

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 30 Number 2 June 2007 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[30巻 2号]

質的研究を初学者にもわかりやすく説いた解説書の改訂版

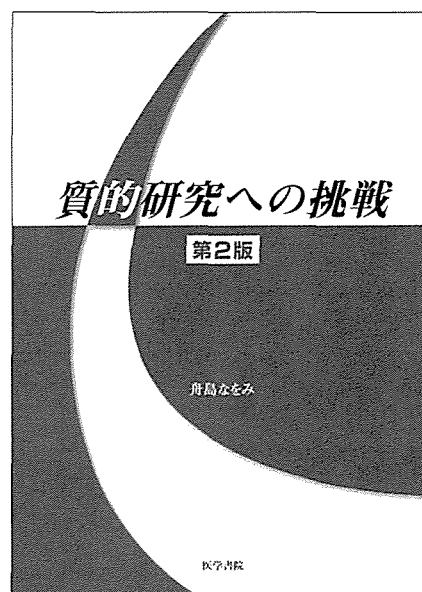
質的研究への挑戦

第2版

新刊

舟島なをみ 千葉大学教授・看護学部

著者が看護研究のための独自の質的研究方法論として開発した「看護概念創出法」を軸に、質的研究とは何か、質的研究にはどんな種類があるか、質的研究はどのように進めたらよいかを、初学者にもわかりやすく説いた解説書。第2版では、「Berelsonの方法論を参考にした看護教育学における内容分析」を補足し、研究の実例を入れ替え、全体的な見直しを図って、よりわかりやすく充実した内容となった。



目次

第1章 看護理論と質的研究

- I. 看護理論の必要性
- II. 看護理論の理解に向けて
- III. 看護理論はどのように開発されてきたか
- IV. 看護理論はどのように定義されるか
- V. 看護理論のステップアップ

第2章 看護学研究に使用されてきた質的研究方法論

- I. 看護学研究にはどのような質的研究方法論が使用されてきたか
- II. 研究方法論とは何か
- III. 各研究方法論の特徴と成果

第3章 看護のための質的研究方法論 —看護概念創出法—

- I. 看護概念創出法の誕生
- II. 看護概念創出法

第4章 看護概念創出法 —研究の実例と成果—

- A. 行動を表す概念の創出
 - I. 病棟内の各勤務帯リーダーの行動を解明する
 - II. 看護学実習カンファレンスにおける教授活動を解明する
- B. 経験を表す概念の創出
 - I. 看護系大学・短期大学に就職した新人教員の職業経験を解明する
 - II. 男性看護師の職業経験を解明する
 - III. 看護学修士を目指す大学院生の研究論文作成にかかわる学習経験を解明する

●A5 頁352 2007年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-00430-5]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23(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

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。

日本看護研究学会雑誌30巻1号において、平成18年度役員・評議員選挙に伴い、新理事、評議員名簿を掲載いたしました。

理事会および役員の構成について

会 告 (1)

会則第4章第12条1)により、山口 桂子 理事が理事長に再任決定いたしました。

平成19年4月22日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

会則第4章第12条3)により、理事長指名の理事に尾岸 恵三子氏・上鶴 重美氏が決定いたしました。

平成19年5月21日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (3)

会則第4章第14条1)～6)により、理事会を下記のとおり構成し、決定いたしました。

平成19年5月21日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

記

(任期 平成19年4月1日～平成22年3月31日)

理事役職名・委員会名	氏 名
理 事 長	山 口 桂 子
副理事長・総務担当理事（長）〈兼任〉	田 島 桂 子
総 務 担 当 理 事	尾 岸 恵 三 子
副理事長・渉外担当理事（長）〈兼任〉	泉 キ ヨ 子
渉 外 担 当 理 事	川 嶋 み ど り
会 計 担 当 理 事（長）	宮 腰 由 紀 子
会 計 担 当 理 事	山 田 律 子
編 集 委 員 会 委 員（長）	川 口 孝 泰
編 集 委 員 会 委 員	川 西 千 恵 美
編 集 委 員 会 委 員	山 勢 博 彰
奨 学 会 委 員 会 委 員（長）	紙 屋 克 子
奨 学 会 委 員 会 委 員	阿 曾 洋 子
奨 学 会 委 員 会 委 員	小 松 浩 子
学会賞・奨励賞選考委員会委員（長）	松 岡 緑
学会賞・奨励賞選考委員会委員	影 山 セ ヅ 子
学会賞・奨励賞選考委員会委員	川 村 佐 和 子
学会賞・奨励賞選考委員会委員	黒 田 裕 子
学会賞・奨励賞選考委員会委員	小 山 眞 理 子
将来構想検討委員会委員（長）	松 田 た み 子
将来構想検討委員会委員	石 井 ト ク
将来構想検討委員会委員	前 原 澄 子
将来構想検討委員会委員	田 島 桂 子
将来構想検討委員会委員	上 鶴 重 美

会 告 (4)

会則第4章第15条および理事・監事選出規定により、下記の方々が監事に決定いたしました。

平成19年5月30日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

監事 大 谷 眞千子氏・安 藤 詳 子氏

会 告 (5)

日本看護研究学会雑誌編集委員会規程第3条3)に基づき、下記の4名が編集委員に決定いたしました。

平成19年5月21日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

平 元 泉 (評議員) 秋田大学医学部保健学科

森 千 鶴 (評議員) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

佐々木 綾 子 (会 員) 福井大学医学部看護学科

多 田 敏 子 (会 員) 徳島大学医学部保健学科

会 告 (6)

日本看護研究学会奨学会委員会規程第7条（委員会）に基づき、下記の2名が奨学会委員に決定いたしました。

平成19年5月21日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

武 田 宣 子（会 員）国際医療福祉大学大学院

林 裕 子（会 員）札幌医科大学保健医療学部

会 告 (7)

会則第4章 役員 第14条7)により、以下の委員会を前期に続き設置し、委員を委嘱しました。

平成19年5月21日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

(平成16年度から継続、19年度から新規含む～業務終了まで)

委 員 会 名	氏 名
法 人 化 検 討 委 員 会	尾 岸 恵 三 子
	田 島 桂 子
	前 原 澄 子
	松 田 た み 子
	山 口 桂 子
倫 理 委 員 会	石 井 ト ク
	江 守 陽 子
	川 口 孝 泰
	手 島 恵
	松 木 光 子
学 会 誌 発 行 30 周 年 記 念 事 業 実 行 委 員 会	江 守 陽 子
	尾 岸 恵 三 子
	田 中 裕 二
	中 野 正 孝
	松 田 た み 子
	三 木 明 子

医 療 技 術 評 価 ワ ー キ ン グ 委 員 会	泉 キ ヨ 子
	紙 屋 克 子
	川 嶋 み ど り
	松 田 た み 子
	宮 腰 由 紀 子
	大 津 廣 子

会 告 (8)

会告 (3) に伴う, 編集委員会, 奨学会委員会, 学会賞・奨励賞選考委員会の今後の連絡先は, 下記のとおり変更となりましたので, ご留意ください。

平成19年 4 月22日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

編集委員会

原稿送付先

〒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

奨学会委員会

連 絡 先

〒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 紙屋 克子 宛

学会賞・奨励賞選考委員会

連 絡 先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻 1 - 2 - 10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 松岡 緑 宛

以 上

会 告 (9)

平成19年度奨学会研究に下記の研究が選ばれ決定いたしました。

平成19年 4 月22日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

掛田 崇寛氏 山口大学大学院医学系研究科

－味刺激が生体内 β -エンドルフィン量に及ぼす影響

～蔗糖誘発鎮痛の鎮痛根拠を明らかにするための実験研究～

会 告 (10)

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程・細則および募集要項に基づいて、平成19年度学会賞の対象者を推薦してください。

平成19年 6 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 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

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

(種類)

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

- 1) 日本看護研究学会賞 (以下、学会賞)
- 2) 日本看護研究学会奨励賞 (以下、奨励賞)

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

- 1) 学会賞
次のいずれかの条件を満たす者。
 - (1) 過去に本学会誌に優れた論文を発表し、その領域の発展に貢献した者。
 - (2) 本学会の学術活動に貢献した者。
- 2) 奨励賞
(1) 推薦年度を含む過去3年間に本学会誌に優れた論文を発表した者。

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

- 1) 学会賞
(1) 10年以上日本看護研究学会会員であること。
- 2) 奨励賞
(1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
(2) 推薦時に45歳未満であること。
(3) 前条2号(1)の論文の筆頭者であること。

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞については、日本看護研究学会会員の推薦によるものとする。
- 2) 奨励賞については、理事長が委嘱した選考委員会によって推薦される。

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

(選考)

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

(決定)

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

(表彰等)

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

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

- 1) 平成15年7月23日 第3条 2) (2)削除する。
- 2) 平成16年7月28日 第4条 2) (3)一部削除する。
- 3) 平成18年4月16日 第3条第4条一部改正する。

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

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

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

次のいずれかの条件を満たす者。

- (1) 論文の内容が、看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。
- (2) 本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

2) 奨励賞

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

(推薦方法)

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

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

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

- (1) 学会賞推薦書・申請書(所定の用紙)……6通
- (2) 申請論文の別刷またはコピー……6通
- (3) 共著の場合は共著他者の同意書……6通

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

- (1) 奨励賞推薦書・申請書(所定の用紙)……2通
- (2) 申請論文または講演抄録の別刷またはコピー……2通
- (3) 共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書……2通

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

- 1) 委員会は、理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。なお委員長は、委員の互選とする。
- 2) 選考委員会の委員は、原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。
- 3) 選考委員会は4月に設置する。

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

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

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

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類(論文別刷を含む)は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

- 1) 平成15年7月23日 第4条1)(2)、2)(2) 第10条別冊を別刷りに改正実施する。
- 2) 平成18年4月16日 第2条一部改正する。

平成19年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1. 応募方法・応募資格

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程・細則により、学会雑誌2号に綴じ込みの所定の用紙により申請する。

2. 応募締切日

平成19年9月30日必着

3. 選考方法

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会（以下学会賞・奨励賞選考委員会と略す）は、規程、細則に基づいて審査を行い、理事長に報告する。その後理事会において決定する。

4. 学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 松 岡 緑（学校法人福岡女学院看護大学設置準備室特任教授）

委 員 影 山 セツ子（天使大学教授）

〃 川 村 佐和子（青森県立保健大学教授）

〃 黒 田 裕 子（北里大学看護学部教授）

〃 小 山 真理子（神奈川県立保健福祉大学教授）

（50音順）

5. 学会賞の交付

規程第9条、細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 松 岡 緑

会 告 (11)

第33回日本看護研究学会学術集会を下記の要領で開催いたします。(第4回公告)

なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://www-nurs.iwate-pu.ac.jp/jsnr33/index.html>) をご覧ください。

平成19年6月20日

第33回日本看護研究学会学術集会

会長 石 井 ト ク

記

第33回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ：「生命科学時代における知と技とところ」

会 場：盛岡市民文化ホール (マリオス)

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通2丁目9-1

TEL：019-621-5000 ホームページ：<http://www.malios.co.jp/>

いわて県民情報交流センター (アイーナ)

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通1丁目7-1

TEL：019-606-1717 ホームページ：<http://www.aiina.jp/>

期 日：平成19年7月28日 (土)、29日 (日)

プレカンファレンスセミナー・市民公開講座 7月27日 (金)

第1日目 7月28日 (土) 9：30～16：15

9：30～10：10 会長講演：「生命科学時代における看護の機能拡大」

石井 トク (日本赤十字北海道看護大学学長)

(前岩手県立大学看護学部教授)

座長：松岡 緑 (福岡女学院看護大学準備室)

(前大分大学医学部看護学科教授)

10：15～12：00 招聘講演：「看護研究の倫理 ～国際的な動向から～」

Samantha Mei-che Pang (香港理工大学健康社会科学部看護学科長)

座長：手島 恵 (千葉大学大学院看護学研究科教授)

12：30～13：30 総 会

13：30～16：00 一般演題 (口演・示説)

13：30～16：00 ワークショップ1：「フェルデンクライス ～人の動きを知る～」(実技演習・一般公開)

かさみ康子 (フェルデンクライス・ジャパン)

コーディネーター：吉田千鶴子 (岩手県立大学看護学部准教授)

- 14:00~16:15 シンポジウム1:「医療の安全と安心の確保 ～医療事故防止の探求～」
シンポジスト:
佐原 康之(厚生労働省医政局総務課医療安全推進室室長)
鈴木 利廣(明治大学法科大学院教授)
川原 玲子(岩手県立大船渡病院医療安全専門員)
山内 豊明(名古屋大学医学部保健学科教授)
座長:楠本万里子(日本看護協会常任理事)
- 14:00~16:00 ワークショップ2:「がん看護 ～生を支えるケア～」(一般公開)
伊藤ゆかり(岩手県立中央病院ホスピスケア認定看護師)
中村めぐみ(聖路加国際病院がん看護専門看護師)
蛭田みどり(ケアタウン小平訪問看護ステーション所長)
コーディネーター:
木村 紀美(弘前学院大学看護学部教授)
- 16:30~17:30 学会誌発刊30周年記念講演「学会誌は語る～日本看護研究学会がめざしてきたもの～」
山口 桂子(愛知県立看護大学教授/日本看護研究学会理事長)
座長:川口 孝泰(筑波大学大学院人間総合科学研究科教授)
- 第2日 7月29日(日) 9:00~16:40
- 9:00~12:00 一般演題(口演・示説)
- 10:00~11:30 教育講演「先端医療技術の進歩と近未来」
米本 昌平(前科学技術文明研究所所長)
座長:井部 俊子(聖路加看護大学学長)
- 10:00~12:00 ワークショップ3:「岩手の文化といのち」(一般公開)
正部家ミヤ(とおの昔話村 語り部)
コーディネーター:
石井 正己(遠野市立図書館・博物館長/東京学芸大学教授)
- ワークショップ4:「情報共有とプライバシー」(一般公開)
太田 勝正(名古屋大学医学部保健学科教授)
板井孝壱郎(宮崎大学医学部准教授)
コーディネーター:
山内 一史(岩手県立大学看護学部教授)
- 13:00~15:00 シンポジウム2:「人としての生と死 ～終末期医療ガイドラインをめぐって～」
シンポジスト:
町野 朔(上智大学大学院法学研究科長)
横尾 京子(広島大学大学院保健学研究科教授)
松村 悠子(関西福祉大学看護学部長)
川村佐和子(青森県立保健大学健康科学部教授)
座長:石垣 靖子(北海道医療大学大学院看護福祉学研究科教授)
- 13:00~16:30 一般演題(口演・示説)
- 15:00~16:30 交流集会
- 16:30~16:40 閉会式

プレカンファレンスセミナー

7月27日（金）14：00～17：45 いわて県民情報交流センター（アイーナ）

「看護研究の原点にもどる ～人を対象とした研究の魅力と難しさ～」

- 1 量的研究……川口 孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）
- 2 質的研究……田垣 正晋（大阪府立大学人間社会学部講師）
- 3 研究倫理……川嶋みどり（日本赤十字看護大学看護学部長）

市民公開講座

7月27日（金）18：30～20：00 盛岡市民文化ホール（マリオス）

「マイナスこそプラスの種 ～チャレンジの力を活かす地域づくり～」

講師：竹中 ナミ（社会福祉法人プロップ・ステーション理事長）

座長：鎌田 文聰（岩手大学教育学部教授）

ランチョンセミナー1

7月28日（土）12：15～13：15 いわて県民情報交流センター（アイーナ）

・「感染対策の基本 – CDCガイドラインに基づいて–」

講師：浦野美恵子（KKメディコン感染予防管理コンサルタント）

司会：星野 俊樹（株式会社メディコン仙台営業所所長）

共催：株式会社メディコン

ランチョンセミナー2

7月28日（土）12：15～13：15 いわて県民情報交流センター（アイーナ）

・「認知症を理解する」

講師：高橋 智（岩手医科大学神経内科学講座准教授）

座長：小林 長子（岩手医科大学付属病院看護部長）

共催：テルモ株式会社

【学術集会参加費のご案内】

参加の事前登録は6月15日をもって締め切りました。

当日登録の参加費は、会員10,000円、非会員10,000円（但し、学術集会誌代2,000円は含まない）、学生3,000円（但し、学術集会誌代2,000円は含まない）です。当日、総合受付にて参加費を添えて登録してください。

なお、大学院生の方は会員または非会員のいずれかで登録してください。

【懇親会】

日 時：平成19年7月28日（土）18：00～19：30

会 場：ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウィング

会 費：6,000円

【プレカンファレンスセミナー参加募集のご案内】

学会前日（7月27日）にプレカンファレンスセミナーを開催いたします。

学会参加費とは別の参加申し込みが必要です。

詳細は以下の通りです。皆さまのご参加をお待ちしております。

「看護研究の原点にもどる ～人を対象とした研究の魅力と難しさ～」

1. 量的研究……川口 孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）
2. 質的研究……田垣 正晋（大阪府立大学人間社会学部講師）
3. 研究倫理……川嶋みどり（日本赤十字看護大学看護学部長）

日 時：平成19年7月27日（金）14：00～17：45

場 所：いわて県民情報交流センター（アイーナ）

募集人数：各コースとも120名（先着順）

会 費：学術集会参加費とは別に5,000円

＜申し込み方法＞

1) 申し込みは、①氏名、②施設名、③連絡先（電話番号、FAX番号またはE-mail）、④希望セミナーを明記の上、第33回日本看護研究学会学術集会プレカンファレンスセミナー係まで、E-mail（jsnr33pcon@ml.iwate-pu.ac.jp）またはFAX（019-694-3232）にてお申し込みください。

2) 申し込み受理後、E-mailまたはFAXにて、申し込み受理の返信をいたします。定員になり次第、締め切らせていただきますので、必ず申し込み受理の返信の確認をお願いいたします。受信の到着後、1週間以内に会費5,000円の事前振込みをお願いいたします。この事前振込みがない場合は、申し込みは取り消しになりますので、ご注意ください。

*なお、プレカンファレンスセミナーは1人1セミナーの申し込みしかできません。ご了承ください。

*定員になり次第、締め切らせていただきます。お早めにお申し込みください。

＜振込先＞

郵便振替 「第33回日本看護研究学会学術集会 02200-1-43342」

振込金額 5,000円

通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

① 希望セミナー

例) プレカンファレンスセミナー 1. 量的研究

② 氏名、所属、学会加入の有無

例) 宮沢賢子、岩手県立大学、非会員

【第33回学術集会事務局】

〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字巣子152-52

岩手県立大学看護学部内

第33回日本看護研究学会学術集会 事務局

TEL : 019-694-2280, 019-694-2290

FAX : 019-694-2281, 019-694-2291

E-mail : jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp

ホームページ : <http://www-nurs.iwate-pu.ac.jp/jsnr33/index.html>

学 会 賞 申 請 書

年 月 日

被推薦者氏名（年齢・性別）	
本 学 会 会 員 歴	
本学会雑誌掲載論文リスト（筆頭論文のみ）	
No. 著者・共同研究者	論文題目 , 巻（号） , 頁 , 年
主な研究論文についての推薦すべき点	
本学会の学術活動への貢献となった事項	

学 会 賞 推 薦 書

日本看護研究会理事長 殿

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

年 月 日

推 薦 者 氏 名 (年齢)	推 薦 者 所 属 (職名)
会員番号 (歳)	()
被 推 薦 者 氏 名 (年齢)	被 推 薦 者 所 属 (職名)
会員番号 (歳)	()
推薦理由	

目 次

一 原 著 一

患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析.....	21
---	----

大阪市立大学 石 井 京 子
 大阪大学 藤 原 千恵子
 大阪大学 河 上 智 香
 大阪大学 西 村 明 子
 大阪大学 新 家 一 輝
 大阪府立大学 町 浦 美智子
 大阪府立大学 大 平 光 子
 奈良県立医科大学 上 田 恵 子
 国立看護大学校 仁 尾 かおり

喉頭摘出を受けた喉頭・咽頭がん患者の食道発声獲得プロセス.....	31
-----------------------------------	----

群馬県立県民健康科学大学 廣 瀬 規代美

看護学生の臨地実習自己効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討.....	43
---------------------------------------	----

京都府立医科大学医学部看護学科 眞 鍋 えみ子
 京都府立医科大学医学部看護学科 笹 川 寿 美
 京都府立医科大学医学部看護学科 松 田 かおり
 京都府立医科大学医学部看護学科 北 島 謙 吾
 京都府立医科大学医学部看護学科 園 田 悦 代
 明治鍼灸大学看護学部看護学科 種 池 礼 子
 藍野大学医療保健学部看護学科 上 野 範 子

組織風土が看護師のストレッサー，バーンアウト，離職意図に与える影響の分析.....	55
---	----

横浜市立大学医学部看護学科 塚 本 尚 子
 横浜市立大学医学部看護学科 野 村 明 美

長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセス

－「分かち合いの会」参加者の体験－.....	65
------------------------	----

久留米大学医学部看護学科 納 富 史 恵
 久留米大学医学部看護学科 藤 丸 千 尋
 独）科学技術振興機構社会技術研究開発センター研究員 岩 崎 瑞 枝

一 研究報告 一

脊髄損傷患者の急性期における体験.....	77
-----------------------	----

金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 博士後期課程 松 本 浩 子
 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 泉 キヨ子

精神科における長期入院患者の苦悩.....	87
-----------------------	----

広島県立大学 藤 野 成 美
 西南女学院大学看護学部 脇 崎 裕 子
 広島大学大学院保健学研究科 岡 村 仁

NICUに入院していた児を育てている母親の夫のサポート・ ピアサポートと育児不安および対処方略の関連	97
国立病院機構善通寺病院 宮 武 典 子	
Total Quality Managementと組織変革に関する研究 —変革構造と組織への影響—	109
広島大学大学院保健学研究科博士課程 中 島 美津子	
食物アレルギー児の母親における育児ストレスと家族対処についての研究	119
きそがわ作業所重症心身障害児（者）通園事業 立 松 生 陽 日本赤十字豊田看護大学 市 江 和 子	
第32回日本看護研究学会講演記事	
特別講演	
看護の質を保証する看護職の人事評価制度	131
済生会熊本病院 正 木 義 博	
シンポジウムⅡ 看護の専門職を育てる・育つ	
テーマ「看護の専門職を育てる・育つ」	134
山形大学看護学部 高 橋 みや子 九州大学医学部保健学科 大 池 美也子	
看護基礎教育における臨地実習の教育方法	135
大分大学医学部看護学科 前 川 幸 子	
アメリカでの看護管理、人材育成、卒後教育の立場から ～求められる看護師のコンピタンス（有能性）と卒後教育～	138
青森県立保健大学 リボウィッツ 志 村 よし子	
「教える」と「学ぶ」の新たな教育的関係 —「わざ」の伝承事例を通して—	141
東北大学大学院教育学研究科 生 田 久美子	
ジョイント講演	
The Role of Nursing in an Aging Society with Low Birth Rate in Korea	144
Korea University Hosihn Ryu, Ph.D., PHN, RN	

CONTENTS

Original Papers

Nurses' Support Contributes to Patients' Resilience	21
Osaka City University : Kyoko Ishii	
Osaka University : Chieko Fujiwara	
Osaka University : Chika Kawakami	
Osaka University : Akiko Nishimura	
Osaka University : Kazuki Niinomi	
Osaka Prefecture University : Michiko Machiura	
Osaka Prefecture University : Mituko Ohira	
Nara Medical University : Keiko Ueda	
National College of Nursing : Kaori Nio	
Esophageal Speech Learning Process in Cancer Patients who underwent Laryngectomy	31
Gunma Prefectural College of Health Sciences : Kiyomi Hirose	
Development of a Self-Efficacy Scale for Nursing Students during Clinical Training and an Assessment of its Reliability and Validity	43
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Emiko Manabe	
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Hisami Sasagawa	
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Kaori Matsuda	
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Kengo Kitajima	
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine : Etsuyo Sonoda	
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Meiji University of Oriental Medicine : Reiko Taneike	
Department of Nursing, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Aino University : Noriko Ueno	
Analysis of the Effect of Organizational Climate on Stressors Burnout and Turnover Intention Among Nurses	55
City University School of Medicine College of Nursing : Naoko Tsukamoto	
City University School of Medicine College of Nursing : Akemi Nomura	
Clarification of the Grief process in Mothers within the first two years of losing a child after Long-term Hospitalization : analysis of eight cases in a self-help group	65
Kurume University School of Nursing : Fumie Noudomi	
Kurume University School of Nursing : Chihiro Fujimaru	
Research Institute of Science and Technology for Society Japan Science and Technology Agency : Mizue Iwasaki	

Research Reports

The Experience of Acute for the Patient with Spinal Cord Injuries.....	77
Division of Health Science, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University : Hiroko Matumoto Division of Health Science, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University : Kiyoko Izumi	
Suffering of Patients Long-Stay Admitted in Psychiatric Hospital	87
Prefectural University of Hiroshima : Narumi Fujino Faculty of Health and Welfare, Department of Nursing, Seinan Jo Gakuin University : Yuko Wakizaki Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Hitoshi Okamura	
Association Between Husband's Support/Peer Support and Childcare Anxiety/Coping Strategies in Mothers with Children Who were Experienced NICU Care	97
Zentsuji National Hospital : Noriko Miyatake	
Total Quality Management in Healthcare Organization —Influence and Organizational Change Structure—	109
Graduate School of Helth Science, Hiroshima University : Mitsuko Nakashima	
A Study on Parenting and Family Stress in Mothers of Food Allergy Children	119
KISOGAWA SAGYOSYO for Children and Persons with Severe Motor and Intellectual Disabilities : Seiyo Tatematsu Japanese Red Cross Toyota College of Nursing : Kazuko Ichie	

患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援と その支援に関与する要因分析

Nurses' Support Contributes to Patients' Resilience

石 井 京 子 ¹⁾	藤 原 千 恵 子 ²⁾	河 上 智 香 ²⁾	西 村 明 子 ²⁾
Kyoko Ishii	Chieko Fujiwara	Chika Kawakami	Akiko Nishimura
新 家 一 輝 ²⁾	町 浦 美 智 子 ³⁾	大 平 光 子 ³⁾	上 田 恵 子 ⁴⁾
Kazuki Niinomi	Michiko Machiura	Mituko Ohira	Keiko Ueda
仁 尾 かおり ⁵⁾			
Kaori Nio			

キーワード：看護師，レジリエンス，患者，支援，キャリア

Key Words：nurse, resilience, patient, support, career

1. はじめに

健康障害を抱えた患者にとって、医師による治療と並んで看護職者からの的確なケアやサポートが重要であることは多くの研究で明らかにされてきている。例えば、Dakof¹⁾は、がん患者は医師からは医療情報の提供という道具的サポートを望むが、看護職者には道具的サポートとともに情緒的なサポートを有効なサポートと認知していると報告している。しかし、患者はこれらのサポートを受けながらも自らの力で健康障害に立ち向かわねばならない。従って、このような危機に陥っている患者が自身の置かれている状況を受けとめ、立ち直る内面的な能力を高めることは、治療効果を上昇させるだけではなくQOLを高めることにもつながり重要であり、その立ち直る力を引き出し支える支援が必要である。

1980年代より、人には不運な出来事やストレス状況に遭遇したときに、それに対してそれほど意図せずに元の適応水準に回復させる力があることが指摘されてきた。その力をRutter²⁾は「人間には本来、不運な出来事に直面した際に、精神医学的疾患に陥らないように防衛する防御機能が備わっており、この機能をレジリエンスという」と述べている。Garmezy³⁾はレジリエンスを生活上のストレスや逆境にかかわらず、それらに適応できる能力として単なる防御だけではなくその状況に適応する力として、より広範な力動的機能としている。さらに、Grotberg⁴⁾はレジリエンスの性質を「逆境に対処する際に、有用で効果的に認

識させるもの」と定義づけている。このようにレジリエンスはストレス耐性や防御力とは異質な概念⁵⁾とされ、回復力や復元力、あるいは強靱性と訳され、個人のパーソナリティのようなものではなく、周囲からの働きかけや適切な支援によって変化する個人特性とみなされている。その構造分析研究からは「新奇性追求」「感情調整」「肯定的な未来志向」⁶⁾、「自己志向性」「楽観性」「関係志向性」⁷⁾などの各因子が見出され、多くは状況への個人の適応力を表しているが、「保育者へのケア環境の充実」「明確な役割意識」「専門的スキルの向上」⁸⁾のような環境そのものに注目した側面も見出されている。

医療臨床現場への適用としては病気の子どもに活用した報告がある。澤田ら⁹⁾は病気の乳幼児の母親のレジリエンスは相談者数や社会的対人技能と関連するとし、小林ら¹⁰⁾は血液・腫瘍疾患により長期入院している子どものうち、両親のかかわりが多い子ども群のほうにレジリエンス得点が高いことを見出している。また、日常生活におけるネガティブライフイベントからの立ち直りとの関連から、自分でコントロール不可能なネガティブライフイベント経験が多いほどレジリエンスの状況分析能力が高いことから、レジリエンスは危機やストレスの予防要因というよりも危機に陥ったときに重要な役割を果たすと述べられている¹¹⁾。これらは、個人的な経験やその環境の状態がレジリエンスに関与することを示している。さらに高辻¹²⁾は幼児のレジリエンスは仲間関係を中心とした生活への適応と

1) 大阪市立大学 Osaka City University

2) 大阪大学 Osaka University

3) 大阪府立大学 Osaka Prefecture University

4) 奈良県立医科大学 Nara Medical University

5) 国立看護大学校 National College of Nursing

関連しており、レジリエンスは状況に応じた指導や介入によって促進できるとしている。

このようにレジリエンスとは本来人間が有し、個人内で発達させることができ、また可逆的に促進させることができる人間の基本的な生きる力を強める機能であり、周囲からの有効な働きかけにより個人内部のレジリエンスを高めることで、危機状況からの回復を促進できると考えられる。さらに状況に適應するための介入の可能性も示唆されることから、看護職者が疾病で危機状態に陥った患者の立ち直り力としてレジリエンスを引き出すことが闘病に有益に作用すると予測され、臨床現場で使用できる概念と考えることができる。しかし、現在まで患者の危機からの立ち直りを促進させる看護者からの働きかけという観点からの研究は行われておらず、看護職者の患者へのレジリエンス支援を明らかにすることは意義がある。また、危機に陥った人のレジリエンスに影響する要因は明らかにされつつあるが、他者のレジリエンスを引き出す支援にどのような要因が関与するかは明らかでない。特に、レジリエンスには日常生活におけるネガティブイベント経験が関与することから、自身や家族の入院、介護、死別などの個人的生活体験がレジリエンスの必要性の認識を高め、その結果、患者への支援にそれらが関連することや、転職や希望に沿わない勤務部署などの職務経験が同様に関連すると予測される。

一方、看護職者が形成していく職務能力として職務キャリアという概念がある。石井ら¹³⁾は看護師の職務キャリア尺度の作成を試み『質の高い看護の実践と追究』、『対人関係の形成と調整』、『自己能力の開発』、『多様な経験の蓄積』という4側面があること、専門性認知や看護経験年数が長くなるとそれらが上昇することを明らかにした。しかし、患者ケアには患者への看護実践による援助や対人関係の形成だけでなく、患者自身の持つ内面の立ち直り意欲や能力を引き出すいわゆるレジリエンスを促進させる支援が必要である。従って、看護職者の職務キャリアの認識度によって、患者の健康障害からの立ち直りに影響するレジリエンスを引き出す支援にも差異が生じることが予測される。

本研究の目的は、まず、看護職者の行っている患者へのレジリエンス構造を明らかにし、次いで患者のレジリエンスを引き出す支援の実践に、看護職者の個人要因や職務要因などの属性、職務キャリアがどのように関連しているかを明らかにすることである。

II. 調査の方法

1. 対象

対象は、一般病院で働く看護職者（看護経験年数が3年

以上の看護師・助産師・保健師）1,320名である。勤務経験を3年以上に限定したのは、新人期には業務への適応で手一杯であり、一人前の看護師とみなせる時期が3年とある¹⁴⁾ことから、今回は、この期間を除いて実施した。

2. 調査期間

2004年10月～2005年2月。

3. 調査方法

病院要覧に記載された全国の一般病院から59箇所を無作為抽出し、病院看護部に調査の目的と倫理的配慮の内容を明示した調査票を郵送して調査協力を依頼した。調査協力の上承が得られた29箇所（承諾率49.2%）の病院の看護部に、看護経験年数3年以上、さらに対象が同一部署に片寄らないように調査を依頼し、調査票と返信用封筒を配付してもらった。調査票は各自が持ち帰り、記入後、対象者自身が郵送する方法で回収した。

4. 調査内容

- 1) 属性 ①個人内要因 年齢、性別、家族構成、ネガティブライフイベントとしての入院、介護、死別体験の有無など。②職務要因 基礎看護教育の最終学歴、看護経験年数、専門領域の有無、勤務部署の希望、部署変更など。
- 2) 職務キャリア認知 信頼性と妥当性が検証されている石井ら¹⁵⁾の職務キャリア尺度を用いた。本尺度は“患者や家族の状況に応じた適切な看護ができる、患者と家族のセルフケア能力を最大限に引き出すことができる”などの『質の高い看護の実践と追究』（17項目），“スタッフの能力に合わせた的確な助言ができる、患者と家族から信頼されている”などの『対人関係の形成と調整』（12項目），“自己の専門分野が明確である、看護研究や学会発表の経験が豊富である”などの『自己能力の開発』（7項目），“看護教育や臨床指導者の経験がある、臨床経験が長い”などの『多様な経験の蓄積』（7項目）の4因子からなっている。
- 3) 患者のレジリエンス支援項目 患者へのレジリエンス支援項目は、Grotberg¹⁶⁾、およびHiew¹⁷⁾を参照して新規に30項目を作成した。各項目に対しての実践は「いつもしている」「時々している」「余りしていない」「全くしていない」の4段階で回答を求めた。

5. 分析

分析はSPSS.v.13.0を用いた。

6. 倫理的配慮

調査票は研究目的、研究代表者の氏名、連絡先を明記したものを用いた。調査票は無記名で記入後、郵送で回収する方法により、個人が特定されないこと、分析は全体集計のみ行う事を記載した。研究結果の公表を明示した。調査への参加の承諾は、調査票の返送で了承を得られたと判断した。看護部には研究への参加が対象の自由意志で行われ

るように、調査票の配付のみ依頼し、回収には関与しないように依頼した。

Ⅲ. 結 果

回答は748名（回収率56.7%）から得られ、そのうち3年未満の対象58名と無回答の多い50名を除外した640名（有効回答率85.6%）を分析した。

1. 対象の属性

対象の個人要因は、表1に示したとおり平均年齢33.3歳（SD7.94）、女性が大多数であった。健康に関連したライフイベントとしての自身の入院、介護、家族との死別体験は半数以上が経験していた。職務要因では、看護学歴は専門学校卒業が86%と多数を占め、看護経験年数が6年未満、12年未満、12年以上がそれぞれ約30%で、平均11.2年

表1 対象の属性

	項目	カテゴリー	人数	%
個人要因	性	男性	9	1.4
		女性	627	98.0
		無回答	4	0.6
	配偶者の有無	あり	249	38.9
		なし	387	60.5
		無回答	4	0.6
	子どもの有無	あり	203	31.7
		なし	425	66.4
		無回答	12	1.9
	自身の入院体験	あり	474	74.1
		なし	163	25.5
		無回答	3	0.5
	こどもの入院体験	あり	91	14.2
		なし	534	83.4
		無回答	15	2.3
	介護体験	あり	222	34.7
		なし	405	63.3
		無回答	13	2.0
	死別体験	あり	546	85.3
		なし	86	13.4
		無回答	8	1.3
職務要因	親との死別体験	あり	125	19.5
		なし	499	78.0
		無回答	16	2.5
	看護学歴	専門学校	551	86.1
		短期大学	65	10.2
		大学	24	3.8
	看護経験年数	6年未満	190	29.7
		6～12年未満	213	33.3
		12年以上	234	36.6
		無回答	3	0.5
属性	専門領域の有無	あり	383	59.8
		なし	158	24.7
		無回答	99	15.5
	病院変更	あり	183	28.6
		なし	454	70.9
		無回答	3	0.5

職 務 属 性	病棟勤務	あり	515	80.5
		なし	125	19.5
		無回答	0	0.0
	特殊ユニット	あり	112	17.5
		なし	528	82.5
		無回答	0	0.0
	外来勤務	あり	30	4.7
		なし	610	95.3
		無回答	0	0.0
	勤務部署変更	あり	441	68.9
		なし	198	21.6
		無回答	1	0.2
配属部署	希望	251	39.2	
	希望なし	362	56.6	
	無回答	27	4.2	

（SD7.77）であった。専門領域があると回答したのは383名（59.8%）で、その具体的な領域は成人看護、母性看護、小児看護、老人看護の順であった。

2. 職務キャリア認知

職務キャリア認知得点は因子ごとに合計点を求めた。『質の高い看護の実践と追究』が52.6（SD 9.12）、『対人関係の形成と調整』が36.9（SD 6.27）、『自己能力の開発』が16.8（SD 4.79）、『多様な経験の蓄積』が19.3（SD 4.88）であった。因子ごとに平均点未満群を職務キャリア認知低群、平均点以上を職務キャリア認知高群の2群に分類した。

職務キャリア認知得点と個人要因の関連を見ると、自分の入院体験と『質の高い看護の実践と追究』（ $t(623) = 3.36, p < .01$ ）、『対人関係の形成と調整』（ $t(623) = 3.69, p < .01$ ）、『自己能力の開発』（ $t(623) = 3.73, p < .001$ ）、『多様な経験の蓄積』（ $t(623) = 4.06, p < .001$ ）が認められ、いずれも入院体験あり群のほうが有意に職務キャリア得点が高かった。また、子どもの入院体験、介護体験、親との死別体験などにおいても同様に体験あり群のほうが高キャリア認知得点を示していた。職務要因では専門領域あり群、看護経験年数の6年以上群のほうが有意に高キャリア認知得点を示していた。（表2）

3. 患者のレジリエンスを引き出す支援

1) 患者のレジリエンス支援尺度の分析

患者のレジリエンスへの支援を明らかにするために、患者のレジリエンス支援の尺度作成を行った。患者のレジリエンス支援30項目を項目分析した結果、天井効果、フロア効果の見られた1項目を削除し、残った29項目を尺度構成の対象とした。これを主因子法、プロマックス回転による因子分析を行ない、表3のような3因子29項目（累積寄与率52.26%）を抽出した。第1因子は、「あなたは直面した問題を解決できる力がある」「あなたは自己決定できる能力がある」など12項目よりなる患者自身に健康障害に立

表2 職務キャリア認知に影響する要因

		第1因子 (質の高い看護の 実践と追求)	第2因子 (対人関係の形成と 調整)	第3因子 (自己能力の開発)	第4因子 (多様な経験の蓄積)
子どもの有無	①あり	$t=3.06^{**}$	$t=5.00^{***}$	$t=5.21^{***}$	$t=6.78^{***}$
	②なし	①>②	①>②	①>②	①>②
自分の入院体験	①あり	$t=3.36^{**}$	$t=3.69^{***}$	$t=3.73^{***}$	$t=4.06^{***}$
	②なし	①>②	①>②	①>②	①>②
子どもの入院体験	①あり	$t=2.35^{*}$	$t=3.21^{**}$	$t=3.87^{***}$	$t=5.36^{***}$
	②なし	①>②	①>②	①>②	①>②
介護体験	①あり	$t=2.43^{*}$	$t=2.45^{*}$	$t=2.99^{**}$	$t=2.94^{*}$
	②なし	①>②	①>②	①>②	①>②
親との死別体験	①あり	$t=4.20^{***}$	$t=4.22^{***}$	$t=4.59^{***}$	$t=4.96^{***}$
	②なし	①>②	①>②	①>②	①>②
専門領域	①あり	$t=5.16^{***}$	$t=4.75^{***}$	$t=8.27^{***}$	$t=4.77^{***}$
	②なし	①>②	①>②	①>②	①>②
看護経験年数	① 3～6年未満	$F=22.33^{***}$	$F=26.04^{***}$	$F=54.97^{***}$	$F=119.14^{***}$
	② 6～12年未満	①<②③	①<②③	①<②③、②<③	①<②③、②<③
	③ 12年以上				
		*** $p < .001$		** $p < .01$	* $p < .05$

表3 患者のレジリエンスへの支援実施の因子分析(主因子法、プロマックス回転)

項目	第1因子	第2因子	第3因子	共通性
『I Can 因子』 $\alpha = .922$				
あなたには悩みや恐れを相談できる力があること	0.775	-0.171	0.062	0.523
あなたには自己決定できる能力があること	0.770	-0.129	0.040	0.525
あなたには直面した問題を解決できる力があること	0.759	-0.002	-0.005	0.570
あなたには病気と共存する力があること	0.745	0.027	0.007	0.584
あなたには病気を受け入れる力があること	0.706	0.026	0.010	0.528
あなたには必要な時期や事柄を判断できる能力があること	0.664	0.088	0.040	0.550
あなたには不適当と思われる物事を制御できる力があること	0.664	0.072	-0.009	0.494
あなたには自分の病気に向き合う力があること	0.648	0.120	0.011	0.533
あなたには病気の情報を集める能力があること	0.570	0.161	-0.060	0.411
あなたには専門家と良い人間関係を保つ力があること	0.529	0.180	0.067	0.479
あなたは現実を見つめられる人であること	0.516	0.131	0.123	0.465
あなたは困難な状況になっても前向きに取り組める人であること	0.467	0.331	-0.023	0.486
『I Am 因子』 $\alpha = .911$				
あなたは正義感の強い人であること	-0.001	0.914	-0.122	0.723
あなたは責任感が強い人であること	0.062	0.881	-0.158	0.699
あなたは自他共に尊敬される人であること	-0.033	0.814	-0.059	0.585
あなたは多くの人に好かれる人であること	-0.005	0.803	-0.016	0.630
あなたは他人のつらさに援助や共感ができる人であること	0.088	0.751	-0.010	0.638
あなたは嫌なことやつらいことを忘れることができる人であること	0.014	0.569	0.224	0.531
あなたは辛抱強くがんばれる人であること	0.034	0.498	0.144	0.376
あなたは楽観的で物事を肯定的に捉ええられる人であること	0.083	0.496	0.190	0.460
『I Have 因子』 $\alpha = .880$				
あなたにはどのような状況でも信頼できる家族がいること	-0.013	-0.080	0.831	0.610
あなたには支えてくれる家族がいること	0.032	-0.123	0.789	0.552
あなたには必要なときに助けてくれる友人がいること	-0.238	0.289	0.770	0.702
あなたには支えてくれる友人がいること	-0.206	0.267	0.741	0.653
あなたには病気と向き合えるように支援する看護師がいること	0.230	-0.149	0.562	0.400
あなたには専門家と良い人間関係が保てるように支援する看護師がいること	0.196	-0.060	0.561	0.428
あなたには必要なときに活用できる社会資源があること	0.219	-0.107	0.479	0.321
あなたには危険や困難を回避できるように助けてくれる看護師がいること	0.222	-0.111	0.459	0.300
あなたには希望を与えるようなモデルがいること	0.084	0.189	0.449	0.400
寄与率	39.02	7.05	6.19	
累積寄与率	39.02	46.08	52.26	
全項目の信頼性係数 $\alpha = .947$				
因子間相関				
	1			
第2因子	0.574	1		
第3因子	0.555	0.566	1	

ち向かい問題の解決に向けての姿勢が取れる人間であることを伝える内容があげられ、項目の内容から『I Can』因子と命名した。第2因子は、「あなたは責任感の強い人である」「多くの人に好かれている人である」など8項目よりなる患者自身のありようなどがあげられており、『I Am』因子と命名した。第3因子は「どのような状況でも信頼できる家族がいる」「病気に向き合えるように支援してくれる看護師がいる」など9項目よりなる様々な支援が身近にあるという側面を示しており、『I Have』因子と命名した。(表3)

2) 患者のレジリエンス支援尺度の信頼性および妥当性の検討

患者のレジリエンス支援尺度の3因子および全項目の信頼性は、Cronbachの α 係数を求める方法で行った。信頼性係数としての α 係数は、『I Can』因子 $\alpha = 0.922$ 、『I Am』因子 $\alpha = 0.911$ 、『I Have』因子 $\alpha = 0.880$ 、全項目 $\alpha = 0.947$ であり、いずれも高かった。

このモデルの標本妥当性はKMO = .938で因子分析による構成概念の妥当性を確認できた。また、3因子に含まれる項目の内容は、小児・母性・成人領域の看護研究職4名と心理専門職1名によって、Grotrberg¹⁸⁾の周囲の援助者や社会資源が存在を認識させる『I Have』、個人の内面の強さを示す『I Am』、問題処理の能力やスキルを示す『I Can』の3つのレジリエンス要素と同様に構成されており、内容妥当性があることが確認された。

3) 患者のレジリエンス支援に影響する要因分析

これら3因子の患者への実施度を図1に示した(項目数に違いがあるため、合計得点を項目数で割って指数で表した)。看護職者による患者のレジリエンス支援の実践では『I Have』因子が最も高く2.91、次いで『I Can』因子が2.76であった。

レジリエンス支援の実践に影響する要因は、個人内要因

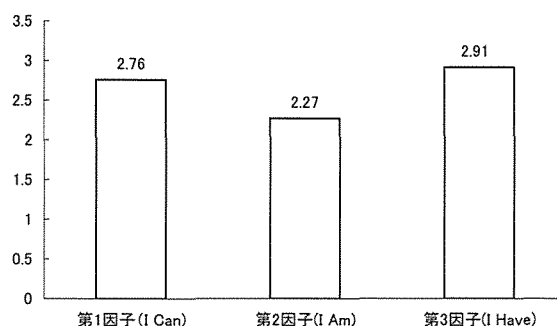


図1 看護師の患者へのレジリエンス支援の実施度

では入院体験や死別体験あり群の方が、なし群よりも実践度が高かった。特に『I Am』因子に対しての影響が顕著に認められ、自分の入院体験($t(623) = 2.02, p < .05$)、子どもの入院体験($t(623) = 2.19, p < .05$)あり群に患者へのレジリエンス支援が高かった。親との死別体験もあり群はなし群と比較すると、すべての因子に対して有意に実践が高かった。職務要因では『I Can』因子には専門性認知あり群($t(632) = 2.27, p < .05$)、『I Am』因子には外来勤務経験あり群($t(638) = 2.48, p < .05$)、部署変更あり群($t(637) = 2.13, p < .05$)が有意に高支援を実践していた。(表4)

さらに患者へのレジリエンス支援に対して看護経験年数と職務キャリア認知の関連を分析した。看護経験年数と職務キャリア認知は関連がある¹⁹⁾ため、この2つの要因を独立変数におき、患者のレジリエンス支援の実践を従属変数とした二要因分散分析を行った。『I Can』因子には職務キャリア4群のすべてに有意差があり、職務キャリア高群のほうが低群よりも有意にレジリエンス支援が高かった。さらに『自己能力の開発』と『多様な経験の蓄積』に交互作用がみられ、いずれも図2のように経験年数が3～6年未満、6～12年未満、12年以上と長くなるにつれて、職務キャリア高群はよりレジリエンスを発揮させる支

表4 患者のレジリエンス支援の看護実践に影響する個人要因と職務要因の関連

			人数	I Can	I Am	I Have
個人要因	自分の入院体験	①あり	357	n.s	$t = 2.02^*$	n.s
		②なし	268		①<②	
	子どもの入院経験	①あり	91	n.s	$t = 2.19^*$	n.s
		②なし	534		①<②	
	死別体験	①あり	546	$t = 2.15^*$	n.s	n.s
		②なし	86	①<②		
職務要因	親との死別体験	①あり	125	$t = 2.62^{**}$	$t = 3.52^{***}$	$t = 2.00^*$
		②なし	499	①<②	①<②	①<②
	専門領域	①あり	383	$t = 2.27^*$	n.s	n.s
		②なし	251	①<②		
	外来勤務	①あり	30	n.s	$t = 2.48^*$	n.s
		②なし	610		②>①	
	部署変更	①あり	441	n.s	$t = 2.13^*$	n.s
		②なし	198		①>②	

*** $p < .001$

** $p < .01$

* $p < .05$

援の実践が上昇しているのに対し、職務キャリア認知低群は3～6年未満よりも6～12年未満は低得点ながらもレジリエンス支援実践は上昇するが、その後実践度が低下しており、3～6年未満よりもさらに低値を示していた。『I Am』因子では『自己能力の開発』を除き職務キャリア高群が低群よりも有意にレジリエンス支援を行っており、さらに、看護経験年数が6～12年未満及び12年以上群は3～6年未満群よりも有意にレジリエンス支援が高かった。さらに『自己能力の開発』と『多様な経験の蓄積』にも交互作用が認められ、職務キャリア認知低群は3～6年未満よりも6～12年未満は低得点ながらもレジリエンス支援実践は上昇するが、その後12年以上群になると実践度が低下しており、経験年数が3～6年未満よりもさらに低値を示していた。『I Have』因子にも職務キャリア認知4群に有意差があり、下位検定の結果、職務キャリア認知高群のほうが低群よりも有意にレジリエンス支援が高かった。さ

らに『質の高い看護の実践と追究』と『多様な経験の蓄積』にも交互作用があり、職務キャリア認知高群は看護経験年数が長くなるにつれてレジリエンス支援が高くなるが、職務キャリア認知低群は3～6年以上の方が3～6年未満よりもレジリエンス支援が高いが、その後低下することを示していた。

このようにレジリエンス支援には様々な要因が影響していることが明らかになったが、これら多変数の影響度の違いを明らかにするために相互に相関が高い要因をのぞいて重回帰分析（強制投入法）を行った。重回帰分析では標準偏回帰係数が大きいほど影響力が強いと考えられる。表6に示したように、第1因子の『I Can』因子には職務キャリアの『質の高い看護の実践と追究』が関与を示し、『質の高い看護の実践と追究』が高いほどレジリエンスへの支援も高いことを表している。レジリエンス第2因子の『I Am』因子には親との死別体験や看護実践、外来勤務で無

表5 看護職者の患者レジリエンス支援の実施に及ぼす経験年数と職務キャリア認知の関連

経験年数①=3～6年未満、②=6～12年未満、③=12年以上

項 目	第1因子 (I Can)		第2因子 (I Am)		第3因子 (I Have)	
	F 値	多重比較	F 値	多重比較	F 値	多重比較
看護経験年数3群	n.s		4.43*	①<②③	n.s	
職務キャリア『質の高い看護の実践と追究』	34.93***	高群>低群	7.95**	高群>低群	24.00***	高群>低群
交互作用	n.s		n.s		3.11*	
看護経験年数3群	n.s		4.86**	①<②③	n.s	
職務キャリア『対人関係の形成と調整』	27.24***	高群>低群	6.13*	高群>低群	17.65***	高群>低群
交互作用	n.s		n.s		3.34*	
看護経験年数3群	n.s		5.35**	①<②③	n.s	
職務キャリア『自己能力の開発』	14.94***	高群>低群	n.s	高群>低群	7.81**	高群>低群
交互作用	3.74*		n.s		3.52*	
看護経験年数3群	3.41*	①<②③	3.24*	①<②③	n.s	
職務キャリア『多様な経験の蓄積』	17.12***	高群>低群	5.61*	高群>低群	10.47**	高群>低群
交互作用	4.86**		n.s		4.67**	

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

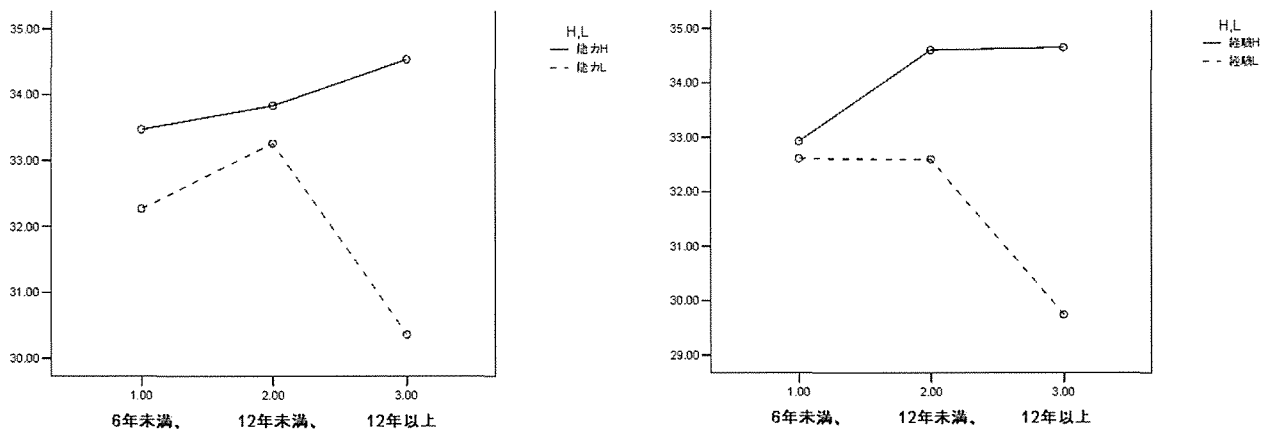


図2 レジリエンス支援に及ぼす看護経験年数と職務キャリア認知の関連（第1因子 I Can）

表6 患者のレジリエンスへの支援要因に対する重回帰分析

	第1因子 標準化係数	第2因子 標準化係数	第3因子 標準化係数
自分の入院体験	0.038	0.026	0.038
子どもの入院体験	0.046	0.029	0.046
親との死別	0.060	0.096 *	0.060
専門領域の有無	-0.024	-0.005	-0.024
外来勤務の有無	-0.016	-0.123 *	-0.016
部署変更経験	0.026	0.023	0.026
キャリア1 (看護実践)	0.354 ***	0.103 *	0.354 ***
キャリア2 (対人関係)	0.001	0.039	0.001
キャリア3 (自己能力)	0.013	0.137 *	0.013
キャリア4 (多様な経験)	-0.127	-0.012	-0.127
看護経験年数	-0.06	0.014	-0.007
重相関係数	0.384	0.316	0.343
決定係数	0.147	0.100	0.118
F 値	4.053 ***	2.615 ***	3.136 ***

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

いほうに支援が高かった。第3因子の『I Have』因子には、職務キャリアの『質が高い看護の実践と追究』が高くなるほど高支援を行っていた。

IV. 考 察

1. 看護職者による患者のレジリエンス支援の構造

看護職者による患者のレジリエンス支援尺度は『I Can』『I Am』『I Have』因子と命名した3因子で構成されていた。内容から見ると、『I Can』因子は個人の危機状況に対する問題解決や適応力の認識を示しており、失敗しても諦めずにもう一度挑戦するなどの「自己志向性」と類似し、『I Am』因子は何事も良いほうに考えるという「楽観性」や自分の考えを人に聞いてもらいたいという「関係志向性」²⁰⁾と類似していた。一方、『I Have』因子は危機状況の自分をサポートしてくれる他者がいるという環境の認知をあらわしている。他者の存在に関する言及という点では「自己志向性」と類似している面もあるが、自己志向性が他者に気持ちを聞いてもらいたいなどの他者への情緒的援助を求めているのに対し、『I Have』因子はそのような相談者がいるという環境要素としての他者存在への認識である点が異なっているといえる。また、環境に注目したものとしては「保育者のケア環境の充実」²¹⁾という環境整備への言及もあるが、本因子はあくまでも環境としての他者存在の希求である点が特徴といえる。さらに他者存在の認識も家族に留まらず社会資源や医療者など幅広く環境要素を認知しており、関係性認知という新しい方向性を持つ因子と考える。このように、危機状況からの立ち直りにおいて、従来から見出されている自己の対処力としての『I Can』『I Am』に加えて、それらを実践するための支援者の存在を

も自分の立ち直りの要素として認識している点に、本尺度の新奇性が見出せる。

小花和²²⁾はレジリエンスを扱った過去の研究をレビューし、周囲から提供される要因を『I Have』因子、問題解決能力やソーシャル・スキル、ユーモアなどの獲得される特性を『I Can』因子、年齢、セルフ・エフィカシーなどの特性を『I Am』因子として、レジリエンスには3構成要素があるとしている。従来の多くのレジリエンス研究では『I Have』構成要素の中の1つである家庭環境²³⁾、宗教的組織²⁴⁾、『I Can』要素としての問題解決能力²⁵⁾、知的スキル²⁶⁾、『I Am』要素としてのセルフ・エフィカシー²⁷⁾、自律性²⁸⁾など、1つの構成要素に着目して行った研究が多く、Wymanら²⁹⁾が『I Can』『I Am』が2つの構成要素を用いて分析しているが、3構成要素を同一対象に同時に用いて分析した研究、特に環境要因を加味した研究は見当たらない。しかし、本研究で作成した尺度にはこれらの3構成要素が同時に含まれており、さらに、3構成要因への支援実践が程度には差がありながらも同時に機能していることを明らかにした。これはレジリエンスを高める支援には単独の構成要素側面から支援するよりも、多側面に注目して支援することが必要であり有効であることを示している。この尺度は3因子および全項目の信頼性係数も高く、内容妥当性および構成概念妥当性が確認され、十分に使用できるものであると考える。

2. 患者のレジリエンスを引き出す看護師の支援に影響する要因

看護師による患者のレジリエンスを引き出す支援として、『I Have』因子への実践が最も高かったことは、患者には「支えてくれる家族や友人、看護師がいる」という、闘病生活を送るうえでサポートの認識という側面が支援としては最も重要と考えられ、実践されていることを表している。すなわち、患者に対して一方的に治療が行われるのではなく、治療を受ける患者が病気に立ち向かう力を持つことの大切さの認識である。そのためには患者を支援するサポート者の存在を認識させることが重要であると看護職者が認識しているということで、これは患者が看護師の有益なサポートとして情緒的支援を望んでいるという結果³⁰⁾を、看護職者側も認識し実践していることを示している。それと同時に、「直面した問題を解決する力がある」という『I Can』因子の支援も多く実践していることから、看護職者は患者が自分の病気を受け止めその危機から立ち直るためには、医療者や家族による他者支援状況を理解し、さらに患者本人の「自分にはそれを受け止め乗り越える力がある」という自己受容力を意識化させることが重要であると認識しているとみなせる。

レジリエンス支援に影響する個人要因としては、子ど

ものの入院体験や親との死別体験が有意な関連を示したことは、身近な個人的体験としての悲嘆や喪失体験、あるいは自分の入院などの身近な危機的状況の体験が影響していた。すなわち、その状況を乗り越えて元の生活に戻るための必要な事柄を理解し、状況を打破するサポートの存在が重要であったことを意識化した結果と考えられる。その体験が職場で患者に接するときに患者の持つレジリエンスを引き出すような支援を実践する原動力になったと考えられる。職務キャリア認知にも個人内キャリアとしての自分の入院体験や子どもの入院、介護体験、親との死別体験などが影響していたが、ネガティブライフイベント経験の多さがレジリエンス分析力につながる³¹⁾ことから、個々人が人生で体験するネガティブライフイベントを乗り越えていく過程が、職場で必要とされる職務キャリア能力の形成に影響し、それらの蓄積された力が患者への与える看護ケアだけではなく、患者自身が自らの力で立ち直る力としてのレジリエンスを引き出す支援にまで働きかける広い視野と看護力を持つに至ると推測され、看護職者の人生経験としての個人内キャリア形成の重要性が示されている。さらに看護経験を積み職務キャリア認知に対する高い意識化が患者への立ち直りを引き出す働きかけになること、特に看護経験年数と職務キャリア認知に交互作用が認められたことは次のように考えられる。職務キャリア高群は自己の看護実践内容の向上や対人関係の調整などの患者と家族との対人的な関わりを深めながら、患者自身の闘病意欲を高めるような支援を意識的に行っており、このような看護実践は患者の内的動機づけを引き出すと同時に、看護職者自身の看護実践の充実にもつながり、看護職者の職務キャリアをさらに高めるという相互作用的な関係にあると考えられる。一方、職務キャリア認知低群はより高度な看護ケア意識が持てないことから、中堅からベテランの域になるにつれて経験で遂行できる業務実践が増加し、その結果、患者へ向き合う支援の低減や患者自身の闘病意欲を引き出すような難易度の高い働きかけをしなくなるのが推察され

る。従って看護職者にとって単に経験年数を重ねることだけではなく、看護という職務に対する認識を高めていくことが、個々の看護実践の質を向上させることにつながっていることや、看護キャリアを向上させるための機会が10年前後を目処に新たに実施されることの必要性も示唆された。

以上から、職務キャリア認知が患者のレジリエンスを引き出す支援に大きく影響していることが明らかとなり、今後、個人内キャリアの生かし方と職務キャリアの認識を高めることが、患者自身のレジリエンスを引き出す援助を実践するうえで重要であることが示された。

VI. ま と め

闘病生活を送る患者にとって、医療者からの様々な支援は非常に重要である。特に最も身近に接する看護職者からの支援は、患者にとっては病気そのものの治療援助であるとともに、患者を含む家族全体の支えとして機能している。そのような支援があることにより、患者は病気に向き合い、その状況を受け止め、さらに立ち向かう力が生じてくる。その場に作用するのがレジリエンスと言われる人が持つ復元力である。今回明らかにした看護職者による患者のレジリエンスを引き出す支援は、まさにそのような援助として考えることができる。患者への支援には、専門性認知や職務キャリア認知と並んで、看護職者個人の危機的人生体験が機能していることが示された。このことから、職務キャリア形成と並んで個人の人生におけるキャリア要因の持つ重要性が改めて明らかになった。組織的支援としては、これらの個人の人生におけるキャリア要因の重要性を認識し、看護職者の業務遂行による職務キャリア形成と平行して達成していける組織システムの構築が重要であることが示された。

本研究は平成15-17年度科学研究費補助金（課題番号：15390669）を受けて行った。

要 旨

本研究の目的は患者のレジリエンスを引き出す看護職者の支援、および支援に影響する要因を明らかにすることである。方法は質問紙調査で、全国から無作為抽出した50病院の看護部に調査を依頼し、承諾の得られた29施設の経験3年以上の看護師1,320名に調査を実施した。調査票は無記名で記入後、各自が郵送で返送した。調査期間は2004, 10-2005, 2である。結果は次の通りである。患者へのレジリエンス支援項目30項目を因子分析し3因子を抽出した（累積寄与率52.26%）。第1因子は直面した問題解決ができるなどの『I Can, $\alpha = 0.922$ 』、第2因子は責任感が強いなどの『I Am, $\alpha = 0.911$ 』、第3因子は信頼できる家族がいるなどの『I Have, $\alpha = 0.880$ 』とした。これらに影響する要因は個人要因では入院・死別体験、職務要因では勤務部署や職務キャリア認知得点であった。経験年数と職務キャリア認知間にはレジリエンス支援に交互作用があった。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the extent to which nurses' support contributes to patients' resilience, and identify the factors affecting the enhancement of resilience.

Subjects were 1,320 nurses with over three years' experience. Results were follows; We carried out a factor analysis and extracted three factors (cumulative contribution ration: 52.26%) . The first factor, defined as "I Can (α =0.922)", included the ability to resolve immediate problems. The second factor, defined as "I Am (α =0.911)", included a strong sense of responsibility. The third factor, defined as "I Have (α =0.880)", included having a reliable family and friend. There were significant distinctions among personal elements (e.g, experience of hospitalization/bereavement) and occupational elements (e.g, presence of a specialized field, years of experience and occupational career score) for resilience score.

In addition, there was an transaction between years of experience and the recognition of occupational career. In the group with a high level of career recognition, those with longer experience provided more support to enhance resilience. On the contrary, a low level of career recognition, those with longer experience provided less support to promote resilience. These results demonstrate that both personal career and occupational career play important roles in strengthening the support nurses provide, that enhances patients' resilience.

文 献

- 1) Dakof, G., Taylor, S. E.: Victims perception of social support : What is helpful from? , Journal of Personality and Social Psychology, 58, 80-89, 1990.
- 2) Rutter, M. : Resilience in the Face of Adversity, British Journal of Psychology, 147, 598-611, 1985.
- 3) Garmezy, N. : Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments, Pediatric Annals, 20, 459-466, 1991.
- 4) Grotberg, E. H. : Resilience for today, Prager Publishers, p.1, 2003
- 5) 小花和 Wright 尚子: 幼児期のレジリエンス, ナカニシヤ出版, 京都, p.8, 2004.
- 6) 小塩真司, 中谷素之, 他: ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性－精神的回復力尺度の作成－, カウンセリング研究, 35, 57-65, 2002.
- 7) 石毛みどり, 無藤 隆: 中学生における精神的健康とレジリエンスおよびソーシャル・サポートとの関連. 教育心理学研究, 53, 356-367, 2005.
- 8) 小原敏郎, 武藤安子: 「保育の質」と「レジリエンス」概念との関連, 日本家政学会誌, 56(9), 643-651, 2005.
- 9) 澤田和美, 上田礼子: 病気の乳幼児と母親の養育性－強韌性 (Resilience) の育成の視点から－, 小児保健研究, 56(4), 562-568, 1997.
- 10) 小林正夫, 松原 紫, 他: 血液・腫瘍性疾患患児のレジリエンス－入院, 両親の関わりおよび年齢による影響－, 日本小児血液学会誌, 16, 29-134, 2002.
- 11) 長内 綾, 古川真人: レジリエンスと日常的ネガティブライフイベントとの関連, 昭和女子大学生生活心理研究所紀要, 7, 28-38, 2004.
- 12) 高辻千恵: 幼児の園生活におけるレジリエンス－尺度の作成と対人葛藤場面への反応による妥当性の検討－, 教育心理学研究, 50, 427-435, 2002.
- 13) 石井京子, 藤原千恵子, 他: 看護師のキャリア尺度の作成と信頼性及び妥当性の検討, 日本看護研究学会誌, 28(2), 21-31, 2005.
- 14) Benner, P. : From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice, Menlo Park, California, Sddison-Wesley, 1984 井部俊子, 井村真澄, 他(訳) ベナー看護論, 22, 医学書院, 東京, 1992.
- 15) 13) 前掲
- 16) 4) 前掲
- 17) Hiew, C. C. : Resilience Measurement : Using a Resilience Scale. Paper presented at the Annual Convention of the International Council of Psychologists, Salem. Massachusetts, 1999.
- 18) 4) 前掲
- 19) 13) 前掲
- 20) 7) 前掲
- 21) 8) 前掲
- 22) 5) 前掲
- 23) Wyman, P. A., Cowen, E. L., et al.: Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension, Child Development, 70(3), 645-659, 1999.
- 24) Cook, K. V. : "You have to have somebody watching your back, and if that's God, then that's mighty big" : The church's role in the resilience of inner-city youth, Adolescence, 35, 717-730, 2000.
- 25) Vance, J. E., Fernandez, G., et al. : Education progress in a population of youth with aggression and emotional disturbance: The role of risk and protective factors, Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6(4), 214-221, 1998.
- 26) Mansen, A. S. : Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and adaptation from childhood to late adolescence. Development and Psychopathology, 11(1), 143-169, 1999.
- 27) Banbura, A. : Self-efficacy in health promotion and disease prevention, Japanese Health Psychology, 5, 1-22, 1997.
- 28) Eisenberg, et al. : The relation of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children, Child Development, 68(2), 295-311, 1997.
- 29) Wyman, P. A., Cowen, E. L., et al : The role of children's future expectation in self-esteem functioning and adjustment to life stress: A Prospective study of urban at-risk children, Development and Psychopathology, 5(4), 649-661, 1993.
- 30) 1) 前掲
- 32) 11) 前掲

〔平成18年7月13日受 付〕
〔平成19年1月18日採用決定〕

喉頭摘出を受けた喉頭・咽頭がん患者の食道発声獲得プロセス

Esophageal Speech Learning Process in Cancer Patients who underwent Laryngectomy

廣 瀬 規代美

Kiyomi Hirose

キーワード：喉頭摘出，食道発声，プロセス，がん看護

Key Words : laryngectomy, esophageal, process, cancer nursing

I. 緒 言

頭頸部領域は、音声言語、呼吸、嚥下、嗅覚、聴覚といった人間の社会生活上不可欠な機能を備え、感情表現やコミュニケーションに重要な部位である。喉頭全摘出術（以下、喉頭摘出術）を受けた喉頭摘出者は、失声を余儀なくされ、最も重度な機能障害として位置づけられる¹⁾。コミュニケーション手段だけでなく自らのアイデンティティを表現する手段をも喪失する。また、永久気管孔造設や味覚、嗅覚にまで障害がおよび、喉頭摘出者の精神的負担は図りしれない。しばしば抑うつ、引きこもり、自己憐憫等を生じ、それらの反応が対人関係の再開や代用発声の獲得をさらに困難にする²⁾。

我が国の喉頭摘出者を対象とした先行研究を概観すると、QOLやボディーイメージ、心理的適応、患者会の活動成果や参加者が患者会から受けている支援等の研究が行われている。喉頭摘出者にとって失声は、不安の程度が高く^{3,4)}、人生の中で最も辛く近親者の死別よりも辛い出来事である⁵⁾。また失声は、心理・社会的面のQOLに影響を及ぼし、離職や減収、社会経済上の問題⁶⁾を生じさせる。以上から、代用発声の獲得がQOL向上に重要であると指摘されている。一方、海外においても同様な問題が指摘され、QOL向上に向けた医師、看護師、言語聴覚士、ソーシャルワーカーらのチームによる喉頭摘出者のリハビリテーション（以下、リハビリ）への支援が行われている⁷⁾。しかし、既に1990年代後半には、患者の満足度の視点からリハビリプログラムの改良に向けた情報提供やプログラム内容の検討⁸⁾が行なわれ、評価の段階に至っている。

代用発声の種類は、食道発声、電気喉頭等⁹⁾であり我が国でも実用化されている。食道発声はコミュニケーション手段として不可欠であり、他の方法より優先的に選択され、不可能な場合のみ電気喉頭が用いられる¹⁰⁾。しかし、高齢者に多いという喉頭・咽頭がんの特徴から、食道発声獲得に向けリハビリを継続することが困難である¹¹⁾。ま

た、食道発声の獲得に至るには個人差を認め、会話に対する不満足感を感じている^{12,13)}。海外においても食道発声獲得は、30%前後という厳しい結果もある¹⁴⁾。

以上、食道発声獲得に向けたリハビリの継続が困難である現状をふまえると、失声という障害を肯定的に受け止め、リハビリの継続を強化できる看護支援の検討が必要である。しかし、我が国の食道発声のリハビリの現状は、患者会のボランティア指導員を中心とした活動に委ねられ、食道発声獲得に向けた看護支援プログラムの確立までには至っていない。看護支援プログラムを作成するためには、喉頭摘出術を受ける意思決定の段階から食道発声獲得プロセスを、患者の経験から詳細に検討する必要がある。しかし、患者の立場から明らかにした研究は皆無に近い。筆者の先行研究¹⁵⁾において、喉頭摘出術患者は「失声」と「生命の保障」との狭間で葛藤に苛まれながら喉頭摘出術を受ける意思決定をしていることを明らかにした。また、失声に対するボディーイメージの受容プロセス¹⁶⁾では、失声の受容に苦悩しながらも、食道発声という新たなコミュニケーション方法獲得と生活の再構築に向けた前向きな姿勢へと変容することを確認した。この2つの先行研究により、喉頭摘出術を受けることを自身で意思決定することが転換点として存在し、彼らを前向きな姿勢へと変容させる契機となっていることの示唆を得た。これは鈴木¹⁷⁾が指摘した「術前の自己決定の有無が障害を肯定的に受け止めることに関与する」ことを支持していた。しかし、これらの調査結果は、対象者が少なく普遍化にまで至らなかった。また、調査期間が、喉頭摘出術前から退院後1か月と限定されたものであり、長期に及ぶ困難な食道発声獲得プロセスを提示するものとはならなかった。そこで、対象者を拡大し、そのプロセスを詳細に検討する必要があると考えた。

本研究は、喉頭・咽頭がん患者が、どのように喉頭摘出術を受けることを意思決定し、食道発声を獲得していくの

か、食道発声獲得プロセスを明らかにすることを目的とした。

II. 用語の操作的定義

食道発声獲得プロセスとは、喉頭・咽頭がん患者が、病名告知後、失声を余儀なくされる喉頭摘出術を受けることを意思決定し、その後食道発声を獲得していくことである。また、食道発声リハビリとは、失声後の食道発声獲得に向けたリハビリのことである。なお、食道発声獲得とは、原則として日常生活の会話手段に食道発声を用いるが、非常時の会話手段に筆談及び電気喉頭を用いるレベルである。

III. 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・アプローチ修正版¹⁸⁾（以下、M-GTAとする）を用いた質的帰納的研究である。

2. 対象者：

患者会に所属し、同意の得られた18名。対象選定の条件は、①医師より病名告知をされ、調査時点でなお外来通院継続中の患者である、②食道発声または筆談を交え食道発声による会話が可能である、③調査時点で、告知後から食道発声獲得の一連のプロセスをインタビューするため、精神疾患の既往がなく、地域社会への参加や活動可能な身体的・精神状態であることとした。

3. データ収集方法：

1) 半構成面接：患者会の指導員の方々との面接及び文献等を参考にインタビューガイドを作成し、半構成面接を行った。主たる質問内容は、「喉頭摘出の告知から喉頭摘出術を受けることを意思決定し、喉頭摘出術を受けるまでの思い」「喉頭摘出後からどのようにして食道発声を獲得してきたのか、現在までの思い」とした。面接場所はプライバシーの守れる静かな個室を準備し、面接時間は、55～100分程度であった。面接内容は、対象者の承諾を得てテープに録音をし、逐語録を作成した。

2) 診療録による情報収集：個人特性や告知時の内容や反応、治療経過等を情報収集した。

3) 参加観察法：食道発声の練習に参加し、対象者その他のメンバー間とので交流の様子（会話・態度・行動等）を研究者の立場で観察し、言語的・非言語的な内容をフィールドノートに記録した。

4. 分析方法

データ分析は、M-GTAを用いた。M-GTAは、方法的限定という独自の考え方を導入している。その特徴は、①研究者が意義を明確にした研究テーマを設定し、その限

定した範囲内における現実のデータに基づいた特定領域の説明力に優れていることである。②研究対象とする現象がプロセス的性格をもっていることである。本研究では、喉頭摘出術を受ける意思決定を含め食道発声獲得プロセスを対象者の立場から明らかにすることを目的とし、そのデータが患者会に参加している対象者に限定されていること、研究者自身が面接や分析を実施していくことから《研究する人間》の視点を重視したM-GTAが適切であると考えた。

データ分析は、1人分のデータ全体を読みデータに慣れ、次に切片化せずに一頁くらいずつ読み、分析テーマである「食道発声獲得におけるプロセス」に関連がありそうな箇所に着目した。着目箇所を診療録やフィールドノートを参考にし、研究者の視点から逐語録に起こした対象者の行為や認識について解釈し、定義、概念を命名した。解釈の恣意性を防ぐために類似例と対極例があるか対極比較を行った。M-GTAでは、概念名を最小単位としているため、具体例・定義・概念名についてワークシートを作成した。また、データの解釈として考えたことや気づいたことは、理論的メモとして記録した。理論的メモは、概念間の関係や関連性を説明しまとめていく上で参考になるものである。

最初概念生成までは、質的研究を実践している者にスーパーバイズを受け、次に最初のデータと対極的なデータを取り上げ、概念を生成する作業を継続した。さらに、カテゴリ生成については、概念の説明範囲とレベルを検討し、概念の意味のまとまりに基づきサブカテゴリ・カテゴリと段階を経てカテゴリ化した。説明力のある重要度の高い概念については、サブカテゴリに位置づけた。分析過程においては、適宜スーパーバイズを受けた。分析過程において、15例分析終了後、新たな概念名を見出すことができなくなったことから、さらに3名の分析を加えることによって飽和化を確認した。加えて、患者会会長に面接をすることにより、ストーリーライン及びカテゴリ間の関係を確認した。

5. 概念生成の例示

本論文における概念生成過程を例示する。以下『 』は、食道発声獲得に向けたリハビリについて、対象者の語りの一部である。

『対象者K：手術をするって聞いて、かなりショックが大きかった。ご飯が2日間食べられなかった。先生から「手術をしなければ治らない、ダメだって」「手術が嫌ならしなくてもいいんだよ、だけど命の保障はできない」って。半年もたてば手術は出来ないし、手術をしなければ命はないし。手術をすれば声はでなくなっちゃうし。』

『対象者H：喉頭をとる。手術をしなければ治らない。

悩んで眠れなかった。命は助かって声はなくなる。声ができるようになる方法はないのか。でも、手術しか命に保障はないって。それで、声はあきらめたね。』

筆者は、喉頭摘出者が失声と生存への切望の狭間で、声を温存する治療方法はないかと模索と葛藤の中で、生きるためには仕方のないことであると声を諦め喉頭摘出術を決意することと解釈した。そこで、定義を“告知を契機に失声を余儀なくされる危機と生存への願いを抱き、生命の保障と失声との狭間で喉頭摘出術以外の他の治療方法を模索し葛藤する中で、声を諦め喉頭摘出術を受けることを意思決定すること”とし概念名<生命の保障と失声との葛藤>とした。

6. 倫理的配慮

1) 対象者選定の手順：研究者は、食道発声獲得プロセスを把握するため、患者会の活動状況及びメンバー構成等を会長より情報収集した。また、対象者選定は、食道発声の練習活動日に、食道発声の練習及びメンバー間の交流の様子を観察し行った。

2) 同意の手順：研究者は練習活動日に参加し、全員に研究概略を説明し調査協力依頼を行った。同意は、調査当日会長より対象者の紹介後、同意説明文書を用いて再度研究の趣旨及び目的、研究参加・拒否の自由の保障、目的以外にデータを用いないこと、データ管理、個人特定に配慮した処理を行い学会及び学術雑誌へ公表すること、面接時プライバシーを保護する場所を確保すること等を説明し、同意書への署名により得た。また、面接時は、対象者の承諾を得て面接内容をテープ録音し、疲労や面接時間の影響、不必要な内容は無理に話さなくて良いことを配慮した。本研究は、G大学の疫学倫理委員会の承諾を得た。

IV. 研究結果

1. 対象者の背景

対象者は、いずれも男性18名、年齢は58～76歳であり、平均年齢67歳であった。疾患は、喉頭がん16名、下咽頭がん2名、手術後経過年数3～15年（平均7.5年）であった。食道発声会話可能16名、食道発声+筆談1名、食道発声+電気喉頭1名であった。

2. 食道発声獲得プロセス

以下、【 】はカテゴリー、〔 〕はサブカテゴリー、〈 〉は概念を示す。

食道発声獲得プロセスは、【喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験】【リハビリ継続促進経験】【リハビリ継続阻害経験】の3つのカテゴリー、26概念から構成された（図1）。

1) ストーリーライン

食道発声獲得プロセスは、がん告知から喉頭摘出術の意思決定に至るまでの心理的葛藤に加え、困難とされる食道

発声リハビリを通し、喉頭摘出者自身の危機的段階を克服し食道発声獲得をしていくプロセスであった。術前、喉頭摘出者は〔二重の衝撃と絶望〕後、喉頭摘出術に対し<生命の保障と失声との葛藤>の中で〔苦渋の決断による意思決定〕をしていた。自分ではどうすることもできない状況で、失声という未知の経験や食道発声という第二の声を期待し〔喉頭摘出に対する不安の回避〕により、喉頭摘出術を決断した。術後、喉頭摘出者は、失声の現実と直面し〔失声の衝撃と諦め〕をし、意思伝達手段を模索しながら食道発声獲得に一途の期待をかけ、リハビリを開始した。

リハビリを開始後、2つの相反する経験が確認された。一つは、【リハビリ継続促進経験】であった。喉頭摘出者は、〔食道発声獲得の動機の自覚〕により相手に伝わらない食道発声の困難さを経験する中で<気兼ねなくつきあえる仲間の獲得>等、〔練習継続を促す強みの獲得〕により〔懸命な練習〕を継続することが可能となった。そして、食道発声を獲得した現在〔食道発声に対する達成感〕を得ていた。

もう一つは【リハビリ継続阻害経験】であった。喉頭摘出者は、失声後リハビリを開始する。しかし〔失声の衝撃と諦め〕が大きい場合、社会におけるコミュニケーションが困難なことから〔孤独感〕に拍車をかけ、<食道発声の練習参加に対する躊躇>といったネガティブな経験をしていた。食道発声による会話がある程度可能となった段階では、<コミュニケーションに対する抵抗感>等、〔コミュニケーションに対する困難さの自覚〕を認めた。また、一般社会では、<社会との食道発声に対する認識の隔たりの自覚>等、〔社会との隔たりの自覚〕といったリハビリの中断をもたらす可能性のある阻害経験を認めた。【リハビリ継続阻害経験】は、リハビリの開始後初期段階から、常にリハビリの中断をもたらす危機的局面として介在していた。しかし、【リハビリ継続阻害経験】は〔練習継続を促す強みの獲得〕により、回避可能となり〔懸命な練習〕へとポジティブな経験に変容可能であった。この食道発声獲得プロセスは、【喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験】という苦悩の後に、【リハビリ継続促進経験】と【リハビリ継続阻害経験】が表裏一体の関係の中で連関し、〔懸命な練習〕を継続することにより達成可能となるものであった。

以下に、3つのカテゴリーについて概念や概念間の関係から生成されたサブカテゴリー、概念、具体例を図1の食道発声獲得プロセスに沿って示す。

2) 喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験

カテゴリー【喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験】は、がんであることと失声を余儀なくされる喉頭摘出術の告知に二重の衝撃を受け絶望する中で、生命の保障と失声との

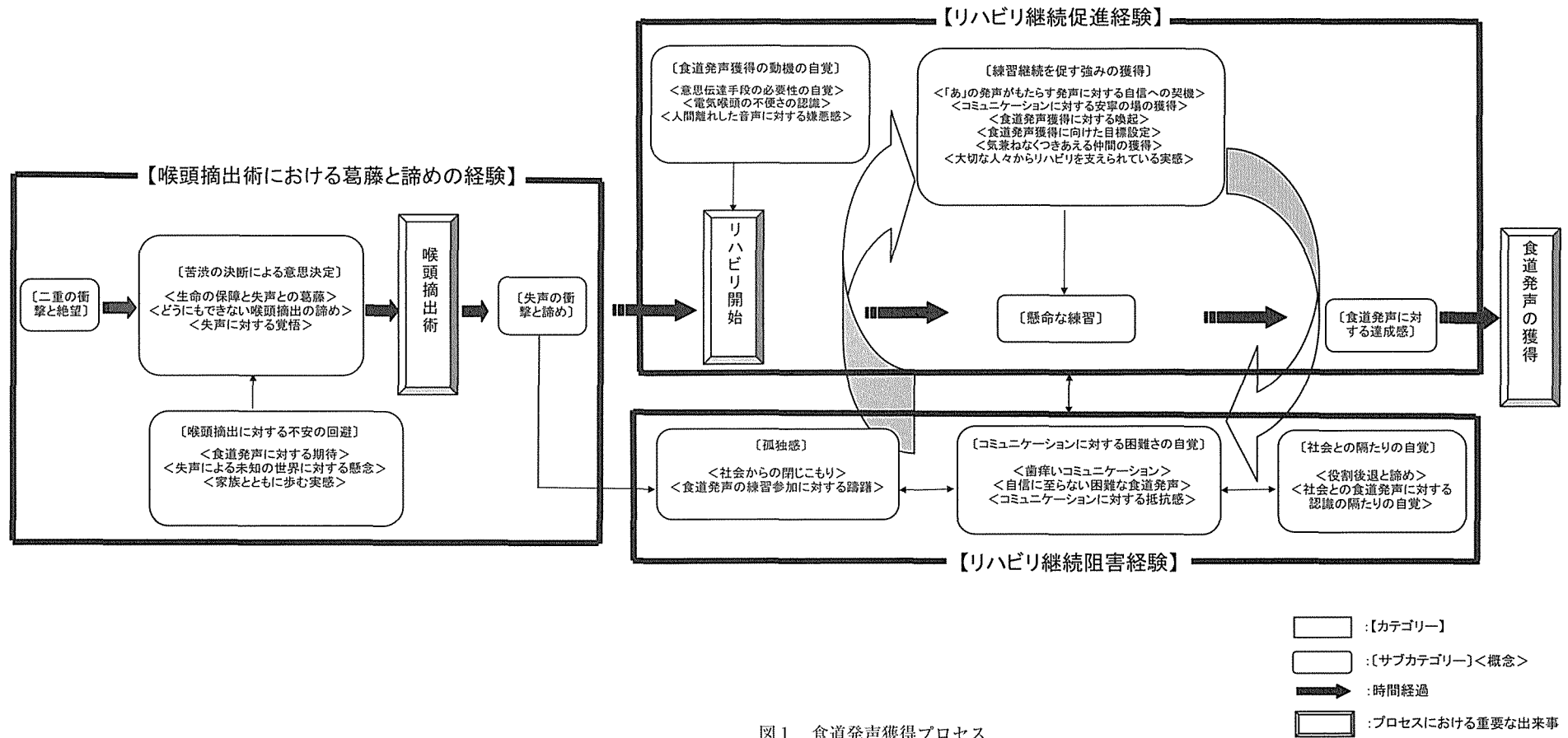


図1 食道発声獲得プロセス

狭間で葛藤し喉頭摘出術を受けることを意思決定したり、喉頭摘出後の失声の現実と直面した苦悩の経験を意味する以下のサブカテゴリーや概念を総括するものとして生成された。

〔二重の衝撃と絶望〕の定義は、突然のがん告知に対し「まさか」と信じがたい思いに加え、喉頭摘出術に伴う失声を余儀なくされる告知に二重の衝撃を受け、絶望し精神的ダメージに苛まれることである。

『対象者R：「がん」と言われたのが1回目のショックで、さらに追い打ちをかけるように「声が出なくなる、喉頭を取らなければ命がない、障害者3級になるんだ」って言われた時が、2回目のショックだった。また、一晩眠れなくなって、どんなことをしても眠れない。普通の人は「がん」だって言われて、相当真っ暗で考え込んだ挙うのに、俺の場合は入院したら「声がでない」なんて言われて、ショックだよ。それで同意書に印鑑を押す時も、なかなか押せないし、ショックだったね。』

『対象者T：喉頭がんと病名を聞いてその場で「えー」とビックリした。目の前が真っ暗になって。「声がでなくなるかもしれない」と聞いて、ショックだった。病名告知のあと今度は声がでないっていう二段階っていうか二重のね。普通は治って退院するけど、僕らの場合は、病院に来るときは声が出たけど、帰る時はでない。』

〔苦渋の決断による意思決定〕は、以下の概念より生成された。これは、生きるためにはどうすることもできないと苦渋の決断により喉頭摘出術の意思決定をすることである。

＜生命の保障と失声との葛藤＞の定義は、概念例示で述べた。

＜どうにもできない喉頭摘出の諦め＞の定義は、生命の保障のために喉頭摘出術を避けることはできない、どうにもできないことと諦め喉頭摘出術を意思決定することである。

『対象者E：病院に来て息がやっとだった。穴を開けて穴をいつふさぐのかと思ったら、落ち着いたら手術をするって…。命との引き換えに声帯をとらなくてはならなかった。命からがら現実をどうすることもできなかった。』

『対象者L：呼吸が苦しくて、直ぐに穴を開けて、どうしようもなかった。手術をする以外に方法がなかった。手術をするまでは、放射線をかけたけれど、痛くて痛くて。喉頭がんで、喉頭をとるって諦めて覚悟を決めた。』

＜失声に対する覚悟＞の定義は、医療従事者や同病者間の交流による情報の獲得や、失声を覚悟する行動をとる中で、喉頭摘出術を受ける心構え、覚悟をすることである。

『対象者B：入院中、看護婦さん、患者同士の生の声が聞こえてくる。手術までに、いろんな患者さんから情報が

聞こえて来たから、手術を受けるまでには、声がでなくなる自分の動揺っていうのが…。心構えができてくる。ある日突然きられたら大変だけど、覚悟ができてくるんだよ。』

『対象者U：手術をする前には友達に連絡して、手術をしたら声がでなくなるから、電話をするのもこれが最後だって。自分の声は最後だって。友達や兄弟に電話をして覚悟を決めた。』

〔喉頭摘出に対する不安の回避〕は、以下の概念より生成された。これは、失声の現実をイメージすることができず意思伝達に対する気がかりや漠然とした不安を抱き、生命との引き換えに声を諦めざるを得ない苦渋の決断を迫られる経験の中で、患者会の存在や食道発声を既に獲得している人からの情報提供により、失声後の不安を回避することである。

＜食道発声に対する期待＞の定義は、失声後の自分をイメージすることができない中で、食道発声を獲得した人や食道発声の経験の情報提供により、失声後の不安の回避が得られ、揺らいでいた気持ちが喉頭摘出術の意思決定へと移行することである。

『対象者D：喉頭摘出した人が、しゃべれたんですよ。「おたくはしゃべれるんですか」って尋ねたら、練習をすればしゃべれるようになるよって。その人がしゃべれるんだったら自分もしゃべれるようになるかなって、手術を受けてみようかなって、思った。』

『対象者T：手術前に食道発声する人が来て、食道発声でしゃべってくれた。手術前に会うと全然違う。食道発声の声を聞いて「手術をしてもこうなるのかな」「手術をしても大丈夫かな。声がでるかな」って思った。』

＜失声による未知の世界への懸念＞の定義は、失声の現実をイメージできず、意思伝達に対する気がかりや日常生活に対する漠然とした不安を抱くことである。

『対象者B：声がでないということはどういうことなんだろう…。と、わからない。入院してから声がでない人をみたけど、自分の体感としては声がでないっていうことが、どういうことだろうと思って。』

『対象者R：手術後の声がでなくなることが一番気になる。声が出なくなって、筆談だと自分の伝えたいことが伝わるのか不安。声が無くなって、これまでやってきたことを変えることは、手術前は考えられない。実際に声がでなくなった場合でないとかどのくらいのものなのか実感がわからない。』

＜家族とともに歩む実感＞の定義は、告知後喉頭摘出術を意思決定する迷いの中で、家族の助言や励ましによって家族とともに生きる勇気が芽生え、喉頭摘出術を受けることを意思決定することである。

『対象者A：手術を受けたってことは、自分のためではなくて、家族の力が大きい。子どもに「お父さんは一人の体じゃないんだよ。家族がいるんだから。」って言われて。死んではダメだって思ったよ。』

『対象者K：娘がさ、「手術をすれば命は助かる。生きていれば何とかなる。声だって、話をしている同じような人をみてなんとか話せるようにもなるんじゃないかな。とにかく手術だけはして」って言われた。それで、家に帰ってしばらく考えて・・・家族の支えがあったから手術を決められた。』

〔失声の衝撃と諦め〕の定義は、喉頭摘出後、発声しようとしても声がでない失声の現実にショックを受け、失声を認識することにより苦悩の末、声を諦めることである。

『対象者J：声が出なくなった時は、ショックだったね。ほんとに世間が暗くなった。手術をして気がついたら、もうベッドの上で、その時はもう声がでなくなっちゃった。もう、諦めだよ。辛かった。』

『対象者K：手術後麻酔から目が覚めて目を開けた。「どうですか」って看護師さんに言われたけれど、しゃべれるわけがないがね。手を挙げただけ。あの時の感情には本当に参ったね。二度とああいう思いはしたくない。声がでない悔しさね。ショックだったね。あの時の感じは死ぬまで忘れられない。声も諦めだよ。』

3) リハビリ継続促進経験

カテゴリー【リハビリ継続促進経験】は、リハビリを中断する危機的局面が常に介在する食道発声獲得プロセスにおいて、長期にわたる日々の継続した努力やその結果につながる経験を意味する以下のサブカテゴリーや概念を総括するものとして生成された。

〔食道発声獲得の動機の自覚〕は、以下の概念より生成された。これは、失声に伴う意思伝達の不自由さの自覚や社会復帰手段として、食道発声の必要性を認識し動機づけることである。

＜意思伝達手段の必要性の自覚＞の定義は、失声により相手に十分な意思伝達が不可能なことからイライラし、苦悩することにより意思伝達手段の必要性を自覚することである。

『対象者P：手術をした後に電話が通じないということが一番印象に残っている。－中略－家族に電話をしても通じなかったことが一つのきっかけになって、食道発声の練習を一生懸命しようと思った。』

『対象者R：声がでなくて、ホワイトボードに書いていた時は、なかなか気持ちが伝わらなくて大変だった。よいじゃないよ。返事をするだけで何か言おうと思って億劫になっちゃう。だから伝わらない。イライラする。』

＜電気喉頭の不便さの認識＞の定義は、日常生活におい

て、電気喉頭を使用することの不便さを認識することである。

『対象者B：しゃべることより器械ばかり使っていた。器械を使っていると、トイレで「今日は天気がいいですね」って言われても声がでない。－中略－ゴルフをやっていて、スコアを数える時に器械を使ってしゃべるのは不便で面倒になった。器械をもっていないとしゃべれない不便さがあった。』

『対象者G：何をやってても止めないと器械を使えない。これは、ダメだと思った。どうやったって不便なんだよ。片方を止めないと同時には器械は使えない。』

＜人間離れした音声に対する嫌悪感＞の定義は、電気喉頭の人間離れした音声の違和感から人の目が気になり、羞恥心や嫌悪感を自覚することである。

『対象者U：エレクトロラリンクスは器械だから、ロボットのような声で嫌だ。使いたくない。人の目が気になる。』

『対象者V：エレクトロラリンクスでしゃべっていると、人の目が気になる。ロボットのような音だしね。』

〔練習継続を促す強みの獲得〕は、以下の概念より生成された。これは、リハビリの中断をもたらす危機的局面を回避し、リハビリの継続を促す要因になるものである。

＜「あ」の発声をもたらし発声に対する自信への契機＞の定義は、食道発声の第1声である「あ」を発声できない焦りを抱き、途中で諦めようとする苦悩の中で、第1発声を契機に継続への自信へと移行することである。

『対象者J：発声練習に何度来ても、声が全然でないんだよ。他の人は上手に声がでる。もう俺はダメだって思って諦めちゃった。「あ」が出るまでが大変なんだよ。そのコツ・タイミングをつかむまでが大変。－中略－声がれば張り合いが良かったけど。声が全然でないと諦めに変わっちゃう。』

『対象者K：虎の巻には、「食道に空気をいっぱいためてそれを力を抜きながら食道の口をふるわせて声をだせばいい」と書いてあるけど、でるわけがない。なかなか出なくてイライラしてね。「あ」がでることが最初だから。練習したって・・・でない。嫌になっちゃう。－中略－だけど出てからは、2語、3語って進めて。』

＜コミュニケーションに対する安寧の場の獲得＞の定義は、同病者相互の交流やレベルを気にすることなく、食道発声で唯一肩の力を抜いて気兼ねなくコミュニケーションが図れる場を獲得することである。

『対象者H：この会は、一番気兼ねなく話しができる。みんな同じ経験をしている者の集まり。話をすることがリハビリ。落ち着いて話しができる。同じレベルで話しが出来るよ。励みになる。』

『対象者L：とにかく練習は日常会話。一人じゃ練習で

きない。とにかく話をすることがリハビリ。患者会に来れば、話ができる。同じ境遇の人達の集まりだから話がいっぱいできる。同じ病気で練習をしているから気持ちもわかってもらえる。だから遠慮もなく話しができるよ。』

＜食道発声獲得に対する喚起＞の定義は、他者との比較により食道発声の達成状況を確認し、リハビリ継続への励みを得て、食道発声獲得に対する意欲を喚起することである。

『対象者E：家にいたら一人になっちゃう。こういう場所にくれば自分でもやれば何とかなるんじゃないかと思える。〇〇さんが〇か月で声がでた。悔しいから真剣になって練習をした。負けなつもりで練習をした。練習以外に他になにもない。仲間がいると頑張れる。』

『対象者U：練習をしていると、同じくらいに手術をした人とどちらが上手くなったか競争じゃないけど、頑張ろうと励みになる。家でも練習をしているけど一人では難しい。上手く話すことができていいのかわからない。』

＜食道発声獲得に向けた目標設定＞の定義は、食道発声を既に獲得した人の存在を通して食道発声に対する目標を見出し、練習継続への意欲をもつことである。

『対象者K：社会復帰に向けて食道発声の練習を諦めたらだめだと思ったから真剣だった。先輩がしゃべっているのをみて、俺だって努力をすればああいう風にしゃべれるようになるんだって思って、夢があったね。』

『対象者T：あの人のようにしゃべれるようになりたい。とにかく社会復帰が目標だったから、無我夢中だった。』

＜気兼ねなくつきあえる仲間の獲得＞の定義は、失声という障害を抱えた同病者間の交流を通し、気兼ねなくつきあえる仲間や自らの居場所を獲得することである。

『対象者H：この会に入って気持ちが前向きになった。これまで農業をやっていたから、そちらの関係の人との付き合いが多かったけれど、今はこの会が一番仲間がいて居心地がいい。旅行に行ったり仲間意識がある。自分も声がなくなった時は、人生どうなるかって思ってけれど、会があって良かった。第二の人生だよ。』

『対象者O：患者会に入会して、周りの雰囲気、自分の気持ちを前向きにしてくれた。自分一人ではなかなか難しい。患者会に入ったことで同じ同病者と一緒に練習して励みになった。仲間同士で気兼ねなくつきあえる、神経も使わないでいられる場所だよ。』

＜大切な人々からリハビリを支えられている実感＞の定義は、家族や身近な周囲の人々の協力、支えなくして食道発声の練習を継続することはできないと認識することである。

『対象者G：母ちゃんや孫や家族、友達、発声の練習中励まし、支えてくれたから、しゃべれるようになった。』

『対象者T：自分を支えてくれている周りの人が「しゃべらなくちゃだめだ」って。励まされて、練習だと思って。短い言葉をしゃべって。ここまでになった。』

〔懸命な練習〕の定義は、食道発声の獲得に向け、日々努力を惜しまず毎日懸命に練習を繰り返す行動をとることである。

『対象者A：声を出すには、ここへ来てその練習だけじゃ声はでない。家庭に帰っても練習をしないと声が出るようにならない。朝起きて、2、3頁教本を声に出して、読むということを毎日繰り返してやっている。そうじゃないと声がでない。でなくなってしまう。』

『対象者E：話せるようになるまで苦しくて大変。家で、だいたい最低でも1～2時間の練習をやっていた。朝飯を食べないでサイダーを5本飲んだよ。それでも声はでない……。』

〔食道発声に対する達成感〕の定義は、未だ会話への不自由さを感じながらも、長期にわたる苦難を克服し、継続した食道発声練習の成果として会話が可能となり、食道発声に対する満足感・達成感を得ることである。

『対象者D：今はふつうの生活に戻れたと思う。ある程度は、話をしても相手にわかってもらえるようになった。大変だったけど練習してきたから、ここまでなんとかこれたね。』

『対象者J：(食道発声で)話せるようになって本当に良かったと思う。やっぱり、努力をしないとこの病気はだめ。絶対に待ってただけじゃ口をきけるようにならない。自分で一生懸命やらないとね。自分で声をだそうと思わなければ、いくら食道発声の会に来ていても声はでるようにならない。』

4) リハビリ継続阻害経験

カテゴリー【リハビリ継続阻害経験】は、リハビリの継続を困難にしリハビリの中断をもたらすネガティブな経験を意味する以下のサブカテゴリーや概念を総括するものとして生成された。

〔孤独感〕は、以下の概念より生成された。これは、リハビリの開始後初期に失声によるコミュニケーションが困難な状況で孤独感から逃避行動をとることである。

＜社会からの閉じこもり＞の定義は、失声を負い目となりコミュニケーションの回避と嫌悪感を抱き、孤独感に苛まれながら社会から逃避し閉じこもる行動をとることである。

『対象者D：近所との付き合いもできなかった。会話ができないから交流もない。患者会以外に足を運ばない。』

『対象者K：声が出なくなると、一時ふさぎ込んだりしたんだよね。人と付き合うとか嫌になる。億劫になってしまふ。知ってる人に会っても話せるわけではないし、そう

なると知ってる人にあっても引け目を感じる。－中略－話せない時は、ひがみじゃないけど、よそでないで家に閉じこもり。人との交流が全くななくなっちゃうね。』

＜食道発声の練習参加に対する躊躇＞の定義は、コミュニケーションが困難な状況で患者会に参加し孤独感の自覚や練習参加への躊躇により、練習継続を困難にすることである。

『対象者E：患者会への参加は、行ってしまうと気持ちが楽になる。初めは、誰も知らないし、そこへ一人で入っていくわけだから大変なことだよ。しゃべれないし、おおごとだよ。』

『対象者Q：最初、練習に参加をするのは大変だ。会に参加をしても誰も知らないし、声も出ないし、半年くらいは会に参加をしても2時間黙って我慢していた。本当に寂しいよ。この人はどういう人だっかわかるようになるのにも半年位かった。言葉が出れば直ぐに馴染めるんだけど、言葉が通じないから本当に大変だ。』

〔コミュニケーションに対する困難さの自覚〕は、以下の概念より生成された。これは、思うように相手に通じない食道発声のためにコミュニケーションに対する抵抗感を認識することである。

＜歯痒いコミュニケーション＞の定義は、自分が会話をしているつもりでも、相手には通じない不十分なコミュニケーションに歯痒い思いを抱くことである。

『対象者E：自分は声は出るけど相手にはわかってもらえない。やっと声をだすだけ。自分が話しをしているつもりでも、相手が何をいっているのか理解できない。話し半分みたいになってしまう。』

『対象者G：友達が来ても何をいっているかわからないって。こういう声を聞いたことがないからわからないって。そして「こう言ったんだよ」とメモを書いてね。そうすると「そうかねえ」とわかる。しゃべっても、全ての人にはなかなかわかってもらえない。もどかしい感じだね。』

＜自信に至らない困難な食道発声＞の定義は、日々の練習でも、未だ相手に通じない食道発声の困難な状況を自覚し、積極的にコミュニケーションを図るまでの自信には至らないことである。

『対象者A：今でも満足はいかないね。いくら言葉が出るようになったのは、3年か4年ですよ。それだって言葉が通じる場合と通じない場合があって、最近いくらか会話に自信がもてる時があるけど、まだまだだね。』

『対象者N：スムーズには食道発声ができない。難しいよ。電話も相手に通じないから電気喉頭を使ってね話す。自分でもテープに入れて食道発声の練習をするんだけどね。相手にはよくわからないみたいで難しい。』

＜コミュニケーションに対する抵抗感＞の定義は、食道

発声に対する一般の人々の認識が薄い社会で、食道発声で大きな声がでないことや聞き取りにくいこと、声の特徴から他人の目が気になりコミュニケーションに対する抵抗感を自覚することである。

『対象者J：食道発声でしゃべれるようになったけど、人には聞きづらいただろうなと思ってね。声に特徴があって、しゃべることにちょっと嫌だなんていう気持ちがある。』

『対象者T：人前でしゃべるのは、すごく気になって。やっぱり声が違うし、うまくしゃべれないし。人前でしゃべる不安みたいなのがあった。』

〔社会との隔たりの自覚〕は、以下の概念より生成された。これは、食道発声者の社会参加における厳しい現実の中で、コミュニケーションの困難さと食道発声やりハビリの意味に対する社会との隔たりを自覚することである。

＜役割後退と諦め＞の定義は、失声を抱え社会参加することの厳しさや、コミュニケーションの困難さを自覚し、これまで担ってきた役職や役割を諦め後退する等、消極的行動をとることである。

『対象者Q：手術後、もう社会復帰は無理です。体力的に。今まで、地域のことはすべてやってきた。〇〇会の重要な役職もやってきた。入院するんで、全部やめて他の人に頼んできた。今は、そういうのをやる気にならない。やっぱり、言葉が普通にしゃべれなければ、だめ。こういう病気になるなければ今も続けていたと思う。「声がでないから」って言えば、他の人がどんどん動いてくれて、自分の居場所がないから。寂しい気持ちだった。』

『対象者S：電話で話せないから、前にやっていた自治会役員なんか完全に引き下がった。手術の前は社交的でどこでも出かけていったけれど、今はもう出かけて行けない。始めての所だと全部伝えなくては行けない。なぜ声がでないのか経過を伝えなければいけない。だから、出かけて行ける所がずっと狭くなってしまった。』

＜社会との食道発声に対する認識の隔たりの自覚＞の定義は、話すことを不可欠とするリハビリの意味について、食道発声者と一般の人々との間に認識の隔たりがある現実を自覚することである。

『対象者E：普通の人は、自分がしゃべる時、「しゃべると疲れちゃうからいいよ」っていうけれど、そうじゃないんだよ。逆なんだよ。しゃべることは発声練習になって、だんだんよくなるんだよ。しゃべっているとだんだんしゃべれるようになるんだよ。でも、普通の人はそうは思わない。違うんだよ。』

『対象者R：たいていの人は、俺が話しをしていると苦しそうに感じるから「しゃべらなくていいよ」って言う。話すことがリハビリなんだけど。同じ仲間ならずっと最後まで聞いてくれるでしょ。ところが、一般の人は「いいよ、

無理しなくても」って言われるのが現実で、自分たちと考えが違ふんだよね。』

V. 考 察

1. 食道発声獲得プロセス

喉頭摘出者の食道発声獲得プロセスは、【喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験】【リハビリ継続促進経験】【リハビリ継続阻害経験】の3つの経験から構成された。

危機は、人が大切な人生の目標に向かう時、障害に直面し、習慣的な問題解決の方法を用いてもそれを克服できない時に発生する¹⁹⁾。喉頭摘出術前後の【喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験】では、3つの危機的局面的存在が明らかとなった。病名告知と喉頭摘出術をしなければならないと説明された段階、喉頭摘出術の意思決定における葛藤の段階、喉頭摘出術直後、失声の現実と直面し衝撃を受けた段階である。告知後〔二重の衝撃と絶望〕の段階を経て、さらに〔苦渋の決断による意思決定〕という2つの危機的段階が喉頭摘出術前に存在し、先行研究の結果²⁰⁾を再確認した。退院後の【リハビリ継続阻害経験】では、〔孤独感〕〔コミュニケーションに対する困難さの自覚〕〔社会との隔たり自覚〕のネガティブな経験をjする段階といった3つの危機的局面的存在が確認された。Sanchez-Salazarら²¹⁾は、喉頭を摘出した患者が危機的状況に陥る危険がある時期として、「喉頭摘出をしなければならないと宣言された時、手術後何が自分に起こったかを察知できた時、入院という保護的な状況から退院した時、手術を無事切り抜けて通常の生活に戻った時」の4つの時期があるとした。本研究においても同様な危機的段階を踏襲するプロセスがあることが確認された。加えて、新たに、食道発声のリハビリの中断をもたらす【リハビリ継続阻害経験】を中心とする危機的局面的存在が確認された。また、喉頭摘出者の社会適応への努力に反し、＜社会との食道発声に対する認識の隔たりの自覚＞をjするといった具体的困難さと苦悩が認められた。

1) 喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験

喉頭摘出者は、失声後の自分をイメージできず＜生命の保障と失声との葛藤＞の中で、食道発声を既に獲得した人を模範として希望を見出し、失声という障害に対して普通ではないと思っていた考えや感情を普通のことでありと受け入れること²²⁾ができ、失声後の不安を回避していた。危機的段階を克服し失声に対する諦めが、喉頭摘出術の意思決定に関与したと考える。〔苦渋の決断による意思決定〕は、失声という障害を肯定的に捉え、苦難のリハビリを克服する原動力となりうると考える。また、患者会や食道発声をする人は、喉頭摘出者にとって自己を客観的に捉え、障害受容へと導く可能性を秘めた存在であった。告知後早

期の段階から患者会を中心に情報交換の場を提供することが必要である。

2) リハビリ継続促進経験とリハビリ継続阻害経験

喉頭摘出者は、術前に失声の覚悟をしていたものの、生存への切望により失声を現実視出来ない状況にあった。そして、術後に失声が現実のものとなり強い衝撃を受け、危機的局面へと発展することが示唆された。また、喉頭摘出者は言葉で反応できない時、YES/NOの質問の形やあるいは単純な支持等、コミュニケーション上の限界を感じる²³⁾。喉頭摘出者は、コミュニケーションの限界から〔食道発声獲得の動機の自覚〕をし、リハビリ開始へと一つの局面を迎えたと考える。期待の一方、喉頭摘出者は、コミュニケーション困難な初期の段階で〔孤独感〕を抱き、練習参加に対する躊躇や第1段階である「あ」の発声に苦悩していた。さらに、食道発声で会話可能となった段階でも、〔社会との隔たりの自覚〕を強いられた。時間経過に関わらず存在する阻害経験を早期に回避することが、リハビリの継続を可能にすると考えられる。

一方、〔練習継続を促す強みの獲得〕は、【リハビリ継続阻害経験】を【リハビリ継続促進経験】へと変容させ、〔懸命な練習〕によるリハビリの継続を可能にすると示唆された。Tricia²⁴⁾らは、「会話はコミュニケーションの主な手段である故、喉頭摘出者の多くは、喉頭摘出後心理的適応が出来にくく抑うつを経験する。しかしながら、感情と行動の調和により自己の存在を肯定的に捉えることが可能である」と報告した。喉頭摘出者は、「あ」の第1声と＜コミュニケーションに対する安寧の場の獲得＞により否定的自己を肯定的自己へと転化する契機がもたらされ、感情と行動の調和により自己の存在価値を肯定的に捉えることを可能にしたと考える。さらに、寺崎ら²⁵⁾は「食道発声が上達しない中断の理由は、体力面等の身体的な問題だけではなく食道発声を獲得するまでの意欲の維持も課題である」と指摘した。同病者間における＜食道発声獲得に対する喚起＞や＜食道発声獲得に向けた目標設定＞は、リハビリの継続を中断することへの回避と〔懸命な練習〕を可能にし、食道発声獲得への向上心を強化・保持していることが示唆された。また、＜気兼ねなくつきあえる仲間の獲得＞は、自己の存在価値を再認識し人生の再構築をもたらすと考える。

2. リハビリ継続に向けた看護支援

喉頭・咽頭がんは、60歳以降の発症率が高く²⁶⁾、退職後の人生を構築する時期に危機的局面的訪れる。特に、高齢者は心理・社会的面による環境への不適応という特性をもつ。失声といった障害がコミュニケーションを阻害し、地域社会からの孤立や不適応に拍車をかけることが危惧される。地域社会に適応していく上でコミュニケーション手段

を獲得することは、喉頭摘出者にとって必要不可欠である。中でも、リハビリを継続できるよう看護支援することは重要課題である。

現在、リハビリは、入院期間の短縮化により退院後において患者会活動により行われている。リハビリを中断することなく継続するためには、告知の段階から病棟と外来さらに患者会との連携強化を図り、リハビリが中心となる退院後の支援体制を構築することが必要である。リハビリを継続するための支援としては、以下の5点が示唆された。

第1点は、外来及び病棟看護師の連携により、喉頭摘出者の病名告知から喉頭摘出術を受けることを意思決定することや退院後を含め、食道発声獲得プロセスにおける危機的局面を把握し共有することである。生存への切望から失声を諦め喉頭摘出術を意思決定することは、喉頭摘出者にとってリハビリを克服する原動力となるであろう。特に、外来及び病棟看護師が食道発声獲得プロセスを共有し、定期的な面接の導入を図ることは、喉頭摘出者にとって危機的局面の回避となる。挫折しやすいコミュニケーション困難な時期に心理・社会面に対する早期支援が可能となると考える。

第2点は、喉頭摘出後の不安を回避し、食道発声獲得に向けた動機づけを促すために、告知後早期の段階から患者会と看護師との連携を図り支援することである。喉頭摘出術前から喉頭摘出者のニーズに基づいた術後の経過の情報提供や同病者間の交流の場を提供することが必要である。喉頭摘出者の模範となる食道発声を獲得した人との交流は、同病者間の仲間意識を高めると同時に、食道発声への希望をもたらす機会となると考える。

第3点は、喉頭摘出者自身が存在価値を肯定的に認知し、食道発声獲得に向けた意欲を維持できるよう支援することである。リハビリを継続する意欲を保持するためには、代理体験や成功体験を概念に含む自己効力感²⁷⁾の強化を図ることが示唆される。先に示した既に食道発声を獲得した人に自分を重ねあわせる代理体験に加え、＜食道発声獲得に向けた目標設定＞＜食道発声獲得に対する喚起＞といった成功体験がリハビリ継続を可能にすると考えられる。

第4点は、特に初期段階には筆談等を用いてメンバーの調整を図り、早期に共に励みとなる仲間を獲得できるよう支援することである。早期に＜コミュニケーションに対する安寧の場の獲得＞をすることで、初期段階の〔孤独感〕を回避し【リハビリ継続阻害経験】の助長を防ぐことが可能となると考える。

第5点は、失声により地域社会から孤立が懸念される高齢者について、外来受診日の定期的な面接の実施や相談窓口での対応を強化する。また、気兼ねなく同病者と交流もてる場を提供することにより、疎外感を促進しないよう支

援することが必要である。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は、対象者を1患者会所属の喉頭摘出者に限定しサンプリングを実施した後ろ向き調査である。調査結果は飽和化に達したが、食道発声獲得に至る時間経過に個人差があることから、対象者の手術後経過年数を同一にすることは困難であった。今後は、術後経過年数を考慮した対象の拡大や前向き調査により、さらに得られた概念の精選をするとともに食道発声を獲得しなかったプロセスについて検討の必要がある。また、リハビリが継続されることへの支援策を検討し、実践・評価することが課題である。

喉頭摘出者が社会全体に周知されるまでには至っていない現状では、社会環境の改善を図ることも今後の課題であるが、看護の立場からの限界もあり現実厳しいといえる。故に、喉頭摘出者のQOLの向上に向けた食道発声獲得への支援の整備が必須である。

VII. 結 論

本研究の結果、喉頭摘出者の食道発声獲得プロセスが明らかとなった。

1. 食道発声獲得プロセスは、【喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験】【リハビリ継続促進経験】【リハビリ継続阻害経験】の3つの経験としてまとめられた。
2. 喉頭摘出術前後において、苦悩と努力を脅かす6つの危機的局面の存在が示唆された。
3. 喉頭摘出術後、喉頭摘出者は、2つの表裏一体の【リハビリ継続促進経験】と【リハビリ継続阻害経験】を併せもつ経験をしていた。
4. リハビリ開始以後、〔練習継続を促す強みの獲得〕は【リハビリ継続阻害経験】を【リハビリ継続促進経験】に変容させ、〔懸命な練習〕によりリハビリ継続を可能にすることが示唆された
5. リハビリ継続への看護支援は、喉頭摘出者の喉頭摘出術の告知・意思決定の段階を含めた食道発声獲得プロセスを把握し、外来の整備や早期の段階から病棟・外来・患者会の連携により、リハビリ中心となる退院後までを含めた支援体制の強化を図ることである。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、研究にご協力頂きました患者会の皆様と病院スタッフの皆様に感謝致します。また、研究においてご協力、ご指導を頂きました群馬大学医学系研究科の神田清子教授および二渡玉江教授に深く感謝し、お礼を申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、失声を余儀なくされる喉頭摘出者が、がんの告知後どのように喉頭摘出術を受けることを意思決定し食道発声を獲得していくのか、そのプロセスを明らかにすることである。対象者は、同意を得た患者会に所属する喉頭摘出者18名である。方法は、半構成面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った。その結果、食道発声獲得プロセスは、【喉頭摘出術における葛藤と諦めの経験】【リハビリ継続促進経験】【リハビリ継続阻害経験】から構成された。リハビリを中断する危機的局面が介在するプロセスにおいて〔練習継続を促す強みの獲得〕は、【リハビリ継続阻害経験】を【リハビリ継続促進経験】へと変容させ、リハビリの継続を可能にすることが示唆された。喉頭摘出者がリハビリを継続するためには、告知後食道発声獲得プロセスを把握し、リハビリ阻害経験を促進経験へと移行できるよう看護支援が必要である。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the process of decision-making and learning of esophageal speech from being informed of the necessity for laryngectomy in patients with laryngeal and pharyngeal cancer.

Data were collected through interviews and observations for eighteen patients who underwent laryngectomy, being analyzed by the grounded theory approach.

The study revealed that the esophageal speech learning process could be summarized as "rehabilitation process involving continuous distress and efforts" based on the following 3 categories: 'experience of conflicts and abandonment in laryngectomy', 'experience of the promotion of the continuation of rehabilitation', and 'experience of resistance to the continuation of rehabilitation'. The process to conversation by esophageal speech involved great difficulties, but the continuation of rehabilitation toward the acquisition of esophageal speech was possible by 'experience of the promotion of the continuation of rehabilitation'. For the continuation of rehabilitation, support that allows changes from rehabilitation resistance experience to promotion experience is necessary.

文 献

- 1) M.J. Dropkin, R.G. Malgady, et al: Scaling of disfigurement and dysfunction in postoperative head and neck patients. *Head Neck Surg*, 8, 559-570, 1983.
- 2) J.C. ホーランド／J.H. ホーランド (河野博臣, 濃沼信夫, 他監訳): サイコオンコロジー① がん患者のための総合医療, 214-220, メディエンス社, 東京, 1993.
- 3) 清川浩美, 木村紀美, 他: 喉頭全摘出術を受けた患者の心理状態, *日本看護研究学会雑誌*, 12(3), 61-62, 1989.
- 4) 木村紀美, 清川浩美, 他: 喉頭全摘出術を受けた患者の心理状態, *日本看護研究学会雑誌*, 12(4), 9-14, 1989.
- 5) 坂谷内敏江, 南摩有保美, 他: 喉頭摘出術を受けた患者の心理過程に関する研究 (I) - 失声の認識と失声受容の契機 -, *日本看護研究学会雑誌*, 17(3), 45-46, 1994.
- 6) 飯田たけ, 西尾充代, 他: 喉頭全摘出術を受けた患者のQOLに影響を及ぼす要因, *日本がん看護学会誌*, 5, 79-81, 1991.
- 7) Theodoros Papadas, Nicolaos Charokopos, et al.: Rehabilitation after Laryngectomy, A Practical Approach and GuideLines for Patients, *Journal of Cancer Education*, 17(1), 37-39, 2002.
- 8) Philip C. Doyle: Postlaryngectomy Speech Rehabilitation, *Contemporary Considerations in Clinical Care, Revue D' Orthophonie et D' Audiologie*, 23(3), 109-116, 1999.
- 9) 切替一郎, 野村恭也 (編): 新耳鼻咽喉科学, 566-586, 南江堂, 東京, 1995.
- 10) William M. Mendenhall, Christopher G. Morris, et al.: Voice Rehabilitation After Total Laryngectomy and Postoperative Radiation Therapy, *Journal of Clinical Oncology*, 20(10), 2500-2505, 2002.
- 11) 寺崎明美, 間瀬由記, 他: 老年期喉頭摘出者の代用音声獲得を困難にしている要因, *日本看護研究学会雑誌*, 20(5), 11-20, 1997.
- 12) 山口淳子, 山田フミコ, 他: 喉頭摘出術後の患者の実態調査 - 呼吸, 会話, 食事, 生活行動, 希望, 手術の満足度の面からQOLを検討する -, *日本がん看護学会誌*, 10(1), 29-36, 1996.
- 13) 寺崎明美, 辻 慶子, 他: 喉頭摘出者の日常生活負担感とセルフヘルプ・グループから得ている支援との関連: 長崎大学医学部保健学科紀要, 15(2), 33-40, 2002.
- 14) G. Bergamini, L. Cantoni, et al.: Laryngectomy Counseling check of the validity of a handbook, *Acta Otorhinol, ital*, 9, 463-473, 1989.
- 15) 廣瀬現代美, 藤野文代: 喉頭摘出患者の喉頭摘出術の自己決定プロセスにおける看護援助, *群馬保健学紀要*, 24, 23-30, 2003.
- 16) 廣瀬現代美, 中西陽子, 他: 喉頭摘出患者のボディイメージの受容プロセス-喉頭摘出術前～退院後1か月の変化-, *群馬県立医療短期大学紀要*, 12, 33-47, 2005.
- 17) 鈴木弘美, 松井和子: 手術によって容貌が変容した頭頸部がん患者の社会参加とその関連要因, *がん看護*, 7(2), 161-165, 2002.
- 18) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的実証研究の再生-, 弘文堂, 東京, 1999.
- 19) 小島操子: 危機理論発展の背景と危機モデル, *看護研究*, 21(5), 378-385, 1988.
- 20) 前掲15)
- 21) V. Sanchez-Salazar, A. Stark: The use of crisis intervention in the rehabilitation of laryngectomees, *Journal of speech and hearing disorders*, 37(3), 323-328, 1972.

- 22) デイヴィッド・スピーゲル, キャサリン・クラッセン (朝倉隆司, 田中祥子監訳): がん患者と家族のためのサポートグループ, 32-50, 医学書院, 東京, 医学書院, 2003.
- 23) Mary Beth Happ, Tricia Roesch, et al.: Communication Needs, Methods, and Perceived Voice Quality Following Heads and Neck Surgery, Cancer Nursing, 27(1), 1-9, 2004.
- 24) Trica Feber : Promoting Self-esteem after laryngectomy, Nursing Times July 24, 92(30), 37-39, 1996.
- 25) 前掲13)
- 26) 前掲9)
- 27) Albert Bandura: Self-efficacy: Toward a Unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 84, 191-215, 2002.

〔平成18年5月11日受 付〕
〔平成19年2月15日採用決定〕

看護学生の臨地実習自己効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討

Development of a Self-Efficacy Scale for Nursing Students during Clinical Training and
an Assessment of its Reliability and Validity

眞 鍋 えみ子¹⁾ 笹 川 寿 美¹⁾ 松 田 かおり¹⁾ 北 島 謙 吾¹⁾
Emiko Manabe Hisami Sasagawa Kaori Matsuda Kengo Kitajima
園 田 悦 代¹⁾ 種 池 礼 子²⁾ 上 野 範 子³⁾
Etsuyo Sonoda Reiko Taneike Noriko Ueno

キーワード：自己効力感，臨地実習，看護学生，看護教育，尺度

Key Words : self-efficacy, clinical training, nursing students, nursing education, scale

I. 序 論

看護基礎教育において，臨地実習は国家試験受験資格を得るための必修要件である。学生は臨地実習において既習の知識・技術・態度を統合した看護実践や対人技能を要求される。しかし，最近の学生は対人関係を成立させていくことを苦手とする世代であり，様々な年代や多様な社会的背景をもつ対象との関わりに困難やストレスを感じる者は少なくない。このような状況では「患者との関係をうまく築くことができる」，「安全で安楽な技術をうまく提供できる」，あるいはそれらのことが「できない」ことが，学生の不安や自信，学習意欲などの心理的な状態に影響を与えると考えられる。すなわち，臨地実習という状況での行動や対処行動に対する自己効力感（セルフ・エフィカシー）が学生の臨地実習への心理的適応に強く影響すると推測される。

自己効力感とは，行動を起こす前に個人が感じる遂行可能感であり，やりたいと思っていることの現実可能性に関する知識である。具体的には，「自分にはこれだけのことができるのだ」という主観的な判断であり¹⁾，この高低が心理的適応に影響すると共に行動との関連が深いことが一般に知られている²⁾。そして，臨床や教育の分野では行動変容を予測したり，教育や介入によって操作が可能なものとして研究，応用されており，学習者の課題に対する自己効力が課題達成に重要な働きをすることが明らかにされている^{3),4)}。また，自己効力感には具体的な行動に対する課題特異的な期待と一般的な場面や行動における行動遂行の可能性に対する見通しの2つの水準がある⁵⁾。そこで，ある状況に固有なものとして，臨地実習という特有の状況下

での自己効力感に着目した。

最近，看護教育においても自己効力の理論をベースにした研究は増えており⁶⁾，なかでも学生の臨地実習に関する自己効力感をテーマに取り上げた研究は多い。その中で山崎^{7),8),9)}と百瀬ら¹⁰⁾は患者とのかかわり尺度を作成し，看護学生が患者とよい関係を保つには，患者との関わりにおけるセルフ・エフィカシーを高めることが重要であり，その具体的な方法としてスモールステップによる課題の提示をあげている。また，遠藤ら¹¹⁾も臨床実習自己効力尺度を作成し，その評価や測定を試みている。しかし，これら尺度の信頼性，妥当性は十分に検証されていない。一方，佐々木ら¹²⁾は，母性看護学実習セルフ・エフィカシー尺度を作成しており，その項目は「新生児の沐浴をする」「妊婦さんの腹囲を測定する」などの母性看護学領域の看護技術に関する25項目から構成されている。そして下村ら¹³⁾は看護技術に対する自己効力感尺度を開発しており，基礎的看護技術，高度な看護技術，コミュニケーション，問題発見・問題解決の4因子から構成されることを確認している。自己効力感を実際の遂行経験により変化するので，両尺度で測定している特定の看護技術に関する効力感の程度は，臨地実習における経験に大きく左右されと考えられる。さらに，これらの尺度は信頼性の検討はなされているものの，妥当性の検討は十分でない。

そこで，これらの課題を考慮し，本研究では特定の看護技術に限定されずに，臨地実習全般における自己効力感を測定できる信頼性が高く，妥当性も優れた測定尺度の開発を行う。この尺度の作成により，1) 看護学生が臨地実習でどの程度行動できているのかその程度が測定・

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

2) 明治鍼灸大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Meiji University of Oriental Medicine

3) 藍野大学医療保健学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Aino University

把握でき、看護教育における臨地実習の効果を検討できる、2) 自己効力感の程度にあわせた教育介入が可能となる、例えば、学生の自己効力感の程度を把握し、遂行行動の達成、代理体験、言語的説得、情動的喚起などの自己効力感の変動源をうまく活用・機能させることにより自己効力感の上昇や獲得につながる、3) これらの変動源を組み合わせた教育プログラムの作成、検討時の評価指標としての活用などが期待され、意義深いと考えられる。

自己効力感の高い個人は困難な状況において、問題解決行動に積極的に取り組み、自分の意志、努力によって将来に展望をもったり、何事に対しても努力しようという態度が見られる。そして特定場面における自己効力感は、個人の将来の行動に対して長期的な影響力をもっている¹⁴⁾。したがって、臨地実習における学生の自己効力感の向上を図ることにより、学習意欲や自己学習能力を高めることができ、資質の高い看護師の育成につながることを期待される。

II. 用語の定義

臨地実習自己効力感：学生が、看護職者が行う実践の中に身を置き、看護職者の立場でケアを行う過程において、看護実践に不可欠な援助の人間関係の形成や専門職者としての役割や責務を果たせそうだと思う気持ちや看護サービスを受ける対象者に向けて看護行為を行う過程で、看護の方法について「実践できそうだ」という自信を示す。

III. 研究1：臨地実習自己効力感予備尺度の作成 目的

臨地実習自己効力感尺度の質問項目を収集し、予備尺度を作成する。

研究方法

1. 調査対象

近畿圏の都市の医療技術短期大学の看護学科3年生で、調査に同意の得られた99名（男性1名、女性98名）、平均年齢21.3（SD=2.0）歳であった。

2. 調査期間

全ての臨地実習を終了した2003年1月。実習期間は、2002年4月から12月、その実習内訳は、成人急性期、成人慢性期、リハビリテーション期、母性、小児看護実習各3単位、老人、精神看護実習各2単位、地域看護実習1単位であった。

3. 手続き・倫理的配慮

自記式・無記名の質問紙法を用いて調査した。調査前に本研究の趣旨、協力は自由意思であること、調査結果の統計的处理によるプライバシーの保護、調査票は密封した状態で回収すること、成績などの学業評価とは関係がないこ

とを説明した。そして説明に承諾した者に調査票を配布した。さらに調査票の表紙に同様のことを記載した説明を添えた。記入後は回収箱にて回収した。

4. 予備尺度の質問項目を作成するまでのプロセス

1) 学生から質問項目を収集

臨地実習全般における自己効力感に関する学生の生の言葉をできるだけ多く、バリエーション豊かに集める、自己効力感のなかでもある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくできるかという予期（効力予期）に関する項目を収集することを目的とした。臨地実習を進める上で、①患者との関係を築くのに大切なこと、②患者の援助を行う上で大切なこと、③臨地実習で大切なこと、の3項目について文章完成法による記述を求めた。なお、全領域の臨地実習の終了時に調査を行ったため、実習での成功体験により行動の達成感を得ていることが推測されたため、「大切なこと」という刺激語とした。

2) 内容分析

収集した記述をコーディング・プログラムKH CODER¹⁵⁾を利用し計量的に内容分析を行った。KH CODERは、質的データを計量的、探索的にコーディングするソフトである。このソフトを用いることにより、短時間で常に同じ条件で客観的、再現性の高いコーディングができる。

記述文の総数は1,226で、その中で用いられていた単語数は832であった。1,194の文（97.4%）がコード化され、コード化されなかったのは、誤字や意味不明な32文（2.6%）であった。

臨地実習指導に携わる看護学の研究者5名でコーディングの基準を設けコード化された1,194を分類したところ①対象への姿勢・態度、②学習への姿勢、③安全、安楽な技術の提供、④コミュニケーションスキル、⑤対象理解、⑥個別の援助の提供、⑦常識・身だしなみ、⑧健康管理、⑨指導者との関係性、⑩友人との関係性、⑪家族との関係性の11のカテゴリーが抽出された（図1）。その主な記述内容は以下の通りであった。

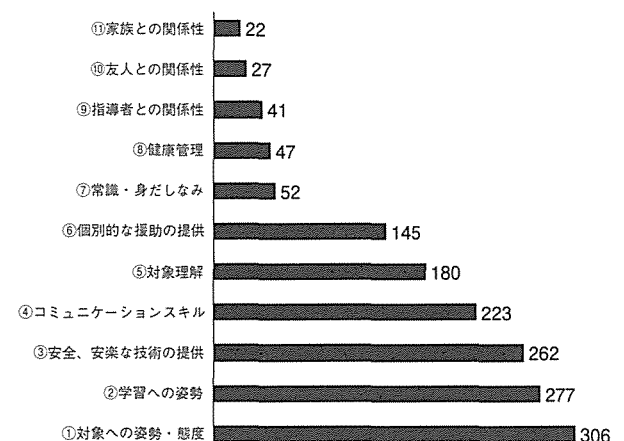


図1 カテゴリー別の記述数

最も多かったのは、患者の立場に立つ、患者を尊重する、誠意をもって接する、偏見や先入観をもたない、約束を守るなど対象への姿勢・態度に関する記述であり、306文(24.9%)見られた。次に多かったのは、学ぼうとする姿勢、積極性、反省・ふり返る、広い視野をもつ、探求心・興味を持つ、予習・復習をするなど学習への姿勢に関する記述で277文(22.6%)、声かけしながら行う、安全安楽に行う、確かな技術など基本的な技術の提供に関しての記述262文(21.3%)であった。

また、自分のことを知ってもらう、患者の話に耳を傾ける、笑顔で接する、視線を合わせて話す、訪床のタイミングを図るなどコミュニケーションスキルに関しての記述223文(18.2%)、患者を観察する、患者のニーズを把握する、情報収集力、疾患・治療について理解するなど対象理解に関する記述180文(14.7%)、個別性を考えて行う、その人に合った方法で行う、自立を促すよう援助を工夫するなど個別的な援助の提供に関する記述は145文(11.8%)確認された。

一方、記述の少なかった項目は、あいさつをしっかりと、言葉遣いや服装に心掛けるなど常識・身だしなみに関する記述で52文(4.2%)、体調、睡眠、体力・気力、食べる、休まないなど健康管理に関する記述が47文(3.8%)、指導看護師に積極的に質問する、看護師に自分の意志を伝える、指導看護師に観察したことを報告するなど指導者との関係性についての記述が41文(3.3%)、グループ間での協力、情報交換、仲間との助け合い、など友人との関係性に関する記述が27文(2.2%)であった。また、最も少なかったのは、家族への支援、家族も含めて接するなど家族との関係性に関しての記述であり、22文(1.8%)であった。

3) 予備尺度項目の構成

次に、カテゴリー内の重複する項目を整理した。そして看護学生の臨地実習における学習活動や学習意欲等を調査した先行研究^{16), 17), 18)}を参考にして、臨地実習で必要とされる資質、技能(スキル)、学習活動、などに関する項目の取捨選択を行い、最終的に73項目の予備尺度を作成した(附録)。各カテゴリーに含まれる項目は、5～10項目であった。教示文は、「これからの臨地実習においてあなたはどれくらいできると思いますか。その見通し予測をたて該当する番号に○をつけてください。」とした。回答は、「かなりよくできると思う：6」「できると思う：5」「ややできると思う：4」「あまりできないと思う：3」「できないと思う：2」「全くできないと思う：1」の6件法とした。自己効力感が高いほど評価点が高くなる。

IV. 研究2：臨地実習自己効力感尺度の作成と信頼性、妥当性の検討

目的

調査1では、臨地実習自己効力感尺度の因子構造を検討し、質問項目を選定する。そして、社会スキルとの関連から収束的妥当性を検証する。調査2では再テスト法による信頼性の検討、調査3では実習の進度による臨地実習自己効力感尺度の変化を検討する。そして調査4では、調査1～3の被験者とは異なる学生群においても尺度の適用が可能か、調査1で検討した臨地実習自己効力感尺度の因子構造についてモデルを想定し、検証的因子分析により構成概念妥当性を検討する。

[調査1]

研究方法

1. 本調査の依頼対象の抽出

本調査の実施にあたり、調査依頼対象の抽出には看護学校便覧2002¹⁹⁾を用いた。2003年9月に看護学校便覧に掲載されている大学の看護学科96校、短期大学(3年課程)59校、看護師学校(3年課程)494校の看護師養成課程の代表者宛に所属する学生(領域別の臨地実習を履修している3,4年生)への調査協力を書面にて依頼した。

2. 本調査の実施

同年10月に調査への協力の承諾が得られた依頼校の代表者宛に対象学生数の調査用紙を郵送した。総依頼数は8,352部であった。調査用紙の配布方法については、各依頼校に一任した。調査期間は2003年10月～11月であった。調査用紙の回収は郵送により行った。

3. 調査内容

- ①研究1で作成した臨地実習自己効力感予備尺度73項目、6件法
- ②社会スキル尺度(KiSS-18)²⁰⁾：対人関係を円滑にはこぶために役立つスキル(技能)の全体像を把握できる。全18項目、回答は「いつもそうでない(1点)」から「いつもそう(5点)」までの5件法である。得点が高いほど社会的スキルを身につけている。信頼性は α 係数($\alpha = .83$)と再テスト法で確認され、対人的適応指標や不適応指標、他の社会スキル尺度との関連から構成概念妥当性、行動的指標との関連から基準関連妥当性が報告されている。本尺度は対人的適応の指標であることから、臨地実習自己効力感尺度の対人関係に関する尺度とは正の相関が予測される。臨地実習自己効力感尺度の収束的妥当性を検証するために使用した。
- ③専攻分野に対する適応度²¹⁾：所属する専攻分野への適応度について測定できる8項目、3件法の尺度である。 α 係数は.80、基準関連妥当性、構成概念妥当性について

は一連の研究^{22), 23), 24)}で確認されている。得点化は、石井ら²⁵⁾に準拠し、「あてはまらない」を0点、「どちらでもない」を0.5点、「あてはまる」を1点として合計を算出した(範囲0～8点)。6点以上を高適応群、3.5以下を低適応群とした。自己効力感の高低が心理的適応に影響を与えることから、専攻分野における適応度が高いほど、臨地実習自己効力感も高いことが予測される。

⑤属性：性別、年齢、学年、看護師養成課程(大学、短期大学、看護師学校)、養成課程の設置主体(国立、公立、私立、その他)である。

4. 倫理的配慮

研究を実施するにあたり、研究者が所属する機関の医学研究審査委員会の承認を得た。質問紙の表紙に研究趣旨、協力は自由意思である、プライバシーの保護、データは統計的に扱われるため回答者が特定されないこと、結果は研究として公表されること、調査票の返送をもって調査への同意とすること、調査責任者への連絡方法を明記した。

5. 回答数の集計

回答数の集計を表1に示す。調査票の配布依頼数は8,352、回答数3,341名(回収率40.0%)、有効回答数は3,304名(有効回答率39.6%)であった。性別では、男子164名(4.9%)、女子3,137名(95.0%)、不明3名(0.1%)であった。設置主体別では、国立668名(20.2%)、公立871名(26.4%)、私立1,519名(46.0%)、その他139名(4.2%)、不明107(3.2%)であった。また学年別では、2年生141名(4.3%)、3年生2,951名(89.3%)、4年生206名(6.2%)、不明6名(0.2%)であった。

表1 対象者の背景 (N=3,304)

属性区分		人数 (名)	割合 (%)
性別	男子	164	(4.9)
	女子	3,137	(95.0)
	不明	3	(0.1)
養成校の 設置形態	国立	668	(20.2)
	公立	871	(26.4)
	私立	1,519	(46.0)
	その他	139	(4.2)
	不明	107	(3.2)
学年	2年	141	(4.3)
	3年	2,951	(89.3)
	4年	206	(6.2)
	不明	6	(0.2)

6. 分 析

有効回答の中から学年が3、4年生の3,157名を抽出した。2002年看護師養成課程在学数の課程別割合を参考に看護大学417名(22.0%)、短期大学265名(14.0%)、看護師

学校1,213名(64.0%)の計1,895名を無作為に抽出し、分析の対象とした。平均年齢は21.5($SD=2.6$)歳、年齢範囲は20～46歳であり、20～22歳が89.8%であった。男性91名、女性1,804名であった。

臨地実習の自己効力感予備尺度は素点をそのまま解析に用いた。統計解析にはSPSS12.0Jを用いた。なおStepwise Exploratory Factor Analysis²⁶⁾にはSEFA2002のソフトウェアパッケージを用いた。

結 果

1. 臨地実習自己効力感尺度の因子構造

まず、項目の反応分布を確認し、項目の平均値が5.0以上および2.0以下となる16項目は、個人差を弁別できないため分析から除外した。57項目について複数の因子数により最尤法、プロマックス回転法による探索的因子分析を行った。その結果、固有値の大きさの変化や項目内容の解釈を参考に3因子解を採択した。そして、複数の因子に.4以上の因子負荷を示した13項目は因子所属が明瞭でないため削除した。

次に下位尺度を構成する項目選択のためにStepwise Exploratory Factor Analysisの変数減数法を用いた。これは、モデルに不適切な項目を統計的に選択する分析方法である。尺度が簡便に使用できることを考慮し、なるべく少ない項目数で、なおかつ信頼性を確保することを目的に項目を選ぶこととした。項目の選択は、内容の整合性、共通性と適合度指標から検討した結果、表2に示すような項目が選択された。第1因子の $\chi^2(20)=51.00$ ($p<.01$)；GFI=.99；CFI=.99，RMSEA=.03，第2因子 $\chi^2(2)=18.13$ ($p<.01$)；GFI=.99；CFI=.99，RMSEA=.06，第3因子 $\chi^2(2)=3.58$ ；GFI=.99；CFI=.99，RMSEA=.02であった。第2因子のRMSEAは若干.05を超えているものの、適合度は低くないことが示された。項目内容を検討した結果、第1因子「対象の理解・援助効力感」、第2因子「友人との関係性維持効力感」、第3因子「指導者との関係性維持効力感」と命名した。

2. 臨地実習自己効力感尺度の信頼性の検討

各因子の内的整合性を検討するためにCronbachの α 係数を算出したところ、第1因子.88、第2因子.84、第3因子.78であった。この結果、内的整合性は確認され、各因子はそれぞれ下位尺度としての信頼性を満足させる水準にあり、それぞれの因子を下位尺度として尺度得点を算出することは妥当と判断された。

3. 尺度得点の算出

3下位尺度について、下位尺度項目の素点の合計を下位尺度得点として以下の分析に用いることにした。尺度得点の平均($\pm SD$)は、第1因子「対象の理解・援助効力感

表2 看護学生における臨地実習自己効力感尺度の因子構造 (n=1895)

質問項目	因子負荷量			
	因子 1	因子 2	因子 3	共通性
1. 対象の理解・援助効力感 ($\alpha = .88$)				
e70 患者に必要な援助を提供すること	.783	.005	-.066	.618
e46 優先度を考慮して患者に援助すること	.748	.057	-.047	.565
e59 援助の前・中・後の患者の反応や状態を観察すること	.736	.014	-.048	.545
e56 患者に合わせ、臨機応変に援助すること	.725	-.053	.023	.529
e25 患者の安全や安楽に配慮して援助すること	.680	-.021	.030	.464
e34 患者の生活リズムや今までの生活習慣に配慮して援助すること	.665	.080	-.007	.449
e31 患者との会話や、診療記録、看護記録より患者の全体像を把握すること	.625	-.006	.054	.393
e8 患者の症状や状態を観察し、症状の変化に気づくこと	.559	-.089	.149	.342
2. 友人との関係性の維持効力感 ($\alpha = .84$)				
e45 友人に悩みを相談すること	-.055	.890	-.023	.796
e64 友人と心を許して話すこと	-.044	.872	.008	.762
e33 友人に自分の気持ちを素直に表現すること	.041	.750	-.004	.564
e21 グループの仲間との人間関係をスムーズにすること	.188	.401	.093	.205
3. 指導者との関係性の維持・学習姿勢効力感 ($\alpha = .78$)				
e15 指導者にはっきり意志表示すること	-.005	-.045	.766	.589
e26 指導者にわからないことを質問したり、相談すること	-.026	.052	.745	.559
e3 指導者との人間関係をスムーズにすること	-.016	.007	.629	.396
e7 いつも意欲的に行動すること	.219	.025	.472	.271
他の因子の影響を無視したときの寄与	5.233	3.324	3.906	
因子寄与率 (%)	32.71	20.78	24.41	
因子間相関				
因子 2				
因子 3				
.41				
.63				
.39				

表3 男女別の臨地実習自己効力感の平均値

	女子	男子	t 値
	[1804]	[91]	
対象の理解・援助	34.3	33.5	1.60
	(4.5)	(4.7)	
友人との関係性維持	18.8	16.5	6.73 **
	(3.2)	(3.3)	
指導者との関係性維持	16.2	16.2	0.09
	(2.9)	(2.9)	

[] 内は人数, () 内は標準偏差

** $p < .01$

(以下、対象の理解・援助と略す)」 34.3 ± 4.5 、第2因子「友人との関係性維持効力感(以下、友人との関係性維持と略す)」 18.7 ± 3.3 、第3因子「指導者との関係性維持効力感(以下、指導者との関係性維持と略す)」 16.2 ± 2.9 であった。

性別による得点差を検討するためにt検定を行ったところ(表3)、友人との関係性維持では、女子の方が男子よりも有意に高得点であった($t(1,893) = 6.73, p < .01$)。その他下位尺度では有意差は認められなかった。また、年齢を説明変数、各下位尺度を基準変数とする単回帰分析を行ったところ、友人との関係性維持、指導者との関係性維持において重相関係数 $R^2 = .005, .002$ であり有意であった($F(1, 1,885) = 10.26, 4.11, p < .01, .05$)。標準偏回帰係数はそれぞれ $\beta = -.074, .047 (p < .01, .05)$ であった。

これから、友人との関係性維持は性別や年齢による影響があり、指導者との関係性維持においては年齢による影響が確認された。

4. 構成概念妥当性の検討

臨地実習自己効力感尺度の収束的妥当性を検討するために、下位尺度得点とKiSS-18のPearsonの積率相関係数を算出したところ、対象の理解・援助.49、友人との関係性維持.45、指導者との関係性維持.50(共に $p < .01$)と中程度の有意な正の相関が得られた。

次に専攻への適応度と下位尺度との関係を検討するために、専攻への適応度によって低適応群と高適応群の2群に分類し、臨地実習自己効力感下位尺度の平均値の差を検討した(表4)。その結果、3下位尺度ともに高適応群の方

表4 専攻分野への適応別の臨地実習自己効力感平均値

	低適応群	高適応群	t 値
	[467]	[596]	
対象の理解・援助	32.6	35.5	10.63 **
	(4.6)	(4.2)	
友人との関係性維持	17.5	19.6	10.52 **
	(3.4)	(3.0)	
指導者との関係性維持	14.8	17.4	15.39 **
	(2.9)	(2.6)	

[] 内は人数, () 内は標準偏差

** $p < .01$

が高得点であった（順に $t(1,061) = 10.6, 10.5, 15.4$, 共に $p < .01$ ）。これらは、仮説を支持する結果であり、本尺度の構成概念妥当性の一端が示された。

[調査2]

研究方法

1. 調査対象

近畿圏の都市の医療技術短期大学の看護学科3年生で、調査に同意の得られた26名（すべて女性）、平均年齢21.3（ $SD = 2.0$ ）歳であった。

2. 調査時期・方法

2003年9月に調査を行った。再調査は調査票の最後に文書にて依頼した。具体的には、再調査に同意する場合は氏名の記入を求めた。同意の得られた26名に対し2週間後に再調査を行い、回答を得た。回収数および有効回答数は24名（92.3%）であった。

なお、再テストの間隔については、実習の進捗によりその特性に変化が生じることは予想されたが、1回目のテストによる影響を考慮し2週間とした。

3. 調査内容

研究1で作成された臨地実習自己効力感予備尺度（73項目、6件法）¹

4. 倫理的配慮

自記式無記名調査票の表紙には研究の趣旨、協力は自由意思であること、調査結果の統計的処理によるプライバシーの保護、などを記載した説明を添えた。調査票は、実習担当教員より個別に配布してもらい、配布時には口頭で研究への協力を要請し、承諾した者に調査票を配布した。なお、再調査時にも再度意思を確認した後に配布した。

結 果

2回の調査における下位尺度間のPearson積率相関係数は対象の理解・援助効力感.87、友人との関係性維持効力感.49、指導者との関係性維持効力感.70（共に $p < .01$ ）であった。3下位尺度ともに中程度から強い正の相関が認められ、再テスト法による信頼性は高かった。

[調査3]

研究方法

1. 調査対象

近畿圏の都市の医療技術短期大学の看護学科3年生92名を対象に臨地実習開始前（実習前）、8週後（実習中期）、実習終了時に縦断調査を行った。分析は3回の回答がマッチングできた46名（50.0%）を対象とした。全員女性で平均年齢21.2（ $SD = 2.1$ ）歳であった。

2. 調査期間

2003年4～12月。

3. 調査内容

研究1で作成した臨地実習自己効力感予備尺度（73項目、6件法）

4. 倫理的配慮

自記式無記名調査票の表紙には研究の趣旨、協力は自由意思であること、調査結果の統計的処理によるプライバシーの保護、などを記載した説明を添えた。調査票は、実習担当教員より個別に配布してもらい、配布時には口頭で研究への協力を要請し、承諾した者に調査票を配布した。なお、調査票にはマッチングのために記号を記入するように依頼した。

結 果

実習進捗による臨地実習自己効力感の変化を検討するために、実習時期（実習前、実習中期、実習終了時）を水準として一元配置分散分析を行った。その結果（表5）、対象の理解・援助効力感、指導者との関係性維持効力感の実習時期による効果が有意であった（ $F(2,45) = 21.92, 8.64$, ともに $p < .01$ ）。次にTukey法による多重比較の結果、両尺度共に、実習前に比べ実習中期と実習終了時は高得点であったが、実習中期と終了時の差はみられなかった。友人との関係性維持では有意差は認められなかった。対象理解・援助効力感や指導者との関係性維持効力感は早期の臨地実習における経験により高められることが示唆された。

表5 実習の進捗別の臨地実習自己効力感の平均値（N=46）

	1) 実習前	2) 実習中期	3) 実習終了時	F 値	多重比較
対象の理解・援助	33.0 (3.8)	35.8 (4.4)	36.1 (5.2)	21.92 **	1) < 2) **, 3) **
友人との関係性維持	19.7 (2.8)	19.8 (2.7)	20.0 (3.2)	0.18	
指導者との関係性維持	17.5 (2.2)	18.6 (2.7)	18.8 (2.9)	8.64 **	1) < 2) **, 3) **

() 内は標準偏差

** $p < .01$

* 1 調査1（尺度作成の調査）と同時期に調査を行ったため、臨地実習自己効力感予備尺度の73項目を用いた。

[調査4]

研究方法

調査対象、調査内容、倫理的配慮は研究2の調査1と同じである。なお、尺度作成時の分析に用いず、欠損値のない看護師養成校の3年生1,028名を分析の対象とした。平均年齢21.5 ($SD = 2.6$) 歳、男性48名 (4.7%), 女性980名であった。

結果

臨地実習自己効力感尺度の因子構造について3つの下位尺度について、2次因子モデルを構成した(図2)。分析にはAmos5.0を使用し、最尤法による検証的因子分析を行った。その結果、モデルの適合度は、 $\chi^2(101) = 433.3$ (p

$< .01$), $GFI = .95$, $CFI = .96$, $AGFI = .93$, $RMSEA = .057$ であった。これらからモデルの全体的評価を行ったところ、 $RMSEA$ は若干.05を超えているものの、適合度は比較的高いことが示された。また、各潜在変数と観測変数の対応関係をみると、パス係数は.48～.86と高い値を示し、統計的に有意 ($p < .01$) であり、構成概念と観測変数は適切に対応していることが示された。

これらから、他の学生集団における因子構造の追認が検証され、わが国における看護学生の臨地実習自己効力感とは、「対象の理解・援助効力感」、「友人との関係性維持効力感」、「指導者との関係性維持効力感」の3因子構造であることが確認された。

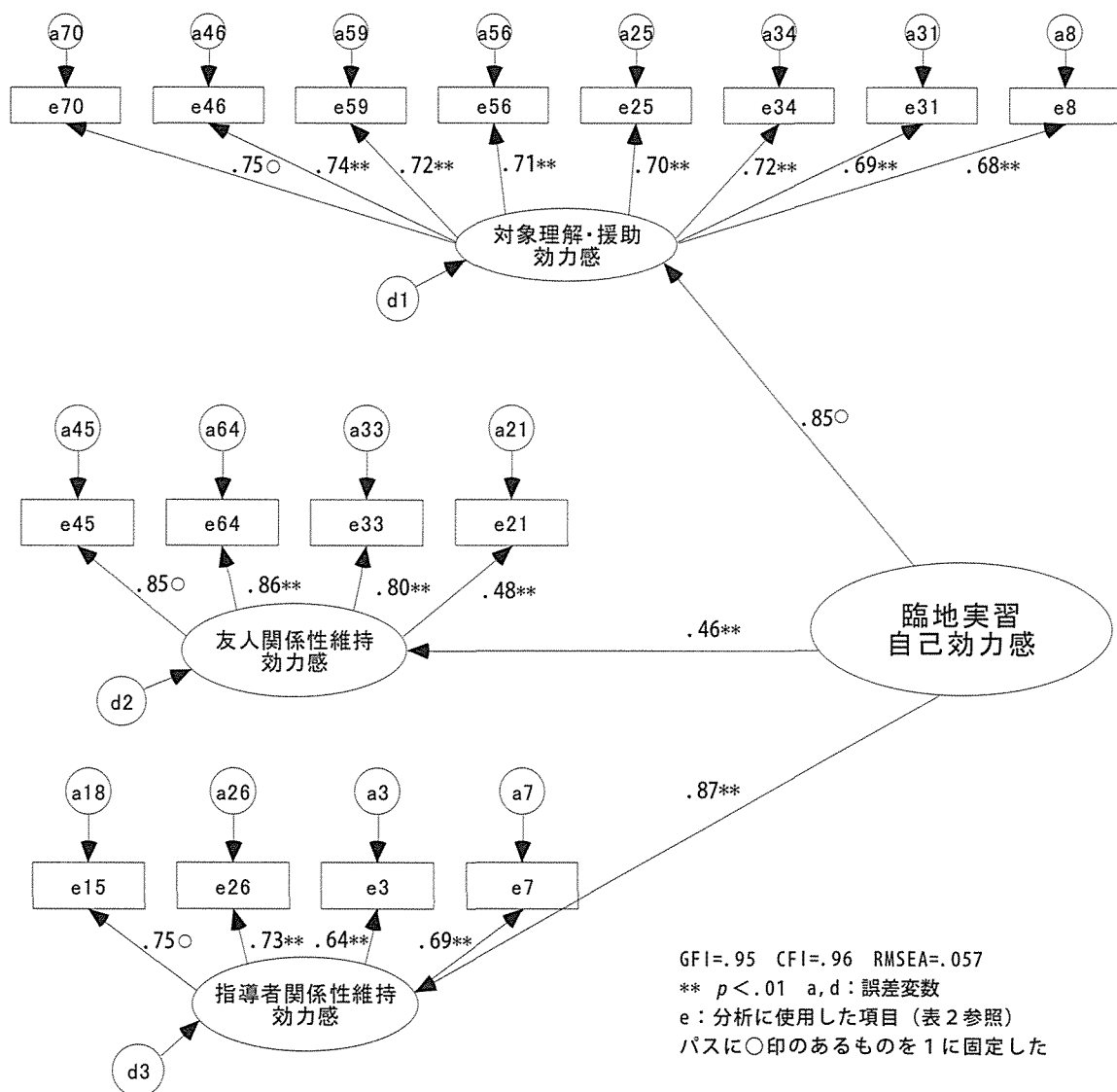


図2 臨地実習自己効力感の検証的因子分析の結果

V. 考 察

1. 開発された臨地実習自己効力感尺度の信頼性・妥当性

本研究では、看護学生1,895名を対象とした調査から、3下位尺度16項目からなる臨地実習自己効力感尺度を作成した。適合性の観点から構造的な妥当性を確認して項目を選択した。当初11の因子を仮定して項目を作成したが、安全、安楽な技術の提供、対象理解、個別的な援助の提供の3カテゴリーは第1因子に、そして学習への姿勢、指導者との関係性は第3因子に統合された。臨地実習における自己効力感は学生を取り巻く人的環境によって対象である患者の理解と援助効力感、友人との関係性維持効力感、指導者との関係性維持効力感の3因子が抽出された。対象への姿勢・態度、コミュニケーションスキル、常識・身だしなみ、健康管理、家族との関係性の因子は抽出されなかった。対象への姿勢・態度、コミュニケーションスキル、常識・身だしなみや健康管理の因子が脱落した理由としては、これらは学生の努力や心がけによって容易に行動変容が可能であり、他者の反応を確認しながら他者との良い関係を維持したり、看護行為を行うことに関する自己効力感と次元が違うと考えられる。そして、家族との関係性の因子が脱落したのは、学生は直接の援助対象である目の前の患者のことで精一杯であり、家族のことを考慮する余裕がないことや、実習場面で直接家族と関わる機会が少ないことも影響しているのであろう。

臨地実習自己効力感尺度の信頼性を検討した結果、3つの下位尺度の α 係数は.88、.84、.78であり特に第2、3因子は4項目と項目数が少ないことを考慮すれば、信頼性は満足すべき水準であると考えられる。そして、再テスト信頼性についても1回目と2回目の得点間に中程度から高い正の相関が認められ、信頼性も高いことが示された。

さらに、探索的因子分析の結果、Kiss-18と臨地実習自己効力感尺度の間に中程度の有意な正の相関が認められたこと、専攻分野における適応度が高いほど臨地実習自己効力感も高かったこと、尺度の作成時とは違う学生集団における検証的因子分析の結果から臨地実習自己効力感尺度の構成概念妥当性が確認された。これらから、臨地実習における自己効力感の対象の理解と援助、友人や指導者との関係性維持の3つの側面としてとらえるのが妥当であると確認された。なかでも、友人との関係性維持効力感、指導者との関係性維持効力感の2つの下位尺度は臨地実習場面での対人関係における自己効力感を測定するものと言えるだろう。

2. 学生の臨地実習自己効力感の特徴

本尺度を実習の進捗によって比較したところ臨地実習での経験により自己効力感が高められることが示された。

これは、山崎ら²⁷⁾や下村ら²⁸⁾の調査と同じ結果であった。すなわち、講義や実習前の学習で習得した知識や理論と実際の援助が統合されるような経験の積み重ねが自己効力感の向上に関与するものと考えられた。さらに下位尺度毎に見ていくと、対象理解と援助効力感と指導者との関係性維持効力感の実習の早期の時点で高められ、実習終了後まで変化しないことが明らかにされた。したがって、臨地実習の早期において自己効力感の程度を把握し、学生の自己効力感を高めるような介入により学習意欲や達成感を高めることの重要性が示唆された。そして、友人との関係性維持効力感については、性別による差が認められた。女子学生の方が男子学生よりも友人との親密な関係性を望むことから妥当な結果であろう。また、友人や指導者との関係性維持効力感には年齢による影響が確認された。加齢に伴い社会経験の増大は推測されることから、臨地実習においても友人や指導者との対人関係における自己効力感には年齢に伴う社会的な経験の増加の関与が考えられた。しかし、今回の調査対象者における社会経験の差に関する把握はできていないので、今後、臨地実習自己効力感と一般的自己効力感との関連を含めた詳細な検討を行う必要がある。

3. 臨地実習自己効力感尺度の利用と今後の課題

今回作成した臨地実習自己効力感尺度は、信頼性と構成概念妥当性が高く、質問も16項目、3下位尺度と少ないことから有用性の高い尺度であると考えられる。本尺度を縦断的に利用することで、看護学生が臨地実習でどの程度行動できているのかその程度を把握することができ、臨地実習中の自己効力感の変化は、臨地実習への心理的適応の指標として活用できると考えられる。そして、自己効力感の程度にあわせた教育的介入にも有用であろう。例えば、自己効力感が低い場合には、遂行行動の達成、代理体験、言語的説得、情動的喚起などの自己効力感の情報源をうまく活用・機能させることが自己効力感の上昇や獲得につながると思われる。しかし、具体的な情報源の検討は今後の課題である。また、指導者による学生の評価と学生の自己効力感を比較することにより、実際のスキルに比べて自己効力感の低い学生にはスキルに見合うように自己効力感を高め、スキルの割に自己効力感の高い学生には、自己認識を促しスキルを高めるような介入も可能になると思われる。さらに、集団を対象として自己効力感の情報源を組み合わせた教育プログラムを作成し、その適用に関する検討の際には有益な情報が得られるであろう。

今後は、今回作成した臨地実習自己効力感尺度の16項目において再度、信頼性と構成概念妥当性、基準関連妥当性の検討を行い標準化を進めると共に、臨地実習における自己効力感に関与する要因について検討すること、自己効力感と実習達成感や不安などの心理状態との関連の検討、自

己効力感の向上を目指した教育プログラムの開発と適応は課題である。

VI. 結 論

本研究では、全国の看護学生1,895名を対象に臨地実習自己効力感尺度を作成した。尺度は「対象の理解・援助効力感」、「友人との関係性維持効力感」、「指導者との関係性維持効力感」の3下位尺度から構成され、16項目で回答は

6件法である。妥当性は構成概念妥当性、内容的妥当性により検証し、信頼性は内的整合性と再テスト法から確認した。

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調査にご協力頂きました学生の皆様に心より感謝申し上げます。

要 旨

目的：看護基礎教育の臨地実習において学生の自己効力感を測定できる尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検討する。

研究方法：看護師養成課程に在籍の3,4年生を対象にした調査票による郵送調査。調査内容は、臨地実習自己効力感予備尺度、社会スキル尺度、専攻分野に対する適応度である。

結果：研究1では臨地実習で大切なことについて文章完成法による回答を求め、臨地実習自己効力感予備尺度(73項目)を作成した(N=99)。研究2では予備尺度を用いて調査を行い(n=1,895)、探索的因子分析を行ったところ、「対象の理解・援助効力感」、「友人との関係性維持効力感」、「指導者との関係性維持効力感」の3因子が抽出された。Stepwise Exploratory Factor Analysis から、各因子に最も適合する項目を選択して16項目からなる尺度を作成した。その下位尺度と社会スキル尺度の相関係数はそれぞれ.49, .45, .50, 信頼性係数(α 係数)は.88～.78, 再テスト間の相関係数は.87, .49, .70を示した。さらに検証的因子分析を行ったところ, GFI = .95, CFI = .96, RMSEA = .057であった(n=1028)。

結論：16項目、3下位尺度からなる臨地実習自己効力感尺度が作成され、構成概念妥当性と信頼性が確認された。本尺度により簡便に臨地実習における自己効力感の測定が可能である。

Abstract

Objective: This study was conducted for the purpose of developing a scale that enables nursing students to measure their self-efficacy during the course of clinical training in basic nursing education, and assessing the reliability and validity of a scale.

Study method: Mail survey covering those nursing students, who were in the third and the fourth grade at school, was conducted. Divided them into 3 groups. Study Group 1: 99 students, Study Group 2: 1,895 students, and Study Group 3: 1028 students.

The survey content consisted of a preliminary scale for measuring self-efficacy during clinical training, a scale for measuring social skills and each student's fitness for their major field.

Results: In Study Group 1, the students were asked to reply those matters which they felt important in clinical training by using a sentence completion format. And a clinical training self-efficacy preliminary scale (73 items) was developed (N=99). In Study Group 2, a survey was conducted by using a preliminary scale (n=1895), and as a result of exploratory factor analysis, 3 were extracted, which were "Feeling of efficacy in understanding and assisting those surveyed", "Feeling of efficacy in maintaining relationship with friends" and "Feeling of efficacy in maintaining relationship with instructors". Selecting those items, which most closely matched each factor, from Stepwise Exploratory Factor Analysis, a scale of 16 items was developed. The correlation coefficients between the subscales and a scale for measuring social skills were .49, .45 and .50 respectively. The coefficients of reliability (α coefficient) ranged from .88 to .78 and the correlation coefficients between retests were .87, .49 and .70 respectively. Moreover, when a confirmatory factor analysis was done in Study Group 3, the results showed GFI = .95, CFI = .96 and RMSEA = .057 (n=1028).

Conclusion: A self-efficacy scale during clinical training, which consists of 16 items and 3 subscales, was developed, and construct validity and reliability were confirmed. By using this scale, it is possible to measure self-efficacy during clinical training easily.

文 献

- 1) Bandura, A.: Self-efficacy in changing societies, Cambridge University Press, Cambridge, MA, 1995. (アルバート・バンデューラ編, 本明 寛, 野口京子監訳) 激動の中の自己効力感, 金子書房, 東京, 1997.
- 2) Ewart, C.K.: Self-efficacy and recovery from heart attack. Schwarzer, R. (Ed): Self-efficacy : Thought control of action. Springer, New York, 287-304, 1977.
- 3) 前田基成: 自己評価による自己効力感の変容が児童の漢字学習に及ぼす効果, 上田女子短期大学児童文化研究所所報, 16, 81-92, 1994.
- 4) 嶋田洋徳: 小中学生の心理的ストレスと学校不適応に関する研究, 風間書房, 1998.
- 5) 坂野雄二, 東條光彦: セルフ・エフィカシー尺度, 上里一郎 (監修): 心理アセスメントハンドブック第2版, 425-434, 西村書店, 東京, 2001.
- 6) 中川雅子, 笹川寿美, 他: 日本における「自己効力」を用いた看護教育研究の動向と今後の課題, 京都府立医科大学看護学科紀要, 15, 9-14, 2006.
- 7) 山崎章恵, 百瀬由美子: 患者との関わりにおける看護学生の自己効力感 (I) -測定尺度開発の試み-, 信州大学医療技術短期大学部紀要, 24, 61-70, 1998.
- 8) 山崎幸恵, 百瀬由美子, 他: 看護学生の臨地実習前後における自己効力感の変化と影響要因, 信州大学医療技術短期大学部紀要, 26, 25-34, 2000.
- 9) 山崎幸恵, 坂口しげ子, 他: 看護学生の自己効力感を高める実習指導の検討ー自己効力感が低い学生の実習中の体験からー, 信州大学医療技術短期大学部紀要, 27, 41-48, 2001.
- 10) 百瀬由美子・山崎章恵, 他: 患者との関わりにおける看護学生の自己効力感 (II) 基礎看護実習前後の比較と自己効力感を高める要因ー, 信州大学医療技術短期大学部紀要, 24, 71-79, 1998.
- 11) 遠藤恵子, 松永保子, 他: 看護学生の自己効力感(Self-Efficacy)に関する研究 (第1報) 基礎看護技術演習による自己効力感の変化と影響する要因, 山形保健医療研究, 2, 7-13, 1999.
- 12) 佐々木和義, 門脇千恵, 他: 看護臨地実習における学内事前実習がセルフ・エフィカシーに及ぼす影響, 日本ヒューマン・ケア心理学会第4回大会プログラム抄録, 2002.
- 13) 下村英雄, 岡美智代, 他: 臨床実習前後の看護技術に対する自己効力感の変化と関連要因, カウンセリング研究, 38(2), 10-20, 2005.
- 14) 嶋田洋徳: セルフ・エフィカシーの評価, 坂野雄二, 前田基成 (編著): セルフ・エフィカシーの臨床心理学, 47-57, 北大路書房, 京都, 2002.
- 15) 樋口耕一: コンピュータ・コーディングの実践ー漱石『こころ』を用いたチュートリアルー, 年報人間科学, 24, 193-214, 2003.
- 16) 奥津文子, 片山由美, 他: 効果的な臨地実習指導方法の検討 学生の自己効力感の変化と実習満足度からの一考察, 京都大学医療技術短期大学部紀要, 22, 33-41, 2002.
- 17) 中川雅子, 中西貴美子, 他: ー基礎看護学実習Ⅱにおける学習内容の分析ー基礎看護実習レポートからみた看護過程の学習内容と自己効力・社会的スキルとの関連性, 三重看護学誌, 4(1), 57-66, 2001.
- 18) 望月好子, 石田貞代, 他: 看護学生の看護活動における自己効力感ー関連要因の検討ー, 東海大学短期大学紀要, 33, 103-107, 1999.
- 19) 看護学校便覧2002, 医学書院, 東京, 2002.
- 20) 菊池孝夫: 思いやりを科学する, 川島書店, 東京, 1988.
- 21) 石井秀宗, 椎名久美子, 他: 看護大学生の学習活動と学習意欲等に関する研究, Quality Nursing, 9(11), 48-62, 2003.
- 22) 柳井晴夫, 前川眞一, 他: 大学の各専門分野の進学適性に関する調査研究報告書ー大学入学者選抜資料としての適性検査のための基礎研究ー, 大学入試センター, 1993.
- 23) 柳井晴夫, 椎名久美子, 他: 大学生の学習に対する意欲等に関する調査研究, 平成12, 13年度文部科学省教育改革推進のための総合的調査研究委託報告書, 2002.
- 24) 柳井晴夫・石井秀宗, 他: 大学生の学習意欲と学力低下に関する実証的研究 (代表・柳井晴夫), 平成15-17年度日本学術振興会科学研究費補助金研究成果報告書, 2006.
- 25) 前掲書21)
- 26) Kano, Y. & Harada, A.: Stepwise variable selection in factor analysis, Psychometrika, 65, 7-22, 2001.
- 27) 前掲書8)
- 28) 前掲書13)

〔平成18年8月14日受 付〕
〔平成19年3月9日採用決定〕

附 録 臨地実習自己効力感予備尺度

[健康管理] e1 自分の健康にいつも注意を払い、良い状態を保つこと。 e13 十分な睡眠をとること。 e24 体力、気力を維持すること。 e36 毎日出席すること。 e48 規則正しく食事をとること。 e58 気分転換を図ること。	[対象への姿勢・態度] e4 患者の気持ちになって考えること。 e16 患者を尊重すること。 e27 患者を理解しようという気持ちをもつこと。 e28 自分の個性や特技を活かして患者と接すること。 e39 患者に曖昧な態度をとらないこと。 e61 患者と約束したことを守ること。 e66 患者に感謝の気持ちを忘れないこと。 e51 患者に受容的態度で接すること。
[常識・身だしなみ] e12 挨拶をすること。 e23 相手や状況に合わせた言葉遣いをする。 e35 頭髪、化粧、服装に心がけること。 e44 礼儀正しい態度で患者に接すること。 e47 実習で得た情報を守秘すること。 e57 初対面の人により印象を与えるように気をつけること。 e65 実習場所のルールを守ること。	[対象理解] e8 患者の症状や状態を観察し、症状の変化に気づくこと。 e19 患者の話を傾聴すること。 e31 患者との会話や診療記録・看護記録より患者の全体像を把握すること。 e43 患者に必要な援助を把握すること。 e54 非言語的コミュニケーションから患者を知ること。 e63 患者と接する機会を多くもつこと。 e69 先入観を持たずに患者に接すること。
[友人との関係性] e10 グループの中で情報や知識を交換し共有すること。 e21 グループの仲間との人間関係をスムーズにすること。 e33 友人に自分の気持ちを素直に表現すること。 e45 友人に悩みを相談すること。 e64 友人と心を許して話すこと。	[コミュニケーションスキル] e9 初対面の人には、自分から話しかけること。 e20 笑顔で患者に接すること。 e32 患者と話をするとき、自分のことや経験を話すこと。 e55 ゆとりをもって患者に接すること。 e71 実習で接する人に対して礼儀正しい態度をとること。 e72 患者と同じ目の高さで会話すること。
[指導者との関係性] e3 指導者との人間関係をスムーズにすること。 e15 指導者にはっきり意志表示すること。 e26 指導者にわからないことを質問したり、相談すること。 e38 指導者に正確に報告すること。 e50 指導者に感謝の気持ちを表現すること。 e60 患者に関する情報を指導者と共有すること。	[患者の家族との関係性] e6 患者の家族と協力し一緒に援助すること。 e17 患者の家族とコミュニケーションをとり、その思いを知る。 e29 患者の家族から情報を得ること。 e41 患者とその家族間の人間関係に配慮すること。 e67 患者の家族との人間関係をスムーズにすること。
[基本的な援助の提供] e2 患者に十分な説明をした上で援助すること。 e14 患者に言葉かけをしながら援助すること。 e25 患者の安全や安楽に配慮して援助すること。 e37 患者のプライバシーを配慮し援助すること。 e49 適切な情報を患者に提供すること。 e59 援助の前・中・後の患者の反応や状態を観察すること。	[学習への姿勢] e7 いつも意欲的に行動すること。 e30 振り返りや反省を毎日すること。 e40 困難な課題にも挑戦すること。 e42 時間を有効に使うこと。 e52 まじめな態度で実習に臨むこと。 e62 文献を収集し活用すること。 e73 課題を期日までに提出すること。
[個別的な援助の提供] e11 患者の個性に配慮して援助すること。 e22 患者のペースに合わせて援助すること。 e34 患者の生活リズムや今までの生活習慣に配慮して援助すること。 e46 優先度を考慮して患者に援助すること。 e56 患者に合わせ、臨機応変に援助すること。 e70 患者に必要な援助を提供すること。	[その他] e5 実習施設に慣れること。

は、臨地実習自己効力感尺度の項目である。

組織風土が看護師のストレッサー、バーンアウト、 離職意図に与える影響の分析

Analysis of the Effect of Organizational Climate on Stressors Burnout and Turnover Intention Among Nurses

塚 本 尚 子 野 村 明 美

Naoko Tsukamoto Akemi Nomura

キーワード：看護師，組織風土，ストレッサー，バーンアウト，離職意図

Key Words：nurse, organizational climate, stressors, burnout, turnover intention

I. 緒 言

2002年度の看護師の離職率は11.6%であり，その後さらに上昇傾向にある¹⁾。18歳人口の減少による新卒看護師の供給の減少，団塊世代看護師の大量退職によって，今後看護師の確保は難しくなる状況が予測される^{2), 3)}。すでに先進諸外国はこの状況に直面しており，これに追い討ちをかける離職は重大問題として受け止められている^{4), 5), 6)}。我が国においても同様の事態が近い将来到来することは必至であり，離職問題への対応は急務である。

これまで離職や，長期欠勤，インシデントは，過重な仕事負担や患者の死^{7), 8)}，役割葛藤や役割の曖昧さ⁹⁾といった職場ストレスによって生じると考えられてきた。このため，その対策として，ストレスマネジメントプログラムのような個人のストレス低減策が講じられてきたものの，限られた成果しか上げることができなかった¹⁰⁾。

そこで注目されたのが組織風土である。LitwinとStringer¹¹⁾は組織風土を，そこで働く人に直接的・間接的に認知され，動機づけや行動に影響を与える測定可能な職場の特性であると定義している。すでに，組織風土と職場ストレッサー間には関係性が見出されており，特に，仕事プレッシャー，自律性，集団凝集性，上司のサポートといった組織風土次元がストレッサーに影響することが報告されている^{12), 13), 14)}。看護集団を対象とした研究では，組織風土とエンパワメント¹⁵⁾，バーンアウト¹⁶⁾，仕事ストレス¹⁷⁾，仕事満足度¹⁸⁾などとの関連性が検証されている。我が国では稲岡¹⁹⁾が，病棟の職場文化・風土とバーンアウトの関係を取り上げている。バーンアウトとはMaslach²⁰⁾によると，極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群と定義され，情緒的消耗感，脱人格化，個人的達成感の減退という3つの下位概念により構成される。稲岡¹⁹⁾は，健全群とバーンアウト群にみられる職場風土との違いを明らかにすることを試みた。この結果，健全群の勤務する職場

は，「問題解決にむけての積極的雰囲気」，「看護師の高いモラル」，「研究・教育的雰囲気」，「適切な卒後教育」が有意に高く，バーンアウト群の勤務する職場は，「専門職としての過酷な看護業務」，「権威的組織」，「看護スタッフの問題意識が希薄」，「特異な看護スタッフの存在」，「専門職としての不適切な評価」，「看護スタッフの雑用業務への負担感」が高かった。HemingwayとSmith²¹⁾は，組織風土とストレッサーの因果関係を分析し，特定の組織風土次元が特定のストレッサーに影響することを明らかにしている。これによると，看護師長サポートの少なさと仕事プレッシャーの高さは，職場の過重負担感に影響し，自律性の低さと仕事プレッシャーの高さは役割の曖昧さに影響していた。先行研究の多くは，組織風土をストレッサーやストレインの規定因として捉え，バーンアウトや満足度のような心理変数を従属変数としており，行動指標を取り入れたものはわずかしかない。しかし，これらの心理変数と行動指標の関係性を明らかにすることは，離職対策を考えていく上で重要である。HemingwayとSmith²¹⁾は，組織風土と離職の関係を検証し，組織風土と離職意図の2変数間では有意な関連性があるが，ストレッサーを統制するとその関係性がなくなることを指摘している。このことから，組織風土はストレッサーを媒介として離職意図に影響すると結論づけている。HemingwayとSmith²¹⁾の研究では，従属変数として離職意図やインシデントの発生，長期欠勤という行動指標のみを用いており，心理変数が含まれていない。ストレッサーと離職の関係については，BedeianとArmenakis²²⁾のB & Aモデルがある。このモデルでは役割葛藤と役割の曖昧さが仕事の緊張を生じさせ，仕事満足度を下げ，離職意図を高めることが示されている。その後の研究において，これらの説明変数に疲労度を加えることで，より適切に離職意図が説明できることが報告されている²³⁾。これまでの研究で取り上げられている組織風土とス

トレッサーの関連、組織風土と離職の関連、ストレスと離職の関連は、本来同じ場で生じる現象であり、一連の過程として捉えた検証が必要である。

そこでこれらの結果を総合し、本研究では次の仮説を検証することを目的とする。すなわち組織風土は職場ストレスを介してバーンアウトに影響し、バーンアウトが離職や離職意図へと結びついていると仮定した。そこで、はじめに組織風土変数のストレスを媒介としたバーンアウトへの影響を検証し、次に、バーンアウトと離職、離職意図との関連性を明らかにする。最後に離職意図の規定因を検証する。組織風土を測定するための組織風土尺度は、すでに稲岡¹⁹⁾がDuxbery, Henlyら²⁴⁾を改編しているものの、標準化の手続きを経っていない点で課題を残している。そこで今回、項目をさらに厳選し、項目表現を修正して新たな尺度を開発し、さらに稲岡から分離した看護師長のあり方尺度を含めて組織風土を測定する。また離職という行動的指標を明確に捉えるために調査時期を年度末に設定し、離職決定者と継続予定者の離職意図とを区別する。

II. 方 法

1. 対象：病院選定にあたっては、職場環境や労働条件がある程度一定にするため、300床以上の大学病院を除く総合病院とした。首都圏の病院を無作為に抽出し15病院の看護部長宛に研究の協力依頼を出し、6施設49病棟より了承を得られた。これら研究同意の得られた6施設49病棟に勤務する看護師1,022名を対象とする。

2. 方法：対象者に対し、自記式質問紙を配布した。質問紙は、病院ごとに看護部に一括して依頼し、病棟ごとに看護師長を通じて配布を依頼した。質問紙配布にあたっては、研究の目的、倫理的配慮、問合わせ先について記載した説明文書、および返送用個別封筒を添付し、1ヶ月の留め置き期間を設定した。なお病棟ごとの分析を行う目的で、病棟番号をあらかじめ質問紙に記入した。調査は離職動向を明確に知るため、2005年2月下旬から3月上旬にかけて実施した。

3. 質問紙の構成：

1) 病棟の組織風土尺度

稲岡¹⁹⁾がDuxbery, Henlyら²⁴⁾を改編した尺度を参考に、項目を厳選し項目表現を修正して新たに作成した22の暫定的項目である。5（いつもそうである）～1（まったくそうではない）の5段階評定尺度とした。稲岡¹⁹⁾の尺度の中から燃え尽きスコアと負の相関関係があった7つのカテゴリーのうち看護師長に関する「看護スタッフの高いモラル」「婦長の看護スタッフの能力を育てる積極的姿勢」「婦長の看護スタッフへの温かい配慮」の3つとすべての看護師に該当しにくい「卒後教育の適切性」を除き、

「問題解決にむけての積極的姿勢」「看護スタッフの高いモラル」「看護スタッフ同士の親密感」「教育・研究的雰囲気」の4つのカテゴリーについて項目立てを行った。看護師長のカテゴリーについては看護師長のあり方尺度として独立させた。

2) 看護師長のあり方尺度

稲岡¹⁹⁾の尺度から、看護師長のあり方を独立させ構成した29項目の尺度²⁵⁾である。「看護スタッフへの配慮」と「看護スタッフの看護への取り組み姿勢」という2つの下位尺度から構成され、5（そう思う）～1（まったく思わない）の5段階評定尺度である。信頼性係数はいずれも $\alpha = 0.9$ 以上であり、2因子での累積寄与率は66.89%である。

3) バーンアウト尺度

MaslachとJackson²⁶⁾の尺度に準拠して久保²⁷⁾が開発した17項目から成る尺度である。「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」という3つの下位尺度で構成され、信頼性・妥当性は検証されている。それぞれの下位尺度に該当する項目の評定値の素点を合計して下位尺度得点とする。評定は5（いつもそうである）～1（まったくそうでない）の5段階評定尺度である。

4) 仕事ストレス尺度

田尾²⁸⁾のバーンアウトの規定因となる仕事ストレスに関する22項目、5段階尺度（5よく当てはまる～1全く当てはまらない）を用いる。「仕事のわずらわしさ」「仕事の曖昧さ」「仕事の単純さ」「休息をとることへの裁量」「患者の医療従事者への依存」の5つの下位尺度から構成されている。

5) 疲労度

越河、藤井ら²⁹⁾の蓄積的疲労徴候インデックスから、身体疲労に関する25項目を抜粋して疲労度とした。強制選択法とし、選択した項目数を合計して得点化する。

6) 離職についての項目

今後の展望として、調査年度の3月末または6月末に離職決定についての回答を求めた。またこの1～2年の近い将来の離職、転職希望、およびいつかはそうしたいという遠い将来についての離職、転職希望について回答を求めた。

7) デモグラフィックデータ：対象者の年齢、性別、職位（看護師長、主任看護師、スタッフ看護師）、看護師としての勤務経験年数、現在の所属病棟での勤務年数。

看護師長には、これに加えて担当病棟の診療科、ベッド稼働率、患者数、平均在院日数、看護師長スタッフ、看護助手、クラークの人数、病棟の欠員状況および病棟の力量構成についてたずねた。力量構成については、看護実践能力、チームワーク、研究・教育力について4段階で該当人

数を回答してもらった。点数に重み付け後（高レベル×3，中レベル×2，並レベル×1，低レベル×-1）加算し、病棟人数で割り得点化する。

4. 倫理的配慮

調査目的についての説明文を質問紙に添付し、研究に同意を得られる場合のみ返送すればよいこと、返送しなくてもなら不利益を生じることはないことを明記した。また病棟番号は、病棟ごとに分析を行うことのみを目的とし、個人や個々の病棟の在り方を問題とするものではないこと、この点を含めて研究の主旨に賛同を得られる場合のみ返送してもらうこととし倫理的配慮とした。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性および対象病棟の特性

対象者の属性：スタッフ501通（返送率51.6%）、看護師長39通（70.9%）から返送を得られた。本研究では看護スタッフのデータを分析対象とする。ただし病棟特性については、看護師長の回答から分析する。対象者の属性を表1、対象病棟の特性を表2に示した。

2. 病棟の組織風土尺度の作成

病棟の組織風土を測定するために作成した22の暫定的項目について、項目ごとに平均値、標準偏差を算出した結果、著しく偏りのある項目はなく全項目を用いて因子分析を行った。主因子法後、バリマックス回転を行い0.3以上の

表1 個人特性の分布

年齢（平均）		32.1 (SD8.14)
性別	男性	9 (1.8)
	女性	492 (98.2)
婚姻状況	未婚	302 (60.3)
	既婚	194 (38.7)
	無記入	5 (1.0)
子供の有無	あり	363 (72.5)
	なし	131 (26.1)
	無記入	7 (1.4)
看護師経験（平均）		9.82 (SD7.31)
現在の病棟での経験年数		3.47 (3.20)
勤務形態	常勤	463 (92.4)
	非常勤	31 (6.2)
	無記入	7 (1.4)
夜勤の有無	夜勤あり	437 (87.2)
	夜勤なし	50 (10.0)
	無記入	14 (2.8)
交代制	3交代	428 (85.0)
	2交代	10 (2.0)
	無記入	63 (12.6)
勤務開始	希望による	199 (39.7)
	命令による	279 (55.7)
	無記入	23 (4.6)
転職経験（平均）		0.87 (SD1.30)

表中数値は度数であり、() は%
ただし平均は平均値であり、() はSD

表2 対象病棟の特性

		度数 (%)
入院科	内科	6 (15.4)
	外科	6 (15.4)
	混合科	23 (59.0)
	手術室	2 (5.1)
	産科・小児科	2 (5.1)
病棟種類	一般病床	28 (71.8)
	療養病床	1 (2.6)
		平均 (SD)
患者数 (人)		47.43 (17.58)
ベッド稼働率 (%)		87.25 (9.54)
在院日数 (日)		26.04 (27.24)
スタッフの人数 (人)		22.61 (11.72)
スタッフの欠員数 (人)		0.55 (1.08)
看護助手の人数 (人)		3.44 (2.42)
クラーク (人)		1.41 (2.47)

*看護師長より回答を得られた39病棟のデータ特性

因子負荷が複数の因子にまたがる8項目を削除し、最終的に14項目で因子分析を行った。この結果4因子が抽出され累積寄与率は57.8%であった（表3）。第1因子は、「誰からの提案でも一度は受け止め、話し合いをしていますか」「話し合うことでよい改善策が見出せますか」など何か問題が生じてでも解決できるというコントロール感を示す項目が高い負荷量を示し、「コントロール感」因子と名づけた。第2因子は「スタッフはみな熱心に仕事に取り組んでいますか」「よい方向に向かって変えていこうとする雰囲気を感じますか」など病棟の熱心さをあらわす項目が高い負荷量を示し「スタッフのモラル」因子と命名した。第3因子には「お互いの私生活についても話しをしますか」「思ったことをお互いに伝えやすい環境ですか」など病棟成員の親密さをあらわす項目が高い負荷量を示し、「親密さ」因子と命名した。第4因子は、「わからないことは、自分から文献を調べたり、勉強会を開いていますか」「新しい看護の情報や、医療の情報が、話題になる機会が多くありますか」など病棟の学習的な雰囲気をあらわす項目が高い負荷量を示し「学習雰囲気」因子と命名した。4つの因子の α 係数は、 $\alpha = 0.73 \sim 0.87$ であり一定の内的整合性が確認された。これにより4つの因子について、それぞれに該当する項目の素点を合計し、下位尺度得点とする。

一元配置の分散分析の結果、病棟間で有意差がみられた（「コントロール感」 $F=3.36, p<.01$, 「熱意」 $F=2.79, p<.01$, 「親密さ」 $F=2.33, p<.01$, 「学習環境」 $F=3.16, p<.01$, （看護師長の）「スタッフへの配慮」 $F=10.70, p<.01$, （看護師長の）「看護への取り組み姿勢」 $F=15.79, p<.01$ ）。また組織風土得点と病棟の環境要因との相関係数を算出すると、患者数、ベッド稼働率、スタッフの人数、看護助手の人数は、組織風土変数の一部と弱い有意な相関があった。組織風土得点と個人の属性要因である年齢、看護師経験年数

表3 組織風土尺度の因子分析結果（主因子法後・バリマックス回転）

*表中数値は、因子付加量

項目 番号	I	II	III	IV
	コントロール感	スタッフのモラル	親密さ	学習雰囲気
3 誰からの提案でも一度は受け止め、話し合いをしていますか	0.77	0.22	0.21	0.18
2 話し合うことでよい改善策が見出せますか	0.72	0.19	0.14	0.26
4 よい提案をされれば、そのやり方を取り入れますか	0.71	0.28	0.17	0.10
1 何か問題が生じたら、すぐに話し合いを持ちますか	0.65	0.13	0.07	0.28
11 スタッフはみな熱心に仕事に取り組んでいますか	0.17	0.82	0.08	0.19
12 よい方向にむかって変えていこうとする雰囲気を感じますか	0.32	0.66	0.21	0.30
10 患者さんひとりひとりについて最善を考えてケアに取り組んでいますか	0.31	0.57	-0.05	0.27
18 お互いの私生活についても話をしますか	0.11	0.09	0.68	0.20
19 職場を離れても一緒に過ごすことがありますか	0.09	-0.04	0.60	0.31
25 自分の考えや思いを提案しやすい病棟ですか	0.48	0.40	0.54	0.03
24 思ったことをお互いに、伝えやすい環境ですか	0.46	0.38	0.53	0.07
13 わからないことは、自分から文献を調べたり、勉強会を開いていますか	0.16	0.20	0.24	0.59
17 新しい看護の情報や、医療の情報が、話題になる機会が多くありますか	0.23	0.16	0.20	0.58
16 勉強したい時にはできる環境にありますか	0.19	0.29	0.15	0.56
寄与率	20.25	14.78	11.88	10.89
累計寄与率	20.25	35.02	46.91	57.8

表4 組織風土の環境要因・個人属性との相関

	コントロール 感	スタッフの モラル	親密さ	学習雰囲気	スタッフへの 配慮	看護への取り 組み姿勢
患者数	-.04	-.05	-.08	-.28**	.11**	.06
ベッド稼働率	-.11*	-.004	-.15**	-.16**	-.03	-.12*
在院日数	.04	-.05	.006	-.04	.02	.06
スタッフ数	.06	.02	.07	-.005	.19**	.18**
看護助手数	-.13*	.10	-.07	-.04	.05	-.008
クラーク数	-.01	.003	-.03	-.006	.02	.02
実践力	.009	.01	-.03	-.06	.09	.03
チーム力	-.10	.01	-.11	-.06	-.03	-.03
研究・教育力	.10	.12*	.07	.05	.21**	.18**
年齢	-.15*	-.003	-.16**	-.10*	-.08	-.11*
看護経験	-.12*	.03	-.13**	-.10*	-.10*	-.12**
病棟経験	.07	.04	.06	.09	.01	.04

表中数値はピアソンの相関係数 r

*p<.05 **p<.01

の相関係数を算出すると、弱いが有意な負の相関があった（表4）。

3. 仮説の検証

1) 各変数の記述統計

組織風土尺度、看護師長のあり方尺度、ストレッサー尺度、バーンアウト尺度、疲労度の平均値、標準偏差、項目数、信頼性係数を表5に示した。

2) 組織風土とストレッサーの関連性

組織風土がストレッサーを規定する程度を知るために、それぞれ5つのストレッサーを基準変数、4つの組織風土次元を説明変数として、ステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った。この結果、「曖昧さ」は「スタッフのモラル」（ $\beta = -.21, p < .01$ ）によって有意に説明され、（ $R^2 = .05, p < .01$ ）、「煩わしさ」も「スタッフのモラル」（ $\beta = .14, p < .01$ ）によって説明されていた（ $R^2 = .02, p < .05$ ）。「休息」は「学習雰囲気」（ $\beta = -.18, p < .01$ ）によって有意に

表5 各変数の記述統計

	下位尺度	項目	α 係数	平均値	標準偏差
組織風土尺度	コントロール感	4	0.87	15.37	2.80
	スタッフのモラル	3	0.82	11.38	2.21
	親密さ	4	0.78	12.87	2.84
	学習環境	3	0.73	9.84	2.25
看護師長あり度尺度	スタッフへの配慮	20	0.97	65.83	18.28
	看護への取り組み姿勢	8	0.94	34.56	8.85
ストレッサー尺度	煩わしさ	10	0.50	40.27	5.43
	単純さ	7	0.60	21.99	3.92
	曖昧さ	4	0.65	12.41	2.59
	休息のとれなさ	3	0.50	11.98	2.06
	患者の裁量	5	0.40	16.07	2.59
	疲労度	25	0.84	11.07	5.16
バーンアウト尺度	情緒的消耗感	5	0.78	17.83	3.93
	脱人格化	6	0.78	14.30	4.04
	個人的達成感	6	0.71	16.49	3.27

表6 バーンアウトを基準変数、組織風土、ストレッサー、疲労度を説明変数とした重回帰分析

	個人的達成感 情緒的消耗感 脱人格化		
	β	β	β
コントロール感	-	-.10*	-.12*
組織風土			
スタッフのモラル	-	-	-.16**
親密さ	.23**	-	-
学習環境	-	-	-
看護師長のスタッフへの配慮	-	-	-
ストレッサー			
単純さ	-	-	.11*
煩わしさ	-	-	-
曖昧さ	-.12*	.35**	.33**
休息の取れなさ	-	.10*	-
患者の裁量	.16**	-	-
疲労感			
疲労感	-.11*	.44**	.23**
R ²	.11**	.48**	.36**

表中数値はステップワイズ法で選択された変数

*p<.05, **p<.01

説明されていた ($R^2=.03, p<.01$), また「単純さ」と「患者裁量」は組織風土によっては説明されていなかった。

3) 組織風土とストレッサー、疲労度とバーンアウト

組織風土とストレッサー、疲労度を説明変数とし、バー

ンアウトを基準変数として同様に重回帰分析を行った。なお、看護師長のあり方尺度の下位尺度については、多重共線性を避けるため、スタッフに関連の強い「スタッフへの配慮」のみを使用した。この結果、「個人的達成感」は、「親密さ」、「疲労度」、「患者裁量」、「曖昧さ」によって有意に説明されていた ($R^2=.11, p<.01$)。「情緒的消耗感」は、「疲労度」、「曖昧さ」、「休息の取れなさ」、「コントロール感」によって分散の48%が説明されていた ($R^2=.48, p<.01$)。「脱人格化」は、「曖昧さ」、「スタッフのモラル」、「疲労度」、「単純さ」、「コントロール感」によって分散の36%が説明されていた ($R^2=.36, p<.01$) (表6)。

4) 離職・離職意図の関連要因の分析

(1) 離職と離職意図の実態

年度末または6月末に退職が決定している者は、81名(16.2%)であった。退職理由は、表7に示した通りであり、職場変更について結婚による退職が多かった。近い将来(1~2年)についての展望、いつかはそうしたいという長期的展望についての回答は表7に示した。退職決定者81名を除外しても、近い将来病院を変えたいと考えている

表7 離職・離職意図およびバーンアウト得点の比較

次年度の確実な予定		人数(%)	情緒的消耗感		p	脱人格化		p	個人的達成感		p
仕事継続	退職		継続	退職		継続	退職		継続	退職	
			17.50	19.43	**	13.98	15.55	**	16.66	15.99	
退職理由											
職場変更	29 (35.8)	留学	5 (6.2)								
職業変更	5 (6.2)	結婚	12 (14.8)								
離職	4 (4.9)	出産	6 (7.4)								
進学	2 (2.5)	その他	8 (9.9)								
継続予定者の離職意図とバーンアウト											
近い将来 (1~2年) (継続予定者408名)			選択	非選択	p	選択	非選択	p	選択	非選択	p
	この病棟で働きたい	180 (44.1)	16.41	18.69	**	12.82	15.19	**	17.10	16.10	**
	この病院で働きたい	89 (21.8)	16.65	18.12	*	13.29	14.55	**	17.08	16.36	**
	よい病棟あれば移りたい	101 (24.8)	17.99	17.78		14.48	14.25		16.50	16.49	
	よい病院あれば移りたい	177 (43.4)	18.61	17.13	**	15.12	13.62	**	16.23	16.71	
	看護教員になりたい	4 (1.0)	16.40	17.85		12.60	14.32		18.20	16.47	
	留学したい	19 (4.7)	18.03	17.81		14.45	14.28		16.31	16.51	
	進学したい	37 (9.1)	18.40	17.77		14.69	14.26		17.26	14.26	
	他の職能で働きたい	35 (8.6)	17.67	17.85		14.63	14.26		16.20	16.52	
	看護師以外の仕事したい	61 (15.0)	19.68	17.42	**	16.53	13.80	**	14.83	16.89	**
	仕事をやめたい	69 (16.9)	20.24	17.29	**	16.72	13.75	**	14.80	16.88	**
いつかはそうしたいという思い (継続予定者408名)											
	結婚したらやめたい	88 (21.6)	18.99	17.49	**	15.73	13.88	**	15.28	16.83	**
	子供ができたらずめたい	122 (29.9)	18.29	17.63		14.53	14.19		16.28	16.59	
	よい病院あれば移動したい	190 (46.6)	18.07	17.62		14.48	14.16		16.33	16.63	
	同僚がやめたらやめるかも	16 (3.9)	20.67	17.73	**	17.00	14.22	**	16.06	16.51	
	よい病棟あれば移動したい	84 (20.6)	17.74	17.84		13.69	14.45		16.61	16.46	
	進学したい	42 (10.3)	17.89	17.82		14.22	14.31		16.96	16.45	
	留学したい	26 (6.4)	18.43	17.80		14.63	14.30		16.20	16.51	
	他の職能で働きたい	47 (11.5)	17.81	17.83		14.25	14.31		16.94	16.43	
	看護師をやめたい	57 (14.0)	19.74	17.54	**	16.76	13.93	**	15.07	16.74	**
	看護師以外の仕事がい	90 (22.1)	19.37	17.37	**	15.93	13.82	**	15.47	16.79	**

** p<.01, *p<.05

数値はバーンアウト下位尺度の群の平均値

者が43.4%、仕事を辞めたいと考えているものが16.9%いることが明らかになった。

(2) 離職・離職意図とバーンアウト

バーンアウト下位尺度得点の平均値を用いて、退職決定群と継続予定群間の差の検定を行った。この結果、情緒的消耗感 ($t=-4.04, p<.01$)、脱人格化 ($t=-3.34, p<.01$) で有意差がみられた。いずれも退職決定群で有意に高い平均値であった。近い将来の離職意図、および長期的な離職意図について、それぞれの項目の選択群と非選択で2群を作り、バーンアウト下位尺度得点の差の検定を行った。近い将来では、「この病院で働きたい」「この病棟で働きたい」という現在の仕事と継続意思、および「よい病院があれば移動したい」「看護師以外の仕事がしたい」「仕事をやめたい」では選択群と非選択群間で、バーンアウト得点に有意差があった。長期的展望では、「看護師を辞めたい」と結婚や、同僚の退職など何らかのきっかけがあれば辞めたいという展望を抱いている群では、非選択群の間でバーンアウト得点に有意差があった (表7)。

(3) 離職意図の規定因の分析

離職意図の規定因を明らかにするため、これまで用いたすべての変数を投入し、ステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った (図1)。離職意図については、「この病棟で働きたい」を1、「この病院で働きたい」を2、「よい病棟があれば移りたい」を3、「よい病院があれば移りたい」を4、「仕事をやめたい」を5として離職意図を再カテゴリー化したものを変数として用いた。

この結果、「離職意図」は、「脱人格化」($\beta=.21, p<.01$)、

「看護師長のスタッフへの配慮」($\beta=-.20, p<.01$)、「情緒的消耗感」($\beta=.20, p<.01$) の3つの変数で有意に説明されていた ($R^2=.21, p<.01$)。

IV. 考 察

組織風土尺度について因子分析を行った結果、「コントロール感」「スタッフのモラル」「親密さ」「学習雰囲気」という4つの因子が抽出された。因子内容は、稲岡¹⁹⁾の作成した結果と一致する項目内容でまとまった。4つの因子での累積寄与率は57.8%であり、各因子はそれぞれ一定の内的整合性が確認された。これまでの研究で用いられている組織風土尺度についてCampbell, Dunnetteら³⁰⁾は文献をレビューし、個人の自律性、立場に負荷された構造の程度、報酬の方向性、配慮・暖かさと支持という4つの共通する重要な次元を抽出している。PayneとPugh³¹⁾は、これにさらに成長・進歩の方向性を加えている。本研究で得られた4つの因子は、「コントロール感」は個人の自律性と類似した内容であり、「親密さ」は配慮・暖かさと支持、「学習雰囲気」は、成長・進歩の方向性に類似している。「スタッフのモラル」はやや表現に違いがあるものの、大きくは立場に負荷された構造の程度と類似した内容と解釈することができる。報酬の方向性に関する因子は入っていないが、このことは稲岡²⁰⁾が用いたDuxbery, Henlyら²⁵⁾の尺度が対人的な相互関係に焦点をおいて開発されたものであることに起因している。それ以外の因子については、これまでの研究で得られた因子構造と類似しており、ある程度の因子的妥当性を備えていると考えられる。

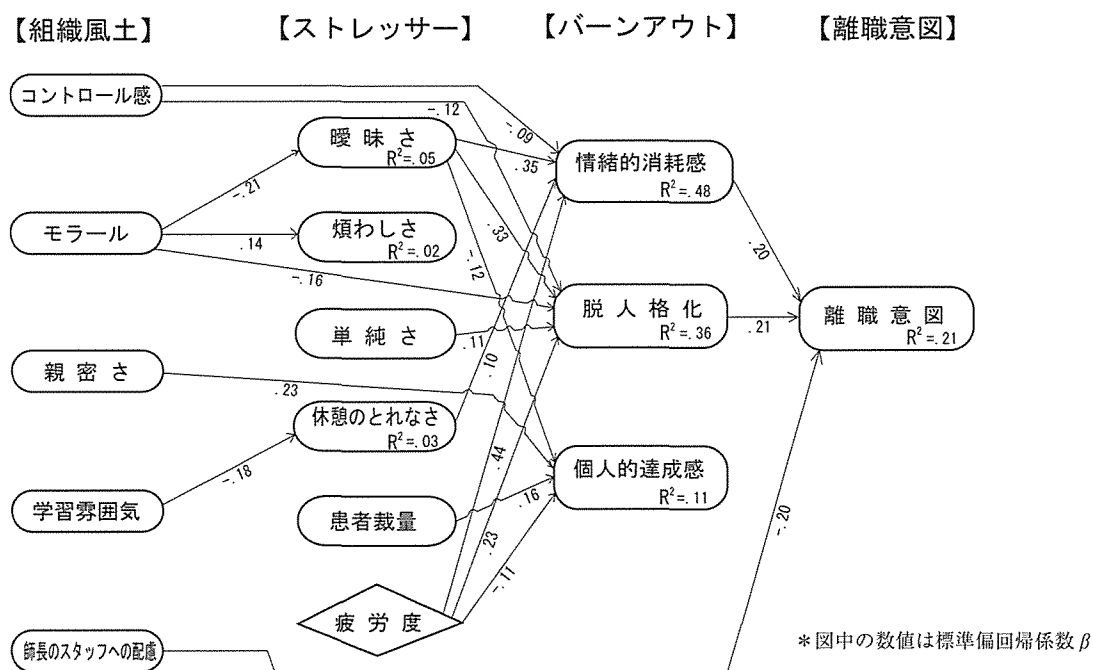


図1 組織、ストレッサー、バーンアウト、離職意図のパス図

以上の結果から、本尺度は一定の信頼性、妥当性を備えた尺度であると判断した。組織風土は病棟特性、個人属性との間にごく弱い相関関係があるものの、病棟の物理的条件や個人の経験による影響はごく限られたものであった。

本研究では、組織風土は職場ストレッサーを介してバーンアウトに影響しているという仮説を立てて検証した。組織風土次元を説明変数としたストレッサーの重回帰分析の結果、組織風土次元の一部はストレッサーを規定しているものの、その影響はごく限られたものであった。次に、組織風土、ストレッサー、疲労度を含めた重回帰分析の結果、「情緒的消耗感」では分散の48%、「脱人格化」では36%というきわめて高い説明率であった。影響内容を見ると、仮説のように職場ストレスを介してバーンアウトに影響していたのは、「スタッフのモラル」次元が、「曖昧さ」を介して「情緒的消耗感」、「個人的達成感」および「脱人格化」に影響していた。一方、ストレスを媒介せずに直接バーンアウトに影響している組織風土次元もあった。「親密さ」は「個人的達成感」に直接影響しており、「スタッフのモラル」と「コントロール感」は「脱人格化」に、「コントロール感」は「情緒的消耗感」に直接影響していた。本研究では、HemingwayとSmith²²⁾の組織風土と離職意図はストレスを媒介として生じるという結果を踏まえ仮説を設定した。しかし、仮説とは一部異なり、組織風土次元の一部はストレスを媒介としてバーンアウトに影響するが、組織風土そのものもバーンアウトの直接的な規定因となっていた。HemingwayとSmith²²⁾では、組織風土とストレッサーの結果を行動変数である離職や離職意図、インシデント、欠勤として捉えているが、本研究ではいったん心理変数であるバーンアウトで説明を試みている点で違いがある。本研究で得られた変数間の関係性は、これまでのバーンアウトの規定因に関する研究からは妥当な結果である。久保²⁸⁾は、ストレスとバーンアウト概念の違いについて論じ、バーンアウトがストレスの結果生じる症候群であるならば、その前提にはストレスの蓄積やストレッサーが存在することが必要であるが、この条件に合致するのは情緒的消耗感のみであったことを報告している。またLee & Ashforth³²⁾は、MBI (Maslach Burnout Inventory) を用いた61篇のバーンアウト研究についてメタ分析を行い、この中でも個人的達成感とストレッサーの相関が著しく低いことが報告されている。本研究で得られた組織風土、ストレッサーとバーンアウトの関連性はこれらの結果を支持するものであったといえる。

Barely³³⁾は、組織風土とストレスの一般的モデルではなく、職業に特化したモデルの必要性を指摘している。ある職業の特定の組織風土と仕事ストレッサーを明らかにすることで、対応が具体的で実現可能になると述べている。同

様のことが組織風土とバーンアウトの関係においてもいえるだろう。本研究の結果、組織風土次元の中でも「コントロール感」、「スタッフのモラル」、「親密さ」がバーンアウトに影響していた。「コントロール感」は「話し合うことでよい改善策が見出せますか」「何か問題が生じたら、すぐに話し合いを持ちますか」などの項目で構成されており、問題が生じることを防ぐ機能ではなく、生じた問題について自律的にそれ进行处理する機能についての風土である。この風土は、バーンアウトと負の相関があり、こうした雰囲気は脱人格化や情緒的消耗感を抑制することに寄与していた。Borland³⁴⁾の研究では、何か問題が起きても、自らの裁量で処理できず他職種の判断を仰がなければならないという自律性の不足が、バーンアウトの原因になると述べている。またO'DriscollとSchubert⁴⁶⁾は、信頼感が低く、自由裁量を阻むような雰囲気を作り出すマネジメントスタイルは、明らかにスタッフのモラルとストレスに望ましくない影響を及ぼすと指摘しており、いずれも本研究の結果と一致している。看護職は法律上の規制から自律性に制限があることは事実であるが、久保³⁵⁾は個々の職場ではその管理体制によっても自律性の程度に違いが生じると述べている。本研究で取り上げた「コントロール感」は、病棟によって違いがあり、個々の病棟の体制によって生じている。このことは、職業そのものの自律性とは別に、病棟の体制整備によって自律性のある職場雰囲気を形成することができることを示唆している。「スタッフのモラル」は、「スタッフはみな熱心に仕事に取り組んでいますか」「よい方向にむけて変えていこうとする雰囲気を感じますか」などで構成されている。この因子は、「脱人格化」に直接的な負の影響を及ぼすと同時に、「曖昧さ」を介して3つのバーンアウト次元に間接的な影響を及ぼしており、影響力の強い組織風土次元であると考えられる。したがってモラルの高さを作り出す職場風土の要素を明らかにすることは、バーンアウト抑制に向けての有効な介入となることが期待される。すでに複数の研究によって、曖昧さは大きなストレスの原因となることが指摘されている^{9), 21)}。役割や仕事の曖昧な状況とは、自分の仕事の目的が明確でなかったり、自分の責任の及ぶ範囲がわからなかったりなど、自分には何をどこまで期待されているかがはっきりとしない状況である。この点から「スタッフのモラル」を構成する下位項目について再考すると、仕事への熱心な取り組みや、よい方向に変えていく努力、患者ケアへの情熱が可能になる背景には、具体的な仕事役割の自覚と目標が存在すると推察することができる。目標や役割範囲を明確に自覚することで、仕事に邁進できモラルが高まり、曖昧さが低減され、その結果バーンアウトが抑制されていると考えることができる。今後、どのよ

うなスタッフ個人の目標設定や役割範囲の設定が、病棟全体のモラルの高さに結びつくのかについて、より詳細な検討が必要である。「親密さ」は、「個人的達成感」に影響を及ぼしていた。Leiter³⁶⁾は、要求と資源とはバーンアウトの3つの次元に異なる影響を与え、特に要求は情緒的消耗感との関係が強く、資源は脱人格化、個人的達成感との関係が強いと指摘している。ここで言う要求とはストレッサーなど負担となる要素であり、資源とはソーシャル・サポートなどストレスを緩和する要素を指しており、親密さは資源と解釈することができる。したがって本研究の「親密さ」とバーンアウトの次元との関係は、これを支持する結果であった。親密さはコミュニケーションの良さを生み出し、心理面ではソーシャル・サポートとして機能し、一方実践面では適切な業務分担や連携に結びつき、職務達成と結びついていくと考えられる。

次に離職・離職意図とバーンアウトの関連を検討した。結果から、退職者の中の35%は病院移動である実態が明らかになった。また次年度は継続を予定している者の中でも43%はここ1～2年の近い将来病院を変えたいという離職意図があることが明らかになった。LeeとMowday³⁷⁾は、離職意図は離職のもっとも強い予測因であることを示しており、離職決定者と同時に継続している者の離職意図とバーンアウトの関連を知ることは意義がある。離職者と継続者では、「情緒的消耗感」と「脱人格化」の平均値に有意差があった。LeeとAshforth³²⁾によるメタ分析の結果では、情緒的消耗感と脱人格化とは離職意図に強く結びついており、本研究でも同様の結果であった。離職意図についての重回帰分析の結果からは、「脱人格化」と「情緒的消耗感」が「離職意図」の規定因となっており、そこに「看護師長のスタッフへの配慮」という組織風土次元も同時に影響していることが明らかになった。3つの説明変数の編重回帰係数はほぼ同じ程度であり、看護師個人の情緒的消耗感、脱人格化と並んで、看護師長に配慮されているという看護スタッフの認識は、離職意図に大きな影響力を及ぼすことを示す結果であった。看護師長のリーダーシップスタイルが看護スタッフの離職意図に影響することはすでに多くの文献で指摘されているが^{38), 39)}、影響の程度については報告されておらず、本研究で新たに明らかになった点である。疲労度は、LangとWitting-Bermanら⁴⁰⁾の結果では、離職意図の有意な説明要因にはなっていなかった。本研究の結果、「疲労度」の「離職」への影響はバーンアウトを媒介とした影響であった。「疲労度」のバーンアウトへの寄与は高く、離職を考えていく上では重要な変数であることが示唆された。バーンアウトは精神的負担感のみから論じられているが、本研究の結果からは身体疲労もバーンアウトの重要な規定因であった。看護職者の疲労は、藤内⁴¹⁾

が報告しているように生活全体として捉える必要があり、今後交代勤務や介護度の高い患者ケアに伴う身体負荷、看護師の加齢に伴う負担感の増大、交代勤務によって生じる二重の役割負担等を含め、総合的に分析していく必要性があると言える。

本研究で得られた結果からは、組織風土次元は直接的、間接的にバーンアウトに結びつき、それを介して離職意図へと結びついているという構図が明らかになってきた。組織風土がストレッサーを介してバーンアウトに影響しているならば、これまでの個人にむけたストレスマネジメントはあまり有効でないと考えた。しかし、組織風土とストレッサーとは、バーンアウトに直接影響する部分もあるという結果からは、組織への介入と同時に、個人にむけたストレスマネジメントも有効であることを意味している。したがって、バーンアウトへの対策は、個人と組織の両面から考えていく必要がある。組織風土次元としては、「コントロール感」、「スタッフのモラル」、「親密さ」が、バーンアウト低減に有効であることが明らかになった。今後、本研究で明らかになった組織風土次元について、風土づくり介入を実践し、その効果を縦断的に検証していく必要がある。

本研究の限界としては、ストレッサーを測定するために用いた尺度²⁸⁾について、内的整合性が低く問題が残されていること、また仕事の曖昧さとならんでバーンアウトへの影響力が大きいと指摘^{7), 8), 9)}されている役割葛藤や死への不安というストレッサーを捉えられていない点である。今後これらの点を整備して、さらに検討を重ねる必要がある。

V. 結 論

本研究の結果、以下の点が明らかになった。

1. 組織風土次元の中で、「コントロール感」、「スタッフのモラル」、「親密さ」は、バーンアウトに影響していた。
2. 組織風土からバーンアウトへの影響の方向性は、直接的影響と間接的影響の2つの経路があった。また組織風土次元は、バーンアウトの3つの次元に異なる影響を与えていた。

直接的影響としては、「親密さ」が「個人的達成感」に、「病棟のモラル」と「コントロール感」が「脱人格化」に、「コントロール感」が「情緒的消耗感」に影響していた。間接的影響としては、「スタッフのモラル」次元が、「曖昧さ」を介して、「情緒的消耗感」、「個人的達成感」、「脱人格化」に影響していた。

3. 「離職意図」は、バーンアウトの「情緒的消耗感」、「脱人格化」、および「看護師長のスタッフへの配慮」の認知によって有意に規定されていた。

要 旨

本研究は、病棟の組織風土が看護師の離職に及ぼす影響を知ることを目的に質問紙調査を行った。組織風土は職場ストレッサーを介してバーンアウトに影響し、バーンアウトは離職や離職意図に影響しているという仮説について検証した。重回帰分析の結果、組織風土次元の中でコントロール感、スタッフのモラール、親密さはバーンアウトに影響していた。組織風土からバーンアウトへの影響は、2つの経路があり、仮説の一部が支持され、一部は異なる結果だった。直接的影響では、親密さが個人的達成感に、病棟のモラールとコントロール感が脱人格化に、コントロール感は情緒的消耗感に影響していた。間接的影響では、スタッフのモラールが曖昧さを介して、情緒的消耗感、個人的達成感、脱人格化に影響していた。離職意図は、情緒的消耗感、脱人格化、および看護部長のスタッフへの配慮の認知によって有意に規定されており、3つの変数での説明率は21%と非常に高かった。

Abstract

A questionnaire survey was conducted in order to understand the effect of the organizational climate of a ward on the turnover of nurses. This study verified the hypothesis that the organizational climate influences burnout by through work stressors and burnout influences turnover or the turnover intention. As a result of multiple regression analysis, sense of control, morale of the staff, and intimacy influenced the burnout in organizational climate dimensions. The effect of the organizational climate on the burnout was revealed in two ways, and the hypothesis was partly supported. Intimacy directly influenced personal accomplishment, and morale of the staff and sense of control of the ward directly influenced depersonalization and sense of control of the ward directly influenced emotional exhaustion. The morale of the staff influenced indirectly through ambiguity, emotional exhaustion, personal accomplishment and depersonalization. The turnover intention was significantly regulated by the recognition of emotional exhaustion, depersonalization, and consideration of the head nurse attitude to the staff; the description rate in three variables was very high at 21%.

VI. 参考文献

- 1) 日本看護協会調査研究課編, 2002年病院職員の需給状況調査, 日本看護協会調査研究報告, 67, 2003.
- 2) 神奈川県保健福祉部, 神奈川県看護職員需給見通し調査報告書, 2006.
- 3) 国民衛生の動向, 厚生統計協会, 52(9), 2005.
- 4) Jackson, D., Mannix, J. et al.: Retaining a viable workforce: a critical challenge for nursing, *Contemp Nurse*, 11(2-3), 163-172, 2001.
- 5) Minnick, A.F.: Retirement, the nursing workforce, and the year 2005, *Nursing outlook*, 48(5), 211-217, 2000.
- 6) Bolton, J., Wendy, R.: Succession planning: Securing the future, *Journal of Nursing Administration*, 34(12), 589-593, 2004.
- 7) Hipwell, W.H., Tyler, P.A. et al.: Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments, *British Journal of Medical Psychology*, 62, 71-79, 1989.
- 8) Tyler, P.A., Carroll, D. et al.: Stress and well being in nurses: A comparison of the public and private sectors, *International Journal of Nursing Studies*, 28(2), 125-130, 1991.
- 9) Gray-Toft, P., Anderson, J.G.: Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science Medicine*, 15A, 639-647, 1981a.
- 10) Murphy, L.R.: Workplace interventions for stress reduction and prevention. In C.Cooper & R.Payne (Eds.) *Causes, coping and consequences of stress at work*, pp.301-339. Chichester: Wiley, 1988.
- 11) Litwin, G.H., Stringer, R.A.: *Motivation and organizational climate*, 3rd eds. Harvard University Press, Boston, 1974.
- 12) Basson, C.J.: Potential sources of work-related stress for the educational psychologist in the Republic of South Africa, *Social psychology International*, 9(3), 203-211, 1988.
- 13) Bennett, N.: Stress among employee assistance program administrators: The influence of role and organizational characteristics. *Journal of Drug Issues*, 19(3), 403-418, 1989.
- 14) Newton, T.J., Keenan, A.: Role stress re-examined: An investigation of role stress predictors. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 40(3), 346-368, 1987.
- 15) Mok, E., Su-Yeung, and B.: Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong, *Journal of Nursing Management*, 10, 129-137, 2002.
- 16) O' Driscoll, M.P., Schubert, T.: Organizational climate and burnout in a New Zealand social agency, *Work & Stress*, 2(3), 199-204, 1988.
- 17) Hemingway, M.A., Smith, C.S.: Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviors and injuries in nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 285-299, 1999.
- 18) Littell, S.C., Texas, U., et al.: Organizational climate and job satisfaction in mid-level nurse managers. *The Sciences & Engineering*, 56, 5419, 1996.
- 19) 稲岡文昭: N系列病院看護婦のBOURNOUTに関する研究(その2) - 職場の文化・風土と看護ケアアプローチに焦点をあてて, *日本赤十字看護大学紀要*, 8, 1-12, 1994.
- 20) Maslach, C.: Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22, 1976.
- 21) Hemingway, M.A., Smith, C.S.: Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviors and injuries in nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 285-299, 1999.
- 22) Bedeian, A.G., Armenakis, A.A.: A path-analytic study of the

- consequences of role conflict and ambiguity. *Academy of Management Journal*, 24, 417-424, 1981.
- 23) Hendrix, W.H., Steel, R.P. et al.: Development of a stress-related health promotion model: Antecedents and organizational effectiveness outcomes. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 141-162. 1991.
- 24) Duxbury, M.L., Henly, G.A. et al.: Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care unit. *Nursing Research*, 31, 83-88. 1982.
- 25) 塚本尚子: 病棟の組織風土が看護師のバーンアウトに与える影響, 第18回日本健康心理学会大会論文集, 2005.
- 26) Maslach, C., & Jackson, S.E.: *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1982.
- 27) 久保真人: ストレスとバーンアウトの関係-バーンアウトはストレスか? 産業・組織心理学研究, 12, 5-15. 1988.
- 28) 田尾雅夫: バーンアウト-ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス-, 社会心理学研究, 4, 91-97. 1989.
- 29) 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, 489-502, 1992.
- 30) Campbell, J.P., Dunnette, M.D. et al.: *Managerial behavior, performance and effectiveness*. New York: McGraw-Hill, 1970.
- 31) Payne, R.L., Pugh, D.S.: Organizational structure and climate. In M.D. Dunnette (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, 1125-1173. Chicago, Rand McNally, 1976.
- 32) Lee, R.T., Ashforth, B.E.: A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133. 1996.
- 33) Barely, S.: The alignment of technology and structure through roles and networks. *Administrative Science Quarterly*, 35, 61-103, 1990.
- 34) Borland, J.J.: Burnout among workers and administrators. *Health and Social Work*, 6, 73-78, 1981.
- 35) Laiter, M.P.: Burnout as developmental process: Consideration of models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach et al. (Eds) *Professional burnout*. Washington, DC: Taylor & Francis, p237-250. 1993.
- 36) 久保真人: バーンアウトの心理学, サイエンス社, p103-106. 2004.
- 37) Lee, T.W., Mowday, R.T.: Voluntary leaving an organization: An empirical investigation of Stress and Mowday's model of turnover. *Academy of Management Journal*, 30, 721-743, 1987.
- 38) Dunham-Taylor, J., Klafehn, K.: Identifying the best in nurse executive leadership, part I : questionnaire results. *Journal of Nursing Administration*, 25, 68-70, 1995.
- 39) Volk, M.C., Lucas, M.D.: Relationship of management style and anticipated turnover. *Dimens Crit Care Nurs*, 10, 35-40, 1991.
- 40) Lang, D., Witting-Berman, U. et al.: The influences of role stress, physical symptoms, and job satisfaction on turnover intentions: A two-sample test of a modified Bedian and Armenakis Model. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 555-568, 1992.
- 41) 藤内美保, 交代性勤務の看護師の生活時間構造と生活意識および疲労との関連-一般女性有職者および女性教員との比較-, 日本看護研究学会雑誌, 27, 17-24, 2004.

〔平成18年9月21日受付〕
〔平成19年3月9日採用決定〕

長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセス

－「分かち合いの会」参加者の体験－

Clarification of the Grief Process in Mothers within the First Two Years of Losing a Child after
Long-term Hospitalization : Analysis of Eight Cases in a Self-help Group

納 富 史 恵¹⁾ 藤 丸 千 尋¹⁾ 岩 崎 瑞 枝²⁾
Fumie Noudomi Chihiro Fujimaru Mizue Iwasaki

キーワード：長期入院児，子どもを亡くした母親，悲嘆プロセス，分かち合いの会，死別後2年未満

Key Words : long-term hospitalization child, mother of losing a child, grief process, self-help group, less than two years after a child's death

I. 研究の背景と目的

人間にとって大切な対象を失うことは大きなストレスであり、自己を揺るがす出来事であると言える。

Kubler-Ross¹⁾は、悲嘆の心理過程を「否認」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」の5つの段階で表し、Bowlby²⁾はKubler-Rossの段階に代わるものとして、「ショックと茫然自失」「思慕と探索」「混乱と絶望」「再建」という4つの位相を提起している。Worden³⁾は、段階や位相ではなく、「喪失の事実を受容する」「悲嘆の苦痛を乗り越える」「死者のいない環境に適応する」「死者を情緒的に再配置し生活を続ける」という課題の概念を提示している。更にWorden⁴⁾は、人は大切な存在を喪失したとき自力で悲嘆を克服し解決できるが、悲嘆作業を推し進めることが妨げられ、通常の生活を取り戻すことが困難な人たちに対してグリーフカウンセリングが効果的であると述べている。わが国では、グリーフカウンセリングの一つとして、看護職者や心理学者らがグループに働きかけ、同じ体験をした者同士の気持ちの共有や支えあいを目指したサポートグループが存在している。それらは河合^{5),6)}や池田⁷⁾のように成人や高齢者を対象にした研究が多く、子どもを亡くした母親を対象にしたものは、戈木⁸⁾や若林⁹⁾らのサポートグループを含めて5つのグループの活動が報告されている。

A病院小児科病棟は、気管支喘息発作、髄膜炎などのプライマリー（一次医療）疾患から悪性腫瘍、神経・筋疾患、自己免疫性疾患など長期にわたり治療を必要とする慢性疾患までの子ども達が入院しており、年間10人前後の子どもが亡くなっている。親の中には悲嘆作業を推し進めることが妨げられ、通常の生活を取り戻すことが困難な者が存在

するのではないかと考え、このようなサポートグループの必要性を感じた。

A病院で同じ時期に子どもの入院に付き添った母親たちは、子どもが亡くなった後も家族ぐるみの交流を続けていた。先行研究では、子どもを亡くした母親の衝撃は特に最初の2年間が大きいと言われている¹⁰⁾。その為、われわれはA病院で子どもを亡くして2年未満の母親を対象に、母親たちの交流を支援する形で分かち合いの会（サポートグループ）を立ち上げた。

本研究の目的は、分かち合いの会に参加した長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセスを明らかにし、遺族ケアへの示唆を得ることである。

II. 用語の定義

長期入院：小児慢性特定疾患（悪性新生物、慢性心疾患等）で1ヶ月以上（1回の入院）入院している場合を長期入院とする。

III. 研究方法

1. 「分かち合いの会」の枠組み

1) 分かち合いの会について

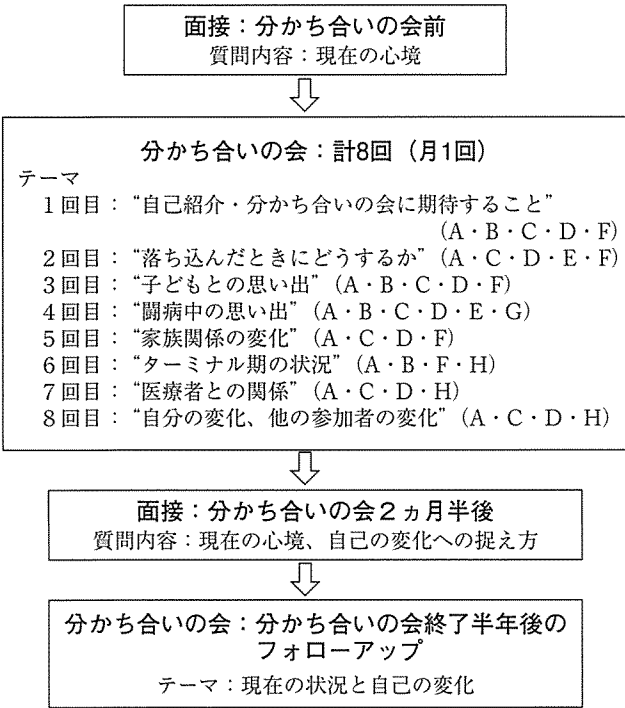
分かち合いの会は、子どもを亡くした母親たちが自分達の気持ちの共有や支えあいを目的として開催された。

2) 参加者

A病院で子どもを亡くした母親のうち、子どもを亡くして2年未満の母親8名。母親たちは、入院時期を同じくする者がほとんどで、8人の中の誰かは知っているという関係であった。

1) 久留米大学医学部看護学科 Kurume University School of Nursing

2) 独) 科学技術振興機構社会技術研究開発センター研究員 Research Institute of Science and Technology for Society Japan Science and Technology Agency



（ ）内は参加者 アルファベットは表1と対応している

図1 面接および分かち合いの会の流れ

3) 頻度、場所

毎月1回、A病院に併設された施設の会議室

4) 会のスケジュール、テーマ、司会など（図1）

会のスケジュールは、8回の分かち合いの会と会の一環である開催前の面接および会終了2ヵ月半後の面接と6ヵ月後のフォローアップのための分かち合いの会で構成した。

会のテーマは、アメリカでのサポートグループへの参加経験を基にした戈木¹¹⁾のグループ運営を参考に、会の参加代表者1人と研究者3人で決定した。

会の開催前と終了2ヵ月半後の面接のテーマは、それぞれ「現在の心境」と「現在の心境と自己の変化への捉え方」で、面接時間は30分から1時間であった。6ヵ月後のフォローアップのための会のテーマは、「現在の状況と自己の変化」であった。

会の司会は、母親の自由な発言を意図して当事者でもある母親代表を研究者がサポートする形で計画したが、実際には母親の代表による司会は2回だけであった。会での発言は話したい人が話したいだけ発言するようにし、発言を促されることはなかった。研究者は会の運営に関して、会場の準備やお茶菓子の接待を行いながら側面的に関わった。

2. 研究デザイン

質的帰納的記述研究

3. 研究対象者（表1）

対象者は、分かち合いの会に参加している母親8名である。母親の平均年齢は38.2±5.76歳であり、子どもを亡くしてから4ヵ月～1年7ヵ月で平均10ヵ月であった。亡くなった子どもの平均年齢は4.5±1.77歳であり、疾患は悪性腫瘍や心疾患であった。

4. データ収集方法

面接および分かち合いの会でのテーマを中心にした発言内容のすべてをテープに録音し、逐語録に起こした。会で語られた発言内容は参加者同士の相互作用によるより深い体験であると考え、面接内容とともにデータとして採用した。また、母親の許可を得て面接場面および会での母親の表情や話し合いの様子を写真撮影し、会の雰囲気や会前後の雑談内容もメモとして残した。

5. データ分析方法

データの分析には、アメリカの社会学者GlaserとStrauss

表1 対象者の属性

	母親の年代	児の性別	死亡時の児の発達段階	疾患名・入院期間（回数）	死亡後から会参加までの期間	家族構成
A	30代	女	幼児前期	心疾患 3年（2回）	1年	核家族 学童期の姉2名
B	20代	男	幼児前期	悪性腫瘍 3年（2回）	1年4ヵ月	核家族 きょうだい児なし
C	40代	女	幼児後期	悪性腫瘍 3年（2回）	7ヵ月	核家族 学童期の兄・幼児期の弟
D	40代	女	幼児後期	悪性腫瘍 3年（2回）	4ヵ月	拡大家族 学童期の姉・幼児期の姉
E	30代	女	幼児前期	心疾患 1年（1回）	6ヵ月	核家族 きょうだい児なし
F	40代	男	幼児後期	悪性腫瘍 4年（3回）	1年7ヵ月	核家族 学童期の姉・学童期の兄
G	30代	男	幼児後期	悪性腫瘍 3年（2回）	1年	核家族 学童期の姉
H	30代	男	幼児後期	悪性腫瘍 4年（2回）	9ヵ月	核家族 学童期の兄

によって考案されたグラウンデッド・セオリー・アプローチを、より理解・活用しやすいようにと開発された修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を使用した。M-GTAは、データに密着した継続比較分析から独自の理論を生成する質的研究方法であり、限局された範囲内に関して、人間の行動の何らかの変化と多様性を説明でき、実践的活用が可能である^{12),13),14)}。本研究でこの方法論を採用したのは、長期入院児を亡くして2年未満の母親という限られた対象者のデータの分析に適していると考えたからである。

本研究の分析の流れを簡単に説明する。はじめに、子どもを亡くした母親のそれぞれのデータ（8回に分ち合いの会・2回の個人面接・フォローアップのための分ち合いの会で語られた内容）を読み、最もバリエーションの豊富なひとりの母親のデータを通読し、分析テーマに関連のありそうな箇所に着目した。本研究では、分析テーマを「子どもを亡くして2年未満の母親が、子どもを亡くした後に、体験したことをどのように捉えているか」に設定し、母親の行為や認識に照らし合わせて解釈し概念名をつけた。概念をつくる際には、分析ワークシートを作成し、概念名・定義・具体例となるバリエーションなどを1概念につき1ワークシートの形式で記入した。この過程で、データの解釈について考えついた事は、すべて理論的メモとして書きとめた。このように概念を生成しながらつくった概念の有効性を確認していった。有効性の見方は、つくった概念のバリエーションを新たなデータの中に見出せるかどうかをみていき、見出せない場合はその概念が有効でないと判断した。また、解釈の恣意性を防ぐため、類似例の確認だけではなく、出来る限り研究者の解釈とは反対例を考え、そのような概念がデータからつくられるかどうかを意識しながらデータを見ていった。このように概念を生成しつつ、同時並行で概念間の関係を考え、最終的に概念とカテゴリーによって明らかにしたい現象を説明する結果図を

つくった。

本論文において概念の1例を提示する（表2）。「(亡き子と) いつも一緒にいると思っていることで支えられているのですね。どっか行く時もいつも一緒に必ずついてきてくれる、置いて行くのではなく一緒に、そう思い込んで支えているんですね。」筆者はこの部分を、自分と亡き子との心理的な距離関係について述べていると解釈したうえで、「亡き子といつも一緒にいると思うことで支えられていると認識すること」と定義づけし、「切り離せない存在」と概念名をつけた。バリエーションには、日常生活の中で亡き子が生きているときと同じように振舞っている例等が、他の事例を分析していくごとに追加されていった。

なお、分析の適切さを確認する意味で概念生成やカテゴリー化を行っている段階と論文執筆の際（計2回）にM-GTA 開発者のスーパービジョンを受け、内容に関しては、小児看護の研究者2名と大学院（医学）博士課程の学生1名で繰り返し検討を行い、研究の信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

研究の開始に当たりA病院倫理委員会の承認を受けた。研究対象者には、研究に対する参加は自由意思であり、研究に同意したことはいつでも撤回できること、データは本研究のみに使用し、研究終了後は直ちに廃棄すること、結果の公表は研究対象者が特定できないようにすることを書面と口頭にて説明した上で研究を開始した。

IV. 結果および考察

1. 長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセスの結果図

本研究で用いたM-GTAでは、対象とする人間の行動や相互作用の変化、動きを、質的データの解釈をしながら分析するため、結果と考察を分けて論じることは非常に困難である。従って以下、結果と考察をまとめて論ずる。図2

表2 ワークシート例

概念名	切り離せない存在
定義	亡き子といつも一緒にいると思うことで支えられていると認識すること
バリエーション	・(亡き子と) いつも一緒にいると思っていることで支えられているのですね。どっか行く時もいつも一緒に必ず付いてきてくれる、置いていくのではなく一緒に、そう思い込んで支えているんですね。(A) ・常にここにいるかもしれないかと思わないと、自分がどうしても崩れてしまうというか、変かなとか思うけど、側にいるとか無理やりそんな・・・。(C) ・やっぱ生活していく上で、常に○○(亡くなった子) といえるというふうにして、あの一考えているというか、やっぱ食事の面とかそうですねー。おかし買ってきたら、じゃあ○○に一番ねーとか。じゃあ○○にこれを買ってやってやろうとか。(E)
理論的メモ	亡くなった児が常に自分と一緒にいると思うことで母親は精神的なバランスを保っていると考えられる。母親は亡き子に頑張れと背中を押されているような感じであり、支えてもらいたいと思っているのではないか。亡き子との一体感で日常生活を送ることの意味は何か。この経験がない母親もいるのだろうか。この一体感は、どんな条件下で、どのように変化していくのだろうか。

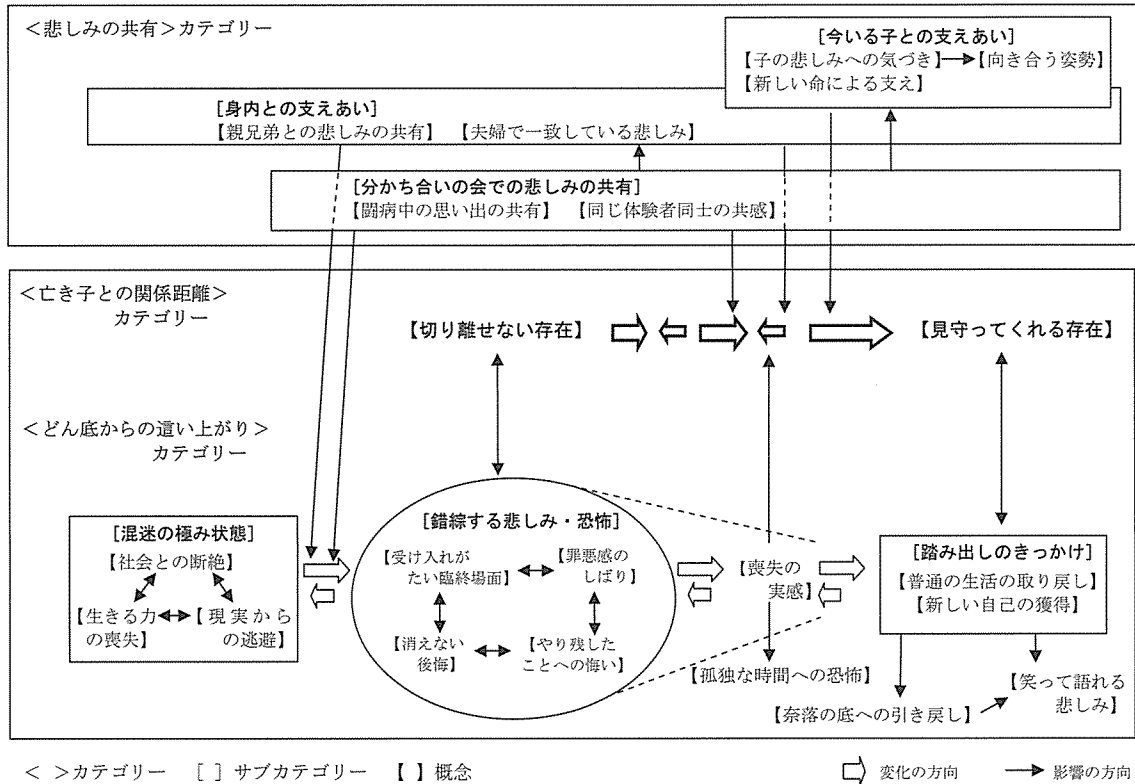


図2 長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセス（結果図）

はデータから生成した概念やカテゴリーの関係を矢印で表し、相互の影響関係や変化のプロセスを示した結果図である。

まず、結果図の全体的な流れについて概念名およびカテゴリー名を用いて説明する。文中に【】で示した部分は概念、[]はサブカテゴリー、< >はカテゴリーを意味する。

長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセスは、<亡き子との関係距離><どん底からの這い上がり><悲しみの共有>の3つのカテゴリーとそれを構成する6つのサブカテゴリー、22の概念で構成された。

<亡き子との関係距離>は、<どん底からの這い上がり>と相互に影響し、これらのプロセスを促進するものとして、<悲しみの共有>が影響していた。<亡き子との関係距離>とは、子どもを亡くした母親が亡き子との関係距離を【切り離せない存在】から【見守ってくれる存在】へと変化させていくプロセスである。また、<どん底からの這い上がり>とは、母親が【混迷の極み状態】から社会生活を営む中で【錯綜する悲しみ・恐怖】を体験し、その後【喪失の実感】を経て【踏み出しのきっかけ】をつかんでいくプロセスであり、<悲しみの共有>とは【分かち合いの会での悲しみの共有】【身内との支えあい】【今いる子との支えあい】である。亡き子との【切り離せない存在】から【見守ってくれる存在】への関係距離の変化は、母親の【錯綜する悲しみ・恐怖】から【踏み出しのきっかけ】をつかむ悲嘆プロセスと関係していた。そして、亡き子との関

係距離の変化の仕方には、分かち合いの会への参加による悲しみの共有が大きく影響していた。

2. 各カテゴリーの概念

以下、コアカテゴリーにあたる<亡き子との関係距離>の概念から説明し、その影響要因である<どん底からの這い上がり><悲しみの共有>の順に説明する。

なお、対象者の発言は文字ポイントを下げ、斜体で「」内に示し、末尾の（）内に表1の事例を示した。

1) <亡き子との関係距離>

母親が、亡き子を自分の中にどう位置づけているかをみたもので、行きつ戻りつしながら進行していた。

(1) 【切り離せない存在】

母親が亡き子との関係距離について語りだしたのは、<どん底からの這い上がり>の【錯綜する悲しみ・恐怖】の時期からであった。それまでの母親は、自分自身がパニック状態になっており、自分以外の他者に気持ちが向いていないか、また防衛機制がかかっていたことが推察される。

<どん底の這い上がり>の【錯綜する悲しみ・恐怖】の時期の母親は、亡くなった子と自分自身を一体化させ、亡き子を切っても切り離せない存在であると位置づけていた。そのことを【切り離せない存在】とした。「いつも一緒にいると思っていることで支えられているんですね。どこかに行く時もいつも一緒に必ずついてきてくれる。(家に)置いていくのではなく一緒に、そう思い込んで支えて

いるんです。(A)」この母親は、亡き子の写真や生前大好きだったぬいぐるみをどこに行くときも一緒に持ち歩いていた。また、「常にここにいると思わないと、自分がどうしても崩れてしまうというか、自分が変なのかなと思うけど、側にいると無理やり考えたりして。(C)」と亡くなった子がいつも自分と一緒にいると思うことで精神的なバランスをとっていた。

このように、母親が亡き子と一体化し離れられないでいることは、亡くなる前の長い期間家族と離れ、多くを犠牲にして入院している子に付き添い、療養に専念したことが影響していると考えられる。

(2) 【見守ってくれる存在】

<どん底からの這い上がり>の「錯綜する悲しみ・恐怖」から【喪失の実感】を経て「踏み出しのきっかけ」をつかむプロセスにおいて、母親は亡き子の存在を【見守ってくれる存在】へと変化させていた。

「あの子に褒めてもらいたいじゃないけど、ただ単に平凡に、何かその日その日の暮らして生かされて向こう（死後の世界）に逝ったりするよりも、〇〇も人に勇気とか、笑顔とか何かたくさん声をもらったからですね。(中略)だから私もこの世で人のためじゃないけど、自分のためにも頑張ったねと〇〇（亡くなった子）に褒められたい一心ですね。(A)」この言葉は分かち合いの会終了2ヶ月半後の個人面接（亡くなって1年10ヶ月）の時に母親が語った内容である。分かち合いの会前の個人面接（亡くなって1年）では、「子どもを亡くして何をしたらいいのか分からない、常に一緒にいると思わないと壊れてしまいそう。(A)」と亡き子を【切り離せない存在】と位置づけていた母親が、会終了2ヶ月半後の個人面接では、「あの子に褒めてもらいたい。(A)」と亡き子を自分自身から切り離し、あるべき姿を導いてくれる【見守ってくれる存在】と位置づけを変化させていた。Klauss,D,et al^[5]は「悲嘆の解消とは故人との間で維持されている絆を持続させていくことを意味する」と述べている。今回の母親は「錯綜する悲しみ・恐怖」の時期は、亡き子と一体化していたが、「踏み出しのきっかけ」をつかむ頃には、亡き子を自分自身から切り離し、【見守ってくれる存在】へと位置づけを変化させながらも絆は持続させていた。このように絆を持続させながら、母親は悲嘆から解き放たれ、踏み出しのきっかけをつかむことができるようになったのではないかと考えられる。また、戈木^[6]は、「子どもを亡くして5年以内の母親は、落ち込みから踏み出そうと努力する中で亡くなった子どもとの関係を再構成し、亡くなった子どもの位置づけが“遠くへ逝ってしまってから自分の内部（近く）へ、そして宗教上のカミの存在へ”と変化していく」と述べている。しかし、本研究において亡き子の位置づけは、自分と一体

化した存在から見守り励ます存在へと変化していった。このことは、戈木が5年という期間で述べているのに対して、本研究は2年未満の母親が対象であったため、子どもとの関係を再構築するところまでは明らかに出来なかったと考えられる。

2) <どん底からの這い上がり>

このカテゴリーは、前述した<亡き子との関係距離>と相互に影響しあっていると考えられた。

会に参加した母親は、<どん底からの這い上がり>において「混迷の極み状態」から「錯綜する悲しみ・恐怖」や【喪失の実感】を体験し、「踏み出しのきっかけ」を掴んでいるように見えても、また次の会では悲しみ・恐怖について涙を流しながら語る場面も見られ、このプロセスは一直線に踏み出しのきっかけに向かうのではなく、<亡き子との関係距離>と同様に行きつ戻りつしながら進行していくと考えられた。

(1) 【混迷の極み状態】

母親は、子どもを亡くした直後から期間の個人差はあるものの社会との交流を断ち自分の世界に閉じこもる【社会との断絶】を経験していた。その時の状況を「亡くなったときは辛くて家から出ることも、買い物に行っても子どもを見ることもできませんでした。布団の中にはいりっぱなしでした。(B)」 「私自身1年程ふさぎ込んだし、家から外出することもなかった。(C)」と語っていた。この頃の母親は、社会との関係を閉ざし自分の殻に閉じこもっていたと考えられた。

また母親は、「子どもが亡くなったことから離れたかった。考えることが怖いという状況で、なるべく家に一人でいるときは考えないようにしていました。(D)」と亡き子を思い出さないように努力したり、「家に写真を飾っているけど見る事が出来ませんでした。(F)」と亡き子の思い出の写真を見ることが出来ていなかった。これらは母親がこれ以上傷つくことから自分を守るために防衛機制を働かせていたと考えられ【現実からの逃避】とした。また、母親は【生きる力の喪失】も体験していた。「(児が生きていたときは)治療に集中していたんですが、それがぶつと切れてしまったから、エネルギーっていうか、生きていくはりが無いというか。(C)」 「私にとって〇〇と一緒にやってきたのが生きがいでした。気が抜けてしまって未だに立ち上がれません。(F)」と母親にとって、子の看病をすることは生きがいであり、子が亡くなった後は気が抜けて、生きていくエネルギーを無くしていた。

「混迷の極み状態」の頃の母親は、社会との関係を閉ざしたり、亡き子のことを思い出さないように心に蓋をすることで、心のバランスを保とうとしていたと考えられる。

(2) [錯綜する悲しみ・恐怖]と【切り離せない存在】

母親は、子どもを亡くした直後の混迷の極み状態から時間の経過の中で身内との支えあいや分かち合いの会で悲しみを共有することで、これまで潜在化していた悲しみや恐怖を顕在化させていた。これらを[錯綜する悲しみ・恐怖]とした。これは<亡き子との関係距離>の【切り離せない存在】と相互に影響しあっていると考えられた。

母親たちは同じ病院・時期に入院していた子どもに付き添い、場・時を共有した者たちであった。そのため、顔見知りの仲間という安心感の中で[錯綜する悲しみ・恐怖]について深く語り合っていた。

「こんなに悲しいのになんで食事とか。そういうちょっとしたことで自分を責めたりとかですね。(中略)お腹がすいたりとか人間としての欲があるじゃないですか。それが出るのがすごくはがゆかったですね。(A)」この母親は、子どもを亡くしてこれ程までに苦しく悲しい思いをしているのに、生きるための生理的欲求の一つである‘お腹がすく’という現象が出現することに対して自分自身を責めていた。このような欲求を持つ自分自身を罰することで、子どもを死なせてしまったという罪を償おうとしているようであった。また、「人には趣味を持ちなさいとか言われますけど、まだ自分の中で私だけが楽しい思いを出来ないという気持ちがあります。〇〇も楽しいことをまだいっぱいしたかっただろうに先に逝ってしまったから。だから私は好きなことがまだ出来ません。(F)」とわが子を自分よりも先に死なせてしまったことに対し自分自身を責め、強い罪悪感にとらわれていた。これらを【罪悪感のしほり】とした。

会のテーマが“ターミナル期の状況”のときは、母親たちは子どもの状態がいよいよ悪化してきた時の状況を思い出し涙ながらに語った。ある母親は「(亡くなった)その日のことを考えると、どうしたらいいのかわからないくらい落ち込みます。だから(なぜ死んだのか)先生に聞いて、自分の中ではっきりしないといけなのかな、そうしないと自分が前に進めないのかなと思います。(A)」と語り、また別の母親も「亡くなった後(医師は)説明はされましたけど、その時はそうですかと納得して聞くしかありませんでした。だから時間が経つと、やはりどうして?という部分があります。(C)」と語った。このように母親は、子どもの臨終場面を想起し、亡くなった日に子どもに何が起こったのか、どうしてわが子が死ななければならなかったのか納得出来ず苦しんでいた。会のテーマが“闘病中の思い出”や“医療者との関係”の中では、楽しかった思い出や医療者への感謝が笑いも交えて語られたが、臨終場面では、何もしてやれなかったと母親の無念さが語られた。これらを【受け入れがたい臨終場面】とした。大井¹⁷⁾は、「子

どもを亡くした母親が最も知りたいことは子どもの死亡原因であり、また医療者の対応は母親の悲嘆に影響を及ぼす」と述べている。この事からも医療者は、子どもを亡くした母親(家族)に対し、母親の求めるものを見極め、子どもが亡くなった日の状況や死亡原因について納得がいくまで何度も説明することが必要であると考えられる。

また、「あーしてやればもう少し命がとか、後悔というのがすごく出るんですよね。(A)」と母親は児が生きているときの自分自身の決断や行動を振り返り後悔していた。「あの日、人工呼吸にするか、しなかったらもうダメと言われて。人工呼吸器して2〜3日頑張ってくれましたが、あの子すごくきつかったと思います。だからそんな思いをさせるならあの時、呼吸器をつけないで楽にしてやれば良かった。(C)」この母親は、わが子の状態がいよいよ悪くなったときに医師に人工呼吸器をすすめられ、それを装着したことで児を苦しめたのではないかと後悔していた。これらを【消えない後悔】とした。

また、母親は「生きている間にもっとしてあげたいことがありました。そのことを毎日後悔し、未だひきずっています。もうちょっとしてやればよかった。(F)」と児が生きている間に母親としての役割を十分に果たせなかったのではないかと悔やみ後悔する【やり残したことへの悔い】を感じていた。この母親にみられるように、第三者からみれば充分過ぎるくらい行き届いた行動であっても、母親にとっては、もっと何かしてあげられたかも知れないという後悔の念があったと考えられる。

(3)【喪失の実感】

<亡き子との関係距離>の【切り離せない存在】から【見守ってくれる存在】へと変化するプロセスに影響を与えるものには、【喪失の実感】と<悲しみの共有>があると考えられた。悲しみの共有カテゴリーについては後述する。

[錯綜する悲しみ・恐怖]を体験しながらも、母親は「お友達に会って、(亡き子が)いつもその場にいたのになぜうちの子はいないのだろうとか、(中略)そういうことを考えると辛くなります。(A)」「一番辛いのは同じ年齢くらいのお子さんを見たときでしょうか。(D)」と元気だったらこの場所で今いる友達と一緒に遊んでいるはずなのに、その姿がないことで子どもが亡くなったという【喪失の実感】に苦しんでいた。Worden¹⁸⁾は、「悲嘆の最初の課題は、その人が死んだという事実、戻ってくることはないという事実と直面することである」と述べており、この時期の母親は、社会生活の中でわが子が実在しないという現実と直面し、喪失を実感しながら悲嘆の最初の課題を乗り越えようとする中で、亡き子との関係距離を変化させていたのではないかと考えられた。

また、子どもが亡くなったという現実を実感出来るよう

になった母親は、【孤独な時間への恐怖】を感じるようになった。「忙しい方が普通にいられるよね。考える時間がないから。家に一人だと色々考えてしまいます。考えると本当に悲しくなって、涙が出て呼吸が苦しくなります。(D)」 「ここ(分ち合いの会)ではいいのですが、家に帰って一人になるとまたクーツとなります。(F)」という発言から、一人の時間になると否応なく亡き子のことを思い出し、寂しさで押しつぶされそうになっていた。

(4) [踏み出しのきっかけ]と【見守ってくれる存在】

母親は、[混迷の極み状態]から[錯綜する悲しみ・恐怖]や【喪失の実感】を感じる中で次第に[踏み出しのきっかけ]をつかんでいた。[踏み出しのきっかけ]は、【普通の生活の取り戻し】と【新しい自己の獲得】の2つの概念で構成された。これは亡き子との関係距離カテゴリーの【見守ってくれる存在】と相互に影響しあっていると考えられた。

「だいぶ時間が経って見られなかった(亡き子の)写真を見ることが出来るようになりました。私自身、下の子が小学校に入るので、仕事を持てればいいなと思っています。(D)」この母親は、[混迷の極み状態]の時期には、亡き子のことを考えないように心に蓋をしていた。しかし、分ち合いの会参加者の母親と気持ちを共有することや、すでに仕事を再開したり、趣味を楽しんでいる母親から影響を受けることで、子どもを亡くして1年2ヶ月経ったこの時期には、今後の生活について考えるようになっていた。また別の母親は、「(分ち合いの会に参加した当初と比較して)最初の時期からしてだんだんと人前に出れるようになってきました。(A)」と分ち合いの会で悲しみや苦しみについて語り、それを受け止めてもらうことによって気持ちが開放され、徐々にではあるが社会生活を営めるようになっていた。このことを【普通の生活の取り戻し】とした。

また、母親は身内や今いる子との支えあいや分ち合いの会で悲しみを共有することで、以前の自分とは違う【新しい自己の獲得】をしていた。「悲しみの深さは変わらないけれど、これからどう生きていくかということを考えられるようになり、自分が役に立ちたいと思えるようになった。(A)」この母親は、根底の部分では常に悲しみが存在していたが、日々の暮らしを生きる中でこれから先の生き方の方向性について考えるようになっていた。また別の母親は「私は生い立ちから何不自由なく暮らしてきたんです。結構裕福に。〇〇の死が自分の最大の。初めてこんなにきついことが世の中にあるのかと知りました。(申略)こういう思いをさせてくれてやっぱり自分が変わった。(E)」と人生の中で初めての挫折を体験することでアイデンティティーを変化させていた。

このように母親は、[混迷の極み状態]から[錯綜する悲しみ・恐怖]や【喪失の実感】を体験し[踏み出しのきっかけ]をつかんでも、子どもが大変だった時期や入院した季節になると再び強い悲しみや恐怖に襲われたり、悲しみは時間が経過しても変わらないのではないかと感じるようになっていた。「今が一番大変、〇〇がきつくて大病院から子ども病院に転院した時期なので一番きつい時期だったんですよ。だから半年前よりも今がきついというか、なんかちょっとしたことですぐに思い出してですね。(A)」 「春か秋に必ず入院していました。だから桜を見ると、ひょっと思い出す。とても切ない辛い気分になります。(E)」と否応なく恐怖体験が襲ってくる【奈落の底への引き戻し】を体験していた。奈落の底に引き戻された母親は、「しばらくは辛くて体の調子も悪かった。(A)」と体の不調を訴えていた。また、「悲しみは最初(亡くした当初)と一緒になんです。子どもを亡くした悲しみというのは消えるのかな?消えないんじゃないかな。(A)」 「悲しみはなくなっていくけど、以前の悲しみとは違うってというか。言葉ではうまく言えないけど、笑える悲しみっていうのかな。(C)」と、時間が経っても子どもを亡くした悲しみは消えないが、亡くした当初に体験した悲しみとは異質の【笑って語れる悲しみ】を感じるようになっていた。

若林¹⁹⁾は「遺族は時間の経過の中で子どもの死という悲しみに慣れ、子どもを亡くした悲しみをごまかす術を身につけていく」と述べている。本研究においては、子どもを亡くした母親が悲しみに慣れるところまでは明らかにならなかった。このことは、今回の対象者が子どもを亡くして2年未満の比較的亡くして日が浅い母親を対象にしたためであると考えられる。

3) <悲しみの共有>

[身内との支えあい][今いる子との支えあい][分ち合いの会での悲しみの共有]の3つのサブカテゴリーからなる<悲しみの共有>は、<亡き子との関係距離><どん底からの這い上がり>の変化のプロセスに影響を与えていた。母親は、分ち合いの会で悲しみを共有することで、今まで以上に身内間で亡き子の思い出話が出来ようになったり、他の母親から今いる子の様子を聞くことで、今いる子への接し方も変わったなど雑談の中で語りあっていた。そのため、[分ち合いの会での悲しみの共有]は[身内との支えあい]や[今いる子との支えあい]に影響を与えていたと考えられる。

(1) [身内との支えあい]

[身内との支えあい]は、<亡き子との関係距離>の【切り離せない存在】から【見守ってくれる存在】への変化のプロセス、<どん底からの這い上がり>の【混迷の極み状態】から【踏み出しのきっかけ】をつかむまでのプロセス

に影響を与えていた。

子どもを亡くすという悲しい体験の中で母親は、「一番支えになるのは、家族、両方の親や姉でした。主人の母とは、前よりも距離が縮んで絆が深まったようで、何でも話が出来るようになりました。主人の母は連れ合いを亡くしているので、身近な人を亡くす気持ちが分かるのかもしれませんが。(C)」と日々の生活の中で子どもを亡くした悲しみを家族で共有していた。これを【親兄弟との悲しみの共有】とした。

また、ある母親は、「主人が(仕事から)帰ってきたときに〇〇(亡くなった子)はこうだったかな?とかこういう時はこうよねとか主人に話すことによって落ち着くというかそういうのはあります。(C)」と【夫婦で一致している悲しみ】を体験することで安心感を得ていた。夫婦は子どもが入院中、互いに役割を変化させながら大変な状況を共に乗り越えてきているため、夫婦間に温度差がなく悲しみを共有することは母親の気持ちの安定に大きく影響していると考えられる。このように、【親兄弟との悲しみの共有】や【夫婦で一致している悲しみ】を【身内との支えあい】とした。本研究において、「旦那はもう(子どもの死が)吹っ切れているみたいで。いつまでもこんなに思ってしまうのがないじゃないかって。夫婦の間で〇〇(亡くなった子)の話をしたことはないですね。夫婦仲が悪いというか冷めちゃって。(F)」と夫婦間において、【夫婦で一致している悲しみ】が出来なかったという対極例が1例みられた。家族と悲しみの共有が出来ていた事例はどん底の状態から踏み出しのきっかけを得ていたが、この母親は子どもが亡くなって1年7ヶ月経過した後も、悲しみからの踏み出しのきっかけを得ることが出来ていなかった。Worden²⁰⁾は、悲哀の行方を左右する要因の一つとして、「情緒的ストレスに弱く、無力感が強く、依存的な性格という人格的要因があり、これにより悲嘆の過程は複雑になりやすい」と述べている。本事例の母親は会の中でも自分を否定する発言や自信がないような発言が多くみられた。踏み出しのきっかけが遅れている理由の一つにこのような人格的な要因も関係していることが推察される。

(2) [今いる子との支えあい]

[今いる子との支えあい]は、＜亡き子との関係距離＞の【切り離せない存在】から【見守ってくれる存在】への変化のプロセスに影響を与えていた。母親が、今いる子の悲しみに気づいて向き合ったり、新しい命の誕生によって支えられることを[今いる子との支えあい]とした。

「何かの時に、下の子が〇〇ちゃんに線香あげな。〇〇ちゃんのこと忘れたの?というようなことを言ったんです。そしたら上の子が、私だって悲しいっちゃけんね!と叫んだんです。その時に、この子はこの子なりに我慢して

自分の感情を出してはいけないと思ったのか、私が今までそうさせていたのかなと思って、すぐ反省しました。(A)」この母親は、子どもが亡くなった後、「しばらくは〇〇(亡き子)のことしか考えられなかった。(A)」と今いる子にほとんど目を向けることが出来ていなかった。しかし、今生きている子の言動で寂しい思いをさせていることに気づき、これまでの自分自身の言動を反省していた。今いる子に目を向けることが出来るようになるきっかけには、母親自身が子どもからのサインを受け取った場合だけではなく、保育園の先生から教えてもらうこともあった。ある母親は、「家では着替えもしないくらい甘えているのに、(保育園の先生から)いつか爆発するのではないかとと思うくらい保育園ではしっかりしていると聞いたときに辛いのを一生懸命我慢してるんだってハッとしました。(C)」と語っていた。このように今いる子も自分と同じように辛く悲しい思いをしていると気づくことを【子の悲しみへの気づき】とした。

「今いる子どもとの接し方とかも悩んだ時期もあるけど、今まで我慢させた分、自分で我慢するっていうのはおかしいけど、見守るような形にちょっと向けていかなければいけないんだな—というような感じで。(D)」と母親は、今いる子の悲しみに気付くだけではなく、今いる子と向き合おうと努力していた。これを今いる子と【向き合う姿勢】とした。

「(亡き子を)忘れたわけではありませんし、その事があったから、今、この子がいるからと思うと…。やはり、この子がいなかったらずっと考えてしまっていたかもしれません。生まれ変わりではありませんが、この子が支えになってくれているのかなと思います。(H)」「(立ち直りのきっかけは)何がきっかけかというと、次の子が産まれたことでしょうか?私は次の子との時間が大切でした。(E)」と次の子が誕生し、愛すべき存在や母親としての役割を再獲得できたことで、母親は亡き子の位置づけを【切り離せない存在】から【見守ってくれる存在】へと変化させることが出来ていた。このことを【新しい命による支え】とした。山本²¹⁾は悲哀の課題として「代替の愛着対象と絆を結ぶか、心の中の対象として絆を結びなおすかという心的水準での再結合の営みを通じて、喪失対象への過剰な執着から開放される。」と述べている。今回の母親は、母親自身の内部で亡き子との絆を持続させながら、それと並行して今いる子と新しく絆を結びなおしていた。【子の悲しみへの気づき】や【向き合う姿勢】にみられるように、今いる子と悲しみを共有しながら、絆を結びなおそうと努力している段階の母親や、【新しい命による支え】のようにすでに今いる子を愛着の対象として絆を結びなおしていた母親がいた。

(3) 「分かち合いの会での悲しみの共有」

会に母親が参加するようになったのは、<どん底からの這い上がり>の「混迷の極み状態」を抜け出してからであった。そのため、「分かち合いの会での悲しみの共有」は、「混迷の極み状態」以降の変化のプロセスに影響を与えていた。

分かち合いの会8回目（テーマ“自分の変化、他の参加者の変化”）のとき、会に参加した母親は次のように語った。「（会に参加した人は）皆同じ気持ちを持っているんですね。自分もそうだけど、相手の話を聞いて、この人も辛い思いをしたんだという共感が持てたのがうれしかった。（A）」「こういう場で話をする機会があったのは自分にとってすごくよかったと思います。心に溜めずに話しが出来て、泣いても分かってくれる人ばかり。だから、自然と涙が出てもおかしくないし恥ずかしくもない。その中で自分で溜めているものを発散していけました。自分の心が整理できたのではないかな。（D）」と同じ体験をしたメンバー同士で悲しみや苦しみを共感できていた。これを【同じ体験者同士の共感】とした。また、「（会に）私はキティーのバックを持ってきました。（〇〇は）出かけるときはいつもこのバックを持っていました。中身（ボールペンやメモ帳）は〇〇が自分で入れていました。シールも好きでいろいろなものに貼っていました。（D）」と亡き子との思い出の品を持ち寄って思い出を共有していた。これを【闘病中の思い出の共有】とした。これら2つの概念を「分かち合いの会での悲しみの共有」とした。【闘病中の思い出の共有】は分かち合いの会3回目のテーマ“子どもとの思い出（思い出の品を持ち寄って）”や4回目のテーマ“闘病中の思い出”を語る中で行われた。他のテーマで語るときは時折涙をみせる場面があったが、亡き子の思い出や闘病中の思い出について語る母親は皆笑顔で、特に分かち合いの会3回目の亡き子の思い出の品を持ち寄っての会では、思い出の品を披露しながら生き生きと亡き子の思い出話をし、闘病期間中は辛いことばかりではなく、母親それぞれに楽しい思い出もあったと語り笑い合っていた。分かち合いの会では、同じ時期・病院に長期入院していた母親であったため、一人の母親が思い出を語ることによって皆がその場面を想起し、思い出を共有し合っていた。亡き子のことを思い出さないように心に蓋をしていたある母親は、【闘病中の思い出の共有】について、「（亡き子の思い出の品を持ち寄って話したことに対して）思い出さざるを得ない状況にあるという感じがありましたよね。それが悪かったというふうには思わないですね。いずれは思い出さないとはいえないから。これは一つのきっかけに過ぎません。私自身は、気持ちを閉じ込めていたけど、話したいという気持ちはありました。（D）」と語った。広瀬²²⁾はがんで遺族を亡くし

たサポートグループで“故人の思い出の品を持ってきて語ること”の意味として、「故人との関係や歴史を振り返って語るきっかけとなり、自分の感情をメンバーに共有してもらうことで亡くなった事実を受け入れたり、悲しみを素直に表現できる」と述べている。今回、亡き子を象徴している思い出の品を皆で持ち寄り、亡き子の思い出の品を見たり触れたりしながら思い出を共有したり、自分の思いを素直に表現できたことが「混迷の極み状態」から抜け出すきっかけになったのではないかと考えられる。

今回の分かち合いの会には大きく3つの特徴があった。1つ目は、同じ病院に長期入院していた児に付き添っていた母親たちのグループであったこと、2つ目は、子どもを亡くした母親への呼びかけや会の日時の連絡・会の司会進行（2回）などを行ったリーダー的存在の母親がいたこと、3つ目は、会の発足当初、研究者はコーディネーター的役割を担っていたが、会を重ねるにつれて母親たちの自主性に任せ見守るような形にもっていったことであった。

1つ目の同じ病院に長期入院していた児に付き添っていた母親たちのグループでは、顔見知りのグループであったため、お互いの性格や家族背景などすでに知っていることが多く、会のスタート時点から互いの心境を語り合い、話に出てきた場面や互いの亡き子の姿を想起しながら自然と共感することが出来ていた。新しいグループでは、グループに入るという行為においてメンバーと気が合うかどうか心配し、スタート時点でエネルギーを消耗する可能性²³⁾が考えられたが、今回の会では母親同士が比較的違和感を持たずに参加出来たのではないかと考えられる。また、顔見知りの母親同士による相互作用によってグループダイナミクスがより有効に機能し、情緒的に支えあうことが出来たのではないかと考えられる。

2つ目のリーダーの母親は、会に参加したほとんどの母親と顔見知りであり、社交的な性格であったためか、会の連絡や研究者との橋渡しの役割を担うなどメンバーの面倒をよくみていた。長い闘病生活を一緒に過ごした母親たちであったため、この母親を中心に結束が固まりうまくグループが機能したと考えられる。

3つ目のコーディネーター的役割から母親たちの自主性に任せるという研究者の関わりは、この会は自分たちの会であるという母親たちの認識を強め、母親たちのエンパワメントを引き出すことに繋がったのではないかと考えられる。また、研究者が少し離れた場所から会を見守ったことで、母親たちは安心感を持って参加できたのではないかと推察される。

今回の分かち合いの会は、母親たちの会に対する発言からも分かるように、悲しみや苦しみを抱えているのは自分一人ではなく皆が同じ気持ちであること、また同じ体験を

した者同士だからこそ共感しあえたと感じることで、辛い現実に向き合うエネルギーを活性化させることができたのではないかと考える。母親たちは亡き子の位置づけを【切り離せない存在】から【見守ってくれる存在】に変化させ、同時に子どもが亡くなったことの意味づけを行うことが、すなわち踏み出しのきっかけになったのではないかと考えられる。

V. 結 論

本研究では、分かち合いの会に参加した長期入院児を亡くして2年未満の母親8名を対象とし、分かち合いの会(8回)や分かち合いの会前・後の個人面接、フォローアップによる分かち合いの会で語られた内容をM-GTAを用いて分析した。その結果、長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセスが明らかになった。

母親の悲嘆プロセスでは、母親が亡き子を自分の中に位置づけていく亡き子との関係距離の変化と、どん底から這い上がり踏み出していくプロセスとが相互に関係していた。このプロセスは単に時間の経過だけで変わるものではなく、分かち合いの会への参加を含む悲しみの共有が影響していた。亡き子との関係距離とは、切り離せない存在から見守ってくれる存在へと変化させていくプロセスであり、また、どん底からの這い上がりとは、母親が混迷の極み状態から錯綜する悲しみ・恐怖や喪失の実感を経て、踏み出しのきっかけをつかんでいくプロセスであった。母親

は、踏み出しのきっかけをつかんでも、子どもが入院した季節や母親自身の体調いかんでは、悲しみの感情に引き戻される体験をしていた。しかしその悲しみは子どもを亡くした頃の悲しみとは異なり、笑って語れる内容も含んだ悲しみに変化していた。

本研究から、子どもを亡くして2年未満の母親に対する以下の援助が示唆された。①同じ体験者同士での悲しみの共有が出来るような場の提供が必要である ②今生きている同胞は母親が亡き子と一体化している間、母親に目を向けてもらうことが出来ずにいるため、同胞にも注目しながら援助していくことが必要である。本研究で得られた結果は、子どもを亡くして日が浅い母親への援助の手助けになると考えられる。

本研究は、M-GTAの特性上、長期入院児を亡くして2年未満の母親に対して説明力を持つという方法論的限定を持つものである。今後の課題として、会に参加した母親のその後の体験や母親以外の家族を対象に継続した研究をしていく必要があると考える。

VI. 謝 辞

本研究に快くご協力下さいました分かち合いの会参加者のお母様に心より感謝いたします。また、スーパーバイザーとしてデータ分析から論文執筆まで熱心にご指導いただきました立教大学社会学部の木下康仁教授に深く感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、分かち合いの会(自助グループ)に参加した長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセスを明らかにすることである。対象は会に参加した母親8名で、個人面接と分かち合いの会での発言内容をデータ化し、修正版グラウンデッドセオリーアプローチを用いて分析した。その結果、子どもを亡くした母親の悲嘆プロセスでは<亡き子との関係距離カテゴリー><どん底からの這い上がりカテゴリー><悲しみの共有カテゴリー>の3つのカテゴリーが認められた。子どもを亡くした母親は、混迷の極み状態から錯綜する悲しみや恐怖を体験しながら踏み出しのきっかけをつかんでいた。この踏み出しのきっかけをつかむまでのプロセスで、母親は亡き子との関係距離を「切り離せない存在」から「見守ってくれる存在」へと変化させていた。関係距離の変化のプロセスには、身内や今いる子との支えあい、分かち合いの会での悲しみの共有が影響していた。

Abstract

The aim of this research was to investigate and clarify the grief process in the mother who loses a child after long-term hospitalization. A total of eight mothers have now been followed for an average of 10 months since the death of a child and have been participating in a support group to share their grief. We have closely listened to the mothers in the group and in personal interviews. The findings were then analyzed using a modified grounded theory approach. Three categories emerged:-(1) process of change, in which the bond with the dead child gradually changes over time, (2) a process of starting over from scratch, and (3) the influence of sharing their grief on these two processes. We found that the process (1) of starting over was characterized by going forward generally but with some instances of going backwards. The other process (2) was characterized by change, from being side-by-side, to being inside or 'on top of one another'. Factors that helped the mother overcome her grief included the support of family or close relatives, reorganizing the mother's relationship with a surviving child, and participating in the self-help-group.

VII. 引用文献

- 1) Kubler-Ross E./川口正吉訳：死ぬ瞬間 死にゆく人々との対談，読売新聞社，東京，1969.
- 2) Bowlby J/黒田実郎訳：母子関係の理論Ⅲ，対象喪失，岩崎学術出版社，東京，1980.
- 3) Worden J.W. 鳴澤實訳：グリーフカウンセリング悲しみを癒すためのハンドブック，川嶋書店，東京，1993.
- 4) 前掲3)
- 5) 河合千恵子：配偶者との死別への援助－ウィドウミーティングに参加した1例から－，心理臨床，7，199-204，1994.
- 6) 河合千恵子：配偶者と死別した中高年の悲嘆緩和のためのミーティングの実施とその効果の検討，老年社会学，19(1)，48-57，1997.
- 7) 池田紀子：夫と死別した高齢女性の悲哀の仕事－サポートグループにおける参加者の語りから－，老年看護学，9(1)，36-43，2004.
- 8) 戈木クレイグヒル滋子：闘いの軌跡 小児がんによる子どもの喪失と母親の成長，川嶋書店，東京，2002.
- 9) 若林一美：亡き子へ 死別の悲しみを超えて綴るいのちの証言，岩波書店，東京，2002.
- 10) Payne, J.S., al.: Psychosocial adjustment of families following the death of a child. The child with cancer, 183-193, 1980.
- 11) 前掲8)
- 12) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生，弘文堂，東京，2003.
- 13) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的研究への誘い，弘文堂，東京，2003.
- 14) 木下康仁：分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ，弘文堂，東京，2004.
- 15) Klauss, D., Silverman, P.R., et al.: Continuing bonds, Taylor & Francis, 1996.
- 16) 戈木クレイグヒル滋子：子どもとの関係の維持 母親の悲嘆過程，日本保健医療行動科学会年報，12，223-237，1997.
- 17) 大井けい子：胎児又は早期新生児と死別した母親の悲嘆過程 死別に関する母親の行動（第2報），母性衛生，42(2)，303-315，2001.
- 18) 前掲3
- 19) 若林一美：死別の悲しみを超えて，岩波書店，東京，2003.
- 20) 前掲3
- 21) 山本力：死別と悲哀の概念と臨床，岡山県立大学保健福祉学部紀要，3(1)，4-13，1996.
- 22) 広瀬寛子，遺族のためのサポートグループにおける「思い出の品を持ってきて語ること」の意味：がんで家族を亡くした人たちの悲嘆からの回復過程への影響，日本看護科学会誌，25(1)，49-57，2005.
- 23) Shutz, W. joy: Expanding human awareness, New York, Grove, 1972.

〔平成18年7月22日受 付〕
〔平成19年3月26日採用決定〕

脊髄損傷患者の急性期における体験

The Experience of Acute for the Patient with Spinal Cord Injuries

松 本 浩 子¹⁾

Hiroko Matumoto

泉 キヨ子²⁾

Kiyoko Izumi

キーワード：脊髄損傷，急性期，体験，障害

Key Words : spinal cord injuries, acute, experience, disability

はじめに

現在、日本の脊髄損傷患者は、約8万人（18歳以上）と推定されている¹⁾。脊髄の損傷は、四肢の麻痺や感覚障害、自律神経の失調症状をもたらす。そのため、自らの意思による身体の運動が困難になるばかりでなく、受傷直後からの急性期は、外傷性ショックや脊髄ショックを起こし、生命の危機的な状態であり、その生命を維持するための医療依存度の高い時期である。そのため、急性期の看護においては、呼吸・循環の管理、脊髄損傷の拡大防止のための脊椎の安静固定、合併症の予防、苦痛・不快感の緩和など生命維持を目的とした身体的なケアを中心としたケアに重きがおかれる。急性期にある脊髄損傷患者は、突然の受傷で不安や混乱の状態にあると考えるが、医療依存度の高い状況を、脊髄損傷患者はどのような体験として捉えているのだろうかと考えた。

脊髄損傷患者における急性期の心理状態については、自分との対面から現実否認や逃避的傾向にあること、障害者に見られる嫌悪感と周囲の支えに対する嬉しさがある²⁾と報告している。また、坂本らは、障害告知後の感情体験として、自己の存在や生命そのものの否定、絶望感、状況や他者への怒り、治療や回復への期待、行動に対する後悔をあげて、障害告知後の脊髄損傷患者が、立ち直りに向けて意識が変化する体験内容から、突然の障害による苦痛を強いられた状況においては、脊髄損傷患者の不快な感情を受け止め、気持ちを交えることが必要である³⁾としている。一方、Lohneらは、脊髄損傷患者の心理面において、特に希望に焦点を当て、受傷後1ヶ月経過した脊髄損傷患者の希望とは、将来に自信をもつことと将来への不確かさ、また冷静と不安といった相対する気持ちを体験しながら、回復・改善を期待すること⁴⁾としている。これらから、急性期の脊髄損傷患者は、突然に、不可逆的な障害

を負った状況において、自己や現実を否認し、回復への期待をもっていると考えられる。しかし、これらの研究は、障害告知後の脊髄損傷者の看護のあり方の示唆を得るために、障害を受容する過程における立ち直りに向けてどのような体験があったか、脊髄損傷者の希望の体験とはどのようなものであるかという視点から捉えており、脊髄損傷患者が、急性期にどのようなことを思い、どのような体験をしているかを捉えにくい。急性期の不安や混乱の状況にあると考えられる脊髄損傷患者がどのような思いや考えであるかを明らかにすることは、このような患者に関わる看護師の患者理解につながると考える。そのため、急性期の脊髄損傷患者が、どのような体験をしているのか質的に明らかにする必要があると考えた。

そこで本研究は、脊髄損傷患者が急性期にどのような体験をしているのかを明らかにすることを目的とした。

1. 用語の操作的定義

急性期とは、一般的に、疾病が急激に発症し、強くて激しい症状を伴い、比較的短い期間で沈静化することをさす⁵⁾。しかし、リハビリテーション看護は、障害または、慢性疾患をもつ人が、健康の回復、維持、増進によって、最適な健康状態に向かうよう助ける中で、クライアントのQOLを改善すること⁶⁾から、リハビリテーションの急性期に明確な期間設定をすることの意味は乏しく、急性期病院においてリハビリテーション医療サービスをうける時期と考えることが現実的である⁷⁾。これらのことをふまえ、本研究において、急性期とは、患者が受傷直後から外傷性ショックや脊髄ショックを起こし、医療依存度の高い時期を経て、受傷直後に運ばれた病院からリハビリテーション目的で次の病院に転院するまでの期間とした。

1) 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 博士後期課程 Division of Health Science, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

2) 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 Division of Health Science, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

I. 研究参加者および方法

1. 研究参加者

研究参加者は、1 回復期リハビリテーション病院に入院、あるいは、退院して外来に通院している脊髄に損傷を受けた者とした。また、受傷後、身体的な消耗の危機を脱し、急性期をふりかえって語ることができると医師、病棟師長、看護師によって判断がなされていることを条件とした。研究参加者は研究者が、研究の趣旨・方法・所要時間について説明をし、同意が得られた場合に研究参加者とした。上記の手続きを経て該当した者は6名であった。

2. データ収集

データ収集は、研究者が、病棟内の静かでプライバシーの守れる個室にて半構成的面接を行った。面接に要した時間は、約30分～90分、平均70分であった。面接内容は研究参加者の承諾を得てテープレコーダーに録音した。面接は、「病気になってから今まで多くのことを体験なされてきたと思いますが、病気になった直後から転院までの体験やそのときの心境、思いをお話ください。」という質問から入り、研究参加者が自由に語れる形式をとった。

面接は、1名の研究参加者につき、1回行うこととし、確認が必要であれば2回行うこととした。1回目の面接後、スーパービジョンをうけ、面接内容の検討を行いながら面接を進めていった。面接では、研究参加者がありのままの体験を語れることを重視した。分析を進めるにあたり、医師の診療録、看護記録から対象者の一般情報、受傷部位、受傷原因、受傷後期間、ADL状況、急性期の治療や看護状況を把握した。

本調査は2004年4月23日～同年11月1日の期間に行った。

3. データの分析方法

データの分析は、質的帰納的方法で行った。

1) 分析方法

- (1) 逐語録を繰り返して読み、急性期の体験として語られた部分を理解できる最小単位に分けた。
- (2) それぞれの最小単位ごとに、研究参加者が語ろうとしたことをできるだけ忠実に表現するため、テープ、逐語録から、研究参加者が繰り返し語っている文章や気持ちが込められている文章を、研究参加者の語りを記述する

際の代表する語句と判断し、記述した。この記述をコードとした。

- (3) 再度逐語録を読み、最小単位の分け方が適切であるか、コードが研究参加者の語ろうとしたことを捉えているかを検討し、適宜修正を加えた。
- (4) 全コードについて類似性と差異性を比較検討し、類似する内容を持つものどうしをサブカテゴリーとして集めた。
- (5) サブカテゴリー間で類似性と差異性を比較検討し、類似する内容を持つものどうしをカテゴリーとして集めた。
- (6) カテゴリーを全体的に眺め、それぞれのカテゴリーが、急性期のどのような体験について語られたものであるかを整理し、カテゴリー間での類似性と差異性を検討して類似する内容を局面とした。

2) 分析結果の信頼性

分析の全行程において、随時逐語録に戻り、分析内容が適切であるかを検討し修正を加えた。分析の全行程において、質的研究の経験をもつ看護学研究者およびリハビリテーション看護学研究者からスーパーバイズをうけ、適宜、修正・検討を行った。

4. 倫理的配慮

研究参加者に、研究者が書面と口頭で研究の主旨・方法・所要時間について説明し、書面で同意を得た。また、面接で知りえた情報は厳重に保管し研究以外に用いない事、研究への協力を拒否しても入院生活において不利益を被ることは一切なく、研究期間中はいつでも協力を辞退することができることを伝えた。面接は、研究参加者の身体状態や入院生活、1日の生活リズムを配慮しながら行った。また、個人を特定しうる情報は、個人が特定されないように配慮した。

II. 結 果

1. 研究参加者の概要（表1）

研究参加者は男性5名、女性1名であり、平均年齢は45.8±19.2歳であった。疾患名は、頸髄損傷者4名、胸髄損傷者1名、胸腰髄損傷者1名であった。受傷原因は、仕事での転落1名、交通事故2名、スポーツ中の転落1名、日常生活での転落2名であった。受傷してから面接まで

表1 研究参加者の概要

研究参加者	年齢	性別	受傷部位	障害名	受傷原因	受傷してから面接までの期間
1	40代	男性	頸椎6	四肢麻痺	日常生活中転落	1年4ヶ月
2	70代	男性	胸腰椎12, 1	対麻痺	仕事で転落	5ヶ月
3	60代	女性	頸椎3, 5	四肢麻痺	日常生活中転落	1年7ヶ月
4	10代	男性	頸髄7	対麻痺	交通事故	9ヶ月
5	30代	男性	胸椎5, 6	対麻痺	交通事故	5ヶ月
6	30代	男性	頸椎5	四肢麻痺	スポーツ中転落	3年8ヶ月

の期間は、5 か月～3 年 8 か月であり、平均期間は16.3 ±14.7 か月であった。面接回数は、5 名に対しては1 回、1 名に対して2 回、計7 回の面接を実施した。

2. 脊髄損傷患者の急性期における体験（表2）

研究参加者によって語られた内容から、1）身体の異変の自覚や苦痛、2）回復への期待と苦しみ、3）生活動作が自分でできないつらさ、4）家族における役割の模索、5）周囲の励ましによる生きる希望につながる体験、6）医療者の関わりに対する捉え方と、脊髄損傷患者の急性期における体験に、6つの局面が見出された。以下、各体験の局面ごとに、カテゴリーを【 】内に、研究参加者の語りをゴシック体で表す。

1）身体の異変の自覚や苦痛

【予後を直感】は、脊髄損傷患者が受傷直後に、今まで

経験したことのないような身体の特異的な異変を自覚することから、障害を受けて、二度ともとの身体にもどることはないということを、感じとっていたことが語られた。

一瞬の出来事で、もう落ちてすぐ、痛みがピュッと走ったので、足を触ってみたんや。そしたら、こんなにゃくかなんかの上をさわるように、ぼとぼととなった。あーこりゃもう、一生涯だめやと、自分で直感した。

【身体の痛み】は、受傷後に電気がはしるような痛みや手足のしびれ感からくる痛みといった脊髄の損傷からくる特徴的な痛みのために、睡眠が十分にとれなかったということが語られた。

足が痛くなってくると寝られない。神経を伝ってビーンビーンと電気が走るんだね。そうすると全然寝られない、痛くて。あんな痛さは患者にしか分かん。

表2 脊髄損傷患者の急性期における体験

局面	カテゴリー	サブカテゴリー
身体 の異変の 自覚や苦痛	予後を直感	受傷直後の身体の感じから予後を直感
	身体の痛み	神経を伝って下肢に電気がはしるような強い痛み
		手足のしびれのひどさ
	残存する下肢の感覚	残存する下肢の感覚
	急性期のケアをうけるつらさ	2時間の同一姿勢からくる身体の苦痛
		繰り返される吸痰の苦痛
		気管切開による意思疎通の困難
		側臥位時の寝衣のしわや下肢の重なりによる強い痛み
回復への期待 と苦しみ	回復への期待	もしかして治るのではないかという期待
	回復しないつらさ	目標の提示による回復への期待
		自分と違う疾病の患者のように回復していかないつらさ
	回復への不安	足が動かなくなり、もとの身体へと回復できないことのつらさ
		どこまで回復するのか、生活はどのようになるのか分からなかった
生活動作が自分 でできない つらさ	生活動作が自分でできないつらさ	身体 の苦痛があって、病気や予後を理解できなかった
		機能回復訓練によってあきらめていた食事をとることができた嬉しさ
	相手のペースで待つつらさ	今までできた生活動作を毎回ひとつひとつ頼まなければならなくなっ たつらさ
		排泄はどうしていくのかという不安や排泄の方法が変わったことのつ らさ
		相手のペースで、臥床してまわりの様子が分からないまま、待ってい なければならぬつらさ
家族における 役割の模索	家族における自分の役割	相手のペースで身の回りの環境が整備されなかったつらさ
		自分の生死と家族の幸せ
周囲の励まし による生きる 希望につな がる体験	周囲からの励ましによる嬉しさ	家族のために仕事に復帰したいという願い
		病院で妻の雑煮を食べれた喜び
		家族が自分が生きていることを喜んでくれた嬉しさ
		友達が気持ちをこめて励ましてくれた嬉しさ
		看護師が残っている力を認めてくれた嬉しさ

医療者の関わりに対する捉え方	安易な励ましによる落ち込み	自分のつらさが分からない人からの安易な励ましによる落ち込み
	痛みを理解してくれないつらさ	痛みのある時の無理な機能回復訓練による痛みの増強
		我慢できないほどの痛みを看護師に理解されないつらさ
		寝衣のしわや下肢の重なりで痛みがくるのを、看護師に理解されない怒り
		吸痰される苦痛を理解されていないつらさ
	身体が物のように扱われた失望	医療者に自分の身体が重い物であるかのように言われたことのショック
		看護師に自分の身体が物であるかのようにケアされた怒り
	看護師への感謝の気持ち	自分で何もできないときに、看護師が身体の手世をしてくれたありがたさ
		日常的な会話をして看護師と楽しく過ごせる嬉しさ
	痛みを理解してくれたことから生じる信頼感	患者が言わなくても、寝衣のしわで痛みがくることを看護師が理解してくれていたことから生じる信頼
		痛みで眠れないときに親切に話しかけてくれたことから生じる信頼

【残存する下肢の感覚】は、受傷後の安静臥床によって、下肢が見えず、自分の意思で動かせないことを自覚しているが、自分の下肢が、どのような位置にどのような状態になっているかを分かるような感覚がある様子が語られた。

足が、感覚的には、ある（存在している）ように感じる。足は動かないけど、曲がっているという感じとかが分かって、そのような感覚があった。

【急性期のケアをうけるつらさ】は、気切による吸痰処置が繰り返されることの苦痛や、身体の消耗が激しい時期に、気切によって周囲の人々に意思が伝わらないことが、さらに消耗感につながるということが語られた。また、同一姿勢による身体の疲労感、寝衣のしわや下肢の重なりといった受傷前には気にならなかったことが強い痛みの原因となったことが語られた。決められた時間間隔による体位変換によって、実際には、自分の意思では動かなくなっている下肢が動かなくなるように感じるといった身体の苦痛が語られた。

早いと30分ぐらいで身体の向きを変えてもらわなければ、痛くて寝られんやって。看護師さんは、（一度身体の向きを変えたら）2時間はそのまま寝てなければならぬという人がいるんやって。だけど2時間も寝たら、足が痛みで全然動かないようになってしまうんやって。

2）回復への期待と苦しみ

【回復への期待】は、医師から、下肢がもとのように動くことを期待できないと説明をうけても、身体の消耗感が激しいことから、疾病の理解ができず、下肢がもとのように動き、治癒するのではないかという期待をもっていたことが語られた。また、下肢はもとのように動かないということを理解しているが、安静臥床によって全身状態の回復が実感できないときに、看護師から、自分と同じ疾患を

もった以前の患者が社会復帰している様子を聞き、今後の自分の様子が具体的に想像できるように励まされたことから、下肢の動きは治癒しなくても、全身状態が回復して、生活ができていくようにと期待をもったことが語られた。

まだ全然起き上がれない状態で、自分がどうなるかも分からない状態で、（看護師さんから）回復して働きに行っている人もいるよと（聞くと）、そうなるのかなってというのが、・・・（中略）・・・（自分と同じような患者が）もう働いているよとあって、あー、早くそこまでいきたいなって思っていました。

【回復しないつらさ】は、下肢がもとのようにもどらず、歩行できないことは、自分にとっては、何もできないという絶望へとつながり、死にたかったという思いが語られた。また、急性期の病棟において、同室の他疾患の患者が回復していくのを目の当たりにし、自分だけが臥床したまま、身体の回復が実感できないことが語られていた。

（前に自分が入院していた病院は）手術が多い。そうすると、自分も重体やけど、（隣のベッドに）今日、手術した人が入ってきて、その人のほうが自分より手間がかかるやろう。それで自分のほうの扱いが悪くなる。それで手術した人は、1日か2日すると起きて歩いて、おはようって自分のところに来る。自分だけは寝たままで、手術して入ってくる同室者は、どんどん変わっていった。

【回復への不安】は、身体の回復が全く感じられない状況や、自分で身体を動かせないことや体温調節がきかないことからくる身体の疲労感によって、病気の説明をうけても、最終的に自分の身体がどのようになって、生活がどのようになるのかを、具体的に予測できないことからくる不安が語られた。

自由が利かんし、要するに病気の把握ができてない。理

解ってというのが、どうなるのかとか、聞きなれた病気で
はないので。・・・(中略)・・・それ(病気についての
説明)は1回や2回言うてくれたんかもしれんけど、そ
の状況では(身体がつらい状況では)、そういうのが(病
気のことが)把握できない状態やったもんデー。・・・
(中略)・・・身体の調節、体温調節ができないとつらい。
熱もでるしさ。

【リハビリテーションの効果を実感】は、早期からのリ
ハビリテーションによる効果への驚きとともに、あきらめ
ていた食べるという大切な日常生活動作が自分で再びで
けるようになり、受傷前のようにはいかないが、自分の生活
が再び立て直されていく嬉しさが語られた。

自分で、ご飯を食べることができないって思っていたか
ら、自分で食べることができたときは、やっぱり、嬉し
かったなあ。けがをして、間もなくの頃の(機能回復)
訓練は、すごいと思っていた。そのときは、劇的に、自
分の生活のなかで、できないと思っていたことができる
ようになった。

3) 生活動作が自分でできないつらさ

【生活動作が自分でできないつらさ】は、今まで、自分
で意識しなくてもできていた一連のつながりのある生活動
作を毎回ひとつひとつ区切られたかたちで、他者に依存し
なければならぬつらさが語られた。また、臥床したまま、
尿意や便意もなく、排泄はどうしていくのかという不安や
受傷前のように排泄できなくなったことについてのつらさ
が語られた。

便のことは、けっこう気になりましたね。自分は。
えーっ、そんなの、もし普通に(周囲に人がいるなかで
生活)していて、(便が)出たらどうしようとか、すご
い気になった。一番気になりましたね。家の者もあんまり
便については(世話)はできないって言っていたので、
摘便とかしているのを見たときに、あーそんなのはでき
ないって(家族に)言われたので、便だけは、自分で一
番いいのは、できるようになればいいけど、どうなるの
だろうってというのが。何か方法はあるやろうと。ただ、
はっきりしたものは分からないから。ただ、どうなるの
だろうってというのはありましたね。

【相手のペースで待つつらさ】は、看護師の理由によ
って、自分で行いたいこともできずに臥床したまま待つつ
らさや身の回りの環境が整備されなかったつらさが語られ
た。

1回1回(コルセットを)あてて、コルセットはめて、
起こしてもらわなければならないので。看護師さんは食
事を部屋へ運ぶ。どうしても(看護師さんは)忙しいの
で、看護師さんは、自分を起こしていたら、1人の人に
(時間が)かかってしまい、手間がかかるので、いつも

(自分の食事のための準備は)後になってしまった。

4) 家族における役割の模索

【家族における自分の役割】は、家族のために、今まで
の仕事を継続したい思いがありながら断念せざるをえない
思いや、家族にとって自分はどうするべきか、生死に直面
して考えていたことが語られた。

社会復帰までいかんけど、子供とか家族のことを考え
た。自分が死んで生命保険をもらったほうがいいのか、
生命保険はもらわんけど、少し家計的には不利になるか
もしれんけど、自分が家族と一緒に生きたほうがいいの
か、どっちがプラスやっていうとき、家族と一緒にいて
くれたほうがいいと言ってきて。そうすると、そうか
な、生きたほうがいいのかなと、お金だけが家族のため
でないと考え直した。自分なりに、どっちが本当にいい
のかなと天秤にかけるんや。やっぱり家族と一緒に生き
たらいいのかなと。

5) 周囲の励ましによる生きる希望につながる体験

【周囲からの励ましによる嬉しさ】は、自分が生きてい
ることそのものを家族が喜んでくれたことから自分の価値
をみつめなおしたことで、看護師が自らの体験をもとに残さ
れている可能性に希望をもつように話し、励ましてくれた
ことや、家族や友人が受傷前と変わらず接して支えてくれ
ることが生きる支えとなったということが語られた。

病院で正月の料理がでたけど、つらくて食べなくなっ
た。正月にいつも食べていた雑煮を、妻が煮て、病院に
持ってきてくれた。それが何よりもおいしかった。本当
に嬉しかった。その時にやっと、あー生きていようかと
生きる望みがでてきたんかねー。

6) 医療者の関わりに対する捉え方

【安易な励ましによる落ち込み】は、下肢が動かないこ
とからのつらさは、下肢が動かなくなったという人にしか
理解できないと認識しており、看護師の励ましが、安易な
ものと感じられ、自分の気持ちが理解されていないと感じ
ることによる落胆の気持ちが語られた。

足が動かない身体になった人にしか、自分のつらさは分
からない。だから、思っているのは、家の親とか看護師と
かが、話しかけてきて、大丈夫や大丈夫やとか言うけど、
足が動かない身体になった者にしか分からないので、大
丈夫や大丈夫やと言わんといほしいと思った。・・・
(中略)・・・変な励ましをされると余計に落ち込むとい
うか。

【痛みを理解してくれないつらさ】は、我慢できないほ
どの痛みがあるにもかかわらず、鎮痛剤を使用してから決
められた時間が経っていないので鎮痛剤が使用できないと
いう看護師の判断によって痛みを耐えていたことや、機能
回復訓練時に痛みを訴えても、無理に進められたことで足

の痛みが増強した体験を通して、医療者に痛みを理解してもらえていないと感じていたことが語られた。また、吸痰時に、声かけの口調もきつく、吸痰されて苦しんでいても無理に進められたことから、吸痰される苦痛をわかってほしいという看護師に対する思いが語られていた。同一体位によって、寝衣のしわや下肢の重なりといった受傷前には気にならなかったことが強い痛みの原因となり苦しんでいることを、看護師に理解されないつらさとして語られた。

ねまきを着ていたんだけど、ねまきのしわとか帯がよれてしわになっていたら寝ることができない。そのことが、看護師さんは分からない。丁寧な人はいつもしわを伸ばしてくれるし、いいんや。ここのしわを伸ばしてって言うと、うるさがる人もいる。伸びてるよって、言う。【身体が物のように扱われた失望】は、看護師が体位変換をするときに、何の声かけもなく、自分の身体を物のように扱っていくことから、患者の立場でのケアを行っていただけないと感じていたことが語られた。また、身体を移動されるとき、自分の身体に対する医療者側の言動によっても、失望を感じていたことが語られた。

研修医にちょっと、この人重いつて言われたときは、ちょっとショックでしたね。CT室で、(自分の身体の移動を)皆でセーのってやろうとしていて、『重いんだよねー、この人。重いんだよねー。』とかって。しょうがないよみたいな。ちょっとショックだったことがありますね。

【看護師への感謝の気持ち】は、自分では全く身体を動かせなくなったときに、看護師が清拭や更衣、その他できないことを全てしてもらったことへの感謝の気持ちを語られた。吸痰時の苦痛を、看護師に理解されないと感じてはいたが、その反面、看護師と一緒に日常的な会話をするのが、とても嬉しかったということが語られた。

吸痰されるのは、けっこうつらい。それでも雑にやっていく人もいるし、声かけしてくれて、うまくやっていく人もいた。雑にする人がくると、あー、この人がきたって思っていた。でも、自分が、一番、嬉しかったのは、自分は、こんなによく話すでしょう。だから、話を看護師さんに聞いてもらえるのがすごく良かった。いろいろな、けがをする前の話も聞いてもらったし。よく聞いてくれたわ。

【痛みを理解してくれたことから生じる信頼感】は、患者の苦痛の原因を、痛みの激しさによる消耗で、患者が看護師に理解できるように表現できずにいても、理解するために患者の話を聴き、苦痛を感じないようにしてくれたことから、その看護師を信頼できたという思いが語られた。また、痛みで夜間に眠れないことが続いていたときに、看護師が初めて親切に話しかけてくれたことがきっかけと

なって、受傷後から自殺しようとしていた思いを話したことが語られた。

ちょうど師長かな、副師長だかが来て、昼間と変わった(昼夜逆転)のじゃないか、薬を、安定剤を飲んだらいいのではないかと、その時に初めて、その人があんまり親切に言うてくれたもので、ほんとのこと(自殺をしようとしていたこと)をしゃべった、その人に。

Ⅲ. 考 察

脊髄損傷患者の急性期における6つの体験の局面、『身体の変異の自覚や苦痛』から身体への痛み、『回復への期待と苦しみ』『生活動作が自分でできないつらさ』『家族における役割の模索』から受傷した自分と回復、『周囲の励ましによる生きる希望につながる体験』『医療者の関わりに対する捉え方』から周囲との関わりという、急性期の脊髄損傷患者を理解して、関わるための視点が捉えられた。以下に、各視点から考察する。

1. 身体への痛み

急性期の脊髄損傷患者は、呼吸機能障害、消化管機能障害、膀胱直腸機能障害、体温調節障害など生命の危機状態にある。また、患者にとって身体的消耗の著しい時期である。看護師は、生命維持を最優先とし二次的障害を予防することを目的としてケアを提供する。研究参加者は、【身体への痛み】や時間ごとに行われる吸痰処置や体位変換によって【急性期のケアをうけるつらさ】を体験していた。吸痰は生命維持のために必要な処置であるが、看護師は、吸痰によって、患者が痛みを感じることを予測し、理解しているということを、患者に伝えるようにしながら行うことが望まれる。また、損傷によって、感覚は消失していても、同一姿勢による身体への苦痛や受傷前に気にならなかったシーツや寝衣のしわが痛みの原因となり、消耗の激しい急性期の患者にとって苦痛となっている。自分の意思では身体を動かせない状況にある患者の苦痛となる原因を予測して患者に関わることや、時間ごとでなくても患者が痛みを訴えるときは、その痛みを最小限にするように関わる必要があると考える。

2. 受傷した自分と回復

脊髄損傷患者は、安静の保持や身体を自分で動かせなくなったことによって、【生活動作が自分でできないつらさ】や生活の中の援助を【相手のペースで待つつらさ】を常に抱えていた。Lohneらは、脊髄損傷者の損傷後1年間の苦しみとして他者に依存することのつらさ⁸⁾をあげていた。他者に依存することで、必然的に、自分のペースで生活動作を行うことが困難であり、自分がものごとを行いたいときに行えないことが、脊髄損傷者の苦しみとなっていることが考えられた。また、そのような新しい生活様式の混乱

の中で、【家族における自分の役割】を模索し、もしかして治るのではないかという【回復への期待】や【回復しないつらさ】を感じていた。希望の本質には、未知の将来へ向かって示される期待というような、不確かさの意識があり、脊髄損傷患者は、希望の体験において不確かさを体験している⁹⁾。本研究の参加者は、回復において、もしかして治るのではないかという不確かな期待感をもっていた。漠然とした回復への期待感をもつ背景として、一般の人々があまり知らないような特殊な疾病であることや身体の苦痛によって医師の説明をうけても、理解するのが容易でなく、将来の自分が確定されず、実感できないことが考えられる。【回復しないつらさ】では、急性期の病棟において、同室の他患者が順調に回復していくのを見ながら自分が回復していかないつらさを体験していた。同室の患者が回復していくのを目の当たりにし、自分だけが臥床したまま、身体の回復が実感できないことを体験することから、急性期の脊髄損傷患者は、身体の回復をほとんど実感できない状況にあることが考えられた。一方、そのような状況でも、自分はどこまで回復し、最終的にどのような生活をおくることができるのだろうか【回復への不安】をもち、生活がどうなるのか予測できず不安が生じているが、急性期から今後の具体的な生活の様子を予測しようとしていると考えられる。そして、急性期の機能回復訓練によって、【リハビリテーションの効果を実感】し、あきらめていたことができたことで、嬉しさを感じると同時に、回復への期待をもつものと考えられる。このように、急性期の脊髄損傷患者は、自分で生活動作をできないことで日常的に受傷した自分をみつめ、身体的消耗を著しく感じている中で、回復を期待していると考えられる。Lohneらは、脊髄損傷患者は、受傷後1ヶ月の間に、将来に自信をもつことと将来の不確実性、冷静さと不安の相対する気持ちを体験しながら、希望がもてるような回復、改善を期待していた⁴⁾と報告している。すなわち、脊髄損傷患者の急性期の苦しみを理解したうえで、生活動作を整えるとともに、家族や将来への思い、回復・改善への期待をもっていることをふまえて関わる必要がある。また、リハビリテーションの効果を実感できるように、脊髄損傷患者ができることを少しでも生活の中で実感できるように関わるのが、患者の自信につながると考える。

3. 周囲との関わり

脊髄損傷患者は、家族が、生きているという自分の存在そのものを喜んでくれたことで【周囲からの励ましによる嬉しさ】を感じたり、看護師が身の回りの世話をしてくれたことで【看護師への感謝の気持ち】をもっていた。また、受傷前と変わらないように日常的に過ごせることが励ましとなり、生きる希望につながっていた。坂本らは、脊髄損

傷受傷後の苦悩からの立ち直りへの体験内容として、受傷前と変わらない人間関係を得たり、支援を受けること³⁾をあげている。これらから、家族や友人と変わらない人間関係を維持したり、家族や看護師との関わりから以前と変わらず日常性を感じられるような関わりが必要であると考ええる。一方で、体力の消耗の激しい時期に、医療者に対して、痛みを理解されないことから【痛みを理解してくれないつらさ】や、【身体が物のように扱われた失望】を感じていた。大川は、患者は看護師に症状を伝えても伝わらないことにつらさを感じている¹⁰⁾と述べている。急性期において、脊髄損傷患者は、不可逆的な障害を負ったつらさや疾病、治療、機能回復訓練による身体の苦痛を体験している。突然の受傷で、精神的に混乱し、身体的苦痛が大きな時期に、自分のつらさが他者に理解してもらえないことは、患者にとって耐えがたいことであると考えられる。また、新舎は、実際に自らが脊髄損傷となり、リハビリテーション認定医師になった立場において、自分の受傷からの過程を振り返り、自分の担当となったリハビリテーション認定医師が、将来の明確なビジョンを示し、障害者という枠組みでなく、社会復帰をする一人の人間として関わり支えてくれたことから、障害者を取り巻くリハビリテーション認定医師を始めとした医療職種の良否が障害者の将来を左右するといっても過言ではない¹¹⁾と述べている。【身体が物のように扱われた失望】において語られた体験は、どちらも身体の移動時に体験されていたことである。身体は自分の意思では全く動かなくなってしまうが、物のように扱われたと感じることで失望を体験していた。回復のひとつの過程である急性期に、医療者が障害を負った自分をどのようにみているのか、医療者の態度から感じ取っている。すなわち、身体は機能を失っていても、医療依存度が高く、身体的なケアに重きがおかれる急性期から、脊髄損傷患者が、人間としての尊厳を意識できるような関わりの必要性が示唆された。

IV. 限界と今後の課題

今回の研究協力者の受傷後期間に幅があること、また、参加者の想起によるデータであることから、各局面の位置づけや、時間的プロセスを言及することには限界がある。また、研究参加者数が6名と少数であることから、すべての脊髄損傷患者の急性期の体験を表しているとはいえない。

今後の課題として、障害の程度や家族構成など個別の背景と関連した分析がなされると、より看護への視野が広がると考える。また、今回の研究結果の真実性および信頼性を高めるためにより多くの事例を重ねていく必要がある。

V. 結 論

脊髄損傷患者6名を研究参加者として、脊髄損傷患者の急性期の体験を明らかにするために、半構成的な面接を行い、質的帰納的に分析を行った。その結果、身体の変容の自覚や苦痛、回復への期待と苦しみ、生活動作が自分でできないつらさ、家族における役割の模索、周囲の励ましによる生きる希望につながる体験、医療者の関わりに対する捉え方と6つの局面が見出され、以下のことが明らかになった。

1. 損傷による特徴のある強い痛みや、身体が自由が利かないことによって今まで感じなかった苦痛を体験していた。また、定期的に行われる吸痰や体位変換のケアによっても苦痛を生じていた。
2. 生活動作が自分でできず、相手のペースでケアを待つつらさを抱え、家族内の自分の役割を模索していた。また、回復しないつらさを実感しながら、将来に対して漠然とした不安と期待をもっていた。
3. 医療者との関わりから、医療者に対して感謝の気持ちや信頼感をもつ一方で、理解してくれないつらさをもつ

など相反する思いをもっていた。また、自分が生きていることを喜んでくれた家族や友達の存在が生きる希望につながっていた。

以上より、脊髄損傷患者は、急性期において、身体を痛めていることを看護師は理解し、そのことが患者に伝わるような態度で援助を行うことが必要であり、将来に対して不安や期待をもっていることをふまえながら、生活動作を整えるとともに、急性期から、脊髄損傷患者が、人間としての尊厳を認識することができるような関わりの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く面接にご協力いただきました研究参加者の皆様に深く感謝いたします。また、ご協力くださいました施設の病院長、看護部長、看護師長、病棟スタッフの皆様に心より感謝いたします。

なお、本研究は、金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻の修士論文を加筆修正したものであり、本論文の一部は日本看護研究学会第31回学術集会（2005年、札幌）で報告した。

要 旨

本研究の目的は、脊髄損傷患者が急性期にどのような体験をしているのかを明らかにすることとした。研究参加者は、一回復期リハビリテーション病院に入院あるいは通院している脊髄損傷患者6名である。方法は、半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。その結果、急性期において、脊髄損傷患者には、損傷による激しい身体への痛みが生じていた。また、他者のペースに依存しなければ生活動作ができないつらさを抱え、家族内における自分の役割を模索していた。医療者に対して感謝の気持ちや信頼感をもつ一方で、理解してくれないつらさや失望など相反する思いをもっていた。そして、自分が生きていることを喜んでくれた家族や友達、残存能力を認めてくれる看護師の存在が生きる希望につながっていた。これらから、身体への痛みや他者に依存しなければならぬつらさを理解し、脊髄損傷患者が生きる意欲をもてるような関わりについての看護介入の視点が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify how the patient with Spinal Cord Injuries (SCI) experienced in acute. The participants were 6 patients with SCI of entering or going one rehabilitation hospital. The methods were used for the semi-structured interview, the data were analyzed qualitative and inductive. As a result, the patients with SCI had severe pain of body from damage. They also had pain that they cannot activity of living only pace of others, and groped their roles in families. While they felt thanks and trust in medical people, they had abhorrent thoughts that pain and disappointment with lack of understanding. Then, presence of their families and friends that were pleased about being of them, and of nurse admit the other of ability connected hope for live. These findings suggest that we understand patient's pain of body and they have to depend on others, that viewpoint of nursing intervention in relation that the patients with SCI can have will to live.

文 献

- 1) 豊永敏宏：発生の現状，住田幹男，徳弘昭博他（編）：脊髄損傷の outcome - 日米のデータベースより -，28-42，医歯薬出版株式会社，東京，2001.
- 2) 三沢伸明：脊髄損傷患者の障害受容過程で起こる心理的变化とその影響要因，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，22，331-336，1997.
- 3) 坂本雅代，前田智子：脊髄損傷者の受傷による苦悩から立ち直りに向け意識が変化する要因，看護研究，35 (5)，63-73，2002.
- 4) Lohne V., Severinsson E. : Hope during the first months after acute spinal cord injury. Journal of Advanced Nursing, 47(3), 279-286, 2004.
- 5) Anderson K. N., Anderson L. E., Glanze W. D. : Mosby's medical, nursing, and allied health dictionary, 28, The Clarinda Company, the United States of America, 1994.
- 6) Janet A. S. 藤村正恵，石川ふみよ 他訳：リハビリテーション看護の実践 概念と専門性を示す ARN のコアカリキュラム，アメリカリハビリテーション看護師協会（編）奥宮暁子（監）第 1 部第 1 章 リハビリテーションとリハビリテーション看護，3-17，株式会社 日本看護協会出版会，東京，2006.
- 7) 石川 誠：急性期・回復期リハビリテーション，澤村誠志（監）日本リハビリテーション病院・施設協会（編）：これからのリハビリテーションのあり方，14-17，株式会社 青海社，東京，2004.
- 8) Lohne V., Severinsson E. : Patients' experiences of hope and suffering during the first year following acute spinal cord injury. Journal of Clinical Nursing, 14, 285-293, 2005.
- 9) Lohne V., Severinsson E. : Hope and despair : the awakening of hope following acute spinal cord injury - an interpretative study. International Journal of Nursing Studies, 41, 881-890, 2004.
- 10) 大川貴子：“看護者の行為”に対する患者の認知 リハビリテーション病棟に入院している脳血管障害患者に焦点をあてて，看護研究，28(9)，21-38，1995.
- 11) 新舎規由：当事者の立場から，総合リハビリテーション，31(9)，815-820，2003.

〔平成18年4月7日受付〕
〔平成19年1月25日採用決定〕

精神科における長期入院患者の苦悩

Suffering of Patients Long-Stay Admitted in Psychiatric Hospital

藤 野 成 美¹⁾ 脇 崎 裕 子²⁾ 岡 村 仁³⁾
Narumi Fujino Yuko Wakizaki Hitoshi Okamura

キーワード：苦悩，精神科，長期入院患者

Key Words：suffering, psychiatric, long-stay patients

I 緒 言

Travelbee¹⁾ は、苦悩は一般的に身体的ないし心理的な痛みの人間体験を記述するのに用いられると述べており、英語ではSufferingが同様の意味をもつ。不快な情動をあらわす用語には他に怒り、不安、恐れなどがあるが、苦悩は其中でも高次の精神的営みによっておこるものであり、刺激に対する不快や苦痛の上位概念として位置付けられている²⁾。Rhodesら³⁾ は、苦悩の関連用語として、苦痛(distress)、痛み(pain)をあげ、これらの相違点について、苦痛はある特定のものから経験する知覚的な負の動揺として用いることが多く、痛みは患者側の認知的要素がその患者の知覚や感覚とより強く複合されたものであると述べている。近年、苦悩の緩和については、緩和医学のみならず医学一般の大きな話題となっており、がん患者の体験する多様な苦悩を明らかにしようとする試みは、現象学的な記述研究、インタビューに基づいた質的研究が行われている⁴⁾。しかし、精神科における長期入院患者が、病と向き合う過程でおこるQOLを脅かす社会環境要因、心理的要因など苦痛が複合、集積し、それらがコントロールの範疇を超えるときに経験する苦悩は計り知れないことが予測されるにもかかわらず、それらについての研究は全く見当たらない。

「Psychiatric patients」と「Suffering」をキーワードに検索した結果、精神科入院患者の苦悩についての研究は数件の報告がある。Pereiraら⁵⁾ はブラジルにおいて精神病院に長期入院していた女性患者4名に対し、社会からの長期にわたる隔絶における苦悩を緩和するために、精神科における看護はどう寄与すべきかとしてインタビューを行った。これを社会説明理論を用いて解釈しており、その結果、社会から隔絶された環境で不適切な治療を続けることが、患者の苦悩を増強しているとして、オープンな環境下での治療

の重要性を示唆している。Chan⁶⁾ はスウェーデンの精神科外来において、8名に対して苦悩に関するインタビューを行いPaul Ricoeurの解釈学を用いて分析した。その結果、患者が自由に自分の意志を述べることを認められる治療的環境の重要性を示唆している。その他、精神障害そのものを患者の苦悩と捉え、国民健康保険改革の重要性⁷⁾を示唆する研究や精神障害者の社会的支援の中でも情緒的支援の重要性を示唆する研究⁸⁾や、自殺未遂者の苦悩^{9),10)}についての先行研究は散見された。

一方、国内においては精神障害者の長期入院の弊害が指摘され、入院医療を中心とした治療体制から通院治療や在宅生活支援を含めた包括的なケア体制の重要性が示唆されている。しかし、精神科における長期入院患者に関するこれまでの研究では、社会復帰にむけての援助^{11)~14)}や日常生活能力の全般的障害^{15),16)}、家族関係^{17)~18)}、QOLに関連する要因^{20),21)}、看護者の役割^{22)~24)}に焦点を当てた報告が多く、長期入院患者が経験する苦悩について、その具体的内容や本質はほとんど明らかにされていない。日本における精神障害者の処遇の歴史を考慮しても、個々の患者において様々な苦悩を経験していることは大いに推測される。しかし、現在に至るまで患者が経験している苦悩についてのアセスメントや看護援助については、それぞれの看護者の臨床判断に頼ることが多く、精神科看護の専門性としては十分に確立されていない。苦悩とは生きる過程におけるその人の信念や価値態度、患者の認知的な要素と強く関連している²⁵⁾。そこで、精神科における長期入院患者の苦悩の本質の要素を患者の語りから明らかにし、苦悩を抱える患者の心理を理解することによって、患者のQOL向上の一端を担う重要な看護援助への示唆を得ることができると考える。

1) 広島県立大学 Prefectural University of Hiroshima

2) 西南女学院大学看護学部 Faculty of Health and Welfare, Department of Nursing, Seinan Jo Gakuin University

3) 広島大学大学院健康科学部 Graduate School of Health Science, Hiroshima University

II 研究目的

精神科における長期入院患者の苦悩の本質の要素を患者の語りから明らかにし、苦悩を緩和する看護援助への示唆を得ることを目的とした。

III 用語の操作的定義

苦悩：本研究における苦悩とは、苦悩は不快感情であり、人としての統合性やそれらを維持することを妨げられたり、個人の存在や実存性に脅威が迫っていることによって引き起こされる心理的、身体的苦痛である²⁶⁾。苦悩は刺激に対する不快や苦痛の上位概念として位置づけられそれらを含む広い概念である。

IV 研究方法

1. 研究デザイン

精神病院に長期入院している精神障害者の苦悩を、患者の語りを通して探索する内容分析に基づいた質的記述的研究である。

2. 対象者

調査に先立ち、施設の管理者、病棟の看護師長に調査の依頼を行い対象者の選定を行った。適格条件は、精神病院に長期入院中であり、以下の3要件を満たすものとした。1) 5年以上入院しているもの(国民衛生の動向²⁷⁾によると精神科における平均在院日数は376.5日と報告されていること、先行研究^{28), 29)}などから、本研究では長期入院は5年以上とした。2) 認知症の合併がなく、質問紙への記入が可能で、日常会話が成立するもの、3) 文書と口頭による説明で研究参加に同意したものとした。

3. 倫理的配慮

面接時、研究の趣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及び書面で得た。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、それにより患者が受ける治療・看護に不利益はないこと、調査に関する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承諾を得ており、個人の対象者が特定されないようプライバシーと匿名性を厳守すること、データは本研究以外は使用しないことを遵守した。

4. 調査方法

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。本研究者は調査を行った病院において、対象者と数年間関わってきた経緯があり、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相談しやすい雰囲気を作った。参加観察の視点は家族や友人の面会時および研究筆頭者との面接時における対象者の表情、身振り、言動、態度に加え、対象者が患者や看護師を含む医療者と相互作用する場面を観察し、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) 面接調査法

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の確保ができる環境で、対象者の希望する時間に面接を行った。面接は1名の対象者に1回あるいは2回行い、1回の面接時間の平均は54分であった。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。面接では対象者との信頼関係の構築を念頭におきながら、現在感じている苦悩についての意味内容を深く語ってもらった。「あなたが現在、精神的、身体的、社会的にとっても辛く悩んでいると感じていることはなんですか。」という問いかけを行い、半構成的な面接方法を行った。1回の面接で語りきれないと申し出があった対象者、1回目の面接の意味内容に不明な点があり確認を要する対象者は2回面接を行った。面接の際には対象者の心理的な状態に細心の注意を払い、この調査への協力および継続について、不都合が生じた場合に対象者が研究者以外に相談でき、調査協力の拒否を表明できる相談者を各病棟内に確保して慎重に調査を実施した。

5. 分析方法

データ分析にあたっては、精神科に長期入院中である精神障害者の経験している様々な苦悩を語ってもらい、苦悩の本質の要素を明らかにするために質的内容分析を行った。質的内容分析には、要約的内容分析、構造化内容分析、説明的内容分析の3つの技法がある³⁰⁾。今回は、要約的内容分析と構造化内容分析の2つの技法を用いてデータ分析を行った。まず、要約的内容分析として、対象者が体験している苦悩についての詳細な記述を行い逐語録を作成した。それらの記述内容を吟味し、記述データから対象者が体験している苦悩が表出されている記述部分を文脈を損なわないよう抜き出し、忠実に1文章にまとめた。次に、1文章ごとに、苦悩が表出されている内容を1つの構成要素として抽出した。各構成要素を特徴づける内容の類似するものをまとめ、まとまりの内容を的確に表現するコード化単位(coding unit)を設定し、一つ一つの発言をそこに振り分けカウントする作業により、質的な特性を明らかにした。最終的に、構造化内容分析として、要約的内容分析で設定したコード化単位のうち、苦悩の意味内容が類似する

ものをまとめて、まとまりごとに包含する意味の性質を抽出・統合し、文脈単位（contextual unit）として設定し、苦悩の本質の要素を突き止めカテゴリを命名した。

6. 分析の真実性

研究の各プロセスごとに精神看護学研究者にスーパービジョンを受けた。対象者との面接の際には、語りの中の主要となるメッセージをその都度反復して確認を行った。さらに、不明な点については、2回目の面接の際に対象者に意味内容を確認した。また、精神看護学研究者1名、精神科看護師2名に研究者が再構成した体験の記述・解釈を提示し、研究者の解釈が妥当であるか確認し真実性を高める努力を行った³¹⁾。

IV 結 果

1. 対象者の概要

対象者は2施設の単科精神病院に入院中であり、本研究に調査同意の得られた男性26名、女性8名の計34名であった。調査時の平均年齢は56.18±9.93歳（31歳～71歳）、発症年齢の平均は26.18±9.78歳（15歳～52歳）、平均在院期間は18.65±12.78年（5年～45年）であった。入院形態は医療保護入院が3名、任意入院が31名であった。診断名は統合失調症31名、非定型精神病3名であった。対象者の概要を表1に示した。

2. 精神科における長期入院患者の苦悩

各対象者から抽出された苦悩のコード単位は37であり、分析手順に従い16の文脈単位にまとめられた。さらに意味内容の類似するものを5つのカテゴリにまとめた。最終的に文脈単位の各内容が包含する意味内容の性質を抽出・統合した結果、孤独への脅威、精神疾患を抱えて生活する苦悩、社会適応能力の低下から生じる生活の困難性、実存性が脅かされることへの不安、自己受容性の低下に伴う苦悩の5つの苦悩の本質の要素を抽出した。以下に精神科における長期入院患者の苦悩の内容説明を各カテゴリとそれを構成する文脈単位及びカテゴリを代表するいくつかの内容について対象者自身の語りを加えながら述べる。対象者自身の言葉は「」, 文脈単位を〔 〕, カテゴリを【 】で示した。内容の理解が難しいと思われる箇所は（ ）中に言葉を補い提示した。苦悩の内容については表2に示した。

1. 【孤独への脅威】

このカテゴリは、〔家族サポートの欠如〕, 〔対人関係の希薄〕, 〔社会的偏見〕という3つの文脈単位で構成されていた。

1) 〔家族サポートの欠如〕

両親と上手くコミュニケーションがとれない、退院しても家族は面倒をみてくれない、両親も健康に問題があり入院するしかない、過去に引き起こした問題行動を家族が許

表1 対象者の背景

対象者	性別	年齢 (歳)	診 断 名	発症年齢 (歳)	罹病期間 (年)	当院の入院 期間 (年)
1	男	44	統合失調症	20	24	10
2	男	56	統合失調症	23	33	20
3	男	41	統合失調症	17	24	5
4	男	59	統合失調症	19	40	5
5	女	53	統合失調症	20	33	13
6	男	53	統合失調症	25	27	8
7	男	47	統合失調症	15	32	28
8	男	54	統合失調症	28	26	10
9	男	49	統合失調症	22	27	9
10	女	55	統合失調症	26	29	26
11	女	41	統合失調症	24	17	9
12	男	65	非定型精神病	50	15	10
13	男	38	統合失調症	19	19	10
14	男	52	統合失調症	19	33	20
15	男	50	非定型精神病	30	20	5
16	男	70	統合失調症	52	18	10
17	男	56	統合失調症	36	20	9
18	男	70	統合失調症	20	50	39
19	男	54	統合失調症	23	31	30
20	女	57	非定型精神病	18	39	18
21	女	65	統合失調症	30	35	30
22	女	31	統合失調症	18	13	5
23	女	66	統合失調症	20	42	45
24	男	71	統合失調症	33	38	35
25	男	70	統合失調症	20	50	8
26	男	62	統合失調症	48	14	14
27	男	67	統合失調症	30	37	37
28	男	62	統合失調症	23	39	39
29	男	66	統合失調症	21	41	41
30	女	59	統合失調症	20	39	39
31	男	50	統合失調症	21	29	15
32	男	65	統合失調症	40	25	7
33	男	56	統合失調症	20	36	17
34	男	56	統合失調症	40	16	8

してくれないといった、本来であれば最も身近な存在であり、最も自分を理解してくれるはずの家族からの孤独感を強く感じていた。「両親がけんかばかりしている。家庭環境が悪い。なにを話していいかわからない・・・自分としては上手くやっていきたいけど、ひとり取り残された感じがしてね・・・どうしようもならないのはわかっているけど、もっとこれからのこととか話し合いたいけどね・・・」「(これから)先では退院したいと思っています。今すぐは無理・・・家族は面倒みてくれないし、ひとりぼっちだから・・・」「頼る人は両親しかいない。でも両親は病気だし年をとってるから、自分はこのまま退院できないんじゃないかな・・・退院してもどうやって生活していったらいいか頼るものもないし・・・結局ひとりぼっちなんだよね・・・」「ここ(精神病院)に入院してもう6年よ。かあちゃんももう許してくれてもいいと思うんよ・・・おれはわざといろんなこと(異常体験に伴う問題行動)をやった

表2 精神科における長期入院患者の苦悩

カテゴリ	文脈単位	コード化単位
孤独への脅威	家族サポートの欠如	両親と上手くコミュニケーションがとれない 退院しても家族は面倒をみてくれない 両親も健康に問題があり入院するしかない
	対人関係の希薄	気持ちをわかちあえる友人がいない 他人との付き合い方がわからない
	社会的偏見	精神病院に入院していることを周囲に知られることを家族が嫌がる 病気がばれると近に偏見視されて家族に迷惑がかかる
精神障害を抱えて生活する苦悩	幻聴・妄想に支配された生活	幻聴が続くと何もできない状態になる 過去の体験のフラッシュバック
	再発への不安	ストレスに伴う再発への不安 完治することがない疾患への不安
	合併症に伴う苦痛	糖尿病のコントロールが困難 イレウスの再発への恐怖
	抗精神病薬に伴う副作用	服薬に伴う倦怠感・頭重感 便秘が辛い
社会適応能力の低下から生じる生活の困難性	就労の難しさ	就労先がなかなかみつからない 自分にあう仕事が見つからない 仕事で生計をたてることへの不安
	自立に対する自信の喪失	独り暮らしで家事ができるか不安 独り暮らしに対する自信の喪失
	社会復帰に対する漠然とした脅威	退院に対する恐怖 外に出ると調子が悪くなる
	経済的不安	年金生活に対する不安 金銭面での援助が無いことに対する不安
実存性が脅かされることへの不安	将来の見通しが立たないことへの不安	将来への不安 退院したいけど退院できない
	人生における楽しみの喪失	楽しみが見出せない 生きていて楽しいことがない
	生きる意味の喪失	希死念慮を抱くことがある 生きていくことに対する自信の喪失
自己受容性の低下に伴う苦悩	自己信頼の低下に伴う不安	自分の人生に対する可能性が信頼できない ストレスに対処する能力に自信がもてない
	自己価値の低下に伴う不安	自分を無価値な存在と思う 自分の人生に対して無意味感をもつ

んじゃないんだけどね・・・」と述べていた。

2) [対人関係の希薄]

気持ちをわかちあえる友人がいない、他人とのつきあい方がわからないといった、心から信頼できる友人が存在しないことによる苦悩と対人関係能力の欠如による不安を抱えていた。「自分は孤独、行き着く先は孤独・・・友がほしい・・・分かち合える友・・・」「相談できる人がだれもない。どうやって他人とつきあっていったらいいかわからない」「デイケアとかも参加したいけど、対人関係がうまくいかどうか不安・・・どうやって他人とコミュニケーションをとったらいいかわからない」と述べていた。

3) [社会的偏見]

精神病院に入院していることを周囲に知られることを家族が嫌がる、病気がばれると近所に偏見視されて家族に迷惑がかかるといった、社会的偏見によって対象者及び家族が苦悩を感じていた。「自分が病気でしよう、精神病院に

入ってることが周囲にばれるから内緒にしている。だって、結婚している子どもの相手の人に知られたらまずいから（自宅に）帰ってくるなどと言われる・・・辛いよ・・・ほんと・・・」「家に帰って自分がこんな（精神障害者であること）のが知れたら、家族みんな近所を歩けなくなる・・・だから（自宅から）遠い病院に入院している・・・」と述べていた。

以上のことから、対象者が信頼関係を構築したいと切望している家族や友人、支援者や周囲の人々との意思疎通が乏しいことにより孤独感を募らせ、それを苦悩と感じていた。

2. 【精神疾患を抱えて生活する苦悩】

このカテゴリは、[幻聴・妄想に支配された生活]、[再発への不安]、[合併症に伴う苦痛]、[抗精神病薬に伴う副作用] という4つの文脈単位で構成されていた。

1) [幻聴・妄想に支配された生活]

幻聴が続くと何も出来ない状態になる、過去の体験のフ

ラッシュバック、関係妄想に伴う疲労感といった、異常体験により日常生活に支障をきたすことが辛い経験であると、病識があるが故の苦悩を訴えていた。「テレパシーを感じる。このテレパシーは何も出来ない状態にする。これを一生背負って生活するなんて・・・」「幻聴のせいで幼児虐待の経験がある。またするんじゃないかと思うと怖い・・・時々思い出すの・・・」「気が休まることがないから、ずっとこうかと思うと疲れる。外（社会）で生活すると、女の子が泣き出しただけでも自分のせいじゃないかと考えてしまって、すごく疲れるの・・・」と述べていた。

2) [再発への不安]

ストレスに伴う再発への不安、完治することがない疾患への不安といった、生涯にわたってコントロールを要する慢性疾患を背負っている対象者の苦悩が明らかになった。「ストレスが一番病気に悪い。また病気がでたら、落ち込んだり、妄想が妄想になって・・・でなかったらいいけど、こんな考えてたらどんどん不安になる」「病気がまた悪くなったらどうしようと思うこと自体苦痛・・・薬をきちんととのんでても悪くなるもんね・・・」と述べていた。

3) [合併症に伴う苦痛]

糖尿病のコントロールが困難である、イレウスの再発への恐怖といった、精神疾患だけではなく合併症のコントロールも伴に行っていかなければならないことへの苦悩を訴えていた。「糖尿病があってジュースも自由に買えない。好きな食べ物も我慢しなきゃいけない・・・健康状態が悪くなるから・・・この病気（精神疾患）のうえに、糖尿病もあるからね・・・」「イレウスをおこして大変な目にあった。生死の境をさまよった。またなるかもね。もう二度とあんな思いはしたくない・・・きつかった・・・」と述べていた。

4) [抗精神病薬に伴う副作用]

服薬に伴う倦怠感・頭重感、便秘といった、抗精神病薬の副作用による苦悩を訴えていた。「薬をのむと身体がきつい。頭がすっきりしない。でも飲み続けないといけないうのもわかってる。何もしたくなくなる・・・これじゃいけないのもわかってる・・・なんか悪循環・・・考えると嫌になってくるね・・・」「便秘でとても困ってるんです。病気の薬飲んで便秘になって、それで便秘薬をのむ・・・それがだんだん効かなくなるから、（便秘薬の）量が増える・・・これがずっと続くかと思うと・・・」と述べていた。

以上のことから、対象者が病識をもっているが故に感じている苦悩であり、さらに一生涯にわたり症状のコントロールを継続していかなければならないことを自覚することによって、二重にわたる苦悩を生じていた。

3. 【社会適応能力の低下から生じる生活の困難性】

このカテゴリは、[就労の難しさ][自立に対する自信の喪失][社会復帰に対する漠然とした脅威][経済的不安]という4つの文脈単位で構成された。

1) [就労の難しさ]

就職先がなかなかみつからない、自分にあう仕事が見つからない、仕事で生計を立てることへの不安といった、就職先の有無や就労できたとしても継続することができるのか不安といった内容で構成されていた。「仕事がないもんね・・・アルバイトの経験はあるけどね・・・なかなか雇ってくれるところはないよ・・・ふつうの人でもない時代なのに・・・でも働かないと食べていけないからね・・・」「退院したら仕事が心配。（入院）前にしてた仕事（大工）はできないから・・・自分にできる仕事があるか心配・・・」「家族を養わないかんから働かないといけんのはわかるけど、最初からフルタイムは無理やし・・・なんでも出来る訳じゃないし・・・続くかもわからんし・・・調子が悪いときは働けんしね・・・」と述べていた。

2) [自立に対する自信の喪失]

独り暮らしで家事ができるか不安、独り暮らしに対する自信の喪失といった、自立するための生活機能が障害されていることを自覚しており、自立していた頃の自分と現在、自立していない自分を比較して自信を喪失していた。「それでも（入院）前は自分のことは自分でできていた・・・でも今はだれも身寄りがいないから、退院して調子が悪くなくても、食事も作れないし、お風呂にも入れない、そう考えたら独り暮らしできない・・・だからってずっと入院するのいや・・・どうしたらいいのか・・・」「今は大丈夫。でも、退院して掃除、洗濯したら、疲れてまた悪くなるかと思うと心配・・・」と述べていた。

3) [社会復帰に対する漠然とした脅威]

退院に対する恐怖、外に出ると調子が悪くなるといった、退院して病院外で生活していくことをとても不安に感じていた。「外（社会生活）は楽しくない。外に出ると緊張して手が震える。調子が悪くなるから退院したくない。でも退院しろって言われる。そんな簡単には（退院）できない。」「外に出ると何がおこるかわからないから心配・・・調子も悪くなる・・・」と述べていた。

4) [経済的不安]

年金生活に対する不安、金銭面での援助がないことに對する不安といった、金銭面での不安を訴えていた。「退院したらお金がギリギリ・・・足りない・・・どうやって生活していったらいいんだろう」「もともと借金もあるし、年金だけの生活では足りない・・・かといって、働けないし、身寄りもないし・・・」と述べていた。

以上のことから、長期入院に伴う生活機能の障害が対象者自身の苦悩となっていた。

4. 【実存性が脅かされることへの不安】

このカテゴリは、〔将来の見通しが立たないことへの不安〕、〔人生における楽しみの喪失〕、〔生きる意味の喪失〕という3つの文脈単位で構成された。

1) 〔将来の見通しが立たないことへの不安〕

将来への不安、退院したいけど退院できないといった、今後の自分の将来に不安を抱えており、これから先の見通しが立たないことへの苛立ちすら感じていた。「家のこととか自分の今後のこととか考えよったら、ほんと悩みばかりよ・・・どうもならんことばかり・・・」「退院するにはどうしたらいいんでしょうかね・・・私はここにいる意味がないと思うんです・・・だれも協力してくれないから・・・この先どうなるんだろう私・・・先が全くみえません・・・真っ暗・・・考えてたらいらいらしてくる・・・」と述べていた。

2) 〔人生における楽しみの喪失〕

楽しみが見出せない、生きていて楽しいことがないといった、今後の人生への楽しみを見い出せないため自分の存在価値に不安を感じていた。「楽しみがわからない。何をしたら楽しいのか全くわからない。これから先も楽しいことなんてどうせないだろうしね・・・」「どうやって過ごせばいいのかわからない。生きていて楽しかったことがよくわからない。」と述べていた。

3) 〔生きる意味の喪失〕

希死念慮を抱いたことがある、生きていくことに対する自信の喪失といった、死んだ方がましなのではないかと生きていく意味を見出せず、死の覚悟も感じられる内容を語っていた。「死にたい、死にたいって思ったことがある。これからどうしようか、生きているのが辛くなることがあった。でも勇気はないけどね・・・」「この病院で一生を終わるなら死んだ方がましかなって思うことがある。病院から棺桶退院かな・・・でも、独りで生きていく自信もないしね・・・結局、毎日が変わりなく過ぎていくだけ・・・」と述べていた。

以上のことから、対象者は今後の自己の将来についての不安が強く、自分の存在する意味を見出せないことが苦悩となり、死を意識するほど追いつめられていた過去の状況が明らかになった。

5. 【自己受容性の低下に伴う苦悩】

このカテゴリは、〔自己信頼の低下に伴う不安〕〔自己価値の低下に伴う不安〕という2つの文脈単位で構成された。

1) 〔自己信頼の低下に伴う不安〕

自分の人生に対する可能性が信頼できない、自分の人生におけるストレスに対処する能力に自信がもてないといった、現在および将来の自己の可能性を信頼し、人生や物事

に対する対処能力に自信が持てない状況に苦悩を感じていた。「退院したいけど退院できないのが辛い。どっちにしろ（入院、退院のいずれにしろ）どうせ自分の将来はしれている・・・こんなじゃだれも信頼してくれないし・・・難しいね・・・」「これから先、どんなストレスが待っているか、わからんもんね・・・それを乗り越える自信も方法もわからない・・・自分の気持ちを話してもどうせ認められないし・・・がんばって自分の気持ちを言っても、相手にされないことが多いし・・・それならもう諦めた方がましだもんね・・・仕方ないよ」と述べていた。

2) 〔自己価値の低下に伴う不安〕

自分を無価値な存在と思う、人生に対して無意味感をもつといった、自己を無価値な存在としてみたり、無意味感を抱いて自己の人間的な価値を疑うことによって生じた苦悩を訴えていた。「今は腹も出て、この顔で生きていかないと思うと辛い。前は美しいと言われたこともあったのに・・・今は鏡もみたくない・・・辛いよ・・・こんな姿じゃ生きてる価値もない・・・」「本来の自分に戻りたい・・・前はこんなじゃなかった・・・どうしてこんなになってしまったんだろう・・・もうこんなじゃ私なんかだめだね・・・考えると辛くなる・・・こんなじゃ生きてる意味もない・・・」と述べていた。

以上のことから、対象者は自己の現在おかれている状況を事実として真剣に受けていた。しかし、その状況をありのまま受け入れるには厳しい現実であることを理解しているが故の苦悩を抱えていることが示された。

V 考 察

本研究の結果、精神科における長期入院患者が経験する苦悩は、孤独感への脅威、精神疾患を抱えて生活する苦悩、社会適応能力の低下から生じる生活の困難性、実存性が脅かされることへの不安、自己受容性の低下に伴う苦悩が抽出された。以下にそれぞれの苦悩の内容と看護援助への示唆について考察する。

1. 孤独への脅威

対象者は、家族、友人、その他周囲の人々、さらに社会的偏見からの孤独を強く感じていた。入院の長期化に伴い、対象者を支える家族システムも崩壊への一途をたどり、心身共に社会的孤立化が進んでいる状況であった。吉松³²⁾は、ひとは絶えず外界に対応して内界を同調させながら生きる、つまり人間は孤独では成り立ち得ず、外界特に共同世界との交流を通していわゆる人間になると述べている。対象者は家族や他者との交流を必要最低限しか持たない、中井³³⁾の指摘した巧みな少数者として病院の枠におさまり長期入院生活を送ってきたが、孤独感にさいなまれる苦悩は計り知れないものであったと考えられる。しか

しながら一方では、家族の抱く精神障害者への思いについて、石川ら³⁴⁾は、病気や本人の今後について不安や心配を感じている家族は7割以上と高く、本人ひとりを残して死ねない、病気が今後どうなるか心配であると感じていると報告している。つまり家族は徒労感や諦め、犠牲感を表出しながらも、患者を共感的に理解したいという葛藤と自責の念を生じていることが明らかになっている。こうした家族と精神障害者自身のコミュニケーション不足が長期にわたり積み重ねられた結果、お互いの思いを理解することが困難となったため生じたすれ違いが孤独感をつのらせる結果となっていた。したがって、対象者の孤独感と家族の精神障害者に対する葛藤と自責の念の思いを共有する場がもてるならば、双方の苦悩も少しずつ軽減にむかうのではないかと考えられる。これに対して医療者は、精神障害者自身が『自分のことが理解されている、自分のことを考えてくれる人がある』という感覚がもてるようなサポートを行っていく必要がある。同時に、家族の能力をアセスメントし、その力が最大限に引き出されるような看護援助を行うことで、家族が患者と向き合う一歩を踏み出せるのではないかと考える。

現在、本邦の精神医療においては、患者に強い苦痛を与え、回復への前向きな気持ちを損ねる可能性があるセルフスティグマへの対応が重要である³⁵⁾とされている。今回の調査においても、セルフスティグマや家族のスティグマが、苦悩の一つであることが明らかとなった。対象者自身がセルフスティグマを抱え続けることは、社会適応を阻み、対象者自身の苦悩を増す結果となる。今後セルフスティグマの変容可能性および低減手法に関する検討が必要である。その際「自分がこんな（精神障害者である）のが知れたら・・・ダメ人間と思われる・・・」というような認知を修正することを目指した認知行動療法的なアプローチの有用性も望まれるであろう。家族は対象者の『できないところ』という否定的側面に注目するのではなく、『できるところ』という肯定的側面をフィードバックする対応が重要である。そのためには、日常生活の中で対象者が自分なりに工夫し、努力している部分を積極的にアピールする姿勢が家族の意識改革につながると考える。

2. 精神疾患を抱えて生活する苦悩

対象者は、幻聴、妄想などの精神症状、さらに再発、合併症、抗精神病薬に伴う副作用を具体的に示し、精神障害という病気そのものに対する苦悩を訴えていた。「これ（幻聴）を一生背負って生活するなんて・・・」「（被害妄想により）気が休まることがない・・・」などに示されるように、幻聴や妄想が病的体験であることを少なくとも対象者自身が認知していることによって生じる苦悩であった。精神医療においては他覚的に観察される症状や病識に重みが

おかれやすく、ともすれば患者自身が感じる辛さやその訴えが軽視されがちであると、塚原³⁶⁾は指摘している。したがって、対象者自身が幻聴や妄想を病的世界として認知するならば、現実世界の強化を図るための新しい対処方法を考えていくことが、苦悩の緩和につながると考えられる。また、幻聴や妄想が生活に及ぼす影響やそれらが発生する経緯を精神障害者自身が認識できるような援助方法を導き出す一方で、不安や恐怖、苦痛などの感情を言葉で表出できるような支持的援助を講じることが重要であろう。その際、医療者に必要な能力は、傾聴できる忍耐、共感する感受性、苦しみを受け止められる包容力、関わりきろうとする意思であり、慰めや希望を提供できる能力³⁷⁾を念頭においた看護援助が求められる。

3. 社会適応能力の低下から生じる生活の困難性

このカテゴリは、長期入院生活によって生活機能が障害され、社会適応能力の低下を引き起こしたことで生じている患者の苦悩であった。全般的な生活能力の低下、対人能力や現実検討能力の障害は退院阻害要因であるとの報告¹⁶⁾もあり、本研究の対象者も自立に対する自信の喪失と社会復帰に対する苦悩を述べていた。つまり、長期入院により生活機能障害を引き起こし、それが社会復帰を困難にしさらに入院が長期化するという悪循環がますます患者の苦悩を複雑化していた。「退院したら仕事が心配」「退院しても食事でも作れないし、お風呂にも入れない」「外に出ると何が起きるかかわからないから心配」「お金が足りない」と対象者が示しているように、具体的な苦悩に関する内容を1つずつ把握し、それを解決するための個別的な援助策を構築することが必要であろう。そのためにはまず、医療者と患者との意志疎通が重要である。丁寧な根気強い関わりを継続することで、患者との信頼関係が構築される。個々の対象者の気持ちや様々な背景を充分把握したうえで、一方的な指導にならないよう個別の社会復帰プログラムを実践していくことが、苦悩の緩和につながると考えられる。

4. 実存性が脅かされることへの不安

QOLに関しては身体面、機能面、心理面、社会面の4因子に加え、人生の生きる意味、目的、生きがいや信念といったスピリチュアリティの領域を含めて、全人的QOLといった観点が強調されるようになってきている³⁸⁾。スピリチュアリティは人生に意味や目的を与え、その人の人生観と広く解釈するのが一般的になりつつある。「この先どうなるんだろうね・・・」「何をしたら楽しいのか全くわからない」といった言葉に示されるように、対象者は人生の意味や目的、価値の喪失に対する苦悩を述べていた。病院という閉鎖的な環境の中で長期にわたり入院生活を過ごしてきた対象者は、一般的に感情鈍麻、無為自閉、無為好癖といった言葉で表現されることが多いが、少なくともそ

ういう状況をどこかで打破したい気持ちがあることが対象者の言葉から読みとれる。対象者は自分の将来に対して『今自分はどうかあるべきだろうか』と実存的な問いを自問自答していた。スピリチュアルペインは、すべての医療者に対して表出されるわけではなく、自分の信頼できるあるいは価値観のあった医療者に表出される場合が多い³⁸⁾とされている。従って、患者の話をよく傾聴し、支持的態度で接することで表出された患者からのスピリチュアルペインに対しては、医療者間で問題を共有し個別に対応を検討し、看護援助の方向性を考慮していくべきであろう。

森田は緩和されない苦悩は希死念慮、自殺などの主要な理由となると報告している。今回の調査においても「死にたい」という気持ちを過去に抱いたことがあると告白した対象者がみられた。自己破壊行為は救いを求める叫びであり、人間関係への希求をも表している1つの自己表現の方法である。「死にたい」と思うほどの辛い苦悩を表出してくれたことに対する感謝の意を表し、その患者のおかれている環境や状況を充分把握し、的確なアセスメントを行うためには、やはりコミュニケーションが基本となる。危機的状況を脱した場合は、自己洞察への援助、ストレスコーピングの習得、現実世界との接触の強化など個別の対応が必要であると考えられる。

5. 自己受容性の低下に伴う苦悩

宮沢³⁹⁾は、自己受容性とは、自己の現実の姿についての正確な観察を行い、その姿をありのままに受け入れることであり、自己理解、自己承認、自己価値、自己信頼の4側面をもつと述べている。本研究の結果、自己信頼の低下と自己価値の低下による不安から苦悩を生じていることが明らかとなった。「自分の気持ちを話してもどうせ認められないし・・・」「どうせ自分の将来はしれてる・・・」

に示されるように、現在および将来の自己の可能性を信頼することができず、自己の行動に自信が持てない状況であった。また、「こんな姿じゃ生きている価値もない・・・」と自己の存在に価値を見出せず、無意味感すら抱いている状況であった。本研究の対象者の91%が統合失調症患者という調査集団の特性を考慮すると、「私は誰かに愛されており、ひとりぼっちではない」といった現存在を保障する感覚が元々乏しい対象者が多く存在することは否定できない。また、精神病理学的見地によると統合失調症は自我の障害であり、寛解過程は自我が強化されていく過程である⁴⁰⁾とされている。従って、医療者の基本姿勢として、患者の必要としていることを直観的に把握する能力、相手の身になって考える能力、心の動きを敏感にキャッチする能力が必要であると思われる。これには患者との対人関係の距離を上手くコントロールしながら、ラポールを形成していく慎重さが要求される。以上のことから対象者自身が自分は社会からは認められる役割を果たすべきである、あるいは果たすことが出来るという自己価値観を高められるような援助を個別的に支援することが重要である。

VI 研究の限界と今後の課題

本研究は2施設における対象者によるものであり、すべての精神科における長期入院患者に一般化することには限界がある。また、研究の真実性を高める努力を行ったが、研究者を介することにより主観や先入観などによるバイアスが生じた可能性も否定できない。従って、今後は多施設、他領域における継続的比較調査や研究方法の選択が課題である。さらにデータを収集し、結果の解釈を深め、長期入院の精神障害者の苦悩の軽減に対する更なる看護の方向性を見出していく必要があると考えている。

要 旨

本研究の目的は、精神科における長期入院患者の苦悩の訴えの構造を明らかにし、その概念分析を行うことである。対象は、精神病院に5年以上入院中であり、本研究に同意の得られた男性26名、女性8名である。参加観察及び半構成的面接を行い質的記述的研究を行った。その結果、精神科における長期入院患者が経験する苦悩として、【孤独感への脅威】【精神疾患を抱えて生活する苦悩】【社会適応能力の低下から生じる生活の困難性】【実存性が脅かされることへの不安】【自己受容性の低下に伴う苦悩】が抽出された。苦悩とは生きる過程におけるその人の信念や価値態度、患者の認知的な要素と深く関連している。そのため、患者の苦悩を評価することは、患者のQOL向上の一端を担う重要な精神的ケアであることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the Suffering of long-Stay admitted patients of psychiatric hospitals. The subjects were 26 male and 8 female patients being in hospital for 5 years or more, from whom informed consent was obtained to be enrolled in this study. A qualitative and descriptive investigation was made through participating observation and semi-constructive interview. As the suffering that might appear in long-stay admitted patients in psychiatric hospital, the

following five items were extracted; fear of loneliness, suffering of living with psychiatric disease, difficulty in daily living due to a lowering of social adaptability, anxiety for own existence to be threatened and suffering due to a lowering of self-acceptability. Generally, patients' suffering is closely related with their own cognitive factors as well as belief and sense of value in life. Therefore, to assess patients' suffering was thought as an important mental care to improve their QOL.

文 献

- 1) 長谷川浩：トラベルビー人間対人間の看護，医学書院，東京，1995.
- 2) 金子真理子：「がん患者苦悩尺度」の開発—信頼性と妥当性の検討，聖路加看護学会誌，3 (1)，25-31，1999.
- 3) Rodgers, B, Cowles, K: A Conceptual foundation for human suffering in nursing care and research, journal of Advanced Nursing, 25(5), 1048-1053, 1997.
- 4) 森田達也：がん患者の精神的苦悩，臨床精神医学，33(5)，559-565，2004.
- 5) Pereira, MA., Furegato, AR., Pereira, A.: The lived experience of long-term psychiatric hospitalization of four women in Brazil. Perspect Psychiatr Care. 41(3), 124-132, 2005.
- 6) Chan, ZC.: Response to: 'caring conversations - psychiatric patients' narratives about suffering'. J Adv Nurs, 43(3), 320-328, 2003.
- 7) Jones, A.: Hospital care pathways for patients with schizophrenia. J Clin Nurs. 10(1), 58-69, 2001.
- 8) Skarsater, I., Dencker, K., Agren, H.: The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression a pilot study. Arch Psychiatr Nurs. 13(2), 89-96, 1999.
- 9) Cvinar, JG.: Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. Perspect Psychiatr Care. 41(1), 14-21, 2005.
- 10) Gunstone, S.: Risk assessment and management of patients with self-neglect: a 'grey area' for mental health workers. J Psychiatr Ment Health Nurs. 10(3), 287-96, 2003.
- 11) 朝比奈昌子，倉橋憲一，海老沢豊，他：社会的長期入院患者への取り組み 自覚性・自主性を喚起するために，病院・地域精神医学，45(3)，299-300，2002.
- 12) 清水美津子，小野崎孝，志村千恵美，他：長期入院患者の退院にむけての援助，病院・地域精神医学，45(2)，224-225，2002.
- 13) 松枝美智子：精神科長期入院患者の社会復帰援助が成功するシステム上の要因 日本版治療共同体の実践の分析から，福岡県立大学看護学部紀要，2 (2)，80-91.
- 14) 猪俣好正：精神障害者の社会復帰と福祉の現状，臨床精神医学，31(2)，125-132，2002.
- 15) 奥村太志：社会復帰の意向を持つ長期入院精神分裂病者の現状及び退院についての認識，名古屋市立大学看護学部紀要，2，47-55，2002.
- 16) 菊池謙一郎：在院10年以上の精神分裂病者の退院意向調査，看護展望，23(10)，98-106，1998.
- 17) 依田晴香：長期入院患者の終末期における家族との関係再構築に向けて，精神科看護，164，47-51，2006.
- 18) 三好 恵，二神智子，佐々木哲也，他：精神科長期入院患者の疎遠になっている家族へのアプローチ，松山記念病院紀要，11，61-65，2005.
- 19) 宮本仁美，新屋 一，丸吉和歌子，他：精神科長期入院患者の家族のニーズと看護師の役割，家族看護，1 (1)，158-163，2003.
- 20) 松岡純子：精神科長期入院患者のQOLに関係する要因とその構造，精神科看護，141，49-54，2004.
- 21) 多喜田恵子：長期入院統合失調症患者の生活満足度に関する研究，ナースデータ，24(5)，84-89，2003.
- 22) 伊藤ひろ子，石井幸枝：精神科における長期入院患者の看護「相互回避」の状況が改善したかかわりの過程を振り返って，宮城大学看護学部紀要，8 (1)，1-12，2005.
- 23) 荒木孝治：精神科長期入院患者の人間の成長と看護師の役割，大阪府立看護大学看護学部紀要，10(1)，15-22，2004.
- 24) 山田京子，藤田淳子，北島謙吾：精神科長期入院者の社会参加に向けた施設利用の検討，京都府立医科大学看護学科紀要，13(2)，77-83，2004.
- 25) 金子真理子，羽山由美子：がん患者と苦悩—文献レビューと患者面接からの一考，聖路加看護学会誌，2 (1)，14-21，1998.
- 26) Casell, E: The nature of suffering and the goals of medicine, New England Journal of Medicine, 306, 639-645, 1982.
- 27) 国民衛生の動向：114，186，2003.
- 28) 松岡純子：精神科長期入院患者のQOLに関係する要因とその構造，精神科看護，6 (31)，49-54，2004.
- 29) 下野正健，藤川尚宏，吉益光一，他：精神科病院長期在院者の退院に関連する要因の検討，精神医学，46(4)，403-414，2004.
- 30) フヴェ・フリック：質的研究入門—人間科学のための方法論，春秋社，東京，2003.
- 31) Holloway, I., Wheeler, S., 野口美和子：ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで，医学書院，東京，2001.
- 32) 吉松和哉：精神分裂病の病への態度—保健所相談事例を中心にした考察—。中井久夫編，分裂病の精神病理と治療(3)，星和書店，東京，170-198，1991.
- 33) 中井久夫：世に棲む患者。川久保芳彦編，分裂病の精神病理，(9)，東京大学出版会，東京，253-277，1980.
- 34) 石川かおり，岩崎弥生，清水邦子：家族のケア提供上の困難と対処の実態，精神科看護，30(5)，53-57，2003.
- 35) 下津咲絵，堀川直史，坂本真士，他：統合失調症におけるセルフスティグマとその対応，精神科治療学，20(5)，471-475，2005.
- 36) 塚原達也：精神分裂病者のQuality of Lifeに関する臨床的研究，慈恵医大誌，114，353-370，1999.
- 37) 岩崎弥生：精神分裂病患者の家族の情動的負担と対処方法，千葉大学看護学部紀要，20，29-40，1998.
- 38) 野口 海，松島英介：がん患者のスピリチュアリティ，臨床精神医学，33(5)，567-572，2004.
- 39) 宮沢秀次：女子学生の自己受容性に関する縦断的研究，教育心理研究，36(3)，67-72，1987.
- 40) Ch. Scharfetter(人見和彦訳)：分裂病の自我精神病理学，臨床精神病理，20(3)，3-19，1996.

[平成18年9月29日受 付]
[平成19年2月1日採用決定.]

NICUに入院していた児を育てている母親の夫のサポート・ピアサポートと 育児不安および対処方略の関連

Association Between Husband's Support/Peer Support and Childcare Anxiety/Coping
Strategies in Mothers with Children Who were Experienced NICU Care

宮 武 典 子

Noriko Miyatake

キーワード：NICU, 夫のサポート, ピアサポート, 育児不安, 対処方略

Key Words : NICU, husband's support, peer support, childcare anxiety, coping strategies

I. はじめに

極低出生体重児・ハイリスク新生児の入院は、年々増加傾向にある。治療・ケアを受けた後も何らかの発達障害があり、親側にも問題を抱えている。中村ら¹⁾によるハイリスク児出生の実態把握と追跡管理によれば、極低出生体重児の75%の親が児の発育、発達等に関して育児不安を抱いており、極低出生体重児という特殊性から過去の育児経験の有無、祖父母の存在の有無に関わらず、育児不安を抱える頻度は高いと報告している。側島ら²⁾は、極低出生体重児の母の心理過程を分析し、共通した心理過程として、退院後1年は神経学的発育に関心をもち、特に脳性麻痺への不安が大きいとしている。また、相談者は夫を筆頭に、児の年齢が高くなるとともに、医師・地域保健師のかかわりが大きいことを報告している。母への子育て心理アンケートでは、母のうつ状態が強いと児への不安が強く、愛着も低い。子育てに関する相談者がいない場合不安は極めて高く、児への愛着は、妊娠が判明した時の夫の反応が肯定的であるほど強くなると報告している。吉田らは、夫のサポートが少ないこと、子どもを育てにくいと思うことが育児不安の高さに影響していると報告している³⁾。母親のParenting Stressに対して、夫・妻の親・育児仲間（以下ピアと統一する）によるサポートは有効であることを報告している^{4),5)}。

ハイリスク児の親は、正期産児の親とは異なる心理状態を示し、発育や障害に対する不安も正期産児の親に比べると非常に強い傾向にあるとされる。そこで、退院時早期からの育児支援が求められ、夫を筆頭に、同じ問題を共有できるピアの果たす役割は重要と考えられる。

当院の未熟児・新生児病棟（NICUを含む）は、紹介元の産科病・医院より母親の情報を得て心理面や家庭状況を

理解した上で早期面会、カンガルーケア、タッチング、ベビーマッサージなどを指導し、愛着形成を促し育児指導を行っている。退院後の育児不安をできるだけ少なくするために、必要に応じて退院前に母子同室を勧める。また退院後の育児支援として、電話相談や乳児検診時に育児相談・指導を行ってきた。また、未熟児の親同士が情報交換や親睦・交流を行う自助グループ「プレミ親の会」があり、親の会を支援するための組織として病棟に事務局を置く「プレミの会」を作っている。乳児検診の待ち時間を利用して母親同士が育児について語り合える場所を提供し、孤立させないように支援をしてきた。また、年1回の総会としてグランドプレミの会を開いている。会の主な内容は講演・家族の手記の朗読およびグループ討議であり、母親同士の交流・友達作りや育児相談を主な目的として、病棟主導で行ってきた。

今回、このような活動を踏まえて、ハイリスク児を育てている母親の夫のサポートおよびピアサポートと育児不安および対処方略との関連を明らかにすることによって、育児支援への示唆を得たいと思い研究に取り組んだ。

II. 研究の概念枠組

概念枠組の設定にあたり、親の成育史・パーソナリティ、夫婦関係および職業と子どもの特徴、社会的ネットワークとの関連がベアレンティングに明確に関連するというBelsky⁶⁾のモデルを参考にした。ハイリスク児を育てている母親の夫およびピアサポートと育児不安および対処方略との関連について明らかにするため、Belskyのベアレンティングに影響を与える要因のプロセスモデルを参考に、夫のサポート・ピアサポートと育児不安・対処方略に関する概念枠組みを作成した（図1）。育児不安の子ども側の

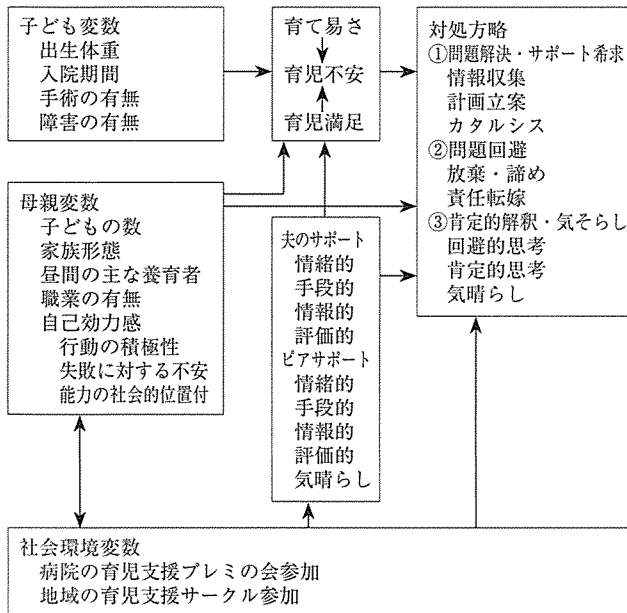


図1 概念枠組み

要因として、医学的リスク要因で発育や発達が遅れているという心配のある母親を対象としたため、ソーシャルサポートとして、夫以外の家族や母親の両親は、プラスにもマイナスにも影響することが先行研究より明らかなので除外した。また、親の発達歴は母親の結婚関係や内的要因に影響を及ぼすことが明らかである。本研究では異常な出産体験やハイリスク児を育てている母親を対象とするため、健常な乳幼児を育てている母親と異なり「育児における自己効力感」では測定できない諸々の未経験な体験があることをふまえ、「一般的な自己効力感」を設定した。夫のサポートおよび同じ体験を共有しているピアのサポートによる育児不安の軽減が、望ましい対処方略をとることを仮説として立て検証する。

Ⅲ. 用語の定義

1) ハイリスク児：本稿では超低出生体重児、極低出生体重児、新生児重症仮死などで2ヶ月以上NICUに入院していた児、染色体異常、先天性疾患等で新生児期にハイリスク児として入院し、退院後も定期的な通院や治療を継続している医学的リスク要因のある乳幼児とする。

2) ピアサポート：ピア（Peer）とは仲間、対等者の意味を持ち育児仲間である。ソーシャルサポートはHouseの定義による以下の4種類に分類される。①情緒的サポートとは尊重、情動、信頼、関心、傾聴による援助である。②手段的サポートとは、物品、金銭、労働時間の提供や環境の調整による援助である。③情動的サポートとは、アドバイス、指示、示唆、情報による援助である。④評価的（経験的）サポートとは、同じような立場や、経験を持つ人との比較評価によって得られる役割取得過程への援助、すな

わち母親としての役割の認識やアイデンティティーの再形成および自己評価につながる肯定、フィードバック、社会的比較による援助である⁷⁾。

3) 対処方略：コーピング（対処）とは、神村⁸⁾らによれば、何らかの心理的ストレスを体験した個人が、嫌悪の程度を弱めまた問題そのものを解決するために行う、さまざまな認知的・行動的試みのことである。コーピングの分類次元として3つの軸を設定している。「問題焦点—情動焦点」、「接近—回避」、「反応系：認知—行動」であり、これらの組み合わせによる8下位尺度、①情報収集、②計画立案、③カタルシス、④放棄・諦め、⑤責任転嫁、⑥回避的思考、⑦肯定的思考、⑧気晴らしで、「3次元モデルにもとづく対処方略尺度」を構成している。

Ⅳ. 方法

1. 対象

対象は、四国地方のA市小児専門総合病院において、新生児期にNICUに入院し、入院期間が2ヶ月以上の児、または先天の疾患や染色体異常のため退院後も定期的な通院や治療を継続している医学的リスク要因のある児で、満年齢6歳までの児を育てている母親223名を対象とした。

2. 研究期間

調査時期は、平成15年7月から平成15年8月である。

3. 予備調査

パイロットスタディ：平成15年6月、プレテストを乳児検診に来院している母親24名に実施し、質問内容や記入時間などに問題がないことを確認した上で同質問紙を使用した。

4. 調査項目と実施方法

1) 調査項目（表1）

- (1) 対象者の属性（年齢、職業、生活形態）、子どもの状況（年齢、性別、妊娠出産時の状態、現在の障害）
- (2) 夫およびピアサポート尺度については、堤ら⁹⁾により開発された、「地域住民用ソーシャルサポート尺度」を参考に今回の研究のために作成した。本研究では、夫のサポートの状況は情緒的サポート4項目、手段的サポート4項目、情動的サポート4項目、評価的サポート2項目を用いた。ピアサポートは評価的サポート4項目とし、気晴らしサポート因子5項目を追加した。回答は、日頃子育てをする上でどの程度の援助を受けていると感じているかについて尋ね、「そう思わない」から「非常にそう思う」の3段階のリッカート法で評価される。得点が高いほど支援が多いことを示す。各下位尺度の α 係数は0.99～0.90の範囲内にあり、高い内的整合性を示している。
- (3) 育児不安の測定は、吉田ら³⁾の試作モデル「育児不

表1 本研究で用いた測定用具

項 目	内 容	項 目 数	回 答 法	評 定	α 信頼係数
1. 夫のサポート尺度	夫のサポート：堤らの地域住民用ソーシャルサポート尺度を参考に、ハウスの定義の情緒的・手段的・情動的・評価的サポート項目を入れ、3段階のリッカート尺度に作成	1 4 項目	3段階評定 各1～3点	得点が高いほど支援が多い	
		情緒4項目			.92
		手段4項目			.91
		情報4項目			.90
		評価2項目			.92
2. ピアサポート尺度	ピアサポート：同じくハウスの定義による4項目に、気晴らしサポートを追加し、本研究のために作成	2 1 項目	3段階評定 各1～3点	得点が高いほど支援が多い	
		情緒4項目			.97
		手段4項目			.94
		情報4項目			.97
		評価4項目			.97
3. 育児不安尺度 (1歳半児の母親用モデル)	吉田らの育児不安調査用紙41項目の内、子どもの育て安さ、育児不安、育児満足3因子項目を用いた。(自己効力感、夫のサポート相談相手の有無の項目は除外した)	2 7 項目	4段階評定 各1～4点	得点が高いほど不安が強い 得点が高いほど育てやすく満足度が高い	
		育て安さ3項目			.72
		育児不安16項目			.93
		育児満足8項目			.88
4. 自己効力感(セルフ・エフィカシー)尺度	一般的なセルフ・エフィカシー尺度の強さを測定するために坂野と東條が作成したものをを用いた	1 6 項目	2段階評定 各1～2点	得点が高いほどセルフ・エフィカシーが高い	.67
		行動の積極性7項目			.63
		失敗に対する不安5項目			.60
		能力の社会的位置づけ4項目			.76
5. 対処方略尺度	神村らによる本尺度は、コーピングの分類次元として3つの軸を設定している。「問題焦点-情動焦点」軸「接近-回避」軸「認知系-行動系」表出軸である。これらの組み合わせによる8下位尺度からなる項目が3つずつ、計24項目である。2次因子分析では①問題解決・サポート希求(情報収集、計画立案、カタルシス)②問題回避(放棄・諦め、責任転嫁)③肯定的解釈と気そらし(回避的思考、肯定的思考、気晴らし)の3因子構造が確認されている。	2 4 項目	5段階評定 各1～5点	得点が高いほど問題解決、肯定的解釈・気そらしのコーピングが多く問題回避のコーピングが少ない	
		情報収集3項目			.66
		計画立案3項目			.66
		カタルシス3項目			.77
		放棄・諦め3項目			.63
		責任転嫁3項目			.57
		回避的思考3項目			.67
		肯定的思考3項目			.84
		気晴らし3項目			.63

安スクリーニング尺度」を用いた。本研究では、ソーシャルサポート因子および対処方略に関する調査も行うことから、「育て易さ3項目」「育児不安16項目」「育児満足8項目」の27項目で構成した。「全くそう思わない」から「よくそう思う」の4段階のリッカート法で求め合計点が得点とされる。得点が高いほど育て易さ・育児満足度が高く、育児不安が強いことを示す。吉田らの育児不安尺度は、育児不安5段階評定とSTAI 5段階評定との間で妥当性および信頼性が確認されている。

- (4) 自己効力感の測定は、坂野と東條¹⁰⁾による「一般性セルフ・エフィカシー尺度」を用いた。「行動の積極性7項目」「失敗に対する不安5項目」「能力の社会的位置づけ4項目」の合計16項目から構成される。「いいえ：1点」「はい：2点」の2件法で回答を求め合計点が得点とされる。「失敗に対する不安5項目」については逆転項目として処理される。従って得点が高いほど自己効力感が高いことを示す。尺度の信頼性は再検査法・折半法・内部一貫性により高い信頼性をもっている。
- (5) 対処方略は、神村ら⁸⁾による「3次元モデルにもとづく対処方略尺度」を用いた。コーピングの分類次元として、「問題焦点—情動焦点」「接近—回避」「反応系：認知—行動」の3つの軸を設定し、これらの組み合わせによる8下位尺度「情報収集3項目」「計画立案3項目」「カタルシス3項目」「放棄・諦め3項目」「責任転嫁3項目」「回避的思考3項目」「肯定的思考3項目」「気晴らし3項目」の24項目で構成され、回答は、「決してない」から「いつもそうだ」の5段階のリッカート法で求め総合得点とされる。回避軸の「放棄・諦め3項目」「責任転嫁3項目」「回避的思考3項目」については、逆転項目として処理される。従って、得点が高いほど接近の問題解決、肯定的解釈気そらしのコーピングが多く、回避のコーピングが少ないことを示す。対処方略尺度の信頼性は、各下位尺度の α 係数は0.65～0.84の範囲内にあり、内的整合性は高い。概念枠組みにそった因子構造が確認されており、因子の妥当性は高い。

2) 調査実施方法

データ収集は質問紙と返信用封筒を郵送して、自記式にて回答を求めた。

5. 倫理的配慮

プレテストおよび調査は事前に病院の許可を得て行った。調査用紙には研究の趣旨、結果は研究以外の目的に使用しないこと、調査は自由な意志と参加によるものであり参加の有無で不利益を被ることのないこと、個人は特定されないことを明記した。調査票の回答をもって研究協力の受諾とした。また、他の研究者の開発した尺度の使用については、事前に尺度開発者に了解を得た。

6. 分析方法

データ分析は統計解析ソフトSPSS (11.0J) を用いて行った。基本的属性は項目ごとに記述統計を行った。

夫およびピアサポートは、下位尺度別得点と総得点を算出した。ピアサポートの有無別に分類し、ピアサポート「あり群」の育児不安関連要因の単相関分析を行った。また、夫のサポート「高群」と「低群」に分類しピアサポートの各項目の得点を比較検討した。2群間の得点の比較にはMann-Whitney検定を用いた。いずれも有意水準は0.05とした。

育児不安の分析は、概念枠組みの検証と規定要因の分析には重回帰分析 (Stepwise法) を用いた。有無を問う質的データはダミー変数に置換し投入した。「子どもの現在の傷害の有無」は「なし」を0、「あり」を1とした。子どもの数で「初産」を0、「経産」を1とした。昼間の主な養育者は「母親」を0、「母親以外 (保育所など)」を1とした。母親の職業は「働いている」を0、「主婦および育児休業中」を1とした。育児支援の会参加は、「なし」を0、「あり」を1とした。

対処方略は、各対処方略項目と総得点を算出し、関連要因の分析には重回帰分析 (Stepwise法) を用いた。対処方略とその関連要因に関しては、子ども要因・母親要因・育児不安尺度の得点およびサポート尺度の各項目の得点を説明変数とし、対処方略の8下位尺度得点を基準変数として比較検討した。

V. 結 果

平成10年1月から15年3月までに退院した児223名の内、回答の得られた111名 (回収率49.8%, 有効回答率100%) を本研究の分析対象とした。

1. 対象者の背景 (表2)

1) 子どもは、新生児期にNICUに入院し、長期母子分離を余儀なくされ、退院後も乳児検診などのフォローアップを必要とした児である。年齢は1.5歳未満49.1%, 1.5～3歳未満26.4%, 3～6歳24.5%であった。出生体重は、1,000g未満17.1%, 1,000～1,500g未満36.9%, 1,500～2,500g未満19.8%, 2,500g以上26.1%であった。入院期間は3カ月未満46.7%, 3～6カ月未満45.7%, 6カ月以上7.6%であった。手術「あり」は39.8%であった。現在子どもの障害「あり」と回答があったのは、49.5%であり、障害の概要はダウン症候群などの先天性疾患による障害が11.7%, 脳質周囲白質軟化症などの合併症・後遺症による障害が37.8%であった。

2) 母親の平均年齢は、31.6歳であり、家族形態は核家族が69.4%, 複合家族が24.3%, 父親不在の家族が3.6%であった。

表2 対象者の背景 (N=111)

	カテゴリー	人数	%
子どもの年齢	1.5歳未満	54	49.1
	1.5～3歳未満	29	26.4
	3～6歳	27	24.5
子どもの数	1人	40	
	2人	39	35.1
	3人以上	32	28.8
母親の年齢	20～29歳	34	30.6
	30～39歳	68	61.3
	40歳以上	9	8.1
父親の年齢	20～29歳	26	23.9
	30～39歳	65	59.6
	40歳以上	18	16.5
家族形態	核家族	77	69.4
	複合家族	27	24.3
	父親不在の家族	4	3.6
	その他	2	1.8
(n=110)			
母親の仕事	なし	77	69.4
	あり	34	30.6
子どもの出生体重	1,000g未満	19	17.1
	1,000～1,500g未満	41	36.9
	1,500～2,500g未満	22	19.8
	2,500g以上	29	26.1
子どもの入院期間	1～3M未満	49	46.7
	3～6M未満	48	45.7
	6M以上	8	7.6
手術の有無	なし	65	60.2
	あり	43	39.8
(n=108)			
現在の子どもの障害	なし	56	50.5
	あり	55	49.5
	(先天性障害)	13	11.7
	(合併症・後遺症)	42	37.8
育児支援の会参加	あり	48	43.2
	なし	63	56.8
グランドプレミの会参加	あり	33	29.7
	なし	78	70.3

3) 何らかの育児支援の会に参加したことがある者は43.2%, 病院主催の育児支援の会「グランドプレミの会」に参加したことがある者は29.7%であった。

2. 夫およびピアサポートの得点 (表3-1, 表3-2)

夫のソーシャルサポート総合計得点の平均値は27.68±9.60点であり, 手段的サポートの得点が最も高く, 次に情緒的サポート・評価的サポートが続き, 情動的サポートが最も低い。質問項目の平均値上位3項目は, 「夫は何か困ったことがあり, 自分の力でどうしようもないとき助けてくれる」2.26±0.85点, 「夫がいるので孤独ではないと思う」2.25±0.79点, 「夫といると心が落ち着き安心できる」2.17±0.76点であった。

ピアサポートのソーシャルサポート総合計得点の平均値は33.75±20.02点であり, 気晴らしサポートの得点が最も高く, 次に情動的サポートであり, 手段的サポートが最も低い得点であった。質問項目の平均値上位3項目は, 「自

表3-1 夫のソーシャルサポート尺度の項目別得点平均値 (N=111)

サポート項目	質問項目	平均値±SD
情緒的サポート	夫といると心が落ち着き安心できる	2.17±0.76
	夫は常日頃, 私の気持ちを敏感に察してくれる	1.78±0.79
	夫がいるので孤独ではないと思う	2.25±0.79
	夫と気持ちが通じ合い悩みを共有できる	1.96±0.86
小計		8.17±2.89
手段的サポート	夫は日常の家事などを手伝ってくれる	1.90±0.88
	夫はちょっとした緊急時や外出時に子どもの面倒をみてくれる	2.07±0.85
	夫は何か困ったことがあり, 自分の力でどうしようもないとき助けてくれる	2.26±0.85
	夫といろいろよく話し合って, 一緒に取り組んでゆける	2.13±0.81
小計		8.36±3.00
情動的サポート	夫は信頼し参考にできる情報を与えてくれる	1.88±0.82
	夫は実際に役立つ情報をくれる	1.68±0.76
	夫は役立つ知恵を授けてくれる	1.68±0.75
	夫は育児問題で困った時最も頼りになる相談相手である	1.89±0.92
小計		7.14±2.87
評価的サポート	夫は日頃, 評価し認めてくれる	1.95±0.84
	夫は私の育児を認めてくれる	2.05±0.80
小計		4.0±1.58
総合計得点		27.68±9.60

表3-2 ピアのソーシャルサポート尺度の項目別得点平均値 (N=111)

サポート項目	質問項目	平均値±SD
情緒的サポート	仲間といると心が落ち着き安心できる	1.79±1.12
	仲間は常日頃, 私の気持ちを敏感に察してくれる	1.51±0.98
	仲間がいるので孤独ではないと思う	1.70±1.08
	仲間と気持ちが通じ合い悩みを共有できる	1.61±1.05
小計		6.62±4.05
手段的サポート	仲間は日常の家事などを手伝ってくれる	1.05±0.77
	仲間はちょっとした緊急時や外出時に子どもの面倒をみてくれる	1.14±0.85
	仲間は何か困ったことがあり, 自分の力でどうしようもないとき助けてくれる	1.51±0.98
	仲間といろいろよく話し合って, 一緒に取り組んでゆける	1.51±0.97
小計		5.21±3.30
情動的サポート	仲間は信頼し参考にできる情報を与えてくれる	1.72±1.07
	仲間は実際に役立つ情報をくれる	1.69±1.07
	仲間は役立つ知恵を授けてくれる	1.68±1.06
	仲間は育児問題で困った時最も頼りになる相談相手である	1.59±1.09
小計		6.68±4.13
評価的サポート	仲間は日頃, 評価し認めてくれる	1.50±0.98
	仲間は私の育児を認めてくれる	1.52±0.97
	仲間と私の思っていること, 考えていることが似ていることで安心できる	1.66±1.06
	仲間をモデルに自分を変えていけると思う	1.33±0.90
小計		6.02±3.68

気晴らし サポート	仲間と気楽におしゃべりができる	1.68 ± 1.17
	仲間と会うこと自体が楽しみである	1.85 ± 1.16
	仲間とお互いにわかりあえて元気になる	1.79 ± 1.12
	仲間と子どもを通じて行動範囲が広がる	1.75 ± 1.12
	自分も仲間の話を聞いてあげたいと思う	1.97 ± 1.19
小計		9.22 ± 5.61
総合計得点		33.75 ± 20.02

分も仲間の話を聞いてあげたいと思う」1.97±1.19点,「仲間と会うこと自体が楽しみである」1.85±1.16点,「仲間とお互いにわかりあえて元気になる」1.79±1.12点,「仲間」といって心が落ち着き安心できる」1.79±1.12点であった。

3. 育児不安の得点 (表3-3)

吉田らの育児不安尺度3因子の内、育て易さ3項目の平均値は7.95±2.3点であった。最も高い得点は「機嫌のよいことが多い子どもであると思う」2.78±0.86点で、最も低い得点は「子どもの発育発達はおおむね順調である」2.45±1.01点であった。

育児不安16項目の平均値は、37.23±0.77点であった。質

表3-3 育児不安尺度の項目別得点平均値 (N=111)		
因子項目	質問項目	平均値±SD
育てやすさ	育てやすい子どもであると思う	2.71 ± 0.93
	機嫌のよいことが多い子どもであると思う	2.78 ± 0.86
	子どもの発育発達はおおむね順調である	2.45 ± 1.01
小計		7.95 ± 2.3
育児不安	自分はうまく子どもを育てていないと思うことがある	2.57 ± 0.87
	子どもを育てる自信がないと感ずることがある	2.3 ± 0.93
	毎日生活していて心に張りを感じられない	2.03 ± 0.97
	疲れやストレスがたまっていてイライラする	2.87 ± 0.87
	ゆったりとした気分で子どもと過ごせない気がする	2.56 ± 0.95
	子どもを育てていて自分だけが苦勞していると思う	2.01 ± 0.96
	子どもを育てていてどうしたらいいのかわからなくなることがある	2.4 ± 0.96
	何か心が満たされず空虚である	1.96 ± 0.97
	自分の子どもの育て方はこれでいいのだろうかと思うことがある	2.77 ± 0.94
	自分は子どものことをわかっていないのではないかと思う	2.37 ± 0.97
	子育てを離れて一人になりたい気持ちになることがある	2.64 ± 1.06
	一人で子どもを育てている感じがして落ち込む	1.83 ± 0.97
	体の疲れがとれずいつも疲れている感じがする	2.62 ± 0.96
	子どもをたたいたりしかったりしたときにくよくよ考える	2.05 ± 0.96
	だれも自分の子育ての大変さをわかってくれないと思う	1.8 ± 0.97
	育児や家事など何もしたくない気持ちになることがある	2.46 ± 1.07
小計		37.23 ± 10.77

育児満足	子どもを育てるのが楽しいと思う	3.19 ± 0.86
	子どもの成長を楽しみに思う	3.59 ± 0.8
	子どもを産んでよかったと思う	3.54 ± 0.84
	母親として子どもに接している自分も好きである	3.18 ± 0.97
	子どもができてから自分の仕事に困難を感じるがそれもよし	2.83 ± 0.99
	子育ては自分にとってやりがいのあることだと思う	3.11 ± 0.94
	子どもを宝物のように大切に思える	3.62 ± 0.75
	子どもと一緒にいるとゆったりとした気分になる	2.87 ± 0.96
小計		25.9 ± 5.7

問項目の平均値上位2項目は、「疲れやストレスがたまっているイライラする」2.87±0.87点,「自分の子どもの育て方はこれでいいのだろうかと思うことがある」2.77±0.94点であった。育児不安高群(42点以上)38人(34%),普通群(31~41点)33人(30%),低群(30点以下)40人(36%)であった。

育児満足8項目の平均値は、25.9±5.70点であった。質問項目の平均値上位2項目は、「子どもを宝物のように大切に思える」3.62±0.75点,「子どもの成長を楽しみに思う」3.59±0.8点であった。

4. 対処方略の得点 (表3-4)

対処方略尺度の放棄・諦め、回避的思考、責任転嫁の「回避軸」の得点は逆転項目として処理した。総合計得点は85.13±8.48点であった。質問項目の平均値上位3項目は、「口から出まかせを言って逃げ出す」4.54±0.67点,「責任を他の人に押しつける」4.23±0.75点,「自分では手に負えないと考え放棄する」4.10±0.80点であった。反対に、平均値下位3項目は「スポーツや旅行などを楽しむ」2.73±1.25点,「友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする」2.78±1.18点,「嫌なことを頭に浮かべないようにする」2.92±0.93点であった。

表3-4 対処方略尺度の項目別得点平均値 (N=111)		
下位尺度	質問項目	平均値±SD
カタルシス	誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	3.80 ± 0.94
	誰かに話を聞いてもらって冷静さをとりもどす	3.68 ± 0.97
	誰かに愚痴をこぼして気持ちをほぐす	3.67 ± 0.96
小計		11.14 ± 2.37
情報収集	力のある人に教えを受けて解決しようとする	3.32 ± 1.01
	詳しい人から自分に必要な情報を収集する	3.51 ± 0.99
	すでに経験した人から話を聞いて参考にする	3.73 ± 0.89
小計		10.56 ± 2.24
計画立案	原因を検討しどのようにしていくべきか考える	3.32 ± 1.01
	どのような対策をとるべきか綿密に考える	3.13 ± 1.04
	過ぎたことの反省をふまえて次にすべきことを考える	3.48 ± 0.93
小計		9.93 ± 2.30
問題解決合計得点		31.63 ± 5.18

放棄・諦め	どうすることもできないと解決を後延ばしにする	3.69 ± 0.96
	自分では手に負えないと考え放棄する	4.10 ± 0.80
	対処できない問題だと考え諦める	3.89 ± 0.78
小 計		11.68 ± 1.94
責任転嫁	自分は悪くないと言い逃れをする	3.75 ± 0.86
	責任を他の人に押しつける	4.23 ± 0.75
	口からでまかせを言って逃げ出す	4.54 ± 0.67
小 計		12.52 ± 1.68
問題回避合計得点		31.63 ± 5.18
回避的思考	嫌なことを頭に浮かべないようにする	2.92 ± 0.93
	そのことをあまり考えないようにする	2.99 ± 0.97
	むりにでも忘れようとする	3.80 ± 0.90
小 計		9.71 ± 2.17
肯定的思考	悪いことばかりではないと楽観的に考える	3.62 ± 0.99
	今後は良いこともあるだろうと考える	3.74 ± 0.96
	悪い面ばかりでなく良い面を見つけていく	3.59 ± 0.85
小 計		10.95 ± 2.44
気晴らし	スポーツや旅行などを楽しむ	2.73 ± 1.25
	買い物や賭け事、おしゃべりなどで時間をつぶす	3.03 ± 1.22
	友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする	2.78 ± 1.18
小 計		8.63 ± 2.75
肯定的解釈合計得点		29.29 ± 3.74
総合計得点		85.13 ± 8.48

5. ピアサポート有り群の夫のサポート・育児不安因子等の相関（表4）

「ピアサポート」と「育て易さ」の間には有意に正の相関関係（ $p < .05$ ）が認められた。「育児満足」と「夫のサポート」「育て易さ」の間には有意に正の相関関係（ $p < .05$ ）が認められた。「育児不安」と「育児満足」「育て易さ」「自己効力感」「対処方略」の間には有意に負の相関

関係（ $p < .01$, $p < .05$ ）が認められた。「育児不安」と「夫のサポート」「ピアサポート」には有意な相関関係が認められなかった。

6. 夫のサポートとピアサポートの関連（表5）

夫のサポート総合計得点が28以上の「高群」と27以下の「低群」で、ピアサポートの各項目の得点を比較すると、すべての項目において「夫のサポート低群」が有意に高かった（ $p < .01$, $p < .05$ ）。

7. ハイリスク児を育てている母親の育児不安に関連する要因（表6、図2）

1) 育て易さの得点を基準変数とし、その関連項目として子ども要因、母親要因、自己効力感、サポートおよび育児支援の会参加を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表6-1）。その結果、「子どもの現在の障害（標準偏回帰係数： $\beta = -.386$, $p < .001$ ）」は育て易さに対し負に、「病院の育児支援の会参加（ $\beta = .227$, $p < .01$ ）」「行動の積極性（ $\beta = .224$, $p < .01$ ）」「昼間の主な養育者が保育所など母親以外（ $\beta = .214$, $p < .01$ ）」は育て易さに対し正に関連することを示した。重相関係数は.596、決定係数は.356であった。育て易さに影響を与える要因としては、これらの変数で35.6%が説明された。

2) 育児満足の得点を基準変数とし、育て易さも含め、子ども要因、母親要因、自己効力感、サポートおよび育児支援の会参加を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表6-3）。その結果、「育て易さ（ $\beta = .263$, $p < .01$ ）」、「夫の情緒的サポート（ $\beta = .195$, $p < .01$ ）」は育児満足に対し正に関連することを示した。重相関係数は.343、決定係数は.118であった。育児満足

表4 ピアサポート有り群の育児不安因子等の相関係数

n = 85

	自己効力感	夫のサポート	ピアサポート	育て易さ	育児不安	育児満足	対処方略
自己効力感	—						
夫のサポート	0.044	—					
ピアサポート	0.182	-0.064	—				
育て易さ	0.268 *	0.129	0.249 *	—			
育児不安	-0.365 **	-0.154	-0.111	-0.350 **	—		
育児満足	0.109	0.215 *	0.056	0.273 *	-0.427 **	—	
対処方略	0.468 **	0.111	0.188	0.325 **	-0.371 **	0.168	—

Speaman の順位相関係数 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表5 夫のサポートとピアサポートの関連

	ピアサポート	情緒的サポート	手段的サポート	情動的サポート	評価的サポート	気晴らしサポート
夫のサポート	高群 n=64	5.86 ± 4.44	4.36 ± 3.29	5.77 ± 42.39	5.09 ± 3.82	8.06 ± 6.03
	低群 n=47	7.66 ± 3.23	6.36 ± 2.99	7.94 ± 3.43	7.28 ± 3.09	10.79 ± 4.58

Mann-Whitney 検定 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

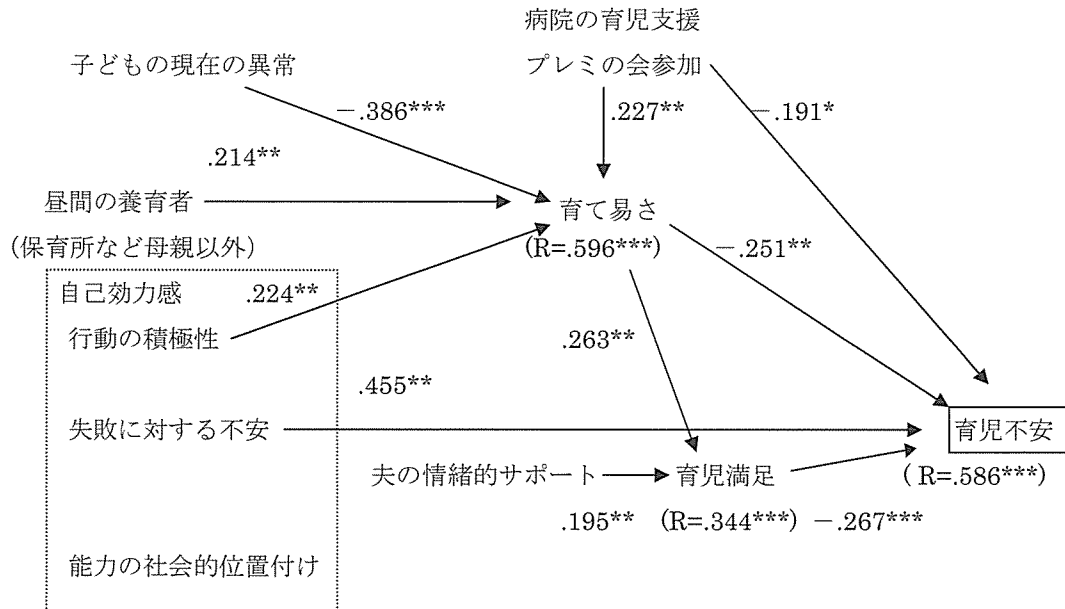


図2 育児不安の規定要因

表6 育児不安に関連する要因

表6-1 育て易さの重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
子どもの現在の障害	-.386 ***	-.483 **
プレミの会参加	.227 **	.289 **
行動の積極性	.224 **	.296 **
昼間の主な養育者	.214 **	.224 *
重相関係数 (R)	.596 ***	

表6-2 育児不安の重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
失敗に対する不安	.455 ***	.507 **
育児満足	-.267 ***	-.394 **
育て易さ	-.251 **	-.372 **
プレミの会参加	-.191 *	.074
重相関係数 (R)	.662 ***	

表6-3 育児満足の重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
育て易さ	.263 **	.283 **
夫の情緒的サポート	.195 **	.206 *
重相関係数 (R)	.343 ***	

* p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001
 ステップワイズ法（基準：投入する F の確率 ≤ .050
 除去する F の確率 ≥ .100）

に影響を与える要因としては、これらの変数で11.8%が説明された。

3) 育児不安の得点を基準変数とし、育児満足・育て易さも含め、子ども要因、母親要因、自己効力感、サポートおよび育児支援の会参加を説明変数としてステップワイズ重回帰分析を行った（表6-2）。その結果、「失敗に対する不安 ($\beta = .455, p < .001$)」は育児不安に対し正に関連することを示した。「育児満足 ($\beta = -.267, p < .001$)」, 「育て易さ ($\beta = -.251, p < .01$)」, 「病院の育児支援プレミの会参加 ($\beta = -.191, p < .05$)」は育児不安に対し負に関連することを示した。重相関係数は.662, 決定係数は.438であった。育児不安に影響を与える要因としては、これらの変数で43.8%が説明された（図2）。

8. ハイリスク児を育てている母親の対処方略に関連する要因（表7）

1) 情報収集（関与・問題焦点・行動）の得点を基準変数とし、その関連項目として子ども要因、母親要因、夫およびピアのサポート因子、育児不安および育児支援の会参加を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表7-1）。その結果、「子ども数（経産婦）（標準偏回帰係数： $\beta = -.382, p < .001$ ）」は情報収集に対し負に、「能力の社会的位置付け ($\beta = .246, p < .01$)」, 「育児支援サークル参加 ($\beta = .197, p < .05$)」は情報収集に対し正に関連することを示した。重相関係数は.469, 決定係数は.220であった。

2) 計画立案（関与・問題焦点・認知）得点を基準変数とし、同様にその関連項目を説明変数として、ステップワ

表7 対処方略に関連する要因

表7-1 情報収集の重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(関与・問題焦点, 行動)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
子どもの数（初・経産婦）	-.382 ***	-.328 **
能力の社会的位置付け	.246 **	.272 **
育児支援サークル参加	.197 *	-.081
重相関係数 (R)	.469 ***	

表7-2 計画立案の重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(関与・問題焦点, 認知)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
能力の社会的位置付け	.373 ***	.375 **
夫の評価的サポート	.220 *	.153
重相関係数 (R)	.435 ***	

表7-3 カタルシスの重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(関与・情動焦点, 行動)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
行動の積極性	.253 **	.253 **
重相関係数 (R)	.253 **	

表7-4 放棄・諦めの重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(回避・問題焦点, 認知)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
育児不安	-.301 ***	-.301 **
重相関係数 (R)	.301 **	

注：逆転項目

表7-5 責任転嫁の重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(回避・問題焦点, 行動)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
育児不安	-.381 **	-.381 **
重相関係数 (R)	.381 ***	

注：逆転項目

表7-6 回避的思考の重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(回避・情動焦点, 認知)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
育児不安	-.397 ***	-.236 *
失敗に対する不安	-.286 **	-.132
ピアの手段的サポート	-.231 **	-.216 *
重相関係数 (R)	.428 ***	

注：逆転項目

表7-7 肯定的思考の重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(関与・情動焦点, 認知)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
失敗に対する不安	.407 ***	.522 **
現在の子どもの障害	-.170 *	-.319 *
母親の職業の有無	-.327 ***	-.227 *
昼間の主な養育者	-.303 **	-.051 *
育て易さ	.185 *	.314 **
重相関係数 (R)	.640 ***	

表7-8 気晴らしの重回帰分析（ステップワイズ法） N = 111

(回避・問題焦点, 行動)	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (γ)
行動の積極性	.429 ***	.459 **
子どもの数（初・経産婦）	-.176 *	-.210 *
重相関係数 (R)	.479 ***	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$
ステップワイズ法（基準：投入するFの確率 $\leq .050$
除去するFの確率 $> .100$ ）

イズ重回帰分析を行った（表7-2）。「能力の社会的位置付け（ $\beta = .373, p < .001$ ）」「夫の評価的サポート（ $\beta = .220, p < .05$ ）」は計画立案に対し正に関連することを示した。重相関係数は.435, 決定係数は.189であった。

3) カタルシス（関与・情動焦点・行動）得点を基準変数とし、同様にその関連項目を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表7-3）。「行動の積極性（ $\beta = .253, p < .01$ ）」は、カタルシスに対し正に関連することを示した。重相関係数は.253, 決定係数は.064であった。

4) 放棄・諦め（回避・問題焦点・認知）得点を基準変数とし、同様にその関連項目を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表7-4）。「育児不安（ $\beta = -.301, p < .001$ ）」は、放棄・諦め（逆転入力）に対し正に関連することを示した。重相関係数は.301, 決定係数は.090であった。

5) 責任転嫁（回避・問題焦点・行動）得点を基準変数とし、同様にその関連項目を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表7-5）。「育児不安（ $\beta = -.381, p < .01$ ）」は、責任転嫁（逆転入力）に対し正に関連することを示した。重相関係数は.381, 決定係数は.145であった。

6) 回避的思考（回避・情動焦点・認知）得点を基準変数とし、同様にその関連項目を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表7-6）。「育児不安（ $\beta = -.397, p < .001$ ）」、「失敗に対する不安（ $\beta = -.286, p < .01$ ）」、「ピアの手段的サポート（ $\beta = -.231, p < .01$ ）」は、回避的思考（逆転入力）に対し正に関連することを示した。重相関係数は.428, 決定係数は.183であった。

7) 肯定的思考（関与・情動焦点・認知）得点を基準変数とし、同様にその関連項目を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った（表7-7）。「失敗に対する不安（ $\beta = .407, p < .001$ ）」、「育て易さ（ $\beta = .185, p < .05$ ）」は、肯定的思考に対し正に関連することを示した。「子どもの現在の異常（ $\beta = -.170, p < .05$ ）」、「母親の職業（主婦・育児休業中）（ $\beta = -.327, p < .001$ ）」、「昼間の主な養育者（保育所など母親以外）（ $\beta = -.303,$

$p < .01$)」は、負に関連することを示した。重相関係数は.640、決定係数は.409であった。

- 8) 気晴らし(回避・問題焦点・行動)得点を基準変数とし、同様にその関連項目を説明変数として、ステップワイズ重回帰分析を行った(表7-8)。「行動の積極性($\beta = .429, p < .001$)」は気晴らしに対し正に関連することを示した。「子ども数(経産婦)($\beta = -.176, p < .05$)」は負に関連することを示した。重相関係数は.479、決定係数は.230であった。

VI. 考 察

本研究の対象者である母親の子どもは、3カ月以上入院していた児は5割強、手術の経験がある児は4割、現在も子どもに何らかの障害のある児は5割であった。このようなハイリスク児を育てている母親の対処方略を高めるためには、母親のサポート体制を整えて育児不安を軽減し、自己効力感を高めるための看護介入の重要性が示唆された。

本研究の意義は、これらの母親に対して組織的継続的な育児支援、地域と連携した育児支援体制に役立てることができ、看護上の貢献として継続看護の一環としての育児支援に生かすことができる。

1. 夫のサポートと母親の育児不安および対処方略

夫のサポートは、手段的サポートが最も高く、次に情緒的サポートであった。そして、夫の情緒的サポートは、育児満足に対して正に関連して、間接的に育児不安を減ずる方向に影響していた。医学的リスク要因のある子どもの育児を夫は良く手伝っていることがわかる。吉田³⁾らは、「夫との会話や夫の育児サポートが多いことと、相談相手が居ること、子どもを育て易いと思えることが、育児の満足感や育児における自己効力感の高さに影響している。」と述べているが同じ結果が得られた。また母親に対する夫からの親密なサポートが母親の親としての相互作用行動に最良の効果を示すと述べている。ステップワイズ重回帰分析で、「夫の評価的サポート」は、「計画立案」に対して正の関連を示していた。このことから、夫のサポートは、間接的・直接的に対処方略の「接近軸」に影響している。ハイリスク児を育てている母親にとって、子どもの成長に伴い、ネガティブな感情や衝動的で抑制の効かない攻撃性も現れてくる。母親のみでは対応が困難であり、より好ましい対処方略がとれるために夫のサポートの意義は重要である。しかし、父親役割に関する研究で、父親もまた母親と同様にさまざまな迷いや不安があり、父親をサポートするシステムの必要性、障害児家庭に対する優遇措置、たとえば特別休暇や就労条件の短縮などを提示していた。このことは、まず夫が育児に参加しやすい社会環境作りが望まれている。

2. ピアサポートと夫のサポートおよび対処方略

ピアサポートの中で最も高い得点は気晴らしサポートであり、次に情報的サポートであった。ピアサポートは「育て易さ」の間に正の相関関係を認め、育児不安に対して有意な相関関係を認めなかった。また、夫のサポート低群が有意にピアサポートの得点が高かったことから、ピアサポートは夫のサポートに対して補完的に働いていると考えられる。そこでそれぞれのサポートの質についても関連を検討したところ、ピアの手段的サポートが、対処方略「回避的思考」に対して正に関連していた。他に育児不安と自己効力感の「失敗に対する不安」が関連していたことから、先天的障害や合併症のために育児困難や不安が高く、日常的な育児の絶対量が多いため、父親の協力だけでは限界があり、家族外のピアサポートが必要であったと考えられる。手段的サポートでは、一番身近にいる父親や同居家族に求めるが、育児の絶対量が多いときは友人やピア等の協力や公的サポート体制・専門職の支援の必要性がある。病院の育児支援グランドプレミの会の内容として、母親の体験談を語る「朗読」があり、その後、6~7人の小グループに分かれて、同じような育児体験をしている母親同志の「グループでお話し」を実施している。ここでお互い語りあうことで情報を得たり、相互に作用しあっていた。大日向¹²⁾は「話すことは癒されること」であり、ストレスの発散につながり、母親が気楽に悩みや不安を訴えることができる場と人の必要性を述べている。体験談は、語った本人に対しても知的な認識レベルではなく、全体的存在的なレベルで語ることで自己洞察を深め、前に進むことが出来る。つまり、ピアの支えやピアが実践した具体的な方法を知ること。モデルを見い出せることが影響して、行動化への動機づけが得られている。

3. ハイリスク児を育てている母親の育児不安

育児不安については、育児不安得点46点以上の高い母親は2割強、42点以上の高い傾向の母親を含めると3割強が高い傾向を示していた。このことは、重点的に援助・相談活動を継続しなければならない事を示しているが、本研究対象者の5割の人が子どもに何らかの障害を持っていることを考慮すると、必ずしも高いとは言えないと考える。

ステップワイズ重回帰分析で、病院の育児支援「グランドプレミの会参加」は、「育て易さ」に対して正の関連を示し、「育児不安」に対して負の関連を示していた。また、昼間の養育が保育所など母親以外の方が、育て易さから間接的に育児不安軽減に影響していた。また、育児不安は、表7に示すように、「放棄・諦め」「責任転嫁」「回避的思考」のすべての回避軸の対処方略に対して正の関連を示していた。新生児期に手術を受けるのは、先天的疾患が多く、手術後も後遺症を伴いやすく、育児困難を伴うことが多い

ことから母親が少しでも育て易いと感じ、育児不安を軽減できるようにサポート体制を整えることは重要である。また拒否的感情や態度を持つ母親は、子どもの発達に対して否定的影響をもたらすので環境的配慮が重要である。今回病院の育児支援の会よりも地域の育児支援の会参加者が多かった。地域の育児支援の会は近くて参加しやすい反面、「育て易さ」「育児不安」に関連していなかったことから、保健師などの専門家から情動的サポートを得られても、情緒的・評価的サポートはあまり得られていないことを示していた。健常児の母親とは異なり、病院と地域がより密に連携しその児に応じた継続的な決め細やかな支援の工夫が求められている。障害を持つ子どもの好ましい発達を支援するためにも、地域での育児支援システムや障害児保育所などの整備がより重要であることが示唆された。

4. 対処方略に関連する要因

肯定的思考の重回帰分析で、「現在の子どもの障害」、「母親の職業（主婦・育児休業中）」、「昼間の主な養育は保育所など母親以外」であることが関連していた。このことは、育児に対する情報源を効果的に活用し個別の不安軽減に努めたり、母親が育児から開放され自分自身の時間を持っている事が肯定的思考につながっていると言えた。岡本¹³⁾は、ケア役割を担うことによる発達の中で、肯定的な気持ち、受容的な態度で接している、人生を尊重して肯定的に受けとめていること、そして介護者もアイデンティティ意識をもっていることが、自分自身の成長体験につながっていることを述べている。医療的リスク要因のある子どもを積極的に受容し、親が発達していくには、親が職業を継続できることや、意図的な支援の下に、親としてケア役割を果たしつつ自分の楽しみな時間も確保できることが重要であると言える。退院後も継続看護の一環としての病院における育児支援が有効であることが示唆された。今後、企画や参加率を高める工夫が求められる。定期的な乳児検診やプレミの会の工夫で「代理的経験」「言語的説得」などの情報源により母親の自己効力感を高めたり、育児不安軽減のために、子どもの障害や発達段階によるそれぞれの具体的な不安に、継続的にきめ細かく対応する支援が必要である。また、医療的リスク要因のある育児困難な子どもを育てている母親にとって、育児ボランティアや一時保育・障害児保育の充実などでサポートシステムを整えていく必要性が示唆された。

VII. 結 論

小児専門病院のNICUに入院していた1歳から6歳以下の児を育てている母親、223名に質問紙調査を行った。111名から有効回答が得られ、以下の結論を得た。

1. 夫のサポートは、手段的サポートが最も高く、次に情

緒的サポートである。そして、夫の情緒的サポートは、育児満足を高め、間接的に育児不安を低くしていた。また、夫の評価的サポートは、対処方略の計画立案に関連しており、より好ましい対処方略がとれるために夫のサポートの意義は重要である。

2. ピアサポートは、気晴らしサポートが最も高く、次に情動的サポートであった。ピアサポートは夫のサポート低群に有意に高く、補完的に作用していると考えられる。ピアの手段的サポートは、日常的な育児の絶対量が多い母親にとって必要なサポートであり、必要時気軽に支援を受けられることが重要である。
3. 現在の子どもの障害が育てにくさに最も影響し、病院の育児支援の会に参加することで、育て易くまた育児不安を低くしていたことから、病院の組織的・継続的な育児支援は、共感的な人間関係が育まれ効果的と言える。
4. 昼間の主な養育が保育所など母親以外の方が、育て易さから間接的に育児不安軽減に関連していた。また対処方略の肯定的思考に関連していたことから、一時保育・障害児保育等の整備が重要と言える。
5. 夫のサポートや育児支援参加・育て易さは、計画立案、情報収集の「接近軸」の対処方略に関連し、反対に育児不安は、回避的思考、放棄・諦め、責任転嫁の全ての「回避軸」の対処方略に関連していた。母親の好ましい対処方略を高めるために、サポート体制を整え育児不安を軽減させるような継続した対策が重要である。

VIII. 研究の限界と看護への示唆

本研究では、NICUに入院していた児を育てている母親に、病院が主導する育児支援の試みを始めてからの夫・ピアサポート、育児不安、及び対処方略の関連を明らかにした。育児支援のプレミの会に参加するのは、対象の3割程度であるため、ピアサポートの実態が十分に反映されていない可能性がある。また、育児不安尺度が1歳半児用であったため、測定結果が対象者の実態を反映していない可能性もある。しかし、NICUに入院していた児を育てている母親に対して、退院後も継続看護の一環としての病院における育児支援が有効であることが示唆された。子どもの障害や発達段階によるそれぞれの具体的な不安に、継続的にきめ細かく対応する支援が必要である。また、育児困難な子どもを育てている母親の一時保育や障害児保育などの制度や働く母親への支援制度を整えていく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力頂き貴重な情報を提供してくださったお母様方に心より感謝申し上げます。本研究は香川医科大学

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、香川大学医学部看護学科教授猪下光先生にご指導頂きました。なお、本論

文の一部は第11回日本家族看護学会（神戸市2004年）および第2回国立病院看護研究学会（大阪市2004年）において報告致しました。

要 旨

本研究は、NICUに入院していたハイリスク児を育てている母親の夫のサポートおよびピアサポートと育児不安および対処方略の関連を明らかにすることを目的とした。

対象は6歳以下のNICUに入院していた児を育てている母親223名とし、夫・ピアのソーシャルサポート尺度、育児不安尺度、自己効力感尺度、対処方略尺度で構成した質問紙を郵送法にて回答を求めた。

結果、夫の情緒的サポートは育児満足を介し育児不安に影響を与え、対処方略の「計画立案」に関連していた。ピアサポートは対処方略の「回避的思考」に関連し、育児不安はすべての「回避軸」の対処方略に関連していた。夫のサポートや育児支援サークル参加は「接近軸」の対処方略に関連しており、これらに焦点を絞り働きかけることが母親の育児不安を軽減し対処方略を高めるために重要と示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the association between husband's support/peer support and childcare anxiety/coping strategies in mothers with children who were experienced NICU care.

The subjects were 223 mothers with children who were experienced NICU care aged ≤ 6 years. A questionnaire consisting of the husband/peer social support scale, childcare anxiety scale, general self-efficacy scale, and coping strategy scale was sent, and replies were obtained by mail.

Emotional support by their husbands affected childcare anxiety via childcare satisfaction and was associated with "planning" in coping strategies. Peer support was associated with "avoidant conceptualization", and "childcare anxiety" was associated with all coping strategies of the "avoidance axes". husband's support and Participation in childcare support circles were associated with the coping strategies of the "approach axis". Approaches, focusing on these items, may be important in enhancing mothers' coping strategies.

文 献

- 1) 中村 肇, 大野勉他: 極低出生体重児の子育てに関する調査, 平成8年度厚生省心身障害研究「周産期の医療システムと情報管理に関する研究」, 73-75.
- 2) 側島久典, 永田雅子: 新生児医療情報管理とハイリスク新生児を持つ母への心理的援助, 平成9年度厚生省心身障害研究「周産期の医療システムに関する研究」, 129-131.
- 3) 吉田弘道, 山中龍宏他: 育児不安尺度の作成に関する研究－1歳半児の母親用試作モデルの検討－, チャイルドヘルス2(2), 45-49, 1999.
- 4) 野澤みつえ, 篠原昭男: Parenting Stressに対するソーシャルサポートの影響について, 日本教育心理学会総会発表論文集, 35, 416, 1993.
- 5) 新道幸恵, 大久保功子他: 育児中の女性のピアサポートに関する研究－ピアサポートの形成発展の要件とそのメカニズム, 日本助産学会誌, 11(2)142-145, 1998.
- 6) Belsky, J.: The determinants of parenting: A process model, Child development, 55, 83-96, 1984.
- 7) 牧野カツコ: 子育て Child Rearing: Parenting, 日本家政学会家族関係学部会報, 11, 29-37, 1992.
- 8) 神村栄一, 海老原由香他: 対処方略の三次元モデルと新しい尺度の作成, 教育相談研究, 33, 41-47, 2002. 堀洋道, 松井豊: 心理測定尺度集Ⅲ 心の健康をはかる, 27-31, サイエンス社.
- 9) 堤 明純, 堤 要他: 地域住民を対象とした認知的社会的支援尺度の開発, 公衆衛生学雑誌, 41, 965-974, 1994. 堀洋道, 松井豊: 心理測定尺度集Ⅲ 心の健康をはかる, 53-56, サイエンス社.
- 10) 坂野雄二, 東條光彦: 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12, 73-82, 1986. 上野一郎: 心理アセスメントハンドブック, 486-489, 西村書店.
- 11) 原田紀子: 子育てをしている母親のサポートグループを通じたエンパワメント, 看護研究, 29(6), 47-58, 1996.
- 12) 大日向雅美: 育児不安 発達心理学の立場から, こころの科学, 103, 10-15, 日本評論社, 2002.
- 13) 岡本祐子: 女性の障害発達とアイデンティティー個としての発達・かわりの中での成熟－, 154-176, 北大路書房, 2002.
- 14) 玉井真理子: 育児不安 障害児の親になっていくこと, こころの科学, 103, 62-66, 日本評論社, 2002.
- 15) Albert Bandura, 1995: 監訳 本明寛, 野口京子, 訳 春木豊他: 激動社会の自己効力, 115-130, 金子書房, 2003.
- 16) 佐藤達也: 育児期母親の育児関連ストレス・対処・サポートについての基礎的研究, 児童育成研究, 6, 42-55, 1988.
- 17) 佐藤達也: 育児に関連するその抑うつ重症度との関連, 心理学研究, 64(6), 409-406, 1994.
- 18) 野辺明子, 可部一彦, 横尾京子: 障害をもつ子を産むということ, 268-291, 中央法規, 1999.
- 19) 辻 恵子: ダウン症児に続く妊娠の出産を選択した女性の体験, 日本看護科学学会誌, 23(1), 46-56, 2003.
- 20) 祐宗省三: ウェルビーイングの発達学, 36-37, 北大路書房, 2003.

〔平成18年2月6日受付〕
〔平成19年2月22日採用決定〕

Total Quality Managementと組織変革に関する研究 —変革構造と組織への影響—

Total Quality Management in Healthcare Organization
— Influence and Organizational Change Structure —

中 島 美津子
Mitsuko Nakashima

キーワード：TQM（総合的品質管理）、組織変革、看護組織、看護過程、共通用語

Key Words : total quality management, organizational change, a nursing organization, nursing process, common term

I. 緒 言

平成18年医療保険制度改革における診療報酬改定では、重点評価項目として手厚い看護配置「現行の2:1を上回る1.4:1の配置に係る評価を新設」が明言されている¹⁾。これはチーム医療における看護の重要性を明示するものであり、医療組織の質向上に看護組織の質向上が包含されていることを明示している。

Total Quality Management (TQM: 総合的品質管理, 以下TQMと略す) は、医療組織における質改善にpositiveな影響を与え、医療組織全体の質向上に寄与する経営改善活動のひとつとして取り組まれている理念である。これまでTQMに関しては、活動成果報告や当該組織のみの組織変化の報告など、個々の組織における成功例の報告が主流であり、TQM活動によって組織への影響やその変革プロセスについて、組織学的視点から報告されている論文は管見の限り殆どない^{2)~16)}。看護組織の発展のため研究が蓄積されていく中、TQM活動による組織変化を組織変革として捉え、TQM活動に伴う組織貢献について明らかにしていく研究は、看護の質向上への貢献も包含した研究であり、時宜を得た研究といえる。そこで本研究は、TQM活動が看護組織へ与える影響とその変化について可視化し、今後のTQM活動への先鞭をつけるとともに、看護組織改善への示唆を得ることを目的としている。

II. 用語の定義

本研究のキーワードの中の「看護組織」「TQM」「組織変革」について、以下のように定義する。

「看護組織」について、組織とは、複数の人間が共通目的を達成するために集まって行動している社会的システムであり、少なくとも2人以上の人々が協働することによって特殊な体系関係にある物的・生物的・個人的・社会的構

成要素の複合体のあり方に差異のあるあらゆる協働体系であると定義付けされる¹⁷⁾。本稿では、この定義に基づき医療・看護を提供している集団をもって「医療・看護組織」としている。

「TQM」は組織の技術力・対応力・行動力という組織能力の向上を目的とした改善と改革を重視した問題解決に関する方法論である。また経営そのものではなく経営に貢献する経営科学・管理技術の1つの方法論である。一方、実際の活動単位としてQCサークルと称される小集団活動があり「kaizen」という単語と共に世界中にその思想を普及させた経営改善プログラムの1つと定義づけされている¹⁸⁾。

近年、欧米ではTQMについて医療組織の質の向上と質の保証 (Quality Assurance) のために組織全体で継続的に取り組む活動Integrated Quality Managementの1つとして理解されている¹⁹⁾。本稿では、TQM理念のもと経営システムや経営リソースをマネジメントしている看護組織の組織的な改善活動を「TQM」活動と定義づける。1980年代にアメリカでこの手法が不可触不可視のサービス産業である医療に導入され、日本では1990年代より医療組織に導入されている。その後医療のTQM推進協議会により現在日本国内への更なる展開を試みている²⁰⁾。

日本企画協会発行の「医療の質用語辞典」によると、医療におけるTQMは、「患者および家族の要求に合った医療を提供することであり、そのために医師、看護師、薬剤師、検査技師、コ・メディカル、事務などの医療に関わるすべての部門の参加と協力の下、組織的に行う質マネジメント」のことを指す²¹⁾。具体的には「TQMとは、その主体は病院で、しかも、経営のトップマネジメントが主体的にかつ全病的にチームを作って、個々のスタッフの自主性を尊重しながら、患者のニーズを満たすべく質の高い病院サービスを提供すると同時に病院コストの削減を図るた

めに、最終結果だけでなくプロセスの質、しかも質の継続的改善に焦点を当て、また、問題提起・解決に当たって統計学・化学的手法を活用するといった内容を含意する総合的質管理のことである」とA.F. Al-Assaf,らはその著書「Total Quality in Healthcare」の中で述べている²²⁾。

また、北島は「医療の改善活動はその90%の職員に医療の質へのかかわりを意識させ病院全体の業務レベルを向上させていく重要な有効な病院改善の手段であり、TQMは激化する競争の中で病院が生き残っていくために非常に有効な経営管理体制である」とし、社会貢献および存在意義を有した存在感のある組織として生き残りをかけた変革プロセスを重視した経営科学・管理技術の方法論であり、組織行動であると述べている²³⁾。

これまでTQM活動は、可視部分に対する組織経営改善に有効な改善手段であるとされてきたが、不触不可視のサービス分野である医療への有効性も認められ、1980年代よりアメリカで、1990年代より日本で医療組織の組織能力(技術力・活力・対応力)の向上を目的とした質改善に関する活動として導入されている活動である²⁴⁾。

「組織変革」とは、組織全体と組織構成員に対して組織が抱える多様な問題を解決するために意図的、計画的に組織と組織構成員の意識や行動を変革しようとする試みであり、組織の構造・文化、戦略、プロセスなどを抜本的に変革していく組織行動と定義され、組織文化の変革行為であるとされている²⁵⁾。そこで本稿で、組織変革を組織文化の変革行為であるというパラダイムのもとに論じる。

組織文化については、古今東西さまざまな研究がなされている。その定義についても、その研究領域・研究者により微妙にニュアンスが異なり、世界的に共通の定義として決定付けられたものは存在しない。しかし、これまでの組織文化研究におけるさまざまな議論をまとめた佐藤(2004)らの定義によると「組織文化とは、個々の組織における観念的・象徴的な意味システムと定義付けられた関係システムであり、組織構造とは全く異なるもの」であるとしている²⁶⁾。このように組織構造とは異なる組織文化であるが岩森(2000)は病院の組織文化について「病院のメンバーが共有している病院の価値観、病院の外的環境に関する世界観・パラダイム、行動規範のことを意味する」と定義づけたうえで、TQM活動による病院文化が「職員の態度」「質の管理実行度」「経営業績」に強い影響を与えていることを報告し、組織変化に組織文化の変革の重要性を示唆している²⁷⁾。

Ⅲ. 研究方法

1. 期間

調査期間は2004年8月1日から9月30日とした。

2. 調査対象

文献調査により得られたTQM活動を展開中の日本の医療組織と、医療のTQM推進協議会のホームページに掲載されている医療組織の研究協力を得られた看護組織長(看護部長、看護総師長及び看護局長)を対象とした。なお、日本国内におけるTQM活動展開中の医療組織すべてを網羅することはできず、調査時点で確認できる範囲を調査対象とした。

3. 調査方法

1) 質問紙調査

(1) 質問紙

自記式質問紙調査を実施した。この自記式質問紙調査の設定項目は、これまでに組織研究分野で使用された松田(2000)の組織変革調査票をモデルとして検討を重ね、看護組織文化への適合と看護組織として必要と判断される項目を追加したワーディング操作後の調査票を使用した²⁸⁾。ワーディングについては、看護研究歴15年以上の看護系大学教員3名によりスーパーバイズを受け、意味内容、表現など精選し、質問紙はプレテストを実施した。なお、プレテストのデータは本研究データには加えていない。

(2) 調査内容

調査内容は、基本的属性に関する調査項目として病床数、設置主体(開設者)、TQM活動開始年、TQM推進組織の有無・その名称と所轄部門、推進組織の専従職員数と兼任職員数、最高責任者の役職などとした。設置主体分類は、厚生労働省の「医療施設調査分類」での開設者分類と同階級とした。なお、分類上「済生会」、「日本赤十字社」の2組織は厚生労働省の調査で「公的医療機関」として集計されているため本研究でも同様の扱いとしている。

導入時期の階級は「昭和56～63年」、「平成元～6年」、「平成7～10年」、「平成11～12年」、「平成13年以降」の5階級とした。これらの根拠として、日本の医療組織で初めてTQM理念導入の報告があった「昭和56年」を導入初年とし、「平成元年」は「患者サービスの在り方に関する懇談会」が発足、「平成7年」には厚生省(現厚生労働省)の労働白書に「医療サービス」と明記され、「平成11年」には「医療のTQM推進協議会」が設立、「平成13年」には日本医療機能評価機構の認定を広告できるようになったという組織としての社会的刺激をもとに階級を分けた。

TQM活動による組織全体の変化と影響については、あらかじめ17項目の調査項目を設定した。項目については、企業における組織変革調査で使用された16項目を看護組織文化にワーディング操作後、TQM活動の専門職スキル向

上への影響も鑑み、新たに看護の専門職としての看護実践能力についての質問項目を加えた。17項目各々について「変化の程度」を「最もあてはまる4点、あてはまる3点、どちらでもない2点、あまりあてはまらない1点、まったくあてはまらない0点」の5件法、および「TQM活動との関係性」（その変化に与えるTQM活動の影響）を「密接な関係である4点、深い関係だが他の影響もある3点、少し関係がある2点、あまり関係がない1点、まったく関係ない0点」の5件法とし、当てはまる程度の数字選択方法とした。

(3) 配布および回収方法

調査対象者へ、①調査の目的・方法などの説明用紙、②調査への御協力の依頼書、③調査用紙、④返信用封筒（切手添付）を同封し直接郵送した。回収は、回収期日を明示し、④に③のみを入れ研究者への直接返送してもらうこととした。

4. 倫理的配慮

調査への参加は自由意志によるものであることを明記した。また、研究目的を明文化したうえで得られたデータは集計データとしてのみ活用し、個々のケースとして公表することはないというプライバシー保護への配慮を明記した。

5. 解析方法

単純集計及び基本的統計量を求め、基本的属性についてはウィルコクソンU検定にて有意差を検討した。TQM活動後の組織変化については単純集計、相関分析、探索的因子分析（重み付けのない最小二乗法、因子数はスクリープロットにより判断しプロマックス回転による因子の抽出）をおこなった。統計解析には統計ソフトSPSS（ver.12.0）を使用し、有意水準は5%未満を採用した。

IV. 結 果

1. 基本的属性

1) 回収率

質問紙の回収率は62.0%、有効回答率は25の80.6%であった。返送された組織は31組織であった。そのうち1組織は「実際のTQM活動といえることは何も実施していない」とのことで、自由記述欄への回答はあったが他の質問項目への記入がなかった。さらに3組織は属性のみ、2組織は病床数のみの回答であり、他の質問項目には無回答であった。よって、これらの6組織の回答については今回の集計データには使用せず、統計分析の対象として有効な回答をいただいた組織を25組織とした。

なお、本論文中の表記の組織名を、アルファベット（a～y）による表記としているが、これらは組織名の頭文字や略称などとは全く関係ない。

2) 病床数

病床数については、111～1157（376±SD 234）床であ

り、「200床未満」が5組織・20%、「200～400床未満」が13組織・52%、「400～600床未満」が3組織・12%、「600床以上」が4組織・16%であり、最も多かったのは「200～400床未満」であった。

3) 設置主体

設置主体（開設者）は、「国・公立医療機関」が2組織・8%、「社会保険団体」が4組織・16%、「医療法人」が11組織・44%、「個人」は0%、「その他」が8組織・32%であった。「その他」の内訳は、「企業立」が5組織・63%、「公益法人」が3組織・37%であった。

4) 看護組織の位置づけ

「組織総職員に対する看護職員の割合」は、もっとも高い組織で71%、もっとも低い組織で38%、平均51.79%であった。回答者の所属・役職名は「外来・看護部長」が1名、「看護部・看護部長（総師長）」が22名、「副院長兼看護部長」が1名、未記入1組織であった。また、調査票記入者の見解として「病院組織の中での看護組織の位置づけ」について「満足している」「どちらともいえない」「満足していない」の三肢択一で調査した。「満足している」が64%、「どちらともいえない」が20%、「満足していない」が4%、「未記入」が3組織（組織i, l, n）であった。

TQM活動の「推進組織の有無・位置づけ」については、21組織で推進組織が設定されていた。推進組織が「ない」と答えた組織は3組織（組織r, t, v）で、「無記名」が1組織であった。また推進組織に対する呼称はさまざまであり、位置づけについても「委員会」、「部会」、「事務組織の中の一組織」、「教育委員会の中の一組織」など、さまざまであった。病院組織全体の中における「推進組織の職員がどのような位置づけ」については、「専任の職員がいる」組織は3組織（組織b, m, w）のみであった。この3組織の内訳は、組織bと組織mは「企業立」、組織wは「公益法人」であった。専任職員はいないが、兼任職員として活動しているという組織が15組織であった。専任職員・兼任職員を合わせたTQM活動推進職員は18組織に導入されており、専任職員・兼任職員を合わせた「TQM活動推進職員の全職員に占める割合」では、最も高い組織で13%、最も少ない組織は0.7%であった。特に高い13%の2組織を除いた平均は2.8%であった。

5) 導入時期

TQM活動開始時期については、「昭和56年～63年」が10組織・40%、「平成7年～10年」が5組織・24%、「平成13年～16年」と「平成元～6年」が4組織・16%、「平成11～12年」が1組織・4%、未記入が1組織であった（図1）。

6) 推進組織の最高責任者

TQM活動推進組織の「最高責任者」については、「病院

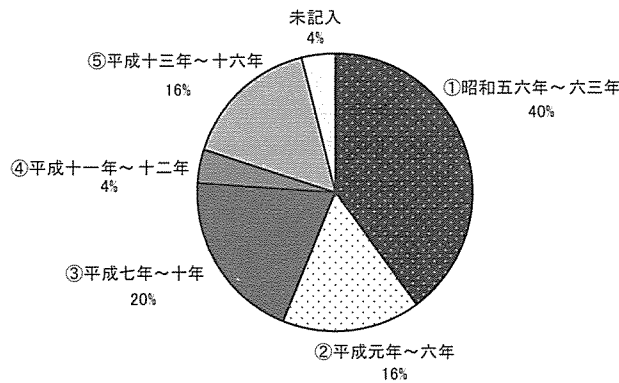


図1 TQM導入時期 (n=25)

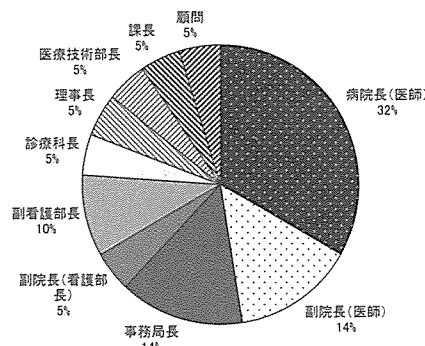


図2 TQM推進活動組織の最高責任者

長（医師）」が32%,「副院長（医師）」が14%,「事務局長」が14%,「副看護部長（副総師長）」が10%,「副院長兼任の看護部長」,「診療科長」,「理事長」,「医療技術部長」,「課長」,「顧問」は各5%であった。「最高責任者」としては医師（病院長と副院長と診療科長）が最も多く、約半数の51%を占めていた。看護職は15%であった（図2）。

これらの基本的属性の調査項目についてウィルコクソンU検定にて有意差を検討したが、いずれも有意差は認められなかった。

2. TQM活動による組織の変化

累計点数が高得点ほどTQM活動による変化を組織が認識していることを示す。組織別では、68点満点中最高点数は組織eの65点、平均（41.4点）であった（図3）。項目別では、100点満点中最高76点、最低45点、平均60.1点であった。降順に「組織、職場が活性化された」（76点）,「医療機能評価が上がった」（71点）,「職場内コミュニケーションが開放的になった」（70点）,「研究会や学習会などが盛んになった」「知名度が上がった」「新しい患者サービスの比率が増えた」（各65点）,「医療スタッフ個々のケアレベルが上がった」「潜在的能力の開発や新規業務展開能力が強まった」（各64点）,「職員のモラルやロイヤリティが高まった」（63点）,「他院や地域・社会への指導力や影響力が強まった」（62点）,「医療サービスや経営力などの病

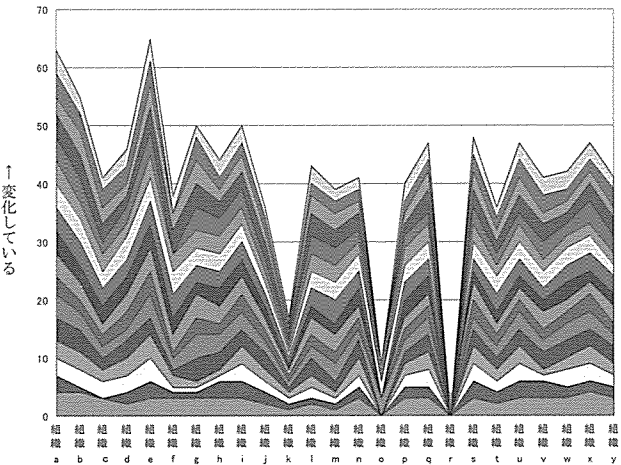


図3 TQM活動による組織別変化認識の累積点数

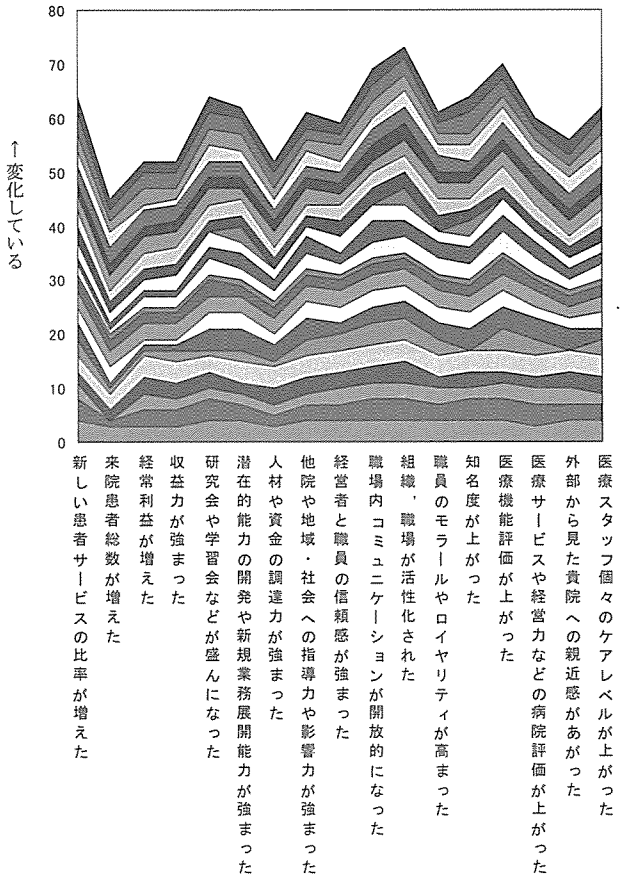


図4 TQM活動による項目別変化認識の累積点数

院評価が上がった」（61点）,「経営者と職員の信頼感が強まった」（60点）であった（図4）。

3. TQM活動による組織変化の構造と各因子の得点

TQM活動後の組織変化について探索的因子分析を行った。いずれか1項目のみに因子負荷量が0.45以上である項目とし、重み付けのない最小二乗法を行い、因子を抽出した。因子数はスクリープロットにより判断し、3つの因子

表1 組織変化の構造

	質 問 項 目	因子負荷量		
		第一因子	第二因子	第三因子
適 応 能 力	変化8：他院や地域・社会への指導力や影響力が強まった	.904	.163	-.232
	変化17：医療スタッフ個々のケアレベルがあがった	.855	.009	.033
	変化16：外部から見た貴院への親近感があがった	.855	.009	.033
	変化13：知名度が上がった	.783	.157	-.077
	変化5：研究会や学習会などが盛んになった	.714	.049	.098
	変化7：人材や資金の調達力が強まった	.628	-.064	.399
組 織 文 化	変化10：職場内コミュニケーションが開放的になった	-.102	.924	.043
	変化15：医療サービスや経営力などの病院評価が上がった	.273	.720	-.124
	変化12：職員のモラルやロイヤリティが高まった	.177	.707	.046
	変化14：医療機能評価が上がった	.420	.531	-.126
	変化6：潜在的能力の開発や新規事業展開能力が高まった	.410	.484	.018
	変化11：組織、職場が活性化された	.204	.480	.326
経 営 能 力	変化4：収益力が強まった	-.099	.047	.945
	変化3：経常利益が増えた	-.189	.148	.912
	変化9：経営者と職員の信頼関係が強まった	-.038	.462	.485
	変化2：来院患者数が増えた	.411	-.436	.456
	変化1：新しい患者サービスの比率が増えた	.372	.022	.412
	固有値	9.431	2.027	1.320
	寄与率	53.830	10.579	5.549
	累積寄与率	53.830	64.409	69.958
	α 係数	.937	.921	.831

として、プロマックス回転を行った。その因子負荷を表1に示している。3つの因子の累積寄与率は、69.958%であった。第一因子は「他院や地域・社会への指導力や影響力が強まった」「組織、職場が活性化された」「外部から見た貴院への親近感があがった」「知名度が上がった」「研究会や学習会などが盛んになった」「人材や資金の調達力が強まった」などに対して負荷量が高く、組織における外部環境への「適応能力」に関する因子とした。第二因子は「職場内コミュニケーションが開放的になった」「医療サービスや経営力などの病院評価が上がった」「職員のモラルやロイヤリティが高まった」などに対して負荷量が高く、「組織文化」に関する因子とした。第三因子は「収益力が強まった」「経常利益が増えた」などに対して負荷量が高く、組織の実際的な「経営能力」に関する因子とした。信頼性の検討のためにクロンバックの α 係数を算出した結果、各因子とも（第一因子 $\alpha = 0.937$ 、第二因子 $\alpha = 0.921$ 、第三因子 $\alpha = 0.831$ ）十分な内的整合性を有していた。

4. 組織変化に対するTQM活動の影響

累計点数が高得点ほどTQM活動による変化を組織が認識していることを示す。「少し関係がある」（2点）以上について影響を受けたと解釈すると34点以上が組織への影響を認識していることとなる。100点満点中最高85点、最低74点、平均80.35点、と全体的に高得点であり、TQM活動による影響を受けていることがわかる（図5）。降順

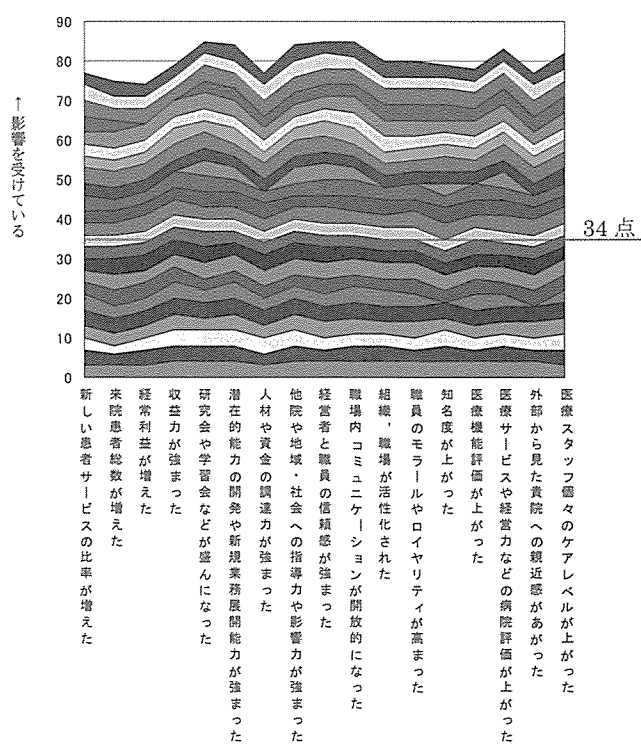


図5 組織変化へのTQM活動の影響の強さの累積点数

表2 組織の変化と影響の相関

相関係数	影響1	影響2	影響3	影響4	影響5	影響6	影響7	影響8	影響9	影響10	影響11	影響12	影響13	影響14	影響15	影響16	影響17
変化1	.720*	.202	.501*	.421*	.320	.439*	.151	.224	.378	.368	.281	.413*	.245	.622*	.406*	.380	.595*
変化2	.291	.576*	.272	.246	.321	.315	.282	.102	-.122	-.261	-.006	.111	.210	.134	.132	.018	.336
変化3	.261	.220	.648*	.528*	.340	.365	.432*	-.078	.233	.179	.247	.228	.365	.162	.245	.275	.400*
変化4	.292	.296	.471*	.641*	.307	.309	.299	-.110	.227	.336	.368	.222	.327	.199	.182	.155	.402*
変化5	.166	.353	.381	.318	.671*	.363	.298	.282	.193	.116	.084	.147	.434*	.483*	.218	.430*	.403*
変化6	.382	.498*	.493*	.286	.369	.805*	.573*	.402*	.546*	.456*	.350	.493*	.458*	.501*	.569*	.542*	.545*
変化7	.331	.440*	.575*	.579*	.693*	.536*	.758*	.290	.426*	.163	.461*	.514*	.691*	.382	.476*	.546*	.674*
変化8	.335	.443*	.216	.300	.648*	.442*	.419*	.822*	.542*	.392*	.503*	.493*	.641*	.673*	.577*	.689*	.545*
変化9	.368	.097	.207	.204	.087	.419*	.348	.230	.620*	.522*	.528*	.400*	.223	.362	.232	.307	.376
変化10	.336	.017	.082	.102	.123	.375	.159	.368	.638*	.768*	.663*	.437*	.252	.443*	.501*	.453*	.304
変化11	.309	.075	.287	.463*	.268	.389*	.350	.456*	.600*	.628*	.625*	.404*	.380	.416*	.310	.395*	.469*
変化12	.489*	.382	.434*	.352	.239	.496*	.386	.515*	.715*	.586*	.672*	.661*	.393*	.638*	.615*	.566*	.573*
変化13	.261	.385	.493*	.442*	.766*	.561*	.526*	.551*	.417*	.317	.308	.351	.753*	.528*	.539*	.700*	.548*
変化14	.388*	.267	.379	.452*	.440*	.384	.143	.556*	.477*	.576*	.525*	.475*	.425*	.851*	.554*	.549*	.499*
変化15	.352	.289	.520*	.513*	.306	.424*	.359	.437*	.661*	.589*	.587*	.543*	.434*	.683*	.643*	.666*	.579*
変化16	.287	.368	.533*	.425*	.708*	.331	.472*	.309	.251	.074	.220	.321	.483*	.443*	.430*	.678*	.478*
変化17	.287	.368	.533*	.425*	.708*	.331	.472*	.309	.251	.074	.220	.321	.483*	.443*	.430*	.678*	.478*

*：相関は、5 % 水準で有意（両側）

**：相関は、1 % 水準で有意（両側）

に「職場内コミュニケーションが開放的になった」「経営者と職員間の信頼感が強まった」「研究会や学習会が盛んになった」（各85点）、「他院や地域・社会への指導力や影響力が強まった」「潜在的能力の開発や新規業務展開能力が強まった」「医療サービスや経営力などの病院評価が上がった」「医療スタッフの個々のケアレベルが上がった」（各84点）、「組織・職場が活性化された」「職員のモラルやロイヤリティが高まった」「収益力が強まった」（各80点）などであった。全体的に高得点であった。

5. 組織変化とTQM活動の影響

TQM活動後の組織変化と影響の単純集計結果より、TQM活動が組織の変化に何らかの影響を及ぼしていることが推測された。そこで、次にこれらの相関分析（Spearmanの順位相関）を行った。その結果、ほとんどの項目で正の相関が認められたが、「項目2：来院患者総数が増えた」のみ相関がみとめられなかった（表2）。

V. 考 察

1. 組織構造に関係なく導入可能なTQM

基本的属性については、ウィルコクソンU検定にて有意差を検討したが、いずれも有意差は認められなかった。これは、調査対象数が少ないためである一方、設置主体や経営規模、看護職員数、推進組織の有無などの組織構造に関係なくTQM活動を展開することが可能であることを示唆していると考ええる。

2. 導入時期から見えるTQM導入目的

基本的属性における「導入時期」については、傾向として興味深い結果が得られている。「昭和56～63年」と「平成7～10年」に導入が多かったという結果であるが、これは、バブル前好景気といわれている「昭和56～63年」は、可視的有形サービス（設備投資やアメニティの充実など）の充実と共に経営利益の追求として導入されていたのでは

ないかということが推察され、TQM活動の理念としての浸透がまだ十分ではない移行期を表した結果と考える。一方、「平成7～10年」の導入は、組織刺激として厚生労働省が医療をサービスと位置づけたことやバブル経済の崩壊による透明性のある組織運営を求める時流を受けて、組織全体としてサービスの向上と組織運営プロセスの改善の必要性から導入されたのではないかと推察される。同時に、この頃より、プロセス管理の重要性が認識され始め、TQM本来の理念が医療組織に浸透し始めてきたのではないかと推察される。

3. 組織の意思決定における看護職の躍進

基本的属性における「TQM活動組織の最高責任者」についても、傾向として興味深い結果が得られている。最高責任者として男性の医師が約半数の51 %を占め、看護職が15 %であったことは、医療組織における組織活動が、医師のリーダーシップの元に展開されてきたことに加え、医療組織運営において、組織の意思決定の場に看護職があまり配置されてこなかったという医療組織の構図を表しているのではないかと考える。医師の大半は男性、看護職の大半は女性であり、そのような医療チームの中で常に女性としての性役割を担ってきた経緯と、男性優位のパターナリズムが、医療組織へも浸透していることが影響していると考えられる。これは、看護の専門性が問われている今日でさえ、医師への強い従属意識が払拭されず、医療組織の評価の大部分を占めるといっても過言ではない看護組織でありながらも、組織の意思決定の場における看護職の配置が少ないこと表しているのではないだろうか。その一方で、このような組織構造において15 %もの看護職が「最高責任者」としてのポジションを得ているという結果は、看護の専門職としての社会的認識が高まったことに加え、医療組織経営にとって患者中心の医療・看護の提供を組織的に取り組むうえで、看護職の重要性が認識され始め、組

組織における重要な意思決定の場に看護としての意見を反映させる機会が増加している傾向にあることを表しているのではないかと考える。これを裏付けるようにアメリカでは1980年代前半より看護師が経営に参画する文献が増加してきており、中西（2004）によると近年日本でも看護部長が副院長兼任として経営に参画するケースが増加してきている報告がなされている²⁹⁾。

4. 組織能力向上を示唆した組織変化の構造

病院におけるTQMは組織能力（技術力・活力・対応力）の向上を直接の目的とし、その根源に「継続的質の改善（向上）」を包含している。本研究では、探索的因子分析により、TQM活動後の組織の変化構造として、組織における外部環境への「適応能力」に関する因子、「組織文化」に関する因子、組織の実践的な「経営能力」に関する因子、以上3つの因子が得られたが、これらは組織能力の向上というTQM活動の目的に即した結果であると考えられる。

第一因子「適応能力」において特に因子負荷量の高かった「変化項目8：他院や地域・社会への指導力や影響力が強まった」や「変化項目17：医療スタッフ個々のレベルが上がった」などは、組織としての存在感と、医療組織としてステークホルダーに対する迅速な対応を可能にする専門職集団としての組織の技術力を表し、ステークホルダーの視点からの質の高い業務プロセスの確立や組織構造の変化などに対応することを可能にする組織能力の中の「技術力」に合致するのではないかと考えられる。また、第一因子における「変化項目16：外部から見た貴院への親近感があがった」、「変化項目13：知名度が上がった」については、組織生存のための組織の存在価値を高めることへもTQM活動が貢献していることを表しているのではないかと考えられる。

次に、第二因子「組織文化」について、組織変革を組織文化の変革であるというパラダイムで捉えると、本研究の結果もまた、組織文化の変革が組織変革であるということを表しているのではないだろうか。第二因子に特に負荷量の高かった「変化項目10：職場内コミュニケーションが開放的になった」や「変化項目12：職員のモラルやロイヤリティが高まった」は、組織文化に関する項目である。また、これらの項目は、TQM活動が組織のアイデンティティを高め、組織成員間の認知の分散を小さくすることで、組織への帰属意識が高まり、組織凝集能向上をもたらしているという結果を表していると考えられる。同時に、組織凝集能の高まりは組織能力としての実践的な組織の実行力となるエネルギーである「活力」の高まりを表しているといえる。

最後に第三因子「経営能力」について、March and Simon（1977）らの、組織が成立・存続していくためにど

のような条件が必要かという点を明らかにした「組織均衡論」によると、「組織がその参加者に対して継続的な参加を動機付けるのに十分な支払いを整えることに成功していること、組織が生存に必要な経営資源の獲得・利用に成功している場合に組織が存続しうる」と述べている³⁰⁾。第三因子に高い因子負荷量を示した「収益力が強まった」や「経常利益が増えた」は、十分な支払いや経営資源の獲得に大きな影響を与える項目であり、組織が成立・存続していくための必要条件を満たすことができる組織としての「対応力」へのTQMの貢献を表しているといえる。

5. TQM導入による組織内のネットワーク化

組織の変化とTQM活動の影響について検討した結果、サンプル数が少ないためあくまでも傾向であるが、「職場内コミュニケーションが開放的になった」「組織・職場が活性化された」、「医療機能評価が上がった」、「新しい患者サービスの比率が増えた」「研究会や学習会などが盛んになった」などが深く関わっていることが示唆された。

特に「職場内コミュニケーションが開放的になった」「組織・職場が活性化された」、「研究会や学習会などが盛んになった」に関する考察として、組織として何か新しいこと、つまりTQMという新しいことを導入するとき、そこにはその新しいことに対するコンセプトを意味形成することから始まる組織学的見地におけるネットワーク化という視点からこの項目と組織変革への影響を考察することが可能である³¹⁾。TQM導入にあたり組織成員はそのコンセプトを自己の中に意味形成することから始まる。このとき意味形成されず（コンセプトを理解しないまま）活動方法論（手段）のみを導入し活動展開すると、組織全体のネットワークの拡大や整序は生じることなく、組織としての行動力にバリエーションが生じ、組織の凝集力は低下する³²⁾。その結果、活動が暗礁に乗りあげ組織全体として円環作用効果が得られず、組織成員内の不協和音を生じる危険性がある。活動コンセプトが意味形成された場合、組織環境を理解する組織成員の概念枠組みが拡大・整序され、組織展開にダイナミズムを与え、組織成員間の協働意識を確立していく。このTQM活動における協働意識創出による組織成員内の認識上の紐帯形成（合意形成を可能にする認知的共感・つながり）こそスムーズな組織内ネットワークを生みだしていると考えられる。この協働意識創出過程として考えられるものが、TQM活動における毎月1回またはもっと頻回に開催される学習会や検討会などの会合等に依拠するところが大きいと考える。組織横断的なメンバー間では、活動開始当初はコンセプトの意味形成（活動に関する共通理解）が形成されていなかったとしても、会合を重ねる中で意味形成がなされ、メンバーの概念枠組みの拡大・整序と共に、活動を通じた他者との協働意識が創出される。そし

て、これらの協働意識はフォーマル、インフォーマルでの対人関係の不可視部分をも包含したプロセスの中で、次第に発展し続けながら可視的不可視的なネットワーク化がなされていく。その結果、協働体としての意識付けに働きかけ、TQM活動を通した組織変革のオリエンテーションが決定付けられていくと考える。このようにして醸成されたネットワーク内ではコミュニケーションの増幅と進化により、共通の認知コード、「共通用語」が生成される。この共通用語こそ「TQM」であり、共通用語は互いの発言の解釈を効率化し、共通用語を通して認知される情報は理解しやすく、身振りや手振りのような暗黙知の移転も可能となる³³⁾。TQM活動における学習会や研究会は、活動に伴う「共通用語 (TQM)」が生成を促進させ、互いの発言解釈を効率化し、共通理解と組織成員間の協働意識を強め、結果として組織全体の変革へ結びついた組織行動の源と位置づけられる。

6. 組織能力向上に貢献する看護実践能力の向上

TQM活動後の組織の変化構造における第一因子は「技術力」であり、その因子に高い負荷量を示していた項目に「医療スタッフ個々のケアレベルがあがった」があった。では、なぜ、TQM活動により医療スタッフ個々のケアレベルが上がるのであろうか。その根拠として、TQM活動における思考過程が看護過程における思考過程と重なる部分が多いことによる看護展開能力の中の思考過程部分の向上にあると考えられる。もちろん看護実践能力というのはその場、その対象に適した看護の提供であることから、思考能力だけでなく技術力も大切である。しかしその技術力提供にいたるまでの思考過程が訓練されていなければ、いかなる高度の技術力を持っても、その場、その対象に適した看護技術は導出されない。看護の根底にある一連の思考過程は、情報の収集、問題のアセスメント、目標設定、看護計画、実践、評価、修正、再介入という一連のプロセスである³⁴⁾。これはPlan (情報の収集、問題のアセスメント、目標設定、看護計画) → Do (実践) → Check (評価) → Action (修正、再介入) というTQM運営上のPDCAマネジメントシステムと同義である³⁵⁾。つまり、看護の実践における思考過程は、TQMのPDCAマネジメントサイクルと同義的思考過程を辿っているといえる。そのため、TQM活動を実践していく中で自然とPDCAマネジメントサイクルが訓練され、看護実践上の思考過程訓練としての効果が得られているのではないかと考える。

VI. 本研究の限界と課題

本研究における限界と今後の課題について述べる。

第一に、調査対象及び分析についての問題である。調査対象については、TQM活動を展開している看護組織の網羅

に努めたが、国内の看護組織全てを網羅できていない。また、回答には調査対象である看護組織の「長」の主観が入っていることを考慮しなければならない。また、解析対象数が31組織という少なさであり、統計学的に解析として成立しているとはいい難く、傾向としての結果報告といえる。今後は調査対象数の拡大と看護組織の「長」だけでなく組織内成員および患者の声を含めた看護組織全体としての把握が必要である。

第二に、調査票についての問題である。企業組織の組織変革調査で使用されているモデルであるが、看護組織が企業組織と異なる文化の組織であるならば、この調査票のワーディング操作のみでは十分に把握しえない部分があることが懸念される。そのため1つひとつの看護組織について事例検討による質的調査研究を蓄積し、看護組織文化を鑑みた尺度開発も視野に入れなければならない。

VII. 結 語

本研究は、TQM活動が看護組織へ与える影響とその変化について可視化し、今後のTQM活動への先鞭をつけると共に、看護組織改善への示唆を得ることを目的として実態調査を展開した。その結果、TQM活動が組織へ与える影響とその変化及びこの活動の有効性について以下の3点が示唆された。

- ①TQM活動後の組織変化構造として「適応能力」「組織文化」「経営能力」の3因子が得られ、これらは組織能力としての「技術力」「活力」「対応力」に合致しTQM活動が組織能力の向上に好影響を与えていることの明示
- ②TQM活動の学習会や研究会は「共通用語」を生成することで共通理解の発展と組織成員間の協働意識を強め、より組織凝集能力のある組織文化の醸成への影響
- ③TQM活動を通したPDCAマネジメントサイクルの思考過程は、看護実践上の思考過程訓練の場となり個人のケアレベル向上への貢献

昨今の医療制度改革における看護への高い評価には、看護組織としての不断の質向上を求めてやまない期待が込められている。組織変革を組織文化の変革であるというパラダイムとして捉えたとすれば、今、看護組織はまさに新たな組織文化の醸成に邁進している状態といえる。TQM活動によるpositiveな組織文化の変革は、組織・職場の活性化を導くと共に、組織能力としての「活力」(エネルギー)に影響し、より組織能力の高い組織を導出すると考えられる。

VIII 謝 辞

本研究の調査に御協力いただきました看護部長様、看護総師長様、看護局長様の皆様方に、深く感謝申し上げます。なお、本調査研究は平成17年度文部科学省科学研究（若手

B）「Total Quality Management 導入が医療看護組織の組織変革プロセスに与える影響」の研究成果の一部であり、研究結果の一部は、第31回、第32回日本看護研究学会学術集会で発表した。

要 旨

本研究は、TQMの有効性を明らかにし、今後のTQM導入への示唆を得ることを目的とし、TQM活動展開中の看護組織長を対象に、属性11項目と組織変化及び影響について質問紙調査を実施し以下4点の結果が得られた。①基本的組織構造（属性）と組織変化に有意差なし、②推進組織の最高責任者は医師51%，看護職15%，③組織変化構造は3因子で表された。④組織変化へTQM活動が影響していた。この結果より以下3点が示唆された。1）TQMによる組織内変化は、TQM活動に伴う「共通用語」生成が、互いの発言解釈の効率化と共通理解の発展及び組織成員間の紐帯の強靱化に貢献し、組織全体の変革を生じさせている。2）TQMの思考過程は、看護過程の対象理解能力向上の訓練機会となり、看護実践能力向上及び看護組織の質向上へ貢献している。3）TQM活動は組織変革の手段のひとつといえる。

Abstract

The purpose of this research is to clarify the effectiveness of TQM, and to obtain the suggestion in the TQM introduction in the future. The questionnaire survey of 11 attribute items, the organizational changes, and the influences was executed for the head of the nursing organization in the TQM introduction. As a result the following consequences in four points were obtained, ①Neither a basic organization structure (attribute) nor the organizational change had the significance difference. ②The top of the facilitate organization was doctor 51%, and the nurse 15%. ③The organizational change structure was shown by three factors. ④The TQM activity influenced changes in the tissues. As a result, three following points were suggested. 1) The change in the organization with TQM becomes innovation of the entire organization because "Common term" generation according to the activity of TQM makes construction each other efficiency and it makes string between the organization members strong. 2) The thought process of TQM becomes the training of the nursing process, and contributes to the nursing practice ability improvement and the quality improvement of the nursing organization. 3) The TQM activity is thought to be one of the means of the organizational change.

文 献

- 濃沼信夫：医療制度改革と診療報酬改定のゆくえ，MANAGEMENT VIEWマネジメント・ビュー，特別編集版，2-14，2006.
- 石渡祥子：基礎調査から病院全体で取り組む危険薬誤投与防止，月刊ナースング，23(12)，158-165，2003 2.
- 伊藤聖子：TQMの発想で進める転倒・転落アセスメントツールの活用，かんごきろく，11(10)，43-46，200.
- 伊藤恒子：顧客満足への取り組み－業務改善にQCサークル活動を導入して－，患者満足，5(4)，21-27，2001.
- 井上文江：麻生飯塚病院におけるTQM活動，看護管理，13(1)，23-26，2003.
- 医療のTQM推進協議会編：病院の改善活動事例集，33-168，医療文化社，東京，2001.
- 上原鳴夫：医療の質改善活動の流れ－めざすのはTQM－，看護管理，12(3)，224-229，2002.
- 大森恵美子：当院におけるQC活動－看護サービスの質向上を目指す水島中央病院の取り組み－，患者満足，5(4)，40-51，2001.
- 北島政憲：病院における改善活動と進め方，患者満足，5(4)，4-9，2001.
- 沢森順子，相坂三紀子，飯田涼子：医療の改善活動の取り組み，患者満足，5(4)，52-60，2001.
- 竹内節子：当院のQCサークル活動の実践－経営上のメリットと有効な看護管理の一手法－，患者満足，5(4)，28-39，2001.
- 田中朋子，大原敬子，高木早苗：手術室・中央材料室のリネン類の整理を効率的に！－TQC手法を用いた業務の見直し－，医療，56(3)，598，2002.
- 富田信也：河北総合病院における総合的「質」の向上への取り組み，病院，60(3)，263-265，2001.
- 宮城敏夫：浦添総合病院における総合的「質」の改善活動，病院，60(4)，336-340，2001.
- 山本喜美子，城山博子：看護の質改善に向けて－QCサークル活動の実際－，関西電力医学雑誌，31(2)，25-28，1999.
- 若林一登：アルメイダ病院におけるQCサークル活動，患者満足，5(4)，10-20，2001.
- 上田泰：組織行動研究の展開，1-197，白桃書房，東京，2003.
- 桑田耕太郎，田尾雅夫：組織論，349-354，有斐閣，東京，2005.
- Koch M. W., Fairly. T. M.,: Integrated quality management-The key to improving nursing care quality-, 1-43, Mosby, USA., 1993.
- TQM推進協議会:医療のTQM推進協議会ホームページ，2006-7-30，<http://tqmh.jp/INDXTQM.html#anchor8797>.
- 飯田修平，飯塚悦功，棟近雅彦編：医療の質用語辞典，142-144，日本企画協会，東京，2005.

- 22) Al-Assaf A. F., and Schmele J.A.,:Total Quality in Healthcare, 29-155, St. Lucie Press, Florida, 1993.
- 23) 北島政憲：QCサークル活動による病院における知の集積, 病院, 63(3), 222-226, 2004.
- 24) Gunther J., and Howkins F.,: Making TQM Work Quality Tools for Human Service Organizations, 32-106, Springer Publishing Company, New York, 1999.
- 25) 梅澤正：企業文化の革新と創造, 有斐閣, 東京, 1990.
- 26) 佐藤郁哉, 山田真茂留：制度と文化 組織を動かす見えない力, 50-58, 日本経済新聞社, 東京, 2004.
- 27) 岩森龍夫：一般病院におけるTQM(Total Quality Management)の概念モデルに関する研究, 保健医療社会学論集, (11), 45-57, 2000.
- 28) 松田陽一：企業の組織変革行動, 千倉書房, 東京, 2000.

〔平成18年3月9日受 付〕
〔平成19年3月19日採用決定〕

食物アレルギー児の母親における育児ストレスと 家族対処についての研究

A Study on Parenting and Family Stress in Mothers of Food Allergy Children

立 松 生 陽¹⁾

市 江 和 子²⁾

Seiyo Tatematsu

Kazuko Ichie

キーワード：子ども，食物アレルギー，母親，育児ストレス，対処行動

Key Words : children, foodallergy, mother, pareting stress, coping behaviors

I. 緒 言

わが国における食物アレルギーに対する厳密な疫学データはみられないが、欧米では3歳以下の小児の約8%、成人においては約2%とされている¹⁾。食物アレルギーは、乳児期にピークがある。近年の食物アレルギーの調査²⁾では、全食物アレルギーの事例に対する乳児期の割合は29.8%と1/4から1/3を占める状況であった。

現代は、核家族化や都市化、女性の社会進出、メディアの拡大による情報氾濫などで、育児環境は大きく変化している。それに伴い、育児をする養育者の育児ストレスや育児疲労が深刻な状況にある。これまでの研究においても育児ストレスや育児困難、現代の育児環境が問題視されており^{3)~5)}、近年における児童虐待の頻発に結びつくこともあり、社会問題に発展している現状がある。育児不安やストレスの持続によって養育者の心理的不快感、または疾病を伴う全体的な心身状態の低下が体験され⁶⁾、養育態度・家族機能にも影響をあたえる⁷⁾⁸⁾。育児不安は出産前から起こり、幼児期でも消失することなく遷延し、養育者、特に母親の育児不安は乳児期でピークになるといわれる⁹⁾。

アレルギー・免疫疾患に関する先行研究^{10) 11)}では、気管支喘息・アトピー性皮膚炎罹患患児の母親の育児ストレスは、健康児（一般的な急性期疾患を除き疾患罹患のない小児とする）の母親の育児ストレスより、ストレス傾向が強いことが示唆されている。したがって、母親の育児ストレスの時期と食物アレルギーの発症年齢は、乳児期でピークとなり、育児ストレスの要因が重なる。そのため、乳児期の食物アレルギー罹患患児をもつ母親の育児ストレスは、健康児の母親に比べさらに強い傾向にあることが予想される。

母親の育児ストレスを増大させないためには、多くの場

合家族の助けが必要となり、家族が一つの個の集団としてストレスに対処できるかどうかが重要である。これまで、小児看護の分野では家族ストレスに関する文献が数多く発表されている^{12) 13)}。家族がどのようなストレス対処行動をとる傾向にあるか明らかにすることは、家族構成員のまともによって、さらに強い家族機能が果たせるように、看護師への援助の示唆を与えることになると考えられる。

これまでの先行研究では、食物アレルギーの子どもの母親に着眼した研究は少ない。アトピー性皮膚炎に食物アレルギーを合併している患児は高い割合だが、アトピー性皮膚炎の子どものもつ母親の育児を扱った研究は、親が子どもの症状コントロールと生活状況に対する困難感を検証したものである^{14) 15)}。さらに、本研究の主旨である食物アレルギーの子どものもつ母親における育児ストレスや家族のストレス対処パターンを評価し、関連性をみた研究はほとんどみあたらない。アレルギー症状の出現を予防するため、除去食療法等の心理的負担が高い治療法を実施している母親の育児ストレスを検討することは、有意義であると考えられる。また、食物アレルギーの子どものもつ母親の育児ストレスの状態を家族対処との関係から明確にすることにより、育児ストレスの要因を明らかにし、小児看護を実践する看護師への家族アセスメントの一つの指標とする意義がある。

II. 研究目的

本研究では、食物アレルギーの子どものもつ母親の育児ストレスと家族対処に焦点をあて、健康児との比較することで育児ストレスの特徴を明らかにすることである。また、食物アレルギー患児と慢性疾患患児のそれぞれの家族ストレス対処パターンを比較する。これらから、食物アレ

1) きそがわ作業所重症心身障害児(者)通園事業 KISOGAWA SAGYOSYO for Children and Persons with Severe Motor and Intellectual Disabilities

2) 日本赤十字豊田看護大学 Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

ルギーの子どもをもつ母親や家族の看護支援について検討する。

Ⅲ. 用語の定義

食物アレルギー (Food allergy) : 原因食物を摂取した後免疫学的機序を介して生体にとって不利益な症状が惹起される現象¹⁶⁾。本研究では、免疫学的機序を介さない食物不耐症 (Food intolerance) との区別が困難なため、なかには食物不耐症の事例が混在している可能性がある。

乳幼児 : エリクソンの自我発達理論¹⁷⁾ を基に、生後1ヶ月～6歳の子ども (就学前まで) とする。

食物アレルギーの重症度 : 本研究では、食物アレルギーの3大抗原である「鶏卵」、「乳製品」、「小麦」を1種類以上含み、全食品中に4種類以上の原因抗原がある場合、重症な食物アレルギーとした。

心配の自覚 : 母親が子どもに対して抱いている心配を母親自身が認識している状態のこととする。

家族対処 : 家族やそのサブシステムが問題となる出来事やストレスを緩和する、あるいは問題解決するために採択する行動の反応¹⁸⁾ とする。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象

A県内B大学病院における小児科外来・アレルギー外来に通院中の食物アレルギーの乳幼児の母親90名、およびA県内でアレルギー疾患の親の会2団体に参加している母親25名である。対照群となる健康な子どもの母親は、A県内の保育所2施設に子どもが通園している母親200名から回答を求めた。

以下、食物アレルギーの子どもをもつ母親の群をFA児群、健康な子ども (一般的な急性期疾患を除き疾患罹患のない子どもとする) をもつ母親の群を健康児群とする。

2. 調査方法

研究対象病院の看護部長、小児科診療責任者、小児科外来看護責任者に研究の主旨を文書及び口頭で説明し、指導・助言をもとに質問紙修正を行った。その後、修正部分を再度確認の後、研究調査への承諾を得た。健康児群においても研究対象保育所の園長、主任より研究の主旨を文書及び口頭で説明し、指導・助言をもとに質問紙修正を行った。患者会への調査においても同様である。その上で、両群の母親に対して、無記名による自記式質問紙により調査を行った。調査にあたり、FA児群の母親及び健康児群の母親に対して、研究の趣旨を文書及び口頭で説明し承諾を得た後、自宅における記入を依頼し、その後郵送で回収した。なお、自記式質問紙に記入に要する時間は、20～30分であった。

3. 調査内容

i) 対象の属性 : 年齢, 職業, 子どもの年齢, 家族形態 (家族構成員), 子どもの罹患疾患と合併症, 3ヶ月以内に家族に起こったライフイベントの有無 (妊娠・出産・入学進学・別居や同居・転居引越し・退職失業・就職転職・病气入院の7項目), 要介護者の有無, 心配の有無と内容。

ii) 子どもの疾患との関連事項 : 疾病の診断時期・療養期間, 病状, 通院回数, 身体的苦痛・生活上の困難の有無と内容, 民間療法・他院での治療経験の有無, 療養費, 除去食品の品目数と種類, 食物アレルギー症状。

iii) 育児ストレス尺度 (日本語版 Parenting Stress Index : 以下日本語版 PSI とする) : 育児ストレス尺度 PSI は, 米国の心理学者 Abidin RR が育児に伴う親のストレスの特徴を明らかにするために開発した尺度で, それを日本語版 PSI として奈良間ら¹⁹⁾ が信頼性・妥当性を検討したものである。子どもの特徴に関わるストレス得点 (7 下位尺度) と親自身に関わるストレス得点 (8 下位尺度) の全78項目で構成され, 各項目は4～5段階で評価される。高得点であるほど育児ストレスが高いことを意味する。4段階のリーカットスケールは, 5段階に修正して使用した。iv) 慢性疾患患児の家族ストレス対処パターン尺度 : 野嶋ら²⁰⁾ が開発した, 慢性疾患患児の家族を対象とし, 信頼性・妥当性が確認されている「家族対処行動に関する質問紙Ⅱ」を村田²¹⁾ らの修正した尺度を使用する。尺度から2項目 (1 下位尺度) を除く40項目 (5 下位尺度 : 統合的対処, 方策的対処, 持久, 常態化, 危機対処) を使用する。村田論文の研究の概要は²²⁾, 対象108家族で, 子の年齢は1歳未満～13歳以上まで幅広い年齢層で研究が行われた。疾患の内訳は, 腎系31%, 血液系25%, 神経系19%となっていた。罹患期間は1年以内から10年以上の広範囲に渡り, 平均3年10ヶ月であった。

以下, 5 下位尺度40項目の概略を記す。「統合的対処」とは, 家族の力と病児の回復を信じ, 希望を拠り所に家族が団結し協力し合い, 困難の受け入れ体制を整える対処パターンである。「方策的対処」は, 知識の獲得と世話への専心・他者への依存やストレス解消, 様々な試みを含み, 困難への対応を果敢に求める対処である。「持久」は, 忍耐とストレス源の回避を含み, 問題解決が不可能な事態において, ストレス源への対決による消耗を避け, 持ちこたえる方策である。「常態化」は, 困難な状況故に気晴らしや普通の生活を行い, 家族機能を維持する試みである。「危機対処」は, 身近な人の直接的な手助けや経済援助を求める非常時の対応である。この尺度の Cronbach's α 信頼性係数は, 0.87であった。各項目5段階得点で下位尺度ごとに得点を合計し, 得点が高いほど, 下位尺度の対処パターンが強いことを示す。今回, 食物アレルギー患児を対象とす

ることから、「社会資源の利用」についての下位尺度（「資源活用」の項目）は調査対象から除外した。

日本語版PSIは著作権所有団体、慢性疾患患児の家族ストレス対処パターン尺度については尺度作成者の使用許可の承諾を得た。

4. 分析方法

対象の属性や背景の特徴を明らかにするために、記述統計を行った。属性の連関や独立性に関しては記述統計や χ^2 検定・Fisherの直接確立法で分析をした。育児ストレスや家族ストレス対処パターンは、属性や諸因子に基づいて、Mann-Whitney U検定・Kruskal-Wallis検定で比較し、相関はSpearmanの順位相関係数を使用した。

また、村田らの研究²³⁾における慢性疾患患児の家族（以下、慢性疾患患児群とする）の家族ストレス対処パターン尺度と比較検討をした。

分析にはSPSS12.0J for Windowsを使用し、日本語版PSIと家族ストレス対処パターン尺度の内的整合性の検討は、Cronbach's α 信頼性係数で行い、危険率5%以下を有意差ありとした。

5. 倫理的配慮

対象の母親に研究の主旨を文書及び口頭で説明し、調査は無記名にて行った。以下の項目について文書に明示し、繰り返し口頭で説明した後、研究参加への意向を確認した。①得られたデータを目的以外に使用しないこと、②承諾後も途中で研究の中止をしても良いこと、③研究協力を得られなくても診療・看護に影響はないこと、④研究で知り得た情報は守秘義務を厳守すること、⑤研究成果の報告において個人が特定されないように十分に配慮すること、⑥研究終了後には、回収した質問紙は速やかに厳重に廃棄することとし、同様に健康児の調査についても、患者会代表責任者、保育所園長に承諾を得て上記の手順を踏んだ。

研究の同意については、研究参加への依頼とアンケート用紙を手渡しする場面で研究参加への意向を聞き、アンケート用紙が返送された時点で研究参加への同意が得られたとした。

V. 概念枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示す。母親の抱える育児ストレスは、子どもの特徴に関わるストレスと親自身に関わるストレスの2種類のストレスによって構成される。健康な子どもの母親の育児ストレスは、対象（母親・子ども）の属性・背景と育児関連因子（子どもの健康状態・食事・排泄・習癖など育児全般）から成立する。食物アレルギーに罹患する子どもの母親の育児ストレスは、健康な子どもの母親のストレスに加え、疾病関連因子（疾病に関連する諸問題より生じる育児ストレス）からなる。3因子が相互に作用し、育児ストレスを引き起こす。育児ストレスを認知することで、ストレス対処行動が起こり、ストレスの軽減および回避を行う。ストレス対処行動がうまくできない場合、ストレス反応として身体および精神に支障をきたす。

VI. 結 果

1. 対象の背景

対象は、FA児群115名中72名（回収率62.6%）有効回答60名（有効回答率52.2%）、健康児群は200名中81名（回収率40.5%）有効回答78名（有効回答率39.0%）であった。

対象の属性と背景を表1・2に示した。FA児群に関しては、母親の平均年齢（ $\pm$ 標準偏差）は 33.0 ± 5.2 歳で、子どもの年齢は 3.6 ± 2.1 歳であった。一方、健康児群では、母親の平均年齢は 33.6 ± 4.7 歳で、子どもの年齢は、 4.02 ± 1.5 歳であった。母親の子どもに対する心配の有無はFA児群47名（78.3%）、健康児群18名（23.1%）が「有る」としていた。心配のある母親について両群において χ^2 検定を行った結果、FA児群は健康児群より有意に多かった。

FA児群における心配の内容についての具体的な回答（重複回答とした）を得られたのは、45名であった。そのうち、「食物アレルギーに関する心配」26名、「アレルギー疾患の展望に関する心配」7名、「アトピー性皮膚炎に関する心配」7名、「内服の副作用に関する心配」6名、「喘息に関する心配」2名、「その他」6名だった。健康児群における心配の内容について記述を得たのは、重複回答で

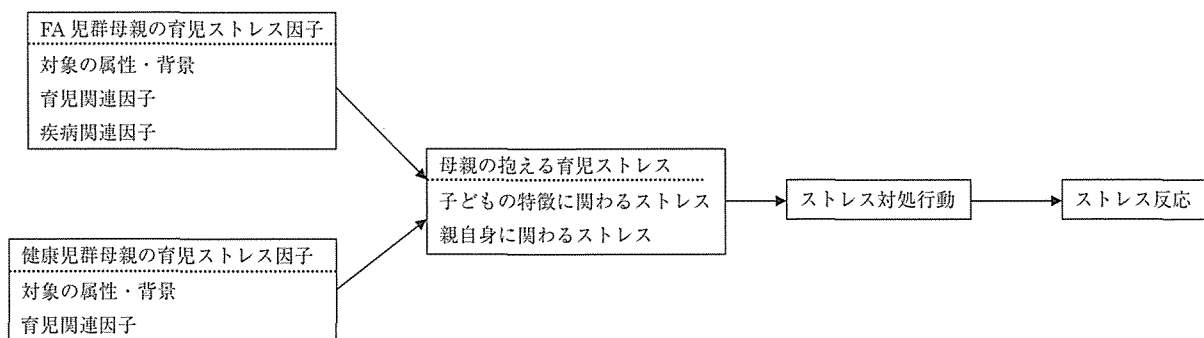


図1 FA児群および健康児群の母親の育児ストレスにおける概念枠組み

表1 対象者の属性

	FA 児群 n = 60	健康児群 n = 78
年齢 (歳)	33.0 ± 5.2	33.6 ± 4.7
子どもの年齢 (歳)	3.6 ± 2.1	4.0 ± 1.5
同居家族数 (人)	4.1 ± 0.9	4.2 ± 1.2

一元配置分散分析

表2 対象者の背景

	FA 児群 n=60	健康児群 n=78
家族形態		
核家族	49 (81.7)	68 (87.2)
拡大家族	11 (18.3)	10 (12.8)
心配 (有) ***	47 (78.3)	18 (23.1)
ライフイベント (有)	17 (28.3)	33 (42.3)
要介護者 (有)	4 (6.7)	5 (6.5)

χ^2 検定 (***) $p < .001$

14名であった。具体的内容については、「性格に関する心配」10名、「成長・発達に関する心配」11名、「その他」が4名であった。

2. FA児群における背景の詳細

食物アレルギーの合併症は、「アトピー性皮膚炎」43名 (71.7%) が最も多かった。診断時期は1歳未満が68.3% (41名) を占め、児の7割程度が、食物アレルギーの一般的な発症時期とされる1歳未満であった。療養期間は3.1 ± 1.9年であった。

食物アレルギーの要因食品を図2に示す。除去品目数は「1種類」19名 (32.8%), 「2種類」13名 (22.4%), 「3種類」8名 (13.8%), 「4種類以上」が18名 (31.0%) であり、多品目にわたり除去が必要な重症な子どもが3割を占めた。他院での治療経験に関しては、36名 (67.9%) に経験があった。療養費は「生活費の中で療養費が占める割合」での回答を求めたところ、「5%未満」の家族が32名 (61.5%) を占め、「10%未満」が10名 (19.2%), 「10%代」以上が10名 (19.2%) となった。食物アレルギーの症状の種類としては、「アナフィラキシーショック症状」が4名 (7.0%) であった。「1症状を呈する子ども」28名 (49.2%), 「2つ以上の症状を呈する子ども」22名 (38.6%), 「症状の発現経験がない子ども」3名 (5.3%) であった。

母親の心配と属性の関係では、「心配の有無」と「生活上の困難」に関連がみられた ($p < .01$)。項目間には相関 ($r = .39$, $p < .01$) が認められ、生活上の困難が増すことが母親の心配に影響していることが示唆された。「心配の有無」と「他院での治療経験」にも関連がみられた ($p < .05$)。心配の自覚が増すことで他院での治療経験をする傾向 ($r = .35$, $p < .05$) が強くなることが示唆された。

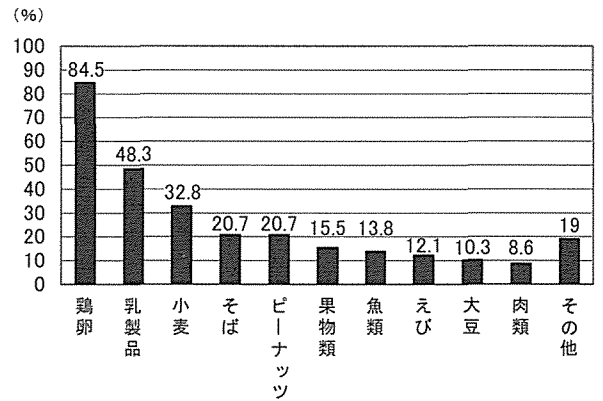


図2 食物アレルギー要因食品 (n = 58)

3. 健康児群との比較におけるFA児群の育児ストレスの特徴

本研究における日本語版PSIのCronbach's α 信頼性係数は0.94であった。

FA児群と健康児群の日本語版PSIにおける育児ストレス得点の比較を表3に示す。PSI総点、子どもの特徴に関わるストレス、親の特徴に関わるストレスいずれの平均値も、FA児群と健康児群に有意差は認められなかった。日本語版PSIでは、下位尺度における「子どもに問題を感じること」について、FA児群が健康児群に比べ有意に高かった ($p < .01$)。また、「親役割によって生じる規制」に関する育児ストレスでは、健康児群よりも高い傾向であった ($p < .1$)。

4. FA児群の育児ストレスの特徴

アトピー性皮膚炎「有り」43名と「無し」17名の育児ストレスについて比較した。食物アレルギーに、アトピー性皮膚炎を合併している子どもの母親は、合併していない子どもの母親に比べ「日本語版PSIの育児ストレス総点」 ($p < .05$) が有意に高かった。特に「子どもの特徴に関わるストレス」 ($p < .01$) が高く、子どもに関することへの育児ストレスが高くなる。「子どもの特徴に関わるストレス」の下位尺度において、「親を喜ばせる反応が少ない」 ($p < .05$)、「子どもの機嫌の悪さ」 ($p < .01$)、「子どもが期待通りに行かない」 ($p < .01$)、「親につきまとう／人に慣れにくい」 ($p < .05$)、「子どもに問題を感じる」 ($p < .01$)、「刺激に過敏に反応する／ものに慣れにくい」 ($p < .01$) に育児ストレスが有意に高かった。「親自身に関するストレス」の下位尺度における育児ストレスは有意差がなかった。

親の子どもに対する心配の有無による育児ストレスの比較を表4に示した。母親の心配の有無と育児ストレスの比較では、「日本語版PSIの育児ストレス総点」 ($p < .05$)、「親自身に関わるストレス」 ($p < .05$) に有意差があり、心

表3 FA 群と健康児群の育児ストレスの比較 (日本語版 PSI)

(FA 群 n = 60 健康児群 n = 78)

尺 度	FA 群の得点 (SD)	健康児群の得点 (SD)
日本語版PSIの育児ストレス総点	185.00 (32.37)	176.92 (31.36)
子どもの特徴に関わるストレス得点	81.15 (14.85)	77.80 (14.02)
親を喜ばせる反応が少ない	9.25 (2.52)	9.29 (2.35)
子どもの機嫌の悪さ	17.93 (3.02)	18.60 (3.31)
子どもが期待通りにいかない	8.84 (3.58)	9.14 (3.00)
子どもの気が散りやすい／多動	14.61 (2.98)	14.21 (3.61)
親につきまとう／人に慣れにくい	11.57 (3.92)	10.84 (3.75)
子どもに問題を感じる***	9.98 (3.54)	7.95 (3.09)
刺激に敏感に反応する／ものに慣れにくい	8.22 (2.71)	7.95 (2.94)
親自身に関わるストレス得点	102.31 (21.43)	98.08 (22.93)
親役割によって生じる規制†	22.26 (5.84)	19.96 (6.21)
社会的孤立	15.13 (6.20)	15.16 (5.81)
夫との関係	11.67 (4.50)	11.71 (5.44)
親としての有能さ	21.18 (3.25)	21.45 (3.80)
抑鬱・罪悪感	10.38 (4.39)	9.82 (4.15)
退院後の気持ち	8.40 (3.27)	7.85 (3.67)
子どもに愛着を感じにくい	6.74 (2.63)	6.24 (2.56)
健康状態	6.25 (2.96)	6.33 (2.98)

Mann-Whitney U 検定 (**p < .001 † p < .1)

表4 FA 児群における心配の有無による育児ストレスの比較

(心配有 n = 47 心配無 n = 13)

下位尺度	心配有り (SD)	心配無し (SD)
日本語版 PSI の育児ストレス総点 *	189.61 (31.74)	168.69 (30.28)
子どもの特徴に関わるストレス得点 †	83.10 (2.75)	74.24 (10.89)
親を喜ばせる反応が少ない	9.35 (3.05)	8.92 (1.55)
子どもの機嫌の悪さ	18.19 (3.85)	17.00 (2.86)
子どもが期待通りにいかない	9.15 (2.87)	7.76 (2.16)
子どもの気が散りやすい／多動	14.64 (3.85)	14.50 (3.50)
親につきまとう／人に慣れにくい	11.96 (3.57)	10.23 (4.02)
子どもに問題を感じること **	10.61 (2.71)	7.77 (2.42)
刺激に過敏に反応する／ものに慣れにくい	8.48 (5.48)	7.31 (2.63)
親役割によって生じる規制 **	23.32 (5.48)	18.56 (5.77)
社会的孤立	15.63 (6.58)	13.38 (4.41)
夫との関係	11.99 (4.48)	10.54 (4.56)
親としての有能さ †	21.63 (3.28)	19.62 (2.75)
抑鬱・罪悪感 *	11.00 (4.16)	8.23 (4.69)
退院後の気持ち	8.55 (3.28)	7.88 (3.32)
子どもに愛着を感じにくい *	7.13 (2.69)	5.36 (1.96)
健康状態	6.27 (2.85)	6.23 (3.49)

Mann-Whitney U 検定 (**p < .01 *p < .05 † p < .1)

配を自覚している親は育児ストレスが有意に高かった。

除去品目の数で比較した場合、「日本語版PSIの育児ストレス総点」(p<.05)に有意差がみられ、除去品目の多い群(4品目以上)では母親の育児ストレスが高かった。

5. FA児群と家族ストレス対処パターン

家族ストレス対処パターン尺度のCronbach's α 信頼性係数は、0.72であった。

FA児群と慢性疾患患児群の家族ストレス対処パターンとの比較を図3に示した。本研究の家族ストレス対処パターン尺度の総得点は120.6-169.0点の範囲であり、平均

値140.3 (SD12.0) で、分布域が狭く高得点域の度数が多く認められた。対処パターン別得点は、「統合的対処」が4.0と最も高く、「方策的対処」3.5、「常態化」3.2、「持久」2.8で、最も低いのは「危機対処」2.6であった。

家族対処についてFA児の家族は、慢性疾患患児群に比べ対処行動をとる傾向がみられた。

いずれも慢性疾患患児群に比べFA児群が高い値となり、総得点に占める割合も図3に示すようにFA児群が高い割合となった。アレルギー疾患を除く慢性疾患を対象としている村田らの研究と比べ、FA児群の家族ストレス対

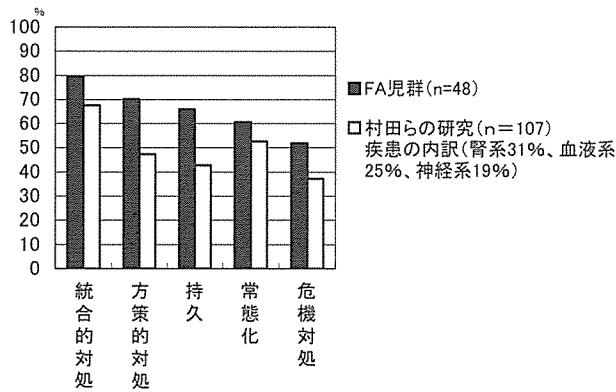


図3 食物アレルギー児と慢性疾患児の家族対処パターン比較 (得点%)

対処パターンをとる傾向が強いことが示された。

FA児群の育児ストレスと家族ストレス対処パターンの「統一的対処」と「持久」における比較を表5に示した。家族ストレス対処パターンの「統一的対処」においてはFA児群の「日本語版PSI総点」と負の相関 ($r = -.54$, $p < .01$) を認めた。対処パターンの「統一的対処」と母親の育児ストレスの間で強い関係性が成り立っており、「統一的対処」をすることにより母親の育児ストレスが軽減していることが示唆された。

対処パターン「持久」と育児ストレスの相関は、「日本語版PSI総点」との間で正の相関 ($r = .51$, $p < .01$) が得られた。「統一的対処」と育児ストレスとの関係と「持久」との関係はまったく逆の結果となった。

VII. 考 察

1. FA児群と健康児群の子どもに対する心配の内容

本研究では、FA児群は健康児群よりも子どもに対する心配がある者が有意に多かった。子どもへの心配を有する母親の内容調査で、健康児群では子どもの性格面に关わる内容が多いのに対し、FA児群では疾病に关わる内容であることから推察でできる。子どもに対して心配と考えている事柄の多くは、日常で子どもの直接的な問題に母親の気持ちが集中していることが考えられる。アトピー性皮膚炎を合併している患児が多い点でもFA児群の子どもは日ごろから疾病に関連した困難な状況があり、母親は日常の医療的ケアや食事に関する困難感を抱えていることが予想できる。近年、都市化・核家族化が進み、多様な育児機能を失わせ、育児の担い手が母親だけに限定されるような結果をもたらした²⁴⁾。このような現代社会が生んだ育児環境に、FA児群のような長期療養をする子どもの家族は、さらに育児のしづらい環境を感じていることが考えられる。

2. 健康児との比較におけるFA児群の育児ストレス

FA児群と健康児群では「子どもに問題を感じる」という育児ストレスに有意な差を認めた。これは、対象者がアトピー性皮膚炎の子どもと母親である都築らの調査²⁵⁾でも同様である。都築らも、日本語版PSIを使用し、アトピー性皮膚炎の子どもと母親における育児ストレスの程度を健康児群と比較し検討している。食物アレルギーは、アトピー性皮膚炎に合併しやすい疾病である。そのため、アレルギー疾患全体において、「子どもに問題を感じる」ス

表5 育児ストレスと統一的対処・持久との関連

尺 度	統一的対処	持 久
	相関係数 (r)	相関係数 (r)
日本語版PSIの育児ストレス総点	-0.54**	0.51**
子どもの特徴に関わるストレス	-0.32*	0.32*
親を喜ばせる反応が少ない	-0.33*	0.14
子どもの機嫌の悪さ	-0.2	0.19
子どもが期待通りにいかない	-0.34*	0.28 [†]
子どもの気が散りやすい/多動	-0.13	0.19
親につきまとう/人に慣れにくい	-0.26 [†]	0.31*
子どもに問題を感じる事	-0.2	0.23
刺激に過敏に反応する/ものに慣れにくい	-0.13	0.28 [†]
親自身に関わるストレス	-0.58**	0.55**
親役割によって生じる規制	-0.42**	0.34**
社会的孤立	-0.35*	0.36**
夫との関係	-0.47**	0.32*
親としての有能さ	-0.29*	0.42**
抑鬱・罪悪感	-0.39*	0.58**
退院後の気持ち	-0.52**	0.31*
子どもに愛着を感じにくい	-0.29*	0.46**
健康状態	-0.24	-0.01

Spearman 順位相関係数 有意確率 (両側検定) (** $p < .01$ * $p < .05$ [†] $p < .1$)

ストレスを自覚している母親は多いといえる。

看護師は、子どもの問題や困難を抱える母親に対して相談業務を行う必要がある。母親の育児に関する状況を開き、その時々のお悩みの問題を解決していくことを通して、母親の育児ストレスの緩和・軽減につながるのではないかと考える。

3. FA児群の育児ストレスの特徴

FA児群内での比較では、育児ストレスに関連する要因が明らかになった。アレルギー疾患をもつ子どもの療養実態に関する調査²⁶⁾では、アレルギーをもつ子どもの日常ケアのほとんどが母親によって行われ、治療方針やケア方法など医師や看護師との相談も母親が主導で決めている実情であった。現代の家族を取り巻く社会の風潮や母親がキーパーソンとして家族の中心的役割を担っていかなくてはならない現状が、母親への負担となっていることが考えられる。野澤²⁷⁾は、親役割に伴う心理的ストレスについて、親としての自信の得にくさが重圧感につながり、育児を自己犠牲と感じさせてしまうことを示している。核家族が多くを占める現在、育児や疾病に関わる事柄に対する母親の混乱や行きづまりを可能な限り減らすために、医療者ばかりではなく、社会全体のアレルギーに対する理解・認知を拡大し、地域社会で慢性疾患の子どもと家族をサポートする必要がある。アレルギー疾患児の母親の中にストレス状態の予測や把握ができる場合、定期的な面接や電話訪問が母親のストレス軽減に有効といえる。

今回、子どもの年齢が上がるほど、食物アレルギーの重症度が高い傾向にあった。食物アレルギーの発症は0歳児から、アウトグロウも幼少期のうちに起こる²⁸⁾ ²⁹⁾。6ヶ月児の食物アレルギーは6歳の時には約8割の確率でアウトグロウしている³⁰⁾。そのため予後は良好といえるのだが、一部の食物アレルギー児は除去食品数が多く、アナフィラキシー発症の可能性に対する問題を抱えたまま、思春期、青年期へとキャリアオーバーする。本研究においても、除去品目数が4品目以上あった重症な食物アレルギー児の母親の育児ストレスは3品目以下の母親より有意に高かった。この結果は、母親の日ごろの患児に対する日常援助の苦慮も考えられるが、大きな要因として患児の将来への不安が大きいことが予想される。つまり、母親にとって児の疾患治療への心配および児が社会生活を営む上での疾患による弊害が懸念されるのではないかと考える。特にアナフィラキシー発症の危険性がある児の場合、摂取する食物に対して細心の注意を払いながらの生活を余儀なくされる。患児の生活の現状を目の当たりにしている母親故に、児の将来により大きな不安を感じるのではないかとと思われる。本研究において育児ストレスで差をみたような重症の食物アレルギー児が除去食品を食べられるようになること

は容易ではない。仮に、数時間内に皮膚、消化器、呼吸器等に症状を呈する即時型反応がみられないため摂食可能と判断されたとしても、日単位でアレルギー症状が起こる遅延型反応がアトピー性皮膚炎やその他のアレルギー症状を悪化させる要因ともなる。キャリアオーバーは、母親の子どもの成長発達への不安だけでなく、子ども自身の精神的ストレスをもたらす。看護師は、子どもの声に耳を傾け、ストレスが軽減できるような援助を行い、子ども・家族と看護師が共に今後の生活について考え、アドバイスしていくことが重要となる。また、母親への育児ストレスの問題や患児の将来に対する心配に配慮する姿勢も忘れてはならない。

4. 慢性疾患患児の家族との比較

今回、慢性疾患患児群の家族ストレス対処パターンとの比較では、FA児群はストレス対処行動得点の分布域が狭く、高得点域の度数が多く認められた。いずれの項目についてもFA児群の得点が高い傾向にあり、これは食物アレルギーの子どもをもつ家族がストレス対処行動をとりやすい傾向にあることを示していると解釈する。慢性疾患患児群は、対象者の子どもの年齢・疾患の種類・罹患期間が広範囲に及ぶ³¹⁾。そのため、尺度の得点分布域が限局することなく広範囲にわたって分布したと考えられる。また、疾患の種類は慢性疾患の中でも身体的問題の重症度が高く、本研究で対象とした食物アレルギーの子どもと明らかな違いがみられた。慢性疾患患児群では罹患期間が長期化している児がみられ（「5年以上」21名（20.0%）、「10年以上」10名（9.5%）：n=105）、対処パターンは罹患期間が長期間になるにしたがって減少していた。これは対処方法が、罹患期間が長期になると精選され減少するか、または対処能力が枯渇してくることが考えられると考察されている³²⁾。本研究でも、罹患期間の長期化は、子どもの療養初期における家族機能の混乱を脱し、家族の間で役割調整が行われ、家族機能が良好な状態になると考える。このことから、家族ストレスに対するコーピング行動が精選されて行われ、ストレスと認知することが少ないと推察できる。

一方、本研究の対象者の多くが罹患期間の短い患児の母親である。家族ストレスに対してストレスを認知しない段階では対処行動をとらず、ストレスが大きくなってきた時点で自覚することにより、罹患期間の短い患児の母親が家族対処の行動を示したのではないかと考える。

食物アレルギー児の家族は、子どもが健康障害をもち、母親はストレス傾向が強い³³⁾。母親のストレスが強まることで、家族機能を維持することが困難になると予測される。そのため、家族構成員すべてが家族役割の変更や調整をしながら、家族生活をマネジメントしている³⁴⁾。そこで、家族対処行動を行うことにより、家族機能を一定に保

つことができる。母親のストレスが強いことは、家族対処の傾向が強くなる直接的な要因ともいえる。すなわち、母親のストレスは、家族同士が助け合い、通常の日常生活を維持していこうとする意識に直結しやすいといえる。

食物アレルギーの子どもをもつ家族は、最も「統合的対処」を家族対処行動としていた。これは、慢性疾患を対象としている先行研究^{35)~37)}と同様の結果になった。慢性疾患をもつ子どもの家族においては、問題解決へ向けた積極的な対処行動をとりやすい傾向がある。慢性疾患は、長期の療養を強いられ、入院や在宅でのケアが必須となる。そのため、子どもや家族に与える負担は大きく、心理的ストレスも計り知れない。家族は「統合的対処」のような積極的な対処行動をとることにより、家族が何度もクライシスに陥る可能性を回避する。そのため、日常生活の一部に「統合的対処」や「方策的対処」のような積極的な問題解決への対処を行い、疾病が長期化することにより意識していないときに対処行動をとると考える。食物アレルギーは、子どもの成長発達に重要な役割をもつ「食事」に関わる疾病であり、日常生活で「食事」に関わるケアは多い。そのためにストレスも多く、家族は積極的な対処行動をとりやすい傾向にあると思われる。

本研究では、「統合的対処」と「持久」は、「育児ストレス」に対し、相反する影響がみられ、家族ストレス対処パターンの「統合的対処」に対して食物アレルギー群の育児ストレスと負の相関を認めた。すなわち、「統合的対処」をとる傾向が強い家族は、母親の「育児ストレス」が軽減する傾向にあることがわかった。「統合的対処」は、家族が一体となって家族内の資源を活用しながら生活の調整・管理を行うもの、凝集性を高め結束して問題に立ち向かうものをいう³⁸⁾。そのため家族全体で、育児に対するストレスや付随して起こる家族のストレスに対応するという意識が芽生えるのではないと思われる。食物アレルギー児の家族は、家族が協力し合い積極的な問題解決に向けた「統合的対処」を家族対処とすることによって、強いストレスに対しても対応することができ、クライシスを乗り切っていると考ええる。

一方、「持久」は、問題解決が不可能なため、ストレス状態が持続する。忍耐や気力・体力の消耗・回避などの消極的な対処パターンであるため、問題は解決されないが、次の問題解決に向かうための家族対処へ移行する準備を行う対処行動と捉えることができる。「持久」による家族対処を行っている家族に、医療者は積極的な問題解決に向けた対処行動を取れるように家族内での環境を整え、キーパーソンや家族員のそれぞれの役割行動・調整を行い、助言および指導・相談を行うことが大切な役割となってくる。しかし、家族は忍耐や気力の消耗から身を守っている

ため、医療者側に積極的に相談や援助を求めない可能性がある。理由としては、家族がストレス源から逃避するために、外界との接触を必要最小限にすると考えられる。そこで、家族の問題への対処を促すために、家族への看護介入が必要となる。外来などで、面接などを通して情報収集をし、家族の現状を把握すると同時にストレスとなっている事柄を特定する。その後、医療者間での協議の中でどのような援助が必要かをアセスメントする。十分な協議の上、家族に子どもの疾病や生活に関連する情報の提供をし、必要時には電話訪問も効果的と考える。看護師は、家族がクライシスに至ることを防ぐため、家族の現況を把握し、アセスメントすることで問題解決に向けた援助を行う。患児だけではなくその家族に対しても同様にアセスメントし、援助を行わなければならない。ストレスによる家族機能の低下や家族危機を未然に防ぐことは、重要な看護の一つであると考ええる。そのため、チームで家族に向かい合えるようにスタッフ間での連携が重要となる。

ストレスと家族対処は密接な関係にあり、家族の一人がストレス状態に陥ることにより、家族機能のバランスは崩れる。今回の研究から、アレルギー疾患患児の家族はストレス対処をとりやすいが、逆に重症になって表面化してきた状態でストレスを認知している可能性もある。そのため、家族看護を実践すること、すなわち家族と医療者の信頼関係を築き、いつでも相談を受けられる体制を整える必要がある。外来看護は、小児の場合、特に処置が多く相談業務が困難な場合もあると思われる。しかし、児の待合室での状態について注意深く観察し、看護師との少ない対話の中から児の今ある状態について事前に推察していくことが必要になってくる。また、限られた時間の中でも母親と情報交換を行い、育児ストレスの深刻化からおこる家族機能不全状態を回避することが看護師の重要な役割である。

3. 研究の意義と限界

今回の研究では、食物アレルギー児の母親における育児ストレスの特徴や育児ストレスと家族ストレスの関連が明らかになった。

しかし、対象数が少なく限定した地域での調査のため、食物アレルギーの母親の特徴として一般化するには限界がある。一般化するため対象者を増やし、地域を拡大して調査を行い、危機状況にある食物アレルギー児やその家族の育児ストレス・家族対処への援助方法を検証していく必要があると考ええる。

VIII. ま と め

1. 育児ストレスに関してFA児群は、健康児の母親に比べ、「子どもに問題を感じる」ストレスが有意に高かった($p < .001$)。

2. FA児群の中で、「合併症」、「子どもに対する心配」、「4品目以上除去食」の各項目で「有り」の母親の方が「無い」母親よりも育児ストレスが有意に高かった。
3. 家族対処では、FA児の家族は他の慢性疾患患児の家族より、対処行動をとりやすかった。
4. FA児群の家族は、「統合的対処」を最も対処行動としやすく、この対処行動が育児ストレスの軽減と強い関連がみられた ($r = -.54, p < .01$)。

5. FA児をもつ母親は、何らかの育児ストレスを抱えているため、家族が対処行動をとりやすいように、看護師が家族の役割調整や相談援助をすることが必要になる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に感謝いたします。

本研究は、浜松医科大学大学院修士論文の一部を加筆修正したものである。

要 旨

本論の目的は、食物アレルギー児の母親（以下、FA児群）における育児ストレスと家族対処の特徴と関連について考察し、今後求められる支援を検討することである。就学前のFA児群60名、健康児群78名を対象として、日本語版Parenting Stress Index (PSI) と家族ストレス対処パターン尺度による質問紙調査を行い、2群を比較した。さらに、慢性疾患患児の家族との相違を検討し、以下の結果を得た。

- 1) 育児ストレスに関してFA児群は、健康児群に比べ、「子どもに問題を感じる」ストレスが有意に高かった ($p < .001$)。
- 2) FA児の母親においては、「合併症」、「子どもに対する心配」、「4品目以上除去食」の各項目で「有り」の母親の方が「無い」母親よりも育児ストレスが有意に高かった。
- 3) 家族対処では、FA児の家族は他の慢性疾患の家族より、対処行動を比較的とりやすかった。
- 4) FA児の家族は、「統合的対処」を最も対処行動にし、この対処行動が育児ストレスの軽減と強い関連がみられた ($r = -.54, p < .01$)。

Abstract

The aim of this study is investigation into parenting stress and its relationship with the patterns of family stress by clarifying the particular stress experienced by mothers engaged in the rearing of very young children suffering from food allergies, (hereafter referred to as FA children), and to review the measures to be taken within the family and the nature of the professional support demanded in future.

The subjects were divided into two groups: A control group of 78 mothers of healthy children and 60 mothers of FA children. The investigation was conducted using the Japanese version of the Parenting Stress Index (PSI) together with a questionnaire concerning family stress measures. The following results were obtained:

- 1) When compared with the mothers of healthy children, the number of stressed mothers of FA children feeling that they had problems with their children, was significantly high ($p < .001$).
- 2) Within the group of mothers of FA children, there was a significant difference in levels of parental stress related to Atopic complications, awareness of worries, the number of products to be eliminated from the child's diet.
- 3) It is comparatively easier for the family of an FA child to adopt coping mechanism than in the case of other chronic ailments.
- 4) Most significantly families of FA children could readily adopt "integrated measures" of coping mechanism, resulting in a reduction in parental stress. their jobs.

文 献

- 1) Sampson, H. A.: Food allergy. Part 1: Immunopathogenesis and clinical disorders, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 103, 717-728, 1999.
- 2) 飯倉洋治, 今井孝成: 重篤な食物アレルギーの全国調査に関する研究, 食物アレルギーの実態及び誘発物質に関する研究報告書, 平成13年度厚生科学研究費補助金, 免疫・アレルギー等研究事業研究報告書, 第2分冊, 64-66, 2002.
- 3) 神庭純子, 藤生君江: 乳幼児をもつ母親の育児上の心配事 - (第1報) 1ヶ月から3歳の縦断的検討 -, *小児保健研究*, 62(4), 504-510, 2003.
- 4) 藤生君江, 神庭純子: 乳幼児をもつ母親の育児上の心配事 - (第2報) 1980年と1996年との比較 -, *小児保健研究*, 62(6), 647-656, 2003.
- 5) 堂前有香, 小川純子, 他: 乳児の母親の育児上の困難 - 育児や健康管理に関するアンケート調査より -, *千葉大学看護学部紀要*, (26), 11-18, 2004.
- 6) Lin, N. & Ensel, W. M.: Life stress and health - Stressors and resources, *American Sociological Review*, 54, 382-399, 1989.
- 7) Colletta, N. D.: Support systems after divorce - Incidence and impact, *J Marriage and the Family*, 41, 837-846, 1979.
- 8) 牧野カツコ: 乳幼児を持つ母親の生活と〈育児不安〉, *家庭教*

- 育研究紀要, 3, 34-56, 1982.
- 9) 服部祥子, 原田正文: 乳幼児の心身発達と環境－大阪レポートと精神医学的視点－, 名古屋大学出版会, 201-213, 1991.
- 10) 濱中喜代, 斎藤禮子, 他: 気管支喘息の乳幼児をもつ両親の子育てに関連した思いと認識, 日本小児看護学会誌, 8(2), 14-21, 1999.
- 11) 浅野みどり, 三浦清世美, 他: アトピー性皮膚炎に伴う育児困難感と適応感, 日本小児看護学会誌, 8(2), 6-13, 1999.
- 12) 山本富士江: 悪性腫瘍児の母親の闘病生活への適応要因と援助, 小児看護, 7(7), 885-895, 1984.
- 13) 野嶋佐由美, 中野綾美, 他: 「家族対処行動に関する質問紙」の開発 (第一報), 高知女子大学紀要35, 65-77, 1987.
- 14) 前掲書12).
- 15) 浅野みどり, 石黒彩子, 他: アトピー性皮膚炎の乳幼児をもつ母親の育児困難感に関する研究, 日本看護医療学会雑誌, 1(1), 9-18, 1999.
- 16) 海老澤元宏, 有田昌彦, 他: 食物アレルギー委員会報告 第2報 食物アレルギーの定義と分類について, 日本小児アレルギー学会誌17, 558-559, 2003.
- 17) 舟島なをみ: 看護のための人間発達学 第3版, 医学書院, 20-55, 2005.
- 18) McCubbin, M. A.: Family Stress, Resources, and Family Types: Chronic Illness in Children. Family Relationship37, 203-210, 1988.
- 19) 奈良間美保, 兼松百合子, 他: 日本版Parenting Stress Index (PSI) の信頼性・妥当性の検討, 小児保健研究, 58(5), 610-616, 1999.
- 20) 野嶋佐由美, 中野綾美, 他: 家族対処行動に関する質問紙Ⅱの開発, 高知女子大学紀要40, 67-77, 1992.
- 21) 村田恵子, 小野智美, 他: 慢性的な健康障害をもつ子どもを養育する家族の対処と関連因子－家族対処パターンと病児の健康状態・家族特性との関連－, 神戸大学医学部保健学科紀要, 15, 1-10, 1999.
- 22) 前掲書21).
- 23) 前掲書21).
- 24) 橋本やよい: 母親の心理療法, 日本評論社, 2000.
- 25) 都築知香枝, 石黒彩子, 他: アトピー性皮膚炎の子どもをもつ母親の育児ストレス, 日本小児看護学会誌, 15, 25-31, 2006.
- 26) NPO アトピッ子地球の子ネットワーク編: 慢性疾患を持つ子どもの療養実態について, アトピー最前線, 12, 2004.
- 27) 野澤みつえ: 親業ストレスに関する基礎的研究, 教育学科研究年報, 15, 35-56, 1989.
- 28) 馬場実: 小児アトピー性皮膚炎アレルギー性疾患の発症と展開, アレルギー, 38, 1061-1063, 1989.
- 29) Eggleston, P. A.: Prospective Studies in the Natural History of Food Allergy. Ann Allergy, 59, 179-182, 1987.
- 30) Dortar, D., Baskiewicz, A., et al: The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation, a Hypothetical model. Pediatrics, 56, 710-717, 1975.
- 31) 前掲書21).
- 32) 前掲書21).
- 33) 鳥居新平: 小児喘息・アレルギー疾患の予防と治療に役立つ栄養・食生活－今何がどこまで解明され残された課題は何か, 医学書院, 194-204, 1997.
- 34) Marilyn, M. Friedman. 著, 野嶋佐由美監訳: 第12章家族の役割構造, 家族看護: 理論とアセスメント, へるす出版, 218-245, 1993.
- 35) Ray, L. D., & Ritchie, J. A.: Caring for Chronically Ill Children at Home; Factors That Influence Parents' Coping. Journal of Pediatric Nursing, 18, 217-225. 1993.
- 36) 松村美奈子, 村田恵子, 他: 被災を受けた慢性疾患をもつ患児の家族を支えたリソース, 神戸大学医学部保健学科紀要, 12, 117-125, 1997.
- 37) 前掲書16).
- 38) 小杉正太郎編, 大塚泰正, 島津明人, 他: ストレス心理学, 川島書店, 2002.

〔平成18年4月10日受付〕
〔平成19年3月19日採用決定〕

第 32 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

2006年8月24日 (木)・8月25日 (金)

会長 松 岡 緑

於 別府市ビーコンプラザ

看護の質を保証する看護職の人事評価制度

済生会熊本病院 正 木 義 博

はじめに

近年、各医療機関においては医療制度改革への対応に端を発して、院内の各種改革が求められ、漸次進められてきている。患者サービスや医療の質の向上、組織変革を求めた内容を中心として動き出しており、ある意味では、生き残りを賭けた戦いといえるものである。

特に組織改革については、これまで特段の動きをする必要も無かったため、変革が最も遅れている分野である。

組織には、さまざまな機能が含まれているが、本論はそのなかでも、人事評価制度、特にこれからの看護職の人事考課制度の方向に関して考察する。

1. われわれの組織は非営利組織

組織の説明にはさまざま表現方法があり、その中の一つとして、営利組織と非営利組織という分類がある。営利組織は誰もが身近に感じることができる組織で、一般的に会社といわれるものなどがその代表であり、多くの組織はこれの中に入るといえる。これに対して、非営利組織といわれるものは経済的（金銭的）成功のみを目的や目標にするのではなく、組織が設立された使命を達成することや、その組織に関わるすべての顧客を満足すること、さらに、それら全体の質を高め、さらなる向上を目指す組織である。病院などの医療組織は非営利組織である。つまり、医療組織は前述したすべてを満たさなければならない。

今、変革の時代にあつては、その組織で働く人々に深く関与する人事制度も当然ながら変革の対象とならなければならない。

組織改革とは、組織体制の変革や人事制度改革を行うことである。中でも人事制度改革は大変重要である。なぜなら、そこに働く人々は、単純に仕事をこなす経営資源の「ヒト（ワーカー）」ではなく、まさに組織の主役であり、使命達成のためにアイデアを考え、行動し、付加価値を導き出す重要な人的資源の「人材」であるからである。その組織の主役たる「人材」をどのように処遇し、支援するか、その人事制度をいかに適切に構築できるかが、その後の組織変革の展開とスピードに影響を及ぼすこととなる。

2. マネジメントとは

マネジメントとは、まず、ものごとをしっかりと観察し続けることから始まる。ものごとの成り行きに常に関心を持ち、決して放置してはいけない。もし、計画が思惑から外れている場合は、その現象が何を物語っているのかをしっかりと分析し、本質を見抜かねばならない。その際、組織の使命や理念、ビジョンから判断し、本来あるべき姿へと修正を加え、さらによりよい状況を目指し、スパイラルアップさせていく必要がある。

マネジメントの手法としてPDCAサイクルがある。これは、目標管理のサイクルのなかで、「計画」－「実行」－「評価」－「改善」－「実行」とまわしながら、全体の状況を向上させていく仕組みである。このマネジメントプロセスにおいて、「評価」は非常に重要な役割を果たしている。

組織運営においてビジョン達成を目標とするならば、このような前向きに組織を変えていく姿はなくてはならないものである。これまでの医療界においては、その必要性はあまり唱えられてこなかったが、近年、ようやくその必要性や重要性が認識されるようになってきた。

3. 評価とは

評価は、マネジメント実行の中でも大切な部分である。評価の基準になるものは計画である。評価とは、計画という目標に対し、実行した成果がどのような状況か精査することであり、それは、さらに次のステップとなる新たな計画に反映されることになる。この評価があいまいで、正確に行わなければ、次の計画も適切でなくなり、いつになってもビジョンや目標は達成されなくなってしまうのである。評価が、次のステップとしてやるべき事を引き出し、明確にしてくれるものとすれば、組織構成員の力や考え方を飛躍的に発展させ、情熱を維持、向上させるものとなる。さらに、構成員の成長は組織の発展、成長となり、理想の姿であるビジョンに一步近づくことができるのである。

4. 人事評価の目的

営利組織における人事制度の主目的は、働く人々の統制などの規律性にあるが、非営利組織における人事制度は、人々を活かし、支援し、成長させ、満足を与えるためのものである。組織は人々の集まりであり、組織が目指すものと、その組織を構成する人々が目指すものは一致しなければならないのである。つまり、組織の方向性を見据え、役割に応じた評価項目を設定し、組織と組織構成員たる職員とのベクトルを一致させることにより、価値観の統一を図ることとなる。そうならば、行動プロセス、成果の評価とフィードバックにより、人材の教育さらには開発を行い、自己実現にも寄与することが可能となる。

5. 人事評価の方法

これまでの人事評価は、同一職種内で行われている場合が多い。つまり、職能組織別に職能を評価することで、それは職能の長が同じ職能の部下を評価することであった。看護職の場合は、看護師長や看護部長が看護師の看護能力を評価することを意味する。この場合、同一職能は評価できても、他職能については全く評価できないということになる。

職能の能力を評価していくことも必要であるが、現在の組織運営上、最も重要な評価内容かどうかという疑問は残る。今変革の時代にあって本当に重要な評価内容は何か、検討すべきである。

病院は非営利組織であり、設立された使命を達成することや、その組織に関わるすべての顧客を満足すること、さらに、それら全体の質を高め、さらなる向上を目指す組織であることは、先述のとおりである。組織の使命、目標達成のためには、職員の知識、能力を駆使した取り組みや活動が必要である。職能領域だけの限られた評価内容ではなく、組織目標に対する職員個人の組織貢献度も大いに評価すべき内容ではないだろうか。

また、病院の組織体制を考えてみたとき、これまでは職能単位の縦割り組織体制がほとんどあったが、現在は大きく変化しており、従来の職能組織体制では業務遂行は難しくなっている。つまり、職能組織体制から職務組織体制に変わりつつあり、マトリックス組織であるチーム医療型組織もその現れである。また、医療自体もこれまでの医師中心の考え方から、患者中心の考え方にも変わってきており、医師と看護職が協働する組織や場面も現れてきており、医療技術員や事務職の場合の同様である。こうなると、従来の職能だけを括りとした評価システムでは機能できなくなる。

6. 看護の質とは

一方、看護職にも質向上が求められるようになってきているが、看護の質とはいったい何であろうか。習得している技術や知識のレベルがそれなりに高いということであり、看護職としての感性や高い倫理観もその要件といえるが、さらに日常の業務遂行レベルの高さはもちろんのこと、患者さんへの新しい価値に対する創造力や多職種のなかでのリーダーシップも問われることになるのである。専門職としての質と組織人としてのリーダーシップがともに高いことが求められているといえる。

7. 評価種別と評価方法

これまで論じたように、看護職もこれまでの職能のみを考える時代から、職務も考えなければならない時代になってきたといえる。評価内容も、これまでの職能中心のものだけでなく、職能や職務など評価種別に応じた評価方法の検討が必要となってきた。つまり、職能組織においては、技術や知識、倫理観を向上させるプロセスの評価が必要であり、職務組織においては、そのチームに設定された目標や行動計画の遂行など職能組織の範疇を越えた評価内容や方法が必要である。

急性期の患者さんを診る病棟は、診療科の部長とその看護師長が協働する場となる。そこは、診療科の部長が責任を持って病院の使命を果たしていく場所であり、看護師の協力なくしてその達成はできない。看護師にとっても自分たちの看護能力を展開し、自分たちの目標を成し遂げる場所でもある。つまり、病棟はお互いの大切な力を発揮することのできる重要な場所であり、お互いが既に一つの組織となっているのである。このような場所での評価は職能毎にはできず、職務を中心に行われるべきである。最終的に病棟の看護師の職責は診療科の部長が負うことが自然である。看護部長が、全看護師の職務達成状況を自らの目で確認し、把握することは困難である。

しかしながら、職種を越えた評価にも多くの課題を残していることも事実である。一つにはマトリックス組織の課題でもある、看護部と各診療科などの部門との責任と権限の明確化である。つまり、看護部（師）長の権限と診療科部長の責任と権限である。二つ目は評価する職務の内容の明確化である。職種を越えて評価できるものと評価できないものがある。例えば、診療科部長は能力ベースで評価することは不可能であるが、行動、成果ベースでは評価が可能である。いずれにしてもその実行組織が明確な目標を持ち、自らをコントロールしていく自立型・自律型組織でなくてはならないのである。

8. 処遇方法は

評価制度も処遇制度の人事制度の一部であるが、評価制度は、マネジメントサイクルの一環として重要な制度であり、その内容も、外部環境の変化に応じてビジョンや目標が改定されるのと連動して改定されていくこととなる

一方、処遇制度は、多くの場合は金銭的授受や昇格・昇進などで対応しがちであるが、必ずしもそれがモチベーションに結びつくとは限らない。済生会熊本病院でのアンケート調査では、給与あるいは賞与にて処遇を希望する率も高い一方で、医師や看護師では休暇確保を求める声が高く、また、医療技術職や事務職では内外での活躍の場を求める声が多く見られる。処遇については、精算型の処遇と投資型の処遇があるが、精算型の処遇をきちんと行う上で、後者により目を向けた処遇制度にしていかなければならない。

9. まとめ

職能組織から外へ踏み出し、自分たちの組織は何のために存在するのか、病院全体の目標達成のために何をしなければならないのか、基本的な理念を確立し、一人一人が管理的に呪縛されるのではなく、やりがいをもって取り組むことができる風土と人事制度のしくみを構築することが重要である。この考えがなければ、価値観の共有や目標達成の動きも何も生まれてこなく、働きがいも向上心も生まれてこないのである。

われわれは、今、荒れ狂う暗黒の海原を航海している一隻の小舟にも等しい。本当に全職員の協働なしには乗り切れないのである。皆で力を合わせてこの逆境を乗り切って頂きたいと切に願うものである。

◆シンポジウムⅡ◆

看護の専門職を育てる・育つ

テーマ「看護の専門職を育てる・育つ」

山形大学看護学部 高 橋 みや子

九州大学医学部保健学科 大 池 美也子

看護を取り巻く社会状況は、急激に変化しており、看護の専門職者に対して期待される役割が大きくなっている。このような期待とともに、看護は独自の機能を有する専門職であり、保健医療の分野において重要な位置にあるという社会的評価の獲得に向けた努力を蓄積しかつ発信していかなければならない。

基礎教育と卒後教育を含めた看護学教育のあらゆる過程において、看護の専門職をいかに育てていくか、また、どのように育っているかは、継続的かつ優先的に検討しなければならない課題である。特に、専門職をめぐる今日の医療状況は、他職種との連携のなかでその独自性と専門性を発揮することを要求しており、それらは看護学教育の課題でもある。看護の専門職を育てる・育つことには、単なる知識と技術の伝達のみならず、看護の本質とそれに迫る思考過程が関わっており、教育の場や臨床の場における現状と課題を通して、今後の方向性を探ることが不可欠なものといえる。

そこで、今回のシンポジウムでは、看護の専門職の育成に関する視点と具体的な方法について検討することを目的とした。各シンポジストから、具体的な資料を御提示していただきながら、教育や臨床に関するこれまでの体験やそれらをふまえたさまざまな知見を示していただいた。

前川幸子先生には、看護学教育における臨地実習の体験を通じた教育方法に関する講演があった。臨地実習には、伝承すべき多くの臨床の知があり、省察的学習や仲間同士による学習は看護現象の振り返りを深める契機になることが提案された。また、臨床で看護を学ぶことは、看護学生の実践体験を保障していくことであり、そのためには、看護学生の指導にあたる看護教員の「臨床教育力」が不可欠であることが強調された。村上睦子先生は、現場の複雑さや特殊性を説明されながら、新人看護師をどのように教育

していくかに関する課題を示された。新人看護師には看護の適切性や看護技術の未熟さが問われるものの、臨床の場のなかから、いかに良い経験につなげていくかが重要であり、その周囲の関わり方と意義について提案された。新人看護師が問われるものではなく、むしろ関わる人々の対応に多くの教育的課題があることが村上先生の現場を通じたことばから感じ取られた。リボウィッツ志村よし子先生は、卒後教育に関するアメリカ合衆国の現状のデータを示しながら、看護師の年齢層の相違や個々の看護師が自立していることなどについて説明された。専門職として将来どうあるべきかは、個人の意識に関わるものであり、生涯学習に関する教育課程を含め、日本とは異なる現状を通して、看護の専門職に対する看護師の主体性や自立性を獲得する必要性が印象に残った。また、生田久美子先生は、具体的なわざの伝承場面を提示されながら、その教育内容が明示されていく過程について説明された。育てる・育つという教育的関係には、独自の教育的関係の創出があり、「ケアする人」と「ケアされる人」との関係に通じることをネル・ノディングスのケアリングの概念から説明された。生田先生が示された教育的関係は、基礎教育・卒後教育のなかでの基盤となるものであり、教える側の意識化と明示化が必要ではないかと思われた。

以上のシンポジストのご発表には、看護の専門職の自立や主体性が問われるなかで、臨床知や実践知をいかに言語化していくかが重要であり、育てていく側のありようが常に問われるものであった。看護の専門職を育てる・育つことには、育とうとしていく側の体験に注目しながら、看護の専門的な知を共有化していく努力が必要であることが確認された。

看護基礎教育における臨地実習の教育方法

大分大学医学部看護学科 前 川 幸 子

1. はじめに

看護における高等教育は、他者の経験に迫りつつ、その人の苦痛を感受し、その苦痛を何とか和らげたいという衝動に突き動かされて行為化するという、「配慮」「気遣い」「慈しみ」の実践教育と考えます。言い換えれば、看護師になるための構えを培う教育といえるでしょう。しかし青年期にある看護学生にとって、異世代を生きるその人の世界に身を置くことは難しいと思います。なぜなら他者を理解するには、ある一定の生活体験が求められるからです。そのため看護基礎教育では、主に看護技術や各専門科目の演習を通して、学生の身体感覚が覚醒し開発するよう、多様な教育方法が実施されています。加えて学生は、他者の「生きる、生きていく」ことの営みに向き合うことに戸惑いを覚えます。学生が相手を気遣い、配慮するという実践力を育むには、自己を照らす他者のまなざしが必要なのです。看護学生にとっての最大の他者は、臨地実習で出会う患者です。したがって、臨地実習は、看護における実践教育の基軸ともいえるでしょう。そこで今回は、看護実践の基盤を学生がケアへと向かう全体的な観点、すなわちケアの衝動性におき、それを重視した臨地実習の教育方法について考えていきたいと思います。

2. ケアの専門家としての実践教育～教養の身体化

看護基礎教育の特徴である看護学実習を経てもなお、新人看護師の実践力は十分とはいえない現状があります。看護基礎教育における最大の関心は、看護実践力の育成にあるといっても過言ではありません。では、看護実践力とは何を意味するのでしょうか。

実践力について、これまで看護判断力や看護過程の展開能力、看護技術等々、要素別に分けてその教育方法について検討してきました。しかし一方で、私たちはケアの専門家を育てたいわけですから、学生がケアへと向かう全体的な観点を除いてそれらを学ぶことができないことも知っています。

そこで、「看護実践とは、ケアの衝動に支えられた思いの具現化である」という観点に立って、自らの活動を問い直してみました。すると、「結果として表現される看護技術や、手順に重点を置き過ぎていないだろうか」また「看

護実践において事象を理論に当てはめてはいないだろうか、理論知に依存しすぎていないだろうか」、そして「看護の衝動性が目に見えないだけに評価がしにくく、目に見えて評価ができる実技へと教える力が偏っていないだろうか」など、様々なことが気になりました。

看護基礎教育を「人間の営みとしてのケア」という立場で捉えれば、ケアの専門家を育むとは、ひとが有するケアの力、つまり他者への「配慮」や「気遣い」「慈しみ」の実践教育といえるでしょう。看護基礎教育において他者を配慮し気遣うことを重んじるのはこの理由であり、言い換えれば、「教養が身体化されること」を目指した教育であると考えます。もちろんこれらは看護独自のものではありません。しかし、他者の経験に迫りながら、苦痛を受けとめ、さらにその苦痛を「何とか和らげたい」という思いが生じたとき、その思いに突き動かされるように為された表現が、看護行為ではないかと考えます。

わたしたち教員は看護実践力というと、看護技術の手順や結果としての成果といった、部分や要素に関心が向きがちです。しかし、本来看護が、ケアという人間の営みであったことに思いを寄せれば、何が看護行為に及ぶ力となりうるのかに立ち戻ることができます。

3. 看護を学ぶための身体づくり

看護が、その人の苦痛を「何とか和らげたい」というケアの衝動から始まると捉えれば、それは看護実践を支える要といっても過言ではありません。このような思いは、患者との看護的關係により生じるのであり、座学で学ぶことはできないのです。そのため臨地実習において、他者とかかわるという体験を通して学ぶことが重要になります。しかし、臨地に赴けば、誰でも看護が学べるというわけではありません。そこで本学の基礎看護学における取り組みを例に挙げながらその準備について説明したいと思います。

看護では、看護師の感官を重視した教育が為されます。それは、看護が看護師自身の気がかりから始まるからです。その気がかりは、他者への関心に支えられたわたしたちの感官を通してその人の分かりの世界を広げる契機であり、身体を通して他者を理解する糸口になります。本学では、1年次の専門科目「基礎看護技術」の授業の最初に、

「マッサージ」や「リラクゼーション」といった他者の身体に徐々に「触れていく」学習を取り入れています。それは、私たち教員が、「触れる」ということが看護実践の始まりであり、ケアの出発点と考えているからです。

学生は、初めは怖々と、あるいは力んで、友人に触れていきます。相手の状態を言葉で確認するというやり取りから次第に言葉が少なくなり、身体の状態を見て自分が触れる加減を推し量ろうとします。相手の呼吸のリズムや身体の緊張から状態を確かめ、自分のかかわりを変化させていくといった試みです。このような体験を通して、学生は「触られるのは不快だと思っていたが、友人の手が温かくて、とても心地よかった」「知らない間に眠ってしまったほど気持ちよかった。これは相手に自分を任せた証拠なのだと思う」「かかわる自分が心配だと、手もびくついてふらふらしてしまう」など、自分の身体感覚で人にかかわるということに気づきはじめます。さらに学生は、大学生の友人同士から、看護を学ぶ学習者同士の関係へと自らの身体を用いて関係を調べ、臨地実習に臨むのです。

4. 看護の仲間入りとしての看護学実習

学生が、臨地で出会う絶対的他人は患者です。その人の苦痛を何とか和らげたいという衝動が看護を促すのであれば、まずその人の状況に近づくこと、つまりその人の状況を、その人が感じているかのようにわかるという実感が前提となります。そのために、リアルな看護が体験できる看護学実習が重要なのです。

学生は、臨地という場でこれまで見知らぬ人だった患者の人生に触れ、真摯に生きるその人の姿から、生きること、病むこと、看護をすることについて、ひとりの人間として向き合う機会を得ます。そしてその人の苦痛を感受したときに、何とかその苦痛を和らげたいという衝動に突き動かされます。そして学生は、その人の苦痛の原因は何か、緩和する最善の方法は何かと看護を模索し始めるのです。患者の看護ニーズが、学生の学習ニーズとして転換されていくのは、まさにこのときです。学生は、これまで学んだ知識や技術の適用だけでは、その人に合った看護ができないという現実、直面することがあるかも知れません。それでもなお看護と向き合おうとするのは、看護師という専門家と共に実践し、語りあうことで、保健医療チームとしての看護の仲間入りが許されているという実感が得られるからです。すなわち、学生の実践力育成の場面では、看護師の看護の力が必要であり、学生が看護の仲間入りができるような実習が求められるのです。ケアの衝動を基点に、看護が始まり看護が発展していくこと、看護基礎教育ではこの力を育てていくことが、学生が自らを専門職者として育っていくことにつながるのではないかと考えま

す。

学生は、看護をする責任を自覚し始めたときに初めて、看護を学ぶ主体的存在として自覚することができます。それを支えるのは、患者の存在に促された、学生自身の成長欲求といえるかもしれません。

5. モデルとしての看護師との出会いとチームの一員としての看護

患者の体験的世界に触れ、その人の気持ちを受け止めることでケアへの衝動が生じ、それが行為化されたとき、学生は看護の主体的意義に気づくようになります。また、患者という他者の苦悩がわかるだけでなく、看護師が誠実にひたむきに患者に向かう姿を目前にして、「わたしも、あのような看護をしたい」という羨望が看護実践への導きとなります。学生は、看護師とともに看護を行う場を共にすることで、事象の捉え方や個別的な援助方法など、さらなる看護への関心を喚起させるのです。

これらの学生の看護体験を、医療チーム、看護スタッフ、学ぶ同志である学友と共有しあうことは、自己の解釈枠組みで捉えた看護的解釈の意味を捉え直すだけでなく、看護の視野を広げ具体性を含んだ看護の探究を可能にします。また、専門家との話し合いを日常的に経験することで、学生は医療チームの一員であることを自覚するようになり、看護者としての責任感が芽生えてきます。臨床の場そのものが、学生が出会う出来事を通して、看護師の役割や倫理について考える機会を与えるのです。

そのためには、医療チームが学生をメンバーの一員として受け入れようとする体制が前提となります。臨地実習で看護師は、学生に何かを指導をするとか教えなければならない、ということではなく、日々生じている事柄、すなわち看護の日常を、学生も同じように共有できることが重要なのです。学生が、看護師の生きる世界に巻き込まれながら、目の前に在る人に敬意や慈しみの念を抱きつつ、その人と向き合う看護をいかに実感できるかが、専門家への成長の鍵となるでしょう。

6. 経験型実習と臨床教育力

看護の専門職者を育むのは、他者の人生を通して出会う、生きること、死ぬこと、苦しみ、喜びという経験であり、また、学生が他者経験に近づきながら専門職の立場に立つという経験でもあります。学生はそのような経験に塗れながら、看護を実践していく力を自ら育てていくのではないのでしょうか。ケアの実践者として学生が主体的に学ぶためには「自己の内なるものに突き動かされる状況」と、「看護の専門職者と同じ立場に立つこと」が必要となります。その状況的学習としての場が、臨地実習といえるで

しょう。

このような実習は、行動目標や、到達目標といった目標達成型のアプローチではなく、「学生が看護を学ぶ方向性を示す」ものとして示されることが必要になります。つまり、学生の経験を画一的な目標に照合し、観察可能な項目を数量化するといった評価しやすいことがらを目標とするのではなく、臨地における学生の体験を自らが深く吟味し、何が看護であるかを意味づけていくこと、表現していくこと、さらに探究し続ける力量の形成が肝要と考えます。

「ケアの衝動」は目に見えるものではありません。さらに限られた実習時間数のなかで、ケアする人としての構えを持ってもらいたい、看護の可能性を味わってもらいたい、というねがいもあります。だからこそ、学生が臨地実習での経験を振り返り、意味づけ、以後の看護へと発展できる支援が重要なのです。

その教育方法を実施するために教員に必要なのは、学生が臨地で何を感じているのか、何に揺さぶられているのか、また結果として現れた看護行為から、患者とどのよう

に向き合っていたのかを「感じ得る身体」です。学生の体験を重視する教育には、学生が臨地でであった出来事を、教員があたかもその場に居るかのごとく接近できる力、学生の体験的文脈として理解していく力、すなわち臨床教育力が欠かせません。

7. まとめにかえて

臨地実習は、その場でしか学べない「看護そのものの体験」に価値があります。しかし、臨地における学びは、その場で終わるわけではありません。ですから、看護の専門職者を育てる教育方法として重要なことは、学生の体験を放置せず看護の専門家も含めた協働的な振り返りを行うことにあります。振り返りを通して学生は、臨地における学びの統合が為され、看護的解釈が深まり、更なるケアの衝動へと喚起されるのではないのでしょうか。

臨地実習の教育方法は、実習をその場に限定せず、学生の看護の経験としての時間的な広がり、空間的な振幅という視点で、学生の経験を捉えることが終始必要であると考えます。

◆シンポジウムⅡ◆

看護の専門職を育てる・育つ

アメリカでの看護管理，人材育成，卒後教育の立場から ～求められる看護師のコンピタンシー（有能性）と卒後教育～

青森県立保健大学 リボウィッツ 志 村 よし子

1. はじめに

アメリカの卒後教育の考え方で、もっとも管理者として考慮することは、安全で有能な（以下コンピタント）のケアの提供者を育てることである。一方看護師としては、一人一人が自己の卒後教育に責任を持ち、自己を育ててゆく責任が課される。看護師免許は、専門職として最低限の知識の確認であることから、卒後に知識や経験を積み重ねながら看護専門職としての有能性を養ってゆくことである。

2. 求められる看護師のコンピタンシーと卒後教育

アメリカに研修に来られた日本の方々から、「アメリカの卒後教育」についてしばしば質問を受けた。日本からの訪問者の手元には、卒業後1、2、3年と綿密に建てられた卒後教育の計画書があった。看護師の卒後の教育にこれだけ組織的に対応している日本は素晴らしいと思った。

私の管理していたアメリカの大学病院では、大きくわけて誰もが毎年更新の義務化されている教育（災害、感染、蘇生、危機管理等）と、各部門の専門性に依拠してのコンピタンシーが求められる卒後教育とがある。新人教育に関しては、プリセプターシップを導入しきめ細かに計画されているが、全ての看護の実践能力の有能性は、少なくとも年に一度は、目標管理とともに評価されるシステムがある。また専門職としての常に新しい知識、技術、キャリアを開発してゆく責務は、基本的には自己の主体性に任される。では何故このようにコンピタンシーが重要視されるのだろうか。

アメリカでの医療の第3者機能評価は、「医療・介護施設の質」を監査する任意の機関である。評価の基準（スタンダード）が明記され、施設の安全性・有能性を監査し、パスすると質保証の手形として医療界においても社会からも評価され、審査結果は公表される。病院や施設の経済効果としても、この第3者評価の示す基準を遵守することが必修である。日本と異なり国民皆保険制度でないため、各自で保険を購入する。ほとんどの保険会社が、医療機関に第3者機能評価にパスしていることを前提としている。人材教育に関しては、第3者機能評価機関の基準のなかに、「新人教育と継続教育」のシステムが機能しているこ

とが、求められており遵守することが明記され評価される。（表1）コンピタンスのアセスメントについても、基準（HR 3.10）が示され（表2）、コンピタンスの内容について詳細にわたり考慮すべき指針が述べられている。また改善が見られない看護師の配置換えまで示唆している。（表3）医療安全が、確保され訴訟に耐えられる、専門職としての有能性がいかに求められているかが伺われる。

また医療・介護の経営者としては、公開される病院機能評価の結果は病院の生き残りにかかわることである。質が確保されていない医療機関はまさにサバイバルできないといっても過言ではない。保険会社との契約もできず、経営困難に陥り、病院閉鎖になりかねない深刻な問題である。

さらに1983年の包括診療（DRG）後の診療報酬制度の改革から、社会が求める看護師の役割が拡大し、看護師の判断に関する裁量権や治療に関する役割がいっそう質の確保と共にもとめられている。在院日数の短縮化のなかで、いかに安全で効果的に質の高いケアの提供が求められ看護師のみでなく医療提供者のコンピタンシーが厳しく問われている。

表1. 病院機能評価スタンダード（JCAHO）

病院機能評価スタンダード（JCAHO） オリエンテーション・トレーニング・教育	
HR.2.10	・オリエンテーションでは、初期の技能習得や情報について提供する。
HR.2.20	・スタッフ、有資格者の独立専門看護師、学生ボランティアは、安全性に関して各々の役割、責任を必要に応じて説明でき実践できる。
HR.2.30	・継続教育・院内教育、トレーニング、その他の活動を通し、コンピタンシーを維持し向上する。

表2. コンピタンス (有能性)・アセスメント (JCAHO)

スタンダード：HR3.10
職務の責任を遂行するコンピタンスが評価
実証、継続されること。

・HR3.10の根拠

コンピタンス評価はシステムの的であり、要求された活動を行うスタッフの能力 (ability) を測定することが出来る。評価の一部として用いられた情報には、スタッフの学習評価ニーズと同様に、パフォーマンス (目標達成) の評価、パフォーマンスの向上能力の総計値を含めて評価する。

表3. コンピタンスの要素 (JCAHO)

1. 対象 (患者) が明確に把握される。
2. 要求されるコンピタンスのリストがシステムとしてある。
3. オリエンテーション中に評価されるコンピタンスのリストの明記
4. 技術、ケア、治療、サービス提供に必要なコンピタンス、継続的な評価・再評価 (テクニック、手順、機器、スキル) の明記
5. コンピタンス評価の時間設定
6. アセスメント方法の明記
7. コンピタンス評価者側の有能性について明記
8. オリエンテーション終了時に評価されるコンピタンス (安全、有能性、タイムリーに実行する能力のアセスメントと記録)
9. コンピタンス・プロセスによる個別評価
10. 課題が達成できないスタッフの対処や措置

3. 多様化している看護師の教育背景とニーズ

看護師の基礎教育の背景や新卒者の年齢層その他ブリエプターの年齢層も多様化している。

アメリカ看護協会 (ANA) は、1965年のポジションペーパーにおいて「看護の基礎教育は学士レベルである」との宣言から40年が経過し、さまざまな討議がなされ、2010年までには看護師の3分の2は学士号かそれ以上の資格を持つことを目標にしてきた。現実には、ANAの目標からは程遠い。

4年ごとに行われる、アメリカ連邦医療人材局の看護師調査 (HRSA) によると、2004年3月現在、専門学校卒が25%、短大卒40%、大学卒30%、修士・博士卒0.5%と短大卒と大学卒が増えているが、このように異なった基礎教育背景からも、卒後教育のニーズは多様である。

医療機関に従事する看護師の年齢構成も45歳から49歳がピークであり、年齢制限のないアメリカでは年々高齢化が進み右肩上がりを示している。(表4) 新人の看護基礎教育卒業時の平均終了年齢も29.6歳であり日本を上回る。また移民の国であることから、ケア提供者も受ける側も異なる文化背景、価値観を持ち、「異なる文化への感性」への

理解も、コンピタンスの一つとして加えられ教育されるようになった。このように異なったライフサイクルのケア提供者側のニーズを理解し、専門職としてのコンピタンスを維持し、キャリア開発を支援することも管理者に求められている。

4. 新卒者の教育

看護師の雇用形態は、1年を通していつでも行われるが、新卒が多い時期は4月、5月である。国家試験にパスするまで新卒ナースは、就職してから、Graduate Nurse (GN) として看護師のスーパービジョンのもとに働く制度がある。GNの給与は低い、国家試験にパスすると昇給する。

臨床経験の少ない新卒者の対応として、現在の日本にも薦められる制度である。卒後3ヶ月以内に国家試験を受けパスしたら登録看護師 (RN) となる。一般的には再試は年内にもう一度ある。国家試験は看護師として最低限の知識の確認であり州毎に更新する。更新条件として、継続教育の単位 (CEU) を弁護士のように必須にすることが長年検討されてきたが、多くの州が現状の看護師不足の中で強化できないのが実況である。

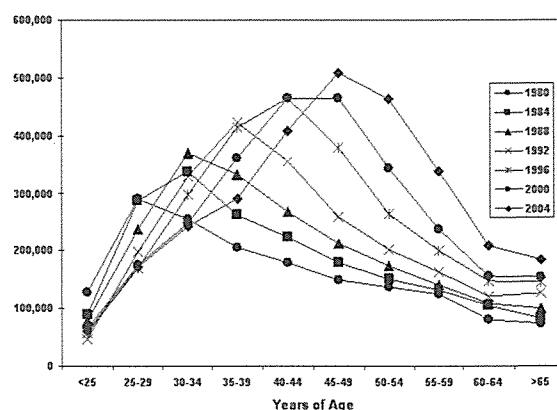
5. リアリティショックの予防

看護学生の多くは、看護助手として働き休暇中はナース・エクスターンやインターンの教育的プログラムの中で経験を積んでゆくシステムがある。

看護師不足のなか病院のリクルートメントとしても有益であるが、看護学生にとっても臨地実習以外の現実の学習と経済的援助にもなる。実践力増加の為の5年間大学教育を取り入れている大学もあるが、厳しい看護不足と教育費の加算もあることから意見も賛否両論である。

表4. 看護師の年齢構成 (年次別)

Chart 4. Age distribution of registered nurse population 1980-2004*



米国医療人材局 (HRSA), 2006年3月速報
(2004年3月結果)

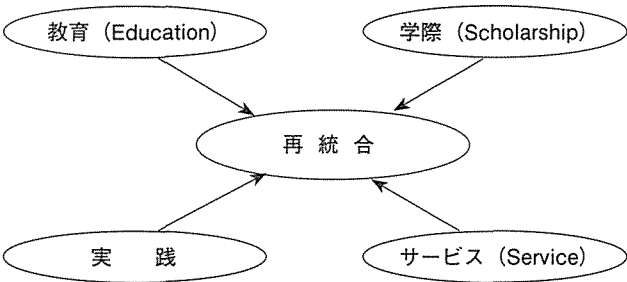
6. 管理者の役割：個々の目標管理とキャリア開発への支援

育つ・育てる土壌づくりは、採用時ゼロから始まる新人教育に始まる。看護への動機付けを促進し、チームプレイヤーとして育てるための目標管理は、新人のみでなく全ての職員に行われ、主体的キャリア開発を支援してゆく効果的な手段といえる。いままでの伝統的なベッドサイドケアや病院中心のケアのみでは、社会の要求に応じきれなくなっている。病院から地域在宅への移行が進み、広範囲のケア提供者、デザイナー、マネージャー、調整者としての役割が看護師に求められている。ラングフォード氏（1990年）は、（表5）教育、学術、実践、地域貢献の「再統合」モデルを提案している。ナースが、近隣の大学で自分の専門分野について講義（教育）したり、専門分野の研究に参加（学術）したり、実践の向上に向けて認定看護師の免許を取ったり（実践）、職能団体の開催する事業に参加（地域貢献）しながら包括的に対象を捉えたケアとサービスの提供モデルである。

7. おわりに

いかようにでも型つくられる新人教育は管理者として大きなチャレンジである。新人教育はプリセプターのみでなく、職場全員で育ててゆくというオープンな職場風土と常にケアの質向上に向かって改善してゆく職場環境が必要である。管理者は、異なる各々のライフサイクルと価値観を持つナースのニーズを理解し、専門職としてのキャリア開発と目標管理を支援する。卒後教育は、与えられるものだけでなく自ら求め達成して成長してゆくプロセスといえる。また新人が就職してから Graduate Nurse(G N)としてプリセプターや先輩ナースの支援を受けながら実践力を培い、国家試験に臨むシステムは、リアリティーショックの予防や更に看護師の定着にも繋がると考える。

表5. 看護の再統合モデル



「教える」と「学ぶ」の新たな教育的関係

—「わざ」の伝承事例を通して—

東北大学大学院教育学研究科 生 田 久美子

(1) はじめに—教育的関係の従来の解釈

本稿では、「わざ」の伝承事例を通して「教える」と「学ぶ」の新たな教育的関係の可能性について提言を行う。

従来教育的関係は、「教える者」が「教える内容（知識）」を「教えられる者（学ぶ者）」に伝達するというきわめて簡潔な構図で語られてきたように思う。その特徴は次の3点にまとめることができよう。1. 「教える者」が「学ぶ者」に対して一方向的に働きかけることが優先されている。2. 「学ぶ者」は受け取る者として、つまり受動的な立場として描かれている。3. 「教える内容」すなわち伝達されるべき「知識」は明示され得るものとしてみなされている。一般的に解釈される（てきた）教育的関係の構図このような特徴を持っている。しかしながら、こうした構図で描写される教育が必ずしもうまく機能していないこともまた事実である。筆者が「わざ」の伝承に注目するのは、一般的に解釈されている教育的関係の構図が果たして妥当であるかを、同じく「教育実践」が展開されているにもかかわらず上記の構図に当てはまらない、もうひとつの教育的関係の構図の観点から再吟味したいと考えるからである。その試みは結果として、従来の教育的関係の妥当性を改めて検証することになるし、また新たな観点から教育的関係の構図を書き換えることを可能にするにちがいない。

(2) 「わざ」とは何か—「技術」か？「技能」か？

私たちは誰でも、日常生活の様々な領域において「わざ」が伝承されていることを知っている。例えば、芸能（術）の世界で、職人の世界で、スポーツの世界で、また医療の世界で、様々な種類の「わざ」が伝承されていることについて、私たちはしばしば語ったり、耳にしたりする。しかし、そうした語りの中で、頻用される「わざ」という言葉の意味は、様々な世界で共通して承認されるほど安定的な意味として確立しているわけではない。では、「わざ」とは何なのか。それは他のどのような言葉をもって記述することができるのか。まずは、「わざ」という言葉および概念に目を向け、その意味をそれと類似した、そしてそれ故にしばしば混同される「技術」「技能」という

言葉および概念と比較しながら考察したい。

「技術」と「技能」についての一般的な解釈は次のようなものである。すなわち、「技術」は人間が自然に働きかけて改善、加工する「方法」あるいは「手段」を意味するのに対して、「技能」は諸種の「技術」を行使する人間の「能力」として解釈されている。しかし実際には、「技術」と「技能」の関係が「手段」対「能力」という図式に単純には置き換えられるものではないことは、「技術・技能」概念の歴史的推移を概観しても明白である。

ここで簡単に、戦前、戦後にかけて展開された「技術論論争」（相川1935、星野1948、武谷1968、1969）における「技能」と「技術」概念の扱われ方に注目して見よう。この論争は1930年代に唯物論研究会での議論を発端にして開始されたが、相川春喜、戸坂潤、岡邦雄らの論争を経た後、「技術」を労働手段の体系として捉える「労働手段説」が提起された。それに対して、戦後には武谷三男や星野芳郎らによって「意識適用説」が提起され、戦後は「労働手段説」と「意識適用説」という対立図式に立って、「技能」「技術」概念をめぐる論争が展開された。二つの技術論に共通する問題点は、「技能」と「技術」、あるいは「知識」と「実践」とを切り離して捉えているという点にあった。すなわち、労働手段説は、「道具」としての「労働手段の体系」である「技術」を「知識」として、一方「技能」をそれを活用する、知識的能力に裏打ちされた「技術的能力」として捉え、また意識適用説は、「技術」を「知識」のカテゴリーに入れ、「技能」を「カン」や「コツ」といった非知識的なカテゴリーに入れて、その適用を語っている。このように両説における「技能」「技術」概念の解釈には違いがあるものの、両説ともに、「技能」と「技術」概念が「知識」概念との対比あるいは関連において解釈されていることがこの論争においての要点であった。

それに対して「わざ」概念は上記の「技術」対「技能」という図式枠には収まりきれない多義的な意味を含意していることが、「わざ」の伝承過程の分析を通して見えてくる。「わざ」を「技術」や「技能」とは異なる視点から理解することが、「わざ」の伝承に顕著に見られる、従来の教育的関係の構図とは異なるもうひとつの教育的関係の構

図の教育学的な意義を理解することの出発点になると考える。

(3) 「わざ」の伝承事例への注目—新たな教育的関係の構築に向けて

そこで、実際の「わざ」の教授・習得に関わる当事者の言説に注目し、当の世界において「わざ」がどのようなものとして捉えられているか見ていきたい。ここにあげるのは、宮大工の西岡常一とその弟子の小川三夫による、「技能」や「技術」という言葉では適切に記述され得ない宮大工の「わざ」の教授・習得をめぐる覚書であり、そこには彼らの独自の「わざ」の解釈が示唆されている。例えば、西岡の弟子の小川は、西岡の下での学びを次のように語っている。

俺は西岡棟梁のところで、ほとんどの仕事を実際の現場で教わった。……初めはどの部分の仕事をしているのかわからないけど、時間がたつにしたがって自分の役割がわかってくる。これが大事なんだが、人と仕事とのつながりがわかってくる。だんだん仕事が見えてくるんだ。(小川・1993・169頁)

「納屋を掃除しろ」ということは、「そこには自分の道具が置いてある。よくわしの道具を見てみる。わしがおまへの鑿や鉋がまったくあかんといってる意味がわかるはずや。道具も道具やけど、研ぎもなっとらん。そこにはちゃんと研いだ鉋で削った鉋屑もあるやろ、それが本物や。道具を研ぐというのはそういうことや。掃除をしながらわしの仕事をよく見ろ」ということだった。(前掲書・66頁)

原寸場……ここを毎日掃除していると、どうやって図面を書くか、全体の部材がどうなっているかがよくわかる。原寸場の掃除をしろっていうことは、俺に仕事場の掃除を命じたのと同じや。そこでよく勉強しろっていうことなんや。(前掲書・103頁)

上記の言明に示されているように、小川は西岡から宮大工の「わざ」を直接的かつ明示的に伝えられてはいない。そこではむしろ「学び」にとって適切な「場」すなわち「環境」が提供されているにすぎないのである。次の西岡の言明には「わざ」の伝承の要点が示唆されている。

山で木を見ながら、これはこういう木やからあそこに使おう、これは右に捻れているから左捻れのあの木と組み合わせたらいい、というようなことを山で見わけるとすな。これは棟梁の大事な仕事でした。(西岡・1993・16頁)

木の使い方というのは、一つの山の木でもって一つのものをつくる。これが原則ですわ。木のはえている場所を考えて、その性質を見抜かなあきません。我々は、そういうのを木の心と呼んでいます。こういうことを忘れてしまって、建物を寸法だけでつくったら、どうにもなりません。(西岡・1988・291頁)

これらの言明は西岡が祖父から受け継いだ「法隆寺口伝」(西岡・1988・225頁)に記された「教え」が背景になっているが、「木を知ること」と「木の生かし方」が宮大工の「わざ」の習得の要であることが示されている。すなわち、「大工の技術ということを紙に書いて、文字や絵で教えられ、伝えられたらいいんでしょうが、そうはいきませんものな。……木に触ったり、いじったり、匂いをかいだりして一本ずつ違うことや、それぞれまるで癖があって使いようが違うということ」(前掲書・33頁)を弟子は建物をつくりあげる過程で知っていかなければならないとして、そこで学ぶべきこと(もの)を西岡は『技術』ではなしに『技法』であると呼ぶ。そこには、宮大工の「わざ」は「技法」という名で呼ぶにふさわしい、先の「技術論争」で展開されたものとは異なる性格を有していることが示唆されている。すなわち、先に示した教育的関係の構図の中では、「教える者」と「学ぶ者」の間に介在している「教える内容」は明示的なものとして、西岡の言葉では「技術」として捉えられているのに対して、「わざ(技法)」は「紙に書いて、文字や絵で教えられ、伝えられ」ないものとして解釈されているのである。

「教える内容」についての上記の解釈は、同時に「教える者」や「学ぶ者」の関係をも変容させていく。そこではもはや「教える者」と「学ぶ者」は従来の解釈とは異なり、存在自体が明確なものではなくなる。両者ともに「教える内容」としての「わざ」に向かって独自の関わり方を模索していく様子からわかることは、「教える者」が「学ぶ者」に直接的・明示的に「教える内容」を伝達するという直線的な構図から離れて、他者としての「教える者」、また他者としての「学ぶ者」との関係性の中で「教える内容」が相対的に位置づけられるということである。すなわち、「教える者」が「教える内容」とこれまでどのような関係を結んできたのか、また現在どのように結んでいるのかを、「学ぶ者」は「現場」の中で感じ取り、納得し、それを自らの「学び」につなげていくという、関係的な教授・学習過程がそこに見えてくるのである。こうした教育的関係は、もはや「教える者」が直接的かつ明示的に「学ぶ者」に「教える内容」を伝達するという構図で説明することができないことは明白である。

筆者にとっての今後の課題は、従来の解釈とは異なる教育的関係の構図を構造化し、さらにその教育学的な意義を解明していくことにあるが、ここでは、構造化の試みにとって「ケアリング」研究の知見が大いに期待されることを付言するにとどめたいと思う。

以下に、シンポジウムの発表で参考にした文献をいくつかあげておく。

【参考文献】

- 相川春喜 1935 『技術論』 久山社
- 星野芳郎 1948 『技術論ノート』 眞善美社
- 生田久美子 1987 『「わざ」から知る』（認知科学選書14）東京大学出版会
- 生田久美子 1996 「技能は教えられるか」 “*Japanese Journal of SPORTS SCIENCES*” ソニー企画 15～19頁
- 生田久美子 2003 「職人の『わざ』の伝承過程における『教える』と『学ぶ』」 茂呂雄二（編）『実践のエスノグラフィー』金子書房 230～245頁
- 生田久美子（編著）2005 『ジェンダーと教育—理念・歴史の検討から政策の実現に向けて』東北大学21世紀COEプログラムジェンダー法・政策研究叢書[辻村みよ子監修] 4 東北大学出版会
- 生田久美子 2006 「〈再考〉教育における「技能」概念—「傾向性（disposition）」としての「わざ」概念に注目して— 『「教育」を問う教育学』田中克佳（編）慶応義塾大学出版会 11～31頁
- 西岡常一・青山 茂 1977 『宮大工三代』 徳間書店
- 西岡常一・小原二郎 1978 『法隆寺を支えた木』 日本放送出版協会
- 西岡常一・松久朋琳・青山 茂 1986 『仏のころ木のころ』 春秋社
- 西岡常一 1988 『木に学べ』 小学館
- 西岡常一 1993 『木のいのち木のころ（天）』 草思社
- 小川三夫 1993 『木のいのち木のころ（地）』 草思社
- 武谷三男 1968 『弁証法の諸問題』 武谷三男著作集一 勁草書房
- 武谷三男 1969 『科学と技術』 武谷三男著作集四 勁草書房

The Role of Nursing in an Aging Society with Low Birth Rate in Korea

Korea University

Hosihn Ryu, Ph.D., PHN, RN

1. 必要性 및 背景

□ 한국의 보건의료정책 방향은 1995년 국민건강증진법의 제정과 지역보건법 및 의료법 등의 개정을 통해 공급자중심에서 수요자중심의 선진국형 보건의료정책으로 전환시켜 가고 있다. 특히 한국의 경우 세계적으로 그 전례를 찾아 볼 수 없는 수준으로 고령사회로 진입하고 있는 실정에서 정부와 보건의료계는 저 출산 고령사회로 인한 대비책을 보다 적극적으로 마련해야 한다.

□ 특히 한국의 경우, 급격하게 변화되고 있는 고령사회 양상의 주 원인은 결혼 적령기에 도달한 젊은 세대의 결혼 연기나 기피 현상 혹은 결혼하기 어려운 형편의 경제적 문제 등의 원인으로 출산율이 급격히 저하되고 있기 때문에 문제의 해결책은 쉽게 풀리지 않을 것으로 예측된다. 한국의 합계 출산률(Total Fertility Rate, TFR)은 1960년대 6명에서 1980년대부터 1990년에 급격히 하락하여 2005년에는 1.08까지 떨어지면서 국가적 재앙으로 받아들여질 만큼 생산성 저하 문제와 노인의료비 급증에 따른 국민건강보험재정의 악화가 심각하게 우려되는 수준이다. 특히 선진국수준의 경제적 구조와 능력을 채 갖추기도 전에 고령사회로 들어서게 된 한국의 경우는 국가의 재정적 여력이 충분치 못한 상황에서 선진국형 노인보건복지 문제를 해결해야 가야 하는 매우 어려운 상황에 직면해 있다.

□ 선진 보건의료정책의 일환으로 2000년 의료법 개정에 따라 의약분업을 시행한 이후, 건강보험수가와 건강보험 급여기간 연장, 급여범위 확대, 노인 인구 및 수진율 급증 등으로 국민건강보험 재정은 지출이 수입을 상회하면서 국민건강보험재정에 심각한 압박 요인이 되고 있다. 구체적으로 언급하면, 2001년 이후 국민건강보험 재정에서 노인진료비가 차지하는 비중은 최근 급격히 상승하여 2005년 말 통계결과 보고에 의하면, 노인의료비 비중은 전체 의료비의 약 1/4 수준을 넘어 국민건강보험재정에 적자의 폭을 심화시키고 있다 (건강보험심사평가원, 2006).

□ 이러한 문제의 심각성을 인식한 정부는 노인보건의

료문제에 대한 해결책을 마련하기 위해 일본의 선례를 통해 사회보장제도 도입을 통해 노인보건문제를 해결하고자 노인요양보장(안)제도(Long-term health care insurance system)를 준비하고 있다. 뿐만 아니라 노인환자의 장기적 병원입원을 제한하는 정책을 도입한다든지, 노인요양병원과 노인전문요양원 등 노인환자들이 이용 가능한 중간시설을 확대하면서 한편으로는 보건소 중심의 공공보건의료서비스 기능을 강화시키고 있다.

□ 이러한 배경하에서 한국 정부는 저출산 고령사회에 대비하기 위하여 노인전문간호사 등 간호인력의 전문화에 주력하고 이의 일환으로 간호계의 오랜 숙원사업인 전문간호사제도가 2003년 11월에 보건복지부 고시로 10종의 전문간호사 (Nurse Practitioner)제도를 발표하였고, 이후 3종이 추가되어 2006년말 현재 총 13종의 전문간호사제도가 의료법 제56조에 명시되었다. 이에 전국 간호대학에서는 2004년부터 석사과정으로 전문간호교육과정을 개설하여 전문간호사 배출을 위한 교육과정을 운영하고 있다.

2. 専門看護師 關聯法 및 専門看護領域別 役割과 機能

□ 전문간호사 관련 법 조항을 살펴보면, <의료법> 제56조에 “① 보건복지부장관은 간호사에 대하여 간호사의 면허 이외에 전문간호사의 자격을 인정할 수 있다”이며, ② 제1항의 전문간호사의 자격구분, 자격기준, 자격증 기타 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <의료법 시행규칙> 제54조에는 (전문간호사의 자격구분 및 기준)으로 ①법 제56조의 규정에 의한 전문간호사의 자격구분은 보건, 마취, 정신, 가정, 감염관리, 산업, 응급, 노인, 중환자 및 호스피스로 한다. ② 전문간호사가 되고자 하는 자는 다음에 해당하는 자격을 가진 자로서 전문간호사 자격시험에 합격한 후 보건복지부장관의 자격인정을 받아야 한다. 즉, 최근 10년 이내에 3년 이상 해당 분야의 실무경력자로서 보건복지부장관이 지정하는 기관에서 해당 전문간호과정을 이수한 자, 보건복지부장관이 인정하는 외국의 해당 전문간호사 자격을 가진 자이며, ③ 전문간호사별 실무경력분야 및 기

관의 지정기준 등 전문간호과정에 관하여 필요한 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다”로 고시되었다 [전문개정 2003.10.1]

□ 전문간호교육과정에서 요구하는 이수요건을 살펴보면, 13종의 전문간호사 교육과정 모두 공통적으로 공통 교과목 13학점 이상 (看護理論 2学点, 看護研究 2学点, 専門看護師の役割と政策 2学点, 上級健康査定理論と実習 3学点, 薬理学 2学点, 病態生理学 2学点)을 이수하도록 규정하고 있고, 각 전공분야별로 전공분야에 해당되는 교과목은 専攻理論科目 10学点 以上 (5 教科目)과 専攻実習科目 10学点 以上 (5 分野)을 이수해야 한다. 전문 간호사제도가 잘 정착하고 성공하기 위하여는 간호교육의 질 관리 외에도 전문간호사로서 자격증 취득 이후 전문간호사로서의 역할과 기능이 법적으로 보호받을 수 있고 간호사업을 독자적으로 운영할 수 있으며 타 전문직종간 이해와 협조가 불가피 하다. 따라서 한국의 간호계는 간호교육평가원을 중심으로 전문간호교육의 질 관리와 교육수준의 표준화를 위한 노력을 하고 있고 대한간호협회에서는 13종 전문간호사의 주요 역할과 기능에 대한 법적인 기반을 확보하기 위하여 전문간호사 특별위원회를 구성하여 専門看護領域別の主な役割と機能(案)으로 전문간호사들의 해당분야 간호사업開設場所, 관리対象者 그리고 전문간호사의 主な役割에 대한 핵심내용을 준비 중에 있다.

3. 看護師の役割 擴大

□ 한국은 현재 전 세계적으로도 유례없는 저 출산 고령사회의 급진적인 변화에 대비하기 위하여 간호계만의 관심차원을 넘어 정부 차원에서 간호인력의 전문성을 강화시켜 보건의료의 高級化와 専門化, 世界化, 制度變化에 대비하여 간호교육의 질 관리와 간호사의 다양한 역할 확대를 준비하고 있다. 한국의 간호계는 高度の看護

技術 開發, 高級看護の開發, 看護報酬の等級化等の 高級化와 専門 看護分野の開發と細分化, 対象者別 Tailored 看護등의 専門化 그리고 外国の患者の看護, 外国の看護免許の取得, 看護産業の輸出入등의 世界化 외에 医療の営利法人と民間医療保険, 看護制度確立 등의 制度變化에 역점을 두고 있다.

□ 종언하면, 저출산 고령사회에 대비한 노인요양보장제도(안)에 대한 준비와 더불어 공공보건의료기능의 강화라는 두 기반을 토대로 한국의 보건의료환경은 급격한 변화를 가져 올 것이 예측된다. 이러한 변화의 중심에 간호사의 다양한 역할 확대가 기대되며 특히 저출산 고령사회에 대비한 老人, 家庭, Hospice, 重患者, 保健・麻酔, 精神, 感染管理, 産業, 應急, 臨床, 兒童 및 腫瘍 전문간호사등 13종의 역할확대가 기대되며, 나아가 공공보건의료 기능강화에 대비한 지역기반 간호사의 사례관리자로서의 역할, 건강관리사로서의 역할, 보건과 복지의 연계 및 예방보건사업에 역점을 두어야 하는 방 문간호사로서의 역할 확대등이 전망된다.

参考文献

1. Ministry of Health and Welfare (2006). Medical Law, Seoul.
2. Ryu, H., An, J., & Koabyashi, M. (2005). Home health nursing care agenda based on health policy in Korea, Nurs Health Sci, 7(2), 92-98.
3. Ryu, H., Kim, Kusama & Hiro (2006). Policy Alternatives on Developing A Home Health Care System for Long-Term Health Care Insurance System in Korea. <http://www.oita-nhs.ac.jp/journal>. Internet J. of Japan Nurs & Health Sci. 6(2) 45-54.

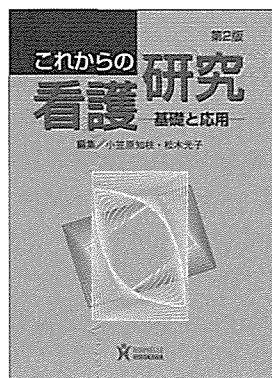
これからの看護研究 ―基礎と応用―

第2版

広島国際大学看護学部教授
大阪大学名誉教授
大阪大学名誉教授
前日本赤十字北海道看護大学学長

小笠原知枝
松本 光子

編集



改訂成る!

2007年6月出版

●B5判
●上製
●430頁
●定価3,990円
(本体3,800円＋税)
ISBN 978-4-86174-012-1

看護研究に必要なすべての基礎的知識とその応用として実際の研究例を各章毎に紹介した成書で、これから期待される看護研究の領域についてもわかりやすく述べています。

第2版では、看護研究活動の現状に沿って内容を大幅に見直し、より実際の研究活動に役立つ内容となっています。「第11章 研究における統計的手法：多変量解析」「第21章 海外投稿論文」「第26章 研究助成金の申請」「第27章 看護研究における倫理」を新たな章として加えて、一層内容の充実を図りました。

- 看護研究において必要な知識を基礎編と応用編(第Ⅰ部 実際の研究例、第Ⅱ部 看護研究の展開)にわけて編集。細かい章立てによって、必要事項の検索がしやすくなっています。
- 新たな研究に着手する際にも参考となるよう豊富な例を盛り込みました。

主要目次

基礎編

- 第1章 研究の意味
- 第2章 研究テーマの発見の仕方
- 第3章 研究計画の立て方
- 第4章 実験研究
- 第5章 調査研究
- 第6章 質的研究：事例研究
- 第7章 質的研究：グラウンデッド・セオリー・アプローチ
- 第8章 コンピュータによる文献検索
- 第9章 疫学調査
- 第10章 研究における統計学の基礎知識と検定の方法
- 第11章 研究における統計的手法：多変量解析
- 第12章 パーソナルコンピュータによるデータ分析
- 第13章 論文構成とまとめ方
- 第14章 学会発表の仕方

応用編

【第Ⅰ部 実際の研究例】

- 第15章 調査研究
- 第16章 質的研究：事例研究
- 第17章 実験研究
- 第18章 看護診断の正確性に関する研究
- 第19章 教育評価研究
- 第20章 アクション・リサーチ
- 第21章 海外投稿論文

【第Ⅱ部 看護研究の展開】

- 第22章 看護診断の妥当性に関する研究
- 第23章 縦断的研究
- 第24章 教育評価研究
- 第25章 測定尺度の開発
- 第26章 研究助成金の申請
- 第27章 看護研究における倫理

 NOUVELLE
HIROKAWA

ヌーヴェルヒロカワ

ホームページ <http://www.nouvelle-h.co.jp/>

東京都千代田区九段北1-12-14 〒102-0073
TEL03-3237-0221(代) FAX03-3237-0223

日本看護研究学会 会報

第 72 号

(平成19年 6 月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

平成19年度第一回理事会.....	1
平成18年度第二回理事会.....	10
平成18年度評議員会議事録.....	17
平成18年度総会議事録.....	23

日本看護研究学会平成19年度第一回理事会会議録

日 時：平成19年 4 月22日（日）13：00～16：00（17：00終了）

場 所：丸ビルコンファレンススクエア Room 1

出席：阿曾 洋子，石井 トク，泉 キヨ子，影山セツ子，紙屋 克子（15：00～），川口 孝泰，
川西千恵美，小松 浩子，小山真理子，田島 桂子，前原 澄子，松岡 緑，松田たみ子，
宮腰由紀子，山口 桂子，山勢 博彰，山田 律子各理事
第34回学術集会長 近田 敬子

16：00～引き継ぎ待機 深井喜代子（前）学会賞・奨励賞選考委員長

欠席委任状：川嶋みどり，川村佐和子，黒田 裕子各理事

（五十音順 敬称略）

<配付資料>

資料1 平成18年度事業

資料2 平成18年度決算関連資料（貸借対照表総括表はじめ21枚組）

資料3 会計監査報告書（2枚組）

資料4 平成19～21年度委員会委員名簿（記入用）

資料5 平成19年度事業（案）

資料6 平成19年度予算（案）関連資料（収支予算書総括表はじめ5枚組）

資料7 学術集会一覧

資料8 九州地方会名称変更について

資料9 会員数の動向

資料10 地方会活動報告関連資料（6枚組）

資料11 寄附金に関する趣意書

資料12 平成19年度予定表

資料－別紙1 世界看護科学学会設立に関する資料

資料－別紙2 看保連関連資料（平成18年度活動について）

●山口桂子前理事長の挨拶および前期事業の概要報告

山口桂子前理事長の挨拶ののち、新理事長の決定までの進行役について、前理事長が行うことで了解を得て開始となる。審議に先立ち、前理事長より、平成16年度から18年度までの事業概要の報告と懸案事項の引き継ぎがあった。その中で、主な懸案事項としては、①法人化、②倫理委員会の活動、③国際交流活動の具体化があげられた。

●出席理事の自己紹介

議事進行：山口桂子前理事長

審議事項

1. 新理事長の選出と理事の役割分担

懸案事項が多いことから、山口桂子前理事長の継続を求める意見が出され、承認された。副理事長には、総務担当－田島桂子理事、渉外担当－泉キヨ子理事が推薦され、承認された。他の理事についての役割分担が行われた。理事長指名理事として、総務担当、将来構想検討委員会担当に各1名を指名することが承認された。指名者については後日、文書会議で提案する。また、各委員会委員長の互選結果についても文書会議で報告する。

看保連へは、泉渉外担当副理事長が出席することで承認された。

議事進行：山口新理事長

（一時、審議事項を中断して報告事項に移る）

報告事項

1. 会員の動向（平成19年4月1日）（資料9）

泉キヨ子 前総務担当副理事長

会員数	5,513名
（内 訳） 名 誉	8 名
理 事	20名
評議員	172名
一 般	5,313名（平成19年3月31日までに平成19年度新入会141名含む。）

2. 委員会報告

1) 編集委員会

川口孝泰 前委員長

投稿論文の経過について (平成19年4月16日現在)

平成17年度	投稿	78編
	採用	42編
	不採用	28編
	不受理	1編
	辞退	6編
	未処理論文	1編
	著者返却中	1編
平成18年度	投稿	71編
	採用	19編
	不採用	24編
	辞退	2編
	未処理論文	26編
	査読中	10編
	著者返却中	7編
	査読待機中	9編
平成19年度	投稿	5編
	未処理論文	5編
	新規投稿論文	5編
掲載確定論文		
	30巻1号(4月20日発行)	10編
	30巻2号(6月20日発行)	10編
	30巻4号(9月20日発行)	4編

(報告の主な内容)

- ・年間の投稿が約80件程度あり、将来的には、150名の査読委員の確保が必要。
- ・投稿論文の採否決定までの期間を半年に縮める事が出来るよう努力し、1年以上かかる事例をなくするようにしていきたい。
- ・現行では郵便料金の支出も多くなっているので、将来はオンライン投稿が出来るよう進めたい。
uminのオンラインシステムの利用を考えている。
- ・ホームページの管理について、委員会の中での役割分掌をするか、あるいはWGとして編集委員以外のメンバーを加えるかなど検討し、編集委員会の作業の調整を図りたい。

- ・学会誌掲載論文の校正について、業者委託を具体的に進めていく予定である。
- ・査読システムのあり方について、川口委員長が「看護研究」(誌)に掲載するので、参考にしてほしい。
- ・今期の査読者の依頼について、今後、評議員を中心に順次依頼を進めていく。

2) 奨学会委員会 (資料1)

近田敬子前委員長

平成18年度の経過及び、今期のその他の活動内容について以下の通り報告された。

・平成18年度の経過

(1) 奨学会研究費授与：加藤真由美氏 (新潟大学医学部保健学科)

鮫島 雅美氏 (京都大学大学院)

(2) 奨学会研究発表：佐藤 政枝氏 (名古屋市立大学看護学部)

・引き継ぎ事項としては、

①奨学会を運営する財源についての検討

②平成19年度分奨学会授与について

3名の応募があったが、そのうちの1名について「条件付き採用」する案を提案する。(条件：候補者の所属大学の倫理審査で承認されること)

3) 学会賞・奨励賞選考委員会 (資料1)

前委員長に代わり、山口桂子理事長

平成18年度の活動について以下の報告があった。

(1) 学会賞：推薦なし

(2) 奨励賞：学会誌30巻1号会告に掲載

受賞者氏名：佐藤 好恵氏 (所属 関西福祉大学看護学部)

対象論文：殿部への筋肉注射部位の選択方法に関する検討

4) 将来構想検討委員会 (資料1・4)

石井トク前委員長

前期の活動について以下の報告があった。

(1) 法人化委員会 (責任者山口前理事長)：今年度より具体的な定款等の検討に入る予定。

(2) 倫理委員会 (責任者石井前将来構想検討委員長)：規程について検討中であるが、資料を集めて、本学会に即した規程を作成していきたい。

(3) 学会誌発行30周年記念実行委員会 (責任者田中裕二前評議員)：記念誌の発行と第33回学術集会内での記念講演を計画し、進めている。

3. 看保連について (資料：別紙2)

宮腰由紀子理事

昨年度の活動について、「保険点数獲得のための技術の精選にむけて活動を行っているが、日本看護科学学会や日本看護研究学会では、総合的な学会であるため、一つの技術に焦点化して精選していく

ことが難しい傾向が確認され、現段階では他の学会からの申請をサポートしていくことで進めている。」との報告があった。また、紙屋克子理事から「拠出金（各学会からの年会費）についての見直し案が次回会議で提案されるが、それが承認されると、看護協会は拠出金500万、他の学会から300万、合計800万の予算となり、本学会は23万円に増額になる可能性がある。」ことが報告された。

4. 日本学術会議・日本看護系学会協議会関連について

川口孝泰理事

昨年度の活動経過及び今年度の活動予定について以下の報告があった。

- ・現在32学会が同協議会の会員学会であるが、情報を共有しながら、社会へメッセージを発進する。
- ・昨年度は、日本がん看護学会会期中の2月9日東京フォーラムにおいて、「在宅療養を支援する看護の方略」と題したシンポジウムを開催、300名ぐらいの参加があった。シンポジウムの内容もホームページで開示していく予定であるので、詳細については、ホームページを参照してほしい。
- ・日本学術会議との関係について、同協議会の1／3の会員学会が学術会議の連携会員である。今後、具体的に学術会議に提案する事項を決める予定。現在はその検討段階として、「看護技術や看護経済など」「命の教育」の二つのチームに分かれて情報を整理、収集している段階である。
- ・同協議会の今年度の総会は、6月16日の予定。

5. 第33回学術集会準備状況について

石井トク 第33回学術集会会長

上記について、以下の報告があった。

- ・7月28、29日盛岡市で開催する。会期前日にプレカンファレンスも開催の予定。
- ・盛岡駅近くの二つの会場で開催。
- ・現在、プログラム号の編集集中である。
- ・宿泊を要する理事の方は申し出てほしい。

6. 地方会報告（資料10）

山口桂子理事長

上記について「現在、5地区の地方会が活動している。活動内容については資料を参照してほしい」との報告があった。

7. その他

1) 第32回学術集会から寄附金について（資料11）

山口桂子理事長

上記について「第32回学術集会から寄附金があったので、奨学会基金に入金させていただいた」との報告と感謝の意が述べられた。

2) 第33回学術集会時開催日程・時間等について

山口桂子理事長

第33回学術集会前日の会議日程について以下の報告があった。

7月27日（金）

各委員会 10：00～12：00（委員会については、各委員会で別途企画も可能）

理事会 12：00～14：00（昼食兼）

夕食 17：30（評議員会会議前）

評議員会 18：00～19：30

7月28日（土）

総会 12：30～13：30

終了後 奨励賞授与（決定） 奨学金授与（未定）

平成18年度奨学金授与者の発表は、平成19年度なし。

発表は、平成20年度（第34回）の予定

－ 審議事項に戻る

2. 平成18年度事業・決算・監査報告について

1) 事業報告（資料1）

泉キヨ子副理事長

資料のとおり事業が実施されたことの報告があり、異議なく承認された。

2) 決算報告・監査報告（資料2・3）

宮腰由紀子会計理事・松田たみ子監事

決算報告について資料2に基づいた説明があり、以下の質疑応答ののち、承認された。ついで資料3に基づいて監査報告があり承認された。

< 主な質疑の内容 >

小松浩子理事：印刷費にかかる費用が大きすぎるのではないか

山口桂子理事長：印刷費については、本会の特色として会員に発行雑誌すべて（学術集会抄録集も含めて）送付しているのでやむを得ないが、検討の余地はある。

小松浩子理事：昨年度は、奨学会は一般会計の特別会計繰入金支出の40万円で行ったようだが、奨学会規程には基金の運用となっており、一般会計の規程にはないと思われる。規程を変える必要があるということか。

山口桂子理事長：金利の上昇は考えられないので、金利のみの運用は難しい。この数年は一次的措置としてこのような方法をとってきた。基金を取り崩さないという規程で設立当初から実施してきたが、その頃とは状況が変化している。基金の提供を頂いた方々からのご理解も得られると考えるので、規程の変更も含め委員会から理事会に提案して欲しい。

宮腰由紀子会計理事：全体の支出状況から見て、一般会計から奨学会への繰り入れは、厳しい状況下であるので、検討をしてほしい。

小山真理子理事：一般会計の収支、予算収入の会費が4,800万、支出合計5,400万とするとマイナス数百万となっているが、未収金が約300万近くあることを理事会ではどのようにとらえているか。総会に備えて伺いたい。

宮腰由紀子会計理事：未収金に関しては、12月時点で600名近くあったが、請求を繰り返したことで入金され400名程度になった。今後でもできるだけ支払いを促していきたい。確かに、今年度ホームページの立ち上げや選挙関連での支出が多くなっているが、余剰分を特定預金支出として積み立てに回しているの、マイナスがより多くみえることもある。

平成19年度は、当期収入金額で収支が合うような正常な形にしていきたい。

田島桂子理事：昨年度の監査時に、将来構想検討委員会の費用等について会計理事に確認したが、繰越金を残さないために準備金を積み立てている事の説明があった。何か必要があれば積立金を運用できるという説明で了解した。

3. 平成19年度事業（案）について（資料5）

田島桂子総務担当理事

上記について資料に基づき提案があり、8. 将来構想の検討に4）その他を加えて修正の上、承認された。

4. 平成19年度予算（案）について（資料6）

宮腰由紀子会計理事

資料に基づき、法人化後に適用できる新しい形式での予算案について説明があった。以下の質疑のうち、以下①～⑥の修正を行った資料を作成し、文書会議による審議を継続することで了承された。

- ① 1. 事業活動収支の部、2. 事業活動支出の会議費・委員会運営費支出－将来構想検討委員会について、倫理委員会分を独立させて10万円で予算化する。
- ② ①の結果として、将来構想検討委員会は50万円となるが、法人化に係る費用は特定預金支出から切り崩す形で支出する。
- ③ 1. 事業活動収支の部、2. 事業活動支出の他会計繰り入れ支出－奨学会特別会計繰入金支出を25万円に増額する。
- ④ 看保連の会費が増額の見込みであることから、1. 事業活動収支の部、2. 事業活動支出の管理費支出－諸会費支出を31万円に増額する。
- ⑤ 評議員会費用を明確にするために、1. 事業活動収支の部、2. 事業活動支出の管理費支出－理事会費－総会時理事会から50万円を分けて予算化する。
- ⑥ 以上の修正に連動して、全体を修正する。

<主な質疑の内容>

石井トク理事：倫理委員会設置についての予算化を項目だてしてほしい。

前原澄子理事：評議員会を予算化すべきではないか。

山口桂子理事長：総会時理事会の中から支出しているが、別立てとする。

前原澄子理事：予算とは、直接、関連しないかもしれないが、総会の審議事項が会則にはないので、今後検討する必要があるのではないか。

山口桂子理事長：これまでのやり方で、総会の審議事項を理事会審議事項に準じて行ってきたが、依って立つところがなかった。会則に関しては、将来構想で法人化に際して、定款などを作成するので検討していきたい。

小松浩子理事：学会誌印刷費の支出が大きいのが、減少させていくために何か案があるか。

山口桂子理事長：学会誌のジャーナル化などにより検討したい。

宮腰由紀子会計理事：会費の口座振替等によって、年会費徴収を確実に実施したいが、今後、検討、提案していいか。

山口桂子理事長：本人からの希望がある場合にできるなら良いと思うので、検討の上、案を出してほしい。

小山真理子理事：今後、会費を2年間納めない場合に除籍という状況を考慮して欲しい。

宮腰由紀子理事：会費の未納入者については、1号のみ送付し、その後は会費納入状況に合わせて学会誌の印刷部数を検討したい。

山口桂子理事長：地方会の発表のために入会した会員の会費納入状況が良くない。事務局でもかなり努力をして、会費徴収に力をいれており、この状況までにはなった。督促を厳しくしていく。

5. 監事の選出について（資料4）

山口桂子理事長

上記について理事長より、「前期監事2名がともに理事に選出されたため、2名の監事を選出する必要がある。理事・監事選出規定において『新評議員の中から理事会が推薦し新評議員で決定する』となっていることから、理事長・副理事長が候補者を挙げ、文書会議に於いて理事会に提案するので、審議をお願いしたい。その結果を受けて評議員会に提案する予定である。」との提案があり承認された。

6. 第35回学術集会会長選出について（資料7）

山口桂子理事長

上記について理事長より、「今年度第2回理事会において決定する必要があることから、文書会議に於いて理事より候補者の推薦を募りたい。理事長・副理事長がその候補者リストをもとに候補者に打診をして、その結果から次回理事会に提案する。」との提案があり承認された。

7. その他

1) 九州地方会の名称の改正について（資料8）

山口桂子理事長

上記について「従来から、沖縄県は九州地区に割り当てられているが、地方会名称にそれを明確に示したいとの意向があり、変更の申し出があったので、認めたい」との提案があり承認された。

2) 入会申込書の理事会承認について

前回理事会以降の入会申込書の書類を回覧，確認して理事会承認とされた。

3) 日本看護科学学会からの「世界看護科学学会（案）」の提案について（別紙1）

山口桂子理事長

上記の提案があったことが山口理事長から報告された。これについて小山真理子理事より「日本看護科学学会で国際学会を過去5回まで行ったが，参加者は日本人が多かった。そこで，より国際的な，学会として参加できる組織を作ることが科学学会が呼びかけ人として提案した。アジアだけでなく世界に広げて行こうという主旨で準備してきたが，国内の日本看護系学会協議会32学会に呼びかけた。」との情報提供があった。5月8日までに回答をしなければならないが，本日は審議時間が不十分なので，後日，早急にメールでの会議を行い回答することが提案され，承認された。

4) 第34回学術集会について

近田敬子第34回学術集会会長

以下の報告と提案があり，承認された。

- ・会期：平成20年8月20日，21日，（19日理事会等）
- ・参加費は，今回と同額，登録は電子登録にしたい。

以 上

日本看護研究学会平成18年度第二回理事会

日 時：平成18年8月23日（水）13：00～16：00

場 所：別府市ビーコンプラザ 小会議室 33

出席者：石井トク，石垣靖子，泉キヨ子，大串靖子，小田正枝，川口孝泰，河野保子，竹尾恵子，
近田敬子，寺崎明美，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

田島桂子監事，松田たみ子監事

会則第6章第19条3）により，第32回学術集会 松岡 緑会長

欠席者：太田喜久子，紙屋克子，川嶋みどり，黒田裕子，手島 恵，各理事

以上について，会則第4章第14条5）により理事会成立の確認を行う。

出席理事 16名 欠席 5名 出席監事 2名

議長：山口理事長

*理事長挨拶 山口桂子理事長

報告事項

1. 学会員の動向について（資料1）

泉キヨ子副理事長

（平成18年8月21日現在）

（平成18年4月1日付け）

会員総数	5,587名	5,416名
名 誉	8名	8名
理 事	21名	21名
評議員	126名	127名
一 般	5,432名	5,260名

4月1日時点から，171名の増。

2. 委員会報告について

1) 編集委員会（資料2）

川口孝泰委員長

川口委員長より，資料に従い以下の報告があった。学会誌の校正とネイティブチェックについては，早期実施について今後検討していくことで承認された。

・現在までの投稿論文の経過について

・今回の学術集会で開催する編集委員会主催の交流会については，投稿から査読までのプロセスを

報告し、詳細なデータも出して議論したい。査読委員は、ほとんど評議員なので、評議員会で参加を要請したい。

- ・校正と英文抄録のネイティブチェックについて、専門家の校正を取り入れたい。海外雑誌では、英文抄録の水準によって論文の水準が、判断される。次年度以降の予算化を望む。
- ・ホームページについては、看護研究学会雑誌初刊から現在まで発刊されているものについて、アブストラクトと本文を全部データベース化した。9月1日からアップ予定。

2) 奨学会委員会 (資料3)

近田敬子委員長

近田委員長より、以下の報告があった。

- ・一昨年発表の山勢博彰氏の論文が9巻2号に掲載された。叶谷由佳氏は昨年発表、投稿論文は、今後掲載予定。
- ・今年度は佐藤政枝氏が明日研究発表。
- ・平成18年度奨学会研究費授与者は、加藤真由美氏、鮫島輝美氏を選考し、2名が採択された。
- ・財源に関する規定変更についてはまだ審議中であり、今年度は一般財源から支出する形のままで行った。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会 (資料4)

深井喜代子委員長

深井委員長より、以下の報告があった。

- ・平成17年度については、学会賞第1回の受賞者を選出し、大串靖子先生に決定した。明日13時50分からA会場で記念講演の予定。奨励賞は静野友重氏が受賞。明日、総会後授賞式にて表彰。
- ・すでに理事会承認済みではあるが、学会賞および奨励賞に関する規定及び規定細則一部改正(370～371頁)について確認。

改正理由：文言の挿入は、学会賞の推薦が少ないため、これを容易にするねらい

規定 第3条 1) の次に1行挿入「次のいずれかの条件を満たすもの」

第4条 1) (1)「15年以上」を「10年以上」と改正

規定細則 第2条 1)「次のいずれかの条件を満たすもの」を挿入

総会で、9月30日までの学会賞の推薦の応募期間であることを周知したい。

4) 将来構想検討委員会

石井トク委員長

将来構想検討委員会の中の、それぞれの委員会から以下の報告があった。

(1) 法人化検討委員会について

山口桂子理事長

- ・法人化に関して検討するワーキンググループ。委員は、山口理事長の他、早川和生理事、茅島江子評議員の3名。
- ・法人に関する新法案（公益法人制度改革三法）が6月2日成立し、届け出制により認められる。

新しい法律に合わせた、定款・会計方式を作り、進めていく予定。

- ・法律の施行が1年6ヶ月以内（平成20年度内）であり、それまでにこの学会の目的・趣旨にあう法人の形を探っていきたい。

(2) 倫理委員会について

石井トク委員長

- ・委員として、松木光子理事、手島恵理事、川口編集委員長と石井トク委員長の4名。
- ・昨年と同様に「看護研究者および看護実践者の質向上をはかるための看護研究に関する倫理的研修会の開催」、「生命倫理に抵触する問題が生じた時に何らかの形で社会に見解を表明」、「看護研究論文の倫理的・科学的妥当性についても専門とする研究倫理委員会の結成」など3点について検討し、さらにはもう1点加えたことは、日本看護研究学会倫理綱領がないので、文章化をすること。

(3) 学会誌30巻発行記念事業について

石井トク委員長

- ・委員は江守陽子、尾岸恵美子、田中裕二、中野正孝、松田たみ子、三木明子各先生の6名。事業としては、記念誌の発行と、講演会を予定。
- ・記念誌の発行はA4判120～140頁程度で予定している。内容は、投稿論文の分析、編集活動、投稿数、採択数、査読システムの変遷、査読者の一覧、学術集会のテーマと分析、本学会の変遷、今後の展望などについて、また、歴代編集委員長・理事長らの座談会を行い、その要旨も載せていきたい。
- ・特別記念講演として第33回学術集会において山口桂子理事長の講演を予定。

3. ホームページの運営について

川口孝泰理事

上記について川口理事より以下の報告があった。

- ・9月にリニューアルオープンの予定。内容としてホームページから看護の様々な情報を提供できるようにする。
- ・明日の総会后、9月5日付けで、会員にID、パスワードを送付予定。
- ・地方会とも連携しやすくなる。
- ・創刊号からの論文・講演等が検索可能なシステムになる（PDFで閲覧可）。

4. 役員選挙について（資料5）

山口桂子理事長（選挙管理委員会からの代理報告）

上記について、山口理事長より報告があった。

- ・役員（評議員）選挙の投票用紙が選挙人宛にすでに発送された。投票締め切りは10月1日。
- ・選挙管理委員会は、前回理事会で委員の承認をうけ、その後の評議員会文書会議により、加納佳代子・川畑安正・宮脇美保子評議員3名で結成された。互選により、委員長が加納氏に決定（6月20日付の会告）。
- ・これまで選挙管理委員会を2回開催、マークシート方式で行うことの具体的な方法について検討

し、評議員選出規定もそれに合わせて文言を一部変更した（「黒い鉛筆で○をつける」→「塗りつぶす」に変更）。

- ・マークシート方式の投票ははじめてであり、評議員会・総会において、誤投票を避けるように周知したい。
- ・マークシート方式の具体的な手順の決定により、印刷等の経費が当初予算を超える見積りとなっており、修正が必要になった。予算審議の際に会計から説明予定である。

5. その他

1) 日本学術会議について

2) 日本看護系学会協議会について

いずれも川口孝泰理事

上記について川口理事より報告があった。

- ・今年度、第1回日本看護系学会協議会役員会が5月26日開催。2回目は、9月の半ばに開催予定。1回目の役員会では、学術会議のメンバーに入った南裕子先生も含め、役割分担をおこなった。
- ・会長太田喜久子先生、副会長金川克子先生、指名理事南裕子先生、監事川嶋みどり先生、佐藤禮子先生、会計小山真理子先生、亀岡智美先生、企画広報が川口孝泰先生、野嶋佐由美先生、庶務手島恵先生と田代順子先生、事務局は、聖路加看護大学に置く。
- ・学術会議は、新しい組織として3つの大きな部門、人文部門、生命部門、理工部門があり、さらに、看護の所属分野は、健康生活科学におかれている。健康生活科学において活動を行う委員について南先生と学会協議会役員が調整し、連携会員等で看護系研究者15名が加わった（内5人が看護系学会協議会役員：太田喜久子先生と金川先生と川口理事と小松浩子先生と野嶋佐由美先生）。
- ・連携会員を含めた会議が9月に開催予定、具体的な議論に入る。

3) 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について（資料6）

泉キヨ子副理事長および宮腰由紀子理事

資料6にもとづき以下の報告がなされた。その際に、本学会の医療技術評価WG宮腰委員より出された会員への調査についての提案については、調査内容の活用の仕方などについての意見交換がなされたが、評議員会の承認をえられれば、明日より学術集会会場で行われることになった。

- ・平成17年度、39の看護系学会が集まり看保連が組織されたが、看護技術検討委員会と診療報酬検討委員会、2検討会を設立した。
- ・第1回の確認事項として、平成20年度の診療報酬改定に向けて、次回委員会の開催までに学術論文から研究題目を絞る。平成20年度の改定に間に合わない研究も、継続的にエビデンスレベルの高い研究を目指す事が確認された。
- ・第2回では各学会・団体から医療技術評価希望書作成に関わる進捗状況についての報告が行われ、ワーキンググループやPT（プロジェクトチーム）を立ち上げ、医療技術評価希望書作成を、今

年度の秋から今年度末にかけて行う予定の学会や団体が多いことが確認された。今回提出された学会としては、日本不妊看護学会、日本遺伝看護学会、日本看護科学学会があり、医療技術評価希望書について検討を行った。引き続き各学会、団体で医療技術評価希望書の作成を行う。

- ・本学会ではワーキンググループをつくり、診療報酬にあげていく項目について検討中。過去の文献の分析から一定のレベルで評価できるものをピックアップしている。
- ・本学会は総合的な学会であるため、ある特定の技術について絞り込んで端的に推薦できるわけではないが、多くの看護系内外の分野の会員がいることから、テーマによっては多方面からの評価・分類・分析が可能であり、研究をサポートすることができる。エビデンスを積み上げる支援として、研究テーマ・看護技術を選定し、副題研究または課題研究としてのプロジェクト化をすることなども考えられる（特別予算などで）。
- ・現在は、本学会における過去の文献から、一定レベルで評価できるものを一覧表に作成している段階であるが、求められているエビデンスレベル3以上の文献は多くない。
- ・看保連の年会費については、本学会には20万円が割り当てられる。
- －WGからの提案
 - ・会員からも「診療報酬で評価して欲しいと思う看護技術（看護活動）、診療報酬で可能な看護技術（看護活動）」について、推薦してもらいたいと考えており、今回の学術集会でアンケート用紙を配布して意見を調査したい。

審議事項

1. 平成17年度事業及び会計に関する報告

- 1) 事業報告 346頁参照 泉キヨ子副理事長

資料にもとづき報告があり、承認された。

2) 会計報告

一般会計・特別会計（選挙事業）347頁～356頁（355頁除く）参照

宮腰由紀子会計理事

特別会計（奨学会） 355頁参照 近田委員長

資料にもとづき、上記の説明と報告があった。

- 3) 監査報告 357頁参照 田島・松田監事

資料にもとづき、監査報告があり、その中で特別会計に関しては今後検討を要するとの意見があった。

以上、2) 3) については、奨学会基金の運用や奨学金授与希望者を増やすことについての意見が出された。その後承認された。

2. 将来構想検討委員会からの提案について

石井トク理事

石井理事より、①「学会誌発刊30年の記念事業として、記念講演を理事長の山口桂子先生にお願いしたい。記念誌は会員には無料配布との決定がされているが、非会員への販売価格を、実費から割り出すという方針で進めたい」、さらに、②「国際交流委員会の立ち上げを将来考えてゆきたい」の2点が将来構想委員会から提案され、承認された。

3. 理事定数について（資料8）

山口桂子理事長

山口理事長より、「評議員定数に関しましては、前回理事会で192名と決定したが、理事定数と地区割の決定がされていない。理事定数20名の地区配分を、北海道地区2 東北地区2 関東地区2 九州地区2 東京地区3 東海地区3 近畿・北陸地区3 中国・四国地区3 としたい。理事の数は、各地区の評議員数と比例はしていないが、近年、勤務先の異動が多く、各地区内の理事が1名もいなくなる可能性があり、これをさけるため各地区に2名以上の理事をおく必要がある」との提案があり承認された。

4. ホームページの改訂について

川口孝泰理事

川口理事より、ホームページの改訂に関しての進捗状況の説明（報告事項3.）に続き今後の実施検討項目として、電子投稿システムの構築、電子ジャーナル化についての提案があり、承認された。

5. 平成18年度事業計画（案）について 358頁参照

泉キヨ子副理事長

資料にもとづき提案があり、承認された。

6. 平成18年度予算（案）について 359～360頁参照

宮腰由紀子理事

資料にもとづき説明と提案があり、承認された。

主な説明は以下の通りである。

- ・地方会の補助金の算出方法の変更に伴う増額：一人当たり500円で計算。昨年度までは総額120万円、今年度は198万円を計上。
- ・諸会費：日本看護系学会協議会8万円のほか、看保連会費が決定され、20万円となったので、28万円を計上。
- ・会議費：将来構想委員会の活動が多くなることが予想される。特に医療技術評価ワーキングの活動を加味して、302万円を計上。
- ・パソコン・プリンタ・コピー機・クーラーなどの事務局備品の更新。
- ・ホームページの関連経費として、700万を計上。ランニングコストについては今後、検討の余地がある。
- ・選挙事業の積み立てに70万計上。しかし、新方式の導入によって若干オーバーする可能性がある。

収支全体としては補填できる見通しである。

7. その他

1) 平成18年度会計収支（4月1日～6月30日）についての報告（資料7）

宮腰理事

平成18年度会計収支として、6月30日までの実績が報告され、承認された。

2) 新入会申込理事会承認について

山口理事長

理事会一覧表回覧により承認された。

地方会発表目的の新入会者の退会が多いことについて、地方会開催者への情報提供と会員継続の呼びかけを行っているが、未だに状況は変わらないことが報告された。

3) 学術集会について

・第33回（平成19年度）学術集会

石井トク会長

石井会長より、「平成19年の7月28日と29日（土・日）に、岩手県民情報交流センター・市民文化ホールの二会場で開催する。メインテーマを「生命科学時代における知と技と心」とするが、このテーマのもとに、教育講演や市民講座を考えている。」との報告があった。また、学術集会中に各地方会の会合を開催する希望がある場合には、早い時点で申し出てほしいとの依頼があった。

・第32回学術集会経過報告

松岡 緑会長

上記についての準備の経過報告と挨拶があった。

平成18年度日本看護研究学会評議員会議事録

日 時：平成18年8月23日（水）17：20～19：00

場 所：別府市ビーコンプラザ 小会議室33

会則第5章第16条4）により、平成18年度評議員会成立の確認があった。

評議員数：147名（平成18年8月7日 7地区 1名退会）

出席評議員：59名 欠席委任状 85名

過半数の出席（委任状含む）により、成立

評議員以外に 会則第19条3）により、第32回学術集会会長 松岡緑氏出席

第33回学術集会事務局 福島裕子氏 出席報告

書記の任命 工藤せい子、近藤裕子各評議員

議長：山口桂子理事長

29巻3号345頁 平成18年度日本看護研究学会総会議事事項参照し、議事進行

*議事に先立ち、山口理事長より挨拶があった。

報告事項

1. 学会員の動向について

泉キヨ子副理事長

会員総数 5,587名

内訳 名誉会員 8名

理事 21名

評議員 126名

一般会員 5,432名（平成18年8月21日現在）

2. 委員会報告について

1) 編集委員会

川口孝泰委員長

①現在の投稿論文の状況

平成16年度：1編をのぞき、採否が決定している。

平成17年度：78編投稿 32編採用、27編不採用、1編辞退

不受理1編（投稿規程にあっていない）、経過中（査読・修正）17編

平成18年度（4月－8月）：30編（8／22現在、8／14では27編）投稿、

2編採用、8編不採用、1編辞退、経過中（査読・修正）16編

・不採用については結論が早く出るが、採用決定までには1～2回の査読者とのやりとりがあるので、現在の採用は2編である。現時点で27編の投稿があり、今年度は80編をこえる見込みである。

・29巻1号～4号までに各10編の論文が掲載される。29巻5号は9編。

②投稿論文の受付から査読および掲載までの流れについて

第32回学術集會中（明日8月24日）に「交流セッション」で査読の流れについて公開する予定である。

③学会誌の校正と、英文抄録のネイティブ・チェックについての専門家への依頼について

・日経スタッフ関連の会社による見積もりでは、100頁前後の雑誌で約14万円である。しっかりした雑誌にするために最終チェックを依頼しようと考えている。

④学会のホームページ改訂の進捗状況と、過去論文の検索システムの構築と電子投稿の方向性などについて

・ホームページを介して、論文の査読・審査、過去の論文の検索システムが可能になるように検討中である。

⑤その他 メディカルオンラインからの参画依頼について

2) 奨学会委員会

近田敬子委員長

①奨学研究発表：

山口大学 山勢博彰氏は一昨年度発表：研究報告で投稿終了。

山形大学 叶谷由佳氏は昨年発表終了、未だ論文にはなっていない。

名古屋市立大学 佐藤政枝氏 明日発表予定

②平成18年度奨学金授与 2名

京都市立看護短大 加藤真由美氏

京都大学大学院研究科学生 鮫島輝美氏

3) 学会賞・奨励賞選考委員会

深井喜代子委員長

①学会賞：大串靖子氏（青森県立保健大学）受賞記念講演 明日8月24日

②奨励賞：静野友重氏（元介護老人保健施設「ミネルワ」）

「高齢者の下肢浮腫に対するタッピングの効果」

・学会賞および奨励賞授賞式 明日8月24日の総会時

③学会賞および奨励賞に関する規定及び規定細則一部改正の確認（370～371頁）

・改正理由：学会賞の応募を多くすることがねらい

規定 第3条 1) の次に1行挿入「次のいずれかの条件を満たすもの」

第4条 1) (1)「15年以上」を「10年以上」と改正。

規定細則 第2条 1)「次のいずれかの条件を満たすもの」を挿入

4) 将来構想検討委員会

石井トク委員長

①法人化ワーキンググループ（山口、早川、茅島）

・法人に関する新法案（公益法人制度改革三法）が6月2日成立し、届け出制により認められる。

新しい法律に合わせた、定款・会計方式を作り、進めていく予定。

- ・法律の施行が1年6ヶ月以内（平成20年度内）であり、それまでにこの学会の目的・趣旨にあう法人の形を探っていきたい。

②倫理委員会

- ・当学会の倫理綱領を作成するほか、編集委員会と協力して倫理審査委員会の機能を果たせるよう、「看護研究者および看護実践者の質向上をはかるための看護研究に関する倫理的研修会の開催」「生命倫理に抵触する問題が生じた時に何らかの形で社会に見解を表明」「看護研究論文の倫理的・科学的妥当性について専門とする研究倫理委員会の結成」などについて検討中である。

③30周年記念行事

- ・記念誌の発行（A4判 120～140頁程度）を予定している。内容は、投稿論文の分析や編集活動、投稿数、採択数、査読システムの変遷、査読者の一覧、学会のテーマ・分析、本学会の変遷など。今後の展望については、歴代編集委員長・理事長らの座談会を開催しその内容の掲載を予定している
- ・特別記念講演として平成19年度33回学術集会において山口桂子理事長の講演を予定。

3. ホームページの改訂の進捗状況について

川口孝泰理事

- ・セキュリティの問題、データベースのサーバーの独立、プライバシーの保持などいくつかの検討事項はあったが、9月にリニューアルしてオープンできる予定。
- ・ホームページから看護の様々な情報を提供できるようにするが、会員の専用利用のためのID、パスワードを9月早々に送付して、使用できるようにする。
- ・地方会の頁との連携も見やすくなる。
- ・創刊号からの論文・講演等が検索可能なシステムになる（PDFで閲覧可）。

4. 役員選挙について

山口桂子理事長（選挙管理委員の代理報告）

- ・理事定数20名（北海道地区2 東北地区2 関東地区2 東京地区3 東海地区3 近畿・北陸地区3 中国・四国地区3 九州地区2）
- ・理事の定数は、各地区の評議員数と比例はしていないが、各地区に2名以上の理事を置く（異動が多く、各地区内の理事が1名もいなくなる可能性があり、これをさける為）。
- ・評議員：192名。会員数の増加に伴い増加しているが、今後、評議員定数をどうするかについての検討が必要となる。
- ・評議員選挙にマークシート方式を導入：はじめてのことなので、注意事項の周知に努めるつもり。
- ・締め切り：10月1日

5. 地方会について（審議事項のあと報告が行われた。）

- | | |
|------------|---------|
| 1) 北海道地区 | 石垣靖子理事 |
| 2) 東海地区 | 天野瑞枝評議員 |
| 3) 近畿・北陸地区 | 近田敬子理事 |
| 4) 中国・四国地区 | 深井喜代子理事 |
| 5) 九州地区 | 井上範江評議員 |

6. その他

- 1) 日本学術会議について 以下の 1) 2) 共に 川口孝泰理事

- ・ 昨年10月に組織そのものが改組になった。看護系からは南裕子氏が会員として選ばれた。これに伴い日本看護系学会協議会は、日本学術会議の看護学研連をサポートする組織としてつくられたが、日本学術会議の改組に伴い日本看護系学会協議会も目的等々の変更をしながら、新しい組織として今年度からスタートした。
- ・ 昨年度、協議会の役員について、各学会から推薦者を出して選挙を行った。日本看護研究学会からは川口理事を推薦し、役員として選ばれた（理事長）。

- 2) 平成18年度第1回日本看護系学会協議会役員会（5月26日、第2回は9月中頃）

- ・ メンバーと役割担当が決定
- ・ 南先生は学術会議のメンバーのため、学会協議会の中にも加わる。学術会議では、健康生活科学の中に看護が位置付けられた。健康生活科学の委員60名中、15名が看護系研究者で、そのうち5名が当協議会の理事となった。

- 3) 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について

泉キヨ子副理事長および宮腰由紀子理事

- ・ 平成17年度、39の看護系学会が集まり、看護技術検討委員会と診療報酬検討委員会、2検討会を設立した。
- ・ 研究会ではワーキンググループをつくり、診療報酬にあげていくかについて検討中。過去の文献の分析から一定のレベルで評価できるものをピックアップしている。診療報酬の対象となる研究論文をピックアップするために、明日からの学術集会会場で会員からの調査を行いたい。明日までに評議員はアンケート用紙に意見を出して欲しい。
- ・ 看保連の年会費については、本学会には20万円が割り当てられる。

- 4) 個人情報について

山口桂子理事長

- ・ 学会誌の事務局便り欄に本学会が管理している個人情報の使用について明記した。

審議事項

1. 平成17年度事業及び会計に関する報告

- 1) 事業報告 346頁参照 泉キヨ子副理事長
報告どおり承認された。
- 2) 会計報告 宮腰由紀子理事
一般会計・特別会計（選挙事業）347頁～356頁（355頁除く）参照
報告どおり承認された。
特別会計（奨学会） 355頁参照 近田敬子委員長
報告どおり承認された。
- 3) 監査報告 357頁参照 田島桂子・松田たみ子監事
報告どおり承認された。

*以上1)－3)の報告に関して、特別会計報告に対し、野島良子評議員より、「奨学金の有効活用について、基金がスタートした①発端・経緯、将来の研究者の育成・発展を願ってできた貴い基金であること、②意義、③採用状況、を会員に毎年簡潔に伝えていく必要がある。」との意見・指摘があった。これに対して、山口理事長、近田理事から、二十年の歩み18巻に詳細に載せ周知しているほか、三十周年記念誌にもその意向を載せる予定であることが説明された。

2. 将来構想検討委員会からの提案について 山口桂子理事長
国際交流委員会の設置についての提案がなされ、承認された。

3. ホームページの改訂について 川口孝泰理事
ホームページの改訂について、9月リニューアルオープンについて、今後の予定が以下のように提案され、承認された。

<今後の予定>

第1段階：学会窓口を会員と一般に分けて情報を提供する

アドレス <http://www.jsnr.jp>

第2段階 電子投稿・査読システム

ジャーナルも電子化されたかたちで見られるようになった。今後は英文のジャーナルも検討する。

4. 平成18年度事業計画（案）について 358頁参照 泉キヨ子副理事長
案どおり承認された。

5. 平成18年度予算（案）について 359～360頁参照 宮腰由紀子理事
案どおり承認された。

* 地方会補助金の変更について、従来は総額120万であったが、計算方法を変えて、会員一人当たり500円×会員数として各地方会に割り当てたことで総額198万円となったとの説明があった。

6. 第34回（平成20年度）学術集会会長の選出について 山口桂子理事長
園田学園女子大学人間看護学科の近田敬子理事が推薦され、承認された。

7. その他

1) 太田評議員から、臨床研究を実施する場合に倫理審査を受けないといけませんが、学会が倫理審査の支援を行うのかとの質問が出された。それに対し石井理事より、現在検討中である旨の回答があった。

2) 第33回（平成19年度）学術集会 石井トク会長から挨拶

3) 第32回学術集会経過報告 松岡 緑会長

以上 記録：近藤裕子，工藤せい子

日本看護研究学会平成18年度総会議事録

日 時：平成18年8月24日（木）13：00～14：00（10分延長）

場 所：別府市ビーコンプラザA会場コンベンションホール

司 会：泉キヨ子副理事長

会則第7章第20条3）により，総会の成立確認

会 員 数：5,587名（議決権を有する会員）

出席通知：118名

欠席委任状：1,051名

回 答 数：1,169名

会員の10分の1以上（委任状含む）の出席により，総会成立を宣言する。

議長については，会則第7章第20条4）により，学術集会長が当たる。

議 長：第32回学術集会 松岡 緑 会長

山口桂子理事長挨拶

議事進行 第32回学術集会会長 松岡 緑

報告事項

1. 学会員の動向について

泉キヨ子副理事長

会員数の動向およびその内訳について

（会員総数 5,587名：名誉8名，理事21名，評議員126名，一般5,432名）報告があった。

2. 委員会報告について

1) 編集委員会

川口孝泰委員長

投稿論文の経過と今年度の掲載予定についての報告があった。また，「学会誌の校正，ネイティブチェックを今後業者に依頼する予定である」，「査読の経緯などについては，本日，編集委員会主催で交流会を開催し，そこで公開するので多くの会員に参加してほしい」ことが報告された。

2) 奨学会委員会

近田敬子委員長

以下の報告があった。

・奨学金授与を受けた方の論文の発表

一昨年度発表：山口大学 山勢博彰氏は29巻2号において論文掲載。

昨年度発表：山形大学 叶谷由佳氏は今年度中に学会誌に論文投稿の予定。

本日，名古屋市立大学 佐藤政枝氏の奨学会研究発表が行われた。

・平成18年度奨学金授与者 2名（加藤真由美氏，鯨島輝美氏）総会終了後授与

3) 学会賞・奨励賞選考委員会

深井喜代子委員長

以下の報告があった。

- ・平成17年度報告（学会誌29巻3号 346ページ4に掲載）

学会賞：大串靖子氏（青森県立保健大学）総会終了後，記念講演

奨励賞：静野友重氏（元介護老人保健施設「ミネルワ」）

- ・学会賞の規定に関する変更について（370, 371ページ参照）

規定 第3条 1) の次に1行挿入「次のいずれかの条件を満たす者」を追加，受賞範囲が広がったことになる。

第4条 資格 1) (1)「15年以上」を「10年以上」と改正した。

規程・細則 第2条1)「次のいずれかの条件を満たす者」を挿入。

- ・平成18年度学会賞推薦が9月30日締め切りであり，ご推薦いただきたい。

4) 将来構想検討委員会

石井トク委員長

将来構想検討委員会の中の各委員会に関する報告が以下の通りあった。

①法人化検討委員会について（山口桂子理事長）

- ・山口桂子・早川和生理事，茅島江子評議員で構成。
- ・従来から法人になることを目指して，情報収集等していたが，法人に関する新法案（公益法人制度改革三法）が6月2日成立し，届け出制により認められるようになった。新しい法律に合わせた，定款・会計方式を作り，進めていく予定。
- ・法律の施行が1年6ヶ月以内（平成20年度内）であり，それまでにこの学会の目的・趣旨にあう法人の形を探っていきたい。

②倫理委員会について（石井トク理事）

- ・松木光子，手島恵，川口孝泰，石井トク各理事の4名で構成。
- ・本学会は，倫理綱領がないのでこれを作成し，将来に向けて倫理に関する研修会の開催等を予定している。また，看護研究の質的な向上を図ること，さらに査読関連でも編集委員会と協力して独自の倫理評価機能を持つようにするなど，検討中である。

③学会誌30巻発行記念事業について（石井トク理事）

- ・江守陽子，田中裕二，尾岸恵美子，松田たみ子，中野正孝評議員，三木明子会員の6名で構成。
- ・記念誌の発行 A4判 120ページ～140ページの予定。
- ・内容：投稿論文の分析，歴代の編集委員会の変遷，各委員会の活動，今後の展望として，これまでの歴代会長，理事長，編集委員長などの座談会を行い，その内容を掲載予定。
- ・記念特別講演として，第33回学術集会中に，現理事長である山口桂子氏に記念講演をお願いしている。

3. ホームページの運営について

川口孝泰理事

昨年の総会でホームページについて提案し、その後具体的に実施された内容について、以下のよう
に報告された。

・本日の総会終了後、9月から新しいホームページにリニューアルされる。

①ホームページのT o p 画面でも一般の方が看護に興味を持ってもらえるような情報提供を行う。そ
のためには、独自の面とセキュリティや、データベースを確保する必要がある、設置した。

②会員向けと一般向けに分けて、積極的に書き換えながら情報を活用できるホームページとなるよう
工夫し、デザインした。

③地方会も活発に活動しているので、ホームページ上で地方会連携も考えた。

④セキュリティの問題も考えて、会員個人の認証I D、パスワードを保有し、会員が論文検索やいろ
いろな活動の情報が得られるようにした。学会誌創刊号から検索システムの中で探すことができる
ようになった。

⑤今後は、電子化を通じて、電子ジャーナル化を図ることや査読システムの構築を考えている。

4. 役員選挙について

山口桂子理事長（選挙管理委員の代理で報告）

役員選挙に関する経過と今後の予定について報告された。

・会告で通知のとおり、平成18年度は、役員選挙実施年度である。8月上旬に選挙人に 投票用紙を
配布した。締切は10月1日。

・今回の選挙からマークシート方式を取り入れ、正確に、迅速にできるように計画しているが、注意
事項を確認の上、誤投票のないようにお願いしたい。

5. その他

1) 日本学術会議について

2) 日本看護系学会協議会について

いずれも川口孝泰理事

1) 2) に関し、日本看護研究学会よりの推薦で日本看護系学会協議会の役員を担っている川口
理事より以下の報告があった。

・日本看護系学会協議会は30の看護系学会から、それぞれの代表が看護に関する学術活動の議論を
行っている。

・日本学術会議は、今年から総務省管轄から内閣府の管轄になり、大きな組織替えが行われた。看
護系からは南裕子先生が会員になられたが、看護は健康生活科学というジャンルの中に所属し、
今後活動する。健康生活科学の連携会員として看護系から15名（学会協議会の中から5名の委員：
太田喜久子先生、金川克子先生、私（川口）、小松浩子先生、野島佐由美先生が参加）選ばれた。
看護の社会参加、学術参加の位置づけを議論することになる。9月に第1回顔合わせの予定。

3) 看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について

泉キヨ子副理事長

上記についての活動報告があった。

- ・平成17年に看護系学会39学会の代表が集まり、看護の立場から社会保険制度のあり方を提言し、また診療報酬体系及び、介護報酬体系等の評価、適正化の促進を目的に組織として発足し、本学会からも参加した。
- ・我が国では、医療看護サービスの公定価格は、すべて診療報酬体系により定められているが、まだまだ看護に対する評価が低いと言うことで発足した。
- ・看保連には、二つの委員会（看護技術検討委員会、診療報酬及び介護報酬のあり方に関する検討委員会）がある。
- ・本学会から、看護技術検討委員会に紙屋克子理事が参加している。
- ・看護技術に関しては、本学会は専門が特化された学会ではないため、研究領域が広く看護技術を絞り込むことが難しいが、テーマによっては、看護技術も含めて多方面から分析可能な会員を有している。学会としてエビデンスとなる研究をサポートしていくことも大切である。
- ・本学会でもWGを作り、過去の文献から評価できるもののデータベース化を行っている。
- ・「診療報酬を期待する看護技術に関するアンケートのご協力をお願い」について、会員の皆様のご協力を得て進めたいので、本学術集会期間中、受付に回収箱を設置しているので、ご回答いただきたい。

審議事項

1. 平成17年度事業及び会計に関する報告

1) 事業報告

泉キヨ子副理事長

平成17年度事業報告 346頁報告

2) 会計報告

一般会計・特別会計（選挙事業）347頁～356頁（355頁除く）

宮腰由紀子理事

特別会計（奨学会） 355頁報告

近田敬子委員長

3) 監査報告 357頁

田島桂子監事

以上、1)－3)について資料に基づき説明があり、承認された。

2. 将来構想検討委員会からの提案について

石井トク理事

将来の本学会の展望を考え、国際交流委員会を設置することを提案したい。

3. ホームページの改訂について

川口孝泰理事

これから電子投稿、査読システム等、電子ジャーナル、英文ジャーナルに向けての検討を開始する。

以上、2.3.について資料に基づき説明があり、承認された。

4. 平成18年度事業計画（案）について 358頁参照

泉キヨ子副理事長

資料に基づき説明ののち、上記2.をうけて、事業案8に4)国際交流委員会設置を追加提案することで承認された。

5. 平成18年度予算（案）について 359～360頁

宮腰由紀子理事

資料に基づき説明ののち、以下①～③について修正提案があり、承認された。

<予算 修正箇所>

①支出項目 当期支出合計 55,044,613→55,045,463

②次期繰越収支差額に0を記入

③地方会の補助費については、本学会の特色を考慮し、会員一人当たり500円を計上した金額を補助金とした。

6. 第34回（平成20年度）学術集会会長の選出について

山口桂子理事長

現理事で、奨学会委員長 近田敬子先生（園田学園女子大学）が推薦され、承認された。

以 上

*総会終了後、以下の表彰等が行われた。

司 会 泉キヨ子副理事長

第33回（平成19年度）学術集会会長 石井トク氏ご挨拶

盛岡で7月28、29日開催。プレカンファレンスセミナー準備中。

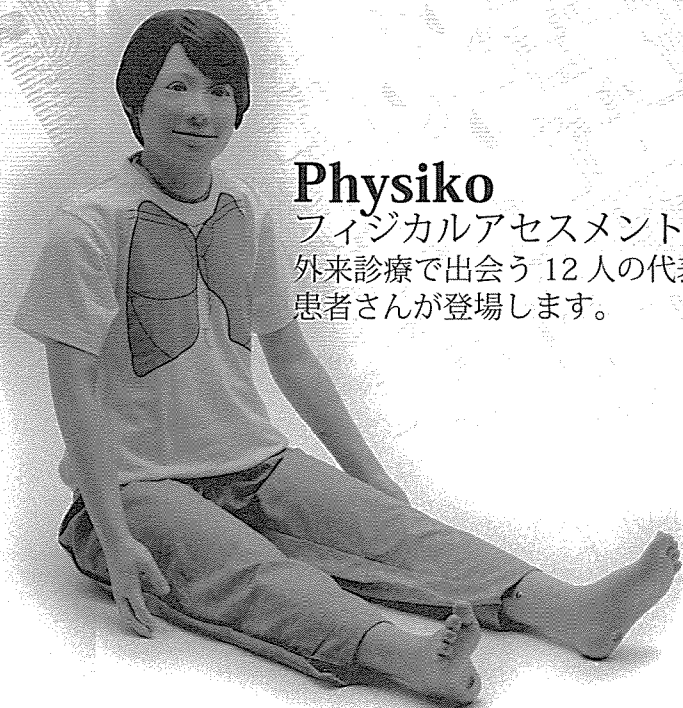
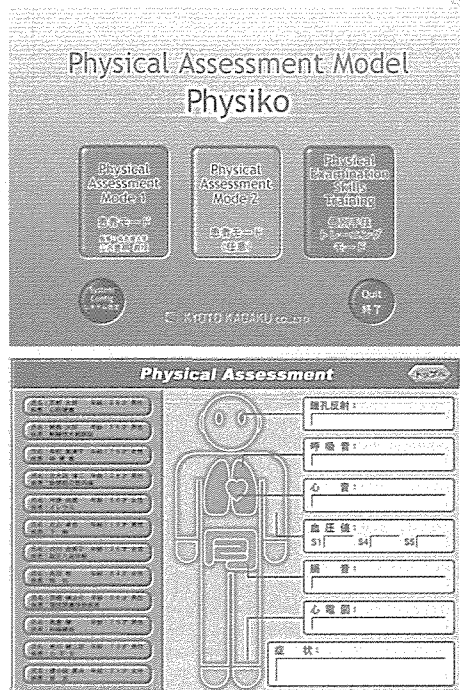
メインテーマは、「生命科学時代における知と技と心」とし、さわやかな風と豊かな自然の中で未来の看護を語り合いたい。多数ご参加ください。

表彰および奨学金授与

- ・平成18年度奨学会奨学金授与： 加藤真由美氏 鮫島輝美氏
- ・平成16年度奨学金授与、平成18年度研究発表表彰： 佐藤政枝氏
- ・平成17年度学会賞授与： 大串靖子氏
- ・平成17年度奨励賞授与： 静野友重氏

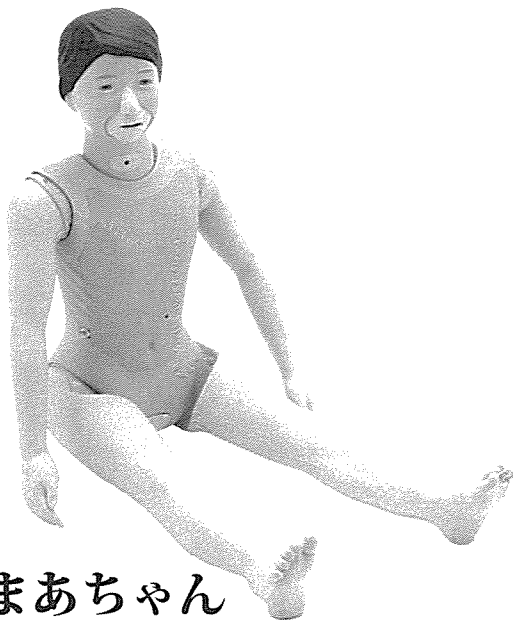
14：00～14：20 学会賞記念講演 大串靖子氏

看護実践能力育成のために—教育カリキュラムがめざす「臨地実習」をサポート



Physiko

フィジカルアセスメントモデル—
外来診療で出会う 12 人の代表的な
患者さんが登場します。



まあちゃん

小児看護実習モデル（医療的ケアモデル）
「痰」の吸引や経管栄養注入などの「医療的ケア」
をトレーニングすることができます。



これからの看護教育に不可欠な
教育用シミュレータ&
トレーニングモデル

詳細なパンフレットがございます。お問合せください。



株式
会社 **京都科学**

E-mail: rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp <http://www.kyotokagaku.co.jp>
Tel: 京都 075-605-2510 fax:075-605-2519 Tel: 東京 03-3817-8071 fax:03-3817-8075

日本看護研究学会

第12回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

日本看護研究学会第12回九州・沖縄地方会学術集会を沖縄県で開催することになり、現在、準備を進めております。

超高齢社会に突入し、多数の離島を抱える島嶼地域における高齢者の終末期支援が大きな課題となっています。社会資源の乏しい離島における高齢者の終末の現実を踏まえながら、訪問看護・在宅医療の連携ネットワークによる支援や、ホスピスケア・レスパイトを柔軟に取り入れた終末期介護のサポートなど、看護職が島嶼地域において高齢者の終末期をどのように支えられるか、参加者と一緒に考えていきたいと思っております。

多数の一般演題へのご応募とご参加を心からお待ち申し上げます。

メインテーマ：「島嶼看護への道を拓く」

会 期：平成19年11月10日（土） 9：00～17：00

会 場：琉球大学医学部上原キャンパス（臨床講義棟・保健学科棟・がじゅまる会館）
沖縄県西原町字上原207 琉球大学医学部上原キャンパス

《プログラム》

9：00 受付

9：25 開会

9：30 学術集会長挨拶

9：45 シンポジウム ～高齢者の終末期をどう支えるか～

渡 口 義正 氏（特別養護老人ホームあぐに 所長）

与那覇 シゲ 氏（訪問看護ステーションみやこ 看護師）

照 屋 愛 氏（介護サービスセンター 看護師）

天 願 勇 氏（統合医療センタークリニックぎのわん 医師）

11：45 総会

12：00 昼食

13：30 研究発表（口演・ポスター）

17：00 懇親会

演題申し込み・抄録原稿締め切り日：平成19年 7 月17日（火）消印有効

参加登録申し込み締め切り日：平成19年10月19日（金）必着

参加費・振込先

会員 3,500円 郵便振替

非会員 4,000円 口座番号 01710-3-96879

学生・大学院 1,000円 口座名 12回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会

懇親会費 3,000円

●問い合わせ・応募先

〒903-0215 沖縄県西原町字上原207 琉球大学医学部保健学科地域看護学分野

日本看護研究学会第12回九州・沖縄地方会学術集会事務局（担当：小笹美子）

TEL 098-895-3331（内線2650） FAX 098-895-1432

■ 対外報告2件の公表について（ご報告）

第34回幹事会（3月22日開催）において、以下の対外報告が承認され、同日公表しました。

- 「地球温暖化とエネルギー ―持続可能な社会に向けた衡平な負担―」
（平成19年3月22日、エネルギーと地球温暖化に関する検討委員会）

本報告は、地球温暖化を中心とするエネルギーと環境の問題について、様々な学問分野の知見に基づいた俯瞰的な提言をするものであり、「継続的な取組み」、「イノベーションの実現」、「衡平性の確保」という三つの視点の重要性が示されています。また、本報告は、2008年に日本で開催される予定のG8サミットに向けて、各国科学アカデミーによる事前の共同声明の作成にも資するためとりまとめられたものです。

報告全文は、日本学術会議ホームページの以下のURLで御覧いただけます。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/energy/index.html>

- 「提言：知の統合 ―社会のための科学に向けて―」
（平成19年3月22日、科学者コミュニティと知の統合委員会）

知の体系は細分化されやすいものであり、このことは人文社会系、理工系に共通して及び、「社会のための科学」に対する障壁となっています。本報告においては、「認識科学と設計科学の連携の促進」、「使命達成型科学の研究マネジメントにおける留意点」、「異分野科学者間の対話の促進」という三つの視点の重要性が示されています。

報告全文は、日本学術会議ホームページの以下のURLで御覧いただけます。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/togo/index.html>

■ 地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築シンポジウムの開催（ご案内）

日 時：5月9日（水）13：00～17：00

会 場：日本学術会議 6-C会議室（6階）

（東京都港区六本木7-22-34 東京メトロ千代田線「乃木坂」駅5番出口徒歩1分）

主 催：日本学術会議地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築委員会

参加費：無料（参加受付中です）

開催趣旨：日本学術会議地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築委員会では、地球規模の災害を視野において、安全・安心のための社会基盤構築の在り方や将来の整備の適正水準を検討し、これらの自然災害や社会環境の変化に如何に対応すべきか、科学的知見に基づく具体的な政策提言（案）をまとめています。政策提言について参加者とともに議論することを本シンポジウムの目的としています。

プログラム（敬称略）：

開会挨拶

(1) 課題別委員会の活動と報告の概要

濱田 政則（地球規模の自然災害に対して安全・安心な社会基盤の構築委員会委員長、早稲田大学理工学術院教授）

(2) 災害要因となる自然災害の解明と予測

入倉 孝次郎 (京都大学名誉教授・愛知工業大学客員教授)

(3) 国土構造の変化がもたらす災害脆弱性

日下部 治 (東京工業大学大学院理工学研究科教授)

(4) 災害に強い社会構造

林 良嗣 (名古屋大学大学院環境学研究科長)

(5) 発展途上国の状況と海外支援のあり方

竹内 邦良 (山梨大学大学院医学工学総合研究部教授)

(6) 社会基盤整備の適正水準の考え方

池田 駿介 (東京工業大学大学院理工学研究科教授)

(7) 提言と日本学術会議が果たすべき役割

濱田 政則

閉会挨拶

◆参加申込方法：

FAX、E-mail、またははがきにて必要事項（氏名（ふりがな）・年齢・職業・連絡先電話番号・E-mailアドレス）を御記入の上、以下の問い合わせ先担当宛にお申し込みください。

【問い合わせ・申し込み先】

日本学術会議事務局参事官室（審議第二担当）課題別委員会担当

〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34

TEL：03-3403-1056 FAX：03-3403-1640 E-mail：s254@scj.go.jp

*定員（120名）となり次第、締め切りとさせていただきます。

なお、定員に達しない場合は、当日も受付を行いますので、直接事務局へお問い合わせください。

開催日までに定員に達した場合、受付に漏れた方にのみ、ご連絡を差し上げます。

◆また、日本学術会議のホームページにも掲載していますので御参照ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/event/index.html>)

●ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel：03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■ IAP執行委員会出席（ご報告）

報告の時期が遅くなりましたが、以下のとおりご報告いたします。（文中、「ドイツで開催のG8+5会合」については、3月15日、16日に開催されています。）

会議名称：「IAP執行委員会」

会期：2月27日（火）～28日（水）

場所：トリエステ（イタリア）

2月27日から28日にわたって、トリエステ（イタリア）においてIAP執行委員会が開催され、日本学術会議からは、土居範久副会長、武市正人第三部会員のほか事務局から村田参事官が出席しました。

昨年12月アレキサンドリア（エジプト）で開催されたIAP総会で選出された新執行委員会メンバーによる初の会議となるものであり、日本のほか、ブラジル、キューバ、エジプト、ドイツ、マレーシア、オランダ、UKの代表者が出席したほか、ゲストとして今年のG8学術会議主催アカデミーであるドイツのレオポルディーナから参加がありました。

会議では、昨年12月のIAP総会で決定された「戦略計画」の具体的実行に向けた方策を中心として議論がなされるとともに、IACとの協力関係の具体化、3月にドイツで開催されるG8+5会合へのIAPとしての貢献の可能性等が議論されました。

また、執行委員会の下に設置される戦略計画委員会等5委員会のうち、日本学術会議は戦略計画委員会にメンバーとして参加することが決定されました。

次回執行委員会はキャンベラ（オーストラリア）で開催することとされました。

なお、当国際会議の詳細については、ホームページに掲載しておりますのでご参照ください。

<http://www.scj.go.jp/ja/int/haken/index.html>

■ 対外報告2件の公表について（ご報告）

第35回幹事会（4月9日開催）において、以下の対外報告が承認され、同日公表しました。

- 「第一報告：国際天文学連合における惑星の定義及び関連事項の取扱いについて」（平成19年4月9日、物理学委員会 IAU分科会及び天文学・宇宙物理学分科会）

本報告の主な内容は、

- ・ dwarf planetが新たなカテゴリーとして提案・採択されたが、その基準にあいまいさが残る等の問題が指摘されており、国際天文学連合でのさらなる検討を要請する
- ・ dwarf planetの用語・概念は、当面の間は、学校教育をはじめ社会一般においては、積極的に使用することは推奨しない
- ・ 社会的要請などから dwarf planetの日本語での表記が必要な場合は、「準惑星」と表記することを推奨する

などです。

報告全文は、日本学術会議HPの以下のURLで御覧いただけます。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t35-1.pdf>

○「基礎科学の大型計画のあり方と推進について」

(平成19年4月10日、物理学委員会・基礎生物学委員会・応用生物学委員会・地球惑星科学委員会・化学委員会・総合工学委員会合同基礎科学の大型計画のあり方と推進方策検討分科会)

本報告は、わが国の基礎科学の大型計画が当面する問題とそれに対する提言を取りまとめたもので、すばる望遠鏡といった基礎科学を担う大型施設の新設について

- ・ 長期的マスタープランの必要性
- ・ 国策型大型研究との関係の整理の必要性

を指摘し、検討のための枠組み作りを提言するとともに、それらへの取組みの中で日本学術会議が積極的な役割を果たすことを表明しています。

報告全文は、日本学術会議HPの以下のURLで御覧いただけます。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t36-1.pdf>

●ホームページの「ニュース・メール」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■ 金澤会長より「科学者の行動規範の再確認について」

科学者の行動規範の再確認について

安全性の判断や性能基準の策定などの科学的基礎となる研究においては、その透明性や信頼性が確保されるように、十分な配慮を行うことがとりわけ必要である。然るに最近、ある企業が開発した医薬品等の安全性を評価する場に、その企業から研究資金の提供を受けた研究者が直接責任を負う立場で参画しているために透明性に疑念を招いた事例があり、その対応や改善策が関係機関によって検討されているところである。

科学がその健全な発達・発展によって豊かな人間社会の実現に寄与するためには、科学者が社会に対する説明責任を果たすこと、科学と社会の健全な関係の構築と維持に自覚的に参画すること、その行動を自ら厳正に律することが必要である。

したがって、科学者においては、社会から無用な誤解を受けることがないように、「科学者の行動規範（平成18年10月）」に則って、個人の専門性を活かした協力はしつつも、自らを客観的な立場から厳正に評価して適切な行動をとるように、改めて注意を喚起する次第である。

平成19年5月1日
日本学術会議会長
金澤 一郎

注：「科学者の行動規範（平成18年10月）」は、下のURLに掲載されています。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-s3.pdf>

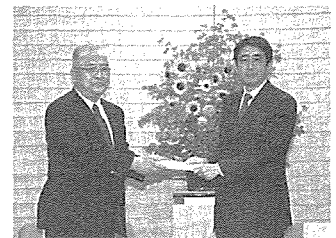
■ 「G8ドイツサミットに向けた各国学術会議の共同声明」に対する 日本学術会議会長コメントの公表（ご報告）

日本学術会議は、6月にドイツ・ハイリゲンダムで開催されるG8サミットに向け、G8サミット各国及び関係5カ国（ブラジル、中国、インド、メキシコ、南アフリカ）のアカデミーと共同で、サミット参加国指導者に対する提言を取りまとめ、5月16日夕刻、金澤会長から安倍総理に「エネルギー効率及び気候保全」及び「イノベーション」についての声明を手交しました。

これに対する金澤会長のコメントを次のとおり発表しましたので、お知らせします。

なお、共同声明の仮訳及び本文は日本学術会議ホームページに掲載しております。

【問い合わせ先】日本学術会議事務局参事官室（国際業務担当）
(Tel：03-3403-1949、i25 2 @scj.go.jp)



日本学術会議会長コメント

平成19年5月16日

日本学術会議は、本年6月6日から8日にドイツ・ハイリゲンダムで開催されるG8サミットに向け、G8主要先進各国及び関係5カ国（ブラジル、中国、インド、メキシコ、南アフリカ）のアカデミーと共同で、サミット参加国指導者に対し科学者の視点から提言を取りまとめ、本日、安倍総理に2つの声明「成長と

責務－持続可能性、エネルギー効率及び気候保全」及び「成長と責務－イノベーションの推進と保護」を手交した。

ドイツでは、本日15時（現地時間）に、ドイツ連邦首相官邸において、本年のG8サミット議長であるメルケル首相と各国アカデミー代表者との会合が開催され、これらの共同声明について討議される。この会合には、日本学術会議からは土居副会長が出席する。

これらの声明で、我々主要国のアカデミーは、G8各国首脳をはじめ世界の指導者に対して次のように訴えている。

「成長と責務－持続可能性、エネルギー効率及び気候保全」

- ・エネルギー効率化、低・無炭素エネルギー源等の仕組を達成するために、大規模な投資及び技術・制度上のイノベーションが必要
- ・G8諸国は気候変動について特別の責任を有する。新興工業国は、将来、その責任をG8諸国とともに共有することになる
- ・エネルギー効率の向上が問題解決の重要な最初の一步であり、基準の策定、経済的手法による誘導、科学技術への投資を行うべき
- ・世界的な森林伐採を抑制する方策の検討と実施
- ・エネルギー分野に着目した研究開発を大幅に拡充する必要。このため、G8+5諸国は、明確な研究アジェンダ、イノベーションのための国内ロードマップを策定し、これらについて密に国際対話を行うべき

「成長と責務－イノベーションの推進と保護」

- ・広範な基礎研究に強力な投資を行うこと、長期的な国際的研究課題の開発が重要
- ・途上国支援が重要（イノベーションに取り組む人材の育成、世界的な金融機関による大胆なイニシアティブ、インフラや法規の整備など）
- ・知的財産権制度による権利の保護と自由なアクセスのバランス。特許を研究目的で利用する場合の制約を排除すべき
- ・知識及びイノベーションの移転（特に、大学－産業間）の促進、起業精神を活性化するための手段の確立

今回の声明は、本年のG8サミットの重要な議題となる地球環境問題とイノベーションについて、科学者の視点から課題解決のための政策提案を行うものとして極めて重要なものである。

日本学術会議は、今後とも各国アカデミーと連携し、国内外の科学者や学術研究団体と協力しながら、地球的規模の諸課題の解決に積極的に貢献してまいりたい。特に、来年は日本でG8サミットが開催される予定であり、日本学術会議としては、各国アカデミーに対し、より一層のイニシアティブを発揮してまいりたい。

日本学術会議会長 金澤 一郎

●ホームページの「ニュース・メール」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

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。刷紙媒体に必要な著者は，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）、始ページー終ページ、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ー終ページ、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、始ページー終ページ、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、A 4 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。

事務局便り

1 平成19年度会費のご案内

4月20日付けでご案内しました平成19年度会費をまだお納め頂いていない方は、早めに同封の振込用紙または、下記の口座あてにお振込下さい。

学会誌は、平成19年度会費が未納でも、平成19年3月31日迄に平成19年度からの「退会」の申し出のない会員の方には、平成19年度発行雑誌30巻1号（4月20日発行時に既に送付済み）、本日2号（6月20日発行）を送付しています。会費納入の有無の再確認をお願いいたします。

尚、第33回学術集会で演題発表（共同研究含む）を予定されている方につきましては、平成19年度会費未納入の場合、発表が取り消しになりますのでご注意下さい。

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

会員には同姓・同名の方がおりますので、お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご記入の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記しておりますのでご確認ください。

2 送付先の変更

送付先変更の場合は、本誌巻末の変更届に新しい送付先を楷書でお書きいただき、難しい読みにはフリガナを付記の上、FAX（043-221-2332）又はメール（info@jsnr.jp）で事務局までお知らせ下さい。

3 送付先不明者のご確認

学会誌30巻1号および平成18年度会費未納者への請求文書送付後に、下記の方々が退職、転居先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

こ0347 小林 知子（2007） い0679 岩瀬 緑 い0839 石井 敦子 い0840 石田美由希 か0108 加藤 圭子
き0215 喜多加奈子 き0284 木下由紀子 き0290 岸田佐智子 く0272 工藤つむぎ こ0435 越本 貴子
さ0337 佐藤 和美 た0528 高橋 由紀 た0832 田中 裕美 は0371 馬場 才悟（2006）
い0814 飯田 麻美 く0248 栗山 理香 さ0443 押川 良子 さ0562 佐藤 友美 ま0390 間脇 彩奈
み0378 水島 由美（2005）

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30巻 2号

会員無料配布

平成19年6月20日 印刷

平成19年6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

新ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: info@jsnr.jp

発 行 山 口 桂 子
責任者

印刷所 （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。（ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。）

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。ご注意ください。

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、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

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。
- *個人情報の管理について

日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

-----（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	性別 男 ・ 女
所 属	TEL		FAX		
	送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒		
E - m a i l					
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	鳥根、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

変 更 届

日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 043-221-2332)

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

勤務先の変更

所 属 名 :

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

氏名の変更

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自 宅 ()

個人情報の管理について：日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

日本看護研究学会 投稿原稿表紙

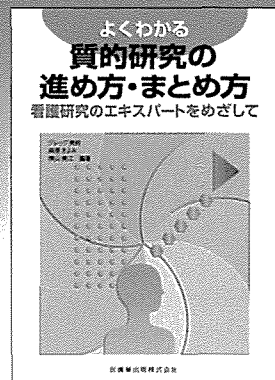
原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総 説 5. 資料・その他 ()	
原 稿 投 稿 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
和 文 題 目		
英 文 題 目		
キーワード (5 語以内, 日本語／英語)		
1. /	2. /	3. /
4. /	5. /	
原 稿 枚 数		
本文： 枚	図： 枚	表： 枚 写真： 点
著 者		
会員番号	氏 名 (日本語／ローマ字)	所 属 (日本語／英語)
連 絡 先 住 所 ・ 氏 名		
住所：〒 _____		
氏名： _____		
Tel： _____ Fax： _____ E-mail： _____		
別 刷 希 望 部 数 (※投稿規定7. 参照)	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

◆好評「よくわかる看護研究の進め方・まとめ方—エキスパートをめざして」の姉妹書！

よくわかる 質的研究の 進め方・まとめ方

看護研究のエキスパートをめざして



ISBN978-4-263-23488-4

最新刊

◆グレッグ美鈴（神戸市看護大学教授）

麻原きよみ（聖路加看護大学教授）

横山 美江（岡山大学医学部保健学科教授）編

◆B5判 186頁 定価3,360円（本体3,200円 税5%）

◆本書の主な内容

- 看護学の研究領域でよく用いられている「質的研究」について、質の高い研究を実施するために必要な基本的内容を解説し、それぞれの質的研究方法の適性を明確にすることで、読者が各自の研究テーマに合った研究手法を選択することができるように、わかりやすくまとめた。第Ⅰ章は「看護研究の基礎知識」として、看護研究に求められるものは何か、また質的研究と量的研究は何が同じで何が異なるのかを解説。第Ⅱ章の「質的研究の基礎」では、質的研究の定義や特徴、質的研究を行うために重要なパラダイムの説明を行い、質的研究を実施するために必要な理解や態度を明確にしたうえで、質的研究のプロセスを具体的に説明。
- 第Ⅲ章の「質的研究における倫理的配慮」では、インタビューや参加観察などのデータ収集・生成時に生じる倫理的問題だけではなく、研究者自身がデータ分析の道具となる質的分析で経験する倫理的問題とそれへの対処について、実際の研究を基に解説。第Ⅳ章の「主な質的研究と研究手法」では、質的記述的研究、グラウンデッド・セオリー、エスノグラフィー、現象学、質的事例研究、アクションリサーチを取り上げ、それぞれの手法の哲学的基盤に基づき、どのような研究に適している手法なのかを明らかにし、研究方法のプロセスと留意点に関して、実際の研究例を用いてわかりやすく解説。第Ⅴ章の「質的研究を論文にまとめるときの留意点」では、緒言から結語さらに図表に至るまで、質的研究を用いた論文の作成方法とその留意点について解説。

◆本書の主な目次

I 看護研究の基礎知識 1.研究に求められるもの 2.看護学における研究領域 3.看護研究に多く用いられている研究方法 II 質的研究の基礎 1.質的研究とは 2.質的研究のプロセス 3.質的研究の評価基準 4.本書で紹介する方法論と用いる用語 III 質的研究における倫理的配慮 1.倫理指針とインフォームドコンセント 2.質的研究における倫理的配慮 3.質的研究を行う際に生じる倫理的な問題とその対応 IV 主な質的研究と研究手法 [1] 質的記述的研究 1.質的記述的研究とは 2.どのような研究に適しているか 3.質的記述的研究における研究方法のプロセスと留意点 [2] グラウンデッド・セオリー 1.グラウンデッド・セオリーとは 2.どのようなテーマがグラウンデッド・セオリー・アプローチに向いているか 3.グラウンデッド・セオリー・アプローチの手順 [3] エスノグラ

フィー 1.エスノグラフィーとは 2.文化とは 3.エスノグラフィーの歴史 4.エスノグラフィーをどうとらえるか—理論的基盤 5.エスノグラフィーはどのような研究課題、研究対象に適しているか 6.エスノグラフィーの特徴 7.研究プロセス—方法としてのエスノグラフィー 8.論文執筆—成果としてのエスノグラフィー [4] 現象学 1.現象学と看護 2.現象学の歴史的な流れの概略 3.どのような研究に適しているか 4.いろいろな現象学へのアプローチ方法 5.解釈学的現象学における研究方法のプロセスと留意点 [5] 事例研究 1.事例研究とは 2.リサーチクエスションの設定 3.どのような研究に適しているか 4.事例研究のデザインのタイプ 5.事例研究における研究方法のプロセスと留意点 6.事例研究を行う研究者に求められる姿勢

●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

2007年4月作成 TP

