労の多側面から蓄積していることが明らかとなった。特に、今回の対象患者では、3年未満群において最も疲労徴候得点が高かった。山田²⁵⁾は、介護初期においては要介護者への対応や将来への不安や抑うつを強く感じ、6年後の時点では、時間の経過と共に介護方法に慣れ、これらの疲労感が低下するのではないかと推察しており、同様のことがいえると考えられる。このことから、介護初期にある介護者への援助として負担感の程度に関わらず、介護者の健康管理に注意を向け、疲労が蓄積状況を心身両面からアセスメントしていくことが重要といえる。特に、今回の結果から気力減退に陥りやすいことがわかり、これからの介護生活に向けての看護師の精神的支えが重要であると考えられる。一方で、介護期間が20年以上の介護者の疲労も3年未満に次いで高く、罹病期間が長期化することも予想されるRA患者では、介護者自身が高齢化し、加齢の影響から疲労が蓄積されやすくなることを念頭におき、介護者の介護状況を修正提案することが看護師に求められてくるといえる。

また、介護時間との関係について、山田²⁶⁾は、イラ

イラ感を除く全ての項目に関連が認められたと述べており、今回の対象例でも同様の結果であった。当然のことながら介護時間短縮に向けての取り組みが疲労軽減には必要であることを示唆していた。

主介護者の介護負担感と疲労徴候との関連について全ての疲労徴候得点が介護負担感得点と関連していた。特に不安徴候、抑うつ状態との関連が高く精神的な疲労が介護負担感を増強し、主介護者の健康を阻害することにつながると思え、注意が必要である。

研究の限界と今後の課題

RA患者を主に介護している主介護者71名の介護負担感に影響を及ぼす因子は複雑である。介護負担感が縦断的にどのように変化していくのか質、量の両側面からみる必要がある。また、介護負担感というネガティブな感情とあわせながら介護のポジティブな側面の分析と強化が介護負担感にもさらに影響を与えるように思う。さらに、疾患からの側面を見ていくと、今回は、SteinbrockerのclassⅢ及びⅣのRA患者に限定して調査を行ったが、classⅠ及びⅡの早期から精神的要因も含めた質的な介護負担感を評価していくことで広範囲に及ぶ介護負担感の複雑な因子が抽出され、更なる個別的な看護へと結びつける必要がある。

VI. ま と め

通院治療を受けているSteinbrockerのclassⅢ及びclassⅣのRA患者の主介護者71名（男性48名、女性23名、年齢は19歳から88歳、平均年齢61.9歳）の介護負担感と疲労徴候を評価し、次の結果を得ることができた。

1. Zarit介護負担尺度日本語版における主介護者71名の介護負担感平均得点は、88点満点中16.6点 $\pm$ 11.8であり、他の疾患患者を介護する主介護者の介護負担感得点よりも低かった。
2. 健康状態の指標として疲労徴候を調査した結果、一般的疲労感36.5点 $\pm$ 26.1、慢性疲労35.2点 $\pm$ 32.9、気力減退27.6点 $\pm$ 32.1、不安徴候23.7点 $\pm$ 29.4、イライラ感23.6点 $\pm$ 29.4、抑うつ状態20.2点 $\pm$ 28.8、身体不調20.1点 $\pm$ 27.6と高く、主介護者の年齢や介護時間、介護期間との間に関連があることが示唆された。
3. 介護負担感と疲労徴候の関連性において、特に精神的な疲労が介護負担感を増強し、主介護者の健康を阻害することにつながることを示唆された。

要 旨

要介護レベルであるSteinbrockerのclassⅢ、Ⅳと診断された関節リウマチ（Rheumatoid Arthritis：以下RAと略す）患者を介護する主介護者を対象にして疲労感を含めた介護状況や介護負担感を明らかにする目的で調査を行った。

リウマチ専門外来に通院中のRA患者71名（男性7名、女性64名、平均年齢64.3歳、平均罹病期間19.5年）とその主介護者71名（男性48名、女性23名、平均年齢61.9歳）を対象として、Zarit介護負担尺度日本語版並びに越河らの蓄積的疲労徴候調査票を用いて、面接による聞き取り調査と自記式アンケート調査を行った。その結果、71名の介護負担感平均得点は88点中16.6点と低く、蓄積的疲労徴候平均得点は100点中一般的疲労感36.5点、慢性疲労35.2点、気力減退27.6点、不安徴候23.7点、イライラ感23.6点、抑うつ状態20.2点、身体不調20.1点であった。また、介護負担感と疲労徴候は密接に関連しており、精神的な疲労が介護負担感を増強し、主介護者の健康を阻害することにつながることを示唆された。

Abstract

The purpose of this study was examine the relationship between caregiver situation including fatigue and burden in classⅢ,Ⅳ Rheumatoid Arthritis(RA)patients of caregiver. Objects are 71 RA patients (7 men, 64 women, average age 64.3, disease period 19.5)and the primary caregiver (48 men, 23 women, average age 61.9). The investigation method performed the listening comprehension investigation and the account type questionnaire(Zarit burden scale and Cumulative Fatigue Symptoms Index)by interview. As a result, ① primary caregiver was burden average score 16.6, and caregiver fatigue average score was General fatigue 36.5, Chronic tiredness 35.2, Decreased vitality 27.6, Anxiety 23.7, Irritability 23.6, Depressive feeling 20.2, Physical disorders 20.1. ② A feeling of a care burden and fatigue signs were related closely. and mental fatigue reinforced a care burden feeling, and that it was connected was suggested by obstructing health of the main caretaker.

文 献

- 1) 厚生労働省, 平成13年国民生活基礎調査の概況, 厚生指針, 49(10), 35-51, 2002.
- 2) 荒井由美子, 鷺尾昌一他: 障害高齢者を介護する者の負担感－脳卒中患者介護者の負担感を中心として－, 精神保健研究, 45, 31-35, 1999.
- 3) 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.
- 4) 藤田利治, 石原伸哉他: 要介護老人の在宅介護継続の阻害要因についてのケース・コントロール研究, 日本公衆衛生雑誌, 39(9), 687-695, 1992.
- 5) Masakazu W, Yumiko A: The New Public Long-term Care Insurance System and Feeling of Burden among Caregivers of the Frail Elderly in Rural Japan, Fukuoka Acta Med, 92(8), 292-298, 2001.
- 6) Arai Y, Washio M: Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan, Ageing and Mental Health, 3(2), 158-164, 1999.
- 7) 大山直美, 鈴木みずえ他: 家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析, 老年看護学, 6(1), 58-66, 2001.
- 8) 坂本雅昭, 安西将也他: 在宅高齢介護者の疲労に影響を与える要因とその数量化モデルに関する研究, 昭医会誌, 54(1), 33-42, 1994.
- 9) 横山美江: 在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労徴候と介護環境要因, 日本看護研究学会雑誌, 16(3), 23-31, 1993.
- 10) 小長谷百絵: 筋萎縮性側索硬化症患者を介護する家族の介護負担感に関する研究－介護負担感の特徴と関連要因－, 日本在宅ケア学会誌, 5(1), 34-41, 2001.
- 11) Medeiros MC, Ferraz MB: The Effect of Rheumatoid Arthritis on the Quality of Life of Primary Caregivers, The Journal of Rheumatology, 27(1), 76-83, 2000.
- 12) Manne SL, Zautra AJ: Couples Coping with Chronic Illness: Women with Rheumatoid Arthritis and Their Healthy Husbands, Journal of Behavioral Medicine, 13(4), 327-342, 1990.
- 13) Manne SL, Zautra AJ: Spouse Criticism and Support ;Their Association With Coping and Psychological Adjustment Among Women With Rheumatoid Arthritis, Journal of Personality and Social Psychology, 56(4), 608-617, 1989.
- 14) Beckham JC, Burker EJ: Patient Predictors of Caregiver Burden, Optimism, and Pessimism in Rheumatoid Arthritis, Behavioral Medicine, 20, 171-178, winter1995.
- 15) 片桐都茂子, 忽那龍雄他: 寝たきり慢性関節リウマチ患者の生活状況に関する調査研究, 九州リウマチ, 18, 76-80, 1999.
- 16) 片桐都茂子, 忽那龍雄他: 重度身体障害慢性関節リウマチ患者の在宅支援のあり方と問題点, 九州リウマチ, 20, 65-68, 2001.
- 17) 泉キヨ子, 村山隆司他: 寝たきり慢性関節リウマチ患者の療養状況に関する研究, 金沢大学医学部保健学科紀要, 24(1), 135-142, 2000.
- 18) 藤林英樹, 郷田英機他: 重度リウマチ患者のリハビリテーションとFollow-up－理学療法を中心に－, 理学療法と作業療法, 11(3), 209-217, 1977.
- 19) 越河六郎, 藤井亀他: 労働負担の主観的評価法に関する研究(1)－CFSI(蓄積的疲労徴候インデックス)改訂の概要－, 労働科学, 68(10), 489-502, 1992.
- 20) 横山美江: 在宅介護老人の介護者における疲労感の計量研

- 究, 看護研究, 26(5), 31-37, 1993.
- 21) 荒井由美子, 細川徹: 在宅高齢者・障害者を介護する者の負担感－日本語版評価尺度の作成－, 「健康文化」研究助成論文集, 3, 1-6, 1997.
- 22) Zarit SH, Reever KE, Bach – Peterson J: Relatives of the Impaired Elderly; Correlates of Feelings of Burden, Gerontologist, 20(6), 649-655, 1980.
- 23) Zarit SH, Todd PA, Zarit JM: Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study, Gerontologist, 26(3), 260-266, 1986.
- 24) 齋藤明子, 小林淳子: 在宅筋萎縮性側索硬化症患者の介護負担感に関する研究, 日本地域看護学会誌, 3(1), 38-45, 2001.
- 25) 山田紀代美, 鈴木みずえ他: 長期間の介護継続における介護者の疲労感および生活満足感の変化に関する研究, 老年看護学, 5(1), 165-172, 2000.
- 26) 山田紀代美, 鈴木みずえ: 要介護高齢者の介護者のライフスタイルと疲労感に関する研究－介護時間による分析－, 日本看護科学会誌, 17(4), 11-19, 1997.

〔平成16年7月16日受 付〕
〔平成17年8月30日採用決定〕

夫を亡くした妻の喪失体験の意味づけ －夫婦としての存在の意味づけ－

Loss Experience of the Wife who Lost the Husband Gives the Significance
－ The Significance about the Existence as Husband and Wife －

小 林 裕 子
Yuko Kobayashi

キーワード：喪失体験，意味づけ，プロセス
Key Words：loss experience, the significance, process

I. はじめに

超高齢社会を目前にして、65歳以上の単身世帯は年々増加傾向にある¹⁾。中でも女性の死別率は男性の4倍と高く、結果的に夫と死別した高齢女性は増加している。男女とも有配偶者と比べて死別者は平均余命が短く、罹患率、死亡率が高い²⁾と報告されている。

配偶者との死別は、死別後の適応のためのストレスが最も高く³⁾、悲嘆への援助の必要性が指摘されている⁴⁾。配偶者との死別体験に関する看護学の先行研究をみると、悲嘆反応や悲嘆のプロセス、影響要因、回復に関わるソーシャル・サポートなどの視点から分析した報告がある^{5～11)}。

人生における意味づけについてRichard¹²⁾らは、意味づけの経験によって人生における苦悩によりよく対処でき、喪失経験は、「その人が意味づけることによって、受け入れることができる」。そして、「看護ケアは、対象が経験への意味づけを可能にすることを目標とする」と述べている。すなわち、喪失体験をした人は、その体験を意味づけることによって、悲嘆反応に対処し、新たな自己の構築に向かうプロセスを経て、悲嘆から回復することができると考える。

死別の意味づけについては「死別の悲嘆が自分にとっての意味になった時に、喪失の悲嘆はそれを超えて新たな自己を生成していく過程へと変化する」という報告がある¹³⁾。これは死別による喪失体験のプロセスの中で、その意味を見だし、自分の可能性に向かって生きようとすることにより、新たな自己を生成するプロセスへと変化する可能性を示している。

また、喪失体験の意味づけに関する先行研究では、がん罹患を通しての意味づけ^{14～15)}、がん患者家族の意味づけ¹⁶⁾、筋萎縮性側索硬化症患者の人生の意味づけ¹⁷⁾など

の報告がある。しかし、いずれの報告においても意味づけの内容や、夫と死別した妻を対象とした報告は見当たらなかった。配偶者を亡くした妻の喪失体験の意味づけを明らかにすることは、配偶者との死別後の人生を意味あるものとして過ごしたいと願う人々の看護援助に示唆を与えると考える。

そこで、本研究では夫を亡くした妻の語りから、喪失体験の意味づけの内容と意味づけに至るプロセスについて検討した。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

夫と死別した妻が、死別による喪失体験の中にどのような意味を見出しているかを、当事者の語りを通して探索する、質的記述的研究である。

2. 調査方法

調査協力を要請するにあたって闘病期間、死別後の年数については以下の先行研究を参考に要件を定めた。配偶者を亡くしたことによる悲嘆は、1年から5年以上続くとの報告があり¹⁸⁾、闘病期間については、罹病期間が1年未満の場合に悲嘆が強い傾向が見られたが、死別後3年で軽減し再建に向かっていたとの報告がある¹⁹⁾。山田ら²⁰⁾による介護に対する満足感調査では、1年未満と3年以上の比較において有意差を認めなかった。また、筆者が本調査に先立ち面接を行った死別後2～4年を経過した対象者は、夫の死に対するわだかまりが残されており、意味づけには至っていなかった。

そこで今回の調査協力者として夫と死別後6年以上経過し、かつ精神疾患が無く心理療法などを受けたことのない妻とした。また死亡原因は事故や自殺を除き病死である事

を調査協力依頼の前に確認した。

面接は自然な会話の中で、夫の死後の気持ちとその理由、夫の死の意味をどう考えているか、それに影響したことは何かについて自由に話すよう促す半構成面接技法を用いた。

データ収集は、2002年10月～12月に行なった。

3. 倫理的配慮

協力者にあらかじめ口頭と文書で研究目的、研究への参加が任意であり中断可能なこと、面接時間は30分程度であること、および内容の提示は個人が特定されないようにすることを説明し協力の諾否を確認した。これに同意を得た協力者に、面接の日時と場所の希望を確認し指定された場所に出向いた。

面接の始めに再度口頭により同意を確認し、面接は中断も可能であることを保証したうえで同意書と承諾書を交わした。会話の内容は、同意を得て録音した。

面接技術のトレーニングは夫を亡くした妻を対象に今回と同内容のインタビューを3事例に行い、それぞれ逐語録を作成して不要な誘導、価値の押し付けが生じないように訓練を受けた後に面接に臨んだ。

4. 分析方法

逐語録として再生したものを、次の3段階で分析した。第1段階で体験内容とそれに対する思い、考えを一文ずつから読み取った。第2段階で、読み取った文節の内容をまとめとりとして抽出しネーミングをした。それらを喪失体験のプロセスとして記述し、喪失体験の意味づけを抽出した。第3段階で、各事例の類似している意味づけをまとめ、夫との心理的関係性を図に表した。

分析の真実性を確保するために、研究の各プロセスにおいて死生学領域の専門家にスーパービジョンを受けた。また配偶者との死別体験を継続して研究している大学教員に分析結果が妥当であるかについて確認を受けた。

5. 用語の定義

喪失体験の意味づけ：意味づけとは「主体が状況を把握し対応を思念する内的営みであり、意味づけられた状況は

主体が関与する概念であり、それが行動や生きることに関わる」という深谷らの意味づけ論²⁾を踏襲し、本論文では、夫を亡くした妻が、個としての人生を生きる日々において、夫の死および死後から現在に至る過程を想起する中で認知した夫との関係性に対する認識とする。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力者の背景

5名の協力者は、年齢62～74歳（平均67.0歳）、死別後期間は6年～16年であった。研究協力者の概要は表1に示した。

2. 妻の喪失体験の意味づけと意味づけにいたるプロセス

夫を亡くした妻の夫婦としての存在の意味づけの内容として、＜夫は空気のような安心感＞＜夫婦一体感＞＜夫婦二人の世界＞＜パートナーとしての夫婦＞が抽出された。これら4つの意味づけに通底している妻の喪失体験は“夫婦としての存在”のあり方であった。

以下に協力者の意味づけに至る喪失体験のプロセスを示した。以下ネーミング内容は〔 〕で表した。

1) 夫は空気という安心感

この意味づけは、夫の存在が、失って初めてその大切さに気づく空気のように、当然そこに存在する安心感であり、Aさんの語りの中から抽出できた。

ー Aさんの意味づけ＜夫は空気という安心感＞に至るプロセスー

夫の死後は、〔振り向いた時に夫はもう居ない、一人の寂しさ〕を感じ、夫は、〔気持ちの上では空気であり、求めた時そこに居る安心感〕があったことに気づいた。7回忌の時に、死後の〔7年にわたる気持ちの整理と一人の経験による精神的自立〕ができたと考えていた。現在は、〔余裕を持って夫を思い出す〕中で、〔特別な時ではなく、空気のような夫〕として感じられるようになった。

2) 夫婦一体感

この意味づけは、夫の死により自己が半減する、および

表1 研究協力者の背景

事 例	年齢	面接時点の死別後年月	夫死亡年齢	死因	闘病期間	家族構成	同居家族	職業	面接時間(分)
A	67	7年	61	間質性肺炎	3年	娘と息子	無	無	60
B	65	16年	50	急性心不全	突然死	娘と息子	無	有	60
C	62	6年6ヶ月	54	胃癌	1年20日	娘と息子	無	有	60
D	67	16年	51	急性心不全	突然死	母と弟	無	有	22
E	74	7年11ヶ月	66	肺炎	2日	娘	無	有	60

自分を見失いそうになる中で、心の中にある夫の存在や生前の夫の生き方を追従することで、今は亡き夫との新たな一体感を構築することであり、AさんとCさんから抽出できた。

－Aさんの意味づけ＜夫婦一体感＞に至るプロセス－

夫の死後は、[夫はもう居ない、自己は半減]したと感じていた。[夫は拠り所]であり、互いに自己のすべてを表出しあう中で、ある部分は夫、ある部分は自分が占めており、子とは距離を置いた[夫婦は二人であり一人としての一体]であることに気づいた。[死んだと思いたくない、夫は自分の中にいる]と心の中にある夫の存在を感じようとしていた。死後7年を経た現在は、[常に語りかけ夫を拠り所とし、仏を拝み気持ちが安定する]ことができるようになった。

－Cさんの意味づけ＜夫婦一体感＞に至るプロセス－

夫の生前は、日々夫の生きる姿を見ること、常々夫に言われていたことで、[夫の生き方を追従し生き方が写る]と言ってもよいほど、夫の人生に自分を重ねていた。夫の手術に際しCさんは、夫が[常々死は運命と言い、悔いのない生活のため眠るとき以外いつも行動]していたことを慮り、[夫の生命力により人生をまっとうした生き方を具現した非摘出術]を選んだ。病名の告知は[夫の癌への疑いと否定したい思いの確信]と[真実を知った時の夫への脅威]により真実を告げなかった。夫の臨終に際しては[もう延命処置はいらない]と考え自然な死を選んだ。夫はCさんに感謝の言葉を残して亡くなった。それはCさんにとって[死の直前までも他者に賞賛される夫]であった。夫の死後は、[自分を見失いそうなほど何事も二人三脚]であったことへの気づきから、[何もできなかった]という思いと、[信頼できる人を失った寂しさ]を感じていた。しかし、毎晩泣き、仏(亡き夫)と話していたつらい3年を経て[仏との交流を止め自分で解決する決断]をした。現在は、[何かに夢中にならなければ自分が無くなりそうな不安]の中で、夫には及ばないが[目標を持ち忙しくできることを精一杯する]という夫の生き方を追従することにより自己を保とうとしていた。

3) 夫婦二人の世界

この意味づけは、夫の死後に気づいた子の世界には入れない夫婦二人の生活、生活習慣を共有する中で創り上げた世界の共有者を失ったことにより一度は家の意義を見失うが、夫との生活の意義に気づき、再び生活意欲を取り戻していくことであり、AさんとEさんから抽出できた。

－Aさんの意味づけ＜夫婦二人の世界＞に至るプロセス－

夫の死後は、家が[夫が目の前に居ない]生活の場となり、帰ると何もしたくない、料理をしても食べてくれる人がいないという[家の生活における目的と共有者の喪失感]を抱き、Aさんにとって家は、[子の世界には入れない、二人の生活は夫婦二人の世界]であったことに気づいた。現在は、[意欲を回復できた趣味の世界]と、[生活意欲の喪失感からの救いと気持ちの転換の職場]という別の世界に入り、別の場にいる時に、喪失感からの回復と救いを得ていた。しかし、今後、趣味や職場を失った時に、[生活意欲の喪失感が終日持続する将来への漠然とした思い]に留まっていた。

－Eさんの意味づけ＜夫婦二人の世界＞に至るプロセス－

生前の夫は、Eさんの意見を聞こうとせず、自分の決断を貫き、自分で選択した医療を受け死亡した。夫の死後は、[妻の思いを拒絶し対立したまま、夫が選択した医療による死への悔いとつらさ]を感じていた。Eさんは通勤のために駅まで送り迎えを夫にしてもらうなど[夫婦の生活において共有する習慣]があったことに気づき、[夫の喪失に伴う大幅な生活の変化によるつらさ]から[人に頼らない自立への強い思い]を抱くようになった。そのため、子からの同居の提案に対して、[生活様式の変化と世話になることへの頑なな拒否]となった。そして、[誰にも頼らない一人の孤独な死は最高の幸せ]と考えるに至った。しかしその後は、民生委員とのメッセージの交換、過去の仕事上のつながりがある人のメッセージカードから、[癒しと励ましを得て人間関係への感謝]を感じるように変化した。そして現在は、頑なな自立への思いを超えて[他者の援助を受け入れることを優先する気持ち]へと変化し、[素直な気持ちから援助を受け住み慣れた家で最後を迎えたい]と考え、[夫の供養を終えるまで生き続けることは妻としての自分の役目なのかもしれない]との思いに至った。

4) パートナーとしての夫婦

この意味づけは、人生の旅を共に生きるパートナーとしての関係が失われたが、夫との共存感と個としての生き方を追求する中で、亡き夫と新たなパートナーシップを構築することであり、BさんとDさんから抽出された。

－Bさんの意味づけ＜パートナーとしての夫婦＞に至るプロセス－

夫の生前にBさんは、[夫からの忘れられない学びと愛]を得ていた。Bさんは夫の死により、[人生の旅を共に生きるはずだった]ことに気づいた。そこで、[今は何も世話ができないので供養を通し夫の愛に対するお礼]をしながら、

「今は共に生きていないが夫のお陰で生活」していた。Bさんは「仏になると世話がかからない、鐘（たが）が外れて自由な本当の自分」になったことにより、人生において「自分の世界を狭くせず挑戦したい」思いを抱きながら、「一人でできることをしている、でも家にいると寂しい」と感じていた。現在は、「女扁抜きで人として生きることを言い聞かせ、自分の可能性を判断」しながら「みんなに忘れられないように自分なりの小さな光を出していたい」と思っていた。一方、夫の死直後のことを振り返り、「当時はさすがのような気持ちで共に生きようとしていたのかもしれない」と語った。しかし、夫の死後時間が経つにつれて「夫がここに居る」という心の中に夫の存在を感じるようになった。現在は、「心の中では夫婦共に居て、暮らし歩む」中で、「感謝しながら常に夫の遺骨と共に行動」しながら、今後の人生を「自分らしく生きて、きっとあの世で居場所を取っていてくれる」夫との再会を確信していた。

－Dさんの意味づけ＜パートナーとしての夫婦＞に至るプロセス－

夫の死は、「突然死による大きな衝撃」であり、「一人だけになった」ことにより、夫婦は、「子が無く二人だけで生活し、仕事を共にする二人」であったことに気づいた。高齢になって夫を亡くした友人の姿を見て「今一人になることは凄く寂しいもの」と思うようになり、「今は早く一人になり自立できてよかったかもしれない」、だから「諦めるしかない」思いと、「助けを得た母親や友達と仕事を持っていたこと」から「夫のみに頼っていなかったことで今の自分がある」と考えていた。夫の死は、「夫と楽しむ夫婦の生活を思い描いていた矢先の突然死」であったことにより、Dさんは、婦人会の役員として「頻回に外出し夫をほったらかしていた」と感じていた。夫の死後、「一人になり一年間は毎晩仏の前に座っていた」、さらに「一年間は毎日供養することが絶対」であり、「長年連れ添った夫婦の証」であると考えていた。

現在は「お経を上げることによる気持ちの落ち着き」を得ており、「一年過ぎたら堪えてもらいたい」と思っていた。また「外出し仏をほったらかしているすまなさ」を感じつつ、「毎日供養しないが心には留めている」ことにより、夫の存在を心に持ちながら生活していた。さらに「一人なのでいつかは誰かの世話になる」と考えており、「毎日、自分ができることをしていきたい」と人生に対する期待を語った。

IV. 考 察

夫を亡くした妻の喪失体験の意味づけとして、＜夫は空気のような安心感＞、＜夫婦一体感＞、＜夫婦二人の世界＞、＜パートナーとしての夫婦＞が抽出でき、4つの意

味づけに通底するものは、「夫婦としての存在」のあり方として表せる。以下に、1. 夫婦としての存在の意味づけと、2. 意味づけに至るプロセスについて考察する。

1. 夫婦としての存在の意味づけ

1) 意味づけ＜夫は空気のような安心感＞について

＜夫は空気のような安心感＞と意味づけたAさんにとって、生前の夫の存在は、空気というそこに居ることが当たり前の存在であり、夫の実在により感じる空気としての安心感であった。しかし、7回忌を区切りとして、限局された空気としての存在から、死によって無意識的に感じられる空気として拡大し、観念上の別の場所にその存在を感じていた。

市川²⁰⁾は、「(夫婦を空気としてなぞらえることは)生存にとって不可欠の存在なのだが、通常はその存在を意識しない空気に相手をなぞらえる最高の比喩」である。「結婚の本質は矛盾・葛藤・対立・衝突・闘争」とも言われているが、「それでも二人を結びつける情愛の極限に、お互いが空気のような存在になるという状態がある」と述べている。

妻にとって亡き夫の存在は空気のように当然であり、妻が自己の安定を求めた時、観念上の夫が安心感を与えという相互作用により夫婦としての存在を再構築していた。＜夫は空気のような安心感＞の夫婦としての存在の形は、妻が夫の自己に包まれるものと考えられる。イメージとしては、妻の円が夫の円の内側に位置した二重円として描くことができる。図1に示したように、通常は夫の円は点線であり、妻が求めた時には実線となり、境界明瞭な円として妻を包む存在として表すことが出来る。

2) 意味づけ＜夫婦一体感＞について

＜夫婦一体感＞と意味づけたAさんにとって夫婦は、お互いに自己を表出しあうことにより、夫と一体的な自己を形成していた。そのため夫の死は自己の半分のエネルギーを失う喪失感と、夫との一体感を失うことであった。妻は自己の中にある夫の存在を信じ、それに語ること、挨拶することで気持ちの安定を得ていた。また仏を拝むという行為により夫の存在を再生させ、形ある存在として対話し、新たな関係として交流し、落ち着きを得ていた。すなわち、心の中に夫の存在を形成することで失った自己の半분을補完し、夫婦の一体感を再構築していると考えられる。

Cさんは、夫婦二人三脚で同じ目的に向かうパートナーであった。夫の生き方を追従し、その生き方が写るほどに夫の人生に自分を重ねる中、何事も二人三脚という一体感を形成していた。がんの非告知を決断したことは、夫が死に向かう姿に夫婦の一体感を保てなかったためであり、夫のがんへの疑いとそれを否定したい気持ちを察し、偽りの

病名を告げていた。その根底には、真実を知った時の夫の行動を予測できない脅威があり、夫との一体感を見失う恐れを感じていたためと考える。夫の死に対する恐怖を察知しながらも、その感情を共有し共に戦うという選択をしなかった。真実を話さなかったことは、夫の人生をまっとうしたいという生き方を支え続け、夫との一体感を保とうとしていたとも考えられる。夫はCさんに感謝の言葉を残して亡くなった。それはCさんにとって死の直前までも他者に賞賛され悔いのない生き方を貫き通した夫であり、そのような夫として自己の中に存在を再生させていると考える。しかし、自己喪失への不安感は拭えず、夫には及ばないが、夫の生き方を追従することにより、夫婦としての一体感を再構築していると考ええる。

渋沢²³⁾は、「人は結婚において永久的にアタッチしてもらえる人物像を求めている」と述べている。夫婦結合は、子には入り込めない夫婦固有のものであり、自己のある部分は夫、自己のある部分は自分として夫の自己を取り込み、仏という死者の存在を信じることでもある。

＜夫婦一体感＞は、心の中の夫に語りかけ、現実世界から離れた思考により一体感を得る精神的な側面と、妻が夫の生き方を追従するという現実的側面により、自己を埋没させ、夫の中に取り込まれた存在の形である。また夫と妻の結合における分離と一体感の側面のうち、死によって境界不明瞭な一体感が浮き彫りにされた存在の形とも言える。そのイメージは図2のように、妻が亡き夫を自己の円に取り込み一つの円で重なり合い、夫婦として濃く描いた一つの円として表すことが出来る。

3) 意味づけ＜夫婦二人の世界＞について

＜夫婦二人の世界＞として意味づけたAさんにとって家は、二人だけで生活し二人の世界を共有する場所であった。夫の死は、共有者を喪失したことであり、二人の世界は崩壊した。Aさんにとって家は、料理をしても食べてくれる夫が居ないなどの空虚な世界へと変化した。夫が居ることで価値、重要性があり、一人の世界となった家は無意義なものになったと考える。趣味の世界は、無意義な一人の世界から抜け出すことを意味し、世界観を拡げる場となっていた。職場は無意義な一人の世界による虚無感から逃避できる場となった。一方、これらを失うであろう将来、家における虚無の世界に直面することに恐れを感じながらも、意義を見出せないまま現在を生きていると考える。

Eさんは、生前は夫に職場の送り迎えをして貰っていた。「貰う」という行為は、他者の尽力による行為を受けることである。夫の死は世話をしてくれる人を失い、他者の尽力に頼る日常生活を失ったことである。これはEさんにとって大幅な生活変化となり、つらさを感じていた。そ

の喪失感とつらさが生活変化への拒絶感と他者の世話になることへの拒否感となり、「誰にも頼らない一人の孤独な死は最高の幸せ」という死生観に至ったと考える。しかし、知り合いとのメッセージの交流により、人とのつながりの大切さに気づき、周囲の人たちの世話を受け入れる気持ちに変化していった。夫の入院に際して十分な医療を受けて欲しいことを素直に伝えられなかったが、その悔いを持ちながらも妻の役目として、夫の供養をしながら人生を終えたいと考えていた。これは、夫の世話を失った現実と直面して、夫婦間の精神的つながりに気づき、供養する行為を通して夫とつながることで、夫婦で生活した家の世界を保とうとしていると考える。

市川²⁴⁾は、夫婦関係における世界について「夫も妻もそれぞれ、独自の自分だけの世界を持っており、お互いに侵犯されたくない聖域を持っている。」が、榎本²⁵⁾は、「意見をぶつけ合い、ときに感情的に反発しあうことになっても、とにかくそれぞれの思いや論理を相手に示さないことには、理解は深まっていかない。親しい関係であるからこそ、争いごとが生じるのである。」しかし、「お互いの内的経験を共有化することで少しずつ共感性を高めていく」と述べている。

夫の死後に妻が、意欲喪失感や頑なな自立を望むようなく夫婦二人の世界＞は、子らの世界には入れない、夫婦それぞれの世界を包含する、夫婦の日常生活の中で築いてきた固有の世界であると考ええる。夫の死により共有する実在の対象を失った妻にとって、そのような世界を共有していたことがより鮮明になり、失い難い世界となっていると考える。妻が家の中で夫の存在感を持ち、その存在感と共に生活する夫婦としての存在を再構築している形である。そのイメージは、図3のように夫と妻が個別に二つの円として存在し、両者を包む大きな円である夫婦二人の世界の中に存在し形作るものとして表すことが出来る。

4) 意味づけ＜パートナーとしての夫婦＞について

＜パートナーとしての夫婦＞と意味づけたBさんは、夫から忘れられない愛と学びを与えられており、心の中に居る夫と共に歩み生きていると考え、常に夫の遺骨と共に行動していた。また、今後の人生は、自分らしく生きて死後に夫との再会を確信していた。

これは、＜パートナーとしての夫婦＞の精神面のみならず、夫の肉体を象徴する遺骨を常に持ち歩くことで、夫の存在を再獲得していると考ええる。一方、パートナーとして独立した関係ではあるが、妻の愛情表現である夫に対する世話は、面倒をみるという手数のかかる、わずらわしさという側面があり、それが妻にとって箍という縛りになっていたと考える。現在は、夫の死によって実在を失ったが、

心の中、あるいは遺骨を持ち歩く行為により夫の存在感をパートナーとし、夫に再会する確信を希望にして、自由な個としての存在を示すことで生きていこうとしていると考える。

Dさんは、夫婦に子がなかったことで、一人になった個として過去、現在、未来を考えていた。夫の死による自分への助けは母親と友人であり、今の自分があるのは仕事を持ち夫のみに頼っていなかったからだと考え、自己の存在に自信をもっていた。夫の死についても、高齢になった今の時期に一人になるよりよかった、諦めるしかないと考え、将来のために今自分ができていることをしていこうと現在を基点にした人生観を持っていると考える。反面、夫との生前の夫婦関係におけるすれ違いを埋められなかったことへのすまなさを持ち続けていた。

山田²⁶⁾は、夫婦は「お互いに相手の存在を必要とするから一緒に生活しているのであり、気持ちが通じ合い、わかり合っていると暗黙のうちに認め合っているから日常生活ができていのである。おそらく普段は、比較的浅いレベルで通じ合い、多少の行き違いがあっても見過ごしてられ、それで何も特に不足を感じないで過ごしていられるのであろう。」と述べている。パートナーとしての夫婦とは、個と個が与え合う関係であり、共に人生を生きると同時に、個としての人生を生きる夫婦である。「夫婦といえどもあくまでも一人の独立した男性と女性である。独立した人格の男性と女性が築くパートナーシップこそ理想的な夫婦の姿である」²⁷⁾。

すなわち、夫の生前に夫婦は、パートナーとしてお互いの存在を必要として日常生活を送り、自由な個として行動していたことによるすれ違いもわかり合えているという共感から、その関係性には大きな影響を及ぼさなかった。しかし、夫の死によって、それが自己の罪悪感や自責感になる可能性があるものと考え。妻は、そのすまなさから解放されたいために夫を仏に見立て供養していた。今は、それも毎日でなくなったことで、現在も仏である夫にすまなさを抱えている。しかし、そのすまなさを心に留めることで、夫婦としてあり続けたいと考えられた。

Bさんは、生前の夫への世話が簞になっていたこと、Dさんは、生前の夫への世話をしなかったことに対してすまなさを抱えているが、共に生き、生活する夫婦として意味づけしていた。これは、共に生きるために互いの存在を必要としながらも、個としての存在が明確であり、二人だけが互いに個と個を支えあい、生活や仕事を共にする夫婦としての存在であると考え。＜パートナーとしての夫婦＞は、妻自身の個としての存在があり、共に生きている夫婦としての共存感を持つ存在を再構築している形である。そのイメージは、図4のように夫と妻が左右にそれぞれ個と

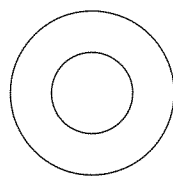


図1 夫は空気のような安心感

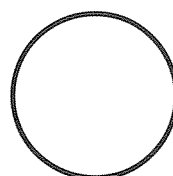


図2 夫婦一体感

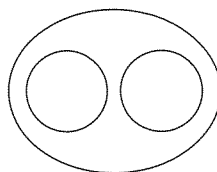


図3 夫婦二人の世界

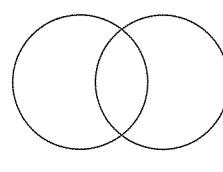


図4 パートナーとしての夫婦

して存在する円であり、互いの円の重なりを持つ存在として表すことが出来る。

夫婦の関係性には、「家庭という生活共同体を維持していくためのもの」と、夫婦そのものの共同関係を維持していくためのものの二側面があり、後者は「情緒関係で捉えた伴侶性である」²⁸⁾。夫婦関係とは、「過去に積み上げられてきたものを基盤としながらも、現実の相互交渉のなかで絶えず再構成され続ける」ものであり、配偶者との関係性の発達には、「人格の意味づけ（コミットメント）の必要性の認知とその達成状況」と「関与（コミットメント行動）の積極性」により達成度が異なり、配偶者との関係性の発達を左右するものとして、「配偶者とともに生きている自己への気づきが基盤」²⁹⁾である。

＜夫は空気のような安心感＞は、生活の中で、「互いの生を互いの五感によって確かめあう共同体験の積み重ね」³⁰⁾の結果として形成された夫婦関係であると考え。＜夫婦一体感＞は、後者の夫婦そのものの共同関係を維持した結果として形成された情緒的伴侶性の夫婦関係であると考え。＜夫婦二人の世界＞は、前者の家庭という生活共同体の関係の結果として形成された夫婦関係であり、＜パートナーとしての夫婦＞は、個としての人生が基盤にある中で、夫婦として生活を共にし、共に生きる共存感の中で、時間、空間を共有する。その結果として、目標とした「共生願望の合致」³¹⁾が形成された夫婦関係である。

以上のように、それぞれの夫婦としての存在の意味づけは、妻にとっての夫婦観であり、失い難い人間関係である。それは、その関係性の中で妻が自己の安定を得ていたためと考える。

2. 喪失体験のプロセス

夫を亡くした妻の喪失体験の意味づけに通底していたのは「夫婦としての存在」のあり方であった。実在の夫婦関

係の崩壊により、かえってそれまで以上に鮮明に夫婦としての存在が明らかになる体験であると考えられた。

Aさんは、喪失体験を＜夫は空気のような安心感＞＜夫婦一体感＞＜夫婦二人の世界＞と意味づけていた。＜夫は空気のような安心感＞は、死別後の時間が経過する中で観念上の別の場所に居る夫と、新たな夫婦としての存在を再構築し、空気としての夫から安心感を得て自己の安定を再獲得していた。＜夫婦一体感＞についても時間経過の中で、心の中の夫と語り、仏を拝む行為を通して実在のない夫と新たな夫婦としての存在を再構築し、気持ちの落ち着きを得て自己の安定を再獲得していた。

しかし、＜夫婦二人の世界＞は、時間が経つ中で、趣味や職場においては意欲の回復と行動ができていたが、家の中での生活における夫とのつながりを見いだせず、プロセスが停滞していた。家の生活での意欲の喪失感に向き合い、生前の生活の基盤が夫との精神的なつながりにあったことに気づくことが必要である。自己の安定を再獲得するためには、夫とのつながりへの気づきを促す関わりが必要である。

Bさんは、喪失体験を＜パートナーとしての夫婦＞と意味づけていた。時間が経つ中、夫への供養と心の中にいる夫、常に夫の遺骨と共に行動する行為を通して、夫婦としての存在を再構築し、＜パートナーとしての夫婦＞の共存感と共に将来の自己の生き方を探求することにより、自己の安定を再獲得していた。Dさんは、Bさんと同じように喪失体験を＜パートナーとしての夫婦＞と意味づけていた。時間が経つ中、夫のみに頼っていなかった自分に自信を持ち、仏を供養することと心の中の夫を通じて夫婦としての存在を再構築し、夫婦の共存感と共に今と将来の自己の生き方を見出すことで、自己の安定を再獲得していた。Cさんは、喪失体験を＜夫婦一体感＞と意味づけていた。時間が経つ中、生前の夫の生き方を追従する中で夫婦の一体感を持ち、新たな夫婦としての存在を構築し、自己の安定を再獲得していた。また、Eさんは、喪失体験を＜夫婦二人の世界＞と意味づけていた。夫の死後に、他者との人間関係により心の癒しを得たことから、夫婦関係における物質面のみでなく、精神的つながりにも気づき、夫の供養をしながら暮らしていく気持ちに変化していた。時間が経つ中で、素直な気持ちから夫と暮らした家の生活の大切さを知り、実在はないが＜夫婦二人の世界＞としての存在を再構築し、夫婦としての生活における妻としての役目を果たしながら生きることを見だし、自己の安定を再獲得していた。

以上の意味づけに至る分析から、喪失体験のプロセスは、夫の実在がないことで死を認め“夫婦としての存在”

が明らかになると同時に、それを失うことからの気づきを認識することから始まる。Aさんにみられたように現実の自己に直面し安定性が崩れることによる寂しさ、自己や生活意欲の喪失感、孤独感、強い思慕の感情は不安定さを長引かせる。しかし、Eさんのように他者との人間関係の中で心の癒しを得た結果、夫婦の精神的つながりに気づき死後の夫との新たな形でのつながりを得ることで、夫婦としての存在の形を再構築し、自己の安定を再獲得することが可能となる。

夫婦は「異心共同体であり、お互いに相手の存在を必要とし、共に生活していくことを求め合う限りにおいて夫婦として存在するもの」³²⁾である。相川³³⁾は、「故人との対話を始めることは、新たな関係の始まり」であり、「故人を記憶するためであり、記憶することで心の中で死者を生かし続けることになる」と述べ、平山³⁴⁾は、「信仰は生きている者と死にゆく者との絆を深くし、再会を約束させ、その希望を確信させるための要の役割がある」と述べている。宮本³⁵⁾は、「配偶者との死別という絶望から希望を見だし、そこに自分の可能性がかけられるように変化していくことができたのは、人が根源的に有している強さであり、そのことに気づいていけるように支えていた他者の存在がある」と述べている。

死別は避けられないことである。夫との死別は、妻にとって夫婦としてのアイデンティティの喪失となり、個としての安定を失う体験である。しかし、今回の分析では、個々の夫婦としての存在感を求めることで、自己のあり方や将来の生き方を決定していた。夫を亡くした妻が喪失体験を意味づけることは、妻が個としての人生を送るための方向を示していると考ええる。

意味づけへの気づきを促し、支える他者の存在の一つに看護者としての役割があり、それが、妻の自己の安定を再獲得し、健康的な生活とよりよい人生を支えるものとなる。そのためには看護者は、対象者が語る中から、意味づけに至るまでの思い、考えに気づく感性を磨くこと、その気づきを妻に返しながら共に深め、見出すスキルが求められる。

V. 結 論

夫を亡くした妻の喪失体験の意味づけと、意味づけに至るプロセスを検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 喪失体験の意味づけは、＜夫は空気のような安心感＞＜夫婦一体感＞＜夫婦二人の世界＞＜パートナーとしての夫婦＞であり、これらの通底は“夫婦としての存在”である。喪失体験の4つの意味づけは、妻が実在のない夫と夫婦としての存在を再構築した形であり、それぞれの相違

は、夫婦としての存在を形成する円の中で個としての夫と妻のバランスの相違として説明できる。

2. 喪失体験のプロセスは、目の前にある夫の実在がないことで死を認め、夫婦としての存在が明らかになると同時に、それを失うことの気づきへの認識から始まる。夫と死別した現実の自己に直面し安定性が崩れることから、死後の夫とのつながりを夫婦としての存在の形として再構築し、自己の安定を獲得することに向かう過程として説明できる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の協力者は5人で、60から70代の女性である。事例数が少なく年齢的特徴からバイアスが生じている可能性

がある。また死別後の期間など悲嘆に影響するすべての因子を統制していないため意味づけに影響している可能性がある。今後、悲嘆への影響因子と意味づけの関連についての探索研究、及び、分析の精度をあげるため事例数を増やし、分析回数を重ねる必要がある。

(付記：本論文は平成15年度香川医科大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文として提出した一部に加筆・修正したものである。)

謝辞：この研究にあたり、御協力くださいました皆様、香川大学医学部看護学科大森美津子教授をはじめ御指導くださいました皆様に深く感謝いたします。

要 旨

本研究では夫を亡くした妻の語りから、喪失体験の意味づけの内容と意味づけに至るプロセスについて検討するため、62～74歳の5名に半構成面接を実施した。その結果、喪失体験の意味づけは、＜夫は空気のような安心感＞＜夫婦一体感＞＜夫婦二人の世界＞＜パートナーとしての夫婦＞であり、通底は“夫婦としての存在”であった。これらの意味づけは、妻が実在のない夫と夫婦としての存在を再構築した形であり、それぞれの相違は、夫婦としての存在を形成する円の中で個としての夫と妻のバランスの相違として説明できる。また、喪失体験のプロセスは、夫の実在がないことで死を認め、夫婦としての存在が明らかになると同時に、それを失うことの気づきへの認識から始まる。夫と死別した現実と直面し心理的安定が崩れることから、死後の夫とのつながりを“夫婦としての存在”の形として再構築し、心理的安定を獲得することに向かう過程として説明できる。

Abstract

This research examined the contents loss experience gives the significance contents, and the process it comes to give the significance process from the words of the wife who lost the husband. The half-composition interview was carried out.

Consequently, the contents loss experience gives the significance contents are husband and wife as sense of security like air whose husband is, a husband-and-wife sense of togetherness, two-husband and wife's world, and a partner. And the existence as husband and wife led to these. The significance is given and the contents are these husbands without actual existence of a wife, and the form, which reconstructed the existence as husband, and wife. Moreover, the process of loss experience begins from the recognition of losing it through which it notices and passes, while death is accepted because there is no actual existence of the husband who is at hand, and the existence as husband and wife becomes clear.

Since stability collapses in the face of the actual self, who lost the husband through death, the relation with the husband after death is reconstructed as a form of the existence as husband and wife, and it can explain as a process, which tends toward gaining self-stability.

文 献

- 1) 総務省統計局監修：統計でみる日本、日本統計協会編、14-24、東京、2002。
- 2) 川野綱果：配偶関係別の死亡率と結婚の生命表について、家族心理学年報10、87-96、金子書房、1992。
- 3) 小此木啓吾：対象喪失、29、中央公論社、東京、1986。
- 4) 平山正美：死生学とは何か、242、日本評論社、東京、1998。
- 5) 鈴木志津枝：終末期の夫を持つ妻への看護－死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える、看護研究、21(5)、23-34、1988。
- 6) 宮本裕子：配偶者と死別した個人の悲嘆からの回復にかかわるソーシャル・サポート、看護研究、22(4)、15-34、1989。
- 7) 寺崎明美、中村健一：配偶者喪失による高齢者の悲嘆とそれを左右する要因、日本公衆衛生雑誌、25(6)、512-525、1998。
- 8) 太田紀久子、小島操子：痛で家族の一員を亡くした人の死別の悲しみにおける自己イメージの変化と悲嘆の回復過程との関連、日本看護科学会誌、17(3)、244-245、1997。
- 9) 寺崎明美、間瀬由記：高齢者の配偶者喪失による悲嘆を左右する要因、日本看護科学会誌、17(3)、246-247、1997。
- 10) 寺崎明美、小原 泉、山子輝子他：高齢女性の配偶者死別における悲嘆とその影響要因、老年精神医学雑誌、10(2)、

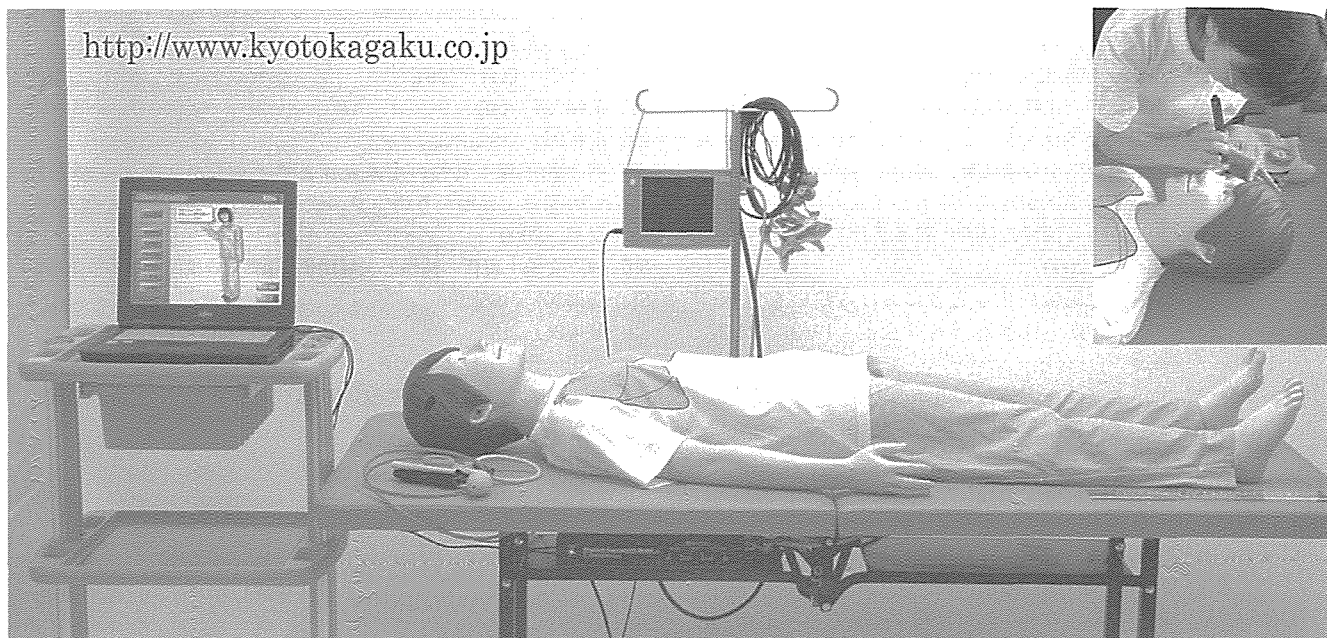
- 167-180, 1999.
- 11) 鈴木志津枝：配偶者を亡くした高齢者の悲嘆と適応の関係, 日本看護科学学会学術集会講演集18号, 142-143, 1998.
- 12) Richard H Steeves and David L. Kahn(1987)：野嶋佐由美, 松村あけみ, 苦悩のなかでの意味づけの経験, 臨床看護, 16(2), 230-234, 1990.
- 13) 前掲6) 27.
- 14) 宮下留実子, 佐藤禮子：がん罹患を通して自己の人生を意味づける患者への看護のあり方に関する研究, 日本看護科学学会講演集, 17(3), 328-329, 1997.
- 15) 田村恵子, 小島操子：末期がん患者の人生や存在の意味づけへの援助の開発－ライフ・レビュー・インタビューを取り入れて－, 日本看護科学学会講演集, 17(3), 242-243, 1997.
- 16) 増島麻里子, 佐藤禮子：がん患者をもつ家族の再発期の意味づけと看護のあり方に関する研究, 日本看護科学学会学術集会講演集20号, 40, 2000.
- 17) 村岡宏子：筋萎縮性側索硬化症患者における病いを意味づけるプロセスの発見, 日本看護科学会誌, 19(3), 28-37, 1999.
- 18) George M. Burnell, and Adrienne L. Burnell(1989)：長谷川浩, 川野雅資監訳, 死別の悲しみの臨床, 178, 医学書院, 東京, 1994.
- 19) 前掲7) 518-519.
- 20) 山田紀代美, 佐藤和佳子, 鈴木みずえ他：介護を終了した介護者の死別期間と疲労感の変化に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 24(4), 24-25, 2001.
- 21) 深谷昌弘, 田中茂範：コトバの＜意味づけ論＞, 10-14, 紀伊國屋書店, 東京, 1999.
- 22) 市川孝一：夫婦における文化の共生と創造, 岡堂哲雄編：つれあいの心理と幸福, 現代のエスプリ別冊, 141-151, 至文堂, 東京, 1994.
- 23) 洪沢田鶴子：夫婦関係－自立と依存のシーソーゲーム－, 岡堂哲雄編：つれあいの心理と幸福, 現代のエスプリ別冊, 105-115, 至文堂, 東京, 1994.
- 24) 前掲22) 146-147.
- 25) 榎本博明：夫婦における幸福感の心理, 岡堂哲雄編：つれあいの心理と幸福, 現代のエスプリ別冊, 47, 至文堂, 東京, 1994.
- 26) 山田侃：夫婦関係の調整－カウンセラーの視点－, 岡堂哲雄編：つれあいの心理と幸福, 現代のエスプリ別冊, 172-184, 至文堂, 東京, 1994.
- 27) 前掲22) 146.
- 28) 前掲26) 182-183.
- 29) 岡本祐子編：女性の生涯発達とアイデンティティー個としての発達・かかわりの中での成熟－, 193-203, 北大路書房, 京都, 2000.
- 30) 神原文子：現代の結婚と夫婦関係, 136, 培風館, 東京, 1994.
- 31) 前掲30) 135.
- 32) 前掲26) 182.
- 33) 相川 充：愛する人の死, そして癒されるまで間もいなく妻に先立たれた心理学者の“悲嘆”と“癒し”－, 大和出版, 東京, 2003.
- 34) 前掲4) 261.
- 35) 前掲6) 31.

〔平成17年3月17日受 付〕
〔平成17年8月30日採用決定〕

新製品 ーフィジカルアセスメント・リスクマネジメントのトレーニングにー

看護教育用シミュレータ

<http://www.kyotokagaku.co.jp>



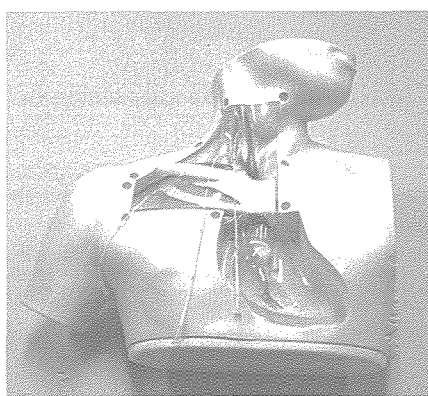
M55 フィジカルアセスメントモデル

コンピュータと連動して総合的にアセスメントの基本診察手順を学ぶことができます。全身観察のほか、瞳孔反射・血圧測定・脈診・聴診（呼吸音・心音・腸音）・心電図の診方の学習ができます。詳細はお問い合わせください。



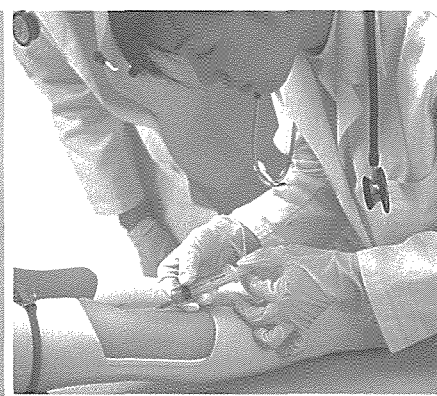
M81 呼吸音聴診シミュレータ
Lung Sound Auscultation Trainer

コンピュータ画面に肺音分類を表示し操作しながら実際の患者さんから録音編集した肺音を、人体モデル上で聴くことができます。



M97 中心静脈栄養チューブ管理トレーナ

看護師が行う栄養チューブ管理・ケアのための説明用トレーナです。TPNの原理がひとめでわかるよう穿刺部を透明にしています。3箇所のカテーテルを挿入できます。



M50 採血静注シミュレータ
シンジョー

実際の皮膚や血管にきわめて近い感触の素材を使用しワンタッチ接続で準備・後始末の手間を省き大幅に削減。見えにくい静脈に的確に針を挿入でき技術に対する不安の解消が期待できます。



株式会社 **京都科学**

E-mail: rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

Tel: 京都 075-605-2510 東京 03-3817-8071

学年別比較による看護学生の共感性に関する一考察

－ 2 回の横断的比較とその中の経年的比較から －

A Study of Nursing Students' Empathy by Comparative Studies of the Academic Years

－ The Diachronic Study between the Two Cross-Sectional Studies －

風 岡 たま代¹⁾

Tamayo Kazaoka

川守田 千 秋²⁾

Chiaki Kawamorita

キーワード：看護学生、共感性、看護教育

Key Words : nursing students, empathy, nursing education

I. はじめに

共感性には、「他者の考え、視点、感じ方を認識、理解する認知能力」とする他者理解の過程と、「他者の感情に一致するが、必ずしも同一ではない、感情の代理的経験、あるいは共有」とする他者との感情の共有の過程という二つの考え方がある¹⁾。その考え方からすれば、共感性豊かな看護師とは、患者とその家族の考えや感情を理解し、感情を共有できる看護師ということになるだろう。看護において共感性が有用なのは、看護師が提供できる情緒的ケアに影響するやりとりの過程で最も重要な側面を担っている²⁾からである。

近年、医療需要の変化によって心理的なケアのニーズが高まり、共感性の重要性は増しつつある³⁾。看護基礎教育でも、平成9年の「カリキュラム改正の基本的考え方」⁴⁾の中に共感的態度の育成が盛り込まれた。

だが、アメリカでは共感スキル訓練プログラム⁵⁾やモデリング⁶⁾を活用した共感性を育成する教育が行われているが、本邦では共感性に関する研究を報告している施設においてさえ、その報告からは共感性を育成する特別な教育が行われている形跡がうかがえない。未だに本邦における共感性を育成する教育の実態も不明で、共感性を育成するための教育への取り組みや明確な指針がないことが問題である。要するに、看護学生の共感性は看護教育の中で自ら会得する変化に任されたままである。筆者は、その変化を捉え、教育的に関わる手がかりを得て、共感性を育成する教育につなげるために、看護学生の共感性を学年比較する研究を行っている。

本邦における看護学生の共感性を学年別に比較した報告は、過去に横断的研究が11、縦断的研究がひとつあった。しかし、看護学生の共感性が学年によって変化するともし

ないとも、明確な結論は出ていない。多くの研究が単年度の横断的な学年比較で終わっていることが原因のひとつである。1回の横断的な研究で変化が認められたとしても、毎年同じ傾向で起こる看護教育の影響と考えてよいか疑問が残るからである。看護学生の共感性の変化をより正確に把握するには、教育内容の変わらない複数年の学年別に比較した研究や経年的に比較した研究が必要である。

この研究の目的は、2回の横断的な学年別比較とその中の経年的な比較によって、看護教育による看護学生の共感性の変化を明らかにすることである。

本稿における共感性とは、「単なる他者理解という認知的過程ではなく、認知と感情の両方を含む過程であり、他者の感情の代理的経験あるいは共有を必ず伴うもの⁷⁾」という心理学における定義を用いた。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、3年課程看護短期大学の1999年度と2001年度の1、2、3年生である。

1999年度の1年生は118名、回収数114名、有効回答数102名（有効回答率86.4%）、平均年齢18.6歳。2年生は98名、回収数93名、有効回答数84名（同85.7%）、平均年齢19.6歳。3年生は98名、回収数85名、有効回答数76名（同77.6%）、平均年齢20.7歳であった。

2001年度の1年生は126名、回収数111名、有効回答数106名（同84.1%）、平均年齢18.9歳。2年生は119名、回収数104名、有効回答数98名（同82.4%）、平均年齢19.8歳。3年生は107名、回収数92名、有効回答数92名（同86.0%）、平均年齢20.5歳であった。

共感性には性差があることが知られているので、女子学

1) 聖隷クリストファー大学 Seirei Christopher College

2) 神奈川県立保健福祉大学 Kanagawa University of Human Services

生のみを対象とした。

2. 共感性測定尺度

共感性測定尺度として、Davis^{8,9)}の「対人的反応性指標、Interpersonal Reactivity Index (IRI)」を桜井¹⁰⁾が邦訳したものをを用いた。

Davisが開発したIRIは共感性の情動的側面、認知的側面を多次元的に測定することができ、以下の4つの下位尺度によって構成されている。

1) 想像性 (fantasy)：想像上で自分を架空の状況の中に移し込む傾向。(認知的側面)

2) 視点取得 (perspective-taking)：日常生活で自発的に他人の心理的立場に立とうとする傾向。(認知的側面)

3) 共感的配慮 (empathic concern)：不幸な他者に対して同情や哀れみの感情を経験する傾向。(情動的側面で他者志向)

4) 個人的苦痛 (personal distress)：他人の大変な苦痛に反応して、自分自身が苦痛や不快の経験をする傾向。(情動的側面で自己志向)

各尺度は7項目の質問で構成されている。各々に、「いつもそうだ」「どちらかといえばそうだ」「どちらともいえない」「そんなことはあまりない」「そんなことはない」の5段階評定で回答を求めた。「いつもそうだ」に4点から「そんなことはない」に0点まで、5段階で配点した。ただし、逆転項目は配点を逆にした。

3. 方法

方法は、1999年7月と2001年度の7月のホームルームの時間が終わった後に、それぞれ1年生、2年生、3年生の全員に質問紙を配布し回収した。

倫理的配慮は、研究目的と質問紙が無記名であること、参加は自由意思であること、協力を承諾してくれた学生のみ提出して欲しいこと、得られたデータは全て統計的に扱われ、個人が特定されないように配慮し、プライバシーは公表しないことを口頭および紙面で説明した。

7月までに、1年生は基礎看護学の授業を3ヶ月間受けていた。2年生は1年生の終わりに「コミュニケーションと情報収集ができる」ことを目標にした1週間の臨地実習があり、4月から専門科目の授業を受けているところであった。3年生は2年生の終わりに「看護過程を展開する」ことを目標にした1週間の基礎実習があつて、4月から始まる専門科目の実習の最中であつた。

4. 分析

1) 1999年度の1, 2, 3年生の共感性を尺度毎にクリスカルワリス検定を行い、有意差がみられたところをス

ティール・ドワースの全群比較の検定を行った。

2) 2001年度の1, 2, 3年生についても同様に行った。

3) 1999年度の1年生と2001年度の3年生の共感性を、尺度毎にウイルクソンの順位和検定(両側)で比較した。

Ⅲ. 結 果

各尺度のクロンバックの α 係数は、1999年度の学生全体で尺度全体で0.708、想像性が0.7456、視点取得が0.6445、共感的配慮が0.5098、個人的苦痛が0.7570であつた。2001年度は尺度全体で0.720、想像性は0.7563、視点取得は0.6755、共感的配慮は0.5679、個人的苦痛は0.6812であつた。 α 係数が低い下位尺度もあつた。IRIの日本語版を用いた浅井¹¹⁾、張月¹²⁾の報告でもIRIの下位尺度の α 係数に低いものがある。

IRIは信頼性や妥当性など尺度構成の手続きに必ずしも十分であるとはいえないことが指摘されている。それでも、心理学的には重要な尺度と認知され、信頼性や妥当性を高める検討が行われているところである。Davis自身の調査による α 係数は0.70～0.78¹³⁾であり、今回の全体の α 係数と同じであつた。全体として考えることに問題もあるが、Davis自身がそうしているので、内的信頼性が満たされたと考えた。

1. 1999年度の共感性の学年比較

3年生の想像性は1, 2年生よりも低かつた ($T=16.83$, 1年生 $T_{ij}=2.58$ $p<0.05$, 2年生 $T_{ij}=4.00$ $p<0.01$, 表1)。

1年生の視点取得は、2年生と3年生よりも高かつた ($T=16.86$, 2年生 $T_{ij}=3.96$ $p<0.01$, 3年生 $T_{ij}=2.68$ $p<0.05$.)。2年生の共感的配慮は1年生よりも低かつた ($T=8.21$, $T_{ij}=2.77$ $p<0.05$)。個人的苦痛は学年別に有意差はみられなかつた。

要するに、1年生の視点取得は他の学年よりも高く、3年生の想像性は他の学年よりも低かつた。1年生の共感的配慮は2年生よりも高いことが分かつた。

表1 1999年度の共感性の学年別比較

	①1年生	②2年生	③3年生	T	
想像性	18.2 ± 4.8	19.4 ± 5.1	16.3 ± 4.8	16.83	①>③* ②>③**
視点取得	18.4 ± 3.7	16.2 ± 3.5	16.9 ± 3.8	16.86	①>③* ①>②**
共感的配慮	20.3 ± 3.1	19.2 ± 2.6	19.3 ± 3.5	8.21	①>②*
個人的苦痛	14.7 ± 4.6	15.4 ± 5.1	14.4 ± 4.5	1.50	
	n = 102	n = 84	n = 76	* p < 0.05, ** p < 0.01	

2. 2001年度の共感性の学年比較

視点取得は3年生の方が2年生よりも高かつた ($T=6.11$, $T_{ij}=2.40$ $p<0.05$, 表2)。また、共感的配慮は3年生の方が2年生よりも高かつた ($T=8.06$, $T_{ij}=2.71$

表2 2001年度の共感性の学年別比較

	①1年生	②2年生	③3年生	T
想像性	17.5 ± 4.9	17.2 ± 5.1	18.1 ± 4.5	1.56
視点取得	17.0 ± 4.1	16.6 ± 3.9	17.9 ± 3.5	6.11
共感的配慮	18.7 ± 3.2	18.5 ± 3.6	19.7 ± 2.8	8.06
個人的苦痛	14.4 ± 4.2	15.3 ± 4.2	15.8 ± 4.2	5.23
	n = 106	n = 98	n = 92	* p < 0.05, ** p < 0.01

p < 0.05)。

想像性と個人的苦痛は学年による差はみられなかった。

要するに、3年生の視点取得と共感的配慮は2年生よりも高いことが分かった。

3. 1999年度の1年生と2001年度の3年生の共感性の比較

表3は、1999年度の1年生と2001年度の3年生の共感性を比較したものである。

想像性は1999年度が18.2 ± 4.8、2001年度が18.1 ± 4.5で、有意差はみられなかった (T=0.027, p=0.489)。視点取得は1999年度が18.4 ± 3.7、2001年度が17.9 ± 3.5で、有意差はみられなかった (T=1.191, p=0.117)。共感的配慮は1999年度が20.3 ± 3.1、2001年度が19.7 ± 2.8で、有意差はみられなかった (T=1.472, p=0.070)。個人的苦痛は1999年度が14.7 ± 4.6、2001年度が15.8 ± 4.2で、有意差はみられなかった (T=1.852, p=0.032)。

要するに、この看護学生の共感性は1年生と3年生の間では変化しないことが分かった。

表3 1999年度の1年生と2001年度の3年生の共感性の経年的比較

	1999年度	2001年度	T	p
想像性	18.2 ± 4.8	18.1 ± 4.5	0.03	0.489
視点取得	18.4 ± 3.7	17.9 ± 3.5	1.19	0.117
共感的配慮	20.3 ± 3.1	19.7 ± 2.8	1.47	0.070
個人的苦痛	14.7 ± 4.6	15.8 ± 4.2	1.85	0.032
	n = 102人	n = 92人		

IV. 考 察

1. 共感性の変化

2回の横断的学年比較では両年度とも共感性に何らかの差がみられたが、共感性を横断的に学年別比較した報告では差がないとしたものの方が多かった。夏目¹⁴⁾は東京学芸大学心理学教室作成のempathy testを用いて、白石¹⁵⁾、大見¹⁶⁾、難波¹⁷⁾、小松¹⁸⁾は角田¹⁹⁾の共感経験尺度改訂版 (ESSR) を用いて、いずれも差はなかったと報告した。IRIを用いた研究では、林²⁰⁾と張月²¹⁾は学年差がなかったと報告し、浅井²²⁾は共感性と自我同一性との相関関係では差があったとしているが、共感性尺度の比較の結果については記載がなかった。これらの結果から、看護学

生の共感性は学年変化がないようにみえる。だが、IRIで差がないとされた報告は、いずれも4年生看護大学生が対象で、一学年が40人から50人の少ない人数での4群比較であった。統計学的に有意差が出にくかったと考えられる。IRIを用いた今回の研究や川守田²³⁾の報告のように、対象として100人程度の人数を確保した2群や3群の比較では、有意差が得られている。したがって、IRIで比較すると看護学生の共感性には学年変化があるという可能性の方が高いと考えられる。

看護学生の共感性を学年別に比較した報告のうち、共感性に差があったとする報告は二つあった。ひとつは、谷垣²⁴⁾が3年制看護短期大学生の1年生と3年生を対象に、加藤・高木²⁵⁾の情動的共感尺度を用いて再度因子分析し比較した報告で、1年生の「暖かな感情」因子が3年生よりも高かった。IRIでいえば共感的配慮のような愛他的な共感性が、3年生の方が低いことを示す結果であった。同じ3年課程看護短期大学生が対象だが、本研究で1年生と3年生の共感的配慮に差がみられなかった結果とは違っていた。教育方法の違いによって生じた差だと考えられる。

もうひとつは、川守田²⁶⁾が2年生看護短期大学生を対象にIRIを用いて比較した報告で、2年生の想像性が1年生よりも低かった。本研究では、1999年度の3年生の想像性は他の学年より低かったが、2001年度の想像性には差がなく、一定の傾向はみられなかった。川守田の対象となった学生は既に看護教育を受けたか、看護師として働いた経験のある学生であったので、同じ1年生ではあっても集団的特性として想像性が違っていて、その後の学年の変化に影響したと考えられる。

2. 共感性の学年差

このように、共感性の横断的学年別比較で差がみられたとしても、直ちに看護の授業で病気に苦しむ患者を想像したり、臨地実習で病に苦しむ患者を体験したりという通常の看護教育の中で、学生の共感性が変化した結果であると言うわけにはいかない。ひとつは、その学年が入学の時点からすでに他の学年とは違う集団的特性があった可能性がある。もうひとつは、その年度にたまたまあった特別な状況、例えば実習中に学生が受け持った患者の死亡や予期せぬ状態の変化などで、一人の学生、あるいはグループの学生の不安や動揺が学年全体の共感性に影響した結果であった可能性が考えられる。

本研究でいえば、1999年度の1年生 (2001年度の3年生) の視点取得は、両年度のほとんどの学年に対して有意に高いので、視点取得が看護教育を受ける以前から高い特性を持つ学年であったことがうかがえる。したがって、両年度の視点取得の学年変化は集団的な特性が大きく影響してお

り、看護教育による学年変化ではなかったと考えられる。

1999年度の3年生の想像性が特異的に低いのは、その学年の特性であったか、その年度にあった特別な状況が反映したかのどちらかが考えられる。1999年度は3年生以外の学年同士に有意差がなく、2001年度は全学年で有意差がないので、想像性は看護教育による学年変化がなかったと考えられる。

共感的配慮に関しては、1999年度の1年生（2001年度の3年生）の共感的配慮が高いようにもみえるが、どちらの年度も1年生と3年生の間に有意差がないので、特異的に高いとまではいえないと考えられる。

3. 共感的配慮の変化

その共感的配慮の学年変化をみると、1999年度は1年生が2年生より有意に高く、3年生とは有意差はなかった。したがって、有意差がなかった3年生の順位は自動的に1年生と2年生の間であることが確定した。すなわち、1年生、3年生、2年生の順に高く、2年生が最下点となった学年変化であった。2001年度の共感的配慮は3年生が2年生よりも有意に高く、1年生とは有意差がなかった。3年生、1年生、2年生の順に高く、1999年度と同じような2年生が最下点となった学年変化であった。

1999年度の横断的研究では、想像性、視点取得、共感的配慮が学年で差があった。それに2001年度の視点取得と共感的配慮の学年による差を重ね合わせることによって、共感的配慮の変化だけが両年度で同じような傾向であることが分かった。この共感的配慮の変化が、看護教育の中で学生自らが会得した共感性の変化であったと考えられる。したがって、2回の横断的比較とその中の経年的比較の結果から、この3年課程短期大学の看護学生の共感性の変化は、看護教育によって、共感的配慮が1年生から2年生になると低くなり、3年生で再び戻るという手がかりを得た。

看護学生の共感性の学年変化を確かめるには、新入生の時から卒業年度まで毎年経年的に行う縦断的比較がより確実な方法である。学年別比較の報告の中で唯一、看護学院生を対象に入学初年度、2年生、3年生を縦断的に比較した吉山²⁷⁾は、角田のESSRで共感性類型分類の比率が変化したと報告しているが、ESSRの尺度の明確な変化としては捉えられていない。

本研究では、1999年度の1年生が2001年度には3年生になっていて、それを比較することで縦断的比較が一部可能であった。その結果、1年生の時と3年生の時では共感性に差がなく、共感性は変化しないことが分かった。共感的配慮は、経年的な2年生の時の調査がないので、2年生で一過性に低下するか否かを明らかにすることはできなかった。

だが、少なくとも、1年生の時と3年生の時で共感的配慮に変化がなかったという点では、二つの横断的比較から得た結果と矛盾はなかった。

4. 共感性配慮の変化の要因

2年生で共感的配慮が低くなることは、不幸な他者に対して同情や哀れみの感情を経験する傾向が一時的に弱くなると考えられる。臨地実習が始まる前の看護教育の中で、患者の苦痛から逃避したい気持ちになると考えられる。この共感的配慮の変化は、社会的スキルと共感的配慮が正の相関関係にあったという林²⁸⁾の報告や、職業的同一性達成が共感的配慮と正の相関関係にあったという風岡²⁹⁾の報告から、社会的スキルや看護師になるための自覚と関係していると考えられる。それ以外に、自我同一性形成との関係³⁰⁾、人間関係志向との関係³¹⁾、パーソナリティーとの関係³²⁾からは、有意義な結果は得られていない。

多次元的視点による共感性研究を概観した登張³³⁾は、共感的配慮は「他者の苦痛を自分のことのように感じて、できればそれを軽減してあげたいと思う気持ち」だとしている。2年生で低下したこの気持ちが3年生になって戻るの、時期的に2年生後期と3年生前期の臨地実習が契機であったと考えられる。だが、臨地実習において学生が自らの力で、患者との関わりの中から共感性を体得するのは容易ではないだろう。共感性は態度だとするロジャーズ派の心理学者は、共感性は共感的な人が周囲にいて最もよく教えられるとしている³⁴⁾ので、臨地実習における看護教師の役割が大きいと考えられる。

5. 想像性、視点取得、個人的苦痛

想像性は1999年度の3年生が特異的に低かったが、学年変化はみられなかった。臨地実習でも、看護学生が患者や家族の話を聞いて泣いているという姿はめったに見かけない。臨地実習中の学生は毎日ストレスが多く、患者の苦痛に同一化してしまうほどの余裕がないように思えるし、患者自身も短い実習期間中に病気による苦痛をそこまで学生に表現することはないからだと考えられる。

患者の感情を想像したり認知したりする視点取得は、臨地実習を体験して育成が期待される共感性である。Davis^{35,36)}は、援助の意思を高めるには「苦境を訴える人の情報を注意深く聞く」だけでは効果はなく、「その人の気持ちを想像して聞く」という視点取得条件が必要だとしている。そのことを学生の受け持ち患者が手術後の痛みを訴える場合で考えると、痛がっていると患者の話をただ聞くだけではなく、痛いので何とかしてほしいという患者の気持ちを想像しながら聞くことが、学生なりにできる援助を生起すると考えられる。臨地実習における印象では、学

生の視点取得は前者の段階にとどまり、後者の段階にまで展開できていないのではないと思われる。視点取得が変わらなかったという結果は、短い臨地実習期間で視点取得が変化するのは難しく、看護師になってさまざまな体験を通して得られるものと考えられる。

看護学生の個人的苦痛は、学年変化がなかった。看護の授業や臨地実習を体験しても、病気に悩む患者の苦痛によって自分が不安になったり動揺したりする感情は変化しないことが示された。臨地実習で動揺や不安をもたらすような患者を受け持つことはないのと、段階的な専門科目の実習への導入によって感情を制御する能力も同時に備わるからだと考えられる。

6. 共感性教育

今回の結果、看護学生の共感性の変化に関して、看護教育の中では臨地実習が契機となって、共感的配慮が変化しているという手がかりを得た。したがって、共感性を育成するためには、臨地実習において、患者の苦痛を自分のことのように感じ、できればそれを軽減してあげたいと思えるような、共感的配慮の育成に教育的に関わる必要があると考えている。

患者援助者関係において、患者の感情にのめり込んでしまうような想像性や、いたずらに動揺して自分の職務を忘れてしまうような個人的苦痛は必要はないだろう。逆に、視点取得が良くて、痛みを訴える患者から逃避してしまう学生もいる。看護学生の共感性に良い悪いがあるというのではない。Davisの考え方からすれば、共感性には4つの

側面があり、それらが相互に関係をもって全体として豊かな共感性が築かれていくと考えられるからだ。

したがって、看護学生は共感性に4つの側面があることを自覚した上で、自分が感じている共感性に対して自分の感情をどう制御し、援助へのモチベーションを高めていくか、そのことを一体として教育することも、共感性を育成する教育には必要だと考えている。

V. おわりに

教育内容が変わらない3年間に2回、看護学生の共感性を学年別に比較した。その2回の結果を付き合わせると、共感的配慮が2年生で一時的に低くなり3年生で戻ることが、看護教育の影響による共感性の変化だと考えられた。

これをさらに明確にするために、1999年度の1年生と2001年度の3年生の共感性を経年的に比較した。その結果、1年生と3年生の時の共感性は共感的配慮を含めて変わらないことが確かめられた。

この共感的配慮の変化は、時期的に看護教育の臨地実習が契機となっていると考えられた。

したがって、看護学生の共感性を育成するには、患者の苦痛を自分のことのように感じ、できればそれを軽減してあげたいと思えるような、臨地実習における教育が重要である。それと同時に、看護学生は共感性に4つの側面があることを理解し、自分の感じた共感性に対して自分の感情を制御し、援助へのモチベーションを維持できるような教育も必要であると考えている。

要 旨

この研究の目的は、2回の横断的な共感性の学年別比較とその中の経年的な比較によって、看護教育による看護学生の共感性の変化を明らかにすることである。対象は、3年課程看護短期大学の1999年度と2001年度の1, 2, 3年生であった。方法は、Davisの対人的反応性指標を用い共感性を年度毎に学年別比較し、両年度を対比した。さらに1999年度の1年生と2001年度の3年生の共感性を経年的に比較した。横断的比較の結果、共感的配慮が2年生で低くなることが両年度に同じように認められた。経年的比較の結果、1年生と3年生の共感性は変わらなかった。従って、看護教育による看護学生の共感性の変化は、共感的配慮が2年生で一時的に低下し3年生で戻ると考えられた。共感性を育成するためには、臨地実習において、患者の苦痛を自分のことのように感じ、できれば軽減してあげたいと思えるような教育が必要である。

Abstract

This study aims to clarify how the nursing students' empathy is changed by the nursing education. The subjects were the students of nursing Junior College in 1999 and 2001. The Davis' Interpersonal Reactivity Index compared each academic year cross-sectionally along with each of its results. The empathy of the first year students of 1999 and that of the third year students of 2001 were compared diachronically.

Both cross-sectional studies show that the empathic concern of the second year students was lowest among the three. The diachronic study shows that the empathy of the first year students in 1999 was not different from that of the students who

were in their third year in 2001.

It is conceivable that the change of the nursing students' empathy through the nursing education is that the empathic concern becomes lower in the second year and recovers in the third year. In order to foster the empathy, in the education of clinical practice, it is necessary for the nursing students to feel the pain of patients as if it were their own, moreover, it is also necessary to educate them that they feel they would want to reduce the pain of the patients if possible.

文 献

- 1) 澤田瑞也：共感の心理学－そのメカニズムと発達－，17-18，世界思想社，東京，1996。
- 2) Hughes J. R., Carver E. J., MacKay R. C.(1991)：共感表出の学習（川野雅資訳），MacKay(Eds)：Empathy in the Helping Relationship(共感的理解と看護)，124-138，医学書院，東京，1991。
- 3) Gazda G. M., Evans T. D.：共感の有用性（川野雅資訳），MacKay(Eds)：Empathy in the Helping Relationship(共感的理解と看護)，75-90，医学書院，東京，1991。
- 4) 看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討委員会：看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討委員会中間報告，看護教育，37(5)，348，1996。
- 5) 前掲2)。
- 6) Layton, J. M.：The Use of Modeling to Teach Empathy to Nursing Students, Research in Nursing and Health, 2, 163-176, 1979。
- 7) 前掲1)。
- 8) Davis, M. H.：Measuring Individual Differences in Empathy－Evidence for a Multidimensional Approach－, Journal of Personality and Psychology, 44(1), 113-126, 1983。
- 9) Davis M. H.：共感の社会心理学 人間関係の基礎（菊池章夫訳），Empathy A Social Psychological Approach, 55-72，川島書房，東京，1998。
- 10) 桜井茂男：大学生における共感と援助行動の関係－多次元尺度を用いて－，奈良教育大学紀要，37(1)，149-154，1988。
- 11) 浅井麻希子，横田恵子，他：看護学生の自我同一性と個人の内的属性との関係，富山医科薬科大学看護学会誌，5(1)，121-134，2003。
- 12) 張月，岩井浩一，他：看護学生の共感性と職業志向性との関連 第二報（A study on empathy and its relationship with job orientation in nursing students: Second Report），茨城県立病院医学雑誌，21(1)，39-48，2003。
- 13) 前掲9)。
- 14) 夏目悦子：看護学生の共感性について，看護研究，9(3)，265-275，1986。
- 15) 白石裕子：看護学生と教育系学生における共感性の比較 共感性尺度を使用して，看護教育，37(9)，734-738，1996。
- 16) 大見サキエ：女子看護学生の共感性 一般大学生と看護学生の比較，日本看護科学学会学術集会講演集，20，253，2000。
- 17) 難波文江，國方弘子：看護学生の共感の特徴と共感に影響する要因の検討，日本看護学会論文集（看護教育），33，186-188，2002。
- 18) 小松万喜子，鈴木晶子：看護大学生の共感性と対人関係関連尺度に関する学年比較，日本看護学会論文集（看護教育），33，135-137，2002。
- 19) 角田 豊：共感経験尺度改訂版（EESR）の作成と共感性の類型化の試み，教育心理学研究，42(2)，193-200，1994。
- 20) 林智子：看護学生の共感性と関連要因の検討 女子大学生との比較から，看護教育，43(7)，580-585，2002。
- 21) 前掲12)。
- 22) 前掲11)。
- 23) 川守田千秋，風岡たま代：看護学生の共感性と死に対する態度の関係 2年課程の学生を対象として，神奈川県立衛生短期大学紀要，35，15-21，2003。
- 24) 谷垣静子：看護学生の共感性の特質，京都大学医療技術短期大学紀要，15，45-49，1995。
- 25) 加藤隆勝，高木秀明：青年期における情動的共感性の特質，筑波大学心理学研究2，33-42，1980。
- 26) 川守田千秋，風岡たま代：看護学生の共感性と職業的同一性との関係 2年課程の学生を対象として，神奈川県立衛生短期大学紀要，36，1-6，2004。
- 27) 吉山弓子，加藤美代子，他：看護学生の共感性の経時的変化，看護教育の研究，18，243-244，2002。
- 28) 前掲20)。
- 29) 風岡たま代：看護学生の共感性に関する一考察 職業的同一性との関係，聖隷クリストファー大学紀要，13，15-26，2005。
- 30) 前掲11)。
- 31) 前掲20)。
- 32) 樋口香織：パーソナリティにおける共感性の位置づけ 看護学生を対象とした分析から，日本看護研究学会雑誌，24(3)，264，2001。
- 33) 登張真穂：多次元的視点に基づく共感研究の展望，性格心理学研究，9(1)，36-51，2000。
- 34) Carver E. J., Hughes J. R.：スキルとしての共感（川野雅資訳），MacKay RC(編)：Empathy in the Helping Relationship(共感的理解と看護)，75-90，医学書院，東京，1991。
- 35) Davis, M. H.：The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping－A multidimensional approach－, Journal of Personality, 51, 167-184, 1983。
- 36) 前掲33)。

〔平成17年3月23日受 付〕
〔平成17年9月21日採用決定〕

がん看護学教育における物語を導入した教育方法 Story-Case Learning (SCL) の試み

Development of Education Method using Story-Case Learning in Oncology Nursing Education

関 美奈子

Minako Seki

キーワード：教育方法，がん看護学，適応，選択，調和

Key Words：education method, oncology nursing, adaptation, option, adjustment

I. 序

がん疾患は、浸潤、転移といった病態に特殊性があり、人間の健康への影響は、はかりしれないものがある。また、人口動態では日本の死亡原因の第1位を占め¹⁾、健康生活を脅かす疾病として、医療の進歩、看護の充実が求められてきた。看護教育分野においては、専門領域としてがん看護学および終末期看護学が独立に設置され、告知に関する事など、その専門的研究が進められてきた^{2,3)}。

しかし、看護学生にとっては、最も特殊な治療への看護、心理面や精神面の情報を統合した判断の求められる学問領域であり、看護理論を導入し患者理解を促進、適切な看護介入への意思決定を学習することが必要である。たとえば、Margaret A. Newmanの看護論「拡張する意識としての健康」⁴⁾から、概念「適応」へと経過する患者の経緯を学習させる必要があると考える。さらに、患者の多くは、青年後期から成人初期の学生より高齢であり、その学生が、死への準備へと直面した人生を享受する患者が、最良の選択をでき、生活への調和をする看護を実施できるように教育するためには、Margaret A. Newmanの理論に加えて、Sheila A. Corcoran-Perryの意志決定理論⁵⁾から概念「選択」、Johnson and Morse理論⁶⁾から概念「調和」をフレームワークして、がん看護学教育を行う必要があると考える。

そこで、3概念「適応」「選択」「調和」を学習成果の軸足コード(Axial Cording)と仮定し、がん看護場面を描いた物語を用いた課題学習とグループワークを導入した教育方法、Story-Case Learning (SCL)を構成、学生が、がん治療の特殊性および、がん患者の療養プロセスの特殊性理解を促進できると予測した。

II. 研究目的

がん看護の知識統合を図る教育方法として、看護場面の

物語を用いた課題学習とグループワークを導入した教育方法、Story-Case Learning (以下SCL)の開発を目的とし、その教育方法の試みと学習成果を明らかにした。

III. 研究方法

1. SCLプログラム

1) 教育方法

成人看護学Ⅱ(慢性疾患看護)の講義時間6時間(90分授業を6回)の講義を3部に分け構成し、講義形式と、事例を描いた物語⁷⁾を資料として用いたグループワークを実施した。学生のがん病態知識形成のため、初めの講義(90分)の中で、がん看護を考えるにあたり必要な知識を提供した(図1)。なお、学生は、すでに病態学・解剖生理学講義において、がん病態の基礎知識を履修していた。

(1) 教育目標

①患者の病態による機能障害と生活への影響や既存の機能障害の評価について習得させる、②治療的看護・生活看護の両側面から患者への看護を習得させる、③看護を説明する時に活用可能な看護理論を習得させる、3項目を設定した。

(2) 学生の学習目的

学習目的は、教育目標を総括し、終末期の治療と看護に関する知識を深めるとした。学習目標は、①がん治療の特色を理解する、②疾病と共生を目指した終末期看護の理解を深める、2項目を設定した。

(3) 教育形態と内容

講義時間6時間(90分授業を6回)の中で、講義形式とグループワーク形式の教育方法を用いて、講義、スライドを導入した講義、学生相互の意見交流を実施するグループワークの3部を設定した。

①講義形式：1. 病態理解および検査・治療時の看護、2. 疼痛コントロール、3. ケアの特異性

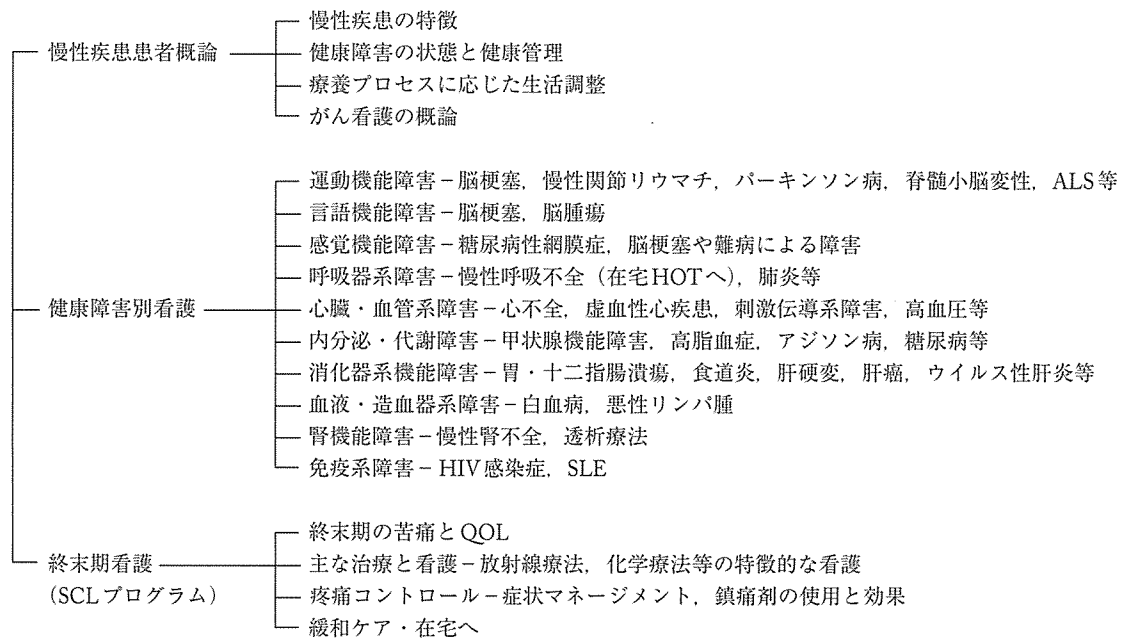


図1. 成人看護学（慢性疾患看護）全体講義内のSCLプログラムの位置づけ

②スライドを導入した講義：事例を元にした健康機能障害の生活への影響

③グループワーク：自己管理への生活への調和のあり方（2回）

2) 物語の事例

大腸がんの疑いがあり、検査入院してきた40代女性（子供1人と夫）が、2回の検査をとおしてポリープかも知れないなど、医師の告知を避けた対応場面の展開が描かれた物語を活用。患者は、軽い気持ちで入院するが、2回の検査で苦痛を体験、手術への経過をたどり、退院を目前にした検査で転移が発見され化学療法を選択、ターミナル期は家庭生活を楽しみ、死を迎える経過であった。

3) グループワークの目的

患者の経過について理解を深め、患者の生活を考えた看護を組み立てる。

目標1：患者の療養経過と回復状況に関する理解を深める。

目標2：具体的な生活場面を考え、患者の生活行動を支援する退院指導内容の決定を学ぶ。

4) グループワークの内容

資料の内容を読み、看護が必要と思われる場面を1つ選んで、看護場面の情報分析・統合を行い、患者にとって必要と考えられる看護を話し合う。今まで学習した理論を活用すること、独創的な発想で私達ならこうするという看護を考えることを指導した。

看護場面：①入院直後の場面、②医師からの病状説明、③注腸透視の場面、④検査後、医師と出会った場面、⑤再検査の場面、⑥手術後3日から退院日を聞く場面、⑦転移

が発見され治療する場面。

2. 調査方法

1) 対象：3年課程看護短期大学2年次生77名（男性3名、女性74名）。

2) 調査方法：2003年1月27日講義終了後に評価用紙を配布、当日メールボックス投函回収とした。

3) 調査内容：個人ワークの課題として資料を読み、①疾病への適応、②人生の選択、③生活への調和の3項目を、この患者がどのように考え生活していたかを書いて提出することを求めた。記述内容に関しては、資料の全体をとおしての記載、あるいは、一場面の抽出でもかまわないとした。

3. 用語の操作的定義

①疾病への適応：疾病への適応とは、疾病を理解、受容し、疾病とともに人生を歩む気持ちになることを意味する。

②人生の選択：疾病とともにどのように生活するのか、その選択がどのような価値があり、どのような結果をもたらすのか、予測性をもった選択ができることを意味する。

③生活への調和：ここでいう生活への調和とは、入院生活が主体となって、患者がニーズを満たした生活ができているかどうかを意味し、疾病の治療が、身体的・精神的・社会的な生活に及ぼす影響を考え、対処していく状況を表す。

④Story-Case Learning (SCL) とは、講義で理論的 Frameworkを教育し、それに適した看護場面の物語を選択し、グループワークさせる教育方法である。

4. 分析方法

グラウンデッドセオリー法を参考に、学生の記述内容の文脈から、仮定した軸足コード (Axial Cording) ①人生の選択, ②疾病への適応, ③生活への調和の3項目に関して、物語の事例の療養プロセスと、学生の思考プロセスの関係性に焦点を当て、分析をした。その分析は、第1段階として、無作為に10名のレポートを選択、文脈から、患者が「疾病への適応」をするプロセス、「人生の選択」をするプロセス、「生活への調和」をするプロセスを抽出、現象のラベル付けによる概念化、オープン・コード化 (Open Cording) を行った。第2段階として、残りのレポートを分析し、先のオープン・コード化と共通性のある文脈を照合・数量化し、他の文脈は別のオープン・コード化を行い、カテゴリー化を行った。第3段階として、オープン・コード化によって得られた軸足コードと、仮定した軸足コードとの一致性を検討した。オープン・コード化によるデータ分析回数は、本分析方法を修得している研究者自身が行い、抽出作業を2回実施、見直しをとおしてデータの精練を行った。

5. 倫理的配慮

口頭と文書をもって、調査概要の説明、調査への参加の自由および調査内容が成績とは無関係であること、データ処理は匿名であることを学生に伝え承諾を得た。

表1. 学生の学習成果のカテゴリー化

カテゴリー	コード化	抽出数	抽出率 (%)
人生の選択 option	治療経過毎の選択	25	32.5
	将来への価値による選択	19	24.7
	あいまいさの中の治療選択	10	13.0
	自己決定による選択のできない状態	7	9.1
	仕事への復帰希望と不安の交錯	5	6.5
	患者の意思尊重	5	6.5
	苦痛体験からの選択	4	5.2
	家族による選択	1	1.3
疾病への適応 adaptation	残りの人生を生きるプロセス	20	26.0
	患者の不安形成プロセス	14	18.2
	インフォームド・コンセントの経過による受容プロセス	12	15.6
	手術・疾病の受容プロセス	9	11.7
	自分らしい生活の獲得への受容プロセス	7	9.1
	治療経過と疾病受容プロセス	6	7.8
	化学療法・疾病の受容プロセス	5	6.5
	目標設定による疾病受容プロセス	3	3.9
生活への調和 adjustment	手術の成功による疾病受容	1	1.3
	目標の設定による気持ちの調整	20	26.0
	痛みコントロールによる家族との生活	17	22.1
	治療経過と不安の調整	9	11.7
	ニーズの転換による充足調整	9	11.7
	家庭生活再獲得のための調整	7	9.1
	治療によるニーズの未充足がもたらす生活のアンバランス	6	7.8
	治療選択と役割維持調整	4	5.2
	入院生活から家庭生活への移行調整	3	3.9
	治療に伴う不安と役割の調整	1	1.3
	看護師の存在に支えられる気持ち	1	1.3

IV. 結 果

調査の回収は、対象77名回収率100%であった。概念枠組みの「選択」「適応」「調和」の3枠組みを機軸として、「人生の選択」を示したのは9コード、「疾病への適応」を示したのは9コード、「生活への調和」を示したのは10コードをカテゴリー化した (表1)。以下、() 内は記載率を示す。

1. 人生の選択

「人生の選択」からは、学生が、医療者、主に医師の説明のあいまいさがもたらす不安に焦点をあてて、治療経過に伴う患者の選択プロセスを理解した学習成果として、〈治療経過毎の選択 (32.5%)〉〈将来への価値による選択 (24.7%)〉〈あいまいさの中の治療選択 (13.0%)〉〈自己決定による選択のできない状態 (9.1%)〉〈患者の意思尊重 (6.5%)〉〈仕事への復帰希望と不安の交錯 (6.5%)〉〈苦痛体験からの選択 (5.2%)〉〈家族による選択 (1.3%)〉の8コードが抽出できた。学生は、患者の治療経過に伴う選択のプロセスを、医師の説明のあいまいさがもたらす不安に焦点をあてて理解を進めていた。患者が、家族との生活を目標にすることにより、希望を見出していることから、手術を選択することは、価値ある選択であったと判断していた。

1) 〈仕事への復帰希望と不安の交錯〉

学生は、患者が、最初の頃は早く退院して仕事を続けたいという気持ちが強かったと判断していた。さらに、検査の経過とともに、今後に対する不安が徐々に大きくなった患者が、仕事への復帰に希望を見出し、気持ちの変化を起こしたことを学習し、患者が自分の人生の今後に、素直に向き合っていけるように、不安にさせない対応、医療者としての責任、信頼される存在とは何かを考えていた。

2) 〈将来への価値による選択〉

学生は、患者が手術を選択した理由として、早く病気を治し、七夕までには家に帰り、子供と一緒に七夕に行くことができるかもしれないという予測をあげ、手術を行うことは病気を治すことであり、同時に、子供と共に過ごす日常生活を取り戻すために十分価値のあるものとして、患者は、手術を選択したのだと判断していた。

3) 〈治療経過毎の選択〉

検査を2回目も受ける患者は、「自分はがんではないか」という疑いの気持ちを晴らしたい、「本当の疾病を知りたい」という思いだったと学生は、判断していた。さらに、学生は、手術が成功し、退院を控えた最後の検査で転移が発見された後の患者は、病気の完治への期待よりも七夕に家に帰り、娘と楽しい時間をすごすことができるという母親としての役割遂行に期待し、副作用はあるが苦痛を伴わ

ず日常生活のできる治療（化学療法）を選択したと考えていた。学生は、患者が、自分の生活を楽しむことを忘れず、精一杯、闘病生活をしていることから、価値のある選択ができたと考えていた。

4) 〈あいまいさの中の治療選択〉

学生は、患者が、がんかもしれないという不安を持ち続けている中で、医師は未告知の方向でいたことから、治療選択にあいまいさがあると考えていた。患者は、「治ってほしい、とにかくよくなってほしい」という願いから、手術療法を選択したと考えられるが、手術が成功して患者に希望を与えたことは、価値ある選択となったと判断していた。

5) 〈家族による選択〉

がん転移が発見された時点の選択は、医師の考えで、患者の夫に告知が行われた。夫が、「治療によって少しでも助かる見込みがあるのなら、化学療法でも手術でも何でもしてほしい、副作用がでても覚悟の上である」と、患者には、告知しないまま化学療法を選択したと学生は読み取っていた。

6) 〈患者の意思尊重〉

学生は、患者の意思尊重ができた選択とは、疾病とともにどのように生活するのか、その選択にはどのような価値があり、どのような結果をもたらすのか、予測性を持った選択ができることを意味すると定義を振り返っていた。患者は、大腸癌の転移が見つかり、医師からの説明で切除するのか、それとも化学療法でいくのかという選択に迫られた場面を述べ、病気のことをよく知るのは医師であり、最善の治療法を判断するのも医師であるが、最後に決定するのはなによりも患者本人であると、学生は、学習していた。さらに学生は、医師が、患者に癌だと告知するのは本当につらいことであり、そのことを受け入れられないかもしれないので、告知は避け、退院に向けた治療を勧めたのだと考えていた。しかし、学生は、患者が、病気のことでなくて全く何も知らされないままでは、患者の意思はどうなってしまうのだろうかと考えていた。

7) 〈苦痛体験からの選択〉

学生は、医師と患者の関係を検査の説明場面を通して、医師は、再検査を患者の病変を診断するために重要な検査だと考えているが、告知されていない患者は、苦痛を伴う検査をどうしてももう一度行わなければいけないのかと疑問に感じていたと分析していた。学生は、患者と医師との考えのズレを埋め合わせていく方策として、医師が、患者の理解度に合わせた検査の説明を行い、検査の必要性を理解してもらうことや、患者の気持ちを傾聴することなどが必要であり、医師からの十分な情報提供が行われ、その内容を患者自身が判断、納得した上で受けることが理想である

と考えていた。学生は、告知しているケースと比べると、疾病に対する情報を患者に提供する場合、ある程度、提供される内容が制限されることや、どのように伝えていくのかという難しさがあると判断し、患者の自己決定する権利を考慮し、患者の自分の病気は、がんではないのかという問いかけに対して、あいまいな答えで終わらせるのではなく、可能な範囲で情報を提供し、誠意ある説明が必要であると考えていた。

8) 〈自己決定による選択のできない状態〉

学生は、インフォームド・コンセントが、不十分なため、患者は、十分な選択ができる状態ではなかったのではないかと判断していた。患者が、最終的に自分で「がん」と答えを出し、結果を考えて生活していたのではないかと分析していった。

2. 疾病への適応

学生は、患者の疾病への適応するプロセスを、検査が繰り返され告知されないことなど、治療に伴う不安の程度から分析し、思考をめぐらせていた。Margaret Newmanの看護論「拡張する意識としての健康」を導入し、学生の学習効果を分析すると、患者の不確かさの状態における、潜在的不安から活動的に表出する現在の不安へのプロセスを見出し、不安を軽減するために、はっきりとした対応のインフォームド・コンセントが重要であると、学習していた。これらの学習成果から、〈残りの人生を生きるプロセス (26.0%)〉〈患者の不安形成プロセス (18.2%)〉〈インフォームド・コンセントの経過による受容プロセス (15.6%)〉〈手術・疾病の受容プロセス (11.7%)〉〈自分らしい生活の獲得への受容プロセス (9.1%)〉〈治療経過と疾病受容プロセス (7.8%)〉〈化学療法・疾病の受容プロセス (6.5%)〉〈目標設定による疾病受容プロセス (3.9%)〉〈手術の成功による疾病受容 (1.3%)〉の9コードが抽出できた。

1) 〈患者の不安形成プロセス〉

学生は、患者の不安の想起を検査場面に振り返り、初回の検査前に詳しく説明をしておけば、痛みや時間が長いことについて、患者は、ある程度、心に余裕を持つことができて2回目の検査を、こんなに嫌がることもなかったのではないかと分析していた。学生は、人それぞれ、自分の考え方を持ち生きているので、同じ考え方の人は、この世に絶対に存在しないけれども、患者の性格をよく理解した上で、患者に一番適した接し方で、患者が、疾病に適応していけるように考えていく必要があると学習していた。

2) 〈目標設定による疾病受容プロセス〉

患者は、「人間ドックのような軽い気持ち」で入院してきており、患者が納得したうえで、再検査が行われたとは言いがたい状況の中で、あいまいな病状説明は、再検査後

も継続し、患者は、不安な心でいっぱいになりがちでも手術に同意、七夕までに家へ帰ることを1つの目標とし、手術・病気を受容していったプロセスを学生は、学習していた。

3) 〈化学療法・疾病の受容プロセス〉

学生は、患者の疾病受容のプロセスを、キューブラー・ロスの疾病受容の4段階にあてはまると仮定し考えていた。学生は、患者が、痛みを伴う検査を2回も受けたことが、「取引」の段階ではないかと考え、手術の話をした時に、がんと言っていないから、と大声で泣き始めたときに「抑うつ(4段階)」というのは、受容のプロセスにおいて、早すぎるのではないかと考え、はっきりとはわからないが患者の泣き出した時が「否認」、次に「怒り」のプロセスを踏んでいるのではないかと考えていた。患者は退院を控え、最後の検査で転移が発見され、患者の夫との相談の結果、化学療法を選択するが、本人には肺炎の重症化をおさえるためということで化学療法を始められた。患者は化学療法を始め、副作用が現れた頃には、もうすでに、自分ががんであるという事を知っている様子で、家庭にて疼痛コントロールを続けた。このプロセスに関して学生は、患者が、未告知の状態で化学療法を受け、副作用が現れ始めた時には、がんである確信に近いものになっていたと考え、患者が化学療法を承諾し続けられたのは、もう自分の疾病を受け入れていたからだとして学習していた。

4) 〈自分らしい生活の獲得への受容プロセス〉

学生は、未告知状態で治療を受容してきた患者を、そのプロセスで、家庭生活への復帰を目標に受容を繰り返し、転移が見つかるまでは、手術を受けることを選択してよかったと感じていたと分析していた。転移が見つかった後も、告知されずに化学療法を続け、自分の病気に気づきながらもそれを受け入れいった患者を、学生は、精一杯自分らしい生活を送ることで、闘病生活を送っていたと判断していた。

5) 〈残りの人生を生きるプロセス〉

学生は、退院を目前にした検査で異常が発見された患者の状態について、すぐに退院できると考えていた患者が十分な説明や、声掛けを得られないうちに、自分が、がんかもしれないという大きな衝撃を受け、大きな不安を抱えることとなってしまった転機場面となったと分析していた。さらに、学生は、患者が、真実が告げられず、自分の病気が何なのかかわからないまま、自分の疾病を受け入れ、楽しみにしていた七夕へいき、残りの人生を精一杯生きていたことがわかったと提示していた。

6) 〈治療経過と疾病受容プロセス〉

学生は、1回目の検査を受けた時の患者を、便に鮮血反応が出たらどうい病気の可能性があるのかといった知識

を持っている面もうかがえず、そういった病気に自分が罹患しているかもしれないという不安も見られなかったと分析していた。さらに、医師の説明から、患者参加型の治療が進められていると判断していた。すぐに退院できると考えていた患者が、十分な説明を得られないうちに、自分ががんかもしれないという大きな衝撃を受け、大きな不安を抱えることとなってしまったことから、未告知の方向で進められた治療の中で受容プロセスをたどっていったことを学習していた。

7) 〈インフォームド・コンセントの経過による受容プロセス〉

学生は、講義から、疾病への適応とは、疾病を理解、受容し、疾病とともに人生を歩む気持ちになれるようになることであり、そのためには適切なインフォームド・コンセントが行われ、患者参加型の治療が進められることが重要であると学習していた。しかし、実際の場面では、患者に対して、医師の説明は、患者の納得いくような説明はなく、あいまいであり、患者の苦痛を大きくしていったと分析していた。このような場面を通し、学生は、検査の方法を説明するのも重要であるが、検査に伴う不安や苦痛を少しでも和らげるような言葉がけが、より重要であると学習していた。

8) 〈手術・疾病の受容プロセス〉

学生は、患者が2回目の検査後、「手術をしなければならないのか」を医師に尋ねたときも、医師はポリープという診断で、「手術をした方がいい。」という、とてもあいまいな返事をし、患者の不安をさらに強めさせたと判断していた。あいまいな病気の情報を与えただけで、手術をするという医師の決定には、「なぜ手術をしなければならないか」という疑問が残し、明確な理由と適切な説明がなされていないと学生は学習し、そのため、自分には、がんではないかという不安と手術に対する両方の不安が、患者に抱かれたと考えていた。その上で、学生は、医療者の対処として、患者がこのように大きな不安を抱えている時、患者の不安を表出できるよう援助し、話を聴き、患者が不安を軽減できるよう援助すべきだが、ほとんど援助されていないと考えていた。さらに、あいまいさの中でも手術への出棟時に、「先生、手術が終わったら、この病棟にもどってくるからね。そのときはまた主治医になってよ。」と言ったことから、学生は、患者が医師を信じ、自分の病気と戦っていこうと決めたのだと学習していた。

9) 〈手術の成功による疾病受容〉

患者が、手術の成功を知り、精神的な不安が軽減されたことは、医師への会話の弾んだ声から判断できたと学生は、学習していた。さらに、手術が成功したことで疾病がとり除かれ、健康な状態に近づいていると患者自身が判断

していた。学生は、もうすぐ退院できるという医師の言葉かけは、患者に希望を持たせ、精神的に気持ちを明るくしている点でよいことだと学習していた。しかし、最終的な検査が終わらないうちから、退院できると言い切ってしまう方がいいのではないかと学生は迷っていた。学生は、今後、起こりうる、いろいろな可能性を考え、患者には、確実に正確な情報を伝えるということが必要なのではないかと学習していた。

3. 生活への調和

学生は、生活への調和に影響する要因として、生活環境の変化、治療の経過、精神面を学習していた。学生の学習成果としては、〈目標の設定による気持ちの調整 (26.0%)〉〈痛みコントロールによる家族との生活 (22.1%)〉〈治療経過と不安の調整 (11.7%)〉〈ニーズの転換による充足調整 (11.7%)〉〈治療によるニードの未充足がもたらす生活のアンバランス (7.8%)〉〈家庭生活再獲得のための調整 (9.1%)〉〈治療選択と役割維持調整 (5.2%)〉〈入院生活から家庭生活への移行調整 (3.9%)〉〈看護師の存在に支えられる気持ち (1.3%)〉〈治療に伴う不安と役割の調整 (1.3%)〉の10コードが抽出できた。

1) 〈看護師の存在に支えられる気持ち〉

患者は再検査の場面で、気持ちが非常に不安定で、自分らしい入院生活が送れていない。自分の疾病に対する疑いが、どんどん大きくなっていった。学生は、もしも、自分のために必死に何かを援助してくれる看護師がいたとしたら、その人のおかげで入院生活が楽しく感じられたと考えていた。どんな状況でも患者の気持ちを一番に優先して考えることのできる看護師の存在は、人の心を動かすことのできるたった1つの存在であると学生は、考えていた。

2) 〈治療によるニードの未充足がもたらす生活のアンバランス〉

学生は、患者の状況を次のように分析していた。患者は入院することで、仕事への影響を心配していた。子供と七夕を過ごしたいというニードも入院により危ぶまれた。最終的に患者は、化学療法を行うことになったが、その副作用である嘔気・嘔吐によって安楽のニードが満たされていない状態となった。また、白血球の低下によって感染の危険性が生じ、安全のニードが満たされていない状況になっていた。学生は、患者が、脱毛によるボディ・イメージの変調も、メッシュをかぶって対処していたが、精神的苦痛を伴う状態となったことを判断していた。

3) 〈痛みコントロールによる家族との生活〉

化学療法を開始2週目頃から嘔気、嘔吐、脱毛などの副作用が現れ始めたことから、学生は、感染の危険性など、生命に関わる問題も派生してくると思っていた。化学療法

の副作用によって身体的苦痛、またボディ・イメージの変容などの様々な精神的苦痛が考えられるが、患者は頭髪の無い頭にメッシュをかぶるなどの対処を自分なりにしていた。患者の楽しみである七夕にむけて、体調の良いときに退院手続きを行い、自宅にもどり、近くの開業医の下、疼痛コントロールをすることになると予測された。患者は疼痛コントロールに入ってから、住み慣れた自宅で家族と共に過ごすことができ、楽しみにしていた七夕を娘と楽しむことができるようになった。学生は、入院してそのまま化学療法を続けているより、患者のニーズが満たされているのではないかと考えていた。

4) 〈目標の設定による気持ちの調整〉

患者は、入院してきた時点で、もうがんのかどうかという不安がつきまとっていたので、学生は、検査の都度に不安は増すだろうし、医師の説明も納得できるほどではなかった様子で、そんな中でも目標というか、気持ちの支えともいう七夕のことへの想いがおおきかったのではないかと判断していた。患者は、七夕のこともあるし、一人で切り盛りしている小料理屋、所有経営しているぶどう畑のことなど仕事も心配の1つだった。患者が願っていた七夕に、患者の状態を考慮しながら治療を勧め、病状の変化を重視していたところは、患者のニーズに合わせた医療で大きいところだと考えていた。

5) 〈治療に伴う不安と役割の調整〉

学生は、医師の態度や説明は、患者を逆に不安にさせてしまうようなものであったと考えていた。また学生は、入院当初、医師の患者への対応は、患者の気持ちになって考えるというよりも、自分が困らないように考えて患者と話をしていると場面を解釈していた。患者が、自分の中に不安な思いを閉じ込めるようになっていくことに気づき、患者が、少しでも落ち着いた入院生活が送れるよう、感じている不安を外に出せるように援助していく必要があった。患者は、がんであるかもしれないという不安や手術への不安を乗り越えて、手術が成功したことにより一時は安心し満足した気持ちになっていった。化学療法をおこなっていく上で、副作用があらわれ、彼女は自分の病気について気づいていだろうし、それを受け入れる気持ちを持ち始めていたのだらうと考えられた。化学療法を続けながらも退院し、入院してからずっと希望していた七夕にも間に合い、患者は、子供と浴衣で過ごすなど、自分の普段の生活をこころおきなくすごしていった。手紙の文字にも「はり」があることから、あきらめるのではなく頑張って闘病生活をおくっていたことが判断できたとし、学生は、患者は、自分の病気についてなんとなく知っていく中でも、生活の調和をとっていたのではないかと考えていた。病気に気づいていく中で、患者に対する精神面での援助や詳しい説明

が必要だと考えていた。

6) 〈家庭生活再獲得のための調整〉

患者は、軽い気持ちで入院し、検査が進められていくうちに自分ががんかもしれないという予想外のストレスを抱えることとなった。告知をしないという医師と家族の選択で、真実を知らされることのないまま手術療法を、手術が成功したにも関わらず転移が見つかったために化学療法も受けることとなった。学生は、患者が告知されないという中で治療が進められているが、おそらく自分はがんであると気づきつつも、きっとよくなって家に帰りたいとい一心で治療を受け入れ、手術も化学療法も乗り越えたのだと感じていた。患者は、不安とともに戦いながら治療を受け入れ、本当のことを知らされないままに、つらい副作用まであるそれらを乗り越えたと、学生は解釈していた。

7) 〈入院生活から家庭生活への移行調整〉

学生は、調和とは、入院生活が主体となって、患者がニーズを満たした生活ができると考えていた。また、脱毛がまだあっても食欲もあり、日常生活には支障がないが、患者にとってメッシュをかぶっていたことなど、ボディ・イメージの変化に対する援助は本当に大切だと思っていた。患者は、人間ドッグのように軽い気持ちで入院してきたすぐに退院できると思っていたが、何度も検査が繰り返される中で、自分はがんなのではないかという不安が大きくなっていったと、学生は判断していた。学生は、患者の抱える不安や悩みを理解し、不安を表出させ、側に付き添い、患者の不安が少しでも軽減するように、患者が孤独になっしまわないようにすることが看護師の重要な役割であると考えていた。つまり病気により、家族役割が果たせなくなったことも患者にとって、大きな衝撃だったと考えられた。病気によりその役割は果たせなくなったことは、患者にとって大きな衝撃だったと考えられた。学生は、患者にとっては、妻としての母親としての役割が果たせない状態は辛いだろうし、七夕に娘と浴衣を着ることが心の支えであったと思っていた。それだけに学生は、患者が、七夕に娘と浴衣を着ることができたことは、彼女のQOLの向上にとって、とても重要であったのではないかと考えていた。

8) 〈治療経過と不安の調整〉

学生は、手術に対してあいまいな返事が医師から返ってきたため、患者は不安な気持ちがいっぱい生活していたと判断していた。入院した頃から患者は、医師と対話することで不安を表出してきたと考えられるが、あまり喋らなくなったことで不安を表出できずにいた。そのため、精神的にも生活にも影響があり、不安はさらに増大し、人との付き合いがなくなり、周りから隔絶された孤独な状態になり悪循環に陥ってしまったと考えられた。学生は、患者は

不安が増大することでストレスも増大し、潰瘍などの消化器症状や、頭痛、発熱といったような症状があらわれる可能性もあるので、対処方法として、まず危険な状況为了避免のために、ベッド周りの環境整備や、歩行時に誰かが付き添うなどの方法を考える必要があると判断していた。

9) 〈治療での選択と役割維持調整〉

患者の身体面では、手術が決定した後、体重が減少してきたり、腹部の腫瘍が自分でも触知できるようになり、そのことが、患者にがんではないかという疑念を、より確信していったと学生は、判断していた。精神面では、病名がはっきりしないまま、検査が続き、そして手術が行われることになり、患者の中では医師に対する不信感など強まっていた。患者は、医師からのあいまいな説明により、手術にいたるまでの事態になることが予測できなかったため、手術を前にして、七夕に娘と一緒にいけるだろうか、それまでに退院できるだろうかということを気にかけていた。一方、物語をグループワークした学生は、患者がいないことで家族役割の変化が起こっていると考え、患者が手術を行い、退院しても体力が回復するまでは家庭で療養し、仕事を休まなくてはいけない状況にあることを予測していた。

10) 〈ニーズ転換による充足調整〉

学生は、検査が2回行われ、体力がいきなり、かなりの苦痛も伴った後に手術を行ったため、患者は身体的にも精神的にもとても辛い状態であったことが読み取っていた。また、学生は、患者は主婦であると同時に小料理屋を営み、入院によって仕事ができなくなったため、患者は社会生活でも辛い思いをしていたと判断した。患者はニーズを満たした生活ができていたとは思えなかった。ただし、手術後、転移が見つかったから医師は、患者が一番望んでいた七夕を娘と迎えることができるようにと、治療や退院の日を考えたりしている所では、学生は、患者のニーズを考えた対処を行っていたと読みとることができていた。

V. 考 察

3年課程の看護教育機関では、講義カリキュラムの多様性が、4年制課程の大学教育に比べて少ない。特にがん看護学講座を設けていないことが多く、4年制課程との専門性の差は当然である。しかし、4年制課程の看護教育機関においても、がん看護学教育の方法論を研究したものはない。がん看護は、特殊な医療理解を必要とすることからも、学習困難に陥ることが予測される。本教育プログラムでは、「人生の選択」、「疾病への適応」、「生活への調和」のカテゴリーをフレームワークとして設定しており、事例を活用して理論の導入方法を教授したことにより、学生の学習効率が高まったと考えられた。学生は、事例として提供

した物語で展開される医療から、多くの学習成果を示し、看護を創造していたが、具体的な看護介入に関する学習成果が少なかった。

「人生の選択」からは、学生が、治療経過に伴う患者の選択プロセスを理解した学習成果として、〈仕事への復帰希望と不安の交錯〉〈将来への価値による選択〉〈治療経過毎の選択〉〈あいまいさの中の治療選択〉〈家族による選択〉〈患者の意思尊重〉〈苦痛体験からの選択〉〈自己決定による選択のできない状態〉の8コードを抽出した。これらの理解から学生は、患者が、家族との生活を目標にすることにより、希望を見出していることを価値ある選択を考え、目標設定を行うことにより、生きる希望を見出すプロセスへの看護が考えられることを学習していたと言える。学生は、このような選択には、治療経過における適切なインフォームド・コンセントと、患者自身による価値ある選択をもたらす看護が必要であるとの学習成果を示していた。すでに、患者自身の選択を尊重した意思決定では、インフォームド・コンセントでの説明の十分さが前提条件となると、報告されている⁸⁾が、学生は、十分なインフォームド・コンセントと患者自身による価値ある選択をもたらす看護の必要性を見出していたことが、本教育方法の成果であると考えられる。意志決定理論として、学生に紹介したSheila Corcoran-Perryは、OOVLモデル（Option選択・Outcome結果・Value価値・Likelihoods可能性モデル）の中で、結果（Outcome）を期待し、価値を判断した選択を示している⁹⁾。学生の思考の中では、未告知の状況で進められる医療への選択では、結果が正確に期待できるのか、価値が十分に予測できるのかといったことに患者が疑問を生じ、Margaret A. Newmanのいう不確かな状態¹⁰⁾の加わることを判断していたと考えられる。このような状況を学習モデルとして選定するのは、学生の臨地での遭遇を仮定したからで、日本の医療現場では、患者本人に告知が進むケースが欧米諸国に比べて少ない¹¹⁾。学生が、説明があいまいな中、選択をする患者を的確にとらえ、苦痛経験から再苦痛の体験を回避する患者像を分析できていたことは、展開された看護と必要な看護を創造する学習環境を提供できたと考えられる。

「疾病への適応」からは、学生が、患者の状態変化において、潜在的な不安から活動的に表出する現在の不安へのプロセスを見出し、適応を遂げていくプロセスを学習したことを示す、〈患者の不安形成プロセス〉〈目標設定による疾病受容プロセス〉〈化学療法・疾病の受容プロセス〉〈自分らしい生活の獲得への受容プロセス〉〈残りの人生を生きるプロセス〉〈インフォームド・コンセントの経過による受容プロセス〉〈手術・疾病の受容プロセス〉〈治療経過と疾病受容プロセス〉〈手術の成功による疾病受容〉の9

コードを抽出した。Rogersの手術適応では、苦痛からの回避と成功への期待による手術選択がもたらす、精神的安定が、治療を促進するとされている¹²⁾が、学生は、本事例をとおして、未告知の現状がもたらす手術説明の困難さと、受容に向けた目標の設定の重要性を学習できたと考えられる。学生は、手術説明の場面をとおして、看護倫理という「真実を知る原則」が損なわれている現実には、看護師を目指す人間として戸惑いを見せ、受容に向けての目標設定では、手術後の価値として、患者の家族生活への思いを大切にすることの重要性を見出したことは、状況の分析と患者の個別性に対応した看護を考察できていたと考えられる。これらの学習成果から、さらに、場面における看護を創造する能力を習得できるようにするには、本事例を用いたロールプレイを導入した看護演習を実施する必要があると考える。Margaret A. Newmanの看護論「拡張する意識としての健康」¹³⁾では、プリゴジンのように混沌とした状況を拡張するために、1つ1つの理解が重要であると言われている。しかし、本事例では、未告知であることが、患者の疾病理解を停滞させ、治療は医師に任せ、家族生活へと視点を変換することにより、不確かさを回避することも、看護の一方法であると考えられた。このような状況を学生は、理論を導入して論理的には、表現していないが、看護の必要な場面を疑問視することで、家族生活へと視点を変換していく患者の状況を分析し、必要な看護を考察していた。このことから、3年課程の学生の学習成果は、十分に満たしていたと判断できる。

「生活への調和」からは、学生が、生活環境の変化、治療の経過、患者の精神面の側面で分析した生活への調和に影響する要因として、〈看護師の存在に支えられる気持ち〉〈治療によるニードの未充足がもたらす生活のアンバランス〉〈痛みコントロールによる家族との生活〉〈目標の設定による気持ちの調整〉〈治療に伴う不安と役割の調整〉〈家庭生活再獲得のための調整〉〈入院生活から家庭生活への移行調整〉〈治療経過と不安の調整〉〈治療選択と役割維持調整〉〈ニーズの転換による充足調整〉の10コードを抽出した。生活環境の変化では、家庭生活から外来環境から入院環境へと、疾病に起因する健康危機による環境移動が認められた。このような健康危機による生活環境の変化において、未告知の場合は、家庭生活の再獲得を目標にした生活への調和、すなわち医療を受ける生活での苦痛の軽減をはかる看護を導入する必要があることを、学生は学習していたと判断できる。患者の不安を軽減するためには、はっきりとした対応のインフォームド・コンセントが重要であると学生は、学習していたが、その一方で、医師の治療方針における未告知の調整方法を見出していた。学生は、患者の手術選択に関して、検査を繰り返し、がんではないか

と自分の中で葛藤を続ける中で、「手術を行うことによって疾病が治る、もしがんであっても治るのではないか」という期待から治療を選択していたと判断し、化学療法に関しては、病気の完治への期待よりも七夕に家に帰り、娘と楽しい時間をすごすことができるという母親としての役割遂行に期待し、いつもの日常に戻ることができるという患者の心理を分析していた。さらに、学生は、患者の末期の退院選択は、医師の判断に伴いながらも、患者が、自分の生活を楽しむことを望み、価値ある選択をしたと考えていた。

これらの学習結果から、学生が、治療の時間的経過をとらえ、患者の心理的動向や、それに伴う意思決定のプロセスを示し、家庭生活の再獲得という目標に向けた看護を考えていたことから、学内講義から臨地実習へとつなげる中間授業として、物語を教材に用いたSCLプログラムは効果的であると考えられる。また学生は、未告知の患者への医療のあり方から看護師の立場を客観的に分析できており、これらの分析に、アドボケートとしての役割を加えて看護を考える能力が習得できると、さらにがん看護学教育の効果が得られると考えられる。今後、物語を用いた看護分析後に、患者役・医師役・看護師役の3役を設定したrole-play演

習を実施することが、学習成果を向上すると予測される。

結 論

A看護短期大学部2年次生77名を対象に、理論的構成要素として、「選択」、「適応」、「調整」の3概念を基に、がん看護のフレームワークを行い、看護場面の物語を用いたStory-Case Learning (SCL)の開発を目的として、学習内容の調査を行った。その結果、「人生の選択」からは、学生が、医療者、主に医師の説明のあいまいさがもたらす不安に焦点をあてて、治療経過に伴う患者の選択プロセスを理解した学習成果として、8コードを抽出した。「疾病への適応」からは、学生が、患者の不確かさの状態における、潜在的な不安から活動的に表出する現在の不安へのプロセスを見出し、不安を軽減するために明確な対応のインフォームド・コンセントが重要であると学習し、9コードを抽出した。「生活への調和」からは、学生が、生活環境の変化、治療の経過、患者の精神面の側面で分析した生活への調和に影響する要因として、10コードを抽出した。

なお本稿は、第18回日本がん看護学会学術集会にて発表した内容を加筆・修正したものです。

要 旨

理論的構成要素として、Corcoran-Perryの理論から「選択」、Newmanの理論から「適応」、Johnson and Morseの理論から「調和」の3概念を基に、がん看護教育内容のフレームワークを行い、SCL (Story-Case Learning) 教育方法の開発を目的とした。研究方法では、3年課程看護短期大学2年次生77名を対象に、がん看護場面を描いた物語を用いた課題学習とグループワークを導入した教育方法 (SCL) を試み、個人ワークの課題を調査データとし、質的研究方法を用いて分析した。その結果、「人生の選択」からは、学生が、主に医師の説明のあいまいさがもたらす不安に焦点をあて、治療経過に伴う患者の選択プロセスを理解した内容として、8コードを抽出した。「疾病への適応」からは、学生が、患者の不確かさの状態における、潜在的な不安から現在の不安へのプロセスを見出し、不安を軽減するために明確な対応の告知が重要であると学習した、9コードを抽出した。「生活への調和」からは、生活環境の変化、治療の経過、患者の精神面の側面で分析した生活への調和に影響する要因として、10コードを抽出した。

Abstract

The purpose of this study was to develop SCL (Story-Case Learning) as education method program in oncology nursing. Theoretical framework used three concept that 'adaptation' based on the theory by Margaret A. Newman, 'option' based on the theory by Sheila A. Corcoran-Perry, 'adjustment' based on the theory by Johnson and Morse. The method of education had used the story of paper patient having cancer on the process of lecture and group work. Subjects were 77 students of second-year class in college. These results suggested total 27 codes from three categories. Students indicated eight cords as the option of life in the treatment process of patient that focused the anxiety from insufficiency informed consent in patient life. They also indicated nine cords as adaptation to disease from potential anxiety to actual anxiety in uncertainty process. They indicated ten cords as adjustment on life as the primary factor of influence to life.

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生統計協会，49(9)，47-50，2002.
- 2) 蛭子真澄：胃癌で手術療法を受ける患者の病名のうけとめとプロセス，日本がん看護学会誌，9(1)，37-45，1995.
- 3) Mary L. Kelly-Powell：Personalizing Choices: Patients' Experiences with Making Treatment Decisions. Research in Nursing & Health，20，219-227，1997.
- 4) Margaret A. Newman: Health as Expanding Consciousness, 2nd Edit, National League for Nursing Press, New York, 33-48, 1994.
- 5) Sheila A. Corcoran-Perry：Decision Analysis: A Step-by-Step Guide for Making Clinical Decisions, NURSING & HEALTH CARE, 149-154, 1988.
- 6) Joy L. Johnson, Janice M. Morse：Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction, HEART & LUNG, 19(2)，126-135, 1990.
- 7) 山岸健編：家族/看護/医療の社会学－人生を旅する人びと，SANWA コンボレーション，東京，147-158，1995.
- 8) 中村めぐみ：悪性腫瘍で病名を告知されずに化学療法を受けている患者と密接にかかわっている家族のストレス・コーピング，看護研究，25(2)，33-41，1992.
- 9) Marsha Lewis, Kenneth Hepburn, et al.: OOVL Decision-Making Guide for Patients and Families, Journal of Gerontological Nursing, 1-14, 1991.
- 10) 前掲4)，39-40，1994.
- 11) 名取春彦：「インフォームド・コンセント」のかげに隠れている諸問題，医療と社会，14，22-31，1998.
- 12) Merse Rogers, Mark C. Nichols, et al.: Textbook of pediatric intensive care, Williams & Wilkins, 1996.
- 13) 前掲4)，1994.

〔平成16年8月3日受付〕
〔平成17年10月3日採用決定〕

患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定パターンに関する研究

Decision Making Pattern of the Psychiatric Patients in Consent to Cooperating Nursing Students' Practicum

藤 野 成 美

Narumi Fujino

キーワード：精神看護学実習，意志決定，患者

Key Words：psychiatric nursing practicum, decision making, patients

I. 緒 言

欧米諸国においては、1960年代から患者の権利保障が重要視されてきたが、近年わが国においてもようやく医療者主体のお任せ医療から患者主体の医療、すなわち患者の権利を保障し、患者の意志決定を尊重する医療を確立しているという動きが活発になってきている¹⁾。同時に患者の意志決定を支持し、人権擁護を念頭にいた看護が提供されることに関心がよせられている。これは患者と看護大学生（以下、学生と略す）の様々な相互行為が不可欠な要素である看護学実習においても論外ではない。そのさい Informed Consent（以下I・Cと略す）は看護過程の大前提であり、WHOにおいても臨床教育への患者の参加を求めらるにあたって、患者のI・Cに基づくものでなければならない²⁾としている。しかし看護者のI・Cの役割³⁾や有効性⁴⁾、実践内容⁵⁾は報告されているが、看護学実習（以下、実習と略す）にI・Cを導入した実践報告は、重要性を示唆する報告を散見するのみである^{6,7)}。

本学の精神看護学実習における患者の実習教育への参加については、実習する病棟の実習指導者と教員間で検討した数人の対象者の中から、学生が自分自身で受け持ちを選定する方法をとっている。そのさい患者には「看護学実習教育への参加における患者の権利」として以下に示す4つのことを明文化し、書面及び口答で権利を保障することに努めている。1) 説明と納得のもとに実習教育への参加を選択・承諾・拒否する権利の保障。2) 実習教育に参加する患者として適切な看護ケアを受ける権利の保障。3) 学生に対して個人情報に関する守秘義務を求める権利の保障。4) 看護目標、看護計画の情報開示を求める権利の保障について、充分かつ理解し得る方法で説明した後、不当な誘導なしに患者の自由意志をもって承諾を得るという方法を実践している。実習教育への参加を承諾した患者は学生から様々な看護行為を受ける可能性や、看護行為を受ける場面において教授活動が行われることは必須のため、

具体的に患者の権利を明文化することは重要である。しかしながら、受け持ちを承諾した患者は、結果としては承諾するに至っているが、どのような思いを抱き承諾したのかは明らかにされていないのが実状である。舟島⁸⁾は患者はただ単に受け持ちを承諾するのではなく、その過程に続発する様々な問題に自ら解決方法を探求、遂行し、その一方で学生の意図を理解し、協力したり実習が円滑に展開されるようその不足や苦痛を容認していると報告している。従って、受け持ちを承諾するという意志決定を行った患者が、それに付随して生じる現象についてどのように捉え方向付けてあるいは解釈しているのか、また承諾するにあたってどのような気持ちや考えをもち学生と行動をしているのかを明確にすることは、看護教育における患者の意志決定を尊重するための第一歩であると考ええる。また、実習に対して患者の承諾が必須条件であるため、やむを得ず何度も同じ患者が学生の受け持ちとして選定されているのも実状である。このような倫理的ジレンマは、精神看護学領域に限らず他の臨床看護学領域の実習指導者も経験している⁹⁾ことであり、受け持ちを承諾した経験がある患者のさまざまな思いを分析し明確化することはI・Cを実践するために重要であると考ええる。また患者が学生のケアに対して主体的な意見を明らかにすることは、今後の精神看護学実習における患者の意志決定を保障する看護の一端を担い、患者に対する負の影響も回避する方策が得られると考える。そこで、本学の精神看護学実習において実習教育に参加することを承諾した複数回の経験を持ち、社会復帰病棟に入院中の患者を対象として、患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定パターンを明らかにすることを目的として研究を行った。

II. 研究目的

1. 患者が実習教育への参加を承諾するまでの意志決定に至る心理の構成要因を明らかにする。

2. 患者が実習教育への参加を承諾するまでに、どのような意志決定のもとに承諾に至ったのか、心理の構成要因をもとにその心理過程における類型を明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究はKlaus Krippendorff¹⁰⁾の手法を参考にして内容分析を行い、参加観察による質的帰納的研究を行った。内容分析とはデータをもとにそこから文脈に関して再現可能でかつ妥当な推論を行うためのひとつの調査方法である。

2. 用語の操作的定義

本研究におけるインフォームド・コンセントとは、患者はわかりやすい言葉で説明を受け、治療に対し同意したり拒否したりする権利があると共に、理解し意志決定するという義務があることと定義する。

3. 研究期間 2003年2月～3月

4. 対象者

精神看護学実習において、過去実習教育への参加を承諾した経験を複数回もつ患者を対象とした。本学における学生の受け持ちとなる患者の選定基準は、1) 陽性症状(異常体験)がある急性期の精神障害(主に統合失調症)で自傷他害の危険性が少ない患者。2) 長期間入院している慢性の統合失調症で生活機能が障害されている患者。なお、国民衛生の動向(2003)³⁾によると精神科における平均入院日数は376.5日と報告される。本研究ではそれ以上の入院期間を有するものを長期入院とした。3) 精神科リハビリテーションが中心になっている社会復帰前の患者。4) うつ病またはうつ状態の患者のいずれかとしている。今回は2)ないし3)に該当する患者を本研究の対象者として調査を行った。対象者は私立の単科精神病院(病床数254床)に入院中であり、本研究への参加に同意が得られた男性8人および女性2人である。調査時の平均年齢は58.2

(SD13.9)歳、発症年齢の平均は26.3(SD7.3)歳、平均入院期間は24.5(SD13.9)年である。入院形態は医療保護入院が2人、任意入院が8人である。診断名は統合失調症8人、非定型精神病1人、妄想性障害1人である。(表1)

5. データ収集方法

1) 参加観察法

参加観察によりデータ収集を行うためには、研究者自身が観察を行う病棟の人的物的環境について充分理解していることが必要である。筆者は研究を行った病院において、臨床実習指導者との密接な連携を図るための研修や実習指導者として6年間携わってきており、対象者とのコミュニケーションは支障なく行える状況下でのデータ収集であったと考える。調査期間中は面接時以外にもコミュニケーションを図り、対象者の話を積極的に聴く姿勢をもち、何でも相談できる雰囲気を作った。参加観察の視点は対象者が学生と関わる時の会話内容や行動、態度、感情表出などの言語的・非言語的相互作用であり、フィールドノートに記録を行った。面接時は、対象者が自由に思いを表現できるように傾聴することを基本とした。

2) 面接方法

面接場所は対象者の希望を尊重し、病室あるいは面会室においてプライバシーが守れる環境で行った。面接は1人の対象者に3回あるいは4回、1回の面接時間は20分から40分であり、面接内容はその場で記録することの了解を得て、全て記録を行った。初回面接では「学生の受け持ちを承諾するときの気持ちや考え、受け持ちになって良かったことや嫌だったこと、学生と体験して感じたことや思ったこと、学生と関わる2週間の生活の変化について、自由にお聞かせ下さい」という問いかけをもとに半構成的面接を行った。質問項目の内容は先行研究^{8,12,13)}による文献的検討を重ね抽出し、さらに予備面接によってその質問項目が研究目的に合致しているか実際の検討を行い妥当性を高め決定した。2回目以降は前回の面接内容の逐語記録を提示して確認作業を行うことを繰り返した。

表1 対象者の背景

対象者	性別	年齢(歳)	入院形態	診断名	発症年齢(歳)	精神病院の入院期間(年)
T	男	53	任意入院	統合失調症	37	8
I	男	60	医療保護入院	統合失調症	23	37
N	男	69	任意入院	統合失調症	27	35
K	女	65	任意入院	妄想性障害	25	37
R	男	68	任意入院	統合失調症	30	20
S	男	54	医療保護入院	統合失調症	20	25
O	男	60	任意入院	統合失調症	22	10
H	男	63	任意入院	非定型精神病	40	23
Y	女	68	任意入院	統合失調症	21	45
M	男	22	任意入院	統合失調症	18	5

3) データの分析方法

1) 面接記録を逐語記録に書き起こし、実習教育への参加を承諾するにあたり様々な心理状態を表現する気持ちや考えが記述されている文章および段落を、対象者の言葉の意図を損なわないように、文脈にそって意味を明確にし要約して抽出を行った。

2) 面接内容や分析過程において研究者の主観的偏りによるデータの歪みを避けるために、対象者の表現を言い換える作業にとどめ、重要と思われる現象や概念を抽出して、意味のまとまりによってコード化を行った。参加観察した内容はコード化するさいの参考とし、その場における対象者の表情や言動と照らし合わせた。

3) コード化した内容を類似性に従い比較し、文脈の整合性を確認しながらそれぞれ類型化を行いサブカテゴリ化した。

4) 対象者のサブカテゴリを内容別に比較分析し類型化を行った。またその関連性を考慮し、修正、精練を繰り返してカテゴリを創設しネーミングを行った。

5) 次いで、カテゴリ間を内容別に比較分析した結果、導かれた特徴が「意志決定を促進する要因」「意志決定に不安を与える要因」に類別された。最終的に全体として、実習教育への参加を承諾するまでの意志決定に至る対象者の思いを比較分析した結果、肯定型、混在型、妥協型の3パターンに類型化された。

4) データおよび分析の信頼性

本研究における信憑性は、Lincoln and Guba¹⁴⁾ が提唱したCredibility (反映性)、Transferability (移転性)、Dependability (信用性)、Confirmability (確証性) という4つのCriteriaから構成されている概念 (Trustworthiness) を参考にした。分析過程においては逐語記録およびフィールドノートを照らし合わせながら、対象者の言動や心理状態を確認し検討を重ねた。そのさい、精神看護領域の研究者及び質的研究に習熟した研究者に指導、評価を繰り返し受け、信頼性妥当性を高めていくようにした。さらに、対象者の病状を熟知している臨床実習指導者に分析内容を提示し評価しながら検討を行った。

5) 研究における倫理的配慮

研究についての主旨ならびに倫理上の配慮について記載

した文書をもとに説明を行い、対象者の同意は研究者が口頭および書面で得た。調査中も対象者に研究趣旨をわかりやすく説明し、プライバシーの権利、参加中断の権利及び答えたくない質問には答えない権利を保障した。対象者が研究参加に同意した後でも随時参加中止の申し出を受け入れ、それにより不当な扱いはされないこと、質問には常時応じる体制であることを説明した。また研究の目的でデータを使用することは施設責任者の同意を得ており、個人の対象者が特定されないこと、データは本研究以外には使用しないこと、対象者の情報は研究者以外にもれないよう配慮することを遵守した。また記録物の取り扱いにも充分配慮した。

Ⅲ. 結 果

患者が実習教育への参加を承諾するときに感じた様々な心理状態を表現する重要な現象や概念を抽出して、意味のまとまりに従ってコード化を行ったところ53事例が抽出された。これらの53事例の内容を類似性に従って比較分析したところ、サブカテゴリが8つ形成された。このサブカテゴリを内容別に比較し類型化を行い、4つのカテゴリが形成された。さらに4つのカテゴリは患者が実習教育への参加を承諾するさいの意志決定を促進させる要因と意志決定に不安を与える要因の2つで構成されていることが明らかになった。また、患者が実習教育への参加を承諾するまでの意志決定に至る心理過程の類型は、図1に示すように肯定型、妥協型、混在型が存在していることが明らかになった。以下にそれぞれのカテゴリについての内容説明を対象者が語った内容を加えながら述べる。(語った内容を「」、サブカテゴリを〔〕、カテゴリを【】とする。対象者のコードはサブカテゴリの後に記載している。)

1. 患者が実習教育への参加を承諾するさいの心理の構成要因 (表2)

1) 意志決定を促進する要因

【学生のケアに対する満足感】

〔有意義なコミュニケーション〕〔人権を尊重した対応〕〔生活指導への感謝〕〔生活意欲の向上〕によって構成されていた。〔有意義なコミュニケーション〕は「いろんな話

表2 患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定に至る心理の構成要因

	カテゴリ (4)	サブカテゴリ (8)	事例数 (53)
意志決定を促進する要因	学生のケアに対する満足感	有意義なコミュニケーション	10
		人権を尊重した対応	9
		生活指導への感謝	9
		生活意欲の向上	10
	看護学実習への期待	精神疾患への理解	4
意志決定に不安を与える要因	看護学実習に対する責任の重圧	気疲れ、不安感の出現	5
	学生の看護技術の未熟さ	情報収集に対する不満	3
		学生のコミュニケーション技術の未熟さ	3

ができて生活に張りが出るから楽しいもんね」であり、対象者全員から同様の内容が語られていた。〔人権を尊重した対応〕(T, I, N, K, R, S, O, Y, M)は「きちんと話を聴いてくれる」「ひとりの人間として関わってくれる」であり、学生が対象者と真正面からきちんと向かい合い積極的傾聴を心掛け、誠実に対応する姿が対象者に好印象を与えていた。〔生活指導への感謝〕(T, I, N, K, R, S, O, Y, M)は、「学生と一緒に過ごすといろんなことが学べて、いろんなことが吸収できて、一緒にいろんなことを考えてくれるから一日が充実して有り難いね」と、同様の内容が語られていた。対象者のニーズに対して学生が個別的なケアを実践したことが、対象者の生活に充実感を与え肯定的な評価につながっていた。〔生活意欲の向上〕は、「気分転換になって生活に張りがでてきたよ」、「3回も学生がついてくれたから励みになった。自分ももっとしっかりしたいといけななと感じましたね」、「毎日散歩して身体を少しでも動かそうと励みになります。独りだとなかなか毎日しようという気にはならないけどね」、「カレンダーを作ったり、俳句を作ったり、クラフトしたりいろいろなものを一緒に作ろうという気になりますね」に示されるように対象者全員から同様の内容が語られていた。長期入院生活において「学生と一緒にあったらがんばってみようかな」という意欲を引き出し心理的好影響につながり、変化のない日常に良い刺激となっていると対象者は感じていた。

【看護学実習への期待】

〔精神疾患への理解〕(I, N, K, Y)によって構成されていた。「私の幻聴は人と違うから、時間の許す限り教えてあげたい。実習中に出来る限りのことを学んだり学ばせたりしたいからね」、「実習は楽しく勉強になるようにやりたいですね。学生さんには今の精神科の現状を知ってもらって、将来的にもっと理解のある社会を築いてほしいですね」に示されるように、病識があり社会復帰に向けて積極的な努力を行っているにもかかわらず、社会的サポートや家族の病気に対する理解の欠如により社会的入院を余儀なくされている対象者にとって、学生の将来への活躍に期待したいという願いが込められていた。

2) 意志決定に不安を与える要因

【看護学実習に対する責任の重圧】

〔気疲れ、不安感の出現〕(K, S, O, H, M)によって構成されていた。「オセロの時、嫌だなと感じた。(抗精神病薬の)副作用で手が震えるから、相手をしたいけどできないから、協力が制限されてしまうのを考えると気を遣う」、「学生がついてるから何かしないとと思うと疲れるね……」、「学生さんに全部話したら、私に悪いことをする人から学生さんがどうかされるのではないかと気になることがあります。(学生の)似顔絵を書いても、その人の

所に後から連れて行かれて国家試験に落とされるか、もしくは命でもどうかされるのではないかと考えて不安になります」、「……いろいろ考えるとめんどくさいですね」、「人に差し障りのないことを言いますが、私が食塩を入れられたりして一日中口の中が塩辛いのです。でも尿検査をしても血液検査をしても私に悪いことをする人が私の分を捨てて変えられているのです。(……中略……)私のことを悪く思っている人は、私についての学生に私の言ったことを否定したり、私の病気を誤解されることがちょこっと心によぎるのです。だから私のことを好意的に思っている学生がどうかされるのではないかなと思うと心配なんです……」と、実習教育への参加を承諾することは、学生の役に立たなければいけないといった責任を重圧のように感じてしまい、気疲れや不安感が生じていたことが明らかになった。

【学生の看護技術の未熟さ】

〔情報収集に対する不満〕(S, H, M)は、「過去のことを聞かれるのが嫌だった。家族のことはいいけど、仕事のことを聞かれた時は嫌だったね」「いろいろ質問されるからね……同じことを何回も言わないといけなからね……」、また〔学生のコミュニケーションの未熟さ〕(O, H, M)は、「自分も話べただから、学生が話べただと困った……」、「できないことを、(学生に)笑われたのが嫌だった……」と、学生の情報収集の不適切さやコミュニケーション技術の未熟さ、出来ないことを学生に笑われたと対象者が誤解してしまう学生の患者に対する対応の未熟さが意志決定に不安を与える要因となっていた。

2. 患者が実習教育への参加を承諾するまでの意志決定に至る心理過程の類型

患者が実習教育への参加を承諾するまでの心理の構成要因において、意志決定を促進する要因は対象者全員が示した。そのカテゴリは【学生のケアに対する満足感】【看護学実習への期待】であった(表2)。さらに対象者10人中5人は、意志決定に不安を与える要因は全く語らず、全て意志決定を促進する肯定的要因のみで承諾に至った肯定型であった。具体的な内容は「学生さんは大好きよ。一緒にいると楽しいもんね」(N)、「(学生と一緒に)したくないことは断るから全くストレスはたまらないし、嫌なことはないですね」(R)、「学生とは楽しくレクリエーションをするのが一番」(S)、「いろんなことを学んでいる学生さんと話していると楽しい」(Y)、「(学生と)年齢が近いからいろいろな話ができるのが嬉しい」(M)であった。一方「ずっと一緒にいるのは疲れるから、まあ楽しく遊ぶのが一番だね」(O)、「学生はどっちかといったらあんまり好きじゃない……でも、看護婦さんに頼まれたら仕方がないし……いろんな話をしたり、散歩に行ったりするのは生活

に張りが出るし、自分にとっても悪くないから引き受けてるんだよね」(H),「学生がいてもいなくてもあまり変わりはないです……断るときは断れる自分がいるから別にストレスはたまりません。断ることも特にないから、まあ仕方ないかな……」(I)の内容に示されるように、10人中3人は実習教育への参加を承諾することに躊躇しないわけではないが、「仕方なく」を理由に承諾している妥協型であった。しかし、妥協型である対象者も「学生が関わってくることが自分にとっていいことだと思う」(O),「ビリヤードしたりクラフトしたりするのは気分転換になるから好きだし……」(H),「トランプ、将棋は楽しい」(I)と意志決定を促進する内容も語っていた。10人中2人は意志決定を促進する要因と意志決定に不安を与える要因が混在しており、「(学生に)聞かれて嫌なこともあったけど、自分にプラスになることもあるからどっちでもいいけど、断る理由もないから引き受けましたけどね」(T),「学生さんは大好きです。でも学生さんに私が悪い影響を与えるかもしれないから……どっちでもいいです。学生さんがよければね……」(K)の内容に示されるように「どちらでもよいが承諾した」という認識であった。つまり実習教育への参加を複数回経験している対象者は、承諾イコール意志決定を促進する肯定的要因のみの承諾ではないことが明らかになった。結果として実習教育の参加を承諾している対象者であるが、様々な思いが交錯しており、実習教育への参加を承諾するという意志決定を促進する肯定的要因のみの承諾、意志決定に不安を与える要因を感じないわけではないが意志決定を促進する肯定的要因を見出しでの承諾、意志決定を促進する要因と意志決定に不安を与える要因の両側面を同様に感じているが「どちらでもよい」という認識での承諾、の3パターンが存在していた。

IV. 考 察

看護学実習において患者が実習教育への参加を承諾することが必須条件であるため、やむを得ず何度も同じ患者が学生の受け持ちに選定されているのが実状である。そのため、実習教育への参加を複数回承諾している患者は、どのような思いを経て承諾するという意志決定を行っているのかを明らかにするために検討を行った。その結果、意志決定に至る心理の構成要因として、意志決定を促進する要因と意志決定に不安を与える要因の内容が明らかになった。さらに実習教育への参加を承諾した患者の意志決定に至る心理過程の類型は、肯定型、妥協型、混在型が存在することが明らかになった。以下に実習教育への参加を承諾するまでの患者の意志決定に至った気持ちや考えが示唆する結果を踏まえて、患者の意志決定を保障するために重要なI・Cの実践や看護方法について考察する。

1. 患者が実習教育への参加を承諾するさいの心理の構成要因

1) 意志決定を促進する要因

本研究の結果、患者が実習教育への参加を承諾するまでの意志決定に至る類型において、10人中5人の対象者が、【学生のケアに対する満足感】【看護学実習への期待】を構成要因とした肯定型であった。【学生のケアに対する満足感】については、患者は尊重される関わりや親密感のある関わりに肯定的な構えや開かれを示すと伊藤¹⁵⁾が報告しているように、看護学の初学者でありケアの不十分さも否定できない学生であっても、対象者を理解しようとする積極的傾聴を心がけている姿勢は、患者にとって精神的満足感を与える重要な要因となり得ることを示唆している。精神科看護は患者と看護者における相互の信頼関係がベースになっている。学生が個々の存在としての対象者を真剣に受け止め、信頼関係を構築するきっかけをつくり、対象者にとって満足感を与えられたことが一因であったと考える。【看護学実習への期待】については、〔精神疾患の理解を深めてほしい〕という病状理解あるいは社会復帰促進のために、学生に対して学習の場を提供している対象者の看護師の質向上への期待が込められている。つまり実習教育への参加を承諾するまでの意志決定を促進する要因として示された2つのカテゴリーは、患者が望む精神科医療の方向性を示唆している。患者と看護者のより良い信頼関係の構築と精神障害に対する「病状理解」「患者理解」を念頭においた看護の質向上を患者自身が切望していることが伺える。

2) 意志決定に不安を与える要因

実習教育に参加することを承諾した患者の意志決定に至る類型において、妥協型、混在型を構成する意志決定に不安を与える要因として【看護学実習に対する責任感への重圧】【学生の看護技術の未熟さ】が示された。【看護学実習に対する責任感への重圧】は、対象者が学生の受け持ちを承諾することにより強い責任を感じ、気疲れ、不安感という否定的反応が出現したために示された内容である。山田は、患者は学生の受け持ちとなることでケア場面への教授学習活動の容認と対応や、学生の適切なケア及び不適切なケアの受け入れと対応を行っている指摘している。つまり、実習教育への参加を承諾した患者は、入院というストレスに加えて、更なる実習への協力という二重のストレスを経験している。学生にとって受け持ちとなる患者は臨地実習において必要不可欠な存在であるため、対象者自身も是非協力したいと考えるが、その責任を全うすることが自分に出来るのか、あるいは自分で良いのかといった葛藤を引き起こし、それが意志決定に不安を与える要因として示されたと考える。実習教育への参加を承諾することは、学生が看護師として成長するための基盤を形成する重要な学

習機会であることを理解しているが故に、生じた葛藤の内容が意志決定に不安を与える要因として示された。

精神看護領域での患者と看護者関係を左右する主要な要因の一つは、治療的なコミュニケーション技法である。これは患者と学生においても同様である。しかしながら本研究において【学生の看護技術の未熟さ】のサブカテゴリである〔学生のコミュニケーション技術の未熟さ〕が意志決定に不安を与える要因として明らかになった。これは情報収集において看護過程を展開するという目標達成が先行し、情報収集される側の視点での配慮が欠如した結果示された内容である。学生の看護技術の未熟さが原因となり、患者に与えた不利益や不快感はなるべく回避すべき重要な問題であり、早急な対策を講じる必要がある。

以上、患者が実習教育への参加を承諾するさい意志決定に不安を与える要因として示された2つのカテゴリが示す内容の意味するものは、I・Cを実践していくためにはとても重要である。葛藤を生じながらもあえて承諾に至った対象者の心的状況を見据えて、患者が自分にとってより望ましい方向を見定めて意志決定できるための支援策を再検討する必要がある。Janis, I. L. & Mann, L.¹⁶⁾によると、意志決定に伴う葛藤とそれに伴うストレスの強さにより、意志決定の対処様式は低度ストレスとされる無葛藤性の固執および無葛藤性の変更、高度ストレスとされる防衛的回避および短慮、中度ストレスとされる熟慮に分別されると報告されている。つまり、妥協型、混合型の類型であった対象者は、納得したうえでの意志決定に至っている状況であったとしても、意志決定を行う過程において葛藤に対するストレスを多少なりとも感じながらの承諾であったことは十分に予測される。従って、なるべくそのストレスを最小限に抑えるために、常に患者の言動を観察し、表出される気持ちや考えを汲みとり、不安の内容に応じて対処することが重要である。また、患者の権利保障を充分かつ理解し得る方法で説明したうえで、不安要因を含みながらも受け持ちを承諾するという意志決定を行った患者に対しては、その意志決定を行った経緯を把握することでより対象者の理解が深まり、個別性に応じた質の高い看護が提供できる基盤になると考える。

2. 患者が実習教育への参加を承諾するまでの意志決定に至る心理過程の類型 (図1)

本研究において、患者が実習教育への参加を承諾するという意志決定を行うさい、対象者の思いは意志決定を促進する肯定的要因のみ語られた肯定型だけではなく、妥協型、混在型が存在することが明らかとなった。ここで注目されるべき点は、なんらかの葛藤が生じたうえでの承諾という意志決定に至った経緯が存在することであり、妥協

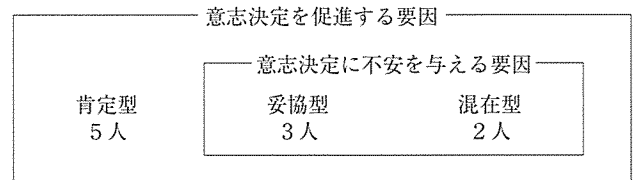


図1 患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定に至る心理過程の類型

型、混在型の存在する意味はとても重要であると考ええる。Radford¹⁷⁾は意志決定に影響を与える要因として、1) 意志決定に関わる責任や制御の有無、2) 集団活動として行われる意志決定か、個人的な活動としての意志決定か、3) 選択の自由の範囲、可能な決定権の範囲が制限されていないか、4) 社会の観念的な原則や価値観・文化をあげている。つまり、これらの1)～4)の権利保障がされたいえでの意志決定でなければ、I・Cが実践されたとはいえない。本来、I・Cとは患者の自由意志に基づき決定されるべきものであり、そのために患者の理解力や病状に合わせて、十分な説明や情報提供を行うことが、看護者として重要な役割である。日本人は文化特性上、お任せ意識が強く、意志決定に関して西欧人よりもストレスが高いとされる¹⁸⁾。ましてや、長期入院により長い間管理的要素が強い状況下での生活を強いられ、インスティテューショナルリズム¹⁹⁾の弊害を少なくとも生じている対象者にとって、自分の意志と反して意志決定を行っている状況が多いことの予測は容易である。しかし、いかなる場合においても権利擁護を判断および行動の基本として、意志決定を尊重し、そのための情報提供と意志決定の保障に努めることが、I・Cの実践には欠かせない基盤²⁰⁾と考える。矢吹は患者の人権擁護の観点から、学生が継続して同じ患者を担当することは出来るだけ避けるべきであると示唆している。一方では、現実的に何回も受け持ちを承諾している患者が存在する。そのさい対象者の理解度や意向を確認しながら、わかりやすく説明し意志表示をしやすい環境提供や調整を行うことが必要不可欠である。そして、対象者の判断や選択がその人にとって最良のものとなるように支援する采配が看護師として重要な役割を担うと考える。

研究の限界と課題

本研究は特定の精神病院の患者を対象とした面接調査のため、実習指導体制や個々の対象者の背景が結果に反映しており、データに偏りがあり一般化することはできない。しかし患者が実習教育への参加を承諾するときの心理の構成要因や、意志決定に至る患者の心理過程の類型を明確化することにより、精神看護学実習における患者の意志決定を尊重したケアの重要性、I・Cに基づいた看護学実習を構

築するための教育プログラムの強化及び実習環境の整備に向けての具現化に示唆が得られたと考える。今後より普遍

性の高いものにしていくためには、対象者の拡大、データ収集、分析方法の検討が必要である。

要 旨

本研究の目的は、精神看護学実習において患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定に至る心理の構成要因とその類型を明らかにすることである。対象は社会復帰病棟に入院中であり、受け持ちになることを承諾した複数回の経験を持ち調査同意の得られた10人である。参加観察および半構成的面接を行い質的帰納的研究を行った。その結果、1) 受け持ちを承諾するまでの患者の意志決定に至る心理の構成要因は【学生のケアに対する満足感】【看護学実習への期待】【看護学実習に対する責任の重圧】【学生の看護技術の未熟さ】の4つのカテゴリと8サブカテゴリが抽出された。2) 受け持ちを承諾した患者の意志決定に至る類型は、肯定型、妥協型、混在型の3パターンが存在していた。これらのことから患者の意志決定を尊重する看護の重要性、患者が受け持ちを承諾する経緯を知ることがより対象者の理解につながることを示唆された。

Abstract

This study was conducted to clarify the subjects' psychological factors and pattern of decision-making when authorizing care as part of psychiatric nursing training. The subjects consisted of ten patients who were hospitalized in the rehabilitation ward and had one or more experiences of authorizing such care. They gave consent to participate in the study. The qualitative and practical study was carried out by asking for participant's observations and conducting semi-structured interviews. The results were as follows: 1) four categories, "satisfaction with care by students" and "expected for nursing training", "pressure of responsibility towards nursing training" and "student's inexperience in nursing techniques", including eight sub-categories were extracted as psychological factors in decision-making when authorizing such care. 2) decision-making by patients who authorized care was classified into three patterns: the affirmative type, the compromising type, and the mixed type. These results suggest that recognizing the importance of nurses to appreciate patients' decision-making as well as the details in authorizing care will lead a better understanding of the subjects.

文 献

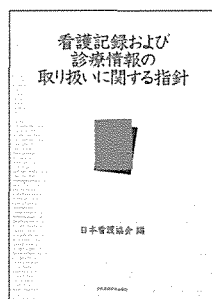
- 1) 中野綾美, 畦地博子, 宮田留理: 意志決定をすることが困難な患者に対する看護方略の抽出, 高知女子大学紀要, 51, 27-37, 2001.
- 2) WHO: A DECLARATION ON THE PROMOTION OF PATIENTS' RIGHTS IN EUROPE, 患者の権利法をつくる会編 (1996), ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言 (2版), 1994.
- 3) 中木高夫: 看護のインフォームド・コンセントってどんなもの?, エキスパートナース, 11(14), 40-43, 1995.
- 4) 長沼里花, 深谷素子, 江幡恵子: 依存心の強い患者の看護-インフォームド・コンセントの視点から-, 日本農村医学学会雑誌, 45(3), 439, 1996.
- 5) 橋本光子: 精神科医療のインフォームド・コンセントにおける看護者の役割, 日精保看誌, 12(1), 94-104, 2003.
- 6) 石原和子, 志水友加, 岡田純也: 看護学生のインフォームド・コンセントの認識と看護者の役割に関する研究, 長崎大学医学部保健学科紀要, 14(2), 93-99, 2001.
- 7) 山崎不二子, 波多江陽子, 岩瀬信夫: 精神看護学臨地実習にインフォームド・コンセントを導入した結果と今後の課題, 日本精神保健看護学会誌, 12(1), 152-158, 2003.
- 8) 舟島なをみ: 質的研究への挑戦 (1), 医学書院, 東京, 1997.
- 9) 矢吹明子: 精神看護実習における学生間での継続看護と指導上の課題, 京都市立看護短期大学紀要, 27, 95-103, 2002.
- 10) Klaus Krippendorff, 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳: メッセージの分析の技法, 勁草書房, 東京, 1989.
- 11) 国民衛生の動向: 114, 186, 2003.
- 12) 山田あゆみ: 看護学実習においてケア対象者となる患者の行動に関する研究-学生との相互行為場面に焦点を当てて-, 看護教育学研究, 4(1), 18-37, 1995.
- 13) 森岡三重子: 精神科疾患と看護, 樋口康子, 稲岡文昭 (監): 精神看護, 86, 文光堂, 東京, 1998.
- 14) Lincoln, Y.S., Guba, E. G.: Naturalistic inquiry, 289-331, SAGE, California, 1985.
- 15) 伊藤祐紀子: 患者-看護者関係における共感のプロセス, 日看科学会誌, 23(1), 14-25, 2002.
- 16) Janis, I. L. & Mann, L.: Decision making: A Psychological analysis of conflict, choice, and commitment, 45-79, Free Press, New York, 1977.
- 17) Radford M, Nakane Y, et al: A study of depression in two cultures: a transcultural study with Japanese and Australian clinically depressed patients, Jpn J Psychiatry Neurol, 43(2):119-32, 1989.
- 18) Radford, M 中根允文: 意志決定行為-比較文化的考察, ヒューマンティワイ, 42-54, 1991.
- 19) 新福尚隆: 精神医学における INSTITUTIONARISM の概念, 臨床精神医学, 8(1), 91-102, 1979.
- 20) 看護者の倫理綱領 (2003): 「個人情報保護法」と看護, 日本看護協会: 看護, 130, 日本看護協会出版会, 東京, 2004.

平成17年1月6日受付
平成17年8月9日採用決定

看護記録および診療情報の 取り扱いに関する指針

日本看護協会 編 ●B5判 88頁 定価630円(税込)

2005年4月『個人情報の保護に関する法律』の全面施行に向けて、日本看護協会が本指針を作成。どこまでの情報を求めればいいのか?といった素朴な疑問を、この1冊で解決します。本書では、看護において必要な看護記録や診療情報といった「個人情報」の取り扱いに関する基本的な考え方を示しており、看護者が患者の権利を尊重し、患者の自己決定を支援する等の役割を明確に掲載しています。

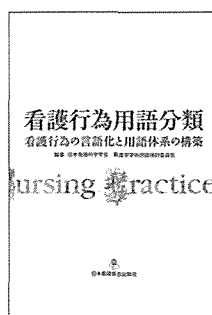


看護行為用語分類 看護行為の言語化と用語体系の構築

日本看護科学学会 看護学学術用語検討委員会 編
●四六判 400頁 定価2,625円(税込)

日本の臨床現場で使われている看護行為用語を分類・定義した画期的な書

日本看護科学学会の看護学学術用語検討委員会が6年かけてまとめた看護行為の用語集。臨床現場で使われている看護行為用語を整理・分類し、211用語を精選し、「定義」「対象の選択」「方法の選択にあたって考慮する点」「実施に伴って行うこと」「期待される成果」を明らかにしました。電子カルテ・看護記録のための看護用語の標準化に、そして新人看護師の教育に最適な書。また看護学生の基礎看護学・臨床実習のテキストとしても役立つ1冊。



厚生労働省

「新人看護職員の臨床実践能力の 向上に関する検討会」報告書

新人看護職員研修の充実を目指して

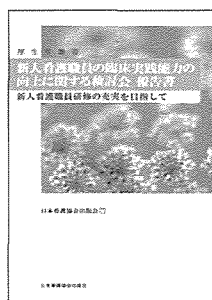
日本看護協会出版会 編 ●B5判 154頁 定価1,890円(税込)

「到達目標」と「指導指針」を活用して、
効果的な新人研修プログラムの構築を!

厚生労働省「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書を軸に(第1部)、各回検討会議事要旨(第2部)、検討会委員による報告書の解説とポイント(第3部)、参考資料(第4部)から構成しています。各施設における新人研修計画・プログラム作成等にご活用ください。

[主な内容]

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 第1部 報告書の概要と報告書 | 第4部 参考資料 |
| 第2部 議事要旨 | 付録:「新人看護職員研修到達目標」ポスター |
| 第3部 報告書の解説とポイント | |



日本看護協会出版会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2
日本看護協会ビル4F
TEL.03-5778-5751 FAX.03-5778-5760

コールセンター TEL.0436-23-3271
(ご注文) FAX.0436-23-3272

郵便振替 00190-8-168557

日本看護研究学会 会報

第 67 号

(平成17年12月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

平成16年度臨時理事会議事録.....	1
日本看護研究学会平成17年度第一回理事会議事録.....	6
日本看護研究学会平成17年度第二回理事会議事録.....	12

平成16年度臨時理事会議事録

開催日時：平成17年1月30日（日）15：00～17：30

開催場所：東京駅八重洲倶楽部第7会議室

出席：泉キヨ子，太田喜久子，小田正枝，紙屋克子，川口孝泰，川嶋みどり，河野保子，竹尾恵子，
近田敬子，寺崎明美，中木高夫，深井喜代子，宮腰由紀子，山口桂子，各理事
(アイウエオ順 以下同じ)

田島桂子，松田たみ子各監事

欠席：委任状あり－石垣靖子，大串靖子，黒田裕子，早川和生，松木光子各理事
委任状なし－石井トク，手島恵各理事

待機：第30回学術集会事務局 水野正之（理事会承認後，議題2のみ出席）
事務局 高橋成子，松岡真由美（以上，いずれもアイウエオ順 以下同じ）

議事進行：山口桂子理事長

理事長挨拶

審議事項

1. 平成16年度 第2回理事会・評議員会・総会議事録について 資料－1

理事長より「後日，各議事録の承認手続きをお願いするので，会議後，修正，加筆等確認をお願いしたい。(学会誌 28巻1号会報65号に掲載予定)」との提案があり承認された。

2. 第30回学術集会終了報告について 資料－2

学術集会事務局 水野氏同席

第30回学術集会竹尾会長より、以下の報告と提案があり、これに関する常任理事会としての対応策の提案が述べられたほか、対応についての検討がなされた。

第30回学術集会竹尾会長よりの報告と提案：

これまでの学術集会と同様に、特別な企画は行わないで実施したが、結果的には台風10号の影響があり、参加人数が予測より少なく、赤字となった。赤字決算となった場合の負担については、学会の意向を明らかにしたいと考え、今後の前例となるため、理事会での審議を提案した。

常任理事会の対応策についての説明（理事長）

竹尾会長からの報告を受けて、10月31日の常任理事会で検討した。これまでに前例がないが、2年前の第28回学術集会開催前に同回学術集会長から、赤字になった場合の対応について、検討してほしいとの依頼があった際に、当時の理事会（議事録（会報59号）参照）では、「赤字が生じた場合、検討する。」としたことなどを考慮して話し合い、対応策についての案を基本的に今年度予算の大幅な修正を行わない方針で作成、提示したが本会としての方針を理事会で検討して欲しいということで先述のご提案となった。

以後、自由討議の結果、様々な意見が出されたが、全体としての合意を得るには至らなかったため、次回までに本日の意見を集約し、次回再審議することとなった。

なお、会計担当理事より、「公認会計士から、貸付金200万円については、一旦、本会計に返済してもらうよう指導があった」ことが報告されたが上記の結論が出るまでは、貸付金額200万円の返済については、貸し付けのままとすること、又、平成16年度決算及び監査については、4月理事会以降に行うことが承認された。

3. 法人化について 資料－3

山口理事長より、以下のとおり、第2回理事会以降の経過報告と今後に向けての提案があり、承認された。

経過報告：7月以降11月まで、日本看護科学学会と二学会連絡協議会で審議してきた。まず、日本看護科学学会が法人化の申請にあたり、本学会に依頼のあった「日本看護科学学会が看護の学会として唯一の学会であることの承諾」の書面を提出する必要性については、本学会が単独で10月に文部科学省を訪問して担当官にうかがったところ、不要であるとの回答があった。その点もふまえて、協議を続けたところ、現時点で、早急に二学会が同時に法人化に向けての作業をする必然性がなくなったとの判断に至り、二学会による協議会を第5回で中止することとした。

提案：本学会としては、当初の予定どおり、平成18年度法律改正後に向けて法人化を目指し、その準備を続けていく。また、今後の検討事項がより具体的作業になっていくことが予測されるため、法人化検討委員会の委員については、次年度より、新メンバーを組織して提案する。

4. 平成16年度予算の修正について 資料－4・1（後に回収）、4・2

山口理事長より、予算修正を余儀なくされる事態が起こったことについての経過報告があり、宮腰会計担当理事より修正予算案の提案があり承認された。

経過報告：1名の会員から、東京地方裁判所に訴状が出され、12月3日に本学会宛に通知があった。内容は、「1. 投稿論文の採否及びその手続きに関すること、2. 第30回学術集会事務局からの郵便物遅配に関すること の2点に対する慰謝料の請求」である。

答弁書の提出期限が1月11日と性急であること、また年末年始をはさむことから、急遽、川嶋副理事長、宮腰会計担当理事と検討し、弁護士を依頼、対応することに決定した。現在進行中の裁判の弁護士費用、今後の裁判にかかる費用について、予算修正の必要があり、審議事項とした。

提案：予備費及び繰越金より今回裁判分として約100万円を充当したい。

又、裁判が継続された場合には、これ以上の支出が見込まれるが、それも繰越金からの支出としたい。

5. 平成16年度奨励賞について

山口理事長より、上記について、委員会からの推薦どおりの提案があり、承認された。

よってこれを学会誌28巻1号に会告の予定とする。

同受賞者：綿貫美恵子氏（北里大学看護学部）

論文題目：「看護職の法的責任認識とその関連要因に関する研究」27巻1号掲載

なお、山口理事長より、「学会賞については、これまでの日本看護研究学会への功績等を考える中で、名誉会員をはずして選考することが難しい。規程・細則、これまでの学術集会会長の業績等について再度情報収集して審査し、平成17年度に向けて検討したい」との提案があり承認された。

6. その他

1) 将来構想について 資料-5

石井委員長欠席のため提案はされなかったが、学会ロゴマークの応募作品の紹介がされた。将来構想委員会規定とともに次回継続審議とする。

2) 科学研究費補助金（基盤研究等）の審査委員候補者の情報提供 資料-6

山口理事長より、日本学術会議学術体制常置委員会からの文書による「審査委員の選考方法の変更に関する関係学協会等への周知（依頼）」についての報告があった。それに伴い、①平成17年度に関しては各学会から、直接、学術振興会への情報提供となるため、本学会でも情報提供したい ②その選出については現在の理事・評議員・査読担当者の中から、過去の同審査委員経験等の情報を加味して20名程度選ぶ ③選出は理事長・副理事長・総務担当理事に一任してほしい の3点が提案され、承認された。

3) ホームページについて

泉副理事長より、ホームページのリニューアル案について見積書とともに提案された。意見交換の後、将来的には、ホームページ上で、論文等もエントリーできる状況に整えていくことが必要となるため、それに対応できる業者を選んでいく必要があるとの合意を得た。その作業を進めていくためのワーキンググループについて、泉副理事長、川口編集委員長を中心として組織することが承認された。

なお、その過渡期にあっても現行のホームページでは不都合であるため、とりあえずは、リニュー

アル案に変更すること、その見積もりについては再度、金額の調整をはかってもらうことで承認された。

4) 日本看護協会からの要請事項（診療報酬における看護技術の評価に関する意見交換会）について

資料-7

山口理事長より、「昨年10月20日に上記会議に本学会から、渉外担当の竹尾理事にご出席頂いた。今後もこの検討が組織的に継続されることから、本学会からも出席すると回答している。理事の中から推薦していきたい」との提案があり承認された。また、出席理事については、紙屋克子理事の推薦があり承認された。

次いで、理事長より、「今後このような依頼があった場合、渉外担当理事が内容を検討し、出席者を決めることとする」との提案があり、承認された。

5) その他

① 平成18年度実施の評議員選挙について

理事長より「平成15年度評議員選挙管理委員長からの引き継ぎもあり、選挙開票方法の合理化について検討委員会を設けて検討したい」との提案があり、承認された。検討委員会の詳細については泉副理事長に一任された。

② 会員継続についての会員への周知について（地方会開催時等）

理事長より、「地方会学術集会への演題申し込みを目的として会員となった場合には、本会の会員であるという自覚が少ないためか、次年度の会費未納入の例が目立っている。新規入会会員の継続について、各地方会開催時に理事長名で文書を送り、会員への周知をはかることを各地方会に依頼したい」との提案があり、承認された。

また、「入会申込書の推薦者である、評議員に役割の説明を文書でお願いする」ことについても提案があり、承認された。

理事長から、別途事例より、会則8条3)による会員資格を失った者が、再入会を希望する場合の対応について、文書化の必要性が提案され、内規等を準備することで承認された。

③ 第33回（平成19年度）学術集会会長候補者の選出について

理事長より上記について、「次回理事会までに各理事より候補者を推薦する」ことが提案され、承認された。

④ 平成16年度会費未納者への督促

事務局より、1月末現在、平成16年度会費未納者が500名余いることが報告された。理事長より「年度末決算期（平成17年3月末）の未収金額をできるだけ減らすために、再度督促する」ことが提案され、承認された。

⑤ 学会誌27巻の在庫について

事務局より、平成16年度新入会の申し込み時に配布する学会誌27巻の1号から5号までの在庫が不足になってきており、すでに平成16年度新入会待機の数分についても全号そろえて配布で

きないことが報告された。理事長より、とりあえず在庫のあるところまでは従来どおり、その後は5号のみの配布とすることの提案があり、承認された。

⑥ 4月の理事会開催日程について

第1案：4月10日（日）とするが、本日欠席者が、再度欠席の場合、追って検討することで承認された。

日本看護研究学会平成17年度第一回理事会議事録

日 時：平成17年4月10日15：00～17：30

開催場所：ホテルフロラシオン青山（公立学校共済施設）会議室

出席：石井トク、泉キヨ子、大串靖子、太田喜久子、小田正枝、紙屋克子、川口孝泰、川嶋みどり、
河野保子、竹尾恵子、手島恵、寺崎明美、中木高夫、深井喜代子、松木光子、宮腰由紀子、
山口桂子各理事
田島桂子、松田たみ子各監事

欠席：石垣靖子、黒田裕子、近田敬子、早川和生各理事

待機：事務局 高橋成子、松岡真由美（以上、いずれもアイウエオ順）

議事進行：山口理事長

山口理事長挨拶

議 題

1. 第30回学術集会会務報告について

1) 山口理事長から、先に開催した臨時理事会の経緯をふまえて、「第30回学術集会の収支決算に対する対応」（資料-1参照）に関する常任理事会からの提案がなされ、種々審議の後、原案どおりで承認された。

これに伴い、4月16日に、企画運営に関する監査および収支報告に対する会計監査を実施し、その結果に応じて補填額の決定をすることとなった。この経過及び結果については次回理事会で審議する。なお、第30回学術集会への貸付金200万円については、会計監査の必要上、4月15日までに返却することで、承認された。

2) 上記原案に加え、学術集会の収支決算に関する申し合わせ事項として、「学術集会長は、学術集会の運営・企画について、自由裁量で独立して行い、実施については、学術集会長に一任される。」ことを明記することが承認された。この文言についても次回理事会に諮ることとする。

3) 懇親会に関しては、利用者の負担とすることが原則ではないか。学術集会参加費・懇親会参加費と分けて運用が望ましい。名誉会員に係る費用について、本会経費とすることについては、検討する。

2. 平成16年度事業報告（泉副理事長）

以下の事業の実施について報告され、異議なく承認された。

1) 学術集会の開催：第30回学術集会（竹尾恵子会長）7月29・30日

2) 機関誌の発行：27巻1号～5号（A4判）

3) 奨学会の運営：奨学研究費授与 佐藤正枝氏（名古屋市立大学）

奨学研究発表なし

- 4) 学会賞・奨励賞の運営：学会賞推薦なし

奨励賞 綿貫恵美子氏（北里大学）

- 5) 地方会の運営：北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州

- 6) ホームページにより情報提供：学会誌発行毎に更新

- 7) ロゴマークの作成：応募作品1点，

- 8) 将来構想を検討する。（法人化検討も含む）

3. 平成16年度決算報告・監査報告（宮腰会計理事） 資料－2

一般会計・特別会計について，本日審議事項1に関連する箇所以外についての報告があり，異議なく承認された。

なお，平成16年度監査報告については，本日審議事項1に関連して，決算していない箇所があり，本日以降に監査が予定されていることから，報告は行われなかった。（公認会計監査4/16 監事監査4/29実施予定）

4. 平成17年度事業（案）（泉副理事長）

以下の提案があり，異議なく承認された。

- 1) 学術集会を開催する：第31回学術集会（石垣靖子会長）

- 2) 機関誌を発行する：28巻1号～5号（A4判）

- 3) 奨学会を運営する。

- 4) 学会賞・奨励賞を運営する。

- 5) 地方会を運営する。

- 6) ホームページにより情報を提供する。

- 7) 将来構想を検討する。

5. 本学会が被告となっている訴訟・控訴関連について（山口理事長）

山口理事長より「本学会会員A氏からの訴訟については，先に行われた，臨時理事会で報告したが，その後3月8日に出された第1審の判決では，本学会が全面勝訴であったことをすでに文書で報告した。それに対し，原告より即日控訴されたことが，裁判所より弁護士を通じて連絡があった。これに対し，前回理事会の方針をうけて，従来の姿勢で争うことを意思表示し，第二審に向けて準備中である」ことが報告され，承認された。また，「今後も裁判の継続が予測されるにあたり，支出がさらに増額になる可能性があるが，この点についての理事会での承認を得たい。」ことが諮られ，承認された。

6. 平成17年度予算（案）（宮腰会計理事） 資料－3

- 1) 宮腰理事より，平成17年度予算（案）の方針について以下の説明があったが，平成16年度監査が終了していないことに伴い，正式な予算案の提示ができないことから，次回理事会で正式に提案することで承認された。

宮腰理事の説明に対し承認された点は以下のとおりである。

- ・繰越金額が多額になっているので，将来を見据えた事業資金として予算化する。事業の名目につ

いては次回までに検討する。

- ・外部監査を4月16日（土）に予定しており、その結果も予算案の参考としたい。

収入については、雑誌有料購読料・広告料・雑収入の表記について、会計事務所の担当者と相談し、適切な表記に変更する予定である。

- 2) 予算案作成に関連して、理事より以下のような意見が述べられ、これらを考慮して予算案を作成することで承認された。

- (1) 地方会補助金については、一律5万円を上乗せし予算化し、300名以下を10万～15万に、301名～600名を15万～20万に、601名～1,000名を20万～25万に、1,001名以上25万～30万としてはどうか。

- (2) 理事会予算については、年間の開催回数の検討後に、予算化する。

- 3) 人件費については、人を増やして、できるだけ仕事の軽減を図りたい。

- 4) 裁判費用については、予備費で運用することについて検討する。

- 5) ホームページについては、電子ジャーナル化等も編集委員会に予算計上するか検討して頂きたい。

7. 第33回学術集会会長の選出について（山口理事長） 資料－4

岩手県立大学看護学部 教授 石井トク理事が推薦され、異議なく承認された。

8. 機関別認証評価に係る専門委員候補者の推薦について（山口理事長） 資料－5

上記について、「独立行政法人大学評価・学位授与機構より依頼があったが、理事の中から評価に関する経験を参考にして推薦したい」との提案があり承認された。

推薦に必要な専門委員推薦調書（様式2）については、各自記入の上、4月15日（金）までに事務局にFAXで提出することを確認した。

9. その他

- 1) 入会申し込み理事会承認（平成16年度手続き分の申し込み綴り）

（平成17年度入会申し込み綴り）

上記について、承認した。

- 2) 会員資格（会則8条3）資格喪失者の再入会の場合の対応

上記に関する規則がないので、総務担当理事が検討し内規を準備することが提案され、承認された。

報告事項

1. 会員の動向（平成17年4月1日現在）（泉副理事長）

会員の動向について、以下のとおり報告された。

会員総数	5,111名
内訳 一般	4,954名
名誉会員	8名
評議員	128名
理事	21名

2. 各委員会報告

1) 編集委員会 (川口委員長)

編集委員会より、以下(1)～(5)の報告があった。

(1) 投稿論文の採否の経過について

- ・平成15年度未処理引き継ぎ分：すべて処理が終了。
- ・平成16年度受付分：20編が査読結果待ち。
- ・平成17年度4月10日締め切り受付分：14編について、これから査読者を選考、査読依頼を行う。

(2) 本学会誌の表紙について：ロゴマークの完成に合わせて検討していく予定。

(3) 掲載論文の構成について

従来、印刷の校正を著者に任せていたが不備が目立つため、28巻1号からは、著者の初校後に担当編集委員が再校正を行った。将来的には、専門家の校正・編集校正を依頼する方向で検討を進め、次回の理事会に具体的に提案したい。

(4) 電子媒体での投稿論文の紹介について：今後、課題等を含め、検討の予定。

(5) 投稿締め切り日について：昨年、評議員会で要望があったが、回数を増やすかどうか今後検討の予定。

2) 奨学会委員会 (近田委員長欠席のため、寺崎委員から報告)

奨学会委員会より、以下(1)～(2)の報告があった。

(1) 応募者の減少および広報活動について

応募者を増やすために、今後は、ホームページの活用、医学界新聞等への広告掲載、また、学会誌上では掲載するのではなく別刷りとして挟むなど、広報活動について検討する予定である。また、第31回学術集会時にも広報活動を行う予定である。将来的には、規約上、臨床現場からも応募できるよう検討していく予定である。

(2) 平成15年度奨学金授与者 叶谷由佳氏の発表について

第31回学術集会時に発表を行う。発表要旨の査読を4月20日までに委員会が行う予定である。

研究発表後の原著論文の査読の在り方については、今後編集委員会とも相談し、対応を検討する予定である。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会 (深井委員長)

学会賞・奨励賞選考委員会より、以下(1)～(4)の報告があった。

(1) 平成16年度学会賞について：推薦がなかった。

(2) 平成16年度奨励賞について：すでに前回理事会で承認を得ているので、学会誌28巻1号に会告の予定。第31回学術集会総会後に表彰・奨励金の授与を行う。

(3) 平成17年度学会賞推薦について：学会誌28巻2号・4号会告)において推薦の公募を行う予定。

(4) 平成17年度奨励賞について：25巻4号～28巻2号の3年間の学会誌掲載論文の中から規程にあわせて、委員会で選考し、11月末日までに理事長に報告予定。

*上記報告に関連し、学会賞推薦について理事会から会員に働きかけてはいかがか、という意見が出された。

4) 将来構想検討委員会（石井委員長）

将来構想検討委員会より、以下(1)～(5)の報告があった。

(1) ロゴマークについては、1件応募があり、すでに理事会に報告済みであるが、これをもとに、専門家に幾つかのパターンを出してもらい、次回の理事会に提案するので、理事会に最終決定を一任したい。平成17年度総会で、披露できるように今後のスケジュールを進めていく予定である。（将来構想委員会を5月15日、理事会開催前に開催予定。）

(2) 法人化については、日本看護科学学会との話し合いを重ねた結果、二学会が独自に法人化に向けて対応していくことを前回理事会で報告、承認された。今後は新法案後の状況もふまえて検討して行く予定である。

（上記報告に加え、山口理事長より、「法人化については、日本看護科学学会との二学会での話し合いを法人化検討委員会として行ってきたが、二学会での話し合いが終了したので、今後は従来どおり、将来構想検討委員会で検討を続ける」ことの確認があり、承認された。）

3. 第31回学術集会準備状況について

（第31回会長石垣靖子理事欠席のため山口理事長より報告） 資料－6

資料に基づき、準備状況が報告された。一般演題の申込数は約380題。

4. 第32回学術集会準備状況について（第32回会長松岡緑氏欠席のため山口理事長より報告） 資料7

資料に基づき、開催会場、開催日について以下のとおり報告された。

開催場所：別府 B - Con Plaza

開催日：平成18年8月24、25日

5. 日本学術会議・日本看護系学会協議会関連事項について（川嶋副理事長）

「日本学術会議の改組に伴い、日本看護系学会協議会も規約等の見直しが必要であり、現在、役員会で検討中であるが、今後は同協議会の組織強化を図るためにも役員の選挙方法等を検討していく予定である。今年度の総会は7月15日（金）の予定。」

であることが報告された。

6. 地方会（北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州）活動状況（山口理事長） 資料－8

平成16年度各地方会事業報告は、次回評議員会で、各地方会担当者から報告予定であることが報告された。

7. 日本看護協会「学術的根拠に基づいた看護の診療報酬体系の在り方を検討するための組織」設立会議について（紙屋理事） 資料－9

平成17年2月21日に開催された、設立会議の資料に基づき説明と報告があり、以下の2点については審議事項として提案があった。報告事項内での略式審議の結果、以下のように決定した。

1) 学会の代表出席者は、その会の役員任期終了後も継続して、この会議に出席することが要請された。

〔審議の結果〕 主旨に賛同し、役員任期終了後も紙屋理事が代表出席者となることで承認された。

2) 上記、会の運営費等については、各学会から会費として、捻出して欲しい要望があった。

〔審議の結果〕 主旨について理解し、本学会としては10万円を会費として平成17年度予算に計上することが承認された。

8. その他

次回理事会日程について、出席理事調整の結果、下記の通り決まった。

日 時：5月15日（日）13：00～16：00

場 所：日本赤十字看護大学（会議室は、中木理事へ依頼）

＊本日欠席の理事へは、日程・場所の連絡を行う。

日本看護研究学会平成17年度第二回理事会議事録

開催日時：平成17年5月15日（日）13：00～16：00

場 所：日本赤十字看護大学 新館3階301講義室

出席者：石井トク、石垣靖子、泉キヨ子、小田正枝、紙屋克子、川口孝泰、川嶋みどり、黒田裕子、
近田敬子、中木高夫、早川和生、深井喜代子、松木光子、宮腰由紀子、山口桂子各理事
田島桂子、松田たみ子各監事

欠席者：大串靖子、太田喜久子、河野保子、竹尾恵子、手島恵、寺崎明美各理事

待 機：事務局 高橋成子、松岡真由美（以上、いずれもアイウエオ順）

資料－1 平成17年度第一回理事会議事録（案）

資料－2 平成16年度会計（一般・特別）報告

資料－3 平成16年度監査（一般・特別）報告

資料－4 平成17年度予算（案）

資料－5 会則改正（案）

理事長挨拶

議 題

1. 平成17年度第一回理事会議事録（案）について（山口理事長）

上記議事録（案）が配布されたが、第二回理事会終了後の議事録（案）送付時にあわせて承認の手続きをとることが提案され、承認された。

2. 平成16年度会計（一般・特別）報告（宮腰会計理事）

資料2に基づき、平成16年度会計について報告があった。その中で、①第一回理事会で保留となっていた第30回学術集会への赤字補填については、別途、内容についての確認を行い、平成17年度からの支出とする ②貸付金 200万については、本来16年度中に返却されるべきであったが、これまでの審議で補填についての話し合いが継続となっていたことから返却も保留されていた。これについて外部監査の指導を受け、学術集会会長に期日を決めて支払うことが提案され、この結果、本年4月18日付けで、貸付金の返金があった の2点も報告された。

審議の結果、原案どおり承認された。

3. 平成16年度会計（一般・特別）監査報告（田島監事） 資料－2

平成16年度監査報告書の通り、監査報告が行われ、異議なく承認された。

4. 平成17年度予算（案）（宮腰会計理事）

資料－3に基づき平成17年度予算（案）の提案があった。主な説明事項及び決定事項は以下のとおりである。

1) 収入項目について

- ・前年度よりの公認会計士の指導もあり、収入とみなされる、「有料購読料」「広告料」を会費収入とすることの提案があった。そのためにはまず、会員に関する会則改正の必要があることから会則改正案（資料－4）もあわせて提案された。審議の結果、会則改正は総会決定事項であり、改正前に、改正後の会員構成に合わせた予算案を作成することは、手続き上、問題があるため、今年度の総会資料は、平成16年度収入項目と同様に表記して準備することに決定した。
- ・尚、会則改正については、総務担当理事、会計担当理事で、改正案の準備を行い、次回理事会、評議員会、17年度総会に議題として提案すること、次いで、会則改正後、今年度からの新しい予算案（修正案）を提案するかについては、次回理事会で判断することが確認された。
- ・雑収入の別刷り代については、従来より、著者から印刷業者へ直接支払うべきものが予算に組み込まれていたが、本来の収入ではないことから、この項目は除外する。（尚、これまでどおり、著者への別刷り部数の確認等、便宜を図るための仲介は事務局で行う。）

上記に伴い、編集委員会規程7の原稿掲載料・別刷りの項については編集委員会が次回理事会までに検討の上、提案することで承認された。

2) 支出項目について

- ・約4,000万円の繰越金について前年度より公認会計士の指導があったことを受けて、18 特定預金支出（資料－4 参照）を新たな項目として設け、さらにその中に、1）記念事業積み立て預金支出（学会誌電子ジャーナル化等）、2）法人開設準備積み立て預金支出、3）損害対策準備預金支出としてそれぞれ予算だてすることが提案され、承認された。
- ・項目16 学術集会貸付金について、200万円を予算として提案されたが、準備資金としては少ないとの指摘があり、300万円への増額が承認された。（第32回学術集会への貸付金から実施予定）
- ・項目11 設備購入支出費については、事務局の事務合理化のため、整備するよう意見が出され、新たに、パソコン、コピー機等の購入費用として、50万を追加し、100万とすることが承認された。
- ・第30回学術集会会計内容の検討を宮腰・大串会計理事、松田監事および手島総務担当理事で行い、下記の内容については、平成17年度一般会計から補填することとして10万円を計上することが提案され、承認された。

総会会場費	33,307円
設営費	34,395円
人件費	10,000円
講師休憩料	16,170円
郵送手違い料	1,000円
合計	94,872円

5. その他

1) 将来構想検討委員会（石井委員長）

- ・学会ロゴマークのデザインの選考について、応募案をベースとして作成された委員会（案）が提案され、承認された。

これをうけて、学会誌表紙にロゴマークを表記することについては、表紙全体のデザインの再制作として、次回理事会・今年度総会までに編集委員会において、準備することで承認された。

尚、応募者の川口美紗季氏への表彰・賞金の準備は、将来構想委員会と総務担当理事で行うことで承認された。

- ・倫理委員会の設置について提案があり、次回までにその設置内容を将来構想検討委員会で準備し、提案することで承認された。

2) 会則8条3)に伴う会員資格喪失者の再入会について、（泉副理事長）

再入会の場合、「資格喪失時の未納年度の会費を納めた上で、再入会の手続きを行うこととする」ことを申し合わせ事項とするとの提案があり、承認された。

3) 学術集会に関する申し合わせ事項について（山口理事長）

上記について、本日理事会に提案する予定であったが、総務担当理事が整理し、次回理事会に再提案することが承認された。

報告事項

1. 第31回学術集会について（石垣靖子会長）

準備状況について、以下のとおり報告があった。

- ・発表演題数は、384題の申し込みがあった。発表形式は、すべて示説を予定している。参加申し込みはまだ300名程度。準備は順調に進んでいる。
- ・学術集会の企画・運営に関して、自由裁量で行うことを認められていることについては、やりやすい方法であると思っている。

2. 看護系学会等社会保険連合会（略称・看保連）設立会議について（紙屋理事）

上記について、本学会からの出席者である紙屋理事から、以下の報告があった。

- ・5月12日（於：虎ノ門 パストラル（14：00～16：00））、看護系学会等社会保険連合会（略称・看保連）設立が全会一致で認められた。
- ・組織規約（案）が提案されたが、継続審議となった。
- ・各加盟学会・団体からの拠出金に関し、加盟学会・団体の規模に応じて額を決める案が出されたが、再検討となった。後日、同連合会事務局より、各学会等へ会員数等の問い合わせがある予定。

3. 次回理事会及び各種委員会等（学術集会前日7/20（水））日程について（山口理事長）

各会議の日程について報告、確認された。

常任理事会 10:00～13:00

各委員会 13:00～14:50

理事会 15:00～17:00

評議員会 17:00～19:30

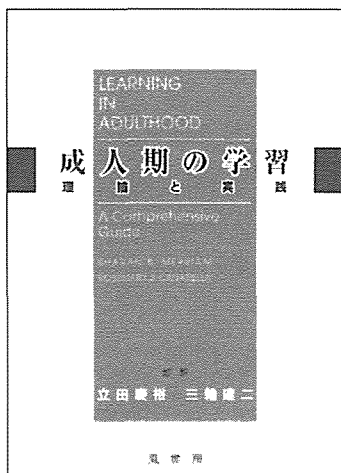
総会

日時：平成17年7月21日（木曜日）13:00～14:20

会場：札幌コンベンションセンターメインホール

新刊

成人期の学習——理論と実践



●A5版上製 592頁 定価5,250円(本体5,000円+税)

■著者 シャラン B・メリアム
ローズマリー S・カファレラ

■監訳者 立田慶裕(国立教育政策研究所総括研究官)
三輪建二(お茶の水女子大学教授・同附属中学校長)

アメリカ合衆国で権威あるシリアル・フル賞を受賞し、生涯学習・成人学習・成人教育分野の理論家のみならず現場の人びとからも高い評価を得ている大著の完全翻訳。成人期の学習論をめぐる最高水準の理論的到達点と実践の展開を現代社会、発達と学習、学習プロセス、成人学習論などの学際的なアプローチから説明しており、また分かりやすい翻訳で概観できる。生涯学習や成人の学習支援に関わる多くの人びとに指針となる書であり、成人学習者にとっても自己理解のために最適の書。解説(立田慶裕)も充実。

■主な目次

第一部/成人期学習の背景と現状

第1章 成人学習と現代社会

第2章 成人期の学習機会

第3章 成人教育への参加

第4章 学習機会の提供

第二部/成人の発達と学習

第5章 生物学的・心理学的発達

第6章 発達における社会文化的な視点と総合的な視点

第7章 成人期の認知的発達

第8章 知能とエイジング

第三部/学習のプロセス

第9章 記憶・認知・頭脳

第10章 経験と学習

第11章 学習についての鍵となる理論

第四部/成人学習のあり方

第12章 アンドラゴジーと他の成人学習のモデル

第13章 自己決定学習

第14章 意識変容の学習

第15章 批判理論、ポストモダニズム、フェミニズム理論

第五部/実践についてのふり返り

第16章 倫理と成人学習

第17章 理論と実践との統合

——解説(立田慶裕)

好評発売中

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかすための格好の書。

おとなの学びを拓く

自己決定と意識変容をめざして——

P.クラントン著

入江直子/豊田千代子/三輪建二 監訳

A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった支援の必要性和具体例を示す。

おとなの学びを支援する

講座の準備・実施・評価のために——

K.マイセルほか著

三輪建二 訳

A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践

ベタゴジーからアンドラゴジーへ——

M.ノールズ著

堀薫夫/三輪建二 監訳

A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめとする専門職の研修用に最適の書。

おとなの学びを創る

専門職の省察的实践をめざして——

P.クラントン著

入江直子/三輪建二 監訳

A5判上製 356頁 本体3,000円

●**近刊** 広範な学習の実態から、学びを評価する視点を提示。

学習者としての女性(仮題)

E・ヘイズ/D・D・フラネリ編著

入江直子/三輪建二 監訳

鳳書房

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷1-25-5

TEL/FAX.03-3483-3723

日本看護研究学会 第10回 東海地方会学術集会のご案内

東海地方会会長 渡邊 順子（聖隷クリストファー大学）
第10回東海地方会学術集会会長 三上 れつ（慶應義塾大学）

◎テーマ：事例研究の再考と課題

－看護を語る，患者からの学びを蓄積する－

◎日 時：平成18年3月11日（土）9：30～16：30

◎会 場：横浜市教育会館 横浜市西区紅葉ヶ丘53

◎プログラム：

- | | |
|-------------|--|
| 9：30～ | 受 付 |
| 9：50～10：00 | 開会の辞 |
| 10：00～11：00 | 基調講演
「対象とともに創る－事例から学ぶ看護の本質の追究－」
講 師：川嶋みどり（日本赤十字看護大学）
座 長：太田喜久子（慶應義塾大学看護医療学部） |
| 11：00～12：00 | 一般演題発表（口演・示説） |
| 12：00～12：30 | 総 会 |
| 13：00～14：00 | 一般演題発表（口演・示説） |
| 14：00～16：00 | シンポジウム
「事例研究の現状と課題」
シンポジスト：「教育」 佐藤 正美（東海大学健康科学部）
「臨床」 山崎いづみ（横浜市立市民病院）
「研究」 西村 ユミ（静岡県立大学看護学部）
「医療」 岸本 寛史（富山大学保健管理センター）
座 長：大津 廣子（岐阜大学医学部看護学科）
近藤美知子（財団法人神奈川県警友会けいゆう病院） |
| 16：05～16：10 | 第11回大会長挨拶 |
| 16：10～16：15 | 地方会会長挨拶 |
| 16：15～16：20 | 閉会の辞 |

◎一般演題募集について：

発表者および共同研究者は、「日本看護研究学会員」に限ります。

未入会の方は，入会手続きを完了してからご応募ください。

なお，本地方会学術集会は学術集会の参加費で運営しております。

やむをえず学術集会当日に出席できない共同研究者の方も，全員，事前期日（平成18年2月20日・月）までに参加費をお支払い下さいますよう，お願いします。

◎一般演題募集期間：平成18年1月4日（水）から平成18年1月11日（水）まで

◎学術集会参加申し込みについて：

学術集会への参加は、できるだけ事前にお申し込みください。

学術集会参加専用振り込み用紙は、11月頃発行予定の「東海地方会ニュースレター」に同封します。

あるいは、郵便局にある振り込み用紙を利用して、下記の振込先へ入金されても構いません。

事前に参加申し込みをされた方には、抄録集を送付します。

なお、当日参加は可能です。

◎参加費振込先：口座番号 00860-5-57417

加入者名 日本看護研究学会東海地方会事務局

◎参 加 費：会員 3,000円、非会員 4,000円、学生（院生を除く） 1,000円

振り込み用紙の＜通信欄＞に、「会員番号」・「非会員」・「学生」のいずれかを必ず明記して下さい。

◎学術集会事前参加締め切り：平成18年2月20日（月）

◎お問い合わせ先：

・第10回日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

〒252-8530 神奈川県藤沢市遠藤4411

慶應義塾大学看護医療学部

三上 れつ研究室

TEL & FAX 0466-49-6227（直通）

E-mail rmikami@sfc.keio.ac.jp

・日本看護研究学会東海地方会事務局

〒433-8558 静岡県浜松市三方原町3453

聖隷クリストファー大学看護学部

渡邊 順子研究室

TEL 053-439-1400（代）

TEL 053-439-1902（直通）

FAX 053-439-1406

E-mail yoriko-w@seirei.ac.jp

日本看護研究学会

第19回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

昨今、医療を取り巻く環境は激変してきており、このような潮流は病者や障害者がその人らしく生活し、医療を必要とする時に適切なインフォームドコンセントが行われることを必要不可欠な状況としています。そのためには診療情報の提供・カルテ開示が積極的に行われ、患者と医療者間の信頼関係の構築や、医療の透明性および患者の自己決定権の重視といった倫理的側面が重要視されてきつつあるのは周知のことです。さらに、本年の4月からは個人情報保護法が施行され、過敏ともいえる反応が看護界も含めて、医療全体を揺るがせているのも事実です。

このような現状のもと、抽象的な概念である「倫理」をできるだけ具体的な事柄として捉え直すために、様々な分野における倫理問題を直視し、倫理的感受性を洗練させる必要性について話し合う機会を得たいと考えました。とかく倫理はこれが正解というものを求めるのが困難である以上、お互いに話し合っコンセンサスを得ることの重要性が指摘されてきましたが、今回、私たちは教育・研究・臨床・地域において日常的に感じておられる問題点や、積み重ねてこられた様々な工夫に焦点をあて、共有したいと願っております。多くの臨床家や教育関係者をご参加くださり、学びが深まる機会になることを心より期待しております。

第19回 学術集会会長 瀧 川 薫

日本看護研究学会 第19回 近畿・北陸地方会学術集会のお知らせ

学術集会テーマ：看護における倫理的課題

—教育・研究・臨床・地域の視点から—

開催日時：2006年3月19日（日） 9時30分～16時00分

会場：栗東文化芸術会館 “さくら”

〒520-3031 滋賀県栗東市縄2丁目1番28

（JR琵琶湖線 栗東駅東口から約400m・徒歩5分）

プログラム：

9時10分～9時30分 受付

9時30分～9時40分 開会挨拶

9時40分～11時30分 一般演題発表（口演・示説）

11時30分～12時30分 地方会総会

13時30分～16時00分 シンポジウム：看護における倫理的課題

教育	滋賀医科大学 臨床看護学講座教授	瀧川 薫
----	------------------	------

研究	京都府立医科大学 精神看護学教授	北島 謙吾
----	------------------	-------

臨床	滋賀医科大学附属病院 看護部	安藤 光子
----	----------------	-------

地域	長岡京市健康福祉部健康推進課 主幹	池田 裕子
----	-------------------	-------

司会	滋賀医科大学 臨床看護学講座教授	玉里八重子
----	------------------	-------

京都大学附属病院 副看護部長	任 和子
----------------	------

17時30分 懇親会

◆参加申し込み（事前登録）締切り 平成18年1月31日（火）まで

【お問い合わせ先】 〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座
第19回 日本看護研究学会 近畿・北陸地方会学術集会事務局
TEL / FAX 077-548-2394（直通） E-mail jsnr@belle.shiga-med.ac.jp

<http://www.shiga-med.ac.jp/jsnr/>

日本看護研究学会

第19回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：看護実践におけるエビデンスの確立をめざして

このたび、第19回中国・四国地方会学術集会を、下記のとおり開催する運びとなりましたので、ご案内申し上げます。

近年の看護学の発展は、医療全体の高度化に伴うもののみならず、患者の人権を尊重し、QOLを高めることを目指した成果が著しく認められております。本学術集会では、看護のエビデンスをテーマに、看護学のトップランナーである招待講師から看護学の最先端の研究動向を学ぶ機会を企画いたしました。また、厳選した公募演題に関して研究報告を行い、実践者、研究者、教育者を交えて討議することにより、そこから新たな活力を引き出そうと考えています。わずか1日の企画ではありますが、ご参加の皆様が看護の発展への示唆を得、また新たな展望を見出されることが期待されます。

春光うらかな愛媛の地で、皆様とお目にかかれるますよう祈念いたします。

第19回 学術集会実行委員長 河野保子

◆日時：平成18年3月19日（日） 9：00～16：30

◆会場：愛媛大学医学部看護学科 愛媛県東温市志津川

◆プログラム：

○特別講演 「ケアの根拠をどう考えるか」

菱沼典子 先生（聖路加看護大学看護学部看護学科教授）

○交流会

テーマ1 「欧米のエビデンスは日本のエビデンスと考えてよいのか？－院内感染に関する調査研究から－」

牧本清子 先生（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野教授）

テーマ2 「生理学的反応を指標とした看護技術の評価－自律神経機能を測る－」

佐伯由香 先生（福岡県立大学看護学部看護学科教授）

テーマ3 「3つの質的データ収集方法の統合（トライアングレーション）と理論的裏づけの過程－高次脳機能障害者の生活行動再獲得支援プログラムの開発過程から－」

中西純子 先生（愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科教授）

○特別セミナー「学会における効果的なプレゼンテーション」

○一般演題（口演・示説）

◆演題募集：9月26日～10月31日

応募資格 発表者、共同研究者ともに日本看護研究学会の会員であること。

演題申し込み方法 「演題申込書」を中国・四国地方会会員の方全員に事前に送付いたします。会員以外の方は、事務局までお問い合わせください。

◆参加申し込み：参加費 会員4,000円 非会員5,000円

郵便振込：口座番号 01650-3-37234

加入者名 日本看護研究学会中国・四国地方会学術集会

問い合わせ先：愛媛大学医学部看護学科 河野保子研究室内

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 Tel Fax.089-960-5407

e-mail：hisa@m.ehime-u.ac.jp

HP：http://www.m.ehime-u.ac.jp/school/nurse/gakkai/kangoken19/

第1035回 運営審議会の概要（平成17年9月15日）

第1035回運営審議会は、平成17年9月15日（木）に開催され、次のような審議がありました。

1 対外報告

- ・応用物理学研究連絡委員会、工学共通基盤研究連絡委員会物理学専門委員会、工学共通基盤研究連絡委員会光学専門委員会、工学共通基盤研究連絡委員会薄膜・界面物性専門委員会報告「物理系学術誌の将来に向けて—工学系分野の立場から—」
- ・学術基盤情報常置委員会報告「政府統計・世論調査等の一次データ（含む個票データ）の体系的保存と活用・公開方策について」
- ・学術体制常置委員会報告「競争的研究資金の運用について」
- ・物理学研究連絡委員会報告「高エネルギー密度状態の科学を探索する学術研究の推進」
- ・人口・食料・エネルギー特別委員会報告「人口減少の時代の“豊かな”社会—わが国の人口・食料・エネルギー問題—」

以上5件について、審議した結果、了承されました。

2 要望

- ・第4部要望「国立大学の大学法人化に伴う大学附置全国共同利用研究所・施設の課題」
- ・第4部要望「我が国英文学術誌による学術情報発信の推進について」
- ・学術基盤情報常置委員会要望「電子媒体学術情報の恒久的な蓄積・保存・利用体制の整備・確立」

以上3件について、審議した結果、了承されました。

3 広報協力学術団体の指定について

- ・原案のとおり了承されました。

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が了承されました。

- (1) 計算科学技術シンポジウム
日時：平成17年9月26日（月）～28日（水）

場所：御殿山ヒルズ ホテルラフォーレ東京 御殿山ホール

- (2) イノベーション・ジャパン2005—大学見本市—
日時：平成17年9月27日（火）～29日（木）
場所：東京国際フォーラム
- (3) 男女共同参画学協会連絡会第3回シンポジウム
日時：平成17年10月7日（金）
場所：お茶の水女子大学・理学部3号館
- (4) 第31回全国語学教育学会年次国際大会
日時：平成17年10月7日（金）～10日（月）
場所：静岡県コンベンション&アーツセンターグランシップ
- (5) 家畜衛生フォーラム2005
日時：平成17年11月18日（金）
場所：明治製菓（株）本社講堂

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が了承されました。

- (1) 災害軽減技術国際連携の提案に関する国際シンポジウム
日時：平成17年12月16日（金）～17日（土）
場所：全共連ビル（東京都千代田区平河町2-7-9）
- (2) 第12回ユネスコ国際生命倫理委員会
日時：平成17年12月15日（木）～17日（土）
場所：東京都（上智大学）

6 平成17年度代表派遣の変更について

- (1) 第27回国際行政学会（9月20日～9月23日、ベルリン／ドイツ）→取り止め 派遣者の都合のため
- (2) 国際手続法学会大会（9月28日～10月2日、ウィーン／オーストリア）→（9月21日～9月25日、ウィーン／オーストリア及びブダペスト／ハンガリー）主催者の都合のため

7 インターアカデミーパネルの声明について

- ・原案のとおり了承されました。

8 第10回ウ・タント記念講演の開催について

日時：11月9日（水）10：45～12：00

場所：国連大学 UNハウス ウ・タント国際会議場

- ・原案のとおり了承されました。

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。また、人および動物が対象の研究は、倫理的配慮がされていること、およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■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。

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３部（査読用なので、著者が特定できる部分（謝辞などを削除したもの））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 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書きし、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

原稿の受付は、随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は、受理できない。

5. 投稿の採否

投稿の採否は、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投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			○	○	
学術的価値性・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、10頁以下（800字詰原稿用紙30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、印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は、直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で、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、掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作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。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21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、和文抄録文字数、英文抄録使用語数、別刷部数を明記する。
- 2) 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、英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式は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。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、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、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。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

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

- 例 -

- 6) ABC看護学会: ABC看護学会投稿マニュアル, 2003-01-23,
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

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

800字詰め原稿用紙3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、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズの用紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体（フロッピーディスク、MO、CDの、いずれか）で提出する。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。

この要項は、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。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦），の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第28巻

〔原著〕

岩崎真弓, 野村志保子: 局所温罨法によるリラクゼーション効果の検討－温罨法と足浴が身体に及ぼす影響の比較検討より－, Examination of the Relaxing Effects of the Local Warm Pack Application – Comparison of the Influences of Two Treatments: Warm Pack Application to the Back and Warm Foot Soaks –, 28(1), pp.33–43, 2005.

佐藤好恵, 成田 伸, 中野 隆: 殿部への筋肉内注射部位の選択方法に関する検討, A Study on the Method of Choosing Intramuscular Injection Site in the Buttocks, 28(1), pp.45–52, 2005.

三毛美恵子, 山川正信, 須藤聖子: 女子学生における骨粗鬆症予防のための知識や運動と骨密度の関係, Relation between Bone Mineral Density and Exercise and Prevention Knowledge of Osteoporosis among Female Students, 28(1), pp. 53–62, 2005.

久米弥寿子: ロールプレイング演習における看護学生の言語的・非言語的コミュニケーション行動の特徴に基づく演習プログラムの検討－行動コーディングシステムによる内容と出現パターンの分析－, A Nursing Practicum Program Based on Characteristics of Verbal and Non-verbal Communication in Nursing Students' Role-playing – Analysis of Communication Contents and Patterns using Behavior Coding System, 28(1), pp.63–71, 2005.

静野友重, 乗松貞子, 岩田英信: 高齢者の下肢浮腫に対するタッピングの効果, Effect of Tapping on the Leg Edema of the Aged, 28(2), pp.15–19, 2005.

石井京子, 藤原千恵子, 河上智香, 西村明子, 星 和美, 林田 麗, 彦惣美穂, 高谷裕紀子, 仁尾かおり, 古賀智影, 石見和世: 看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討, Development of the Nursing Career Assessment Scale and to Evaluate its Reliability and Validity, 28(2), pp.21–30, 2005.

平松知子, 泉キヨ子: C型肝炎由来のがん患者が辿る肝炎診断から現在までの心理と療養行動, Psychology and Care Behavior from the Hepatitis Diagnosis to the Present Time: Narratives of the Cancer Patients with Hepatitis C, 28(2), pp.31–40, 2005.

佐藤政枝, 川口孝泰, 嶋田寿子, 谷 和子, 中山昌美: 人工股関節全置換術を受けた患者の環境移行に関する研究, Study on Environmental Transition of Patients who Underwent Total Hip Arthroplasty, 28(2), pp.41–50, 2005.

森本美智子, 高井研一, 中島和夫: 病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響, The Influence of Cognition During Anxiety Related to Illness, Life and the Mental Health of Inpatients, 28(2), pp.51–58, 2005.

西田友子, 藤井千恵, 榊原久孝: メタボリックシンドロームと青年期からの体重増加および生活習慣との関連, Relationship of Metabolic Syndrome to Weight Gain from the Youth and Lifestyle, 28(4), pp.11–17, 2005.

前田ひとみ, 南家貴美代, 渡辺恵: エイズ拠点病院におけるHIV/エイズ看護に関する調査研究, The Current Status and Recognition HIV/AIDS Nursing in Japan: From a Survey of Hospitals with HIV/AIDS Care Facilities, 28(4), pp.19–25, 2005.

坂井恵子: 看護教員のストレス要因を測定するストレスサー尺度の開発－専修学校の看護教員を対象として－, Devel-

oping a Scale for Evaluating Stressors on Teachers at Nursing Schools, 28(5), pp. 25 – 35, 2005.

新谷善恵, 稲垣美智子: 看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造, Learning Structure of Practical Nursing Care for Chronically Ill Patients, 28(5), pp. 37 – 46, 2005.

遠藤明美, 奥山真由美, 村上生美, 森 将晏: ギャッチベッドの背上げにおける援助方法の検討 – 臥床位置と膝上げ方法から考える –, Considering the Optimal Backrest Elevation Technique on the Gatch Bed about Lying Location and Knee Elevation, 28(5), pp. 47 – 54, 2005.

[研究報告]

上野恭子, 栗原加代: 入院中の精神疾患患者に対する看護師の認知と専門的ケア行動選択に関する研究, Qualitative Study about Acknowledgement of Psychiatric In-Patients and Professional Care Behavior of Psychiatric Nurses, 28(1), pp. 73 – 82, 2005.

西沢義子, 花屋道子, 工藤せい子, 齋藤久美子, 齋藤美紀子, 小倉能理子, 花田久美子: 看護学生の対応行動に関する研究 – 投影的方法を用いた分析 –, A Study of the Interpersonal Behavior of Students in a Nursing Course – Analysis Using a Projective Technique –, 28(1), pp. 83 – 89, 2005.

野村美千江, 大名門裕子: 農村に暮らす初期痴呆高齢者と配偶者の生活特性とその全体像, Seniors with Early Dementia and Their Spouses Living in a Rural Community – The Overall Picture of the Characteristics of Their Lives, 28(1), pp. 91 – 100, 2005.

近藤由香, 渋谷優子, 坂井水生, 大木友美, 奥山貴弘: 看護系大学院修士課程学生の入学志望動機・目的とその関連要因, The Motive for the Choice for and the Purpose of Student Entrance into a Master Course of a Nursing Graduate School and Their Relevant Factors, 28(1), pp. 101 – 107, 2005.

西田みゆき, 北島靖子: 小児看護学実習での学生の困難感のプロセスと学生自身の対処, Process during Perceived Concerns of Students and Coping of Students in Clinical Training of Pediatric Nursing, 28(2), pp. 59 – 65, 2005.

吾郷 (蓑原) 美奈恵, 高野美喜子, 岸富美子: デイケア通所と入院における精神障害者の味覚識別能, Comparative Study on Taste Sensitivity of Mentally Handicapped Persons: Day Care Participants vs. Inpatients, 28(2), pp. 67 – 72, 2005.

坪田恵子, 上野栄一, 高間静子: 高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度の作成, Development of an Instrument to Measure the Self-care of Outpatient with Hypertension, 28(2), pp. 73 – 80, 2005.

大西みさ, 足立はるゑ: 高齢者における ECG 電極交換時のスキンケア – スキナ法の検証 –, Skin care Treatment for ECG Electrode Attachment Sites on Elderly Patients – Verification of the Sukina Method –, 28(2), pp. 81 – 88, 2005.

鈴木英子, 叶谷由佳, 北岡 (東口) 和代, 佐藤千史: 大学病院に勤務する新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスとバーンアウトリスク, Workplace Environment, Assertiveness and Burnout risk among Novice Nurses in University Hospitals, 28(2), pp. 89 – 99, 2005.

谷口友理, 松浦和代: がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究, A Study on the Transition Process to Family Home Care of Terminal Cancer Patients, 28(4), pp. 27 – 42, 2005.

片山陽子, 陶山啓子: 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析, Factor Analysis of Positive Appraisal on the Part of Family Caregivers Engaged in In-home Medical Care, 28(4), pp.43-52, 2005.

岡本双美子, 石井京子: 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析, Development for a Nurse's View of Life-and-death Scale and Analysis of its Influencing Factors, 28(4), pp.53-60, 2005.

石井京子, 近 森 栄 子: 高齢者への家族の看取り時の介護行動と介護行動に影響する要因に関する研究, Study of End-of-life Care Activities for Elderly Family Members, 28(4), pp.61-67, 2005.

軸丸清子: 大学看護学科学生のカウンセリング技術養成教育の評価に関する研究, Evaluation of Training of Nursing College Students in Counseling Skills, 28(5), pp.55-62, 2005

梶原江美, 忽那龍雄: RA患者における主介護者の介護負担感と疲労徴候, Care Giver Burden and Fatigue in Rheumatoid Arthritis Patients, 28(5), pp.63-70, 2005

小林裕子: 夫を亡くした妻の喪失体験の意味づけ-夫婦としての存在の意味づけ-, Loss Experience of the Wife who Lost the Hasband Gives the Significance - The Significance about the Existence as Hasband and Wife -, 28(5), pp.71-79, 2005

風岡たま代, 川守田千秋: 学年別比較による看護学生の共感性に関する一考察-2回の横断的比較とその中の経年的比較から-, A Study of Nursing Students' Empathy by Comparative Studies of the Academic Years - The Diachronic Study between the Two Cross-Sectional Studies -, 28(5), pp.81-86, 2005

関美奈子: がん看護学教育における物語を導入した教育方法 Story-Case Learning (SCL) の試み, Development of Education Method using Story-Case Learning in Oncology Nursing Education, 28(5), pp.87-96, 2005

[資 料]

小竹久実子, 佐藤みつ子: 喉頭摘出者のコミュニケーション方法間の関係, The Relationships between Communication Methods for the Patients after Laryngectomy, 28(1), pp.109-113, 2005.

北川かほる, 岡崎美智子, 古賀美紀: 開眼状態におけるたし算・音楽刺激が及ぼす生理的反応-脳波の周波数解析から-, Changes in Physiological Responses during Addition and Music Stimulation with Eyes Open - Frequency Analysis of EEG -, 28(1), pp.115-120, 2005.

藤野成美: 患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定パターンに関する研究, Decision Making Pattern of the Psychiatric Patients in Consent to Cooperating Nursing Students' Practicum, 28(5), pp.97-103, 2005

2. 論文著者索引

あ

足立 はるゑ 28(2) 81
吾郷(蓑原)美奈恵 28(2) 67

い

石井 京子 28(2) 21, 28(2) 21
28(4) 53, 28(4) 61
石見 和世 28(2) 21
泉 キヨ子 28(2) 31
稲垣 美智子 28(5) 37
岩崎 眞弓 28(1) 33
岩田 英信 28(2) 15

う

上野 栄一 28(2) 73
上野 恭子 28(1) 73

え

遠藤 明美 28(5) 47

お

大木 友美 28(1) 101
大西 みさ 28(2) 81
岡崎 美智子 28(1) 115
岡本 双美子 28(4) 53
奥山 貴弘 28(1) 101
奥山 真由美 28(5) 47
小倉 能理子 28(1) 83

か

片山 陽子 28(4) 43
風岡 たま代 28(5) 81
梶原 江美 28(5) 63
叶谷 由佳 28(2) 89
河上 智香 28(2) 21
川口 孝泰 28(2) 41
川守田 千秋 28(5) 81

き

北岡(東口)和代 28(2) 89
北川 かほる 28(1) 115

北嶋 靖子 28(2) 59
岸 富美子 28(2) 67

く

工藤 せい子 28(1) 83
忽那 龍雄 28(5) 63
久米 弥寿子 28(1) 63
栗原 加代 28(1) 73

こ

古賀 智影 28(2) 21
古賀 美紀 28(1) 115
小竹 久実子 28(1) 109
小林 裕子 28(5) 71
近藤 由香 28(1) 101

さ

齋藤 久美子 28(1) 83
齋藤 美紀子 28(1) 83
坂井 恵子 28(5) 25
坂井 水生 28(1) 101
榊原 久孝 28(4) 11
佐藤 千史 28(2) 89
佐藤 政枝 28(2) 41
佐藤 みつ子 28(1) 109
佐藤 好恵 28(1) 45

し

軸丸 清子 28(5) 55
静野 友重 28(2) 15
嶋田 寿子 28(2) 41
渋谷 優子 28(1) 101
新谷 善恵 28(5) 37

す

鈴木 英子 28(2) 89
須藤 聖子 28(1) 53

せ

関 美奈子 28(5) 87

た

大名門 裕子 28(1) 91
高井 研一 28(2) 51
高野 美喜子 28(2) 67
高間 静子 28(2) 73
高谷 裕紀子 28(2) 21
谷 和子 28(2) 41
谷口 友理 28(4) 27

ち

近森 栄子 28(4) 61

つ

辻谷 由佳 28(2) 89
坪田 恵子 28(2) 73

と

陶山 啓子 28(4) 43

な

中島 和夫 28(2) 51
中野 隆 28(1) 45
中山 昌美 28(2) 41
成田 伸 28(1) 45
南家 貴美代 28(4) 19

に

西沢 義子 28(1) 83
西田 友子 28(4) 11
西田 みゆき 28(2) 59
西村 明子 28(2) 21
仁尾 かおり 28(2) 21

の

野村 志保子 28(1) 33
野村 美千江 28(1) 91
乗松 貞子 28(2) 15

は

花田 久美子 28(1) 83
花屋 道子 28(1) 83

林 田 麗 28(2) 21

ひ

彦 惣 美 穂 28(2) 21

平 松 知 子 28(2) 31

ふ

藤 井 千 恵 28(4) 11

藤 野 成 美 28(5) 97

藤 原 千恵子 28(2) 21

ほ

星 和 美 28(2) 21

ま

前 田 ひとみ 28(4) 19

松 浦 和 代 28(4) 27

み

三 毛 美恵子 28(1) 53

む

村 上 生 美 28(5) 47

も

森 本 美智子 28(2) 51

森 將 晏 28(5) 47

や

山 川 正 信 28(1) 53

山 中 昌 美 28(2) 41

わ

渡 辺 恵 28(4) 19

3. 事 項 索 引

あ			28(5) 37, 81
アサーティブネス	28(2) 89	看護教員	28(5) 25
アレルギー性接触皮膚炎	28(2) 81	看護系大学院	28(1) 101
		介護肯定感	28(4) 43
い		看護師	28(1) 73, 28(2) 21
ECG電極	28(2) 81		28(4) 53
移行過程	28(4) 27	看護実践ケア	28(5) 37
意志決定	28(5) 97	看護体制	28(4) 19
意味づけ	28(5) 71	患者	28(2) 31, 28(5) 97
医療的ケア	28(4) 43	関節リュウマチ	28(5) 63
咽頭摘出者	28(1) 109	緩和ケア	28(4) 53
う		き	
運動	28(1) 53	キャリア尺度	28(2) 21
		教育	28(5) 55
え		教育方法	28(5) 87
エイズ拠点病院	28(4) 19	共感性	28(5) 81
HIV/AIDS看護	28(4) 19	居住環境	28(2) 41
		筋肉内注射	28(1) 45
お		く	
温巻法	28(1) 33	クラークの点	28(1) 45
音楽刺激	28(1) 115		
か		け	
開眼	28(1) 115	継続教育	28(5) 37
介護	28(4) 61	言語的・非言語的コミュニケーション行動	28(1) 63
介護者	28(5) 63		
介護負担感	28(5) 63	こ	
外来患者	28(2) 73	高血圧	28(2) 73
カウンセリング技術	28(5) 55	構造方程式モデリング	28(2) 51
下肢	28(2) 15	行動コーディングシステム	28(1) 63
臥床位置	28(5) 47	高齢者	28(2) 15, 28(4) 61
家族	28(4) 61	骨密度	28(1) 53
家族介護者	28(4) 43	コミュニケーション方法	28(1) 109
がん看護学	28(5) 87	困難感	28(2) 59
がん患者	28(4) 27	さ	
環境移行	28(2) 41	在宅ターミナルケア	28(4) 27
看護	28(5) 37, 55		
看護学生	28(1) 63, 83, 101		
	28(2) 59, 28(5) 81		
看護教育	28(1) 101,		

し		専門的ケア行動	28(1) 73
C型肝炎	28(2) 31		
自己管理	28(2) 73	そ	
死生観	28(4) 53	喪失体験	28(5) 71
実践能力	28(5) 55	足浴	28(1) 33
実態調査	28(2) 41		
質的研究	28(1) 73	た	
質問紙調査	28(2) 21	対応行動	28(1) 83
四分三分法の点	28(1) 45	大学病院	28(2) 89
尺度	28(2) 73	体重変動	28(4) 11
終末期ケア	28(4) 53	対処	28(2) 59
主介護者	28(4) 27	対処行動	28(4) 43
主観的反応	28(1) 33	たし算	28(1) 115
上殿神経	28(1) 45	タッピング	28(2) 15
情動的共感性	28(1) 83	妥当性	28(5) 25
小児看護学実習	28(2) 59		
初期痴呆高齢者	28(1) 91	ち	
食生活習慣	28(2) 67	知識	28(1) 53
職場環境	28(2) 89	調和	28(5) 87
職務キャリア	28(2) 21		
女子学生	28(1) 53	て	
人工股関節	28(2) 41	デイケア	28(2) 67
新卒看護職	28(2) 89	適応	28(5) 87
心拍	28(1) 115		
信頼性	28(5) 25	と	
心理	28(2) 31	投影法	28(1) 83
		動機	28(1) 101
		動脈硬化危険因子	28(4) 11
す			
スキンケア	28(2) 81	に	
ストレス	28(2) 51, 28(5) 25	入院患者	28(2) 51
ストレスサスケール	28(5) 25		
ズレカ	28(5) 47	の	
		農村	28(1) 91
せ		脳波	28(1) 115
背上げ	28(5) 47		
生活習慣	28(4) 11	は	
生活様式	28(2) 41	バーンアウトリス	28(2) 89
精神科	28(1) 73	配偶者	28(1) 91
精神看護学実習	28(5) 97	背部荷重値	28(5) 47
精神障害者	28(2) 67		
精神的健康	28(2) 51	ひ	
生体反応	28(1) 33	P-Fスタディ	28(1) 83
全体像	28(1) 91	膝上げ	28(5) 47
選択	28(5) 87		

ヒューマンケア	28(5)	55	め		
疲労	28(5)	63	メタボリックシンドローム	28(4)	11
ふ			も		
不安認知	28(2)	51	目的	28(1)	101
浮腫	28(2)	15	り		
プロセス	28(5)	71	療養行動	28(2)	31
ま			リラクゼーション効果	28(1)	33
マッサージ	28(2)	15	ろ		
慢性疾患看護	28(5)	37	老人	28(2)	81
み			ロールプレイング	28(1)	63
味覚識別能	28(2)	67			
看取り行動	28(4)	61			

欧文

ability to practice	28(5)	55	family caregivers	28(4)	43
actual condition survey	28(2)	41	fatigue	28(5)	63
adaptation	28(5)	87	Female students	28(1)	53
addition	28(1)	115	further education	28(5)	37
adjustment	28(5)	87	graduate school of nursing	28(1)	101
allergic contact dermatitis	28(2)	81	heart rate	28(1)	115
arteriosclerotic risks	28(4)	11	hepatitis C	28(2)	31
Assertiveness	28(2)	89	HIV/AIDS nursing	28(4)	19
backrest elevation	28(5)	47	hospitals with HIV/AIDS care facilities	28(4)	19
Behavior Coding System	28(1)	63	human care	28(5)	55
bone mineral density	28(1)	53	hypertension	28(2)	73
Burnout risk	28(2)	89	in-home medical care	28(4)	43
cancer patients	28(4)	27	inpatients	28(2)	51
care	28(4)	61	intramuscular injection	28(1)	45
care behavior	28(2)	31	interpersonal behavior	28(1)	83
care giver	28(5)	63	iving environment	28(2)	41
care giver burden	28(5)	63	job career	28(2)	21
care givers	28(4)	27	knee elevation	28(5)	47
career assessment scale	28(2)	21	knowledge	28(1)	53
clinical training of pediatric nursing	28(2)	59	laryngectomy	28(1)	109
cognition during anxiety	28(2)	51	legs	28(2)	15
communication methods	28(1)	109	life style	28(2)	41 , 28(4) 11
concern	28(2)	59	Light and/or Left upper quadrant of the buttocks		
coping	28(2)	59		28(1)	45
coping process	28(4)	43	load of back	28(5)	47
counseling skill	28(5)	55	loss experience	28(5)	71
day care	28(2)	67	lying location	28(5)	47
decision making	28(5)	97	massage	28(2)	15
dietary-lifestyle	28(2)	67	mental health	28(2)	51
ECG electrode	28(2)	81	mentally handicapped persons	28(2)	67
edema	28(2)	15	metabolic syndrome	28(4)	11
education	28(5)	55	motive	28(1)	101
education method	28(5)	87	music stimulation	28(1)	115
EEG	28(1)	115	Novice nurses	28(2)	89
elderly	28(4)	61	nterpersonal behavior	28(1)	83
elderly patients	28(2)	81	nurse	28(1)	73 , 28(2) 21
emotional sympathy	28(1)	83		28(4)	53
empathy	28(5)	81	nursing	28(5)	25 , 37, 55
end-of-life care	28(4)	61	nursing care of chronically ill	28(5)	37
environmental transition	28(2)	41	nursing education	28(1)	101
exercise	28(1)	53		28(5)	37 , 81
eyes open	28(1)	115	nursing student	28(1)	63 , 101
family	28(4)	61		28(2)	59 , 28(5) 81
			nursing system	28(4)	19

nursing teacher	28(5) 25	self-care	28(2) 73
oncology nursing	28(5) 87	senior with early dementia	28(1) 91
option	28(5) 87	shearing force	28(5) 47
outpatient	28(2) 73	site of Clark	28(1) 45
overall picture	28(1) 91	skin care	28(2) 81
palliative care	28(4) 53	spouse	28(1) 91
patients	28(2) 31 , 28(5) 97	stress	28(2) 51 , 28(5) 25
psychiatric nursing practicum	28(5) 97	stressor scale	28(5) 25
physiological response	28(1) 33	structural equation modeling	28(2) 51
Picture frustration test	28(1) 83	Students in a nursing course	28(1) 83
positive appraisal	28(4) 43	superior gluteal nerve	28(1) 45
practical nursing care	28(5) 37	tapping	28(2) 15
process	28(5) 71	taste sensitivity	28(2) 67
professional care behavior	28(1) 73	terminal care	28(4) 53
Projective technique	28(1) 83	terminal home care	28(4) 27
psychiatry	28(1) 73	the aged	28(2) 15
psychology	28(2) 31	the significance	28(5) 71
purpose	28(1) 101	total hip arthroplasty	28(2) 41
qualitative study	28(1) 73	transition process	28(4) 27
questionnaire	28(2) 21	University hospital	28(2) 89
relaxing effect	28(1) 33	validity	28(5) 25
reliability	28(5) 25	verbal and non-verbal communication	28(1) 63
rheumatoid arthritis	28(5) 63	view of life-and-death	28(4) 53
role-playing	28(1) 63	warm foot soaks	28(1) 33
rural community	28(1) 91	warm pack application	28(1) 33
subjective response	28(1) 33	weight change	28(4) 11
scale	28(2) 73	Work Environment	28(2) 89

事務局便り

1. 第32回学会演題申込条件について

平成14年度総会において、会則第3章 会員および賛助会員第6条の一部が改正され、入会申込用紙と手続きが変更となっております。

最新の学会誌巻末の入会申込用紙の留意事項をご確認の上、お申込下さい。

また、第30回（平成16年度）から、学会演題申込条件が「発表年度会員であること。」と改正されましたので、入会年度をご確認下さい。

2. 平成18年度会費のご案内について

平成17年度も残り少なくなりました。年度会費振込用紙を同封させていただきますので、平成18年度も引き続き会員として継続され、平成18年度会費7,000円をお納め下さいますようお願い致します。

また平成17年度会費未納であっても、これまでに「退会」のお申し出のない場合、28巻1号～5号をお送りしております。

先に、11月21日付で別途 平成17年度会費納入についてのご案内に明記いたしましたが、学会誌28巻5号会告(1)の通り、平成18年度評議員選挙が予定されております。

評議員選挙規程をご参照の上、できるだけ早くお振込下さいますようお願い致します。

会費・振込先は、下記の通りです。

記

会 費	7,000円
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

お振込の際、会員番号は、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。同姓・同名の方がおられますので、よろしくお願い致します。

※日本郵政公社金融総本部郵便貯金事業本部から通知があり、平成18年4月3日より、郵便振込料金が以下の通り改定。

現在取扱額 ～10,000円につき、70円が100円になります。

3. 送付先変更の場合、できるだけ早く会費振込用紙の通信欄、または葉書・FAX（043-221-2332）で新しい送付先を事務局までお知らせ下さい。

楷書でお書き頂き、難しい読みの場合は、フリガナを付記して下さいようお願いいたします。

4. 下記の方が住所不明です。ご存知の方は、本人、または事務局までご連絡下さい。

あ-389 浅見慶子様 あ-413 阿久津祐子様 お-490 林 道絵様（2004）

事務所の開所曜日と開所時間

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28巻 5号

会員無料配布

平成17年11月20日 印刷

平成17年12月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰（理 事）筑波大学大学院人間総合科学研究科

委 員 黒田 裕子（理 事）北里大学看護学部

中木 高夫（理 事）日本赤十字看護大学

浅野みどり（評議員）名古屋大学医学部保健学科

金城 祥教（会 員）筑波大学大学院人間総合科学研究科

櫻井 利江（会 員）筑波大学大学院人間総合科学研究科

星野 明子（会 員）京都大学医学部保健学科

（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

ホームページアドレス

<http://plaza.umin.ac.jp/~jsnr/>

又は、<http://jsnr.umin.jp/>

発 行 山 口 桂 子

責任者 （株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、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。なお，前述の身分に該当する方で，学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は，発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は，評議員の推薦，署名，捺印，入会申込み本人氏名，捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。
3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1－2－10
日本看護研究学会
4. 理事会承認後，その旨通知する際に入会金3,000円，年会費7,000円，合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日，（2週間）以内にお振込み下さい。
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：勤務先と，自宅住所の地区が異なる場合，希望する地区に○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。
8. 会員番号は，会費等の納入を確認ののち，お知らせいたします。

.....（切り取り線より切ってお出してください）.....

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。（入会年度は，必ずご記入下さい。）

フリガナ			専門区分	看護学・医学・その他（ ）	
氏 名	印		生 年	西暦 年 月	
所 属	地区割				
	TEL		FAX		
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒			
自 宅	TEL		FAX		
評 議 員 推 薦 者 氏 名	印		会員番号 -		
推 薦 者 所 属					
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日				
	受付番号		年度入会会員番号 -		
	受 付 日		巻 号～		
	通知番号		送 付 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 (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 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿投稿年月日	_____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	和文抄録文字数		英文抄録使用語数
部	字		語

*受付年月日: _____年 _____月 _____日

看護理論—理論と実践のリンケージ—

—看護研究の成果に基づく理論を実践しよう—

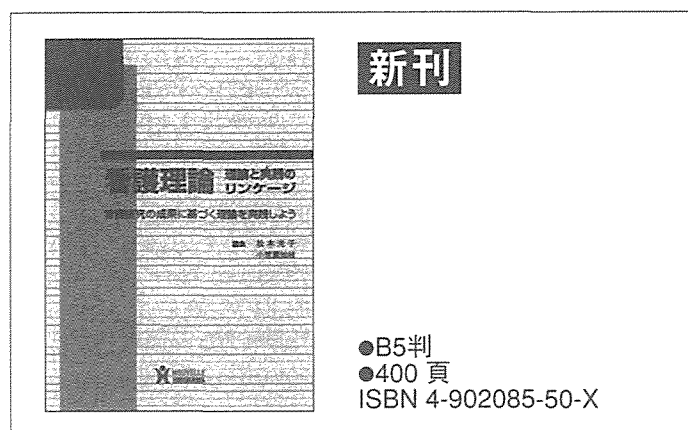
日本赤十字北海道看護大学学長
大阪大学名誉教授

大阪大学大学院医学系
研究科保健学専攻教授

松木 光子

編集

小笠原知枝



看護学生や看護師が、実践の場で、看護対象の身体的・心理的・社会的状況や健康レベルや生活環境などを、さまざまな基礎理論や看護理論にリンクして、適切に看護診断と看護ケアができるように、わかりやすく理論を解説しています。

★事例を使って、対象を理解し、看護診断、看護ケアを実際に展開するときに、どのような理論が、どのように応用されるのかを、具体的に解説しています。

主要目次

I 理論編

第1章 理論と実践

第2章 看護の枠組みと方向性を導く主要な看護理論

1. 人間関係論に基づく看護理論
 - 1) ペプローの看護理論
 - 2) トラベルビーの看護理論
2. ニード論
ヘンダーソン
3. システム論
 - 1) オレム
 - 2) ロイ
4. ケアリング理論
ワトソン

第3章 患者理解のための基礎理論

1. 発達理論とその活用法
2. ニード論
3. サポートシステム論
4. 不安理論
5. 危機理論
6. ストレス・コーピング理論
7. 役割理論
8. 環境
9. 健康

第4章 ケアの方法に関連した理論

1. 看護過程
2. 看護診断分類 (NANDA, NIC, NOC)
3. コミュニケーション
4. 生活援助
5. アセスメント
6. 教育指導
7. 治療介入
8. ケアリング

II 実践編

第5章 看護状況別に活用する理論(事例)

1. 急性期患者の看護ケアと看護理論
2. 慢性期患者の看護ケアと看護理論(保健信念モデル)
3. ターミナル期患者の看護ケアと看護理論
4. 小児患者の看護ケアと看護理論
5. 高齢者患者の看護ケアと看護理論
6. 在宅患者の看護ケアと看護理論
7. 精神科患者の看護ケアと看護理論
8. 母性における看護ケアと看護理論

第6章 看護診断と理論(看護研究に基づく理論)

1. 理論構築の必要性
2. 各論
 - 1) セルフケアの不足
 - 2) 不安
 - 3) 感染の危険性
 - 4) ボディ・イメージの障害
 - 5) 疼痛
 - 6) 褥瘡
 - 7) 自己尊重の慢性的低下
 - 8) 知識不足→コンプライアンス
 - 9) 思考過程の変調
 - 10) 活動耐性の低下

第7章 これからの看護理論(理論を研究と実践)

付録:用語解説